

精神保健福祉士のための
社会的入院解消に向けた
働きかけガイドライン
(ver. 1)

相談支援ハンドブック
(ver. 1.3)

【作成】



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン

1. はじめに

2 「地域移行支援・地域定着支援」とは？

- 1) 地域移行支援・地域定着支援の歴史の理解
- 2) 平成 23 年度までの地域移行支援事業（旧退院促進支援事業）
- 3) 平成 24 年度からの地域移行支援・地域定着支援の個別給付化について

3. 実践から知る働きかけの「ヒント」

- 1) 市町村からの働きかけ実践例
- 2) 病院グループ活動を活用した働きかけの実践例

コラム★ AさんとBさんのこと

コラム★ 「本人の考え方を代弁する」への地域におけるPSWの役割

4. 病院精神保健福祉士（PSW）はどのように動くか

- 1) 地域移行支援・地域定着支援の進め方

コラム★ 会いに出向き、声をかけ、思いを聴きましょう

- 2) 病院精神保健福祉士（PSW）の歩み方

コラム★ 改正精神保健福祉法における病院PSWの役割「これからの病院PSWって!？」

コラム★ 改正法施行を前に今思うこと

- 3) 個別支援ガイドライン
- 4) 各種ツール（クリティカルパス、各種様式など）
- 5) 地域相談支援の周知・啓発用資料例（参考）

和歌山県ポスター、埼玉県幸手保健所リーフレット、新潟県作成病院看護師向け説明

5. おわりに

6. 資料（精神保健福祉法一部改正内容に関連して）

※本書では「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律の一部を改正する法律」については「改正精神保健福祉法」とし、「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」については「障害者総合支援法」と全て略称表記しています。

また、「精神保健福祉士」をこのガイドラインでは「PSW」と略称表記しています。

1. はじめに

60才代前半の男性が入退院を繰り返し、通算30年の入院になってしまいました。

ある夏の暑い日に父親が亡くなったあと、1週間ほどして彼と話していたところ、「退院したい」との思いを話してくれました。それまで彼はその言葉を出したことはなく、心の奥底にしまっていたようです。彼と主治医と私で自宅を見に行き、帰りに主治医の提案で、喫茶店で宇治金時を食べ、高台から街の風景を見渡しました。その時の光景は十数年も経った今でも昨日の事のように思い出されます。

現在のようにいろいろなサポート体制はありませんでしたが、父親が残してくれた家と彼の退院したい気持ちと様々な人とが繋がっていき退院されました。その後、私は訪問したり外来で顔を合わせたりしましたし、関係者が彼の築50年の家に集まりケア会議を行ったりしました。病院では見ることがなかった笑顔や、生活を楽しみ自分のペースで生活している彼を見続けることで、私は退院して良かったという感覚とその人らしい生活を送ることの意味を知る機会となりました。

後に言葉を知りましたが、まさしく彼は「社会的入院」中であつたのです。私は働きかけをしていたわけではなく、彼を取りまく環境の変化から、自発的に「退院したい」と奥底に秘めた気持ちを表わしてくれ、その実現のお手伝いを少しだけできたのだと思います。PSWとしては未熟で右や左もわからない若造を相手にしてくれたことに感謝でいっぱいです。

今もなお、彼のように「退院したい」気持ちを奥底に秘めている方が精神科病院にはいらっしゃると思います。いつから諦めてしまったのか、諦めないと日々を過ごしてられない気持ちは想像を絶します。

今期の地域移行推進委員会では、社会的入院の解消に向けて、入院患者さんに退院についての情報を届けることが最優先課題であると確認していました。そのためには病院に勤務している精神保健福祉士から入院患者さんに情報をしっかり伝えてもらう必要があると考えました。病院に勤務する精神保健福祉士の現状は、新任者が入職しても、同じ職場内に退院支援の方法を教えもらえる先輩が存在していなかったり、退院支援や地域援助事業者との連携業務に積極的に動くことができずにいる精神保健福祉士がいたり、働きかけの方法が分からないという精神保健福祉士がいることが分かりました。そこで、病院に勤務する精神保健福祉士に実践例や働きかけのヒントの情報、地域相談支援の情報を届けることで、より多くの入院患者さんに情報が届きやすくなるのではないかと考え、本ガイドラインの作成にいたりしました。

今なお、精神科病院には入院治療は必要ないが、さまざまな理由で退院できずに、退院を諦めている方々がいらっしゃいます。その方々のためにもぜひこのガイドラインを一読して頂き、ヒントや情報をご利用ください。私たち精神保健福祉士は、「必ずいつかは現状を変える、変えられる、実現できる、諦めない、全力で取り組む」を合言葉にして臨む者でありたいと思います。

澤野 文彦

2. 「地域移行支援・地域定着支援」とは？

1) 地域移行支援・地域定着支援の歴史の理解

本節では、まずなぜ精神科病院における社会的入院者への退院支援が制度化されたのか、どのような意味がこの制度に託されているのかを理解していただきたいと思います。

「入院生活が当たり前ではなく、地域社会で暮らすことが普通の姿であり、入院が必要なほど病状が悪い時には入院治療し、良くなれば退院して地域での生活に戻る」が前提です。しかし病状が安定しても、入院が長期化したことで、病棟の流れに沿った生活となり、地域社会から隔絶されて元の生活に戻るのが難しくなってしまった方々が精神科病院には多数いらっしゃいます。

確かに、一部の医療機関や地域ではそうした社会的入院者への退院支援が熱心に行われてきた一方で、精神科病院での長期の「生活」を余儀なくされてきた方々も多くおられました。

以前の政策・制度の中では福祉サービスは乏しく、予算も明確にはありませんでした。そのような中、大阪府で課題化され平成12年度より大阪府独自事業として実施され、平成15年度からは国のモデル事業に、平成18年度には障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業として位置づけられ全国展開を始めたのが、退院促進支援事業です。

退院促進支援事業の特徴は、「社会的入院は人権侵害」を理念に掲げ「精神科病院も地域社会も努力はしているが精神保健福祉政策のあり方に問題がある為、行政機関が中心となって解消する」姿勢です。具体的には、行政機関が中心的に仕組みを作り、病院は退院支援の為に仕組みを、地域社会は迎えに行く仕組みをと、全体で協働しながら社会的入院者が退院し地域で生活していけるようにすることを使命としています。受け皿整備や退院に向けた支援体制づくりを通して「地域づくり」を行うことが大きな目標にもなっていたのです。

精神障害者地域移行支援退院(促進支援)事業の歴史	
平成9年	大阪府知事の諮問 大和川病院事件の表面化
平成11年3月	大阪府精神保健福祉審議会の答申※
平成12年	大阪府で社会的入院解消研究事業(モデル事業)
平成14年12月	精神保健福祉対策本部を厚生労働省に設置
平成15年	精神障害者退院促進支援事業として 国が事業化(精神保健福祉法)
平成16年9月	精神保健医療福祉の改革ビジョンを公表
平成18年	障害者自立支援法における都道府県地域 生活支援事業としての位置づけに変更
平成20年	精神障害者地域移行特別対策事業(約17億) (国2分の1負担補助金)
平成21年	障害者地域移行支援特別対策事業
平成22年	精神障害者地域移行・地域定着支援事業 予算案: 1,670,446千円、補助率1/2 実施主体: 都道府県、指定都市
平成24年	体制整備を精神障害者地域移行・地域定着支援事 業で行い、個別支援を地域相談支援(個別給付) 予算案: 3.3億円

※大阪府地方精神保健福祉審議会答申
(平成11年3月)
「大阪府障害福祉圏域における精神障害者の生活
支援施策の方向性とシステムづくりについて」

「社会的入院」は「人権侵害」であること、「社会的入院は精神科病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因」と指摘した。

また、意見具申の中に「入院中の患者の権利に関する宣言」(10カ条)を作成した。

社会的入院は精神障害者に対する人権侵害であり、今日までの施策の在り方に起因するものである。社会的入院を解消する方法として必要なもの

- ①個別の支援計画
- ②外出・外泊の試験実施
- ③関係の連携のための組織・基盤づくり

↓

★社会的入院者を地域に取り戻す取り組み

↓

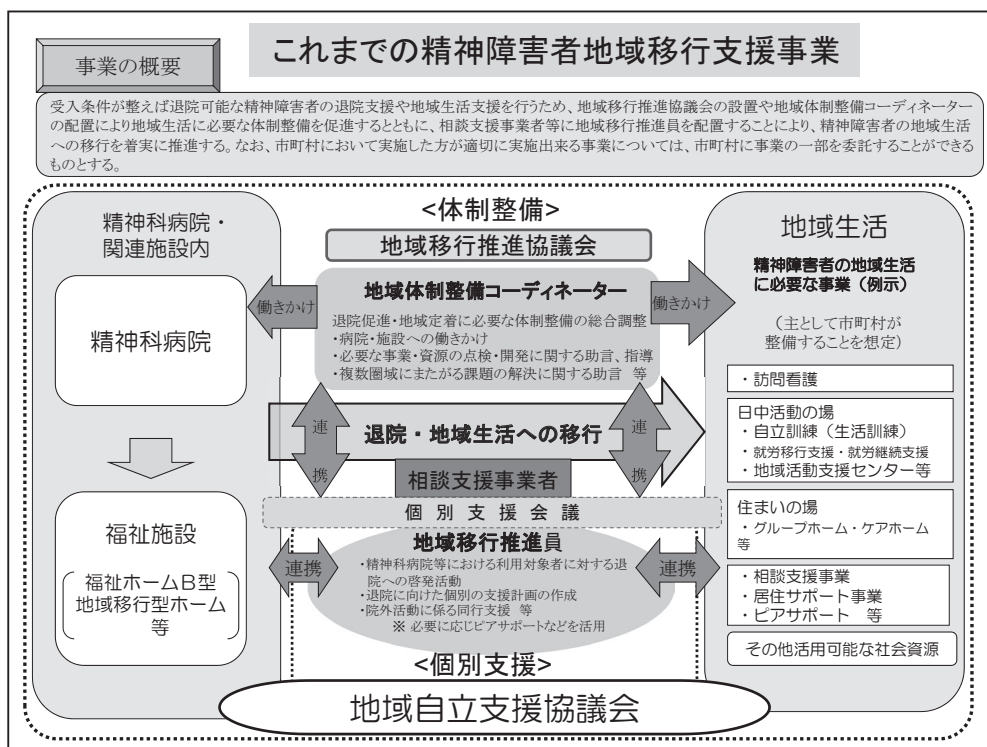
★大阪府がモデル的退院促進事業を創設

2) 平成23年度までの地域移行支援事業※（旧退院促進支援事業）

「地域移行支援事業」は、平成24年度から障害者自立支援法の「地域相談支援」として位置付けられ、補助金事業ではなく障害福祉サービスの一つとなりました。本節では、それまでの「地域移行支援事業」について説明し振り返ります。（※平成15年度の「精神障害者退院促進支援事業」以降、平成20年、平成22年と事業名が変わっていますがそれらを全て「地域移行支援事業」として表記します。）

(1) 地域移行支援事業の体制について

国の事業として行われた「地域移行支援事業」では、各都道府県担当部局が各圏域へのコーディネーター（事務局）配置や機能を当該圏域内の相談支援事業所に委託しました。委託を受けたコーディネーターが中心となり地域移行支援事業協議会を設立・運営し、定期的に各圏域担当者が集まり状況を確認し情報共有を図っていました。



(出典：厚生労働省資料より)

(2) 各機関の役割について

都道府県担当部局より事務局業務の委託を受けたコーディネーター（相談支援事業所担当者）が中心となって、圏域内の関係機関担当者が主となった構成員を招集し年に3回程度「地域移行支援事業協議会」（以下、協議会、とする）を開催しました。協議会では新規事業利用者の状況説明、開始の承認、支援の進捗状況の報告を受け、出席者でそのイメージを共有することを目的としました。それらを通して改めて地域の社会資源の把握、課題の抽出等をすると共に、各関係機関の役割・業務を理解し、その他の対象者の支援にも生かすことを目的としました。

ある都道府県での各機関の役割を紹介します。利用者の選定や協議会での関係機関への説明、支援開始時の支援計画の作成等、まずは医療機関が起点となって支援開始となる仕組み上、導入

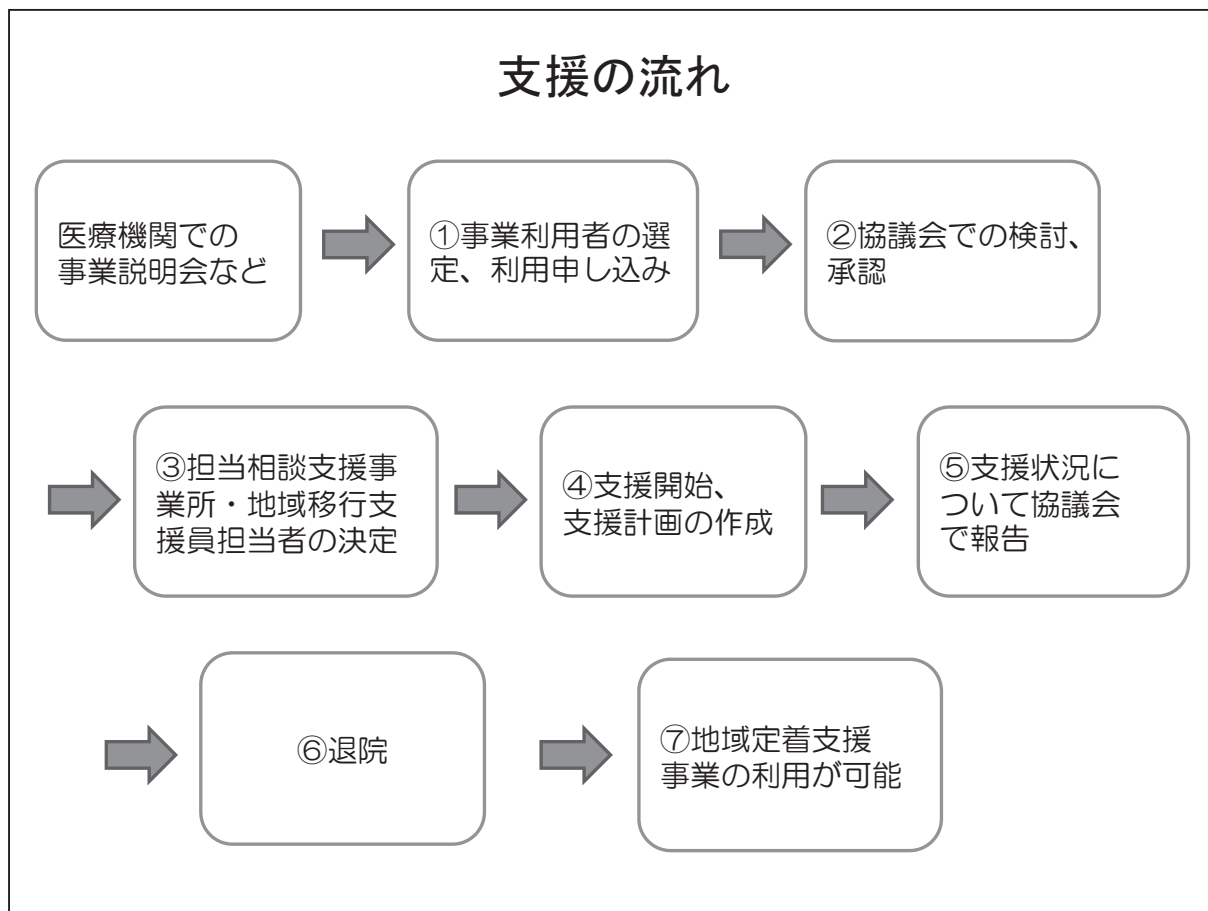
時の医療機関担当者の役割は大きくなりました。また、入院患者および病院スタッフに向けた事業説明会の普及啓発についても、医療機関の理解と協力は不可欠となりました。相談支援事業所は、支援が進む中で医療機関からそのマネジメント機能を中心とした役割を引き継いで退院までの支援を行い、その後の地域生活を支える地域定着支援につなげました。行政機関（市町村）はそれら関係機関のあいだをつなぐ重要な役割を持ち、保健所（都道府県）は事業実施主体とし、委託先であるコーディネーター等と協力して事業全体の運営に関わりました。コーディネーター（事務局）は事務手続きに関することも含めた事業全体の運営と、個別ケースの状況を把握し、必要に応じて関係機関担当者に対して助言を行い、調整を図りました。

協議会構成員
圏域内の医療機関、相談支援事業所、支援員、通所・入所の各事業所、県担当課、保健所、市町など
協議会の役割
<ul style="list-style-type: none"> ・新規の事業利用候補者の利用に関する承認及び助言 ・支援の進捗状況の把握及び事業効果の評価 ・地域における社会資源の把握、共有 ・個別の支援に関する報告から抽出される地域課題の共有 など
医療機関の役割
利用者の選定、協議会での説明、支援開始時に支援計画を作成し支援を継続
相談支援事業所の役割
マネジメント機能を医療機関より引き継ぎ支援計画を見直し支援を継続
行政機関（都道府県・市町村）の役割
医療機関と相談支援事業所をつなぐ役割
コーディネーター・事務局
協議会、研修会等の企画・運営、事務手続き、個別のケースの状況把握

（３）地域移行支援事業の流れ

医療機関からの候補者の状況説明を受け、協議会で事業利用を諮り、承認を得ることから支援開始となります。その前段として、医療機関内で行う事業説明会がきっかけとなって利用に至ることは多く、その位置づけは重要でした。また、その説明会の中で果たすピアサポーター（当事者）の役割は大きかったといえます。自身の入院から退院に至る現在までの経験談は、直接入院患者に響き、長期の入院生活ではなかなか設けることの出来ない今後の自身の生活について患者が自ら考える貴重な機会となりました。承認を得た後、協議会の中で相談支援事業所および地域移行支援員等の担当機関（者）が決定されます。以降は、具体的な支援を担当者が開始することとなります。まずは、退院に向けた支援計画を医療機関と相談支援事業所が中心となって本人の意向を確認しながら作成し、状況の変化に合わせてケア会議を調整、開催しました。途中で支援の進捗状況を協議会で報告し、構成員で共有し必要に応じて助言等を求めました。退院に至った

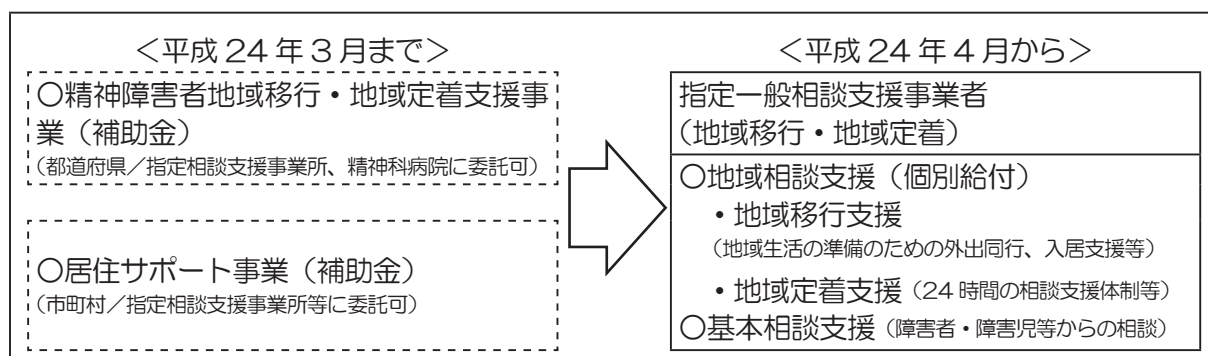
後は、相談支援事業所と市町村担当者等が「地域定着支援」として継続して関わりました。
 以下が、支援の流れを図式化したものです。



3) 平成 24 年度～地域移行支援・地域定着支援の個別給付化について

(1) 個別給付化とは？

平成 24 年 4 月から、国の補助事業の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と「居住サポート事業」は、障害者自立支援法（現在、障害者総合支援法）による個別給付事業に再編され、「地域相談支援」という障害福祉サービスの一つになりました。



精神科病院からの退院に向けた支援等が「障害福祉サービスの一つになった」ということは、社会的入院や長期入院の方への地域移行や地域定着の支援を進める上で、次のような良い点や変

化を期待できると思われれます。

＜良い点・期待される変化＞

- ・入院中の精神障害者が利用できるはじめての障害福祉サービスができた
- ・精神障害者の支援に関わる相談支援事業所が増える
- ・市町村が精神科病院の入院患者の状況を把握でき、地域の体制整備を進めやすくなる
- ・入院中から地域の支援者が関わることができ、退院後の生活支援がスムーズになる

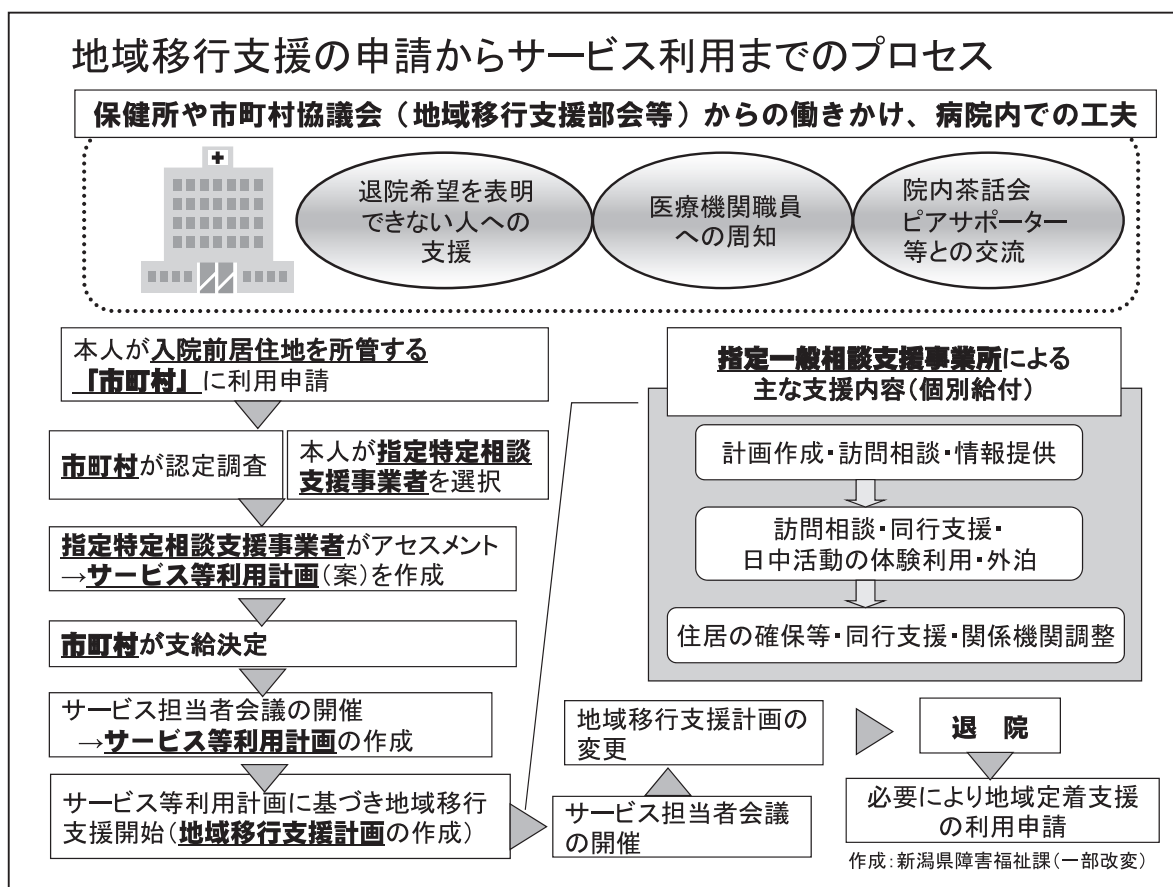
ただ、一方で少し心配な点もあります。

＜心配な点＞

- ・これらの福祉サービスができたことを精神科病院職員（PSW 等）は知っているのか？
- ・患者さんやご家族はこれらの支援についてきちんと説明を受けているのか？
- ・支援をしてくれる相談支援事業所は本当に増えているのか？
- ・個別給付化され義務的給付となったが、市町村で支給抑制が起きていないか？
- ・精神科病院と相談支援事業所はうまく連携できているのか？

個別給付化からまもなく2年が経過しますが、「地域移行支援」の支給決定はまだ少なく、地域間格差も生じています。なによりも、このようなサービスができ、利用する権利があることを知らない入院患者さんやご家族が実はまだたくさんいるのではないかと考えられます。

(2) 地域相談支援の支給決定プロセス



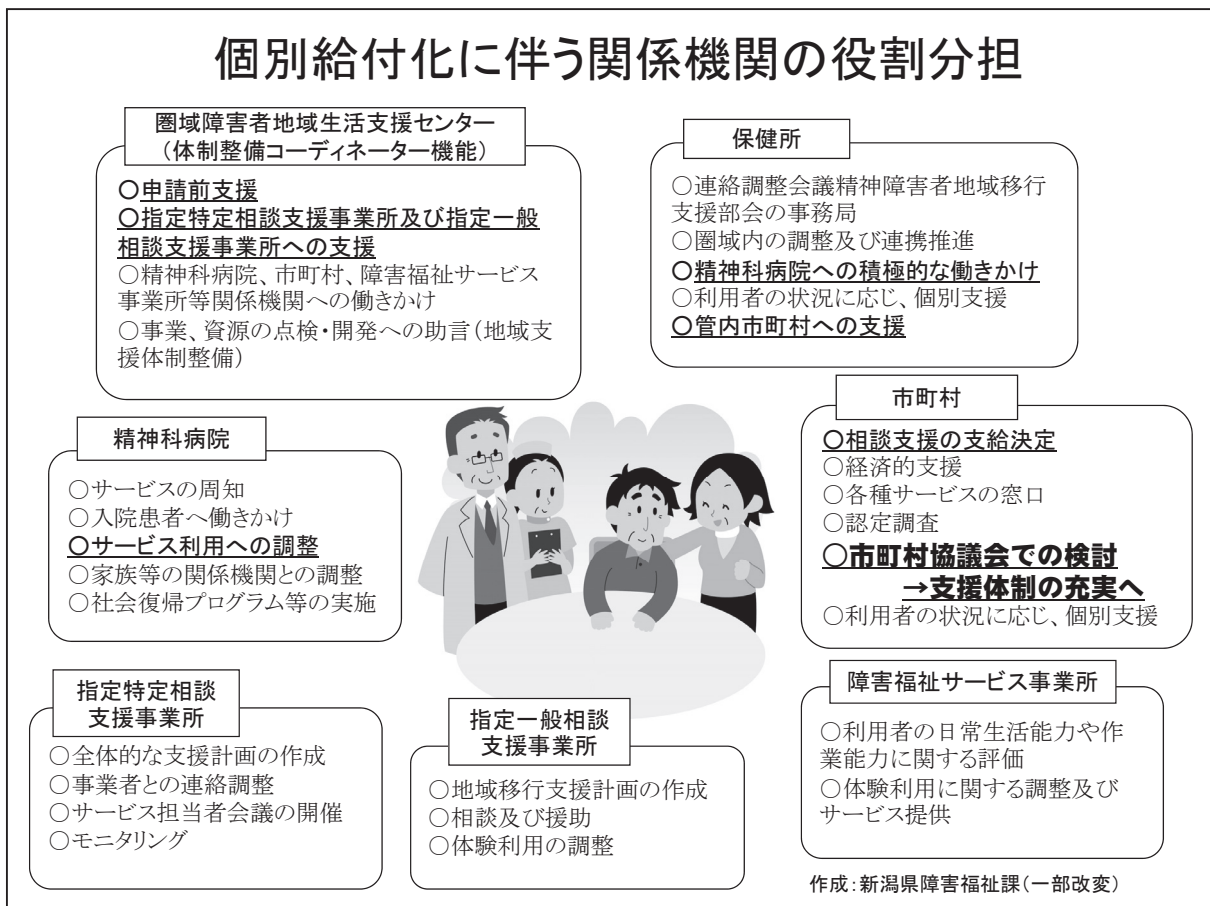
申請からサービス利用までのプロセスは次のとおりです。生活全般を踏まえた「サービス等利用計画」を作成する「指定特定相談支援事業所」や「支給決定」を行う「市町村」、退院に向けた「個別支援」を行う「指定一般相談支援事業所」など地域のさまざまな保健福祉機関が入院中からかかわっていくこととなります。→後半の相談支援ハンドブックをご参照ください。

