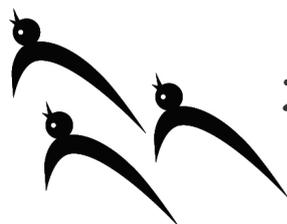


平成 19 年度  
精神障害者地域移行に関するモデル事業

精神障害者退院促進支援事業における効果的なプログラム  
モデル構築に関する実証的研究



社会福祉法人巣立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業  
障害者自立支援調査研究プロジェクト



## 目次

はじめに	3
1章 研究の背景と目的	4
2章 調査方法	5
1. 訪問先の抽出	5
2. 類型化	6
3章 各地の退院促進支援事業	7
1. 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業	7
I-1 北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター	7
I-2 岩手県 社会福祉法人ひたかみ福祉会胆江 障害者地域活動支援センター 友とぴあ	11
I-3 埼玉県 相談支援事業所・地域活動支援センター ふれんだむ	15
I-4 東京都 地域生活支援センター サポートセンター きぬた	19
I-5 静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センター だんだん	24
I-6 三重県 社会福祉法人四季の里 地域活動支援センターHANA	29
I-7 大阪市 社会福祉法人ふれあい共生会 地域活動支援センターもくれん	33
I-8 和歌山県 やおき福祉会 紀南障害者 地域生活支援センター	36
I-9 長崎県 大村市社会福祉協議会 地域生活支援センターラム	41
I-10 沖縄県 社会福祉法人うるま市社会福祉協議会 地域活動支援センターあいあい	45
2. 医療機関・医療機関関連組織における事業	48
II-1 福島県 医療法人昨雲会 地域生活支援センター ウィズピア	48
II-2 埼玉県 社会福祉法人毛呂 地域活動支援センター のぞみ	51
I-3 山梨県 医療法人南山会 南アルプス市 地域活動支援センターきがる館	54
II-4 長野県 県立駒ヶ根病院	58
II-5 岐阜県 黒野病院	61
II-6 広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センター さ・ポート	65
3. 行政機関が実施・共働する事業	69
III-1 神奈川県 地域生活支援センター カシオペア	69

Ⅲ-2	長野県	佐久保健所	72
Ⅲ-3	大阪府	財団法人 精神障害者社会復帰促進協会	76
Ⅲ-4	香川県	医療法人三愛会地域活動支援センター はなその	79
4章	効果的なモデルの要素		82
	1.	類型別の特徴	82
	2.	人的資源	84
	3.	キーパーソンの役割	88
5章	総合考察		91
6章	まとめ		93
資料			94

## はじめに

厚生労働省は平成14年12月の障害者部会精神障害分会で『受入条件を整えば退院可能』な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。又これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床の減少を見込むこと』を報告書に盛り込んだ。これを受けて「退院促進支援事業」が開始されることになったのである。この数値を明確に打ち出し、事業化していった事は今までの精神保健医療行政の中では画期的なことである。我々が長年待ち望んでいたことといえよう。

しかし残念ながらその成果は期待したようにはあがっていない。当事者や家族が望まない、医療従事者が地域生活は困難と判断する、地域に十分な支援体制が無い、精神科病院も病床が減ることで経営的な問題に発展するため退院を望まない、地域や社会の偏見があるため、地域移行が困難になっている、などさまざまな理由が考えられよう。

だが、もう成果が出ない理由を考える余裕は無い。入院者の高齢化や制限された人生をいつまでも送っている人々のことを考えると我々にはもう後が無いところまで来ているのである。先日退院促進支援のプログラムを希望されたある患者は16歳から48年入院をされていて、現在64歳、「退院などとは考えられなかった」とうなだれて述べられていた。一方、10歳から30年間入院を続けてこられた別の患者ははっきりと「退院したい」と述べられているのである。

一刻も早くこうした人々を地域に迎え入れるためには掛け声だけでは不可能である。その成果をあげるための有効なプログラムモデルが必要と考えられる。

今年度は20カ所の成果をあげている事業所を回り、担当者に直接インタビューを行って成果につながる要因を抽出しようと試みた。巢立ち会では退院促進支援の実践を行うだけでなく、より良い実践を多くの人たちができるようになることが多くの人々の地域移行につながるのだと信じている。そのための一助となることを心から願っている。

平成20年春  
田尾有樹子

# 1 章 研究の背景と目的

精神障害者退院促進支援事業は、精神科病院に入院している精神障害をもつ人たちのうち、症状が安定し受入条件が整えば退院可能である人たちに対して活動の場を与え、退院のための訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とした事業である。精神科病院に入院している精神障害をもつ人たちのうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である人たちに対して、都道府県及び指定都市が実施主体となり、一部事業を希望する精神障害者地域生活支援センターや地域活動支援センターなどの運営主体に委託をして実施する。

本事業は、平成 14 年に公表された新障害者プラン、および平成 16 年にまとめられた精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された「条件が整えば退院可能とされる入院患者約 7 万人を 10 年以内に退院させる」目標を直接的に実現する、ほとんど唯一の政府の施策と言える。しかしながら、その取り組みは必ずしも十分ではない。まず、事業開始後 5 年が経過するにも関わらず、全国の都道府県及び指定都市のうちの約半数の団体のみが取り組んでいるに過ぎない。また事業実施団体においても事業対象者数は少なく（1 団体平均 19.7 人、2005 年度）、地域移行を実現した利用者数は全国で 234 人、一団体平均 8.1 人、退院率は 41.0%に過ぎない（西谷、2005）。さらには、退院後の地域精神保健福祉体制が十分でないために、退院者の 12.9%が 6 ヶ月以内に再入院をしている（蔡、2008）。

これは退院促進支援や地域生活移行、地域定着支援に向けて、退院促進支援事業が必ずしも効果的に運用されてはいない実態を反映している。各地の事業実施団体においても、本事業の進め方について試行錯誤が繰り返されているのが現状であり、効果的な支援のあり方、効果的な援助モデルが明確にはなっていない。

これに対して社会福祉法人巣立ち会の退院促進支援事業の取り組みは、平成 17 年度より東京都の委託を受け、平成 19 年 3 月までに 67 人を支援対象にして 41 人（61.2%）の退院を実現している。対象数と退院実績では全国でもトップレベルの成果を納めている。さらには、地域移行後の地域生活支援についても、社会福祉法人巣立ち会の通所施設、住居提供施設、周辺精神科病院の訪問看護などによって提供する体制を整えている。マスコミなどで紹介されるとともに、全国各地から視察の依頼があり、退院促進支援事業の一つの効果モデルを提供していると言えよう。

平成 18 年度の研究では、巣立ち会モデルの退院促進支援事業から見た退院促進支援事業実施主体の取り組み状況を把握するとともに、退院率や再入院率などの成果との関係について実情把握調査を行った。その結果、巣立ち会の支援方法との共通点が多いところほど退院率が高いという結果が明らかになった。

しかしながら、退院促進支援事業は全国のさまざまな地域性や精神科病院との関係性の中で多様な展開を遂げている。このことから本調査研究では、巣立ち会モデルの退院促進支援事業を基盤にしつつも、それぞれの地域性や病院との関係性を考慮に入れながら、より効果の上がる退院促進支援事業のプログラム要素を明らかにし、全国で共通に実施できる効果的な退院促進支援事業の効果モデルを検討することを目的にする。そのために、平成 18 年度調査において高い退院率、再入院率の低さ、対象者数の多さという点で成果をあげている全国 20 カ所を選定し、プログラム評価理論にもとづく事例調査を実施して、退院促進支援の効果的な援助要素を探索的、事例的に明らかにする。

## 2章 調査方法

### 1) 調査先の抽出

昨年度巢立ち会では、対象者数や退院率、および地域定着率などの実績と、支援体制、支援内容について把握することを目的として、全国の退院促進支援事業の実施主体(104ヶ所)に郵送にて、プログラム理論にも基づいた調査票を作成し、実態調査を行った。

本年度は、昨年の巢立ち会における実態調査において回答がえられた実施主体から対象者数、退院率、再入院率、フィデリティ得点などを総合的に分析し、より成果が上がっていると思われるところを、20ヶ所抽出した(表-1)。

表-1

No.	類型	名称	対象者数				合計	別紙記載	退院者数	退院率	再入院率	フィデリティ総合得点	
			H15	H16	H17	H18							
						13.8	12.8	6.5	40.6	9.3	73.4	Mean	
						18.6	14.2	9.7	29.4	13.8	13.0	S.D.	
						15.7			43.5	7.9	74.7	Mean±S.D./10	
						23.1			55.3	2.4	79.9	Mean±S.D./2	
						32.4			70.0	-4.5	86.4	Mean±S.D.	
						14			40	10	74	cut off pt	
						23≦			40≦	≦10	80≦	選定基準	
1	I	帯広生活支援センター(北海道・十勝圏域)		6	2	5	13		10	76.9	20.0	77	
2	I	友とびあ(岩手県・胆江圏域)			2	5	8	6	4	66.7	0.0	70	
3	II	ウィズピア(福島県・会津圏域)		9	12	5	26	24	14	58.3	14.3	87	
4	II	駒ヶ根病院(長野県・上伊那圏域)			7	2	9		6	66.7	16.7	81	
5	III	佐久保健所(長野県・佐久圏域)	4	5	3	2	17	15	9	60.0	11.1	74	
6	I	きぬた(東京都)		3	15	10	28	10	6	60.0	16.7	81	
7	III	カシオペア(神奈川県・川崎圏域)		10	10	11	31		11	35.5	27.3	69	
8	I	ふれんだむ(埼玉県)	29	2	12	8	51		32	62.7	6.3	85	
9	II	のぞみ(埼玉県)		6	6	13	24	23	8	34.8	0.0	71	
10	I	だんだん(静岡県・西部圏域)	20	6			26		7	26.9	14.3	102	
11	II	きがる館(山梨県・西・峡北圏域)			8	8	16	15	6	40.0	0.0	81	
12	II	黒野病院(岐阜県・岐阜圏域)			6				6	100.0	16.7	78	
13	I	地域生活支援センター-HANA(三重県全域)	11	12	10		33		20	60.6	15.0	83	
14	II	もくれん(大阪市)	2	3	6	3	14		9	64.3	0.0	88	
15	III	精神障害者社会復帰促進協会(大阪府)					127					87	
16	II	紀南障害者地域生活支援センター(和歌山県・田辺・西牟婁圏域)		5	2	5	12	5	5	100.0	0.0	87	
17	II	さ・ぽーと(広島県・尾三圏域)		20	11	2	33	34	21	61.8	14.3	85	
18	III	はなぞの(香川県全域)	11	16	25	17	69		53	76.8	13.2		
19	I	ラム(長崎県・県央圏域)	5	8	4	19	36	17	12	70.6	8.3	89	
20	I	あいあい(沖縄県・中部圏域)		8	1	2	11		7	63.6	28.6	89	
		巢立ち会			41	26	67		41	61.2	9.8	110	

## 2) 類型化

これまで述べたように、今回の調査では、昨年度の巢立ち会の実態調査を基に退院促進支援事業を実施している実施主体から20ヶ所を抽出し、調査員(2~3名)が訪問調査を行い、訪問調査票(資料参照)を作成し、退院促進支援事業に関わっている関係者にインタビューを実施した。調査に関わる6名の職員で調査終了後、検討会を重ね、訪問調査を実施した20ヶ所の分類を試みた。実際に、活動内容やサービス提供組織についても、多様であったが、ここでは3類型に分けることとする。

### I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における退院促進支援事業

事業受託に関しては、受託団体から積極的に行政への働きかけによって、受託になった経緯のところや、それまでの地域活動が認められて、それまでは退院促進支援事業を重点的には取り上げてこなかったが、行政からの働きかけによって、受託するに至った10団体。

### II) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

事業化される前から、病院のPSWが個別支援の中で退院支援を行ってきたところや、事業化される前から、病院が社会復帰施設を設立し、入院患者の退院支援を実施していた6団体。

### III) 行政機関が実施・共働している退院促進支援事業

上記の類型でもいずれかの形で行政職員が事業に関わることはあるかもしれないが、本類型では、行政機関が事業受託をし、事業そのものの運営や協議会および病院への積極的な介入がみられた4団体。

以上、20ヶ所の訪問調査させていただいた事業実施団体を3類型に分けることによって、それぞれの類型における支援方法や内容および組織体制などがどのような点で異なり、またより効果をあげている要素とはどのようなものがあるかということを検討する。

### 3章 各地の退院促進支援事業

#### I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

##### I-1 北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター

ヒヤリング調査対象者	センター長 精神保健福祉士 三上雅丈様 十勝保健福祉事務所 保健師 白戸真奈美様 十勝保健福祉事務所 保健師 斎藤しのぶ様 ピアサポーター（当事者） 3名
圏域	十勝圏域（人口：36万人）、圏域内精神科病院：4病院
対象者数	平成16年度：6名 平成17年度：2名 平成18年度：5名
退院者数	合計：10名（退院率：76.9%、再入院率：20%）

#### A. ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

昭和50年代前半から6カ所の病院の相談員が保健師と月1回担当者会議を行ない、保健所と病院の相談員が必ず顔をあわせることがあった。のちに医師も担当者会議に入るようになった。また、事業化される前から、元来退院後の生活支援を含め、チームでどのように支援を継続していけばよいかという検討をしていて、組織化の必要性を感じていた。事業開始前にも、特定のケースについて、複数の職員が介入して、退院後支援をしていた。

##### 2. ゴール・ミッション

長期入院者が地域で上手く生活していくことをサポートすること

##### 3. 入院患者へのアプローチ

対象者の選定方法は、各病院に委ねている。対象者の選定については、ほとんど主治医が決定している。病院から推薦が挙がってきたら、月に1回の自立促進支援協議会があるので、そこで決定する。担当のマネジャーが決定したら、時間をおかず病棟に連絡する。対象者の条件は、病名や入院年数については、定めていない。本人の退院希望と医師の推薦状と家族の了解を得ている。

\*この時点で、病院の職員から家族の同意も得ているので、退院後の生活となる居住場所の方向性が定まる。家族への説明は、病院にお願いしている。

##### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

退院促進支援事業を開始したとき、病院の院長など管理職クラス以上の方に事業説明をし、ピア（当事者）と一緒に、病棟にもでかけていった。病棟の入院患者全員にプレゼンテーションを行った。また、個別に病棟から紹介してもらった対象者の方にも、個別に説明することもある。それ以降は、事業説明はしていない。また、保健所主催で精神保健分野の各関係者への退院促進事業の報告会で、関係者の前でピア（当事者）の方に話しをしてもらった。  
\*話しをする際に、退院する時のピアサポーターと一緒に姿やグループホーム（以下、GH）の前で映っている写真などの映像をとり、事業説明の際に利用している。また、ピアカウンセリングの研修会で月に1回集まって、上手く伝わる方法を検討している。

## 5. 退院訓練準備期間

訓練内容については、担当のマネジャーが病院に行き、主治医などと協議を行なう。具体的な訓練期間は定めていない。担当のマネジャーには、支援センターの職員以外に、保健師や地域の社会復帰施設の職員が加わる。訓練内容の計画はマネジャーが立て、協議会で検討する。その後、担当のマネジャーが対応する。ピアサポーターも参加し、外出同行などを行ない、地域資源の情報収集や支援センターで情報をもらったり、実際に住居を見に行く。GHや住居が決まったら、ひとり暮らしの準備を始める。

\*訓練準備期間開始当初は、マネジャーが病棟と連絡をとり、対象者の担当看護師の勤務日に合わせて、マネジャーが病院に出向き、担当看護師にも同席してもらい、関係を作っていく。また、買物に行くとか、映画を見に行くという外出同行よりも、社会資源の見学から入ることが多い。自分がどういう所に行くのかということ、本人にも分かってもらう。支援が始まって最初の1ヶ月は週に1回はいずれかの支援者が面会に行くようにしている。

## 6. 居住支援

GHなどの関連住居については、空き状況については支援センターがだいたい把握している。時期によっては、市営住宅の選択肢もある。また、最初のアセスメントで家族の了解も得ているので、家族の協力がどの程度あるかによっても、自宅へ戻るのか、GHなのかということが決められる。課題としては、十勝圏域が非常に広く（車で約2時間）、帯広市以外だと社会資源が少ないので、地元を離れて、帯広周辺を退院先として選ばざる得ない事情は残っている。部屋を借りる際の保証人の問題は、事業開始時に家族にも了解を得ているので、特別に問題がでないようになっている。また、退院促進支援事業だけのためではないが、2年間の限定プログラムではあるが、体験外泊できる部屋を1部屋分の予算の確保をしている。\*より多くの退院者を増やすための工夫として考えられることは、マネジャーを含めた職員のスキルアップ、ひとりひとりのニーズに合わせた地域の社会資源作り、病院がメリットを受けられる制度、地域の関係者同士のネットワークの強化などが考えられる。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援期間は、3ヶ月と定めている。その後の支援は、それまで支援していた支援センターや訪問看護などが継続的な関わりを行なうが、ケースによって個別対応。退院前にマネジャーが退院後のケアプランも立てているので、退院後も支援センターを利用するようであれば、センター職員とも継続してつながることになる。一方、支援センターを利用しないで退院する方へもマネジメントはしているので、利用する社会復帰施設などの調整を行う。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」

帯広生活支援センター 所長

以前は協力病院のひとつでケースワーカーとして勤務経験はあるが、支援センターで勤務したときには、支援センターの機能がしっかりしていたので、病院職員とは顔を知っている程度の関係は保たれていた。自立促進支援協議会においては、コーディネーターとしての役割をしている。

「マネジャー（自立支援員）の役割」

自立支援員という名称は使っておらず、マネジャーとピアサポーターが入院患者の支援を行っている。支援センターには職員が8名配置されているが、2名がマネジャーを兼務している。退院までの支援を計画したり、支援開始時に対象者の方と面接を行ったり、病院でのカンファレンスに出席する。外出同行などはピアサポーターだけで行うときもあるし、マネジャーが中心になって行うこともある。マネジャー等が困ったときには、生活支援センター長が対応することになるが、センター長は基本的に個別支援を行っておらず、全体的統括を

行っている。

#### 「マネジャー（自立支援員）のサポート体制」

ピアサポーターには、報告電話を密にすること。支援センター職員とはいつでも相談できるようにしている。また、マネジャーのサポート体制については、チームで支援すること。スーパービジョンの体制を組んでいる。

#### 「ピアサポーター」

ピアサポーターの養成講座を支援センターが主催している。ピアサポーターは公募され、面接を行ない、北海道の嘱託員として、研修を1、2日行なう。委託は1年間に10人まで。対象者への支援が始まると、その日のサポーターの支援が終了した時点でマネジャーに連絡が入り、報告書を作成する。ピアサポーターの相談先は、マネジャーであったり、月1回の協議会の中でピアサポーター同士が集まり、困ったことなどを話しあう。また、直接的な支援もピアサポーター2名がペアになって行うこともある。ピアサポーターが、2週間に1回「語ろう会」を病院に行って行なっている。本事業とは直接関連してないが、事業のPRをしている。また、病院によっては、心理教育やSSTも行なっているようだが、本事業の流れと関連はしていない。

#### 「自立支援協議会」

ピアサポーターと自立支援のマネジャーが協議する場でもある。構成員としては、帯広生活支援センター、帯広ケアセンター職員、精神科病院理事長や病院PSW、十勝保健福祉事務所、自立支援員を含めて、約20名で構成されている。元来、協議会の中で個別のケース検討を協議していたが、少し人数が多くなり過ぎたので、深まった議論ができなくなり、個別の相談は直接的な支援者だけに限定し、事業全体の報告は2、3ヶ月に1度、協議会の委員に参加してもらって、事業の進捗状況を報告することになった。場合によっては、協議会を病院内で行ない、事例検討会を行なうなどの工夫をしている。

#### 「家族会・ボランティア」

家族会はあるが、退院促進支援事業の一連の流れのなかでは具体的な役割はない。ボランティア講座は、精神保健協会が年1回開催しているが、退院促進においては具体的な役割はないが、修了者の中には、地元の当事者の集まりに参加している。

#### 「地域との連携」

対象者が日中活動する場所などの職員とは、マネジメント会議を不定期で行っているのので、施設への見学・利用をするときに、集まって会議を行なう。

#### 「24時間対応」

24時間365日対応できるシステムは支援センターにある。支援センターの登録者には、連絡先を伝えている。必要であれば、支援計画に入れることができる。

## B. 事例考察

### 1. ストレngthス

- ・ピアサポーターを養成することによって、入院患者への支援の役割が専門職のみならず、重層的に関わることができる。
- ・ピアの役割や力を積極的に活用して、当事者同士の関係を強化する体制がくまれている。

### 2. 課題

ここ数年啓発活動をあまりやっってこなかったのので、今後は啓発活動を再開して、新しい対

象者にアクセスすること。

### 3. 巣立ち会との比較

すべての対象者ではないが、当事者の方を退院支援に参画させ、当事者同士の関係が強化するように体制が組まれていることが、巣立ち会の支援体制に似ている。

### 4. コメント

退院促進支援事業に関して、ピアサポーター、マネジャー、支援センターの職員の役割が明確に分けられていた。また、地域特性でもあるかもしれないが、従来から地域施設と病院の関係で連携がとれていて、退院促進支援事業への取り組み以前から別の名称で似た活動をされていた。自立促進支援協議会のみならず、圏域を担当している「十勝圏域障害者総合支援センター」や「障害者支援センター十勝」など、重層的にケアマネジメントの技法を取り入れ、退院促進支援事業のみならず、障害者の支援への体制が見られた。

(執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、  
調査日時：2007年11月28日13:00～14:40)

I-2 岩手県 社会福祉法人ひたかみ福祉会 胆江広域障害者  
地域活動支援センター 友とびあ

ヒアリング 調査対象者	センター長 伊達牧子様 ほか自立支援員 1名
圏域	胆江圏域
対象者数	平成 17 年度：2 名 平成 18 年度：6 名
退院者数	5 名（退院率：62.5%）

\*昨年度の調査票の対象者数とは異なる。

## A. ヒアリング結果

### 1. 事業開始のきっかけ

岩手県から当センターに事業委託の話があった。岩手県では、平成 15 年度からモデル事業で一関にある支援センターが退院促進支援事業に取り組んでいたが、岩手県としては事業を全圏域にひろめたいとのことで、本地域が一関の隣接地区のため、連絡がとりやすいということもあって、指名され、受託することになった。

岩手県では、家族会が設立されて作業所を運営するようになり、支援センターができるまでは日常的な相談生活支援も行なっていた。家族会と関係者で NPO を設立して支援センターを立ち上げ、現在に至る。事業を受託するにあたり、地域での関係者との基盤があったので、当支援センターでも事業を受けられるかもしれないとの考えは多少あった。

### 2. ゴール・ミッション

社会的入院者が多いので、「退院させること」そのものはひとつの過程であって、地域で当事者が暮らしていくことを支えること、またはどのように地域に定着することができるかということを考えている。

\*今後、事業そのものがどうなるかといった心配は当支援センター長としては抱えているようだったが、とりあえず「退院させること」はひとつの通過点という認識を持っていた。

### 3. 入院患者へのアプローチ

対象者としては、病院から推薦された方を支援している。病名・年齢の基準は設けていない。病院内で選定され、本人への説明、意向を聴いた上で、病院 PSW から支援センターに連絡がはいる、本人と面接を行なう。対象者の選定については、病棟で多職種による会議で決定している。本人との面接が先の場合もあるし、退院促進自立促進協議会の会議が先の場合もある。病院 PSW が同席して、事業の説明を対象者に一緒に行なう。各病院にもおいてあるが、退院促進支援事業の一連の流れが書いてあるパンフレットを見ながら説明する。家族への説明については、まず本人と話をし、ある程度できそうなら、主治医より家族へ説明してもらう。支援初期には、病院中心に家族への説明などは行なうが、必要になれば、センターとして途中で家族と会って今後の説明を行なう。また、初回に当センター長が面接を行い、意思の確認を行っている。

\*選定に関しては、主に病院からの推薦が基本にあるが、これまでも病院で退院を目指して色々やってきたが、退院できなかった方が対象者となる。しかし中断者がほとんどいないということからもかなり慎重に対象者が挙がってきているのではないだろうか。

### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

本圏域で対象となる協力病院は、総合病院の中にある精神科と単科の精神科病院の 2 病院である。事業開始時、県の職員が病院へ事業説明と協力の依頼にいった。両病院とも病院内

での事業の広報・啓発は、主に PSW をお願いしている。支援センター職員が直接病棟に入って、継続的に啓発活動を行う事はしていない。しかし、パンフレットなど紙の資料は両病院に置いてある。退院促進支援事業に特化した関係者間での勉強会なども行なっていない。しかし、圏域が狭いので、他の勉強会や研修会などで、病院職員や保健師や作業所職員とも顔を合わせることで、顔なじみになっていて、事業をスムーズに行うきっかけになっている。自立支援員（センター内の業務も兼務）が、協力病院で看護師として勤務経験があり、病院および病棟との連携は取り易かった。

\*両協力病院とも病院では、全体としてまだまだ事業の理解が少ないように思う。事業を潤滑に行うためにも、行政とも連携をとり病院への働きかけが必要になる。

## 5. 退院訓練準備期間

支援が始まったら、個別支援になる。訓練準備期間は特に設定していない。本人のペースに合わせて支援を行っている。また、週1回は対象者の方と曜日と時間をきめて必ず会うようにしている。最初は病院の中で面接することが多いが、少しずつ一緒に外出する。本人が希望したことはとりあえずやってもらって、できなかったことを支援員と一緒に振り返っている。「薬の管理、食事、金銭管理、退院先」の4つはどのようにしていくか、本人と常に話し、難しい部分を支援していく。社会資源については、支援がはじまってから一度に説明や支援を行わず、すこしずつ提供したり、説明するようにしている。本人はもちろん、家族にも、退院後に利用する社会資源を直接見学してもらう。家族には、最低限、年金などで賄えない部分の経済的な協力をお願いする。

支援センターで年に数回「交流会」を開催していて、支援センターに通所している方とまだ入院されている方（対象者）で意見交換をするような機会を設けている。

また、病院内では退院プログラムとして、所持金をある程度決めて、入院患者が外出して、買物に行って計画通りに買物ができるかどうかを評価する「フリーショッピング」や服薬の自己管理に向けてのプログラムを行っている。

長期間入院していた方に対しては、最初から作業所などに通所するようにするのではなく、病院のデイケアを利用してもらうなど、地域生活の基礎を築くことを主眼にしている。退院に際して本人出席によりケア会議を開き、退院後の支援を本人と共に話し合う機会を設けている。

\*支援をしていく上で注意していることとして、本人の話しをよく聞くこと、退院者の数にあまりこだわることなく、本人のペースに合わせて支援していくということであった。また、支援員が曜日や時間を決めて訪問することによって、対象者の意識が退院に向けて変化していくのではないかと感じる。退院への目安としては、「SOSを自分でだせること」「薬の自己管理」などがある。そこで、足りないものを環境面で支えあえるよう体制（権利擁護事業、訪問看護、支援員の訪問）などを整える。目標を示すことで、対象者が少しでも自主的に取り組めるように工夫している。

## 6. 居住支援

本事業の対象者は、家族の高齢化や家族関係が複雑なことにより、家族の支援が得られにくい。退院後も病院や支援センターが支援することを条件に、「保証人だけなら」と協力してくれる家族は居るが日常の交流はない。

本人が退院先を考えていく上での選択肢として、ケアホームの体験利用や、生活訓練施設なども視野に入れられるよう、見学同行支援を行っている。圏域内の精神障害に特化したケアホームは2箇所（13名）であり、当法人が運営し活動支援センターがバックアップしている。他に知的障害のGHは20カ所ほどあるが、精神障害の方は数人利用しているだけであり、絶対数が足りない。

GHを仲介してくれた不動産業者を通して、アパートを紹介して貰ったケースやGH向けの家屋を勧められたこともある一方で、逆に精神障害であることを理由に家主より断られたケ

ースもあり偏見の根強さを改めて知らされた。

障壁を感じつつも、家主によっては保証人の収入や年齢を問わないところもあり住宅の確保にはまだ希望が持てる。むしろ再発をどう防ぐかという視点で、地域の周辺の環境(騒音、こどもの声、近所の住人など)が選択するときの大きな課題である。

\*地域性があるようで、本地域では、事業化される前から、まずご家族のところに退院するといった慣習があるようであった。本支援センターを運営している社会福祉法人以外でも、GHが本圏域(奥州市)にはあるようなので、利用しているかもしれない。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援としては、しばらくの間支援員が受診同行や生活支援、相談などに対応している。支援結果や生活課題などについても、病院の訪問看護や利用施設に情報提供しつないでいく。もともとは退院後も1ヶ月間支援するということがだったが、現在は半年ぐらいまで延びている。支援するケースも増えている。退院後、支援センターに登録するということがあれば、自立支援員が勤務している支援センターの職員が把握できる。訪問看護ステーションはないが、病棟や外来担当の職員やPSWが支援員とペアになって訪問している。

\*自立支援員が当支援センターを運営している法人の各職員ともつながっていて、かつ病院職員とのパイプ役になっているため、退院後のコーディネーター的な役割も行っているように感じた。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長。大阪で精神保健福祉相談員、知的障害者の施設で勤務後、本圏域の精神障害者の小規模作業所で指導員を経験されていた。

「当事者の関与」

当支援センターで入院中の対象者も交えて、2ヶ月～3ヶ月に1回ミーティングを開催している。また、支援同行外出時に、支援センターを利用し、談話室で地域生活をしている仲間との交流から、学ぶことが多く刺激になっている。

「自立支援員」

病院PSWが紹介してくれた協力病院で勤務していた元看護師1名が自立支援員(非常勤)として配置されている。

「自立支援員のサポート体制」

支援センター職員会議に支援状況を報告、意見を出してもらう。また、常に協力病院PSWとの連絡を密に行うことにより、主治医からの指導も受けることができる。

「自立促進支援協議会」

自立促進支援協議会を「地域運営委員会」と称して年に3回開催している。当センターは事務局として、開催のお知らせなどを各関係者に通知している。構成員としては、クリニック院長(運営委員長)、岩手県保健福祉部担当課、圏域保健所、市町担当保健師、協力病院(主治医、PSW)、クリニックPSW、精神障害者就労支援施設、精神保健福祉ボランティアで構成されている。

「ケア会議」

月1回ケア会議を実施。対象者の担当者が集まり、病院の会議室で行なっている。支援センター、病院のPSWおよび看護師、保健師などが集まってケア会議を開催しているので、入院中の対象者の進捗状況はもちろん、退院した方の情報も話されている。

#### 「夜間・休日対応」

通院している病院に連絡することになっている。ケアホームに入居している方も基本的にそうしているが、ケアホームの管理者の連絡先を開示しているので、連絡することはできる。

#### 「ピアカウンセリング講座」

支援センター内のプログラムとして、年に数回「ピアカウンセリング講座」を開催している。

#### 「家族会」

市の保健センターを会場に月 1 回家族懇談会が開かれている。家族の情報交換の場であるが、保健師や活動支援センター職員も参加している。これまでの作業所では、家族会が中心になって運営していたが、自立支援法の施行で作業所が法人になったため、内容は懇親会や家族教室が中心になっている。

#### 「精神保健ボランティア」

事業の中で具体的な役割はないが、支援センターのプログラムに参加していて、メンバーのひとりとして対象者にも接してもらっている。支援センターができる前から、月 1 回ボランティアが中心になって憩いの場を運営している。病院のデイケア、施設の事業、市町の事業などに定期的に参加している。市および保健所で養成講座を行っている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

