

平成20年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業

障害者自立支援調査研究プロジェクト

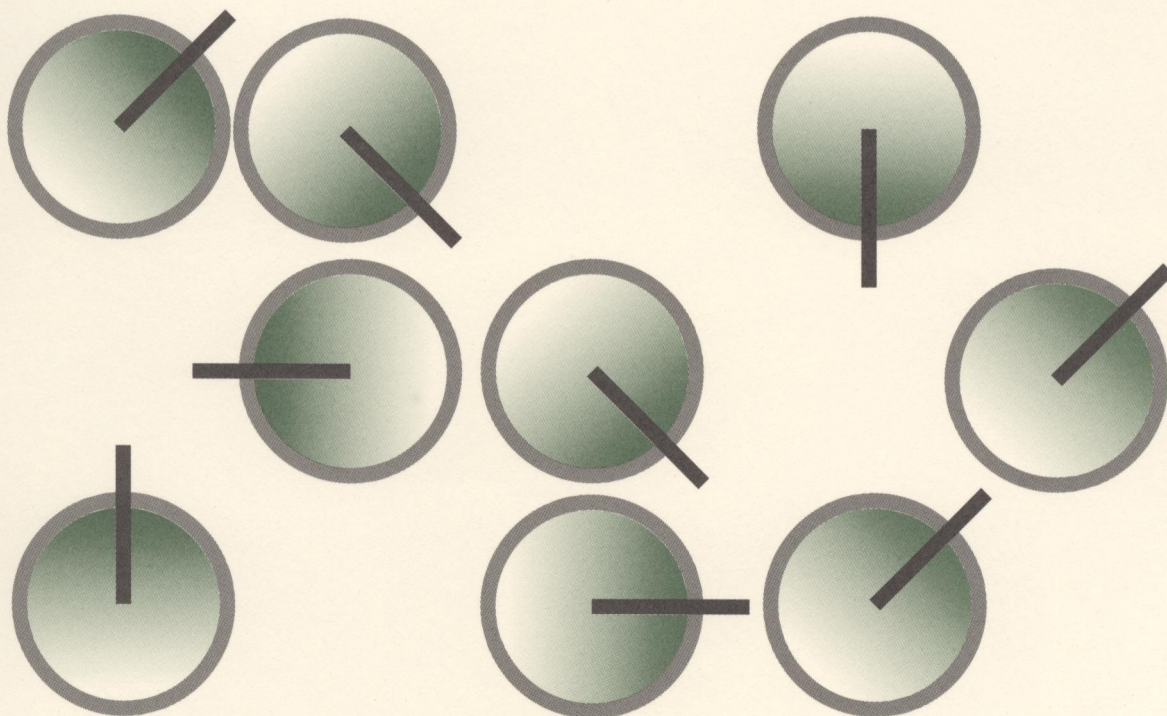
『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』

報告書

社団法人 日本精神神経科診療所協会

平成20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会

研究班委員長 上ノ山 一寛



2009年6月

平成 20 年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業

障害者自立支援調査研究プロジェクト

『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』

報告書

社団法人 日本精神神経科診療所協会

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会

研究班委員長 上ノ山 一寛

2009 年 6 月

目 次

1. はじめに	5
2. 事業概要	7
3. 事業報告	10
資 料	29
付 録	109

研究班委員長

上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長）

研究委員

原 敬造（原クリニック 院長）

渡部 裕一（原クリニック 精神保健福祉士）

三家 英明（三家クリニック 院長）

木原はる奈（三家クリニック 精神保健福祉士）

高橋 幸男（エスポアール出雲クリニック 院長）

丸野 陽一（丸野クリニック 院長）

上ノ山眞佐子（NPO法人サタデーピア代表、南彦根クリニック 精神保健福祉士、臨床心理士）

藤井美悠紀（NPO法人サタデーピア事務局、南彦根クリニック 精神保健福祉士、社会福祉士）

NPO 法人サタデーピアは日精診版ケアマネジメントシートと手引きの作成を担当。

研究協力員

野中 猛（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授）

前田 ケイ（ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科臨床心理学専攻 教授）

研究協力診療所（代表者）

北海道：ダイケアクリニック ほっとステーション（長谷川直実）

北海道：柳町診療所（片岡 昌哉）

北海道：直江クリニック（直江 裕之）

宮城県：原クリニック（原 敬造）

宮城県：宮城クリニック（宮城 秀晃）

埼玉県：イサオクリニック（恵 智彦）

埼玉県：ひがメンタルクリニック（比嘉 千賀）

東京都：石神井公園クリニック（越川 裕樹）

神奈川県：さいとうクリニック（斎藤 庸男）

愛知県：かずおメンタルクリニック（大瀧 和男）

滋賀県：南彦根クリニック（上ノ山一寛）

大阪府：三家クリニック（三家 英明）

大阪府：くすの木クリニック（田川 精二）

島根県：エスポアール出雲クリニック（高橋 幸男）

福岡県：香西洋クリニック（香西 洋）

福岡県：丸野クリニック（丸野 陽一）

宮崎県：早稲田内科神経科医院（早稲田芳男）

1.はじめに

今日、多くの精神科診療所が街中のアクセスの良いところに立地し、気軽に精神科医療に接しやすい状況ができてきている。そのため、精神疾患の早期発見、早期治療の機会が増えている。また、通院中断を防ぎ、病状の急激な変化に対応しやすくなって、再発や慢性化を防いでいると考えられる。病状の急性増悪期や再発時の一時期に短期的に入院治療を行ったとしても、危機介入、生活調整をして再び地域で生活を支えていく形が今後ますます一般的になるだろう。病状の急性期を乗り切れば、後は少々の精神症状が残っていても、地域生活を続けながら様々なリハビリテーションを行うことが可能になってきている。また社会的入院の解消がうたわれて久しいが、地域移行を積極的に進めていくためには、受け皿としての外来精神科医療の充実が不可欠である。

このように精神科診療所は、一次予防から三次予防まで幅広い領域をカバーしていくことが期待されている。その際にはチーム医療や様々なアウトリーチ活動など、各診療所においてそれぞれの個性に応じた創意工夫が行われている。

たとえば、平成17年日精診会員基礎調査では、デイケア実施診療所は22.6%であった。デイケアは個別性と集団性を利用したリハビリテーション活動である。デイケアはチームで医療を行うとともに家族や地域との連携を志向している。それは単にリハビリテーションにとどまらず、ノーマライゼーションやエンパワーメントを含む広がりを持ち、その場所と人を育てる機能を持っている。

また、同じ基礎調査では、精神保健福祉士（PSW）配置診療所は26.5%であった。一対一の医師—患者関係を越えたチームでの取り組みの重要性が増している。さらに医療機関という場の制約を越えた、アウトリーチの取り組みの充実が求められている。患者・家族の生活の背景などを視野に入れて、時にはその生活や活動の場に赴き、チームで医療、福祉サービスの提供を行っていく必要が生じる。また、時には関係機関と連携をはかり、ケース会議やサービス調整会議にも関わっていくことも必要になる。

平成18年の7月に行った社会復帰施設などへの関わりについてのアンケート調査では、日精診会員の41%から回答を得た。そのうち、社会復帰施設などに何らかの形で関わっていると答えた会員は217名あり、全回答者の38.3%であった。精神科診療所を拠点にしなが、福祉的な活動に貢献している会員がかなりいることがわかる。

アンケートの中で、相談支援事業に関する評価もたずねてみた。自立支援法の本格施行を前にして、その事業の性格がまだ不明確な状況での設問であったが、99名の会員から指定を受けてもよいという回答があった。何らかの形で相談支援事業に参加し、コミュニティケアの充実に関わっていきたいと考えている会員もかなり存在することが示された。今後相談支援体制を充実させていくには、このように全国に展開した精神科診療所を、有力な社会資源として活用していくことを考えていくべきであろう。

障害者自立支援法ではケアマネジメントを制度化し、市町村を中心としたサービス提供体制を構築していくことになった。しかし、サービスの手配をするだけの介護保険型のケアマネジメントでは不十分である。利用者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応し、障害の受容に至る長いプロセスを共に歩みつつ、社会参加や自己実現をめざすようなケアマネジメントが望まれる。しかし残念ながら、市町村や委託相談支援事業者にはいまだ人材は育っていないのが現状である。この際、市町村をもり立て、市町村や関係機関と利用者をつなぐ役割が必要で

ある。

自立支援法の相談支援事業は、市町村の必須事業としての地域生活支援事業と、個別給付としてのサービス利用計画作成の2階建てとなっているが、市町村のやる気によってずいぶん差がでている。例えば居住サポート事業は平成19年4月現在、全国の11%の市町村で行われているに過ぎない。また、サービス利用計画作成の対象はこれまで極めて限られており、その対価は低く、インセンティブはないに等しい状態であったため、サービス利用計画作成件数は全国的に低調となっている。そのうえ、サービスの絶対量が足りない状況では、ケア計画を立てようがないというのが実際のところである。このようにケアマネジメントは制度化されたとはいうものの、残念ながら十分機能しているとは言えない。

障害者のケアマネジメントは、ともすると医療的ニーズが減少あるいは終了した段階で、福祉的サービスの手配を中心にサービスを組み立てていくものという誤解が発生しやすいが、特に精神障害者においては、医療サービスを省略したケアマネジメントはあり得ない。医療と福祉をはじめとした、様々な社会資源の連携のなかで、障害者の自立と社会参加が実現されていくべきであろう。医療へのアクセスを十分に保証し、症状の変化にきめ細かく対応できる体制が望まれる。

このような状況においては、医療機関の方から福祉サービスやその他関係機関につないでいくような努力をしないと、必要なサービスにたどり着かないのが現状である。そのような工夫には対価がない^(*)が、総合的な地域ケアを進めていくためには、その努力は欠かせない。デイケアや訪問看護など、医療機関の提供するサービスへの期待も大きい。医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。

今後、医療を組み込んだケアマネジメントがどのような制度的しくみになっていくのか、現状では不明だが、医療機関におけるサービスも自己完結的ではありえず、地域の様々な資源に開かれた医療サービスをめざすべきでないかと考える。障害者自立支援法を契機に、医療機関のなかにおいても、ケアマネジメントの手法が定着していくことを期待したい。

そのような期待をこめて、平成20年度障害者自立支援調査研究プロジェクトで「精神科診療所における相談支援のあり方の研究」を行うことにした。精神科診療所でケアマネジメントを行い、精神科診療所の外来機能の向上を図るとともに、そのことが、地域の相談支援事業の充実に貢献できるような研究でありたいと考えている。

(*) 具体的には、看護師、精神保健福祉士など Co-Worker による相談支援活動や、関係領域をつないでいく活動に積極的な評価が必要である。訪問看護は家庭への訪問のみ認められているが、学校、職場などの活動の場への訪問支援や、職安や様々な相談機関への同行支援などへの評価が必要である。また、関係機関との連携を強めていくためには、自立支援協議会やそのつどの関係者会議への出席が必要となるが、その評価も必要である。

また、地域移行を進めるに当たって、今回の診療報酬の改定において、病院側の地域移行促進の努力に対して評価が行われることとなったが、診療所側からも退院前に地域の支援体制に取り組んだ場合の評価が求められる。さらに診療所が作成する個別支援計画が何らかの形で評価される必要があると考える。

平成20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト
「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」

代表 上ノ山一寛

2. 事業概要

精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究

【事業目的】

精神障害者の地域生活を支援していくに当たって、医療と福祉は切り離すことはできない。精神障害者のケアマネジメントにおいても、医療と福祉サービスを総合的に組み合わせることによって、当事者主体の回復に向けた支援が可能となる。

精神科診療所において、モデル的な相談支援（ケアマネジメント）を行う。その内容を精査解析することを通して、精神科診療所が相談支援（ケアマネジメント）を行う特性や意味を把握するとともに、それらを生かした日本精神神経科診療所協会（日精診）版ケアマネジメントモデルを確定する。それにより、精神科診療所における相談支援（ケアマネジメント）機能の向上をはかり、ひいては地域の相談支援事業の力量向上に貢献したい。

その際、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性や限界を確認していくなかで、地域において相談支援を行う際の評価指標の開発や、より効果的に相談支援を実施する方法の開発につなげたいと考えている。

【事業概要】

精神障害を持ち、様々な生活上の困難を抱えることによって、単に医師－患者関係だけでは症状やQOLの改善が見込めない一群の人たちが存在する。日本精神神経科診療所協会による平成19年度の自立支援調査研究プロジェクトでは、他の社会サービスにつながらず、診療所に通う以外に社会参加しない、いわゆる診療所滞留群の精神障害者が約50万人存在すると推計した。

一方、障害者自立支援法が成立し、相談支援事業が市町村の必須事業となり、地域の社会資源が徐々に整備されつつあるが、まだまだ不十分である。平成20年4月の段階でサービス利用計画作成件数は1,920件と報告されている。

きわめて多くの診療所滞留群とわずかのサービス利用計画作成件数という現実を前にして、医療と福祉をつなぐ総合的なサービスへの必要性が高まっている。しかし、平成17年に行われた日精診基礎調査によれば会員診療所の26%しかPSWを配置しておらず、十分な地域支援の体制が組めているとは言えないのが現状である。そのため、診療所で行うケアマネジメントを定義し、日精診版ケアマネジメントモデルを作成することにした。

そこで、全国の精神科診療所に、現在各診療所で独自に行っているケアマネジメント事例の提供を呼びかけたところ、17診療所から76事例の提供があった。提供事例の分析を通して、精神障害者の相談支援においては次のような内容が担保される必要があると考えられた。(1) 当事者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応すること。(2) 障害の受容に至る長いプロセスを共に歩みながら、社会参加や自己実現を目指すこと。(3) 複数の困難を抱えた患者・家族の事例では、患者個人に焦点を当てるだけでなく、家族のライフサイクルを視野に入れること。(4) 自ら支援を求める当事者は必ずしも多くない現状にあって、ニーズを掘り起こしていくアウトリーチの視点が必要であること。(5) ニーズの把握に当たっては、当事者の権利擁護に細

心の注意を払うこと。

以上の諸点を踏まえた仮のケアマネジメントシートとして、日精診版ケアマネジメントモデル（仮）を作成した。そこで上記の事例提供 17 診療所にモデル診療所になっていただき、仮のケアマネジメントモデルを用いて、ケアマネジメント実践を行っていただくことにした。日精診版ケアマネジメントモデル（仮）の理解を深め、共通の手法でケアマネジメント実践を行えるように、平成 20 年 9 月 15 日に全国研修会を開催した。17 診療所からそれぞれ医師を含めて 3 名のケアマネジメント従事者の参加があり、研究協力員である野中猛先生の講義と事例検討、そして同じく研究協力員である前田ケイ先生のスーパーバイズを受けた。

日精診版ケアマネジメントシートとしては (1) サービス利用フェイスシート、(2) サービス利用のためのチェックシート、サービス利用プランを開発し、それぞれの利用の手引きを作成した。原則的にフェイスシートとチェックシートはケアマネジャーが保管する。サービス利用プランはケアマネジャーと利用者で管理し、必要に応じてケア会議などで開示されることが想定されている。また、チェックシートとサービス利用プランは、利用者とケアマネジャーがこれまでの生活や病歴をともに振り返りながら作成し、利用者が主体的に利用できるよう、利用者のナラティブを尊重する形をとっている。

そして、日精診版ケアマネジメントを行うに当たっては次のような申し合わせを行った。(a) 担当ケアマネジャーを決める。(b) 医師を含めた最低 2 人のチームを構成する。(c) 利用者を含めたケア会議を開催する。(d) できるだけ家庭訪問をする。(e) 同意書をとるように努力する。(f) 終結を意識した関わりをする。

その後上記研修に基づき、17 診療所においてモデル的なケアマネジメントを実施していただき、平成 21 年 3 月 1 日にケアマネジメント実践報告会を開催した。9 月研修会とほぼ同じメンバーが参加し、この半年間、各診療所で行われた様々な努力と工夫を報告した。参加者には「何を困難に感じたか」「何を大切にされたか」「何が得られたか」についてアンケート調査を行った。

報告会の結果、診療所で行うケアマネジメントの特徴として、次のような諸点が確認された。(1) 診療情報が豊富で、より症状に応じた支援が可能である。(2) 本人のみならず、家族（躁うつ病の父親と統合失調症の兄弟、うつ病の母親と発達障害の子ども等）全体を視野に入れたケアマネジメントが可能になる。(3) シートそのものに柔軟な枠が多く、利用者のストレングスをひきだす可能性を有するとともに、専門性を持ち力量のあるケアマネジャーはそのクオリティの高さを、より一層示すことができる。(4) ケアマネジメントの評価とともに、ケアマネジャーの自己評価も行うようにすることで、ケアマネジャーの専門性、力量の向上につなげることができる。(5) 利用者と共にシートを作成することにより、利用者の動機づけを高めながら、より適切な目標を設定できる (6) 日精診版ケアマネジメントモデルの実践を通して、安定した自立生活の継続、再発および入院の予防、就労支援その他の QOL を高めるサービスの活用や、家族への危機介入などの支援が可能となると期待される。

このような報告会の議論を踏まえ、見直しシート、振り返りシートを加えて 5 点のシートを確定した。見直しシートでは、利用者や事業者とともにサービス利用プランの進捗状況を 1～3 ヶ月ごとに確認し、必要に応じて見直しを行うこととした。また振り返りシートでは、原則として 6 ヶ月ごとに目標の達成度や利用者の満足度を確認し、ケアマネジメントが効果的に行われたかの振り返りを行うこととした。これらのシートは利用者が主体的に活用できるよう意図して作成され、ネーミングも利用者主体を意識したものとなった。

【事業結果】

以上の経過によって、日精診版ケアマネジメントモデルを確定した。サービス利用のフェイスシート、サービス利用のためのチェックシート、サービス利用プラン、見直しシート、振り返りシートの5点を基本とし、必要に応じてオプションシートを作成することとした。また、日精診版ケアマネジメントモデルの普及のためにランタイム版を作成した。コンピュータに書き込めることによって、自由記載欄がより豊かになり、利用者とともにチェックシートやサービス利用プランのバージョンアップを重ねることが可能となっている。このモデルは医療・福祉など（教育、就労、司法など関係機関を含む）共通のケアマネジメントツールとなる可能性がある。そのことによって、医療と福祉などの連携をより一層強め、現状では支援の網の目をすり抜けてしまう事例への支援も可能となるのではないかと考えられる。地域における重層的で、より効果的な相談支援体制の構築をはかることが可能になると考えられる。

医療機関において相談支援を行っても対価は発生しないが、医療機関の方から福祉サービスなどにつないでいく努力をしないと、必要なサービスにたどり着かないのが現状である。医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しつつ、個別の支援計画を作成していくために、今回の日精診版ケアマネジメントモデルが活用されることを期待したい。

今後の課題としては、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性と限界を確認していく必要がある。有効性の確認のためにそれを評価する客観的な指標を抽出する必要がある。また、ケアマネジャーの質を向上させるために必要な研修のあり方についても今後の検討課題である。

今回、日精診版ケアマネジメントモデルへの導入の指標として、(1) ケアマネジメント効果期待度、(2) 集中的介入の適時性、(3) 利用者の準備性、(4) ご家族の準備性、についてケアマネジメント従事者が5段階評価を行い対象を決定した。基本的に複雑で多様な生活上の困難を抱えた精神障害者が対象になるが、よりいっそう客観的な基準が求められるのではないかと考えられる。

また、利用者と長期的、定期的に関わる診療所だからこそ息の長い関わりが可能になるということもあるし、また危機介入的な意味を含んだケアマネジメントの実施も可能になると考えられる。そのような、幅広い利用の可能性について、さらに検討を深めていかねばならないだろう。

このように、診療所には利用者との関係に期限はなく、幅広い可能性があるが、診療所でケアマネジメントを行う際には、相当程度のエネルギーの集中が必要であり、やはり対象や期間を明確にする必要があるのではないかと考えられる。日精診版ケアマネジメントモデルを用いて、終結を意識した関わりを行うことにより、地域の社会資源との連携をはかり、より効果的な相談支援を実施する方法について、さらに検討を深めていく必要がある。

【事業実施機関】

〒151-0053

東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル802

社団法人 日本精神神経科診療所協会

TEL：03-3320-1423 E-MAIL：office@japc.or.jp

3. 事業報告

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト 「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」の報告

1. 経過

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」の流れは大略以下の通りである。

- ・精神科診療所においてケアマネジメントを始めるに当たって、全国の精神科診療所にケアマネジメント事例の提出を呼びかけた。
- ・全国 17 診療所から合計で 76 事例の提出を受けた。
- ・提出事例の解析から日精診版仮のケアマネジメントモデルを作成した。
- ・事例を提出して下さった 17 診療所に、このプロジェクトのモデル診療所になっていただいた。
- ・H20.9.15 プロジェクト研修会を開催した。(於 東京八重洲ホール)
- ・研究協力員として野中猛先生、前田ケイ先生に参加していただいた。ケースマネジメント講義、事例検討と、日精診版簡易アセスメントツールの検討を行った。
- ・全国 17 モデル診療所において、日精診版簡易アセスメントツールを用いて、ケアマネジメントを実施した。
- ・H21.3.1 プロジェクトの報告会を開催した。(於 東京八重洲ホール)
17 診療所でのケアマネジメント事例の報告、ワークショップを行った。
- ・研修会、報告会参加者へのアンケート調査を行った。
- ・日精診版ケアマネジメントモデルを完成した。
- ・平成 21 年度以降、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性の確認の研究継続を行う予定である。

2. ケアマネジメント事例提出の呼びかけ

全国の精神科診療所に呼びかけて、各地でケアマネジメント事例の提出を求めた(資料1)。この段階では診療所で行われるケアマネジメントに関する明確な定義はなかった。また各地で行われているケースワーク・ソーシャルワークとの違いも明確でないまま、それぞれの診療所においてケアマネジメントと考える事例を提出していただく形になった。当初は約 10 診療所からの事例提出を想定していたが、日精診神戸総会で地域福祉デイケア委員会と児童青少年関連問題委員会を中心に呼びかけたところ、地域福祉デイケア委員会から 13 診療所、児童青少年関連問題委員会から 4 診療所の、合計 17 診療所から 76 事例の提出があった。そのうち期限内に提出され

〈図は資料2より抜粋〉

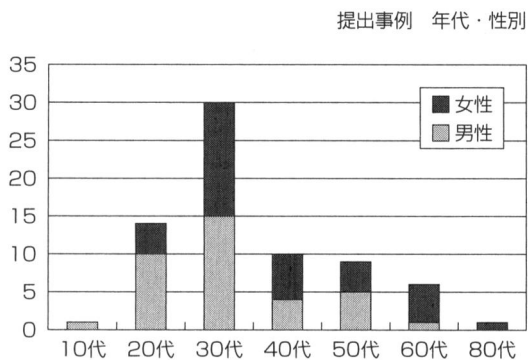


図2 提出事例 年代・性別内訳

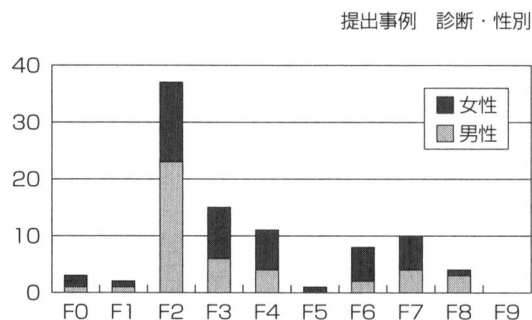


図3 提出事例 診断・性別内訳

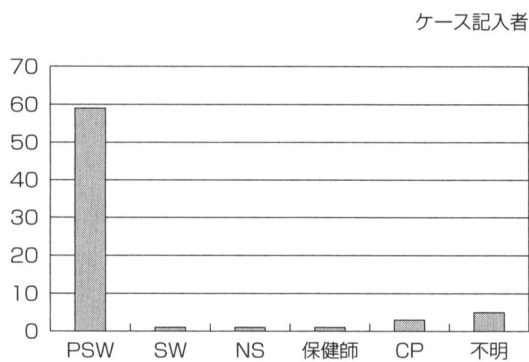


図6 提出事例 ケース記入者内訳

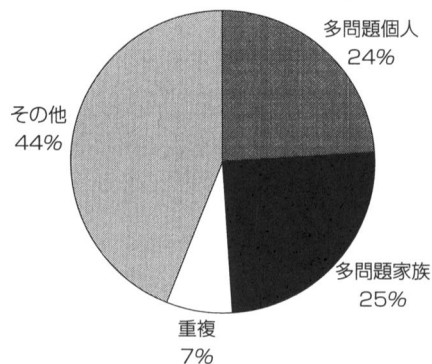


図7 提出事例(71件)中、多問題を抱えるケースの割合

た16診療所（地域福祉デイケア委員会12診療所）71事例を対象に分析を行った。

71事例の、制度の利用の仕方、支援のあり方を中心に、次のような分析結果が得られた(資料2)。日精診版ケアマネジメントモデルを作成する前の段階で、モデル診療所における、ケアマネジメント的な実践の状況を示していると考えられる。

- ・ 提出事例を年代別に見てみると、男性、女性ともに30代が多い。30代は病気を経て社会復帰するにあたり、様々な支援を必要としている年代と考えられる。また若年層では男性の割合が、高齢層では女性の割合が多いことから、男女のライフサイクルの違いが支援の必要度とも関わっているように思われる（若年男性の親からの自立や就職というプレッシャー、女性の子育てに関わる期間の長さなど）(図2)。
- ・ 診断別に見ると、F2（統合失調症圏）のケースが多いが、F7、F8の精神遅滞、発達障害のケースも多く、図7の個人に多問題を抱えるケースが1/4近くを占めていることからわかるように、個人に多くの障害が重なっている場合、多くの支援を必要とすると考えられる（図3、図7）。
- ・ 71事例中60事例をPSWが担当しており、診療所の相談支援においてPSWの役割が大きいと考えられる（図6）。また、多くの事例において、様々な制度利用に際し、診療所PSWの

同行や手続きの代行が認められる。

- ・個人、家族、あるいはその両方で複数の問題を抱えているケースを合わせると全ケースの半分以上になり、従来の一面的なケアマネジメントではなく、家族全体を支え、家族の機能を改善・向上させるような視点でケアマネジメントを行う必要がある（図7）。
- ・多問題家族の場合は、利用者の他の家族メンバーに関わっているケアマネジャー（介護保険）やケースワーカー（福祉事務所）などと連携して、家族全体へサービスが行き届くような支援が行われている。
- ・就労支援、単身生活者支援、あるいはその両方を行っているケースを合わせると、全ケースの2/3以上になり、どちらも本人を支えるための多くの機関・サービスとの連携や、時間的にも長期間の支援を要するため、ケアマネジメントが必要とされうるケースであると思われる（図8）。
- ・全体で見ると1ケース当たり、4.2件の機関が関わっており、各機関を調整する役割としてケアマネジャーが必要になってくると考えられる（図9）。
- ・支援している300機関中1/3以上である114件が医療機関（主にデイケア）であることから、医療機関のサービスを利用して、次なるステップとして制度や他機関のサービスなどにつながっている例が多いと考えられる。精神科診療所デイケアから他の制度につながったケースが多く、71件中20件であった（日精診・地域福祉デイケア委員会、児童青少年関連問題委員会に参加している診療所を中心にケースを集めたため）（図9-1）。また、診療所から定期的な訪問看護を行っているケースは71事例中、23事例であった（図10-2）。
- ・生活保護、障害年金、障害者手帳などの制度の利用には比較的つながりやすいが、地域に存在する多くのサービスを選定し、定期的につながるためにはケアマネジャーの役割が必要となり、今後もっと期待されると考えられる（図10、10-1）。
- ・医療機関の提供するサービス以外では、日中活動支援のサービス、就労に関係するサービスが多い。（図10、10-3、10-4）とりわけ支援している機関、利用中のサービスともに就労関係につながる人が多く、その必要性が大きいと考えられる（図9-3、10-4）。

3. 日精診版ケアマネジメントモデル（仮）の作成

ケアマネジメント事前事例提出を呼びかけた段階で、精神障害者の相談支援においては次のような内容が担保される必要があると考えられていた（資料1）。

- (1) 当事者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応すること。
- (2) 障害の受容に至る長いプロセスをともに歩みながら、社会参加や自己実現を目指すこと。
- (3) 複数の困難を抱えた患者・家族の事例では、患者個人に焦点を当てるだけでなく、家族のライフサイクルを視野に入れること。
- (4) 自ら支援を求める当事者は必ずしも多くない現状にあって、ニーズを掘り起こしていくアウトリーチの視点が必要であること。
- (5) ニーズの把握に当たっては、当事者の権利擁護に細心の注意を払うこと。

〈図は資料2より抜粋〉

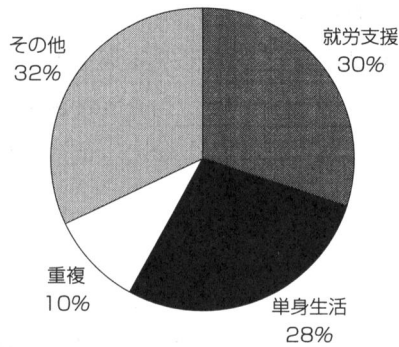


図8 提出事例(71件)中、就労支援・単身生活支援が行われている場合

支援機関 (合計数 300)

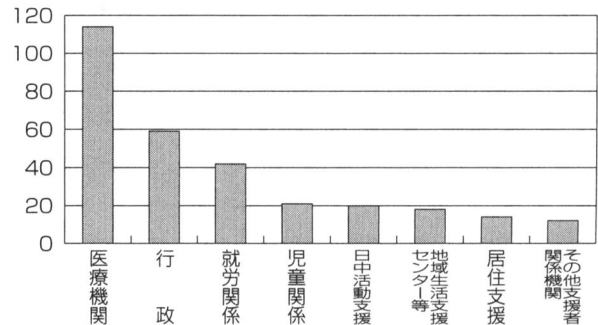


図9 支援している機関数

精神科診療所	71
デイケア・デイナイトケア	34
他診療所・他病院	6
他科診療所・病院	2
認知症センター	1
医療機関合計	114

図9-1 支援している機関 (①医療機関)

作業所	9
ハローワーク	7
アルバイト先、就労先	6
障害者職業支援センター	5
就労支援事業所	5
事業所	2
就労支援センター	2
就労施設	2
授産施設	2
ジョブコーチ	1
知的障害者授産施設	1
就労関係合計	42

図9-3 支援している機関 (③就労関係)

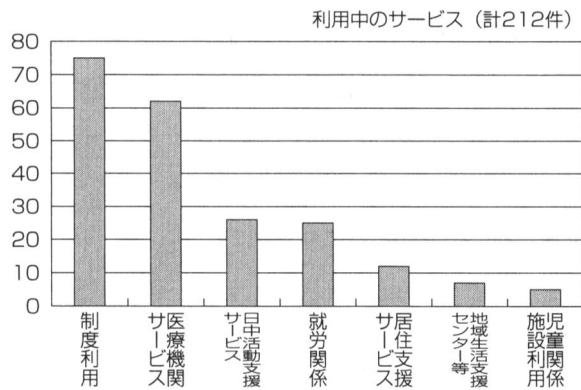


図10 利用中のサービス

生活保護	22
障害年金	20
手帳(身体・知的・精神)	15
介護保険	6
自立支援医療	6
権利擁護事業	3
成年後見制度	2
失業保険	1
制度利用合計	75

図10-1 利用中のサービス (①制度利用)

デイケア・ナイトケア・就労ナイトケア	35
訪問看護	23
自宅訪問	3
往診同行	1
医療機関サービス合計	62

図10-2 利用中のサービス (②医療機関)

居宅介護(ホームヘルプ)	15
高齢者ホームヘルプ	4
デイサービス	2
行動援護	1
移動支援	1
ガイド行動支援	1
日常生活支援事業	1
食配サービス	1
日中活動の支援サービスの合計	26

図10-3 利用中のサービス (③日中支援のサービス)

就労支援(移行・継続)	6
就労訓練	1
作業所	7
授産施設	4
社会適応訓練	4
ジョブコーチ	1
復職支援	1
トライアル事業	1
就労関係合計	25

図10-4 利用中のサービス (④就労関係)

提出 71 事例を検討する中で、上記内容が、各診療所において意識的に行われていることが確認された。さらに、医療機関でケアマネジメントを行うに当たっては、その豊富な医療情報をどのように活用するか、利用者主体のケアマネジメントであることをどのように反映させるか、その際、できるだけ図式化をはかるなど、利用者とともにわかりやすく使いやすいツールを用いる必要があることなどが課題として浮上した。

以上の課題や確認事項を踏まえて、仮のケアマネジメントシートを作成した。サービス利用のフェイスシート、サービス利用のためのチェックシート、サービス利用プランの3点が基本で、必要に応じてオプションシートを作成することとした。メーリングリストなどを通してバージョンアップを繰り返した。これらは利用者主体であることを意識してのネーミングとなっている。これらのシートについての簡単な説明は以下の通りである。

フェイスシートは、診療所内でケアマネジメント導入の可能性のある利用者について、よく知っている主治医や担当スタッフが作成する。サービス利用のためのチェックシートは、アセスメントシートにあたるもので、ケアマネジメント導入となった場合に、ケアマネジャーが利用者や家族とともに作成する。その際、これまでの生活や現病歴をともに振り返ることが、利用者を取りまく状況の理解や障害の受容の過程となり、利用者が主体的にサービスを活用し回復につなげていけるように、利用者の語り（ナラティブ）を尊重する。複雑多様な困難やライフサイクル上の変化、多くの関係機関のかかわりなどをわかりやすく整理するために、生活年表、一日活動表、ジェノグラムやエコマップ等の図式化を多く取り入れている。また、利用者の状況にあわせて、有効で豊富な情報を盛り込むために、自由記載欄が多くなっている。サービス利用プランも利用者が活用できることを前提に、利用者とケアマネジャーで作成する。チェックシートで確認された目標に沿って、フォーマル・インフォーマルを含めた様々なサービスや社会資源を利用する技能を獲得し、セルフコントロールやセルフマネジメントを身につけることを目指す。見直し（モニタリング）の際に必要なに応じて内容を変更していく。

4. 平成 20 年 9 月 15 日ケアマネジメント研修会の開催

仮の日精診版ケアマネジメントモデルを用いてケアマネジメント実践をしていただくために、ケアマネジメント事例提出 17 診療所にモデル診療所となっていた。日精診版ケアマネジメントモデル（仮）の理解を深め、共有のものとして、全国でケアマネジメント実践を展開していただくために、平成 20 年 9 月 15 日にケアマネジメント研修会を東京八重洲ホールで開催した。17 診療所から医師を含めて 2～3 名のケアマネジメント従事者の参加があった。参加 17 診療所の内訳は、北海道 3、東北 2、関東 4、中部 1、近畿 3、中四国 1、九州 3 で、参加者 45 名の内訳は PSW 25 名、医師 13 名、心理士 3 名、ケースワーカー 2 名、看護師、保健師各 1 名である。当日のプログラムは図 a の通りである。当日の記録は資料 3、4 を参照されたい。

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」
～精神科診療所におけるケアマネジメント～

研修会

プログラム

総合司会：上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長）

アシスタント：木原はる奈（三家クリニック PSW）

- 10：00 - 10：15 開会挨拶
10：15 - 10：30 参加診療所の紹介
- 第1部
10：30 - 12：00 「ケースマネジメント講義」
講師：野中 猛（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科教授）
- 12：00 - 12：45 <昼食>
- 第2部
12：45 - 14：45 「事例検討」
担当：野中 猛（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科教授）
：前田ケイ（ルーテル学院大学・大学院 総合人間学部教授）
事例提供：A PSW（○△クリニック）
- 14：45 - 15：00 <休憩>
- 第3部
15：00 - 16：00 検討会「診療所版簡易アセスメントツールの検討」
「アセスメントシート」簡易版作成
16：00 - 16：30 参加者からのフィードバック
16：30 - 16：40 閉会挨拶

図 a

5. 全国 17 モデル診療所でケアマネジメントを実施

日精診版ケアマネジメントモデル（仮）に基づいて、17 モデル診療所でケアマネジメントを実践していただいた。参加すべてのメンバーをメンバーリングリストで結び、疑問点や意見を述べ合い、このプロジェクトの意味や方向性を確認し、共有しあいながら進めていく形をとった。

9.15 全国研修会では、今回のプロジェクトでケアマネジメントを試行する場合の条件として、右（図 b）の条件を設定することを提案した。特にこの条件が絶対というわけではなく、日精診版ケアマネジメントを、日常のケースワーク・ソーシャルワーク業務と区別するための作業モデルとして提案した。この条件が守れる場合も守れない場合もその理由などを検討して、今後モデルを確定していくために今年度はこの形を意識して実践していただくこととした。

ケアマネジメント施行の条件設定

- ・ケアマネージャーを固定するか？
→固定する。
- ・本人の同意が必要か？
→必要。
- ・訪問は必要か？
→必要。原則ケアマネージャーが行くことが望ましい。
- ・ケア会議のもち方。
→本人が入るものも必ず持つ。
- ・どういう形をチームと呼ぶのか？ 医師の役割は？
→医師を含めて2人以上。
- ・個人情報、診療情報の扱い方
→同意書で明確にする。
- ・終結（ゴール）をどう設定するか？
→今回に限っては期間（ゴール）を設定。
※終結とは達成度を意味するのか？ 3月までに終わりにするのか？・・・3月までではない。だが、ケアマネジメントはいつかは終わるということを意識し目標とゴールを設定する。

図 b

多くの方は、同意書（資料5）を作成する段階でかなりの抵抗を感じられたようだ。なんらかの約束事を交わしていく際にサインをしていくという習慣に乏しい風土の中で、この段階でつまづいてしまうことが少なからずあったのではないか。サインという行為によって、周囲に対してより一層警戒的になり、妄想を強めてしまうことも十分ありうると思われる。同意書を作成するにも、これまでの関わりの中での信頼関係のあり方が、大きく影響を与えることがよくわかった。ケアマネジメントは契約から始まるのではなく、それに至る長い信頼関係の積み重ねが重要であることを改めて確認することとなった。

「同意書の問題」を含めて多くの方からこのプロジェクトへの不安や懸念が表明された。以下にメーリングリストでのやりとりの一部をお示ししたい。このような不安や懸念を抱きながら、各地でそれぞれ貴重な経験を重ねていった。

<プロジェクトへの不安や懸念> ～プロジェクトメーリングリストからの抜粋～

- > 病状が慢性的で重く治療的な側面が強い患者が多く、同意書で契約してかわること
- > がそぐわないと考えざるを得ないのです。

ご指摘の点に関して現在の私の考えを述べてみます。また御意見を下さい。

日精診版ケアマネジメントをはじめの際して、日精診版ケアマネジメントモデルを共通のものとして定義する必要があり、いくつかの約束事を書きました。

利用者（患者・家族）の同意が必要、というのもその一つです。
できるだけ同意をとるように努力して下さい。

確かに、私たちは医療現場にいるのですから、どちらかと言えば医療優先です。いわゆる病識が不十分な人、障害受容ができていない人との関わりが多いと思います。社会資源との関わりが乏しく、診療所に通うことで唯一社会とのつながりを保っている人も多いと思います。

このような段階からケアマネジメントに関わるのが診療所ケアマネジメントの醍醐味かも知れません。サービスの入り口に位置して、他のサービスにつないでいく役割を持っているというのが一つの特徴でしょう。

ですから、同意書をとる段階から、ケアマネジメントプロセスが始まると言えます。一回で取れる人は少ないでしょう。「あなたが暮らしやすくなるように一緒に考えましょう」と呼びかけ続けることは、疾病理解や障害受容への第一歩です。この過程が相当長い人もいるかも知れません。そんな人にどんな風に働きかけたら同意がとれるか、というのも研究テーマの一つです。

ケアマネジャーから見て、何らかの支援が必要と思うのに支援を受け入れようとしない人。確

かに多いです。そういう人の前で、何となくずるずるとした関係が続いていることが多かったのではないのでしょうか。そこを一步踏み出すのにどういう工夫があるのかを考えたいと思います。それも研究テーマの一つです。

また、せっかく同意を得たと思っても、次の瞬間にはもう止めると言う人がいるかも知れません。いろんなパターンで悪戦苦闘して、それがあつた程度形の定まつた診療所版ケアマネジメントモデルにまとまっていけば・・・と思います。

そういうわけですから、結果的に同意書を取れなかつた、ということもありうると思います。今回は、ケアマネジメントの効果をあげることを成果とするよりも、診療所版ケアマネジメントのモデルを確定することを第一の成果と考えています。

先日お送りした今回のプロジェクトの約束事は次の通りです（今回のケアマネジメントを試行する場合の条件（事務局案）図b参照）。

今回はとりあえず、このような条件を設定してモデル事業を行う。

- > この中味はケアマネジメントにとっては、必須の条件のように思えますが、全てクリアしてないと、モデル事業に参加できないのでしょうか。

上記の同意書の件と同様で、一応のこれらの条件を守るように努力して下さい。

でも、それがクリアできない場合も十分あり得ると思います。その場合は、この点は条件を守れなかつたが、その理由は____である。そしてその結果は△△△△であつた。などという形でまとめていただければよいかと思ひます。

最後の「ゴール」などもなかなか明確にできないことが多いのではないかと思ひます。ご本人の希望を聞いても「特にない」という人が結構いそうす。ミラクルクエッションなどで大きな目標を、それを実現するための小さな目標を、と考えていますが、この辺は若干曖昧です。

やはり診療所の良いところは、息の長い関わりということですので、それを生かしながらも、やはり「この期間のケアマネジメントのゴール」というのを意識して下さい。

まだまだ納得のいかない点など多いかと思ひます。あれこれとこのようなやりとりを繰り返しながら、何とかこれが私たちのモデルということ形にできればと思ひます。

6. 平成21年3月1日プロジェクト報告会開催

17モデル診療所において、平成20年9月の研修会から約半年の間、日精診療版ケアマネジメントモデル（仮）を用いて実践していただき、平成21年3月1日にケアマネジメント実践報告会を東京八重洲ホールで開催した。この半年間の各診療所で行われた様々な努力と工夫を報告していただいた。ケアマネジメント事例としては全国17診療所から31事例が提出された。簡易でわかりやすく利用しやすいケアマネジメントシート類の作成を意図したが、パソコンで図式を入力

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」
～精神科診療所におけるケアマネジメント～
報告会
プログラム

10：00 - 10：20	「平成 20 年度プロジェクトについて」 上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長） 第 1 部
10：20 -	「各診療所からの進捗状況・課題報告」（各診療所 5 分） ◇ 何を困難に感じたか ◇ 何を大切にしたらか ◇ 何が得られたか
12：10 - 13：00	<昼食及び休憩> 第 2 部
13：00 - 16：00	「ケース検討会」（リフレクティング形式で事例検討） 3 診療所から 3 事例の検討 第 3 部
16：00 - 16：30	まとめ
16：30	閉会

図 c

することなど、慣れない作業で手間取ることも多かったようだ。それにもかかわらず、31 例もの貴重な事例を提出していただけたこと、そして前回研修会とほぼ同数のメンバーが報告会に参加していただけたことは、このプロジェクトへの参加者の意気込みを感じることができた。しかし 9 月の研修会から半年足らずであり、ケアマネジメントの成果を判断するには期間が短かすぎるため、今回は、その成果を判定するよりも、シート類を確定させること、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性を評価する指標を浮かび上がらせることを優先した。

平成 21 年 3 月 1 日の報告会参加者には「何を困難に感じたか」「何を大切にしたらか」「何が得られたか」について報告をいただくとともに、アンケート調査を行い、平成 20 年 9 月 15 日研修会時のアンケート調査との比較検討を行った。当日のプログラムは図 c の通りである。また当日の議事録は資料 6 を参照されたい。

<提出 31 事例の集計結果から読み取れる全体的傾向>

～日精診版ケアマネジメント事例の集計結果から読み取れる全体的傾向（資料 7）

- ・ 全国から 31 事例の報告が集まった。提出事例のサービス利用のフェイスシートの分析を行った。年代別にみると（図 1、2）、男女ともに 30 代、40 代が多い。発病後、症状が安定化し新たな動きを求める年代、また病気を経て社会復帰を求める年代であり、さまざまな支援を必要としている年代であると考えられる。
- ・ 未婚者が多く（図 1、2）、身近に支援してくれるパートナーがいないため、その他の支援が必要となる方が多いと考えられる。
- ・ 記入者がフェイスシート作成時点で把握している課題・目標（図 4 - 1）を見ると、症状等に

〈図は資料7より抜粋〉

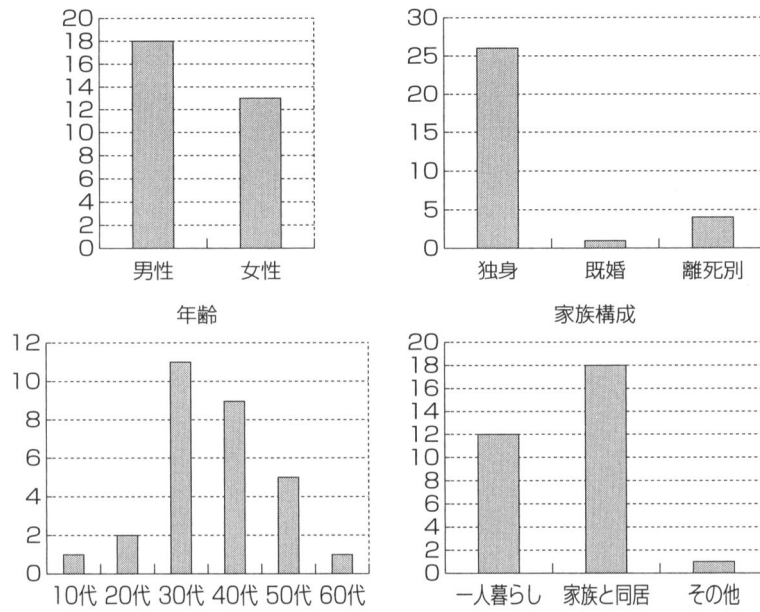


図1 ケアマネジメント実施31事例の基本情報

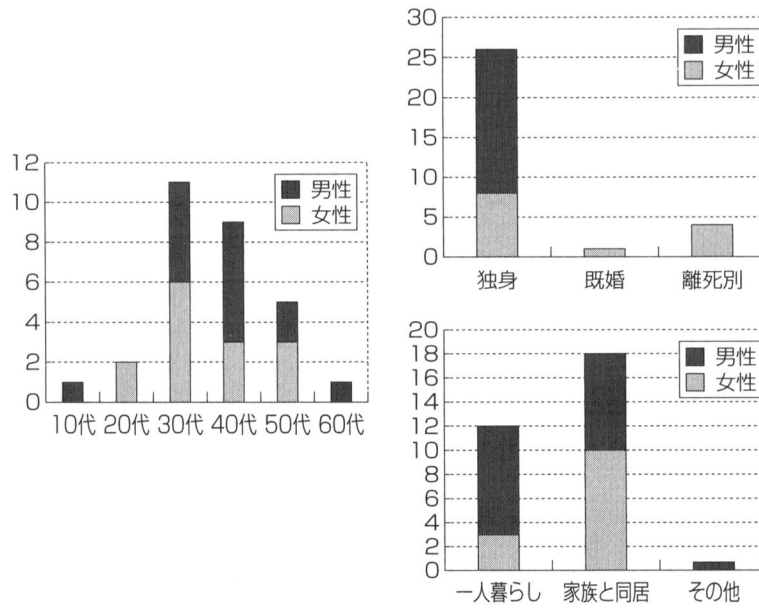


図2 31事例 男女別基本情報

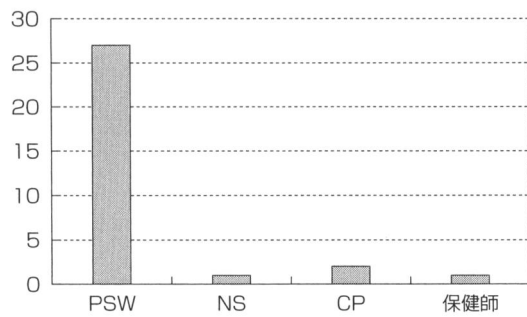


図3 ケース担当職種

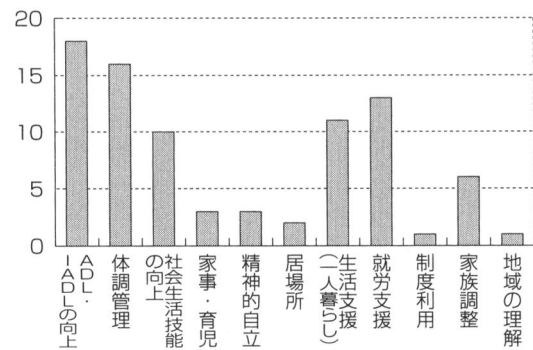


図4-1 ①記入者が現時点で把握している課題・目標

限定されず、就労支援等を含む生活全般に関する課題が多い。ケース担当者の87%が生活全般の支援を行うPSW（精神保健福祉士）である（図3）ことにも納得できる。精神疾患を持つ方が、精神疾患そのものだけでなく全般的な生活上の困難さを持ち、その支援をいかに必要としているかが示されている。

