

表2-1-1 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数 (n=128)

	外来に従事する精神保健福祉士数 (専従)	外来に従事する精神保健福祉士数 (専従以外)
精神保健福祉士が従事する医療機関数	127	128

表2-1-2 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数 (専従/医療機関数分布、n=61*)
*外来に専従で精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福祉士(専従)の配置人数	1.0	36 59.0
	2.0	17 27.9
	3.0	4 6.6
	4.0	1 1.6
	5.0	3 4.9
	合計	61 100.0

表2-1-3 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数 (専従以外/医療機関数分布、n=75*)
*外来に専従で精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福祉士(専従以外)の配置人数	1.0	39 52.0
	2.0	12 16.0
	3.0	10 13.3
	4.0	9 12.0
	5.0	2 2.7
	6.0	1 1.3
	7.0	1 1.3
	10.0	1 1.3
	合計	75 100.0

2) 平成24年6月の1か月間における外来患者の数 (実人数)
(A票問2、n=113、欠損値15)

診療所等における平成24年6月の1か月

間の外来患者数は、平均値で864.0人、中央値で784.0であった(表2-2-1)。疾患別にみると、気分障害が平均値で268.2人、中央値で242人と最も多かった。次いで、統合失調症(平均値:174.3人、中央値:116.0人)、神経症性障害等(平均値:165.9人、中央値:120.0人)の順に多かった(表2-2-2, n=175)。また、年齢別にみると、40歳以上65歳未満が平均値で318.9人、中央値で337.0人と最も多かった。次いで、20歳以上40歳未満(平均値:217.2人、中央値:193.0人)、65歳以上75歳未満(平均値:91.6人、中央値:82.5人)の順に多かった。

表2-2-1 平成24年6月の1か月間における外来患者の数 (実人数)

医療機関数	113
外来患者数の平均値 (人)	864.2
外来患者数の中央値 (人)	784.0
外来患者数の標準偏差	582.2
外来患者数の最大値 (人)	3463.0

表2-2-2 疾患別外来患者数 (n=105、欠損値:28)

	医療機関数	患者数の平均値 (人)	患者数の中央値 (人)	標準偏差	最大値 (人)
器質性精神障害	105	35.6	7.0	57.1	299.0
精神作用物質	105	23.3	3.0	78.3	555.0
統合失調症	105	174.3	116.0	225.1	1959.0
気分障害	105	268.2	242.0	215.3	890.0
神経症性障害等	105	165.9	120.0	158.1	656.0
生理的障害および身体的要因	105	7.4	0.0	19.9	127.0
パーソナリティ障害	105	11.1	2.0	28.8	242.0
精神遅滞	105	50.4	3.0	401.1	4117.0
心理的発達の障害	105	11.6	1.0	39.1	371.0
行動および情緒の障害等	104	4.6	0.0	10.0	57.5
てんかん	104	15.1	5.0	25.5	150.0

表2-2-3 年齢別外来患者数

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏差	最大値 (人)
20歳未満	104	27.2	8.0	62.7	428.0
20歳以上 40歳未満	104	217.2	193.0	181.5	921.0
40歳以上 65歳未満	104	318.9	337.0	197.6	792.8
65歳以上 75歳未満	104	91.6	82.5	75.6	373.0
75歳以上	103	84.3	66.0	79.2	449.0

3) 外来に従事する精神保健福祉士の数
(平成24年6月末日現在、国家資格取得後の相談支援業務への従業年数別)
(A票問3)

診療所等において平成24年6月末日現在、外来に従事する精神保健福祉士の数を「国家試験取得後の相談支援業務への従業年数別」にみると、5年以上10年未満が平均値で0.7人と最も多く、次いで10年以上(平均値:0.6人)、1年以上3年未満(平均値:0.4人)の順に多かった(表2-3)。

表2-3 外来に従事する精神保健福祉士の数(従業年数別)(n=127、欠損値:1)

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏差	最大値 (人)
1年未満	125	.14	.00	.39	2.00
1年以上3年未満	125	.38	.00	.62	3.00
3年以上5年未満	125	.34	.00	.67	4.00
5年以上10年未満	127	.65	.00	.97	6.00
10年以上	125	.56	.00	.91	6.00

4) 外来診療機能における各サービスの利用者数(平成24年6月1日現在の利用延べ人数)(A票問4)

診療所等における平成24年6月の1か月の間の外来診療に係る各種サービスの利用者数をみると、精神科デイケアが平均値で153.3人と最も多かった。次いで、受療相談(平均値:47.2人)、精神科デイナイトケア(平均値:40.2人)の順に多かった(表2-4)。なお、基礎調査票を用いた調査では、診療所等における精神科デイケアの実施率は14.3%、精神科ショートケアの実施率は11.4%、その他の外来機能については実施率が1割未満であった¹⁾。

表2-4 外来診療機能における各サービスの利用者数
(n=121、欠損値:7)

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏差	最大値 (人)
受療相談	121	47.2	2.0	240.9	2146.0
精神科 デイケア	121	153.3	0.0	274.1	1476.0
精神科 ナイトケア	121	8.8	0.0	44.8	329.0
精神科デ イナイトケア	121	40.2	0.0	157.8	1073.0
精神科ショ ートケア	121	22.9	0.0	52.9	336.0
集団精神療法	121	13.1	0.0	111.2	1200.0
就労支援プ ログラム	121	1.4	0.0	7.3	54.0
家族相談	121	6.3	0.0	31.1	310.0
家族心理教育	121	3.0	0.0	13.4	120.0
訪問看護	121	29.9	0.0	78.9	469.0
その他	119	11.0	0.0	56.0	435.0

5) 外来に従事する精神保健福祉士の支援に係る業務の実態(A票問5)(n=128)
 *平成24年6月の1か月間に精神保健福祉士が実施した支援に係る業務の頻度を4件法の尺度を用いて、次の基準で回答を求めた。

「4.とても多い」：
 勤務日において毎日、当該業務を実施した。
 「3.多い」：
 勤務日において2日に1回程度、当該業務を実施した。
 「2.あまり多くない」：
 勤務日において7-10日に1回程度、当該業務を実施した。
 「1.多くない」：
 勤務日において8日に1回程度、もしくはそれ以下の頻度で当該業務実施した。あるいは、全く実施しなかった。

診療所等において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月間の支援に係る業務のうち、患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度を平均値でみると、「面会による症状・障害に関する相談」が平均値で2.24と最も高かった。次いで、「電話による受診・受療相談」及び「電話による症状・障害に関する相談」の2.20、「面接による経済的な支援」と「面接による福祉サービス等の利用に関する支援」の2.18の順に高かった(表2-5-1)。

患者の家族を対象と支援に係る業務の頻度を平均値でみると、「電話による受診・受療支援」が1.77と最も高かった。次いで、「面接による家族関係に関する相談」の1.69、「面接による症状・障害に関する相談」の1.67の順に高かった。なお、全ての質問項目で床効果がみられた(表2-5-2)。

関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度を平均値でみると、「院内カンファレンス」が1.85と最も高く、次いで「関係職種・機関・地域でのケア会議」が1.60で高かった。なお、全ての質問項目で床効果がみられた(表2-5-3)。

