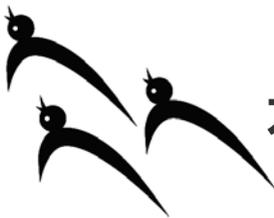


退院促進支援における実践報告

～ 住居支援を中心とした退院促進支援～

平成 18 年 8 月



社会福祉法人巣立ち会

はじめに

社会的入院という言葉が口のにぼり、住む場所のない精神障害者や地域の受け皿の不足が言われ始めてから、既に30年もの月日が流れようとしています。精神保健福祉に携わる人々、そして精神障害者当事者の多くがこの問題になすべもなく途方にくれて時を過ごしてきてしまいました。なぜならば現在では72,000人といわれていますが、当ても入院患者の1/3は退院できるのではないかと言われていたからです。

国が「精神障害者地域生活援助事業」という名の下に、精神障害者のグループホームが制度化されたとき、より居住に近いサービスとして、この社会的入院の解消の一助になるのではと、多くの人々が強い期待を持ちました。1992年に開始されたグループホームの数は現在では1,300ヶ所近く、6,500名近い入居者がいると試算されます。東京都に「精神障害者グループホーム補助事業」という制度が出来たのも1992年です。そしてこの制度が私たち巣立ち会のグループホームの出発でもありました。しかし、残念ながら全国的には社会的入院を解消するほどの数には到底及ばないのが現実です。

こうした中で、障害者自立支援法が制定され、本年4月よりグループホームなど一部の事業で正式に施行されることになりました。この新しい法律の中でも、長期の精神病院在院者の退院促進について触れられており、国の問題意識の深さと努力の痕跡がうかがえます。今回の法律で期待されることは、精神障害が他障害と一本化され、しかもグループホーム等の事業が国の義務的経費となったことです。このことは本当にサービスを必要とする人がいる限り、必要なサービスを増やすことができるようになることを意味します。私たち、精神障害者の支援に携わってきたものにとっては朗報と言えます。私たちのように支援を提供する事業所はこの機会を生かし、もっともっとサービスを充実させていきたいと考えています。

平成17年度、私たちは東京都退院促進支援モデル事業として、その委託を受けました。この度、その事業報告にあわせて、足掛け15年に及ぶ巣立ち会で実施してきた『退院促進』をまとめることとしました。ここに述べられているのは、15年間で私たちが関わってきた超長期の入院経験のある人たちの人生の軌跡です。この人たちの人生から、このような現実が二度と繰り返されないような社会を作っていくことが、私たちの使命ではないかと考えています。

私たちに、事例として自らを提供してくれた人たちと共に、巣立ち会の活動に関わってきてくれた利用者、関係者全員に、心からの感謝を述べさせていただきたいと思います。

平成18年3月 田尾有樹子

目 次

1. 巣立ち会の概要	1
2. 実施地域の概要	4
3. 巣立ち会の退院促進支援	5
4. H17年度東京都精神障害者退院促進支援モデル事業	14
5. 具体的ななかかわり～事例から～	22
地域と主治医からの強力な勧めで退院に至ったケース	22
実母の反対で入院が長期化したケース	28
叔母の強力な反対で入院が長期化したケース	33
就労からの支援で退院に至ったケース	37
家族の反対で生活保護が受けられずに 入院が長期化したケース	40
周囲の予測に反して強い退院希望を持ち続けたケース	43
叔母の同意が得られず入院が長期化したケース	47
6. 事例分析のまとめ	52
7. 参考資料	62
参考資料1 <厚生労働省のモデルとの比較>	62
参考資料2 <巣立ち会退院促進支援事業パンフレット>	63
参考資料3 <巣立ち会の実践イメージ図>	71

1. 巣立ち会の概要

社会福祉法人巣立ち会は、精神障害者を地域の中でサポートするために、1992年に東京都三鷹市で活動を始めた。現在は三鷹市と調布市において、通所施設3ヶ所、住居提供施設7ヶ所を運営し、精神障害者とそのご家族、地域の方々と共に、誰もが安心して地域で生活していくことを目的に活動している。

理念

精神障害者が、地域の中で豊かな人間関係を築き、自尊心や生きがいをもって、安心して自立生活を送ることを支援する。

目的

- ・ 心身の健康の維持・向上
- ・ 安定した住居の確保・提供と維持
- ・ 働く場の確保と継続
- ・ 当事者同士の交流や相互支援的な関係の促進
- ・ 地域社会との支持的・互恵的な関係の構築・維持

運営施設

通所施設 3ヶ所

- ・ 巣立ち風（小規模通所授産施設）
利用者数：28名 平均通所者数：20名
平均年齢：54歳
- ・ 巣立ち工房（小規模通所授産施設）
利用者数：27名 平均通所者数：17名
平均年齢：55歳
- ・ こひつじ舎（共同作業所）
利用者数：48名 平均通所者数：21名
平均年齢：42歳



入所施設 7ヶ所

- ・ 巣立ちホーム（グループホーム）
入居者数：6名 利用延べ人数：15名
1992年6月開設
- ・ 巣立ちホーム三鷹第2（グループホーム）
入居者数：5名 利用延べ人数：5名
2005年10月開設
- ・ 巣立ちホーム調布（グループホーム）
入居者数：5名 利用延べ人数：14名
1996年4月開設
- ・ 巣立ちホーム調布第2（グループホーム）
入居者数：6名 利用延べ人数：11名
1998年7月開設
- ・ 巣立ちホーム調布第3（グループホーム）
入居者数：8名 利用延べ人数：8名
2003年1月開設
- ・ 巣立ちホーム調布第4（無認可グループホーム）
入居者数：6名 利用延べ人数：6名
2005年4月開設
- ・ 巣立ちホーム調布第5（福祉ホーム）
2006年3月開設
2006年3月より随時入居開始



推進事業

- ・ 精神障がい者地域自立支援事業¹を開始（2005年 三鷹市より受託）
「精神障害がい者の地域での自立生活を支援するために、同じ問題や環境を体験した人が、対等な立場で仲間（ピア）として支えあう協働・支援活動「ピア・サポート」を実施し、また長期の社会的入院状態にある精神障がい者の、退院後の日中活動の場や住居など生活基盤確保に関するサポート事業を行う。」ことを目的に始められた事業。

（2005年 市議会定例会提出議案説明記者会見より）

¹ 三鷹市の事業では「障がい」と表記されている。

・ 平成 17 年度精神障害者退院促進支援モデル事業を開始

(2005 年 東京都より受託)

「東京都独自の退院支援と地域ケア体制を確保して、精神障害者の退院促進を図り、モデル事業の実施によりその効果の検証を行う。そして都における最適な退院支援策を構築し、社会的入院患者の解消から社会的入院を予防する体制を整える。」ことを目的に始められた事業。

(2004 年 報道発表資料より)

■ 15 年の沿革

- 1992 年 6 月 ・三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
巣立ち会が誕生
- 1993 年 3 月 ・三鷹市で巣立ち共同作業所の事業を開始
- 4 月 ・巣立ち共同作業所・巣立ちホーム正式認可される
- 1994 年 5 月 ・巣立ち共同作業所・巣立ちホーム 開所式
- 1995 年 10 月 ・三鷹市で巣立ち工房の事業を開始
- 12 月 ・巣立ち共同作業所を現在の場所に移転
- 1996 年 4 月 ・巣立ち工房・巣立ちホーム調布 正式認可される
- 1997 年 5 月 ・巣立ち工房 開所式
- 1998 年 7 月 ・巣立ちホーム調布第 2 正式認可される
- 2000 年 8 月 ・調布市にて「こひつじ舎」事業開始
- 2002 年 10 月 ・巣立ち会 社会福祉法人格を取得
・巣立ち共同作業所が小規模通所授産施設となり、
「巣立ち風」に名称を変更
- 2003 年 1 月 ・巣立ちホーム調布第 3 事業開始
- 10 月 ・巣立ちホーム調布第 3・こひつじ舎が正式に
認可される
- 2004 年 4 月 ・巣立ちホーム調布第 3・こひつじ舎 開所式
- 2005 年 4 月 ・巣立ちホーム調布第 4 事業開始
- 6 月 ・三鷹市より受託し、精神障がい者地域自立支援事
業を開始
- 8 月 ・東京都より受託し、H17 精神障害者退院促進支
援モデル事業を開始
- 10 月 ・巣立ちホーム三鷹第 2 事業開始
- 2006 年 3 月 ・巣立ちホーム調布第 5 事業開始

2. 実施地域の概要

東京都調布市・三鷹市が社会福祉法人巣立ち会の活動拠点である。東京都の人口は 12,612,250 人、総世帯数は 5,934,340 世帯（H18.2）で、H9 年以降の人口は 10 年連続で増加を続けており、過去最大となっている。

調布市は東京都のほぼ中央、多摩地区の南東部に位置し新宿副都心へ 15km の距離にある。総人口は 212,915 人、総世帯数は 103,305 世帯（H18）であり、精神障害者数についてみると、精神障害者保健福祉手帳所持者が 632 人、通院医療費公費負担制度利用者が 1,805 人となっている。（H16）

三鷹市は調布市の北部に位置し、都心へ約 18km の距離にある。総人口は 167,874 人、総世帯数は 80,580 世帯（H18）であり、精神障害者数についてみると、精神障害者保健福祉手帳所持者が 760 人、通院医療費公費負担制度利用者が 2,600 人となっている。（H16）

なお、本地域における社会資源は以下のようにになっている。

精神病院	3	授産施設	8
診療所	7	生活支援センター	1
デイケア	2	共同作業所	1
ナイトケア	1	援護寮	0
福祉ホーム	0	グループホーム	3
精神病院	3	授産施設	5
診療所	7	生活支援センター	1
デイケア	3	共同作業所	5
ナイトケア	3	援護寮	1
福祉ホーム	1	グループホーム	3



（H18.3 現在）

近隣精神病院と病床数

所在地	病院名	病床数
調布市	青木病院	335 床
	吉祥寺病院	340 床
	山田病院	225 床
三鷹市	井之頭病院	659 床
	長谷川病院	538 床
府中市	根岸病院	450 床
小金井市	武蔵野中央病院	190 床
練馬区	慈雲堂内科病院	761 床



3 . 巢立ち会の退院促進支援

目的

精神障害者の社会的入院者は、全国で 72,000 人、東京都でも 5,600 人といわれている。三鷹市で換算しても 260 人、調布市では 200 人という社会的入院者が、1 人でも多く病院を離れられる様に退院促進支援を行い、地域で自立した生活を送ることを可能にするために、通所先やグループホームなどの入所場所を提供し、全面的に支援していく。また、その過程を通して、当事者のエンパワメント及び精神病院内の意識変革を目指している。

支援の概要 ～住居支援を中心に～

巢立ち会の発足当初の理念は「社会的入院者の受け入れ」であった。放置すれば病院の中でその生涯を閉じようとしているような人々に、何とか地域で自立して生きていくチャンスを持って欲しいと願ってのスタートであった。

長期入院者の退院を阻む大きな要因の一つは、「住む場所がない」ことである。病状は安定しているにもかかわらず、家族が引き取れない、保証人がいない、などで単身退院ができず、病院にとどまっていた人たちを地域に受け入れるには、「居住場所」が必要であった。そのため巢立ち会では退院支援を効率よく確実に行うために、住居のない長期入院者には、必ず住居提供までを行うという方針で退院支援をしてきた。

そして、徹底して地域の不動産屋や地主などとの協働関係を作ることに尽力してきた結果、1992 年には東京都三鷹市で地域の理解者と出会い、最初のグループホームを開設することができた。その後も、幸いにも多くの理解者を得ることができ、1996 年には調布市に 2 ケ所目を、1998 年に 3 ケ所目、2003 年に 4 ケ所目、2005 年には調布市に 5 ケ所目、三鷹市に 6 ケ所目のグループホームを、そして 2006 年 3 月には調布市に 7 ヲ所目となる福祉ホームを立ち上げている。またグループホームや福祉ホーム以外にも、民間アパートへの居住支援も行ってきた。現在 7 ケ所の居住サービスのほか、2 ケ所の小規模通所授産施設と 1 ケ所の共同作業所を運営している。

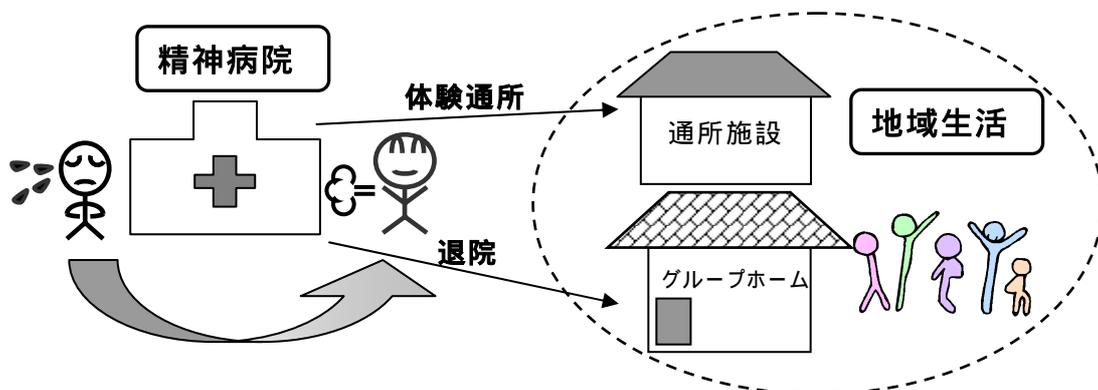
退院促進から住居支援までの具体的な流れは、次の通りである。

まず、対象者と個別面接を行い退院への意思確認を行う。必要があれば家族とも個別面接を行い、関係を築きながら退院支援計画の相談・調整を行っていく。対象者に少しでも退院意欲が芽生えた時には、迅速に当会通所施設への通所につなげ、退院訓練として入院中から通所してもらう。退院訓練から退院までの平均通所月数は7ヶ月である。入院中から通所することで、対象者はこれまで全くイメージができなかった「地域生活」を体験することができるし、地域に仲間を得ることで自立生活への不安を解消し、自信をつけることができる。また、支援者側も病院との連絡調整が必要不可欠になるため、関係機関との密な連携の中で対象者をより深く理解することができるのである。

通所が安定してより具体的に退院の予定が出てくると、当会のグループホームや民間事業者、家主などの資源を活用し、対象者にとって最適な住居を探し始める。住居が見つかり、そして退院が決まれば、対象者と共に退院準備を行い、地域生活に向けて必要な様々な支援を行う。退院後すぐに単身生活を送ることが不安な対象者には、近隣の援護寮と連携して、外泊訓練を行うこともできる。

ほとんどの対象者は退院後も継続して当会の通所施設に通うため、支援は継続される。支援の期限は設けずに、入院中から関わってきた同じ仲間・職員が細やかな見守りで生活支援を行い続ける。地域生活で生じてくる様々な不安を共に解決していくことで、より一層安定した生活を維持していけるのである。

退院後に行う具体的な支援内容には、各種社会的手続き、関係機関との連絡調整、外出支援、ゴミ出しや炊事などのADL支援、服薬管理、健康管理、金銭管理、対人関係の相談、などがある。



対象者の概要と支援結果

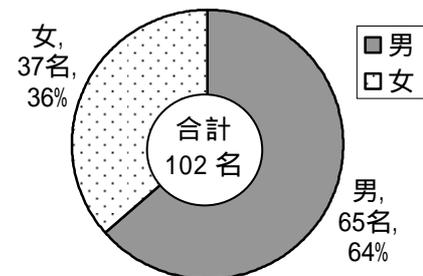
巢立ち会は1992年の開設から現在までの15年間、社会的入院解消のために長期入院者の退院支援を積極的に行ってきた。当事者が退院して来るのを単に地域で待ち受けるのではなく、地域から入院中の本人や病院に積極的に働きかける事によって、多くの長期入院者の退院を実現してきたのが当会の活動の特色である。この15年間で当会から退院支援を受け退院した対象者は102名で、これまで当会を利用した延べ利用者224名(入院中の通所者24名を含む)の半数近くを占めている。この102名の概要は以下のとおりである。(H18.3月末現在)

1) 性別

支援対象者の性別は、男性が65名(64%)、女性は37名(36%)であった。(図1)

これに対し全国の入院患者の男女比は男性が約53.8%、女性が約46.2%で(厚生労働省平成14年患者調査より)、全国平均に比べ当会の退院支援対象者は男性の割合が高い傾向にある。

図1 男女比

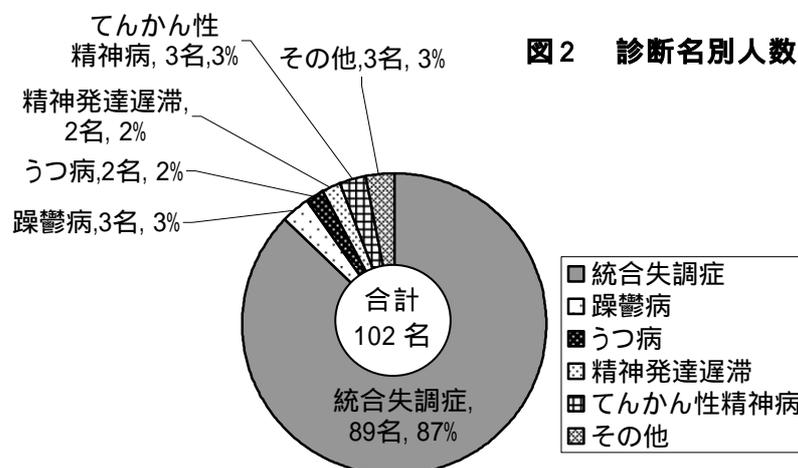


2) 診断名

診断名は「統合失調症」が89名(87%)と最も多く、続いて「躁鬱病」が3名(3%)、「てんかん性精神病」3名(3%)となっている。(図2)

同患者調査によると、わが国の精神病院推計入院患者数における統合失調症は66%となっており、当会対象者は一般的な比率よりも統合失調症が極めて多いといえる。

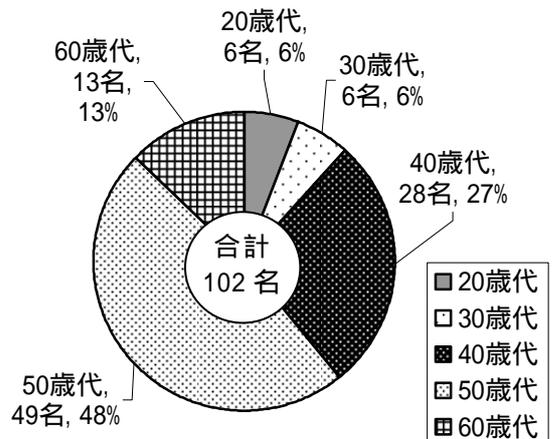
図2 診断名別人数



3) 年齢

年齢は、利用開始時において「50歳代」が49名(48%)と最も多く、次いで「40歳代」が28名(27%)、「60歳代」が13名(13%)となっている。(図3)また、年齢幅は最年少25歳から最高齢69歳までで、平均は50歳である。

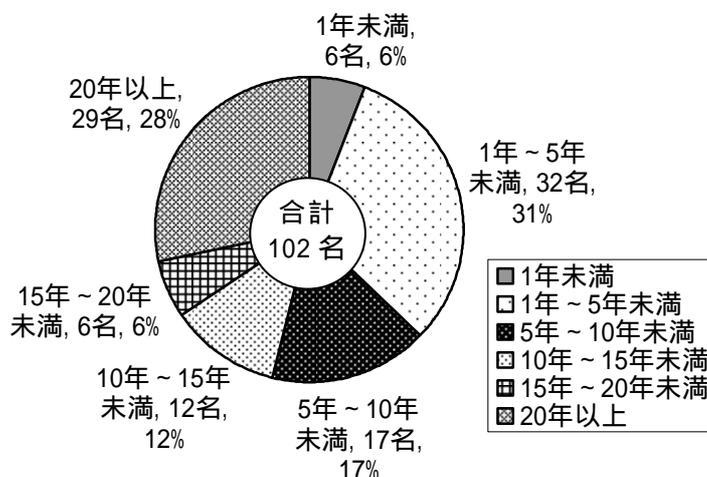
図3 利用開始時の年齢階層



4) 入院日数

入院日数は平均在院日数が4,450日(約12年3ヶ月)で、最も長い入院歴の人が15,390日(約42年2ヶ月)、また男女別では男性の平均在院日数が4,635日、女性が4,149日であった。前述の患者調査における退院患者平均在院日数では、男性526.8日、女性385.8日であるので、当会対象者はこれらの8.8倍と10.8倍にあたり、全国平均と比べ男女共に極めて長期の入院者が多い事が分かる。また、総入院期間では、「1年～5年未満」が32名(31%)と最も多く、続いて「20年以上」が29名(28%)、「5年～10年未満」が17名(17%)、「10年～15年未満」が12名(12%)、「15年～20年未満」が6名(6%)、「1年未満」が6名(6%)であった。(図4)