- ・ ICD - 10による診断別事例数は、図10 - 1の通りになっている。F2の統合失調症圏が圧倒的に多く、次にF3が多い。さらにF6の人格障害、F8の発達障害と続いており、今回の31事例においても様々な精神障害にケアマネジメントのニーズがあるということがわかる。よって、おのおのの障害に応じた柔軟かつ多様なケアマネジメントを実践する必要があるといえる。
- ・ また、GAF得点は図9 - 2のようになっており、不明を除くと半数が40以下となっており全般的（心理的、社会的、職業的）機能の低さが示されている。やはり複雑で支援の困難なケースほどケアマネジメントが必要といえる。
- ・ 就労においては「就労していない」方が半数以上を占めており（図6 - 1）、福祉的就労を含むと全体の9割以上となる。内訳は図6 - 2の通りである。上に示されたように、状況や病状の複雑な方の就労がいかに困難であるかということがわかる。
- ・ また、経済状況は図7 - 1の通りである。またそのうち本人に関わる収入と親の収入の内訳については、図7 - 1、7 - 2のとおりである。
- ・ 現在利用中のサービスは図8 - 1の通りである。
- ・ また、現在の症状の大きな分類としては図10 - 2の通りである。またそれぞれの内訳

〈図は資料7より抜粋〉

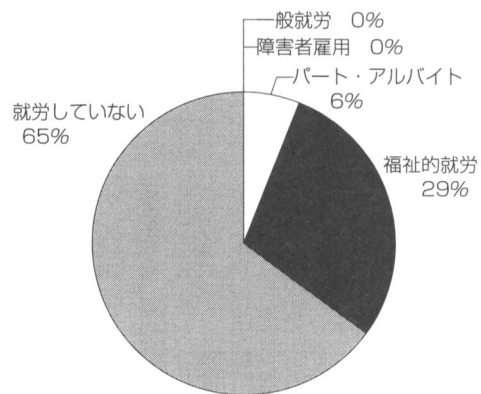


図6-1 ③現在の生活状況 ③-2 就労状況

就労状況内訳

就労していない	就労経験あり（アルバイト含む）	10
	就労経験なし	5
福祉的就労	福祉的就労経験あり	3
	自立支援事業所	3
	社会適応訓練	3
	授産施設	1
	その他就労訓練	1
	一般就労経験あり	1
	就労している	パート・アルバイト
	正規就労	0

図6-2 ③-2 就労状況

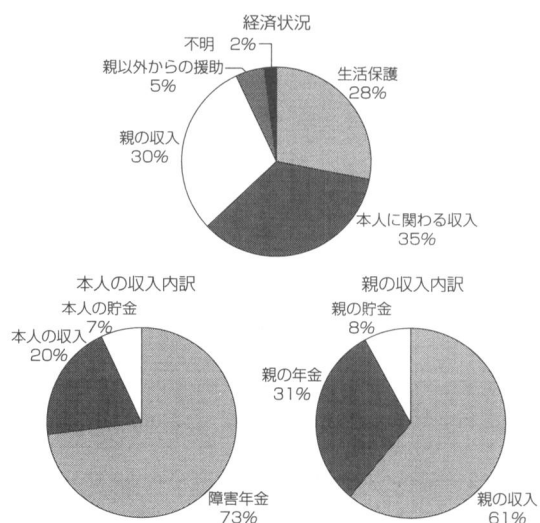


図7-1 ③-3 経済状況

経済状況内訳

本人に関わる収入	障害年金	11
	本人の収入	3
	本人の貯金	1
親の収入	親の収入	8
	親の年金	4
	親の貯金	1

図7-2 ③-3 経済状況

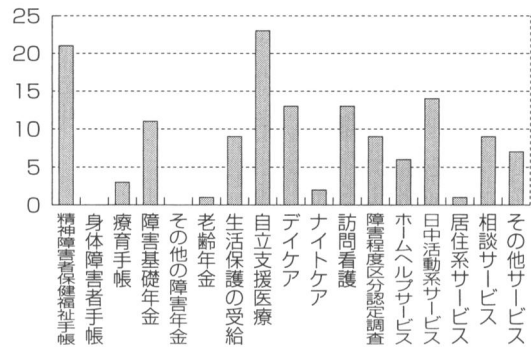


図8-1 ③現在の生活状況 ③-4 利用中のサービス

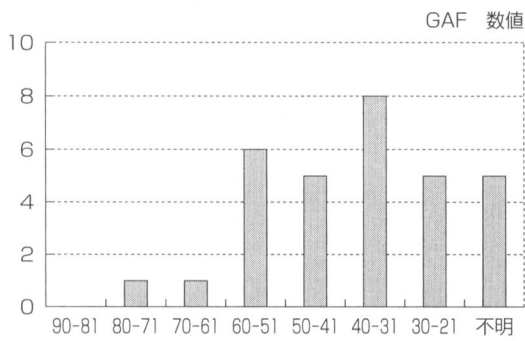


図9-2 ⑤ケアマネ事前評価

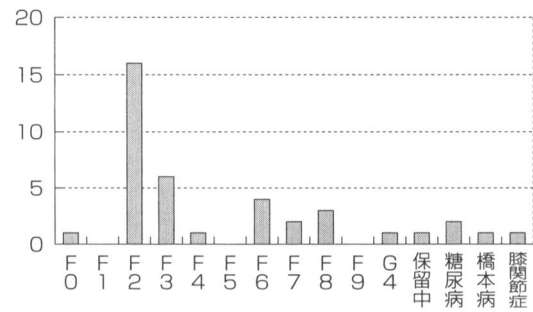


図10-1 ④受診状況 ④-1 診断名

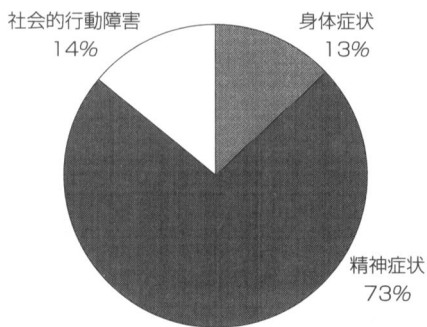


図10-2 ④-2 現在の症状

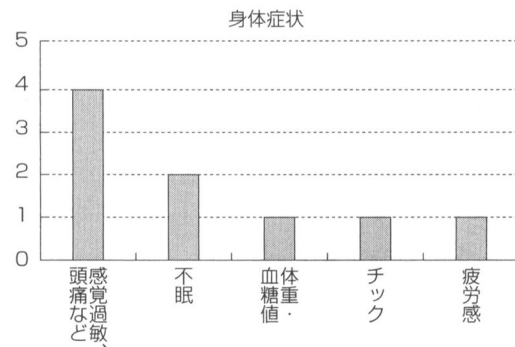


図10-3 ④-2 現在の症状

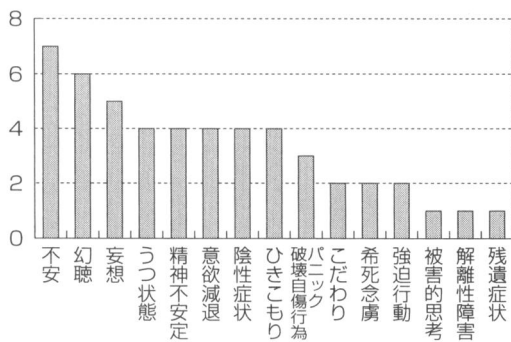


図10-4 精神症状

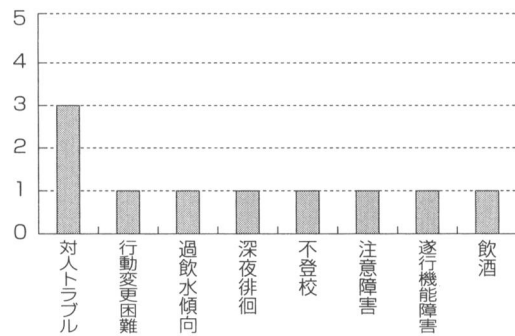


図10-5 社会的行動障害

については図 10 - 3、4、5 の通りとなっている。様々な症状を抱えているケースが多く、治療的な関わりをベースにおいた支援をする必要があるといえる。さらに、精神科の医療機関で行うケアマネジメントは医療、生活の両方を考慮し、様々な症状の変化にも素早く対応できるため、より効果的であるといえよう。

<平成 20 年 9 月 15 日研修会、平成 21 年 3 月 1 日報告会参加者へのアンケート分析>
(資料 8)

- ・平成 20 年 9 月 15 日研修会には 45 名参加、平成 21 年 3 月 1 日報告会には 47 名参加者。構成メンバーにほとんど差はなかった。
- ・平成 20 年 9 月 15 日研修会参加者の職種では PSW が 57% であるのに対し、医師が 28% であり、医師の比較的積極的な参加が見られた。ケアマネジメントを進めていくためにはチーム医療が必要との意識が高いものと思われる。
- ・参加者のほとんどが常勤者であった。
- ・ケアマネジメント経験年数は 5 年以上と以下で半数ずつであり、ケアマネジメントが必要と思える人へのかかわりの数は 10 人以上と以下で半数ずつであった。
- ・ケアマネジメントの対象者として、病気や生活状況の困難さ、多問題を抱えた方、地域資源と結びつける援助が必要な方については、研修会、報告会参加者両方とも 30 名以上の人があてはまると回答した。
- ・ケアマネジメントの対象者として、本人の同意が得られる方をあげていたのは、研修会参加者で 30 名だったのに対して、報告会参加者では 11 名となっており、かなりの減少が見られた (図 3)。図 4 ではケアマネジメントの成立条件として、報告会参加者の 35 名が本人の同意を必要としている点を考慮すると、本人の同意は必要と認めながら、今回の取り組みのなかではかなり困難を感じたことを示していると考えられる。

<図は資料 8 より抜粋>

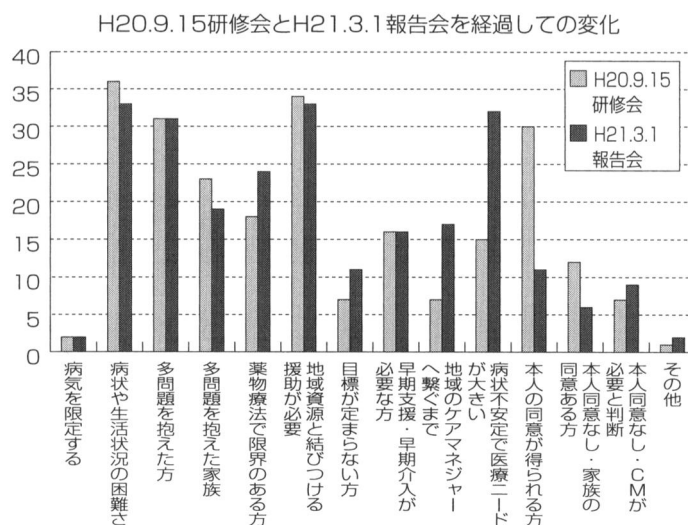


図 3 ケアマネジメントの対象について

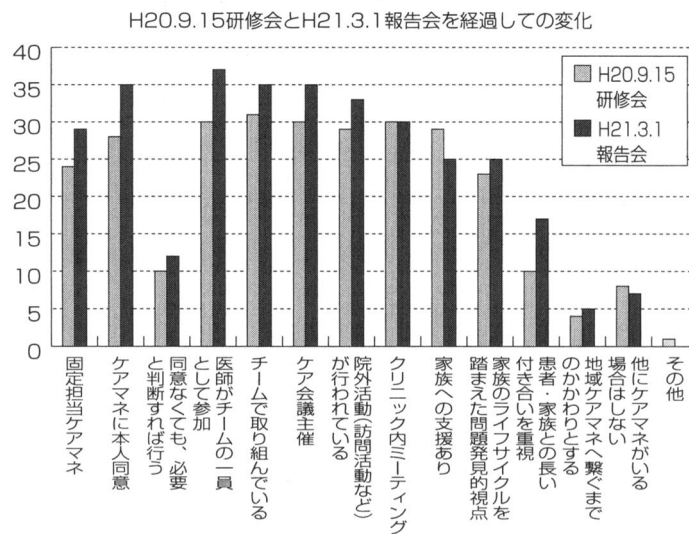


図4 望ましいと思われるケアマネジメントの成立条件について

- ・ ケアマネジメントの対象者として、病状が不安定で医療ニーズが大きい方を上げていたのが研修会参加者で15名だったのに対して、報告会参加者で32名と大幅に増加している。ケアマネジメントに対する認識の深まりとともに、医療者としての役割の再確認が行われたのではないかと考えられる。

<平成21年3月1日報告会参加者へのアンケート自由記載の分析> (資料9)

アンケートでは改めて、(1) 何を困難に感じたか、(2) 何を大切にしたか、(3) 何が得られたか、について自由記載を求めた。自由記載回答者数は43名で、職種は精神保健福祉士27名、医師12名、臨床心理士2名、看護師1名、保健師1名であった。

(1) 何を困難に感じたか、に関しては以下の項目に分類できた。(資料10)

- ・ 対象者の選定をめぐる問題。事前評価、アセスメントの仕方など。
- ・ 契約における問題。契約のなじみにくさ、同意への不安や懸念への対処など。
- ・ プラン作成時における問題。目標設定の困難さ、優先順位のつけ方など。
- ・ 利用者の側の問題。希望が不明確、ケアマネジャーの考えとのズレ、理解力など。またケアマネジメントの説明自体の困難さも。
- ・ 家族の側の問題。連絡、協力関係における配慮。家族の無理解の場合など。
- ・ チームの問題。チームとしての関わり、役割分担、情報の共有のあり方など。
- ・ 関係機関との連携問題。ケア会議の開催の調整。関係機関との協調の仕方など。
- ・ 困難事例の問題。とくに多問題家族へのアプローチなど。
- ・ 日常業務との兼ね合いの問題。会議などの時間の調整。シート記入の手間など。
- ・ その他

何を困難に感じたか、の問いに対して、契約の問題、対象者側の問題、日常業務との関係の問題が11名ずつで最も多かった。続いて、関係機関との連携の問題、プラン作成時の問題、対象者の選定の問題が記載されている。これらに比して少数ではあったが、家族の側の問題や、多問題家族についての記載もあり、今後の取り組みの中で浮上してくる問題であろうと思われる。

(2) 何を大切にしたいか、に関しては以下の項目に分類できた。

- ・ 利用者の意向、希望の問題。利用者の意向や希望に沿うこと。利用者の言葉を大切にすること。利用者のニーズを汲み取ることなど。
- ・ 利用者の動機付けに関する事。一方的な押し付けにならずに、利用者のペースを尊重し、利用者が意欲的に取り組めるように配慮することなど。
- ・ 信頼関係に関する事。新しい取り組みが負担にならないように配慮し、これまで築いてきた信頼関係を尊重し、維持することなど。
- ・ 関係機関との連携に関する事。関係機関とのつながり、関係機関の理解を深めること、ケア会議の開催など。
- ・ 医療情報を生かすこと。豊富な医療情報を生かしながら、病状の変化に対応したり、複雑困難な事例にも対応することなど。
- ・ アウトリーチに関する事。訪問して生活の場を知り、就労支援、家族調整に取り組むことなど。
- ・ チームでのかかわりに関する事。チームで働くことを尊重し、チームの中における自分の位置に注意することなど。
- ・ 権利擁護に関する事。障害者をめぐる環境がまだまだ厳しい中で、権利擁護の視点を持つことなど。
- ・ その他。ケースワークの技量の向上や今回のシート類の尊重など。

何を大切にしたいか、の問いに対して、利用者の意向や希望に沿うことが13名、利用者の動機付けへの配慮、これまでの信頼関係の尊重維持がそれぞれ10名で多かった。あくまでも利用者の意向、希望に沿うことが前提として大切にされている。また新しい取り組みを行うことによって、これまでに築かれた信頼関係を壊さぬよう細心の注意を払いながら、利用者が主体的、意欲的にサービスを活用できるように支援することが重要視されている。それに続いて、関係機関との連携の問題や医療情報を活用していくことが記載されている。これらに比して、アウトリーチ、チームでの関わり、権利擁護の問題は少数の記載にとどまったが、いずれも大切にすべき課題として、今後の取り組みの中で浮上してくるものと思われる。

(3) 何が得られたか、に関しては以下の項目に分類できた。

- ・ 情報の整理、理解の深まりについて。これまで見ていなかった問題への気づき、これまでの情報の整理などを通して、利用者への理解が深まることなど。
- ・ 信頼関係、利用者の主体的な参加について。情報の整理を共有することなどを通して、信頼関係が強まり、利用者の主体的な参加が得られるようになったことなど。

- ・ 支援の方向性について。情報の整理、信頼関係、利用者の主体的な参加などを通して、利用者の目標が見えやすくなり、支援の道筋が明確になったことなど。
- ・ 関係機関との連携。関係機関との交流が多くなり、ケア会議を重ねることにより関係者間の理解が深まり、連携がとりやすくなったことなど。
- ・ チームでの関わり。他職種への理解を求める共通の言葉ができ、スタッフ間の意思疎通がはかりやすくなり、チームにおける自分の位置を考えるようになったことなど。
- ・ ケアマネジャーの責任と自信。ケアマネジメントに関する理解が深まり、自分の援助を振り返ることを通して、ケアマネジャーとしての責任や自信が生まれたことなど。
- ・ その他。危機介入や困難事例への取り組みなど。

何が得られたか、の問いに対して、情報の整理、理解の深まりが14名、支援の方向性についてが11名、信頼関係、利用者の主体的な参加についてが10名、ケアマネジャーとしての責任と自信が10名となっている。これまで見逃してきた問題に気づけたり、生活歴病歴を改めて整理する機会となったことが、大きな意味をもっていたようだ。それらを利用者と共有することを通して、信頼関係が強まり、利用者の主体的な参加が得やすくなるとともに、そのことによって、支援の方向性が見えやすくなり、支援の道筋が明確になったと考えられる。このような過程を通して、ケアマネジメントに関する理解が深まり、ケアマネジャーとしての責任と自信を生み出していったと考えられる。その他にも、関係機関との連携や、チームとしてのかかわりについての熱心な記載も見られた。

7. 日精診版ケアマネジメントシートの確定

研修会や報告会での議論、アンケート調査、メーリングリストでの議論を通して、診療所で行うケアマネジメントの特徴として、次のような諸点を確認できた。

- ・ 診療情報が豊富で、より症状に応じた支援が可能である。
- ・ 本人のみならず、家族（躁うつ病の父親と統合失調症の兄弟、うつ病の母親と発達障害の子ども等）全体を視野に入れたケアマネジメントが可能になる。
- ・ シートそのものに柔軟な枠が多く、利用者のストレングスをひきだす可能性を有するとともに、専門性を持ち力量のあるケアマネジャーはそのクオリティの高さを、より一層示すことができる。
- ・ ケアマネジメントの評価とともに、ケアマネジャーの自己評価も行うようにすることで、ケアマネジャーの専門性、力量の向上につなげることができる。
- ・ 利用者と共にシートを作成することにより、利用者の動機付けを高めながら、より適切な目標を設定できる。
- ・ 結果として、安定した自立生活の継続、再発および入院の予防、就労支援その他のQOLを高めるサービスの活用や、家族への危機介入などの支援が可能となる。

このような経過を踏まえて、見直しシート、振り返りシートを加えて5点のシートを確定した。見直しシートでは、利用者や事業者とともにサービス利用プランの進捗状況を1～3カ月ごとに確認し、必要に応じて見直しを行うこととした。また振り返りシートでは、原則として6カ月ごとに目標の達成度や利用者の満足度を確認し、ケアマネジメントが効果的に行われたかの振り返りを行うこととした。これらのシートは利用者が主体的に活用できるよう意図して作成され、ネーミングも利用者主体を意識したものとなった。

以上の経過によって、日精診版ケアマネジメントモデルを確定した。サービス利用のフェイスシート、サービス利用のためのチェックシート、サービス利用プラン、見直しシート、振り返りシートの5点を基本とし、必要に応じてオプションシートを作成することとした。また、日精診版ケアマネジメントモデルの普及のためにランタイム版を作成した。コンピュータに書き込めることによって、自由記載欄がより豊かになり、利用者とともにチェックシートやサービス利用プランのバージョンアップを重ねることが可能となっている。

8. 今後の課題

今後の課題としては、日精診版ケアマネジメントモデルの有効性と限界を確認していく必要がある。今回のケアマネジメント実践と報告を通して、日精診版ケアマネジメントモデルの特徴を数多く浮かび上がらせることができた。その有効性を確認するには、それを評価する客観的な指標を抽出する必要がある。また、日精診版ケアマネジメントが意味を持つためには、ケアマネジャーの質を担保していくことが不可欠である。そのために必要な研修のあり方についても検討を重ねていかねばならない。

今回、日精診版ケアマネジメントモデルへの導入の指標として、(1) ケアマネジメント効果期待度、(2) 集中的介入の適時性、(3) 利用者の準備性、(4) ご家族の準備性、についてケアマネジメント従事者が5段階評価を行い対象を決定した。基本的に複雑で多様な生活上の困難を抱えた精神障害者が対象になるが、よりいっそう客観的な基準が求められるのではないかと考えられる。

わが国では、精神科診療所へのアクセスは自由であり、利用期間についての制限もない。利用者で長期的、定期的に関わる診療所だからこその長い関わりが可能になるということもあるし、また逆に危機介入的な意味を含んだケアマネジメントの実施も可能である。このように診療所には、幅広い利用の可能性がある。

しかし、診療所でケアマネジメントを行う際には、相当程度のエネルギーの集中が必要であり、やはり対象や期間を明確にする必要があるのではないかと考えられる。日精診版ケアマネジメントモデルを用いて、終結を意識した関わりを行うことにより、地域の社会資源との連携をはかり、より効果的な相談支援を実施する方法について、さらに検討を深めていく必要があると考えられる。

9. まとめ

全国の精神科診療所に、現在各診療所で独自に行っているケアマネジメント事例の提供を呼びかけ、17 診療所から 76 事例の提供を得た。提供事例の分析を通して、日精診版ケアマネジメントモデル（仮）を作成した。事例提供 17 診療所をモデル診療所とし、当該診療所のケアマネジメント従事者に対して、日精診版ケアマネジメントモデル（仮）を用いて研修を行った。その研修を踏まえて各診療所でケアマネジメントを実施した。半年の実践を踏まえて、各診療所で行った工夫と経験の報告会を開催した。31 件のケアマネジメント事例報告があった。ケアマネジメント従事者には「何を困難に感じたか」「何を大切にしたいか」「何が得られたか」についてアンケート調査を行った。これらの精査解析を通して、日精診版ケアマネジメントモデルを確定した。このモデルの普及をはかるためランタイム版を作成した。

日精診版ケアマネジメントモデルは医療・福祉など（教育、就労、司法など関係機関を含む）共通のケアマネジメントツールとなる可能性がある。そのことによって、医療と福祉などの連携をより一層強め、現状では支援の網の目をすり抜けてしまう事例への支援も可能となるのではないかと考えられる。地域における重層的で、より効果的な相談支援体制の構築をはかることが可能になると考えられる。

医療機関において相談支援を行っても対価は発生しないが、自らの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのような位置にあるのか意識しながら、このモデルが活用されることを期待したい。

参考文献

1. 野中 猛著『ケアマネジメント実践のコツ』 筒井書房、2001年。
2. 野中 猛著『【図説】精神障害リハビリテーション』 中央法規出版、2003年。
3. 野中 猛著『【図説】ケアチーム』 中央法規出版、2007年。
4. 野中 猛監修・執筆『支援困難ケアマネジメント事例集』 日総研出版、2009年。
5. チャールズ・A・ラップ／リチャード・J・ゴスチャ著（田中英樹監訳）『ストレングスモデル－精神障害者のためのケースマネジメント』 金剛出版、1998年。
6. 全国精神保健福祉相談委員会・田中秀樹編『地域援助活動（地域精神保健福祉実務実践シリーズ第4巻）』 萌文社、1998年。
7. 野中 猛著『精神障害リハビリテーション論－リカバリーへの道』 岩崎学術出版社、2006年。
8. 長崎和則、辻井誠人、金子 努著『事例でわかる！精神障害者支援実践ガイド』 日総研出版、2006年。
9. マーク・レイガン著／前田ケイ監訳『ビレッジから学ぶ リカバリーへの道 精神の病から立ち直ることを支援する』 金剛出版、2005年。
10. 日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』 へるす出版、2001年。
11. 植田 章著『障害者福祉実践とケアマネジメント』 かもがわ出版、2008年。
12. 野中 猛著『図説ケアマネジメント』 中央法規出版、1997年。
13. 日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』 へるす出版、2001年。
14. 介護予防研究会監修／白澤政和編『ストレングスモデルによる介護予防ケアマネジメント－理論と実践』 中央法規出版、2007年。
15. <鶴見和子・対談まんだら> 上田 敏の巻『患者学のすすめ』 藤原書店、2003年。
16. 大川弥生著『新しいリハビリテーション 人間「復権」への挑戦』 講談社、2004年。
17. デイビッド P. マクスリー著（野中 猛・加瀬裕子監訳）『ケースマネジメント入門 THE PRACTICE OF CASE MANAGEMENT』 中央法規出版、1994年。
18. 寺谷隆子著『精神障害者の相互支援システムの展開－あたたかいまちづくり・心の樹「JHC板橋」』 中央法規出版、2008年。
19. 公衆衛生精神保健研究会『ケアマネジメントと地域生活支援－精神保健福祉の新たな展開』 中央法規出版、1998年。
20. 田中英樹著『精神障害者の地域生活支援－統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』 中央法規出版、2001年。
21. A・J・フランクリン／S・R・ゲルマン著（野中 猛監訳）『ケースマネジメントの技術』 金剛出版、2006年。
22. 野中 猛、高室成幸、上原 久著『ケア会議の技術』 中央法規出版、2007年。
23. 大島 巖編著『ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス』 精神看護出版、2004年。
24. 寺田一郎著『精神障害者ケアマネジメントマニュアル』 中央法規出版、2000年。
25. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課監修・高橋 清久／大島 巖著『改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方－ケアマネジメント従事者養成テキスト』 精神障害者社会復帰促進センター、1999年。
26. 独立行政法人国立特殊教育総合研究所／世界保健機関編『ICF（国際生活機能分類）活用の試み－障害のある子どもの支援を中心に』 ジアース教育新社、2005年。
27. Daniel Fu Keung Wong『Clinical Case Management for People with Mental Illness－A Biopsychosocial Vulnerability-Stress Model』 The Haworth Press、2006年。
28. P・W・コリガン／D・W・ギフォート編『チームを育てる 精神障害リハビリテーションの技術』 金剛出版、2002年。
29. 谷口明広著『障害をもつ人たちの自立生活とケアマネジメント』 ミネルヴァ書房、2005年。

資料

- 資料1 ケアマネジメント事例提供のお願い・・・31
- 資料2 研究を始めるに当たって全国の精神科診療所にケアマネジメント事例提供を呼びかけて得られた71事例の集計・・・34
- 資料3 『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』
H20.9.15研修会《議事録》・・・38
- 資料4 H20.9.15研修会 ケースマネジメント講義／野中 猛・・・48
- 資料5 「日精診・自立支援調査研究プロジェクト」へのご協力のお願い・同意書・・・60
- 資料6 『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』
H21.3.1報告会《議事録》・・・61
- 資料7 H21.3.1報告会 日精診版ケアマネジメントを実施した31事例の
サービス利用フェイスシートの分析・・・96
- 資料8 H20.9.15研修会、H21.3.1報告会参加者アンケートの分析・・・102
- 資料9 H21.3.1報告会参加者へのアンケート 自由記載一覧・・・103
- 資料10 H21.3.1報告会参加者へのアンケート 自由記載の分析・・・108

資料 1

各位殿

神戸総会の理事会ならびに各委員会でおりましたが、「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」に関連して、各診療所で現在行われている、ケアマネジメント事例（ケースワーク事例を含む）の提供をお願いします。ご協力の程、宜しくをお願いします。

平成 20 年 7 月 2 日

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」

事務局 上ノ山一寛

TEL 0749-24-7808

FAX 0749-24-7807

E-mail mihikocl@biwako.ne.jp

記

向夏の候、先生方には益々ご健勝のことと存じます。

さて、平成 20 年度障害者保健福祉推進事業に日本精神神経科診療所協会から応募していたところ、国庫補助内示がありました。

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」です。審査委員の次のようなコメントがついています。

「診療所でのケアマネの考え方や方法を整備し広めることは重要である。」

「支援のための資源としてのクリニックの可能性については興味深い。」

この研究を通して、精神科診療所におけるケアマネジメント能力を高めるとともに、地域の相談支援体制にもその成果を反映させることを意図しています。結果として、診療所が地域の有力な社会資源として機能しうることを証明したいと思っています。

このプロジェクトの第一段階として、全国約 10 カ所のモデル診療所で現在既に行われているケアマネジメント事例を集積し、診療所がケアマネジメントを行う場合の簡潔にして使いやすい仮のアセスメントシートやモニタリングの指標を作成したいと考えています。あまり時間がなくて恐縮ですが、各診療所ごとに、ケアマネジメント従事者 2～3 名を選定して頂いて、その方たちを中心にケアマネジメント事例を 1～5 例（A4 で 1～2 枚程度）作成して、7 月末までにお送り下されれば幸いです。

その後、出来上がった仮のアセスメントシートやモニタリングの指標をもとにして、9/15（月）に東京で、全国約10カ所のモデル診療所の医師、ケアマネジメント従事者に集まっていただき、研修会を開く予定です。

その研修を通して、モデル診療所のケアマネジメント能力のレベルアップと均質化をはかり、その後の6カ月間本格的ケアマネジメントを実践し、来年3月にもう一度報告会を開催する予定です。

6カ月程度のケアマネジメントの実践で効果判定は困難と考えますので、今年度はアセスメントシートやモニタリングの指標の作成までをとりあえずの成果とし、来年以降このアセスメントシートやモニタリングの指標を使って、対照群をおいて効果判定を行いたいと考えています。そのためプロジェクトは最低2年、出来れば3年計画で進めたいと考えています。

現在のところ、このプロジェクトの事務局を原（仙台）、三家（大阪）、上ノ山（滋賀）が担い、研究協力員としてルーテル学院大学の前田ケイ先生、日本福祉大学の野中猛先生にお願いしています。研究員や、研究協力員の先生方の構成は順次体制を整え、今後もう少し膨らんだものになると考えています。

地域福祉デイケア委員会と児童青少年問題関連委員会の先生には是非、モデル診療所になっていただき、ケアマネジメント事例を1例～5例、7月末までに南彦根クリニック上ノ山までお送り下さい。

事例提供して下さる際に、参考までに第6回チーム医療・地域リハビリテーション研修会（滋賀）での資料を同封します。この時は医療ケースワーク・ソーシャルワークの事例を提供して頂きました。今回は関係機関との連携が視野に入っていれば、より望ましいと考えていますが、診療所が行う直接サービスを含めた継続的な支援体制が必要だと思われるケースであれば、対象は特に限定しません。

どうぞ宜しくお願いします。

=====

7月18日までにFAXでご返信下さい。 FAX 番号 0749-24-7807

お名前 ()

クリニック名 ()

ケアマネジメント事例を (提供できる ・ 提供できない)

提供できる事例数 () 事例

=====

(参考)

以下は厚労省に提出した同事業協議書の内容抜粋です。(この内容に特にこだわる必要はありません。)

「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」

＜事業実施目的＞

精神科診療所において、モデル的な相談支援（ケアマネジメント）を行い、その内容を精査解析することを通して、相談支援自己評価指標、相談支援事業者の評価指標の開発、きめ細かく相談支援を実施する方法の開発を行う。

＜事業内容＞

精神障害者の相談支援においては次のような内容が担保される必要がある。

- (1) 当事者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応すること。
- (2) 障害の受容に至る長いプロセスを共に歩みながら、社会参加や自己実現を目指すこと。
- (3) 複数の困難を抱えた患者・家族の事例では、患者個人に焦点を当てるだけでなく、家族のライフサイクルを視野に入れること。
- (4) 自ら支援を求める当事者は必ずしも多くない現状にあって、ニーズを掘り起こしていくアウトリーチの視点が必要であること。
- (5) ニーズの把握に当たっては、当事者の権利擁護に細心の注意を払うこと。

以上の諸点を踏まえた仮のアセスメント票やモニタリングの指標などに基づき仮のケアマネジメントモデルを作成する。全国約 10 カ所のモデル精神科診療所を抽出し、ケアマネジメント従事者に対する研修を行う。

上記研修に基づきモデル的なケアマネジメントを実施する。その結果の精査解析を通して、医療と福祉をつなぐアセスメント票の作成、モニタリングの方法の評価基準などを作成する。

以上をまとめて、相談支援自己評価指標、相談支援事業者の評価指標の開発、きめ細かく相談支援を実施する方法の開発を行うとともに、その有効妥当性を検討する。

H20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神科診療所における
相談支援のあり方に関する研究

研究を始めるに当たって、全国の精神科診療所に
ケアマネジメント事例提供を呼びかけて得られた
71事例の集計

日精診・
障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会

図1.提出事例の検討

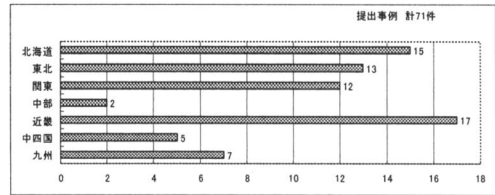


図2.提出事例 年代・性別内訳

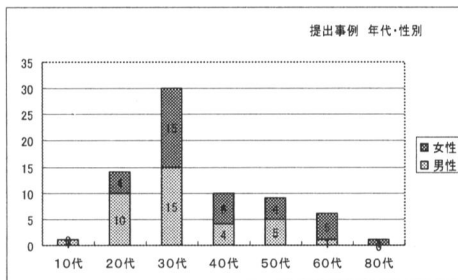


図3.提出事例 診断・性別内訳

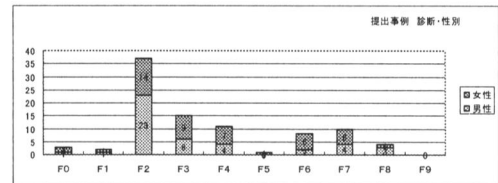


図4.提出事例 年代別に見た診断内訳(男性)

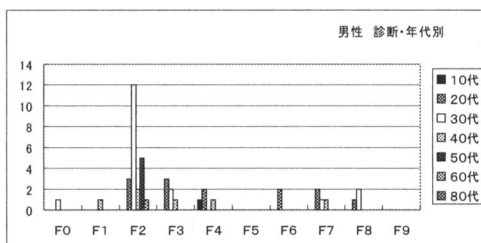


図5.提出事例 年代別に見た診断内訳(女性)

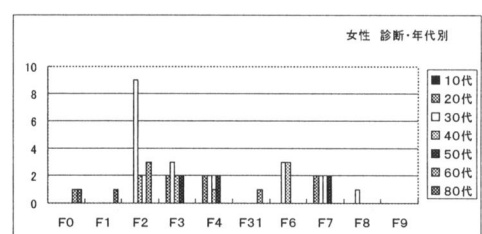


図6.提出事例 ケース記入者内訳

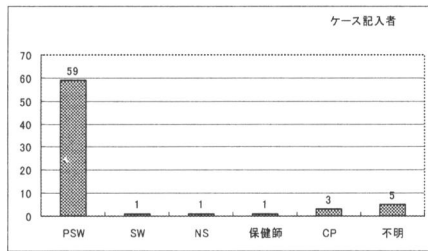


図7.提出事例(71件)中、多問題を抱えるケースの割合

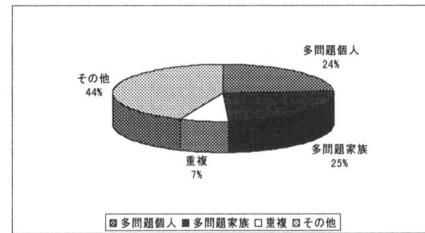


図8.提出事例(71件)中、就労支援・単身生活支援が行われている場合

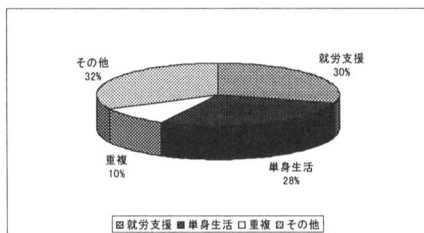


図9.支援している機関数

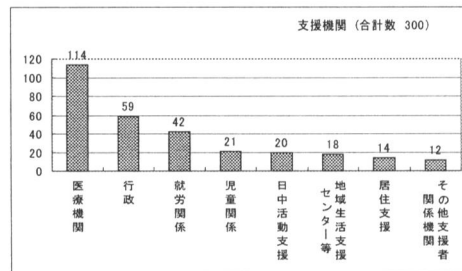


図9-1 支援している機関(①医療機関)

精神科診療所	71
デイケア・デイナイトケア	34
他診療所・他病院	6
他科診療所・病院	2
認知症センター	1
医療機関 合計	114

図9-2 支援している機関(②行政)

福祉事務所	22
市町村(障害福祉課、介護保険課等)	20
保健所	8
保健師	5
民生委員	4
行政合計	59

図9-3

支援している機関(③就労関係)

作業所	9
ハローワーク	7
アルバイト先、就労先	6
障害者職業支援センター	5
就労支援事業所	5
事業所	2
就労支援センター	2
就労施設	2
授産施設	2
ジョブコーチ	1
知的障害者授産施設	1
就労関係合計	42

図9-4

支援している機関(④児童関係)

子ども家庭センター	7
小学校	4
母子生活支援施設	2
保育園	2
児童養護施設	2
母子保健センター	1
中学校	1
子育て支援センター	1
学童保育	1
児童関係合計	21

図9-5

支援している機関(⑤日中の活動支援)

ヘルパー	17
日常生活自立支援事業所	2
デイサービス	1
日中活動の支援合計	20

図9-6

支援している機関(⑥その他の支援者、関係機関)

ケアマネージャー	6
権利擁護事業所	3
弁護士	2
成年後見人	1
その他支援者、関係機関	12

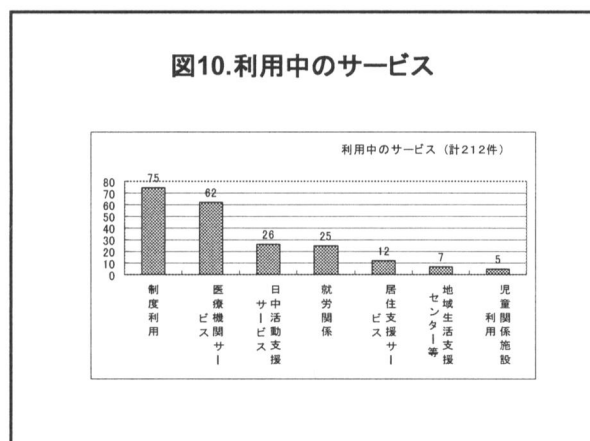


図10-1

利用中のサービス(①制度利用)

生活保護	22
障害年金	20
手帳(身体・知的・精神)	15
介護保険	6
自立支援医療	6
権利擁護事業	3
成年後見制度	2
失業保険	1
制度利用合計	75

図10-2
利用中のサービス(②医療機関サービス)

デイケア・デイナイトケア ・就労ナイトケア	35
訪問看護	23
自宅訪問	3
往診同行	1
医療機関サービス合計	62

図10-3
利用中のサービス(③日中支援のサービス)

居宅介護(ホームヘルプ)	15
高齢者ホームヘルプ	4
デイサービス	2
行動援護	1
移動支援	1
ガイド行動支援	1
日常生活支援事業	1
食配サービス	1
日中活動の支援サービスの合計	26

図10-4
利用中のサービス(④就労関係)

就労支援(移行、継続)	6
就労訓練	1
作業所	7
授産施設	4
社会適応訓練	4
ジョブコーチ	1
復職支援	1
トライアル事業	1
就労関係合計	25

図10-5
利用中のサービス(⑤居宅支援サービス)

グループホーム	5
生活訓練施設(援護寮)	4
ショートステイ	1
民間寮	1
高齢者GH	1
居住支援サービス合計	12

図10-6
利用中のサービス(⑥児童福祉施設関係)

児童養護施設	1
母子保健センター	1
母子生活支援施設	2
特別支援学級	1
児童関係施設利用合計	5

資料 3

<日精診自立支援調査研究プロジェクト委員会> 精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究 「研修会」《議事録》

日 時 2008年9月15日

場 所 八重洲ホール 10:00～17:00

総合司会：上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長）

アシスタント：木原はる奈（三家クリニック PSW）

はじめに

- ・開会挨拶（上ノ山一寛）
- ・参加診療所紹介

①「ケースマネジメント講義」（資料4）

講師：野中 猛先生（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科教授）

- ・ ケアマネジメントの何たるかを明らかにし、診療所におけるケアマネジメントは何を強調していくのかをはっきりさせた上で進めるべき。
- ・ 診療所の日常業務は多様なまま、ケアマネジメントにおいては全国の共通の基盤を持つべき。
- ・ ケアマネジメントは、多種多様（例えば司法ケアマネジメント、児童ケアマネジメントなどのよう）なケアマネジメントチームによって成り立ち、自立支援法のケアマネジメントだけで成り立つわけではない。

（以下スライドを用いた講義より）

- ・ 生活支援の必要度をケアマネジメントの基準にすべきであり、日本の障害程度区分認定のように重症度によるべきではない。
- ・ ワーカーではなくひとりひとりの利用者が決める。
- ・ 期間を設けるのも誠意あるケアマネジメント。一生はできない。また、すべてをやることはできない。燃え尽きにつながってしまう。
- ・ 制度と技術は制度が重要視されるが、自分たちが持つ技術に照らして必要なことをやっていく

ことで、制度として認めてもらう。

- ・ ケアマネジャーが力の配分を決め、Dr. と議論しながら方針を決める。チームも必ず必要で、チームワークの練習＝ケア会議である。
- ・ インテーク＝サービス利用の契約を行う。診療所の提供できるものをきちんと把握し、できないことはその日に断る。
- ・ アウトリーチの重要性。サービスまでたどり着けるのは軽い人。重症な人は自ら掘り出さないと見つからない。
- ・ アセスメントとは、決断できるまで情報収集することであり、チェックすることではない。
- ・ 事例として扱わず、主語を「私」にすることで相手の立場を理解しやすくなる。
- ・ 診療所ケアマネジメントにおけるニーズ＝生活を支える要素で欠けているもの。健康面だけではだめ。
- ・ ADL だけでなく、IADL の共通理解必要。
- ・ 地域に根ざした社会資源の生きた情報を持つこと。
- ・ 障害者用の生活設定をしてはいけない。普通の生活が目標であり、「障害者だから週 2 回のお風呂でいい」と考えてはいけない。
- ・ プランニングについて、長期目標＝夢があるもの。実現できなくともよい。短期目標＝現実的なもの。半年間。…それぞれの機関の役割設定と期限目標をきちんと決めること。
- ・ セルフケア能力を向上させるケアマネジメントが大事。魚がつかれるなら、魚がいる場所を教えるだけでいい。
- ・ 各機関の人間が顔を合わせることは重要。
- ・ ケースマネジメントの終結。こちら側から終わらせてはいけない。
- ・ 診療所の外でも情報の共有が必要となるため、情報交換許可契約を行うこと。

<野中先生の講義に対する質疑応答>

(質問) プランニング表のインパクトゴールとは？

(答え) そのゴールをクリアすることで大きな変化が望めるものである。

(質問) ニーズとダイヤモンドについて

(答え) デイモンドケースマネジメントというものもあるくらい、利用者の方の意見が大事であり、ダイヤモンドから入っていくことで本当のニーズも出てくる。また、スモールステップという意味でもダイヤモンドは大事である。ただ、6 カ月で効果を見るのは難しいであろう。

(質問) 地域でケア会議を行うにあたり、会議を行うことを本人に伝えることが難しい。また、会議の結果を伝えることも難しいが、どこまで伝えるべきか？

(答え) 基本的に情報や秘密保持は、本人に有利なようにする。ただし、すべてを本人に話せばよいわけではなく、それは外科手術の際の告知のような論理である。大まかな了解を取れば、細かな部分をいちいち了解をとる必要がない場合もある。自分たちの専門性を確立するトレーニングにもなる。

(質問) ケースマネジメントの定義＝ケースマネージャーの定義でよいのか？また、ケースマネ

ジャーは一人なのか複数なのか？ 精神障害者は混乱しやすいため、窓口は小さいほうがよいのでは？

(答え) ケースマネージャーでよい。もちろんケアマネジメントはチームで行うが、利用者に対しての担当者をチーム担当制にするか、個人担当制にするかはどちらでもよい。特に規定はない。個人的には特定の個人が担当するのがよいと思うが、CMの能力的な問題もある。

(質問) CMは直接サービスをしないとあったが、現場では直接行っている。

(答え) CMはやむをえない場合は直接サービスをする場合もあるが、原則的には全体の調整であり、間接介入であるべき。ただし、本人やさまざまな機関と直接会って決めていくのであり、俯瞰するという意味ではない。

(質問) 診療所のメリットは長期に関われることだと思うが、ケアマネジメントに活かせるか？

(答え) 臨床型ケアマネジメントは日本の診療所に近く、終結をメインにしないものである。ずっと長くみられることはやはりメリットであり、ライフサイクルでみていけるメリットを強調できる。ただし、糖尿病などになった患者もそのまま見てしまうなどのデメリットも忘れてはならない。

② 「事例検討」

担当：野中 猛先生

前田 ケイ先生

事例提供：A PSW

- ・ 事例検討会で大事なことは、人の構造のつくり方。どんなに優秀な人材が集まっても適切な構造ができていなければいいものにならない。
- ・ 事例の報告には、プレゼンテーション能力が必要。決められた時間内で骨組を紹介する（通常10分程度）。事例報告ではない点に注意。

〈事例を報告した後〉

1. アセスメント段階

野中：どんな情報がほしいですか？

参加者：現在の体調。

野中：睡眠は？

A PSW：パニック発作なく眠れている。

野中：処方は？

主治医：ロナセン。

野中：食事は？

A PSW：コンビニの食事が中心。

野中：他には？

参加者：お兄さんたちとの関係はよいのか？

野中：「お兄さん」という人はいない。上のお兄さんと、下のお兄さん。関係がよいのかではなく、どんなエピソードがあるのか聞く。年齢や職業、結婚しているのかどうか、なぜ結婚していないのかなど詳しく。

