

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

原稿執筆にあたって	伊 藤 葉 子
地域密着の実践から	近 藤 芳 江
個別の課題を地域課題に	中 川 学
在宅医療を支えるソーシャルワーク	杉 戸 順 子

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：原稿執筆にあたって～

伊 藤 葉 子

はじめに

「社会福祉士・介護福祉士法」が成立して、30年を迎えようとしている。社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士は社会福祉に関連する国家資格であるが、その登録者数年々増加している。社会福祉振興・試験センターのデータによると、2015（平成27）年度時点での、各福祉士の登録者数は、介護福祉士が最も多く（1,408,533名）、次いで社会福祉士（195,336名）、精神保健福祉士（71,371名）となっている（図1参照）。

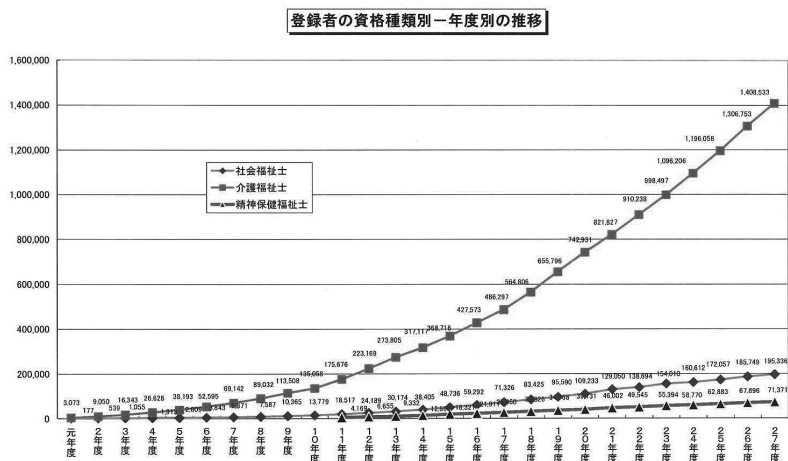
なかでも、社会福祉士は、同法第二条第一項において「この法律において『社会福祉士』とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）を業とする者をいう」と定義されている。「環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者」をどのように想定するかにもよるが、児童、高齢者、障害者といった対象者に限らず、司法、医療、教育といった領域に至るまで、近年ますます社会福祉士に求められる役割は高まっている。同時に、現代

社会には、多様な課題が存在する。こうした多様な課題に対し、地域をその実践の場とする地域包括ケアにその解決策を見出す方向性が厚生労働省からも示されつつある。

本稿は、2016年7月10日に中京大学名古屋キャンパスで開催された「ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち」の第2部報告「地域包括ケアとソーシャルワーク-地域での生活を支える-」をもとにしている(注1)。

本稿の構成は、まず、伊藤葉子が「地域包括ケアとソーシャルワーク」について近年の政策動向なども踏まえて概略を述べた後、社会福祉士資格を有する立場で介護保険事業所を運営する近藤芳江が地域密着での個別支援の実際を論じ、精神保健福祉士資格を有する立場で「障がい者支援センター」の相談支援専門員である中川 学が特に精神障害のある人の地域移行・地域定着支援をととして個別ケースから地域課題を抽出する実践について取り上げ、最後に医師会が主導する在宅医療・介護連携支援センターの医療ソーシャルワーカーである杉戸順子が、在宅医療分野における生活支援、本人中心支援の具体化へ向けた人づくり、仕組みづくりとなる地域包括ケアの環境整備を重視した実践を提示する。

図1 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士登録者数の推移



公益財団法人 社会福祉振興・試験センター「資格登録 登録者数の状況」より

http://www.sssc.or.jp/touroku/pdf/pdf_t04_2.pdf (2017.1.14検索)

1. 求められる地域包括ケアシステムの構築とソーシャルワーク

（1）厚生労働省の示す地域包括ケアシステム

社会福祉士の仕事の仕方の変更を大きく迫る背景の1つには、少子高齢社会における「地域包括ケアシステム」の構築が求められていることがある。地域包括ケアは、「住民一人ひとりの生命・生活・人生を包括したケア体制の構築」をその理念とし（野口 2016）、今や高齢者に限らず、障害、児童、その他、対象者ごとに専門的サービスの充実を図ってきた従来の支援の垣根を越え、単独の機関でアプローチするのではなく、狭間のニーズを拾い上げながら「総合的な見立てとコーディネートを行う機能を強化」することが求められている。

厚生労働省が示す、地域包括ケアシステムの構築が重要な理由には主に3点があげられている（図2参照）。第1に、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」の実現が必要であること、第2に、認知症高齢者の増加が今後見込まれることから、その地域での生活を支える必要があること、第3に、人口が横ばいで75歳以上人口が重蔵する大都市部と75歳以上人口の増加は緩やかであるものの人口そのものが減少する町村部等、高齢化の進展状況によって大きな地域差が生じている。こうしたことから、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性に応じた地域包括ケアシステムを作り上げる必要がある。こうした地域包括ケアシステムはおおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には、中学校区を想定）を単位としている（注2）。

図2 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいでも75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



厚生労働省「地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて」より

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chuiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf (2017.1.14. 検索)

保健、医療、福祉専門職のみならず、老人クラブ、自治会、ボランティア等のインフォーマルな資源も活用することが想定されている。

この地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」の5つの構成要素が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えることが想定される。同時に、「自助・互助・共助・公助」を通じた地域包括ケアシステムが構想されている（図3）。

図3 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」



厚生労働省「地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて」より
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (2017.1.14.検索)

地域包括ケアが、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」場合、地域包括ケア研究会が指摘する「『介護』、『医療』、『予防』という専門的なサービスと、その前提としての『住まい』と『生活支援・福祉サービス』が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支える」とするならば、このなかで社会福祉士を代表とするソーシャルワーカーらは、果たしてどのように位置付けられるのだろうか。

こうした仕組みは高齢者領域に限らず、児童、障害、司法、貧困、家庭など、あらゆる領域で求められている。こうした仕組みは、それぞれの領域で個別に構築されるものではなく、それぞれの領域で必要とされる知見

を有しながらも、重なり合いながら、地域の中で重層的なセーフティーネットとして機能することが求められる。

(2) 地域包括ケアとソーシャルワーク

IFSW(国際ソーシャルワーカー連盟)の「ソーシャルワークのグローバル定義」には、「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である」とある(注3)。

この日本語訳の注釈には「ソーシャルワークは、人々が主体的に生活課題に取り組みウェルビーイングを高められるよう人々に関わるとともに、ウェルビーイングを高めるための変革に向けて人々とともにさまざまな構造に働きかける」と解説が加えられている。

本来、ソーシャルワークは、「個別具体的な課題解決に取り組み(実践し)つつ(ミクロ)」「その取り組みを通して現行の制度や仕組みの不具合を問い直し(マクロを視野に入れ)」「個別な生活課題が生み出される社会的な背景、社会問題を問い(福祉課題に限らないマクロ視点を持ち)」「世の中のあり様について警笛を鳴らしつつ、同時に解決の手立て、仕組みをインフォーマル、フォーマルにつくる(マクロ視点での気づきに基づくソーシャルワークの価値の根幹を現実化する)」ものであり、ソーシャルアクションをしてこそ、ソーシャルワークであって、その担い手こそがソーシャルワーカーであるといっても過言ではないであろう。

繰り返し、グローバル定義の注釈の言葉を借りれば、ソーシャルワークは、「人々が主体的に生活課題に取り組みウェルビーイングを高められるよう(ミクロ：報告者追記)」にし、「ウェルビーイングを高めるために変革に向けて人々とともに様々な構造に働きかける(メゾ、マクロ：報告者追記)」のである。

現代社会には多様な課題が存在する。こうした課題に対する社会的な活動及び事業・実践とその担い手もまた多様化している。サービス供給主体

の多元化だけを見ても、社会福祉専門職種の専売特許ではなくなってきている。むしろ、無資格でNPOを設立した住民主体の法人格の方が、大胆かつ迅速に活動を展開していることさえある。

社会福祉士・介護福祉士法が成立して30年を迎えようとしている今、社会福祉士養成のカリキュラムを見ても、「現行制度理解の知識偏重」も指摘され、社会福祉士（もしくはソーシャルワーカー）は、直接ケア業務に従事する介護福祉士ほどには重要視されないのではないかという危惧さえある。

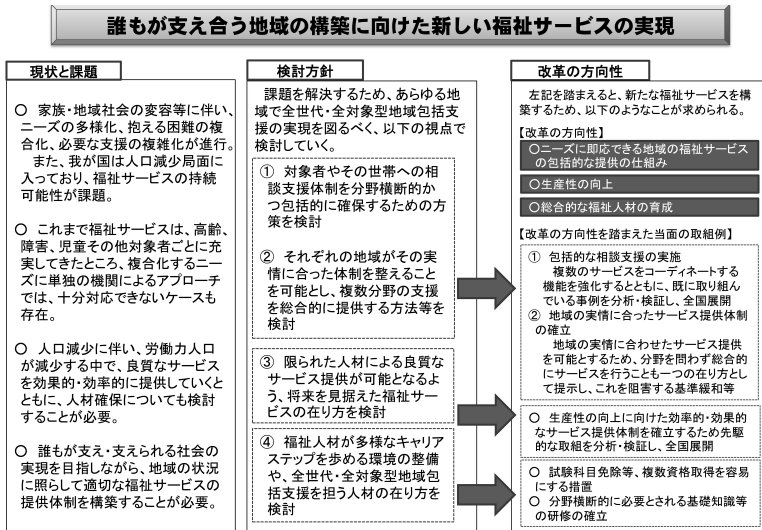
ソーシャルワーカーデーの開催が、社会福祉専門職であるソーシャルワーカーの普及・啓発、社会的認知度の向上をめざしている点を踏まえても、その業務内容の現状を広く周知できていないという課題が浮かび上がる。

