

平成 23 年度 精神保健医療福祉委員会 事例集

なかなか、退院したいという思い（本音）を聴けなかったが、
かかわりによって聴くことができ退院できた事例

精神障害者の社会的入院の解消を図っていくことが精神障害者の社会的復権と権利の擁護及び本協会の存在意義につながると委員会で確認し、昨年度の活動も踏まえて社会的入院の解消に向けて「社会的入院患者さんの思い（本音）を聴く」ことに焦点をあてた事例を試行的に集約しました。

はじめに

2011 年度に当委員会に与えられた役割は、精神保健福祉及び精神科医療現場における権利行使の支援や権利侵害の事例の収集及び改善に向けたソーシャルワーク実践の集約、社会的入院者への聴き取り調査等を委員の職場及び周辺の現地調査等で集約分析することでした。とても幅の広いテーマなので、委員会では精神障害者の社会的入院の解消を図っていくことが精神障害者の社会的復権と権利の擁護及び本協会の存在意義につながると認識し、昨年度より社会的入院の解消にポイントを置いた活動をするにとしました。おりしも障害者自立支援法の改正が 2012 年 4 月に迫り、精神障害者の地域移行・定着支援事業が一部個別給付化される見込みであったため、平成 23 年度は法改正に向けて参考となる事例の集約を中心テーマとしました。

委員会では、2003 年から国のモデル事業となった精神障害者退院促進支援事業がスタートしてからこれまでの間に、新たな資源開発や地域体制整備の手法等すばらしい取り組みが実践・研究されてきたけれども、「もっとも重要なことは、社会的入院をしているご本人一人ひとりの想いを聴くという当たり前のことを構成員に広めていくことではないか」と捉え、そのことを構成員一人ひとりが取り組んで行くことが社会的入院の解消につながっていくと整理しました。そこで、『なかなか、退院したいという想い（本音）を聴けなかったが、かわりによって聴くことができ、退院できた事例』を中心に集約し本協会に報告することにしました。

以下、2012 年度は試行的に委員の職場及び周辺の現地調査を通じてご本人の同意が得られた事例を集約し考察を加えました。

事例から見えてきたことは、大きく 3 点挙げられます。一つ目は、社会的入院により、いつの日か退院そのものを諦めていたり、退院に大きな不安を感じていたり、安心して本音を語る相手もない中で退院したい気持ちを胸にしまいこんでいる入院患者さんがいるという事実。二つ目は、それらの患者さんが支援者の地道なかかわりの中で少しずつ本音を語り始めていったことと、その想いを支援者がしっかりと受け止め、正面から向き合い寄り添って患者さんの信頼を得ていったこと。三つ目に、支援者がサービスを当てはめただけの地域移行・定着支援ではなく、見学や体験を通じてご本人さんが自分で決め納得するまで寄り添う徹底した本人中心の個別支援と、病院と地域の協働作業・役割分担ということでありました。

どの事例も簡単には退院できていません。精神保健福祉士が徹底してご本人中心に寄り添い、じっくり信頼関係を築きご本人のその時々々の夢や不安等の想いに寄り添って、ご本人が体験しながら自己決定していく姿を周囲と協働しながら丁寧に支援しています。どの事例も地域移行支援を業務としている精神保健福祉士の実践のヒントに役立つと思います。報告書の中では伝えきれない部分もありますが、委員会で事例の擦り合わせを行った時は、文面に表わしきれない多くの感動のドラマが報告されました。

本事例集は、2012 年度に研修センターが実施する「精神障害者の地域移行支援に関する研修会」で活用する予定です。私も委員会の事例から多くを学ばせて頂きました。全国でご活躍の構成員の事例を集約していくことができたなら、そして、ご本人のご了解を得て、社会的入院をしている患者さんの地域移行を実現するために活用させていただくことができたならば、社会的入院の解消にまた一歩近づけるのではないのでしょうか。

巻末には委員会の事例をもとに、地域移行支援に関する実践を振り返るシートを添付しました。振り返るべき項目は多岐にわたりますが、委員会でポイントとして整理されたことをベースに比較的短時間にチェックできるように工夫しました。皆さまからご活用いただき、修正すべき点がありましたら遠慮なくご意見いただきたいと思います。そのようなやりとりをさせていただく中で、質の高い支援を各地で平等に提供していくことを委員会としても目指していきたいと思います。

本事例集の作成にご協力いただきましたご本人さま、ご家族さま、委員の皆さま、構成員さま、担当部長さまにこの場をお借りして感謝申し上げます。

精神保健医療福祉委員会 委員長 岡部正文

事例① 山形県鶴岡市

なかなか退院したいという本音を聴けなかったけど、病院と相談支援事業所が協働してご本人にかかわり、本人の想いを（トマトの砂糖漬け etc）をそのまま受け止め退院できた事例

① 事例概要（性別・主病名・入院期間）

50歳代後半の男性／入院期間30年／統合失調症

28歳頃に不穏状態で入院。32歳頃に一時退院したが、父親と口論となり灰皿で殴り再入院。以降、退院の話はできるが父親は退院を拒否し、社会的入院を続けていた。X年に地域移行・定着支援事業の対象者となる。初期は退院を拒んでいたが、トマトの砂糖漬けをきっかけに関係性が作られ、女優との結婚の夢を語ることで、X+1年後にグループホームへ退院となる。

現在はB型就労継続支援事業所と生活訓練事業所に通う。

② 退院のきっかけとなった出来事（複数回答）

- 精神保健福祉士の勧め 看護師の勧め 主治医の勧め
 地域移行・定着支援事業の利用 地域事業所のかかわり
 ピアのかかわり 生活保護担当者の勧め
 その他：本人の想いをそのまま受け入れ実現した共同作業、家族の死亡

③ 本音を聴けたきっかけ（いつ・どこで・どのように・・・）

プロセス	状況	ポイント
（初期） X年 地域移行・定着支援の対象となる	<p>精神的な不安感がお尻に来る。嫌なことがあると尾骶骨が痛くなって、前かがみになって歩く。</p> <p>支援当初は、「お尻が痛いから駄目だ。」と外出を断る。迎えに行ってもドタキャンする。</p> <p>退院したくない。とにかく不安で怯えている。それでも、担当看護師が「ダメでもいいから、外の空気を吸ってこい！」と強く勧め、しゅしゅ外出する。</p>	<p>最も身近にいる担当看護師が、本人の不安を承知の上で強く推し進めPSWがそれに協力したのがポイントだった。</p> <p>担当看護師が退院できると信じられたのは、以前も同じ推進員と組んで、別の患者を地域移行で退院させた経験あった。支援者があれこれ心配するよりも、実際にやってみると案外たやすいことをいうことを既に実感していた。</p> <p>院外の支援者には、当初はそうした信頼関係はないので、担当看護師との連携は非常に重要だった。</p>

