

《論 文》

精神障害者ホームヘルプサービス研究の現状について

妹 尾 和 美

はじめに

精神障害者ホームヘルプサービスは、精神障害者の安定した在宅生活を維持するために、在宅福祉では重要なサービスである。しかし、疾病と障害特性の影響から、対人緊張の高さや病状が不安定な影響もあり、定期的に自宅へヘルパーが訪問して行う支援の定着化には、時間や支援の工夫が必要となる傾向がある。

具体的な例としては、ヘルパー事業所の立場としては、精神障害者に対する多様な対応と、急なキャンセルが多いことから、事業の安定性やヘルパーの支援の質が問われることとなる。次に精神障害者は、サービス利用の希望があいながらも、新しい人との関係づくりへの戸惑い、依頼したい内容がうまく伝えられないなどのコミュニケーション構築などが課題となり、利用を希望しながらもサービス活用継続に対して、次第に負担を感じ、消極的となり、結果として自ら中断する場合も生じている。

以上のような点から、ホームヘルプサービスが定着化には様々な課題があることがいえる。そこで、これまでの精神障害者ホームヘルプサービス研究の現状を文献研究することを通じ、定着化支援へむけ、示唆される視点について考察したい。

施策・制度的経緯

精神障害者ホームヘルプサービスが、制度化

に至る経緯としては、2002年12月社会保障審議会障害者部会分科会報告書で精神科病院に入院している72000人の社会的入院の方々を10年の計画で、地域へ退院を目指すことが示され、在宅福祉サービスの重要性が高まった。1994年訪問看護ステーションによる医療サービスとしての訪問看護が開始。精神保健福祉法改正の伴い、2002年より、ショートステイ・グループホーム・居宅生活介護事業（以下ホームヘルプサービスと記載する）市町村事業として開始となった。

2002年以前の精神障害者の活用可能な福祉的サービスは、あくまで精神障害者が利用する場所へ、自ら赴くことが求められており、病状・障害の影響により、外出等が負担であるなかなか支援が届かない現状があったため、訪問形態のサービス導入から、ようやく精神障害者の在宅福祉の取り組みが始まり、在宅福祉元年ともいべき年であった。

その後、自治体がホームヘルプサービス事業を通じ、精神障害者の置かれている生活の現状や課題を蓄積している過程であったにもかかわらず、2006年障害者自立支援法施行がされることとなる。この影響で、実施主体が自治体から事業所へ移行され、自治体開催責任であるヘルパー研修が事業所責任となった。市町村開催では研修要綱や研修時間等規定されており、一定の質が確保されていた。しかし、事業所責任となり、ヘルパーの労働形態では実際にサービス

を提供する時間でのみ報酬が発生するため、研修参加を保障する仕組みが事業所判断となり、事業所間の支援の質の格差などが危惧される事態となった。そして、利用者からの苦情や事業所から困難事例等相談が市町村対応の役割が減少し、かつ介護保険上のケアマネージャー役割機能が存在しないため、ヘルパー事業所負担が増大した。さらに、障害者自立支援法施行後から2012年以前までは、サービス提供時間上限2時間の基準が1時間30分と短縮となり、サービス利用者のペースに合わせた支援提供が取り組みにくい結果となった。

さらに、多くの課題を未整理なまま、2013年4月からは障害者総合支援法施行へと移行されていく予定である。

先行研究傾向について

精神障害者ホームヘルプサービス研究に取り組んでいる研究者専門分野の傾向としては、精神保健福祉・精神科看護・訪問介護（高齢者・障害者等）・作業療法等を背景とした研究者によるものが中心となっている。