図4 総入院期間

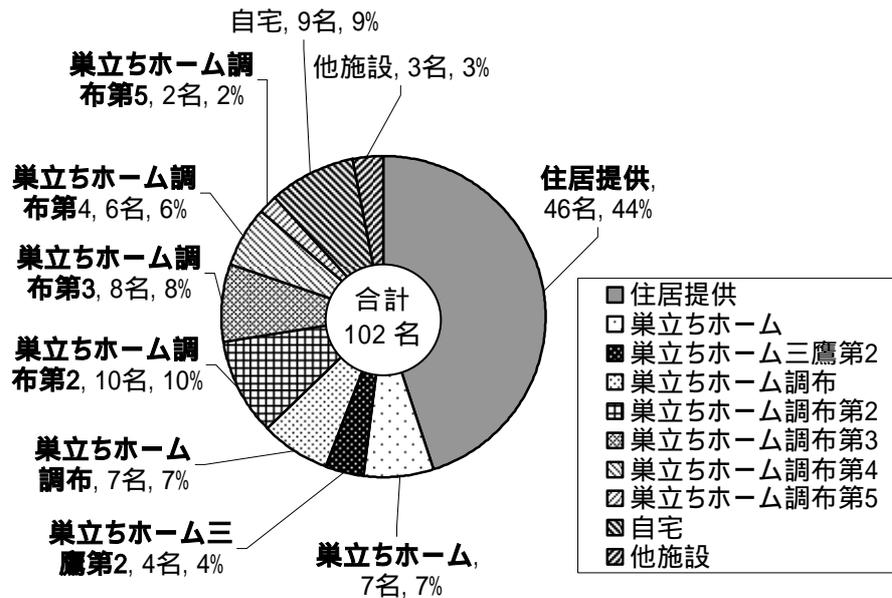


5) 居住先

退院後の居住先は、「住居提供」(当会の斡旋した一般アパート等)が最も多く46名(44%)、次いで当会のグループホームが44名(44%)、自宅9名(9%)、他施設が3名(3%)だった。(図5)

グループホームと住居提供を加えると90名(88%)となり、退院した利用者のほとんどが当会から何らかの住居支援を受けている事がわかる。

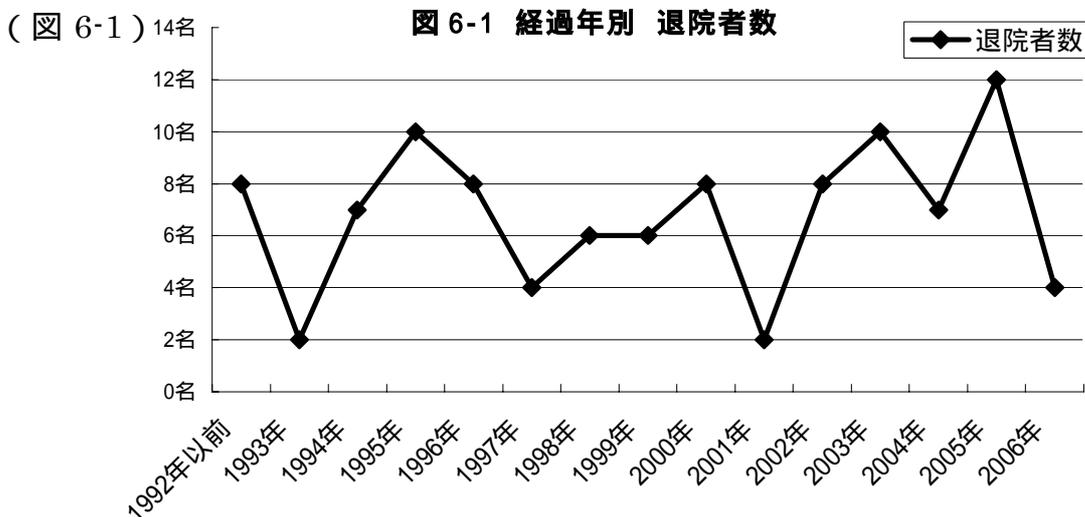
図5 住居支援者の居住先



また、これらに加えて、H18年4月より巢立ちホーム調布第5(福祉ホーム)を開設したため、現在入居している2名に加えて、更に11名の住居支援者が加わることになる予定である。

6) 経過年別の退院者数と平均在院日数

次に、当会が活動を開始した1992年から現在までにおける、対象者の退院者数と平均在院日数の推移を分析した。退院者数の推移は次の様になった。

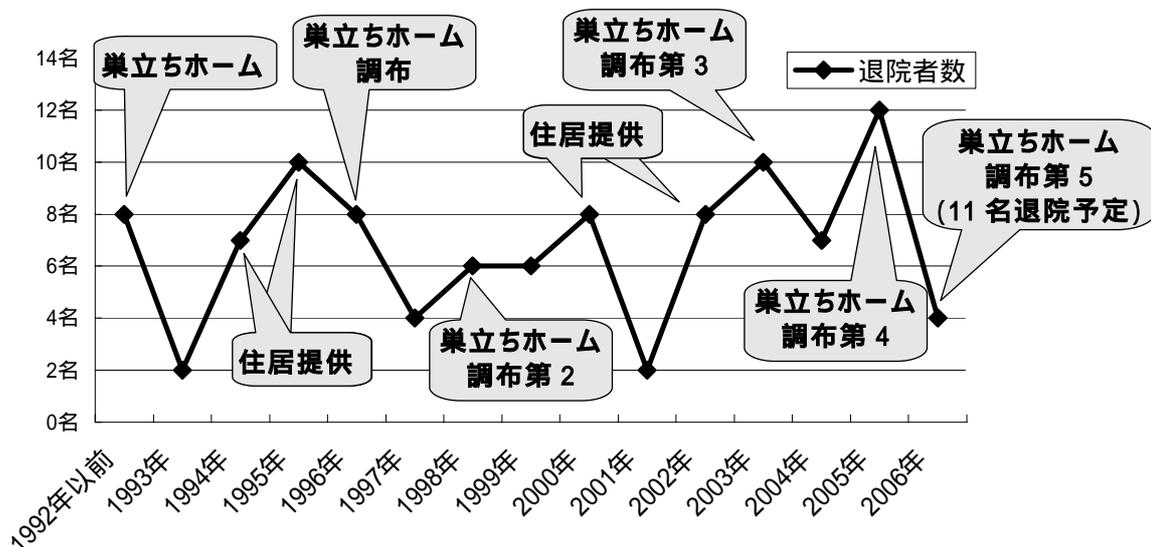


退院者数は、1992年の開始時に「8名」、1993～1995年にかけては2名7名10名と増加し、1997年に減少するが1998年には再び増加傾向にある。そして、2001年には再び減少するものの、2002年には8名、2003年には10名、2005年には12名、と増加している。更に2006年3月末現在では、巣立ちホーム調布第5（福祉ホーム）の開設により、11名が退院予定となっているため、退院者数の増加が更に見込まれている。

これら退院者数推移の要因であるが、それは当会のグループホーム開設数と住居提供数に一因があると考えている。

図6-1に、当会グループホーム開設年、住居提供時期を加えると次のようになる。（図6-2）

図6-2 退院者推移と居住施設開設時期



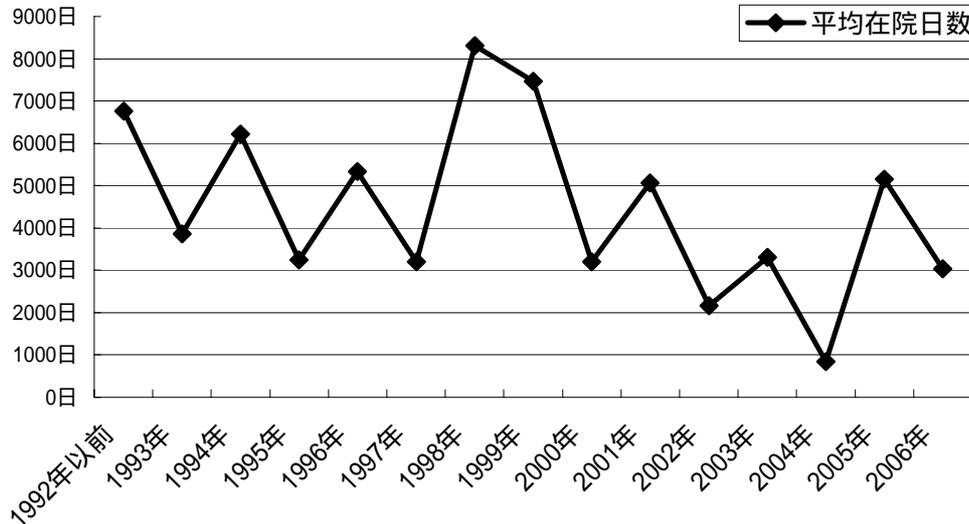
上図を見ると、グループホームを開設し、民間アパート等への住居提供を行うことができた年には退院者が増加している。逆に、グループホームが開設できず、住居提供も出来なかった年には退院者が減少している。

これは、退院希望者に対して地域の受け皿が「ある」か「ない」という事が、対象者の退院に大きく影響しているということを示しており、退院促進支援における「住居」の重要性を示唆する結果となっている。

このように、長期入院者の退院と住居には大きな関連があると考えられることから、住宅確保の問題を積極的に検討していくことが望まれる。

次に対象者における退院時の経過年別平均在院日数を見てみると、経過年による大きな特徴は見られなかったが、近年の対象者における平均在院日数の減少が窺えた。(図7)

図7 各年別 退院時の平均在院日数



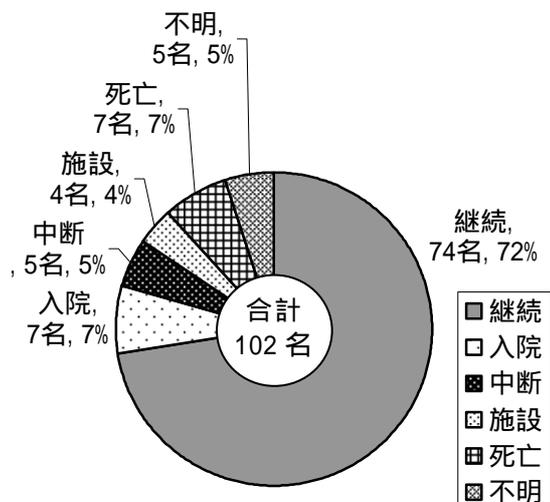
7) 現在の状況

対象者 102 名の現在の状況であるが、当会のサービス利用を「継続」している人が 74 名(72%)、再「入院」した人が 7 名(7%)、「中断」が 5 名(5%)、「施設」へ転居した人が 4 名(4%)、「死亡」が 7 名(7%)となっている。(図8)

当会のサービス利用を「継続」している 74 名(72%)のうち、62 名が現在も住居提供サービスを利用している。残りの 12 名は、自宅、或いは他施設に住みながら通所施設のみを利用している人であり、それぞれ 7 名と 5 名である。

「入院」した 7 名(7%)については、病状悪化の人が 3 名、事故を起こした人が 3 名、高齢による人が 1 名いた。病状悪化の 3 名は、病状が落ち着けば退院できる可能性が高いため、早期退院が望まれる。

図8 対象者の現在の状況

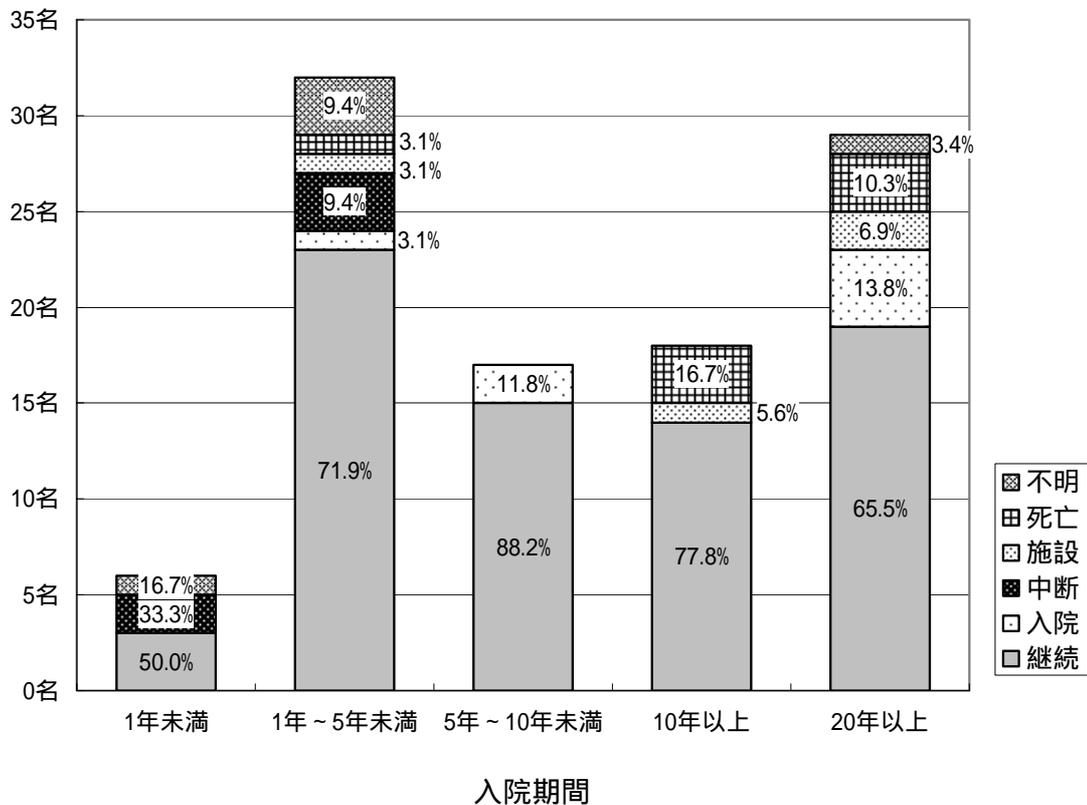


また事故を起こした 3 名については、地域との関係調整が必要なため、現在対応を検討中である。

「死亡」した 7 名（7%）は、5 名が病院での病死、2 名が自宅での突然死である。

次に、対象者の現在の状況を入院期間別（「1 年未満」「1 年～5 年未満」「5 年～10 年未満」「10 年以上」「20 年以上」）に分析した。（図 9）

図 9 入院期間別 対象者の現在の状況



入院期間が 1 年未満の対象者では、「継続」が 3 名（50%）、「中断」が 2 名（33.3%）、「不明」が 1 名（16.7%）である。

1 年～5 年未満の対象者では、「継続」が 23 名（71.9%）、「入院」が 1 名（3.1%）、「中断」が 3 名（9.4%）、「施設」が 1 名（3.1%）、「死亡」が 1 名（3.1%）、「不明」が 3 名（9.4%）である。

5 年～10 年未満の対象者では、「継続」が 15 名（88.2%）、「入院」が 2 名（11.8%）である。

10年以上の対象者では、「継続」が14名(77.8%)、「施設」が1名(5.6%)、「死亡」が3名(16.7%)である。

最後に、20年以上の対象者では、「継続」が19名(65.5%)、「入院」が4名(13.8%)、「施設」が2名(6.9%)、「死亡」が3名(1.3%)、「不明」が1名(3.4%)となっている。

どの入院期間であっても、対象者の入院期間と「継続」率は必ずしも比例していない。また、10年以上や20年以上という長期の入院を経験している対象者であっても、「継続」率はそれぞれ78%、66%と高い比率となっている。

この結果から言えることは、長期入院者であっても、支援が行き届けば地域生活を継続することができる、ということである。

実際に、20年以上の入院期間の対象者で「継続」している19名のほとんどは、現在も当会通所施設に通いながら仕事に励み、余暇を楽しみ、仲間と共に安定した地域生活を送っている。長期入院者であっても、たとえ症状が重篤であっても、「住居」と「支え合える仲間」とちょっとした「支援の手」があれば、地域で安心をして生きがいをもって生活することができるのである。

4．H17年度 東京都精神障害者退院促進支援モデル事業

1．事業目的

精神病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件を整えば退院可能である者の退院を、地域における退院促進コーディネーターやサポーターが、精神障害者の安定した地域生活の実現を支援し促進する。

2．実施内容

1. コーディネーターによる支援

a) アウトリーチ

退院促進事業における重要なプロセスとして、外部機関に対する働きかけを積極的に行った。近隣病院すべてに働きかけ、長期入院者にスタッフが病院へ直接面接に行ったり、地域生活サポーターからのメッセージを届けたりして、本人たちの気持ちが地域に向くように働きかけを行った。コーディネーターによるアウトリーチは、主に啓発活動・利用対象者面接である。

< 啓発活動 >

協力病院や地域関係施設へコーディネーターが訪問し、当モデル事業の説明を行なうとともに協力依頼をし、地域生活支援活動に対する理解を求めた。特に病院内に退院促進の支持者を増やすべく、看護師やケースワーカー、OTなどにプレゼンテーションを行なった。

09月 8日・・薫風会山田病院院長訪問

09月 30日・・吉祥寺病院ケースワーカー訪問

09月 30日・・研精会山田病院院長訪問

12月 1日・・多摩府中保健所保健師訪問

12月 9日・・斉藤病院訪問

02月 15日・・根岸病院ケースワーカー、OT訪問

< 利用対象者面接 >

病院関係者の協力のもと、退院を考える入院者にコーディネーターが面接し、具体的に支援方法を相談、支援計画をたてた。コーディネ

c) 退院訓練

退院訓練とは、退院して地域生活を送ることを目標に、入院先の病院から通所施設に通うことである。入院先から通うことで、交通機関を使ったり、店で買い物をしたり、仲間と一緒に作業をしたりと、退院後を想定した生活を体験することができる。退院訓練の平均通所期間は7ヶ月だが、その間に入院者はこれまでに体験することができなかった「地域生活」を体験し、地域に仲間を得ることで自立生活への自信をつけていく。その中で起こってくる人間関係の悩みや、社会に出ていく不安や戸惑いなどを、随時コーディネーターがフォローし、地域で生活するための準備を支援した。また入院者を退院に繋げるためにも、病院との連絡調整は特に留意して行った。

d) 住居支援

通所が安定し、より具体的に退院の予定が立てば、コーディネーターが入院者にとって最適な住居を探し始める。本人、家族、関係者と相談しながら、場所や入居時期を考慮して本人に合った住居を探した。その際には当会のグループホームはもちろん、地域の民間事業者や家主などとも頻繁に連絡を取り、空き部屋の情報やアパートを建ててくれるという様な情報には迅速に対応して、いつでも住む場所が提供できる様な状況を作る努力をしてきた。

また、退院後の一人暮らしに不安を感じる対象者には、近隣の援護寮を利用してもらい、個々の状況やペースに合った支援を行った。

e) 退院準備

退院が具体的に決まった対象者には、退院後の新しい住居とその環境に慣れてもらうために、外泊訓練を行った。外泊時には夕食会への参加を促し、入居後の生活がイメージしやすいものとなるよう心がけた。

また、今後の生活を踏まえた服薬管理、食費などを含めた金銭管理などの相談にも乗り、助言を行った。退院が近づいてきたら、各種公的手続きに関する説明や同行を行った。

f) アフターケア

退院して病院から地域へ移行しても、通所環境や住居環境は変わることなく、退院訓練から関わってきたコーディネーターが支援を継続している。

2. 地域生活サポーターによる支援

a) 出張講演

出張講演とは、アウトリーチ段階における地域生活サポーターによる活動の1つである。協力病院や家族会、関係機関を地域生活サポーターがコーディネーターと共に訪問し、退院して地域で生活することを語ることで入院者や医療従事者、関係者が地域生活のイメージをもてるように働きかけた。特に協力病院には、OTなどのプログラムに出張講演を組み込んでもらい、継続的な働きかけができるようにした。また講演のみではなく、実際に講演にきた地域生活サポーターが通所施設で活動している様子を見る見学会も行なった。

- ・ 長谷川病院 (OT グループ): 計9回 (8月22日、9月22日、10月24日、10月25日、11月30日、12月6日、12月19日、2月7日、3月28日)
- ・ 武蔵野中央病院 (OT グループ): 計8回 (6月6日、6月20日、7月25日、8月22日、9月30日、10月21日、11月18日、3月1日)
- ・ 施設見学会 : 計6回 (7月6日、8月10日、11月8日、11月9日、12月9日、3月28日)
- ・ 西多摩地区病院看護師研修: 1回 (2月17日)
- ・ 井之頭病院: 1回 (2月21日)
- ・ 研精会山田病院: 1回 (2月23日)
- ・ 精神科作業療法協会研修会: 1回 (3月4日)
- ・ 東京つくし会(家族会): 1回 (3月25日)
- ・ かささぎ会(調布家族会): 1回 (9月12日)

b) ピア・サポート

退院訓練からアフターケアまでの全ての過程において、地域生活サポーターは入院者を支えていた。例えば、入院者と同じ病院の地域生活サポーターが、通勤に不安を感じる入院者に付き添ったり、作業場では仕事を丁寧に教えたり、昼休みを一緒に楽しく過ごしたりと、入院者の不安を解消する役割を担っていた。外泊時やアフターケアの過程では、同じグループホームや近くに住む地域生活サポーターが、生活の知恵や情報を助言し、安心感を与えていた。

また地域生活サポーター自身も、徐々に人に自分の考えや生活のこと

などを伝えることで自信を回復し、自分たちの役割を自覚するようになっていた。

3. 地域生活支援に関する会議等の開催
 - a) 調布地域精神保健福祉ネットワーク連絡会 (1回)
 - b) 調布市精神保健福祉を考える会 (1回)
 - c) 実務関係者会議 (4回)
 - d) 地域生活ケア会議 (ケースごとに随時)

■ 3 . 関係機関

1. 協力病院
 - a) 長谷川病院(三鷹市)
 - b) 吉祥寺病院(調布市)
 - c) 武蔵野中央病院(三鷹市)
 - d) 根岸病院(府中市)
 - e) 井之頭病院(三鷹市)
 - f) 山田病院(調布市)
2. 行政機関
 - a) 東京都
 - b) 調布市福祉部障害福祉課
 - c) 多摩府中保健所
 - d) 多摩総合精神保健福祉センター
3. 地域生活支援センター

希望が丘

4 . 結果

- ・ 退院者：17 名
 （うち 2 名は平成 16 年度退院者の再入院、再退院・1 名は他県への退院）
 → 男性 13 名、女性 4 名
 - ・ 平均年齢：48.8 歳
 - ・ 平均入院日数：10.3 年
 - ・ 退院先：