表2-5-1 患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
本人-受診・受療相談(面接)	127	1.70	.93
本人-受診・受療相談(電話)	128	2.20	1.07
本人-受診・受療相談(訪問)	126	1.09	.31
本人-インタビュー面接	130	2.15	1.18
本人-症状・障害に関する相談(面接)	128	2.24	1.14
本人-症状・障害に関する相談(電話)	128	2.20	1.12
本人-症状・障害に関する相談(訪問)	127	1.43	.82
本人-経済的な支援(面接)	128	2.18	.95
本人-経済的な支援(電話)	128	1.78	.91
本人-経済的な支援(訪問)	127	1.31	.67
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(面接)	128	2.18	1.02
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(電話)	128	1.78	.91
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(訪問)	127	1.40	.77
本人-家族関係に関する相談(面接)	128	1.92	.98
本人-家族関係に関する相談(電話)	128	1.85	1.21
本人-家族関係に関する相談(訪問)	126	1.28	.66
本人-居住に関する相談	128	1.49	.77
本人-入院相談	128	1.55	.72

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したもの。

表2-5-2 家族を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
家族-受診・受療相談(面接)	127	1.50	.75
家族-受診・受療相談(電話)	127	1.77	.93

家族-受診・受療相談 (訪問)	126	1.04	.20
家族-インタビュー面接	127	1.61	.87
家族-症状・障害に関する相談 (面接)	126	1.67	.84
家族-症状・障害に関する相談 (電話)	126	1.60	.79
家族-症状・障害に関する相談 (訪問)	126	1.19	.50
家族-経済的な支援(面接)	128	1.62	.80
家族-経済的な支援(電話)	128	1.50	.79
家族-経済的な支援(訪問)	126	1.12	.35
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (面接)	128	1.63	.83
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (電話)	128	1.45	.74
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (訪問)	126	1.15	.46
家族-家族関係に関する相談 (面接)	128	1.69	.89
家族-家族関係に関する相談 (電話)	128	1.55	.81
家族-家族関係に関する相談 (訪問)	126	1.17	.47
家族-居住に関する相談	128	1.24	.51
家族-入院相談	127	1.47	.76

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

表2-5-3 関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
関係職種・機関-地域でのケア会議	128	1.60	.72
関係職種・機関-院内カンファレンス	128	1.85	.95
関係職種・機関-入院療養計画の作成等	126	1.36	.77
関係職種・機関-退院調整等	126	1.39	.84

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

6) 外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果(平成24年6月の1か月間の結果)

診療所等において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月間の患者本人を対象とした支援の結果をみると、「福祉に係るサービスの利用」が平均値で2.81人と最も多かった。次いで、「精神科病院への入院」の2.49人、「障害年金の受給」2.15人の順に多かった(表2-6)。

表2-6 外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果(n=108、欠損値:20)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差	最大値(人)
生活保護の受給	107	.76	1.47	10.00
障害年金の受給	108	2.15	2.75	14.00
精神障害者保健福祉手帳の取得	107	2.05	3.53	19.00
精神以外の障害者手帳の取得	106	.05	.21	1.00
福祉に係るサービスの利用	107	2.81	5.80	41.00
福祉に係る施設への入所	107	.64	1.62	10.00
精神科病院への入院	107	2.49	6.02	42.00
精神科以外の病院への入院	108	.43	1.01	6.00
精神科デイケアの利用	107	1.64	5.15	50.00
就職	107	.67	1.85	13.00
復職	107	.57	1.76	13.00
就学	107	.03	.17	1.00
復学	107	.06	.33	3.00
就職・就学以外の活動の開始	107	.41	.97	7.00
当事者活動への参加	107	1.00	6.55	67.00
家族関係の改善	107	1.71	4.30	30.00
社会的支援体制の整備	107	1.30	3.77	29.00

7) 外来における精神保健福祉士の配置と支援に関する業務との関係

外来に従事する精神保健福祉士の数と患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度との関連をみるために相関分析を行ったところ、外来に専従で配置されている精神保健福祉士の数と「インテーク面接」、「症状・障害に関する相談（電話）」、「福祉サービスの利用に関する相談（電話）」との間に弱い相関がみられた（表2-7）。

表2-7 外来に従事する精神保健福祉士の数と患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度との相関分析

		外来精神保健福祉士配置数 (専従)
インテーク面接	Spearmanの相関係数	.324**
	有意確率(両側)	.000
	N	125
症状・障害に関する相談(電話)	Spearmanの相関係数	.255**
	有意確率(両側)	.004
	N	124
福祉サービスの利用に関する相談(電話)	Spearmanの相関係数	.276**
	有意確率(両側)	.002
	N	124

3. 精神科訪問看護・指導に係る精神保健福祉士の業務実態に関する調査研究の結果

1) 精神科訪問看護・指導に従事する精神保健福祉士の数（B票、問1）

精神科訪問看護・指導（以下、「訪問看護」と省略）に精神保健福祉士が従事する精神科医療機関（以下、「医療機関」と省略）のうち、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が訪問看護に専従で従事する医療機関の数は49か所、専従以外で従事する医療機関は194か所であった（表3-1-1）。訪問看護に専従で従事する精神保健福祉士の数は、2名が最も多く22か所（44.9%）であった。次いで、1名の18か所（36.7%）、3名の5か所（10.2%）の順に多かった。最大値は7名（1か所）で、平均値は2.0名（n=49）であった。

また訪問看護に専従以外で従事する精神保健福祉士の数は、2名が最も多く52か所（26.4%）であった。次いで、1名の51か所（25.9%）、3名の37か所（18.8%）の順に多かった。最大値は15名（1か所）で、平均値は3.0名（n=197）であった。

表3-1-1 精神科訪問看護に専従で従事する精神保健福祉士の人数（n=49）

*専従で訪問看護に従事する精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

精神保健福祉士の配置人数	配置医療機関数(a)	割合(a)/n
1	18	36.7%
2	22	44.9%
3	5	10.2%
5	2	4.1%
6	1	2.0%
7	1	2.0%
合計(n)	49	100.0%

【単位:人（医療機関数以外）】

表3-1-2 精神科訪問看護・に専従以外で従事する精神保健福祉士の人数（n=197）
*専従以外で訪問看護に従事する精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

【単位:人（医療機関数以外）】

精神保健福祉士の配置人数	配置医療機関数(a)	割合(a)/n
1	51	25.9%
2	52	26.4%
3	37	18.8%
4	25	12.7%
5	11	5.6%
6	6	3.0%
6.5	1	0.5%
7	3	1.5%
8	4	2.0%
8.7	1	0.5%
10	2	1.0%
11	1	0.5%
12	2	1.0%
15	1	0.5%
合計	197	100.0%

2) 平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者の数(実人数)(B票問2、n=223、欠損値:8)

精神科医療機関における平成24年6月の1か月間の訪問看護利用患者数は、平均値で39.2人、中央値で21.5であった(表3-2-1、n=223)。

疾患別にみると、統合失調症が平均値で27.5人、中央値で15.0人と最も多かった。次いで、気分障害(平均値:4.8人、中央値:2.0人が)多かった。(表3-2-1)。

また、年齢別にみると、40歳以上65歳未満が平均値で23.2人、中央値で13.0人と最も多かった。次いで、20歳以上40歳未満(平均値:6.9人、中央値:3.0人)、65歳以上75歳未満(平均値:5.8人、中央値:3.0人)の順に多かった(表3-2-2)。

表3-2-1 平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者数(疾患別)
(n=223、欠損値:8)

	医療機関数	平均値	中央値	最大値
患者総数	223	39.2	21.5	539
器質性精神障害	223	1.5	0	42
精神作用物質	223	1.7	0	57
統合失調症	223	27.5	15.0	330
気分障害	223	4.8	2.0	39
神経症性障害等	223	1.1	0	38
生理的障害及び身体的要因	223	0.1	0	5
パーソナリティ障害	223	0.4	0	14
精神遅滞	223	0.7	0	11
心理的発達の障害	223	0.3	0	19
行動及び情緒の障害等	223	0.1	0	4
てんかん	223	0.4	0	6
その他	223	0.4	0	9

