

老健施設から認知症専門病棟へ転院となった ケースへの支援を振り返る

●事例提出者

Yさん（介護老人保健施設・
社会福祉士）

Y

●クライアント

利用者：Bさん・81歳・男性

B

◆事例の提出理由

施設において「手のかかる利用者」は職員に暗に疎まれる。特にこの事例のB氏のように、他者に手を上げたり、常時目が離せない利用者は受け入れ先が限られてしまう。B氏のケアについては、「なぜそのような行動をとるのか」「どうすれば落ち着いた入所生活を送ってもらえるのか」という討議を職員間でかなり重ねた。しかし、その方法がわからなくなったときに職員の気持ちがかかれ「そのような人には退所してもらおう」という声が上がった。

B氏の退所後、しばらくはB氏の話に触れるのがタブーのような雰囲気だった。この事例から施設として学べることは何なのか、振り返りのために助言をいただけたらと思います。

◆施設の概要

●入所定員：100名（うち一般棟55名、認知症専門棟45名）

●国が拘束廃止をうたう前より取り組みが行われており、県の「身体拘束廃止推進モデル施設」の指定を受けている。

◆事例の概要

○既往歴・現病歴

●アルツハイマー型認知症

○心身状態

●要介護3

●ADL面で大きな問題はない。独歩可能。ただし、認知症状のために、以下の諸状況がある。

●尿・便意はあるがうまく排泄できないため、定時のトイレ誘導が必要。紙パンツを常時着用。

●記憶、記銘力の低下がある。

●コミュニケーションがうまくとれない。こちらが話しかけていることはわかるので何か喋ろうとはするが、つじつまが合わない。

●1対1の対応が必要な状態であるが、B氏は手伝ってもらうのを好まないため、介助をしようとする職員に対して暴言・暴力が見られる。

○家族

妻（78歳）と二人暮らし。息子（51歳・他県在住）と娘（48歳・隣市在住）がいる。娘の自宅は車で15分ほどと近いため、頻繁に実家を訪れるなど介護にはかなり協力的である。

○生活歴

●55歳まで建設技師として働く。定年後は晩酌

を毎日していた。身体を動かすのが好きで、町中をよく散歩していた。

- 20年ほど前に酔っ払って孫に手を上げることがあり（本人は可愛がったつもりである）、それにショックを受けた妻が保健所に相談。保健所の勧めで妻のみ断酒会に通っていた時期がある。

- H17年頃より徘徊が始まる。同年、胃潰瘍で入院した際にアルツハイマー病と診断される。徘徊時は足が速いため妻では追いかけていけない。

- 毎日デイサービスとショートステイを組み合わせ在宅介護を行っていた。

◆援助経過

H21. 2.10 A病院のMSWより入所相談の電話が入る（ショートステイ利用中にふらつきがあったため受診したところ、高度の貧血が認められたので1週間ほど入院していた）。「ご家族が老健施設入所を希望している。可能であれば相談にのってほしい」とのこと。医師（施設長・専門は脳外科）に確認したところ、現段階では相談受付は可能だろうとのことで話を進めていくこととなる。

2.12 妻、長女来所にて面接。妻と二人暮らしたが、徘徊するととにかく足が速いので追いかけていけない。目を離すことができないので、毎日のようにデイサービスとショートステイを組んでもらっている。妻、長女ともに施設入所を強く希望しており、すでに特養への申し込みも済ませている。ソーシャルワーカー（事例提出者Y）より、判定会議の結果で入所可否が決まること、認知症状の状態変化によっては医療機関で症状のコントロールが必要と判断される可能性もあるが、前向きに入所を検討していきたい旨を伝える。

【事例提出者の胸の内】

なんだか「嫌な予感」がした。全身状態に関する不安ではなく、認知症状が療養棟でトラブルになりやすい状態と予想された。

2.14 判定会議。認知症専門棟で「入所可」の判定。結果を長女とA病院MSWに報告。

2.15 入所。妻、長女に付き添われ。妻から不

安そうな表情で「どの程度面会に来たらよいか」という質問がある。A病院に入院中、面会した家族が帰った後にB氏が荒れてしまって大変だったようで、不安になっている様子。同時に「もう本人を追いかけて歩かなくていいんだ、と思うと涙が出てきます」という言葉も聞かれる。「家族の無理のない範囲で、目安としては週1回程度来ていただければよいのではないのでしょうか。あまり面会が少ないと『家族に見捨てられたのではないか』と不安が強くなる方もいらっしゃる。新しい環境に慣れるまでには時間もかかるとは思います。長い目で見ていきましょう」と伝える。

