

平成 26 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に
関する研修

退院後生活環境相談員養成研修テキスト

平成 27 年 3 月

厚生労働省

はじめに

平成 23 年時点の患者調査によれば、日本における精神疾患の患者数は 320 万人であり、そのうち入院者は 32 万人にのぼります。また、近年の新規入院者のうち約 9 割は 1 年以内に退院し、平均在院日数も徐々に短くなっているものの、依然として 1 年以上の長期入院患者は約 20 万人も存在しています。

国は、平成 16 年 9 月に策定された「精神保健福祉施策の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性を打ち出しました。これまでこの方向性に沿って数々の検討が行われ、平成 25 年には精神保健福祉法が改正されました。この改正により、病院は、全ての医療保護入院者に対し、早期の治療・退院を支援するため、1 人以上の退院後生活環境相談員を選任することが義務づけられました。

退院後生活環境相談員になれるのは、①精神保健福祉士、②保健師等（※1）であって、精神障害者に関する業務の経験がある方、もしくは、③上記職種以外の方で精神障害者の退院支援に関する実務について 3 年以上の経験がある方であって、厚生労働大臣が定める研修を修了した方（※2）、です。

（※1）保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士

（※2）平成 29 年 3 月 31 日までの間については、研修を修了していなくても、実務経験の要件を満たしていればよいこととしている。

本テキストは、③の「厚生労働大臣が定める研修」におけるテキストとして作成されたものです。退院後生活環境相談員の責務と役割、院内・院外他職種との連携、医療保護入院開始から退院までに行う業務の流れ等について、わかりやすく記載していますので、これから退院後生活環境相談員として医療保護入院患者の退院支援を行うにあたって、ぜひとも活用して下さい。

最後に、本テキストを作成するにあたって御尽力いただきました先生方へ、心から感謝申し上げます。

平成 27 年 3 月

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

目 次

第1章 制度概要	1
第2章 医療と福祉の連携	13
2-1 総論	13
(1) 改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー	13
(2) 《事例》	15
2-2 退院後生活環境相談員について	31
(1) 退院後生活環境相談員の責務と役割	31
(2) 連携の「具体化」と「見える化」	33
2-3-1 医療チームにおける多職種連携	50
(1) 専門職の役割	50
2-3-2 地域援助事業者、行政との連携	70
(1) 地域における福祉資源の連携	70
(2) 多職種連携に向けたポイント	75
資料編	79
事例を活用した演習プログラム	79

第1章 制度概要



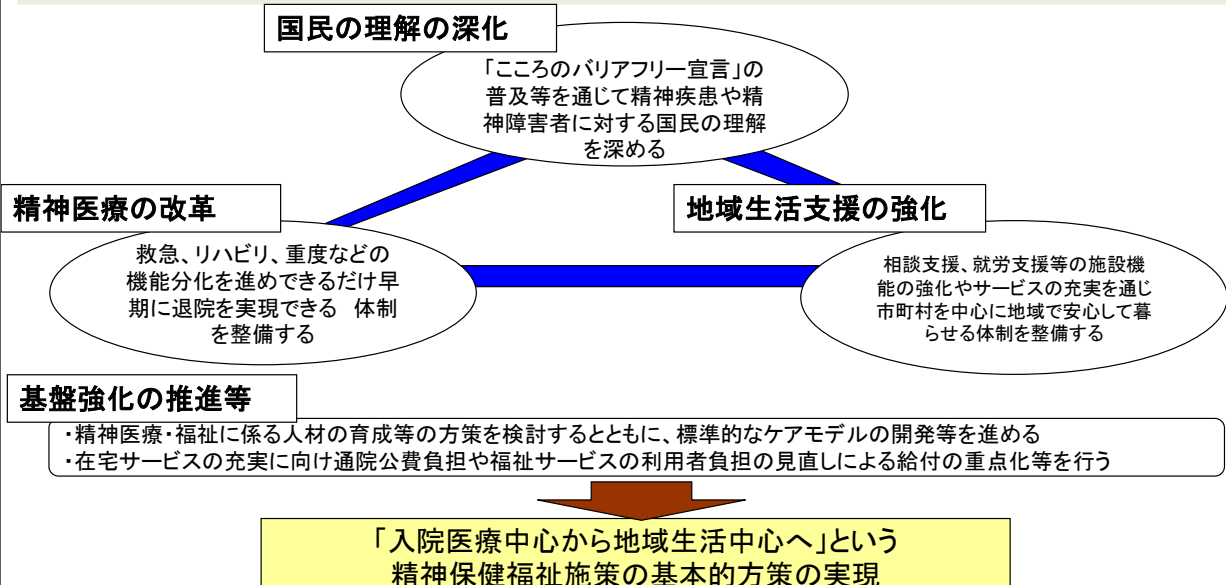
退院後生活環境相談員に係る 精神保健福祉施策の経緯

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



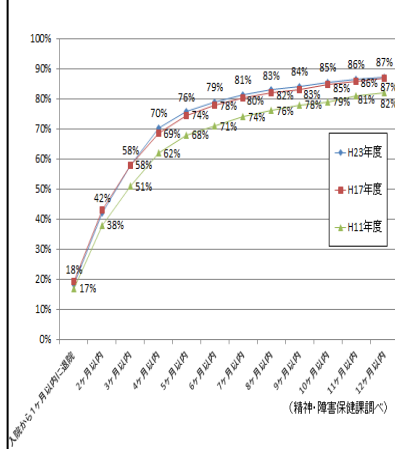
※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

精神保健医療福祉の現状及び課題について

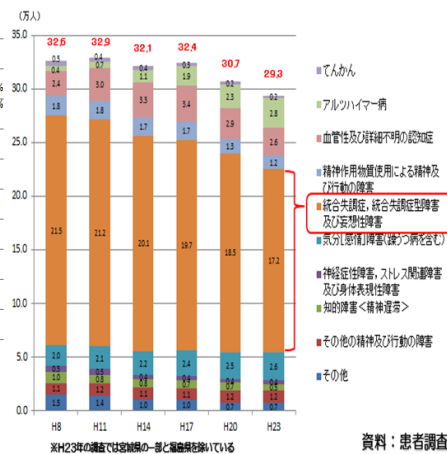
現状①

- **精神疾患患者は320万人**であり、いわゆる4大疾患(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)よりも多い状況。
 - 近年の**新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり(約9割が1年以内に退院)、特に統合失調症の入院患者数が減少**。これに伴い、**精神病床の病床数は減少傾向**にある。
- ※ 入院期間の短縮傾向の要因として、治療薬の発達や救急医療体制の整備が挙げられる。

【精神病床の入院期間ごとに退院する患者の割合】

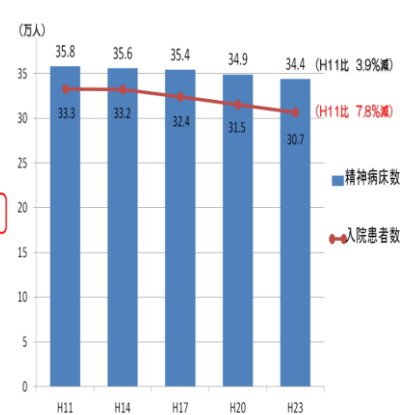


【精神病床入院患者の疾病別内訳】



資料：患者調査

【精神病床数および入院患者数の変化】



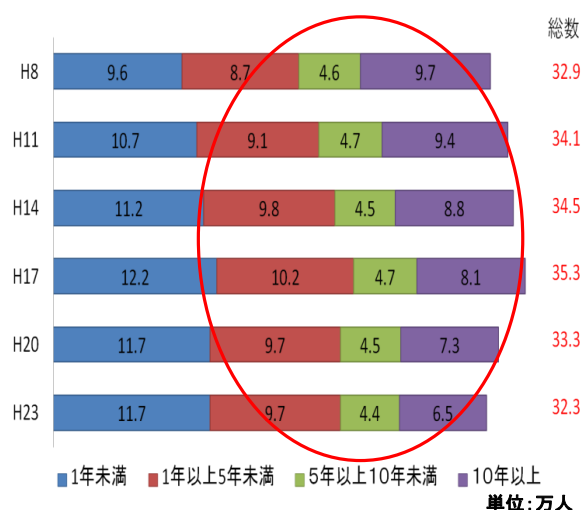
資料：病床数-医療施設調査 入院患者数-病院報告

1

現状②

- 他方、依然として**20万人を超える長期入院患者(1年以上)**が存在。

【在院期間ごとの推計入院患者数】

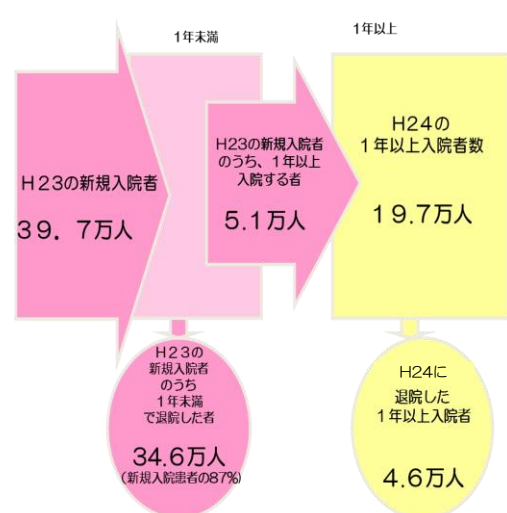


※総数は、在院期間が不詳なものも含めた数である

※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：患者調査

【精神病床における患者の動態の年次推移】



資料：平成24年精神・障害保健課より推計

2

現状③

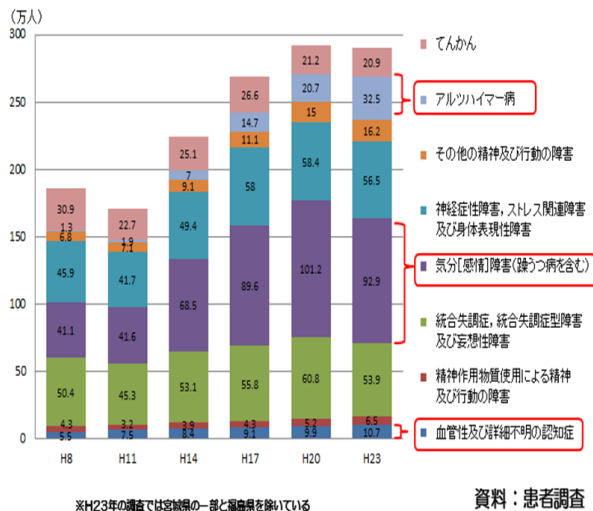
- うつ病等の気分障害や認知症患者数が増加し、また、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、**精神科医療に対する需要は高まり、多様化している**。
- 近年、精神保健指定医(※)の診療所開業が増える一方で、**ニーズの高まっている病院での急性期医療に携わる人材の不足**が生じている。

※ 身体拘束の判断や本人の同意によらない入院の判断等を行う資格を持つ精神科医

課題

- 入院医療について、統合失調症の長期入院患者を前提とした体制から患者の状態像に応じて**急性期医療を適切に提供できる体制**とするため、急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護師等の配置を見直すなど**精神病床の機能分化の推進**
- 精神疾患患者の地域生活を支え、また、多様化するニーズに対応するため、**多職種(医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等)による外来や訪問での医療提供体制の充実**が必要。
- 併せて、長年の課題となっている長期入院精神障害者の地域移行を進め、**病床の適正化により将来的に不要となった病床を削減し**、病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、**地域移行のための機能を強化**することが必要

【精神疾患外来患者の疾病別内訳】



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(※)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

※配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
- ・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
- ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方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。

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(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、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を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ(多職種のチームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

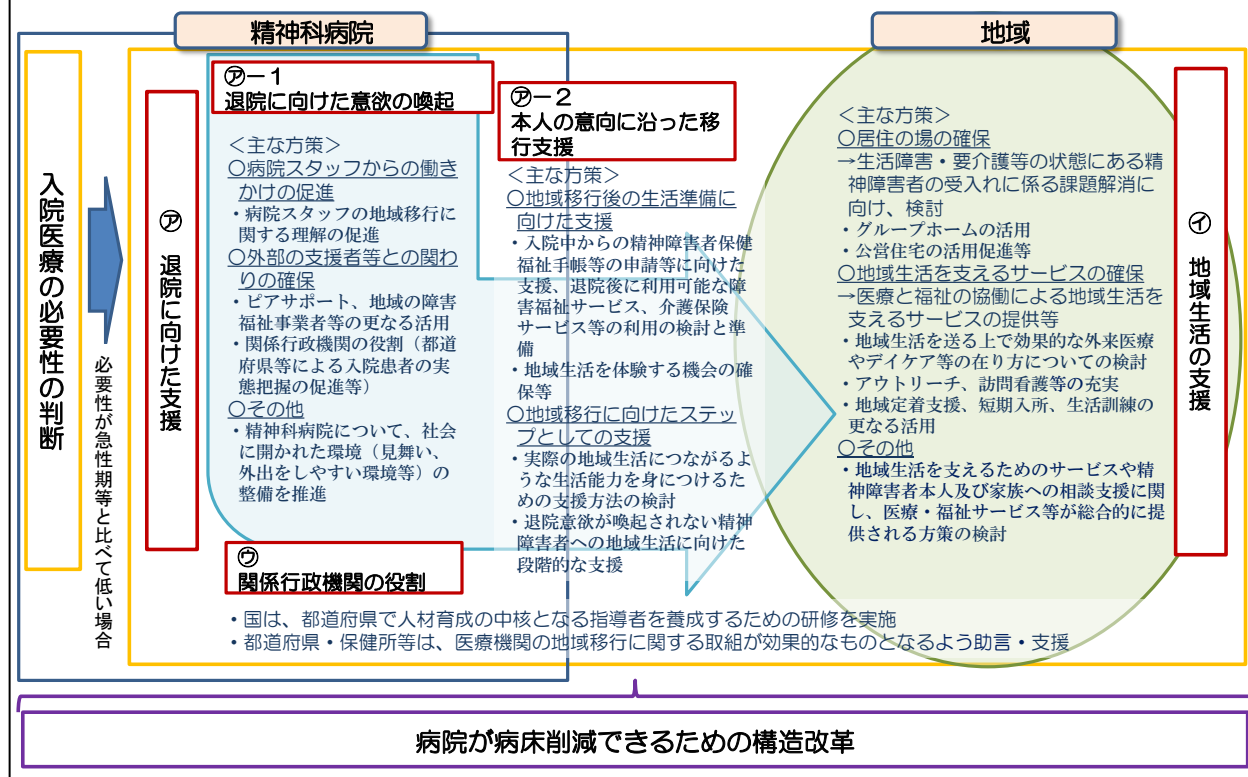
3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行するには、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。
※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策



退院後生活環境相談員の選任

1. 退院後生活環境相談員の責務・役割

- (1) 退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、**個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たす**ことが求められること。
- (2) 退院に向けた取組に当たっては、医師の指導を受けつつ、**多職種連携のための調整を図る**ことに努めるとともに、**行政機関を含む院外の機関との調整に努める**こと。
- (3) 医療保護入院者の支援に当たっては、当該医療保護入院者の意向に十分配慮するとともに、**個人情報保護について遺漏なきよう十分留意**すること。
- (4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員は、その業務に必要な技術及び知識を得て、**その資質の向上を図ること**。

2. 選任及び配置

- (1) 退院に向けた相談を行うに当たっては、退院後生活環境相談員と医療保護入院者及びその家族等との間の信頼関係が構築されることが重要であることから、その**選任に当たっては、医療保護入院者及び家族等の意向に配慮**すること。
- (2) 配置の目安としては、退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当すること（常勤換算としての目安）とし、医療保護入院者1人につき1人の退院後生活環境相談員を入院後7日以内に選任すること。兼務の場合等については、この目安を踏まえ、担当する医療保護入院者の人数を決めること。

3. 退院後生活環境相談員として有すべき資格

- ①精神保健福祉士
- ②看護職員（保健師を含む。）、作業療法士、社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者（ただし、平成29年3月31日までの間については、研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。）

4. 業務内容

- (1)入院時の業務
医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。
 - ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
 - ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり（地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等）
- (2)退院に向けた相談支援業務
 - ア 医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じるほか、退院に向けた意欲の喚起や具体的な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努めること。
 - イ 医療保護入院者及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録をすること。
 - ウ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること。

- (3)地域援助事業者等の紹介に関する業務
 - ア 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
 - イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
 - ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。
- (4)医療保護入院者退院支援委員会に関する業務
 - ア 医療保護入院者退院支援委員会の開催に当たって、開催に向けた調整や運営の中心的役割を果たすこととし、充実した審議が行われるよう努めること。
 - イ 医療保護入院者退院支援委員会の記録の作成にも積極的に関わることが望ましいこと。
- (5)退院調整に関する業務
医療保護入院者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。
- (6)その他
定期病状報告の退院に向けた取組欄については、その相談状況等を踏まえて退院後生活環境相談員が記載することが望ましいこと。

5. その他

- (1)医療保護入院者が退院する場合において、引き続き任意入院により当該病院に入院するときには、当該医療保護入院者が地域生活へ移行するまでは、継続して退院促進のための取組を行うことが望ましいこと。
- (2)医療保護入院者の退院促進に当たっての退院後生活環境相談員の役割の重要性に鑑み、施行後の選任状況等を踏まえて、退院後生活環境相談員として有すべき資格等の見直しを図ることも考えられるため、留意されたいこと。

医療保護入院者に対する退院促進措置に係るその他の施行事項

地域援助事業者(※)の紹介

(※)一般相談支援事業者及び特定相談支援事業者(相談支援専門員の配置される事業者)、居宅介護支援事業者等(介護支援専門員の配置される事業者)をいう。

- 地域援助事業者の紹介は、医療保護入院者が退院後に利用する**障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行**することができるよう、精神科病院の管理者の努力義務とされているものであり、必要に応じて紹介を行うよう努めること。
- 地域援助事業者の紹介を行った場合においては、退院後生活環境相談員を中心として、**医療保護入院者と当該地域援助事業者の相談状況を把握し、連絡調整に努めること。**

医療保護入院者退院支援委員会

- 医療保護入院者退院支援委員会(以下「委員会」という。)は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置。
- 審議事項は、以下の3点その他必要な事項
 - ① 医療保護入院者の**入院継続の必要性の有無とその理由**
 - ② 入院継続が必要な場合の**委員会開催時点からの推定される入院期間**
 - ③ ②の推定される入院期間における**退院に向けた取組**
- 審議の対象者は、
 - ① 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に**入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの**
 - ② 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、**委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの**
 - ③ 在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、**病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの**

※平成26年3月31日以前に医療保護入院した者に対しては、病院の管理者が必要と認める場合に限り、委員会を開催することが可能(経過措置)。
- 委員会の参加者は、①主治医(主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医)、②看護職員、③退院後生活環境相談員、④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員のほか、本人が出席を希望する場合等に⑤医療保護入院者本人、⑥医療保護入院者の家族等、⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者とする。

13

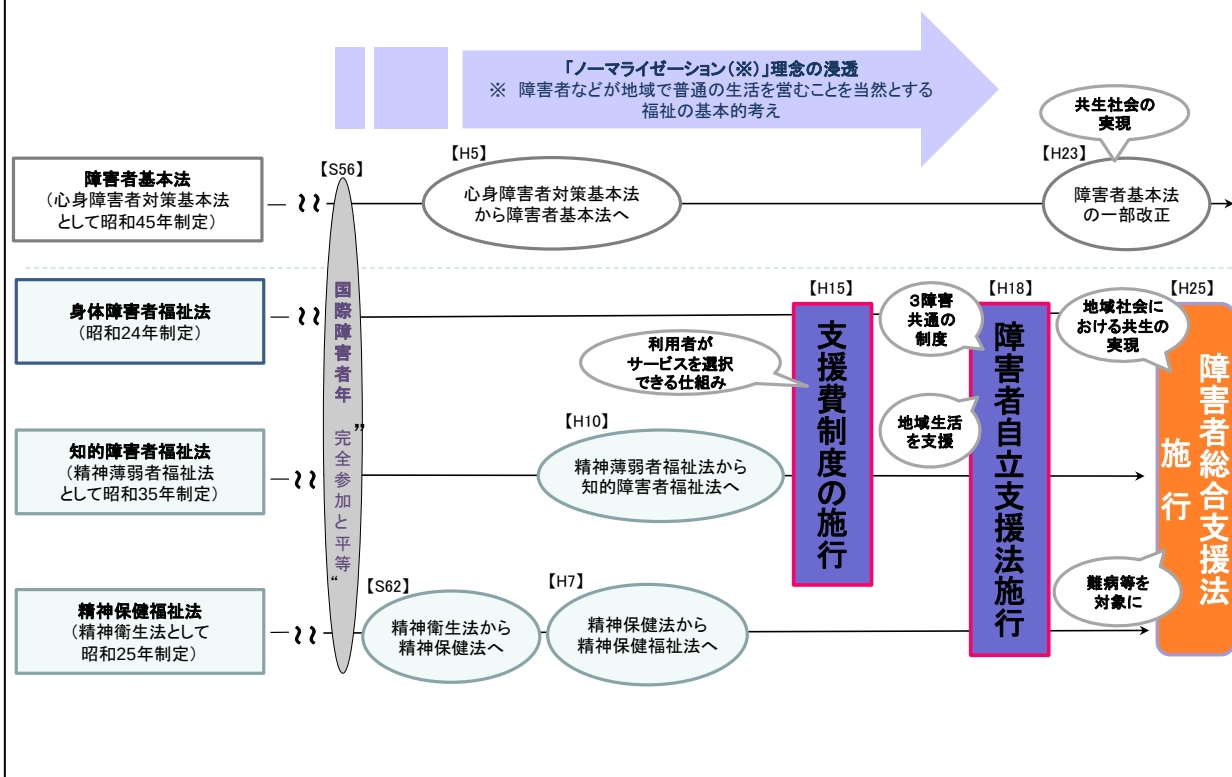
(参考)厚生労働省ホームページ

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の施行について」

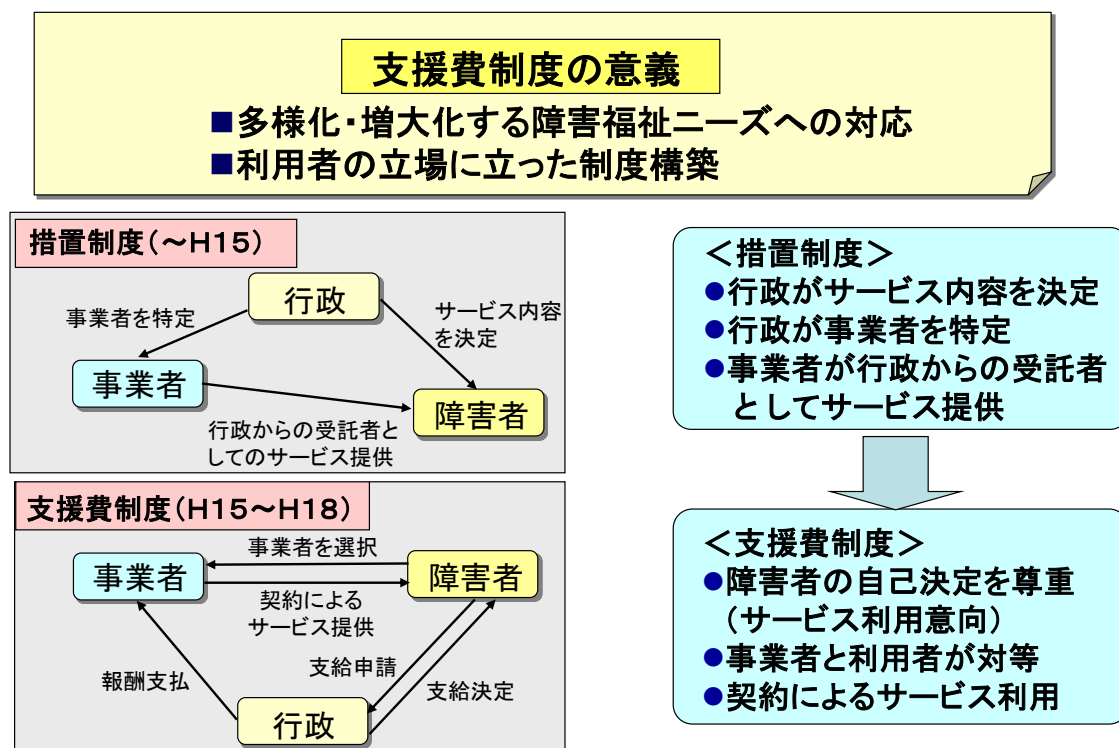
※改正精神保健福祉法に係る省令、通知、Q&A、様式等については、以下の厚生労働省ホームページに掲載しています。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/index.html

障害福祉施策の歴史



措置制度から支援費制度へ(H15)



「平成18年障害者自立支援法」のポイント

障害者施策を3障害一元化

制定前

- ・3障害ばらばらの制度体系
(精神障害者は支援費制度の対象外)
- ・実施主体は都道府県、市町村に二分化

法律による改革

- 3障害の制度格差を解消し、精神障害者を対象に
- 市町村に実施主体を一元化し、都道府県はこれをバックアップ

利用者本位のサービス体系に再編

制定前

- ・障害種別ごとに複雑な施設・事業体系
- ・入所期間の長期化などにより、本来の施設目的と利用者の実態と乖離

- 33種類に分かれた施設体系を再編し、日中活動支援と夜間の居住支援を分離
- あわせて、「地域生活支援」「就労支援」のための事業や重度の障害者を対象としたサービスを創設
- 規制緩和を進め既存の社会資源を活用

就労支援の抜本的強化

制定前

- ・養護学校卒業者の55%は福祉施設に入所
- ・就労を理由とする施設退所者はわずか1%

- 新たな就労支援事業を創設
- 雇用施策との連携を強化

支給決定の透明化、明確化

制定前

- ・全国共通の利用ルール(支援の必要度を判定する客観的基準)がない
- ・支給決定のプロセスが不透明

- 支援の必要度に関する客観的な尺度(障害程度区分)を導入
- 審査会の意見聴取など支給決定プロセスを透明化

安定的な財源の確保

制定前

- ・新規利用者は急増する見込み
- ・不確実な国の費用負担の仕組み

- 国の費用負担の責任を強化(費用の1/2を負担)
- 利用者も応分の費用を負担し、皆で支える仕組みに

自立と共生の社会を実現
障害者が地域で暮らせる社会に

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

(平成22年12月3日成立、同12月10日公布)

① 趣旨

公布日施行

- ー 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記

② 利用者負担の見直し

平成24年4月1日までの政令で定める日(平成24年4月1日)から施行

- ー 利用者負担について、応能負担を原則に
- ー 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減

③ 障害者の範囲の見直し

公布日施行

- ー 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化

④ 相談支援の充実

平成24年4月1日施行

- ー 相談支援体制の強化 [市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化]
- ー 支給決定プロセスの見直し(サービス等利用計画案を助産)、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大

⑤ 障害児支援の強化

平成24年4月1日施行

- ー 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実(障害種別等で分かれている施設の一元的、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行)
- ー 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設
- ー 在園期間の延長措置の見直し [18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し。その際、現に入所している者が退所させられることのないようにする。]

⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実

平成24年4月1日までの政令で定める日(平成23年10月1日)から施行

- ー グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設
- ー 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設(同行援護。個別給付化)
- (その他)(1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業化、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

(1)(3)(6)：公布日施行
(2)(4)(5)：平成24年4月1日までの政令で定める日(平成24年4月1日)から施行

障がい者制度改革推進会議
第35回 (H23.9.26) | 資料2

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(概要)

障害者総合福祉法の 6つのポイント

1. 障害のない市民との平等と公平

2. 谷間や空白の解消

3. 格差の是正

4. 放置できない社会問題の解決

5. 本人のニーズにあった支援サービス

6. 安定した予算の確保

Ⅰ. 障害者総合福祉法の骨格提言

1. 法の理念・目的・範囲

- ・障害の有無によって分け隔てられない共生社会を実現する。
- ・保護の対象から権利の主体への転換と、医学モデルから社会モデルへの障害概念の転換。
- ・地域で自立した生活を営む権利。

