
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。」「この事業があっただけよかった」「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。