圏域内があまり広いところではないので、関係者同士の顔なじみが多い。

### 2. 課題

退院後に支援センターを利用する対象者が多く、生活支援をセンターの職員が行っている。対象者が増えていくことが予測されることから、行政（保健、福祉）など、広い支援の仕組みを作っていく必要がある。

### 3. 巢立ち会との比較

巢立ち会では、ほとんどの対象者が家族同居を前提に行っておらず、退院先として本地域では家族との同居が多いという点については、相違点ではないかと考える。一方、交流会を年に数回行い当時者同士のインフォーマルな関係を促進している点については、巢立ち会でも当事者同士のつながりを積極的に行っている。

### 4. コメント

現状としては、自立支援員が 1 名ということもあり、両協力病院が事業へ更に積極的に取り組んだ場合、対応できなくなってしまう恐れはある。圏域内の職員が「顔なじみ」という強みがあるが、「顔なじみ」の関係を「啓発活動」につなぐためには、さらに工夫が必要になるように感じた。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡・道明章乃、

調査日時：2007 年 12 月 19 日 13：00～15：30）

### I-3 埼玉県 相談支援事業所・地域活動支援センターふれんだむ

ヒアリング 調査対象者	岩上様、滝川様、田中様
圏 域	宮代町、杉戸町
対 象 者 数	新規対象者数 51 名、 平成 15 年度 29 名 平成 16 年度 2 名 平成 17 年度 12 名 平成 18 年度 8 名
退 院 者 数	32 名 (退院率 62.7%、再入院率 6.3%)

#### A. ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

埼玉県では、大阪府に倣い平成 14 年から退院促進支援事業を開始した。県の依頼で、ふれんだむが事業を受託することとなった。

本支援センターが開所されたのは平成 13 年 6 月であり、平成 14 年 11 月に事業を受託し、支援を開始した。

平成 15 年度に、埼玉県内で退院促進支援事業を受託していたのは本支援センターだけであった。その年に 8 人が退院したものの、このままでは目標達成には時間がかかり過ぎると考え、埼玉県に対し各圏域で退院促進支援事業を始めるよう提言した。その結果、埼玉県内各地で退院促進支援事業が開始されることとなった。

\*埼玉県の対象者数は、全国で最も多い。

##### 2. ゴール・ミッション

本支援センターの設立の趣旨は、「地域の人をサポートする」ことである。退院促進支援事業に限らず、目指しているのは、必要なサービスを使える地域をつくる、暮らしやすい街をつくることで、その日の暮らしではなくその人がどう生きていくのか、「いきざま」を考えて支援している。退院促進支援事業は、退院支援が必要な人がいるから取り組んでいる。退院した人たちがその人らしく地域で暮らしてくれれば一番良いし、それを考えて支援することで暮らしやすいまちが作られるのではないかと考える。地域を第 2、第 3 の社会的入院にせず、人生の選択肢を失い、希望と夢を諦めている状況にしないことを大切にしている。

\*「ふれんだむ」の理念は、CAP<sup>1</sup>と同様「安心・自信・自由」、支援の在り方は「いのち・くらし・いきざま」に即した支援。

##### 3. 入院患者へのアプローチ

1 年目は、モデル事業として実績をつくる必要があったために、退院が出来そうな人（平成になってから入院した人）を対象とし、2 年目以降に昭和の時代に入院した人を病院から推薦してもらっている。平成 15 年～16 年は圏域外でも協力してくれる病院も対象にしていた。現在は、隣の圏域に精神障害者を主たる対象とする相談事業所がないので、隣の圏域でも退院促進支援事業を行って、圏域内の仕組みづくりを行っている。

\*病院に対しては「病院を悪者にしない」という強い考え方があり、退院促進支援事業を「やってあげる」のではなく「やらせていただく」という姿勢を大切にしている。

<sup>1</sup>CAP (Child Assault Prevention=子どもへの暴力防止プログラム) : 「エンパワメント」・「人権意識」・「コミュニティ」の 3 つの理念を柱とする。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

病院の職員の中では、看護師の理解を求めることに重点を置いている。主治医が退院を迷うことがあっても、看護師が「先生やらせてみましょう、大丈夫です」と背中を押してくれることになり、協力体制ができてきている。

また、退院促進支援事業で退院した方の講演会を院内で行ったり、ピアサポートを導入したりしている。

\*退院支援はどうすればうまくいくか、と岩上さんがふれんだむの利用者に聞いたところ、ある利用者に「岩上さんより私たちがやった方がうまくいく」と言われ、当事者の力を信じて支援の担い手になってもらっているとのことであった。

#### 5. 退院準備訓練期間

退院を目指した支援だと、退院すると目標がなくなってしまう、退院のための退院になってしまう。大切なことは対象者が希望を持って生きていくこと、そのために退院しないと夢はかなわない、その夢を実現するにはどうしたらよいのか、封印していた希望を取り戻すためにはどうしたらよいのかを、一緒に模索する作業が必要になってくる。入院患者は、地域で生活出来ている人たちはすごい人で、入院している自分たちはダメな人間だと思いがちなので、頑張っていることが違うだけであると伝え、我慢することをやめて希望を探すように仕向けることが大切である。

入所前提でなくても、まず一人で宿泊すること、生活することを体験するのがとても大切だと実感している。体験外泊に対してあまり高いハードルは設けず、県の生活訓練施設等を利用して1泊2日のプログラムを取り入れている。

支援の方法は、個人の負担を少なくするために、集団支援（グループ活動）の後、個人支援を行っている。集団支援はプログラムの途中から参加することも可能で、また集団を作る人数が揃わないときは最初から個別支援を行っている。本支援センターの退院支援のやり方は「暮らし安心プログラム」で、半年約9回で1クールとしている。プログラムは病院内で行い、プログラム内容はもともと病院でも行っていることを本支援センターの職員が行っている。

\*退院支援グループに入っているのに退院できなかったということで、対象者にダメージを受けてほしくなかった。そのために病院の職員と一緒にサポート面接をしたり、退院支援グループを中断した方のグループ活動も行ったりした。

#### 6. 居住支援

地域内に公的保証人制度はなく、保証人協会を利用している。不動産業者は非常に協力的である。

#### 7. 地域移行後の生活支援

退院後は1ヶ月に限らず、場合によっては長期にわたり自立支援員がサポートしているのが現実である。対象者によっては地域（市町村）の福祉担当や保健センターにつなぐ人もいる。

専門職の決めたサービスのパッケージのために、対象者に退院したら毎日が忙しい、という生活をしてほしくない。基本的にサービスをいっぱい使わせるようなことはしないし、ワンパターンの退院後支援計画も立てない。ただし、枠組みがきちんとしていないと安心できない人もいるので、そういう対象者に対してはプランを立てている。

#### 8. サービス提供組織

基本的に過剰なサービスを使ってもらおうとは考えていない。サポートする必要がある人に対しては、他団体と連携するが、退院促進支援事業だからといって特別に他団体と連携することはしていない。

インフォーマルなものでは、家族会が3団体、精神保健ボランティアが5団体あるが、それぞれ自分たちで運営している。独自のサロンなどを行っていて活動はとても熱心である。

## B. 事例考察

### 1. ストレングス

本支援センターは、利用者が自分の希望をかなえることがごく当たり前の環境となっている。一般就労した人は、3年間で56人であった。退院促進支援事業についても、対象者の希望と強さに焦点をあてて、「その人らしく」生きていくための支援をしているとのことであった。障害を重い軽いで判断しないことも重要な点であろう。

工夫点としては、グループワークと体験学習を取り入れた「暮らし安心プログラム」を実施していることが挙げられる。また、以下のような信念に基づいた支援を行っていることも、大きな力を生み出していると思われる。

- ・ 何のための退院支援かという理念がしっかりしていること。
- ・ 社会的入院は人権侵害であり、地域の課題であると考えていること。
- ・ 退院することが目標ではなく、その人らしく生きていくことが目標であること。
- ・ 地域が第2、第3の社会的入院と同じような選択肢のない状況になっていることに目をつむらないこと。
- ・ 退院促進支援事業は最重要課題であるが、精神障害者の総合的な支援の一つに過ぎないこと。

### 2. 課題

現在取り組んでいる課題として、圏域の障害者自立支援協議会のなかに、退院促進支援事業を位置づけて、県内のどこに入院していても、この地域に帰ってきたい人の退院支援および自立支援を行っている。また、新たな社会的入院を防ぐことを目的として、本支援センターは、ひきこもる精神障害者の訪問支援活動、入退院を繰り返している人の退院支援および自立支援に取り組んでいる、とのことであった。

### 3. 巣立ち会との比較

巣立ち会との比較に関して、本支援センターは、巣立ち会のようなシステマチックな退院支援が出来ていないので今後ぜひ取り入れたいとのことであった。しかし、巣立ち会はある程度ルールが敷かれていることで迷わなくていい人もいるだろうが、どの時点で人生の選択肢を再獲得することになるのだろうか、という疑問も提示して下さった。

多くの実施体がそうであるが、巣立ち会のように通所を条件とはしていない。また、集団支援で開始するが、その後は個別支援を進めている点も異なる場所であった。メニューを用意することはないことや、パッケージでサービスを提供することはしないことなどは、ヒアリングにおいて強調されていたところであった。しかし、入院中の「暮らし安心プログラム」を、本支援センターの職員が実施している点において、巣立ち会の体験通所（入院中の方で入院している病院から巣立ち会の通所施設に通所すること）との共通点が見出せるのではないかと考える。

巣立ち会の利用で、入院中から体験通所をして退院後も同じ場所に通所される方からは、安心感がある、退院がスムーズにいくなどと語られることがある。入院中から地域の支援者が直接支援を行うことが、その方の不安を軽減し、目を地域に向けることにつながっているように感じている。入院中に本支援センター職員が行う「暮らし安心プログラム」でも、巣立ち会における体験通所と同様の効果があるのではないだろうか。

#### 4. コメント

「休息入院は生活力をなくすので必要ない」と話されていたのが印象的であった。安直に入院を選択しないよう支援しているが、時には休息入院も必要だろうというのが、巢立ち会職員の中で概ね共通した考え方である。「必要ない」と言えるまで当事者の力を信じているところに、支援者の力を感じた。

巢立ち会での退院支援は、それ自体が選択肢の一つであり、全てのニーズに対応できるものではない。様々なスタイルの入り口を作ることは現実的ではなく、必ずしも必要であるとは思わないが、巢立ち会を利用され地域生活をされる方々に対し、多くの選択肢を用意していく必要があるであろう。

今回の20ヶ所の訪問調査結果から学ぶところは非常に多かったが、特に本支援センターの訪問では巢立ち会の課題について深く考えさせられた。

(執筆：久米知代・富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂・北楯あや

調査日時：2007年11月29日14:00～16:30)

## I-4 東京都 医療法人社団風鳴会 地域生活支援センター

### サポートセンターきぬた

ヒアリング 調査対象者	コーディネーター 金川洋輔様 (平成18年度までは地域生活支援センター職員の兼任であったが、平成19年度からは専任のコーディネーターである。)
圏 域	世田谷区：人口 82 万人 協力病院：平成 16、17 年度；2 病院 ：平成 18、19 年度；5 病院
対 象 者 数	新規対象者数 36 名 平成 16-17 年度(東京都退院促進モデル事業) 15 名 平成 18-19 年度(世田谷区退院促進支援事業) 21 名
退 院 者 数	平成 16-17 年度 6 名 (退院率 40.0%) 平成 18-19 年度 10 名 (退院率 47.6%、再入院率 10.0%)

\*昨年度の調査票の対象者数とは異なる

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

東京都からの依頼で、平成 16 年 12 月に退院促進支援事業を受託し、本支援センターが事務局となった。平成 17 年 3 月から個別支援を開始した。平成 16 年度、17 年度は東京都のモデル事業であり、平成 18 年度、19 年度は世田谷区の事業である。

それ以前にも平成 15 年ごろから、世田谷区内の施設連絡会において退院促進や長期入院者については話題に挙がっていた。世田谷区は通所・入居施設併せると 30 以上の施設があり、地域生活支援センターも無認可を含めると当初は 5 つあった。その中で、相談支援事業やグループ活動をメインとしており、居場所としては場を提供していない本支援センターが請け負うのは、他機関と連携して進めていかなければならず課題が多かった。行政が病院や他の社会資源への事業説明を担当するという形で協力を得るようにし、支援を開始した。

退院支援自体は、事業受託前にも地域生活支援センターとして相談を受けたことはあった。

#### 2. ゴール・ミッション

「住むところは街中でアパート暮らしがいいとは思っている。ただ、その人にとって必要であれば生活訓練施設や GH でも何でも利用すればいいとも思っている。大事なことは“そこでその人が自分らしく笑って暮らしていければよい”。」と思っている。

東京都モデル事業受託時から、「退院させたら終わり」という事業なら実施しないと伝えてきた。世田谷区の事業に移った際も、「暮らし続けることが大事で、“出しっぱなし”は退院促進ではない」との考えは区とも共通しており、その考えに基づき、区事業では半年後、1 年後の追跡調査が事業業務に含まれることとなった。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

協力病院の選定は行政が行ない、対象者の選定は医療チームを中心とした病院職員に任せている。支援員に対象者として挙がってくる時点で、本人の意思確認は病院側が確認していることが多かった。支援員と顔合わせをして、支援員と共に進めていくことについて再度意思確認を行い、申し込みを進める。

基本的に希望者全員を対象としているが、病院に出入りするうちに入院患者から声をかけられ、対象者となった人もいた。可能な限り何度も病院を訪問し、病院職員の理解を得て、対象者を挙げて貰っている。

これまで病院の努力で退院に至らなかったのは、地域に支える力がないから退院させら

れなかった、という実情がある。退院させたまま放っておけば、再発したり、暮らす場所を失ったりということになってしまう。しかし、そのまま入院が続き超長期入院となれば、40年経って特別養護老人ホームへ申し込むか入院し続けるしかないということにもなる。超長期入院者層だけでなく、入院期間数年の層に対しても、入院期間が10年以上にならないように、退院促進支援を行わなければならないと考えている。

当初は、お互いの連携を深める為に入院期間が1年弱～3年ぐらいの退院出来そうな方達から対象としてくれた病院もあった。また、一方で病院のフォローだけで退院できる人まで推薦すれば、病院としての責務の放棄になると、あくまで退院困難な事情がある人から選出した病院もあった。事業利用する際の病院の考え方や背景は様々である。また、事業が広域化する前で対象住民が限定されたことも背景にはある。

入院期間20年以上といった超長期入院の層でも支えきえるような退院後の生活支援の体制整備はまだ進みきってはおらず、事業でもアプローチしきれていない。その為、現在入院中の方は、入院期間1年程度までと、超長期との二極化が進んでいる。つまり、半年くらいで退院できない方は長期化する可能性が高い。入院期間3年、5、6年くらいの方達は、本事業がチャンスだろうと思うし、それで無理なら超長期入院となってしまうだろう。実際に、超長期の中でも、20年以上の方達は対象者にはなっていない。

一方、推薦書には、入院期間として半年、あるいは1年などと記載されていても、それは直近の入院の期間であり、実情とは異なるものである。データとしては明らかになってこないが、その前に20年、30年と入院し、退院後再入院して事業推薦を受けた方達もいた。それでも退院は可能であり、対象者の入院期間と支援の難しさは関係がないと思っている。たとえ入院期間が2ヶ月でも、社会的入院の実情があると実感している。

なお、対象としている疾患は、現在は統合失調症患者が中心である。今後は、人格障害なども対象となっていくだろうと考えている。

#### **4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動**

事業開始時に病院に挨拶に行っているが、広報活動が可能かどうかは病棟によるといえる。対象者を挙げて貰うために何十回も病院を訪問するうち、入院患者との関係性が出来ていくことにより、退院促進事業のことが入院患者に広まっていった、という効果もあった。各病院の訪問頻度は、週に2、3回ずつである。

病院職員に対しては、看護部の勉強会に参加していることが挙げられる。対象者を一番知っているのは看護師であるという考えから、看護師との連携をとることを目的としたものであった。それが広報活動、啓発活動につながっている側面はある。具体的には、病棟ごとの勉強会や病院研修に支援員がシンポジストとして参加し、具体例を提示して説明等を行っている。

#### **5. 退院訓練準備期間**

全て、個別支援で進めている。メニューを用意して、それに乗れるような方には、本事業の退院支援は必要ないと考えている。型に嵌めることなく、必要なものを個別に探している。未だ社会資源は多いとは言えず、決まったメニューやプログラムを提示できない、という実情もある。必要があれば、必要なサービスを適宜探してくという支援の進め方である。

一方、対象者自身は社会資源を知らず、希望がない場合も多く、情報提供が必要となる。本支援センターの紹介だけでなく、世田谷区で行っている諸施設の見学ツアーで様々な社会資源の紹介をしている。

また、支援計画は作らず、その都度本人と話し合っ決めていく。本人の居ないところで話しても意味はないという考えに基づき、本人同席で対象者がどうしたいのかを聞き、話し合うように努めている。対象者となる要件は設定していないが、服薬の自己管理は出来ることを目標に、入院中から作業療法や既存の院内プログラムを積極的に利用してもらうよう、支援を行なっている。

外泊訓練は、対象者が本当に住みたい場所で行なわなければ意味がないと考えている。体験だけを目的とした外泊訓練は殆んど行なっていない。

結果として、退院後のアフターフォローも含めると支援期間は最短で1年か1年半はかかる。対象者が日中やりたいこと、本当に住みたい場所であり笑って暮らせる場所を一緒に探すことが目的であり、目標である。

「家族支援」：家族がいる人の退院支援は、家族支援込みでの事業だと思っている。家族の反対があった場合は、支援中に支援員が家族の面接を行う場合もあり、本人の希望と家族の実情を考慮して同居か別居かをケア会議で決めたりもする。

「24時間対応」：支援員と対象者とのやりとりは、地域活動支援センターの電話ではなく携帯電話2台で行なっているが、夜間・休日帯は出られれば出ると対象者に伝え、実質的には24時間対応していることになっている。しかし、夜間、休日に連絡が入ったり、訪問などの緊急対応が必要になったりすることは多くはない。

## 6. 居住支援

必要に応じて一緒に探す支援を行なっている。社会資源を知らない当事者が多く、GHのことも知らない方がほとんどである。現状は、満室のGHが多く、入居は困難であるが、見学だけは可能などところもある。本人が希望してもGHに空きがなく入居出来なければ、一緒にアパート探しを行ってきた。

また、不動産業者との連携を強めるよう努めており、区の協力の下で不動産業者の集まりにゲリラ的に参加し、事業説明や協力を求める発言をここ数年続けてきている。

## 7. 地域移行後の生活支援

社会資源との連携サービスをメニューとして提示することはない。本人にとって必要であれば提示していくようにしている。「人は物ではない」ので、道に迷ったと言えば移動支援を入れ、栄養バランスが心配であれば配食サービスを入れ、という自動的にサービスを導入するのではなく必要だと見立てれば提示しつつ、本人と話し合っ決めていく。

退院後の支援は1ヶ月という要綱の規定には拠らない。特に期限は設けてはいないが、退院後数ヶ月経つと支援の終了を本人に伝え始めて、そこから更に数ヶ月かけて支援終結に向かっている。本人は不安を示す場合もあるが、まだ他にも退院したいと思っている人、支援を必要としている人がいることを伝え、そのことで納得しなかった対象者は現状ではない。その間は、入院中から聴いてきた3年後、5年後どんな生活をしていきたいのかを話し合いながら、支援員による訪問頻度は少なくしていき、地域生活支援センターとしての相談事業に移行することを意図している。

なお、再入院、休息入院は本人の状況によって、時には必要なものだと考えている。支援中に再入院した場合は、病院と退院時期を設定し、共有している。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

退院促進コーディネーター（以下、コーディネーター）という名称を使っている。

コーディネーターは2名で、そのうち1名は週1日勤務の非常勤である。もう1名は、平成18年度まで地域生活支援センターの職員との兼任であったが、今年度は専任となった。予算上、これ以上は人員を割けないというのが実情である。専任のコーディネーターはクリニックデイケア勤務後、地域生活支援センター職員となった、精神保健福祉士である。

コーディネーターのスーパーバイズは、非常勤のスーパーバイズは専任が行い、専任のスーパーバイズは予算を組み外部委託している。

#### 「当事者支援」

自然発生的な支援はある。また、病院での説明において、情報提供をする際に、居室の写真を提供してもらうこともある。しかし、当事者が一緒に講演に出向くということはない。それは、これまで関わってきた方の多くが措置入院をした方達ばかりで、通院以外で病院に行きたがらない方も多いためである。

#### 「自立支援協議会」

世田谷区の「退院促進連絡会」や退院促進支援実務担当者会議、施設連絡会等で対象者の状態や事業の進捗状況・課題等を報告し、地域で情報を共有したり必要な社会資源整備の話し合いを行ったりしながら、連携を強めていくようにしている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

- ・ これまで、退院を諦めていた方たちに、細やかな支援を行うことで退院を実現している。
- ・ 病院の協力のもとに支援員の出入りできる環境を作り、対象者との距離を縮めている。
- ・ 地域との連携をとることで、対象者 1 人に対して 10 人前後の支援者チームを作れることを可能にしている。地域で声をかけてくれる人も含めれば、さらに多くの人材で一人を支えていることになる。
- ・ 専従の支援員を配置することで施設内の役割分担を行い、地域活動支援センターが対象者にとって利用しやすい場所となるよう努めている。
- ・ 個別支援の実践により、その方の生活領域の中で必要なものを求めていくためのアウトリーチが可能となっている。

### 2. 課題

- ・ 支援に時間がかかる。
- ・ 大人数には対応できない（年間 20 人が時間と体力の限界）。
- ・ 退院意欲の低い方には働きかけきれていない：最初から希望を言える方は、十分退院が可能な方である。長期入院で気力も体力も衰えた方たちでも退院に気持ちが向くような「きっかけ作り」は個別支援だけでは難しい。巣立ち会の「出張講演」や「体験通所」という、巣立ち方式の型に嵌める進め方の中で、そこが入り口となって退院に向かっていくタイプの方も居ると思う。しかし、「きぬた」で個別支援と集団支援の両方は実践出来ていない。退院意欲を高める働きかけは、病院に依頼している。

### 3. 巣立ち会との比較

巣立ち会では体験通所（入院中の方で入院している病院から巣立ち会の通所施設に通所すること）を条件とした一連の流れの支援プログラムを提示しているのに対し、決まったメニューは用意されていない。徹底した個別支援という点は大きく異なるところではあるが、対象者に必要なものを、その都度相談して探していくという点では、質的には共通しているものと思われる。

### 4. コメント

支援員との 1 対 1 の関係の中で支援が進められていた。その方にとって何が必要であるのかを見極め、タイミングを見計らって順次進めていくという、細やかな支援が行われていた。

上記項目にも記載したが、これは巣立ち会における支援と同質のものであると考える。巣立ち会では、体験通所を条件としているが、その中で目標設定は対象者一人ひとりと話し合っていて決めている。例えば、通所日数も週 1 回半日から開始する方も居れば、毎日通所される方も居る。退院先も、GH や民間アパート、実家と様々であり、訪問看護やヘルパーの

導入もご本人との話し合いの中で検討している。重要なことは、支援者が社会資源を熟知し、本人の希望に沿って提示できるようにすることであろう。現状ではケアマネジメントの実践を効果的に進めているところは少ないが、「きぬた」における支援では、地域の社会資源を活かしたケアマネジメントが実践されていると感じた。

今後の課題として、支援に時間がかかる、これ以上対象者の数を増やすことは難しいと話されていたが、全国の中では対象者数は少ない方ではない。これは、行政機関や病院の協力体制を整えることに重点をおいた結果といえるだろう。退院促進支援事業として動いたからこそ、可能になった部分も多いと思われる。力量のある支援員が現場に居ても、協力体制がなければなかなか難しい部分がある。退院促進支援事業の目的の一つである、啓発活動、意識改革を行なう、という点が結果に結びついた事例であると考えられる。退院促進支援事業においては、支援員と行政、病院が連携をとり、地域全体で支援を進めていくこと、事業を進めていくための基盤づくりが必要であることを改めて感じた。

また、対象者を増やすことは時間的に難しいという一方、専任になってからは個別支援に専念出来るようになって良かった、とのことであった。これまでの全国の取り組みでは、当初は専門職が支援員を兼任していたが、次第にボランティア経験者などが支援員となるものが多くなっている。専任の支援員を設置し、支援員の研修会や、スーパーバイズなどを充実させていくことも重要であると感じた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年12月7日14:00～17:30)

## I-5 静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センターだんだん

ヒアリング 調査対象者	<p>多機能型事業所ワークだんだん 川嶋章記様（平成 15 年度以降自立支援員）</p> <p>障害者就労支援センターふらっと 菅原幸子様（事業受託時に「だんだん」職員、平成 15・16 年度の事務局）</p> <p>社会福祉法人 みどりの樹（平成 17 年度以降の事務局） 尾関久子様 岡部宏子様</p> <p>聖隷クリストファー大学 大場義貴 准教授（平成 15・16・17 年度の自立支援員、平成 10 年度～平成 14 年度「だんだん」職員、平成 15 年度以降「だんだん」非常勤）</p>
圏 域	<p>西部圏域（浜松市、湖西市、新居町、磐田市、袋井市、掛川市） 人口：126 万人</p> <p>圏域内対象精神科病院数 : 11 病院 病院（精神科あり） : 7 病院 診療所・クリニック : 24 箇所 圏域内地域活動支援センター数 : 6 箇所</p>
対象者数	<p>26 名 平成 15 年：新規対象者；20 名 平成 16 年：新規対象者；6 名、平成 15 年より継続；14 名</p>
退院者数	<p>7 名（退院率：26.9%、再入院率：14.3%）</p>

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

退院促進支援事業は、平成 15 年度から静岡県のモデル事業として開始した。平成 13 年度下半期から本支援センターがケアマネ体制整備事業（ケアマネジメント試行的事業）の事務局となっていたこともあり、平成 14 年 8 月に県の担当者から打診があった。クリニック院長の大嶋先生と看護師、大場義貴准教授らからも県の担当者に積極的に働きかけ、本支援センターが事務局となった。

平成 15 年から 3 年間は浜松中心の西部圏域で実施し、平成 19 年度から全県で実施となり、現在県内 7 ヶ所で受託している。平成 17 年からは「社会福祉法人みどりの樹 サポートセンターぼるた」が事務局になっている。平成 19 年からは地域移行事業を受託している。

地域活動支援センターだんだんは、平成 10 年に開設され、病院の附属でない生活訓練施設としての活動を開始した。平成 10 年、11 年は、まず病院めぐりをし、浜松地区の病院を全て回った。平成 12 年、13 年には、長期入院の人を地域に出す、という活動を始めていた。事業受託以前から、「だんだん」では退院支援を行っていたといえる。

このような活動が潤滑に進められたのは、平成 9 年から活動を開始している「E-JAN」<sup>2</sup>の

<sup>2</sup> E-JAN (Ensyu Joyful Action Network)：特定非営利活動法人「遠州精神保健福祉をすすめる市民の会」；平成 9 年 12 月に発足し、平成 14 年 10 月に NPO 法人となる。当初は、専門職であろうがなかろうが、障害があろうかなかろうが、一市民として活動しようという合意があり『市民の会』とされた。市民運動として行政を刺激し福祉施設を増やすなどを目

ネットワークがあったことで、各病院の協力が得られたという点が大きな要因となっている。E-JANの初代会長は浜松医科大学の学長であり、医局入局1年目、2年目の医師を「だんだん」の顧問医として地域に出し、地域に対する理解を深めるようにしていた。

## 2. ゴール・ミッション

「退院をあきらめていた人に、地域生活は楽しいと思ってもらうこと」を目指してきた。そのために、住居、就労の開拓を進めてきた。退院後の生活を念頭においた支援を行っている。

退院促進の枠組みとして、以下の6項目を挙げ、当事者のために動くこと、その為に地域全体でサポートする体制を整えていくことを目指している。

- ・地域の病院がほとんど参加できる仕組みとする。
- ・地域の社会福祉資源がすべて受け皿として関わる。
- ・地域の病院に医師を輩出している浜松医科大学が重要なメンバーとして関わる。
- ・退院促進の“事業”ではなく患者に合わせて行動する。
- ・各病院の医師はじめ職員に向けての説明会をしっかりと行う。
- ・患者の不安軽減のため、説明し、練習経験を用意し、一緒に動くことをする。

## 3. 入院患者へのアプローチ

対象者に関しては、県からも年齢や診断名の指定があったが、事務局と自立支援員で検討を重ね、以下の5項目を設定した。

- ① 地域で生活してみたいと思っている方で概ね50歳くらい
- ② 服薬の習慣がついている人
- ③ 急性期を過ぎて症状的に退院可能な状態から6ヶ月以上入院が遷延している
- ④ 病名は統合失調症を中心とし気分障害、非定型精神病を含む
- ⑤ 家族の同意

これらの、5項目を希望として病院に説明に行き応募を募ったが、5項目を満たせない人も多く、主治医と本人の意思のある人を最低条件とした。結果としては応募の来たものは全て受け入れた。実際に対象に上がったのは60歳代も含まれていて、概ね22歳～65歳であったが、10歳代の対象者もいた。基本的には、主治医が了解している方が対象であるといえる。

対象病院は決めず、最初は老人関係の病院は省いたが精神科病床のあるところ全てとした。中には「うちは退院支援をやっている」というところもあり風当たりは強かった。病院によっては患者には話をすることが出来ず、職員のみへの説明であった。しかし、聖隷三方原病院の元院長が自立支援協議会の会長兼自立支援員となり、事業開始前の事務局から病院への挨拶回りにも同行するなど、精力的に活動した。当初、患者に話が出るのは2病院だけであったが、平成19年度は全ての病院に説明会を行った。現在は、病院の中にもグループを作り、相談支援事業所も含め全員カンファレンスに参加している。

病院への説明は、以下の3回セットで行った。

- ① 茶話会（地域生活の紹介ビデオを見る、地域で生活しているメンバーと茶話会）
- ② 施設めぐり（ひとり暮らししているメンバーのアパート・GH・作業所等の見学）
- ③ まとめ（地域生活をしているメンバーを交え振り返り）

ここまでを体験してもらい、退院促進事業を利用してみたいという意思を示した人が申し込み手続きを行った。それは、「いきなりでは申し込めないだろう」という考えに基づくもので、「地域生活のイメージ作り」、「楽しんでもらおう」ということが、3回セットの説明会の目的であった。その説明会の流れの中では、実質上申込書がなくても支援を開始していたとも言える。その背景には「手続きを待っていたら動けない」という実情があるからで

---

的とした啓発活動を行っている。

あった。中には、「自立支援員が来ると外出できる」ので、「退院はしないけど、事業をやる」という方もいらした。まずは、「地域生活は楽しいと思ってもらおう」こと、退院の意思が無い場合は「退院したくないと思う背景を引き出す」ようにし、「中断はそれ以上の働きかけはせず、まずは外に出てきて貰う」ようにしている。病院によっては「外出メニュー」で病院の外に出ることもあるが、施設見学は初めてという人ばかりであり、「だんだん」に来て知り合いの患者に会って刺激になり、退院への意欲が高まったという効果も認められた。患者同士のやりとりの方が、専門職から働きかけるよりも効果的であることもあると感じた。