2. 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン（「新福祉ビジョン」）をめぐって

（1）厚生労働省の「新福祉ビジョン」

厚生労働省の「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」が、2015年9月17日に「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉提供ビジョン（以下、「新福祉ビジョン」）」を示した（注4）。

図4 「新福祉ビジョン」概要



http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihovenfukushibu-Kikakuka/siryoul_11.pdf

「新福祉ビジョン」が示した現状と課題は以下の4点であった。①家族・地域社会の変化に伴い、複雑化する支援ニーズへの対応、②高齢、障害、児童といった対象ごとの福祉サービスではなく、複合化するニーズへの対応、③人口減少社会における福祉人材の確保と質の高いサービスを効率的に提供する必要性の高まり、④誰もが支え合う社会の実現の必要性和地域の支援ニーズの変化への対応である。

こうした現状を踏まえ、「新福祉ビジョン」では、その検討の視点と改革の方向性について、以下の3点を示した。

それは、①新しい地域包括支援体制の確立、②生産性の向上と効率的なサービス提供体制の確立、③総合的な福祉人材の確保・育成である。

①新しい地域包括支援体制の確立では、すべての人が世代や背景を問わず、安心して暮らし続けられるまちづくり（「新福祉ビジョン」では、「全世代・全対象型地域包括支援」）が不可欠であるとし、地域包括ケアシス

テムの構築により、「医療」、「介護」、「予防」、「生活支援」が一体的に提供される体制の確立をめざすとしている。また、高齢者介護、障害者福祉、子育て支援、生活困窮などの専門分野別の支援を提供するほかにも、分野を問わず、複数分野の支援を総合的に提供する方法の検討および、包括的な相談支援の実施や地域の実情に見合った総合的なサービスの提供体制の確立などを住民参加型のまちづくりに取り組むことも示した。②の生産性の向上と効率的なサービス提供体制の確立では、人口減少による人材の確保の困難さに加え、充実したサービスを継続して提供するため、少人数でのサービス提供が図られるような福祉サービスのあり方を検討することとしている。③の総合的な福祉人材の確保・育成においては、福祉分野業務に限定したキャリアステップのみならず、ライフステージに応じて異なる分野で活躍できる環境整備の検討の必要に言及した。

特に、新しい包括的な相談支援システムについては、①相談受付の包括化とともに、そのみではなく、②複合的な課題に対する適切なアセスメントと支援のコーディネートや、③ネットワークの強化と関係機関との調整に至る一貫したシステムであり、④また必要な社会資源を積極的に開発していくものであるとされる。

国は、こうした新しい地域包括支援体制の確立のためには、福祉人材のあり方を検討することの必要性も示している。新しい地域包括支援体制において求められる人材像としては、①要援護者やその世帯が抱える複合的な課題に対して、切れ目ない包括的な支援が一貫して行われるよう、支援内容のマネジメントを行うこと、②複合化、困難化した課題に対し、個別分野ごとに異なる者がサービスを提供することが困難な場合もあるため、地域の実情に応じて、分野横断的に福祉サービスを提供できることとされる。こうした担い手は、①複合的な課題に対する適切なアセスメントと、様々な支援のコーディネートや助言を行い、様々な社会資源を活用して総合的な支援プランを策定することができる人材、②福祉サービスの提供の担い手として、特定の分野に関する専門性のみならず福祉サービス全般に

つについての一定の基本的な知見・技能を有する人材が求められるとされる。このように、求められる人材には、複数分野を束ね、求められる支援に合った業務とマンパワーをコーディネートし、自らの専門分野の他に分野横断的な福祉の基礎知識を活用して臨機応変に実践を展開することのできる人材の確保・育成について言及されている。

こうした業務や役割は、これまでに社会福祉専門職であるソーシャルワーカーなかでも、日本においては、国家資格化を進めるなかで社会福祉士及び精神保健福祉士の業務として求めてきたものと言える。

だが、「新福祉ビジョン」に支援の担い手としての介護福祉士についての言及は複数回あるものの、ソーシャルワーク機能を担う社会福祉士については、「4. 新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保」のうち「(2) 新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保のための具体的方策」の「①包括的な相談支援システム構築のモデル的な実施等」において「専門的知識及び技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行うものとして位置付けられている社会福祉士については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待されることから、新しい地域包括支援体制におけるコーディネート人材としての活用を含め、その在り方や機能を明確化する」と言及されているにとどまり、精神保健福祉士としては、一切の言及がなかった。

(2) ソーシャルワーク教育団体連絡協議会の「最終報告」

この「新福祉ビジョン」に対する、社会福祉専門職養成の各団体（日本社会福祉士養成校協会、日本精神保健福祉士養成校協会、日本社会福祉教育学校連盟）で構成する「ソーシャルワーク教育団体連絡協議会」による「新福祉ビジョン特別委員会」による見解は、2016年5月9日に「中間報告」、2016年10月30日に「ソーシャルワーカー養成教育の改革・改善の課題と論点＜最終報告＞（以下、「最終報告」）により示された（注5）。

「最終報告」では、「新福祉ビジョン」の示した2つの改革の方向性のうち、①新しい地域包括支援体制の確立については、「分野を問わず」「前世代・全対象型」の「新しい地域包括支援体制の確立」は、福祉関係者・研究者が長年求めてきたものであるとし、新たに始まる「新福祉ビジョン」の「モデル事業（「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」）に積極的に参加・協力する必要があるとしている。また、②生産性の向上と効率的なサービス提供体制の確立についても、今後の人口減少・高齢化と福祉ニーズの拡大を踏まえ、避けては通れない課題としている。さらに、③総合的な福祉人材の確保・育成については、「特定の分野に関する専門性のみならず福祉サービス全般についての一定の基本的な知見・技能」を有しながら、「分野横断的な福祉サービスを提供」し、アセスメント、マネジメント、コーディネート能力を持つ人材の育成が、福祉系大学に課された新しく重要な課題として評価を示した。

さらに、ソーシャルワーカー養成脅威の改革のための中長期的な視点と論点を示しつつ、社会福祉士及び精神保健福祉士養成教育改善のための短期的課題を提示した。その主な内容は、講義及び演習、実習内容に言及した以下の6点が示された。それは、①養成時間の上限とジェネリックな視点からの科目の見直し、②ソーシャルワークの実践力を身につける、③教育目標の明確化と講義科目と演習の関連、④多職種連携とケアに関する科目、⑤社会福祉士と精神保健福祉士の共通化について、さらに⑥実習に関連する改善の方向性（主には、実習時間の増加、実習指定施設の範囲拡大、相談援助実習におけるICTの活用など）である。

ソーシャルワークは、その専門職倫理からしても、常に本人の意思、ニーズに立ち返りながら、その支援内容を支援チームに問い続けながら、個別の課題とその解決法を具体化しつつ、今後に生かし、仕組みを問い、変化させ続けるものといえる。こうした営みは、個別ケースを共有することを通して、ひとつづくり、まちづくりへと展開される。その出発点は、生活の場に立ち入り、しかも本人や専門職者を含む関係者の迷いや揺らぎに、身

近に頻回に添うという強みを持ちあわせている。

本稿を通して、ミクロ支援である個別支援から、地域課題の抽出、地域システムの構築に向けたメゾ、マクロにつながるソーシャルワーカーの業務の実際を示すこととしたい。

(注)

注1 ソーシャルワーカーデーは、2009年7月20日より、社会福祉士や精神保健福祉士などのソーシャルワーカーの社会的認知度を高め、その活動を推進・普及する活動として始められ、全国各地で関連事業が開催されている。これは、全国の社会福祉関係団体が創設した記念日で、毎年、7月の第3月曜日とされている。毎年、この前後に全国で関連の普及・啓発イベントが開催されている。「ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち」は、日本社会福祉教育学校連盟、日本社会福祉士養成校協会に所属する愛知県内の大学等と、愛知県医療ソーシャルワーカー協会、愛知県精神保健福祉士協会、愛知県社会福祉士会等の代表者が実行委員会形式で企画、開催し、愛知県下としては5年目の開催であった。2016年度は、「地域包括ケアとソーシャルワークー地域での生活を支えるー」を大会テーマとし、第1部は、「ソーシャルワーカーの魅力を語ろう」と題し、社会福祉現場でソーシャルワーカーとして活躍することを希望する現役大学生と現場実践に従事して数年の若手ソーシャルワーカーとの対話形式で開催された。第2部では、大会テーマである「地域包括ケアとソーシャルワークー地域での生活を支えるー」と題し、現場でベテランソーシャルワーカーとして活躍する3者に登壇いただいた。本稿は、この第2部の報告を基本としつつ、加筆修正したものである。

