

■第3章 ヒアリング調査のまとめ及び分析

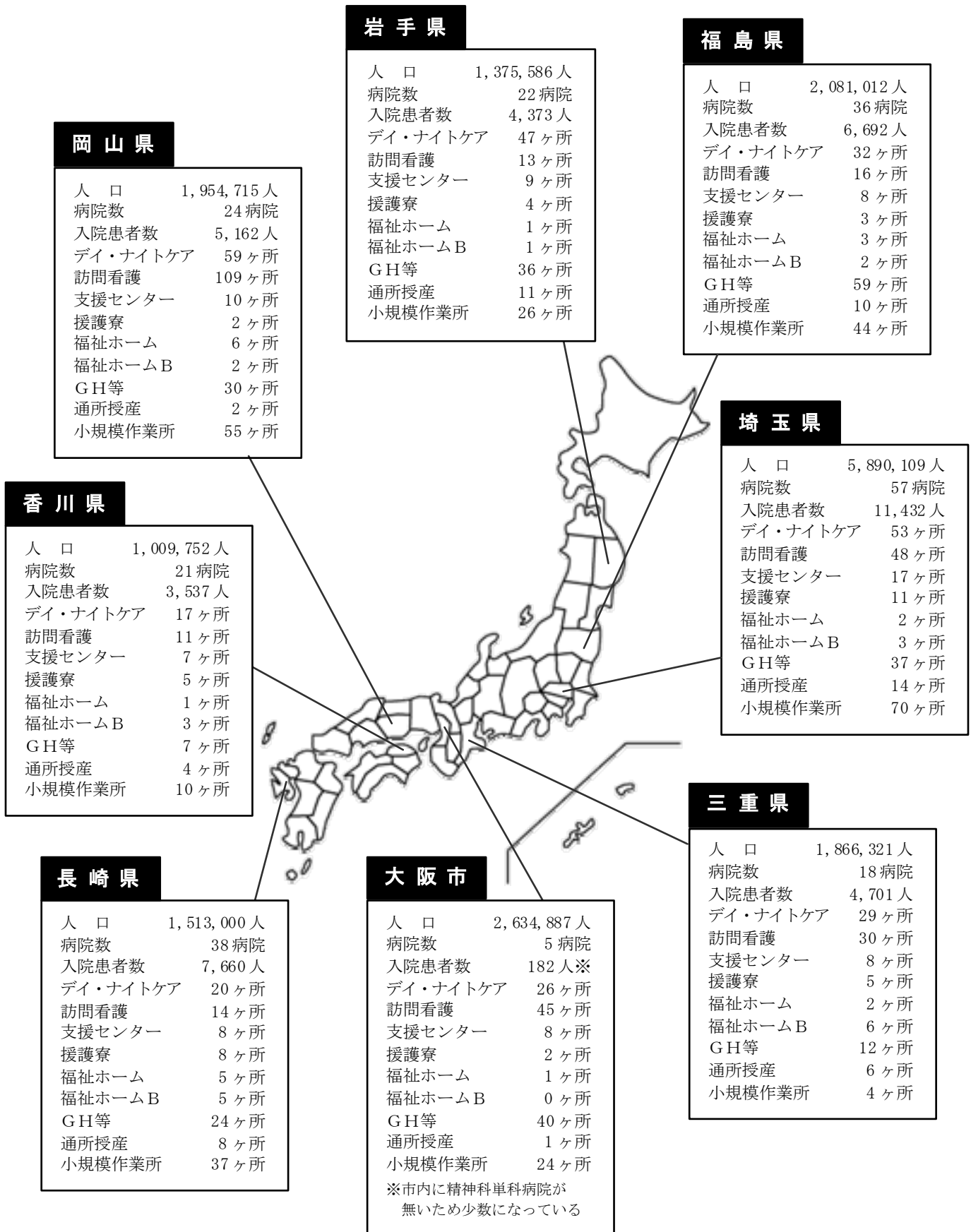
1 調査の枠組み

(1) 調査の枠組み

関係機関ヒアリング調査の枠組み（目的、対象、調査方法等）は、下記のとおりである。

調査目的	精神障害者退院促進支援事業の詳細な実施状況を把握し、全国のモデルとなるような取り組みを紹介する。あわせて、事業実施上の課題の検討及び本事業におけるP S Wの役割を再検討する。
調査対象	全都道府県及び政令指定都市の障害保健福祉主管部局を対象に行った調査より把握した効果的な事業実施を行っている自治体のうち、事業に関わった下記①～③の担当者及び事業を利用して退院した方を対象とした。 ①都道府県または政令指定都市の事業所管部局の担当者 ②事業委託先のP S W等 ③事業対象者の推薦を行っている病院のP S W ④事業を利用して退院した方（事業利用者）
対象数	8自治体の各担当者等 （岩手県、福島県、埼玉県、三重県、岡山県、香川県、長崎県、大阪市）
調査方法	ヒアリング調査
調査期間	平成19年2月14日～平成19年2月27日

(2)ヒアリング調査対象自治体の概要



(3)退院促進支援事業利用者ヒアリング対象者(20人)の基本属性

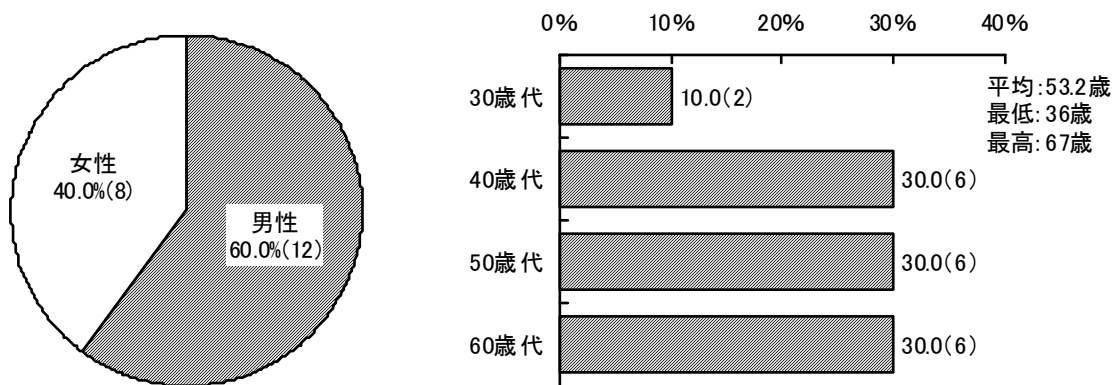
①対象者20人の都道府県

図表 3-1 対象者20人の都道府県

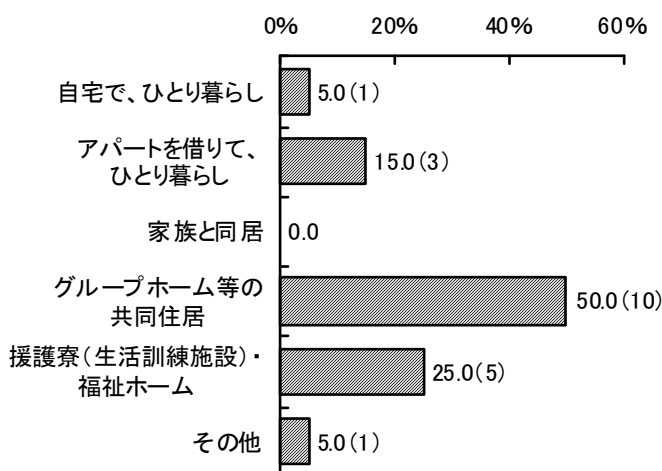
都道府県	人数	都道府県	人数
岩手県	3人	岡山県	2人
福島県	3人	香川県	2人
埼玉県	3人	長崎県	2人
三重県	2人	大阪市	3人
合 計		20人	

②性別・年齢及び現在の生活場所

図表 3-2 性別・年齢(各単数回答)



図表 3-3 現在の生活場所(単数回答)



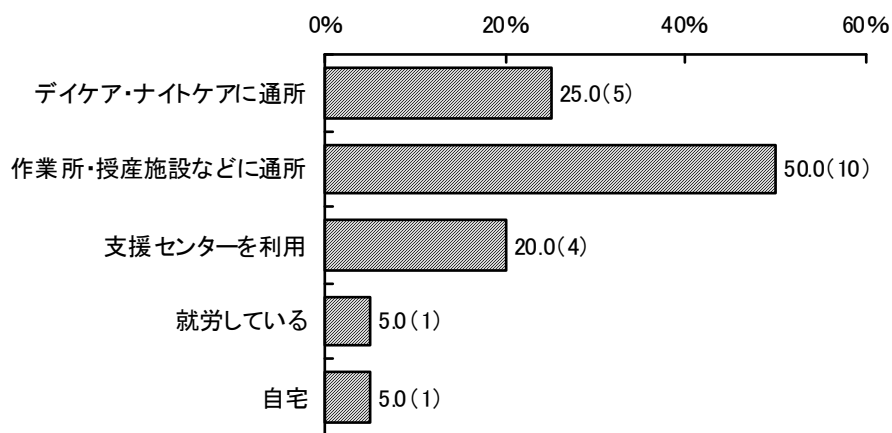
対象となった20人の性別は「男性」60.0% (12人)、「女性」40.0% (8人)、平均年齢は53.2歳である。

現在、「グループホーム等の共同住居」「援護寮(生活訓練施設)・福祉ホーム」などで暮らしている人の割合が高いが、ひとり暮らしもあわせて20% (4人) いる。

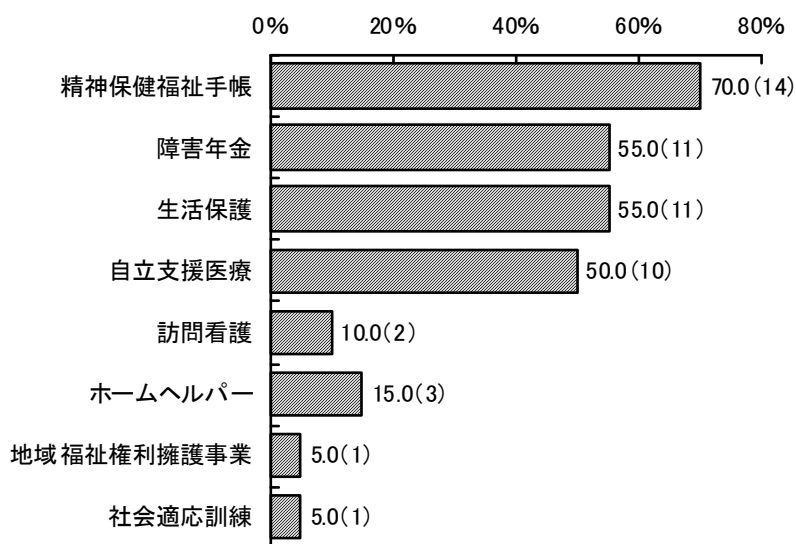
※回答者数=20人 ()は人数

③日中の活動及び利用している制度

図表 3-4 日中の活動(複数回答)