2.24 入所10日目。看護師より「行動抑止につながるような言葉かけに対して拒否が強いので気をつけている。夜は約1時間おきにトイレに行き、毎日眠れない状態が続いている。眠剤もきかないためふらつきが強く、立ち上がれない状態になることも多いので2人対応が必要なきもある。目に付くもの（TVなど）をなんでも動かそうとするので危ない」と報告がある。

【事例提出者の胸の内】

もうきたか。この状態が続けば職員のストレスが高まっていくのではないかと不安に襲われる。

3. 3 副施設長、看護師長より「安定剤を調整しているが眠れない状態が続いている。そのため歩行時にふらふらし、しょつちゅう転倒をしている。また、他の入所者の部屋に入ってしまったため、他の入所者のストレスになっている様子。医師としては薬を増やすことは副作用も心配であるため、このまま様子を見たいと考えているようだ。ただ、この状態が続くようなら入所継続は難しくなってくるかもしれない」との話がある。施設ケアマネジャーも交えて話し合い、家族に現状を伝えていくこと、また今までの生活歴を聴き直し、入所中にできそうなことや本人が落ちつきを取り戻すきっかけになることはないか模索してみようということになる。

長女に電話。現状を伝え、今までの生活ぶりを

再確認したいと伝える。長女からは「若い頃から飲み始めるとやめられず、母が一時期断酒会に通っていたこともあった。最近母の目の前では飲まないが部屋にビールの空き缶があり、自分で買っていたようだ」との話あり。

3.6 妻、長女来所にて面接。現在のB氏の状況を伝え、同時に入院前の生活状況を再確認するため。看護師長が同席し、妻と長女に説明。

- 施設に慣れるには誰しも時間がかかるので入所直後は落ち着かないのが普通だが、B氏はそれが顕著で、特に夜はほとんど寝ておらず目が離せない。そのため夜勤職員もほとんど休憩がとれない。空腹や頻尿が原因のようだが、薬は副作用があるので最小限にとどめて様子を見ている。
- 何か気に入らないことがあると誰かの手をひつかいたり、手を出すこともある。また1日に4回転ぶ日もある。大きな怪我には至っていないが、頭を打つとあとから血腫ができる場合もあり、夜など職員が手薄になる時間でやむをえない場合はフロアベッドにさせてもらうこともあることをよく理解いただきたい。
- 他者に危険が及ぶリスクが高くなっていることを考えると、入院対応が必要になるかもしれない。その点もご承知おきいただきたい。

妻は「今日の面接のことを長女から聞いて昨日から不安で眠れなくなってしまった……。病気だから仕方ないとわかってはいるが、いつまでこんなことをやっているのかと思うと恥ずかしい」と涙ぐむ。この面接で、当面施設で様子を見ていくが、心身状態によっては病院をあたる可能性があることを確認する。以上について医師（施設長）と介護チーフに報告。医師からは「飲酒も病的なものとはまでは言えないだろう」との話がある。

3.14 副施設長より「夜勤職員が休憩もとれないほど目が離せない状態で、他の入所者に手を出すことも多いため、複数の介護職より「退職したい」「(Bさんを)退所させてほしい」という声があがっている。スタッフのストレスがピークにな

ってきている。医師とも相談し、精神科へのコンサルテーションも検討している。スタッフの率直な意見を確認し、今後の対応策を検討するために施設内カンファレンスを行うことにした」との話がある。

【事例提出者の胸の内】

この頃、ケアワーカーは二分されている状況だと感じていた。「B氏にひっかかれたり手を上げられるので夜勤に入るのが怖い」というグループと、「認知症は病気なのだから、まだできることがあるのではないかな。先入観をもたずに頑張ってみていこう」というグループだ。両者の間で主任ケアワーカーも悩んでいる様子だった。

3.15 施設内カンファレンス開催

- **出席者**…医師（施設長）、副施設長、看護師長、ケアワーカー（10名）、看護師（3名）、リハビリ職（PT 2名、OT 1名）、施設ケアマネジャー
※進行はPT（Bさんの担当外）
- 最初に副施設長よりカンファレンスの開催目的について「事故報告書等でB氏の状況は把握していたが、夜の様子を直接的に知らない職種もいる。老人保健施設は正当な理由なく入所を断ってはならないという規定がある。ただし判定会議の資料と実際が異なることもある。現状をありのままに話し合うことで、B氏の支援に必要なこと、ふさわしい場の検討ができれば」との説明がある。