研究手法の特徴については、多くは質問紙調査をはじめとした量的調査、事例・インタビュー調査等を踏まえた質的分析等が主である。

ホームヘルプサービスは支援過程・利用者自身の満足度・支援内容いずれも個別性が重要視されるため量的調査と質的調査の両面の研究方法が重要視される傾向にある。調査対象者の設定において、ヘルパーについては、経験年数・高齢者対応経験年数は基本データに大きく影響を及ぼすと思われる。次に利用者自身については、利用経験期間や利用中断の理由なども調査への影響は大きいと思われる。利用者については、インタビュー調査の場合、対人関係が苦手である障害特性の背景から、応じてもらえる利用者は話すこと抵抗感が低い方々に偏る傾向が

あるため、コミュニケーションがより苦手であると思われる利用者の質的な課題をいかに引き出すか、量的な質問紙調査等へどこまで補えるかの課題があるといえる。

次に地域を特定化した調査方法取られる場合については、精神科病院・クリニック・障害者自立支援法に基づく、各種事業所利用などの精神障害者が利用可能なサービス等の影響があるといえる。こうした事業所が地域に多い場合は、ホームヘルプサービスに期待される支援が分散され、また連携先が確保されることとなる。逆に他事業所が少なければ、ホームヘルプサービスに期待される支援が大ききことや、連携先が少ないことで困難事例などの調整に影響があると思われる。さらに、利用者のサービスを受け入れに対する意識では、ホームヘルプサービス以外の支援を活用是非は、支援者の関係づくりの経験や支援者とのコミュニケーションの経験が要素として大きいため、自宅への支援サービス提供等の抵抗感やホームヘルプサービス提供を受ける上での、問題点などを他機関に自ら相談しやすい環境などにつながると考えられる。

次に、研究概要については、①ホームヘルプサービス制度の変遷や課題について②サービス周知状況について③利用効果や利用者満足度について④サービス提供時のマネジメントやアセスメントについて⑤利用者とヘルパーの関係性における質的分析⑥当事者ヘルパー育成と効果⑦ヘルパー研修について⑧ヘルパー以外他専門職と連携による訪問支援の課題以上8点に分類することができる。

①から⑧それぞれの概要の要旨については、下記に記載する。

① ホームヘルプサービス制度の変遷や課題について

制度開始2002年開始後、障害者自立支援

法施行途上の変遷から、制度上の仕組みの変化・課題点・利用者や事業所へ及ぼす影響等が考察されている。特に障害者自立支援法となり障害区分判定の質問項目が精神障害者の状態の反映に適切ではないこと。現在は応能負担となったが、当初1割の応益負担の問題やサービス利用開始に伴う、申請の煩雑さなどがあげられる。その他サービス提供時間の減少や事業報酬の変更にも触れられている。(拙者 2009. 29-32)

② サービス周知状況については

①と組み合わせた視点での考察やサービスの存在の情報提供の意味合いと、サービス内容の理解など視点にて考察されている。(殿村ら 2009. 187-188)

③ 利用効果と利用者満足度について

質問紙・事例・インタビュー調査等の研究手法により実施されている場合が多い。総体的にヘルパーサービスの活用における利用者の満足度や効果は、次のような点があげられる。自宅の生活環境が整えられることで、自宅がくつろげる場所となり、疲労がとれる、睡眠が十分とれる、食事がバランスよくとれるなどといった生活の質の向上に関すること。定期支援における病状変化の見守りや気づきが早期に行え、支援の介入へのつながり、結果的に病状安定につながっている。次に、ヘルパーと日常的にコミュニケーションをとることにより、対人関係構築の向上やコミュニケーションの向上等が挙げられている。(林 2005. 76-77)

④ サービス提供時のマネジメントやアセスメントに関する内容について

障害者自立支援法施行以前では、市町村間でアセスメント基準の異なる問題がある。障害者自立支援法施行後は、障害区分

判定導入により、全国统一した基準が設けられたが、判定項目が適切に精神障害者の現状を明らかにするには、十分でないため、実際のサービス提供に効果的活用につなげていない。また、介護保険上のケアマネージャー機能がないために、困難事例や他サービスとの調整などの事態に、ヘルパー事業所のみ対応することとなり、支える仕組みが不十分である。(阪田 2007. 61-62)