図表 3-5 利用している制度(複数回答)



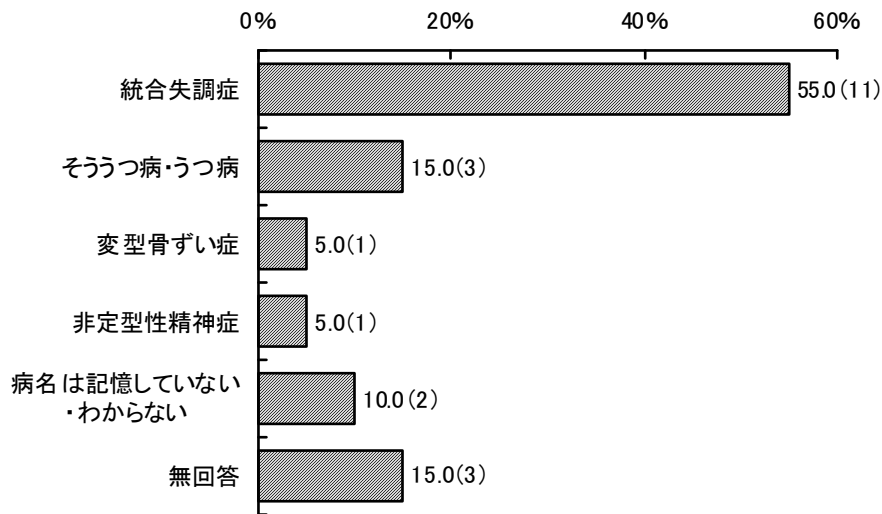
※回答者数=20人 ()は人数

日中の活動は、「作業所・授産施設などに通所」が50.0% (10人)、「デイケア・ナイトケアに通所」25.0% (5人)、「支援センターを利用」20.0% (4人) などとなっている。「就労している」は1人、「自宅」にいる人も1人となっている。合計が20人を超えるのは、複数回答のため「作業所・授産施設などに通所」と「デイケア・ナイトケアに通所」の双方を利用していると回答した人が1人いるためである。

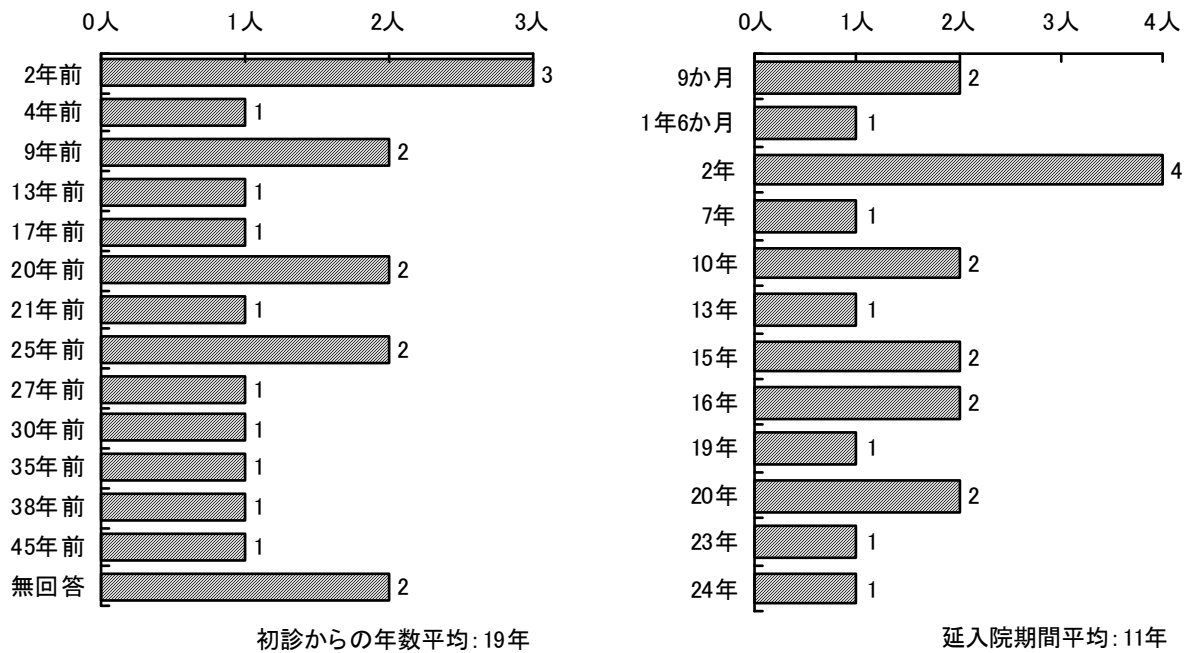
利用している制度については、「精神保健福祉手帳」所持者が70.0% (14人) である。「訪問看護」や「ホームヘルパー」などの在宅サービス利用も2~3人いる。

④病名・精神科の初診時期及び延入院期間

図表 3-6 病名(複数回答)



図表 3-7 精神科の初診時期及び延入院期間(各単数回答)



※回答者数=20人 ()は人数

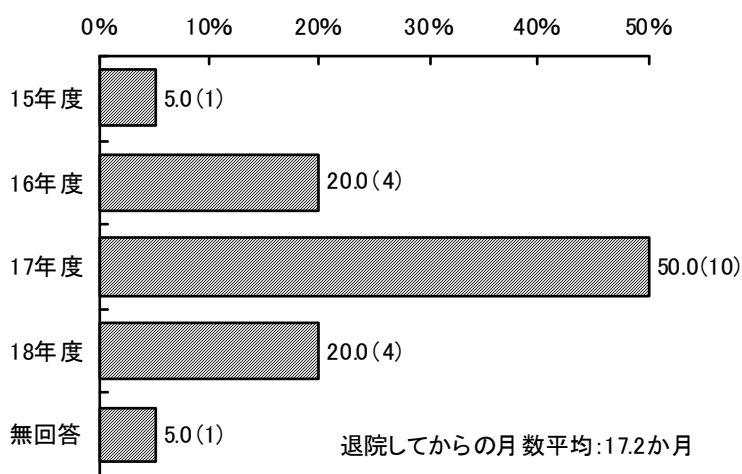
対象者 20 人の病名は、「統合失調症」が 55.0% (11 人)、「そううつ病・うつ病」が 15.0% (3 人) となっている。

精神科の初診時期は、「45 年前」～「2 年前」(ヒアリング実施時の平成 19 年 2 月を基準に算出) まであり、初診からの年数は平均 19 年である。

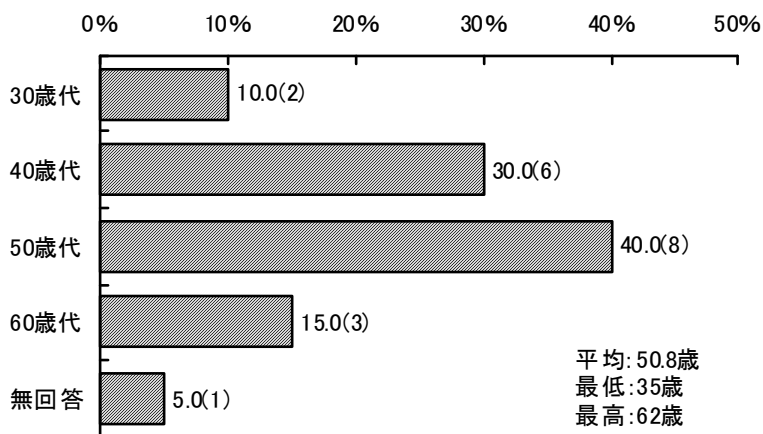
延入院期間は、最長で「24 年」、最短で「9 か月」、平均 11 年である。

⑤退院年度及び退院時年齢

図表 3-8 退院年度(単数回答)



図表 3-9 退院時年齢(単数回答)



※回答者数=20人 ()は人数

退院年度は、半数が平成 17 年度の退院であり、退院してからヒアリング実施時までの経過月数は平均 17.2 か月となっている。

退院時の年齢は、「50 歳代」40.8% (8 人) が最も高い割合である。退院時年齢の平均は 50.8 歳、最低 35 歳、最高 62 歳となっている。

2 ヒアリング結果のまとめ

(1)岩手県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 26 日～27 日
担 当 者	伊東秀幸・今野正裕
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	保健福祉部 障害福祉課 / PHN 工藤一恵
	事務局委託先:地域活動支援センター一関 / PSW 熊谷真由美
	医療機関:岩手県立南光病院 / PSW 千葉孝治
	利用者調査対象グループ / 県PHN工藤氏が調整
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	予算確保に担当者の努力が見られる。全県下の病院調査し各市町村にも情報提供している。次年度は事業展開をさらに重点的、積極的にやる予定。
開 放 率	59.1%
対 象 者 数	13 人
退 院 者 数	11 人
退院者 / 対象者	84.6%
入 院 者 数	4,373 人
会 員 P S W 数	63 人
会員PSW/入院者数	1.4%

[対象地域の特徴]

モデル地区の一関市は岩手県と宮城県の境にあり、両磐地区と位置づけられている。東京からは東北新幹線で 2 時間半ほどである。まじめで、寡黙、そしてがまん強い県民性を町並みからうかがい知ることにはできるはずもなかったが、静かな平日の商店街のたたずまいを見られた。地域生活支援センターは、その商店街の中に位置し、利便性はよいと感じた。

①事業実施のきっかけ

県が当地区の生活支援センターに委託し、県立南光病院、保健所、市町村、社会復帰施設の協力で事業が開始された。県の担当者（保健師・P S W）は退院促進によって税負担の軽減を試算。そして実態調査を実施し、予算獲得に精力的に行動した。また事務局を担当した生活支援センターには地域と病院の架け橋としてのセンターの役割に問題意識を持った担当者があり、さらに、社会的入院者を多く抱えていた病院の P S W もまた退院促進に向けての取り組みを模索していた。この三者が、合間見えることが、退院促進が重要な意義を持った運動として動く原動力となったと思われる。

②事業実施のための取り組み

生活支援センターの担当者は、「病棟がわからない」という疑問から、病院に一週間の研修を依頼し、実現させた。この試みで、センターの存在を病院職員に周知させることに成功した。「地域の風を病棟に」という強い思いに突き動かされたのだろう。この点は、センターの熱意と病院組織の事業への理解が功を奏した結果といえる。同時に県の担当者が病院へ事業周知に出向いたこと、先の実態調査での実態把握、分析が市町村障害福祉計画へ反映されたことも付け加えておかなければならない。また、県担当者、センターの担当者ともに、事業実施前には、本事業の先進的取り組みがあった大阪府への視察に出向いていた。

