

レジュメ（投影用スライド・配布用資料）



オリエンテーション アイスブレイク 習得目標設定方法について

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業



オリエンテーション／アイスブレイク／習得目標設定方法について

目 次

- I. 本研修の目的
- II. 研修の全体像
- III. 精神障害者への支援における意識
- IV. 精神障害者と地域共生社会
- V. アイスブレイク

I . 本研修の目的

©Japan Care Manager Association 3

I . 本研修の目的

① 長期入院精神障害者の 地域移行の促進

長期入院となっている精神障害者の地域社会への移行が政策課題となっているが、長期入院者の多くが高齢化しており、在宅、通所、入所の介護保険サービスをはじめとする高齢者向けの施策の活用を進めていく必要がある

② 精神障害者が障害福祉サービス等から介護保険サービスに移行した際ご本人も現場も混乱

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等に対する精神障害者の利用は、他障害と比較しても増えており、精神障害者数の増加と相まって、更に介護保険移行に伴いサービス提供が増えることが予想され、精神障害者支援のための知識・スキルの向上を図る必要がある

しかし…

精神障害を抱える高齢者向け、サービス事業所の従事者の多くは、精神障害者の受け入れを進めていくにあたって、その対応に不安や戸惑いを感じている

法定研修では、精神に関する研修単位が少ない。各都道府県で精神に関する研修が企画実践でき、精神障害者支援スキルの向上ができるよう体制整備を図る事が必要である。← 特に、多職種共同での支援について学びを深める。

©Japan Care Manager Association 4

Ⅱ．研修の全体像

©Japan Care Manager Association⁵

Ⅱ．研修の全体像

- 1日目 ①講義5.5時間
 - ・精神保健福祉法、関連法令、関連制度等の理解
 - ・地域共生社会の実現と障害者総合支援法の理解
 - ・精神疾患の理解
 - ・精神疾患、精神障害の特性と支援方法の理解
- ②演習0.5時間
 - ・振り返り
- 2日目 ①現場実習3時間
- ②演習3時間
 - ・事例検討
 - ・振り返り

(研修終了後)

- ・ ヒアリング

©Japan Care Manager Association⁶

Ⅲ. 精神障害者への支援における意識調査

©Japan Care Manager Association⁷

オリエンテーション／アイスブレイク／習得目標設定方法について

3. 精神障害者への支援における意識調査

調査期間：平成30年9月
調査方法：質問用紙

● 介護支援専門員

- | | |
|------------|-------|
| • アンケート配布数 | 500 |
| • アンケート回収数 | 351 |
| • 回収率 | 70.2% |
| • 経験年数 | |
| 10年以上 | 78.6% |
| 5～10未満 | 15.7% |
| 5年未満 | 5.7% |

● 介護福祉士等

- | | |
|------------|-------|
| • アンケート配布数 | 500 |
| • アンケート回収数 | 345 |
| • 回収率 | 69.0% |
| • 経験年数 | |
| 10年以上 | 84.5% |
| 5～10未満 | 12.3% |
| 5年未満 | 3.2% |

©Japan Care Manager Association⁸

アンケート結果（抜粋）

		介護支援専門員	介護福祉士等
1－①	今までの支援の中で、ご本人に精神疾患、精神障害がある方を支援したことがある。	83.8%	82.8%
1－②	その際に、支援がうまくいかずに苦手と感じたことがある。	75.9%	75.0%
2	ご本人の家族に精神疾患、精神障害のある方を支援したことは、今までにある。	77.4%	52.4%
3	これから精神疾患、精神障害についての支援を行っていきたいと思う。	80.8%	76.6%
4	今後、精神疾患、精神障害についての研修は必要だと思う。	90.3%	87.8%



精神障害者への支援・研修に高い関心

©Japan Care Manager Association ⁹

IV. 精神障害者と地域共生社会

IV. 精神障害者と地域共生社会

東京帝国大学・呉秀三教授の言葉

「わが邦十何万の精神病者は
実にこの病を受けたるの不幸の
他に、**この邦に生まれたるの
不幸**を重ぬるものというべし」
(1918年)



11
©Japan Care Manager Association

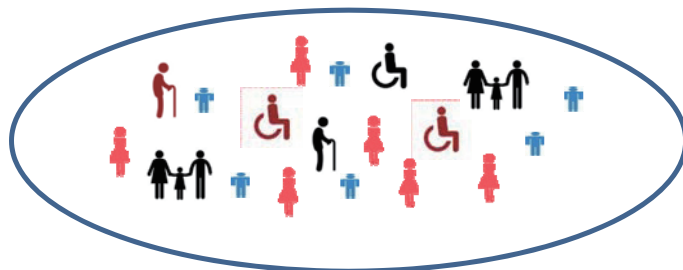
精神障害のある方の地域生活支援を阻むもの・・・

- ◇長期入院により、“地域社会”と隔絶された生活を余儀なくされている。
- ◇地域社会において、精神障害に対する正しい理解が浸透していない。（差別・偏見・排除）
- ◇精神障害のある方に提供できる福祉サービスが足りない。
- ◇精神障害のある方にどう対応（支援）していいかがわからない。
- ◇精神障害のある方を支援している専門職等となじみがない。

12
©Japan Care Manager Association

地域共生社会の考え方

INCLUSION：ごちゃまぜ



これを実現するためには、障害等への
正しい理解と**横断的な支援体制**が必要。

©Japan Care Manager Association ¹³

○生存権（日本国憲法第25条）

すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

○**幸福追求権**（日本国憲法第13条）

すべて国民は、**個人として尊重**される。

生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

©Japan Care Manager Association ¹⁴

ケアマネジメントの本質とは、
「寄って集って、
その人を幸せにすること」
(野中 猛)



「地域共生社会」の推進につながる

©Japan Care Manager Association¹⁵

V. アイスブレイク

V. アイスブレイク

●テーマ

- 精神疾患、精神障害に対する印象や経験談について

●方法

- グループ編成を行い
自己紹介を兼ねて実施
※必要時シートの活用を
- 6人グループの場合
一人1分を目処に

●留意事項

- 精神障害者に対する認識を自由な発言を担保する。
(研修前の認識を自覚する)
- 明らかな偏見等の場合を除き、指摘や指導は避ける。
- 認識をグループで共有することで改めて、精神障害者を支援する上で、研修の必要性が認識できるように努める。



精神保健福祉法、関連法令、 関連制度等の歴史的背景

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業



精神保健福祉法、関連法令、関連制度等の歴史的背景

目 次

- I . 精神保健医療福祉施策の変遷について ・ 3
- II . 精神保健医療福祉施策の動向について ・ 13

I . 精神保健医療福祉施策の変遷について

©Japan Care Manager Association³

精神保健福祉法、関連法令、関連制度等の歴史的背景

18世紀西欧の精神障害者の処遇

1795年 内科医のピネルが、罪人や浮浪者と共に鎖につながれて収容されていた精神病者を解放し、治療するべき人であるとした。



図 ロベール・フルーリの『女性精神病者を鎖から解き放つピネル』
(1989年に開催されたパリ病院福祉協会博物館の展覧会 "La Révolution Française et les Hôpitaux Parisiens" 目録表紙より)

©Japan Care Manager Association⁴

相馬事件と精神病患者監護法

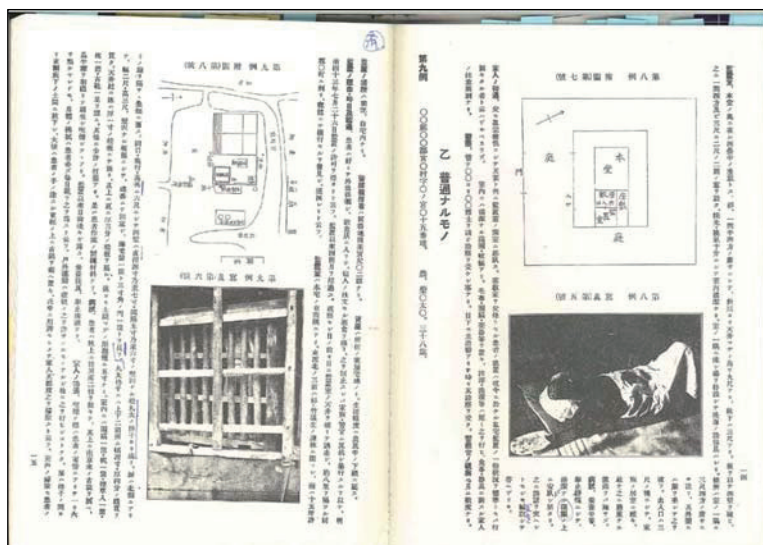
- 明治初期までは精神保健の分野に法的規制はなかった。
- 精神医学は進歩しておらず、そのほとんどは加持祈祷と座敷牢に頼っていた。
- 明治12年に旧相馬藩主相馬誠胤が精神病を発病し父により監禁され、その後入院した。明治17年(1884)頃から“忠臣”錦織剛清はこれを陰謀だと考え、誠胤が死ぬとこれを毒殺だと主張し、10年以上に渡り、新聞に投書したり起訴を乱発する等して世間の注目を浴びた。
- 明治33年(1900)「精神病患者監護法」公布



5
©Japan Care Manager Association

**わが邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸のほか、
この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし**

- 明治34年(1901)
呉秀三が東京帝国大学教授として帰国
- 大正7年(1918)
「精神病患者私宅監置の実況及び其の統計的観察」 ↓
- 大正8年(1919)
「精神病院法」の制定へ。



6
©Japan Care Manager Association

大正～昭和時代の精神保健福祉行政

- 大正7年(1918)
「精神病者私宅監置の実況及び其の統計的観察」呉秀三
- 大正8年(1919)
「精神病院法」
⇒精神疾患に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考えが初めて明らかにされた。
- 昭和6年(1931)
人口当たりの病床数は諸外国の1／10
- 昭和25年(1950)
「精神衛生法」制定。
私宅監置制度は法的に認められなくなり廃止となった。

©Japan Care Manager Association ⁷

昭和の時代の精神保健医療福祉行政

- 昭和27年(1952) 精神科薬クロルプロマジンの発見
- 昭和29年(1954) 「全国精神障害者実態調査」
精神障害者の全国推定値は130万人、内、要入院は35万人だが、病床数はその1/10にも満たないことが判明。
⇒精神病院の設置及び運営に要する経費に対し国庫補助金の規定を設ける ⇒精神病院量的整備へ
- 昭和35年(1960) 精神科病床:約8万5千床へ
- 昭和38年(1963) 実態調査⇒精神衛生法の全面改正の準備
- 昭和39年(1964) ライシャワー事件
- 昭和40年(1965) 「精神衛生法」の一部改正へ

©Japan Care Manager Association ⁸

ライシャワー事件と精神衛生法の一部改正

○1964年に当時の駐日大使ライシャワー氏が統合失調症の19歳の少年に刺されて負傷した事件

○「これで私にも日本人の血が流れた」「今退任し帰国すれば日本人は事件の責任を感じてしまうだろう」(輸血時に罹った肝炎の悪化により1990年没)



©Japan Care Manager Association

9

宇都宮病院事件と精神保健法

○昭和58年(1983)栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で、看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件。その後、医療現場での様々な違法行為や人権侵害が明らかになった。

○世界中から日本国政府に批判が集中し、WHOからの勧告も受け、1987年(昭和62年)精神衛生法の改正法である「精神保健法(現 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)」が成立し、精神障害者本人の意思に基づく任意入院制度や開放病棟を創設するなどの改善が図られた。



©Japan Care Manager Association

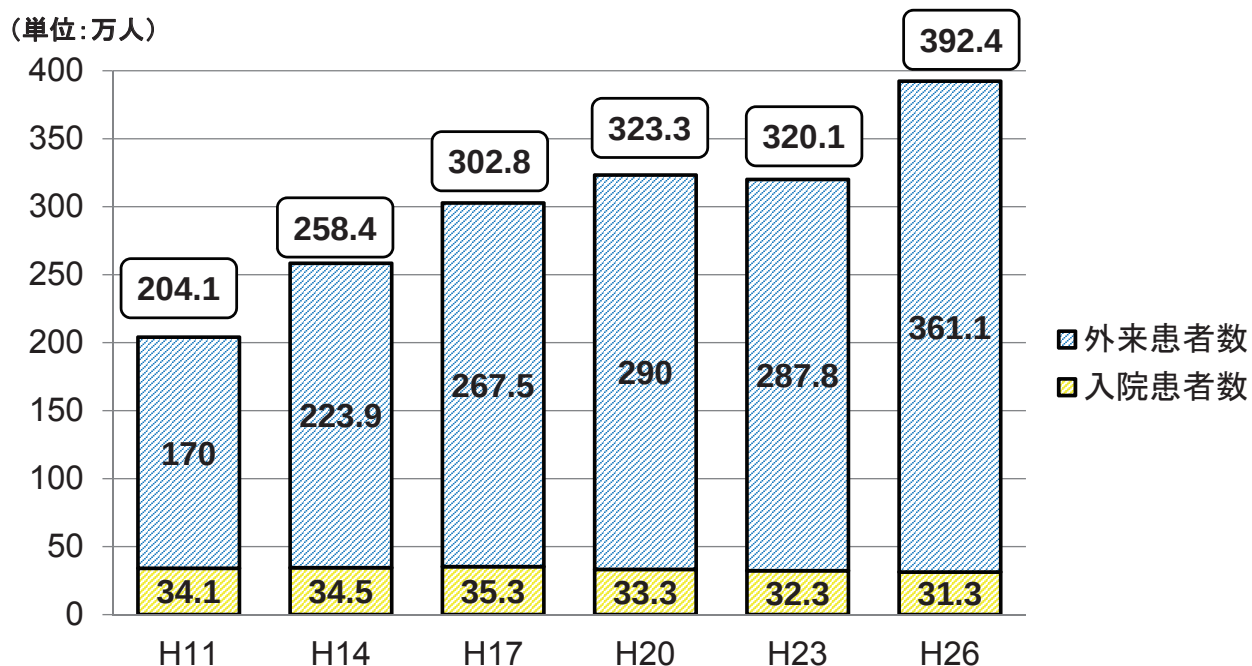
10

Ⅱ. 精神保健医療福祉施策の動向について

©Japan Care Manager Association ¹³

精神保健福祉法、関連法令、関連制度等の歴史的背景

精神疾患を有する総患者数の推移

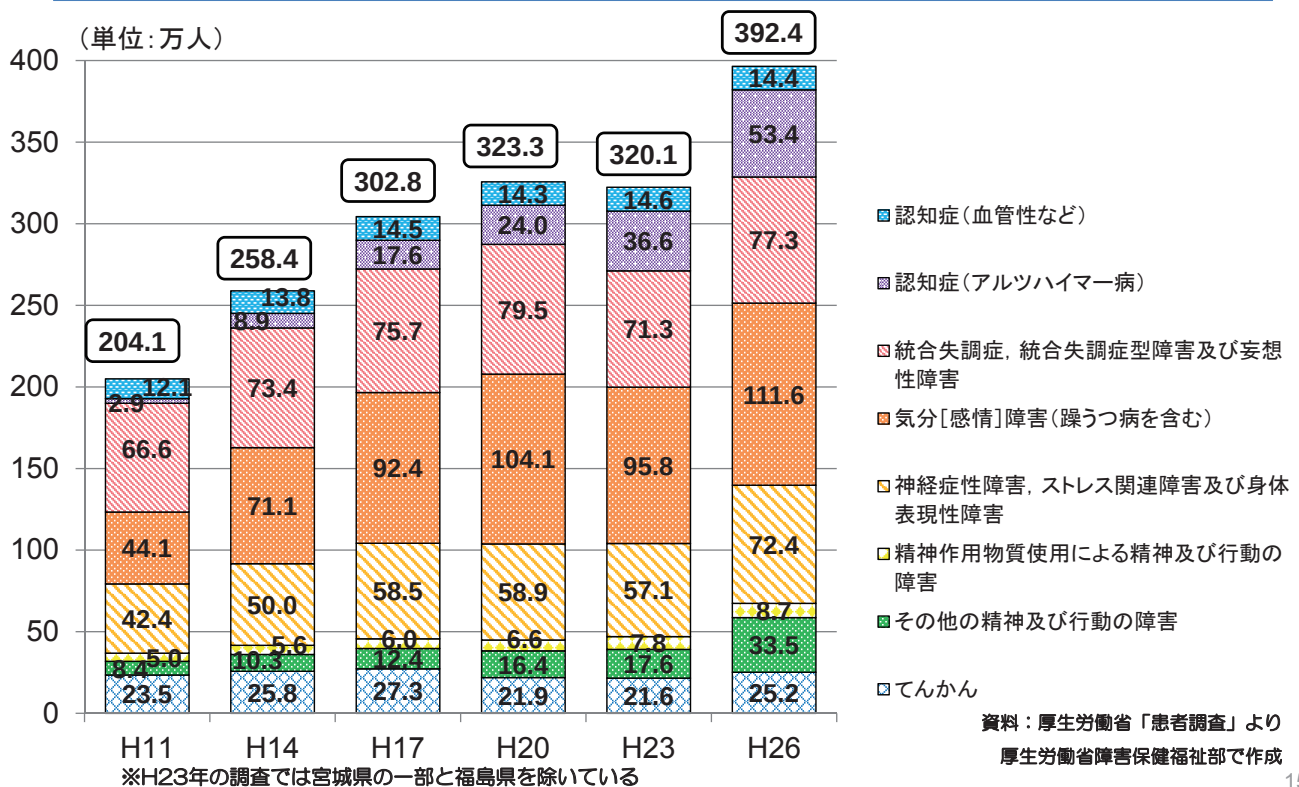


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

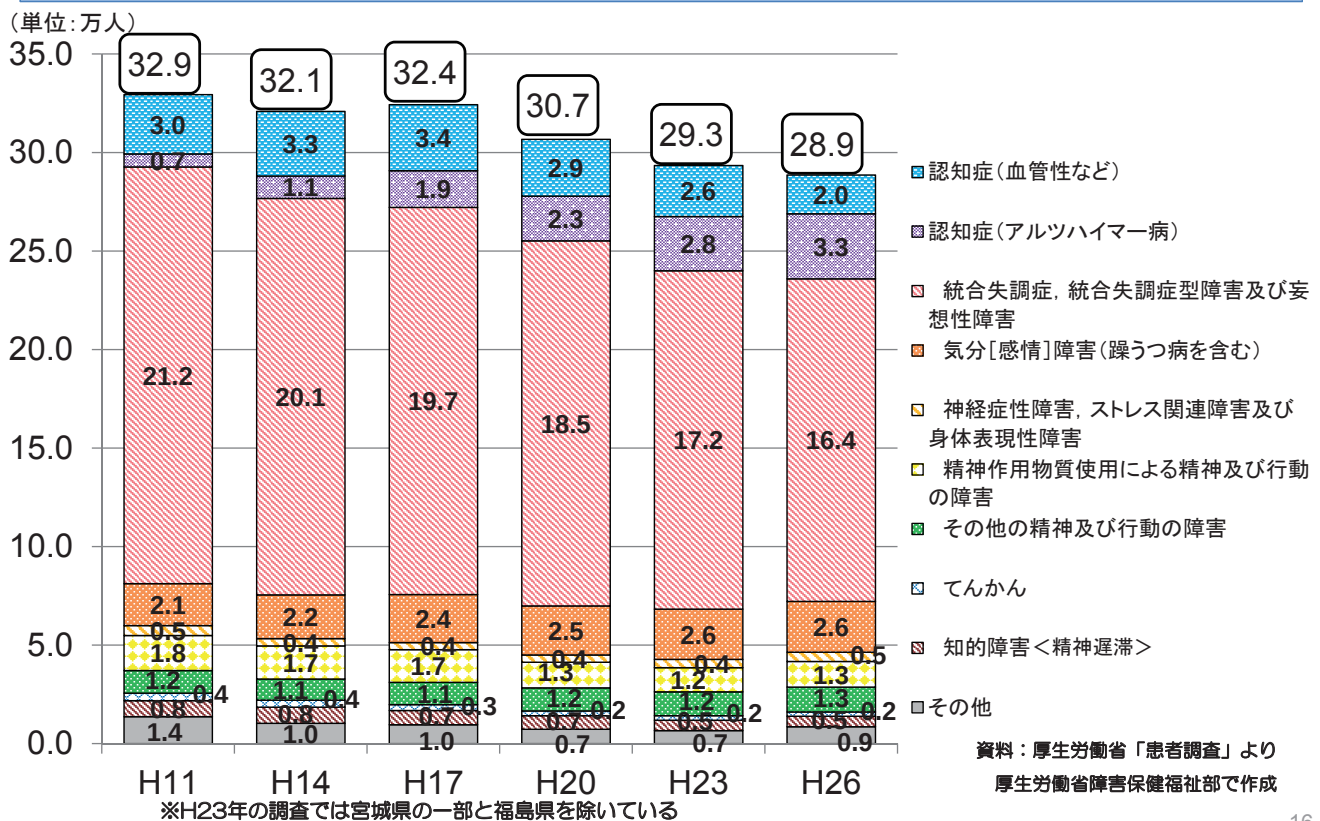
©Japan Care Manager Association ¹⁴

精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)



©Japan Care Manager Association

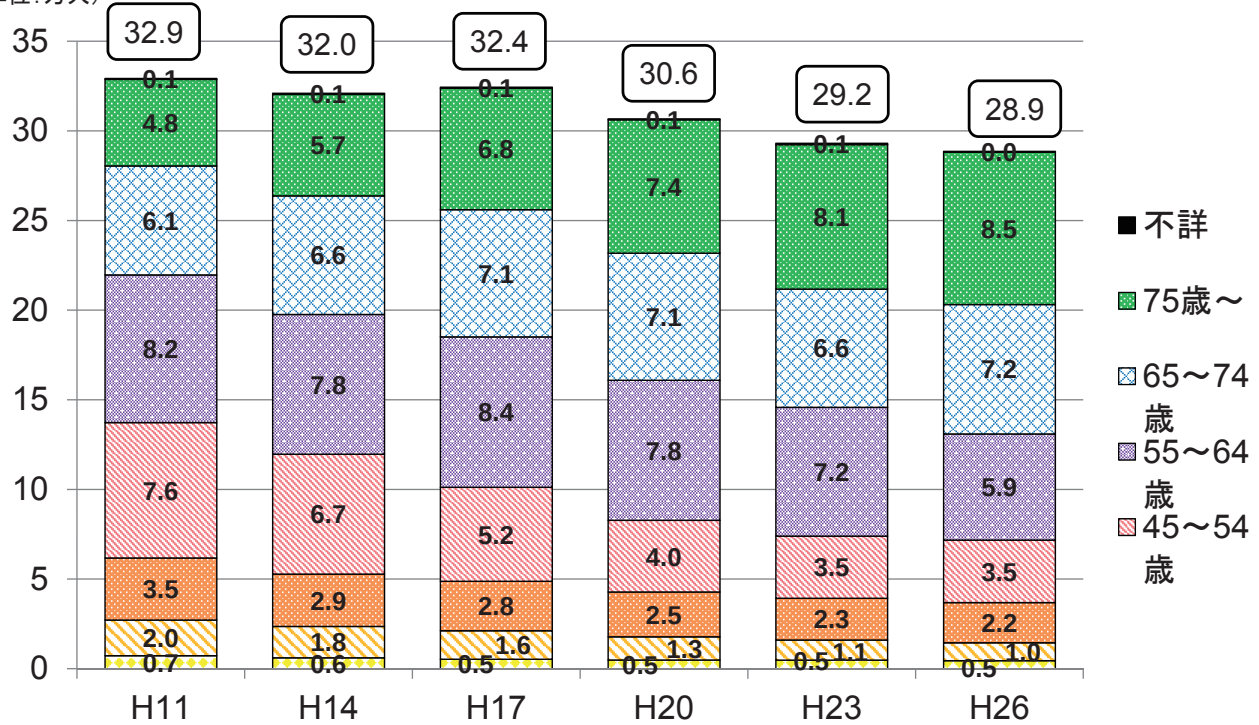
精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)



©Japan Care Manager Association

精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

（単位：万人）



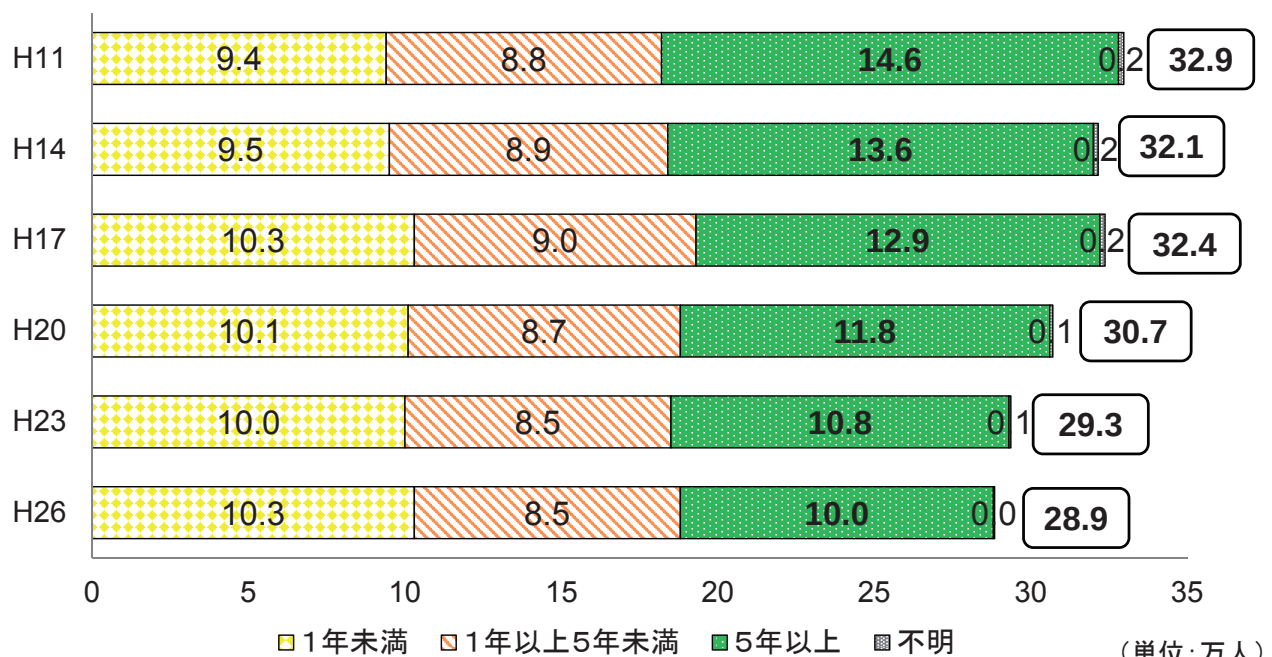
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

©Japan Care Manager Association

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）



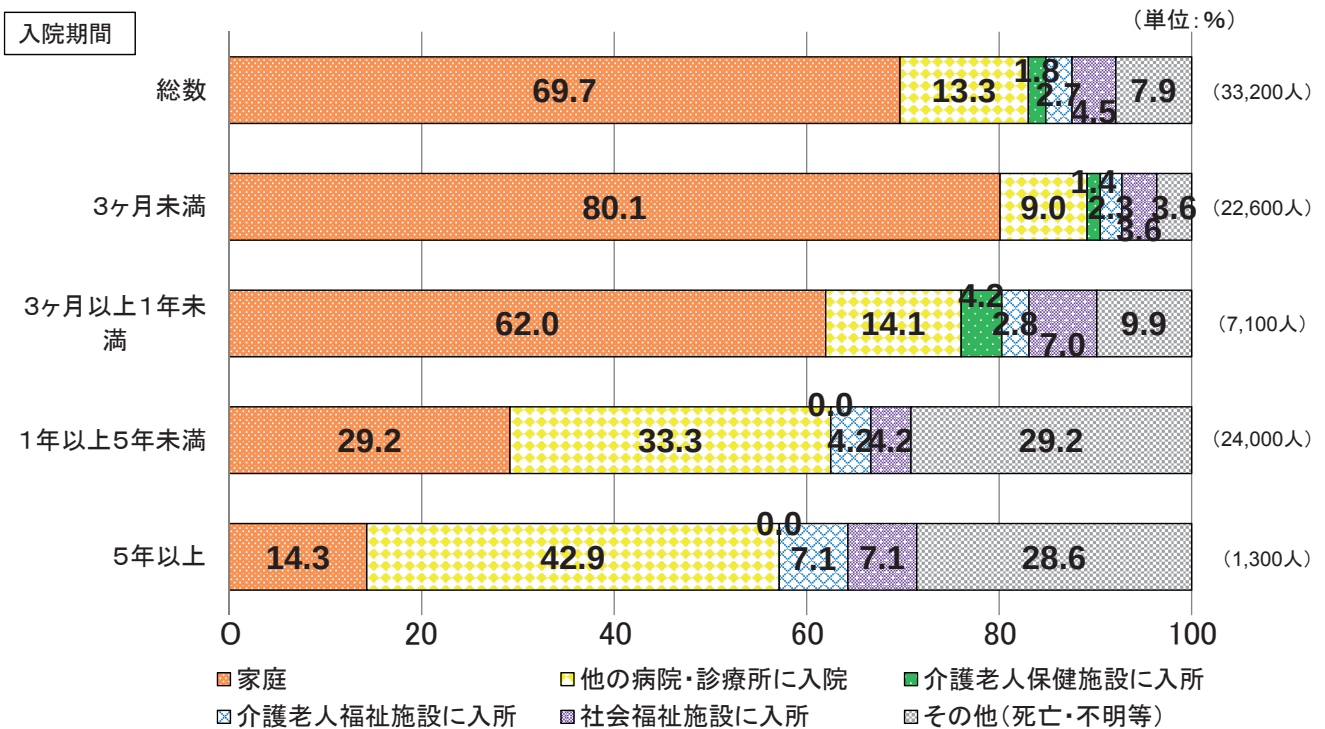
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

©Japan Care Manager Association

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

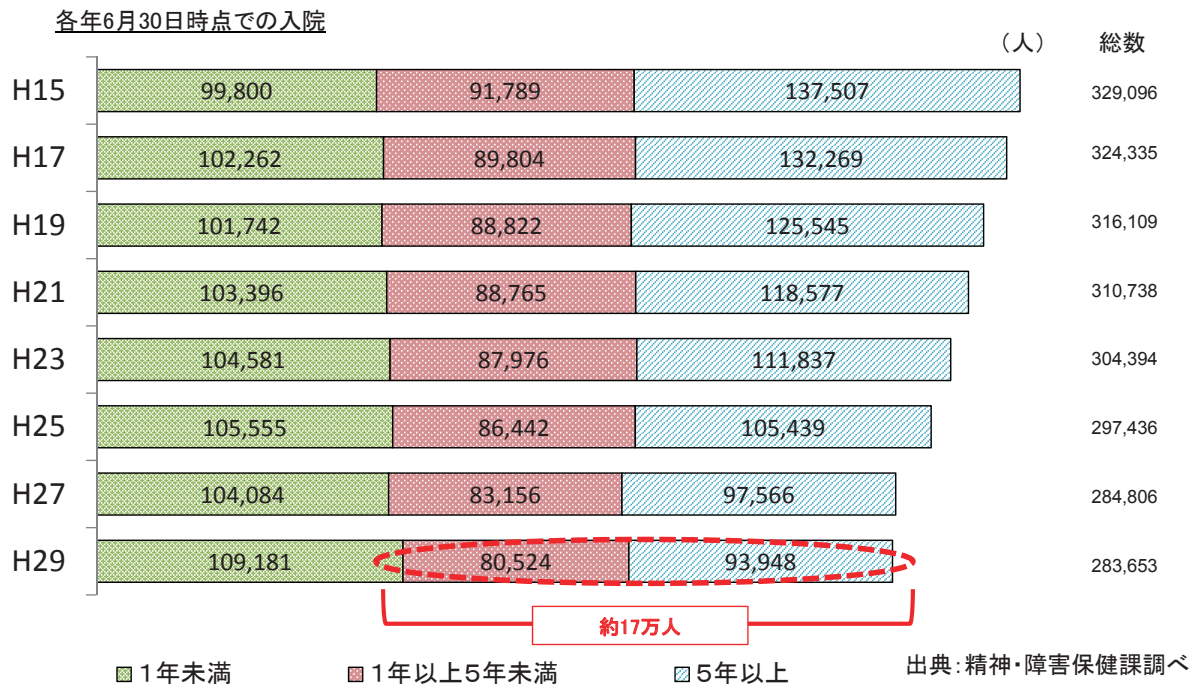
©Japan Care Manager Association 19

これまでの経緯等について

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部(本部長:厚生労働大臣)で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。
- 平成29年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、この「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
 - ※ 高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要である。
 このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けて、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。