グループホーム	6 名
福祉ホーム	2 名
共同住居	3 名
援護寮	3 名
自宅	3 名
- ・ 継続利用対象者：23 名
- ・ 中断者：1 名

5 . まとめ

< 成果として >

1. 当事者の変化

協力病院を中心にこの 1 年、地域生活サポーターが病院を訪れ、自分の体験談を語り、退院を呼びかける出張講演活動を行ってきた。また、コーディネーターが病院へ行き、インタビューを行ったり、活動説明をしたりしながら入院者に「地域で待っているよ」というサインを送り続けてきた。直接顔をあわせて関係を築いていくことで、「この人たちのいるところなら・・・」と退院を躊躇していた人たちが通所し始めたケースは少なくない。こうした当事者の変化は、地域生活をイメージできるように、出張講演などで働きかけてきた成果といえる。また、同じ病院内での入院者同士の情報交換などもみられ、それが結果的に通所に結びつくといった波及効果も評価できると考える。

2. 関係者の変化

退院促進事業を行う中で、病院関係者と連携が図られ、下記のような変化が関係者に見られた。

病院関係者

継続して病院に出向く活動を行ったことにより、病院関係者の意識に変

化がみられるようになり、病院関係者が地域の資源や地域活動に関心をもつようになった。また、看護師やワーカー、作業療法士などの職員が、医師への働きかけを積極的に行う姿も見られるようになり、医師にも地域資源の理解を深めてもらうことで、入院者の早期退院に繋がった。

病院関係者が安心して入院患者を送り出せる地域スタッフを見つけ、地域活動への理解を深めたことで、退院を躊躇する入院者の背中への押し方を変える機動力となったのである。

私たちの変化

これまでも入院者の通所は受け入れてきたが、本事業と共に病院関係者の地域活動への理解が深まり、連携が強化されたことによって、より多くの入院者を受け入れることができた。その結果、通所者同士の交流、入院者と地域生活サポーター、コーディネーターとの交流が促進され、施設の活発化や意識変化に繋がっていった。また、入院中から入院者に関わっていくことで、その人の経済基盤、家族関係、抱える不安などを明確に理解することができ、退院後の課題がより把握しやすくなっていった。

地域から病院への働きかけでは、病院にはまだまだ「退院したい」と願っている入院者がいること、病院関係者の抱える「押し出すこと」への不安など、現場の声を肌で感じ、すぐに拾えるようになった。

更には、アウトリーチ段階を中心に、これまで受動的であった地域生活サポーターも積極的に外に向けて働きかけるようになり、当事者の力を改めて実感することができた。退院促進支援事業に限らず、他の様々な活動においても当事者に参加してもらうようになったことで、職員との協働関係をこれまで以上に築くことができた。

< 今後の課題として >

1. 退院促進事業の基盤整備

この1年間の取り組みで、計17名の退院者を出すことができたが、そのうち11名はこのモデル事業が始まる平成17年4月以前から巣立ち会の通所施設に通所開始をされ、スタッフとの関係を築いてきた人たちである。この事業の利用対象者の平均通所時間が7ヶ月24日という数字からみても、1人が退院して地域で安定した生活をおくるようになるには、現行の期限付きの退院促進事業では不十分であると思われる。この事業の継続性が保証され、事業に専従するスタッフの雇用やノウハ

ウの蓄積が進むような基盤作りが必要だろう。7万2千人の社会的入院の解消という大きな目標を達成するためには、今後この事業に参入したいと願う事業主体が、継続的に事業運営できる制度的枠組みが求められる。

2. 対象者、病院の経済的負担

退院準備期間として通所訓練を行ったが、入院中からの通所には交通費の助成がなく、食費も対象者の自己負担となるのが現状である。そのため、対象者の経済的負担が大きく、それを理由に通所が続かなかつたり、病院が通所の後押しを躊躇したりする場合が多い。対象者の負担がなく、入院中でも通いやすい助成制度が確立されれば、よりスムーズに退院促進が行われるであろう。また、病院にも点数加算といった「押し出す力」の努力を評価するような制度があると、より病院側の意識を高めることになるだろう。

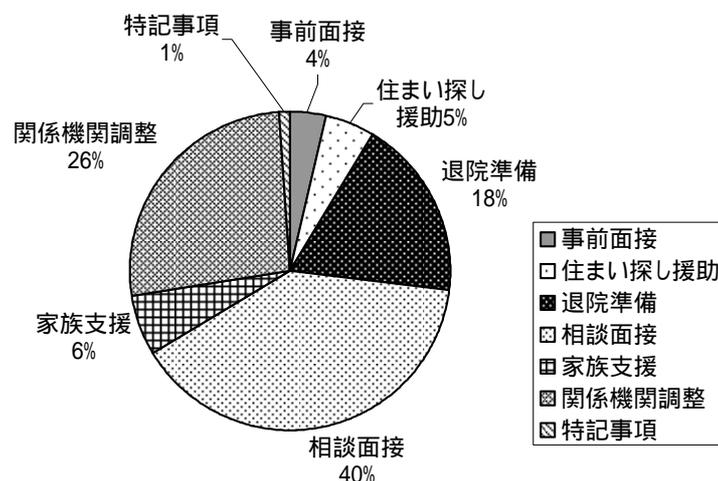
3. 住宅資源の整備と支援の持続

退院促進と住居支援とは常にリンクしており、住宅資源の整備は大きな課題である。精神障害者が一般アパートの賃貸を得ることは偏見、保証人制度など様々な理由により厳しい状況にある。そのなかで住居を確保していくにはグループホームの充実はもちろんだが、居住サポートや地域活動支援といった住宅支援を、システム的に行う必要性がある。

更に、現状では住宅は確保できても居住者を支援する人的資源が限られているため、退院後、十分なサポートができなかつたり、限られた支援者に過度の負担がかかっている。住宅供給とそれに関わる支援者へのサポートシステムの確立が望まれる。

参考資料

図1 退院までの支援総時間の内訳



5 . 具体的ななかかわり ~ 事例から ~

■ 事例 A ■

< 地域と主治医からの強力な勧めで退院に至ったケース >

. 事例概要

1 . 事例紹介

- (1) 属性 女性・69 歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 都内 H 区にて姉、兄、第 3 子次女として出生。高校中退後、姉のところまで世話になりながら製薬会社に就職。2~3 ヶ月してから仕事中、集中できないことが多くなり解雇されてしまう。昭和 33 年に空笑、独語が出現し、家の窓ガラスを割っていたところを隣人が警察に通報し、X 病院に入院となる。
- (4) 家族状況 両親、姉、兄とも既に亡くなっているが姉の夫である義兄が気にかけてくれ保証人になってくれた。
- (5) 経済状況 障害基礎年金 1 級、就労収入が月に平均 45,000 円、貯金もかなりあるため生活には困らない。
- (6) 入院期間 37 年 2 カ月

2 . 退院のきっかけと経過

入院中は特に大きな問題もなくおとなしく過ごす。まじめな性格で外勤（清掃の仕事）も続いており、病院のスタッフから何度も退院の話を持ちかけるも、本人は入院継続を強く希望していた。（働いているし、おいしいご飯は出てくるし、夜も良く眠れるし、時々あるレクも楽しいのでこのままがいい、と本人談）

病院内精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）が社会資源を把握し、病院からさほど遠くない場所にグループホーム（以下、GH）ができるとの情報を得て、本人に対し影響力のある主治医へ働きかける。本人に対し主治医から GH の特徴（仲間がいる。職員がいる等）を説明してもらい、後押しをしてもらう。その後 GH の部屋を見学すると、きれいなアパートで通勤にも便が良いと気に入って退院の準備をすることとなる。準備に関しては PSW が相談にのってくれた。

平成 8 年 4 月より GH に入居。訪問を中心に日常生活での相談援助をしていきながら、作業所通所している他のメンバーとも交流できるような声かけを心掛けていった。

3. 退院後の生活

週 6 日清掃の仕事をして生活している。入院中から同じ職場で 3 年目にもなるので仕事は慣れている。新しい環境での生活も問題なく過ごす。単身生活に伴う役所の手続き等は、相談を受けるものの説明をすると自分で行き、生活力もかなりあった。二度と病院には戻りたくはないという本人の強い意志、病気の受容、薬の必要性の自覚、困ったときに自ら相談できる力などが地域生活を支えているが、こうした力は地域の中でこそ育ってきたようにも思う。

GH 入所 6 年目、同じ GH の 2 人が卒業をし、地域でのアパート暮らしをするようになり、そろそろ自分もと思っていたこともあり、世話人が卒業を勧めたところ本人も希望した（この時には自分も単身生活にも自信がついていたので不安はなかった、と本人談）。作業所の近くのアパートを巢立ち会スタッフが探し、スムーズに引越しをして新しい環境での生活を送ることとなる。

アパートでの生活も問題なく過ごす。ただし、いつでも相談にのるという姿勢をスタッフ側は常に持ち続け、仕事の件や人間関係について、役所の手続きや家の電化製品のことなど相談にはのっていった。困った時に相談できる体制があれば大きな問題もなく地域生活を送った。その後、アパート生活中に仕事を辞め、作業所通所となる。

65 歳になると今後のことを考え、養護老人ホームの申し込みをしたいと本人から希望があり、申請をし、約 2 年後養護老人ホーム入所が決定する。現在は市内にある養護老人ホームから自分の体調に合わせ、作業所に通いながら生活をしている。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけについて

PSW の情報提供に加え、主治医からの強い勧めもあり退院をする気になっていった。また、この時勧められた地域資源が、本人にとって魅力あるもの（きれいで職場に近いアパート）であった事が退院意欲を高めた。

(2) 退院するまでの意識の変化

「平成 8 年、あの時主治医からかなり強く退院を勧められ思い切って退院して本当に良かった。一回地域に出てみると、もう二度と病院へは戻りたくない。」この言葉は、退院後の生活を振り返った時に本人からいつもでるセリ

フである。37年もの長い間、病院で生活していくとその中での楽しみ、自由を探し自分を納得させ、退院の意欲はなくなってしまうようだ。地域に退院、といっても具体的なイメージがつくわけでもなく、慣れた環境の中で暮らし続ける気安さも加わり、長期入院となってしまったようだ。そんな本人にはかなり強い声かけが必要だったし、すぐに見学、外泊、入居ができる具体的な物件のある時に、タイムリーな働きかけをしたのがポイントだったようだ。このGHに住み、そこから職場に行き、仲間と夕食会に参加する等具体的なイメージをしやすいのが、本人の強い気持ちにつながっていった。

(3) 退院後の生活のポイント

長期入院だったこともあり、全くの単身生活よりも、仲間がいて職員が相談にのる体制のある中間施設が本人の安心感につながり、結果的にも次のステップに自信をもって進めることとなった。また、一般のアパートへ移ることがスムーズにできたことは、GHを卒業した仲間の存在も大きい。彼らが良いモデルとなり、自分もできる、という意欲が湧いてきたことも大きかったようだ。現在では、自分の入院から退院までの生活の様子や思いを入院中の患者さんや家族会の方々、地域の方の前で話をするまでになり、安定した生活を送っている。59歳からの地域での生活となったが、自分の人生を自分で考え、自分で選択し、そんな当たり前前のことをしながら豊かに生きているようだ。

2. 医療機関の取り組み

退院時は今から10年前のため、まだまだ医療側の退院支援の体制はシステムとして構築されていなかった。そのためPSW個人の力量によるところが大きかったのが正直なところである。社会資源に敏感で、患者さんの病状、課題を日頃から把握しタイミングを逃さず働きかけるPSWの動きがあったのがポイントだったようだ。また、本人に一番影響力が強い人物である医師に働きかけ、後押しをしてもらったのも大切なことだった。

また、GH開設当初から、病院が訪問看護をしてくれたことはとても重要だった。入居者は慣れた顔ぶれを見てほっとしたり、新たに顔見知りになった人に相談ができたり、雑談に花が咲いたりして、入院中の患者と病院スタッフという枠を離れてからも良い関係を継続出来た。

たった一度だが、本人が珍しく会話のまとまりがなく質問に答えられないことがあった。世話人と共に訪問看護スタッフが訪問したところ、体調を崩し 3

日間ほど食べられず、薬も飲めていなかったことがわかり、連絡を受けた主治医からの服薬の指示により大事に至らなかったことがあった。世話人も医療スタッフから医療的な視点を教えてもらったり、判断に迷う時に相談にのってもらったり、何かと力になってもらっていた。

訪問看護スタッフの中には、看護師だけでなく、作業療法士（以下、OT）、PSW と多職種の人たちが関わってくれていた。病院スタッフにとっては、GHの訪問看護を通して、長期入院者だった人でも支援を受けながらたくましく地域で生活できる実態を見られたことは、良いモデルとなったようだった。どうしても病院スタッフは院内だけで完結してしまいがちで、退院後の元気な元患者さんたちの姿を見るチャンスが少なかった。定期的な訪問看護で見守る元患者さんたちの成長ぶりや回復のプロセスは、病院スタッフとしても励みとなり、「あの患者さんも退院できるかも」と、前向きな援助につながっていったように思う。

長期入院者が徐々に退院し出すにつれ、地域生活のために入院中からやっておいた方がよいことを、OT やデイケアのプログラムに取り入れだしたり（地域の資源を知る、活用する、服薬管理、病気の理解、等）、退院後の生活の援助をどのようにコーディネートしていくかのカンファレンスを開いたり、以前に比べると退院に向けてのメニューが整ってきているようだ。

3. 施設の取り組み

(1) 週2回の夕食会

仕事中心の生活のため、夕食会がとても良い相談の場になっていた。また、メンバー同志の交流にも大きな意味を持ち、お互いに情報交換したり生活の知恵をアドバイスしたりと、単身生活を豊かにするのにも大切な場となっていた。

(2) 訪問

重要な相談は訪問で聞いたり、生活で困った事などは一緒に考えたり、工夫したりした。電化製品の使い方の説明や生活用品のアドバイスもしていった。

(3) 同行

役所関係の手続きや、精神科・内科の同行受診（生活習慣病があるため）、買い物の同行など本人から希望があった時のみ行っていった。

(4) 行事

地域ならではの町内会のお祭りに参加したり、夜の花火大会を満喫したり、近所のお店で外食をしたりと、一人ではなかなかできないことを GH の行事として取り組んだ。

上記のことを中心に、必要なときに適宜支援をしていった。年数を重ねるごとに見守りの支援が多くなり、本人だけでなく世話人も、GH を卒業し地域でのアパート生活に対して自信を持つことができた。本人希望の条件(通勤に便利、風呂付)のアパート探し、保証人との連絡調整、引越しに関する準備、転居に伴う手続き等相談にのりながら移行ができた。ただし、GH の職員は一人現場なため、巢立ち会として他の職員がフォローすることも必要であり、訪問看護、PSW との連携も不可欠なものであった。

4. コーディネーターの役割

当事例については PSW がコーディネートを行った。社会資源に敏感で、病棟にいる患者さんの病状、課題を日頃から把握しタイミングを逃さず働きかけをしていく PSW の動きがあったのがポイントだったようだ。また、本人に一番影響力が強い人物(主治医)に働きかけ、後押しをしてもらったのも大切なことだった。

5. ピアサポーターの役割

GH という構成上 GH メンバーとは地域の様々な情報交換をしたり、余暇を楽しんだり、具合の悪いメンバーの力になってあげたりもした。助けられたり、助けたりのできる生活であり、まさしく相互援助の場でもあったようにも思う。A 氏が本来持っている誰からも好かれるという性格もあり、GH 全体の和やかなムードメーカーでもあった。近くに当事者がいるということが安心して生活できるための力強い味方になっていたことは間違いない。

巢立ち会の中でも本人はかなり以前の退院者であり、現在は自分の退院の体験談を様々な場所で話をしてきている。それが今の長期入院者の方たちにとって力強い生のメッセージになり、退院に向けての一助になっていると確信している。本人自身がピアサポーターの重要な役割を果たしているといえる。

6. 保証人

義兄が快く引き受けてくれる。退院後も手紙や電話で連絡を取っており年に 1~2 回は会っている。退院後の元気な生活を見て安心し、一般アパート契約時の保証人も快く引き受けてくれた。

7. 不動産屋・大家について

退院時は GH への入居だったため直接のやり取りはなく問題はなかった。また、その後に転居した一般アパートは、当会が懇意にしている家主の所有する

物件で、空きが出た為ぜひ当会の利用者に貸したいと先方より申し出があったものである。既に信頼関係のある所有者の物件であった事や、作業所のすぐ裏手という立地条件も整い、問題なく移行出来た。

■ 事例 B ■

< 実母の反対で入院が長期化したケース >

．事例概要

1．事例の紹介

- (1) 属性 女性・66 歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生育歴 昭和 15 年、都内にて出生。都立商業高校卒業後、銀行に就職。昭和 38 年、不眠、被害関係妄想が出現し、Q 病院に入院するも 3 ヶ月で退院し、復職する。その後、昭和 42 年病状が再燃し、Q 病院に 2 回目の入院となる。退院と同時に銀行は退職した。昭和 44 年、X 病院に入院後、外勤でパートをいくつか行った。入院中は、作業療法で編み物、俳句、生け花、コーラスと楽しく過ごしていたが、平成 10 年、病院近くに GH ができ、PSW の勧めで GH へ入居になった。病状は安定しており、今までも何度か退院の話は出ていたが、家族の反対と本人の一人暮らしに対する自信がないことなどの不安から退院に消極的で、入院が長くなってしまった。
- (4) 家族状況 年に数回のペースで実家に泊まりに行っている。外泊した際に母親の世話をしている。
- 父 - 死亡
 - 母 - 弟夫婦と同居しているが、認知症が進み B 氏のことを認識できない。
 - 姉 - 電話でのやり取りは時折ある。
 - 長弟 - GH の保証人になっている。一年のうち数回外泊している。
 - 長弟嫁 - キーパーソン。B 氏と電話でのやり取りは頻繁で、一番親身になっている。母の面倒を一切見ている。
 - 妹 - 平成 15 年 X 病院にて食べ物を詰まらせ死亡。
 - 次弟 - あまり親交はない。
- (5) 経済状況 障害厚生年金(2 級)と貯金で生活している。金銭管理は弟夫婦がやっている。
- (6) 入院期間 30 年

2. 退院のきっかけと経過

約 30 年入院しているが、病状は安定しており、OT での編み物・生け花・俳句などに精を出していた。そのため、常に退院の話は出ていた。しかし、実母が本人の退院はほかの兄弟の迷惑になると考えており、本人も家に帰ると不安になり、一人で生活することに自信がないという理由で入院継続を希望していた。また、「実家に戻る」ことを望んでいた本人にとって、実母の反対は絶対であったし、もとより不安の強い人であること、本人にとって入院生活が充実していたことも関係し、病状は安定しながらも退院の話は進まずにいた（ご飯は作らなくても良いし、編み物・お花・俳句など充実していた、と本人談）。

しかし、病院の近辺に GH ができるとの事で、PSW より働きかける。家族（この頃本人の退院に強く反対していた実母が認知症となり、実弟が来院）本人を交え話し合いを持った。実弟夫婦は本人の退院に対して反対はなく、病院も近く日常生活を支援してくれる職員がいるところへの入所ならば安心ということで退院を同意してくれた。それを聞いた本人もいずれ実家に帰り、母親の面倒を見ることを目標に、まず自らの生活を自立させたいという思いも強くなり、また、病院の近くなら安心ということで退院を決意した。

巢立ち会では退院の条件として、入院中から巢立ち共同作業所に通所してもらい、その後 GH への入居という形をとっており、退院した後も日中は作業所に通所することを求めていた。しかし B 氏だけは新しい事にチャレンジすると不安定になる傾向があり、新しい環境への不安が強いこと、病院内 OT がいいという希望が強いことがあり、巢立ち会としては B 氏の不安や思いを尊重し、GH へ退院した後も OT に通うことに合意していた。平成 10 年退院となり、共同住居に入居となる。本人は入居当初は OT がいいと話しており、GH に入居したものの、いずれは病院に帰る感覚があった（病院 PSW 談）が、同じ GH のメンバーが作業所の話で盛り上がっているのを聞いているうちに、作業所に興味を持っていった。世話人と作業所スタッフの繰り返しの誘いもあり、作業所通所が本人の中で浸透していき、平成 11 年（58 歳）巢立ち共同作業所を GH の世話人と見学することになる。作業所に通いながら生活のリズムをつけ単身生活の自信が付いていけばとの本人の希望もあり、翌週から週に 2 日通所を開始。上記の環境の変化による病状の悪化や、躁鬱の波があることなど、本人が自覚していることもあったので作業所スタッフは疲れやすい、頭が痛いなどの訴えがある時だけでなく、本人への声掛けやホーム世話人への報告など連絡をこまめにしていた。その後の通所も順調で、3 カ月後に通所が週 3 日となり、最終的に通所日数は自らが徐々に増やし、趣味の俳句会がある以外は毎日通所となる。

3. 退院後の生活

GHへ入居してから現在7年9ヶ月が経過している。この間、通所先が病院内OT、巣立ち作業所、こひつじ舎、巣立ち風へと移行するが、大きな問題なく過ごしている。作業所の仲間とは良い関係でピアサポートの力に支えられている。施設の行事やSST、見学者の対応など積極的に行ってくれ、良く気が利く方なので、新しく通所してくるメンバーに対して丁寧に作業のやり方や作業所の説明をしてくれる。この作業所への転所によって、本人の自己評価や自己効力感が高まり、エンパワーされたと思われる。