参加者：金銭管理は自分でしているのか？

A PSW：金銭管理はご自分でなさっています。しかし、冷蔵庫を買う際など、パチンコで資金を膨らませてからという考えになってしまう。

野中：この方には心理教育はやっていないですか？

主治医：この人にはやってないです。ドーパミンについて知らない状態です。

野中：統合失調症にパニック発作が併発したわけではなく、アカシジアがパニック発作とかわられていただけですね？ では、パニック発作と呼ばないように。

参加者：通院などの交通費は？

参加者：職親の元に行っているようですが？

A PSW：そうですね、熱心な訓練生のような感じで、休まれることもないです。

野中：他の方と比べて何%の能力？

A PSW：120%

野中：では、出力の出すぎで長続きできないという問題を抱えていますね。そのままの状態にしておくのか？

A PSW：今のところ問題はなく、数カ月続いているので、良しとしています。

野中：お風呂は週に何回行くの？

A PSW：聞いたことなかったです。

野中：そういうことを聞かないとだめ。病気にばかり焦点を当てない。

主治医：お風呂はないかもしれない。

野中：確かめてみないと！

参加者：事業所を休むと罰金とありますが、それは事実ですか？ それとも勘違いしやすい方ですか？

主治医：事実です。そのような事業所の存在は問題だと思います。

野中：許せないことですね。訴えていくべきです。

主治医：すでに私自身が電話をかけています。

野中：事業所だけでなく、罰金を取らないと運営していけない構造も同時に訴えていくべき。

参加者：糖尿病の状況はどうですか？

A PSW：ご自分で管理できているとのことでした。

野中：お風呂に入らず、頭部がべたついておおうような人の自己管理という発言だけで信じたのですか？

A PSW：就労ができていた人だったので、信頼できるかと・・・

野中：それではだめです。糖尿病はインシュリン依存型ですか？

A PSW：わかりません。

野中：ワーカーだから知らなくてよいというのは間違いです。医師だけでなく、ワーカーも知っておくべきことです。

参加者：小さい頃からの友人というのは？

A PSW：チェックできていません。

野中：人間関係は三世代とっておくとよいです。クリニックよりもおじさんおばさんのサポートが重要かもしれないのに、とっていないとわからない。拡大親族の情報は重要です。「友人関係なんて重要じゃないや」なんていうのは、診療所ケアマネジメントではない。

参加者：ご本人はご自分をどんな人間だと思っていて、渡辺さんはどのような人だと考えていますか。

A PSW：ご本人がどう思っているかは・・・

野中：動物にたとえてもらって、なぜかと聞くとか。趣味は？

A PSW：趣味らしい趣味はないような・・・

野中：聞いていないからでは？ 聞けばあるだろう。又聞きでもよい。誰から聞いたかはっきりさせる！

野中：なぜ、訪問しないの？

A PSW：行く前に来てくれるので・・・

野中：行けば、風呂があるか、ご飯食べているか、アルバム見てどんな時代があったのは一発でわかる。ケアマネジャーだというなら診療所に閉じこもっていたらだめだ。必ず訪問はすること。とにかく何でも聞いてみるのが大事。

前田：伝統的なソーシャルワークではなくこれがこの事例のケースマネジメントだというのはどんなところですか？

A PSW：時間の経過に伴ってたくさんの機関が関わっており、これからに対して連携を強めていくなか、みなさんのご意見もいただきたい事例です。

2. プランニング段階

野中：「急ぐ・急がない・本人・まわり」という4つの軸にプロットさせていくわけですが、先生ならまず何をなさいますか？

参加者：将来の目標。

参加者：本人を取り巻く環境がわかってきたが、使えるものと使えないものがある。

野中：まずは次兄に連絡ですね。リスクもありますが。

参加者：ADLの向上を考えた場合、実際にできることは？

野中：まずは食事ですね。糖尿病もあるので、食事のADLをどうやって上げるか？一人で食べるのがどんなにつまらないことか、一人暮らしの方ならわかると思います。そこで、クッキングハウスのようなものがないかどうか調べる。次に、衛生状況を細かくチェックする。楽しみがないかどうか、のチェックも大事。

参加者：先ほど高望みではないかという意見が出ていたが・・・？

野中：目標があるのはよいことだが、早い段階からこだわると失敗につながるのでスモールステッ

プが大事。プランニングでしっかりやっていく。

参加者：自分の症状についての関係は？

野中：病識をもち、病気に対しての理解を深めるような会を持つことはとても大事。例えばデイケアでも、ソフトボールをする時間はなくても、自分の病気についての勉強会なら行くでしょう。

参加者：ニーズの把握がまだ不十分なので、そのあたりを汲み取ることが必要だと思います。

野中：具体的には？

参加者：具体的にどのような就労がしたいのか、本人の具体的な就労イメージを聞く。

参加者：診断の問題なのですが、幻聴のあと特に症状なくアカシジアのみ。いろいろ家族にもあって、能力にもばらつきがある。発達障害の可能性もあると思いますし、はなから統合失調症と決めてしまうのは危険では。そのためにも、幼児期の情報が必要。40歳の方に幼児期の様子を聞くのは大変だが・・・。就労を機に職業適性や能力評価を。

野中：ばらばらになっている情報を狭い意味での関係者でまとめる。小学校の先生の評価はとても素晴らしく、それで障害が決まっているといえるくらいしっかりした評価ができていますので、参考に。

参加者：地域性や本人が地域の方からどう思われているかは？

野中：なぜ？

参加者：本人が住みやすいかどうかも大事だと思うので。

参加者：生保をやめることを目標にしているし。

野中：しかし、あまり公に聞くことは避けたほうがよい。なぜワーカーがそんなことを聞くのかと反感を買う結果を招かないように。ただ、生活保護を打ち切ろうとする行政の状況など地域によってまったく異なるので、把握することは大切です。

参加者：クリニックでDr.とワーカーの他に関わっている人はいないのか？ 優秀なナースの関わりも大事だと思います。

(以上、事例検討のなかで出てきた問題を、「急ぐこと・急がないでよいこと・本人がすること・まわりがすること」という4つの軸にプロットさせていくことによって、自然とプランが作成できる。)

<前田先生総評>

71事例を読んで、みなさんが日常の大変な業務もあるなか、積極的に本人のために行っているということに感動した。仕事に対するコミットメント意識に感動した。そして、非常に重たい現実があるということにショックを受けました。そのような重たい現実を、診療所という現場においてがんばってなんとかしようとしていることを知ってほしいと思う。特に行政には知ってほしいです。また、先進国には学ぶべきモデルがたくさんあります。システムの確立されない中でやっているのだから、あるべき姿のビジョンを明確に持つことも大切です。すぐには役に立たないような情報だとしても、整理して組み立てることやビジョンを持つことで、いずれよりよいものへ役立てられます。これから作られる手引書もとてもたいせつな財産になるでしょう。

<前田先生による今後取り組む事例への提案>

・本研究のために提出を求めるケースの特色と記録の焦点

1. 以下の特色が数多く該当するケースを選んで提出する

- 1) 本人の生活支援のために多様なサービスが必要であり、多職種・多機能・多団体による関与の必要が見込まれるので、クリニックの職員が中心となって連絡・調整の役を果たしていくケース
- 2) 問題予防や問題解決のために頻回の接触が必要とされるケース
- 3) クリニックでの対面相談、グループワークのみならず、電話相談、本人の居住する場所や地域、時には就労先などに本人を訪問し、相談する必要があるケース
- 4) すでに多機関がそれぞれにサービスの提供を行っているが、本人がサービスの選択に優先性をつけることができず、サービスの調整を行う必要がある場合、その役をクリニックの職員が積極的にとり、関係機関や団体と連絡し、本人の意志決定を支援していく必要のあるケース
- 5) 諸サービス利用の実際の様子や、効果を本人と共にモニターする仕事をクリニックの職員が中心となって行い、その情報の共有を関係機関・団体と図っていくケース
- 6) 本人ばかりでなく、本人が生活を共にしている家族のニーズにも配慮し、その人の生活問題解決に関係機関・団体と連絡をとりつつ乗りだす必要があるケース（例：親が高齢で認知症が疑われるような症状を見せ始めている場合）

2. 記録の焦点は、当事者や家族の様子ばかりでなく、提供したサービスの記録であること

以上

③検討会「診療所版簡易アセスメントツールの検討」

- ・ 71 事例を検討し、診療所版簡易アセスメントツールを作成するわけですが、今日は完成系ではなく、簡易版を報告します。本日の皆さんからのフィードバックを元に改良し、本年度9月から6カ月間そのツールを使用して実践していただき、評価します。ただし、6カ月で終わりではなく、来年度も続けていければと思います。
- ・ メーリングリストを通して情報の共有を図りたいと思います。また、71 事例をさらに解析していきたいので、事例を書いていた方のお名前と職種をご連絡ください。さらに、本日お配りするシートに当てはめた場合は、どのようになるのか、後ほどご返送お願いします。（→これはちょっと困難という意見あり、要再考。）
- ・ 71 事例の統計結果報告。
- ・ 資料4 P.1、「ケアマネジメントシート作成にあたって」目的の確認。
- ・ 臨床技能（治療プラン、症状と能力の把握、スキルトレーニング、ゴールの設定など）が重要である。診療所の特徴を生かす。アクセスが自由で、専門性が高く、コストパフォーマンスが高い。高い専門性を持つチームが、患者・家族の身近に点在する。このチームは比較的小規模、

機動力に優れ、何世代にもわたる関係が可能。

- ・当事者主体であるとともに、病状の変化にきめ細かく対応していく。
 - ・支給決定以前の長いかわり、長いプロセスをいかにケアマネジメントを行う。
 - ・患者個人だけでなく、複数の困難を抱えて家族機能が低下したケースにも対応。
 - ・家族全体のライフサイクルを見通した支援を、想像力を働かせて行う必要がある。
 - ・チームで支援する利点を活かせるように行う。
 - ・当事者の権利擁護と同時に情報交換のあり方に注意必要。
-
- ・現在は「診療所版簡易アセスメントツール」と呼んでいますが、インパクトのあるネーミングにしたいので、皆さんの意見をお願いします。
 - ・3月の報告会では交通費や謝礼は支給されませんが、参加をお願いします。

<原敬造先生による、診療所版ケアマネジメントへの提案>

「精神科診療所ケアマネジメントの考え方、議論のまとめにかえて」

特徴は、(1) スタッフ：患者 = 1：5

- (2) 適度な訪問
- (3) 原則としてケースの共有はない
- (4) 原則として24時間対応はしない
- (5) 当事者主体
- (6) 適度なSST
- (7) 週1回のクリニックあるいは地域でのコンタクト
- (8) 治療の統合
- (9) 直接的なサービス
- (10) 対象者＝クリニック通院者、家族、複雑な問題を抱える方、
重度の精神疾患を抱える方
- (11) 心理教育
- (12) 家族支援

* 診療所版簡易アセスメントツールの説明

担当：上ノ山眞佐子（NPO法人サタデーピア理事長）

藤井美悠紀（NPO法人サタデーピア事務局）

- ・サービス利用プランはご本人に持ってもらうものである。
- ・情報共有についての同意書を作成する予定である。
- ・自由記述でありフレキシブルであることのやりやすさ、やりづらさのフィードバックもお願いします。

- ・ ジェノグラムおよびエコマップの書き方については、わかりやすくスタンダードなものにしますが、よいアイデアがありましたら手引きに反映させていただきたいと思います。
- ・ 当面は現段階のものをお使いいただきますが、9月中には調整したもの（シート・手引き）をお送りします。

<質疑応答>

(問い) 慣れていない方にはジェノグラム（家族構成図）の書き方が複雑でわからないと思う。事務局に問い合わせたら教えてもらえるのか？

(答え) 手引きにも書き方を乗せてありますが、わかりづらかったこと、記入が難しい点なども共有したいので、その意見の提出もお願いします。

(問い) フェイスシートとチェックシートがダブっているが？

(答え) フェイスシートのみで終わってしまう方に合わせたものなので、必ずしも二度聞きする必要はありません。

(問い) エコマップをご本人と一緒に書くというのは、しんどいのでは？

(答え) 関係などのすべてを一緒に書くのではなく、サービスだけでも意味があるのでは？

(問い) 利用プランの大きな目標の欄の例は長期目標ではないのではないのか？

(答え) こうしたらいいのではないかという案があったら、欄の上にご記入いただければ改善に反映できるかと思います。

(問い) 用語の統一について、決まっているものはあるか？

(答え) 用語の統一については難しいところですが、フェイスシートに関しての主語は患者さん本人ですので、特定されてくるのではないかと思います。

(意見) 希望などは患者さんが主語ですが、受診状況などを書くときにはそうはいかない。

(問い) サービス利用者という観点から、「利用者」とするのがよいのではないのか？

(答え) では、9月からのものは「利用者」でやってみましょう。

(問い) 本人に希望がない場合は表現が変わるが、その点はその方に応じてよいのか？・・・皆さん意見は？

(答え) ないときは「無い」でもよいのではないのか？ 変わっていくのだし。

(意見) チェックシートについて、客観的な情報を含めたものを記入できるものである必要がある。フェイスシートとチェックシートがダブっている点については、ジェノグラムにしろ、様々なことが変化していくという観点から見れば、だぶっているとは思わない。

(答え) フェイスシートはインタークシートと考えてよい。チェックシートは変わっていく。

(問い) 半年毎にシートを取り直すというやり方はどうか？

(答え) フェイスシートはインターク時点のもの。

(問い) (フェイスシート) インタークというのは、ケアマネジメント開始時ですか？ その際にチェックシートも同時に取るのですか？

(答え) そうです、ケアマネジメント開始時です。3つで1セットです。それを3カ月か

半年か…取り直していきます。

(問い) 今回出した事例は必ずシートに出さなくてはならないのか？もっと適切な事例があるので。

(答え) 適切なものがあるにせよ、せつかくの71事例をもっと解析したい。ただ、ご本人の同意を得ていないケースが多いと思われるので記載が困難な場合も・・・。

(問い) 新しい情報が入るたびに作り直すのではなく、何カ月かごとに見直すのがよいのではなか。つまり、ある一定の期間を設けたのちにシートは完成するのではないか？

(答え) シートの作り方に関しては再度連絡します。

(意見) 患者さんに説明するためのマニュアルを作るべき。

(意見) 事務局が作って、できたものを出されてからまた意見を言うのでは大変。作り上げていく過程にも参加したい。そのほうが良いものができるし、予定を知らないままだとやりづらい。

<野中先生より>

用語などおもしろい。「患者」は診療所ならではという感じ。最左翼は「お客様」でしょうね。間を取って「利用者」でよいのではないのでしょうか。

◆ 今回のケアマネジメントを試行する場合の条件 (案)

今回はとりあえず、以下のような条件を設定してモデル事業を行う。

- ・ ケアマネジャーを固定するか？ → 固定する。
- ・ 本人の同意が必要か？ → 必要。
- ・ 訪問は必要か？ → 必要。原則ケアマネジャーが行くことが望ましい。
- ・ ケア会議の持ち方。 → 本人が入るものも必ず持つ。
- ・ どういう形をチームと呼ぶのか？ 医師の役割は？ → 医師を含めて2人以上。
- ・ 個人情報、診療情報の扱い方 → 同意書で明確にする。
- ・ 終結 (ゴール) をどう設定するか？ → 今回に限っては期間 (ゴール) を設定。
※終結とは達成度を意味するのか？ 3月までに終わりにするのか？・・・3月までではない。
だが、ケアマネジメントはいつかは終わるということを意識し、目標とゴールを設定する。

・ 閉会挨拶 (上ノ山一寛)

(議事録：NPO 法人サタデーピア)

資料4


ケースマネジメント講義

家を建てるときは
建築会社の
営業マンが
ケースマネジャー



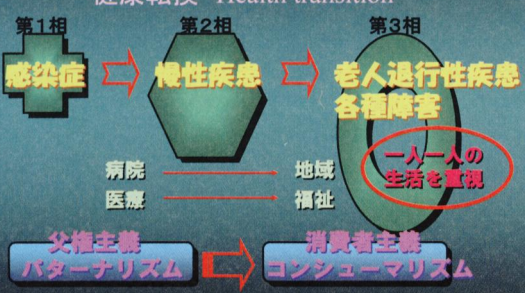
日本福祉大学 野中猛
(2008年版)

ケースマネジメントの必要性




ケースマネジメントの時代背景

健康転換 Health transition



ケースマネジメントのサイクル




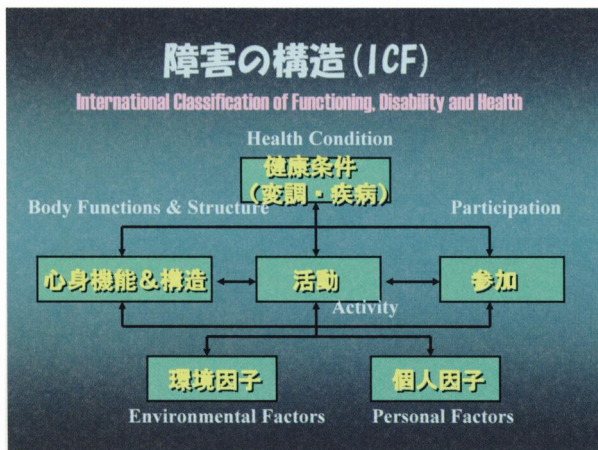
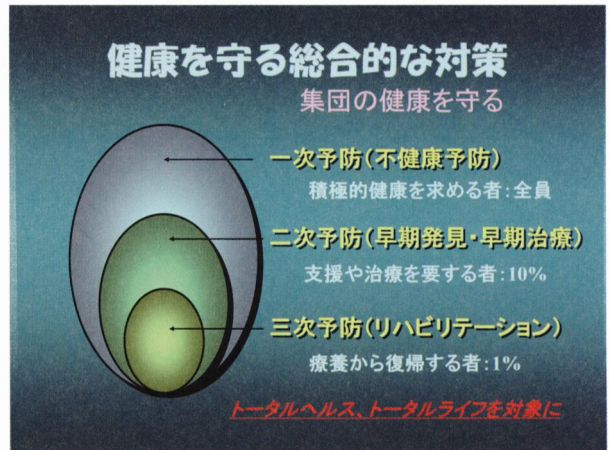
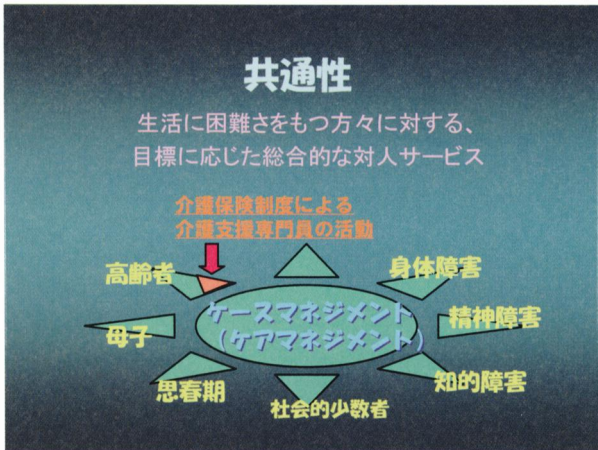
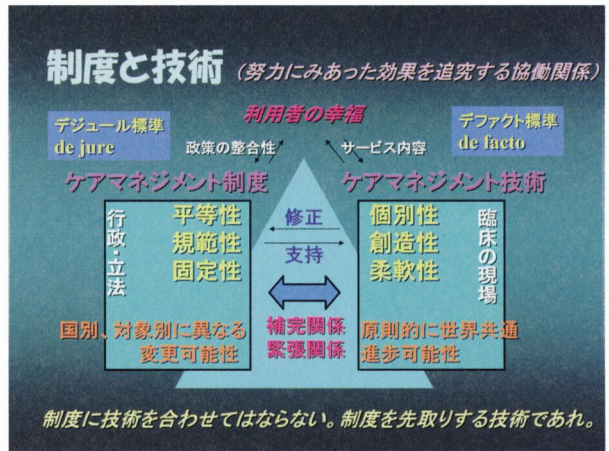
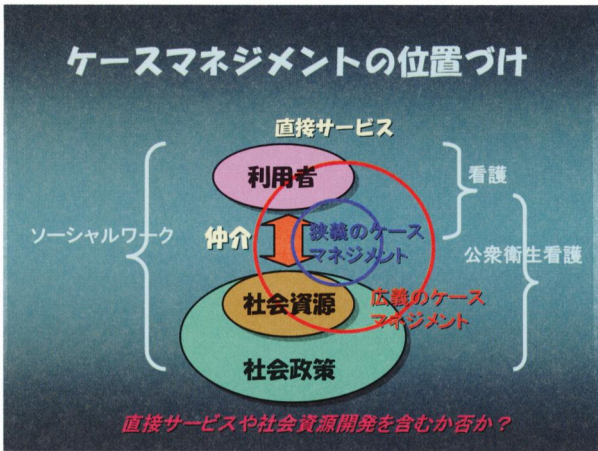
ケースマネジメントの定義

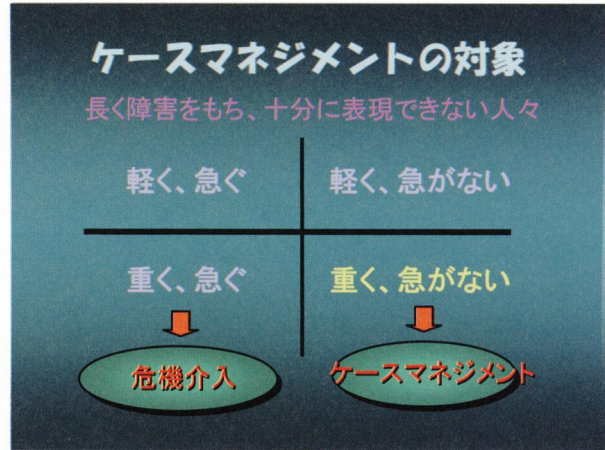
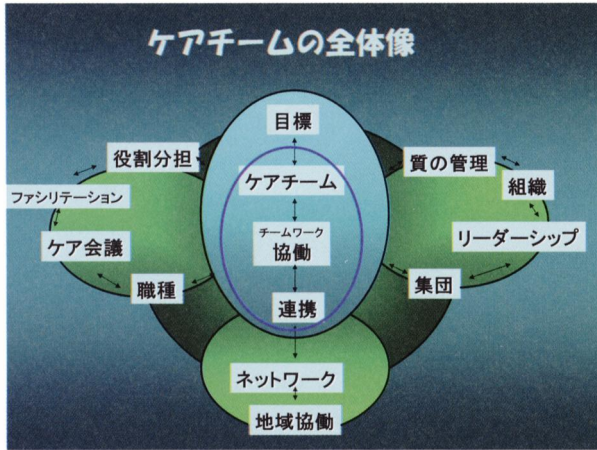
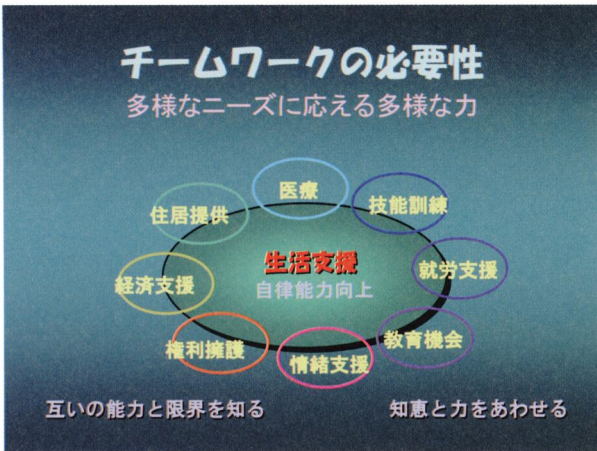
多様なニーズをもった人々が、
自分の機能を最大限に発揮して、
健康に過ごすことを目的として、
公式非公式の支援ネットワークを
組織し調整し維持することを、
計画的に実施する人やチーム。

Moxley, D.P., 1989

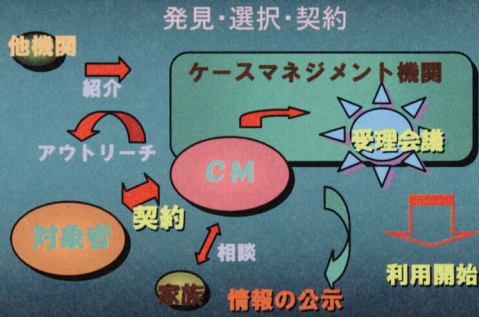
ケースマネジメントの歴史







インテーク（受理）の要点



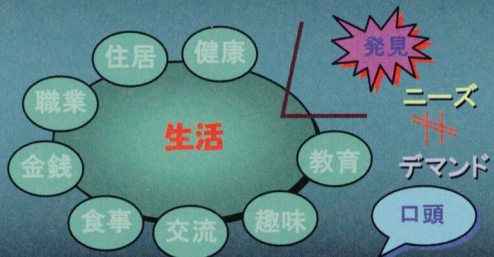
アセスメント表の原型

利用者名	記載日					
	ニーズ	能力	家族	非公式	専門家	その他
健康						
住居						
ADL						
経済						
職業						
対人						

アセスメントの要約 CM名

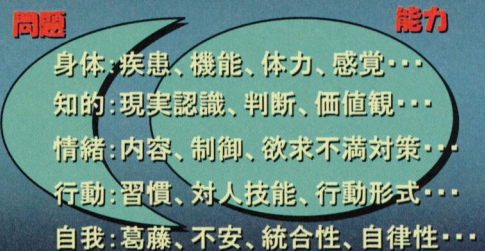
ニーズのアセスメント

生活を支える要素で欠けたものは何か？



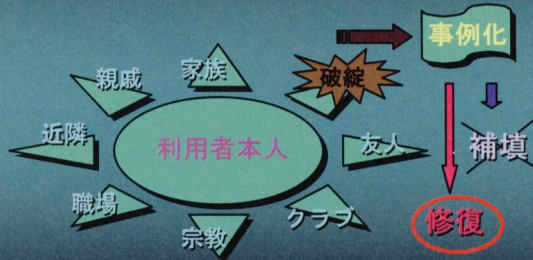
セルフケア能力のアセスメント

ニーズを充足できる能力と限界



支援ネットワークのアセスメント

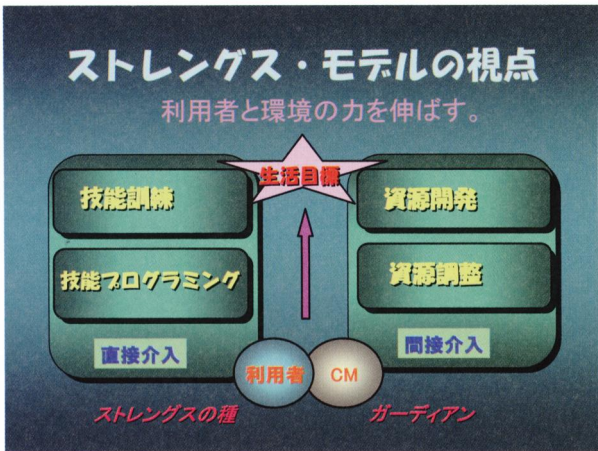
補填よりも修復に注目する



専門的ケアのアセスメント

社会資源の生きた知識、選択と紹介の責任性





プランニング表の原型

利用者 _____ 署名 _____

CM _____

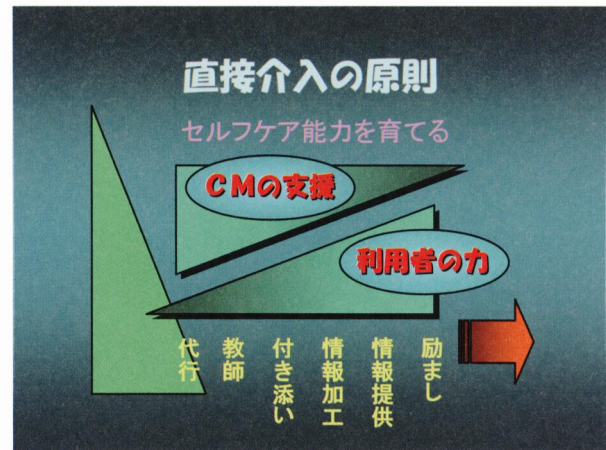
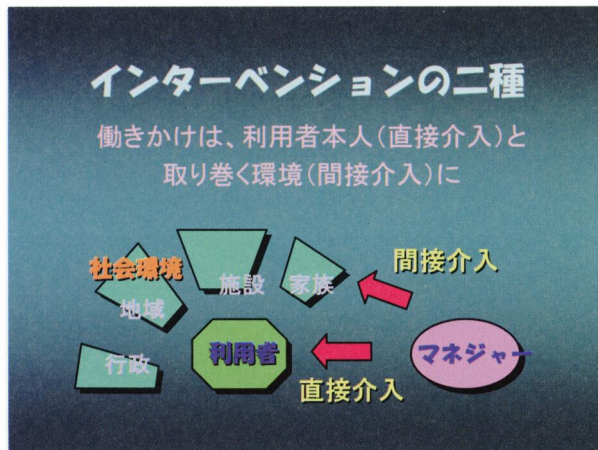
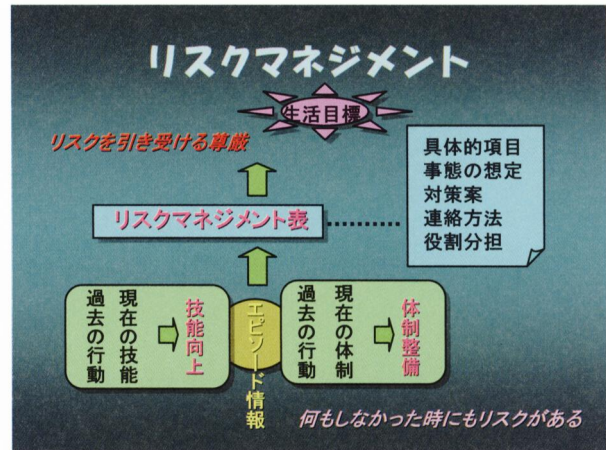
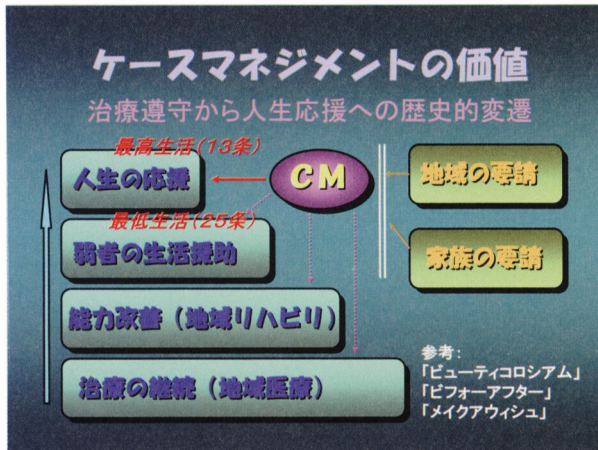
長期目標 _____

短期目標 _____

ニーズの領域 _____

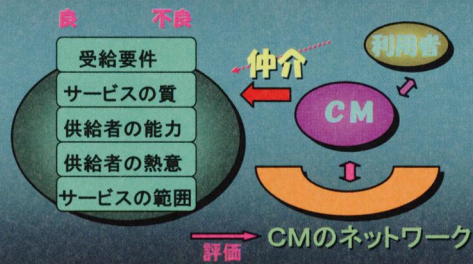
インパクト・ゴール _____

小目標	本人	家族	非公式	専門家	期限
優先順位					1W
2					4W
3					2M
4					6M



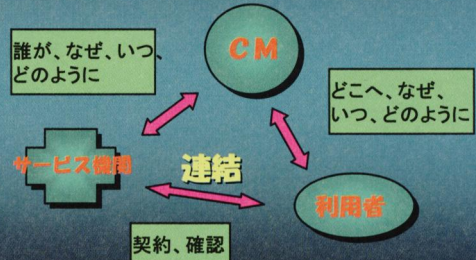
仲介（ブロッキング）の原則

ニーズを満たす資源を見定める



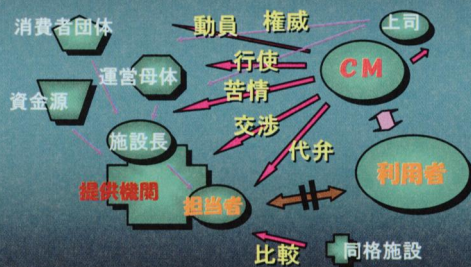
有効な連結（リンケージ）

バランスのとれた紹介



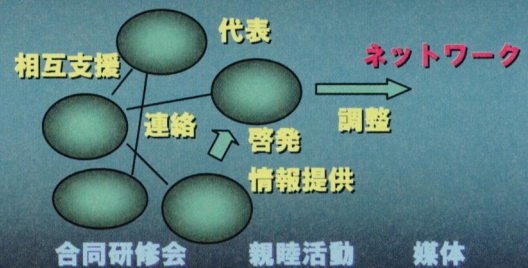
権利擁護（アドボカシー）の戦術

葛藤を最低限に抑えて問題を解決する

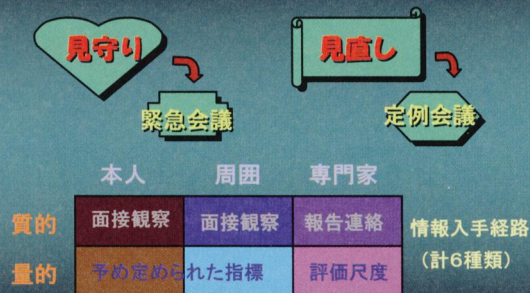


調整（Coordination）

種々の機関や人々が補完しあうこと

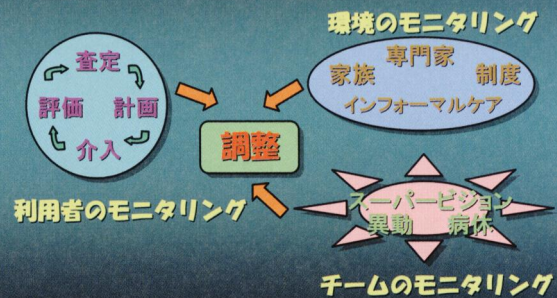


モニタリングの機能



モニタリングとインターベンション

目標達成のため、臨機応変に微調整



モニタリング表の原型

利用者名	<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> 利用者の変化時				
CM名・記入日	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 事業者の変化時				
目標	実施状況	確認方法	時期	本人・家族の満足度	達成度	今後の対応
①						
②						
③						

実践目標の管理—査定と計画の微調整

モニタリング指標研究

(清水紀子・飯島純夫、2006) 「介護保険利用者モニタリング用紙」開発

モニタリングすべき大項目

介護者	因子1:介護者の健康と介護環境
ケアマネジャー	因子2:ケアマネジャーの対応の質 因子6:利用者への尊敬を重視する態度 因子7:利用者本意のサービス計画
負担額	因子3:サービス利用負担額
利用者	因子4:利用者の心身の機能維持・向上 因子5:利用者の適切な医療管理
サービス満足度	因子1:サービスの質 因子2:サービスの人的・設備的 因子3:福祉用具・住宅改修の適切性

ケースマネジメントの評価

支援期間終了間際に振り返る

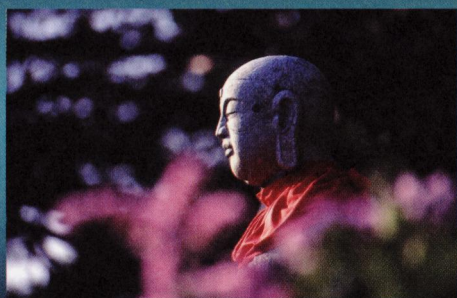
1. 計画は妥当だったか?
質問票
2. 目標は達成したか?
指標の設定
3. 生活は変化したか?
社会的機能評価
4. 利用者は満足したか?
満足度評価
5. 環境は変化したか?

ケースマネジメントの終結

固定した支援に任せる



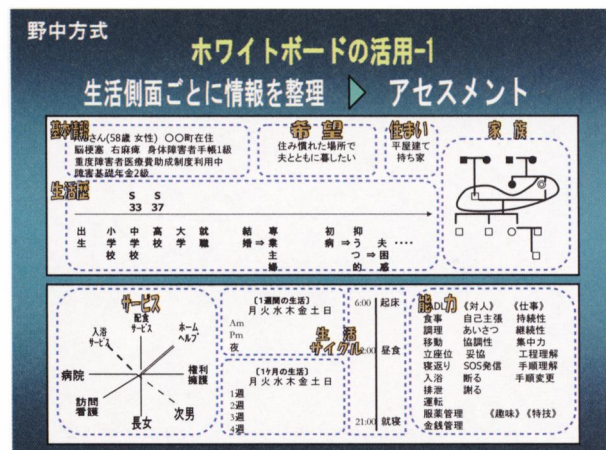
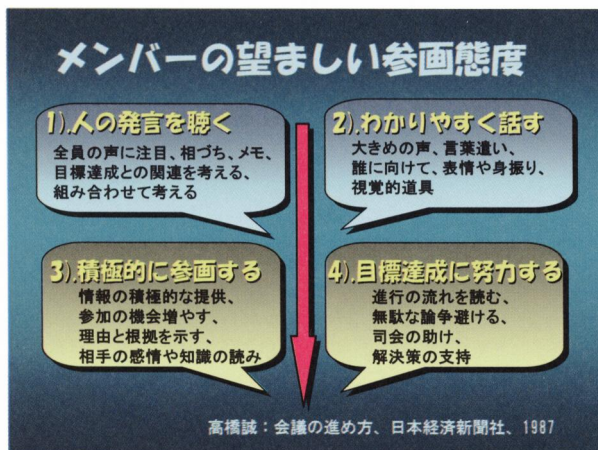
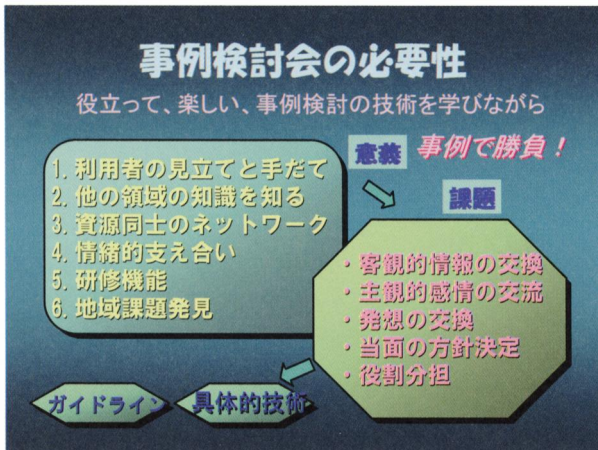
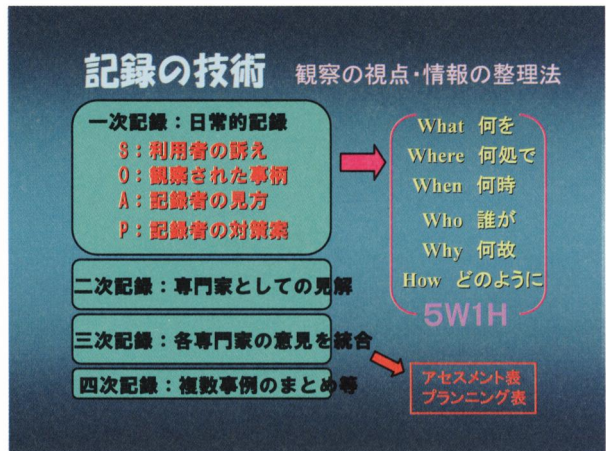
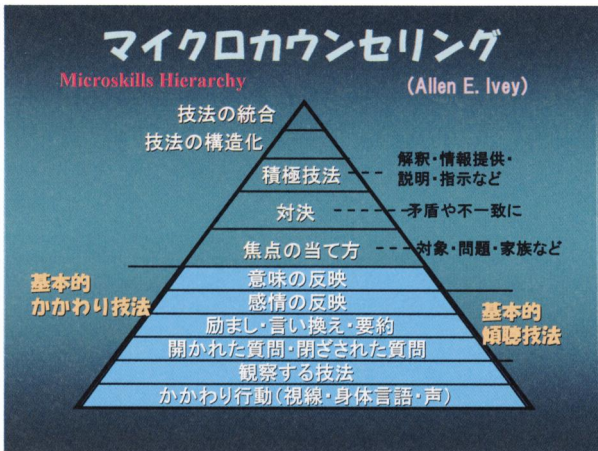
第II部 関連技能



面接法

コミュニケーションの基本原則





野中方式

ホワイトボードの活用-2

支援目標設定 ▶ 支援計画策定

【支援目標】

- #1. 医療情報確認
- #2. 住宅改修検討
- #3. 面接セッティング
- #4. 健康時の生活情報把握
- #5. 心理的背景の把握
- #6. 興味・関心の発見
- #7. できること探し
- #8. 生活サイクルの把握
- #9. 家族情報把握
- #10. ホームヘルプの検討
- #11. 目標再設定

守秘義務の周辺

対象者本人の利益とすることが原則

同一機関の中は契約範囲

守秘義務の準拠枠

アメリカ合衆国連邦政府令(2001年)
Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, **the Privacy Rule**

原則: 健康情報を利用しないし開示する前に患者の同意を要する

例外	実施細則
<ul style="list-style-type: none"> 1. 救急の場合 2. 法による強制の場合 3. コミュニケーションが実質的にとれない場合 4. 間接的な治療関係(臨床検査者など) 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ケア提供のための開示を断る場合は、治療を断っても良い 2. 文書による同意は一度だけで良い 3. 同意は簡潔に短くて良い制限を加えたり、同意を止めることができることも記載

(同意の絶対化から相対化への傾向)

ジレンマの解決

本当のニーズに誘う努力

残るジレンマ

(Kane, RA & Caplan, AL, 1993)

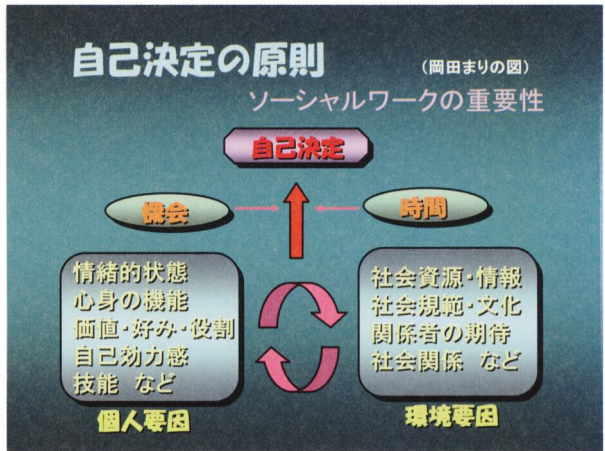
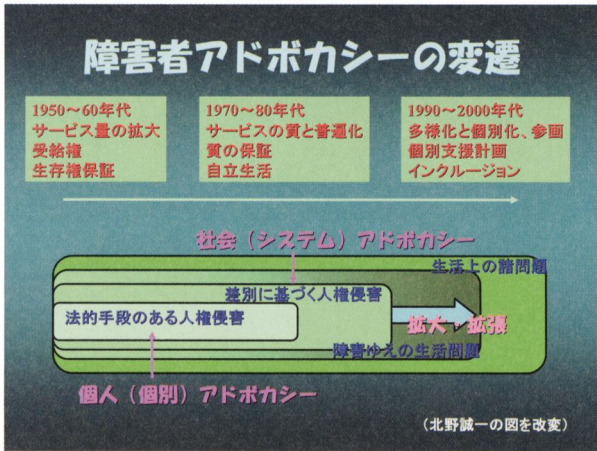
- ① 権利擁護者であることと 社会資源の門番役を両立すること
- ② 情報が不平等なために インフォームドコンセントが不十分になる
- ③ 多人数による支援のために 守秘義務が困難となる
- ④ 権力構造のために 自己選択が形式的になりがち
- ⑤ 終結の困難さ

誠実なケースマネジメント技術の実践が前提

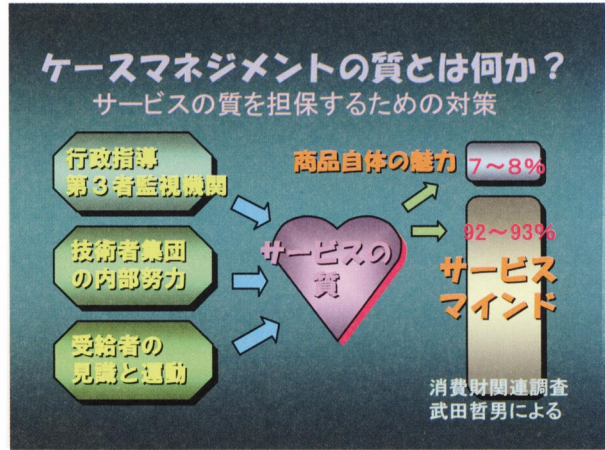
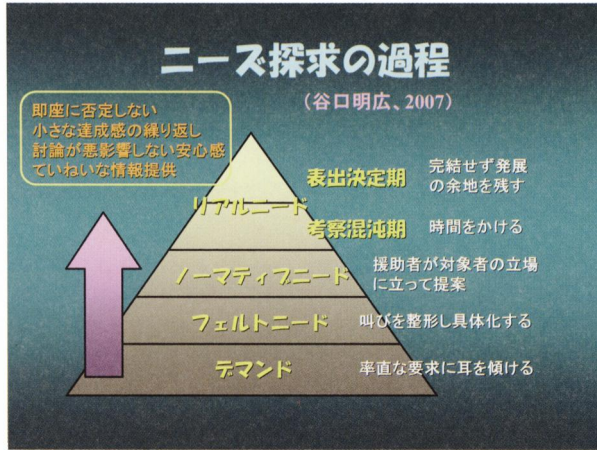
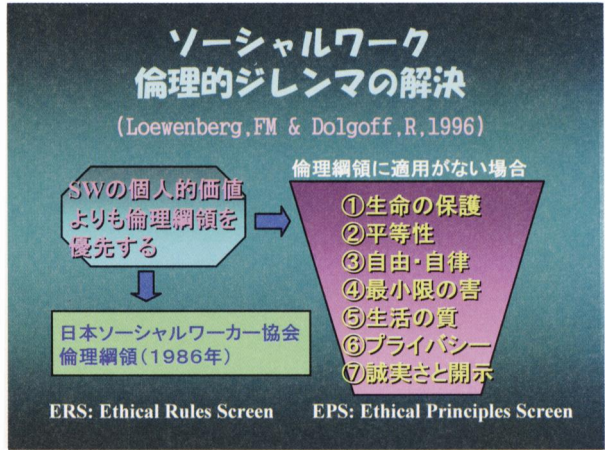
アドボカシー (権利擁護)

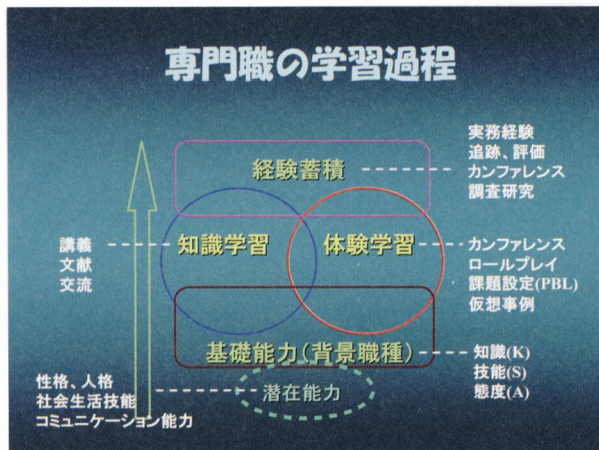
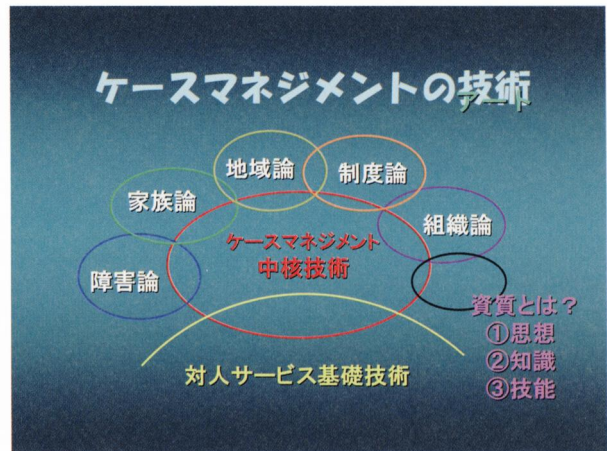
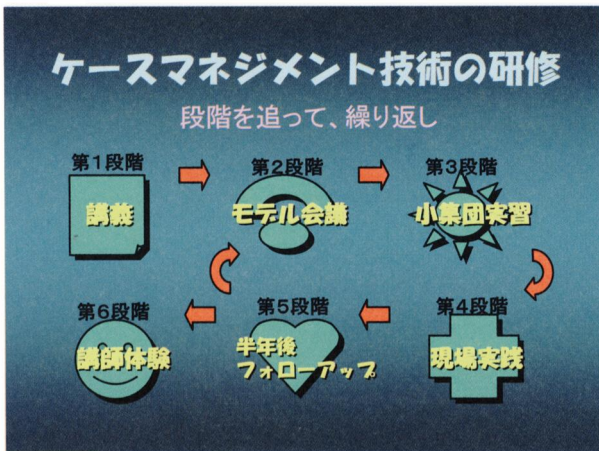
社会的法的な権利に関わる諸問題について、侵害されている個人や集団の権利性を明確にし、阻害要因との対決を支援し、問題を解決する力や、様々な支援を活用する力を高める 方法と技術の総体 (北野誠一)

