

ソーシャルワーカー10か条（第3版）改定2023年5月

<本10か条の構成について>

- ・1～3か条：回復期リハビリテーション病棟におけるソーシャルワークの方法、4～10か条：医療ソーシャルワーカー業務指針

（厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号）二.業務の範囲の6つの業務、を示しています。

<本10か条で扱う文言について>

- ・援助の対象者（クライアント）：*第3版では「本人・家族・キーパーソン」に表現を統一しました。
- ・キーパーソン：主に本人・家族の意思決定等を支援する役割を担う人物
- ・生活課題：社会生活における課題の総称。心身の健康・食生活・家族や友人との関係・経済基盤や金銭管理・就労や教育・社会とのつながり・文化や娯楽等の日常生活における課題を指す。
- ・エンパワメント：クライアントが本来持っている力を取り戻し自身で問題解決に取り組めるよう支援することや、クライアントが自立した力を得ていくこと、カづけ

・バイステックの7原則

- ①個別化の原則：クライアントを個人としてとらえ、状況に応じて個別に対応する
- ②意図的な感情表出の原則：援助者がクライアントの考えや感情を自由に表現できるように働きかける
- ③統制された情緒的関与の原則：援助者は自身の感情を自覚し、クライアントが表出した感情を受容的・共感的に受け止める
- ④受容の原則：クライアントの考え・個性を否定せず、その背景（人生経験や環境など）を理解し受け止める
- ⑤非審判的態度の原則：援助者はクライアントの言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から評価・審判せずにあるがままを受け入れるように努める
- ⑥自己決定の原則：クライアントの意思に基づく決定ができるように援助していく。問題解決の方策について複数の選択肢を用意するなど自己決定の条件を整備し、メリットとデメリットを検討するなど自己決定に至る過程を一緒にたどる
- ⑦秘密保持の原則：援助関係のなかでクライアントからの情報・言動や状況を秘密（プライバシー）として守る。この保証が「意図的な感情表出」にもつながる

①「相談」の専門職として、本人・家族・キーパーソンとの面接に基づいたソーシャルワークを実践しよう

考え方	<p>ソーシャルワーカーは病気や障害で生活上の支援課題のある本人・家族の問題解決を図る相談援助職です。相談援助職としての態度（バイステックの7原則＊など）と技術（面接・アセスメント・プランニング・連携など）の自己研鑽に努めることが大切です。面接場面では、各種社会保障制度の紹介や専門職の見解を本人・家族・キーパーソンに理解してもらうことに専心せず、本人の自己実現につながるよう、本人の想いや暮らしぶり・生活歴・価値観を理解することを念頭におき、環境因子や個人因子、過去・現在・未来の生活上の支援課題の把握に努めましょう。個別面接のほか、病棟内・リハビリ室で得られる本人の言葉や表情・行動も含め、本人・家族・キーパーソンとの接点を有効活用して信頼関係を構築します。対面による面接が制限される際もICTや書面・電話の活用等を視野に、状況に応じて本人等の意向の把握に努めます。医療ソーシャルワーカー業務指針やソーシャルワーカー倫理綱領などの根拠に基づいたソーシャルワークを実践しましょう。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">❑ ソーシャルワーカーの役割が生活課題に対応する相談援助職であることを、本人・家族・キーパーソンが理解できるよう工夫して伝えている。❑ 面接時には、事前に把握できた情報をもとに相手の立場に想像をめぐらせ共感的な姿勢を準備（予備的共感）し、バイステックの7原則等＊の相談援助職としての態度・技術に基づいた実践をしている。❑ 面接では、本人・家族・キーパーソンの想いに寄り添い、生活歴・価値観から把握できる強みを可視化・言語化し、ソーシャルワーカー・本人・家族・キーパーソン間で互いに強みを再確認するよう努めている。❑ 本人・家族・キーパーソンとの面接場面では、可能な範囲でチームの評価を共有し、本人・家族・キーパーソンが状況や課題を把握できるよう支援している。❑ 相談面接においては、課題解決に向け本人・家族・キーパーソンが主体的な選択や意思決定を行えるよう支援している。

