

- ⑤金子努・越智あゆみ・田中聡子・松宮透高・木太直人・増本由美子「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究介護班の調査結果」第13回ケアマネジメント広島大会（広島市・2014年3月）
- ⑥岩崎香・鈴木孝典・大谷京子・大塚敦子・松本すみ子・石川到覚「医療チームにおける精神保健福祉士の機能・役割に関する研究—多職種を対象としたグループインタビューを通して—」日本精神保健福祉学会第3回学術研究集会（埼玉県・2014年6月）
- ⑦越智あゆみ・金子努・田中聡子「介護支援専門員と精神科医療の連携に関する現状と課題」日本地域福祉学会第28回大会（島根県・2014年6月）
- ⑧金子努・越智あゆみ・田中聡子・松宮透高・木太直人・増本由美子「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究～介護領域における精神科医療との連携に焦点を当てて～」第13回日本精神保健福祉士学会学術集会（埼玉県・2014年6月）
- ⑨岩崎香・鈴木孝典・大谷京子・大塚敦子・松本すみ子・石川到覚「医療機関に勤務する精神保健福祉士を対象とした研修プログラムの開発—多職種連携を中心に—」日本精神保健福祉学会第4回学術研究集会（東京都、2015年6月発表予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）
研究分担報告書

精神科医療機関における精神保健福祉士の業務実態に関する研究

研究分担者 岩崎 香 早稲田大学人間科学学術院准教授

研究協力者 研究機関・所属施設名

大谷 京子 日本福祉大学

大塚 淳子 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

木下 了丞 医療法人社団静心会 常盤台病院

鈴木 孝典 高知県立大学

田崎 琢二 医療法人社団輔仁会 田崎病院

竹中 秀彦 京ヶ峰岡田病院

肥田 裕久 医療法人社団宙麦会 ひだクリニック

松本すみ子 東京国際大学

宮本めぐみ 社会福祉法人めぐハウス 地域生活支援センターMOTA

研究要旨：研究初年度であった2012年度は精神科医療機関における精神保健福祉士の勤務形態および業務内容の実態を把握することと併せて、相談援助に係る活動の評価および効果的な介入を図るための方法を導き出すための基礎的研究として、①精神保健福祉士を配置する精神科医療機関の概況について数量的に把握すること、②精神科医療機関における精神保健福祉士の配置および任用の概況について数量的に把握すること、③精神科医療機関の外来および療養病棟等における患者の動向を統計学的に検討することの三点を目的に全国の精神科医療機関の3,456か所を対象とした質問紙調査を実施し755か所より回答を得た（回答率：21.8%）。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長期入院者の退院が促進されることが予測された。

2013年度は前年度調査を実証することを目的として質的調査を行った。具体的には精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士10名を対象としたインタビュー調査と、5病院を対象とした多職種によるグループインタビューを実施した。その分析から医療機関の中での退院患者（外来患者）の増加、在院日数の減少等に精神保健福祉士が貢献していることが明らかとなった。入退院に際し、精神保健福祉士は患者・家族、医療チーム、地域の福祉サービス事業所、公的機関等の連携を促し、調整していく役割を担っているわけであるが、特に退院支援においては地域に移行していく上で中核的な役割を担っているという結果が得られた。他方そうした実践は精神保健福祉士だけでなく、精神保健福祉士を含む多職種チームがうまく機能していることで高い効果を生んでおり、チームをマネジメントする役割を精神保健福祉士が担っていると言える。

最終年度である2014年度は昨年度の質的調査の結果にさらに分析を加え、多職種との連携を促進するために精神保健福祉士にとって重要な要素を抽出し、研修プログラムを構成した。教材の効果測定を行うために8月にプレ研修を実施し、再度2月に検証のために研修を実施した。その結果を踏まえ、精神保健福祉士を対象とした研修プログラムの提案を行った。

A. 研究目的

本研究の第1の目的は、精神科医療機関における精神保健福祉士の勤務形態及び業務内容の実態を把握することと併せて、相談支援に係る活動の評価及び効果的な介入を図るための方法を導き出すための基礎データを統計的研究によって得ることである。

第2の目的は、上記の統計的調査の結果を質的研究によって追証すること及び、精神保健福祉士の配置、業務内容とその効果の関連を精神科医療機関に所属する精神保健福祉士を対象にしたインタビュー調査から明らかにすることである。

第3の目的は、多職種チーム（医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、医療事務）を対象としたグループインタビュー調査を実施し、上記の結果を多職種の立場から検証するとともに、精神科医療機関における精神保健福祉士の活動に対する評価と効果的な介入について、多職種の視点からとらえることである。

第4の目的は、以上の研究成果を踏まえて、精神保健福祉士による相談支援に係る活動の評価及び効果的な介入を図るための方法を明らかにするとともに、その方法を具現化するための研修プログラムを開発、試行、評価、普及することである。

なお、統計的研究に係る研究の方法、結果、考察、結論をそれぞれB-1、C-1、D-1、E-1として表記し、質的研究に係る研究の方法、結果、考察、結論をB-2、C-2、D-2、E-2、研修プログラムの開発に係る研究の方法、結果、考察、結論をB-3、C-3、D-3、E-3とする。

B-1. 研究方法

公益社団法人日本精神科病院協会に加盟する会員医療機関、一般社団法人日本精神科

経科診療所協会全日本病院協会（精神病床を有する医療機関）、公益社団法人日本精神科診療所協会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3,456カ所を対象とし、質問紙法による統計的調査を2012年11月1日から12月15日までの間、実施した。

