

精神障害者社会復帰促進研究事業

報 告 書

平成 19 年 3 月

社団法人 日本精神保健福祉士協会

目次

I	はじめに	1
	事業の目的／精神障害者社会復帰促進研究事業について (福岡県精神保健福祉士協会)	
II	精神障害者社会復帰促進研究事業報告	5
	1. 協力病院の状況	
	(1) 生活保護受給者(被保護者)の入院状況	
	(2) 協力病院を取り巻く社会資源の状況	
	2. 対象者選定理由とその結果	
	3. 対象者支援の経緯	
	(1) 対象者支援の経緯(平成18年10月～平成19年3月)	
	① 事前準備段階:対象者の選定・協力病院内調整・各関係機関調整 (10月～11月)	
	② 支援段階:対象者3名への支援(12月～3月)	
	(2) 対象者の状況	
	(3) 対象者別支援経緯	
III	まとめと考察	15
	1. モデルケースについての考察	
	2. 家族支援についての考察	
	3. 事業についての考察	
	4. 事業の効果	
	5. 今後の課題	
○	事業協力体制	19

I. はじめに

I. はじめに

事業の目的

平成18年10月より平成19年3月の6ヶ月に渡って、「精神障害者社会復帰促進研究事業」（以下「本事業」という。）を福岡県より、本協会が受託し、福岡県精神保健福祉士協会の協力のもと研究事業を行うこととなった。

本事業は、生活保護を受給中であり、且つ、精神科医療機関に長期入院中の者に対して、退院及び社会復帰支援を行う場合、どのようなプログラムが有効であるかを目的に研究をすすめるものである。

その背景には、高齢者・一般を含めて平成17年7月より平成18年度にかけて、社団法人福岡県社会福祉士会に委託し、3福祉事務所において退院後の受け皿の調整を行った結果、精神障害者に対する問題が残り、福祉事務所を基点とした取組みには限界があるということから、本事業を本協会に委託したという経緯がある。

精神障害者の退院及び社会復帰については様々な阻害要因があり、ハード面（受け皿）だけでなく、ソフト面の問題も明確にすることが必要である。本事業では病院の中からの取組みが必要との見解から精神科医療機関に協力頂き、主研究員が協力病院において、対象者の支援を通して研究事業を行ったものであるが、目的として下記の事項を設定した。

- (1) 単に退院が目的ではなく、上手くいったこと・いかなかったことの理由の共通理解
- (2) 入院した段階からの退院及び社会復帰の取組みについての課題の整理
- (3) 入院の長期化防止策の検討

平成18年4月より施行の障害者自立支援法に基づく障害福祉計画の国の基本方針においては、都道府県及び市町村は「平成24年度までに、精神科病院の入院患者のうち『受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者』（以下『退院可能精神障害者』という。平成14年度患者調査で約7万人）の解消をめざす」ため、「平成23年度における退院可能精神障害者数の減数目標値を設定するとともに、医療計画における基準病床数の見直しを進める」こととなっている。本事業では、入院の長期化防止を目的とし、入院直後の段階から、退院及び社会復帰に対する取組みとして、どのようなことを行えば早期に退院及び社会復帰が可能になるのかということを考察する。

平成19年3月

社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者社会復帰促進研究事業について

福岡県精神保健福祉士協会

1 目的

精神科病院に長期入院する被保護者の社会復帰促進について、病院における手法研究を実践的に行い、福祉事務所及び病院における統合型自立支援プログラムの構築を目指す。

2 研究事業モデル病院

- ・本研究事業の趣旨を理解し、事業の実践の場の提供を行う。
- ・本事業の協力病院として委託を受ける。
- ・モデル病院内において、本事業の対象となる事例を抽出する。
- ・対象事例の社会復帰に向け、研究員に対し協力を行う。

3 研究員

① 主研究員

- ・本事業の趣旨を理解し、事業の主体的実践を行う。
- ・モデル病院、副研究員の協力の下、対象事例の社会復帰に向け支援を行う。
- ・事業推進のため会議等のコーディネートを行う。
- ・年度毎に事業の報告を行う。
- ・自立支援プログラム作成を行う。

② 副研究員

- ・モデル病院内に配置し、本事業の趣旨を理解し、事業の協力的実践を行う。
- ・主研究員と協同し、本事業の推進を行う。

4 事業を展開するための会議等

① 研究事業検討会議（年2回程度）

- ・モデル病院管理者・担当者
- ・学識経験者
- ・管轄福祉事務所
- ・管轄保健所
- ・地域社会復帰施設
- ・監査保護課
- ・福岡県精神保健福祉士協会