⑤ 利用者とヘルパー関係の質的分析

利用者とヘルパーのフォーカスグループインタビューによる末永氏らの質的分析研究は、ヘルパーの援助姿勢・関係性の取り方・関係性の質的分析より、(末永氏2005 31)「ヘルパーと利用者の関係性は変化し、深化していくこと、この関係性の変化は利用者自身のエンパワメントだけでなく、ヘルパー自身のエンパワメントも促進することを明らかにした」とされている。この研究の分析結果から関係の深まる過程については、円滑な関係づくりに多くの示唆がなされており、ヘルパー支援の質の向上等さまざまな点で活かしていくことが可能と思われる。

⑥ 当事者ヘルパー育成と効果

サービス活用する利用者にとっては、同じ障害を持つ当事者ヘルパーは、安心感や信頼感へつながりやすい。部屋の片づけが苦手など、利用者自身のふがいなさや人に支援を依頼し、汚れた部屋をみられる恥ずかしさなどについても、共感ができることが特徴である。

対人関係が苦手とされる障害特性に考慮し当事者ヘルパー養成講座実施は、精神障害者に対する新たな就労支援方法の開発効果である。さらに、資格取得をやり遂げた実感は、当事者自身の自己肯定感を高める

ことにつながっている。(殿村ら 2003. 78-80)

⑦ ヘルパー研修について

障害者自立支援法施行以前は、これまで精神障害者に接した経験のないヘルパーは、自治体責任より研修をうけていたが、障害者自立支援法施行以降は、事業所責任となり、初期だけではなくフォローアップ研修などについても、ヘルパーからの要望は高いが、ヘルパーの労働環境や報酬をも踏まえ、参加可能な仕組みについては、頻度や内容事業所判断となるため、支援の質の課題につながる。

ヘルパーからは介護保険とは異なり、世代の異なる若い対象者のかかわり、病状や障害の理解、具体的な接し方・かかわりの距離感、何度もキャンセルされるなど日々のサービス提供へ不安や課題について、取り組める研修体制の充実が示唆されている。(長田ら 2001. 57-58)

本人のストレングスに着目し、本人の力を引き出すような支援とはどのようにかわることなのかといった、具体的な言動等についてロールプレイ等に必要性がある。

⑧ ヘルパー以外他専門職と連携による訪問支援

訪問支援の視点では、訪問看護・精神保健福祉士それぞれの専門性を生かし、かつ役割の機能の円滑化により、連携の工夫について論じられている。具体的には、病状悪化サインの汲み取りや介入においては、訪問看護の役割であり、具体的な生活支援ではヘルパーが担う連携の効果などについてである。(今井ら 2005. 53)

今後の研究動向について

以上の先行研究の結果及び、2012年から段階

的サービス利用計画開始後、2013年障害者総合支援法施行や他制度改正を踏まえ、今後の研究の視点について以下述べる。

(1) 対象者の広がりを踏まえた支援の質の向上

制度開始時、長期入院経験者・在宅生活対象者として統合失調症等の方々を、主なサービス利用者対象としてイメージされていた。現在では発達障害・うつ病増加・高次脳機能障害・他障害との合併、母子世帯の保護者のうつ病、高齢者世帯同居中の精神障害者など、利用対象者は単身だけではなく、様々な福祉ニーズの存在する世帯に派遣される傾向へと変化している状況があげられる。

次に、ホームヘルプサービスについては、「自立」がキーワードである。制度開始当初は将来自分でできるようにという視点が強化され、ヘルパー支援も指導的な対応に偏る考え方もあった。象徴的なエピソードとしては、ヘルパーが掃除や料理を一緒に行うことを促すことで、症状が不安定な利用者にはヘルパーサービスそのものが負担となり結果、サービスの中断などの繋がる場合である。実際に症状の波や利用者のライフステージ・生活体験・学習意欲・取り組み姿勢等も考慮し、その都度指導的・教育的・支持的・補完的な支援の柔軟な在り方を、ヘルパー自身の判断力を養成する研修やヘルパー支えるサポートの仕組みが必要と思われる。