質問紙は、精神科医療機関の基本情報を把握するための「基礎調査票」（以下「基礎票」と省略）、精神科外来における精神保健福祉士の配置状況と業務実態を把握するための「精神科外来調査票」（以下、「A票」と省略）、精神科訪問看護・指導に係る精神保健福祉士の業務実態を把握するための「精神科訪問看護調査票」（以下、「B票」と省略）、精神療養病棟及び精神一般病棟における精神保健福祉士の配置状況と業務実態を把握するための「精神療養病棟・精神一般病棟調査票」（以下、「C票」と省略）という、4部構成とした。そのうち、基礎票については、配布した全ての精神科医療機関に回答を求め、A・B・Cの各調査票については、それぞれの部門に精神保健福祉士が関与する精神科医療機関を対象とし、精神保健福祉士に回答を求めた。調査票は郵送にて配布し、755か所の医療機関より回答を得た。回答率は、21.8%であった。A票については、精神病床を有する医療機関（以下、「有床病院」と省略）230か所と精神病床を有せず外来機能を有する医療機関（以下、「診療所等」と省略）128か所の合計358か所より回答を得た。B票については、231か所の医療機関より回答を得た。C票については、266ヶ所の医療機関より回答を得た。

（倫理的配慮）

本調査研究は、2012年度研究分担者の所属機関である高知県立大学社会福祉学部が設置する、「高知県立大学個人情報保護・研究倫理審査会」の審査及び承認を受けて実施した。

C-1. 研究結果

以下、紙幅の都合上、基礎票及びA票への回答を中心に、主要な結果を抽出して記載する。なお、A票への回答に基づく結果には「＊」を付す。

I. 精神科医療機関の種別 (n=746)

精神科医療機関の種別は、「精神科及び心療内科診療所」が360か所(47.7%)と最も多く、次いで「精神科病院」の230か所(30.5%)、「精神科、診療所を有する一般病院」の112か所(14.8%)の順で多かった。

II. 有床病院に関する結果 (n=280)

1. 有床病院における平成24年6月30日時点での病床利用率

有床病院における平成24年6月30日時点での

病床利用率は、精神病棟で平均84.1%、中央値は92%であった。また、精神病棟入院基本料を算定する病棟の平均は82.9%、中央値は90%であった。さらに、精神科療養病棟の平均は87.8%、中央値は97%であった。

2. 有床病院における平成24年6月30日時点での平均在院日数

有床病院における平成24年6月30日時点での

平均在院日数は、精神病棟全体で387.8日、中央値は285日であった。また、精神病棟入院基本料を算定する病棟の平均は410.1日、中央値は285日であった。さらに、精神科療養病棟の平均は1274.1日、中央値は839日であった。

3. 入院患者の動向

平成22年の一年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数は、平均で24.6人、中央値で19人であった。また、同年の一年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数は、平均で9.9人、中央値で7人であった。

平成23年の一年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数は、平均で24.1人、中央値で18人であった。また、同年の一年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数は、平均で9.3人、中央値で8人であった。

他方、平成22年に入院期間が1年以上になった患者の数は、平均で75.6人、中央値で48.5人であった。また、同年に入院期間が5年以上になった患者の数は、平均で46.5人、中央値で20人であった(表1)。

表1 入院患者の動向

	度数		平均値	中央値	標準偏差
	有効	欠損値			
H22の一年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	242	38	24.6	19.0	26.6
H22の一年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	242	38	9.9	7.0	19.0
H23の一年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	241	39	24.1	18.0	23.8
H23の一年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	241	39	9.3	8.0	9.7
H22に入院期間が1年以上になった患者数	240	40	75.6	48.5	84.7
H22に入院期間が5年以上になった患者数	240	40	46.5	20.0	60.1

4. 外来患者の動向^a (n=175)

有床病院における平成24年6月の1か月間の外来患者数は、平均値で911.3人、中央値で748.0であった。疾患別にみると、統合失調症が平均値で316.5人、中央値で261.0人と最も多かった。次いで、気分障害(平均値:207.5人、中央値:146人)、神経症性障害等(平均

値:93.5人、中央値:65人)の順に多かった(表2)。

表2 平成24年6月の1か月間における外来患者数(実人数)(n=210、欠損値20)^a

医療機関数	210
外来患者数の平均値(人)	911.3
外来患者数の中央値(人)	748.0
外来患者数の標準偏差	745.4
外来患者数の最大値(人)	6320.0

5. 精神保健福祉士の配置状況

1) 精神保健福祉士の配置の有無(n=280)

精神保健福祉士を配置する有床病院、271か所(96.8%)であった。

2) 精神保健福祉士の配置形態(n=271)

精神保健福祉士を配置する有床病院のうち、特定の病棟・機能に専従で精神保健福祉士を配置するのは、193か所(28.8%)であった。また、選任、兼務など「その他」の就業形態(以下、「その他」と省略)で精神保健福祉士を配置するのは、217か所(80.1%)であった。

3) 精神保健福祉士の配置人数

(1) 有床病院に配置されている精神保健福祉士の数(n=271)

有床病院に配置されている精神保健福祉士の数は、合計で1492人であり、配置人数の平均は、5.51人であった。また、配置人数の最大値は、23人であった。

特定の病棟・機能に専従で配置されている精神保健福祉士の数は702人であり、配置人数の平均は2.59人、最大値は22人であった。

(2) 精神保健福祉士を専従で配置する有床病院数(専従-主要な機能・病棟別)(n=271)
精神保健福祉士を専従で配置する病棟では、「認知症疾患治療病棟」が、53か所(19.6%)と最も多く、配置人数の最大値は3人であった。次いで、「精神療養病棟」の40か所(14.8%、最大値:4人)、「精神科急性期病棟」、「精神一般病棟」の38か所(14%)の順であった。

「精神科急性期病棟」の最大値は7人、「精神一般病棟」の最大値は9人であった。

また、精神保健福祉士を専従で配置する医療機関の機能では、「精神科デイケア」が、108か所(39.9%)と最も多く、配置人数の最大値は18人であった。次いで、「精神科デイナイトケア」の30か所(11.1%、最大値:4人)、「精神科外来」、「精神科訪問看護・指導」の27か所(10%)の順に多かった。なお、「精神科外来」の最大値は4人、「精神科訪問看護・指導」の最大値は5人であった(表3)。

表3 精神保健福祉士を専従で配置する医療機関数と専従精神保健福祉士の配置数の最大値

機能・病棟	度数 (単位:箇所)	%	配置数の 最大値(単位:人)
精神科救急病棟	34	12.5	7
精神科急性期病棟	38	14.0	3
精神療養病棟	40	14.8	4
精神一般病棟	38	14.0	9
認知症疾患治療病棟	53	19.6	3
精神科外来	27	10.0	4
精神科デイケア	108	39.9	18
精神科デイナイトケア	30	11.1	4
重度認知症デイケア	15	5.5	4
精神科訪問看護指導	27	10.0	5