② 研究事業推進会議（ケア会議・随時）

- ・モデル病院担当者
- ・管轄福祉事務所ケース担当者
- ・地域社会復帰施設
- ・管轄保健福祉センター担当者
- ・当事者

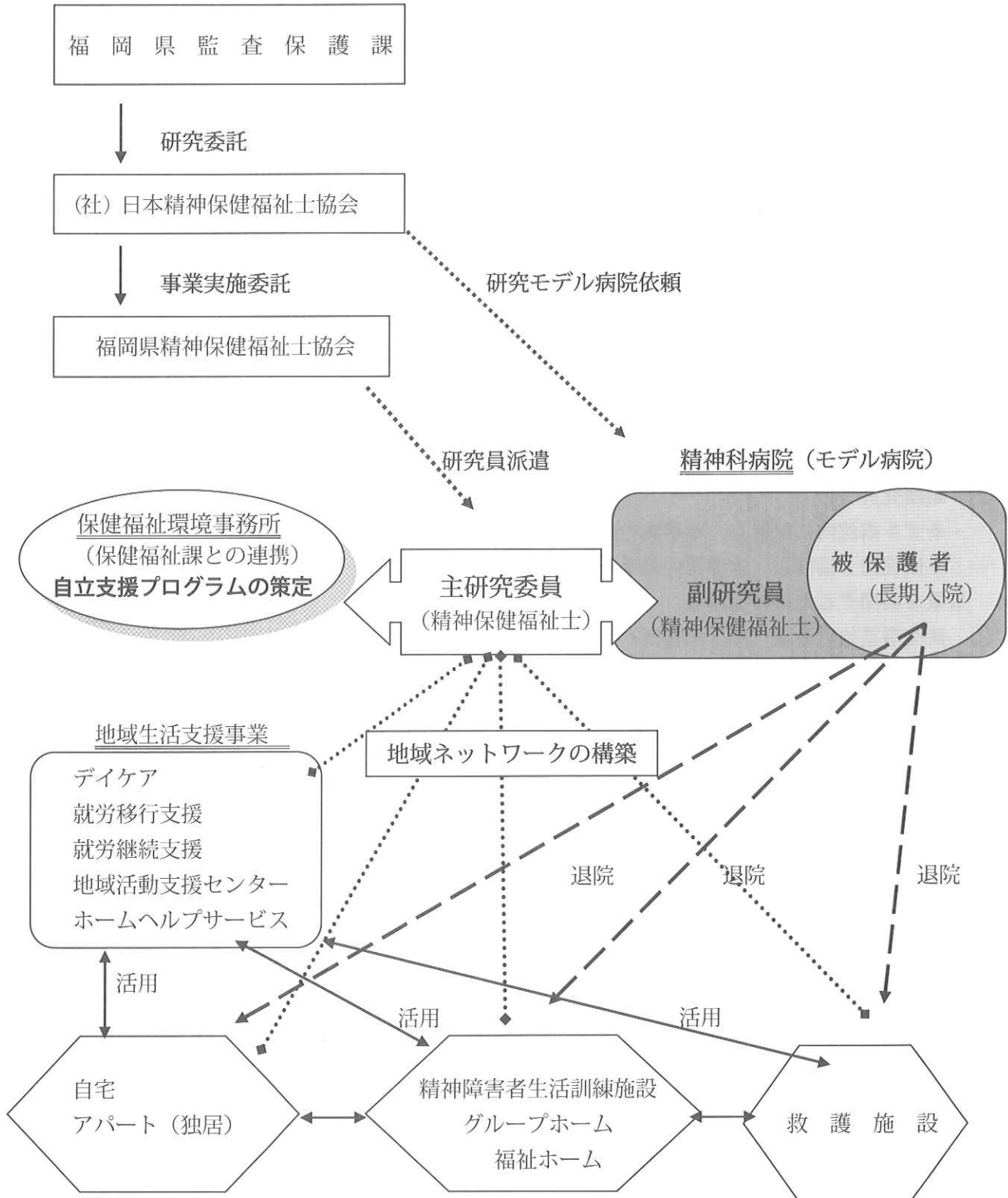
上記①の会議にて、事業計画・報告・検討を行う。

②の会議は主にケア会議の色合いが濃く、基本的には当事者参加型で行う。目的は自立支援ネットワークの構築を図る。

5 自立支援プログラムについて

自立支援プログラムの策定の足がかりとして、自立支援ネットワークを構築する。その内容について関係機関が②の会議で共通の情報と認識を得るため、連携書・記録類などの書類の統一化を図る。当事者が参加した、ネットワークの流れ（フローチャート）が自立支援プログラムに発展するものと思われる。

6 研究事業の流れ



Ⅱ. 精神障害者社会復帰促進研究事業報告

1. 協力病院の状況

- (1) 生活保護受給者（被保護者）の入院状況
- (2) 協力病院を取り巻く社会資源の状況

2. 対象者選定理由とその結果

3. 対象者支援の経緯

- (1) 対象者支援の経緯（平成 18 年 10 月～平成 19 年 3 月）
 - ① 事前準備段階：対象者の選定・協力病院内調整・各関係機関調整（10 月～11 月）
 - ② 支援段階：対象者 3 名への支援（12 月～3 月）
- (2) 対象者の状況
- (3) 対象者別支援経緯

Ⅱ. 精神障害者社会復帰促進研究事業報告

1. 協力病院の状況

(1) 生活保護受給者（被保護者）の入院状況

(参考) 協力病院・生活保護受給者（被保護者）の入院状況データ

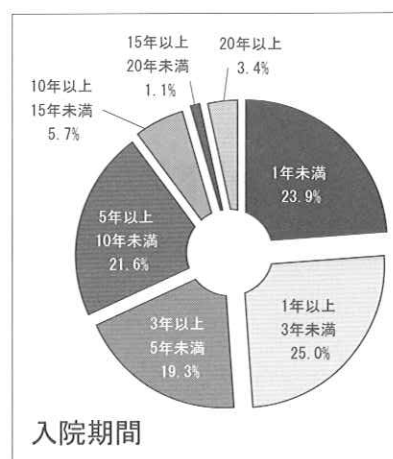
病床数： 262 床

生活保護受給者（被保護者）：88 名（入院患者全体の 33.5%）

*平成 18 年 10 月 1 日現在における割合

【入院期間別】（図表 1）

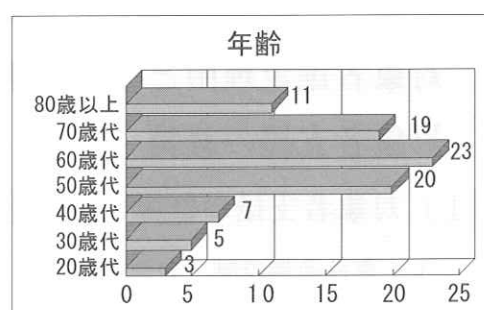
1 年未満	21 名
1 年以上 3 年未満	22 名
3 年以上 5 年未満	17 名
5 年以上 10 年未満	19 名
10 年以上 15 年未満	5 名
15 年以上 20 年未満	1 名
20 年以上	3 名



*最長入院期間：26 年 10 ヶ月 = 1 名・21 年 6 ヶ月 = 2 名

【年齢別】（図表 2）

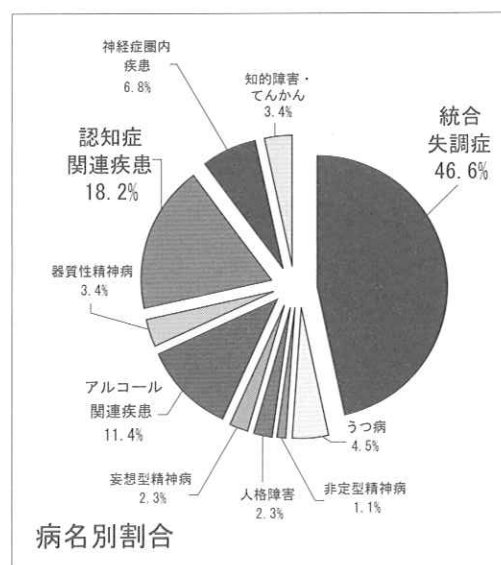
20 歳代（20 歳以上 30 歳未満）	3 名
30 歳代（30 歳以上 40 歳未満）	5 名
40 歳代（40 歳以上 50 歳未満）	7 名
50 歳代（50 歳以上 60 歳未満）	20 名
60 歳代（60 歳以上 70 歳未満）	23 名
70 歳代（70 歳以上 80 歳未満）	19 名
80 歳以上（80 歳以上）	11 名



*最高齢：90 歳 = 2 名

【病名別】（図表 3）

統合失調症	41 名	老年痴呆（認知症）	5 名
うつ病	4 名	アルツハイマー型認知症	6 名
非定型精神病	1 名	脳血管性認知症	1 名
人格障害	2 名	脳梗塞後遺症	2 名
妄想型精神病	2 名	脳梗塞性認知症	2 名
アルコール依存症	5 名	不安神経症	2 名
アルコール性精神病	2 名	うつ状態	2 名
アルコール幻覚症	1 名	不眠症	1 名
アルコール性認知症	2 名	抑うつ・不眠・不安状態	1 名
器質性精神障害	3 名	知的障害	1 名
		てんかん性精神病	2 名



