

# 「精神障がい者の地域移行・地域定着 支援事業の新たな歩みに期待して」

(大阪府精神障がい者退院促進支援事業12年間のまとめをもとに)

大阪府こころの健康総合センター

平成 25 年 8 月



## 目次

### 第1章 はじめに

1. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業の目的・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業のまとめの利用について・・・・・・・・ 2
3. 個別給付支援事業担当者の基本的スタンスと地域相談支援マネージャーの役割・・ 2

### 第2章 大阪府精神障がい者退院促進支援事業からみえてきたこと

1. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業の対象者の特徴・・・・・・・・・・・・ 3
  - (1) これからの地域移行支援事業の対象者はどのような人たちと考えられるか
  - (2) どのような支援をしたのか
2. 地域体制整備コーディネーターの役割と諸活動・・・・・・・・・・・・・・ 4
  - (1) 地域体制整備コーディネーターはどんな支援をしたか
  - (2) 旧自立支援促進会議（今後の地域自立支援協議会地域移行部会）には  
どんな役割があったか
3. 退院促進ピアサポーター事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
  - (1) 退院促進ピアサポーターはどんな活動をしたか
  - (2) ピアサポートコーディネート

### 第3章 まとめと市町村・基幹相談支援センターへの今後の期待・・・・・・・・ 7

### 巻末資料

1. 平成15年度～24年度の事業集計 図1から33まで・・・・・・・・・・・・ 11
2. 個別支援以外の退院促進支援事業 表1 表2・・・・・・・・・・・・・・ 35
3. 大阪府退院促進支援事業ピアサポーター事業・・・・・・・・・・・・・・ 36
  - (1) 退院促進ピアサポーター事業概要
  - (2) 退院促進ピアサポーター事業研究会
  - (3) 退院促進ピアサポーター交流会
  - (4) 退院促進ピアサポーター活動の実際（当事者の声より）
4. 精神障がい者地域生活移行・自立生活サポート事業・・・・・・・・・・・・ 42  
（精神障がい者退院促進支援事業）の経緯
5. 大阪府立こころの健康総合センター研究紀要第10号2004年度抜粋・・・・・・・・ 45



## 第1章 はじめに

### 1. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業の目的

大阪府の退院促進支援事業の経緯と12年の取り組みを通して伝え続けたいこと

大阪府で平成12年度から「社会的入院解消研究事業」として始まった「退院促進支援事業」は、現在では「地域移行・地域定着支援事業」と名前を変え、府の単独事業から国事業化し、平成24年度からは障害者総合支援法における市町村を窓口とする個別給付の事業へと変遷してきました。

このように国の制度に乗って等しくサービスを受けられるようになったということは、研究事業として取り組んだ一自治体の特殊な課題から、広く一般的な支援として全国的な拡充が図られたということです。しかし本当に広く身近なサービスとして利用しやすくなり、精神科病院入院中の方のスムーズな地域移行につながっているかといえば、1年未満で退院している方が9割を超えている半面、長期入院の方が相変わらず病院にたくさん存在されているのも事実です。

この事業の契機はすでに何度もお聞き及びのように、大和川病院におけるさまざまな人権侵害事件が平成9年に表面化したことでした。結果として、診療報酬の不正請求という形で事件は処理されたのですが、背景には数々の人権侵害の事実がありました。精神科病院という閉鎖的な環境において、当然守られるべき人権、精神障がい者の人権が守られていなかったのです。

このことは1つの特殊な病院の出来事として、過去の問題として捉えられ忘れられていないでしょうか。

- \* ひとりになれる空間が保障されているか。
- \* 身の回りのものが自分で管理できるようになっているか。
- \* お小遣いが自己管理できるか。
- \* みんな忙しそうでも、相談にのってもらえるか。
- \* 治療に関する説明をきちんとしてもらっているか。
- \* 通信や面会などの自由を保障されているか。会いに来てくれる人がいるか。
- \* 家族の退院への理解がなかなか得られない。等々

これらのひとつひとつは一見些細なことには感じられるのですが、入院が長期にわたって、こうした権利侵害の状況が続くと、徐々に意欲がそがれ入院前にはできていた当たり前のことができなくなっていくのです。そして、あんなにしたかった退院を考えることができなくなっていくのです。これは決して過去のことではないのです。

大阪府でも事業が始まった当初は、「これまでの病院との連携で行っていたケースワーク」と「退院促進支援事業」による退院支援は何が違うのか、と戸惑いがありました。それでも事業を進めていくうちに、最初の数年はそれなりに退院したい方が候補者にあがり、自立支援員との外出などで地域の作業所につながるなどして無事に退院していかれました。

その後は、退院できる人はそれなりに退院してしまい、入院中にかなり気長に手厚く関わらないと退院の意向を示さない方が多くなってきました。また、長期入院中に高齢化したり、他の障

がいとの重複があつてなかなか地域でのマネジメントが難しい方も増えてきました。病院のスタッフも「外の社会は厳しい気の毒…」と書いていたりしました。

こうした事態を動かすために、院内茶話会やスタッフ向けの研修会、地域の受け皿を広げるための啓発など、個別支援以外の取り組みも行うようになってきました。地域体制整備コーディネーターの役割はこうしたところにあります。待っているだけでは、更なる長期入院者を作り出してしまふ恐れがあるのです。

市町村の窓口や相談支援事業所の窓口に従事する皆さん、申請者が「退院したいので、地域移行支援を申請します」と向こうからやってくるのを待っていませんか？

さきほどご説明したように、院内では「寛解」とか「院内寛解」の状態にまで回復しているにもかかわらず退院したいと思えなくなっている方がいます。外からの風を入れて、かつて持っていた地域生活への意欲を思い出してもらうことが必要なのです。

## **2. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業のまとめの利用について**

大阪府の12年間（研究事業3年を含めて）の経験の蓄積を、移管された市町村が今後の地域移行・地域定着支援事業に反映することを、この冊子の作成目的としました。

以下の内容が反映される具体的なものと考えられるでしょう。

- (1) 精神障がい者の地域移行について、個別給付事業を円滑に進めるための方策。
- (2) 個別給付事業がより効率的に実施されるよう、平成25年度・26年度に大阪府の地域相談支援マネージャーの協力を得て、病院に入院する方々への働きかけをし、地域基幹相談支援センターの業務として位置づくための方策。
- (3) 市町村は個別給付事業の実施者として、対象者よりの申請から事業の終了まで、全体像をつかみ、関係者の円滑な連携を図るための方策。対象者の退院後の地域生活の継続を支援して、地域での豊かで幸せな生活を実現し、地域定着支援事業の関係者のコンダクター役を担うための方策。

今なお多くの精神障がい者が入院し続けている現状を直視して、多くの課題や障壁を乗り越えるには、多くの努力がいると思います。上の3つの方策を考え、実施することで、その解決が見いだされると思います。

この大阪府精神障がい者退院促進支援事業のまとめ（平成12～23年）を参考に、市町村や相談支援専門員、地域相談支援マネージャー、病院などの医療と保健所などの保健部門、福祉サービス部門や他の関係諸機関が共に活動することで、対象者が地域で幸福な生活を実現していくことに寄与することを期待しています。

## **3. 個別給付支援事業担当者の基本的スタンスと地域相談支援マネージャーの役割**

一般相談支援事業所の相談支援専門員は、対象者が地域移行推進員のどんな支援を受け、どのような地域生活をはじめ、地域でのどのような支援を必要としているのかを地域移行支援計画に落とし込むことに最初に取り掛かります。

そして、退院後の姿も想像しながら、特定相談支援事業所の相談支援専門員は地域移行支援計画・地域定着支援計画を包括した地域生活支援計画をたてます。このとき多くの相談支援事業所

では一般・特定相談を同時に実施している場合が多いので、相談支援専門員は両計画をたてることとなります。

大阪府の地域相談支援マネージャーは、個別給付が円滑に適用されるための状況整備をし、病院への働きかけをします。また、個別給付に至るまでの対象者の準備状況を整えるために入院者への個別面接をしたりもします。

ピアサポーターの人たちと協働して地域生活の情報を提供したり、ピアの人たちの同じ目線での支えをてこにして入院者の本当の気持ちを引き出し、連携する地域の諸機関に病院の状況を伝え、入院者の人たちの想いを伝えます。地域の皆さんの協力を、対象者は必要としていることを伝えます。などなど多くの役割を担っています。一般・特定相談の相談支援専門員として兼務していれば、一人三役の顔の切り替えが必要となるでしょう。

## 第2章 大阪府精神障がい者退院促進支援事業からみえてきたこと

### 1. 大阪府精神障がい者退院促進支援事業の対象者の特徴

どのような人々が地域で暮らしはじめたか

(巻末資料の図・表をご参照ください)

#### (1) これからの地域移行支援事業の対象者はどのような人たちと考えられるか

平成23年度精神科在院患者調査によれば、大阪府下の精神科病床を有する61医療機関の17,613床のうち、入院している大阪府民16,043名は最重度・重度4,398名(27.4%)、中等度・軽度9,868名(61.5%)、院内寛解・寛解1,777名(11.1%)である。

平成15年に国事業となってからの本事業の対象となった274名の多くの方は、院内寛解であったが、それ以外の方もいた。(※資料8「状態像」)

手帳所持者では1、2級の人が多かったが、入院中で現状ではメリットが少ないためか、所持していない人もかなり多かった。(※図4「手帳」)

障害年金の受給者はおおむね半数に近かった。(※図5「経済状況」)

統合失調症(※図7「診断名」)で50歳代を中心に40歳代から60歳代(※図2「年齢階層」)で、男性への支援が多かった(※図3「性別」)。

入院期間は1年以上の人がほとんどであった。(※図9,10「総入院期間、直近入院期間」)

以上から、条件が整えば退院できる、いわゆる「社会的入院」の人を対象としてきました。

家族がある人がほとんどで(※図13「家族の状況」)同居していた方が過半数(※図12「居住形態」)であった。一人暮らし、生活保護または国保本人の人も結構多かった。(※図5,6,11,12「経済状況、保険区分、居住圏域、居住形態」)。

なぜ長期入院いわゆる「社会的入院」となってきたのかは、本人・家族・社会的な諸要因が重

なったためです。（\*図 15「退院阻害要因」）

## (2) どのような支援をしたのか（今後の地域移行支援でも同様に考えられること）

平均で1年から2年の支援期間であるが、20回から80回とかなり個別の人により差があった。（\*図 17, 21, 22「開始年度、支援回数」）

院内面接・通所支援・外出支援など個人への直接支援のほか、関係機関との連携という間接支援をした。しかしながら個人による差は大きかった。（\*図 23, 24「支援回数と内容」）  
支援の結果、各年度とも6割以上の人々が地域で暮らし始めた。（\*図 16「支援の結果」）

多くの人々が一人暮らしを始めたり、グループホームなどで支援をうけながら暮らしを始めた。中には家族との同居をした人もいた。（\*図 26「退院後の住まい」）

暮らしの中身では、地域の通所系のサービスを利用する、病院デイケアなどを利用する、ホームヘルプや訪問看護を利用するなども含めて、多岐にわたっていた。（\*図 27, 28「活動の場、社会資源」）

退院にあたっては、当初の阻害要因が解消されたわけではなく、依然として本人・家族・社会的課題はあったが（\*図 29「退院後の課題」）、また新たな支援の方法が増えたわけでもなく（\*図 30「充足されなかった社会資源」）、支援による体験と支えが本人や本人を包む社会的支援が効果をあげた（\*図 32「事業の効果」）。

間接的に家族への支援や支えが、家族の気持ちを変え、本人を支える役割が増大し、それが本人の意識にも影響した（\*図 31「事業の効果」）。

## 2. 地域体制整備コーディネーターの役割と諸活動

（平成 25・26 年度地域相談支援マネージャーにも同じ内容と考えられること）

### (1) 地域体制整備コーディネーターはどんな支援をしたか

「退院促進支援事業」を実施する中で、病状も落ち着き十分に地域で生活することが可能な状態にある人たちなのに、「退院したい」という意思表示がされない人たちが多くいることがわかりました。退院意欲の薄れてきている人たちに前向きになってもらうためにどのようにしたらよいかは、事業を進めていく上で大きな課題となっています。このような人たちに、私たちはどのようにして出会い、声なき声をキャッチし、地域移行支援につなげていくのか、それを考えることはとても大切です。

地域体制整備コーディネーターは、個別支援につながる以前の人たちとの関わりを持ち、地域移行が円滑に進むように病院と地域をつなぐ役割、「地域の風を病院の中に送り込む」という役割を持っています。

個別支援を受けるまでに支援者との密な関わりが必要です。市町村のみなさんは市民の支援をすることが目的となりますので、身近な市内の病院であれば、入院前からその人に関わっていることも多いかと思えます。しかし、市民がすべて同じ市にある精神科病院に入院しておられると



は限りません。隣接する市町村にある精神科病院に入院されている方もたくさんいらっしゃいます。また、入院にいたる経過の中で、遠方の精神科病院に入院せざるを得なかった方もいます。また、市内に精神科病院のない市町村では、すべての市民が他の市町村にある精神科病院に入院しているという現状があります。市内の病院との連携だけではすべての市民の地域移行支援を考えることができないのが現状です。

市町村のみなさんが、保健所圏域を担当地域としている地域体制整備コーディネーターと連携をすることで、隣接市町村や他の保健所圏域内にある精神科病院へ入院している市民に対しても、円滑に地域移行支援につなげる働きかけをしていくことがよりスムーズにできます。

地域体制整備コーディネーターは、他の保健所圏域の地域体制整備コーディネーターとの連携もしているので、広域的な対応ができます。遠方の市町村に入院している方々についても、働きかけを難しく感じないでください。地域体制整備コーディネーターとの連携をすることで、ご本人が望む地域移行支援につなげていくことができます。

地域体制整備コーディネーターは、地域移行を円滑に進めるためにさまざまな活動をしています。退院促進支援事業の中で行われてきた地域体制整備コーディネーターの活動は、表1のとおりです。

入院者が退院後の地域生活をイメージし、今抱えている不安を少なくするためには、地域体制整備コーディネーターとともに、ご本人を取り巻く支援者、すなわち病院のスタッフ（医師、看護師、リハビリ担当者など）、地域のスタッフ（相談支援専門員、市町村職員、保健所職員、福祉サービス事業所職員など）、そしてすでに地域で生活をしている方々（ピアサポーターも含む）など、さまざまな立場の人たちが地域移行に関する役割を担っていくことが大切です。

## **(2) 旧自立支援促進会議（今後の地域自立支援協議会地域移行部会）にはどんな役割があったか** **ネットワーク会議の役割とは－府保健所が開催してきた自立支援促進会議から地域自立支援協議会地域移行部会へ－**

退院促進支援事業では、関係機関が個別事例に関わる中で、さまざまな課題が見えてきました。その課題を共有し解決策を考えるために保健所が自立支援促進会議を開催し、地域の関係機関の話し合いの場を持ちました。自立支援促進会議では、地域の関係機関が個々に活動するだけでは解決しなかった課題を、他の関係機関にも伝え共有することが可能になりました。それによって、新しいサービスがすぐに施策化できなくても、今すでに地域にある資源を使って解決する方法を考えたり、結果として地域ならではの創意工夫が生まれたりしました。また連携を活かして、より多くの人たちに地域移行についての理解を深めてもらうための新たな取り組みも生まれました。具体的には、専門職や入院患者も含めた当事者や一般市民などを対象に、「院内説明会」「院内茶話会」「社会資源見学会」「長期入院患者面接」「病棟訪問活動」「退院促進ピアサポーターの育成」「市民健康展での啓発」などさまざまな取り組みが行われました。（表2参照）。

「個別事例から課題を見つけ、地域の中で共有し課題解決の方策を考えていくこと」について、今後は各市町村の自立支援協議会を中心に続けられることとなります。それは、関係機関、当事者、住民全体を巻き込んだ、より具体的で地域に密着したネットワークの構築につながっていくでしょう。これからも地域体制整備コーディネーター（地域相談支援マネージャー）が地域移行

のネットワークの中で大きな役割を果たしていきます。

### **3. 退院促進ピアサポーター事業**

退院促進ピアサポーター事業はなぜ始まったか。

アメリカの自立生活運動が日本に派生し、精神障がいの経験をもちながら活動する当事者を「ピア」と呼ぶようになり、精神保健福祉領域でもピアの活動が様々な形で展開されてきました。

ピアは、専門家にはない、同じ病気や障がいがある仲間同士の支援です。地域で暮らす当事者としての経験や立場を生かし、仲間としてのかかわりができます。病気や障がいのしんどさや不安を理解し合える“身近な仲間”として、病院にいる人たちに大きな情報の提供ができます。

退院促進支援事業を進めていく中で、当事者の“生の声”は、入院者や支援者、地域住民の心に強く響き、より理解を深めることができました。これらの活動を事業化することで、当事者が活動する機会を更に増やし、またその活動を府域全体に広げたいと考え、退院促進ピアサポーター事業を開始しました。

#### **(1) 退院促進ピアサポーターはどんな活動をしたか**

平成 20 年 8 月に 4 事業所でスタートした退院促進ピアサポーター事業は、平成 22 年度には 6 事業所、平成 23 年度には 8 事業所が委託を受けて活動しました。本事業の実施に伴い、大阪府こころの健康総合センターでは、平成 20 年 10 月から支援者に向けた「研究会」を、平成 21 年 3 月からは当事者及び支援者に向けた「交流会」を定期的に開催してきました。（詳細は資料 3 参照）

ピアサポーターの中には、自身の病や回復の体験を大勢の参加者の前で語る人もいれば、体験談は語りたくないが利用している事業所の説明をする人、少人数のグループでなら話せる人、病棟を訪れて入院者の話し相手をする人、院内交流会の司会をする人、自宅を公開して生活の様子を紹介する人など様々で、ピアサポートの力量や経験、本人の回復段階や心情に沿って多種多様な活動が行われました。