(3) 精神保健福祉士を「その他」で配置する有床

病院数（その他-主要な機能・病棟別）（n=271）
 精神保健福祉士を「その他」で配置する病棟では、「精神一般病棟」が、183か所（68.5%）と最も多く、配置人数の最大値は12人であった。次いで、「精神療養病棟」の124か所（45.8%、最大値:9人）、「認知症疾患治療病棟」の40か所（14.8%、配置数の最大値:8人）の順で多かった。また、精神保健福祉士を「その他」で配置する有床病院の機能では、「精神科外来」が、190か所（70.1%）と最も多く、配置人数の最大値は13人であった。次いで、「精神科訪問看護・指導」の133か所（49.1%、最大値:13人）、「精神科デイケア」の64か所（23.6%、最大値:9人）の順に多かった（表4）。

表4 精神保健福祉士を「その他」で配置する医療機関数と専従精神保健福祉士の配置数の最大値

	度数 (単位: 箇所)	%	最大 配置数 (単位:人)
精神科救急病棟	19	7.0	9
精神科急性期病棟	40	14.8	7
精神療養病棟	124	45.8	9
精神一般病棟	183	67.5	12
認知症疾患治療病棟	50	18.5	8
精神科外来	190	70.1	13
医療観察法指定通院	49	18.1	7
精神科デイケア	64	23.6	9
精神科デイナイトケア	28	10.3	9
精神科ショートケア	39	14.4	9
精神科訪問看護指導	133	49.1	13

5. 有床病院における精神保健福祉士の相談支援に係る業務の実態^a

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について、「4.

とても多い」から「1.多くない」までの4件法の尺度を用いて回答を求めた。なお、本稿では、紙幅の都合及び診療所等における精神保健福祉士の相談支援に係る業務との比較を行うため、精神科外来に係る相談支援業務の実態に焦点化して結果を掲載した。

その結果、患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度をみると、「電話による受診・受療支援」が2.8と最も多かった。次いで、「面接による経済的な支援」の2.7、「面接による福祉サービス等の利用に関する支援」の2.5の順に多かった。

また、患者の家族を対象と支援に係る業務の頻度では、「電話による受診・受療支援」が2.7と最も多かった。次いで、「入院相談」の2.4、「面接による経済的な支援」の2.3の順に多かった（表5）。

表5 患者本人、家族を対象とした支援に係る業務の頻度（n=229）

相談支援業務の内容	平均値	標準偏差
本人-受診・受療相談（面接）	2.1	1.0
本人-受診・受療相談（電話）	2.8	1.6
本人-受診・受療相談（訪問）	1.4	.8
本人-インテーク面接	2.2	1.1
本人-症状・障害に関する相談（面接）	2.3	1.0
本人-症状・障害に関する相談（電話）	2.4	1.0
本人-症状・障害に関する相談（訪問）	1.6	.9
本人-経済的な支援（面接）	2.7	.9
本人-経済的な支援（電話）	2.3	1.0
本人-経済的な支援（訪問）	1.5	.8
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	2.5	.9
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	2.2	1.0
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	1.5	.8
本人-家族関係に関する相談（面接）	2.0	.9
本人-家族関係に関する相談（電話）	2.0	.9
本人-家族関係に関する相談（訪問）	1.4	.8
本人-居住に関する相談	1.8	.8
本人-入院相談	2.4	1.0

家族-受診・受療相談（面接）	2.1	.9
家族-受診・受療相談（電話）	2.7	1.0
家族-受診・受療相談（訪問）	1.2	.6
家族-インテーク面接	2.1	1.1
家族-症状・障害に関する相談（面接）	2.0	.9
家族-症状・障害に関する相談（電話）	2.2	1.0
家族-症状・障害に関する相談（訪問）	1.4	.7
家族-経済的な支援（面接）	2.3	1.0
家族-経済的な支援（電話）	2.1	1.0
家族-経済的な支援（訪問）	1.3	.7
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	2.1	.9
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	2.0	.9
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	1.3	.6
家族-家族関係に関する相談（面接）	1.9	.8
家族-家族関係に関する相談（電話）	2.0	.9
家族-家族関係に関する相談（訪問）	1.3	.6
家族-居住に関する相談	1.7	.8
家族-入院相談	2.4	1.0

* 網掛の項目は、床効果（1>平均値-1SD）を示したものの。

Ⅲ. 診療所等に関する結果（n=446）

1. 診療所等有する機能（n=446）

診療所等有する機能は、「精神科デイケア」が64か所（14.3%）と最も多かった。次いで、「精神科ショートケア」の51か所（11.4%）、「精神科訪問看護・指導」の41か所（9.2%）の順で多かった。

2. 精神保健福祉士の配置の有無（n=446）

精神保健福祉士を配置する診療所等は、137か所（30.7%）であった。

3. 精神保健福祉士の配置状況

*以下、精神保健福祉士を配置する診療所等を抽出し、結果を掲載（n=137）。

精神保健福祉士を配置する診療所等のうち、特定の機能・機能に専従で精神保健福祉士を配置するのは、90か所（28.8%）であった。また、「その他」で精神保健福祉士を配置するのは、55か所（40.1%）であった。

診療所等に配置されている精神保健福祉士の数は、合計で299人、平均は2.18人であった。最大値は11人であった。

特定の機能・機能に専従で配置されている精神保健福祉士の数は、合計で202人、平均は1.47人であった。最大値は11人であった。また、特定の機能・機能に「その他」で配置されている精神保健福祉士の数は、合計で98人、平均は0.72人であった。最大値は5人であった。