② その人らしい生活とは何かをアセスメントしよう

考え方	<p>回復期リハビリテーション病棟では、多職種がICFに基づいた状況理解・アセスメントに努め、活動・参加の向上を目指したリハビリテーション（総合）実施計画を立案します。入院前の本人・家族・キーパーソン の身体・心理・社会的側面をアセスメントする際は、これまでの生活の特徴や大切にしてきた価値観、今回の疾患がもたらした本人・家族・キーパーソンへの影響などの本人の個別性の理解に努めましょう。チームと共有する際は、ICFの背景因子（個人因子・環境因子）に留意し言語化・可視化します。</p> <p>本人・家族・キーパーソン以外にも院内多職種や院外の関係機関（医療・介護・福祉・行政・地域等）からも情報収集し、過去と現在の状況、今後の生活に向けた想いや希望を含めた全体像を把握した上で、今後どのような生活を送りたいか、どのような生活を送ることができそうか、本人・家族・キーパーソンと共に考え、何を実現できるようになりたいのか言語化・可視化して共有することが大切です。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">□ ICFを活用し、本人・家族・キーパーソン の身体・心理・社会的側面を、過去・現在・未来の時間軸でアセスメントしている。□ 本人・家族・キーパーソン の生活に疾患がもたらした影響をアセスメントしている。□ 本人・家族・キーパーソン の個別性を理解し、大切なことを決めるときの傾向をアセスメントしている。□ アセスメントした結果を援助計画に反映させた後も、本人・家族・キーパーソン の状況を継続して把握し、入院中の様々な場面で計画の進捗状況を評価の上、新たな提案を行うなどの一連のアセスメントのプロセスを継続している。□ 本人・家族・キーパーソン の想いや価値観を、病前の関係機関（医療・介護・福祉・行政・職場など）からも情報収集の上、多面的な情報を統合し、全体像の理解に基づいた真のニーズを把握している。

③リハビリテーションチームの一員としてチームアプローチを実践しよう

考え方	<p>回復期リハビリテーション病棟では、本人の全人間的復権や自己実現が目標です。入院診療計画・リハビリテーション（総合）実施計画や退院支援計画を立案するプロセスでは、本人・家族・キーパーソンの想いや希望に基づいた評価を多職種がもちより協議します。チームアプローチの様々な場面（日常会話・カンファレンス・リハビリ見学・病状説明など）で本人・家族・キーパーソンの意向の変化を把握し発信し続け、その意向がリハビリテーション計画に反映されるよう努めます。入院生活はもとより退院後の生活において本人が主体性を発揮した日常生活を送れるようICF等を用いて生活課題を把握しましょう。その課題解決プランをチームで検討し、実行できることが回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチの強みです。退院後の実生活の検討や引継ぎ場面では、本人・家族・キーパーソン・院内多職種のほか、医療・介護・福祉の関係者や権利擁護等に携わる行政の担当者など多様な関係者もチームの構成員です。各チームの構成員の専門性を理解し、敬意を払い、目標達成に向けて口頭や書面、ICTの活用など、状況に適した方法で情報共有を図りましょう。個人によるコミュニケーションのほか部門間・組織間のコミュニケーションを図るなど、チームアプローチの質を高めることも重要です。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">❑ 本人の全人間的復権や自己実現を支援する専門職として、様々な場面を活用している。❑ 面接で把握した意向やICFを用いて把握した生活課題を、本人・家族・キーパーソンの同意を得た上で院内・院外の多職種へ適した方法で共有し、各種計画に反映している。❑ 本人・家族・キーパーソンの意思決定を支援するため、心理社会的な課題に対しても院内・院外の多職種・多機関と共有し、支援プランの立案・実行に努め、その進捗を確認している。❑ 院内多職種や多様な関係機関（医療・介護・福祉・行政・勤務先ほか）のチーム構成員の専門性の理解に努め、話し方や行動で敬意を表しながら、目標達成に向けたチームアプローチに努めている。❑ チームアプローチで感じる課題は適宜同僚・上司とのスーパービジョンにより振り返り、個人レベル・部門レベル・組織レベルを通じた課題解決に取り組んでいる。

