［症例・事例・調査報告］

精神障がい者の地域生活移行支援について
―障害者自立支援調査研究プロジェクトに関する一考察―

山口　　智[1)]

キーワード：コーディネーター，自立支援員，ネットワーク，ケア会議

Supporting The Mentally-Impaired in Rural Communities to Move Back into The Local Community.
－A Project to Support Greater Independence for The Mentally-Impaired－

Satoru　Yamaguchi[1)]

Abstract

A project was carried out in rural communities where, in contrast to large urban areas, the lack of organization and support for the mentally-impaired resulted in keeping those people in mental hospitals. The project was carried out over two years (2007-2008), during which time, 26 mentally-impaired were encouraged to leave their hospitals and return to the local communities. As a result of this experiment 18 patients left their hospitals. The two main reasons why this project was successful were : (1) An effective one-to-one support system for each mentally-impaired person, and (2) Effective liaison between the medical institutes concerned and the leaders of the shared community homes. As a result of these meeting, a reliable programme for returning mentally-impaired people back into the local community was established. This also resulted in improvements being made in procedures concerning the care of the mentally-impaired in hospitals and also in local community homes.

Key words : coordinators, support staff for greater independence, networks, social workers' meetings

要旨

本研究では、社会資源が乏しい小都市で社会的入院を余儀なくされた精神障がい者の地域生活移行支援に取り組んだ。２年足らずのプロジェクト期間であったが、退院した支援対象者26名中18名が自宅やグループホーム等の地域社会への移行が実現した。

研究結果に結びつく要因はいくつもあるが、自立支援員の支援とケア会議によるネットワーク構築の２つにつ

2010年９月30日受付、2011年２月２日受理

1）　会津若松市障がい者総合相談窓口

［連絡先］山口　　智
〒965-0006　福島県会津若松市一箕町大字鶴賀字下柳原88- 4
TEL・FAX：0242-33-5622・0242-36-7010
E-mail：sodan@shogaisha-sodan.or.jp

いて考察した。第一に、自立支援員との１対１の支援方針の則った提案や助言（入院中から退院後に至る）により、支援者と対象者との地域生活移行への不安の軽減と動機づけに有効性を得られた。第二に、ケア会議で意見交換する中で、医療機関と地域の関係機関の目線を合わせた連携を通して、ネットワーク構築を行ない、地域生活移行が有効に機能し始めた。そこから実践プログラムが策定され、精神科病院機能強化および地域の支援機能強化が図れると指摘できる結果となった。

Ⅰ　はじめに

わが国の精神保健福祉領域での課題の一つに、いわゆる社会的入院の問題がある。国の施策の明文としては、社会的入院を「精神科に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能な人」として、その解消に向けて行なってきた経過がある。平成12（2000）年に大阪府の退院促進への取り組みがモデルとなり、受け入れ条件が整えば退院可能な約72,000人の早期退院と社会復帰の実現を図るため、「退院促進支援事業」から「地域生活移行支援特別対策事業」へと全国への拡充がなされていった。精神保健福祉士協会[1)]は、特別対策事業の業務として、対象者の個別支援等にあたる自立支援員を指定相談支援事業所等に配置し、退院に向けた①精神科病院内における利用対象者に対する退院への啓発活動、②退院に向けた個別の支援計画の作成、③院外活動（福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等）に係る同行支援、④対象者、家族に対する地域生活移行に関する相談・助言、⑤退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整支援等を行い、精神障害者の円滑な地域移行の促進を図ることを挙げている。また、障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書[2)]では、全国各地での取り組みは、対象者を退院させた実績は数多く、一定の成果をもたらしたと考えられる。しかし、地域生活移行支援の趣旨を考えれば、退院がスムーズに進みやすい対象者を取り扱うのではなく、「家族が反対している」「地域の反発が予想される」「そもそも地域生活を行なっていくスキルがない」などの阻害要因がある対象者が率先して支援をうけるべきと考えられる。言い換えれば、「退院した」という結果も重要であるが、想定される阻害要因を解消していく「プロセス」に着目することがより重要と示している。そこで筆者は、上記の③～④に挙げられている支援のプロセスに継続して関わっている自立支援員による同行支援の有効性と上記の⑤に挙げられている支援の中で退院前も含めた保健・医療・福祉の各機関等との継続したネットワーク構築の意義に焦点を当てることとした。