また、活動を続ける中で「たわいもない話や一緒に料理をしているだけで本当に役立っているのか」「自分のやり方や言葉かけが間違っていないか」「他のピアサポーターはどんなことをしているのか」「活動での悩みや困りごとをピアサポーター同士で相談したい」「初めて病院に行くので、不安だから予行練習をしたい」「もっと専門的なことを勉強したい」等との意見から、グループとしての活動の重要性が明らかになり、月 1～2 回の定期的なミーティングを行うところが出てきました。

ミーティングでは、個別やグループの活動報告やふり返りをしたり、今後の活動についてメンバーで話し合ったり、体験発表の模擬練習や終了後のふり返り等を行いました。本事業が始まってから、圏域内の精神科病院と協力して病棟を定期的に訪問するグループが毎年のように増えており、それぞれの特長を生かして個性豊かな訪問を続けています。

#### **(2) ピアサポートコーディネーター**

地域体制整備コーディネーター（平成 25・26 年度は地域相談支援マネージャー）はピアサポ-

ターの活動の場を創出・拡大したり、彼らが活動するにあたって精神科病院や関係機関との調整やコーディネート業務を担ったりしています。また、他地域で活動するピアサポーターと意見交換や交流する中で、ピアサポーターの活動の検討をしました。

なお、本事業は平成 25 年度、厚生労働省の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業補助金」を活用していますが、今後の活動の継続方法を検討する必要があります。ピアサポートは障がい者のエンパワメントを高め、意欲を喪失してしまった人たちに大きな勇気をもたらします。この事業に携わる地域相談支援マネージャーの役割が今後とも重要だと思います。

### 第 3 章 まとめと市町村・基幹相談支援センターへの今後の期待

大阪府では精神保健福祉審議会の平成 11 年の答申を受けて、平成 12 年度に「精神障がい者退院促進支援事業」を大阪府独自に創設しました。

この事業では、前述のとおり、大阪府保健所が中心となって、退院を希望される方への退院に向けた個別支援の実施や、医療機関や地域支援関係機関のネットワークづくり（自立支援促進会議の開催）を行い、精神障がい者の方が自分が住みたい場所で安心して暮らせるような支援を行い、また仕組みを作ってきました。

そして、平成 18 年度より、大阪府が創設したこの事業が国において施策化され全国的に展開されるようになり、平成 24 年度には、個別支援の部分は、障害者自立支援法（当時）の地域相談支援給付による個別給付化がなされ、利用申請窓口は市町村となりました。

また、自立支援促進会議が果たしてきた、地域のネットワークづくり、地域移行の支援において生じた課題を大阪府に対して提言して施策化する等の活動は、市町村の自立支援協議会において、地域移行部会等を設置することによってその役割が継続されています。

現時点では、全ての市町村に部会等が設置されているわけではありませんが、医療機関と地域支援関係者、行政を構成とするネットワークを構築することの重要性や、地域移行支援において生じた課題を施策化する上では、自立支援協議会において地域移行の部会等を設置、運営することは、個別給付化された「地域移行支援」を強化していくことと、車の両輪ともいえるでしょう。

「地域移行支援」が個別給付化されたことは歓迎すべきことですが、「地域移行支援」をより強化していく上で、一つ大きな課題があります。これも前述されていますが、個別給付を利用して退院に向けた支援を受けるには、入院されているご本人が地域移行を希望されていることが当然条件になります。しかし入院が長期化すると、入院者は「退院したい」という意志をはじめ、「退院してこんな生活がしたい」「退院したいけど、こんなことで困っている」という「希望」や「理想」また地域移行後の自身の姿が描けない状況にあることが、退院促進支援事業を通してわかってきました。

このため、医療機関と連携し、入院者の退院意欲の醸成に向けた院内活動の実施（院内茶話会等）や、地域で暮らす当事者（退院促進ピアサポーター）が医療機関に行き、入院者と交流するというような取組みが始まってきたことは、前章において前述したとおりです。

地域体制整備コーディネーターは、入院者の退院に向けた動機づけの活動のみならず、医療機関スタッフや家族に対する地域移行に関する情報提供や、地域のネットワークの形成、地域移行

における支援で生じた課題を施策化していくための活動（自立支援協議会への関与等）、「地域移行支援」を充実させていくためには欠かせない存在となっています。

地域体制整備コーディネーターの配置については、平成24年度末までは、都道府県・指定都市が実施主体となって実施する、国庫補助事業「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を活用して、大阪府が行ってきました。国はこの個別補助金として実施してきた事業を平成24年度末で廃止し、今後は、市町村が設置する基幹相談支援センターにおいて、地域体制整備のためのコーディネーターや、精神科病院・入所施設への働きかけを行うこととしました。つまり、地域体制整備コーディネーターの設置主体が国の制度上は都道府県から市町村に移ったということです。

しかし、大阪府内では基幹相談支援センターの設置が依然として進まないこと、精神科病院が多い市町村とそうでない市町村に差があること、対市町村民にサービスを提供する市町村にとっては、様々な市町村民が入院している病院や施設に働きかけることは難しいこと、コーディネーターの配置のための財源の確保が難しいこと、などが課題となり、市町村事業化するには解決しなければならない課題が多く存在します。

個別給付事業を実施するだけでなく、「入院されている方の不安を軽くするための取組み」、「自立支援協議会で、課題をあげて施策化する取組み」、「ネットワークによる顔の見える関係を作った重層的・総合的支援の展開」、これらを統括した取り組みを行うのが、中心的な機関である基幹相談支援センターの役割であり、それによって、今後精神障がい者の地域での幸福な生活が保障されることにつながるかもしれません。

課題は存在しますが、しかしながら、個別給付化された「地域移行支援」のみだけでは、本書の中での記述されているとおり、精神障がい者の地域移行を進めることはできません。また、入院されている方もこうしている間に、ひとつ、ふたつと年齢を重ねていかれ、高齢化すると地域移行の選択肢の幅が限定され、支援がさらに難しくなっていきます。

入院されている方々に地域で生活できる可能性を提示できるのは、地域の社会資源やフォーマル、インフォーマルを含めたサービスの使い方を知っている地域の支援者の方々やピアサポーターの方々です。

基幹相談支援センターは、地域の総合相談窓口として、精神障がい以外の障がいについても対応できたり、人材育成を担ったり、場合によっては自立支援協議会の運営を担うところもあるかもしれません。精神障がい者の地域移行を進め、また地域で安心して生活できるために、その体制づくりができる市町村や基幹相談支援センターがコーディネーター業務を担うことで、入院者を通して見えてくる地域移行の課題を地域に還元できる可能性があります。今後も、入院者の高齢化、重度化、など、これまで以上のネットワークの活用と、新たな社会資源の創設、活用または施策化のための活動などが必要となるでしょう。

保健所は、これまで培った地域移行に関するノウハウを市町村に伝えながら、市町村が地域移行を進められるようバックアップを行うと共に、医療機関との調整等においては必要な支援を行うことが求められるでしょう。

市町村事業化したとしても、これまでと同じく、精神障がいの方が自分が選んだ場所で、自分らしく生き生きと生活できるような地域づくり、仕組みづくりという目標は変わりません。当事者、家族、医療、福祉、行政、その他関係者等が、地域移行におけるそれぞれの役割を認識、共有して、協働しながら地域移行を進められることが、これまで以上に求められています。

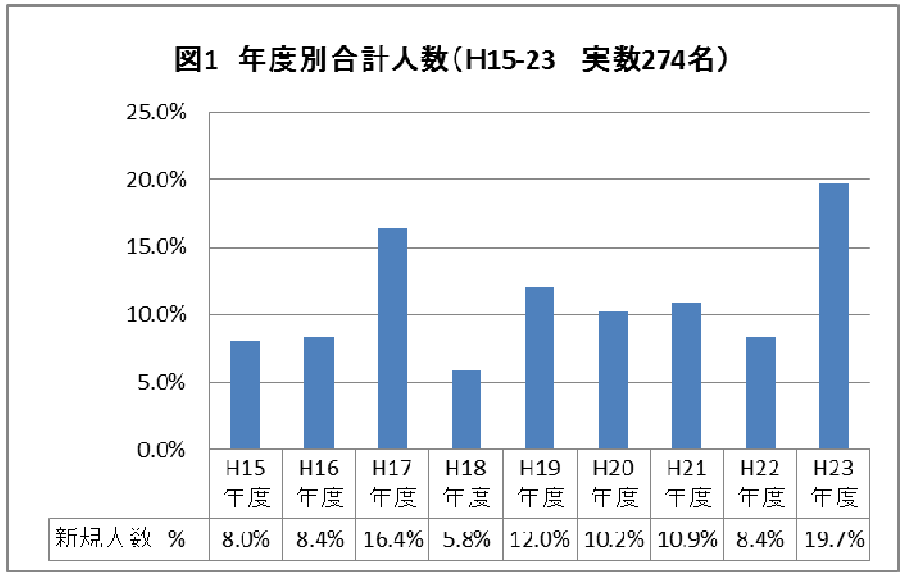
巻末資料（次ページから）

1. 平成 15 年度～24 年度の事業集計。 図 1 から 33 まで。
2. 個別支援以外の退院促進支援事業。表 1 と表 2
3. 大阪府退院促進支援事業ピアサポーター事業
4. 精神障がい者地域生活移行・自立生活サポート事業  
（精神障がい者退院促進支援事業）の経緯
5. 大阪府立こころの健康総合センター研究紀要第 10 号 2004 年度抜粋



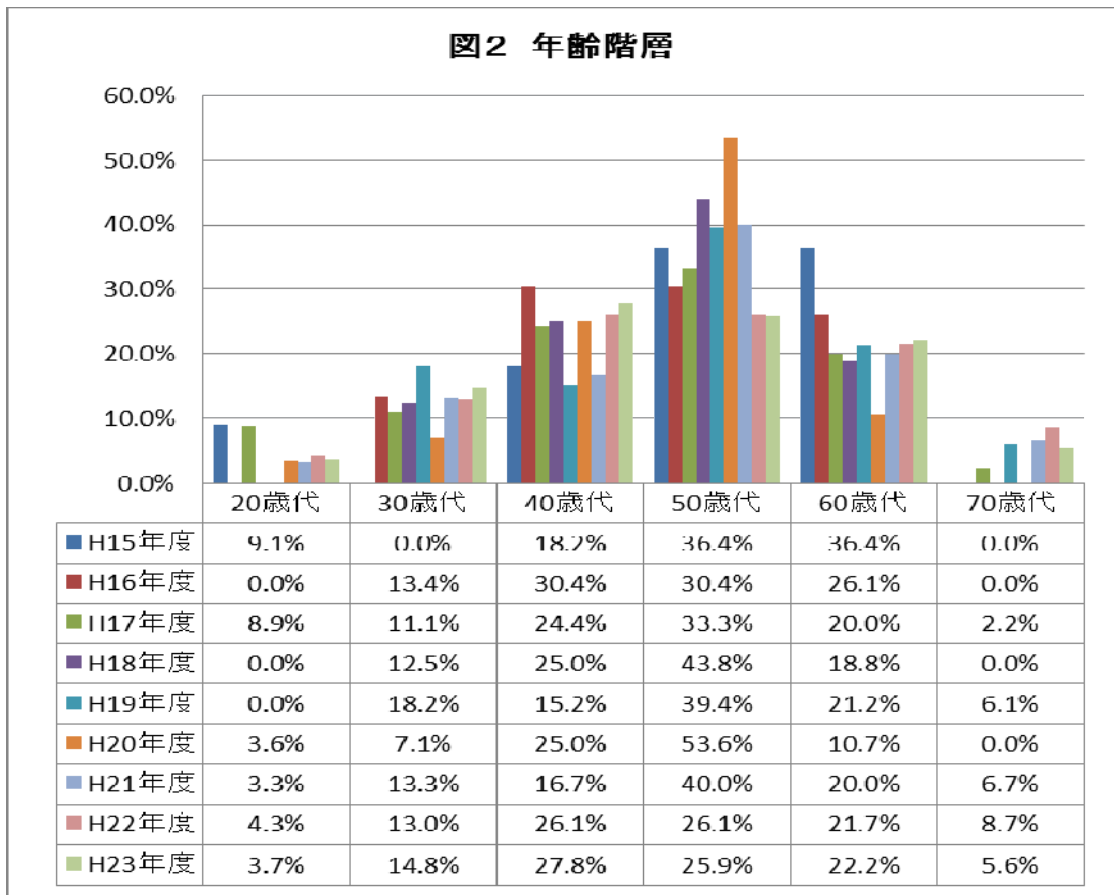
H12年度より退院促進支援事業実施。H15年度より国事業として開始。H15年度以降を表示する。  
 集計が新たに開始された年度もある為、該当する項目は開始年度以降を表示する。  
 また、H18年度から政令都市移行により堺市のデータが含まれていない。