④ 障害を理解するプロセスを支援しよう

考え方	<p>本人・家族・キーパーソンの障害理解のプロセスを支援することは、ソーシャルワーカーの大切な役割のひとつです。多くの場合、本人・家族・キーパーソンにとって障害理解とは長い年月・過程を要し、回復期リハビリテーション病棟の入院中に達成できるものではありません。それでもソーシャルワーカーは、本人・家族・キーパーソンが入院中のリハビリテーションの目標に納得し、次のステップである退院後の生活へ一歩を踏み出す気持ちになれるよう、或いはその気持ちになれない場合にはどうすればよいのかを、考え続けることが重要です。</p> <p>本人・家族・キーパーソンの抱えている感情や背景（周囲の人や環境）に配慮しながら、遠い将来の目標だけでなく、実践できそうな具体的な行動や目標を見出すことができるよう援助しましょう。また、疾病による障害理解のプロセスも異なることを理解しておかなければなりません。自身の障害と向き合えるようになるタイミングは人それぞれです。関係者が連携し、そのタイミングを見落とすことなく、本人・家族・キーパーソンが適したタイミングで支援を受けられることができるよう、伴走的な見守りも含めた支援体制を充実させましょう。</p> <p>※ 障害を理解するという表現について…障害受容という言葉に対し、障害を否定的なものとして捉え、障害観（感）を押しつけている・障害を受容させるという上下関係を連想させる、と示した文献があります。ここでは多様な障害観（感）を推奨すべく、受容ではなく、理解という表現を用います。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">□ 本人・家族・キーパーソンの自律性・主体性を尊重し、より身近で、より具体的な目標を共有している。□ 医師からの病状説明の場面には積極的に同席し、本人・家族・キーパーソンの病状やリハビリテーションに対する理解を、経過を追ってアセスメントしている。□ 障害を抱えた現状について本人・家族・キーパーソン或いは本人が生活する地域社会の認識の差異を確認し、アプローチ課題を見つけ、エンパワメントしている。□ 継続的に支援が行えるよう、本人・家族・キーパーソンの障害理解の状況や支援方針を多職種・多機関と共有し、伴走的な支援につながるよう多職種・多機関との連携に努めている。□ 回復期リハビリテーション病棟入院中や退院後の地域生活において、可能な限り、障害の理解に向けた当事者同士の支援（ピアカウンセリングやピアサポート）の機会が得られるように努めている。