①B氏の療養状況について

- **看護師**：「スイッチが入ってしまう」とまったく指示は入らない。そうなる何を言っても手が出てしまう。夜のトイレは入眠後2～3時間は約15分おき、その後は約1時間半おきに行きたがるが、ふらつきが強いので2人介助をしても立たせることができない状態。5～10分ほど他者の対応をしている間にも転倒していることがあり、夜勤帯は特にケアワーカーの負担が大きいと思う。
- **リハビリ**：指示が入らないので、実質的なリハは行えていない。B氏が歩いているのについていくのがリハになっている状態。入所当時と比べて

ADLは変化ないが、危険行動は増している印象。

● **ケアワーカー**：入所直後より不眠がち。夜も頻回にトイレに起きるのでふらつきがある。転倒リスクが高いので見守りのためにいくと職員に抵抗する。他の部屋に入ってしまうことも多く、他の入所者のストレスが高くなっている。危険行動が多いので注意をすると職員の腕をねじる等があり、職員の緊張感は持続している。

②B氏のケアについての意見交換

沈黙の時間が続く。医師より「4時間は入眠しており、睡眠パターンはできているのではないか。B氏の意思に反したときに抵抗しているようだ。これに対する対処法としては、日中に何らかの作業をさせ、疲労感からしっかり眠れるようにすること、または投薬による症状コントロールがある」とのコメントがある。どの方法をとるか医師より発言があるが、ケアワーカーは黙って下を向いている者が多かった。医師より重ねて「投薬も症状によっては必要な治療である。また好ましくない行動をとるときに厳しい態度で注意するのは、虐待ではなく必要なケアである」との発言がある。しかし、その後も沈黙が続く。医師、副施設長がリードするかたちで、①精神科への受診を勧める、②転倒をはじめとした事故のリスクが高いことを家族に説明し、どのような状況で起きているか詳細に記録に残す、③疲労感が生まれるように日中適度な運動ができるよう働きかける、という結論となる。

3.16 長女に電話。前回の面接以降、いろいろ試してみたが改善の様子がなく、他の入所者に対する危険行動（車いすを突き飛ばす、テーブルをひっくり返そうとする等）があるため、専門病院の検討が必要になってきている。再度面接に来ていただけないかとアポイントをとる。妻はこの件で動揺しているということなので、今回は長女のみと話し合うこととする。

3.18 長女来所による面接。

● 医師から長女に病状説明。「徘徊をし、他者の部屋に入ったりバケツの水を飲もうとしたりすることが入所当時より続いている。これは認知症からくる症状である。これらの症状に対し、ある程度安定剤の処方も行ってみたが改善が見られないため、一度精神科を受診していただき、その結果によって、このまま預かることができるかの検討をさせてほしい」。長女は「母とは『何かあってからではごめんなさいでは済まされない』と話し合っていた」と、精神科受診について了解の返答。

3.24 C病院（認知症専門外来）受診。受診の結果を長女に聞く。「脳萎縮が著明でアルツハイマー型認知症と診断された。治療目的で認知症専門病棟へ入院と言われた。父は病院に着いても車から降りようとせず大変だった」とのこと。

3.30 退所。C病院へ入院。B氏は場所を変えることをわかっているのか、見送りのケアワーカーに対して機嫌がよくなかった。

ケース検討会

検討課題の設定

奥川 ありがとうございます。事例のプレゼンテーションを終えてみて、改めてYさんのなかで引かかっているのはどんな点ですか？

Yさん 事例を書く前に思っていたのは、認知症

の方をみる施設として、もう少しなんとかできなかったのだろうかということでした。しかし、事例を書き終えてみて、施設としてはそれなりに頑張っていたのだな、と思うようになりました。

奥川 頑張っていたと思えるようになったのはどうしてですか？

Yさん 以前であれば、このケースに対してはもっと早い段階で現場サイドから「出して（退所させて）くれ」という声が上がってきたと思うのです。でもBさんのケースでは、特に力のあるグループから「こういう現象が起こっている背景には必ずなんらかの理由があるはずだから、それを突き止めてケア計画を立てなければ意味がない」といった意見が出て、できるかぎりの対応をしようという姿勢が見えたことです。