(3) 役割分担の変化

以下の図は、平成 24 年度に新潟県で作成された関係機関の役割分担の整理です。このように平成 24 年度から、退院支援に関わる地域の保健福祉機関が広がり、役割分担は変化しています。

都道府県や地域により各機関の関係性や役割については異なる部分があると思いますが、個別給付化されたことにより、これまで関わりが少なかった市町村や相談支援事業所など地域の保健福祉機関が精神科病院と連携して地域移行への支援を行うこととなった点は全国共通です。そして、今後、精神障害や精神疾患があっても安心して暮らせる地域づくりを考えると、市町村協議会（自立支援協議会地域移行支援部会など）との連携やその活用が重要です。市町村協議会で関係者が課題を共有すること、そして明らかとなった課題や様々な工夫、アイデアを積み上げ、地域の支援体制の充実に向け具体的に活かしていくことが大切です。

私たち PSW は、それぞれが所属する機関の立場で市町村協議会に関与し（病院から情報を提供する、委員として参画する、活動に協力するなど）、日々の業務から得た情報とソーシャルワークやコミュニティーワークという専門性を地域づくりに活かすことができる筈です。



※下線の力所が平成 24 年度から新たに加わるなどした役割です。

3. 実践から知る働きかけの「ヒント」

1) 市町村からの働きかけ実践例

市自立支援協議会が部会委員による入院患者への「訪問面接」を行うこととし、長期社会的入院者の現状把握と病院への働きかけを市として取り組んだ事例

(1) 取り組みの特徴と背景

平成24年4月からの市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会（以下、「市部会」という。）の運営開始にあたり、市部会事務局（構成機関：市障害福祉主管課・自立支援協議会幹事会・保健所）が、「制度利用に結びつくための周知をどうするか」、「地域が入院患者さんにどう関わりを持っていくか」を議論しました。

議論の結果として出てきた「訪問面接」のアイデアを市部会で取り組むことになりました。

市部会内にプロジェクトチームを立ち上げ対象病院の看護師、PSW、管理職等の多職種から参画してもらい具体的な訪問面接の方法を検討しました。訪問は市部会及び自立支援協議会幹事会構成機関の職員2名一組のペアとし、これまで精神科病院にほとんど入ったことのない知的障害者対象の事業所や他病院のPSWなどにも入院患者さんとの面接に携わってもらいました。

市のある当該都道府県は、平成12年度から退院促進支援事業に取り組み、精神科病院と地域の連携を進めてきた積み重ねを長く有する地域です。また、平成24年度から地域相談支援が個別給付化されることを受け、当該都道府県では平成23年度末で退院促進支援事業の一部を終了し、平成24年度から、地域移行支援の主体は市町村、都道府県は関係職員の人材養成を行うこととして役割整理を行っています。さらに、当該市のある地域では、平成22年度から市と保健所がこれまで別々に開催していた会議を統合し、保健所の退院促進のノウハウの引継ぎ、市と病院の関係の深化を行ってきました。

そうした当該都道府県の明確な役割移行と、長年の取組で培われた病院と地域との関係性、そして2年間におよぶ保健所から市への移行準備があり実現できた取り組みといえます。

(2) 地域の概略

① 精神科医療機関の状況

精神科病院 3箇所、精神科診療所 9箇所

② 主に精神障害者が利用できる障害福祉サービス等

- ・相談支援事業所（特定相談支援：2箇所、一般相談支援：2箇所）
- ・就労関係事業所（移行支援：2箇所、継続支援B型：7箇所）
- ・自立訓練（生活訓練）事業所：1箇所
- ・グループホーム、ケアホーム：9箇所
- ・地域活動支援センターⅠ型：2箇所
- ・地域活動支援センターⅡ型：1箇所

③ 地域の特徴（医療と地域の関係）

当該市は人口約 40 万人です。「精神衛生都市宣言」をしており、地域精神保健福祉活動に理解がある市です。

また、精神科病院は病院周辺へのアパート退院等に先駆的に取り組んでおり、病院の関係法人運営による障害福祉サービス事業所を持っていないことから、以前から病院と地域の事業所が連携している精神科病院と行政、事業所のつながりが強い地域です。

④ 市の地域移行・地域定着支援の取り組み体制

市部会の構成機関：自立支援協議会幹事会、相談支援事業所、市障害福祉主管課、保健所、管内精神科病院、精神科診療所、高齢包括連絡会、市生活保護主管課

開催回数：年 6 回

地域体制整備コーディネーターの配置：有（市部会長）

（3） 取り組みの経過（それぞれの時期の各機関の動き・役割）

平成 22 年度に、それまで別々に開催されていた市の地域移行ワーキングチームと保健所の退院促進会議を一緒に開催することとなり「ネットワーク会議」が設立されました。その場が保健所の退院促進のノウハウを市に引継ぎ、病院と市との関係を深めることに繋がりました。

平成 23 年度末の当該都道府県による地域移行支援の主体に関する役割整理を受け、平成 24 年 4 月からネットワーク会議は市の自立支援協議会の「精神障害者地域生活支援部会」として運営開始となりました。

市部会事務局（構成機関：市障害福祉主管課・自立支援協議会幹事会・保健所）では、ネットワーク会議で懸案になっていた「地域が入院患者さんにどのようにかわりを持っていくか」について、「訪問面接」のアイデアを元に話し合いを進めました。

話し合いの結果、訪問面接の目的を、①病院への働きかけの流れを作る、②社会的入院者の退院阻害要因と地域課題の把握に繋げる方策を検討する、こととして 5 月に市部会の承認を得るとともに、部会内にプロジェクトチームを組織し中身の検討を進めました。

そして、面接対象者は第 3 期障害福祉計画の着眼ポイントを踏まえ、入院期間が 1 年前後となる方と、入院期間が 5 年以上 65 歳以上の長期高齢入院患者とし、630 調査を踏まえ、基準日を 6 月 30 日としました。

プロジェクトチームには、受け入れ病院の多職種（看護師、PSW、管理職等）から参画してもらい具体的な方法を検討しました。保健所や精神保健福祉センターは訪問面接の調査票や面接の心得の作成を担当、市は部会委員の派遣依頼、面接担当者への研修の実施、調査票の取りまとめを行なうこととし、各機関が持つ情報や機能を活かす役割分担を行なっています。

<各時期の各機関の役割表>

時期	内容	病院	市	自立支援協議会部会事務局	都道府県
H 21 年度 まで	市と保健所で別々に同テーマの会議を開催	市と保健所の会議に参加	地域移行ワーキング		退院促進会議（保健所）
H 22 年度 ～ H 23 年度	ネットワーク会議を設立	会議に参加 市との関係づくり	会議を運営 病院との関係づくり	会議に参加 （会議体の事務局として機能開始）	会議を運営 ノウハウ引き継ぐ
H 24 年 4 月	市自立支援協議会精神障害者地域支援部会が独立（地域が入院患者にどう関わりを持つか）	参画	部会運営 面接実施の話し合い	訪問面接のアイデアを議論・検討	参画・支援 面接実施の話し合い
H 24 年 5 月	訪問面接の実施が部会で承認されるプロジェクトチームを組織し、具体的な検討を行う	部会の要請を受ける 多職種でプロジェクトチームに参画	部会が病院に協力要請 プロジェクトチーム組織 委員への協力依頼、面接者研修、派遣依頼、調査票取りまとめと保管	プロジェクトチーム参画	プロジェクトチーム参画（保健所、精神保健センター） 調査票、面接の心得等を作成
24 年夏から 秋	訪問面接調査の実施（部会委員 2 名一組での訪問面接）	訪問面接	調査取りまとめ 訪問面接	訪問面接	訪問面接

（４）「訪問面接」を行うこととなったきっかけ・成功のポイント

<きっかけ>

平成 23 年度末での当該都道府県における退院促進支援事業の一部個別給付化と地域移行支援に関する役割整理を受け、市が自立支援協議会内に精神障害者地域生活支援部会を設置することとなり、市・幹事会・保健所が事務局を担当しました。その中での話し合いから、個別給付制度利用の流れや周知が必要であること、そのためには病院に働きかけの流れをつくるとともに、市として社会的入院者の退院阻害要因と地域の課題を把握していこうと考えました。

<成功のポイント>

病院から訪問面接の実施について、「入院という治療過程に外部（非医療従事者）からの刺激による影響が予測できない」という意見もありました。しかし、そうした中、2 病院の了解が得られ「訪問面接」が実施してきたのは、以下のポイントがあったからだと思います。

- ① 市と保健所の会議を統合することによって、保健所から市へ退院支援のノウハウを引継ぎ病院と市との関係を少しずつ深める場を持っていたこと
- ② 具体的な訪問面接の方法の検討の場に、受入れ病院の多職種スタッフが参画したこと
- ③ 入院患者さんに地域が関わりを持つための方策として出された「訪問面接」というアイデアを、市自立支援協議会として取り組む形としたこと
- ④ 地域と病院が長期入院患者さんを顔の見える形で共有できたこと
- ⑤ 面接の実施にあたって各機関の持つ機能を活かしたこと

(5) 今後の展開

その後、今回の訪問面接に関しては、今後面接に従事した部会委員で評価すると共に、市では訪問面接を今回限りの取り組みとせず、継続して取り組む事業にできるようプロジェクトチームを中心として実施内容を検討しました。

また、平成 25 年度については、管内全ての精神科病院 3 病院より同意を得て参加してもらうことが出来ました。さらに、これまでの対象者である、入院期間が 1 年前後となる方への面接を継続することに加えて、面接対象者を入院期間が 5 年以上 65 歳以上の長期高齢入院患者へと広げ、新たな面接対象者に向けたアプローチも検討し、面接を実施することとしています。

(6) この取り組みの担当者から一言(感想、コメント):市担当者

今回の訪問面接を通して、地域側の人間が入院中の方への関わりをもつという試みを行ったことは、多くの事を感じ学ぶ大変良い機会に恵まれたと思っています。

これまでは医療機関側より要請があってから退院支援のスタートを切るという、医療機関側からの発信で行っていたと思うのですが、今回は対象者の選定は医療機関で行っていただいたものの、その方々と面談をさせていただき、そこから退院への道筋を創っていくという「地域からドアをノックする」という過程から進められました。

実際に、今までと違う経過で行われた今回の訪問面接の結果を見ると、色々な意味で驚きの結果が導きだされていた様子が多く見られました。

これは、医療機関側の固定概念と地域側の固定概念がぶつかった結果、良い意味で化学反応を起こしたような結果になったのではないかと感じました。

恐らく、医療機関側としての「退院」と地域側の「退院」の見極めるポイントの違いだと思うのですが、この違いを埋めるという事は専門性やスタンスの違いもあり、難しいことだと思います。

しかし大切なのはこの違いを単に埋めるのではなく、違いを認識した上で、お互いの専門性を生かした援助を相談しながら確立できれば一番良いのではないかと考えます。

これは今までの経過もあり、すぐに出来る事ではないというのも承知の上ですが、今回の訪問面接の一連の流れにおいて、様々な立場の方が持つジレンマや悩みに直接関わらせて頂き、実際に感じた事でもあります。

この流れが、病院と地域の関わりについての仕組みの骨子の一つになることができれば、入院中の患者さんが地域で自分らしく、自分のペースで生活するという、当たり前生活を多くの方にしていただけるひとつのステップになるのではないかと考えています。

(7) 考察

この取り組みは、自立支援協議会部会からの働きかけの重要性を示しています。自立支援協議会部会の事業として位置づけることで、事業所、保健所、市各部署、関係機関が「病院に入院している患者」について考える機会を作ることが出来ています。

この取り組みは始まったばかりです。平成 24 年度の結果をみると、継続面接を希望された方が 7 名おられました。7 名のうち 3 名は面接継続中で、4 名の方は入院前住所が他市であった

ため入院前住所地の相談支援事業所へ紹介しています。また、平成 25 年度は継続面接を希望された方は、入院期間が 1 年前後の方については 13 名、入院期間が 5 年以上 65 歳以上の長期高齢入院患者の方については 3 名おられました。現在、プロジェクト会議にて検討中です。今後も取り組みを継続していくことで、「地域が入院患者さんにどのように関わりを持っていくか」の一つの答えが見えてくるのではないのでしょうか。

地域や行政で働く PSW のできることは、このような取り組みを推進していくことと言えるのではないのでしょうか。いろんな案の一つとしてこの取り組みが参考になるといいなあと思います。では、病院で働く PSW ができることとして、どんなことが考えられるのでしょうか？今回の取り組みでは受け入れ病院の多職種が部会のプロジェクトチームへ参画しています。このような取り組みを始める時に、地域との窓口になるのは病院の PSW ではないのでしょうか。これまで院内で行ってきた取り組みと地域からの取り組みをうまくつなげることを役割として求められているのかもしれない。

次ページ以降に、本取り組みで活用した様式を参考に掲載いたします。

圏域内精神科病院への訪問面接について (案)

趣旨

圏域内精神科病院に、おおむね1年以内入院中の方および同精神科病院に5年以上入院しておりなおかつ65歳以上の方に対し、医療機関の協力を受け、〇〇圏域の地域社会資源側より訪問を行い、対象者についての状況を把握する機会を設ける。

面接終了後、面接を行って得られた結果に関する検討を行い、入院期間が1年を超えることおよび5年以上入院している65歳以上の対象者を少なくするための取り組みに有効な要素を確認し、今後対象者が地域生活に円滑に移行していけるような方法を見出すことを目標とする。

対象

- ・ 毎年6月30日（630調査）現在で圏域内精神科病院における入院期間が約1年前後となる医療保護入院・任意入院中の人。
- ・ 毎年6月30日（630調査）現在で圏域内精神科病院における入院期間が5年以上でなおかつ65歳以上の医療保護入院・任意入院中の人。

方法 訪問面接

調査期間 : 平成24年8月上旬 ~ 平成24年9月末日（予定）

具体的な方法 : 対象者に対する聞き取り面接を数回実施。

①調査員（2人1組）ごとに面接対象者（複数になる可能性あり）を振り分ける。

②調査員は病院と連絡を取り、対象者の状態に合わせ、上記期間内に面接を行い、後述する具体的な聞き取り項目内容を聞き取る。

（回数については、対象者の状態により複数回になる可能性あり）

聞き取り実施者 : 部会構成機関より、調査に協力いただける部会員を派遣いただく。

聞き取り内容等 : 具体的な聞き取り項目を設定し、その内容について聞き取りを行う。

※項目については、現在検討を進めているところです。

調査後の方針 : 得られた聞き取り内容等をまとめ、上記対象者の地域移行に向けた必要な施策や支援等検討する基礎資料とする。

※なお、実施にあたり調査員研修を事前に行う予定をしております。調査員をお願いする方には、この研修に参加いただくこととなりますのでご了承下さい。

※詳細については、今後も事務局を中心に検討を重ねていく予定です。

訪問面接を受けていただく皆様へ

- (1) このたび、入院期間が ①1年前後 ②5年以上の入院で65歳以上 になっておられる方に、入院中の状況や今後の生活についての思い等を聞かせていただくために、地域から訪問し、面接を行なわせていただきます。
- (2) お聞かせいただいた内容は、今後、地域生活を実現していくための制度・施策を検討していくために活用します。
- (3) お聞かせいただいた個人情報は、外部に漏らすことはありません。また、面接の途中であっても、いつでも中止することはできます。
-

以上のことをご理解いただき、ご協力いただける場合は、以下にサインをお願いします。

〇〇市自立支援協議会
精神障害者地域生活支援部会
部会長 □□ □□ 様

年 月 日

お名前：

訪問面接調査票

面接者 _____ ・ _____

面接日時 _____ 回目 _____ 月 _____ 日 () _____ : _____ ~ _____ :

氏名	
年齢	_____ 歳
性別	_____ 男 _____ 女
住所	_____ 市
今回の入院年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
入院形態	_____ 医療保護 _____ 任意

病名	
発症年齢	_____ 歳
病歴 (過去の入院歴 等)	
今回の入院の経 緯	

・現在、入院中の状況について

(病院での療養の状況、過ごし方。)

(家族の状況。面会に来てくれる家族の有無。今後の生活に対する家族の思い。)

・入院してどうですか？どんな事で困っていますか？

(本人は入院している現状をどの様に感じているのか。今後の生活に何が必要と感じているのか。)

・これからの生活に対する本人の希望や不安など

(これからの生活で何がしたいか。どのように暮らしたいか。)

・これからの生活についての本人の希望を実現するために、主治医、担当看護師・PSWから話ができたことはあったか、あるか。

(病院からだけでなく本人から今後の生活についての意向を病院に示したことがあるか。)

・これからの生活についての本人の希望を実現するために、病院関係者以外の人に期待することはありますか？

(デイケア・地域活動支援センターなどの具体的な社会資源の認知度について確認する。)

(社会資源について知っているか、過去に利用したことはあるか。)

○面接者の所感、意見

・今後、継続した個別支援を希望するかどうか (有・無)

2) 病院グループ活動を活用した働きかけ事例

A 精神科病院において取り組んだ、院内活動（さくら会）を通して、病院の雰囲気の変化、さくら会という活動の確立、患者さんが退院していくことなど結果的に効果があった事例。本節では、活動で立ち上げた患者グループの名称として仮名称（さくら会）を使用しています。

(1) 取り組みの特徴と背景

平成 21 年度に地域移行支援事業を行う際に、A 病院には閉鎖病棟しかなく、その圏域の状況を変えていくためには、A 病院に働きかけを行う必要があるとのことが、保健所や精神保健福祉センターの状況分析により着目されました。

A 病院は昭和 40 年頃設立され、閉鎖病棟 60 床、開放病棟 10 床です。まず直接病院の活動（現場）に入るといふ話に至り、病棟のレクリエーションに参加することになりました。

(2) 地域の概略

①人口は、6 つの市町村で構成される圏域で 10 万人に満たない。うち中心の市が約 7 万人。

②圏域内に精神科病院は 2 カ所（精神科単科 1、総合病院 1）。

精神科クリニックは 2 カ所、外来のみ行っている総合病院は 1 カ所。

(3) 地域の特徴

知的障害を主な対象とした入所・通所施設が充実していた地域となっており、そこから発展的に現在も運営されている事業所が多いのが特徴です。しかし、数が多くはないため、日中活動を検討する上で選択肢の幅はどうしても狭くなってしまいます。

3 障害をワンストップで総合的に相談できる資源の創出に県全体として取り組むことに先駆けて、この圏域では平成 10 年度より「障害者地域生活支援センター」として地域における障害者の相談支援活動を関係機関と連携しておこなってきた経過があります。「基幹相談支援センター」の設置について全国的に取り組み始める 10 年以上前からその土壌があった地域といえます。自立支援協議会については、「障害者総合相談支援センター」が事務局となって担当圏域で一つの協議会を構成しており、その中に「精神部会」があります。同部会の構成員は各市町村担当者、精神科病院 PSW・病棟看護師、相談支援専門員、地域移行コーディネーターなどとなっており、設立された当初は「地域移行支援」というキーワードは特に使われていませんでした。地域移行コーディネーターから協議会事務局に提案して医療機関も巻き込み、部会の中心的なテーマとして地域移行支援が共通認識されていきました。その過程においては、前述の総合相談支援センター設立以降、ソフト面もハード面も同センターが明確に中心に位置づけられ、地域の体制整備が進められていったことが大きく影響しているといえます。

(4) 取り組みの経過

平成21年度～病棟レクに地域支援者が入り一緒に活動することから取り組んだ初年度～					
時期	4月	6月	7月～2月（半年間）		3月
タイトル	第一回退院支援検討会	第二回退院支援検討会	七タレクに参加	毎月病棟レクに参加	病院内の周知会
メンバー	保健所 精神保健福祉センター 病院PSW		地域移行支援コーディネーター 保健所 精神保健福祉センター 市の当事者会		<ul style="list-style-type: none"> ・病院職員 院長、Dr、Ns、OT など ・地域職員 地域移行支援コーディネーター、精神保健福祉センター、保健所、ピアスタッフ
内容	事前打合せ	病院内での 作戦会議	病棟レクリエーション		振り返り
詳細	長期入院患者の 状況共有	『病棟にて毎月レクリエーションをやっているため、それに外の人にも参加してもらおうのどうか』	<ul style="list-style-type: none"> ・患者自身緊張もあったが、「お客さんがきた」という刺激になった。 ・職員が提供するのではなく、患者さん主体で職員は見守る体制で行った。 ・病棟レク担当者チームは、Ns、OT、介護員、PSWで構成し、チームとしてレクリエーションを検討できるようになった。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院促進支援事業の事業説明 2. 圏域の状況説明 3. 病棟レクに参加しての感想 4. コーディネーターの紹介 5. ピアスタッフのこと

<工夫・成功のポイント>

行政からの着目があったことがきっかけになっていますが、病院側も応じて一緒に病院のレクリエーションから取り組み、患者さんの反応の良さを感じとっています。地域の関係者と病院職員が顔なじみになっていくことと同じように、患者さんも地域支援者と顔なじみになり繋がりを実感していったと思われま。また、レクリエーションに盛り上がりや充実感があることで、「もっと（何かできるのではないか）」と感じ取れるようになっていく一方で、「退院支援」という言葉を敢えて出さずに、この段階では関係構築を重要視し、‘（退院支援と）言えない雰囲気’を受け止めて大切にしました。そのことで、患者さんと地域支援者が身構えずに取り組めたと言えます。

平成 22 年度～各職種が専門性を活かしグループ作りを行い、さくら会発足の年～					
時期	4 月	5 月～3 月			3 月
タイトル	第三回退院支援検討会	第一回（退院促進の）交流会	合計5回の交流会	初めての退院者	振り返り
メンバー	保健所、地域移行支援コーディネーター（※精神保健福祉センターは抜ける）	<ul style="list-style-type: none"> 患者さん5人 病院職員（OT 2人、NS、PSW） 地域支援者5人 	最終的に患者さんは9人まで増加（PSW が声掛けし誘った）	① 40代男性。統合失調症。入院期間は約1年。ケアホームに退院。退院後も卒業生として交流会に参加している。	振り返りのアンケート
内容	交流会の立ち上げ	交流会の運営について患者と協議	合計5回の交流会を実施		
詳細	交流会を作ることになった。対象は、状態安定していること、希望者であること。必ずしも「退院したい」と思っている患者さんではない。	議題 1、名称について。議題 2、おやつについてアンケート実施。	OT室を使ってお茶会を実施 「外出したい」といった意見は出なかった。		

<工夫・成功のポイント>

2年目に入り、ここで患者グループ（さくら会）が立ち上がっています。交流会と称した患者さんへの参加への働きかけについては、作業療法士が患者さん同士の関係性を考え、うまく専門性を活かしたものとなっています。そのため、患者さんに抵抗感が少なく自然に参加できるきっかけを作ることができたと言えます。

会の中では、お菓子を用意していましたが、お菓子代については職員側も例外ではなく、会に参加した全員で出し合い、「みんなで購入したものをみんなで食べる」ことで対等な関係性に繋がっていったのではないかと思います。通常、職員側は業務内でグループ活動を行うことが多く、自ら支払いをすることは少ないと思われるため、この一歩がなかなか踏み出せない部分であると感じます。

さくら会から初めての退院者が出ていますが、退院後病院の外来に通院され、会ともつながりが維持され、出入りする事で安心感や地域生活のモチベーション維持になっていると思います。

平成 23 年度～さくら会の活動が軌道にのり病院全体に変化が出てきた年～											
時期	4 月	5 月	6 月		7～9 月	10 月		11 月	12 月		1～3 月
タイトル	退院促進検討会	検討会	外出	2 人目の退院者	交流会 外出	外出	3 人目の退院者	交流会	交流会	4 人目の退院者	交流会 外出
メンバー	運営スタッフのみ	さくら会全員		② 40 代女性。統合失調症。入院期間 3 年。ケアホームへ退院。			③ 20 代男性。統合失調症。入院期間 4 カ月自宅退院。			④ 20 代男性。統合失調症。入院期間 3 年。援護寮に退院。	
内容	平成 23 年度活動方針の検討		院内散歩		お茶会 みんなねっと参加	作業所見学		退院者の話を聴く会	忘年会		新年会・外出打ち合わせ、善光寺と援護寮の見学。
詳細	外出を予定に入れていくこと、さくら会として保健所のピア活動に参加しようと意見が出た。										これを機に院内の改善策を院長と話し合えるようになった。

<工夫・成功のポイント>

さくら会が少しずつ形となってきたところで、患者さんから「外出したい」「退院した人の話を聞きたい」「さくら会として保健所のピア活動に参加しよう」という意見が出されました。普段からお世話になっている保健所が主催している活動に参加する意向が聞かれ、思いやりや気楽さがある中で参加希望が出たことは、人を立てる関係性であるといえると思います。

この年より、さくら会で行う施設見学を「部活」と呼ぶようになっていきます。さくら会の「部活」として行くことを伝えると何となく連れ出すことができるなど、誘い方の工夫を感じます。

また、外出に対しては、「楽しみ」が全面に出されてしまうと、病院側は許可しない場合も考え、外出に施設見学をつけるようにしていました。そのようにしたことで、施設見学自体も楽しみの一つになったと思われます。外出に際して、看護師が同行することで、患者さんの退院先のイメージが看護師自身に持てるようになり、意識改革にもつながっていき、さくら会という活動の波及が病院全体に渡っていったと感じられます。

平成 24 年度～さくら会そのものが周知・成熟され活動をした年・現在～											
時期	4月	5・6月		7～ 11月	12月		1月		2月		3月
タイトル	退院促進検討会	交流会	5人目の退院者	外出交流会	外出	6人目の退院者	交流会	7人目の退院者	8人目の退院者	外出	振り返り
内容		メンバー主導の話し合い・発表	⑤ 60代女性。統合失調症。入院期間半年。自宅に退院。	外出・交流会	B市へ外出	⑥ 60代男性。統合失調症。入院期間15年。ケアホームへ退院。	新年会	⑦ 50代男性。統合失調症。入院期間9年。ケアホームへ退院。	⑧ 70代女性。統合失調症。入院期間2年。ケアホームへ退院。	C・D圏域地域移行支援研修会参加	来年度にむけて今年度の振り返り
詳細				あんみつ&ブラネタリウムお茶会 みんなねっと参加 ラーメン&足湯お茶会&ピアの話	かつ丼&見学					退院者の発表、さくら会メンバーで応援&かつ丼	

<工夫・成功のポイント>

さくら会としての活動が成熟され、患者さんの退院も目立つようになっていきます。

この年には年度始めに参加者で話し合いをもって発表を行っていますが、収集がつかないほど多様な意見が出されています。体験してきたからこそ、出てくる意見であったと考えます。

また、さくら会に参加されている患者さんは穏やかになってくると認められますが、安心と居場所の確保がされているのではないかと思います。

さくら会の活動を通していくと、参加者内の話題が共通項となり、相乗効果でさらに活発になっていくことも考えられます。

(5) さくら会 メンバー インタビュー

Eさん（40代男性）

さくら会に参加して5年近く経つけど、みんなでおやつを食べながら世間話をしたり、外出をして楽しい会だよ。みんないい人だから居心地良いし。強引すぎない所がいいね。研修会に行った時、さくら会から退院したGさんはすごいと思ったよ。大したもんだ！まさか、さくら会から自分よりも長く入院していたあの2人が退院するなんて思ってなかった。ビックリしたけどすごいなーと思った。自分もこれからの事を考えなきゃなー、と思ったよ。さくら会にはこれからも参加したい。また「かつ丼」を食べに行きたいね。

Fさん（60代男性）

最初は地域の人と会って話をしたりする事はとっても緊張したけど、今は少し緊張する位になった。さくら会で外出して外食する事が一番楽しい。月1回くらいのペースで無理しないで参加したい。

Gさん（40代男性） さくら会 退院者

一番楽しかった事は、地域の人達と交流できて色々な話ができた事。今では、さくら会が懐かしいなあと思う。自分はさくら会でコーディネーターさんと出会って、退院できた。みんな良くしてくれたから、自然な気持ちで話ができ、話しをする事で変化が出て希望が出てきたし。
さくら会のみんなは元気なのかな？みんなまだ入院しているの？退院すればいいねー。
今一人で生活をしていて寂しいなと思う事もあるけど、色んな人がいて心強いし「自由」がある生活はやっぱり何にも変えられないから、頑張ってるよ。