⑤ 経済的課題の早期発見と継続した支援を実践しよう。

考え方	<p>回復期リハビリテーション病棟においても、あらためて経済的な課題の有無を早期にアセスメントをすることが大切です。アセスメントでは、入院前の経済状況や入院中の医療費、生活費に関すること、これから先の不安等を丁寧に把握するようにします。課題がある場合は、社会福祉、社会保険等の諸制度を活用できるように関係機関と連携を図りながら、積極的に対応しましょう。</p> <p>その際、本人・家族・キーパーソンが少し先を見通せるように支援しましょう。具体的な例としては、入院中に申請できる手続きに限らず、退院後に申請できる制度の情報提供や利用支援等を行いましょ。退院後の経済的な不安が和らぐことは、安心した入院生活につながります。経済的課題は、生活全般に関わる課題です。複合的課題が潜んでいるととらえ、中長期的な展望も踏まえた多角的な視点を持って対応できるように心がけましょ。</p> <p>回復期リハビリテーション病棟のソーシャルワーカーとして、障害年金制度、交通事故の補償、労働災害、日常生活支援事業、成年後見制度等についてもよく学び、情報提供や利用支援の方法を工夫ましょ。さらには、交通外傷、労働災害の本人・家族に対応する際は、被害者支援であることも留意し、支援ましょ。</p> <p>また、制度による経済的支援があつたとしても、働きたい、役に立ちたい、という思いをあきらめさせない援助も重要な視点として意識して関わらましょ。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">❑ 環境要因を含めた経済的課題のアセスメントをしている。（急性期病院での経済的課題の情報、入院前の状況、入院費の支払い状況、利用できる保険給付手続き、退院後の不安、家族構成等）❑ 課題と強みの両方から退院後の生活状況をイメージした支援方針を立てて、チームで共有している。❑ 経済的支援の流れを理解し、障害年金、交通事故の補償、労働災害、日常生活支援事業、成年後見制度等など、退院後にも手続きを行う制度の、申請時期等を含めた情報提供を行っている。また、行政窓口や社会保険窓口などの関係機関への連絡、連携をはかって支援している❑ 単身者など、入院中の家屋や公共料金の支払い状況等を確認し、退院後の生活を想定できるようにしている。❑ 制度的な経済的支援だけではなく、働くことへの希望や生きがいとやりがい、自己肯定感を大切に支援している。

⑥ 適切な医療とリハビリテーションを受ける権利を大切に支援しよう

考え方	<p>回復期リハビリテーション病棟における受診・受療援助には、入院時（前）相談、退院後のリハビリテーションを含む医療の継続、自院のリハビリテーションや治療の計画に対する不安への対応、入院中に必要な医療を受けるための転院援助などが考えられます。本人が適切な医療とリハビリテーションを受ける権利を意識して大切に支援しましょう。</p> <p>入院時（前）相談については、ソーシャルワーカーが関わらない仕組みの場合でも、急性期病院のソーシャルワーカーや地域からの情報がある場合は受診・受療援助に活かしましょう。</p> <p>一定の知識を要する疾患（認知症や、依存症、精神疾患など）の受診・受療援助の理解を深め、必要な時に適切な援助を行えるようにしましょう。</p> <p>限られた入院期間においてチームの方針にソーシャルワーカーのプランが常に採用されるとは限りませんが、より適切な援助を展開するために、受診受療援助についてもソーシャルワーク・アセスメントによる援助プランを立案し、適切な方法で発信し続け、チームアプローチにつなげましょう。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">❑ 必要かつ十分なリハビリテーションを受ける権利を大切に考えて援助している。❑ 入院・受診の障壁となりえる社会的背景のある方に受診・受療援助を行っている。❑ 急性期病院や地域からの情報を、本人の利益となるよう、入院時（前）相談・入院判定に活かしている。❑ 入院時（前）相談にかかわっていない場合は、情報の活用方法の工夫に取り組んでいる。❑ 目標にギャップがある場合や医療に拒否がある場合、心理・社会的背景を丁寧にアセスメントし、チームで共有している。❑ 必要に応じて、他の医療機関受診、退院後の受診・受療、一定の知識を要する疾患（認知症、依存症、精神疾患等）の受診・受療援助を適切に行っている。

⑦ 入院前の生活を理解し、入院時から本人の意向を大切に地域生活の再スタートに向け支援しよう。

回復期リハビリテーション病棟の退院援助は、入院前・入院時から始まります。まずは入院前の生活課題・回復期リハビリテーション病棟入院中に予想される経済的・心理社会的な問題の解決に向け、安心して回復期を過ごすことができるよう支援しましょう。入院中・退院後の生活に向けた多様な生活課題の解決は、本人・家族・キーパーソンが自らの生活について考え、解決する力の向上につながります。