<p>(中期) X+6 ヶ月</p> <p>地域移行推進員との関係性構築</p>	<p>(トマトの砂糖漬け) 「ラーメンが食べたい」との外出をきっかけに、美味しいお店巡りと称して度々外出するようになる。</p> <p>ある日、会話の中でいつものように「Aさんの食べたい物」の話になった。 「お婆ちゃんのトマト砂糖漬けが食べたい。お婆ちゃんの家に行くとそれが嬉しかった。また食べたい」と。</p> <p>じゃあ、作ってみようと、スーパーに行ってトマト10個、砂糖ひと箱を買ってそれを作った。洗って、ほぞを切って、砂糖をかけて。瓶詰した。 本人は、「病院の人には内緒にしてくれ。ここで作ってくれ。これは内緒だ。」「これは病院にもって帰っていけないんだ」だから駐車場で作った。</p> <p>それで、面会に行くたびにそれを持って行った。こんな状態になったぞ。蓋を開けないで掻き回す。カビるかと思ったが、腐らなかった。「砂糖が溶けなくて心配なんだけど」「これでOKだ。これでいい。」</p> <p>そこで、彼は夢を語る。梅酢を作っているCHOYA、住所を調べてくれ、もしもうまくできたらこれを送って商品化して、二人で特許とろう、それは、遊びなんだけど、連帯感が生まれた。</p>	<p>偶然、何気ない会話の中で出てきたトマト。予定にないことだったが、彼の思い出を大切にしかかったので指導的なことは言わずにその場で、スーパーマーケットの駐車場で作った。病院には内緒でと。</p> <p>推進員は、このトマト漬けを通じて、彼の幼いころの情景を感じることができた。これにより支援が親密身を帯びてきた。</p> <p>このトマト漬けを持って面会に行った。こんなになったよ。「時々かき回してくれよ。」トマト漬けを介して二人の関係性ができた。</p> <p>(手紙) チョーヤへの手紙は本当に書いた。本人が書いてきたが、字が汚いから読む前に捨てられては困るので、清書してもらいたいと。</p> <p>こうして、一緒の目線ができた。もちろん一緒に投函した。(返事は来なかったが)</p>
--	--	--

<p>(中期) X+9 ヶ月</p> <p>関係性の強化</p>	<p>(結婚したい夢) そのうち、「結婚したい」という話になった。相手は、女優の仁科亜希子。「誰にも言わないで。手紙がこなければあきらめる。」ファンレター書いてみる? 「警戒されるかもしれないし、文章が書けないもん。」じゃあ、年賀状で一句書けば?</p> <p>～富士の峰 初夢見たし曙の 若鷹が なすびをつかみ 天に舞う～</p> <p>退院するためには、具体的に何をしなければいけないのか、このころから想像がつくようになった。「結婚するには病院にいてはだめだ」と。</p> <p>(作業所にも参加) 作業も最初は嫌だと 5 分も続かない。それが重荷だった。だけど、一緒にやったら 1 時間までやれるようになった。 感想、「疲れるの」「私も疲れたよー」</p> <p>彼が言う「ビタミン剤飲んだ方がいいよ」</p> <p>(グループホーム体験) はじめての体験入居が終わり、帰院した時、病棟スタッフが皆出てきて、拍手で迎えた。それまでは、自分は退院できない駄目だと言っていたが、ニコーっと笑った。それで少しずつ不安感がなくなっていた。</p>	<p>推進員は彼の夢と一緒に乗って、キャッチボールしながら、社会で生きることの意味をもう一度、考えるきっかけにした。</p> <p>誰でも人生は夢から始まる。下宿で生活するには、退院して働かなければいけない。仁科亜希子は外の世界に前向きになる糸口に過ぎない。</p> <p>実際に、作業所やグループホームを体験することによって、不安が減少した。一人部屋の魅力など、不安感よりも病院にはない面白さが増していった。</p> <p>病棟のスタッフも「ダメで元々から、やれるかも」に変わった。その気持ちが拍手に現れていた。</p> <p>結婚の夢も病院スタッフに話をした。それまでは、「そんなことを言えば病気扱いされる」と拒んでいたのだった。自分の“本心”を言えるような関係性になった。</p>
<p>(後期) X+13 ヶ月</p>	<p>支援開始から 1 年後にグループホームへ退院。</p> <p>日中は、B 型就労継続支援事業所と生活訓練に通う。</p> <p>今でも、仁科亜希子との結婚を夢見ている。</p>	<p>病棟看護師は、「あの人が退院できるとは思っていなかった。感激だ」と。</p>

④ 本音を聴けたポイント	
院内での取り組み	院外での取り組み
①担当看護師と PSW の強い勧め（当初しぶしぶ） ②院内で退院準備プログラムに参加 ③担当看護師と PSW が精神的不安の払拭に努めた（退院に向けた心理的ケア（傾聴）、解決できる不安は解決する等） ④地域の社会資源、地域の福祉スタッフを信じて外出をさせたこと	①貴方側だよというのが伝わったとき。そのきっかけと一緒にトマトの砂糖漬けを作った、代筆してポストに出しに行ったとき。 ②その人を否定せず、常に二人三脚で行動しようとする姿勢。 ③精神的ケア（不安が増すと、お尻が痛いと言う）は病院でなんとかしてくれるという信頼感
⑤ 退院を阻んでいた要因 本音を聴けなかった理由・事情 ← ここを改善していくことが大事	
<p>社会的入院患者の退院を考える時に必ず出る話題は社会資源の少なさであるが、それよりも大切なことは、 当事者の生活者としての視点を共有できるスタッフがいるかどうか重要。 悩むことはあたりまえ。お金で悩み、人間関係で悩む。「何も心配することがないという人生こそおかしい。」そんなことを言えるスタッフが病院と地域にいるかどうかである。</p> <p>疾病管理の視点から物申すスタッフはたくさんいる。しかし、生活中心の視点からどこまで言えるか。本人の生活を管理しようというのではなく、「貴方の希望する生活を応援する。」そうした視点で物事を言えるスタッフがいるのか？だ。地域で暮らすということは、どれだけ医療や福祉が手厚く安楽であるかではない。利用者が自分の人生を振り返った時、自分の人生が意味あるものだったと、言えるかどうかだろう。</p> <p>このケースでは、そうしたことを言えるスタッフが病院と地域にいた。</p> <p>もう一つは、関係性。地域移行の重要なテーマは、「信頼関係をどう作るか」である。一人だと行動できないけど、二人だと行動できる。その人が興味あるもの。それが見つけられれば、関係性は作れる。このケースでは、トマトだった。自分が大事にしている思い出。それを一緒に作った。大事にしてくれた。利用者が大事にしていることを自分（支援者）も大切に扱うことで関係性が作れる。</p> <p>（トマトの砂糖漬け） 退院後に尋ねた。なんであの時トマトだったのか？ 本人曰く「小6の頃、祖母が作った。とてもおいしかった。みんなにも食べさせたい。事業化できれば、みんなの仕事になる。トマトを作る人、調理する人、販売する人、これでみんなの仕事の場所ができるからだよ。」（想像外の答えでした） （トマトの現在） 「失敗した。水がタポタポになっている。もっとドロツとしていた。これは失敗だ。チョコーヤに送る手紙を返してくれ。がっかりした。でも、もう一回挑戦しよう。これではチョコーヤに送れない。」（失敗したので再挑戦中）</p>	