(6) 今後の展開（予定）

H25年度から地域移行コーディネーター事業が縮小され、地域移行コーディネーターの参加回数は減りましたが、今までの参加者の他に、相談事業所にさくら会のメンバーとして入ってもらい、より地域に根付いた会を目指しています。今後、参加する地域の相談事業所の数が増え、この病院の退院者がピアサポーターとして、いつも共に活動出来るようになればもっと良いと思います。

自立支援協議会でも検討し、市町村の保健師や相談支援事業所等の自立支援協議会の人たちにさくら会のメンバーに入ってもらい、病院と地域で患者さんを知り、顔のみえる関係作りをしていきたいと思っています。

(7) 本取り組みの担当者から一言（感想・コメント） 病院 PSW

最初に本取り組みをしようと、県や精神保健福祉センターから話しがあった時、PSW2年目の私は「患者さんの為になる事はやってみよう」と、特に戸惑いなく始めました。

社会的入院をされている患者さんと関わる中で「何か始めてみないと何も変わらない、PSW

としての存在意義は何か？」と考えることが多く悩んでいました。しかし、PSW1人ではこの大きな課題は解決できないというジレンマがありました。関係機関の方と話し合いを重ね、共通課題を持ちながら取り組む体制を作ることで、「みんなで一緒に」というスローガンがいつしか心の励みになりました。

長期入院患者さんにとって病院は生活の場所・安心できる場所という患者さんが多く、「退院」と表に掲げると逆に引いてしまう患者さんが多く、閉鎖的な病院をどこまで開放的にできるか悩みました。「きっかけづくりの会」をつくろうと「さくら会」をスタートさせ早5年が経過しようとしています。

これまで地域を知るきっかけがなかった患者さんに病院生活以外の事を知ってもらい、普段とは違う時間を過ごしてもらおう活動をしてきました。患者さんの本来持っている力をどう引き出し、それを生かすかという姿勢を大切にしながら、毎年患者さんに声を掛けながら、参加人数も年々増えてきました。最初は拒否された患者さんも今では毎回参加されています。

さらに、さくら会の活動から病院も変化したこともいくつかあり、さくら会の相乗効果も感じています。さくら会を卒業された、患者さんのピアの話はとても印象的で、これまで数人の患者さんが退院先での生活の様子や、楽しいこと・大変なこと等の本音を聴けてなかなか興味深かったです。一緒に入院していた患者さんが退院し、頑張っている話を聴き、質問をする等退院後の生活に興味関心をもっている方も多く、ピアのつながりの強さを感じました。今後はより多くの患者さんに目を向け、繋がりや出会いを大切にしていき色々な可能性を見つけていきたいです。

(8) 考察

さくら会は、月1回約2時間のグループ活動です。1月のテーマは「新年会」、犬棒カルタで会場となる作業療法室は、熱気に包まれました。その後お茶で、さくら会OBの地域移行関係者研修会での体験発表を、応援しに行くことが決まりました。応援に駆け付けたさくら会の患者さんは仲間の体験発表の後、さくら会の活動の補足説明をフロアからしました。

さくら会を利用して最近退院したHさんは、「入院中さくら会が楽しみだったよ。今度のさくら会は外出だね等と、いつもさくら会のことを仲間と話してはニコニコしていたよ」「さくら会で退院支援のピアスタッフや、地域移行コーディネーターと知り合いだったから、「部活」でケアホーム見学に行く時も安心だったよ」「さくら会でほとんどしゃべらない人が退院した。あの人も退院したんだから、私も退院出来るかなあ〜と思ったよ」と笑顔で話します。退院後の暮らしは「自由！それに自分で買い物楽しい！さくら会に参加して退院出来てよかったよ」と語っています。

さくら会の活動は、レクレーション的な要素と、施設見学、退院者の体験を聞く会、保健所主催のピア活動への参加等の学習的な要素を、組み合わせています。レクレーションと学習を組み合わせることで、施設見学の活動も楽しいイメージで受け取られています。活動の企画は参加者全員でします。さくら会は自主的な活動との意識が患者さんにあり、参加している時だけでなく、次回のさくら会を楽しみにする仲間同士のおしゃべりで、モチベーションが自然に高まっています。個別支援の施設見学等を「部活」と位置付けたことで、個別支援のグループホームや街の見

学の感想等を、参加者もスタッフ側もオープンに話し、さくら会で共有します。また、年に数回外出するため、医療保護入院から任意入院へ切り替えるきっかけになっています。毎月のさくら会の後、スタッフミーティングを行い、振り返りと次回のプログラムのスタッフの役割を確認します。また、活動の中で感じた患者さんの様子から、地域移行の個別支援を活用する時期も確認しています。

さくら会は、病院内のPSWだけでなく、作業療法士や看護師、院外のピアサポーター、保健師、地域の支援者、の力を合わせて活動しています。院内と地域のスタッフがチームで活動するため、参加者もスタッフもあまり力まずに、楽しみながら活動を続けてきました。この活動の中で、多くの方が自然に退院への意欲を回復し、退院しました。退院への意欲を回復していただく活動の展開に、さくら会の実践が参考になれば幸いです。

コラム：AさんとBさんのこと

「あと10年早く、退院を勧めに来てくれていたら、私の人生は全く違っていただかもしれない。でも、今退院を手伝っているあなたにそれを言ってもねえ・・・」昨年、20年間の入院後退院された50代のAさんの言葉が、忘れられません。Aさんは、企業の第一線でずっと働いて来られ、「男は仕事だ！」という信念を持っておられます。10年早く、相談員として病院でお目にかかることが出来なかったこと、本当に申し訳ありません。

1年半前の夏、病院のPSWの紹介で63才のBさんにお目にかかった時、「大好きなものはコーヒーです！」と微笑まれました。次の週「喫茶店にいきませんか？」とお誘いすると下を向き「・・・・・・」、実は履いていく靴がなかったのです。Bさんは、病院では自分から発言をされず、病室の壁を背に、畳半畳の同じスペースにずっと正座をしておられました。数日後、一緒に靴を買いに行き、喫茶店でコーヒーも飲みました。「病院はコーヒーだめだから、入院して初めてです」その後、本屋、スーパー、ケアホーム、図書館、回転寿司などへの外出を楽しみながら退院への意欲を深め、ケアホームも見学し体験宿泊を希望。ケアホームの外泊は疲れると1泊の宿泊を5回体験後、ようやく2連泊をされました。病院外の体験を重ね昨年末にケアホームへ退院。地域移行支援と、10年ぶりの暮らしの感想は、「病院から出て、色々な所へ行くのは、楽しかったけど、疲れてとても辛い時もあったよ」「のんびり出来るのがいいね。月に2回位、セブンイレブンでドリップのコーヒーを飲みます」と笑顔。靴を履いて街を歩く、たまにドリップのコーヒーを飲む、回転寿司に行く。精神科病院の外で暮らす人たちには、ごく当たり前の日常も、Bさんにとっては叶わないことでした。

同じように、今もまだ、精神科病院の中で「私の退院を手伝ってください」と言うことさえ出来ない方が沢山いらっしゃいます。新しく入院する方の早期退院と同時に、今長期入院中の方の支援が継続される「しくみ」を、行政と民間の支援者が精神科病院と共に考え、つくる必要があります。「社会的入院」を続ける方々がまだ、精神科病院の中に待ってられるのですから。

コラム：「本人の考えを代弁する」～地域における PSW の役割～

今回、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（厚労省）」が、入院制度の見直し案をまとめたわけですが（平成 24 年 6 月）、自らが病気である事が自覚出来ない事もある精神疾患において、その人の権利を代弁する仕組みとして、「院外の地域の支援者（相談支援専門員、ピアサポーター等）を選ぶことができる&関与することができる」（※）としたことは、今の精神医療体制からすれば、革新的で素晴らしいことです。

さらにまた、長年課題とされてきた社会的入院の解消（防止）についても、現行の地域移行・定着の相談支援（個別給付）と仕組みとしてリンクさせれば、ことが急激に進展するのではという希望も膨らみます。ただ、今後、これらの見直し案を法律として作っていけるのか、制度としていかに組み上げていけるのか、注目しなければなりません。と、同時に、まず現場の私たちが法律や制度が整ってから動くのではなく、今できることから手掛けることも見直し案実現には必要なことでしょう。

さらにまた、法律を作り制度を実行するのは「人」です。自立支援協議会や地域移行相談支援もそうですが、いくら素晴らしい法律や制度でもそれを実行する人、担う人がいなければ「絵に描いた餅」にすぎません。

システムを作り実行する——。それを担い推進していくことが求められているのは、PSW だろうし、地域においては、特に相談支援事業所の相談支援専門員である PSW だと思います。私もこの見直し案が一日でも早く実現できるよう、現場で実践を重ねたいと考えています。

※「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（厚労省）」第3Rのとりまとめ「入院制度にかんする議論の整理」にあった、代弁者制度の創設は、平成 25 年 6 月に成立した精神保健福祉法の一部改正法には盛り込まれませんでした。3 年を目途とした見直しにおいて、どのように実現できるかが問われることとなりました。



4. 病院勤務の精神保健福祉士（PSW）はどのように動くか

【基本的な視点】

精神科病院内でPSWは利用者にとっての病院内と地域社会をつなぐ窓口であり、多職種間や利用者と家族等の人の隙間を埋める人でもあり、さらに制度や障害福祉サービスと利用者をつなげる人です。

「入院の時から退院を諦めている人はいない、いつから諦めてしまうようになっているのだろうか。」このような視点に立ち、本人の気持ちをじっくり聞く時間や場所を確保する必要があります。そして、諦めから希望を持てるかかわりをしていくことが必要になります。

【入院時や直後に入院中の援助にどのようなものがあるかを紹介する】

本人や家族と相談しながら、具体的に課題解決を図ります。経済的な課題、住居の課題、制度利用に関する課題の解決等が必要になります。その際には本人が理解できる言葉で説明し、選択肢を提供し、良さと少し良くないところを伝え、自己決定できるように支援します。

また、以下のようなことが入院中の援助の大枠になるかと思えます。

- ①傾聴、受容、共感により不安や心配の軽減を図る
- ②退院、処遇改善請求の相談や利用援助を行う
- ③療養上の相談、援助を行う
- ④家族への働きかけ、調整を行う
- ⑤入院形態の切り替えが必要な場合には立ち合い、説明を行う
- ⑥経済的な問題の調整等、必要な援助を行う
- ⑦退院後の生活に向けた相談にのり、援助・支援を行う
- ⑧社会資源、障害福祉や介護保険サービスの紹介、検討、調整を行う
- ⑨入院時、中間、定期、随時、退院時の病棟カンファレンスに参加する
- ⑩退院前から退院前訪問をし、生活状況から訪問看護等の導入を検討する

1) 地域移行・地域定着支援の進め方

(1) このような方々が対象者です。

- ・病状が安定し、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
- ・スタッフ等が退院して生活できそうとみているが本人が望んでいない方
- ・任意入院者で開放病棟に1年以上入院している方は全員対象
- ・閉鎖病棟に入院している方で任意入院者は対象になる
- ・医療保護入院者でも対象になる場合がある
- ・短期間に入院を繰り返す方は、病院のサポートを含め地域のサポートが濃厚に必要なので地域移行・地域定着支援を利用する
- ・この入院により住まいを失った方は濃厚なサポートが必要と考えられるため、入院当初より対象になると考える

(2) その人を知る、関係づくり

担当であっても、ご本人はPSWのことを「どんなことをしてくれるのか分からない」場合があるので、その際には「生活に関する様々な相談にのり、一緒に考え一緒に行動する役割」または「あなたの退院をお手伝いする役割」と自己紹介や挨拶をします。話のきっかけはどんなことでもいいので、まずは話しをしてみましょう。

ご本人のベッドサイドや病棟内で行う「生活場面面接」で自然の流れで話をする、クローズな環境の部屋を使用し目的を持った「構造化された面接」を用いてかしまった話をする、という両方のスタイルを使うことをお勧めします。また、入院中の制度利用や日常的な療養上の援助を行う時や、外出同行等の時は様々なことを話すチャンスです。

後述の「個別支援ガイドライン」を順番に再度行うこともお勧めします。

以下は関係づくりをしながら「その人を知る（アセスメント）」のポイントです。

① 生育歴や生活歴、得意なこと、大事にしていること

どのような環境で育ってきたか、どんな思いを持ってきたか、仕事は何をしてきたのか、何が好きなことか、趣味は、好きなことは、特技はあるか等など、徐々に何かの話の中で拾い上げていくことが、その人らしさを知ることに繋がります。

② なぜ入院になったのか、原因となったことを知る

関係性やその時の状況によりますが、直接、ご本人に聞くのはタイミングや配慮が必要なこともあります。なぜ入院になったかを知ることで、生活でうまくいかなかったこと、困っていたこと、つらいことがわかり、退院後の生活を一緒に考えるきっかけにもなります。

③ 現在（退院するとしたら）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） / • 年金状況 /
- 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） / • 就労状況
- 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

④ 本人の退院後の生活への希望、将来的な夢や希望

具体的にどんな生活をしたいか？入院生活上不便がないか等を聞きとっていきます。

そして、繰り返し「あなたの夢や希望を教えてください」と尋ねてみましょう。日を置いて何度か聞いてみることで、そのことについて考えてもらえることがあります。入院して1年は何とか退院しようと考えていても、それが1年過ぎ、3年経過してしまうと退院への焦りが無くなり、5年経つと退院を考えないようにしている方が多くなり、いかに病棟内で適応して生活していこうかだけを考えるようになります。このような現状から利用者の言葉と思いをしっかり受け止め、共感し、前向きにとらえフィードバックしていくことがとても大事なことです。

⑤ 家族の心配事、希望、願い

家族が面会に来た時、医師との面接がある時、また、PSW自らが家族の話を知りたい時など、面接を設定します。家族はどのように考えているのか、どのような希望をお持ちか、

ご本人の状況がどのようになるとよいと思っているのか等を聴くチャンスでもあります。その際には、家族が利用者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。家族から今後の退院に向けて、役割分担の一部を担ってもらうために、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事になります。

ただ、長期入院となっている方のご家族は、ご家族自身が高齢になっていたり、病気を患い介護や支援が必要担っている場合や、世代がかわっているなど PSW が期待する役割を担えない状況も多くあります。そのようなご家族に対しては、ご家族の現在の生活にも心をくだき、あえて役割分担を求めずに社会的な支援では代替できないご家族にしかできないサポートだけをお願いするということが必要です。

(3) 退院を手伝ってくれる人が病院の外にいることを伝える

相談支援事業所等の紹介をします。

退院に向けた支援や退院後の生活の相談を受けてくれる存在として紹介します。改正精神保健福祉法では病棟内に掲示、パンフレット等で紹介できるようにする事が求められています。それらのツールを利用し、地域相談支援の説明を行います。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動い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。ご家族に対しても大切な説明となります。家族以外に支援の選択肢があることをお伝えすることでご本人が退院後の支援に関する負担感が変化する場合も多くあります。

(4) 現在の生活環境の強みや課題を考える

病状以外の生活上の問題、課題を一緒に考えます。借金や生活費の困窮のような経済的問題や住居の課題、対人関係、環境変化、日中の活動場所、家庭内の不和など想定される事が様々あります。

利用できる制度や社会資源を提案し、本人がどうしていきたいかを考え、決めることを支援しましょう。また、ご本人の生活環境の強み（持ち家がある、家族や友人がいる、活動場所が近いなど）もあわせて聞いていくことで、現在不安に思っていることを解消する糸口が見つかり、具体的な提案をしやすくなります。

(5) 社会資源の情報を伝える

利用できそうな制度や福祉サービス、経済的な支援物等を具体的に紹介していきたいところです。その際には市町村や都道府県が作成しているパンフレットを使用していくと、イメージが具体的にわきやすく効果的です。写真などがあれば尚良いでしょう。

長期に入院していると、そのような社会資源の情報へアクセスする機会がなく、必要な情報が届いていないため、PSW はⅢ－2であげられているような院内茶話会等グループを利用しながら積極的に伝える工夫も必要です。

(6) 院内の PSW 内で相談してみる

担当の PSW だけで抱えるのではなく、病院内の PSW と利用者について相談することも必要

なことです。一人だけでケースワークを進めているとやり方の癖が強く出てしまい、考え方が狭くなってしまふことがあります。日々現状の共有をしながら、様々な意見をもらうことで、新たな発見ができます。

(7) 多職種カンファレンス、本人や家族を交えたケア会議を積極的に行う

本人がどのような社会的背景を持ち、本人、家族が何を望んでいるか、どのようなことに不安を感じているかを多職種に丁寧に伝えるカンファレンスやケア会議をまず院内のメンバーで行ってみましょう。

リハビリ、ストレングスの視点で本人の思いや言葉を伝え、地域相談支援や障害福祉サービス、制度のことを多職種にも伝え理解してもらいましょう。

(8) 相談支援事業所や市町村担当者と相談する

障害福祉サービスの地域相談支援を初めて利用する場合には、入院前居住地の市町村窓口か相談支援事業所に相談をし、「サービス等利用等計画に基づいた地域相談支援の個別給付を利用したいのですが・・・」など、本人か家族、PSW から連絡をします。その後、窓口での申請を本人や家族に行ってもらいます。必要に応じて同行して支援することもあります。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に病院に来てもらい役割の説明や地域相談支援や障害福祉サービスの具体的な説明等をしてもらうのも一つです。

(9) 退院を考える際に考えるべきこと（参考資料）

- ①住まい、② 日中の過ごし方、③ 生活費の見通しが立っている、④ 障害福祉サービスの体験利用、⑤通院先・通院手段（紹介状の必要性、交通手段が利用できるかどうか）、⑥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依頼）、⑦必要な関係機関への連絡と引き継ぎ、⑧障害福祉サービスの利用の確認と進行状況、⑨ key person（家族）の協力が得られる

コラム：会いに出向き、声をかけ、思いを聴きましょう

私たちは「社会的入院は人権侵害」であることをいつも忘れず、目の前の人の個別支援（ケースワーク）を丁寧にすることから始めなければならないのです。誰かからの依頼（オーダー）を待つのではなく、PSWの担当制を引き、担当になったならば全員に一度は面接をしましょう。急性期治療のスピードに追われ、なかなか慢性期病棟に足を運ぶ時間を後回しにして「つい明日でいいや」と思いがちですが、それ自体が人権侵害になってしまう可能性があることを忘れずにいたいですね。

2) 病院PSWの歩み方

(1) 葛藤は「本気度」の証(あかし) ～本人は「揺れ」で当たり前～

長期入院者の退院支援では、入院期間が長ければ長いほどその過程の中で本人が「揺れる」場面に遭遇する可能性が高いです。それはご本人にとって退院できるかもしれないという希望が現実味を帯びてきたときに、人として当たり前前に沸き起こる自分の将来への漠然とした不安の表出だといえるでしょう。この時に医療現場では具合が悪くなった本人をみて、「やはり退院は無理」と判断しがちです。しかし、それまで病院暮らしに甘んじて自分の人生を諦めていた本人が、真剣に退院を意識したからこそ症状が出てしまったとするなら、症状に覆い隠されてしまったご本人の「退院希望」の切なる気持ちに気付かずに支援の手を止めてしまいたくはありません。このような状況のとき、場合によっては医師や看護師等と意見が対立し、PSW自身が職場で孤立して葛藤を抱えることもあるかもしれません。ここで、葛藤を避け自分にとって楽な選択をするのではなく、揺れ(退院への葛藤)で苦しんでいる本人に寄り添うのと並行してPSW自身の葛藤と向き合う勇気を持ちたいものです。我々の支援のあり方は、目標に向け走っている本人をギャラリーとして脇から声援しているのではなく、伴走者として走りながら共にゴールを目指しているのです。支援者側の「苦労を共にする本気度」が試されていると言えるのではないのでしょうか。「退院」という山を登っている途中でご本人が息切れしたときに、無理だったねと下山するのではなく、休憩を取り、歩きやすいルートを探しながら支援者チームで頂上を目指せるように粘り強く周りへ働きかけていく視点を大事にしましょう。

厳しい状況のときにこそ一人で抱え込むのではなく周りにつなぐ必要があります。院内連携はもちろんのこと地域支援者とのネットワークが、苦しんでいるご本人だけでなく迷い・悩むPSWをも支えてくれます。

(2) 個別支援を基軸に職場のさらに外へ踏み出そう ～環境への働きかけ～

① 支援経験の蓄積を地域課題へ発展させましょう

個別支援の積み重ねで見えてきた問題を職場内にとどめるのではなく、地域(社会)の問題として一般化(社会化)していく活動も大切です。職場内の役割を果たすだけで満足せずに職場の外へも活躍の場を広げましょう。「経験値の少ない今の自分」であっても活かせる場はいくらでもあるものです。小さな一歩がいずれは社会に必要なものを創っていく創造力や行動力へと実を結び、PSWとしての自分の力量を豊かなものに変えていくでしょう。Ⅲ-1で紹介している市町村との協働による実践例などもぜひ参考にしてみてください。

【キーワード】

当事者活動支援、研修運営委員会、地域ネットワーク会議、自立支援協議会、障害支援区分認定審査会、など

② 法制度、社会資源の情報をつかみましょう

一個人が支援に関連する全ての情報に精通はしかねるものですが、機会が巡ってきたときには積極的に情報を取り入れましょう。書籍や専門相談窓口はもちろんのこと、日々の仕事を通して

職場や地域の先輩・仲間に教を請うのも良いかもしれません。「聞くは一時の恥、知らぬは一生の恥」と良く言われますが、今さらこんな初歩的なことは恥ずかしくて聞けないと思わずに、聞けばわかるし知れば納得できる利点を求めましょう。案外、周囲も学びたいと考えていたりするかもしれません、勉強会を立ち上げることに発展する可能性もあります。あるいは職場や地域の後輩たちが知識を求めているときには、あなた自身が伝える役割を担う必要があるかもしれません。情報をつかみ、理解し、納得したその次には制度や資源の限界や矛盾、疑問などにたどり着くことでしょう。知識を分かち合い共に成長することの先には、既存の制度や社会資源をより良い物に作り変える力動へと展開する未来もありえるのです。何よりも私たちにとっては「恥」の問題でも、ご本人や家族にとっては使える制度やサービスを知らないために利用できないことは、権利を遂行できないことにつながってしまうことを念頭に置いておきたいものです。

【キーワード】

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

コラム：改正精神保健福祉法における病院 PSW の役割「これからの病院の PSW って!？」

これまで医療保護入院は、主治医と保護者（家族）の同意による入院で地域や第三者が入院時から介入するという概念はありませんでした。

法改正により病院 PSW 等が担う退院後生活環境相談員が入院当日から支援し、地域の関係機関が病院訪問をしたり、医療保護入院者退院支援委員会等に参加するようです。「地域生活を目標にして関わる」ことが、明確化されます。

日常業務にこれらの業務が追加されることで、適切な時期に支援ができるのか？他の業務とのバランスはとれるか？等々…不安な気持ちでいっぱいです。特に、本人の思いを「聴く」という基本的で重要なことがきちんとできるか？不安です。

本人の言葉から真意をつかむことで、支援がスタートしますが、そもそも「聴く」という技術を持っているかと思うと、かなり疑問に感じています。PSW として自分の力量を知り、技術向上の為に研修会等へ積極的に参加しなくては…と焦っています。また、タイムリーな介入や支援をどこまでできるか？不安がいっぱいです。

実際に改正法が施行された時点の現場では、かなりの混乱が予想されるのではないのでしょうか。

改正法施行の前に研修会等に参加するなどしてきちんと動向を把握し、業務を整理し、PSW の資質向上に努め、PSW としての役割を再確認することが重要だと感じています。

そして、PSW だけではなく他職種、地域の関係者とチームを組むので、病院と地域が手を取り合って支援していこう！という雰囲気を作りたいのも PSW の大切な業務の 1 つだと思いました。色々な不安もありますが、自分の業務を振り返り、より良い支援ができればと感じています。

コラム：改正法施行を前に今思うこと

改正法施行を間近に控えているものの、未だ漠然とした不安が先に立ちますが、改正後の医療保護入院についてみると、入院時より退院に向けての流れと退院後の生活について具体的な見通しを立てることが含まれています。患者様本人の本音や希望、状況に見合った対応を迅速に検討・調整し支援体制を早めに整えていくことになります。

しかし、医療機関によっては一日の入院件数が多いところもあり、その都度アセスメントをとり課題を扱う…短時間で行う中に正確さや技術を求められます。患者様にどれだけ向き合う時間を確保できるのか、じっくり患者様やご家族の話を聴く姿勢を保てるのか、その慌ただしい中で患者様本人やご家族、医療機関や地域関係者との歩調を合わせることができるのかなど不安が募ります。

中には大変な状況からやっとの思いで医療に繋がったという方もおられ、ご家族が疲弊しているところで、気持ちを切り替え退院に向けて前向きに考えてもらえるよう対応できるのか大きな不安を感じています。でも、不安だらけではしっかり向き合えませんし、進めません。

そんな状況下において慌てないためにも、一番の基礎であり大事である「聴く」ことの技術…ふと自分を見つめなおすと、まだまだ未熟であるし率先して磨き学んでいく必要があると改めて思いました。

改正法施行よっての混乱と、業務の変化に惑わされず、万一にも支援者中心にならないよう患者様主体であることを再認識し、日頃の業務を今一度振り返り身を引き締めて備えていきたいと思っています。

3) 個別支援ガイドライン

新に社会的入院を作らないために、病院P SWが入院当初より行う業務と活用ツール、そのためのポイント、多機関との連携について時系列に整理したものを次ページ以降に掲載しました。

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り、退院を阻害しうる社会的な課題の解決をすることで社会的入院の予防につながります。

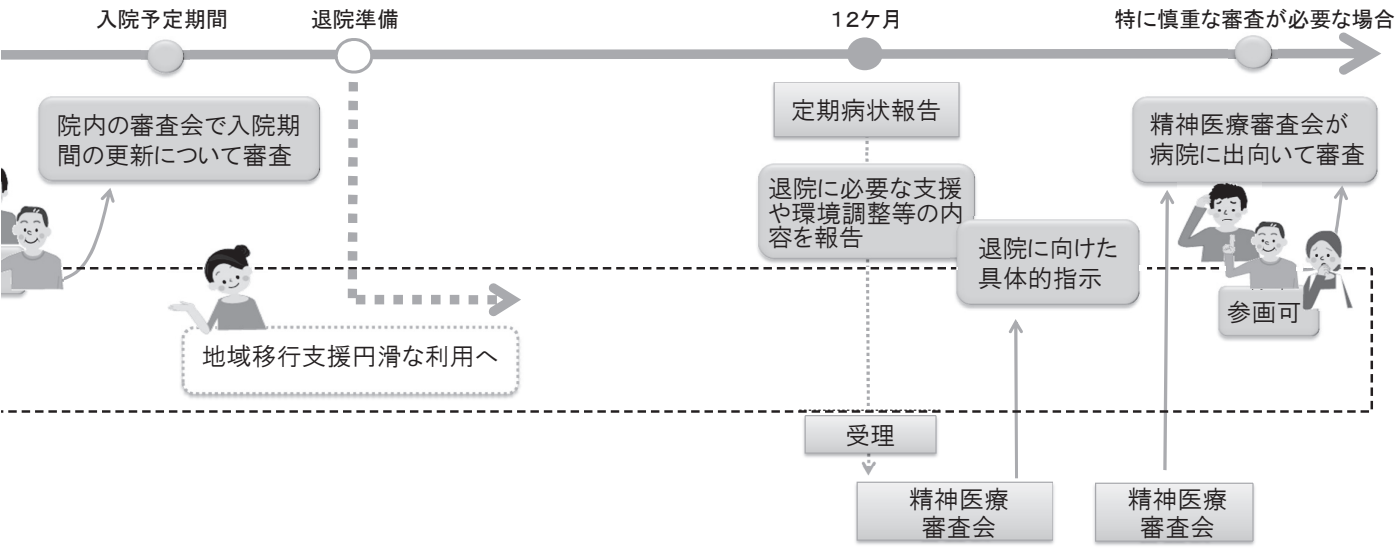
また、長期にわたり入院している方に対しても、このガイドラインに置き換えて改めて最初からツールを使用することやポイントに気をつけながら進めることで、退院に向けてご本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につなげられたりすると考えられるので、是非、ご活用下さい。

