

平成 19 年度 精神障害者地域移行に関するモデル事業

# やればできる退院支援

～ 巣立ち会 地域移行支援マニュアル ～



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 .....	1
<u>第 1 章 退院促進支援事業の背景</u> .....	2
1 社会的入院の問題 .....	2
2 近年の精神保健福祉 .....	4
3 先駆的な事例 .....	6
4 2003 年からの退院促進支援事業 .....	7
1) 事業の目的と実施体制 .....	7
2) 事業の流れと実施状況 .....	9
3) 障害者自立支援法への移行 .....	10
4) 全国の実践結果 .....	11
5 東京都の取り組み .....	12
<u>第 2 章 巣立ち会とは</u> .....	16
1 活動の概要 .....	16
2 活動初期からの歴史 .....	18
1) 活動開始まで .....	18
2) 巣立ち会の設立 .....	19
3) 発展期から現在まで .....	20
3 巣立ち会の沿革 .....	22
<u>第 3 章 巣立ち会における地域移行支援</u> .....	24
1 アウトリーチ .....	25
1) 出張講演 .....	26
2) 病院向け事業紹介 .....	29

3)	インフォーマルな情報提供	30
4)	多様化する病院との接点	30
2	インテーク・アセスメント	32
1)	サービス利用までの流れ	32
2)	サービスの利用条件	34
3)	他機関への紹介	37
3	体験通所	38
4	住居提供	41
5	退院準備	42
6	退院とアフターケア	44
1)	グループホームでの支援	45
2)	ピアサポート	48
7	関係機関との連携	49
1)	病院との連携	49
2)	家族との連携	51
3)	行政との連携	52
4)	地域との連携	53
 <b>第4章 巣立ち会の住居提供支援</b>		 54
1	住居をめぐる問題	54
2	住居保障の重要性	54
3	住居資源開発のためのコミュニティワーク	55
1)	巣立ち会の住居開拓	55
2)	理解ある人々との出会い	56
3)	住居設置への道	57
4	契約の形態と保証人	59
5	住居の形態	60
6	グループホームの運営管理の留意点	61
1)	職員への配慮	61
2)	危機管理の体制	62
7	財政上の課題	63

<u>第5章 巣立ち会の支援の特徴</u> .....	64
1 活動の特徴 .....	64
2 巣立ち会の信念 .....	68
<u>第6章 利用者の概要と支援結果</u> .....	74
1 16年間における支援結果 .....	74
2 退院促進支援事業（H17～H19）の支援結果 .....	79
<u>第7章 事例の紹介</u> .....	82
1 「超」長期入院のT氏 .....	82
2 高齢のK氏 .....	87
<u>第8章 みんなからの声</u> .....	94
1 利用者から .....	94
2 大家さんから .....	98
3 関係機関職員から .....	100
4 巣立ち会職員から .....	108
おわりに .....	113
資料1 精神障害者退院促進支援事業実施要綱 .....	114
資料2 巣立ち会地域移行支援パンフレット .....	117
執筆者一覧 .....	124



## はじめに

社会的入院という言葉が初めて使われたのはいつ頃、誰によってでしょうか？少なくとも私がこの仕事を始めた1978年には、すでに精神医療（その頃は「精神保健福祉」や「精神障害」という言葉は一般的ではありませんでした）の世界にはあったように覚えています。言葉が存在していたということは、この実態に専門家たちは気づいていたはずなのですが、その対処は一向になされないまま今に至っているのが日本の現状です。

精神医学は近年薬物療法が進歩し、新しい時代を迎えようとしています。精神科病院も新たなる患者さんの獲得を目指して新病棟を建設したり、サービス業としての患者さんに対する接遇を勉強したり、以前には見られなかった変化が起こってきています。地域の社会福祉の資源も徐々に増えてきていると感じられますが、依然として35万人という人が精神科病院の中で過ごすしかないというような状況です。精神障害者が普通にその人生を地域で暮らすという考えは、未だ世間的にも又専門家の間でも受け入れられていないと思うのです。行政の福祉施策の問題、世間の偏見や排除などの問題、長い間に積み上げられた習慣の問題など、様々な理由が考えられますが、今もう待てないところまで来ています。このまま時間を過ごせば多くの人が病院の中でその人生を閉じなければなりません。他の障害や疾患と比べて精神障害者は、自分たちが置かれてきた環境や境遇を強く訴えるということはされてきませんでした。しかしその人数の多さと今もなお病院にいるしか選択肢が残されていないという点は、大きな社会問題であり、人権侵害の問題であるはずなのです。

私たちは過去にさかのぼることはできません。今を変えていくことでしか、未来を変えることはできないのです。この本を手にしてくださるのはほとんどがこの精神保健福祉に携わる専門家、当事者の方たちだと思います。皆さんの目の前に許されざる現実があるのです。その一つ一つを一人一人が変えるように努力を結集させることで、近い将来にこの悲しい現状からの脱却を実現できたらと心から願う次第です。

このマニュアルは、巢立ち会が社会的入院の解消のためにコツコツと地道に努力をしてきた中で蓄積された独自の方法をまとめたものです。国家的な研究班がついていた事業でもなく、どこかにモデルがあったシステムでもありませんでした。ただ、長期に入院されていた精神障害者の方たちと寄り添う中で工夫され、生み出された方法です。そのため、誰でもその気にさえなれば行えるという比較的簡便な方法だと思われます。同じ思いを共有する人たちの、一助となれば幸いです。

2008年3月 田尾有樹子

## 第 1 章

## 退院促進支援事業の背景

### 1 社会的入院の問題

社会的入院という言葉は、精神保健福祉分野に関心のある人なら必ず聞いたことがあるだろう。その定義については議論が重ねられてきているが、その枠組みや基準などはいまだ曖昧である。精神保健福祉用語辞典<sup>1)</sup>によると「医療上は入院治療の必要がないにもかかわらず、社会福祉制度の不備や差別・偏見等により退院して地域に住むことができず、入院を余儀なくされている状態をいう」とされている。そもそも、社会的入院という言葉はいつから使われ始めたのだろうか。小山<sup>2)</sup>によると、「社会的入院という言葉がいつごろから使用されるようになったかについては、必ずしも明らかではない」と前置きをしながら、「ただ、厚生省の行政文書の中で使用されたのは、生活保護法上の医療扶助の運営に対する指導要綱においてである」としている。生活保護法が施行された 1950 年当時は、結核が蔓延して入院施設が不足していた時代であり、「各地の結核療養所には、たとえ治癒しても帰る家もなく、療養所に住民票があるという患者が少なくなかった」ため、そのような結核患者に対して社会的入院という言葉が用いられたとのことである。そして精神科病院が増えていった当時、入院患者が地域や家庭に帰ることができず入院を継続するという、結核後遺症患者の長期入院と同じことが精神障害寛解者にも生じたのだ。つまり、退院後の生活構築が難しく、社会的な理由によって入院を継続しなければならない人が増え、それらの状態を社会的入院と呼ぶようになったのである。

社会的入院とわが国の精神科医療や精神保健福祉の関連性については、松本<sup>3)</sup>がその歴史的な特徴から、「隔離収容主義」「民間への依存度の高さ」「長期および閉鎖的入院環境」「サービスおよび地域サポートシステムの未成熟」の 4 点について指摘している。精神障害者は医療施設に収容され、地域から隔離されるという歴史を経てきた。精神科病院への収容は、これまでの社会生活や人間関係等からの孤絶を意味しており、この隔離収容が精神科病院での生活が彼らの全てになるという結果を生んでしまった。民間病院が多いというわが国の特徴も、おのずと退院に対する消極的な姿勢を生み、「長期および閉鎖的入院環境」

<sup>1)</sup> 日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会（2004）『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版

<sup>2)</sup> 小山秀夫（1998）「介護保険と社会的入院について」『国民健康保険』49（12），2-5

<sup>3)</sup> 松本すみ子（2003）「『社会的入院』の歴史的背景と求められる PSW の視点」『精神保健福祉』34（1），11-15

を作り、社会的入院者の増大に拍車をかけた。また、社会的入院と関連する問題は精神科病院だけではなく、地域のサポートシステムが立ち遅れていることにもあった。地域サポートシステムの要といえる社会復帰施設は、1987年の精神保健法によって法定化されるが、現在においてもサポートシステムは不十分であり、退院可能な精神障害者が長期の入院を強いられている。

もちろん精神科病院における入院治療は、重要なケア手段の一つであり、必要な人には十分に提供されるべきサービスである。しかし、社会的入院のような「医療上は入院の必要がない」のに結果的に入院せざるを得ない人々にとっては、その入院にどんな意味があるのだろうか。社会的入院者の多くが長期在院の患者さんであり、青春時代からその生涯を終えるまで病院で過ごす人も少なくない。社会から隔離収容された状態の彼らの生涯に対して、世間が注意を向けることなど、これまではなかったのだ。人権という視点から考えると、この医療上必要のない社会的入院は重大な問題であり、人権侵害であろう。以前の精神科病院は、宇都宮病院事件<sup>4)</sup>に象徴されるように、生命まで脅かされるような極端な人権侵害が行われていたところもあったが、一般的には良心的に多くの患者さんを抱え込んでいった病院が多かった。その発想においては良心的であったが、施設処遇を精神障害者に強要する点では人権侵害であることは同じであった。精神科病院の生活では、寝る時間から起きる時間までを決められて、常に指示する者とその指示に従って生活せざるを得ない者との二者関係が作られた。自己主張を制限させられ、いつも人の指示を仰いで自分の意思決定をすることが当たり前になってしまうのである。5年、10年とその関係性の中で生きていくことは人を変えてしまい、自分たちがその中でどのように自由を制限されているかもわからなくなってしまう。そのことに気がつくのは、退院してしばらく生活ができてからである。

退院して地域生活を始めると、どれほど退院に抵抗していた人たちも、誰一人病院に戻りたいという人はいない。退院して何が良いかと聞くと、「自由がある」という。この「自由」が巣立ち会の活動のキーワードでもあり、これまで制限されてきた彼らの人生に自由を取り戻すことが、私たちの目指す『地域移行支援』<sup>5)</sup>なのである。

---

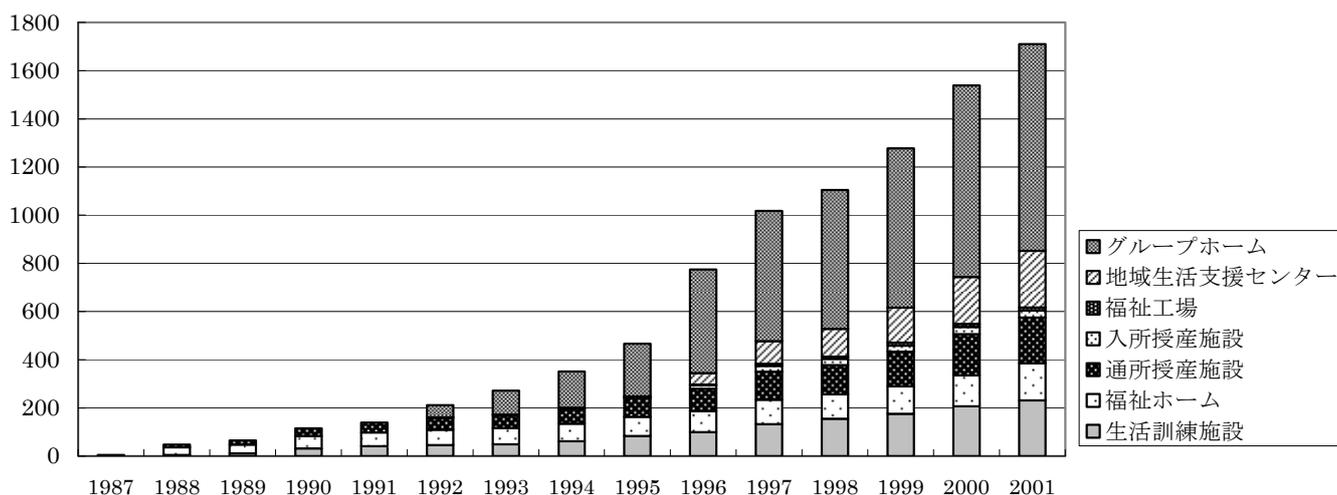
<sup>4)</sup> 1984年、宇都宮の精神病院での事件。患者へのリンチや無資格診療等の職員による暴力、患者支配が明らかとなり、院長は逮捕された。これ契機に、日本の精神医療の実情や人権侵害問題が国際的にも批判を浴びる結果となり、法改正がなされることとなる。

<sup>5)</sup> 本マニュアルでは、巣立ち会の活動における退院及び退院後の地域生活支援については「退院促進支援」ではなく「地域移行支援」としている。なお、制度名や病院側の視点からみた退院支援に関しては、「退院促進支援」あるいは「退院促進」などの言葉を残して用いている。

## 2 近年の精神保健福祉

このような社会的入院の問題を抱えるわが国では、1984年の宇都宮病院事件、国連人権小委員会での批判、国連調査団による改善勧告等を契機に、1987年に精神衛生法を全面改正した精神保健法が制定された。同法は精神障害者の「人権擁護」と「社会復帰の促進」をはじめ理念として打ち出した法律であり、それまでの社会防衛的な隔離収容政策からの転換を示すものであった。同法により入院は本人の同意による任意入院を原則とし、社会復帰施設も初めて明文化された。1995年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」）に改正され、精神障害者の「自立と参加」が法の目的に加えられ、「福祉」という概念が法律名にも加えられた。同法では新たに精神障害者保健福祉手帳、福祉ホーム、福祉工場などが創設された。また、同年に策定された「障害者プラン」でも精神障害者の社会復帰の促進が重要課題として掲げられ、社会復帰施設を大幅に増設する数値目標が設定された。その結果、これまで増えなかった社会復帰施設の数も、図1-1に見るように一定数は増加したのである。しかし、隔離収容・長期入院という精神科病院の体質に大きな変化はなく、依然として5年以上の入院者が4割以上を占めるという状況が今日も続いている（図1-2）。

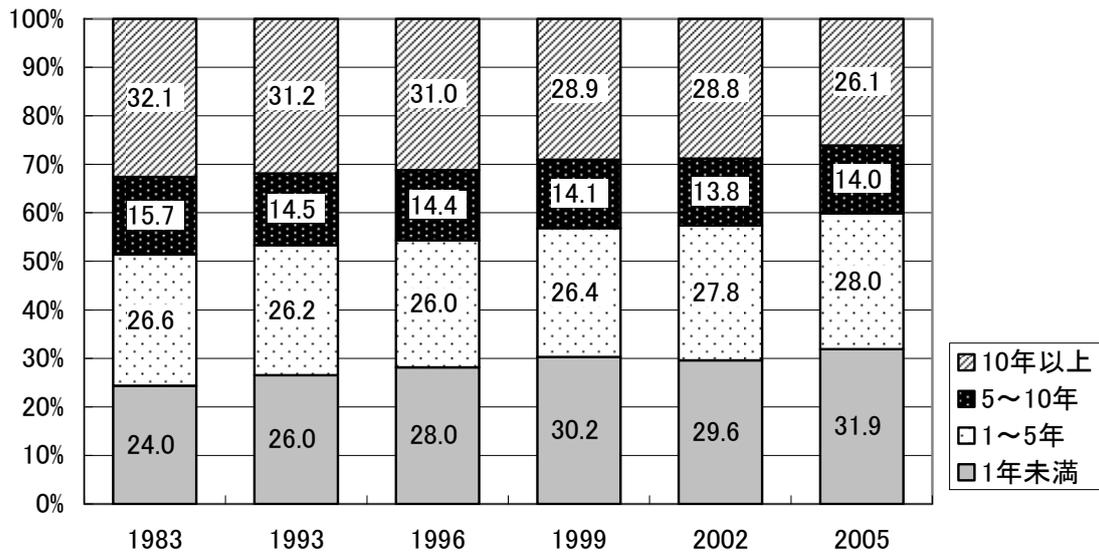
図1-1 精神障害者社会復帰施設数の推移



厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会(2002)資料1より作成<sup>6)</sup>

<sup>6)</sup> <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7a1.html>

図 1-2 精神障害による入院患者の入院期間別分布



\* 1983年～1999年のデータは同資料1より、2002年と2005年のデータはそれぞれ平成18年版・平成19年版障害者白書より作成（両者とも元データは患者調査）

このように1980年代後半から、入院医療中心から地域生活へと精神障害者の施策転換が図られてきたものの、その成果は十分にあがらず、社会的入院者も減らなかった。そこで2002年に策定された「新障害者プラン」では、「受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者の退院と社会復帰」が国の具体的な政策目標としてはじめて盛り込まれた。このプランでは「7万2千人を10年以内に」という具体的な数値目標と期限が示されたため、精神障害者の自立と社会参加の理念が一層推し進められることが期待された。そして翌年の2003年には、この「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院と社会復帰の実現に向けて、精神障害者退院促進支援事業（以下、退院促進支援事業）が正式に事業化されたのである。

### 3 先駆的な事例

大阪府では退院促進支援事業が国によって正式に事業化される 3 年前の 2000 年より、退院促進支援事業の前身ともいえる社会的入院解消研究事業を行っていた。この事業は、地域保健推進特別事業として行った「自立支援促進（会議）事業」と、財団法人社会復帰促進協会に委託して行った「退院促進支援事業」からなる<sup>7)</sup>。

大阪府では、この独自の退院促進支援事業の立ち上げに先駆けて、精神障害者施策を検討する為の当事者ニーズ調査を 1997 年に実施している<sup>8)</sup>。同調査の報告では、社会的入院の解消に深く関連する事柄として、①仲間とともに過ごす時間や集まれる場所がニーズとしてあること、②入院者や非入院同居者<sup>9)</sup>は退院後の生活がイメージしにくく、その為に地域生活におけるニーズが顕在化されていないと推測されることを指摘している。長期入院者の退院を進めるためには、まず入院者に地域の情報、地域のサービスを知ってもらい、具体的なイメージを持ってもらう。そして、退院に対する不安、生活の変化に対する不安等に寄り添える相談支援者、同じ病気の仲間が必要であることが示されていた。このニーズ調査を受けて、大阪府精神保健福祉審議会では精神障害者を地域で支える仕組みづくりの検討を重ねるが、そのさなかに大和川病院事件<sup>10)</sup>が起これ、精神障害者に対する人権侵害の現状や社会的入院の問題に対する社会の関心が高まった。この事が一つの契機となり、1999 年に出された同審議会の答申「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」<sup>11)</sup>では、社会的入院者の地域移行が今後の行政課題の一つとして明記された。

以上のような経緯で、大阪府は 2000 年より社会的入院の解消を目的とする退院促進支援事業を開始している。このような大阪府の取り組みがモデルとなり、国の退院促進支援事業の形成につながっていく。

7) 吉原明美（2005）「社会的入院患者の退院促進に向けた大阪府の取り組み」『精神医学』47（12）

8) 大阪府精神障害者生活ニーズ調査（<http://www.iph.pref.osaka.jp/KoKoRo/siryou/index1.html>）

9) 非入院同居者とは、非入院者であって、家族あるいはその他の者と同居している人のことを指している。詳細は <http://www.iph.pref.osaka.jp/KoKoRo/siryou/index2.htm#gaiyou> を参照のこと。

10) 安田系 3 病院の詐欺、脱税、入院患者への人権侵害等が明るみに出た事件。

11) <http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/siryou/tindex.html>

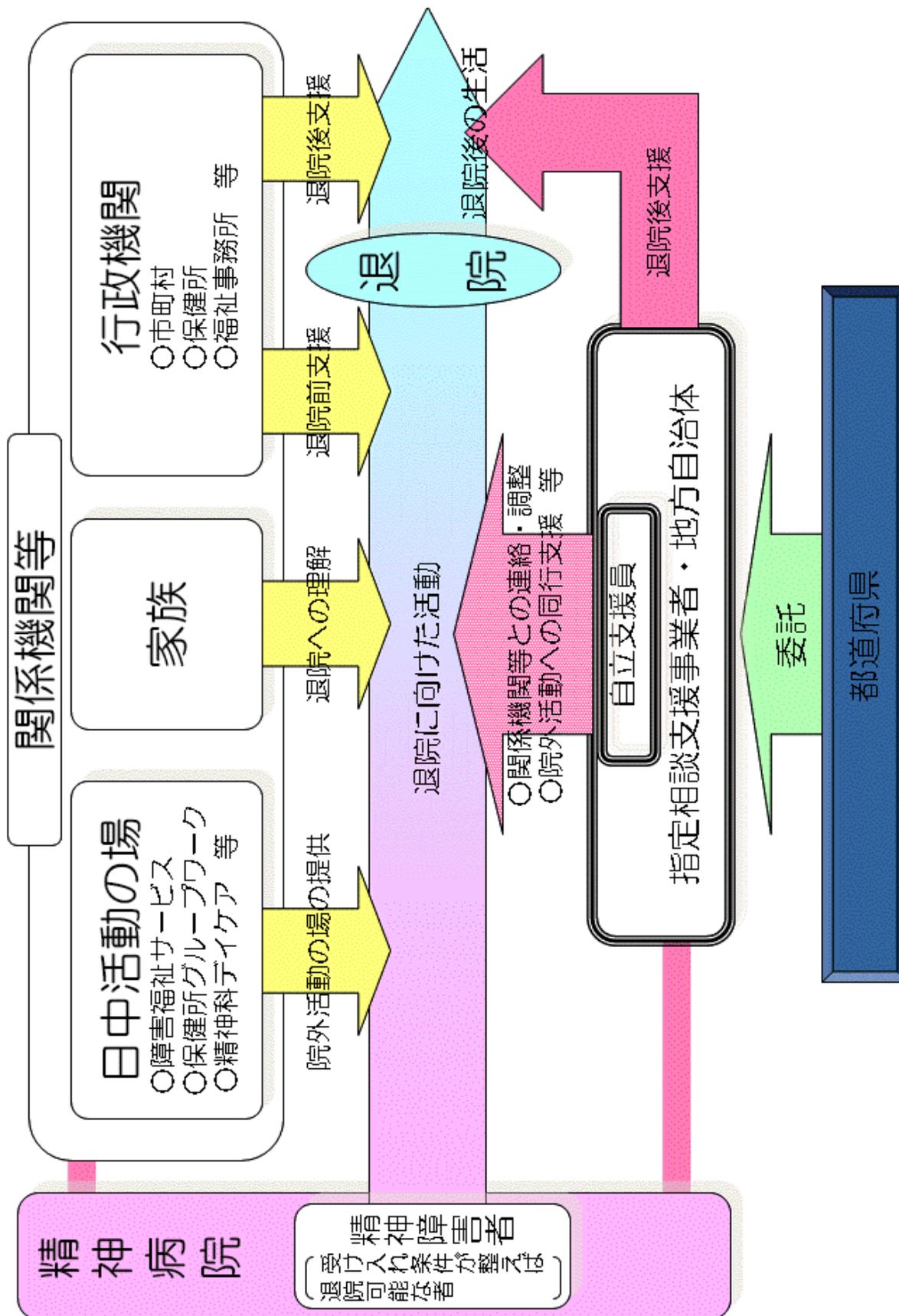
## 4 2003年からの退院促進支援事業

2003年度からは国策として退院促進支援事業が始まった。それでは退院促進支援事業とは、どのようなものなのか。ここでは退院促進支援事業について説明するために、厚生労働省が公表している「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」（以下、要綱）に沿って、その目的と実施体制、事業の流れと実施状況を説明し、最後に2003年度から2006年度において実施された事業実績を紹介する。（要綱は資料1を参照）

### 1) 事業の目的と実施体制

退院促進支援事業は、社会的入院をしている7万2,000人の精神障害者の退院と社会的自立の促進を目的に、都道府県によって実施される国庫補助事業である。同事業は自立支援員を中心に病院や地域資源が連携しながら、精神障害者の退院と地域での安定した生活に向けてサポートしていくものである（図1-3）。要綱によると、事業を委託された機関は自立促進支援協議会を設置し、そこで対象者、支援計画、協力施設等を協議・決定し、それに従って自立支援員が実際の支援活動を行う。また、知事によって設置される事業運営委員会が対象者数などの数値目標の設定や事業効果の評価等、事業全体を統括し必要事項を協議することとされている。

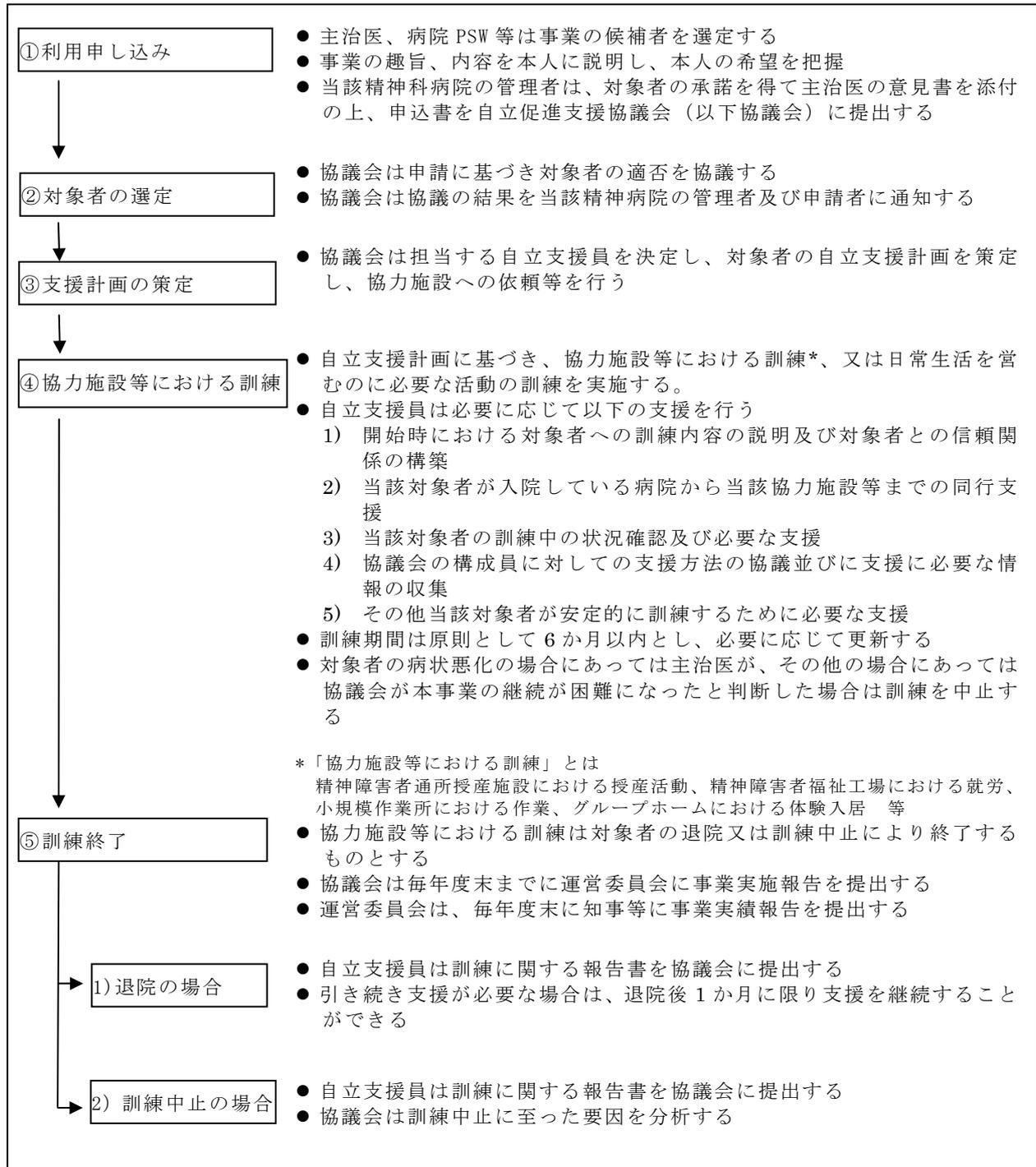
図 1-3 精神障害者退院促進支援事業（イメージ図）



## 2) 事業の流れと実施状況

厚生労働省は、「退院促進支援事業サービス利用の主な流れ」を図 1-4 のように示しており、大きく 5 つの段階があることがわかる。

図 1-4 精神障害者退院促進支援事業サービス利用の主な流れ



厚生労働省精神保健福祉課（2003）「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」より転載

事業の主な流れはこのように示されているが、各都道府県等の報告書からは、大まかな流れは要綱に沿った形で行われているものの、自治体によっては独自の工夫もされていることがわかる<sup>12)</sup>。また、金子らや日本精神保健福祉士協会の調査においても、実施内容にばらつきがあること、地域の実情や予算額に合わせた独自の体制整備や工夫がなされていることが確認されている<sup>13)14)</sup>。社会的入院を強いられている一人一人のニーズに応えながら、誰が担っても実施できる安定した事業を行うこと、地域の実情に合わせながら、何よりも対象者にとってより良い支援体制を整備していくことが求められているのである。

### 3) 障害者自立支援法への移行

2006年度から段階的に施行された障害者自立支援法（以下、自立支援法）では、このような都道府県等の実績から、地域の実情に応じた事業が実施されることが望ましいとし、退院促進支援事業を都道府県地域生活支援事業に位置付けた。自立支援法における退院促進支援事業は2006年10月から実施されており、今年度においても市区町村域を超えた、文字通りの広域的な支援事業として期待されている。

---

<sup>12)</sup> 社会福祉法人巣立ち会（2006）『平成18年度精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書—退院促進を効果的に行うためのシステム構築』厚生労働省障害者保健福祉推進事業

<sup>13)</sup> 金子努（2005）「精神障害者の地域生活支援プログラムの開発—退院促進支援事業の円滑な推進のために」『平成16年度県立大学重点研究事業報告書』

<sup>14)</sup> 日本精神保健福祉士協会（2007）『精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究』

#### 4) 全国の実践結果

2003年度から実施された退院促進支援事業の全国における実施結果は表1-1の通りである。

各年度において実施自治体の数に差異はあるようだが、この4年間での合計対象者数は2,102人であり、社会的入院者7万2,000人の退院という国の目標値からは、あまりにもかけ離れた実態を感じざるを得ない。また、累積退院者数も全国でわずか740人であり、このペースでは目標達成が不可能であることは明白で、退院促進支援事業は危機に立たされているといえるだろう。精神障害者の地域移行支援にかかわる国、自治体、そして現場の人々全てが、この現状をどのような打破し、そして何をすべきなのか、いまいちど考えなければならない。

表 1-1

全国における精神障害者退院促進支援事業の実績

	事業対象者数	退院者数	退院率
2003（平成15）年度	226人	72人	32%
2004（平成16）年度	478人	149人	31%
2005（平成17）年度	612人	258人	42%
2006（平成18）年度	786人	261人	33%
計	2,102人	740人	35%