対人サービスの中での位置づけ



- ### 自己決定の困難さ
- （渡辺律子、2002. 4）
1. 実践原則の基準がないため判断に迷う。
 2. 利用者の自己決定原則が「自傷他害」ではできない。
 3. 利用者の判断能力が疑わしいときは代弁の条件作り。
 4. 相手の理解力に応じて十分な情報を提供する。
 5. 虐待など法的な要求があると指示的にならざるをえない。
 6. 自己決定に反する際には、時間をかけて説明し、現実の限界を知ってもらい、保護すべき機会を逃さず、その場合も尊厳を保つ。





実務者のためのセルフアセスメント

Self-Assessment Toolkit 作業指標 Work Index
(NHS Modernization Agency, 2005) (野中・門田, 2005)

Entry	3項目	受理	6項目
Assessment	5項目	査定	9項目
Plan	10項目	計画	6項目
Implementation	2項目	介入	9項目
Review	2項目	追跡	5項目
Exit	2項目	評価	8項目
Over-arching	9項目	終結	3項目

(関連技術 5項目)

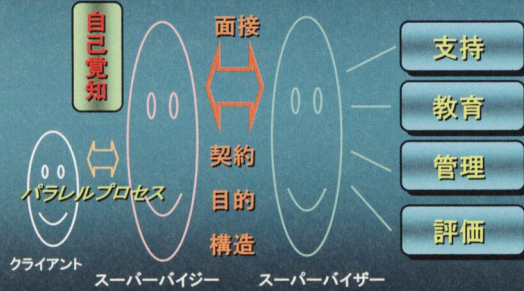
実務遂行に重点 実務者の技術研修に重点

- ## 資質向上の要点
- ①事例の展開を予測する
 - ②仲間と議論して発想する
 - ③チームワークを使う
 - ④研修会に学ぶ
 - ⑤事例に学ぶ
 - ⑥スーパービジョンに学ぶ
 - ⑦社会的常識を心得る
 - ⑧社会的責任と費用を意識する
 - ⑨情熱と創意を失わない
 - ⑩燃え尽きを防ぐ
- 野中猛「ケアマネジメント実践のコツ」簡井書房,2001

- ## 多く見られる研修課題
- 受理: 受理の判断、(急ぐ急がない、できるできない) とりあえずのアセスメントとプランニング
 査定: 本当のニーズ把握、インフォーマルケア、地域資源 ストーリーを把握する、推論する力
 計画: 創造性、現実性、柔軟性、討論する力
 介入: 直接介入の教育
 間接介入のマネジメント力、交渉力、提案
 追跡: 定期化、指標設定、連絡調整
 評価: 評価の意義、定例化
- 知識学習よりも体験学習が必要な項目、管理上の課題が多い。

スーパービジョン

対人サービスに不可欠な技術研修



スーパービジョンの要点

- ① 対人支援の原則を伝える
- ② 全体像をとらえてみせる
- ③ 支援の方向を示す
- ④ 価値や意義を指摘する
- ⑤ 実践技術を伝える
- ⑥ 問題解決を導く
- ⑦ 役割分担を示唆する
- ⑧ 関連情報を伝える
- ⑨ 限界を設定する
- ⑩ 才能を発見して強化する

野中猛「ケアマネジメント実践のコツ」簡井書房,2001

スーパーバイザー養成

知識

1. 当該領域の高度な知識
2. スーパービジョン基礎理論
3. チームワーク基礎理論
4. 法制度や慣習、社会常識
5. 管理運営の方法論

教育への熱き思い

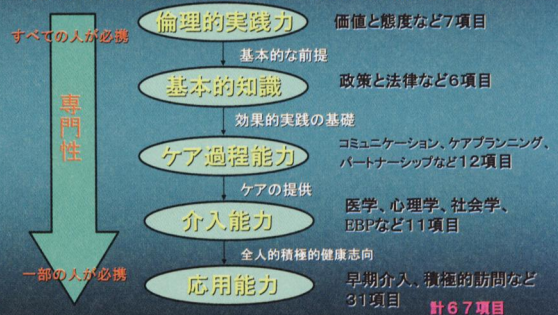
技能

1. 対人関係の結び方
2. カウンセリング技術
3. 組織間コミュニケーション
4. 事例検討の技術
1. 自分の性格と逆転移理解
2. 専門性のアイデンティティ
3. 自分の夢や希望

自己理解

イギリスにおける人材育成

NSF Workforce Action Team: The Capable Practitioner, 2001



ケースマネジメント研修教材

「図説ケアマネジメント」野中猛著
中央法規出版、1997年、1800円

「ケアマネジメント実践のコツ」野中猛著
簡井書房、2001年、1200円

「ケースマネジメント入門」マクスリー著
中央法規出版、1994年、2000円

「ケースマネジメントの技術」フランケル他著
金剛出版、2006年、2800円

「ケア会議の技術」野中猛・高室成幸・上原久著
中央法規出版、2007年

「図説ケアチーム」野中猛著
中央法規出版、2007年

資料5

「日精診・自立支援調査研究プロジェクト」へのご協力のお願い

日本精神神経科診療所協会では、厚生労働省の自立支援調査研究プロジェクトの一環として、「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」を行っています。この研究には、全国で17カ所の精神科診療所が参加しています。

精神科診療所における相談支援（ケアマネジメント）とは、医師の診察だけでなく、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士などがチームを組み、地域の関係機関とも協力して、利用者の皆様がより良い生活を送れるような支援を行うことをいいます。

私たちは、このような取り組みが、利用者の皆様のより良い生活にとって役に立つものになるように研究を進めてまいります。

ご協力の程、宜しく申し上げます。

平成20年9月

日本精神神経科診療所協会・自立支援調査研究プロジェクト
「精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究」代表 上ノ山一寛
(連絡先) 日本精神神経科診療所協会事務局
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル802
TEL (03) 3320-1423 FAX (03) 3320-1426

同意書

◇ 利用者 は、
より良い生活が送れるように、ケアマネジメントを受けることに同意します。

◇ 担当者 は、
ケアマネジメント従事者として、利用者がより良い生活を送れるように支援します。

平成 年 月 日

尚、利用者の個人情報、ケアマネジメントの目的以外に使用されることはありません。また、利用者の同意なく、関係機関と情報交換されることはありません。

ケアマネジメントに係わるサービスの全ては利用者の同意に基づいて行われ、利用者の意に反して行われることはありません。ケアマネジメントは、利用者の意向によっていつでも中止することができます。その場合、利用者には不利益となることはありません。

わからないことは何でも、担当者にご相談下さい。

精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究 「報告会」《議事録》

日 時 2009年3月1日（日）10：00～16：30
場 所 東京八重洲ホール 2階
出席者 16診療所から47名（委員会メンバー含む）
野中 猛先生 前田ケイ先生
日精診事務局 安井久二子 スタッフ1名

「平成20年度プロジェクトについて」

上ノ山一寛（南彦根クリニック 院長）

本日は、お集まりいただきまして、ありがとうございます。日曜日のお忙しい中で、出にくいところをどうもありがとうございました。ただいまから、20年度の障害者自立支援調査研究プロジェクトの報告会を開催したいと思います。

今日はまだ若干、朝早いということもあって遅くなさっている方、北海道、九州からまだ来られておりませんが、全部で45名参加していただく予定です。今回は交通費とか、謝礼とかは特になしということでもあるにもかかわらず、このような形でたくさんのお席をいただくことができまして、本当にありがとうございました。

しかも、事前にケアマネジメント事例を提出していただくようにということを催促いたしましたところ、非常に熱心に書いていただきまして、17診療所のうち16診療所から事例が返ってまいりました。そして、今現在は31事例集まっております。当初、30事例集まればいいかなというふうを考えておりましたので、31事例をまた解析しながら、最終的に日精診版ケアマネジメントモデルというのを確定したいと考えています。

今日は、各地の進捗状況等を報告していただくわけですが、本年度の獲得目標としましては、とにかくこのシートをはっきりさせると、確定させると。これに基づいて、できたら来年度もこの事業を継続して、日精診版ケアマネジメントモデルを用いてその有効性を検証していきたいと考えています。現在、厚労省にこの事業が来年度も継続できますようにということをお願い申し上げている最中ですので、皆様もどこかでお祈りしておいてください。ただし、何か予算が厳しいというような状況ですので、もし今年度の予算が付かなければ、何らかの形でまた事業を継続していきたいと考えています。

現在までのこの事業の流れについては、私の今日発表する時間は10分しか与えられていませ

るので多くをしゃべることはできませんが、もうだいたい資料に載せてありますので、読んでおいていただくというふうにしていただきたいと思います。

一番最初に、17 診療所から事例提出を受けました。提出事例の解析等に関しては、資料に載せてあります。そして、17 診療所にはモデル診療所になっていただき、去年の9月15日にこの研修会を行いました。その後、各診療所でケアマネジメントを実施していただいて今日の報告会に至っているということです。

ただいまから報告会を開催しますが、今日の予定としましては、16 診療所が参加してくださっています。それぞれ、まったく申し訳ありませんけれども、5分の持ち時間しかございません。16 診療所が5分報告するだけで80分かかってしまうという中で、お昼までにこの報告をしていただきます。

特に今回の目標は、ケアマネジメントシートの確定ということでございますので、すでにお送りしたシートを活用して、何を困難に感じたか、何を大切にされたか、何が得られたかというようなことを中心に、5分間に簡潔にプレゼンしていただくと。そういうプレゼンの練習を兼ねて報告していただきたいと思います。

それで、あと30分ほどのディスカッションを経まして昼食休憩に入って、その後こちらの回収資料というのがございますが、これは個人情報がいぶ入っていますので、本日はこの資料に基づいて事例検討を行いますけれども、最終的には今日の段階ではこの事例は回収させていただきますので、非常に貴重な情報です。お持ち帰りになりたいかもしれませんが、一応今日のところは回収させていただきます。

ですから、お昼休みの時間にこの資料をぜひお読みになって下さい。3事例のケアマネジメントの実践事例がここに書かれてあります。それに基づいて、午後では事例検討会というふうに続けたいと思っています。それでは、もう時間がありませんので私の話はこれで終わります。それじゃあ、各地の報告というところで、原先生、三家先生、司会の方、お願いします。

第1部

各診療所からの進捗状況・課題報告（各診療所5分）

— 日精診版ケアマネジメントシートを活用して —

・何を困難に感じたか・何を大切にされたか・何が得られたか

原：おはようございます。時間が今日は非常にタイトな予定になっていますので、早速進めていきたいと思っています。今、上ノ山先生からお話があったように、今日の獲得目標はケアマネジメントシート日精診版、これについて大枠をきちんと決めていくということですので、皆さんから5分間ずつこのシートを使って、どんな困難な点があったのかとか、あるいは何を大切にしていたのかという、そういったあたりを中心にご報告お願いしたいと思います。

名簿が一番後ろに付いていますので、この一番後ろに名簿があります。この名簿順に行きた

いと思いますけど、各クリニックから代表してどなたか1名、今の点についてご報告お願いしたいと思います。Aクリニックの方はいらしていますか。一番最初で申し訳ないですけど。じゃあ、すみません、手を挙げていらっしやいます。じゃあ、お願いします。

北川:おはようございます。Aクリニックでソーシャルワーカーをしております北川と申します。当院におけますケアマネジメントの現状報告をさせていただきます。まず、ワーカーが担当したケースなんですけど、前回の研修を経てワーカーが受け持っているメンバーのなかから、ケアマネジメントの必要性を感じて、訪問などが可能な方で条件が当てはまるケースを選び直して行いました。

ケアマネジメントの効果としましては、情報の整理と、あとケア会議での情報の共有化が可能になって、同じ書面を使ってみんなで話し合うので、同じ言葉で話し合えるところがよかったかなと思います。

また、ご本人様自体がケア会議に参加することで、今まで受け身の支援だったのが、自分もチームの一員としてやっていかなきゃという自覚を持たれて生活されるようになったことが挙げられます。また、担当者メンバーとの日常の声掛けが増えたようにも思います。

前回の研修を経てから、意識的にケア会議の数を増やして行うようにいたしました。ケアマネジメントをして困難だと感じた点は、患者様の状況が変わったときに迅速にケア会議を行っていくところが難しいなと思ったのと、あとは複数名の担当の方を同時進行していくところが難しいなと感じました。

あと、うちではデイケアをやっているんですが、デイケアの方で外部主治医の方が結構いらっしやるんですが、その外部主治医のケースをどうやってケアマネジメントをしていくかということが検討課題に挙げられるかと思います。今後といたしましては、ケアマネジメントが必要と思われる患者様から徐々に優先順位を付けてケースを増やしていきたいと思っております。

記録作業なども円滑に行えるように、電子カルテ導入後に工夫していきたいと思っております。ケアマネジメントシートを院内で事例検討会を行ったんですが、そのときに検討いたしまして、治療歴や活用資源などを初めてケア会議でその患者さんの情報を見て一目でわかるようにということで、年表形式にして1枚で概要がわかるようにいたしました。そうすることによって、精神障害プラス知的障害の方にも対応できるのではないかと考えていたしました。日中活動表も円グラフなどにしておりました。以上です。ありがとうございます。

原:どうもありがとうございます。非常に簡潔にまとまったお話で、ありがとうございます。じゃあ、質問とかはあとの12時以降の時間に行いたいと思いますので、次にいきたいと思います。Bクリニックの方、いらっしやいますか。はい、お願いします。

木下:Bクリニックの木下です。2ケース行いましたので、担当者1人ずつ5分使わせていただきます。今回のシートを使ってのケアマネジメントを行って思ったこと、まずこういった形で整えたものが手元にあると、ほかのスタッフ、直接その方にケースにかかわっていない方にも、こ

ういうことをやるんですというのを説明するときに非常に使いやすいなと思いました。

あとは、非常にいろいろな方面から患者さんのことをとらえられるように書いてあるので、必要だから埋めていくという作業の中で、例えば3代さかのぼってジェノグラムを書くとかといったようなこと、普段は親の代まで押さえておけばいいかなぐらいの気持ちでやっていたりするんですけども、そこまでさかのぼって作るために本人と積極的に情報収集とか、話し合ったり、突っ込んだ情報がなかなか得られて、気付かない発見があってなかなか役に立つなと思った面もありました。

あとは、こういった書面という形で、図表も豊富なものをそろえて行うということで、ご本人にとってもやはりわかりやすい面があったように思います。やはり文書、文字で書かれたところよりも図表のところを熱心にご本人はご覧になっていたというのが印象に残っていますので、そういったものがわかるやすい点があるのかなと感じられました。

あとは、やはり何人かのスタッフが自分のために集まって会議をしているという現場の絵自体、みんながそろってここにいるというのを体感してもらうことへの安心感みたいなのは感じていらっしゃるように見えましたね。そういったところが今回やってみた中で私が感じたところでした。じゃあ、代わります。

古井：ちょっともう少しだけ。Bクリニックの古井と申します。今、木下が言ったことが全体のことで、私は私のケースであと少しだけ付け加えるとしたら、やっぱり一番大切にしたのは、ご本人、ご家族が安心感をこのケア会議なんかを開いたときに見られるようにというのを一番大切にしたことと、あと私は同じケースで2回のケア会議を開いたんですけども、そこで1回目のときはご本人さんがいることで、ここで話しているのかしらと躊躇していたヘルパーさんとか、そういう方たちが2回目のときは、ここでも話しているんだなということで、すごく思っていることやご本人さんにもしてもらいたいことも含めて躊躇せずに話ができただのが、2回目ですごくよかったなと思うところでした。

私がかかわった方は、ご本人さんがいて、ごきょうだいという方もご病気の方で、医療観察法で今、入院をされている方がいらっしゃって、その方が退院してくるに当たっての生活安定をどうするかというところがあったので、そうすると関係者というのは、これはどこまでどうケア会議で持っていったらいいだろうというのがちょっと困ったというか、悩んだところでした。以上です。

原：どうもありがとうございます。じゃあ、次はCクリニック、よろしくお願いします。

大下：おはようございます。Cクリニックのケースワーカーの大下です。今回ケアマネジメントをさせていただいての課題としましては、当クリニックではデイケアのメンバーのケアマネジメントのみを行っているという現状がありまして、通常の新規のケアマネジメントから生じる問題点が見えにくかったということが1つあります。

その中で、デイケア利用中のメンバーのケアマネジメントをさせていただきまして、本人との

プランの共有によって、動機付けの問題なんですけど、あまり本人はプランを気にしていないために支援者が主導になりやすいという問題が上がりました。また、アセスメントの深め方、先ほどの動機付けにつながる問題があるということで、導入の経過から自分のものにしていくということが課題になると感じました。

あと、事前評価の段階で、アセスメントのみの評価とかかわった上での評価が異なってくるのではないかと、アセスメントのみのかわりで評価する難しさがあるというふうに感じました。

難しかった点としては、デイケアでの目標設定があったのでケアプランの方には落としやすかったんですけど、新規にかかわった場合に本人の目標が本人のものとして確立されるまでに時間がかかるのではないかと感じました。普段のデイケアでのかかわりのある上でケアプランの作成時、これまでの取り組みの成果が返しやすいということで、本人の取り組む姿勢や意欲等の特徴がプランに反映すると感じました。

今回大切にしたこととしては、もちろん本人の気持ちを尊重した目標設定、あとは複数の関係者が連携した上での支援、家族も含めたプランの共有、あとは現実的な部分からの目標設定です。いつの間にか支援者が主体にならないようなプランの作成を心掛けました。

得たこととしては、ケアプランを支援関係者と共通認識できる。プランが記録に残ることで、利用者との進め方がスムーズになる。今後の問題点が見えやすくなった。あとは、地域資源の最大限の利用ができることと、援助者の広い視点と援助者の幅が必要になってくると感じました。以上です。

原：どうもありがとうございます。続きまして、Dクリニックの方、お願いします。

小西：おはようございます。DクリニックでPSWをしております小西と申します。うちの方は、PSW2名でそれぞれ1名ずつ今回行いました。やってみての感想という形になるんですけども、まず一番難しいなと—難しいというわけではないんですけど、埋めていく中で自分も初めてのシートの活用というところだったので、わりとその対象となる方を選ぶのに、わかるやすい方とか、ちょっと支援が多岐にわたっている方だったりということをもっと選んだんですけども、ケースの特徴ですとか、あとはこのシートを使う時期というものをもう少し自分で検討して選ばよかったですというのが感想でした。

やっていく中で自分自身の方向性とか、どういうふうに持っていけばいいんだろうという整理にすげなりましたので、自分が少し迷っているようなケースで使ってみるともう少しよかったですのかなと思いました。

あとは、やってみて、わりと長い経過の方をうちは使わせていただいたので、目標を明確にしていって、目に見えるツールを使うことで共有できたなという感じはありました。普段やっていることとそんなに変化というのはなかったんですけども、今どういうことを一緒にやっているのかということを目に見えるものを共有するといいなと思いました。

あとは、普段生活支援をしていると、終結ということをあまり意識しないでわりとエンドレス

にかかわってしまっていることがあったので、今自分たちはどういうところを目標にして一緒にやっているのかというところを一緒に共有して進んで終結を意識していくというところまではまだ行っていないんですけれども、自分がそういう終わりをイメージしてやっていくというところは今までやったことがなかったので、大変参考になりました。以上です。

原：どうもありがとうございます。続きまして、Eクリニックの方、お願いします。

水野：おはようございます。Eクリニックの水野と申します。ケアマネジメントシートで、うちの方はデイケアのメンバーさんを1名ずつ、比較的地域でいろいろな機関がかかわっている方で、同意が得られやすそうな方、あと治療に対して意欲的な方をあえて選んで取り組んでいきました。

何を大切にしたいかという、まずその方の身近なところの達成できそうな目標から設定するようにしたり、その方のライフサイクルに合わせたような目標を設定するようにしました。

そこで得られたことというのは、ほかの方もお話しされていましたが、シートを埋めていくうちに3世代の世帯の環境だったりとか、こちらは理解を深めていけたことと、あとご本人がやっぱりこの事業に対して受けることで前向きに治療に取り組んでいったりとか、安心感を持ってもらえたかなというのは感じました。

課題としましては、実際ケア会議というものを行えなかったということと、あとは今後実際早急にケアマネジメントが必要な方というのを対象にしたケースを増やしていくということは課題かなと感じました。

中田：ケースワーカーの中田といいます。今回のケースはわりとかかわりが長くて、シートの方も埋めやすい方を選んでやらせていただきました。1つ思ったのは、このシートを使うに当たって、あまりかかわりが長くない方の場合に、なかなか一緒に埋めていく作業は難しいんじゃないかなというのは感じました。

利用者さんと一緒に目的意識とか、目標をシートを埋めていく上ではっきりとさせて、一緒に頑張っていきましょうというところで共通理解を持つというのがすごい大切だし、やってみてよかったかなというのは感じました。以上です。

原：どうもありがとうございます。じゃあ、続きましてFクリニックの方、お願いします。

石崎：Fクリニックのソーシャルワーカーの石崎です。うちの方でも2人ソーシャルワーカーがいますので、1人ずつ受け持って1例ずつとにかくやってみましょうということでやらせてもらいました。

それで選んだ対象の利用者さんは、電話相談を中心になかなかいろいろな機関を巻き込んで、どう接したらいいかわからないような困難事例の方がお1人と、ご本人も意思疎通がうまくいなくて実際何が問題で、生活の実態もいろいろどこを取っても困ったといいますか、例えば食事が取れていなかったり、体の調子が悪かったりとか、入浴の状態がちょっと不規則だったりとか、

どこから手を付けていいかわからないような、そういう方がいまして、まさに困難事例といえますか。今回このシートを使わせていただいて、何が困難なんだろうかということを中心に焦点づけさせていただいた。非常に助かりました。

うちだけの会議をそのケースについて月に一遍開くようにしまして、それに向けてそこで働き掛ける目標を少し決めて動けるということで、自分たちにとってもかかわりの目標が見つけたような形になりまして、Fクリニックとしては今まで困難事例があっても、ここまでだということであきらめていたというか、なかなかかかわりきれていなかったところに少し方向付けができたということで、今回私どもにとってもありがたい企画だなと思いました。

それから、成果といえますか、私たちの市の方でもいろいろネットワークができてきましたが、Fクリニック自体となかなかうまくスムーズなつながりができづらかったんですけど、今回内部で私どもが、どういうことがこの方にとって必要なのかということが視点が入ることによって少し連携がしやすくなった。外への働き掛けのポイントがつかみやすくなったこともありました。

あとは、皆さん言っていらっしゃいましたが、同じようなことを私どもも感じていまして、そういうことで報告を終わらせていただきたいと思います。ありがとうございます。

原：どうもありがとうございます。それでは、続きましてGクリニックの方、お願いします。

横田：GクリニックのPSWの横田と申します。当院のクリニックでは、2名のPSWが2事例ずつ担当させていただきました。まず1点目なんですけれども、何を困難に感じたかということころなんですけど、ちょっと当院のクリニックの特徴として訪問看護をずっとPSWがH15年から導入しておりまして、常にアウトリーチの形で援助を実践してきていました。

それで、訪問を通して非常にすでに関係性のある中からどんな事例を選択するかとすごく迷って、訪問といった方が転医してしまったりとかそういうこともあったんですけども、やはり書面でのやりとり、文字を理解してそれをご自身で組み立ててやっていくのがどうしても難しい方もいるので、そういった方はちょっと避けて、ある程度言語能力があったり、サービスをいろいろしている人を考慮して、そうやって選択していいものか迷ったんですけど、そういう形の選択に関して少し不安を持ちながらやっていました。

あと、やはり一番困難なところは最初の同意のところ、非常にこれまで1対1のこういう関係の中で信頼関係があって実施できた。あなたのことを信頼しているから、何を言っているかわからないけれどもあなたのことは信頼しているから、じゃあ、同意しますというような印象が強くて、実際にシートを使っていくと本当にその目的を相手が理解しているか、ちょっと不十分かなと思うところも感じながらやってきました。

あと、シートの週間予定表、特に曜日で決められることがない事例もあって、僕の予定で本当にないんですねみたいな、ちょっとそういうことが歴然としてしまってマイナスのイメージがちょっとあったかなということが懸念材料でした。

何を大切にしたいかという1点目なんですけれども、やはり現時点での援助の流れに沿う形でケアマネジメントを行ってきました。中には、すぐ入院してしまったり、所在がわからなかった

り、非常に不安定な方もいらっしゃいますので、その不安定さに付き合いながらシートの利用をちょっと一時中断したり、間を置いたりするような工夫が必要となりました。

あと、就労なんかをご自身が目的にしている方もいますので、そういったケースに合った状況で、なるべく就労体験の中で何がプラスになって、これからどう向かっていくかというところを中心に聞いてみたり、先ほどの週間予定表の方も全部これを埋めなきゃいけないのではなくて、これが素材なのでというところでこちらも理解してケアマネジメントのきっかけになるように努めました。

何が得られたかというところなんですけれども、やはりご自身の歴史を振り返るということは非常に重みがありまして、疾病に対する理解が非常に深まったり、その中で目標や課題が整理でき、自分の状態は全然5年前と変わらずよくなっていないと思いますとおっしゃっていたんですけど、じゃあ、どの部分がよくなってなくて、対処法によってよくなった部分もあって、その区別が非常にこれをやることによって、何がまだよくなっていないのか、何がよくなったかという区別ができたと思います。

訪問をやっていると1対1の関係でちょっと煮詰まったり、いろいろあるんですけれども、ケアマネジャーとしても生活歴の中でもう1回相手の方の対象者の方の理解を深めることができたり、援助の振り返りを行うことができました。

あと、エコマップなんですけど、まだ十二分活用しきれていないんですけど、やはりいろいろな社会資源の既存のもの以外にも何かもう1つ就労を目指している方の中には社会資源を体験することができたらいいなというような、これは希望ですけれども、そういうふうに感じました。

原：どうもありがとうございます。それでは、続きましてHクリニックの方、お願いします。

大井：Hクリニックに勤務しています、私は臨床心理士の大井といいます。今回ケアマネジメントの対象になったのは、Hクリニックにありますデイケアを利用されている方を対象に行いました。デイケアの担当している全職種がケアマネジメントシートを使うというのも初めてだったものですから、悩みながら活用させていただくような形になりました。

感想第1なんですけど、シートを利用することによって担当者と利用者が2者で理解し合っているというようなことがほかの職員にも伝わっていく。特にシートの数枚で生育歴であったり、病歴であったりというものが非常にわかるやすいために、ミーティングを開くときにほかの職種も共有しやすい。

同じくこれは利用者と援助を提供する側のことでわかるんですけれども、口で、あなたにはこれが必要で、私もそう思いますというようなやりとりだけでなく文章にして、その文章を自分も持っていますというのが非常に解決に結び付きやすい、モチベーションにつながっていくところなのかなと思っています。

何が得られたかということなんですけれども、ある意味ケアマネジメントシートを使わなければそのまま流れていくようなものが、そうでなくてはっきりと目標がわかるし、そのために何が問題になっているのかということも援助者もわかる、利用者もはっきりわかるということが非常

に新鮮に感じました。

具体的なケースについてなんですけれども、やっぱり1対1でお話ししたりだとかという中でいけば、ほかの職員は共有できないけれども私だけ知っていますというのだと、ほかの人も、ほかの職種もクリニック内の共有化というのは難しいですし、ネットワークという面からいくと、地域のこういうものが使えるんじゃないかというものも非常にわかるやすく表れてくるということが非常に利点としてあるのかなと思っています。

あと、困難とか、これからの課題ということになってくるんですけれども、職場内でのケアマネジメントのもっと普及活動、啓発活動というのが必要になってくるのかもしれないと思いました。以上です。

原：どうもありがとうございます。それでは、続きましてIクリニックの方、お願いいたします。

山村：IクリニックのPSWの山村といいます。今日ここでしゃべる原稿を用意していたつもりなんですけど、かばんに入っていないことに今気づきまして、やあ、困ったなと思ひまして、よその事業所さんが立派なことを発表されていますので、たぶん事前に送った発言要旨と異なる内容になることをご容赦いただきたいと思ひます。

このサービス利用シートというのがあることによって情報収集が非常に見やすくなった点と、今回うちの当院では2事例を取り扱ったんですけれど、1事例はデイケアを利用中の患者さんで、1事例は虐待がちょっと絡んだケースだったということもあって、アセスメントを取るに当たって情報収集をする相手を見誤ると偏った情報しかないということが、ちょっとその危険性があるかなということはこのケアマネジメントをやって感じたことです。

簡単に申しますと、情報収集の難しさというのもそうなんですけど、今回のケアマネジメント事前評価というのが実はシートの中にありまして、これをすることによってケアマネジャー、2事例ともPSWがやったんですけれども、新しい手法みたいな感じがして、これからのプランを立てやすかったということがあります。この情報を当院でも医師、看護師、臨床心理士を交えてケース会議をやったんですけれど、情報をわりと伝えやすかったということが非常にこの決まった様式があったということによかった点じゃないかなと思ひます。

ただ、サービスの利用プランを考えると、その優先順位が利用者さんと援助者とで若干温度差がありまして、優先順位をどれを一番にするか、これを先に解決してほしいということで、その辺の納得をさせるということ、あるいは利用者さんの目標をかなえてあげることができることとできないことというのが、やっぱりプランを作っていく中で非常に難しかった点だと思ひます。

ただ単に同意を取るということがよかったんですけれど、同意を取ってしまうと全部かなえてあげられるというふうな利用者さん、家族に期待感を持たせるという点でちょっと危ないかなと思ひて、簡単にやっぱり同意は取るべきじゃないかなというふうに我々は感じました。

あと、エコマップを作る上において、今までは例えば患者さん、あるいは利用者さん、家族と診療所との2者関係、あるいは3者関係ぐらいだったのが、こういうプランを進めていく中で地

域の保健所、地域生活支援センターとか、学校とか、いろいろな利用できる社会資源を活用することをクリニックの方からも出掛けて話をしたりすることができたことが、今回のケアマネジメント事例をやる上で非常に大きく得られた点だと思います。以上です。ありがとうございました。

原：どうもありがとうございます。それでは、次はJクリニック、お願いします。

柴田：JクリニックのPSWの柴田と申します。よろしく申し上げます。お話しさせていただくというのが今決まって、ちょっと話がまとまっていないと思うんですけど申し訳ありません。

Jクリニックでは、午後に私が発表させていただく事例が唯一、1件契約が取れたケースなんですけれども、それ以外に何名かのスタッフが取りあえずシートを埋めてみるということで、5ケースぐらい書いてみたんですけども、まだ契約というところまではいっていません。

ただ、それぞれ書いてみた中で話し合っていたんですけども、当たり前なんですけれども、これまでのケアマネジメントとは違って、訪問に行っていたとか、デイケアでのかかわりとか、すでに信頼関係を持っているというところがベースになっていて、それがすごく重要なことだなと感じました。

私自身は、このシートを書くことで、その人へのかかわりや、その人自身の情報を整理できたこと、それから私自身、ケアマネジメントを通して主治医をはじめとしたほかの支援者とのかかわりが密になって、そのご利用者さんをより多面的に理解できて、その方に対するアセスメントがはっきりして、私自身がその方への支援がすごくしやすくなったというふうに感じました。

あとは、従来の一一人一人に対するケアマネジメントということだけではなくて、家族を対象とした支援がしやすいというように感じました。ほかのスタッフが出していたケースにもあったんですけども、家族の中に何人も障害をお持ちの方がいらして、それぞれの障害がかなり深刻な問題があって、そういう多問題で困難なご家族にどこからアプローチしていくかということの難しさを話し合っていました。それを結局今後どうしていくかというところで今話は止まっています。以上です。

原：どうもありがとうございます。それでは、Kクリニックの方、お願いします。

津川：KクリニックのPSWの津川と申します。よろしく申し上げます。うちは2名のPSWが1例ずつ担当しました。まず、何を困難に感じたかですけれども、私が一番個人的にしんどかったのが、シートをパソコンに落とすことがとても、活動表とか、エコマップだったり私にはちょっと技術が足りない部分もあって、いら、イッとなってすごくその時間があったいなくて、一番私はそれがしんどかったというのが正直なところと、あとはやっぱり導入するときにケアマネジメントというものを説明するのが難しいなと感じました。

今までやっていることはまったく同じなんだけれども、そういう片仮名が入ってしまったりとか、サインを取るという過程が生ずるとこっちも変に構えたりとか、向こうも変に警戒したりというところで、そういう意味ではやっぱり今まで皆さんもおっしゃっていたように、今までの関

係や信頼性というのがすごく重要になってきて、ケースによってはやっぱり一番関係の取れている主治医からうまく説明をしていただいて同意を取れたということもありました。

あとは大変だったのは、やっぱりチェックシートを記入するのにとっても時間がかかったということで、作成日は1日だけを記入するようになってはいますが、絶対1日では埋められなくて何日もかかったりとか、かなり日にちを要しました。本人さんがやっぱり病状の波があるので、本人さんのペースと一緒に書き込んでいたりとか、ある程度こちらが書き込んだものを、これで間違いないかちょっと見てくれるというような感じで柔軟に対応することが必要でした。

やっぱりどうしてもシートありきになってしまいがちなことと、もう1人のたまにおか八木と話したんですけど、自然な会話の中でデリケートな項目も自然に話しながら埋め込んでいくということはスキルが必要だなと感じました。

何を大切にしたいかということは、今も申しましたように本人さんのペースを大事にするということと、やっぱり本人さんを大切にしているということとで言葉遣いや、本当に人としての配慮というものに気を付けました。やっぱり希望を聞いたりとか、課題にあまりズームを当てるのではなくて、希望を尊重したりとか、未来志向型の会話に取り組むようにすることで、本人さん自身が自分の希望とか目標というのを明確に持ちにくい方が多かったんですけど、それをどうやったら本人さんが自分の希望とかを明確にできるかということもちょっと配慮しながら話を進めていったりしました。

何が得られたかということに関してですが、シートに落とすということで、今まで口頭でやりとりしていたものをエコマップに落としたりすることである程度外在化できて、それを共有するという過程で何か対人関係とかって結構心情的に嫌な気持ちになりやすいんですけど、ちょっと図に落としてみたり、外に落としてみたりすることで客観的に話し合うことができたなと感じています。

目標とか課題をとっても整理しやすかったのも、本人さん自身がだんだん自分のニーズを言語化できるようになったと感じています。その本人さんがニーズを言語化できるようになったことで、それが今までちょっと伝わりにくかった他機関の人たちにも、何でその人にそのサービスが必要なのかということを理解してもらいやすくて、役割分担もしやすくなりました。

あとは、本人さんが問題と感じていることと、こちらが問題と感じていることのずれがあるなということとその過程の中で、関係機関で共有することができたんですけど、そのずれをこのシートのどこに落とせばいいのかというのは1つ迷ったところでした。以上です。

原：どうもありがとうございます。続いて、Lクリニックの方、お願いします。

長野：Lクリニックの長野です。うちはPSW2名が2例ずつ提出しました。まず、ケアマネの進捗状況なんですけど、2人の事例が何かすごい特徴があって、私の方はもう何かあればすぐSOSを発してくれるお2人なんですけど、もう1人、木村の方は、木村の方からアクションを起こさないとなかなかSOSが発せない方という、ちょっと何かすごい出し方が面白いなと思っているんですけど、その事例で、私の方は今のところ何か問題がないともうケアマネはいったん終了な

のかなというところなんですけど、木村の方はまだちょっと何かあってお互いが1対1の関係以上に進んでいないのと、あと1例の方はこのケアマネを始めてからお母さんが弟さんのところに引き取られて単身家庭になってすごい変化のあったケースなんですけど、そこでちょっとチャンスかなと思ったんですが、意外に家族の方が頑張られて、ほかの資源は使わなくてもいいですとか、ちょっと木村が今頑張っているところ、そういう事例です。

シートの方なんですけど、先ほどからIクリニックとか、Kクリニックが言われたような形と同じように感じていますが、チェックシートに落とすことで自分だけの見方というのから、もっと全般的に見られるようになって現状なり、問題点なりが見えてきたような気がしています。

あと、Kクリニックの津川さんがさっき言われてすごうれしかったというか、私も全然シートに落とせなくてエコマップとか、ジェノグラムがもうすごい苦勞して、結局穴ぼこだらけのシートを提出しちゃって恥ずかしい思いをしていたんですけど、ちょっとうれしくなりました。すごい苦勞しました。以上です。

原：どうもありがとうございます。じゃあ、続きましてMクリニックの方、お願いします。

北野：失礼します。Mクリニックのケースワーカーの北野です。今回私たちが出ささせていただいた事例というのは、2人のPSWがそれぞれデイケアで通所されている方の事例を報告させていただきました。どちらかといえば、いろいろな機関がかかわっているケースを選んで、整理しやすい方を選んだというふうなところがあります。

大切にしたものなんですけれども、先ほど来皆さんご報告の中にもありますけれども、やはりご本人、当事者の方への声掛けを意識的に余計に声を掛ける機会も増えて、そこから見えてくるものだったり、また訪問する機会、回数が増えたことで、デイケアの中では感じられない住環境に行き、またそこで見えるものというところでよりその方への理解というのが深まったかなというところで、そういったところでは非常に大切なことだったなと思っております。

何が得られたかということなんですけれども、何が得られたかということはシートに落としてみてご本人に確認していただく中でも、やはり言語化できていない部分を図表だったり、活字を通して双方がお互いにあらためて再認識することができたというところで、より目標に近づきたい機会になったのかなという気がしております。

困難に感じることもなんですけれども、取りあえず私たちの地域は地域連携している地域だとは思っていたんですが、私個人的には、関係機関のつながりはそうなんですけど、一番ちょっと難しかったのは、就労支援をするに当たってハローワークの方との関係づくりというのがなかなか難しいかなと思いました。

それとさっき長野さんも言われたんですけど、私もこのシートを落とすに当たってジェノグラムとか、私も本当にパソコンが苦手なので、今後これが続けて私がやれるのかなと思うと本に行き先不安な思いをしています。

それと課題なんですけれども、たまたま今回デイケアのかかわりの特に深い中からの事例報告になったんですけど、私もデイケアに配置になって1年がたったからたまたまこういう深め

ることができたんですが、外来だけだとなかなかここまでのそれぞれをマンパワー的にも深めることができたのかなという気がしています。今、外来の方にうちもケースワーカーの配置になったので、院内のそういった部分では外来の方の方に対しても今後ケアマネジメントしていく上では院内の連携も大事なことだなというところで、あらためて問題意識を持たせていただきました。以上です。

原：どうもありがとうございます。次はNクリニックの方、お願いします。

岡島：NクリニックでPSWをしております岡島と申します。当院では看護師が2例、PSWが1例担当しました。導入を看護師が担当した2例につきましては、現状での満足感が非常に強く、導入が難しかったケースと何度もこちらの方から説明させていただいたんですが、病状が故に自分のことが広く周りに知れ渡るのではないかという不安が強く残ったケースで、2例とも中断しております。今回報告させていただきますのは、私が担当しました1例のみになっております。

大切にしたことですが、利用者が負担を感じずに進めていけるようにすることです。何回かに分けてフェイスシート、チェックシート、などの情報収集をさせていただきました。また、ご本人さんが嫌だなと感じたときはいつでも中断できるということも一緒に伝えさせていただきました。

プランを作成するときは、少しでも利用者が意欲的に取り組めるようなもの、やってみたいなと思えるような内容のものを提案できるように、また、意向や希望を引き出せるように、言葉1つ1つを大切にしながら、できるだけ利用者に語ってもらうように配慮しました。

困難に感じたことですが、導入の判断についてです。何か現時点で希望など訴えがある方を導入すべきか、また、他機関を利用していらっしゃる方に導入すべきか、その判断をこちら側が一方的に判断して始めるものなのか戸惑ってしまいました。結果的に私が取り組ませていただいたケースにつきましては、私自身が導入したいなと思う方を選んで進めさせていただきました。

また、担当者の負担についてですが、先ほどから出ていますパソコンの入力ですとか、あとは担当者と別にケアマネジャーがいるわけではないので、必然的に1つのケースをずっと1人のスタッフが担当することになり、通常業務に加えて取り込むことに少し負担は感じました。

今回得られたことについてですが、陰性症状が強く表れている方に利用してもらっての気づきになりますが、デイケアや訪問看護でのかかわりで利用者のことを把握したつもりになっていたこと、実際にクリニックで把握できている情報量の少なさなどに気付かされました。

また、普段利用者側からの訴えがまったくないのですが、あらためてじっくり話を聞くということを何度も重ねることで思いを引き出すいい機会となり、利用者も担当者も思いや希望、何が必要か一緒に考えることができたのではないかと思います。取り組ませていただくに当たってすごく不安も大きかったのですが、現在具体的な支援につながって方法を考え、ケアプランを利用者にお渡ししてスタートしている段階にあります。以上です。

原：どうもありがとうございます。それでは、次はOクリニックの方、お願いします。

佐伯:おはようございます。Oクリニックで保健師をしております、佐伯と申します。今回ケアマネジメントを使ってみて、私を感じたことをいくつか報告したいと思います。今回、実際シートを使ってみて、何に向かって進むのか、こちらも整理でき、患者様も整理でき、共有できたこと。またいつ事が起きたときに、どこに何を連絡を取った方がいいのかとかが具体的に明確になったことだと思います。

あと、連携というのはいつも意識はしていたんですけども、実際に本当に会議を持ったり、関係者が集まることで顔がつながる連携が持てるようになったのかなと思います。特にハローワークとかは私もあまりつながったことがなかったんですけども、本当に担当者の顔がわかる、いい連携が今後も取れるんじゃないのかなと思います。

あと、同意を取るときなんですけれども、関係ができているとわりと同意についてはスムーズに今回はやれたかなと思います。やっぱり患者さんも自分との信頼関係とかがしっかりできていないと、これは難しいかなと感じました。

あと、ちょっと配慮しないといけないと感じたところは、1日の活動表や週間予定を入れていくときはわりとちゃんとしないといけないと思う方がいらっしゃるので、その辺は気を付けてこちらシートを使わないといけないと感じました。

川辺:臨床心理士の川辺です。私の方は、IQが40未満の方を対象にさせていただいたんですけど、大切にしたこととしては、ご家族の方にも、知的の障害を持っていらっしゃる方がいて、孤立しやすい方々を、孤立しないようにどう連携を結んでいくかということを大切にしていきました。

その1つとして、やはりケア会議、たまたまこのケア会議の話がある前から学校との連携ということはしていたんですけど、学校等もご家庭との関係がかなり悪化していた状態でしたのでつなげるところから、ひたすらつないでいくということで回を重ねていき、最初1人しか話をしてくださらなかった先生が担任の先生だったり、生徒指導の先生、進路の先生とか、いろいろな方がだんだんつながっていったということはとてもありがたかったです。

あと、家族が孤立しないこととともに、やはり医療側として彼とつながりを持っていけるように、家族ももちろんですし、ほかの機関、警察だったりとか、作業所だったりするところと連携していくことで、今の彼らの状況ということに適宜把握しながら医療側としてサービス提供していくということも考えていくことができ、例えば知的な障害を持っておられるお母様であったんですけど、その方と一緒にお子さんの行動と言葉が不一致になることをしっかり理解していくことでかなり落ち着いて、問題行動も軽減したということがとてもよかったと思います。以上です。

原:どうもありがとうございます。それでは報告の最後ですけど、Pクリニックの方、お願いします。

坂本:PクリニックのPSWをしております坂本と申します。まず言わせていただくと、まだケア会議の方を私たちのところではしておりません。ちょっと今までの流れみたいところをご説明させていただきます。まずですけど、9月にこちらの方から提出しました事例が2つあったん

ですけど、その2つとも今後ちょっとケアマネジメントとしてやっていきたくないということで、また新たに最初から検討の方から始めさせていただきました。

私自身デイケアの方も担当しております、デイケアの中で相談支援を希望する方、ケアマネジメントで支援してもよい方というのをアンケートで行いました。その中でもやる気のある方をピックアップしまして、この方を支援していくということでやっていくことになりました。

この方ですけど、就労がしたいというニーズと、その後お母さんと暮らしたいというニーズを持っていらっしゃる方なんですけど、そういうニーズが決まった段階で、診療所内のスタッフで関係機関ですね。携われる関係機関というのを検討しまして、それからその関係機関等に直接私たちが赴いて、それから顔合わせも含めてあいさつをお願いしまして、それでケアのチームの方に入らせていただくということでお願いして回りました。

私どもも初めて一緒に仕事をする相手なので、その辺のところは顔合わせをしてからやっていった方が仕事をしやすいんじゃないかというのもありましたので、そういう形で行って行きました。その後、こちらの方でピックアップした関係機関は、本人が仕事を希望されているということで、障害者職業センター、ハローワーク、地域での生活の方の支援ということで地域生活支援センター、あとこの方は生活保護を受けられている方でしたので、市の生活保護課の方をチームとして入れてやっていくということであいさつ回りをしました。

就労を希望されている方ということで、職業センターやハローワークの方はすんなりとオーケーを出してくださったんですけど、生活保護課の方はケアマネジメントというのも自体があまり浸透していないということもありまして、なかなか納得していただけずに、半ばこちらの方が説得するという形でチームの中に入れていただきました。その辺のところはまだケアマネジメントが浸透していないので、ケアチームに入れていただくということでまだ苦労があるのかなとは感じました。

その後ですけど、障害者職業センター、ハローワーク等のスタッフと話をしまして、この方が就労を今まで1回もしたことがないということと、就労はしているけれどアルバイト程度しかしていないというので結構ブランクがあるということで、まずは職業評価や職業訓練をした方がいいんじゃないか。まず仕事ができるような状態にしてから、その後の支援を考えたらいいんじゃないかということで、職業評価と職業訓練というふうに、まずケア会議を開く前にそういう形でやっていくというのを本人も同意の下で進めて行きました。

今の段階で職業評価の方が終わりました、その結果も来ています。3月10日、予定なんですけど、ここから職業訓練を開始しようかということで、その前に今週の3月5日、本人と職業センターに行って職業訓練における計画や目的付けの方を行うというような形でやっていくということになっております。

ケア会議の方はまだなんですけれど、こちらの今後の予定としては、職業訓練が終わるぐらいの段階で、いざ仕事の方に入るという前の段階でケア会議は開きたいと思っております。今までのところは、就労の方の関係のあった職業センターやハローワークの方の主導のような形でやっていっているんですけど、黙っておれないのでこちらの方もこれからちょっと目立っていかないと考えています。

今まで何を困難に思ったかというところですけど、まずデイケアの方でアンケートを取ったところで、意欲のある方はいらっしゃるんですけど、ケア会議とかという話を聞くと不安に思ったり、拒否的な反応をされる方というのが結構いらっしゃるって、その中でピックアップしていくのがまず難しいなというのがありました。先ほど言いました通り、ケアマネジメントというのはまだ浸透していないということで、関係機関にケアのチームに入ってくださいというのを説得するのも難しいなというのもありました。