4. 支援(サービス)体系

- ・障害者権利条約を踏まえ、障害者本人が主体となって、地域生活が可能となる支援体系の構築。
- ・「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」で構成。

7. 利用者負担

- ・食料費や光熱水費等は自己負担とする。
- ・障害に伴う必要な支援は原則無償とするが、高額な収入のある者には応負担を求める。

10. 報酬と人材確保

- ・利用者への支援に係る報酬は原則日払い、事業運営に係る報酬は原則月払い、在宅系支援に係る報酬は時間割とする。
- ・福祉従事者が誇りと展望を持てるよう適切な賃金を支払える水準の報酬とする。

2. 障害(者)の範囲

- ・障害者総合福祉法が対象とする障害者(障害児を含む)は、障害者基本法に規定する障害者をいう。
- ・心身の機能の障害には、慢性疾患に伴う機能障害を含む。

5. 地域移行

- ・国が社会的入院、入所を解消するために地域移行を促進することを法に明記する。
- ・地域移行プログラムと地域定着支援を法定施策として策定、実施。
- ・ピアサポーターの活用。

8. 相談支援

- ・対象は障害者と、支援の可能性のある者及びその家族。
- ・障害者の抱える問題全体に対応する包括的支援を継続的にコーディネートする。
- ・複合的な相談支援体制の整備。

3. 選択と決定(支給決定)

- ・障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組み。
- ・サービス利用計画に基づく本人の意向等が尊重される。
- ・協議調整により必要十分な支給量が保障される。
- ・合議機関の設置と不服申立。

6. 地域生活の基盤整備

- ・計画的な推進のため地域基盤整備10ヵ年戦略策定の法定化。
- ・市町村と都道府県は障害福祉計画を、国はその基本方針と整備計画を示す。
- ・地域生活支援協議会の設置。

9. 権利擁護

- ・権利擁護は支援を希望又は利用する障害者の申請から相談、利用、不服申立てのすべてに対応する。
- ・オンブズパーソン制度の創設。
- ・虐待の防止と早期発見。

Ⅱ. 障害者総合福祉法の 制定と実施への道程

1. 障害者自立支援法の事業体系への移行問題

- ・自立支援法の事業移行期限終了後も一定の要件の下で移行支援策を継続する。

2. 障害者総合福祉法の制定及び実施までに行うべき課題

- ・総合福祉法の制定及び実施に当たり地方自治体の意見を踏まえる。
- ・総合福祉法の策定及び実施のための実態調査や試行事業を行う。

3. 障害者総合福祉法の円滑な実施

- ・総合福祉法を補完する、あるいはこれへの移行を支援する基金事業を設けること。

4. 財政のあり方

- ・国は予算措置に必要な基礎データを把握する。
- ・障害関連予算をOECD諸国の平均水準を目標漸進的に拡充する。
- ・財政の地域間格差の是正を図る。
- ・財政設計にあたり一般施策での予算化を追求。
- ・障害者施策の推進は経済効果に波及する。
- ・支援ガイドラインに基づく協議調整による支給決定は財政的にも実現可能である。
- ・長時間介助等の地域生活支援のための財源措置を講じること。

Ⅲ. 関連する他の法律や分野との関係

1. 医療

- ・医療は福祉サービス及び保健サービスとの有機的連携の下で提供される必要がある。
- ・福祉、保健、医療にわたる総合的な相談支援が必要。

2. 障害児

- ・障害児を含むすべての子供の基本的権利を保障する仕組みの創設が必要。
- ・障害を理由に一般児童施策の利用が制限されるべきではない。

3. 労働と雇用

- ・障害者雇用促進法を見直し、雇用の質の確保、必要な支援を認める仕組みの創設、雇用率や納付金制度見直し等を行う。
- ・労働と福祉の一体的展開。

19

19

地域社会における共生の実現に向けて 新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要	
1. 趣旨	(平成24年6月20日成立・同年6月27日公布)
障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。	
2. 概要	
1. 題名 「障害者自立支援法」を「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(障害者総合支援法)」とする。	5. 障害者に対する支援 ① 重度訪問介護の対象拡大(重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする) ② 共同生活介護(ケアホーム)の共同生活援助(グループホーム)への一元化 ③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える) ④ 地域生活支援事業の追加(障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)
2. 基本理念 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。	6. サービス基盤の計画的整備 ① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化
3. 障害者の範囲(障害児の範囲も同様に対応。) 「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。	
4. 障害支援区分の創設 「障害程度区分」について、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いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。	
3. 施行期日	平成25年4月1日(ただし、4. 及び5. ①～③については、平成26年4月1日)
4. 検討規定(障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討)	① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方 ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方 ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方 ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方 ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方 ※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

障害保健福祉施策 推進 係 工程表				
【参考】	骨格提言での指摘事項	2010～2012(平成22～24)年度	2013(平成25)年度	2014(平成26)年度
【1. 法の理念・目的・範囲】	・障害の有無によって分け隔てられない共生社会を実現し、地域で自立した生活を営む権利。 ・保護の対象から権利の主体へ、医学モデルから社会モデルへの障害概念の転換。	障害者基本法改正(H23.8)	(共生社会の実現に向け、基本原則を定め、障害の定義、施策等についても改正)	
【2. 障害(者)の範囲】	・総合福祉法の障害者(障害児)は障害者基本法に規定する障害者をいう。 ・心身の機能の障害には慢性疾患に伴う機能障害を含む。		● 目的の改正(新たに、「基本的人権を享有する個人としての尊厳」を明記) ● 基本理念の創設	
【3. 選択と決定(支給決定)】	・障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組み。 ・サービス利用計画に基づく本人の意向等が尊重される。 ・協議調整により必要な支給量が保障される。 ・合議機関の設置と不服申立。	区分認定データの検証等	モデル事業、ソフト開発・研修等の実施	▲ 障害程度区分を障害者等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障害支援区分に見直し ※障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。 障害支援区分を含めた支給決定の在り方について検討
【4. 支援(サービス)体系】	・障害者権利条約を踏まえ、障害者本人が主体となって、地域生活が可能となる支援体系の構築。 ・「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」で構成。		● 地域生活支援事業の追加 (障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)	▲ ケアホームのグループホームへの一元化 ▲ 重度訪問介護の対象拡大
【5. 地域移行】	・国が社会的入院、入所を解消するために地域移行を促進することを法に明記。 ・地域移行プログラムと地域定着支援を法定施策として策定、実施。 ・ピアサポーターの活用。			▲ 地域移行支援の対象拡大
【6. 地域生活の基盤整備】	・計画的な推進のため地域基盤整備10か年戦略策定の法定化。 ・市町村と都道府県は障害福祉計画を、国はその基本方針と整備計画を示す。 ・地域生活支援協議会の設置。		● 自立支援協議会の名称の弾力化と当事者や家族の参画の明確化 第三期障害福祉計画(H24～H26)	● 基本方針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しの法定化 ● 障害福祉サービスの提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 第四期障害福祉計画(H27～H29)
【7. 利用者負担】	・食料費や光熱水費等は自己負担とする。 ・障害に伴う必要な支援は原則無償とするが、高額な収入のある者には応能負担を求める。	市町村民税非課税世帯の利用者負担無料(H24.4～)	応能負担を原則とすることを法律上も明記、高額障害福祉サービス等給付費等を補装具と合算することで、利用者負担を軽減(H24.4～)	
【8. 相談支援・9. 権利擁護】	・対象は障害者と、支援の可能性のある者及びその家族。 ・障害者の抱える問題全体に対応する包括的支援を継続的にコーディネートする。総合的な相談支援体制の整備。 ・権利擁護は支援を希望又は利用する障害者の申請から相談、利用、不服申立ての全てに対応する。 ・オンブズマンの制度の創設、虐待の防止と早期発見。	自立支援医療の利用者負担等は引き続き検討	● 知的障害者福祉法に市町村の成年後見等の体制整備の努力義務を規定 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方について検討	
【10. 報酬と人材確保】	利用者への支援に係る報酬は原則月払い、事業運営に係る報酬は原則月払い、在宅支援に係る報酬は時間単位とする。 福祉従事者が誇りと展望を持てるよう適切な賃金を支払える水準の報酬とする。	基金事業による福祉・介護職員の処遇改善	報酬改定で処遇改善加算(引き続き福祉・介護職員の処遇が図られる改善を担保)(H24.4～)	報酬改定

★ 法律の施行後3年を目途として検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

障害保健福祉施策のこれまでの経緯		
	障害者総合支援法関係	その他障害者関連施策の動き
平成18年	4月:「障害者自立支援法」の一部施行(同年10月に完全施行) 12月:法の円滑な運営のための特別対策 (①利用者負担の更なる軽減 ②事業者に対する激減緩和措置 ③新法移行のための経過措置)	4月:「障害者雇用促進法改正法」の施行 10月:「精神保健福祉法」の施行 12月:国連総会本会議で「障害者権利条約」が採択
平成19年	12月:障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置 (①利用者負担の見直し ②事業者の経営基盤の強化 ③グループホーム等の整備促進)	9月:「障害者権利条約」へ署名 11月:「身体障害者補助犬法改正法」の成立 (平成20年10月に施行)
平成20年	12月:社会保障審議会障害者部会報告の取りまとめ	12月:「障害者雇用促進法改正法」が成立 (平成21年4月に施行(一部、段階施行あり))
平成21年	3月:「障害者自立支援法等改正法案」国会提出(→7月の衆議院解散に伴い廃案) 9月:連立政権合意における障害者自立支援法の廃止の方針	
平成22年	1月:厚生労働省と障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団との基本合意 障がい者制度改革推進会議において議論開始 4月:低所得者の障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料化 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において議論開始 6月:「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(閣議決定) 12月:「障害者自立支援法等改正法」(議員立法)が成立(平成24年4月に完全施行)	
平成23年	8月:「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」取りまとめ	6月:「障害者虐待防止法」(議員立法)が成立 (平成24年10月に施行) 7月:「障害者基本法改正法」が成立(同年8月に施行)
平成24年	6月:「障害者総合支援法」が成立(平成25年4月(一部、平成26年4月)に施行)	6月:「障害者優先調達推進法」(議員立法)が成立 (平成25年4月に施行)
平成25年	4月:基本理念の追加、障害者の範囲の見直し等について施行	6月:「精神保健福祉法改正法」が成立 (平成26年4月(一部、平成28年4月)に施行予定) 「障害者差別解消法」が成立 (平成28年4月に施行予定) 「障害者雇用促進法改正法」が成立 (平成28年4月(一部、平成30年4月)に施行予定)
平成26年	4月:障害支援区分、ケアホームとグループホームの一元化等について施行	1月:「障害者権利条約」を批准

第4期(H27～H29)計画に係る基本指針:主なポイント

<計画の作成プロセスに関する事項>

PDCAサイクルの導入
「成果目標」「活動指標」の見直しと明確化、各年度の
中間評価、評価結果の公表 等

<個別施策分野①:成果目標に関する事項>

福祉施設から
地域生活へ
の移行促進
(継続)

精神科病院か
ら地域生活へ
の移行促進
(成果目標の
変更)

地域生活支
援拠点等の
整備
(新規)

福祉から一般
就労への移
行促進
(整理・拡充)

<個別施策分野②:その他>

障害児支援体制の整備
(新規)

計画相談の連携強化、研修、虐
待防止 等

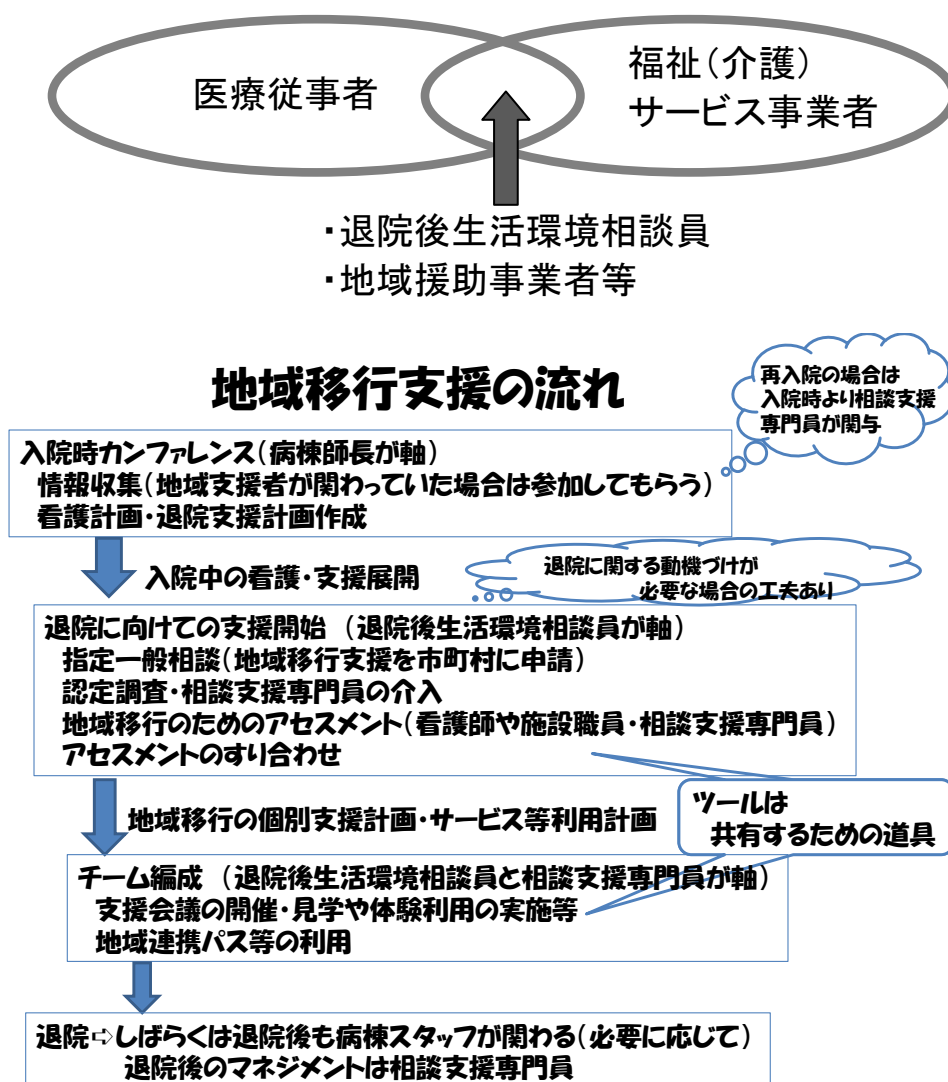
第2章 医療と福祉の連携

2-1 総論

(1) 改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

平成 25 年に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）が改正され、平成 26 年 4 月 1 日からの一部施行に伴い、病院の中に「退院後生活環境相談員」という医療保護入院者の権利擁護及び早期退院支援をする人が配置されることになりました。この改正を機に、良質な精神保健医療福祉制度を目指すことを医療・福祉関係者及び行政の共通認識とすることが、これまで以上に重要となります。また、「連携」という言葉のみが独り歩きしないように“連携”の本来の意味について考え、それぞれがどのように動くべきなのかを再認識する必要があります。そのためには、お互いがお互いの得意分野と不得意分野を知り補完しあう関係を作ることが求められます。その上で、患者を中心に定期的にカンファレンスを行いながら地域移行支援を進めていくべきでしょう。

医療と福祉が連携するための要の役割を担うのは、退院後生活環境相談員と、地域援助事業者を始めとする地域の支援者です。この両者が要となって、医療・福祉それぞれの関係者の調整を行うことが大切になります。



入院 10 日目まで

- ・ 入院時カンファレンス（情報共有）
- ・ 入院診療計画に各職種が記入（情報共有・各職種の目標設定）
- ・ 退院後生活環境相談員の紹介（地域移行支援の説明・パンフレットやチラシ利用）

入院後 1 か月

- ・ 病棟カンファレンス（病棟師長主導）⇒院内多職種で情報共有
- ・ 退院支援計画作成（情報共有・アセスメント共有とすり合わせ）

入院後 2 か月～ 3 か月

- ・ 本人の希望の確認をしながら実際に退院に向けての支援開始（見学や体験含む）
- ・ 退院支援委員会実施（地域援助事業者を出来るだけ呼べるように努力）
⇒地域援助事業者についてその役割等わかりやすく説明することが重要
- ・ カンファレンスに地域の事業者の参加呼びかけ（退院後生活環境相談員）
- ・ 地域相談支援の活用（退院後生活環境相談員がつなぐ）

退院に向けた支援

- ・ クライシスプランの作成
 - ・ 福祉サービスの見学や体験
 - ・ 退院前訪問看護
- 退院先の決定 → サービス担当者会議

*医療と福祉の連携のためには、関係者が顔を合わせる機会を多く持つことで、互いの考えや情報を共有するとともに、いわゆる顔の見える関係を構築することが重要です。入院前から地域の支援者がかかわっていた場合には、入院直後に関係者でカンファレンスを実施して情報を共有しましょう。地域移行支援が進んできたら、アセスメントの視点の違いを明確にするために、同じアセスメントツールを利用して、各職種がアセスメントすること、それをすり合わせることも重要です。そのプロセスの過程で、お互いの得意な部分を見つけることができます。また、各職種の持っている情報やアセスメントを知ることで、互いの領域に一步踏み込んだ協力関係が構築できます。

*連携のコツは、患者を中心に患者の望む暮らしの実現に向けてお互いを尊重し合い力を出し合うことです。視点の違いがあることをチームの強みにしていきましょう。

(2) 《事例》

はじめに

精神保健福祉法の一部改正により平成 26 年 4 月から配置されることになった退院後生活環境相談員は、「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」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）に基づき、医療保護入院患者が可能な限り一年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保するための重要な役割を担う者として位置付けられています。

退院後生活環境相談員になる者としては、①精神保健福祉士②保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者に加えて、③3 年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者（ただし、平成 29 年 3 月 31 日までの間については、研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。）となっています。

本テキストは③の厚生労働大臣が定める研修用として作成されていますが、受講される皆さんに退院後生活環境相談員の活動をイメージしていただくために、架空の事例を素材として、実際に退院後生活環境相談員に任命されてから患者の退院に至るまでの支援を一つの物語として掲載しました。

退院後生活環境相談員は、医療保護入院という患者にとっては強制的な治療を行う病院側の立場で業務にあたりながら、患者の権利を擁護するという、患者からみたら矛盾した立場にあります。そのため、掲載したような事例の通りにいかないことも沢山ありますし、紙面に書ききれない細やかな配慮や気配りも必要となってきます。退院後生活環境相談員の知識と経験に裏打ちされた取組みへの真摯な態度が患者との信頼関係作りや院内外の関係者との連携に大きく影響してくるといえるでしょう。

ここでは、医事課の職員として 5 年の経験がある川田さん（25 歳・女性）の経験をもとに、退院後生活環境相談員としての業務の全体像をつかんでいただきたいと思います。

事例に登場する退院後生活環境相談員の川田さんの自己紹介

私は精神科病院（100 床）で退院後生活環境相談員をしている川田といいます。医事課の職員として採用され 5 年が経ちます。業務上入院患者の経済的な相談やご家族の悩みを聞いたりする機会が多かったことや、当院には精神保健福祉士が 1 名しかいないこともあり、平成 26 年 4 月から退院後生活環境相談員の業務を兼任するように命じられました。医事課の業務をこなしながらなので、なかなか業務に慣れず大変ですが、これから半年間の私の退院後生活環境相談員としての業務をお話ししたいと思います。

医療保護入院をした星野一郎さんとの初めての出会い

私が退院後生活環境相談員として初めて担当したのは星野一郎さんでした。星野さんは 48 歳の男性で平成 26 年 9 月 1 日に市長同意の医療保護入院をしました。身寄りはなく入院前は一人暮らしだったということです。

星野さんは 3 年位前より近所から電波で攻撃されるようになったと言います。警察や民生委員に相談したり、時には電波発信元だというお宅に文句を言いに行くこともあったようです。今回は保健所に勧められて当院を受診し同日に入院となりました。

星野一郎さんと初めての面接

Key Word : 「権利擁護の支援」と「信頼関係作り」

入院の翌日、私が担当の退院後生活環境相談員であることを病室へお知らせに行きました。あらかじめ用意された各種のお知らせ文書を星野さんへ手渡して、

- ① 入院中や退院後の生活に関する様々な相談に乗り、あなた（星野さん）の希望や意向を尊重しながらこれからの生活について一緒に考えていくこと。
- ② 様々な制度や福祉サービスの利用に関する相談にのることができること。
- ③ 入院中から、退院後の生活上の様々な相談に乗り、支援してくれる相談支援事業所や地域包括支援センターなどを紹介することができること。
- ④ あなた（星野さん）の入院診療計画書に書かれている「推定される入院期間」を超えるような場合には、どのような支援があれば退院できるかについて検討する機会（「医療保護入院者退院支援委員会」）を開催することや、あなた（星野さん）も参加できること。

を、口頭でお知らせしました。また、星野さんの入院診療計画書には入院予定期間が3か月と記載されていましたが、他の退院後生活環境相談員から地域相談支援（地域移行支援）の利用についても説明を行っておいた方がいいと助言をもらったのであわせて行いました。

星野さんは予期せぬ入院に戸惑っている様子でしたが、私は勇気を出して「一日も早く星野さんに退院してほしいので、心配なことや入院前に困っていたことをお話ししていただければませんか」と切り出してみました。星野さんは『保健所の人みんな知っているからそっちに聞いてくれ』と言いました。今はそっとしておいたほうがいいと判断し、「それでは、保健所の大野保健師にお話しを聞かせてもらいますね」と星野さんの了解をとりました。

同じ時期、看護師は、自由な生活が奪われた星野さんの苦痛やこれから先の不安をしっかりと把握して信頼関係作りをするように日々の看護にあたっていました。

病室を後にした私は保健所の大野さんに電話をかけて入院前の様子についてうかがいました。

星野さんは10年前（38歳）にお父さんが亡くなってからお母さんと二人で暮らしていたそうです。

地元の高校を卒業した後、左官屋に5年ほど勤務していたことがあったようですが、20代半ば頃からは自営に切り替えて下請け仕事をしていたようです。仕事の依頼が少なくお父さんの遺産とお母さんの年金で生活してきたようです。結婚したことはなく独身で、兄弟も親しい親戚もいないそうです。

平成25年に入ってから、電波に関する相談を毎週のように警察にするようになり、自宅前に電波被害に関する看板を立てたり、有刺鉄線で家を囲むようになりました。また、電波被害のせいか眠れなかったり、急に痩せが目立ってきたので、入院となる3か月前から保健所に相談するように警察がすすめていたそうです。

そんな大変な時にお母さんが急死しました。それからというもの、電波の攻撃は以前にもまして強くなり、眠れない日が続き、食欲もなくなっていたようです。ある日、民生委員さんや警察官から、保健所に相談するよういつも以上にすすめられ、仕方なく保健所にやってきたそうです。保健所の職員も精神科の診察が必要だと判断し、今回の同伴受診に至ったということです。

また、手持ちのお金がほとんどないので生活保護の申請を進めるところだという話も聞きました。

入院して3日目

Key Word : 「アセスメント①」と「権利擁護の支援②」

入院して3日目でした。保健所の大野保健師と市役所の小山さんが星野さんに会いに来てくれたので、面識がなかった私はあいさつと情報提供のお礼をし、面会に同席し様子を見守りました。

小山さんから、市町村長同意事務処理要領に沿い、今回の星野さんの入院は、市町村長が同意者であること、担当者である自分への連絡先、今後の連絡方法が本人に伝えられました。星野さんは大野保健師と受診したことで入院になったことに強い不満を持っているようです。私は星野さんの気持ちをじっとお聞きし、昨日説明した入院患者の権利と今後利用できるサービスをもう一度説明しました。その後、大野保健師と小山さんをお願いして退院に向けた打合せの時間をとってもらいました。ちょうど担当看護師も時間があつたので同席してもらい、病棟を出て別室でこれまでの経過をもう一度確認しました。

星野さんは、これまでも保健所や市役所に苦情電話をよくかけていたということです。星野さんは苦情を言いつつも「何とかして欲しい」という気持ちがあり、退院後は本人に寄り添ってくれる行政以外の支援者が生活支援をしていくといいのではないかという意見をお持ちでした。看護師は「地域援助事業者のサポートが必要ということですね」と言っています。地域援助事業者である相談支援事業所の職員さんを紹介したり、どのような支援をしてくれるのか、それによって星野さんにどのようなメリットがあるのかを退院後生活環境相談員である私が分かりやすく情報提供する必要があることを再確認したので、早速星野さんの病室へ向かい説明を行いました。

打合せと星野さんへの再説明をした後で先輩の精神保健福祉士に内容を伝えたところ、担当看護師に同席してもらったことはとても良かったこと、その情報を支援チーム内しっかりと共有して退院支援計画を立てていくことが退院と再入院の予防に役立つということを教えてくれました。

同じ時期に看護師と作業療法士は、日常生活評価表をもとに、これまでの暮らしを振り返りながら、得意なことは何か、できていること、困っていること、困りごとに対してどのように対処してきたか、対処しようとしているかということのポイントに星野さんを交えてアセスメントをしていました。

3か月前まで母親と2人暮らしをしていた星野さんは、食事や買い物、洗濯、身支度などのことはだいたい自分で行えていたようですが、片付けや整理整頓は母親が援助をしていたようです。自分の気持ちを上手に伝えたり、何か緊急事態で自分の手に負えない困ったことが起きたときに助けを頼むことが苦手だったということが分かりました。病院にかかったことのない星野さんにとって、母親の急死が大きく影響した背景が見て取れました。さらに、金銭管理や書類の手続きなどは、どこまでできるのかはつきりしません。

作業療法士は退院後の生活を見据えて、現状での状態像に合わせた作業を提供していくのだそうです。作業療法士は、星野さんが元々手先が器用で日曜大工が得意であることを把握し、星野さんが急性期の混乱を脱した際に、地域で暮らしていた時の自分の感覚を取り戻す手がかりとして、日曜大工のような作業が使えるかもしれないとアセスメントしていました。

(P60 : 「2-3-1(1)③作業療法士の業務・役割」を参照)

看護師は、患者の安全を確保しながらも、退院に向けて星野さんのできることを奪わないようにできている部分は見守り、苦手な部分やできない部分はアセスメントして、星野さんが取り組みやすいように分解した後に一緒にやっていくのだそうです。病棟での適応には殆ど困らないようですが、困ったときに看護師に声がかけやすい雰囲気作り、声がけができない場合の助けの求め方を一緒に考えていくことを、星野さんと確認していました。(P58 : 「2-3-1(1)③看護師の業務・役割」を参照)

看護師と作業療法士の話聞いて、同じアセスメントでも退院後生活環境相談員のアセスメントは入院前の具体的な生活状況や本人をとりまく人や環境との関係性など、生活環境全般のアセスメントが大事になってくるのだと感じました。

星野さんは精神保健福祉士の山田さんが手配してあった地域相談支援のポスターを病棟の掲示板で見つけ、病棟の公衆電話から基幹相談支援センターに電話をかけたようです（P73：「2-3-2(1)③市町村で実施している相談支援事業」を参照）。基幹相談支援センターの金山相談支援専門員から私のところに電話があり、星野一郎さんから地域相談支援について相談を受け付けたので、一度お話を伺いに病院に来たいとのことでした。私は念のため主治医にその旨を伝え、了解を得た上で金山相談支援専門員と星野さんの面会日を調整しました。

星野さんには金山相談支援専門員が4日後に面会にくることをお知らせしました。

入院して1週間目

Key Word：院内・外の連携

入院してから1週間後に各職種のアセスメントが終了し、退院支援計画を作成するための病棟カンファレンスが開かれました。病棟カンファレンスは病棟師長が各チームメンバーの都合を勘案しながら日程を調整してくれました。