能力は高いので、初めての一人暮らしも慣れてくると生活力があることが分かる。また、単身生活に伴う役所の手続きや日常生活上の問題が起こると自分から相談にきて解決しようとする力があるため、相談にのり説明をすると、きちんと理解し行動もすることができる。金銭管理や服薬管理（拒薬はないが忘れることはたびたびある）は自分でやっている。

しかしその反面、抑うつ状態になると身体的な訴えが出てくる。不安は強いがしっかり説明すれば理解することが出来る為、精神面でも年間を通し、波はあるがそれほど生活や周囲への影響はなく安定している。

その後物忘れ等の症状が見られるようになり、現在は要介護1の認定を受けているが、生活課題に直面する都度、ナイトケア、訪問看護など適宜サービスにつなげていった。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化について

(1) 退院しようと思ったきっかけ

弟夫婦の同意が得られた事と主治医の賛成が大きな要因であろう。また病院PSWの繰り返しの説明と、GHが病院に近いということも本人の不安を解消する要因になったため、退院のきっかけになったとも考えられる。しかし、初めの頃は退院を粘り強く働きかけた病院PSWを恨んでいたようだ（後の本人談より）。

(2) 退院するまでの意識の変化

「入院中はOTで行う編み物やお花、俳句などがありとても充実していた。長く入院していると、病院内で楽しみを探すようになる。外で生活なんて考えもしなかった。」と本人談。長期入院者は病院が療養の場ではなく、生活の場になっている。B氏の場合もその生活の場という考えが無意識に定着し

ており、退院の話が何度出ても「なぜ退院しなければならないのか。楽しく生活しているのに。」と思っていたようだ。それでも、PSWの説明が時間を通して浸透していったと同時に、主治医・家族の賛成、病院の近くで新築という好条件のため不安が減少されたこと、世話人がいるという安心感があったということ、見学、外泊訓練などにより生活の具体的なイメージができたこと、などが本人の意識に変化を及ぼしたと考えられる。最終的には、「完全な自立の訓練を受ける為」という本人の入居の希望が出てきた。

(3) 退院後の生活のポイント

病院が近くにあり、何か困ったことがあれば世話人に相談でき、同じ仲間がいるGHに入居することにより、単身生活に自信を持つことが出来たと思う。また、通所先でもGHでも、本人の性格が社交的なため当事者同士の関わりがあり、近くの植物公園に行ったり、大家さんと出かけたりしている。気が利き、礼儀正しいので、大家さんにも自然に歩み寄ることができる。入院中からOTでしていた編み物や俳句、お花など仕事とは別に良い趣味になっているようで、玄関や部屋に飾って、生活にとても豊かさを感じる。退院当初より、作業所スタッフ、世話人、主治医、訪問看護師と連絡を取り合い、鬱状態のときは閉じこもりにならないよう言葉かけや訪問などは繰り返している。

2. 医療機関の取り組み

病院側で、長期入院者を地域に退院させるというシステムが、PSW中心に広がっていた。そのため、家族が受け入れることを拒んでいる長期入院者も適切にくみ上げて、支援開始に結びつけることができた。またB氏の場合、GHへ退院後も当面病院内OTに通うことで、彼女の生活のリズムを崩すことなく、巣立ち会と病院で生活を見守ることができた。

3. 施設の取り組み

病院の状況と同様に、施設側でもシステムの理解は広がっており、コーディネーターからの要請に対してスムーズに対応することができ、連絡調整にも支障はなかった。それに加え、病院近くにGHを設立したことによる、利用者の安心感、そして病院側、施設側双方の連携の取りやすさなども考えられる。

また、巣立ち会では退院の条件として、入院中から巣立ち共同作業所に通所してもらい、その後GHへの入居という形をとっており、退院した後も日中は作業所に通所することを病院側に理解してもらっていた。しかしB氏の場合は新しい環境への不安が強いこと、OTがいいという希望が強いことがあり、

巢立ち会としては B 氏の意志を尊重し、GH へ退院後も当面 OT に通うことで支援を開始した。

通所先を変えることについても、2 週間前よりスタッフより本人に説明があり、時間をかけて浸透していったと思われる。

4. コーディネーターの役割

当事例においては、病院の担当 PSW がコーディネートを行った。何ら問題のない B 氏が退院することは PSW だけでなく、病棟看護師・OT は賛成であり、協力的であった。ただ、主治医の反対はとても強いものであり、B 氏も主治医をとて信頼していた為、退院に対しては実母や主治医の考えを受け容れていた。PSW は家族の同意を得るだけでなく、医療側のパターンリズムを崩すべく主治医への説得も何度も試みたようだ。また、B 氏に対しても、周りのスタッフや PSW が粘り強い働きかけや説得をしたようだ。それに対し、B 氏は当初は強い不安と抵抗感を抱いていたようだが(あの頃は PSW をすごく恨んでいた、と本人談)、現在は地域生活を心から楽しんでいる様子である。

5. ピアサポーターの役割

親しい仲間を通所先で見つけていることから、それらが本人の地域生活継続に大きな力となっている。それは、本人の持ち前の社交的な性格がほかのメンバーから慕われ、頼られることによるものだと考えられる。

また、同 GH 内の男性と交際するようになり、入院生活も長く共通の青春時代を分かち合うことができ、一緒に出掛けるなど、なんでも話がし合えることが良い刺激になっているようである。

6. 保証人

当初の段階から弟が保証人になる旨の内諾が取れており、その点でのマイナス要因はなかった。退院後も実母、弟夫妻とのつながりはがあり、年に数回の宿泊の受け入れがある。

7. 不動産屋・大家

当会の共同住居を利用した為、双方の合意は得やすかった。社交的なため大家さん宅に遊びに行ったり、日本舞踊を見に行ったりするなど仲良くしている。

■ 事例 C ■

< 叔母の強力な反対で入院が長期化したケース >

．事例概要

1．事例紹介

- (1) 属性 男性・66 歳
- (2) 診断名 統合失調症、糖尿病、腰痛症、白内障
- (3) 生活歴 I 県にて同胞 8 名第 4 子として出生。高校卒業後自衛隊に 3 年、その後 O 大学に入学した。卒業後 25 歳時に結婚し、不動産会社に 3 年間勤務。28 歳から O 大学の職員を務めるが、間もなく心氣的・抑うつ的となり Z 病院を受診した。自宅を出るのが怖いと仕事も出来ず自宅療養していたが、幻覚・妄想が生じ翌年 X 病院に入院となった。退院後仕事に復帰したが、不眠が生じ仕事を休みがちで、月給・ボーナスを家に入れず使い果たしてしまうことなどがあり、再入院後 O 大学を退職した。2 カ月後に退院し印刷会社に工員として勤め始めたが、外来通院をしなくなり病状が悪化した。翌年家族と共に外来受診した後に長期入院となり、この間 40 歳時に離婚している。入院中は作業療法での紙工作業、外勤でコンビニエンスストア勤務、病院内の修繕作業・草むしり・リネン運搬などを経験。H10 年に退院して当会の GH に入居した。
- (4) 家族状況 両親死亡。以前は故郷の同胞や都内に住む叔父・叔母との交流があったが、現在は連絡をとっていない。
- (5) 経済状況 障害年金(共済 2 級・年額約 98 万円)・就労収入(作業所工賃)・貯蓄
- (6) 入院期間 累計約 27 年

2．退院のきっかけと経過

離婚後は、両親が遠方に住んでいたこともあり、以前 X 病院の婦長をしていた叔母が保護者となり面倒をみていた。その叔母が退院に猛反対をしており、長期の入院となっていた。本人にも退院への強い意志はみられず、高齢であることから働くことは無理であると考えていた。また、環境の変化による病状の悪化をしばしば経験している事から、本人は環境を大きく変える事には慎重な姿勢であった為、退院の提案は当初はなかなか受け容れられなかった。しかし、

就労が一つの契機となり、退院意欲につながっていった。病院の担当 PSW が本人に強く働きかけ、S59 年に病院から外勤を開始したところ、次第に働くことを楽しいと思うようになり、病院の外へ目が向くようになっていった。その後この外勤は雇用者側の都合により退職することになったが、病院の営繕の仕事に就いて働く事を続けた。

PSW は、本人に対し退院を不可逆的な選択として迫るのではなく、退院してうまくいかなければいつでも再入院できるという考え方を示しながら退院を勧めていった。このように地域生活と病院を行き来の可能な流動的なものとして位置づけ、実際にそうしたプロセスを経た事が、本人が退院に向けて一步を踏み出す事を可能にしたと思われる。まずは外泊訓練からはじめ、病院と地域とを行き来しながら、徐々に地域での生活に慣れてきた段階で GH へ正式入居となった。また、退院後も作業所への通所を義務づけるのではなく、病院の営繕の仕事継続する形で進めた事も、本人が病院とのつながりを感じながら徐々に地域生活へ移行する事を可能にしたと言える。

3. 退院後の生活

当会の GH に入居している。病院の仕事が病院側の都合で解雇となってからは作業所へ通所をはじめ、平日は巢立ち風作業所に週 5 日ほぼ皆勤で利用し、仕事を着実にこなしている。仕事の手順が分かると丁寧に進めていくので、他メンバーからも認められる存在である。内職・除草・料理・フリーマーケットなど作業所のプログラムに前向きに取り組み、心理教育プログラムにも興味を示している。休日は新聞を読んだり、テレビを観たり、洗濯や掃除など家事をして過ごしている。新聞は 2 紙取っており、本人も趣味は新聞を読むことと話し、休日の楽しみとしているようである。また、非常にきれい好きで、部屋は常に整理整頓され、清潔も保たれている。退院前に本人が心配していた食事は、一週間のうち 2 日は当会の夕食会、3 日は病院のナイトケアの利用で対応している。入院中は食事の制限が多かったが、現在は糖尿病と付き合いながらも仲間と囲む食事を心から楽しみ、好きなジュースを飲み、時には好きなお酒を少々たしなむなど、そんなささやかな日常の自由を満喫しているようだ。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

以前は X 病院の婦長をしていた叔母が保護者となっており、退院に大反対

をしていた。叔母は他患者に対しては退院を促すような働きかけをしていたが、身内である C 氏に関しては他の兄弟のために一生病院に入れておく、自分の責任として請け負うとして譲らなかった。この叔母が亡くなり、退院に反対する身内がいなくなったことが大きなきっかけであるといえる。本人は、PSW が関わりを持った当初は長年の入院生活の中で退院に対する意志・熱意が失われており、高齢であることから働くことは無理であると考えていたようであった。しかし PSW が本人に強く働きかけ、病院から外勤を開始した結果、次第に働くことを楽しいと思ひ病院の外へ目が向くようになった。

(2) 退院するまでの意識の変化

外勤や退院に関して当初は抵抗を感じていたようである。高齢であり働くことは無理であろうと考え、また糖尿病であるため食事の心配を抱えていることから、退院を躊躇していたとのことであった。しかし、PSW の勧めで外勤を開始したところ次第に働くことが楽しくなり、PSW の働きかけで外泊訓練を重ねる事で退院を果たした。ただし、当初は病院での生活に慣れており、居心地良いとさえ感じていたようである。また、本人は GH を病院の一施設だと思ひ、病院に戻るものと考えていたとのことであった。GH での生活に慣れてくるにつれ自由な生活を楽しむようになり、現在は「病院では気の休まるどころがなかった」と話している。

(3) 退院後の生活のポイント

作業所の仕事に熱心に取り組み周囲から評価されていること、趣味や楽しみがあること、日常生活能力が高い事などが本人の生活を充実させている。繊細な反面、新しい経験を生き生きと楽しめる心の豊かさを持っている人である。非常に几帳面で責任感があり、作業の後片付けなどを率先して最後まできちんとやる姿は、スタッフも見習っているところである。また、地域の食事サービスを活用して糖尿病の食事管理を行うなど、適宜必要な社会資源を上手に取り入れている。精神疾患に関しては幻聴が常にあり、時々悪化し不安となることがある。病状が悪化した際も容易には助けを求めない本人の我慢強さは、時としてスタッフをハラハラさせるが、自立心が強い面や、必要に応じて入院を自己決定出来る判断能力は本人の地域生活を支える力でもある。

2. 医療機関の取り組み

入院時、作業療法のプログラムで内勤・外勤を行っていた。退院後は、ナイトケアにより生活援助を行っている。

3. 施設の取り組み

入院時の外勤を経験後、GH への入居手続き等を進めた。糖尿病であるため食事管理が必要であり、本人にも食事に関する不安が強いので、夕食会への参加を促しサポートしている。服薬については当初忘れがちであったが、GH 職員の介入により定着し、現在は間違いもなくきちんと飲んでいる。非常に真面目で、作業所での内職や外勤に関しては着実に進めるが、ゴミの分別・収集日が覚えられない、市役所に行ってもどの窓口に申請すればよいのか分からないということなどがあった。また退院直後は、お金の引き落としには GH 職員が同行し、お金に関しても GH 職員が管理し、一週間分ずつ小分けにして渡すなど介入していたが、スモールステップで本人に任せるようにしていき現在では本人が管理している。以前はご自身からサポートを求めることが少なかったが、適宜介入を行ってきたことにより、本人からの要求も得られるようになり、日常生活を送る上での問題には、GH や作業所の職員がその都度対応している。

4. コーディネーターの役割

高齢であることから働くことは無理であると考えていた本人に対し、病院の担当 PSW が強く働きかけた。就労支援を行い、作業所や GH の職員と連携をとり退院へとつなげた。

5. ピアサポーターの役割

どちらかというとなり無口な方であるが、働き者で真面目な人と作業所や GH のメンバーから認められている。作業所でもペアを組んで仕事をすることが多い仲間とは、休日も互いの家を行き来し、一緒に時間を過ごしている。

6. 保証人

本事例では保証人となる親族がいなかったが、当会では保証人のいない方の GH への入居を受け容れており、問題となることなく GH への入居が進められた。

7. 不動産屋・大家

当会の GH を利用したため、双方の合意は得やすかった。

■ 事例 D ■

< 就労からの支援で退院に至ったケース >

．事例概要

1．事例紹介

- (1) 属性 男性・53 歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 都内J市にて同胞 3 名第 3 子として出生。中学時に発病と思われ、14 歳時W病院に約 1 ヶ月入院している。15 歳時にV療養所に 3 ヶ月入院し、退院後復学したが約 1 ヶ月で教員の指示に従わない、物を壊す等の態度が顕著となった。15 歳時にU病院に入院となり、留年扱いとなっていた中学は退学している。その後、自宅近くでの治療を希望し、X病院を紹介され 16～17 歳まで入院した。その後、短期入退院を繰り返しながら中学復学・卒業、高校入学を果たすが、19 歳時のX病院への再入院が長期化し、13 年間に及んだ。この間、本人の希望により、書店等の 7 社に病院から外勤に出ている。32 歳に退院するが 5 カ月弱で再入院となり、それまで外勤も含め 5 年間勤務していたN運輸会社を退職した。その後も就労の意思は強く、S運輸会社に外勤に出て、35 歳時に退院するが、2 年後に解雇され、その一ヶ月後にはS県で保護され措置入院となった。入院中、製麺会社に病院から外勤し、退院するが 1 ヶ月で拒薬により再発状態となり入院した。約 3 年の入院を経てH6 年、42 歳時に退院し、当会のGHに入居した。
- (4) 家族状況 必要に応じて義姉（長兄の嫁）の支援が得られ、金銭管理等をしている。
- (5) 経済状況 障害基礎年金 2 級・就労収入（作業所工賃）・貯蓄
- (6) 入院期間 累計約 25 年 5 カ月

2．退院のきっかけと経過

就労を目的とする本人の退院への希望があり、また実兄が親代わりとして熱心に本人をサポートしていた事もあり、これ以前に 2 度退院を試みていた。しかし、同居ではなかった為に十分な見守りが得られなかった事や服薬の自己管理が不十分だった事などにより再発・再入院を繰り返していた。そこで作業所

への通所や GH への入居など、支援者の目が行き届く環境を設定し、継続的なサポートを行うことにより、退院後の安定した生活につなげていった。

3. 退院後の生活

平日は週に 5 日作業所に通所している。機械に明るく、手先が器用で作業が丁寧なので、GH や作業所では電化製品の修理や、内職の細かい作業を任されることが多く、頼りにされている存在である。

お金のやりくりが非常に上手で少ない年金の中で貯蓄もする一方、折りにふれて部屋の思い切った模様替えをするなど、自分の気分に合わせて生活空間をコーディネートする豊かな一面もある。また、行動範囲が非常に広く、自転車に乗って地域をまわっては美味しい定食屋、安いリサイクルショップなど地域の情報を入手し、メンバーに情報提供してくれている。

一方、時々服薬が不規則になる事があり、お金に煩わしくなったり服装が乱れたりなど、作業所内でのトラブルのもととなることがある。しかし、愛嬌のある性格から、他メンバーが常に気にかけており、C 氏の状態に変化があると、「少しおかしいよ」と注意を促すなど、仲間に見守られながら生活している。このように仲間がいること、スタッフがいつでも必要な時にいることが、結果として家族のもとでの生活以上に家庭的な環境を作り出しているとも言え、安定した地域生活を可能にしていると思われる。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

就労の希望が強く、そのために退院したいという意識が本人に強くあった。病院からの外勤先では、仕事の進み具合のことなどで職場のパートナーに責められ、殴られたこともあったそうだが、本人はそのことを誰にも訴えず、働き続けることに意欲を持っていた。

(2) 退院するまでの意識の変化

就労経験の豊富な本人は退院後すぐの一般就労を希望していた。また、入院中から自身でアパートを探すなどの行動もみられた。担当精神科医の説得により、独居や一般就労の前のステップとして、GH 入居及び作業所通所に目標を変更した。

(3) 退院後の生活のポイント

仲間との良い相互援助関係の中で、安定した地域生活を過ごしている。作業

所では手先が器用で頼られる存在であり、新しい仲間の面倒を見たり役立つ地域の情報を伝えたりなど、周囲の力になっている。一方仲間からも常に気にかけてもらっており、状態に変化があると本人に注意を促すなど、支えられている。日常生活では金銭管理が上手で年金収入の中から貯蓄もしている。行動範囲が非常に広く、作業所と GH だけに留まらず、気に入った飲食店で外食をしたり安いお店の掘り出し物を見つけたりなど、地域の中に生活の広がりを持っている。また、勤労意欲が高く、一般就労が本人の将来に向けての目標である。

2. 医療機関の取り組み

服薬管理が重要であるので、訪問看護などにより適宜対処している。

3. 施設の取り組み

以前は兄の所有するビルの一室に居住していたが、服薬が不規則になり再発・再入院を繰り返してきたため、H6年の退院時には、作業所近隣の GH に入居した。作業所通所により生活リズムの確立を目指し、巣立ち会の夕食会への参加を促すなど生活援助を行うと共に、拒薬時の危機介入を行っている。また、本人は一般就労を望んでいるため、それをどう支援していくかが施設としての今後の課題である。

4. コーディネーターの役割

本人は就労したいという意志が強く、退院を急ぐ状態にあったが、担当 PSW がコーディネーターとなり担当精神科医と当会が連携し、退院後の安定した生活につなげていった。

5. ピアサポーターの役割

週末や祝日は、同じ GH の入居者が服薬管理のサポートをするなど大きな支えとなっている。時々服薬が不規則になり、不穏状態となることもあるが、GH や作業所でのメンバーが常に気かけ、C 氏の状態に変化があると働きかけている。

6. 保障人

病院の担当 PSW の依頼により、義姉（長兄の嫁）が保証人となっている。

7. 不動産屋・大家

当会の GH を利用したため、双方の合意は得やすかった。

■ 事例 E ■

< 家族の反対で生活保護を受けられず入院が長期化したケース >

．事例概要

1．事例紹介

- (1) 属性 男性・59 歳
- (2) 診断名 統合失調症、糖尿病、肝機能障害、高血圧症
- (3) 生活歴 K県にて同胞 5 名第 5 子として出生。高校卒業後、18 歳で運輸会社に入社し、一年後にM町役場に勤務するが、7 年で退職（一身上の都合により）した。この間、父の死・姉の夫の事故死・失恋・転職などにより、22 歳頃から年に数回、不安発作が生じるようになり、26 歳からT大精神科に通院するようになった。なお、当時の診断名は不安神経症であった。27 歳で結婚するが、発作による欠勤が多く役場を退職し、就職しては発作を原因に解雇されることを繰り返し、30 歳で離婚した後、無為・自閉の生活パターンとなり、X病院に入院した。同年に一旦退院するが、その後、37～41 歳に第 2 回入院、42～53 歳に第 3 回入院、と長期に亘って入院した。第 3 回入院の際、統合失調症の診断がなされ、年金の申請が可能となったことから、退院後の生活の安定が保障され、巢立ち共同作業所（現巢立ち風）通所およびGH入居となった。
- (4) 家族状況 両親死亡。長兄が保護義務者となっている。
- (5) 経済状況 共済年金・就労収入（作業所工賃）・貯蓄
- (6) 入院期間 累計 27 年

2．退院のきっかけと経過

本事例は本人には退院の意志があったものの、経済的な理由から退院が困難だったケースである。実兄と地続きの土地・家屋を所有しており、かつて役場に勤めていた事もあって世間体もあり、制度的にも心情的にも生活保護の受給は本人も家族も考えられなかった。また、息子に資産を残したいという本人の思いもあり、資産の売却には長年踏み切らなかった。しかし時間と共にこうした思いを断ち切る事ができ、年金受給という新たな道も開け、退院後の経済的条件が整った事が意識の変化をもたらした。精神科医の方針も退院という事で一致していたので、作業所通所・GH への入居を進めた。