③事業の理解・周知方法

支援センターでは入院患者、家族向けにパンフレットを作成し、病院内での勉強会への参加を呼びかけている。県担当者は、ポスター等は特につくらず、事業対象者のカンファレンスに参加。これらは、病院側が風通しの良さを心がけている表れだろう。もちろん、これらは病院PSWが窓口、仲介としての役割を担っている。併せて病院側は、作業療法、SSTに退院促進プログラムを取り入れ、リハビリテーションの視点、位置づけとしての理解に心がけている。これらのことから、病院が医療的支援だけではなく、居住支援、地域生活支援を視野に入れ、地域との連携を重要としたことで、理解・周知の手助けとなっていたように思える。

④ネットワーク

この地区においては、元々、所属長レベルの会議、実務者レベルの会議が連絡会として存在していた。病院では、地域で暮らす在宅者の集まりがあり、PSWは、日常業務として、地域住民への保健教育などに関わりを持っていて、これらが連携をスムーズにした。さらに、ここ岩手には、「結いの精神」という、共同体（農村社会）の相互扶助（農作業を助け合う）の精神があると聞かされたが、インフォーマルなネットワークに生かされているのかは、掘り下げるまでには至らなかった。

⑤事業を推進するための工夫

十分な根回しの上に、関係者との連携を図ることを県担当者から聞くにあたり、さらに病院協会などの関連団体とのネットワークの形成を図ることが不可欠との印象を持った。それは、社会的入院者は病院に存在し、病院の事業への理解、風通しの良さがキーポイントであると言えるからである。もちろん、熱意を持った県職員、社会復帰施設の職員の力を借りた行政・民間協働のネットワークづくりも大変重要なことはいうまでもないが、その前に病院と地域が共通の人間観、障害者観を持てる顔の見えるチームづくりを、普段の支援活動の中で構築できればと考える。具体的には、病棟カンファレンスに行政職員も参加している。その他、資源マップ、DVD、パンフレット等も工夫のひとつと言える。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

住まいの確保が重要な条件の一つであることから、グループホームの整備もひとつの必要条件であるが、県・市町村の予算化がない限りそれは遠い。予算化に関しては、行政がこの社会的入院の実態をいかに掴み、いかに問題意識を持てるかが重要である。また、居住サポートシステムの中で、訪問看護の充実、救急医療システムのPRがあげられる。PSWについては、所属する場の役割分担を意識することよりも、行政にしようが、社会復帰施設にしようが、病院にしようが、生活者を支えるという視点は忘れるべきでないと、今回の調査で感じられた。岩手県一関の実践では、関係者のすべてから「人は社会の中で生きるべき」という共通の思いが伝わり、住み分け論では退院促進事業は、前に進まない。共通の問題意識、そして先にも述べた共通の人間観、障害者観を持つことが、必要条件といえる。そして、社会資源としてもっとも生かすべきものは、やはり、この事業利用者の声である。今回の調査で、目の前に座ってくれた方たちは、口下手で、思いのすべてを語れてはいないことは理解できたが、「すっきりした」「同じような人がいたら、支えあって、一緒に暮らしたい(結婚)」の一言と、物腰や表情からは、病院の外で生活することが最も幸せなことであると感じられた。この声、モデルを、今も病院での生活を余儀なくされている人、それを半ばあきらめて支えている人に、伝えられる環境、それは精神科病棟の開放化もまた必要条件といえる。

(今野 正裕)

(2)福島県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 19 日～20 日
担 当 者	丹野孝雄・畠山啓
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	保健福祉部障害者支援グループ / 事務職 椎名 勉
	事務局委託先:喜多方市支援センター ウィズピア / PSW 佐藤礼子
	医療機関:昨雲会飯塚病院 / PSW 皆川昌人
	利用者調査対象グループ / ウィズピア利用者 3 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	退院は20人。6圏域で対象患者を推薦する病院とセットで支援センターに委託。関係機関の連携を強化した。協議会が発展しNPO法人「居住支援市民の会」を作り、保証人無しで市営住宅に入居する人を支援。
開 放 率	不明
対 象 者 数	53 人
退 院 者 数	20 人
退院者 / 対象者	37.7%
入 院 者 数	6,692 人
会 員 PSW 数	54 人
会員PSW/入院者数	0.8%

〔 対象地域の特徴 〕

喜多方市は、北に 2,000m級の飯豊連峰を望み、新潟県山形県と隣接した会津地方北西部に位置する。豊かな自然に恵まれ、近年は蔵とラーメンの町としても有名である。隣接する会津若松市とともに会津地方の中心であるが、一方では、周辺の過疎化も進んでいる。保守的で、まだまだ、障害を隠していこうとする風潮が根強く残る土地柄でもあるという。

①事業実施のきっかけ

福島県では、5 年毎の定期的なニーズ調査（抽出：本人・家族・病院）を実施していたが、この過程において、10 年以上の長期入院者のうち 1/4 の入院者が退院可能という結果を得ていた。対象地区医療機関においても、従来から入院者のニーズ調査を実施しており、その結果、退院促進の必要性についての問題意識があった。事業の直接的な契機は国の方針にあるが、それを推進させる問題意識が自治体・医療機関双方にあったといえよう。

②事業実施のための取り組み

福島県では、地域生活支援センター中心に事業が展開された。特徴的なのは、委託を受けた支援センターが実施の内容を自ら検討し、かなり自由な裁量で実施できたという点であろう。県は、

おおまかな枠組みと予算面や支援員の配置といった面でその役割を担ったが、実際の支援の中心となる支援センターが取り組みやすいよう多くはそのサポート役に回った。医療機関の関わりも県と同様のものではあった。支援員は、精神保健福祉ボランティア講座の受講者の中から推薦された。

支援センターと医療機関は、従来からの地域生活移行の取り組みをベースに事業を展開していた。この中では、支援センターP S Wの精力的な動きが事業を推進するうえで欠かせない要因のひとつであった。

③事業の理解・周知方法

県は、まず、医療機関への働きかけに主眼を置き病院管理者に周知と協力を求めた。支援センターでは、P S Wが情報を地域住民に向けて発信した。また、医療機関においては、病院P S Wが病院内の他職種間への周知を図る役目を担った。そして、同時に病院外との連携を図る上での窓口となった。医療機関内では病院P S Wが、そして、事業全体としては地域支援センターのP S Wが取り組みをコーディネートする役目を担っていたといえる。

福島県では、周知に関して、「出張講座」という形式で、県・支援センター・病院が共同で事業説明を行っている。県が事業のパンフレットを、そして、支援センターが支援の内容や利用可能な社会資源を盛り込んだ総合パンフレットを準備し、それにあたった。

④ネットワーク

対象地区の精神科病院である昨雲会飯塚病院の取り組みが基盤となっていた。ここでは、従来から関係機関と当事者・地域住民とのネットワーク作りへの取り組みがあった。C S N (community support network) センターという機関がそれであり、その中核的機能を地域生活支援センター・ウィズピアが担っていた。ここでは、病院の枠組みを拡大するのではなく、あくまで、拠点を地域に置き、社会資源のひとつとして病院機能を位置づけるといった視点に貫かれた取り組みが展開されていた。この取り組みの中で、当事者を交えた「集い」や市町村担当者・医療機関関係者による「懇談会」、ボランティアやヘルパー養成講座修了者・民生児童委員・地域住民を対象とした「地域支援者協議会」などの多層のネットワークが形成された。このような幾重にもわたるネットワークによって当事者と地域住民、関係機関が顔見知りになり、形式的ではない実効性のある支援者のネットワークが形成されてきた。この一連の取り組みにより、地域住民の当事者への関心や理解が、「隣人・ご近所」レベルの関心事として少しずつ浸透していることがうかがえた。

⑤事業を推進するための工夫

周知に関しては、支援センターが精力的に地域住民への浸透を図った。市内80か所に広報誌を配置することや、ボランティア定例会や市民精神保健講座で事業を紹介するなど、精神保健福祉関係者のみならず、一般市民の目に触れることを意図していた。

医療機関では、入院者が退院生活を実感できるよう社会復帰施設等の体験的利用を可能とする取り組みを行った（「社会復帰施設体験支援事業」）。また、S S T中心の生活技能向上のトレーニングと意識付けのための病棟ミーティングを行った。

他には、「出張講座」の際にこの事業の利用者に同席してもらい周知したことが、退院生活に対する安心感や実感を得るために効果的だったという。

また、事業を通じて「住居の確保」が地域生活を困難なものとする要因のひとつとして浮かび上がってきた。そして、この問題提起の中から、広く市民に寄付を募り連帯保証などの債務保証や見守りを支援する活動組織「会津北西部住居支援市民の会」が組織化された。住居の保障が得られるということで、地域で生活することがより身近に考えられる状況がつくれた。このことの意味合いは、事業を推進するうえでも大きいと思われた。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

退院促進に必要な条件として、まず、支援者側から考えると、住まいの保障・確保が挙げられる。これは、施設の拡充や既存住居の活用といったものとともに単身入居を可能とする制度の整備を含むものであろう。次に退院生活をイメージ化する取り組みがある。これは、退院前の施設や生活体験制度、退院準備に関する取り組みである。そして、これらを支えていくために不可欠なのが、継続的な予算の確保であるといえる。

続いて、利用者側から考えてみると、まず、より具体的な社会生活の情報提供が挙げられる。入院している人にとって退院後の生活は不安なものであるが、具体的な情報が思いのほか少ない。「退院後の経費や生活の方法を教えてもらえれば、もっと早く退院を考えられた。」という利用者の声からも、具体的な生活情報がきちんと提供される必要がある。

また、家族支援の取り組みの必要性も認識させられた。長期入院者が、安心して退院することを考え取り組みを始めるためには、それまでの家族との関係性の良し悪しにかかわらず家族の後押しが大きな意味を持つてくる。家族が抱える不安軽減への対応も含めて、安心して退院生活を支持できるような、家族に対する新たな取り組みが必要となろう。

(丹野 孝雄)

(3)埼玉県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 16 日
担 当 者	三橋良子
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	障害者福祉課精神保健福祉担当 / PSW 後藤盛聡
	事務局委託先:地域活動支援センターふれんだむ / PSW 岩上洋一
	東武丸山病院 / PSW 岩見佳則
	利用者調査対象グループ / ふれんだむ利用者 3 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	事業により、医療機関との連携が取り易くなった。支援センターPSWの個人的・インフォーマルなネットワークの駆使があった。次年度はさらに積極的にやりたい。
開 放 率	32.5%
対 象 者 数	81 人
退 院 者 数	29 人
退院者 / 対象者	35.8%
入 院 者 数	11,432 人
会 員 PSW 数	232 人
会員PSW/入院者数	2.0%

〔 対象地域の特徴 〕

県内人口 700 万人（中核市 1、政令指定都市 1 を含む）。保健所は 15 箇所。精神科病院は 63 病院で各地に点在しており、すべての保健所圏域内に少なくとも 1 箇所の精神科病院が存在する。県内東部は単身者が多く、西部は家族世帯が多い。南部地域の住民は東京指向型、北部は秩父で固まるなど、県内の地域性はばらついている。事業開始のモデル地域は古くからの農家が多い。隣家の情報が入りやすく退院に対して家族が気を使う傾向がある。