4) 各種ツール



上部のフローは厚生労働省資料より改変

※急性期対応だが、長期社会的入院患者にも最初からやり直すことが可能



II 期		III 期			
5週		6週		7週以降	
移行支援カンファレンス (係機関の打合せ)の参画	自立支援医療/年金/手帳の確認	必要に応じて面談(本人・Fa)			
必要時・退院前訪問指導 (2回目)	地域移行・定着支援 の申請援助	サービス等利用計画に基づき 病院としての支援を実施			
退院後に起こりうる問題 の対処法(クライシスプラン) の検討	心理教育(Faとともに 振り返り)	退院支援チェックリスト			
心理教育(社会資源)	社会資源チェック リスト	個別給付化ガイドライン (参考:支援の三角点)			
クライシスプラン					
移行支援サービスを利用するかどうか選択の段階→					
との連携を促進することに留意(※本人を交えたケア会議)→					
移行支援カンファレンス (係機関の打合せ)の設定	サービス担当者会議	計画作成会議	地域移行・定着支援サービスの 提供及び定期的なモニタリング		
移行支援カンファレンス 系機関の打合せ)への参画	地域移行・定着支援 の申請援助	地域移行・定着支援のサービス提供			
	サービス等利用計画 の修正				
	地域移行・定着支援 の申請援助				
	サービス等利用計画 (案)の作成				

精神保健福祉法改正に対応する病院PSWの業務パス
(20140113 地域移行推進委員会)

医療法人 静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター
監修の資料をベースに作成

働きかけガイドライン

入院時チェック

PSWインテーク

フリガナ 患者 氏名	殿 (歳)	入院 形態		主治医	
------------------	--------	----------	--	-----	--

家族情報					
(フリガナ) 氏名		続柄		生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒			電話	

後見人 保佐人 配偶者 親権者 その他
 家裁選任(済 未) 選任年月日

ジェノグラム	人同胞 番目 ()	氏名	生年月日	続柄	本人との関係性	
※入力ルール 男性は□、女性は○利用者は二重囲いにする (回、◎) 原則として年長者、男性を左に配 置する。死去は黒で塗りつぶす(■) 婚姻関 係は—(横線) 離婚は—(横線)を斜めの2 本線で(//)で切る。同居の範囲を実線で囲 む年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン 等利用者を取り巻く家族環境として重要な情 報は追記する。						
家族以外の重要他者						

住宅・交通手段			
持家(一戸建・マンション) 賃貸アパート 公営住宅 その他() 家賃(円)			
病院までの交通機関(緊急時)		所要時間	

経済状況			
本人の経済状況		家族の経済状況	
入院で生じる経済的問題		その他(借金等)	

生育歴			
出生地		遺伝負因	
幼児期発育時におけるエピソード(友人関係)			
小学校の成績、エピソード(友人関係、趣味)			
中学校の成績、エピソード(友人関係、趣味、部活)			
高校の専攻および成績、エピソード(友人関係、趣味、部活、進路)			
大学等の専攻及び成績、エピソード(住居、友人関係、アルバイト状況、趣味、将来)			
職歴(職種、在職期間、離職の理由、収入額)			
現時点の仕事の有無	有 ()		無
婚姻歴		病前性格/趣味	

初診に至る経過と当時の生活の様子

発病時期 (年 月 日) (精神科初診E 医療機関名)

解説

現在の状況だけにとらわれず発病時の状況を把握しておくことは、本人理解につながり、治療や回復に寄り添う伴走者として信頼関係の構築に有効である。

【初診時の本人の想いを把握する】 具体的には、どのような場面でどのような辛さがあったのか？その辛さにどのように対応していたのか？それともまったく辛さや困難さ等がなかったのか？覚えていないか？自ら受診したのか？家族に勧められたのか？他者から勧められたのか？初診時の診断名や病院の印象、医師から助言を受けたことなど。また、その時の家族の想いや周囲の様子なども把握できたら記載する。

入通院歴(※治療中断期間もあれば記入する)

通／入院	時期	病名	医療機関	入院形態

今回の入院に至る経過と生活の様子

解説

箇条書きを避け時系列に注意し、本人の入院に至る経過がストーリーとして他者に伝わるように書くこと(いつどこで、だれが、どのように・・・)初診後の生活状況から記入し始めること。

(例えば、初診後、定期的に通院し病状の悪化もなく、仕事をしていたが・・・)

(例えば、初診後、そのまま入院し3ヶ月間の入院治療を経て退院後は家事を中心に自宅で過ごしていたが・・・)

(例えば、初診後、1年は通院していたが自己判断で治療を中止し、〇〇の生活を送っていたが、悪化し平成〇年からは、年に1回(3ヶ月間)の入院をこれまでに5回繰り返してきた。その後、・・・)

(例えば、初診後、〇〇病院では〇〇と診断され、〇〇の治療を受けていたが、〇〇をきっかけに〇〇病院に医療機関を変更し〇〇の診断に変わった。そこでは・・・)

とかくネガティブな事項を記入してしまいがちになってしまうが、病気を抱えながらも、目指していたことや頑張っていたこと、好きなことや、楽しめていたことなども記載する。

また、患者の中には日中何もせず無為自閉であるけれども、通院だけは欠かさずしているという方や、無駄使いをせずに暮らしてきた方など、本人ができてきたことを改めて本人のストレングスとして把握し記入することが必要である。

その他、家族、友人、同僚の支えや居住場所、地域資源の活用など周囲のストレングスの把握も必要である。

PSWアセスメント

他機関利用状況

※ 本人家族からの関係機関への連絡 済 未

市町村・機関・施設・事業所	サービスの内容
担当者・連絡先	利用の頻度

主治医からの事前情報

治療目標
退院時期の目安

退院後の希望

	本人	家族
帰住先		
困っていること		
課題		
支援の見通し	本人との共有 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	家族との共有 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

入院時評価

0: 概ね課題なし 1: やや課題あり 2: 大きく課題あり

家族の協力	0	1	2	介入の必要性 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
かかわりの課題(EE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 批判 <input type="checkbox"/> 敵意 <input type="checkbox"/> 巻込まれ <input type="checkbox"/> 過干渉 <input type="checkbox"/> 無関心
キーパーソンの協力度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
疾病理解度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経済的課題	課題	無	有	介入の必要性 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
入院費の支払い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退院後の安定的収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
帰住先	課題	無	有	介入の必要性 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
現住所への退院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
帰住先の決定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
帰住先の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他		無	有	介入の必要性 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
他機関連携の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
日中活動の課題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

社会資源チェックリスト

経済	あり	なし	説明
自立支援医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 医療機関: 有効期限:
高額療養費制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
限度額適応・減額認定証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上位 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/>
障害者医療費助成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
福祉給付金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 月額 _____
傷病手当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 受給開始時期:
失業給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 受給開始時期:
生活保護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 福祉事務所: 担当者: 連絡先:
生活	あり	なし	説明
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 有効期限: 更新方法 <input type="checkbox"/> 証書 <input type="checkbox"/> 診断書
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	等級: 障害名:
療育手帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	判定:
介護保険 (障害認定区分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (区分) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (<input type="checkbox"/> 6) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 有効期限: ケアマネ情報:
仲間	あり	なし	説明
家族教室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
家族会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
社会復帰教室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
自助グループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
相談	あり	なし	説明
保健所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
市町村障害福祉課等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
相談支援事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
他の社会資源	あり	なし	説明
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()

精神保健福祉法改正に向けた入院診療計画書(案)

(患者氏名)

殿

平成 年 月 日

病棟(病室)		
主治医以外の担当者名		
選任された退院後生活環境相談員の氏名		
病名		
(他に考え得る病名)		
症状		
治療計画		
検査内容及び日程		
手術内容及び日程		
推定される入院期間		
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)	
その他		
・看護計画 (担当者名:)		
・リハビリテーション等の計画 (担当者名:)		
退院に向けた取り組み 在宅復帰支援計画(総合方針) (担当者名:)	退院前訪問指導の必要性	有 ・ 無
	医療系地域生活支援サービスの必要性	有 ・ 無
	障害福祉サービス・介護保険サービスの必要性	有 ・ 無
	地域移行支援の必要性	有 ・ 無
	その他の支援()	
	総合的な機能評価	

(主治医氏名)

印

(本人・家族)

※この書式は厚生労働省案として出されたものに追記として作成してあります。

退院前訪問指導チェックリスト			
患者氏名		殿	同意有無
主治医	指示内容等【 】		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
本人の想い			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
家族の希望			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他			
生活環境	自宅周辺の概況		課 題
	交通	<input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	自家用車	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
I A D L	課題内容の記載		
	清掃		<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	洗濯		<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	入浴		<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	買い物		<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	その他		
ご家族	同居の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	本人の病気理解度	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	本人との関係性	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	家族間の協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	その他		
服薬指導	本人の理解度	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	家族の協力	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	その他	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 過量服薬 <input type="checkbox"/> 飲みこぼし <input type="checkbox"/> 他()	
食事	栄養コントロール	<input type="checkbox"/> 必要() <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	その他		
金銭管理	自己管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	浪費	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
	その他		
退院前訪問指導総括			

退院前訪問指導実施者氏名：

「気持ち・希望等」聴き取りシート

患者氏名 殿

1. ご本人の想いに関する情報 ※ご本人の言葉を使用して、ご記入ください。

今の入院をどのように受け止めているか	
将来どのような生活をしたいか	
もしも、退院したらどのように暮らしたいか	
そのような暮らしにどのような不安があるか	

2. 入院前の生活に関する情報

日中や休日の過ごし方 楽しみや楽しかった出来事	
悲しかったり、辛かった出来事	
住まい 食事の状況	
お金のやり繰り 頼りにしていた人や物	

3. 地域移行(退院)を推進する情報

ご本人の退院の意思や意欲	
ご本人自身の強み(ストレングス)	
ご本人の周囲や環境の強み(ストレングス)	
その他に地域移行(退院)を推進する情報	

4. その他の参考となる情報

他者(支援者)との関係性構築状況	
その他	

危機かな(ピンチかな)と思った時に (クライシスプラン)

患者氏名

殿

作成年月日

私の調子が悪くなる前は(サインは)

サインかなと思ったたら・・・

私のすること	
周りに人にしてほしいこと	
周りに人にしてほしくないこと	

同意日

____年 ____月 ____日

主担当:

主治医:

行政:

その他:

連絡先:

連絡先:

連絡先:

連絡先:

5) 地域相談支援の周知・啓発用資料例 (参考)

入院されているみなさまへ

あなたの退院を

お手伝いさせていただきます

あなたらしい生活はどんな生活ですか?

「退院」について考えたことはありますか?

「退院」してやってみたいことはありますか?

入院してからどのくらいたちましたか?

入院前はどんな暮らしをしていましたか?

退院して生活されている方の声

- 50代女性** 自由でいいです。自分のペースで色んなことができます。
- 60代女性** 入院して30年目にこの支援を知りました。もっと早く言ってもらえれば…
- 60代男性** 日曜日に買物に行けるのでいいです。
- 30代男性** 退院の練習をだいぶしたので、家に帰ってから困らなかった。練習してよかった。
- 50代男性** しんどいこともあるけど、何とかやっていけてます。まわりに助けてくれる人がいるから…

「退院できるかな」「くわしく聞きたい」など興味をもたれた方は、**お気軽にご連絡ください。** 病院のスタッフに相談することもできます。

私たちは、あなたの地域移行支援・地域定着支援をお手伝いします

和歌山県

MUD P50045

退院についての支援が受けられます

～地域移行支援のご案内～

入院中のあなたへ

退院したいけど、家族がいない、住む場所がない、お金が心配などの不安を抱え、退院をあきらめていませんか。

改正障害者自立支援法（平成24年4月～）では、

- ◇ 患者さんが自ら退院を希望したら、入院中から、退院に向けた支援や退院後の生活支援を受けられます
- ◇ 地域の相談支援事業所や行政機関など、さまざまな人が生活をサポートします



18年間入院していたAさん

いつの間にか長くなってしまった入院生活。この間に両親は亡くなり、兄弟たちはみな独立しました。戻る家はなく、退院はあきらめていました。

そんな時、**地域移行支援**を活用し退院することができました。今も不安なことがあれば話を聞いてもらえる人がたくさんいます。退院して一番嬉しかったのは、お刺身を食べたこと。退院して良かったあ～、と思います。

ご家族の方へ

医療機関、地域の関係者が連携してご本人・ご家族を支援します。長期入院されていた多くの患者さんも退院しています。

ずっと兄の事は気にしていました。しかし、自分の家庭もありなかなか動けずにいました。退院支援を受けて一番良かったと思うのは、家族以外にも兄のことを考えてくれる人ができたこと。退院した後の生活も支援してくれたので、本当に助かっています。



Aさんの妹・C子さん

地域移行支援について

平成24年4月から障害者自立支援法の改正により、退院したい患者さんが、入院前に住んでいた市町村の役所に申請することで、退院に向けた支援や退院後の生活支援が受けられます。

まずは、この支援について知りたい人は、病院の精神保健福祉士（ソーシャルワーカー、相談員など）にご相談ください。

幸手保健所管内 問い合わせ先

《 管内市町の担当 問い合わせ先 》

○久喜市役所	障がい者福祉課	0480-22-1111
○蓮田市役所	福祉課	048-768-3111
○幸手市役所	社会福祉課	0480-43-1111
○白岡市役所	福祉課	0480-92-1111
○宮代町役場	福祉課	0480-34-1111
○杉戸町役場	福祉課	0480-33-1111

《 相談支援事業所 問い合わせ先 》

○埼玉葛北障がい者生活支援センター	ふれんだむ	0480-36-2600
○埼玉葛北障害者生活支援センター	ベルベール	0480-25-2755
○埼玉葛北障害者生活支援センター	きらら（啓和会）	0480-26-4866
○埼玉葛北障害者生活支援センター	きらら（みぬま福祉会）	0480-26-9753
○埼玉葛北障害者生活支援センター	たいよう	0480-48-7731

《 保健所 問い合わせ先 》

○埼玉県幸手保健所	保健予防推進担当	0480-42-1101
-----------	----------	--------------



この支援を受けて、これまで退院が難しいと考えられていた方が退院しています。

入院中のみなさまへのご周知をお願いします。

病棟看護師の皆様へ

病棟と地域で一緒に地域移行に取り組みませんか？

本当はもう退院できそうな人を見過ごしていませんか？
退院が難しそうに思える患者さんも実は地域で暮らすことができるかもしれません。

1 症状が重いので退院は難しいと思いませんか？

- ➡実は、次の2つができれば地域で暮らすことは可能です。
- ・ 病状がある程度コントロールできる
(幻聴などの症状が残っていてもそれに左右されない)
 - ・ いざというときSOSの発信ができる
(あるいは病状悪化のサインに気づいてくれる人がいる)

2 ご本人に意欲がなかったりご家族の賛成が得られなかったりで退院をあきらめていませんか？

ご本人は、長期の入院で自信がもてず、不安で一杯なのかもしれません。しかし、地域で実際に暮らしている当事者の姿をみたり、話を聞いたりすることで心が動くことがあります。ご家族は、入院時のご苦労等から退院に積極的になれないのかもしれません。退院後も病院や地域が支援すること、退院についてのご家族への負担を求めないことが伝わると、できる範囲の協力はしてもらえることが多いです。

3 住む所がない、食事が作れないから退院は難しいと思いませんか？

地域にもご本人の生活を支える様々な支援スタッフがおり、支援サービスがあります。また、精神障害があっても借りられるアパートは実は探すところなのです。

◎だから、できないことがたくさんあっても、難しそうでも大丈夫です。
病院(医療)と地域(福祉)が協働するとかなりのことができるのです。

～長期入院を経て、地域移行できたご本人の声～



「病棟の看護師さんや先生、ワーカーさんなど病院の職員からの応援や後押しがとても心強かったです。退院できて、自分の生活が取り戻せて本当に良かったです。大変なこといっぱいあるけど、生きているって感じます。」

5. おわりに

平成24年度から地域移行・地域定着支援が個別給付化され、2年が経過しようとしています。精神障害者の社会的復権を支援する福祉専門職である精神保健福祉士にとって、社会的入院の解消、長期入院者の退院促進はいまだ究極の課題であると言えます。

私たちは、長期間の入院となってしまった方々を目の前にして、「この人は地域移行・地域定着支援の対象者なのかわからない」「退院に対する意欲を感じられない」「退院を諦めてしまっている」「退院後生活に不安が強い」「退院を応援してくれる人がいない」などと足踏みをしていないでしょうか？もしかしたら退院を諦めてしまっているのは、私たち自身かもしれません。

この「精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン」は、「入院の時から退院を諦めている人はいない」という視点に立ち、社会的入院者に対する市町村からの働きかけ、精神科病院での取り組みの二つの実践例と、病院の精神保健福祉士はどのように動くかについてポイントを絞って紹介しています。

そこからは、退院を諦めかけている長期入院者の心のドアをノックし、本人の気持ちをじっくり聞く時間や場所を確保し、退院への葛藤や心の揺れにつきあいながら、精神保健福祉士一人で抱え込むのではなく他職種や地域支援者と手をたずさえ、ねばり強く働きかける精神保健福祉士の姿が浮き彫りになってきます。そして、そこには退院できたことをともに喜び、リハビリをめざす姿に感動し、いまだ長期入院している方々にも伝えたいと、地道に実践を積み重ねる精神保健福祉士がいます。

地域移行において何から始めればよいか悩んだ時、支援がいきづまったとき、長期入院者やその家族によりよい支援を行いたいと思った時、このガイドラインを何度でも開き、ご活用下さい。このガイドラインには、希望がもてる関わりを精神保健福祉士が行うためのヒントが、あちこちにちりばめられています。あなたは、いくつ見つけましたか？きっと明日からのあなた自身の「決意」が聞こえてくるはずです。

宮部 真弥子

地域移行推進委員会委員名簿

	氏名	所属	支部
担当部長	宮部 真弥子	谷野呉山病院 脳と心の健康総合センター	富山県
委員長	澤野 文彦	沼津中央病院	静岡県
委員	佐原 和紀	地域生活支援センター翔	山形県
委員	中村 翠	埼玉森林病院	埼玉県
委員	洗 成子	愛誠病院	東京都
委員	岡部 正文	茨内地域生活支援センター	新潟県
委員	山岸 里映	新潟県精神保健福祉センター	新潟県
委員	富田 宏美	地域活動支援センター皆神ハウス	長野県
委員	富澤 真美	佐藤病院	長野県
委員	鈴木 伸二	サポートセンターなかせ	静岡県
委員	杉原 亜由子	茨木保健所	大阪府
助言者	大塚 淳子	日本精神保健福祉士協会	東京都

6. 資料（精神保健福祉法の一部改正内容に関連して）

ご承知のように、平成 25 年 6 月に精神保健福祉法が一部改正され、精神医療審査会の合議体委員の変更を除き、平成 26 年 4 月からの施行を迎えます。改正法においては、新たに精神科病院の管理者に医療保護入院者の退院促進に関する措置を講ずる義務が課されることになりました。具体的には、後述していますが、以下のような内容です。医療保護入院者一人一人に対し、可能な限り早期に退院できるよう支援において中心的な役割を果たす「退院後生活環境相談員を選任」すること（法第 33 条の 4）と、ご本人や家族等の求めや必要に応じて「地域援助事業者を紹介」すること（法第 33 条の 5）、また、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として「医療保護入院者退院支援委員会を開催」することなど、退院促進のための体制整備（法第 33 条の 6）です。退院支援委員会には地域援助事業者や行政機関等も本人の求めや必要に応じ参画することとなります。本法制度は、医療保護入院者を対象に限定していますが、退院後生活環境相談員は医療保護入院者の入院形態が任意に切り替わった後も地域移行まで支援継続することが望ましい旨の通知が出ました。

本協会は、本法制度の詳細に関する省令や通知発出前に、医療と福祉・介護事業者などの連携による早期退院の仕組みとして望ましい在り方につき、構成員に向け発信するとともに厚生労働省との交渉も進めてきました。その内容をリーフレットにして平成 25 年 11 月協会通信に同封して配布いたしました。その一部ですが、ここに再掲することにいたしました。

以下に、関連省令と通知の URL を記載しますので、既に公示されている該当箇所を是非ご確認の上、協会見解をお読みいただくようお願いいたします。

【社会・援護局障害保健福祉部・精神・障害保健課 精神保健福祉法関係】

◆精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成 26 年 1 月 23 日付）

<http://kanpou.npb.go.jp/20140123/20140123g00014/20140123g000140001f.html>

◆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（平成 26 年 1 月 24 日障発 0124 第 1 号）(PDF,101KB) <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T140127Q0030.pdf>

◆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）(PDF,302KB) <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T140127Q0040.pdf>

1) 改正精神保健福祉法における医療機関と地域援助事業者との連携による早期退院支援の在り方について<平成 25 年 11 月本協会通信同封リーフレット本文と法文より>

■平成 26 年 4 月から施行される改正精神保健福祉法には、精神保健福祉士の重要な業務に関わる事項が多く規定されています。特に、下記の精神科病院の管理者の責務（法第 33 条の 4～6）は、医療保護入院患者が対象ではありますが、これを機に早期退院支援の全国展開が目指され、本協会が活動方針に掲げる精神障害者の社会的復権につながる社会的入院の解消や、精神科病院で 1 年以上の長期入院を生まないとする政策方針を真に実現するための足がかりになると

考えます。そのためには医療機関と地域援助事業者が入院後早期から（事例によっては入院前から）連携を進めることが必須となります。

■本協会として望ましいと考えるポイントを図にしたものを53ページに記しました。

■本資料は、相談支援政策提言委員会と地域移行推進委員会による合同委員会からの提案を受けて、理事会として作成したものです。障害者総合支援法に基づく地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援の自立支援給付事業）の活用と併せ、当事者の意思決定支援をはじめ、良質な支援提供を行うための流れなどについて図示し、医療機関と地域援助事業者の連携について望ましい形を提案するものです。

■私たちの実践は法に規定されたものが全てではないことは言うまでもありません。

本協会が提示する内容を、構成員各位の活動する圏域における入院患者の早期退院を目指した実践に引きつけてご検討いただき、活かしていただきたいと考えるものです。また、協会としても省令や通知などに具現化するべく要望活動を行なっています。以下該当法律文。

○ **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**

第33条の4 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。

○ **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）との連携**

第33条の5 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、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に必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、一般相談事業者若しくは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5条第16項に規定する特定相談支援事業（第49条第1項において「特定相談支援事業」という。）を行う者、介護保険法第8条第23項に規定する居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者として厚生労働省令で定めるもの（次条において「地域援助事業者」という。）を紹介するよう努めなければならない。

○ **退院促進のための体制整備**

第33条の6 精神科病院の管理者は、前2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。

【54 頁図の解説】改正精神保健福祉法第 33 条の4～6について本協会が望ましいと考えるポイント

■ 法改正内容についての捉え方

1. 従来から医療機関と地域援助事業者等が連携し、入院直後から早期退院支援に取り組んでいる病院にとっては新しいことではなく、実践が法律にきちんと規定されたと捉えることができる。
2. 精神医療審査会に加えて、院内委員会（仮称）の機能を設けて「本人に退院を諦めさせない」そして「本人を入院させたままにはしない」ということ、また、地域援助事業者の紹介・連携を盛り込み「家族まかせにせず、家族の負担を軽減する」ということが重要なポイントである。

■ 退院後生活環境相談員について（役割や責務を明確化し、相談員の業務を実地指導の対象とし検証可能とする）

1. 退院後生活環境相談員は、本人に寄り添うために存在するという姿勢でかわり、自分の想いを託せる人と思って貰うことが大切である。
2. 退院後生活環境相談員の責務や配置規定を明示する必要があり、適切な活動をするために環境整備（多職種連携の理解促進及び診療報酬上の位置付け）と人材育成（質の向上）が必要である。医療保護から任意入院変更後も相談員が退院まで支援を継続担当することが望ましい。
3. 退院後生活環境相談員に求められる役割は、①日頃から圏域内の地域援助事業者等を把握し、連携すること。②本人、家族に退院の相談や支援の調整を求める権利があることを伝え、その権利を本人らが行使できるようきちんと情報提供すること。③障害者総合支援法や介護保険法、精神保健福祉法などを活用するのは当事者・家族等の利用者であり、その利用支援をすること。

■ 院内委員会（仮称）について

1. 前提として、入院早期から地域支援者を含めた多職種ケアチームを構成し退院に向けたケア会議を適宜実施することが重要。
2. 機能について推定入院期間を超える時に開催する院内委員会において、改めて本人の希望や家族等の意向を聴き、地域援助事業者と連携して退院支援課題と今後の具体的な支援計画について検討を加え、各個別支援チームが再調整に基づく支援等を行う仕組みにつなげる。
 - （1）個々の医療保護入院者に関する退院支援の取り組み状況と困難課題等の確認と次の手立てを考える場としての機能。
 - （2）院内委員会における検討内容等の妥当性についての判断や指導及び体制整備等のために保健所の関与が重要（実地指導の対象とする）。
3. 対象について
 - （1）法では医療保護入院患者を対象としているが、任意入院への変更後も退院するまでは対象とする。
 - （2）医療保護入院に限らず、1年以上の入院長期化を防ぐために、任意入院患者の場合も奇数年ごとの同意書を取り直す際に、院内委員会を開催し、本人の思いを聴くことと退院支援課題を確認することが必要と考える（既に、同意書取り直しの際に多職種チームによるケア会議開催等を実地指導の対象としている自治体もある）。
4. 構成メンバーについて

- (1) 院内委員会は、本人の参加を原則とすること。
- (2) 地域援助事業者等の参加を必須化し、保健所は委員会の形骸化防止チェックと指導の役割で参加。困難な場合は記録を保健所に提出。
- (3) 地域援助事業者は、入院前住所地の事業者とし、本人に退院を諦めさせないように、地域生活支援の視点を持ち、障害福祉サービス等支援制度に精通している立場の者として参加し検討にあたる。事業者が参加するために市町村の関与と、事業者参加の財源の担保が必要である。
- (4) 地域援助事業者は、退院支援や地域移行等に必要な資源が不足する等の課題を把握した際には、地域の課題として協議会につなげる取り組みが必要である。基幹型相談支援センターもしくは協議会への参加やコーディネート機能を有する事業所が望ましい。

※1 (54 ページ図中) 意思決定支援の在り方やその担い手については3年を目途に検討課題となったが、代弁的な役割やご本人の立場を理解しうる者については、大阪府の療養環境サポーター活動や東京のこらーる・たいとうのペイシェントアドボカシー活動などの先進的取り組み等に学び、法規定はなくとも実践は可能であるので、入院早期から面会等を可能とするよう努める。

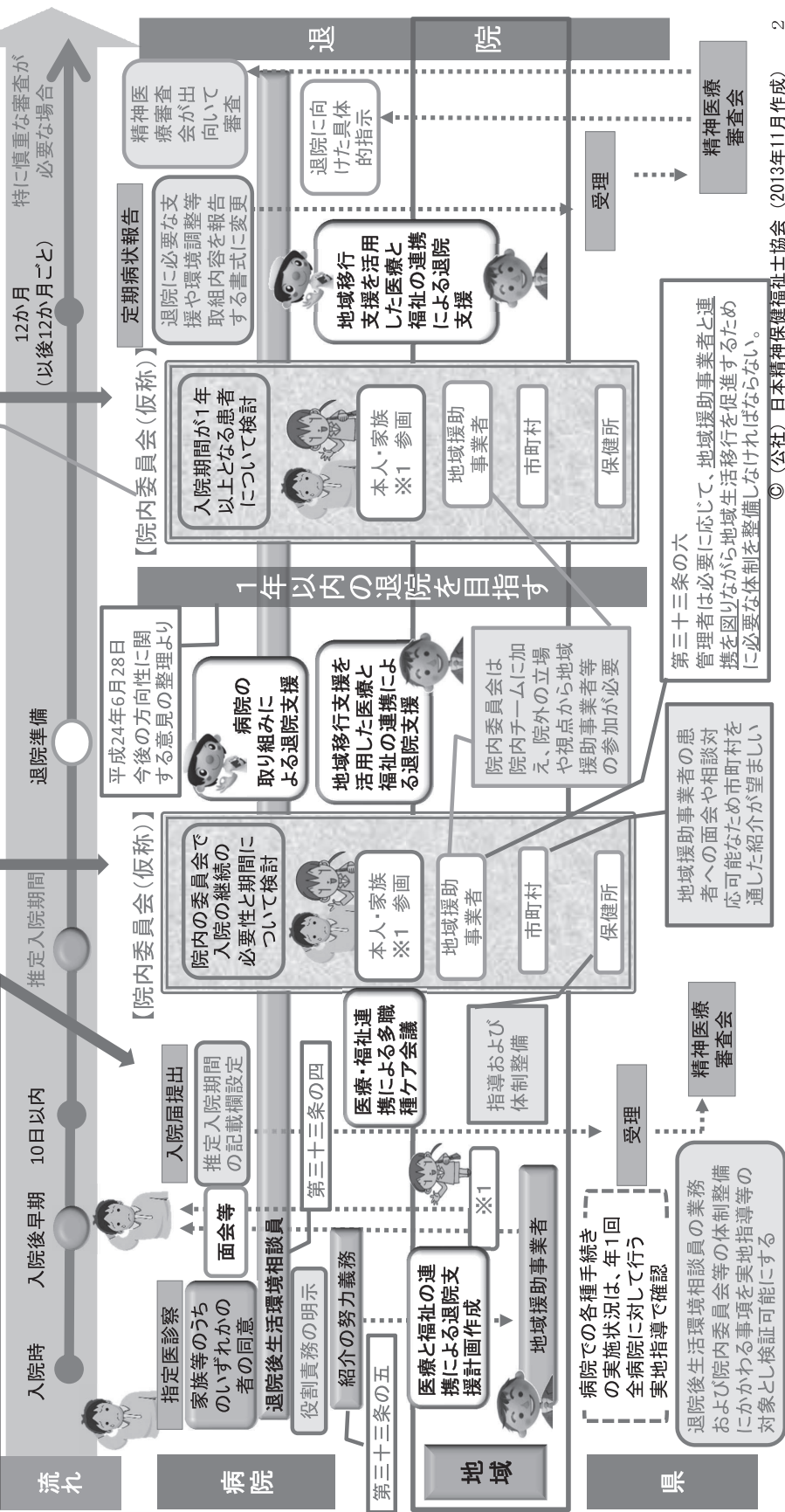
注) 本文に院内委員会(仮称)とあるのは、その後示された省令において医療保護入院者退院支援委員会と称されている。

日本精神保健福祉士協会提案

(注) 本図は厚生労働省資料を基に作成しています
 図中の※1については解説参照

図1: 医療機関と地域援助事業者との連携により取り組む早期退院支援

【ポイント】入院早期に地域との連携を図り、ケア会議等の開催により退院支援および地域移行支援計画等を作成。推定入院期間を迎える前に院内委員会を開催し入院継続の必要性と課題を検討する。院内委員会の機能等は解説を参照。



相談支援ハンドブック

1. はじめに

2. 「相談支援」とは？

- 1) 精神保健福祉士にとっての「相談」「相談援助」「相談支援」
- 2) 「相談支援」と「自立支援協議会」「基幹相談支援センター」

コラム★ サービス等利用計画におけるサービス“等”とは？

コラム★ ピアのカ

3. 計画相談支援の流れとポイント

- 1) 計画相談支援の流れ
- 2) 「サービス等利用計画」のあり方

コラム★ 「サービス担当者会議」の重要性

コラム★ 「セルフ作成」について

4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係

- ・「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

コラム★ 障害福祉サービス事業者が最初の相談窓口になった場合は？

コラム★ 障害福祉サービスが既に支給決定されている場合は？

5. 相談支援と精神保健福祉のこれから

6. おわりに

付 録 「相談支援」をもっと深く理解するために !!