本人・家族・キーパーソンのエンパワメントにあたっては、多職種との共通認識のもと、選択肢を提示し、自己決定を支援するプロセスが大切です。決して「本人・家族・キーパーソンが ○○と言っていたから」だけではなく、障害や生活のしづらさが残存する中での退院援助であることに理解を深め、本人・家族・キーパーソンが根拠をもって方針を決定できるように援助します。退院後のリハビリテーション医療の継続に関する援助も重要な視点です。本人にとって退院はゴールではなく地域生活の再スタートを意味します。本人の意向に沿い目標達成や役割遂行を実現するプランを院外の関係者と共有しましょう。関係諸機関との話し合いの場へ本人の参加を調整するなど、地域の関係者との積極的な連携を支援することも大切です。

- 入院前・入院時から退院後の地域生活を想定した援助を開始している。
- 入院前（過去）、入院中（現在）、退院後（未来）の生活課題についてアセスメントし、退院後の生活への影響を把握している。
- 入院前・入院中の生活課題の解決にも留意し、本人・家族・キーパーソンが主体的に関わることができる力を引き出している。
- 本人・家族・キーパーソンの強みを大切にしながら、退院後の生活イメージが出来る選択肢を明示し、自己決定できるよう支援している。
- 多職種や関係諸機関との話合いの場へ、本人・家族・キーパーソンの参加を調整するなど、関係機関と主体的な関わりが持てるよう取り組んでいる。

⑧ 退院後の生活をモニタリングし、退院後フォローについてチームで取り組もう

考え方	<p>本人・家族・キーパーソンが安心して退院後の生活の一步を踏み出せるように援助することが大切です。本人・家族・キーパーソンにとって退院はゴールではなく、生活の再スタートを意味します。これまでとは同じようにいかない不安を抱えながら退院される本人・家族・キーパーソンに対し、経済状況・復職への道筋・家族関係・社会との繋がり、保健・医療・福祉・介護体制・社会情勢を意識しながら、退院後フォローについてチームで協働しながら関わらしましょう。</p> <p>回復期リハビリテーション病棟のソーシャルワーカーは、病棟専従・専任している事が多く、退院後フォローをどこまで行えるかは課題となっています。しかし、退院後の生活実態を本人・家族・キーパーソン、関係機関から聞き取り、入院中に想定していた生活とずれが生じているようであればチームで再検討し代替プランを提案する事も必要です。入院中の支援を振り返る事で院内のチームアプローチや退院支援における関係機関との連携の質向上にもつながります。</p>
行動指標	<ul style="list-style-type: none">❑ 退院後何かあった時に確実に生活期の「相談援助職」につながっていることを確認している。❑ 退院後の生活実態を把握できる仕組みや体制を個人・部門・組織レベルで整え、退院後にも相談支援が可能であると本人・家族・キーパーソン・支援機関に伝えている。❑ 課題が残った支援について、経緯、原因を院内チームから生活期の支援チームに伝え、解決に向け退院後もサポートする準備ができています。❑ 退院後の生活実態について、入院中に想定していた生活とのずれを把握した際は、院内チームで振り返り、本人・家族・キーパーソン・支援機関にフィードバックしている。❑ ケース毎に退院後フォローの必要性、頻度、期間、方法について、入院中から検討出来る様、チームに働きかけている。（例：ケアマネジャーに退院2週間後にモニタリングする・アンケートを実施する・退院後訪問する、など）

⑨ 復職や復学・社会参加に向けて本人・家族・キーパーソンを含む院内外の協働を図り、未来の生活につなげよう

考え方

ソーシャルワーカーには、退院だけでなく、復職や復学、社会参加など退院後の未来の生活をイメージして支援することが求められます。そのためには将来の生活に向けて本人・家族・キーパーソンと希望や想いを共有し、院内・院外の協働チームで復職や復学、社会参加支援を具体的に進めていくための情報収集や共有を行うことが重要となります。復職や復学に向けては総合的な視点からアセスメントを行い課題を分析をした上で関係機関と連携しながらアプローチをしていくことが必要です。社会参加に向けては本人・家族・キーパーソンの希望や想いを踏まえて多様な可能性に目を向けることがポイントになります。またチームで復職や復学、社会参加に繋がった後のフォローについて役割分担を決めておき、必要時は外来担当のソーシャルワーカーや両立支援コーディネーター、外部の支援機関に引き継ぐなどアフターケア体制を整えておくことも重要です。