①事業実施のきっかけ

緊急地域雇用創出基金補助事業として県が予算を獲得し、平成 14 年 11 月 15 日から平成 15 年 3 月 31 日まで、大阪府をモデルに「精神障害者退院促進モデル事業」として、地域生活支援センター「ふれんだむ」へ委託したことがきっかけとなった。平成 15 年度からは国の事業に乗って引き続き実施している。

②事業実施のための取り組み

地域生活支援センターと病院が連携できるような下地作りとして、地域生活支援センターから病院職員に対して、事業の説明会を行った。以後、説明会は毎年行っている。社会的入院は地域

の課題、国民の課題として、支援員はハローワークと福祉人材バンクで募集。市民感覚の導入を図った。

協力病院の開拓は行政の使命と位置づけられている。現在県内の63病院中19病院が事業協力している。18年度は15保健所の内、7箇所事業実施した。現在の担当者は保健所ソーシャルワーカーの経験を持ち、社会的入院についての問題意識を強く持っている。次年度はすべての保健所で実施することを目的に、未実施の保健所へ出向いて説明会を行い、県の精神科病院協会へ出向いて挨拶した。行政担当者としては、事業委託できる支援センターの有無が事業の成否を左右すると考えている。

③事業の理解・周知方法

利用者の選定は医師と病院PSWとで行った。退院促進支援事業として、病院内でのグループ活動を実施し、看護職員にも参加してもらった。グループの効果を狙うとともに、支援員、利用者、病院関係者みんなが、事業になれる意味もあった。病院職員は外部の支援員が病棟内に入ることに伴って徐々に違和感を解消していった。事業を利用して退院した人たちの体験発表の場を病院内で設けた。また、県の精神保健福祉センターで関係者向けの退院促進支援事業の研修会を開催している。

④ネットワーク

事業開始以前から、委託先センターと病院PSW間には日常業務を通じたネットワークがあった。事業開始以後は保健所を中核とした「自立支援に向けた協議会」の開催や地域生活支援センターを中心とした「退院に向けたケア会議」を実施。平成14年度から、埼玉県精神保健福祉連絡会議という形で、家族会、当事者会、共作連、社会復帰施設協議会、作業所連絡会の5団体と県との定期協議の場を設けている。

⑤事業を推進するための工夫

退院促進のためには基盤整備が前提となるため、平成18年度に県内63病院を調査し、825人が社会的入院であるとの回答を得て、県の障害福祉計画に反映させる予定。また、協力病院を増やすため、精神科病院協会の役員会へ行政職員が出向くなどして説明を行っている。関係者が社会的入院者は地域の課題であるとの自覚を持つことが必要である。生活支援センターの職員からは「精神障害者の退院支援は県の課題」であるという県宣言をしてほしいという意見があった。医療法人立の支援センターでは組織の中にPSWの上司が多く、退院支援がやりにくいとの声もあり、県が外部のスーパーバイザーを派遣するなどの工夫が必要ではないかとの提言もある。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

「医師から退院ですよと言われるのを待っていたら、10年過ぎていた」という利用者の声は切実である。退院させられなかった理由を「家族の反対」と説明する関係者が多く、家族へ依存しない退院方法は確立されていないと感じられた。入院治療が終われば退院できる仕組みが望まれ

る。既存の社会資源に本人をあてはめるのではなく、本人に合わせた社会資源の開拓が必要である。

また、事業を利用して退院していった仲間の姿から退院を決意したなど、当事者同士の体験交流が有効と思われる。一方、入院中は仲間の面会が制限されていたという発言もあり、まずは病棟の開放化や面会の自由化が大前提と感じた。入院中に知り合った友人との交流が途切れない配慮が必要。その上で、自立支援員やピアヘルパーなどの外部からの働きかけがあるとなお良いと思われる。

(三橋 良子)

(4)三重県

ヒアリング日程	平成19年2月23日
担当者	山田恭子・畠山啓
ヒアリング対象者の所属先及び役職・氏名	健康福祉部 障害保健福祉室 / 事務職 山下和夫
	事務局委託先:支援センターHANA / 所長・PSW 森 徹雄
	医療機関:総合医療センターひなが / PSW 宮越裕治
	利用者調査対象グループ / 支援センター森PSWが調整し2名
ヒアリング調査先の選定にあたり、参考とした事項	全県での展開を1支援センターに(医療法人と関連の無いセンターを意図的に抽出し)委託。単身アパートへの退院者割合が多い。
開放率	44.0%
対象者数	15人
退院者数	8人
退院者 / 対象者	53.3%
入院者数	4,701人
会員PSW数	70人
会員PSW/入院者数	1.5%

〔 対象地域の特徴 〕

県北部と南部では特徴に大きな違いが見られる。北部は名古屋や大阪への交通の便がよく、商工業が主の地域であり、社会資源の多くが偏在している。南部はリアス式海岸と山地が象徴するように、交通の便が限られ社会資源も少ない。医療法人が病院を中心に社会復帰施設を立ち上げて周辺地域に退院させるといった個別の取り組みが始まっていた。

①事業実施のきっかけ

国のモデル事業となって県に下りてきたことと、知事が交代して3年時限の重点事業計画を作成することが重なり、県がこの事業に取り組むことになった。県は事業委託先の条件としてどの医療機関ともしがらみのないことを重視して、社会福祉法人が運営する地域生活支援センターHANAを選定し、県全域を対象に事業を開始することにした。また、各医療機関には精神科病院協会を通じ、病院管理者に直接協力を求めた。

地域支援センターHANAでは地域に入り込んで活動を展開する方法を模索していたところで、ちょうどよいタイミングであったことと、事業委託を受けることが法人としての体力アップにつながるということで委託を受けることにした。

病院の現場では院長からのトップダウンで指示があったが、すでに自前の社会資源を用いて退院支援に取り組んでいたこともあり、正直戸惑いも感じたということであった。

②事業実施のための取り組み

県と事務局は、大阪や岐阜など先行して事業に取り組んでいる地域の視察を行った。

県は、市町村や保健所、精神科病院協会などに通知を出し、挨拶回りをして事業への協力をもとめ、要綱作りや予算確保を行った。

事務局は、三重県の社会資源マップを作って社会資源が北部に偏在している実態を把握し、どのように活動を展開していくかの戦略を立てた。南部には医療機関や社会復帰施設が少ないが、介護保険対象の訪問介護事業所があった。退院支援と定着支援をつなげて考える必要性と生活者の視点での支援を求め、支援員には非専門職をおく方針で各地の訪問介護事業所を回り、ホームヘルパーやボランティアから人材を集めた。また、事業のパンフレットを作成し、医療機関や関係機関に配布した。

③事業の理解・周知方法

県は市町村への通知や公的機関への説明、精神科病院協会など関係団体への挨拶回りを通して事業への協力を呼びかけた。

事務局は医療機関にパンフレットを配布し、社会復帰施設や訪問介護事業所などを訪ねて事業への協力を呼びかけた。病院での患者・家族への説明に立ち会うこともあった。

医療機関では配布されたパンフレットを掲示するとともに、PSWが候補者に適当と思われる患者・家族に個別に声をかけて説明した。心理教育の資料の中にも取り入れた。また、職員への周知のため、PSWが院内広報誌に記事を載せるなどしてアピールをした。

④ネットワーク

保健所が主催する連絡会議や市のサービス調整会議などがあったが、主催者に負担をかけないように、あえてリンクさせることはなかった。自立支援協議会を立ち上げ、その内容を充実させ、職種を問わず出席しやすいよう工夫し、横のつながりを強めることを目指した。病院からもPSWだけでなく、受け持ちの病棟看護師も出席した。

インフォーマルでは、三重県PSW協会の例会で情報交換をすることがあった。

⑤事業を推進するための工夫

県の役割は土台作りで現場が主役というスタンスを受け、それぞれが役割を果たしている。コミュニケーションをおろそかにしない、今年度の反省点は次年度に持ち越さないことを心がけ、要綱や予算の見直し（施設体験利用料の助成）や自立支援協議会の運営方法を改善するといった対応も事業の推進を後押しした。

支援員の担当者を決めるときには、利用者の希望（性別・年齢など）に合う人にしてもらった。少しずつ行動範囲を広げながら、退院後の生活イメージをつかみ、自信をつけてもらえるよう、墓参りや親の入所施設への見舞いなども含め、個別性を重視した細やかな支援を行った。病院PSWには頼みにくい事柄もあり、ありがたかったということである。

病院では候補者として推薦する前に、社会復帰病棟から作業所やデイケアなどの体験利用を勧めていた。院外の日中の活動場所をみつけるというだけでなく、先に退院していった人たちが頑

張っている姿に触発されて、退院を意識するきっかけになっていた。この事業での援助期間は短いので、時間を有効に使うことにも役立つ。

19年度から県の主管課が障害福祉課に変わり、事業委託先も総合相談支援センター（9ヶ所）に移行する。その準備として活動報告書とマニュアルを作成中であった。その中には退院支援計画書、課題の整理表など、支援員のためのツールが用意されている。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

利用者本人の意欲が最も重要な条件である。そのためには「私も退院するのかな、できるのかな」と思えるような病院内の雰囲気、退院した患者さんの姿に触れられる機会があることが必要である。続いて必要なのが生活スキル、経済的基盤、住まい、日中の活動場所、医療サービス（訪問看護・精神科救急システム等）である。

援護寮やグループホームはなかなか空室がなく、待機期間が必要なため、この事業の利用中に間に合わないことが多い。しかし、保証人がいない方にとってはアパート契約も困難である。公的保証人制度や公営住宅の優先入居などの施策があるとよい。日中の活動場所や居宅サービス（訪問看護、ホームヘルプ、配食）は個別性に合わせて選べるよう多様なメニューがあることが望ましい。「今はよいけれど、すでに60歳になっており、今の作業所の作業はいつまでできるだろうか」といった将来への不安の声があった。

また、退院前にアパート生活の体験・練習が出来るよう、民間アパートを借り上げられる予算措置があるとよい。数日から一週間程度の宿泊訓練を行うことができれば、退院に向けての動機付けなどに有効である。

（山田 恭子）

(5)岡山県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 14 日～15 日
担 当 者	山田麻貴
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	保健福祉部健康対策課精神保健福祉班 / 保健師 西川里美
	事務局委託先:東備地域生活支援センター / PSW 矢田 初恵
	医療機関:慈圭病院 / PSW 吉田 崇
	利用者調査対象グループ / 支援センターで調整し 2 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	従来からACT事業を実施、在宅・訪問医療に県が関心を持っていた。 某精神科病院の廃院なども背景にあった。自立支援員の活躍が大きい。
開 放 率	39.6%
対 象 者 数	13 人
退 院 者 数	8 人
退院者 / 対象者	61.5%
入 院 者 数	5,162 人
会 員 P S W 数	122 人
会員PSW/入院者数	2.4%