表3-2-2 平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者数(年齢別)
(n=217、欠損値:14)

	医療機関数	平均値	中央値	最大値
20歳未満	217	0.2	0	6
20歳以上40歳未満	217	6.9	3	204
40歳以上65歳未満	217	23.2	13	286
65歳以上75歳未満	217	5.8	3	46
75歳以上	217	2.8	1	23

3) 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (B票問3、n=222、欠損値：9)

平成23年度の1年間に「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」を算定した医療機関は、207か所(93.2%)であり、その算定件数は平均値で1057.2回、中央値で384.0件であった(表3-3)。

つぎに、「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」の診療報酬に係る加算のうち、医師の指示を受けて保健師または看護師が、他の保健師、看護師、精神保健福祉士等と同時に訪問看護を行う場合に算定する、「複数名訪問看護加算」を算定した医療機関は159か所(71.6%)であり、その算定件数は平均値で687.9件、中央値で95件であった。また、1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合の「長時間訪問看護加算」を算定した医療機関は、20か所(0.1%)であり、算定件数は、平均値で20.5件であった(表3-3)。

表3-3 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料Ⅰ・Ⅲ」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (n=222、欠損値:9)

	実施医療機関数	平均値	中央値	最大値
算定件数(総数)	207 (93.2%)	1057	384	13017
複数名訪問加算件数	159 (71.6%)	687.9	95	7842
長時間訪問加算件数	20 (0.1%)	20.5	0	3301

4) 平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (B票問4、n=218、欠損値:13)

平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数は、表3-4のとおりであった。「精神科訪問看護・指導料Ⅰ/週3回、30分以上」を算定する医療機関が195か所(89.4%)で最も多く、その算定件数の平均値は91.6件、中央値は39件であった。次いで、「訪問看護・指導料Ⅰ週3回、30分未満」を算定する医療機関が66件(30.3%)で多かった。また、「精神科訪問看護・指導料Ⅰ・Ⅲ」に係る「複数名訪問看護加算」について、精神保健福祉士を伴う同加算を算定する医療機関が132件(60.6%)であった。その算定件数は、平均値で44.5件、中央値で5.0件であった(表3-4)。

表3-4 平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数(n=218、欠損値:13)

	実施医療機関数	平均値	中央値
訪問看護・指導料Ⅰ/週3回、30分未満	66 (30.3%)	4.4	0
訪問看護・指導料Ⅰ/週3回、30分以上	195 (89.4%)	91.6	39
訪問看護・指導料Ⅰ/週4回以上、30分未満	2 (0.9%)	0.1	0
訪問看護・指導料Ⅰ/週4回以上、30分以上	14 (6.4%)	1.8	0
急性増悪/30分未満	1(0.0%)	0	0
急性増悪/30分以上	13(5.7%)	0.4	0
訪問看護・指導料Ⅲ/週3回、30分未満	25 (11.5%)	5.1	0

訪問看護・指導料Ⅲ/ 週3回、30分以上	56 (25.7%)	13.2	0
訪問看護・指導料Ⅲ/ 週4回以上、30分未満	0 (0.0%)	0	0
訪問看護・指導料Ⅲ/ 週4回以上、30分以上	4 (1.8%)	0.8	0
長時間精神科訪問 看護・指導加算	22 (10.1%)	3.8	0
複数名訪問看護加算① (+精神保健福祉士)	132 (60.6%)	44.5	5
複数名訪問看護加算① (+精神保健福祉士以外の職員)	87 (39.9)	27.5	0
複数名訪問看護加算② (+准看護師)	34 (15.6%)	7.2	0
複数名訪問看護加算③ (+看護補助者)	6 (2.8%)	0.2	0
精神科緊急訪問看護加算	4 (1.8%)	0.1	0
夜間・早朝看護加算	7(3.2%)	0.2	0
深夜訪問看護加算	0(0.0%)	0	0

5) 平成23年度の1年間及び平成24年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」の算定件数 (B票問5、n=214、欠損値:17)

障害福祉サービスを行う施設及び福祉ホームに入所している患者、または介護担当者を対象に訪問看護を実施した際に算定する「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」について、平成23年度の1年間に同診療報酬を算定した医療機関は、66か所 (28.6%) であり、その算定件数の平均値は91.6件であった (表3-5-1)。また、平成24年6月の1か月間に同診療報酬を算定した医療機関は、48か所 (20.8%) であり、その算定件数の平均値は91.6件であった (表3-5-2)。

表3-5-1 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」の算定件数 (n=214、欠損値:17)

度数	実施医療機関数	66
	%	28.6
平均値		91.6
中央値		.0
最大値		4106.0

表3-5-2 平成24年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」の算定件数 (n=214、欠損値:17)

度数	医療機関数	48
	%	20.8
平均値		7.5
中央値		.0
最大値		417.0

6) 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導Ⅰ・Ⅲ」及び「精神科訪問看護指導Ⅱ」に係る支援内容の頻度 (B票問7、問8)

* 平成24年6月の1か月間に精神保健福祉士が実施した支援内容の頻度を4件法の尺度を用いて、次の基準で回答を求めた。

「4.とても多い」:	勤務日において毎日、当該業務を実施した。
「3.多い」:	勤務日において2日に1回程度、当該業務を実施した。
「2.あまり多くない」:	勤務日において7~10日に1回程度、当該業務を実施した。
「1.多くない」:	勤務日において8日に1回程度、もしくはそれ以下の頻度で当該業務実施した。あるいは、全く実施しなかった。

まず、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導Ⅰ・Ⅲ」に係る支援内容の頻度を平均値でみると、「日常生活の維持」と「精神症状の悪化防止」が3.5で最も高かった。次いで、「対人関係の維持」の3.2、「身体症状の発症予防」の2.9の順に高かった。なお、「日常生活の維持」と「精神症状の悪化防止」の項目では、天井効果がみられた。他方、「仕事に関する援助」の項目では、床効果が確認された(表3-6-1)。

表3-6-1 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導Ⅰ・Ⅲ」に係る支援内容の頻度(B票問7)

	度数		平均値	中央値	標準偏差
	医療機関数	欠損値			
日常生活の維持	219	12	3.5	4.0	.8
対人関係の維持	219	12	3.2	3.0	.8
家族関係の調整	219	12	2.5	3.0	.9
精神症状の悪化防止	219	12	3.5	4.0	.8
身体症状の発症予防	218	13	2.9	3.0	.9
公共施設利用援助	219	12	2.0	2.0	.9
社会制度の活用	219	12	2.7	3.0	.9
経済的な課題への援助	219	12	2.6	3.0	.9
住環境の支援	218	13	2.1	2.0	.9
仕事に関する援助	216	15	1.7	2.0	.8
対象者のエンパワメント	12	219	2.7	3.0	1.4

* 下線の項目は天井効果(4>平均値+1SD)を示したものの。

** 網掛の項目は床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

つぎに、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導Ⅱ」に係る支援内容の頻度を平均値でみると、「日常生活の維持」、「対人関係の維持」、「精神症状の悪化防止」がいずれも2.9と最も高かった。また、いずれの項目でも天井効果がみられた。