(2) ケアマネジメントに対する期待について

2012年度よりサービス利用計画策定がこれまでの限定された事例からより多くの対象者増やすことになったが、経過措置が2014年までであるため、全国的実施にまで至っていない。課題としては、サービス利用計画対象選定を市町村が優先順位を勘案予定であるため、限定的な対象者に留まらず、支援が届いてない対象者への掘

り起しにつながるような工夫が必要と思われる。今後は、支給決定時から相談者がかかわる方向性より、ホームヘルプサービス活用の必要性や他サービスとの連携等調整が期待できる。また、支給決定後定期的なモニタリング実施により、利用者のサービス活用の満足度や定着状況を把握することが期待できる。

さらに、困難事例等についてヘルパー事業所が抱えこむのではなく、相談支援事業所を含めた多面的な視点で対応できること。そのため利用者の中断等早期に介入できる可能性も期待できる。

表1より概ね障害者自立支援法の障害者相談支援のサービス利用計画費用は、介護保険制度上では要介護1から2程度の単位に想定されている。段階的な実施が進む中でこの報酬費用の適正性やモニタリング期間等の論議は必要と思われる。

(3) 介護保険制度における訪問介護費と居宅介護サービスの関連について

次に介護保険制度における訪問介護と障害者

自立支援法居宅介護サービスについて比較について述べる。

介護保険制度では、制度改革により生活援助の事業報酬種類の減少傾向にあり、身体介護が中心とした報酬体系となっている。身体介護に関するサービス提供時間と事業報酬の種類については、大きな差は見られない。障害者自立支援法における、居宅介護サービスでは、高齢とはことなり、利用者の年齢層や日常生活における、ライフステージや自己決定を促進する意味でも、事業報酬の時間の種類と単位種類は増やす必要性が高いことが必要である。2012年改正ではこの点がやや強化されたことは、身体介護の比重が小さい精神障害者にとっては、利用者支援の多様性を考慮可能とした。また、1時間30分以上の保報酬体系が15分ごとに単位加算が可能となり、例えば、買い物から同行し、一緒に料理作りを体験しながら支援する、利用者のペースで掃除や片づけも体験しながら取り組んでみるといった対応もやや取り組みやすい状況が期待できる。

精神障害者にとって、通院介助については、

表1 介護保険と障害者自立支援法 ケアプラン作成比較 (2012年)

介護保険	介護予防支援		居宅介護支援				
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	412単位		1000単位		130単位		
	<u>合計 412単位</u>		担当件数40以上 60未満 500単位 <u>合計1500単位</u> 担当件数60以上 300単位 <u>合計1300単位</u>		担当件数40以上 60未満 650単位 <u>合計1950単位</u> 担当件数60以上 390単位 <u>合計1690単位</u>		
障害者自立支援法	障害者相談支援 サービス利用計画費1600単位				*介護保険とは異なり障害区分認定による単位差はない *介護保険併用の場合は減額基準有		
	障害者相談支援 継続サービス利用費1300単位						

*介護保険と障害者自立支援法のケアプラン作成費用については、同一基準としての比較は難しいが、両制度違いを分かりやすくするため単位基準をキーワードとし参考のため作成した。

精神科通院以外に他科通院同行でも対応の必要性も高い。生活習慣病などの疾患から定期通院が必要な対象者は多く、また怪我等の必要に応じての他受診では、利用者が初めて受診する病院などには、ヘルパーの支援等があることで、

利用者が安心して医療を受けることが可能となる。ただし、精神疾患の症状が悪化している場合などについては、各機関が連携の上、ヘルパー以外の同行者望ましい場合もあるため、十分な考慮が必要と思われる。