注2 こうした地域包括ケアシステムの構想は、2008年に厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として設立された「地域包括ケア研究

会（座長：田中茂：当時 慶應義塾大学大学院教授）」による研究内容に基づくと予想される。同研究会が2016年3月に示した『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント』は以下のサイトを参照。三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）」の採択案件の成果報告書の公表について）http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf (2017.1.14 検索) なお、途中経過の年度別報告書や論点整理の報告書は、厚生労働省のサイト「地域包括ケアシステム 6. 関連情報 地域包括ケアシステムに関する主な報告書」にも掲載されている。厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（2017.1.14. 検索）

注3 日本語定訳より。本訳は、公益財団法人日本精神保健福祉士協会ホームページより全文を読むことが可能。

<http://japsw.or.jp/international/ifsw/global-definition-of-sw-jp.pdf> (2017.1.14. 検索)

注4 全文は、厚生労働省「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」（2015.9.17.）「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉提供ビジョン」を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukushibu-Kikakuka-bijon.pdf> (2017.1.14. 検索)

さらに、「新しい時代に対応した福祉の提供ビジョン」工程表(案)は、以下のサイトを参照のこと。厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000->

Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu - Kikakuka / 0000117426.pdf (2017.1.14.)

注 5 全文は、一般社団法人日本社会福祉士養成校協会ホームページより参照可能。

ソーシャルワーク教育団体連絡協議会「新福祉ビジョン特別委員会」(2016.10.30.)「ソーシャルワーカー養成教育の改革・改善の課題と論点」<最終報告>

http://www.jascsw.jp/doc/20161030shinhukushivison_last.pdf
(2017.1.14. 検索)

また、同委員会委員長の二木 立（日本社会福祉教育学校連盟会長・日本福祉大学学長（当時））による 2015 年 11 月 1 日時点での見解（2015 年 11 月 1 日に京都にて開催された「第 45 回全国社会福祉教育セミナー【京都 2015】ソーシャルワーク教育団体連絡協議会主催緊急企画」発題内容も参照のこと。二木 立（2016）『厚労省 PT『福祉の提供ビジョン』をどう読むか』『日本福祉大学社会福祉論集』第 134 号，1-8.）

(参考文献)

- ・「ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち」実行委員会（2016.7.10.）『ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち報告資料』
- ・二木立（2016）「厚労省 PT『福祉の提供ビジョン』をどう読むか」『日本福祉大学社会福祉論集』第 134 号，1-8.
- ・野口定久（2016）「ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち 実行委員長挨拶」『ソーシャルワーカーデー 2016 in あいち報告資料』p.1
- ・公益財団法人 社会福祉振興・試験センターホームページ
<http://www.sssc.or.jp/>（2017.1.14. 検索）
- ・厚生労働省「地域包括ケアシステム」サイト
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/

kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu／（2017.1.14. 検索）

- ・公益財団法人日本精神保健福祉士協会ホームページ

<http://japsw.or.jp/>／（2017.1.14. 検索）

- ・厚生労働省「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」

（2015.9.17.）「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉提供ビジョン」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>
（2017.1.14. 検索）

- ・厚生労働省「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」

（2015.9.17.）「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉提供ビジョン」概要説明資料

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/siryou1_11.pdf

- ・ソーシャルワーク教育団体連絡協議会「新福祉ビジョン特別委員会」
（2016.10.30.）「ソーシャルワーカー養成教育の改革・改善の課題と論点」＜最終報告＞

http://www.jascs.jp/doc/20161030shinhukushivison_last.pdf
（2017.1.14. 検索）

- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）」の採択案件の成果報告書の公表について http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf（2017.1.14 検索）

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：地域密着の実践から～

近 藤 芳 江

はじめに

ソーシャルワーカーデーにて登壇の依頼を頂いた時、ソーシャルワーカーとして何をしているのかを振り返る機会をいただいたと感じた。報告者は、介護支援専門員として、自転車で訪問可能な地域で、利用者が自宅で暮らしていただけるように相違工夫してきた。その体験を、事業所だけでなく、地域において広げたいと考え、区居他介護支援事業者連絡会幹事、名古屋市介護サービス事業者連絡会幹事、社会福祉士会理事として、名古屋市の各種委員会へ参加するなど、様々な立場で活動している。一方で、社会福祉士専門職後見人として成年後見人を受任しつつ、愛知県内での社会福祉士後見人の普及、啓発を行ってきている。活動の根本は、権利擁護の視点にたった活動だと考えている。利用者や被後見人に対して直接関わらせていただくミクロな領域から、地域のシステムへの提案をしながら、当事者である利用者やサービス事業者などとも一緒に考え行政などとも連携している。そうすることで、ミクロな支援がメゾの領域に少しでも影響を与えられるようにと考えている。今回、自身の業務や活動がソーシャルワーカーとして、本人に向かいあい、地域に働きかけるというソーシャルワークを行ってきていることをあらためて確認する機会をいただいた。

1. ミクロで本人に向かいあう環境

(1) 事業所が所在する地域

報告者は、N市にて介護支援専門員として居宅介護支援事業所に勤務し、ソーシャルワーカーとしてケアマネジメント業務をおこなっている。報告者の活動するN市は平成28年4月時点で人口229万5000人、区内人口16万7000人、高齢化率は約27.57パーセント、市内16区では2番目に高齢化が進んでおり、独居の高齢者人口は、N市で1番多い地域である。区内には、総合病院は5ヶ所、訪問診療所、居宅介護支援事業所が52ヶ所、介護サービス事業所も複数所在する在宅介護を可能とするフォーマルサービスは整っている地域である。

(2) 事業所の特徴

報告者の所属する事業所は、昭和10年代から、助産師・助産所として、開設しており、社会の変化に伴い、産後ケアから病院付き添いまで行う家政婦紹介所、訪問介護や居宅介護支援事業所を行う介護保険事業所へと事業転換してきた。そして、地域住民の方々に、最期まで、住み慣れた自宅で暮らしていただけることを目指している。

特徴として、サービス地域をすぐに駆けつけることができる自転車で概ね5分以内としている。そうすることで、訪問介護が頻回になっても、また、緊急時も、対応が可能となってくる。そして、5年以上の利用者は珍しくなく、長期間のお付き合いになる利用者が少なくない。15年以上関わらせていただく利用者も複数ある。また、事業所は、隣が食品スーパー、道路挟んで向かいはドラッグストア、3軒隣がゆうちょ銀行と日常的に買い物などに出かけることで、本人やご家族のモニタリングが可能な立地である。一方で、家政婦紹介所を営んでいたこともあり、看取りに対する抵抗感があまりなかったことも特徴といえる。

（3）介護支援専門員の仕事

居宅介護支援とは、介護保険法第7条5項に規定されている。その内容は、居宅サービス、地域密着型サービス、そのほか利用者が日常生活を送るために必要となる保険医療サービスまたは福祉サービスなどを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する者などを定めた計画を立案し、その計画に基づいてサービスが提供されるよう、事業者などの連絡・調整を行うことである。

（4）ソーシャルワーカーとしての視点

報告者は、ソーシャルワーカーの専門性を意識して、介護支援専門員の業務をおこなっている。その一つは、利用者の権利擁護を意識し、支援を提供している。本人の希望が「自宅で最期まで、家で死にたい」と、その人らしい生活を送ることができる権利を保障していくという積極的権利擁護を意識しているのである。そのためには、日々、利用者・家族に耳を傾け、エンパワメントに徹し、時には、代弁することで、自分らしく生きる権利を保障する支援の方法を常に模索している。また、個別の事例から、経験したことを振り返り、地域へ働きかけるということを意識して委員会などに出席し、発言している。

2. 個別事例を通して

本稿では、「ソーシャルワーカーデー in あいち」の当日報告で取り上げた5事例を取り上げたうち、3事例を取り上げる。

（1）事例1：一人暮らしでも、好きなビールを最期まで楽しんだAさん

Aさんは、90歳代の男性、一人暮らし、要介護5、高齢者日常生活自立度B、認知症日常生活自立度Ⅱa、病名は、アルツハイマー型認知症、転倒による硬膜下血腫もある。生活全般に介助が必要になってきており、

1日をベッド上で過ごしていた。好きなビールを冷蔵庫に取りに行くこと、ベッド横のポータブルトイレを使うこと、ビールを注文し、酒屋さんがビールを配達する時には、玄関までの5メートルほども鍵を開けるためになんとか歩いていた。Aさんは、「ビールが好き。テレビを見ながら、気ままな暮らしがしたい。入院はもう嫌だ」デイサービスは体験してみたが、「行きたくない」といい、利用には至らなかった。Aさんは、訪問診療、訪問看護週1回、訪問介護1日2回のサービスを利用し、隣の奥さんの訪問もあり、ゴミ出しなどの協力もあり、生活が支えられた。