**I 退院促進支援事業の利用者の概要(H15-23年度の事業利用者 274名)**

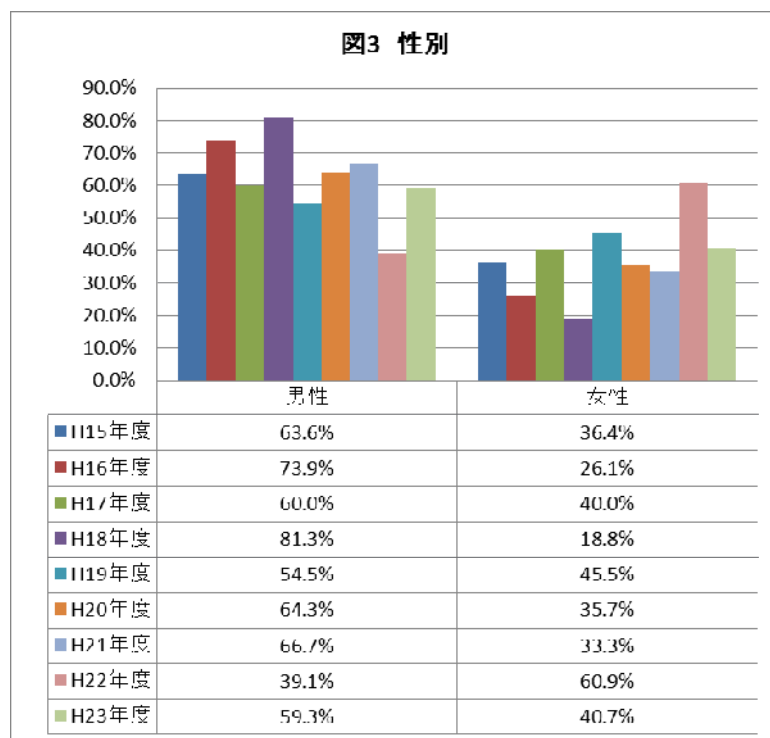


**1 利用者の属性**

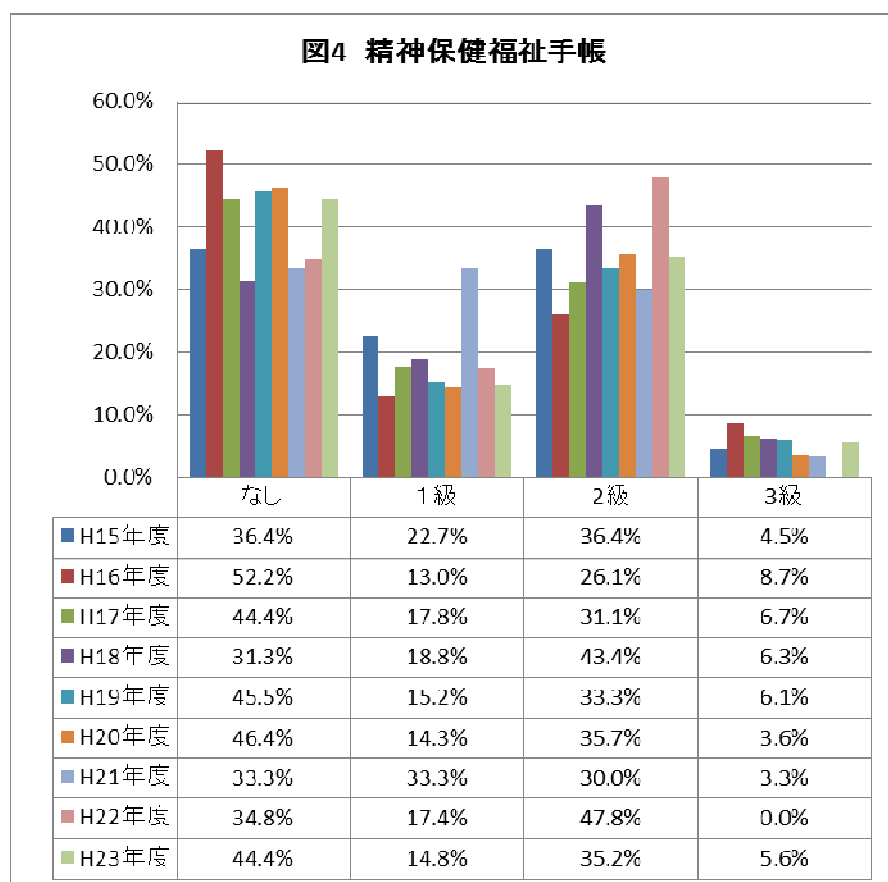
(1)年齢階層



## (2)性別

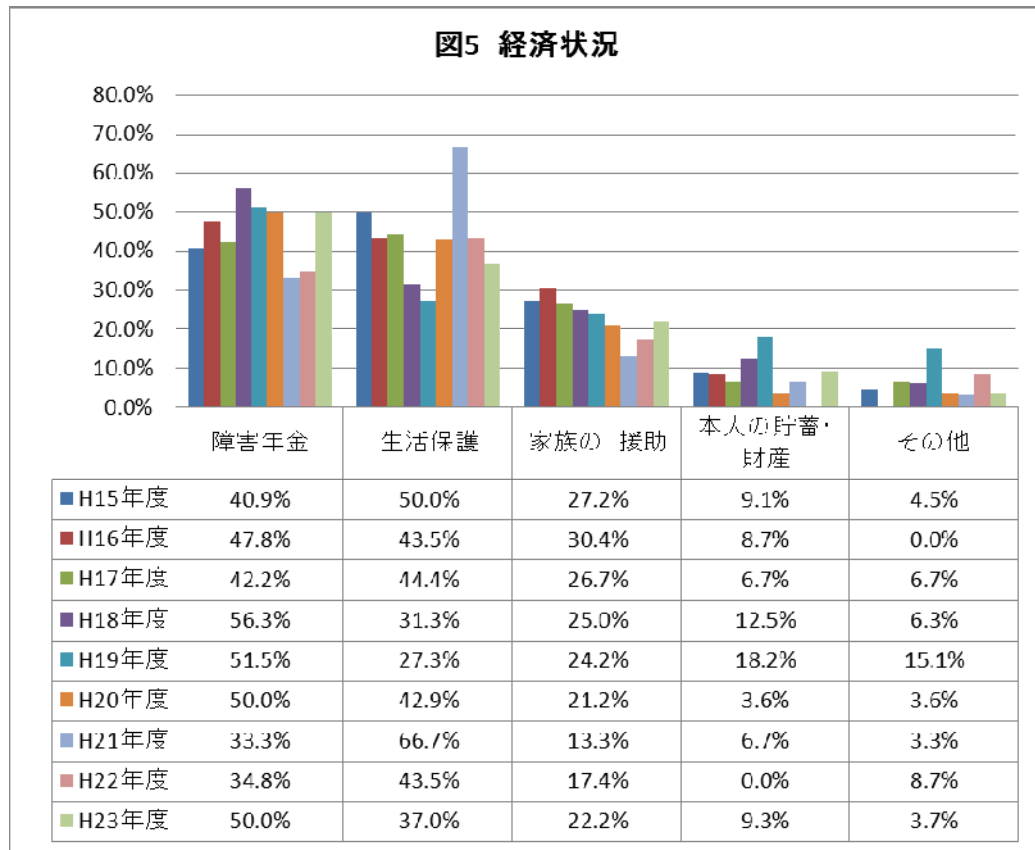


## (3)精神保健福祉手帳

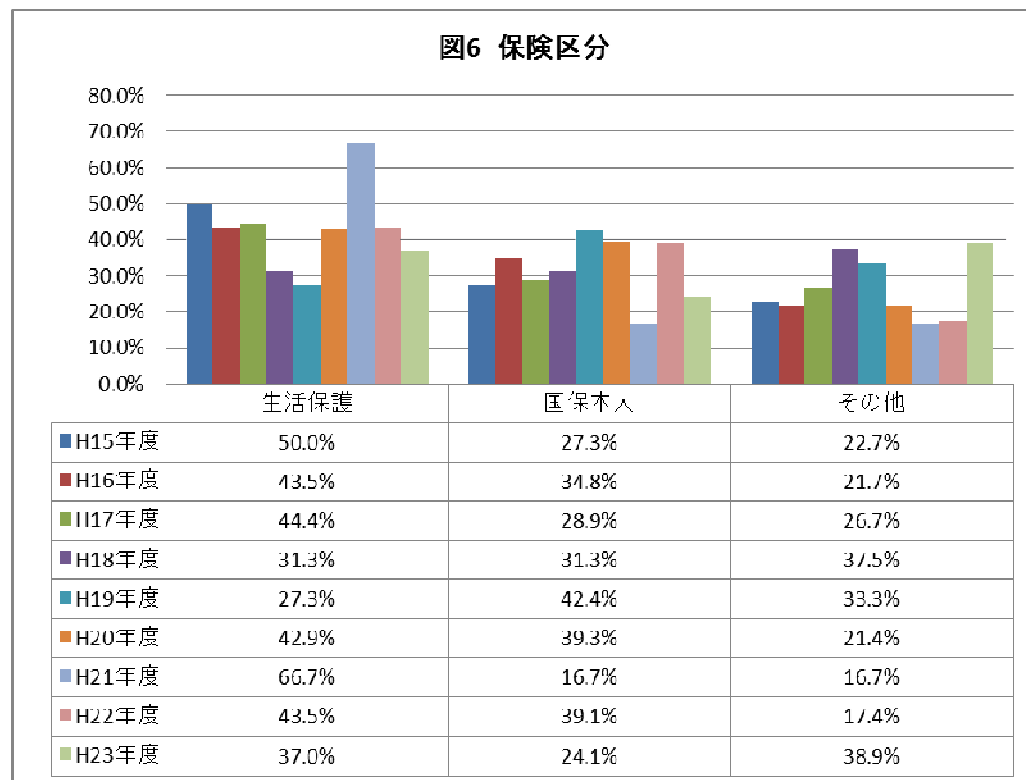




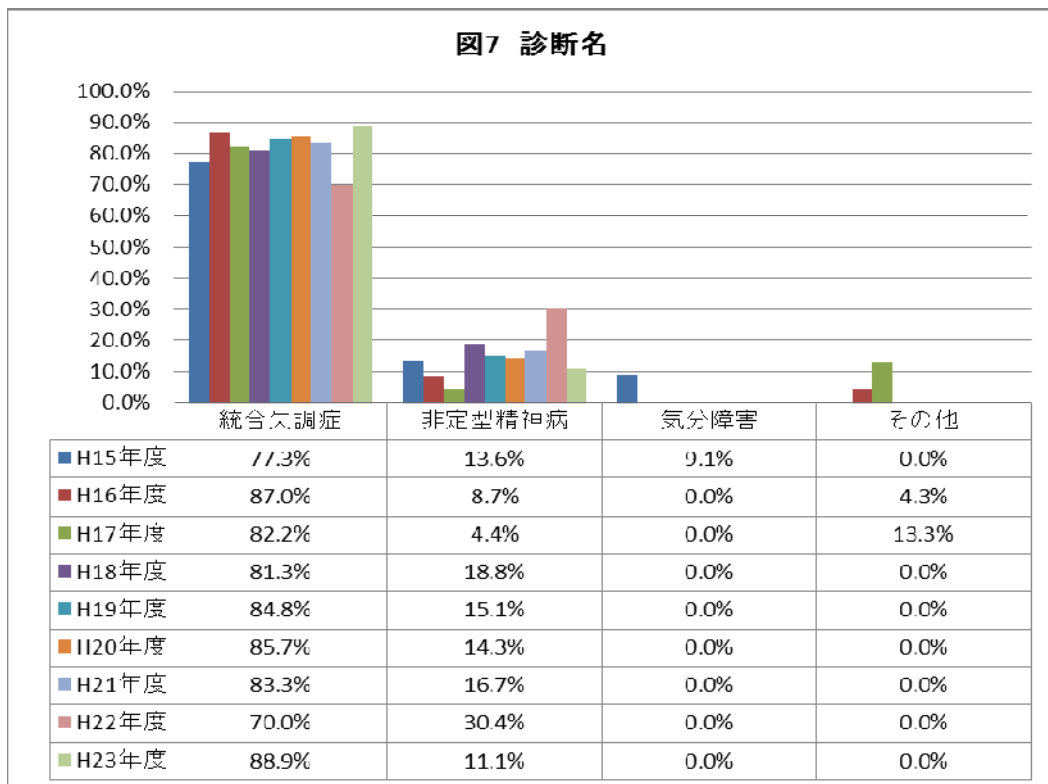
#### (4)経済状況



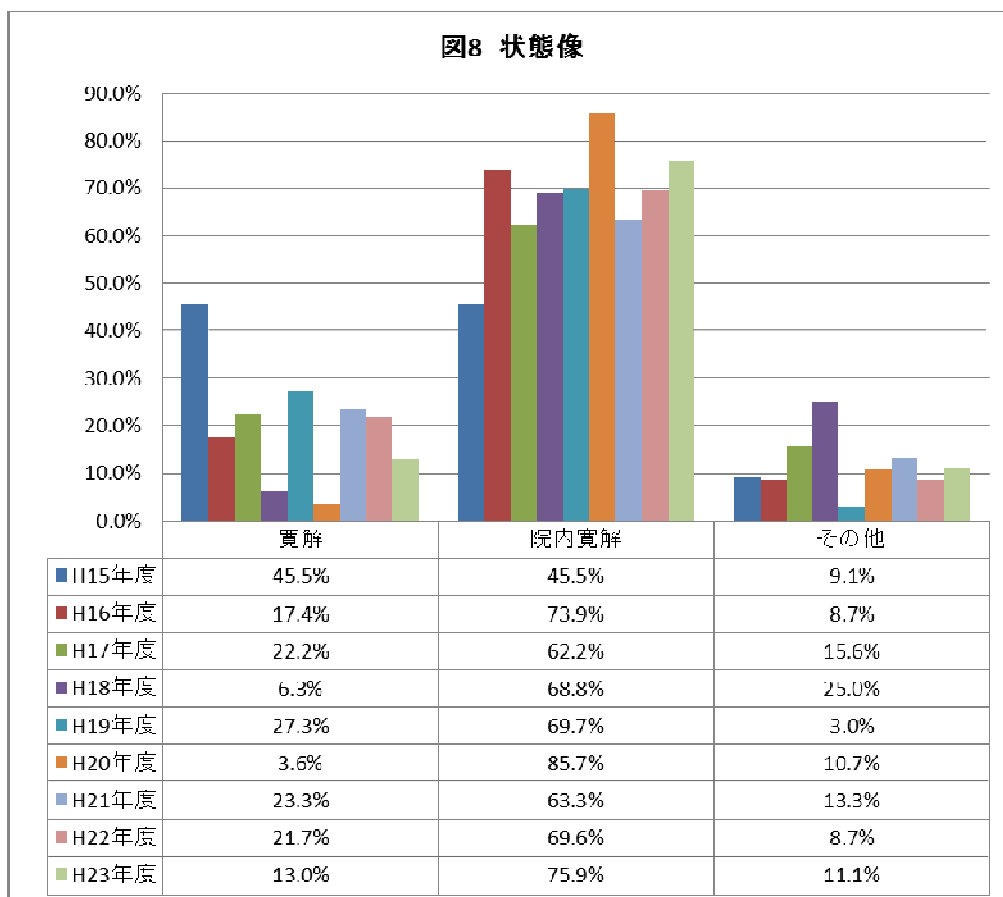
#### (5)保険区分



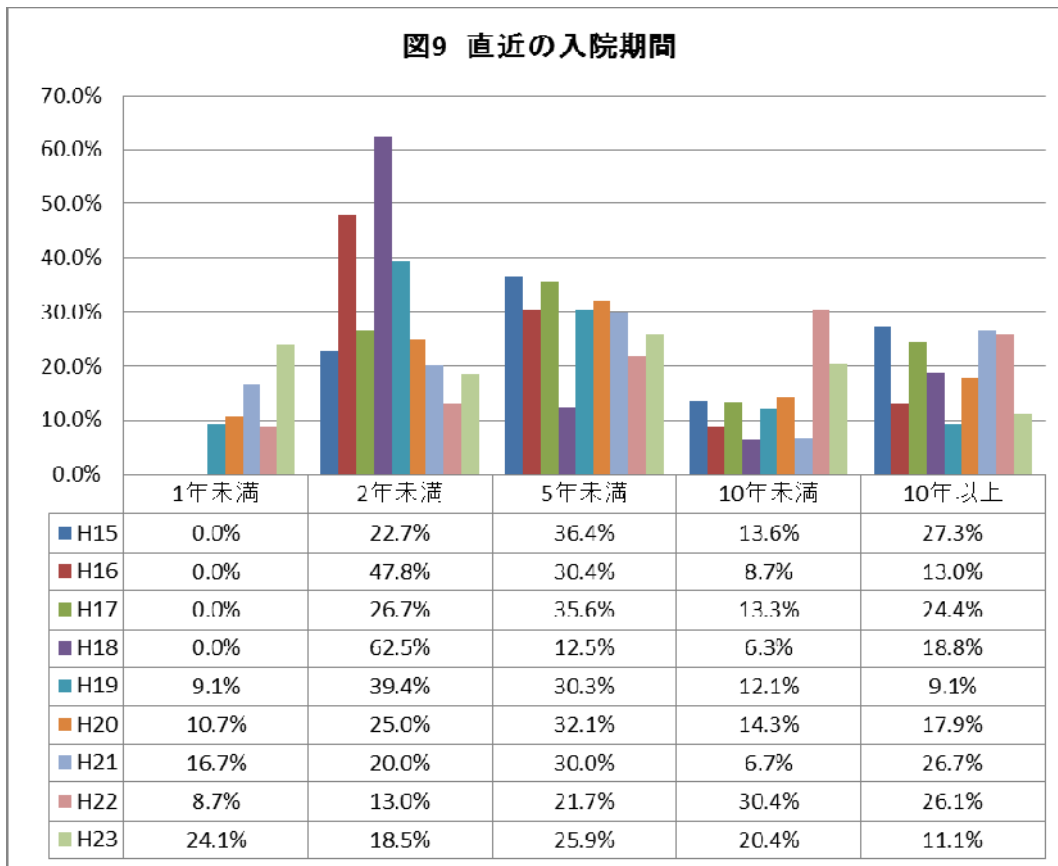
## (6)診断名



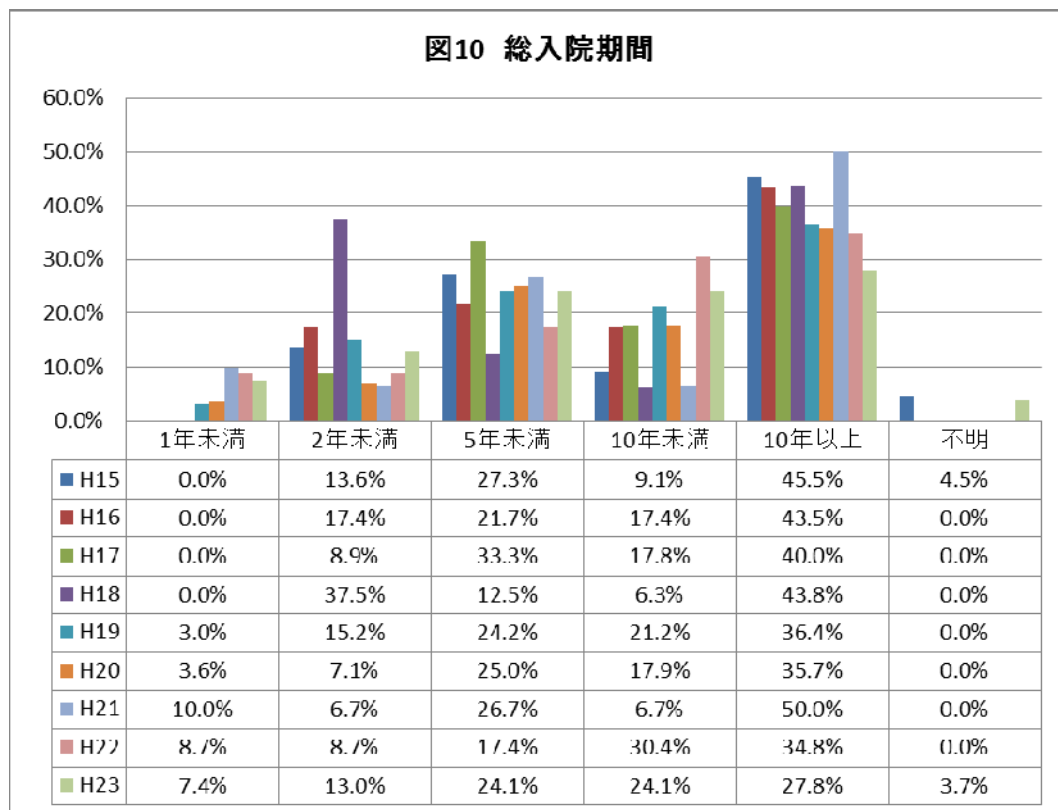
## (7)状態像



## (8)直近の入院期間

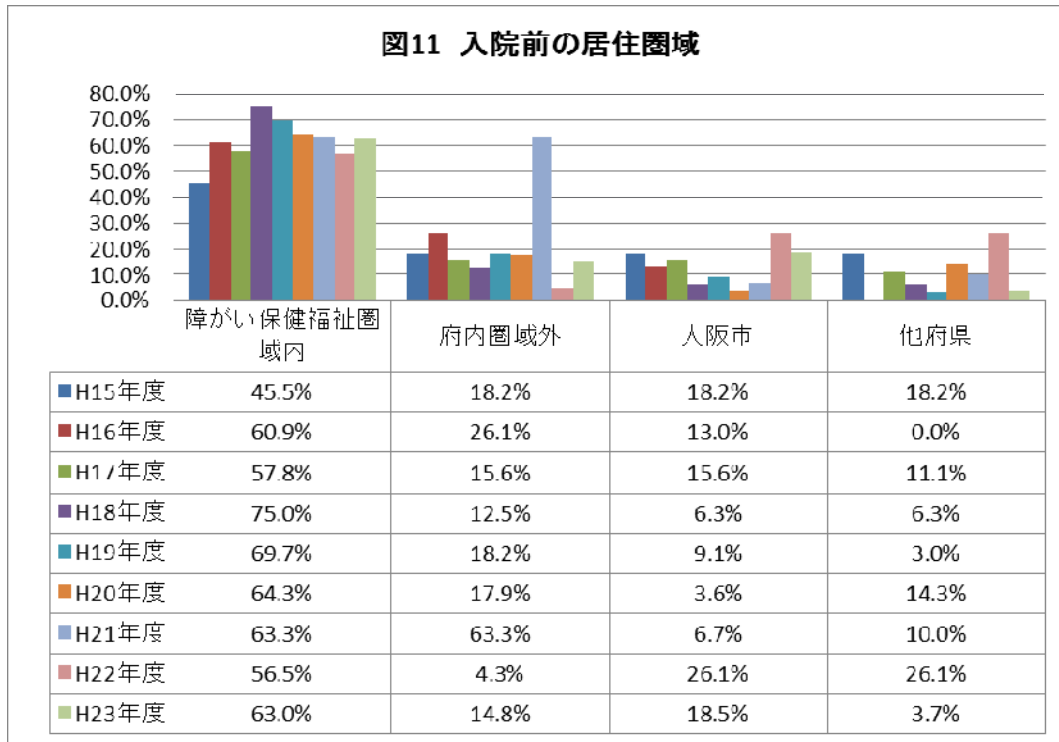


## (9)総入院期間

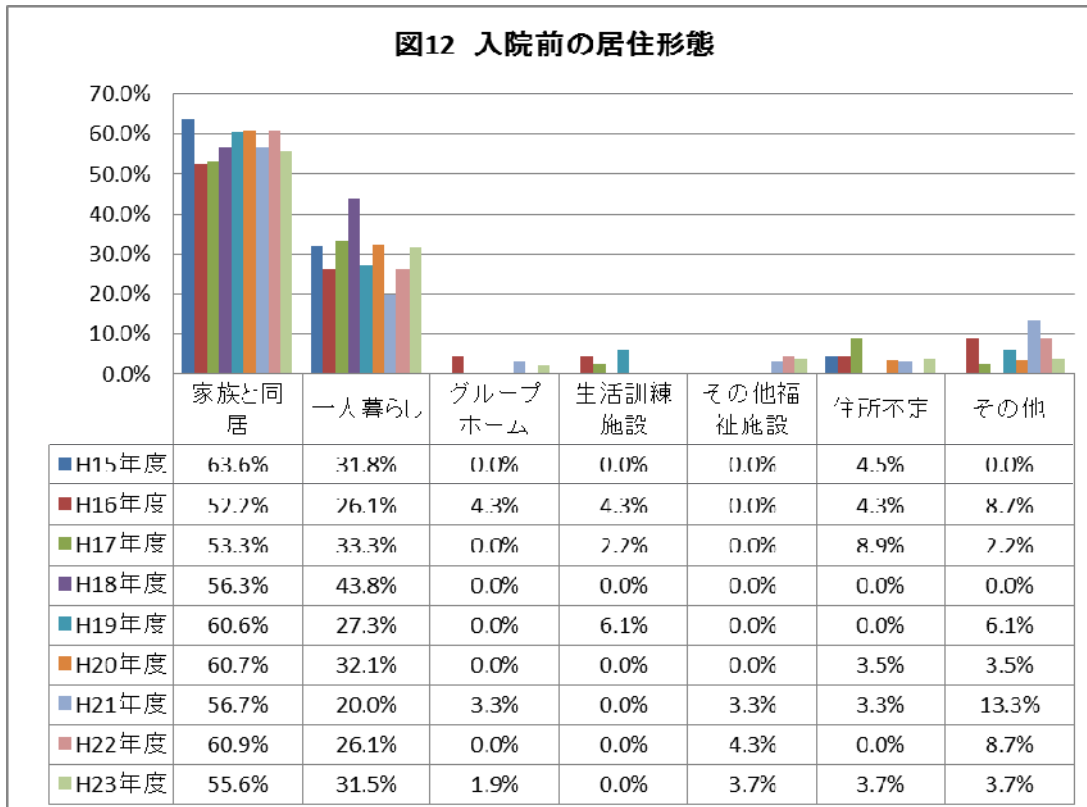


## 2 入院前の住まい

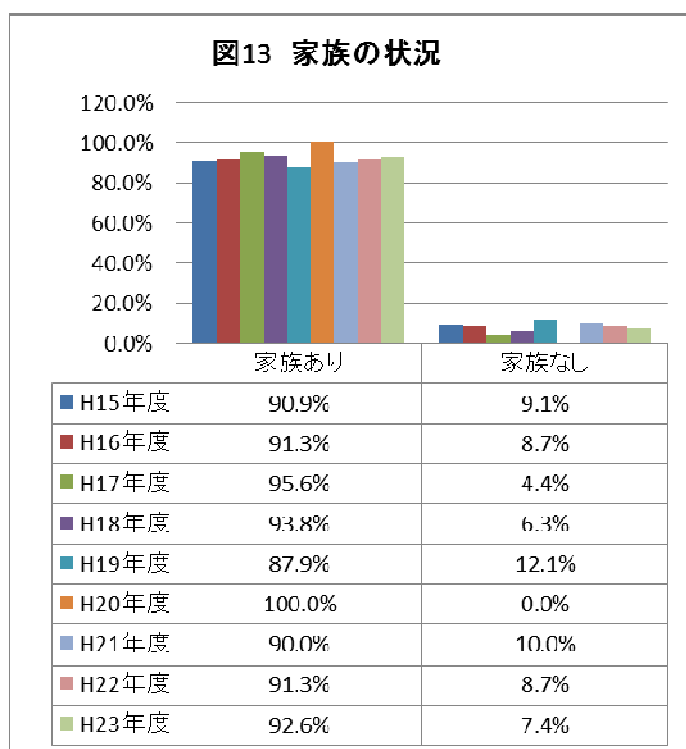
### 入院前の居住圏域・居住形態



### 入院前の居住形態



### 3 家族の状況



### 4 従前の関わり(図14)

※H21年度より項目増加