ご本人の同意を得た日 平成 24 年 5 月 14 日

事例② 東京都三鷹市

「退院したい」という本音になかなか寄り添えなかったけれど・・・
 ～病院から遠方の地元への退院は困難と院内支援者は判断していたが、地域移行・定着支援事業者と協働することによって本来の力に気づき、本人の希望に沿った退院ができた事例～

① 事例概要（性別・主病名・入院期間） A 氏、50 代半ばの女性／入院期間 6 年 2 ヶ月／統合失調症 入院 2 回。色白のもの静かな印象だが、自己主張ははっきりしている。いわゆる「病識がない」方。 初診は、X-8 年当院、2 カ月間入院。退院後は地元のクリニックに通院していたが、他科受診をした際に、精神薬服用が原因と指摘されたことを理由に服薬中断し、症状が再燃し X-4 年、医療保護入院で当院 2 回目の入院。X-1 年には任意入院に切り替わり、その後は開放病棟で療養生活を送っている。X+1 年 1 月地域移行・定着支援事業の利用開始。 事業開始から入院前住所地のアパートへ退院するまでにかかった期間は 1 年 8 ヶ月。		
② 退院のきっかけとなった出来事（複数回答） (●) 精神保健福祉士の勧め (●) 看護師の勧め () 主治医の勧め (●) 地域移行・定着支援事業の利用 (●) 地域事業所のかかわり () ピアのかかわり () 生活保護担当者の勧め (●) その他：本来持っている力への気づき		
③ 本音を聴けたきっかけ（いつ・どこで・どのように・・・）		
プロセス	状 況	ポイント
（事業利用前） X-1 年 8 ヶ月	「病気ではないのに入院なんておかしい」、「退院させてください」、「地元で退院したい」と入院当初から訴えていたが、家族に連絡がなかなかつかず、協力を仰ぐことが難しい状況。 A さんに当院に通院することを前提に近隣のグループホームの利用を提案したところ、あっさりとして利用を希望され、見学、外泊、当院のデイケアの試験利用。 そこまではスムーズだったが、試験外泊を繰り返す中で、「入浴の仕方がわからない」、「食事のことをいろいろ言われる、外出が好きなきにできない。」といったことが A さんのグループホームに対するイメージとは異なり、最終的に入所を断る。	「病気ではない」という気持ちを否定しない。 本人の希望はわかるが、現状では困難と判断して、別の選択肢を提示。 本人の希望に添えていない。 不満を言う本人と型にはまった退院方法を提示する支援者との間で平行線。

<p>(初期～中期) X年～ X+1年3ヶ月</p>	<p>Aさんは、地元に戻りたい希望はあるものの、入院当初から一度も電車に乗っておらず、地元に戻ったことがない。</p> <p>病院から遠方の地域への退院支援は病院職員だけでは難しく、入院中からの継続的支援及び家族へのアプローチと負担軽減が必要と考え、地域移行支援・定着支援事業の利用を検討し、主治医からAさんに提案。利用を迷っている様子もあったが、コーディネーターと初顔合わせをし、「コーディネーターと二人で会いたい」というAさんの希望から病院職員は退席して面接を行い、2ヶ月後に事業利用開始となった。</p> <p>コーディネーターに対しても一貫して「病気ではない」、「退院させてください」と訴えるが、退院に向けて院内でできること（爪切り、入浴、ショートステイ）を支援者が提案しても「今でも十分がんばっている」、「ショートステイはやっても意味がない」と拒み続けていた。</p>	<p>地域移行・定着支援事業を利用してはすぐに退院できないことが不満のAさんのもどかしさ、支援者への批判を聴く。</p> <p>Aさん自身も自分の退院のためにできることはやる必要があること、支援者を切りたければ切っても構わないが、支援者はAさんが望む退院ができるよう手伝うつもりであることを伝え続ける。</p> <p>ケア会議の開催でAさんの気持ちを引き出す。</p>
<p>(中期～後期) X+1年4ヶ月</p>	<p>膠着状態が続くなか、「アパート探しのためならショートステイをしてもよい」というAさんとの折り合い点を見つけ、地元のショートステイ先までコーディネーターと病院スタッフとが付き添い外出。</p> <p>商店街や昔からの馴染みのお店では生き生きした様子で支援者を気遣ったり道案内をしてくれたが、病院に戻ると一転していつものふてくされた表情や態度に戻ってしまう。</p> <p>ショートステイをしながらアパート探しをし、物件をみつければからは電化製品の買い物、清掃、外泊練習を病院と地域の支援者が役割分担をしながらAさんを行う。</p> <p>「病気ではない。具合が悪いだけ」、「気持ちが明るくなるから、薬はちゃんと飲む」というAさんなりの捉え方がわかるように。</p>	<p>面接、ケア会議を繰り返してAさんと支援者との折り合う点を見つける。</p> <p>Aさんの本来の姿に支援者が衝撃をうける。地元の力、本人の力に気づく。</p> <p>Aさんなりの病気の理解の仕方を支援者が納得できるようになる。</p>

<p>(後期) X+1年8 カ月～</p>	<p>ヘルパー、訪問看護、外来通院先の調整を行い、地元のアパートへ退院。</p> <p>自分が入院させられたのは今でもおかしいと思っている。 当初「必要ない」と言っていた訪問サービスに対して「来てくれてありがたい」といい、現在も爪切りは看護師にやってもらっている。</p>	<p>Aさんの主張は一貫して変わっていない。「病識」はなくても生活できる。</p> <p>実際に体験することによりサービスの必要性等を実感 支援者に対する信頼感がある。 支援者のAさんへの信頼感がある。</p>
-------------------------------	--	---

④本音を聴けたポイント

院内での取り組み	院外での取り組み
<p>①不満ばかり訴えるAさんに付き合う。 ②看護師に外出同行をしてもらう ③時には、本人と距離をとる</p>	<p>①地域移行・定着支援事業の活用 ②外出、ショートステイ時の様子を院内スタッフと共有 ③ケア会議を本人中心で行うための準備と進行</p>