支援関係者の中では、本人の意思を尊重し、好きなビールを飲みながら、気ままに暮らしており、本人らしい生活を続けていただけたと思っていたのだが、Aさんについて、某テレビ局の放映で一人暮らしの認知症高齢者で「かわいそうな人」という印象の報道がされた。最後は自宅にて、転倒しているところを朝のヘルパー訪問時に発見され、主治医に最期を看取っていただいた。

客観的には、Aさんを「ひとりで、十分な支援を受けず、かわいそうな人」と捉えられたかもしれない。しかし、親族と本人らしい生活を保障しようと、関わってきた支援者の間では「好きなビールを最後まで楽しみながら、ひとり暮らしを全うできた」と振り返っている。人それぞれ異なる価値観があり、本人に寄り添い、一緒に考えて自分の価値観を押し付けないで、チームで支援することで、Aさんの希望は叶えられたと考えている。

(2) 事例2：精神病院入院から、本人の生きる意欲を掻き立てる自宅で療養することにより、食事が摂れるようになったBさん

Bさんは、70歳代の男性、要介護5、奥さんと二人暮らしで、子供はいない。高齢者日常生活自立度C2、認知症日常生活自立度Ⅳ、60歳代からの若年性アルツハイマー認知症と診断されていた。前任のケアマネジャーの時に、デイサービスやヘルパーを利用することで、在宅生活を送ってい

た。しかし、認知症による周辺症状が悪化し、小規模多機能施設を利用することになった。しかしながら、そこでの対応が困難になり、精神病院への入院となる。約1ヶ月、本人は、口から食べることなく、点滴で栄養をなんとか摂っていた。そのため、病院から胃瘻を勧められが、妻は、胃瘻にするなら自宅で看取ってもいいという覚悟で退院し、自宅での療養看護を決意する。そのため、在宅で訪問診療を引き受けてくれる診療所や、ケアマネジャーを探され、奥さんからの依頼をうけて、ケアマネジャーとして関わらせていただくこととなった。その後、入院中の精神病院 PSW（精神科ソーシャルワーカー）、自宅での訪問診療医、訪問看護、訪問介護、福祉用具、訪問入浴、訪問歯科などの在宅サービスを調整する。経口摂取を1ヶ月もしていないため、訪問看護師による嚥下評価を行い、訪問歯科医による嚥下訓練を調整する。また、入院中入浴もしておらず、約1ヶ月の間、ベッド上だったため、訪問入浴を開始する。入院中のトラウマか、介護への抵抗もみられた。訪問介護、訪問看護では、エマニチュード（フランス生まれの新しい認知症ケアの手法）を取り入れ、介護抵抗が徐々に少なくなっていった。退院後、1ヶ月には、車椅子へ移乗し、普通食を食べ、デイサービスの利用も始まっていた。約3ヶ月後には、介助にて歩行できるまでになっていた。ベッド上の生活から、椅子への生活へ、また、食事も、介助から自分で箸を使って食べられるまでになっていた。

このBさんを通じ、認知症の周辺症状の悪化により、精神病院へ入院してしまうこともあること、しかし、このまま入院生活が続いていたら、ベッド上で、最期を迎えていたかもしれない、しかしながら、家族の強い思いに動かされ、支援者がチームを組むことで、在宅での生活は可能になること、また、人間らしさがもどり、身体機能的にも改善されることを経験させていただいた。

(3) 事例3:100歳を過ぎ、寝たきり状態でも、支援を受けながら一人暮らしを希望し、最期もその自宅でヘルパーに看取られ自分の希望を全うし

たCさん

Cさんは、100歳代の女性、要介護5、高齢者日常生活自立度C2、認知症日常生活自立度Ⅱa、狭心症、緑内障と診断されていた。7年間関わらせていただき、支援当初は、主治医から「病院受診は、一人で来ないで、誰か付き添って来るように」との言葉から、介護保険の支援が開始された。徐々にADLは低下していき、最後の約3年間は、寝たきりの状態で、一人アパートで過ごした。そのころには、生活全般に介助が必要であり、誤嚥しやすく、視力もほとんどなく、難聴で、大きな声でやっと聞こえるという状況だった。Cさんの希望は、「息子が暮らしていたこのアパートで最後まで暮らしたい」ということであった。支援体制としては、訪問診療は内科、眼科が2週間に1回、必要に訪問歯科、訪問看護は週1回、訪問介護は1日3回、訪問入浴は介護保険の限度額の関係で、2週間に1回利用した。担当者会議で、主治医から「こんな状態は、考えられない」という言葉に対し、Cさんから「救急車には乗りたくない。病院は嫌」との言葉に、主治医も、この状況を納得し、支援者はチームで対応していくことになる。最後は、食事摂取量がしだいに減少していき、主治医から「無理して食べてもらわなくてもいいよ」との連絡をいただき、家族への説明がされた。最期は、ヘルパー訪問時に、息を引き取った。その後、主治医に連絡し、嫁と一緒に死亡確認をおこなった。

この事例を通じ、本人の意向を大切にすることと支援のあるべき状況の違いとのジレンマを感じながらの支援することを体験した。このような状況で、ひとりで暮らすことが本当に本人の望むことなのか、最期の看取りがヘルパーで、親族に囲まれずに亡くなることが幸せなのかを考えさせられた。本人の思いを全うすることは、家族や親族、支援者チームの方針が同じ方向を向いていくことで可能になること、そして、本人の希望を伝えやすい環境を整えることで、可能になることを経験することができた。

3. 介護支援専門員として、どのように考えるか

報告者は、以下のようなことを留意するケアマネジャーでありたいと考えている。

①自分の価値観を押し付けないで、利用者と一緒に考えること、しかしながら、②利用者にとって、本当に最善の利益は何なのか日々、葛藤し、問い続けること、③利用者の真の気持ちを聞くためには、教えていただけないと支援が始まらないと考えるため、言われやすく利用者に接すること、④物事には、両面の要素がある。しかし常に、ポジティブに考えるよう工夫をすること、⑤できないとすぐに諦めず、協力者を探し、周りを巻き込むことで、できないこともできる事もあること、そして、⑥利用者が遠慮無しでありのままでいられ、本人らしく暮らせるのは自宅だと考え、それが本人の縄張りであること、だが、⑦いつも利用者と一緒に揺れながらどうしたらいいのか迷うこともあること、しかし、⑧支援させていただくケアマネジャー自身が心身ともに元気でいないと支援ができないため、いつも元気であること、以上8点である。

そんなケアマネジャーでいるためには以下の点を心がけている。

①利用者に話していただける環境作り、緊張するような環境や信頼関係ができていないと本心を教えていただけない。②利用者のことは興味をもって聞く、その人を知りたい、一緒に考えたい、どうしたら、その人が生き生きしてもらえるか理解するには、この気持ちが必要。③今までやったこともないことも、工夫してできないか、そうすることでその方のみならず、支援が広がっていくと考える。④福祉専門職は、医療の専門家と壁があるといわれているが、一緒に話しをする、すると、利用者の支援が円滑に、また、利用者と医療の専門家の関係が良くなる。⑤つつい専門家から、例えば、「在宅生活が難しい」と助言されると、利用者は、可能性はあるのに自宅への退院を諦めてしまう。したがって、諦めなくてもいいようにエンパワメントする。⑥サービス事業者には、利用者の生活の質が向上するように、そのために、その事業所の技術が向上するよう応援する。

以上 6 点である。

報告者は、これから何をするか。まずは、会社において地域に根ざしたサービス提供を行うこと、次に、居宅介護支援専門員の現場実務から、発信して地域、K 区の地域福祉を、そして、N 市の地域福祉を考えていきたいと思っている。

最後に、報告者はミクローメゾーマクロの基点となる、利用者中心、利用者と一緒に考える、そこから出発することから地域課題を見出し、支援のあり方構築につながると考えている。そして、ソーシャルワーカーという専門職として、ミクロな現場から、メゾレベルの地域へ、発信していくソーシャルアクションに繋がる社会福祉士を目指している。

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：個別の課題を地域課題に～

中 川 学

はじめに

報告者は、精神保健福祉士として蒲郡で仕事をはじめ12年が経つ。障害者自立支援法に相談支援事業が盛り込まれ、蒲郡市では相談支援事業を行うために平成19年に蒲郡市社会福祉協議会に相談支援事業を委託し、蒲郡市障がい者支援センターができた。当時、報告者が働いていた小規模作業所は地域活動支援センターとして、運営母体を家族会から蒲郡市社会福祉協議会へ変え、蒲郡市障がい者支援センター内の一つの事業として位置付けられた。報告者は現在、相談支援専門員として働いている。

蒲郡市障がい者支援センターで行う相談支援は、市からの委託相談の他に、指定特定相談支援事業（障害福祉サービスを利用するときに必要なサービス等利用計画を立てることが出来る）と指定一般相談支援事業（入所施設や精神科病院等から地域生活への移行を支援するために地域移行支援と地域定着支援を行う）を行っている。

また、障害をお持ちの方、またそのご家族や支援者からのご相談に他の機関とも連携・協力して応じており、個別の困りごとや課題を解決するために、必要に応じて福祉サービスの利用等を検討、サービス等利用計画を作成してる。