3. 退院後の生活

当会の GH に入居している。平日は巢立ち風作業所に週 5 日通所し、夕食は当会の夕食会と病院のナイトケアを利用している。作業所では事務的な仕事などを取りまとめ、他メンバーからも頼りにされている。就労など諸々の経験があり、独居に伴う諸手続きや、諸申請等は本人が問題なく進めている。

日常生活には何の問題もなく、居室のきれいさは当会でもピカールである。身の回りのものをきちんと管理出来る几帳面さや整頓能力があり、例えば緊急入院した時にも居室のどこに何があるかを全部覚えていてスタッフに適切に伝えられたというエピソードもある。また、他者に対して優しさを表出できるこの方の人柄は、スタッフを含め周囲の人間にとって温かいものであり、人間関係を築く力となっている。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

本人の中では、退院後は家に帰るということが大前提となっていたが、家族の反対もあり長期の入院となっていた。入院中は、土地を所有していたために生活保護の受給が出来ず、親族が医療費を支払っていた。退院しても生活費が得られないために、本人には退院したいという意志があったが、経済的な理由から不可能であった。次第に本人も病院での生活に慣れ、退院の意思を強くは見せなくなっていたが、第 3 回入院中、精神分裂病（現・統合失調症）との診断がなされ、年金の申請が可能となり、担当精神科医の勧めもあり、退院・独居が実現した。

(2) 退院するまでの意識の変化

時間が経つ中で息子に財産を残したいという思いと折り合いをつけ、年金受給という新たな収入が確保され、退院の為の経済的条件が整った事が意識の変化をもたらした。年金の遡及請求により得られたものを、GH 入居の際の費用とし、所有していた土地は売却して貯蓄に回し、安定した生活を送れるようになった。

(3) 退院後の生活のポイント

GH に居住しながら作業所に通い、安定した生活を送っている。生活能力が高い方で、社会的手続き、家事、金銭管理、服薬管理等、問題なくこなしている。糖尿病と高血圧症の為の食事管理は GH の夕食会及びナイトケ

アを活用するなどして対処している。長期入院していた X 病院には二度と戻りたくないという気持ちが本人の地域生活に対する意欲にもなっているようである。

2. 医療機関の取り組み

退院に向けて、担当精神科医が GH の部屋を見に来たこともあり、退院に関して非常に積極的であった。退院後はナイトケアにより生活援助を行っている。

3. 施設の取り組み

就労など諸々の経験があり、独居に伴う諸手続きや、諸申請等は本人が問題なく進めることができ、GH での生活は安定している。しかし、糖尿病があることから、食事管理が重要であり、夕食会などでの食事支援を行っている。作業所においては就労の経験を活かして、事務的な仕事の取りまとめなど担って頂いている。

4. コーディネーターの役割

親族の反対が強く、また金銭的な問題から入院が長引いていたが、経済上の問題が解決された際に、作業所や GH の職員と連携をとり、迅速な対応をすることで退院へとつなげた。

5. ピアサポーターの役割

責任感が強く、外勤作業に伴う書類記入などを担当していて、他メンバーからも頼られる存在である。このことが、本人の通所や作業に対する意欲となっている。

6. 保証人

本事例では退院の際、親族の反対が大きかった。当会が保証人となるなど責任を負うことで、GH への入居が進められた。

7. 不動産屋・大家

当会の GH を利用したため、双方の合意は得やすかった。

■ 事例 F ■

<周囲の予測に反して強い退院希望を持ち続けたケース>

．事例概要

1．事例紹介

- (1) 属性 男性・63 歳
- (2) 診断名 統合失調症、精神遅滞
- (3) 生活歴 L 県にて同胞 4 名第 2 子長男として出生。中学を卒業し住み込みの職を転々とした後、放浪生活に。窃盗・住宅侵入で何度も警察に保護されていた。33 歳の時に、窃盗・住宅侵入で懲役 3 ヶ月・執行猶予 3 年の刑となるが、猶予中に再度住宅侵入。「お母さん助けてください」という内容の言葉を繰り返して落ち着かなかった。刑期満了した後も症状が治まらず、精神鑑定の結果 X 病院に入院となる。
- (4) 家族状況 父母ともにすでに死亡。L 県に弟が住んでおり、保証人になることに同意している。他の兄弟とは連絡がとれない。
- (5) 経済状況 障害基礎年金 2 級に加えて、かなりの貯金もあり、地域生活に支障はない。
- (6) 入院期間 23 年

2．退院のきっかけと経過

- | | | |
|------|------|--|
| H9 年 | 秋 | それまではなんとなく辺りをうろろしているような印象だったのが、OT のプログラムに参加し、外出をするなど動きが出てきた。 |
| 11 年 | 11 月 | PSW から、退院促進事業の説明を受ける。
その後、本人から「作業所に通って退院したい」との言葉が出る。主治医から、OT にしっかり通えるようになったらと指示される。弟に連絡をとり、退院について了解を得るが、なかなか弟が来院してくれない。本人も「弟が来なければ話にならない」「自分にはできない」など、決心がぐらついていて、具体的な話にはならない。 |
| 12 年 | 1 月 | 風邪のため投薬が変更され、しばらく表情がさえず OT も欠席。院内のケースカンファレンスで今後の方針が決定。 |

- 3月 投薬が通常に戻り、OTも再開。退院に向けて巣立ち工房へ通うことになる。
- 4月 巣立ち工房を見学（56歳時）
- 5月 通所を開始（午前のみ）
通所は順調。2週間経ったところで話を聞くと「工房に通えたら退院できると言われた。退院したいよ」と、しっかりと答える。
- 8月 夏バテ・腰痛で1週間休んだほかは、熱心に通所を継続。
- 9月 1日通所となる
X病院でカンファレンスが開かれ服薬の自己管理とアパート確保が決定される。
- 11月 当会の共同住居を見学「年内に共同住居を契約し、外泊訓練を経て来春をめどに退院する。それまでに院内のサポート体制を整備する」との方針が決定。
- 12月 予定通り住居の契約が完了
- 13年 1月 外泊を開始
- 3月 中旬に関係者カンファレンスを開いて最終確認行い、月末に退院。

3. 退院後の生活

その後5年が経過し、巣立ち工房通所は現在週に1回程度であるが、周囲の目が行き届いていることと、職員が声掛けなどをこまめに行うことで、一ヶ月以上の長期欠勤にはならない。金銭管理や服薬管理も自分で行っており、自立した生活をしている。食事が楽しみで、お気に入りのレストランで時折外食をして、食事サービスも楽しんでいる様子である。自宅に仲間を招く事もよくあり、その時は肩揉みをしてもらうなど仲間との良い関係を持ちながら過ごしている。かつて入院していた病院を時々訪ねて雑談をする事もあり、本人の気ままな生活を楽しんでいる様子を見ることは、病院スタッフにとっても大きな励みになっているようだ。困った時は率直に助けを求める力があり、人の支援を引き出すのがとても上手な人なのでサポーターには事欠かない。

．事例分析

1．本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

本人の活動性が増してきたところで、タイミング良く PSW の説明があったため、本人も退院をすんなりと決意できたようであった。またその際「作業所に通えば退院できる」という、非常に明確で理解しやすいルールだったのが、本人が心から納得できた大きな理由だとも考えられる

(2) 退院するまでの意識の変化

本人は、上述の「通所を継続して退院したい」との意識を変わず持ち続けていた。さながら念仏のようにそれを唱えていたような感じで、作業でトラブルがあった時も、その強い意識が通所継続を支えていたようだった。医療側では、長期入院者ということで当初は半信半疑だった様子。そのために、当初 6 ヶ月としていた体験通所期間が 10 ヶ月になってしまった。安定して通所を続けていくなかで、次第に理解者も増え、最終的には主治医や病棟看護師も含めた幅広い合意を取り付けることができた。

(3) 退院後の生活のポイント

医療側・施設側・同じ建物(共同住居)に住む当事者のいずれにも、担当(決めたわけではないのだが)のような形で何人かが頻繁に関わっている。特に、当事者の S 氏や K 氏は、ぼやきながらも話し相手やマッサージをしてあげながら、それとなく施設職員や病院職員などに情報を伝えてくれて、本人の命綱に近い役割を担ってくれている。また施設職員は、あまり通所の間隔が空かないように言葉をかけたり訪問したりを繰り返している。本人もそれには素直に感謝し、通所を再開するなど応えている。本人が他者とのつながりに積極的で、援助者を自分の環境にうまく引き入れているともいえ、それが結果的に地域生活を円滑に送るための力となっているのではないかと感じている。

2．医療機関の取り組み

この頃すでに X 病院では、このような形の長期入院者退院促進事業が PSW を中心に広がっていて、コンセンサスが幅広く得られていた。そのために、長期入院者ということで見落とされがちな本人の退院意欲を適切にくみ上げて、支援開始に結びつけることができた。また、次のステップとして、巣立ち工房へ通所したら退院できるという、具体的でわかりやすいプログラムを提示することができた。それを本人がしっかり理解して、ぴったりと「はまった」ため、

スムーズに通所を開始することができた。

さらに、タイミングを計りながら通所時間の延長やアパート見学・契約、外泊訓練、そして退院と、本人の努力に応える形でしっかりと設定することができ、体験通所中の意欲低下を防ぐことができた。

3．施設の取り組み

X 病院の状況と同様に、施設側でも事業の理解は広がっており、実際に何件かのケースを退院まで結び付けていた。そのため、コーディネーターからの要請に対してスムーズに対応することができ、連絡調整にも支障はなかった。

4．コーディネーターの役割

当事例では、X 病院の精神科ソーシャルワーカーがコーディネーターとなった。コーディネーターは、事業について熟知しており、支障なく事業を進めることができていた。

5．ピアサポーターの役割

上述の通り、何人かの当事者が本人の地域生活継続に大きな力となっている。これは、本人が病棟内でよく知られていた人物であること、また上述の通り、性格的にいわば「甘え上手」なところがあるのが一因と考えられる。

6．保証人

当初の段階から弟の内諾がとれており、その点でのマイナス要因はなかった。退院後も、弟とは年に数回の行き来はあるという。

7．不動産屋・大家

当会の共同住居を利用したため、双方の合意は得やすかった。ただし、手の震えによる喫煙時の火災発生の可能性があったので、自動消火装置を設置するなど、家主の不安の軽減に努めた。

■ 事例 G ■

< 叔母の同意が得られず入院が長期化したケース >

．事例概要

1．事例紹介

- (1) 属性 男性・68 歳
- (2) 診断名 てんかん性精神病
- (3) 生活歴 都内 M 区にて 5 男として出生。2 歳時養子に出される（本人も詳細不明）。3 歳時 2 階から転落し頭部外傷を負い、以降時折痙攣発作がみられるようになった。13 歳時 R 大学付属病院外来受診。てんかんと診断にて服薬を開始。発作は薬によって抑えられたが、次第に服薬が不規則となり発作が頻繁になる。中学校を卒業し、塗装工を 2 年ほどしていた。昭和 30 年、17 歳時養父死亡。昭和 31 年母が精神科に入院し自立困難となり、叔母が入院を勧め X 病院に入院となる。昭和 46 年、工場にて外勤をはじめが、3 ヶ月後事故に遭い退職となる。その後何度か外勤の話がでたが、叔母が同意せず一度も外勤に出ていない。代わりに X 病院内の洗濯場のアイロン作業を長年していた。
- (4) 家族状況 両親死亡。いとこ 2 名と叔母の遺産相続の手続きで 50 年ぶり位に会うが、継続的な関係は望めない。
- (5) 経済状況 障害基礎年金 2 級、貯金、叔母の遺産がある。
- (6) 入院期間 42 年

2．退院のきっかけと経過

入院当初より約 10 年間、G 氏は「退院したい」と担当精神科医に言い続けていた。（カルテ、本人談より）何度か病院側より退院の提案をしていたが、叔母の同意が得られず話が進まなかった。また、主治医が退院に意欲的ではないというのもあり、G 氏は退院できないと感じそのうち諦めてしまう。その後は徐々に病院内で役割（リーダー的立場やアイロン作業など）や楽しみを見つけ適応していった。

平成 9 年 8 月、病院の近距離に GH ができるということで、入居者の候補者として、PSW より G さんはどうかと話があがった。てんかん発作もほとんどなくなり、安定しており、家族の了解が取れば退院に向けて勧めていくということに病院関係者間で話し合った。叔母は初め退院に猛反対だったが、根気強

く PSW が何度も説得にあたった。「病院が全面的にバックアップをしていく体制であること、場所が病院の近くということ、専属のいつでも相談にのれるスタッフがいて生活面全てのケアをし、家族には迷惑をかけないこと」の条件により GH ならば、ということで了解が取れた。

本人も 42 年という長い入院生活の中で環境が変わることに対し不安が強く、初めは入院継続を強く主張していたが、長年反対していた叔母の了解がとれたことで、退院意欲につながった。いつでも不安を受け止める体制を作り、定期的な PSW との話し合いを進めていくうちにさらに退院へ気持ちが傾いた。

平成 9 年に世話人より、GH について説明し面接する。その後退院準備の一環として巣立ち共同作業所、巣立ち工房へ見学に行くが、本人は院内作業療法への参加を希望し、そちらに毎日通っていた。当初施設側は、退院後は作業所に通うことを前提としていたが、退院後しばらくして落ち着いた頃を見計らって作業所を勧めていくことになった。GH 入居にむけては病院関係者（特に PSW）を中心に準備をしていった。

3. 退院後の生活

平成 10 年 6 月 GH に入居。初めは病院の作業療法に昼間毎日通う。GH では主に生活面の指導を中心に援助していった。ゴミ捨て、電化製品の使い方、生活費の使い方、公共料金支払い、掃除など長年の入院生活では経験したことのないことが多く、戸惑いもみられた。また、繰り返しの指導が必要で慣れるまではかなりの援助の時間を要した。

生活にも慣れてきて、作業所の見学について話をし、11 年 2 月巣立ち工房見学。通所開始となる。顔なじみのメンバーも多く週 5 日休まず毎日通う日々が現在まで続いている。とてもまじめな性格で、休みがちなメンバーや仕事をしないメンバーとの摩擦が時にあるが、その都度ミーティングや職員の介入にて対応している。一方で休まず通っているためまじめな性格は評価されている。性格的にはとても明るく誰とでも気軽に話ができて、実習生などからの質問、見学にも応じてくれている。また、巣立ち工房後はいつも交流室へ報告に来所するため、本人の状況がわかりやすく把握しやすい。

てんかん発作は世話人が知る限り年 1、2 回あるが大きなものではなく、数秒意識がなくなる程度のもので生活に支障はない。

今では場合に応じた援助（特に社会的手続き、掃除など）は必要であるが、薬の飲み忘れもほとんどなく数年かけて自分で生活費をおろせるようになり、生活はほぼ問題なくなった。

夕食会： 食事は毎日コンビニでパンのみという生活のため、週 2 回家庭的な雰囲気でするということが気に入っている。また、同じ GH 内で友人もみつけ仲良くしており交流の場となっている。

訪問： 病院より訪問看護者が定期的に訪問し援助しており、服薬確認したり掃除を手伝ったりと様々な相談にのって支援している。

ナイトケア： 週 3 日なじみの病院で夕食を食べ、食後はゲーム、カラオケなどをして楽しい時間を過ごしている。職員、利用者も顔なじみばかりで安心して利用している。

事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

長年にわたり主治医や身内から退院に対し支持が得られなかった中で、病院 PSW が退院を全面的に支持し、本人に働きかけた事で、本人のなかであきらめていた退院の希望が取り戻されていった。また、叔母が退院に同意を示したことが大きなきっかけとなった。

(2) 退院するまでの意識の変化

はじめは本人、関係者も不安な面があったが、病院側が地域生活にかなりの協力、理解があり、また PSW を中心に退院へ意欲的に行動してくれた体制があったため、42 年という長い入院者でも退院することができたのではないだろうか。本人も初めは退院に対し不安やためらいがあったが、実際に生活をしてみて、何より「いつでも相談できる世話人がいたから安心できた」（本人談）というように世話人の存在が大きかったようだ。また、本人の意思を尊重し、馴染みのある院内作業療法を継続した事によって、本人にとって無理のない移行にすることが出来た。

(3) 退院後の生活のポイント

前述のように多数の支援があり生活できている。病院、巣立ち工房、GH の連携がうまくいきフォロー体制がしっかりあったため、再入院になることもなく、安定した地域生活ができるようになったと考察できる。また昼間通う工房での作業が生きがいとなり、「工房は楽しい」と口癖になっている。病院との比較では、「病院より自由がある、退院してよかった、二度と入院したくない」と気持ちが変わっていた。今では積極的に見学者に自らの体験を話し、アピールするようになっており、入院中の人にとって彼の話は励みになっている。その他の活動も前向きにとらえられるようになってきている。

2. 医療機関の取り組み

当初は主治医が退院に対し消極的で、院内で退院に向けた働きかけもなかった。しかし、PSW を中心に長期入院患者を地域に送り出す実績が蓄積されるにつれ、病院内での意識も変わっていった。そして病院の近くに GH が設立される事になった時、長期入院患者を中心にこの GH への退院を支援する事が病院ぐるみの目標となった。そうした機運の中で G 氏の主治医が変わり、G 氏の退院を病院全体で期待感を持って支援する体制が出来た。

3. 施設の取り組み

主に日常生活での支援を中心に行っている。ゴミ捨てや公共料金の支払いなど、日々の事柄に慣れるまで戸惑いもあったが、時間をかけて本人の自立度を高める支援を継続してきた。現在は安定しており、本人がいつも気軽に職員に話しかけ日々の様子を伝えてくれるので、必要に応じた支援を適宜行う事が出来ている。退院当初は病院 OT を継続していたが、本人の気持ち時間が経て作業所に向いていったのを受けて作業所への移行を支援した。

4. コーディネーターの役割

病院の PSW が中心に家族、GH との連絡調整、そして本人との定期的な面接のなかで本人の気持ちを受け止めた。長年退院に反対していた叔母を根気よく説得し、同意にこぎつけた事が退院につながった。

5. ピアサポーターの役割

休みの日は仲の良い仲間と出掛けて食事をするなど、仲間との良い関係を持っている。特に仲の良いあるメンバーとは、無駄遣いを注意したり、掃除を促されたりなど、お互いに良いアドバイスを与えあいながら支え合っている様子である。本人が作業所への通所を考えるようになったのには、メンバーからの誘いが大きかったようである。

6. 保障人

保証人となった叔母は入院中も面会に来ることはなかったとのことだが、退院後も一度も GH へ来なかった。理由は「病院が近いから」ということで、世話人とも会っていないが、F 氏は叔母が亡くなるまで年に数回家に遊びに行っていた。

7. 不動産屋・大家

大家さんが夕食会に参加しており気軽に会話ができている。洋服などをもらうこともあり、関係はとてもよい。また、発作による喫煙時の火災予防のため自動消火装置を設置した。

6 . 事例分析のまとめ

1 . 退院を阻んでいた要因

1) 本人をめぐる環境の問題

この7事例中、明らかな陽性症状が存在していたのは1事例しかない。**病状は積極的な退院阻害要因とはいえなかった。多くは帰来先が無いという社会的状況によるものである。**この7事例の平均入院期間は30年である。30年病院に入院していると、帰宅出来る家や家族は当然だがいなくなる。両親は亡くなり、兄弟はいてもそれぞれの生活があって彼らを受け入れる場所はなくなっている。そもそもこのように長期化した理由の中核にある原因は、退院後の生活を家族が受け止めなければならないという価値観によるところが大きい。家族も自分たちの生活を守ることで必死である。本来なら自立して両親を扶養してもよいような年齢の子供を、経済面も含めて、親が見ていくことが土台無理な設定であった。しかし、家族による扶養に変わる社会で、自立して生活していくためのすべが無かったことが、このように入院を長期化させていったと考えられる。

2) 本人の意欲などの問題

医療側からは、「病状が完全に良くなってから退院を考える」という治療の基準が、本人にとっての退院のタイミングを逃すことにつながってきていたと考えられる。事例Gに見られるように**入院の初期は多くの人退院を強く望んでいる。しかし、その希望がかなえられないまま、いたずらに時間が経過してしまうと、今度は退院を望まなくなっていく。**現状に適応しようとすることは人間の基本的な防衛本能である。そうして築いた生活から、今度は離れることが不安になるのである。入院生活は非常に依存的な人間を作り上げる。生活のすべてが他人により決められていて食事や入浴、清掃、金銭管理と生活に必要な基本的な部分さえ管理されている状態である。それが長く続くと、自分で生活していくことに強い不安を抱いたり、怖く感じたり、あるいは億劫になったりして積極的に退院を望まなくなる。精神病院では入院に関してはほとんど本人の意思に沿わない入院が多いのに、なぜか退院については本人の意思を尊重する風潮がある。医療の必要が無くなれば、退院もまた医師の判断で行うというシステムに本来はなるべきである。と同時に1)でも述べたが、その先の受け入れ先が整備されていないと医療側も積極的に退院を進められないという状況があり、こうしたプロセスも退院を長期化させてきた要因の一つと考えられる。

3) 病院側の問題

医療側の要因として、非常に大きな要素は本人の持つ力に対する過小評価である。医療というものが基本的に病気の部分に注目して治療にあたるものである。しかし、生活者としてみる上では出来る部分、その人の力に注目してその力を伸ばしてゆくという発想が必要となる。従来、こうした考え方は医療になじみが薄い。しかも先述したように、入院生活の場自体が本人の能力を発揮できる構造になっていない。こうした中で、医療者は医療の中で本人を見ていくことが、本人にとって一番良いことだと考えてしまいがちになる。熱意が逆に善意の過保護になってしまう場合がある。