厚生労働省『精神障害者退院促進支援事業の実績について』より作成

## 5 東京都の取り組み

東京都は、2002年に東京都地方精神保健福祉審議会において「精神科病院の長期入院者の問題を検討する部会」を設置し、翌年6月に「精神障害者の長期入院の問題について」を提言した。そこでは、社会的入院解消に向けて退院を促進する仕組みの構築、地域での受入体制の整備などを図っていくべきだと述べられており、今後の都における地域支援システムのあり方を検討するために、2004（平成16）年度から2か年にわたる精神障害者退院促進支援モデル事業（以下、モデル事業）が開始された。

2004年度は多摩小平保健所から事業が開始され、事業開始のための「地域の基盤体制作り」を中心に、地域移行に関わる精神科病院の現状把握や連携を図るための基盤整備等を目標に実施された<sup>15)</sup>。しかし、当保健所の事業では入院中の患者さんへの直接的な支援は実施されず、それは2004年12月から事業を開始したサポートセンターきぬた（世田谷区）から始まった。2005年4月からはきぬたが前年度の事業を継続し、そして巣立ち会（調布市・三鷹市）が新規に事業を委託されることとなった。この2か年の事業結果は表1-2のようになる。なお、巣立ち会が取り組んだ2005年度の事業に関しては、『退院促進支援における実践報告（2006）』<sup>16)</sup>に詳しい。

表 1-2  
東京都精神障害者退院促進支援モデル事業 実施結果（H16・H17）

	2004（平成16）年度 （きぬたのみ）	2005（平成17）年度 （きぬたと巣立ち会）
対象者数	4人	56人 (きぬた15人 巣立ち会41人)
退院者数	0人	23人 (きぬた6人 巣立ち会17人)
支援 継続者数	4人	32人 (きぬた9人 巣立ち会23人)
中断者数	0人	1人 (巣立ち会1人)

『東京都精神障害者退院促進支援モデル事業の報告』（2006）より作成

<sup>15)</sup> 東京都多摩小平保健所（2005）『平成16年度東京都精神障害者退院促進支援モデル事業報告書—退院促進に向けた基盤体制作りを中心に』東京都福祉保健局

<sup>16)</sup> <http://sudachikai.eco.to/PDF/2006.08taisoku-jireihoukokusho.pdf>

2年間のモデル事業を経た頃、2006年6月の東京都地方精神保健福祉審議会『精神保健福祉施策の構造変革について—最終答申』<sup>17)</sup>では、退院促進支援をいわゆる社会的入院を解消するための取り組みにとどめず、「将来にわたってその発生を予防する仕組みづくり」と位置付け、居住の場の確保や相談支援体制の整備、日中活動の場の提供、当事者活動等の推進などを柱とした包括的な精神保健医療福祉システムを機能させることが必要だと示した。また独自の先進的な施策を展開するために、東京都障害者計画及び東京都障害福祉計画を策定して、計画の期間を2007（平成19）年度から2011（平成23）年度までの5年間とし、可能な限り2011年度までに達成すべき施策目標・事業目標を掲げ、「いわゆる『社会的入院』の状態にある精神障害者の地域生活への移行」に関しては、2,500人<sup>18)</sup>を目標値に設定した<sup>19)</sup>。この数値は、「現在の退院可能精神障害者のうち、平成23年度末までに精神科病院からグループホーム・ケアホーム等での地域生活に移行する予定のもの数（平成18年度現在の暫定的な退院可能精神障害者数の50%）」として算出されている。

そのような中で、2006年10月からは自立支援法の地域生活支援事業（都道府県事業）として東京都精神障害者退院促進支援事業が実施されることとなる。この事業は、これまでモデル事業として実施してきた部分を「退院促進コーディネート事業」とし、それに新たな3事業（グループホーム活用型ショートステイ事業、訪問看護推進事業、地域生活移行支援会議）を加えた4つの事業として実施されている（図1-5）。

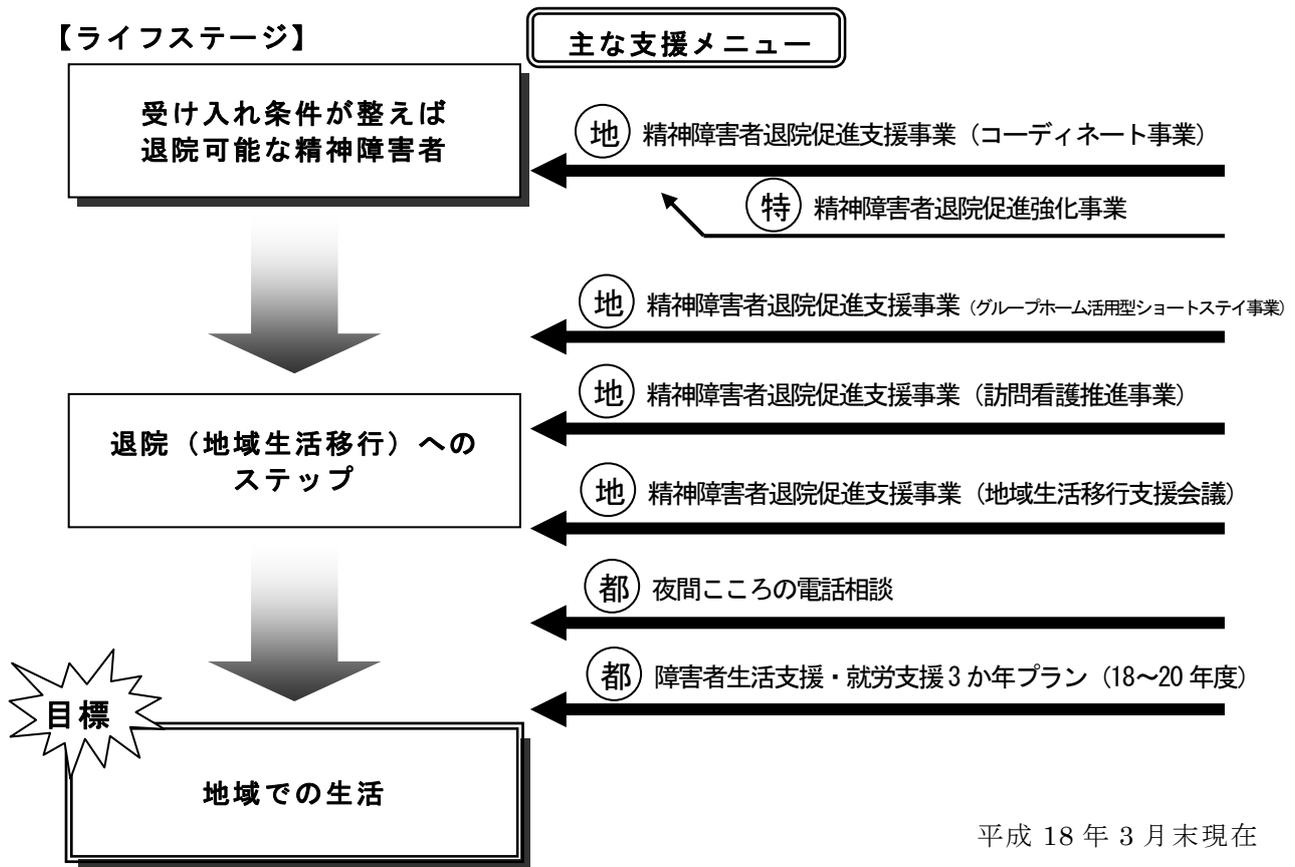
---

<sup>17)</sup> <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seishiniryoyo/tiseisinsaishutosin.pdf>

<sup>18)</sup> 2002年度の患者調査等によると、東京都には退院可能な精神障害者が約5,000人いるとされている。東京都では、2006年度を初年度として10年後の2016年度までに5,000人の退院を目指すこととし、2011年度末においてはその約半数以上の者が地域生活へ移行することを目標とした。

<sup>19)</sup> 東京都障害者計画（平成19年度改定）（<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2007/04/DATA/22h4o101.pdf>）

図 1-5 東京都の退院促進の全体図



日本精神保健福祉士協会（2007）『精神障害者退院促進支援事業の手引』p.85より作成

- ① 地 = 地域生活支援事業（都道府県事業）
- ② 特 = 特例交付金による特別対策事業<sup>20)</sup>
- ③ 都 = 東京都独自の事業

<sup>20)</sup> <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/shogai/tokubetsu/index.html> を参照のこと。

2006年度の退院促進コーディネート事業では、前年度から継続して巣立ち会、新規に練馬区社会福祉協議会（練馬区）と社会福祉法人はらからの家福祉会（国分寺市）が事業を受託して取り組んだ。都は、円滑な地域移行を図るためにも地域の実情を踏まえて各機関が取り組めるようにしており、それぞれの特徴を生かした活動を展開している<sup>21)</sup>。なお、実施結果は表1-3の通りである。

2007年度には、前年度から継続の3機関と、新規に社会福祉法人棕櫚亭協会（国立市）、特定非営利法人わかさ福祉会（八王子市）、社会福祉法人JHC板橋会（板橋区）が加わり、6つの事業者がそれぞれの実践モデルに取り組む形で進められている。

表1-3

東京都精神障害者退院促進コーディネート事業 実施結果（H18）

	巣立ち会	練馬区社協	はらからの家
対象者数	50人	2人	6人
退院者数	24人	0人	0人
支援継続者数	17人	2人	6人
中断者数	9人	0人	0人

東京都『平成18年度の精神障害者退院促進支援事業の報告』より作成

<sup>21)</sup> 詳しい実施内容については、日本精神保健福祉士協会（2007）『精神障害者退院促進支援事業の手引』（<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20070331-2.htm>）を参照のこと。

## 第2章

## 巣立ち会とは

### 1 活動の概要

社会福祉法人巣立ち会は、精神障害者を地域の中でサポートするために、1992年に東京都三鷹市で活動を始めた。現在は三鷹市と調布市において、日中活動の場を3か所、グループホームを8か所運営し、精神障害者とその家族、地域の方々と共に、誰もが安心して地域で生活していくことを目的に活動している。

#### ◆ 巣立ち会の理念

- ・ 自尊心を持って生きる
- ・ 助け合える仲間がいる
- ・ 地域で安心して生きがいを持って生活する

#### ◆ 運営事業

**日中活動の場** 就労継続支援B型 3か所

##### ● 巣立ち風

利用者数：43名(定員30名)



##### ● 巣立ち工房

利用者数：41名(定員20名)



##### ● こひつじ舎

利用者数：65名(定員40名)



**グループホーム** 共同生活援助 8か所

● **巣立ちホーム**

入居者数：6名



● **巣立ちホーム三鷹第2**

入居者数：15名



● **巣立ちホーム調布**

入居者数：5名

● **巣立ちホーム調布第2**

入居者数：6名

● **巣立ちホーム調布第3**

入居者数：6名



● **巣立ちホーム調布第4**

入居者数：12名



● **巣立ちホーム調布第5**

入居者数：7名

● **巣立ちホーム調布第6**

入居者数：6名



## 都・市からの委託事業

- 東京都精神障害者退院促進支援事業
  - ・退院促進コーディネート事業
  - ・グループホーム活用型ショートステイ事業
  
- 三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業（ピアサポート事業）  
(2008年3月末現在)

## 2 活動初期からの歴史

### 1) 活動の開始まで

戦後に精神衛生法が制定されてから、多くの精神科病床が必要になるという考えが主流となり、病床が増床された。1980年代を境に世界各国の精神科病床はどんどん減らされたにもかかわらず、日本はそのまま増え続けていった。そのような中、精神保健法成立以前の精神科病院は、世間から疎外された精神障害者を病院の中で守ってあげる、当時はそんな風潮さえあった。世間から隔離された病院の中では年間を通じてさまざまな行事が準備され、職員も一体となって行事を盛り上げていこうとするところなど、学校生活を彷彿とさせるような日々であった。入院中の患者さんと一緒に入院生活を楽しまうという努力が職員によってなされていた時代であった。

その頃、病院の精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）には、ナイトホスピタル（外勤）といって病院に入院しながら病院の外に仕事に行く患者さんたちの支援をする、患者さんと職場や病院との連絡調整をするという業務があった。精神科病院に入院中でも、比較的単純な労働で入院患者さんが雇われることは一般的なこととして存在していた。昭和40年代には企業が社員のために寮などの設備を準備してくれ、会社の寮に入所することで退院した人も多かったが、昭和50年代に入ってからそうした例も少なくなり、外勤しながらも入院生活が続く人たちが増えていった。

一方、病院内では様々なプログラム（SSTや今のOTプログラムのようなもの）が行われたが、どんなプログラムを導入しても退院とは必ずしも直接的に

は結びつかなかった。退院できる場所や家族のいる人は多少病状が不安定でも退院できたが、それ以外の人にはどんなに安定していても入院は長期化していった。単身生活を試みた人もいたが、退院すると継続して相談に乗ったり、在宅での生活を支援したりする方法がなく、気がつくとも再発して病院に戻ってくるということが頻りに繰り返された。賃貸借契約上の保証人の問題も拍車をかけ、家族が保証人になることを拒否する場合、医療従事者が個人的に保証人になる習慣もなく、保証人がいないということが退院できる機会を奪っていった。

地域の側では、三鷹市・調布市でも保健所のデイケアや作業所など、精神障害者が日中活動できる場所は徐々に増えていったが、長期に入院している人たちの住居支援と日常生活支援のシステムはなかった。障害を開示してアパートを探そうとしても非常に困難で、不動産屋に相談してもどこでも断られるということが一般的なことだった。しかし、東京都で1991年に東京都地方精神保健福祉審議会の中間答申が出され、1992年に国の「精神障害者グループホーム補助事業」が開始されたことが一つの契機となった。グループホームの制度ができたことにより、住居問題の解決への道筋が作られ、またグループホームの世話人の配置により地域の精神障害者の日常生活支援と危機介入も可能になったのである。これは精神保健法改正により精神障害者のためのグループホームが制度化される1年前の出来事であった。この東京の制度はサテライト方式と呼ばれ、建物が何棟かに分かれても、一定距離であれば一つの単位のグループホームとして認めるものであり、大勢が住めるような大きな一戸建てが希少な東京の住宅事情を考慮したものであった。この制度の発足とともに巢立ち会の歴史が始まる。

## 2) 巢立ち会の設立

1992年の春、退院した患者さんたちが部屋を借りていた大家さんに、今住んでいる部屋をグループホームとして申請したいと協力を求めたところ、当時76歳になっていた大家さんは、快諾してくれた。「病気が良くなったのにいつまでも入院していなければならないのはかわいそうだね。うちでよかったら使ってもらってもいいですよ。」という大家さんの一言から、巢立ち会は生まれたのである。巢立ち会という名称もこの大家さんが付けてくれたものであった。

市にも同時に働きかけ、精神障害者のグループホームを作りたいので援助してほしいという訴えを行った。まだ東京都からの要綱もできていない段階だったこともあり、窓口の対応ははっきりしないものだったが、精神障害者にもグループホームが必要であるという認識は一部の人には確実にあった。そうした

## 第2章 巣立ち会とは

人たちの力を借りて任意団体を作り、正式に要望書を出して行政からの補助金を得るための努力を行っていた。任意団体の構成員は主として病院職員と当事者の家族たちで、専門家と当事者の家族との協働の運営となるものであった。

こうして立ちあげたグループホームを『巣立ちホーム』と名づけ、巣立ち会最初のグループホームが運営開始となった。グループホームとして申請したアパートは築40年の古いものだったが、その建物がある敷地には他に7棟もの建物があり、そこは50部屋以上の居室がある大きなアパート群だった。最初にグループホームに申請した部屋は4室であったが、そこでの交流室の食事を核として、その後次々と退院した人たちがそのアパートに入居することになり、食事会には20数名が集まるという大所帯に発展していった。このような形で地域での生活が続いていくと、退院した人たちの日中活動の場も必要になった。何らかの生産活動を行なえて、少ないながらも工賃を払える作業所を設立しようと考え、同年には巣立ち共同作業所（現：巣立ち風）が開始された。

こうして1993年から、住む場所と働く場所の両方を提供する巣立ち会の活動は開始された。当時は職員の手も足りず、利用者と一体になっての運営であった。作業にかかわる業者とのやりとりや食事作り、利用者を利用者の支援をしてもらう等、利用者と助け合いながらの日々であった。巣立ち会のそうした理念、支援される側にとどまるだけでなく、支援する側、支援の担い手にも同時になっていくという考え方はこのころから培われてきたものといえよう。当時から住む場所と少しの支援があれば20年、30年、40年入院していた人も地域で生活していくことができるということを信じ活動を続けていたが、退院したほとんどの人たちが実に楽しそうに、伸び伸びと規則に縛られない生活を謳歌するようになってきて、私たちの信念が間違っていなかったことを確信したのである。

### 3) 発展期から現在まで

社会資源さえあれば地域で生活できる人が、精神科病院の中には大勢いるという推測が確信に変わった時、その確信を元に、巣立ち会ではその後の15年の間にグループホームを約60室に増やし、それとは別の住居提供も約30室、そして日中活動の場を3か所と、約170名の人たちにサービスが届くようにと社会資源を増やし続けていった。ほぼ毎年のように何らかの活動が増え続けてきたのである。そのような活動を促した原動力は、ただ利用者のニーズに応えようという信念であった。住居提供サービスを作ってもすぐに一杯になってしまい、また通所のサービスを準備してもやはりいつも一杯になってしまう状況

があった。しかし、私たちは定員を超えても利用希望者を断らなかつたため、十分なスペースや職員配置がなされないまま、利用者を受け入れるのは罪悪だという指摘をもらったこともあった。しかし、他の事業所で「1年、2年待ちです」といわれて私たちのところを訪れる訪問者を、そのまま帰すことはできなかったのである。その結果、いつも定員をオーバーして利用者が作業所にあふれており、何年か後には新しい事業所を立ち上げる計画を立てざるを得ない状況であった。

精神障害者については、社会資源がまだまだ充足されていないことが定説となっている。そうならば利用したい人がいつでもサービスを利用できるようにしていく、それが私たちの努めだと感じていた。利用にはタイミングというものがある。退院したいときにできない、利用したいときに資源が利用できないことから、長期にわたって入院を続けてきてしまった人も大勢いる。目の前に居るこの利用者たちにはせめて私たちのサービスを届けよう、そうした思いが今までの活動に繋がってきている。

もともと長期入院者の受け皿作りとしての役割を意識して活動してきたが、活動当初と比べて年を経るごとに受け入れられる範囲が徐々に広がり、多様な人を受け入れられるという経験に基づいた自信が出てきたことも、この社会資源づくりに拍車をかけてきた。「まだまだ退院できる人が病院には大勢いる。」

「一人でも多くの人を地域に迎え入れたい」、私たちはそう考えるようになっていった。そのための機会があれば逃さずチャレンジしていく、この考え方は巢立ち会職員の共通の思いともなっていた。

これまでの活動をベースに、2005年に東京都から退院促進支援モデル事業を受けたことも、この方向への進展を促進していった。近隣の精神科病院に挨拶をして患者さんの地域移行支援に協力してもらい、多くの病院から入院患者さんを紹介され、巢立ち会に迎えるようになった。地域の社会資源として多くの機関や人に利用してもらえる喜びも、同時に感じられるようになってきた。加えて同年には、「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業（ピアサポート事業）」を委託されている。これはピアカウンセリングなどの学習や、当事者が支援の担い手として活動できる機会を作っていく、ピアサポーターとして育てもらうための事業であり、ピアサポート体制を発展させていくための創意工夫も行っている。

2007年度からは障害者自立支援法の日中活動の場として、巢立ち風（30名）、巢立ち工房（20名）、こひつじ舎（40名）、3か所がすべて障害福祉サービス事業所就労継続支援B型として指定を受け、また、グループホームは全部で8か所（63名）で活動を行っている。

### 3 巣立ち会の沿革

- 1992年 6月 三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
- 1993年 3月 三鷹市で巣立ち共同作業所の事業申請を開始  
4月 巣立ち共同作業所・巣立ちホーム正式認可される
- 1995年 10月 三鷹市で巣立ち工房の事業を開始  
12月 巣立ち共同作業所を移転
- 1996年 4月 巣立ち工房・巣立ちホーム調布 正式認可される
- 1998年 7月 巣立ちホーム調布第2 正式認可される
- 2000年 8月 調布市にて「こひつじ舎」事業開始
- 2002年 10月 巣立ち会 社会福祉法人格を取得  
巣立ち共同作業所が小規模通所授産施設となり、「巣立ち風」に  
名称を変更
- 2003年 1月 巣立ちホーム調布第3 事業開始  
4月 巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎が正式に認可される
- 2005年 4月 巣立ちホーム調布第4 事業開始  
6月 三鷹市精神障がい者地域自立支援事業を受託  
8月 東京都より H17 精神障害者退院促進支援モデル事業を受託  
10月 巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006年 3月 巣立ちホーム調布第5 事業開始  
4月 東京都より退院促進コーディネート事業を受託  
8月 巣立ちホーム三鷹第3、第4 事業開始  
(2007年4月巣立ちホーム三鷹第2に統合される)
- 10月 巣立ちホーム調布第6 事業開始 / 8か所のグループホームを  
障害者自立支援法のグループホームに移行
- 2007年 2月 グループホーム活用型ショートステイ事業を受託  
4月 3か所の通所事業所を障害者自立支援法の事業所に移行

(2008年3月末現在)

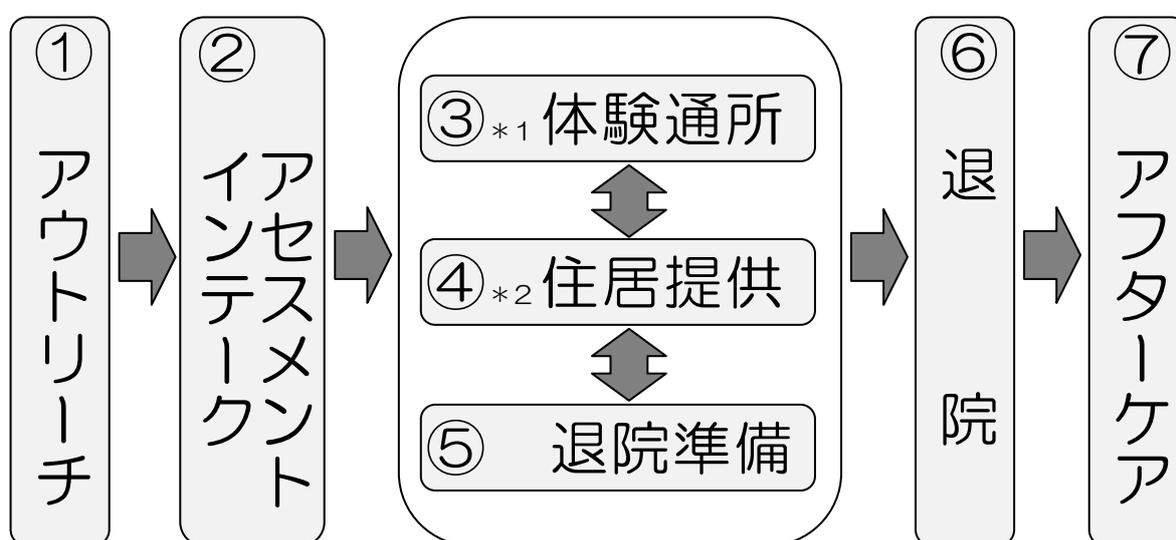


## 第3章

## 巣立ち会における地域移行支援

巣立ち会での地域移行支援の実際の流れは、図 3-1 のとおりである。本章ではまず、この流れに沿って巣立ち会が実際に行っている支援内容、活動内容について説明する。そして最後に、関係機関との連携についてまとめたい。

図 3-1 巣立ち会における地域移行支援の流れ



- \*1…「体験通所」とは、退院促進支援事業において、退院を目標にして入院先の病院から巣立ち会の日中活動の場へ通所することである。国の要綱でいう「協力施設等における訓練」に相当する過程のことであり、巣立ち会では「体験通所」としている。
- \*2…「住居提供」とは、体験通所が軌道に乗ってきた頃を見計らって、利用者の入居先の選定をする支援過程のことである。

## 1 アウトリーチ

アウトリーチとは、「専門家が地域に出向きサービスを必要としている人を発見し、利用できるサービスの情報提供をするとともに支援過程に主体的に参加できる機会を設けること」である（「精神保健福祉用語辞典」より）。巣立ち会の活動拠点は地域のため、地域側から病院やその他機関へ出かけていく活動を行っている。例えば、病院の中で地域生活を行うためのサービスを必要としている人たちの元へ出かけ、地域生活の実現に必要な情報提供や積極的な勧誘をし、そのために必要な関係者や家族、地域資源との連携作りをすることなどであり、これらの活動過程を総称して巣立ち会では“アウトリーチ”と呼んでいる。

アウトリーチ過程は、巣立ち会の地域移行支援モデルにおける極めて重要なプロセスの一つであり、私たちの活動の特徴づけるものである。巣立ち会がこうした活動を始めたきっかけは、今までの日本の歴史をみても、病院の中から自発的に地域移行の風潮は生まれてこないと考えたことである。こちらから出向いて自分たちのサービスの説明をし、患者さんを勧誘して利用に結びつける。これは一般のサービス業なら当たり前のことであろうが、福祉の分野ではなかなか抵抗があるようで、積極的に行われてこなかった。

また、私たちがこうした活動を始めた根底には、深い絶望もあった。10年も20年も精神科病院に入院していることがおかしいのは自明のことなのに、それに対処できる人も、システムも、何もないという社会。その現実を前に、ただひれ伏すしかないという無力感から、逆に何かできることを模索しようという思いが生まれ、地域から出向くことで一人でも多くの人を連れ出してこようとする試みとなったのである。病院の中において「退院しろ」というのは、追い出すようでなかなか言いにくいことである。それに対して地域から迎えに行くということは、「これから私たちとお付き合いをしていきましょう」という将来にわたる関係性を約束するものであり、患者さんには先の不安を和らげる効果があるのである。

精神科病院というところは基本的には閉鎖的なところであり、病院に第三者が入って入院中の患者さんと接触することに対して、きわめて懐疑的である。一つ目のハードルはこの壁を越えることである。退院に消極的な患者さんに何度も面会に行ったときは、病院関係者から「巣立ち会は宗教団体か」とさえ言われたこともある。今は面会に行くと、「巣立ちの方ね」と少しずつ病棟が慣れてきているように思う。巣立ち会の職員や利用者がいつも病棟の入院患者さんに面会に行く、これが当たり前の光景にならなければ大きな地域移行の波はこ

ないのである。これは一人や二人の職員で可能になることではない。私たちが連携している精神科病院も10か所以上あるが、ここに巣立ち会の関係者が日常的に入り込むことが大切なのである。

こうした関係は一朝一夕で築けた訳ではない。はじめのうちはなかなか関係が深まらなかったが、1、2年経つにつれて変化してきたという印象である。また、そういう関係を築く為に日中のフォーマルな時間やかかわりだけでなく、インフォーマルな時間や関係性もフルに使って、相手からの信頼を得る努力をしてきた。とにかくあきらめないでアプローチし続けることが何より大切なことなのである。以下に実際のアウトリーチ活動を紹介する。

## 1) 出張講演

出張講演とは、退院を経て現在地域生活をしている巣立ち会の利用者及び職員が病院の病棟に出向き、入院患者さんや病棟職員に対し体験談を語ったり、支援サービス等の具体的な情報提供を行ったりする活動のことである。

図 3-2 巣立ち会における出張講演（イメージ図）



出張講演に参加する利用者と職員は5名～10名程度で、受け入れ病院側の患者数は10名ほどの小グループの場合もあれば、1病棟を対象にした50名を越すグループの場合もある。出張講演は病院側の要請により行う場合が多いが、巣立ち会からも絶えず「出張講演に出かけたい」という意思表示を行い、その機会を多く作ってもらうようにしている。

利用者の体験談では、かつて入院していた頃に抱いていた退院への不安やためらい、退院への意欲を持つようになった経緯、体験通所の様子、地域生活を始めた当初の苦労や喜び、現在の生活と、これまでの体験を振り返っての思い等が語られる。ここでは客観的な情報だけでは伝えることのできない利用者の体験が生き生きと伝えられ、それを通して入院患者さんは自分自身と重ね合わせ、将来への希望や自己効力感を高めるきっかけとなる。加えて、巣立ち会の紹介ビデオも活用することで、実際の生活や活動の様子がよりリアルに伝わり、退院後の生活をイメージする助けとなっている。

出張講演では和やかな雰囲気の中で入院患者さんと利用者との活発な質疑応答やディスカッションが交わされる。医療現場からは、PSWの熱心な働きかけをもってしても退院意欲を形成できなかった患者さんが出張講演を聞いて、「わざわざ自分達のところへ来てくれて、ぜひ（作業所に）おいでよと言ってくれた。だから行ってみようと思う。」と退院促進支援事業への参加意欲を持たたという報告もある。

### <出張講演の様子>



この出張講演は特に目新しいことではなく、退院した利用者が自分たちの体験や地域社会での暮らしぶりを入院中の人たちに伝えていくという試みは、他の場所でもなされている。最初は、大阪のピアサポーターによる自立支援員やべてるの家などの講演活動を手本にした。それ以外にも当事者が講演をすることは珍しくないことであり、実際に行っていくうちに、巣立ち会は巣立ち会なりの雰囲気とスタイルができ上がってきたように思う。

平均で10年以上の入院を経験している巣立ち会の利用者の中には、雄弁に自分史を語ってくれる人が決して多いわけではない。しかし、とつとつとした言葉少ない行間から、今の自分に満足している様子や入院中の患者さんへの強いメッセージがしみじみとした形で伝わっていくのである。また、ピアサポート事業のためもあってか、利用者は自分の感情を豊かに伝える力を発揮できるようになっている。そして、一見ネガティブに見える自分の過去も、仲間の受容があるためか堂々と語れる人が出るようになってきている。最初はその場での思いつきの話が多かった人も、最近ではきちんと原稿を準備し、場合によっては職員と一緒に校正をして現場に挑んでいる。これは職員が意図的に勧めたわけではなく、利用者の心意気が察せられるというものである。

利用者の言葉は時に私たちの心を揺さぶるようなことがある。普段から接している利用者であるにもかかわらず、その思いに真摯に耳を傾けるとき、彼らはすばらしい発言をしてくれる。改めて利用者から学ばせてもらう思いである。私たちですらそのような思いになるのだから、病院職員に対しても思わぬ効果を発揮している。最初は入院患者さんだけを意識していたのだが、病院職員が彼らの話を聞いて非常に感動したという感想を多く伝えてくれるようになっていった。精神科病院の職員、特に看護職員は、患者さんの病状の悪いところを目にする機会が多い。しかも入院生活は、その人の個性を生き生きと引き立たせる物は何も準備されていない。「何もできない具合が悪いだけの人」と思っていた人が、自分なりの生活を築き、楽しそうに元気にやっている姿を見ることによって、自分たちの今までの見方が間違っていたことに気がつくのである。