精神保健福祉士を専従で配置する診療所等の機能では、「精神科デイケア」が、36か所（26.3

%、最大値:5人）で最も多かった。次いで、「重度認知症デイケア」の8人（5.8%、最大値:3人）、「精神科訪問看護・指導」5か所（3.6%、最大値:11人）の順で多かった。また、精神保健福祉士を「その他」で配置する診療所等の機能では、「精神科訪問看護・指導」が、26か所（19.0%、最大値:5人）と最も多かった。次いで、「精神科デイケア」の24か所（17.5%、最大値:4人）、「精神科ショートケア」の18か所（13.1%、最大値:4人）の順で多かった。

4. 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（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について、「4. とても多い」から「1. 多くない」までの4件法の尺度を用いて回答を求めた。なお、本稿で

は、先述のとおり、有床病院における精神保健福祉士の相談支援に係る業務との比較を行うため、精神科外来に係る相談支援業務の実態に焦点化して結果を掲載した。

その結果、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見ると、「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。

また、患者の家族を対象とした支援に係る業務の頻度を平均値で見ると、「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（表6）。

IV. 有床病院に関する結果の統計解析

1. 有床病院の病棟・機能における精神保健福祉士の配置の状況と入院患者の動態との関係についての探索的分析

表6 患者本人、家族を対象とした支援に係る業務の頻度 (n=128)

相談支援業務の内容	平均値	標準偏差
本人-受診・受療相談（面接）	1.70	.93
本人-受診・受療相談（電話）	2.20	1.07
本人-受診・受療相談（訪問）	1.09	.31
本人-インテーク面接	2.15	1.18
本人-症状・障害に関する相談（面接）	2.24	1.14
本人-症状・障害に関する相談（電話）	2.20	1.12
本人-症状・障害に関する相談（訪問）	1.43	.82
本人-経済的な支援（面接）	2.18	.95
本人-経済的な支援（電話）	1.78	.91
本人-経済的な支援（訪問）	1.31	.67

本人-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	2.18	1.02
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	1.78	.91
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	1.40	.77
本人-家族関係に関する相談（面接）	1.92	.98
本人-家族関係に関する相談（電話）	1.85	1.21
本人-家族関係に関する相談（訪問）	1.28	.66
本人-居住に関する相談	1.49	.77
本人-入院相談	1.55	.72
家族-受診・受療相談（面接）	1.50	.75
家族-受診・受療相談（電話）	1.77	.93
家族-受診・受療相談（訪問）	1.04	.20
家族-インテーク面接	1.61	.87
家族-症状・障害に関する相談（面接）	1.67	.84
家族-症状・障害に関する相談（電話）	1.60	.79
家族-症状・障害に関する相談（訪問）	1.19	.50
家族-経済的な支援（面接）	1.62	.80
家族-経済的な支援（電話）	1.50	.79
家族-経済的な支援（訪問）	1.12	.35
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	1.63	.83
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	1.45	.74
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	1.15	.46
家族-家族関係に関する相談（面接）	1.69	.89
家族-家族関係に関する相談（電話）	1.55	.81
家族-家族関係に関する相談（訪問）	1.17	.47
家族-居住に関する相談	1.24	.51
家族-入院相談	1.47	.76

* 網掛の項目は、床効果 (1>平均値-1SD) を示したもの。

1) 相関分析による解析

(1) 精神保健福祉士の配置人数と入院患者の動態との相関を確認するために、の相関分析を実施した。その結果、精神保健福祉士の配置人数と「1年以上の入院患者」及び「5年以上の入院患者」の1年間の退院数との間に弱い相関がみられた（表7）。

(2) 病棟・機能ごとの精神保健福祉士の配置人数と入院患者の動態との関連を確認するた

めに、相関分析を実施した。その結果、「その他」の勤務形態による、「精神療養病棟」、「精神一般病棟」、「精神科外来」と平成23年の一年間における「1年以上の入院患者」及び「5年以上の入院患者」の退院数との間に弱い相関がみられた(表8)。

表7 有床病院における精神保健福祉士の配置の況と入院患者の動態との相関分析 (n=224、値:r)

	精神保健福祉士の配置人数(合計値)
平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	.327***
平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	.209**
平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	.277***
平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	.248***

(**p<.01、***p<.001)

表8 病棟・機能ごとの精神保健福祉士の配置人数と入院患者の動態との相関分析 (n=235、値:r) (**p<.01、***p<.001)

	精神保健福祉士(その他)配置 精神療養病棟	精神保健福祉士(その他)配置 精神一般病棟	精神保健福祉士(その他)配置 精神科外来
平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	.208**	.183**	.188**
平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	.278***	.237***	.235***

2) 平均値の差の検定による解析

(1) 精神保健福祉士の配置状況(専従の配置あり/専従の配置なし)をカテゴリ変数とし、入院患者の平均在院日数を従属変数としたt検定を病棟・機能ごとに実施した。その結果、「精神療養病棟」において、精神保健福祉士が専従で配置されている群と専従の配置がない群の平均在院日数において統計的な有意差

を確認した (t=2.24、p<.05)。

(2) 精神保健福祉士の配置人数(各有床病院の合計値)について、中央値を分割点として、配置人数が「3人以下」の群と「4人以上」の群の2つのカテゴリからなる合成変数を作成した。その上で、各群の入院患者の動態の平均値を従属変数としたt検定を実施した。その結果、それぞれの群の「1年以上入院患者」と「5年以上入院患者」の一年間の退院数の平均値に、統計的な有意差がみられた(表9)。

表9 「3人以下」群と「4人以上」群の2カテゴリ間における1年以上入院患者の退院数の平均値の差の検定(検定)の結果

		H22退院者	H22退院者	H23退院者	H23退院者
		1年以上	5年以上	1年以上	5年以上
3名以下 (n=81)	平均値	15.7	5.3	18.3	6.7
	標準偏差	18.9	6.5	25.9	10.8
4名以上 (n=154)	平均値	30.2	12.7	28.0	11.1
	標準偏差	28.8	22.8	22.0	8.7
t値		-4.6	-2.9	-3.0	-3.3
自由度		222.0	233.0	232.0	232.0
有意確率		0.0	0.0	0.0	0.0