あと、今回私たちの事例ではまだケア会議は開いていないんですけど、これはまず最初にした方がよかったのか、それとも私たちがやっているような流れで今後やっていけばいいのかというケア会議のタイミングなんですけど、その辺がちょっと難しいなというのがありました。

あと、何を大切にしていたかというところ、まず関係機関との顔が見える関係、それと本人が納得したプランができていくかということですね。

あと、この中で何が得られたかというところ、お互いが密に連絡を取り合えるということと、それで支援のしやすさが出てきていると思います。

あと、このシートなんですけれども、シートを作ることによって情報を伝えやすくなったというのは一番大きかったかなと思います。以上です。

原：どうもありがとうございます。皆さん非常にプレゼンテーションが上手で、ぴったり5分で、予定した時間より早く済みましたので、皆さんから出されたいろいろな共通点もあるし、それから問題点もあるんですけど、ポイントとなるような点というのは、1つは導入に向けての判断ということですよ。

この辺は例えばドクターがやっているのか、あるいはかかわりを持っているスタッフがやっているのか、あるいはその辺をもう少しこういうふうな工夫をしてみたとか、ちょっとその辺の意見を聞きたいなということと、それから説明についてのポイントというんですか、もう少し、今はまだ日本ではケアマネジメントというのは浸透しているわけではなくて、しかも診療所では今回この取り組みを始めることによって系統的に物事を考えていこうと整理しながら支援を効率的、あるいは合理的、あるいは当事者の方の意向に沿って進めていこうというのがこのケアマネジメントのポイントになると思うんです。そういう面でのどんな説明の工夫で、こういう点を苦労した点とか、そういうところがあればもう1回出していただくと。その説明と同意の問題。

それから、実際にケアマネジメントをしてみて、ケア会議の問題点も皆さんから何点か出されてましたよね。それから、よさも当然出されてた。顔が見える関係とか、そのようなよさも提案されていたと思います。

あと、訪問、あるいは種類が他機関の場合の取り扱いとか、さまざまな問題が出ていたと思うんです。おおむねシートの問題に関しては皆さん、こういう整理するツールがあると共通に物事を情報整理しながら、そして経過を追って患者さんとの関係を整理できるという非常にプラスの評価が皆さんから得られたんじゃないかなと。

南彦根クリニックを中心として、本当にシートを作っていたいただいた方々は大変な苦労だったと思うんですけど、非常に整理された使われやすいシートだなという意見が皆さんからあったん

じゃないかなと。ただ、ジェノグラムとか、エコマップとか、別にこれはパソコンで書くことは必要なくて、実際は今回の提出ということだったのでパソコンで書いていただきましたけれども、皆さん手書きで挟んでいてもらえれば結構です。

使いやすいように使うというのが結局はこのシートを作る目標であり、それから共通で物事を考えていけるということがこのシートの役割だと思うので、各自もうこれを基盤にして、パソコンにはこだわらず手で自由に書いてください。そういう問題点、そういうことはあったと思いませんね。シートに関しては非常によかったかなと思います。

それから問題は、あと終結の問題ですね。それから、本人、家族、こういうふうにも羅列しましたが、さまざまな問題があると思いますけど、あと45分ほど時間があります。皆さん全国から集まってくださっているの、皆さんからぜひ一言。

「シートの補足説明」

原：シートの補足を先にしますか？ それから討論しますか。その方がいいですかね。じゃあ、すみません、ちょっと先にシートの補足をしていただいて、それから今言ったような点についての少し整理した討論をしていきたいと思います。

上ノ山（眞）：シートの作成にかかわらせていただきました、NPO法人サタデーピアの上ノ山です。もろもろの連絡が大変遅れ遅れになりまして、急にすごく大変な作業をご苦労いただいたことをおわびしないといけないなということと、それからNPOでしているものでいろいろなお問い合わせにも迅速にお答えすることができなくて申し訳なかったということもおわびしておきたいと思います。今いろいろご苦労をお聞かせいただきながら、うちでも同じだなということもすごく何か共有しながらといいますか、しみじみ感じながら聞かせていただきました。

シートの補足ということで、今回はこの研究プロジェクトということで日精診版の標準版を作るという大きな課題がありましたので、一応基本的なものを今年度中に確定して、それであとそれぞれのところのもろもろの工夫に関してはオプションシートという形で提案させていただく、午後の事例の中でもいくつかそれぞれの事例でご提案いただいたシートを添付してご説明いただくとおもうんですけども、またそれ以外にもうちの地域ではこういうシートが大変使いやすかったとか、この方に関してはこういう補足、例えば行動療法のステップアップシートのようなものが大変有効な方もいらっしゃるかもしれないし、もろもろそういうアイデアはオプションとして日精診版に添付していくことができたらと考えておりますので、またいろいろご提案いただけたらと思います。

あと、ずっと毎月うちの院内でも1回から2回検討会を重ねてきているんですけども、今できたものの中でも多少今年度中に足したいなと思うのは、チェックシートの中にストレングスの視点をもっと盛り込む必要があるんじゃないかな。何かどうしても背景がみんな医療機関なもので、ちょっと医療モデル的な質問項目が多いかなというのは感じているところでして、得意分野とか、やれたこととか、好きなこととか、もっとやってみたいことというのをチェックシートの

中に盛り込んだ方がより前向きな流れをつくることができるのではないかなと考えていて、今年度3月末までには確定版、今年度としてのシートの確定をいたしますので、そのときに反映していきたいと思います。また、多少何か今議論できるようにしたら、いろいろなご提案もいただけたらと思いますし、時間がなくなってしまったらまたメーリングリスト等でご提案いただいたり、先ほどのオプションシートについてもメーリングリスト等で共有できればありがたいと思います。

ケアマネジメントの流れとしては、いわゆるモニタリングシート、中間の見直しにおけるシートと、それから事後評価ですね、エバリュエーションのシートも必要であろうということで、それも年度のうちにA4、1枚程度、あるいはモニタリングに関してはもうA4で2つ取れるぐらいの簡単なものでもいいかなと思っているんですけども、見直しの時期にチェックして、できたこと、できなかったこと、見直した方がいいことというモニタリングのシート、ここでは見直しシートというふうに呼ぼうかと考えていますが、見直しシートのご提案と、それからいわゆるエバリュエーション、振り返り、事後評価のシートというのを提案させていただく予定です。

そのときには、フェイスシートにあります事前評価というのがありますので、その事前評価と整合性が取れる事後評価というのをして、このケアマネジメントが適切であったかどうかという評価を出す必要があるだろうということで、当面これもいろいろ議論があると思うんですけども、事前評価でGAFを取り入れていますので、事後評価でもGAFを取り入れていただいて、同じ方が書くことが評価になるとしますので、同じ方が書くというようなことで考えております。でも、モニタリングにGAFがいるかどうかは、その時期時期でそれぞれお考えいただければ結構かと思えます。

それから、この3つのシートの中で一番重要なのがチェックシートの記入のプロセスだと思います。これは皆様が先ほどおっしゃっていただいたように、シートに落とすことが目的ではなくて、適切な支援の目標、ケアプランを作るとか、ご本人といろいろなぶれを修正していくというか、こちらの見立てと本人の希望とのぶれを修正して、最も適切な目標を設定するためのプロセスがちょうどチェックシートの記入ということになりますので、これも一度に記入するのは大変難しいので、医療機関の場合、事前の信頼関係だったり、情報がある場合がほとんどだと思いますので、事前には書けるところは書いておいて、こうでしたよねとか、こここのところがわからないんですけどこうですかというような形で共同にたたき台といいますか、こちらが理解しているものを落としたものを共有するというのもありかな。時間も短縮できますし、私たちが知っていること、ご本人が理解していることを相互にやりとりし合うプロセスで、そのときにいかに本人の語りを尊重しながら適切な実現可能な目標を設定して、そこからプランニングということになりますので、チェックシートの記入のところが一番ある意味専門的にはスキルもいるという部分になるかと思えます。そこのところもちょっとストレングスの質問項目も入れていきたいと考えています。

先ほど少し触れましたけど、事前評価もご苦労された、書いていない方もいたし、それをどのあたりをもって5段階評価するのかというのも非常に困惑された部分だと思いますので、これも標準版を作るための今回の研究ということではある程度標準版を作って、みんなでその効果測定のとときに、こういう評価をした方には大変「効果」があったけど、こういう評価の方はこうやっ

たというようなことを研究としては出す必要があると思いますので、またその辺のところも議論できたらいいかなと思います。

実践家といいますか、現場のものとしては、本当はそんなにシートに限定されなくても、それぞれの地域やそれぞれのご利用者様に応じてかなりフレックスに変更したり、記入したりするのが実際のだと思いますし、先ほどからいろいろ問題になっているマップですね。ジェノグラムでもエコマップでも活動表でも、本当ならもう A4、1 枚ぐらい、ざら半紙のようなもので一緒に、こうでしたよねと大きく書いた方が一緒に共有できるし、それをわざわざあんなに小さくしなくても、そこにぼんと挟んでおけばいいというようなもので、何月何日、後から思い出しましたと言われたら、また思い出したものを書き足していくというふうでも現実的な問題、現実的には実践的なこととしてはいいかと思うんです。しかし、今年度、来年度で標準版を作り、評価解析するというのが今回のプロジェクトの課題でもありますので、まず当面は確定したシートで取り組んでいただいてということになるかと思います。

それで大きな課題は、手引きを充実させるということです。できればこのシートの説明の仕方とか、指針とか、それから評価の基準とかというものもある程度含めた手引きを充実していくことが非常に重要になってくる。シートは極力シンプルに柔軟にして、手引きで行間を埋めるといいますか、皆さんのアイデアが生かされるといい。手引きを充実して、キャリアの少ない方でも十分落とし込めるような手引きを作る必要があるなというふうに考えています。それが年度末までに完成するかどうかは大きな問題ですけど、またその辺もいろいろアイデア、アドバイスいただけたらありがたいと思います。

「討論」

原：どうもありがとうございます。皆さんの方から今、上ノ山さんから報告があったことについても含めて、ちょっと質問とか、こういう点はどうなんだろうというのがありましたら最初に提案していただいて、それから討論の方に移っていきたいと思います。時間が結構ありますので、今日はぜひ一言、皆さん今日発表された方以外の方もぜひ一言お話ししていただければありがたいかなと思います。どうぞフリーにいきたいと思いますので、どこからでも大丈夫です。何か質問でもいいですし、ご意見でも結構ですので、どうぞ。

加藤：Lクリニックの加藤です。補足説明を聞いて、ぜひちょっとお願いしたいことがあります。利用手引きをやっぱり充実させるという点で、今回ケアマネジメントをやる中でいろいろなところで大変迷ったんですね。特に、ケアマネジメントの事前評価の中で5段階で出すところですね。そこは、手引きの中では担当スタッフの意見を参考にしながら記入者が評価するということではケア会議とかをやったりしてやればいいんでしょうけど、結構その辺は主観が入りやすいという点ですね。

特にうちのクリニックの事例もそうだったんですけど、例えば家族の準備性という点では、受

受け入れ準備の程度を示すということで、受け入れ準備というのは何をもって受け入れ準備というのでできているかできていないかというのはかなり見方が変わってくるという点では、評価を高くするか低くするかというのは今後のプランのときに影響しやすいかなという点では、ちょっともう少しこういうふうには、それこそ初めて取り組む人でもここが付けやすいように少し具体的な事例なんかがあったらありがたいかなと思います。

原：じゃあ、ほかに。はい、どうぞ。

石崎：ちょっと疑問に思ったところがあるんですけど、今、ご質問があった事前評価なんですけど、これはケアマネジメントにかけるとのこと自体、ある程度評価が高くないとケアマネジメントとしてやっていくという判断にならないのではないかなというのはあったんですけど。例えばこれ、評価が低くて話し合いとか、支援していくのかどうかというのですね。これが低かったら、いくらケア会議とかをやっても、まだそういう段階じゃないんじゃないかなというような判断をしてしまうところじゃないかなと思ったんですけど、いかがなものでしょう。

原：効果の期待度というところですか。

石崎：はい。

原：いかがですか。皆さんやってみて、期待度が低かったけど、やってみたらよかったとか、あるいは期待度は高かったけれども、実際やってみたらそうではなかったとか、その辺の意見はございますか。この辺はどうですか。野中先生、ご意見ありますか。

野中：どこで言おうかと迷ってはいるんですが、今のお話からあまり離れてから言っても面白くないと思うのでご説明をしておきます。ケアマネジメントのいいところは、実際やってみるとお感じになられたと思いますが、一方で限界とか、困難さというところをいろいろ挙げていただいたので、今聞いて私は6つに整理をしました。

1つ目は、機能の限界はやはり心得ていただきたいということで、何でもかんでもケアマネジメントで素晴らしいことができるんだというところではなくて、1つの限界は迅速性はないのです。だから、危機介入のときにケアマネジメントをやっている暇があったら先に走れですね。その段階であまりケアマネジメントがかかり過ぎると人を殺します。自殺の危険性があるときにケア会議とかやってやっている暇はないかもしれません。ただ、ケアマネジメントをちゃんとやっておくと、迅速性というか、危機介入のときに非常に動きやすいことは逆にあります。

それから、人数というのには限界があるんですね。皆さん1例、2例をやったのですが、しっかりやると、もうソーシャルワーカーをやめて20人とか、30人しかできません。ソーシャルワークをやりながらケアマネジメントをやるのとするとやはり数名というぐらいが限界で、何人にもなると本当に頭がこんがらがっちゃいますので、ケアマネジメントはそんなに楽な話じゃないので、

ソーシャルワーク全部やめて30人というぐらいという話ですね。

2番目は、ご本人の責任性、自己決定のところがやはりもう1つ誤解があって、何かこうしたらいいというモデルを出しちゃっているんですね。こういうのは「プレゼントモデル」と言っています。これはいいよとか、その通りやるのよとか、患者がよくなるにはこうするのよとかね。

プレゼントモデルは、それを拒否されたり、結局あの人に任せていけば私はいいんだとかという話になって、結局ストレングスにはつながらない。ずっと患者にしてしまう。囲い込みのモデルで、これには注意していただきたい。プレゼントモデルはやめて、本人が人生の責任を負っていくための支援をするんだという「応援団モデル」にしていきたい。

それから3番目には、関係づくりのところ、エンゲージメントという最初の間関係をつくらないとケアマネジメントできないんです。これは本来は皆さんが一番得意な人たちですね。どんな人とでも関係をつくって商売をしてきたんだから、そのときに受理の1日目でも売れるようにする。ケアマネジメントってこういうふうにするんだよ、こういうやり方はどうだろうか、という営業の練習が必要なんだろうなと思います。

ソーシャルワーカーよりも日本の国民にはケアマネの方が知られているけど、中身は決して知られているということはないので、ケアマネってどういうことなのかというパンフレットが欲しいですね。だから、日精診版のケアマネパンフレット、こういうサービスなんです、こういうことをやれるんです、けどこういうことまでは私どもはできないんです、あなたが最終的には人生の責任者なんですというようなパンフレットがあると説明しやすい。

4番目には、勝負はもう具体的な事実、具体的で客観的な情報、それによって現実的なものになるのであって、素晴らしいケアプランを作ったが、患者には全然役に立ちませんでしたじゃ何もならないというところはもうひとつ確認をしていただきたい。

それから5番目、ケア会議ができていないと無理ですね。ケア会議ってやはり慣れです。たとえば営業所だって、家を建てる建築業界だって、関係者一同がそのことについてディスカッションしなくて進むわけがないというね。それに慣れていないことに問題があるので、それに慣れさせるという時間はいるんだけど、だからといってケア会議をやらないでは済まない。

就労できない障害者はいないという前提で動くべきです。少なくとも半年間から1年の中で就労させていかなければ、ハローワークはもういらない、ハローワークは民営化になるぞと言ってください。私はハローワークの方では君たちはちゃんと医療保健福祉と手を結べと申し上げています。

それから、ケア会議でずれが起こる。本人とのずれと、それから専門家側とのずれがある。このずれがどういうずれかということをも明らかにしていくことが大事なのであって、初めから一致していると思っちゃっているところに間違いがある。ずれを明らかにすることによってこの課題が見えてくる。だけど、日本人の場合はずれが明らかになることを恐れるわけですね。そこは文化が違います。

その文化が変化しないとケア会議とか、ケアマネジメントとか、契約とかというのは起こらないんですね。そういう意味では、これまでの文化と違う文化に突っ込んだということは意識的にやらないとケア会議は広がらない。ケア会議が広がらなければケアマネジメントのシートは

ほとんど役に立たない。

それから最後に、やはりストレングスということに注目していただいて、ストレングスの種というものを取り上げて、それを育てるとするのが大事なので、だんだんそれを本人がものにして、自分の人生をつくっていく。そういうことを教育していく、啓発していく話なので、どっちの提案に従ったらいいんだろうか、クライアントの提案だろうか、専門家の提案だろうかという疑問があるかもしれないけど、本人のちょっとした、ひょっとしたらこういうことに気が付いていないかもしれないことをつかまえて、これはいいよ、ここのところはいいよ、ここはこうやったら、こういう人生がいいんじゃない、やってみた、あ、すごいんじゃないという話で、だんだん広げていくのがケアマネジメントです。だから、クライアントの言う通りにやってもだめだし、専門家が言う通りにやってもだめなので、そこでストレングスがお互いの関係の中で広がって育っていくというプロセスが要点だと思ったほうがいい。

だから逆に言うと、簡単な事例でケースマネジメントをやってもほとんど意味がないし、差が出ない。大変でどうしたらいいかわからない事例がケースマネジメントの対象です。準備ができてやったケースマネジメントだったら意味がない。できていないからケースマネジメントですよ。複雑性の高いものがケアマネジメントの本来の対象で、こうやってああやってそうすればいいという単純な事例はケアマネジメントではやらないんです。どうしていいかわからない、困った事例がケアマネジメントの対象になるんです。

原：どうもありがとうございます。今、総論的にお話しいただきましたけれども、皆さんの方から、いや、こうじゃないか、俺はこうだという意見はどうですか。どうぞ皆さん、まだまだ時間がありますので。どうですか、実際にやってみて、こういうところはもう少しとか、こういうところはもっと大変だということがありましたら出していただければ。

谷村：先ほど質問して下さった方と同じなんですけど、事前評価の5段階が当院でもわからなかったの、医療観察法の治療評価のようなあいう具体的なことを書いてあると少しやりやすいのかなと思ったんですけど、だいたいどの程度の緊急性とか、そういうことですね。当院で緊急性が低くても、他院から見たら緊急性が高いということもあるかもしれませんし、その辺はその程度目安に先生方の間でモデルとしてあるのかなと一度伺いたいと思います。

上ノ山 (眞)：明確な答えがあるわけではなくて、その辺をとでも議論しているところなんですけれども、この評価のフェイスシートの5番のケアマネジメント事前評価の項目も何を入れるかというのをすごくたくさん議論したところで、前のときにはなかった、一番最初ときにはなくて、あえて12月のときに緊急性というふうになっていたんですけど、緊急性というとまた見まがうということで、ここでは適時性という、タイムリーかどうかというのを入れさせていただいて、ケアマネ効果期待度というのはどっちかというところとちょっと総花的な聞き方になっているんですけど、できるだけ5段階、例えばこの辺が5です、この辺が4ですという具体的な項目を作るというのは課題になるので、それに関しても少なくともこの16、17診療所からはこういうのは

これにしましたというのを出していただくと、それが標準化になるかなというふうに思います。

今はまったく主観といいますか、それぞれの診療所のスタッフが5段階評価で主観、スタッフ間で相談、主治医やら担当者やらで相談して主観で書くということに現状ではなっています。例えば今現状で書いてみて、ケアマネ効果期待度が4か5で非常に高いと思ったけど、本人の利用準備性が1とか2の方に取り組んでみた結果どうであったか、中断したとか、意外に効果があったというふうなことを研究するといいますか、その辺で事前評価がどのあたりが適切かというところが今、確定的なものが出ているわけじゃなくて、今後作っていくということになるかと思えます。

特に準備性をどう理解するかとか、適時性をどう理解するかというところはまた議論は必要と思えますけど。適時性というのは緊急性に限らず、例えばもうすぐ子供さんが入学するであるとか、あるいは就労が決まったであるとか、あるいは自殺未遂をしてしまわれた後に集中的に介入する必要性が生じたとか、やっぱりタイムリーというのは結構医療機関として真っ先にキャッチする可能性が高いというので適時性というのを入れたということがあります。

効果期待度というふうにもうちょっとあまり具体的にないですけど、このケアマネを導入することでその方の自立度が高まったり、社会参加度が高まったり、いわゆるケアマネの効果が期待できるというところを、スタッフの評価が適切に評価できるかどうかということも今の段階では課題なのかなというふうに思います。

ご家族の準備性というのは、同居のご家族がおられないとか、影響のあるご家族が不明という場合は書いていただく必要がない。利用者の準備性が例えばゼロで導入することがあり得るのかどうかということももちろん議論してもいいのかもしれませんが、利用者の準備性がゼロの方を導入できるかどうかということも実際取り組んでいただいて、その辺のところを標準化していくという作業が今進行中ではないかと考えていますけど。

前田：前田です。この準備性についてちょっとうろ覚えなんですけれども、ニューヨークの方たちが使っているのを一度見せてもらったことがあって、それも段階に分かれてちょっとうろ覚えで申し訳ないんですけど、現状に変化が必要と思っていない。それから、変化が必要であると思うけど、可能だとは思っていない、変化が可能だとは思っていない。可能だと思うけれども、自分はやる気がない。それから、必要だと思うし、可能だと思うのでやる気があるとか、そういうのがたぶん5段階だったと思うんです。だから、それをちょっと探して上ノ山さんにも提供したいと思うんですけど、家族の場合と本人の場合というのが段階をつくってやっているものがあるので。

原：クリニックの先生の方からどうですか。導入に当たっての実際導入するときに、我々は診察をしていて、そしてこの方はケアマネジメンがいいんじゃないかと。その説明するときには何か困ることとか、何か経験したことでありますか。こういうところに注意して導入したとか、あるいは今回はスタッフに任せちゃって、選ぶのも全部スタッフがやったと。どうですか。

実際はたぶん流れからすれば、診察しての中からのたぶんケアマネジメンの必要性というのを

判断してという流れが1つと、それから相談なんかのケースワーカーのところに生活相談とか、そういう形で登場した人たちがケースワーカーの方から例えばこの方、もう少し全体的な支援が必要なんじゃないかという形でつながっていくケースとか、さまざまあると思うんですけど、今回我々のやった方々はたぶんデイケア委員会を中心にしてやっていたので、デイケアにかかわっている方とか、あるいは訪問にかかわっている方が多いんだと思うんですけど、実際の場面からするともうちょっと広い入り口はたぶん医者側のプッシュというのがないとなかなか難しい側面があるかなと思いますけど、どうぞ。

益田：Iクリニックの益田です。先ほど野中先生から自己決定の問題という話が出たんですが、先ほどどちらかでIQが低いというような方たちを対象にしたりとか、うちだと例えば発達障害の人たちが出てきますけど、そうすると自己決定というのは非常に難しく、ある程度モデルをいくつか示してあげないと出てこないんですよね。ところが、そういう人たちこそがものすごく支援をというか、ケアマネジメントしていかないとなかなか拾えないというか。だから、そう簡単ではない。そういうふうな印象を持ちました。

原：ありがとうございます。そうですね。その辺のところが一番大きな問題ですね。さっき苦労された、もうちょっと何か。あ、どうぞ。

野中：その議論は何度もやっています。鳥村方式というのがあって、知的障害で重い方と一緒に模造紙で絵を描いていて、住居はここだよ、仕事はここへ行くよね、僕はこういうの、ケーキを食べたいなとかと、一緒に模造紙に向かって考えながら情報を出していきます。それができる人はそうやっていくんだけど、もっと重たい人は、Aにしますか、Bにしますかというふうに出発点をまとめる。我々がフランスへ行って飯を食うとってフランス語のメニューを見なくちゃいけないのでわからない、じゃあ、どうするといったときに一番最後を見ると、Aコース、Bコースと出ていてAコースにしてということが出来る。同じようにパッケージにして提案する。

このときに注意するのは、AにするかBにするかではなくて、AにするかBにするか、もしくはC（AでもないBでもない）にするかという3選択にするんです。うどんにするかそばにするかでも、俺はカレーライスを食べたいんだというやつがいるから、AかBかと言われちゃうと困っちゃうんです。そばかうどんかって、2択しかないのかというのは、Aでもない、Bでもないというのをに入れてCにして、Cをやったら今度Aでもない、Aダッシュ、Bダッシュ、Cダッシュというのをやって、そういうのを次にCダッシュからAツダッシュ、Bツダッシュ、Cツダッシュとって、手間暇は掛けていくんだけど、最終的にはご本人の選択ができる。

植物人間でもイエスノーサインさえ取れたとき、植物人間でも脳波を取れば自己決定ができるんですね。絶対に自己決定から外れないぞという覚悟なんです。あいつはもう重いからだめだと言った途端、もう自己決定の価値を拒否しちゃう。どんなに重くたって自己決定はできるんだ、生きている限り自己決定はできるんだということを覚悟して、もちろん完全に自己決定というわけにいかないのですが、最終的な自己決定することは覚悟なんだと思うほうがいい。

益田：ありがとうございます。先生方のお話もごもっともだなと思ってお伺いしていたんですけど、私はたまたまラッキーだったんだと思うんですが、このケースは困っておられたというのがすごくラッキーで、お母さんも息子さんの暴力だとかパニックにすごい困っていらっしゃるし、本人も唯一言えたのが、お母さん、うるさいと。ただ、どううるさいかということがまだ十分理解、具体的には理解できなかったりだとか、お母さんのそのうるささというものを頭でわかるけど、どうしても言うてしまうという知的な遅れもあると思うんですけど、そういう中でそれがなくなるというのを1つ言えたことと、ただ先ほどお話ししたように本人を理解していくということをベースにしておりましたので、言葉で十分理解できないところはそういうパニックだったりとか、チックだったりだとか、そういう症状を本当に理解をしていって、あ、これが彼に合っているのかな、合っていないのかなというところを1つのベースとして、彼が自己決定をしやすいような形で具体的に提案していったというところがありました。

原：どうもありがとうございます。

上ノ山 (眞)：すみません、今お聞きして思ったんですけど、日精診版といいますか、診療所版のケアマネジメントの特徴の1つとして、ご本人が困っていらっしゃるか、何らかのSOSにアクセスしやすいというのも日精診版の医療機関のといいますか、特徴になるんじゃないかと思えます。

どうしても地域のケアマネジメントですと、どちらかというにご本人より周囲が困っているかという形でケアマネジメントに上がってくるケースが多いのではないかと思いますけど、多くの場合は我々がご本人が何らかの形で日常生活上の支障をお持ちで医療機関にかかっている方を対象にすることができるという意味で、最初の導入の部分がかかなりいくつかのステップをも踏まえているというような理解ができるんじゃないかなというふうに思います。

原：どうもありがとうございます。ほかにどうでしょうか。今、導入のお話はだいたいまとまりつつあるのかなという感じがしましたが、はい、どうぞ、上ノ山先生。

上ノ山：野中先生からやはりケアマネジメントするのであれば複雑なケース、コンプレックスとおっしゃいましたね、そういうケースということで整理できるかなと思うんですが、導入の段階でそのコンプレックスをどう定義するかというのが本当に難しく、皆さんそれぞれのコンプレックス、複雑というイメージが違うかもしれないなと思って、これはやっぱりもう少し整理できたらと思うんですけど、私が今ケアマネジメントを進めたらどうかといってスタッフに勧めて、なかなか同意にまで至らないケースがあります。

それは例えばどんなケースかという、多問題家族でご本人が統合失調症、お母さんがそううつ病、そしてそのほかさまざまな精神症状を持った家族がいて、唯一まともな会話ができるのはお父さんだけなんだけど、お父さんは仕事ばかりしてほとんど関係が持てないと。そういうと

きに、本人に同意能力があるかないかわからない状況で、契約を結んで果たして進めていけるかどうかというのが1つ困っているケースですね。

これは家族の中に非常に大きな問題を抱えていて、何とかしたいなと常々思っているんだけど、なかなか先へ進まないでいらいらしているという、こちらのいらいらの問題。そのときに、お父さんと無理をして契約を結んで話を進めていっていいかどうか。つまり、今まではケアマネジメントというのは、個人との契約というようなことでしたけど、やはり日精診版の場合は家族をもう少し視野に入れて対応していくということであれば、お父さんとの契約とか、あるいは家族全体との契約というようなことで話を進めていっていいかどうかということが1つ。

それから、こちらは必要だと思っているのにだんだんと治療機関から遠のいていくケース。やっぱりどうしても引きこもって行って、こちらが働き掛ければ働き掛けるほど引きこもっていくとか、もう関係を拒絶していかうとするケース。それも困っています。何とかしたいなと。もうちょっといろいろサービスを受けたら何とかなるのにとかと思ってサービスを提案するんだけど、やっぱり引きこもって行ってしまうケース。

そのときに、私は最初はやっぱりアウトリーチ的な視点を持つとか、あるいは問題を発見していくような視点でケアマネジメントを進めたらどうかというようなことを最初の段階でイメージしてやっていました。つまり、現在は問題がなくても、将来は起こるかもしれない。この人はこういった問題が起こるかもしれない。あるいはこの家族はお父さん、お母さんが少し衰えた場合、もっと問題が起こるかもしれないとか、将来に対する問題発見的なアプローチというようなことが必要になるだろう。

だから、そんなことをイメージしながら対象を考えていたんですけど、そういうふうに見的にやろうとしたり、あるいはいろいろ問題があるであろうということを予想しながらかわろうとしても、なかなか契約が結べないような場合とか、あるいはどこまで踏み込んでいったらいいのかというその辺の判断ですね。その辺が複雑なことになるのかなとか、今ちょっと思い付きました。すみません、自分が今混乱している状況をそのままお伝えしました。

原：ありがとうございます。じゃあ、ちょっとすみません、本多先生、どうぞ。

本多：今、上ノ山先生、野中先生に伺って、感想というか、印象というか、最初は違和感を感じて、今はちょっと納得していることが実はあるんですけど、このフェイスシートをずっと読んでいくと、名前を書いてあって、記入者の心配している問題点、現在の家族構成、現在の状況、自身の状況で、4番目でやっと診断名というのがここの中では出てきますよね。

我々はどうしても医者立場だと、老人の介護審査委員会であるとか、障害区分判定委員会があると、年齢と生年月日と名前を書いてあって、すぐ診断名が出てきて、その後に状況が出てきていろいろ判断、そういうふうにはワンパターンに診断名があって、それからどういう状況かというのを進めることが多いので、最初はずっと読んでいて、どんな診断だと考えて、あと4番目に診断名が出てくると、最初から診断があった方がいいのかなと実は思っていたんですけど、

最初の方で名前と生年月日と診断名があって、その後って考えてずっと思っていたんですけど、

今、今回このケースをやってスタッフと会議をやってミーティングをやっているときに、実は僕が最初にS（統合失調症）Dementia（認知症）とか、N（ニューロシス）って保険病名で書いていたのをその後ここでこうやるんですけど、後で今回のケースになってから実は統合失調症と書いていたケースはちょっと違うぞというふうにまたミーティングで考えて、スタッフにこの診断名でいいのかなのかどうか報告する上でこれでいいかと聞かれてから、後でゆっくり考えてみると、これは性格障害、人格障害のF6の項目のF60の2とか、63とか、そういう混合性の性格障害だとかというふうに診断がまた変わっていった部分が実はあるんですね。

そういう意味で、ミーティングをやることとか、そういうことを考える上で、最初に診断名が来ると最初にそこでもう先入観があるから、それをあえてフェイスシートを作るというふうに今、上ノ山先生たちが4番目か5番目でしたか、そういう理由があったのかなと何となく納得したり、さっき野中先生がおっしゃったように、ずれがあったことを、立場上のずれとか、医者とケースワーカーのずれとか、生保担当者とのずれとかというのではなくて、自分自身の中の前の判断と今の判断のずれなんていうのがこういうケースをケアマネジメントをやることによって気付くことで、あ、そういう意味だったのかなと納得した。印象ですけども、以上です。

原：どうもありがとうございます。野中先生。

野中：コンプレクシティー、複雑性という概念でイギリスでは論じられていまして、困難性というふうには考えないんですね。複雑な事例ほどケアマネジメントの対象であると、国全体の意向を定めて動いている。

じゃあ、複雑性、コンプレクシティーとはどういうふうな概念かということ、本人自身の困難さ、援助の必要性ということが縦軸にあって、環境の面倒くささ、大変さというのが横軸にあって、それでどのくらいのところにいる人だと、分けるわけです。多問題家族というのは、実は一人一人に分けるとそんな大した事例じゃなくて、あそこに同居しているから余計に大変だという。それは環境側の問題が大きいと判断されます。

多問題家族に対する戦略は、本当は皆様も一人一人ご自身でやって、ああこういうときはこういうふうにやった方がいいよね、と数カ月、数事例かけて業を生み出していただくのが一番いいんだけど、それをやっていると数年もかかって大変です。私はずっと何十年も複雑多岐な事例を地域でやっていますので、そういう経験からいきますと、多問題家族が出たらチームを分けろと言ってます。お父さんチーム、お母さん支援チーム、息子支援チームと分けて、これは介護保険チームがちゃんとやれ、ここは保健チームがちゃんとやれ、全体で時々情報交換、というふうにする。1つのチームがその家族全部をやったとしたら絶対にうまくいかない、家族を全部輪切りにして、それぞれの支援チームで支える。それ以外にいい方法があったら、またご提案していただければいいと思います。

それから、引きこもり事例はタイミング問題なんですね。サービスを買うか買わないかというタイミングなので、その原則は、きちんと可能な限り受理した段階で、つまり最初に出会った段階で、こういうふうにやるとあなたはうまくいくよということを提案するわけですね。

プリウスを買うと安くなるとご提案するわけですね。だけど、そのときに買ってくれないです。プリウスをすぐ買いませんので、それで放置なんです。ちょっと放置して、実際の生活で困ってもらっていて、そこで半年後に、プリウスというのはどうです買いませんかとやるんですね。それで買わなければ、また半年後にするんですね。そういうふうに緩急をつけるということが、引きこもりのような社会資源を買いにくい事例に対する対策ではないでしょうか。

原：どうもありがとうございます。ほかにどうでしょうか。はい、どうぞ。

大門：フェイスシート、チェックシートを私なりに試してみて、ワーカーの視点というか、フェイスシートの方に就労状況というのが書かれてあるんですけど、うちの私が担当しているケースの中でも生活の部分と就労というか、仕事に結び付く部分というのがかなりリンクしている部分が大きくて、生活の方が崩れていくとどちらかというとなら就労の方も崩れてしまったり、どちらかというとなら比例している関係が多いのかなという印象的でして、フェイスシートに就労状況というのが書かれていて、チェックシート、アセスメントシート、個別支援計画的なものにつながっていくんですけど、生活の部分がすごい抽出されて、いろいろ細かく書ける部分があるのに対して、就労の部分があまり少ないのかなという印象が少しありました。

関係機関とケース会議を持つ意味合いでは、ハローワークさんですとか、先ほども出た職業センターさんですとか、そういうところと連携するんであれば、各方面の分野の人が見やすいようなケースシートであるべきなのかなとは、作っていて印象でした。以上です。

原：フェイスシートとチェックシートとの関連のところ、4番の生活状況のところ、就労状況とか、そういうのがもう少し項目としてあった方がいいんじゃないかと。どうもありがとうございます。ほかにどうでしょうか。どなたかいらっしゃいますか。どうぞ。

川辺：すみません、先生方にちょっと教えていただきたいなと思って、ちょっと話が変わってしまったら申し訳ないんですけど、私の県の方でスクールカウンセラーもやっているんです。小中連携とか、中高連携ということは今かなりいわれていて、すでにそういう会議を持ちましょうというものはあるんですが、やはりそっちに反面片足を突っ込んではいけるけれども、やはり診療所の方でもこうやってさせていただいていると、診療所の方でこういうようなフェイスシートを使いながら連携が取れると、もっと彼らの生活に密接した支援、サポートができるんじゃないかなと今思っているんです。

その中で今回、益田先生がさっきおっしゃってくださったように、発達障害の方に関してこのフェイスシートの中でここら辺がもうちょっと記入されると、学校とかの、移行支援になった場合、彼らがちょっと助かるんじゃないかとかということがもし具体的にありましたら教えていただきたいんですけども、お願いします。

原：もうちょっと具体的に。

川辺：具体的に言うと、ちょっとすみません、まだ読みかけなもので申し訳ないですけど、例えば熊本の服部何とか先生、忘れてしまいました、すみません。書かれた本で、発達障害を持つ方の親御さん自身がまさにフェイスシートといますか、彼らの特徴を書いて先生方にお渡しするという本を出されているんですね。

その本を読んでいると、学校に一言伝えましたという、あたかも連携しましたみたいなことにはなるんですけど、実際担任の先生に子供たちが渡ったときにそれが全然活用されていなかったりだとかという現状があるので、それを防ぐために服部先生の本は、フェイスシートを用いることでそれを共有材料としましょうということをおっしゃっていたんですね。

そういうことも診療所の方で、ちょっとあれもこれもと言ってしまうと申し訳ないんですけど、できるといいのかなというのがちょっと今頭にありまして、連携を取る上でこのフェイスシートを見て彼らの特徴というのをこの中で言ったら、たぶん2番目がサービス利用のためのチェックシートの3番目、これまでの生活の振り返りというところに入るのかなと思うんですけど、特に特記した方がいいようなことがあればとは思ったので、具体的にケア会議なさって、こういう情報を共有したことで連携がしやすかったとか、目標に向けてやりやすかったということがもしあれば。

原：どうですか。

大門：1ケース、不登校のお子さんを取り上げたんですけど、それに関してはフェイスシートとチェックシートを先生の方に見せるということはしていないんです。ただ、その内容を先生の方に伝えると。だから、ここで言うと、例えばさっきのお話も出ていたし、就労状況というのは就労ではないので、就学状況というか、というふうになっていますので、少し先生方にこれをそのまま見せるというのはちょっと抵抗があったので、ケースワーカーが学校に出向いて行って先生とお話をして、そしてどういう状況になって、どこが問題で、学校からどういう支援がもらえるのか、今うちのクリニックとして取り組んでいるのはこういうやり方をしているんだということをお話をさせていただいて、そこにお母さんも入れてというふうな、そういう話し合いをしたんですが、そのときにはそれをありのまま持っただけではいけないでやりましたけれども。ただ、今お話を伺っていて、そのまま使えると確かにいいなというふうに思います。参考にさせていただこうと。

原：そうですね。先、野中先生、どうぞ。

野中：それもいろいろ議論が進んでいまして、シングルアセスメントという考え方なんです。いろいろな介入サービスで我々は生きているので、学校のアセスメントと就労上のアセスメントとニョウボウのアセスメントと、医療のアセスメントと実にいろいろなアセスメントがあって、それが1つにまとまっていると非常にやりやすいということはわかるんだけど、それをやるいろいろな領域ごとに項目が増えていって、実に何十ページ、巨大なアセスメント表になってしまい

ます。今日お会いして今日プランニングしなくちゃならないような簡易アセスメントのデータと、3カ月、10年付き合った上で十分な情報を取った上でのアセスメントと極端に差があるので、じゃあ、簡易アセスメントと十分アセスメントを共有するアセスメント表にしたらどうか。これをやると、とてつもなくうまくいかないということはもうわかっているので、シングルアセスメントではあっても、イギリスでは簡易型アセスメントと十分型アセスメントの2種類でやっています。この2種類で最終的にはシングルアセスメントです。ただし、それはもう辞書のように厚いので、それぞれの領域に対するコミュニケーションはそこから引き出して別のシートで共有して、学校場面での交流はこういうふうに、就労に対する情報はこういうふうに、結婚支援のときはこういうふうにと、カルテ原本みたいなものを考えて、シートはまた別にしないと現実的ではないなというふうには感じます。

原：この手引きのところで就労状況となっている、ここが就労、就学状況、お子さんであれば就学なので、就労、就学状況というふうになるんですね。さっきの就労の部分の就労、就学状況というふうになるわけで、そういう形で読み替えてもらって問題点を抽出していただければ、手引きにはそういうふうにその部分に関しては修正する必要があると思います。

ほかにどうでしょうか。

東村：今の問題に関連してなんですけど、たまたまうちのクリニックは別に小児専門じゃないんですけれども、自閉とか、そういう形の例になってしまったんですけど、一般的にうちのクリニックで見ても、例えばうつ病リワークのときに職場の人とどう連携するかというときとか、それから就労の場合もそうなんですけれども、結構うつ病、あるいは境界性人格障害にしろ、そううつ病にしろ、結構根底に発達障害のある方がおられると思うんですね。

そのところが非常にその適応が難しいところになっていることが多いような気がするので、その辺を少しこういう点に注意してしたら、気にしたらいいんじゃないかというようなものから手引きに書かれれば、必ずしも学校だけではないと思うんです。就労とか、家庭とかすべてにかかわると思うので、少し配慮していただけたらいいかなと思います。

原：ありがとうございます。26歳未満の調査をさせていただきましたけど、あれでも結構発達障害がベースにある方ってたくさんいらっしゃいましたね。そういう面では大きな問題なんですね。その辺はここに入れ込むかどうかでしようけど、日常の診断の中でもやっぱり注意していかなきゃならない側面なのかなというふうには感じています。あともう1人ぐらいいかがでしょうか。

後藤：直接今日の内容とは少し外れるかもしれないですけども、つい数日前に私は自立支援の障害程度区分の審査会の市内の全体会議がありまして、そこに出たときの話題の中で、介護保険と自立支援の障害程度区分で何が利用できるかというふうな話になったときに、介護保険の方の方の意見として、先ほど野中先生がおっしゃいましたように、介護保険はケアマネジャーがいるので非常にわかるやすいんだけど、自立支援はケアマネジャーがないので非常に何がサービ

スとして利用できるかわかるにくいという意見が出ているということが話題になりまして、それでそのときにも、これはまだはっきりとわからないかと思うんですけど、障害者自立支援法が今度改正される原案が最近発表されたということが新聞記事に載って、私もまだ新聞記事のレベルなんですけど、その中で何か市町村の方に機関相談支援センターをつくるとか、上ノ山先生がお詳しいと思うんですけど、そういうこれからたぶんケアマネジメントというのを実践の中でどう取り入れていくかというふうなことが少し今度の案の中でも取り込まれているんでしょうか。

それから、今後の方向性みたいなものが少しわかっただら、こういうふうに私たちがこれだけエネルギーを使ってやっていることの意味合いというのも、意義がもうちょっとははっきりつかめてくるかなと思ひまして。感想と、ちょっともし何か情報としてわかるましたら教えていただきたいなど。

原：上ノ山先生、何かありますか。

上ノ山：その点に関してちょっとスライドを使って説明したかったんですけど、一応相談支援事業は見直しの大きなポイントにはなっています。ただし、結論から言ってしまうと、やはり医療サービスを踏み込んで医療とうまくリンクしながらケアマネジメントを行っていくような発想はまだ乏しいと思ひます。

ただ、例えば改良点としましては、現在までは市町村が支給決定をした後ケアマネジャー、相談支援専門員というんですけど、相談支援専門員がケアプランを作るわけですね。つまり、市町村が全部どういふサービスを使いなさいよという支給決定をした後でしか、ケアプランを作れない。だから、手足を縛って海にほり込んで、自由に泳ぎなさいと言っているのと同じな、そういうふうなケアプランの立て方だったわけですね。それが一応支給決定の前の段階から相談支援専門員の意見を聞いて、支給決定の前の段階から関与することができるというふうな案に変わりつつあります。それは一応1つの進歩です。

それから、例えば入院している人が退院して今後地域生活を行っていく上に当たって、退院後からケアプランを作成していくというのではなくて、入院中から一応作成していくようにしようというふうな案になっています。ところが、これはいったい具体的にはどういふことかということも聞いても、厚労省の方は具体的なイメージを持っているわけではありません。

例えばケアプランというものは、厚労省にとっては現在の福祉サービスを利用するということがケアサービスなわけ。つまり、利用しないでいろいろ相談に乗ったりしてあれこれ一緒に考えていふようなことは、ケアマネジメントになっていないわけですね。だから、例えば入院中にあれこれ生活の困難をいろいろ想定して一緒に考えていふようなことをしながら、最終的にはサービスにつながらなかった場合、これはケアマネジメントではないわけですね。これは私は一番おかしな点だと思うんですけど、サービスを使わないとケアマネジメントにはならないということが一番大きな問題かなと思ひます。

それから、医療機関でのサービスも当然サービスの1つなんだけど、医療機関のサービスは1つには入っていないということですよ、結局。医療機関は医療機関でのサービスの上に福祉サー

ビスを考えて、複雑なケース、多問題ケース、複数のサービスを利用するというふうを考えるわけなんですけど、そうはとらえていない。つまり、どちらかというと、医療サービスが終わった段階で福祉サービスの手配ということを考えている気配がまだある。

だから、その辺は常に力説しているんですけど、精神障害の場合は特に医療との連携をきちんと書き込んでいかないといけないということを言っているんですけど、なかなかまだそこまでは至っていないような状況かなと思います。それをちょっと説明しようと思ったんですけど、簡単に言ってしまうとそんなことです。野中先生、違いますかね、私の言っていることは。

野中：与党案で自立支援法の細かいところを変えるようです。一番大きいのはサービス利用計画作成費を全員が対象にするということも決まっています。相談支援専門員は、1月12日に相談支援専門員協会を結成しました。だから、介護保険法の介護支援専門員と形の上では同一の話ではあるわけです。

しかし、それで飯は食えないんですね。だから、飯が食えるようにしろというのが大きな流れなんです。また3障害合同と言っているのですが、現実のサービスは知的障害用のシステムになっていて、精神障害者はほとんど使えなかったりしています。そうするとサービスを使っていないじゃないか。ケアマネジメントの対象ではないと、こう言われちゃうわけです。

だから、精神障害特性の医療が同時に必要であるのに比べて、医療サービスと福祉サービスで分けられている。この考え方が日本のおかしさですよ。医療と福祉が断片的になっています。

そのために診療所の診療所版ケアマネジメントというのは価値がある。

三家：ありがとうございました。そしたら、第1部はこれで終わることになるんですけども、今年度はともかく日精診版のこのケアマネジメントをやるに当たってのシートをどう使いこなすかということで最後も出ましたけど、手引きをきちんと充実させるということが一番肝心だと思います。

その意味では今日、いろいろ使ってみてどうだったかということはずいぶん報告いただいたことは非常によかったかと思います。第2部の方でお昼からのことになるんですけど、進め方についてちょっと上ノ山さんの方から。

上ノ山(眞)：大変時間がタイトになっていますので、お昼を1時からでよろしいですか。少し時間がぶれていますけれども、1時から始められるようにということで、午後は3つの事例をリフレクティング方式ということで、この資料の真ん中辺にグループ分けがされておりますので、そのグループ、各診療所からお1人がリフレクティングチームのメンバーとして前に出ていただいて事例を聞いて、それに対してリフレクティングして、それを全体化するというような形で事例を進めていきたいと思っておりますので、大変お忙しくて申し訳ないんですけど、お弁当を食べながらこの事例を読んでいただいて、各診療所からどなたがリフレクターとして参加するかというのを決めていただきたいと思っております。

それで、できるだけリフレクターになる方は今回のケアマネジメントに従事された方が望まし

だと思いますので、事例を読みながらリフレクターとして各診療所からお1人、だいたい5～6名の方が前に出てリフレクティングチームを形成するということの段取りにしておりますので、休憩時間、お弁当を食べながらそのあたりの打ち合わせもよろしく願いいたします。リフレクティングチームの進め方に関しては、1時から前田先生の方から簡単なお案内をさせていただきます。