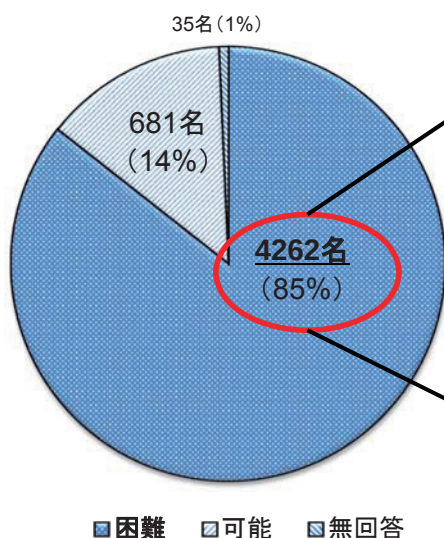
21
©Japan Care Manager Association

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

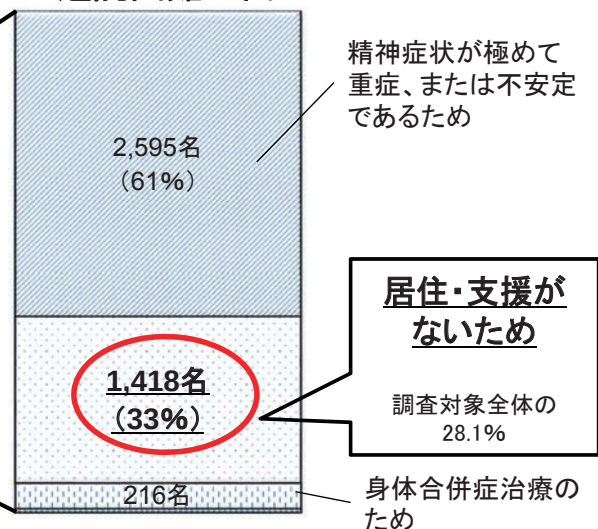
精神科病院における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

調査日時点の退院可能性



退院困難理由



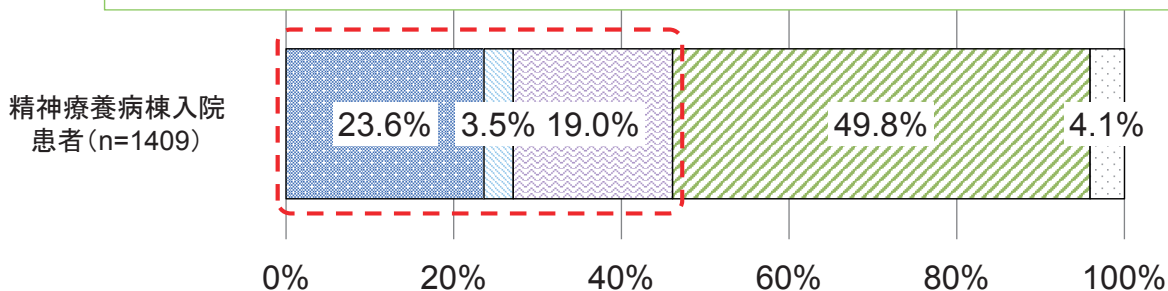
出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

22
©Japan Care Manager Association

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か③

精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

- 精神療養病棟に入院する患者の約1／2が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない

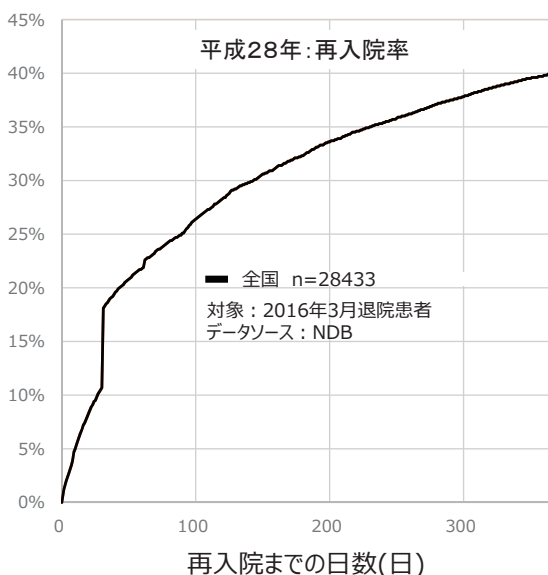
出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

©Japan Care Manager Association 23

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か④

- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
○ 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典：平成29年新精神保健福祉資料(全国)

重症精神障害者の退院後の地域サービス利用状況

3つの精神科病院における新規入院者で、スクリーニング調査により、包括的支援が必要とされた者のうち、退院後に居住地区における地域サービスを利用していた者の割合は

約33%

山口創生 他：重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト：ネステッドクロスセクショナル調査。精リハ誌。2015



©Japan Care Manager Association 24

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- 地域における生活の維持及び継続の推進
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 就労定着に向けた支援
障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- 地域共生社会の実現に向けた取組
発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

- 施設入所者の地域生活への移行
 - 地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
 - 施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
 - ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】
 - 保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
 - 精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
 - 退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)
- 地域生活支援拠点等の整備
 - 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備
- 福祉施設から一般就労への移行
 - 一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
 - 就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
 - 移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
 - ※ 実績を踏まえた目標設定
 - 就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)
- 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】
 - 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
 - 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
 - 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
 - 医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

4. その他の見直し

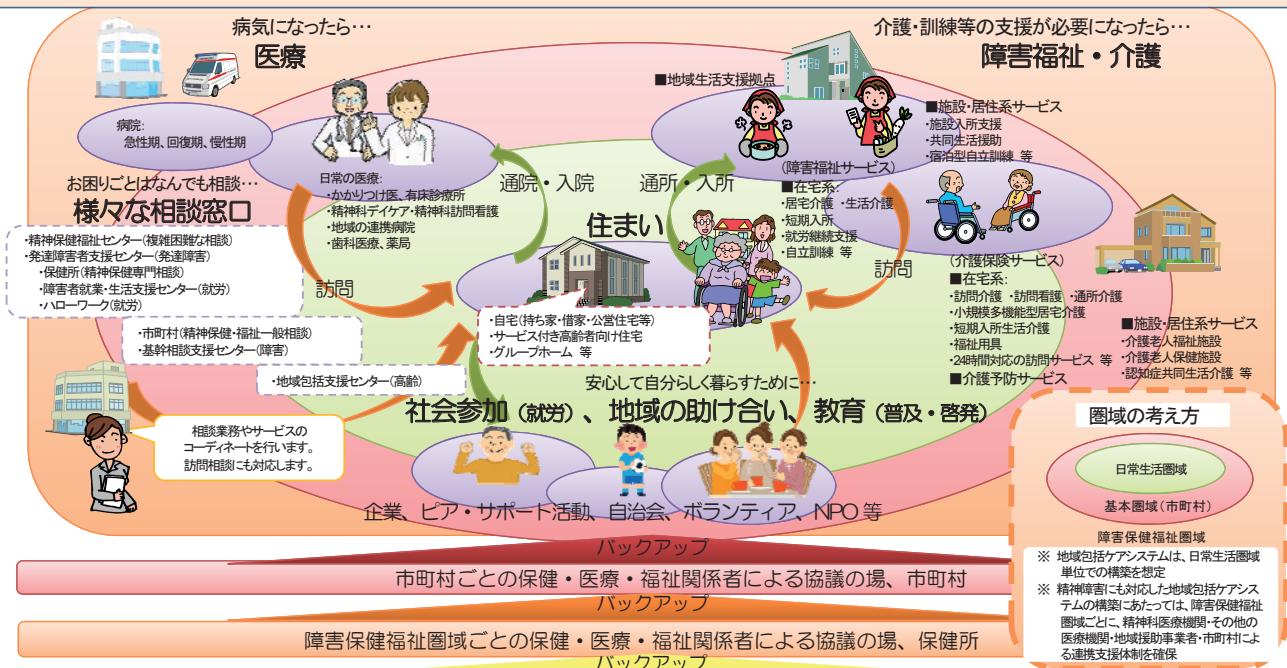
- 障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- 難病患者への一層の周知
- 障害を理由とする差別の解消の推進
- 意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

25

©Japan Care Manager Association

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ)

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



26

©Japan Care Manager Association



地域共生社会の実現と 障害者総合支援法の理解

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業



地域共生社会の実現と障害者総合支援法の理解

目 次

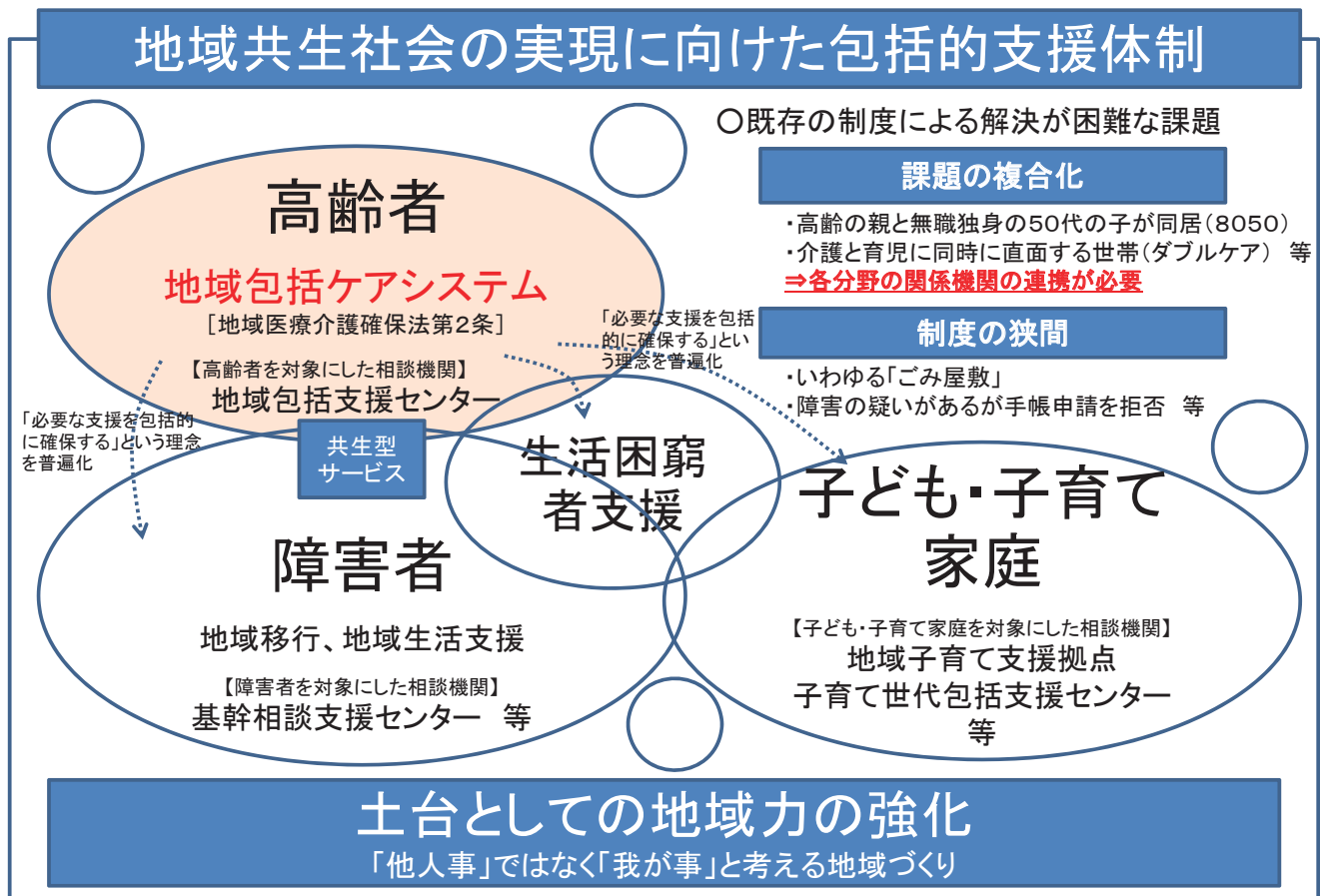
- ・ 地域共生社会の理解
- ・ 障害者福祉の現状
- ・ 障害者虐待防止対策等について
- ・ 相談支援専門員と介護支援専門員の連携について

※ この科目の資料は、一部を除き厚労省が作成したもので、各審議会等で活用されている。

地域共生社会の理解

©Japan Care Manager Association 3

地域共生社会の実現と障害者総合支援法の理解



©Japan Care Manager Association 4

地域共生社会の実現に向けた取組の推進

(地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律【平成29年6月2日公布】)

「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備

社会福祉法の改正
【2018年4月1日施行】

1. 地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
 - 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(*)
- (*) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

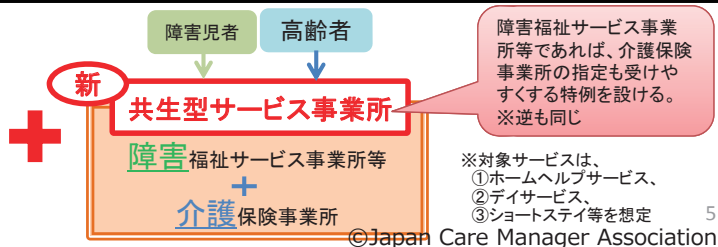
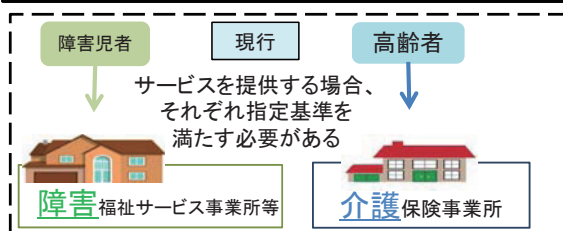
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



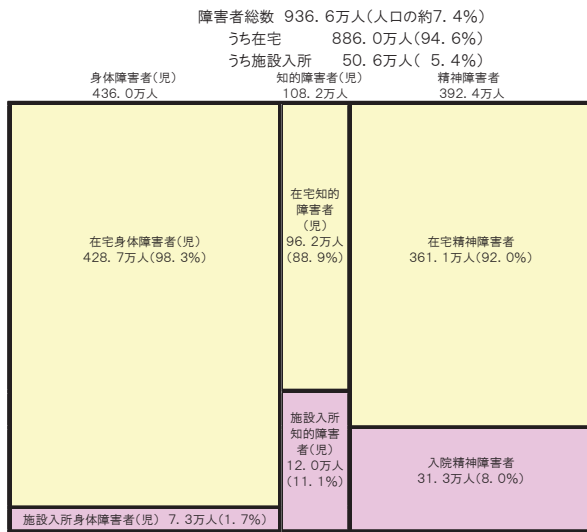
©Japan Care Manager Association

障害者福祉の現状

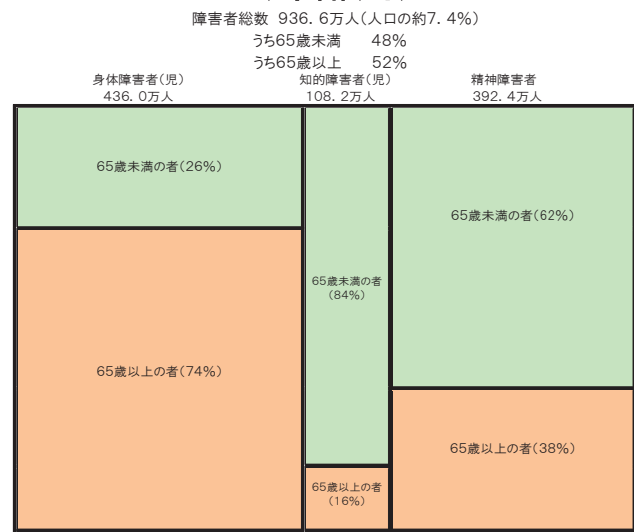
障害者の数

- 障害者の総数は936.6万人であり、人口の約7.4%に相当。
- そのうち身体障害者は436.0万人、知的障害者は108.2万人、精神障害者は392.4万人。
- 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

(在宅・施設別)



(年齢別)



※身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は平成28年(在宅)、平成27年(施設)の調査等、精神障害者数は平成26年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。

※平成28年の調査における在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。

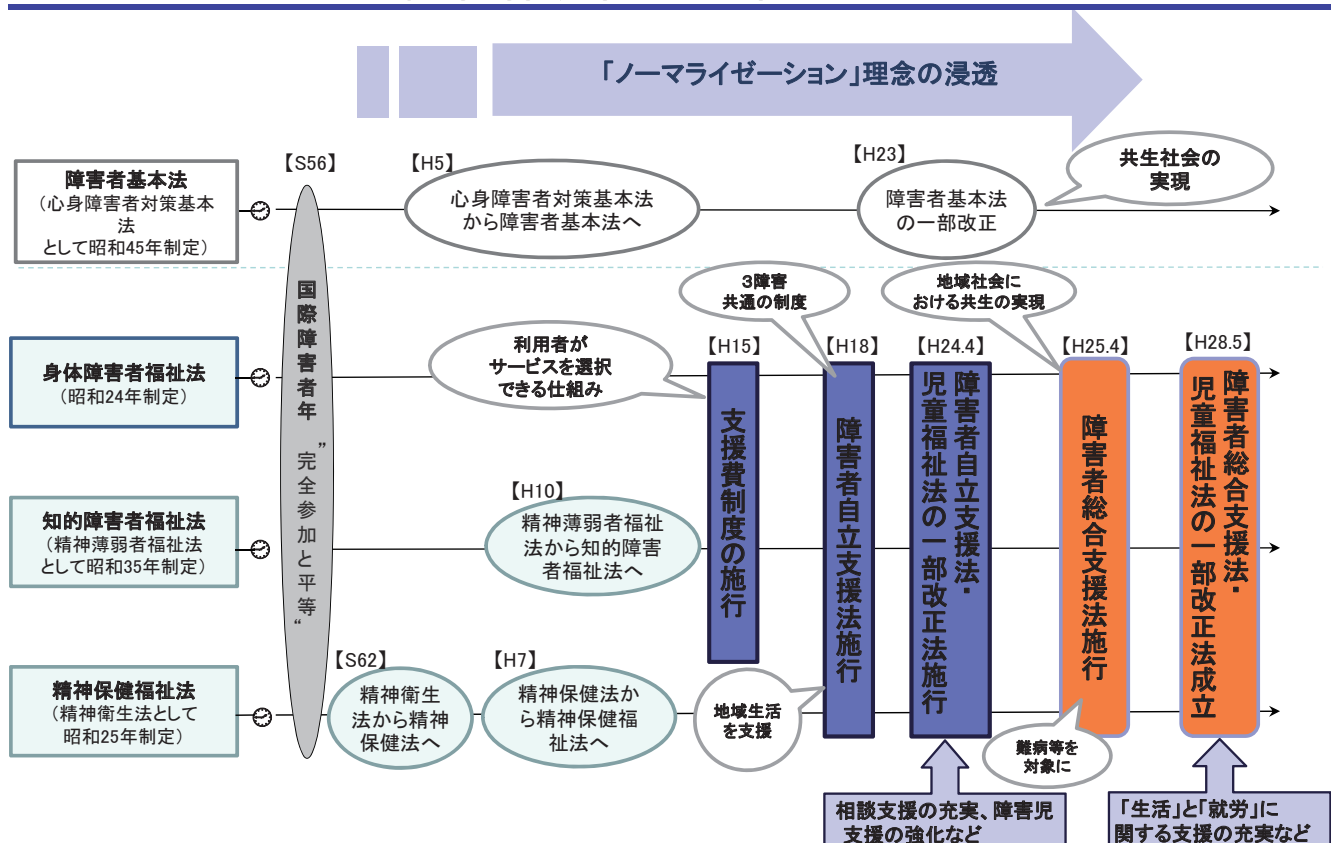
※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持者、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。

※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。

©Japan Care Manager Association

7

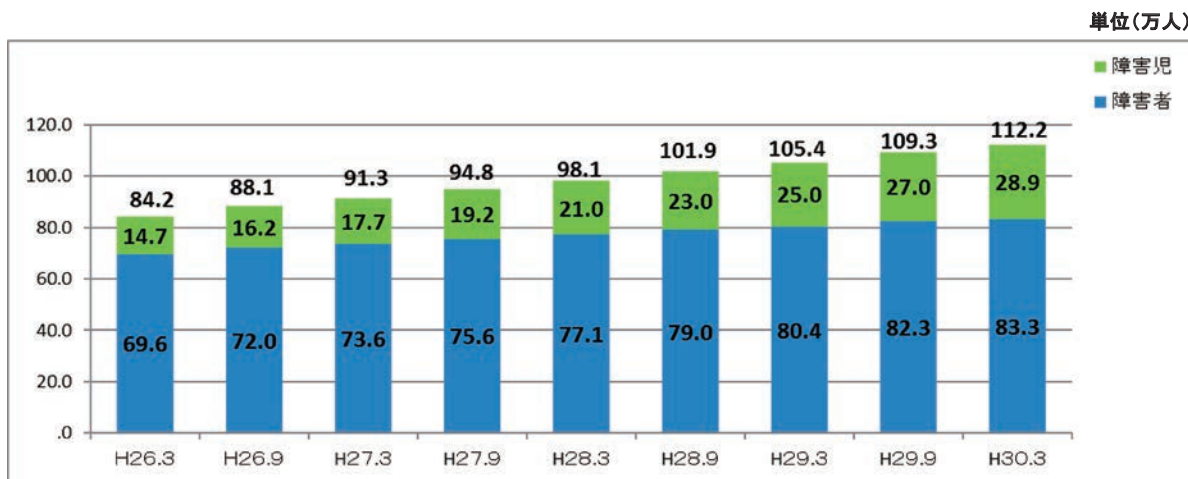
障害保健福祉施策の歴史



©Japan Care Manager Association

8

利用者数の推移(6ヶ月毎の利用者数推移)(障害福祉サービスと障害児サービス)



○平成29年3月→平成30年3月の伸び率(年率)..... 6.4%

(30年3月の利用者数)

このうち	身体障害者の伸び率.....	0.8%	身体障害者.....	21.5万人
	知的障害者の伸び率.....	2.7%	知的障害者.....	38.8万人
	精神障害者の伸び率.....	8.1%	精神障害者.....	21.2万人
	障害児の伸び率.....	14.8%	難病等対象者.....	0.3万人(2,698人)
			障害児.....	30.4万人(※)
			(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)	

※各年代の前年同月における伸び率

20歳以上30歳未満.....	3.4%	50歳以上60歳未満.....	7.0%
30歳以上40歳未満.....	1.6%	60歳以上65歳未満.....	0.7%
40歳以上50歳未満.....	2.9%	65歳以上.....	6.0%

©Japan Care Manager Association

9

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律(概要)(平成28年5月25日成立)

趣 旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概 要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する(自立生活援助)
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する(就労定着支援)
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減(償還)できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

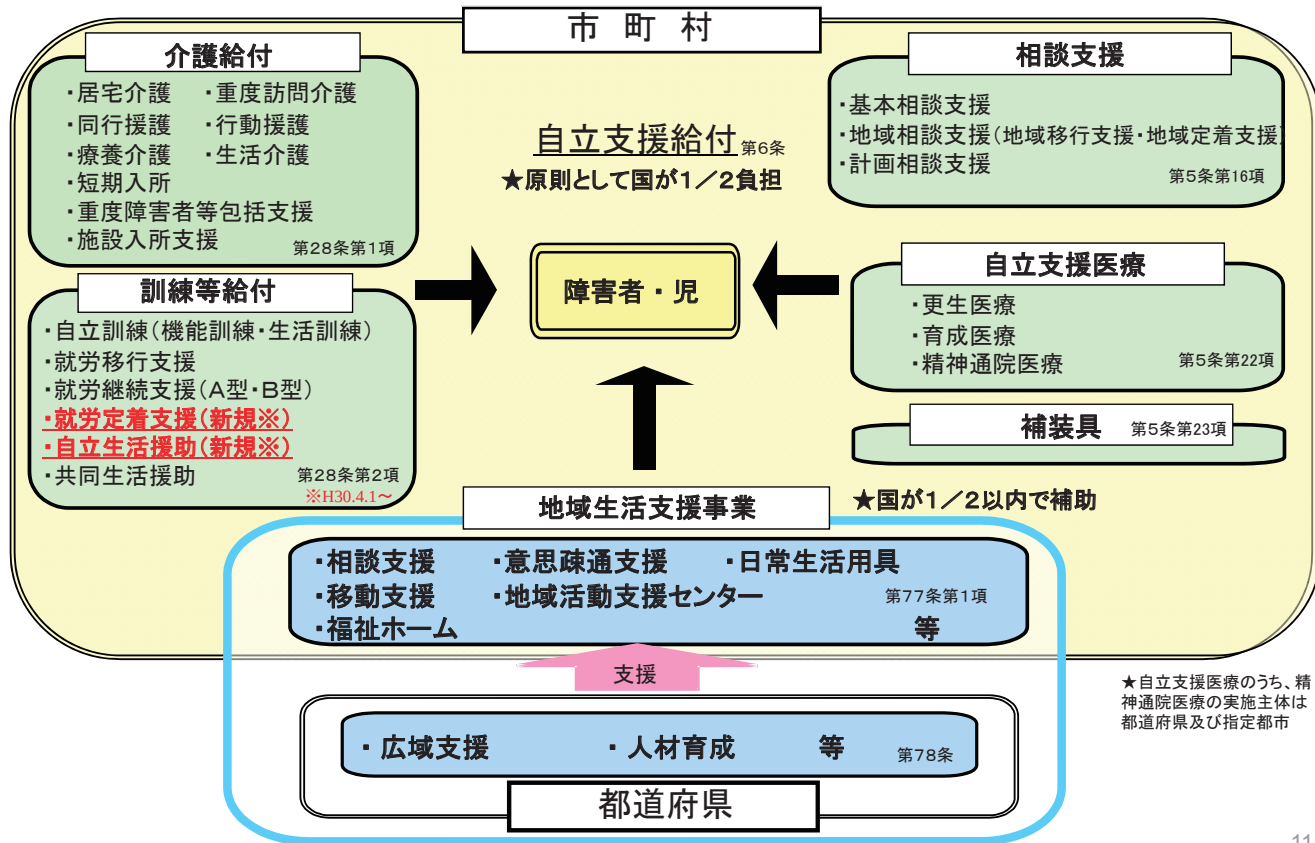
施行期日

平成30年4月1日(2.(3)については公布の日)

10

©Japan Care Manager Association

障害者総合支援法の給付・事業



©Japan Care Manager Association

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数
訪問系 介護給付 日中活動系 施設系 居住支援系 訓練等給付 訓練系・就労系	居宅介護	者 児	175,663	19,866
	重度訪問介護	者	11,030	7,440
	同行援護	者 児	25,421	5,918
	行動援護	者 児	10,506	1,648
	重度障害者等包括支援	者 児	36	10
	短期入所	者 児	53,020	4,649
	療養介護	者	20,431	252
	生活介護	者	281,550	10,149
	施設入所支援	者	129,347	2,588
	自立生活援助	者	25	6
訓練等給付 訓練系・就労系	共同生活援助	者	116,356	7,866
	自立訓練(機能訓練)	者	2,292	178
	自立訓練(生活訓練)	者	12,296	1,158
	就労移行支援	者	34,356	3,330
	就労継続支援(A型)	者	69,223	3,753
	就労継続支援(B型)	者	244,765	11,722
	就労定着支援	者	138	25

(注) 1.表中の「者」「児」は「障害者」「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、平成30年4月サービス提供分(国保連データ)

©Japan Care Manager Association

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援	84,306	5,609
		医療型児童発達支援	2,018	97
		放課後等デイサービス	193,948	12,278
訪問系	障害児支援に係る給付	新規 居宅訪問型児童発達支援	1	1
		保育所等訪問支援	2,569	464
入所系	障害児支援に係る給付	福祉型障害児入所施設	1,533	184
		医療型障害児入所施設	1,906	185
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援	150,241	7,981
		障害児相談支援	66,717	4,554
		地域移行支援	603	322
		地域定着支援	3,084	515

※ 障害児支援は、個別に利用の要否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない）※ 相談支援は、支援区分によらず利用の要否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注）1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。2.利用者数及び施設・事業所数は、平成30年4月サービス提供分（国保連データ）

13
©Japan Care Manager Association

支給決定プロセスについて

サービス等利用計画については、平成27年度からは市町村が支給決定を行うに際し、全ての利用者を対象とする。

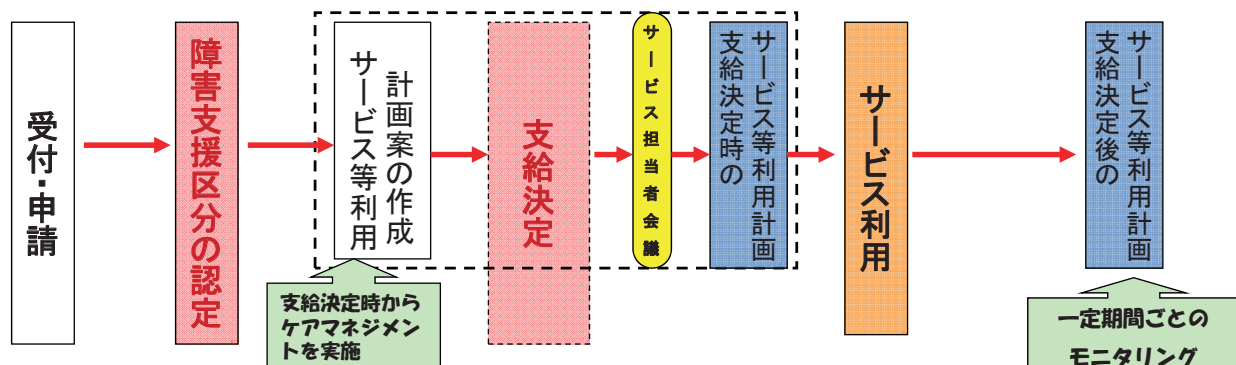
市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。

- * 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案（セルフプラン）を提出可。
- * サービス等利用計画作成対象者を拡大する。

支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）について、計画相談支援給付費を支給する。

障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画（障害者のサービス等利用計画に相当）を作成する。

- * 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。（障害児に係る計画は、同一事業者が一体的（通所・居宅）に作成）



©Japan Care Manager Association

障害支援区分とは？

障害者総合支援法第4条第4項

この法律において「障害支援区分」とは、障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分をいう。

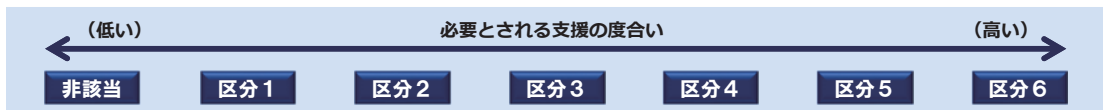
支給決定プロセスの透明化・明確化のため、
公正・中立・客観的な指標の一つとして認定されるもの。