3) 精神科外来における精神保健福祉士の配置と相談支援業務との関連、及び配置、相談支援業務と入院患者の動向との関連^a

外来における精神保健福祉士の配置と相談支援に係る業務、及び入院患者の動向との関連を探るための作業として、「患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度」と「家族を対象とした支援に係る業務の頻度」に係る質問項目、各18項目(表8、表9参照)のデータを用いて因子分析を実施し、その結果から支援に係る業務頻度の尺度化を図った。なお、紙幅の都合上、因子分析の結果は割愛する。

つぎに、因子分析によって抽出された4因子について、各因子を構成する項目の評点を合計して得点化した。なお、各因子の合計得点について以下より、第1因子「本人に対する生活支援」の合計点を「本人生活支援スコ

ア」、第2因子「本人に対する受療支援」の合計点を「本人受療支援スコア」、第3因子「家族に対する生活支援」の合計点を「家族生活支援スコア」、第4因子「家族に対する受療支援」の合計点を「家族受療支援スコア」と称する。

① 外来における精神保健福祉士の配置数と各因子スコアとの関連をみるために、2変数間の相関分析を実施した。その結果、外来における精神保健福祉士の配置数（総数）と全ての因子スコアとの間に低い正の相関を確認した。また、専従の精神保健福祉士の配置数及び「その他」の精神保健福祉士の配置数と本人受療支援スコア及び家族受療支援スコアとの間に低い正の相関を確認した（表10）。このことから、外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、各因子スコアが高くなる傾向が予測された。

表10 外来における精神保健福祉士の配置と各因子スコア間の相関分析 (n=227) (値:r)

	外来における精神保健福祉士の配置数(総数)	外来における精神保健福祉士の配置数(専従)	外来における精神保健福祉士の配置数(専従以外)
本人生活支援スコア	.269**	.195**	.144*
本人受療支援スコア	.370**	.255**	.227**
家族生活支援スコア	.256**	.155*	.165*
家族受療支援スコア	.323**	.202**	.216**

(*p<.05、**p<.01)

4) 外来における精神保健福祉士の配置と精神科入院患者の退院動向との関連

外来における精神保健福祉士の配置数(総数)と「1年以上の入院患者」及び「5年以上の入院患者」の1年間の退院数との相関分析を実施した。その結果、変数間に低い正の相関を確認した(表11)。このことから、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が予測された。

表11 外来における精神保健福祉士の配置数(総数)と退院患者数との相関分析(n=227) (値:r)

	外来における精神保健福祉士の配置数(総数)
平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	.271***
平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	.254***
平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	.192**
平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	.203**

(**p<.01、***p<.001)

5) 外来における精神保健福祉士の支援業務と精神科入院患者の退院動向との関連

外来における精神保健福祉士の支援業務と精神科入院患者の退院動向との関連をみるために、各因子スコアと「1年以上の入院患者」及び「5年以上の入院患者」の1年間の退院数との相関分析を実施した。その結果、各因子スコアと「1年以上の入院患者」の1年間の退院数との間に低い正の相関を認めた(表12)。このことから、各因子スコアが増加すると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が予測された。

V. 診療所等に関する結果の統計解析

診療所等において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
表12 精神科入院患者の退院動向と各因子スコアとの相関分析 (n=198) (数値:r)

	本人生活支援 スコア	本人受療支援 スコア	家族生活支援 スコア	家族受療支援 スコア
平成22年の1 年間に1年以上 の入院期間が あった患者が 退院した数	.231**	.194**	.219**	.212**
平成23年の1 年間に1年以上 の入院期間が あった患者が 退院した数	.246**	.224**	.242**	.274**

(** $p < .0$)

1)

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」($r = .32, p < .01$)、「症状・障害に関する相談(電話)」($r = .26, p < .01$)、「福祉サービスの利用に関する相談(電話)」($r = .28, p < .01$)との間に低い正の相関がみられた。

D-1. 考察

1. 精神保健福祉士の配置と入院患者の動向との関係について

今回の調査結果では、精神保健福祉士の配置人数と長期入院者の退院数との相関分析から、精神保健福祉士の配置人数が多いと、長期入院者の退院数も多い傾向が予測された。

社団法人日本精神保健福祉士協会(2004)が実施した日本精神保健福祉士の業務に関する統計調査では、①精神科医療機関における精神保健福祉士の配置人数は1-5人が全体8割であること、②精神保健福祉士一人に対する平均担当病床数が50~100床であること、③入院患者への相談支援業務のうち退院援助は16.4%であることを示している。このことから、従事する病棟や部門、援助対象者の年齢や疾病によって、精神保健福祉士の援助の内容や業務全体における相談支援業務の割合は異なるが、精神保健福祉士の配置人数による、退院支援業務のエフォートの差が今回の結果に反映されたものと推察する。

また、今回の結果から、精神療養病棟、精神一般病棟、精神科外来における精神保健福祉士の配置人数と長期入院者の1年間の退院数との間に相関の傾向がみられた。つまり、精神療養病棟、精神一般病棟、精神科外来における精神保健福祉士の配置数が多いと長期入院者の退院数が多くなる傾向が予測された。

先述の統計調査では、精神保健福祉士が援助を行う入院患者の入院期間は、1年以上が4割、1年以上5年未満が約3割で、5年未満が7割を超えることを報告している。このことは、精神保健福祉士による援助が、入院期間の短い患者に向きやすい一方で、入院期間の長い患者には向きにくい傾向を示している。本調査の結果も同様に、精神療養病棟の平均在院日数の平均値は1,274日、精神一般病棟の平均値は410日と、いずれの病棟も長期入院者が多く入院している。このことから、精神療養病棟及び精神一般病棟に入院する長期入院者には、精神保健福祉士による援助が届きづらい状況が推察される。そのため、精神療養病棟及び精神一般病棟に精神保健福祉士を配置することで、長期入院者に対する退院援助などの援助が届きやすくなり、長期入院者の退院促進へと結実することが、この結果から推察される。さらに、精神療養病棟に専従の精神保健福祉士を配置する群と配置しない群とでは、精神療養病棟の平均在院日数に統計的な有意差がみられた。この結果からも、精神療養病棟と精神一般病棟に精神保健福祉士を専従で配置することが、長期入院者の退院促進に有効であるといえよう。