次いで、「対象者のエンパワメント」の2.8、「身体症状の発症予防」の2.6の順に高かった。他方、「公共施設の利用援助」、「住環境の支援」、「仕事に関する援助」の項目では、床効果が確認された(表3-6-2)。

表3-6-2 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導Ⅱ」に係る支援内容の頻度(B票問8)

	度数		平均値	中央値	標準偏差
	医療機関数	欠損値			
日常生活の維持	73	158	2.9	3.0	1.2
対人関係の維持	73	158	2.9	3.0	1.2
家族関係の調整	73	158	2.0	2.0	1.0
精神症状の悪化防止	73	158	2.9	3.0	1.2
身体症状の発症予防	73	158	2.6	3.0	1.1
公共施設利用援助	73	158	1.7	1.0	.9
社会制度の活用	73	158	2.4	2.0	1.1
経済的な課題への援助	73	158	2.3	2.0	1.1
住環境の支援	73	158	1.9	2.0	1.1
仕事に関する援助	72	159	1.7	1.0	.9
対象者のエンパワメント	73	158	2.8	3.0	1.2

* 下線の項目は天井効果(4>平均値+1SD)を示したものの。

** 網掛の項目は床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

D-1. 考察

- 1) 外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、外来患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度が増大する傾向をとらえた。
- 2) 精神保健福祉士による外来患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度に関して、外来に精神保健福祉士を専従で配置する医療機関では、専従以外で配置する医療機関よりもその頻度が高いことがわかった。
- 3) 外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、1年以上、あるいは5年以上入院期間がある患者の退院数が増加する傾向をとらえた。
- 4) 外来に従事する精神保健福祉士による患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度が増加すると1年以上の入院期間がある患者の退院数が増加する傾向をとらえた。
- 5) 3) と4) の傾向については、外来に従事する精神保健福祉士の配置数および支援業務の頻度が、直接的に長期入院者の退院に影響しているというよりは、外来に精神保健福祉士が配置されることにより、それ以外のセクションに従事する精神保健福祉士との間で支援業務に関する分業が進み、結果として、外来における精神保健福祉士の支援業務の頻度が高くなり、あわせて、外来以外のセクションの精神保健福祉士による長期入院者に対する退院支援に係る業務の頻度が高くなるという、間接的な影響であるものと推察する。
- 6) 診療所等精神病床を有しない精神科医療機関では、専従の精神保健福祉士の配置数が増えるとインテーク面接、症状・障害に対する相談、福祉サービスの利用相談に係る支援業務の頻度が増加する傾向をとらえた。
- 7) 精神科訪問看護に係る精神保健福祉士の支援は、患者の「日常生活の維持」及び「精神症状の悪化の防止」に係る

支援を中心に展開されていることをとらえた。

E-1. 結論

以上の考察から、精神科病院の長期入院者の地域移行、地域定着を促進するためには、精神科外来に精神保健福祉士による支援機能を位置付けることが有効であると推察される。さらに、精神科診療所及び精神科訪問看護に精神保健福祉士の支援機能を位置付けることが、精神障害者の地域定着と日常生活の安定を下支えすることが推察された。

B-2. 研究方法

1. 調査①

昨年、及び本年の量的調査の分析結果から、精神科外来、精神療養病棟など、病棟・機能別に精神保健福祉士を専従で配置すると1年以上の入院者の退院が促進されることが予測された。

さらに、精神科医療機関の精神保健福祉士による典型的な介入方法とその効果については、精神科外来における精神保健福祉士の連携業務を中心に分析した結果、精神科外来患者に係る生活環境の調整及び福祉等のサービス利用に関する調整業務に精神保健福祉士が一定のエフォートを確保し、取り組むことが1年以上の入院者の退院促進と精神科外来患者の生活安定に効果があることを傾向としてとらえることができた。

その結果を踏まえ、精神科医療機関における精神保健福祉士の配置人数、実践している業務が具体的にどのような行われ、どのような成果と評価に結びついているのかを明らかにするために、まず、精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士への個別インタビュー調査を実施した。

<調査対象の選定>

研究の実施手順として、まず、公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会（精神病床を有する医療機関）に加盟する会員医療機関及び精神科を標榜する医療機関の中から、「精神療養病棟」および「精神一般病棟」、「外来」に精神保健福祉士を配置している医療機関を公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力も得て、12カ所紹介を受けた。紹介を受けた医療機関において調査対象となる精神保健福祉士に研究責任者および研究従事者から調査対象候補に対し、説明資料を送付して内諾を得、インタビュー当日に口頭にて調査主旨・手順を説明し、書面でも承諾を得た。

<調査項目>

調査項目としては、（1）所属する医療機関の概要、（2）機関において雇用されている精神保健福祉士の数、配属状況、（3）病棟及び外来における業務内容とその変化、（4）機関、多職種からの評価と期待とした。

<倫理的配慮>

本調査研究は、研究分担者の所属する早稲田大学の人を対象とする研究等倫理審査による承認を受けて実施した。

2. 調査②

調査①において、精神科医療機関における精神保健福祉士の配置人数、実践している業務が具体的にどのように行われ、どのような成果と評価を得ているのかを聞き取るが、その結果に対して同じく精神科医療機関で働く多職種がどう評価しているのかということを検証することを目的として、多職種を対象としたグループインタビューを実施した。グループインタビュー法は近年、保健医療福祉領

域でも多くの論文に採用されている。一般的には、量的調査を実施する上でのプレ調査として、情報収集を目的に使用される場合が多いが、仮説検証に用いられる場合もある。本研究に関しては、個別インタビューから導き出した結果を検証するという形で使用した。

<調査対象の選定>

調査①と同様に、公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会（精神病床を有する医療機関）に加盟する会員医療機関及び精神科を標榜する医療機関の中から、精神保健福祉士を配置しており、且つ多職種がインタビューに協力してくれる医療機関を公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力も得ながら、5ヶ所程度紹介を受けた。

紹介を受けた医療機関の管理者及びインタビューへの協力候補専門職種に研究責任者および研究従事者から、説明資料の送付を行い、調査当日口頭にて調査主旨・手順を説明し、書面でも承諾を得た。

<調査項目>

医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、医療事務、精神保健福祉士をインタビュー対象職種とし、（1）チーム医療の現状、（2）他職種からみた精神保健福祉士の役割・機能、（3）病棟の機能分化と精神保健福祉士の役割・機能の変化、（4）多職種でかかわる際の精神保健福祉士の有効性（業務への評価）、（5）精神保健福祉士に期待する役割等を聞き取った。

<倫理的配慮>

調査①と同様に、本調査研究は、研究分担者の所属する早稲田大学の人を対象とする研究等倫理審査による承認を受けて実施した。

C-2. 研究結果

I. 精神科病院の精神保健福祉士へのインタビュー結果

精神保健福祉士を対象としたインタビュー調査では12カ所の医療機関の精神保健福祉士から協力を得た（表4）。

表4 協力を得た医療機関の病床数と常勤精神保健福祉士数及び精神保健福祉士一人当たり病床数

医療機関	病床数	精神保健福祉士の数	精神保健福祉士一人当たり病床数
A 病院	310	8	38.8
B 病院	346	12	28.8
C 病院	798	12	66.5
D 病院	170	9	18.9
E 病院	182	5	36.4
F 病院	396	13	30.5
G 病院	381	8	47.6
H 病院	286	11	26.0
I 病院	184	9	20.4
J 病院	200	10	20.0
K 病院	315	15	21.0
L 病院	431	14	30.8