日々の相談業務の中で困りごとや課題を整理し、自立支援協議会で検討し蒲郡の課題、地域課題を把握している。個々の課題の解決とともに、地

域の課題を整理・解決していくことにより、障害をお持ちの方の地域での生活を支え、障害があってもなくてもご本人らしく暮らせる街づくりに取り組んでいる。

今回の報告では、個別の相談ケースから地域課題を抽出し、仕組みづくりへとつなげるソーシャルワークについて述べたい。

1. 個別の課題を地域の課題としてとらえるための蒲郡市自立支援協議会

（1）蒲郡市障がい者支援センター

蒲郡市障がい者支援センターを加えた、市内5つの相談事業所が市から相談支援事業を委託されている。また蒲郡市障がい者支援センターは、相談支援体制の強化のため基幹相談支援センターを委託されている。基幹相談支援センターは市内の相談支援事業所に専門的指導や助言、人材育成、連携強化の取り組みを行っている。他に障がい者虐待防止センター、自立支援協議会の事務局、地域活動支援センター、就労継続支援B型事業、夏休み等の学齢児日中一次支援事業等を行っている。

（2）蒲郡市障害者自立支援協議会の役割と運営

蒲郡市では蒲郡市自立支援協議会を設置し、個別の相談や課題を整理している。個別の相談に対して相談支援専門員は行政やその他の関係機関と連携し課題解決に努めるが、障害福祉サービスの利用や、それまでの支援方法だけでは解決しがたい課題が出てくる。それらを共有、検討することで新たな解決策をみいだす。現行の制度や社会資源だけではどうにも解決できない課題は、ご本人の課題ではなく、地域の課題としてとらえることが出来る。協議会で検討し当面どのように対応するのか、またそれらを蓄積することで、地域の課題としてどのような社会資源や体制を作っていくか検討していくことになる。

例えば、蒲郡市障がい者支援センターで行っている夏休み等の学齢児日

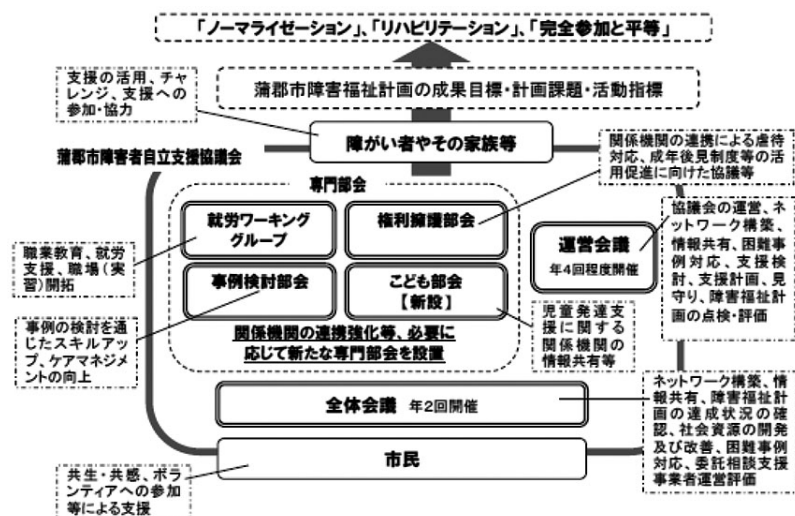
中一次支援事業は、子供の支援を行う社会資源が十分でなかった時期に、自立支援協議会で生まれた蒲郡市独自の事業である。

蒲郡市障害者自立支援協議会は大きく、全体会議、運営会議、専門部会からなっている（図1参照）。専門部会には就労ワーキンググループ、権利擁護部会、事例検討部会、子供部会がある。それぞれの専門部会で分野や目的ごとに検討を行い、具体的に個別の案件に取り組むことが多くある。また専門部会は必要に応じて新設している。

運営会議で協議会の運営を行っており、困難な事例の対応や支援検討を行う、障害福祉計画の点検や評価を行う、経過や目指すべき方向性を確認している。

相談支援専門員が相談支援を行う中で、ご本人やご家族、支援者からでた個別の困りごとや課題などがもととなり、全体会議で社会資源の開発及び改善行っている。

図1 蒲郡市障害者自立支援協議会の役割と運営のイメージ
（蒲郡市第4期障害福祉計画 概要版 平成27年3月 蒲郡市 より）



2. 個別支援のケースから

ここからは、個別支援ケースを通して、地域全体の取り組みにつながった事例について、支援プロセスに沿って記すこととする。ご本人は40代女性、統合失調症で一人暮らし、長い引きこもりから精神科病院入院となり、約一年の治療の後、地域生活へ移行し、現在は地域で支援をうけ生活を続けている。

（1）支援のはじまり

ご家族を支援している地域包括支援センターから蒲郡市障がい者支援センターへ情報があり、関わりを開始。まったく外出しないで、ご家族が何とかご本人を支えている状態が十数年続いていた。住まいは老朽化、風呂やテレビ、冷蔵庫やエアコンなど電化製品はなく、床は抜け落ちている状態。まともな生活が送れる環境ではありません。同居の親族が亡くなり、近所に住む家族は高齢となり、ご本人をそれまで通り支えることが出来なくなっていた。ご本人は統合失調症の症状から意味不明な発言を繰り返し、夜中に奇声をあげ、近隣住民からは「どうにかしろ」「どこかへ連れて行け」などと苦情が上がっていた。

（2）受診の支援

報告者は、まず適切な医療につなぐ事を目標に支援を開始した。ご本人は十数年の引きこもり生活から、なかなか他者を受け入れることができなかった。当時は自立支援協議会の専門部会で、どのように精神科病院受診に繋げるか、福祉サービスの利用等に繋げるかを検討した。試行錯誤がうまく行かず、本人との信頼関係を構築する事を目標に検討し、ご本人と関係を作るのに長い時間がかかった。

家庭訪問を繰り返し、ご本人とコミュニケーションが取れるようになってくると、少しずつ希望を聞くことが出来るようになる。希望を叶えるための支援のアイデアはあるのに、ご本人が支援を受け入れられない状態で

あった。病院に強い拒否があり、未治療のままで関わりを続けた。

繰り返しのやり取りでご本人が近所のコンビニ、市役所と出かけられるようになり、近所の人がゴミ捨てを手伝ってくれるようになった。二年近くかかったが、結果的に市民病院内科への受診ができた。市民病院の対応がよかったために、受診への抵抗が無くなり、本人の希望で精神病院へ受診、結果入院する事が出来た。ご本人は「病院って怖いところだと思っていた」「入院して良かった」「味噌汁が温かくておいしい」「看護師さんがやさしくていろいろ手伝ってくれる」と話してくれました。入院時には栄養状態も悪く、歩くこともおぼつかないような状態。家族や近所の人、支援者はホッとして喜んだことを覚えている。

（3）精神科病院入院治療

ご本人は長らく未治療、乱れた生活だったため、統合失調症以外にも健康状態は良くなく、治療に時間がかかった。報告者も忘れていたわけではないが、入院して八ヶ月が経っていた。病院の精神保健福祉士から報告者へ連絡があった。担当精神保健福祉士も入院までの経過、地域の関わりを知っていたため、何とか地域生活へ戻れないかと考えてくれていたのだ。

精神保健福祉士が調整し、病院で会議が開かれ、地域の関係者を呼んでくれたのだ。会議では主治医から、病状が残っており、常に「生霊」がそばにいて感じている状態。病棟でも「生霊」に対して大きな声をだす。病識がなく、服薬の必要感じていない。課題が多数あり、このままでは長期の入院の可能性のある事を確認した。

しかし、担当看護師から「入院当初から比べれば病状は回復している。」の発言をきっかけに、地域生活へ向けて、それぞれが支援できる事への話し合いとなった。主治医から「長期の入院も検討していたが、地域で充分な支援が得られるなら、外出、外泊など行い、その状況で退院に向けての可能性を探ってもよい。」と言ってもらえることが出来た。

(4) 地域移行支援

ご本人の「昔、友人と隣町で食べたフィッシュバーガーをもう一度食べたい」の希望から、初めての病院外出は、モスバーガー。地域移行支援計画を立て、退院に向けて支援をすることになった。本人の気持ちを確認し1週間に1回程度の訪問や同行を行い、その都度医療機関と事業所、家族で共有し支援を行った。

自宅の片づけ。衣類や生活に必要な物の購入。グループホームの見学・体験宿泊。B型事業所・地域活動支援センターの見学・体験利用。書類や事務手続き。相談支援専門員として、丁寧にご本人の希望を聞きながら、地域移行支援として支援を行った。病棟内では看護師と一緒に洗濯や服薬の練習。近所の人からは、新たな住まいとして近所の物件情報など提供してくださる方もいた。