2. 精神科外来における精神保健福祉士の配置、業務内容とその頻度、及び入院患者の動向との関係について

今回の調査では、有床病院における外来に係る精神保健福祉士の配置数が増えると、外

来患者及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增大する傾向をとらえた。また、こ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。さらに、外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、長期入院者の退院数が増加する傾向をとらえた。

これらの傾向は、先述した精神保健福祉士の配置数と長期入院者との相関と同様に、外来に従事する精神保健福祉士の配置数及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わる分業が進み、結果として、外来に係る精神保健福祉士は外来での支援業務に注力でき、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の業務に注力できるという、間接的な影響であるものと推察する。

診療所等においては、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增大する傾向をとらえた。他方、回答を求めた支援業務の頻度について、大半の項目において床効果を確認した。診療所等における精神保健福祉士の配置数は、2.18人と有床病院における平均の半数以下であり、支援業務の内容、範囲、頻度が有床病院よりも限られることをとらえた。

E-1. 結論

以上の考察から、①精神療養病棟、精神一般病棟、精神科外来において、専従の精神保健福祉士による支援機能を位置付けることが、長期入院者の退院を促す、②診療所等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、という2点の傾向についてとらえることができた。また、その支援機能の評価及び支援を効果的に実施するための方法について明らかにするための質的研究を実施した。

B-1. 研究目的

2013度の研究班としての活動は、前述した2012年度の量的調査の追加分析及び、精神保健福祉士の配置、業務内容とその効果の関連を明確にすることを目的とした質的調査の実施であった。質的調査としては、精神科医療機関における精神保健福祉士を対象としたインタビュー調査と、その結果を検証することを目的とした多職種チーム（医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、医療事務）を対象としたグループインタビュー調査を実施し、分析を行った。以下にその詳細を報告する。

B-2. 研究方法

1. 調査①

量的調査の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に行われ、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

社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

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と同様の手順で紹介を受け、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と同様である。

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13)。

表13 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。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14）。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14 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		○	○	○		

1. 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ついては表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（図表1：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。

精神保健福祉士の平均在職期間に関しては、10年を超える機関は12病院中3病院であり、臨床経験が浅い精神保健福祉士が多く、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。

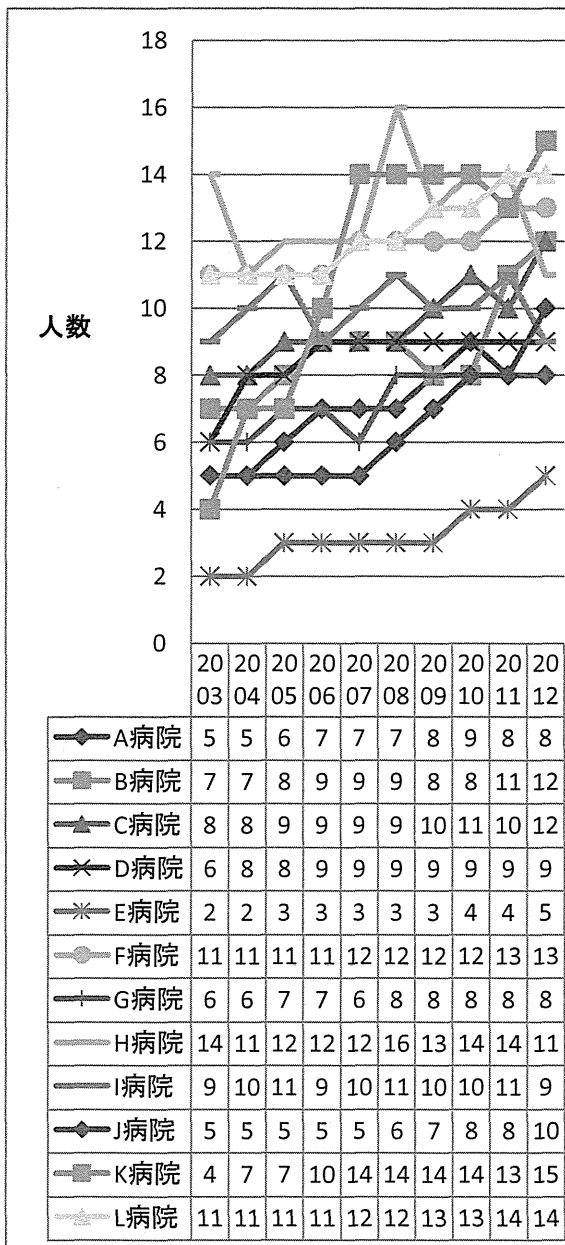
2. 病棟及び外来における業務内容とその変化

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（図表2）。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（図1.2）。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。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

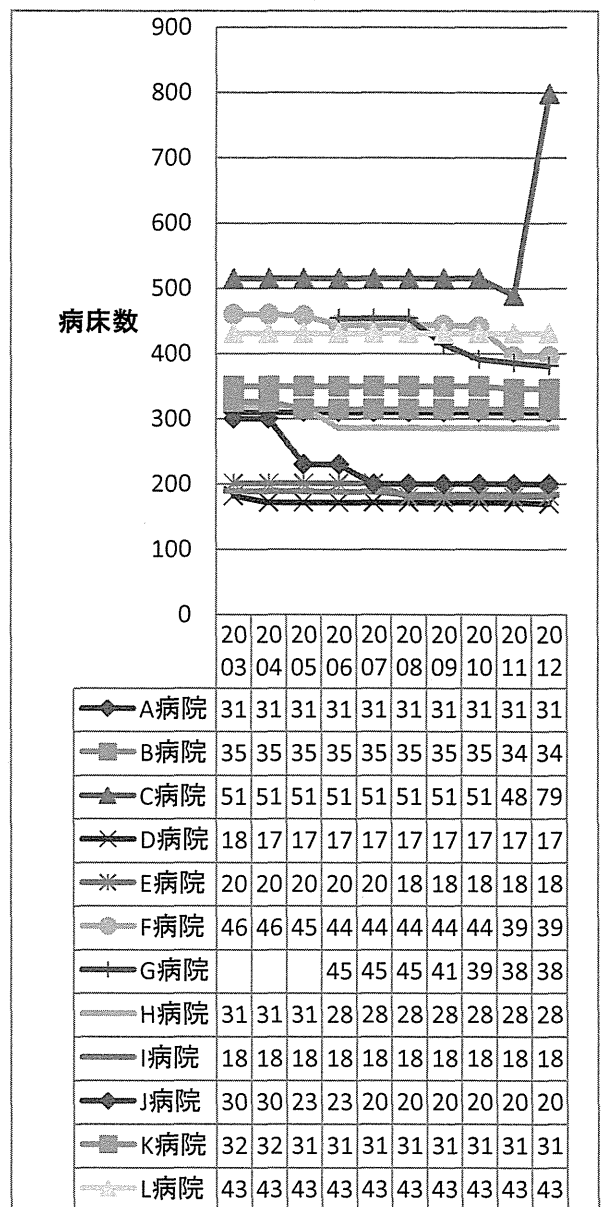
いる。また、救急病棟や急性期病棟ができたことにより、3ヶ月で退院できなかつた人たちを療養病棟や一般精神病棟で受け入れているが、急性期でのアセスメントが引き継がれることによって、早期に退院をめざす流れが医療機関の中で出来つつある。つまり、地域