もう一方で、病院には病床を満たすという経営的な課題があり、精神病院が何百もの入院患者を少ない職員体制で見えていくためには、従順に病院に適応してくれる人が病院にとって必要という側面がある。これは必ずしも医療者側が意識的に行っているとはいえないが、退院を望まず病院の管理に素直に従う、そうした患者さんたちを無意識に離したくないという状況が慢性的にある。これが退院促進に病院としてあまり力を入れない現実となって、入院を長期化させる要因になっている。

4) 社会資源の問題

社会資源が圧倒的に少ないという現状は言わずもがなではあるが、加えて、今までは社会復帰施設やグループホームも依頼があれば考える、という待ちの姿勢で、地域側から退院者を迎え入れるという体制を示すということが、ほとんどなかった。地域は依頼があって初めて機能するものとの認識が一般的だが、むしろ地域の資源の側から病院に手を差し伸べて行けるような環境が起これば、長期の入院ももっと減るかもしれないのである。

■ 2 . 変化のきっかけ

本人が望もうが望まなからうが「人は地域で（病院ではなく）自立して生活する方がよい」という単純な仮説を立て、病院スタッフと地域の資源が一体になって取り組んだことが、これほど長期の入院者の退院促進につながった大きな要因と考えられる。活動当初は病院のスタッフがグループホームの運営にもかかわっていたということもあり、病院と巣立ち会の活動の連携が非常に効率よく機能したということもあった。

また、本人に対しても地域で自立してもらうという命題のために、時には退院を本人が積極的に望まなくてもそのように方向付けるということもあったし、

家族に対しても「家族には迷惑をかけないように地域で支援をしていく」と、かなりはっきりと伝えていった。本人も家族も、時には医療関係者も、当初の不安を乗り越えてもらうためには、明確な方向性を指し示すことと、その後の支援体制を構築できたことが大きかったと考える。こうした提案が出来たことのきっかけは、やはりグループホーム等の社会資源が出来たことであった。地域に支援の手がある、そこと密接に協力し合える体制があるということが、本人や家族、病院の論理や価値を大きく変える原動力になりうるものであった。その後は一病院に限らず、地域の多くの近隣病院と積み重ねた経験を元に、密接な連携を取り合って退院促進活動を行っている。

■ 3 . 退院に向けてのプロセス

1) 住居提供

巣立ち会の退院促進の特徴は、必ず住居の提供まで行うという考え方である。**まずは住む場所がなければ退院は出来ない。**障害を開示して住むことのできる住居を見つけるということを徹底して行っている。住む場所を提供するという事は、通所の支援よりリスクが大きくなる。我々も残念ながら火事を2回出している。こうしたリスクを持つことへの法人としての覚悟が、巣立ち会の特徴となってその後の活動を規定してきているとも言えよう。障害を開示する方が後々の支援がしやすくなるため、地域の地主、不動産業者などと頻繁に連絡を取って、空き部屋の情報やアパートを建ててくれるというような情報にタイムリーに対応して、いつでも住む場所が提供できるような状況を作る努力をし続けている。巣立ち会の住居支援(グループホームや一般アパート)では、保証人などがなくても入居できる。その代わり本人には巣立ち会が本人を保障できると思えるような実績を作るという課題がある。会社が社員に寮を提供するように、巣立ち会の通所のプログラムに通ってもらい、その評価で住居を提供しているのである。評価といっても、ある程度規則正しく通えること、職員や他の利用者とのコミュニケーションが適切に取れることなど、いたって平易なことである。安定した人間関係、信頼関係が持てるようになれば必ず、住居提供を行うということが、これだけ退院促進に効果を挙げている大きな要因かと思われる。

2) 地域から病院へ

活動当初は 1 ヶ所の病院に限られていたが、現在では近隣病院すべてに働きかけて長期入院者にスタッフが直接面接に行ったり、当事者からのメッセージを届けたりして本人たちの気持ち地域に向くように働きかけを行っている。先述したように、病院からの押し出しはなかなか強く出来にくいいため、今後かわっていく我々が、地域から迎えに行くというアウトリーチ活動は、巣立ち会の特徴的なものである。

3) 連携のあり方

我々の退院促進のやり方では、通常のモデル事業のように多くの会議を持たない。本人に関わる人間は多ければ多いほど良いとは限らない。最も効率がよく、大きな効果を発揮しうる最小限の人員体制で支援していける方法をいつも模索している。多くの実績を出すためには、効率の良い運営も大切な要素である。何を決めるにも常に一同が会して合議するという形式は、効率面からも当事者の自己選択の尊重という理念からも望ましいとは言えない。必要なのは、個々の具体的な課題に応じて、コーディネーターが必要な資源と連携するケースマネジメントの手法なのである。船頭多くして船山に登ることのないように、本人を中心にして、支援者のキーパーソンは我々である、という自覚と責任を持って支援体制を作っていくように心がけている。

実際の退院促進のプロセスでは、本人は入院中なので、まず一番密に連携を取らなければならないのは病院とである。病院には医師や PSW、OT や病棟看護師、訪問看護師など様々な職種の人々がいるが、夫々の役割に応じた連携が必要である。その後、退院のめどが立ち始めたら、生活保護や市の障害福祉課などと連絡を取り、アパートやグループホームの申し込みなどについて相談する。先述のように、社会的入院状況にある当事者の多くは病状も安定しており、地域のあらゆる福祉・医療資源を巻き込む必要性は必ずしもない。むしろ、我々は地域のインフォーマルな資源や住宅資源との連携を大切にしてきた。長らく当事者の「病いの問題」にすり替えられて来た社会的入院を、「住宅の問題」「社会的阻害の問題」として正しくとらえ直した結果であり、これが成果を挙げた要因の一つと言える。

4) 具体的に、断定的に、タイムリーに

彼らは長い人では何十年もの間、社会へ出る機会さえなく、放置されている。そこで退院に向けての夢や希望を持ってもらうためには、具体的な達成目標と確実な約束、タイムリーな働きかけが必要だと考える。通常のモデル事業のよ

うな数ヶ月にも及ぶ長々としたインテークプロセスを敢えてとらないのが巣立ち会の特徴であり、成果の要因であったと思われる。まずは、巣立ち会の通所のプログラムに通ってもらうこと、それが「週4日休まず3ヶ月続けばアパートを探す」と約束し、本人がその気になれば明日からでも通所は引き受けると提案する。多くの当事者にとってはこの時点ではっきりと退院を決意する事は依然難しく、一かゼロかのアプローチでは結果として多くの当事者を置き去りにしてしまう事になる。しかしこうした敷居の低い体験通所を用意する事で、当事者は気軽に一日通い、気に入ればまた次の日も来るという、“今日一日”を積み重ねる事が出来る。ほとんどが初めは恐る恐る見学し、週1~2日通い始め、やがて少しずつ日数を増やしていく。実際には退院時に週4日通っていないくても巣立ち会の他の利用者となじみ、スタッフとの信頼関係が出来てきた時点で、退院にはこぎつけている。このように当事者が体験を通して理解を深め、自信をつけていく事の重要性と効果を長年の実践の中で実感している。

■ 4 . もたらされた結果・成果

1) 本人にとって

退院後の生活を見ていると、こうした個性があったのかと驚くようなことがしばしばあり、本当に自由に自分らしさを少しずつ取り戻していているという印象がある。生活のあり方は人によってまちまちで、ゴミの中で暮らし、お風呂にもほとんど入らないような人もいるが、逆に清潔でセンスも良く、几帳面で経済的にもやりくりが上手で、とても素晴らしい能力を持っている人も沢山いる。月々2万円の小遣いを管理されていなければならなかったなど、信じられないくらいである。入院中は金銭管理に問題があるといわれている人のほとんどが、自分で管理する責任を与えられれば問題なくやれている。むしろ、生活保護費の範囲内で貯蓄をしてパソコンを買ったり、海外旅行をしたり、自分なりの使い方が出来るようになる人も多くいる。ゴミの中で生活している人も、長い時間をかけて機会を待つことでようやく掃除をさせてくれたり、時々の声掛けで、ようやく風呂に入るようになってくったりという変化が見られるようになることもある。ほとんどの人が振り返って病院をうらむということはしない。しかしほぼ100%の人がまた病院へ戻って生活をしたいとは言わないのである。彼らは判で押したように今の生活には『自由があるから』という。夜中に冷蔵庫から食物を出して食べられる自由、夜、コンビニやファミレスに行ける自由、外出届を出さずに行きたいところへ行ける自由、自分のトイレを持ち、好きなときに好きなだけ入っていただける自由、毎日お風呂に入ることが出来る自由、

缶ジュースが好きなだけ飲める自由。自分の生活を自分で決定できる裁量があるということは何にも代え難い生活のクオリティーであり、何にもまして本人の自己効力感を高める。

2) 家族にとって

家族は非常に傷ついていることが多い。病状の悪いときに本人から大変な苦痛や負担を強いられた経験があり、そのことにどれだけ時間を経過しても恐れおののいていることが多いのである。退院するとまたそのことが繰り返されるのではないかという不安と恐怖が家族を拒否的にさせる。そこで一旦は家族としての負担を取り除き、家族と切り離すことで、家族にも余裕が出来、心理的な負担が軽減されるためか、退院して本人が安定して自立できていることを知ると、家族は当初は退院に反対していてもそのほとんどが喜んでくれるようになる。ほとんど断絶状態だった家族関係が徐々に復活し、お盆に親の墓参りに一緒に行った、一緒に食事をした、部屋に遊びに来た、兄姉の家に泊まってきた、甥姪に小遣いをやった、時には家族から借金を申し込まれたなどいろいろな形で関係が回復していく例が多い。家族自身も本人が病院に入院していたときの頑なな態度とは別人の観がある。身内というのは、どのような過程があっても、基本的に自分の家族が元気で生き生きと生活をしていることを喜んでくれるものなのだ、と思わされる経験がこの長期入院者の家族との関係では非常に多くあった。

3) 病院にとって

病院関係者には大きく2つのタイプがあり、非常に過保護・心配性でとても退院することなど無理だと考えるタイプと、とにかくやれるものならやらせてみようとする楽観的なタイプである。後者はやりながら一緒に考えていくことが出来るが、前者はスタートに付くまでに努力を有する。しかしどんな説得より、一人ひとりの事例の方が病院関係者を変えるには説得力を持ち、根気良く事例を積み重ねることで、病院関係者からの評価は確実に上がってきている。不可能だと思っていた人たちが何人も退院して安定した生活を送ってきているという実績は、病院関係者の治療感をも変える力を持っている。そもそも治療とは何か。精神症状を取ることに専念してきた病院関係者に、生活から彼らを見るという視点を提供できる機会となっている。この巣立ち会の活動から何ヶ所かの病院では退院準備グループといったグループ、あるいは退院促進会議といった院内会議を立ち上げ、長期入院者の退院促進に対して病院内の共通のコンセンサスを作ろうという動きが出てきている。また、当事者を含めた我々が

病院の中に入って啓発活動を行うことで、病院の風通しが非常に良くなっていくという効果も見られる

4) 波及効果

この退院促進の事業の中で、スタッフからの働きかけも大切だが、当事者からの口コミが非常に大きな影響力を持つことに気付かされた。これを進めていくためには、スタッフだけでなく、この活動が大切だという思いを同じくする人の裾野を広げなければ間に合わない、という現状にもぶつかった。そのため当事者に一緒に病院に訪問してもらうことにしたが、入院者だけでなく、病院関係者にも当事者の話は思いのほか好評だということがわかった。先述したように病院関係者も入院者が地域で生活していく姿が十分にイメージできていなかったのである。当事者も徐々に人に自分の考えや生活のことを伝えることで自信を回復し、自分たちの役割を自覚し、病院にいる仲間に対しての配慮や退院の誘いが出来るようになってきている。

また、住まいがグループホーム等同じ建物や近くにあることなどから、生活の中で、退院した当事者同士が助け合うという場面が非常に多く見られるようになった。プレーカーが切れたときの取替え、電球が切れた時の交換、人付き合いは苦手だが「Xさんの近くのアパートなら住んでもいい」という関係性が生じたり、服薬に拒否的な人に対して、土、日とスタッフの目が行き届かないときに薬の確認をしてくれたり、皮膚病の人に風呂上りに薬をぬってくれたり、夜間の新聞勧誘などの訪問者に対して男性の仲間を呼んで対応してもらったり、まさに時には家族のようなかわりを持ちながらお互いに力をあわせて支えあい、安心して生活できるという体制が出来てきている。

また地域との関係では、大家さんと接触することが一番多いが、純朴で真面目な人が多いと評価され、アパートが空いたら巢立ち会に声をかけてくれるということがしばしば起こってきており、現在でも数部屋が空いていると不動産屋から申し出を受けている。こうしたことは、この活動を開始した15年前には考えられなかった。人の偏見を嘆くだけでなく、地域住民の理解を得るには、日々のコミュニケーションの積み重ねが大切だとしみじみと感じている。

5 . 今後の課題

1) 増え続ける退院依頼

今現在、まだ多くの病院から退院促進のケースの依頼が殺到している。まだ、本人が退院に二の足を踏んでいるといった段階からの依頼であり、当事者の力も借りての病院への働きかけなど、やるべきことが山積みになっているという感じである。病識が十分でなかったり、70歳を越える高齢者であったりという依頼もあるが、依頼には、「とにかくNOと言わない」を原則にしている。多くの依頼があるということは非常に喜ばしい状況であると考えているため、今後も継続した努力をしていくつもりである。この依頼に応え続けることで、まだまだ病院を変えていく可能性を感じている。最終的に病院が病床を減らしても、地域に送り出していこうという判断を迫られる時期はそう遠くはないと感じている。

2) 対象者にあつた多様な退院プロセスの必要性

巣立ち会の通所のプログラムに乗らない人が対象から外れるという問題があるが、デイケアなどに通える見通しの方は、いずれ、病院との連携の中で対象と考えてゆく可能性はある。昼間デイケアなどに通所する場合は、それだけ本人に関わる情報量が少なくなるため、医療機関との連携がきちんと保たれるような努力が必要になると考えられる。全く通所のプログラムに乗れない人は、ケアホームなどの別のプログラム立てで退院を考えてゆくことが出来るかと思われる。すべての対象が巣立ち会のプログラムで対処できるというようには考えない方が、現実的であるかもしれない。

3) 退院促進事業の基盤整備

現行の退院促進支援事業は、単年度、あるいは長くても2~3年の期限付きで民間委託されており、事業の継続性が保障されていない。そのため退院促進に専従するスタッフの雇用やノウハウの蓄積が困難である。また、障害者自立支援法では入院中の患者の通所、病院スタッフによる退院調整、地域からの働きかけなど、退院という局面にかかる一連のサービスは対象外となっている。退院促進事業に取り組みたいと願う事業主体が、この事業に参入し、継続的に事業運営出来る制度的枠組みがない事は、今後この取り組みを普及させていく上で大きな障壁なのではないか。退院支援にかかるサービスも、自立支援法のサービス対象とする事や、現行の退院促進支援事業の委託のあり方を見直すなど、本事業にかかる基盤整備を早急の課題として挙げたい。新しい制度が我々と

って使いやすいものになるためには、我々からの働きかけもこの時期大切かと思われる。このことを国だけでなく、地方自治体もその責務を認識して、この事業に対する理解と支援をしていってくれることを切に願っている。

4) 住宅資源の整備と支援の連続性

地域で生活するという事は住居の確保が必要であり、住宅資源の整備が大きな課題である事は言うまでもない。障害者自立支援法が期待通りに機能してくれば、もう少しグループホーム等が作りやすくなり、通所プログラムも地域生活者の増加に対応し、増えていくかもしれない。しかし、退院目標である 7 万 2 千人分もの住居をグループホームでまかなう事は現実的ではない。むしろ今後必要なのは、一般住宅で自活する能力が十分にある当事者が、グループホームを巣立っていく為の支援サービスと、一般住宅入居後の継続的なケースマネジメントサービスの整備であろう。当事者は、グループホームから巣立っても支援が全く必要でなくなる訳ではないので、現場ではグループホームの職員が、退所者に対しインフォーマルに支援を継続している事が多い。しかしグループホーム職員の余力には限りがあるため、今後一般住居への移行ニーズが高まったとしても、現状では当事者のこうした発展的移行を十分に促進する事は出来ないだろう。例えばアメリカでは集住型ケアから一般住宅への転居を支援するプログラムや、一般住宅居住者の為の Intensive Case Management, Supportive Case Management, Assertive Community Treatment など種々のケースマネジメントサービスが整備されている。日本にもこうした継続的支援体制の整備が必要である。障害者自立支援法の地域生活支援事業の中で居住サポートという事業が新しく出来たが、事業内容は定義されておらず、どのような中味になるのか今後の動向が注目される。本事業にはグループホーム卒業者にも見守りと危機介入程度のサービスが盛り込まれる事が望まれるところである。

また、一方では精神障害を持つ人々が一般のアパート賃貸を得る事は、差別や偏見、保証人制度、経済的理由などにより依然として厳しい。本来はこうした市場原理の中では、住宅確保が困難な住宅困窮者の救済を責務とする公営住宅が、精神障害者に対しその役割を十分に果たして来たとは言い難い。精神障害者の地域生活が進んでいる諸外国では、国や自治体の責任で障害者用の住宅が計画的に建設されており、日本においても、福祉やソーシャルワーク的な支援とは別の次元で住宅の問題を捉え直し、住宅供給のシステムを作っていくことが重要と考えられる。

5) モデル事業の役割

限られた時間と予算の中で、7万2千人の社会的入院の解消という大きな目標を達成するには、成果が期待出来る実践を選び抜き採用していく Evidence Based Practice 志向のサービス提供体制が不可欠である。こうした課題の中でモデル事業の果たすべき本質的な役割は、活動の構成要素を明らかにし、効果的な援助プログラムを定式化させ、世に普及させる事である。この事例集はその作業の端緒という気持ちを込めて作成した。巢立ち会ではこの報告書の他にも本会の退院促進プログラムを文書化する作業を進めているところである。この活動が巢立ち会のものだけに終わらないために、いろいろな場所での活動報告や発表などの努力も今後してゆかなければならないと感じている。かかる普及活動には国や自治体との連携・協力を期待したい。

7. 参考資料

< 参考資料 1 : 厚生労働省のモデルとの比較 >

厚生労働省の要綱概要	巣立ち会の実践
<p>利用申し込み</p> <ul style="list-style-type: none"> 主治医・PSW等は事業の候補者を選定。 事業の趣旨、内容を本人に説明し、本人の希望を把握。 当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て主治医の意見書を添付の上申込書を自立促進支援協議会に提出する。 <p>対象者の選定</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会は申請に基づき対象者の適否を協議する。 協議会は協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申請者に通知する <p>支援計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会は担当する自立支援員を決定、対象者の自立支援計画を策定、協力施設への依頼等を行う。 <p>協力施設等における訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立支援計画に基づき、協力施設等における訓練、又は日常生活を営むのに必要な活動の訓練を実施する。 自立支援員は必要に応じて訓練内容の説明・同行支援・状況確認等を行う。 訓練期間は原則として6ヶ月以内とし、必要に応じて更新する。 対象者の病状悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては、協議会が本事業の継続が困難になったと判断した場合は訓練を中止する。 <p>訓練終了</p> <ul style="list-style-type: none"> 協力施設等における訓練は対象者の退院又は訓練中止により終了するものとする。 協議会は毎年度末までに運営委員会に事業実施報告を提出する。 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告を提出する。 <p>退院の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き支援が必要な場合は、退院後1ヶ月に限り支援を継続することができる。 <p>中止の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 訓練中止に至った要因を分析する。 	<p>アウトリーチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ピアサポーターと職員が当事者向け出張講演をし、事業説明、関係づくり、候補者の発掘等を行う。 病院関係者への説明と協力依頼。 家族と個別面接をし、関係作り、相談・調整を行う。 <p>動機付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 候補者・家族との個別面接による動機付け、具体的な援助計画のすり合わせ等を行う。 当事者に少しでも退院意欲が芽生えた時に、迅速に退院訓練プログラムに繋げる。 <p>通所訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 希望があれば翌日からでも、入院先からの通所訓練を開始する。 訓練期間の期限はなく、状況に合わせて進める。 当事者によるピアサポート体制をとる。 <p>退院準備</p> <ul style="list-style-type: none"> < 住居支援 > 通所が安定した段階で以下の資源を活用し、当事者にとって最適な住居を探す。 <ul style="list-style-type: none"> 当会のグループホーム(7ヶ所) 家主や民間事業者との協力関係。 保証人のいない入居者に対する、当会の保証人制度。 <p>外泊訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 近隣の介護寮と連携し、外泊訓練を行う。 単身生活へのイメージ形成。 グループホーム食事会への参加。 <p>退院後支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 期限を設けずに、退院後も同じチームがグループホーム・作業所として支援を継続する。 ピアサポーターによる細やかな見守り。 < 具体的な支援内容 > 各種社会的手続き・関係機関との連絡調整・外出支援・ゴミ出しや炊事などADL支援・服薬、金銭管理 など。 <p>支援の終了</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院促進プログラムとしての支援が終了しても、当会の提供する通常の生活支援サービスは継続される。

社会福祉法人巣立ち会 退院促進支援事業

あなたも地域で生活してみませんか？

- 「一人暮らしには不安があるな・・・」
- 「相談できる場所が欲しいな・・・」
- 「話せる仲間がいるといいな・・・」



そんなときには、**巣立ち会**にご相談ください！！

巣立ち会の理念

- ・ 地域で安心して生きがいをもって生活できる
- ・ 自尊心をもって生きる
- ・ 助け合える仲間がいる

具体的な目標

長期入院者の退院促進

住居の提供と維持

働く場の確保と継続支援

心身の健康の維持・向上の支援（病状管理）

退院促進の流れ

アウトリーチ (出張活動)