協力病院における入院患者の状況は、入院期間・年齢別・病名別において、前頁の表のとおりである。入院患者全体の33.5%（88名）が生活保護受給者（被保護者）であり、この中から対象者の選定を行った。対象者については、本研究事業が6ヶ月ということ、期間的に多くの人数を対象とする事は困難な理由から、モデルケースとして3名を限度として選定を行うこととした。

◆入院期間について

図表1によると、生活保護受給中の88名のうち、1年以上3年未満が22名（被保護者88名のうち25%）と最も多く、次いで1年未満が21名（23.9%）であり、5年以上10年未満が19名（21.6%）、3年以上5年未満が17名（19.3%）の順で続いている。10年以上の入院患者は9名（10.2%）と少ない状況であった。

◆年齢別について

図表2によると、年代別では、60歳代が最も多く、次いで50歳代・70歳代、そして80歳以上と続いている。60歳代～80歳代以上が多い理由は、協力病院に「認知症治療病棟（57床）」及び外来においては「重度認知症デイケア」が存在するためであり、また、近隣の老人施設の嘱託医師を兼ねているため、老人施設から療養が必要な場合の受け入れを行っていることが理由といえる。

◆病名について

図表3によると、「統合失調症」が41名（46.6%）と最も多く、次に認知症専門病棟が存在するため「認知症関連疾患」が16名（18.2%）と続いている。

（2）協力病院を取り巻く社会資源の状況

協力病院は、精神科・神経科・内科・心療内科・歯科を標榜し、理学療法科・作業療法科がある一般の精神科医療機関である。病床数は262床であり、外来部門においては、社会復帰施設として、精神科デイケア・ナイトケア、精神障害者グループホーム、重度認知症デイケアを併設している。

病床数262床のうち、一般精神病棟105床・精神科療養病棟48床、老人性認知症疾患治療病棟57床、その他内科療養病棟52床となっている。

所在地はN市にあるが、隣接するK市の方が近く、またN市には、K市・K郡・I市が隣接している。患者は、N市・K市・K郡から、入院または通院している者が多い状況であり、I市の救急病院からの転院も受け入れているため、患者の帰来先については遠方の者も多い状況である。

また、N市及びK郡を管轄する県保健福祉環境事務所があり、そのエリアには、病床を有する精神科医療機関は4病院であるため、近隣地域の警察署や行政からの措置入院も受け入れている状況である。そのため、入院時における住所不定者や帰来先がない者も多くいる。

協力病院の地域（N市・K郡）における社会復帰施設は、協力病院併設のグループホームが1ヶ所、地域活動支援センター1ヶ所（N市）、精神障害者生活訓練施設1ヶ所（N市）、精神障害者福祉ホームB型1ヶ所（K郡・病院併設型）であるが、社会復帰施設の数が少ないため広域に渡って役割を担っており、開設して間もない状況、並びに、地域的に公共交通機関が不便な状況があった。

2. 対象者選定理由とその結果

被保護者全体の88名のうち、病状が安定していて社会（地域）での生活が可能であり、且つ、近い将来退院の見込みがあることを理由に選定を行った結果、11名の対象者が選定された（図表4参照）。精神保健福祉法上の精神科医療機関における入院形態の任意入院者を中心としているが、医療保護入院者のうち、任意入院に切替え済みの者、病状が安定していて任意入院に切替え可能な者も含まれている。本事業が「精神障害者社会復帰促進」を目的とすることから、一般精神科病棟（105床）の中から選定することとし、認知症関連疾患については除外することで、比較的年齢も中間層が多い状況となった。

（図表4）

【退院可能な対象者】 *平成18年10月1日現在における状況

No.	年齢	性別	入院期間	病名(主な精神疾患)	病名(その他)	入院形態
1	41歳	女性	3年3ヶ月	統合失調症		任意入院
2	59歳	女性	2年11ヶ月	統合失調症	糖尿病	任意入院
3	37歳	女性	8年2ヶ月	統合失調症		任意入院
4	51歳	男性	8ヶ月	統合失調症		医療保護入院
5	50歳	女性	6年10ヶ月	統合失調症	子宮脱筋腫術後	任意入院
6	37歳	男性	6年1ヶ月	統合失調症		措置入院⇒医療保護入院切替
7	50歳	男性	2年9ヶ月	統合失調症	性格異常・心筋梗塞	任意入院
8	54歳	男性	3年10ヶ月	統合失調症	不眠症	任意入院
9	43歳	男性	1年3ヶ月	統合失調症	糖尿病	医療保護入院⇒任意入院切替
10	59歳	女性	9ヶ月	統合失調症		任意入院
11	60歳	女性	4年2ヶ月	統合失調症	精神発達遅滞	医療保護入院⇒任意入院⇒医療保護入院切替

東京都・大阪府等で実施中の「退院促進支援事業」においては、対象者に対して条件を付さないということが前提であるが、本事業については、6ヶ月間という限られた事業期間内で効率的に研究をすすめることを目的として、選定時において若干の条件を付すこととなった。

病名においては「統合失調症」を中心として、「本人の退院希望がある者」を優先させることとし、帰来先についても研究期間が短いことから、既存の社会復帰施設に適応可能であるか、また自宅への家庭復帰が可能であるかという点から検討をすすめ、それらの支援過程から見えてきた問題点等に対しての解決策を検討することとした。

最終的に、福祉事務所保護課による入院患者実態調査表や入院要否意見書等で、退院可能と医師が判断している者の中から院内カンファレンス等で総合的に検討した結果、図表4のNo.9・No.10・No.11の3名がモデルケースに選定され、対象者No.9とNo.11については、帰来先がないため社会復帰施設を視野に入れながら検討することとし、対象者No.10については自宅（単身）があるため家庭復帰に向けての検討をすることとなった。

3. 対象者支援の経緯

(1) 対象者支援の経緯（平成18年10月～平成19年3月）

①事前準備段階：対象者の選定・協力病院内調整・各関係機関調整（10月～11月）

本事業は平成18年10月1日よりスタートしたが、10月は対象者の選定に時間を要した。

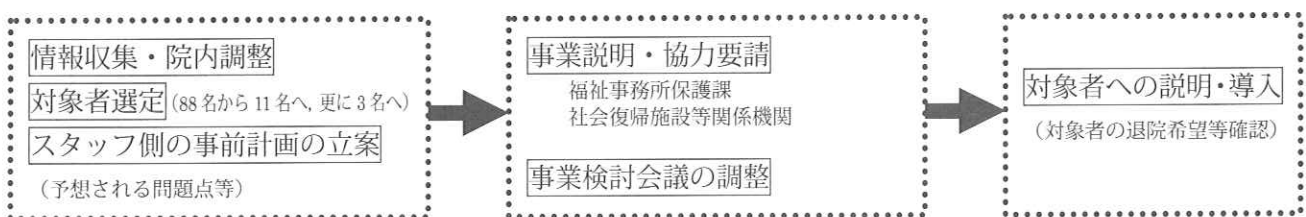
まず対象者の退院には、院内における協力が不可欠であり、医師・看護師・作業療法士等の意見を聴取しながら、副研究員（協力病院の精神保健福祉士）とともに対象者を選定するという作業にあたった。その際、医師の治療計画や看護師による看護計画、今後の方向性といった、既に院内で検討されている事項を情報収集しながらスタッフ側の判断としての計画立案にあたることとなった。