表2 介護保険制度居宅訪問介護単位概略（2012年）

	時 間	昼 間	早朝・夜間	深 夜
身体介護	20分未満	170（単位以下略）	213（単位以下略）	255（単位以下略）
	20分以上30分未満	254	318	381
	30分以上60分未満	402	503	603
	60分以上90分未満	584	730	876
	以降30分超過につき	プラス83		
生活援助	20分以上45分未満	190		
	45分以上	235		
	通院等の送迎、乗降車1回につき	100		

表3 障害者自立支援法居宅介護サービス費基本単位概略（2012年）

	時 間	基本単位
居宅における身体介護・通院介助 （身体介護含む）	30分未満	254
	30分以上1時間未満	402
	1時間以上1時間30分未満	584
	1時間30分以上2時間未満	667
	2時間以上2時間30分未満	750
	2時間30分以上3時間未満	833
	3時間以上（30分増すごとに83単位）	916
家事援助（身体介護含まない）	30分未満	104
	30分以上45分未満	151
	45分以上1時間未満	195
	1時間以上1時間15分未満	236
	1時間15分以上1時間30分未満	273
	1時間30分以上（15分増すごとに35単位）	308
通院介助（身体介護含まない）	30分未満	104
	30分以上1時間未満	195
	1時間以上1時間30分未満	273
	1時間30分以上（30分増すごとに70単位）	343
通院等乗車介助		100

(4) 地域移行・地域定着支援との関連において

長期入院経験者等が退院後、安定した在宅生活を定着する上では、積極的なホームヘルプサービス等活用等が必要と思われる。

自立支援法施行以前において一部の自治体では、病院を退院予定の方が、体験的にホームヘルプサービス利用を実施していた。こうした支援において、対人関係の苦手な精神障害者が、退院前から担当ヘルパーとの関係づくりが可能であり、かつ多数の関係者の連携も可能であるため、支援過程の課題点についても、早期に対応が可能となる。また利用者自身もホームヘルプサービスを実際に体験することで、イメージとの違いや、具体的な家事援助内容や要望について明確化することが可能となる。退院前にヘルパー担当者と利用者自身の顔合わせや、退院前のカンファレンス等参加などは事業所側負担の傾向がみられる。丁寧に利用予定者と支援提供者とをつなぐ支援が業務上確立していくことが、サービスの定着化を促すと思われる。

(5) 高齢化及び介護保険との関連において

いずれこうした長期入院経験者や現在在宅生活送っている精神障害者の多くが、高齢者となるためホームヘルプサービスが連続性を持った支援提供が期待される。

介護保険との関係においては、65歳以上では障害者自立支援法よりも介護保険が優先されるが、精神障害者高齢化の対応として、身体的に重篤な影響や認知症状を伴わない場合、介護保険上では高い要介護度認定されにくい傾向である。また、介護保険の要介護状態区分ごとの支給限度以上のサービスが必要な場合、障害者自立支援法のサービスは活用可能だが、市町村が併用に関して通達に基づく判断をする場合、精神障害者は区分判定においても、重度な判定がされにくいため、介護保険との併用に対して影

響を及ぼしている。2013年から障害者総合支援法についても、精神障害者の高齢の支援については今後の課題としても取り上げられており、障害高齢者の両制度の適切な活用の整理は今後の課題と思われる。

(6) グループホーム・ケアホーム利用者に対するヘルパー派遣について

これまでグループホーム・ケアホーム利用者のヘルパー利用は、一部特定の要件を満たす場合とされている。2015年からグループホーム・ケアホーム一体化に伴い、詳細な要件は今後提示されていくこととなるが、グループホーム・ケアホームの職員体制を強化と、より個別性を重要視した支援を期待したい。

加えて、ヘルパー自身は、複数体制の中で支援を提供することができること、精神保健福祉士等他職種との連携を実施できることから、対応や支援の工夫について、相談しやすい環境になるため、支援の質の向上が期待される。