人には、現状だけを見てはわからない可能性がある。利用者の地域での生活を見ることによって、そのことに病院関係者が気づかされるのである。そして気づいたときの変化が大きいのは、医師やPSWより看護師の方だという印象があり、非常に熱心な協力者になっていってくれる経験も数多くしている。

## 2) 病院向け事業紹介

巢立ち会では病院と地域移行支援の理念や目標を共有し、事業への理解と協力を得るために、当会職員が病院を訪問して事業の説明や協力依頼を積極的に行っている。

図 3-3 巢立ち会における病院向け事業紹介（イメージ図）



退院促進支援事業では、肝心の病院からの依頼が十分に生じてこないという現実がある。地域移行支援の成功の為には、長期入院に慣れてきた病院内の文化や意識が変わることが不可欠であり、また退院する為には「医師・看護師の許可」が必要だと感じている患者さんが少なくないことから、医療従事者の患者観や患者さんに対して発するメッセージが変わることが、患者さん自身の退院に対する意識を変える上で極めて重要である。

この活動では現場から経営者まで、病院組織のあらゆるレベルにこの事業を知ってもらい、病院内に一人、更にもう一人と地域移行支援の支持者を増やしていくことを目指している。最初はこちらから話をさせてほしいと依頼をして時間を設定してもらい、具体的には、院長との個別面談や病院職員へのプレゼンテーションなどで事業内容の説明を行ってきた。現在、近隣連携病院については何か所かを除いて退院ケースや対象ケースの依頼が出てきたお陰で、改めて会全体の事業説明をすることはなくなっている。

この活動も、先方から話があったらタイムリーに出かけていき、その要望に応えるという姿勢を持つように努力している。なかなか反応の鈍い病院についても、諦めずにアプローチし続けることが必要であろう。病院内部の意識や権力構造が変わるチャンスが、一定期間の中には必ずある。それを見逃さないためにも諦めることは厳禁なのである。

事業紹介に関しては、近隣の病院だけに留まらず、最近では全国から利用者と一緒に巣立ち会の活動について話をしてほしいという依頼が入るようになってきている。行政や実際に地域で活動している団体からの依頼であるが、地域移行支援に対する気運が全国的になってきていることはとても喜ばしいことである。

### 3) インフォーマルな情報提供



巣立ち会から病院への情報発信は、出張講演や事業説明会などフォーマルな形だけではない。フォーマルな情報提供よりも、その病院を退院した利用者からのインフォーマルな口コミ情報の方が、むしろ強い力を持つことがある。先日ある病院で面接をした、24年間も入院していたある患者さんは「そろそろ僕の番かと思っていました。」と話していた。人間は何故か公の情報より口コミによる情報を信じやすいという特徴がある。こうした口コミが病院の中で流れるようになれば、大きな強みになる。

### 4) 多様化する病院との接点

積極的な関係作りの甲斐もあり、最近ではただ話しに行くというだけではなくなってきた。ある病院では作業療法（以下、OT）の空間に“巣立ちの部屋”というものを設けており、巣立ち会で行っている作業を持ち込んで、その作業を通して患者さんと接触する機会が持てるようになった。患者さん達は院内で日中活動の場での作業を体験することができ、「この作業ならできる」ということで通所にチャレンジするという流れもでき上がってきている。

また窓口となる職員は PSW に限らず、看護師から直接依頼があるような場合もある。ある病院からの依頼で行った講演先でのコーディネーターは、歯科衛生士だった。職種にこだわらず、その病院の中でこの事業に協力的なのは誰なのかをつかんで、その人と友好的な関係を作っていくことが事業効果をあげ

るものとする。巢立ち会をうまく使ってくれる職員は、結果として多くの人を退院させることに成功している。

これからも、もっと病棟に自由に入れるような構造を各病院の中に作っていくことが巢立ち会の目標である。なかなか難しいことではあるが、あきらめないことが私たちのモットーである。

## 2 インテーク・アセスメント

巣立ち会では、患者さんのインテークからアセスメントまでの作業をアウトリーチと有機的に同時進行で行うことにより、患者さんを迅速にサービスにつなげることを心掛けている。国が示している退院促進支援事業のガイドラインでは、インテークプロセスが数か月から半年に及ぶこともあり、この効率の悪さが思うように事業成果があがらない原因の一つなのではないかと思われる。

また、患者さん本人は退院の準備が整っている状態なのに、地域の通所・入所施設などの社会資源に空きがなくて利用待機せざるを得ず、入院が長引いてしまうということをしばしば目にする。これに対し巣立ち会では、運営側の都合でサービスを求めている人たちを待たせることなく、本人に少しでも退院意欲が芽生えた好機を逃さずプログラムにつなげるようにしている。

また巣立ち会は、地域で暮らすということは原則として全ての人の権利であるという理念を持っており、退院を希望する全ての患者さんにサービスは開かれたものであるべきだと考えている。国が示すガイドラインでは、退院を希望してサービス申請をした患者さんは、まずは退院への支援を受けるのにふさわしいかどうかの判定を自立促進支援協議会から受けなければならないが、私たちはそれとは全く異なる原理・原則を掲げて実践している。それは、依頼のあったケースに対して原則的に NO と言わないことである。

このように、“スピーディー”に、“タイムリー”に、“オープン”に、良い地域移行支援の要素だと私たちは思っている。これから説明するインテークとアセスメントの流れにそれが最もよく現れているのではないだろうか。

### 1) サービス利用までの流れ

具体的なインテークの流れとしては、まずアウトリーチ活動の中で少しでも退院に興味を示してくれた患者さんとコーディネーター<sup>22)</sup>が個別面接を行う。中には、本人は強い不安から退院を積極的に望まないが、病院職員の強い推薦によって面接に至る場合もある。この時点では候補者とは正式なサービス利用契約が成立する前であるが、この面接はインテーク機能も兼ね備えた面接となっている。面接では信頼関係の形成、本人のニーズ・主訴の確認、サービスの

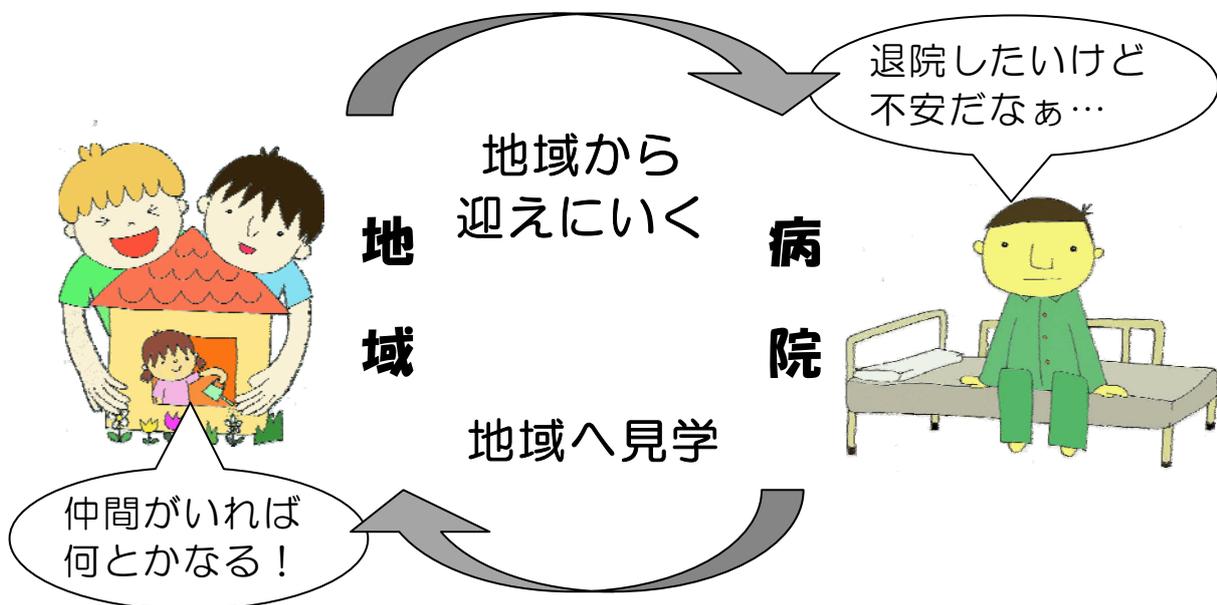
---

<sup>22)</sup> コーディネーターとは、東京都の退院促進コーディネート事業において「精神障害者に関する専門的な知識と経験を有し、精神障害者を支える地域の関係機関との連携を図り、地域の受入体制を整え、精神障害者が退院後の地域生活に円滑に移行できるよう、ケアマネジメントを行う」者をいう。

説明、アセスメント、退院への動機付け等を行う。

サービスの利用は提供者側の都合や判断ではなく本人の自己決定をもって開始されるべきだと考えており、患者さんの年齢や病名、保護者の有無などによって断ることはしない。この個別面接は、本人の意思確認と動機付けが主たる目的であり、また「地域で待っているよ」という気持ちを伝える場でもあり、私たちが適否を判定するというものではない。個別面接は必要に応じて数回繰り返され、本人により具体的なイメージを持ってもらうために、この段階では施設見学への参加も併せて積極的に働きかける。見学では、巣立ち会の利用者が中心になって説明や案内を行っており、参加者は数名から10名近くの場合もあり、病院職員が同行することが多い。気さくな雰囲気の中でピアサポーターと様々なやりとりが行われるため、退院後の生活イメージが更に具体化されると共に、温かく迎え入れてくれる“仲間”の存在を知ることにより不安が軽減され、退院意欲が高まっていくと考えられる。

図 3-4 巣立ち会におけるインテークとアセスメント（イメージ図）



見学会や個別面接では日中活動の場への体験通所にも積極的に勧誘する。なぜなら、長年の実践の中で体験することの重要性と効果を実感しているからである。多くの患者さんにとっては、この時点で正式なプログラム参加を決める

というのはハードルが高く、1か0かのアプローチでは結果として依頼が十分に生じてこないということになってしまう。しかし、こうした敷居の低い体験通所を用意することで、患者さんたちは気軽に一日通い、気に入ればまた次の日も来るという“今日一日”を積み重ねることができる。そのため、体験通所を希望する人にはその翌日からでも通所の受け入れが可能な体制をとっている。

このように巣立ち会のインテークプロセスは、アウトリーチ活動と一体的に、迅速かつ低いハードルの中で患者さんが体験的理解を通したインフォームド・チョイスをしていくことを目指している。従来の形式や手続きにこだわるインテークプロセスの問題点は、北米などの精神保健サービスの領域では早くから指摘されており、アウトリーチと一体化した迅速かつ利用者本位な形態へと変革が進みつつある。巣立ち会のやり方はそのような国際的流れとも合致するものと言える。

## 2) サービスの利用条件

巣立ち会は、地域で生活することは全ての人の権利であり、退院を希望する全ての人がその為に必要な支援を受ける権利があると考えます。従って、依頼のあったケースは原則として全て受けるということを目指してきました。

事業主体によっては特定の属性を持つ精神障害者を退院困難と考え、地域移行支援の対象から除外しているところもあるかもしれないが、私たちは年齢、診断名、入院期間、触法歴、身体疾患の併存、家族状況などを理由に受け入れを断わらないことを目指している。しかし、退院後に継続的に提供できる支援には残念ながら限界があることから、現状では次の二つをお願いしている。

①通院と服薬がある程度自己管理できること

②日中活動の場に通うこと

私たちの限られたノウハウや人員体制で、患者さんのあらゆるライフスタイルに対応して退院後の地域生活の支援を続けていくというのは残念ながら難しい。そこで、現状では患者さんにこの二つの条件を受け入れてもらっているが、後述するように実際にはこの条件を厳密に運用している訳ではない。また、将来的には私たちのサービス提供者としての限界も乗り越え、サポートできる利用者のライフスタイルの範囲も広げていきたいと考えている。

ここでこの二つの条件設定の理由を少し詳しく説明しておく。

## ①通院と服薬の自己管理

私たちが現状で支援を責任持って引き受けられるのは、病識や障害の受容がある程度あり、通院や服薬に同意してくれる人たちである。それは現実として、安定した生活

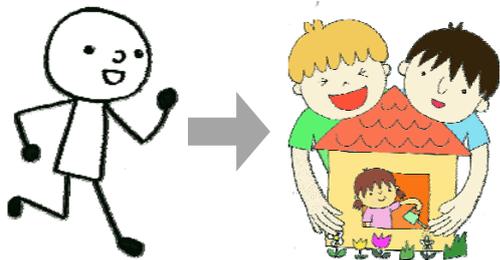


には往々にして安定した服薬や通院が必要になるからである。しかし、精神障害の受容とは身体障害とは違って、そう簡単にはいかない場合が多い。もともと、統合失調症などの場合は病識が薄く、症状が落ち着いた後も継続して服薬する必要があると認識するには、服薬中断による再発や失敗の経験を必要とする場合が多いようである。私たちもこれまでに、患者さんが退院すると次々に薬を飲まなくなるということをたびたび経験してきている。

一方、服薬の中断は本人の病識の問題だけではなく、副作用の問題も大きいということを私たちも理解できるようになってきた。服薬遵守というのは病院を出て生活をするときには当たり前のように言われてきたことだが、病気のためとはいえ、かなり副作用の強い薬を飲み続けなければならなかった利用者の辛さを思うと、いまさらのように胸が痛む思いである。

人は、薬が自分の人生にとって必要だと本当に納得するまでは拒薬する権利がある。だから服薬の条件も一方的に利用者に課すというのではなく、服薬に関する問題（副作用など）には一緒に考える姿勢を常に持つようにし、利用者が納得して服薬を受け入れてくれるまでのプロセスを、利用者に寄り添いながら歩んでいくようにしている。

## ②日中活動の場への参加



日中活動の場に通ってもらおうというのは巣立ち会に独特なものだが、これはそもそも「退院促進支援事業」がない時代から、日中活動の場とグループホームを拠点に地域移行支援に取り組んで来た経緯があるからである。「自立支援員」と呼ばれる専従す

る職員がいない時代には、グループホームか日中活動の場の職員が地域移行支援をしていくしかなかったため、日中活動の場に通ってもらおうというスタイルが自然に作られた。制度的枠組みがなかった時代に必要に迫られてとった方法だが、このやり方には①複数の職員がチームで本人に直接かかわれる、②ピアサポートを活用できる、③より多くの入院患者さんを支援できる、④同じ人員が退院後の地域生活も継続して支援できる、などのメリットがあることから、

現在もこの方法を続けている。

実際に平成17年度の活動実績を例に見てみると、16名の職員が41名の退院促進支援事業の利用者を受け入れ、17名が年度内に退院を果たしており、退院者数としては多い方である。ここで言う16名の職員は退院支援事業に専従している者たちではなく、グループホームや日中活動の場に従事するかたわらピアも含めたチーム体制で入院患者さんの地域移行支援を行っている。本人に日中活動の場に通ってもらうことでそれが可能になっているのである。また、退院に向けた具体的な努力目標が提示されるということは、患者さんにとっても大きな意味があると長年の実践の中で私たちは感じている。入院生活というのは、患者さん本人が努力して生活を改善したり目標達成したりといったような、主体的に自分の人生を切り開く余地がほとんどない生活である。精神科病院の中では、期限や内容を明確にした約束が患者さんと交わされることはほとんどなく、患者さんはいつも不確実で曖昧な中で、成すすべもなく他人次第の日々を過ごすしかない。そんな生活を長年強いられてきた患者さんにとって、「3か月休まずに通って下さい。そうしたら退院を必ず約束します。」というように、本人が努力できる道筋とその先の結果がはっきりと示されるということ自体新しいことであり、大きな変化を意味する。現に利用者は通い始めると徐々に見違えるほどに表情が明るくなり、その人の生きる力が戻ってくる様子を私たちは沢山見てきた。具体的な目標ができ、そこに行けば自分を待っていてくれる人がいて、一日一日が成果の積み重ねという体験自体がエンパワされる経験である、と支援を受けた多くの人たちが語っている。

しかしながら、通所を条件とすることは本人のライフスタイルの選択に対する制約であることも認識している。日中を一人で過ごしたいと思う人もいるだろうし、福祉施設以外の場所で日中を過ごしたいと思う人もいるだろう。この通所条件というのは先に述べたように現状での私たちの限界設定でもある。今後、巣立ち会でも職員の資質の向上や十分な職員体制、当事者によるピアサポート体制の充実などの環境が整ったとき、この条件が変化していく可能性はあると考えている。

以上、私たちが設けているサービス利用条件について説明してきたが、実際にはこれらを厳密に運用している訳ではない。繰り返しになるが、私たちは原則『NOとしない』のがモットーであり、この理念を全てに優先している。現状では、最初の面接段階で本人の意向などを確認して、たとえ私たちの通常の支援の流れに適合しない人であっても、他に支援先がない時には、最終的に支援を引き受けることもある。

### 3) 他機関への紹介

支援の依頼があったケースは原則として断らないが、近くに他のサービスがあるのにつながっていない場合や、巢立ち会のグループホームや日中活動の場を利用するよりも他の施設を利用した方が良いと思われる場合は、そのようにアドバイスすることもある。本来ならば、本人に最も相応しい退院の道筋をつける退院支援計画の力を病院がつけていくことが望ましいのだろうが、精神科病院の職員は入れ替わりも頻繁で、また若い職員も多い。彼らに地域資源の調整や退院計画の立案を求めるのは現実には難しく、結果として入院が長引くことになってしまいがちである。だから私たちは、「巢立ち会の施設を利用するかしないかに関わらず、退院ができずに困っている人がいればどなたでもケースマネジメントをします」と最近では病院に伝えている。病院職員の間には情報量や力量の差がある中で、患者さんは担当職員次第でサービスや情報提供の機会が異なってくるのが現実である。そのばらつきを少なくするためにも、私たちにアクセスしてくれれば、他の機関の利用も含めたコーディネートを行っていくというのが現在の姿勢である。

私たちの日中活動の場への通所が、距離的に困難な病院からの依頼も時々ある。その場合、病院、本人、家族の了解があれば通所可能な病院へ転院してもらい、私たちの地域移行支援サービスを受けてもらうということも行っている。またそれも困難な場合は、近くにある生活訓練施設を利用し、体験宿泊などをしながら通ってもらい、それから生活訓練施設にいったん入所してもらう場合もある。ショートステイで借りている部屋への体験宿泊で日中活動の場に通ってもらい、それから退院を考えるという方法も今後は考えられる方法である。

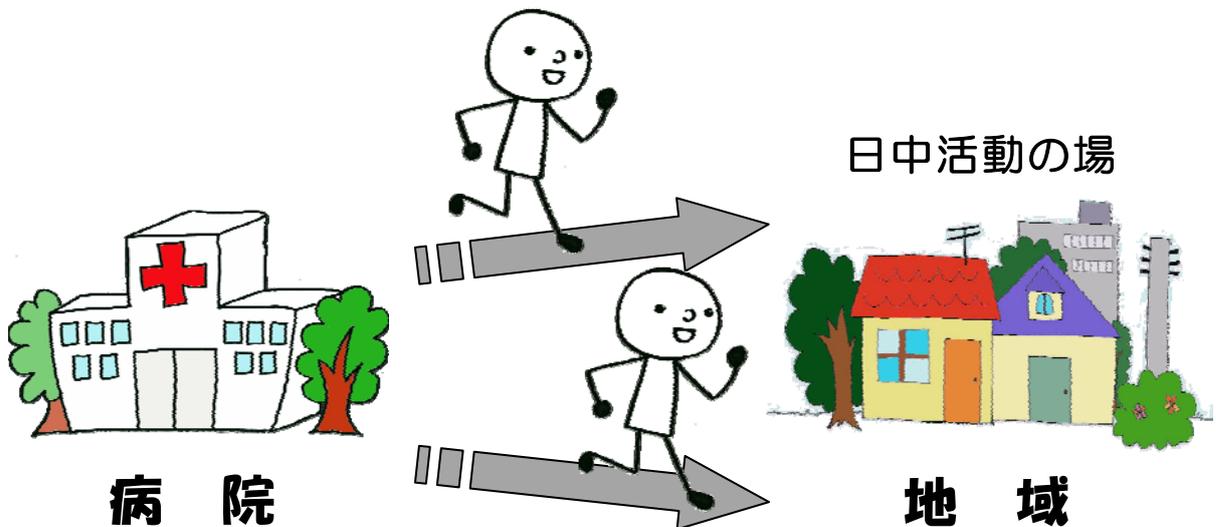
私たちが他の機関を勧めた場合でも、何らかの理由でうまくいかなかったときには必ず再度連絡をしてくれるように伝えており、他の選択肢がないときには再度検討をしていくことが可能だと必ず伝えるようにしている。私たちの頭の中には、「以前に一度会って、巢立ち会に結びつかなかったあの人は今どうしているのかしら」という思いがいつもある。他のサービスで順調に退院して地域で生活し続けていると聞くまでは、私たちの中での関係は継続している人たちなのである。

### 3 体験通所

インテークが終わると、退院に向けた具体的準備として、入院先の病院からの通所を始めてもらう。この体験通所の目的は次の5点である。

- ① 本人に院外生活に慣れてもらうこと
- ② 継続性や安定性を高め、地域生活への自信をつけてもらうこと
- ③ 職員との信頼関係を強化していくこと
- ④ 当事者同士の関係をつくり、安定した地域生活に不可欠なサポートネットワークを築くこと
- ⑤ 実際の生活場面の中で、地域生活に向けた課題を本人と確認し合い、取り組んでいくこと

図 3-5 巣立ち会における体験通所（イメージ図）



通所先は、巣立ち会の運営する日中活動の場や連携施設の中から原則として本人に選んでもらうが、即座に利用可能な他施設はほとんどなく、結果として巣立ち会の運営する日中活動の場に通うことがほとんどである。3か所ある巣立ち会の日中活動の場の中からは、主に交通の利便性によって通所先を選ぶ人が多い。通所日数は週3～5日を目標としているが、実際には週1回の半日を通うのが精一杯の人もおり、一律ではない。通所期間も3か月から半年程度を

目途にしているが、実際には通所に慣れるまでにかかる期間は様々で、それぞれ自分にあったペースで通所を続けてもらっている。

体験通所では他の利用者と変わらぬ1日を過ごしてもらおうが、その場に早く打ち解けてもらうために、利用者から選ばれた人がピアとしてサポートする仕組みをとっている。これまでの利用者のほとんどは自力での通所が可能だったが、必要に応じて通所同行（利用者による送り迎え）も行っている。通所先での活動は内職作業、施設外での集団就労、スポーツ、レクリエーション、フリーマーケット、作品制作など多岐にわたり変化に富んだものである。例えば昼食のお弁当を配達メニューの中から選ぶなど、利用者はささやかな日常の中で自分自身の生活を自分自身で決めていくという、入院生活では奪われていた生活者としての経験を取り戻していく。また、通所する中で他者とのコミュニケーション、体調管理、服薬管理、ストレスや症状への対処など、各人の課題が見えてきて、支援者と利用者双方が退院に向けた目標を共有し、共に取り組んでいくことになる。これまでの実践では、この通所の経験を通して利用者が確実に変化していく様子が見られてきた。地域生活に多くの不安を抱えていた人が、思っていたほど難しくないことに気づき、自分自身の中にある力を再認識し、自己評価を高め、自信を持って退院の日を迎えられる下地を作っていくのである。

この体験通所という方法を大切にしている理由は、私たちが人に対して持っている単純な仮説にある。入院しているよりは退院して地域で生活するほうがいい。地域生活も自宅で引きこもっているよりは何らかの社会参加・社会貢献をするほうがいい。また、日本国民として働くことは権利でもあり義務でもあり、それは障害があっても同じであり、こうしたことを多くの精神障害者本人が感じて願っているに違いないという仮説である。私たちと最初に出会った時からそれをはっきりと口にする人はほとんどいないが、それは彼らがそれを望んでいないからではなく、長年の入院によって自己効力感や自己価値を剥奪された結果だと一旦仮定してみる。実際に通所開始当初は、多くの利用者が「自分は社会から長いこと離れていたから退院は無理」と言い、「自分は役に立っていないから」と工賃の受け取りを遠慮する人も中にはいた。そうした彼らの言葉を文字通りに受け取るのではなく、彼らの自信や尊厳の回復につながるようなかわりを持つことが私たちの使命であり、体験通所はその有効な手立てだと考えている。人に生き方を押し付けることは許されないが、私たちがこれまでかかわってきた多くの利用者たちは、集団の中で価値のある役割を担い、働いて収入を得るといった経験を肯定的に受け止めている。だから、どの利用者にも一度は挑戦してみることをお願いするのである。

### 第3章 巣立ち会における地域移行支援

退院後も含めた長い支援経過の中では、楽しんで通所をずっと続ける人もいれば、次第に足が遠のく人もいるし、一般就労を目指す人もいる。本人の真の意味での自己選択が形成され、私たちもある程度本人の気質や日常生活の特徴を理解できた段階で、個々人の希望に沿った日中の過ごし方を支援することとなる。

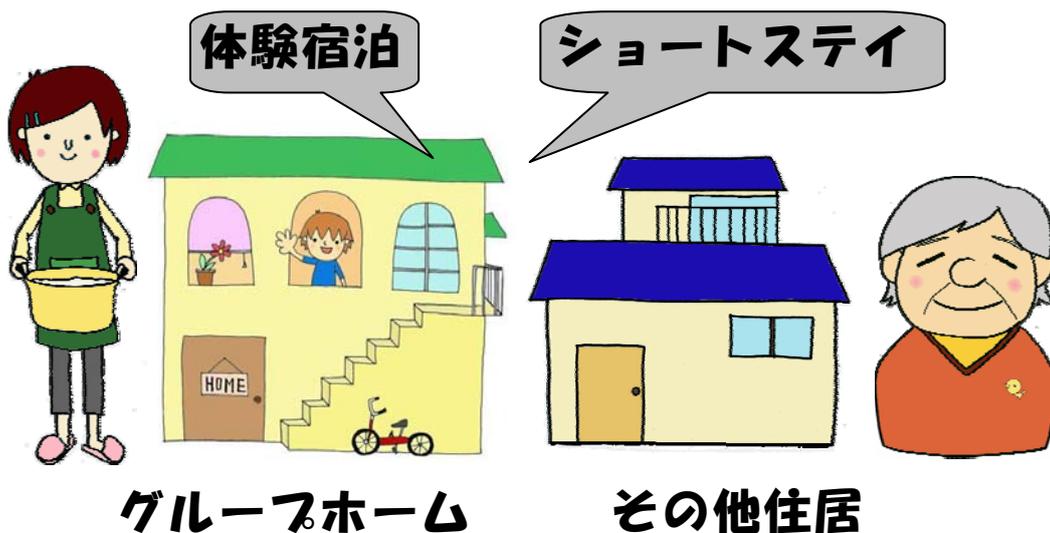
## 4 住居提供

体験通所が軌道に乗ってきた頃を見計らって、利用者の入居先の選定をする。基本的には本人が通う日中活動の場に近いグループホームやアパートが選ばれる。遠い住まいでも、空きがあって本人が望めば入居することはあるが、現在は部屋にそれほど選択肢があるわけではないので、グループホームに空きが出たとき、利用者の通所先の担当職員が手を上げて、その部屋を押さえるというようなやり方をしている。

現状では、体験通所を終えて退院可能と判断された人を、アパートの確保のために長く待たせるというようなことはない。確実にどこかの物件を提供できるほどには近隣の不動産屋の協力を得ることができるようになっており、また現在のグループホーム入居者の退所で部屋が空くということも時々あるからである。

なお、巣立ち会における住居提供支援の詳細については、第4章を参照して欲しい。

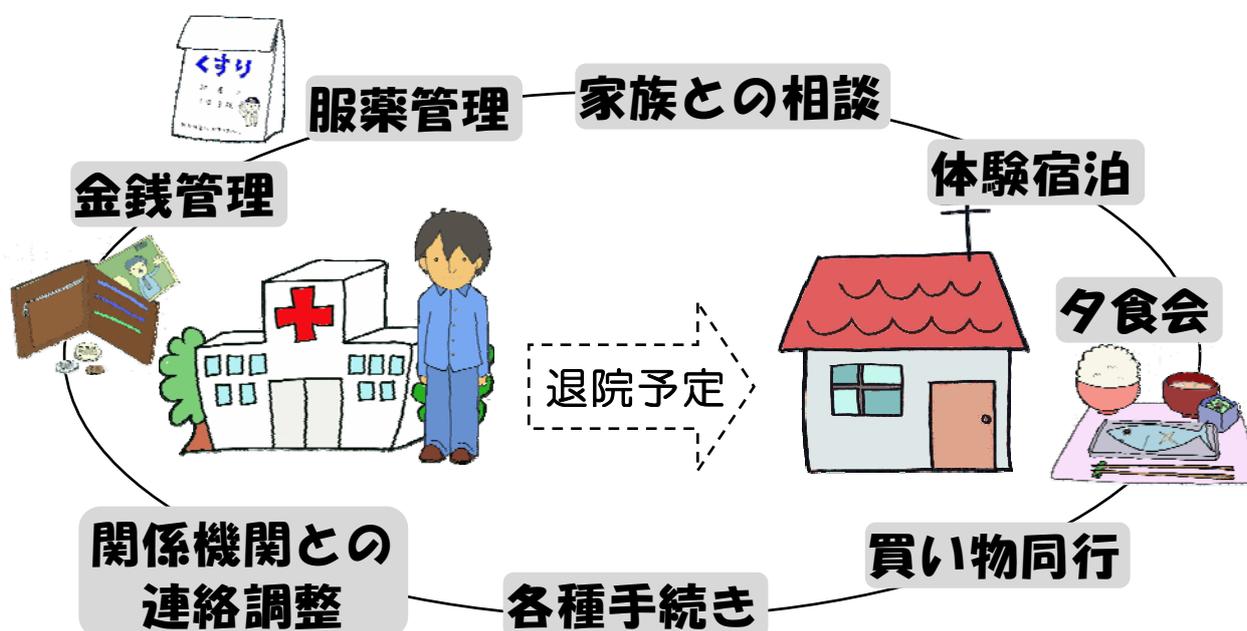
図 3-6 巣立ち会における住居提供（イメージ図）



## 5 退院準備

通所が安定し、退院後の入居先が内定した利用者に対しては、退院の為の調整を利用者の通所時間内に行う。主な支援内容は社会的手続きの援助、服薬管理や金銭管理などの SST、関係機関との調整、退院後の日用品や家具の準備、情報提供、カウンセリング、体験宿泊等である。この期間は大体 1～3 か月ほどである。