奥川 なるほど。そういう思いがあるなかでも、この事例を提出されたのはどうしてですか？

Yさん スタッフはそれなりに頑張ったと思うのですが、最終的には病院へ転院になった事実があります。それは老健施設という施設属性上、仕方のないことなのか、それとももう少し違う手立てをとることができたのか、いまだに結論が出ていません。ソーシャルワーカーとして何ができたのかも含めて点検できればと思い、提出させていたできました。

奥川 わかりました。Yさんの課題は明確ですね。このクライアントが認知症専門病棟へ転院となったのは仕方のないことだったのか、自分のかかわり方を含めて点検する、これを今日のテーマとしてよろしいですね。

Yさん はい、よろしくお願いします。

入所者とスタッフの状況について

奥川 では、まずはクライアントのBさんとBさんを取り巻く方たち、そしてYさんがどんな状況に置かれていたのか、質問を通じて浮き彫りにしていきましょう。

発言 施設の定員は100名ということですが、1カ月の稼働率はどのくらいですか？

Yさん だいたい97～98%くらいです。

発言 Bさんが入っておられた認知症専門棟の平均の要介護と自立度はどのくらいでしょうか。

Yさん 平均要介護度は4です。自立度の平均は

とっていませんが、ⅢaとⅢbの方が一番多く、数名Ⅳの方がいらっしゃるという状況です。

発言 そのなかでBさんの状態はどのくらいに位置していましたか。

Yさん 平均よりは重いです。コミュニケーションがほとんどとれない状態でした。

発言 Bさんが手を上げたりして、職員がケガをしたということはありますか？

Yさん ケガをするところまではいきませんが、職員を叩くとか、トイレで介助をしようとするとか腕を雑巾を絞るようにつかまれたとか、廊下で消火器を振り回すといったことはありました。

発言 介護スタッフから「Bさんを退所させてほしい」といった声が上がったとき、看護師はどんな反応でしたか。

Yさん ナースの反応はあまり感じませんでした。もしかすると看護師長には訴えていたのかもしれないと思いますが、少なくとも私たちのところまでは聞こえてきませんでした。

発言 Yさんの施設では看護師と介護スタッフの仕事は明確に区分されているのですか。

Yさん 基本的には区分されています。夜勤の際に同時に複数の入所者に対応しなければいけないときなどは一緒にケアに入ることもあります。が、「看護師は看護の仕事をする」というのが施設の基本的な方針です。

発言 看護と介護の関係性はいかがですか？

Yさん よく施設の看護師と介護スタッフは仲が悪いという話を聞きますが、そういう空気はありません。年齢の問題もあると思います。介護職は20～30代が多く、看護師は50代が主力です。

発言 先ほど、力のあるグループから前向きな意見が出たのが評価できる点だというお話がありましたが、この事例へのかかわりのなかでそういうグループができていったのですか？

Yさん この事例がきっかけになったということではありません。介護職のなかではベテランの部類に入る30代半ばくらいの、介護の仕事が好きで

かなりガッツがあるスタッフが何人かいて、そういう人たちの慕う若いスタッフが自然とやる気のあるグループを形成しています。

発言 Yさんご自身の立場を教えてください。

Yさん 相談室の主任という肩書きになります。相談室には私以外に3人のスタッフがいて、1人は約30年の経験があり他の業務との兼務、ほかの2人は入職1、2年目という構成です。

発言 施設ケアマネジャーはどういう方で、支援相談員とどんな連携をとっているのでしょうか？

Yさん 基礎資格は介護福祉士で30代半ばの男性です。施設の開設当初からの職員で、ケアマネ資格をとるまでは介護職をしていました。ですので、スタッフの力量も把握していますし、入所者の状況もよく観察しています。また、ヒヤリ・ハット報告から統計をとってデータに基づく分析をしてくれたり、私はとても頼りにしています。支援相談員との業務分担については、支援相談員のキャリアがまだ2年目ということもあって、今のところ明確にどこからどこまでがどちらの仕事という区分はしておらず、ケアプランの作成以外については一緒に取り組んでいます。