従前の関わり(H15-H20年度実施数・複数回答) 資料14

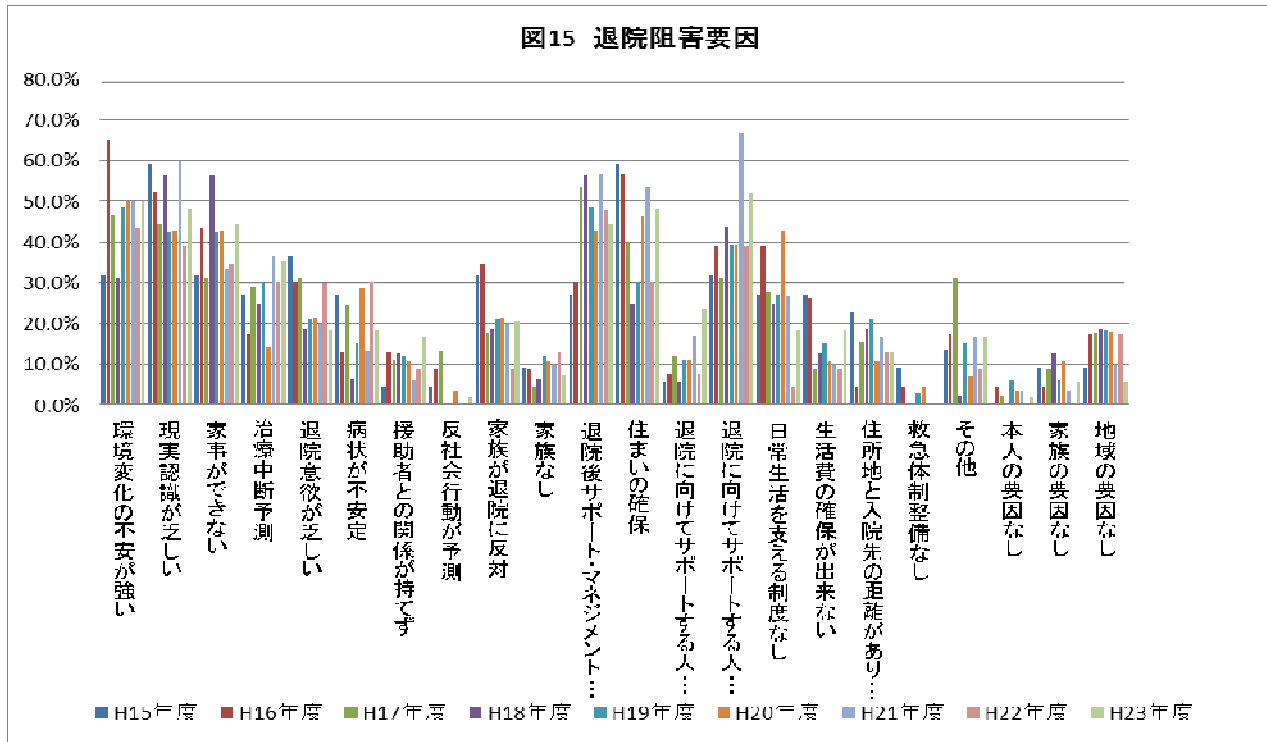
	作業療法	外出・外泊(訓練)	SST	その他の関わり	働きかけに乗らず
H15年度	17	13	4	8	10
H16年度	20	14	9	21	7
H17年度	15	14	3	22	12
H18年度	14	14	9	20	7
H19年度	19	16	11	20	8
H20年度	18	12	7	22	8

従前の関わり(H21-H23年度実施数・複数回答)

	作業療法	外出・外泊(訓練)	SST	院内茶話会	金銭管理	服薬自己管理	地域のケアマネの働きかけ	患者説明会	その他の関わり	働きかけに乗らず	特になし
H21年度	14	18	14	2	7	6	1	1	12	7	7
H22年度	13	9	6	7	3	7	0	0	24	0	7
H23年度	12	6	6	3	5	6	0	0	22	0	8

## 5 退院阻害要因

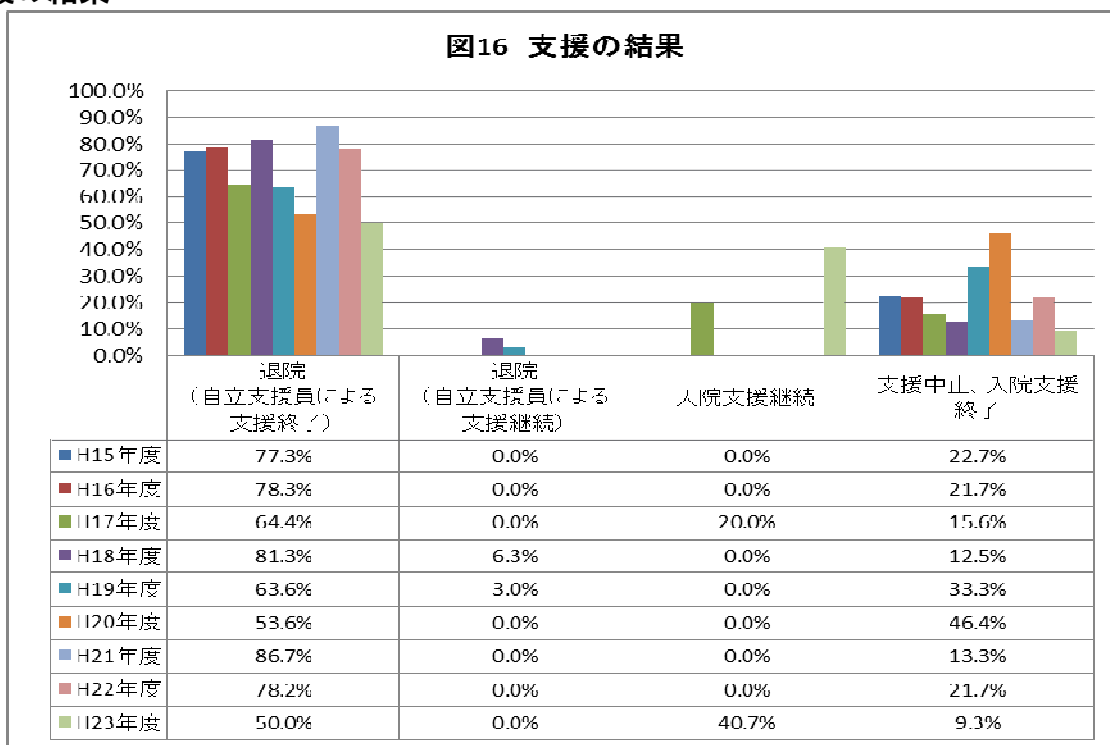
退院阻害要因(H15-H23年度・複数回答)



## Ⅱ 支援結果と状況(H15-23年度の事業利用者 274名)

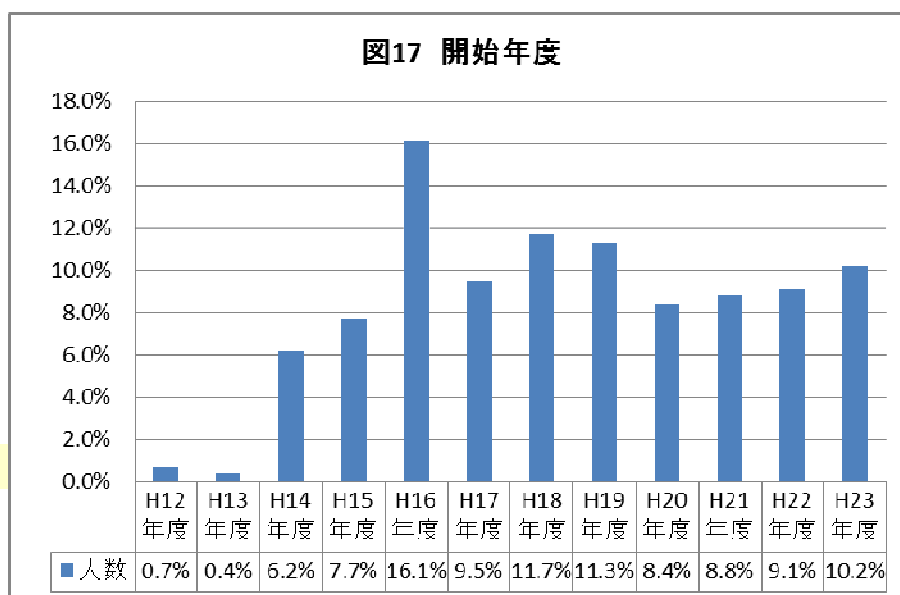
### 1 支援の結果

#### 支援の結果

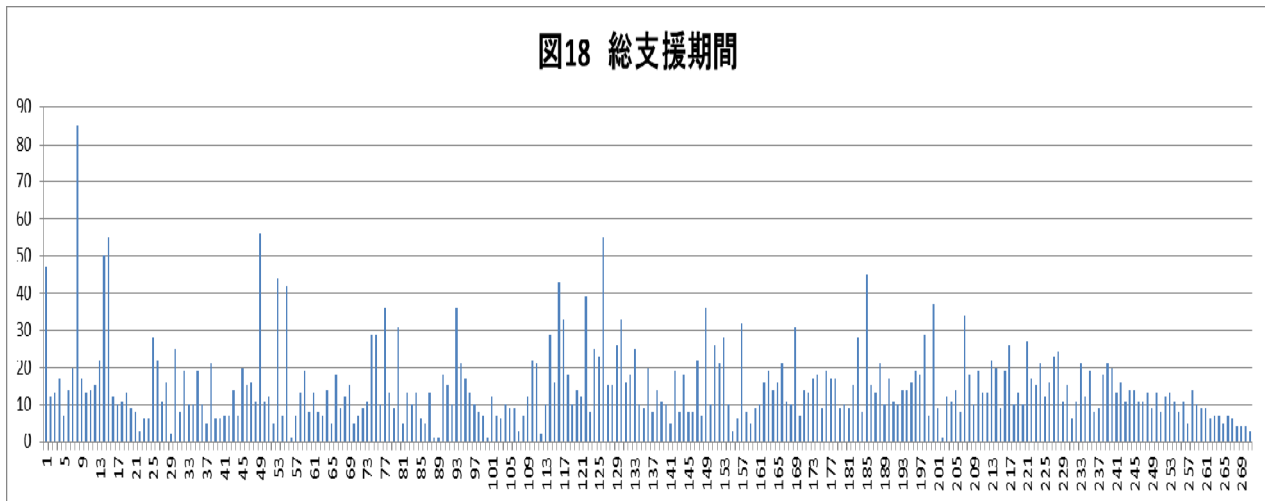


### 2 支援開始時期と支援期間

#### 開始年度



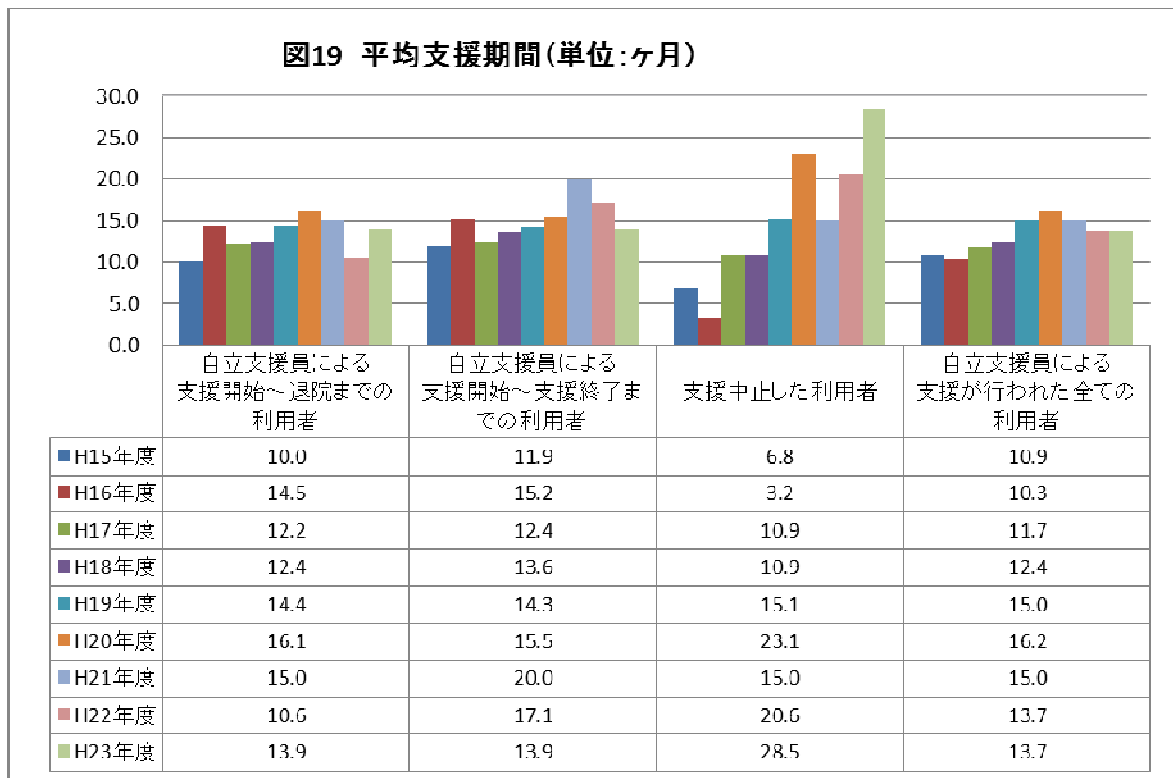
## 退院までの総支援期間(月/各個別対象者)