図 3-7 巣立ち会における退院準備（イメージ図）



この時期に行う体験宿泊は特に重要で、入居予定のアパートでの一人暮らしを実際に体験してもらい、退院後に起こりうる様々な問題を前もって解決していく。風呂の沸かし方がうまくいかなかった、夜間一人が寂しくて仕方がなかった、隣の人の生活音が気になった、誰かが入ってくるという妄想にさいなまれたなど、中には買い物に出かけて自分のアパートに戻れず、一晩外で過ごしてしまったというような人もいた。その一つ一つに職員は対応していく。服薬が心配な人には服薬ボックスや服薬カレンダーを用意し、部屋の目立つところにセットするなどして、服薬自己管理の实地練習も体験宿泊では行う。しかし、こうした手立ては服薬する意思のある人の備忘にはなるが、本人が薬を飲みたくない場合には何の役にも立たないこともある。

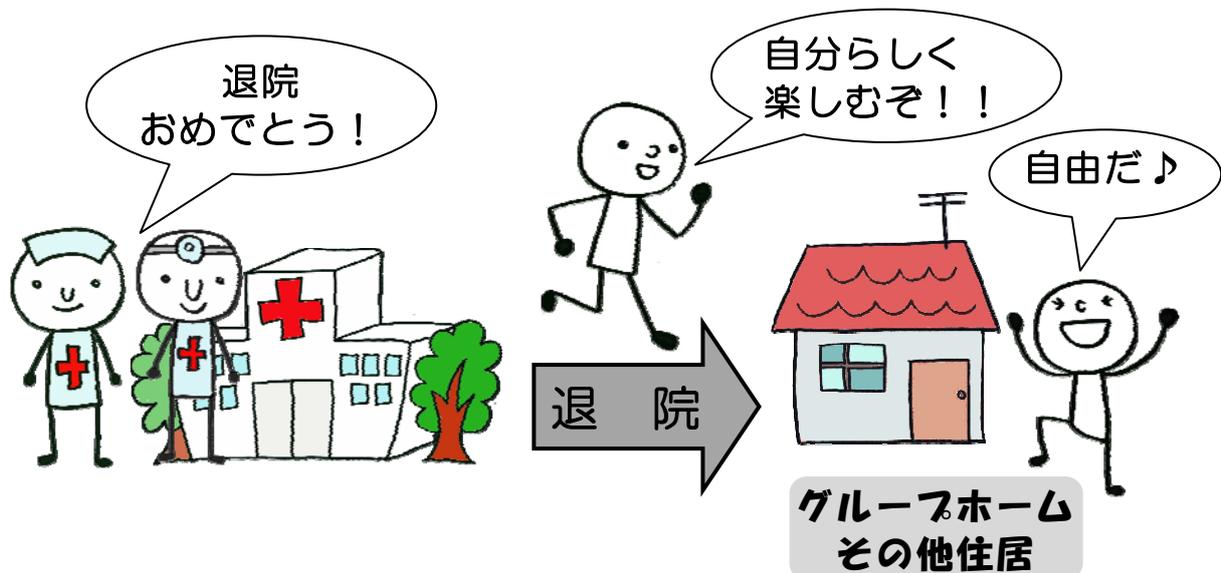
各種手続きや退院に必要な買い物などには職員が同行するが、それによって利用者との信頼関係や絆は強まることになり、こうした作業を一緒にすることには大きな意味がある。また、これまで患者さんにかかわってきた病院職員にも、患者さんが地域生活で生活することを心から喜んで協力を惜しまない人は沢山おり、新生活に必要なものは彼らに声を掛け、不要なものがあれば寄付してもらおうなど、病院職員が退院準備にかかわれる場面を用意することも大切なことである。

またこの時期は、ピアサポートを一層強めていくことも重要になる。グループホームの食事会にはなるべく参加してもらい、体験宿泊にて一人で部屋で過ごした感想を話したり、困っていることを相談したりするなど、同じアパートの住人となる仲間との関係作りをしていってもらおう。ここで仲間作りをしておくことで、入居後に困ったときの支えになってもらえるのである。

## 6 退院とアフターケア

平均で半年以上の体験通所を経て、いよいよ退院を果たした時は、皆それなりに感慨深い様子である。退院してすぐは、不安の強い人は職員の元に日参するようになるし、自由を満喫しようとする人は毎日のようにどこかへ出かけるということもある。これらは、それぞれが自分自身を取り戻していく過程なのである。入院中は、その人がどのような個性や志向性を持っているのかが本当の意味ではわからないことが多い。退院してようやく、こういう人なのかと思うことも多く、あっと驚くようなこともしばしば起こる。

図 3-8 巣立ち会における退院（イメージ図）



それぞれの人生において退院は決して最終ゴールではない。そこをスタートとして次の目標が出てくる人がほとんどである。従って退院後も個々人の希望に沿って支援は続く。入院中から支援を行ってきた者が退院後も継続的に支援するという私たちのやり方には大きなメリットがある。本人が地域生活をスタートする時点で既に関係性ができている、互いを知っているということは、本人にとっても私たちにとっても大きな安心感を与えてくれるのだ。

この地域移行支援の利用者の平均年齢が 50 歳前後ということもあってか、地域でそのまま生活ができればよいと考える人も多い。そういう人たちには支援者との安定した関係性と適度な距離を保ち、必要なときにはいつでも相談援助ができるような信頼関係を作るようにする。就労継続支援事業を利用して収入を得たい人にはその中での仕事を、もう一歩進めて一般就労を目指したい人には新たに目標を設定して、希望に近づけるような支援が開始される。

巣立ち会では、「退院で支援が終了する」という考え方をしていない。本人がどうしても望まない場合を除き、次の目標や場合によっては現状維持のための支援を続けるのである。ここでは最後に、その具体的な支援体制について触れておく。

#### 1) グループホームでの支援

グループホームの世話人のケアのあり方については、少し抽象的だが、『そっと寄り添う』という立ち位置が良いかと思われる。基本的に困ったことがあればいつでも相談できる体制と関係性をつくることは大切と考えている。病院から退院するまでの間や、退院してしばらくの間は、世話人がほぼ付きっきりの状態になる。

ガス・水道・電気料金の支払い、電話の加入や支払い、毎日の食事や洗濯掃除、銀行に口座の開設、カードでの引き落としに至るまで、長い間、あるいは今まで一度も一人暮らしをしていない利用者が慣れるまでサポートしていく。しばらくは不安でお金のやりくりの相談があったり、少し驚くような事件が起こったりするが、しばらく経つとそれなりに安定してくる。たとえば今までに起こった驚いた出来事としては、1週間で7キロも太ってしまうほど好きなものを食べ続けた人、1か月の生活費を1日でパチンコに使ってしまった人、貯金を全部使って仏壇を買ってしまった人、などである。皆入院中にはできなかった、それぞれの夢だったのだと理解して、本人の生き方を尊重するという基本を忘れないよう心掛けている。

図 3-9 巣立ち会におけるアフターケア（イメージ図）



お金の使い方についても随時相談に乗っている。本人が生活費を使い切ってしまうようなときは、1週間の生活費を小袋に分けて使うようなことも考える。それでも使いすぎる人には、とりあえずお米だけは先に買っておいて、お金がなくなっても食えることだけ是可以できるようにした人もいるし、支出をノートに付けて

金銭の使い方を振り返ってもらった人もいる。ただ、巣立ち会でお金や通帳を預かってその都度本人にお金を渡すなどの管理をしているケースはなく、原則として本人に任せている。しかし、ごく一部の自己管理が難しい人については、地域の権利擁護事業などを使って管理してもらっている例がある。ただ、明らかに自己管理ができないという共通認識を本人と私たちが持つまでは、一度は本人にしてもらうことにしており、先回りして管理を代行することはしない。今までは、携帯電話を10台も契約し、10台分の基本料金が通帳から自動引き落としになってしまっていた人や、パブに通い詰めて家族からの仕送りではやりくりできなくなり、思い余った家族が仕送りを停止すると言ったため、その調整として権利擁護事業を使ってもらったケースなどがある。

この仕事をしていると、利用者本人から見た現状や問題の所在と、支援者から見たそれとが一致するとは限らないことを日々痛感させられる。そうした時、私たちは利用者の世界観や問題意識を尊重できるかが問われているのだと感じる。だから生活の細部にまで干渉したり、先回りして管理したり、自分の価値基準に当てはめて問題探しをするなど、支援者にありがちな「余計なおせっかい」に陥らないように気を付けている。だがそれは単に利用者まかせにするというのではなく、私たちとの対話や情報提供を通して本人が新たな気づきを得て、より良い自己選択ができる、そんなかわりを目指しているのである。そして利用者が困っている場合や生活が破綻してしまうようなリスクがある場合、あるいは他人に著しく迷惑がかかるような場合は、どうしたらよいかを一緒に考えて解決していくようにしている。



更に2点だけ、非常に注意していることがある。一つはゴミの出し方である。私たちの地域は10種類にゴミを分別することが義務づけられていて、それができていないとゴミを収集してもらえない。そうすると地域からあの人は地域生活のルールが守れないと思われるので、ゴミ出しの助言だけは徹底して行っている。ゴミをきちんと出さない健常者はいくらでもいるが、ゴミのトラブルがあると障害者が真っ先に疑われたり、障害者だからというレッテルを貼られたりということが残念だがあり、地域の中で受け入れられていくには、健常者以上に努力しなければならないという現実がある。しかし、利用者たちが時には理不尽な思いをしながらも黙々と地道にルールを守り、地域住民としての責任を果たしてきたお陰で、地域の目も変わって来たのを感じる。

もう一つ気を付けていることは火である。後でも述べるが（第4章6項）、巣立ち会では火に関する事故を何度か起こしている。火に関する事、特にタバコを吸う場所、吸殻の始末、また初期消火のための訓練などは、今後の予定も含めてしっかり皆にルールを徹底していこうと、世話人と確認し合っている問題である。



## 2) ピアサポート



ピアによる支援の意味について少し述べる。まず、支援する側にとっては、自分の人生経験や自分自身が人の役に立てるということが自信を回復させ、エンパワされる。巣立ち会では人の役に立てることは幸せなことだという考えを共有するようにしている。いつも支援を受けるばかりではなく、人の支援ができるということは自分にその力があり、ある意味でゆとりがあるということにもなる。人に尽くすということがどれほど素晴らしいことか、折に触れ話し合うようにしている。助け合う、思いやるという価値を共有することで、ピアサポーターが生まれる。同様に、出張講演などにも参加してもらいたい。精神科病院に何十年も居たという体験が、人の役に立つのだということを利用者本人に伝えていくことで、自分の人生を再評価することが可能になる。部屋の見学では自分のプライバシーを他人に見せる抵抗感は誰にでもあるが、一人でも多くの人にグループホームの必要性を理解してもらい、グループホームの普及に一役買ってもらいたいと呼びかけている。このような働きかけが開放的で垣根の低い雰囲気を作っているように思う。

ピアサポーターが増えるということは支援の担い手が増えることである。7万人とも15万人とも言われている社会的入院者、未だ地域移行支援を受けることもなく病院にひっそり暮らしている精神障害者にサービスを届けようとするなら、専門家だけでは足りないというのは明らかである。先述したように、当事者同士だからこそ理解し合えて、関係がスムーズに進むという面も多い。このことに私たちはもっと注目すべきだろう。例えば、一人で通所するのが困難な人には職員が同行するのではなく、利用者が行き返りを共にするなど、ピアサポート機能によって解決する方がより当たり前で望ましい日々のタスクは沢山あるはずだ。しかし、専門職者の中にはこれまで専門職が担ってきた役割を利用者にお願いすることに後ろめたさを感じたり、失敗したときの責任を考えたりでなかなか一步を踏み出せない人もいるように思われる。病院の中でピアに活躍してもらおうとしても、必ず職員が同伴することを条件にされてしまうのが現状である。しかし人間の成長過程には失敗がつきものである。不必要にそれを恐れず、ピアが成長できる場面をもっともっと増やし、そのための教育や研修にももっと積極的に取り組んでいきたいと考えている。そして私たち支援者も、利用者に助けをもらうという意識改革をしていかなければならない。

## 7 関係機関との連携

地域移行支援を実施する上で、関係機関との連携は必要不可欠である。また、地域移行支援に限らずとも、巢立ち会の活動全般においても関係機関との協力体制は大切なネットワークである。以下は、病院、家族、行政、地域との連携における巢立ち会のかかわり、考え方、留意している点などをまとめてみた。

### 1) 病院との連携

病院との連携はこの事業の成否を分ける鍵となる。どのように連携をとっていくかはそれぞれの場所で置かれている環境やこの事業を行う人によっても違いがあるだろう。病院と連携していくには、まずは精神科病院をめぐる諸問題や個々の病院の事情を理解していかなければならない。精神科病院は今日では多様化していて、長期入院を抱えていては入院費が落ち込むため救急病棟などに力を入れ、長期の入院患者さんの退院に力を入れている病院もあれば、長期の入院患者さんを退院させてしまうと新規の入院患者さんが来ないことを恐れて退院させようとしめない病院もあり、さまざまである。先日ある生活保護担当ワーカーが担当患者さんの退院の相談をしたら、「その人は院長先生の定期預金だから出せない」と言われたという話があった。病院が回転率を上げようとすると、とにかく忙しくなる。会議も多く、日に何人もの入退院があり、そのために目が回るような思いをすることになる。入院に関わる事務的なことも含めた業務は意外に多いのである。新規の入院だとなおさらである。また一方で、病床が空くことを恐れる病院も、最近ではアメニティを高めようと病棟の建て直しや改修に投資しているところが多く、借金を抱えているのが当たり前になっている。そうなるとうつ病を埋めて黒字を出そうと経営者はまず考えるだろう。

私たちは、最初にこちらからこれをして欲しいというような要求を病院にしても、実現するのは難しいと考えている。新しい関係を作るとき、相手に変わってもらうことを期待してもうまくいかない。まず、自分たちでできることを考え、提案し、できるだけこちらから足を運び理解を深めてもらう。病院の中に入れる機会があれば逃さずに出かけていく。しかも利用者と一緒に行くのである。

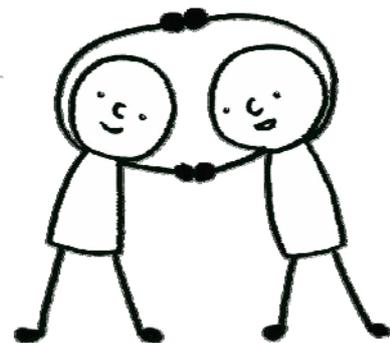
病院の職員も基本的には自分たちの見ている患者さんたちが元気に地域で生活できることを心から望んでいる。そのために努力しようという意欲や関心も十分にある。でも入院している患者さんたちと同じで、彼らが地域で生活して

いくことのイメージもつかめず、その方法もわからないでいるのである。地域から迎えに行き、成功事例を多く作り、退院した方々に訪問看護などを通して継続的にかかわってもらおう。こうして退院して元気に生活している患者さんを見て看護師も元気づけられれば、彼らの意識も随分変わってくる。そして患者さんの一番身近にいる看護師の意識が変われば、病棟全体の意識も変わってくる。病院の患者さんの入退院の権限を経営者が全て握っている病院はむしろ少ない。身近にいる看護師の影響は非常に大きく、そこを通して主治医の気持ちも変化する可能性があるのである。

本人に退院したい気持ちがあればそこで流れは動き出す。もしそれが乏しいようであれば、そこからどのように働きかけるかを私たちと検討すればよいのである。しかし残念なことに、医療従事者の習性として患者さんが揺れることに非常に不安を持つ。少しネガティブな反応が出たり、精神症状が再燃したりすると流れが止まってしまうことは良くあることである。私たちはそれを乗り越えて働きかけを継続してほしいと思うのだが、その点で一致を見ることは少なく、再度仕切り直しとなることが多い。しかし私たちがその患者さんのことを忘れずに、半年後、1年後に再度アプローチすることを諦めずに続けることが大切だと考える。

長い社会的入院の歴史を鑑みるに、病院の自発的な退院促進の取り組みに期待するのは難しい。そうであれば、地域から長期入院の患者さんを迎えに行き、地域に連れて戻り、その後の支援も続けるということを実践していけば病院も喜んで送り出してくれるようになるものである。先にも述べたが、病院に退院支援計画の機能を求めてもそれは難しいのである。私たちが出掛けて行き、信用される団体となり、1例でも実績を上げ、一人でも多くの患者さんを地域に連れ戻すということを実践していければと思っている。

病院との関係はフォーマルなものばかりではない。私たちが多くの病院と連携を上手に取れてきた背景には、インフォーマルな付き合いもあってのことだったと感じている。自分たちという素材を使って、ありとあらゆる方法で病院との連携作りに努める必要があるのではないか。



## 2) 家族との連携

精神障害者の家族は、家族自身の生活や人生を制約するような過大な責任を負わされてきた歴史がある。法改正によって精神障害者に対する家族の法律上の義務は大幅に軽減されたものの、現状としては家族に対する過剰な期待が依然としてあるように思う。これは社会的入院を引き起こしてきた一因でもある。成人している精神障害者の引き取りを家族に求め、扶養の義務を負わせるのには無理がある。両親が若くて経済力もあるうちならまだしも、高齢の両親、兄弟のもとに長く入院していた人たちが退院するのは、どう考えても不可能である。家族の引き取り拒否は家族の悲鳴でもあるのだ。これ以上自分たちに負担を課されたら自分たちの生活が立ち行かなくなると。この家族に引取りを依頼する、最終責任を家族に求めることを前提とした退院の考え方を変えなければ、家族の拒否によって退院が実現しないという今の構造はいつまでも変わらない。障害のある人のケアが社会化されることで、家族も自分自身の人生を生きながら、障害のある身内を受け入れられるようになるものである。そのための教育や情報提供などはあらゆる機会を通して行われなければならない。「もっと早く知っていたら」私たちが何度も耳にした家族の言葉である。

巣立ち会では、家族に負担も責任も求めないことにしている。家族と直接接触して、個別の質疑応答や情報提供ができる機会の確保に努め、できる限り利用者の退院後の住居や日中活動の場におけるサービスと支援する側の顔を伝えて安心してもらおう。私たちはこの機会をとらえて、退院後の生活における様々な責務を家族に代わって法人が引き受けるというメッセージを繰り返し伝え、家族を長年束縛してきた役割意識を修正し、退院の動機付けを行う。

一旦は家族の負担感を取り除くことが重要になる。利用者の生活支援を私たちが約束することによって家族に少しゆとりが生まれる。それぞれの状況に応じて、退院に反対する家族に対して個別に私たちも働きかけを行う。日中活動の場やグループホームの見学、支援の内容の説明、経済的な問題への対応など、家族の理解を求める為のあらゆる方法をとることで、今までは家族の了承を得てきている。利用者が安定して家族に負担感がなくなり、遠い昔の外傷体験が癒えれば、家族との良い関係は必ず回復する。基本的には、身内である利用者が幸せになることを一番願っているのも家族なのである。

### 3) 行政との連携

障害者自立支援法によって精神保健福祉における市区町村の役割は益々強化された。このことを素直に心から喜びたいと思う。私たちがこれから益々やらなければならないことは、行政との協力関係を作り、行政がより良いサービスを提供できるように働きかけることである。市区町村の裁量権が拡大したということは、私たちのような福祉サービス事業者の働きかけ次第では、今まで以上に自治体によってサービスにばらつきが出てしまう可能性があるということである。自分たちの住む地域の障害者福祉はお上から与えられるものではなく、自分たち自身で作っていくものという考え方がこれからは必要になってくるであろう。

行政とのパートナーシップでは以下のような点を心掛けている。

- ① まずは足を運ぶこと。相手が忙しいだろうと遠慮してはお互いの理解は深まらない。私たちが何を考えているのか、何をしたいのかを常にきちんと伝えるようにする。口で話すだけでなく、データや事業計画など形にしたものを努めて持って行くようにする。
- ② 課長や係長などが異動になったときには必ず挨拶に行き直接の担当者と話し、自分たちの活動を知ってもらえるようにする。
- ③ 困ったことなどが生じたら自分たちだけで抱えることなく常に相談を持ちかけ、同時に報告もしていく。必ず行政が解決してくれるとは限らないが、何かのアイデアをもらえることも時々ある。一緒に歩む姿勢を持つことが大切である。
- ④ 何かを頼むだけでなく、行政から依頼があったときはできる限り **NO** といわずになんでも引き受けることにしている。
- ⑤ 要求ごとだけに終始するような関係性にはならないように注意している。行政などに対しては、要望書を提出することも多いが、立場への共感や理解、場合によっては支援が必要なのは利用者だけではない。行政の担当者も同様に仕事を通して達成感を味わい、価値を共有できる仲間と出会い、自己実現することを望んでいる。理解し合い、協働し、行政の持つ力を引き出すという発想を持つことで、関係が大きく変わるものである。

#### 4) 地域との連携

私たちはグループホームを始める際、あえて隣近所に事前に挨拶をするということはしなかった。しかし、次章で述べるように大家さんにはあらかじめ話して了解を得て、建物も私たちの希望のものを建ててもらっている。この大家さんを媒介にして、自治会に入ったり地域の行事に参加させてもらったりという活動をしている。地域への発信はなかなか難しいこともあり、それぞれの地域の事情もあるが、地域に根付いていくためには地域の一員として何ができるかということについていつも考えていくことが大切であろう。

日中活動の場では、常に地域の人々との関係を持てる機会を見つけて、こちらから様々な行事に参加する努力をしている。巢立ち会では年に1回、クラシックのチャリティーコンサートを開いており、全く福祉と関係のない方たちにもクラシックを楽しんで頂きながら、少しでも私たちの活動紹介を行うということもしている。また、バザーやフリーマーケットなどの販売や、公園清掃や草むしり、地域清掃などを作業に取り入れ、これらを通して地域住民に私たちの活動を理解してもらえるように活動している。これからは狭い意味での福祉にこだわらず、町興しのような活動に積極的に法人としてもかかわっていく必要があると考えており、これからの課題である。



## 第4章

## 巣立ち会の住居提供支援

### 1 住居をめぐる問題

精神障害者が地域で安定した社会生活を過ごす為には、地域医療、福祉サービス、住居、地域住民の理解、雇用機会など、多くのものが必要である。このいずれも不足しているのが日本の現状だが、中でも住居が確保できないということが社会的入院を最も直接的に引き起こしている要因の一つと考えられる。退院しようにも、住むところが確保できなければ何もはじまらない。グループホームやケアホームの不足もさることながら、民間住宅で自活する能力が十分にある当事者も様々な障壁によりアパート貸借が非常に困難な現実がある。公営住宅は、こうした市場原理の中では住宅確保が困難な住宅困窮者を救済することが本来の責務のはずだが、障害者に対してはその役割を十分に果たして来たとは言いがたい。諸外国では、精神障害者を優先的に入居させる家賃補助付き住宅や障害を理由に入居を断ることを禁止する法律があると聞く。日本でも長らく当事者の「病の問題」にすり替えられて来た「住宅の問題」を住宅の問題として正しくとらえ直し、住宅政策を是正していく必要があるのではないか。しかしそれをただ待っていても仕方がないので、現状では私たちサービス提供者が住宅資源を持っている地域の人たちに対して代弁、仲裁、調整など、積極的に働きかけることによって住居を確保していく必要がある。

### 2 住居保障の重要性

巣立ち会では、支援する患者さんに対しては入院中から住居確保を保障するというやり方をしている。私たちは住居と適度な支援さえあれば、容易に退院できる人たちが病院にはたくさんいることを長らく感じてきた。病院の中でさまざまな訓練をしても、地域で戻る場所がなければ行き詰ってしまうこともある。しかし、退院できる場所さえあれば、多少の困難があっても地域で暮らすことそのものがリハビリの意味を持ち、当事者の奪われてきた社会機能が回復されていくのである。私たちは、リハビリテーションは本人の日常生活の中で行っていくほうがより効果的であると考えている。入院生活はその人の生活する力を奪ってしまうものであるため、入院治療が必要な急性期を過ぎたら、在宅で

それを行っていくのが理想なのである。

患者さんにとっては、住む場所の提供を約束されるということは、何よりも「退院できるかもしれない」という夢や希望をもたらし、本人の退院意欲を引き出すのに非常に有効である。そして、人は夢や希望を持つことによって大きく変化していくものだということを、私たちは利用者から学んだ。様々な人たちが候補者に上り、最初は「この人が退院して地域で自立するのはとても難しいのではないかと危惧した人たちでも、まずは通所を始め、黙々と通い続けるうちに仲間ができ、支援者ができ、そうした関係の中から本人が見違えるほどに変わっていくのである。本人にその一歩を踏み出してもらうためにも、まずは住居を保障するということが必要だと感じている。住居保障は本人に対してだけでなく、病院関係者や家族にも安心を与え、動機を高めていくことは言うまでもない。

### 3 住居資源開発のためのコミュニティワーク

このように、地域移行支援においては住居の保障が重要であるにも関わらず、精神障害者の住宅資源が不足しているのが現状である。それは、退院促進支援事業には個々の利用者に対する個別援助だけでは不十分で、それとあわせてコミュニティワークが必要であることを意味しており、国がこれまで推進してきた退院促進支援事業に十分な成果が上がらない原因が、ここにもあるように思われる。

#### 1) 巣立ち会の住居開拓

巣立ち会では設立当初から地域の不動産屋や家主との協力関係を作り、住宅資源の開拓・開発に力を注いできた。その結果、16年間で約140名の利用者に対する住居の確保という実績をあげることができた。巣立ち会の退院促進支援事業はグループホーム活用型モデルなどと周囲からはよく言われ、住居提供が巣立ち会の特徴でもあるが、決して最初からグループホーム活用型モデルなどというものを構想したわけではなく、必要に迫られて一つまた一つとグループホームを増やしていった結果なのである。

では、私たちはこれまでどのように地域との関係を構築し、住宅資源を開拓してきただろうか。私たちの活動は、居室4部屋のグループホーム1か所から出発した。この最初のアパートは築50年にもなる古いものだったが、そのの

大家さんの理解の下に、その後 20 室もの部屋を借り上げることができた。ここでの私たちの実践を地域は静観していたわけである。そして私たちの活動がある程度評価してくれたときから、地域からの住居提供は自然に増えていった。私たちに物件を提供してくれている大家さんの多くは知り合い同士で、お互いに情報交換をしている間柄である。つまり地域の既存のネットワークの中で私たちの活動が周知されていったのである。一人の大家さんが利用者のことを「真面目ないい人」と伝えてくれればそれが口コミになるし、「巢立ち会の職員はよくやってくれる」といえばそれも口コミとして地域の評価になっていくのである。

私たちが現在運営する 8 か所のグループホームのうち 4 か所は調布市にあるが、調布市の土地柄もあり、大家さんも地域在住の非常に理解のある人が多かったことは幸いしている。最初の大家さんが利用者のことを「いつも挨拶をしてくれて、明るくていい人たちだ」と近隣に伝えてくれたことなどが影響していると思われる。今でもアパートを建てることを検討してくれている地主さんが複数いるが、こうした地域からの評価が奏功しているのではないかと考えている。加えて、大家さんにとって経営面でのメリットがあったことも後押しとなった。東京都では、自立支援法に移行した現在では空室が出た場合の家賃補助は 3 か月しかなく、それ以降の空室留保は事業所の出費になるが、以前はグループホームの利用者居室に対して稼働状況に関わらず家賃補助をしてくれていた。つまり当時は補助金として年間家賃が保障されていたため、長期の一括借り上げの契約を提示でき、大家さんにとっても継続して空室の心配なく家賃保証がされるというメリットがあったわけである。

## 2) 理解ある人々との出会い

しかし、そうした営利的な収支の計算だけでこれだけのグループホームが増えてきたわけではない。

地域で活動する中で時々感動する瞬間があるが、それは福祉の専門家でもなく、特にそうした経験もないのに私たち以上に障害者や弱い立場の人たちに寛容で愛情深く、彼らを隣人として何の差別もなく受け入れてくれる市民の人たちに出会えた時である。「病気が良くなったのに入院しているのはかわいそうだね」「障害者でも、自分ができることは自分自身で努力する義務がある。でも足りない部分は社会が補填すべきだ。」「困っている人がいるならアパートを貸しておやりなさい。」「どうせ建てるなら人の役に立つものにしたい。」これらは私たちに物件を提供してくれている大家さんの発した言葉である。そのひと言ひ

と言に思わず胸が熱くなるような感動を覚えてきた。そのような人たちを見つけ出し、そうした人たちの連携・連鎖を作っていくことが私たちの仕事かもしれないとさえ思う。私たちは何か事業を行うのに反対運動に出会ったことは今まで一度もない。一般市民は差別・偏見を持っているという私たちの偏見こそ、まず捨てることが重要だと思うのである。なお、大家さんには行事などにはいつも声をかけ、私たちの活動を理解してもらえるように日々努めている。いつも感謝の気持ちをもって、表現することに努力するようにしている。法人の評議委員などの役員を何人かの人には引き受けてもらったりもしている。平成18年度には、初めて大家さんや不動産屋との懇談会を開催した。こうした横の連携がお互いの理解を深め、協力者としての意識をますます高めることに貢献してくれている。

### 3) 住居設置への道

障害者施設の建設、あるいは設置によく住民反対運動が起こる話を聞くが、そうしたことが起こるにはある共通の状況要因があるように思う。私たちはすべて日中活動の場も含めて貸借で行っている。貸借ということは賃料という形でその地域に利益をもたらすということでもある。多くの反対運動は土地を買って、自前の建物を建てるときに起こりがちである。行政からの補助金支出の条件として住民同意を取るということもその引き金になっていると思われる。私たちは住まいについては入居前に近隣に話すという方法は取っていない。誰でも自分の好きなところに住居を構える権利があると思うからである。すべての人間に地域で住む権利、働く権利が保障されることが最低限の人権と考えたなら、近隣住民の同意が果たして本当に必要なものなのか問われる問題であるとする。土地の購入のとき、必ずしも以前から活動をしてきたところで開設できず、落下傘のように近隣に何者なのかわからない段階で建設の話が出るということも住民不安をあおる一因となるであろう。また、私たちの場合は場所的にも物件はバス通りだったり、隣に住宅がある場所ではなかったりしたことも幸いしているかもしれない。さらに、私たちの事業所が点在する調布市と三鷹市を結ぶバス通りが道路拡張のため、道路の両側で全部建て替えが起こったということも大きく影響している。5棟の内、3棟はこの建て替えで建ててもらっている。公共事業があるときは何らかの働きかけで私たちの活動が参入するチャンスがあると捉えることができる。

以前、北海道の「帯広ケアセンター」の活動を見学させてもらったのだが、帯広でも生活保護の家賃の範囲内で随分多くの建物を建ててもらおう、あるいは

は借りてグループホームにしていた。私たちの歩みは決して例外的なものではなく、意識的な努力があれば全国どこでも精神障害者のグループホームと開示して物件を立ててくれる、あるいは貸してくれる理解ある協力者を得ることができるのだということを実感した。なお、帯広では最初の共同住居が住民反対運動にあったが、関係者の熱意で話し合いを繰り返して開設し、夜間の連絡体制なども取り、住民の理解を得ていったとのことだった。反対運動があっても乗り越えていく方法は私たちの経験の中に蓄積されているのである。