④ 退院を阻んでいた要因 本音を聴けなかった理由・事情 ← ここを改善していくことが大事

支援者がリスクを回避しようとしてSSやGHを勧め、本人の希望をちゃんと受け止めていなかったことが、退院を阻んでいた最大の要因だったと感じている。

Aさんは当初から「地元で退院したい」と本音を語っているが、それを支える支援体制がないことを理由に、支援者側で地元への退院の可能性を無くしてしまっていた。また、希望に沿うためにはAさん自身が変わらないとダメではないかという思いもあり、入院生活や退院準備が進まないことに対して不満ばかり訴えるAさんにちゃんと向き合うことができなかった。

しかし、地域移行・定着支援事業者らが積極的に本人に関わり、地元での生き生きとした様子が引き出されたことが、精神保健福祉士としては地元での単身生活という退院の方向性で進めることを決心できた最大のポイントであった。

それまでは、Aさんに対してどうしても否定的な気持ちを持ちがちだったが、新たな視点で関わるができるようになり、地元で生活する具体的なイメージを持つことができるようになった。

地元のコーディネーターが顔の見える関係の支援者たちと退院後の支援体制を整えてくれたことによって、院内でも安心して退院支援を進めていくことができた。

本音を聴くからには、聴く側にも覚悟が必要なんだと感じている。本音に沿って支援をしていくために、支援者側の安心のために退院の可能性を狭めることなく粘り強く本人に関わることと、関係機関との連携がそのための支えになっていた事例であった。

ご本人の同意を得た日 平成24年3月21日

事例③ 新潟県柏崎市

なかなか退院したいという本音を聴けなかったけど、粘り強くかかわることで退院への不安な想いを聴け、社会資源の見学や体験を通じて退院できた事例

① 事例概要（性別・主病名・入院期間）		
<p>50歳代の男性／入院期間3年9ヶ月／統合失調症 中卒後、県外に就職し、県内外を転々としていたが仕事がなく帰郷。 47歳時に国道で大声を出し、車を止めているところを警察に保護され措置入院（初診）。状態が落ち着いたため、退院の話をするが拒否的であり、入院が続いていた。X年に生活保護担当者が地域移行・定着支援事業の感触や紹介のタイミングを見ながら地域移行推進員を紹介。事業の対象者となる。 初期は退院について拒否的だったが、訪問面接を重ねることで「退院出来るものなら俺だってしたい。でも今は不景気でこの年だから仕事もない。」と本人にとっての住まいは仕事をすることで得られるものだったということがわかり、X+9ヶ月にグループホームを見学し、その日のうちに退院を決断される。 その後、グループホーム入居の準備を行い事業開始から10ヶ月で退院した。</p>		
② 退院のきっかけとなった出来事		
<p> <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士の勧め <input type="checkbox"/> 看護師の勧め <input type="checkbox"/> 主治医の勧め <input checked="" type="checkbox"/> 地域移行・定着支援事業の利用 <input checked="" type="checkbox"/> 地域事業所のかかわり <input type="checkbox"/> ピアのかかわり <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護担当者の勧め <input checked="" type="checkbox"/> その他：関係機関との役割分担 </p>		
③ 本音を聴けたきっかけ（いつ・どこで・どのように・・・）		
プロセス	状況	ポイント
<p>（導入期） X年</p>	<p>生活保護担当者が、感触やタイミングを見ながら、事業と地域移行推進員を紹介、事業利用の了解を得るとともに、関係者で役割分担を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病院（主治医等） →入院の必要性のないことを伝える、退院プッシュ係 ●生活保護担当者 →ここぞという時の導入係 ●地域移行推進員 →本人の本音を聞く係＋地域資源の情報収集係 	<p>病院からの事業の紹介では拒否だったため、生保担当者からの勧めで事業利用に繋がった。</p> <p>ケア会議を通じて関係者の役割分担を整理。</p>

<p>(初期) X+5ヶ月</p>	<p>本人の思いを引き出し、支援者が本人の理解を深める。</p> <p>地域移行推進員は、定期的に面談を重ね、関係づくりをしていき、主治医は面談の中で入院の必要のないことを伝えていったことで、「いつかはアパートに退院したいが、10年、20年入院していてもいい。俺より長い人がいるんだから、俺よりそっちを退院させればいい。」と言っていた本人から、</p> <p>「退院出来るものなら俺だってしたい。でも今は不景気でこの年だから仕事もない。」と本音がこぼれる。</p>	<p>それぞれが担った役割を継続的に実施したことで、病院には言えなかった本音を聴くことが出来た。</p> <p>本人にとって住まいは仕事をすることで得られるものだったこと、身近に支援してくれる人もなく、知らない所で生活していくことに不安があるが、その不安や弱みを見せられなくて強がってしまう本人が見えた。</p>
<p>(中期) X+8ヶ月</p>	<p>グループホームに空きが出たため、関係者でケア会議を開催し、病院、生保担当者と本人の気持ちに配慮し、導入係の生保担当者が見学を促し、地域移行推進員が見学調整、同行を行う。</p> <p>「煙草は部屋で吸えないけれど今もそうだし、場所もいいし、部屋も広いし、いいよ！」とその日のうちに退院を決断される。</p>	<p>いつか退院する場合、どんな所がいいかという話を面談で把握し、関係者で本人に合う住まいを共有していた。</p> <p>本人の希望に近いグループホームが空いたタイミングで導入係が見学を促し一緒に行くことで不安を軽減。</p>
<p>(後期) X+10ヶ月</p>	<p>退院準備支援として、入所に関わる手続き、引き継ぎ、生活用品の買物支援等を行いグループホームへ退院。</p>	

④ 本音を聴けたポイント	
院内での取り組み	院外での取り組み
<p>①主治医が診察の中で、入院の必要のないことを伝えた(週1回、5か月位)。</p> <p>②多忙な主治医が忘れないよう、看護師が診察前に退院支援計画を提示するなどのサポートを実施した。</p>	<p>①地域移行推進員が週1回、5か月かけて本人の本音を聴いた。</p> <p>②地域移行推進員が地域資源の情報収集(本人に合う住まいの把握と空き情報の収集)を行った。</p> <p>③生活保護担当者がここぞ(事業利用、グループホーム見学)というときの一步踏み出すきっかけ、後押し(導入)を行った。</p>
<p>⑤ 退院を阻んでいた要因 本音を聴けなかった理由・事情 ← ここを改善していくことが大事</p> <p>治療が終了していたにもかかわらず、追い出されるのではないかという不安から、病院職員には退院の話が出来なかったと言う。</p> <p>これまで病院の精神保健福祉士も退院を勧めてきたが、ご本人が話しやすい雰囲気はなかったようである。一方で地域移行推進員はゆっくりと時間をかけて関わることができ、本人の理解を深めて行くことができた。</p> <p>病院職員だけでは想いを聴きだすことや背中を押す役目、広域的な資源情報の把握は難しかったようである。今回は生活保護担当者もチームの一員となりそれぞれが退院支援計画に基づいて役割を担った。</p> <p>病院内では、問題がなく目立たない事例は埋もれがちであり、今回の事例のように秘めた想いをお聴きすることが大切だと感じた。また、具体的な地域生活をイメージできるように退院先及び周辺の見学等を実施することは極めて有効であると再認識した。</p>	