15
©Japan Care Manager Association

障害者総合支援法における「障害支援区分」の概要

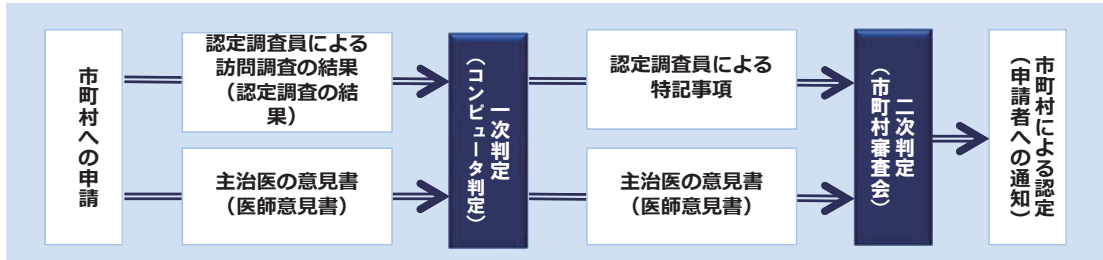
① 障害支援区分の定義（法第4条第4項）

- 障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの。



② 障害支援区分の認定手続き

- 市町村は、障害者等から介護給付費等の支給に係る申請を受理した場合、以下の手続きによる「障害支援区分の認定」を行う。



③ 市町村審査会による二次判定結果（平成28年10月～平成29年9月）

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
47件	5,436件	45,448件	48,993件	42,851件	35,819件	53,253件	231,847件
0.0%	2.3%	19.6%	21.1%	18.5%	15.4%	23.0%	100.0%

16
©Japan Care Manager Association

○障害者支援の基本理念

自らの生き方、暮らし方を選択し、実現できる「自己決定」「自己実現」

(参考) 第3次障害者基本計画(抜粋)

Ⅱ 基本的な考え方

基本理念

(中略) 障害者を、必要な支援を受けながら、自らの決定に基づき社会のあらゆる活動に参加する主体としてとらえ、障害者が自らの能力を最大限発揮し自己実現できるよう支援する(中略)

→どこに住んでも平等に公平にサービスを利用できるようにするための指標

→慣れていない状況、初めての場所のため「できない場合」を評価する

Cf. 介護保険の要介護認定

→「より頻回な状況」を評価する

Cf. 日常生活又は社会生活において障害者が受ける制限は、社会の在り方との関係によって生ずるといいういわゆる「社会モデル」

17

©Japan Care Manager Association

障害支援区分の認定調査項目(80項目)

1. 移動や動作等に関連する項目(12項目)			
1-1 寝返り	1-2 起き上がり	1-3 座位保持	1-4 移乗
1-5 立ち上がり	1-6 両足での立位保持	1-7 片足での立位保持	1-8 歩行
1-9 移動	1-10 衣服の着脱	1-11 じょくそう	1-12 えん下
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目(16項目)			
2-1 食事	2-2 口腔清潔	2-3 入浴	2-4 排尿
2-5 排便	2-6 健康・栄養管理	2-7 薬の管理	2-8 金銭の管理
2-9 電話等の利用	2-10 日常の意思決定	2-11 危険の認識	2-12 調理
2-13 掃除	2-14 洗濯	2-15 買い物	2-16 交通手段の利用
3. 意思疎通等に関連する項目(6項目)			
3-1 視力	3-2 聴力	3-3 コミュニケーション	3-4 説明の理解
3-5 読み書き	3-6 感覚過敏・感覚鈍麻	—	—
4. 行動障害に関連する項目(34項目)			
4-1 被害的・拒否的	4-2 作話	4-3 感情が不安定	4-4 昼夜逆転
4-6 同じ話をする	4-7 大声・奇声を出す	4-8 支援の拒否	4-9 徘徊
4-11 外出して戻れない	4-12 1人で出たがる	4-13 収集癖	4-14 物や衣類を壊す
4-16 異食行動	4-17 ひどい物忘れ	4-18 こだわり	4-19 多動・行動停止
4-21 自らを傷つける行為	4-22 他人を傷つける行為	4-23 不適切な行為	4-24 突発的な行動
4-26 そう鬱状態	4-27 反復的行動	4-28 対人面の不安緊張	4-29 意欲が乏しい
4-31 集中力が続かない	4-32 自己の過大評価	4-33 集団への不適応	4-34 多飲水・過飲水
4-5 暴言暴行	4-10 落ち着きがない	4-15 不潔行為	4-20 不安定な行動
4-25 過食・反すう等	4-30 話がまとまらない	—	—
5. 特別な医療に関連する項目(12項目)			
5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置
5-5 酸素療法	5-6 レスビレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護
5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル

(総合評価得点項目群別色分け凡例)

...起居動作
 ...生活機能Ⅰ
 ...生活機能Ⅱ
 ...視聴覚機能
 ...応用日常生活動作
 ...認知機能

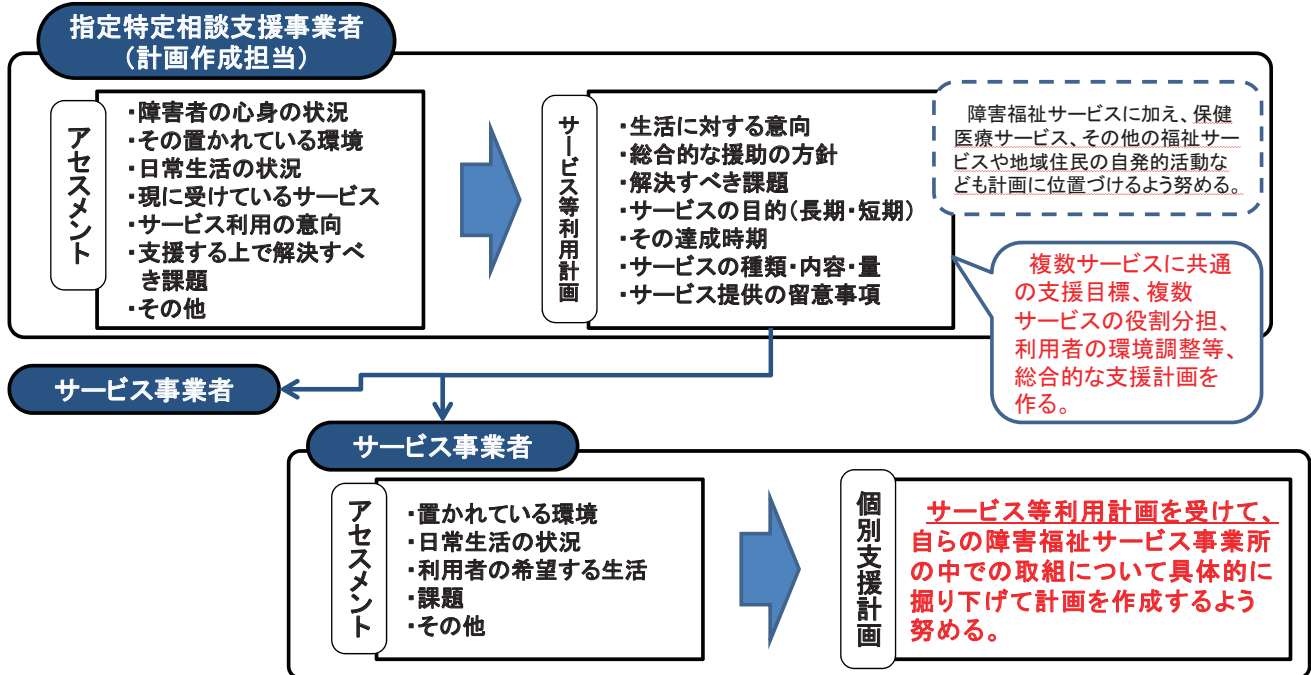
...行動上の障害A群
 ...行動上の障害B群
 ...行動上の障害C群
 ...特別な医療

18

©Japan Care Manager Association

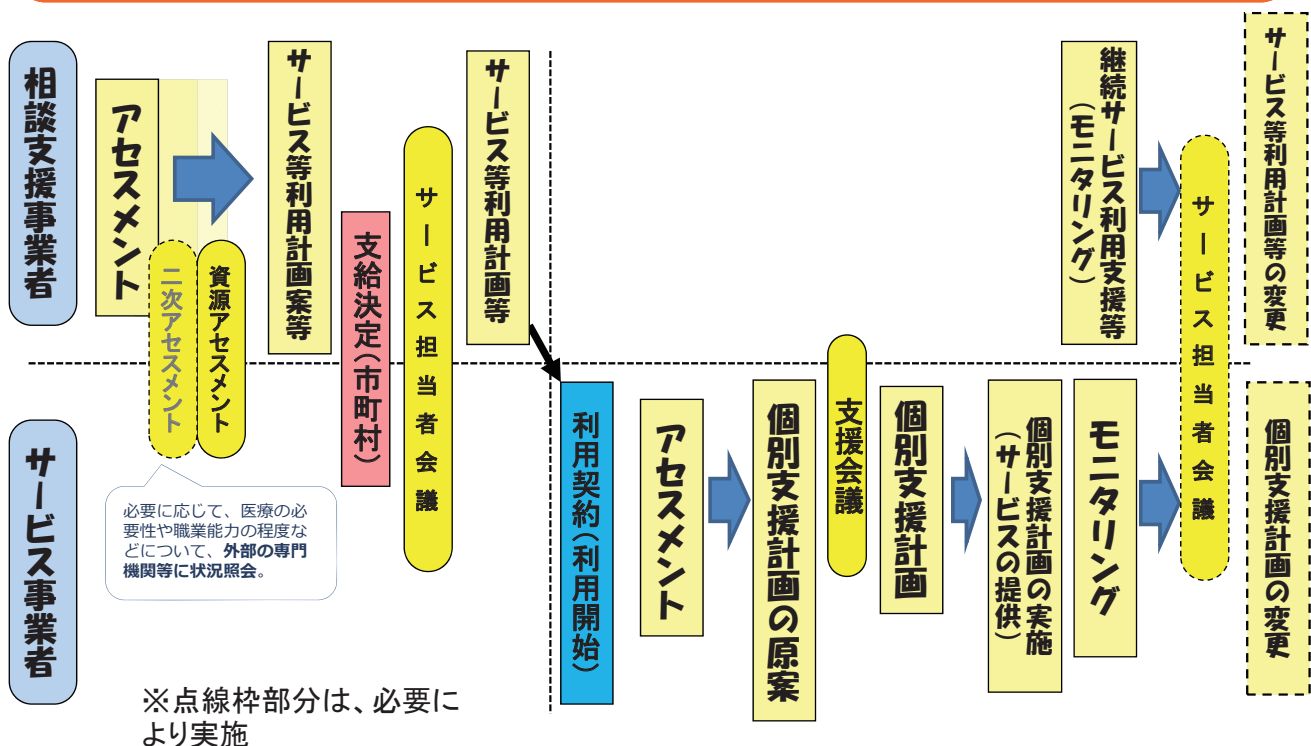
サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。



©Japan Care Manager Association 19

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係



©Japan Care Manager Association 20

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

- 障害者の重度化・高齢化への対応、医療的ケア児への支援や就労支援サービスの質の向上などの課題に対応
- 改正障害者総合支援法等（H28.5成立）により創設された新サービスの報酬・基準を設定
- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：+0.47%

障害者の重度化・高齢化を踏まえた、地域移行・地域生活の支援

1. 重度の障害者への支援を可能とするグループホームの**新たな類型を創設**
2. 一人暮らしの障害者の理解力、生活力等を補うための支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「自立生活援助」の報酬を設定**
3. 地域生活支援拠点等の機能強化
4. 共生型サービスの基準・報酬の設定

医療的ケア児への対応等

1. 人工呼吸器等の使用や、たん吸引などの医療的ケアが必要な障害児が、必要な支援を受けられるよう、**看護職員の配置を評価する加算を創設**
2. 障害児の通所サービスについて、**利用者の状態や事業所のサービス提供時間に応じた評価**を行う
3. 障害児の居宅を訪問して発達支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「居宅訪問型児童発達支援」の報酬を設定**

精神障害者の地域移行の推進

1. 長期に入院する精神障害者の地域移行を進めるため、**グループホームでの受入れに係る加算を創設**
2. 地域移行支援における地域移行実績等の評価
3. 医療観察法対象者等の受入れの促進

就労系のサービスにおける工賃・賃金の向上、一般就労への移行促進

1. **一般就労への定着実績等に応じた報酬体系**とする
2. 一般就労に移行した障害者に生活面の支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「就労定着支援」の報酬を設定**

障害福祉サービスの持続可能性の確保

1. 計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価
2. 送迎加算の見直し

21

©Japan Care Manager Association

「自立生活援助」の報酬の設定【新サービス】

- 平成28年の障害者総合支援法改正において、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを創設（「自立生活援助」）。

対象者

- 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者 等

支援内容

- 定期的に利用者の居宅を月2回以上訪問し、
- ・ 食事、洗濯、掃除などに課題はないか
 - ・ 公共料金や家賃に滞納はないか
 - ・ 体調に変化はないか、通院しているか
 - ・ 地域住民との関係は良好か
- などについて確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。
- 定期的な訪問だけでなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行う。
- 標準利用期間は1年（市町村判断で延長可能）

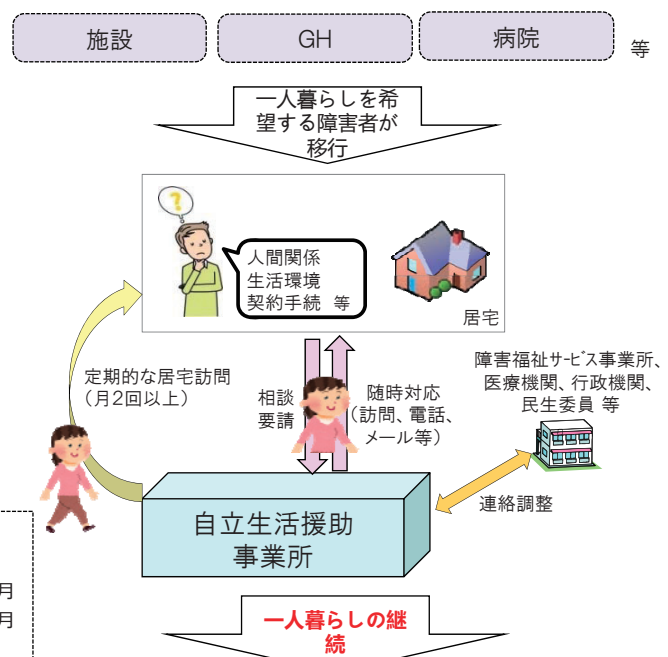
基本報酬

自立生活援助サービス費（退所等から1年以内の利用者）※

① 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が30未満 1,547単位/月

② 利用者数を地域生活支援員の人数で除した数が30以上 1,083単位/月

※ このほか、退所等から1年を超える利用者の基本報酬も設定



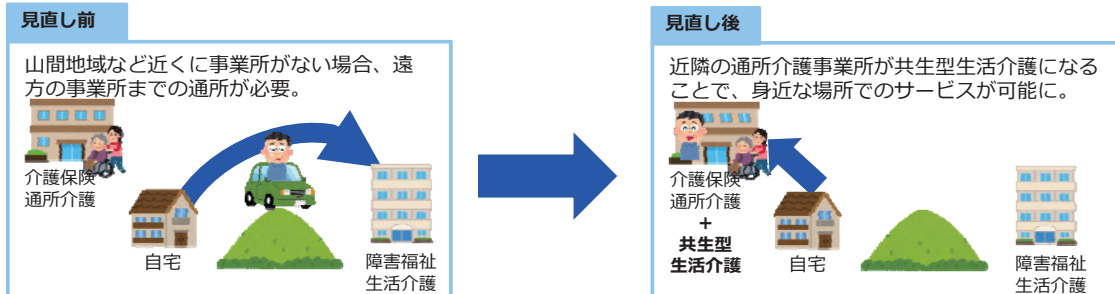
22

©Japan Care Manager Association

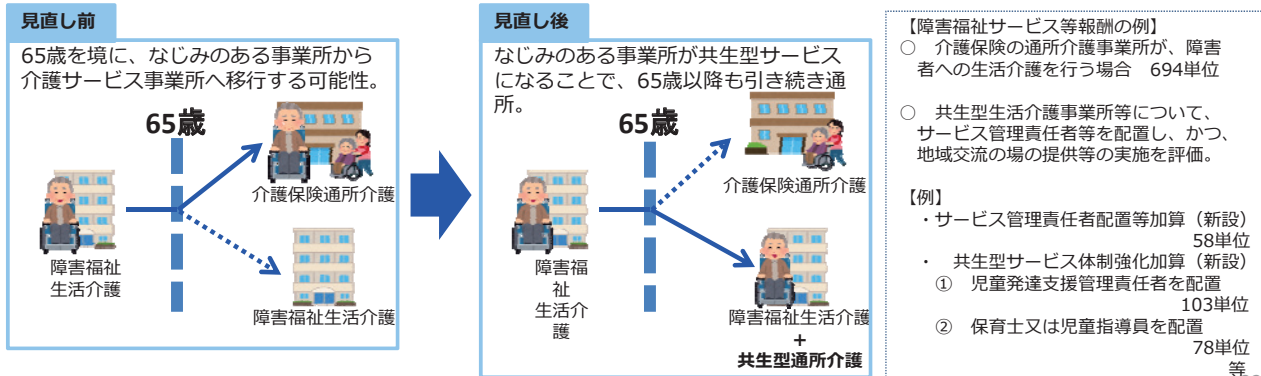
共生型サービスの基準・報酬の設定

- 介護保険サービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に障害福祉（共生型）の指定を受けられるよう、障害福祉の居宅介護、生活介護、短期入所等の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。

○介護サービス事業所が共生型障害福祉サービスの指定を受ける場合（障害報酬）



○障害福祉サービス事業所が共生型介護サービスの指定を受ける場合（介護報酬）



©Japan Care Manager Association

精神障害者の地域移行の推進

- 長期に入院する精神障害者等の地域移行を進めていくため、地域生活支援拠点等の整備を促進し、その機能の充実・強化を更に進めるとともに、生活の場であるグループホームを確保し、地域相談支援等の既存サービスや新たに創設された自立生活援助の活用により、関係機関・関係者による連携や、サービスを複合的に提供できる体制を強化する。

グループホームにおける精神障害者の支援の評価

精神科病院等に1年以上入院していた精神障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助等を社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師等が実施することを評価。

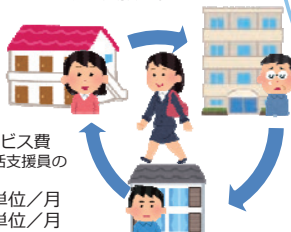


精神障害者地域移行特別加算 300単位/日（退院から1年以内）

※ 加えて、日中サービス支援型共同生活援助（再掲）において、重度・高齢の精神障害者に対する支援を実施。

自立生活援助による訪問支援【再掲】

一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行う。



地域生活支援拠点等【再掲】 による地域全体で支える 提供体制の構築



地域移行支援における地域移行実績等の評価

精神科病院等からの地域移行を促進するため、地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。



（新）地域移行支援サービス費（Ⅰ）3,044単位/月

医療観察法対象者の受入れ促進

医療観察法対象者や刑務所出所者等の社会復帰を促すため、訓練系、就労系サービス事業所において、精神保健福祉士等の配置や、訪問により支援を実施していることを評価。



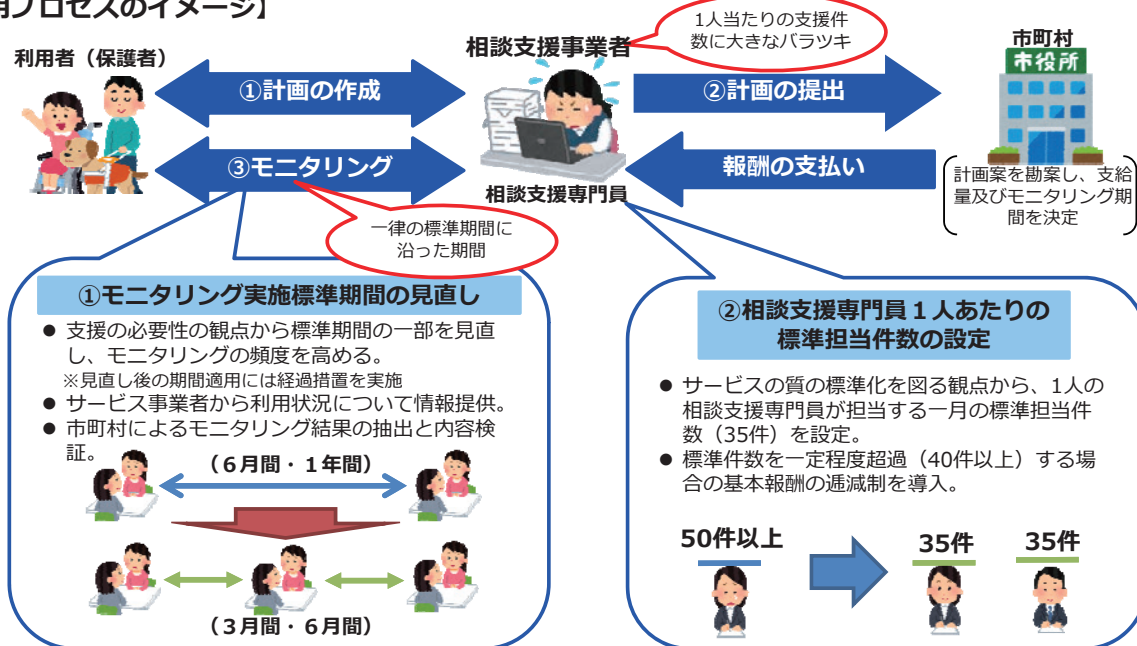
社会生活支援特別加算 480単位/日

©Japan Care Manager Association

計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価①

- 計画相談支援・障害児相談支援の利用プロセスは下図のとおりとなっているが、
- ①一律的に標準期間に沿ったモニタリング期間を定めている市町村が多いこと（6ヶ月に1度が5割超）、
 - ②相談支援専門員1人当たりの支援件数に大きなバラツキがあること（担当件数の1月平均は13.5件。50件以上担当している者も存在）、
 - ③事業所の質の評価として特定事業所加算が存在するが、個々の支援に目した加算は存在しないことが課題となっていることから、これらに着目した見直しを行う。

【利用プロセスのイメージ】



25

©Japan Care Manager Association

計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価②

③特定事業所加算の拡充

※相談支援専門員等の手厚い配置等を評価する加算

- 支援の質の向上と効率化を図るために特定事業所加算を拡充。
 - ・ より充実した支援体制を要件とした区分を創設。
 - ・ 事業者が段階的な体制整備を図れるよう、現行の要件を緩和した区分を一定期間（3カ年）に限り設ける。

【加算Ⅰ・Ⅱ】
400・500単位/月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員 4名以上
- 1名は主任相談支援専門員（加算Ⅰ）
- 1名は現任研修修了者（加算Ⅱ）
- 24時間連絡体制の確保 等

【加算Ⅲ】
300単位/月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員 3名以上
- 1名は現任研修修了者
- 24時間連絡体制の確保 等

【加算Ⅳ】
150単位/月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員 2名以上
- 1名は現任研修修了者
- 24時間連絡体制は不要 等

④高い質と専門性を評価する加算の創設

- 質の高い支援を実施した場合に、支援の専門性と業務負担を評価。

- 初回加算（計画相談支援に今回創設） 300単位/月
- 退院・退所加算 200単位/回
 - ・ 退院・退所後の地域生活への移行に向けた医療機関等との連携を評価
- 居宅介護支援事業所等連携加算（計画相談支援のみ） 100単位/月
 - ・ 利用者が介護保険サービスの利用へ移行する場合に、居宅介護支援事業所等に対し、居宅サービス計画等の作成に協力 等

- 専門性の高い支援を実施できる体制を整備し、公表している場合に評価。

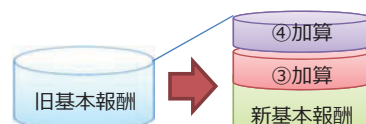
- 行動障害支援体制加算 35単位/月
 - ・ 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を配置
- 要医療児者支援体制加算 35単位/月
 - ・ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を配置
- 精神障害者支援体制加算 35単位/月
 - ・ 地域生活支援事業による精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等を修了した相談支援専門員を配置

⑤計画相談支援の基本報酬の見直し

- ①～④の見直しを踏まえ、一定程度適正化

※ 障害児相談支援は見直しを行わない
※ 新単価の適用には経過措置を実施

・ サービス利用支援費	1,611単位/月	➡	1,458単位/月
・ 継続サービス利用支援費	1,310単位/月	➡	1,207単位/月



26

©Japan Care Manager Association

障害者虐待防止対策等について

27
©Japan Care Manager Association

障害者虐待防止法の概要

(平成23年6月17日成立、同6月24日公布、
平成24年10月1日施行)

目 的

障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加によって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定 義

- 1 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 2 「障害者虐待」とは、次の3つをいう。

- ①養護者による障害者虐待
- ②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待
- ③使用者による障害者虐待

- 3 障害者虐待の類型は、次の5つ。(具体的要件は、虐待を行う主体ごとに微妙に異なる。)

- ①身体的虐待 (障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること)
- ②放棄・放置 (障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置等による①③④の行為と同様の行為の放置等)
- ③心理的虐待 (障害者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと)
- ④性的虐待 (障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること)
- ⑤経済的虐待 (障害者から不当に財産上の利益を得ること)

28
©Japan Care Manager Association

虐待防止施策

- 1 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 2 「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
【市町村の責務】 相談等、居室確保、連携確保 【スキーム】 	【設置者等の責務】 当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施 【スキーム】 	【事業主の責務】 当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施 【スキーム】

- 3 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

その他

- 1 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
- 2 市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。

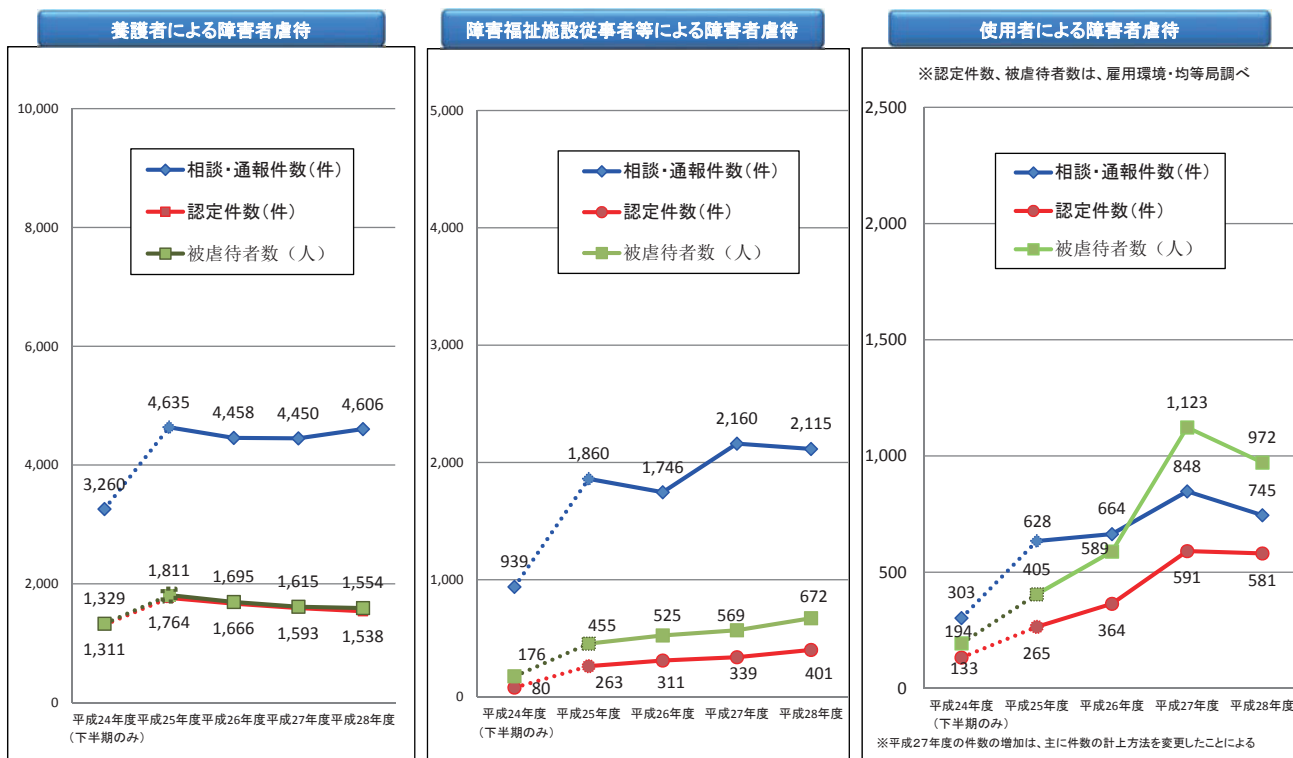
※ 虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

29

©Japan Care Manager Association

障害者虐待事例への対応状況等（調査結果）経年比較

注：平成24年度のデータは下半期のみのデータであり、経年比較としては平成25年度から平成28年度の4ヶ年分が対象。



30

©Japan Care Manager Association

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要

I 趣 旨

- 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

II 総 論

1. 意思決定支援の定義

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意志決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面

① 日常生活における場面

例えば食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等基本的生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。

日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面

自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

31

©Japan Care Manager Association

3. 意思決定支援の基本的原則

(1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。

(2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

(3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

(1) メリット・デメリットの検討

複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。

(2) 相反する選択肢の両立

二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)

(3) 自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体の安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

5. 事業者以外の視点からの検討

事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアサポーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることで、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

32

©Japan Care Manager Association

Ⅲ 各 論

1. 意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。

(1) 意思決定支援責任者の配置

意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心にかかわり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者や相談支援専門員が兼務することが考えられる。

(2) 意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、意思決定が必要な事項に関する参加者の情報を持ち寄り、意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組み。「サービス担当者会議」や「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

(3) 意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画（意思決定支援計画）を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

(4) モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定に必要なと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておく必要がある。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

4. 職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

33

©Japan Care Manager Association

5. 関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。協議会を活用する等、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

6. 本人と家族等に対する説明責任等

障害者と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。意思決定支援に関わった関係者等は、業務上知り得た秘密を保持しなければならない。

Ⅳ 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援
2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援
3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

○ 意思決定支援の流れ

意思決定が必要な場面 ・サービスの選択 ・居住の場の選択 等

本人が自分で決定できるよう支援

自己決定が困難な場合

意思決定支援責任者の選任とアセスメント

相談支援専門員・サービス管理責任者
兼務可

- 本人の意思決定に関する情報の把握方法、意思決定支援会議の開催準備等
- アセスメント ・本人の意思確認 ・日常生活の様子の観察 ・関係者からの情報収集 ・本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握 ・本人の生活史等、人的・物理的環境等のアセスメント ・体験を通じた選択の検討 等

意思決定支援会議の開催

サービス担当者会議・個別支援会議
と兼ねて開催可

本人・家族・成年後見人等・意思決定支援責任者・事業者・関係者等による情報交換や本人の意思の推定、最善の利益の判断

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動等から読み取れる意思と選好等の記録

意思決定に関する記録の
フィードバック

34

©Japan Care Manager Association

相談支援専門員と介護支援専門員の連携について

35
©Japan Care Manager Association

相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業 (平成29年度老人保健健康増進等事業)

実施主体：株式会社三菱総合研究所

1. 目的・ねらい

- 高齢障害者の介護保険移行においては、相談支援専門員と介護支援専門員の緊密な連携が必要である。
- そこで、本調査研究では、両専門員の具体的な連携内容、連携プロセス等の実態を把握し、高齢障害者の介護保険移行における、行政や両専門員の役割を整理することで、地域における関係者の協働を促進し、高齢障害者に個人の特性に応じて介護保険サービス、障害福祉サービスが適切に提供される仕組みの充実を図ることを目的とした。

2. 事業概要

- 事業所アンケート調査：特定相談支援事業所 326ヶ所／居宅介護支援事業所597ヶ所の回答から、連携実態を把握。
- 自治体ヒアリング調査：岩手県花巻市／新潟県新潟市（秋葉区）／滋賀県大津市／兵庫県三田市／島根県出雲市の取り組み事例を把握。
- モデル研修会：滋賀県において相談支援専門員と介護支援専門員を対象にした合同モデル研修会を実施。