退院後生活環境相談員として、星野さんの退院したい気持ちがしっかりとあること、収入や身寄りが少ないことに関する不安があること、基幹相談支援センターの金山相談支援専門員に退院の応援を求めていることなどを情報提供しました。

病棟カンファレンスでは星野さんの退院したい気持ちを中心にして、主治医は薬物療法の効果の評価、同時に合併症の評価と対策、及び精神症状の評価を通じて気持ちの安定と健康の回復をはかることとしました。

看護師は星野さんに寄り添い、症状の観察（病院で起こることと、家で起こることの比較評価）とADL維持のためのかかわりをする事としました。星野さんは、これまでに薬を飲んだ経験がないため、まずは薬を飲みたくないという訴えをゆっくりと聞き取っていくこととなりました。まずは、星野さんが治療に対してどういう気持ちでいるかを理解共有するのです。

（P58：「2-3-1(1)②看護師の業務・役割」を参照）

作業療法士は、すぐにでも退院したい星野さんの気持ちを尊重しながらも、急性期を乗り切るために星野さん自身が病棟という環境にどう関わるかを一緒に考えることとし、身体を動かすリラクゼーション活動の提供、退院後の自宅修繕を気にしていることから、彼が日曜大工が得意だというアセスメントを考慮して、落ち着いてきたら作業として自宅修繕プランと一緒に作成することの提案を行っていくこととしました。（P60：「2-3-1(1)③作業療法士の業務・役割」を参照）

退院後生活環境相談員は、自宅状況及び近隣との社会関係等の把握と退院後の福祉サービス利用の可能性について情報収集をするなどの役割が、退院支援計画書に盛り込まれました。

また、星野さんが最も苦しんでいる病気の症状に関しては、困りごとを相談できずに一人で抱えることが続くと、そのストレスにより電波の症状が強くなることとして表れるようだと言ったチーム全員の意見がまとまったので、どのような場面で電波に関する症状が出やすいのかを評価していくことになりました。主治医から、普通の見方からは突飛に見える精神症状の背景にも、病気による独特な思考の乱れを想像し、そこにストレスがかかったのだと把握したときには、本人にとっての当たり前ものの見え方による反応や苦悩があるのだとコメントがなされました。

退院後については、今回の入院契機となった状況のように、一人で悩みを抱え込まないよう

に生活支援を導入した方が再発防止になるという意見もあり、地域定着支援等の福祉のかかわりも必要ということが検討され、そのためには入院中から相談支援事業所との関係作りが欠かせないという判断に至り、病棟の退院支援チームと福祉のチームが連携して退院を支援していくことが方針として決まりました。（P68：「2－3－1（2）院内多職種連携に向けたポイント」を参照）

病棟カンファレンスの結果は主治医を通じて星野さんに説明されました。

その後、私は星野さんの了解を得て、担当看護師と2人で1回目の退院前訪問指導をして自宅の状況を確認しました。星野さんから事前に聞いてはいたものの、かなり古いお宅であり、壁もところどころ崩れ落ちています。屋内は歩けますが物があふれ散らかっています。お母さんがご健在の時はよかったようですが、お母さんが亡くなってからは片付けが苦手で散らかるようになったということです。母が急死したショックに加えて頼りになる身内もない中、一人懸命に何とかしようと思っていたのでしょう。星野さんは疲れとストレスが重なり今まで以上に電波で攻撃されるようになっていったのかもしれないと感じました。この状態では退院後にゆっくりと休めないと判断し、星野さんの体調が回復したら退院に向けて屋内の片付けや掃除を進めていく必要があると感じました。

数日後、作業療法士と2回目の退院前訪問指導を行いました。作業療法士は自宅の様子を確認し、星野さんが退院したら壁の補修などをやりたいと言っている意味を掴めたと言っていました。星野さんにとっては、自宅を原状復帰させることは、自分自身の原状復帰に繋がる感覚があるのだらうと作業療法士は言いました。また大工作業が得意なことなので、そこを通じて自分を回復させようとする星野さんの力を感じるとのことでした。（P60：「2－3－1（1）③作業療法士の業務・役割」を参照）

病棟カンファレンスの翌日に金山相談支援専門員が面会に来てくれました。1時間半ほど面会をした後、金山相談支援専門員が私のところへ顔を出してくれました。星野さんから了解を得ているということで面会の様子を聞かせていただきました。星野さんは無理矢理入院させられたこと、入院していても時々電波で攻撃されていること、入院前はもっと強い電波で本当に困っていたことなどを話して、退院させてほしいと懇願していたということです。金山相談支援専門員は丁寧に信頼関係作りを行いたいのではばらくは1週間ごとに面会に来てくれるということです。

私は前の日のカンファレンスの結果を金山相談支援専門員に伝えました。地域相談支援を利用する可能性があることから、金山相談支援専門員は市役所の障害福祉課に方針を伝えてくれ、必要時には支給決定がスムーズにいくように準備を進めてくださるそうです。

私は星野さんと金山相談支援専門員の面接結果を病棟に報告し、星野さんの気持ちを病棟スタッフと共有するように意識しました。私も週1回は星野さんと面接し、困りごとや心配事などをお聞きしながら退院後の生活を見据えて必要な聞き取り（アセスメント）をするようにしていました。

星野さんは少しずつお話しをしてくれ、収入が無いので退院して自営の仕事を再開したいこと、早く自宅に退院したいこと、自分の身近に頼りになる人がいないことなどを話してくれるようになりました。

主治医は星野さんに面接の場面で疾病教育を少しずつしていました。入院前にもっと酷かった電波が弱まったことを入口にして、服薬の必要性を星野さんと共有しようと試みました。同時に、看護師は電波が病棟内で弱まるような時と一緒に共有できるように関わりを考え、その感覚を星野さんに意識してもらえるように工夫していました（P58：「2－3－1（1）②看護師の業務・役割」を参照）。作業療法士も病棟という中で電波が弱まる安全な環境作りを一緒に行えるよう、星野さんと相談しながら工夫していました（P60：「2－3－1（1）③作業療法士の業務・役割」を参照）。

入院して3か月目

Key Word : 院内退院支援委員会

入院が3か月目に入ろうとしています。星野さんは診察や服薬も確実にいき、体重も53 kgから60 kg代に回復してきましたが、相変わらず電波攻撃に対する不安の訴えが続いています。医師の診察に限らず、病棟が自発的に開催している疾病教育にも参加していました。看護師がその効果を測るため話を聞くと、看護師や作業療法士は信頼できるし、主治医の言うことも分からないではないが、薬を飲むと元気が出ないし、よだれが出てしまうので退院したら飲まないつもりだとも言っているようです。そんな中、集団療法として行っていた疾病教育グループに星野さんも参加していた時のこと、この日新しく参加したメンバーの一人が急に立ち上がって大声で自らの病的体験の中身を訴え出すことがありました。セッションの後、看護師が星野さんに意見を求めようと近づくと、星野さんは今までになく興奮した口調で、自らの電波体験を語り始めたのです。それから数日というものの、星野さんは自室に閉じこもり、他との関わりも一切拒んで声高に独語をして過ごしました。食事也是十分にはせず、不眠がちであったようです。このエピソードについて、主治医は服薬により精神症状は回復傾向にあるけれども、早期治療が為されていないためにストレス反応としての電波知覚は固定化しつつあり、特に対人関係の場面では不安定となって、増悪することがあり、（これ以上の回復は）早期に症状が安定するのは難しいかもしれないと考え始めていました。（他方で、）また病状から考えて、服薬に対しての猜疑心は解消しておらず、入院外治療では自ら内服をすぐに止めてしまう（ことは）懸念が強く、再燃の危険が高いと判断しました。（をかえって高めてしまうが、）他方では入院が長引くことで生活力が低下しかねないことも（を）憂慮し始めていました。ストレスの原因が生活力の問題であった以上、内服で症状再燃の可能性が弱まるとしても、生活能力自体が落ちてしまうのでは意味がないからです。（P53：「2－3－1（1）①医師の業務・役割④」を参照）

開催2週間前までに日程調整を済ませて、星野さんに開催日時のご案内文をお渡ししました。星野さんにご希望があれば地域援助事業者の金山相談支援専門員にも参加してもらおうことができますよとお伝えしたところ『金山さんにも参加してもらいたいです』と希望しました。

そして、予定通り医療保護入院者退院支援委員会が病棟の一室で開催されました。

進行役は退院後生活環境相談員の私がつとめます。

はじめに、委員会の開催目的を参加者全員（本人、精神保健指定医資格のある主治医、担当看護師、作業療法士、退院後生活環境相談員、金山相談支援専門員、今井相談支援専門員、大野保健師）と確認します。

その後、星野さんの気持ちをお聞きしました。『僕は早く退院したいだけです。ここは牢屋と一緒に一日も早く出たいんです。僕には帰る家があるので帰してください。』『僕は仕事をしなければならない。』と言いました。

- ① 協議の結果、未だ病的体験に左右されて、また症状に翻弄される中で治療チームを生活の中で信頼する十分な関係構築には未だ乏しく、治療へのアドヒアランス（※1）も高くない。このままでは医療中断の可能性が高いことから、入院継続の必要性はありと判断されました。

（※1）患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること

- ② ただし、入院の単なる長期化がかえってアドヒアランスを低下させるだけでなく、生活能力の低下に繋がりやすい方でもあることから、むしろ、安心できる今後の生活の構築と共に、医療を受け入れてもらうには、地域援助事業者との関係づくりや自宅環境の整備も必要であるとして、本人の自宅復帰への希望を取り入れて、外泊等を重ねる中で病状評価をしながら治療チームとの関係を強化することとしました。自分の希望に沿った

活動の中で変化を感じ取る方が、病識の形成もしやすい可能性が高く、医療への信頼とアドヒアランスを実際の生活に近い状況で獲得してもらうことは必須であるというアセスメントです。

- ③ そのバランスの中で、更に必要な入院期間として3か月。
- ④ 地域移行支援を利用して住まいの調整や日中の過ごし方、相談先の確保を行い安心して退院していただき、それにより再発を予防していく必要があると決まりました。

星野さんは『サービスを使って退院が延びるのは嫌です』とはっきり言いました。

私は「星野さんの退院をチーム一丸となって応援します。」「外泊をして体を慣らし、家の片づけをしたりして生活環境を整えて退院を目指しましょう。」と、精一杯の気持ちで伝えました。他の病院スタッフもそれぞれに応援する気持ちを星野さんにお伝えしました。

金山相談支援専門員は「星野さんの退院したい気持ちは十分に分かります。今日一緒に来ている今井相談支援専門員は私と同じ職場の後輩です。退院に向けて、一緒に外泊に付き添ってくれたり、地域のサービスを一緒に見学してくれますから、頑張りましょう。」と言いました。

星野さんは涙声で『何を頑張ればいいんですか？』と言いましたが、それでも金山相談支援専門員は黙って星野さんの話を聞いていました。何とも重苦しい空気が流れましたが、その後も金山相談支援専門員と今井相談支援専門員は星野さんのお話をじっと聞いてくれました。

入院して4か月目

Key Word : 地域移行支援の支給申請

医療保護入院者退院支援委員会が終了してから1週間後、金山相談支援専門員と今井相談支援専門員が星野さんの面会に来ました。今日は地域相談支援の説明をする予定です。

地域相談支援の利用対象は、直近の入院期間が1年以上の者が基本となっていますが、直近の入院期間が1年未満である者であっても、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象とされています。金山相談支援専門員がこのことを事前に市役所の障害福祉課に確認し、星野さんも利用できる可能性があると確認をとっておいてくれました。

金山相談支援専門員らは星野さんにサービス利用の説明を行いました。星野さんも退院してから家の片づけを一人でするのは大変だと思い、入院前は電波被害で出かけるどころではなかったので、昼間の出かけることができる場所を見てみたいという気持ちがあったため、地域相談支援を申請することになりました。

事前に金山相談支援専門員が役所と連絡を取ってくれたことや、金山相談支援専門員と今井相談支援専門員の連携が良かったこともあり、サービス等利用計画（案）はすぐに作成され、サービス担当者会議もスムーズにすみました。その結果、2週間で地域相談支援の支給が決定しました。

今井相談支援専門員は急いで地域移行支援計画（案）を作成してくれました。（案）をもとに病棟で地域移行支援計画作成会議を開くことになり、私が日程調整をしました。

星野さんも会議に参加してもらい、今井相談支援専門員の他に担当看護師、作業療法士、管理栄養士、退院後生活環境相談員が参加して地域移行支援計画を完成させました。

計画の中には医療の役割と福祉の役割が入っています。星野さんは電波症状がありながらも長く自宅で生活することができてきました。しかし、母親の急死で相談相手もいない中で生活も乱れ、星野さんのストレスは徐々に高まり症状が悪化していったと考えられます。

そのようなこともあって、服薬や金銭の管理に取り組むことの他に、他者に相談できることに慣れるために週1回担当看護師と面接する取組や、自宅の片付けや外泊などを支援者と一緒に行うことを通じて症状推移を本人に感じてもらうことを狙いとした内容となっています。ま

た、グループホーム等の見学、本人が気にしている自宅の片付けや修繕については昼間の活動として自宅修繕計画の作成をすることが作業療法士の提案により盛り込まれています。それらの内容はどの時期に取り組むか時系列に沿って分かりやすく記載されており、退院の時期は入院して6か月目の平成26年2月中となっていました。

主治医に計画内容を報告し了解が得られたので、星野さん本人を含んでチームで共有しました。星野さんもチームの計画に同意を示してくれました。これから何をすればよいのか具体的にイメージができ、その時期もわかりやすくなっており、安心できたとのこと。主治医からは、星野さんのように他人から距離をとりがちな人は、変化に敏感な場合があり、それが原因で頑なに見える場合があるそうです。（P53：「2-3-1(1)①医師の業務・役割④」を参照）

援助に必要なことから抽象的に共有しようとする押しつけに感じてしまうので、計画書にやるべきことを具体的に順序立てて記載したことがわかりやすく有効だったと思う、とチームにフィードバックがありました。

Key Word：「地域移行支援計画の実行」（見学・体験による自己決定、足並み揃え）

いよいよ具体的に計画が動き出します。星野さんは何よりも自宅のことが気になっていましたので自宅へ外出することを希望していました。外出前に主治医が診察を行い、星野さんに、退院後生活環境相談員と看護師も外出に付き添わせてほしいこと、病院に必ず戻って今後の退院の準備を確実に行ってほしいことを確認しました。星野さんは納得され、きちんと準備を行うことを約束して入院の継続に同意されたため、外出前に任意入院に切り替えを行いました。この時、既に入院してから4か月目に入ろうとしていました。

また、私は事前に担当看護師と、外出時に①移動及び支払能力②移動時や自宅滞在時の症状③自宅での行動④屋内外の状況確認についてアセスメントすることを打ち合わせておきました。

星野さんは少し不安そうな表情も見せながらも『行ってきます』と病棟にあいさつし、私たちとバスに乗って自宅へ外出しました。バスの乗り降りや支払もスムーズにできていました。自宅に着くと星野さんにはほっとした様子が見られました。自宅には2時間ほど滞在し、衣類や本、郵便物などを袋に詰めて病院へ持っていく準備をしました。同行した3人は、星野さんと相談しながら、外泊中に過ごす居間の片づけやゴミの分別を行いました。とても一回では片づけきれないので、後日ボランティアの方を手配して1日かけて外泊できるように片付けをすることになりました。本人が苦しめられている電波被害の話は出発から帰着まで全くありませんでした。何かに集中していたり、ストレスが高じなければ電波の話は出てこないのかもしれませんが。

外出から戻った星野さんを病棟スタッフは「お帰りなさい、疲れなかった？」「大丈夫？」「ゆっくり休んでね」と暖かく迎えてくれました。病院に戻ってから看護師と一緒に外出中の様子を振り返り、電波の症状の増悪因子のアセスメントとして退院前訪問指導の報告書に記録し、その日のリーダー看護師に申し送りを行いました。その後、看護師が、何かに集中できていたり、大変なことがないと電波は弱いようですね、と星野さんにお話しすると、「そういえばそうだね」という反応だったそうです。

それから10日後に、今井相談支援専門員が手配してくれたボランティアの方と一緒に自宅の片付けをするために2回目の外出を行いました。今回は朝9時に出発して16時に戻る予定です。今回は私と作業療法士が同伴し、無事に外泊できる場所まで片付けが進みました。

翌週、今井相談支援専門員が行き帰りの付添をしてくれ無事に1泊外泊をすませました。退院支援計画では自宅以外の住まいについても見学をしてみることにしていたので、外泊から病院に戻る前にグループホームの見学を行ってきたということです。

星野さんに見学の感想を聞いてみたところ、『食事も用意してくれて世話人さんがいるので安心だけど、私は家の修繕をしたり仕事をしなければいけないので今は行かない』と言いました。また病院から歩いて10分の宿泊型自立訓練や民間のアパートなども今井相談支援専門員と見学をしましたが、同じ理由で自宅への退院がいいということでした。

2回目の外泊の時です。今回の外泊は2泊3日の予定で、星野さんはいつもと同じように出発しましたが、1日早く病棟に戻ってきました。看護師によると、外泊中に電波攻撃にあい、足が痺れて辛いので早く帰ってきたと言っているということです。それでも星野さんは大丈夫だということで、3回目の外泊は予定通り3泊4日行いました。しかし、病棟に戻ると疲れた様子があるし、電波攻撃で膝や腕を攻撃されたと不安を訴えているので、担当看護師は星野さんと話をしてみました。外泊中はひとりで休む間も惜しんで家の片づけや補修をしていたようです。今井相談支援専門員からも無理しないで少しずつするように声をかけられていたようですが、大丈夫だと言い無理していたようです。まだ電波攻撃のアセスメントが十分に把握できていませんが、疲れにより過敏になったことが電波攻撃に繋がったように見えました。今井相談支援専門員の疲れないようにという助言を受け入れにくく、そのこと自体もストレスとなったのかもしれませんが。このような自覚に基づく対処が星野さんに薄いと、やはり自宅への退院は難しいのではないかという空気が病棟に流れ始めました。

私は星野さんの気持ちを確認しようと思い病室を訪ねてみました。星野さんは自宅に退院したいこと、このまま仏壇を放っておいたら先祖に申し訳ないと思っていること、家の修繕をやらなければと気になっていること、入院を続けていたら良くなるものも良くならないと思っていることとお話ししてくれました。

今までと違う様子を近くで目にする病棟看護師からは退院が難しいのではないかという空気が流れている中で、私は星野さんの気持ちを大事にしなければならないという想いと、病棟のアセスメントとの間で、今後の進め方について迷い始めました。そこで、自分たちと異なる外部の視点を求めて、今後の進め方を今井相談支援専門員にも相談してみました。

今井相談支援専門員は金山相談支援専門員とも相談してくれ、支援の微調整を目的としたケア会議を開くことを提案されました。主治医には私から提案をし、賛同が得られたので、日程は私が調整し、主治医を含めた病院スタッフと福祉の支援者でケア会議を開催しました。参加者は皆、それぞれに星野さんの気持ちを事前に把握していました。担当看護師や作業療法士から、外泊中や作業中は表情が明るく生き生きと活動していること、家の片づけや入院中の作業など集中できることがある時は電波被害の訴えがないことが報告されました。主治医からは、電波被害は本人の自宅生活への希望の裏返しとして出ており、しかも外泊自体はできているので、体験を重ねることで焦燥も今後の不安も緩和し、症状も緩和する可能性があることを見立てていました。改めて経過を振り返ると、星野さんは困ったときには治療スタッフにおずおずと声をかけ、頼ることができるようになっていくという振り返りもできました。治療経過に煮詰まった時には、経過の全体を振り返って患者の変化を見てみると良いと、看護師長からまとめがありました。その結果、計画通り退院に向けて外泊を繰り返して様子をみていくこと、日中活動先の見学を進めていくことになりました。ケア会議を通じて、少し乱れ始めていたチームの足並みを再び揃えることができました。

その後、日中活動先の見学に私も付き添って、就労継続支援B型事業所、地域活動支援センター、精神科デイケアの見学を今井相談支援専門員さんの協力を得て行いましたが、星野さんは家のことを済ませてから考えたいのでしばらくサービスは使わないと言っていました。

日中活動先の見学と並行して外泊を継続しました。電波被害はあるということですが、外泊を重ねると星野さんの顔色が次第に良くなっていきました。退院への自信もついてきたようです。何よりも、退院しても困った時には今井相談支援専門員に相談できるという安心感が大きかったようです。星野さん自身も信頼できる人の助言ならば素直に受け入れたり、きちんと声をかけをできるようになってきています。外泊中も地域定着支援の練習ということで、困ったら今井相談支援専門員に電話相談するようにしていたみたいですが、帰りのバス時間を書いたメモを無くした時や米を買いに行ったものの重くて持ち帰れなかった時に電話相談をしていたということです。このように困った時に誰かに相談できるようになったことは、担当看護師の週1回の面接の効果や作業療法士と一緒に行った作業によるところも大きかったと思います。

入院して 6 か月目

Key Word : 「退院前ケア会議」と「クライシスプラン」

退院に向けて任意入院に切り替わってから 2 か月が過ぎようとしています。主治医も病棟スタッフも、退院の準備がほぼ整ったと感じ始めています。服薬に関しては、副作用の説明や対処を行うことや適切な薬剤量調整などの主治医の工夫で、以前ほどの抵抗は星野さんになくなってはいるようです。

今井相談支援専門員と連絡を取り、退院前のケア会議を開く相談をしました。今井相談支援専門員も同様な気持ちであり、金川相談支援専門員も交えてモニタリングを兼ねたケア会議を実施することとなりました。

星野さん、これまで支援してきた病院の多職種チームと保健所の大野保健師、市役所の小山さん、金川相談支援専門員、今井相談支援専門員と、これからの支援者として市役所の生活保護担当者、訪問看護ステーション、地区担当保健師、社会福祉協議会の配食サービス担当者で、ケア会議を行いました。

ケア会議の結果、自宅へ退院すること、当面配食サービスを利用していくこと、当面は日曜大工をして日中過ごすこと、通院は週 1 回すること、訪問看護ステーションを週 2 回利用し病状の安定を図ること、困った時には地域定着支援や訪問看護ステーションの 24 時間電話を利用し支援者は必要に応じて訪問対応すること、眠れなくなった時は頓服を利用すること、不眠や食欲不振が 3 日続いた時は訪問看護ステーションに連絡すること、電波被害に耐えられないときは市役所の生活保護担当に相談することを確認しました。

これにあわせ星野さん、担当看護師、今井相談支援専門員、私の 4 人でクライシスプランを作成しました。

退院後の体制が無事に整いました。電波攻撃の症状は残っていますが、入院中に外出の付添や本人が気にしていた片付けなどを一緒にやってもらった体験を通じて、星野さんは少しずつ病院や行政、福祉の支援者の力を借りられる力が発揮できるようになりました。唯一の身寄りだった母を亡くし何もかも一人で解決しなければならないという突然の状況は大きなストレスだったことでしょう。予期せぬ入院でありましたが、入院によって医師や看護師、作業療法士等の助言により一人で抱え込まなくていいということを星野さんは実感できたのではないのでしょうか。入院中には病棟での治療環境という新たなストレスもあったようですが、看護師による療養環境の工夫、作業療法士によるストレス環境との付き合い方の工夫を通じた、自分の能力再確認や援助者の介入への信頼、また、入院中から退院後に相談できる支援者にも協力してもらって顔なじみになることができたおかげで、退院した後の不安も軽減されたことと思います。入院中に看護師が把握したことです。実は収入の少なさも随分と大きな不安要素だったようです。これについても、入院中に生活保護の利用が決まり、お金の不安も解決しました。

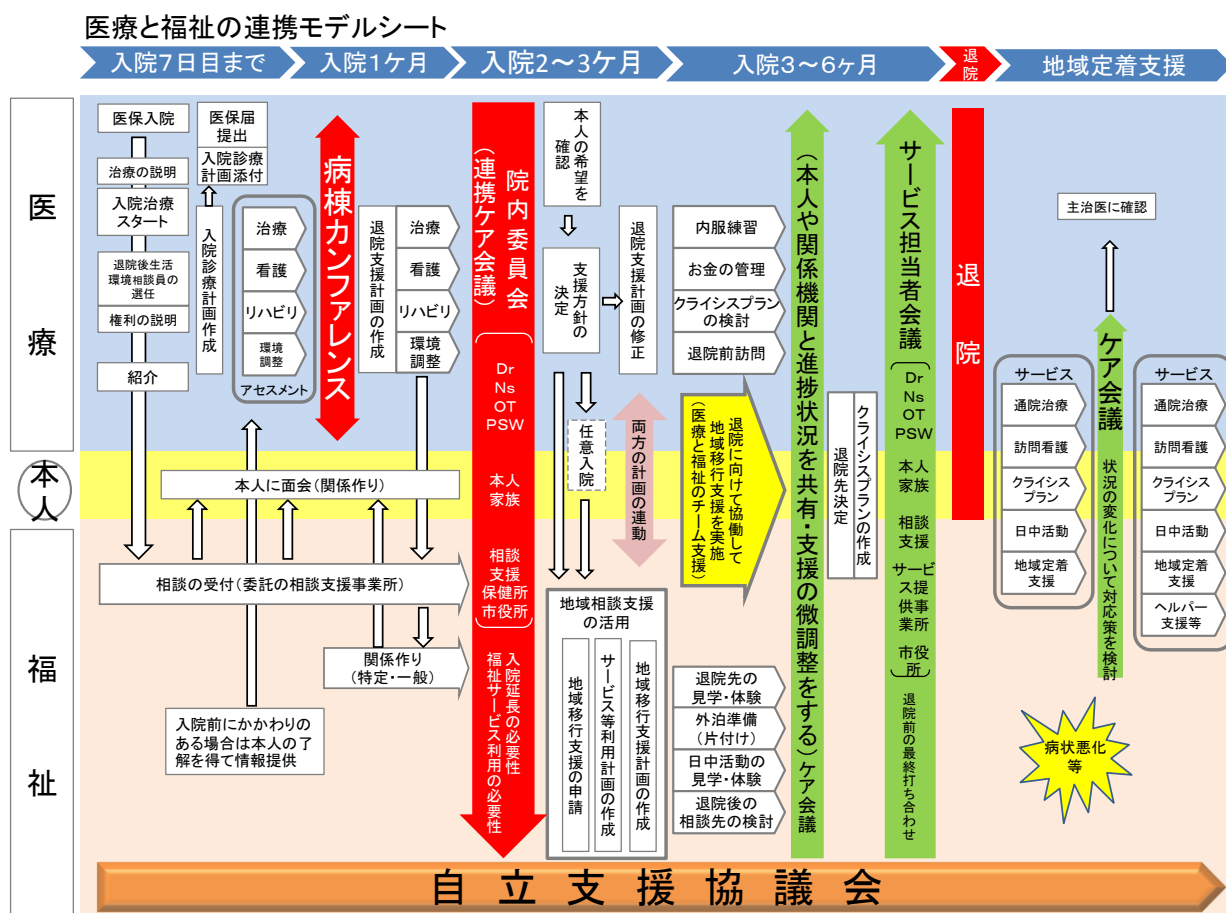
星野さんは 5 か月半の入院治療をへて、平成 27 年 2 月 12 日に無事自宅に退院しました。

星野さんの支援を通じて、本人を中心に病院内の医療チームが互いの専門性を理解し合い、発揮し合って連携することと、医療と福祉が連携することが、医療を必要とする患者が自らの意思で医療を継続していくために必要なことであり、その懸け橋を担うのが退院後生活環境相談員の大事な仕事だと感じました。そのために私は医師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士らにどのような業務や役割があるのかをあらためてよく理解していかなければならないと感じています。