発言 支援相談員の基本的な業務内容はどのようなものですか？

Yさん 施設の方針として入所期間は1年をメドにしていますが、そのなかで基本的には利用相談から退所相談までの一連の相談業務を担っています。利用相談の段階でつかんだ情報やご家族の話を聞いて施設内でのケアに活かせる情報をフィードバックしたり、ご家族やご本人とのやりとりのなかで見えてきたことをケアプランに盛り込んでもらえるよう働きかけたり、退所時には生活の場や社会資源について一緒に考えたりといった業務をしています。

発言 事例報告の中には施設ケアマネの動きがほとんど書かれていないのですが、何か理由があるのですか？

Yさん 深い理由は何もありません（笑）。最初

は彼の動きも書き込んだももっと長い事例だったのですが、このケースについては相談室が一体となって動いていたので、短くまとめている間に自然に消えてしまいました。実際には、逐一相談しながら動いていました。

発言 施設ケアマネとYさんの考えは一致していたと思ってよろしいですか？

Yさん はい。お互いの考えを確認しながら援助を進めていました。

カンファレンスで何ができたか

発言 3月15日のカンファレンスの結果、精神科の受診を勧めることとなり、その流れで転院することになったようですが、ドクター自身は転院についてどのような考えだったのでしょうか。

Yさん 表向きは転院には反対されませんでした。でも、本音の部分では最後まで老健でみる気持ちが強かったようです。カンファレンスの席上でも、「医者としてはみられると思う。症状コントロールのために薬を使うのは抑制ではなく、治療だと思っている。あとは看護・介護部門がどう考えるかだ」とおっしゃっていました。結果的には、スタッフが長い間沈黙してしまったので、「だめだ」と判断して精神科への受診を勧める方針を出されたのだと思います。「俺はあそこまで言ったけど、話が展開しなかったから、ああ言うしかなかった」と後で副施設長に言われていたようです。

奥川 ここはとても大事な場面です。まず、介護職はどうして沈黙してしまったのでしょうか。

Yさん Bさんのケアでストレスが高まり、「退職したい」と言い出している職員もいる状況でしたので、今後も継続してみたいこうという発言をするのがはばかれたところはあると思います。それともう一つ大きな要素として、ウチの施設は身体拘束廃止のモデル施設で、所内研修もわりとしっかり行っているの、抑制につながるケアを

することへの抵抗感もあったと思います。

奥川 なるほど。今日のYさんのテーマは、「このケースが病院へ転院してしまったのは仕方のないことだったのか、自分のかかわり方を含めて検証したい」というものでしたよね。

Yさん はい、そのとおりです。

奥川 では、このカンファレンスの席上で、Yさん自身はどんなかかわりができたと思いますか？

Yさん かかわり……。このカンファレンスでは、初めのほうで私がBさんの入所以来の概況を説明しました。ただ、相談員は立場的に中間点にいますので、今後の方針については口を挟まないようにしようと思い、その後は黙っていました。

奥川 ソーシャルワーカーはカンファレンスの場で必ずしも自分の意見を言う必要はないのです。この場面は、難しいクライアントを前にして、腹をくくった医者が発言があった。一方でそれに答えきれない介護職がいたわけですね。

Yさん はい。

奥川 そのときにソーシャルワーカーは何ができたのか、ということです。ここを突破できるようになると、Yさんはもう一段ステップアップできると思いますよ。

Yさん う〜ん……。

奥川 では、みなさんに助けてもらいましょう。こうすればよい、という答えではなく、ソーシャルワーカーがこの場で使うことができる技術を挙げてみてください。

発言 アドボカシー。

奥川 それも大切ですね。でも、きっとYさんは最初の概況説明のなかで、ご本人の人となりや奥さん、娘さんのお気持ちは伝えているのではないですか？

Yさん はい、それはやっています。

奥川 ほかにはいかがでしょう。

発言 医師の言葉を介護職にわかりやすく伝える。

奥川 その役割をなんといいますか？

発言 メディエーター。

奥川 そうですね。このカンファレンスではメディエーター、つまり媒介者になることがソーシャルワーカーにとって重要な役割です。どうしてだかわかりますか？

Yさん すみません、まだ飲み込めていません。

奥川 なぜなら、医者とケアワーカーでは知識の総体が大きく異なるからです。脳外科で長く臨床を経験している医師であれば、認知症についても豊富な知識をもっています。その知識をもとにBさんについても正確な見立てができています。一方のケアワーカーには、ベテランもいるでしょうが、若い人たちも多いですよ。