1. 医療機関の概要

今回インタビューに協力してくれた医療機関は11ヶ所が民間病院で公立病院が1ヶ所となっている。創設は、古くは大正15年に創設された機関が1ヶ所あるが、他は昭和20年代後半から昭和30年代から40年代と、日本の精神科病院が飛躍的に増設された時代に開院し、現在に至っている。

1966年から当時の精神衛生法の改正により、公費負担制度が実施され、1974年より精神科デイケアが診療報酬化され

た。1990年代から精神療養病棟、認知症治療病棟、精神科急性期治療病棟、精神科救急病棟等が診療報酬に位置づけられ、医療機関の中での急性期病床と療養型病床への分化が進んだ。

今回調査に協力を得た医療機関においてもほとんどが精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟があり、現在の急性期治療病棟を救急病棟に移行する予定の機関も複数あった（表5）。また、これまでどちらかという療養中心の病院が12ヶ所のうち3ヶ所あるが、いずれも今後、短い期間での退院を目指す方向が打ち出されていた。

表5 協力を得た医療機関における主な病棟機能

医療機関	救急病棟	急性期治療病棟	療養病棟	一般病棟	認知症治療病棟	他科病床
A 病院		○	○	○		
B 病院			○		○	○
C 病院	○	○		○	○	
D 病院		○	○			
E 病院				○		
F 病院	○	○		○		
G 病院	○			○		
H 病院	○			○		
I 病院	○		○		○	
J 病院	○			○		
K 病院	○					
L 病院		○	○	○		

2. 機関において雇用されている精神保健福祉士の数、配属状況

各病院における現在の精神保健福祉士配置数に関しては表4の通りである。精神保健福祉士の配置が始まったのは昭和30年代から50年代まで、医療機関によって格差がある。精神保健福祉士の配置に関しては、診療報酬に直接反映しない時代が長く続き、病院の管理者の意向がその配置に影響していると考えられる。管理者が精神保健福祉士の配置を積極的に進めた医療機関でもその数が増加した直接の契機は1974年のデイケアの診療報酬化であるが、ここ10年前後の精神保健福祉士の増加は前述したような病棟機能分化による精神保健福祉士の病棟必置によるものである。その数は年を追うごとに徐々に増加してきた（表6：減少が見られる機関に関しては、ベッド数の減による精神保健福祉士定員の減少が1ヶ所、他は退職による欠員という理由である）。病棟機能の変化以外の増加要因としては、デイナイトケア、外来（連携室・訪問を含）におけるニーズ増への対応だと考えられる。

表7は精神保健福祉士の臨床経験と在職期間の平均を示したものであるが、10年以上の平均臨床経験、在職期間がある機関は各3ヶ所であり、臨床経験が浅い精神保健福祉士が多いことが推測される。精神保健福祉士の定着もその実践の質を担保していく上での大きな課題の一つだと言える。

表6 協力を得た医療機関の精神保健福祉士数の推移

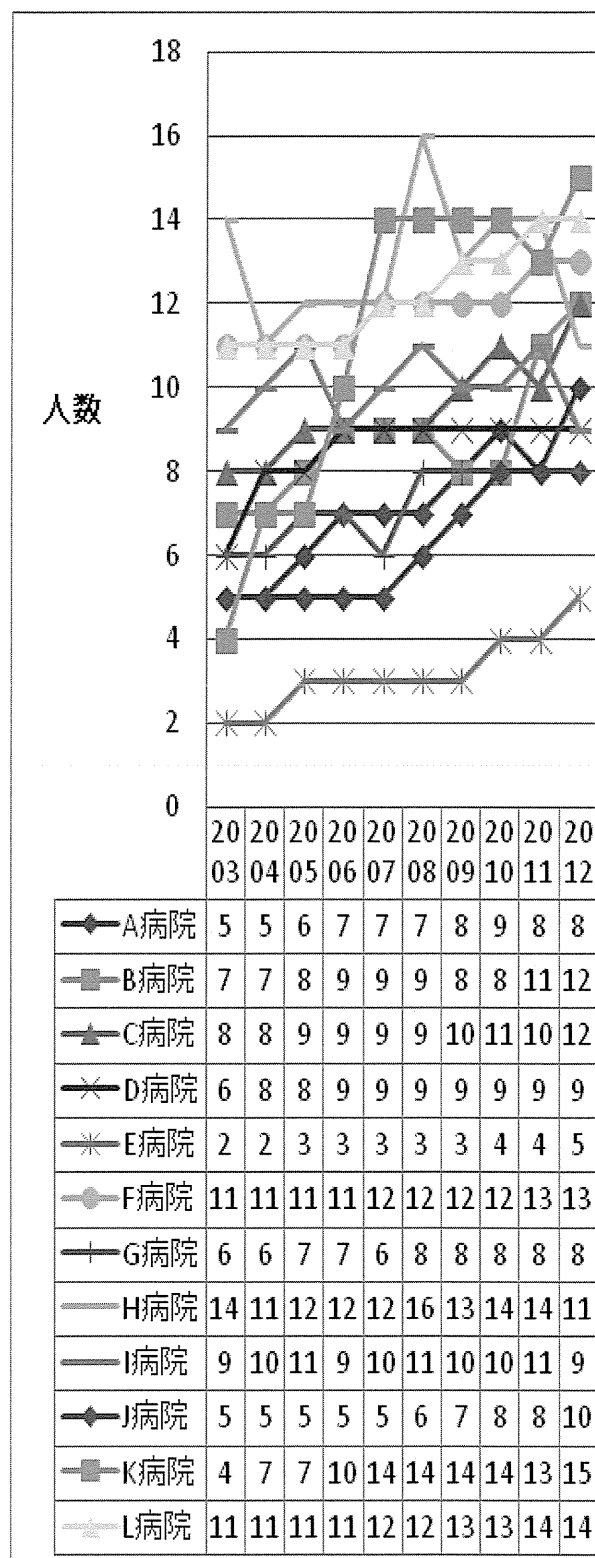


表7 協力を得た医療機関における精神保健福祉士の平均臨床期間及び平均在職期間

*臨床経験よりも在職期間が上回っているデータがあるが、他の職種としての在職を含んでいる

	臨床経験	在職期間
A 病院	—	—
B 病院	14.0	12.0
C 病院	13.6	13.6
D 病院	—	12.6
E 病院	10.0	3.6
F 病院	9.1	9.1
G 病院	—	—
H 病院	6.2	8.1
I 病院	9.0	7.0
J 病院	8.7	3.2
K 病院	8.1	8.2
L 病院	8.6	8.1

3. 病棟及び外来における業務内容とその変化

最近の医療機関の病床数は病棟の機能分化に伴って、減少しているところが多い（表8）。短期間での入退院を促進し、合理的・効率的な経営を行う方向性が打ち出されている。ほとんどの病院の入退院患者数は増加し、在院日数は減少している（表9、10）。また、データとして特筆すべきは、外来患者数の増加である。