※本書では「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」については「障害者総合支援法」と全て略称表記しています。

※本書では「介護給付費等に係る支給決定事務等について」については「事務処理要領」と全て略称表記し、ページ数、内容等は、H25年4月1日改正後のものを表記しています。

1. はじめに

私たち相談支援政策提言委員会は、ここに本人中心の地域生活支援を実践するすべてのPSWのための「相談支援ハンドブック」を作成いたしました。私たちがソーシャルワーカーとして担ってきた「相談」が「相談支援事業」として制度化された今、名称独占資格である精神保健福祉士が業務独占任用資格である相談支援専門員資格を得て、制度における相談支援を包含した相談支援業務を行なうことの意義は大きいと考えています。障害のある国民が障害福祉サービスを利用するには必ず相談支援を受けることになったこと、相談支援専門員が地域相談支援というサービスを行なえるようになったこと、それが、社会的入院の解消に役立つ地域移行支援等であることから、精神障害者の社会的復権を願い生活支援を行なっているPSWとしては、欠くことのできない業務として相談支援事業が重要となったと言えます。

我が国の障害福祉施策は障害者総合支援法によって、障害種別を分けずに本人主体、他の者との平等、地域生活支援、社会モデルなどを基本とする地域生活支援施策となり、ノーマライゼーション社会に向けた本格的な社会変革が始まりました。PSWは「相談」を担う専門職として長年の実践から積み上げてきた大切な理念や視点、方法と技術などをもっています。いよいよ相談支援の専門職として社会的実践の先導者としての役割を果たすべき時代を迎えたと考えています。また今こそ相談支援の専門職として相談支援事業に関心を向けていただきたいと切に願います。

精神保健福祉士は「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動」を行う職業として自覚し続けてきました。精神障害者として、差別を受けること、自由でなくなること、自らの決定よりも支援者などの決定が優先されて従うこと等々、理不尽な状況から解放することが私たちの大きな支援課題です。広義では多様な生活支援を担うことがソーシャルワーカーの業務ですから、個人の問題解決だけではなく個人と相互関係にある多様な環境・状況に対して働きかける社会的活動も私たちの業務です。

私たちPSWは相談から始まり、相談支援の連鎖としての多様な援助関係の展開を基本としてきました。私たちは、実践軸を「クライアントと対等な関係の確立」という「かかわり」においてきたのです。これは支援者と支援を受ける者との主体的「協働過程」を歩むことです。どのような場所、立場で働こうと基本に本人中心、自己決定の尊重を据えて、“障害者”となった人々の、その人の生活＝人生を支援することが責務です。

私たちは、①自己支援力（セルフケアの力）、②家族支援力、③地域支援力（制度を含む）、④専門職支援力の4つのストレングスに注目し、疾病・障害があってもリカバリーできることを可能とする相談支援を提案します。それは「支援を受けながらも本人たちが主体的に判断して利用する相談支援」となり、主体的判断＝自己決定への支援も含んでいます。精神保健福祉士であり相談支援専門員となった者は、当事者の言葉を借りるならば次のようなことが支援の内容となるでしょう。①彼らの人生に希望を与えること、②彼らに効果のある治療と支援を提供すること、③彼らの苦しみの意味を見出すことを助けること、④個人の持つ力を支援すること、⑤対等なパートナーとなること、⑥彼らの権利を守ること、⑦彼らを家族や地域につなげることなどです。これらが求められ、それを満たす相談支援を実践することになります。

病院で働こうと、障害福祉サービス事業所で働こうと、相談支援事業所で働こうと、この相談支援ハンドブックに関心を寄せられ、地域で暮らすことをあたりまえにするための実践に活用していただくことを願います。

門屋 充郎

2. 「相談支援」とは

1) 精神保健福祉士にとっての「相談」「相談援助」「相談支援」

(1) 「相談」

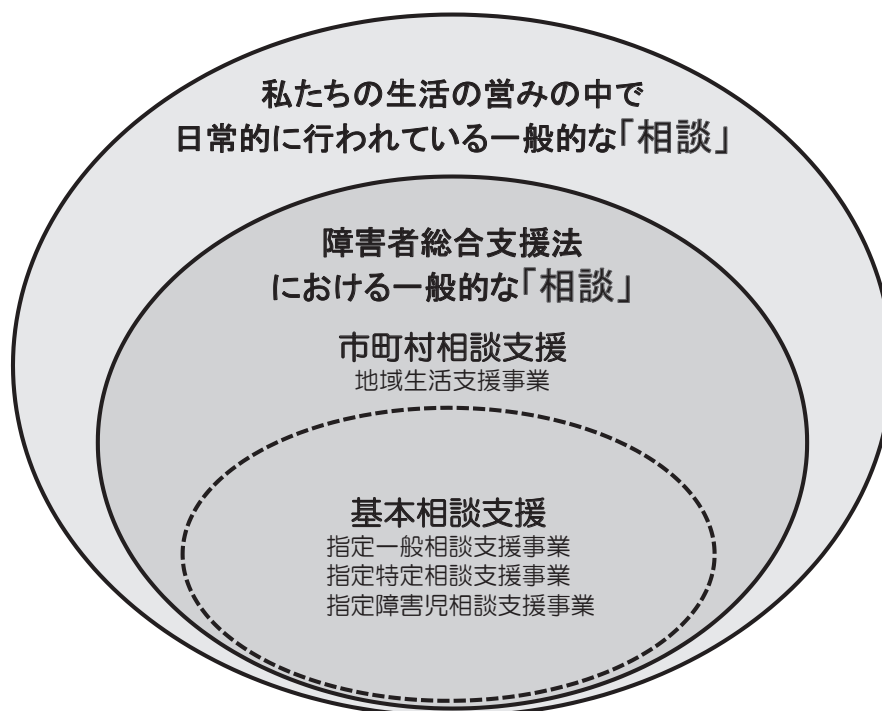
私たちの日常にはどこにでも「相談」があります。

この日常的、一般的に行われている「相談」は、障害者総合支援法では、市町村の必須事業である地域生活支援事業の一つとして位置付けられています。そしてこの日常的、一般的に行われている「相談」は、障害者総合支援法を根拠とする「相談支援」では、「基本相談支援」としても整理されています。

つまり、日常的、一般的にある「相談」が、障害者総合支援法においては市町村の責務として明確に位置付けられ、さらに「相談支援」においては「基本相談支援」としても明確に位置付けられ強調されているということが分かります。「相談」が障害者等に対する支援の起点であり、非常に重要な役割として捉えられているということです。

この一般的な「相談」が効果的に行われるためには、市町村の責務である相談支援事業が相談支援事業所に委託されるなどし、各々の相談支援事業所における「基本相談支援」が担保される土台づくりが非常に重要です。

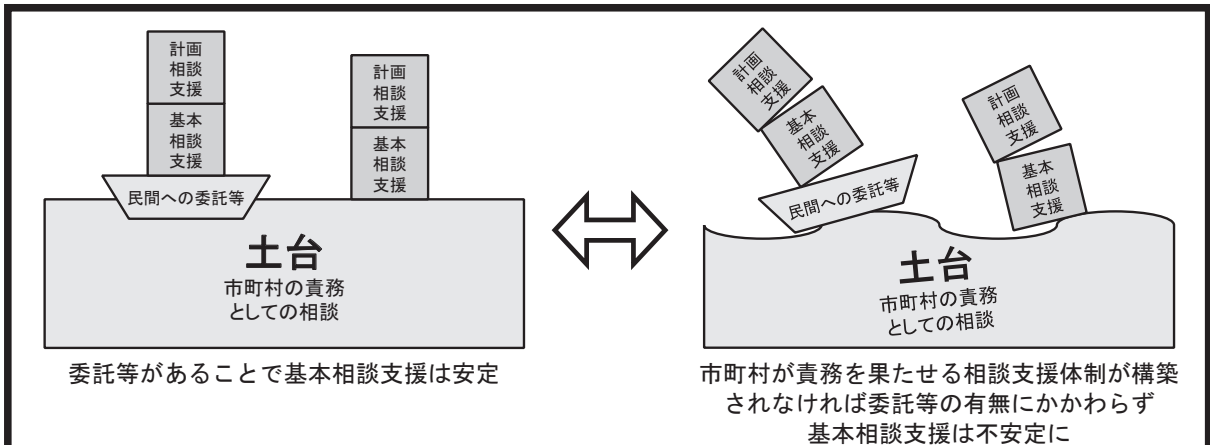
【一般的な「相談」について】



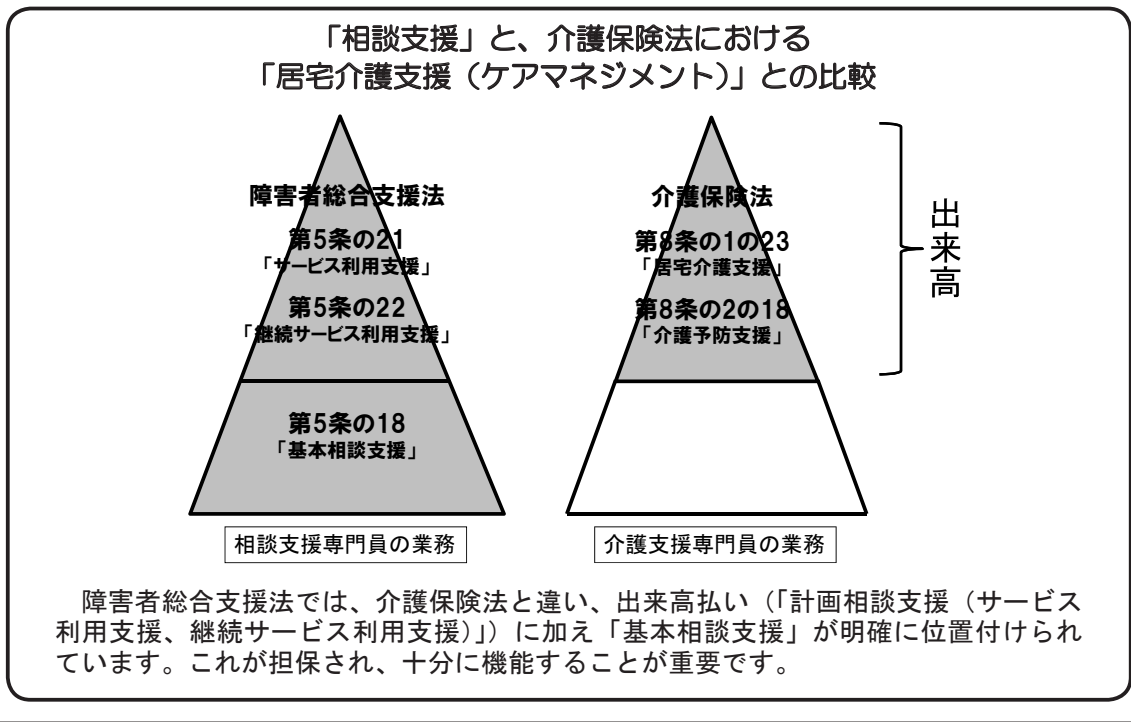
出典：東京都相談支援従事者初任者研修（精神障害者地域生活支援とうきょう会議初任者研修）の資料を改変

※一般的な「相談」が、相談支援事業者において行われる「相談支援」でも「基本相談支援」として明確に位置付けられたことに注目しましょう！！

【市町村の責務としての「相談」と「基本相談支援」との関係】



「相談支援」では、一般的な「相談」が強調されています。これは、障害福祉サービスを利用していない方のうち、特に家族以外に親交の無い方や引きこもりがちの方などへの支援を充実させる必要も示唆しています。孤独死、高齢家族と障害当事者との共倒れ、社会的入院の防止などにもつながる重要な支援であり、障害福祉サービスにつなげることよりもご本人に寄り添うかがわりが大切です。サービス等利用計画の対象者が大幅に拡大されましたが、これは障害者支援の一部にすぎず、「土台」である市町村の責務である「相談支援」の充実を図ることが非常に重要です。



(2) 「相談援助」

ところで一般的な「相談」は、相談支援事業所だけでなく、障害福祉サービス提供事業所や病院、学校等でも行われています。「相談」からニーズやストレンクスが掘り起こされ、必要な支援につながるきっかけとなることも多いはずで。

この「相談」が精神保健福祉士等「相談」を担う専門職により行われることは、「相談援助」として整理されます。わたしたち精神保健福祉士は、この「相談援助」を、専門職としての理念

や視点、方法と技術を持ち、関わる人たちが抱える理不尽な状況を解放し、合理的配慮が供されるよう、多様なフィールドで行い続けてきました。

「相談援助」は、援助関係の中で展開されます。この関係性は、ときに専門職主導、結果としての不平等に陥るリスクも含んでいます。「相談援助」では、このようなことを十分意識し、関わる人たちが、主体的に、支援者と協働過程を歩めるようなかわりをするのが重要です。

(3) 「相談支援」

2006年に施行された障害者自立支援法では、「相談支援」が法律上に定義を持った言葉として位置付けられました。障害者総合支援法においてもこれは変わりません（指定障害児相談支援については児童福祉法を根拠とする）。

「相談支援」は、(1)で述べた市町村の責務である地域生活支援事業としての相談支援、都道府県等から指定を受けた事業者が実施する「指定一般相談支援」、市町村から指定を受けた事業者が実施する「指定特定相談支援」「指定障害児相談支援」がこれに相当します。

また、特に「計画相談支援」は、一定の経験年数があり、かつ指定の研修を修了した「相談支援専門員」のみが行うことのできる**独占業務**です。「相談支援」は、「相談援助」同様に、相談支援専門員としての専門性—ケアマネジメントの視点・技術に基づき行われる必要があります。

① 指定一般相談支援（都道府県等が指定）

指定一般相談支援は「地域相談支援」と「基本相談支援」がその内容です。

さらに「地域相談支援」は「地域移行支援」と「地域定着支援」を内容とします。

② 指定特定相談支援（市町村が指定）

指定特定相談支援は「計画相談支援」と「基本相談支援」がその内容です。

さらに「計画相談支援」は「サービス利用支援」と「継続サービス利用支援」を内容とします。

③ 指定障害児相談支援（市町村が指定）

指定障害児相談支援は「障害児支援利用援助」と「継続障害児支援利用援助」がその内容です。

【「相談」「相談援助」「相談支援」の比較】

	相談	相談援助	相談支援
対象	誰でも	障害者等 ※精神保健福祉士等相談支援援助専門職として関わる人たち	障害者等 ※計画相談支援においては障害福祉サービスを利用する者※地域相談支援においては地域移行支援・地域定着支援の支給決定者
根拠法	特になし ※障害者総合支援法における「相談支援」には、障害者等を対象とする一般的な「相談」（基本相談支援等）が含まれる。	精神保健福祉士法等	障害者総合支援法 ※「指定障害児相談支援」については児童福祉法が根拠
専門性	特になし ※障害者総合支援法を根拠とする一般的な「相談」（基本相談支援）は相談支援専門員等としての専門性を持つ必要がある	あり ※精神保健福祉士法等における援助技術としての専門性	あり ※特に計画相談支援は相談支援専門員としての専門性

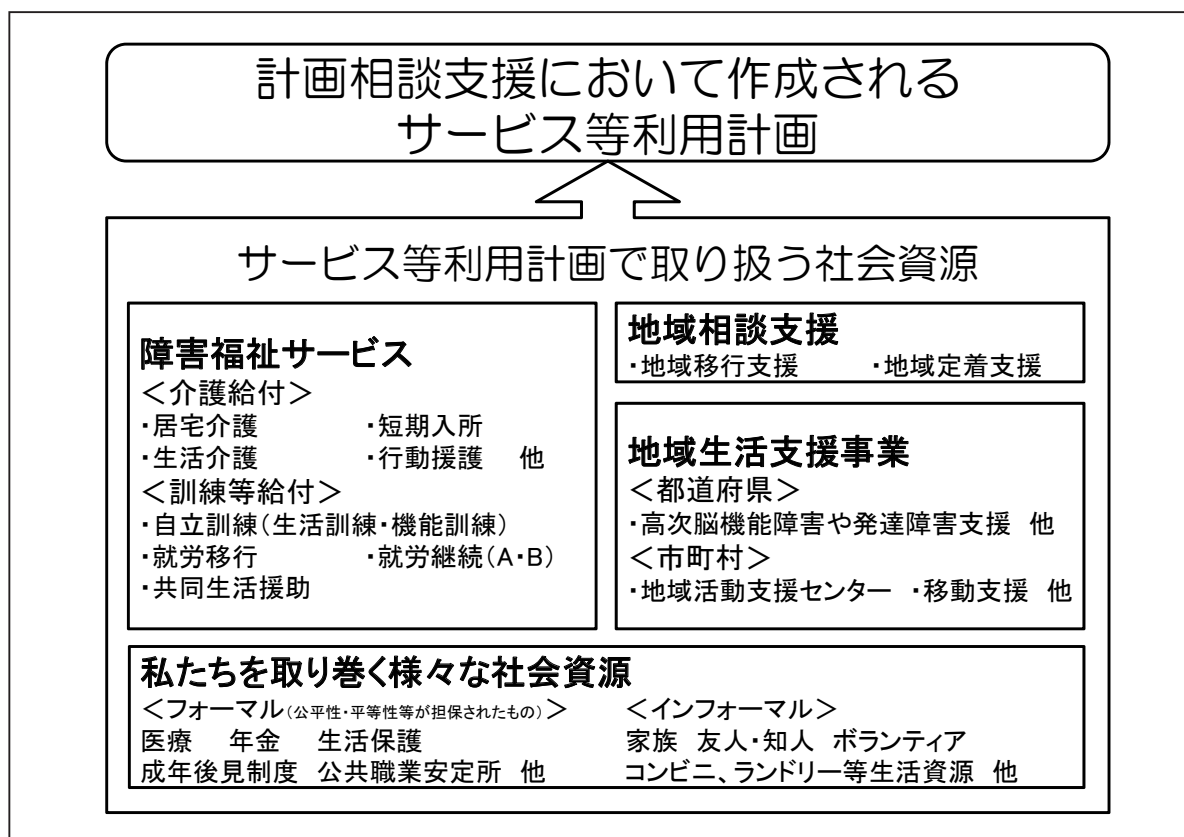
以上のように「相談」「相談援助」「相談支援」という言葉が、様々な意味を持ち使われるようになりました。私たちには、これらの言葉を整理し、意識して活用することが求められます。

(4)「計画相談支援」と「地域相談支援」との関係

「地域相談支援」が個別給付化されたことは、私たち精神保健福祉士にとって、社会的入院の解消を促すツールとして非常に重要視すべきです。これは「障害福祉サービス」と同様に「計画相談支援」において作成される「サービス等利用計画」の中に位置付けられ、主に同行支援、体験宿泊・体験利用の提供等直接支援が役割として強調されています。相談支援専門員が持ち得た直接支援サービスとして、精神保健福祉士としてはこれを特筆すべきですが、本書では、まずはケアマネジメントとして展開される「相談支援」の基本を押さえるという趣旨から、主に「計画相談支援」を中心に上げます。

なお計画相談支援については「3. 計画相談支援について」で詳しく取り上げます。ここでは「計画相談支援」と「地域相談支援」との関係について、他の障害福祉サービス等と併せて下図のように整理しておきます。（詳細は「地域相談支援に向けた働きかけガイドライン」をご参照ください。）

【「計画相談支援」と「障害福祉サービス等」との関係】



※社会資源についての詳細は「コラム1 サービス等利用計画におけるサービス“等”とは？」をご参照ください。

※計画相談支援と障害福祉サービス等との関係については「4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係」をご参照ください。

2) 「相談支援」と

「障害者総合支援法に基づく協議会」・「基幹相談支援センター」

(1) 相談支援と障害者総合支援法に基づく協議会

障害者総合支援法に基づく協議会（以下、自立支援協議会）の設置は市町村の努力義務です。自立支援協議会には、様々な分野（保健・医療・福祉・教育・労働等）の関係者が枠を超えて集まり、地域における課題を共通認識として捉え、明確にし、官民協働で協議・解決していく機能があります。

地域の課題は、相談支援事業所が対応している事例を通して顕在化させていくことが重要です。「自分たちの地域にはどのような社会資源が足りないのか」「どの分野が弱いのか」「それによって誰が困っているのか」などを適切に評価し、具体的に解決策を検討するプロセスを、自立支援協議会ではたどります。相談支援事業者には、相談実績を自立支援協議会に報告していくことが求められます。

「相談支援」と「自立支援協議会」には密接な関係があります。相談支援の体制が脆弱であれば、地域の課題は集約されず、自立支援協議会の機能は十分に果たされません。逆に、自立支援協議会には前述の機能の他に相談支援事業に中立・公平性が確保されているかを評価する機能などもありますが、自立支援協議会が形骸化するなどして機能していなければ、相談支援は個々の相談支援事業所で完結し、その機能を十分に果たせないでしょう。

まずは、自分たちの地域の自立支援協議会は「どのような構成メンバーなのか」「何を協議しているのか」「相談支援事業を通して顕在化した地域の課題解決への取り組みは適切に行われているのか」「それにより成果が出ているのか」などに興味関心を持ち、知ることが重要です。そして、誰もが暮らしやすい地域づくりのために、最大限有効に活用していくことが求められます。

(2) 基幹相談支援センター

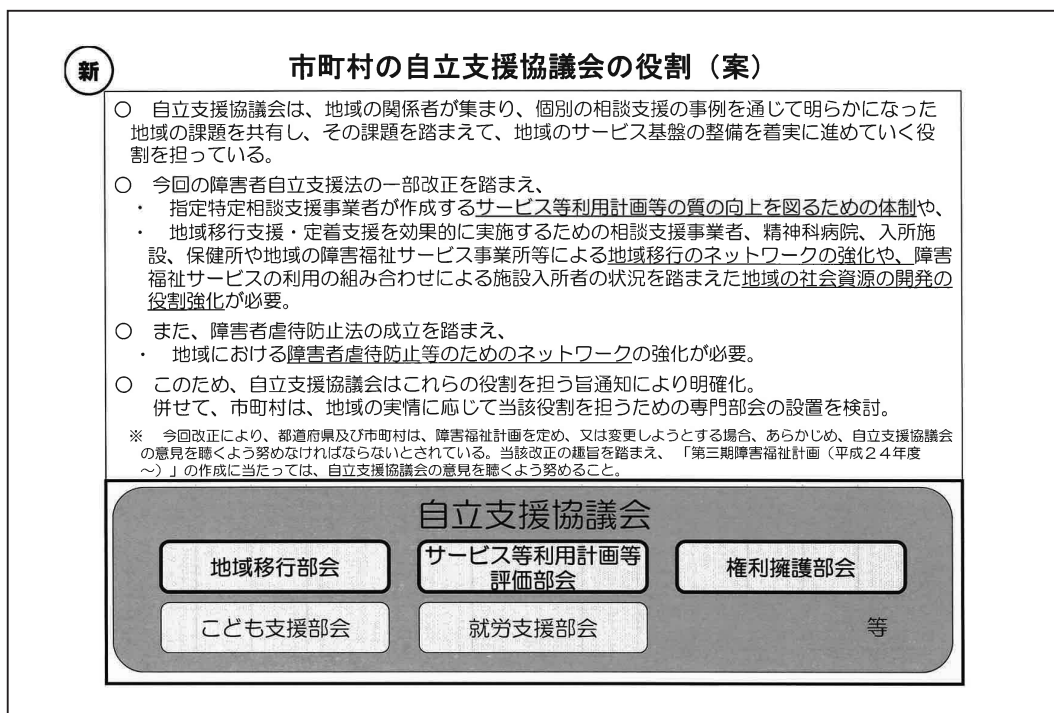
市町村における相談支援体制は、地域格差があるとともに、多様化・複雑化する生活課題に適切に対応するための人員体制が不足しがちですが、身近な地域においてより重層的な相談支援体制を確保するために、市町村は基幹相談支援センターを設置することができます。基幹相談支援センターには、障害の種別にかかわらず、相談支援事業所等で対応が困難な事例への対応や権利擁護（虐待防止等）、地域移行・定着に係る支援など、地域のセーフティーネットとして総合的な相談支援を行うことが期待されます。

基幹相談支援センターには地域の課題を把握し、地域ネットワークの強化を図ることや社会資源を創設していくことでその課題を解決していく、地域づくりの役割もあります。そしてこれを実現するには、自立支援協議会との連携が必要です。その運営に直接的に係わることも期待されます。官民協働をコーディネートし、より効果的に自立支援協議会を機能させることが求められます。