〔 対象地域の特徴 〕

岡山県は山陽道の中央に位置し、東は兵庫県、西は広島県に隣接した 14 市 16 町 2 村（39,909 世帯）から成る人口 1,967,056 人の県である。

岡山市と倉敷市には約 114 万人が居住し、県下の人口の約 58%が集中しており、24 ある精神科病院を始め社会資源の多くは、県南部に集中している。

平成 17 年度の対象地域は、岡山駅からバスで 30 分と比較的中心部に近い所に位置し、法人内に救護施設、通所授産施設、地域生活支援センター、グループホーム 6 施設など多くの施設運営をしている病院がある一方で、事務局を担った支援センターの東備地区には精神科病院はなく、診療所が 2 箇所とグループホームが 3 箇所と資源が少なく、地域により社会資源の量に差が大きい。

①事業実施のきっかけ

岡山県では、従来、県の精神保健福祉センターが中心となり、訪問や往診で地域生活支援を積極的に行う土壌にあり、平成 17 年より全国で初めて、県が実施主体となる A C T おかやま事業に繋がった。

A C T おかやま事業では、精神保健福祉センターを窓口とし、医療及び社会からの孤立の可能性のある精神障害者を対象とし、精神科医師、保健師、作業療法士、看護師、P S W、臨床心理

技術者の多職種がチームを組んで退院促進と、地域生活の支援を行っている。患者の生活の場に出向き、医療と福祉を同時に提供するアウトリーチ支援が特徴。24時間 365日、携帯電話でスタッフにつながり、「危機対応」も行っている。

退院促進事業は、それと並行する形で、平成15年の某精神科病院の廃院に関連して、長期入院者の退院支援が命題となり、事業を展開。15、16年度は県直営の支援センターに委託され事業が開始、保健所、市町村が中心となり、対象者を事業に乗せた。

17年度は民間の地域生活支援センター、18年度には県の精神保健福祉センターへ事務局が移転している。

②事業実施のための取り組み

事業実施にあたり、大阪府の事業を参考にしているが、廃院・退院という必要に迫られた退院促進を事業に乗せている。

また、事務局を担った地域生活支援センターも大阪府の取り組みを参考としているが、従来退院促進という視点から、枠組みの定まらない、支援に幅を持たせた自由な動きをしていた。

③事業の理解・周知方法

17年度、県から委託された事務局は、前段階で、事業を理解してもらう為に、病院を回り、病院P S Wを解して事業説明を行った。また、実際利用を開始するにあたっては、医師、担当看護師、作業療法士等関係スタッフへ病院のP S Wが個別説明を行っている。

利用者の募集にあたっては、グループホーム新規開設を利用し、「住居もある。支援もする。高齢でも可。」と工夫を凝らした。

事業だけではなく、地域支援の情報を含めた、病院・利用者向けパンフレット等を作成し、周知徹底することで、事業促進に期待したい。

④ネットワーク

A C Tおかやまでは、A C Tだけで支援を行うといった形にならないよう、利用にあたっては、保健所や市町村を通すことで、地域と医療とが相互乗り入れ、病状、状況に応じて従来の保健所、市町村を中心とした支援に移行している。

また、地域連携を図るため、運営委員会を開催し、退院促進と支援に関し検討する会が確立している。

一方、退院促進事業では、保健師・民生委員・区長・家族など職種の役割ではなく、「人」を中心としたインフォーマルな支援が印象的。支援センターが中心となり、病院から地域へとつなげているが、P S W・自立支援員の個人持ち出しによる熱意に支えられている。

⑤事業を推進するための工夫

事業を推進する為には病院の理解が必須。医療機関の理解度に幅があることは課題で、従来退院促進を実施しているとの認識がある病院に対しても、行政からの説明を行い、本事業の必要性を再認識してもらうことが必要である。

また、事業単体で退院を促進するには限界がある。退院促進を行うには、既存のケアマネジメント事業やACTおかやま事業等と組み合わせ、地域支援を強化することで、より一層の退院促進へと繋がるのではないかと考えている。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

「退院はずっと迷っていたけれど、主治医・看護師からの勧めと、先に退院していった友人からの誘いがきっかけとなった。アドバイスがなかったら、今も病院にいたと思う。」「友人がアパートを借りることから、引越しまで手伝ってくれた。」という当事者の声。退院には、本人の意欲と住居は欠かせない。

しかしながら、「今の生活はあまり充実していない。20 数年間の入院が今になって重く押し掛かってきていると感じる。」と退院した後の苦労も語られていたことを考えると、退院に際しては、外からのアプローチだけではなく、大前提に入院を長期化しないこと、病院スタッフからの勧め等、内からのアプローチ、退院の受け皿である住居の確保、退院後の生活支援を行うための資源作りなど、内外が連携を図り、一貫した支援が重要と思われる。

(山田 麻貴)

(6)香川県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 22 日～23 日
担 当 者	伊東秀幸・名雪和美
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	健康福祉部 障害福祉課精神保健福祉グループ / PHN 関 結花
	事務局委託先:支援センターはなぞの / PSW 山田智子
	医療機関:しおかぜ病院 / PSW 西谷良佳
	利用者調査対象グループ / はなぞの利用者 2 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	県内を保健所単位で区分けして全県下で実施。町長が事業利用者の保証人になったケース等もあり。多方面に事業協力を呼びかけるとともに、生保受給者の退院促進にも力を入れている。
開 放 率	集計中
対 象 者 数	25 人
退 院 者 数	21 人
退院者 / 対象者	84.0%
入 院 者 数	3,537 人
会 員 P S W 数	70 人
会員PSW/入院者数	2.0%

〔 対象地域の特徴 〕

県内 5 圏域すべての保健所から 1 時間以内で県庁へのアクセスが可能であることに加え、事業実施の体制作りには県担当者が意気込みを持って取り組んでいる。

各圏域の保健所長等から推薦された自立支援員（市民）が、利用者に寄り添い、地域に根付いた支援を行っており、退院後も関係を継続しているケースが多い。

①事業実施のきっかけ

15 年度のモデル事業を行った中讃地区には、委託先の支援センター P S W がキーパーソンとなるネットワークが構築されており、社会資源も多く、退院促進に対する意識も高かったことから、対象者 11 名中 9 名が退院という成果をあげることができた。

モデル事業の成果の報告が、次年度からの県全域での実施をスムーズにした。

②事業実施のための取り組み

15 年度に県担当者と事務局を担当した地域生活支援センター「はなぞの」、自立支援員 4 名が先進県（大阪府）への視察を行った。

16年度からは県担当課の課長、担当者が病院に出向き事業の説明・協力要請を行い、県全域での事業実施となった。5圏域の保健所が圏域部会を担当し、地域性に応じた事業展開のためのネットワーク作りを行った。

病院においては、P S Wを中心に医師、看護師、薬剤師、栄養士、作業療法士等のチームで利用者ごとのケース会議を開催し、必要な支援についての検討を行っている。

③事業の理解・周知方法

県担当者の積極的なアプローチにより、入院中の患者さんに主治医や担当看護師、P S Wから事業利用者の声を載せたリーフレットの配布と説明をお願いすることができた。

関係機関（市町村、社会復帰施設、ヘルパー事業所等）に対しては、事業説明会を県が開催することで周知を行った。

地域住民に対しては、民生委員の集まり等で県担当者や事務局P S Wが説明会や講演をさせてもらうことで、利用者の生活の場の啓発活動を行った。また、退院後の生活の場に病院P S Wや看護師、地域の保健師の訪問が行われており、多くの関係者の姿が見えることで住民の理解と協力を得ることができた。

④ネットワーク

県担当課が事業運営を主に行うことで、全体会のほかに5圏域の保健所に部会（事業利用者に関与する者により構成）を設置し、精神保健福祉センターの職員もオブザーバーとして参加。利用者ごとの支援体制作りや情報の共有を行い、地域性に合った支援について検討する機会を増やした。

地域の連携がスムーズなのは、既存のネットワークの活用によるところが大きい。

病院内では、P S Wの多職種への積極的な働きかけにより、退院促進委員会が発足するなど、職員の意識改革および役割分担ができた。

⑤事業を推進するための工夫

県担当課の職員が直接病院に出向き、協力の要請をすることや、市・町と保健所の職員がチームで対象者の面接・調査に出向く等、県主導の連携の充実が県全域21病院すべてから利用者を出せる原動力となっている。

利用者を出す病院も、利用者選出のための協議会でのプレゼンテーションに向け、P S Wが中心となり院内に退院促進チームを作ることで、対象者一人ひとりに必要な支援内容の検討を行っている。また、各病院での取り組みやツールは部会や協議会で紹介されることで、他の利用者の支援のアイデアとして提供されている。

自立支援員は、5圏域の保健所長や地域の関係者からの推薦により決定しているため、各地域に適した人材の確保が可能である。また、事務局P S Wが支援員の相談窓口という役割を担うことで、全体状況の把握や連絡調整の中心となり、事業の進捗状況を関係者が共有できる体制作りを行っている。

事業評価についても利用者については保健所、自立支援員については県立看護大学、全関係者には精神保健福祉センターが県全体の評価を実施し、事業運営に反映している。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

利用者の方は、退院に際して不安だったことを家族の反対、世の中のことがわからなくなっていることと話されていた。「支援員さんの同伴外出で一つずつ不安が解消された。」

「病院P S Wや保健所の人が家族を説得してくれた。」と不安の解消方法についての話を聞くことができた。利用者それぞれに必要な支援がきめ細かく行われ、多くの関係者の連携によって地域住民の理解を求めていったことが、自由な自分のペースでの生活につながっていると思われる。また、日中の過ごし方等不安がすべて解消されたわけではなく、困った時にいつでも相談することのできる人や場所の充実が更に必要であると感じた。

事業利用者が地域で自分らしく生活する様子について、入院中の方や病院関係者に利用者本人の声で伝えてもらうことも有効である。

事業の推進には自立支援員の活躍によるところが大きいですが、単年度のみ支援員が多いのは個人の負担の大きさに起因するものと思われる。支援員を支援する体制作りや退院後の生活の支えの充実が必要である。

退院促進の周知については、県担当課が主導することで関係機関の理解を得られ、会議等への参加がしやすくなった。また公の事業ということで地域での協力を得るための説明がしやすかったとの声もあった。

病院によっては事業に対する反発があるのも確かである。現在はP S Wや看護師の熱意によって支えられているところも大きいですが、長く続けていくためには退院促進が病院にとって利益につながるようにしていくことが必要であると思われる。

また、病院周辺に退院者が増えることに生保担当者から批判的な声があることについては、意識改革の必要性を強く感じた。

(名雪 和美)

(7)長崎県

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 15 日～16 日
担 当 者	澤野文彦・田村綾子
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	福祉保健部 障害福祉課精神保健福祉班 / PHN・PSW 稗圃砂千子
	事務局委託先:大村市地域生活支援センター ラム / 所長・PSW 吉田勝博
	医療機関:中澤病院 / PSW 増口香子
	利用者調査対象グループ / ラムの通所者 2 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	退院前からの連携で、NWが患者を支えられる。支援センターPSWが中心。離島への帰宅希望者への支援が課題。精神病床数が多い。 調査2日目に県内保健所における事業実施総括会議があり、陪席可能。
開 放 率	不明
対 象 者 数	10 人
退 院 者 数	4 人
退院者 / 対象者	40.0%
入 院 者 数	7,660 人
会 員 P S W 数	60 人
会員PSW/入院者数	0.8%