行動指標

- ❑ 退院だけでなく、復職や復学、社会参加など、本人・家族・キーパーソンと希望や想いを共有し、退院後の未来の生活をイメージして支援している。
- ❑ 本人・家族・キーパーソンを含めた院内・院外の協働チームで復職や復学、社会参加の支援を具体的に進めていくための情報収集や共有している。（身体能力、本人の意向、家族の協力状況等）
- ❑ 復職や復学に向けて総合的な視点からアセスメントを行い、課題を分析をした上で本人・家族・キーパーソンの心情に配慮しながら職場、学校にアプローチする。（通う方法や時間、建物内の環境等）
- ❑ 社会復帰・社会参加の支援に向けては本人の多様な可能性を検討している。（現職復帰、新規就労、福祉的就労、特別支援学校転校、地域交流、文化芸術、スポーツ、当事者会活動等）
- ❑ 院内・院外の協働チームで復職や復学後、社会参加に繋がった後の役割分担を決めて、必要時は外来担当のソーシャルワーカーや外部の支援者に引き継ぐなどアフターケア体制を整えている。（障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、両立支援コーディネーター等）

⑩ 地域の相談窓口として、最新の社会資源を把握・活用し、多様な関係機関と地域ネットワークを構築しよう

<p>考え方</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟で働くソーシャルワーカーは、個人レベル・組織レベルの連携の推進役として、最新の社会資源等の知識・地域情報を得るよう努めます。知り得た社会資源等の情報は、本人・家族・キーパーソンに対し、理解できる形で提供し意思決定につながるよう援助するほか、組織に対し、地域の情勢やニーズを報告し、地域ニーズに応える組織づくり等に活用します。</p> <p>回復期リハビリテーション病棟では、急性期・生活期双方と良好な関係が構築されていることが大切です。ソーシャルワーカーは本人・家族・キーパーソンからの相談窓口であると同時に、医療・介護・福祉・行政等の多機関・多職種からの相談窓口として機能することが求められます。回復期リハビリテーション病棟の理念や活動を広く地域社会に啓発し、本人の全人間的復権・自己実現に向け多様な機関等と連携関係を構築しましょう。また、回復期リハビリテーション病棟退院後にその人らしく暮らすことを支援するには、既存の支援にとらわれず、時に地域の保健医療福祉機関と連携・協働し、新たな社会資源を開拓することも必要です。退院していく本人・家族だけでなく地域住民にも役立つ仕組みの必要性が明らかな場合は、個人レベル・組織レベルはもとより職能団体等との連携も視野に地域ケアシステムづくりにも働きかける意識を持ちましょう。</p>
<p>行動指標</p>	<ul style="list-style-type: none">❑ 地域住民が来談や電話など相談しやすいソーシャルワーク部門の体制となっている❑ 急性期から生活期に渡る多様な機関（医療・介護・福祉・行政等）の連携窓口として機能し、最新の情報収集している❑ 本人・家族・キーパーソンが入院前・退院後に関わる関係機関と、支援課題を共有し、地域レベルの支援体制、ネットワークづくりを目指して活動している❑ 電話や書面だけの連携だけでなく、ICTの活用やアウトリーチとしての訪問など、地域の社会資源との連携強化に取り組んでいる❑ 回復期リハビリテーション病棟の理念・活動の地域社会への発信や地域ニーズの組織への報告、行政や職能団体等との連携を通し、その人らしい暮らしの実現につながる地域ケアシステムづくりに努めている