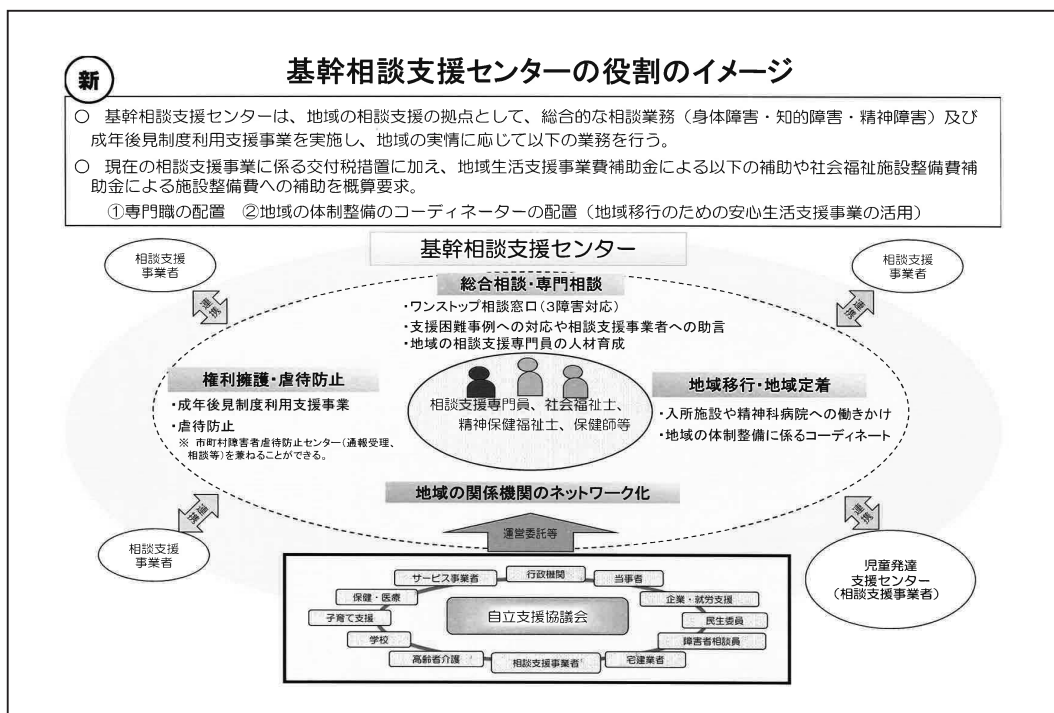
基幹相談支援センターは、地域の相談支援体制の拠点として相談支援事業所への支援も行います。精神保健福祉士等の国家資格を持つ相談支援専門員を配置し、専門的な指導や助言を行うとともに、会議や研修会を主催して情報の共有や人材育成を図ります。これにより、相談支援の質

の標準化を図り、より適正にケアマネジメントが実践される仕組みが確立されます。また、地域の相談支援体制が、量的に拡充し、かつ質的に向上するための方策を練ることも重要な役割です。以上の実践のためには、より高度な技術を持った専門職を配置することも必要です。独自に主任相談支援専門員資格を定めたり、独自に人材養成研修の仕組みを展開したりといった先駆的な市町村もありますが、精神保健福祉士等国家資格所持者による独占業務として位置付け、必要な専門性が担保されることも検討されるべきではないかと考えます。

【国から示されている自立支援協議会と基幹相談支援センターの役割イメージ】



[H23. 10. 31 厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料]



[H23. 10. 31 厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料]

「サービス等利用計画」における サービス“等”とは？

小さな変化ですが、2012年の法改正から「サービス利用計画」は、「サービス“等”利用計画」になりました。

ところで「～等」と書いてあると、この“等”は、「あまり深い意味はなく、とりあえずくらいでくっついてるんじゃない？」というような感覚を持ちませんか？この“等”には、どのような意味があるのでしょうか？

実はこの“等”、私たちにとっては大変重要なものなんです。

じっくり考えてみると、とっても奥深いものですよ(*^_^*)

ではでは、まずは「サービス“等”」を分解してみましょう…

サービス“等” =	<ol style="list-style-type: none"> 1. サービス ⇒個別給付に係る「障害福祉サービス」がこれに相当します。具体的には「介護給付」と「訓練等給付」を指します。 2. サービス等 ⇒「サービス」以外のあらゆる“社会資源”を指します。
-----------	--

2012年法改正以前の「サービス利用計画」では、私たちがよく活用する、地域生活支援事業（地域活動支援センターや移動支援事業など）も、医療系のサービス（デイケアや訪問看護など）も、日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）なども含まれていませんでした（計画に記入してはいけないということではない）。もちろん、インフォーマルな社会資源もです。「サービス“等”利用計画」では生活に関わるあらゆる社会資源を活用することを考えていくことがとっても大切です。

ではでは、特にインフォーマルな社会資源について考えてみましょう…

例えば…

- ・家族や友人、ボランティアなどの「人」
 - ・コンビニ、コインランドリー、公共交通機関、銀行、郵便局などの「生活資源」
- などがありますよね。
では他には…??

例えば…

- ・よく利用する喫茶店のマスター（の笑顔）
- ・同じアパートに住む当事者（の理解）
- ・毎朝の愛犬の散歩で出会う近所の人（の挨拶）
- ・昔の職人としての経験
- ・主婦の勘 などなど

私たちには、このサービス“等”を柔軟に発想し、創造していくことが求められていることが分かります。サービスを導入することばかりを優先するのではなく、目に見えるものだけでなく、見えないものも含めたたくさんの気づきを「サービス等利用計画」として言語化し、ご本人含む支援チームで共有することが重要です。

小さな変化ですが、「サービス等利用計画」のこの“等”には、相談支援専門員として、そして精神保健福祉士としての**矜持**があります。

ピアの力

◆リカバリーとピアサポート

突然ですが、「アルプスの少女ハイジ」というアニメをご存知でしょうか。主人公のハイジは1歳で両親と死別し、5歳の時にアルムの山小屋にいる父方のおじいさんに預けられながらも自然の中でのびのびと暮らしている女の子です。一方、大金持ちのお嬢様のクララは、幼くして母親を亡くし、不在がちの父親のかわりに厳しい執事や祖母に育てられます。クララは身体が弱く車椅子生活で、医師を含めて周りの誰もが彼女が歩けるようになるとは思っていませんでしたが、歩けるようになると無邪気に信じるハイジやペーターと山のなかで暮らすなかで徐々に歩くことへの意欲が芽生え始めます。おじいさんもまたクララが歩けると確信し、ハイジやペーターと一緒に歩く訓練をはじめます。ハイジはくじけそうになるクララを励ましたり、時には怒ったりわめいたりもしながら対等にぶつかっていきます。そしてクララは遂に自分の足で歩けるようになります。

クララのおばあさんも執事もそしてお父さんにとっても信じられないことでした。おばあさんや執事のもとでは決して歩けるようにはならなかったでしょう。歩けることでクララらしい暮らしを送れるはずだと信じ続けたハイジやペーターという仲間の支えあい（ピアサポート）と、同じくリカバリーを信じ、ハイジやペーターの力も信じて、専門的な訓練のお手伝いをしたおじいさんの存在により歩けるようになったといえます。ピアサポートによって「リカバリー」の過程を歩んだのです。

◆（経験のない）専門職の限界

クララの例でもわかるとおり、医師がクララの足を専門的に診ていても決して歩けるようにはなりません。ハイジやペーター、おじいさんのリカバリーを「信じる力」によって歩けるようになりました。また野原をかけまわる彼らの存在からクララ自身が歩きたいと思えるようになったことによって成し得たといえます。

これはフィクションですが、実践の中でもこのようなことはあります。症状も落ち着きいつでも退院ができる状態で長年入院していて、これまでPSWがどんなに声をかけてもなかなか退院すると言わなかった方が、入院していた仲間が退院したと知り突然退院すると言い出すなどです。私たち専門職だけでは限界があり、届けることのできない支援が確実にあるということを実感しなければ、まだまだ専門職主導のシステムの中で、ピアとの協働もピアサポートが活かされることもないでしょう。

◆ピアサポートのさまざまなカタチ

改めて、「ピア」とは、「仲間」「対等」「同輩」という意味で、ピアサポートとは「仲間同士の支えあいの営みのすべて」のことになります。同じような経験をしている仲間同士が集まり自然発生的に生まれていた支えあい（ピアサポート）が、実はさまざま効果があることがわかりました。それならば意図的に導入しようということで、ピアカウンセラーやピアヘルパー、ピアスタッフ等経験のある当事者を職員として採用し、意図的に仲間同士が出会い、支えあうということが始まりました。つまり、「ピアサポート」とは、インフォーマルで自然発生的な仲間同士の支えあいの意と、フォーマルで意図的な（ときには仕事としての）支えあいの意の両方で使われています。（右図参照）

意図的なピアサポートのなかには、サポートグループ（同じ病や経験のある者同士が支えあうことを目的に集うグループ）のメンバー同士対等な立場の中で営まれるものと、ピアスタッフやピアサポーター、ピアカウンセラーなど職員の立場で営まれるものとあります。またサポートグループのファシリテーターとしてピアスタッフがその役割を担う場合もあります。

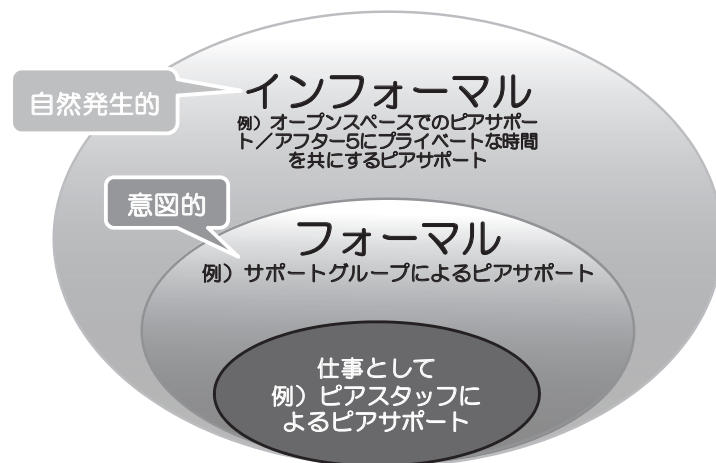


図 ピアサポートの構造（ナカミ）

◆新たな職種としての「ピアスタッフ」とピアサポート～ある地域の事例～

地域移行支援で行き詰まりを感じていた A 相談支援事業所が、保健所や就労支援事業所、近隣大学の PSW とともにこれまでの支援の振り返りを始めました。そのなかでこの行き詰まりはピアサポーターを導入することで開けてくるかもしれないという思いに至り、ピアサポーター導入を志向しはじめました。事業所を中心に保健所、精神保健福祉センター、病院、市、近隣大学の PSW らによるネットワーク会議のなかで、ピアサポーター雇用にあたっての理念の共有、養成講座のあり方、具体的なプログラム等を検討していきました。すべての人がリカバリー志向の互いに支え合う関係づくりを基礎とするピアサポート講座をベースに、積み上げ方式でピアサポーター養成講座を開催しました。

両者の修了者のなかからピアサポーターを採用することになり、3年経ちます。新たな職種の誕生に当初は雇用主も専門職もどうしてよいかわからないという不安や揺らぎ、葛藤がありました。しかし一つ一つ不安材料を克服すると、これまで専門職だけでは見えてこなかった新たな視点がチームに加わることによる支援やサービスの広がりを感じるようになりました。

また、ピアサポート講座終了者のフォローアップ講座や、講座の終了者たちの声から「ティーパーティー」と称するピアサポートグループが生まれました。「ティーパーティー」は家で引きこもっているひとなどなたにでも開放しており、子育て中の母親が子どもと一緒に参加することもあります。

障害の有無にかかわらず、すべての人が互いに支えあう社会を目指していくことがピアサポートの究極的な目的です。ピアサポートを広げていくファシリテーターとなるのがピアサポーターということになるでしょう。

◆新しいサービスを生み出す

A 相談支援事業所のある日のケースカンファレンスでは、なかなか薬をのみたがらない B さんについて検討していました。B さんはこれまでも退院後薬を中断して再発するパターンを繰り返していました。PSW らは、自分から薬を飲むためにどうしたらよいか、服薬管理か、都度声かけをしようかなどと話しましたが、ピアサポーター C さんが、「薬をのみたくない気持はよくわかるよ。やっぱりだるくなったり眠くなったりするから辛いんだよね。ぼくもなんども繰り返してやっとわかったけど、薬が必要だと自分が納得すれば自分からのむようになるんだよね」と。そうか…「じゃあ、B さんが納得するためにはどうしたらいいんだろう?」「お薬講座を開催して、皆の薬の経験談などを話しあうのはどうか。」など、新たな視点による新たなサービスが生まれていきました。

私たちはこれまで永きにわたって専門職だけでサービスや制度を作り続けていました。知識はあるとはいえ経験がない故に確実に見えないところがあるにもかかわらずです。本人に寄り添う、真の本人中心のサービスとなるには、経験のあるピアの力は不可欠といえるでしょう。

◆ピアの力を導入するキーパーソンは精神保健福祉士

このように、「ピアの力」とは、精神保健福祉士や専門職の手が足りないときの安価な労働力ではないですし、また専門職は足りないからピアサポートでまかなってもらえばいいんじゃないか、という専門職の人手不足を埋める代替サービスでもありません。

ピアにしか見えないことがあり、できないことがあるのであって、それは私たち（経験のない、もしくは経験があることを開示していない）専門職には見えないこと、でき得ないことだと言えます。「じゃあ、専門職は不要か?」という決してそうではありません。

—昨年、私は東日本大震災のボランティアに参加させていただきました。行く前は想像を絶する地震や津波の恐ろしさを経験していない私になにができるだろうかと不安でした。が、現地の保健師さんから「私たちは皆被災しています。そうすると住民の被災体験に耳を傾けようと思ってもちちゃんと聞くことができないのです。だからこそ経験していない人に支援に入ってほしいのです。」とおっしゃられました。改めて、経験のない者と経験者がともに協働していくことで、一人ひとりの思いに寄り添った支援が構築されるのだと実感しました。

冒頭にお話したハイジとクララのお話のように、ピアサポートは誰もがリカバリーできる（その人らしい暮らし・生き方・歩む途に立つことができる）と信じることから始まります。今ある日本の精神保健福祉システムにおいて、リカバリーを信じ、ピアもしくはピアサポートの力を信じ、協働の場にピアを導入することのできるキーパーソンとして精神保健福祉士が期待されます。それは、これまでの専門職主導の歴史を反省し、日本の精神保健福祉システムを変革しなければならないという同じ土台にたっているからです。

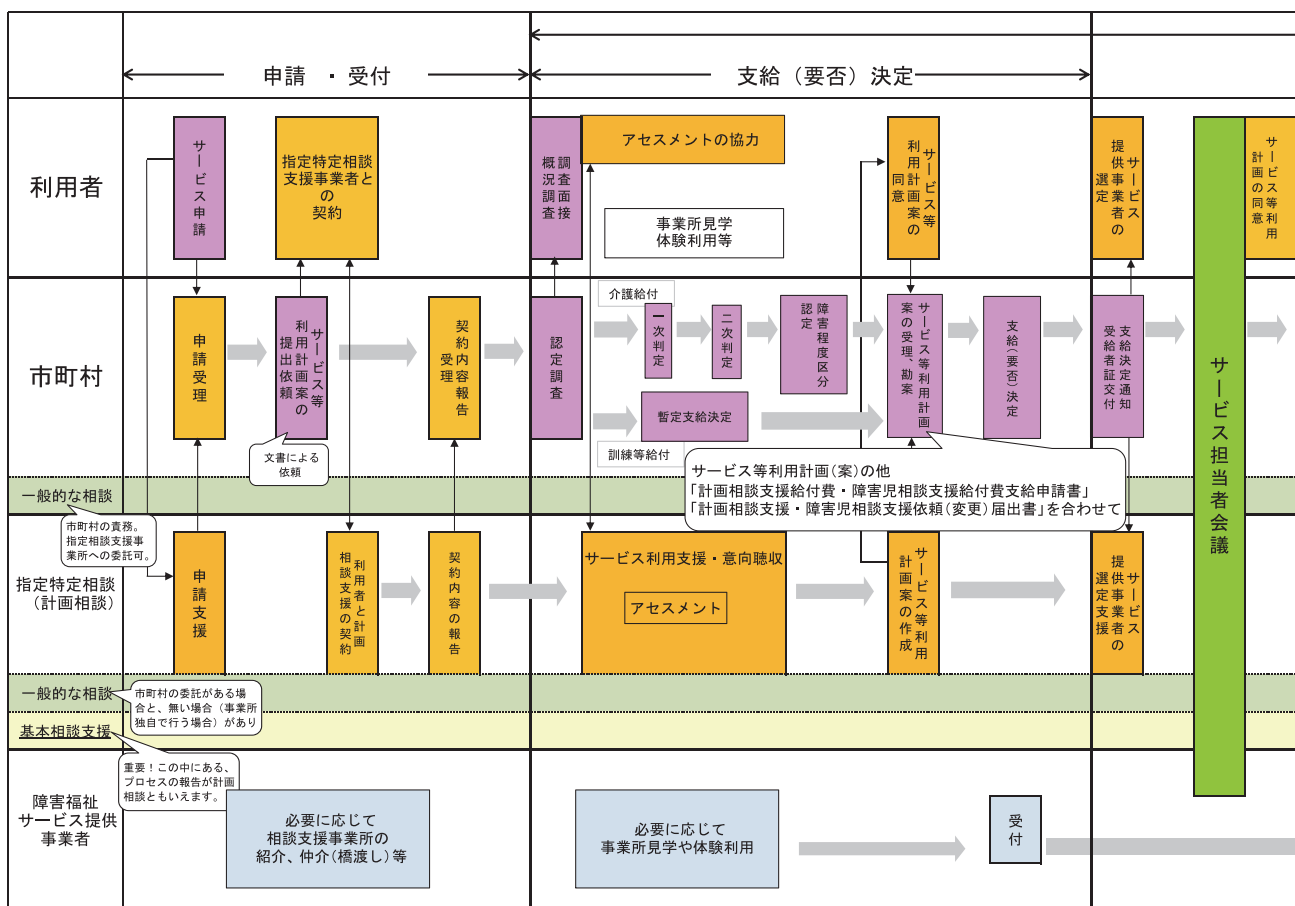
ピアサポートの広がりが、今よりもっと暮らしやすい地域の創造につながると信じています。

3. 計画相談支援の流れとポイント

1) 計画相談支援の流れ

この図は、計画相談支援についての、手続きや支援の流れのイメージ図です。実際は、この図の通りではなく、途中で必要な支援が入ることや、「行きつ戻りつ」しながらすすめていくこともあります。あくまでも、計画相談支援の全体的な流れをイメージしていただくためのものです。

【申請・受付までのかわりの重要性】 この図では、ご本人が計画相談支援の対象者となったところからはじまっていますが、実はそこに至るまでの部分も重要です。相談そのものがはじまるきっかけ・場面は様々です。ご本人が生活のしづらさや希望する暮らし等について、まずはじめに相談するところは、市町村の窓口や相談支援事業所とは限りません。医療機関、障害福祉サービス提供事業所など様々な機関、人が想定されます。



相談支援専門員の支援ポイント

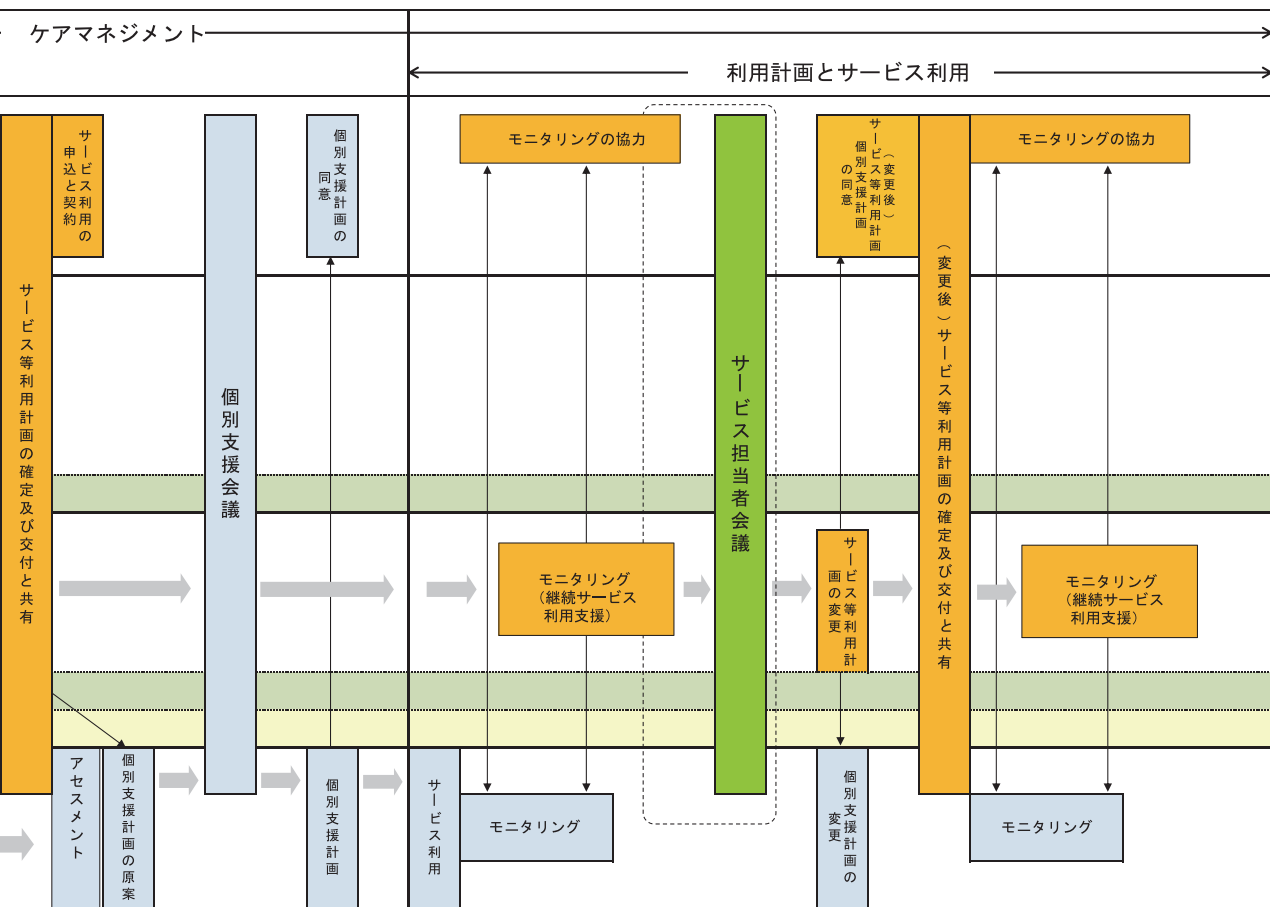
利用者とのかわりはじめ～サービス等利用計画案作成

サービス担当者会議

- 支給申請(必要に応じて支援)
申請は可能な限り、本人から区市町村窓口に出掛けてもらいましょう。
- サービス等利用計画(案)の作成準備(アセスメント)
アセスメントシート、ニーズ整理票、サービス等調整会議事録等、独自の様式を使用して行います。サービス等利用計画案の根拠として、必要と判断されるときや市町村から求められたときは提出します。関係機関と共有すべき情報といえます。
- サービス等利用計画(案)の作成
市町村が行う支給決定の根拠となります。また、サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報にもなります。可能な限り、利用者も含めたサービス等調整会議を開催し、関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解してすすめていくことが大切です。
- 利用するサービスについて、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等幅広い領域にまたがり、サービスもフォーマル、インフォーマルと多様です。
- 関係機関と情報の共有を図り、利用者が何度も同じことを聞かれるようなことがないよう、負担の軽減に配慮しましょう。

- サービス等利用計画作成のポイント
 - ①エンパワメントの視点が入って
 - ②アドボカシーの視点が入って
 - ③トータルな生活を支援する計画
 - ④連携・チーム計画となってい
 - ⑤サービス等調整会議が開催
 - ⑥ニーズに基づいた計画となっ
 - ⑦中立・公平な計画となってい
 - ⑧生活の質を向上させる計画と
- サービス担当者会議の開催
本人の参加が原則です。地域生活に必要なフォーマル、インフォーマル(案)を提示し、必要な修正や個別支援計画を立てる際の基礎この時点で障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者からすり合わせる点がポイントです。

☆ 「相談」の中からニーズがあきらかとなり、必要な支援へとつなげていくきっかけになります。誰もが精神保健福祉士としてかわり、適切な支援につなげていくことが求められます。その展開の中で、障害福祉サービスを利用される方を対象に計画相談支援のサービス利用支援、継続サービス利用支援が行われていくこととなります。計画相談支援の流れの中には、専門性に裏打ちされた日常生活支援のための相談として、常に「基本相談」がベースに位置づけられています。真のニーズに基づく本人中心の支援を展開していくために、どの場面においても、ご本人に寄り添い、かかわるプロセスが大切です。



議～サービス等利用計画の確定

イント
ていますか
いますか
画となっていますか
ますか
されていますか
ていますか
ますか
なっていますか

ンフォーマルサービスを含んだサービス等利用計
確定を行います。サービス提供事業所が作成す
礎情報となります。
を利用されている方については、サービス提供事
個別支援計画(案)の提示を受け、両者の計画を

計画の実行とモニタリング（継続サービス利用支援）

- モニタリングの実施ポイント
 - ①サービス等利用計画通りにサービスが提供されていますか
 - ②総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現できていますか
 - ③解決すべき課題(本人のニーズ)が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいていますか
 - ④サービスの内容について利用者は満足していますか
 - ⑤期間中に新たな課題が生じていませんか
- モニタリング期間の設定
モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可能です。
- サービス導入直後のモニタリングは特に留意が必要です。サービスが効果的に機能しているかについて初期段階での確認が大切です。
- 過剰なサービスにより、利用者のエンパワメントが妨げられないように、必要性の再評価を適切な時期に行いましょう。
- モニタリングの結果、支給決定の更新等が必要な場合は、更新申請を市町村に提出し、併せてサービス等利用計画案を作成、提出を行います。

[※一般社団法人支援の三角点設置研究会発行「障害者地域相談のための実践ガイドライン」P9～12の図及び社会福祉法人南高愛隣会作成の図を基に作成]

2) 「サービス等利用計画」のあり方

(1) 「サービス利用計画」から「サービス等利用計画」へ

2011年度までの「サービス利用計画」は、2012年度から「サービス等利用計画」へと変わりました。このことは、計画の中身に障害福祉サービスのみならず、インフォーマルな支援や資源も盛り込んでいくことを意味しています。単なるサービス調整や斡旋の為ではなく、総合的な計画にすべきというメッセージが“等”という文字に込められています（「コラム1」参照）。それにもかかわらず、「このままではサービスを支給決定する為だけの計画になってしまう」「サービス提供事業所を調整する為だけの計画になってしまう」と危惧する声が多く聞こえてきます。なぜでしょう？

(2) 計画を作成する前に

これから「サービス等利用計画」を作成していくにあたって、私たちが最初に考えなければならぬことは、「なぜ計画相談が、障害福祉サービスを利用する全ての方に対象となったのか？」ということと、「モニタリングは誰の為にするのか？何の為にするのか？」ということです。

私たちは、目の前の方々の生活支援を日々行っています。その場面において必要だと思われる関わりを続けていくわけですが、その支援は決してサイコロを振って内容を決めているわけではなく、ご本人の意向や、私たちの見立ての上で、意図的に行われています。

そう考えると、今までも私たちの頭の中では「計画」がつくられてきたとも言えます。「サービス等利用計画」の作成は、そういったことを、改めて、きちんとご本人を中心とした支援チームの中で、書面で共有していく過程だと理解できます。

大前提として、「生活支援をする為に計画を作成するのであり、生活支援をする為にモニタリングを行う」のであるということを、今一度確認しましょう。計画作成に追われ日常の業務に忙殺されてしまっている現状の私たちは、ご本人のことを置き去りにしてしまわない為にも、このことに常に立ち返る必要があります。

(3) ご本人と一緒に計画を作成していく

「サービス等利用計画」は必ずご本人の意向を確認しながら一緒に作成していきます。

「ご本人のいないところでご本人の処遇を決定しない」ということは、この先どのように制度が変わろうと決して変わらないということを、相談支援に携わる私たちはこれからも大切にしていく必要があります。また、日常的に行われるサービス担当者会議やケア会議においても、ご本人の参加が基本となります。

また、中にはご自分の気持ちを上手く表現することが苦手な方や、会議の同席が難しい方もいらっしゃると思います。こうした方々にとっては、その人の意向が十分に反映されている内容になっているかどうかによって、「その計画が“意向の代弁”としての重要なアイテムになるのか」「“処遇”としてまるで支援者からの通達文書ようになってしまうのか」「“サービスを使う為に必要な儀式的な書類”として誰も振りかえる気がしないような通り一辺倒のものになってしまうのか」など、改めて私たちの専門性が問われることとなります。