ご本人と一緒に、初めて物件を見に行ったときには「きれいすぎて嫌だ。」と素直に喜ばず、本音を確認するのに苦労を要した。

(5) 退院後の地域生活支援

地域移行支援として約3ヶ月の支援で退院となった。結果的にはグループホームに住み、送迎を利用し地域活動支援センターに通っている。精神科病院からは訪問看護に来てもらっており、一人で受診に行けるよう練習中、一度病状が悪化したこともあるがその後は安定している。買い物に出かけ、気に入った服を買うことができる。CDを買う事もできる。自分の部屋をお気に入りの小物で飾る事もできる。退院したことを家族も近所の人も喜んでくれた。グループホームへは家族だけでなく、近所の人も顔を出し、退院を喜んでくれる地域生活が実現した。

(6) ご本人の言葉

「退院して良かったにきまっとる」ご本人の退院後の感想である。一時は「入院して良かった」「ずっと入院したい」と言っていた時期もあっ

た。

入院することが悪い事ではない。この方にとっても入院治療が必要で、治療を受けたことで健康を取り戻し、自分の希望を言えるようになった。しかし、治療が済んだら、必要が無くなったら退院するのは当然のことである。

社会から離れる時間が長くなると、ご本人や家族だけではどうにもならなくなってしまう事がある。ご本人が意欲を表現できなくなっていることもある。デリケートな調整、支援の工夫など環境を整える事で再び地域で生活できる人がいる事がわかった。

ご本人の気持ちを丁寧に確認し家族などとも共有することで、不安が安心に変わるのだ。

3. ソーシャルアクション

(1) 個別の課題から地域課題へ

蒲郡市では、相談支援、自立支援協議会が始まったばかりの頃は、精神病未治療のケースの相談が多くあった。市内には精神科クリニックはあるが、入院病床を持った精神科病院がない。当時はいかに適切な医療につながるか、医療機関と連携するかが地域課題の一つとなっていた。

医療機関や市役所、保健所と連携し受診や入院に繋ぐ、すぐに受診につながりながらもご本人やご家族と関係性を築き、適切なタイミングで介入が出来るように準備する。受診につながるような助言が出来るような窓口対応。受診につながった後の支援。精神科病院から退院する方への支援。通院治療中断とならないよう支援の体制を整える。など自立支援協議会で検討されたことが蓄積され、支援の方法が増えている。まだまだであるが、個別のケースを通じて医療機関との連携が出来るようになった。

このご本人のように、入院中から支援を行うことで地域生活を再開できる方がいることが明らかとなった。では、他にも入院中から支援をうけたい人がいるのではないか。何人くらいいるのだろうか。どこの病院にいる

のだろうか。その人はどのような人なのだろうか。ご本人は、どのような気持ちで入院をされているのだろうか。なぜ退院できないでいるのだろうか。様々なことが不明であることにも気づかされることとなった。

（2）地域課題への対応

①入院患者調査

個別の課題を通して明らかとなった地域課題のうち、「受診につなぐ」という課題に対し検討がされてきた。現在は、入院治療の後、地域生活に戻れない方がいる事が課題になっている。市役所が中心となり、保健所の協力を得て入院患者の調査を行っている。今までも支援体制が整えば退院可能なかたの調査やアンケートは行われてきたが、具体的な個別の事までは把握できていなかった。そこで、蒲郡市民が入院している可能性のある精神科病院へ、入院患者の性別、生年月日、入院期間、入院形態、病名等を調査し、人数だけでなく、入院している方を個別に認識できるようにした。回答が得られた病院へ市役所、保健所とともに出向き、順次個別のお話を伺うこととし、調査を行うことで高齢の方、長期の入院になっている方が多いことが改めて明らかとなった。この方たちの個別の支援を始めれば、高齢者支援と障がい者支援との連携が課題になってくることも想像ができる。

②リーフレット作成

東三河南部圏域では各市の基幹相談支援センターが協力し、地域移行支援のリーフレットを作成した。ご本人向け、家族向け、医療機関向けに、地域が支援できる事を知ってもらうことに努めている。精神科病院は圏域にまたがってあるため、市がそれぞれで行うよりも圏域で共通したものを使用することが有効だと考えられる。入院中、ご本人から直接センターへ「退院したい。」と電話をくれた方もいます。リーフレットを活用し地域生活へ移行する支援が受けられることの周知に努めている（添付「資料1」リーフレット参照）。

③県や各専門団体との協働

県や各専門団体では地域移行に関する人材育成、体制づくりの研修が行われている。県の地域移行を考えるワーキンググループにも専門職団体の後押しをもらい関わる事が出来た。県の研修と連動する形で圏域レベルでの研修を行ってる。そこにも先輩の力を借り、関わる事が出来た。先駆的に行っている地域から学び、我が町でも行えることを行う。また我が町で行っていることを発信する。地域での支援力を高め、支援体制を作り、ご本人やご家族、医療機関からご相談があった時にはしっかり受け止められるよう準備をしている。

おわりに

地域生活を支えるときに、まずはお一人お一人の生活を支えることから始まる。福祉サービスや制度などを使うことが目的ではなく、その方の生活を支える事を目的に、他機関や多職種と連携をしている。その時、個人の問題、課題で終わらせることなく、地域の課題としてとらえ、地域を作っていく必要があると気づいた。一事業所だけではどうにもならない事もある。圏域や県とも協働することが出来る事を知った。仕組みや体制、流れ、考え方など工夫や共有、発展させることが必要だと考え、現在も相談支援業務に取り組んでいる。

「資料 1」

東三河圏域 地域移行支援事業のご案内

【豊橋市・豊川市・蒲郡市・田原市・新城市・設楽町・東栄町・豊根村】



豊橋市にお住まいの方

お問い合わせ先

豊川市にお住まいの方

とよはし総合相談支援センター

〒440-0055

豊橋市前畑町 115 番地 あいトピア 2 階

【TEL】 0532-56-4111 【FAX】 0532-57-2595

【メール】 center@toyohashi-ssc.main.jp

豊川市障害者相談支援センター

〒442-0068

豊川市諏訪 3 丁目 242 番地 ウィズ豊川 2 階

【TEL】 0533-83-8050 【FAX】 0533-83-5222

【メール】 shougai-shien@toyokawa-shakyo.or.jp

蒲郡市障がい者支援センター

〒443-0036

蒲郡市浜町 93 番地 浜町福祉センター内

【TEL】 0533-68-3612 【FAX】 0533-68-3623

【メール】 g-shien@nrc.gamagori.aichi.jp

田原市障害者総合相談センター

〒441-3422

田原市赤石二丁目 2 番地 田原福祉センター内

【TEL】 0531-23-3812 【FAX】 0531-23-3110

【メール】 shogaisha-sodan@chorus.ocn.ne.jp

蒲郡市にお住まいの方

新城市基幹相談支援センター

※H28.4～H28.9(開設準備室) 〒441-1383

新城市東入船 6-1 新城市福祉課内

※H28.10～ 〒441-1363

新城市東沖野 20-12 しんしろ福祉会館内

【TEL】 0536-23-6270 【FAX】 0536-23-6270

【メール】 kikan-shinshiro@nijidete.com

田原市にお住まいの方

新城市・設楽町

東栄町・豊根村に

お住まいの方

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：在宅医療を支えるソーシャルワーク～

杉 戸 順 子

はじめに

医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の役割は、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場で経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることである（注1）。

急速な少子高齢化を背景に、病院は長期療養の場所ではなくなり、地域での在宅医療が推進されている。主に病院等で支援してきた MSW には、在宅医療の場でも、その支援が求められている。報告者も10年間、一般病院の MSW として療養者に寄り添ってきた。その経験を経て、現在、「一般社団法人名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センター（以下、中区支援センター）」で在宅医療の推進に携わっている。

今回、「ソーシャルワーカーデー in あいち 2016」に登壇し、在宅医療の場で働く MSW として報告することとなり、その支援の在り方を病院での経験も踏まえながら考察した。

1. 在宅医療が推進される社会的背景

（1）社会の現状と地域包括ケアシステム

約800万人の団塊の世代が、2015年に65歳以上となった。この世代が後期高齢者となる2025年は、高齢化のピークといわれている。国は、これ以降の医療と介護の需要増加、認知症高齢者の増加を見込んで、地域包

括ケアシステムの構築を目指してきた。

地域包括ケアシステムは、「人生の最後まで、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けること」ができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステムである。認知症高齢者の地域での生活を支えるため、また、都市部と町村部で高齢化の地域差が生じていることから、市町村や都道府県が地域の特性に基づいて主体的に作り上げていく必要がある（注2）。

（2）在宅医療・介護連携推進事業

地域包括ケアシステムのなかで、一体的なサービス提供を図るためには、医療と介護の連携推進が必須である。国は、平成23年度から在宅医療提供機関を連携拠点とする「在宅医療連携拠点事業（図1）」に取り組んだ。地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指したモデル事業である。

その成果を踏まえ、平成27年度からは、「在宅医療・介護連携推進事業（図2）」が、介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業として行われることとなった。平成30年4月からは、すべての市区町村で取り組まれ、事業の一部は、郡市区医師会等に委託することができる。在宅医療・介護連携推進事業の事業項目は、以下の8つである（注3）。

「在宅医療・介護連携推進事業」の事業項目

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関・介護事業者等の情報収集、リスト・マップの作成、活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状把握と課題抽出、対応策の検討