平均支援期間

(単位:ヶ月)

※23年度事業終了に伴い、「退院・支援継続」者はなし。

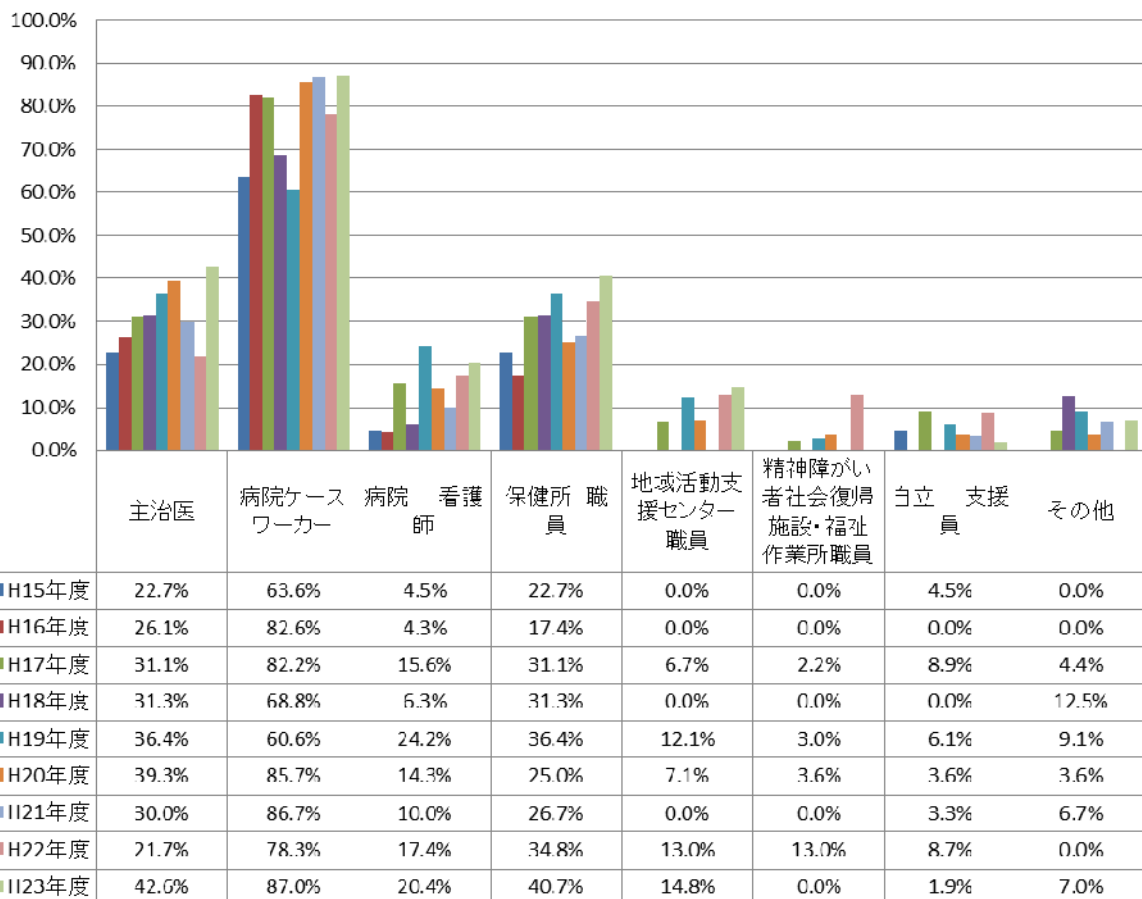




### 3 事業利用を働きかけた人

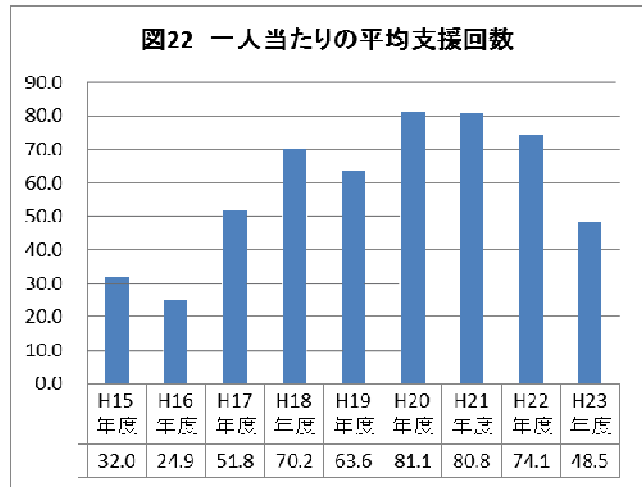
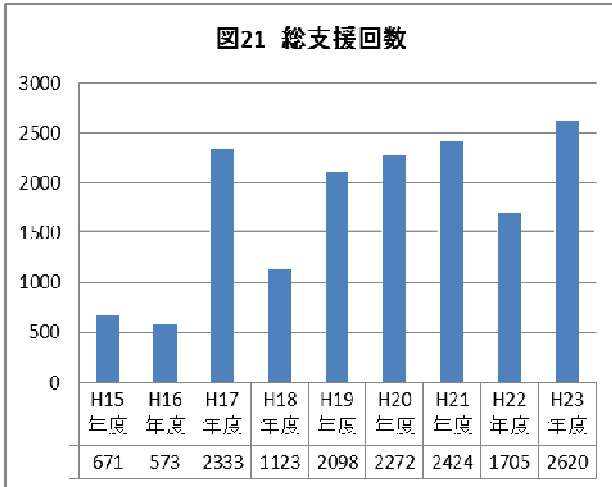
#### 事業利用を働きかけた人(複数回答)

図20 事業利用を働きかけた人

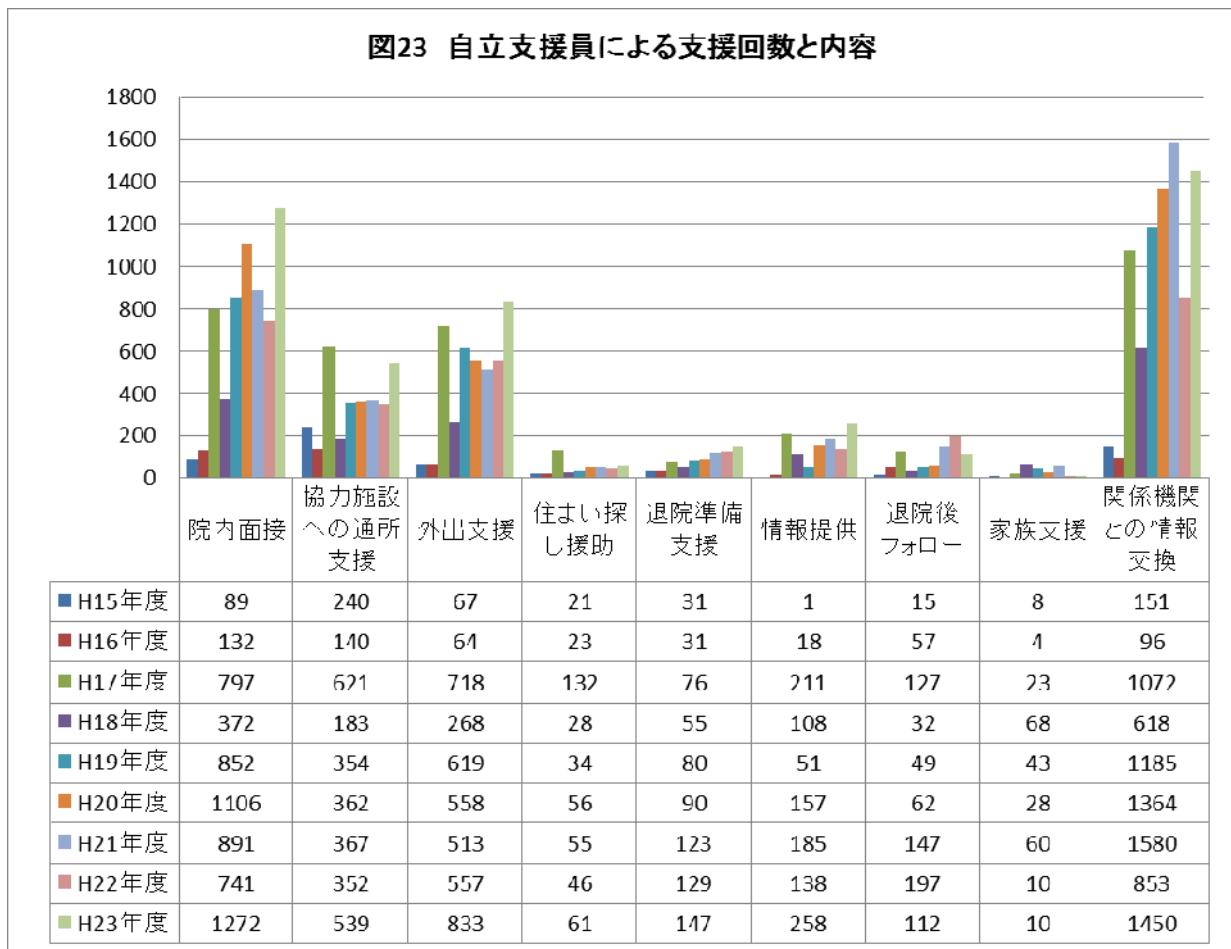


## 4 自立支援員による支援内容と回数

### 自立支援員による支援回数

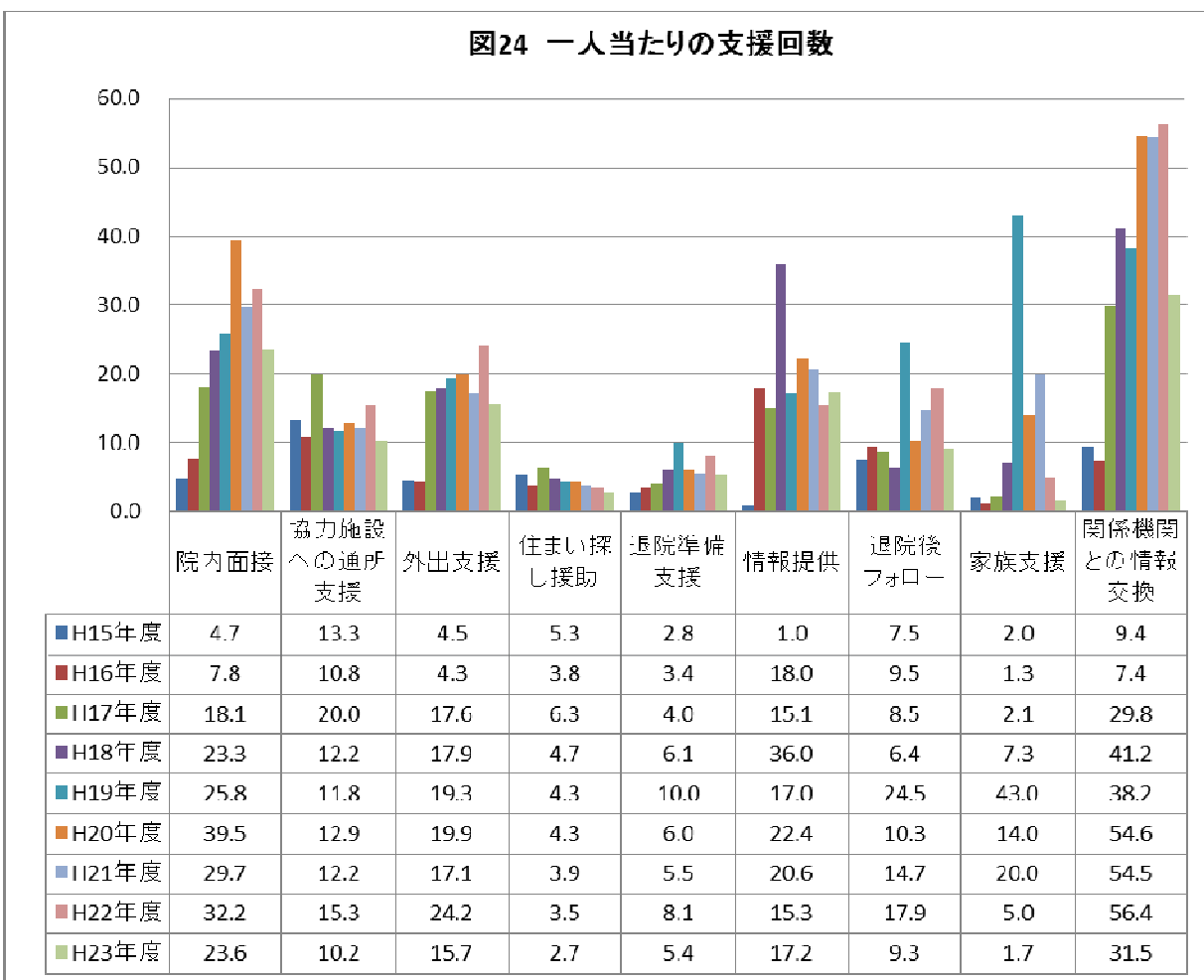


### 自立支援員による支援回数と内容(複数回答)



一人あたりの支援回数(複数回答)