ワンポイント

※「サービス担当者会議」（厚生労働省令第二十八号基準第十五条十）

⇒支給決定後に必須となる会議を指します。

※「ケア会議」

⇒ここでの「ケア会議」とは、日々の支援の過程で開催される、ご本人の参加を前提条件とした会議を指します。支援の方針を共有したり、ご本人の状況を共有したりする目的で開催します。

(4) 計画に盛り込む必要のある内容

「サービス等利用計画」の作成において、書式は特に定められていません。

厚生労働省が示している標準様式は、あくまで書式の例示です。

厚生労働省令（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施行規則第6条の15）にあるサービス等利用計画案の記載事項は、「事務処理要領」のP111には以下のよう示されています。

【サービス等利用計画案の記載事項】

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

※ 指定特定相談支援事業者以外の者が作成する場合のサービス等利用計画案の記載事項についても、上記に準拠することとする（⑦を除く。）。

【対象者】

障害福祉サービスの申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障害者。

「サービス等利用計画」を作成するうえで気を付けなければならないことは、ご本人と一緒に作成したものに上記①～⑦が盛り込まれていれば「サービス等利用計画」として成立するが、例えご本人と一緒に作成したとしても上記①～⑦が盛り込まれていなければ成立しないということです。①の「利用者及びその家族の生活に対する意向」は非常に大切な項目で、ご本人の「夢・希望」や「将来生活展望」「こんなような生活になれば」といったことが記載されます。この①と②の部分が、“③～⑥だけしか記載されないようなサービス斡旋・調整表”と“本人中心計画を目指した計画”との差異に影響するといえます。

事務処理要領等の内容を把握することは重要です。とりわけ行政機関には異動があり、また「サービス等利用計画」に関わる全ての方が専門職というわけではありません。異動してきた職員は、この事務処理要領に基づいて様々な事を判断し、決定します。計画を作成する相談支援専門員と行政機関職員とに齟齬が生まれた際に、その狭間で不利益を被ってしまうのはご本人です。

私たちが関わることで、ご本人にかえって不利益が生まれるような事態は避けるべきというこ

とは言うまでもありません。

下の図は、国の書式例です。

この書式例を使いながら、ご本人の夢や希望、ストレンクス等をどのように表現するか、日々悩んでいる相談支援専門員が沢山いるはずで。

また、市町村の行政機関と話し合いながら、事務処理要領の項目に沿いながらも、より本人中心計画になるよう、独自に書式を開発している事業所や市町村もあります。本人中心計画を作成するにあたって、ネットワークを活用して情報交換・意見交換を行い、国の例示した書式より、“進化したもの”を私たちは開発していく必要があります。

【国から示されている書式の例（標準書式）】

サービス等利用計画案（例）							
利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	ご本人やご家族の意向・将来の夢・希望						
総合的な援助の方針	相談支援専門員がアセスメントした関係機関共通の方向性や状況						
長期目標	総合的な援助の方針を踏まえた半年から1年の目標						
短期目標	総合的な援助の方針を踏まえた直近から3か月くらいの目標						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス種類・内容・量(単位)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	そのために必要な(ニーズに対する)フォーモナル・インフォーモナルな支援						
2							
3							

※厚生労働省ホームページに記載されている書式例に、日本相談支援専門員協会発行の「サービス等利用計画作成サポートブック（2012年3月）」のP20-23を参照して加筆。

(5) 一つの計画を作成するまで

「サービス等利用計画」の作成に取り組んでいる相談支援専門員の方達と意見交換をすると、「何をもって“完成”としてよいかわからない」「自分が作成した物が本当にご本人にとっていいものになっているか心配」というような声がよく聞かれます。「サービス等利用計画」は、ご本人に相談支援専門員が伴走しながら変化し続けるものなので当然の疑問であり、こういった疑問があるからこそ、常にご本人の意向を確認しながら、必要に応じて変化させていくことができます。また、ご本人の状況によって「サービス等利用計画」を作成する手順が変わる場合もあります。一人ひとり状況は千差万別なので全てが当てはまるわけではありませんが、大きく分けて2つのパターンをここでは例示してみたいと思います。

① 利用者の意向をじっくり確認しながら、時間をかけて作成する例

利用者の中には、生活のしづらさがあって相談しに来たものの、「自分自身ではどんなサービス利用したらよいか分からない」「サービスを利用することが本当に生活のしづらさの解消に向かうのか分からない」「どんなサービスを自分が利用できるのかが分からない」「上手く自分の困りごとを周囲の人に伝えるのが苦手」というような方もいます。また、中には今までの支援者との関わりで支援を受けること自体に不信感を抱いている方もいるかもしれません。

そういった方に対して、1回の面接で「サービス等利用計画案」を作成して終わりということは現実的ではありません。何回も面接し Ver. 1 を作りご本人に見ていただいて文言を修正し、この先の生活イメージを語り合いながら Ver. 2、Ver. 3 とバージョンアップしていきます。そのようなプロセスを通じて、ご本人が例えば「自分の気持を言えば目の前の人には計画にすぐ赤字を入れて修正してくれるんだ」という実感を持つ体験を積み上げていくことが重要です。面接や訪問をしていく過程そのものがご本人との関係づくりとなります。

※【「少しずつバージョンアップを重ねながらサービス等利用計画案を作成した例」参考】

② 直ぐに計画を作成してサービスを導入する緊急性が高い場合

一方で、生活上困難な状況に直面していて、直ぐに必要なサービスを導入しないと不利益が生じる状況の方もいます。そのような状況の方に、相談支援専門員が納得いく計画ができるまで何回も面接して、その間ご本人に必要なサービスが提供できないという事態を引き起こすことは生活支援の主旨からいってもかえって権利侵害になりかねません。状況判断によってはすぐさま目の前の事態に対応するサービス導入を優先した「サービス等利用計画案」を作成する必要があります。例えば、暫定的な利用頻度や内容を盛り込み、それが適切か否かについては「(自分に合った利用頻度や内容を) 探す・考える」などの言葉を用いながら、サービスの支給決定を優先することが必要な場合があるかもしれません。

このように作成した場合は、モニタリング等を通じて、他にもご本人に潜在的なニーズは無いのか、緊急で導入したサービスでご本人のニーズは満たされているのかといったことを確認しながら、ご本人と一緒に改めて計画のバージョンアップをしていく必要があります。

(6) モニタリングの設定期間

モニタリングの設定期間は、厚生労働省令（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施行規則第6条の16）に勘案事項として例示されていますが、例えば指定特定相談支援事業所の計画相談支援の一部として生活支援が必要な場合等は、国の例示より増えることが予測されます。「モニタリング期間については、市町村が指定特定相談支援事業者の提案を踏まえて以下の勘案事項及び期間を勘案して、個別の対象者ごとに定める。」と事務処理要領（P112）にも示されているとおり、そうした場合であれば毎月の設定も可能です。

ただし、相談支援専門員が勝手に「この人は生活支援が結構必要そうだからモニタリングは毎月しよう」と請求してしまえば、支給決定する区市町村は根拠が分からず、困ってしまうでしょう。例えば、サービスを使い始めて3ヶ月目にサービス担当者会議を開き、本人・支給決定部署（市町村）等と一緒に今後のことを決めながら、「次のモニタリングは6ヶ月後」とか「やっぱり今後も毎月モニタリングをしよう」等々を、ご本人含めて共有しておくことがご本人、事業所、行政機関が協働していくうえで必要となります。

【事務処理要領の抜粋（P112-114）】

(3) モニタリング期間（則第6条の16）の設定

モニタリング期間については、市町村が、指定特定相談支援事業者の提案を踏まえて以下の勘案事項及び期間を勘案して、個別の対象者ごとに定める。

ア 勘案事項

- a 障害者等の心身の状況
- b 障害者等の置かれている環境
 - ・地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）の変化の有無等
- c 総合的な援助の方針（援助の全体目標）
- d 生活全般の解決すべき課題
- e 提供されるサービスの目標及び達成時期
- f 提供されるサービスの種類、内容及び量
- g サービスを提供する上での留意事項

イ 期間

- ※ 当該期間は「標準」であるため、市町村が、当該標準を踏まえつつ対象者の状況に応じて、「2、3月ごと」や、在宅サービスの利用者を「1年ごと」、施設入所者を「6月ごと」とする等柔軟に設定することが可能である。
- a 支給決定又は支給決定の変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者
→ 1月（毎月）ごと
（ただし、当該支給決定又は支給決定の変更に係る障害福祉サービスの利用開始日から起算して3月間に限る。）
- b 療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障害福祉サービスを利用する者又は地域定着支援を利用する者（いずれも a に掲げる者を除く。）のうち次に掲げるもの
→ 1月（毎月）ごと
 - (a) 障害者支援施設からの退所等にに伴い一定期間集中的に支援を行うことが必要である者
 - (b) 単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である
 - (c) 重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けすることができる者
- c 療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障害福祉サービスを利用する者若しくは地域定着支援を利用する者（いずれも a 及び b に掲げる者を除く。）又は地域移行支援を利用する者（a に掲げる者を除く。）
→ 6月ごと
- d 療養介護、重度障害者等包括支援、施設入所支援を利用する者（a に掲げる者及び地域移行支援を利用する者を除く。）
→ 1年ごと
- ※ 重度障害者等包括支援については、当該サービスの指定基準において相談支援専門員であるサービス提供責任者が当該サービスの実施状況の把握等を行うこととされているため、原則として、支給決定の有効期間の終期のみ継続サービス利用支援を実施。

(6) 計画はご本人にとって、この世で唯一オリジナルなものであること

このハンドブックをはじめとして、様々なマニュアルやガイドラインが存在します。事務処理要領には一定のルールが記載されているので、それらマニュアルやガイドラインはひとつの指標として大事ですが、「こうあるべき」とか「見本はこうなんだから、これに合わせるべき」となりやすいので注意が必要です。

事務処理要領でも“個別の状況を勘案する”という主旨の文言が多く出てくるように、「サービス等利用計画」は、あくまで私たちが向き合うご本人と一緒に作成していくことが最優先です。その方に合わせて柔軟な計画を作成することに留意しましょう。

私たちは支給を受けることを目的に面接や訪問をするのではなく、ご本人の夢や希望の実現に向けて、生活支援をする為に面接や訪問をします。その過程に伴走し、ご本人を中心とした支援チームで共有する為に計画を作成していくのだということを今一度確認しましょう。

私たちが作成するものは、「サービス斡旋・調整表」ではなく、**本人を中心に考えた計画**です。

サービス等利用計画案作成具体例： 【少しずつバージョンアップを重ねながらサービス等利用計画案を作成した例】

Ver.1

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成**年**月**日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成**年**月)	利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>通院先で出会った友人に「このままだと入院になっちゃうよ。ヘルパーさんに来てもらったら？」とすすめられた。市の保健師さんに相談したら、そうした方がいいとくじらを紹介された。入院はしたくない。ヘルパーさんに来てもらいたい。</p> <p>生活のことで色々気になることがある。一人暮らしが大変。もう少し、生活も症状も安定させたい。一人で生活のことも症状のことも、両方考えるときんどくなる。今後どうしていったらよいか分からない。相談できる人が欲しい。</p>						
総合的な援助の方針	希望をもちながら生活がおくれるように、生活と症状の安定が図れる方法を一緒に考えていく。						
長期目標	相談できる体制や見守りがある中で、生活と症状の安定を図る。						
短期目標	一人で抱え込まずに、相談しながら気になることを少しずつ整理していく。						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	生活の安定を図る。(色々気になることをなんとかしたい。)	生活状況や希望を確認しながら、気になることについて整理し、必要なことを考える。	1年?	・居宅介護(家事援助)／2日/週(1回あたり1.5時間)程度	ヘルパーを利用しながら、自分で出来ること、手伝ってもらおうと助かることを整理していく。周囲の支援者に伝える。	毎月	不安なので、2日/週は来てもらいたいと本人の希望。
2	症状の安定を図る。	服薬を続け、定期的に通院する。	1年?	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や、外来看護師さんへの相談など。	薬のことで気になることがあれば、主治医や外来Nsに相談する。	毎月	以前は4週間に1回の通院で不安だった。今後、必要であれば訪問看護の利用も考えてみる。
3	相談できる体制。(生活と症状の安定やこれからのことを考える。)	一人でしんどくならないよう、支援の体制をつくっておく。	1年?	・居宅介護(ヘルパーさん)／支援時に相談してみよう ・相談支援(くじらの若山、他)／随時	一人で抱え込まず、気になると、困ったことなどを話す。	毎月	まずは、一番話しやすい人から伝えてみる。少しずつ関係をつくっていき、かかわる人を増やしていく。
4	ヘルパー利用の話を進めながら、塩屋さんの気になる点を聞いた結果、通院・服薬が安定していないこと、住んでいるアパートの地域のゴミ捨てルールの複雑なものが貼り紙されて持って行ってもらえなかったり、その結果、ゴミを捨てに行くのが不安になってアパートに物が溜まっていったりといった様子が分かってきました。						
5	塩屋さんの中では「ヘルパー利用＝入院しないで済む」という結びつきが強く、それ以上のことは現状混乱を深めるだけだと判断し、まずは懇話のヘルパー利用の導入と、通院の確認、相談関係の構築をメインにver.1をまとめてみました。						

最初、塩屋さんから表現された「ニーズ」は「ヘルパーさんに来てもらいたい」のみでした。利用の動機も、友人や保健師さんから勧められ、入院したくないとの思いからでした。なぜヘルパー利用を周囲に勧められたのかは伝わりきっていません。塩屋さんなりの目的も曖昧で、面接でも「入院したくないのでヘルパー利用させてください！保健師さんからもOKもらってます！」といった様子でした。

相談支援ハンドブック

Ver.2

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成**年**月**日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成**年**月)	利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>生活も症状も両方安定できている状態を維持したい。相談できる人ができて一人で抱え込まずに済むようになったので、家事をこなす不安が減ってきた。気になるところが減って、余裕ができたので、外出して人の中で過ごすことに慣れていきたい。いずれは趣味のギターも再開させたいと思っている。色々一人で考えるのは不安なので、これからは相談できる人がいる安心感があれば、何とかやっていけそうな気がする。</p>						
総合的な援助の方針	生活と症状の安定が図れるように一緒に考え、希望をもちながら生活がおくれるようになる。						
長期目標	安定した生活を継続し、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やす。日中気軽に通えるところを探す。						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	生活の安定を図る。	生活状況や希望を確認しながら、気になることについて整理し、必要なことを考える。	1年	・居宅介護(家事援助)／1日/週(1回あたり1.5時間)	やり方に困った時、不安でやれなくなった時は相談する。自分で出来ることはやる。	毎月	自分で出来ることが増えたため、回数を減らし、外出する機会をつくっていきたくて希望あり。生活に困った時は、回数を増やすことも検討。
2	安定した生活の維持。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるよう見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護／支援時の相談など ・移動支援／行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に連れてもらうなど(相談から)／必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん／困った時の相談／必要時	一人で抱え込まず、気になると、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	必要なのはみんなで確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
3	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になるところがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	健康面についても留意。
4	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援／行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に連れてもらうなど(相談から)、余暇を充実させるための買い物等／必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
5	日中気軽に通えるところを探す。(できれば、ギターがひけるようになる。)	気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようにする。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)／お試利用から、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できるような場所があるか検討(月1～2回)	自分にあった通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。

ご本人に寄り添い、伴走しながら一緒に「サービス等利用計画案」をつくっていきます。状況が変わることもあります。障害福祉サービス等、社会資源への理解や認識も変わります。そういったことに伴いニーズが変わることもあるでしょう。ご本人が希望する生活を目標として、一緒に考えることが続きます…。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画作成日	平成**年**月**日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成**年**月)	利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	外出して人の中で過ごすことに慣れていきたい。他の人の話を聞きながら、生活と症状が両方安定できるようにしたい。いずれは趣味のギターも再開させたいと思っている。色々一人で考えるのは不安なので、相談できる人がいる安心感があれば、何とかやっていけそうな気がする。						
総合的な援助の方針	安心して生活がおくれるようになり、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
長期目標	相談できる体制や見守りがある中で、生活と症状の安定を目指す。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やし、他の方の話を聞いて参考にする。日中気軽に通えるところがあればいいと思う。						
<p>ご本人に寄り添い、伴走しながら一緒に「サービス等利用計画案」をつくっていきます。状況が変わることもあります。障害福祉サービス等、社会資源への理解や認識も変わります。そういったことに伴いニーズが変わることもあるでしょう。ご本人が希望する生活を目標として、一緒に考えることが続きます…。</p>							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になることがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	以前は4週間に1回の通院で不安だった。今後、必要であれば訪問看護の利用も考えてみる。
2	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
3	相談できる人がいる安心感。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	一人でしんどくないよう、支援の体制をつくっておく。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護/支援時の相談など ・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん/困った時の相談/必要時	一人で抱え込まず、気になること、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	まずは、一歩話しやすい人から伝えてみる。必要なことはみんな確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
4	日中気軽に通えるところを探す。(できれば、ギターがひけるところが良い。)	気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようになる。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)/お話し利用から、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できそうな場所があるか検討/月に1~2回	自分にあった通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	移動に不安がある時や慣れない電車やバスの利用が必要な時は、移動支援も検討。同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。
5	生活の維持、安定。	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるように見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護/支援時の相談など ・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん/困った時の相談/必要時 ※さくらのお話し利用時にも、スタッフさんや利用者さんに工夫できることなどあるか聞いてみる	自分で出来ることはやる。やり方に困った時、不安ややれなくなった時は相談する。他の方の話を聞いて参考にする。	毎月	ヘルパーの訪問支援については、まだ少し抵抗がある。希望や状況に応じて、考えていく。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画作成日	平成**年**月**日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成**年**月)	利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	生活も症状も両方安定できている状態を維持したい。色々一人で考えるのは不安だが、相談できる人が増えて一人で抱え込まなくてもよくなったので、何とかやっていけそうな気がする。						
総合的な援助の方針	生活と症状の安定が図れるよう一緒に考え、希望をもちながら生活がおくれるようになる。						
長期目標	安定した生活を継続し、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やす。日中気軽に通えるところを探す。						
<p>塩屋さんは、ヘルパーの利用方法や自分が利用しているときのイメージが具体化していく中で、気になっていたゴミ捨てや、荷物の整理を支援してもらえると分かり、「他のことにも目を向けるゆとりが少しずつできてきた」ちょっと安心した表情を見せてくれるようになりました。家のことが気になって引きこもりがちでしたが、外出の希望も出、それを実現するための方法も具体的にまとまりました。</p>							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	生活の安定を図る。 ・ゴミ捨て(分別、溜めずに出す) ・荷物の整理を続けていく	ゴミの分別ルールの確認・一緒に分別して決められた曜日に出せるようにする。 荷物の整理を塩屋さんと一緒に進めていく。	1年	・居宅介護(家事援助)/ゴミの分別、ゴミ出しについて教えてもらう、部屋の中の荷物の整理、他、必要なこと/1日/週(1回あたり1.5時間)	やり方に困った時、不安ややれなくなった時は相談する。自分で出来ることはやる。	毎月	ヘルパーを導入してみた結果、気になっていたゴミ捨てや荷物の整理が進んだ。ゆとりができた分、外出する機会をつくってほしいと塩屋さんの希望あり。生活に困った時は、回数を増やすことも検討。
2	安定した生活の維持。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるように見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじら)/何かあったときの相談 ・居宅介護のヘルパーさんと移動支援のヘルパーさん/支援に入ってもらっているときの相談 ・主治医の先生、外来の看護師さん/通院のときの相談 ・お隣の有元さん/困ったときの相談	一人で抱え込まず、気になること、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	必要なことはみんな確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
3	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になることがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	健康面についても留意。
4	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
5	日中気軽に通えるところを探す。(できれば、ギターが弾けるところが良い。)	ギターも弾けるような気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようになる。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)/交流スペースのお話し利用、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できそうな場所があるか検討/頻度はお話し利用しながら検討	自分にあった通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。

「サービス担当者会議」の重要性

「サービス担当者会議」は、本人を中心に考えて作成した計画に基づいた支援を推し進めていくプロセスの一つでなくてはなりません。相談支援専門員は、本人が参加し、自らが中心となっていることを実感できるような場として機能していくために、事前準備を含めて会議の構造化をはかっていく必要があります。

「自分の知らないところで決めている場」「自分が参加していても、予め支援者間で決めたことを宣告のように言い渡される場」というようなネガティブな体験をしてきた方々も少なくありません。「自分の生活を応援してくれるチームの心強さ」「自分の力を実感し、支援者と共有できる晴れがましさ」を感じられるような配慮が一層求められているといえます。

入院中のAさんと相談支援専門員Bさんの例

入院中のAさんは、同居の家族の葛藤もあり自宅への退院は難しい状況でした。本人、Dr、病院PSWも退院を進めていることから、相談支援専門員のBさんはなんとかかしたいと思い、「とにかく情報共有しなくては」と急いでサービス担当者会議を開くことにしました。しかし会議当日、家族は「退院させられてしまうのか?」、行政担当者は「今日はなんのために自分が呼ばれたのか?」、病院は「自宅に退院が難しいならグループホームを探してほしい」とそれぞれ伝えたいことが交錯してしまいました。本人は「家族は面会の時には帰ってきていいよ、と言っていたのに。グループホームっていったい何ですか?」と不安と不信が募る場となってしまいました。

入院中のCさんと相談支援専門員Dさんの例

入院中のCさんは、入院前、服薬中断による病状悪化に伴い近所とのトラブルからアパートを退去せざるをえなかった事情がありました。現在は病状も安定していますが、生活保護のCWも保健師も「単身生活は無理なのでは?」と心配し、家族も「アパートの保証人にはなれない」となかなか退院に向けた話が進みません。相談支援専門員のDさんは、まず支援者間だけで調整のための会議を開き、率直に各々の不安を出し合い、退院後の服薬支援などの具体的な支援体制をどうするかなどを提案し合い、退院に向けて前向きに協力し合うことを確認しました。また、病院PSWと一緒に家族とも面接しました。退院に反対一辺倒なわけではなく、本人の希望に沿いたい思いはあるけれども自分の負担を考えると躊躇してしまう気持ちを確認し、家族だけで抱えずサービス等を利用していくことを勧めました。こうした一連の連絡調整については、その都度、本人にも退院準備の一環であることを伝えて報告しました。

相談支援専門員のDさんはそのうえでサービス担当者会議を開きました。当日、まずCさんから「入院前のことで家族に申し訳ない気持ちはあるが、今は服薬について病棟の学習グループに参加している。退院してアパートで一人暮らししたい。」と気持ちを伝えてもらいました。病棟の担当看護師からも本人の服薬管理に取り組んでいる様子を伝えてもらいました。今後は体験宿泊など利用しながら退院準備をすすめていくことを共有することが出来ました。また退院準備の進捗状況も共有していくために、しばらくは1~2ヶ月ごとに会議を行う予定も確認しました。会議が終わった後、Cさんは「みんなとこれからの予定を確認出来たので、まだ家族がアパートの保証人になってくれるかどうかはわからないけど、少し希望が見えてきたので安心しました。服薬学習グループへの参加も無駄じゃないんだってこともわかりました。」と笑顔を見せてくれました。

「セルフプラン」について

「セルフプラン」とは、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する「サービス等利用計画」のことをいいます。

「セルフプラン」の作成者は、指定特定相談支援事業者以外の者とされていますので、ご本人が同意した場合は、誰でもつくることができます。では、もし私たちが「セルフプラン」作成を支援することになった場合はどのように考えたらよいのでしょうか？

私たちがそこで支援する場合は、ご本人のエンパワメントや主体的な社会経験などを考える必要があるでしょう。しかし、よく考えてみれば、これは「サービス等利用計画」の作成過程そのものです。本来は、ご本人（児童の場合は保護者）が行政窓口からきちんと説明を受けたうえで、自分自身で利用する障害福祉サービス等を考えながら作成されなければなりません。そのように考えると、行政窓口には、自己決定支援の観点からも、「セルフプラン」について必要な内容のみならず、意味や目的なども丁寧に説明する義務があることが分かります。

ところで行政窓口では、比較的安易に「ご本人が作成してサインをすれば障害福祉サービスが使える」などと「セルフプラン」の作成が促されるようなことが起こるかもしれません。指定特定相談支援事業所では「サービス等利用計画」の対象者数が飽和状態で、相談支援専門員から「セルフプラン」の作成が促されることがあるかもしれません。

しかし「セルフプラン」を選択するか否かは、ご本人が決定することです。行政窓口や相談支援専門員から促されるものではありません。

「セルフプラン」は、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画」と同程度の質が確保されなければなりません。それは、障害福祉サービスの要否判定と支給決定における勘案事項として非常に重要な意味を持つからです。さらには、「セルフプラン」により障害福祉サービスが支給決定された場合、モニタリングは実施されないことにもなっています。「セルフプラン」は、総合的、客観的な視点から適切な障害福祉サービス等の利用が選択され、表現されなければなりません。

「介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）」で定められるサービス等利用計画への記載内容（再掲）

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

「※ 指定特定相談支援事業者以外の者が作成する場合のサービス等利用計画案の記載事項についても、上記に準じることとする（⑦を除く。）。」

セルフ作成の場合も①～⑥の内容を
提出しなければならない

4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係

「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

2012年4月より障害福祉サービスを利用するすべての障害児・者に「サービス等利用計画」が作成されることになりました。

ところで、これまでは、各障害福祉サービス事業所で作成する「個別支援計画」の中で、フォーマルな社会資源だけでなくインフォーマルな社会資源も含んだ、「サービス等利用計画」に相当するような総合的な計画がつくられていたはずですが、しかしこれからは、この総合的な計画を「サービス等利用計画」として相談支援専門員が作成し、各障害福祉サービスの具体的な利用計画を「個別支援計画」としてサービス管理責任者が作成します。

これまでと異なる仕組みに混乱もあるかもしれませんが、これからは相談支援専門員とサービス管理責任者が有機的に連携していくことが必要です。

(1) サービス等利用計画

「サービス等利用計画」は、ご本人が希望する生活を実現するために必要な障害福祉サービスを含む社会資源を、総合的な支援方針に基づいて整理しながら作成します。そして「サービス等利用計画」には、ご本人の希望や夢に応じて、短期・長期の「希望」や「目標」が明示され、それを達成するために障害福祉サービスを含む社会資源を、どのように、どの程度の期間、どのような頻度で利用するのかなどが記入されます。

利用者は、地域にはどのような社会資源があるのか、どのような利用ができるのかなどをすべて把握しているわけではありません。相談支援専門員は、地域の社会資源を、ネットワークにより把握できる専門家として、「サービス等利用計画」を作成します。