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

図表1 協力を得た医療機関の精神保健福祉士数の推移



図表2 協力を得た医療機関の病床数の推移



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、

図1 退院患者数の推移

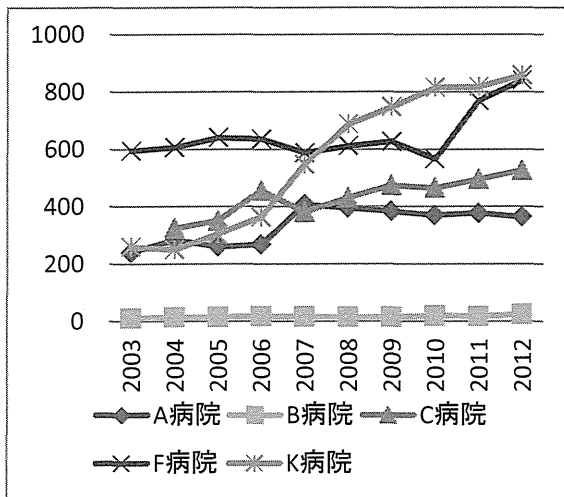
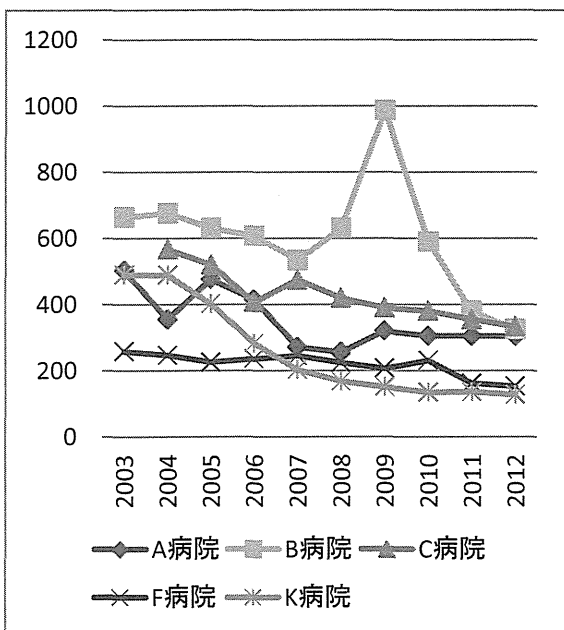