退院促進事業における重要なプロセスとして、当会では外への働きかけを積極的に行っております。
主に行っている活動には、**出張講演・啓発活動・利用対象者面接**などがあります。(詳しくは次頁)

インテーク (初回面接)

退院をご希望される方とお話し、退院に向けてのご本人のお気持ちを伺いながら、具体的な計画や支援方法を相談致します。

退院訓練

退院に向けての訓練として、当会の通所施設に通っていただきます。
退院して地域生活を送ることを目標に、概ね3ヶ月を目安として通所し、その間に起こりうる様々な不安や問題等について、共に解決していきます。

住居支援

通所も安定し、より具体的に退院の予定が出てきた際には、当会で住居をお探しいたします。

退院準備

退院と住居が決まった方には、その準備として様々な支援を行います。
関係機関との調整や、地域生活に向けて必要と思われる手続きなどのお手伝いも致します。

アフターケア (退院後支援)

地域での生活の中での不安、困ったことなどは、当会職員がいつでもご相談に乗ります。また必要な時には、お宅を訪問したり、通院に付き添ったり等も致します。
どこでも、いつでも相談できる体制を整えております。

アウトリーチ(出張活動)って？

当会の支援活動をより多くの方に知って頂き、そのサービスを利用して頂く為に、私たちは積極的に外部に出かけて行きます。出張講演、啓発活動、病院での利用対象者面接などがその例です。

< 出張講演 >

退院を経て、現在地域生活をしている巣立ち会のメンバーおよびスタッフが病院の病棟に出向き、入院患者さんと病棟の職員さんに対して自己の体験談や具体的な情報についてお話しします。

出張講演では和やかな雰囲気の中で、メンバーと患者さんとの活発な質疑応答やディスカッションが交わされます。メンバーの体験談では、かつて入院していた頃に抱いていた退院への不安やためらい、退院への意欲を持つようになった経緯、退院訓練の様子、地域生活を始めた当初の苦労や喜び、現在の生活など、これまでの体験を振り返っての思いなどが語られます。客観的な情報だけでは伝えることのできない当事者の体験が生き生きと伝えられることで、入院されている患者さんはご自分と重ね合わせて、退院後の生活をより具体的にイメージすることができます。

< これまでの活動 >

H17.8.22	武蔵野中央病院 入院 OT グループ 長谷川病院 女性病棟
H17.9.22	長谷川病院 男性長期入院病棟
H17.9.30	武蔵野中央病院 入院 OT グループ
H17.10.21	武蔵野中央病院 入院 OT グループ
H17.10.24	長谷川病院 女性病棟
H17.10.25	長谷川病院 リハビリグループ

(H17.11 月現在)

< 啓発活動 >

病院と退院促進の理念や目標を共有し、事業への理解と協力を得るために、当会職員の訪問による事業説明および協力依頼を積極的におこなっております。

この活動では、病院内に一人、また一人と退院促進の支持者を増やしていくと共に、組織内のあらゆる方々に退院促進支援事業の周知と理解を得ることを目指しています。

具体的には、院長との個別面談、看護師やケースワーカー、OT に対するプレゼンテーション、等を行っております。

< これまでの活動 >

H17.9.16	山田病院(田無)院長訪問、事業説明および協力依頼
H17.9.27	調布精神保健福祉を考える会にて経過報告
H17.9.30	吉祥寺病院ケースワーカー訪問、事業説明
H17.9.30	山田病院(調布)院長訪問、事業説明および協力依頼
H17.11.16	山田病院(調布)看護師長への事業説明および協力依頼

(H17.11 月現在)

< 利用対象者面接 >

退院の意思のある患者さんに対し、必要に応じて当会職員が病院に赴き、個別の面接を行っております。これまでの生活や病状、そして退院後の地域生活への希望などをお聞きしながら、共に退院に向けての具体的な計画を立てていきます。

< これまでの活動 >

H17.8.3	長谷川病院入院者 2 名	1 名利用開始 (巣立ち工房通所中)
H17.9.14	長谷川病院入院者 3 名	2 名利用開始 (巣立ち工房通所中)
H17.9.28	長谷川病院入院者 4 名	3 名利用開始 (巣立ち工房通所中)
H17.10.14	武蔵野中央病院入院者 9 名	1 名利用開始 (巣立ち風通所中)

(H17.11 月現在)

インテーク (初回面接) って？

まずは病院職員の方よりご連絡を頂き、そして対象者の方、病院職員の方と当会職員で今後の具体的な計画や支援方法について相談を致します。

退院へのお気持ちがある患者さんには、今までの生活を振り返って頂き、これからどう生きたいか、夢や希望などを共に確認致します。

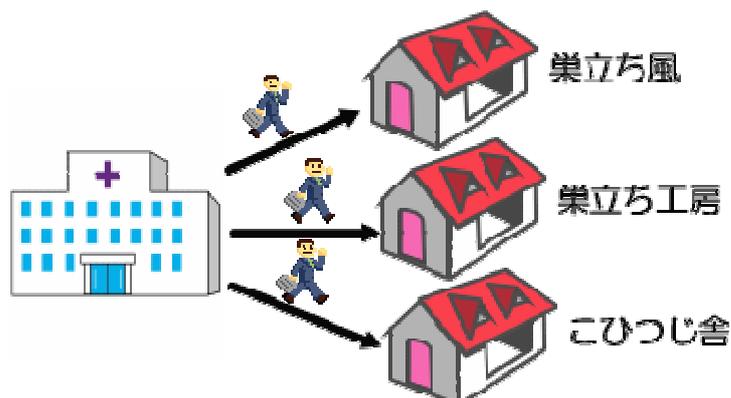
そしてそのご希望に対して、私たちがどんなお手伝いができるのかを提示し、お互いの同意の元に契約を致します。

退院訓練って？

面接を経て、退院促進事業の対象となられた方には、地域への第 1 歩として病院から当会の通所施設 (巣立ち工房・巣立ち風・こひつじ舎) のいずれかに通って頂きます。通所先も通所開始日も、ご本人のご希望で決めて頂けます。また通所日数、時間などについてもご相談に応じます。

病院の敷地から出て、電車とバスなどの交通機関を利用して作業所へ、不安の多い、けれども新しい生活の始まりです。戸惑いや不安は当会メンバーや職員と共に解決していきながら、地域で生活する為の心と身体の準備をします。

安定して通所し、そこで仲間を得ることで、自立生活への自信をつけて頂きます。



住居支援って？

通所も安定し、具体的に退院の予定が出てくると住居探しに入ります。

ご本人、ご家族、病院関係者の方々と相談しながら、場所や入居時期等を考慮し、その方に合った住まいを探していきます。また、援護寮のショートステイを利用した外泊訓練などもはじめて頂き、退院への準備を始めます。

時にはお部屋の空がなく時間がかかることもあります。当会職員が根気よく住居探しにあたります。

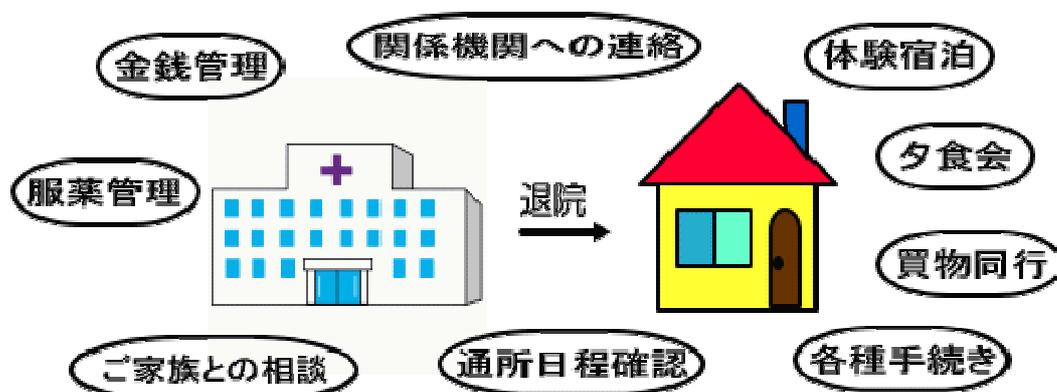


退院準備って？

お部屋も決まり退院が具体的に決まった方は、退院への準備に入ります。

まず重要なのが「服薬の自己管理」です。入院先の病院で服薬の自己管理が行えるように準備をして頂きます。

そして継続した施設通所のために、通所目的や日程の確認を再度行います。また退院後の住居見学も行います。その他、地域生活に移行する際の様々な準備を関係機関職員や当会職員と共に行っていきます。



アフターケア(退院後の支援)って？

退院し、地域での生活がスタートすると日常生活の中で様々な出来事が起こります。
 ゴミの分別や、食事の管理と、不慣れな点や不安なことについては、職員が随時ご相談
 にのり、快適な地域生活が送れるよう、サポートしていきます。



巣立ち会の資源

< 通所施設 >



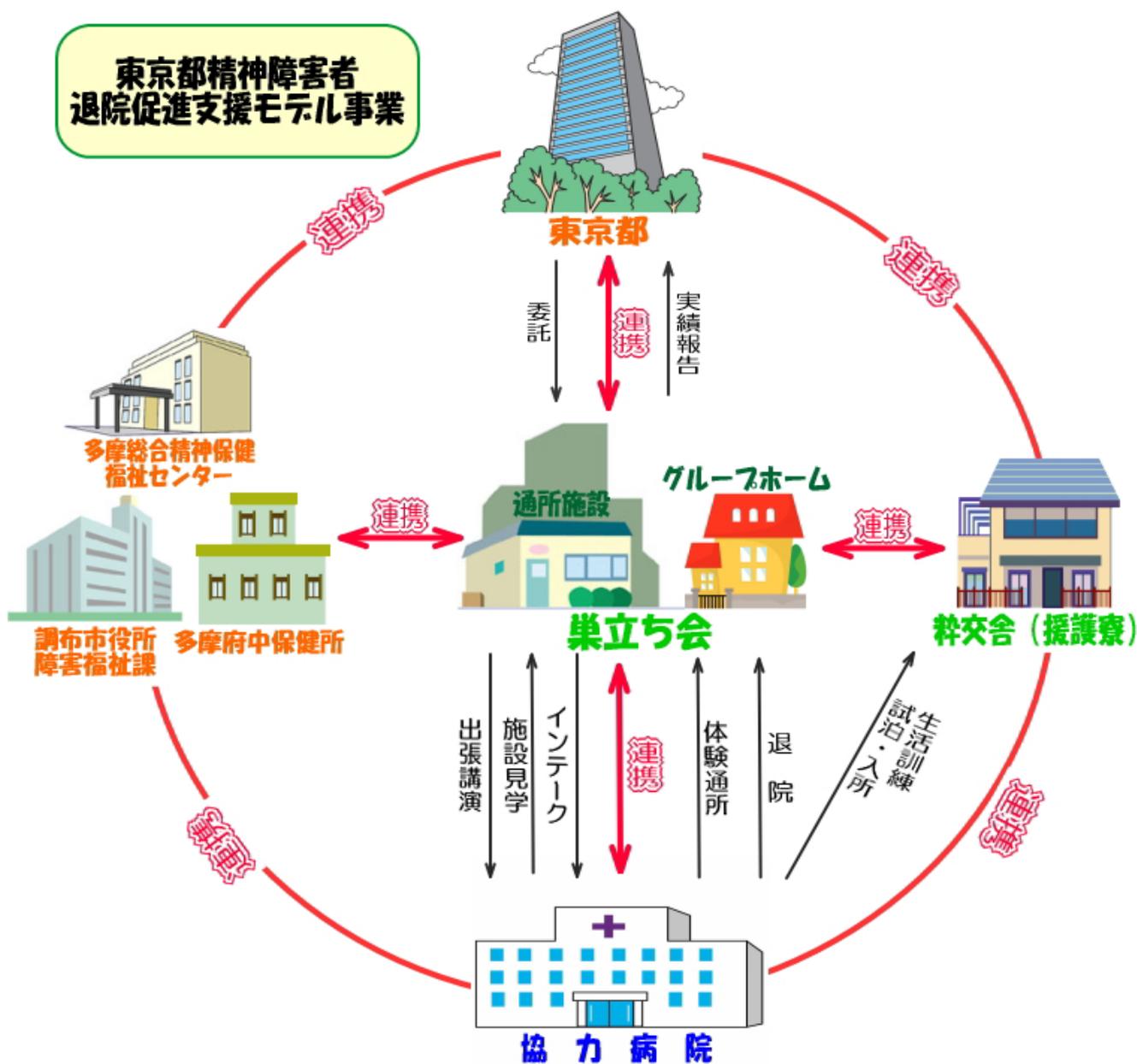
< 居住施設 >



地域のネットワーク

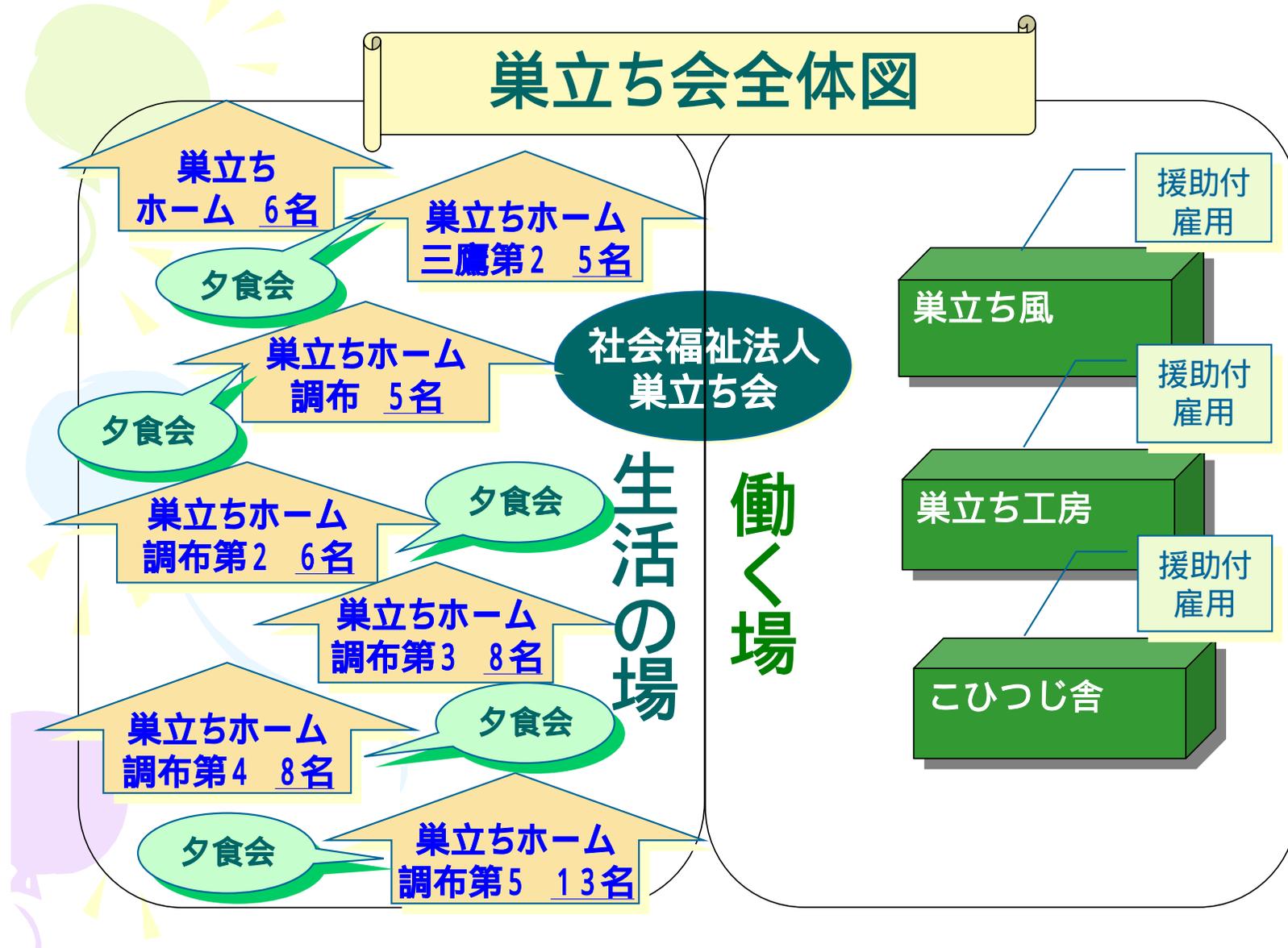
私たちの活動する地域では、患者さんの退院促進をサポートするために、細やかなネットワークを組んでいます。

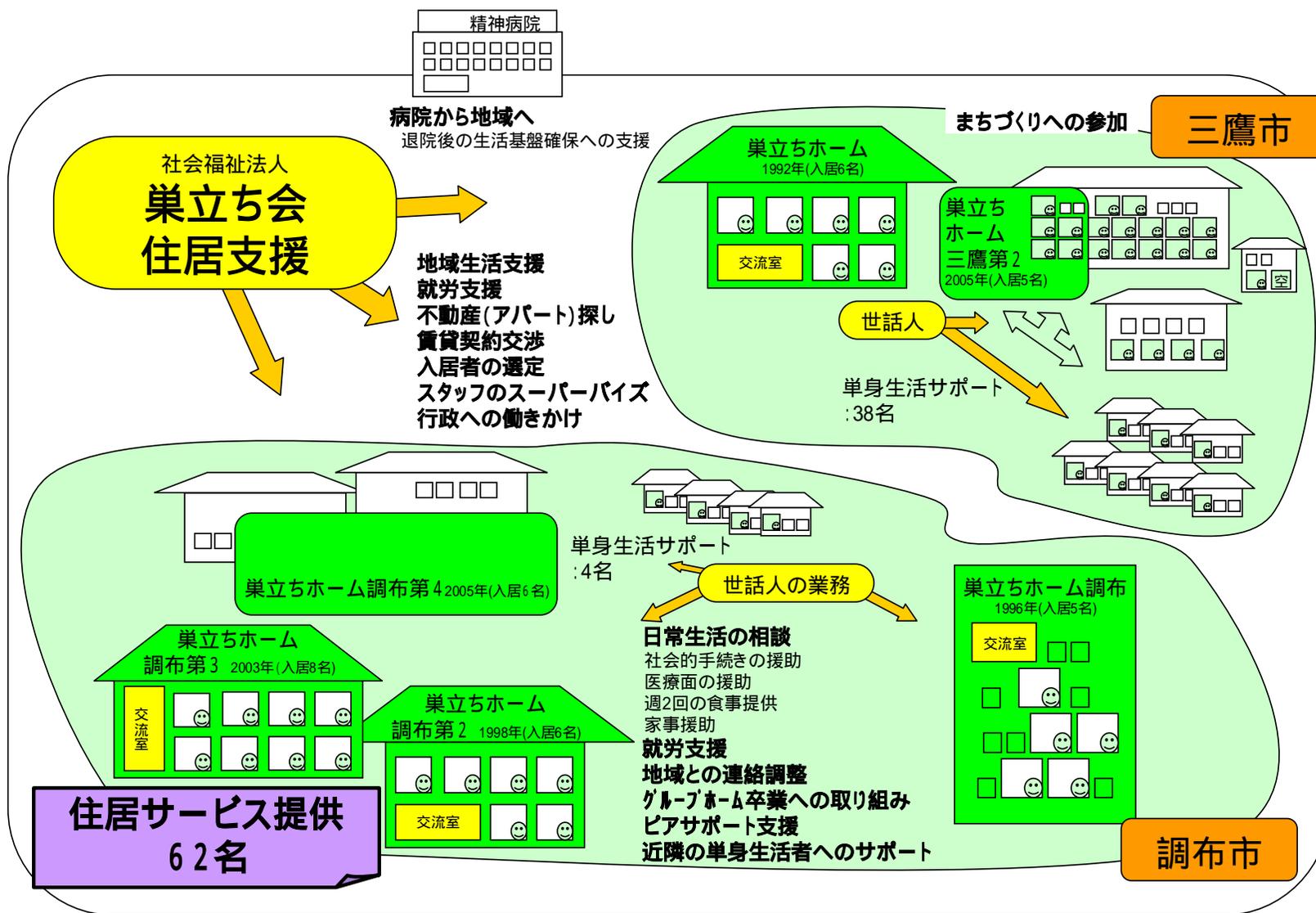
各機関と退院促進の理念や目標を共有し、退院したいという患者さんの思いを大切にしていきたいと考えております。