3. 事業の成果（今後の展望等）

事業所アンケートから見た高齢障害者の介護保険移行の課題

- 相談支援専門員と介護支援専門員が**お互いを知らない**（制度の知識不足、多忙）
- 介護保険移行の**業務プロセスが標準化されていない**（情報提供の方法、移行に関するマニュアルや様式・ツール等）
- 介護保険移行に関する**教育・人材育成の仕組みが不十分**である
- 介護保険移行のあり方について**協議する場がない**
- 介護保険移行ケースは**事業所全体からみればわずかな**ため、課題解決に向けたアクションを起こしにくい

まずは両専門員が一つのテーブルを囲むことから

合同研修会のポイント

- 介護保険移行を円滑に進めるための**地域の基盤整備の第一ステップとして**、合同研修会は有効
- プログラム：制度に関する理解を深める座学＋お互い顔見知りになり、**今後協働して何ができるかを考えるグループワーク**
- 研修開催エリア：地域の関係者が**従来どの単位で連携を進めていたか**を踏まえ検討（単一市町村／圏域単位／都道府県全域で**重層的に**実施）

先行する取り組み事例から見た連携のポイント



- **制度の運用主体である市町村行政の役割**
介護保険移行は制度をまたぐため、個別の支援者だけでは対応しきれない。行政が、支援者の専門性を尊重しながら、制度の運用主体として推進することが重要。
- **高齢側の一元窓口としての地域包括支援センターの役割**
介護保険移行前の窓口は相談支援専門員に集約。移行後は、介護支援専門員の人数が多く、要支援・非該当で対応できない場合も、高齢側の相談窓口を地域包括支援センターに一元化し、移行の流れが円滑になり、支援の取りこぼしを防ぐことができる。
- **市町村行政、障害の支援者、高齢の支援者の三者協働の重要性**
市町村行政、障害、高齢の支援者が協働して介護保険移行を進めることで、相互の役割を理解し地域包括ケアを推進できる。
市町村行政が現場の声を踏まえて柔軟な行政判断を実施することは、重要な役割。介護保険移行は、この役割を実際の業務を通じて実感するのに極めて有効。
- **移行のあり方について検討する場の設定**
今後の移行ケースの増加予測等を踏まえ、市町村行政が主導して、一般的なケースをもとに移行の仕組みをつくるのが重要。具体的には、（自立支援）協議会等の活用が期待される。
- **人材育成における都道府県、専門職団体の役割**
市町村行政の担当職員数には限りがあり、障害・高齢のサービス提供基盤は単一市町村を越えて整備される場合も多いことを踏まえ、教育・人材育成は、単一市町村だけでなく、都道府県や専門職団体による広域の取り組みも積極的。



精神疾患の理解

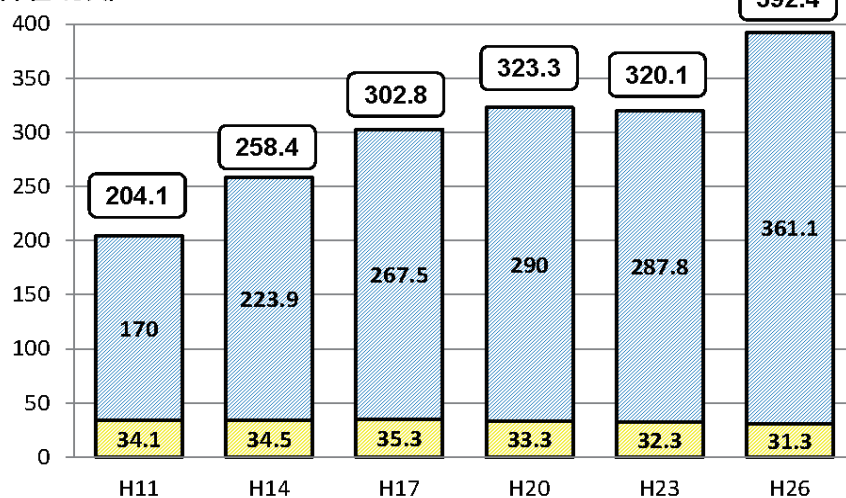
平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業

精神疾患の理解

I . 精神疾患に係る現状

精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)



○精神疾患は稀な疾患ではない。
○入院は全体の1割弱。

■外来患者数
■入院患者数

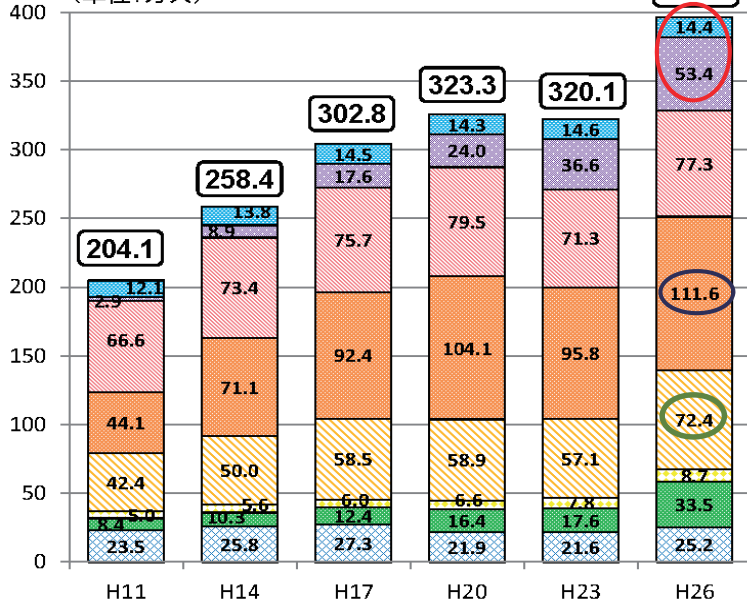
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成 2

©Japan Care Manager Association 3

精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)

(単位:万人)



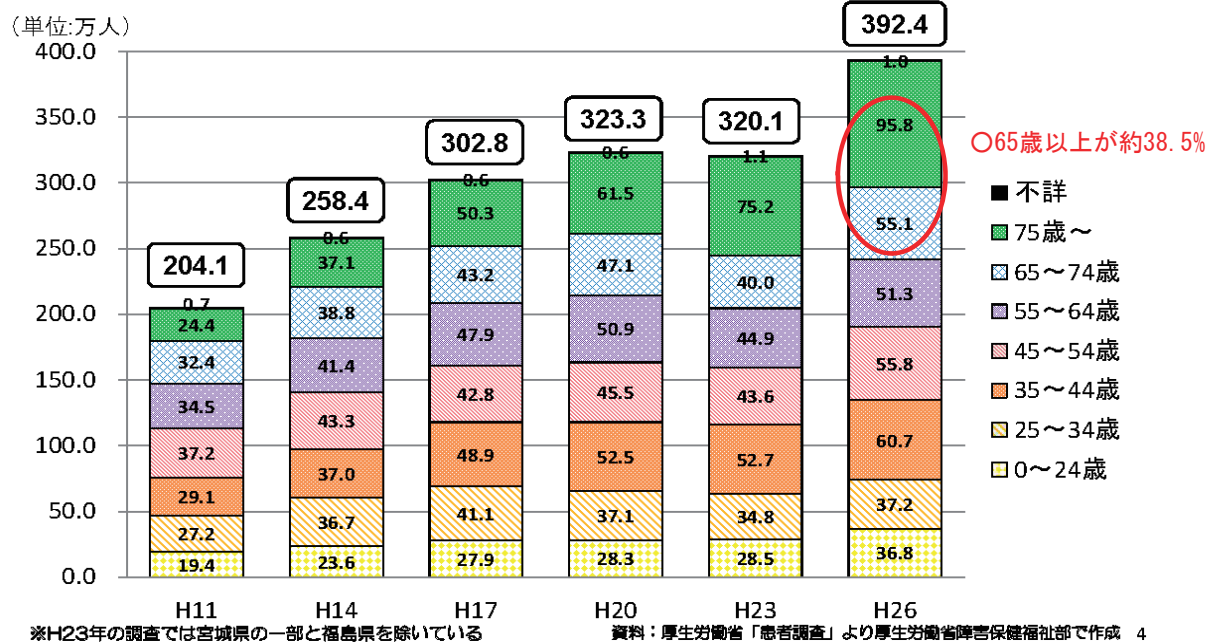
○囲みの疾患が増加傾向。

■認知症(血管性など)
■認知症(アルツハイマー病)
□統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
■気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
□神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
□精神作用物質使用による精神及び行動の障害
■その他の精神及び行動の障害
□てんかん

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成 3

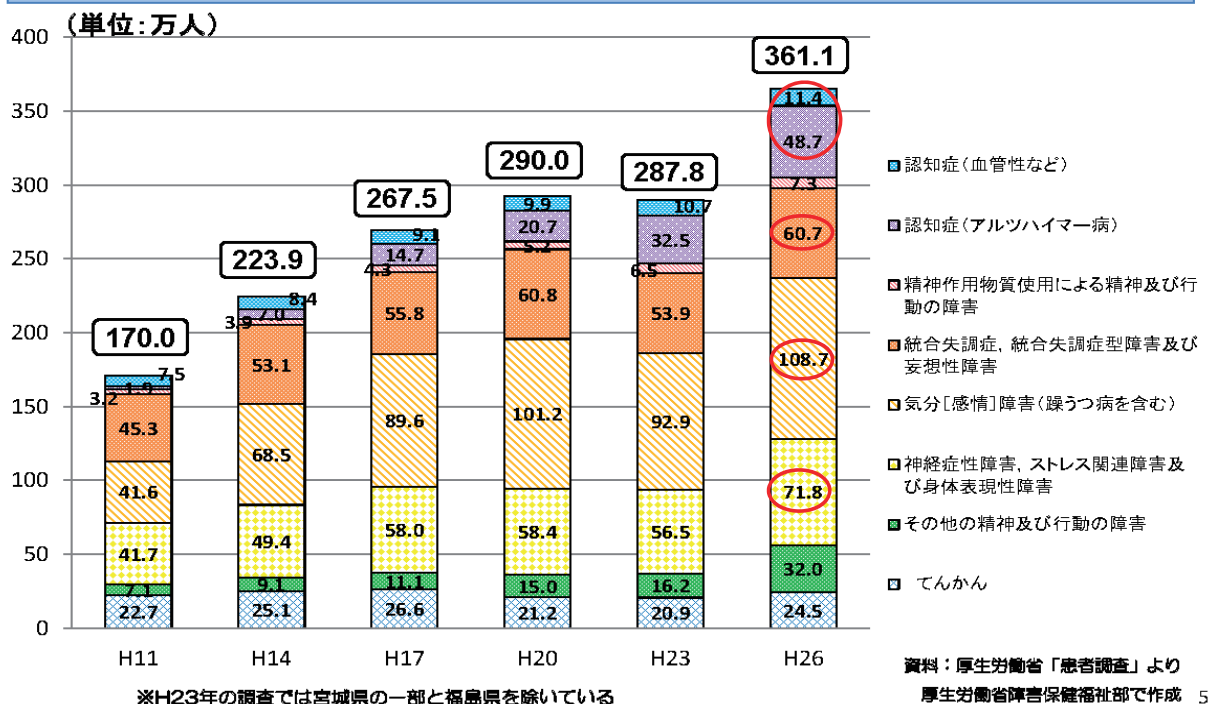
©Japan Care Manager Association 4

精神疾患を有する総患者数の推移 (年齢階級別内訳)



©Japan Care Manager Association

精神疾患を有する外来患者数の推移(疾病別内訳)



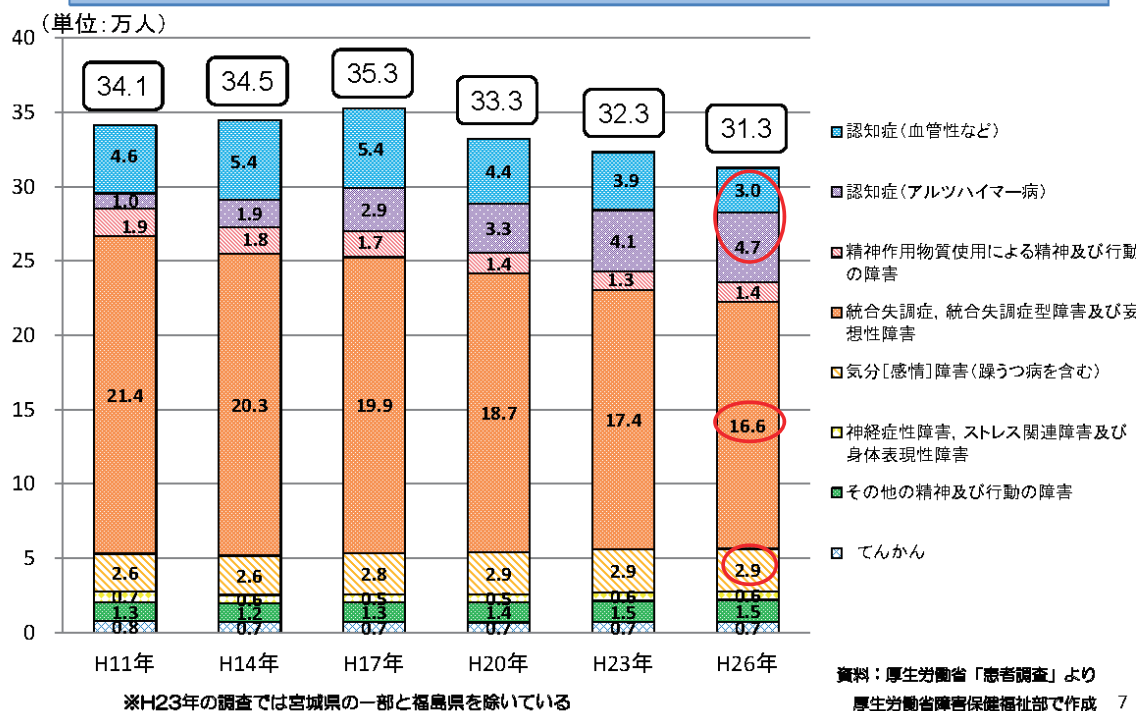
©Japan Care Manager Association

精神科外来で多く見かける疾患

- ①気分障害（躁うつ病を含む）
- ②神経症性障害・ストレス関連障害など
- ③統合失調症
- ④認知症関連疾患
- ⑤その他

©Japan Care Manager Association ⁷

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



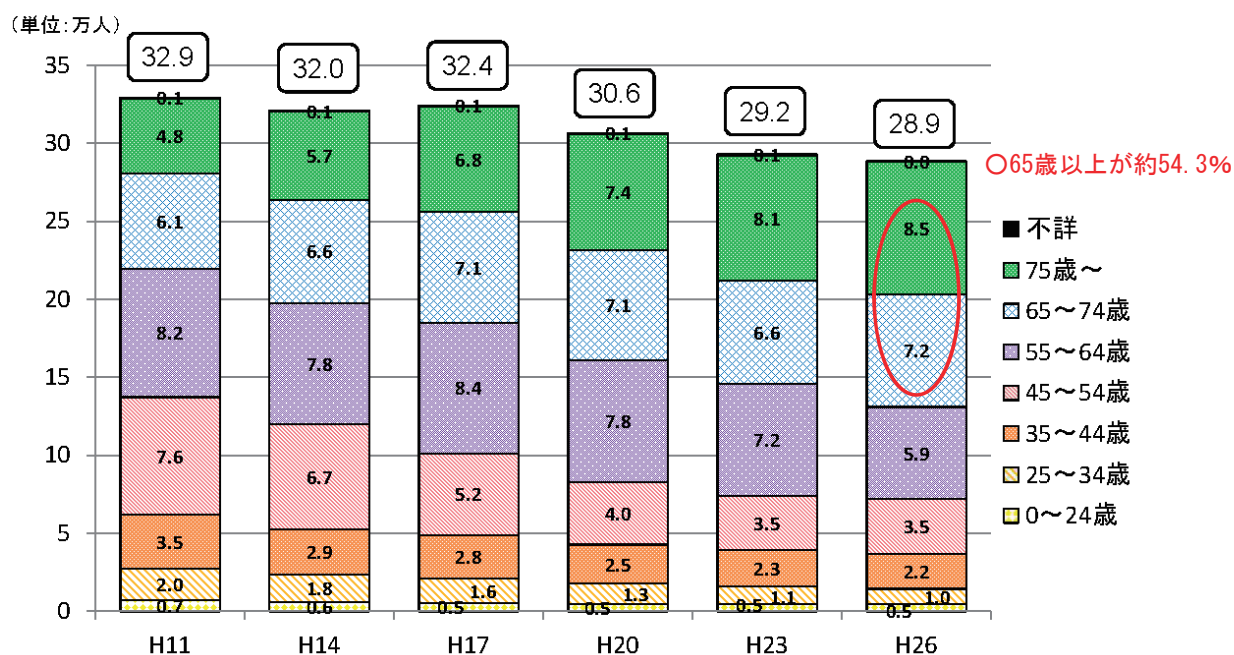
©Japan Care Manager Association ⁸

精神科入院で多く見かける疾患

- ①統合失調症
- ②認知症関連疾患
- ③気分障害（躁うつ病を含む）
- ④その他

©Japan Care Manager Association 9

精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

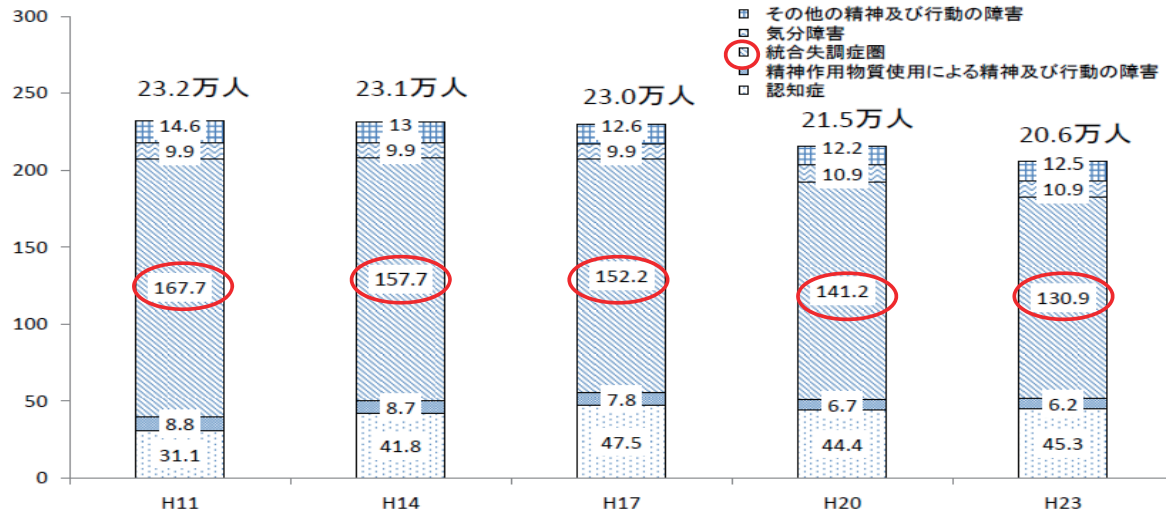
資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成 10

©Japan Care Manager Association 10

1年以上入院している精神科患者数の推移

○ 入院期間が1年以上の患者の疾患の半数以上は統合失調症圏である。

単位：千人



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

出典：患者調査

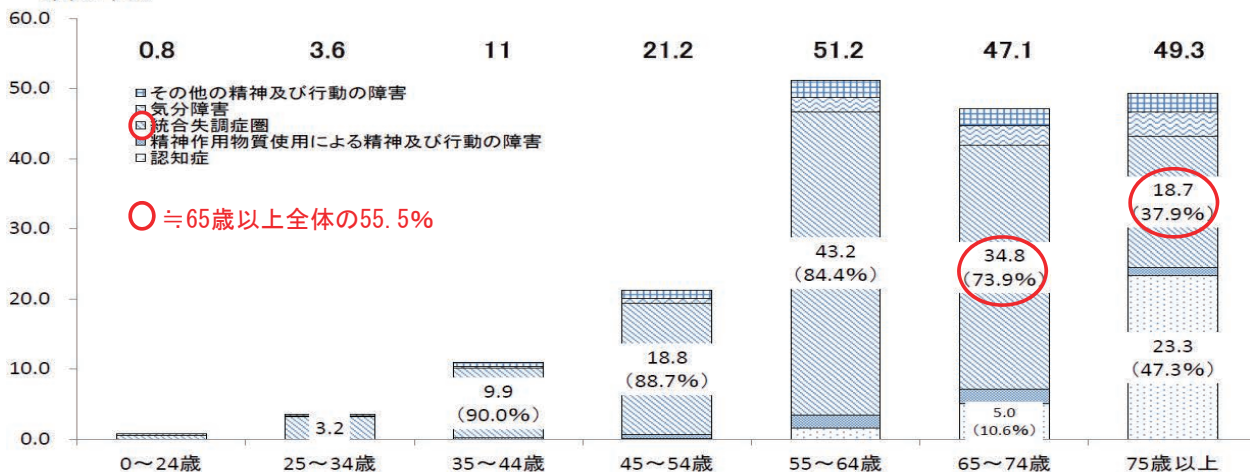
11

©Japan Care Manager Association

1年半以上入院している精神科患者数（年齢階級別）

- 1年半以上の入院者は55歳以上で多く、そのうち74歳までは統合失調症圏の患者が70%以上を占める。
- 一方、75歳以上の入院者では、認知症の患者が50%近くを占める。

単位：千人



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

※「不詳」を除く。

出典：平成23年患者調査

12

©Japan Care Manager Association

Ⅱ. 精神疾患の一般的特徴

13
©Japan Care Manager Association

精神疾患の特徴

- ①客観化・数量化がむずかしい。
- ②共有・共感がむずかしい。
- ③精神内界の混乱や苦しみ。
 - 奇妙・理解しづらい言動に映る。
 - 周囲との摩擦・誤解（偏見）につながる。
- ④時として「病識」がない（特に統合失調症）。
 - 治療の継続が困難となり、経過が不安定・揺れる場合が多い。
 - 医療の専門的な関わりが欠かせない。
- ⑤根本的な治療がむずかしい。
 - 疾患が長期・慢性化しやすい。
 - 病気の症状と障害とともに生活することを余儀なくされる。

14
©Japan Care Manager Association

Ⅲ. 精神疾患各論（重要な疾患・状態について）

15
©Japan Care Manager Association

精神疾患各論（重要な疾患・状態について）

1. 統合失調症
2. 気分（感情）障害
3. 物質依存症、物質関連障害
（アルコール依存症、アルコール関連障害）
4. せん妄

16
©Japan Care Manager Association

1. 統合失調症

①誘因・原因

何らかの脳神経の機能障害。
神経伝達物質のバランスの異常が背景にあると考えられるが、
原因の全ては、完全には解明されていない。

②頻度

人口の1%前後（約100人に1人の割合）。

③好発年齢

10代後半～30代での発症が大部分だが、40代以降発症の遅発性の
こともある。

※減少傾向にあるとはいえ、今なお（長期）入院患者数としては
最多の疾患。

※長期入院精神障害者の地域移行や地域生活支援を考える上で、
最も重要な疾患。

17
©Japan Care Manager Association

1. 統合失調症

④症状

- （1）自分と周囲の境界があいまいになる自我障害を背景とした、被害的な内容の幻覚・妄想を中核とする「陽性症状」と、
- （2）思考や感情を統合して、まとまりある言動に向かうことが困難となり、注意・集中・持続力や実行機能（優先順位づけ、臨機応変な対応）が減退する「認知機能障害」と、
- （3）次第に意欲や自発性、生き生きとした感情が失われ、無為・無関心な状態となる「陰性症状」

が特徴的。

18
©Japan Care Manager Association

1. 統合失調症

⑤治療

- (1) 陽性症状：抗精神病薬を中心とした薬物療法の継続が重要。
- (2) 認知機能症状
陰性症状：薬物療法の継続に加え、心理社会的療法（リハビリテーション）が有効。

これらの他に各種精神療法、状態により修正型電気けいれん療法（m-ECT）などを行う。

1. 統合失調症

⑥経過

- (1) 陽性症状が顕著になる急性増悪期を繰り返しながら、慢性の経過をたどるのが一般的。
- (2) その経過の中で「疾患（症状）」と、対人場面や学業・就労活動など、日常のさまざまな生活場面での多岐にわたる「困難（障害）」が併存する。

⑦予後

近年、軽症化の傾向にあるが、長期予後は多様で、再発を繰り返す度に悪化し、回復も不良となることが多い。
→ 再発防止のためにも、早期介入の支援体制が重要。

1. 統合失調症

⑧支援のポイント

○統合失調症の「生活のしづらさ」

○拒薬について

○統合失調症の患者とのコミュニケーション技術

21
©Japan Care Manager Association

統合失調症の「生活のしづらさ」

①日常生活の障害

食事、金銭管理、身だしなみ、服薬管理、社会資源の利用などが不得手になり、生活リズムも乱れがちになりやすい。

②対人関係の障害

他人の気持ちへの共感ができず、場の空気が読めない。協調性が保てず、何かを断るのが苦手。

③作業の障害

能率、集中力、持続力が低下し、疲れやすく手順も悪く、長続きしないことが多い。臨機応変・あいまいな対応が苦手。

④思考の障害

合目的手段・手順を組み立てることが不得手で、本筋から逸れて些末なことにこだわりやすい。病識や現実検討力の低下から、非現実的な考えや行動をとりやすい。

22
©Japan Care Manager Association

統合失調症の「生活のしづらさ」

障害年金診断書
(精神の障害用)



⑩障害の状態（ウ 日常生活状況）

（再認定のための障害状態確認届では⑥欄になります。）

〔記載例〕

ウ 日常生活状況 1 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境(該当するもの一つを○で囲んでください。) ○ 施設 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他() (施設を同居者の有無(有・無)) (イ) 全般的状況(家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。) 意思疎通は困難で、他者との交流は殆どない。日常生活全般で精神状態に配慮した援助に加え、身体的介護を常に要する。 2 日常生活能力の判定(該当するものにチェックしてください。) (判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかを判断してください。) (1)適切な食事 — 配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできると、自発的にできるが時 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (2)身の清潔保持 — 洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、自衛の準備や片付けができるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (3)金銭管理と買い物 — 金銭を強力に適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物ができるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (4)通院と服薬(薬)管理 — 規則的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (5)他人との意思伝達及び対人関係 — 他人の話を聞き、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (6)身の安全保持及び危機対応 — 事故等の危険から身を守る能力がある。通常と異なる事象となった時に他人に援助を求めるなどを含めて、適正に対応することができるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない (7)社会性 — 銀行での金銭の出入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。 ☐ できる ☐ には助言や指導を必要とする ☐ にはできないが助言や指導があればできる ☒ できない(専ら)は行わない	3 日常生活能力の程度(該当するもの一つを○で囲んでください。) ※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっと適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを使用してください。 (精神障害) (1) 精神障害(病的状態・発達症状・認知障害・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通に行える。 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手配の変化にたずさずと困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に出来ないことある。金銭管理はおぼろげである場合など。) (3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人関係は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。) (4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、着く適正な衣類が見つけられない。自発的な着替えが少ない。あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。) (5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。) (知的障害) (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通に行える。 (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であるが、抽象的なことは難しい。身近な生活一人でできる程度。) (3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などあれば作業が可能である。具体的な指示であれば理解ができ、身近な生活についてもおおむね一人でできる程度。) (4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業が可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身近な生活についても部分的にできる程度。) (5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数字の理解力がほとんどなく、簡単な手洗いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身近な生活のほとんど一人でできない程度。)
--	--

23

©Japan Care Manager Association

統合失調症の「生活のしづらさ」

2 日常生活能力の判定



「2 日常生活能力の判定」

※ 身体的機能の障害に起因する能力の制限（たとえば下肢麻痺による歩行障害など）は、この診断書による評価の対象としません。

※ 「できる」とは、日常生活および社会生活を行う上で、他者による特別の援助（助言や指導）を要さない程度のものを言います。また、「行わない」とは、介護者に過度に依存して自分で行うのに行わない場合や、性格や好き嫌いなどで行わないことは含みません。

(1) 適切な食事

※ 嗜吃的な食行動（たとえば拒食症や過食症）をもって「食べられない」とはしない。

1	できる	栄養のバランスを考え適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わず)
2	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする	だいたい自発的に適量の食事を栄養のバランスを考え適時にとることができるが、時に食事内容が質的かつたり不規則になったりするため、家族や施設からの提供、助言や指導を必要とする場合がある。
3	自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	1人では、いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に質的かつたり、いつも過食になったり、不規則になったりするため、定期的な助言や指導を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	常に食事へ目を配っておかないと不食、偏食、過食などにより健康を害するほどに適切でない食行動になるため、常時の援助が必要である。

(2) 身の清潔保持

1	できる	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等の身体の清潔を保つことが自発的に問題なく行える。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除や片付けができる。また、TPO(時間、場所、状況)に合った服装ができる。
2	自発的にできるが時には助言や指導を必要とする	身体の清潔を保つことができる程度自主的にできる。回数には少ないが、だいたい自室の清掃や片付けが自主的にできる。身体の清潔を保つためには、週1回程度の助言や指導を必要とする。
3	自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる	身体の清潔を保つためには、定期的な助言や指導を必要とする。自室の清掃や片付けを自主的にはせず、いつも部屋が乱雑になるため、定期的な助言や指導を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	常時支援をしても身体の清潔を保つことができなかったり、自室の清掃や片付けをしないか、できない。

(3) 金銭管理と買い物

※ 行為嗜癖に属する浪費や強迫的消費行動については、評価しない。

1	できる	金銭を強力に適切に管理し、1ヵ月程度のやりくりが自分でできる。また、1人で自主的に計画的な買い物ができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	1週間程度のやりくりはだいたい自分でできるが、時に収入を超える出費をしてしまうため、時として助言や指導を必要とする。
3	助言や指導があればできる	1人では金銭の管理が難しいため、3～4日に一度手渡して買い物に付き合うなど、定期的な援助を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	持っているお金をすぐに使ってしまうなど、金銭の管理が自分でできない、あるいは行おうとしない。

24

©Japan Care Manager Association

統合失調症の 「生活のしづらさ」

2 日常生活能力の判定



(4) 通院と服薬

1	できる	通院や服薬の必要性を理解し、自発的かつ規則的に通院・服薬ができる。また、病状や副作用について、主治医に伝えることができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	自発的な通院・服薬はできるものの、時に病院に行かなかったり、薬の飲み忘れがある（週に2回以上）ので、助言や指導を必要とする。
3	助言や指導があればできる	飲み忘れや、飲み方の間違い、拒薬、大量服薬をすることがしばしばあるため、経常的な援助を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	常時の援助をしても通院・服薬をしないか、できない。

(5) 他人との意思伝達及び対人関係

※ 1対1や集団の場面で、他人の話を聞いたり、自分の意思を相手に伝えたりするコミュニケーション能力や他人と適切につきあう能力に着目する。

1	できる	近所、仕事場等で、挨拶など最低限の人づきあいが自主的に問題なくできる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。友人を自分からつくり、継続して付き合うことができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	最低限の人づきあいはできるものの、コミュニケーションが挨拶や事務的なことにとどまりがちで、友人を自分からつくり、継続して付き合うには、時として助言や指導を必要とする。あるいは、他者の行動に合わせられず、助言がなければ、周囲に配慮を欠いた行動をとることがある。
3	助言や指導があればできる	他者とのコミュニケーションがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちである。友人を自分からつくり、継続して付き合うことができず、あるいは周囲への配慮を欠いた行動がたびたびあるため、助言や指導を必要とする。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	助言や指導をしても他者とのコミュニケーションができないか、あるいはしようとししない。また、隣近所・集団との付き合い・他者との協調性がみられず、友人等とのつきあいがほとんどなく、孤立している。