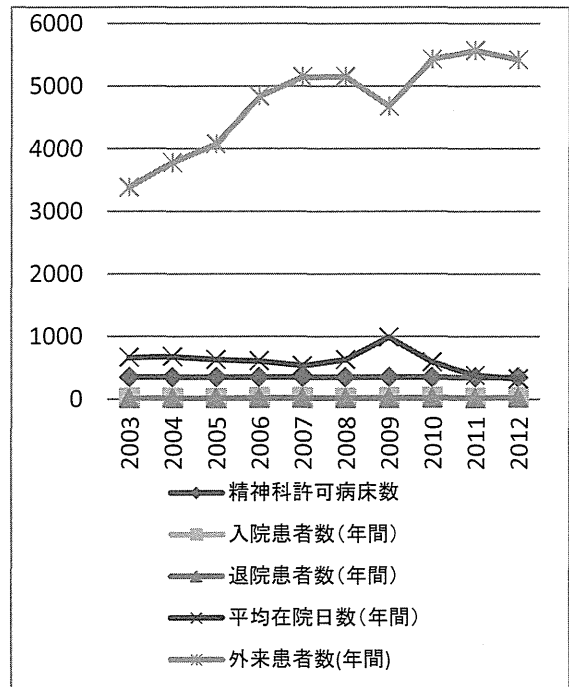
図2 在院日数の推移



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（図3、4）。

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

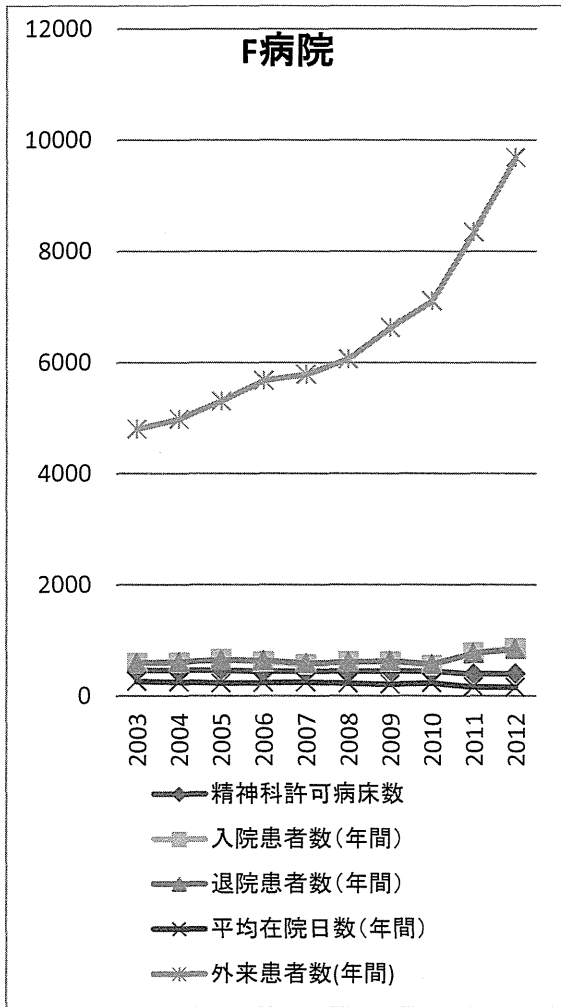
図3 B病院における入退院数、在院日数、外来患者数の推移



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（図5,表15）。

図4 F病院における入退院数、在院日数、外来

患者数の推移



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

図5 F病院における退院者の転帰

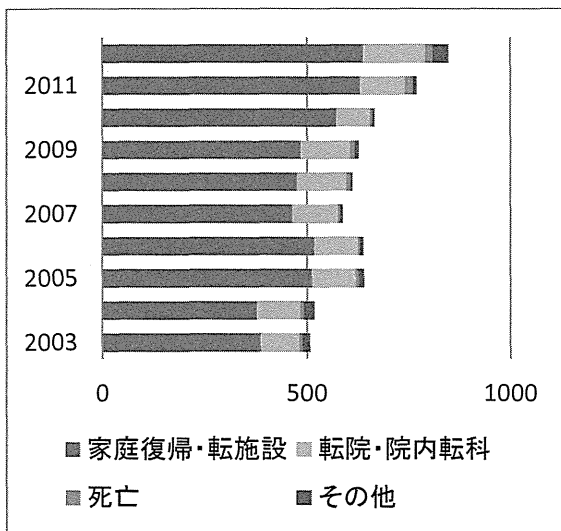


表15 外来、訪問、療養・一般精神病棟への精

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きているのである。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(参加者の職種としての経験年数に関しては表16参照)。

表16 グループインタビュー参加者経験年数

* () は在職年数

職種	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
医師	13(7)	33(23)	24(13)	25(12)	—
看護師	50(10)	26(36)	28(22)	30(28)	42(2)
看護師	—	—	37(21)	—	28(1)
看護師	—	—	29(25)	—	
臨床心理士	18(18)	6(6)	14(14)	12(9)	
作業療法士	23(23)	10(7)	22(22)	12(9)	8(4)
医療事務	32(32)	25(14)	—	12(12)	9(5)
PSW	32(32)	32(32)	38(38)	26(26)	11(4)
平均年数	28.0(20.3)	22.0(18.6)	27.4(22.1)	19.5(16.0)	19.6(3.2)

1. A病院におけるグループインタビュー

A病院では昭和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。

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。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病院も昭和30年代から精神保健福祉士を配置している。他のコメディカル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病院は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が、

ここ数年の間に病院の変革に当たって精神保健福祉士が中心になって動いているというような現状にある。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「多職種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」、「ガツリと家族に落ちて、家族さんと入院されている御本人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しまっていることに関して、他職種から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。「お互いの専門性を見ながら、じゃ私はこころ辺をやるねとか、そういう形でうまく動けるようにはなっているかな」「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、こことここに行けばいいんだよと、とても具体的で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、非常に次の一步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、病院への入口と出口、地域とのつなぎ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、忙しすぎる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て「『わからない』とか言わない。それを言ってくれば、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る。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ある程度明確になっている。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る。多忙になる中で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」といった意見もあった。

5. E病院におけるグループインタビュー

E病院は最近経営主体が変わった病院で、これまでの長期入院患者が多い病院からの脱却を図っている途上にある。精神保健福祉士及び多職種チームの構成も大きく変化している。チーム医療に関しては、「ようやく、ここ数年で、そういった皆さんの意識が出て、取り組み始めたというところ」という状況である。看護師の評価として「それぞれアプローチ方法は違うんだけど、最終的な目標が一緒にできるというところが、かなりよくなっている」と語られたが、改革に取り組んで数年の間に、職種による役割分担が進み、目標を共有しながら支援が進められている様子がわかる。退院を中心的なテーマとしたカンファレンスが積極的に開催されており、「みんなで、それぞれの立場で、患者さんを診て、それぞれの視点で、この方の退院にどんなふうにかかわっていったらいいかとか、いろんな情報をいただくので、それに向けて、じゃ看護の中では、こういった視点で患者さんにかかわっていかうかとか、そういった内容を

(精神保健福祉士が) コーディネートしてくださっている」ということで、**多職種チームの調整役**として精神保健福祉士が機能している。経済的な問題、利用する施設の情報、家族とのパイプ役など、多くの役割を期待されて担っている。しかし、他の病院と同様に忙しく、なかなか顔を合わすことができず、情報をうまく共有できるタイミングを逸したりするような状況も生じている。多忙さを緩和するために、事務との関係では、精神保健福祉士が本来の業務に集中できるよう配慮も行われていた。

E病院では退院への取り組みも始まったばかりであり、精神保健福祉士が患者の退院に向けた支援に関しては轡を引き、チームを牽引し、コーディネートしてきた。しかし、今後を見据えた場合、多職種の専門性がより発揮されていく中で、精神保健福祉士に求められるものも変化していく可能性があるのではないだろうか。

D-2. 考察

医療機関に勤務する精神保健福祉士へのインタビュー調査の結果からは、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟の開設によって、退院が加速している状況が確認された。それらの病棟は精神保健福祉士の配置が必須となっており、特に退院支援の中で重要な役割を担っている。しかし、現実的には3ヶ月で退院できない患者も存在しており、そうした人たちの受け皿として、療養病棟や精神一般病棟が活用されている。急性期の病棟を経て、療養病棟や精神一般病棟に移ってくる患者に関しては、退院に向けたアセスメントが引き継がれ、早期退院をめざした支援を受け入れ先の病棟が行うこととなる。そうした退院への積極的な動きが他の中長期の入院患者の退院支援に影響を与え、病院全体で退院支援に取り組む姿勢を生んでいるのではないかと考