本人の同意が得られたら家族の同意を求めるが、支援の対象となる方の中には家族の反対がなければ既に退院できていたであろう人も少なくない。したがって、家族の反対を受ける事は多い。これに対しては、反対している理由を聞くことだけで、解決に至った例もある。また、家族に負担をかけないという姿勢を示す事も重要である。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

E-JAN で行った機能強化事業の中に組み込んで、施設見学ツアー・茶話会をなど、イベントを開催した。その結果、意図していたわけではないが、病院職員の意識が変わり自然と連携が取れるようになった。また、病院へ説明に出向いたことで病院職員へも活動の主旨が浸透し、患者の表情が変わることで看護師も協力してくれるようになった。

当初は、挨拶回りだけであったが、最近はビデオやポスターなどを作成し広報活動を行っている。このビデオは、全県に展開する為に県が予算を組んで作成したもので、撮影・編集はプロによるものだが、自立支援員が患者役や家族役として出演し、退院までの過程を分かりやすく説明するものとなっている。各事務局に貸し出しを行っている。

#### 5. 退院準備訓練期間

病院内の退院プログラムをやっているところは多くはなく、対象者で服薬できている人も少なかった。病院での SST はレクリエーションのようなものに留まり、対処能力の向上を目指した現実感のある SST をやっているところは見当たらなかった。

高齢になると体調面などひとり暮らしだと職員も当人も不安であるが、当事者が出演するビデオレターを作成し、モデルを見せることで地域に引っ張り出していった。これは、病院内の訓練で出来るものではないと思っている。病院内で力をつけて押し出すのではなく、地域生活のモデルを見せて、地域の力で引っ張り出すことを目指している。

支援は個別支援で、自立支援員の訪問は2週間に1回程度である。

#### 6. 居住支援

本支援センターの活動の中で特に力を入れてきたのは住居と就労の開拓であるが、住居については現在、大手を含む7ヶ所の不動産業者と連携をとっている。概ね障害は開示しており、障害年金や生活保護であることも了承してくれている。

平成17年ごろまでは、ひとり暮らし体験の出来る場所としてのアパートがあったが、維持が難しく現在は運営していない。実際には、退院後にすぐに民間アパートへ入居する人は少なく、生活訓練施設、GHを経て、民間アパートという人が多い。

今後の課題としては、60代前半の高齢者の方は身体的不安があるにも関わらず、介護保険制度を使えないため、制度の狭間になってしまうという問題があり、GH等の開拓の必要性があげられる。また、「彼の生活を支えているものは何か」を考えていくことで、どのようにして人や地域とつながりを保っていくかも、課題である。

保証人問題については、同時に就労先を開拓していくことで対処してきた。また、保証人協会を利用したり、県の保障制度を利用したりする事で対処している。不動産業者も含め地域全体でサポートすることを目指している。

## 7. 地域移行後の生活支援

当初、本支援センターでは24時間対応をしていたが、かなり職員の負担が大きかったため、現在は留守電での対応をしている。生活訓練施設の職員が常駐しているため、即時対応の必要がある場合は、本支援センターの職員に連絡が入っている。

また、本支援センターでは就労支援に力を入れていて、浜松には農業があるので、農業に就くことが少なくない。

## 8. サービス提供組織

自立支援員は、センターからの推薦で施設職員、看護師、医師などの専門職が任命されていて、各自の業務との兼任であった。平成19年は県が公募し、専門職及び精神保健ボランティアなどで構成されている。平成15年は支援員8名でスタートし、毎年10名程度が任命されている。当事者は当初は説明会の手伝いをしてもらうなどして参加していたが、平成17年度より、正式に静岡県より補助自立支援員として委嘱状を貰っていて、体験談を話してもらうなどの活動を行っている。昨年度から、県が自立支援員の研修を始めている。

自立支援員は担当制で1対1（中には2人で関わる人もいる）である。最初は病院担当制だったが、現在は最初の面談の雰囲気や決定している。基本的には事務的、無差別（自立支援員の居住地、性別による）だが、病院から情報を得てマッチングを事務局の病院とのやりとりで決めている（本来は協議会で決めること）。

「自立支援協議会」は毎月開催しており、その中で他機関とは自然と連携が取れていった。意図してのことではなく、見切り発車でスタートした活動を進めるなかで、つながりを作っていったといえる。

自立支援員のサポート体制としては、平成15、16年度は、支援員が集まり簡単な事例検討を行っていた。その後は、県精神保健福祉センター主催の研修会が年2回開催されている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

- ・ E-JANのネットワークがあった。
- ・ 事業受託前から退院支援を行っていて、職員の支援体制が整っていた。
- ・ 大学病院、元病院院長の活動が、病院の協力につながった。
- ・ 対象者は応募のきた方の全てを受け入れた。
- ・ 申し込み手続きをする前から働きかけを行い、退院への動機付けを高め支援を進めていった。
- ・ イベントを開催し、退院への動機付けを高めている。
- ・ 住居と就労の開拓を進めている。
- ・ 就労に関して農家の協力がある。
- ・ 不動産業者との連携をとって地域全体でサポートしている。
- ・ 当事者は補助自立支援員として委嘱状を貰っていて、体験談を話すなどの活動を行っている。
- ・ 対象者向けの説明会や施設巡りツアーをすることが、結果的に看護師などの病院職員へのアプローチにもつながった。
- ・ 自立支援協議会で機関同士、職員同士が顔が見える関係になり、つながりが出来ていった。

### 2. 課題

- ・ GHなど、退院後の居住先の確保。
- ・ 地域生活をする際、本来の保証人に代わる公的な保障制度。
- ・ 現在は、退院時は病院側のPSWがケアマネジメントを行うものとされているが、受け入れる地域側と一緒にケアマネジメントを担うようになれば良いと考えている。

### 3. 巣立ち会との比較

住居に関する支援を重視している点では、巣立ち会の方針と共通していた。しかし、就労に関しても並行して進めているところが、本支援センターの大きな力であると思われた。

### 4. コメント

インタビューを実施して非常に印象的であったのは、支援するということを楽しんでいるように感じられたことである。啓発活動や対象者の発掘、関係機関との連携に関して「意図していたわけではないんですけどね・・・」という発言がみられた。また、退院促進支援事業受託前の「E-JAN」の活動や、本支援センターでの取り組みについても「結果的に退院促進をやっていた。」と語られるなど、支援者達からは意気込みというよりも極自然な事をしているという姿勢が窺われた。しかし、その結果「支援者が既に鍛えられていた」とも語られ、退院促進支援を効果的に実施するには、それまでの基盤づくりが重要であるように感じられた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、北楯あや、  
調査日時：2007年12月13日15:30～18:10)

## 1-6 三重県 社会福祉法人四季の里 支援センターHANA

ヒアリング 調査対象者	センター長（法人事務長兼務） 精神保健福祉士 森徹雄様
圏 域	三重県全域（人口：186万人）
対 象 者 数	平成15年度：11名 平成16年度：15名 平成17年度：15名
退 院 者 数	18名（退院率：43.9%）

\*昨年度の調査票における対象者数と異なる

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

従来から退院支援は行なっていたが、退院促進支援事業に関しては、平成15年度より、三重県より病院などの組織をもたない社会福祉法人ということで、本法人に依頼され委託された。

#### 2. ゴール・ミッション

法人の理念としては、「精神障害者の人たちが地域で普通の暮らしをしていく」に則り、昭和63年から活動をしている。今後の目標としては、法人の活動を三重県のみならず、県をまたいで支援を展開する。当事者の選択する権利を守るためにも、より多くのサービスを準備し、地域に拠点をおいて活動していく。

\*当事者の選ぶ権利を保障するためにも、より多くのサービスを準備したいという思いがあった。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

医師、病院PSW、本人の了承のもとで病院から対象者があげられる。本人のみの参加申し込み書のようなものではなく、その後、自立支援協議会で決定される。法人の活動では、対象者の選別はなく、だれでも受け入れてきたが、退院促進支援事業における対象者に関しては、県や病院とも複数会議を開き、最終的に人格障害者だけが対象者から除外されることになった。病院内ではカンファレンス等で病院PSWが本事業の情報提供を院内関係者に実施し、対象者の選定に大きな役割を果たした。事業の予算から試算して、事業開始2年目からは、1年間で15名の対象者が妥当であると判断し、支援を開始した。家族への説明は、原則病院PSWから行なった。

\*対象者の選定についても、行政、病院とも会議を重ねた結果の対象者の要件というものを設定されていた。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

これまでの法人の活動に加え、事業委託に伴い“営業活動”を行なった。三重県の職員と法人内で事業のコーディネーター的役割をもっている職員とで県内すべての病院にパンフレットなどを持って、事業説明を行なった。県内には、19病院あるが事業に協力してくれている病院は19病院の中で、5～7病院が対象病院になっている。“営業活動”は病院職員のすべてということではなく、医師やPSWを中心に、事業の理解を求めた。県内の19病院、各市区町村、および精神科病院協会などに事業の説明を県職員と委託先の事務局員とで説明に伺った。

\*啓発活動を行なっていく際に、積極的に行政にも協力を求めている。

## 5. 退院訓練準備期間

事業の事務局職員と自立支援員が病院に訪問し、病院 PSW に立ち会ってもらい、初回の面会をして、その後の支援内容について本人に説明をする。初年度は支援員に関しては、対象者の方に、20代～60代まで様々な世代の支援員がいたので、選んでもらったが、偏りがあったので、その後変更した。支援する際の工夫としては、紙などの資料の説明だけではわかりにくいのではないかと考えから、対象者本人に皮膚感覚で感じてもらうためにも、社会資源の見学を積極的に行なうように努めた。また、買物同行や、地域の観光地の見学などきめ細かく支援することに努めた。

年度ごとの事業だったので、訓練期間は原則約6ヶ月とした。支援員による個別支援を実施した。訓練施設の場合はある程度訓練期間を設けたが、アパート退院の場合は、物件が決まってからということで、物理的条件に左右されることがある。希望すれば、いつでも通所施設への通所は始められる。支援員が困った時は、自立支援協議会で困難事例は話し合った。また事務局職員が自立支援員に自らの連絡先を伝え、相談に乗っていた。

\*対象者にはできるだけ実体験をもってもらうための工夫が支援のなかで行なわれている。様々なバックグラウンドのある自立支援員が活動していたので、スーパーバイズの役割も事務局職員が担っていた。退院者数を増やすことについては数値目標を絶対化していなかったという経過があったので、それほど力を入れていなかった。また、協力病院を増やすという点では、前年度の実績報告を持参し、本事業の効果などを情報提供するなかから、対象者をエントリーしていただける病院が増えてきた。

## 6. 居住支援

利用年数の決まっている生活訓練施設、GH、福祉ホームなど法人で展開してきたが、精神障害者の重度化や高齢化がすすみ、GH等の形態だけで全員の生活を支援することが難しくなり、「利用者の選ぶ権利を守る」ため、選べるだけの社会資源が必要であるとの考えから、GHのような点在型だけではなくて、お互いが支えあえる少し大きめの施設もあってよいのではないかと考えて、住居形態を複数準備した。GHは作ったら、すぐにいっぱいになる。三重県では、居住形態は、単身アパート以外は、2LDKに2人が多い。保証人がいないときは、日本ライフ協会に保証人をお願いしたり、不動産業者とつながりのある保証協会に登録したこともあった。

\*退院後に利用できる居住形態を複数準備することを考え、様々な状態の当事者を受けられるための工夫がされていた。この3年間の事業では、退院者のうち30%ぐらいが退院後も当法人を利用している。3年目には本事業からGHを県内南勢地区で開設することができた。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援期間は、最低3ヶ月ぐらいは行なっていた。その後ひとり暮らしの支援をしていく際の指標としては、「服薬がある程度自分ひとりでできること」、「自分が不安になったとき自分からSOSを出す方法を身に付けていること」をあげ、次へのステップを目指すようにした。

一方では、支援が終了しても個別に支援員が訪問したり、訪問看護が週に1回ぐらいは訪問を続ける体制はある。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長（精神保健福祉士）

事業における自立支援員の相談や対象者との面接など積極的に行っている。また、県職員にも協力要請して、事業説明を各病院に行っている。自立促進支援協議会を運営していく際には、事例検討のための準備、ケース検討用資料を提出していただき、各協議会委員に郵送、事前協議を組織した。また、困難事例へのアドバイス。専門職でない自立支援員が多くいた

ため、支援過程で戸惑う事が多く、そのたびに電話や面談で具体的な進め方を提案してきた。さらに支援員のレベルアップのために研修会を組織した。医療・制度の学習から県外研修まで実施してサービスの質の向上に努めた。

#### 「自立支援員」

自立支援員の数は、毎年異なる。平成15年度18名、平成16年度10名、平成17年度16名が自立支援員として活動された。ボランティアの方、ペルパー事業所の職員、家族会、作業所非常勤職員、病院非常勤職員など構成員は年度毎に多少異なる。支援員向けの専門の学習会を、病気や障害、退院支援のすすめ方、権利擁護などのテーマを決めて、1年目は数回行なった。社会資源の見学なども行なった。支援員に対してのマニュアルなどを作成し、計画書の作成や支援のポイントなどを教育した。

#### 「自立支援員のサポート体制」

当支援センター長が個別に相談に乗っている。

#### 「自立促進支援協議会」

運営方法について県職員とも話し、実務的な議論ができるような会議にしたいとのことから、対象者の決定・事例の検討会・学習会などを行ない、月1回行なった。生活訓練施設、入所施設、GH、作業所、支援センターなどの職員が参加。2年目には、困難事例に関して、事前にレポートを挙げてもらい、各参加機関に郵送して、事前に各機関で検討してもらって協議会で話しあう機会としても機能していた。

#### 「支援計画書」

書式はあったが、ほとんど関係者間で口頭で確認することが多かった。

#### 「緊急時の対応」

退院促進支援事業の中では、緊急時の対応としては、公的機関の連絡先（消防署、警察、精神科病院）を一覧にして、対象者に渡した。不安なときは、自分が入院している病院に連絡する対象者もいた。利用者にとっては、緊急事態のとき、かなり不安な部分もあったと思うが、緊急時の保障は、地域で見られるようなシステムを目指した。一方、法人の活動としては、夜間・休日は携帯電話を主任クラス職員が輪番でもつような体制をしている。

#### 「当事者活動・ボランティア」

法人では当事者によるグループワーク活動（当事者活動）についてはほとんどできておらず、これからの課題。事業のなかでも当事者による役割は具体的にない。また、ボランティアの育成など行っていない。

#### 「リスクマネジメント」

退院促進支援事業自体に保険をかけて、退院促進支援事業において諸活動中の怪我や事故が発生した場合に保険がおりるようにした。

## B. 事例考察

### 1. ストレngthス

さまざまな対象者を受け入れるための、資源の開拓を積極的に行っている。

### 2. 課題

医療機関を持ち合わせていない社会福祉法人が本事業を行う際に、医療機関との連携が不可欠であること。当法人だけの課題ではないと思うが、本事業の推進にあたって、県内の各

機関・団体などの協力と具体的な支援を得ていくための工夫がさらに必要である事、この2点が挙げられる。

### 3. 巢立ち会との比較

通所施設、入所施設など幅広く活動しているが、当事者活動をあまり取り入れていないことが、巢立ち会とは異なっていた。

### 4. コメント

法人としては、精神障害者を対象とした入所施設9カ所、通所施設5カ所、相談支援施設2カ所を運営している。インタビューの中でも「当事者の選ぶ権利を守る」という発言がしばしばあったが、住居形態も生活訓練施設や福祉ホームだけでなく、一般アパートなどから多少重度の障害者であっても対応できるようにとの考えから、お互いが支えあえる少し大きめの施設まで準備されている。現在では精神障害者を対象とした施設運営のみならず、ヘルパー事業所を運営し、高齢者への生活全般の支援にも取り組んでいる。また来年度（平成20年度）には、生活介護事業、共同支援事業など知的障害者を対象とした施設も行なっていく予定であるとのこと。

（執筆：小林伸匡・富田美穂、調査員：富田美穂・小林伸匡、  
調査日時：2007年2月15日13:00～15:00）

## 1-7 大阪市 社会福祉法人ふれあい共生会地域活動支援センター もくれん

ヒアリング 調査対象者	相談員・精神保健福祉士 矢野 直子様
圏 域	大阪府全域
対 象 者 数	平成 15 年度：2 名 平成 16 年度：3 名 平成 17 年度：6 名 平成 18 年度：3 名
退 院 者 数	合計：9 名（退院率：64.3%、再入院率：0%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

もともと、センターの設立趣旨が地域のネットワーク基盤整備というものであったため、本事業の趣旨に合致していた。市は他にいくつかの事業所に依頼したとのことだったが、最終的に本支援センターが受託した。

#### 2. ゴール・ミッション

平成 15 年度から開始。退院した人を受け入れるための地域の基盤を作るというセンターの趣旨と事業内容が合致していたため引き受けた。準備を万全にして退院することも地域移行の実現には大切なことだが、たとえ再入院したとしても、退院することの大切さを本人や家族、関係機関職員に知ってもらうこと、そのことで各職員も認識が変わることを期待している。

\*平成 15 年度から開始しているが、病院によっては事業に関するコンセンサスが得られていない状況も残っており、特に関係機関職員の意識変化を促すためには実績を積み重ねていく必要を感じた。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

1 年以上の任意入院患者が対象となる。各病院から推薦され、大阪市こころの健康センターの保健師によって一次選定が行なわれる。その後二次選定で各支援センター等の事業に携わる職員が選定する。その後、受託センター職員が訪問面接をして、事業申込書にサインをもらい、希望する退院先の区を決定してその地域の作業所、支援センター職員が関わり始める。中断した人については再度病院から推薦があがるまで待つことにしている。

\*入院前はホームレスだった人が多かったため、大半は退院後にどこに住むかも決まっておらず、面接を行なった後に外出支援の一環として地域の雰囲気や社会資源を見学し、自分の住みたい場所を決める。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

平成 16 年度から市保健師が各病院を訪問して事業を紹介した。現在では病院によって院内茶話会に参加し事業の紹介を行なう。また、平成 15 年、16 年度のピアサポーター育成事業を利用して、各支援センター配属のピアサポーターにも院内茶話会に参加してもらい、体験を話してもらうようになった。

平成 16、17 年度は病院に院内茶話会の場を設けてもらい、そこで講演をするなど各地域活動支援センターが直接病院と交渉していた。平成 18 年度には自立支援法によって都道府県事業となったため、大阪府の委託を受けている財団法人精神障害者社会復帰促進協会主催の院内茶話会(各病院年 1 回程度)に参加しているが、協力を得られない病院もある。参加者は知っている元入院患者等が講演に参加する時は特に参加者は熱心に聞く姿が見られる。

## 5. 退院訓練準備期間

退院後の生活について府が作成したビデオがあり、ほとんどの病院の院内プログラムで活用されているため、1度は見たことのある人がほとんどであり、住みたい場所を決めその付近の社会資源を探し、気に入ったところで体験通所や体験宿泊を開始することができる。服薬管理の準備については病院がなすべき役割と捉えており、体験外泊の条件としている。服薬の継続は最低条件として、服薬のことを職員に相談できる信頼関係を支援中に作る。退院までの期間は特には設定しておらず3ヶ月から2年以上と様々である。事業を始めるにあたって、目的意識をはっきりと自覚してもらい、そのために必要な約束、決まりはきちんと守ることができるようしっかり伝え続ける。

ピアサポーターが密に関わり、作業所等に同行することも多い。退院へ向けたプログラムは病院それぞれに任せられているが、日常的に練習が必要と思われることについては特に力を入れて取り組んでもらうよう依頼している。例えば病識のない人に対して服薬の重要性や病気への理解を促す働きかけなどである。退院計画はキーパーソンとなる本支援センター職員が作成する。

\*本来、当然のことではあるが退院先に好きな場所を選ぶことから始まるため入院中の病院から遠かったり、その地域との連携がとれにくいという不安要素もある。

## 6. 居住支援

退院したい地域が決まった段階で、ほとんどの場合は入院中であることを隠して物件探しを行なう。入院前はホームレスだった人が多いので、保証人協会の利用は必要。居住地がある程度限定された時点で、並行して社会資源の見学、通所前提の体験利用を行い、アパート探し、GH探しが行なわれる。

対象者の中でGHを利用する人は、単身での生活に不安が大きい人がほとんどである。さらに「絶対この地域に帰りたい」という希望を持っている人は少ない。GHをイメージすることも難しい人が多いので見学を行なった後に、「GH退院を目指す」と決まったら、大阪市内のひとつひとつのGHに空き状況確認の連絡をする。対象者にその結果を伝え、空いている全てのGHを見に行くこともあれば、地域を限定して見に行くこともある。対象者に体験入居の意思があればGH職員と体験宿泊についての話し合いに入る。この段階でも対象者の気持ちが決まらないことも多く、その場合にはとにかく一度体験宿泊してみることを勧め、その結果で決めてもらう。大阪市には体験入居事業はなく、GHの空き部屋があれば体験宿泊は可能だが、空き部屋がない時には他の施設や方法を探す必要がある。自立支援員は体験入所中には作業所体験通所などの日中活動の支援等を行なう。入居前提の体験宿泊はもちろん、大阪市内のほとんどのGHが「空き部屋貸し」だけでも協力してくれるようになってきている。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後、特に問題がなければキーパーソン（後述）が3ヶ月ごとに1年まで作業所や自宅に訪問を続け、その後は地域の主な援助者の関わりに全面的に移行する。基本的には退院までに対象者と地域の援助者との間にある程度の信頼関係が築けてから退院してもらうので、退院後の諸々の手続きが終了した後、キーパーソンは問題があれば介入するが、日常的に起こりうる問題に対しては地域の援助者で解決する努力をしてもらい、見守りや主支援者からの相談にのるというポジションにシフトする。入院していた病院には再入院が必要な場合に出来る限り受け入れてもらえるような体制作りを依頼している。また、病院は遠方になってしまうことが多く、ほとんどの場合は地域の診療所に転院するため、入院中の病院や通院先に状況を伝え退院前からその体制作りをしている。主治医との話し合いによって入院していた病院に一定期間通院してもらう場合もある。双方の病院は自立促進支援協議会で情報交換を行なう。退院後に何らかのサービスにつながることを期待するが、無理強いせず、ホームヘルプサービスや訪問看護等を柔軟に利用している。

## 8. サービス提供組織

### 「自立支援員」

実際に自立支援員の役割をしているのはピアサポーターと作業所、本支援センターの職員であり、本支援センター職員はコーディネーター役と支援役両方行なう。

### 「ピアサポーター」

平成 16、17 年度の「つながり支援事業」「情報提供事業」により各支援センターに 1～3 名配属されたが、現在残っている人は少ない。ピアサポーターには作業所等への同行支援や書類作成を行なってもらう。事業以外にもピアカウンセリング、ピアヘルパー、センターの非常勤職員として勤務している。

### 「自立支援促進会議」

対象者の退院の目処がついた時にその都度召集される。カンファレンス方式で行なわれ、入院している病院、通院先となる病院の職員、通う作業所職員、支援センター職員など対象者に退院後関わる全ての関係者が集まる。

### 「キーパーソン」

精神保健福祉士となって 5 年目。資格取得前の職場（総合病院）で回転ドア現象に疑問、課題を感じて事業開始にあたり希望して担当者となった。キーパーソンのリーダーシップや事業への信念が本事業を進める関係者にとっての大きな力となっている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngthス

- ・ 希望の退院先である地域との連携を行なっているので、新しい連携が広範囲におよび、結果として事業が広域に等しく浸透するのではないか
- ・ キーパーソンの強いリーダーシップと地域生活移行に向けての強い信念が関係者にきちんと共有されている点
- ・ ピア活動が盛んであり、府全体でその活動が位置づいている点

### 2. 課題

大阪市の問題として、必ずしも社会的入院や本事業の必要性が浸透しきってはいない上、行政の協力が得られるまでにはかなり苦勞したと伺った。退院は自立支援員の仕事と思われることもまだ多く、退院先の地域に本支援センター職員が出向いてネットワークを作り、対象者を任せられる環境を作っている。また本事業に関わっている職員は一人であり、事業に関わる一人の職員の負担の大きさを感じた。

### 3. 巣立ち会との比較

- ・ 事業所で本事業に関わっている職員は一人であること
- ・ 退院先や連携先が広範囲にわたること

### 4. コメント

多くの他事業所の対象者が、入院していた病院等の社会資源を利用するためにある程度決まった範囲で居住することに対し、多くの人が入院していた地域を離れ、新しい地域で新しい病院に通いながら生活を始める。どのタイミングで移行するのかを慎重に決定する必要がある。地域や主となる援助者によって担ってもらえる範囲、意識は大きく違うとの事であった。

（執筆：道明章乃・北楯あや、調査員：道明章乃・北楯あや、

調査日時：2008 年 1 月 17 日 13：00～15：00）

## I-8 和歌山県 やおき福祉会紀南障害者地域生活支援センター

ヒアリング 調査対象者	所長：柳瀬様 自立支援員：北山様
圏 域	田辺・西牟婁圏域（人口：20万人） 協力病院：3病院（1病院が公立病院）
対 象 者 数	平成16年度：5名 平成17年度：2名 平成18年度：5名
退 院 者 数	合計退院者数：10名（退院率：83.3%）

### A.ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

法人設立の背景としては、地域の知的障害者を支援している関係者と保健所と公立病院の3者が精神障害者の作業所設立という目標をめざした活動から始まり、最初の作業所ができた。本法人では、平成元年に地域支援センターを開設して、退院後の生活支援は考えていた。国で退院促進支援のモデル事業が行なわれているときから、法人としては着目していて、圏域内にある公立病院とも本法人は連携がとれていたため、取り入れたいと考えていた。平成15年度には埼玉県にある生活支援センターふれんだむで行なわれている退院促進支援事業を視察に行き、法人から視察の報告書等を県に提出して、事業受託について働きかけを行ない、平成16年度に事業受託に至った。

#### 2. ゴール・ミッション

退院支援を進めていきながら、同時に地域をどう変えていくのか、どういう地域を作っていくのか、という視点を同時にもつ。

\*長期入院患者の退院後の選択肢を用意する、また退院後の本人の希望やニーズによっては、ずっと福祉の範疇にいないのではない地域生活が必要である、ということを考えて、たとえば退院後すぐにでも就労を希望される方には就労という選択肢を選べるように、その時に必要なものをセンターが提供できるように取り組んでいる。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

平成16年度に事業を始めた当初は、県職員に入ってもらって、県から正式に依頼を民間の精神科病院に行なってもらい、本法人が行っていくことを県職員同席のもと、認知してもらった。それぞれの病院でどういった方が対象にあがるかの調査依頼をかけて、病院ではPSW、受け持ちの看護師、主治医と一緒に会議等で調整をして、本センター職員との初回面談につながる。社会的入院者にこだわらず、入院患者全般を考慮している。

\*どの時点で対象者とするのか、ということ深く考えず、まず退院したいという本人の希望が病院側からあがってきたら、出来るだけ早く自立支援員の初回面談をして、タイミングを見計らいながら実際に地域をみてもらうために、病院から外出する機会を設けるようにしている。事業の対象者の条件については、特に指定はしていないが、事業を始めた平成16年度当初は、国の一定基準に基づいた長期入院の人達が対象だったが、年度を重ねるごとに事業の性格も、退院につなぐ試行的なかたちから実際に退院を目的とした基準に変化してきているように、入院患者の退院支援を主眼にしてきている。ただ、退院促進支援事業を利用する決定権は主治医にあり、病名や入院年数さらに程度を問わない法人とは少し違う。病院PSWは、主治医との調整や個別の相談を行っている。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

本法人のパンフレットや退院促進支援事業のチラシを病院に置いている。外出して地域を

見た対象者が、病棟に戻って入院患者同士で話をするのが、自然な形の広報・啓発活動になっているし、自立支援員が病棟に出入りすることで、最初は「あのんだれ？」という存在でも、少しずつ距離が縮まり入院患者の方から「私も退院できますか？」と話しかけてくることもある。また、対象者が外出するときに出来るだけ担当看護師に同行してもらうことによって、病院職員が知らなかった社会資源や地域の暮らしぶりを自分で見聞きすることによって、「こういう人がいるのだけれども・・・」と自立支援員に直接声がかかることも増えてきている。

\*病棟に行くときは、何も用事がなくても自立支援員がナースステーションに顔を出して、自立支援員と看護師の距離を縮める努力をしている。また病棟にできるだけ頻回に訪問することによって、自立支援員の存在を入院患者にも認めてもらい、声をかけてもらいやすいような雰囲気を作るようにしている。

## 5. 退院準備訓練期間

初回面談以降は、面会の間隔を10日間以上あけないように心掛け、出来る限り週に1回（同じ曜日の同じ時間）で設定している。決まったメニューを用意しているのではなく、面会で対象者自身がどんな所に行きたいのか、何をしたいのかを聞き取り、対象者のニーズに沿う形で外出支援や作業所の体験、外泊訓練など実施している。退院の目処がたってきた段階では、それまで憩的な場所の見学等だったとしても、実際の退院後の生活を想定して、利用するであろう社会資源やスーパーマーケット等の場所をひとつひとつ自立支援員と対象者が一緒に確認しながら対象者に覚えてもらう支援に変化していく。また支援計画が断続的になってしまうとその後の支援が継続しにくいので、退院準備訓練期間に、退院後も誰がどういう形で、いつどのくらい関わるのかを考えておき、軟着陸できるようにしている。

\*初回面談後は、週に1回程度面会をするが、その面会日を決める時に同じ曜日の同じ時間を設定するようにしている。最初は病院の周りから徐々に距離を延ばして散歩に行くなど、とにかく病院の外に自立支援員と一緒に出る機会を作るようにしている。その時に可能な限り担当看護師にも同行してもらうことで、情報を共有したり一緒に退院後の生活を考えてもらうようにもしている。退院促進支援事業を4年間行なうことによって、スムーズに行くケースは退院促進支援事業にあがってこなくなってきた。むしろ退院促進支援事業にあがってくるの方が、困難事例になることがある。入院期間が長くなる程、本来持っていた生活力の低下が進むようなところが見られ、中でも特に金銭管理や服薬管理が苦手な方が多くいたので、病院側への依頼として入院中に退院に向けた個別プログラムの実施やSSTを用いたスキルアップの場の提供をしてもらった。

## 6. 居住支援

アパート探しにはとくに注意をしている。今までの経験から不動産業者とはあまり深い連携をしないほうがよいと考えており、対象者が退院後の住居としてアパートを希望された時は慎重に物件を探している。ひとつ間違えると業者同士のネットワークがあるので、トラブルが出ない程度にお付き合いをしている。大家さんと直接交渉して、うまくいくことはある。協力的な大家さんには法人の連絡先を伝えていることもある。

## 7. 地域移行後の生活支援

平成12年にケアマネジメント試行事業に取り組むことによって、圏域内の全市町村に参画してもらって、精神障害者の支援方法について関係者で学んだ。法人としては、ニーズがあれば退院後すぐにでも就労につけるような選択肢も提供している。また本支援センターでは介護支援センターを併設して、対象者が必要とする日常生活支援も提供できるようにしている。介護支援センター職員と自立支援員が同じ法人で運営している支援センターで勤務しているので、情報を共有しやすい。その時その時に対応し、サービスの幅や選択肢を増やしている。必要に応じて、病院の訪問も利用できる。