ご本人の同意を得た日 平成24年3月15日

事例④ 京都府京都市

なかなか退院したいという本音を聴けなかったが、ご本人が大切にしている父親の想いを聴きはじめてから地域移行推進員を信頼してくれるようになり退院できた事例

① 事例概要（性別・主病名・入院期間）		
40代の男性／入院期間8年7ヶ月／統合失調症		
<p>初診は21歳。突然「死ぬ」と言い暴れ出し、投薬でやや落ち着くが、21～23歳まで1回目の入院治療。退院後は、外来治療継続しながら、共同作業所に通所するも不安定で作業に集中ができなくなったため、27歳で退所。</p> <p>デイケアでも落ち着きなく、夜間徘徊もみられ、28歳に任意入院となる。入院治療で経過をみるものの、奇妙な行動や他患とのトラブルが頻回で、医療保護入院に変更。保護室での隔離処遇も継続するようになる。</p> <p>35歳ごろより病状に改善がみられ、開放的な処遇を試みた。37歳頃任意入院に変更。同年に地域移行・定着支援事業の利用を開始。</p> <p>約1年間の支援後、本人が希望していた自宅への退院となる。外来治療継続とデイケア通所を経て、B型就労継続支援事業所に通っている。</p>		
②退院のきっかけとなった出来事		
<p>(●) 精神保健福祉士の勧め (●) 看護師の勧め () 主治医の勧め (●) 地域移行・定着支援事業の利用 (●) 地域事業所のかかわり () ピアのかかわり () 生活保護担当者の勧め (●) その他：主治医の交代</p>		
③本音を聴けたきっかけ（いつ・どこで・どのように・・・）		
プロセス	状況	ポイント
（初期） X年 事業利用開始	<p>（初回面談） 冬用のモコモコしたパジャマ？のような服を着用。しゃべり方などゆったりとした雰囲気を感じる。支援員の質問に対して現実的である。初対面での沈黙も苦にしている印象は受けず、支援員の顔をじっと見つめることもある。時々表情和らぐ場面あり。「退院したい気持ちもあるが、まだ健康じゃないし・・・。便がでないんですよ・・・便が硬くて・・・」 「普段、外出は近くの〇〇商店に行ったりはしています。でも買い物だけしてさあっとって帰ってくるだけですけど・・・」と本人述。退院に対しては消極的。</p>	<p>初回面談ということもあり、傾聴のみ。 傾聴の際は、「開かれた質問」を意識して投げかける。</p>

	<p>(2回目の面談)</p> <p>① 家族のこと (実家の良いところ)</p> <p>②これからやりたいこと</p> <p>③好きなものや嫌いなものなどを中心に伺う。</p> <p>1回目の面談時よりも目を合わせてもらうことが多い。</p>	<p>①本人が大切にしている (幼少期に母を亡くし父のことを大切に思っていることや家族を大事にしたい気持ち、失いたくない気持ちを聴く) ことや好きなこと・好きな食べ物などに焦点を当てての面談。本人に語ってもらうだけでなく、自己開示も意識する。</p> <p>②「ふらっと来院してほしい」という本人の希望あり。この後、予定は決めずに来院する「ふらっと支援 (病棟には伝えている)」に切り替える。</p>
<p>(関係性構築のきっかけ)</p> <p>X + 1 ケ月</p>	<p>(父親を交えての初めてのカンファレンス：支援導入後1カ月目)</p> <p>主治医 病棟 父親 (キーパーソン)</p> <p>を交えてカンファレンス。 事業導入後、1カ月を振り返ると、今後のことについて話し合う。</p>	<p>①父親の想いを傾聴し、父親の気持ちも尊重しながら、本人の希望を確認する。</p> <p>② 親がチームに加わった大切な日。 後に本人に伺った時に、「この時から推進員を信頼しだした」と語る。本人が大切にしている人と話をしたからとのこと。</p>
<p>(中期)</p> <p>X + 5 ケ月</p> <p>平成 19 年 11 月中旬 新たな支援ステージへ</p>	<p>(自宅へ外出：11 回目の支援時)</p> <p>ブルーの半袖のポロシャツにベージュのコート、黒のスラックススタイル。 自宅近くのスーパーから購入したカップラーメンを一緒に食す。</p> <p>「自宅はやっぱり落ち着きますわあ」「自宅へ行けて嬉しかった」と本人述。</p>	<p>①自宅へ外出することを楽しみにしており、服装にも変化がみられる。</p> <p>②この外出がきっかけで、その後、雑貨屋や古本屋への外出に繋がっている。</p>

	<p>(本人を交えてのカンファレンス) 「作業所とかで働きたい。デイケアは嫌」と希望をカンファレンスの場で話される。</p> <p>父親としては、デイケアに通ってから段階を踏んで作業所へ行ってほしい」という希望あり。 本人、デイケアを知らず、まずはデイケアを見学してみる事となる。</p>	<p>①本人を交え、父親もいる皆の前で自分の気持ちを話せたことが自信になっていた。またそのような環境を作ること意識して話し合いを進めた。</p> <p>②情報提供をし、本人に「選択をしてもらう」ことを意識する。</p>
	<p>(自宅にて待ち合わせ) 病院で待ち合わせ→自宅で待ち合わせに。</p> <p>本人に自宅で1人で過ごしてもらう。その後、自宅の外泊をしてもらい、外泊時に訪問する。</p>	<p>①自宅の生活に慣れてもらうこと、待ち合わせ場所を変え、自宅で会ったことを称賛し、自信の回復に繋げる関わりを意識する。</p> <p>②外泊をすることによって、自信に繋がったと本人は振り返っている。</p>
<p>(後期) X + 10 ヶ月</p>	<p>(退院後カンファレンス) 退院後1ヵ月目にカンファレンスを実施。「デイケアには抵抗があったが、スタッフからの誘いでいろいろ出来ている。言いたいことも言える。 お父さんがいなかったら死んでいたと思う」と本人述。</p> <p>キーパーソンの父親からは、「心配しているよりも順調。言葉を投げかけたら、言葉が帰ってくるようになった。今月末からは1万円を自己管理してもらっている。家族の一員となってきた」とコメントをいただく。</p>	<p>①退院後1ヶ月经過をしてのカンファレンスを設定することによって、本人の希望通りに生活が出来ているか、点検機能を果たす。</p> <p>②キーパーソンにもコメントをいただき、本人との絆を深めてもらうことを意識する。</p>