第2部

「ケース検討会」

(リフレクティング形式で事例検討)

(まず前田先生からリフレクティングチームの進め方について説明があった。その後3人の方から3事例を報告していただいた。それぞれの事例に対して、リフレクティングチーム形式で前田先生とともに事例検討を行った。)

前田: まず5人のリフレクターの方々お座りくださいませ、どうぞ。事例の発表に入る前に、リフレクティングチームというのはあまりなじみがないかもしれません。私たちの役割をちょっと説明します。発表の内容を聞いて、それで細かいケースについての質問をするというのではなくて、このチームの間でお互いに話し合います。このケースを聞いて、SST方式で言えば、よかったところ、ここはよかったねということや、こういうところは改善がほしいとか、シートの使い方についてどういうふう思うかとか、全体の計画とか、そういうことについて私たちの間で話し合います。

ここで話し合っていることを全体で皆さんが聞いてくださって、金魚鉢テクニックのように、私たちは金魚鉢の中の金魚で自由に泳ぎます。それを外側からじっと見てくださるといふ感じで聞いていただいて、発表者が15分、私たちが15分お互いに話し合って、あ、これはやっぱり質問の方がいいねとみんなの意見が多ければ、そのときに聞いてもいいとは思いますが、これも。

それから、全体に終わりましたら皆さんのフロアで、15分ディスカッションをします。ここに書いてありますね。それでまとめを5分。野中先生には、コメントがあれば言っていただく。このケースについてですね。後から全体については言うていただこうと思うんですけど、最初はやってみます。どのくらいうまくいくかわかりませんが、私たちが一番最初ですので、後に続くチームのモデルになればと思います。

それでは、第一事例のご報告をお願いします。

第3部 まとめ

(第1部の報告、第2部の事例検討を受けてディスカッションを行った。最後に上ノ山がまとめと挨拶を行い、報告会を終了した)

上ノ山：どうもありがとうございました。皆さん、お疲れさまでした。たくさんの課題が出たと同時に、また非常に有意義な実りの多い集まりだったように思います。今日はたまたま事例としては統合失調症の事例が出なかったのが、逆に言うと何か印象的かなと思いました。

今までの相談支援事業のモデルは統合失調症モデル中心で、そしていろいろケアマネジメントのサービス利用計画とかというのを見ている、とにかくいろいろなサービスを毎日当てはめていくというふうな、非常に堅苦しいケアプランの作成がモデルであるかのような、そういうモデルが今まで使われてきたような気がするんですけど、今日の事例それぞれが面白いなと思ったのが、ケアプランに空白の多いプランがなされていて、それがまだまだ当事者のストレンスを引き出せていないというような意見もありましたけど、そこをまた書き込んでいく余地があるのかなというふうな印象を持ちましたし、そういう意味で、診療所版のケアマネジメントの1つのモデルをいろいろな形で提示してもらったかなという印象を持ちました。

今後まだ議論しなければならないのは、3月末に一応最終的な報告をするまでに、やっぱりこの導入に関してどういう対象をしていくか、受け入れていくか。それをもう少しはっきりさせたいということですね。そして、自分たちのケアマネジメントのモデルというのをもうちょっと明確にできたらと思うので、チェックシートの段階で効果期待度などの評価に関するご意見をもうちょっと頂戴したい。それで、もう少し形のあるものに作っていければと思っています。

あと、診療所版ケアマネジメントのもう1つの特徴としては、普段の臨床のかかわりを生かしながら、ある時期集中的にかかわって、そしてまた普段のかかわりに戻っていくという、そういう一応特別なプログラムの時期というイメージなんですけど。だから、普段の診療所の活動も結局この中に反映されるといいますか、普段の診療所の活動があるが故にこのプランがあって、それがまた今後の活動にそのケアマネジメント終了後も生かされていくというふうな、そういう診療所であるが故にできることというのをもう少し強調したいということがあります。

ですから、厚労省版のケアマネジメントのモデルだと、医療的なニーズがもうほとんどなくなった段階で、あとは福祉的なサービスの手配をどうするかということがケアマネジメントであるかのように語られやすい。だけど、我々のかかわっているケースは、必ず医療的なサービスが底辺でそれを支えていて、その上でどのように日常生活を豊かにしていくように持っていったという、そういうサービスを組み立てていきたいということですので、複数のサービスが必ずかかわっているわけですね。ですから、医療機関がそういうことにかかわっているということのよさをもう少し強調したい。

それから、単に医療的なニーズが必要でなくなった段階でというだけではなくて、必ず病状の変化があるわけですから、それにタイムリーに関与できていけるかどうか。そういう仕掛けがどこにあるか。先ほど来、リスクマネジメントということが出ていましたけど、やはり最初の発病を防ぐのはなかなかですし、まったくの初期の段階でケアマネジメントするのは確かにそれはもう困難としても、長くかかわっている中で再発を防ぐということがもし可能であるとしたら、それはケアマネジメントしていく効果として非常に意味があると思われまして、やはり医療と普段緊密に連携を取りながらケアマネジメントしていくことの意味というのは非常に大きいと思いますので、それをもうちょっと生かした提案をしていきたいというふうなことを考えています。要するに日精診版というものを何らかの形でまとめあげてアピールをしたいということでございます。

今後の予定は、今月末までもうちょっとあれこれご意見をいただいて、もう少し皆さんのイメージを膨らませていただいて、メーリングリストなどで、活発に議論していただいて、それを踏まえて3月29日に一応最終的な委員会をこちらでして、今年度としてはこのシートと、そしてそれに対する解説をきちんと確定するという段階に行きたいと思っています。

今年度の仕事はそこまでですけど、実はやっぱりこの仕事はまだ半年ですし、半年でケアマネジメントの効果を出すということ自体が無理な話ですし、そういうことはもう困難ですので、できたら21年度もこれを継続したいと。21年度は、確定したケアマネジメントモデルを用いて、その効果を判定するようなことをやりたいと考えています。

その場合は、できたら現在ケアマネジメントでかかわっているケースを継続してかかわってもらっても結構ですし、その方が経過がわかるからいいかもしれませんが、しかしある程度モデルを確定した段階でシートをコンピューター版にしまして、それで全国の診療所にもお配りしてやっていただくというようなことも始まると思いますので、一応また新しく始まるケースというのも当然起こってくると思います。またそこから事例提供を求めて、効果を判定していくというようなことを計画していく必要があります。

この計画に関しては、もう実を言いますとその計画をちゃんと立てる時期が来ていまして、21年度のこの自立支援調査研究プロジェクトを継続で申請する。その中身をちゃんと確定して来年度につなげてくという課題が今現在残っています。

それでは、本日はどうもありがとうございました。お疲れさまでした。いかがでしたでしょうか。疲れだけが残ってという、消耗感だけがないようにお祈りして、また明日から頑張れるようになったらいいなと思っております。

そして、一応私もこれからもうちょっと頑張って3月末には報告書を出して、それが厚労省に認められるように持っていきたいと思っています。来年度からも事業を継続できるように、皆様お祈りしておいてください。(拍手) どうもありがとうございました。失礼します。

閉会

資料 7

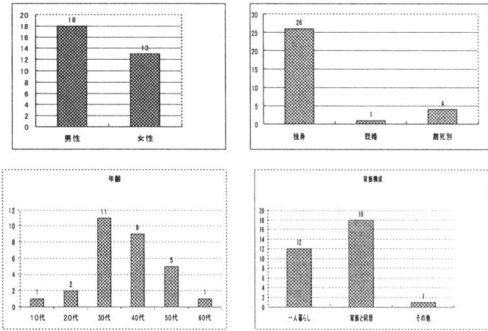
H20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト

精神科診療所における
相談支援のあり方に関する研究

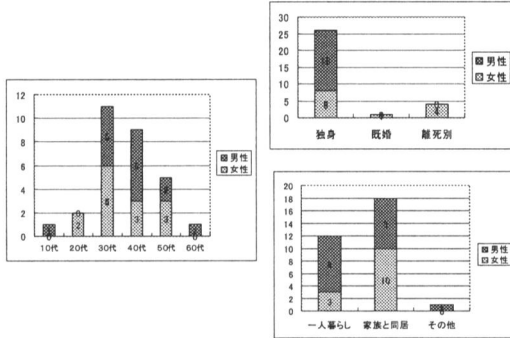
日精診版ケアマネジメント実施31例の
サービス利用フェイスシートの分析

日精診障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会

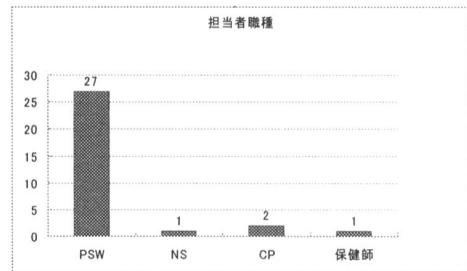
ケアマネジメント実施31事例の基本情報 図1



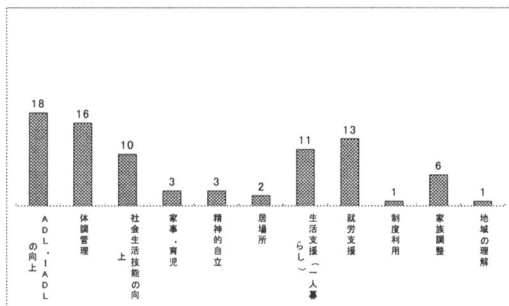
31事例 男女別基本情報 図2



ケース担当職種 図3



①記入者が現時点で把握している課題・目標 図4-1



①課題・目標(ADL・IADLの向上の内訳) 図4-2

ADL・IADLの向上	身辺整理・保清、食事管理	4
	生活リズム	7
	自主性	2
	寝たきり予防	1
	引きこもり予防	3
	趣味の継続	1

図4-3

①課題・目標(体調管理の内訳)

体調管理	服薬通院管理	5
	体重管理	3
	デイケア参加・継続	2
	体調管理(他の病気も含む)	5
	減酒	1

図4-4

①課題・目標
(社会生活技能の向上の内訳)

社会生活技能の向上	不調時(パニック時)の対応	4
	行動変容	2
	対人トラブルに対する振り返り	1
	適切な感情表現	1
	怒りのコントロール	1
	社会的スキル	1

図4-5

①課題・目標
(家事・育児、精神的自立、居場所)

家事・育児	家事	1
	育児	2
精神的自立	親からの自立	3
居場所		2

図4-6

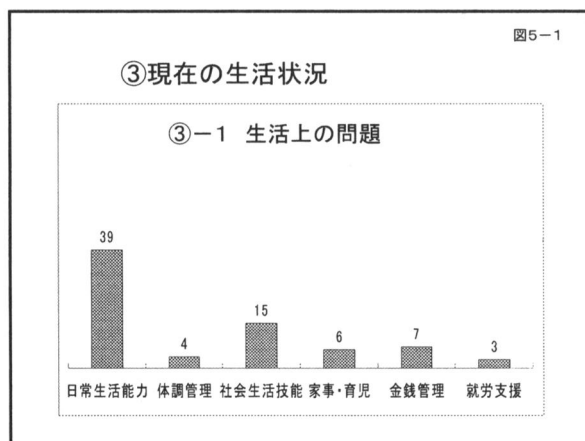
①課題・目標(生活支援内訳)

生活支援 (単身生活)	経済面での不安の軽減	2
	経済的自立	2
	単身生活の維持	2
	金銭管理	2
	自立生活支援(家事)	1
	書類処理	1
	転居	1

図4-7

①課題・目標
(就労支援・制度利用・家族調整内訳)

就労支援	就労や相談に繋げる	12
	作業所への規則正しい通所 (遅刻しない)	1
制度利用	生保受給	1
家族調整	家族支援	5
	離婚	1



③-1 生活上の問題 図5-2

日常生活能力

日常生活能力	A	食事管理、食欲不振	12
	C、D	保清(入浴など)	10
		生活リズム(睡眠)	8
		引きこもり	4
	H	整理整頓	3
		寝たきり	1
	E	移動困難	1

③-1 生活上の問題 図5-3

体調管理

体調管理		服薬通院管理	3
		体調管理(他の病気も含む)	1

③-1 生活上の問題 図5-4

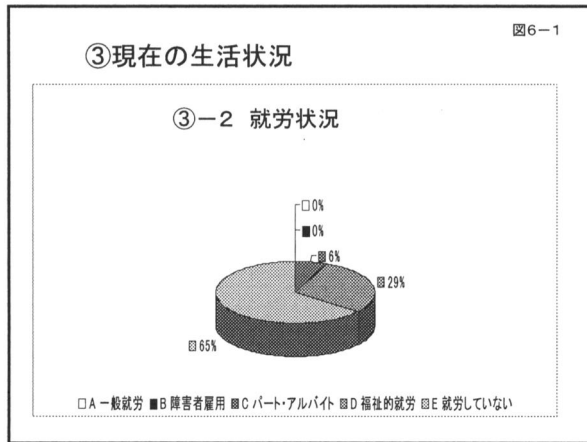
社会生活技能

社会生活技能		対処能力	5
	J	対人トラブル	5
		コミュニケーション	3
		問題行動	1
		緊張	1

③-1 生活上の問題 図5-5

家事・育児、金銭管理、就労支援

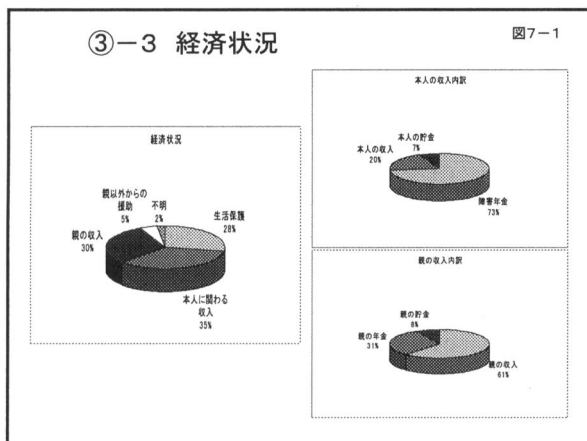
家事・育児	F	家事	5
		育児	1
金銭管理	G	金銭管理	7
就労支援		就労や相談に繋げる	2
		作業所への規則正しい通所(遅刻しない)	1



③-2 就労状況 図6-2

就労状況内訳

就労していない	就労経験あり(アルバイト含む)	10
	就労経験なし	5
	福祉的就労経験あり	3
福祉的就労	自立支援事業所	3
	社会適応訓練	3
	授産施設	1
	その他就労訓練	1
	一般就労経験あり	1
就労している	パート・アルバイト	2
	正規就労	0



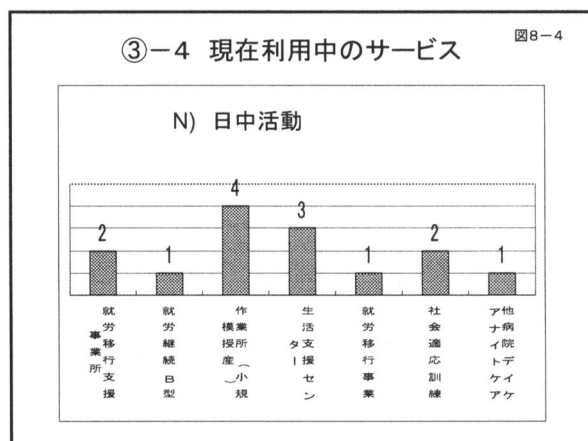
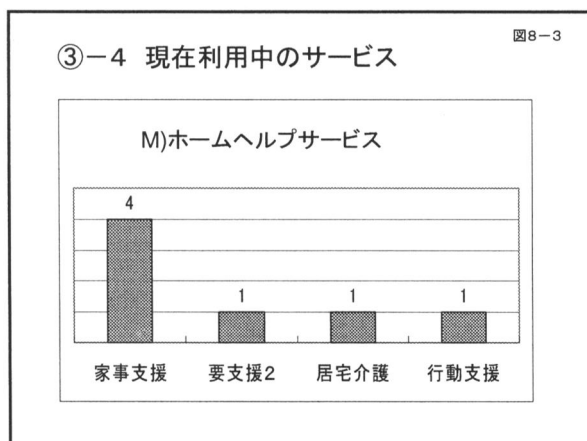
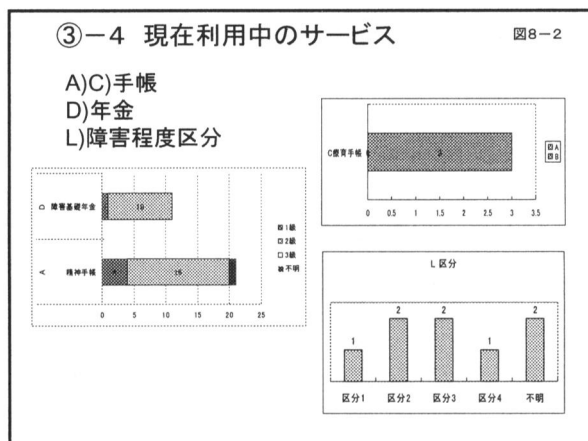
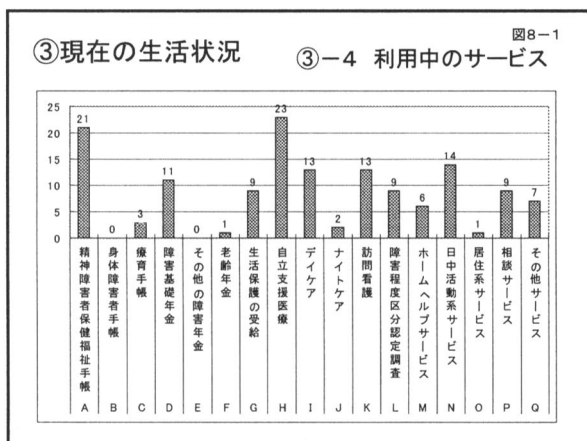
③-3 経済状況

図7-2

経済状況内訳

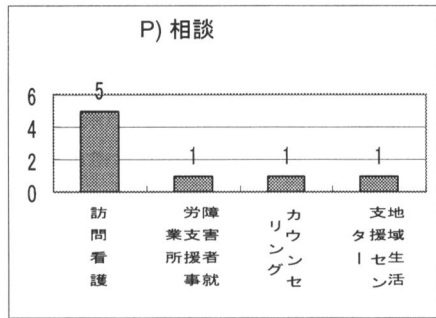
本人に関わる収入	障害年金	11
	本人の収入	3
	本人の貯金	1

親の収入	親の収入	8
	親の年金	4
	親の貯金	1



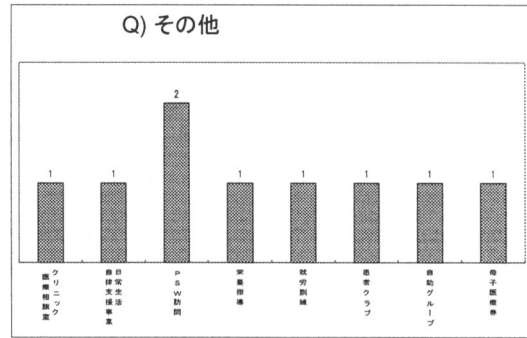
③-4 現在利用中のサービス

図8-5



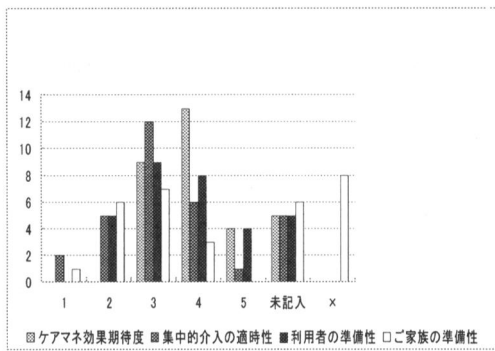
③-4 現在利用中のサービス

図8-6



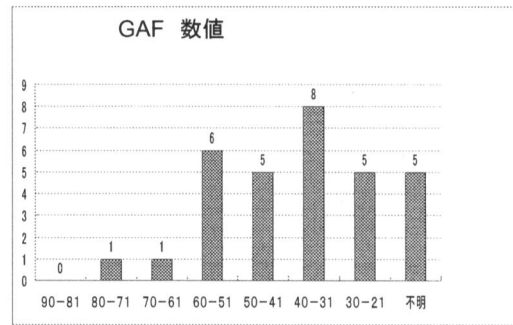
⑤ ケアマネ事前評価

図9-1



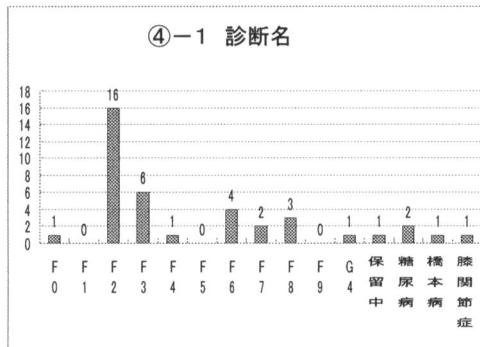
⑤ ケアマネ事前評価

図9-2



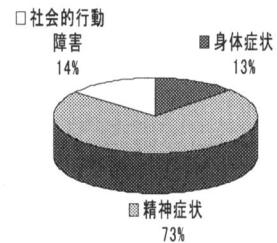
④ 受診状況

図10-1



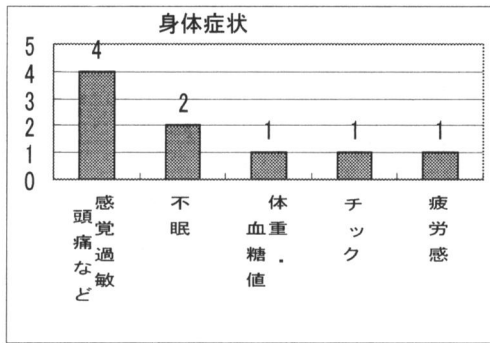
④-2 現在の症状

図10-2



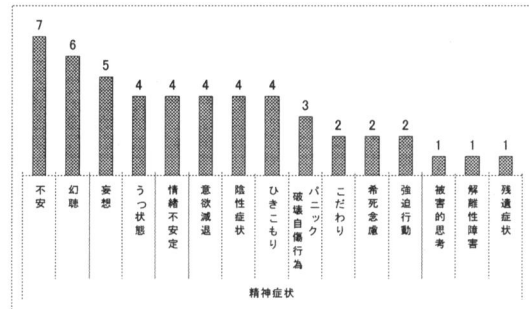
④-2 現在の症状

図10-3



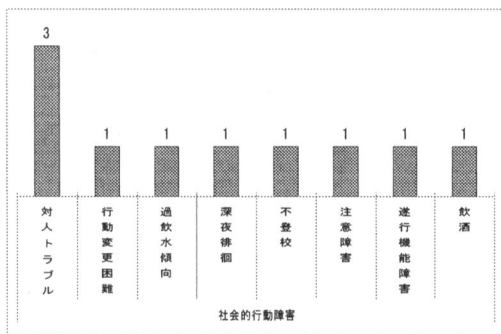
精神症状

図10-4



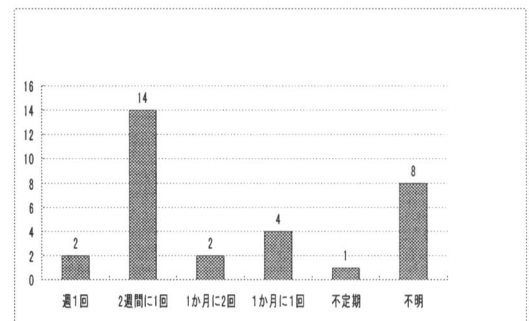
社会的行動障害

図10-5



④-3 受診状況

図10-6

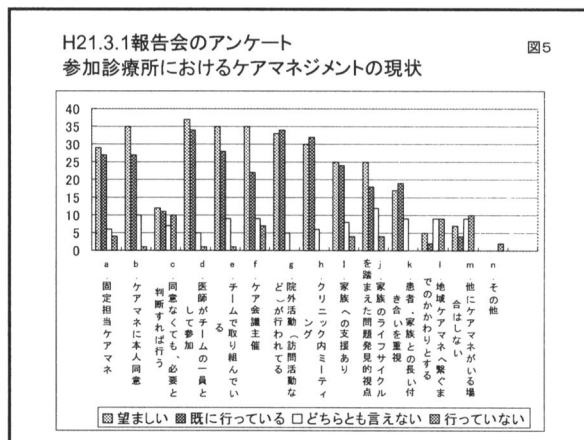
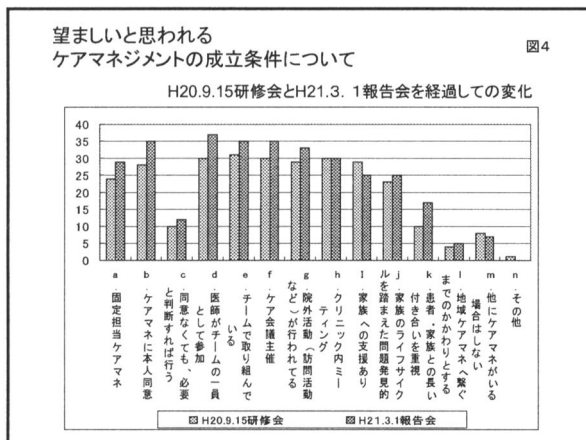
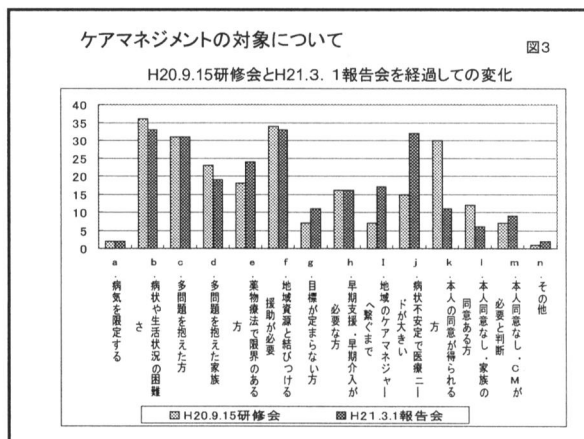
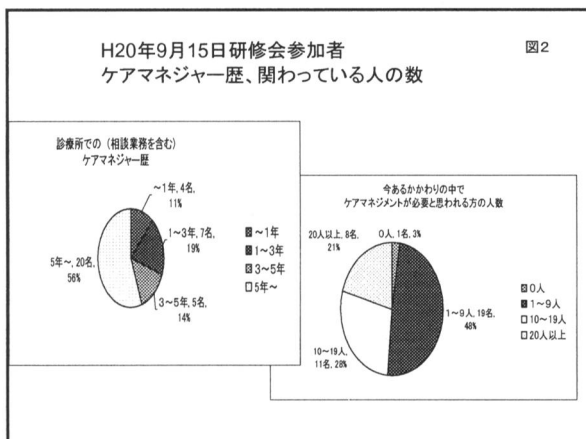
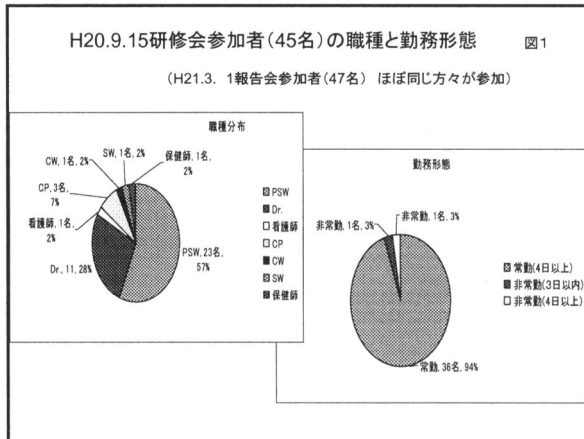


H20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト

精神科診療所における
相談支援のあり方に関する研究

H20.9.15研修会・H21.3.1報告会参加者
アンケートの分析

日精障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会



資料 9

H21.3.1 報告会参加者へのアンケート 自由記載一覧

		1.困難に感じたこと	2.大切にしたこと	3.得られたこと
1	PSW		ケアマネ主導でなく、あくまでも本人の希望に添う形での関わりとした事	関係の取れていたケースではあったが、聞き漏らしていたこと、曖昧だったことがケアマネシートを行う中ではっきりできた点。
2	DR	会議・時間の調整が難しい。		
3	PSW	アセスメントをとるにあたって、誰から情報を聞くのが一番よいか情報収集の相手を変えることで、一方的な見方に陥ってしまうこと。・サービスの利用プランの優先順位が立てにくい、何を優先していくべきか	なんと言っても本人の意思・意向です。生活状況が二転三転しながらもその都度、本人の思いに沿って、プランを立て直していったこと。・ケースによっては、本人の意思表示が乏しい中一つ一つの問題を提示し本人の意向に沿うように考えていったこと。	ケアマネジメントをする中で利用者との信頼関係が深まった。(今後の治療関係が良好になった)・クリニックの中でしか解決できなかったことが、他機関との連携を図ることで問題解決につながる可能性やネットワークの開拓につながった。
4	PSW	対象者をどう選ぶかが困難に感じられました。支援が必要と思うCLでもシート作成の過程でなかなかCLの希望やニーズを見つけられないなか、まだチームでかかわる必要性がなかったり、ということがありました。	こちらは、長期的なスパンでCLを捉えマネジメントが必要と思うのに実際にCLに支援が必要になるのは"今"ではなく十数年先であったりというのが私があげた事例でした。	診療所のCMの場合、CMの導入に至るまでの長い関わりや関係性がベースになるというのはその通りであると感じましたが、私自身のなかで、ここからがCMと区別するのも、難しいように思いました。
5	DR	レポートをまとめるとき、同じことを少し違えて何回も書いていく手間が結構大変。	ご本人の気持ち、希望、目標など。	関わりを整理するやり方等
6	PSW	症状や状況が不安定な中での契約の難しさ(本人との)・複雑なケース、多問題家族等へのアプローチのしにくさ。	これまでの信頼関係を維持することを第一に考えた。(ケアマネジメントに拘泥せず)	利用者との関わりを整理するよい機会となった。・支援の方針がクリアになり、共有化されたことで、利用者の動揺などにチームが揺り動かされることが少なくなった。また、そのような際にも支援がしやすくなった。
7	PSW	今回関わらせていただいたケースでは、本人の特長として寡黙であり、ご家族の方ともなかなか連絡を取ることができず、情報収集の面や、こちらが思い描くサービスと、本人の希望を照らし合わせることに、アプローチの工夫などに苦労しました。	本人の思い、希望を大切にすることを心がけました。	今回のケースを通じ、フェイスシートなど共通のアイテムを使うことで多職種との連携がとりやすかったこと、他機関と情報を共有しながら連携を深めることができたのが、大きな収穫だと思います。
8	DR	本人の理解が不十分な場合、本人の拒否が強い場合、家族の無理解がある場合→進めていくことがむずかしかった。	本人の意向・希望を大切にした。	スタッフ間の意思疎通がスムーズになった。
9	PSW	障害のある方のマネジメントをしていくのであれば、他の業務は難しい(マネジメント一本に集中する)	私の今回の事例は、知的障害を抱えていましたが、これが軽いうつ症状の方や、心因性の症状の方だと生活歴を拾い上げるだけでも過去の体験がよみがえるため、注意が必要かと思う。	時間をかけて、課題や目標を出す為、きづかなかった部分を一緒に発掘できて一緒にスタートできる(共有はメリット)・やらされる感覚ではなく自分がやる、やっているというようなマネジメントをしたい。そういった意味ではある程度、同意は必要だと感じる。
10	DR	多問題を抱えているケース、特に複数の問題例えば、経済的問題、崩壊家族、重度人格障害、動機付けがまったくできない、するにしても困難、行政が対応してない、行政の縦割りの弊害、横の連携ができない、問題点を共有できないなど。	左記のような困難ケースをしっかりと受け止めなければこの事業も意味がないのではないかと。	診療所であればこそ、これだけのケースを抱え、四苦八苦ししている実状があり、止む無くかかわらざるを得ないから関わっている(結果)のが実状ではないかと?
11	PSW	本人からの聞き取りとシートを埋めるのに時間をかなり要すること。予めケア会議の時間設定をしなかったことで、定期的な会議を行えなかったこと、シートは担当CWが記入し、Drにそれを確認してもらったが、複数のスタッフがチームとして関われなかったこと。	本人のベース、環境やライフサイクルに合わせた課題を設定すること。事業利用を負担に感じさせすぎないように、かつ、定期的に面接を行い現状や悩み等を聞くようにした。	シートの細かい部分を埋めていく過程で新たな情報を得られたり、本人の理解が深まったように感じる。ケアプランを本人とともに作成することで一緒に取り組んでいるという本人の安心感を与えられたかと感じる。またそうすることで信頼関係が形成されたように感じる。目標や課題を具体的に検討し明確にすることで本人の意欲が高まったように感じる。

12	PSW	同意が症状がいいときは得られ、悪化時にやめたいといわれ困りました。		密に関われ、本人も主導的に動こうとしてくれました。
13	PSW	本人のこともよく分からないとアセスメントが難しい。・契約をすることと関係性をこわさないことのバランス。	関係を作ること、関係をこわされないように気をつかった。	目標が見つからないように思っていた人の目標が見えやすくなった。・本人の自主的な参加の可能性が見えることによりそれぞれの立場がわかり易くなる。
14	PSW	毎日、日々の業務に追われて、一日一日を振り返る余裕がなかった。残念ながら本人の同意を得られなかった	院内でケア会議の時間をもち、チームで1人の患者さんのこれまでを再検証し、本人が求めていることや、チームの中での自分の役割をあらためて振り返ることができた。	ケアマネジメントの実施後は、自分の中の気づきやチームとしての方向性を以前より意識して関わられるようになったと思う。また、他の患者さんに対しても関わる姿勢が変わったように思う。
15	PSW	導入の判断・通常業務に加えて取り組むことへの負担	利用者が意欲的に取り組めるようなプランの提案・できるだけ利用者に語ってもらうようにして、その語られる言葉を大切にす。	得られたこと（陰性症状が強く現れているケースでの気づき）・情報の整理ができた。・じっくり話を聴く機会を重ねたことで思いを引き出すことができた。
16	PSW	当事者がケアマネジメントという聞きなれない言葉に抵抗を感じ、なかなか同意してもらえなかった。会議に出たくないという方が多かった。・関係機関の中でもケアマネジメントが浸透しておらず、ケアチームに入っただけなのに説明を多く要した。	ご本人が納得のいくケアプランを作っていくこと、本人の意向を反映したケアマネジメントになっていること。・関係各機関との人のつながり。	関係機関とのつながり、ケアマネジメントを行う為の知識と経験。・ご本人との信頼関係。
17	NS	利用者話し合い、いろいろ計画するがなかなか実践ができず、計画が進まない。（例えば就労に向けて「早起きして、生活を整える」として9時までにはPCに来ると決めてもなかなか来れないなど）	本人の気持ちに添って対応していくこと	本人と家庭の状況がよく分かり、本人も心を開き、前向きに取り組もうとするようになった。
18	PHN	同意を取るときに、説明をどうしていくのか。クライアントによってはケアマネのイメージがわからない。多問題家族の場合、色々な機関が関わり、プランを立てる際焦点がしぼりづらい点。	信頼関係の中で、安心してケアマネジメントを行うことを大切にしながら進めていくこと。	ある程度流れやプランなどを大まかにどういうものか伝えていく工夫の必要性
19	CP	ケア会議を開くことが、とにかく難しい。顔見知り（顔見せ）をすることが精一杯であった。軌道に乗るまでには時間が必要である。	ケアマネジメントに関して必要性や、その内容について理解してくださっている方、共感してくださっている方の協力は得易かったが、初めて聞かれる方（他職）は何をしていいか。どういうものなのか理解が難しく、抵抗を示された。理解されている方には、”おたくではじめられたのですか”と応援して下さった。	連携することで、いつもより、濃い内容の支援ができたこと、他機関の方から言われた。・何年もケアに関わってきたのに、いざとなると、患者様のことほんの一部しかわかっていなかった。見落としている点がとても多かった。・自分達の考えているケア以上に、早期介入しないといけないことが面接の中などで浮き彫りになり、こと細かく情報の収集をしておくことの重要性を感じた。
20	DR	障害者を受け入れてくれる環境がまだまだ足りなく、不十分であることを実感させられた。		地域の保健師や、職親の施設担当者とかう機会がもてて、関係性が生まれたことがよかった。
21	PSW	現実検討が難しい方が多いので、ともに現実検討をしながら目標を立てた。	ニーズと行動が伴わない方が多いので、行動面での具体化、動機付けを大切に進めていった。	スタッフの最小限の介入、エンパワメントを大切にしてプランを立てていった。（将来に生かせる方法をともに考えた）
22	PSW	困難さは本人から出てきたニーズや目標であっても、それを本人のものとして取り組んでいく（意識していく）ことが難しいと感じた。-いつのまにか、やらされているような感覚。-本人以外のところで物事が進んでいるように感じている様子。	大切にしたのは自分の事として考え動けるようにできること。	関係機関や関わりが明確になった。今後予想されることなど先を考えた処まで立てることができた。
23	PSW	・事例の選択に関してどこを基準にして選べばいいのか信頼関係ができて、社会資源を利用している人を選択してしまっただが、本当は、援助が行き詰っている方を対象にしたほうが良かったのかと感じている。・同意に関しては、同意書のみでは説明が不十分か、でもあまり詳しくてもかえって相手も混乱するのではと迷いながら行っていた。	これまでの信頼関係をもとに、相手の状態、状況にあわせて、無理なく進めていった。（シートの利用を一次中断したり、間を置いたり工夫した）	経過を振り返る中で。自分の状態のどの部分が良くなり、対処法によって改善された部分が明確になった。生活歴を共有することで、援助者も振り返りが行えた。

24	DR	ただでさえ、多忙な中、無理をかけるのではないかと心配になりました。	担当PSWに全面的に依頼しました。	
25	DR	当院からreportした事例ではないが、相手の機関の無理解で患者さん側が振り回されることがあり、その処理に困ることが時々ある。	他機関の専門職（職安の相談員やスクールカウンセラー等）へのPDD等についての啓蒙の必要性を感じた。	患者さん側に、診断名でなく、きちんと内容の説明をしていくことが大切と感じる。
26	PSW	困難に感じたこととしては、契約という形態のとらえ方です。基本的には普通の業務も医療契約を結んでいると言う前提ではあるのですが、生活支援をご本人の日常生活の中に入れていき、自然な流れの中で行う際に、それをどうご本人と言葉で共有し、契約として結ぶのか。慣れないうちは、かえってそのことで不自由さを感じましたが、そういったスキルも、本来はPSWに必要なのだと実施していく中で感じました。	大切にしたこととしては、支援が一方的にならないようにすることです。サービスパッケージをすることにとらわれ、シートを埋めることが目的とならない様、自分の現在行っている支援をよりよいものにする為のシートの活用方法はどうかを考えたままに行いました。（未だ試行錯誤中ですが・・・）	得られたこととしては、自分の行う支援を説明する力の大切さを学んだことです。生活支援というと、どこまで介入し、またしないのか、それがなぜかを判断することが私にとって難しく、それなりの判断であると思っけても、受ける方には、その判断は伝わりづらかったのだと、今回やっていく中で気づきました。問題を共有し、こちらの考えを伝え、相手の希望を聞き、そこでの支援を共有、検討して進むという当たり前のことの大切さをあらためて感じさせられました。
27	CP		医療だけでなく、ご本人、ご家族が問題を抱えたときに、相談できる所へ主体的に関われるようにした。ご本人が困っていることを中心に話し合えるように促した。	ケア会議を重ねていくことで、地域での支援者が増えた。
28	DR	日常業務が多忙の中で行うことの困難さ。	当事者への思い（夢）と、その思いが実現するために、どのような支援者（機関）が必要か。	これまでの関わりより、より豊かな関わりが可能になったし、自分自身のこれまでの対応の振り返りができた。
29	PSW	ある程度関係の取れている方を対象としたので、導入時は問題なく行えたが、ケアマネジメントがどういうものかという説明をすることと、理解をしてもらうことが難しく不十分なまますすめていた。	今までの援助の流れからはずれないように注意した。（ケアマネジメントのシートを埋めていくことだけに集中しないように）。利用者の不安定さにも付き合いながらペースにあわせて行うこと、なるべく、目標などを本人が言語化できるように進めていった。	シートを利用することで、自分自身の支援のあり方などを振り返ることができた。利用者自身も課題が整理され、目標を立てやすくなった。
30	DR	同意。契約。関係機関との連絡調整。	サービスの押し付けにならぬよう。	ケアマネジャーが責任感や自信を持つようになった。
31	PSW	私が担当したケースの場合、ハローワーク障害者窓口の方とケア会議を通してご本人の思いや就労ペースなど話し合っけて互いに確認したはずなのに一方的に話が（就労）進んで戸惑った。日頃連携をとっているつもりでも、なかなか病気の理解も含めて担当者との歯車が合わなかった。	ご本人のペースに合わせていたこと、ご本人と小刻みに面談を入れながら、ちょっとしたことで揺れやすい心の動きに耳を傾けた。就労については、辞めるのも即決されるので「間をとる」こと（＝考えること）について時間をかけて話をした。またシートにおとす作業をしながら「就労」にばかり気がとられて、片寄った視点だと気づかせられたので、ご本人をトータルで見ているように住環境などにも目を向け、訪問・家族調整にも働きかけた。	今まで以上にご本人との信頼関係が深かったのはもちろんだが、障害者就業、生活支援センターとの連携強化につながったことは、今後全てにおいて有益だったと思われる。
32	PSW	チェックシートやサービス利用プランを一緒に作成するに当たり、現在の生活上の問題や今後どういったサービスが必要か（どういったサービスがあるといいか）というところで利用者とのくい違いが多く生じた。こちらの意見を言い過ぎないように意識し、まず利用者の希望を大切にした。	ケアマネジメントをするにあたり、信頼関係がとても重要だと強く肌で感じた。今回のケースはデイケアなどで信頼関係ができていたのでスムーズに進めていけたが、信頼関係が築けていない利用者といかに信頼関係を築きながらやっていくかがポイントになっていくのでは。	はじめはケアマネジメントに対し利湯者のモチベーションは低かったが何度か話をするうちに目的意識が芽生え、どうしたら自分の生活が今よりもよくなるのか、自分に必要なサービスは何かということを見ながら考えるようになった。ケアマネジメントをすることによって、現状や目的がはっきりとし利用者の意識が少しずつだが変わっていったように感じる。訪問をしたり他機関との連携をとることで新たな情報を得ることができ、利用者に対しての理解がより深まった。
33	DR	時間がなかなかとれないので、院内のスタッフミーティングや外部関係機関を含めてのケア会議がなかなかもてなかったこと。又ケア会議は、ケースに何か問題が生じているときでないと外部関係者が集まりにくいのではないか。提出した事例でも、これまで問題発生時には4-5回のケア会議を開いたが、昨年度は落ち着いたのでケア会議の招集は行われなかった。	ケースに寄り添いじっくり話し合うことで、本人のニーズを汲み取り、明確にしていくこと。本人のふりかえりと目標設定で回復への希望が持てたり、自己肯定感が持てること。	援助のすじ道が明確化し、又ケースを共有できたことの意味が大きかった。スタッフのケース理解が深まった。

34	DR	対象者の抽出：本人家族の同意が得られなかった事例、目標設定が困難。		情報量が格段に増え、狭義の治療上でも有益・対象者の希望や目標を浮かび上がらせる作業を通じて本人の意識化も進んで、本人や周囲も意外性を見出した。・担当者本人、家族との関係が深まった。・本研究対象外の実例で、一部目的や技法を取り入れ、よい方向に向かった例も出てきた。
35	PSW	困難に感じたことは、関係者の日程調整（ケア会議など）、共通の認識不足、	大切にしたことは本人のニーズへの配慮、権利擁護など。	幾度かケア会議を実施する中で関係者間で、ケアマネジメントに対する理解ができるようになった、ケース対応の概ねの流れが互いに理解された。
36	DR			
37	PSW	数例のケースを書き、中には本人が意志を語らない方に対し、どのようにケアマネジメントをするのか困った。家族が話される「本人の目標」は、はたして本当に本人の希望通りなのか疑問に感じました。	本人の意思を大切に、ケアマネジメントしていけるよう、一番気をつけました。	日々の中で本人が語る目標を、今回のシートに当てはめ記入したところ、ケースをまとめていくにつれ、今まで見えていなかった問題点や課題が出てきた。
38	PSW	困難に感じた点としては、記録の保管を他のカルテと同一にするのか、本人とCMの間で交わされたやり取りの、どの部分までを参加スタッフに公表するかといった、情報の取扱いに関する点であろうか。	大切にした点は、当然のことながら本人の意向を尊重することであるが書式に則って行うことで、より重視することができたように思う。	通常の関わりの中ではすでに自明のこととしていた、本人の成育歴や家族歴を改めて聴取できるよい機会となった。また、それ自体が関係を強める結果ともなったように思う。また、図表を活用することで本人を取り巻く状況を示せることも、わかりやすくなっており、使い易かった。
39	PSW	本人のニーズが曖昧であるときに、どの程度まで具体化するのかという見立てが難しいことがありました。		
40	PSW	パソコンへの入力（特に図、活動表、ジェノグラム、エコマップなど）・導入時ご本人へのケアマネジメントの説明。ご本人が抵抗、誤解なく受け入れてもらうスキル・契約を取り交わすという行為へのご本人の抵抗感への配慮、サインへの抵抗感・チェックシートを埋めるのに日を要したこと	本人のペースを大切にすること、シートを埋めることに執着して本人のペースを壊さない・言葉遣い、人としての常識的な配慮・会話を未来志向型にするなどして、目標を明確に持ちにくい方に対しても希望を表現できるように	今まで口頭でしかやりとりしていなかったことをシートに落とすことで外在化し共有することができた。デリケートな人間関係もエコマップを指差しながら客観的に話し合うことができた。・目標や課題を整頓していくなかでご本人が自分のニーズを言語化できるようになった。・よって他機関のスタッフにもそのニーズが伝わりやすくなり役割分担がしやすくなった。・ご本人の考えとスタッフの見立てのずれを関係機関が共有することができた。
41	PSW	同意を取るとき、ケアマネの説明がうまくいかず、納得するまで何度も説明し、最終的に信頼されている医者からとったので、工夫が必要であった。・同意書のサインをすることなど不慣れなことを強要してしまった。・PC入力・気をつけていたが、シートを埋めることに、気を取られたこともあった。・本人の体調や、ペースにあわせておこなったので、随分時間がかかった。・目標設定が、長期目標・短期目標など区別ができず、なかなか設定しにくかった。・見直し時期をいつに設定することが、妥当なのか？ 事前評価はどのようにすべきか？	本人のペース。症状のゆれ。・本人の目標・希望が、スムーズにでてくるまで、質問の仕方を工夫し、時間をかけた。・アウトリーチを定期的に行ない、本人が言語化できない（しない）生活場面を共有した。	本人との関係が深まった。本人のニーズがより、深く知れた。・本人に、病気の経過など語ってもらい、より本人のことを知れた。本人が自分の病気を知る手助けになった。・プランをたて、本人が目標への意識が明確になり、自ら工夫されるという変化もみられた。目標へのモチベーションを持てた。・課題や困ったことなど、シートを書くことで外在化できて、共有できた。・本人と他機関とも、『サービス利用プラン』を共有することで、情報共有が上手くいった。
42	PSW	（実際に契約を交わしてケアマネジメントを行ったわけではないが、相談を受け、シートを作成してみた感想）！対象者とこちらのニーズが合致しない場合、目標設定が難しいと感じた。対象者の家族に対する働きかけ（ヘルパーの必要性を伝える、病状を理解してもらう。）をどのようにプランに落とししていくか難しく感じた。	医療機関でケアマネジメントを行うメリットとして、医療情報の豊富さを活かせる点がある。対象者の病状の変化への対応を視野に入れたプラン作りを心がけた。目標設定の際は、本人の言葉をそのままのみにして筋違いの支援にならない様、前段階を踏むことを大切にした。	シートを作成する中で、対象者の成育歴・疾病を見直すことができ、特に家族構成図とエコマップでは対象者の置かれている環境の整理がついた。