１　本研究の目的

Ｂ県Ｃ市より相談支援事業を委託されている社会福祉法人Ｄ会（以下、Ｄ会）は、財団法人Ａ綜合病院（以下、Ａ病院）ともに平成19－20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）に共同研究として取り組んだ。Ａ病院では、平成19年に入院病床数を100床程度減らし、140床程度に抑え、急性期治療や合併症治療といった医療の必要性が高い患者を受け入れる方針が決定していた。病棟再編に関しては、数年前より精神科病床の削減について方針が定まっており、運用病床とその機能分化の整理は大きな課題であったが、課題を改善する一助として、プロジェクトを申請する運びとなり、平成19年12月に採択された。プロジェクトの目的は、社会資源が乏しい小規模都市Ｃ市における退院促進・地域支援のための地域精神保健福祉ネットワークの構築と精神科病院機能強化の実践研究である。プロジェクトの出発点は、精神科病棟の慢性期長期入院者への退院支援活動であり、目標を“長期入院者を１年間で20名退院させる”と掲げたことである。数値の根拠は、平成19年３月に策定されたＣ市障がい福祉計画で退院可能な精神障がい者の数値目標（平成23年度末、圏域内４医療機関）が90名と示されたことから、取組み可能な数として算出した。尚、本実践研究の筆者の役割・位置づけは、相談支援事業所の相談支援専門員として、プロジェクト対象者のケア会議の場で支援内容の協議、同じ相談支援事業所の所属である自立支援員とともに事業所内での支援方針の整理、時には支援を協働するといった関わりを行なっていた。

Ⅱ　組織編成

１　専門職員の配置

専門職員の配置は、①プロジェクト統括は、Ａ病院副院長（精神科医長）が担い、役割は全体のゼネラルマネージャーとして、各種会議の招集、統括を行なった。②コーディネーターは、Ａ病院所属のソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士等の資格所持）を専任で１名配置した。役割は、入院患者の個別支援計画を作成し、ケア会議の招集、進行、行政への働きかけ等を行なった。③自立支援員は、Ｄ会に専任で２名（ともに看護師）を配置した。役割は、個別支援計画に基づき、入院患者への活動支援、退院意識啓発等を行なった。具体的な活動は、退院への動機付け、自宅の状況確認、自宅の清掃・復旧、アパート探し、不動産契約の同行、余暇支援（気分転換のドライブ）、事業所見学の同行、銀行・役所の同行、買い物支援、宿泊体験施設の整備といった多岐に渡るものとなった。④事務局をＤ会に置き、事業の進行管理、企画、経理等を一貫して行なった。なお、

A病院内にプロジェクト室を設け、コーディネーターと自立支援員の活動拠点とした。

2　委員会等の設置

目的別に2つの委員会を設置した。①退院促進及び地域移行支援推進委員会は、障がい者の地域生活移行を進め、地域で自立した日常生活を営むための協議の場として設置し、実践を通した課題の整理、支援の流れの確認等を目的とした。②検討委員会は、プロジェクト事業実践を整理し、事業内容、結果の検討等を行ない、事業成果の確認をする目的とした。各委員会では、地域で支援のなかで浮かび上がる実践的な話題を話し合い、個別支援を協議するケア会議とは一線を画し、プロジェクト全体の進行管理、地域全体の課題を話し合った。