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
情報共有ツールの整備、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の設置・運営
- (カ) 医療・介護関係者の研修
医療・介護関係者の連携を実現するための研修、医療関係者への介護・介護関係者への医療の研修等を行う
- (キ) 地域住民への普及啓発
在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等より、地域住民の在宅医療・介護連携への理解を促進する
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
同一の二次医療圏内や隣接する市区町村等の広域連携が必要な事業の検討

図 1 在宅医療連携拠点事業

□ 在宅医療連携拠点事業

■ 事業上の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気を抱く人も可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

24年度予算 2,058万円 (H24103万9千円)

重点化区分	1,010万円
復旧・復興費	1,048万円

在宅医療連携拠点事業のイメージ

在宅医療連携拠点

(在宅医療支援機関・在宅医療支援センター・訪問看護ステーション等)

連携拠点を設置されたケアマネジャーの資格を持つ連携拠点(CMS等)が地域の医療・介護を連携したサポートすることにより、患者の負担がなにもない状態で地域で暮らし続けることが可能である。

※休日・夜間分でも実施する場合は、災害時に必要な備品の整備を追加

事業終了後

事業報告書の作成
多職種連携の検討会において提出された課題と解決策

- ②4職種制やチーム医療体制の実施方法や課題
- ③効率的な医療提供のためのアプローチや活用内容
- ④連携先をどう連携機関の医師の役割や役割
- ⑤ITを利用した多職種間の情報共有のあり方

人材の育成・普及啓発

- ・人材育成に關して積極的な役割を担う
- ・医療福祉従事者及び住民に対する普及啓発を行う

24年度連携体制、チーム医療提供

データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくにつける

- ・好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の仕組みの全国的な向上を目指す

出典：厚生労働省ホームページ 在宅医療連携拠点事業（平成 29 年 1 月 19 日検索）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf

図 2 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア)地域の医療・介護の資源の把握 ◆地域の医療機関の分布、医療機能把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆結果を関係機関で共有 	(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援 ◆情報共有シート、地域連携バス等の適用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用	(キ)地域住民への普及啓発 ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を適用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆在宅での看取りについての講演会の開催等 
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の検討 ◆地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応を検討	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、運営により、連携の取組を支援。	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等と連携して、広域連携が必要な事項について検討
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進	(カ)医療・介護関係者の研修 ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実現を資得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等	

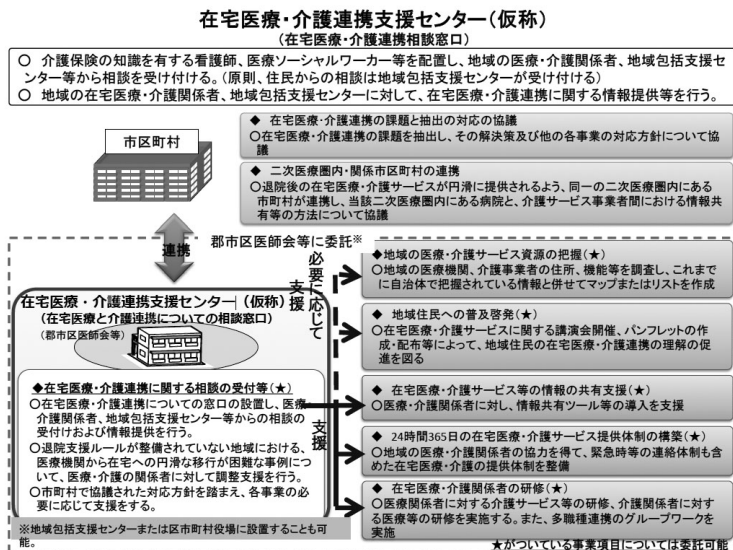
出典：第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議（H26.10.09）資料1-1
在宅医療と介護連携の推進について（図2 P15）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf>

(3) 在宅医療・介護連携支援センター

国は、在宅医療・介護の連携についての相談窓口として、市区町村に「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）」の設置を示し、介護保険の知識を有する看護師、MSW等の配置を求めた。その運営は、郡市区医師会等へ委託することができ、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受け付け、及び情報提供を行う。退院支援ルールが整備されていない地域においては、医療機関から在宅への円滑な移行が困難な事例について、医療・介護の関係者に対して調整支援も行う。市区町村で協議された対応方針を踏まえ、各事業の必要に応じて支援をする（図3）。

図3 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）



出典：第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議（H26.10.09）資料1-1

在宅医療と介護連携の推進について（図3 P16）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf>

2. 名古屋市医師会が目指す、在宅医療・介護支援システム

(1) 在宅医療・介護支援システムの概要

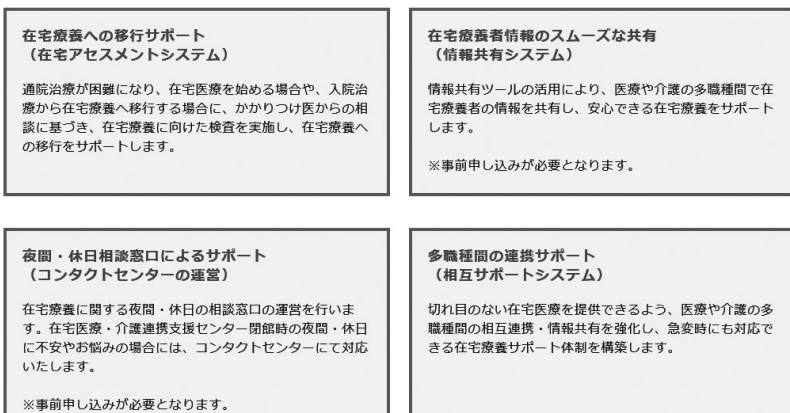
一般社団法人 名古屋市医師会では、平成27年度より、名古屋市から委託を受け「名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム（以下、支援システム）」の運営に取り組むため、在宅医療・介護連携室を立ち上げた。支援システムは、新規在宅医の参入促進と在宅医・多職種の負担を軽減するため、在宅療養の安心、安全、各地域の特性を踏まえた均てん化を目指している。これを支えるシステムとして、以下の4つのシステムが用意された（図4）。

在宅医療・介護支援システムを支える4つのシステム

- ① 在宅アセスメントシステム（在宅療養への移行サポート）
- ② 情報共有システム（在宅療養者情報のスムーズな共有）
- ③ コンタクトセンター（夜間、休日相談窓口によるサポート）
- ④ 相互サポートシステム（多職種間の連携サポート）

ここで、「はち丸ネットワーク」という名称で運用されている②の情報共有システムについて、少し説明を加えたい。はち丸ネットワークは、名古屋市において在宅医療・介護を必要とする療養者の関係多職種が、安全に情報を共有するシステムである。データは、認証や暗号化で管理されるネットワーク（Virtual Private Network）を通して、高いセキュリティの元でやり取りされる。関係多職種は、はち丸ネットワークを利用して、パソコンやタブレット、スマートフォン等の端末機器から、リアルタイムに必要な情報にアクセスできる。

図4 在宅医療・介護支援システムを支える4つのシステム



（2）名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター

一般社団法人名古屋市医師会では、平成 27 年 10 月に市内 8 区、平成 28 年 4 月には市内全 16 区に支援センターを開所した（図 5）。

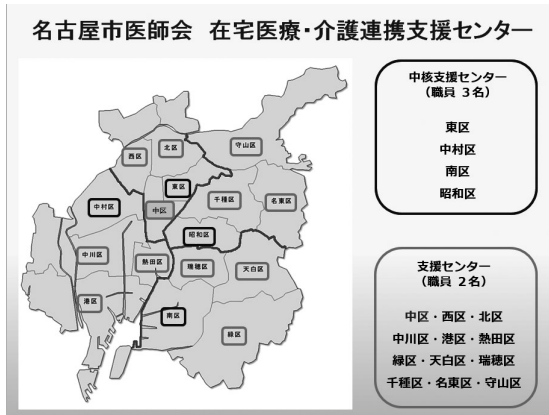
支援センターでは、在宅療養に関する不安や悩みへの相談窓口の運営をはじめ、医療資源情報の提供、在宅医療・介護に関する各種講演会の開催等、在宅療養環境のサポートを行う。また、16 区の支援センターのうち 4 区は、二次医療圏ごとの中核的な支援センターとして、区を超えての連携構築等の事業を行う。

図 5 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター イメージ図



出典：（一社）名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センターホームページ センター概要
<http://zaitakukaigo.nagoya/about>

図6 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター 配置図



出典：報告者作成

3. 在宅医療・介護連携支援センターにおける医療ソーシャルワーク

(1) 名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センター

報告者が勤務する中区支援センターは、平成 28 年 4 月 1 日に名古屋市の中心部に位置する中区に開所した。9.38km² の小さな区内に、官公庁街、オフィス街、繁華街、住宅街があり、84,947 人(平成 28 年 12 月 1 日現在)が暮らしている。都市部のため、名古屋市の中でも高齢化率は低い(表 1)、中高層のビルやマンションが多く、独居者・中高層住宅居住者の孤立化が課題となっている。そのような地域の特性も踏まえた連携推進を考えたい。