(7) 各虐待防止法との関連について

2012年10月より障害者虐待防止法が施行された。制度概要としては、虐待は養護者・福祉施設従事者・使用者によるもので、虐待内容の類型は身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待の5点である。ヘルパーは支援サービス提供であるため、福祉施設従事者による虐待加害となる立場でもある。そして、自宅へ訪問する支援であるため、日常の具体的な生活場面で精神障害者の置かれている現状に接するため、障害者の虐待が疑われる事柄に、気づきやすい立場であることが言える。

以下3点ほど同居家族等ある場合の虐待が疑われる事柄を例に挙げたい。(1)現在でも精神障害に対する偏見等から、家族の理解が得られない家族と同居している精神障害者が、治療を受

けることや服薬を継続することが困難な場合などが見受けられる事例。(2)本人の障害者年金・通所事業所の工賃等本人の収入使用に著しく制限があるなどの経済的事柄の事例。(3)本人が家の冷暖房・入浴等利用など著しく制限があり、住環境や本人の健康を損なうことが危惧される事例。

次にヘルパーが気づく虐待としては、高齢者虐待である。高齢者と同居している精神障害者自身が、家族の認知症や著しい健康状態の悪化に対する理解が不十分なため、相談が遅れ介護や必要な医療などが行き届かず、結果として地域生活が崩れることが危惧される傾向がある。

そして、保護者の精神疾患により育児に困難が生じた場合や、児童虐待防止法との関連においてはネグレクト等の虐待状況が危惧される事例なども顕在化する傾向がある。

単身にのみにとどまらず、世帯への支援であるホームヘルプサービスは、障害者虐待防止法・高齢者虐待防止法・児童虐待防止法いずれ

の法律上の適用される事態に対する理解と対応について重要性があげられる。

最後に、精神障害者ホームヘルプサービス定着化には、①ケアマネジメントの充実、②利用者の満足度、③ヘルパーと利用者間の関係性が大きな要因といえる。加えて昨今の短期間における制度改正や他施策との関連性がサービス提供や利用者に対する影響についても、検討されることが必要と思われる。

そしてヘルパー資格要件の変化として2013年からヘルパー2級は初任者研修として位置づけられ、延期されていた実務者研修は2015年にスタートの予定である。今後は認知症等の研修強化がうたわれているが、3障害対応・虐待・他職連携が強化され、支援の定着化へむけ、総体的にヘルパー質の向上と事業安定が図れるように、多くの実践と様々な研究から効果的な新たな提案や工夫が期待される。