3　医療チームの編成

A病院精神科では、社会的入院患者を中心に退院促進を進める上で、職員の知識獲得や意識啓発のための教育を行ない、病棟での退院支援活動を活性化させ、地域での生活を維持し病状の再発・再燃を防ぐために、外来医療機能の充実も必要となる。また、病状の変化に迅速に対応する精神科急性期医療の充実も必須と協議されたことから、精神科医療機能の強化が求められた。上述の機能を具体化するために新たに精神科退院支援委員会を設立した。委員会には、4つの部門（①教育部門［退院支援･地域移行研修会、外部講師による講演、施設見学会･報告会］、②退院活動部門［退院調整アセスメントシートの作成･運用、退院支援･地域移行フローチャート作成］、③急性期部門［生活訓練プログラム、早期介入計画書・日常生活機能評価表の作成］、④外来支援部門［退院支援病棟・外部機関との連携強化、デイケア就労支援活動］）を設置した。

Ⅲ　研究方法と研究対象者

倫理的な配慮については、プロジェクト対象者にプロジェクトへの参加説明および文書にて意志確認・承認を得た地域体制整備コーディネーターを通じて、医療機関側にデータ等の使用について確認を行なった。

実践調査として、コーディネーター（ケアプランの作成）および自立支援員（ケアプランに基づいて実施）が、支援対象者に地域生活移行支援を展開した。方法としては、コーディネーターおよび自立支援員による実践を、“ソーシャルワーク実践”としてとらえ、ソーシャルワーク援助の過程展開（エンゲージメント→アセスメント→支援の計画化→実施・介入→モニタリング→評価→終結［過程展開においてフィードバック機能が働く］）[3)]を活用し援助を実施した。支援対象者は、A病院精神科（おもに回復期および療養病棟）の入院患者とした。支援対象者の選定は、「精神科日常生活機能評価表」と「退院調整アセスメントシート」により評価を行ない、院内での多職種によるケア会議により決定した。基準は、①「退院調整アセスメントシート」の評価点数が高い（絶対的基準ではなく目安）、②本人・家族に退院意思がある、③地域生活移行の過程で、入院中から何らかのサービスやサポートを要する、④社会的入院患者あるいは社会的入院が予測される、⑤患者・家族がプロジェクトに同意をする、⑥病状が安定している等の項目を勘案し決定した。

プロジェクト期間の支援対象者は26名である（男性22名［85%］、女性4名［15%］、平均年齢50.5±11.5歳）。年齢別割合は、20歳代3名(12%)、30歳代は1名(4%)、40歳代は4名（15%）、50歳代は15名（58%）、60歳代は3名（12%）となっている。疾病の割合は、統合失調症20名（77%）、気分障害2名（8%）、その他の疾病4名（15%）である。プロジェクト対象候補者となった場合には、本人と家族に説明し了解を得た上で、同意書を作成し、地域生活移行支援を開始した。プロジェクトでは、コーディネーターが前年度A病院PSWであったため、対象者との治療関係も良好で個別のケアマネージャーの役割も果たした。

Ⅳ　研究結果

2年足らずのプロジェクト期間の退院患者は、26名中18名（男性15名［83%］、女性3名［17%］、平均年齢49.5歳±15.5歳）であり、支援対象者の69.2%が地域社会へ移行した。年齢別割合は、20歳代3名（17%）、30歳代は1名（6%）、40歳代は2名（11%）、50歳代は10名（56%）、60歳代は2名（11%）となっている。退院先については、自宅およびC市内のアパートへの退院がそれぞれ6名（33%）を占めた。次いでグループホームへの退院が5名（27%）であり、施設（生活訓練施設）への退院は1名（7%）であった。

支援期間について、“入院日から支援開始までの在院期間”は最短13日、最長11294日（平均3123.0±3521日）、“支援開始から退院までの期間”は最短29日、最長320日（平均136.8±100.71日）であった。“退院患者した患者の入院期間”は最短で2か月間、最長で26年間に及んだ。20年以上の長期入院患者も3名が含まれていた（**表1**）。