自立支援員が地域移行後の生活をずっと見ていくことはできないので、対象者ごとに、たとえば訪問看護や権利擁護といった必要と思われるサービスをつけていきながら、その対象者と誰かがどこかでつながっているネットワークを作るように心掛けている。また地域生活でかかってくるストレスをいかに軽減していくか、という予防的な視点を持ち、たとえばストレスに対して就労がどれだけ強い生活支援力を提供していけるのか、それで再入院率を下げられることにつながるか、といったことを視野に入れ、企業の助成事業を使って調査研究も行っている。やおき福祉会では退院促進支援事業の委託を受け、4年間本事業を行う中で14名の方が退院され、数名の方は実家の農業の手伝い、または自宅静養と退院後はやおき会の施設を利用していない方は居るが、90%以上の方は生活訓練施設や作業所利用など何らかの形で、やおき会の施設を利用している。

## 8. サービス提供組織

### 「キーパーソン」

やおき福祉会では、法人や特に旧地域生活支援センターの視点により、事業をすすめている。従って、キーパーソン等、の考え方は有しておらず、事業のチームによりすすめているという考え方。「個人」を位置づけてしまえば、担当が異動等による変化が事業や地域づくりへの影響を予防する視点であり、事業や地域のシステムとして、定着させることが必要であることから、キーパーソン的な役割は生活支援センターや法人ということ。退院支援をすすめていく地域システム全般を目的にしているため、それぞれ、役割分担に基づいて動いている。事業に係る組織調整や地域システムを考えていく上でのアクションや啓発（退院促進強化事業なども含む）は生活支援センター所長が担当していて、自立支援法による「地域自立支援協議会」に参加し、課題等についての地域化をすすめている。退院支援の現場実践についての本人に対する支援、支援上の病院や関係職との調整などは自立支援員が担当している。また、同地域における退院促進「自立促進支援協議会」は、その構成が関係職による現場担当の職員からなっており、圏域別に、対象者に合わせた構成で開催をしている。また、その協議会の開催運営を行っている。担当者は、自立支援員については、異動にて替わったこともあるが、病院 PSW 等の経験はなく、社会復帰施設職員。

### 「自立支援員」

3人の時期もあったが、現在は自立支援員は2人で、基本的に対象者への支援は2人で対応しているが、2人ともセンターの他の業務（地域生活支援センター、訪問介護支援センター、相談支援、相談支援事業等）と兼任している。2人で対応することで急な別業が入っても対象者との面談等に穴をあけることなく、最低でもどちらか一方が対応できるというメリットがある。他の業務を兼任していることで、対象者が退院促進支援事業の対象者として終了しても何らかの関わりを持ちながら地域生活を支援できるというメリットがある。基本的に2人の自立支援員で動いている。

### 「自立支援員のサポート体制」

自立支援員は、退院支援をすすめるために本人への関わりや関係者との調整で非常に重要、かつ、専門性の必要な責任のある職種だと考えている。

従って、個人ではなく「チーム」としての位置付けが重要であり、スーパーバイズも含めて「地域生活支援センター」が行っている。また、必要に応じて、保健所 PSW にも参画していただいている。

### 「法人内施設」

相談支援施設 2ヶ所、通所授産施設 2ヶ所、小規模授産施設 3ヶ所、小規模作業所 1ヶ所、生活訓練施設 1ヶ所、GH8ヶ所。

#### 「自立促進支援協議会」

事務局を自立支援員が各関係者へ連絡している。圏域が広いので、ケースごとに実施している。自立促進支援協議会は月 1 回の頻度で開催され、各ケースについて検討されるが必要があればその席に対象者の家族も同席してもらおう場合がある。ケースによって多少の入れ替わりはあるが、基本的には Dr、Ns、病院 PSW、保健所、市役所、社会福祉協議会、作業所、生活訓練施設、自立支援員等の約 10 名程度で協議会を行い、支援計画の立案や関係者の調整は自立支援員がキーパーソンとなり行っています。また毎月の協議会では、一ヶ月間の支援の報告を行い、その中で出来た事を評価し、逆に出来なかった事を次の課題として支援計画の中に入れ、それらが出来るように自立支援員が中心となってサポートしています。

#### 「休日・夜間対応」

担当者が携帯電話をもって、担当者（輪番）に連絡が入るようになっている。当法人では生活訓練施設もあるので、そちらにつながることもあるが、ほとんどない。

#### 「当事者活動」

センターとしては、具体的なプログラムは設けていないが、協力病院から退院した方の体験談を話してもらった機会があったが、継続はしていない。

#### 「ボランティア」

協力病院側のことも考えると、病院では責任問題が問われることが多いので、あまりボランティアの多用はしないほうがよいのではないかと考えている。しかし、地域に幾つかボランティアグループがあって、退院したあとに、ボランティアの活動に対象者の方が参加することはある。

#### 「他機関との連携」

対象者の退院先によっては、退院先に近い利用する施設などへ連携することはある。

## B.事例考察

### 1. ストレングス

- ・地域の中で古くから連携してきた公立病院が地域医療に対する視点を昔からもっていたので、ともに退院促進支援事業をやっていけると考え、県に自ら「和歌山県で退院支援をやりませんか」と働きかけた。
- ・退院促進支援事業を受託する前も、「今後この地域でこういうことが必要になってくるだろう」ということを想定して活動してきた。
- ・退院促進支援事業を受託するにあたり、埼玉県の地域生活支援センターふれんだむを訪問して病院や行政との連携について参考にしていく。
- ・就労支援にとっても力を入れている。

### 2. 課題

制度である「退院促進支援事業」を地域の実態に合わせて、活用をしていくことが重要と思っている。精神科病院を退院し、地域生活を安心して送っていくには、単に同事業の展開に留まらず、包括的なシステムにつなぐために地域でどういう動きをするか、ということ。そのために、当事者一人ひとりの希望やニーズを把握することが前提となるが、昨今では、高齢障害者の課題や、統合失調症だけではない「ボーダー」の人達への支援について困難な場合が多く、さらに病院と連携しながら地域体制を検討していかなければと思っている。

### 3. 巣立ち会との比較

外出支援での対象者の希望は、毎週作業所での箱折りというニーズはなく、今回は箱折りをしたから次回はセンターの奥の部屋でのお茶飲みというように、退院準備訓練期間は対象者のニーズにあった支援を展開している。また作業所での体験を希望した時、ひとつの作業所だけに通うのではなく、最低2か所は回るなど、対象者にいくつかの選択肢を用意し、ニーズに合わせて選択してもらっている。

### 4. コメント

自立支援員が退院促進支援事業を受託して以来、対象者や病院の職員（特に看護部）との関係作りの手法について試行錯誤を繰り返しながら、対象者が地域生活に定着するための支援のあり方を模索していて、インタビューに応じる声にも自信が満ち溢れており好感が持てた。

（執筆：久米知代・小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、  
調査日時：2007年12月17日13：30～16：10）

**1-9 長崎県 社会福祉法人大村市社会福祉協議会  
地域生活支援センターラム**

ヒアリング 調査対象者	山下様（社会福祉協議会 事務局次長） 吉田様（大村市社会福祉協議会 地域生活支援センターラム センター 長）
圏域	県央圏域（人口：28万人） 協力病院：10ヶ所
対象者数	平成15年度：5名 平成16年度：8名 平成17年度：4名 合計17名
退院者数	合計退院者：11名（退院率：64.7%、再入院率：8.3%）

**A. ヒアリング結果**

**1. 事業開始のきっかけ**

もともと親の会や当事者の会とのつながりがあった。平成9年から特に精神障害者が憩えるサロン活動を開始し、平成11年精神障害者の地域生活支援事業ができて、大村市が受けて社会福祉協議会が運営するようになった。

すべての相談窓口を社会福祉協議会が行うことになり、さらに権利擁護事業もうけることになり相談機能にアドボカシー機能を強化。平成12年度ぐらいから入院中から地域の支援者が関わり、退院支援の動きはしていた（3年間で24名ぐらいの方が退院した）。これらは①地域から病院へ出向く。②関係者が同じテーブルにつきケース検討をする。③必要に応じて外出支援を行なう。地域移行支援。そして退院後の生活支援による地域定着といった関わりのノウハウが蓄積されていく。これが長崎県から退院促進支援事業の受託の話に発展する。このように、どこの病院の利用者も遠慮なく利用できる社会福祉協議会（第三者的な立場として）として、平成15年度から退院促進支援モデル事業として受託に至った。

**2. ゴール・ミッション**

従前から社会福祉協議会があらゆる場面での支援のコーディネイト役になって地域住民とつくってきたネットワークをバックボーンにして、障害や高齢に関わらず、すべての住民の相談窓口として行っている。

**3. 入院患者へのアプローチ**

県の障害福祉課には「退院促進支援事業の核はPSWに担ってもらおう」という意識があるが、対象者の選定については、各病院PSWの関わりは異なる。生活の情報を集め、地域に拠点となっているところがあれば、病院PSWが動きやすいということは当支援センター長自身の経験も踏まえて、分かっていたので、アパート物件の情報を集めたり、民間の宅配してくれる配食業者など、見えそうな情報を集めた。市内の病院の受け入れは元々よかった。ここでは地域サイドが行う方が見えやすいこと。スムーズに進めやすいことを基本に考えた。対象者の条件については、基本的に入院形態が任意入院の方、もしくは任意入院へ変更の見込みがある方で主治医の推薦があるものとした。それ以外の厳密な条件設定は定めていない。

**4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動**

入院患者全体に対しての事業説明などは行っていない。自立支援員が病棟に出向いて対象者と関わる際に、他の入院患者から「あなたは誰？」と声をかけられることが多かった。病棟で活動する自立支援員の存在が結果的に事業の広報・啓発活動になっている。

事業の対象となる10病院には、県の障害福祉課が事業説明に出向いている。圏域の中では、当支援センターとの連携をそれまで取れていなかった隣接市の病院については、県の担

当事者が説明したあと、圏域の保健所職員とセンター職員で出向いて、事業説明を行った。

## 5. 退院準備訓練期間

支援方法は個人のニーズに合わせ個別支援。特に病院から外出すると、対象者の症状が揺れる場合もある。しかし、それによって、病棟職員がよく観察するようになった。原則は6ヶ月だが、それほど厳密なものではない。対象者の方には、生活する地域の土地観や支え手となる方とのコミュニケーション力、対人関係や症状に対する自己ケア能力が求められる。これと並行し、本人を取り巻く身近な人、自立支援員や家主、近隣、友人、知人など相互ケア能力も求められ、さらに病院や事業者など専門ケア能力も求められる。これらが重層的にバランスよくかみ合う仕組みが援助プロセスの中で個別に形成されることが重要。また本人が希望する生活の実現のために本人が主体的に参加できるように促していくことが基本と考える。

\*非専門職の自立支援員の存在が、入院患者、対象者、病院職員の啓発につながり、事業全体をみても支援しやすくなったという印象をもっている。支援側も対象者も「やってみなければわからない、とにかく一緒に考えてみる」という姿勢を大切にしている。

## 6. 居住支援

既存の建物を改装して福祉アパート（7部屋）として貸してくれるようになった大家さんもいた。また自宅を共同住居として提供してくれるなど大家さん同士のネットワークが広がっている。そのために地域生活支援センターの職員は日頃からの関係作りを大切にしている。これらを有効かつ円滑に利用するためのマネジメントを行なっている。既存入所施設を利用する場合は、複数を見学・体験利用してもらって、本人に決めてもらう。

保証人になる人がいない場合は、関係機関で支援チームを作ることで家主の理解を得て住居を保障するケースもあった。最初拒否する家族もいたが、病院PSWだけでは、家族と病院という関係も非常に難しいため、今後も支援していくなかで、第三者（自立支援員等）が入ることによって、納得する家族もいた。また具体的な生活支援メニューを地域の提供する立場から別の角度で、退院した方のアパート敷地内の駐車場には病院の職員含めて、ヘルパー事業所、権利擁護専門員、支援センターなど、いずれかの支援者の車がとまっていることが多い。居宅に帰る方達は支援センターで退院後の支援計画も支援センターが立てていく。それ以外の対象者の計画は、利用するそれぞれの施設で計画を立てている。退院後は1ヶ月の自立支援員の支援は協議会の合意によって可能である。

## 7. 地域移行後の生活支援

サービス利用者に「これをしよう」と社会福祉協議会側から投げかけるのではなく、社会福祉協議会の職員が日ごろの活動の中で利用者（市民）と様々な場面で接している中から出てくる声に添いながら、その「声」を形にしてきたし、これからもしていく。退院後の生活支援としては、連続性のある支援として、特に退院し居宅生活をスタートされる方へ関わる密度は大きくなる。ケース検討を開催し個別支援計画を作成、プラン実施。フィットしなければ再検討する。病状変化や環境変化に応じた柔軟性・当事者性が求められる。さらに平成18年10月より相談支援事業者に移行し相談支援専門員として位置付けられサービス利用計画作成の対象者として退院者の地域定着のための一つの手法として活用されている。

精神障害を抱える方が地域で生活するための支え手として関わるのはフォーマルな機関に留まらない。したがって専門職のみならず家族、家主、近隣、精神ボランティア、当事者などから協力を要請することで、専門職と一般市民が同じテーブルについて社会的入院について議論することが可能になった。お互いの顔が見える関係で支援チームを個別につくることが重要であると考えられる。

また実際の生活の場面に出席して訓練を行なう Place train モデルを応用し、入院中から共同住居や福祉アパート（体験入居専用居室）で体験入居を促し食事や買い物、外出、服薬、

困った時の相談方法、自己対処など生活のシミュレーションを行い関係機関でアプローチを行った。現実適応がよく生活定着するために有効であった。

\*対象者を訪問すると、いずれかの支援者の車があるときが多い。社会福祉協議会の職員も一緒に動き、何かあったら私たちに相談してください、と大家さんにも伝えている。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」支援センター長

同圏域にある精神科病院にも勤務していたが、老人保健施設の職員もしていた。当時から軽度認知症高齢者の単身生活のケアマネジメントにおいて地域カンファレンスの有効性を実感していた。対象者への関わりとしては、事業コーディネーターとして本人との初回面談での顔合わせ、本人の興味や関心ごとの確認、人生観、本人を取り巻く家族、生活背景を知ること。そして次の段階で自立支援員とのマッチング、モニタリングとミニカンファレンスの開催、ケース検討では本人にフィットした支援なのか再点検。外出支援では必要に応じ本人、自立支援員に同行することもある。

「自立支援員」

非専門職の方が多い。社会福祉協議会の職員から声をかけたボランティアや当事者、家族が担っている。自立支援員は平成15年大村市で6~7名、平成16年度は諫早市で6~7名。圏域で合計14名の自立支援員がいる。そのうち当事者は大村市の2名。自立支援員が1対1で対象者を支援している。自立支援員の大まかな役割としては、自立支援員とのコミュニケーションスキルや関係性の構築が重要であり、これをベースに支援が展開される。自立支援員は新たに出会う対人関係を形成する中心人物であり今後、退院後の生活では身近な近隣の人たちとの関わる頻度が多くなることが予測される。自立支援員の前で見せる本人の意外な一面、その変化に着目し、本人の語る分脈に沿った関わりを支援に反映させるため自立支援員はマンツーマンで寄り添う支援を行う。

「自立支援員のサポート体制」

モデル事業ではセンターと自立支援員が物理的に近い位置であったため複数の支援センター職員が担当コーディネーターとして必要に応じ相談に応じていた。また自立支援員同士が時々会う、横のつながりも研修会を通じて自発的に行なわれていた。

「自立促進支援協議会」

大村市と諫早市で月に1回ずつ交互に実施。支援員と対象者の方の活動が円滑にできるように見守っていく会議。対象者の方と自立支援員が地域において活動しやすい環境をつくるのが協議会の役割。したがって本人、自立支援員をはじめ関わる方の支援に対するモチベーションを下げないように事務局としては配慮した。病院PSWが動きやすくするための事業の周知では県と保健所、支援センター2度に分け病院へ説明。協力施設への訓練受け入れのための根回し。生活保護者の訓練経費の保障。停滞や支援員の迷いや過度のストレス状態などミニカンファレンスの呼びかけ。事業効果(利用者へのストレングスな視点・支援の意外性)強調。退院後の暮らしぶりや支援状況を紹介やはり関係者がお互いを労うことが重要。構成員は病院PSW、福祉担当局、保護課担当局、保健所、精神保健福祉センター、社会復帰施設、小規模作業所、家族会、当事者会など17名で構成。

「協力施設」

生活訓練施設2カ所、福祉ホーム2ヶ所、GH6カ所、通所授産施設2ヶ所、小規模共同作業所5カ所、共同住居1ヶ所、福祉アパート2ヶ所。

「当事者会」

病院との交流会を行っているが、退院してから利用する対象者がいる。

「休日・夜間体制」

社会福祉協議会の生活支援部に13名の職員がいるので、輪番制でセンターの電話番号が携帯電話に転送される。対象者は精神障害者に限らない。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

- ・インフォーマルな支援者として、3障害を対象としたケアアシスタント養成講座（研修期間は1週間）の修了生が地域のボランティアとして関わっている。家族会やボランティア・学生を中心にひとり暮らしのための夕食会や小学生も参加したミニテニスを開催。
- ・社会福祉協議会は、すべての住民を対象に支援をしているので、支援を行ったとしても、対象者が限定されていないために、地域での偏見を持たれにくい。

### 2. 課題

現在は既存の家主とのネットワークで住居確保は対応できているが、居住サポート事業に加え、あんしん賃貸支援事業を開始し、保証人を保障できる普遍化するニーズに対応できるシステムへ再編していくことが課題と考える。

- ① 相談支援事業(市町・都道府県)位置づけの関連機関への周知徹底
- ② 退院促進支援事業と相談支援事業者の関係性 退院者の支援の連続性、相談支援専門員とサービス利用計画
- ③ 地域自立支援協議会の役割の明確化 地域移行支援部会の創設により市町規模による小回りのきく支援ネットワーク体制への再編

### 3. 巢立ち会との比較

本支援センター長が病院での勤務経験もあることから、病院側が必要と感じるニーズを汲み取ることに工夫がみられる。巢立ち会でも同様の支援をしている。

### 4. コメント

市の建物を改築したあと、大村市高齢者・障害者センターの同じ建物にはいり、ワンストップで相談しやすい入りやすい場所に作ってもらった。同じ建物に福祉担当課や地域包括支援センターが入っているので、相互に連携がとりやすいようになっていた。平成19年現在は、県の事業になったので、支援センター「ラム」が協力施設という位置づけになっているので、これまでの退院促進支援事業の体制は異なる。

(執筆：久米知代・小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、河島京美「地域生活支援センターきらら」、調査日時：2007年12月12日13:00～15:30)

I-10 沖縄県 社会福祉法人うるま市社会福祉協議会  
 地域生活支援センターあいあい

ヒヤリング 調査対象者	施設長・精神保健福祉士 比嘉様
圏域	中部圏域
対象者数	平成16年度：8名 平成17年度：1名 平成18年度：2名
退院者数	7名（退院率：63.6%、再入院率：28.6%）

## A. ヒアリング結果

### 1. 事業開始のきっかけ

平成15年、国事業として事業が創設された事を受けて、沖縄県でも平成16年度より取り組みの開始を決定した。平成16年度は試行的事業として全県下で1箇所の地域生活支援センターへの事業委託という形で事業を開始。開始から2年は県精神保健福祉センターに生活支援員を配置し、全県下の退院を希望する対象者への対応を目指した。

### 2. ゴール・ミッション「生活の安定のための支援体制作り」

平成14年に本支援センターがオープン、平成16年に県から委託を受けた。中部圏域と他の圏域で病院に対して、県が説明会を行なったがあまり反応は良くなかった。ゴールは支援体制作りであるが、その過程として「地域で暮らしたい思いを形にしてみよう」こと、そのためには一気に単身生活でなくても生活訓練施設等も利用して構わない、「夢や思いが持てる」ために時間を十分に使うこと、「センターで抱えてしまわない」ことを目指している。「社協として街づくりをどう考えるか」をいつも考えて行っている。

\*他県の病院で退院支援をしてきた経験から、ゴール、そのために目指すべきことが明確に打ち出されていた。

### 3. 入院患者へのアプローチ

各病院の病棟、主治医から挙げた候補者をさらに精神保健福祉士が確認後、推薦。本支援センター職員が面接に出向く。1ヶ月程度をかけてなぜ事業に適していると思われるのかを聞き取っていく。実地調査（事前調査）は、推薦に至るまでの経緯において当事者心理やIADLの課題等必要な情報が把握されていない場合もあり、導入期に対象者の希望や不安、持っている生活イメージを把握する事で、支援計画をより具体的に作成している。この点については、現場経験の少ない職員を自立支援員として派遣せざるをえない現状で、支援員が安心して支援を開始できるための環境整備としても大事に取り扱っている部分でもある。

その後は自立支援員にバトンタッチする。対象外となる規定は設けていないが高齢者の場合は介護保険も利用することも併せて検討している。

\*本支援センター職員が丁寧に時間をかけて対象者の情報収集を行っており、このプロセスはとても大切にされている。

### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

病棟での勉強会や説明会、ポスター等を用いている。今後はDVDの作成を考えている。病院での受け入れは様々で、その病院のPSWの理解や協力、他職種への働きかけに対してもサポートしている。（病院によってPSWの立場、発言力が様々で苦勞している）

## 5. 退院訓練準備期間

各病院には退院に向けたグループワークの実施を依頼し、SOSが出せる、困ったときに対処方法が分かっている状態で退院することを重視している。準備期間についての設定は特に設けていない。

入院中から作業所やデイケアへの体験利用を行ってもらう。それらはもともと事業に関係なく行なわれている退院支援の一環である。退院までの準備は本人のペースに合わせており、期間は設定しておらず、中には2年近くかけている人もいる。出来るようになって欲しいこと（食事の確保や身だしなみ、服薬管理）については伝えるが、できていなくても外泊体験は行ってもらい、失敗体験をしてもらうことも大切にしている。退院計画作成は保健師をはじめ、民生委員や近所の親しい人等も加わって作成される。

\*現在はショートステイ用居室を体験外泊に利用しているが、数が限られているために十分に利用はできておらず今後はアパート等の借上げを検討しているとのこと

## 6. 居住支援

2人以上の保証人が求められることが多く、苦慮しているが不動産業者が許可してくれなくても大家が許可してくれて不動産業者を説得してくれた例があった。コミュニティが残っているために人のつながりが基盤として存在する。受け入れられるまでは大変だが、一旦地域の仲間として受け入れられればとことん面倒をみってくれる土地柄で、受け入れられるまでが正念場。民生委員への説明は行なう場合がある。

\*保証人の問題は大きいですが、地域でのつながりは深いことでカバーされている面もある。

## 7. 地域移行後の生活支援

最近の様子や、日中の様子から心配な人については、その人にも、その日の夜間連絡がつく職員名とその連絡先を必ず伝えている。以前は24時間365日体制で携帯を輪番で持ち誰もが電話できるようにしていたのだが、ほとんど必要性がなかったので現在は上記の体制にしている。地域での見守りネットワークがあるのでがっちりとは行っていないが、退院前に訪問の承諾は必ずとるようにして、本支援センターの職員誰でもが訪問に行くことについて理解を得ている。

\*担当者以外は状況が分からない事業所も多い中で、事業に関わる職員以外でもセンター全体でその人を支える訪問活動が行なわれている。地域での人間関係は独特のものらしく、かなり手厚い。

## 8. サービス提供組織

### 「自立支援員」

センター内兼任で2名。相談支援専門員と介護福祉士。相談支援専門員は事務局的な関わりも担っている。センター内では毎日、ケースについて報告が行なわれ事業に関与していない職員も現状が把握できるようにしている。特定の職員以外は分からないという事態は避けるように努力されている。

### 「当事者雇用」

事業開始以前の平成14年に当事者雇用が開始となり、昨年まで期間雇用の形態をとっていた。当事者中心の（現在ピアサポートは活動支援に切り替えており、雇用の形態からピアサポートバンクへの登録制にて活動メンバーを広げている）自主運営のサークルがいくつも行なわれており、本事業とは直接の関係がないが、地域生活等の知恵を対象者にレクチャーすることもある。

### 「地域サポーター」

民生委員等が本支援センターに出入りして行事の手伝いをし、その体験を地域に発信して

いる。

#### 「自立促進支援協議会」

頻度は1ヶ月に1回で、構成員は保健所、精神保健福祉センター、圏域11市町村の内、2市部と町村を代表して1村から障がい福祉担当者、圏内6医療法人のPSW（元社会復帰施設も含）、相談支援事業所代表を固定構成員とし、その他必要に応じて、GH、作業所、地域関係者等を招致しながら運営をしている。

#### 「ケアマネジメント」

本支援センターの精神保健福祉士が一貫して行っており、退院後は各支援センター職員が主として行っていくが、本支援センターの精神保健福祉士も必ずサブで関わり続ける。

## B. 事例考察

### 1. ストレngthス

- ・地域でのサポート体制が自然に行なわれていること
- ・センター内で情報の共有が徹底しており担当者に過剰な負担がかからないようにサポートできる点

### 2. 課題

- ・病院に対して積極的な関わりや介入が困難な場合もあること

### 3. 巣立ち会との比較

- ・候補者として推薦されてから事業の開始までに時間をかけている
- ・病院の役割を残し、そのプログラムなどは病院の裁量で決定する

### 4. コメント

独特の地域性があり、すべてを他地域での参考にはできないものの、社協の役割をしっかりと念頭に置きながら事業をすすめているので、目的が分かりやすく関係者、対象者に伝わるのではないかと考えた。失敗しても、どのような退院先でもまずはやってみないと始まらないという本支援センターの方針は圏域の病院すべてに理解されているとは言えないとしても、メッセージは伝わりやすい。また、本事業に関与しない職員も事業の対象者の近況については情報を得ており、訪問の了解も得ている。担当職員の不在や交代などで一貫した情報が把握できていない状況もある中で、職員の誰がいなくなったとしても全て同じ情報を持っているように努力する取り組みは、他の事業所でも必要なことと考える。

（執筆：道明章乃、調査員：久米知代・小林伸匡、道明章乃、

調査日時：2008年1月9日14：00～16：30）

## Ⅱ) 医療機関・医療機関関連組織における事業

### Ⅱ-1 福島県 医療法人 昨雲会 地域生活支援センターウィズピア

ヒヤリング調査対象者	施設長 佐藤様 CSN センター長・飯塚病院院長 村田様
圏域	会津圏域：人口：約 27 万人 圏域内協力病院：4 病院
対象者数	新規対象者数 26 名 平成 16 年度 9 名 平成 17 年度 12 名 平成 18 年度 5 名
退院者数	14 名 (退院率 53.8%、再入院率 14.3%)

#### A. ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

平成 15 年 1 月に本支援センターが開所されて以来、毎月 1 回飯塚病院の退院予定の方や社会復帰施設に入所予定の方、社会復帰施設を退所して地域で生活される方について、社会復帰施設職員、病院の病棟職員、PSW、デイケアの職員、村田院長等で検討会を開いて情報交換をしていた。そうした退院支援に対する取り組みを保健所が評価して、そのノウハウを活かして欲しい、ということで、会津の 6 病院を対象にして平成 16 年、17 年とモデル事業を実施することになった。

##### 2. ゴール・ミッション

本支援センターの名称である「ウィズピア」の「ピア」を、「当事者」と狭義に捉えず、「地域住民みんな」と広義に解釈し、センターの医療色を薄め、施設等の中に「地域の風」を入れ、「閉じたコロニー」になることを避け、誰もが住みやすい地域づくりを目指している。

\*運営主体である病院の院長が 2000 年 4 月に「CSN (Community Support Network) センター」を開設し、障害や病気のあるなしに関わらず、地域住民だれもが健康に生活できるためのネットワークを作っている。

##### 3. 入院患者へのアプローチ

病院の医師と看護師がそれぞれ対象者ごとに退院の可能性を評価尺度を用いて、「○」「×」で判定し、双方の判定結果が「×」であった入院患者以外を対象者としてあげる。また全入院患者を対象とした独自のニーズ調査を実施し、退院促進支援部会で退院が可能だと思える入院患者を抽出している。

\*主治医が退院は無理だと判断した入院患者でも、退院促進支援部会でその入院患者は退院可能だと判断されたら、主治医を変えてでも退院に向けて支援する。

##### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

退院して地域生活をしている方を広報誌のインタビュー記事として掲載したり、病院主催の家族交流会で SST の講師や、県が主催する出張講演での発言者として経験談を語ってもらい、入院患者だけでなく医療職員も「あの人が退院できたんだ」「地域で生活できているんだ」と、以前入院していた方から地域生活の様子を実際に見たり聞いたりする場を設けている。病院職員により刺激となり、対象者を挙げる時のハードルを下げることにつながり、結果的に退院支援に効果をあげている。

\*広報・啓発活動に、病院主催の家族交流会で SST の講師や、県が主催する出張講演といった家族会や行政機関と連携して、入院患者や医療職員に働きかけている。

## 5. 退院準備訓練期間

センターの相談員と公募の自立支援員がペアで対象者の支援にあたり、個別支援をする。また外出した日や外泊訓練時・後は、対象者の揺れに対応できるように病棟看護師、本支援センターの相談員、自立支援員らが連携し、またそれらの担当者全員で 1 日の生活ぶりの情報交換を密にするように努めている。

対象者を支援する職員の中に「地域の風」を入れるために、自立支援員は公募している。どの自立支援員も最初に対象者と対面した時に「どうしてこの方が長期で入院していなければならなかったの？」という純粹で素朴な視点や疑問から支援に入り、その支援は対象者のエンパワメントにとっても有効である。また従前の職員もそうした自立支援員の姿勢から学ぶことも少なくなく、自立支援員を公募で選出することの有効性を実感している。

## 6. 居住支援

退院促進支援事業を実施するにあたり、居住支援の一環として「NPO 法人居住支援市民の会」を立ち上げた。これは保証人のいない対象者が民間のアパート等に入居する際の保証人制度で、当法人が法人格で保証人になるものである。

\*「NPO 法人居住支援市民の会」を公的に承認してもらうために当時の市長に何度かかけあい、法人格が保証人になる旨をとりつけた。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院は「結果」ではなく「経過」だと捉え、具合が悪くなったら病院をショートステイ利用するのも OK であると考えている。地域移行後の住居となる生活訓練施設、福祉ホーム、GH、共同住宅は全て病院の敷地外に設置されており、それら社会資源の利用者が地域住民との交流をはかるための行事をセンター等が企画している。また、センターが受託している「指定相談支援事業」で緊急時の 24 時間相談・支援体制もあり、センターの常勤の職員が輪番で携帯電話をもっている。この支援体制は地域住民や公営住宅の管理者に対しても「何かあったらセンターが対応してくれる」という安心感を持ってもらえることにつながっている。\*地域交流会としてセンター、生活訓練施設、福祉ホームが合同で「夏祭り」を開催しており、地域住民が 200 名余り参加している。その他にも、地区のクリーンアップ作戦、地区の小学生とともに稲刈り、バーベキュー会など、毎年さまざまな行事を企画・実施し、地域住民と病院から地域移行した利用者や病院の職員が交流できる機会を設けている。

## 8. サービス提供組織

自立支援員は公募して選出しており、社会福祉士 2 名、元教員 1 名、元会社員 1 名の計 4 名である。対象者に対する支援は、支援計画を立てるセンターの相談員と支援計画に沿って支援する自立支援員のペアで担当しており、センターの施設長が自立支援員と相談員はタイプが異なるコンビになるように配置しており、また施設長は自立支援員が潰れないようにスーパーバイザーの役を担っている。