(6) 身辺の安全保持及び危機対応

※ 自傷（リストカットなど行為衝動的な自傷を含む。）や他害が見られる場合は、自傷・他害行為を本項目の評価対象に含めず、③障害の状態の把握（現在の病状又は状態像）及びイ欄（左記の状態について、その程度・症状・処方薬等の具体的記載）になるべく具体的に記載してください。

1	できる	道具や乗り物などの危険性を理解・認識しており、事故等がないよう適切な使い方・利用ができる（例えば、刃物を自分や他人に危険がないように使用する、走っている車の前に飛び出さない、など）。また、通常と異なる事態となった時（例えば火事や地震など）に他人に援助を求めたり指導に従って行動するなど、適正に対応することができる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	道具や乗り物などの危険性を理解・認識しているが、時々適切な使い方・利用ができないことがある（例えば、ガスコンロの火を消し忘れる、使用した刃物を片付けるなどの配慮や行動を忘れる）。また、通常と異なる事態となった時に、他人に援助を求めたり指示に従って行動できない時がある。
3	助言や指導があればできる	道具や乗り物などの危険性を十分に理解・認識できておらず、それらの使用・利用において、危険に注意を払うことができなかったり、頻回に忘れてしまう。また、通常と異なる事態となった時に、パニックになり、他人に援助を求めたり、指示に従って行動するなど、適正に対応することができないことが多い。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	道具や乗り物などの危険性を理解・認識しておらず、周囲の助言や指導があっても、適切な使い方・利用ができない、あるいはしようとししない。また、通常と異なる事態となった時に、他人に援助を求めたり、指示に従って行動するなど、適正に対応することができない。

25

©Japan Care Manager Association

統合失調症の 「生活のしづらさ」

2 日常生活能力の判定



(7) 社会性

1	できる	社会生活に必要な手続き（例えば行政機関の各種届出や銀行での金銭の出し入れ等）や公共施設・交通機関の利用にあたって、基本的なルール（常態化された約束事や手順）を理解し、周囲の状況に合わせて適切に行動できる。
2	おおむねできるが時には助言や指導を必要とする	社会生活に必要な手続きや公共施設・交通機関の利用について、習慣化されたものであれば、各々の目的や基本的なルール、周囲の状況に合わせた行動がおおむねできる。だが、急にルールが変わったりすると、適正に対応することができないことがある。
3	助言や指導があればできる	社会生活に必要な手続きや公共施設・交通機関の利用にあたって、各々の目的や基本的なルールの理解が不十分であり、経常的な助言や指導がなければ、ルールを守り、周囲の状況に合わせた行動ができない。
4	助言や指導をしてもできない若しくは行わない	社会生活に必要な手続きや公共施設・交通機関の利用にあたって、その目的や基本的なルールを理解できない、あるいはしようとししない。そのため、助言・指導などの支援をしても、適切な行動ができない、あるいはしようとししない。

26

©Japan Care Manager Association

統合失調症の 「生活のしづらさ」

3 日常生活能力の程度



「3 日常生活能力の程度」

※ 本項目について、「①障害の原因となった傷病名」欄に知的障害が含まれる場合（又は発達障害などで知的障害を伴っていて、《知的障害》欄の方が本人の状態を適切に評価できる場合）は本項目の《知的障害》欄で判定し、①欄に知的障害が含まれない場合は《精神障害》欄で判定してください。

《精神障害》

(1)	精神障害（病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等）を認めるが、社会生活は普通にできる。 ○ 適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身辺の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用などが自発的にできる。あるいは適切にできる。 ○ 精神障害を持たない人と同様に日常生活及び社会生活を送ることができる。
(2)	精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には援助が必要である。 ○ (1)のことが概ね自発的にできるが、時に支援を必要とする場合がある。 ○ 例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難となる。 ○ 日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。身辺の清潔保持は困難が少ない。ひきこもりは顕著ではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほほ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。
(3)	精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 ○ (1)のことは行うためには、支援を必要とする場合が多い。 ○ 例えば、医療機関等に行くなどの習慣化された外出は付き添われなくても自らできるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。身辺の清潔保持が自発的かつ適切にはできない。対人交流が乏しいか、ひきこもっている。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に過ぎない行動をとってしまうことがある。
(4)	精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 ○ (1)のことは経常的な援助がなければできない。 ○ 例えば、親しい人間がいなかったり、あるいは家族以外に医療・福祉関係者ととどまる。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に過ぎない行動をとってしまうがちである。
(5)	精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 ○ (1)のことは援助があってもほとんどできない。 ○ 入院・入所施設内においては、病棟内・施設内で常時個別の援助を必要とする。在宅の場合においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要であったり、往診等の対応が必要となる。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身辺の清潔保持も自発的には行えず、常時の援助を必要とする。

27

©Japan Care Manager Association

拒薬について

①拒薬のあらわれ

- (1) 本人が飲みたくないと言拒否する。
- (2) 病状の悪化。
(幻覚・妄想、不眠・興奮などが激しくなる、表情が陰しくなる…)
- (3) 他者・周囲からの情報。
- (4) 環境整備の時などに隠してあった薬を発見する。
- (5) 服薬行動の不自然さ。

106ページ／新ナースングレクチャー 精神疾患・高齢者の精神障害の理解と看護／坂田三充監修／中央法規出版／2012年／【一部加筆修正】

28

©Japan Care Manager Association

拒薬について

②拒薬時の対応

- (1) 拒薬を非難しない。
- (2) できれば理由を確かめる。
(詰問するのではなく、患者が自分で話すのを待つ)
- (3) 再度、服薬の必要性や薬の安全性をわかるように説明する。
- (4) 患者の状態が変わるのを待ち、再度勧める。
- (5) 服薬を勧める人を変えてみる。
- (6) 服薬時間や剤型の変更を検討する。

※日頃から「服薬の意味」「服薬の必要性」について伝える姿勢が重要。

106ページ／新ナーシングレクチャー 精神疾患・高齢者の精神障害の理解と看護／坂田三充監修／中央法規出版／2012年／【一部加筆修正】

29
©Japan Care Manager Association

拒薬について

③拒薬時の注意点

- (1) 深入りは禁物。
- (2) 基本的に「介護職」の役割は、対応(1)(2)まで。
- (3) 拒薬時は悪化時ととらえる。
- (4) 拒薬がわかった時あるいは拒薬が疑われる時は、
直ちに医療機関の医師、看護師、薬剤師などに連絡する。

→ 直ちに治療内容の再検討や入院治療が必要な場合も多い。

30
©Japan Care Manager Association

統合失調症の患者とのコミュニケーション技術

- ①患者の話は遮らず、傾聴し共感する意識を持つ。
- ②幻覚・妄想などの内容を頭から否定したり、無理に訂正しない。
- ③バカにしたり、子供扱いしない。
- ④こちらから伝えたいことは、簡潔に、わかりやすく、はっきりと。
- ⑤患者に巻き込まれて一緒に興奮しないように。焦らず慌てず。
- ⑥過干渉にならないように。
- ⑦先入観を持たないように。
- ⑧家族がいる人は、家族との関係性にも着目する。
- ⑨「何かいつもと違うこと」があれば、
直ちに医療機関（主治医）に連絡すること。

31

©Japan Care Manager Association

※老年期精神病（幻覚妄想状態）

- ①老年期に、統合失調症に似た幻覚妄想状態を発症することがある。
- ②症状は、幻覚と妄想が主体で、特に被害妄想が多い。
- ③統合失調症の妄想と比べ、妄想の対象は配偶者や近隣住民など身近なことが多く、**妄想の内容も世俗的（現実的）、具体的なことが多いのが特徴的。**
- ④統合失調症と比べ、**一般的に人格の変化は少ない。**
- ⑤発症に関わる要因はさまざまであり、認知症の始まりのこともあり、治療だけでなく、頭部や身体の検査が必要な場合も多い。
- ⑥本人は受診を拒否することも多く、その場合も**家族や関係者だけでも医療機関に受診（相談）するよう促すことが重要。**

32

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

気分（感情）障害は、気分と意欲が障害される、躁状態とうつ状態という両極端の状態が現れる精神疾患である。躁状態とうつ状態の双方が現れる躁うつ病（双極性障害）と、うつ状態のみが現れるうつ病に大きく2分される。この両者は、近縁の疾患だが基本的には別の疾患である。両疾患とも、あらゆる年代で発症する可能性があるが、

- うつ病の生涯罹患率は、5～15%程度で、女性は男性の約2倍と高率で、発病年齢の平均は、約40歳である。
- 躁うつ病（双極性障害）の生涯罹患率は、男女とも約1%程度で、発病年齢の平均は、約30歳である。

2. 気分（感情）障害

①うつ病

（1）誘因・原因

- 1) うつ病の原因は、完全には解明されていないが、脳の神経伝達物質であるセロトニンやノルアドレナリンで作動している神経の機能低下が推定されている。
- 2) 何らかの遺伝的素因のある人に、心的ストレス（良いことも悪いこともストレスになりうる）や身体的要因（疲労や病気、ホルモンバランスの変化）などが加わり、発症すると考えられている。
- 3) 病前性格として、生真面目・頑固・秩序を重んじる・他者配慮・仕事熱心などが特徴のメランコリー親和型性格が知られている。

（2）頻度・好発年齢

前記の通りだが、30歳代～60歳代までの発症が多い。

2. 気分（感情）障害

① うつ病

（3）症状

- 1) うつ病の基本症状は、「抑うつ気分」と「興味・喜びの喪失」で、これらに加えて、さまざまな精神症状や身体的不調などが現れる。次のチェックリストが参考になる。

〔必須症状〕 2週間以上、次の状態が続く。

- ☐ ほとんど毎日憂うつ。
- ☐ 以前は楽しめたことにも興味が薄れ、喜びを感じない。

※必須症状1つ以上と他の症状を併せて、5つ以上該当し、生活に支障がでている場は要注意。

〔その他の症状〕 ほとんど毎日、次の状態が続く。

- ☐ 食欲がない、またはあり過ぎる。
- ☐ 眠れない、または眠り過ぎる。
- ☐ 動きが低下する、イライラして落ち着かない。
- ☐ 疲れやすく、気力がわかない。
- ☐ 「自分は生きる価値がない人間」「皆に迷惑をかけている」と考える。
- ☐ 決断できない、集中できない状態が続く。
- ☐ 死にたくなる、自殺を繰り返し考える。

※必須症状が2つとも該当の場合は、他の症状が1つでも要注意。

47ページ／ケアマネ・福祉職のための精神疾患ガイド／山根俊恵他／中央法規出版／2016年／【一部加筆修正】

35

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

① うつ病

（4）治療

- 1) 「休養」「薬物療法」「精神療法」が3本柱。
- 2) うつ病に関係している身体疾患や薬剤（外因）があれば、その治療などの対応が必要。

3) 薬物療法

抗うつ薬を「十分な量」「一定期間」「正しく」服用することが重要。近年では、副作用の少ないSSRI・SNRIなどの新規抗うつ薬の使用が一般的だが、病状によっては、従来型の三環系抗うつ薬や抗精神病薬なども使用される。抗うつ薬の種類や効果、副作用などの詳細は参考図書を参照。

36

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

①うつ病

（４）治療

４）精神療法

一般的には、患者への心理教育、患者周囲の環境への介入を含めた支持的精神療法が行われる。

近年では、うつ病における抑うつ的な認知・思考パターンのゆがみを修正することを目指す、認知行動療法も注目されている。

また、**うつ病の精神療法の心得としては、以下の７ヶ条**があり、典型的なうつ病患者への接し方としても参考になる。

[うつ病の精神療法に関する笠原の７ヶ条]

- うつ病は病気であり、単なる怠けではないことを認識してもらう。
- できる限り休養を取ることが必要と認識してもらう。
- 抗うつ薬を十分量、十分な期間、欠かさず服用するよう指導する。
- 治療には、約3ヶ月は必要なことを指導する。
- 経過に一進一退があることを理解してもらう。
- 絶対に自殺しないことを約束してもらう。
- 治療が終了するまで、重大な決定事は延期する。

170ページ／神経疾患ビジュアルブック／落合慈之他／学研／2015年／【一部修正】

37

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

①うつ病

（４）治療

５）自殺企図が切迫している場合、薬物療法で難治な場合、老年期のうつ病（後述）で十分量の抗うつ薬投与が困難な場合などには、修正型電気けいれん療法（m-ECT）の施行が検討される。

６）**強い希死念慮や自殺企図が切迫している場合などには、入院治療が必要となる。**

38

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

①うつ病

（5）経過・予後

- 1) 典型的なうつ病の場合は、適切に治療が行われれば、数カ月で改善することが多いが、再発率も高く（50～60%程度が再発？）、改善後も、勝手な治療の中断はせず主治医の指示の元、療養にあたる必要がある。
また、うつ病全体の約2%が自殺既遂するとの報告もあり、経過には十分注意する必要がある。
- 2) 再発性のうつ病の10～15%で、経過中に躁うつ病に移行するとの報告もある。

2. 気分（感情）障害

①うつ病

（6）支援のポイント

- 1) うつ病になると、日常生活の多くが滞り、立ち行かなくなる。
また、不安や些細な訴えを繰り返すことも多くなる。
こうした状況に対して、共感的・支持的な態度で接することを心掛けることが、まず第一である。
- 2) こうした姿勢で、経過に応じて徐々に行動の拡大を図る。
- 3) 前述の通り、うつ病は、自殺の可能性もある「治療が必要な疾患」である点を認識すること。
仮に、改善した場合でも、さまざまな対応にあたっては、安易な判断はせず、主治医・医療従事者の判断を仰ぎながら支援にあたることが重要。

※老年期うつ病

- ①うつ病は、喪失体験がきっかけで発症することが多い。
- ②老年期は、さまざまな喪失体験が重なる時期。
例)
若さの喪失、健康の喪失、仕事の喪失、経済的な喪失、
知人の喪失、家族の喪失、特に配偶者の喪失…
- ③老年期うつ病では、身体に関する心氣的（深刻な状態ではない
にも関わらず、強い不安とこだわりを示す状態）な訴えが多くなる。
- ④それに伴い、不安・焦燥が強まり、自殺の危険性も高まる。
- ⑤一見、認知症と間違ふこともあり、鑑別診断と十分な治療のため、一刻も早く、医療機関を受診する必要がある。

2. 気分（感情）障害

- ②躁うつ病（双極性障害 以下、躁うつ病）
 - （1）誘因・原因
 - 1）躁うつ病の原因は、完全には解明されていない。
 - 2）遺伝的素因のある人に、心的ストレスや身体的な要因が加わり発症すると考えられている。
 - 3）病前性格として、社交的・柔和・陽気・親切などの循環気質が知られている。
 - （2）頻度・好発年齢
 - 1）前記の通りだが、躁うつ病の発症についての明確な性差はない。うつ病に比べて、遺伝的影響が強いと考えられている。

2. 気分（感情）障害

②躁うつ病

（3）症状

- 1) 躁うつ病は、気分高揚、気分爽快、易怒性、不眠、過活動などを特徴とする躁状態と、前項で説明した、うつ状態を反復して繰り返す精神疾患である。
- 2) 病的な躁状態かどうかについては、次のチェックリストが参考になる。

〔基本症状〕 1週間以上、次の状態が続く。
☐ 気持ちが高揚し、開放的な気分が続く。
☐ イライラしやすく、怒りっぽい。

※基本症状を含めて3つ以上該当する時は病的躁状態を疑う。

〔その他の症状〕 ほとんど毎日、次の状態が続く。
☐ 優越感が強く、自信過剰となる。
☐ 睡眠時間が減る、早く目が覚める、睡眠時間が短くても堪えない。
☐ 多弁でしゃべり続ける、要求が多くなる。
☐ 色々なことに関心が向かい、注意散漫になる。
☐ 考えが次々と溢れ出る、誇大的となる。

44ページ/ケアマネ・福祉職のための精神疾患ガイド/山根俊恵他/中央法規/2016年/【一部加筆修正】

43

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

②躁うつ病

（4）治療

- 1) 躁病相の治療は、うつ病相にも治療効果があり、再発予防効果もある気分安定薬（炭酸リチウム、抗てんかん薬）による薬物療法が基本である。
- 2) 躁うつ病の治療の3本柱は、「躁病相の治療」「うつ病相の治療」「再発防止の維持療法」となる。
- 3) 躁うつ病は、些細なきっかけで再発を繰り返すことが多いため、安定期（維持期）においても、薬物療法や精神療法などを中心とした、維持療法（再発予防療法）は欠かすことができない。
- 4) 躁病相は、うつ病相に比べて急速・急激に悪化し、外来では対応困難であることが多く、十分な治療と患者保護の観点から、大半で入院加療が必要となる。

44

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

②躁うつ病

（5）経過・予後

- 1) 躁うつ病は、躁病、うつ病のそれぞれのエピソードが一度だけで終わることはなく、大半の患者が一生の間で、それぞれのエピソードを何度も繰り返す。
- 2) 長期予後では、約15%が良好、約45%が再発が多いが良好、約30%が部分寛解、約10%が慢性化して不良との報告や、全体の約1/3で社会的・生活機能の低下を余儀なくされるとの報告もある。

45

©Japan Care Manager Association

2. 気分（感情）障害

②躁うつ病

（6）支援のポイント

- 1) 躁状態が軽度の場合（軽躁状態）は、正常と病的の判別が困難で、その結果として、発見や対応が遅れることがある。
日頃と比べて、表情が喜々としている、洋服や化粧が派手になった、雑な行動が目立つ…などの変化に十分注意し、普段と違うと感じた時は、直ぐに医療機関に報告する。
- 2) 躁状態では、些細な刺激に反応して興奮状態におちいることが多く、患者の気分の波に巻き込まれず、距離感を持って支援することが重要だが、躁状態になってしまうと病識がなくなるので、深入りはせず、直ぐに医療機関（治療）につなぐ必要があることに十分留意する。

46

©Japan Care Manager Association

3. 物質依存症、物質関連障害 (アルコール依存症、アルコール関連障害)

①物質依存症とは

ある物質・薬物を繰り返し摂取しているうち、その物質・薬物が有害とわかっているにもかかわらず、その物質・薬物の摂取をやめられなくなることがあり、このような状況を物質依存症と呼ぶ。

②物質依存の3要素

(1) 精神依存

物質・薬物の強い欲求が生じ、自分ではコントロールできない状態。

(2) 身体依存

物質・薬物の使用をやめると身体症状（禁断症状）が現れる状態。

(3) 耐性

物質・薬物を繰り返し摂取しているうちに、同じ量では快感が弱くなり、同じ効果を得るために摂取量が増えていく状況。

47
©Japan Care Manager Association

3. 物質依存症、物質関連障害 (アルコール依存症、アルコール関連障害)

③依存性物質の分類

	精神依存	身体依存	耐性	物質
モルヒネ型	+++	+++	+++	モルヒネ、ヘロイン
アルコール・バルビツール型	++	++	++	アルコール、睡眠薬、鎮痛薬、抗不安薬
コカイン型	+++	—	—	コカイン
大麻型	++	—	—	大麻（マリファナ）
アンフェタミン型 （覚せい剤）	+++	—	+	覚せい剤（ヒロポン）
幻覚剤型	+	—	+	LSD
有機溶剤型	+	—	+	シンナー

151ページ／専門医がやさしく語るはじめての精神医学／渡辺雅幸／中山書店／2007年／【一部修正】

48
©Japan Care Manager Association

アルコール依存症、アルコール関連障害

①アルコール依存症

(1) 発症状況

- 1) 一般的に、アルコールは成人になれば合法的に入手・摂取することができ、物質依存症の中で最も頻度が高い。
- 2) アルコールの適量は、日本酒 1～2 合（ビール中瓶 1～2 本、ウィスキー W 1～2 杯、ワイン 2～3 杯）だが、これ以上の量を長期間連続飲酒すると、誰でもアルコール依存症になる可能性がある。
- 3) 壮年期から高齢期の男性に多い。
- 4) 環境因子：大酒家の家庭、酒を入手しやすい職業、職場不適応、地域性（娯楽が少ない、酒文化が強い）。
養育環境：家庭不和、親の虐待。

49
©Japan Care Manager Association

アルコール依存症、アルコール関連障害

①アルコール依存症

(2) 症状

- 1) 飲酒のコントロールを失った状態で、連続飲酒・終日酩酊の状態におちいる。
- 2) 飲酒を理由・原因とした、就労上・対人関係上のトラブルが多発し、警察沙汰を繰り返す、家族・職業・財産などを失うなどの「底つき体験」に至る。
- 3) 断酒ができず自責感 → 抑うつ状態 → 自殺に至ることもある。
- 4) 胃潰瘍、肝機能障害・肝硬変（ γ -GTP高値）、膵炎、心血管疾患、末梢神経障害などの身体的ダメージも次第に顕著となる。

50
©Japan Care Manager Association

アルコール依存症、アルコール関連障害

①アルコール依存症

(3) 治療

- 1) 断酒 → 断酒の継続が重要。
- 2) 急性期の治療（断酒）は、後述する離脱・禁断症状の管理のため、入院が望ましい。
- 3) 長期的には、身体疾患の治療と併行した断酒会への参加や、家族会への家族の参加など、心理社会的アプローチが必要となる。
- 4) 補助的に抗酒薬も使用される。
- 5) 一般精神科医療機関では長期的な対応は困難で、専門医療機関での対応が必要な場合が多い。

51

©Japan Care Manager Association

アルコール依存症、アルコール関連障害

①アルコール依存症

(4) 経過・予後

- 1) アルコール依存症に治癒はなく、回復を目指すことになる。
- 2) 飲酒を一度でも再開してしまうと、元の問題・状況に戻ることが繰り返すことになり、根本的な治療機関も限られ、治療は難渋することが多い。
- 3) 治療の経過中に身体疾患が悪化して、生命の危機におちいることも多い。
- 4) 断酒ができず自責感が強まり → さらに飲酒 → 自責感 → 抑うつ状態 → … → 自殺の連鎖に要注意。

52

©Japan Care Manager Association

アルコール依存症、アルコール関連障害

①アルコール依存症

(5) 支援のポイント

- 1) 「なぜ飲酒するようになったのか」をアセスメントする。
- 2) 節酒ではなく、断酒→断酒の継続が原則。
- 3) 依存症は、自己制御が困難となった状態であり、「説得」「口約束」ではコントロールがつかないことを認識して、保健所や医療機関に相談する。
- 4) 依存症は「家族病」のことも多い。
 家族は、本人の言動に過剰に世話を焼く、面倒を見るなど、巻き込まれることにより、意図せず本人の飲酒行動を支援する結果になっていることが多い（→ 共依存の状態）。
 家族が共依存から脱却し「温かく、しかし毅然と」本人を見守れるよう、医療機関と連携しながら、家族の支援にも気を配る必要がある。

アルコール依存症、アルコール関連障害

②アルコール離脱症状

- (1) 急に飲酒を中断した後、半日～数日以内に頭痛、吐き気、発汗、頻脈、手指振戦などの症状が現れる。
- (2) さらに、意識混濁、幻視、錯視、不眠などを呈する「せん妄状態」に至ることもある。
- (3) これらの予防・治療と身体的検査・治療のため、入院が必要。

③アルコール幻覚症：脅迫的な幻聴。統合失調症に類似。

④アルコール妄想症：末梢神経障害 → インポテンツ → 嫉妬妄想。

⑤アルコール性コルサコフ症候群：記銘力障害、健忘、失見当識、作話。

⑥アルコール認知症：末期の状態。

→ ③～⑥についても、状況に合わせた治療・ケアが必要。

4. せん妄

①症状・定義

- (1) 軽い意識のくもり
→ 注意力・判断力が低下し、見当識障害が出現。
- (2) 幻覚・錯覚
→ 実際にはない物を知覚する・実際にある物を別な物と認識する。
- (3) 妄想
→ 誤った内容の出来事を信じ込み、訂正できない状態。
- (4) 不安、精神運動興奮

全身状態の変化・悪化による脳の機能不全によって生じる、

- (1) ～ (4) の症状を呈する、特殊な意識障害のこと。

4. せん妄

②せん妄の危険因子

- (1) 高齢者
- (2) 認知症
- (3) 脳器質性疾患の存在
- (4) 多剤併用（複数疾患を併発）
- (5) アルコール
- (6) 低栄養・脱水
- (7) 感覚障害（特に視覚障害、聴覚障害）
- (8) その他
→ リスクの確認・評価と予防が重要。

4. せん妄

③せん妄を起こしやすい身体因子：次のスライドを参照

- (1) 身体疾患・外傷・熱傷
- (2) 薬剤
- (3) 手術（眼科手術後、心血管系などの大手術後）
- (4) 身体の不快感（疼痛、便秘、呼吸困難、身体拘束など）
→ 治療により解決を目指す。

④せん妄を助長する環境因子

- (1) 夜間の照明や機械音（病室、ICU、人工透析室）
- (2) 睡眠の中断（さまざまな処置など）
- (3) 体動の抑制（点滴やチューブ、身体拘束など）
- (4) 日中の低刺激・低活動
- (5) 環境の変化（部屋の移動：リロケーションダメージ）
→ 極力最小限に、極力除去することを目指す。

57
©Japan Care Manager Association

せん妄を引き起こす代表的な身体疾患・外傷および薬剤・物質

身体疾患や外傷

＜中枢神経＞

- ・脳血管障害（梗塞、出血）
- ・脳腫瘍、転移性脳腫瘍
- ・脳炎、髄膜炎
- ・頭部外傷

＜全身＞

- ・脱水
- ・電解質異常（低Na、高Ca）
- ・貧血（出血、慢性炎症）
- ・感染症（肺炎、敗血症）、発熱
- ・肝性脳症
- ・尿毒症
- ・心不全、心筋梗塞、不整脈
- ・自己免疫疾患（SLEなど）
- ・内分泌（甲状腺、副腎など）
- ・代謝（低血糖、ビタミン欠乏など）
- ・悪性腫瘍
- ・栄養障害（摂食障害、悪液質）
- ・手術（特に眼科・大手術直後）
- ・熱傷
- ・骨折

薬剤や物質

＜治療薬＞

- ・鎮痛剤（麻薬/非麻薬）
- ・ステロイド
- ・免疫抑制剤、抗がん剤
- ・インターフェロン
- ・抗不安薬
- ・ドーパミン作動薬
- ・抗コリン薬（精神科の薬の副作用止め）
- ・抗ヒスタミン薬（胃潰瘍薬など）
- ・GABA受容体作動薬（睡眠薬など）
- ・多剤併用

＜中毒＞

- ・アルコール（離脱せん妄）

4. せん妄

⑤治療

- (1) 第一の課題は、原因となっている身体疾患や身体状態の改善を図ること。
- (2) 環境調整に留意する（⑥支援のポイントを参照）。
- (3) 上記（1）（2）の対応で改善が得られない場合に、抗精神病薬（主に統合失調症の治療薬）を中心とした、必要最小限の薬物療法を行う。

4. せん妄

⑥支援のポイント

- (1) まずはリスク要因の確認。
 - せん妄を起こしやすい状況、疾患、服薬（特に多剤併用）の人は要注意。
- (2) 可能な限り環境調整を行う。
 - 見当識が戻る工夫：眼鏡、補聴器、時計、カレンダー、テレビ、ラジオ、新聞など。
 - 日中活動増の工夫：離床の促し、散歩、家族の面会など。
 - 誘発因子減の工夫：昼は明るく・夜は暗く、点滴やチューブ・身体拘束は最小限に。

4. せん妄

⑥支援のポイント

- (3) 認知症やうつ病と間違えやすい点に要注意。
- (4) 治療や(3) 認知症とうつ病との鑑別などが必要であり、
特に前記の疾患や手術後の人、前記の服薬を行っている人、
療養環境（部屋）が変わった人については、せん妄の発症に
十分注意する。
「急に」「日頃の様子と何か違う」と感じるがあれば、
直ちに医療機関に連絡する。

IV. 精神科における 主な医療サービスと相談窓口

精神障害者の治療の場

①入院治療

②外来治療

③障害福祉サービス（略）

精神障害者の治療の場

①入院治療

（１）入院の形態

患者の人権を守るための法律である「精神保健福祉法」で規定・分類されている。

１）任意入院：自発入院

精神科医が入院が必要と判断し、患者が自らの意思で同意し、入院する方法。

２）医療保護入院：非自発入院

患者から入院への同意が得られないが、精神保健指定医が入院が必要と判断し、家族の誰かからの同意を得て入院する方法。

３）応急入院：非自発入院

入院が必要だが、患者・家族などの同意が得られない場合に、精神保健指定医の判断で72時間に限り入院する方法。

４）措置入院：非自発入院

自傷他害のおそれがあると精神保健指定医２名の判断が一致した場合に、知事または政令指定都市の市長の命令により入院する方法。
緊急を要する場合には、精神保健指定医１名の診察により、72時間に限り緊急措置入院が認められる。

精神障害者の治療の場

①入院治療

(2) 入院の意義

- 1) 不必要な刺激からの遮断。
- 2) 安全で十分な薬物療法の実施。
- 3) 休養が出来る環境の提供。
- 4) 十分な睡眠の確保。
- 5) 心理社会的療法（リハビリテーション）の第一歩。
- 6) 家族・関係者の休息。
- 7) 周囲の環境調整。

※必要時は、入院治療をためらわない！忌避しない！

精神障害者の治療の場

①入院治療

(3) 入院治療の注意点

- 1) 現実社会・地域社会との隔絶。
- 2) 代理行為への慣れと鈍化。
- 3) 依存性の亢進。
- 4) 自活力・自発性の鈍化。

→ 極力、入院が長期化しないよう、介護職も含めた多職種による早期からの支援が重要となる。

精神障害者の治療の場

①入院治療

(4) 主な治療内容・技法

1) 薬物療法

ほとんどの疾患で継続が必要。種類や効果・副作用などについては、参考図書を参照。

2) 精神療法

医師との面接を通じた治療。精神的な安定を取り戻し、病気と上手に向き合いながら生活・療養するコツを学んでもらう。様々な技法がある。

3) 身体療法

著しい興奮や自殺の危険が切迫している場合などに行われる、電気けいれん療法（ECT）が代表的。近年は、麻酔・呼吸管理の下、無けいれんで行われる、修正型電気けいれん療法（m-ECT）が主流。

4) 心理社会的療法（リハビリテーション）

作業療法（OT）、社会生活技能訓練（SST）が代表的。

5) その他

環境の調整、患者・家族関係の調整など
（精神科退院前訪問指導、精神科退院指導）。

67
©Japan Care Manager Association

[作業療法：Occupational Therapy（OT）]

○さまざまな作業活動を提供することにより…

○「作業に集中」→病的体験・不安の軽減、集中力の回復、

○「馴染みの作業」→自信の回復、欲求の充足、

○「作業を通じた人との関わり」

→自己表現の促進、対人関係技能の向上、

を目指す心理社会的療法（リハビリテーション）のひとつ。

[社会生活技能訓練：Social Skills Training（SST）]

○問題解決、観察学習、ロールプレイの手法を用いて、

○患者の弱点・問題点を指摘して、不足や欠点を補うのではなく、

○本人の長所を引き出し、それを利用し援助につなげ、

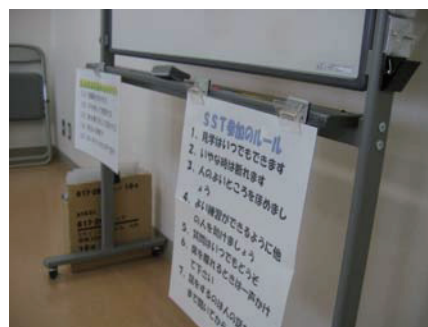
ストレス対処能力、生活技能を高めることを目指す心理社会的療法（リハビリテーション）のひとつ。

68
©Japan Care Manager Association

作業療法の実施風景



SSTプログラムの実施風景



©Japan Care Manager Association ⁶⁹

精神障害者の治療の場

②外来治療

(1) 外来通院

通院精神療法（処方を含む）など。

(2) 精神科デイケア・デイナイトケア・ナイトケア・ショートケア
通所型のリハビリテーション。デイケア施設に通い、さまざまな作業活動、生活技能訓練、学習・社会活動などを実施する。再発・再入院防止効果もある。