図24 一人当たりの支援回数



## 5 自立支援促進会議・ケア会議での検討回数

### 自立支援促進会議及びケア会議

図25-1 自立支援促進会議での検討回数

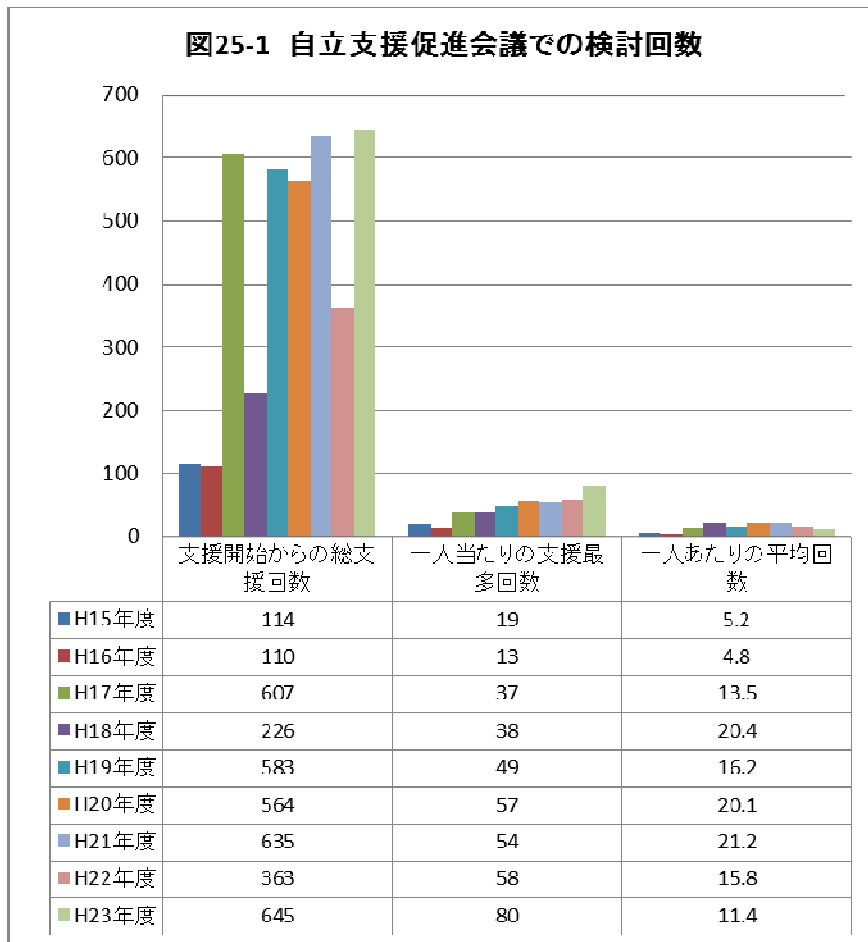
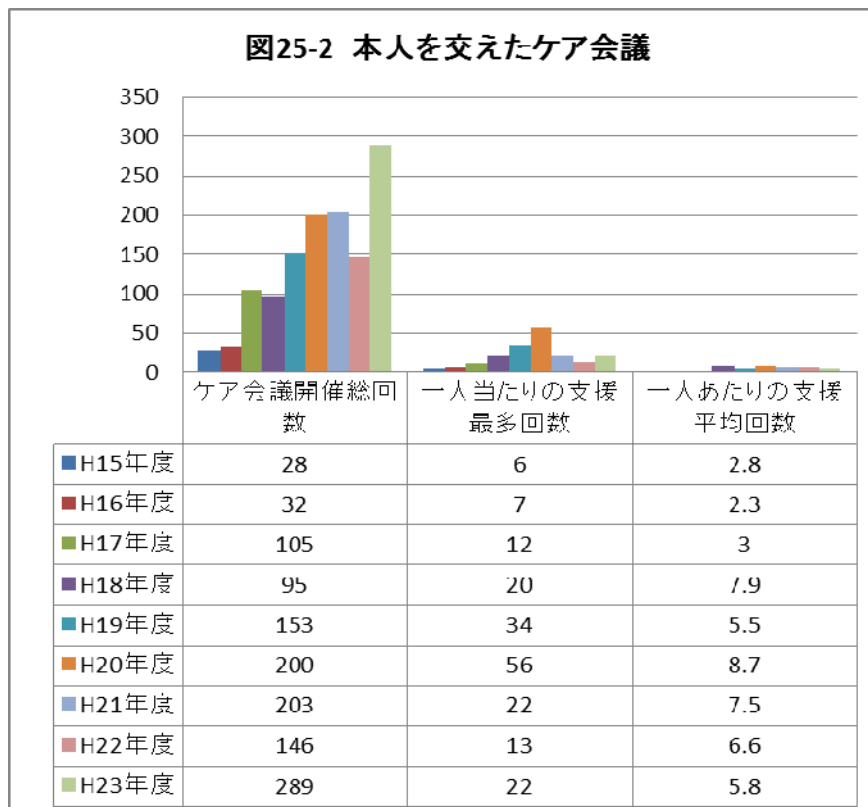
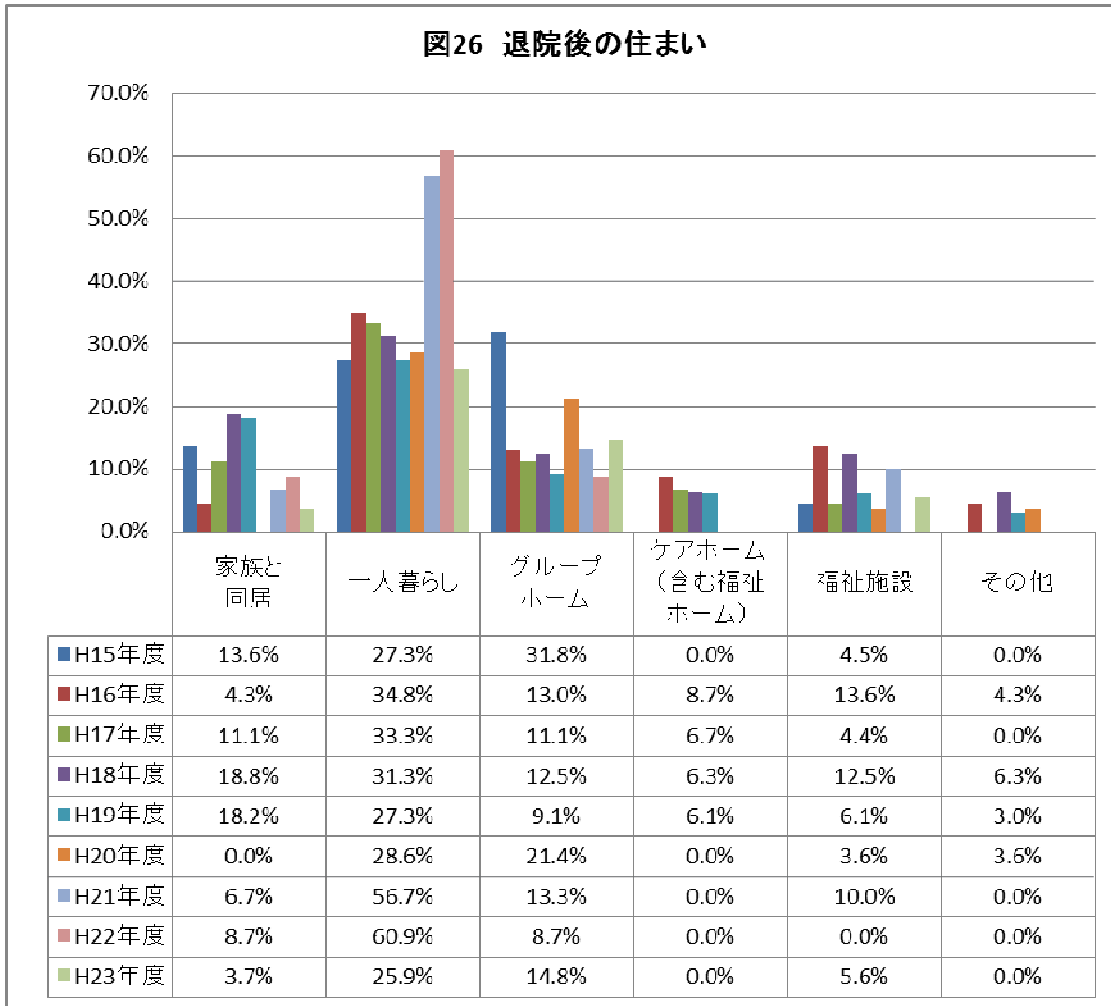


図25-2 本人を交えたケア会議



## 6 退院後の住まい

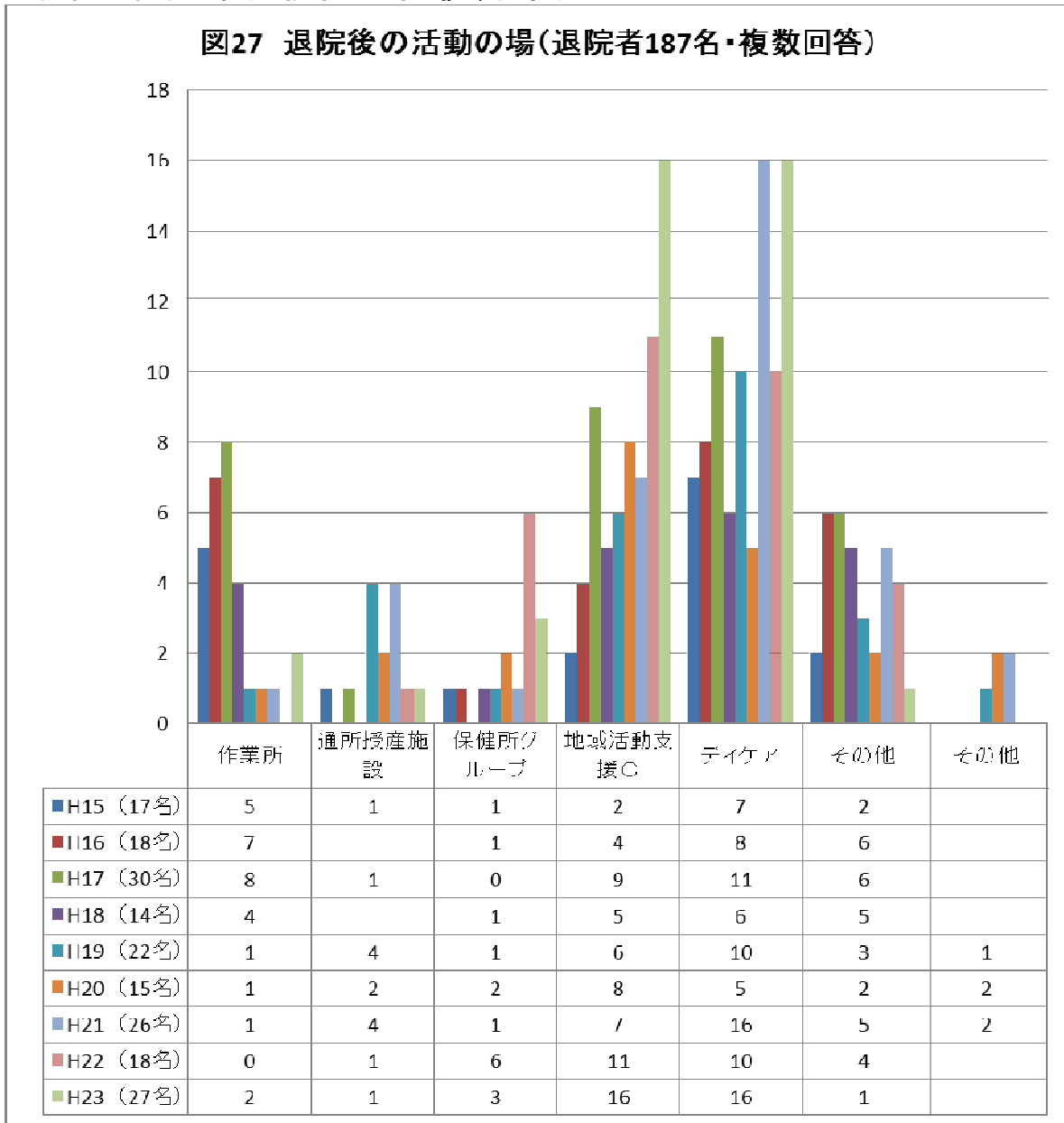
### 退院後の住まい



## 7 退院後の活動の場

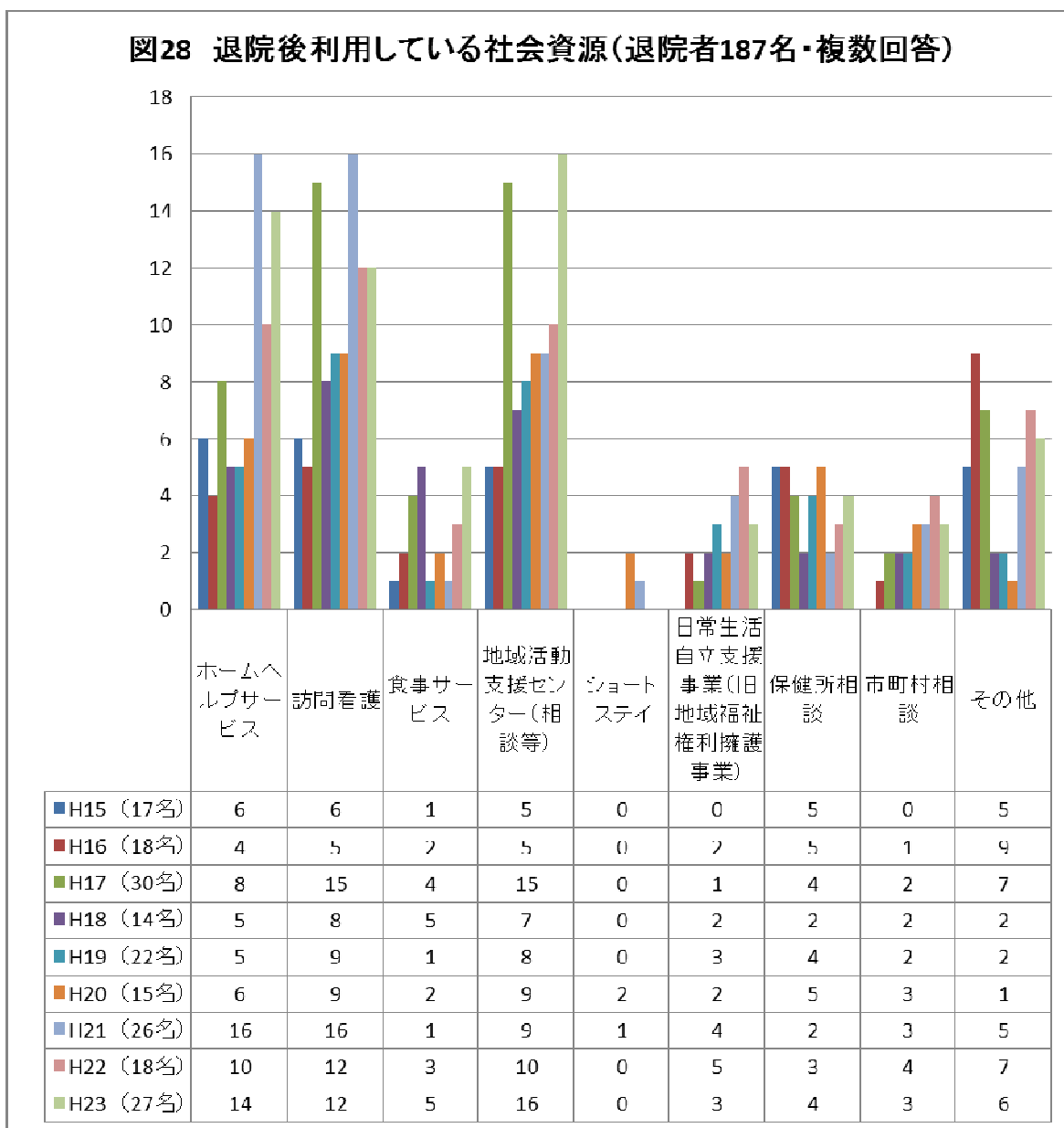
退院後の活動の場(退院者187名・複数回答)

図27 退院後の活動の場(退院者187名・複数回答)



## 8 退院後利用している社会資源

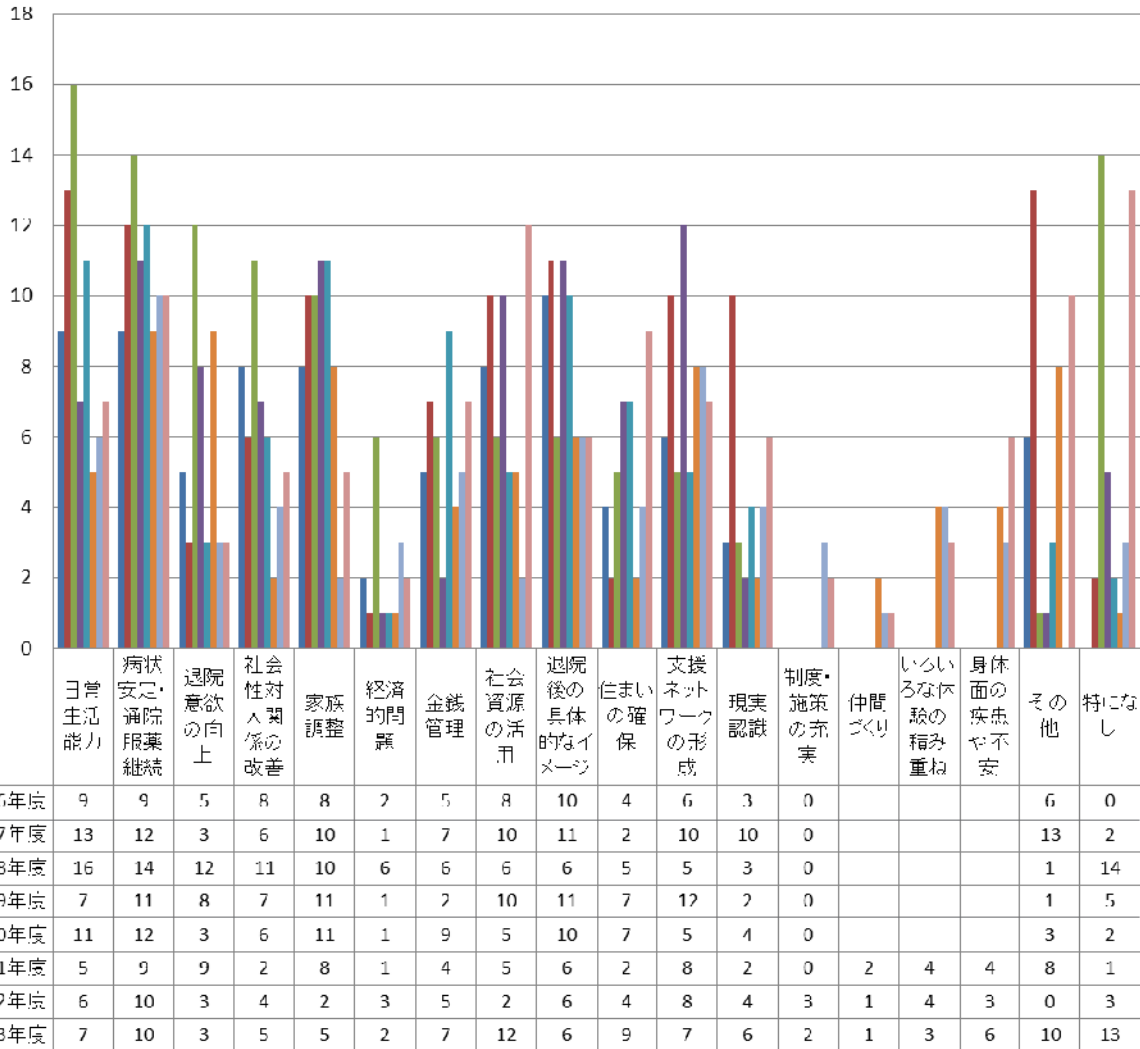
退院後利用している社会資源(退院者187名・複数回答)



## 9 退院に向けての課題

### 退院に向けての課題(自由記載・複数回答)

図29 退院に向けての課題





## 10 退院に向けて必要だが充足されなかった社会資源

充足されなかった社会資源(自由記載・複数回答)