43	PSW	<p>限られた時間(業務)の中で、今回1ケースのみでも時間の足りなさを感じました。これを同時期に複数ケースを担当していくと考えたときにどこまで丁寧なかかわりができるのか。・ケア会議の出席者の日程調整・ご本人。ご家族の思いがなかなか定まらない、または次々と変わってしまうことでのニーズ把握(不安感はもちろん、又注意力障害も影響)</p>	<p>プランの内容よりも、まず安心感が得られること(本人、家族)・本人の言葉とそれに込められた思い、その裏にある思いを組むこと。・本人のペース・関係者間のできるだけ密な連絡→ケア会議は「申し合わせ」でスムーズに行くように。</p>	<p>本人・家族が「皆に支えられたことで(特にヘルパーさん)本人へのかかわりの質が代わる。(迷いながらではなく、安心してかかわれる)</p>
----	-----	---	---	--

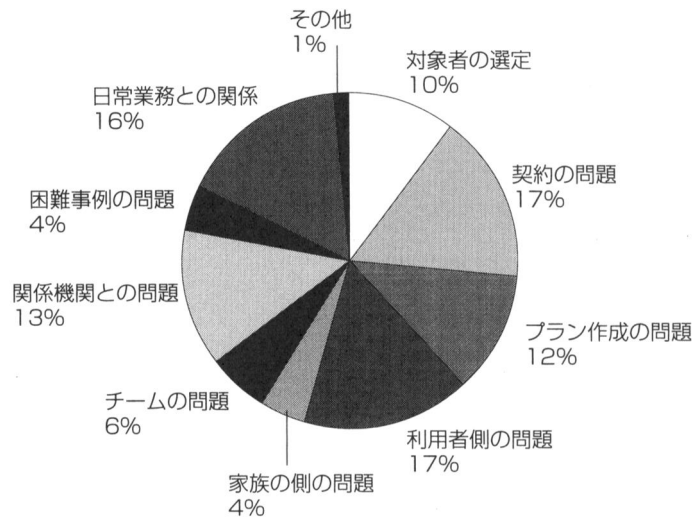
資料 10

H21.3.1 報告会参加者へのアンケート自由記載の分析

回答数 43 名

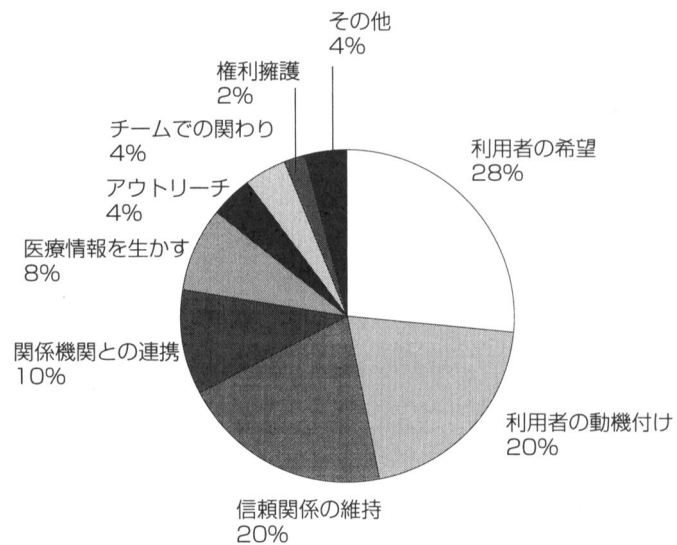
(1) 何を困難に感じたか

対象者の選定	7
契約の問題	11
プラン作成の問題	8
利用者側の問題	11
家族の側の問題	3
チームの問題	4
関係機関との問題	9
困難事例の問題	3
日常業務との関係	11
その他	1
合計	68



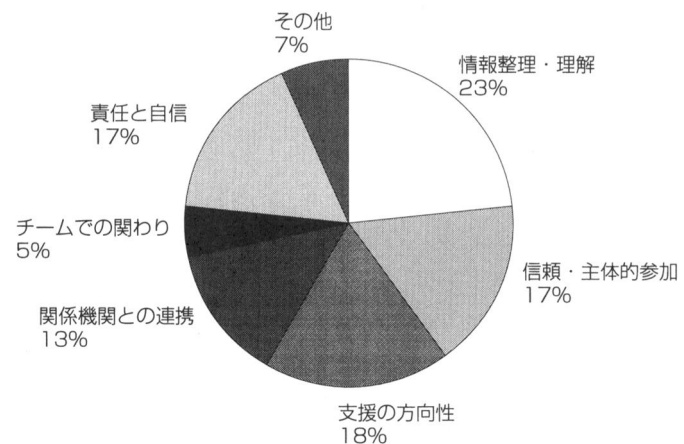
(2) 何を大切にしたいか

利用者の希望	13
利用者の動機付け	10
信頼関係の維持	10
関係機関との連携	5
医療情報を生かす	4
アウトリーチ	2
チームでの関わり	2
権利擁護	1
その他	2
合計	49



(3) 何が得られたか

情報整理・理解	14
信頼・主体的参加	10
支援の方向性	11
関係機関との連携	8
チームでの関わり	3
責任と自信	10
その他	4
合計	60



(日精診版) ケアマネジメントシート利用手引き

はじめに

この手引きは、日本精神科診療所協会版ケアマネジメントシートをご利用いただく際の留意点や記入の仕方などを記したものです。

ケアマネジメントの目的は、広義においては利用者が地域におけるより良い生活を実現することです。精神科診療所でおこなうケアマネジメントでは、地域精神医療を担ってきた医療機関として精神科臨床に基づく視点を活かすことができます。このケアマネジメントの特長は、継続した医療が必要な利用者や家族に対して、地域に密着した診療所ならではの対応ができることです。

日本の精神科診療所はアクセスの自由度が高いこと、専門性が高いこと、コストパフォーマンスが高いことという世界でも希な特徴を有しています。利用者の身近にあって、利用者の抱える複雑、多問題にきめ細かく対応しながら、ときには長期にわたる係わり（三世代、四世代）を続けることも可能です。利用者や家族を取り巻く社会環境をよりよく理解するために、このシートではジェノグラムやエコマップを時系列にも配慮して効果的に活用できることが期待されています。また、日本各地の診療所で行われている創意工夫を共有のものとするために、この日精診版ケアマネジメントシートは、自由記載項目が多くなっています。これは個別の利用者の状況に合わせた、有効で豊富な情報をこのシートに盛り込むための工夫の一つであり、診療所が行なうケアマネジメントの特長となるものです。

この手引きは、ご利用いただく順序にそって、①サービス利用フェイスシート、②サービス利用のためのチェックシート（アセスメント）、③サービス利用プラン（ケアプラン）④見直しシート（モニタリング）、⑤振り返りシート（エバリュエーション）の記入について記しています。

フェイスシートは、利用者をよく知っている主治医や担当スタッフが記入するのが望ましいといえます。チェックシートは、アセスメントシートにあたるものです。ケアマネジメントサービスが有効と判断された利用者のサービス利用プランの作成を前提として、ケアマネジャーが情報を整理します。利用プランでは、チェックシートで確認された当面の目標をインパクトゴールとして、利用可能なサービスを優先順にリストアップし、利用するサービスがある程度決まった段階で一週間の予定表を作成します。予定表は臨機応変に変更できるように工夫し、本人が実際に利用できることを大切に考えて作成するようにします。見直しシートは、プランの進捗状況を確認するものです。振り返りシートは、期間を設定してケアマネジメントが効果的に実施されたかどうかを振り返るものです。

これらのシートは、主にケアマネジャーがご利用いただく本人や家族とともに作成し、利用者自身が主体的に活用できることを前提として、各シートの名称を利用者主体で名付けています。生活歴や受診歴などの丁寧な振り返りが本人の障害や現状の受容の過程となり、医療や福祉のサービス利用の調整がインフォームドコンセントの確認の場となることが期待されています。

原則的には、フェイスシート、チェックシート、見直しシート、振り返りシートはケアマネジャーが保管し、サービス利用プランはケアマネジャーと利用者で管理し、必要に応じてケア会議などで開示されることを想定しています。

1. サービス利用フェイスシート記入の手引き

このシートはケアマネジメント導入のために、利用者をよく知っている主治医や担当者がまず完成させて、ケアマネジャーに繋ぐことを目的としている。

ケアマネジメント導入となった場合、利用者との面接を通じてチェックシートに必要な情報を整理することになる。その前段階として、フェイスシートではスタッフが了解している情報を整理し、ケアマネジメントの効果見込み、適時性等ケアマネジメントの事前評価を記入していく。

① 記入者（担当スタッフ）が現時点で把握している課題・目標

利用者が何に困っているか、どんな生活にしたいか、どうなりたいかを優先順に記入する。

② 現在の家族構成

住んでいる所：A) 持ち家一戸建て B) 分譲マンション C) 賃貸マンション・アパート
D) 公営住宅 E) グループホーム F) 援護寮 G) その他

※可能なら間取りや主な居場所または、地域の特色（都市部か郊外か等）も記入。

家族構成：基本的には同居の家族を記入。家族以外の同居者や身近な支援者等がいれば記入する。

それぞれの年齢や特記事項（利用者との関係やその方の疾病等）を記入。

家族状況の特徴：家族との関係性や関わりの特徴について記入する。

③ 現在の生活状況

生活上の問題

A) 食事 B) 排泄 C) 入浴 D) 整容 E) 移動 F) 家事 G) 金銭管理 H) 作業
I) 趣味 J) 対人 K) その他 から特記すべき問題について記入する。

就労状況

A) 一般就労 B) 障害者雇用 C) パート・アルバイト D) 福祉的就労
E) 就労していない

また、就労経験の有無を記入。どんな就労経験があるかも必要に応じて記入する。

経済状況

世帯全体の収入や財産等の経済状況についてわかる範囲で記入。本人の年金等も記入。

現在利用中のサービス

福祉、保健、医療サービス等について記入。

A) 精神障害者保健福祉手帳（ 級）	M) ホームヘルプサービス
B) 身体障害者手帳（ 級）	（ 種類／内容／機関 ）
C) 療育手帳（ 級）	N) 日中活動系サービス
D) 障害基礎年金（ 級）	（ ）
E) その他の障害年金等（ 級）	O) 居住系サービス
F) 老齢年金	（ ）
G) 生活保護の受給	P) 相談サービス
H) 自立支援医療	（ ）
I) デイケア	

- J) ナイトケア
K) 訪問看護
L) 障害程度区分認定調査 (区分)
- Q) その他のサービス
()

④ 受診状況 (家族も含めて)

慢性疾患、長期療養を要するものを中心に記入。

⑤ ケアマネジメント事前評価 (5段階評価)

主治医や他の担当スタッフの意見を参考にしながら記入者が評価する。それぞれの項目について5段階で評価し数字で書き入れる (1 低い、2 やや低い、3 ふつう、4 やや高い、5 高い)。

「ケアマネ効果期待度」は記入者からみて、ケアマネジメントを導入することにより利用者に治療上 (通院、社会参加等) のみならず生活全般についてのリカバリーの効果期待度を示すものとする。

「集中的介入の適時性」は生活環境の変化や利用者の孤立度等を配慮し、ケアマネジメント導入のタイミングが適切かどうかを示す。

「利用者の準備性」「ご家族の準備性」は利用者またはご家族のケアマネジメント受け入れ準備の程度を示す。「ご家族の準備性」欄は、必要でない場合には X を記入する。

フェイスシートでは利用者の現状の把握やケアマネジメント導入後の評価尺度として、GAF と LASMI を利用する。振り返り (エバリュエーション) の時点でも、GAF 尺度と LASMI による評価を行うため、出来る限り同一人物が評価することが望ましい。(現時点では GAF は主治医が評価することとしているが、今後の検討課題である)

「GAF (全般的機能評価) 得点」は、主治医が現在の利用者の全般的機能を GAF 尺度により評価し、その得点を記入する。必要に応じて補足説明も入れる。

「LASMI (精神障害者社会生活評価尺度) 得点」は、項目ごとの評価得点の合計を記入する。D (Daily living) /日常生活、I (International relations) /対人関係、W (Work) /労働または課題の遂行、E (Endurance & Stability) /持続性・安定性、R (self-Recognition) /自己認識の5項目からなる。LASMI の評価得点のプランへの反映等は、今後の検討課題である。

「記入者意見欄」上記に関して特記事項や説明がある場合は記入する。また、記入者がケアマネジメントに何を期待するのかを記入する。

機能の全体的評定 (GAF) 尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的 (または環境的) 制約による機能の障害を含めないこと。

コード (注:例えば、45, 68, 72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること)

100-91

広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人

の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。

90-81

症状が全くないか、ほんの少しだけ (例: 試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない (例: たまに、家族と口論する)。

80-71

症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である (例: 家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない (例: 学業で一時遅れをとる)。

70-61

いくつかの軽い症状がある (例: 抑うつ気分と軽い不眠)、**または**社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難がある (例: 時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする) が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。

60-51

中等度の症状 (例: 感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、**または**社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害 (例: 友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。

50-41

重大な症状 (例: 自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょつ中万引きする)、**または**社会的、職業的または学校の機能において重大な障害 (例: 友達がない、仕事が続かない)。

40-31

現実吟味か意思伝達にいくらかの欠陥 (例: 会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、**または**仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での粗大な欠陥 (例: 抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。

30-21

行動は妄想や幻覚に相当影響されている、**または**意思伝達か判断に粗大な欠陥がある (例: 時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、**または**ほとんどすべての面で機能することができない (例: 1 日中、床に就いている、仕事も家庭も友達もない)。

20-11

自己または他者を傷つける危険がかなりあるか (例: 死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、**または**時には最低限の身辺の清潔保持ができない (例: 大便を塗る)、**または**意思伝達に粗大な欠陥 (例: ひどい滅裂か無言症)。

10-1

自己または他者をひどく傷つける危険が続いている (例: 何度も暴力を振るう)、**または**最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、**または**死をはっきり予測した重大な自殺行為。

0 情報不十分

出典: 訳 高橋他「DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き」(37~39 頁) 1995 年。

精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) 評価項目

・各項目のアンカーポイントは基本的に以下の様に構成されています。

- (0) 問題なし。
- (1) 若干問題があるが、助言や援助を受けるほどではない。
- (2) 時々問題が出る。助言（言葉による促しや、情報の提供）を必要とする。
- (3) たびたび問題がでる。強い助言（説得・指示）や援助（一緒に行う等）を必要とする。
- (4) たいへん問題がある。助言や援助を受け付けず、改善が困難である。

(2)と(3)の評価で迷う時は、問題の頻度を重視して評価して下さい。

・評価をする上で情報が不確かな項目は、不明(9)としてください。

1 D (Daily living) /日常生活

- ・ 過去1ヶ月間の典型的な行動について、評価して下さい。
- ・ 日常生活の各項目は、対象者の生活を実際に知らないと評価できない項目です。評価者自身が確認できない場合は、対象者本人と面接するか、対象者の生活をよく知る情報提供者（家族・看護者等）から聴取して確認してください。推測でつけるしかない場合は、不明(9)としてください。
- ・ 入院中の人で、社会資源の利用が制限されている場合は、(4)と記入してください。

① 身辺処理

D-1 生活リズムの確立

- (0) 必要な時間に自分で起きることができ、自分なりの生活リズムが確立されている。
- (1) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立されている。
- (2) 時に、助言がなければ、寝過ごし、生活のリズムを乱すことがある。
- (3) 起床が遅く、生活のリズムが不規則に傾きがち。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 生活が不規則で、助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

D-2 身だしなみへの配慮－整容

- (0) 洗面、整髪、髭そり、入浴等を自主的に問題なく行なえる。
- (1) 他人に不潔感や、奇異な感じを与えない程度に自主的に行なえる。
- (2) 時に、助言がなければ、不潔感あるいは奇異な感じをあたえる。
- (3) 自主的にやろうとせず、不潔感や奇異な感じを与えることが多い。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

D-3 身だしなみへの配慮－服装

- (0) おかしくない程度に清潔で季節感のあるものを、自分で選んで着ることが問題なくできる。
- (1) (0)で述べたことがだいたい自主的にできる。不潔感や奇異な感じはない。
- (2) 時に、助言がなければ、不潔感あるいは奇異な感じをあたえる。
- (3) だらしく、不潔感や奇異な感じを与えることが多い。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

D-4 居室（自分の部屋）の掃除やかたづけ

（直接、確認できない場合は、本人または情報提供者との面接により確認して下さい。また家族がかわりに行い、判断がつかない場合は、不明(9)として下さい。）

- (0) 必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。
- (1) 回数は少ないがだいたい自主的にこなえる。
- (2) 時に、助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
- (3) 自主的にやろうとせず、いつも(2)の様な状態である。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、できない。

D-5 バランスの良い食生活

（直接、確認できない場合は、本人または情報提供者との面接により確認して下さい）

- (0) 偏りすぎない十分な量の食事をとることができる（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない）。
- (1) (0)で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、援助がなければ、同じものばかり食べて食事が偏ったり、過食になったり、時に不規則になったりする。
- (3) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとするか、できない。

② 社会資源の利用

D-6 交通機関

（直接、確認できない場合は、本人または情報提供者との面接により確認して下さい）

- (0) 未知の路線であっても、バス・電車等の交通機関を、自分で、もしくは他人に聞いて問題なく利用できる。
- (1) (0)で述べたことがだいたい自分でできる。
- (2) 既知の路線なら自分で利用できるが、未知の路線では助言を必要とする。
- (3) ほとんど一人では交通機関を利用できない。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、一人ではまったくできない。

D-7 金融機関

（直接、確認できない場合は、本人または情報提供者との面接により確認して下さい）

- (0) 必要に応じて、郵便局や銀行を自分で問題なく利用できる。
- (1) (0)で述べたことがだいたい自分でできる。
- (2) だいたいできるが、時に援助を必要とする。助言があれば、自分でできる。
- (3) ほとんど一人では金融機関を利用できない。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、できない。

D-8 買物

（直接、確認できない場合は、本人または情報提供者との面接により確認して下さい）

- (0) 必要なものを適当な店を選んで、自分で探して買うことができる。

- (0) (0)で述べたことがだいたい自分でできる。
- (2) だいたいできるが、時に、助言がないと、必要なものを購入せずにすましてしまうことがあり、あるいは、違うものを購入してしまうことがある。
- (3) 自分ではやろうとしないか、うまくできない。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、できない。

③ 自己管理

D-9 大切な物の管理

(大切な物には財布・印鑑などの他、本人のみが大切にしている物も含まれます。)

- (0) めったに大切な物をなくしたり、忘れてたりしない。
- (1) 時折、大切な物をなくしたり忘れることがあるが、生活する上で問題となるほどではない。
- (2) 時に、大切な物の置き場所を忘れてたり、勘違いすることがあり、助言が必要なこともある。
- (3) しばしば、大切な物を置き忘れて、なくすことが多い。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く気をつけようとしなないか、できない。

D-10 金銭管理

- (0) 金銭の計算と計画的な使用(1ヵ月くらいのやりくり)が自分で問題なくできる。
- (1) (0)で述べたことがだいたい自分でできる。
- (2) だいたいできる(1週間のやりくり)が、時に使いすぎたり、使わなすぎたりする。
- (3) (2)で述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしてもまったく改めようとしなないか、できない。

D-11 服薬管理

- (0) 適切に自分で管理している。
- (1) 時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。
- (2) 時に飲み忘れるので助言を必要とすることがある。
- (3) 飲み忘れや、飲みかたを間違えたり、拒薬することがたびたびある。強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、できない。

D-12 自由時間の過ごし方

- (0) 人に勧められなくても、自由時間は友達とあったり、趣味をするなど、積極的に生活を楽しもうとしている(この場合の趣味は広く考え、積極的であれば自分一人の時間を楽しむことなども含む。ただし没頭しすぎる場合は(2)(3)に該当する)。
- (1) 自由時間はテレビやラジオなどを見聞きするなど、受身的で限定されたものしかしようとしなない。
- (2) 時に、助言がなければ、楽しみに没頭し過ぎる。あるいは興味が持続しないことがある。
- (3) (2)に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても、外界に興味を引くものがほとんどなく、全くやろうとしないか、できない。

2 I (Interpersonal relations) / 対人関係

- ・ 過去1ヶ月間の典型的な行動について、評価して下さい。
 - ・ 対人関係の①会話 (I-1~I-7) を評価する際には、近所の人、仕事場、病棟などでの会話を対象とし、家族や援助者など特有の相手に対する反応は、ここでは評価しません。
- 評価者自身が確認できない場合は、対象者の生活をよく知るもの(家族・看護者等)から聴取し、確認してください。

① 会話

I-1 発語の明瞭さ

- (0) 会話をする時の発語が明瞭で状況に見合っており、声が十分に大きく話が聞き取りやすい。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、発語が不明瞭であったり、声が小さすぎたり、大きすぎたりして適切でない。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 発語がまったく不明瞭で、助言や援助をしても改めようとしないうか、できない。

I-2 自発性

- (0) 必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、挨拶や事務的なことでも、自分から話せないことがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないうか、できない。

I-3 状況判断

- (0) 時間、場所、状況に相応しくない話題は、自分から避けることができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、相応しくない話題や特定の話題を一方的に繰り返すことで、他人に不快感や奇異な感じを与える。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしないうか、できない。

I-4 理解力

- (0) 相手が何を自分に伝えようとしているのか、ほぼ正確に理解できる。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、理解できず何度も聞き直したり、間違っただけに早合点したり、解らなくてもそのままに済ませようとする。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く理解しようとしないうか、できない。

I-5 主張

- (0) 自分が伝えたい用件・意思是、自分で相手に伝えることができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、伝えたいことを伝えられないことがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くやろうとしないか、できない。

I-6 断る

- (0) 誘われても自分が都合の悪い時は、適切に自分から断れる。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、誘われると断れなかったり、断りかたが適切でないことがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く断ろうとしないか、できない。

I-7 応答

- (0) 話しかけられれば適切に対応でき、会話を続けられる。
- (1) 話しはとぎれがちだが、(0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、話しかけられても、返事をしないことや、曖昧な合槌ですませることがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くしようとしなないか、できない。

② 集団活動

I-8 協調性

- (0) 近所の人、仕事場、病棟で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、他人の行動に合せられなかったり、周囲への配慮を欠いた行動をとる。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

I-9 マナー

- (0) 食堂や交通機関など公共の場所で、常識的なマナーを配慮でき、他人に奇異な感じや不快な感じを与えることはない。
- (1) (0) で述べたことがだいたい自主的にできる。
- (2) 時に、助言がなければ、常識的なマナーを配慮できず、他人に奇異な感じや不快な感じを与える。
- (3) (0) に述べたことができないことがよくあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

③ 人づきあい

I-10 自主的なつきあい

- (0) 必要に応じて、他人とのつきあいを自主的にできる。

- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、他人との交わりを求められる場面を避けようとしたり、過剰にあわせすぎようとする。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

I-11 援助者とのつきあい

- (0) 困った時は、適切な援助者に、必要な範囲で援助を求めることができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、援助が必要な時に自分からは求めようとしなかったり、過度に援助者に頼りきってしまう。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

I-12 友人とのつきあい

- (0) 同性、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、同性、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができない。
- (3) (2) の述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全くつきあおうとしなないか、できない。

I-13 異性とのつきあい

(まったく交際がない場合は不明 (9) と記入して下さい)

- (0) 異性に対して適度な情緒的な関係を持つことができる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、異性に対して恐れたり、避けたり、攻撃的になったり、または強い執着を示す行動をとる。
- (3) (2) の述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとしなないか、できない。

3 W(Work)/労働または課題の遂行

- ・ 過去一カ月間の典型的な行動について、評価して下さい。
- ・ 評価対象者が主婦・学生・デイケア利用者の場合は、その場面での課題の遂行で評価して下さい。入院中の人で、課題が課せられない場合は、(4) として下さい。
評価者自身が確認できない場合は、対象者の労働、課題の遂行場面をよく知るものから聴取し、確認して下さい。

W-1 役割の自覚

- (0) 欠勤・遅刻・早退の連絡をしなかったり、勝手に持ち場を離れることがない。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。

- (2) 時に、助言がなければ、欠勤・遅刻・早退の連絡をしなかったり、勝手に持ち場を離れることがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-2 課題への挑戦

- (0) 新しい課題や過去に失敗した課題に対して、必要に応じて、自主的に挑戦する。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、新しい課題や過去に失敗した課題に対して、挑戦することを過度に避けることがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-3 課題達成の見通し

- (0) 必要とされる課題に対して、充分、見通しをたてて実行する。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、必要とされる課題に対して、見通しをたてずに実行に移すことがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-4 手順の理解

- (0) さほど複雑でない手順であれば、容易にのみこみ実行できる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、手順をなかなか覚えられず、何度も確認したり、しばらく時間がたつと忘れてしまう。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-5 手順の変更

- (0) 慣れた手順は変更された時に、対応できる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、慣れた手順の変更がしづらかったり、または変更の確認を必要とする場合に、確認せず自分で勝手に変更する。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-6 課題遂行の自主性

- (0) 自分のやるべきことが終わったら、必要に応じて他の人の所を手伝ったり、指示を仰げる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、自分のやるべきことが終わっても言われるまで何もしていないことがある。

- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-7 持続性・安定性

- (0) 単純な作業であれば、労働または課題遂行の間は、安定したペースを持続できる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、ペースが変化したり、集中できなかつたりする。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-8 ペースの変更

- (0) 単純な手順であれば、相手や全体のペースに合わせて、自分のペースを変えられる。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、相手や全体のペースに合わせてペースの変更ができない。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-9 あいまいさに対する対処

- (0) 基準があいまいでも妥当な判断をして、作業の遂行に支障をきたさない。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、助言がなければ、基準があいまいで判断が求められるような課題では、作業の遂行にかなりの支障をきたす。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、強い助言や援助を必要とする。
- (4) 助言や援助をしても全く改めようとならないか、できない。

W-10 ストレス耐性

- (0) せかさされたり、失敗を指摘されても、ひどく緊張したり、混乱することがない。
- (1) (0) で述べたことがだいたいできる。
- (2) 時に、適切な介入がなければ、せかさされたり、失敗を指摘されると、ひどく緊張したり、混乱することがある。
- (3) (2) に述べたことがたびたびあり、適切な介入を必要とする。
- (4) 適切な介入があっても、せかさされたり、失敗を指摘される状況には、いつも全く耐えられない。

4 E(Endurance & Stability)／持続性・安定性

E-1 現在の社会適応度

下記の<表>「社会適応度尺度」(以下<表>と略す)において、現在の適応度にあてはまる状況を(0)～(5)のランクから選択して下さい。

(状況が重複している場合は、若番号を優先して下さい。)

<表> 「社会適応度尺度」

A・適応	(0) 自立
	・病前と同様の生活 ・医師や周囲の支持を必要としない (服薬していても可)
	(1) 一応の自立
	・継続的に職業生活を営み経済的にも自立しているが医師や周囲の支持も必要とする ・家庭生活(家事・育児)は普通にできているが、医師や周囲の支持も必要とする ・学生生活は普通に送れているが、医師や周囲の支持も必要とする
B・保護的な環境では適応	(2) 周囲の相当の支えがあれば一般の職場で働ける
	・何とか一般の職場で働いているが、医師や周囲の相当の支持がなければ維持できない ・何とか普通の家庭生活を送れているが、医師や周囲の相当の支持がなければ維持できない ・何とか普通の学生生活を送れているが、医師や周囲の相当の支持がなければ維持できない
	(3) 過渡的・移行的段階あるいは施設適応
	・共同作業所などの授産施設に通所している ・デイケアなどに通っている(週1回でも可)
C・不適応	(4) 在宅
	・在宅で、生産的な役割(家事を含む)はほとんどしない ・在宅で、反社会的な行動が目立つ
	(5) 入院

E-2 持続性・安定性の傾向

<表>のランクで(0)(1)は、「A. 適応」

<表>のランクで(2)(3)は、「B. 保護的な環境では適応」

<表>のランクで(4)(5)は、「C. 不適応」

以上の様に定義した場合、過去1年間の推移はどうか。(まず、この一年間の主たる状況を評価し、次に、他のランクに移る時がなかったか評価して下さい。違う場合は、最近の状況を重視して下さい。)

- (0) ここ1年間は、「A」であった。
- (1) ここ1年間は、基調は「A」であるが、短期間「B」「C」に至る時もあった。
- (2) ここ1年間は、「A」と「B」の間を揺れ動いていた。

- (3) ここ1年間は、おおむね「B」にあった。
- (4) ここ1年間は、「B」と「C」の間を揺れ動いていた。
- (5) ここ1年間は、基調は「C」にあるが、短期間「A」「B」に至る時もあった。
- (6) ここ1年間は、「C」にあった。

5 R(self-Recognition)／自己認識

・過去1ヶ月間の言動や、面接での様子をもとに判断して下さい（なるべく面接して確認することが望ましい）。

評価者自身が確認できない場合は、対象者の認識をよく知るものから聴取し、確認してください。

R-1 障害の理解

- (0) 自らの障害を認め、それに見合った生活を送っている。
- (1) (0)に述べたことが、だいたいできている。
- (2) 指摘されれば、障害を認め、しかもそれに見合った生活を送っている。
- (3) 指摘されれば、障害を認める部分もあるが、それに基づく現状に見合った生活を送っていない。
- (4) 指摘されても、障害を全く否定するか、関心を示さない（障害を全く否定していれば、生活の送り方の適否は問わない）。

R-2 過大な自己評価・過小な自己評価

- (0) 自己の生活能力（この評価表の「D」「I」「W」で評価した能力）を過大（小）に評価することはない。
- (1) (0)に述べたことが、だいたい評価できている。
- (2) 自己の生活能力を過大（小）に評価する傾向が見られる。しかし指摘されれば、その傾向を認めることができる。
- (3) 自己の生活能力を過大（小）に評価する傾向が見られる。指摘されれば一旦は同意するが、結局その認識は変わらない。
- (4) 明らかに過大（小）な自己評価の傾向が見られる。指摘されても全く認めようとしめない。

R-3 現実離れ

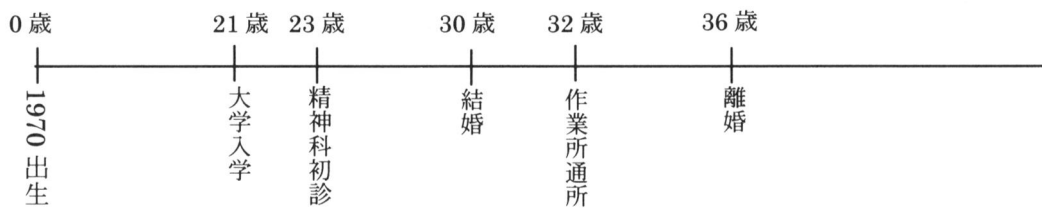
- (0) 妄想などの世界を持っていると思えない。
- (1) 妄想などの世界を持っているが、現実の世界と区別でき、そのことで現実生活が困難になることはない。
- (2) 妄想などの世界を持っており、時々現実の世界と区別できず、助言がなければ、そのことで現実生活が困難になることがある。
- (3) 妄想などの世界を持っており、しばしば現実の世界と区別できず、適切な介入を必要とする。
- (4) 妄想などの世界を持っており、しばしば現実の世界と区別できず、適切な介入があっても、うけいれない。

2. サービス利用のためのチェックシート作成の手引き

ケアマネジメント導入となった場合に、利用者との面接を通してこのシートに必要な情報を整理する。チェックシートの作成は、利用者が生活の様子やこれまでどのように病気や症状に対処してきたかを振り返ることによって、ケアマネジャーと共に達成可能な目標を見つけ出ししていくためのプロセスである。症状や障害を受容しながら、利用者が目標達成のために主体的にこのサービスを利用できるようにストレングスに留意して本人の語り（ナラティブ）を尊重することが重要である。

① これまでの生活の振り返り（生活年表）

出生から、特記すべきライフイベントを時系列で記入する。（本人の年齢も）



② 家族構成

ジェノグラムで表記する。祖父母の代（三世代）までできるだけ確認する。利用者自身からわからないという場合にはその旨を記入する。同居の範囲を実線で囲み、明確にする。それぞれの年齢もわかる範囲で記入する。

利用者の家族歴の中で、大きな転換期があった場合はその変化も表せるように、その時点のものと同様のもの、また必要な場合は未来（希望等を盛り込んで）を作成する。

また、それぞれのジェノグラムの時期も記入する。

可能であれば、「家族関係表記法」を用いて関係を示すと理解しやすい。

ジェノグラムの書き方

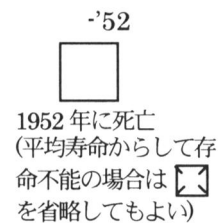
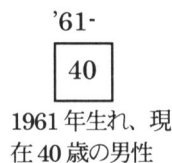
I 個人



男性

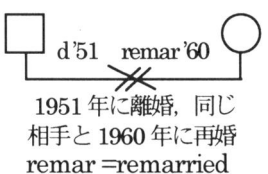
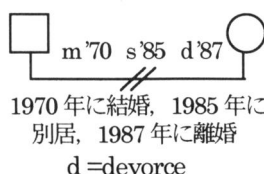
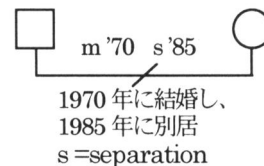
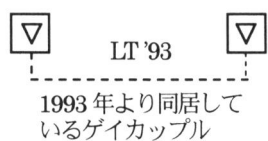
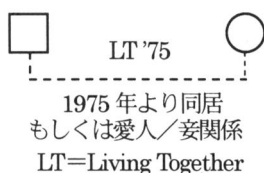
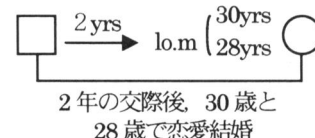
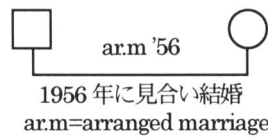
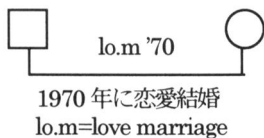


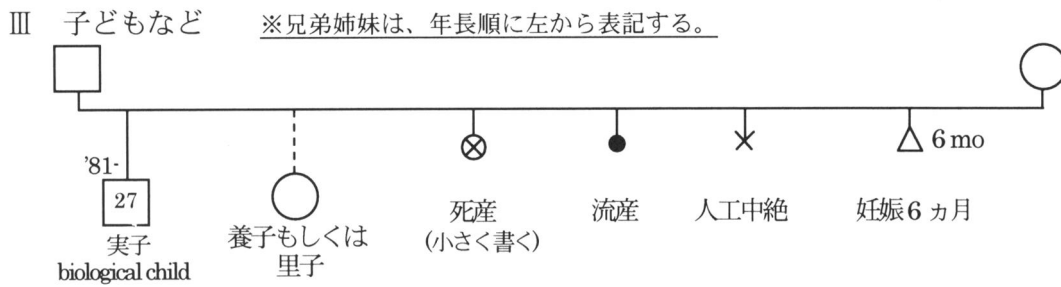
女性



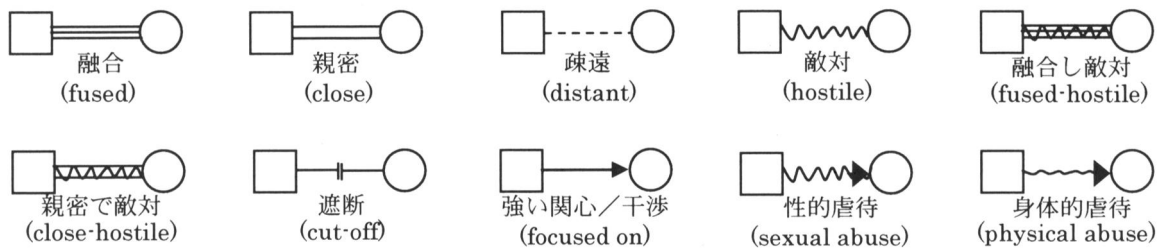
II 夫婦関係など

※夫婦は、原則として夫を左、妻を右に表記する。





IV Family Map 中の家族関係表記法



出典：中村伸一「ジェノグラムの書き方」『家族療法研究』第19巻第3号 2002年

③ これまでの生活の振り返り（趣味、特技、資格 等を含む特記すべきエピソード…）

生活歴、現病歴、その他の医療情報等を時系列で記入する。すべての情報を得る必要はなく、このシート利用の目標に沿って、必要な情報を詳しく聞く。利用者と共有できる情報を記入する。精神科の現病歴だけでなく、その他の医療情報も必要に応じて記入する。

また、プランに利用者のストレングスを活かすために、趣味、特技、資格、免許、得意な分野等についても聞く。

④ 最近の生活の様子（趣味や息抜きの時間も含む）

ADL、IADL を含む生活状況として以下のことを聞き特記すべきことを 5 段階で評価し記入する。（1 低い、2 やや低い、3 ふつう、4 やや高い、5 高い）

- A) 食事 B) 排泄 C) 入浴 D) 整容 E) 移動 F) 家事 G) 金銭管理 H) 作業
I) 趣味 J) 対人 K) その他

- ・ 食事の時間・回数
- ・ 起床時間、就寝時間、睡眠時間
- ・ 余暇の過ごし方、趣味等 …は必ず訊き、一日の活動表に記入。

起	朝	出																		
床	食	勤																		
6	9	12	15	18	21	24														

上記のように、時間・内容を利用者の生活に合わせて記入。必要な場合は、複数作成する。週間生活表が必要な場合は別途記入する。

⑤ 病気や症状への対処と工夫 (通院服薬状況を含む)

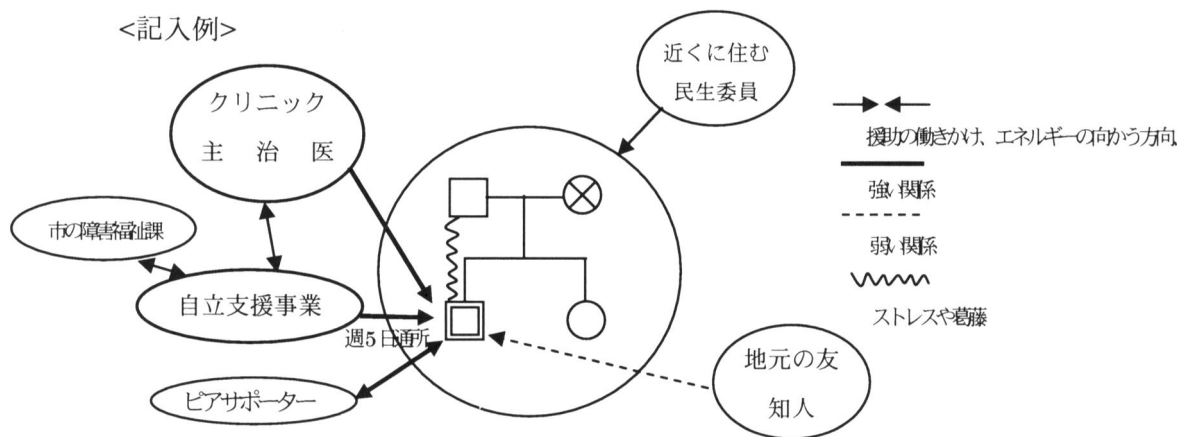
通院、服薬状況、睡眠やリラックスできる時間の取り方等、症状の自己管理について確認。
家族が管理している等の場合はその旨も記載する。

⑥ これからの生活をより良くするために取り組みたいこと、できそうなこと

生活状況等を見て、日常生活をより良くするために必要なことを利用者と一緒に考え、記入する。ここで出てきたものを今後の目標の参考にする。

⑦ エコマップ

利用者本人への支援者のみならず、家族等にも関わりのある方をなるべく多く記入していく。
真ん中の利用者の世帯についてはジェノグラムで書く。現在のエコマップと、サービス等を入れた後の本人の「希望・目標・展望等」を含めたエコマップ (実際に利用できないサービスが含まれていても OK) を作成する。将来のエコマップを記入するのが難しい場合は、今後の目標、今後の問題等記入後また、プラン作成後に記入してもよい。



⑧ 今後の目標 (取り組みたいこと、できそうなこと)

チェックシートを通してのアセスメントの結果、「⑥これからの生活をより良くするために取り組みたいこと、できそうなこと」で挙げたものを参考にしながら、方針・目標として挙げられるものを優先順に記入する。サービス利用プランの「当面の目標」ではここで挙げた中から、利用者の希望に沿いながら、実現、達成の可能性のあるものを選んで、調整する。

⑨ これから起こるかもしれない問題 → 対処と工夫 (リスクマネジメント)

「⑧今後の目標」を達成する上で、利用者にとって今後予想されるリスクを考え、その場合の対応策を記入する。対処と工夫に重点を置いて記入する。

3. サービス利用プラン作成の手引き

サービス利用プランシートは、利用者も活用できることを前提に作成する。

この利用プランを利用者と共に作成する過程で、様々なサービスを自分の目標に沿って利用する技能を獲得し、セルフコントロールやセルフマネジメントを身につけることを目指す。

① 大きな目標

長期的な将来の目標・希望を記入する。

何年後の目標・希望を記入するかは、利用者の状況に応じて設定する。

② 当面の目標

当面の目標には、チェックシートの「今後の目標」の中から、実現、達成の可能性のあるものを選び、利用者が意欲的に取り組み、その気持ちを継続できるような目標を設定する。

記入する。目標は1つでもよい。

利用者の希望に沿いながら、目標を設定する。

③ 具体目標

当面の目標から、さらに具体化させた目標を記入し、優先順位をつける。担当者のすること、利用者のすることの欄にそれぞれの役割を記入し、利用者が取り組むことも明確にする。

④ 利用内容

利用者が連絡しやすいように、担当者、連絡先を明確に記入する。

⑤ これから起こるかもしれない問題 →対処と工夫 (リスクマネジメント)

チェックシート⑨で挙げた問題が、プラン作成によって解決されていれば記入する必要はない。プランを立てて実行した後で、さらに残された課題や問題があれば記入する。

対処と工夫に重点を置いて記入する。

その他の応援・頼りにしている人の欄には、友人、知人、近所の方や親戚による訪問等インフォーマルな支援について記入する。

⑥ 週間予定表

週間予定は短期間で変更する可能性が高いので、適宜修正して共有するようにする。

本人が努力すべきことも必要に応じて記入 (エンパワメントやセルフモニタリングに繋げる)。

不定期なものは備考欄に記入する。「週に1回は公園に行く」、「天気がよければ洗濯をする」等も、目標達成のための行動であれば記入する。利用者の状況に応じて、枠の大きさや分割等変更しながら利用する。

4. 見直しシート記入の手引き

見直し（モニタリング）シートには、サービス利用プランの進捗状況を利用者、事業所等に確認し、結果を記入する。必要に応じて情報を共有し、プランの見直しをする。

◇定期的な見直し

プラン作成後、1～3ヶ月ごとに定期的な見直しをする。定期的な見直しの時期はプラン作成時に決めておく。特に変化がなくても、当初のプランを見直し、現状と照らし合わせて、見直しのための会議によりプランの見直しを行う。

◇必要に応じた見直し

定期的な見直しの他に、利用者や事業所等に変化が生じた際にも、見直しを行う。必要に応じて緊急会議等を行いながら、プランの見直しをする。

表にはそれぞれの項目を記入する。ストレングスの視点を取り入れ、良かったところ、さらに良くする点を記入する。

GAF 得点の欄に、必要に応じてその時点の GAF 得点を記入する。（原則として GAF 評価者はフェイスシート時と同一とする。）

5. 振り返りシート記入の手引き

振り返り（エバリュエーション）は、原則として 6 か月ごとに実施する。このシートによってケアマネジメントが効果的に実施されたかどうかを、目標の達成度や利用者の満足度等から振り返る。このシートは利用者の実感を尊重しながら記入する。必要に応じて、ご家族からも聞く。

表にサービス利用プラン開始からの 6 か月間の具体目標、目標の達成度、本人の満足度を記入する。達成度、満足度は、1 から 100 の数値で記入する。

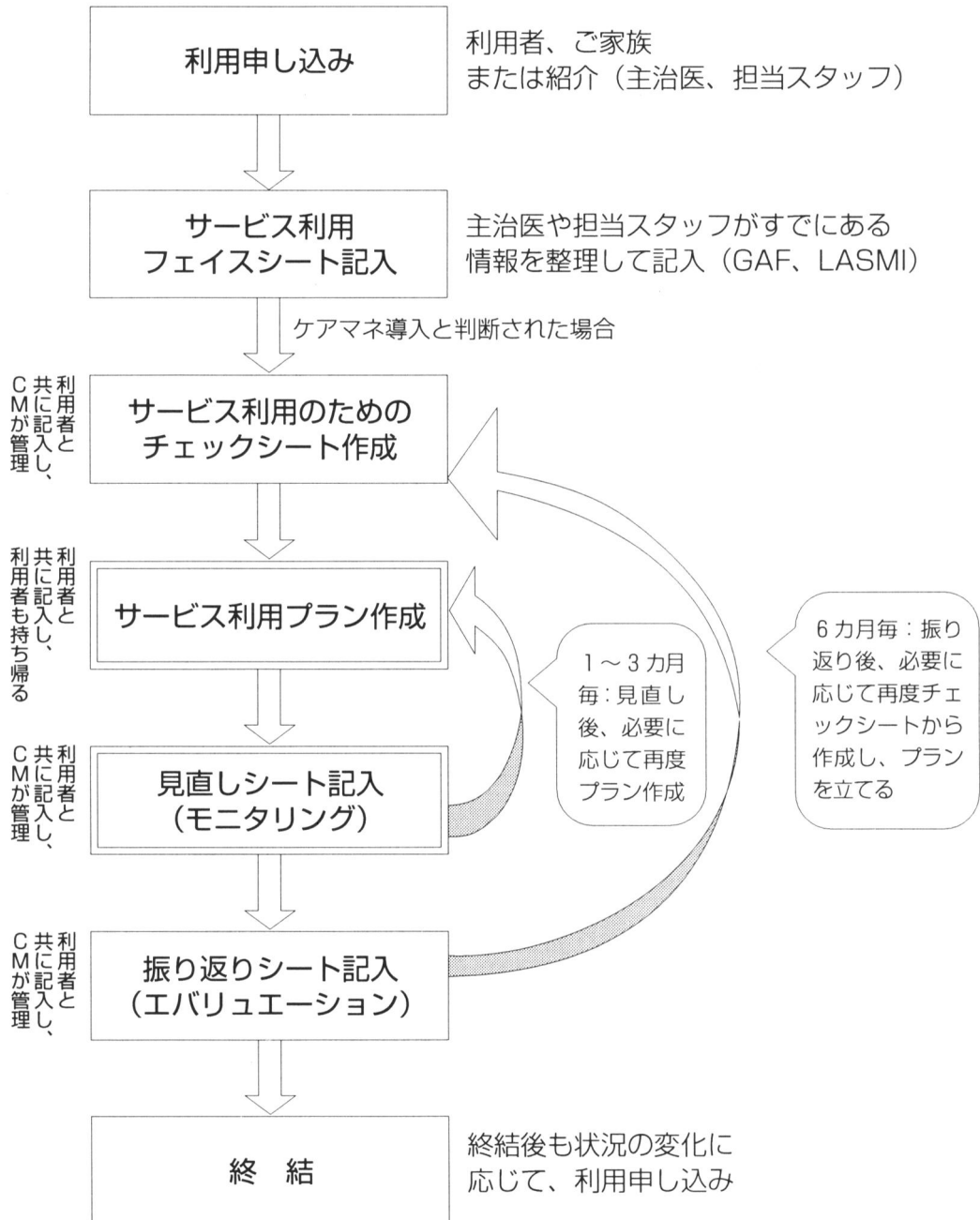
また、GAF と LASMI は評価得点のみ記入する。（原則として GAF、LASMI 評価者はフェイスシート時と同一とする。）