医療と福祉の連携フローの「具体化」と「見える化」

事例の流れを下図に沿って理解してみましょう。具体的な各職種の業務の流れを事例に沿って並列したものを、次ページから示します。

※P33の「医療と福祉の連携フロー」も参照



図に沿って、次の心構えで、事例を想定しつつ流れを復習します。

連携をする時に大切にすべきこと

- ①患者中心（患者の想い中心）であること
- ②互いの専門性を活かして工夫すること
例えば「〇〇だから退院したくありません」と言われたら〇〇に着目して、〇〇を解決するためにはどうしたらよいか・・・について互いの専門性を学び合い、活かしながら工夫することであり、想像力を発揮しながら提案すること
- ③視点の違いを尊重・共有すること
- ④困ったことの共有からよかったことの共有につなげること
- ⑤チームが育つことを楽しむこと
- ⑥医療と福祉の時間感覚が違うことを意識して、タイミングよく支援ができるようお互いが準備すること

星野さんの入院から退院までの時期によるそれぞれの役割と連携

※ここでは、p15からの事例と連動させて、事例におけるフローとして記載しています（当然実際のケースの病状により、各業務のタイムスパンは各々異なります）。

※※入院も退院も主役は患者さんです。フローの横に常に星野さんの様子を思い浮かべながら、把握してみましょう。

時期	医師業務の流れと把握すべきこと	看護業務の流れと把握すべきこと	作業療法士業務の流れと把握すべきこと	医療の役割	福祉の役割
入院時診察時	医師の入院時診察 ☐ 入院の必要性の判断根拠 ☐ 同意者の確認 ☐ 医療保護入院に係る説明 ☐ 入院診療計画書の管理 ・診断名 ・改善すべき症状(精神症状の評価、問題点リストの作成) ・治療計画(薬物療法、精神療法、心理・社会的療法) ・検査計画 ・推定される入院期間(うち医療保護入院による入院期間) ・退院に向けた取組 ※SDM(shared decision making:意思決定の共有)に基づいて、治療方針の決定を行うことが望ましい。 ☐ 退院後生活環境相談員の選任	☐ 入院診療計画書に記載する初期看護計画の作成		・入院治療の必要性の見極め	・地域生活の中断の必要性を見極め、医療にスムーズに繋げるよう日頃の連携を活かす。
入院直後～3日目	☐ 薬物療法指示 ☐ 既往歴の確認と入院時身体合併症の評価 ☐ 精神療法 ・主に支持的内容の精神療法	☐ 症状アセスメント ・医師の指示を受け、精神症状だけでなく、看護師(生活者視点での)インテークから入院に至った経緯・入院前の生活状況・家族の意向などを把握し初期看護計画を立案 ☐ 安心できる環境の提供(リスク管理)	☐ 症状アセスメント ・患者の精神症状を評価しながら、現時点での日常生活能力の把握を行う。 ・生活歴の中から、本人の役割や得意としてきた事の把握を行なう。	・退院後生活環境相談員選定 ・入院診療計画書の作成説明 ・権利の説明 ・院内で入院前の状態を共有 ・退院後生活環境相談員が面接し患者へ情報提供 ・多職種によるアセスメント	・入院判断の福祉側からのリアセスメント ・地域生活における患者に関する情報提供 ⇒訪問、面会(事例 p18)
入院 4 日～1 週間 ＊情報収集と共有 ＊チーム作りを意識	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法についての評価 ・服薬量と症状の確認、服薬拒否の有無、副作用の評価と対策 ☐ 身体合併症の評価と対策の指示 ☐ 精神療法 ・主に支持的内容の精神療法 【多職種チームカンファレンス】 ☐入院診療計画書の記載に沿って、初期治療計画の確認 ☐初期アセスメントを基にした、退院支援計画の作成	☐ 症状アセスメント ☐ 安心できる環境の提供 ☐ 精神症状の観察、ケア ☐ 身体症状管理	☐ 急性期作業療法 ・適応が判断される場合(多くの場合、まずは安全な環境の確保を患者と共に作業として行う。)		
入院 1 週間～ ＊医療だけの関わりでよい 1週間後～3か月 ＊院内多職種チームをつくる ＊アセスメントとカンファレンスの繰り返し	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法についての評価 ・服薬意思の確認、服薬拒否が続く場合は投与方法の検討、副作用の確認) ☐ 身体合併症の評価) ☐ 精神療法 ・主に支持的内容の精神療法 ☐ 作業療法の指示 ☐ 多職種カンファレンスの結果を病状に合わせて患者に説明	☐ 症状アセスメント ・看護計画の評価・修正 ☐ 安心できる環境の提供 ☐ 精神症状の観察、ケア ☐ 身体症状管理 ☐ 薬の飲みごちの確認 ・薬の効果及び副作用の有無について観察し医師に報告 ☐ ADL/QOL 状態の把握と評価 ・入院前の状態と比較し低下している部分・維持できている部分の把握 ☐ 家族への情報提供とケア ・入院後の様子を伝える	☐ 作業療法 ・入院前の状況と、多職種カンファでの共有を基に、作業による ADL/IADL 能力、代償等の可能性を評価し、作業療法計画を医師指示のもと立案 ☐ 症状アセスメント(作業療法計画の評価・修正)	・院内多職種カンファレンス ・退院支援計画作成 ・計画に基づく各職種での関わり の分担明確化、共有 ・関わりの中でアセスメントしたことを関係者で共有 ・退院前訪問指導	・(本人の希望により、病状を評価しながら)地域援助事業者の訪問開始

時期	医師業務の流れと把握すべきこと	看護業務の流れと把握すべきこと	作業療法士業務の流れと把握すべきこと	医療の役割	福祉の役割
入院 2 週間～	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法についての評価 ・服薬維持量について、服薬管理 ☐ 病棟薬剤師指示 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ☐ 作業療法の指示、評価 ☐ 家族面接 ・治療計画の進捗と先行きを説明し、疾病教育を行う ☐ 心理検査・評価指示	☐ 症状アセスメント ・看護計画の評価・修正 ☐ 安心できる環境の提供 ☐ 精神症状の観察・ケア ☐ 身体症状管理 ☐ 薬の飲みごちの確認 ・薬剤師による服薬指導も含む ☐ 薬の効果及び副作用の有無について観察し医師に報告 ☐ ADL/QOL 状態の把握と評価 ☐ 強みのアセスメント ・特に退院後強みとなる事のアセスメント ☐ 生活状況の把握（自宅に同行訪問も含む） ☐ 家族への情報提供とケア（入院中の様子を伝える）	☐ 生活状況の把握 ・自宅に同行訪問も含む ☐ 作業療法 ☐ 症状アセスメント ・作業療法計画の評価・修正	・退院後、入院前の生活状況に大きな変更が見込まれる場合は、福祉（障害・介護等）の所定の手続きを考慮しておく。 ※地域移行支援であれば支給決定が、介護保険サービスであれば介護認定が必要であり、医療の進行と手続き時間に差が生じるため。	・障害や介護等の福祉サービス利用に係る相談等
入院 1 か月～	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法について ・服薬管理、退院後の投与方法について ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ・支持的精神療法 ・疾患や症状についての心理教育的アプローチ ☐ 心理療法指示 ☐ 作業療法の指示、評価 ☐ 家族面接 ☐ 試験外泊の検討 ☐ 退院前訪問指導の指示	☐ 症状アセスメント ・看護計画の評価・修正 ☐ 安心できる環境の提供 ☐ 精神症状の観察・ケア ☐ 身体症状管理 ☐ 薬の飲みごちの確認 ・薬剤師による服薬指導も含む ☐ 薬の効果及び副作用の有無について観察し医師に報告 ☐ ADL/QOL 状態の把握と評価 ☐ 強みのアセスメント ・特に退院後強みとなる事のアセスメント ☐ 生活状況の把握 ・自宅に同行訪問も含む ☐ 家族への情報提供とケア ・入院中の様子を伝える	☐ 作業療法・試験外出・外泊の検討を踏まえた、退院後の生活を見越して患者が希望するものを作業分析から策定。 ☐ 症状アセスメント ・作業療法計画の評価・修正		
入院 2 か月～	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法について ・服薬管理、退院後の投与方法について、服薬自己管理の評価 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ・支持的精神療法 ・疾患や症状について心理教育的アプローチ ☐ 心理療法指示 ☐ 作業療法の指示、評価 ☐ 家族面接 ☐ 試験外泊の検討、退院前訪問指導の指示 ☐ 訪問看護指示	☐ 看護計画の評価・修正 ☐ 患者の気持ち・想いの受容 ☐ 生活歴の中から退院後の生活イメージを一緒に考える ☐ 入院に至った経過の振り返り ☐ 生活力のアセスメント ・診察場面や面接を通して把握 ☐ 家族調整・環境調整 ・家族と患者の想いやそこに生じるズレを把握し調整 ☐ 退院に向けての準備 ・退院先の把握 ☐ 服薬指導・服薬自己管理の検討	☐ 作業療法 ・試験外出・外泊の実施を目指した、退院後生活を見越して患者が希望するものを作業分析から策定。 ☐ 症状アセスメント ・作業療法計画の評価・修正 ☐ 患者の気持ち・想いの受容 ☐ 退院後の生活イメージを作業を通じて自分のものとして認識してもらう。 ☐ 作業成果のアセスメント ・身体的、心理的、認知的変化を総合的に振り返り、今後の希望に結びつける。	・退院支援体制が既にある場合は、退院に向け、今回入院でリアセスメントされたことを支援者の中で共有する。 ・居住先の問題がある場合は、早期に福祉との連携を図る。	・退院する場合、退院後の支援について、医療とアセスメントを共有し直す。
	【多職種チームカンファレンス】 ☐ 治療全体を多職種で評価し、初期治療計画を見直し、情報を共有する。 ☐ 退院に向けての課題を再評価し、退院支援計画の見直しを行い、計画内容をより具体化する。 ※事例の場合、初期治療計画とは異なり、病状の回復も支援体制の構築も不十分で、退院の難しさが予想された(P21)				

時期	医師業務の流れと把握すべきこと	看護業務の流れと把握すべきこと	作業療法士業務の流れと把握すべきこと	医療の役割	福祉の役割
入院 3 か月～ ＊ 退院支援委員会の開催と地域援助事業者との情報共有 ＊ 院内カンファレンスでアセスメントと計画の進捗状況の確認と退院支援計画の修正 ＊ 病状よりも地域移行の係る問題が大きければ、院内多職種チームに地域援助事業者が加わる	☐ 精神症状の再評価 ☐ 薬物療法について ・服薬自己管理の評価 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ・精神療法についての評価と治療構造の再編 ☐ 作業療法指示 ・日常生活技能の再評価 ☐ 家族面接 ・家族要因の再評価・調整	☐ 症状アセスメント ☐ 安心できる環境の提供 ☐ 精神症状の観察、ケア ☐ 身体症状管理 ☐ 看護計画の評価・修正 ☐ 薬の飲みごちの確認 ・薬剤師による服薬指導含む ☐ 薬の効果及び副作用の有無について観察し医師に報告 ☐ 服薬指導・服薬自己管理 ・薬剤師からの説明に同席しフォロー ☐ 主治医からの病状説明に同席してフォロー ☐ ADL/QOL 状態の把握と評価 （入院前の状態と比較し低下している部分・維持できている部分の把握） ☐ 患者の想いの受容 ・積極的傾聴・動機づけ面接等 ☐ 強みのアセスメント ・治療経過を総括し、特に退院後強みとなる事のアセスメント ☐ 生活状況の把握 ・自宅に同行訪問も含む	☐ 作業分析の見直し ・ストレングスモデルに基づく、患者能力の再評価 ☐ 作業療法 ☐ 患者の想いの受容 ☐ 生活状況の把握 ・自宅に同行訪問も含む	・退院支援委員会開催 ＊ 入院継続必要性の判断 ＊ 福祉側からの評価のため地域支援事業者が参加できるよう働きかける ・入院継続について説明 ・退院支援計画の修正 ・福祉サービス利用について再説明 ・関わりの中で各職種がアセスメントしたことを関係者で共有 ・障害や介護等の福祉手続きのスケジュールリング ・（必要なケースには）居住先決定支援	・地域援助事業者の参加 ・地域援助事業者の訪問 ・情報共有 ・（必要なケースには）居住先決定支援
	【院内退院支援委員会】				
入院 4 か月 ＊ 院内で作った退院支援計画と地域移行支援計画連動・共有、アセスメントのすりあわせ ＊ 多機関多職種チーム結成 ＊ 福祉サービスの体験	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法について ・服薬自己管理の評価 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ☐ 作業療法指示 ・日常生活技能の再評価 ☐ 心理療法指示 ☐ 家族面接 ・家族要因の再調整 ・疾患教育	☐ 患者の気持ち・想いの受容及びアセスメント ☐ 生活歴の中から退院後の生活イメージを一緒に考える ☐ 入院に至った経過の振り返り ☐ 生活力のアセスメント ・診察場面や面接を通して把握 ☐ 看護計画の評価・修正 ☐ 家族調整・環境調整 ・家族と患者の想いやそこに生じるズレを把握し調整 ☐ 退院に向けての準備 ・退院先の検討 ☐ 家族への情報提供 ・入院後中の様子を伝える ☐ 家族の想いの受容とケア ☐ 退院支援の評価	☐ 作業療法 ・退院後生活環境に合わせた作業の提案 ・同居者・家族がいれば、共に行う作業などを組んでみる。	・各職種での関わり・関わりの中でアセスメントしたことを共有 ・退院前訪問指導 ・居住先決定支援 ・帰宅先によって、見学や地域移行支援等を積極的に利用しての体験利用や外泊等の実施	・地域相談支援申請 ・地域移行支援計画作成 ・福祉サービスの調整 ・居住先決定支援 ・地域移行支援始め、見学や体験利用時の同行 ・関わりの中でのアセスメント ・多職種チームカンファレンスへの参加
	【多職種チームカンファレンス】 ☐ 本人・家族・地域相談事業者等を交え、改めて多角的に退院可能性を探ると共に、再度入院を振り返り、情報を共有して課題抽出し、退院支援計画を微調整する。				

時期	医師業務の流れと把握すべきこと	看護業務の流れと把握すべきこと	作業療法士業務の流れと把握すべきこと	医療の役割	福祉の役割
入院 5 か月 * 退院前の不安の軽減 (安心の提供)	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法について ・服薬自己管理の評価 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ・疾患や症状についての知識、症状自己管理の評価 ☐ 作業療法 ・日常生活技能の評価 ☐ 家族面接 ・家族要因の調整 ・疾病教育 ☐ クライシスプランの作成	☐ 看護計画の評価・修正 ☐ 患者の想いのアセスメント ☐ クライシスプランの作成 ☐ 服薬指導・服薬自己管理 ・薬剤師からの説明に同席しフォロー ☐ 主治医からの病状説明に同席してフォロー ☐ 退院に向けての準備 ・退院後の生活の課題抽出 ☐ 家族との準備調整 ・退院後サービスについての不安の受容等	☐ 作業療法 ☐ クライシスプランの作成 ☐ 作業を通じ、身につけたものの評価	・帰住先によって、見学や地域移行支援等利用しての体験利用や外泊等の実施 ・アセスメントの共有 ・退院前ケア会議 ・クライシスプラン作成	・見学や体験利用時の同行 ・関わりの中でのアセスメント ・アセスメントの共有 ・退院前ケア会議への参加 ・クライシスプラン作成
	【多職種チームカンファレンス】 ☐ クライシスプランのために、本人、関係者と実際の危機をイメージし、理解と対処を具体化する。				
入院 6 か月～退院決定後	☐ 精神症状の評価 ☐ 薬物療法について ・服薬自己管理の評価 ☐ 身体合併症の評価、治療 ☐ 精神療法 ・疾患や症状についての知識、症状自己管理の評価 ☐ 作業療法 ・日常生活技能の評価 ☐ 家族面接 ・家族要因の調整 ・疾病教育 ☐ クライシスプランの評価	☐ 看護計画の評価・修正 ☐ 地域移行が進むことによる不安への寄り添い ☐ クライシスプランの評価 ☐ 服薬指導・服薬自己管理 ・薬剤師からの説明に同席しフォロー ☐ 退院に向けての準備 ・見学や体験利用・環境調整等 ☐ 退院前訪問看護 ☐ 家族との協働	☐ 作業療法 ☐ クライシスプランの評価 ☐ 作業を通じ、身につけたものの評価	・サービス担当者会議	・福祉サービスの確認 ・サービス担当者会議 (福祉サービス事業者の参加・地域援助事業者が調整)
	【多職種チームカンファレンス】 ☐ クライシスプランの作成・完成				

2-2 退院後生活環境相談員について

(1) 退院後生活環境相談員の責務と役割

退院後生活環境相談員は、平成 25 年改正後の精神保健福祉法第 33 条の 4 に規定された職種で、障害保健福祉部長通知（平成 26 年 1 月 24 日障発 0124 第 2 号）で以下の通りその責務と役割が定められています。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）（抄）

（医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置）

第三十三条の四 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、退院後生活環境相談員を選任し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年 1 月24日障発0124第 2 号）
（抜粋）

第2 退院後生活環境相談員の選任

1 退院後生活環境相談員の責務・役割

- （1）退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たす。
- （2）退院に向けた取組にあたっては、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関を含む院外の機関との調整に努める。
- （3）医療保護入院者の支援にあたっては、医療保護入院者の意向に十分配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。
- （4）以上の責務・役割を果たすため、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること。

医療保護入院という非同意入院に対する権利擁護と援助の立場として、患者の気持ちをじっくり聞く時間や場所を確保し、退院後生活環境相談員の役割を患者本人が理解できるまで何度も説明し、患者に寄り添い、患者の味方になるために存在し、患者から「私の思い、願いを託せる人」と思ってもらえるようなかわりが重要です。また、相談されるのを待つという姿勢ではなく、こちらから定期的、計画的に本人に会いに出向き、かかわるという前向きな姿勢が大切になります。単に医療保護入院患者の退院を目標にするのではなく、個別性を重視し、生活者の視点から本人の希望、思いに基づいたその人らしい暮らしが退院後に継続できるように、多機関、多職種とも連携し、連続性を持った支援体制の構築が大切です。

退院後生活環境相談員とは、医療保護入院患者の社会を構成する個人としての生活を重視しその医療を受ける権利を保障しつつ、生活に必要な公的・私的支援を保証することで、必要性の低い入院を避けるために病院内と地域社会をつなぐ窓口であり、また多職種や本人と家族等の隙間を埋めるものでもあり、さらに制度や障害福祉サービスと本人をつなげるものでもあります。そのために日頃より院内連携、地域援助事業者等との連携がとれていることが大切であり、入院が不必要に長期化しないように、医療保護入院者退院支援委員会を通じて可能な限り早期の退院への取組を推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担うことになります。

業務を遂行するために大切にしたい視点

退院後生活環境相談員は、早期治療・早期退院を目指すため、本人が地域で生活している生活者であるという視点から、本人の希望に寄り添いかかわりをもつことで、少しずつ安心感を育み、信頼関係を構築します。そのためにも入院早期からかかわりをもつ必要があります。

かかわりの上で大切にしたい視点は、本人を主体とした権利を支援すること、地域で暮らす一人の生活者として支援すること、ストレングス¹を基盤としたリカバリー²に着目すること、ミクロ（個人レベル）、メゾ（集団・地域レベル）・マクロ（国・国際レベル）の連続性をもとに現象を捉え、福祉的、専門的活動を展開し、本人を多面的に理解する等の視点となります。

ここでは参考までに、バイスティックの7原則を紹介します。これは、クライアント（援助を必要とする人、何かしらのサービスを利用する人）と良好な援助関係を築くための行動原理、技法、基本的原則です。

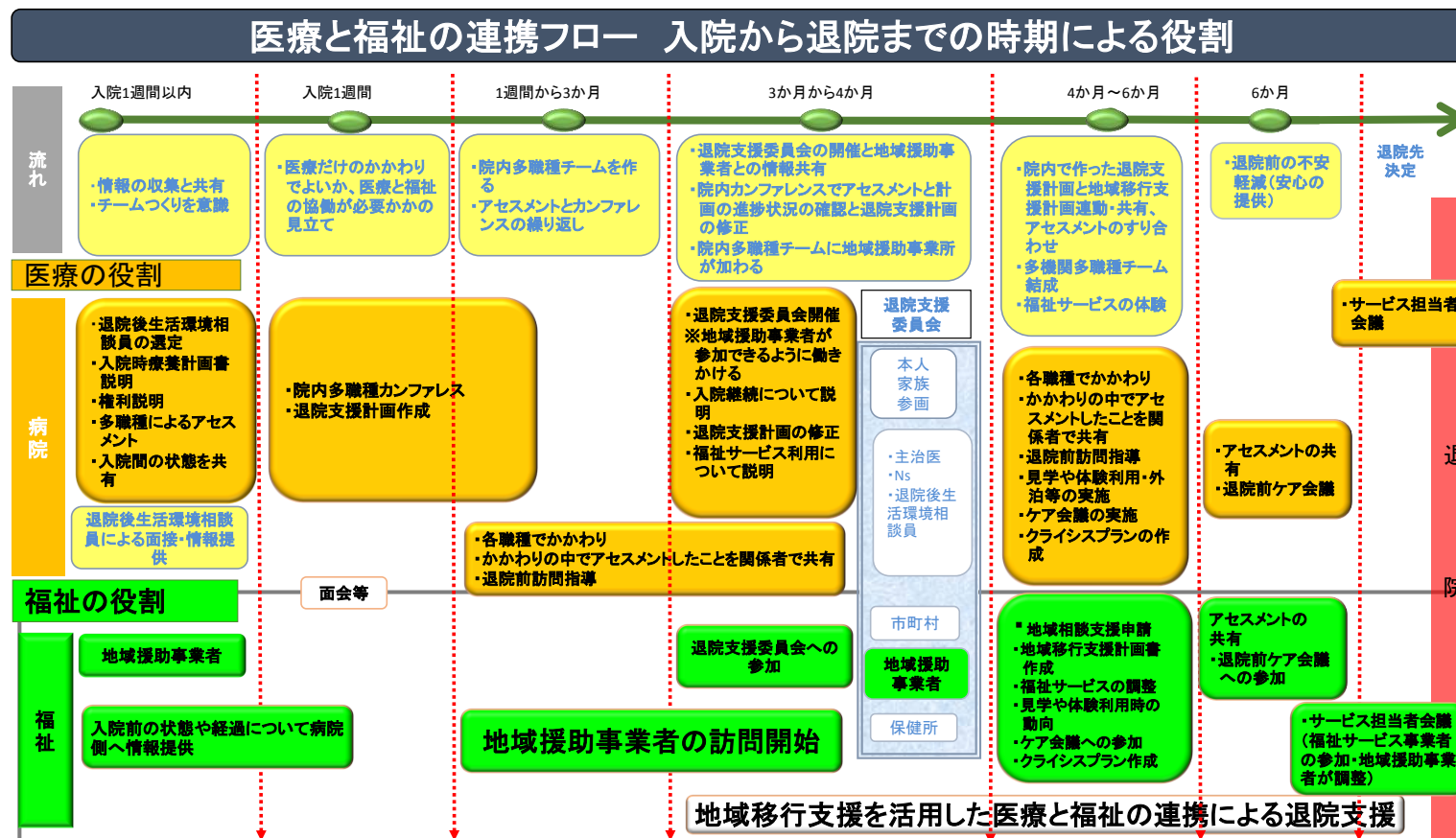
（バイスティックの7原則）

- ①個別化（クライアントを個人として捉える）
- ②意図的な感情表出（クライアントの感情表現を大切にする）
- ③統制された情緒的関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
- ④受容（受けとめる）
- ⑤非審判的態度（クライアントを一方向的に非難しない）
- ⑥自己決定（クライアントの自己決定を促して尊重する）
- ⑦秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）

¹個人と環境の相互作用による強さ

²疾患や障害による制限で、自分の人生の価値を見失った状態から、人生に満足感、希望、人の役に立つといった新しい価値や目的を見出すこと

(2) 連携の「具体化」と「見える化」



必要性に乏しい入院を作らないために、退院後生活環境相談員が入院時より行う業務とそのためのポイントについて説明します。

退院後生活環境相談員は、入院当初から早期にアセスメントを行うこと、本人の気持ちを聴きとること、入院前にかかわっていた機関や人を知ることが重要です。このことにより、本人の権利擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう、病状の悪化に繋がるストレスや社会的な課題を解決するための方策を立てるヒントを得ることができます。それは、不必要で頻回な、あるいは必要性の乏しい長期入院の予防につながります。

また、長期にわたり入院している方に対しても、ポイントに気をつけながら支援を進めることで、退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながれると考えられます。

①入院時の業務

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年 1 月24日障発0124第 2 号）
（抜粋）

第 2 退院後生活環境相談員の選任

4 業務内容

（1）入院時の業務

新たに医療保護入院者が入院し、退院後生活環境相談員が選任された場合は、当該医療保護入院者及びその家族に対して以下について説明を行うこと。

- ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
- ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり（地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等）

原則として、入院した時点から退院に向けたかかわりが開始されます。退院後生活環境相談員に選任されたことの説明はもちろんですが、本人の権利や利用できるサービスについての情報提供、サービスへのつなぎ方の検討や、家族及び本人を取り巻く生活環境全体の調整のためのアセスメントを早期に行うことが大切となります。その際、本人の権利を擁護する観点から、地域援助事業者に関する情報は、①医療保護入院開始時②退院後生活環境相談員の選任時③委員会開催の 2～3 週間前の少なくとも 3 回は、医療保護入院者に書面を渡し（入院直後に地域援助事業者を求めなくても後から求める場合もあるためです）、口頭での分かりやすい説明を追加する配慮が望まれます。

本人が地域援助事業者と面会して相性が合わない場合は、アセスメントに基づいた配慮をしながらも、本人の決定を尊重し、変更も可能である旨をお伝えしておくことも必要です。

業務としては入院後 7 日以内に退院後生活環境相談員の選任を行い、診療録に記載し、また本人及びその家族等に説明したことを相談録に記載しなければなりません。

入院早期より退院後生活環境相談員、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等の多職種でチームを作り、治療、看護、リハビリ、心理教育、環境調整など多角的にアセスメントが行われるのと同時に治療が開始されます。

退院後生活環境相談員は本人及び家族等とインテーク面接を行い、インテーク表、アセスメント表、社会資源チェックリストを使用し生活状況の確認、本人の権利支援としての情報提供等を行います。入院開始から概ね 1 週間以内に本人及び家族等への聴取にてインテーク表、アセスメント表、社会資源チェックリスト、退院前訪問指導チェックリストを完成させ、入院に至る経緯、生活課題などを本人と環境の全体から整理し、必要に応じて地域の関係機関とも必要な情報交換をして、入院療養計画の草案を作成します。

①ー 1 個別面接（インテーク・アセスメント）と早期面談（カンファレンスやケア会議）

入院後早期に本人及びその家族等と面接を行います。

退院後生活環境相談員は、本人、家族の話を聞くことを第一としながらも、

「入院中や退院後の心配ごとの相談をお受けします」

「生活に関する様々な相談にのり、一緒に考える役割です」

「生活を支援する制度を紹介できます」

「生活を支援する制度を紹介できます」

「退院後、生活上の様々な相談にのってもらえ、支援してくれる事業所を紹介することができます」

といった内容を伝えます。退院後生活環境相談員に選任されたこと及びその役割を、口頭だけではなくパンフレットなどを活用しながら本人によく理解できる言葉で説明できるとより

良いでしょう。

可能な限り早期に本人や家族等を交え、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員が参加したカンファレンスやケア会議、面談を行えると、様々なことがわかり、方針が立てやすくなります。

①ー２ 入院前の生活環境や退院後の生活に関する希望の聞き取り

入院当初に本人や家族等から全ての情報を聞くことはできません。入院診察時や入院時の家族への説明、少し病状が安定した際の本人との面接、家族からの聞き取り等の機会を活用して情報収集を行います。

ア なぜ入院することになったのか、原因になったことについての本人なりの思い、考えを確認

イ 入院前の生活環境について

- ・ 居住形態
- ・ 家族の状況 同居、単身、key person の設定
- ・ 受療状況 治療に対する考え、アドヒアランス
- ・ 経済状況 本人の収入、家族の収入、入院で生じる経済的問題
- ・ 年金状況
- ・ 就労状況、職場環境
- ・ 障害者手帳の有無
- ・ 障害福祉サービスの利用状況
- ・ 介護保険の利用状況
- ・ 公的機関の利用状況