[対象地域の特徴]

モデル地区の大村市は、長崎空港から車で 10 分ほどに位置し、のどかな雰囲気のある町並みである。平日の午前中であったが商店街はシャッターが下りている店も多い。しかし、大村市社会福祉協議会立の生活支援センター所長（P S W）の案内で街を歩くと、買い物帰りや作業所へ向かう当事者と何度も出会い、その都度、気さくな会話と笑顔に接した。

①事業実施のきっかけ

長崎県は全国で見ても精神科病床数の人口比に占める割合が高いことを、担当者（保健師）は問題意識として持っており、事業実施の原動力の一つとなっているように感じられた。またこの担当者は、かつて大村市内にある県立精神保健福祉センターの勤務経験がある。さらに本市が県内でもっとも精神科病院数が多いこと、平成 12 年度から活動している地域生活支援センターが社会福祉協議会内にあり、地域作りの基盤が出来ていることなど、取り組みやすい土壌にあったことがわかった。

一方、対象者を出した病院 P S W は、事業開始以降に新卒で入職しており、事前の状況は、前任者からの引き継ぎ内容として語ってくれた。前任 P S W も経験の浅い新人であったようだが、

長期入院者が院内に滞留していることに問題意識を持っており、退院支援を行いたいとの信念が強かった様子。これが当該病院での事業導入の大きなエネルギーになったことが推察できる。

②事業実施のための取り組み

県が事業実施を支援センターに委託すると、所長のPSWはすぐに市内の各精神科病院を回り事業周知に努めた。その結果そこでバックアップの必要性を感じ、県の担当者が一緒に医療機関への説明に回るようになったとのことである。これがいくつかの医療機関の協力を得るのに大いに役立ったと関係者は語る。一方で病院経営者は、厚生労働省が提示する「7万2千人の社会的入院の解消」との直結したイメージを本事業に対して抱くようで、県担当者はこのイメージの払拭へ向けた説明を繰り返したとのこと。

運営会議の開催にあたり、医療機関の長を巻き込んだことで、病院PSWは本事業に関する会議等への参加が奨励され、活動しやすくなったという。またこの病院PSWは毎朝・昼に病棟の申し送りに参加しており、ここで院内の職員（特に看護師と作業療法士）に対する事業理解の促進に努めたり、支援センターや県との窓口となったりした。

③事業の理解・周知方法

支援センターでは当事者向けにパンフレットを作成し、医療機関の説明の際持参している。病院での職員向けの研修にも支援センターPSWが出向き、周知に努めているが、ここでは病院PSWが窓口となって仲介し、参加促進の役割を担っている。また入院患者には作業療法の時間などを活用して事業説明を行ったとのこと。しかし、対象となった利用者達（複数の医療機関）は、入院先の主治医から利用をすすめられたと話しており、全患者に本事業の説明が行われたわけではない様子。

④ネットワーク

大村市に特徴的なことは、社会福祉協議会立の支援センターが従来から相談支援業務を行っており、地域関係者の顔の見える関係が、本センターを中心として構築されていたことである。これは事業導入の上でも、また事業利用者の自立支援業務や、地域生活移行後のケアマネジメントを実施する上でも大きな役割を果たしている。センター所長は病院勤務経験のあるPSWだが、以前から精神保健福祉センターに情報提供を活発に行っていたり、ボランティア講座や家族会支援も行ったりしていることもあって、自立支援員の推薦や、協力者の巻き込み方が絶妙である。決して押しが強い印象は無いが自然にネットワークができていく仕掛けを上手に作っているところには、社会福祉協議会の機能も十分に活用されていると言える。

⑤事業を推進するための工夫

対象患者は10年単位の長期入院者も多く、地域生活のイメージが乏しかったようであるが、自立支援員と町中へ外出を繰り返すことで「街に慣れる」ことができ、生活の主体者としての自覚が徐々に形成されていったようである。利用者が一番役立った支援として「外出同伴」を挙げていることからこのことが推察できた。

大村市は自立支援員に非専門職を登用しており、利用者との相性を加味した出会いを、センターP S Wが入念に行っている。また、この地域は必ずしも交通の便が良いとは言えないことや、支援員の機動性を考慮してマイカー使用にも保険をつけるなど、柔軟かつリスクマネジメント機能をもった自立支援員の活動のサポート体制を構築している。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

重要な条件の一つが住まいの確保であることは、多数の調査結果から明確である。大村市では無認可グループホームを本事業実施途中で新たに設置しているが、ここにも一工夫見られた。これまでに知的障害者の支援経験を持つ家主に、支援センターP S Wが協力依頼し、賛同を得られたという。これは町中にあり、複数の医療機関から退院者が入居している。各医療機関からの訪問看護が提供されており、家主、入居者とのミーティングも毎月開催されているとのこと。この体制を構築したのは支援センターP S Wである。

また利用者が退院に踏み切るために最も心配だったのは経済面だそうで、世帯分離による生保受給ができたことは、大きな安心感に繋がったと話してくれた。住まいの確保、支援者が地域にいることに加えて経済保障が得られること、訪問看護による医療サービスを受けられることで、家族の負担感や不安感が軽減され、当初は退院に消極的意見であった家族も次第に賛成に至ったという。

(田村 綾子)

(8)大阪市

ヒアリング日程	平成 19 年 2 月 27 日
担 当 者	澤野文彦・三橋良子
ヒアリング対象者の 所属先及び役職・氏名	健康福祉局こころの健康センター / PSW 氏原賢一
	事務局委託先:支援センターもくれん / PSW 矢野直子
	医療機関:茨木病院 / PSW 林 千恵
	利用者調査対象グループ / もくれん林PSW調整にて 3 名
ヒアリング調査先の選定に あたり、参考とした事項	生保CWと連携して事業対象者を把握。ピアの活躍もある。市内には精神科病床がほとんどなく、事業利用者の入院先である市外の病院と連携して実施。
開 放 率	41.2%
対 象 者 数	37 人
退 院 者 数	13 人
退院者 / 対象者	35.1%
入 院 者 数	182 人
会 員 PSW 数	
会 員 PSW/入院者数	

〔 対象地域の特徴 〕

大阪市は人口約 250 万人の 24 区からなる政令指定都市である。市内には精神科単科の民間病院は存在せず、隣接した市には大阪市を取り囲むように病院がある。総合病院精神科のみのため、大阪市内の精神科病床には 1 年以上の社会的入院者はいない。そのかわり大阪市民は周辺市町村の病院受診、入院となりかなりの人数が大阪市外に入院している。

①事業実施のきっかけ

大阪府が大和川病院事件を契機に、2000（平成 12）年より「社会的入院は人権侵害」「行政の責任で解消する」を理念に置き、事業開始した。それと同時期に大阪市も足並みそろえて事業開始を考え予算要求を行ったが叶わず、2002（平成 14）年に緊急地域雇用創出事業補助金を利用し「精神障害者地域生活移行支援事業」として開始した。

②事業実施のための取り組み

既に大阪府が事業開始していたために、大阪府の情報を得ることや、いかに事業予算化することを行った。特に緊急地域雇用創出事業補助金を利用するという工夫が大きい。

2003（平成 15）年には「精神障害者地域生活移行支援事業」（国庫補助金）、「精神科入院患者地域生活情報提供事業」（緊急地域雇用創出事業補助金）、「精神障害者地域生活つながり支援事業」（同左）と 3 本の事業を起こし、各地域生活支援センターへこの事業の自立支援員として P S W を雇用し、またピアヘルパーとして当事者も雇用し、事業利用者には自立支援員とピアヘルパーの 2 名が担当する形となった。

2004（平成 16）年、自立促進支援会議をそれまで府と共同開催していたところを、市単独で開催するようにし、横の連携をとりやすくした。

2005（平成 17）年からはこころの健康センターに本事業と医療観察法に関する専任の保健師を増員した。

③事業の理解・周知方法

病院には精神科病院協会支部の会議に出席し説明とチラシを配ることを行う。また、自立促進支援会議に出席する場合に交通費を保証することで、病院職員が出席しやすくした。同時に各病院にも市担当者がまわり、チラシをわかりやすいところにおいてもらうことを行う。病院職員の研修会に担当者が行き話をすることや、精神障害者社会復帰促進協会が作成したビデオを利用した。

入院患者には茶話会を開催し、ピアサポーターが体験談を語る、府の作成した冊子を配る等を行う。

④ネットワーク

大阪市内はフォーマルなネットワークの存在があまり確認できなかったが、インフォーマルな市民レベルの活動や、P S W の研修会などは以前よりあった様子。

この事業を行うにあたり、自立促進支援会議を保健師の会議に合わせ月 1 回の開催とし、病院職員や地域生活支援センター職員が集まり、対象者の決定や情報交換などを行い、市内の横のつながりが強化された様子。

また大阪市は生活保護の入院者も多く、生活保護課の会議や現場のケースワーカーと連携を図ることを行ってきた。

⑤事業を推進するための工夫

- 1) 病院、病院職員への周知、理解をどのようにはかるか。そのためのツール（チラシ、紹介ビデオ、分かりやすい説明資料）などが必要。利用者の声として「退院の仕方が分からなかったが、この事業をすすめられてよかった」ということから、入院患者へも上記同様なことと、利用者の体験談が必要と考えられる。
- 2) 病院の窓口的役割には P S W が役割を果たし、院内の調整、入院患者とのケースワークを上手く行えている。
- 3) 大阪市の場合は、退院促進支援事業の予算だけでなく、他制度の予算を利用し、地域生活支援センターに自立支援員としての P S W の雇用や、ピアヘルパーの雇用を可能にしたため、予算確保と人員確保が大きな工夫点であった。

- 4) 生活保護課との連携。社会的入院者の中には生活保護受給中の方も多く、生活保護課とのフォーマルな連携、協働が求められている。
- 5) 利用者の声からも自立支援員の果たす役割が大きいと考える。「外出と一緒に連れてもらった」「この人に大変御世話になった」「この人がいなかったら退院を考えられなかった」など、院内外で一緒に行動してもらうことが、大変良かったという感想が多かった。

⑥退院促進に必要な条件・社会資源

- 1) 病院から利用者を推薦してもらわなければこの事業は成立しないため、病院、病院職員にいか理解してもらうか。
- 2) 入院患者の退院への意欲をどのように引き出すか。
- 3) 病院の「押し出す力」、地域の「引っ張る力」
- 4) グループホーム等のワンクッションおける住いや、住居に関するサポートシステム。
- 5) 宿泊体験（グループホームへの体験入所やアパートでの生活イメージができる）できる施設やシステム。
- 6) 関係機関が有機的につながり、本人への「面」としての支援。ケアマネージャーの存在と資質。