(2) 個別支援計画

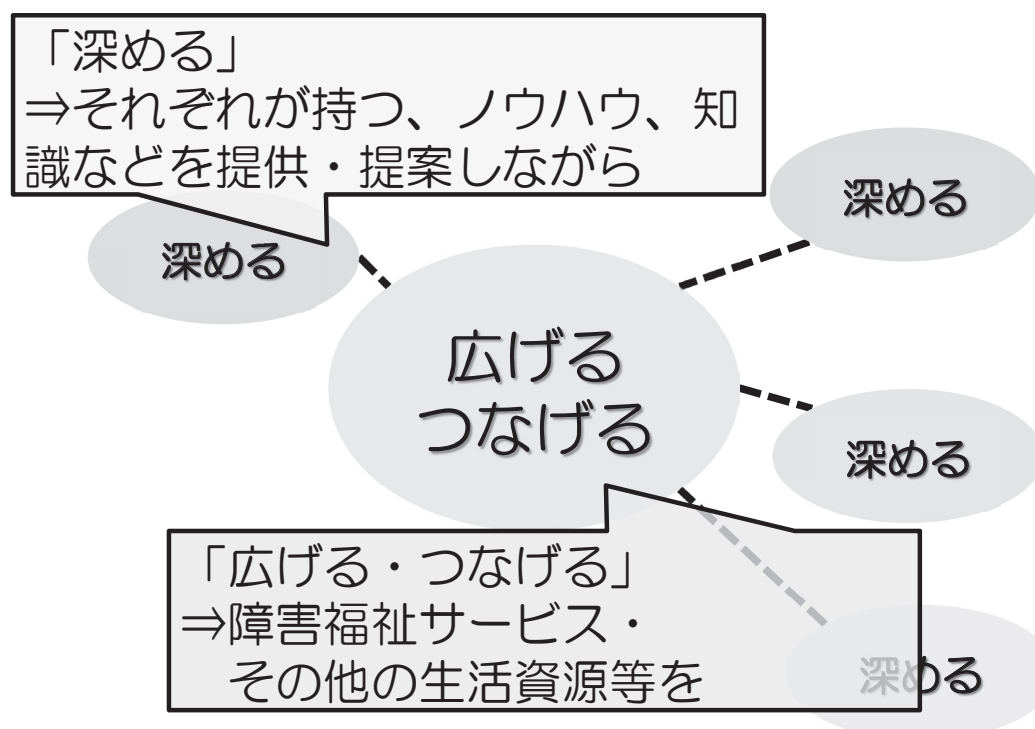
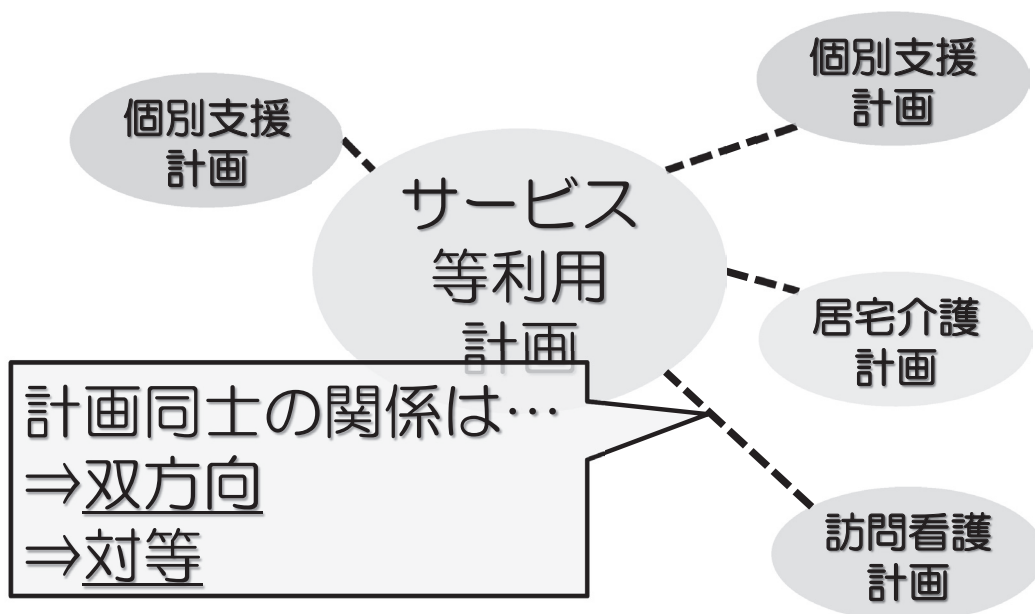
一方、「個別支援計画」は、「サービス等利用計画」という総合計画に基づいて作られる、障害福祉サービスそれぞれの詳細な利用計画です。各障害福祉サービス事業所が、サービスを提供するにあたり、どのような目的・目標を持ち、どのように支援していくのかを、より具体的に細かく示すものです。

「個別支援計画」は、サービス管理責任者がご本人と一緒につくります（居宅介護事業所（いわゆるホームヘルプサービス等を提供する事業所）では、障害福祉サービス事業所で作成される「個別支援計画」にあたる「居宅介護計画」をサービス提供責任者が立てます。）

どちらの計画も、障害福祉サービスやサービスメニューをただ列挙するだけでなく、ご本人を含めた様々な社会資源が、その機能を十分活かせるよう、具体的な内容にすることが大切です。

【「サービス等利用計画」と「個別支援計画」の関係（イメージ）】

サービス等利用計画（総合計画）と個別支援計画等個別の各計画との関係



サービス等利用計画（総合計画）と個別支援計画等個別の各計画との関係については、「コラム5」「コラム6」でも触れています。

総合的な計画と個別的な計画がどちらもある例

総合的な計画と個別的な計画がどちらもある例は、少し考えてみれば、よくあることです。ここでは、「家を建てる時」の例を考えてみましょう。

相談支援専門員の作成する「サービス等利用計画」は、家を建てる時の設計図によく似ています。設計図は、施主であるご本人の希望が盛り込まれた、全体を見渡すことのできる包括的なものになります。そこには期限も書かれています。「サービス等利用計画」でも、「いつ頃までに私はこんな生活をしていきたい」とか、「**か月先には、こんな場所で、**さんと一緒に暮らしていきたい」とか、「このサービスを利用して、できれば**年後には働きたい」など、期限が具体的な内容が大切です。総合的な計画は、進捗状況を管理する工程表の役割も合わせ持つことが重要と言えます。

一方、家を建てる時には、たくさんの専門職がかかわります。一人もしくは一つの会社で全て担うことはほとんどありません。基礎工事をする会社、塗装工事をする会社、電気設備工事をする会社…というように、役割分担をします。もちろん塗装工事には塗装工事用の仕事内容やスケジュールがあり、電気工事には電気工事担当の仕事内容やスケジュールがあります。障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者が作成する「個別支援計画」は、これにあたるでしょう。

ところで、昔は、腕利きの大工さんが、一人で全体の設計図、塗装や設備工事などの図面や工程表を担い、全てを管理することも多くありました。しかし、時代が進むにつれ、例えば「外国文化も盛り込みたい」「バリアフリーにしてほしい」など家に対するニーズは複雑多様化し、技術は革新し、工法もいろいろと開発され、制度も色々とできました。施主一人ひとりの個性に合った暮らし、夢や希望を最大限目指した家を建てるためには、プロジェクトチームを組み、そのチームで「設計⇒着工⇒進捗状況管理⇒完成引き渡し」までを行わなければなりません。

障害福祉領域においても、社会の価値基準や状況の変化に伴いニーズは複雑多様化し、様々な社会資源が整備され、支援方法が開発されてきました。「家を建てる時」と同様に、チームでニーズの充足を目指すための方法論—P D C A (Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Action(改善)) サイクルを踏まえ、ケアマネジメントの理論に基づいた実践が必然と言えるでしょう。

さて、「地域生活を支援するとき」と同様に「家を建てる時」でも、まずは「きちんとご本人の希望を把握すること」が重要です。そして「地域生活支援をする時」と同様に「家を建てる時」でも、ご本人の希望を把握したうえで、予算はどの位か、どのくらいの広さや間取りが必要か、家族関係や趣味は、イメージしている将来像はどのようなものかなどをアセスメントします。しかし、「地域生活を支援するとき」に考えなければならないことは、「家を建てる時」以上に複雑で、広範かもしれません。なぜなら一人ひとりの価値観や歴史、その人の生活する地域社会の在り方や、活用できる社会資源の可能性などが非常に多様だからです。保健医療福祉等フォーマルな社会資源だけではなく、家族、職場、街の商店の人、隣人、友人など、さまざまな社会資源の可能性を掘り起こしながら、それらと有機的に連携し、オーダーメイドのチームで支援をすることが必要です。相談支援専門員は、このオーダーメイドの本人を中心に考えて作成する「サービス等利用計画」を、チームで共有していくための核たる存在です。

障害福祉サービス事業所が最初の相談窓口になった場合は？ ～相談支援専門員とサービス管理責任者の関係性は対等です！～

ある障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者より…

相談支援が個別給付化される前は、相談支援事業所の相談支援専門員さんよりも、病院のソーシャルワーカーや市役所の障害福祉サービスの窓口担当者、あるいはご本人やご家族から「そちらの生活訓練を利用したいのですが？」と相談を受けることが多かったですね。

制度が変わってからは特に、決まって「まずはですね、相談支援事業所といいまして、あなたの希望を丁寧に聞いてその希望に一番合った所と一緒に探してくれる所があります。障害福祉サービスを使う方は、まずは相談支援事業所にご相談していただくようお願いしています。」と、相談支援事業所の説明をしています。うちのサービスを使っていたか前に、必ず相談支援事業所でアセスメントをしてもらっています。相談支援事業所への橋渡しですね。

その時はもちろん、こちらから、紹介先の相談支援事業所に「こういう方から電話があり、まずはそちらに連絡して下さいと紹介しましたので、どうぞよろしくお願ひします。」と連絡しておきます。日頃から事業所同士が顔の見える関係だと紹介しやすいですね。そうじゃない場合は自己紹介などを丁寧にしないとです。

そうすると、少し経った後、今度は相談支援専門員さんから連絡があります。ご本人にとって本当にうちのサービスが必要な方は、利用につながります。しかし電話を受けた中で1/3弱くらいの方は、実はうちのサービスよりも、もっとピッタリなサービスを提供してくれる事業所を見つけてそちらに行かれたり、ご本人の思い込みで「こんなサービスが受けられる」と勘違いされていたりで、うちのサービスにつながらない結果になっています。

それと、相談支援事業所でも生活訓練事業所（障害福祉サービス事業所）でも、同じように利用者のアセスメントをしますが、アセスメントの視点は違うかもしれないですね。何を集中的にアセスメントするのか、どこに支援の軸を置くのかなどは、立ち位置によって随分と違うものだなあと感じます。例えば私たちは生活訓練事業の一環でご自宅に訪問したり、一緒に地域の様々な場所へ外出したりしながら、その方の地域での暮らしを継続的にアセスメントします。また通所先では集団の中でのご本人の様子をみることになりまます。日常的生活場面や活動場面における連続的なアセスメントは、相談支援専門員さんには難しいと思います。なので、意識的にこちらから連絡を入れるようにしたり、サービス担当者会議を通じて情報交換したりしています。

逆に、ご本人が、ご家族のことや、生い立ち、うちを卒業したあとの仕事のことなどを相談支援専門員さんに話していることも随分とあります。このような情報がうちでの支援において重要な場合などは、先程とは逆に相談支援専門員さんから色々教えてもらうこともあります。もちろん、どちらの場合にしてもご本人の了解を得てからですが。

相談支援専門員もサービス管理責任者も、プロの対人援助専門職です。私、以前は相談支援専門員をしていたこともありましたが、チームで同じ方向を見続けようとすると、立場や役割の違いを互いに理解し合うことがいかに大切かということに気づかされます。もちろん両者に上下関係はありません。その関係性が対等でなければ支援はうまくいかないでしょうね。

障害福祉サービスが既に支給決定されている場合は？

「サービス等利用計画」は、2012年度から2014年度末の間に、障害福祉サービスを利用する全ての方に対して作成されなければなりません。もちろん、既に障害福祉サービスが支給決定され、障害福祉サービスを利用している方も対象です。

本来は、相談支援専門員が作成した「サービス等利用計画案」に基づき、障害福祉サービスが支給決定されます。そして支給決定後に障害福祉サービスを提供する事業所が調整され、「サービス等利用計画」が作成され、さらにその「サービス等利用計画」に基づき、事業所ごとに「個別支援計画」や「居宅介護計画」が作成されます。

しかし2012年度から2014年度の間は、障害福祉サービスが既に支給決定されている場合が多くあります。この場合、既にサービス管理責任者やサービス提供責任者によって「個別支援計画」や「居宅介護計画」が作成され、ご本人や支援チームと共有されています。「サービス等利用計画」は後追いとなりますが、相談支援専門員は、既に作成・共有されている各計画を確認し、それらを結び合わせながら、トータルマネジメントしていくことが必要です。

でも、もしかすると、相談支援専門員がかかわってこなかったこれまでと異なる状況に、利用者や事業所には少し戸惑いや不安が生まれるかもしれません。

障害福祉サービスが既に支給決定されているAさんの例

では、障害福祉サービスが既に支給決定されているAさんを例に考えてみましょう。

Aさんは現在、アパートで一人暮らしをしながら、日中は就労継続B型事業所を利用し、居宅介護（家事援助）を週2回、訪問看護・指導を月2回利用しています。

Aさんは、時々調子を崩すことがあります。調子を崩すその度に、就労継続B型事業所の利用調整を居宅介護のスタッフが行ったり、居宅介護の利用調整を訪問看護・指導のスタッフが行ったり、場合によってはAさんが自ら事業所間の調整を行ったりと、Aさんが調子を崩す度にAさんの支援の枠組みが不安定になる状況が続いていました。

そもそも、関係する事業所それぞれがAさんの支援の方針をそれぞれ個別に考えており、それらは、共有されていませんでした。Aさんの生活の全体像や「私はこんな暮らしをしたいんだ！」というAさんの思いの把握の仕方も、事業所ごとにちょっとずつずれていました。

そんなAさんに、あるときから相談支援専門員のBさんが関わることになりました。Bさんは、日頃Aさんの身近で支援を行い関係性がつくられているそれぞれの事業所とチームをつくることにしました。まずBさんは、Aさんの生活の全体像や「私はこんな暮らしがしたいんだ！」というAさんの思いの把握について事業所ごとにちょっとずつずれている状況を、事業所ごとにそれぞれ立場が異なる点について相互理解を促しながら統合しました。そしてAさんの「私はこんな暮らしがしたいんだ！」という思い、そしてAさんが抱いていた夢に向かい、Aさんを中心にチームが動き出しました。

相談支援専門員は、ご本人の思いはもちろんですが、これまでご本人とかがわりのある様々な方たちの「かかわりの歴史」も大切にしなければなりません。ご本人を中心に、皆が同じ方向を見ながら、一緒に進んでいけるといいですね。

5. 相談支援と精神保健福祉のこれから

(1) 精神保健福祉士の責務

私たち精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざし、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって、精神保健福祉の向上に努めること、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての責務があります。

(2) 精神保健福祉士は地域相談支援を業とする

精神保健福祉士法の第二条では、「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、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、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の地域相談支援の利用に関する相談その他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（以下「相談援助」という。）を業とする者という。」と規定されています。

(3) 改正精神保健福祉法

2013年第183回国会（常会）において、精神保健及び精神障害者に関する法律が改正され、2014年4月1日（一部、2016年4月1日）に施行されます。厚生労働大臣は、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重要事項を指針（大臣告示）として定めるとしてあります（法第41条）。この指針は、これからの精神保健福祉の方向性を決める極めて重要な指針となるでしょう。私たち精神保健福祉士は、2012年6月29日に公表された「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の報告書にある内容が具体化されるかどうか踏まえて注視するとともに、実践と理論に基づいた意見集約と関係団体との協議、及び必要な要望活動を行う必要があります。

(4) 入院時点から地域生活支援が始まる

改正精神保健福祉法では、精神科病院の管理者に対して、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ています（法第33条の4、法第33条の5、法第33条の6）。

医療機関の精神保健福祉士は、入院時から相談支援専門員と連携して、本人が希望する退院後の生活にむけた支援を開始することになります。

(5) 地域移行支援と地域定着支援の活用

2012年施行の改正障害者自立支援法（現、障害者総合支援法）において、地域移行支援は、支援の必要性が相対的に高い1年以上の入院者及び、特に支援が必要な1年未満の入院者（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）を対象としています。

また、退院後の地域生活支援は、入院外医療（アウトリーチ（訪問支援）や外来医療など）と障害福祉サービス等との連携がかかせません。医療サービス中心の支援となる場合にも、特に地域定着支援を活用することで、本人中心の支援を相談支援専門員と連携して行うことが可能となります。

(6) 準備すること実践すること

このように、法律上は、精神障害者が入院した際、医療機関の精神保健福祉士と相談支援専門員が協力して早期の支援体制を整えることを期待されています。これが絵に描いた餅とならないために、今から準備すること、実践しておくべきことがあります。

まず、相談支援専門員は、市町村と協働して、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えるとともに、地域の人材育成を行う必要があります。地域の相談支援体制を早急に整えておかなければ、障害福祉サービスを必要としている人のサービス等利用計画の作成に追われて、入院している人への支援が行き届かないことでしょう。

一方で、医療機関の精神保健福祉士は、改正精神保健福祉法を踏まえて、精神保健福祉士の役割と機能を見直し、入院から退院にむけた支援体制を再構築する必要があります。そこでは、相談支援専門員との連携をどのように行うかについても検討してください。早期の支援体制の確立は、あたりまえのことが法律に位置づいたに過ぎません。しかし、より効果的に実践するために、相談支援専門員と医療機関の精神保健福祉士の連携協議を今から始めておきましょう。

(7) 本人中心の支援

私たち精神保健福祉士は、実践軸を「クライアントと対等な関係の確立」という「かかわり」においてきました。そして、この「本人中心の支援」を実践するうえで、「ケアマネジメント」「グループワーク」「コミュニティーワーク」といった、ソーシャルワークの知識と技術を持ち合わせています。私たちは、単に、サービスに結び付けることだけを業とせず、先達が実践してきたように、同じような悩みのある人が複数いれば「グループワーク」を通して仲間づくりを行い、インフォーマルなネットワークを通して支援者を増やして、フォーマルなネットワーク（現在は協議会等）を通して政策反映させましょう。

精神保健福祉士の国家資格ができたとき、この資格は、ソーシャルワーカーのための資格でなく、精神障害者のための資格であってほしいと言われていました。

私たちは、いまだその期待に応えられていないことを真摯に受け止めるとともに、これからも、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざして、精神障害者のリカバリーのために、本人中心の支援を「かかわり」を軸として行っていきましょう。

6. おわりに

2006年度に施行された障害者自立支援法において、サービス利用計画は、地域移行や地域で安心して生活することをすすめるための制度的裏付けとなるものと期待されていましたが、残念ながらサービス利用計画作成費を活用する利用者は非常に少ない状況でした。この反省から2010年に障害者自立支援法を見直すために厚労省において検討会等が行われ、「障がい者総合福祉法（仮称）」の議論を経て同年12月に自立支援法の改正法が成立しました。改正法では、相談支援体制の強化として基幹相談支援センターの設置や自立支援協議会の法定化、サービス等利用計画案を勧案するような支給決定プロセスの見直し、またそのサービス等利用計画を作成する対象者の拡大が図られました。

サービス等利用計画の作成は、これまで精神保健福祉士が行ってきた相談支援が、障害者のケアマネジメントとして、制度に位置づけられたものといえます。それまでの障害者ケアマネジメントは、ケアマネジメント従事者が援助技術として活用する手法でした。サービス等利用計画の作成は法的に位置づけられ、個別給付化されることにより、サービス利用計画作成費として評価されるものとなりました。

今回、相談支援施策提言委員会では、「相談支援」にスポットを当て、このハンドブックを作成しました。本書においては、「相談」とは何か「相談援助」、「相談支援」の違い、日頃私たちが、何気なく口にしてしている言葉の持つ意味を掘り下げることにより、「基本相談」や「計画相談」「地域相談」がどのような専門性の上に成り立っているのかを解説しました。その上で、サービス等利用計画のあり方について考え、その作成段階において注意する点に触れ、一つの計画を作成するまでの利用者との寄り添いを通して、サービス斡旋や調整表ではなく、本人を中心に考えて作成することを強調しています。また、計画相談支援と障害福祉サービスとの関係についても解説しました。最後に相談支援を通して、精神保健福祉のこれからを展望しました。ここでは、本書が相談支援事業に携わる精神保健福祉士だけのものにならないよう、医療機関の精神保健福祉士にも知っておいてもらいたいことに触れています。また、今回のハンドブックが、ただの解説書とならないよう、「よりわかりやすく」の視点から、随所に「コラム」を入れています。ここでは、本書の作成に携わった委員が日頃の業務の中で体験した事例や考え方を紹介し、より実践に近く、相談支援の仕事に就いたばかりの方からベテランと言われる方までが、読めるように工夫しました。

障害のある人の生きづらさは、その障害にあるのではなく、その障害のある人を取りまく環境にあることを私たちは学んできました。地域のサービスは十分でないかもしれませんが、インフォーマルな資源を加え、それら全体をコーディネートする力が、ケアマネジメントであり、それこそが「相談支援」なのです。その人がその人らしく、自身が納得いく人生を送れるように、私たちが障害のある人の可能性を自ら信じ、その人たちに希望を与えると同時に周囲の人たちの姿勢をも変えるような実践を行う必要があります。

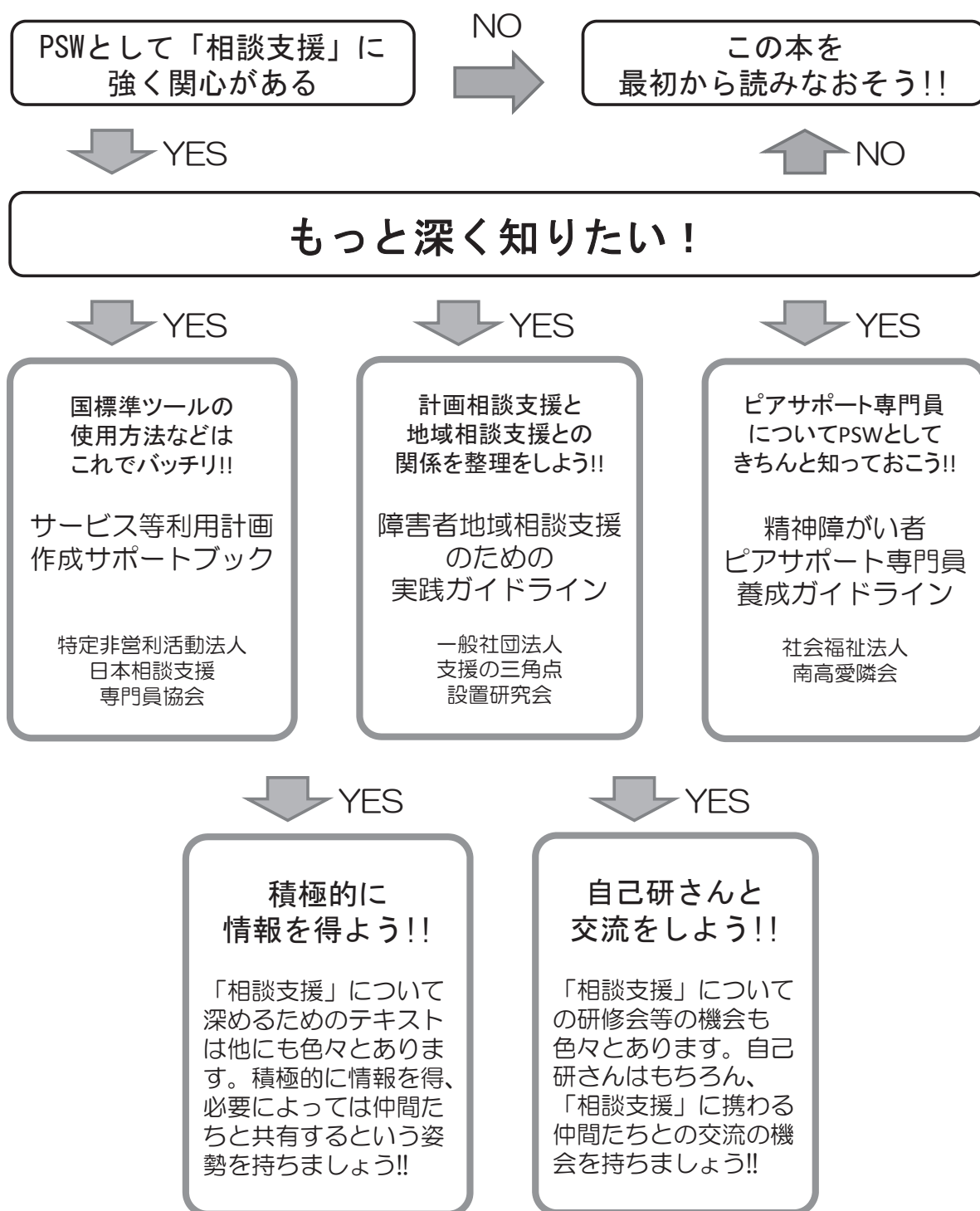
「相談支援」がよりよいものとなるように、そしてそれが普遍的なものとなり、住む場所は違えども同じように質の高いサービスが受けられるような技術の研鑽、そのためにも何が必要かを私たちが考える、私たちが気づこうとする、そしてそれを行動にすることが大切です。このハンドブックが、その手助けの一つになることを期待しています。

最後まで、お読み頂きありがとうございました。

（付録「相談支援」をもっと深く理解するために!!）

中川 浩二

(付 録 「相談支援」をもっと深く理解するために!!)



制度も、社会情勢も、“障害”“障害者”の捉え方も、そして私たち精神保健福祉士に求められる期待も、これからまた少しずつ変わっていくことでしょう。そうした変化を追いかけ、受け入れながらも、普遍的な大切なことを実現していく力を、私たちは、養い、積み上げ続けていくことが必要なのではないでしょうか？

(付 録 「相談支援」の詳細を確認しよう!! - 根拠法 -)

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から一部抜粋

第五条

17 この法律において「相談支援」とは、基本相談支援、地域相談支援及び計画相談支援をいい、「地域相談支援」とは、地域移行支援及び地域定着支援をいい、「計画相談支援」とは、サービス利用支援及び継続サービス利用支援をいい、「一般相談支援事業」とは、基本相談支援及び地域相談支援のいずれも行う事業をいい、「特定相談支援事業」とは、基本相談支援及び計画相談支援のいずれも行う事業をいう。

18 この法律において「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整（サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。）その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。

※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施行規則

（法第五条第十八項に規定する厚生労働省令で定める便宜）

第六条の十一 法第五条第十八項に規定する厚生労働省令で定める便宜は、訪問等の方法による障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者（以下この条及び第六十五条の十において「介護者」という。）に係る状況の把握、必要な情報の提供及び助言並びに相談及び指導、障害者等、障害児の保護者又は介護者と市町村、指定障害福祉サービス事業者等（法第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等をいう。以下同じ。）、医療機関等との連絡調整その他の障害者等、障害児の保護者又は介護者に必要な支援とする。

第七十七条

市町村は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

三 障害者等が障害福祉サービスその他のサービスを利用しつつ、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、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める便宜を供与するとともに、…

(付 録 「相談支援」の詳細を確認しよう!! -Q & A-)

相談支援関係 Q & A (2013年2月22日) から一部抜粋

【基本相談支援】

問21 指定相談支援事業者が行う「基本相談支援」と、「地域生活支援事業の相談支援事業」との関係についてお示しいただきたい。

(答) 「地域生活支援事業の相談支援事業(財源は交付税措置)」は、指定相談支援事業者が行う「基本相談支援」とは異なり、障害者自立支援法に基づき、市町村の責務として必ず実施する事業として規定されているものであり、これまでと何ら変更がないものである。

(H24.3.6 相談支援関係Q&A 3支給決定通知・事務処理要領 - 3)

【基本相談支援】

問22 計画相談支援の対象者で、モニタリング月ではない時も随時相談があったり、電話が頻回で対応をしなければならない場合も基本相談支援で対応をしなければならないのか。

こういう場合は、委託相談支援事業所が担当することとしてよいか。または、地域定着支援事業で対応することはできないか。

(答) 計画相談支援以外の相談支援が日常的に必要な場合は、委託相談支援事業所と連携したり必要に応じてモニタリングの回数を増やすなどの対応も検討されたい。

地域定着支援の対象となる者(単身等であって地域生活が不安定な者)である場合には、支給決定の上で地域定着支援で対応することも想定される。

相談支援政策提言委員会委員名簿（※HB=ハンドブック）

	氏 名	所 属	支 部
担当部長	中川 浩二	和歌山県障害福祉課	和歌山県
委員長	岩上 洋一	特定非営利活動法人じりつ	埼玉県
委 員	青戸 忍	特定医療法人養和会 養和病院	鳥取県
委 員	有野 哲章	埼玉県幸手保健所	埼玉県
委 員	今村 まゆら	かまた生活支援センター	東京都
委 員	遠藤 紫乃	特定非営利活動法人ほっとハート	千葉県
委 員	金川 洋輔 (HB作成チーム)	地域生活支援センター サポートセンターきぬた	東京都
委 員	菅原 小夜子	特定非営利活動法人こころ	静岡県
委 員	中野 千世	地域活動支援センター櫻	和歌山県
委 員	吉澤 浩一 (HB作成チーム)	相談支援センターくらふと	東京都
委 員	吉野 智 (HB作成チーム)	中核地域生活支援センター 海匠ネットワーク	千葉県
助言者	門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター	北海道
協 力	相川 章子	学校法人聖学院大学 人間福祉学部	埼玉県

精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン

2014年3月発行（ver.1）

地域移行推進委員会

精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック

2013年6月発行（ver.1.1）

2013年8月改定（ver.1.2）

2013年9月改定（ver.1.3）

相談支援政策提言委員会

ガイドライン&ハンドブック 合本版

2014年3月発行

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