対象者の選定、退院計画などを策定する等が協議される退院促進支援部会は「ウィズピア」開設当初から定例で開催されている。

実務担当者会議は対象者、自立支援員、相談員、病棟職員の構成で、病棟において月 2 回開催している。

その他に、地域住民、各種団体の長を交えて、飯塚病院や CSN センターの事業内容を検討する運営協議会が年 2 回程度、CSN センター長や各社会復帰施設長、昨雲会事務長、飯塚病院総看護部長で構成される運営会議が月 2 回、実務責任者レベルの会議である HUB 会議が週 1 回開催されている。さまざまな立場の職員等が関わる会議が多種設けられている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

- ・ 自立支援員は公募としているが、その支援員がつぶれないように、センターの施設長がスーパーバイザー役を担い配慮を怠らないようにしている。
- ・ センターの運営主体である医療法人以外の6病院に対して、社会資源の説明等を行う出張講演を実施している。
- ・ 退院に対して拒否的な家族に対して、病院長が自ら説得に当たり、その結果8割以上が承諾される。またケースによっては、保健所職員が家族の自宅へ訪問し説得する場合もある。
- ・ 病棟で月に2回、「実務担当者会議」が開催され、参加者には対象者本人も入り、退院計画や退院後の住居などについて検討される。

### 2. 課題

重度の精神に障害を持つ方々の地域生活移行については、ケアホームなどの生活介護に重点を置いた施設の整備、人員の配置が求められるので、さらなる行政の支援などが必要となる、とのことであった。

### 3. 巣立ち会との比較

- ・ 個別支援であるために、退院準備訓練機関の対象者に対する支援は、対象者のニーズに応じたさまざまな支援の形がある。

### 4. コメント

- ・ 飯塚病院の院長が福島県精神保健福祉センターで勤務されていた経緯があり、院長が入院患者を退院させて地域で生活すること、地域移行後も病院の施設内で囲い込みをしないようにと、病院や地域生活支援センターが中心になって地域住民との交流を図っている姿勢が印象的であった。

(執筆：久米知代、富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年11月26日13:00～17:00)

## II-2 埼玉県 社会福祉法人毛呂病院 地域活動支援センター のぞみ

ヒヤリング調査対象者	精神保健福祉士 福島 和美様、 自立支援員・毛呂病院精神保健福祉士 藤田 裕太郎様
圏域	坂戸市・飯能市・日高市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・鳩山町
対象者数	平成 16 年度：5 名 平成 17 年度：6 名 平成 18 年度：13 名
退院者数	8 名

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

開始当時の施設長が研修で退院促進支援事業を知り、社会的入院を少しでも減らす力になれたらと開始する。病院自体は、もともと退院支援は院内で盛んに行われていたようだ。

#### 2. ゴール・ミッション「本事業を通じての地域ネットワーク作り」

利用者に対して地域で生活することの楽しさを知ってもらい、関係職員に対して本事業を通して地域のネットワーク作りから地域での支援体制の構築を目的としている。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

特に除外規定は設けていないが、本人、家族の同意が得られる人を対象としている。長期入院者が多く、退院の意志が弱い人も多いために、病棟看護師・主治医・病棟担当 PSW が話し合い、対象者選出を行っており、病院職員から推薦し、支援センター支援員が病棟に訪問し面接を行なう。本人が同意した段階で参加申込書により事業利用が決定する。家族が反対している場合には同意が得られるまで原則事業にはのせず病院内での働きかけを継続する。入院期間が長い人ほど、退院への意欲は弱いが患者同士での情報交換が行なわれ、本事業について知っている人もいる。知り合いが事業の対象となる姿を見て自分も抵抗感が少なくなるケースも多い。

\*退院までに時間がかかる人が多いことから、参加＝退院とはなっておらずその分、ハードルが低いのではないかとのお話であった。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

事業について県の障害福祉課を招き病院に説明を行ない、さらに支援センター職員が対象者の選定から退院までの流れについてパンフレットを配布し各病棟での説明会を行なう。また、入院が長く関係が深い患者が多いので、グループワークなどのプログラム内容は患者間で情報交換されている場合がある。キーパーソンとなる 2 名の精神保健福祉士は元々、同法人病院の病棟担当の精神保健福祉士であったため、すでに病棟の職員や患者は二人を知っている場合が多い。

\*特別な啓発活動や広報は行なわれていないが、院内でのグループワークについての情報は患者間でいきわたっており、それが退院を促すものであることは十分に知られている。

#### 5. 退院訓練準備期間

SST や料理教室、平成 19 年度は宿泊訓練や、旅行も行なっている。グループワークと個別支援を組み合わせるにより意欲の向上を目指している。長期入院の人が多く、2、3 ヶ月で退院するケースはまれで、家族の同意が得られなかったり、本人の意欲が弱い場合が多く、数年単位での準備となることが多い。そのことが家族や他の患者に対して退院への警戒感を抱かせない効果も生まれている。平成 19 年度からはグループワークを上半期、下半期にわけ、上半期の反省をもとに下半期の計画を立てるようにした。勉強という雰囲気

せず、地域を楽しむという方針に切り替えた。また、病棟職員が退院に向けて服薬、身の回りのこと、生活についての準備を行ない、その回の候補にならなかった人に対しても継続してアプローチされている。

通うことのできる範囲にある作業所は定員に達しており、その作業内容が多くの対象者にとっては年齢的に厳しいとのことで、作業所へ通所する対象者はほとんどいないのが現状である。

\*病院と地域で行っている支援になっているため、病院や家族、本人のペースを守りやすく、今のところはそれが家族等に警戒感を抱かせない要因となっている。準備期間は本人のペースを大切に、特に期間設定は設けていない。

## 6. 居住支援

ほとんどの人が、まずは自宅か同法人の生活訓練施設に退院し、その後近隣のアパート等への移住が想定されている。家族の協力が得られる場合は自宅へ退院してもらいが、不可能な場合はアパートやGHに行く前に生活訓練施設を経由している。本事業を利用した8名のうち6名が生活訓練施設に退院しており、生活訓練施設を利用することで退院が可能になる、退院率の向上にも寄与している。

\*生活訓練施設に入所し、生活訓練施設内部のプログラムか病院デイケアに参加し、3年後に退所というパターンが多く、アパートなどへの移行支援は人によっては生活訓練施設退所時、生活訓練施設職員が担うことになると思われる。長期、病状が重い人が多い中で現状では生活訓練施設への退院がまずは目標となる。

## 7. 地域移行後の生活支援

従来から訪問する等の取り組みを行ってきた事に加え、近隣に住むメンバーから他のメンバーについての情報提供も多い。生活訓練施設入所後は必要があれば支援センターがフォローするが、その後はメインの関わりを生活訓練施設の職員が行なっている。アパート等、地域で暮らしている人に関しては、職員が情報収集をしなくても、「近隣のメンバーがお互いにフォローしあっており一人に聞けば他のメンバーの細かな情報が何人分も入ってくる」という、長い入院を共にした対象者同士の慣習がある。

保健所管内であれば支援センター登録してもらおうが保健所圏外であれば、そこにある必要な社会資源につなぐことができる。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

精神保健福祉士1名、臨床心理士1名、相談支援専門員2名、自立支援員1名（病院精神保健福祉士）で、その中で自立支援員が専任として病棟との橋渡し役として動き、補助する形で精神保健福祉士1名が支援センターとの兼任で行う。実際に事業としての動きをしているのは2名である。

「ピアサポート体制」

本事業専従の当事者職員はいないが、必要に応じてデイケア通所者、支援センター通所者にグループワークに入ってもらったりすることがある。

「自立促進支援協議会」

平成18年度までは支援センターで中心を担っていたが、19年度からは保健所と共催で行なっている。事務局という位置づけはしていない。メンバーは保健所、圏域の行政職員、保健センター、社協、社会復帰施設、ボランティア、毛呂病院職員であり、年5回開かれている。支援センターでは具体的に退院促進支援事業を進めていく中での事例や問題点経過報告を行ない、保健所では地域社会資源についての講演等を行っている。

#### 「ケアマネジメント」

現段階ではケアマネジメントと言う形で行っていない。退院時に必要な社会資源へつなげ、支援を依頼するが、退院先によって継続的に関わることもある。

#### 「緊急時対応」

相談は相談支援センターと活動支援センターで担う。相談支援センターは土日、祝祭日以外は開所し活動支援センター職員が常駐。活動支援センターは年末年始以外開所し対応している。(平成19年度) 近隣に住む当事者からの緊急の知らせが入った場合には、状況に応じて訪問を行うようにしている。

医療的な処遇が必要な場合は隣接する病院での救急部対応となる。

#### 「キーパーソン」

病棟担当 PSW の経験のある精神保健福祉士 2 名。

精神科病棟で介護職を行い、精神障害者地域生活支援センターにて指導員。その後、精神障害者地域生活支援センターにて精神保健福祉士として勤務し、自立支援員をサポートしている。

## B. 事例考察

### 1. ストレngthス

- ・事例紹介や経過報告、講演会等の企画、運営を保健所との連携で行っている。
- ・住む場所が確保でき、職員は変わっても継続してプログラムが提供できる。
- ・充実した緊急体制が確保されている。

### 2. 課題

- ・退院後、家族との連携を維持するためにも原則として家族の同意がないと事業対象としておらず、家族の退院への理解を得ることが今後の課題としてあげられる。
- ・長期入院患者が多く、退院意欲が低い人も多く退院意欲向上に対するアプローチ方法を模索している。

### 3. 巢立ち会との比較

- ・利用できる作業所などの社会資源が定員等の理由で少ない。
- ・病院が核となって地域生活支援を担っている。
- ・家族の意思を尊重して事業への参加を決定している。
- ・同法人の生活支援施設が活用され、長期入院患者にとってハードルの高い地域生活までにワンクッションおくことができることは利点である。

### 4. コメント

対象者は同法人病院の入院患者であり、保健所と同法人の病院の関係が強く、これから本事業をこの地域ですすめていく上での先駆的な存在がこのセンターであると考えた。キーパーソンである 2 名の職員が元々、病棟担当の PSW だったことや、退院まで本人のペースを尊重してくれることが患者に理解されているために、入院患者にとって本事業に参加してみることが、すぐに退院させられてしまうことではなく、ゆっくりと準備して自分のペースで退院することができるプログラムである。生活訓練施設の利用は、他の医療法人が核となる圏域での取り組みでも有効に活用されており、一つの特色であると言える。

(執筆：道明章乃、調査員：久米知代・小林伸匡、道明章乃、

調査日時：2007 年 11 月 19 日 14:00～16:30)

## II-3 山梨県 医療法人南山会 南アルプス市 地域活動支援センターきがる館

ヒヤリング調査対象者	センター長 精神保健福祉士 上田謙二様
圏域	峡西・峡北圏域（人口：17万人）、圏域内精神科病院：3病院
対象者数	平成17年：8名 平成18年：8名
退院者数	6名（退院率：37.5%、再入院率0%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

県内の4圏域のなかで当支援センターが一番初めに開設したこともあって、県から事業の話があった。元々、医療法人としての病院と同法人が運営している支援センターとが同じ敷地にあったが、病棟の新築をきっかけで、病院の敷地の外にでることになった。生活訓練施設も同じ敷地の中にあったが、一応の役割を生活訓練施設としては終えたとの判断で閉所した。

#### 2. ゴール・ミッション

各関係者間の支援体制ができていることが前提だが、精神障害者がひとりでも多く退院して地域に住んでもらう。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

協力病院は当支援センターの管轄する圏域に3病院ある。選定方法については、各病院に任せている。病院PSWが選定する際の関与もケースによって異なる。各病院に推薦してもらって、隔月で開催する自立促進支援協議会で選定する。対象となる方の疾患名や入院年数の制限は設定していない。自立促進支援協議会で決定したら、決定通知を本人と各病院長あてに、自立促進支援協議会から提出する。担当の自立支援員をきめ、入院先の病院PSWと話をし、病院で本人と面談し、関係づくりをすすめる。自立促進支援協議会委員や事務局は病院には出向かない。対象者選定については、病院PSWの介入の程度はケースによって異なる。対象者に関しては、本人から直接支援センターには連絡ないが、病院のワーカーや看護師を通じてあがってくる。ケースにより異なるが、対象者11名に対して、院内での面接を59回行っている。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

入院中の患者に対し「退院意欲」を抱いてもらうために事業説明会を開催。対象としてあがった方以外にも退院促進支援事業について聞くことができる場をつくり、入院患者（対象者以外も含めて）を対象に、パンフレットや紙芝居を利用して説明会を行ない、退院に向けての意欲をもってもらおう。紙芝居のシナリオは支援センターでつくっているが、絵はプロに作ってもらい、語り手の経験がある支援員に読んでもらっている。病院の職員に対しては、自立促進支援協議会が中心になって各病院で事業説明を行なってきた。山梨県としては強化事業にもなっているので、精神保健福祉センターや保健所が実施機関となり、説明会を開催し、精神科病院職員向けのもの、自立支援協議会委員向けのもの、市町村職員向けのもの、自立支援員向けのものなど、対象者別に別れて実施した。平成19年度からは当事者自立支援員からのメッセージ導入。平成20年度からは対象者からのメッセージを実施予定している。病院職員及び民生委員、ボランティア等対象に数カ所で事業説明会を開発する中で「社会的入院は人権侵害」という認識、退院促進の意識付け等啓発活動を行った。

事業の説明をするときに、自立支援員（当事者）と一緒にいって、インタビュー形式ではなしてもらった。事業を使って退院した当事者に、インタビュー形式を取り入れようとした

が、そこまではいかず、自立支援員（当事者）のインタビューという形になった。

\*当支援センターでは、紙芝居を使って、退院促進事業の説明を行ない、より分かりやすく入院患者に対して説明をしている。また専門職に対する事業説明を実施する際にも、対象者を細分化して行なっているという工夫が見られた。

## 5. 退院訓練準備期間

自立支援員が対象者を病院に迎えに行き、個別支援している。支援が始まって間もなくすると、本人を交えて、ケア計画書を作成し、おおよそその退院までの話をする。ケア計画書作成のときに関係者の役割を記入したものが配られる。訓練準備期間について、県の要綱上は、半年という期間を設定しているが、こだわっていない。支援内容については、病院の治療方針もあるので、検討しながらすすめていく。全てのケースにケア会議があるとも限らないが、各関係者の役割や本人の目標をきめ、支援員の役割もきめている。支援内容を病院にもわかるように、実施支援報告書を作成し、ワーカーを通じて病院にも伝わるようにする。一方、家族への説明は、事業に申請をするときに、ワーカーから家族に説明をしてもらうようにしているが、基本的に本人の同意によって事業が進められるので、家族が拒否したとしても、支援は続けることはできる。

\*支援開始してから、関係者間で役割の確認ができていく。準備期間は本人のペースを大切にしているということで、期間はもうけていなかった。報告書を通じて支援員の支援内容を病院にも伝達するという工夫がみられた。

## 6. 居住支援

同法人内にGHは3カ所ある。また一般のアパートに関しては、現在の支援センター長が以前生活訓練施設でも勤務していたことがあり、不動産業者との面識もあったので、使うことはある。アパートの保証人に関しては、具体的な関わりは支援センターとしてはないが、当事者にまかせている（友人が保証人になったケースもある）。

\*事業の事務局になっている支援センター長が病院や生活訓練施設での勤務経験があるため、その当時の人脈で面識のある不動産業者を利用している。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後支援計画については作成していない。退院後の支援期間は、要綱上は約1ヶ月ということだが、あまりこだわっていない。退院したあとある程度定着し、本人が地域で生活できるだけの支援体制が組めるようになった時点で、協議会内で検討し問題なければ、協議会が支援終了の判断をする。支援員は各関係者に引きつぎ終了となる。退院後に家族へ望むことは、一律にどういうふうに行っているということはない。疎遠で反対している家族については、家族でできることはお願いするが、日常の支援は関係者で支えていくということは家族に伝えている。退院後の支援としては、日中通所している施設の職員だけではなく、支援センター職員が訪問する場合やGH世話人が支援をする場合、病院の訪問看護を利用する場合もある。

\*自立支援員の支援終了については、協議会のみならず、本人の様子をみながらタイミングがとても大切になる。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員については、ほとんどの方が関係者からの紹介。平成18年度は11名、平成19年度は10名。事務局の職員が面接をして決定する。自立支援員は、看護師、保健師、支援センターPSW、当事者、作業所職員、支援センターボランティアなどから構成されている。当事者の自立支援員は、事務局の職員とペアで支援に当たっている。自立支援員は、社会資源があるということは知っているが、支援員から希望があれば、協議会から見学依頼書を施

設に提出して、支援員が見学することはできるようになっている。資源も少ないということもあるが、社会資源の一覧はあって、各支援員に渡している。

#### 「自立支援員の役割」

寄り添う。応援団の一員になる。新しい風になる。

#### 「キーパーソン」

センター長

支援センターの法人でもあり、退院促進支援事業の協力病院でもある病院で以前 PSW をしていて、同法人の生活訓練施設等での勤務を経て、現在のセンター長になっているので、各関係機関とも非常に顔なじみになっている。センター長がすべての対象者と関わることはない。対象者で以前より顔見知りの方と顔を会わせたときに話をする程度。退院した後に支援センターでの継続的な関わりを持つ。

#### 「自立促進支援協議会」

事務局を会長の所属する機関に置いている。協議会メンバーとしては、県健康増進課職員、市福祉課職員、精神保健福祉センター、病院 PSW、当支援センター職員などにより構成されている。各病院 PSW が協議会に参加している。研修や地域のお祭りなどを通じて顔見知りなので、作業所職員などともインフォーマルな関係ができている。キーパーソンは協議会長として、事業の促進を図るために協議会における議題や活動内容の立案し、県担当者や県運営委員会、他協議会等と事業促進についての協議及び提案を行っている。

#### 「夜間・休日対応」

支援センターとしては、相談を受けていない。各自、通院先の病院に連絡する。

#### 「当事者活動」

以前からピアカウンセリング講座などを開催していた。ピア活動の取り組みについては支援センターとしては、利用者が 3 人集まれば、クラブ活動として、支援センターとして応援していく（職員が運転手などとして）。職員からの声かけではなく、メンバー同士で声をかけあい、クラブ活動している。年 1 回行っている精神障害者の「主張大会」に当事者が実行委員として参加し、準備段階からほとんど当事者が役割分担をしている。「主張大会」の開催場所を圏域内で毎回変えているので、各地域で当事者同士のつながりをもってもらいたいと考えている。

#### 「ケアマネジメント」

ケアマネジメントの技法を本来用いるべきだが、現状ではそこまで緻密に行なわれておらず、病院 PSW に委ねていることが多い。

#### 「精神保健ボランティア」

精神保健ボランティア講座は、保健所で養成している。支援センターなどの活動に参加しているが、中には自立支援員になる方もいる。

#### 「家族会」

当圏域にある南アルプス市では、家族会でも作業所を運営しているところもあるが、関係は薄い。退院促進支援事業のなかでも関わりがない。

## B. 事例考察

### 1. ストレングス

当事者活動を積極的に取り入れている。

### 2. 課題

- ① 事業所のマンパワー不足で事業に充分関われない。専従のコーディネーターが必要。
- ② 住居不足。GHの増設（公的補助制度）や公的保証人制度の確立。
- ③ 地域自立支援協議会との連携

### 3. 巣立ち会との比較

退院促進支援事業の中でも自立支援員として、当事者を参画させ、また当事者の発言の場を設けるなどして、当事者の力を引き出すための支援や工夫がとられているところは、巣立ち会の活動にもある。

### 4. コメント

当支援センターでは、「紙芝居」や「主張大会」など独自の取り組みが伺えた。事業の啓発活動についても、まだまだ周知不足との認識をもたれて、関係者や地域住民への普及啓発活動を継続して行っていくとのこと。地域住民への研修会を開催し、理解を促進するための工夫がみられた。また、県内の4圏域のそれぞれの圏域同士の合同研修や連携なども今後検討していくとのこと。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年11月30日14:00～16:00）

## Ⅱ-4 長野県 県立駒ヶ根病院

ヒヤリング調査対象者	精神保健福祉士 古畑ひろ子様
圏域	上伊那圏域（人口：19万人）
対象者数	平成17年度：7名 平成18年度：2名
退院者数	6名（退院率66.7%、再入院率：16.7%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

事業は平成16年度から開始。伝統的に不要な社会的入院はさせない方針を貫いてきた病院であり、県立病院ということで県から事業を受諾したが、もともとの病院の方針に後から事業がついてきたという印象だった。

#### 2. ゴール・ミッション「生活の保障、ノーマライゼーションの実現」

現在は病床削減という目標もあるが、患者の生活の復権、ノーマライゼーションの実現のために活動している。その目的を共有化するために院内で学習会を実施しており、地域の保健師等も参加している。

\*1970年代から積極的に開放治療と地域での生活を推し進めてきた病院であり、様々なパターンの活発な退院支援が行なわれていたという。さらに、すぐ隣が西駒郷であり、施設解体から地域移行への流れは職員が体感できるもので、病院の長年の方針に事業が追いついた印象がある。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

1年以上の入院を「長期入院」と定義し、長期入院の患者であれば誰でも本事業の対象になりえる。本人と一番関係のとれている職員が、事業への参加をすすめたうえで、社会資源の見学等に出向いたりし、契約を行なう。家族に対しては事業説明と家族の意思確認が行なわれるものの、その後反対する家族に対して説得と、本人への支援は同時に行なわれる。

病院の精神保健福祉士の役割としては、当事者・家族の不安を聞き取り、資源・制度的なもので補えるものは説明し利用支援をする。心の揺れを受け止めつつ、見学や体験をセットして選択・自己決定する過程の支援を実施。また自身のストレングスへの気づき、それを高める支援。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

保健所の協力もあり、写真等を利用しての事業説明を行なっている。病棟内の「退院支援推進チーム」では退院した方の話を聞く機会を設けたり、チームから、社会資源の見学会のお知らせ等の「退院支援速報」を発信し、院内の職員が誰でも見られるようにしている。病院全体としても2週間に1度、家族の面接・対応状況、退院予定や社会資源の見学予定、等の患者支援の進捗状況を発表し各セクションで、支援のために職員が各患者の動向を検索できるようにしている。また、院長、副院長、各病棟師長、コメディカル、主治医が参加する「退院促進委員会」で、各病棟から退院支援がスムーズに進んでいないケース2例ずつが挙げられ、その支援方針が話し合われる。

\*院内の退院へ向けての各委員会がしっかりと機能しており、特に各病棟の「退院支援推進チーム」ではそれぞれ独自性をもった企画（社会資源の見学会や講演等）が行なわれている。各病棟に力のある、核となる人物がいるのではないだろうか。

## 5. 退院訓練準備期間

他職種が係って、服薬ミーティング、退院支援プログラム、社会資源学習会を行なっている。県立病院の特性上、重度、超長期在院の方が多く、地域移行までの期間は本人と共に行動し共に考えて設定している。病院が一方向的に目標を設定することは行っていない。ショートステイや自立体験事業も本人が希望すれば随時行なわれるようになっており、外泊訓練に関しては服薬自己管理の練習が並行して行なわれる。また、西駒郷の寮、自遊休施設を借りてOTプログラムに退院準備のプログラムを取り入れ、それに参加してもらうようになっている。圏域の「退院支援部会」では病院の関わりや障害者総合支援センターの支援事例の検討会、退院支援の進捗状況を話し合う。

\*西駒郷の施設を借りることができるまでに1年半かかったが、今後も有効活用して行きたい。それ以外は、通常の病院での退院支援と同じであるように思われた。「退院支援部会」には事例検討時のみ他病院も出席しているとのことだが、病院ごとの方針はかなり違うようなので、駒ヶ根病院の報告によって他病院が意識を変えるきっかけにもなっていくだろうか。

## 6. 居住支援

単身アパートへの退院例はまだなく、GHと自宅及び救護施設への退院となっている。同市・近隣市町村にあるGHへも積極的に退院を勧めている。病院借上げのアパート等についても検討する時期に来ている。GHなど退院支援の資源作りについて地域関係機関との検討が始められている。

\*同市には生活訓練施設をもっている病院があり、駒ヶ根病院も利用している。しかし、その数も限られている。交通が不便なところであり、アパートも物件自体が少ないのではないかと。今後は住居のバリエーションと数が緊急の課題と思われる。

## 7. 地域移行後の生活支援

入院中に主に関わる職員は退院後2、3ヶ月は、地域のコーディネーターや生活支援ワーカーと時期が重なって関わるが、徐々に地域へ支援のウエイトを移行してゆく。GHとも連携は密に行なっており、日常的に情報交換が行なわれている。何かサインをキャッチしたら連携メンバーのうち動ける人がすぐに動くよう、早期介入を目指している。近隣とトラブルになった際には、福祉課や保健師、上記コーディネーター、生活支援ワーカーが連携して介入・支援している。

\*自立支援員に当たるのが、障害者生活支援コーディネーター、生活支援ワーカー、退院支援コーディネーターである。コーディネーターが先ず相談を受け、ワーカーが具体的支援に入る。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員は置いておらず、病院職員から各コーディネーター、ワーカーへ徐々に役割が移っていく。「退院支援部会」において事例検討会等を通じて情報交換が行なわれる。

「ピアサポーター等」

退院した方が病棟やグループ、退院支援促進チームに体験談を提供することはあるが、事業の中での位置づけはされていない。家族職員は連携する作業所におり、家族学習会の講師や助言者、当院の病院運営協議会のメンバーになっている。

「自立促進支援協議会等」

事業に参加しない病院が多いため、各病院の現状を報告するにとどまり、あまり機能していない。連携している施設等との連絡会としては、「グループホーム連絡会」(2月に1度)、「作業所連絡会」(2、3月に1度)、「退院支援部会」(不定期)がある。

「キーパーソン」

病院の相談室室長。精神保健福祉士、社会福祉士。

長年、行政の中で専門職として福祉各領域の現場で勤務し、現在の病院は通算十年間の勤務となる。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

「ボランティア」

事業には直接組み込まれていないが、病棟ボランティア活動が長年続いており、当たり前の光景になっている。行事の手伝いや、話し相手、得意なことを教えたりと病棟にいい刺激を与えている。子供を連れて来るボランティアや、適当なときにふらっと来るボランティアなど、ボランティア側にも構えがなく、入院患者、職員とも良好な関係が保たれているとの事であった。

また、障害者施設等が多いために、障害者に対する深い理解がある地域であることも挙げられる。

### 2. 課題

既存の資源に依存してきた感が強く、自助努力が必要と考え、GH等を運営している関係機関と退院支援資源の創出の検討を開始している。

### 3. 巣立ち会との比較

- ・住居の数、形態とも不足している
- ・事業に参加する病院がなく、1病院のみでの事業展開となっており他の病院の理解が必要。

### 4. コメント

知的障害者施設、介護老人施設が数多くあり、住民にとっては障害者が地域で暮らすことは当たり前のことと伺った。この圏域では4病院のうち2病院が事業に参加したものの、1病院が途中で脱退してしまった。そのため、駒ヶ根病院の現在までの退院支援のありかたがそのまま事業になっている点が多い。いい点としては既にできていた地域との密なネットワークがあり、また院内一丸となって退院へ向けて努力していること、そのための情報共有手段が豊富であることが挙げられる。逆に、病院内でシステムが完結してしまっている印象もあり、他の地域や事業所でどう応用するのかが課題と思われる。退院先の住居はバリエーションが少なく、山深い地域であり、アパート等の住居確保にはかなりの制約があることが考えられた。

(執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、調査日時：2008年2月19日)

## II-5 岐阜県 医療法人香風会 黒野病院

ヒヤリング 調査対象者	医療相談室 精神保健福祉士 玉木康雄様 医療相談室 精神保健福祉士 矢野幹華様
圏域	岐阜市（人口：42万人）、市内精神科病院：4病院
対象者数	平成17年度：6名
退院者数	6名（退院率：100%、再入院率：16.7%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

昭和30年代初頭に当病院が設立されてから、開放病棟を作ったり、外勤作業を行ってきた経緯があり、社会復帰活動も行っていた。アパート探しをしたり、保証人のことなど大家さんに相談したりして、退院支援を個別に行なってきた。職親制度など県やハローワークなどの制度を利用し、就労支援も行なってきた。外勤先の会社の方々による協力もあり、いろいろなところで生活をしていた方々がいた。このような活動支援は少しずつ変化しながら今日まで続けていたが、ノーマライゼーションを目指す時代になり、退院促進支援事業の受託に関して、行政から話しがあった。

#### 2. ゴール・ミッション

現状では、地域に出るといっても、アパートは病院の近辺になっている。それがもう少し広い範囲で退院して、やはり社会に戻ったということになるが、まだ現実はそうっていない。生活訓練施設に退院したとしても、本当の意味での社会復帰とはとても思えない。今以上にいろいろな人が関わって、本当に地域で暮らしていけるシステムを望んでいる。

\*退院支援の担当者になる当病院PSW個人としては、生活訓練施設から出てさらに地域で生活してもらうことを目指しているが、地域で当事者が暮らしていけるだけの支援者間の連携がまだ取れていないので、課題と考えられている。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

対象者を決定する際に、とくに基準というのを設けていない。対象者の選定は、対象者を選定する会議というものはなく、主治医が対象者と相談したり、看護師から選ばれて対象者になることが多い。対象者の選定については、主治医が最終判断し、支援を開始する。まず本人の意思を確認し、参加申込書を記入し、主治医の推薦状も必要になり、それぞれの書類を理事長宛に記入し、病棟職員とチームで、話を進めていく。その後、家族への説明をPSWが行なう。具体的な選定基準は設定していないので、医療職員の視点を中心にした選定を行なうため、選定基準が高くなる可能性はあるが、それは現時点での地域の資源や支援体制が少ないため、その中で考えなければならないからである。退院が難しいと思われる入院者を対象にできるようにしていきたい。

#### 4. 入者や病院職員に対する広報・啓発活動

病院内の医師や看護師に対しての啓発活動としては、病院内の全体会議を毎月1回行っているのので、できるだけ情報提供し、各職員の意識をもってもらうように工夫している。事業受託した頃に、行政職員が院長に対して個別に説明したかもしれないが、病院職員全体への説明というものはなかった。事業に関するビデオやパンフレットなどの作成はしていない。

一方、患者への啓発活動としては、退院した方や生活訓練施設に入った方に説明会に参加してもらうことはある。また、支援センター職員が病棟に入り、支援センターの利用方法などの説明をすることはあるが、それより先に患者同士で退院支援についての話が広がっている。生活訓練施設に入所している方でも、日中行き先がないので、病院のデイケアに来たり、院内のベンチで会話したりそうした中で、情報が飛び交っている。患者同士の口コミで入院

中の方に伝わる力が大きい。退院できそうな患者を、看護師が何人か集めて、生活訓練施設に行き、直接説明会を聞きに行くということもあった。

\*同じ敷地に病棟と生活訓練施設や支援センターがあるので、当事者同士のインフォーマルな情報のやり取りが行なわれている。そこから、退院希望者がでたこともある。病棟の職員には、より具体的な情報提供を進めれば、インフォーマルな当事者同士の関係を強化できるように支援することができる可能性がある。