その後、11月には、選定された対象者3名の生活保護実施機関である各福祉事務所生活保護担当課へ事業の説明を行うとともに情報収集し、併せて、協力病院の地域にある社会復帰施設へ事前見学の上、事業の説明を行った。また、本事業の「精神障害者社会復帰研究事業検討会議」として、学識経験者・生活保護担当課（3福祉事務所）・社会復帰施設（援護寮・福祉ホームB型）・保健所に参加要請を行い、福岡県精神保健福祉士会の協力において、1月と3月に会議を開催することも決定した。

社会復帰施設においては、「住居の確保」に重点を置き、協力病院のグループホーム、生活訓練施設（援護寮）、福祉ホームB型の3ヶ所に協力頂き、連携を図っていくこととした。地域活動支援センターについては、日中の活動場面が援護寮や精神科デイケアにあること（対象者A）、対象者の帰来先から遠方であること（対象者B）、高齢やADL低下のため利用が困難であること（対象者C）から、今回は入れていない。

本来支援においては、「住む」「働く」「日中の活動」等を分けて説明する必要がある。しかし、対象者の理解力や現実検討能力の低下があり、一度に複数の情報は混乱を招くという医師の意見もあり、対象者の理解力を考慮して、この時期においては住居の確保ということが第一の目標となった。

【事前準備段階：10～11月】



②支援段階：対象者3名への支援（12月～3月）

前述の事前準備段階を経て、対象者に対する直接的な支援は、12月より開始することとなった。

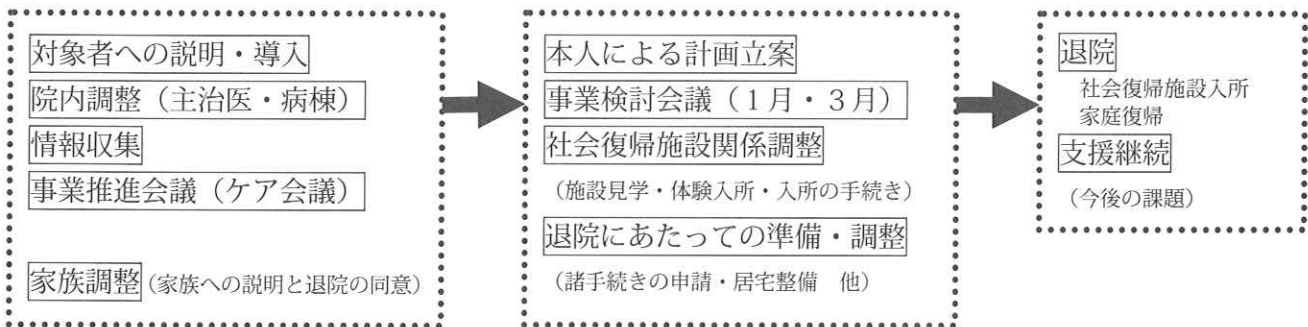
それぞれの対象者の主治医への協力要請、院内スタッフにおける事業推進会議（ケア会議）を開催するとともに、本人への説明と導入を行った。院内では、医師の指示や指導の下に治療がすすめられている現状から、説明・導入を主治医より行うこととし、主研究員としては、側面的な支援や対象者本人とともに計画を立案していく方法をとった。

主研究員としては、協力病院への訪問は週2回とし、本人の病状や体調を院内スタッフ、主に副研究員をはじめとする精神保健福祉士に情報収集し、対象者の退院に対する気持ちや不安などの「揺れ」に付き合いながら、支援者から提示された社会資源や退院の方法などについて、対象者本人が自己決定できるよう支援を展開した。

主研究員の協力病院への訪問を週2回としたことは、“病院の外部から支援者が入り込む”即ち「アウトリーチ型」の支援としては、東京都・大阪府等で実施中の「精神障害者退院促進支援事業」においても、週1～2回の訪問となっており、特に週1回という方法が多数であった。対象者本人のエンパワーメント能力を重視して、情報や社会資源を提示した後、気持ちの「揺れ」について、支援者は少しの援助に止どめ、対象者本人が迷いながらも自分で処理し、決定するための時間が必要であり、支援者が陥ってしまいがちな、支援者側の判断通りに事を運んでしまうという“誘導”を避けるためでもあった。支援者として、「待つ・見守る」ということは大切であり、対象者本人が支援者の都合で左右されることだけは、精神保健福祉士としては避けなければならない留意すべき点であった。

対象者本人の自己決定まで時間を要する結果となったが、自己決定後は本人の希望に沿って、退院先（帰来先）や退院後の生活を最善の形で整えるべく、関係調整が行われた。関係調整の一つとして、一方では、家族に対して病状及び退院可能であることの説明が主治医より行われた。また、退院先や退院後の生活については精神保健福祉士が相談に応じることの説明もして頂いた。

【支援段階：12～3月】



その後、協力病院の精神保健福祉士や看護師、作業療法士等と「研究事業推進会議」等を行い、退院に向けての準備・調整を経て、1名が支援中断となったが、2名が、精神障害者生活訓練施設（援護寮）・自宅へそれぞれ退院した。