## 4 契約の形態と保証人

賃貸借契約の形態だが、グループホームは大家さんと巢立ち会が賃貸借契約を結び、各利用者と巢立ち会が個々に居室の利用契約を結んでいる。グループホームでは原則として保証人を立ててもらいが、いない人も入居は可能である。

グループホーム以外の住居確保の支援では、大家さんや不動産屋とのやり取りを必要に応じて巢立ち会が行い、賃貸借契約は本人が結ぶことになる。その場合、ごく少数ではあったが、どうしても保証人がいないというときには、本人が巢立ち会の日中活動の場の利用者であれば、巢立ち会が保証人になるということもあった。現在では、比較的実績のある民間の保証会社もあり、今後はそうした民間会社の利用も検討していくことになると考えられる。

アパートを借りるに際して、本当に保証人になれる身内がないという人はごく少数だった。しかし多くの家族たちは、もう自分たちは責任を持ってかわれなれないと思っている。だから保証人を引き受けたくないのである。大家さんや不動産屋にとっても、単に保証人がいる、いないということよりも、家賃の滞納など何か問題が起こったとき、実際に対応してくれる人がいるのかどうかという点が心配なのである。精神障害者を非常に嫌う不動産屋の中には過去に痛い目にあった不動産屋が少なくない。障害を開示して理解を求める以上、同じような経験をさせないのが私たちの努めだと考えている。今では、大家さんや不動産屋との懇談会などを定期的につつまうようにして、理解者を増やし、単身生活用の物件の確保にはほとんど不自由をしていない。賃貸借契約者がたとえ本人であっても、巢立ち会が間に入って対応をするようにしており、緊急時の対応や日常生活で困った時の窓口を一手に引き受けている。問題が大きくならないうちにきめ細かく対応していくことが、利用者の地域生活の安定と継続につながっていると考えられる。

なお、巢立ち会では担当職員の携帯電話番号を教え、365日24時間の連絡体制を取っている。何かあったときにはすぐに対処してくれるという安心感を、不動産屋や大家さんに持ってもらえるように努力している。

## 5 住居の形態

巢立ち会では現在 63 室のグループホームを運営しており、それ以外にもこれまでに 20 数室の住居確保の支援（住居を借りる際に何らかの形で巢立ち会が支援し、その後の生活支援も継続している部屋）を行ってきた。このグループホームのうち、5 棟 36 室は巢立ち会の為に新築してもらった建物である（表 4-1）。

表 4-1  
グループホームなどの新築物件 5 件の状況

	巢立ち ホーム	巢立ち ホーム調布	巢立ちホー ム調布第 2	巢立ちホー ム調布第 3	巢立ちホー ム調布第 5
建築年	H16 年 2 月	H17 年 9 月	H10 年 6 月	H15 年 1 月	H18 年 3 月
居室数	6 室	5 室	6 室	8 室	13 室
家賃	52 万円	42 万円	53 万円	58 万円	102 万円
居室の 家賃	65,000 円	63,000 円	66,000 円	60,000 円	69,000 円
家主	地域の地主	元郵便局長・ 地域の地主	以前に職親・ 民生委員の経 験あり	地域の農家	地元で事業経 営・民生委員
建てて もらった 経緯	利用者が建設 中アパートの 不動産屋と交 渉したことが きっかけ	東京都の用地 買収の人を通 しての情報	以前に職親を 依頼したこと がある	第 2 の家主さ んの親戚	東京都の用地 買収の人を通 しての情報

グループホームというと、リビングやお風呂、台所が共有で、居室については個室があるという形態をイメージする人が多いが、私たちのグループホームの場合は入居者の住居はそれぞれ独立した完全独立型で、アパート 1 棟丸ごとを借り上げているという形態がほとんどである。各居室は単身者向けのバス・トイレ付き 1K（ただし一部は風呂なし）という間取りである。このような形態をとった最初のいきさつは、東京では 5LDK ぐらいの大きな一戸建て賃貸物

件などほとんどなく、単身者用のアパートを建物ごと借り上げるという方法しかなかったからである。しかしそれと同時に、本来それぞれが自分らしい生活を送るには独立型の方が望ましく、清掃についての基準や生活時間も異なる人間同士が共同生活をするのは、よほど気の合った者同士でも難しいものである。そうした点から、巣立ち会の為に新たに物件を建ててもらう時には、あえてアパート形式の独立型にしてもらっている。グループホームでは交流室を設けて世話人がそこに詰めており、話し相手になったり、各種相談に乗ったりすることになる。それ以外に、ほとんどのグループホームでは週2回の夕食会を行っており、グループホームの仲間同士で情報共有や交流を行っている。

これもこの形式が絶対にいいということではない。それぞれの地域特性や住宅状況により、大きな一軒家があればそれを利用してグループホームにすることは十分に可能であろう。私たちは、自分たちが置かれた逆境をどのように強みに変えていくかということを中心に考えていくべきなのである。

## 6 グループホームの運営管理の留意点

### 1) 職員への配慮

住居提供サービスは住居を確保することも大切だが、そのサービスを安定して運営していくことはもっと大切である。まずは、職員が安心して楽しく仕事が続けられるような環境を整える、ということに非常に気を使っている。この仕事は、ハードよりもソフト、建物も大切だがまずは職員が重要だと考える。良い職員が良いサービスを提供してくれてこそ、利用者の満足につながるのがある。グループホームは一人職場だが、24時間にわたって仕事の連絡が入る状態ではその職員は気が休まらない。そこで巣立ち会では、入居者からのクライシスコールは一手に理事である管理者（グループホームの管理者とは別）の携帯電話に入るようになっている。電話の用件はとりあえず聞き、翌日に世話人が対応して済むことであればそれまで待ってもらい、どうしてもすぐに行かなければならない要件であれば、管理者から世話人に連絡をする。実際に夜間に出かけなければならなかった要件は、この16年間で数件だけである。本当に必要だと判断したときは世話人だけでなく、他の職員にも声をかけて複数体制で駆けつけることになる。

グループホームを運営している法人の中には、入居者の生活者としての暮ら

しを重視し、何かあったときは一般市民と同じように警察、消防、隣近所などを活用することを基本としているところもある。これはこれで優れた実践であり見習うべき点も多いと思う。しかし一方では、「私たちがいつでも対応する」ということを担保にすることで物件を提供してもらい、地域の中で受け入れられているという現実も否定できない。これは絶えず検討していかなければならないテーマでもある。

グループホームは一人職場なので、世話人は孤独感や利用者とのかかわりの中で閉塞感を感じがちである。そのため巣立ち会のほかの部署の人間となるべく協働し、利用者にもチームでかかわり、世話人を孤立させないように心掛けている。グループホームで開いている週2回の夕食会には利用者の通所先の職員も参加し、日中以外の時間でも利用者の相談を受け、本人に何か変化があった場合はそこで対応できるような仕組みを作っている。

その他に職員が困った時は、いつでも管理者やサービス管理責任者と相談できる体制を取り、必ず何かの助言をするようにしている。利用者に言いにくいようなことやルールを守って頂けない利用者への注意など、憎まれ役はなるべく管理者が引き受けるようにしている。利用者の最も身近にいる世話人が恨まれるようになると、仕事がやりにくくなるからである。

また、グループホームに外部の人も出入りしてもらうために、退院した病院からの訪問看護を積極的に受けている。訪問看護は病院との連携の中でとても重要であり、世話人にも様々なアドバイスをしてくれるため非常に助かっている。看護師は非常に良く気が付き、服薬や本人の日常生活の管理に対しても働きかけてくれるため、世話人としては大変ありがたい存在である。

## 2) 危機管理の体制

最善の努力をしても事故が起こることはある。私たちの活動の中でも、さまざまなことがあった。この16年で起こった事故で1番大きなことは自殺者を3名出していること、そして火事と小火が合わせて3回起きたことである。このうち、自殺の1件と火事の1件は入院中の利用者だった。1人は病院からの外出時にアパートでタバコの不始末による火事となり、もう1人は離院をしてきて自分の部屋で縊死してしまう出来事だった。残り2件の自殺はマンションの屋上から飛び降りたケース、小火を出した1件はやはり自殺未遂のような形で出火したケース、そしてタバコの火の不始末からの小火があった。2件の自殺と2件の小火のうち、2件は退院して2か月から3か月の間に起こったものである。これらは精神症状と密接な関係があり、幻覚妄想状態に基づいての

ことだと推察され、いかに病状管理が大切なことかを痛感させられた。

そのため、巣立ち会では危機管理体制の工夫に力を入れている。自殺に関してはWHO自殺防止マニュアルを検討材料にして、巣立ち会独自の防止マニュアルの作成に取りかかったところである。また火事に関しては、その防災対策として、できる限りのことは行っている。例えば、グループホームなどの全居室には、自動消火装置、防火カーテン、消火器、電気コンロを設置しているし、消防訓練も定期的に必ず行っている。また、世話人は防災管理責任者の資格をもち、利用者に火の取り扱いに注意を払うよう呼びかけ、防災への取り組みに力を入れている。

予想もつかないことは突然に起こるものであり、事故を絶対に起こさないということは難しい。このような危機管理体制を整備しながら、実際に事故が起きたときに最善の努力と対応をしていくということの確認、問題を解決していくための連携や支援体制を築いておくこと、そして解決のつかない問題はないという確信を持つことが大切である。

## 7 財政上の課題

障害者自立支援法に移行してからは、グループホームの収入は「一人一日いくら」というような報酬体系になっている。そのため、空室が出るとその分の収入が入らなくなるという、従来はなかったのだが、ある意味では当たり前の経営上の課題を持つようになった。しかし東京都はグループホームを通過型と滞在型の2種類に分類し、それぞれに異なる都独自の報酬単価の上乗せをしている。従って東京都に関していえば、財政的にかなり優遇されていると言えるが、都の単独の補助や加算なしに、国の基準の報酬だけでグループホームを運営するのはなかなか困難だというのが実感である。この1年間のグループホーム経営の収支の実績からみて、もし国の定めるサービス報酬だけでグループホームを運営するなら、スケールメリットのある15名から20名規模の大規模なグループホームにしない限りかなり財政的に厳しいと思われる。規模を大きくすることによって、稼働率の変動を吸収することがなんとか可能になるかもしれない。しかし、精神障害者の地域移行をもっと望むなら、グループホームの経営上の問題がもう少し改善されるよう制度の見直しが必要と思われる。

## 第5章

## 巣立ち会の支援の特徴

### 1 活動の特徴

巣立ち会の活動の特徴について整理してみる。

#### ① 法人全体でかかわっている

多くの退院促進支援事業は地域活動センターの事業になっているが、併設する事業所がある場合は一緒に取り組むほうが確実に効果はあがる。単独の事業と切り分けずに、その法人の持っているすべての人的物的資源を投入してこの課題に取り組むほうが、成果は当然だが出てくる。この事業を単に行政からの委託事業と考えるのではなく、長く専門家として解決ができなかった自分たち自身の問題として捉え、今の日本の精神保健福祉の根源的な問題と認識して、少なくとも委託を受けた団体は一致団結して当たってほしいと願うものである。

#### ② チーム責任者が明確でいつでも連絡が取れ、指示が出せる状態にある

管理者の携帯はいつでも ON の状態で、何かあったときにはいつでも対処、指示ができるようになっている。判断の責任者が明確でスピーディーに対応ができ、決して誰かに責任転嫁するようなことはなく、指示が明快に出せる体制になっている。巣立ち会の基本の一つとして、判りやすさを大切にしている。少なくとも職員が迷って判断を長引かせたりタイミングを失ったりということがないようにと管理者は心がけている。

#### ③ 1人の利用者に、2人以上の担当者がいる

これは通所と入所が両方でかかわるので、最低でも2人の担当者がいるし、それ以外にも複数の職員が利用者と接する機会があり、お互いに利用者についての情報や意見の交換を随時行えるようになっている。

**④ ピアサポート体制ができている**

利用者がこのプログラムの重要な支援者になっている。

**⑤ 体験通所期間が6か月以上ある**

この3年間では、体験通所期間は半年から1年3か月と幅のある平均となっている。安定して通所でき、双方が退院できると感じるまでには一定の期間が必要だと考えられる。この長短に関しては様々な要因が考えられるが、空き部屋のあるなしといった、本人以外の外的な条件によって影響されることがあることも事実である。

**⑥ 病院へでかける回数が多い**

各事業所では、月に何度も病院に足を運んでいる（約40回／月）。連携がいかに大切かということである。

**⑦ 利用希望者に年齢や入院期間などで条件を付していない**

原則的な条件はあるが、とにかく多くの人に門戸を開こうというのが私たちの姿勢である。

**⑧ 24時間電話受付の窓口を設定している  
（緊急時に対応）**

15分以内に駆けつけられる職員が複数いる。これはやはり管理者の携帯電話で対応している。昔は、確実に連絡を取れる体制を敷くためには、当番で当直や宿直をおかざるを得なかった。そうした時代に比べると、携帯電話一つで今や世界中どこでもつながれるようになっており、危機管理体制が非常に敷きやすくなっている。100名以上の利用者が管理者の携帯電話を知っているが、平日は各日中活動の場に相談をするので土日祝祭日、夜間のごく限られた時間にしか連絡はなく、月に数件である。

**⑨ 地域の関係機関と密接な連絡が取り合える  
関係ができています**

全てのケースが巢立ち会を利用するというより、最近では退院希望者の希望に添えるようなコーディネート機能を持つようになってきており、よりふさわしい資源があればそことつなげるなど、他機関と良い形で連携が取れるように心がけている。

**⑩ いつも住めるアパートを準備している  
(保証人がいなくても住居提供を行う)**

協力的な不動産屋とはいつも連携して、適当な物件があったら、随時紹介してもらおうような関係を築いている。また定期的な不動産屋との交流会も設けており、新たにアパート物件に不自由をすることは現在ではなくなっている。

**⑪ 大家さんに障害を開示している**

本人が障害を隠して探したいときは、それに従って本人に任せたアパート探しを行うが、開示しても紹介してくれる物件はあることから、現在では非開示の物件はほとんどなくなっている。過去には、開示せずに探したアパートで、後で障害がわかって理解を求めていった経緯のある物件も数多くある。大家さんたちとは年に1回、やはり交流会を行っており、私たちの活動の紹介をしたり、大家さんからの要望を聞いたりしている。

**⑫ 近所に仲間が住んでいる**

大家さんに障害を開示したことにより、結果として巢立ち会の為に新規に物件を建ててもらったり、徐々に借りていく部屋が増えたりしてきた経緯があり、同じアパートに利用者が住むという形態ができ上がってきている。そのため、何か困ったことがあるとまず職員ではなく、利用者同士で相談しあうことも多く、ピアサポート体制が自然発生的にでき上がっているといえる。

**⑬ 新しい利用者に対して受容的である**

利用者同士に仲間としての意識が芽生えるように、普段の日中活動の場でもグループ作りを意識した働きかけを行っており、新しい利用者に対しては他の利用者が退院までのプロセスをさりげなく支援するような雰囲気ができている。

**⑭ 夕食会を開いている**

グループホームの利用者はもちろん、それ以外の近隣に住んでいる、あるいは巣立ち会が住居提供をしている利用者すべてに夕食会は開かれており、材料費を出せば参加ができることになっている。多くの長期入院者には食事にまつわる不安が強いため、食事のサービスは非常に評判がよく、交流の場としての機能ももつようになっている。

**⑮ 交番と連携をとっている**

近所の交番には時々挨拶に行くことを欠かさずに行っている。利用者同士のトラブルでの交番通報や、物取られ妄想に基づく交番通報などの利用者からの通報が時々あるため、管理者の連絡先を交番に伝えておくことで、緊急時には連絡をもらえる体制になっている。

**⑯ 退院後も継続して支援をする**

以上繰り返しになるが、私たちの支援は退院がゴールでは決していない。むしろ、病院という枠からはなれてその先の自己実現に向けて支援していくことが私たちの本来の仕事であり、退院後の支援こそ、重要であると考えている。

## 2 巣立ち会の信念

巣立ち会でいつも共有しあっている信念や言葉、考えを言葉にして羅列してみた。

### ① 夢は言葉にして共有し合うもの

巣立ち会の結成のとき、病院から1病棟分の患者さんを退院させたいと言ったとき、多くの人はそんなことは妄想に過ぎないといった。しかし、現実はこの16年の間に

130名以上の人たちが巣立ち会の活動で病院から退院してきているのである。最初は誰もが無理と思うことでも言葉にして繰り返し、その夢を伝え合い共有し合うことで、最初は不可能に見えたこともいつしか実現可能になることが往々にしてあるものである。とにかく同じ夢に向かう仲間を作ること、一緒にその思いを共有して温め、育てていくことが夢の実現につながるのである。

### ② 現状維持は後退 守りより攻め 前進あるのみ

人はいつも現状に満足するのではなく、あるべき姿や未来に目を向けて希望や目標を持つことで成長すると考える。私たちの考えは夢や希望が人生を豊かにし、生きがいを持てるようになるというものである。

前向きの姿勢は物事の展開を発展的にしていく。利用者も職員も同様である。守りに入ろうとすると、人間はどうしても視野が狭くなるものである。巨視的な視点や視野を持つことで成長していくことができるのではないかと考えている。支援体制のあり方や組織のあり方なども、いつもこれでいいということではなく、もっとよいあり方を模索し続けていくことが大切かと思っている。方法論も進化する。変わっていく方法を、いつも新しく学ぶ姿勢をいつも持ち続けたいと考えている。

私たちの活動は発足した平成5年から2年とおかず、いつも新しい事業を開始してきた。次々に新規事業を立ち上げ、職員を増やし、走り続けてきたわけである。バブルがはじけて税収が落ち、行政が新規事業を認めなくなってからも、補助金があつなくても住居を借り上げ、住宅提供を独自に行っているし、作業所が新規に認可されなくて2か所分の利用者を1か所の作業所で見

きたということもあった。ほとんどの事業がお金は後からついてきた。必要な人に必要なサービスを、という考えが現在の巣立ち会を形成しているといえる。

また、巣立ち会では機会があればいつも新しい事業にチャレンジしてきている。市や都からの委託事業、今回のこうしたマニュアルや事例集を作成するというのもだが、この一つ一つは職員の大きな負担になってくる。しかし、やり遂げたときの達成感とその過程で苦勞したことでの職員にとっての学習や経験は、何にも代えがたいことだと考えられるのである。大きな仕事を成し遂げると人はひと回り大きくなったように感じられるものである。

利用者の職場探しをしたときに、数十か所の企業に利用者を雇ってくれるように頼んで歩いた経験から、決して卑屈になる必要はないが、利用者のためにならどれだけ頭を下げてでも減らないと考える。例えば就

**③ いくら下げても  
頭は減らない**

労、例えば退院の目的がかなうものなら何でもするという心構えである。原理原則を相手に突きつけるばかりでは、事は成就しない。相手を立てながら、相手の利益も考えながらの作戦が必要である。一般企業の営業に通じるものだが足で稼いで頭はいくらでも下げて目的に到達したいと思っている。

この16年間にいろいろなことが起こったが、困ったときは必ず誰かが助けてくれてきた。住宅がなくて困ったときに手を差し伸べてくれた大家さんや不動産屋、就職先を探しているとき

**④ 困った時は必ず  
誰かが助けてくれる**

に職場を提供してくれた社長さん、仕事がないときに協力してくれた事業所さん。見えない人の力を信じるには勇気があるが、困ったときに「助けて」とサインを出せば誰かが手を差し伸べてくれるというのが今までの私たちの経験から確信を持って言えることである。

「必ず誰かが助けてくれる」につながるのだが、巣立ち会の存在やそこにかかわる個々人の存在が、いろいろな人とのつながりや支援の中で存在しているということを昨今しみじみ感じてきている。支え手になっているのは、物やお金ではなくていつも人である。人への感謝を忘れずに、相手に伝えることを常に努力している。

**⑤ 人への感謝を  
忘れない**

**⑥ 利用者が一番の恩義がある  
利用者が一番の先生である**

実践家として私たちの一番の教師は利用者である。自分たちが最初から支援者だと考えるのは大

きな勘違いである。何をしていたらいいのか、それを教えてくれるのは利用者である。利用者がどれほど優しく、指導してくれてきたかを振り返り、その原点を忘れないことが大切と考える。

**⑦ 人のために何かができることは  
それだけで幸せなこと**

人が困っているときに自分たちでできることは、それが利用者であれ、他の機関であれ、できるだけの協力を惜

しまないことにしている。人のために何か役に立てることは、それだけで幸せなことだと利用者ともどもこの価値観は共有してきている。この気持ちがピアサポートにつながり、自分たちが困ったとき助けてくれる人が現れるということにつながっていくのである。

**⑧ つかんだら  
離すな**

これも人のことである。いろいろな機会に様々な人と出会うが、この人は価値観が一致するとか私たちのことを理解して協力してくれるとか、直感で感じた人たちとはとにかくつながっていくようにすることが大切である。

**⑨ 何を言ったかではない  
何が伝わったかである**

これは職員の立場で気をつけていることだが、自分たちが何を言ったかということよりも、相手がどのように聞いたかということ

いつも念頭においておかないと、時々齟齬をきたすことがある。その時に自分がこういったということを弁明するのではなく、どう伝わったかを確認することが大切と常々感じている。

社会は資源のオアシスといわれるが（チャールズ・A・ラップ）、私たちの周りにはいろいろな資源が泉のようにわいていていると考えられる。それを見つけ出し、資源として利用できるように私たち自身の感性を磨いていくことが大切と考える。

## ⑩ 社会は資源のオアシス

行きつけの喫茶店で利用者の作品の陶芸をおいてもらったこと、行きつけのショップで利用者の雇用を検討してもらっていること、販売用の石鹸を置いてもらったことなどもある。また、世間話の中からアパートを紹介してくれる大家さんの紹介を受けたこともあるし、新居を構えるのに必要な家具の提供を受けたことなどもある。

繰り返しになるが、私たち巣立ち会ではNOと言わないことをモットーにしている。このことは、必要とされるサービスに手が届いていない人が、この精神保健福祉の世界では圧倒的に多く存在していることへの私たちの小さな抵抗である。私たちの力では到底及ばない現実もあるが、せめて目の前に現れた人たちにはこちらから可能性を閉ざすことはしない、という固い決意があるのである。

## ⑪ NOと言わない

道端の石ころと同じで、おかれた環境からどのような可能性を見出すかは相手の問題ではなく、むしろこちら側の考え方、

## ⑫ どんな状況からもよい側面を見つけ出す

アプローチの問題であると考えます。考え方一つで未来は明るく輝きを増すようになる。同じ時を過ごすなら楽しく、前向きに考えていく方がよいというのが私たちの考え方である。そしてよい側面を見出していくことも訓練であり、ある種楽観主義につながるが、それを自ら訓練していくことが大切である。

障害者自立支援法が施行されることになってさまざまな批判が噴出したが、私はこれでサービス供給が今までの補助金の時のように制限されることがないという点で非常にうれしく感じたものである。多くの長期入院者は社会資源がないために病院から出られないという側面が明らかにある。それぞれの事業所が制限されることなくサービスを増やしていければ、地域移行支援の現実も変わってくる可能性があるのである。

**⑬ あきらめない**

本文中にも何度も繰り返してきた言葉である。あきらめない、途中で放り出さない、継続が力であると心から信じている。

**⑭ 徹底して利用者のニーズをくみあげる**

「利用者から学ぶ」の基本だが、言葉に出されたニーズは勿論、言葉にならないニーズも徹底してくみ上げる

努力をしていく。長期入院者は必ずしも退院したいといわない。だからそのニーズがないとは私たちは思わないのである。将来にわたる夢や希望についても同様である。就労や経済的自立、就学や結婚なども、利用者が何を思い何を望んでいるかをいつも一緒に考えていく姿勢が大切と考える。

**⑮ 行政とは仲良く**

本文にもあるとおり、行政に何かをしてもらうのではなく、その力を引き出していくという発想は大切である。どうしても解

り合えない行政職員が担当になったときは、異動までじっと待つということも私たちが学んだ知恵である。長くて3年、あきらめずに待つのである。

**⑯ お金は後からついてくる**

私たちの事業は必ずしも補助金が決定してから始めたものばかりではない。又、NOといわない体質のため、いつも定員をはるかに超える利用者で一杯だった。必ずしも経済的

見返りがなくても、目の前のニーズにいつも応えようとしてきた。お金はほとんどの場合、後からついてきている。決して経営的には採算が取れないだろうと思った事業でも、後になって補助金がついたり、今回の障害者自立支援法の訓練等事業の対象になったりしてきている。目先のお金にとらわれず、本来の支援がどうあるべきかを考えた先に、経営的な問題も解決の糸口が見えるものだと考える。

考えるより先に行動があるというのが巣立ち会の歴史である。とにかく机の上からは何も生まれない。体を使って、考え、体当たりして問題にぶつかっていくということが私たちのやり方である。

**⑪ 当たって  
砕けろ**

巣立ち会を構成する職員や利用者は日々変わって行く。しかし、この組織で培われてきている理念、信念、価値といったものは構成員が変わっても受け継がれ、また進化し続けてきていると感じている。

**⑫ 組織には  
DNAがある**

最初にも述べたが、一般市民にとってはともかく、私たち専門家にとってはこの長期入院を黙認してきたこと自体が犯罪であるといえよう。一刻も早く自分たちの犯してきた罪を償うべく、行動を起こすことが必要と考える。

**⑬ 長期入院は  
それだけで人権侵害**

## 第6章

## 利用者の概要と支援結果

### 1 16年間における支援結果

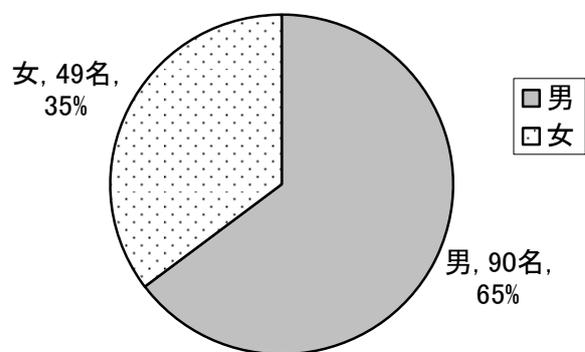
1992年からの16年間で、巣立ち会から地域移行支援を受けて退院した利用者は139名であり、これまで巣立ち会を利用した延べ利用者数317名（通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者を含む）の44%を占めている。

この139名の概要と支援結果は以下の通りである（2008年3月末現在）。

#### 1) 性別

利用者の性別は、「男性」が90名（65%）、「女性」が49名（35%）であり（図6-1）、男性の方が多い。

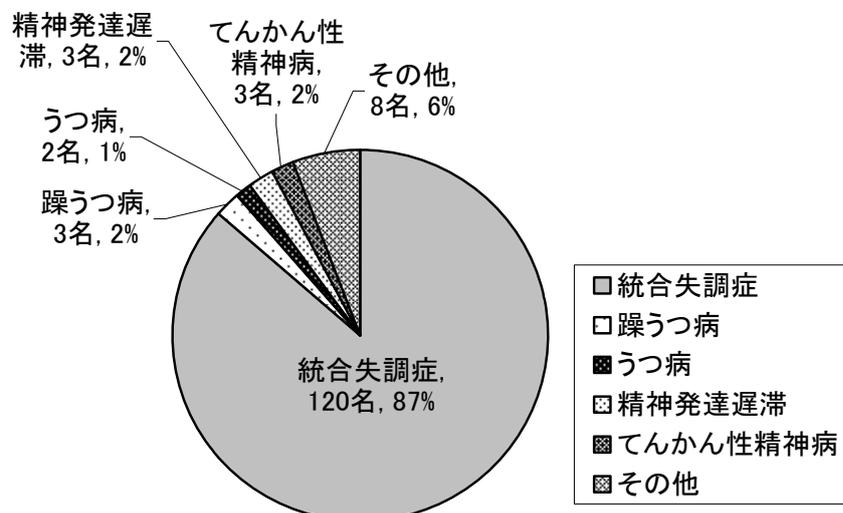
図6-1 男女比（n=139）



#### 2) 診断名

診断名は、「統合失調症」が120名（87%）で、圧倒的に多い割合である。続いて、「その他」が8名（6%）、「躁うつ病」「精神発達遅滞」「てんかん性精神病」がそれぞれ3名（2%）、うつ病が2名（1%）となっている（図6-2）。

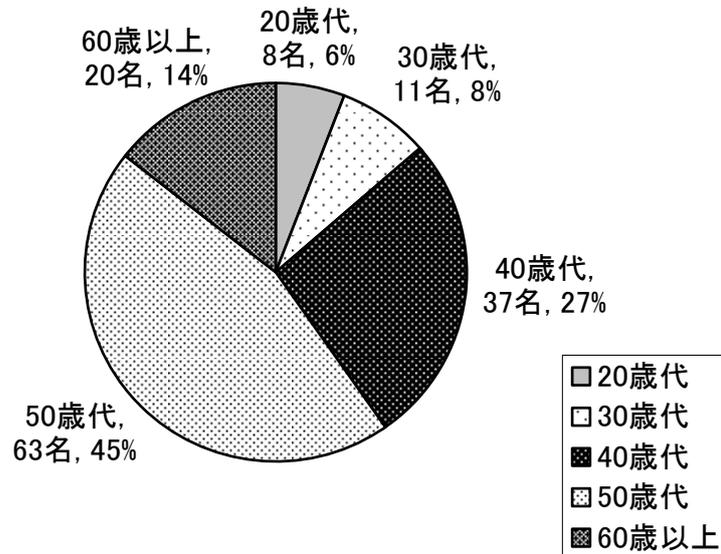
図6-2 診断名別人数（n=139）



### 3) 年齢

年齢は、利用開始時において「50歳代」が63名（45%）と最も多く、続いて「40歳代」が37名（27%）となっている（図6-3）。60歳以上の利用者も20名（14%）おり、ここ数年で増加傾向にある。