④本音を聴けたポイント	
院内での取り組み	院外での取り組み
①本人、キーパーソンを交えたカンファレンスの実施。 ②予定を決めずに（あらかじめ予定を決めておくことが本人のストレスだった）支援をする「ふらっと支援」 ③課題に焦点をあてるのではなく、本人の趣味や好きな食べ物などを聴くことと、自己開示 ④支援の最後に必ず握手をし、仲間意識をもってもらう	①一緒に外出し、一緒に体験する。 ②支援ステージ合わせた待ち合わせ場所の設定。 ③外泊を繰り返し行い、自信の回復と退院後の環境に馴染んでもらう。 ④支援の最後に必ず握手をし、その日に出来たことを分かち合う。
⑤退院を阻んでいた要因 本音を聴けなかった理由・事情 ← ここを改善していくことが大事	
<p>ご本人は入院生活を「何もすることがなくて、ただただ寝て食べるだけ」と表現し、病棟の環境が「役割」を持つことがなく、生きがいもなく、「先の見えないうトンネルの中にいる感じで、暗闇に閉ざされていた」と述べている。</p> <p>そのような時に地域移行推進員が訪ねてくるようになり、病院スタッフも自分にかかわりを持つことが多くなった状況に変化を感じたという。それまでは、病院に放っておかれている気がして、病院職員と話しやすい関係ではなかったという。その後、一番大切な家族が登場してくれるようになり、暗闇に閉ざされていた状況から少し光（希望）を感じ始めると同時に地域移行推進員を信頼できるようになり退院することができたという。</p> <p>本人が大切に思っている「家族」というキーワードを聴けたことが、地域移行支援の成功の要因であったと思う。</p>	

ご本人の同意を得た日 平成 23 年 3 月 14 日

事例⑤ 千葉県市川市

自由な暮らしに憧れつつも、家族の反対で退院を諦めていたけど、実際にアパートで一人暮らしをする友人の姿を見て退院のイメージが持てた。その後に、今まで言えなかった本当の想いを聴くことができ退院した事例

① 事例概要（性別・主病名・入院期間）		
<p>60歳代男性／入院期間25年強／統合失調症。</p> <p>発病当初は入退院を繰り返し、病院も3か所変わっている。最後のA病院へ入院してからは20年あまりの長期入院となる。</p> <p>A病院へ入院した当初は退院の話もできるが、両親が相次いで亡くなった後、兄は引き取りを拒否したため社会的入院を続けていた。初期は退院を拒み拒否的だった。しかし先に退院していた友達の家に遊びに行った際、ヘルパーの作ったカレーの美味しさに感動し、美味しいカレー（食事）が食べられるなら・・・と退院を考えるようになる。</p>		
② 退院のきっかけとなった出来事		
<p>(●) 精神保健福祉士の勧め () 看護師の勧め () 主治医の勧め</p> <p>() 地域移行・定着支援事業の利用 (●) 地域事業所のかかわり</p> <p>(●) ピアのかかわり () 生活保護担当者の勧め</p> <p>(●) その他：障害福祉サービス事業所との連携</p>		
③ 本音を聴けたきっかけ（いつ・どこで・どのように・・・）		
プロセス	状況	ポイント
(初期) X年	<p>本人は約25年強病院で過ごしており、病院の中では主のような存在になっていた。周囲には子分のような入院患者がたくさんいて、本人にしてみればそれなりに快適な生活を送っていた。</p> <p>両親は既に何年も前に亡くなっており、唯一の家族は腹違いの兄だけであった。その兄に「面倒はみられない、同居は無理だ」と言われた時点で、退院は無理だと、とうの昔に諦めていた。自由な暮らしに憧れはあるが、唯一の家族である兄が駄目だということだから仕方ないと思っていた。一人暮らしという選択肢には思い至らなかった。</p>	<p>兄が病院に面会に来ることはないが、PSWの勧めもあり、定期的の手紙を出していた。時々返事が来ることもある。その時は非常に嬉しそうに手紙をPSWにも見せてくれていた。</p> <p>PSWからも定期的に本人の様子を電話で伝えていた。</p> <p>自由な暮らしに憧れるという話を聴くことができた。</p>
(中期) X+4ヶ月 ～実際の体験を通して～	<p>(友達の家で食べたカレー)</p> <p>病棟で一番仲の良かったCさんが退院してアパートで一人暮らしをはじめた。一緒に遊びに行ってみようという病院のPSWが提案する。</p> <p>今まで頑なに外出は断っていたのだが、親友のCさんには会いたいという思いが強く、PSWと一緒にCさんのアパー</p>	<p>親友のCさんの「退院後の実際の暮らし」を見ることによって、「地域での暮らし」が実際のところどんなものかを具体的に感じてもらいたいという思いから、病院PSWと一緒にCさん</p>

	<p>トを訪問する。以後月1回、一人でCさん宅を訪ねるようになった。</p> <p>3回目の訪問時、Cさん宅に丁度ヘルパーが入っていて、昼食用のカレーを作っていた。「せっかくだから一緒に食べよう」とCさんが言ってくれたので、本人もカレーを食べることに。「こんなに美味しいカレーがあるなんて!」「病院のカレーと全然違う!」と、とても感激したとのこと。</p> <p>「一人暮らしをすれば、こんなに美味しいものが食べられるんだ…。病院を出て、一人でなんて絶対に暮らせないと思うが、ヘルパーという人が来てくれるんだ。ご飯を作ってくれたり、掃除や洗濯を手伝ってくれるんだ…。とこの時初めて知った。</p>	<p>宅に遊びに行くことを考えた。</p> <p>(ヘルパー)</p> <p>本人がCさん宅に遊びに行く時間にヘルパーの訪問時間が重なることに気付いたPSWは、事前に居宅介護事業所に連絡をした。日頃から連携の取れている事業所ということもあり、Cさん宅に友人が訪ねることの了解と、出来ればヘルパーから「ヘルパーとは具体的に、このようなことが出来る」と説明して下さいとお願いをした。</p>
<p>(中期) X+7ヶ月</p> <p>イメージ作り、そして地域の支援者との関係性の強化</p>	<p>(退院したいとの思い)</p> <p>Cさん宅の訪問で、カレーを食べたことがきっかけになり、自分もヘルパーに好きな物を作ってもらって、美味しいご飯が食べたい。そのためには一人暮らしをしなければ。Cさんにできるのだから、もしかしたら自分にも出来るのではないだろうか?との気持ちになったことを病院PSWに話すようになった。</p> <p>お兄さんに同居は無理だと言われて以来、退院は無理だと諦めていた。でも一人暮らしという選択肢もあることに初めて思い至った。</p> <p>そこでPSWからお兄さんにその気持ちを手紙に書いてはどうかと言われ、本人は手紙を書こうかどうか随分と迷っていた。お兄さんに怒られたらどうしよう、そんなことを言いだして縁を切られたら自分はもう天涯孤独の身になってしまうと非常に心配をしていた。</p>	<p>Cさん宅での出来ごとを面談の中で丁寧に聴くことによって、本人が自分の気持ちに気づき、それを整理し、言語化出来るような関わりをした。</p> <p>お兄さんの了解というハードルを超える上で、以前からお兄さんとは本人、PSW共に安定した関係を作れていたことが大きかった。</p>