## 5. 退院訓練準備期間

退院への動機づけをもってもらうためにも、一緒に生活訓練施設を見学したり、生活訓練施設に入ると外に出ると楽しい行事があるとか、暮らす楽しさを自ら作っていくなど、楽しい話を積極的にしていた。支援が開始されれば、最初から個別支援になる。作業所への資源見学など、外出先は対象者と相談しながら、行き先をきめる。地域に移行するまでの期間は定めていない。支援が始まる時は、計画書の中に、看護師がこれまでの経過を記入することもあるし、本人の希望や課題を明記して、ひとつの入るとして綴じて、必要に応じて支援内容を追加していく。計画書を作成するのは、主治医や看護師からも情報をもらって、PSWが作成する。

\*動機づけをするための働きかけとして、施設見学や退院後の生活がイメージできるような話を職員から行ない、できるだけ本人の意向にそった支援を行なっている。支援員としての役割が、院内のPSWがやっているので、最初から顔を知っているのは強みかもしれない。退院者を増やすための工夫や努力としては、実際に退院した人達による話し合いや、関わりを持ってもらい社会復帰への意欲・希望を高めてもらうこと。対象者の方が退院するまでの課題やハードルとしては、住居、希望の仕事（内容・自分の理想とのギャップ）、住居における人間関係の難しさなどがある。

## 6. 居住支援

生活訓練施設を通っていく形が多い。中でも主治医の指示で、生活訓練施設という人が多い。退院先として、家族との同居されることは、家族も高齢化していることや長期入院のためその人の戻る場が無い状況が多く最近では少ない。不動産業者は保証人がいれば、入院者にも貸してくれる。保証人がいない場合は、費用はかかるがNPOで保証人になってくれる制度も利用する。

\*生活訓練施設が運営され始めたあとに、退院促進支援事業の受託をうけたので、まずは生活訓練施設への退院者が多い。その後、生活訓練施設から退寮しアパートに移る人々は病院周辺のアパートを中心に借り生活をしている。アパートの開拓などが今後の課題。

## 7. 地域移行後の生活支援

訪問ステーションというものがあるのではなく、PSWや外来の看護師が個別に訪問している。これまでの経験から訪問の重要性を感じていたので、訪問ステーションは無いが必要に応じて実施し、件数は急増している。また、介護保険のヘルパーを利用される方が増えてきているので、介護保険のヘルパーさんや、自立支援法でのホームヘルパーさんとも連携をとっている。

\*地域移行してからも、現状としてはまだ病院中心の支援が続いている。また、支援センターの歴史も浅く、地域資源のネットワーク作りの中核になるにはまだ時間がかかるので、地域のネットワーク作りが課題になる。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員という名称で位置付けされていないが、同じような役割としては病院相談室の2名のPSWが行なっている。

「自立支援員の役割」

医療相談室 2 名の精神保健福祉士が支援員として兼務し、外出同行など、退院支援を行っている。

「自立支援協議会」

自立支援協議会はない。

「キーパーソン」

医療相談室 室長 精神保健福祉士。当病院で約 25 年間勤務されていて、これまでも病院 PSW として、退院支援や就労支援を行ってきた。また、6 年前より 1 名の精神保健福祉士の現在 2 名である。

「院内プログラム」

退院促進支援事業と直接的なつながりはないが、病棟内のプログラムとしては、各病棟で SST をしている。

「夜間・休日対応」

緊急連絡先としては、支援センター登録者は、支援センターの職員が携帯電話をもっている所以对応できる。また、宿直医・事務宿直者が、24 時間対応する。

「就労」

本病院の近くに福祉工場があり利用される方も多し。また、ハローワークでの職業訓練を利用する方も多し。病院周辺の中小企業は、外国人（特に岐阜大学の留学生）の職場になってしまった所もあり、時代の流れを感じる。

「家族会」

保健所が音頭を取って、各地域で家族会を結成するような働きかけをした。その結果、家族会の運営で作業所が設立されたりし、市の行政・保健所が中心になって資源の立ち上げに関わっていた時期もあったが、最近では、NPO として各施設が運営できるようになってきた。

「地域との連携」

岐阜市では、市の障害福祉室で困り事相談会のようなものが開催され、精神分野で言うと活動センターや精神科病院、総合病院、警察、消費者生活センター職員といった人達が集まって、全体会として話し合いの場がある。その中でまた内容に応じて個別にある。あとは PSW 同士のネットワークがある。

「ボランティア」

精神保健ボランティア講座は市や県が開催しているが、現在は地域活動支援センターの業務になっている。本病院では、デイケア・支援センターなどで、ボランティアの協力を受けている。

## B. 事例考察

### 1. ストレングス

病院と同じ敷地に支援センターや生活訓練施設があるので、当事者同士の「口コミ」という方法で、以前よりも退院後のへのイメージを入院者が持ちやすくなっている。

## 2. 課題

各職種（ドクターをはじめコメディカル全員）が、一人ひとりの意識・意欲をもっと高め、一つの大きな力となること。

## 3. 巣立ち会との比較

病院と同じ敷地の中で、社会復帰活動を行っている。

## 4. コメント

県からの委託で退院促進支援事業を行っていたが、多くの退院支援の調整は病院内の相談室のPSWによるところが多く、病院と同じ敷地にある生活訓練施設を利用し退院される方が圧倒的に多い。退寮後、単身生活をされるが、現状としてはまだ病院中心の支援になってしまい、入院していた病院PSWや外来の看護師が訪問に行くことが多く、病院関係者以外のサポート体制は少ない。事業受託後、相談室・生活訓練施設・支援センターの職員が協力しながら支援を続けている。病棟で勤務している職員に退院促進の動きが広がり、職員の意識も少しずつ変化している。また、同じ敷地に生活訓練施設があるので、入院者と生活訓練施設の入寮者が「ロコミ」というインフォーマルな形で啓発活動が行なわれていることになる。退院促進については、職員・入院者も知っており、希望を持つ方、不安を持つ方と、色々だが、より良い暮らしが出来るよう、個々に合った支援をして行きたい。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年12月5日13:30～15:10）

## II-6 広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センターさ・ポート

ヒヤリング 調査対象者	センター長 精神保健福祉士 長谷部隆一様 三原病院 精神保健福祉士 向井 克仁様 小泉病院 精神保健福祉士 得能 千佳様
圏 域	尾三圏域（人口：27万人、三原市…10万人） *平成18年度まで三原市地域を対象に実施。
対 象 者 数	平成16年度：20名 平成17年度：11名 平成18年度：2名
退 院 者 数	21名（退院率：63.6%、再入院率：14.3%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

退院促進支援事業をはじめめる前に、三原市において、ホームヘルプの試行事業や家庭介護人派遣事業や精神障害者のケアマネジメントの試行事業などを行われていた。保健所が中心になって住居確保対策の研究事業に取り組む中で、退院に向けた地域課題として、住居確保の重要性とサポート体制不足を問題提起するとともに各病院との意見交換を行った。当時は、社会的入院者の現状把握や理解がされていなかったが、精神科病院との協議を重ねながら、平成15年度に退院促進支援事業のモデルケースとして、2つの精神科病院から対象者をひとりずつ出して、退院促進の流れを研究事業のなかで行った。

当時は協力病院にもなっている2病院の取り組みの方が早く、支援センターは関わっていなかったが、平成15年度の途中から当支援センターも参加することになった。県から、病院の方へ事業の説明や相談をした後に、支援センターにも話があり、あとから事業に参加することになり、その後事務局になった。2つの精神科病院が以前から社会復帰施設も運営していて、退院支援を行っていたので、両病院の理解を得やすい地域性があった。

#### 2. ゴール・ミッション

退院促進事業の最終目標は、アフターフォローまでを含んだ最終的な地域移行までを目標にし、「だれもが自分らしく暮らせる街づくり」を目指している。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

「対象者の定義」が決められて、選定条件によって選定される。本人の希望を確認し、了解があれば利用申し込みを提出する。働きかけをしないと入院が長期化する人も含まれる。医師の意見書とPSWのフェースシートの提出がされ、会議の中で検討し、対象者が決定される。その後、事務局と保健所が本人と面接し、主治医、病棟職員等とケア会議を実施する。家族への説明は、対象者にあがるまでに説明することが理想的だが、後から説明することもある。退院ができるような支援体制をしていきたいので、と説明するようにしている。支援計画をたてるときは、本人に話しを伺って、自立支援員が計画を作成し、本人に伝える。あまり作成には本人は同席しない。

\*選定される際に、本人の意思と医療職員からの推薦に加えて、病院PSWからのフェースシートも提出することによって、希望者を多角的にみることはできるのではないか。

#### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

事業開始当初、ビデオやチラシを使って、関係者向けに保健所と委託された事務局（当支援センター）が病院にいて、院内研修として、事業説明を1病院に対して3回ずつ行ったが、平成19年現在は特に行っていない。また市内の訪問看護職員の会議や民生委員の集まり、精神保健福祉研修で説明したり、事業報告を行った。入院患者に対しては、病院内であ

る程度支援対象者が決まったら、対象者のグループで事業に関するビデオを見る。デイケアや生活訓練施設を利用しはじめると、当事者同士がインフォーマルな情報交換をしている。  
\*事業受託の経緯からもあるように、支援センターよりも協力病院の方が先に事業について取り組まれていたので、長期的な啓発活動が病院には必要なかったのではないと思われる。

## 5. 退院準備訓練期間

自立促進支援計画がたてられ、対象者にフィードバックしながら支援する。退院を目指す際に、退院までにもってもらう本人の能力（技術）については、考えなかった。対象者の8割が生活訓練施設に入所となっている。支援内容は、生活レベルの細かいものから施設見学、外出・外泊訓練など多岐にわたる。退院先は、生活訓練施設が多く、対象者が体験利用中の対象者の状態を、生活訓練施設から病院に逆にフィードバックして、病院で調整し直すこともある。入所などの場合は部屋の制限はあるが、できるだけ早い段階で見学だけでもできるようにする。退院準備訓練期間については、いつまでに退院するという目標をたてることはあるが、6ヶ月で退院することを目指してはいない。超長期入院の方は、生活訓練施設に退院することが多かったので、施設入所中に少しずつ色々なことを職員と一緒にやり、覚えていく。生活訓練施設体験利用中に、施設対応が可能か否か判断したり、利用者同士の関係など施設職員が観察するなど、入寮後のケアマネジメントの必要性を把握しながら支援している。ケア会議で事業終了後も本人の一番身近な人がケアマネジャーとなり支援は継続される。  
\*訓練期間中にも、様々な協力施設があるので、対象者が色々なことに挑戦することができる。外泊訓練中の様子も随時病院に報告されるので、病院における退院までの準備期間で課題となるべきことがわかる。

退院者を増やすための工夫・努力などについては、各退院促進支援会議等で対象者の確認を行い各病院に持ち帰って検討してもらっている。（各病院の努力に頼っている部分がある）

## 6. 居住支援

宅建業協会の協力や精神保健福祉ネットワークを発足させ、関係団体の社会資源の連携・協同ができています。居住サポートに限定したプロジェクトを立ち上げ、GH や生活訓練施設を退寮後の居住支援を行なっている。Fax 一枚で病院など機関名のみ、対象者の年齢と性別を記入する。住居確保支援プロジェクトに宅建業協会の会長・副会長にも参加してもらっていたので、該当する部屋があれば、三原市社会福祉課を介して紹介してもらえるようになっている。

\*入所施設に入られる対象者が多いにも関わらず、次の行き先確保のための事業をとりくみ、住居確保の努力がみられた。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院促進支援事業は、退院後の支援は1ヶ月間の制限は設けている。終了前には退院後支援計画を作成し、退院後のコーディネーターを明確にしながら、それまでに利用している社会資源や新たに必要になるサービスについて検討しておく。生活訓練施設から地域生活に移行になったとき、それまでの経過では支援者の会議では報告がされている。

\*支援者があまり変化してしまっても、利用者にとってよくないので、できるだけ支援者が重なる時期を設けながら、支援者が移行できるように工夫している。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長

支援センターの運営主体になっている医療法人（協力病院のひとつ）のPSWをしていた。病院での勤務時代から退院支援を行い、授産施設や生活訓練施設を立ち上げる際にも関わりをもっていた。新規対象者の方については、事務局として保健所担当者と一緒に決定通知書

を持参し、面接を行ない、事業終了時（退院時）にも同様に訪問し、事業利用してみてもの簡単なヒアリングを行ない、退院後も希望すれば支援を受けることが可能なことを説明する。退院後に、地域で支援センターの支援を希望する方の場合には支援が途切れないように、継続した支援を行なっている。また居住サポート事業利用のモデル事例となった方に対しては、直接支援者と一緒に面接を行ったり、ケア会議を開催して支援計画を対象者と直接支援者とともに作成したりしている。

#### 「自立支援員」

保健所など関係者から推薦があつて自立支援員になる。平成 19 年には自立支援員が 10 名任命された。自立支援員は当初病院 PSW がなっていたが、地域からの風が必要だとのことで、退職された看護師や保健師がなっていたがそれだけでは足りなくなり、ボランティア養成講座修了者を対象に、「地域生活サポーター」を養成した。自立支援員のコーディネートを保健師が行ない、病院 PSW とも連携をとりながら支援をしていた。

#### 「自立支援員のサポート体制」

毎月、「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」を実施し、情報交換を行うなど、自立支援員の相談に病院 PSW をはじめ関係者が一体となって、随時相談対応できる体制になっている。

#### 「尾三地域精神障害者退院促進支援会議」

構成員としては、県立大学職員、精神科医師、病院 PSW、社会復帰施設職員、自立支援員、社会福祉協議会、家族会、当事者など 23 名が参加している。退院促進支援会議（全体会議）を年に 3 回、退院支援連絡会議（実務者会議）は 2 ヶ月に 1 回開催。モデル事業の時は、事務局として、対応。現在は、事務局として動きながら、他の職員に進行は任せて会議の委員として会議に参加している。

#### 「協力施設」

通所授産施設 2 ヶ所、小規模授産施設 1 ヶ所、デイケア 3 ヶ所、生活訓練施設 2 ヶ所、福祉ホーム 1 ヶ所、GH2 ヶ所など。

#### 「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」

元々は、「退院促進支援事業打ち合わせ会議」と「自立支援員連絡調整会議」を時間差で行っていたが、併せて行なう方が効率的ということで、現在の形になった。構成メンバーは、会長、病院 PSW、自立支援員、地域生活支援センター PSW、市町担当者、事務局：保健所担当者（保健師）及びさ・ポート。

#### 「自立支援員のサポート体制」

支援員のスーパービジョンを病院 PSW が行っている。また、定期的で開催している「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」においても相談があれば対応できる仕組みになっている。

#### 「精神保健福祉ネットワーク」

平成 4 年から、民間の精神科病院と社会福祉協議会によって、毎年「精神障害者福祉講座」を行なってきた。その後、構成員として、10 年間で精神科クリニック、社会復帰施設、市の保健福祉課、県立大学などが加わった。現在では、「精神保健福祉ボランティア養成講座」、「ピアサポート研修会」などが開催されることになった。市内の精神保健福祉関係事業が増えてきたので、個々に活動していたものをひとつの組織にまとめ、改めて精神保健福祉ネットワーク「こころのネットみはら」として発足した。

「24 時間体制」

生活訓練施設でも以前は当直をおいていたがやめている（携帯電話対応）。地域生活支援センターさ・ポートでの対応については、夜間・休日等の相談・支援体制は、支援センターに登録している当事者用と居住サポート事業を利用して、公営住宅などに退院・退所した方用 2 本の携帯電話でセンターが対応している。

## **B. 事例考察**

### **1. ストレngth**

両精神科病院の退院への取組みがこれまでも行われていたことが上げられる。

### **2. 課題**

平成 19 年度から尾三圏域全体（三原市、尾道市、世羅町）となったが、広島県の計画で今年度限りと提示され、モチベーションが下がった（要望した結果、来年度は継続することとなった。）継続した実施の担保が必要。

### **3. 巢立ち会との比較**

退院促進支援事業を行っている支援センターが医療法人ではあるが、街の中心にあり、病院の敷地とは距離が非常にはなれたところで活動している。巢立ち会は運営主体が社会福祉法人によるもので、さ・ポートは医療法人が運営主体によるものだが、両者とも病院との垣根が非常に少ない。

### **4. コメント**

本地域では、事業の一連の流れと関係者の役割が明確にされつつ、各関係機関同士の連携が非常にとれているように感じた。病院の理解もあって、当支援センター長が以前病棟勤務時代に「やどかりの里」を設立した谷中氏を定期的に招聘し、生活支援の視点を踏まえて退院支援を行ってきた経緯があった。本地域では、行政と病院と福祉分野の各施設が協働されながら、地域活動が展開されているようにみえた。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007 年 12 月 14 日 13：00～15：30）

### Ⅲ) 行政機関が実施・共働する事業

#### Ⅲ-1 神奈川県 地域生活支援センター カシオペア

ヒヤリング調査対象者	上野様、阪本様
対象圏域	川崎市（人口 130 万人、圏域内精神科病院 5 病院及び都下 1 病院）
対象者数	31 名 平成 16 年 10 名 平成 17 年 10 名 平成 18 年 11 名
退院者数	11 名（退院率 35.5%、再入院率 27.3%）

#### A. ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

川崎市リハビリテーション医療センターは昭和 46 年に設立された。当センター内の生活訓練支援センター建物の 3 階・4 階が生活訓練施設（生活訓練施設）になっており、従前から長期入院患者の受け入れをしてきた。国では平成 15 年度から退院促進支援事業が開始されているが、当センターにおける退院促進支援事業は平成 16 年 8 月より川崎市の直営事業として開始された。

##### 2. ゴール・ミッション

対象者の地域定着を目標にしたいが、現状としては地域移行に留まっている。国の要綱では地域移行後は 1 ヶ月支援できることになっているが、川崎市も 1 ヶ月を原則としており、それ以降は地域にある関係機関につないでいる。

\*退院前から地域の相談支援事業所や保健福祉センターと連絡をとり、対象者をつなぐように努力している。アパートが決まれば住む地域が決まるので、対象者の退院前からその地域の担当者にケア会議への出席を依頼している。

##### 3. 入院患者へのアプローチ

川崎市の退院促進支援事業の対象者の定義は、①長期入院患者で社会的条件により退院が困難な方、働きかけにより意欲が生じる可能性のある方、②1 年以上の入院か 1 年以上の入院が見込まれる方としている。市内の単科病院 5 病院と鶴ヶ丘病院を対象としている。

退院促進支援事業の対象者が挙がるまでのプロセスは、まず病院のワーカーから入院患者に事業を説明してほしいという要望があがり、自立支援員が病棟へ出向いて事業の説明を行う。入院患者が事業の利用を希望すると主治医とご本人から正式に事業の申し込みがされ、退院促進支援協議会から承認書が発行され支援開始となる。

\*状態が安定していて、かつ退院に対して意欲のある人でないとなかなか事業に乗らないので、センターの職員が時間をかけて面会に何度も出向いて話をする努力をしている。

\*入院患者に対して事業への申し込み前に、いつでも中断することは出来るわけだから気軽に申し込んでほしいと伝えている。

##### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

市内の単科病院 5 病院のワーカーと作業部会をつくり、川崎市精神保健課の協力を得て退院促進支援事業のポスターを現在制作している。

また、自立支援員が病院を訪問する際は、自立支援員であることがわかるようにネームプレートをかならず首から下げている。

\*病院のワーカーから入院患者に刺激を与えてほしいという要望で、自立支援員のネームプレートを着用しているが、退院促進支援事業の対象には挙がっていない入院患者から直接声をかけられることもあり、その効果を実感している。

## 5. 退院準備訓練期間

支援開始以降は、面会→外出→ケア会議で次のステップを協議、というプロセスでグループ対応ではなく、個人支援をしている。

外泊訓練は、センターの上階にある生活訓練施設「もみの木寮」やアパート確保をしてから行っている。外泊訓練前より、病棟にて薬の自己管理ができるよう訓練をお願いしている。考え方として、退院促進支援事業利用者の多くは高齢な方であり、何か出来ないことがあっても訓練してできるようになってもらうのではなく、地域生活を楽しくしてもらうためにサービスで補う、としている。

\*地域移行までの期間は最初6ヶ月としていたが、それは特に長期入院患者には現実的ではなく、ご本人が焦ってしまったりは結局失敗してしまうので、平成16年度からは目標として1年間、必要があれば退院促進支援協議会にかけて延長している。

## 6. 居住支援

川崎市には、もともと高齢者や外国人を対象とした居住支援制度があり、対象者には家賃の35%プラス火災保険料で4万円前後の費用を貯めてもらい、対象者の希望に合ったアパートを地道に探している。対象者の条件が高い場合には、対象者と見学を繰り返し、本人が納得するまで付き合うようにしている。

## 7. 地域移行後の生活支援

地域移行直後は訪問の密度を濃くして、地域関係機関に支援を移行しながら徐々にフェードアウトしていくようにしている。直後の訪問では時期が病棟職員と重ならないようにしている。

地域移行後の支援は約1ヶ月であることを対象者には事業開始時に確認しているが、終了の時期は対象者本人が必ず参加するケア会議で決定し、その後の支援の中心は相談支援事業所（地区に1カ所）に移管するようにし、ホームヘルプサービス等の社会資源を利用するようにしている。

\*GH入居の方の場合はGH職員が中心となって、地域移行後の支援を行っている。

## 8. サービス提供組織

当センター職員は、常勤職員3名と非常勤職員1名の4名で全員自立支援員である。常勤職員は月に約4回の生活訓練施設の夜勤も兼務している。

自立支援員の職種は、看護師とPSW、心理職。4名が対象者に合わせて色々な組み合わせで2人体制を取っており、それぞれ主担当・副担当が決まっている。

退院促進支援協議会は、2ヶ月に1回の割合で開催されているが、対象者の選定に関してはタイミングもあるので事務局で判断し、直近の協議会にて事後承認してもらっているケースもある。協議会の圏域は川崎市全域で、事務局はカシオペアに設置されている。

## 9. ピアサポーターによる支援

- ・ 当事者が、住んでいるアパートを見せてくれるとか、買い物同行してくれる場合には、謝礼として1回1000円を予算として確保しており、定期的ではないが有効に活用している。
- ・ 近所づきあいなどのピアの働きは、制度化しているわけではなく、自然な形で交流ができるように、支援を進めている。

## B.事例考察

### 1. 課題

- ・ 申込みまでに至らない人たちへの働きかけとして、病院職員と連携した「プレ退院促進」の取り組み
- ・ ピアサポーターとの連携した取り組み
- ・ 他自治体と連携した市外病院に入院中の事業対象者への働きかけ
- ・ 地域生活定着に向けた支援体制の確立
- ・ GH、CH、アパート等の住居の確保  
等が課題とされている。

### 2. 巣立ち会との比較

支援員は対象者1人あたり2名の担当制をとっており、巣立ち会における複数の支援員によるものとは異なる。一方、頻繁に面接を行い、外出支援、居住支援など、多岐にわたる支援を行っている点では共通している。また、生活訓練施設への入寮や生活技術等の能力評価のために体験外泊を利用させてもらっている。これに関しても、退院先が決まれば所有するGHでも民間アパートでも外泊訓練を行うようにしている巣立ち会での進め方との類似点と言えるであろう。

### 3. コメント

3年間で31名と全国の中では平均以上の対象者数であるが、非常にきめ細やかな支援をされていると感じた。支援員の4名がそれぞれ担当をもって進め、支援内容に関するスーパーバイズは特別には実施していないとのことであったが、支援員の力をどのように保ち、また高めていっているのかに興味を抱いた。歴史の中で、カシオペアの存在が地域の中でしっかりと位置づけられているように感じられた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年12月6日13:00～14:40)

## Ⅲ-2 長野県 佐久保健所

ヒヤリング 調査対象者	佐久保健所 保健師 宮下敬子様 佐久保健所小諸支所 保健師 甲斐尚子様
圏域	佐久圏域（人口：21万人） 協力病院：2病院
対象者数	平成15年度：4名 平成16年度：5名 平成17年度：3名 平成18年度：2名
退院者数	合計9名（退院率：64.2%、再入院率：11.1%）

### A. ヒアリング結果

#### 1. 事業開始のきっかけ

平成15年度より、退院促進支援事業については保健所が主体となっているが、それまでも、近隣の総合病院で様々な精神保健分野の勉強会などを開催してきた。また、20年ぐらい前から病院PSWが病院の側にGH設立など行ない、総合病院を中心に退院支援を積極的に行なってきた経緯がある。総合病院の精神科以外にも精神科病院が圏域にはある。

#### 2. ゴール・ミッション

本地域では、退院促進に関して各病院にアンケート調査をしているときに、他の地域では難しいとの県の判断で当圏域にモデル事業を受託され、病院間の多少の温度差はあったが、大きな問題なく取り組めた。退院先が施設では本来の退院ではないという意識をもっている。

#### 3. 入院患者へのアプローチ

事業開始当初は、対象者を入院期間5年以上と規定を設けていた。本人の希望以外にも、基本的には病院PSWなどの介入によって家族との同意も済ませ、病院からの推薦が挙がってきたのち、対象者が決定される。また意欲が低下している患者（長期入院患者など）にも主治医からの声掛けなどの働きかけがある。対象者は実務担当者会議で決定される。また個別支援会議には、支援者だけでなく、家族と本人も同席で行なう。本人の目標など具体的な個別支援計画をたてる。

#### 4. 患者・家族や病院職員に対する広報・啓発活動

まず、利用者への啓発活動としては、全病棟の入院患者に退院促進支援事業についての呼びかけを行ない、関心をもった人に、より詳しい説明会を行ない、退院を希望する患者は全て受け入れて対象とした。集団で退院を目指す試みも行った。

専門職に対しては、事業がはじまるときに、退院支援について、保健所保健師・病院PSWが所属する病院の職員向けに勉強会を行った。

また地域の連絡会を通じて、保健所保健師から病院関係者に事業の説明を行った。精神保健福祉センターが主催で退院促進事業の研修会を開催し、精神保健福祉センター所長が精神病院協会へも提言したり、精神病院協会から各病院への働きかけもあった。

事業の受け入れのあまりよくない病院とは、看護師や医師の意識を変える必要を感じたため、定例会でそれまでは事例検討などを行っていたが、事業開始後には退院支援事業に関するテーマで検討をすることにした。

\*啓発活動について、事業委託を受けた保健所だけでなく、精神保健福祉センターから精神病院協会への事業説明を行なったり、医療関係者へのアプローチもされているように感じた。また、家族支援を意識した地域の資源等を記載した退院支援に関するパンフレットを作成し、家族支援を展開した。

## 5. 退院訓練準備期間

平成 17 年度から病院内で集団支援を開始した。平成 18 年度は 1 クール 15 回、1 年 1～2 クールの集団支援。各クールの途中からでも希望者は参加可能で、退院促進事業のビデオを活用したり、調理実習や社会資源見学などを取り入れた。

総合病院の分院では、病棟の SST（退院を目指したプログラム）を行なってから集団支援に移行した。集団支援の途中で、退院を目指したら個別支援に移行することもある。

集団支援では参加表に、自分の目標だけでなく、対象者の担当看護師・医師がそれぞれ活動の様子についてコメントして、本人に参加表を返す。そのため、職員間のコメントの共有もできる。この病棟での集団支援に地域の保健師が参加する。

また、訓練準備期間については、支援員が対象者に個別的な支援を行なう。退院訓練が始まったら、約月 1 回のペースで個別支援計画を見直していく。

\*病棟での「集団支援」に保健所保健師・支援員が参加しているのので、集団支援から退院希望者が出たら、それまでの様子も把握しているので、支援がしやすくなるのではないかと。

- ・ 自分の病気に対する理解を深める。
- ・ 服薬の大切さを知る。きちんと自己管理で内服できる。
- ・ 自分の症状悪化に気づける、また、第三者に調子がいつもと違うことを指摘されたときに、受け入れられる。
- ・ 金銭管理が出来る。
- ・ 規則正しい生活が出来る。（食生活・日中活動の場の確保など）
- ・ 地域の相談場所・相談者が分かる。（社会資源や福祉サービスなど）

## 6. 居住支援

地域移行への期間は具体的に設けておらず、個別のペースで行なう。共同住居や GH も圏域にはあり、近年増えているが、退院先になるにはタイミングの問題があり、タイミングが合わないと、退院が長引くこともある。

これまでの事業対象者の中で、保証人がいなかったことがなかったので、保証人制度の利用はしていないが、県営住宅には優先的に入居できる制度はある。家族には、住居の保証人や緊急の連絡先など最低限の協力を求めることはあるが、家族の希望で、家族と離れたところなどを検討すると、新たな住まいを探すことがある。当地域では、地主や持ち家がある患者・家族などが多いので、親が健在だと自宅に退院される方が多い。

また、総合病院 PSW が個別に不動産業者とのつながりがあり、そこを利用して住居が決まることもある。

\*当地域の特徴なのかもしれないが、自宅に退院される方が多いということであったが、単身アパート退院などの際のアパート探しなどは、まだシステム化されていないようであった。

## 7. 退院後の生活支援

退院後の支援計画を作成し支援している。地域生活が定着するまでは、専門性や知識のある支援員による支援が必要であると考えている。

退院後の支援は 1～2 ヶ月ぐらいを設けている。支援終了後には、必要に応じて、保健師以外に、病棟の看護師や作業療法士などが連携をとりながら、訪問支援を行なっている。市町村差は多少あるが、毎日、精神障害者のホームヘルパーが利用できる体制（ホームヘルプ事業）がある。

また、保健所で養成した精神保健ボランティアの一部が作業所の活動に参加していて、退院された方と「生活サポーター」として、関わりをもつボランティアの方もでていく。

\*退院された方が地域での生活が安定するまでは、支援員の必要性を述べられていたが、それだけに特化せず、ボランティアやホームヘルパーなどより多くのインフォーマルな関係をふくめて、支援者が層をなしていた。

## 8. サービス提供組織

「キーパーソン」

佐久保健所 保健師

佐久保健所 小諸支所 保健師

「支援員」

地域別（佐久地域、小諸地域）に経験年数のある元保健師2名を支援員とした。支援員が週に1～2回病院に訪問できるぐらいの予算はあった。支援員も月1回の個別支援会議に参加する。支援員を元保健師にしたのは、ボランティアなどを利用すると教育しなければならなかったのが、地域の資源を知っている元保健師を雇った。

前年度は個別支援計画をたてると、プラン料として、ひと月8500円請求できたので、病院で計画を立てることが多かった。各支援員の支援内容に関する相談先としては、地区担当の保健師が担っていた。支援員は個別支援会議で検討された支援計画により、対象者の生活支援の展開を行う。

「自立支援員をサポートする体制」

各管轄の保健師が支援員の相談に応じている。

「自立促進支援協議会」

平成18年度までの事業では実施していない。実務担当者会議がこの機能を果たしていた。

「関係機関の連携・体制」

従来から総合病院のPSWと保健所との連携はあり、患者会、家族会、作業所連絡会、精神保健福祉連絡会などがある。保健所が中心になって、家族会の立ち上げに協力したが、現在では各地域で家族が活動している。実務担当者会議のメンバーに家族会の会長が参画している。

「当事者活動」

これまで当事者活動については積極的に専門職からの支援・協力はしてこなかったが、総合病院の側にピア活動ができる場所を設けたので、これからの活動や専門職の関わりを検討していく。NPO法人ウイズハートさくが設立され当事者会への関わりを行っている。保健所では、来所者に対して保健所でのデイケア活動を、自主的なサークル活動に移行し患者会の活動に移行するよう働きかけた。