(澤野 文彦)

3 調査結果の考察

(1) 利用者の声からみえてきた本事業の効果や役割

①退院について

「ずっと退院したかった。でもどうしていいかわからなかった。」

利用者のこの言葉を聴いたとき、胸が詰まった。ずっと退院したいのに不本意にも精神科病院に留まり続ける人がいる。今後の見通しや手がかりがないまま、今の自分を受け入れることのできないまま、精神科病院に置き去りにされている大勢の入院者の声だと思った。利用者の声は続く。

「ずっと退院したかった。でも医師から、もう少し待っていなさいと言われた。」

「ずっと退院したかった。でも言い出すきっかけがなかった。家族がだめだと言った。」

「ずっと退院したかった。もっと早く状況がわかっていたら、もっと早く言い出せた。」

重い症状で苦しいときに、必要な治療を受けられず、必要な入院ができないのは不幸である。だが、病気になって入院しなければならなくなったら、今度は退院したいのが当たり前のことである。健康を回復したいと祈り、治癒したいと願って、患者は入院生活を送る。もはや入院治療を必要としないのに、帰る家がないために入院し続けていなければならないということは、世界・社会から自分が拒絶されているということだ。本事業は拒絶されてきた精神障害者を社会の側から迎え入れる重大な役割を持っている。

②退院促進支援事業についてどのように知りましたか

「諦めていたら、突然退院ですよと言われた。」

10年以上が経過して退院を諦めていた頃、医師またはP S Wからの声かけがあったと利用者は言う。「悪さばかりするので、見捨てられるのかと思った。」という声も切実だ。病院を出て、社会の中に自分の生きる隙間はないと感じる入院者も多いことだろう。医師が患者へ「退院」を告げるのは、本人の力（病状の回復）と、環境のバランスが取れると判断される時だと思う。環境とのバランスが悪ければ、再発の危機が付きまとう。患者保護を念頭に置く医師にとっても、退院の判断は勇気のいることなのかもしれない。その意味で退院促進支援事業は患者の「退院」を判断する医師を支える事業でもあるのだと思う。P S Wから自立支援員が入院者へ紹介されて、退院という目標が具体的になる。「もっと早く状況がわかっていたら」や「どうしていいかわからなかった」という利用者の声から、P S Wは、退院のために、もっと有効な情報提供の仕方を工夫しなければならないと思われた。しかし一方で、情報提供は具体的な目標と組み合わせられて、始めてわかりやすいものとなるのではないか。退院という具体的な目標を持たなければ、情報提供は利用者にとって意味がないかもしれない。

③退院にあたって

「仲間の笑顔を見て、私にもできるかなと思った。」

退院への不安を募らせ、再発の危機に遭遇しながらも、退院しようという勇気を抱かせるのは、多くの場合、先に退院していった仲間の元気な姿である。自治体によっては自立支援員に当事者

を採用するなどの工夫もみられる。その一方、「退院していった人の面会はなかった。」など、病院ルールで仲間の面会が制限されているなど、長期にわたって入院していても、入院中にできた仲間との関係は断ち切れる傾向にある。まずは、病棟の開放化や面会の自由化をすすめて、退院者との自然な交流を保障すべきである。その意味で、本事業は、訪れる人も少ない病棟へ外の風を運び込む役割を持つ。また、「自立支援員には退院後の生活必需品を一緒に購入してもらって助かった。」など、具体的な生活支援に対する感謝の言葉が目立った。長期入院者の退院にあたっては、ともに動く支援者が必要と思われる。

④退院後の生活

「これからは平穏な生活を送りたい」「普通に暮らしたい」との声があった。入院前の精神症状の悪いときの辛さは、恐怖の連続として今も記憶されている。その頃の暮らしには戻りたくないとの声も聞かれた。しかしながら、主治医から病名を聞いていない利用者がいた。退院するという事は医師の管理下から、本人自らの手に生活を取り戻すことであろう。慢性疾患を抱えながら自らの生活を構築していくためには、さまざまな工夫が必要である。再発予防のための知恵や手立てを医療の側から本人にどう伝えているのだろうかと気になった。ただし、退院促進支援事業を利用したことで、自立支援員の所属する地域生活支援センターを退院後も活用するなど、緩やかに地域生活移行を果たしている例があった。本事業を活用することで、病院と地域とのケアの継続性を保ちつつ、地域生活の移行が可能となった例である。このような場合には再入院を防げるであろう。多くの退院者からは、現在の生活について「充実している」「自由がある」「楽しいことを見つけていきたい」等の回答があった。

⑤まとめ

日本の精神医療は①病床が多い②長期入院が多い③職員配置が少ない④医療費が安く抑えられている⑤多数の入院患者が閉鎖病棟で治療を受けているなどの特徴を持つ。長期入院者の中には、入院治療は必要でないが、帰る場がないために病院に滞在し続けている多くの社会的入院者がいる。長期社会的入院を容認し無視し続けてきた社会状況そのものが、精神障害者にとっての権利侵害である。日本の保護収容施策のもと、精神障害者は長く、家族か精神科病院かそのどちらかの庇護の下で暮らすように運命づけられてきた。精神障害者の自立を支える社会基盤整備と地域住民の理解がすすまぬうちは、親亡き後、精神科病院で暮らす精神障害者は再生産され続けるだろう。退院促進支援事業は退院が実現すれば終了するのではない。その後の地域生活支援の充実こそが要であると肝に銘じておきたい。

(三橋 良子)

(2)関係機関との連携(ネットワーク)

①既存のネットワークとその利用

地域精神保健福祉活動における関係機関の連携（ネットワーク）については、退院促進支援事業に限らず、多くの実践においてその重要性が言われている。歴史的には、精神衛生法の昭和40年改正によって、保健所が地域精神保健福祉活動の中核的な存在として位置づけられたことや昭和50年代から始まる小規模作業所の設立や実践によって、地域の関係機関の連携の重要性が認識されたといえる。また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」では、保健所を中心とした関係機関の連携が、地域精神保健福祉連絡協議会や担当者連絡会の開催によって図られることが明文化されている。すなわち、少なくとも保健所を中心とした地域のネットワークは、全国的に展開されているといえる。

それらの歴史的経過もあり、各地域にはそれぞれの形で関係機関の連携が構築されているといえる。今回の調査においても退院促進支援事業をモデル地区で実施する場合には、多くの場合、地域の関係機関の連携が有効に機能していた。反対にそのようなネットワークがある地区をモデル地区として選定しているとも言える。

例えば、福島県では、従来から関係機関と当事者、地域住民とのネットワーク作りの取り組みがされており、その中心的な機能を地域生活支援センターが担っていた。退院促進支援事業が開始されてからは、これまでの取り組みがさらに充実し、当事者を交えた「集い」、市町村担当者と医療機関関係者による「懇談会」など多層なネットワークが構築されている。また、長崎県では、委託先の生活支援センターが社会福祉協議会によって設立運営されていることもあり、従来から地域の関係機関・関係者の顔が見えるネットワークが構築されており、社会福祉協議会のもつコミュニティワーク機能が十分発揮されているといえる。

すなわち、既存のネットワークの活用することをまず視野に入れることが重要であることが示唆される。

②退院促進にむけた新たなネットワークの構築

地域には、これまで何らかのネットワークが存在することは確かである。しかし、それが会議の開催だけで実質的にはネットワークとして機能していなかったり、機能はしていても退院促進支援事業の実施に関しては有効でない場合など、新たにネットワークを構築する必要がある。特にモデル地区ではなく全県的に実施する場合は、そのような取り組みやシステム作りが必要といえる。なぜならば、モデル地区での実施と異なり、全県的な取り組みでは、それぞれの地域によって温度差があるからである。例えば、同じ名称の会議を各保健所が実施していたとしても保健所ごとに微妙に内容が違っていることがある。そのような場合、既存の会議やネットワークを活用するより、新たに会議やネットワークを構築する方が、効率がよいと考えられる。

そのような視点から香川県の組織的な会議の構成や取り組みは、参考となる。県が設置した「精神障害者退院促進支援事業運営委員会」が上位会議として位置付き、年2回開催されて対象者の数値目標の設定や事業の評価を行う。会議の構成員は、担当部局、関係部局をはじめ、精神科病院協会、医師会、家族会、当事者団体等である。

つぎに生活支援センターが設置する「自立促進支援会議」は、年4回程度の開催で、対象者の決定や進捗状況の把握などがされる。会議の構成員は、市町村、保健所、医療機関や対象者の支

援に関わる関係者などである。

最も実践の場に近いところで実施される会議として、各保健所で実施する「自立促進支援協議会圏域部会」がある。そこでは具体的な支援計画の立案や見直し、自立支援員のサポートなどがされ、退院促進支援事業の利用者に直接関わる人が出席する。

なお、これらの会議によってネットワークが構築されると共に、県主管課、生活支援センター等の役割分担が明確化されることなどが、事業が円滑に実施される要素として見逃せない部分である。さらに、事業の評価について、精神保健福祉センターや県立大学など関係機関を巻き込んだ取り組みが意図的に行われている。もちろん香川県においてもネットワークが円滑に機能しているのは、既存のネットワークの存在が大きいことは確かである。

③インフォーマルなネットワーク

退院促進支援事業の特徴のひとつは、自立支援員の存在である。今回の調査では、自立支援員に関しては、ボランティア等の非専門職の起用も有効であることが確認された。ネットワークにおいてもそれらの非専門職の自立支援員によるインフォーマルなネットワークが構築されていた。特に福島県の事例のように自立支援員を精神保健福祉ボランティアが担ったことをきっかけとして、市民を中心とした債務保証や見守りを支援する組織ができるなどのネットワークの構築がされたことやボランティアやヘルパー、民生委員、地域住民を対象とした「地域支援者協議会」が組織化され、インフォーマルなネットワークや地域住民への啓発を組織的に実施されている。

また、やや意味合いが異なるが、岩手県には昔から地域に「結い」という組織がある。これは、地域住民の互助組織であり、この「結い」が機能することによって、地域への退院が可能になると言える。「結い」は、まさしくインフォーマルなネットワークである。このようなネットワークは、それぞれの地域に存在していると考えられる。退院促進を推進するためには、精神保健福祉領域のネットワークに限らず、インフォーマルなネットワークまでも視野に入れておかなければならないだろう。

④まとめ

地域精神保健福祉活動を推進する重要な要素は、関係機関の連携、すなわちネットワークであり、それは退院促進支援においても、その重要性は同じであると言える。退院促進を推進していくために既存のネットワークを活用することや新規にネットワークを構築すること、既存のネットワークを退院促進支援事業をきっかけとして再構築するなどいろいろなバリエーションが考えられる。また、対象者が退院していく地域にあるインフォーマルなネットワークについても視野に入れ、ネットワークの有無や活用についてアセスメントする必要がある。