図6-3 利用開始時年齢層（n=139）

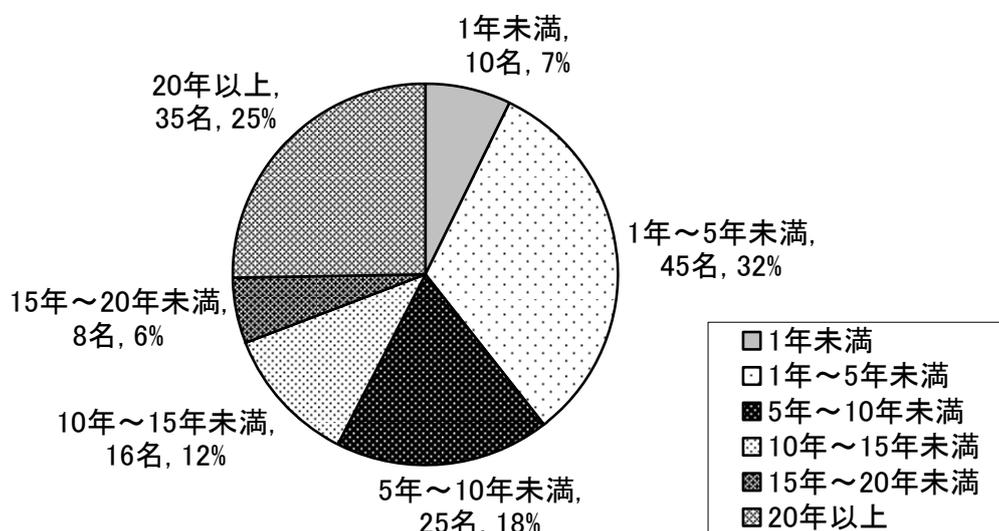


### 4) 入院期間

入院期間は、平均入院日数が4,093日（約11年3ヶ月）であり、最も長い入院日数の利用者は15,390日（約42年2ヶ月）であった。

総入院期間別人数は、「1年～5年未満」が45名（32%）と最も多く、続いて「20年以上」が35名（25%）と全体の4分の1を占めている。10年以上の入院歴がある利用者は合計59名（43%）であり、極めて長期の入院経験者が多い（図6-4）。

図6-4 総入院期間別人数（n=139）

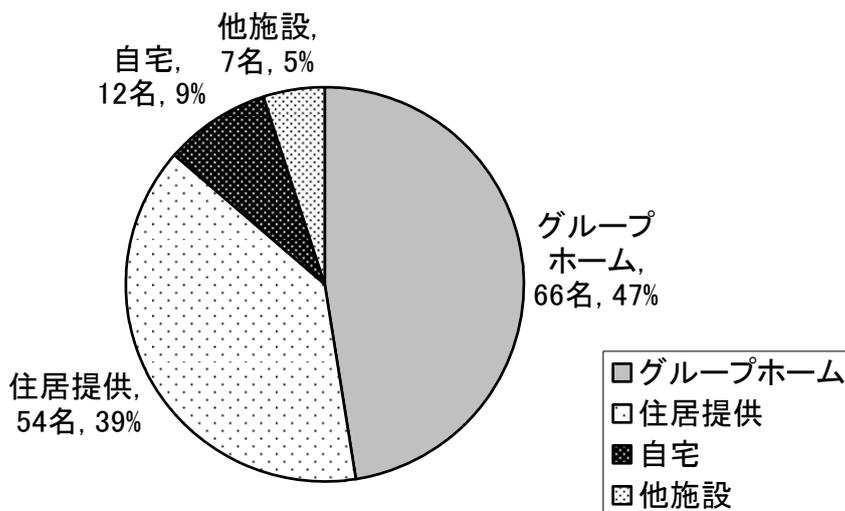


## 5) 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く 66 名（47%）、続いて「住居提供」（グループホーム以外で巣立ち会が斡旋した一般アパートなど）が 54 名（39%）、「自宅」が 12 名（9%）、「他施設」が 7 名（5%）であった。

グループホームと住居提供の合計は 120 名（86%）であり、地域移行支援を利用して退院した利用者のほとんどが、住居提供支援を受けていることがわかる（図 6-5）。

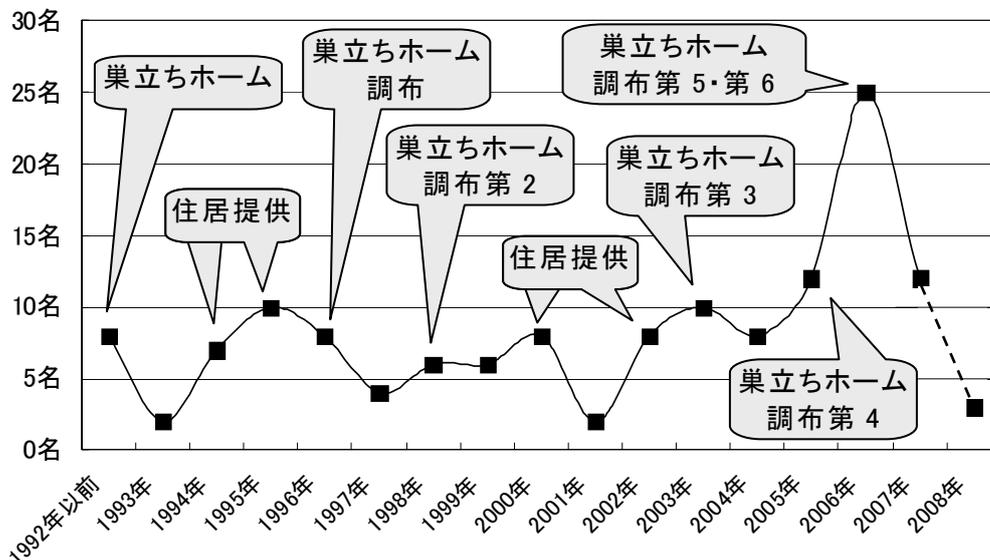
図 6-5 退院後の居住先（n=139）



## 6) 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巣立ち会の地域移行支援による、1992 年から現在までの退院者数推移に。グループホーム開設時期と住居提供時期を加えたのが図 6-6 である。

図 6-6 退院者数推移と居住施設開設時期



この図からわかるように、グループホームの開設やその他一般アパートへの住居提供を行うことができた年には、退院者が多い傾向にある。しかし、グループホームやその他住居を十分に提供できなかった年には、退院者が少ない。これは、退院を希望する利用者にとっては、地域の受け皿となる住居の有無が少なからず退院に関連していることを示しており、退院先となる住居の重要性を示唆する結果である。

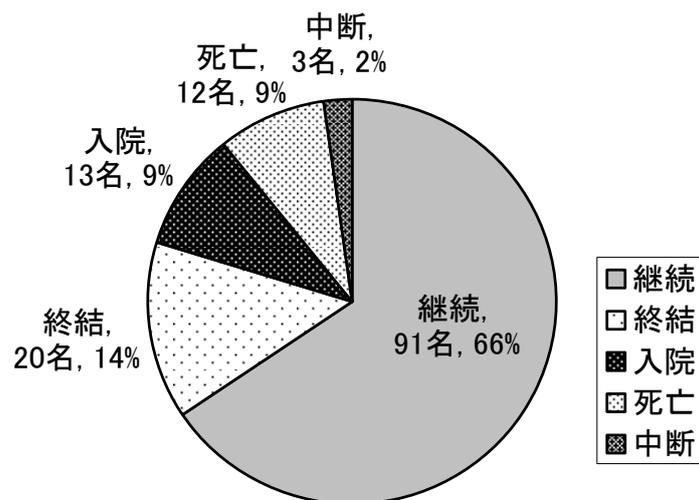
また 2008 年は、3 月末現在ですでに 3 名が退院しており、現在も病院から退院を目指して体験通所を行っている利用者が約 30 名いる。図 6-6 の点線部分に関しては、今後の退院者数の増加が見込まれるため、彼らの退院先となる住居の確保が求められている。

## 7) 現況

これまで地域移行支援を行ってきた 139 名の現在の状況である。

巣立ち会のサービスを「継続」して利用している人が 91 名（66%）、施設利用からの卒業、他施設への移籍、転居などで支援を「終結」した人が 20 名（14%）、退院後に再「入院」した人が 13 名（9%）、「死亡」が 12 名（9%）、治療中断による「中断」が 3 名（2%）となっている（図 6-7）。

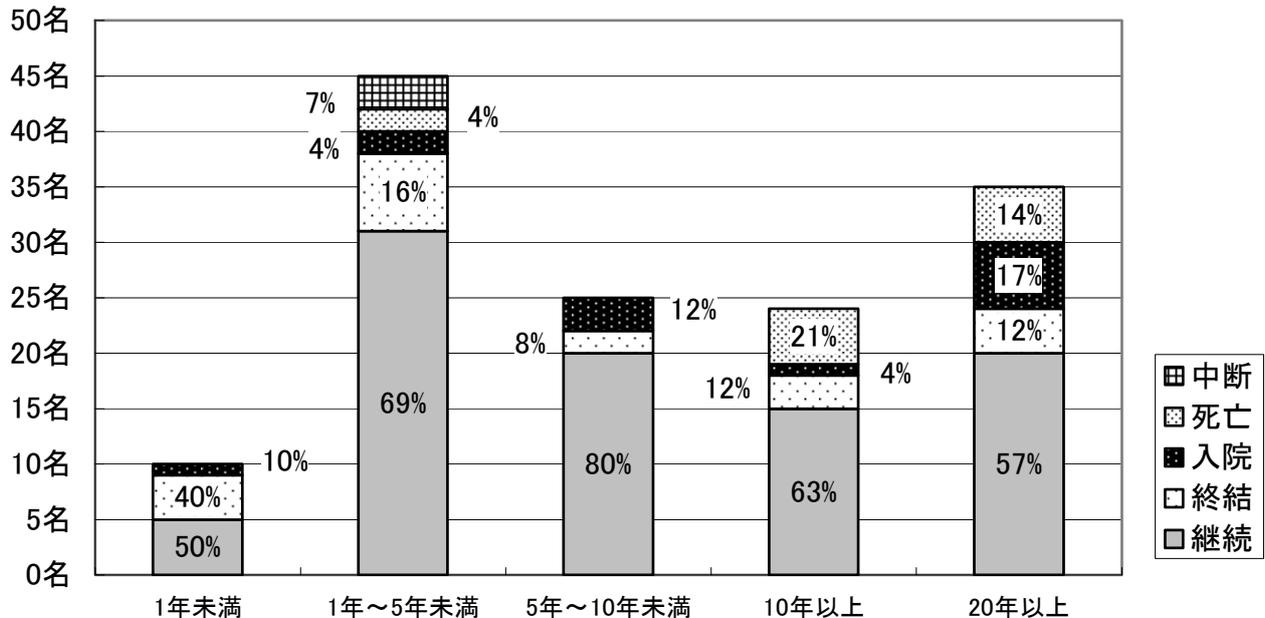
図 6-7 利用者の現在の状況（n=139）



## 8) 入院期間別の現況

最後に、利用者の現況を入院期間別（「1年未満」「1年～5年未満」「5年～10年未満」「10年以上」「20年以上」）に表してみると、次の図のようになった（図6-8）。

図6-8 入院期間別の利用者現況



ここでは限られた事例数で統計的に信頼性のある分析を加えることはできないが、対象者の入院期間と退院後の現況には明らかな相関関係はみられない。つまり、超長期入院経験者の方が短期入院経験者よりも地域生活の継続が困難だということは、巣立ち会の事例を見る限りでは言えない。実際に、20年以上の入院経験者で現在もサービス利用を継続している20名の多くは、現在も日中活動の場に通いながら仕事に励み、仲間との時間を楽しみ、自分の時間を有意義に使い、その人なりの豊かな地域生活を送っている。

## 2 退院促進支援事業（H17～H19）の支援結果

次に本項では、2005（平成 17）年度から受託した東京都精神障害者退院促進支援事業（2006 年度からは退院促進コーディネート事業）の 3 年間におよぶ支援結果についてまとめてみたい。<sup>23)24)</sup>

### 1) 利用者全体について

2005 年から今年度までの 3 年間では、毎年 40 名を超える利用者を退院促進支援事業の対象者として支援してきた。2007 年度においては、現在入院中の体験通所者が 32 名おり（2008 年 3 月末現在）、今後も同様の傾向となりそうである。

退院者数については、2007 年度が 13 名となっており、前年度に比べて少ない結果となった。これは、2005 年度に退院した 17 名、2006 年度に退院した 24 名のアフターケアを懸命に行っていることが一因であり、地域生活を支援する職員の負担が増えたことが関連しているだろう。

中断者については、いずれも病状悪化による中断である（表 6-1）。

表 6-1

退院促進支援事業における全体の結果

	2005 年度	2006 年度	2007 年度
対象者数	41 名 (前年度からの 継続者はなし)	50 名 (前年度からの 継続者 23 名)	48 名 (前年度からの 継続者 17 名)
退院者数	17 名	24 名	13 名
中断者数	1 名	9 名	3 名

<sup>23)</sup> 2005（平成 17）年度の退院促進支援事業に関しては、『退院促進支援における実践報告～住居支援を中心とした退院促進支援～』（巣立ち会 2006）（<http://sudachikai.eco.to/PDF/2006.08taisoku-jireihoukokusho.pdf>）に詳しい。

<sup>24)</sup> 2006（平成 18）年度の事業に関しては、『退院促進支援における事例報告集～住居支援を中心とした退院促進支援～』（巣立ち会 2007）（<http://sudachikai.eco.to/PDF/H18chiiki-ikou-jirei.pdf>）に詳しい。

## 2) 退院者について

各年度の退院者について、平均年齢、平均入院期間、平均体験通所期間をまとめたのが次表である（表 6-2）。

表 6-2  
退院促進支援事業における退院者について

	2005 年度	2006 年度	2007 年度
平均年齢	48.8 歳	51.0 歳	48.5 歳
平均入院期間	12.0 年	10.1 年	9.1 年
平均体験通所期間	7 か月 24 日	6 か月 2 日	12 か月 23 日

平均年齢に関しては、3 か年とも 50 歳前後であり、変化はない。平均入院期間は、約 9～12 年という結果となっている。

大きな変化があったのは平均体験通所期間であり、2007 年度は前年度の約 2 倍の体験通所期間を要している。これは、患者さん本人の退院意欲の持続や、体験通所を安定して継続することが困難な人が増えてきたことが関連していると思われる。ただし、定期的に通うのが困難な人でも、気持ちの整理に時間がかかる人でも、私たちは根気よく待つことにしている。その結果、患者さんたちも長い期間の体験通所で努力を重ねて、退院に結びつくのである。最も長い体験通所期間の人は、約 2 年をかけて退院に結びついている。決して平坦な道のりではなかったと思われるが、退院後はその人らしい自由な地域生活を続けている。

### 3) 退院者の退院先

2005年度は退院者17名のうちグループホーム8名、住居提供3名の計11名(65%)が、巣立ち会の住居提供支援を受けている。2006年度はグループホーム17名、住居提供2名の計19名(79%)が、2007年度はグループホーム8名、住居提供3名の計11名(85%)が巣立ち会の住居提供支援を受けて、退院に至っている(表6-3)。こうした巣立ち会の住居提供支援を通じた退院先の確保の傾向は、前項にまとめた16年間全体の支援結果でも見られた。

また、他施設に退院した利用者の多くは、単身生活への準備段階として生活訓練施設に退院しており、将来的に巣立ち会の住居提供支援を利用する人がほとんどである。

表 6-3

退院促進支援事業における退院者の退院先

	2005年度	2006年度	2007年度
グループホーム	8名	17名	8名
住居提供	3名	2名	3名
自宅	3名	2名	2名
他施設	3名	3名	0名

## 第7章

## 事例の紹介

### 1 「超」長期入院のT氏

**39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証！**

66歳 男性

診断名：統合失調症

総入院年数：約39年 入院回数：6回



#### 1) 経歴

昭和16年、都内にて出生。高校中退後、職を転々とし、その間に窃盗や傷害で刑務所に服役したこともある。26歳の時に家で暴れて初回入院となり、その後は再発・再入院を繰り返していた。その頃のことについて本人は、「病院を出ると薬を飲まなくなっちゃって、悪くなっちゃうんですよ」と話している。昭和54年(38歳)に警察に保護されて入院した後は、入院が長期化していた。現在両親はすでに死亡。兄弟も、次兄以外とは連絡をとっていない。

#### 2) 退院ができなかった理由

主治医からの意見書によれば、「入院直後のひどい幻覚妄想はおさまったものの、慢性的に幻聴が消えず、時に不穏状態となり、時に拒薬をし、入院が長期化した」とのことであった。過去の傷害歴に加えて、入院後も病棟での暴力行為や暴言などがあり、また看護師に対して性的な言動も見られたとのことで、退院が遅れていた。巣立ち会に紹介された時期には、そのような荒い面は一切なくなっていたが、その代わりに「退院したいが、できるかな？」と、伏し目がちで不安な様子が見られた。金銭管理や健康状態などの具体的な生活面に不安があるというよりは、「外の世界がよくわからない」という漠然とした不安感があり、自分には退院は無理だと感じていたようだった。

### 3) 支援内容と経過

#### <入院中～退院に向けて>

平成17年1月にK病院の紹介でインテーク面接を行なう。本人に現在の生活について聞くと、「病院ではすることがなくてじっとしていることが多い」という。「退院はできないと思っているが、作業はやってみたい」とのことで、早速翌週から日中活動の場に体験通所を開始する。すると、人当たりの良いT氏のことをかつて同じ病棟に入院していた利用者が覚えており、初日から何人もの人がT氏を温かく迎えていた。「Tちゃんなら絶対に退院できるよ、心配ないよ」と声をかける人がいたほどであった。内職作業にも熱心に取り組み、他の利用者と馴染むのも早く、通所は間もなく週3回に増える。しかし肝心の退院については相変わらず「もう30年以上病院にいる。外の世界がよくわからないし、無理です」と、自信が持てずにいた。ただ、本人を慕う多くの利用者が繰り返し「そんなことはないよ、大丈夫だよ」と声をかけ続けることで、迷うような様子も見せるようになっていった。また、作業所での工賃を「俺は役に立ってないからいらないよ」と言って受け取りを辞退するなど、全体的な自己評価の低さも目立っていた。しかし大変な働き者であるT氏に、職員から「Tさんがやってくれないと困るんですよ、助けて下さいよ」といった声かけをまめにしていくなど、T氏に対して役割や期待を伝えることで、「そうか？」と率先して笑顔で働く様子が見られた。

体験通所開始から3か月が経った4月中旬に、K病院とのカンファレンスを行なった。その結果、巢立ち会とつながりのある大家さんのアパートを本人と一緒に見に行くことになった。見学では、その部屋が顔なじみの仲間が大勢住んでいるアパートの1室だったこともあり、職員が「どうですか？」と声をかけたところ、あっさりと「いいですよ」と返事をしてくれた。早速、退院に向けての調整をK病院に依頼し、家族や生活保護担当者との調整や、K病院ナイトケアへの参加も決まり、当会からも夕食会の参加やアパート契約、家財の準備といったことを、本人とともに時間をかけて進めていった。本人は時折「退院しなくてもいいよ」と口にしてはいたが、特に反対することもなく淡々とした様子であった。そして体験宿泊も順調に終了し、退院カンファレンスを経て、体験通所開始から約5か月後の6月下旬に退院となった。

#### <退院後～現在まで>

退院前後の様々な手続きは、本人が信頼している担当の作業療法士が中心になって同行し、支援してくれた。若い男性の作業療法士であったが、本人に合

わせた特製の菓箱を作ってくれたり、勤務終了後の帰り道に度々訪問し細かな助言や手助けをしてくれたりと、インフォーマルな形でも支え続けてくれている。また、なじみの深かった病院の外来看護師も会う度によく話を聞いてくれ、夜遅くに怪我をして T 氏が病院に電話した際には、病棟看護師が嫌な顔をせずに対応し、「今からおいで」と病棟で傷の処置までしてくれるなど、様々な病院職員がとても柔軟にタイムリーな支援を続けてくれた。T 氏にとってはそれが大きな安心感につながったようで、退院後の生活は順調に過ぎていった。

その後、2年半が経過した。食事は夕食会（週1回）や病院のナイトケア（週3回）を利用しているほか、簡単な自炊もしている。家財道具は、入居時に担当作業療法士と一緒に買い揃えた最低限の物から増えることはなく、シンプルなままの部屋で本人は満足している。そのようなつましい生活をしているため、生活保護費で十分やりくりができていたが、余ったお金で作業所に大量のお菓子を頻繁に差し入れしたり、逆に生活費のことで急に不安になったりするということがあった。時折「俺は入院した方がいいのかな？」と周囲に漏らすことがあり、その都度話を聞いたり、担当の作業療法士に連絡して訪問してもらったりということがあった。あるときは菓の飲み忘れがあり、主治医から指導をもらったこともある。しかし、実際に入院に至るようなエピソードはなく、元気に地域生活を送っている。

日中活動の場では相変わらずの働き者で、作業後の掃除や食事の後のテーブル拭きなどもいつも率先して黙々と取り組んでいる。一方、イベントやレクリエーションにもよく参加し、楽しんでいる様子である。T 氏は「自分は駄目な人間だから」というのが口癖で、巣立ち会が行っている出張講演への参加には消極的だが、入院経験のある K 病院への出張講演には参加してくれている。「退院なんて難しいことじゃない。俺だって退院できたんだから、皆さんにもできますよ」と、短い言葉で力強く皆を励ましている。また、入院患者さんの見学を依頼すると、快く居室の中も見せてくれる。「シャバは甘くはないですよ」と諭しながら、「最近患者さんも知らない人ばかりになっちゃったよ」と笑う表情は、地域生活の先輩としての顔になっていた。

休日には、家でテレビを観たり、寝て過ごしたりすることが多いようで、「家での趣味や楽しみは何にもなく、休日は部屋で寝ているだけ。何にも役に立たないけど、平日働けるのがいいね」とのこと。また、「何にも出来ないけど、働くことが生きがい」と話しており、仲間と共に仕事に熱心に取り組むことが、現在の T 氏の楽しみであり、生きがいとなっている。

## 2) 考察

T氏の支援でのポイントを、何点か指摘したい。

まず、彼のストレングスともいえる、人好きのする謙虚な性格、愛される笑顔である。最初にも記載した「不穏状態」や「拒薬」、「暴力行為」といった部分は、巣立ち会に紹介された時にはすでになくなっていった。むしろ、伏し目がちでおどおどしているといった風情で、こちらから「Tさん、この仕事を願います」と頼むと、口では「できないよ」と言いながらも満面の笑みで手伝ってくれるところがあり、職員も声かけをすることが多かった。また他の利用者も「Tちゃんなら大丈夫だよ」と、繰り返しメッセージを送ってサポートしてくれ、本人はもとより職員の「この人は退院できるはずだ」という自信にもつながった。そのことで本人が目に見えて変わったということではなかったが、いざ退院という提案をした時に、それまで無理だと言いつづけていたところを、何となく「いいですよ」と答える気持ちになった大きな要因だと考えられる。

それに加えて病院職員による支援も大きなプラス要素であった。K病院ではすでに何人かの患者さんが当会の支援を受けて退院していたということもあり、病院全体として退院促進や退院者の支援に非常に協力的であった。本人が退院したアパートも病院から徒歩10分の距離であったこともあり、退院前後を通して柔軟な支援を行ってもらえたことが、長期入院からくる本人の不安を和らげる、大きな役割を果たしていた。

そして事業の導入の仕方である。T氏は紹介当初退院に対しての不安が強く、退院するという目的だけのアプローチでは限界があると思われた。そのため、巣立ち会の支援の特徴である体験通所が効果的であった。まずは本人の「病院は暇だ、仕事がしたい」という気持ちに沿って体験通所を開始したことで、結果的にその後の地域移行への道が開かれることになった。長期入院者の地域移行の際にしばしば大きな障害となるのが「もう自分には退院は無理だよ」といった本人の思い込みであり、実際にそれに直面して苦慮している関係者も多いと思われる。T氏の場合は、本人の希望に沿いながら病院外の生活に触れていくこと、慣れ親しんだ病院職員からの継続した支援、そして仲間からの励ましやアドバイス（ピアサポート）を受けることで無事に退院につながった。「本人の退院意欲がない」という言葉で、周囲が退院をあきらめてはいけないということが、この事例の一つの教訓かもしれない。

最後に、入院が長期化した要因とされていた粗暴さについてであるが、上述の通り我々に紹介があった時点ですでに消失しており、むしろ逆に人柄は謙虚すぎるほどであった。トラブルを過去に起こしている場合、特に触法歴がある

## 第7章 事例の紹介

ような人については、そのような状態が悪かった頃のイメージがレッテル張りされてしまうと、現時点での本人の可能性に目をつぶってしまうことになりかねない。あくまで現在の本人を見て、そして未来の可能性をイメージして、勇気を持って支援の手を差し伸べることを続けていきたいと考えている。

## 2 高齢のK氏

「これが退院最後のチャンス！」72歳、K氏の挑戦！

72歳 男性

診断名：統合失調症

総入院年数：約22年 入院回数：7回



### 1) 経歴

昭和10年に東京都内にて、同胞6名の第4子として出生する。高校卒業後は大工であった父や長兄の仕事、印刷会社、ホテルの洗い場、清掃など、職を転々としていた。22歳の時に単身生活を始めたが、下宿先の大家が宗教活動を行っていたことで本人も取り組むようになり、兄からの反対を受けて喧嘩になることがあったという。

32歳の時、失業中であった本人は兄と大喧嘩をして家で暴れた。その際、独語や空笑、幻覚妄想が見られたためH病院に初回入院となった。入院中も仕事を探して就労し、2年9ヶ月の入院を経た退院後も外来に通いながら働いた。精神科への通院、服薬を周囲に隠しながら、ホテルの洗い場や清掃の仕事をしてきたが、同じ職場に長く勤めると勤務時間や日数を増やす提案があるため、通院や服薬を知られてしまうことをおそれて仕事を転々としていた。そうした生活を送る中、断薬に至る。不眠、易怒的となり独語、空笑も出現し、退院から1年経たないうちに再入院となった。2回目の入院中に父が他界し母も高齢化してきたため、退院して独り暮らしを開始した。通院と服薬を継続しながらも病気を隠して職場を転々としていた。兄の大工の仕事を手伝うこともあったが、体が小さいことで若い職人に馬鹿にされることも多く、そのことで喧嘩になると兄から「精神病のせい」と判断されて入院させられることもあり、数年単位での入退院を繰り返していたという。

6回目の退院時(57歳)に、現在も在住している市にアパートを借り、生活保護の受給を開始した。60歳からは市内の作業所へ通所を始めたが、1~2年勤めた頃に疲れがたまって調子を崩し、62歳の時に7回目の入院となる。本人は

当初、作業所の夏休みを利用した数週間の休息入院のつもりでいたとのことだが、結果として退院まで約9年を要することとなる。

入院から7年半後、開放病棟に転棟して退院に向けて院内のリハビリグループに参加を開始した。服薬指導や退院後の生活について(生活費の使い方や食事の作り方など)の勉強に取り組み、作業療法への参加も週3日しっかり継続していた。本人は「仕事をしたい」「退院したい」という意欲が高く、病棟プログラムで巣立ち会の「出張講演」を体験したことをきっかけに、平成18年12月、71歳の時に、巣立ち会の日中活動の場への体験通所を開始した。平成19年7月には、退院してグループホームに入居している。

### 2) 退院ができなかった・難しかった理由

本人は入院時に、主治医から「閉鎖病棟でも退院できる」と言われたことで、「閉鎖病棟にいてもいつでも退院できる」とのんびり構えていた。病棟生活に慣れて読書などの趣味を楽しめる環境を気に入り、周囲から退院を勧められても「退院はまだいい」と断っていた。入院から7年半ほど経過した頃、主治医が変わり、「開放病棟へ移らないと退院できない」と言われたことを機に、開放病棟へ転棟した。開放病棟は、OT活動・病棟ミーティングなどプログラムが充実し、空き時間に外出するなど自分の時間を自由に使い、より「退院したい」と思う気持ちが強くなったという。

開放病棟に移った後、本人は「住み慣れた市内に退院したい」「働きたい」という明確な希望を表明するようになった。しかし、兄は離れて住んでいるうえ高齢なため、本人への日常的な支援が難しいことと、入退院を繰り返してきた過去の経緯から保証人になることを拒否していたため、一般アパートへの退院は難しい状況があった。また退院後には地域でのサポートが不可欠と考えられること、長期の入院を経て本人は高齢になり、ADLに全く問題はないものの今後の身体的な衰えが心配であることから、日常生活を見守ってくれる世話人のいるグループホームへの退院が検討された。しかし、病院で入居を検討したグループホームなどには空きがなかった。さらに本人は以前通所していた作業所に戻ることは希望しなかったため、病院の支援のみでは、住居と同時に入院中から通える場所を探すことが困難であった。本人の病状、本人の希望と病院の退院マネジメント、地域の資源のタイミングが合わず、退院の機会が得られないまま入院が長期化してしまっていたようである。

## 2) 支援内容と経過

### <入院中～退院に向けて>

本人は入院中に、巣立ち会の「出張講演」を数回聴講しており、そこで巣立ち会が退院と仕事を支援してくれること、作業所に同じ病院の仲間が通って退院していることを知り関心を持つようになった。病院職員も巣立ち会のグループホームへの退院を検討しており、本人に勧めたところ「是非通ってみたい」との希望があったためインテーク面接を行った。初対面での本人の印象は、質問への受け答え、歩き方、見た目に至るまで71歳とは全く思えないほどしっかりしており、「精一杯頑張ります！」と力強く語るK氏に対し、「どうしてこの人が8年半も入院しているのだろうか？」という疑問を持ったほどである。

平成18年12月より体験通所を開始した。週1日の通所から始めたが、本人から週2日通いたいとの希望があったため、翌月から通所日を週2日に増やし、しっかりした足取りで通所を続けた。徒歩とバスを利用して通うため、時間に余裕を見て病院を出たり、バスの時刻表はしっかりメモを取って把握していたり、自身の予定をメモに書いて早めに職員に伝えるなど、通所開始当初から几帳面で真面目な方といった印象であった。仕事場では、内職作業の一つ一つに熱心に取り組み、謙虚な姿勢で他の利用者に指導を受けて仕事を覚えていく姿が印象的であった。

以前働いていた作業所では、対人関係や仕事での疲れからストレスがたまり、調子を崩して入院になっているため、今回は病院のPSWと連携を取り、病院職員、巣立ち会職員ともに、本人が頑張り過ぎて疲れをため込まないように配慮した。体験通所開始から3か月ほど経った2月の終わりに、通所日を増やすことについてK氏の意向を確認すると、「あんまり急に通う日を増やすと先生やケースワーカーさんが心配するから慎重にやっていきます。4月に入ったら週3日通いたいです」と話し、焦らず自分のペースでやっといこうと冷静に判断していた。

4月より本人の希望通り通所日を週3日に増やしたが、順調な様子だったことから、退院に向けてのカンファレンスを実施した。日中活動の場への通所が継続されていること、生活に問題もないことを確認し、今後グループホームや、一般アパートも視野に入れた住居探しを開始していくこととなった。その後すぐに巣立ち会のグループホームを見学したが、ワンルームタイプの居室であったため、自分の荷物(本や衣類などが多い)が入りきらないという理由から本人が入居を断った。5月に本人に退院に向けてどのように考えているかを確認すると、「〇〇〇に入りたい」と、あるアパートへの入居を強く希望していた。