<p>X + 11 ケ月</p>	<p>しかし心配しつつも、Cさん宅以外の地域の場所にも、地域の支援者と外出をするようになっていた。(カラオケ、回転寿司、100円均一ショップ、本屋、大型ショッピングセンター、福祉サービス事業所の見学など)</p> <p>悩んだ末、Cさんに「僕の隣の人、引っ越すみたいだから、空いたら隣においでよ」と言われたことで一人暮らしをする！と決意した。</p> <p>そしてお兄さんに手紙を書き、PSWからもお兄さんに説明してほしいとのことでPSWが電話をする。</p> <p>(3つの約束)</p> <p>お兄さんからは今の状況では心配で退院は認められないとの返事が来る。特に以前一人暮らしをしていた時に、ボヤを出しており、火の心配がある限り、アパートなどの保証人にはなれないと言われる。そこで本人がPSWと相談しながら、お兄さんに安心してもらうために考えたことが3つある。</p> <p>①禁煙 ②お金を20万円ためる(引っ越しの費用として) ③洗濯を自分でする(何か家事で出来ることをと考える。同時にお金を貯めるため。今までは病院にお金を払って頼んでいた)</p>	<p>話はきちんと聞いてくれる関係にあり、その上で、親族として何が不安かを具体的に提示してもらえたことで、退院に向けての対策を本人と一緒に具体的に立てられた。</p> <p>(3つの約束)</p> <p>実際に一人暮らしをしている友人からの「大丈夫だよ、僕ができてるんだから」「隣においでよ」の一言が、最終的な後押しになった</p> <p>病棟のスタッフも病院で主になっていた人が、地域に出て本当にいちからやれるのか？と半信半疑だったが、本人が3つの約束を自分から言い出し、日々実行している様子を見て、「これは本気なんだ」と実感することで、応援しようという気持ちが強くなった。</p>
<p>(後期) X + 1 年 2 ケ月</p>	<p>(関係者会議)</p> <p>①3つの約束をお兄さんに伝えるため ②地域には病院以外にこんなに本人を応援してくれる人がいるのだということ、本人とお兄さんに分かってもらうため</p> <p>この2点のために、関係者会議を病院で開催した</p> <p>参加者 本人、お兄さん、担当医、病院PSW病棟看護師、訪問看護師、指定相談支援事業所の相談支援専門員、居宅介護事業所、地域の関係者、行政(生活保護、障害者支援課)、</p>	<p>関係者会議を開催したことで、病院以外にも本人をサポートしてくれる人たちがこんなにいっぱいいるなんてとお兄さんは驚いていた。</p> <p>また地域には、一人で暮らしている障害者がたくさんいるということもこの時まで知らず、みんな病院か施設にいるものだと思っていたそう。</p> <p>こんなに多くのサポートが受けられるなら、</p>

		考えてみてもいいかもしれないと思ったそうだ。
X+1年10ヶ月	3つの約束を達成した後、再度関係者会議を開催し、お兄さんが保証人となりアパートに退院することを了承してくれる。	本人が自分で決めた約束を実行し達成できたことで、お兄さんはその頑張りを入れて保証人になってもいいと言ってくれた。 お兄さんの了承が得られたことで、本当に自分は退院して一人暮らしができるのだと初めて実感したそうだ。
X+2年3ヶ月	Cさんの隣のアパートではないものの、徒歩5分位の所にアパートを借り、一人暮らしをスタートさせた ヘルパーを週に2回利用し、病院の作業療法に週1回、地域活動支援センターへ週2回通っている。	

④ 本音を聴けたポイント

院内での取り組み	院外での取り組み
①担当PSWの声かけ ②家族（兄）への定期的な連絡（本人への頑張りをつき返す） ③退院した友人宅への訪問の同行 ④定期的なPSWとの面談 ⑤チーム内での定期的な会議 ⑥本人と一緒に具体的な目標の設定 ⑦関係者会議の開催 ⑧地域の社会資源、地域の福祉スタッフと連携し外出を後押し	①友人の家へ定期的に遊びに行くことで、一人暮らしのイメージ作りをする ②友人宅に来ているヘルパーを社会資源と捉え関わりを持ってもらう ③地域の楽しいこと探し→地域の事業所の職員との外出 ④兄との継続的で安定した関係の維持のため手紙を出す

⑤ 退院を阻んでいた要因 本音を聴けなかった理由・事情 ← ここを改善していくことが大事

兄に同居は無理だと言われたため退院は諦めていた。一人暮らしやGH・CHという選択肢は思いつかず、兄と暮らせないなら一生病院に居るしかないと思いつこんでいた。また病院でもそこそこ楽しく暮らせていたので、積極的に退院を考えることが無かったのだと思われる。

生活体験が乏しいため想像する力が弱く、言葉で説明しても一人暮らしのイメージなどは湧かなかった本人と友人のアパートに行き「実際の暮らしぶり」にふれたことが転機となり、一人暮らしのイメージが持てるようになった。

そこまでの関わりは病院PSWの本人を信じる力によって進んでいった。院内での関係性の中で、友人思いなことや、一度決めたことには真面目に取り組むこ

と、言葉ではなく具体的に示すと理解しやすいことなど、本人をよく理解していたからこそそのアプローチができたのだと思われる。

転機以降は病院PSWを始め、地域の居宅介護事業所の責任者やホームヘルパー、地域生活支援センター、ボランティア、地域のお店の人など様々な人達との関わりが、本人のリハビリには有効で、その関わりの全てが本人の生活を豊かにする可能際を示していた。

退院に際して一番心配だったのは？との問いに「精神障害者への差別」と即答した本人。実際入退院を繰り返していた頃に、家の近くの店での食事の際にとっても嫌な思いをしたそう。その時の経験もあり、退院し地域で暮らすことに躊躇していた。しかし、入院中に地域でのいろいろな体験を重ねていくことで、その嫌な思いは薄らいでいったそう。「いろんな人が居るので、嫌な思いもする。でもいい人達もいっぱいいるんだということが分かった。」と言っていた。