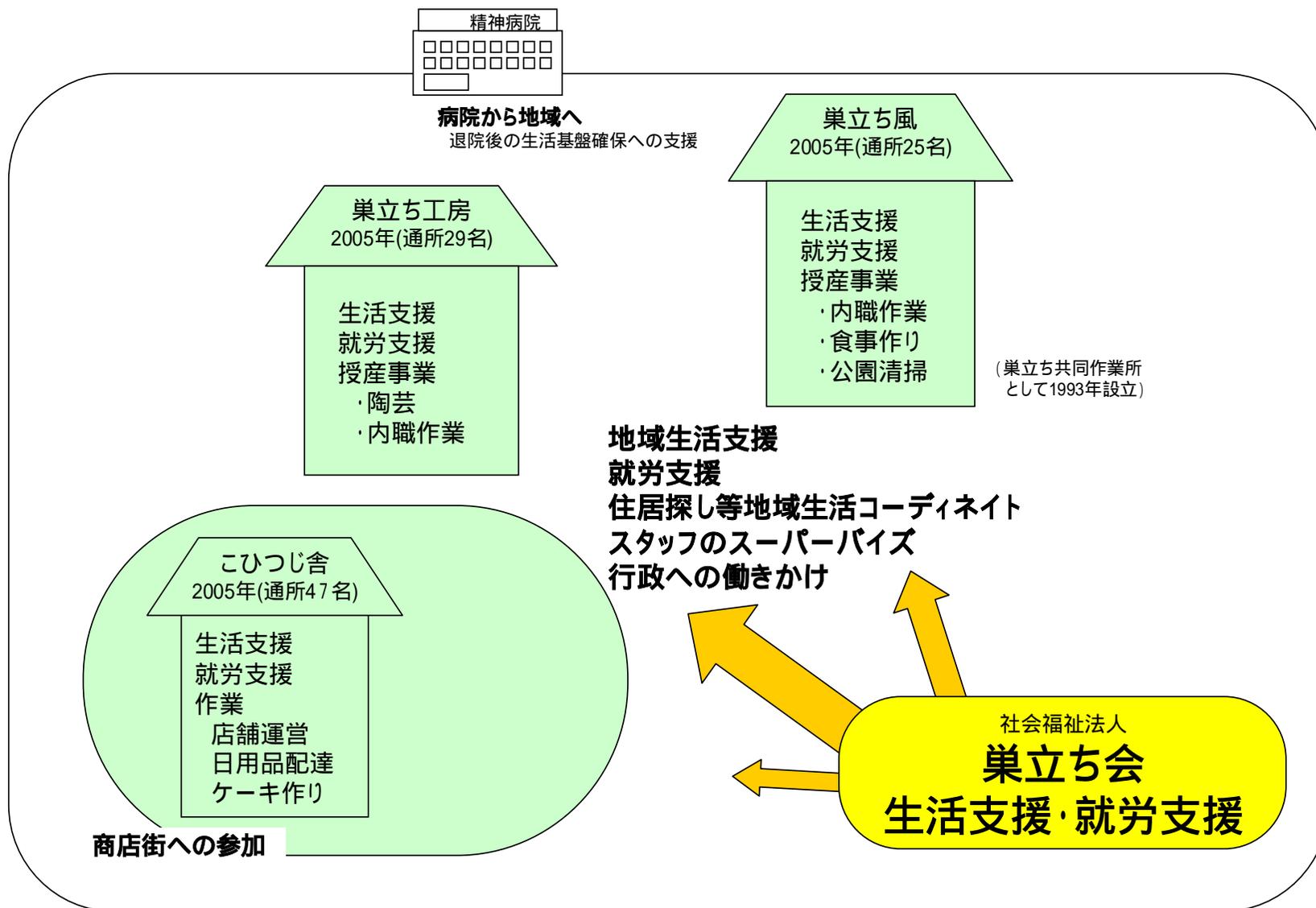


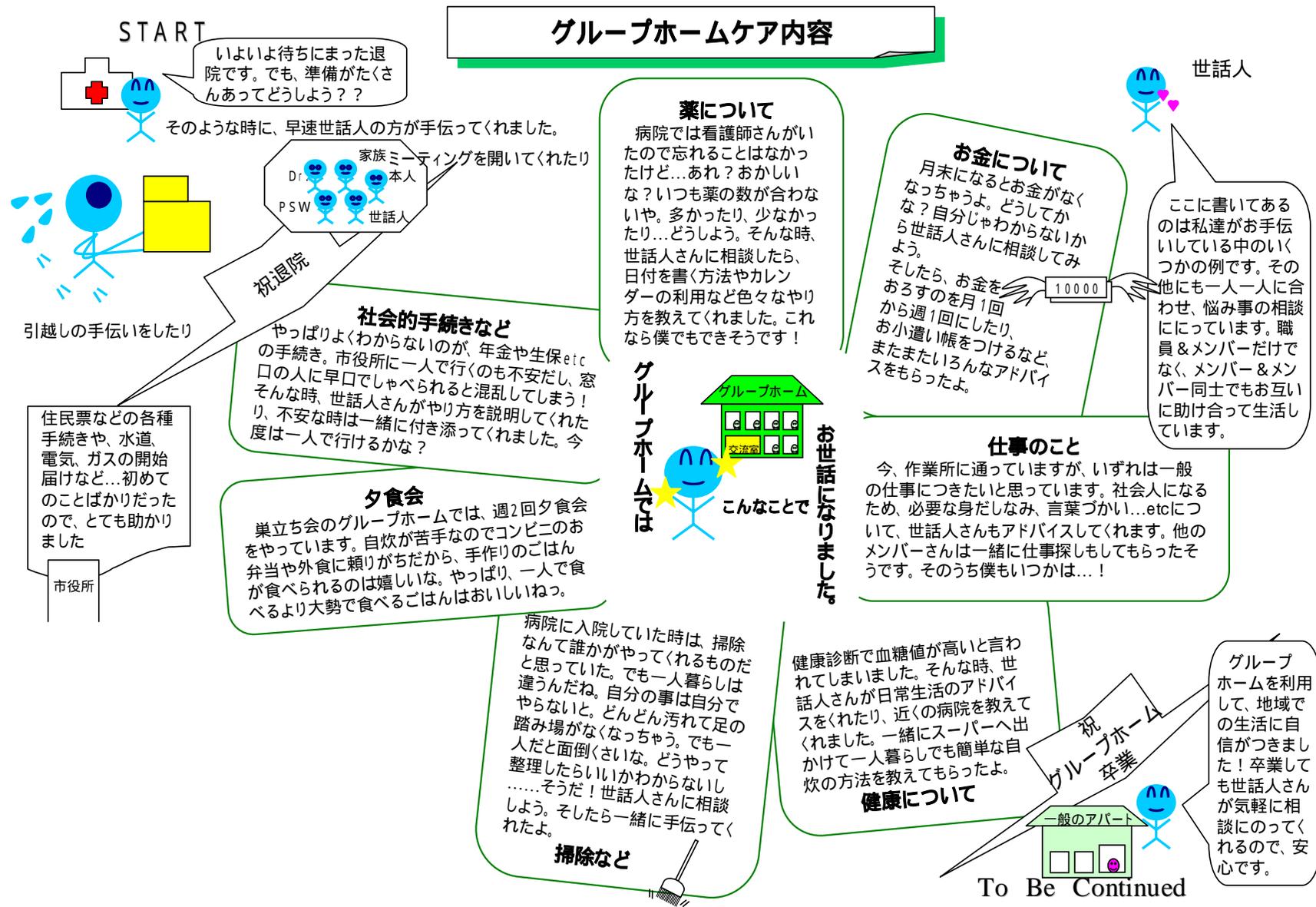
巣立ち会の沿革

- 1992年 6月 ・三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
巣立ち会が誕生した。
- 1993年 3月 ・三鷹市で巣立ち共同作業所の事業を開始
- 4月 ・巣立ち共同作業所・巣立ちホーム
正式認可される
- 1994年 5月 ・巣立ち共同作業所・巣立ちホーム 開所式
- 1995年 10月 ・三鷹市で巣立ち工房の事業を開始
- 12月 ・巣立ち共同作業所を現在の場所に移転
- 1996年 4月 ・巣立ち工房・巣立ちホーム調布 正式認可される
- 1997年 5月 ・巣立ち工房 開所式
- 1998年 7月 ・巣立ちホーム調布第2 正式認可される
- 10月 ・巣立ちホーム調布・巣立ちホーム調布第2の
合同開所式
- 2000年 8月 ・調布市にて「こひつじ舎」事業開始
- 2002年 10月 ・巣立ち会 社会福祉法人格を取得
・巣立ち共同作業所が小規模授産施設となり、
「巣立ち風」に名称を変更
- 2003年 1月 ・巣立ちホーム調布第3 事業開始
- 2003年 10月 ・巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎
正式認可される
- 2004年 4月 ・巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎 開所式
・巣立ち風が現在の場所に移転
- 2005年 4月 ・巣立ちホーム調布第4 事業開始
- 2005年 6月 ・三鷹市より委託を受け、精神障がい者地域自立
支援事業を開始
- 8月 ・東京都より委託を受け、H17 精神障害者退院促進
支援モデル事業を開始
- 2005年 10月 ・巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006年 3月 ・福祉ホーム巣立ち 事業開始予定









巣立ち会のはじまりはじまり Part 1

今から10年以上前の話です。

A精神病院

PSW

退院を促すのもPSWの仕事だわ。とにかくアパートを探してみましょう。

どうして精神病院には病状が落ち着いているのに、何十年も入院している人がたくさんいるのかしら...? おかしいわっ! これが人間の生活、一生であっていいはずがないわ!

そして、地域の不動産屋を片っ端から探し歩きましたが...



保証人もなく、障害への理解がない事から全て断られてしまいました。

そのような時、**運命の出会い!!**がありました。病院の近くのある大家さんが、アパートを貸して下さる事になったのです。

PSW

大家

ありがとうございます。そんなかわいいそうな人達がいるのならうちのアパートを使っていいですよ。

このD大家さんの一言から巣立ち会が立ち上がり、10年で約80名もの退院者を受け入れる事になったのです。

【1】巣立ちホーム(三鷹市 92年設立)

大家さんのアパートでグループホームの事業が始まりました。定員は6名ですが、続々とみなさん退院してきます。市内で1つ目のグループホームがなかなか認可されないまま同じアパートにたくさんの方が退院しました。しかしこのグループホームはお風呂もなく、建物が古く、将来的に立ち退きになるということで、新しい場所を探していました。ある日、メンバーが建築中のアパートに飛び込み、大家さんに頼んだところ、考えてもいい、と話を聞きにきてくれました。実際、メンバーを見てもらい、理解を得る事ができ、1棟借り上げの契約をすることになりました! 交流室も広く作っていただきました。

現在このグループホームを拠点として、約30名の仲間が暮らしています。ここでは、正式なグループホームメンバー6人以外に、巣立ち会が保証人になっている人などが生活しています。この内5部屋は2005年度に、三鷹2つ目のグループホームとして認可されました。

新居

新たなスタート!
巣立ちホーム三鷹第2

新築のお風呂つきのアパートに住めるなんて夢みたい!! これ以上欲しいものなんてないわ。

朝起きる時間も、寝る時間も、食べ物も... 全部自分で決められるのよ!

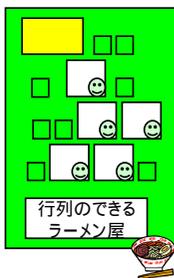
病院よりもずっと自由だわ~!

巣立ち会のはじまりはじまり Part 2

【2】巣立ちホーム調布

(調布市 96年設立)

PSW(現 巣立ち会スタッフ)は、もっとグループホームを作りたいと思い、今度は隣の市の不動産会社を歩き回りました。そこで、理解のある不動産会社さんと大家さんに出会い、マンションの中の6部屋を借りることができたのです。ここでまた何名かの人が退院して入居しました。たくさんの人に利用してもらいたいとの理由から通過型をとり、現在までに7名がグループホームを卒業していきました。通過型をとることにより、更にたくさんの方が退院できることになるのです。



【1】巣立ち風

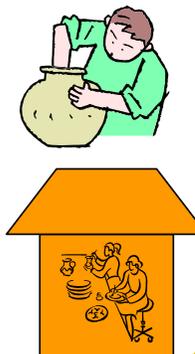
(三鷹市 93年共同作業所として設立 03年小規模授産施設となる)
退院し、住まいという生活の拠点を得、地域で生活の幅を広げていこうという人たちの日中活動の場として共同作業所を設立しました。はじめは細々と内職の作業で工賃を得ることから始めましたが、今では通所者それぞれの目的にあった様々なプログラムを提供しています。



【1】巣立ち工房

(三鷹市 96年共同作業所として設立 04年小規模授産施設となる)

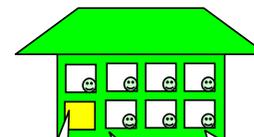
創造的な作業所があってもよいのでは、との思いから「陶芸」ができる工房を設立しました。陶芸教室をオープンしたり、地域にひらかれた活動を展開しています。



【4】巣立ちホーム調布第3

(調布市 03年設立)

巣立ちホーム調布第2の大家さんの親戚の方が、大家さんから話を聞き、アパートを建ててもよいと言ってくださいました。



退院してよかった～
きれいな新築でうれしい！
何でも相談できる世話人がいて助かるわ！
お風呂に一人で入れるのが何よりです。



【3】巣立ちホーム調布第2

(調布市 98年設立)

更にもっとグループホームを作りたいと思いながら歩いていました。空き地があると話をしにかけ込んでいましたが、ある空き地の大家さんにアパートを建ててもらおうお願いをしたところ、なんとアパートを建てようと思っていたとのことでした。精神障害者に対するの偏見もなく、少しでも役に立てればと快くグループホームのためにアパートを建ててくださいました。風呂とトイレが別だったり、ガスではなく電熱器にしてもらい、とても住みやすい建物です。大家さんは夕食会にも参加し、メンバーとの交流になっています。

台所と部屋が広く使いやすいです。



巣立ち会のはじまりはじまり Part 3

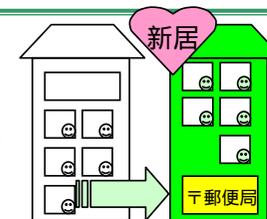
【 】こひつじ舎 (調布市 00年共同作業所として設立)

京王線柴崎駅前の商店街にせっけんのお店としてオープンしました。従来の作業所とは趣を変え、商店街の一員として地域に根ざしています。現在では利用者もどんどん増え、こひつじ舎第2として新たな場所を借り、様々なニーズに対応しています。



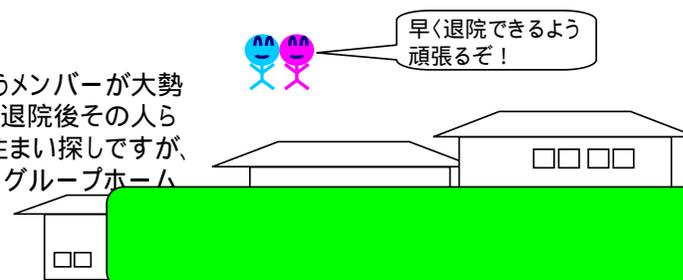
【5】巣立ちホーム調布転居 (調布市 05年9月)

今のグループホームは道路拡張のため立ち退きになるので、メンバーが必死に転居先を探して、知り合いの不動産屋さんが新しいアパートを建てる話を紹介してくれ、5つの部屋と交流室をもつ4階建ての鉄筋コンクリートのアパートになりました。1階が郵便局で、その上に部屋を作ってもらいました。



【6】巣立ちホーム調布第4 (調布市 05年4月)

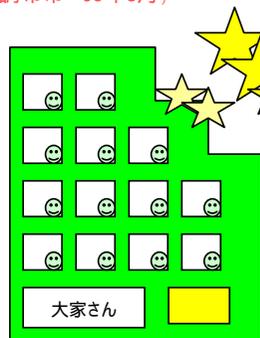
退院をして自立した生活をするを目標に、入院中からこひつじ舎に通うメンバーが大勢います。退院を目的とした支援では、住まい探しが中心となります。そして、退院後その人らしい生活を送れるようなプランを一緒に考えていきます。困難なこともある住まい探しですが、その中からアパートを何棟か経営しているけれども、今空いている部屋ならグループホームに貸してもいいよという理解のある大家さんに出会いました。



巣立ち会のはじまりはじまり Part 4

【7】巣立ちホーム調布第5

(調布市 06年3月)

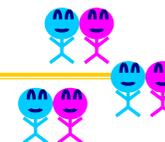


最新設備のマンションに退院できるなんて夢のよう

退院促進事業を始め、たくさんの人たちが巣立ち会に通い始めもっともっと住居が必要になりました。町中の不動産屋や知人に声をかけて探したところ、地域で民生委員をしている方が、自宅を建て直す際に福祉ホームと一緒に建設してもよいと名乗り出してくれました。大家さんは、「同じ建物を建てるなら、少しでも人に貢献することをしたい。」とおっしゃってください、実現した話でした。居室は13部屋あり、オートロックのすばらしいマンションです。病院に長期に入院していた人たちが続々と退院してきて、楽しい賑わいをみせています。

【 】ピア・サポート(三鷹市 05年6月)

心を病む経験をした人たちが、孤立したりひきこもったりしないで済むように、地域で自立生活を援助する助け合う仲間作りをしていきたい、それがピア・サポート事業の出発点でした。ピア・カウンセリングの講座を企画したり、仲間通しの活動や発表を聞く機会ももてるようになりました。

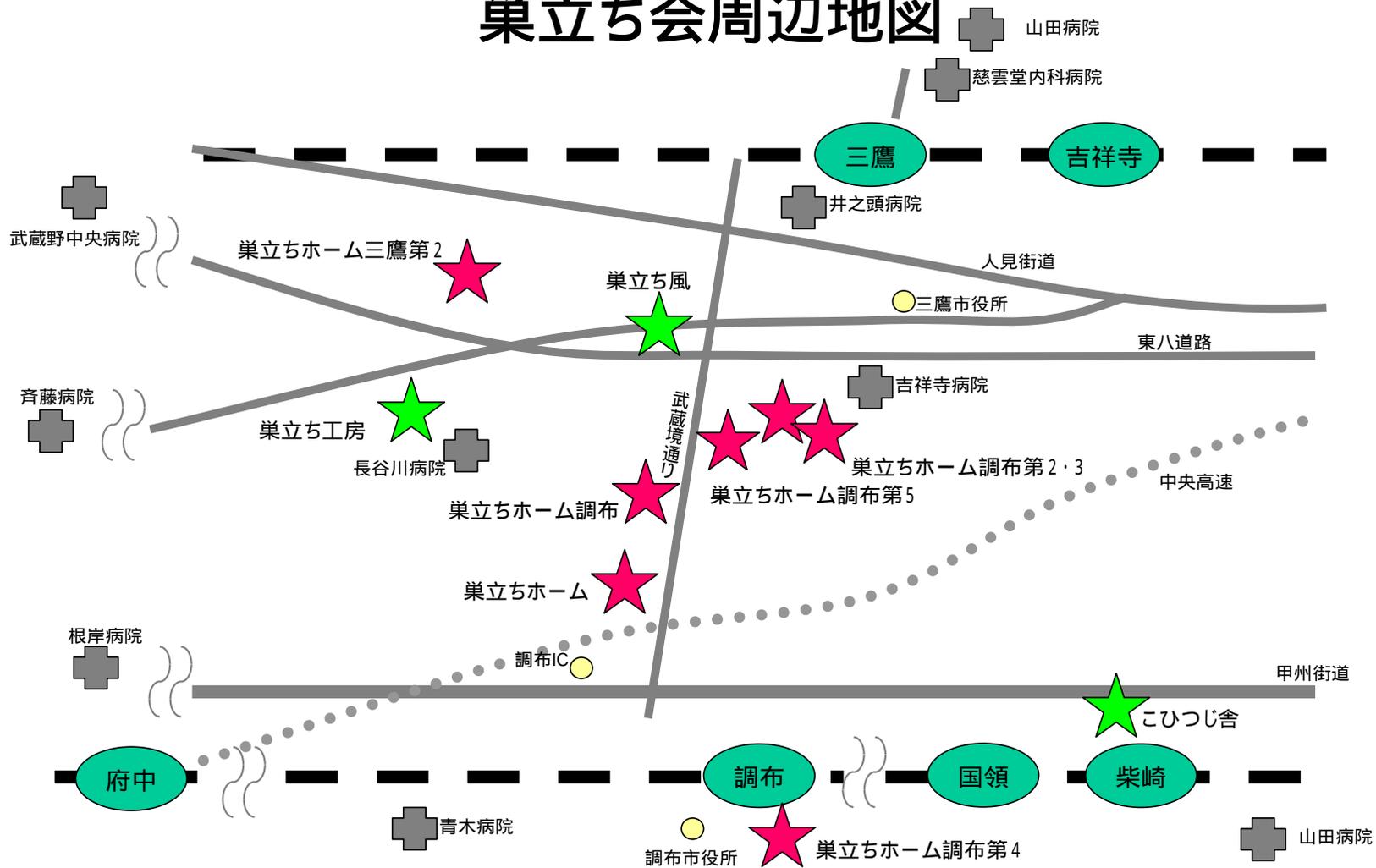


【 】退院促進事業(東京都 05年6月)

巣立ち会の理念は、精神障害をもった方たちが、病院ではなく地域で生きがいを持って楽しく豊かに生活していけるようになることです。その理念に沿って、病院から多くの入院患者さんを受け入れ、退院が実現するように働く場所と住む場所を提供してきています。これが巣立ち会の退院促進事業です。この15年間で100名の人たちが巣立ち会を利用して退院してきました。



巣立ち会周辺地図



< 退院促進支援運営スタッフ >

田尾有樹子	松岡恒夫	那須由香	大野通子	長門大介
林田輝子	鈴木桂	尾川優子	西谷麻矢	濱井直子
星山桂	小引知美	伊藤はるか	会田真一	栗原あい
渡部茉莉子	勝又裕子	北楯あや	原藤卓郎	高橋稔

< 退院促進支援協力機関 >

東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課

東京都多摩総合精神保健福祉センター

多摩府中保健所

調布市障害福祉課

社会福祉法人新樹会 希望ヶ丘

井之頭病院

吉祥寺病院

根岸病院

長谷川病院

武蔵野中央病院

山田病院

平成 17 年度東京都精神障害者退院促進支援モデル事業報告書
退院促進支援における実践報告

～ 住居支援を中心とした退院促進支援 ～

平成 18 年 8 月発行

編集・発行 社会福祉法人 巢立ち会

東京都三鷹市野崎 2-6-6

TEL 0422-34-2761

FAX 0422-34-2761

執筆者 田尾有樹子・清重知子・西谷麻矢・那須由香・長門大介・

林田輝子・鈴木桂・星山桂・富田美穂

印刷 社会福祉法人 新樹会 創造印刷