(3) 精神科訪問看護指導

医師の指示の元、看護師・保健師・作業療法士・精神保健福祉士・准看護師が患家を訪問して、「病気の再発防止に関する支援」「生活の支援」「家族への支援」など、患者・家族の日常生活や療養上の支援、アドバイスを行う。

(4) その他

訪問診療、往診など。

©Japan Care Manager Association ⁷⁰

デイケア施設



デイケアの活動風景



71

©Japan Care Manager Association

平成30年 11月の予定表							
日	月	火	水	木	金	土	
				1	2	3文化の日	
午前	風邪やインフルエンザの時期です 手洗い・うがいをし、濡らしたタオル で加湿をして予防に努めましょう			カレンダー 作り	趣味の時間	趣味の時間	のんびり デイケア
午後				健康チェック	音楽の会	カルフル	
ナイト				生活支援（脳トレ）	生活支援		
	4 5	6	7	8	9	10	
午前	運動クラブ	趣味の時間	脳トレ	趣味の時間	脳トレ	運動クラブ	くらし上手の会
午後	休み	プラスわん	趣味の時間	アート	園芸	スポーツ	運動クラブ
ナイト		生活支援	生活支援（ぬりえ）	生活支援	押し花	クラフト 細工	音楽の会
	11 12	13	14	15	16	17	
午前	趣味の時間	趣味の時間	脳トレ	りかばり	趣味の時間	脳トレ	運動クラブ
午後	休み	みんなで話し合い	アート	園芸	スポーツ	運動クラブ	カラオケ
ナイト		生活支援	生活支援（ぬりえ）	生活支援	生活支援（脳トレ）	生活支援	クラフト 細工
	18 19	20	21	22	23	24	
午前	趣味の時間	アート	工芸	アート	脳トレ	趣味の時間	脳トレ
午後	休み	カラオケ	趣味の時間	インフルエンザ 予防接種①	趣味の時間	インフルエンザ 予防接種②	だんだん
ナイト		生活支援	生活支援（ぬりえ）	生活支援	生活支援（脳トレ）	生活支援	のんびり デイケア
	25 26	27	28	29	30		
午前	くらし上手の会	趣味の時間	工芸	りかばり	趣味の時間	脳トレ	運動クラブ
午後	休み	誕生会	アート	園芸	ボーリング	運動クラブ	映画鑑賞
ナイト		生活支援	生活支援（ぬりえ）	生活支援	生活支援（脳トレ）	生活支援	大掃除

医療法人 孝栄会 前沢病院 デイケア/デイ・ナイトケア/ショートケア/ナイトケア たんぽぽ

72

©Japan Care Manager Association

精神科における相談窓口

①精神科医療機関の医療相談室

「どのようなサービスがあるかわからない」「どこに相談すれば良いかわからない」など、わからないことがある時に活用してほしい、地域の中で最も身近な相談窓口。特に、かかりつけの医療機関があれば、まず第一に相談する。

②保健所の精神保健福祉担当

精神科の保健・医療・福祉に関する総合的・専門的・広域的な相談窓口。医療機関に未受診のケースや家族相談などにも対応。都道府県ごとに設置状況や名称が異なる。

③市区町村の精神保健福祉担当・基幹相談支援センター

障害福祉サービスを中心とした各種サービスや各種制度の内容や利用方法、申請などについての相談窓口。

④地域活動支援センター

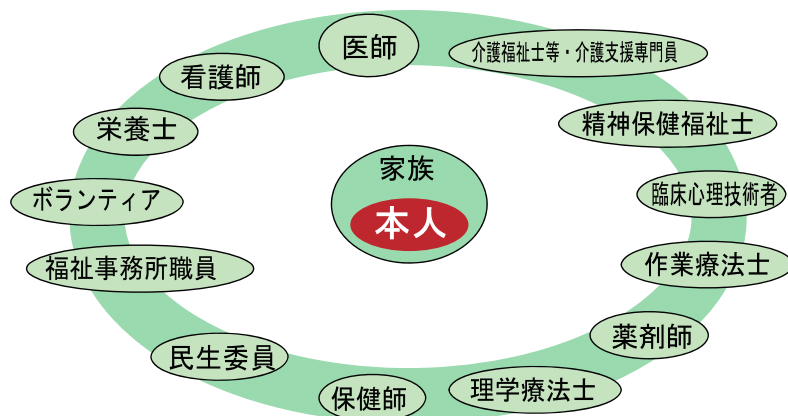
障害者と家族が安心して地域生活を送れるよう、疾患のことや生活上の困りごとなど、身近なさまざまな課題の相談・支援にあたる相談窓口。

⑤その他

都道府県精神保健福祉センター（複雑困難な相談）、障害者就業・生活支援センター、ハローワーク（就労）など。

73
©Japan Care Manager Association

bio-psycho-social-ethicsの理念とチーム医療



74
©Japan Care Manager Association

☆引っ張り過ぎない
☆抱え込まない
☆疾患＝必ず治療が必要
☆安易な判断をしない
が鉄則！



V. 参考図書の紹介

参考図書

①精神疾患について詳しく知りたい

(1) ケアマネ・福祉職のための精神疾患ガイド

～疾患・症状の理解と支援のポイント～ 山根俊恵編著／中央法規出版／2016年

(2) 精神神経疾患ビジュアルブック

落合慈之監修／学研メディカル秀潤社／2015年

(3) 最新図解 やさしくわかる精神医学

上島国利監修／ナツメ社／2017年

(4) 精神疾患・高齢者の精神障害の理解と看護

～新ナーシングレクチャー～ 坂田三允監修／中央法規出版／2012年

②精神科の治療薬について詳しく知りたい

(1) こころの治療薬ハンドブック第11版

井上猛編集／星和書店／2018年

77
©Japan Care Manager Association

参考図書

③患者への具体的な対応について詳しく知りたい

(1) 精神科・治療と看護のエッセンス 市橋秀夫著／星和書店／1981年

(2) 精神看護QUESTION BOX①

～精神科看護の理解とよくある場面での看護ケア～ 仲地瑠明監修／中山書店／2009年

(3) 精神看護QUESTION BOX②

～精神疾患の理解と看護ケア～ 仲地瑠明他編／中山書店／2008年

④他の職種や医療機関との連携について知りたい

(1) そうだったのか！仕組みがわかる・使える 障害者福祉

(仕事がはかどるケアマネ術シリーズ①) 小澤温監修／第一法規／2016年

(2) 知ってつながる！医療・多職種連携

～ケーススタディで納得・安心～ (同シリーズ⑤) 高岡里佳監修／第一法規／2017年

⑤医療・介護・福祉のさまざまな制度・サービスについて詳しく知りたい

(1) 2018年度版 医療福祉総合ガイドブック

NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会編集／医学書院／2018年

78
©Japan Care Manager Association



精神疾患、精神障害の特性と 支援方法の理解

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業

精神疾患、精神障害の特性と支援方法の理解

- ※ 資料中14ページ以降の記載事例については、講師の持ち寄り事例に差し替えを可能とします。
その際には、
「精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する講義・演習及び実践基礎研修」（通称「実践基礎研修」）実施要綱の
研修で使用する事例について を参照してください。

さらに、
福祉職に見られがちな、「自分が何とかしなくては」といった抱え込みを防ぐ重要性の視点が伝わることに配慮してください。

目 次

- I. 医療計画「5 疾病」時代へ…介護保険計画との整合性
- II. 精神障害とは
- III. 精神障害の支援は苦手？
- IV. どのように関わるのか…
リカバリーの視点、ストレングスモデルの活用
- V. 訪問看護の立場から
事例「42年間入院していた A さん～精神病院から地域へ」
- VI. 精神疾患の支援のポイント
- VII. 地域連携の必要性

©Japan Care Manager Association³

I. 医療計画「5 疾病」時代へ ～精神疾患も連携体制整備～

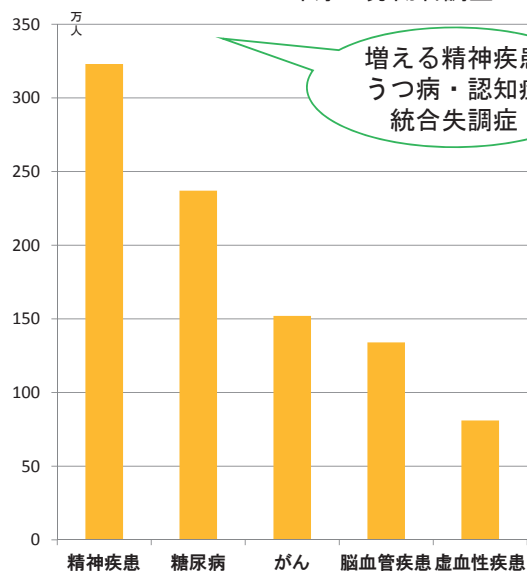
©Japan Care Manager Association⁴

医療計画「5 疾病」時代へ

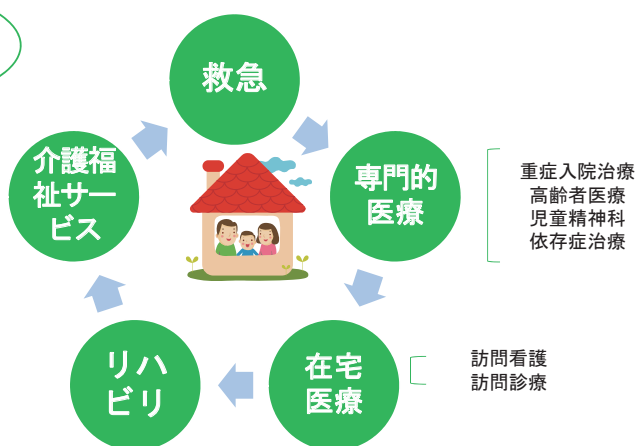
～精神疾患も連携体制整備～

医療計画と介護保険
計画との整合性
2018

2008年厚生労働省調査



医療連携体制のイメージ



訪問看護事業協会主催 H25年度精神科訪問看護のコツ 聖路加国際大学教授萱間麻未資料一部

©Japan Care Manager Association

5

Ⅱ. 精神障害とは

精神障害（精神疾患）とは

障害者基本法第2条（2011年改正）

医学モデル～社会モデルへの転換

「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害含む）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と称する。）があるものであって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」



<特徴>

疾病（病気）と障害
（生活のしづらさ）が
共存している状態

☆いったりきたりしている

医療・福祉、介護の両面から
サポートする必要がある

©Japan Care Manager Association 7

精神疾患とは・・・

- 統合失調症
- 気分障害
- 神経症性障害
- パーソナリティ障害
- 依存症
- 発達障害

症状は、
かぶっていることが多い！
診断名を理解することは、
重要ではあるが、
症状は人によって様々である。
百人には百様の対応が必要である。
まず、関わってみることから
支援は始まる！

困りごとキーワード上位10



平成22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） 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書

©Japan Care Manager Association⁹

Ⅲ. 精神障害の支援は苦手…

©Japan Care Manager Association¹⁰

精神障害者は苦手・・・

- ★ 慣れていないことによる違和感が大きい
- ★ 当事者と接する機会が少ないことによる不安
 - ⇒ 経験を重ねることで、「特別な支援ではない」
 - ⇒ 安心して暮らす方法を一緒に考えられれば
他の疾患の利用者と変わらない
 - ⇒ 関わることで元気になっていく利用者に対し、
手ごたえとモチベーションが上がる

平成22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） 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書

©Japan Care Manager Association 11

精神障害者の支援は難しい？

- わかりにくい
- 本人が病気だと思っていないことが多い
- 周囲の人の支援及び介入が必要
- 時間がかかる・手間がかかる
- 周囲の人との関係の中で良くも悪くもなる

どのように関わるか・・・

- まず、関わってみる・・・不安は解消
- 利用者のありのままの生活を認める
- 利用者の力を生かす生活支援（エンパワメント）
- 問題点を探すのではなく、良い所を引き出す（ストレングスの視点）
- 利用者の困っていることを共有し、一緒に解決する
- 話を聞くことの大切さ（傾聴・受容・共感）・・・
- 聞いてくれる人のアドバイスは通りやすい
- ストレスを受けている家族を知る・・・家族もチームの一員
- 一人で抱え込まない・・・チームで支える社会資源の活用



©Japan Care Manager Association 12

IV. どのように関わるのか…

リカバリーの視点、ストレングスモデルの活用

©Japan Care Manager Association¹³

どのように関わるのか～リカバリーの視点

- まず、関わってみる・・・その人のことがわかる
- 今までの支援の経験を生かそう
- 利用者の力を生かす生活支援（エンパワメント）
- 問題点を探すのではなく、良い所をひきだす
（ストレングス アセスメント・ストレングス アプローチ）
- 利用者のありのままの生活を認める
- 利用者の困っていることを共有し、一緒に解決する

©Japan Care Manager Association¹⁴

リカバリーとは・・・

その人がその人らしく、自分でも納得のいく人生を送れるようになる

★病や障害をもつ方々がそれぞれの自己実現やその求める生き方を主体的に追求するプロセスのことです。

★医療モデル 問題解決志向型



発想の転換が必要！

- ・自分の希望、願望を明確にする
- ・成長、変化、才能やできている事に注目
- ・社会の中で自分の役割を拡げていく

- 人々はリカバリーし、生活を改善し高めることができる
- 病理や障害に注目するのではない。できることに注目しよう。
- 病理の影響を減らしながら、その人の希望や願望の実現の為に支援する
- 関係性の中で、人は変化する
- 私たちの仕事の主要な場所は地域である
- 地域を資源のオアシスとしてとらえる

15
©Japan Care Manager Association

ストレングスモデル (チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著)

ストレングス：英語で「強さ・力」

その人が元来持っている「強さ・力」に着目して、それを引き出し、活用していくケアマネジメントの手法を「ストレングス・モデル」という。

1 個人の属性 (性質・性格)	その人がどういう人かを表すもの。 例：「ユーモアがある」「人なつこい」「努力家」
2 才能・技能	例：「聞き上手」「ホームページを作ることができる」「ギターを弾ける」「ゲームが得意」
3 関心・願望	ストレングス・ケアマネジメントでは、もっとも重要。 動機付けを支える。 例：「海外旅行へ行きたい」「働きたい」「一人暮らしがしたい」
4 環境のストレングス	その人の持っている資産、人間関係、近隣の地域資源など、その人の外にあって活用することのできるもの。 例：「お金には困っていない」「親戚が近所で見守ってくれる」「商店街が近くにある」

16
©Japan Care Manager Association

医療の立場から

～精神科訪問看護を利用されている方々の特徴～

- ①病気が治ったと思い、服薬や通院を中断して入退院を繰り返している人
- ②病状不安定なときに通院が出来なくなってしまう人
- ③病状が不安定であったり、身体的な不定愁訴の多い人
- ④病気の理解がうまくできない人
- ⑤病気を理解しているものの、高齢等の理由で合併症を抱えている人
- ⑥陰性症状による引きこもりなどで、上手く他人を受け入れられない人
- ⑦退院直後で在宅生活に不安のある人
- ⑧家族関係が複雑で調整が必要な人
- ⑨精神科だけはかかりたくないとっていて、医療中断・未治療の人

キャンセル・不在
医療に関わりたくない

誰かがコーディネーターしないと

社会の
偏見・差別

ケアマネジメント不在

17
©Japan Care Manager Association

V. 訪問看護の立場から

事例「42年間入院していたAさん～精神病院から地域へ」

事例 1 42年間入院していた A さん ～退院前準備を行い、精神科病院から地域へ～

◆事例紹介

67歳 男性 統合失調症

20歳時、警察学校に入るも宿舎で夜半に大声を出したりを物を壊して精神科病院へ入院する。その後42年間入院生活を送る。

その間、慢性的幻覚妄想はあるが精神状態は安定し、退院支援プログラムに参加し、退院準備（アパート見学やグループホーム（GH）見学を行っていた）。

＜退院までの経過＞

担当PSWより依頼～退院前カンファレンス

本人・家族・主治医・PSW・看護師からGH職員

訪問看護師を紹介し、退院前準備を行う。

本人・家族（母・兄弟）から、病状悪化したらすぐに入院させて下さいとの執拗な訴えあり。本人自身も、後ろ髪を引かれるような発言あり。

「GHを出たら、老人ホームに入れて下さい！」との発言が印象的であった。GHで単身生活のトレーニングを行い、現在、単身生活を送っている。

19
©Japan Care Manager Association

退院直後の暮らしは・・・

試泊を繰り返し、いよいよグループホームへ入居

地域生活を支える福祉と医療の連携

＜地域での役割分担＞

- 訪問看護：孤独への支援、病状観察
服薬支援、栄養指導
外来受診や通所施設への促し
主治医への情報交換 など。
- 世話人：
日常生活支援
日中の居場所確保⇒就労B型へ
⇒地域活動支援センター
- 障害福祉課、保健師：
区分認定調査、GH退所後の相談



20
©Japan Care Manager Association

退院(直後) してからわかったこと

- ①服薬は自己管理できていると言うが、
後日、飲み忘れの薬がたくさん出てきている。
⇒ 服薬調整：4回／日から2回／日に変更
日中はいつ飲んでもよい事にしてもらう
薬カレンダー使用
- ②物を大量に買う癖がある
食材・衣類・本等々・・・徐々にエスカレート。
- ③入浴は水風呂・電気つけない（夜間、転倒のリスク）
本人：「もったいない感覚」
- ④病院は良い所！
次は、老人ホームに入りたい！（依存的な発想）



21
©Japan Care Manager Association

Aさんストレングスアセスメント

- 朝早くから遠くのスーパーまで出かけ、買物をして帰ってくる。
大量の食糧を安く購入している。
衣類は同じものを複数買うことで安くなると楽しそうに話して下さる。
- グループホームの職員には、自ら話しかけることが少ないが、
声をかけられると対応してくれる。
- 夕食サービスの参加が少ないが、自力で食事を作っている。
- 入院中の看護師さんの声が聞こえる（幻聴）。励まされている。
- 依存的ではあるが、老人ホームについて詳しい。
- 自ら出かけて行かない。理由は「悪い事がおきるから」。
その代わり家族の訪問がある。
- 家族は入院を希望しているが、兄弟が洗濯機をプレゼントしてくれた。
- 訪問時、普段使っていないエアコンをつけてくれる。
- 今までインフォームド・コンセントはなく、入院したのは
悪いことをしたからだと話す。「悪いのは私です。」と手を合わせる。



22
©Japan Care Manager Association

Aさんのストレングスアセスメント

現在の状態 (ストレングス)	個人の希望・願望：	資源（個人的・社会的）：
今日何が起きているか？ 今何が利用できるか？	何を要望するのか？	過去に何を利用したことがあるのか？
日常生活状況		
・スーパーへ買い物へ行く ・食材や衣類を安く買う事ができる ・食材を無駄にしない ・世話人さんと話ができる ・食事が作れる ・兄弟が洗濯機を買ってくれた ・看護師さんの声で励まされる ・家族が会いに来てくれる	・老人ホームに入りたい ・人の役に立つことがしたい	・作業療法でお茶碗を作った（陶芸） ・猫を育てた事がある ・友達がいた ・ハワイに行ったことがある



23
©Japan Care Manager Association

日中活動の場所が見つかる

グループホームの職員と一緒に、近隣の地域活動支援センターと就労支援事業所B型の見学に行く



- ・地域活動支援センターは、作業がないので
..... どうも??
- ・就労B型の内職は難しそう。
掃除の仕事は、人の役に立つことだから
同じグループホームのBさんも通っているし.....

就労支援事業所B型に通所が決定。相談支援事業所の精神保健福祉士がサービス利用計画をたてることになった。



地域活動支援センター
の相談員が関わる

就労支援事業所へ2／週から通所し公園清掃の仕事を始める。真面目で丁寧な仕事ぶりを評価され、ビル清掃の仕事を任されるようになる。

4／週 2時間／日

初めは、職員の言われるままに仕事をしていたが、徐々に清掃の仕事が気に入り休まず通っている。

24
©Japan Care Manager Association

Aさんのリカバリーを支援する

- 清掃の仕事をして、お金がもらえるとは思わなかった！
⇒働くことの意味や楽しむことにお金を使ってよいと
就労支援事業所の所長から言われて納得がいった。
- もらったお金で、古本屋さんに行って哲学の本や数学の本等を
手に入れるのが楽しみだ。
⇒本が増えたので、グループホームの職員の提案で本棚の本を
何回も並び替えて嬉しそうである。
- 食パンやキムチを多量に買い込んで、食事づくりをしている。
病院は楽しいところだと話す。
⇒訪問看護師が栄養面や腐敗した食べ物についてアドバイスを
する。
⇒夕食会やイベントに参加するように声掛けをしている。

25
©Japan Care Manager Association

Aさんの望む生活は… 公営住宅に入って、本に囲まれた生活

- 買物が大好きなAさんの部屋は、本や衣類が徐々に増えてきた。
部屋が狭くなったと感じている。
- グループホームの期限（通過型）が近づき、就労支援業所の
友人から公営住宅の事を聞き、市役所へ書類を取りに行く。
グループホームの職員に相談し、公営住宅を申し込む。
- 公営住宅に無事転居
～グループホームの職員や相談員がサポート
- Aさんの好きなものに囲まれた部屋で、生活できた。

26
©Japan Care Manager Association

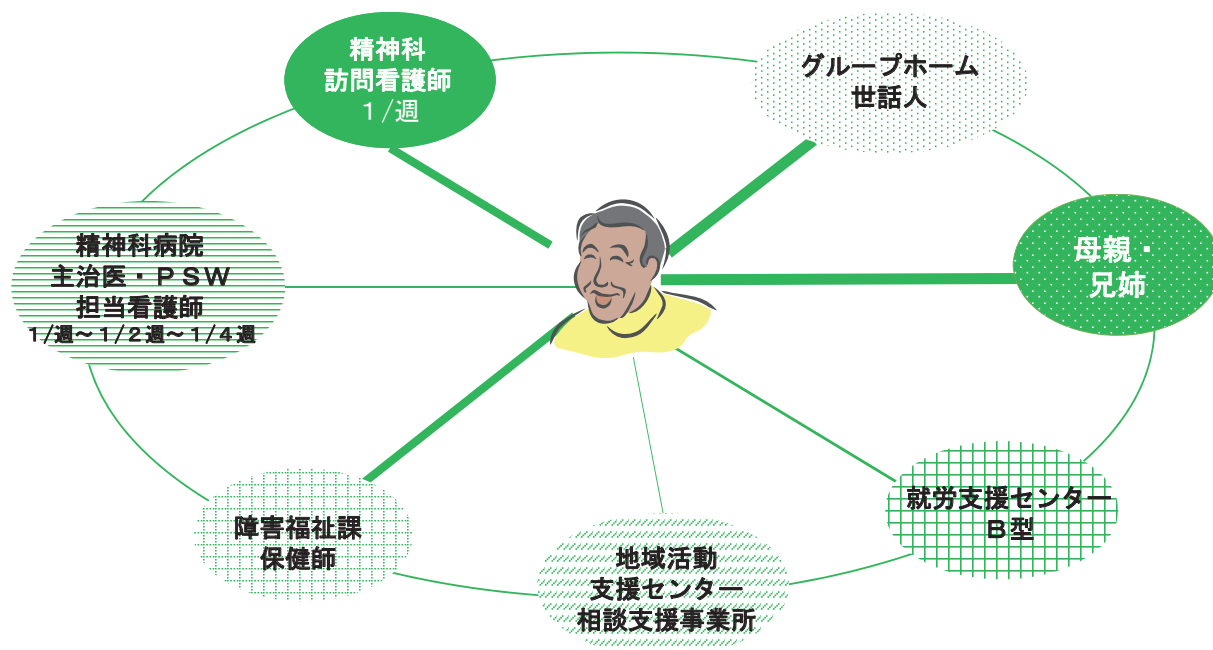
退院3年後のAさんの暮らしは・・・

- 自力で公営住宅へ申し込み
- 公営住宅に入る（2LDK）
6畳の部屋には、本棚と本がたくさん
並んでいる（自慢のひとつ）
- 就労B型通所（20,000円の収入）
- 退院して良かった！
（老人ホームの話はしなくなった・・・）



27
©Japan Care Manager Association

地域の応援団が増えてくる…その1



28
©Japan Care Manager Association

公営住宅転居後

- 就労支援事業所B型の通所時間が増える。
4／週 3時間／日
事業所の中でも頼りにされる存在となる。
- 同じ清掃作業仲間と外食。
- 母親が亡くなる。葬式には、悪いことが起こるかもしれないと行かなかった。
兄弟から母親の写真をもらい机に飾っている。
- 母親亡き後も淡々とした生活を送っている。
- 生真面目な性格で、休まず清掃の仕事をしているが時々腰痛を訴えている。

29
©Japan Care Manager Association

退院5年後の生活は・・・

- 清掃の仕事で転倒、右大腿部頸部骨折で入院し退院するも、就労支援事業所への通所は自信を無くし、徐々に通所しなくなる。
リハビリや通院以外は、自宅に引きこもっている。
- 「お父さん、お母さんごめんなさい！」独語が増える。
不眠を訴える。就労事業所のH職員に対する被害的感情
「私が悪いのです。もう許して下さい。」と壁に向かって何度も頭を下げている。
相談支援専門員が就労支援事業所への通所を勧めるも
「私がいらない方が良いのです。Hさんがそう言っています。」
- 食欲不振となり体重減少。

病気（症状）と障害（生活のしづらさ）を抱えながら生活を送っている
入院したくないと訪問看護師に話している。



30
©Japan Care Manager Association

医療・福祉～介護の連携が始まる

●訪問看護師

～受診同行し主治医に報告。服薬調整を行う
～体重減少、食事の問題があるため訪問介護員導入
相談支援専門員に相談する。

●相談支援専門員

～**地域包括支援センター**に相談し、要介護認定を受けるように
勧められる。**訪問看護師**と一緒に**訪問介護員**導入について説明。
渋々、了解するも「私の本棚には、触らないでほしい」と話して
いる。

●生活福祉課

～生活保護の受給申請（**相談支援専門員**が本人に同行）

●要介護認定を申請する

～**介護支援専門員**の相談

31
©Japan Care Manager Association

要介護認定・・・要介護2

タイムリーな担当者会議 多職種で関わる！

- ・母親が亡くなり、兄弟との関係が希薄になる
- ・相談支援事業所から地域包括支援センターへ・・・**丁寧な引継ぎ**
- ・介護支援専門員との関係づくりが始まる
- ・訪問看護（継続）からの**訪問介護員**へのアドバイス・・・
訪問介護員との関係づくり

●幻聴への対応～不安・怖い・・・肯定も否定もしない

「不安なんですね。怖かったんですね。」「大丈夫ですよ。」
「そうなんですか。それは大変ですね。」

●服薬～医療との連携（訪問看護師に連絡）

●被害的言動「悪いのは自分だ！」

～受容しながらできているところを評価する
内容について追及せずに、生活面のストレス
（家事・本・物を大事にする）をみつける

- ・身体合併症・・・整形外科・内科受診。ベースは、精神科医。
- ・グループホームのイベントに参加（BBQ・忘年会など）

32
©Japan Care Manager Association

訪問介護員との関係づくり。 まずは信頼関係を作る

- ①傾聴、共感、受容
- ②決定は、本人。待つ事、側にいること
- ③健康面に着目（できる事を評価。ストレングス）
- ④必要な事は、具体的に示す
- ⑤一人で抱えない（痛みわけ）
⇒医療（訪問看護・主治医に相談）
- ⑥生活状況の把握
- ⑦自閉的空間を大事にする

情報の共有

33
©Japan Care Manager Association

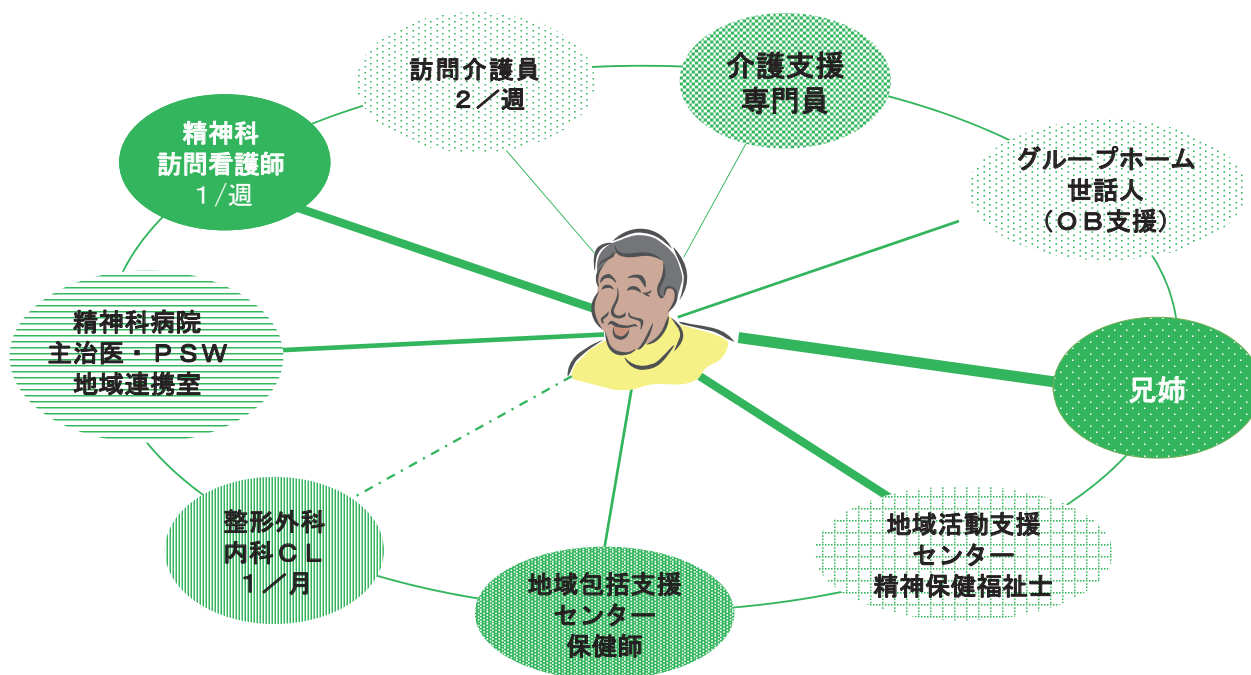
精神障害者支援「訪問介護員の役割」



- 生活支援の最前線
訪問介護員が導入されることで、役割分担ができる
良きパートナーである！
- 関わること～介護を通して人と繋がる
身近な家事援助・身体介護は生活支援の基礎となる
- 日常生活の支援～生活の安定
自己決定の力や生活技能の獲得、拡大
- 支援者同志で支え合う
一人で抱え込まない

34
©Japan Care Manager Association

地域の応援団が増えてくる…その2



35
©Japan Care Manager Association

長期在院者の退院後の関わり方

- 退院前ケアカンファレンスから関わることで、現状認識及び情報の共有化ができ、役割の確認・包括的支援ができる。
～試験外泊時に訪問し、生活状況を共有化する～
- 退院後の不安が大きいので、入院中から地域の関係機関の紹介・見学が必要である
- 環境に慣れるように、ゆっくりと関わっていく
リカバリー（希望する人生）に向け、ストレングス的対応
- 障害福祉サービスを利用時は、相談支援専門員との連携
- 24時間365日対応できることが安心につながる
・・・訪問看護と連携
- 介護保険に変更になる際には、丁寧なつなぎ方（説明）を行う
「多職種の連携・チームアプローチ」