(2) 対象者の状況

A	年齢：43歳	性別：男性	入院年数：1年3ヶ月	入院形態：医療保護⇒任意（H18.7月切替）
	<p>【病名：統合失調症】</p> <p>○入院までの経緯： 24歳頃より耳鳴りや車・電車の音が喋っているように聞こえる等の症状が出現。34歳時、職場で人を殴る等のトラブルがあり、統合失調症の診断を受け、A病院に数ヶ月入院（初診）。この時より5年間生保受給。退院後は通院中断し単身生活。40歳頃より他家からお金を盗む・病院の両替機を盗む等があり42歳時に数ヶ月服役。その後兄の下（B県）で生活し仕事もしていたが、対人トラブルのため解雇となり、H17.本人のみ帰郷。翌月協力病院受診し以後再び生保受給。外来通院していたが、金銭管理に観念なく、パチンコ等で浪費があった。その後本人の希望で任意入院となるも翌日には無断離院。数日後再受診し、今後の生活についての質問にも現実検討能力低下。兄の同意の下、医療保護入院となる。</p> <p>○退院にあたっての問題点（支援又は改善すべき点）： ・就労希望あり⇒就労経験はあるものの長続きしない。 （中卒後就職するも数日しか続かず、その後も休みがちであったり、発病後は対人トラブルが多かったりする状況。） ・単身生活希望⇒金銭管理に観念なく、計画的に金銭を使うことが不可能。 （金銭やタバコを盗む行為は、お金がなくなったから持ってくる（盗る）という短絡的動機。 パチンコ等の浪費は、保護費をもらったからお金があるから使うという観念。）</p>			
B	年齢：59歳	性別：女性	入院年数：9ヶ月	入院形態：任意入院
	<p>【病名：統合失調症】</p> <p>○入院までの経緯： 31歳頃より家に閉じこもり、不眠・独言・空笑などがみられ、「人が自分のことを話している」「誰かが自分の後をつけてくる」等の被害関係妄想、食思不振などの訴えにて、32歳から43歳位にかけて協力病院に2回の入院歴がある。43歳時より母親と二人暮らしで外来通院していたが、50歳頃母親の入院時、付き添いのため本人も病院へ泊り込むが夜間にウロウロしたり大声を出したりとトラブルを起こし、3度目の入院。その後再び母親と暮らしていた。58歳時、母親が特別養護老人ホーム入所。本人はホームヘルパーを利用しながらも生活を続けていたが、半年後リンパ浮腫のためC病院に入院。向精神薬中断のため症状再燃し、不穏状態となり、イライラ・不安・不眠・了解困難・大声などにより協力病院に任意入院となる。</p> <p>○退院にあたっての問題点（支援又は改善すべき点）： ・同胞（弟妹）の反対⇒同胞は遠方（他県）に住んでおり、本人の面倒をみることができない。 ・自宅あり・家庭復帰希望⇒母親不在でもホームヘルパーを利用しながら何とか生活は送れていた。 ・自宅の老朽化⇒退院後、継続的に自宅の改善に関する支援が必要。 ・通院医療及びホームヘルプサービスの再申請（自立支援法施行により障害程度区分認定調査申請）</p>			
C	年齢：60歳	性別：女性	入院年数：4年2ヶ月	入院形態：医療保護⇒任意⇒医療保護入院（H15.11月切替）
	<p>【病名：統合失調症・精神発達遅滞】</p> <p>○入院までの経緯： 55歳の頃、夫が失職する1～2ヶ月前より、雨戸を締め切って家に閉じこもるようになり、「このまま餓死するつもりだった」「お金がない」と臥床し、体重減少。姉夫婦同伴で本人と夫の二人ともD病院を受診。栄養失調状態のため継続通院をすすめられるが二人とも通院せず。この時より生保受給。本人は「自分のうわさをしている」「陰口をたたかれる」「外から見られている気がする」「深夜の1時に周囲が騒いで私たちを困らせる」と事実のない被害的な訴えや不眠・食欲低下が続き、姉夫婦同伴で協力病院を受診し、姉の同意の下、本人・夫ともに医療保護入院となる。</p> <p>○退院にあたっての問題点（支援又は改善すべき点）： ・同胞（姉夫婦）の反対⇒夫も同病院に入院中であるが、再び本人と生活させる意向はない。 ・本人の希望がはっきりしない⇒退院希望はあるものの、退院したいと言ってはいけないと思っている。 （夫に対する思いも口に出してはいけないと思い込んでいるため確認できない状況） ・ADLの低下⇒失禁の処理が自分でできない。（看護師が処理している。） ・高齢・ADLの低下により単身生活困難と予測⇒入所施設の検討</p>			

*退院可能な対象者の表（図表4）におけるNo.9・10・11の表示をそれぞれA・B・Cと表記する。（以下同様）

*平成18年10月1日現在における状況

(3) 対象者別支援経緯【支援経過記録参照】

A 氏：支援の経緯

- ① 本人に退院希望あり。帰来先がないため家探しを希望。就労はこれまで長続きしていないが、本人は出来ると判断されている。
- ② スタッフ側の視点でみた問題点が多数あり（服薬・金銭の自己管理、糖尿病の自己管理等 その他）。
本人の希望と沿わない箇所や本人の現実検討能力の低下から修正を余儀なくされた。
- ③ 単身生活と施設入所（訓練）を平行して立案し、まず見学や体験をして頂き、選択肢を与えた。
- ④ 本人が生活する上で、問題・必要であろうと思われる点を振り返って整理する。
- ⑤ 有効な解決策の提示（現状で行っていない支援も含める）。

①	②	③	④	⑤
本人の希望（目標）	スタッフ検討後の方向性	援助経緯	問題点	解決策
「退院したい」 「一人暮らし」 「家を探してほしい」 「働きたい」 *明確なビジョンなく、上記の言葉を希望として繰り返される。 →社会資源の情報を知らない。	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理や服薬管理に支援要 ・意欲の減退、社会性の低下 →訓練や練習が必要 ・動作緩慢、集中力・判断力低下 →すぐに就労することは不可能 就労訓練や就労支援が必要 ・思考障害軽度（再説明・情報の訂正が何度も必要。） ・自主性・自発性の低下 ・短絡的判断が多い ・単独での家探しや就職先探しは不可能 →継続して支援者が必要。 *ロングゴール（長期目標） =単身生活・就労 ショートゴール（短期目標） =長期目標に向けた訓練・練習 （病院での訓練には限界があるため、生活訓練施設に入所して訓練・練習をするプラン）	11月： ○説明と導入 ○本人面接 →退院モチベーション向上・施設入所意向あり ○家族調整（退院承諾） ○事業推進会議 （院内カンファ） 12月： ○福祉事務所病状調査 ○本人面接 →施設入所意向を示したり、単身生活希望意向を示したりを繰り返す。 ○関係機関調整 1月： ○本人面接 →入所は断ったと言われた数日後、入所意向を示し、施設PSWと面接 ○事業検討会議 ○施設見学（本人） ○関係機関調整 2月： ○体験入所（2泊3日） ○本人面接 →体験後は入所を希望。 ○プレデイケア開始 ○退院／施設入所 ・外来通院／デイケア	<ul style="list-style-type: none"> ・施設を病院と同じと思い、レクのプログラムも病院の作業療法の活動と同様に捉え、「強制」というイメージを持つ。 →情報の不足。何度も情報を提供・修正し、体験の必要がある。 ・「退院したら薬は飲まなくていいんでしょ」と言われる。 →病気に対する認識（病識がない）・服薬の必要性などを学習する。 ・「働ける」と思われている。入院や服薬によって能力や体力が低下していること等、入院前との違いを認識する時間が必要。 →これまでの就労状況（長続きしない、対人トラブルなど）から就労支援要。就労体験やトレーニングによって、体力や能力の回復及び就労後の相談先の確保などが必要。 （就労後の相談先の情報提供や地域活動支援センターの情報提供を含む） ・糖尿病の合併症あり。閉鎖病棟の管理された場所では改善していたが、開放病棟へ転棟後に数値が上昇。自己管理できなかつた状態。 →糖尿病に対する知識・献立の立て方等の学習をして、自己管理できるようになることが必要。 	*本人自身が学習や訓練をし、コントロールできるようになることの必要性