これらのネットワークの構築や維持、活用等は、PSWの視点やコミュニティワークの技法であり、PSWの力量が問われる場面である。たとえ、そのネットワークが、ボランティアが中心に構築されたものであったとしてもPSWが存在することが重要であり、存在することによって市民との協働の中で対象者に対して妥当で合理的な支援が提供できることになる。

そのようなネットワークの構築や活用に関する視点や専門的技術をもつPSWが、本事業に関わることによってネットワークがスムーズに構築されるといえる。

(伊東 秀幸)

(3) 自立支援員の役割

① 自立支援員の役割

自立支援員の役割は大きく2つ挙げられる。ひとつは利用者に寄り添って具体的な支援を行う役割、もうひとつは利用者の細かい気持ちをくみ取り、時には代弁する役割である。

前者は、本事業の特徴が活かされた部分であった。長期入院者にとって、社会性を身につけることは常につきまとう課題だが、入院中から退院へ向けた具体的な支援は様々な工夫はされていても一やはり限界がある。その限界を超えた部分を担うことができたのが自立支援員だった。事業の説明を受けた利用者は、いざ退院と言われても具体的なイメージが出来ない。退院へ向けて必要な物品がわからなければ、まずどこから手をつけていいのかもわからない。長期入院者の場合は、買物の仕方や交通機関の利用なども、とても不安に感じるものである。しかし、ひとりではできないことも、誰かが一緒にやってくれば出来る、具体的な支援を繰り返し受けられれば、街に出て生活をする事が出来る、そこでともに動く自立支援員の役割が大きく発揮された。

また、退院へ向けての準備が進む中で、退院はしたいが、本当に社会で生活できるのか、思い浮かべていたものと違っていたなど、本当はこんな生活をしたいなど気持ちが変化したり不安になったりするものである。さりげない場面での利用者の様子を自立支援員が察知し気持ちをくみ取って、状況に応じて代弁するというのもうひとつの役割となった。

② 非専門性と後方支援

自立支援員の人員確保は、どの自治体も苦労したようだ。大阪市では、各支援センターに自立支援員としてPSWを採用することで、ケアマネジメントまで一切を行う方式をとったが、他の自治体では予算や専門職の確保等が困難でなかなか上手くはいかなかったようだ。その為に、精神保健福祉に関するボランティア講座を開催し修了者から選定を行ったり、事務局を担った支援センターのPSWが居宅介護事業所やボランティアを巻き込み、熱意がある人員を確保したりするなど様々な工夫が行われた。

それぞれの理由で多数の地域が非専門職を登用することになった訳だが、結果それでよかったという声を多く聞くことができた。非専門職が自立支援員になることで、市民に対する普及啓発に繋がり、地域が地域の問題としてサポート体制が強まり、枠にとらわれない支援を行うことができた。また、非専門職ならではの知恵・経験・アイデアが活用され、利用者はより地域に密着した退院への準備をすることができたというケースが多く挙げられた。その背景に、自立支援員がより活動しやすくするための支援として、医療機関や支援センターのPSWが大きな役割を果たした。PSWが、病棟職員への周知や理解を求めることで、自立支援員が病棟へ入ることの違和感を解消し、また家族との連絡調整を担うことで、安心して支援できる環境が整えられていた。実情に見合った役割分担が適切に行われることが、自立支援員の活躍の鍵になる。

③ 利用者の声

利用者からのヒアリング調査では、「支援員さんが一緒に外出してくれて嬉しかった」など、やはり具体的に「何をしてくれた」という声を多く聞くことができた。退院後一人暮らしを計画しているケースでは「一緒に食事作りと買物をしてくれました」という声が聞けた。このケースで

は調理室ではなく本物の台所を使った練習であったり、そのために必要な調理器具や食材の買物であったり、その利用者の希望や経験に合った支援を自立支援員が一緒に行うことで実現することができたようだ。病院内の作業療法やデイケアなどで調理実習だけでは、一人暮らしの調理のフォローは困難である。体験通所や入所を行うことで退院へ繋がったケースでは、体験入所先で自立支援員と一緒に寝泊りしたという例もあった。そのような密着したより退院後の実生活に近い支援が利用者からの評価が高かった。

また、退院から1ヵ月後に、自立支援員より支援の打ち切りを言われたことが残念だったという声もあった。速やかな連携が行われていても、退院後短期間で寄り添って支援してくれた人からの支援が受けられないというのは残念なことである。退院後の支援期間の見直しは検討課題のひとつといえる。

④その後の活動

契約期間が過ぎて、自立支援員の役割から外れた人たちのなかには「まだ支援は終わらない」と事業を超えて支援するケースが見られる。自立支援員が単独で支援を継続するケースもあれば、ボランティアに移行して対象者を支えていこうというケースもある。なかには自立支援員が中心になって公的保証人業務を担うNPO法人の立ち上げを進めている地域もあり、本事業を行ったことでその地域に“今”何が必要なのかが浮き彫りになったのだ。地域での関わりが強ければ強いほど社会資源の構築に繋がるなど、本事業実施中の地域での関わりが、その後の支援に大きな影響を与えるようだ。支援は退院をしたら終わるものではない。このような活動と本事業が上手く補い合い、地域生活支援の充実へ繋がるような体制作りも必要に感じた。

⑤まとめ

本事業の成否は、自立支援員に負うところが大きい。どのヒアリング先でも自立支援員が果たした役割の大きさについて聞くことができた。医療機関に所属するPSW等が、退院へ向けて密着した支援を行うことが出来ればいいのだが、一人の対象者に対しそれだけの時間を確保するのは困難である。その部分を組織的に担うことが出来る自立支援員の役割はとても大きい。また非専門性という点も特徴的といえる。インフォーマルな知恵・アイデアが利用者の「街に慣れる」に大きな役割を果たした。自立支援員の熱意や力量が大きく左右する部分がある分、自立支援員が安心かつ安定して支援を行うための配慮が必要不可欠である。実際に行われている事例では、自立支援員の機動性を考慮したマイカー使用にも保険をつけるなど、柔軟かつリスクマネジメント機能をもったサポート体制を構築しているケース、また退院計画書や課題の整理表などのツール作成をすることで、安定した支援を提供できるようにサポートしているケースがある。また成功例の背景には、確立された研修制度があった。事業の成功には、定期的かつ継続的な自立支援員の研修体制を保障することが必須である。それぞれの地域に見合ったサポート体制構築の検討と研修体制確立が今後の課題のひとつになるだろう。また、自立支援員としての当事者の活躍も期待するところである。

(畠山 啓)

(4)事業成功の要因

①担当者・関係者の熱意

都道府県・政令指定都市障害保健福祉担当部局の担当者に対してヒアリング調査を実施して感じたものは、彼らの強い熱意であった。どのような事業でもそれを展開していくためには、ましてその事業展開が成功するためには、担当者や事業に関わる関係者の熱意が必要であることは、言うまでもないことかも知れない。しかし、本事業では、他の事業よりも熱意が必要ではないだろうか。また、熱意を持って取り組んでいた担当者、関係者が居たからこそ、モデルにもなりうる実践がされていたとも言える。

本事業に熱意が必要な理由は、いくつかある。まず、主体的に実施する行政内部の問題である。すなわち、行政担当の上司に当たる人には、精神障害者が退院して地域で暮らす意味を十分理解していない人もあり得るわけである。それは、危険な精神障害者を地域に出すことはないという偏見という側面もあるであろうし、精神障害者を厳しい現実社会に戻すことは、かわいそうであるといった保護的な考え方であるかもしれない。また、財政担当者の中には、費用対効果の問題を強く指摘されて本事業に実施を阻む場合もあるだろう。

次に利用者を推薦する医療機関であるが、ここでも退院促進に対して全般的に消極的な病院もあるだろうし、反対に本事業に頼らず以前から退院促進を実施してきたという考えから、退院促進支援事業に対して協力的でない病院もあるだろう。

利用者の家族は、退院に対して反対である場合も多い。これまでの精神障害者の自立を支える社会的サービスの不足や、危機介入の未整備な状況では、退院して自宅に戻ることや自宅以外の場所でも退院すること自体を拒否的に考える家族も存在するわけである。また、本事業を利用してもらいたい長期入院者の中には、ご本人に退院意欲が無く話が進まない場合もあるだろう。すなわち、本事業は、誰もその実施を望まない事業であるとも言えるわけである。それら、周囲の顕在した、または潜在的な抵抗感に対して、担当者は、長期入院が人権侵害であることやこれまで社会的入院の問題に対して何ら施策を講じなかった行政に責任があることを意識して、強い意志を持って本事業に着手していくことが必要であろう。

②担当者の工夫

熱意だけを主張しても、それが事業実施に繋がらないのが現実である。担当者は、様々な工夫を凝らして、難局にあたり、本事業での成果を上げるべく効果的に実施している。すなわち、今回ヒアリング調査を行った主管課担当者の多くは、熱い思いを冷静な行動によって着実に実現していた。

退院促進事業の実施によって財政がどの程度軽減されていくかを試算した資料を提示して、財政担当者を説得する。退院促進を始めるにあたって、精神科病院協会や看護協会など関係団体への挨拶をして理解を得るようにする。また、事業実施の準備として先進県に視察に行く場合でも、委託する地域生活支援センター等の関係職員も同行するような工夫もあった。さらに精神科病院に対して長期入院者の実態調査を実施して、事業開始の必要性を科学的に提示する事例もあった。

非協力的な精神科病院に対しては、担当者等が説明に訪問することによって、本事業の理解をってもらう。さらに当事者や家族に対しては、精神科病院のPSWや事業を委託された生活支援

センターのPSWが、説明会を開催して理解を深めてもらう。事業を説明するためのパンフレットやポスターを作成したりしてわかりやすく、親しみやすくする。自立支援員を当事者やボランティアになってもらうことによって、当事者の力や市民の力を本事業に導入する工夫なども見られた。

これらの地域特性に即した工夫が、退院促進支援事業を成功させる大きな要素になったと思われる。

③個別性をふまえた細やかな支援

入院期間が長期に亘ってしまった要因は、国の施策や医療機関側にも問題があるが、それぞれの家族背景や生育歴とも無縁ではない。これから生活の場を新しく設けるにあたり、整理しなければならないことや身につけなければならないことがある。そのため、実際の支援では個別のニーズに合わせた細やかな援助が求められる。それを実現するためには、事例検討の場を設ける等、支援のポイントを明確にして共有する工夫と、臨機応変な対応が求められる。支援のポイントを抽出するにはPSWをはじめとする専門職の専門性が、個別支援には生活支援員の生活経験が重要になってくる。

インタビューした利用者の多くが、「一人ではうまくできそうにないことを手伝ってもらえたのがよかった」「一人で食事作りはしたことがなかった。教えてもらえて助かった」といった感想を述べている。また、「自立支援員の選定には利用者とのマッチングを重視した」と答えたところも多い。

専門性と生活経験にもとづく細やかな支援が、短期間で長期入院から退院へ導くことができた要素のひとつである。

(伊東 秀幸)