また、今回の研究結果を支えたプロジェクト専属の自立支援員2名の支援内容について、カテゴリー化を行なった。本人への支援では、①日常生活の支援（食生活･栄養の取り方・調理に関する支援3件、更衣・洗顔・入浴・着替え・排泄等の清潔の支援15件、買い物に関する支援29件、生活器具の使い方・修理・準備に関する支援7件、その他7件［総支援時間2720分］）、②金銭管理の

表１　プロジェクト支援により退院した患者18名の基本情報

（男性15名［83%］、女性３名［17%］、平均年齢49.5歳±15.5歳）

No.	事　　例	性別	疾患名	入院回数	年齢	入院期間	転　　帰
１－１	症状が安定しているが、家族等が非協力的で、長期化したケース	男性	統合失調症	10回以上	50歳代	６年	退院（借家）
１－２		男性	統合失調症	６回	60歳代	３年	退院（アパート）
１－３		男性	てんかん精神病	０回	50歳代	４か月	退院（アパート）
２－４	地域支援体制を構築し、家族支援が図られたケース	男性	精神発達遅滞	０回	40歳代	７か月	退院（自宅）
２－５		男性	統合失調症	２回	30歳代	４年	退院（訓練施設）
２－６		男性	双極性感情障害	６回	50歳代	２年	退院（自宅）
２－７		男性	統合失調症	０回	20歳代	５か月	退院（自宅）
２－８		男性	双極性感情障害	３回	50歳代	３年	退院（自宅）
２－９		男性	統合失調症	２回	50歳代	１年	退院（自宅）
２－10		男性	統合失調症	９回	50歳代	４年	退院（アパート）
２－11		男性	脳器質性精神病	２回	60歳代	４か月	退院（アパート）
３－12	グループで支援を行ない、退院に結びついたケース	男性	統合失調症	４回	50歳代	20年	退院(グループホーム)
３－13		男性	統合失調症	１回	50歳代	26年	退院(グループホーム)
３－14		男性	統合失調症	６回	50歳代	20年	退院(グループホーム)
４－15	体験通所を経て退院したケース	男性	統合失調症	１回	20歳代	３か月	退院（自宅）
４－16		女性	統合失調症	１回	20歳代	１年	退院（アパート）
５－17	病院スタッフ主導で支援開始したケース	女性	統合失調症	２回	50歳代	13年	退院(グループホーム)
５－18		女性	精神発達遅滞	０回	40歳代	２か月	退院(グループホーム)

支援（生活費の使い方に関する支援２件、生活保護や障害年金給付に関する支援２件［総支援時間120分］）、③対人関係支援（近隣の人間関係への援助９件、その他３件［総支援時間720分］）、④社会生活支援（電話・郵便・インターネットなど通信利用の支援１件、銀行・郵便局・公的機関に関する支援２件、その他２件[総支援時間360分]）、⑤日中活動（日中の過ごし方や生活リズムに関する支援３件、趣味・余暇活動に関する支援18件、日中活動の場への参加・継続の支援14件、その他２件［総支援時間2160分］）、⑥住環境（住む場所の確保に関する支援９件、引越しに関する支援２件、住環境を保つための支援９件、住環境に慣れるための宿泊支援100件、その他12件［総支援時間17320分］）、⑦家族関係調整（家族との付き合い方に関する本人への支援４件［総支援時間540分］）、⑧精神症状の対処（精神症状を安定させるための援助78件、通院に関する援助３件、その他１件［総支援時間4220分］）、⑨危機介入（入院関連の対応１件［総支援時間40分］）、⑩からだの健康（からだの病気・症状に関する支援［総支援時間540分］）、⑪仕事･教育（福祉事業所への通所支援47件、教育･就学に関する支援１件［総支援時間2830分］）であった。家族への支援では、本人との付き合い方に関する家族への援助４件（総支援時間210分）、その他の支援では、①ケアの連携（関係者との連携･調整・検討169件［総支援時間10560分］）、②エンパワメント・傾聴（漠然とした不安や相談の傾聴１件［総支援時間30分］）であった。支援時間を最も要したサービスは、住環境に対する支援であり、総時間数の23%を占めた。次いで、仕事教育21%、精神症状15%、日常生活14%、日中活動11%と続いた。