Yさん はい。

奥川 ソーシャルワーカーはそういった構図を認識しておくことが大切です。そして、ドクターがここまで腹をくくった発言をしているのですから、ソーシャルワーカーは媒介者として両者の溝を埋め、なおかつ化学変化を起こさなければいけません。ここではどのような働きかけができたでしょうか。どなたかおっしゃってください。

発言 介護職のなかには前向きに頑張っているグループもいるということなので、たとえば「先生もこうおっしゃっているのだから、もう少し頑張ってみようか」といったような言葉かけをするというのはどうでしょう。

奥川 そうですね。先ほどYさんがおっしゃったように、薬で動きを抑制することに対してケアワーカーは罪障感をもっているのかもしれない。しかし、その点についてこの先生は「あくまでも治療である」とはっきり言っています。であれば、たとえば「あなたたちが感じる罪障感は先生が全部引き取ると言っているのですよ」と媒介することもできますよね。

Yさん なるほど――。

奥川 さらに「そうですね、先生」と念を押して確認をとれば、ケアワーカーの納得度合いはどうですか？

Yさん すごく安心できると思います。そういう

かかわり方はまったく思い浮かびませんでした。

奥川 メディエーターの役割をきちっと果たすためには、目の前の状況を俯瞰的に理解できていることが不可欠です。自分の施設が「モデル施設」の指定を受けてから、抑制についてどのように職員教育を行ってきて、ケアワーカーたちはいま抑制に関してどんなプレッシャーを感じているのか。そういった過去からの時間軸の上にある「現在」を正確にポジショニングすることが大切です。これは、私たちが家族にかかわるときに、本人と家族の歴史の延長線上で「現在」をとらえなければいけないのとまったく同じメカニズムです。私は臨床実践家の熟成過程を4段階に分けていますが、その第3段階の大きな達成目標の一つとしてこの点を挙げています。自分が属しているシステムに埋没してしまうのではなく、システムから出たり入ったりしながら状況を客観的・俯瞰的に理解する力がソーシャルワーカーには必要なのです。さらにこの場面で付け加えるとすれば、Yさんは平素のかかわりのなかでドクターと介護職それぞれの考えを理解していच्छゃんと思ひます。そうであれば、カンファレンスが始まる前に介護職に対してドクターの真意を伝え、会議の場でどのような発言をすればよいのかネゴシエーション（根回し）しておくこともできましたよね。これも状況の俯瞰的な理解をベースにしたソーシャルワークの大切な技術です。

Yさん なるほど——。これからしっかり身につけていきたいと思ひます。

今後の熟成課題

奥川 それにしても、この先生はいいドクターですね。

発言 カンファレンスでのこの先生の言葉は、「身体拘束廃止のモデル施設を返上してでもBさんをみていこう」と言っているのと同じだと思います。なかなか言えることではありません。

奥川 施設長である医師自らが「逃げないで責任をとる」と言っているのですからね。

Yさん 外科医ということもあるのか、結論ありきで言葉は少ない方なのですが、施設の隅々まで把握しているので、こちらが試されているような感覚に陥ることもあります。

奥川 私も経験がありますが、有能な医師と一緒に働くのはすごくためになりますよ。余計なことを言わないのも、こちらに考える力が身につきますから、いいことです。やる気のある同志的な介護職もいるようですし、すてきな職場環境じゃないですか。

Yさん はい。ありがたいことです。

奥川 メンバーのみなさんから、何かYさんにアドバイスなどはありますか？

発言 私も認知症の専門棟をもっている施設でソーシャルワーカーをしているのですが、現場の介護職は入居者の生活を文字通り24時間365日支えており、本当に大変な思いをしています。私は極力介護職の話を聞き、また声をかけてねぎらうようにしています。そういうかかわり続けるなかで、相談員と介護職の信頼関係はより一層強まっていくと実感しています。

Yさん 貴重なアドバイスをありがとうございます。これまで以上にしっかりと介護職にかかわっていききたいと思います。

奥川 では、最後に今日の感想をどうぞ。

Yさん 今回この事例を提出したのは、このケースをきちんと振り返っておかないと、組織の中で私自身が責任をもって仕事を続けていけないような気がしたからです。今日みなさんに検討していただいたおかげで、ソーシャルワーカーとしてできたことがあったのだということ、そして今後取り組むべき課題も明確になりました。多くの職種が働く施設の総合力がより一層高まっていくよう、明日からさらに努力をしていきたいと思ひます。今日は本当にありがとうございました。