表8 協力を得た医療機関の病床数の推移

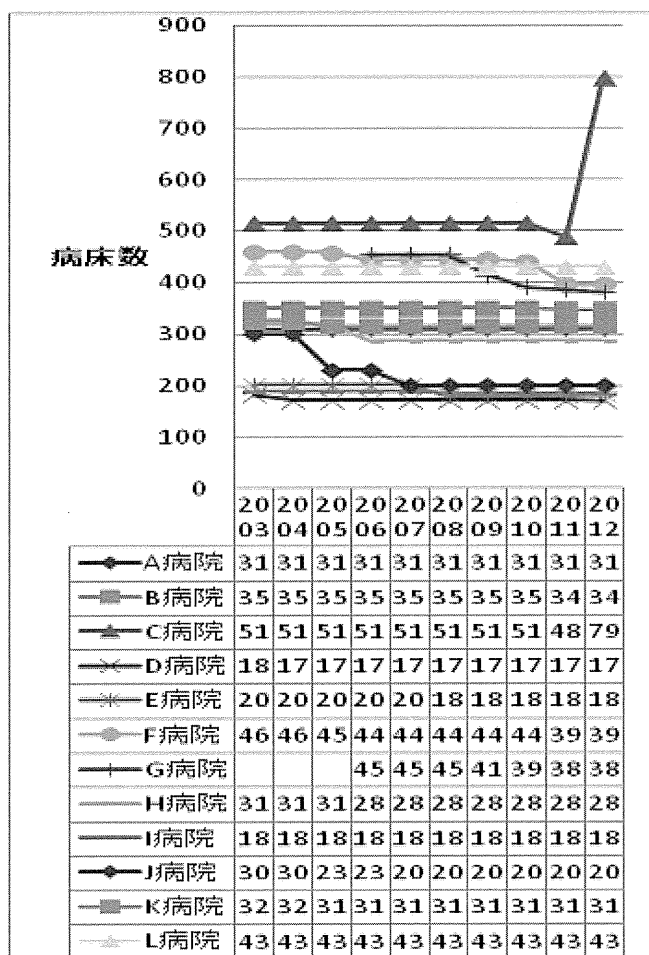


表9 退院患者数の推移

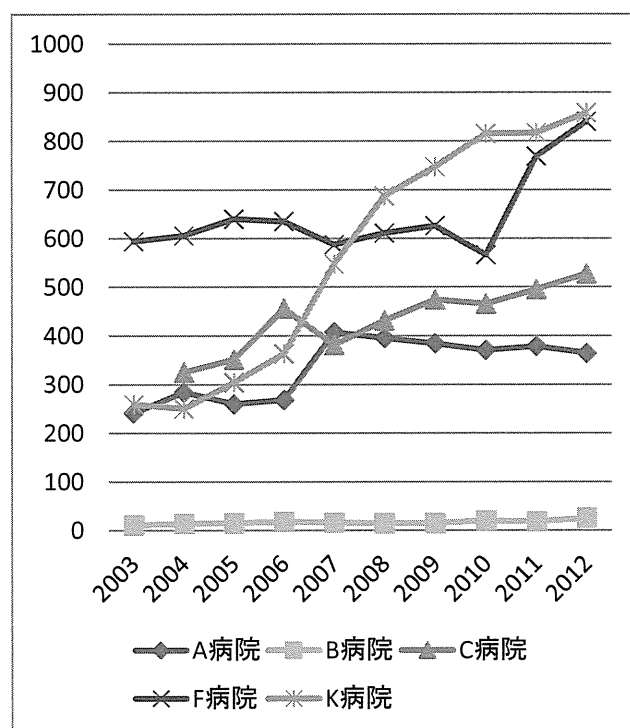
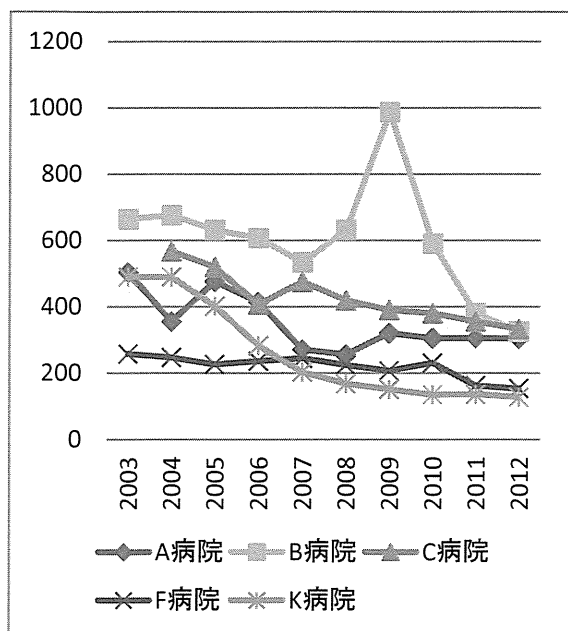


表10 在院日数の推移



精神保健福祉士は各機関における入口と出口を担っている。救急病棟や急性期病棟の開設によって精神保健福祉士数が増加してきたとはいうものの、短期間でその人をアセスメントし、多職種と協働しながら退院できるように環境調整を行うことを求められている。また、救急病棟や急性期病棟ができたことにより、3ヶ月で退院できなかつた人たちを療養病棟や一般精神病棟で受け入れているが、急性期でのアセスメントが引き継がれることによって、早期に退院をめざす流れが医療機関の中で出来つつある。つまり、地域移行が叫ばれ短期間での入退院が進められる流れの中で、医療チーム全体で中長期の入院患者の退院支援に取り組む姿勢を生んでおり、そのマネジメントを精神保健福祉士が担っているのである。精神保健福祉士の配置基準がない療養病棟や一般精神病棟での専従精神保健福祉士の関わりが1年以上の長期入院者の退院に影響を与えているということが量的調査でも示されたが、精神保健福祉士は退院に向けた院内外の調整役を担っ

ているという意識を持って実践に臨んでいる。しかし、その動きは療養病棟や一般精神病棟単独の動きというよりは、救急病棟、急性期病棟の動きと連動するものであり、医療機関全体の循環の中で退院が促進されているということでもある（表11-1,11-2）。

また、入退院の増加とともに、外来患者が増大しそして、精神保健福祉士は医療機関の中と地域を取り結ぶ役割をより強く求められており、デイケアはもとより訪問も活発に実施されている。訪問に関しては、精神保健福祉士が配属された当初から、ナイトホスピタルや退院調整というような形で精神保健福祉士が積極的にかかわってきた歴史がある病院が多い。しかし、昨今これまで同様精神保健福祉士が積極的にかかわっていて専従が配属されている病院と、他の業務に追われ、看護中心の部門として訪問看護が作られたために縮小傾向にある病院に大別される。逆に外来は、従来は外来専従を配置せず当番制を引いた病院が多かったが、外来ニーズの増大により、現在ではほとんどの医療機関に外来専従（地域連携業務を含）が配置されている。地域の関係機関との連携、地域への定着支援などを行っており、今後も益々ニーズが増大することが予測される（表12,13）。