本人によると、以前に仲間から話を聞いていて、病院と日中活動の場、銭湯が近く生活しやすいこと、知った仲間が近くにいることなど、条件をよく検討した結果であるとのことだった。そこで、サテライト型グループホームとして認可を受けていたそのアパートの居室を、本人とともに見学した。K氏は「作業所で慣れ親しんだ仲間がいて安心。建物の構造や居室の位置も防犯上安心でいい」と気に入り、グループホームへの退院に向けて準備を開始した。ただ、本人は「最後のチャンス！」と頑張りすぎてしまうため、病院職員、巣立ち会職員の両方から疲れ過ぎないように見守り、「失敗しても大丈夫」と大らかな対応で支援していった。

体験宿泊に向けて、大家さんへの挨拶や各種手続きへの同行など世話人の細々とした支援を受けながらも、自分の新しい生活をつくるための準備を積極的に進めて行った。夕食会では、世話人の準備などを手伝いつつ、マイペースに過ごした。単身生活も経験しているため、身の回りのことは何の問題もなくこなし、夕食会以外の食事は買って来たり、簡単なものを作って食べたり、自分のペースで過ごしていた。服薬の自己管理や、金銭管理、その他日常生活も順調に過ごし、3度の体験宿泊を経験して平成19年7月に退院となった。

### <退院後～現在まで>

退院後も服薬や金銭、食事など、生活面は引き続き自己管理している。病院へは週1回通院し、訪問看護を週1回利用している。薬の重要性は自覚しており、服薬管理は徹底している。困ったことがあると、世話人やその他職員に相談して柔軟に対処している。退院後の通所は週4日となり、休むことなく継続している。入院中と変わらず、あらゆる作業に積極的に取り組み、除草作業や清掃など外勤の仕事にも進んで参加している。足腰もしっかりしており、退院後もADLに不安を感じることは全くない。また、退院後に新しいことも始めてみたいと、退院翌月には「ピアカウンセリング講座」にも参加した。以前通っていた作業所の職員などとも再会して、退院を祝われながら、3日間熱心に取り組み笑顔で修了証を受け取った。見学者との座談会では、「最後の入院は8年半だった。これが最後のチャンスと思って頑張った」などと自らの体験を生き生きと話している。

現在の生活についてK氏は、「昔は大工の仕事で大変だったが、今は自分のペースで働け、趣味に時間を使え、自由な暮らしで充実している。イライラすることがなくなり、安定した生活が送れている。疲れをため込まないよう気をつけている。これからも頑張って働きたい。」と笑顔で話している。自ら希望したアパートの部屋はよく整理整頓がされており、居心地を良くするための工夫

が見られる。新聞のチラシを眺めては、自分の部屋に合うデザインの格安商品をチェックすることも多い。K氏の趣味であるたくさん所有する本は、元大工さんらしく押入れを工夫することで収納スペースを作り、とてもきれいに整理されている。また、料理は自炊しており、炊飯・味噌汁に加えて、簡単なおかずを作るのが得意なようである。

#### 4) 考察

巣立ち会の地域移行支援では、住む場所と働く場所を得るという本人の希望を同時に満たすことができ、本人の希望が明確であることをプラスに活かすことができた。本人の希望に合った支援をタイミングよく提供できたことが、スムーズな退院につながったものと思われる。K氏は巣立ち会を利用する中で、病院や働く場に近く、夕食会など单身生活にはない支援を受けられ、作業所の仲間が身近にいて生活しやすい環境内にあるグループホームへの退院を自ら望むようになった。有効な選択肢とモデルの提示を行うことで、入院中から退院後の生活を身近に感じることができ、退院へのイメージを本人がより具体的に持てたものと思われる。

またこのケースでは、本人が入退院を繰り返す中で、自らの病気との付き合い方を学んでいったことも成功要因ではないかと思われる。「頑張りすぎるとイライラする、易怒的になる」という自分の傾向に気付き、自分なりに努力したこと、またそれに気付くような支援をし続けたことが現在の彼の退院生活を支えているように思われる。

巣立ち会に紹介を受けた当初は、退院が難しい理由として、「高齢」「長期入院」「家族に退院をサポートする機能がない」ことなどがあげられていた。しかし、実際には高齢のために退院を阻まれ、入院が長期化していたわけではなく、入院生活の居心地の良さから本人が退院を望まず、退院が遅れるという状況があった。本人が退院を希望してからは、逆に希望がはっきりしていたがために退院のマネジメントが進まなかった。そうするうちに入院が長期化し、結果として本人も71歳と高齢になってしまったのだ。71歳という年齢で、新たな環境を提供する不安は、多くの支援者が感じることである。しかし、本人の退院への意欲に押されて支援してみたら、生活のスキルは高く、何の問題もない人であった。「高齢」ということで退院後の社会生活に対する不安、今後のADL低下への心配など、支援者側が慎重になってしまうことはあると思う。しかし、本人の意欲と周囲のサポートがあれば、高齢であっても単身で、自分らしく自由な生活を地域で送ることができるのだと実感できるケースであった。

現在も生き生きと自由な生活を楽しみ、72歳となった現在でも変わらず、入院中よりもますます若々しく自分らしい生活を送っている K 氏。そんな K 氏を見ていると、多くの長期入院している方、高齢を理由になかなか退院の話が進まない方に、希望を持って「退院したい」と声をあげてもらいたい。また病院関係者の方にもそういったことを「退院できない理由」として片付けず、支援の手を差し伸べてもらいたいと感じる。



## 第8章

## みんなからの声

## 1 利用者から

## 1) 自分に与えられたかけがえのない道のり

こひつじ舎 玉川浩

僕の病気は統合失調症とアルコール依存です。僕は今、50歳なのですが、25歳の時、父が死に、30歳の時、母が亡くなり、おじたちは僕を精神病院へ連れて行き、僕は入院してしまいました。家は転売され財産はなくなってしまいました。入院したときの病院は、まだ古い建物でした。一生ここからは出られないのかと天涯孤独なのかとばかり考えていました。当時の病院は3食昼寝付きといった感じで、タバコとコーヒーが貴重品といった感じでした。年配者の方が多く入っていました。わずかなお小遣いが請求できて、インスタントコーヒーを飲んだり、朝ラジオを聞いたりするのが楽しみでした。病友も出来、外出が許可され、友とよく散歩をしていました。入院生活は10数年の月日が流れ、ある日ケースワーカーとおじと僕との三者面談をし、遺産の何分の1かを取り戻すことが出来、管理し、アパートを借りることが出来るようになり、難しい交渉だったのですが、ケースワーカーのサポートもあり、アパートを借りることが出来ましたが、入院歴が長かったため、履歴書が書けず職につけずにいました。そんなある日、主治医が作業所に行ったらどうかといわれ、ケースワーカーと見学にいき、これなら出来そうだと思い、体験通所を経て現在に至りました。アットホーム的な感じでだんだんと元気を取り戻すことが出来ました。また、朝早く起きてお弁当を作ったりして節約したりして頑張りました。工賃は安いのですが、行き場がある喜びとまた障害者という共通の価値観と回復への道のりに前向きになれました。そんな作業所なので、長続きできたのでしょう。長い入院生活により、社会の移り変わりがわからず、また高いお金をもらえばもらうほど危険度も高いように思うようになり、また人間なのだから病気の一つくらいあってもいいように思えるのでした。

グループホームでは、交流室があり週に2回の夕食会が行われ、10人前後の人数で夕食会を楽しんでいます。作業所ではイベントもあり、忘年会、新年会、旅行などもあり、そのためか生きがいを持って生きられるようになれたのも、スタッフさんのおかげでしょう。感謝しています。

## 2) 波乱万丈な人生

こひつじ舎 T. M.

私は、20歳のときから丸5年間、A病院に入院していました。5年目になったころ、私の主治医からこひつじ舎の話が出て、近くこひつじ舎のスタッフの方が面会にくると聞かされて、田尾さんともう1人のスタッフの人が来ました。話し合いの結果、こひつじ舎に通所して自分を信じてがんばりましょうと田尾さんから言われて通所して、コツコツ実践を積んでいきました。

私が入ったグループホームのアパートのすぐ近くに同じ病院で、同じ病棟だった仲間の1人が暮らしています。僕がこひつじ舎に通所する前その人がこひつじ舎の話をしていて楽しそうに笑顔で話していたので、そのとき僕はうらやましいなと思いました。その時、僕にも話が来るとは思いませんでした。その後その人と電車とバスでこひつじ舎に来るということになりました。

こひつじ舎は30分間仕事して10分休憩で、休憩のときはタバコを吸ったりお茶を飲んだりアットホームで、スタッフの方々も気さくな人ばかりで楽しいです。今までの僕の人生、一言で言うなら、『なせばなる、なさねばならぬ、何事も』です。

H19年の1月下旬からこひつじ舎の近くのファミリーレストランで清掃という仕事を週3日もらい今もがんばっています。僕は、16歳のとき1人暮らしがしたくて、半年間建設現場の仕事と、17歳のときコンビニで働いた経験がありますが、久々に仕事をして、汗水垂らして働くことの責任感を学びました。少年院にいるとき、現在の自分自身の成長を誰が考えたでしょう。H19年の1月下旬から、入院しながらこひつじ舎とバイトの掛け持ちをして、その年の5月下旬に僕は晴れてA病院を退院してグループホームに入りました。その前にも1人暮らしをしたことがないので、試験外泊をしてからの退院でした。

退院して変わったことはやっぱり自由になったということです。何の自由かというと、精神病院は開放病棟でも外に出られる時間がある。でも限られているということです。今は繁華街にいけるし夜に外出しても、腹減ったときでもコンビニで買える。「何でも自由」人間自由があることは、すばらしい。何もかも縛り付けられていない。こひつじ舎に行ってそしてバイトに行って無駄遣いをしなければ、ちゃんと何でも自由です。

これからどうして行きたいかの話しをします。今の生活を続けてアパートの契約期間がまだあるので、今の生活リズムを崩さないでガンバっていきたいとおもいます。僕の思うことですが、答えは最後についてくると思う。まず何事にもチャレンジすることです。

### 3) 将来に向けて

#### 巢立ち風 木下旭（72歳）

東京都にて6人兄弟の四男として出生。32歳で発病し、A病院に入退院を7回繰り返す。家族状況も両親死亡。6人兄弟の4男末子であるが、両親死亡後は長年の入院生活、兄弟が高齢ということで連絡は取っておらず、交流もない。経済状況は生活保護受給中。入院期間も通算16年になる。保証人は長男が引き受けているが交流はあまりよくない。体験通所先である巢立ち風に平成18年12月より通い始めてから平成19年2月は火曜日と木曜日に通所する。4月からは金曜日と6月からは月曜日と週4日になる。平成19年5月22日火曜日、グループホーム世話人とアパートを見に行く。第二小山荘208号室を見る。6月11日月曜日、病院OTが冷蔵庫、TV、電子レンジをアパートに運んでくれる。フトン屋もフトンを持ってきてくれる。6月29日金曜日、自分も含め、主治医、病院ワーカー、病院OT、作業所スタッフ、グループホーム世話人と話し合う。退院は7月9日と決まる。6月は1泊の外泊をする。7月は2泊3日の外泊をする。

月曜日は夕食会があるので大変良かった。

退院については、これまで何度か経験があったため特に不安はなかった。グループホームへの体験宿泊することやグループホーム夕食会など、色々な人たちとの付き合いは楽しかった。

今日まで、ここまでこれたのは田尾さんとスタッフがA病院まで来て色々話してくれたのが始まりです。ありがとうございます。

また、巢立ち会スタッフの協力があったので、今日までこれたのには感謝しています。

A病院には長い入退院の人生でしたが、色々な先生方はじめ病院スタッフの思い出があるので、これからも作業場のため、又自分のために頑張っていくつもりでいます。

## 4) 私の闘病生活

巢立ち風 吉田共宏

僕の発病は19歳でした。不眠が僕の初めての病気でした。入院期間は1年半年で病院から小さなめっき工場に通ったり、外泊をしたりしていました。

2度目の入院。今度は統合失調症と不眠で8ヶ月。

3度目の入院も統合失調症と不眠で1年。

4度目の入院も統合失調症と不眠。この入院は1ヶ月。

その後すぐ茨城県に転勤。

5度目の入院は7ヶ月。

6度目の入院は8ヶ月。ただ入院の前に母に先立たれ、今度はA病院に転院して2ヶ月経ってから、父に先立たれ、仕事を失い、保護者が姉になることになり東京へ・・・。

そして運命の作業所「巢立ち風」に6ヵ月後に通い始めた。巢立ち風で働き始めて1年と11ヶ月で退院し、グループホームの空きがなく、アパートを紹介してもらい、障害年金と生活保護でお金を貯め暮らし始めた。1ヵ月半で又8度目の1番短い入院を6日間。この間、作業所の職員さんが、まるで家族のように毎日面会、服や洗面道具を忙しい姉の変わりに持ってきてくれたり、買い物を頼んだり、まるで僕の本当の家族のようにしてくれたおかげで6日間で退院。

作業所は忘年会や新年会、バーベキューや花見やマグロ井ツアーなど仕事と遊びという良い環境と気の合う仲間と仕事ができ、1時間か45分で休み時間もある。工賃が安い以外は、朝遅いし、終わるのも夕方早く、職員が体の管理もしてくれる。調子が悪いと工賃はもらえないが、喫煙室でタバコを吸っていても怒られない。2ヶ月に1回は必ず何らかのレクがある。それに月200円でレモンティやココア、日本茶、麦茶、コーヒー飲み放題。楽しみとして1泊旅行は8000円で、ほとやの船盛りや豪華料理も食べられ、巢立ち風は楽しい。

## 2 大家さんから

### 1) 巢立ち会とかかわって

巢立ちホーム大家  
木下和子

私と巢立ち会との出会いは、2003年の冬でした。私の家が道路拡張のため、他地に移転し、残地にアパートを建設中のときでした。当初ワンルームマンション8室の賃貸を計画し、建設中でありました。

同じく、拡張のために移転を迫られている調布のグループホームの利用者さんが引っ越し先を探していたようです。たまたま通りがかりに建築中の私どもの物件を見つけ、借りたいと仕事中的大工さんをお願いしたそうです。

丁度、目の前が工務店の事務所でしたので紹介されて行ったとのことでした。工務店はすぐ私共に連絡をくれ、相談というはこびになりました。まるで精神障害者との関わりがない私、工務店、不動産屋、今思えばかなりの時間をかけての話し合いとなりました。正直、不安、心配、恐怖、色々な憶測…数知れない悩みを抱えての話し合いになりました。私と親類関係にあたる工務店の社長、社長と小学校時代の同級生である調布不動産、この三者が知り合いということ、心を広げ正直に話し合えたことが今に至ったのでしょうか。

まず、調布不動産と私とで、野崎にあるグループホームの夕食会を見学に行ってみました。はじめて目にする光景でしたので、正直、不安は多大にありました。不安のかたまりでした。お互い、なかなか口が開けず、心も開けずでした。かなりの時間が経つうちに、「これでは何も進まない…」と思い、こちらから少しずつ心を開き、声を掛けてみました。すると、心が通じたのでしょうか、利用者さんも心を開き話してくれました。色々と話していくうちに、「この人たちはものすごくまじめなんだ」「素直なんだ…」そんな風に思えるようになりました。「きちんとしているではないですか…」そんな感じでしたね。

次に訪問したのは調布のグループホームの施設をお世話している方でした。ここにいらっしゃる利用者さんの日常生活のことなどを詳しく聞いたりしてみました。特に問題がなかったり、決められたことはきちんと守ってくれている…等の丁寧な説明で私の心配はまるでうそのように消えていったのでした。

この報告を私の兄弟、母に伝えました。兄弟は啞然としていました。母親は『困っている人がいるのであれば、手を差し伸べてあげなさい。求めているのなら救ってあげなさい。』この一言で私は決心いたしました…。決断しました。

それから何事もなく、丸4年が経ちました。

感じていることは、「精神障害者をもっと理解しなければいけない」「偏見は持たない」「協力してあげる」…いろいろ勉強してきたつもりですが、まだまだ地域には、福祉というものが、根付いていないような気がいたします。少なくとも私はこれからも巢立ち会に協力し、見守っていきたいと思います。

それは、理事でいらっしゃる田尾さんの情熱、熱く語る胸中にはいつも必死のように伺えるからです。

今後も大家、不動産屋、巢立ち会が三位一体となり、協力し頑張っていくことをお約束いたします。

### 3 関係機関職員から

#### 1) 退院促進支援事業を利用して

武蔵野中央病院  
池 光 (PSW)

当院では H17 年度より巣立ち会の利用者の方々に来て頂いています。当初は、講演会形式で巣立ち会の活動を紹介して頂きましたが、H18 年度からは、OT のフリースペースに定期的(月 2 回)に来てもらっています。手工芸や読書等自由に活動を行っている場所で、当院患者と巣立ち会の利用者の方々にも一緒に時間を過ごして頂いています。また作業所での内職作業を持ってきて頂き、関心を寄せる患者がいたらその場で作業や施設の説明・紹介をしてもらいます。今では作業を行ないながら趣味や好みの話題等で自然な交流がなされ、「作業所においでよ、仲間を作れば楽しいよ、初めは不安でも退院して良かったと思えるから。僕も 30 年入院していたよ。」と直接入院患者達を誘ってくれています。

このような巣立ち会との交流をきっかけに、入院中から巣立ち会の作業所へ通い、5 名が巣立ち会のグループホームへ入居し、5 名が巣立ち会以外のグループホームや単身アパート生活を選択して退院となりました。そして現在通所中の入院患者も 2 名います。

当院は精神科 200 床、内科 98 床の病院です。精神科においては 70 歳未満で 1 年以上の長期入院をしている患者は H17 年 4 月現在で約 100 名いましたので、そのうちの約 1 割が巣立ち会との交流をきっかけに退院したことになります。

しかし、私達の驚きはその数よりも、むしろ「あの人が退院!？」といったものでした。いずれも数年から数十年の長期入院の患者です。その中には、どんなに退院を促しても拒否していた患者や、こちらからは「退院できるとは思えなかった患者」もいたのです。大変失礼なことでした。私達が勝手に退院の条件というハードルを高くして、保護という名の下に「院内適応」という病態を作り出していたのかもしれない。今思えばそのハードルは妄想的とも言え、私達こそ現実検討力に欠けていたように思えます。

未来を語る。希望を語る。今の苦労や悩みを語る。当事者が語るメッセージにはそれらが込められているように思います。巣立ち会の利用者達は、入院患者と接しながら、自らの病気を語り、生活を語り、そしてなにより「仲間になろう」と呼びかけます。このことが入院患者達に、患者であること以外の役割を示し、自らの将来像を描けるメッセージとなっているのではないのでしょうか。

そして、巣立ち会では行こうと思えばすぐ行ける場所（作業所）があり、住むための部屋が実際に用意されます。このことが更に利用者達の誘いの言葉に現実味を与えているように思います。

この夏、巣立ち会の利用者主催の納涼会に招かれました。そこではかつての当院入院患者達が仲間達とお酒を飲み交わしていました。今まで見たこともない笑顔で私のグラスにビールを注ぎながら、作業所やグループホームでの出来事や悩み、また、今度みんなで1泊旅行に行くのだと楽しそうに語り、そして「みんなも退院してここにくればいいのにね」と話されていました。

長期入院者の退院促進はもっともっと進められなければなりません。しかし、ただ箱を用意し、公的なサービスのメニューを増やせば良いのか、退院すればそれで良いのか、と、普段の業務の中で疑問に思うこともあります。障害があろうがなかろうが、人には依って起つ居場所、帰属できる場所が必要なのではないのでしょうか。

巣立ち会利用者の「仲間になろう」というメッセージに、そういった疑問へのひとつの答えを見る思いがします。

## 2) 退院促進事業とともに

医療法人社団根岸病院 医療相談室  
伊澤ふみ子 (PSW)

根岸病院は、巣立ち会はじめ、多摩棕櫚亭協会、はらからの家福社会の退院促進事業協力病院となっております。

平成17年から19年末現在、当院では14名の事業を通した退院者を出しており、退院準備中の患者様は6名です。

当初、事業のお話をいただいたときは、安定して地域生活を送っていただける方々のなかで、施設の受け入れ状況が整わない方をご紹介しました。しかし今は、既存の援護寮やグループホームでは、受け入れが困難と思われる、複雑な病態像や事情を抱えた方をむしろ推薦し、事業所と手を組んで、その方の地域生活を支援するに至っています。特に巣立ち会には、普通の事業所なら受け入れに慎重になってしまう方々をご紹介させていただき、地域生活に結び付けています。

では、何か特別なことを巣立ち会さんはされているのか？というのと、家を借り続けるすごさ、はありますが、ソフト面での援助に、他の事業所との違いは正直感じられません。むしろあまりべったりと世話せず、当事者同士のマンパ

ワーを生かして、在宅生活はカバーされている様子です。しかし、やはり尊重すべきは、断らないことをスローガンに、どんな人にも自分たちに提供出来ることがあれば受け入れるという姿勢です。この方はずっと入院するしかないのかと、私自身が思っていた患者様が、退院されて半年経ちました。「とにかくこの方の退院に向けてチャレンジしてみよう」、「この方は退院できる」、という受け入れ側に思いがなければ、この方の退院はなかったと思います。リスクの少ない患者様を受け入れていこうという、という事業所だけであったなら、今も彼は、開放病棟で作業療法をされていたことでしょう。しかしもちろん退院に当たっては、単純ではなく、途中紆余曲折もありました。個別に応じたサポートが必要であったことは言うまでもありませんし、恐らくこれからも、紆余曲折あることが推測されますが、根岸病院も一緒に困りながら、地域の一員として、医療が必要なところをサポートしております。

受け入れる側に抵抗感がなく、退院できる人がいるのなら、誰にでも力になる、という意識ひとつで、これ程退院がスムーズになり、そして病院も地域も自分たちの力を出し合って支援できるのか、ということは驚きです。そして、当事者自身も、自らの体験を次の当事者に伝え、見せることで、その持てる力を出し合っています。

巢立ち会の姿に学ばされると同時に、病院も力を尽くして、当事者の「生活したい」という思いを、支援していきたいと思います。

### 3) 巢立ち会 退院促進事業を活用して

長谷川病院 活動療法科  
香田真希子 (OTR・PSW)

#### はじめに

日頃からケースを通じて大変お世話になっている、グループホームの世話人さんからケースの訪問に行った際に、今回の執筆依頼を受けた。とてもお世話になっている、かわいらしい世話人さんに頼まれると断れず、書くことにした。ここでは、日頃から私が勝手に感じている巢立ち会の6つのストレンクスや効果について述べつつ、日頃からお世話になっている巢立ち会の皆様への感謝の言葉としたい。

#### 1. まずは、住居を！

巢立ち会の退院促進事業の1番すばらしいところは、住居支援がセットになっているところである。退院促進の要は住居である。退院後の住居がない（目

処がたっていない) ことで、不必要な入院生活を続けている場合が多いのが現状であるからだ。入院中から住居の確保が保障されていると、本人のみならず、病院のスタッフや家族にとっても、大きな安心材料となり、退院へのモチベーションの向上に大きく貢献する。

## 2. 病院の中に地域の風を

病院は、特殊な文化がある場所である。特に、長期在院者の多い病棟はなおさらである。入院している本人も、スタッフもいつの間にか、その特殊な文化に染まってしまい、地域での「あたりまえの暮らし」を、現実のこととしてイメージしにくくなっている場合が多い。そして、いつの間にか‘あきらめる’ことに慣れてしまったり、変化のない生活、刺激の少ない生活が、普通の生活だと、勘違いしてしまっている場合が多い。そんな中で、病院の中から地域に向けての風を起こすのは悲しいことに限界がある。今回巣立ち会は、病院の中に地域の風を吹き込んでくれた。そして、その風が、病院の特殊な文化を少しずつ換えてくれている。

## 3. 病院スタッフの意識改革

入院医療機関のスタッフ、特に長期在院者の支援を長期間行っているスタッフは、いつの間にかできるはずのこともできないと、勘違いしてしまったり、本人の持つ可能性や・希望が見えにくくなってしまうことが多い。そして、この人の退院は無理だろうと、勝手にあきらめてしまっていたりする。しかし、巣立ち会の退院促進事業を活用して、退院は難しいだろうと思っていた利用者が、退院してイキイキと地域生活を送っている姿を目のあたりにすることは、病院スタッフの意識変革に大きく貢献している。

## 4. 出張講演～当事者の声の力～

スタッフがいくら地域生活の楽しさや、退院することのメリットを語っても、「退院したい」と言わなかった方々が、巣立ち会の当事者が病院の中に来てくれて、地域での生活について、生の語りを聞くことで、希望を持ち、「自分も退院したい」と語りだす。当事者の声は非常に大きな力を持つ。

## 5. フットワークの良さ

巣立ち会のスタッフはとにかくフットワークが良い。急遽カンファレンスが決まっても、急遽訪問をお願いしても、嫌な顔をせず、複雑な手続きもいらないうで、すぐに来てくれる。このフットワークの良さと、直接顔を見せてくれる

ことは、一緒に仕事をさせていただく上で、大きな安心材料となり、信頼度が増す。病院スタッフもこのフットワークを見習いたいものである。

### 6. リーダーシップ

巣立ち会と言え、なんととっても田尾さんの存在である。ここまで質の良いサービスを、これだけ短期間で拡大してきたのは、田尾さんのリーダーシップの賜物であろう。田尾さんの熱い想いに共感するスタッフも、これだけの業務をがんばれているのは、彼女の存在が大きいのではないだろうか。

### おわりに

ここまで私が勝手に感じている、巣立ち会のストレングスや効果について述べてきた。本当に日々感謝である。要望はおこがましくて、書きにくい。しかし、要望も書いて欲しいとのリクエストがあるので、あえて無理を承知で書くならば、「作業所通所のセットを解いて、個別の生活スタイルも尊重して欲しい。一般就労に向けた就労支援にも力を入れて欲しい。」の2点である。しかし、現状の予算と、マンパワーと、ニーズの優先順位から鑑みて、今は難しいことも重々承知している。なので、現実的な要望はない。感謝のみである。逆に何か病院で巣立ち会の活動を手伝えることがあれば、是非要望していただきたい。これからも、宜しくお願い致します。

## 4) 退院促進支援事業を利用して

医療法人社団根岸病院  
中野信子（看護師）

立秋の候となり、冬の厳しさを感じる頃となりました。貴ホームにおかれましては、ますますのご清栄をお慶び申し上げます。

貴ホームの皆様には根岸病院を退院致しましたかたを、心細やかな対応で受け入れていただき、本当に感謝しております。

専門の皆さまに記すのはお恥ずかしいのですが、長期入院生活をお過ごしであった患者様が貴ホームへ入所された時には、一般健常者では普通に出来る事を失念している場合が多く病気には全く無関係の部分でこころ挫かれる事が間々ございます。貴ホームのきめ細かな対応に、退院した患者様もが、一般的かつ普通の生活を送るのに必要不可欠なことを補っていただく意味で、重要な事と理解しております。身近な例ではございますが、電子レンジの使い方、携帯電

話の使用法、ガスコンロの付け方など微に入りの『生活のこころ配り』をホームの運営上徹底され貴ホームには感銘を受けております。

当病院でも貴ホームの理念に共感おりますし微力ではありますが一助できれば幸いです。

## 5) 退院促進支援事業を利用して

吉祥寺病院  
花立幸代 (PSW)

巢立ち会の退院促進事業を利用して、当院の多くの患者様が退院され、地域で暮らしています。現在も 10 名近くの方々が目標に向かって取り組んでいます。

病院にはまだ長期入院を余儀なくされている方々が多くいます。その理由はさまざまですが、退院する家がない、退院しても支援する人がいない、ご本人に退院する気持ちがない、家族から退院を拒まれている、などです。

当院では、こういった方々に退院のアプローチをする段階から巢立ち会に協力して頂いています。私が特に心強く感じるのは、家族が退院に不安を抱いている場合の支援です。このような場合には、巢立ち会の社会資源である作業所、グループホームを見学させていただき、職員から退院後の支援について話してもらいます。もちろん病院でも医師や職員から話をしますが、これだけではイメージが湧かず不安はぬぐえないようです。実際に退院して地域で生活している方々を見て、その様子を聞かせてもらおうと家族の気持ちに変化が出てくるのです。「いつまでも病院にとじこめておくのは、こくな話ですよ」と巢立ち会職員の一言に家族が大きくなずくのです。実際の生活を支える巢立ち会の言葉は説得力があると感じる瞬間です。その家族のうなずきから、退院への実際の取り組みがスタートしていきます。

退院促進事業が導入される前から、巢立ち会には多くの患者様を受け入れていただけてきました。事業が導入されてから何が変わったのか振り返ってみると、出張講演の力が大きいのではないかと思います。

当院では講演日程を病棟に表示して希望者を募っています。そして、当日は会議室に集まり、巢立ち会に退院した OB の話を聞くのです。ともに入院していた〇〇さんが生き生きと話す姿を見て、自分にもできるのではないかと思ったり、作業所に通ってみたいという気持ちが芽生えるようです。また、出張講演の力は病院の職員内にも及んでいきます。

入院中に担当していた患者様が大勢の人たちの前で話すその姿に驚かされるのです。そして、現在入院中の〇〇さんも退院できるのではないかしらと思わされるのです。

「布団にポットにトイレトペーパー・・・」先日、退院促進事業を利用して退院された方が初めての外泊をする前に話し合った「必要なもの」です。誰が相談に乗るか、誰と一緒に買出しに行くか、一つ一つ共に考えてもらえる巣立ち会の退院促進事業は心強く、巣立ち会になら退院させられるのではないかと思う方もいます。

この頃、思うのですが、退院促進事業というより地域生活促進に向かっている気がするのは私だけでしょうか。

これからも一人でも多くの方が地域生活に戻れるよう、共に退院促進事業に取り組ませていただきたいと思います。

### 6) 退院促進で思うこと

三鷹市生活福祉課  
吉田克秀（ケースワーカー）

私は、2年前に生活保護担当ケースワーカーとして10数年ぶりに現場に戻ってきました。皆様ご承知のとおり、この10年で生活保護を取り巻く環境は、大幅に変わりました。介護保険制度の導入などによる生活保護制度の改正、ケースワーカー個人の経験や努力に依存しない組織的取組を推進する自立支援プログラム制度の導入、雇用の低迷などからくる生活保護受給者数の増加など、以前とは違った現場の雰囲気戸惑いを感じながら地区担当員としてのスタートを切りました。