「24時間体制」

通院先の病院で対応してもらうようになっている。

「実務担当者会議」

退院支援の目的を、具体化することを目的とする。

検討事項

- ・対象者の選定
- ・支援対象となる事例の支援計画を策定検討する。
- ・地域の受け皿の構築及び関係機関への周知・調整
- ・その他実務担当者会議の運営に関して必要な事項の検討を行う。

「個別支援会議」

病棟で対象者の関係者（医師、看護師、PSW、支援員、地域で関わる関係者：市町村役場

職員（福祉、保健師）、作業所職員、保健所保健師等）が集まって、月1回検討する。

## **B. 事例考察**

### **1. ストレングス**

保健所保健師が積極的に病院の集団支援に参画していた。

### **2. 課題**

平成19年度からは退院促進支援事業が佐久保健所から民間の社会福祉法人に変更されたので、佐久保健所にて行っていたシステムがそのまま利用できるかどうかが課題。

### **3. 単立ち会との比較**

当圏域では、保健所が委託されて事業を行っていたので、単立ち会の活動よりは、行政方面の協力が理解されやすかったのではないかと。保健師が積極的に病院の活動にも参加していた。

### **4. コメント**

本地域では、協力病院になっている総合病院が昭和初頭から「農村医療」を掲げ、精神科領域でも地域医療が積極的に行なわれていた地域であったため、保健所と病院が十分に連携体制がとれていた。病棟で行なわれている集団支援の中に保健師が参加し、病棟の職員とともに活動を通じて意見交換がされていた。今回調査させていただいたのは佐久保健所が中心に行なっていた退院促進支援事業であったが、平成19年からは民間の社会福祉法人に委託されたので、上記の内容は平成18年度までの活動を元にインタビューしたものである。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年12月3日10:00～11:50）

### Ⅲ-3 大阪府 財団法人 精神障害者社会復帰促進協会

ヒヤリング調査対象者	精神保健福祉士 伊永様、大澤様
圏域	大阪府（大阪市、堺市除く）
対象者数	平成 15 年度：44 名 平成 16 年度：67 名（うち年度新規 45 名） 平成 17 年度：68 名（うち年度新規 24 名） 平成 18 年度：58 名（うち年度新規 24 名）
退院者数	合計：92 名

#### A. ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

「社会的入院」は「人権侵害」であるという府精神保健福祉審議会の答申で位置づけられたことから府の単独事業として全国に先駆けて「自立支援促進会議退院促進支援事業」を開始した。

##### 2. ゴール・ミッション

実際に支援に関わっている職員の間では、事業利用者のペースに合わせて支援していく・事業利用者に地域に関する情報を伝える・自立支援員と共に経験をすることを大切にしている。

##### 3. 入院患者へのアプローチ

主治医の推薦・本人に退院の意思がある・本人が事業の趣旨を理解している、という 3 つの条件を満たした方が事業候補者となる。病院での対象者選定には、精神保健福祉士も中心的な役割を果たす。病院から推薦書を保健所開催の自立支援促進会議に提出してもらい、保健所相談員、社会復帰促進協会職員が病院を訪問し、本人、職員と面接。自立支援員と関係がとれるかどうかを重視し、病名では除外しないことにしている。自立支援員が関わり始める時点で契約となる。この数年、様々な課題を抱える対象者（高齢に伴う身体的な問題や痴呆を抱える方・重複障害の方など）も出てきたため、非専門職である自立支援員が支援を提供できるかどうかという判断も加わるようになった。

##### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

保健所が中心となり、社会復帰促進協会職員と各病院の院内茶話会に参加したり、職員向け研修を強化している。すでに 49 病院のうち半数以上は事業を活用している。茶話会には当事者職員も参加して地域生活についての講義を行なっている。また、パンフレットの他、府が作成した地域生活のビデオがあり社会資源について分かりやすく説明されている。さらに対象者や病棟によって使い分けるため、本事業に触れているバージョン、触れていないバージョンがあり使い方は病院に任されている。退院を急いだり、押しつけないことを共通のルールとし、本人にも確認する。

##### 5. 退院訓練準備期間

主に自立支援員とともに退院後の生活に応じた社会資源の見学を行なう。その日の感想や疑問を話し合う場をもち、病院職員とも情報交換を行なう。初期の段階では自立支援員は対象者に寄り添い、聞き役、あるいは代弁者となる。しかし対象者が受け入れ側施設等の職員との関係がとれるようになると、その関係性を大切にするために自立支援員は少し離れて見守るようになる。4、5 年準備訓練をしているケースもあり、本人が納得いくまで時間をかけて訓練を行なうこととしているが、最近が高齢化などの影響で作業所につながりにくいケースが増えている。対象者の交通費は一定金額までは支給され、本人外出時の事故に備えた

傷害賠償保険も自己負担無しで加入できる。「宿泊体験用居室確保事業」により 10 ヶ所の GH で体験宿泊することも可能であるが、数は多くはない。

## 6. 居住支援

自立支援員と本人でアパート探しを行なう。家族や親族が保証人になれない場合には、保証人協会を利用したり、保証人不要の物件を探したりもする。

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後 2 ヶ月間、自立支援員は週 1 回程度の訪問を行ない、それ以降は地域の職員に移行するため関わりは終了する。その後、所属、登録する施設職員に担当者が移る。近隣とのトラブル等が起こった際には自立支援員は関わらず、地域活動支援センター職員が対応する。  
\* 支援中は自立支援員が中心となるが、退院後の支援は地域の所属する施設職員が行なうこととなり支援内容を検討する機会や連携が困難な場合もある。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

43 名のうち、有資格者は 4 分の 1 程度。社会復帰促進協会が主催で自立支援員研修会を月 1 回開催しており、毎回半数程度の自立支援員の参加がある。支援ケースを担当する地域の保健所もしくは地域活動支援センターを「停留地」と位置づけている。自立支援員は「停留地」を拠点にして、支援ケースが入院している病院へ支援に行く。事業開始当初、自立支援員の多くは施設職員が兼務していたものの、中立的な立場の支援員が増えるにしたがって、以前よりも対象者に合わせた支援を行えるケースが増えてきた。

「ピアサポーター」

8 名が自立支援員として活動している（大阪府所属 2 名・堺市所属 6 名）。所属している地域活動支援センターから声をかけてもらっている。

「自立支援促進会議」

保健所が主催。1～3 ヶ月に 1 度、地域のネットワークを作ることを目的に、その地域の関係機関職員が集まり、支援経過や今後の方針等について話し合われる。保健所は初めから参加が位置づけられていた。

「ケアマネジメント制度」

大阪府の独自施策として平成 16 年度から各地域生活支援センターにケアマネジメント従事者が配属され支援の一貫性を期待されているが、兼務が多く、現状は厳しいとのこと。

「キーパーソン」

病院で 6 年ほどの勤務を経験した後、平成 15 年に精神障害者社会復帰促進協会に就職し、自立支援員として動いている。

## B. 事例考察

### 1. ストレングス

- ・「自立支援員」という役割を明確にしていること。
- ・自立支援員を支える支援体制や病院・地域・行政の連携が整えられていること。
- ・その結果、長期入院患者を支える支援体制の形成や各支援職員のスキルアップという波及効果がある。

## 2. 課題（報告書より抜粋）

- ・支援終了後は各施設や支援センターに委ねられ、社会復帰促進協会との関わりもなくなってしまった。
- ・受け手となった担当者も本人の望んでいた生活と現状がどのくらいのギャップがあるのかが分かりにくい。
- ・関係者への周知・理解が深まっていない
- ・症状が重度化した人への支援
- ・地域の支援体制の整備強化

## 3. 巢立ち会との比較

- ・地域生活移行後に地域活動支援センターに移行する時期も明確にしている。
- ・対象者が多いえに、支援終了期間が明確であるため社会復帰促進協会としては全員の現状把握は直接行なっていない。
- ・府内の病院、関係機関に事業が理解され、実績で事業の成果を訴えることができる

## 4. コメント

社会復帰促進協会はコーディネーターとしての役割を担っているため、支援終了後は各施設や支援センターに委ねられる。他の事業所との比較等を行なう場合には、実際に支援を行なっている地域活動支援センターの活動と比較する方が分かりやすいのではないかと。

（執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、

調査日時：2008年1月23日13:00～15:00）

### Ⅲ-4 香川県 医療法人 三愛会 地域活動支援センターはなぞの

ヒヤリング 調査対象者	西讃保健福祉事務所 保健対策課課長 佐野 昌美様 健康福祉部障害福祉課 副主幹 関 結花様 医療法人三愛会地域活動支援センターはなぞの 精神保健福祉士 山田 智子様
圏 域	香川県全域
対 象 者 数	平成 15 年度：11 名 平成 16 年度：16 名 平成 17 年度：25 名 平成 18 年度：17 名
退 院 者 数	合計：53 名（退院率：76.8%、再入院率：13.2%）

#### A.ヒアリング結果

##### 1. 事業開始のきっかけ

社会的入院は県全体の課題であるという考えのもとに、1 事業所に委託してしまうだけでなく、当初から行政主体での取り組みとして考えていた。はなぞのが、すでに地域に密着したネットワークを持っており、効果的な取組みが期待できたので事業受託をした。

##### 2. ゴール・ミッション

県が主体となり、各圏域の中心を保健所に置いた仕組みを作った結果として、各圏域内の有機的な連携ができ、退院率 UP や地域生活の安定が実現できたと考えている。退院後の状況を把握し、支援のあり方を検討するために、毎年 1 回追跡調査を全員に実施している。さらに、事業効果として、病院の意識の変化等の波及効果も狙っており着実に成果が得られている。

\*追跡調査の実施は再発防止等に役立つものであり、他地域でも取り入れることが必要なのではないだろうか。地域に出た方の把握には、圏域部会の中心機関である保健所が調査を行い、精神保健福祉センターが取りまとめる。

##### 3. 入院患者へのアプローチ

毎年運営委員会で設定される対象者の条件にそって病院から挙げられた候補者について、各圏域保健所と市町担当者として病院に出向き、候補者について共通の調査票を用いて本人、関係者から情報収集をする。その資料を基に年 4 回開かれる退院促進支援協議会の初回に協議し対象者を決定する。

年度ごとに対象条件を設定することで、前年度の問題点を踏まえて対象を設定できるため、必要性の高い対象に事業が行き届くことが期待できる。また、自立支援員の退院訓練に馴染まない対象者やすでに退院先の見通しがついており医療法人の努力で退院が可能である人等については対象から除外している。近年、病院から要望の多い重複障害の方の支援が課題となっており、他障害コーディネーターと早期段階で連携している。

##### 4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

毎年、事業開始時には病院担当者に事業説明会を開催したり、事業のパンフレットを全病院に配布するなど、事業が県全域で一丸となって取り組むものであることを重ねて強調している。県障害福祉課課長が精神保健福祉協会総会（病院長が集まる）に出席し、事業について協力を求める。広報を目的とした「キャラバン隊」を結成し、病院へ出張して事業紹介、説明を行なう。保健所、自立支援員、保健師、OB 等行き先によって構成メンバーを変更し柔軟に対応する。（今後は各病院の入院患者を対象に加える予定）

## 5. 退院訓練準備期間

病院が行う退院準備は、各病院の方針に沿っているのですが、詳細は不明だが、なかには作業を中心とする訓練のみならず、日常生活のあらゆる生活行為に目を向け、入院中から OT が院内の SST に取り入れたところもある。

自立支援員が行う退院訓練は、月に 1 回行なわれる退院促進支援協議会圏域部会にて支援計画を検討するため、本人の希望にそったきめ細やかな支援が提供できる。ゴールを明確にするためにあえて訓練期間は 6 ヶ月に限定している（国の要綱にそって設定したもの）。

\*病院が行っているプログラムは様々であるが、他病院に触発されてプログラムを開発、開始する病院もあると聞き、波及効果は大きい。

## 6. 居住支援

毎年、生活訓練施設や GH 等の施設と自宅や賃貸住宅等への退院割合は 6:4 となっており、居住場所の確保の仕方は大きな課題になっている。現状は、賃貸住宅等への退院を希望する場合は、家族に保証人を依頼し、無理ならば保証人制度を利用したり、退院先を施設等に変更する場合もある。町長が保証人になった例や、自立支援員が提供した持ち家を NPO を立ち上げて GH にしたこともあった。圏域によっては、不動産業者主催の物件見学会が行なわれる。ボランティアから提供された日用品や家具は事業でも利用している。

\*居住支援に関しては、県や関連機関職員の問題意識は一致しているものの大きな課題になっている

## 7. 地域移行後の生活支援

退院後 1 ヶ月で自立支援員の支援は終了するが、ボランティアとして自立支援員が関わり続けることも多い。単身の対象者については、自治会長、民生委員に市町保健師が紹介する場合もある。その後、保健師や相談支援事業所、施設職員、ボランティア等により支援を継続する。緊急時の対応については退院時に病院から十分に説明することになっており、事業としては夜間休日の対応はしていない。

\*対象者と距離が近くなりすぎてしまう自立支援員（その後ボランティアに）もいるとのことだが、支援終了後も関わりを続けるモチベーションの維持や、やりがいをどのように形成しているのだろうか。

## 8. サービス提供組織

「自立支援員」

現在 14 名。県庁担当課から保健所に推薦を依頼し、知事が委嘱している。専門職でない人が多いので、支援員のフォロー体制が大事にされており、関係機関すべてで支援員を支えるように県から呼びかけている。また、支援員が自分の担当する対象者を選ぶ形式をとっているが、一人に負担が集中しないように、新規の支援員には困難が予想される対象者があたらないようにベテランの支援員がアドバイスし、マッチングがうまくいっている。このマッチングは自立支援員のほか、退院促進支援協議会長、県担当者、委託先事業所の協議で行われる。

「自立支援員連絡会」

ベテランの支援員が新規の支援員をフォローする支援員同士のサポート体制ができつつある。交流を深めるために新年会などを企画している。

「退院促進支援協議会」

協議会委員は、市町の担当職員、社会復帰施設、社協、作業所、病院 PSW、保健所、精神保健福祉センター職員等である。

全体会に加え、圏域ごとに圏域部会も開催し、ケアマネジメントや圏域の課題検討を行う。

「キーパーソン」

回答者の3者がそれぞれの役割を持ち、非常に強い連携をもつことができている。県の保健師と地域活動支援センター職員の協働作業。

## B. 事例考察

### 1. ストレngth

「県が主導」

事業効果をあげるには、一医療法人である事業所が他の医療法人に対して介入を試みるのは限界があるため、保健所を中心とした県全体の取り組みとして進めてきた。実際、事業所と行政が一体となって、県のモデルが作り上げられ、高い退院率を維持している。

### 2. 課題

病院職員から家族に対して事業説明と事業の対象者となる(なった)ことを説明。入院は本人、家族との契約であるため、その契約解除＝退院までが病院の責任であるとの考えに基づき、事業候補者として推薦する時の家族への説明は必ず病院が行なっている。自立支援員には家族との折衝はさせない方針をとっている。困難なケースは、関係者が手紙を出したり、電話を入れたりし、家族に寄り添う役割を担う。家族にはケア会議への出席も依頼する。また、家族会会長を退院促進支援事業運営委員会の委員としている。特に大きな課題としては、住居、保証人、日中活動の場、就労の場などの社会資源の充実が急務となっている。

### 3. 巣立ち会との比較

- ・行政が主導で行っているため、事業所の負担や他の法人との軋轢が軽減できる
- ・地域移行後の自立支援員の関わりは原則1ヶ月(最長2ヶ月)に限定している。

### 4. コメント

社会的入院が県全体の問題として捉え、事業所に負担をかけないように行政主導で事業を推進していることが効果をあげている。退院促進支援事業運営委員会、退院促進支援協議会、退院促進支援協議会圏域部会がそれぞれ有効に機能している。また、自立支援員を大切に育成し、そのサポート体制は万全である。そのため、その後もボランティアとして関わるほどの理解、モチベーションの維持、やりがいを得られるのかもしれない。高い退院率を維持することができる要因としては、圏域部会を設けて行政主導で毎月開催し、多所属・多職種の間が対象者の支援計画を検討・共有するなど、直接支援を提供する担当者を側面的に支援するといった重層的できめ細かい体制を作っていることだと言える。

(執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、

調査日時：2008年1月28日13:30～16:00)

## 4章 効果的なモデル要素

### 1. 類型別の特徴

#### 1) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

本類型では、事業実施する以前から病院と連携をとりながら地域活動を行なってきたが、それまでの精神障害者の地域生活支援に加えて、退院促進支援事業を実施した組織について述べていく。今回の調査では、帯広ケアセンター、地域活動支援センターふれんだむ、地域活動支援センターだんだん、地域生活支援センターHANA、紀南障害者地域生活支援センター、地域活動支援センターきぬた、地域活動支援センターもくれん、地域活動支援センター友とぴあがあった。また、社会福祉協議会が母体となっている地域活動支援センターには、地域活動支援センターラム、地域活動支援センターあいあいがあった。

本類型では、中には、国で事業化されたことによって、これまでの地域生活支援活動に加えて、急遽退院促進支援事業を受託することになった実施主体もあったが、精神障害者を地域で支援してきた技術・方法が備わっていて、退院促進支援が事業化される前から退院支援を行なってきた背景があった。また、これまでの活動背景によって、社会福祉法人として入所施設や通所施設や相談施設などを組織していて、法人内でネットワークができていたところもあったが、事業受託後に改めて、他の社会復帰施設との連携を強化するためにも、自立促進支援協議会を積極的に利用しているところもあった。本類型において、事業受託された支援センター等の管理者がキーパーソンとして機能していることが多かった。

本類型では、地域で社会復帰活動を行っているという特徴から、様々な事由があるかもしれないが、病院への協力依頼における工夫がとて異なっていた帯広生活支援センター（I-1）、紀南障害者地域生活支援センター（I-8）、地域活動支援センターあいあい（I-10）。また、入院患者へのアプローチ方法もじっくり初回の面接から時間をかけ、退院支援に関わる職員との関係性を丁寧に時間をかけて支援していく地域活動支援センターあいあい（I-10）、もあれば、退院支援をしていく過程でピアサポーターをできるだけ多く参画してもらっている帯広生活支援センター（I-1）もあった。実施主体だけではなく、事業開始当初に、県の退院促進支援事業担当者と各病院に事業説明を行ない、病院職員への啓発活動を行なっているところ障害者地域活動支援センター友とぴあ（I-2）、地域活動支援センターもくれん（I-7）がある。また、病院への啓発活動は積極的に行わず、むしろ自立支援員が病院に出入りするようになって、それが啓発活動につながるというところもあった地域活動支援センターふれんだむ（I-3）もある。

#### 2) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

本類型では、母体となる医療法人が運営している地域活動支援センターや病院における医療相談室が退院促進支援事業を受託していた。今回の調査では、駒ヶ根病院、地域活動支援センターのぞみ、黒野病院、地域活動支援センターウィズピア、きがる館、さ・ポートがあたる。退院促進支援事業を実施している場所ということで分類するとするならば、駒ヶ根病院、黒野病院が母体となっている病院に所属する医療相談室で退院促進支援事業を実施していた。また、地域活動支援センターのぞみは、病院と同じ敷地の中における地域活動支援センターが退院促進支援事業を行なっていた。ウィズピア、きがる館、さ・ポートはそれぞれの病院とは距離の差は異なるが、母体となっている病院とは離れたところに地域活動支援センターがあり退院促進支援事業を実施していた。本類型においては、退院促進支援事業における協力病院が母体となる病院以外に他の病院と連携をどのようにとっていくことができるか、例えば支援センターの母体となる病院からだけの対象者をうけているのか、圏域内の複数の病院から対象者を受け入れているかということによっても、対象者の数を増やしてい

くには影響があるのではないと考える。

また、事業受託している実施主体になる組織のキーパーソンがそれまで地域の他の病院や社会復帰施設とどのような連携をとってきたかということが本事業を実施していく上で課題となる。多くの実施主体では、相談室長や支援センター長が行っていたが、自立促進支援協議会を積極的に開催している地域活動支援センターきがる館（Ⅱ-3）、病院内におけるケア会議的な機能に留まっている黒野病院（Ⅱ-5）もある。自立支援員に関しては、病院の精神保健福祉士が日常の勤務と兼務して自立支援員となっている黒野病院（Ⅱ-5）や母体となっている病院や支援センターとは兼務せず、本事業のために外部から自立支援員を採用して、外出同行などの役割を担っているところもあった地域生活支援センターさ・ポート（Ⅱ-6）もある。自立支援員が支援を進めていく際にも、支援員をサポートする体制に対しても実施主体の見解もあったが、非専門職を最初から導入している地域活動支援センターきがる館（Ⅱ-3）、精神保健分野で以前勤務経験がある方を自立支援員として配属しているところとに分けられていた。

### 3) 行政機関が実施・共働している事業

事業を実施している20ヶ所に調査訪問を行い、程度の差はあったが、各実施主体に行政職員がいずれかの形で事業に関わりをもっているところは多かった。その中でも、特に本類型では、退院促進支援事業を行なっていく際、自治体が積極的になり、市町村や保健所職員が事務局運営に積極的に関わっていたり、行政職員が主体的に社会復帰施設や医療法人とパートナーシップをもち、退院促進支援事業を展開していたところについて述べていく。今回の調査では、佐久保健所、地域活動支援センターカシオペア、精神障害者社会復帰促進協会、地域活動支援センターはなぞの、が挙げられる。

本モデルでは、退院促進支援事業に熱心かつ積極的な行政職員がいることと、地域での社会福祉法人や医療法人が展開している地域活動における中心的な役割を担える機関職員との連携・協力によって、事業を進めていた。行政職員が積極的に入ることによって、病院だけで行なえる退院支援と退院促進支援事業での役割などを明確に分けているところもあった。県内の全圏域を対象者とした事業評価をする全体会議（自立促進支援協議会）と圏域別の会議（自立促進協議会圏域部会）等で、個別支援への組織が明確になっていた地域活動支援センターはなぞの（Ⅲ-4）や協力病院における集団支援に保健所職員が積極的に介入して、対象者の把握に努めている佐久保健所（Ⅲ-2）や協力病院が多いため事業対象者が多い地域生活支援センターカシオペア（Ⅲ-1）、精神障害者社会復帰促進協会（Ⅲ-3）など、実施している地域によって、行政職員の実施内容が様々であった。

## 2. 人的資源

### 1) 類型化にあたって

本事業をスムーズに推進し効率的に効果を上げるために重要だと思われる人的資源は何か、それがどのように機能することで効果を上げることができるのかを検討する。

以下に人的資源の類型を、まず国の「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を踏まえて、「自立支援員（地域移行推進員）の機能 A）」「地域体制整備コーディネーターの機能 B）」として整理した。その上で、A)、B)については「精神障害者地域移行支援特別対策事業」も含めての、また C)、D)、E)に関しては単立ち会での実績やその他実績をあげている事業所に多く位置づけられている機能に注目して、「ピアサポーターの機能 C）」「病院に所属する精神保健福祉士の機能 D）」「行政関係機関関係者の機能 E）」として提示し、実践事例を整理報告しながら私たちなりの退院促進支援事業の効果的モデルについて検討する。

### 2) 人的資源の機能類型

#### A) 自立支援員（地域移行推進員）の機能

同じ「自立支援員」という名称を持ちながらも、圏域や事業所が違うことで、その地域性や経緯、ニーズ等によって自立支援員には多種多様な背景と役割や機能があることが分かった。自立支援員の役割、機能について類型化が可能なのではないかと考え、以下にその類型を整理して提示し、各類型について①類型として挙げる根拠、②効果的な「自立支援員」活用事例、③効果的モデルに必要なと考えられる機能を検討する。

##### i) ケアマネージャーの役割を担う自立支援員

###### ①類型の根拠：

対象者の高齢化、重複障害などの困難事例の増加が予想されるため、入院中から地域生活の安定に向けた一貫したケアマネジメント、ケアマネージャーとしての役割が地域移行推進員（自立支援員）に求められるだろう。平成 20 年度から配置される地域体制整備コーディネーターの機能にスムーズに移行できるであろう役割をすでに担っている自立支援員の類型である。

###### ②効果事例：

マネージャーという名称で自立支援員の役割をとっている帯広生活支援センター（I-1）では、マネージャーとピアサポーターが入院患者の支援を行っており、退院までの支援を計画したり、支援開始時に対象者の方の面接、病院でのカンファレンスに出席する。また、支援センターあいあい（I-9）では、精神保健福祉士である自立支援員がケアマネジメントを行っており、退院後は各主支援者に役割を移行していくものの、自立支援員も必ず継続して関わり続けている。

###### ③効果モデルに必要な機能：

本事業対象者の退院や地域生活に向けた自己決定や自己選択を支援して、地域生活をよりよいものにすることができるためには対象者のニーズを的確に判断することや、適切な社会資源との連携、開発が求められる。自立支援員個人の力量によって支援内容や質が決まってしまうのではなく、圏域や市町村、都道府県単位での自立支援員研修が行なわれることでその質の確保、レベルアップを望むことができる。その実施は行政主導で行なわれることが望ましい。

##### ii) 非専門職として対象者に寄り添う支援を行う自立支援員

###### ①類型の根拠：

精神保健福祉士等の専門職である自立支援員も多い中で、その非専門性が支援をスムーズにする場合も多い。公募や推薦によって委託を受ける非専門職の自立支援員は、一般的に精神保健福祉領域への関心や理解が深いと言うことができ、そのような人材が同じ市民として、環境の変化への不安や期待に寄り添うことや共に悩んでくれることを求める対象者も多く、「地域」を感じてもらうためにも、非専門職である自立支援員が確保されるこ

とは意義があるだろう。

②効果事例：

地域活動支援センターはなぞの(Ⅲ-4)では「揺れ動く対象者の気持ちに耳を傾け、一緒に考え、悩み、そして励まし、支えた。また、退院後の生活をイメージできるように、退院後の生活に関心がもてるようにと、様々な外出支援を行った。」「いつも傍にいてくれる自立支援員の存在が対象者に安心感を与え、またこれらの体験を繰り返し練習し積み重ねたことで対象者の自信や意欲につながった」(平成18年度香川県退院促進支援事業報告書より)等、自立支援員が対象者の精神的なサポートをおこなっている。

③効果モデルに必要な機能：

病院や関係機関職員ではない人が、自分の地域生活のために一緒に活動してくれることや、自分の退院や生活を応援してくれているという実感を対象者が得られることが、非専門職である自立支援員が必要とされる理由ではないだろうか。しかし一方で、障害の特性や個人的な要因、関係機関との調整、地域住民との関係性の中で、目標の共有ができなくなってしまうたり、自立支援員としての役割に疑問を感じてしまうこともあるのではないだろうか。その際に専門職のサポートやスーパーバイズがなければ、モチベーションを維持することは困難で、支援の質を保つことも困難となるだろう。結果、自立支援員としての役割が果たせなくなり、人材が失われてしまうばかりでなく、対象者に対しても大きな不利益を生じさせることとなる。対象者との適切な距離を保ちつつ伴走者として常にそばに寄り添いながらの活動が望ましいと考える。

**iii) ピアサポートを行う自立支援員**

①類型の根拠：

対象者にとっては、同じ障害や入院経験を持ちながら地域生活を継続している立場の人に、そばにいてもらったり、その経験を聞くことで退院や地域生活への不安を軽減したり、入院生活の中で現実感が薄くなりがちな地域での生活のイメージを描くことができるような助けとなるのではないか。また、病院のスタッフも退院して地域生活を続けている

当事者を知ることによって、事業の成功を実感できたり、事業の候補者として選ばれる対象の幅が広がる可能性がある。

②効果事例：

地域活動支援センターもくれん(Ⅰ-6)では、平成16、17年度の「つながり支援事業」「情報提供事業」により各支援センターにピアサポーターが1~3名名配属された。作業所等の関係機関への同行支援や事業に関わる書類の作成等の自立支援員としての役割以外にもピアカウンセリング、ピアヘルパー、センターの非常勤スタッフとして勤務しており、事業所内でも仲間としても、スタッフとしても関わりを持つことができる。

③効果モデルに必要な機能：

障害を抱えながら自立支援員として仲間の退院や、地域生活の支援を行なうことで自立支援員自身の自信になったり、自らの生活を評価したり振り返るきっかけにもなるのではないだろうか。ピアな立場の自立支援員が、自らも調子を保ちながら充実感や満足感を得ることが出来る支援を行なうと同時に、対象者に対する支援の質を維持、向上させていくための専門職をはじめとする周囲の配慮、サポート体制が不可欠である。

**B) 地域体制整備コーディネーターの機能**

①類型の根拠：

入院中の対象者を抱える病院、地域での生活を支えるフォーマル、インフォーマルな社会資源とそれを橋渡しするコーディネーターの必要性は共通認識と言える。今後、本事業が全国的に実施されることを考えれば、明確なコーディネーターの位置付けとその機能についての枠組みは不可欠であると考えられる。今後の整備を後押しする形で「精神障害者地域移行支援特別対策事業」で地域体制整備コーディネーターが病院での取り組みと地域生活支援策との連携を強化する目的で位置づけられることとなった。事業の候補者から対象者となる病院での時期から、退院への準備訓練期間中、地域生活継続に一貫して関わる総合的な役割をも

つ人の存在が必要であり、それが地域体制整備コーディネーターに求められている。

②効果事例：

地域生活支援センターラム（I-8）は、大村市社会福祉協議会の運営する支援センターであり、支援センター長が事業コーディネーターとして対象者との初回面談での顔合わせから対象者を取り巻く環境の把握、自立支援員とのマッチング、モニタリングとミニカンファレンスの開催、ケース検討では本人にフィットした支援なのかどうかを再点検する。加えて自立支援員のサポートも行なわれている。地域に拠点があることで病院のソーシャルワーカーが動きやすくなることを期待している。

③効果モデルに必要な機能：

コーディネーターは事業に関わる関係者の核となる存在である。そのため対象者の環境把握から関係機関との調整、自立支援員をはじめとする関係スタッフへの働きかけ、助言や指導を総合的に行うことが求められている。全体を見渡す立場であることから、その地域に必要な社会資源について検証する立場でもある。所属は一事業所にありながらも、所属を超えた役割が求められているため、コーディネーターの位置づけや、コーディネーターを中心とした組織づくりとその周知には行政機関の指導力やバックアップ体制、時には権限を持った調整力も求められるだろう。

### C) ピアサポーターの機能

①類型の根拠：

本事業専属の自立支援員等でなくとも、対象者にとっては同じ障害や入院経験を持ちながら地域生活を継続している立場の人にそばにいてももらったり、その経験を聞くことで退院や地域生活への不安を軽減したり、地域生活を具体的にイメージすることができる。また、病院のスタッフも、地域生活を続けている当事者を知ることによって事業の成功が実感できる。支援する側も同じ障害を抱えながらの支援となるためにそのフォロー体制については専門職がきめ細かく行なうことが求められる。ピアサポーターは同時に自立支援員として位置付く場合もあるために、その機能や意義が重複する部分も多い。あえて前項「3）ピアサポートを行う自立支援員」の中で示したが以下の事例、機能に関しても同じく重複する場合がある。

②効果事例：

帯広生活支援センター（I-1）では、公募されたピアサポーターが嘱託の自立支援員として活動し、かつて事業が開始されたとき、病院の院長など管理職に事業説明をしたり、病棟にも出向いたりもした。対象者に同行し、地域資源の情報収集等を行なう。養成については、養成講座を支援センターが主催しており、研修が行なわれた後に支援が開始となる。