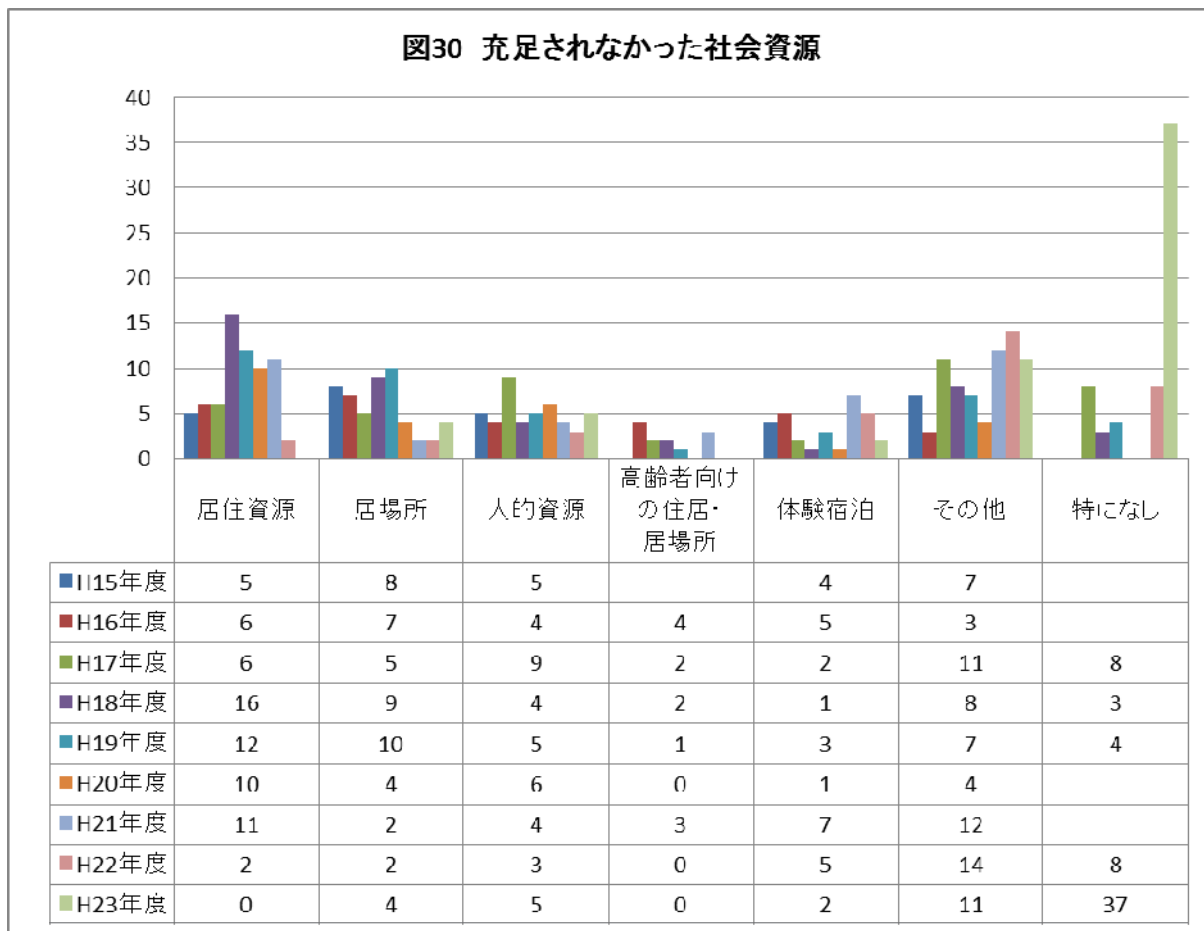
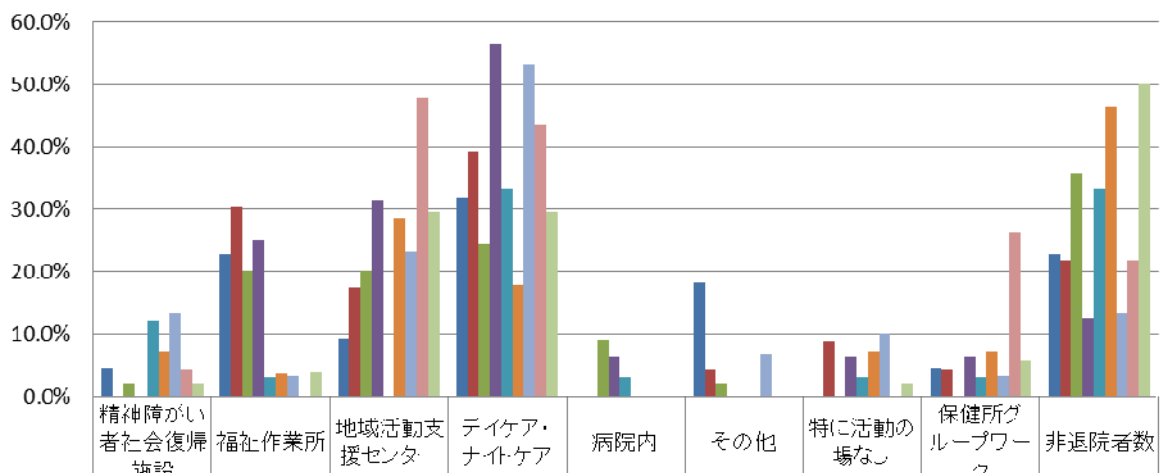
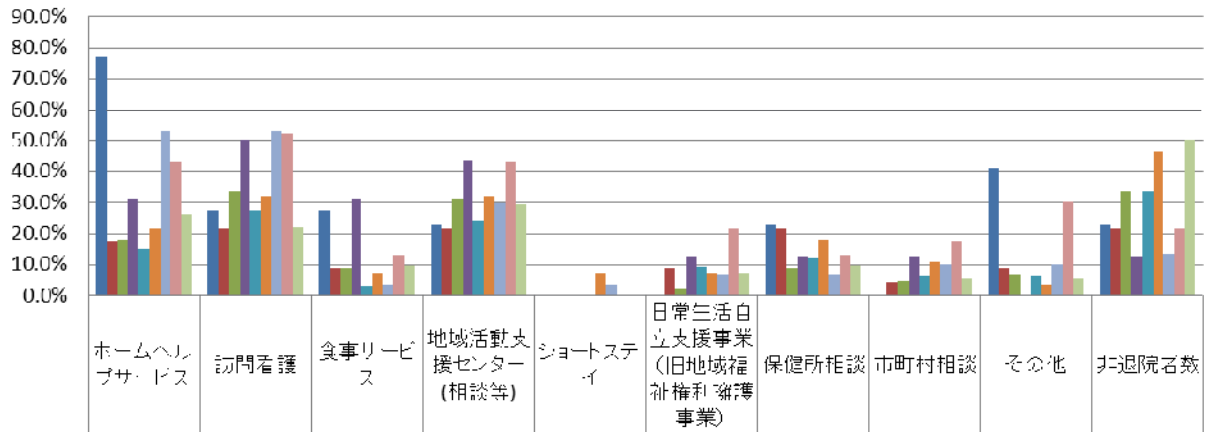


図27 退院後の活動の場



	精神障がい者社会復帰施設	福祉作業所	地域活動支援センター	デイケア・ナイトケア	病院内	その他	特に活動の場なし	保健所グループワーク	非退院者数
H15年度 (17名)	4.5%	22.7%	9.1%	31.8%	0.0%	18.2%	0.0%	4.5%	22.7%
H16年度 (18名)	0.0%	30.4%	17.4%	39.1%	0.0%	4.3%	8.7%	4.3%	21.7%
H17年度 (30名)	7.7%	20.0%	20.0%	24.4%	8.9%	7.7%	0.0%	0.0%	35.6%
H18年度 (14名)	0.0%	25.0%	31.3%	56.3%	6.3%	0.0%	6.3%	6.3%	12.5%
H19年度 (22名)	12.1%	3.0%	0.0%	33.3%	3.0%	0.0%	3.0%	3.0%	33.3%
H20年度 (15名)	7.1%	3.6%	28.6%	17.9%	0.0%	0.0%	7.1%	7.1%	46.4%
H21年度 (26名)	13.3%	3.3%	23.3%	53.3%	0.0%	6.7%	10.0%	3.3%	13.3%
H22年度 (18名)	4.3%	0.0%	47.8%	43.4%	0.0%	0.0%	0.0%	26.1%	21.7%
H23年度 (27名)	1.9%	3.7%	29.6%	29.6%	0.0%	0.0%	1.9%	5.6%	50.0%

図28 退院後利用している社会資源

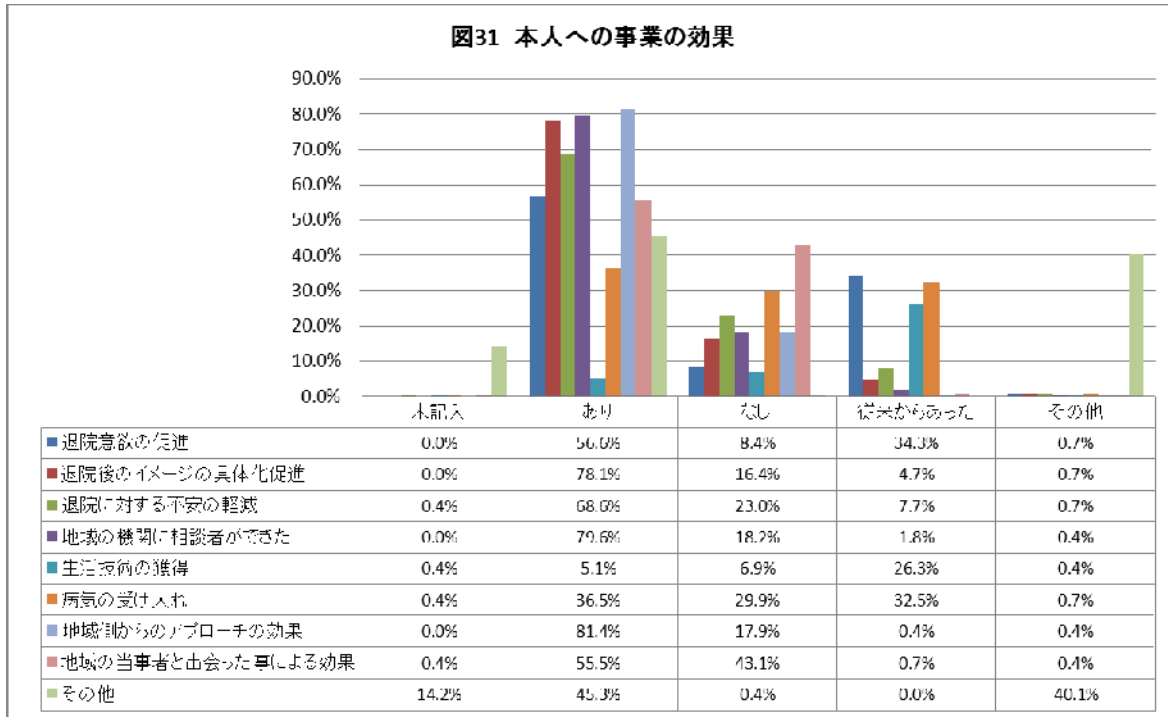


	ホームヘルプサービス	訪問看護	食事リハビリ	地域活動支援センター(相談等)	ショートステイ	日常生活自立支援事業(旧地域福祉権利擁護事業)	保健所相談	市町村相談	その他	未退院者数
H15年度(17名)	77.3%	27.3%	27.3%	22.7%	0.0%	0.0%	22.7%	0.0%	40.9%	22.7%
H16年度(18名)	17.4%	21.7%	8.7%	21.7%	0.0%	8.7%	21.7%	4.3%	8.7%	21.7%
H17年度(30名)	17.8%	33.3%	8.9%	31.3%	0.0%	2.2%	8.9%	4.4%	6.7%	33.3%
H18年度(14名)	31.3%	50.0%	31.3%	43.8%	0.0%	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%	12.5%
H19年度(22名)	15.2%	27.3%	3.0%	24.2%	0.0%	9.1%	12.1%	6.1%	6.1%	33.3%
H20年度(15名)	21.4%	32.1%	7.1%	32.1%	7.1%	7.1%	17.9%	10.7%	3.6%	46.4%
H21年度(26名)	53.3%	53.3%	3.3%	30.0%	3.3%	6.7%	6.7%	10.0%	10.0%	13.3%
H22年度(18名)	43.5%	52.1%	13.0%	43.5%	0.0%	21.7%	13.0%	17.4%	30.4%	21.7%
H23年度(27名)	25.9%	22.2%	9.3%	29.6%	0.0%	7.4%	9.4%	5.6%	5.6%	50.0%

### Ⅲ 事業の効果

#### 1 本人への事業の効果(H15-23年度の事業利用者 274名)

##### 本人への事業の効果



##### 本人への事業の効果（具体的内容）

###### 【効果あり】

- ・好きなことを重点化してできることを伸ばし、外出や楽しみを見つけるようになった。
- ・ゆっくり寄り添うことで心を開いてくれるようになった。
- ・無理せずに、支援サービスを上手に利用して生活できるようになった。
- ・支援者に希望やSOSを伝えることができるようになった。
- ・利用者と密に関わる時間を病院と連携して1日1時間以上は持つことができたことで、利用者の他者とのかかわりを受け入れることができるようになる下地を継続して作ることができた。
- ・利用者の特性である多くの情報や刺激によって混乱することへの対応策について、院内面会や外出支援を通してノウハウを積み重ねていくことができた。
- ・今後の施設入所、そしてその後の地域生活へ持って行く材料を作ることができた。
- ・人に慣れた。悪かった歩行も徐々にしっかりしてきた。
- ・方向性が見えていたから支援が分かりやすい。短期で進めていく事ができた。
- ・宿泊体験でワンルームに泊まり「2部屋のマンションが良い」と言っていたのが、ワンルームで生活できることを実感して、退院したい気持ちを強くした。
- ・事業を利用することで、地域の関係機関との関係が築け、相談者が出来たことと、関係職員の支援が入ったことが、退院、地域定着継続ができていく大きな要因の1つである。
- ・促されてすることが多かったが、少し考えて行動するようになった。

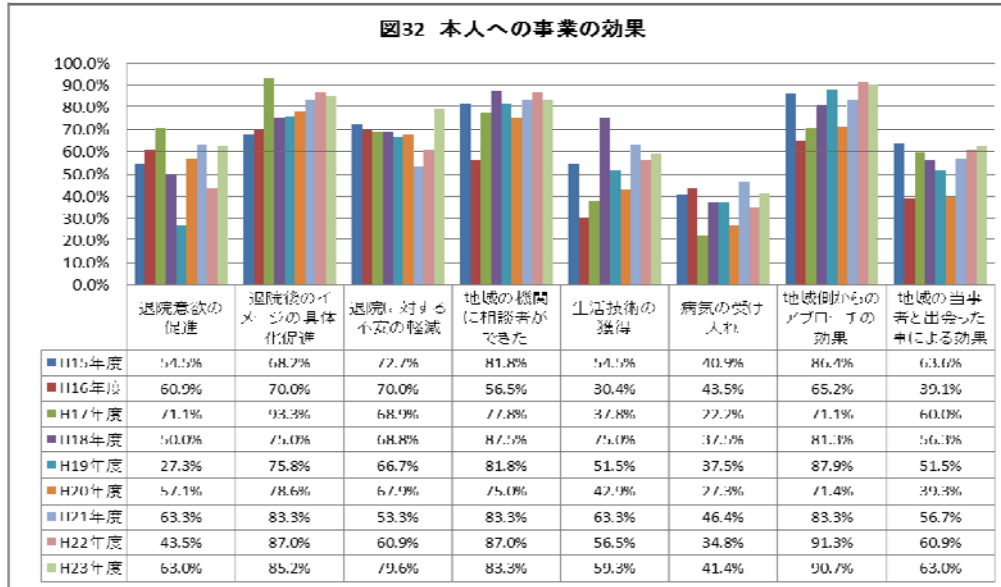
・退院直前に母が亡くなった事もあり、退院直後は言語コミュニケーションがとれず意思疎通さえ難しくなった。日にちや曜日すら混乱し外来通院時のトラブル、急業もあったが、支援により修正する事ができ落ち着いた生活を取り戻した。最終的に利用者の積年の望みであった実家に戻ることができた。

・地域活動支援センターや就労継続B型事業所の施設の体験を行い通所した。

###### 【効果なし】

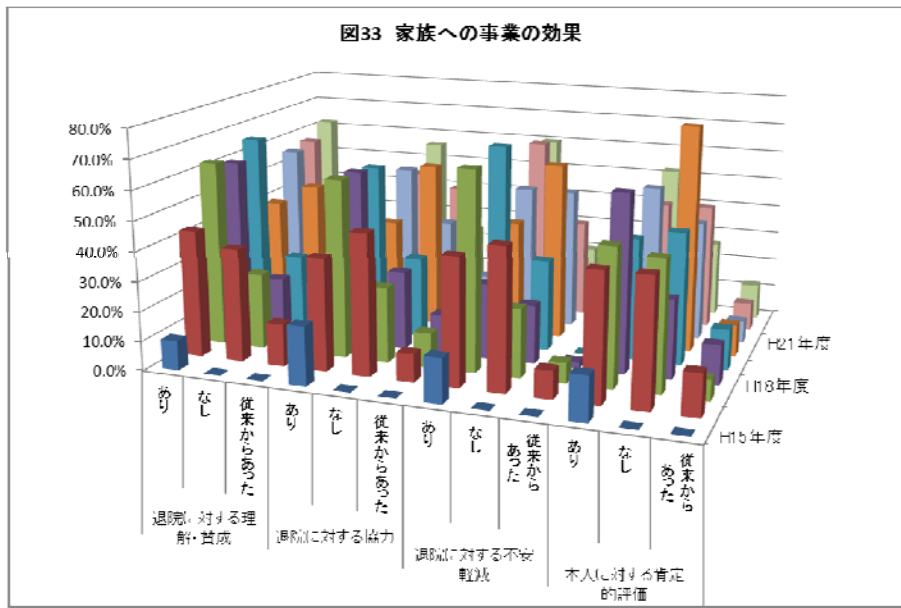
- ・病院の中で体制づくりをし、必要があれば地域の介入を、という考え方であったので、入院中からの地域の介入は難しかった。
- ・利用のイメージが持てた。メンバー等他者との関係づくり、病気への理解が課題である。

本人への事業の効果(あり)(複数回答)



2 家族への事業の効果

家族への事業の効果(あり)(複数回答)