表11-1 B病院における入退院数、在院日数、外来患者数の推移

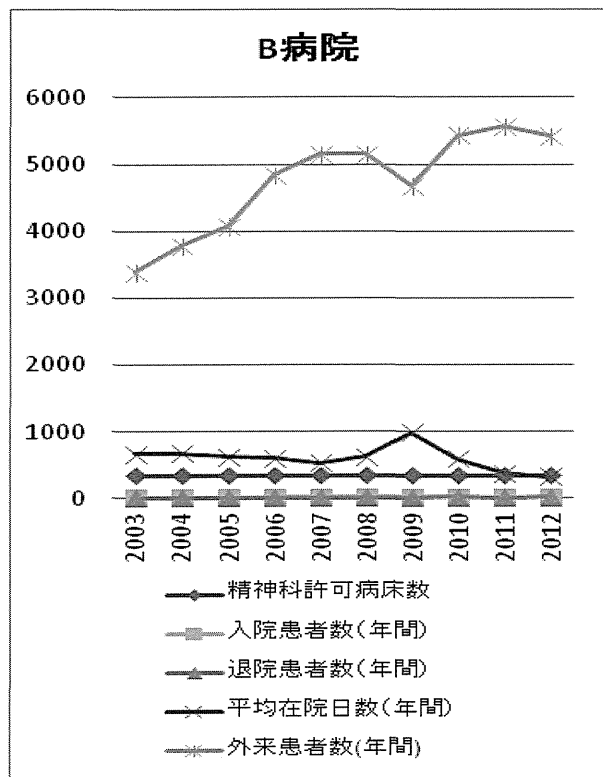


表12 F病院における退院者の転帰

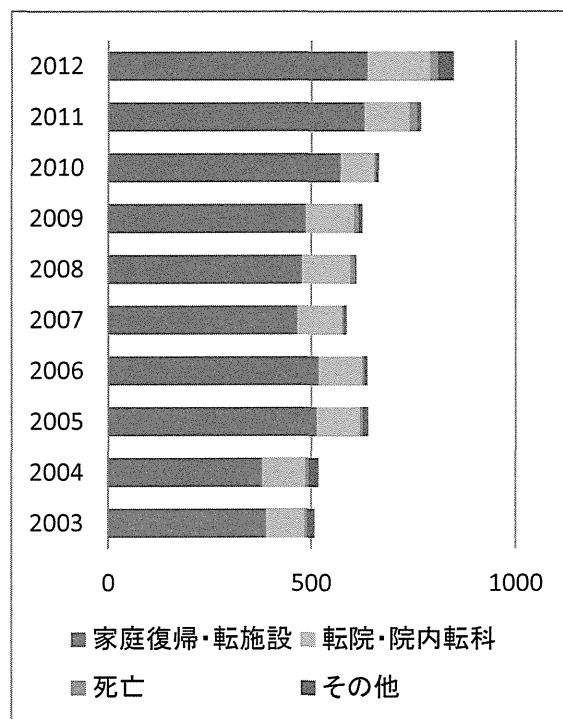


表11-2 F病院における入退院数、在院日数、外来患者数の推移

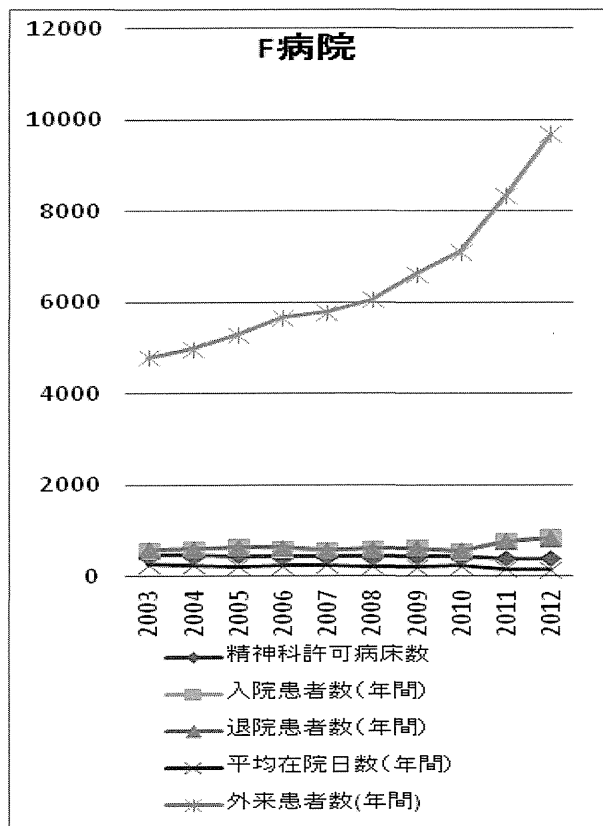


表13 外来、訪問、療養・一般精神病棟への精神保健福祉士の配属 *○は専従

	外来(地域連携への配置を含む)	訪問	療養病棟・一般精神
A病院	○	○	○
B病院	○	配置なし	○
C病院	兼務	○	○
D病院	○	○	○
E病院	兼務	兼務	兼務
F病院	○	○	○
G病院	○	配置なし	○
H病院	兼務	兼務	兼務
I病院	○	以前は専従、現在は兼務	○
J病院	兼務	○	兼務
K病院	兼務(専従の配置を検討中)	兼務	○
L病院	○	○	○

4. 機関、多職種からの評価と期待

いずれの病院でも何らかの形で多職種が参加するカンファレンスを開催しており、その中心的課題は退院支援についてである。チーム医療が古くから展開されていた医療機関においても、救急病棟や急性期病棟での早期退院、長期入院者の地域移行が進められるようになったことを契機に、多職種が一堂に会して検討する場が積極的に持たれるようになった。そこで、精神保健福祉士は患者の生活に寄り添う職種だと認識されていると感じており、退院後の生活を見据えたアセスメントや環境調整を実践している。また、多くの精神保健福祉士は、社会資源の知識を持っており、患者、家族、その人を支援している機関等と院内職員をコーディネートしながら、退院に結びつける職種だという自負を抱いている。そして、情報が集まるが故にそれを医療チームや地域の福祉サービス事業所、患者・家族に通訳し、共有し、更新していく役割を担っているのである。

昨今の精神保健福祉士の置かれている状況としては、以前より人数が増え、精神保健福祉士が配属されている組織としての機能やより高い専門性を求められている。個別の支援の終始していた時代から、医療機関や地域を取り巻く全体状況を見ながら、医療機関に所属する精神保健福祉士が為すべきことを積極的に提案することを求められる時代に変化しているのである。また、経験の浅い精神保健福祉士も自分の担当部署では一人前の精神保健福祉士として働くこととなり、多忙になればなるほど、精神保健福祉士同士の連携や共有が希薄になることもある。同じ専門性に立脚して実践している職種としての相互研鑽が必要とされている。

II. 他職種を対象としたグループインタビュー結果

多職種を対象としたグループインタビューは5病院において実施した（グループインタビューの分析結果の詳細は巻末資料参照）。

1. A病院におけるグループインタビュー

A病院では前院長の意向で昭和40年代から精神保健福祉士が配置され、チーム医療が推進されてきた歴史がある。「チーム医療の精神は法人の財産」と捉えられ、医療と福祉の橋渡しをする職種として認識されている。グループインタビューに参加した職種と経験年数は表14の通りである。

表14 A病院におけるグループインタビュー参加者

職種	専門職としての経験年数	在職年数
医師	13	7
看護師	50	10
臨床心理士	18	18
作業療法士	23	23
医療事務	32	32
精神保健福祉士	32	32
平均年数	28.0	20.3

A病院では日常的なやりとりやカンファレンス等で多職種それぞれが自らの専門性を発揮することを求められている。早期退院が求められる昨今の状況の中で、一見同じような業務をしているかに見える

て、それぞれの専門的視点でアセスメントして動いており、それを尊重する姿勢がチームの中に存在している。

そういうチームの「調整役というか精神保健福祉士の方を介して院内でも多職種の連携がとれて、また病院と他の地域の社会資源との顔つなぎ役」が精神保健福祉士であると認識されている。同時に「家族の方とか患者様も、ドクターに直接言えないことも、結構窓口で言われるんですね。そういったときは、やはりワーカーさんのほうにすぐ言って、『ちょっと話聞いてもらえないでしょうか』ということで聞いてもらって、そこから医者と連携」していくというように、患者、家族と医療職種をつなぐ役割も担っている。そして、法制度や社会資源に詳しく、チームのニーズに添いながら退院に向けて迅速に動くというのが精神保健福祉士への評価でもある。反面、他の職種の要求に応えようとするあまりに多くのことを引き受けすぎていたり、アイデンティティが不明確になってしまう可能性も指摘された。精神保健福祉士の平準化にも触れられ、教育・研鑽の必要性が確認された。