③効果モデルに必要な機能：

このように、ピアな立場で支援が行なわれる場合には、そのサポート体制を維持する必要がある。ピアサポーターの相談先としてはマネージャーやピアサポーター同士が考えられる。

### D) 病院に所属する精神保健福祉士の機能

①類型の根拠：

精神保健福祉士法において、精神保健福祉士はその専門的知識や技術をもって精神障害者の社会復帰の促進を図ることが期待されている職種である。本事業において平成19年度までに挙げた課題として、病院における取り組みと地域で精神障害者の生活を支援するための取り組みとの連携が不十分であることが指摘され、機能を強化するために「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に移行することは前項で触れたとおりである。

②効果事例：

地域生活支援センターさ・ポート（II-6）では2つの精神科病院が以前から社会復帰施設も運営しており、退院支援が行われていた。本事業の対象者選定にあたっては、精神保健福祉士からの意見もフェイスシートで提出され、希望者を多角的にみることができる。また、自立支援員のサポート、スーパービジョンを病院に所属する精神保健福祉士が中心的に行っており、随時対応できる体制となっている。加えて、平成4年から、民間の精神科病院と社会福祉協議会によって、毎年「精神障害者福祉講座」を行なってきた経緯があり、行政と病

院と福祉分野の各施設が協働して地域活動が展開されている。キーパーソンが、以前関係病院に勤務していたこともあり、各病院での退院支援が、病院に所属する精神保健福祉士を中心として本事業を契機として、地域でのネットワーク構築に大きな役割を果たしたのではないかと。

③効果モデルに必要な機能：

地域での精神障害者の生活に接する機会の多い精神保健福祉士は、利用可能な社会資源を結びつけるノウハウをすでに持っている。また病状や障害の重さだけではなく対象者の持つ生活能力や社会性等を総合的にみることを求められる職種である。

**E) 行政関係機関関係者の機能**

①類型の根拠：

事業所は医療法人などの民間の立場で運営の維持を凶らなくてはならない上に、退院促進を働きかける病院と同じ立場であるにも関わらず、経営（収入）に直接関与する問題に立ち入ることは事業遂行の大きな妨げになると考える。このことから行政の立場で圏域や市町村、都道府県全体の事業整備をはかる役割を担うことが必要と考える。

②効果事例：

地域活動支援センター はなぞの（Ⅲ-4）では「社会的入院は県全体の問題」と捉え、行政主体で運営が行なわれており事業所の負担を軽減し、県全体で問題を共有化している。事業所は医療法人であるため、他医療法人への働きかけに限界も存在するため、役割を分担し、委託先事業所の精神的な負担も軽減。また、県がおこなうことで本事業の周知がしやすく、病院によっては理解、協力に差はあるもののどの病院も社会的入院を自分たちの問題として意識され、病院での退院に向けたプログラムが拡充したことや、入院中から地域生活まで一貫した支援が各病院、市町、保健所、関係機関が連携をとって行動するようになってきている。結果、本事業以外でも医療と地域、行政の連携が深まる波及効果が得られた。

③効果モデルに必要な機能：

圏域部会を設けて行政主導で毎月開催し、多所属・多職種の人間が対象者の支援計画を検討・共有するなど、直接支援を提供する担当者を側面的に支援するといった重層的できめ細かい体制を作っていることが高い成果につながっていることが考えられる。病院や地域から行政機関に連携を求めることは時に困難を伴うが、行政機関が連携を求めることの方が潤滑に行うことも多いのではないかと。

**3) 人的資源類型まとめ**

これまでに私たちはその効果に期待できる、またはなくてはならない人的資源の機能類型として以下について提示した。

A) 自立支援員の機能

- i) ケアマネージャーの役割を担う自立支援員
- ii) 非専門職として対象者に寄り添う支援を行う自立支援員
- iii) ピアサポートを行う自立支援員

B) コーディネーターの機能

C) ピアサポーターの機能

D) 病院に所属する精神保健福祉士の機能

E) 行政関係機関関係者の機能

これらに加えて、特に再発を防止し、質の高い地域生活の継続のために不可欠であるケアマネジメント機能や、ホームヘルプサービスの機能、多くの事業所の課題であると思われる、様々なタイプの住居の準備・維持や、それらの確保のための居住支援機能など包括的な支援に関しては今後の継続課題として検討していくこととしたい。

### 3. キーパーソン

#### 1) キーパーソンの役割

社会福祉法人巣立ち会では、会の立ち上げに始まり種々の活動において、理事である田尾有樹子を中心となり活動を行なってきた。16年にわたる活動におけるキーパーソンであったといえる。背景として、吉祥寺病院で20年以上にわたりケースワーカーとして勤務していた精神保健福祉士であること、巣立ち会の活動地域である東京都三鷹市、および調布市の社会資源を熟知していることは、重要な意味をもつところである。

なお、田尾は臨床心理士でもあり、退院促進支援においては、対象者との初回面接など直接支援に関わるとともに、コーディネーターとして全体を統括する役割を担っている。他の職員は、サブコーディネーターという名称を用いているが、個別の支援を数名で担当し、コーディネーターによるスーパーバイズを受けている。

今回の訪問調査を開始するにあたり、実績を挙げている団体にもキーパーソンが存在するであろう、というのが我々調査班の仮説であった。実際に20カ所の訪問調査を終え、筆者らの検討会においてそれぞれの取り組みについて話し合った結果、幾つかの団体で中心人物といえる存在が明らかとなった。また、インタビューの中で、回答者の言葉としてその存在が語られたところもあった。

以下に、具体的な例について概略を述べる。

#### 2) 実践例

北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター（Ⅰ-1）

キーパーソン：帯広生活支援センター所長

協力病院でPSWをしていた。自立促進支援協議会においては、コーディネーターとしての役割をしている。

福島県 医療法人 昨雲会 地域生活支援センターウィズピア（Ⅱ-1）

キーパーソン：CSNセンター長・飯塚病院院長・センター長

病院長は、就任前には県立精神保健福祉センターに勤務していた。以前から社会的入院の問題を取り上げ、様々な場で発言してきていた。

センター長は、飯塚病院に臨床心理士として勤務していた。退院促進支援事業においては、直接支援に加え自立支援員のスーパーバイズを行なっている。

埼玉県 地域生活支援センターふれんだむ（Ⅰ-3）

キーパーソン：センター長

元県立精神保健福祉センターの職員であり、センター設立後に就任した。暮らしやすい街づくりを目指している。当事者の力を信じ、何もかもお膳立てするようなことのないよう努めている。

埼玉県 社会福祉法人毛呂病院 地域活動支援センターのぞみ（Ⅱ-2）

キーパーソン：自立支援員2名

協力病院の元ケースワーカーであった精神保健福祉士である。病棟の職員や患者と関係が出来ていた。

山梨県 医療法人南山会 南アルプス市地域活動支援センターきがる館（Ⅰ-3）

キーパーソン：センター長

協力病院のケースワーカー、生活訓練施設職員を経て、当センター長となり、各関係機関とのつながりを既に持っていた。退院促進支援事業においては、直接支援は行なっていないが、退院後に当支援センターで継続的な相談支援を行なっている。

東京都 地域生活支援センター サポートセンターきぬた (I-4)

キーパーソン：コーディネーター

クリニックデイケアで勤務後、センター職員となった。退院促進支援事業を開始するに当たり、行政の協力を求め、その協力のもと世田谷区内の病院や施設との連携をとるよう努めた。

静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センターだんだん (I-5)

キーパーソン：元自立支援員

センター職員を経て、現在は聖隷クリストファー大学の准教授である。この団体は、市民運動 E-JAN の活動で築いてきた種々の基盤が、退院促進支援事業を進める上で重要な役割を担っていることが特徴である。その E-JAN においても中心となって活動を行ってきた。また、地元の農家に働きかけるなど、地域資源を活かす活動を積極的に行なっている。

社会福祉法人ふれあい共生会地域活動支援センター もくれん (I-7)

キーパーソン：自立支援員

事業開始にあたり希望して自立支援員に就任した。事業への信念が本事業を進める関係者にとっての大きな力となっている。

三重県 社会福祉法人四季の里 支援センターHANA (I-6)

キーパーソン：当支援センター長

センターの職員として勤務してきた精神保健福祉士である。直接支援も行い、自立支援員のスーパーバイズや県の職員に協力を要請して各病院に事業説明を行なうなど、積極的な活動をしている。また、自ら自立支援員のスーパーバイズを行なっているだけでなく、支援員の研修会を組織した。医療・制度の学習や県外研修も実施し、支援の質の向上に努めている。当事者が選べる選択肢があるべき、選択肢を用意しなければならないとの信念を持っている。

広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センターさ・ポート (II-6)

キーパーソン：当支援センター長

協力病院でケースワーカーをしていた精神保健福祉士である。当時から、病院 PSW として退院支援を行っていた。退院促進支援事業においても、直接支援を行なっている。

### 3) キーパーソンの類似点

これらは、我々の調査の中で把握できたものであり十分ではないかもしれないが、いくつかの共通点を取り上げる。

一つは、キーパーソンが現場で長く当事者と関わってきたことである。また、強い理念、信念を持っていることも、インタビューの中で感じられたことであった。社会的入院の問題を肌で感じ、当事者にとって何が必要であるのかを知っているからこそ、精力的な活動を進め、継続していくことが出来るのではないかと考える。田尾も、病院勤務時代に入院患者のためになることが出来ているのかどうかという疑問を持ったと話していたことがあった。退院先がないために退院することの出来ない人が非常に多いということ強く感じ、その思いが現在の GH を 8 棟所有する巣立ち会のあり方につながっているといえるであろう。ふれんだむのセンター長は以前のご自身の関わり方に対する自戒をこめて、過保護にならないように努めていると話されていた。次々とサービスを提示するのではなく、当事者自らの要望があれば提示する、それまでじっくりと付き合うとのことであった。これは、ふれんだむのセンター長が培ってきた経験から出された、当事者にとって本当に必要なことは何かという結論であるのかもしれない。

一方、これはキーパーソンに限らないことであるが、積極的な活動をしている団体の支援

者らから感じられるのは、気負いではなく自然なことをしているという姿勢であった。強い信念を持つことと相反するようではあるが、大変な業務をされつつも当たり前のことと思われるようであった。例えば、きぬたのコーディネーター（I-4）は、業務の大半を殆ど一人で担当されている中で、病院の訪問回数は何十回にも及んでいる。そして、これは専門家として当然のことと話されていた。実践するには大きな努力が必要であると思われるが、退院支援を行なう中で各連携機関との関係性を構築しケアマネジメントの技法を用いていくには必要不可欠であることは、着目すべき重要な点であると考ええる。

もう一つのキーパーソンが担っている重要な機能としては、ネットワークの構築が挙げられる。どの団体においても、行政の協力を得るよう働きかけ、病院や各関係機関との連携に勤めることが、対象者を多くし、退院率、地域定着率を向上させることにつながっていた。キーパーソンがいかにネットワークを構築していくかが、実績を挙げていく上で重要であったように思われる。中でも、ネットワークが特徴的であったのは、だんだん（I-5）における、E-JAN という市民運動の存在である。E-JAN の活動基盤があったことで、退院促進事業の受託以前から、地域全体でサポートするための体制が整っていたといえる。キーパーソンとして挙げた大場准教授は、このE-JAN でも中心的人物である。

E-JAN の大場准教授が特にそうであるように思うが、キーパーソンが存在することによって、活動が広がりつつあることも機能といえるかもしれない。大場准教授は、インタビューの中で他の支援者からも“仕掛け人”と呼ばれていたが、実に様々な領域に手を広げていた。「だんだん」の目指すゴールは「退院をあきらめていた人に、地域生活は楽しいと思ってもらおうこと」であるが、大場氏の語るこれまでの活動も、地元の農家とのやりとり、浜松医科大学の精神科医師の果たした役割など、全て笑いに包まれていた。また、あれもやってみたい、これもやってみたい、と支援を楽しんでいるように感じられた。

社会福祉法人四季の里のセンター長も、今後は他県にも手を広げていきたいと希望を語られていた。これまでも、県の職員と共に“営業活動”に回ったり、当事者の「選ぶ権利を守る」ために複数の居住形態を用意したりするなど、精力的な活動をされている。多くの社会資源を活用するために、様々な機関との連携をとることに努めている。

以上から、キーパーソンの最も重要な機能は、関係機関との連携に寄与していることであると考えられる。また、様々な活動に手を伸ばしている人でもあった。キーパーソンとは、周囲を巻き込む力を持っている人と言い換えることも出来るかもしれない。

## 5章 総合考察

全国で実施している退院促進支援事業の実施主体 20 ヶ所について、これまでみてきた。20 ヶ所それぞれの特徴や背景や地域性に則した形で退院促進支援事業は実施されていて、改めてさまざまなプログラムが存在していることがわかった。ここでは、課題を整理し、効果的なサービス要素について考察する。

### I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

実績のある地域精神保健福祉活動団体 10 ヶ所から上げられた課題としては、以下のものが挙げられた。啓発活動を再開して、新しい対象者にアクセスする。障害者自立支援協会の中に、退院促進支援事業を位置づけ、県内の病院どこに入院しても、利用したい人の退院支援は行っている。新たな社会的入院を予防することを目的に、ひきこもる精神障害者の訪問支援や入退院を繰り返ししている人の自立支援に取り組む。支援に時間がかかるため、大人数には対応できない。意欲がない人への「きっかけ」は個別支援だけでは難しい。GH など居住先の確保。本来の保証人に代わる公的な保障制度。ケアマネジメントを病院と一緒にやれるとよい。本事業の必要性がまだ浸透しきれていない。自立支援をサポートする体制。病院との連携が不可欠。

そこで、本類型では、まず啓発活動をどのようにとりいれるかということがポイントになってくる。新しい対象者にアクセスする場合に、入院患者へ働きかけとしては、事業説明に当事者と一緒に行ったり、個別支援につなげるということがある。初回面接では、病棟職員立会いで今後退院支援に関わる関係者が対象者の方に今後の関わりについて説明し、徐々に病棟職員から自立支援員等に支援が移行していく。また、自立支援員が病棟に入ることによって、徐々に自立支援員の役割が病棟看護師等に浸透し、自立支援員が出入りすることが啓発活動につながる。本類型では、社会福祉法人等が GH やケアホームを有しているところもあったが、地域移行後も支援が継続されるための、マネジメントが必要になる。対象者の方に一番近い関係者が地域移行後についても十分検討していく必要がある。

### II) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

病院・病院関連組織 6 ヶ所から上げられた課題は、以下のものであった。重度の精神に障害を持つ方々の地域生活移行については、ケアホームなどの生活介護に重点を置いた施設の整備。人員の配置が求められるので、さらなる行政の支援などが必要となる。退院後、家族との連携を維持するためにも原則として家族の同意がないと事業対象としておらず、家族の退院への理解を得ることが今後の課題としてあげられる。長期入院患者が多く、退院意欲が低い人も多く退院意欲向上に対するアプローチ方法を模索している。事業所のマンパワー不足で事業に充分関われない。専従のコーディネーターが必要。住居不足。GH の増設（公的補助制度）や公的保証人制度の確立。地域自立支援協会との連携。既存の資源に依存してきた感が強く、自助努力が必要と考え、GH 等を運営している関係機関と退院支援資源の創出の検討を開始している。各職種（ドクターをはじめコメディカル全員）が、一人ひとりの意識・意欲をもっと高め、一つの大きな力となること。継続した実施の担保が必要。

本類型では、自立支援員を病院の PSW が兼務しているところと、病院関係者以外が自立支援員として支援に当たっているところがある。病院内で「退院促進委員会」等で医師、看護師等で退院の進捗状況などを院内報で伝達していき、病院職員の意識を変えていく。また、病院の入所施設を利用することによって、再入院率が抑えられている。

### Ⅲ) 行政機関が実施・共働している事業

行政機関が実施・共働している4ヶ所から上げられた課題は、以下のものである。申込みまでに至らない人たちへの働きかけとして、病院職員と連携した「プレ退院促進」の取り組み。ピアサポーターとの連携した取り組み。他自治体と連携した市外病院に入院中の事業対象者への働きかけ。地域生活定着に向けた支援体制の確立。GH、ケアホーム、アパート等の住居の確保。支援終了後は各施設や支援センターに委ねられ、関わりがなくなってしまう。受け手となった担当者も本人の望んでいた生活と現状がどのくらいのギャップがあるのかが分かりにくい。関係者への周知・理解が深まっていない。症状が重度化した人への支援。地域の支援体制の整備強化。住居、保証人、日中活動の場、就労の場などの社会資源の充実が急務。

本類型では、事業の事務局を行政が受託していたり、地域精神保健福祉団体と共働して事業を進めていた。病院でのプログラムに保健師が参加したり、協力病院が多いため、対象者数が非常に高くなっている。また、事業受託している圏域だけでなく、より広範囲な圏域を把握しながら、事業全体をコーディネートしていた。県内の事業全体の目標値や助言等を行う機能として、精神障害者退院促進支援事業運営委員会を年2回開催し、対象者の選定、協力施設等の決定を行う自立促進支援協議会(全体会)があり、直接支援する関係者間で各保健所で月1回自立促進支援協議会圏域部会が行われていた。支援のネットワークが県内に構築されていた。

以上、退院促進支援事業を行っている実施主体を3類型に分けて述べてきた。地域の社会福祉法人等が退院促進支援事業を受託し、病院に入っていくことが非常に難しいという話をきくことが多い。今回の調査では、行政機関の職員と一緒に病院に事業説明に行く、と回答されたところが多かった。地域活動支援センター等で母体となっている病院にはいっていくということよりも、非常にハードルが高くなることが考えられる。導入部分では、行政職員に積極的に同行してもらい、病院への繰り返しの説明が必要になる。退院促進支援事業については、地域精神保健福祉団体と病院というものは、利害関係になりやすい。そこで、第三者的な立場の職員が入ることによって、流れがスムーズになることがあるだろう。病院との連携の取り方にも様々な方法があることが、各地の事業報告において紹介されていた。

一方、病院の関係者が退院促進支援事業を進めていく際には、社会復帰施設があるというハード面だけではなく、機関内部の職員の意見がまとまらないと対象者はあがらない。病棟職員にどのように事業を知ってもらうかということも、病院および関連組織で活動している職員の役割になる。地域精神保健福祉団体と連携したり、行政職員と連携したり「外部の風」を取り入れる工夫は必要になる。地域の施設と連携が取りやすいところや行政機関との連携がとりやすいところなど、実施されている地域特性などを生かしながら、活動が展開されていた。

今回の調査では、行政機関が積極的に事業に関わっているところをとりあげたが、そういった行政機関ばかりではないと思う。行政機関のなかでも、事業への取り組みについて、人によって温度差があるという話があった。しかし、行政職員のみでの取り組みというのではなく、地域精神保健福祉団体の職員と連携して、事業をすすめていた。地域の社会復帰施設同士もネットワークが取れていないところなどは、事業をすすめていけば、地域移行する入院患者が増えていく。地域でのネットワークがとれていないと、地域生活は続かなくなる。事業を進めていく際に、まずどこの機関と連携をとるかということが課題になる。

今後、各関係機関とのネットワークがどのように展開されているかということが、より多くの社会的入院患者の生活支援に必要なようになってくる。

## 6章 まとめ

退院促進支援事業をひとつのプログラムとしてとらえ、全国20ヶ所の退院促進支援事業の実施主体に訪問調査をさせていただいた。改めて、地域特性や事業開始までの背景や地域での受入れ体制など、退院促進支援事業の取り組み方も異なっているように感じる。本報告書をまとめている時期に、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が決定され、「地域移行推進員」や「地域体制整備コーディネーター」が話題になっている。これまでの退院促進支援事業が見直し時期になっているようだ。これまでの退院促進支援事業でも社会的入院者への退院支援がどれほど届いていたのか、疑問視される点は残っている。本報告書では、全国20ヶ所の事例を紹介させていただいたが、ご覧になった方がご活躍されている地域ではどの事業内容が活用できるであろうか。

今回の調査では、昨年度の巢立ち会の調査票につづき、不慣れな調査員の数時間に及ぶ聞き取り調査にも、訪問先の各関係者の皆様につきましては、熱心にご回答いただき、心から感謝する次第である。

20ヶ所の退院促進支援事業の実施主体を訪問させていただき、けっしてひとつのモデルに集約することはできないが、その地域に根付いた方法で事業を進めていた。

7万2千人の社会的入院者すべてに退院促進支援事業が届いていないように感じるが、本報告書の実践例を参考にさせていただき、社会的入院者といわれている人たちのひとりでも多くの人に、退院支援が届けば幸いである。

【資料】

## 精神障害者退院促進支援事業 訪問調査票

団体名・事業名：	
訪問調査日： 年 月 日 ( )	調査時間： : ~ :
回答者：	調査員：

◆ 精神障害者退院促進支援事業(以下、退院促進支援事業)についての聞き取り調査項目とその内容

### 【プログラム実施のゴール・ミッション】

1. 貴団体が退院促進支援事業に取り組むようになった経緯や背景
  - ① 貴団体における退院促進支援事業の開始・受託時期、およびその経緯や背景
    - 貴団体が退院促進支援事業に取り組むようになったきっかけはどのようなことでしたか？
    - 退院促進支援事業を開始・受託する際に、貴団体から積極的に行政などに働きかけをしましたか？
    - 貴団体の設立趣旨と、退院促進支援事業には何かつながりはありますか？
  
2. 貴団体の退院促進支援事業の成果
  - ① 貴団体が退院促進支援事業で目指している活動について
    - 現状はどうであれ、貴団体が目指している退院促進支援事業についてのどのよう  
にお考えですか？
    - それはまず、対象者の地域移行ですか？ それとも、対象者が地域に定着して、  
質の高い生活を送ることですか？ あるいは、病棟職員や入院患者たちの意識  
改革ですか？
    - 貴団体が目指している目標を実現するために、何か努力や工夫をしていること  
がありますか？

### 【プログラムの標的集団へのサービス提供】

3. 貴プログラムが対象としている入院患者／対象者へのサービス提供
  - ① 現在対象としている入院患者について
    - 貴プログラムが現在対象としている入院患者はどのような方たちですか？
    - その対象者はどのような経緯で貴プログラムを利用することになりましたか？
    - 貴プログラムが適用対象外とするような入院患者の規定はありますか？
  
  - ② 本来対象とすべき対象者について
    - 貴プログラムが本来対象としたいと考えている対象者はどのような方たちで  
すか？
    - その対象集団に貴プログラムは充分に行き届いていると思いますか？
    - その対象集団に支援を提供するために、何か努力や工夫をしていることあり  
ますか？
    - もし支援が充分に行き届いていないとすれば、今後どのようにしたいとお考え  
ですか？

#### 4. 病院に対する退院促進支援事業の広報・啓発活動について

##### ① 入院患者を対象とした広報・啓発活動について

- 退院促進支援事業の利用者を確保するために、どのような広報・啓発活動を行っていますか？
- 入院患者を対象とした広報・啓発活動として、何か工夫していることはありますか？
- 退院促進支援事業に関心を示した入院患者への働きかけで、何か工夫していることはありますか？
- 当事者職員による講演会や談話会などを開催していらっしゃいますか？

##### ② 病院・病棟職員を対象とした広報・啓発活動について

- 病院・病棟職員を対象とした広報・啓発活動として、何か工夫していることはありますか？

### **【援助プロセスごとのゴールと、サービス提供上の工夫・配慮】**

#### 5. 貴プログラムの各プロセスについて

##### ① 入院患者との関係作りについて

- 利用契約時に、入院患者との関係作りで、何か工夫や配慮をしていることがありますか？
- 利用契約前に退院促進支援事業に関心を示した入院患者に、どの位会うようにしていますか？
- 入院患者に対して、退院後の地域生活をイメージできるような工夫（ビデオ、パンフレット、写真入りやカー印刷の資料の用意等）をしていますか？
- 利用契約時に、これから提供できる支援やサービスについてどのように説明していますか？
- 利用契約時に、当事者職員は同席しますか？
- 退院促進支援事業の対象者が、利用契約後に参加中断した場合、何か働きかけをしていますか？
- もし働きかけをしているならば、どのような基準で行っていますか？

##### ② 対象者の地域移行への動機づけについて

- 対象者の地域移行への動機づけで、何か配慮や工夫されていることがありますか？
- 当事者職員による働きかけを行っていますか？
- 対象者が退院訓練（通所訓練や外泊訓練等）を希望した時、すぐに参加できますか？ それとも何らかの準備（訓練）が必要ですか？
- 地域移行の実現のために、いくつかの住居を用意して対象者が選択できるようにしていますか？
- 退院後の地域生活について、包括的な地域生活支援のメニューを提示していますか？

##### ③ 退院準備訓練について

- 退院準備として、日中生活の場としての通所訓練、外泊訓練、食事会への参加、ピアサポート支援等を実施していますか？
- 病院は、病棟内で退院に向けての心理教育や SST 等のプログラムを実施していますか？

- 対象者は、地域の社会資源について実習見学等を行っていますか？
- 貴プログラムでは、短期間の地域移行を目標にしていますか？具体的に地域移行までの期間は？

#### ④ 退院計画、退院後支援計画の作成について

- 退院計画作成に関わる人たちはどのようなかたですか？
  - その時に、当該対象者は含まれていますか？
- 対象者が退院後の地域生活について、退院後支援計画を作成していますか？
  - 退院後支援計画作成に関わる人はどのような方ですか？
  - その時に、当該対象者は含まれていますか？
  - 退院後支援計画作成に関わった職員は、退院後のケアマネージャーの役割を担っていますか？

#### ⑤ ご家族への働きかけについて

- 対象者の地域移行を進めていく上で、どの段階からご家族へ働きかけを始めていますか？
  - そのご家族への働きかけで、どのような配慮や工夫をしていますか？
  - 対象者の退院後、ご家族との同居以外の可能性についてどのように説明していますか？
  - 対象者の退院後、地域生活を営んでいく上で、[別居しながらの]家族の協力についてどのように説明していますか？

#### ⑥ 地域移行への配慮について

- 地域移行した対象者に対して、どのような工夫や配慮をしていますか？
  - 退院後の訪問支援は行っていますか？ どのような職員が、どのくらい訪問をしていますか？
  - その時、当事者職員の関与はありますか？
  - 貴団体の業務時間外、夜間・休日の相談体制や支援体制はどのようにしていますか？

#### ⑦ 地域生活継続への配慮について

- 地域移行した対象者の生活が安定し、できるだけ長く地域生活が継続できるように工夫や配慮をしていることはありますか？
  - 住まいと日中活動の場、日常的なサポートの提供などの包括的な地域生活支援を、貴団体あるいは貴団体と連携する他団体と連携して提供していますか？  
【連携する団体がある場合】
    - その連携する団体の職員とは、日常的な情報交換や意見交換を行っていますか？
    - 緊急時の対応について、何か工夫や配慮していることがありますか？
    - 病院との連携について、何か工夫や配慮していることがありますか？
    - 夜間・休日の相談体制や支援体制はどのようにしていますか？

#### ⑧ 地域生活の質の向上について

- 地域移行した対象者の生活が安定し、その生活の質が向上するために工夫や配慮をしていることはありますか？
- 当事者同士の支えあいやレクリエーション活動の支援に、どの程度取り組んでいますか？
- ご近所との近所づきあいについて、何か工夫や配慮をしていることはありますか？

## **【サービス提供組織】**

### **6. サービス提供組織について**

#### **① 自立支援員について**

- 貴プログラムの人員配置はどのようになっていますか？
- 自立支援員の立場、専門職種(NS, PSW, OT など)、役割、支援内容（担当制？）はどうですか？
- 自立支援員とその他の職員は、退院促進支援事業について協議する場を設けていますか？
- 協議する場の頻度（定期的？）、職員構成はどうですか？

#### **② 自立促進支援協議会（以下、協議会）について**

- 協議会は機能していますか？
- 協議会の圏域（保健所圏域？）、事務局の運営方法（固定制？持ち回り制？）は？

#### **③ 病院との関係づくりについて**

- 退院促進支援事業の対象者を選定する上で、病院と協議する場を設けていますか？
- 退院促進支援事業を行う上で、病院はどのように選定しましたか？
- 対象者の地域移行を進めていく上で、病院と支援方法を協議する場を設けていますか？  
その頻度は定期的ですか？
- 地域移行した対象者の地域生活支援を進めていく上で、病院と支援方法を協議する場を設けていますか？ その頻度は定期的ですか？
- 地域移行した対象者への医療的ケアの提供について、病院に何か依頼していることはありますか？

#### **④ チームアプローチ（他団体との連携）について**

- 貴プログラムを行う上で、他団体と協議する場を設けていますか？ その頻度は？（定期的？）
- それはどのような場で、どのような他団体の職員で構成されていますか？（他団体の職員の人数、所属機関、立場、職種等）
- 他団体の職員との情報交換・共有はどのようになっていますか？
- 他団体とのミーティングや、普段の情報交換・共有の記録はどのように共有していますか？
- 貴団体の活動内容を知ってもらうために、他団体へ出張講演等を行っていますか？

すか？

- 貴団体は他団体との間でお互いを高めあうための勉強会等を開いていますか？
- 貴プログラムの中で、ケアマネジメントはどのように位置づけられていますか？

⑤ 住居支援について

- 貴団体では、対象者の住居支援をどのように行っていますか？
- その住居支援では、家主や民間事業者とどのような協力関係をとっていますか？
- また、対象者に保証人がいない場合、どのように支援していますか？（保証人制度？）

⑥ インフォーマルな資源の活用について

- 貴団体の職員の中に、当事者職員はいますか？
- 当事者職員とどのように連携していますか？
- 家族職員とどのように連携していますか？
- 地域のボランティアとどのように連携していますか？
- インフォーマルな資源が関わることは、どのような成果をあげていますか？

（作成：久米、大島）

## 社会福祉法人巢立ち会 退院促進支援事業効果的なプログラムモデル研究班

田尾 有樹子\* (社会福祉法人巢立ち会)  
富田 美穂 (社会福祉法人巢立ち会)  
小林 伸匡 (社会福祉法人巢立ち会)  
北楯 あや (社会福祉法人巢立ち会)  
久米 知代 (日本社会事業大学)  
道明 章乃 (日本社会事業大学)  
大島 巖 (日本社会事業大学)

\* 代表

### 報告書執筆者

#### はじめに

田尾有樹子

#### 1章 研究の背景と目的

大島巖、田尾有樹子、富田美穂、小林伸匡、久米知代、道明章乃

#### 2章 調査方法

小林伸匡、富田美穂、久米知代、道明章乃、大島巖、田尾有樹子

#### 3章 各地の退院促進支援事業

小林伸匡、富田美穂、北楯あや、久米知代、道明章乃、田尾有樹子、大島巖

#### 4章 効果的モデルの要素

##### 1. 類型別の特徴

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

##### 2. 人的資源

道明章乃、大島巖、小林伸匡、富田美穂、久米知代、田尾有樹子

##### 3. キーパーソン

富田美穂、小林伸匡、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

#### 5章 総合考察

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

#### 6章 まとめ

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、田尾有樹子



平成 19 年度 精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書  
精神障害者退院促進支援事業における効果的なプログラム  
モデル構築に関する実証的研究

平成 20 年 4 月発行

編集・発行 社会福祉法人 巣立ち会

東京都三鷹市野崎 2-6-6

TEL 0422-34-2761

FAX 0422-34-2761

<http://sudachikai.eco.to/>

印刷 社会福祉法人 新樹会 創造印刷