36
©Japan Care Manager Association

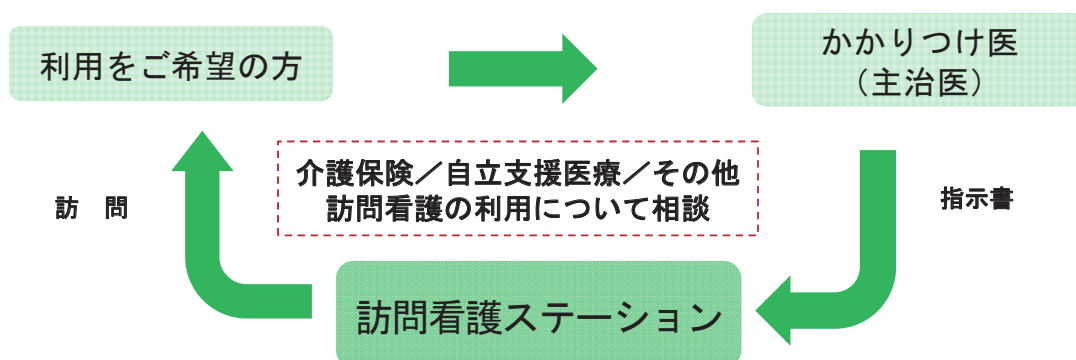
自立支援医療～介護保険へ

<精神科訪問看護支援の仕組み>

●訪問看護を利用できるのはどんな人？

- ・病気や障害のある方が利用できます
- ・訪問看護は、医療保険、介護保険のどちらのサービスを受ける場合もかかりつけ医の**指示書**が必要です。

平成24年度から精神科が特化され「精神科指示書」が必要になりました。平成26年度から介護保険認定の方でも医療保険優先で受けられることになりました。



37
©Japan Care Manager Association

訪問看護の経験から

訪問することは・・・

●生活の場である住まいは、利用者を知る手がかりがあふれている
～支援の糸口が見つかる場合が少なくない～

- ◆こだわりのポイントや趣味
- ◆部屋の乱雑さから、薬を紛失しやすい状況を知ること
- ◆利用者が困難と感じている事柄を、その場で解決できるきっかけも
- ◆作業能力のアセスメントからは、別の場面で応用できる能力の予測や、就労に生かせる長所を見出すことも

☆利用者と家族のやりとりを目の当たりにし、
普段のコミュニケーションのパターンや問題解決パターンを知ることができる。その場での具体的な提案も可能。

VI. 精神疾患の支援のポイント

39
©Japan Care Manager Association

精神疾患の支援のポイント

●関係づくり・・・ストレングスモデルが有効

- ①医療や専門性を全面に出さない。
まず、関係ができてから専門職としての支援を整える
～安心感・信頼感が基本～
- ②利用者のありのままの生活を認める
- ③あきらめない！待つこと！思いの根源（ニーズ）を聞く
- ④利用者の困っていることを一緒に解決する

●医療・福祉・介護につなげる・・・ケアマネジメント力量

- ①日本の精神医療の歴史を理解する
- ②病気に関するエピソードを知っておく（基本情報）
- ③タイミングを捉えて、責任のあるつなげ方をする
- ④いつもと違う違和感に気づく（経験・第六感）
- ⑤地域連携（多職種チーム）・・・顔の見える関係づくり。
- ⑥福祉・医療の限界を知る（インフォーマルな資源の利用）



40
©Japan Care Manager Association

VII. 地域連携の必要性

41
©Japan Care Manager Association

地域連携の必要性

- ☆ 地域を知る～地域連携の力をつける
- ☆ 困難問題に出会ったときがチャンス！
- ☆ 個別支援を通してつながる… 地域ネットワーク



◆服薬、受診、金銭管理等々 ～対応しきれない
他の関係機関、保健、医療、福祉、介護の専門職と一緒に
対応する時には、インフォーマルな地域資源を利用する

- ①支援者を探す～地域には頑張っている支援者が必ずいる
～さらに支援者の輪が広がる～顔が見える関係になる～
更なる支援となっていく ⇒ 多職種連携・・・「超職種」
- ②丸抱えしたり、自己完結的な支援をしない。
- ③タイムリーな担当者会議を行うことにより、現状認識および
情報の共有化ができ、役割の確認・包括的支援ができる。

42
©Japan Care Manager Association

まずは実践してみましよう！！





事例検討 精神障害者の地域移行支援事例

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業

事例検討 精神障害者の地域移行支援事例

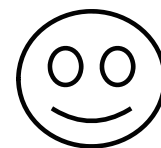
事例検討

事例概要説明（20分）

※事例については、講師等の持ち寄り事例に差し替えを可能とします。
その際には、精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する
講義・演習及び実践基礎研修（通称「実践基礎研修」）実施要綱の
研修で使用する事例について を参照してください

事例概要

年齢：65歳
性別：男性
診断：統合失調症 幻聴が残存
膝関節の変形を伴う変形性関節症
歩行不安定から尿失禁あり



Aさん

要介護1

性格：正義感が強い。温厚。人に頼られることが好き。
おおざっぱ。環境の変化が苦手で不安が強い。
我慢してしまい、自分からSOSをだすのは苦手。

好きなこと：特技 ダーツ 麻雀 司会

好きなテレビ：スポーツ 歌謡曲

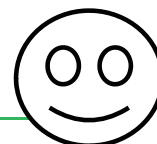
好きな食べ物：寿司 ラーメン

好きなこと：カラオケ

好きな歌手：五木ひろし

©Japan Care Manager Association ³

事例概要



Aさん

成育歴：〇〇出生（それぞれの研修の地域）

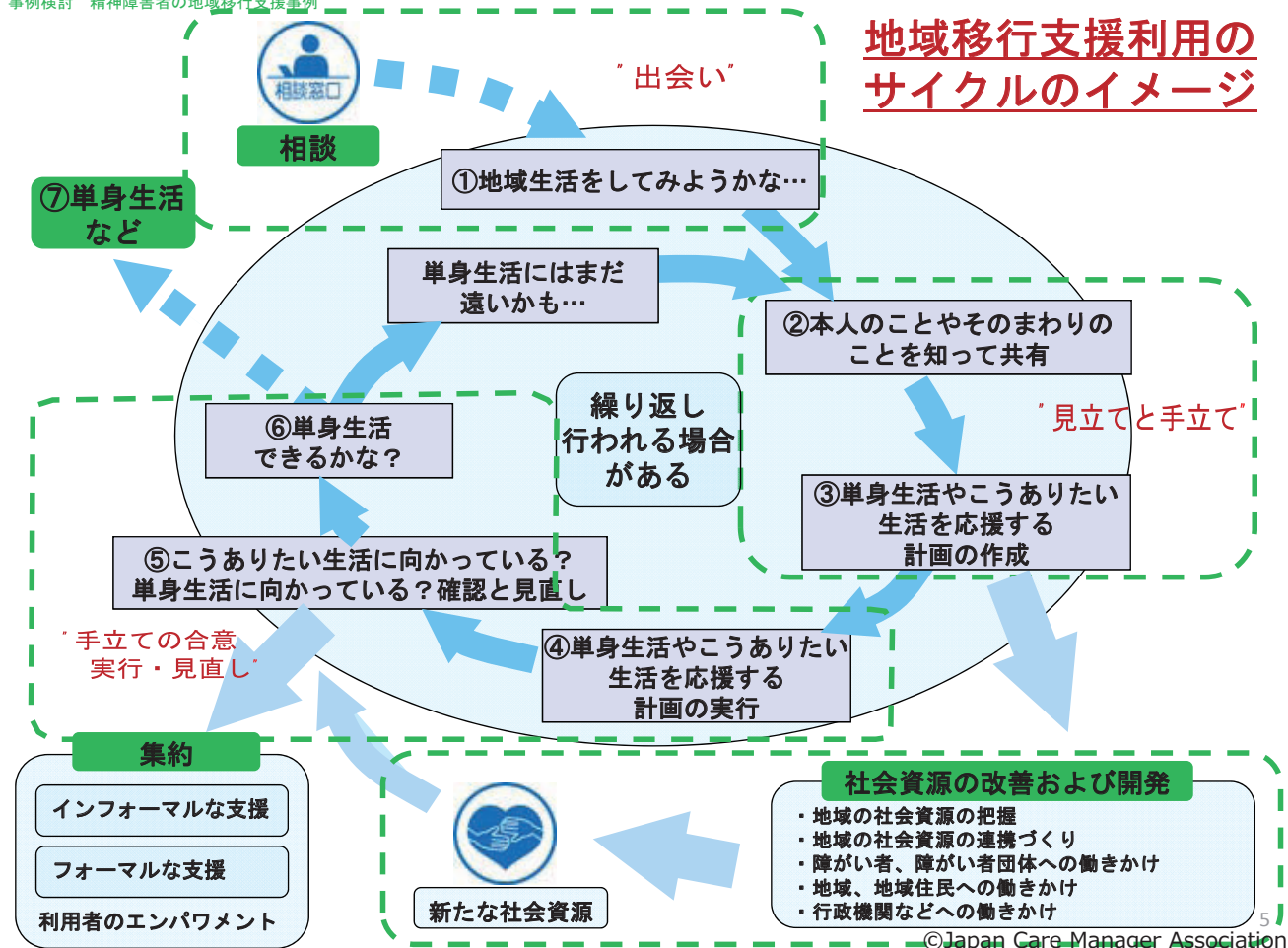
子供のころから、近所の川で釣りをして遊んでいた。
両親とも教師をしていたため、Aさんも教師になりたいと思っていた。
小学校から高校まで地元に通い、吹奏楽に所属する活発な少年だった。
高校卒業後、商社に就職したが、24歳発症し退職。
その後、事務員や警備会社、新聞配達のアルバイトに挑戦するが続かなかった。

現在の家族構成：両親他界、兄が実家に世帯を持って生活している

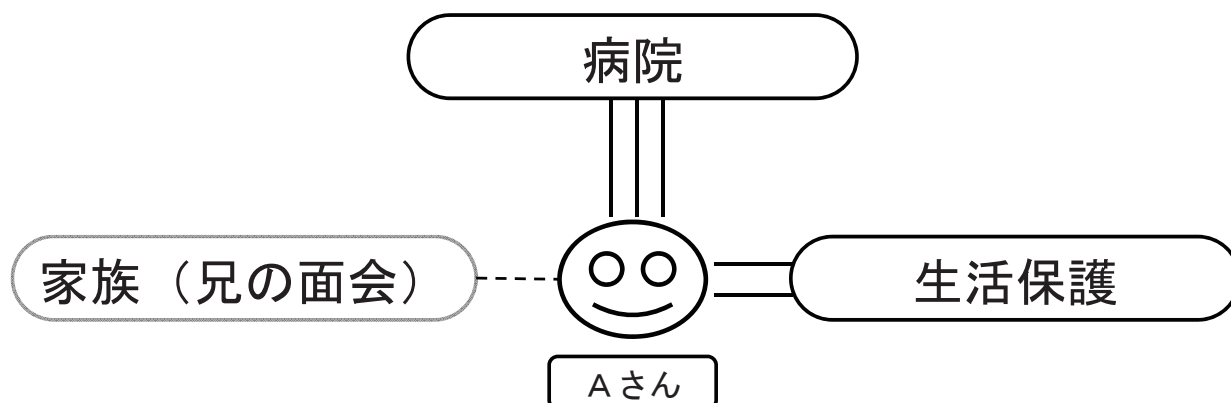
治療歴：初診24歳

自宅に人が侵入してくるという妄想にかられ、近隣に対し攻撃的な言動が激しくなり、近隣から通報され、医療保護入院。28歳の時退院。
30歳の時に再発し精神科任意入院。33歳で退院。
その後、治療中断等によりいくつかの病院を転々とした。
55歳の時に幻覚が激しくなりB精神科病院に任意入院。
入院中に膝の痛みを訴え整形受診。変形性膝関節症と診断される。
精神症状は落ち着いている。
地域移行を利用し、65歳時に退院となる。