「環境の変化について」ではこの 6 ヶ月間のサービス利用プランの実施により、どのような環境の変化が生じたかを記入する。

振り返りシートを作成し、会議を持った時点で終結するか再契約の必要があるかを検討し、再契約となれば、振り返りの内容に応じて「2. サービス利用のためのチェックシート」、「3. サービス利用プラン」を改訂する。

このシートの情報について、利用者と共有できるものは共有し、共有することが困難な場合には配慮する。

日精診版 ケアマネジメントの流れ



記入例 A

日精診版 ケアマネジメントシート 2009/3 版

1. サービス利用フェイスシート

作成日: 2008 年 4 月 1 日 ()

氏名: F. M	性別: 1) 男性 2) 女性
年齢: 40 歳 (明・大・昭・平 西暦) 1968 年 ○月 ○日生)	婚姻: 1) 単身 2) 既婚 3) 離死別
連絡先: ○○-○○	家族: 1) 一人暮らし 2) 家族と同居 3) その他
医療機関名: R クリニック	主治医: B Dr.
	記入者: N (職種 NS)

① 記入者 (担当スタッフ) が現時点で把握している課題・目標 優先順に記入

<ol style="list-style-type: none"> 子どもたちの食事を含め、家事がコンスタントにできるようになる。 困った時に、適切な支援者に相談できるようになる。

② 現在の家族構成

家族構成			住んでいる所:	
氏名	年齢	続柄	特記事項	家族状況の特徴
F. F	43	夫	発達障害で通院歴あり。職を転々とする。	家族それぞれに社会生活上の困難さがあるが、利用者の状態が安定せず、それに家族全体が振り回されてしまう。
F. S	10	長男	小 5。統合失調症で通院中。	
F. T	8	次男	小 3。	
F. U	3	長女	利用者が家でみている。	

<p>③ 現在の生活状況</p> <p><u>生活上の問題</u> 躁状態で多動多弁となり、家族全体が混乱状態となる。</p> <p><u>就労状況</u> 就労経験はあるが、長男出産以後は就労していない</p> <p><u>経済状況 (世帯全体)</u> 夫の収入のみだが、職を転々とされており、非常に不安定かつ厳しい。</p> <p><u>現在利用中のサービス</u> 自立支援医療</p>	<p>④ 受診状況</p> <p><u>診断名</u> 躁うつ病、精神遅滞 (軽度)</p> <p><u>現在の症状</u> 躁状態では多弁で家族に攻撃的となる。家事等こなすが、非常に雑。うつ状態では意欲なくなり、不安が強く閉じこもりがちとなる。</p> <p><u>受診状況 (家族も含めて)</u> 母親の死後不安定となり、'07 年 8 月長男の担任の勧めにより受診。混乱状態で、日に何度も学校に電話をかけていた。月 2 回、定期的に通院。'08 年 9 月より長男とともに通院。通院のための電車代が払えないため通院は月 1 回程度。</p>
---	--

⑤ ケアマネジメント 事前評価 (5 段階評価)

ケアマネ効果期待度	4	集中的介入の適時性	4
利用者の準備性	5	ご家族の準備性	4

GAF 得点

41

LASMI 得点

D 21 I 22 W 21 E 8 R 7

記入者意見欄 (評価の補足、ケアマネジメントに何を期待するか)

利用者自身助けを求めているが、様々な支援者との関係の整理が難しいであろうと思われるため、更に混乱されないような工夫が必要である。

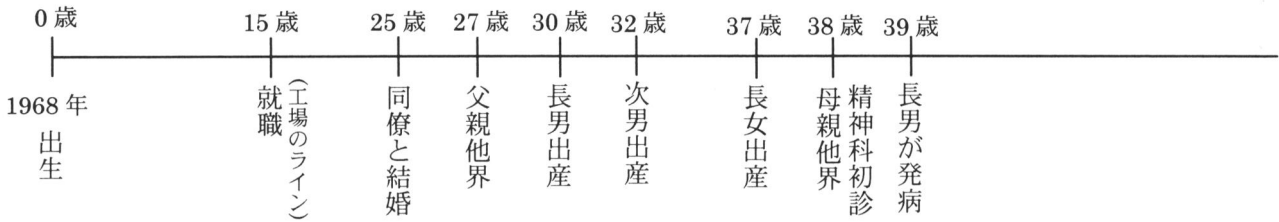
※無断の引用・転載はご遠慮ください。

2. サービス利用のためのチェックシート

作成日 2008 年 4 月 15 日

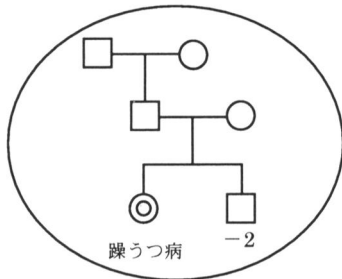
氏名：F. M	ケアマネジャー（記入者）： C	職種： PSW
---------	-----------------	---------

① これまでの生活の振り返り（生活年表）

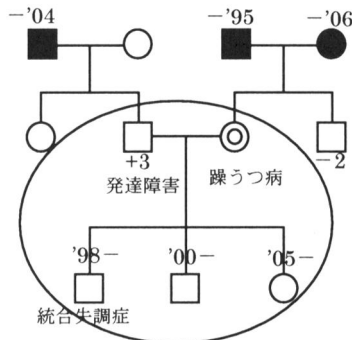


② 家族構成（ジェノグラム）

中学 1 年時（'82）



現在



【特記事項】 父方祖父母と 6 人で暮らす。母親も仕事をしてたため、祖父母に大事に育てられた。小学、中学時いじめられ、不登校気味だったこともあった。絵が得意で、賞状ももらったことがたびたびある。

利用者、夫、それぞれの兄弟とは全く交流がない。夫の母親とは交流があり、時々助けてくれるが、よく怒られるのであまり関わりたくない。

③ これまでの生活の振り返り（趣味、特技、資格 等を含む特記すべきエピソード…）

幼い頃から両親によく怒られていた。勉強はあまり好きではなかったので、中学校を卒業してすぐに就職した。生まれ育った県を出て寮生活をし、職場で知り合った T さんと結婚した。結婚してしばらくすると、父親が亡くなった。30 歳で長男を出産、続けて次男を出産した。実家の母親が 3 時間電車を乗り継いで、しょっちゅう手助けに来てくれていた。しかし、次男が 4 歳の頃、頼りにしていた実家の母親が倒れ、助けが得られなくなった。それから長女を出産したが、育児のしんどさから不眠等が表れ、母親の死を機に自分がしっかりしなければと思った。夫は家事や育児には非協力的で、よく怒る。以前、職場でトラブルがあり他病院で発達障害の診断を受けたが、現在通院はしていない。けれども、何をしたらいいかわからず不安であった。いろんなことが不安で、長男が給食を食べたかどうかなど電話すると安心でき、担任の先生に自分のことも相談するようになった。寝込んでしまい、家事等が殆どできなくなったため、担任の先生より、R クリニックを受診するように勧められて受診した。その後も、継続的に通院している。落ち込むと何もできなくなり寝込んでしまうが、気分が良い時には掃除や食事等何でもできるような気になる。その時の方が調子がいいと思う。

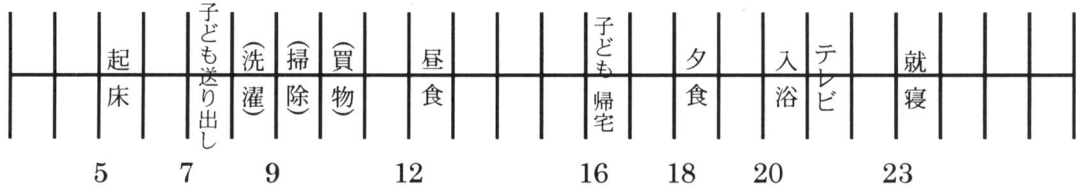
しかし、長男が小学 4 年生の 2 学期に入ってから様子がおかしく、つま先立ちで歩いたり、字がうまく書けなくなったりしたため、学校より R クリニック受診を勧められた。抵抗があったが、家でも外に出るのを怖がったり、昼間でもカーテンを閉めたりするようになったため、受診した。現在 2 人で一緒に通院している。今は、それなりに安定していて、長男も何とか学校に行っている。不安なことはあるが、その都度、電話（学校、クリニック、市の障害福祉課、社会福祉課、児童家庭課等に）をすることで安心できる。時に、エスカレートしたら攻撃的になったり、注意を受けるとひどく落ち込む。

④ 最近の生活の様子（趣味や息抜きの時間も含む）

気分が上がっているとき：掃除、洗濯、食事等何でもできる気がする。睡眠時間は2～3時間程度でも元気。夫にはごはんをたくさん作り過ぎると怒られることがある。夫にはお金を使い過ぎると怒られる（通販で大量に買い込む）。近所づきあいもでき、おかずを分けてあげたりする。人と話すのが楽しい。

落ち込んでいるとき：何もできず、寝込んでしまう。食事でも作れないことが多く、夫や長男にお弁当を買ってきてもらって家族で食べている。長女の昼食の準備などもできない。ちょっと調子がいいと洗濯できるがなかなか干せない。テレビを見るのは好きで、ドラマとかをよく見る。

一日活動表 ()内はできる日だけ。



⑤ 病気や症状への対処と工夫（通院服薬状況を含む）

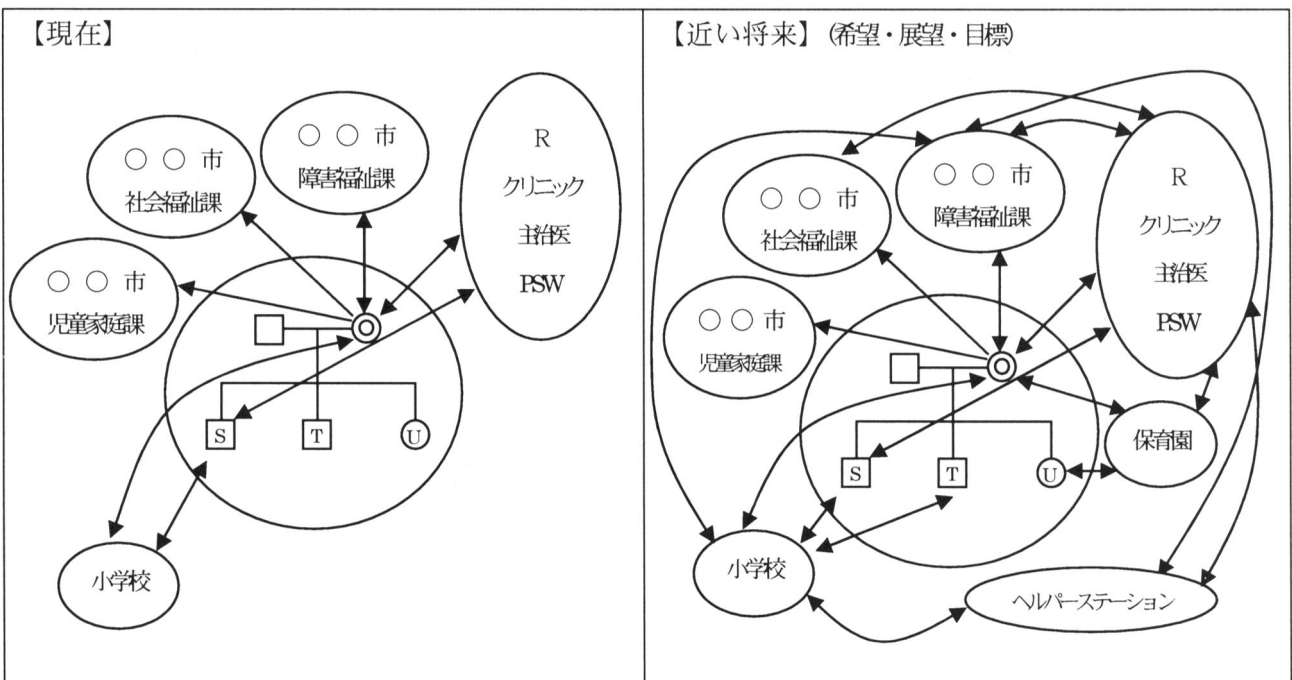
しんどくなったときには我慢せずに主治医に電話をし、通院や処方をお願いするようにしている。心配なことはすぐに相談する（先生やPSWに）。

⑥ これからの生活をより良くするために取り組みたいこと、できそうなこと

無駄遣いをやめる。

調子の波を少なくして、ちゃんと生活できるようにしたい。

⑦ エコマップ



⑧ 今後の目標（取り組みたいこと、できそうなこと）

- | |
|---------------------|
| 1. 家事を安定してできるようにする。 |
| 2. 不安なことを早めに相談する。 |
| 3. |

⑨ これから起こるかもしれない問題 → 対処と工夫

1. 食事が作れなかったら	夫にお弁当を買ってきてもらう。
2.	

3. サービス利用プラン

氏名：F. M	作成日：2008年5月1日（ ）	見直し時期：2008年8月頃（3ヶ月後）	ケアマネジャー(記入者)： C PSW
---------	------------------	----------------------	---------------------

【②大きな目標（長期目標）・希望】

仕事をしながら、楽しく家族で生活したい。

【②当面の具体的目標（短期目標）】

【③当面の具体的目標達成のためにできること（小目標）】

1. 家事を安定してできるようにする。		日中は長女を預かってもらう
		ホームヘルプサービスを利用する
2.		

【④利用内容】

優先順位	小目標	サービス内容	事業所等	担当者/連絡先	担当者のすること	利用者のすること	備考
1	日中は長女を預かってもらう	保育園入所	〇〇保育園	A/〇〇-〇〇	長女送迎の際Mさんの様子を聞く	自転車で保育園の送迎をする	
2	ホームヘルプサービスを利用する	ホームヘルプ	ヘルパーステーション	D/××-××	家事等、Mさんの体調に応じて一緒に行く。	体調に応じてヘルパーさんとともに、買い物、食事等を行う。	

【⑤ これから起こるかもしれない問題

→ 対処と工夫】

1. ホームヘルパーとうまくいかなかったら	ケアマネジャー（C PSW）に相談して対処する。
2. 夫とけんかになったら	気分転換（散歩など）をして落ち着いてから C PSW か市の〇さんに相談する。

その他の応援・頼りにしている人

どうしても困ったときは夫の母親に助けをもらう。

7月1日サービス利用プランを作成。その後、10月7日にプランの進捗状況を確認するための見直しシートを作成し、10月14日、新たなサービス利用プランを作成した。

【⑥週間予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	月間予定
午前	S作業所通所 スタッフW氏に 日誌を渡し、面談を する ～メンバーとうまく挨拶 など交流できている か、作業についてなど	Qクリニック 診察 P S Wと面談 (第1・3金曜日)	S作業所通所 スタッフW氏に 日誌を渡し、面接を する ～メンバーとうまく挨拶 など交流できている か、作業についてなど		Qクリニック デイケア通所 陶芸	Qクリニック 訪問看護 (第2・4土曜日) ケースワーカー Pと、作業療法士O が交代で訪問	散歩	9月に入ったら、ハローワークに行き登録をする
午後		散歩 Qクリニックの帰り道、遠回りをして歩いて帰る		Eメールへ ウインドーショッピング CDやDVDを見に行く	S S Tプログラム			
備考	7月か8月に叔父に電話をかけるか、はがきを書いてみる							

以上、確認し、了承しました。

平成20年7月1日

利用者氏名 A. K

平成20年7月5日

家族氏名 S. K (続柄 母)

※無断の引用・転載はご遠慮ください。

3. サービス利用プラン

氏名：A. K	作成日：2008年7月1日（火）	見直し時期：2008年10月頃（3ヵ月後）	ケアマネジャー（記入者）：P
---------	------------------	-----------------------	----------------

【②大きな目標（長期目標）・希望】

働いて自分でお金を稼げるようになりたい。

稼いだお金で自分の好きなや家族へのプレゼントを買いたい。一人暮らしがしたい。

【②当面の具体的目標（短期目標）】

【③当面の具体的目標達成のためにできること（小目標）】

1. S作業所に週2回(月・水) 通えるようになる。	1	1	1	1	1	1	1
2. 自分に向いている仕事を探し、就きたい 仕事のイメージづくりをする。	1	1	1	1	1	1	1

【④利用内容】

優先順位	小目標	サービス内容	事業所等	担当者/連絡先	担当者のすること	利用者のすること	備考
1	睡眠 朝のだるさについて 病院で服薬、生活の相談をする	診察(第1・3火)・面談(受診時) ・訪問看護(第2・4土)	Qクリニック	P、O、QDr /〇〇-〇〇	服薬・生活相談	目に留まる定位置に薬を置いておく 副作用など困ったらすぐ相談する 目覚まし時計を買う	
2	作業所メンバーにあいさつ できるようになる	面談(通所時) SSTプログラム(毎週金)	S作業所 Qクリニック	W/〇〇-〇〇 O/〇〇-〇〇	・あいさつの仕方、タイ ミングを一緒に考える ・SST効果の話し合い	あいさつできそうなメンバーを決め る、SSTに参加する	
3	作業所スタッフと 日誌交換・面談をする	日誌のコメント記入と面接	S作業所	W/〇〇-〇〇	本人の作業・対人交流 についての評価	日誌を書き、月・水の朝にW氏へ渡す	
4	ハローワークに登録をする	外出同行・面接司席	S作業所 Qクリニック	W/〇〇-〇〇 P/〇〇-〇〇	ハローワーク担当者への つなぎ、本人のフォロー	履歴書を書いてみる、どんな仕事が 希望か説明できるように練習する	

【⑤ これから起こるかもしれない問題

→対処と工夫】

1. 小遣いを使いすぎ前借りが増える	1ヶ月に買うCDの枚数をPSWと相談して決める
2. いらいらがひどくなると、母に暴言暴力、母もしんどくなる	なるべく外出する、薬の相談をする、保健所とクリニックが母の支援をする

その他の応援・頼りにしている人 作業所で声をかけてくれるメンバーのTさん、母方叔父(1年以上連絡を取っていない)

※無断の引用・転載はご遠慮ください。

④ 最近の生活の様子（趣味や息抜きの時間も含む）

- ・ゲーム、バンドのDVD鑑賞、テレビでの野球観戦が好き。WBCを楽しみにしている。
- ・対人関係が苦手。関係が作れると少しずつ話することができる。口論になると母に手をあげそうになったり暴言を吐くこともある。
- ・外出はデイケアと作業所程度、1ヶ月前から時々散歩をするようになった。部屋の片付けが苦手。食事は母が作ったものを3食食べる。食欲旺盛で間食が多い。
- ・睡眠は9時間以上とれているが、寝つきが悪く昼まで寝ていることが多い。日中も用事がないと仮眠しがち。
- ・出かけるときのみ身なりを整えるが時々伸びたままの爪をスタッフに注意されることがある。入浴は毎日できている。
- ・金銭管理は障害年金を母が管理し、1ヶ月2万円を渡してもらっている。CDをよく購入するので、時々母に小遣いを前借りすることがある。
- ・作業所、デイケアは休みがち。作業所は週2回の予定だが1ヶ月に5~6日程度の通所。

一日活動表(作業所もしくはDC通所がある場合と通所がない場合のある1日)

		起床	作業所orD.C	自宅で		音楽	夕	入	TV	就				
		朝食	←	→	昼食	鑑賞	食	浴	ゲーム	寝				
6	8	9		12			18	20		23				

		起床	再び仮眠	昼	訪問	音楽鑑賞	夕	入	TV	就				
		朝食	TV	食	看護	仮眠	食	浴	ゲーム	寝				

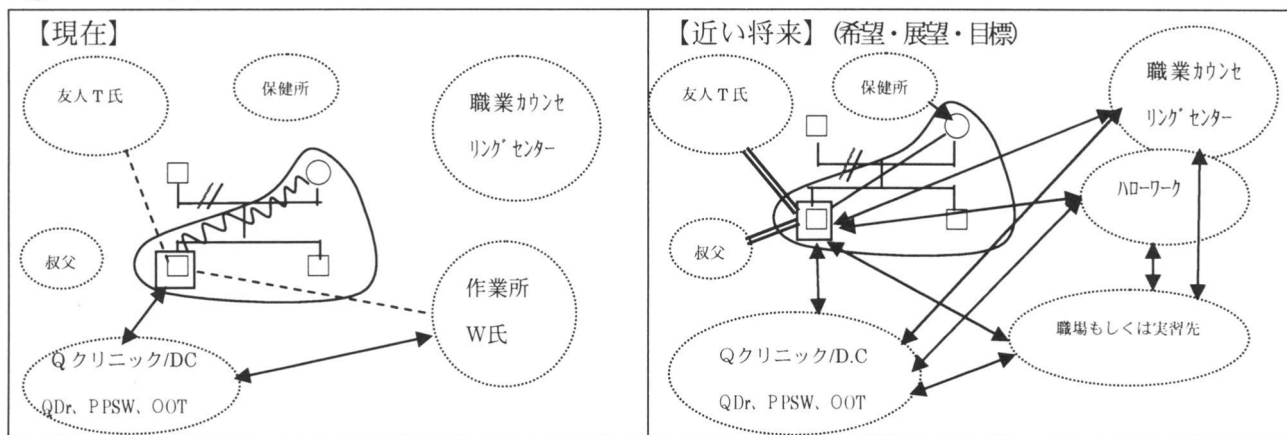
⑤ 病気や症状への対処と工夫（通院服薬状況を含む）

通院は2週間に1回一人でできている。時々いらいらがおさまらなくなることがある。困ったことは、通院時(隔週火)や訪問看護(隔週土)のときに、PSWやD.C担当スタッフ(OT)に相談している。服薬管理は薬ポケットを自室壁に貼り、自己管理できているが時々就寝薬の飲み忘れがある。

⑥ これからの生活をより良くするために取り組みたいこと、できそうなこと

対人関係が苦手なので、自分の希望を伝えたり普段の会話がもう少しうまくできるようになりたい。
 自宅にこもりがちなので、間食が多い。朝自分で起きて、まずは作業所に定期的に通所できるようになりたい。

⑦ エコマップ



⑧ 今後の目標（取り組みたいこと、できそうなこと）

1. 作業所に通えるようになる
2. ハローワークに行くなどして、就きたい仕事のイメージ作りをする。

⑨ これから起こるかもしれない問題

→ 対処と工夫

1. 対人関係がおっくうになりしんどくなる	主治医、スタッフに相談
2. 母に暴言や暴力をふるってしまう	なるべく外に出かける、母への支援も検討する
3. 小遣いの前借りが増える	1ヶ月に買うCDの枚数を決める

2. サービス利用のためのチェックシート

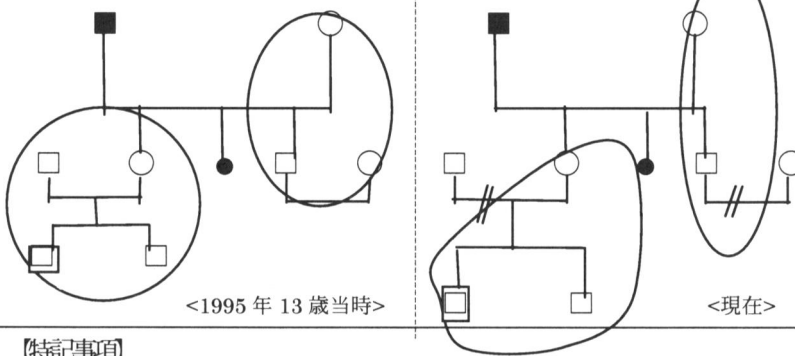
作成日 2008 年 6 月 15 日

氏名：A. K	ケアマネジャー（記入者）：P	職種：PSW
---------	----------------	--------

① これまでの生活の振り返り（生活年表）

1995	1999	1999	2000	2003	2003	2004	2006	2007	2008
(中2) 14 歳	(高3) 17 歳	18 歳	2002- 19 歳	2003 21 歳	2003 23 歳	2004 24 歳	2006 26 歳	2007 27 歳	2008 27 歳
1991 出生 クラス委員になる 学校休みがち 成績下がり始め	高1から休みがち 5月に高校中退	1ヶ月通学・中退 コンピュータ専門学校	倉庫バイト1年 その後、職転々	単位制高校入学・卒業 ひきこもりがちな生活	Qクリニック初診	期間限定オープン就労	障害年金受給 母就職	定期訪問開始 世帯が生保↓国保へ	職業適性セミナー参加 作業所通所開始する が安定せず

② 家族構成（ジェノグラム）



【特記事項】

- ・父は、本人が中学2年生時離婚。
- ・母は1993年からQクリニックにうつ病にて通院中。
- ・弟が知的障害。療育手帳A取得。

③ これまでの生活の振り返り（趣味、特技、資格 等を含む特記すべきエピソード…）

J市出生。幼稚園、小学校時代は、あいさつもよくでき友達も多かった。ピアノ、習字、体操などを習っていた。友人には、弟の障害は内緒にしていた。小学校時代は少年野球でライトを担当していた。

1995年中学校2年生時、両親が離婚。この頃先生に推薦されクラス委員になるも、2学期から次第にやる気がなくなり成績も急に落ちてしまった。3学期には学校を休みがちになった。雨戸を閉め切り自室にこもっていた。

高校進学し、友人の誘いで修学旅行にも何とか行けたが、3年になると学校休みがちとなり1999年5月に中退。その後自宅で過ごしながらか同年10月大検を受けた。19歳(2000年)コンピュータ専門学校入学するもついでに1ヶ月で中退。その後21歳単位制高校入学し1年後卒業。この間、倉庫アルバイトなど約1年間経験したが、その後は長続きせず職を転々。やがてひきこもりがちの生活となった。注意する母と口論になると暴言暴力をふるうこともあった。

2003年被害的言動がみられたり昔の友人がからかう声がすると訴えたため母とともにQクリニック初診。以後定期通院開始。徐々に活動できるようになり、期間限定の就労支援付オープン就労を開始。しかし再び被害的な妄想や幻聴が始まり、1ヶ月で中断。その後症状改善してきたため2005年デイケア定期通所開始。母とも情報交換しながらプログラムを増やしていった(疾病教育や就労準備プログラムに参加)。2007年からは、PSWとOTが交代で訪問を開始したり、引き続き母との連絡調整をしながら本人の生活安定を応援する体制をより整えていった。本人も、対人関係が苦手ながらもスタッフに対しては少しずつ趣味の音楽や野球について楽しく語れるようになってきた。

「働きたい」という思いが強くなり、2007年職業適性セミナー参加。2008年には小規模授産施設に通所開始した。しかし、通所が安定せず、休みがちの日々が続いている。デイケアも同様に休みがちで、「だるい」「しんどい」などの発言が多くなってきている。今一度、就職に向けて頑張りたいという思いはあるものの、何からどうしてよいのか分からない、という本人の声もあり、今回ケアマネジメントを通じて就職に向けての目標や段取りを一緒に再考することとなった。

記入例 B

1. サービス利用フェイスシート

作成日：2008年6月3日（水）

氏名： A. K	性別： ①男性 ②女性
年齢： 26歳（明・大・昭・平・西暦 年 月 日生）	婚姻： ①单身 ②既婚 ③離死別
連絡先： ○○-△△-■■■■■	家族： ①一人暮らし ②家族と同居 ③その他
医療機関名： Q診療所	主治医： R Dr
	記入者： O （職種 OT(D.C)）

① 記入者（担当スタッフ）が現時点で把握している課題・目標 優先順に記入

- 「働きたい」との希望があるが、作業所通所が安定していない。
- 就職に向けてどう取り組んでいけばいいのかわからないので困っている。
- 時々不眠や幻聴に悩まされることあり、対人関係が苦手でひきこもりがちになることがある。

② 現在の家族構成

家族構成				住んでいる所：
氏名	年齢	続柄	特記事項	家族状況の特徴
B	55	母	Qクリニックにうつ病で通院中。 H19.4から再就職。	
C	23	弟	知的障害・療育手帳 A	

③ 現在の生活状況

生活上の問題
 A)間食が多い H)ｽﾍﾞｰﾀﾞｰな作業が苦手
 J)集団、初対面が苦手 K)朝起きるのが苦手
就労状況
 D)作業所:月に5~6回通所(安定せず休みがち)
経済状況（世帯全体）
 国民健康保険
 母:パート収入、本人:障害基礎年金2級
現在利用中のサービス
 D)障基年2級 H)自支医 I)D.C
 O)PSW・OT 面接(本人・家族) P)訪問看護

④ 受診状況

診断名
 統合失調症
現在の症状
 主となるのは陰性症状だが、時々幻聴あり
 不眠、いらいら
受診状況（家族も含めて）
 1/2週間定期通院。来院時、PSW もしくは
 OT と面接。
 母は1/月定期通院。

⑤ ケアマネジメント 事前評価 （5段階評価）

ケアマネ効果期待度	4	集中的介入の適時性	4
利用者の準備性	4	ご家族の準備性	5

GAF 得点 52

LASMI 得点 D25 I46 W25 E7 R7

記入者意見欄（評価の補足、ケアマネジメントに何を期待するか）

「働きたい」という希望を持ちながらも、作業所通所や生活リズムが安定せず次のステップへ進むことができない。ケアマネジメント手法にて、生活の安定を図りながら再度本人の目標やできること、支援を確認し就職活動等への取り組みを応援する。本人が具体的に就職への足がかりを得、より将来の生活に希望が持てることを期待したい。

※無断の引用・転載はご遠慮ください。

(日精診版) ケアマネジメント 振り返りシート

利用者 F. M

2008年 11月 1日()

ケアマネジャー C PSW

具体目標	目標の達成度	利用者の満足度	ご家族(夫 Fさん)の満足度	その他
日中は長女を預かってもらう	80%:遅刻は時々あるが、欠かさず利用できている。	80% :送迎はしんどいが、夫がいる日は頼んだりできた。子どもも楽しんでいようだし、自分も楽しありがたい。	90%:子どもにとっても本人にとってもよかったと思う。送迎はしんどいようだが、自分もできるだけ手伝っているし大丈夫。	
ホームヘルプサービスを利用する	90%:毎週3回、欠かさずヘルプを利用できている。	70%:買い物や調理等手伝ってもらえるのでありがたい。家事は少し楽になったし、こどもたちにもいろんなごはんを食べさせてあげられるのでうれしい。	80%:ヘルパーさんとの関係を愚痴ることはあるものの、食事の準備等を少ししようという気になったのでありがたい。	

GAF得点 45

LASMI得点 : D 20 I 23 W 20 E 7 R 5

環境の変化について

躁状態の際に支援者に対して攻撃的になることはあるものの、各支援者に事前に理解してもらっていることで、大きなトラブルとならずに済んでいる。いろいろな支援者が関わるようになったことで、夫も少し協力的になってきた。

総合的な評価

ヘルプが入っていない日の子どもたちの食事についても、少し調理ができるようになった。しかし、利用者の調子の波に家族全体が振り回されてしまうことは変わらず、少しずつ目標を広げて家族全体を長期的に支援していく必要がある。

ケアマネージャーの自己評価

小目標をたくさん設定すると混乱される恐れがあると思い、今回は2つに絞った。そのことについてはよかったと思う。利用者の病状の変化に合わせて、各支援者と連絡を密に取り合うように心がけた。しかし、夫Fさんと話し合う機会がもう少し必要であったと感じる。

【⑥週間予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	月間予定
午前	保育園送り	保育園送り 買い物	保育園送り	保育園送り	保育園送り 買い物		夫と買い物	月1回 ◆(第4月曜) R クリニック 受診 (B Dr.) ◆(第2土曜) R クリニック 訪問看護 (C PSW)
午後	ホームヘルプ 保育園迎え	 保育園迎え 夕食の準備	ホームヘルプ 保育園迎え	障害福祉課 訪問 (2週間に1回) 保育園迎え 夕食の準備	ホームヘルプ 保育園迎え	テレビを見て、 ゆっくり過ごす 夕食の準備	絵を描いたり、 気分転換をする 夕食の準備	
備考	◇どうしても保育園の送迎ができないときは、夫の母親に頼む。 ◇夕食ができないときは、夫にお弁当を買ってきてもらう。							

以上、確認し、了承しました。

平成 年 月 日 利用者氏名 _____
 平成 年 月 日 家族氏名 _____ (続柄)

※無断の引用・転載はご遠慮ください。

(日精診版) ケアマネジメント 見直しシート

利用者 F. M

定期

利用者の変化時

2008年 8月 15日 ()

ケアマネジャー C PSW

その他

事業者の変化時

具体目標	実施状況	確認方法	見直し時期	利用者の満足度	達成度	良かったところ	さらに良くする点
日中は長女を預かってもらう	保育園月曜から金曜まで利用中。遅刻することはよくあるものの、殆ど休むことはない。	利用者の確認、保育園への電話確認	8月10日	70% : 昼間に自分の時間ができるし昼食の準備もしなくていいので楽だが、送迎がしんどい。	80% : 遅刻はよくあるが、欠かさず利用できている。	しんどくても毎日送迎することができた。	送迎がどうしてもしんどいときは、夫や夫の母親に頼む。
ホームヘルプサービスを利用する	毎週、火曜金曜の週2回利用できている。気分が上がっているときは利用者も積極的に取り組んでいる。	利用者の確認、事業所への電話確認	8月15日	70% : 買い物や調理等手伝ってもらえるのでありがたいが、ヘルパーさんに怒られないか不安。家事は少し楽になった。時間が足りない。	70% : 毎週3回、ヘルプを利用できている。気分が上がっているときは、自分でできると思いキャンセルすることが何度かあった。	調理等一緒にしながら、簡単な料理をひとつ覚えられた。	いくつもしようとせず、ヘルパーと相談しながら順番を決めて行う。

現時点での総合的な評価

家事等の負担は若干軽減されているが、うつ状態のときには家事が全くできなくなるため、もう少し手厚いサポートが必要だといえる。しかし、躁状態では利用者のペースにヘルパーが巻き込まれてしまいがちなため、利用者の状態に応じて、柔軟に変更できることが望ましい。うつ状態においても保育園の送迎はできていることは評価できる。	41
---	----

ケアマネジャーの自己評価

躁状態の際に、利用者がホームヘルプをキャンセルされることがあった。気分が上がっているときも支援が必要であるということを利用者と共有できていなかったため、もう少し丁寧にプランを確認する必要があった。また、キャンセルがあったことをすぐに確認できていなかったため、ヘルパーステーションとより密な連携が必要であったと思われる。

【⑥週間予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	月間予定
午前	保育園送り	保育園送り Rクリニック 診察 (B Dr.)	保育園送り	保育園送り	保育園送り	Rクリニック 訪問看護 (C PSW)	夫と買い物	
午後	ホームヘルプ 保育園迎え	 保育園迎え 夕食の準備	ホームヘルプ 保育園迎え	障害福祉課 訪問 (2週間に1回) 保育園迎え 夕食の準備	ホームヘルプ 保育園迎え	テレビを見て、 ゆっくり過ごす 夕食の準備	絵を描いたり、気 分転換をする。 夕食の準備	
備考	<p>◇どうしても保育園の送迎ができないときは、夫の母親に頼む。</p> <p>◇夕食ができないときは、夫にお弁当を買ってきてもらう。</p>							

以上、確認し、了承しました。

平成 年 月 日 利用者氏名 _____

平成 年 月 日 家族氏名 _____ (続柄)

(日精診版) ケアマネジメント 見直しシート

利用者 A. K

定期

利用者の変化時

2008年 10月7日(火)

ケアマネジャー P

その他

事業者の変化時

具体目標	実施状況	確認方法	見直し時期	利用者の満足度	達成度	良かったところ	さらに良くする点
睡眠、朝のだるさについて病院に服薬、生活の相談をする	薬については睡眠剤が変更 随時生活リズムを整えるためス タッフが相談にのっている。	本人、主治医と スタッフ談、カ ルテから	7月15日 8月18日 10月7日	薬を飲んでも寝付けないこ とが週に数回あるが、先生 やスタッフに相談できるの で不安が少なくなった。	作業所に行く日は、お 気に入りの目覚まし時 計で朝自ら起床できる ようになった。	薬の飲み忘れ防止や、 目覚まし時計のセットの 仕方など自分なりに工 夫するようになった。	作業所に行かない日も朝9 時までには起きるとよい。
作業所メンバーにあいさ つができるようになる	メンバーのTさんとは挨拶がス ムーズにできるようになった。	スタッフW氏の 見守り、W氏と T氏の面談から	10月7日	Tさんと挨拶を交わした り会話ができるようにな った。	出勤、退勤時の挨拶は やや小声だがTさんに 対しできるようになっ た。	挨拶や会話ができるよう になったことで、Tさん に作業所のレクに誘っ てもらえた。	もう少し大きな声で挨拶がで けるとよい。他のメンバーに も挨拶ができるとよい。
作業所スタッフと日誌交 換をし面談をする	2回ほど日誌を忘れたことがあつ たが、ほぼ実行できている。	W氏からの連 絡と日誌から	10月7日	今まで相談しにくかった が、小さなことでも日誌 でW氏に相談できるの でよい。	書き込みが少ない日も 多いが、ほぼできており 面談でも少しずつ話せ るようになってきた。	ほぼ日誌を欠かさず書 きW氏に渡すことができ た。	作業中困ったことや苦手な こと、楽しかったことなど をもっと言葉で表現できるとよ い。
ハローワークに登録をす る	9月19日、W氏同行のもと登録手 続きを完了した。	W氏から連絡	10月7日	一歩進んだような気がし て嬉しい。	登録後、窓口担当者F 氏と2週間に1回定期面 接することになった。	F氏からの履歴書につ いての質問に答えるこ とができた。	F氏に自分の症状のことを もっとうまく伝えられるとよ い。

現時点での総合的な評価

院内多職種、作業所が連携を取ることで、Aさんが安定し作業所に通えるようになってきた。対人関係の不安はまだ抱えながらも少しずつ小さな声でも挨拶などできるようになっている。また、叔父にはD.Cプログラムを利用して残暑見舞いを出し、「応援しているよ」という返事のはがきをもらうことができた。うつ病の母に対しては、フォローを保健所とも連携し行うようになったことで母子関係の安定も期待できるようになった。今後はより就労支援機関と連携を取りながら、本人の就労を応援していくこととする。

ケアマネジャーの自己評価

今まで母の支援をおろそかにしていたことに気づいた。今後は弟を含めより家庭全体を支援する視点の必要を改めて感じた。就労支援機関に、本人の病状についてはある程度うまく説明できたように思うが、企業も理解しやすいように障害についての説明をより工夫していく必要がある。就労だけでなく、本人の日常生活面でも対人交流が広がっていくように支援することに心がけることができている。

3. サービス利用プラン

氏名：A. K	作成日：2008年10月14日（火）	見直し時期：2009年1月頃（3ヵ月後）	ケアマネジャー（記入者）：P
---------	--------------------	----------------------	----------------

【②大きな目標（長期目標）・希望】

働いて自分でお金を稼げるようになりたい。
稼いだお金で自分の好きなや家族へのプレゼントを買いたい。一人暮らしがしたい。

【②当面の具体的目標（短期目標）】

【③当面の具体的目標達成のためにできること（小目標）】

1. 実習先を見つけ、実際の企業で働く経験をする。 2. 作業所へ休まず通所しながら、より多くのメンバーと挨拶や会話ができる機会をつくる。	1	職業適性検査を受け、自分に合う仕事のイメージをつくる。
	1	ハローワークに2週間に1回通い、担当F氏に経過報告と実習先探しの相談をする。
	2	Tさんや掃除担当でペアになるメンバーに、よく聞こえる声で挨拶をする。
	2	作業所のレク行事に参加し、メンバーと話すきっかけをつくる。

【④利用内容】

優先順位	小目標	サービス内容	事業所等	担当者/連絡先	担当者のすること	利用者のすること	備考
1	職業適性検査を受け、自分に合う仕事のイメージをつくる。	職業適性検査 検査同行	障害者職業センター S作業所	E/▲▲-▲▲ W/□□-□□	検査の実施と振り返り 同行支援・面接司席	職業適性検査を受ける 自分に合う仕事についてより具体的にイメージする	S作業所での作業計画も合わせて参考にする。
2	ハローワークに通い、担当F氏に経過報告と実習先探しの相談をする。	実習受け入れ先の検討 就職相談	ハローワーク	F/△△-△△	実習先を探す 実習に必要な準備・心構えについて説明する	作業所の通所状況を報告する 実習に必要な準備について学ぶ	適性検査の結果などもふまえながら
3	Tさんや掃除担当でペアになるメンバーに、よく聞こえる声で挨拶をする。	SSTプログラム(毎週金) 面談	Qクリニック S作業所	P・O /○○-○○ W/□□-□□	プログラム実施 振り返りとアドバイス	SSTに参加し挨拶のタイミングや仕方などを学ぶ。それを実際にやってみる。	
4	作業所のレク行事に参加し、メンバーと話すきっかけをつくる。	レクリエーション行事	S作業所 Qクリニック	O/○○-○○ W/□□-□□	行事参加手続き支援 SSTで取り上げる	話しかけやすいメンバーを選ぶ。 レク行事に申し込み参加する。	

【⑤ これから起こるかもしれない問題

→対処と工夫】

1. 実習が現実に見えてくることによって不安が強まり、不眠になる。	主治医やスタッフに相談、必要時予約外受診、実習したメンバーの体験談を聞いてみる
-----------------------------------	---

その他の応援・頼りにしている人 作業所で声をかけてくれるメンバーのTさん 母方叔父(1年以上連絡を取っていない)

(日精診版) ケアマネジメント 振り返りシート

利用者 A. K

2009年 1月20日(火)

ケアマネジャー P

具体目標	目標の達成度	利用者の満足度	ご家族(母)の満足度	その他
実習先を見つけ、実際の企業で働く経験をする	20 ハローワークへ相談に通えてはいるが、まだ実習先を見つけていない。	48 自分に合う仕事のイメージを何となくもてるようになってきた。	70 ハローワークへ通って仕事の相談ができるようになってくれたのはうれしい。	
作業所へ休まず通所する	85 時々遅刻があるが、ほぼ週2回安定して通えるようになった。	76 作業所に行くのが楽しくなってきた。もう少し日にちを増やしてみたい。	80 自分で朝起きられるようになり起こす必要がなくなったこと、日中作業所に行くことで安心できるため苛立つことも少なくなり助かっている。	
より多くのメンバーと挨拶や会話ができる機会をつくる	50 Tさんとはだいぶ会話できるようになった。掃除当番でペアになったメンバーには挨拶できるときがある。	65 Tさんと仲良くなれてうれしい。レクにも参加できた。まだ挨拶や話かけるときに勇気がいるときが多い。	60 もっと友人が増えたらよいと思うが本人なりに頑張っているようでうれしい。	

GAF得点 65

LASMI得点 :D 17 I 31 W 20 E 7 R 5

環境の変化について

本人) デイケアや作業所に安定して通えるようになった。就職について相談できる機関やスタッフが増えた。母と衝突することがほとんどなくなった。叔父との交流が再開した。T氏や他の作業所メンバーなど、交流できる仲間ができた。
母) 母自身の相談機関(保健所)ができ、本人との衝突をしていらいらしたり気分が落ち込むことが少なり病状が安定した。

総合的な評価

作業所のスタッフに気軽に相談できるようになり、やがて仲間ができたことで作業所に安定通所できるようになった。また、働きたいという漠然な希望を、作業所での評価や適性検査を実施しアセスメントをしていくことで、やりたい仕事と適性のある仕事のイメージを具体化することができてきている。その過程で、「実習してみたい」という希望が本人から生まれ、不安も抱えながらもより目標へ向けて取り組むことができていく。実習予定が具体化していくことにより本人の病状の揺れもありうるため、医療機関として母や他機関と連携しながら今後もフォローしていく必要があると思われる。

ケアマネジャーの自己評価

働きたいという本人の希望に対し生活支援を基盤とし介入を開始した。その際、単にそれだけでなく作業所のスタッフへ早めにつなげたり仲間作りの視点も持ちながらプランを立てたことで、本人の就労へのモチベーションを何とか維持できたと思う。対人関係への不安や緊張が強かったため、作業所を利用して段階を経て行ったのも自信につながったようだ。母の相談先を別の支援機関と分担したことが、本人とのほどよい距離感を持てお互いの病状、関係性の安定につながった。今後本人への支援は就労支援機関の関わりが増えてくることが予想される。企業への障害理解促進や本人の病状揺れへの随時対応など、後方側方から常に見守る立場へシフトしていくことを見据えながら、今後も本人の希望に沿って支援していきたい。

日精診版ケアマネジメントシート

- ①サービス利用フェイスシート
- ②サービス利用のためのチェックシート
- ③サービス利用プラン
- ④見直しシート
- ⑤振り返りシート

* 複写してお使いください。

1. サービス利用フェイスシート

作成日: 年 月 日()

氏名:		性別: 1)男性 2)女性	
年齢:	歳 (明・大・昭・平・西暦)	年 月 日生)	婚姻: 1)単身 2)既婚 3)離死別
連絡先:		家族: 1)一人暮らし 2)家族と同居 3)その他	
医療機関名:	主治医:	記入者:	(職種)

① 記入者 (担当スタッフ) が現時点で把握している課題・目標 優先順に記入

1.
2.
3.

② 現在の家族構成

家族構成			住んでいる所:	
氏名	年齢	続柄	特記事項	家族状況の特徴

③ 現在の生活状況	④ 受診状況
<u>生活上の問題</u> <u>就労状況</u> <u>経済状況 (世帯全体)</u> <u>現在利用中のサービス</u>	<u>診断名</u> <u>現在の症状</u> <u>受診状況 (家族も含めて)</u>

⑤ ケアマネジメント 事前評価 (5段階評価)

ケアマネ効果期待度		集中的介入の適時性	
利用者の準備性		ご家族の準備性	

GAF 得点

LASMI 得点 D I W E R

記入者意見欄 (評価の補足、ケアマネジメントに何を期待するか)

2. サービス利用のためのチェックシート

作成日 年 月 日

氏名：	ケアマネジャー（記入者）：	職種：
-----	---------------	-----

① これまでの生活の振り返り（生活年表）

出生

② 家族構成（ジェノグラム）		
【特記事項】		

③ これまでの生活の振り返り（趣味、特技、資格 等を含む特記すべきエピソード…）

3. サービス利用プラン

氏名：	作成日： 年 月 日（ ）	見直し時期： 年 月頃（ ）	ケアマネジャー（記入者）：
-----	---------------	----------------	---------------

【②大きな目標（長期目標）・希望】

【②当面の具体的目標（短期目標）】	【③当面の具体的目標達成のためにできること（小目標）】
1.	
2.	

【④利用内容】

優先順位	小目標	サービス内容	事業所等	担当者/連絡先	担当者のすること	利用者のすること	備考

【⑤これから起こるかもしれない問題 →対処と工夫】

1.	
2.	

その他の応援・頼りにしている人

【⑥週間予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	月間予定
午前								
午後								
備考								

以上、確認し、了承しました。 平成 年 月 日 利用者氏名_____

平成 年 月 日 家族氏名_____ (続柄)

(日精診版) ケアマネジメント 見直しシート

利用者 _____

定期

利用者の変化時

年 月 日()

ケアマネジャー _____

その他

事業者の変化時

具体目標	実施状況	確認方法	見直し時期	利用者の満足度	達成度	良かったところ	さらに良くする点

現時点での総合的な評価

--	--

ケアマネジャーの自己評価

--

(日精診版) ケアマネジメント 振り返りシート

利用者 _____

年 月 日()

ケアマネジャー _____

具体目標	目標の達成度	利用者の満足度	ご家族()の満足度	その他

GAF得点 _____

LASMI得点 : D I W E R _____

環境の変化について

総合的な評価

ケアマネージャーの自己評価

平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究』報告書

発行日 平成 21 年 6 月
発行者 社団法人日本精神神経科診療所協会
平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト委員会
研究班委員長 上ノ山 一寛
発行所 社団法人日本精神神経科診療所協会
〒 151-0053 東京都渋谷区代々木 1-38-2 ミヤタビル 802 号
TEL：03-3320-1423 FAX：03-3320-1426