Ⅴ　考察

以下では研究結果について分析し、自立支援員の支援とケア会議によるネットワーク構築の２つを考察する。

１　自立支援員の支援

自立支援員の活動として、Ｄ会所属の２名の自立支援員をＡ病院内に配置し、医療機関の中から押し出す立場と退院後に地域で迎え入れる立場の両面を担った。最初は、期待より漠然とした不安を抱え退院準備を開始した対象者が、本人の支援内容⑥に含まれる物件探し等を通して、行き先のイメージが膨らみ、そのことが本人の地域生活移行のきっかけと思われる。今まで閉鎖的環境の病棟内で刺激の少ない生活であったが、自立支援員と一

緒に対象者自身が医療機関から外出し、本人の支援内容①に含まれる買い物等を通して日常生活スキルの向上を図り、本人の支援内容⑤や⑪に含まれる福祉事業所見学等を行ない、日中活動や通える場の確保をした。戸惑いながらも地域生活に必要な情報を得る体験が本人の自信につながり、自宅への閉じこもり状態に陥らず、メリハリのある生活が送れるようになった。その支援を経て退院に至った患者の言葉で印象に残っているのが、「どうしてもっと早く支援をしてくれなかったのか」や「若いころに支援をしてもらえれば僕の人生は変わっていたのに…」との怒りに満ちた言葉であった。野中は、「リカバリー過程のなかで、怒りは重要な役割を果たす。社会の矛盾を問うこと、他者と関係を結ぶこと、自分の人生を変えること、それぞれに『怒り＝エネルギー』は必要なのである。われわれは、怒りのすべてを封印してしまった弊害に気付かなければならない。社会的な偏見と差別に気づくことによって、自分が悪いわけではないことと、それでも自分の人生はやり直せるし、その人生の責任は自分にあることに思いが至る。怒りが感じられないままでは、受動的な順応が継続し、早晩怒りの悪循環に陥ってしまう」[4]と述べている。よって長期入院という要素を含め、感情や表情の平板化を生じた対象者に、いかにして感情表出を引き出すかが一つのポイントとなる。そのために対象者は、各支援者が提供する情報を一方的に受け取るだけではなく、まずは自立支援員から助言を受け、生活に必要な情報を自分で収集・整理する。その後、自立支援員の支援を受け、期待や不安、悩みといった気持ちから日常生活へのイメージを膨らませる過程を通して、退院意欲が高まり、支援期間が経過するごとに、表情および感情にも変化がみられ喜怒哀楽を表出するようになった。対象者の心身の健康管理については、本人の支援内容⑧、⑩に関する助言や学習会への参加等を他の支援と並行して行ない、障害と疾病に対する意識を深めてから、精神障がい者特有の思考の隔たりやこだわりと世間一般的な感覚との溝を少しでも近付けること、対人スキルの向上によって日常生活全般へのストレス耐性が高めることが支援者と対象者との地域生活移行への不安の軽減と動機づけに有効性を得られたと指摘できる結果となった。

2　ケア会議によるネットワーク構築

医療機関から退院を目指し、地域生活移行を支援することは、疾病や障がいのみを支援の対象とせず、疾病や障がいを抱えた人々の生活や人生を支援することである。そのために他領域の多様な専門職や地域に住む人々の知恵と力を集結する必要があり、その手段の一つがケア会議である。野中らは、「ケア会議の意義とは①時間と空間を共有することで意思決定が迅速になる、②異なった考え方が表明されることで、独創的な発想が得られる、③相互関係が発展することで当事者意識と参画意欲が生まれる」[5]と述べている。また山崎らは、「ケア会議は相談支援の過程において、単なるサービスを調整する場という意味合いではなく、アセスメント、支援方針の検討・決定、支援の評価（モニタリング）が行われ、さらにそれらの活動を通してサポートネットワークが形成される場として位置づけられている。いわばケア会議を中心として、相談支援は展開されている」[6]と述べている。