B氏：支援の経緯

- ① 本人に退院希望あり。自宅へ戻ることを希望。
- ② スタッフ側の視点でみた問題（食事、服薬・金銭の自己管理、定期通院）を解決するための検討。本人が単身で生活する上で必要なサービスを検討し、本人へ提供した。
- ③ 単身生活を前提に、社会資源調整（各関係機関調整）・家族調整を主として援助を行う。
- ④ 本人が生活する上で、問題・必要であろうと思われる点を振り返って整理する。
- ⑤ 有効な解決策の提示。

①	②	③	④	⑤
本人の希望（目標）	スタッフ検討後の方向性	援助経緯	問題点	解決策
<p>「退院したい」 「家に帰りたい」</p> <p>*入院前には、自宅にてホームヘルパーを利用しながら、単身生活をしていた。</p>	<p>・単身生活で、食事や服薬が規則的に行えるか、単独で通院することはできるか。</p> <p>・これまでは母親とともに生活していたが、母親が施設へ入所後間もなくの再燃。</p> <p>・遠方に住む家族（同胞）の反対。 →日常生活上の問題（単身生活・食事・服薬・通院等）のひとつずつについて検討。</p> <p>→退院後も継続して、相談の場や支援者が必要。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>→院内における支援の分担</p> <p>①病棟での支援： 日常生活（服薬・金銭管理等）についての支援</p> <p>②作業療法での支援： 活動性・意欲の向上等</p> <p>③PSWによる支援： 社会資源・家族調整・環境調整等</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>→社会資源・家族調整等の検討（退院後の生活にあたって、必要な社会資源を入院中に整備する）</p> <p>ホームヘルプサービス 障害者手帳更新 自立支援医療 等</p> <p>◎自立支援申請（ホームヘルプ）・自立支援医療及び障害者手帳更新手続きを要する。</p> <p>*障害程度区分認定調査依頼 *送迎サービス（通院時等）申請</p> </div> <p>*（目標）家庭復帰・単身生活 *退院後の支援として「訪問看護」の導入</p>	<p>12月： ○本人面接 →以前より医療相談室に何度も来室し、退院希望を伝えられていた。変わらず、自宅へ帰ることを希望。</p> <p>（病状は安定傾向。時に調子を崩すと多訴的となるが、生活に支障はない）</p> <p>1月： ○本人面接 →入院1年となる。退院を強く希望。 ○事業検討会議 ○事業推進会議 （院内カンファ） ○本人面接 （援助契約・本人了承） ○外出同伴・関係調整 （自宅・母の面会）</p> <p>2月： ○事業推進会議 （院内カンファ） ○家族調整（退院承諾） ○サービス申請及び各関係機関との調整 ○認定調査 ○自宅外出・家屋清掃</p> <p>3月 ○試験外泊（2泊3日） ○退院／家庭復帰 ・外来通院／訪問看護</p>	<p>・本人の支援をする者がいない状況で、今後の生活上の問題（食事・服薬管理・金銭管理・通院等について）をどう解決するか。 →入院中にできる限りの練習をしておき、退院後に利用できるサービスの申請をする。 （退院と同時にサービススタート）</p> <p>→社会資源の中から利用できるものを本人の希望により選定。以前利用していたホームヘルプの利用を希望、公共交通機関に一人で乗れないとのことから、送迎サービスを申請。また、今後、発生した問題の相談や、療養上の指導のため、訪問看護を導入。</p> <p>・同伴にて自宅へ外出し、家屋点検。居宅の老朽化がすすんでいるが、比較的整理はされ、生活感ある。 →裏戸の施錠が破損。住宅補修を検討したが、入院中に住宅改修はできないとの保護課からの返答。退院後に引き続き検討する。</p>	<p>*母親から離れ、本人が今後は単身で生活するが、これまで利用していたものを含めて、改めて社会資源を組み合わせる。自宅での生活安定を目的にサービスを利用。</p>

C氏：支援の経緯

- ① 本人に退院希望がありながら退院拒否。
- ② スタッフ側の視点でみた問題（単身生活困難なため施設入所）から方向性を検討。
- ③ 本人の希望を確認しながら、関係機関調整の上、施設入所に関する情報を収集する。
- ④ 本人が退院する上で、問題・必要であろうと思われる点を振り返って整理する。
- ⑤ 有効な解決策の提示。

①	②	③	④	⑤
本人の希望（目標）	スタッフ検討後の方向性	援助経緯	問題点	解決策
<p>①主研究員・精神保健福祉士に対して （本人の希望） 「退院したい」 「外に出たい」 「外出したい」 「一人は寂しいから、皆がいる方がいい」</p> <p>（本人の認識） 「退院や外出の希望を言うてはいけない」 「家族（夫）の話をしてはいけない」 「妹やスタッフに怒られる」</p> <p>②主治医に対して （本人の希望） 「先々は退院したいが、今は入院がいい」 「施設はいや、入院しておきたい」 「病院にいていいでしょう」</p> <p>*退院意思はありながらも、退院は拒否。 *帰来先についての意思は明確化されず。</p>	<p>・退院可能。 ・単身生活困難なため生活全般の援助があれば可能。 →福祉ホーム、養護老人ホームの両面から検討。</p> <p>・家族（同胞）の反対。 →過去には家族は入院継続を希望。調整が必要。</p> <p>・夜間の尿失禁あり。 →失禁というよりは、スタッフの気をひくための放尿といった要素も見受けられる。現時点で、スタッフが事後処理をしているため、気をひく行為が無駄であることを認識して頂き、自立を促すためにも、自分で処理することを身に付ける必要がある。</p> <p>・知的障害や気分のムラもあり、コミュニケーションがとりづらい面もあるが、対応の仕方によっては応じてくれる。 →病棟内での対応の仕方を検討し関わる方向</p> <p>*（目標）施設入所</p>	<p>1月： ○本人面接 →「退院したい」「病院にいたい」を繰り返す。 →本人の希望が確認できない。</p> <p>○関係機関調整 ○事業検討会議 ○事業推進会議 （院内カンファ）</p> <p>2月： ○主治医指示により援助中止 ○家族調整 →退院の時期がきたら協力頂くことを了承。</p>	<p>・本人の退院意思がはっきりしない。 →退院はしたい、外出もしたいが、言うてはいけないという認識。 主治医に対しては「病院にいたい」と言う。</p> <p>→失禁と同様に、気を引くためと捉えることも可能。現在の病棟が認知症療養病棟であるため、他患が指導されている状況を自分が言われると不安を持っていることも考えられるが、どちらも定かでない。</p> <p>・開放病棟へ転棟し、外出できることの認識を促すことが望ましいが、夫が入院中であり、同じ病棟になることに家族が反対。 →家族の了解を促す。</p> <p>・退院に対するモチベーションがあがらない。 →退院に対するモチベーションを向上させる。 ①時間をかけてプログラムを実施 ②同伴にて外出を重ねる ③施設への体験入所を繰り返す</p>	<p>*支援中断： 4年以上の入院生活で、生活のスキルが低下しており、なかなか外出できない状況もあって意欲低下を伺わせる。時間をかけて、本人の希望である「外へ出たい」ということから始めて、徐々に地域での生活をイメージできるようになることが必要であり、そのための同伴外出は、PSWでも家族でも可能と予測される。また、生活保護受給後間もなく、初めての入院のため、金銭・病氣に対して、本人に負担のない程度の学習も必要と考えられる。</p> <p>単身生活不可能で、施設入所が必要なケースであるが、病院生活とは違う日常生活を有意義に過ごせるような支援体制と、繰り返し、入院中から体験入所の必要性があると考えられる。</p>