中区支援センターの平成 28 年度の事業(予定含む)は、以下の 7 事業である。本稿では、ソーシャルワーカーで紹介した①の第 1 回多職種連携研修会に加え、②の第 1 回在宅医療参画研修会を紹介したい。

平成 28 年度名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センター事業

- ① 平成 28 年度 第 1 回多職種連携研修会(平成 28 年 5 月 12 日、13 日実施)
- ② 平成 28 年度 第 1 回在宅医療参画研修会(平成 28 年 9 月 10 日実施)

- ③ 在宅医療連携部会 第1回準備会議（平成28年10月21日実施）
- ④ 平成28年度 第2回多職種連携研修会（平成28年11月12日実施）
- ⑤ 在宅医療連携部会 第2回準備会議（平成28年12月12日実施）
- ⑥ 平成28年度在宅医療と介護 中区民のつどい ＊予定
- ⑦ 中区地域包括ケア推進会議 第1回在宅医療連携部会 ＊予定

① 平成28年度 第1回中区多職種連携研修会

開所間もない5月に介護事業者を対象とした研修会は、中区支援センターを知ってもらうことを目的に開催した。研修会では、中区支援センターの見学とはち丸ネットワークの研修を行った。介護保険事業者から「中区支援センターを一度見てみたい、はち丸ネットワークについて知りたい」との声を聴いての企画であった。平成27年度に8区で開所していた支援センターでの研修等に参加した多職種からは、新しい事業であるはち丸ネットワークへの問い合わせも多かったため、実際に操作してもらえる研修会にした。研修会では、テスト療養者の情報共有ページを使い、具体的な事例を想定しながら説明。参加者には、実際に入力等も行ってもらった。説明は、操作方法や機能のみでなく、看護師からは、画像情報の有用性等、MSWからは、療養者の生活情報を通して、その想いや考え方も共有できること、療養者の尊厳や介護従事者における代弁機能についても伝えた。研修会でのやり取りはもとより、研修会を行うまでの企画段階で多職種の意見や需要を聴くことも多職種との連携構築を深めた。研修会の企画や運営で得る気づきは、その後の事業、相談へ役立つと同時に、拠点機能とMSW自身の職能も向上できるものである。

② 平成28年度 第1回在宅医療参画研修会

9月には、平成28年度 第1回在宅医療参画研修会を行った。これは、医療機関に在宅医療の導入を促進するための研修で医師を対象とする事業である。中区支援センターでは、名古屋市中区医師会が、前年度に取り組んでいた、介護保険事業者や行政も招いての在宅医療参画セミナーを引き

継ぎ、医療・介護・行政の多職種で行った。研修会では、在宅医療をしている診療所の医師から、はち丸ネットワークを利用している症例についての報告、中区支援センターからは、システムの普及の現況やセンターで対応した相談事例についての報告を行った。医療機関へ在宅医療の導入を進めると同時に、中区の在宅医療の現状を歯科医師、薬剤師、看護師といったコメディカルや介護関係者、行政職員にも知ってもらう研修となった。

都市部である中区には、外来診療のみを行うビル内の診療所も多く、他の市区町村から通勤している医師も少なくない。孤立化が課題である中区での在宅医療には、療養者と医療を繋ぐ多職種の連携は、特に重要である。こうした地域の実状、特性、潜在的な需要を共有できる研修会の企画は、地域福祉を基盤としたソーシャルワーク実践の一つである。

今後、市民への在宅医療・介護についての啓発を目的とした⑥の講演会も予定している。

医師と音楽療法士による音楽療法の講演と実演を行い、在宅療養の一端に触れていただく。MSW は、医療機関での受診受療援助、入退院に関わった経験を活かし、市民と医療を繋ぐ架け橋とならなければならない。

表1 年齢(3区分)、区別人口及び年齢別割合(平成27年国勢調査より)

	平成27年					
	15歳未満		15～64歳		65歳以上	
	人口	割合	人口	割合	人口	割合
名古屋市	282,497	12.5	1,429,795	63.3	545,210	24.2
1 名東区	23,865	14.8	104,300	64.5	33,483	20.7
2 中 区	5,726	7.2	56,900	71.6	16,877	21.2
3 天白区	20,921	13.1	104,381	65.4	34,345	21.5
	(中略)					
14 中村区	12,897	9.8	82,689	62.8	36,114	27.4
15 北 区	18,473	11.4	99,012	61.0	44,928	27.7
16 南 区	14,991	11.0	82,244	60.4	39,018	28.6
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)

(注)割合は年齢不詳を除いて算出。

出典：名古屋市ホームページ 平成27年国勢調査 名古屋市の人口と世帯数(確定値)
<http://www.city.nagoya.jp/somu/page/0000086751.html>

（2）名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センターにおける相談事例

本稿では、開所2か月を過ぎたばかりのソーシャルワーカーでは報告できなかった、中区支援センターでの相談事例についても触れておきたい。

中区支援センターには、区内や隣接区の医療機関や介護事業者、高齢者やその家族からの相談が寄せられる。本稿では、医療機関からの①退院時の在宅医療導入相談、②通院からの在宅医療移行相談を個人情報保護のため一部改変して紹介する。

① 退院時の在宅医療導入相談の事例

自立して生活していた高齢者が、転倒による骨折を機にベッド上での生活となり、回復期リハビリテーション病院の退院時に訪問診療が必要となった事例である。病院からは、「在宅療養は、困難。」と施設入所を勧められたが、療養者と家族の強い希望での在宅療養の選択であった。

中区支援センターから、療養者の居宅近くの在宅医へ相談。診療情報提供書、看護サマリーの情報で、褥瘡や嚥下困難等、退院カンファレンスでは、同居する家族の介護力、判断能力の不安もわかった。在宅医からは、緊急時やレスパイトも含めてのグループ構築の依頼があった。すぐに支援システムに登録している後方支援病院と連携し、はち丸ネットワークも利用してのグループ構築を支援した。在宅医療導入当初は、不安から家族が中区支援センターに電話をかけてくることもあった。そんな家族も、現在は、ゆったりとした気持ちで介護に取り組んでいると、在宅医から報告をいただいた。

② 通院からの在宅医療移行相談

月1回の専門科受診のみしていた重度の要介護高齢者に褥瘡が発生。在宅での処置が必要となり、訪問診療をしていない医師から、在宅医を紹介してほしいとの依頼があった。

地域包括支援センターへの連携、役所の介護保険課の協力で、介護認定

は出ているものの本人の拒否が強く介護サービスを受けていないとわかった。家族は、本人が受け入れるはずがないと入院を希望していたが、入院治療の必要性はない。介護支援専門員の訪問を経て、初めて訪問看護の導入となった。後日、介護支援専門員から本人が医療の処置ならとサービスを受け入れてくれたことの安堵と、今後の介護サービスに繋がればとの期待について連絡があった。在宅医には繋がらなかったが、訪問看護を受けることで在宅での療養が続けていけることとなった事例である。この事例では、中区支援センターが直接動くことはなかったが、医師からの相談窓口があったことが、療養者と医療・介護が繋がるきっかけとなった。

在宅医療の導入や移行の相談を紹介したが、窓口には介護の相談や制度への質問、入退院の相談も多い。中区支援センターが直接支援しない相談も、在宅医療・介護の連携構築という枠組みの中では、地域の特性、需要を把握でき、活かしていける。住民の声に耳を傾け、寄り添うことは、MSWとして、療養者とその家族、地域住民の視点に立ち続ける原点でもある。

4. 在宅医療を支える医療ソーシャルワーカー

報告者は、病院の MSW から在宅医療の MSW となったが、病院の外來受診や入院加療の際に支援してきたのと同様に、在宅であってもその権利を擁護する。

病院の相談室で案内してきたように、在宅療養者、地域住民へ社会福祉制度を案内する。診療所へ通院する方の社会資源への橋渡しをする。1 ケースであっても、ツールの普及やネットワークの構築であっても、多職種との連携の際に療養者と家族の想いが共有できるよう支援する。地域の社会資源を把握し、その提供の際は、利用できるのか、環境、療養者、家族の力をアセスメントする。行政への働きかけも、立場が変わっても、あらゆる機会で行っていくことに変わりはない。在宅医療・介護連携支援センター事業においては、在宅医療の主体が療養者本人であることを共有できるものとし、地域での在宅医療・介護連携の普及・啓発の際には、療養者と

その家族、地域住民へそれを明確にしていく役割を担っている。

MSW は、病院等の保健医療機関にあっても、在宅医療の場にあっても、療養者とその家族の望む生活を支えなければならない。療養者がどこでどのように療養するかを選択を支援し、個人の意思が尊重され、権利が守られるよう支援をしなければならない。

（注）

注 1 医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省保健局長通知 平成 14 年 11 月 29 日）

注 2 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革 医療と介護の連携に関する報告書等

【在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー】行政説明資料（平成 29 年 1 月 19 日検索）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000142946.pdf>

注 3 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革 医療と介護の連携に関する報告書等

【在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー】行政説明資料（平成 29 年 1 月 19 日検索）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000142946.pdf>