このように、時の流れを感じていた私のところに入って来たこと、それは「巣立ち会」が、平成17年度に東京都から退院促進モデル事業の委託を受け、今も実施していることでした。その事業は、長期にわたって入院している精神障がい者の方が、地域での受け入れ条件さえ整えば退院し、地域の中で不自由なく生活していける。私は、そのことを知った時、「その事業は素晴らしいことではあるが、地域では十分な受け入れ体制がなく、難しいのではないか。この事業を推進する前に、在宅支援を築いてからでも遅くはないのではないのか。」と半信半疑の気持ちでいました。

しかし、私の不安を一掃するかのよう、「巣立ち会」は、この退院促進支

援事業により平成18年度までに、41人の入院患者を退院させ、その後も順調に入院患者を地域移行へと結び付けています。その中には、私が知っている方もいます。彼らが、退院促進事業により退院し、地域の中で生活し、仲間と共に食事や作業をする姿、地域の中の一員としてがんばっている様子を見かけると、少なくともこの事業を実施したことは間違いではなかったと感じております。また、「巣立ち会」がこの事業を受託したことで、多くの入院患者が、地域移行へと繋げられたものと確信しております。「巣立ち会」は、退院患者の地域移行が可能となるように、以前から地域ケアの推進に力を注ぎ、地道に退院後のフォロー体制を築き上げてこられました。中でも、田尾理事を中心とした巣立ち会の職員皆さんが一丸となり、「精神疾患があっても、地域でのサポートさえあれば、病院ではなく地域の中で十分暮らせていける。」という信念をもって、決してあきらめずに退院された方を援助している姿は、退院された方々の大きな支えになっていることでしょう。

精神障がい者の方が、地域の中で生活していくことは、大変なことだと感じております。

「人は、病気を治すために、入院し、症状がよくなれば退院する。」これは当然のことであると言えます。だけど、精神疾患を抱えた患者さんの中には、地域や家族からも見放されたことで、病状が良くなっても帰る場所もなく、生涯を病院で過ごす方も少なからずいらっしゃいます。ましてや、長年にもわたって入院していた方は、地域社会に一旦戻っても、何もできずに孤立してしまう方が多いのではないのでしょうか。このような精神障がい者の方に、社会復帰が可能となる夢を与えるものが、退院促進支援事業です。この事業は、各自治体において、今後実施されていくものと思いますが、「巣立ち会」が果たした役割は自治体の模範となるものと考えられます。本市においても、ノーマライゼーションの理念のもと、地域で互いに支え合い、明るく豊かに暮らしていける社会を福祉の担い手である我々が中心となり築いていければと思います。

## 4 巣立ち会職員から

### 1) 退院促進支援事業の感想

巣立ち会 長門大介

昨年この事業の関係者連絡会議の時に、一言コメントを求められて、思わず「この結果を出すために、現場は身を削ってやっています」と答えてしまいました。言った後「しまった」と思いましたが、都の方々も含めて案外共感を込めて受け取ってもらったようで、ほっとしたことを思い出します。

実際、現場は大変です。文字通り「ありとあらゆること」が起こるからです。先日も休日の朝に、入院していた利用者が急に転院になるので付き添ってほしいという電話が病院からあり、あわてて駆けつけたことがありました。これは極端な例で、そうそう頻繁にあることではありません。また一方で、このようなことは通常の作業所活動に伴っても発生することで、どこの施設の職員でも何度か体験していることだと思います。ただ、長期入院者の退院というデリケートな期間を担当する事業であるがゆえの、小さなトラブルには事欠きません。現場は緊張の連続です。しかし、この事業を語る時にトラブルのことばかり言うのは、あまりに片寄り過ぎているとも思います。「何でこんな元気な人が、20年も入院していなくてはいけなかったんだろう」と、心の底から感じる人にも、数多く会ってきました。そういう人が普通の生活を送っているところを毎日眺めているので、確信を持って仕事ができるのです。だから、これから事業を始めようといった人たちなどには、どうかいたずらに不安を抱くことはしないで頂きたい、と申し上げたい。田尾さんの「腹をくくってしまえば案外怖くない」という言葉は、現場の実感です。

「身を削る」原因は、ケースワークだけではありません。いわゆるコミュニティワークの部分も大きいし、むしろ現在の私にとっては、そちらがメインです。退院のための書類が増えたということもありますが、もう一つはいわゆる「出張講演」や「事業説明」の依頼が増えていることです。5年前には、そんなことを頼まれることはありませんでした。今年度はおそらく50件近い数になるのではないかと思います。田尾さんのキャラクターもありますが、厚生労働省の7万2千人の発表以降、ようやく何か動き始めたような印象も受けています。あえて言えば、注目されることはとてもうれしいことです。自分の所属している会が評価されるのは素直に誇らしいという気持ちの一つですが、もう一つは、これまでなかなか動かなかった「システム」が変わることへの希望

が持てるからです。

当会の実践に限らず退院促進事業というのは、多かれ少なかれ「すでにできあがっている社会的入院という強固なシステム」に風穴を開ける要素を持つこととなります。私が入職した12年前には、退院促進という言葉自体がなかったし、実際にそうした取り組みが少なかったのでしょうか。現在の盛り上がりを一時的なブームに終わらせないように、もっと大勢の方々の取り組みが必要です。システム全体が大きく変っていくことを期待しながら、地道に仕事を続けていきたいと思います。

## 2) 退院促進支援事業の感想

### 巣立ちホーム調布第4

尾川優子

退院を目指して初めて体験宿泊をした人からよく耳にする「夜道を歩くのは久しぶり」という言葉が印象的だった。体験宿泊の初日はグループホームの夕食会に参加していただいており、日の落ちた時間帯に、宿泊する部屋から交流室まで移動することとなる。昨年、33年という長い入院期間を経て、68歳で退院された方がいらっしゃった。開放病棟に入院されていたが、病棟の門限が16:30のため、ここ30年夜道を歩いたことはなかったと言われたことにショックを受けた。「夜道は歩ききれないので怖い」「星空を見て娘の頃を思い出す」との感想を聞いた。私は病棟の門限があるということは以前から知っていたが、ただルールを知っているだけに過ぎず、入院している方々の日常生活がどういふものなのか分かっていないことが多いと実感して愕然とした。30年とは行かないまでも、5年入院していた若い男性は「開放感がある」といつにない笑顔で話をされていたし、退院してから2年以上経つ今も、毎日のように夜に出かけると話される方もおられる。

スタッフとして働いて、事務仕事に追われる中で大変なことも多い仕事ではあるが、退院への支援に関わる中で『初めての体験を一緒に共感できた』のは良い経験だったし、「楽しい」という言葉を聞かなくてもつい最近まで入院していた方々が自由に楽しそうに生活している姿を見られるというのにお得な気分、病院で働いている時には味わえなかった楽しみである。そして、この仕事は“お世話をする”のでも“管理をする”のでもなく、『夜でもいつでも自由に出かけられる生活を提供できる仕事』だとも実感している。

### 3) 入職 1 年目で地域移行支援にかかわる経験をして

巢立ち工房  
勝又裕子

巢立ち会の地域移行支援が飛躍的に進んだ平成 18 年。目まぐるしく続く退院ラッシュの中、入職したての私は意識する間もなく地域移行支援の波に身を投じていた。

精神保健分野で仕事をするのは初めての「素人」「新人」の私は、通所施設スタッフに支えられつつ、目の前にいるひとりひとり利用者と向き合いながら、日々様々な症状や薬について学び、地域の資源について学び、関係機関の担当者との関係を深めながら必死に仕事を覚えていった。世話人としての業務をこなしながら、新規グループホーム 2 箇所の開設、新法への移行、法人の受託した地域移行支援を進めるための研究事業等の業務などにも追われつつ、5 名の退院に関わらせていただくことができた。利用者と向き合う中で、「退院意欲がない」とされていた方の中にも確実に存在する退院に対する強い希望を感じ、また筆舌に尽くしがたい辛い症状や経験を持ちながらも苦勞をしても地域で社会生活を送りたいという強い意志に心から励まされる思いがした。また退院した利用者の再入院や、長く地域生活を送っていた利用者の入退院を含め、10 数回の入退院の支援を経験する中で、病院と連携を蜜にしながら支援を行っていくことの重要性和、「入院目的に関わらず、誰かがひっぱり出そうとしなければいつの間にか入院が継続してしまう」精神科病院という場の困難さを実感することにもなった。ひとりひとりにとっての「退院」という人生における大きな転機に自らが関わり、役立てるということに心から喜びとやりがい、手ごたえを感じていた。

そんな中、私は退院を目前にしながら一時取り組みを中断していた利用者の自殺を経験した。障害者自立支援法の本施行などに関わる膨大な事務作業と監査対応とひと月に 4 名たて続いた地域移行支援に関する業務などに追われ、毎日夜中まで残業を続けていた怒涛の日々の中でそれは起きた。搬送先の救急病院の ICU で私は、一時蘇生された彼の生きる意志を信じ、彼の匂いを感じとりながら呼びかけ続け、そして彼の火葬を見送りながら、衝撃と悲しみと後悔に苛まれつつ、様々なことに思いを巡らせながら、最後に「人の命は取り返しがつかないということ、私がすべきことは今目の前にいる人のために全力を尽くすこと」との結論に辿り着いた。彼のこと、彼との出会いの中で学んだことを忘れずにいることを心に誓い、その後も膨大な業務量に押しつぶされそうになりながらも、「今何をすべきか」「何を優先すべきか」の基準に迷うことはもう

なかった。もう二度と後悔はしたくなかった。新人であることも忙しいことも決して言い訳にはしまい。今の自分にできるすべてのことをつぎ込んで、できる限りの支援をしたいと強く思った。腹をくくって、全力で利用者と向き合い、主治医や関係機関のスタッフとも全力で向き合った。

生きていれば、仕事をしていれば理不尽なことにはたくさん出会う。がんばりすぎて疲れると、怒りや悲しみや虚しさといったネガティブな感情に支配されそうになることもある。しかし、そんな時にはいつも、みんなの姿が心に浮かんだ。誰も望まない忌むべき病気に罹るということ、病気を理由にあらゆる自由と尊厳を奪われた立場に追いやられるということ、そして時にその重荷を一生背負わされて生きていかなければならないということ、それに勝る理不尽なことはあるだろうか！？にもかかわらず、誰を責めることもなく、真摯な生き方を続け、誰に対しても限りない優しさと慈しみをもって接する利用者に支えられながら、心から尊敬し大切に思う利用者のために、精一杯自分の力を尽くしてがんばれること。その喜びが、1年間を全力で働ききった私への何よりの報酬だったと思う。

#### 4) 利用者の皆さんから教わったこと

##### 巣立ちホーム調布第6 濱井直子

グループホームでの世話人業務を通して実感しているのは、退院はゴールではなくスタートだということです。

退院を目指し病院から作業所へ体験通所を行う過程において、患者さんは「自由な生活」への大きな期待と不安を抱えながら、大変な努力をされます。いざ退院し、地域での生活を始めると、病院内や作業所ではわからなかった大小様々な問題に直面します。服薬や金銭の自己管理だけでなく、食事の用意、タバコの吸い方、水回りの掃除の仕方、洗濯機の使い方、ゴミの分別、郵便物の確認、お風呂の沸かし方等々、挙げればきりがないうような生活の細部にこそそれは現れるものです。少しの援助ですぐにできるようになることもあれば、何度説明してもなかなか理解していただけないこと、習慣になるまでに時間を要することなど根気強く援助していく必要のあることが多々あります。しかし何でも手を差し伸べることだけが支援ではなく、「見守る」ことも重要だと感じています。そして、地域移行支援は様々な機関・職種による支援のネットワークがあってこそ可能なのだと本事業を通して痛感しています。グループホームで世話人と

して利用者さんとかかかわっていると、どうしても狭い視野で捉えがちになったり、見落としてしまう場面があります。退院を目指す時期だけでなく退院後も利用者さんの地域生活を支える上で多機関との連携が欠かせません。

退院後数ヶ月から1年近く経過したときには、利用者さん達の多くが生活にも慣れてきますが、彼らの中には次なる目標を見つけられず悶々と過ごす方もいらっしゃいます。「墮落しちゃう」と表現される方もいます。生活に慣れてきたところで大きな失敗を経験する方もいます。また、退院して1年以上経つ利用者の方に今の気持ちをうかがうと、「病院にいたときの方が寂しくなかった」と、長期入院の中で出来た仲間と離れた寂しさを語られる方もおり、退院によって全てが手に入るわけではなく、何かを失ったり負の感情を伴う可能性もあるのだと知りました。そういった彼らの退院後の姿や言葉は、支援を行う我々への戒めであると感じます。それでも退院してよかったと思えるような生活を送れるような支援が求められているのだと思います。彼らの希望や不安に寄り添いながら、将来像と一緒に描いていくことは、退院と同時に、あるいは退院以前から常に共有していくべきことなのだという利用者の方から教わりました。

退院の先にある生活を維持していくことにこそ苦勞がたくさんあります。失敗もたくさんあるでしょう。しかし苦勞や失敗を積み重ねる中に生活の喜びや楽しみが見出せるのだと思います。これからも利用者さん達がたくさんの仲間と出会い、地域で当たり前のように生活できるような環境づくりに参加していきたいと思っています。

\* 本章は原則として、執筆者の原文のまま掲載しております。

## おわりに

この冊子をまとめて、社会的入院者の退院促進・地域移行にかかわる仕事を振り返ってみると、私たちにはさまざまな顔が浮かんでくる。まずは多くの利用者たちである。退院して新しい生活の喜びの声を伝えてくれた利用者。不安や病状に悩みながらもやはり入院ではなく、地域で暮らしたいと訴えた利用者。生活に破綻してやむなく入院することになったが、自分の部屋に戻りたいと強く望み、長期入院は自由を知った人にはやはり酷なものなのだと再確認させてくれた利用者。新しい目標を定めて巣立ち会の支援から離れていった利用者。そして残念ながら支援半ばにしてその命を絶ってしまった利用者。利用者ばかりではない。職員もこの16年の間に何十倍にも膨れ上がっていったが、彼らのその時々熱意と利用者への愛情、苦労や困難も含めて分かち合ったことなどがしみじみと思い出されるのである。またそれ以外の支援者、行政の方たちや地域の人々、彼らの支援の笑顔が私たちの目には焼きついてはなれない。

思えばこの16年間、馬車馬のように走り続けてきた。目の前の利用者のニーズが絶えることがなかったからである。私たちが行なってきたことは地域移行への支援だけではないが、その問題一つをとってもまだまだこれからの課題が山積しており、まだ山頂が見えないというのが現状であろう。私たちは路が見えなくなったときは、必ず目の前の一人一人の利用者に戻ることにしている。結果は後からついてくる。必要なのは利用者にとって何が必要なことか、私たちはどんな支援が出来るかを丁寧に真摯に考えることに尽きると思っている。私たちの水先案内人は利用者である。彼らに寄り添っている限りにおいては、決して路に迷うことはないのである。精神障害者を取り巻く環境は、まだ様々な問題をはらんでいる。私たちは当事者に寄り添うということを胸に、今後もますます精神障害者が地域でより住みやすく、生きやすい環境を作ることと、そのための支援を行なうことに取り組んでいきたい。

これまでかかわってきた利用者、職員、行政、地域の人々など、巣立ち会を支援し続けてくれた人々に心からの謝辞を述べるとともに、これからの努力も皆さんにお約束したいと思うのである。これからも巣立ち会の活動を温かく見守っていただくことをお願いして、おわりの言葉に代えたいと思う。

# 資 料

## 資料 1

### 精神障害者退院促進支援事業実施要綱

#### 1. 目的

本事業は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入れ条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練（以下「退院訓練」という。）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する。

#### 2. 定義

##### (1) 対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入れ条件が整えば退院可能である者をいう。

##### (2) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院訓練を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活支援事業所、小規模作業所をいう。

##### (3) 自立支援員

「自立支援員」は、精神障害者の福祉に理解を有するものであって、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

#### 3. 実施主体

(1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という）とする。

(2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託して実施するものとする。

#### 4. 自立支援の委嘱

都道府県知事及び指定都市市長（以下「知事等」という。）は、対象者の退院訓練を支援するため、自立支援員の委嘱を行うものとする。

#### 5. 運営委員会の設置等

(1) 知事等は、以下に掲げる業務を行うため、精神障害者自立支援事業運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置するものとする。

①対象者(利用見込者数)、協力施設等の数等に係る数値目標の設定

②6 に規定する自立促進支援協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言

③実績報告を受けての事業効果の評価

④その他本事業の実施にあつた必要な事項の協議

(2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は、都道府県本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。

①都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局

②市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局

③精神科病院

④精神障害者社会復帰施設

⑤精神障害者居宅生活支援事業における運営主体

⑥小規模作業所

⑦地域の医師会

- ⑧地域の精神科病院協会
  - ⑨地域の家族会
  - ⑩地域の当事者団体
  - ⑪その他知事等が適当と認める者
- (3) 運営委員会は年 2 回以上開催するものとする。
- (4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行なう場合であっても、運営委員会は都道府県・指定都市ごとに 1 か所とする。
6. 自立促進支援協議会の設置等
- (1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センター（以下「地域生活支援センター」という。）は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- (2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者（協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等）で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。
- (3) 協議会の業務は以下のとおりとする。
- ①対象者の選定
  - ②対象者の自立支援計画の決定（退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする）
  - ③対象者ごとの協力施設等の決定
  - ④事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し
  - ⑤地域における社会資源の把握
  - ⑥その他本事業の実施に当たって必要な事項の協議
- (4) 協議会は、原則として月 1 回以上開催するものとする。なお自立支援計画を策定する場合その他の必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聞くことができる。
7. 手続等
- (1) 利用の手続等
- ①当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。
  - ②協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。
- (2) 協力施設等への依頼等
- ①協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。
  - ②協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする
8. 退院訓練の実施
- (1) 対象者は、自立支援計画に基づいて、協力施設等における訓練（精神障害者通所授産施設における授産活動、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）における体験入居、小規模作業所における作業等）、日常生活を営むのに必要な活動等の退院訓練を行う。
- (2) 自立支援員は、当該対象者が退院訓練を実施するにあたり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。
- ①開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
  - ②当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
  - ③当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援
  - ④協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集
  - ⑤その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援
- (3) 退院訓練の期間は原則として 6 か月以内とし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の症状の悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては

## 資料 1（精神障害者退院促進支援事業実施要綱）

協議会が、本事業の継続が困難になったと判断したときは、退院訓練を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。

また、地域生活への移行にあたって引き続き自立支援員による支援が必要と協議会が認める場合には、退院後 1 か月間に限り、支援を継続することができる。

(4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

### 9. 退院訓練終了時の取扱い

(1) 退院訓練は、当該対象者が退院若しくは訓練を中止することにより終了するものとする。

(2) 協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。

(3) 協議会は、退院訓練を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。

(4) 自立支援員は、退院訓練終了後、協議会に対し、当該対象者に係る退院訓練についての報告書を提出するものとする。

(5) 協議会は、毎年度末までに運営委員会に事業実施報告書を提出するものとする。

(6) 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告書を提出するものとする。

### 10. 費用の補助

国は、都道府県等に対し、本事業に要する費用について、別に定める「精神保健費等 国庫負担（補助）金交付要綱」により補助するものとする。

### 11. その他

(1) 協議会の構成員は、その業務を行うにあたっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならないものとする。

(2) 都道府県等は、本事業の実施について、地域住民及び関係機関に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。

(3) 地域生活支援センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。

(4) 協議会は、保健所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会の場を活用する等により、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業の事業所、医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。

(5) 自立支援員は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。

(6) 都道府県等は、本事業に係る実績報告書を、別に定める様式により翌年度の 4 月 30 日までに提出すること。

資料2

巣立ち会 地域移行支援パンフレット

# 社会福祉法人 巣立ち会 地域移行支援

## あなたも地域で生活してみませんか？



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

そんなときには、**巣立ち会**にご相談ください！

### 巣立ち会の理念

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

### 具体的な目標

- 長期入院者の地域移行
- 住居の提供と維持
- 働く場の確保と継続支援
- 心身の健康の維持・向上の支援（病状管理）

## 地域移行支援の流れ

アウトリーチ  
(出張活動)

地域移行支援における重要なプロセスとして、当会では外への働きかけを積極的に行っております。  
主に行っている活動には、出張講演・事業説明・利用対象者面接などがあります。(詳しくは次頁)

↓  
インタビュー  
(初回面接)

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

↓  
体験通所

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

↓  
住居提供

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

↓  
退院準備

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

↓  
アフターケア  
(退院後支援)

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

## アウトリーチ(出張活動)って？

当会の支援活動をより多くの方に知って頂き、そのサービスを利用して頂く為に、私たちは積極的に外部に出かけて行きます。

出張講演、事業説明、病院での面接などがその例です。

### < 出張講演 >

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

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

### < 事業説明 >

病院と地域移行の理念や目標を共有し、事業への理解と協力を得るために、当会職員の訪問による事業説明および協力依頼を積極的におこなっております。この活動では、病院内に一人、また一人と地域移行の支持者を増やしていくと共に、組織内のあらゆる方々に退院促進支援事業の周知と理解を得ることを目指しています。

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

### < 利用対象者面接 >

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

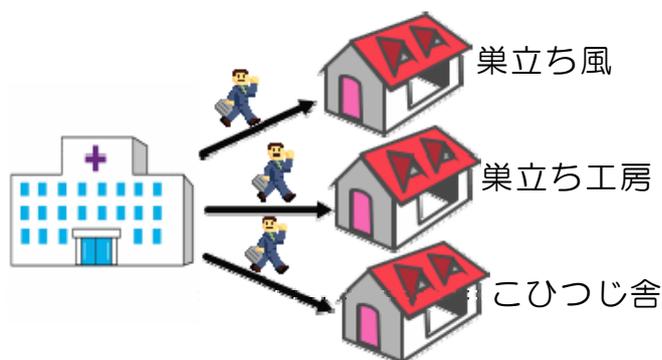
## インタビュー(初回面接)って？

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

退院へのお気持ちがある患者さんには、これまでの生活を振り返って頂き、これからどう生きたいか、夢や希望などを共に確認致します。そしてそのご希望に対して、私たちがどんなお手伝いができるのかを提示し、お互いの同意の元に契約を致します。

## 体験通所って？

面接を経て、地域移行支援サービスの利用者となられた方には、地域への第一歩として病院から当会の日中活動の場（巢立ち工房・巢立ち風・こひつじ舎）のいずれかに通って頂きます。通所先も通所開始日も、ご本人のご希望で決めて頂けます。また通所日数、時間などについてもご相談に応じます。病院の敷地から出て、電車とバスなどの交通機関を利用して日中活動の場へ、不安の多い、けれども新しい生活の始まりです。戸惑いや不安は当会メンバーや職員と共に解決していきながら、地域で生活する為の心と身体の準備をします。安定して通所し、そこで仲間を得ることで、自立生活への自信をつけて頂けます。



## 住居提供支援って？

通所も安定し、具体的に退院の予定が出てくると住居探しに入ります。

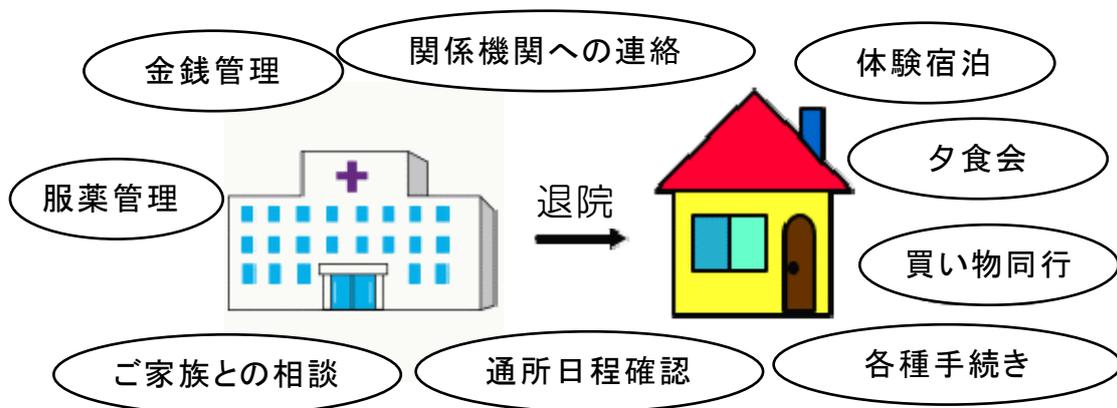
ご本人、ご家族、病院関係者の方々と相談しながら、場所や入居時期等を考慮し、その方に合った住まいを探していきます。また、援護寮のショートステイを利用した体験宿泊などもはじめて頂き、退院への準備を始めます。

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



## 退院準備って？

お部屋も決まり、退院が具体的に決まった方は、退院への準備に入ります。まず重要なのが「服薬の自己管理」です。入院先の病院で服薬の自己管理が行えるように準備をして頂きます。そして継続した施設通所のために、通所目的や日程の確認を再度行います。また退院後の住居見学も行います。その他、地域生活に移行する際の様々な準備を関係機関職員や当会職員と共に行っていきます。



## アフターケア(退院後の支援)って？

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



## 巢立ち会の資源

### < 日中活動の場 >

巢立ち風

巢立ち工房



こひつじ舎

### < 居住施設 >

巢立ちホーム

巢立ちホーム三鷹第 2

巢立ちホーム調布

巢立ちホーム調布第 6

巢立ちホーム調布第 2

巢立ちホーム調布第 3

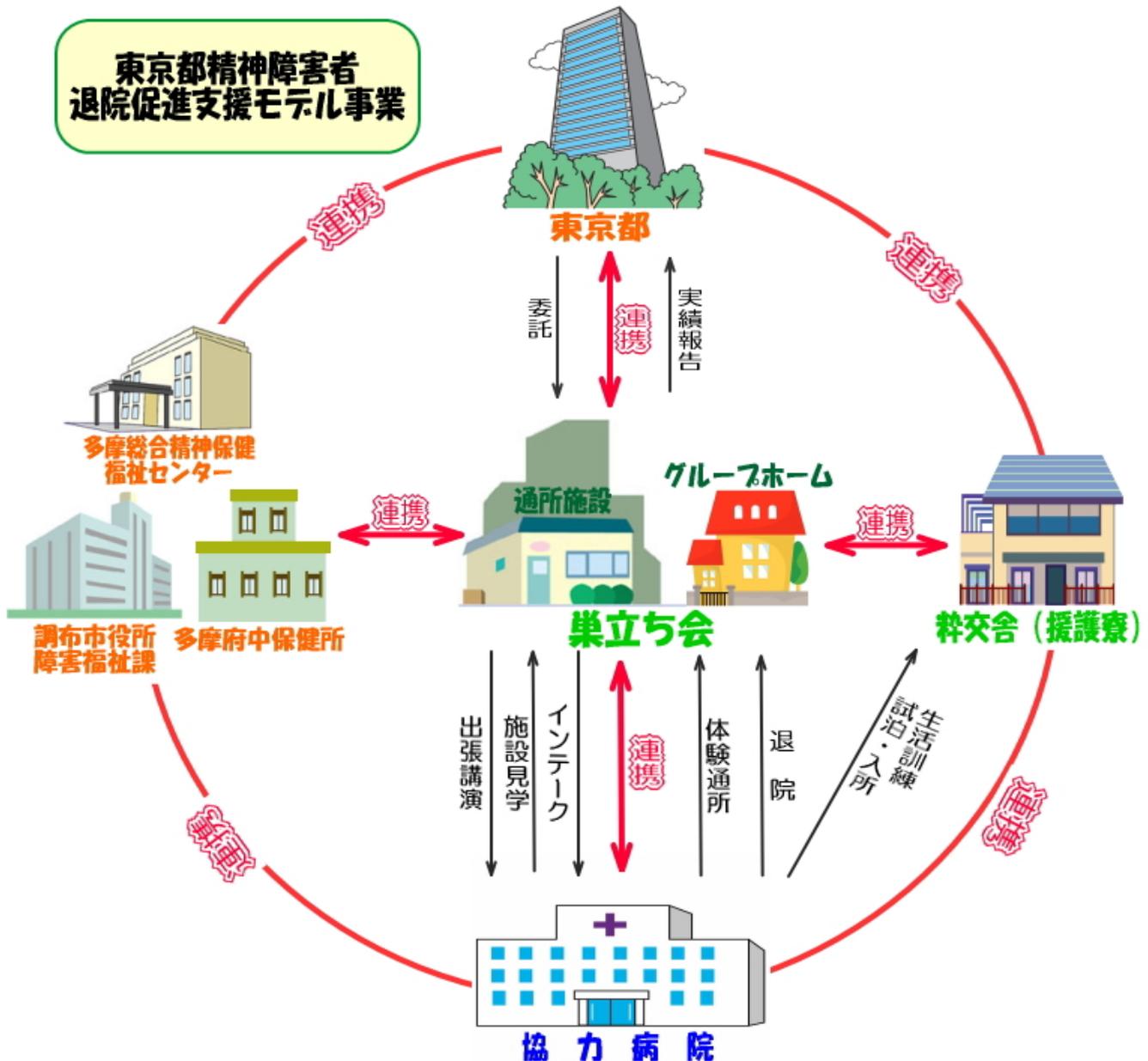
巢立ちホーム調布第 4

巢立ちホーム調布第 5



## 地域のネットワーク

私たちの活動する地域では、患者さんの地域移行をサポートするために、細やかなネットワークを組んでいます。各機関と地域移行支援の理念や目標を共有し、退院したいという患者さんの思いを大切にしていきたいと考えております。



本パンフレットで使用しているイラスト・素材は  
テンプレート BANK (<http://www.templatebank.com>) で提供されています

2008年3月改訂版

## 執筆者一覧（執筆順）

田尾有樹子（巣立ち会理事）	はじめに、第2章～第5章、おわりに
赤沼麻矢（巣立ち会職員）	第1章～第4章、第6章、資料
清重知子（福岡医療福祉大学）	第1章、第3章、第4章
長門大介（巣立ち会職員）	第7章、第8章
栗原愛（巣立ち会職員）	第7章
玉川浩（利用者）	第8章
T.M.（利用者）	第8章
木下旭（利用者）	第8章
吉田共宏（利用者）	第8章
木下和子（巣立ちホーム大家）	第8章
池光（武蔵野中央病院 PSW）	第8章
伊澤ふみ子（根岸病院 PSW）	第8章
香田真希子（長谷川病院 OTR・PSW）	第8章
中野信子（根岸病院看護師）	第8章
花立幸代（吉祥寺病院 PSW）	第8章
吉田克秀（三鷹市生活福祉課）	第8章
尾川優子（巣立ち会職員）	第8章
勝又裕子（巣立ち会職員）	第8章
濱井直子（巣立ち会職員）	第8章
遠藤まり（巣立ち会職員）	挿絵

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  
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

**やればできる退院支援 ～巣立ち会 地域移行支援マニュアル～**

平成 20 年 3 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/>

編集者 田尾有樹子・清重知子・赤沼麻矢

印刷・製本 社会福祉法人新樹会 創造印刷