ウ 本人の退院後の生活への希望、将来的な夢や希望、願い

エ 家族の心配事、希望、願い

①ー３ 生育歴や生活歴、得意なこと、大事にしていることの情報収集

診療録やその他記録から支援に必要な情報を読み取ります。確認できない場合は、どのような環境で育ってきたか、生活の拠り所としてきたこと、これまで、今後の生活で望んでいること（家族と暮らしたい、一人暮らしがしたい等）、仕事は何をしてきたのか、好きなこと、趣味・特技等を時間をかけながら丁寧に聴取します。このことは、本人の理解やその人らしさを知るための大事なかわりです。

①ー４ 入院前から関係のある人や機関への連絡

本人及び家族等の同意のもと、必要に応じて入院前から関係のある人や機関と連絡を取り状況等を聴取できれば、支援する上で大切な「その人と本人を取り巻く環境」を知る機会となります。

②地域援助事業者等の紹介に関する業務

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年1月24日障発0124第2号）
（抜粋）

第2 退院後生活環境相談員の選任

4 業務内容

（3）地域援助事業者等の紹介に関する業務

ア 医療保護入院者及び家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するように努めること。

イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するように努めること。

ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。

本業務において、地域援助事業者等を紹介する場面は、本人からの希望があった場合に限らず、専門職として本人との相談内容から紹介すべきと判断した場合も含まれることに留意する必要があります。また、必要がないという判断に至った場合にも本人にその旨を説明し、サービスを利用しないという選択肢があるということも忘れないようにしましょう。本人が求める権利を行使しやすいように説明をわかりやすく工夫することが必要です。

②－1 相談支援事業所や地域包括支援センターの紹介

退院に向けた支援をしてくれる機関や退院後の生活の相談を受けてくれる機関として紹介します。病棟内の掲示やパンフレットを用意しておくなどして情報提供を行います。その際には「あなたの退院やその後の生活について一緒に考えてくれる病院以外のスタッフがいます」と話すのも良いでしょう。家族に対しても大切な説明となります。家族だけでかかえこまずに、家族以外にも支援の選択肢があることを伝えることで、退院後の支援の負担感が減少する場合も多くあります。

②－2 社会資源の情報を伝える

本人の希望する生活に利用できそうな制度や福祉サービス、経済的な支援等を具体的に紹介します。その際は市町村や都道府県が作成しているパンフレットを利用するとイメージが具体的にわかりやすくなり効果的です。医療機関で市町村窓口、相談支援事業所、障害福祉サービス、経済支援制度等の状況をとりまとめて提供できることが望ましいでしょう。また、可能なら協議会（地域自立支援協議会）等に情報提供の方法を相談してみても良いかもしれません。

障害福祉サービスを初めて利用する場合には、入院前居住地の市町村窓口や相談支援事業所、地域包括支援センターに相談することができることを伝えます。本人か家族、時に退院後生活環境相談員が本人からの依頼をもとに連絡を入れます。その際には、本人についての情報提供を求められることがあるので、本人や家族の同意を得る必要があります。

市町村担当者、相談支援事業所やその他の障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター等に病院に来てもらい、本人に対して役割の説明や具体的な社会資源の説明等をしてもらうこともできます。その後の支援制度やサービスの申請の際には、必要に応じて市町村窓口に同行支援をすることも業務になり得ます。

③退院に向けた相談支援業務

退院後生活環境相談員は、本人への聞き取りシートなどを活用し、本人の気持ち、希望などを確認し、多職種の専門的な視点で集約された本人にかかわる情報の整理、共有を行います。本人の希望、思い、願いを踏まえた上で、それぞれが果たすべき役割、責任、取り組むべき目標の明確化を行い、病棟カンファレンスなどで退院支援計画を作成し、支援の方針や専門職の役割を共有し評価していきます。病棟カンファレンスで退院に向けて福祉の支援が必要であると判断した場合、医療と福祉の連携を開始する地域移行支援カンファレンスの開催に向け、早い段階で相談支援事業所等へ連絡をとり、相談支援専門員等の参画を依頼することも必要になるかもしれません。地域移行支援カンファレンスを通し、医療と福祉の情報の共有・連携を図ります。

本人の希望を確認し、情報の連携から支援の連携へシフトするために本人を交えた連携のためのケア会議を開催することも役に立ちます。退院に向けての課題の確認、治療経過や退院への取組経過を共有します。連携ケア会議は院外との連携になりますので退院後生活環境相談員の腕の見せ所です。

③－１ その人を知る、関係づくり

関係づくりでは、本人の話を傾聴、受容することが重要です。話をする機会は、本人のベッドサイドや病棟内で行い、病棟内での自然な語らいを促す「生活場面面接」、クローズな環境の部屋を使用し、面接を通じて寄与すべき目的を持った「構造化された面接」等があります。また、入院中の制度利用時、日常的な療養上の援助を行う時、外出同行時等を通じたかわりのなかで本人の希望を引き出し、その人の人となりを知ることができます。

③－２ 入院のきっかけになった生活上の問題、課題を一緒に考える

借金や生活費の困窮のような経済的なことや、友人、知人、家族との離別、環境変化、職場での対人関係、家庭内の不和など困難な状況に誘発されて入院に至る場合があります。その際は、利用できる制度や社会資源を提案し、本人がどのように解決・改善していきたいかを優先し、本人が社会資源の導入の必要性を自己決定するのを支援します。

また、本人の生活環境における強み（例えば持ち家がある、家族や友人がいる、活動場所が近いなど）もあわせて聞くことで、現在不安に思っていることを解消する糸口が見つかることがあります。

以下は入院中の相談支援に関することです。

- ア 傾聴、受容、共感により不安や心配の軽減を図る
- イ 退院、処遇改善請求の相談や利用援助を行う
- ウ 療養上の相談、援助を行う
- エ 家族への働きかけ、調整を行う
- オ 入院形態の切り替えが必要な場合には立ち合い、丁寧に説明を行う
- カ 経済的な問題の調整等、必要な援助を行う
- キ 退院後の生活に向けた指導、援助を行う
- ク 社会資源、障害福祉サービスの紹介、検討、調整を行う
- ケ 入院時、中間、退院時の病棟カンファレンスに参加する
- コ 退院前から訪問看護等、必要な支援の導入を検討する

③－３ 家族からの相談、支援

家族が面会に来た時、家族と医師との面接がある時、家族からの要望がある時、また、退院後生活環境相談員自らが家族の話を聞きたい時などに面接を設定します。家族はどのような希望をもっているのか、本人への期待や退院後についての不安等を聞く機会となります。その際には、家族が本人の入院前に苦労したこと、困ったことの話も出てきますが、受容、共感することが大切です。家族に今後の退院に向けた役割の一部を担ってもらうためにも、まず家族の苦労を受け止め、共感、労をねぎらうことが非常に大切になります。

③－４ 多職種との連携（チームの一員として）

多職種とのカンファレンス、本人や家族を交えたケア会議を積極的に行います。多職種の視点を共有するとともに、本人がどのような社会的背景を持ち、また本人や家族が何を望んでいるのか、どのようなことに不安を感じているか等を多職種に代弁することも重要な役割です。

入院期間中の治療ゴールや退院後に本人や家族が望む生活の３か月後、６か月後の生活イメージを、本人を含めたチームで共有することが大切です。

④医療保護入院者退院支援委員会に関する業務

④－１ 医療保護入院者退院支援委員会について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）（抄）

第三十三条の六 精神科病院の管理者は、前二条に規定する措置のほか、厚生労働省令で定めるところにより、必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならない。

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年 1 月24日障発0124第 2 号）
（抜粋）

第 1 医療保護入院者の退院促進に関する措置の趣旨

医療保護入院者の退院促進に関する措置は、医療保護入院者が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう講じるものであること。

第 4 医療保護入院者退院支援委員会の開催

1 医療保護入院者退院支援委員会の趣旨・目的

医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置することとするものであること。

医療保護入院者退院支援委員会の開催は退院後生活環境相談員の重要な業務のひとつです。退院支援委員会は、入院時や定期病状報告の際に「推定される入院期間」を越えて入院している患者の入院継続の必要性の有無やその理由、また、医療の必要性が入院理由でなくなっている場合にどのような取組を行うことで退院できるのかなどを審議し、記録、報告するもので、退院後生活環境相談員が中心となってコーディネートします。

地域生活に移行するための重要な役割をもつ退院支援委員会ですが、ケア会議に加えて、権利擁護の側面があることを念頭において実施してください。ここでは、推定される入院期間を超過するという事実に対する本人の声に寄り添うことや、継続した医療の必要性がある場合にはその継続への不安に寄り添うことや、入院継続の理由が社会生活上の問題である場合には生活環境を整えることが、最大の権利擁護となります。

多職種でのカンファレンスには基本的に、本人のほか、その要請が合った場合に家族等や地域援助事業者（指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護事業者等）等が参加することができます。地域援助事業者には、地域生活支援の視点から論議に加わっていただくことになります。

病院にとっては、早期に退院するための情報が得られることになり、本人にとっては安心できる情報が入手でき、退院後の生活の一助となります。双方に良い効果が得られる機会です。

④－２ 医療保護入院者退院支援委員会の対象者

■入院後１年未満の医療保護入院者の場合

- ア 入院診療計画書に記載された「推定される入院期間」が経過する場合
- イ 退院支援委員会で定められた「推定される入院期間」が経過する場合ごと

入院時の「入院診療計画書」に「推定される入院期間」が記載されます。それが元になり、その期間内に退院できなかった場合、この退院支援委員会が開催されます。

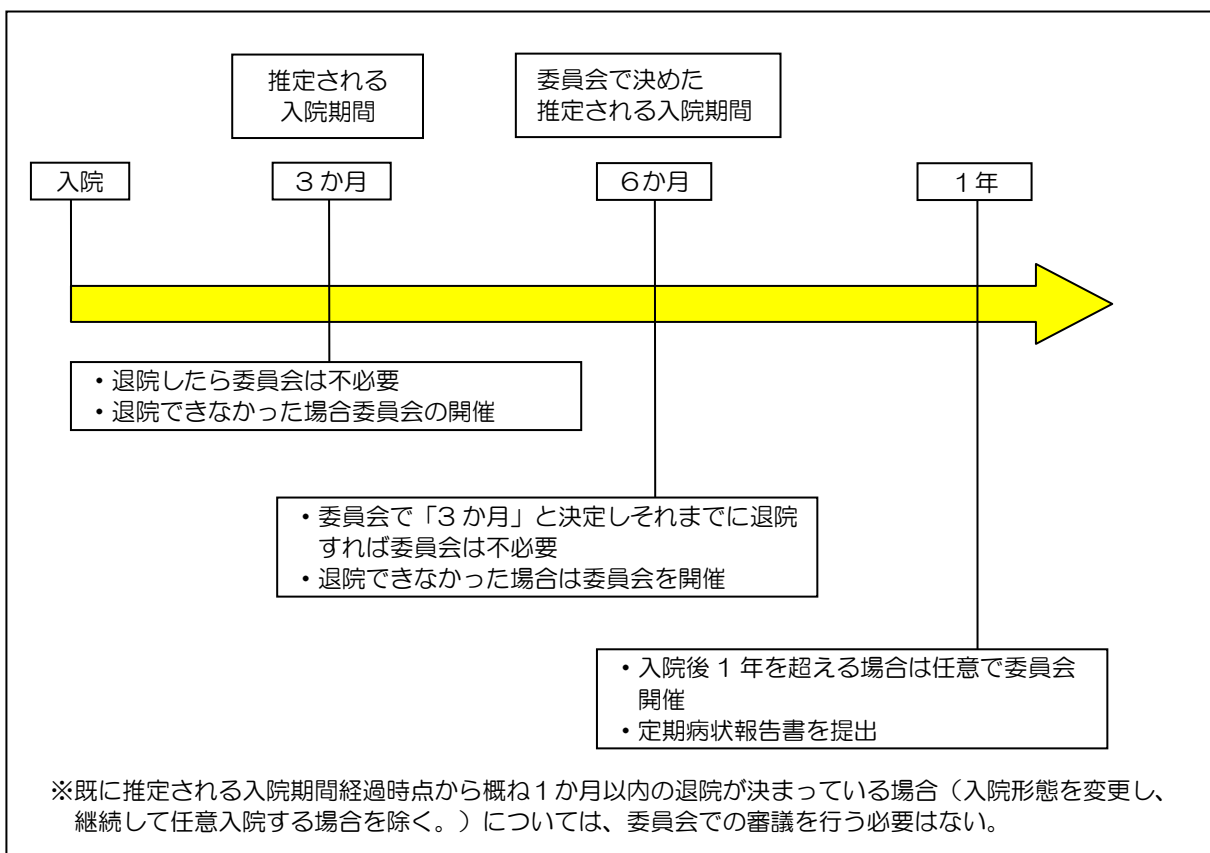
また、退院支援委員会審議の結果、再度「推定される入院期間」が決められ、それを超える場合にも退院支援委員会が開催されます。

■入院期間が１年以上である場合

入院期間が１年を超える場合には、退院支援委員会は任意での開催とされています。明らかに精神症状が重度でかつ慢性的な症状を呈し、入院治療が必要な病状の場合には、その旨を定期病状報告に記載し、退院支援委員会を開催しない理由を明らかにします。このような具体的な理由がなく入院してから１年を経過してしまう患者には、原則として退院支援委員会を開催することが望ましいと考えられます。当然ながら、本人の希望や思い、アセスメントに基づいた退院へ向けた取組はどの患者にも行われなければなりません。

また、医療保護入院から任意入院に変わった方は除外されていますが、任意入院で１年以上となっている患者は、必要性に乏しい入院の可能性が高いと考えられますので、退院支援委員会の開催は義務付けられていませんが、ケア会議的に開催されることが望ましいと考えられます。

下の図は、厚労省による通知（平成 26 年 1 月 24 日障発 0124 第 2 号）を基に図式化したものです。詳細は同通知文（厚生労働省のＨＰに掲載されています）を参照してください。



④－３ 医療保護入院者退院支援委員会の出席者

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年1月24日障発0124第2号）
（抜粋）

第4 医療保護入院者退院支援委員会の開催

3 出席者

医療保護入院者退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

- ①当該医療保護入院者の主治医（主治医が精神保健指定医でない場合は、当該主治医に加え、主治医以外の精神保健指定医が出席すること）
- ②看護職員（当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ③当該医療保護入院者について選任された退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤当該医療保護入院者本人
- ⑥当該医療保護入院者の家族等
- ⑦地域援助事業者その他の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

①～③は出席が必須とされていますが、⑤～⑦に関しては本人が要請した場合とされています。退院後生活環境相談員が業務上開催の調整を行うことになるので、本人や家族等の希望や要望をかかわりの中から拾い上げ、退院後の生活環境を見据えた有意義な審議を行うためにも⑤～⑦に記載されている方々の参加を検討してほしいものです。

④－４ 医療保護入院者退院支援会議の開催時期・方法

医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年 1 月24日障発0124第2号）
（抜粋）

第4 医療保護入院者退院支援委員会の開催

4 開催方法

（1）開催方法の例としては、月に1回委員会を開催することとし、当該開催日から前後2週間に推定される入院期間を経過する医療保護入院者を対象として、出席者を審議対象者ごとに入れ替えて開催することが考えられるが、当該病院における医療保護入院者数等の実情に応じて、推定される入院期間の経過する医療保護入院者がいる日に委員会での審議を行うこととする等その他の開催方法でも差し支えないこと。

医療保護入院者について、「推定される入院期間」を超える前又は超えた後速やかに（概ね2週間以内）、その患者について委員会で審議を行います。

方法に関しては、通知の記載を参考にして医療保護入院者の実情に合わせた開催方法で行えるよう工夫します。開催までの退院後生活環境相談員の業務としては、対象者の名簿管理、出席者に関する本人の希望の聴取、院内外の日程調整、対象者の医療保護入院者への通知の作成（通知した旨を主治医が診療録に記載）、本人の要請があった場合の家族等、地域援助事業所等への連絡等になります。

別添様式1

医療保護入院者退院支援委員会の開催のお知らせ

〇 〇 〇 〇 殿

平成 年 月 日

1. あなたの入院時に入院診療計画書で説明をした推定される入院期間が、平成 年 月 日に経過するため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第15条の6に基づき、医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）を平成 年 月 日に開催いたします。

2. 委員会では、①入院継続の必要性、②入院継続が必要な場合、更に入院が必要と推定される入院期間、③今後の退院に向けた取組、について審議を行います。

3. 委員会には、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員その他のあなたの診療に関わる方が出席するほか、あなた自身も出席することができます。出席を希望する場合は、あなたを担当する退院後生活環境相談員に伝えて下さい。なお、あなたが出席をしない場合も、委員会の審議の結果はお知らせいたします。

4. また、①あなたのご家族、②後見人又は保佐人がいる場合は後見人又は保佐人の方、③あなたが退院後の生活について相談している地域援助事業者の方や入院前に通っていた診療所の方等のあなたの地域での暮らしに関わる方に、委員会への出席の要請をすることができますので、委員会への出席の要請を希望する場合は、退院後生活環境相談員に伝えて下さい。ただし、要請を行った場合でも、都合がつかない等の事情により出席できない場合もあります。その場合、出席できなかった方には、審議後にその結果をお知らせします。

5. 御不明な点などがありましたら、あなたを担当する退院後生活環境相談員にお尋ね下さい。

病院名
管理者の氏名
退院後生活環境相談員の氏名

平成 年 月 日

所属長 様

病院名
管理者氏名

医療保護入院者退院支援委員会委員への出席について
（依頼）

時下の候、貴職におかれましてはますます御清栄のこととお慶び申し上げます。
また、精神保健及び精神保健福祉に関する法律にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

当院では精神保健及び精神保健福祉に関する法律施行規則第15条の6、7に基づき、医療保護入院者退院支援委員会（以下、「委員会」という。）を設置し、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行い、医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するための取り組みを行っております。当該医療保護入院者 様より以下の日程で開催いたします委員会へ、貴機関から出席いただきたいとのご希望がございました

つきましては委員会への参加等についてご配慮頂たくご依頼申し上げます。平成 年 月 日までに回答をお願いいたします。

記

日 時 平成 年 月 日（ ） : ~
場 所 〇〇〇〇にて

審議事項 (1) 入院継続の必要性の有無とその理由
(2) 入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推測される入院期間
(3) (2) に推定される入院期間における退院に向けた取組
(4) その他

以上

照会・連絡先
病院名
退院後生活環境相談員
電話
FAX

以下は参考です。退院支援委員会の開催前の準備についてです。

■退院支援委員会開催前の準備（例）

主催者が行うべきこと	留意点
本人の生活環境や希望を知っている	日々の業務の中で、本人の気持ちに寄り添い、生活歴、生活環境を把握して、今後の希望についても把握していることが望ましい。
治療方針や看護計画等チームで共有され実行されている	- 治療状況と今後の主治医の治療方針を確認する。 - 院内の多職種が通常のカンファレンスを開催しており、治療方針、看護計画、その他職種の計画がチーム内で共有され役割分担されている。
会議開催を決める 出席者を決める	- 今後の方針を決める時や退院支援委員会で定めた推定される入院期間を経過しようとした時に開催を決め、出席者を決定する。 - 本人の要請に応じて、家族等、地域援助事業者、入院前に関わっていた機関、院内多職種についての出席を検討する。
本人、家族等に出席の了承を得る	- 開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 - 個人情報の取り扱いについて事前に説明をしておく。
院内の関係者、地域の関係者に出席を依頼する	- 開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 - その際に関わりの近況の情報交換ができることが望ましい。
日程調整をする	- 出席要請した方が全員出席できるか、無理な場合は事前に意見を聞いておく。 - 出席が確実に必要な人の優先順位を決め、その人達に合わせた調整を行う。
会場を確保する	人数に見合った、会話が漏れ聞こえないような部屋を確保する。予約等をしておく。
開催を通知する	確実な方法で通知する。
配付物を準備する	事前に資料があれば用意する。

④－５ 医療保護入院者退院支援委員会の審議内容

退院支援委員会は、以下の３点とその他必要な事項を審議することとなっています。

- ① 医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ② 入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③ ②の推定される入院期間における退院に向けた取組

退院後生活環境相談員の業務としては、主として進行役を行ないます。本人が参加する退院支援委員会で本人のサポートに回る場合は、他の参加者に進行役をお願いする場合があります。出席している皆さんの全員から意見を聞き、それぞれの立場、役割からの意見を交換することで、退院に向けての取組をよりよく検討できるようになります。

当然ながら本人の意見を最も尊重しながらすすめることが大切です。本人の思いや気持ちを日頃から聞き取り、その記録を残すことやその思いに沿った支援をすることで、一緒に歩みながら退院支援委員会に臨むことが求められます。

以下は参考です。退院支援委員会の当日の流れです。

■退院支援委員会の当日の流れ（例）

進行役が行うこと、内容	留意点
会場の準備をする	・話し合いがしやすい距離や配置に配慮する。 ・ホワイトボード等の説明しやすい機材があると良い。
本人、家族等、関係者を迎える	・会議出席者に対する不安を和らげる。 ・座る位置などの工夫をする。特に本人、家族の傍に誰が座るか、見える位置のほうが良いか等の工夫が必要である。
開始のあいさつをする 参加者を紹介する	・退院後環境相談員が司会進行を行う。 ・出席者を紹介する。
会議の目的を確認する	・参加者が同じ方向を向けるよう会議の趣旨と会議目標を明確にする。
全体の流れを説明する	・まず経過の説明、病状等の医療的な説明を行い、次に本人のや家族等の希望を聞いたあと、退院に向けた取組案の検討を行う、という流れを説明する。
経過の説明、病状等の医療的な説明を行い、本人、家族等の希望を聞く	・医師や看護職員、その他職種より報告する。 ・本人や家族等に現状や希望、要望を語ってもらう。
退院に向けての取組案の検討	・地域援助事業者や他関係機関からの意見や情報提供を受ける。 ・本人に確認しながら意見交換を行う。 ・小さなことと思えることでも褒める、認める。 ・ストレングスの視点で検討できるとなお良い。 ・問題解決志向や条件付けでの検討ではなく、未来志向、課題解決志向で検討できると良い。 ・本人の理解できる言葉で、専門用語には解説を入れる。
退院に向けての取組の決定	・具体的にどのような取組を行うかを共有する。 ・役割分担も行う。 ・目標や期間の設定を行う。
閉会	・会議の成果と労をねぎらい、終了とする。

④－６ 医療保護入院者退院支援委員会の審議結果

退院支援委員会の結果についてはできる限り速やかに、本人及び参加した家族等や地域援助事業者等に書面にてお伝えすることが必要です。また、医療保護入院で１年を超える場合には定期病状報告時に直近の審議の結果を添付して提出することとなります。

本人へお伝えする場合は委員会の経過を振り返りながら今後の退院に向けた取組などについて納得いくまで丁寧に説明し、理解を得ることが重要です。また退院後生活環境相談員のみで説明する場合もありますが、できればチームで説明することで本人の安心感を得ることにつながります。

別添様式３	
医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ	
○ ○ ○ ○ 殿	
平成 年 月 日	
医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。	
記	
１．開催日時	平成 年 月 日（ ） ； ～ ；
２．出席者	主治医（ ）、主治医以外の医師（ ） 看護職員（ ） 担当退院後生活環境相談員（ ） 本人（出席・欠席）、家族（ （続柄） ） その他（ ）
３．入院継続の必要性	（ 有 ・ 無 ） 【有りの場合のその理由】
４．今後の推定される入院期間	（ ）
５．今後の退院に向けた取組	
病院名 管理者の氏名 退院後生活環境相談員の氏名	

⑤退院調整に関する業務

本人が地域移行支援を利用するかどうか選択の段階であり、ケア会議にて医療と福祉の協働チームでの進捗状況を共有し、支援の微調整を行います。医療での支援経過や病院が把握している情報や本人の特性を地域援助事業所等へ提供しましょう。退院先が決まったら退院に向けて退院前訪問指導などで退院後の生活環境をアセスメントしたり、退院後に起こりうる問題の対処法（クライシスプラン）の検討をします。退院に向けて自立支援医療、年金、手帳などの社会資源の確認も必要です。本人が地域移行支援の利用を希望した場合、支給決定の申請を行い、退院後の生活を見据えてサービス担当者会議を実施することが必要になりますので、退院後生活環境相談員は、申請の援助や福祉サービス事業者との調整も重要な業務になります。

⑤－１ 退院を考える際に考えるべきこと

退院調整をする際には以下のようなことが重要になります。これらについて確認しながら本人と話をすすめてください。

- ア 住まいに関すること
- イ 日中活動及び過ごし方に関すること
- ウ 生活費に関すること
- エ 障害福祉サービスの体験利用及び利用の調整に関すること
- オ 通院先及び通院手段に関すること（紹介状の必要性、どの交通手段が利用できるか
- カ 自立支援医療の説明と利用の確認（利用する場合には診断書の作成を依頼）
- キ 訪問看護やデイケアなどの必要な関係機関への連絡と引継ぎ
- ク 障害福祉サービスの利用の確認と進行状況
- ケ key person（家族等）や支え手に関すること

⑤－２ 本人の状態や状況の考慮

入院中は病棟の日課に沿って生活ができていても、退院後はそれができない場合があるので、外出や外泊についても本人と相談の上、主治医や看護職員と濃密に相談をする必要があります。薬の管理にしても退院後の生活を見越した飲み方、管理の方法、本人にとっての飲みやすい管理方法があるので、外出や外泊時に退院前訪問を行うことも必要になります。

退院を検討する時には、ぜひカンファレンス、本人や家族等交えたケア会議、個別支援会議を行うことをお勧めします。

⑤－３ 障害者総合支援法の地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）を利用する

地域相談支援を必要に応じて積極的に活用します。

相談支援事業所の相談支援専門員等は退院までの支援と退院後の生活を、本人や病院スタッフと一緒に考え、必要な支援を実施してくれます。

地域相談支援（地域移行支援）の対象者は、精神科病院（精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む）に入院している精神障害者です。長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる１年以上の入院者が対象の中心です。１年未満の入院者は、特に支援が必要な者（措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など）が対象です。具体的には以下のようなイメージです。

- ・病状は安定していて、入院治療を必要としない状態の方
- ・退院したいという思いを持っている方
- ・病院職員等が退院して生活できそうと見ているが本人が望んでいない方
- ・開放病棟に１年以上入院している任意入院者
- ・閉鎖病棟に入院している任意入院者
- ・短期間に入退院を繰り返す方

- ・入院により住まいを失った方

支給決定の申請は入院前居住地の市町村担当窓口に行います。

⑥その他

医療保護入院定期病状報告の「退院に向けた取組」欄については、その相談の状況等を踏まえて退院後生活環境相談員が記載することが望ましいとされています。

この欄は、本人と面接等を繰り返し、医師、看護師、作業療法士、薬剤師カンファレンスを常に行っていないと記載することはできないところです。多職種で検討したことや本人の意向、取組の状況を踏まえて、要求されていることをひとつひとつ記載することが望まれます。

⑦社会資源、制度を熟知する

早期治療・早期退院を目指し、さらに再発、再入院を防ぎ、その人らしい生活を送っていただくためにも、本人の希望に沿った生活を送れるよう、生活上の苦手なことで少し手伝ってもらいたいこと、日中活動をして生活リズムを作ること、訪問系のサービスを導入すること、様々な制度を利用することなど、生活環境の相談にのるためには知識が必要になります。

近隣の市町村の障害福祉サービスや高齢者福祉サービスの状況や制度を知っておくことで、制度ごとの相談先を知るだけでなく、担当者と顔の見える（わかる）普段からのつながり（かかり、関係）を作ることでもでき、そのつながりがよりよい結果につながることもあります。