文献

(1) 今井美江子・松尾令子 2005

「ヘルパーと連携が生活を支える一訪問看護は地域生活のコーディネーター」

『精神科看護』 32 (5) 48-54

(2) 大和田猛・加賀谷真紀 2008

「ホームヘルパーにおける生活援助としてのコミュニケーションスキル

ー青森県内におけるホームヘルパーのアンケート調査結果を通してー」

『青森保健大雑誌』 9 (1) 21-28

(3) 岡伊織 2005

「ホームヘルプサービス、ショートステイ・グループホームの現状と課題」

『精神科看護』 32 (1) 40-45

(4) 小野田咲・長江美代子 2011

「精神障がい者が継続して地域で生活できるための支援活動の現状と課題」

『日本赤十字豊田看護大学紀要』 6 (1) 21-30

(5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2012

「障害者保健福祉関係主管課長会議資料」2月

(6) 厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課 2012

「平成24年度障害福祉サービス等の報酬改定について」1月31日

(7) 河野康政・矢根秀憲・阪田憲二郎・北村綾・橋本祐子・佐藤江梨子・徳田篤・星島愛子・足立麻子・笠井俊吾 2004

「精神障害者ホームヘルプサービス事業から地域支援を考える」

- 『精神保健福祉』 35 (3) 261
- (8) 小林香織・後藤恵美子・佐藤明生・本田美都子・加藤なおみ・榎本稔 2004
「デイケアにおける精神障害者ホームヘルプサービス利用の経過事例報告」
『病院・地域精神医学』 47 (2) 199 - 200
- (9) 阪田憲二郎 2007
「障害者自立支援法における精神障害者ホームヘルプサービスの課題と展望」
『神戸学院総合リハビリテーション研究』 2 (2) 55 - 63
- (10) 阪田憲二郎・河野康政 2004
「精神障害者ホームヘルプサービス事業の現状と課題—利用者ヘルパー調査を通して」
『社会福祉学研究』 (8) 99 - 116
- (11) 坂本将吏・大槻悦子 和田由子・小口美紀・宮坂幸美 2005
「一人暮らしの男性が発信源となって・・・地域で暮らすこと・地域でOTがヘルパーと伴に支えること」
『長野作業療法士学術誌』 23 85 - 87
- (12) 末永カツ子・瀬川香子・平野かよ子 2005
「精神障害者ホームヘルプサービス事業におけるヘルパー
—利用者間の関係性に関する分析：ホームヘルパーと利用者へのフォーカスグループインタビューを実施して」
『東北大学医学部保健学科紀要』 14 (1) 21 - 32
- (13) 妹尾和美 2009
「障害者自立支援法施行前後における精神障害者ホームヘルプサービス定着の課題」
『明星大学社会学研究紀要』 29 13 - 36
- (14) 妹尾和美 2011
「精神障害者ホームヘルプサービス利用における当事者の負担感について」
『明星大学社会学研究紀要』 31 15 - 32
- (15) 辻井誠人・米田正代・鹿野勉 2002
「生活状況および利用希望調査に基づいた精神障害者ホームヘルプサービス必要量」
『精神保健福祉』 33 (3) 225 - 225
- (16) 富川孝子・俊成晴奈・丸田明美・清水美和子・小林朗子・山岸裕子 2003
「継続看護における連携システムの構築に関する研究
新潟県における精神障害者ホームヘルプサービスに関する研究」
『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』 14 37 - 44
- (17) 富川孝子・俊成晴奈・丸田明美・清水美和子 2004
「継続看護における連携システムの構築に関する研究
新潟県における精神障害者ホームヘルプサービスに関する研究:地域ネットワーク構築における個人情報の提供と保護に焦点をあてて」
『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』 15 45 - 50
- (18) 殿村壽敏・行實志都子・野田哲朗 2003
「精神障害者ピアヘルパー等養成事業における現状と課題」
『精神障害者とりハビリテーション』 7 (1) 76 - 80
- (19) 殿村壽敏・田中千枝子 2009
「精神障害者ホームヘルプサービスを利用しない家族に関する研究」
『精神障害とりハビリテーション』 13 (2) 182 - 189
- (20) 長岡喜代子・宮崎洋一・川関和俊 2001
「東京都精神障害者ホームヘルパー養成研修を実施して」
『こころの健康』 32 (3) 218 - 218

(21) 西上忠臣・近藤敏・三好康恵・廣山由香 2
005

「精神障害者ホームヘルプサービス利用者の介
助量とADL/IADL評価の関係について」

『作業療法』24 161-11

(22) 西上忠臣・加藤知可子・三好康恵・廣山由
香・中元恭子 2006

「精神障害者と接触経験が個人に与える影響に
ついて」

—精神障害者ホームヘルプサービス養成研修受
講者アンケートを通じて」

『人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌』

6 (1) 148

(23) 名城健二・久貝興徳・國吉和子・島村枝美
2009年

「沖縄における精神障害者ホームヘルプサービ
スの現状と課題」『地域研究』5号 55-6
0

(24) 林裕栄 2005

「精神障害者ホームヘルプサービスの利用者か
らの評価」

『埼玉県立大学紀要』7 67-77

(25) 宮川恵美・石倉直美・田上和美・門田晋 2
011

「医療機関の精神保健福祉士が行う訪問支援の
現状と課題」

『精神保健福祉』42 191

(せのお かずみ、本学福祉実践学科准教授)