2. B病院におけるグループインタビュー

B病院は開設者が病院開設当初から精神保健福祉士の必要性を認識しており、昭和30年代から配置している。

同様に、作業療法士、臨床心理士の配置も早くから進められ、病院として「基本的には病院設立のときから多職種」という姿勢が貫かれている。B病院でグループインタビューに参加した職種と経験年数は表15の通りである。

B病院は小高い丘の上に立つ病院で、これまで比較的長期に入院している患者さんが多かった病院である。しかし、こ

表15 B病院におけるグループインタビュー参加者

職種	専門職としての経験年数	在職年数
医師	33	23
看護師	26	36
臨床心理士	6	6
作業療法士	10	7
事務	25	14
精神保健福祉士	32	32
平均年数	37.7	33.7

こ数年の間に「社会のニーズに伴って、この病院も身体合併症病棟ができたたりですとか、つい最近ですが、認知症の疾患センターをとったりですとか、病院での流れ、動向、社会の動向だと思うのですが、病院の変革に当たって中心になって精神保健福祉士が動いている」というような現状にある。病院としても個別のケア会議等を頻回に開催し、早期退院の実現に向けて「看護師、臨床心理士、事務、作業療法士、精神保健福祉士と、とにかくそれぞれ多職種でかかわって、それぞれがそれぞれの切り口でかかわって」いくことが望まれている。そして、精神保健福祉士は「院内外のつなぎ」であり、「いろいろな職種の中心、マネジメントをする人」と認識されていた。「フットワークを軽く地域と連携する、あるいは御家族とのかかわりを築き上げていくというのが、ケースワーカーの本来の役割」、「ガッツリと家族に落ちて、家族さんと入院されている御本人とをつなぎとめている。このつなぎが大事だと思う」といった語りが見られ、医療チームや地域の関係機関との連携だけでなく、家族との信頼関係、生活を支援する方法や知識の

多様さというところでの精神保健福祉士への信頼は厚い。しかし、情報が集まるがゆえにタイムリーな情報の更新と共有を求められる側面があり、その期待に応えていく必要がある。また、依頼されるがまま業務を行っていることで、「本来は、やはり自分がきちんと患者さんと連絡をとっていかないといけない部分でもあるので、そういうところをきちんとワーカーさんと、ここからは私がやりますというところをつくっていかないといけない」という言葉に表されるように、自らの専門性を点検し、それぞれの職種の専門性をより尊重したかかわりも求められている。

3. C病院におけるグループインタビュー

C病院も昭和30年代から精神保健福祉士が配置され、長年多職種チームに取り組んできた医療機関で、グループインタビューに参加した職種と経験年数は表16の通りである。

表16 C病院におけるグループインタビュー参加者

職種	専門職としての経験年数	在職年数
医師	24	13
看護師	28	22
看護師	37	21
看護師	29	25
臨床心理士	14	14
作業療法士	22	22
精神保健福祉士	38	38
平均	27.4	22.1

チーム医療に関しては、特に退院支援を中心に取り組まれており、「同じ目的に沿って専門的な話ができるようになってきている」という語りが象徴するように、それぞれが自らの専門性を意識しながらチームの中で動こうとしている様子が伺える。「昔はどっちかという（精神保健福祉士に）丸投げという感じだったけれども、今はお互いの専門性を見ながら、じゃ私はここら辺をやるねとか、外でのセッティングお願いねとか、そういった形でうまく動けるようにはなっているかな」という話や「退院するとか、次のステップに移るときに、心理的にすごく不安なわけですね。ワーカーさんが具体的な、退院しても福祉サービスがこんなに受けられるよとか、ここここに行けばいいんだよと、とても具体的に客観的な言葉かけをしてくださると、私は本当に心理のほうで、患者さんの心の支え中心にできるので、その辺の役割分担ができているときは、非常に次の一歩を進めるときには楽なので、やりやすい」といった話の中にも精神保健福祉士が何でも屋と呼ばれ、職種の隙間を縫うようにして動き、他職種に存在を認められようとしていた時代から、大きく転換しようとしている状況が理解できる。しかし、「何かあったらワーカーさん」が呼ばれたり、「先生と看護婦と家庭・家族と本人の、本当にパイプラインをワーカーさんにやってもらって」いるという認識や、病院への入口と出口、地域とのつながりは精神保健福祉士の仕事として位置づけられている。

課題として捉えられるのは、忙しすぎの中で情報共有が十分に行えない点や精神保健福祉士間での格差、研鑽の必要性等である。看護師が病棟で見ている「『わからない』とか言わない。それを言って

くれれば、こっちも、こっちが知り得た情報とかを、先に、前もって流せるけれども（中略）ワーカーさんは弱みを見せずに、一人で全部対応しなきゃいけないと頑張っちゃっている」ように映る点は医療チームの中では常にひとりであり、それだけ精神保健福祉士としての専門性を求められていると精神保健福祉士自身が感じていることの裏返しとも捉えることができるのではないだろうか。

4. D病院におけるグループインタビュー

D病院も開設者が精神保健福祉士及び多職種チームの必要性を早い時期から認識してきた医療機関であり、グループインタビューに参加した職種と経験年数は表17の通りである。

表17 D病院におけるグループインタビュー参加者

職種	専門職としての経験年数	在職年数
医師	25	12
看護師	30	28
臨床心理士	12	9
作業療法士	12	9
医事課	12	12
精神保健福祉士	26	26
平均	19.5	16.0

D病院においても多職種チームで動いている業務の中心は退院促進であり、その中で「役割分担が、割とはっきりわかっているんですよね。病棟の中で、患者さんを中心にして、担当ナースがいて、担当ナースがうちの病棟のことを、患者さんの生活どうするかということをやっているんですよね。その次に、退院に向

けてどうしようかということになると、そこでケースワーカーが登場してきて、あとはOT、PTが来てかかわり合う」というのが現状である。

精神保健福祉士の役割としては「入口・出口という話もありましたけれども、そこのつなぎ、調整役」というところで共有されており、病院内外、患者・家族とのつなぎ目であるという評価を得ていた。また、制度や地域の社会資源への知識を持ち、退院後の生活を支援するという点においても共通の認識が得られていた。反面、忙しすぎる状況があり、外来でのニーズが高いにも関わらず応えきれないことや、グループに入るといったことができない状況にあり、「看護がもう少しやってもいい部分も、もしかしたらワーカーがやっちゃっているかもしれない」といった指摘もあった。「退院について、その時期になると、支援の方法はケースワーカーが中心となって、退院先の調整、あるいはまた退院先でのいろんな調整、支援の方法とか、支援者の活用方法とか、それを細かくしてもらえますですよ。であれば、我々、看護についても、病棟の中だけに集中できる」という話からも、たくさんの方の引き受け、丁寧にかかわろうとしている精神保健福祉士の現状が垣間見れる。しかし、多忙になる中での工夫や学習不足も指摘されており、「潤滑油としてのサラサラ度がすり減ってきたりすると、どうしても、うまくいくこともうまくいきにくくなるので、可塑性というか、潤滑油としての機能を失わないように、それぞれの個人が何とか努力している部分があると思うんですが、そういう点で、できることはお手伝いしたいと思うし、何か自分らで、サラサラ度が落ちないように工夫をこれからもしていられるように」といった意