人に対する信頼感や安心感は人との関わりの中でしか結べず、地域で実際にその体験ができたことが自信になり、退院へ繋がったのだと思われる。

ご本人の同意を得た日 平成 24 年 4 月 18 日

2年間の委員会活動を振り返って【所感】

精神科病院所属の精神保健福祉士の立場から参加した。
委員会活動は2年間とも、ソーシャルワーク実践事例収集の活動を行った。

1年目は、2010年に精神保健福祉部権利擁護委員会が発行した「こころのユニバーサルデザインハンドブック～精神障害のある人への生活支援と『障害者の権利条約』」をもとに、その中から精神保健福祉及び精神科医療現場における権利行使の支援における、「工夫」を取上げ、事例集を作成した。

2年目は、個別給付化に向け構成員がスムーズに地域移行・定着支援に取り組めるよう、「なかなか本音を聴けなかったが後に聴くことができ、地域移行が成功した事例」をその阻害要因や成功のポイントを抽出した。

また、2011年和歌山大会では、「長期入院患者さんの想いを聴く」をテーマのプレ企画にシンポジストとして参加させて頂いた。

自身の過去の取り組みでは、地域移行がうまくいった例として、以前、病棟単位の「長期的な退院準備グループ」や病院全体の「退院促進プログラム」といった環境があったことや、それによる他職種チームでの関わりができたことがあった。そこでは病院全体に「入院したら退院する」という意識があり、患者さん達も職員も同じ方向をむいて取り組んでいた。退院を渋る長期入院さんがいたが、医師からは入院治療の必要性がないことをきちんと告げ、担当看護師・精神保健福祉士からは継続的に働きかけ退院プログラムに参加するようになり、声かけなどで活動への励まし、能力のあることを確認しながら体験を繰り返して自信・自己効力感を回復して退院できた事例があった。精神保健福祉士のみではこの様なきめ細かな関わりは困難で「チームアプローチ」がたいへん有効だったことを確認できた。

長期入院解消の最初の取りかかりとして、いかに「本人の気持ちを聴けているか」「聴き出せているか」、が繰り返しキーワードとしてでてきた。また、地域移行にいたるまでの経過、生活を始めてからも他職種・他機関で関わることや、インフォーマルなつながりを作ることが大事であること、病院の精神保健福祉士のみのがんばりのみでは解消されないことを改めて感じた。

また、同じ精神保健福祉士でも立場の違う人たちから話が聞けたことは大変刺激になった。病院・地域のどちらでも「あたりまえの普通の生活」を支えることは変わらない。基本のことながら難しいが「気持ちを聞く」を続けていきたい。また、構成員の実践に役立てて欲しいとおもう。

三枚橋病院 天笠純恵

2年間の委員会活動を振り返って【所感】

この2年間、委員会活動を通して私自身がいろいろなことを学ばせていただきました。自分の職場の仕事だけでは得ることの出来ない経験や体験をさせていただき、とても実りの多い2年間だったと思っています。

1年目の平成22年度は、精神保健福祉士として、どう権利擁護を実践しているかということを経験観察法における地域処遇ケースとの関わりを通してまとめました。

2年目の平成23年度は、入院患者の声をきちんと「聴く」ことが、社会的入院の解消に繋がるのではないかという視点から、今までの実践の中からそのような取り組みを行い退院出来た事例を取り上げました。

さらに和歌山で開催された、平成23年度の日本精神保健福祉士協会の全国大会では、プレ企画として「長期入院患者さんの想いを聴く」というシンポジウムにシンポジストとして参加させていただきました。シンポジウムの後に行ったグループワークの参加者の方たちとお話する中で一番強く感じたことは、地域、病院と所属や立場は違えども、どの人も精神保健福祉士というアイデンティティの基に、自分の出来る範囲での職責を果たすべく、真剣に仕事に向き合っているのだなあということでした。

私は地域生活支援を行う地域の支援者として、誰でもが普通に地域で暮らせると思っています。もちろんそれは、その人にとって必要な医療が必要な時に適切に提供されるという前提に基づいてです。そのためには地域の支援者と病院の支援者がお互いの仕事を理解して、本当の意味での連携を取れるようにならなければならないと思っています。車の両輪のように、どちらかが欠けてしまえば、上手く走れない関係なのではないでしょうか。

社会的入院を余儀なくされている患者さんたちが、地域移行を果たし、地域で普通に暮らす「いち市民」になるためには、私たち地域の支援者が力をつけ、医療関係者や入院している患者さん達に信頼してもらえるようになることが必要だと、この2年の間にさらに強く思うようになりました。

今後は、その思いを実践に変えていけるよう、まずは自分の地域で出来ることから取り組んでいきたいと思っています。

特定非営利活動法人ほっとハート 遠藤紫乃

地域移行支援に関する【実践の振り返り】シート(案)

NO	チェック項目	自己評価		
		A 十分できる	B できる	C 不十分
1	精神保健福祉士として、社会的入院の解消や地域移行支援の促進に取り組む必要性をご自身の言葉で説明できますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
2	地域移行支援において病院PSW 又は地域の支援者を上手に活用できていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
3	ご本人の想いをお聴きする時間を確保し、本音をお聴きするかかわりができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
4	ご本人の想いに沿って一緒に外出や活動をするなどができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
5	ご本人の楽しみや、大切にしていることに焦点をあてた支援ができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
6	ご本人が様々な体験を通じて自己決定していく支援を重視できていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
7	ご本人の夢を消さず、ご本人を中心に関係機関と上手く連携できていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
8	様々な資源を有効活用できていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
9	ご家族の心情にも配慮して支援ができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
10	フットワーク良く、ご本人に合わせて柔軟且つ臨機応変に支援を修正できていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
11	地域課題を解決する取り組みができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分
12	地域移行事例を振り返って支援技術や工夫等を確認するなど、支援の質の向上ができていますか？	A 十分できる	B できる	C 不十分

社団法人日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部 精神保健医療福祉委員会

担当常任理事 岩上 洋一（特定法人非営利活動法人じりつ／埼玉県）

委員長 岡部 正文（茨内地域生活支援センター／新潟県）

委員 佐原 和紀（地域生活支援センター翔／山形県）

天笠 純恵（三枚橋病院／群馬県）

鈴木 篤史（杉戸町就労支援センター／埼玉県）

遠藤 紫乃（ほっとハート／千葉県）

西村 由紀（メンタルケア協議会／東京都）

原田 佳恵（相州病院／神奈川県）

中村江美子（井之頭病院／東京都）

（2012年3月現在）

平成23年度 精神保健医療福祉委員会 事例集

2012年6月20日

編著者 社団法人 日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部 精神保健医療福祉委員会

発行所 社団法人 日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23 番地3 四谷オーキッドビル7階

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

URL: <http://www.japsw.or.jp> E-mail: office@japsw.or.jp

※本書を無断で複写・転載すること禁じます。

※視覚障害のある人のための営利を目的としない本事例集の録音図書、点字図書、拡大図書等の作成は自由です。