【Key word】

改正精神保健福祉法、障害者総合支援法、生活保護法、介護保険法、成年後見制度、年金制度 など

支援の流れとポイントまとめ（例）

時期	主な業務	使用するツール	業務のポイント
入院から 3 日	・ インテーク面接 ・ 患者・家族への情報提供 ・ 入院前からの関係機関への連絡	・ インテーク表 ・ アセスメント表 ・ 社会資源チェックリスト ・ 退院後生活環境相談員紹介文	・ 退院後生活環境相談員の役割を伝える ・ 病診（関係機関）連携 ・ 全ての事例に対応すること
入院 3 日 ～ 7 日	・ インテーク表の作成 ・ 地域の関係機関と連携（必要な情報交換） ・ 合同アセスメント（Dr、Ns、OT、CP などと情報交換） ・ 地域移行カンファレンス（関係機関の打ち合わせ）への参画 ・ 入院診療計画草案作成	・ 入院診療計画書	・ 初回面談は 3 日以内に完了する ・ 入院に至った経緯を本人と環境の全体から捉える ・ 各専門職が得た情報の共有化 ・ 課題整理の完了 ・ 課題を明確化し、大まかな支援策（案）を記入すること ・ 入院診療計画書は本人に渡す前提で作成すること
10 日	・ 入院診療計画を確定し、本人・家族へチームで説明し渡す（サイン含む）		・ 入院診療計画書は 10 日以内に届出
10 日～ 3 か月	・ 本人の気持ち・希望の聞き取り ・ 患者・家族への情報提供 ・ 必要な関係機関との連携 ・ 退院前訪問指導（1 回目） （可能であれば、退院後生活環境相談委員＋NS 又は OT などペアで実施することが望ましい）	・ （本人の気持ち・希望）聞き取りシート ・ 圏域別等の社会資源マップ ・ 退院前訪問指導チェックリスト	・ 退院に向けてのアセスメントは 1 週目以降を目途

時期	主な業務	使用するツール	業務のポイント
3 か月～	・医療保護入院者退院支援委員会 ・定期面談 ・地域移行カンファレンス（関係機関の打ち合わせ） ・必要時 退院前訪問指導（2回目）	・退院支援委員会開催のお知らせ ・退院支援委員会審議書	・地域移行支援サービスを利用するかの選択段階 ・病棟や地域の連携を促進することに留意（本人を交えたケア会議等）
4 か月～	・地域移行・定着支援の申請援助 ・地域移行ケア会議 ・必要時 退院前訪問指導（2回目）		
6 か月	・退院後起こりうる問題の対処方法（クライシスプラン）の検討 ・自立支援医療/年金/手帳の確認 ・心理教育（家族とともに振り返り）	・クライシスプラン ・社会資源チェックリスト	
	・必要に応じて面談（本人・家族） ・退院前ケア会議 ・サービス等利用計画に基づき病院としての支援を実施	・退院支援チェックリスト	

2-3-1 医療チームにおける多職種連携

(1) 専門職の役割

① 医師の業務・役割

【医師】の場面別の業務・役割	
入院時急性期	業務・役割①：症状評価と治療選択 精神疾患の急性期において最も重要なのは、医療的観点から見た症状評価であり、それに基づいて適切な治療を開始することです。医師は患者本人、家族や本人の希望を代弁される方、看護師等からの情報も勘案し、退院後の医療継続を視野に入れて治療法を選択し、実施を指示します。 医師は入院当初、精神医学的診断は確定できないまでも、少なくとも暫定的な診断とその根拠を示し、症状の特徴や重症度を評価します。その際、医師の用いる診断基準（たとえば ICD-10 など）や症状評価尺度（たとえば、BPRS、PANSS、ハミルトンうつ病評価尺度など）に関して PSW や看護師など治療チームに説明し、かつ、入院以前の状態症状増悪に作用した心理社会的要因について情報共有しておくことが、最適な入院治療を計画・実施する上で重要となります。 一般に精神疾患の治療は、生物学的要素、環境的要素、心理的な要素、が過不足なく総合されるとき、最善の効果が上がると考えられます。 生物学的要素としては向精神薬の投与が一般的です。症状評価を実施し、その結果を踏まえ、有効性が実証された薬物を選択するのは医師の役割です。しかし、薬物療法が患者の苦しみを緩和し、病状を改善する最も効果的な方法である一方、現実には、服用のしにくさや副作用のための断薬や服薬遵守の不足によって増悪を来す症例も多いことに鑑み、チームのメンバーも患者が向精神薬による治療に対する安心感や信頼を獲得する上で大きな役割を担っています。チームとの協働が、副作用の早期診断や多剤併用の回避につながると言っても過言ではありません。 また、患者が安心して治療を受けることができる環境設定などの心理的、環境的要素も、入院治療の成否や期間に影響を与える大切な要因となります。医師は、率先して治療の見通しについて患者や治療チームに適時情報提供を行う一方、患者の安静度の指示を通じて無理のない回復を促し、病棟のアメニティなど患者が安心を感じられる環境づくりについても、他の医療スタッフとともに役割を果たすことが求められます。
	業務・役割②：向精神薬の効果や副作用の評価と身体合併症の診断や方針指示 医師は、治療開始当初から、治療効果の判定と、副作用の有無をチェックします。精神科医療が医療である以上、薬物が持つ正の面と負の面、両者への配慮と判断が必要です。効果判定には、通常一定の期間が必要です。病態に応じて、定期的（たとえば1ないし2週間ごと）に症状評価を繰り返し、症状の改善の有無を判定し、その結果に応じて適宜処方を変更します。 効果は薬剤が標的としている精神症状そのものばかりではなく、「寝起きがよくなった」「季節感を感じられるようになった」などの患者の言葉や、「良眠できている」「日常生活動作（ADL）が改善した」などの観察結果からも確認できることがあります。医師をはじめ治療チームは、小さな変化であっても見逃さず、共有することが大切です。 また、医師は、副作用、特に重篤な副作用の出現を見落とさないよう、適切な身体診察や臨床検査を行います。たとえば、抗精神病薬投与中の患者に対しては、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）などが用いられます。薬物によっては、血中濃度を

測定し、参考とする場合があります。しかし、副作用を早期に発見するためには、服用後の患者の訴えに耳を傾けることが重要です。もし、副作用が認められた場合には、その内容に応じて対処します。その際、病棟薬剤師の評価や意見等も参考にしつつ、症状の軽減とのバランスを勘案して新たな処方を決定します。また、重篤な副作用が出現すれば適切な対応を指示します。

さらには患者の向精神薬に対する態度について知ることもコンプライアンスの低下を防ぐ上で重要です。これについては適宜「薬ののみごこち」に関する自記式の評価票（たとえばDAI-10など）を行うなどして評価します。

精神疾患で入院中の患者が身体疾患を合併することがあります。まれには、精神症状が脳腫瘍などに由来するものであったということもありますが、精神疾患とは別に身体疾患にも罹患している場合が少なくありません。そのために、精神科病院に入院する際、一般的な身体的な診察、血算や血液生化学検査、尿検査、胸部レントゲン写真撮影、心電図検査などが行われます。その結果、初めて糖尿病や高血圧その他の生活習慣病その他の疾病が発見されることがまれならずあります。もし、何らかの異常が発見された場合には、さらに診断を確定する検査を実施し、精神疾患の治療と並行して身体疾患の治療を行うことになります。

※病棟薬剤師の役割

病棟薬剤師は、医師の薬剤知識を補完し、薬剤の専門家として、副作用の評価や合併症に使用されている薬剤との相互作用をチェックするとともに、精神科医療において最も大切な課題である、患者自身が自主的に服薬を継続できるようになることを目標として、入院患者等の相談に乗ります。薬剤師は患者に理解しやすく服薬の意義を説明するとともに、副作用に対する患者の不安を傾聴し、あわせて剤型等の情報を提供し、患者の希望に沿った剤型の選択ができるように支援します。患者の中には「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ者もいるため、薬剤師と話すことで、患者の本音や副作用が明らかになる場合もあります。薬剤師は、聞き取った患者の声を医師にフィードバックすることにより、薬物治療の効果や安全性を高める役割を果たしています。

薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）

DIEPSS					
Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale					
薬原性錐体外路症状評価尺度					
コードCode:					
0=なし、正常 None, Normal					
1=ごく軽度、不確実 Minimal, Questionable					
2=軽度 Mild					
3=中等度 Moderate					
4=重度 Severe					
1. 歩行 Gait	0	1	2	3	4
2. 動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
3. 流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
4. 筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
5. 振戦 Tremor	0	1	2	3	4
6. アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
7. ジストニア Dystonia	0	1	2	3	4
8. ジスキネジア Dyskinesia	0	1	2	3	4
9. 概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4

0=なし、正常
None, Normal
1=ごく軽度、不確実
Minimal, Questionable
2=軽度 Mild
3=中等度 Moderate
4=重度 Severe

薬原性錐体外路症状評価尺度（稲田俊也著、八木剛平監修：薬原性錐体外路症状の評価と診断、DIEPSSの解説と利用の手引き。星和書店、東京、1996。）

急性期以降

業務・役割③：（医師診察における）患者疾病教育

医師は、看護師等治療チームから逐一患者の状態についての報告を受けるとともに、入院当初は必要に応じて毎日、その後も多くの場合週2日以上、患者診察を行います。患者診察の目的は、患者の心身の状況や入院生活の状況を自ら観察し、薬物療法の評価を判定することにあります。

診察が円滑に行われるためには、良好な医師患者関係の形成が必要となります。しかし、入院当初、病識の乏しい患者と良好な関係を結ぶことは必ずしも容易ではありません。このために医師は様々な面接技術を駆使します。基本的には、毎回の診察で患者と対立を強めないように注意しながら可能な限りインフォームド・コンセントを得る努力を行います。しかし、医療保護入院においては、まず医師が治療計画を示し、治療上譲れない部分については、患者に理解と協力を依頼せざるを得ない場合が出てきます。その上で、改めて患者の希望を容れることが可能な部分についてはできるだけ治療方針を修正する努力もはらいます。こうした一連の過程を経て、医師患者関係が形成されていくと考えられます。

医師患者関係が良好になってくると、診察時に、医師と患者の間で、病気や治療に関する話題だけではなく、疾患が増悪した経過や退院後の生活などが話題に上るようになり、患者の気持ちの整理や、様々な不安の解消と希望の醸成、家族関係の修復、退院後の支援などに資する対話が行われるようになります。こうした対話の際には、精神療法的な技法が用いられますが、一般に医療保護入院患者においては、支持的精神療法が基本となると考えられます。精神療法による患者の症状軽減には多様な方法論があるため、説明は省略します。

他方で診察は、患者への疾患教育の場でもあります。精神療法的な配慮を加えた情報提供を通じて、病気の症状に巻き込まれている自己の状況を認識してもらうとともに、自己の病気の症状や経過、治療法についての一般的な知識を獲得してもらいます。さらには、病気の症状にどう対処していけばいいかに関する情報や、自分なりに対処する技術(Coping Skills)を獲得することも提案します。

※急性期から回復期における本人への心理教育(統合失調症)

基本的考え方	心理教育的面接	実施内容	実施可能な集団プログラム
病状の悪化に注意しつつ、可能な範囲で合理的な説明を行う。	基本的に全例に主治医が実施。患者との定期的な個人面接。入院中は週2回ないし5回実施。	治療上の基本的情報を伝える。本人薬物療法など知りたいことに答える。本人の衝撃に配慮した支持的面接を行う。	SSTなどの枠を利用した心理教育グループ、不脚教室など。

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作製とその実証的研究班(主任研究者浦田重治郎) 心理教育を中心とした心理教育的援助プログラムガイドライン(2004)より一部改変。

業務・役割④：医療機関における「生活」の支援（患者の病理とストレングスについてチームで共有すること）

入院患者は、治療計画に従い、病棟内で治療を受ける間、病棟内で「生活」を送ることになります。「生活」には、大きく分けると、毎日欠かせない食事、睡眠、運動、更衣や整容などの「個人的活動からなる日課」と、その間に生じてくる、面会、外出、家族や他患との接触など、大なり小なり「他の人びとと調整を必要とする活動」があります。患者の多くは、程度の差はあれ、社会や家庭においてこうした二つの意味での「生活」が立ちゆかなくなった結果、医療保護入院に至ったと考えられます。

このようなことから、「生活」の立て直しは、症状の除去と同様に入院中に達成すべき目標となります。かつて、計見は、入院中に達成すべきことがらを「自律性」と「関係性」に分けました。「自律性」は主として「ヒトの内部で起きている現象」、「関係性」は「世界、現実との関係」を指すものですが、ここでは前者が「個人的活動からなる日課」、後者が「他の人びとと調整を必要とする活動」と大まかに考えられます。計見は、入院中の患者の「自律性」と「関係性」の回復を三段階に区分し、時間軸に沿って退院までの回復のステップを模式的に示しました。

表 12. 自律性と関係性の障害, 1, 2, 3 段階

	自律性	関係性
1.	サーカディアンリズム崩壊, 栄養失調, 発熱, 低体温, 不潔(数ヵ月入浴せず), 皮膚疾患, 足趾, 歯に問題, 高度便秘, 尿閉, 大小便失禁など。	完全な引き籠り, 閉居, 言語交流不能, 現実との関係は保持できない, 妄想的リアリティーに没頭「病院にいる」とは認識していない。
2.	サーカディアンリズム回復(睡眠延長), 心地好いケダルさ, 面倒臭さ, 清潔保持は自力で出来る, 食欲昂進(甘いもの), 便秘は解消, むしろ下痢が多い。	一対一の人間関係は保てる, 言葉で今までのイキサツを話せる, 現実との関係で疲労しやすい。
3.	普通のサーカディアンリズムに近い, 洗濯, 掃除, 化粧, お洒落など, 外出, 外泊など。	多数の人との関係可能, 病院外社会とのつながりの回復と獲得, 増加, 病前よりマシな人間関係になることも。

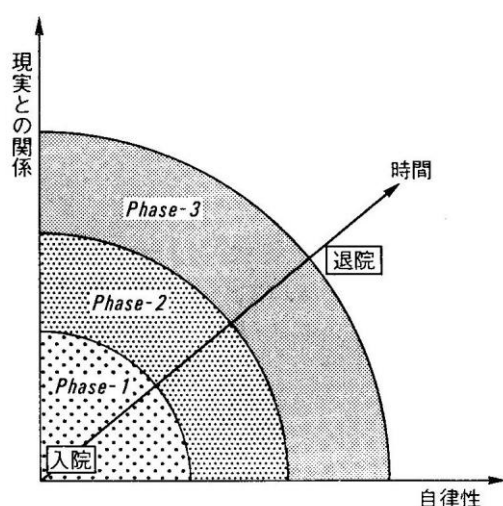


図 23 治療の3段階

参照：計見一雄改訂版「精神救急ハンドブック」（2005）p67 より

疾患ごとに着目点は異なる可能性はあるものの、退院に向けては常に「生活」の改善の程度を評価する視点を持つことが重要です。

一般に、こうした点の観察や評価は、入院患者と一番多く接する看護師が主に実施することが多いと考えられます（看護師の役割参照）。また、実際の介入に関しては作業療法士が大きな役割を持つでしょう（作業療法の役割参照）。しかし、患者の入院中の言動についての情報を、医師も他のチームメンバーと共有することが大切です。もし、患者の行動の観察を通じて、治療計画に無理があると判断されれば、これを修正することで原疾患の改善を促します。こうした変更は突発的な患者の行動化の回避にもつながります。

しかし、十分に注意を払っていても、入院中の患者に、自傷や他害を含む様々な「（本人と治療チームにとって）好ましからざる行動」が発生することはあります。こうした事態に対する対応如何により、入院期間が延長する結果となる可能性もあります。従って、患者の「好ましからざる行動」に対して、治療チームに不可避に生じる陰性感情や混乱などを対応アセスメントと方法への習熟で最小限に抑え、治療効果を維持するために、医師の果たすべき役割は非常に大きいと考えられます。

事案にもよりますが、このような場合、一般的に、原因を患者の病理のみに帰することなく、かといって患者本人の責任を全面的に問うという対応でもなく、さらには特定の医療スタッフの言動にすべての責任を帰することでもない対応が必要です。理想的には患者本人も含めて誰もが納得する形で決着を図ることにより、更なる事態の悪化を防ぐ対応を行うことが求められます。たとえば、ある患者は外泊から帰院するのを拒み、家族が説得し、ようやく帰院しましたが、主治医が「今後外泊の日程通りに帰院すると約束すれば翌週も外泊を許可する」と話したところ、本人も家族もこれを受け入れてくれ、翌週以降同様のトラブルはなく、順調に退院に到りました。

入院中、患者がとった「好ましからざる行動」は、改めて患者と治療チームが向かい合う機会を提供します。病棟でトラブルが起こった際に、それが患者のどういう事情、または、患者なりのものの見方によって生じたのかを理解し、可能であれば患者の気持ちをノーマライズし（たとえば、「私もあなたの立場ならそのような気持ちになると思う」などと話すこと）、あくまでも治療を優先しつつ、患者の希望を聞き、可能な範囲でそれを受け入れるという態度を表明することが医師の対応の基本となります。一方、医師はスタッフにも、事態への総合的な理解とそれを受けて修正される治療方針に対する理解と協力を求めることになります。こうした場面での患者やスタッフとの意見交換を通じて、医師と患者との関係が改善され、治療チームの患者や治療に対する相互理解が深まる結果に至ることもあります。

医療スタッフは、患者の問題行動の背後にある考え方を複眼的にみる目を養うことが大切です。例えば、ある看護師には怒りと見えた感情は、入院治療に対する不満の爆発ではなく、怒りで他人をコントロールしようという意図が働いた結果かもしれません。しかし怒りで人をコントロールする人は、怒りにコントロールされて養育されてきた心の傷を抱えている場合もあります。また、人を怒らしてしまう行為が、障害の特性に由来する場合もあります。こうした背景に思いを致し、「怒りっぽい」ようにみえる患者は「言いたいことを明確にできる人」、「頑固で融通が利かない」ようにみえる患者は「意志が強い人」などと言い換えてみるのが大切です。問題の解決にあたっては、患者の「問題」を「ストレングス（つよみ）」と言い換えて伝える中で、患者との正面からの対立を避け、治療者側の説明と対応を理解してもらえる可能性が広がるからです。

入院中の作業療法などのプログラムの実施、自宅への外泊など、様々な場面で生じる出来事に対して、上述した方針で丁寧に対処していくことが、薬物治療と並んで、回復の重要な契機を提供すると考えられます。

その他、家族面談や疾病教育などの場面でも、チームの一員として家族と関わり、家族から信頼を得る上でも医師は積極的に役割を果たすことが期待されます。

入院中の患者家族に対する心理教育的アプローチ

		適応	実施形態	実施内容	期待できるアウトカム
心理教育的家族面接	急性期から回復期にある患者の家族	全例	家族との定期的な面接 2週間に1回、60分程度。病棟スタッフも同席できることが望ましい。	①家族が知りたい情報について分かりやすい言葉で説明する。②今やれることの目途がつくこと。③家族が既にできていることを評価する。	家族との治療同盟の形成。家族が安心して患者の安定に寄与。
家族への心理教育グループ	家族への心理教育グループ	動機のある家族	10名前後、8－10回で1クール。	教育プログラム 問題解決・解決指向型のグループワーク	再発率の低下。患者への拒否感の低下。高い自己効率感の維持など

前出：心理教育を中心とした心理教育的援助プログラムガイドライン(2004)より一部改変。

※心理職の役割

臨床心理技術者は、医師とは異なる学問的背景から患者の特性、心理的特徴を明らかにします。臨床心理技術者は、医師の指示を受けて患者の特性を客観的な尺度から明らかにするための各種心理テストを施行したり、治療標的を絞った上で、医師の診察よりも時間をかけた心理療法による治療介入を行います。

例えば、ウェクスラー成人知能検査(WAIS)では知能の高低のみならず、各種作業能力、発達的な認知の質について多くの示唆を与えます。心理検査の結果は、医師の診察中に観察されたことや作業療法中の様子の報告などと擦り合わせることで、職種間で患者の状態理解を深める上で役立てることができます。

適応がある場合には、認知行動療法等、エビデンスの高い心理療法を行うことにより、認知や行動の変容を通じ、患者が疾患と上手につき合い、心理社会的ストレスを減じる力をつける援助をします。

【医師】（薬剤師・臨床心理技術者）から得られる情報の特徴

特徴① エビデンスに基づく患者に必要な医療内容

医師は、退院後生活環境相談員を始めとする治療チーム側には患者の生活実態に対する正しい情報を、そして地域において患者を支える支援者には医療との正しい協働連携の必要性・重要性を説明する立場となります。

他の医療分野では、理解しやすい医療の必要性についても、精神科治療に関しては様々な要因から不信をもたれることがあります。医師は、様々な要因が複雑に絡むとは言っても、精神障害のもとになる疾病に対して医療による治療が必要であることが共通の理解となるよう、その内容も含めて情報を発信する必要があります。発達障害、躁うつ病、統合失調症に遺伝的な重なりが次々と指摘され、統計学的に検証されたエビデンスの高い治療法が開発されても、それが開始され、継続されなければ意味がありません。治療の開始や継続のためには、患者の自己決定を尊重することが重要になってきます。医師は、医療内容の重要性と根拠を分かりやすく伝えるための情報と伝えるための技術を持つ必要があります。

特徴② 身体合併症など生活上の他の医療問題

精神障害の有無にかかわらず、身体疾患に対する健康管理が必要です。一部の精神疾患では生活習慣病になりやすいといわれており、その予防と早期発見、早期治療、治療の継続の必要性は高いと考えられます。また、精神科治療薬剤の服用によって身体疾患の罹患リスクが上昇する場合があります。

副作用や治療アドヒアランスの問題と同様に、患者が自分の全人的健康を保つことを支援する必要があります。こうした支援のために、医師は精神科以外の医療に関しても十分に留意して診療を行い、治療チームが医療上の問題と治療や対処法について十分に共有することが重要です。

特徴③ ストレngthsに目を向けるための正負両面としての特徴の捉え方への助言

患者とのパートナーシップは、患者の回復のために欠かせません。医療スタッフはとすると患者の行動を否定的に見る傾向があり、特に入院治療においてはリスク回避を重視した対応を行いがちです。しかし、こうした見方や対応に終始すると、患者とは対立的関係に陥り易くなります。治療においては、患者の否定的な行動や危険な行動を100%肯定することはできないのは当然としても、医療者は様々な出来事への対応の中から信頼関係を生む契機を見出していく姿勢が求められます。そのためには、否定的に見ていた患者の言動を患者特性への治療チーム内での共有と考察によって、肯定的に共感を持って、あるいはストレngthsとして見る視点を持つことや、安全面に十分な配慮をしつつ、患者の希望に添うべく治療計画の修正を行うことが必要となります。こうした対応を実際に行う上で、医師の役割は非常に大きいと考えられます。医師は、患者の病理やスタッフに向けられる陰性感情の構造を十分に理解した上で、問題解決のための説明と具体的な対応案を提供することを求められます。もちろん、この役割は医師のみではなく、様々な援助者が互いに様々な見方を持ち寄って協働することが大切です。その結果、治療チームが患者の世界に深く共感しつつ、患者自身とともに患者のストレngthsに気づき、それを生かすヒントを見出すことになるでしょう。

【医師】と一緒にもう一歩踏み込んで	
対応	具体的対応
簡便化したアウトリーチへの協働	• どうしてもというときには、医師が自ら往診に加わり、病棟と同様に治療共同体を作れるように助言を与えることは大きな力です。（医師にとっても新たな情報を得ることになります） 日本では未だアウトリーチは一般的なものとするには様々な障壁がありますが、取り組める部分があれば工夫して取り組んでみましょう。
外来ケア会議の開催	• 退院後、必要な手順を踏みつつ、援助者を集めて本人を含めたケア会議をすると良いでしょう。

②看護師の業務・役割

【看護師】の場面別の業務・役割	
病棟	業務・役割①：療養環境整備 入院時から患者に対して、医療に限らず、治療環境による変化に対する不安を緩和し、安心感を与え、ゆったりとした気持ちで療養できる環境を整えることが大切です。 安心感の提供のためには、入院前からの患者の声や思い、入院を選択することの苦痛や不安、将来への思いに耳を傾けることから始まります。その対話の中でアセスメントをし、入院に至った経緯や入院に対する気持ち、将来への不安や希望をしっかりと聞いていきます。 また、本人からだけの情報収集では偏りを生じる場合もあるので、客観的な情報を得るために、家族や地域援助事業者等の関係者から情報収集をすることも大切です。 できれば、入院して1か月以内には、自宅への同行訪問等を実施し家庭環境や住居環境のアセスメントをしましょう。そうすることで、看護師自身も退院後の生活に対するイメージが付きやすくなり、退院に向けて必要な看護を具体的に考えることができます。
	業務・役割②：自立を保った療養援助・ケア 退院後の患者の希望に沿った生活のために、必要な能力を得られるようにケアを行うことが大切です。 看護師は病棟内の看護の中で、安全な環境を守ることによって一生懸命になるばかりに保護的になりやすく、自立に向けてのケアができにくくなることもあります。看護師が患者のできることを奪ってしまわないように、まずは病棟内で可能な試行を患者と共に取組み、できるかできないかのアセスメントをし、できる部分は見守り、必要ならば褒めてストレングスを強めながら、できない部分は特性にあわせて何故できないのかをアセスメントし、患者に取り組み易い課題に分解した後に一緒にやってみながら自立を促していきます。
訪問看護	業務・役割①：生活環境の実際のアセスメント 患者の実際の生活者としての顔、環境を共にしながら支援ができます。病棟で得られる情報以上の情報を生活の場からアセスメントできます。
	業務・役割②：地域生活のままで受けられる看護ケアの提供 看護師の特徴である“身体に触れながらケアできる”という特徴を活かして、必要に応じてスキンシップを取りながら看護していくことが患者の安心感につながります。例えば、眠れないと訴えられる患者に手浴や足浴をして、気持ちの良い体験をもらい、自分でできるようにしていくことも訪問看護の役割です。
	業務・役割③：医療マネジメントと生活のバランスをとる 最も重要な役割として継続的医療マネジメントに患者に自発的に繋がっていただくための支援があります。例えば、服薬に対する支援では、病棟でできていたことでも、実際の生活場面でできるのか、見守りながら自分でできるように支援することが大切になります。自らが服薬できるようにエンパワメントする声かけと鋭い観察が必要です。訪問看護師が調子の悪さをキャッチした場合は、患者自身に調子が悪いことを気づいてもらえるような声かけも必要です。クライシスプランを意識しながら、患者の自発性を育てていきます。地域における看護師の役割は、リカバリーの視点で関わりながら、病状と生活両面の支援をしていくことです。

【看護師】から得られる情報の特徴	
特徴①	チームで共有された多面的な患者情報
病棟看護師の特徴として、24 時間 365 日患者の傍にいて観察し、療養上の世話をチームでしていることが挙げられます。チームでしているということは、同じ看護師といえども視点の違う看護師が関わっているともいえますので、看護のアセスメントも看護師としてという面と、生活者としてという両面で幅広く行うことができます。	
特徴②	患者の対人特性における全般的好みや特徴
チーム内でアセスメントをすり合わせながら、患者に偏りのない全人的評価を元に、日々の看護をしています。つまり、看護師のアセスメントは病棟の看護チームの中で情報を得たものであり、個人ではなく多様な支援者の視点を内包しています。	
特徴③	病棟で用いていた具体的な対処の好事例
患者側からチーム各々の看護師を見る場合、患者はいろいろな看護師とのかかわりの中で色々な対人関係の取り方をしていることになりますから、その人にどのようなタイプの人か合うのか、合わないとしてもどのような点が苦手なのか、それをストレングスでカバーできる可能性があるのか等の膨大な情報の見極めもできるといえます。そのアセスメントは、退院後の福祉サービス等を使う場合にどのようなタイプの人や物がマッチするか、対処やクライシスプランの詳細を決めるにあたって本人のどの特性をもって対処をいただくか等を決めるときに役立ちます。	