プロジェクトを開始し、具体的にケア会議の開催手法について多くの議論を重ね、自立支援員の本人への支援①～⑪や家族への支援、その他の支援①～②に含まれる支援について、各関係者間との連携・調整・検討を深め、患者の体験通所への同行・ケア会議の参加等といった障がい者本人と支援者、関係者との実際の関わりを通して、地域で障がい者を支えるネットワークの基盤強化を目指した。複数の支援者が一緒に支援を協議することで、総合的で適切な判断が迅速にでき、より良い支援が生まれ、患者本人と関係者らが安心できる地域生活移行につながる。さらに会議を積み重ねるごとに、本人を取り巻く環境の不足や不備をどう整備するか等の地域の課題も見え、改善する仕組みを構築することも地域生活移行には必要な要素であるといえる。定期的にケア会議で意見交換する中で、医療機関と地域の関係機関の目線を合わせた連携を通して、ネットワーク構築を行ない、地域生活移行が有効に機能し始めた。そこから実践プログラムが策定され、精神科病院機能強化および地域の支援機能強化が図れると指摘できる結果となった。

Ⅵ　まとめ

1　プロジェクトから見えてきたもの

プロジェクトを開始し、入院期間26年の入院者を含めた18名が退院できたことは感慨深い出来事であった。プロジェクトというきっかけがなければ、病状が安定していない、退院先の確保、家族の無理解・無関心といった理由で、具体的なアセスメントを行なわれず、そのまま入院が継続していた可能性も否定できない。プロジェクトがあったからこそ退院につながったケースが複数はあり、「何人退院したのか」では測れない効果があったと感じている。

プロジェクト実施前の不安とプロジェクト実施後の実感としては、最初は漠然と始まり今までの支援の延長線というイメージがあった。実際には、通常業務よりも個別支援を細分化し深める必要があり、「医療機関の治療方針のみで完結」や「地域の支援方針のみで完結」と連

携が図れない状況では支援しきれない現実があった。医療機関や行政機関、地域福祉事業所が一つのテーブルで話し合える環境整備を第一歩とし、現在では自立支援協議会に地域生活移行ワーキンググループが発足し、役割を引き継げたことはプロジェクトの成果といえる。今後の課題は、自立支援協議会の地域生活移行ワーキンググループでも検討を続け、退院後の支援やフォロー体制をどう構築していくかが地域の課題なるだろう。

本研究の発端は精神科医療機関からの退院支援活動であったが、一医療機関や一事業所のみの支援で完結するものではなく、福祉事業所や行政、地域住民といったフォーマル・インフォーマルのネットワークなくして成り立たないことが何よりの実感であった。

文献

1）社団法人精神保健福祉士協会：精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント～．社団法人精神保健福祉士協会．6．2007．
2）精神障害者の地域生活ケアマネジメントと地域生活モデル開発に関する研究会：障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書．社会福祉法人富士福祉会．1．2008．
3）山崎順子，六波羅詩朗：障害者の相談支援－事例をとおしてみるソーシャルワーク実践のプロセス－．中央法規．2．2006．
4）野中猛：精神障害者リハビリテーションにおける「怒り」の意義（現在社会における「怒り」の諸相）－（怒りにどう対処するか？）．現在のエスプリ．478：170-178．2007．
5）野中猛，高室成幸，上原久：ケア会議の技術．中央法規出版．9．2007．
6）山崎順子，六波羅詩朗：前掲1）9．