Ⅲ. まとめと考察

1. モデルケースについての考察
2. 家族支援についての考察
3. 事業についての考察
4. 事業の効果
5. 今後の課題

Ⅲ. まとめと考察

1. モデルケースについての考察

本事業では、3名のモデルケース（対象者A氏・B氏・C氏）を実施し、1名が支援中断、2名が精神障害者生活訓練施設・自宅へとそれぞれ退院した。その中で、対象者本人が生活する上での問題・必要であろうと思われる点を整理し、有効な解決策を検討した。その結果は次のとおりである。

支援中断となったC氏については、本事業の期間内に退院まで運ぶことは困難なケースであり、協力病院において引き続き時間をかけた退院援助を行うこととなっている。今回、家族の退院に対する協力が得られたことは成果であった。C氏は4年以上の入院生活で、生活のスキルが低下しており、外出できない状況もあって意欲低下を伺わせていた。時間をかけて、本人の希望である「外へ出たい」ということから始めて、徐々に地域での生活をイメージできるようになることが必要であり、そのための同伴外出が必要と思われる。また、生活保護受給後間もなくの入院のため収支状況が理解できておらず、金銭管理に対しての学習も必要である。単身生活不可能で、施設入所が必要なケースであるが、日常生活を有意義に過ごせるような支援体制と、入院中から体験入所を繰り返す必要があると考えられる。

精神障害者生活訓練施設（援護寮）へ退院したA氏については、当初、単身生活と就労を希望されていたが、金銭管理や服薬管理等の訓練が必要であり、思考障害や集中力・判断力の低下から、就労困難であった。対象者本人も単独で自宅や就職先を探してみた結果、簡単にみつからないという学習をし、「暫くゆっくりしてから」と考えが変わっている。施設入所に関しても当初は不安や拒否があったものの、見学後は入所することを自己決定されている。このことから、対象者自身が単身生活はすぐには困難であることを事業期間中に学習することができており、また社会資源に関しても知識がないまま拒否していた経緯から、入院中に社会資源を提供することが必要であった。よって、対象者自身が学習や訓練をし、病状や糖尿病のコントロールができるようになることも必要なため、長期目標を単身生活と就労に据え、短期目標を「長期目標に向けた訓練・練習」とする方向で、精神障害者生活訓練施設（援護寮）への入所検討がなされた。対象者本人は、退院後、施設で適応した生活を送っており、グループホームへの入所希望をされている。今後継続して、病気や症状についての学習や、社会資源の情報を知ること、また周囲に支援者がいることで、再入院の予防や入院しても長期化防止につながると考えられる。

自宅へ退院したB氏については、これまで母親とともに生活していたが、母親の施設入所で単身生活となり、食事・服薬・通院等単身生活全般について危惧される面があり、家庭復帰に向けての支援が行われた。母親から離れて今後は単身で生活するが、これまで利用していたものを含めて、新たな社会資源を組み合わせることで、自宅での生活安定を目的にサービスを利用することとした。入院中から病院内において、看護師・作業療法士・精神保健福祉士がチームとなり、それぞれの問題点の改善へ向けて支援が行われた。その結果、これまで利用していたホームヘルプサービスに加えて、通院の送迎サービスと訪問看護が新たに加えられ、対象者本人を取り巻く人的社会資源（福祉事務所保護課・健康増進係等）も整備された。退院後、訪問看護師やホームヘルパー、ケースワーカー、病院の精神保健福祉士等、多くの社会資源に支えられながら安定して生活が送れている。

考察の結果、入院中から単身生活等の退院へ向けての支援が早期に開始される必要がある。C氏のように入院が長期に渡れば生活スキルや退院意欲が低下し、退院支援に時間を要する結果となる。また、A氏のように社会資源の情報がなく退院先の選択肢が限られた状態にあることから、入院後に退院の方向付けとして社会資源の情報を提供し、入院中から体験入所等を繰り返す必要がある。B氏のような、

親の死亡や高齢化により単身生活を余儀なくされるケースが今後は増加すると予測される。早期に単身生活が可能となるスキルを身に付けることや人的社会資源を含めた支援体制を整えることは重要である。

2. 家族支援についての考察

モデルケースの対象者3名ともに「家族が退院に反対している」という状況があり、本事業では、家族関係調整を併せて行った。3名とも兄・妹・姉という同胞関係からの反対であった。また、A氏とB氏の同胞については他県在住のため来院は不可能な状況であった。

A氏の兄へは主治医から電話での説明後、精神保健福祉士が手紙を書き、B氏についても妹へ福祉事務所保護課担当ケースワーカーから電話での説明後、精神保健福祉士が手紙を書いている。C氏の姉については、本人への面会があったため、来院時に主治医面接を依頼して主治医から説明がされた。

結果として、3ケースとも退院への承諾を頂き、支援中断したC氏についても、今後協力病院が退院支援を継続することの了承も頂いている。

家族は、“入院前と同じ状況になるのではないか”という不安から退院を承諾しない場合が多いが、医療機関の本来の役割は「治療」にあり、その「治療」が終わり地域での生活が可能であると判断された場合は「退院」ということは明白である。本人・家族・医療従事者・精神保健福祉士、関わる者の全員が医療機関は「生活」の場ではないことを認識し、入院前と同じ状況を繰り返さないために、地域での「生活の場」を整えるのは精神保健福祉士の役割である。精神障害者はその障害特性から、当事者のみの希望に沿った形で支援できる場合とそうでない場合とがある。支援者として、家族の不安を軽減するよう地域生活をコーディネートすることは重要な役割であり、“本人の希望”と“家族の希望”“支援者側（医療従事者・地域のサポーター）の判断”をどこまで接続できるかという役割も重要である。

今回の事業の結果から、施設や支援体制などのサポートを整えたことも家族の安心へつながり、家族への社会資源提供も重要な退院支援のひとつとして位置づける必要がある。

3. 事業についての考察

本事業を振り返ると、モデルケースの選定に時間を要した。その背景には退院阻害要因が多く、様々な要因があった。「本人の退院意志がない」「家族の反対」など様々であったが、主研究員が支援の過程で「帰来先の見通しが立たない」状況の中に、病状は安定しているが長期の入院生活の中での安定であって、退院後の予測がつかない者もあり、家族がいないなどの理由や、退院後の社会資源を提供しようとしても社会資源不足から躊躇してしまう状況もあった。また、住所不定で入院してきた者や、帰来先がなくなっている者も同様に限られた事業の期間内では見通しが立たない状況があった。但し、時間をかけて調整すれば、ほぼ退院可能であると予測されるが、医療機関側の人手不足、特に精神保健福祉士は入院から退院までの全般を担っており、慢性的に人数が足りないことから、それらが困難な状況となっている。その中で、支援なく単独で退院の準備等が出来ない患者に対して、医療機関だけで支援してゆくことの難しさを感じる結果となった。