③作業療法士の業務・役割

【作業療法士】の業務・役割
作業療法とは？
作業療法は、理学療法士及び作業療法士法（昭和 40 年法律第 137 号）で「身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。」と定義されています。さらに、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（通知）」（平成 22 年 4 月 30 日医政発 0430 第 1 号）では、作業療法の範囲として、“移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関する ADL 訓練”、“家事、外出等の IADL 訓練、作業耐久性の向上”、“作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練”、“福祉用具の使用等に関する訓練”、“退院後の住環境への適応訓練”、“発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション”、などが示されています。 また、精神科医療機関で実施される作業療法については、診療報酬特掲診療料の精神科専門療法の一つとして“精神科作業療法”が位置づけられ、その実施は「精神科作業療法は、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行う」とされています。 このように、作業療法は作業療法を必要とする人の社会生活機能に着目し、その人の地域生活に向けた支援を目指しています。
作業療法士が焦点を当てること
何らかの疾患や障害があると、特に精神疾患の増悪においては生理機能、身体機能、認知機能の低下により、人はそれまで特に緊張もせず、何の苦もなく行っていたこと、例えば、朝起きて顔を洗うこと、身支度を整えて外出すること、家事や仕事などの役割をこなすこと、などが自然に（自動的に）できないような状態になります。このような状態は本人自身の生活のしづらさを引き起こして自己評価の低下など心理的問題を引き起こすとともに、家族を含めた周囲との社会的関係性に支障をきたすことにもなります。 作業療法士は、このような状態に対して、様々な“作業”を手段として用い、本人の退院後の生活に向けた支援を行います。その際、本人のどの部分に焦点をあてて、つまり、障害の改善を目指すのか、持っている能力の維持なのか、強化なのか、代償なのか、を明確にした目標を設定し、本人と共有することが大切です。また、手段として用いる“作業”は、本人の今までの経験や希望に基づいたものを優先しますが、その前提として、一つの“作業”がもつ治療効果を生理機能、身体機能、認知機能、精神機能などの側面、自己評価などの心理的側面、対人関係などの社会的側面から分析し（作業分析：activity analysis）、その結果をもとに、都度、本人の状態像に合わせていくことが必要になります。この点が不十分であると、“本人にとって意味のある作業”とならず“目標もなく漫然と作業”をしているだけの状態になってしまいます。 この点に関して、以下に状態像に合わせた作業の提供を例示してみます。
状態像に合わせた“作業”の提供
1) 急性期・症状再燃時 この時期は、陽性症状による混乱、睡眠一覚醒リズムの混乱、薬物療法による全般的な行動抑制などの影響で、緊張状態と疲労状態とが前面に出ているため、用いる“作業”の質と量に十分配慮する必要があります。それによって、本人にとっては緊張状態や疲労状態を和らげる“休息の意味を持つ作業”を提供することができます。この時期、本人は緊張が高く、どこにいても疲れてしまう状況が続いていますが、例えば、作業療法室の隅に簡単な衝立をして小さな空間を作り出して、しばらくただ一緒に過ごすことによって、緊張が和らぎ、本人の安心感を引き出すことができます。この空間では、外部との繋がりをもちつつも、それに煩わされることなく、自分の場を確保することができます。作業療法士がこのような工夫の態度を示すことによって、本人は休息という作業の中に、安心を共にして支援を行う作業療法士を認識し、基本的な信頼関係を築いていくことができます。

2) 回復期

回復初期は急性期のまとまりに欠けていた行動が整ってくる時期で、発病・再発などで崩れた生活リズムの修復支援が軸となります。この時点では、集中困難・持続性の低下、易疲労性などの問題にも配慮した上で、短時間で達成可能で、言葉のやり取りも少なく、巧緻性よりも粗大な身体運動を伴う“作業”が有効な場合が多いと言えます。

例えば、統合失調症で初回入院の20歳前半のAさん男性で、まとまりのある行動が見られるようになってきたものの、入浴時に自分で体を洗うことができず要介助の部分もあり、少しでも自発的な行動ができるようにとの目的で作業療法に参加した方がいます。

作業療法士は、彼が未だ緊張が高く、自律神経系の調整力も不安定で、年齢相応の活動レベルに戻っていない状態であると見立て、まず、全身を使う粗大な身体運動を用いて、緊張感の低減と発汗作用を促し自律神経系の調整力の回復を図ることを試みました。本人に「体を動かすことから始めてみては？」と提案し、今までに経験したことのあるスポーツを尋ねると「野球ならばやったことがある」ということでした。本人の現状と運動負荷量を勘案し、提供する“作業”の初期調整としてキャッチボールを提案し、疲れたと感じた時点で、意思表示をしてくれれば休憩をとることを前提にして、10m程度の距離で5分間区切りから開始することにしました。

当初は、動作もぎこちなく、小さな子がするような体幹の動きを伴わない右腕だけで投げる手投げの姿で、表情の変化もあまりなく汗も出ない状況で、ボールを受け取れる範囲も狭い状態でした。しかし、1週目を過ぎた頃には体幹を使い上肢と下肢の連動した投球動作に変化していきました。それに伴い、20m程度の距離で、横にそれたボールの受け取りも可能となり、継続時間も長くなり、上手く取れた時の笑顔や取りそこなった時の悔しそうな表情も自然と出るようになっていきました。このプログラムを開始してから2週目後半になると、運動量が上がることによって汗も出るようになり、終了後には、作業療法士とともに汗を拭き、顔を洗い、鏡を見て自分の表情も確認し、服装を整えることもするようになりました。また、自分の方から作業療法士に話しかけてくる頻度も多くなりました。

このような変化は、かつて本人が経験し身に着けていた投球捕球動作を利用することによって自律神経系の調整力が回復し、さらにはその回復を通して、自分への配慮もできるようになったことを意味します。このような変化と並行して、当初、病棟職員から促されての参加も自発的となり、入浴時介助も不要となりました。いわば発病によって本人自身が一番違和感を抱いていた“どこか違う自分”が“馴染みの自分”に戻ったと言えるでしょう。

作業療法士は、この時点で本人の生理的・身体的・心理的な不均衡が一応調整された状態となっていると判断し、次の段階に進むことを本人に提案しました。次の段階では、達成するための方法が複数あって、どれを選択するか、上手くいかない場合にどのように対処するか、など実生活に必要な問題解決が求められ、かつ、対人関係の幅を広げるために他者との協働が必要な作業を用いることになりました。本人が本好きであったことから、作業療法室の図書整理を依頼し、対人関係要素として他病棟で同年齢の方と二人で取り組む場を提供しました。相手の方は高校三年間不登校で閉じこもりとなり、まずは二者関係の成立から行動範囲を広げていくことが必要な状態の方でしたが、Aさんは相手の方のペースに合わせながら、図書整理という役割に取り組んでいきました。休憩時間に二人が静かに話し合っている姿が印象に残っています。

このような経過をたどり、Aさんは入院5か月後には自宅退院し、当面デイケアと書店でのアルバイトに就くことになりました。

退院後の生活支援に向けて

問題解決力、現実検討力の維持を図るための作業を用いることが中心になります。また、この時期は、本人が置かれている環境において最大限の適応的生活が可能となるように、都度、生活上での問題解決への相談支援や家族を含めた周囲の人たちに対する相談支援も含めた環境調整なども行います。

その際、本人の社会的な役割経験（職歴、家庭内での役割内容を可能な限り細かく、その時どのように感じていたか、困ったことは何か、どの部分が大丈夫で、どの部分が苦手だったか、疲れは？“気持ちの疲れ”と“身体の疲れ”の区別、疲れるとどのようになるのか、どのように対処したか、困った時に誰かに相談したか、周囲は自分のことをどのように見ていたと思うか、自分が親、雇い主などであるとしたら自分をどのように思うか、できている事、できていた事、したことがない事、してみたい事、金銭のみでなく、大変だったけどあの時は嬉しかった、良かったという経験など）や作業経過から把握できる本人の状況（どのような課題で、どのような形でデッドロックに乗り上げるか、照合・調整を必要とする課題達成のレベルや問題発生時の対処、どのような援助であれば乗り越えるのか、疲労状態、課題達成時の人や物を含めた環境要因での変化の幅、など）について聴き取りをしておく、その対処法を見出していく取組も共有できるようになります。

当然のことながら、確認する事柄の背景には疲労などの生理学的、問題解決や課題達成などの認知心理学的、必要な動作などの身体運動学的、人・物を含めた環境分析と調整、などの視点が組み込まれています。Aさんの経過でも示したように、“作業”の適用は常に本人の状態を捉え、それに基づく都度の作業分析：activity analysis の視点が必要になることが理解できるでしょう。

このような関わりによって、対象者の多くに診断学的な病識の有無とは異なる“今の自分は”という自己認識（自己受容に基づく、環境と関わる自分なりの自分という足場としての自己認識）の一面がみられるようになるとともに、生活上の具体的な相談と支援が可能になります。さらに、家族や周囲の人、地域の社会資源、その他関連機関などと協働する場合にも、本人の状況を具体的で分かりやすく伝えることができます。

【作業療法士】から得られる情報の特徴

特徴①	本人の社会生活機能の程度
作業を通して得られた本人の問題解決力、現実検討力の程度やパターン。本人なりの対人関係の仕方、などについて具体的な情報を提供します。	
特徴②	本人の社会生活機能を維持するための環境調整の方法
退院後、どのような人的・物理的環境であれば本人の力を発揮できるかの情報を提供します。	

【作業療法士】と一緒にもう一歩踏み込んで

対応	具体的対応
作業療法参加場面の見学	・本人が作業療法に参加している場面を見学することによって、本人の具体的な状況が把握できると思います。その場で本人、作業療法士、退院後生活環境相談員の三者で話し合うことも本人の様々な面が把握できると思います。
退院後に予定されている自宅を含めた活動の場に行き	・退院後に予定されている自宅を含めた活動の場に、訪問看護師、退院後生活環境相談員、作業療法士が訪問し、作業療法士からは主に環境調整に関する情報が得られます。

④精神保健福祉士の業務・役割

【精神保健福祉士】の業務・役割
精神保健福祉士とは
1997（平成9）年に精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）が制定され、精神科ソーシャルワーカーは精神保健福祉士として国家資格化されました。この法律において「精神保健福祉士」とは、登録簿への登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院等において精神障害の医療を受けている者又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者からの社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者をいう、と規定されています。精神保健福祉士は社会福祉学を依拠した専門職であり、ソーシャルワークの価値と理念そして理論に基づき「すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識」し、「社会福祉の推進とサービス利用者の自己実現を目指す専門職」です。精神保健福祉士はソーシャルワークの展開にあたり、どのような場合にも「個人としての尊厳」「自己決定」「権利擁護と福祉」「精神保健福祉の向上」「ノーマライゼーションの実現」「社会的復権」「自己実現」「共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）」を意識し、「人間尊重」の価値（人間観）に基づいてあらゆる現象と向き合い、その価値が示す「あるべき姿」を理念と定めています。
精神保健福祉士の業務
精神保健福祉士の業務は、ソーシャルワークの価値と理念の実現を目指して、ソーシャルワークの視点に立った専門的知識や技術を活用した一連の行為を意味します。また、精神保健福祉士は、具体的にアプローチするレベルが「個人」であろうと「地域」であろうと、「人と状況の全体関連性」の観点から「ミクロ（個人レベル）－メゾ（集団・地域レベル）－マクロ（国・国際レベル）」の連続性において現象を捉え、業務を展開します。ミクロ（個人レベル）の考察の前提に、精神医療の標的としてのバイオ（生物学的）－サイコ（心理学的）－ソシオ（社会学的）があり、社会の中で尊厳を持つ個人が状況に関与していくのであり、バイオサイコソーシャルに関して、多職種との情報交換、共有が重要となることを意識しましょう。また、「人と状況の全体関連性」には、当然、精神保健福祉士自身も含まれています。利用者を単に援助の対象として捉えるのではなく、自己実現の主体としてパートナーシップを形成するということは、業務展開において精神保健福祉士としての自身のあり様を問い続けることでもあります。

病院内精神保健福祉士の役割

精神保健福祉士は入院当初から本人の気持ちを聴き、早期にアセスメントを行い、入院前にかかわっていた機関や人とのつながりを持ちながら、退院を阻害しうる社会的な課題の解決をすることで早期退院、社会的入院の解消を目指します。長期にわたり入院している方に対しても、定期的な面接を継続して行うことで退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながっていくと考えられます。

入院では、入院診察の場面から立ち会い、本人・家族等からの聞き取りや過去のカルテからの情報を参照して治療の経過、入院に至った経緯、社会生活上の背景、利用していた社会資源、関係機関等の情報を一元的にまとめ、その内容を記録して今後支援が必要と考えられる点を整理します。また、権利擁護の観点からも、必要であれば入院直後より必要な情報提供を本人ならびに家族等へ行うことも重要な役割となります。入院後、精神保健福祉士は病状に配慮しながら、1週間以内に本人と面接を行い、これまでの生活状況の把握や困っていること、生活の拠り所にしてきたこと、今後の生活で望んでいること（家族と暮らしたい、一人暮らしがしたい等）などを聞きアセスメントを行います。課題解決に向け一緒に考え行動する提案を行いながら援助、支援を始めていきます。早期介入より得られた情報は医師、看護師、作業療法士など多職種チームで共有し、また精神保健福祉士も各専門職の視点からくる情報を共有することで各専門職の役割が明確化され、本人の早期退院に向けて各専門職の機能的なアプローチにつながります。

精神保健福祉士が早期介入する必要性は、入院時点より退院以降を見据え、病状悪化に繋がりうる本人の困りごとを早期に発見し、解決・予防に寄与する点にあります。アセスメントの過程から支援は始まっており、「人と状況の全体関連性」から細やかに把握することで、本人主体・自己決定の原理に基づいて退院後の生活を一緒に考えていくことができ、再発予防につながり、本人の望む生活の実現ができると考えられます。

精神保健福祉士が患者から得るべき情報等は、退院後生活環境相談員にも重なってきますが、ここではそうした情報を得るための基本的技術について、さらに少し踏み込んで記載します。

【精神保健福祉士】の業務展開における必要な技術

① 関係形成技法

関係形成技法は、利用者との信頼関係の醸成及びパートナーシップ形成において必須な技術であり、「傾聴」「受容」「共感」はその基本です。「傾聴」とは、利用者の話それ自体をじっくり聴くことですが、その際、精神保健福祉士の先入観や既存の枠組みにとらわれて反応することを控える必要があります。何故なら、傾聴は利用者と精神保健福祉士の信頼関係を築くための入り口（技術）であり、精神保健福祉士が批判的あるいは否定的な反応を示すことは、利用者が心を閉ざすことに繋がりがねないからです。つまり「傾聴」には、精神保健福祉士自らの先入観や認識の傾向を自覚し、内省（自分に問い直す）の姿勢（自己覚知）が求められます。次に、利用者の気持ちや考えの流れを聴き、それを受けとめることが受容ですが、「受容」と「許容」とを区別することが必要です。「受容」とは、利用者が経験していること、感じ考えていることを、そのまま受けとめることであり、否定は勿論のこと、それらを肯定し賛同することとも同義ではありません。つまり、利用者の言動に賛同できない場合でも、そのような言動に至る本人の経験や思いをそのまま「受容」することが重要です。そして、受容した利用者の思いに寄り添い、理解、あるいは可能な限りの理解しようとする姿勢を示すことが「共感」といえます。バイスティックの7つの原則は、援助関係を形成する技法として具体的な展開方法を示してくれています。精神保健福祉士ならびに退院後生活環境相談員の業務においては欠かせない技術であり、常に念頭に置くことが必要になります。

バイスティックの7つの原則

1. 個別化…クライアントを個人としてとらえる

利用者を「精神障害者」「病者」など一括りにせず、尊厳を持ったひとりの人であり、悩みや課題はあくまでもその利用者が個別に抱えているものとして捉える必要があります。

2. 意図的な感情表出…クライアントの感情表現を大切にする

面接場面では、利用者が自由に感情を表出できるように精神保健福祉士は言語的、非言語的コミュニケーションを図ることが必要です。抑制された感情を吐露することは、利用者と支援者の関係形成に重要です。

3. 統制された情緒的関与…援助者は自分の感情を自覚して吟味する

利用者は、自分が価値のある人間であり、尊厳を有する個人として受けとめられたいというニーズをもっています。そうしたニーズを満たすために、精神保健福祉士は自ら表出する感情については十分に吟味する必要があります。

4. 受容…受けとめる

利用者は、自ら表出した感情に対して、共感的に理解して対応してほしいというニーズを持っています、利用者をありのままに受けとめようとする精神保健福祉士の姿勢が求められます。

5. 非審判的態度…クライアントを一方的に非難しない

利用者は抱えている困難な状況に対して、審判されたり、非難されたくないというニーズをもっています。

6. 自己決定…クライアントの自己決定を促して尊重する

人は自分の人生や生活に関する事は自分自身で選択し、決定したいというニーズを持っています。利用者は、強要されたり、管理されたりすることを望んでいません。病状等により一時的に自己決定が難しい状況にある場合には、かわりを通して自己

決定を支持していくプロセスが大切になります。 7. 秘密保持・・・秘密を保持して信頼関係を醸成する 自分の秘密や個人情報を守られていると感じなければ、利用者は安心して精神保健福祉士の支援を受けることができません。	
②	面接技術 面接とは、ソーシャルワーカーの目的に沿った意図的な会話です。利用者の波長に合わせ、ニーズを理解し、その実現に向けて利用者との協働をするために、生活場面のほか、クローズな環境の部屋を使用した面接等があります。その中で様々な面接技術を活用します。 面接技術 1. 場面構成 2. 促し、受けとめ、支持、繰り返し、言い換え 3. 質問、具体性の確認 4. 感情反映 5. 内容反映 6. 情報提供、提案、助言 7. 感情伝達と即時性 8. 対決（直面化） 9. 自己開示
③	アセスメント ソーシャルワークアセスメントとは、利用者と生活状況に関する情報に基づき、利用者の生活問題の特性と利用者ニーズの理解を通して、支援の方向性を定める専門的認識過程となります。アセスメントは、精神保健福祉士ならびに退院後生活環境相談員の業務展開において要となる重要な技術であり、適切なアセスメントができる否かによって支援の結果が左右され、それが利用者利益に反映されることになります。アセスメントにおいて必要な情報は多岐にわたりますが、以下のように整理することができます。 1. 利用者のニーズ及び問題特性（何が具体的な問題として生じているのか、緊急性はどの程度か） 2. 利用者に関する「医学的」「心理的」「社会的」状況 3. 利用者を取り巻く環境（家庭や本人が帰属する集団、、地域社会）に関する情報 これらの情報に利用者の思いを鑑みて、ソーシャルワークの理論や知識に基づき分析する作業であり、この専門的状況判断や見立てによって、支援の方向性が導き出されることになります。
④	個別援助技術 個別援助技術とは、個人へのアプローチにおける支援の展開過程です。アセスメントを軸にインテーク、プランニング、支援の実施、モニタリング、評価、終結の一連の流れを踏んでいきます。
⑤	集団援助技術（グループワーク） 集団援助技術（グループワーク）とは、グループの力動（対立、自分と同じ状況と認めた人からの刺激、集団の中での関係構築のプロセスからくる影響、等）を用いて個人の成長や問題を解決する技術です。グループワークの方法には、多くの実践モデルが示されており、代表的なモデルでは、予防やリハビリテーションなど個人の変革を目的とする「治療モデル」や、ソーシャルワーカーの仲介的アプローチによる相互扶助システムの発展を目的とする「交互作用モデル」、社会的機能の強化や社会参加を目的とする「社会的諸目標モデル」などがあります。

⑥	地域援助技術（コミュニティワーク）
	地域援助技術とは「人々・集団・組織等が集合行為を起こして、生活問題の解決と自分たちのコミュニティ（生活する地域）を改善する諸過程を支援する」技術です。精神保健福祉サービス利用者が直面している課題や、その支援過程で明らかになってくる課題を個人の課題として捉えるのではなく、地域の共通課題として捉える全体性を見る視点を持ち住民組織、専門機関等のあらゆる資源、仕組みへの働きかけ、利用者本人を含めた地域住民の主体性形成に基づく課題解決や新たな資源の創出を目指します。
⑦	ケアマネジメント
	ケアマネジメントは、地域を基盤とした支援過程（地域生活支援）において不可欠な技術です。障害者総合支援法に基づく特定相談支援においてもケアマネジメントのプロセスは導入されています。また、精神障害者のケアマネジメントでは、特にストレングスに基づくアセスメントが重要になります。
⑧	チームアプローチ
	チームアプローチとは、複数の異なる専門職や支援機関が、利用者の問題解決やニーズの実現という共通の目標に向けて協働することです。精神保健福祉にかかわるニーズは多様化しており、単一機関や単一専門職によるサービス提供では不十分です。また、地域を基盤とした包括的な支援には複数の機関や様々な立場の人たちがかかわることになりますが、それらが利用者のニーズに応じて有機的かつ効果的に機能するためにも、チームアプローチは必要となります。

【精神保健福祉士】と一緒にもう一步踏み込んで

退院後生活環境相談員の業務・役割と病院にいる精神保健福祉士の業務・役割は重なる部分がほとんどです。退院後生活環境相談員が入院から退院までの院内外すべての関係調整業務をひとり抱え込むことは疲弊や孤立感を生む原因にもなり、本人、チーム内、地域事業所等の関係機関にとっても良好な関係、支援提供にはなりません。退院後生活環境相談員は院内精神保健福祉士へ積極的に相談して協働で取り組むことが必要です。

精神保健福祉士と退院後生活環境相談員には、病院と地域社会をつなぐ窓口として、多職種や本人と家族等の隙間を埋め、さらに制度や障害福祉サービスと本人をつなげる共通の目的・役割があります。また、目下の課題としては必要性に乏しい長期入院の解消に向けた働きも求められます。そのためには日頃より院内連携、地域援助事業者等との連携がとれていることが大切であり、必要性の乏しい入院が長期化しないように医療保護入院者退院支援委員会を通じて退院への取組を推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担うことになります。

精神保健福祉士と退院後生活環境相談員が入院早期に介入・協働し、継続的に本人ならびに家族等にかかわることで医療と福祉の連携が図られ、医療的必要に応じた可能な限り短期の入院、新たな治療的必要性の乏しい長期入院を生まないこと、残された課題としての今現在の長期の必要性に乏しい入院の解消につながり、退院後の地域生活において安心、安楽に暮し続けることができると考えられます。

(2) 院内多職種連携に向けたポイント

院内において多職種連携をする場合には、各職種が自分の専門性を十分に発揮して役割を担うことが大切です。また、連携がうまくいくためにはそれぞれが意識しておくべきポイントがあります。退院後生活環境相談員は、院内多職種連携をコーディネートする場合に、以下のようなポイントを各職種が意識してかかわっていることを確認しながら進めていきましょう。院内の多職種連携において情報を共有することで、他機関との連携の基盤ができます。

ポイント1

「入院時カンファレンスで情報共有すること」

【解説】

入院時には地域援助事業者や入院前に関わっていた支援者と情報を共有することが必要です。病院によっては精神保健福祉士等が窓口となって情報を聞いたりする場合もあるかと思いますが、直接各職種が職種なりに必要な情報を地域援助事業者等から聞き、情報を共有しましょう。入院時カンファレンスは病棟主導で行うとタイミングよく行うことができます。タイミングとしては、入院後1週間から10日以内に行いましょう、それまでに受け持ち看護師が患者自身と話をして本人の気持ちの代弁ができるくらいの関係になっていることがベストです。

ポイント2

「入院治療についてわかりやすく説明すること」

【解説】

入院時には緊張も不安も強く、なかなか説明されたことが受け入れにくい状態です。入院治療について、療養生活について、退院後生活環境相談員についてなど、わかりやすく説明しましょう。パンフレットやチラシを使って説明することがおすすめです。また、説明されたことについて疑問がある場合はすぐに聞けるように、主治医や精神保健福祉士等他職種からの説明の場合には受け持ち看護師が同席しましょう。同席することによって、患者のわかりやすい言葉に変換してより具体的に説明することができます。

ポイント3

「各職種のアセスメントや目標を共有すること」

【解説】

多職種が関わることのメリットは、視点が広がることにより、患者の全体像が見えやすくなることです。しかし、それぞれの職種がそれぞれでアセスメントし目標を決めることにとどまっていたら、せっかく多職種が関わる意味が少なくなります。入院時カンファレンスで、多職種カンファレンスの日程を決めておいて、その日までに各職種でアセスメントし目標を決めて共有しましょう。そのなかで、お互いがアセスメントの違いに気づくことやお互いが視点を広げることが重要です。また、職種による役割分担も明確にしましょう。誰が何をするのか？例えば、退院に向けて必要な生活スキルについては作業療法で練習し、実際に退院前訪問看護で練習したことを実践してみて、できたこととできなかったこと、工夫が必要なことを多職種で検討することが大切です。

ポイント4

「目標に対する進捗状況をふまえて情報交換をすること」

【解説】

情報や目標を共有したら、日々の変化や目標に対する進捗状況について情報交換します。本人を中心に、今やっていることとこれからすることについて一緒に考える場があることが大切です。

ポイント5

「本人中心の退院支援計画を立案し実施すること」

【解説】

それぞれの職種が目標を持って患者に関わり支援をしているにも関わらず、退院支援計画にその情報が入っていないのはとても残念です。退院支援計画はその患者の退院に向けて支援を具体的にどう展開するかを見える形にする施工図のようなものです。本人の役割はもちろん、それぞれの職種がどのような支援をするのか一目で見える形の退院支援計画をつくり実践しましょう。

その実践の中で、退院後どのような福祉サービスを利用したほうが良いかを本人と一緒に考えます。しかし、初めての福祉サービスの利用では、どのような人が何をしてくれるのか？そこに行ったら何ができるのか？などわからないことが多いので、実際に見学や体験する計画も退院支援計画の中に入れましょう。本人への情報提供は、より分かりやすい方法で行うことが重要です。

ポイント6

「クライシスプランを作成すること」

【解説】

入院前の状況を振り返り、こんな時に調子が悪くなり、その時に自分はどうするか、支援者には何をしてほしいかを、明確に本人の言葉で記入し作成するのが、クライシスプランです。まずは、クライシスな状況とはどのような状況なのかを患者自身と一緒に確認してから、多職種から見たクライシスな状況も話し、本人が納得できる形のクライシスプランをつくるのが大切です。

ポイント7

「多職種連携は会議ばかりではない」

【解説】

せっかく院内に多職種がいるのですから、あらゆる場面で情報共有はできますし、連携は可能です。あらためたカンファレンスの場はもちろん重要ですが、日頃の情報交換が有効になります。お互いが意識的に声を掛け合える職場風土があるとよいのではないのでしょうか。お互いの仕事に関心を持ち、声を掛け合いましょう。

2－3－2 地域援助事業者、行政との連携

(1) 地域における福祉資源の連携

① 地域援助事業者との連携

地域援助事業者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和 25 年厚生省令第 31 号）第 15 条の 5 で以下の通り定められています。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）（抄）
第十五条の五 法第三十三条の五の厚生労働省令で定める者は、次の各号に掲げるものとする。
一 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（…）第五条第十六項に規定する一般相談支援事業又は特定相談支援事業を行う者
二 介護保険法（…）第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護を行う者
三 介護保険法第八条第十八項に規定する小規模多機能型居宅介護を行う者（介護支援専門員（…）を有するものに限る。）
四 介護保険法第八条第十九項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う者（介護支援専門員を有するものに限る。）
五 介護保険法第八条第二十項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護を行う者
六 介護保険法第八条第二十一項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う者
七 介護保険法第八条第二十二項に規定する複合型サービスを行う者
八 介護保険法第八条第二十三項に規定する居宅介護支援事業を行う者
九 介護保険法第八条第二十六項に規定する介護福祉施設サービスを行う者
十 介護保険法第八条第二十七項に規定する介護保健施設サービスを行う者
十一 介護保険法第八条の二第十一項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を行う者
十二 介護保険法第八条の二第十六項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を行う者
十三 介護保険法第八条の二第十七項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を行う者（介護支援専門員を有するものに限る。）
十四 介護保険法第八条の二第十八項に規定する介護予防支援事業を行う者（介護支援専門員を有するものに限る。）
十五 健康保険法 等の一部を改正する法律（…）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法第八条第二十六項に規定する介護療養施設サービスを行う者