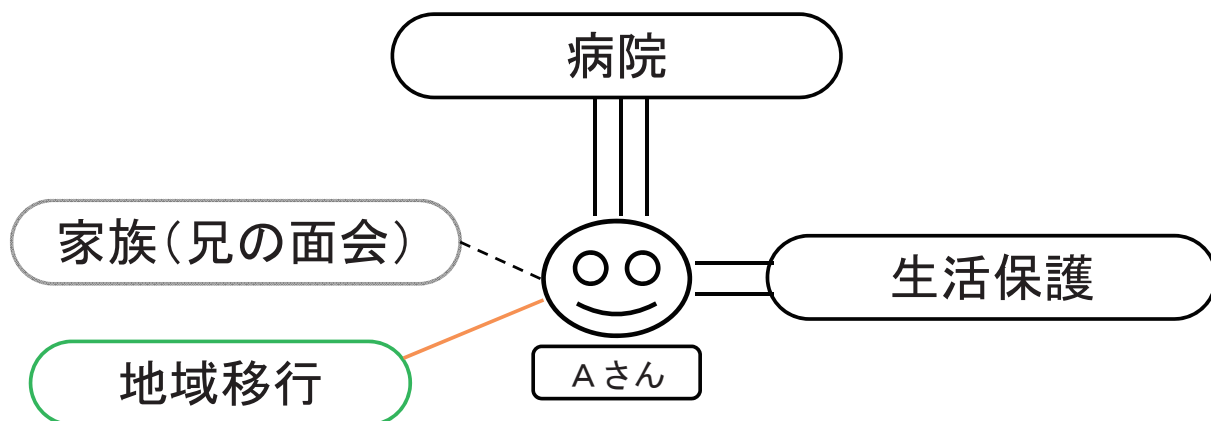
©Japan Care Manager Association ⁴



入院中の環境や状況

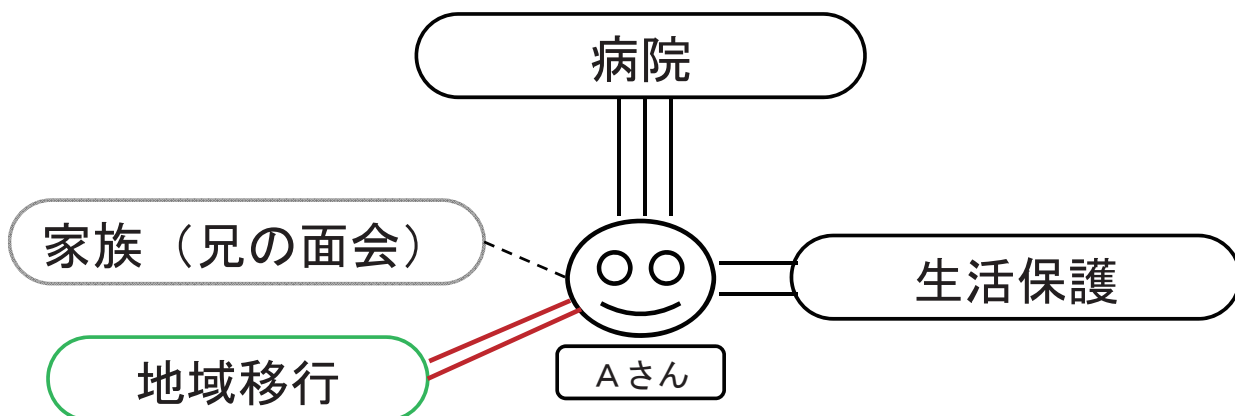


病院のスタッフから、退院を考えてみないかと入院して10年目に話があり、地域移行のスタッフと会いました。



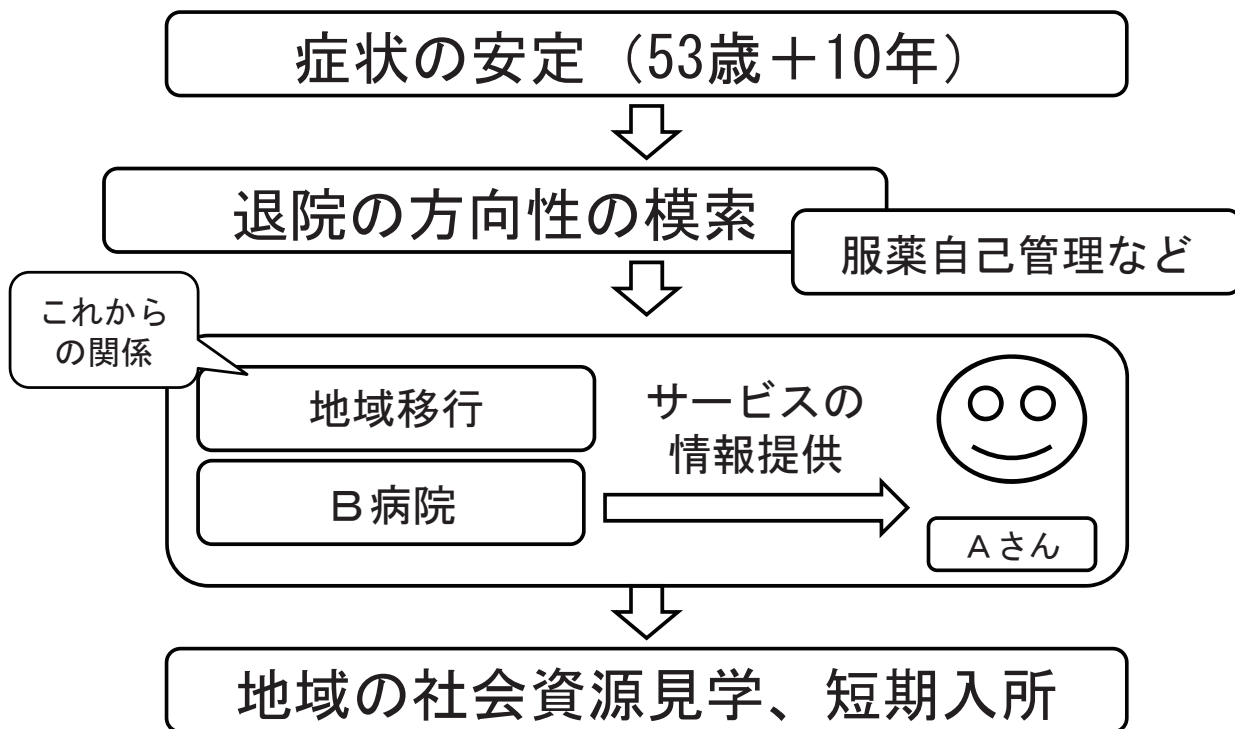
7
©Japan Care Manager Association

地域移行のスタッフとたくさん話をして、意欲喚起がすすみ、退院してみようかな？という気持ちになりました。



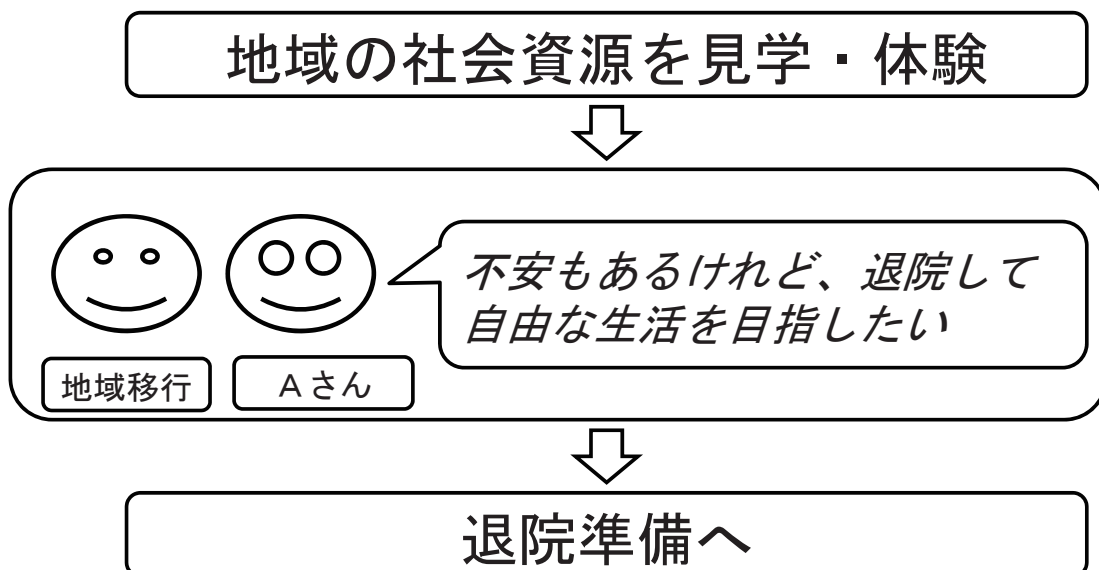
8
©Japan Care Manager Association

地域体験に至るまでの経緯



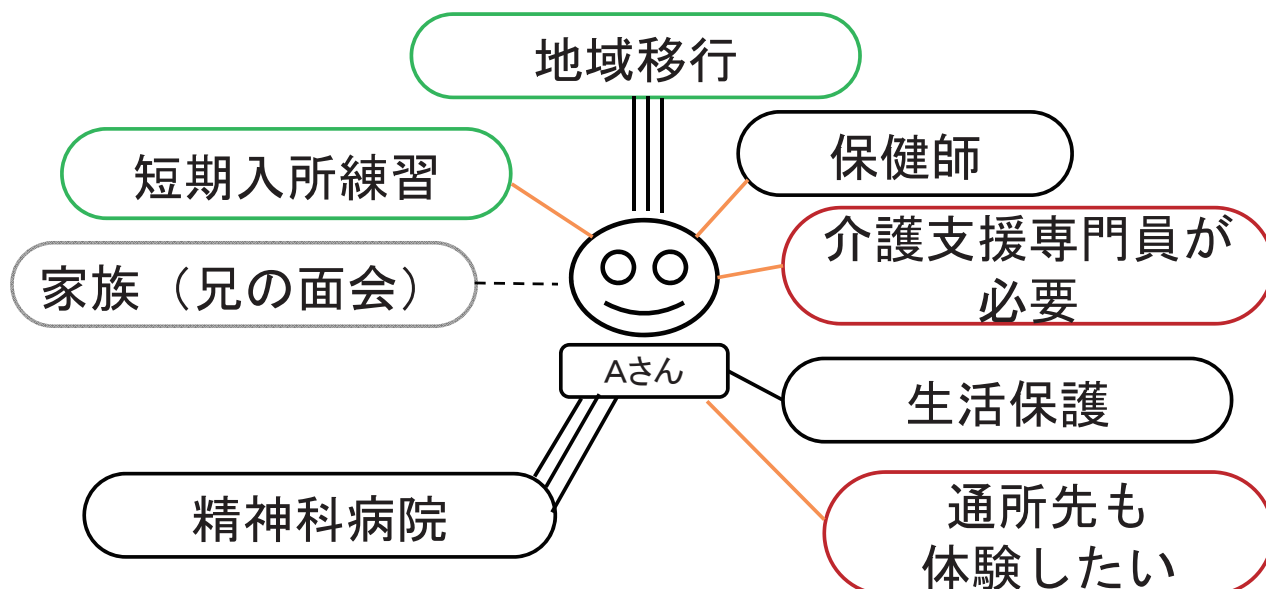
©Japan Care Manager Association 9

見学の影響



©Japan Care Manager Association 10

退院5か月前 退院にむけて外泊練習中

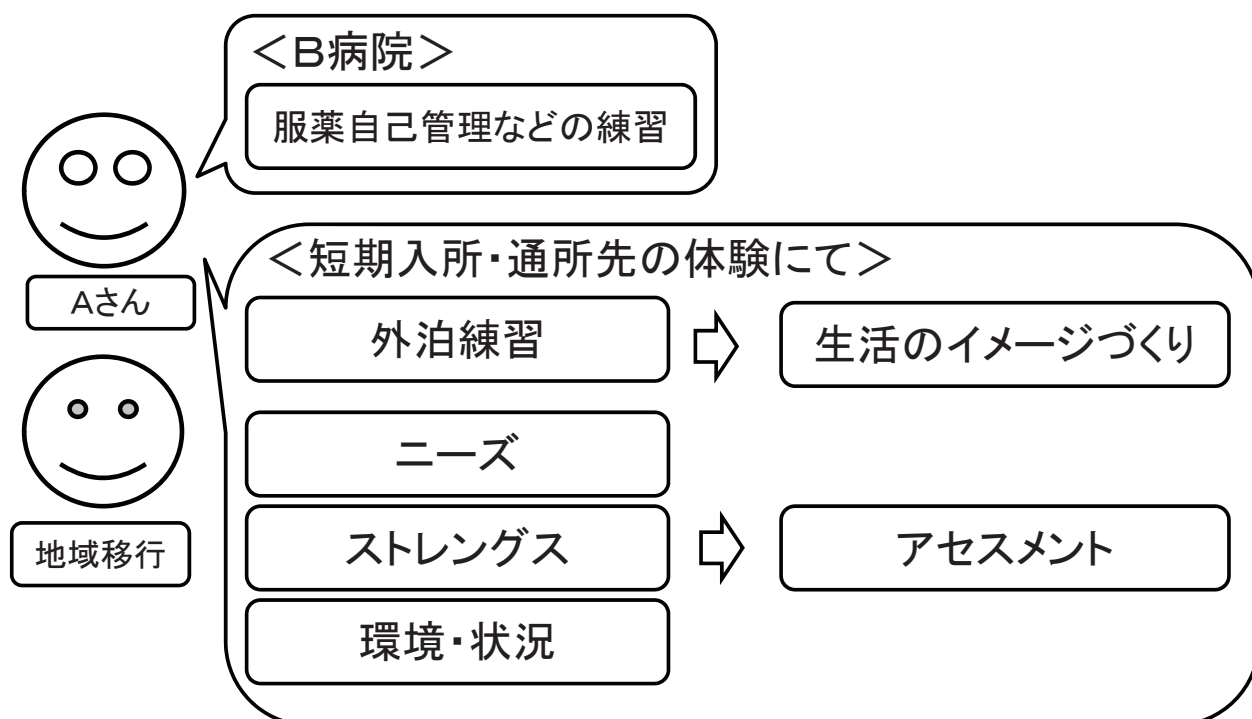


見学や外泊の体験をくりかえし、退院後の生活の練習やイメージを作っていく・・・

11
©Japan Care Manager Association

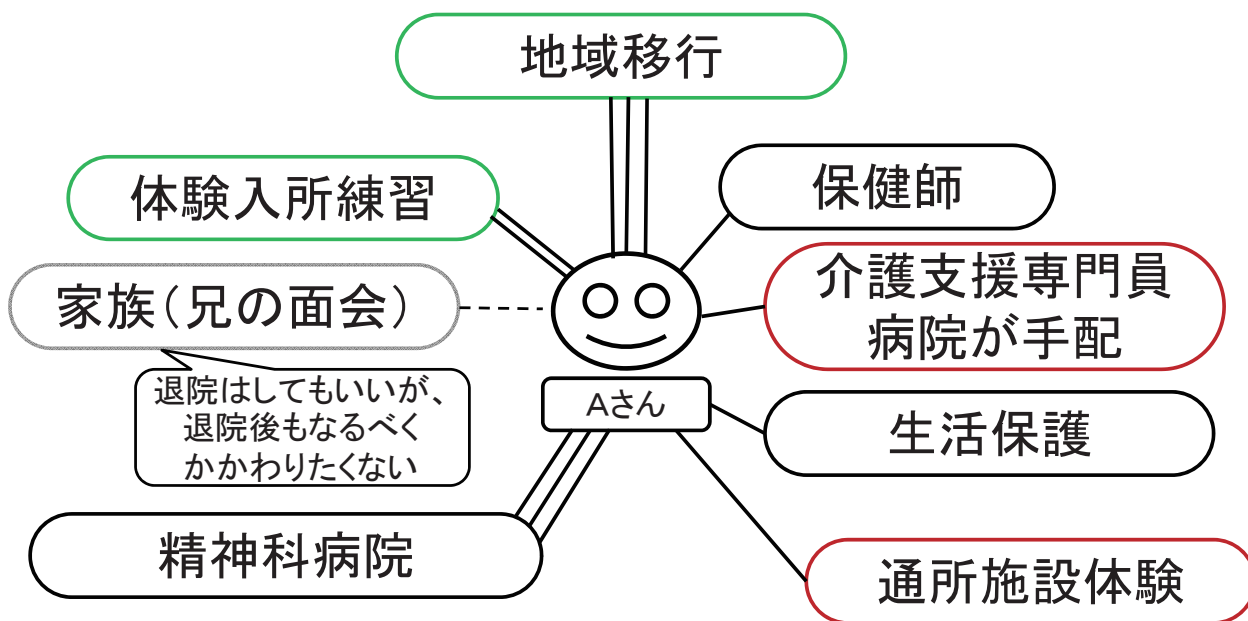
事例検討 精神障害者の地域移行支援事例

退院準備



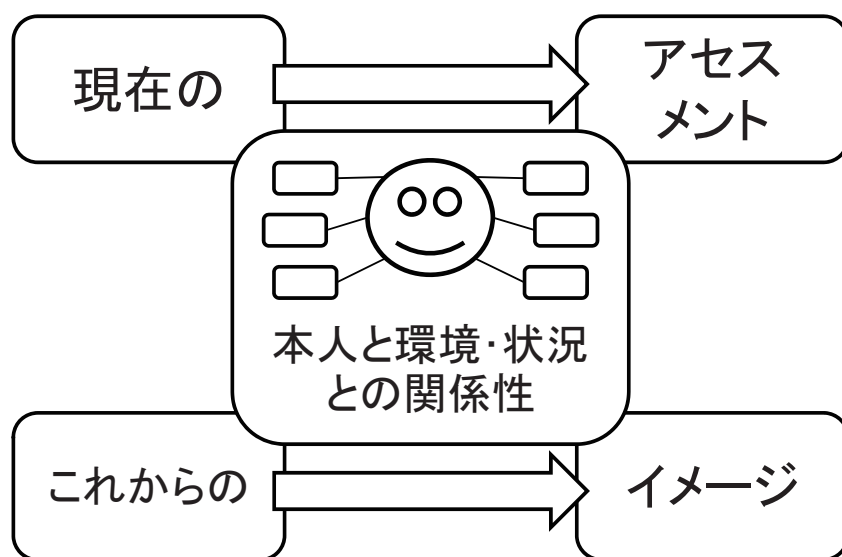
12
©Japan Care Manager Association

退院前の環境・状況



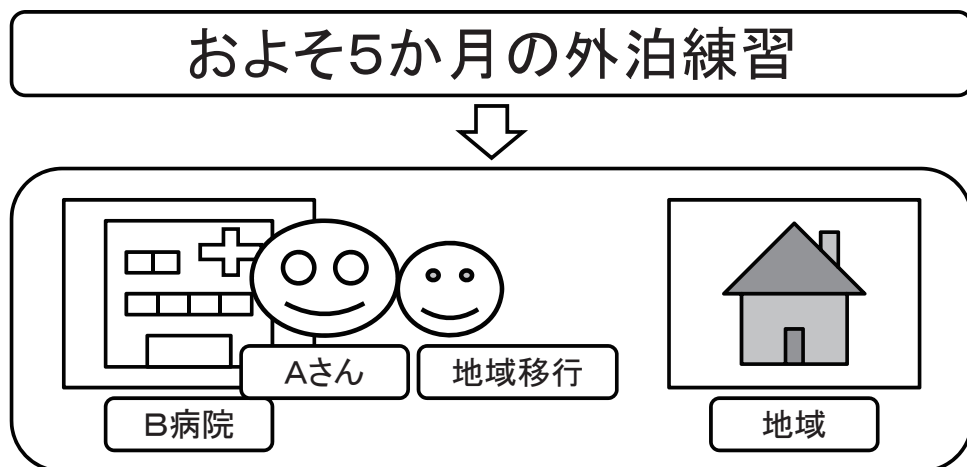
13
©Japan Care Manager Association

安心・安定・楽しみが保証された地域移行のために



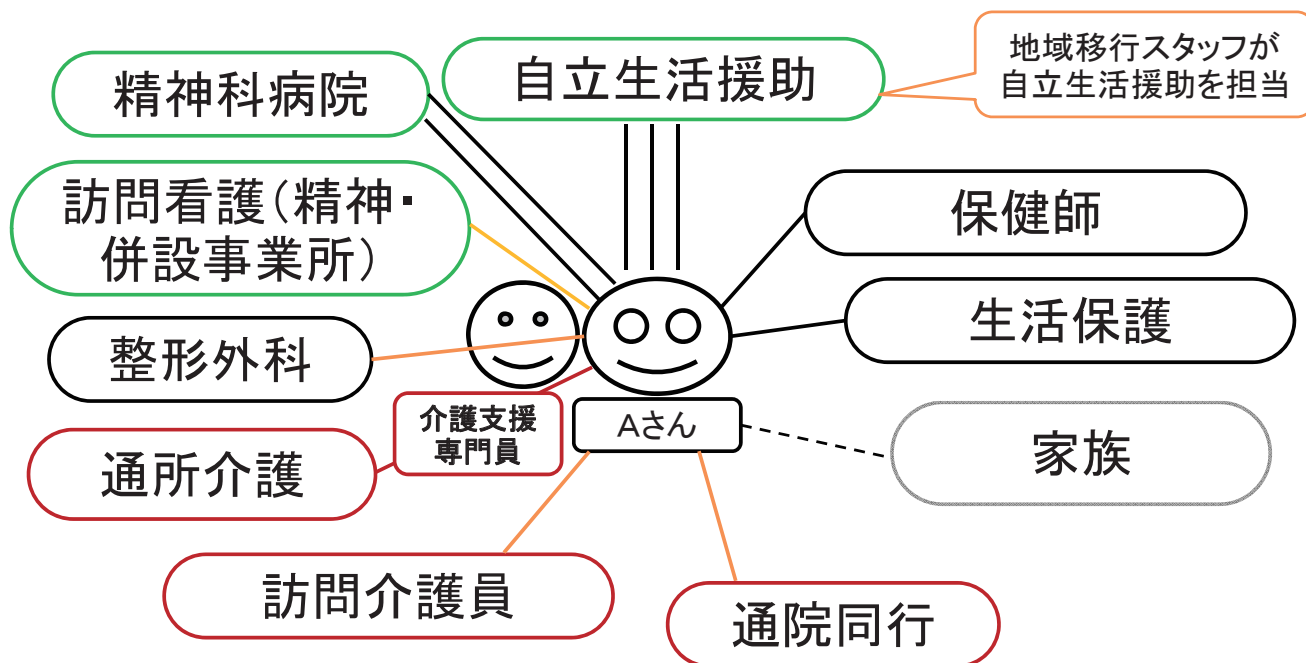
14
©Japan Care Manager Association

10年越しの退院



15
©Japan Care Manager Association

退院時



応援してくれるチームを作り、10年ぶりの退院をかなえたい！

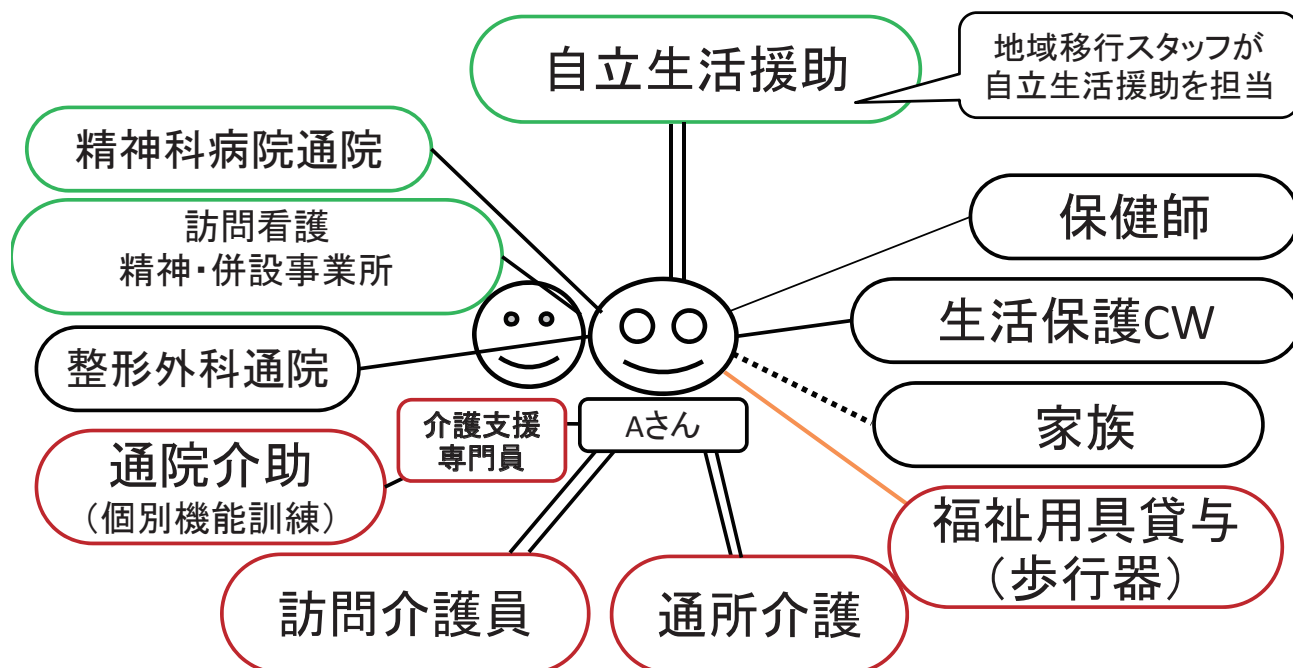
介護サービス計画書(1)

目標	10年ぶりの一人暮らしは不安だけど、たくさんの応援者に協力してもらって、兄の家族に迷惑かけないで生活できるようになりたい。	
支援内容 と 担当者	チームをコーディネート	介護支援専門員
	入浴・昼食・居場所	通所介護
	掃除・洗濯・食事など家事全般	訪問介護員
	精神科の服薬管理・体調把握	訪看
	生活のアセスメント	自立生活援助
	やりくり相談	生保
	病院の同行	通院同行
モニタリング	随時に加え半年毎に関係者による集まり	

直接支援を中心にした
支援内容

17
©Japan Care Manager Association

退院3か月後



18
©Japan Care Manager Association

介護支援専門員に寄せられた情報

本人	僕は、手持ちのお金が少なくなると、不安になっちゃう。 お話は好きだけど、調子が悪いときは、誰とも会いたくないし、話したくない。常に幻聴にいやなことを言われ続けるけど、薬は体が重くなって嫌だから飲みたくない。副作用で飲みたくない気持ちをわかってくれないスタッフはちょっと苦手だなあ。 病院の時より話し相手もいなく寂しい生活。病院にいる時は、退院する目標もあった。プログラムの準備や、ミーティングで司会や係を任命されて役に立てたような気持ちになれたけど、新しい居場所にはまだなれないし、夜や週末は特に寂しい。
通所介護 (週2回)	体調が悪い日に通所利用者とトラブルになったこともあったが、欠席せず通所しています。スタッフとの会話がが多く、まだなじめない様子ですが、お風呂は楽しみのようです。
自立生活援助	退院して3か月、生活に少し慣れてきて、本音を少しずつ伝えられるようになってきた。困りごとの話だけでなく、生活がつまらない、自分は必要とされないと話されている。入院中に影響を受けた地活Ⅰ型のピアスタッフにも協力してもらい、生活全般の見直しが必要か。
生活保護	やりくりが上手にできず、お金が少なくなると特に不安になり電話がきます。 10日間の自己管理では難しい様子。
ホームヘルパー (週3回)	不安が多く、自己評価は低いけど、生活にも少しづつ慣れてできることも増えました。関係性もできて、お金の不安や寂しさを話してくれるが、妄想が強い日は口調が荒くなり。毎日、服薬の促しますが、拒否された時はどんな対応が望ましいのか困ってます。
病院 (月2回)	怠薬もみられているので様子は見るが、本人はまだ入院をしたくないと話しているし、意思疎通や日常生活に支障のある状態ではないので、入院のレベルではない。病院に長いた故の寂しさや役割を改善されるといいですね。
訪問看護 (週1回)	お話は好きだが相談が苦手で、思い込みや我慢を放置すると怠薬につながりやすい。3週間前くらいから、薬は副作用が強いから飲みたくない、怠薬する日があったが、きちんとお話をすると飲める日もある。病院と連携しながら、見守り、介入の強化が必要かと。

19

©Japan Care Manager Association

事例検討 (65分)

Aさんは、このまま放置するとよくない状況になりました。

解決しなければならぬ課題は何でしょうか？

「演習シート」を使って
検討してみましょう！

- ・ 個人ワーク 15分
- ・ グループワーク 25分
- ・ 発表と振り返り 15分
- ・ 講師コメント 10分

20

©Japan Care Manager Association

よりどころとなる「支援の考え方」

支援者には、その時々々の制度などに振りまわされない、よりどころとなる「支援の考え方」が必要です。

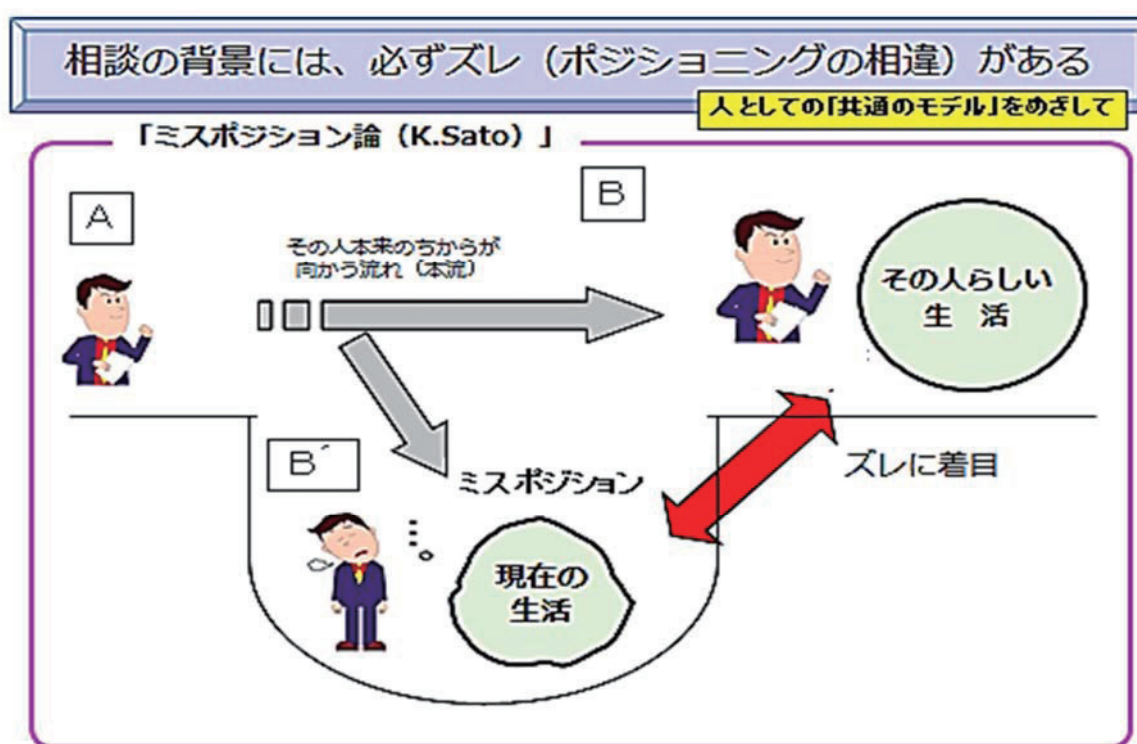
「ミスポジション論」とは、こうありたいと思う「その人らしい生活」「理想の生活」と、「現在の生活」との間にある相違（ズレ）がニーズにつながるという考え方です。

つまり「理想と現実のズレ」に着目する考え方です。

この演習では、「ミスポジション論」という理論に基づき、その考え方を持つための手法の一部を体験します。

[一部変更して引用：佐藤光正氏、駒澤大学]

21
©Japan Care Manager Association



[一部変更して引用：佐藤光正氏、駒澤大学]

22
©Japan Care Manager Association

事例検討演習シートのポイント

- 1 どんな自分になりたい？理想の生活は？…
「将来を問う」
- 2 それに対して、現在の状況は？…
「今を問う」
- 3 理想と現実の違いは？…
「ズレを問う」
- 4 どうすれば「理想の自分、生活」を実現できるか？…
「理想に近づくための方法を問う」

[一部変更して引用：佐藤光正氏、駒澤大学]

23
©Japan Care Manager Association

Aさんは、今後どのような生活がしたいですか？

どんな自分になりたい？理想の生活は？…「将来を問う」

24
©Japan Care Manager Association

Aさんは、今、どのような生活をしていますか？

今までどのような生活をしてきましたか？

それに対して、現在の状況は？…「今を問う」

Aさんは、今、どのような困りごとが生じていますか？

（喪失体験なども考慮）

理想と現実の違いは？…「ズレを問う」

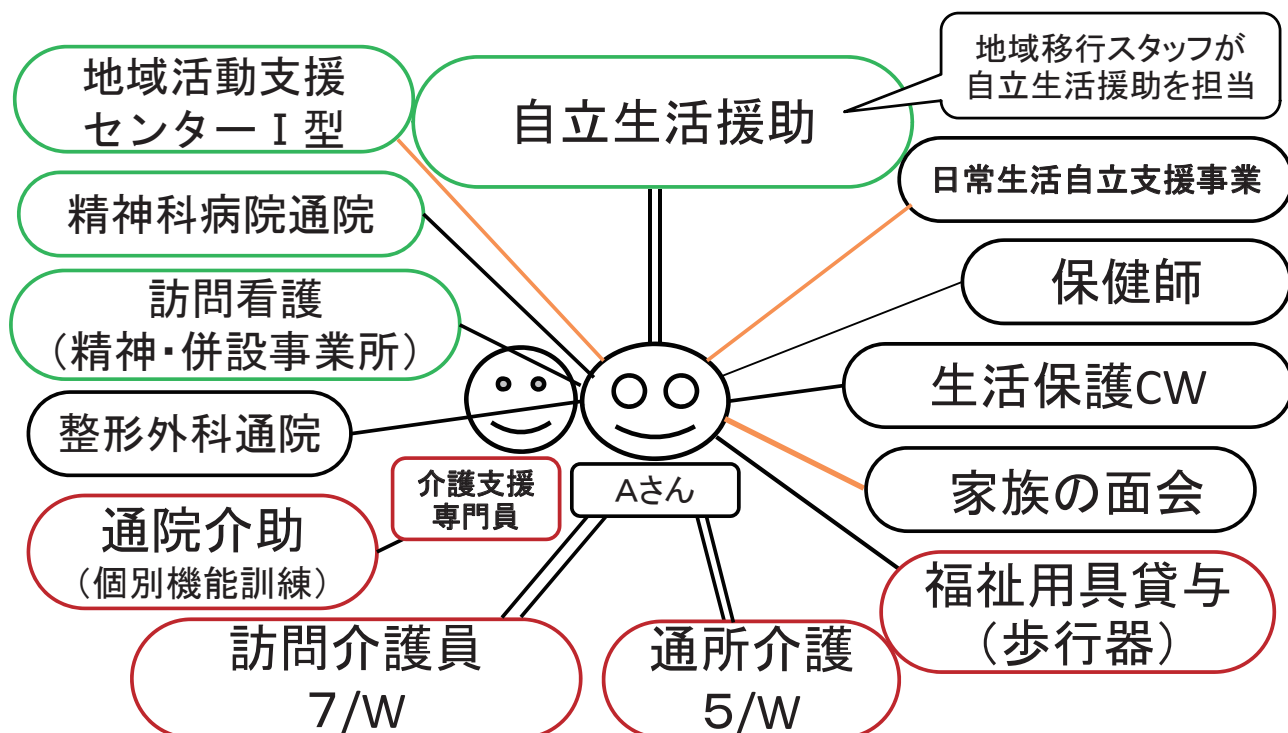
Aさんが、こうなりたい将来像に近づくために
必要な取組は何ですか？

（時間があれば、取り組みに必要な職種や機関なども考えて
みてください）

どうすれば「理想の自分、生活」を実現できるか？…
「理想に近づくための方法を問う」

これ以降のスライドは、
事例検討後に説明します

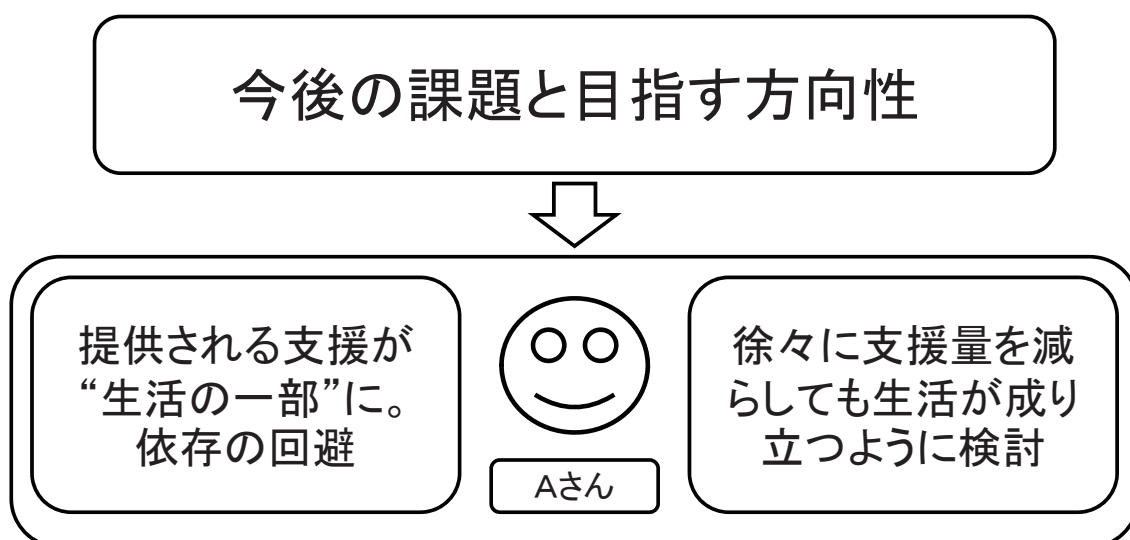
退院 6 か月後

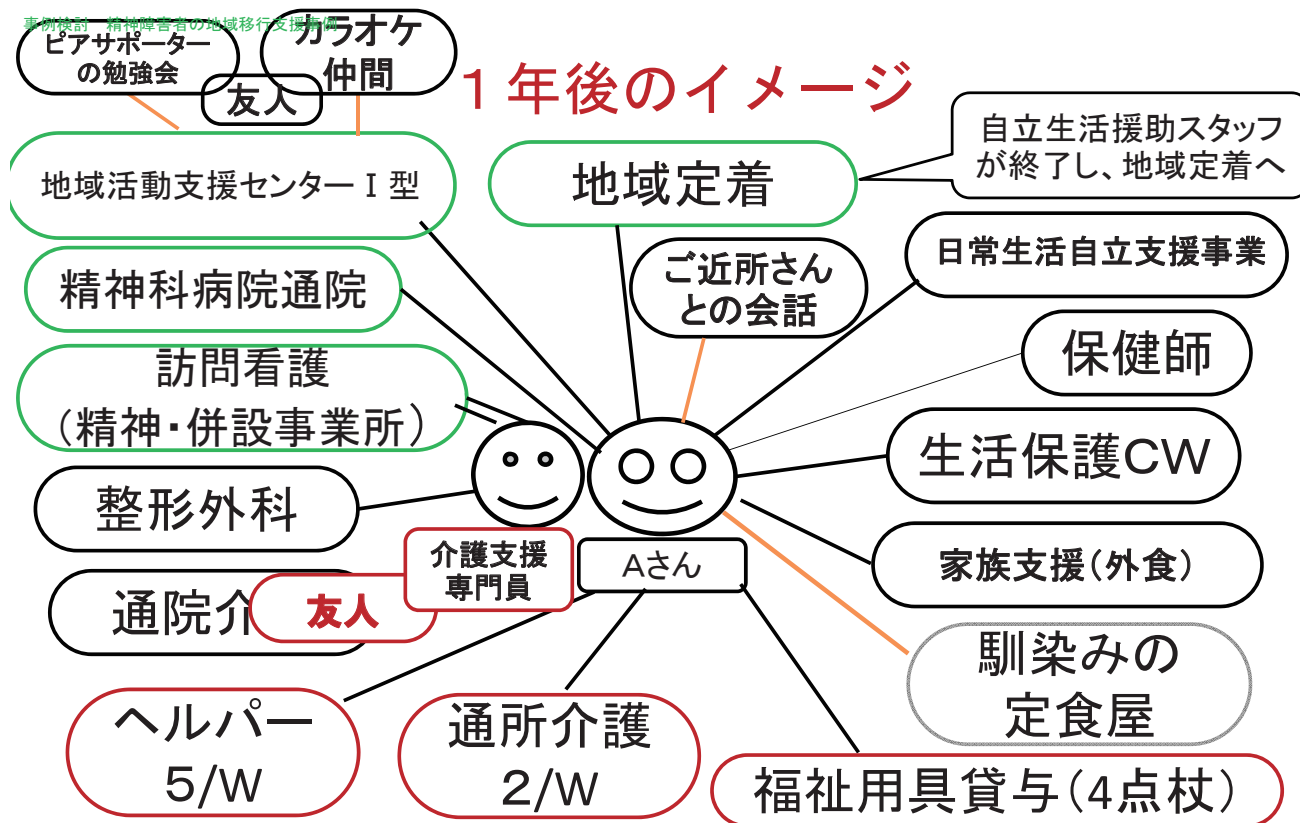


何とか皆さんに支えられて、地域生活が軌道に乗りました！！

29
©Japan Care Manager Association

A さんの変化に沿った

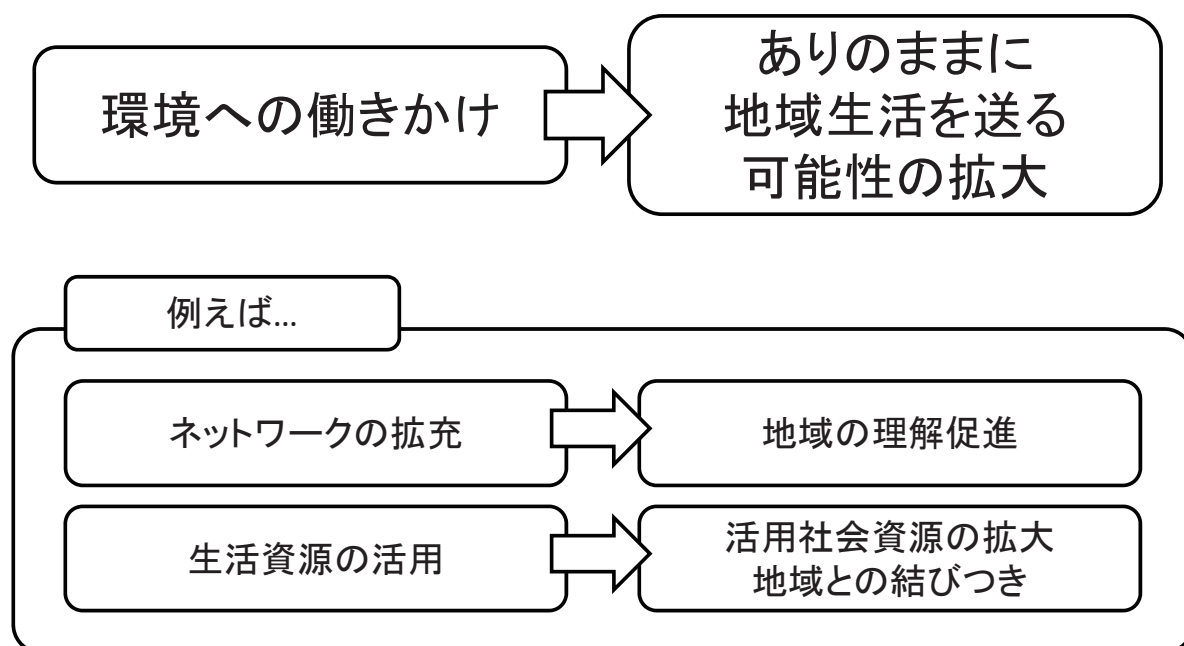


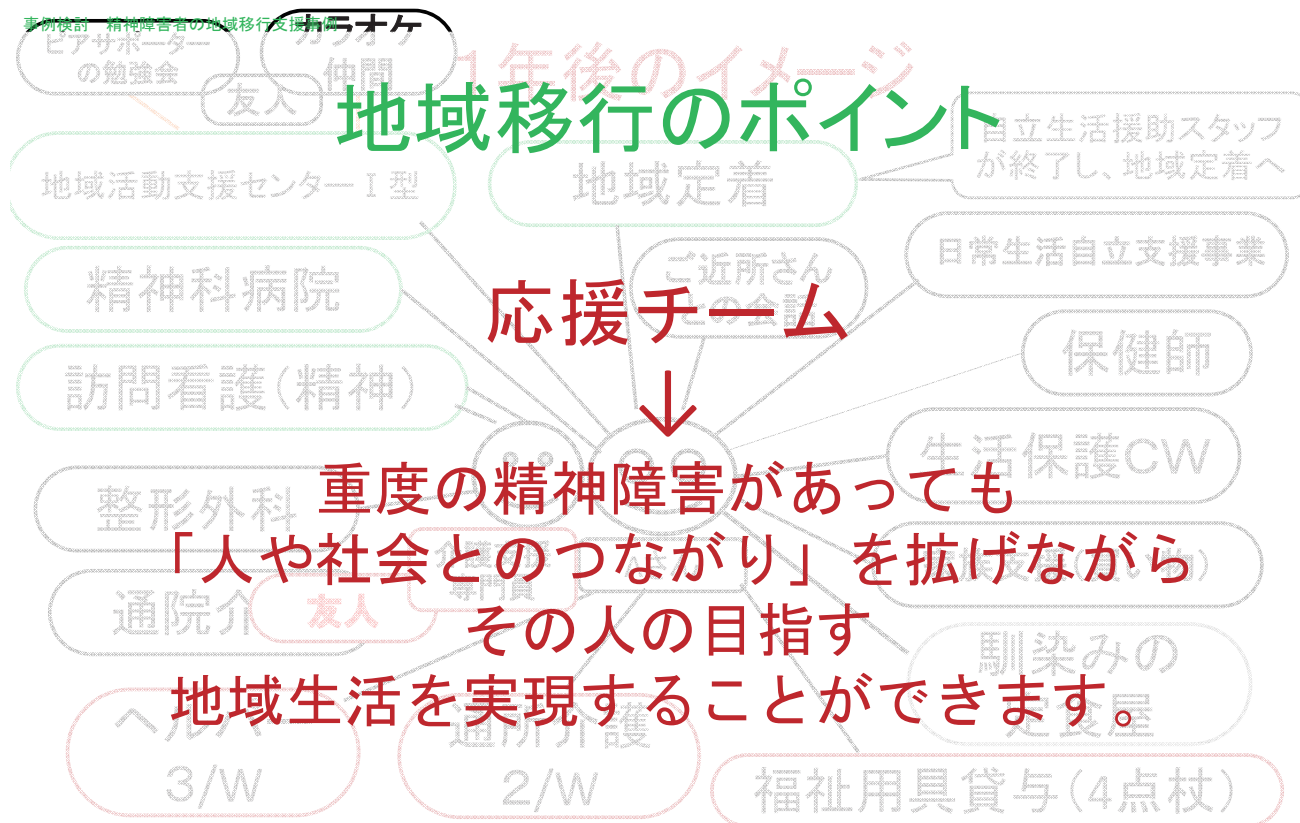


インフォーマルな支援が“生活の一部”になり、
地域の中でさらなるつながりも広がりました。

31
©Japan Care Manager Association

環境への働きかけがもたらしたもの





提供される支援が“生活の一部”になり、地域の中でさらなるつながりも拡がりました。

33
©Japan Care Manager Association

長期入院者の特性を考慮

無意識の喪失体験

夢・希望・意欲・主体性・つながり・自尊心…

なにがやりたいのか、何が好きなのか、
どんな過ごし方をしたいのか・・・わからない。

喪失体験を取り戻す支援が必要



こうなりたい自分をみつけるマネジメント
自尊心の回復は地域生活支援の肝となる！

34
©Japan Care Manager Association



研修全体の振り返り・意見交換 及び 研修記録シートの記入について

平成30年度障害者総合福祉推進事業
精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等の研修ニーズに関する調査事業



研修全体の振り返り・意見交換及び研修記録シートの記入について

振り返り及び意見交換（30分）

- 本研修で学んだことや今後の抱負などをグループワークで話し合う。
- 1日目オリエンテーションで記入した「自己紹介および受講目標設定シート」をもとに、
 - ☆当初の印象がどのように変化したのか
 - ☆何を学んだのか
 - ☆今後の活動にどのように活かそうかなどを話し合う。（10分）
- その後、各自において研修記録シートの科目ごとの「この科目で学んだことを実践でどのように活用しますか？」を記入する。（15分）
- 最後に講師講評（贈る言葉）をコメントして終了。（5分）

研修記録シートの活用

- ・ 研修の目的は、受講者の質の向上であるとともに、それらの者が受講によって得た知識・技術を実務で活用することで、より効果的な支援が可能となり、よって利用者の身体及び生活の自立が促進されることにある。
- ・ であるから、受講によってどの程度の学びが得られ、実務においてどのように活用されているのかを、自己による主観的評価と実務における客観的評価の双方を行うことで、測定することが可能となる。
- ・ また、研修受講前の受講目的を明確にし、受講後の効果を自己評価することで、「その場において話を聞く」という受動的な受講から、「目的意識を持って積極的に学び取る」という能動的な受講が可能となる。
- ・ 研修記録シートはこれらのことを具現化するためのツールとして有効である。

©Japan Care Manager Association ³

研修記録シートの構成①

- ・ 研修科目の評価項目ごとに、受講前評価を数値で記入。
- ・ 各科目の講義・演習開始前に担当講師または司会者が記入を促す。
- ・ 評価は4段階：4. 十分にできる
3. 概ねできる
2. かなりできる
1. ほとんどできない
- ・ 受講直後に同様に評価を促す。
- ・ さらに、その科目において何を学び取ったのかを、評価項目ごとに言語化する。
- ・ 研修記録シートは2日目終了時まで、各自が保管することとする。

©Japan Care Manager Association ⁴

研修記録シートの構成②

- ・ 振り返り及び意見交換において、グループワークで学んだことを話し合ったのち、各科目ごとの研修記録シートの「この科目で学んだことを実践でどのように活用しますか？」を記入する。
- ・ 研修科目の中では時間が不足する場合は、各自、研修終了後すみやかに記入することを伝える。
- ・ 必要に応じ、研修実施主体はいったん回収しコピーを取ることが望ましい。
その後各自に返却する。
- ・ 受講者は所属事業所の管理者等に受講報告を行い、内容の確認を依頼し、確認印等をもらう。
- ・ 受講者は3か月程度たったのちに、そのことがどのように実践できているかを再評価（言語化）する。
その後管理者等の確認を仰ぐ。
- ・ 3か月後の評価を行ったシートは、可能であれば研修実施主体に返信してもらうなどの対応が望ましい。

©Japan Care Manager Association ⁵

実践基礎研修 「リフレクションシート（振り返りシート）」 について

- ・ このシートは研修受講後のアンケートに該当するものです。
- ・ 加えて、支援者としての精神障害者支援の自己覚知を促す目的もあります。
- ・ 受講前に問1～3の「受講前」にチェックを入れていただきます。
- ・ オリエンテーション中の記入ではなく、研修開始前の時間（受付後の着座したタイミング等）で記入していただくことを想定しています。
- ・ 受講後は問1～3の「受講後」のチェック及び「その理由」を記載していただきます。
- ・ また、問4～8までも記入いただきます。
- ・ 研修中（振り返り等）には、記載のための時間は確保していませんので、研修終了後または帰宅後に記入していただき、後日回収の方法を確保していただくなどが想定されます。

※このシートを研修実施主体等で集積・分析することで、次年度以降のさらに質の高い、受講ニーズに沿った研修の実施が可能となります。

©Japan Care Manager Association ⁶