また、長期入院及び社会復帰促進の定義づけについてであるが、「長期入院」の定義は、現在、東京都・大阪府等で実施中の「精神障害者退院促進支援事業」では「1年以上」としているところが多数であり、「5年以上」としているところもある。それぞれの事業の中で定義づけすることが可能である。

今回、本事業においては、長期入院の定義は定めず、「社会復帰促進」という目的に沿って入院の長期化防止を念頭に、どのような支援をすれば社会復帰が“早期に可能になる”のかを検討する方向ですめることとしたが、入院が長期化するほど退院支援には時間が要すると考えられる。

今回の事業では、地域活動支援センターに協力要請していないが、事業期間の関係から現時点では住

居の確保を目的としたためである。対象者の生活が定着し、地域活動支援センターが必要な状況、または対象者が希望した場合や対象者にとって必要であると判断された場合には、社会資源として提供して頂くこととしており、地域での生活を継続するためには必要な社会資源であると認識している。

4. 事業の効果

平成19年1月と3月に、事業推進会議が開催され、各関係機関に参加頂いているが、その意見交換の中で、次のようなことが挙げられた。

「本事業に参加して、日頃考えていなかったことを考える機会となった。」「福祉事務所は地域で生活する人は気にするが、病院に入院中の方は年1度の面会程度で、病院に預けっ放しというのが現状であった。また、預けっ放しでいいと思っていたが、認識が変わった。」「病院内でこのようなことが行われているのを知ることが出来た。」「関わってとても勉強になった。」「プログラムの中の外泊訓練の費用も入院中の経費と比べると小額で、経済効果率を考えた場合、保護費から支給しても良いのではないか。」「入院中から外泊訓練が必要ということや対象者がこういう状況だったということを知った。」「この事業があってよかった」「今後も対象者にどんなことが必要か解ったので、支援をしやすい。」など、肯定的な意見交換がなされ、本会議に出席の関係機関の認識が良い方向へ変化した。また、病院内においても、対象者の生活訓練施設（援護寮）への退院によって、他患への普及効果があり、「自分も行きたい」と周囲の者の退院に対するモチベーションを上げることに繋がった。

福祉事務所の立場、入院を請け負う医療機関の立場など様々な立場があるが、最終的には、支援者側が「困る」「不安」という前に、対象者の希望どおりに事を運ばなければならないなど、支援者自らが考え直さなければならないことが山積している状況を一同で共通認識した。精神保健福祉士の立場としては、本人主体が原則であるが、医療機関という実地の活動範囲では治療優先であり、主治医の治療計画・看護師の看護計画を視野に入れて調整していかなければならなかった。しかし、病院の中しか見ていなかった医療関係従事者も対象者が変化していく状況から退院への可能性を見出すことができ、社会資源を知ることで今後の支援体制にもつながる結果となった。

退院促進が必要だと思っているが、何をどうしたら良いのかわからない状況にある支援者や関係機関に対して、本事業が、この地域にもたらした効果・貢献というものを改めて実感した。

5. 今後の課題

今回の事業の結果、主研究員としては、対象者本人の思うところ（本人の意思）とスタッフ・家族の思うところ（周囲の思惑）が違い、本人に体験の少なさが目立つと感じた。体験して自己決定することの必要性を重視してプログラムを立案することとしたが、入院中に体験入所する際の交通費・宿泊代・食費などが保護費で支給されないことも本人のモチベーションが上がらない要因となっていた。また、入院中は入院費や食費とは別に日用品費が支給され、お金を使う機会も少ないが、退院すると保護費の中から生活に必要な費用を支出し、実際に手元に残る額が入院時より少なくなる。そのため対象者本人は「退院すると小遣いが減る」と認識している。福祉事務所保護課における保護費支給の限度や本事業のプログラム立案による経済効果など、生活保護行政の立場からの問題点や改善案、現状で抱えていることなども事業検討会議の中で意見交換され、全国レベルでの取り組みが必要との見解となった。

本事業は、生活保護を受給中であり、且つ、精神科医療機関に長期入院中の者に対して、退院及び社会復帰支援を行う場合、どのようなプログラムが有効であるかを目的に研究をすすめるものであったが、研究期間の関係上、プログラムの立案までには至らなかった。この研究が今後、精神障害者の社会復帰促進支援の一助となることを期待したい。

事業協力体制

<u>「精神障害者社会復帰促進研究事業」</u>	
委託元	福岡県保健福祉部 監査保護課 〒812-8577 福岡県福岡市博多区東公園 7-7
委託先	社団法人 日本精神保健福祉士協会 〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-11-4 TSK ビル 7F・B
協力病院	医療法人福翠会 高山病院 〒822-0007 福岡県直方市大字下境 3910-50
協力	福岡県精神保健福祉士協会

主研究員	(社) 日本精神保健福祉士協会	精神保健福祉士	岩田 美和
協力(事業実施)	福岡県精神保健福祉士協会	会長(精神保健福祉士) 副会長(精神保健福祉士)	大山 和宏 今村 浩司
モデル病院 管理者・担当者	医療法人福翠会 高山病院	院長 精神保健福祉士(副研究員) 精神保健福祉士 精神保健福祉士	高山 克彦 稲富 和弘 白石 敦子 牧 久美子
学識経験者	西南女学院大学	助教授	河野 健児
管轄福祉事務所	直方市福祉事務所 保護課	課長 係長 担当ケースワーカー	坂本 進 神河 和子 岡松 直行
	福岡県鞍手保健福祉環境事務所 保護課	係長 係長 担当ケースワーカー	中島 武志 弥永 ひでみ 家亀 康子
	宮若市福祉事務所 保護課	課長補佐 課長補佐 課長補佐 係長 担当ケースワーカー	三角 洋子 安河内 美紀 田中 清之 松尾 達彦 春田 直美
保健所	福岡県鞍手保健福祉環境事務所 保健福祉課 障害者福祉係	係長	児玉 みどり
地域社会復帰施設	直方リハビリテーションセンター (精神障害者生活訓練施設) いろり(福祉ホームB型)	精神保健福祉士 精神保健福祉士	宮本 光 副島 隼人
監査保護課	福岡県保健福祉部 監査保護課	課長 企画主査	君島 淳二 長田 和宏

(敬称略)

精神障害者社会復帰促進研究事業 報告書

平成 19 年 3 月発行

社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-11-4 TSKビル 7F-B
TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993 E-mail : office@japsw.or.jp

印刷 株式会社サンワ