地域援助事業者は、本人が退院後に安定した生活を継続するため必要な障害福祉サービスや介護保険サービスを円滑に利用できるよう相談支援します。各事業者の役割を知って、日頃から地域の情報を得るなど連携を取りましょう。

上記の一にある一般相談支援事業者又は特定相談支援事業者によっては、一般相談支援事業・特定相談支援事業の指定を受け、精神障害者の一般的な相談業務を、市町村からの委託を受けて実施しているところがあれば、特定相談支援事業の指定を受け、計画相談支援のみを実施しているところ、一般相談支援事業の指定を受け、地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）のみを実施しているところがあります。

こういった事業者が地域にあるかわからないときは、管轄の保健所や市町村の関係部署に確認します。本人の状況等によっては、担当の保健師や委託の相談支援事業者が対応し、必要に応じて地域援助事業者の調整を行うこともあります。

本人が 65 歳以上の場合には介護保険サービスの利用となりますので、担当するケアマネジャーか市町村の介護保険担当部署、地域包括支援センター等に相談ができます。

②地域援助事業者の業務・役割

※ここでは地域援助事業者のうち、一般相談支援事業者と特定相談支援事業者についてのみ記載します。

【地域援助事業者】の業務・役割	
指定 特定 相談 支援 事業者	業務・役割： 計画相談支援（サービス等利用計画）の作成 退院にあたっての地域移行支援等の利用や、退院後の障害福祉サービスの利用等について、市町村の支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス調整会議を開催するなど、サービス事業者との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成します。 サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者が作成する総合的なプランで、地域で生活するための課題解決や必要なサービスの利用を支援するために作成するものです。本人の状況や退院後の生活全体に関わる視点を持ってアセスメントし、最も適切なサービスの利用について検討し、作成します。
	業務・役割①：地域移行支援の実施 精神科病院等から退院・退所する際に支援が必要な方を対象として、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る）の体験的な利用支援、民間アパート等への体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。支援の実施の際には、地域移行支援計画を作成します。 精神科病院に入院している精神障害者が利用する場合、原則として、直近の入院期間が1年以上の方が対象となりますが、直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となります。
指定 一般 相談 支援 事業者	業務・役割②：地域定着支援の実施 地域で、単身等で生活する障害のある方に対し、休日や夜間等でも常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行います。 このサービスでは、精神科病院や入所施設から退院または退所した方や地域生活が不安定な方などに、常時の連絡体制の確保や緊急時支援を行うことで、障害のある方の地域生活の継続を支援するものです。

【地域援助事業者】から得られる情報の特徴	
特徴①	地域生活の視点
地域援助事業者は、地域において精神障害者が望む生活を送れるよう、地域の特性を生かして支援しています。 本人が地域生活を送る上での課題や本人の持つ力・強み等をアセスメントし、生活する地域の特性等を踏まえて、必要な障害福祉サービス等の利用について支援します。	
特徴②	退院後の地域の具体的な支援サービスの状況
退院後に生活する地域の支援サービス（グループホームや就労継続支援等）の状況を把握し、本人に具体的に利用できる支援サービスの情報提供を行います。 また、退院後の住まい探しに役立つ情報や、実際の生活に役立つ情報、こういったサービスをどのように利用できるのかの具体的な情報等を得ることができます。	

【地域援助事業者】と一緒にもう一步踏み込んで	
対応	具体的対応
医療保護入院者退院支援委員会前に顔合わせ	- 入院前に、何らかの形で地域援助事業者や地域の支援者とのつながりを持っていた方は、その事業者との関わりを継続できるよう調整しますが、どこかの支援者ともつながりのない場合、医療保護入院者退院支援委員会の開催前に本人と地域援助事業者が顔を合わせる場を設定します。お互いにどのような方かわからない中で、いきなり退院支援委員会での調整というのは難しく、効果的ではありません。 - また、こういった目的で地域援助事業者の関わりが必要なのか、明確にしておく必要があります。
退院する地域への同行外出	退院前に本人と地域援助事業者を訪ねることで、地域の状況もわかり、本人も安心して相談をすることができます。

③市町村で実施している相談支援事業

障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう身近な市町村を中心に次のような相談支援事業を実施しています。

※市町村によっては実施していない事業もあります。

障害者相談支援事業 (一般相談)	【内容等】 障害者の福祉に関する様々な問題について、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行います。 また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、自立支援協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進します。 【相談窓口】 市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者
基幹相談支援センターの設置	【内容等】 地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援事業者間の連絡調整や関係機関の連携支援など、相談支援体制の強化の取組等を行います。 【相談窓口】 基幹相談支援センター（市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された法人等）
(自立支援) 協議会	障害者総合支援法第 89 条の 3 において、地方公共団体は障害者や障害児への支援体制の整備を図るため、関係機関等で構成される協議会の設置に努めることとされています。 協議会は、地域における障害者や障害児への支援体制に関する課題についての情報を共有し、関係機関等の連携を推進し、地域の実情に応じた体制の整備について協議します。 市町村によっては、相談支援事業者、精神科病院、障害者支援施設、保健所等をメンバーに、地域移行・地域定着支援に関する専門部会を設置し、関係機関の連携体制及び支援体制の強化を図り、円滑な地域生活への移行等に取り組んでいるところもあります。

④行政（保健所・精神保健福祉センター）との連携

【保健所の役割】	保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、精神障害者の早期治療の促進や、社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図る等の役割を担っています。 障害福祉サービスや生活に関する相談窓口等、地域における生活支援は市町村が担っているため、保健所では主に、自傷他害行為や病状の悪化などによる緊急対応、近隣とのトラブルや問題行動があり精神疾患が疑われる事例への対応、家族が不在もしくは何らかの疾患がありキーパーソンになりえない状況のため第三者の介入が必要等、相談支援関係を築くことが難しい事例等に対応し、精神科医療につなぐ役割を担っています。そのため本人の意思によらない医療保護入院の場合、保健所保健師等が対応し、入院前から本人や家族等と関わりを持っていることも多くあります。ただし、本人の病状が悪く、病識や病感が持てないことや精神疾患を受け止められない状況で、保健師との関係を築けないまま入院支援を行うことや、精神疾患を有することを周囲に知られることを領とせず、第三者の関わりを本人や家族が拒み、介入できずに入院となることもあります。
【精神保健福祉センターの役割】	精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための機関として、精神保健福祉法で都道府県及び政令指定都市に設置が義務付けられています。主な業務として、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究ならびに複雑困難な相談事業を行うとともに、保健所や市町村、その他の関係機関に対し、技術指導、技術援助を行っています。

(2) 多職種連携に向けたポイント

ポイント1

「本人のことを良く知っている関係機関と情報の連携を図る」

【解説】

入院患者によっては入院前に障害福祉サービスや介護保険サービスを利用している場合があります。その場合は、担当の相談支援専門員やケアマネジャーが本人に関する様々な情報を持っていますので、本人の了解をとりながら入院前の生活状況を把握しましょう。

この時に大事なことは、利用していたサービスや入院のきっかけに焦点をあてるだけではなく、本人が何を生きがいに、または何を大事に生活してきたのか？どのような人が支えになっていたのか？どのようにピンチを乗り越えてきたのか？など本人の強みも含めて把握することです。

担当者が十分な情報を持っていないこともありますので、地区を担当している保健師等と連携をとることも重要です。民生委員や町内会長等との連携については専門性が異なることから、保健師等行政担当者を通じて行う方がいいでしょう。

ポイント2

「分かりやすい形で社会資源の情報提供を行うこと」

【解説】

障害福祉サービス、介護保険サービスは専門職であっても理解に時間がかかるものです。本人の理解度に応じてパンフレットや映像等を利用して分かりやすく情報提供を行いましょう。

市区町村の自立支援協議会（名称が異なることもある）で、社会資源マップなど独自に作成しているところ、ピアサポーターによる社会資源の説明会などに取り組んでいるところもありますから、そういった活動を取り入れることも有効です。

また、分からないことはそのままにせず役所や（基幹）相談支援事業所、地域包括支援センター等に問い合わせましょう。地域移行支援などのサービスは市町村毎にポスターやチラシを作成しているところもありますので事前に情報を収集しておきましょう。

厚生労働省からも改正精神保健福祉法に関するポスターやリーフレットが出ていますので、各病棟に掲示し、退院を促す環境を整えることが大切です。

ポイント3

「必要な場合には本人等からの求めがなくても地域援助事業者の紹介を提案すること」

【解説】

退院後生活環境相談員の地域援助事業者等の紹介に関する業務はp 36 のとおりですが、医療保護入院者との相談内容から退院後に障害福祉サービスや介護保険サービスなどを利用する希望があったり、退院後、身近な相談相手や緊急時に頼りになる人がいないというような生活になんらかの支援が必要な方、または院内の退院支援チームで地域援助事業者を紹介する必要があると判断している場合は、地域援助事業者等を紹介できることを提案しましょう。最終的に支援を受けるかどうかの判断をするのは本人ですが、地域での支援をよく知らない場合や、障害福祉サービス等を活用した経験がないことから希望されないことも多いため、地域での支援についての情報提供や地域援助事業者等の紹介を提案しましょう。

また、地域援助事業者や障害福祉サービス事業所も精神障害の支援に慣れ不慣れがあります。本人にとってどのような資源がマッチするのか日頃から地域の資源に敏感になり情報のキャッチと整理を行っておくことが望まれます。分からない時は市区町村役場等の障害福祉担当者に相談してみるといいでしょう。

ポイント4

「退院に向けて福祉の支援が必要かどうかを多職種で見極める」

【解説】

早期退院に向けて入院後早期に病棟カンファレンスが開催されます。多職種のアセスメント情報が集まり、退院の方針や手立てが検討されます。カンファレンスの中で病気の治療に加えて退院後の生活支援（衣食住及び日中活動や緊急対応に関すること等）として何が必要かを多職種で検討します。福祉の支援が必要と判断された場合は、地域の関係者と連絡を取りましょう。どこに連絡をとるといいかわからない時は市町村役場の障害福祉担当部署や介護保険担当部署の窓口にご相談しましょう。

障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用が見込まれる場合は、認定手続きに時間がかかりますから早めの対応（申請手続き）が必要です。

このように、退院後生活環境相談員は医療と福祉（病院と関係機関）の懸け橋を担う大事な役割があります。

また、福祉の支援が必要かどうか判断が難しい事例もありますので、その場合は病棟カンファレンスの調整役である病棟師長等に相談の上、福祉の関係者の参加を求めます。多くの精神障害者は症状が残っていても地域生活を送っています。病院と地域とそれぞれの物差しが異なる中で退院時期が先送りになることは避けなければなりません。そういったことから、本人の気持ちを中心に様々な視点から検討することが必要です。

ポイント5

「医療保護入院者退院支援委員会に地域援助事業者等の参加を求める」

【解説】

本人の意向と本人の状況から福祉の支援が必要と判断される場合、関係機関に応援を求め必要な情報交換（病院からは治療方針、退院に向けた課題、入院予定期間等）が行われると、地域援助事業者は本人に面会し信頼関係作りを始めます。医療保護入院者退院支援委員会は本人の求めがあれば地域援助事業者も参加できます。本人が求めない場合でも、本人と地域援助事業者との信頼関係の構築に退院後生活環境相談員として協力しましょう。

地域援助事業者の日程調整がつかずに参加が困難な場合は、書面等で意見提出を依頼しましょう。

医療保護入院者退院支援委員会のタイミングとは別に、積極的にケア会議を開催している医療機関も沢山あります。退院後生活環境相談員は必要に応じてケア会議等への参加も要請していきましょう。

また、地域援助事業者以外の訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、介護保険事業所等の担当者にも必要に応じて参加を求めることが必要です。

医療保護入院者退院支援委員会やケア会議を通じて、最終的な目標及び当面の目標を定め、個別支援計画に基づいた、医療と福祉の支援者の見立てのすり合わせを行います。地域の支援者が関わることで、それまでの入院生活では見えなかった本人の新たな一面が出てくることもあるため、両者の把握している情報や支援の進捗状況など、足並みが揃っているかを絶えず確認し、足並みにズレがある場合は放置せず、お互いが合意できるまで話し合うことが必要です。本人が目指すところ（想い）を中心にしなければ支援者の間の足並みがズレやすくなりますので、本人の参加が諸事情により難しい場合は本人の想いを共有してから話し合いを始めることが必要です。

ポイント6

「医療保護入院者退院支援委員会では支援の可能性を探り共有する」

【解説】

退院後生活環境相談員が医療保護入院者退院支援委員会の進行を行うことになります。関係機関を招致して委員会が開催される場合については、入院継続の必要の有無はもとより、本人の気持ちをしっかりと共有すること、支援の困難さを合意するのではなく支援の可能性を様々な角度から検討すること、そして、退院に向けて現時点で必要な取組、少し先に必要な取組を本人、医療、福祉のチームで共有することが必要です。

さらに、共有するだけでなく実行した後にチームでモニタリング（見直し）をすることも重要です。

退院支援委員会の結果は書面により、本人、出席した家族、地域援助事業者等に通知する必要があります。退院に向けた取組欄については特に重要な部分となりますので、退院後生活環境相談員は本人に分かりやすく記載されているか、関係者が役割を理解できるように具体的に記載されているかを確認していくことが必要です。

ポイント7

「地域移行の計画は一本化する」

【解説】

医療と福祉が連携して地域移行支援に取り組む場合は、医療の退院支援計画と地域移行支援における退院支援計画の2つが作成されることとなります。それぞれの計画が本人に提供されては分かりにくく不親切です。地域移行支援の個別給付を利用する場合は、地域移行支援計画の中に医療の役割も入れてもらいましょう。そして、本人・家族・医療・福祉・行政が同じ計画を手にして退院を目指しましょう。途中で計画の修正や微調整が必要な時はケア会議を開催し常に本人を中心としたチームの足並みが揃うように配慮していくことが大事です。

ポイント8

「関係機関の動きを把握し共有する」

【解説】

医療保護入院者退院支援委員会や地域移行支援計画を通じて福祉の力も活用して退院を支援する場合、お互いにどのような支援をしているのか、その時の本人の様子はどうかの情報を共有しておくことが必要です。病院に関係機関の人が面会に来たがどのような話をしたか分からない、本人に聞いても分からないということがないように、もしも関係機関が報告を忘れてしまっているようであれば、報告様式等を準備するなどの対応を検討しましょう。

また、病棟が関係機関と対応しやすい時間帯やケア会議等の時間を割りやすい時間帯や曜日等をお知らせしておくこともスムーズな連携を図る上で必要です。

小さな情報や本人の小さな変化などがその後の支援に大きく影響することがありますので、小さいことと遠慮せずに情報交換することが大切です。

ポイント9

「気持ちの揺れを見極める」

【解説】

退院が現実的に近づいてくると本人が不安を訴えるようになる場合があります。中には病状が悪化している場合があるかもしれません。大事なことは、このような気持ちの揺れが病状の悪化によるものなのか、正常な心理的反応であるのかを地域の支援者も含めたチーム全体で見極めるということと、不安を抱える中での本人の気持ちをしっかりと把握することです。本人の気持ちは退院後生活環境相談員だけが把握できるものではありません。チームメンバーが持っている情報を集約して揺れを見極めることが重要です。

ポイント10

「自分の目・耳・肌で福祉サービス等を把握する」

【解説】

退院後生活環境相談員は様々な社会資源を情報提供する立場にあります。地域の自立支援協議会や関係者連絡会に出向いて、地域活動支援センターやグループホーム、就労継続支援事業所、自立訓練事業所など、地域の事業者とのつながりを持ち、利用希望者と一緒に見学に行ったり、地域で行っている見学会や研修等があれば参加するなど、できるだけ実際のサービスを見聞きしておきましょう、そうすることで患者に具体的な情報提供を行えるようになります。

資料編

事例を活用した演習プログラム

退院後生活環境相談員養成研修(演習)			
時 間	区 分	内 容	
14:30 ～14:40	10	オリエンテーション	演習の狙いと進め方について説明 3人1組でグループを作る
14:40 ～14:50	10	アイスブレイク	自己紹介(1人＝1分強) 印象に残った講義(全体で5～6分)
14:50 ～15:20	30	演習① 「入院時告知」	本人役・相談員役・観察者を決めて、医療保護入院後に退院後生活環境相談員が本人の権利について告知をする場面のRP(以下「ロールプレイ」という。)を実施する。 1回3分×2人実施⇒グループ内で振り返り10分⇒反省を踏まえて他のグループと実施5分⇒他のグループと意見交換5分。
15:20 ～15:50	30	演習② 「アセスメント」	本人役・相談員役・観察者を決めて、入院して3日目の場でアセスメント面接のロールプレイを実施する。 1回5分⇒グループ内で振り返り10分⇒反省を踏まえて他のグループと実施10分⇒他のグループと意見交換5分。
15:50 ～16:10	20	休 憩	
16:10 ～16:45	35	演習③ 「退院支援委員会」	2つのグループを1つにまとめて実施。 はじめに「好ましくない例」をロールプレイで提示する。(10分) 6人のグループで改善すべき点を話し合う。(15分) グループ内で本人・退院後生活環境相談員・主治医・担当看護師・地域援助事業者・観察者を決めて改善すべき点を踏まえた退院支援委員会のロールプレイを実施する。(10分)
16:45 ～17:00	15	演習④ 「研修の振り返り」	そのままのグループで退院後生活環境相談員として大事にすることについて意見交換する。

退院後生活環境相談員養成研修(演習)			
時 間	区 分	内 容	
14:30 ～14:40	10	オリエンテーション	演習の狙いと進め方について説明 3人1組でグループを作る
進め方			
【演習の狙いを説明する】			
①講義を踏まえ退院後生活環境相談員として医療保護入院者の権利を擁護できるようになる。			
②入院時告知場面、アセスメント場面、医療保護入院者退院支援委員会を模擬的に体験することにより現場実践のイメージを持つことができる。			
③その他、退院後生活環境相談員として現場実践で大事にすべきことが確認できる。			
【演習の流れを説明する】			
・席が近くの者同士で3人1グループを作るようにアナウンス。			
・自己紹介程度のアイスブレイクをした後に「入院時告知の場面」「アセスメントの場面」「医療保護入院退院支援委員会の場面」を想定しロールプレイを行っていくことをアナウンス。			
・最後にグループ毎に全体の振り返りを実施して17:00に終了することをアナウンス。			

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
14:40 ～14:50	10 アイスブレイク	自己紹介(1人＝1分強) 印象に残った講義(5～6分)
進め方		
3人1組のグループでお互いに自己紹介を行う。 ①氏名、所属に加えてアイスブレイクを入れる。 アイスブレイクの例)「この1週間でよかった出来事」 「実は私〇〇なんです」(他者が知らない自分の一面を紹介する) ②残りの時間(5～6分)で印象に残った講義の内容や感想等自由に述べ合い、要旨を別紙1にまとめる。		

別紙1 【アイスブレイク&研修の振り返りシート】

10:40～10:50 アイスブレイクの記録

16:45～17:00 演習④ 研修の振り返りの記録

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
14:50 ～15:20	30 演習① 「入院時告知」	本人役・相談員役・観察者を決めて、医療保護入院後に退院後生活環境相談員が本人の権利について告知をする場面のロールプレイを実施する。 1回5分×2人実施⇒グループ内で振り返り10分⇒反省を踏まえて他のグループと実施5分⇒他のグループと意見交換5分。

進め方

【準備するもの】

入院のお知らせ、医療保護入院リーフレット、退院後生活環境相談員の選任と役割のご紹介

【流れ】

自己紹介を行ったグループで実施します。「本人役」「相談員役」「観察者」を決めます。

椅子を2つ用意し本人役と相談員役の位置を決めます。

テキストの事例を使用し、平成26年9月1日に市長同意で入院した入院した星野一郎さんの病室(保護室)へ行き、初めてお会いする場面とします。

本人は保健所に勧められたとおりに病院に来たら予期せぬ入院になって戸惑っています。とても説明を聞く態度はとれず、保健所にも病院にも不満と不信感でいっぱいです。説明を受けても、聞いているそぶりは見られません。この先どうなるのだろう、何も悪いことをしていないのになぜこんなひどい目に会うんだろうという気持ちです。退院後生活環境相談員役は本人役に入院時に説明すべきご本人の権利について、必要な事項をお伝えしてください。

14:50～15:00・・・1回5分×2人が退院後環境相談員役を実施してください。

15:00～15:10・・・グループ内でどのようなことに配慮したり、伝え方を工夫するといったか検討してください。

15:10～15:15・・・前段の検討を踏まえて、他のグループと1回ずつ実施してみます。

15:15～15:20・・・他のグループともう一度告知時に配慮すべきこと、工夫すべきことを話し合います。

別紙2 【演習①②③の振り返りシート】

演習① 告知場面	(配慮すべきこと、工夫すべきこと)
演習② アセスメント 場面	(面接者の良かった点、改善や工夫が必要なこと、本人役の気持ち)
演習③ 退院支援 委員会 場面	(好ましくない点➡改善方法)

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
15:20 ～15:50	30 演習② 「アセスメント」	本人役・相談員役・観察者を決めて、入院して3日目の場面でアセスメント面接のロールプレイを実施する。 1回5分➡グループ内で振り返り10分➡反省を踏まえて他のグループと実施10分➡他のグループと振り返り10分。

進め方

【準備するもの】テキスト

【流れ】

自己紹介を行ったグループで実施します。「本人役」「相談員役」「観察者」を決めます。

椅子を2つ用意し本人役と相談員役の位置を決めます。

テキストの事例を使用し、入院から3日目の場面とします。

退院後生活環境相談員が保健所から事前に聴取している情報は以下の通りです。

退院後生活環境相談員は5分間のアセスメント面接を行ってください。

星野さんは10年前(38歳)にお父さんが亡くなってからお母さんと二人で暮らしていた。地元の高校を卒業した後、左官屋に5年ほど勤務していたことがあったようだが、20代半ば頃からは自営に切り替えて下請け仕事をしていた。仕事の依頼が少なくお父さんの遺産とお母さんの年金で生活してきた。結婚したことはなく独身で、兄弟も親しい親戚もない。平成25年に入ってから、電波に関する相談を毎週のように警察にできるようになり、自宅前に電波被害に関する立て看板を立てたり、有刺鉄線で家を囲むようになった。また、電波被害のせいなのか眠れなかったり、急に痩せが目立ってきたので3か月前から保健所に相談するように警察がすすめていた。そんな大変な時にお母さんが急死。それからというもの、電波の攻撃は以前にもまして強くなり、眠れない日が続き、食欲もなくなっていた。ある日、民生委員さんや警察官から、保健所に相談するよういつも以上にすすめられ、仕方なく保健所を訪れた結果、受診することに至った。手持ちのお金がほとんどないので生活保護の申請を進めることになっている。

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
15:20 ～15:50	30 演習② 「アセスメント」	本人役・相談員役・観察者を決めて、入院して3日目の場面でアセスメント面接のロールプレイを実施する。 1回5分➡グループ内で振り返り10分➡反省を踏まえて他のグループと実施10分➡他のグループと振り返り10分。

進め方(つづき)

【流れ】

面接終了後、観察者を含め良かったこと、改善や工夫をすべきこと、ご本人がどのような気持ちを持ったかを10分で振り返ってください。

意見交換を踏まえて、他のグループと10分(2回実施)ロールプレイをします。

終了後、そのグループ内でもう一度10分間、振り返りをします。

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
16:10 ～16:45	35 演習③ 「退院支援委員会」	2つのグループを1つにまとめて実施。 はじめに「好ましくない例」をロールプレイで提示する。(10分) 6人のグループで改善すべき点を話し合う。(15分) グループ内で本人・退院後生活環境相談員・主治医・担当看護師・地域援助事業者・観察者を決めて改善すべき点を踏まえた退院支援委員会のロールプレイを実施する。(10分)

進め方

医療保護入院者退院支援委員会の好ましくない例を10分提示する。

(例)

相談員:これから星野一郎さんの医療保護入院者退院支援委員会を始めます。私は退院後生活環境相談員の川田です。よろしくお願いします。この委員会は星野さんの入院がどれだけの期間必要なのかを検討するために皆さんから意見を頂き、入院期間を決めたいと思っています。初めにこれまでの経過を主治医の先生から報告して頂けますか？

医 師:星野さんは診察も服薬も確実にやってきたので3か月間で随分元気になってきました。これからは内服を続けることで症状の辛さを軽減できると思います。入院が長引くことで生活力が低下しては意味がないと思うので、外泊や片付けなど星野さんの希望を取り入れながら病気との付き合い方を学んだり、生活環境を整えて安心して退院してほしいと思います。

星 野:僕は早く退院したいだけです。ここは牢屋と一緒に一日も早く出たいんです。僕には帰る家があるので帰してください。僕は仕事をしなければならない。

相談員:担当の看護師さんは星野さんの今の言葉をどう思いますか？治療が終わらないうちは退院なんてとんでもないですよ。

看護師:星野さんの退院したい気持ちはよく分かります。私も一日も早く退院してほしいと思います。病棟の疾病教育にも参加して一生懸命治療に取り組んできた姿も見えています。最近では私たちに少しずつ頼ってくれるようになってきました。これからは外出や外泊をして周囲の協力を得ながら片付けをし、入院前の辛い症状が同じように続くのか？少し改善しているのかを星野さん自身にも感じてもらうことが大事だと思っています。

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

進め方(つづき)

相談員:それでは医師も看護師も、もう少し環境を整えてから退院する必要があるということですから、入院の必要性があるということで皆さんよろしいでしょうか。

(一同無反応)

作業療法士:星野さんの退院を見据えて、病状に合わせながら星野さんの得意とする日曜大工的作業を取り入れてきました。集中して作業に取り組んでいる時は電波の被害が少ないことも少しずつ実感できているようです。私もお手伝いしますし、地域援助事業者の皆さんも手伝ってくれると思うので、星野さんを含めたチームで退院の準備をしていきませんか。

星 野:サービスを使って退院がのびるのは嫌です。

地域援助事業者:私たちも自宅への退院に向けてお手伝いします。地域移行支援サービスが利用できると思います。外出や見学に同伴できるほか、星野さんに必要なサービスを提案させていただきたいと思います。

相談員:それでは星野さんは地域移行支援を利用することにしましょう。このサービスは6か月毎のモニタリングでしたから、更に必要な入院期間は6か月でいいですね。今日はお忙しいところお集まり頂きましてありがとうございました。

受講生は上記の好ましくないロールプレイを観察し、改善すべき点を把握する。

退院後生活環境相談員養成研修(演習)

時 間	区 分	内 容
16:45 ～17:00	15 演習④ 「研修の振り返り」	そのままのグループで退院後生活環境相談員として大事にすることについて意見交換する。
進め方		
別紙1を使って、研修の総括をグループ毎に実施する。		
退院後生活環境相談員として、明日から特に大事にしていきたいことを中心に話し合いを行う。		

平成 26 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修
テキスト執筆者(五十音順)

執筆者	所属
東 美 奈 子	一般社団法人日本精神科看護協会 理事
岩 上 洋 一	特定非営利活動法人じりつ 代表理事
岡 部 正 文	一般社団法人ソラティオ 代表理事
荻 原 喜 茂	一般社団法人日本作業療法士協会 副会長・事務局長
春 日 里 江	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課 精神保健担当係長
川 副 泰 成	地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立精神医療センター 院長 (公益社団法人 全国自治体病院協議会 精神科特別部会 医療情報委員長)
櫻 木 章 司	医療法人桜樹会 桜木病院 理事長・院長 (公益社団法人 日本精神科病院協会 政策委員会 委員長)
白 石 弘 巳	東洋大学ライフデザイン学部 教授
水 野 拓 二	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 業務執行理事・常任理事
山之内 芳雄	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 室長