	退院に対する理解・賛成			退院に対する協力			退院に対する不安軽減			本人に対する肯定的評価		
	あり	なし	従来からあった	あり	なし	従来からあった	あり	なし	従来からあった	あり	なし	従来からあった
H15年度	10.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	15.0%	0.0%	0.0%	15.0%	0.0%	0.0%
H16年度	42.9%	38.1%	14.3%	38.1%	47.6%	9.5%	42.9%	47.6%	9.5%	42.9%	42.9%	14.3%
H17年度	62.8%	25.6%	9.3%	60.5%	25.6%	11.6%	67.4%	23.3%	7.0%	46.5%	44.2%	7.0%
H18年度	60.0%	20.0%	20.0%	60.0%	26.7%	13.3%	25.6%	20.0%	2.3%	60.0%	26.7%	13.3%
H19年度	65.5%	24.1%	10.3%	58.6%	27.6%	13.8%	69.0%	31.0%	0.0%	41.4%	44.8%	13.8%
H20年度	39.3%	46.4%	14.3%	35.7%	57.1%	7.1%	39.3%	60.7%	0.0%	21.4%	76.9%	10.7%
H21年度	55.6%	25.9%	18.5%	51.9%	33.3%	14.8%	48.1%	48.1%	3.7%	51.9%	40.7%	7.4%
H22年度	57.1%	28.6%	9.5%	47.6%	42.9%	4.8%	61.9%	33.3%	0.0%	42.9%	42.9%	9.5%
H23年度	62.0%	16.0%	12.0%	56.0%	24.0%	10.0%	60.0%	20.0%	10.0%	52.0%	26.0%	12.0%

## 家族への事業の効果（一部・具体的内容）

### 【効果あり】

- ・本人支援の中で、「家族の課題」が見えてくることがあった。
- ・病院が一番安心と思われているが、他の生活の場があることを分かってもらえた。
- ・家族の孤独感を軽減し、安定した気持ちになれたように思えた。
- ・墓に同行時、家族が抱えている重たい話を聞くことができた。家族との信頼関係が持てた。
- ・家族に地域に相談できる場所があることを知ってもらえた。
- ・地域で暮らしていきたいという本人の思いを尊重して、ケアマネジメント従事者と連絡を取り合いながら、心配しつつも干渉し過ぎずに見守ろうとしてくださいになった。
- ・利用者の生活能力にも評価が得られ、実家へ戻ることを家族から提案された。
- ・家族や利用者の今後を考え、成年後見制度を利用することにした。
- ・きょうだいを中心に、家族の中でも退院に向け応援する雰囲気形成されつつある。
- ・入院中から退院後も継続して病院・地域の支援があることで、家族は退院を認めることにつながった。
- ・ケア会議を重ねて支援を話し合うことで、顔を頻繁に合わせ信頼関係を築けた。拒否的であった施設入所について一定の理解を得ることができた。
- ・たくさんの方が関わってくれていると、いい印象をもたれた。グループホームの部屋を見学され、退院に安心されたと思われる。
- ・遠方にも関わらずカンファレンスに参加される等、できる範囲での協力が得られている。
- ・家族（キーパーソン）も精神科通院中で、理解を得にくい状況にあるため、事業の詳細説明は時期をみているとの報告を病院ケースワーカーから受けている。

### 【効果なし】

- ・親族は遠方に住んでおり、現実的なサポートができる状態ではない。近所にも親族がいるが、認知症で本人と逢える状況にない。
- ・家族への調整は病院の役割であるとの考えに、地域の介入が難しかった。
- ・支援途中で母が亡くなり、きょうだいは支援を拒否した。
- ・病院から家族へのアプローチはしているが協力を得られず、会うことが難しい。
- ・家族は老人保健施設入所中で、かつ後見人と保佐人が付いている。

### 【その他】

- ・本人の生育歴も含め、家族からの情報を多く取り入れ、家族からの理解と協力を求めていく。

## 2. 個別支援以外の退院促進支援事業。表1と表2

表1 ケアマネジメント従事者の活動状況（個別支援以外）

※導入時期はH16（項目不一致のため記載なし）

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
「自立支援促進会議」または「協議会」への支援経過の報告	178	178	178	161	235	324	313
事業の円滑な実施のための体制整備に向けた調整	309	324	324	260	395	438	587
関係機関に対する協力の要請、地域資源の情報提供、資源開発等に関する関係機関からの要請への対応	90	91	91	83	193	298	455
事業、資源の点検開発に対する助言、指導	41	41	41	14	47	151	172
自立支援員に対する助言指導					352	448	465
複数圏域にまたがる課題に関する助言					24	50	38
地域移行に向けた普及啓発の推進					261	238	400
その他	146	152	152	227	261	320	429

表2 地域で始まった取り組み（12年間の取り組み抜粋）

内容	対象者	内容	講師・担当者
(1) 院内説明 (院内研修会)	病院職員 (看護師含む他職種)	退院促進支援事業について 退院後利用できる社会資源について 当事者の経験談 他圏域の取り組み報告 支援力量アップの研修 院内での退院促進支援報告	復帰協職員・保健所職員 市町村職員・相談支援事業所 体制整備CO・ピアサポーター 他圏域体制整備CO 他病院の看護師等医療スタッフ 院内スタッフ
(2) 院内茶話会	入院患者	自己紹介 社会資源・制度の説明や寸劇 ピアサポーターの体験談 入院患者と地域の交流	復帰協職員・保健所職員 市町村職員・相談支援事業所 体制整備CO・ピアサポーター 院内スタッフ
(3) 社会資源 見学会	病院職員・入院患者	地域にある日中活動事業所等の見学	事業所スタッフ、ピアサポーター
(4) ツール作成	病院職員・入院患者 地域の支援者・当事者	管内にある関係機関の紹介 地図連絡先などを掲載した冊子づくり 社会資源マップ・地域生活紹介DVD作成	地域と病院が協働して作成

(5) 長期入院患者の面接	入院患者	在院患者調査のデータを使う 病院と調整し地域から病院を訪問して入院患者に面接	保健所・市町村・相談支援事業所
(6) 病棟訪問活動	入院患者・病棟職員	“地域からの風を病棟に” デイルームでの面会活動 病棟レクへの地域からの参加 地域での企画プログラムを病棟で実施	保健所・市町村・相談支援事業所 ピアサポーター・日中活動事業所
(7) ピアサポーターの育成	地域の当事者 入院患者	当事者の語りの講座 当事者どうしの交流の集いをもつ 病院での体験談発表・当事者支援員活動	体制整備Co・病院職員
(8) 病院独自の地域移行に関する委員会への参画	精神科病院	入院患者の地域移行に関して考える（個別検討含む）	病院職員・地域の支援者
(9) ブロック事業（広域）	病院職員 地域の支援者	ブロックでの退院促進の取り組み状況の報告（各病院や地域の支援者から） ピアサポーター体験談紹介 支援の力量アップのための研修（ケアマネジメントなど）	保健所・市町村・相談支援事業所 病院スタッフ 地域の訪問看護スタッフ 府外の病院の看護スタッフ 学識経験者
(10) 啓発活動	地域住民	こころの健康展、福祉祭りなどでの啓発 （啓発物品の配布、寸劇など）	保健所・市町村・相談支援事業所 病院職員・地域の支援者

### 3. 大阪府退院促進支援事業ピアサポーター事業

#### (1) 退院促進ピアサポーター事業概要

##### 【1】目的

精神科病院に入院している精神障がい者のうち、病状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能であるものに対し、精神障がいの体験を生かした地域生活に関する情報提供等



を行うことで、退院意欲を醸成し、退院促進支援事業等のサービス等の利用を促進し、精神障がい者の地域移行及び社会的自立を促進すること。

## 【2】業務内容

### （ピアサポーター業務）

- (1) 病院等を訪問し、入院患者へ体験談を伝え、退院意欲の促進をはかる。
- (2) 入院患者等の外出時に、自宅での障がい福祉サービス等利用の活動場面等を活用した情報提供を行い、地域生活に必要な情報提供を行う。
- (3) 退院後の精神障がい者の地域定着を促進するため、交流会等の支援を行う。
- (4) 地域住民等へ精神障がいの体験を伝え、退院促進についての理解を促進し、精神障がい者の地域移行についての啓発を行う。

### （コーディネーター業務）

- (1) 自立支援促進会議または自立支援協議会地域移行部会において、精神科医療機関、保健所等と密接な連携をもち、関係機関と円滑な連携関係を保つ。
- (2) ピアサポーターに対する必要な研修およびミーティングを行い、資質の向上に努める。
- (3) ピアサポーター業務が円滑かつ安定して行われるよう調整・支援を行う。

## (2) 退院促進ピアサポーター事業研究会

こころの健康総合センターのアドバイザー事業として、委託事業所職員と事業所を管轄する保健所職員等を対象に開催した。各事業所の取り組み状況や、活動する中で見えてきた課題の共有や検討を目的とし、アドバイザーから助言を行った。開始当初から平成23年度末までの開催日と主な内容は下記の通りである。

平成20年度【4事業所で実施】	
H20.10.17	本課から事業概要の説明 各事業所から活動報告、意見交換
H20.12.2	「ピアに関する検討の整理」 大阪保健福祉専門学校 金文美氏がアドバイザーとして助言 「当事者との共働」NPO ヒットより話題提供
H21.3.25	豊中保健所における「語りの講座」の取り組み報告 各地域での実践報告と課題 交流会について
平成21年度【4事業所で実施】	
H22.1.26	各事業所からの事業取り組みと本事業以外のピアサポート活動報告 (対象を委託事業所以外にも拡大)
H22.3.25	ピアサポーター養成研修会の参加報告 今年度の活動実績と次年度の活動予定について
平成22年度【6事業所で実施】	
H22.6.11	各事業所の取り組み状況報告、相互交流 (コーディネーターだけでなくピアサポーターも参加)

H22. 11. 12	講演「セルフヘルプグループとピアサポート」 大阪府立大学 松田博幸氏（対象を委託事業所以外にも拡大）
H23. 2. 3	「日本におけるスペシャリストのあり方研修会」報告 今年度の活動状況と今後の課題
平成 23 年度【 8 事業所で実施】	
H23. 6. 29	各事業所の活動報告 交流会の持ち方とピアサポーター座談会について意見交換
H23. 9. 9	ピアサポーター座談会（グループインタビュー）
H23. 11. 29	ピア座談会の報告と意見交換
H24. 2. 29	講演「ピアサポーターの声から事業をふりかえる～ピア座談会からみえてきたもの～」大阪府立大学 松田博幸氏

### (3) 退院促進ピアサポーター交流会

日頃の活動の振り返りやお互いの思いの共有と情報交換、そして楽しさの要素である交流を目的として、各事業所が会場持ち回りで企画・運営した。参加者は、退院促進ピアサポーター、退院促進ピアサポーターコーディネーター、保健所職員、アドバイザー、こころの健康総合センター職員で、拡大研修会や研究会との合同開催も含めると 3 ヶ月に 1 回の頻度で定期的集う場を設定した。開始当初から平成 23 年度末までの開催日と主な内容は下記の通りである。

日 程	場 所	内 容
H21. 3. 13	枚方保健所	事業概要説明 各地域の活動報告と感想、意見交換
H21. 6. 12	寝屋川保健所	各地域の活動報告 グループ別交流会
H21. 9. 11	高槻地域生活 支援センター	各地域の活動報告 ピアサポーターとコーディネーターに分かれてグループ 交流
H21. 12. 11	吹田保健所	グループワーク お楽しみ
H22. 3. 12	枚方保健所	グループロールプレイ
H22. 9. 28	寝屋川保健所	グループワーク ピアサポーターとコーディネーターに分かれて意見交換
H23. 3. 11	高槻市保健所	ピアサポーターからの活動報告 ピアサポーターとコーディネーターに分かれて意見交換
H23. 8. 29	吹田保健所	各機関からの活動報告

		ピアサポーターとコーディネーターに分かれて意見交換
H24. 1. 20	東大阪市保健所	各機関からの活動報告 ピアサポーターとコーディネーターに分かれて意見交換

#### (4) 退院促進ピアサポーター活動の実際（当事者の声より）

##### 【1】主な活動内容

###### 茶話会やグループ活動

- ・ 開放病棟への訪問
- ・ 病院内の当事者交流会活動（院内茶話会や社会見学会）
- ・ 病院内のお話会に参加
- ・ 入院患者との交流会に参加

###### 個別支援（随時）

- ・ 長期入院者の外出支援
- ・ 入院者への面会

###### その他（随時）

- ・ 自宅公開
- ・ 施設見学の際の案内役
- ・ ピアサポーター体験発表
- ・ 援護寮（当時）への訪問
- ・ ピアサポーター交流会への参加
- ・ ピアサポーターミーティング（活動の振り返りや次回の打ち合わせ等） 等

##### 【2】活動しているピアサポーターの声

###### 良いと感じること

- ・ ピアサポーターになって自分の生活にメリハリができた。
- ・ 地域での話を患者に聞いてもらうことで、自信が付き元気になる。
- ・ ピアサポーター自身も学びがある。相互支援の作用がある。
- ・ 訪問を繰り返す中で、相手の変化を感じることで自身もやりがいを感じる。
- ・ 入院していた経験を踏まえて患者と話すことで、体験の共有ができる。
- ・ 医療機関に出向くことが増え、患者だけでなく医療スタッフとも関係ができてきた。
- ・ 病院スタッフから信頼されるようになった。
- ・ 同じ障がい者同士、疲れた時の対処法なども分かり合いやすい。
- ・ 当事者同士の交流でいろいろな発見や気づきがある。当事者ならではのパワーがある。
- ・ “当事者が当事者に伝える力”の大きさが他にはない。
- ・ 社会貢献できているかもしれないと思う。
- ・ 関わっていく中で、だんだん退院を自分のものとしてとらえるようになったのを感じた時に、活動の意義を感じる。
- ・ 「将来、仲間の役に立ちたい」と思っていたことが、今できるようになったことが嬉しい。
- ・ 病院スタッフ、地域スタッフ、保健所スタッフが頑張っているの、自分も微力ながら

何かの役に立てれば良いと思って活動している。

- ・ピアサポーターは“支援する側とされる側”ではなく、人間としての付き合いである。

#### 気をつけていること

- ・一人で無理をしない。ピアサポーターだけでは限界があるのでチームプレイが必要。
- ・活動が続けるにあたり、身近に相談できる人が必要。
- ・ピアサポーターはしっかりした人というイメージで、患者と溝ができたなら困るので、しっかりした人ばかりではないということも伝えていく。
- ・活動にあたっては、ストレスをためないように努めている。
- ・コンディションを保つことが必要。
- ・できるだけありのままの姿を見てもらうように心がけている。
- ・体調に気をつけ、休みの日はできるだけゆっくり自分の時間を作るようにしている。
- ・ピアサポーターなので仲間を意識している。
- ・こちらから「退院」という言葉は使わない。急激な変化を患者に求めない。退院は気長に待つことが大事。

#### 工夫していること

- ・活動で、しんどかったり心に引っかかったこと、気になったことは、その日のうちにコーディネーターと話し合う。
- ・地域活動支援センター等でコミュニケーションのとり方や人との距離の置き方、話の間の取り方などを日頃から練習している。
- ・病院スタッフとのコミュニケーションを大事にしている。

### 【3】活動による効果

#### ピアサポーターのエンパワメント

- ・同じ障がいを持つ人同士で話をする中で、自分の考えが整理できたり入院中の人にもうまく説明できるようになる。
- ・交流会に行くのは大変だし活動報告等は緊張するが、ためになるからまた行きたい。
- ・活動を始めたきっかけなどを聞くことで、支援者としての声かけのヒントがもられた。
- ・現場の悩みをお互いに話したり聞いたりすることで安心した。「あれもできそう」「これもできそう」を気兼ねなく話せた。
- ・講師として招かれることで、指摘されなくても体調管理や身だしなみに気をつけるようになった。自尊感情が生まれたり、収入が得られるので生活の安定につながった。
- ・自身の体験を話すことで病気を客観的に捉えられるようになったり、病気の体験が人の役に立つと感じることで、その体験をプラスに捉えられるようになった。

#### 入院患者の変化

- ・院内茶話会や外出、地域生活についてのシミュレーション等、色々なプログラムでアプローチする中で、今までほとんど外出しなかった人や病院の傍までしか外出できなかった人の積極性が高まった。
- ・話せなかった人が打ち解けて会話に参加できるようになってきた。
- ・患者も交流することに慣れてきた様子で、楽しいと感想を話している。
- ・退院後どんな生活をしたいか、具体的にイメージできるようになってきた。

- ・ 自分達と同じように入院経験のあるピアサポーターが地域でしっかり生活していることを知り、退院への意欲を持ち始めている。
- ・ 何十年も閉鎖病棟だった人がグループに参加した結果、開放病棟に移ることができた。
- ・ 退院促進支援事業を利用し退院した人、退院予定の人、事業利用を開始した人など、実際に退院に向けた動きにつながっている。
- ・ 一般的な家賃額や、ヘルパー等の資源といった具体的な質問が出るようになった。
- ・ 入院患者がピアサポーターの方の体を気遣うなど相互作用が見られる。
- ・ 実際にヘルパーの利用場面を見ることで、どんなことをしてもらえるのかよくわかったという感想を話している。
- ・ 自宅を見せてもらい、一人で住む時のイメージがわいたとの声がある。

#### 医療機関の変化

- ・ 病棟訪問が定着し、地域から人が入ってきているということを認識してくれるようになってきた。
- ・ 病院ケースワーカーだけではなく、看護スタッフも一緒に退院支援に取り組むという気持ちが強くなってきた。
- ・ 入院していた患者が“地域の人”になっている姿を見ることで意識が変わった。

#### 【4】課題

##### 新たなピアサポーターの養成

- ・ 活動時間が徐々に延びて、ピアサポーターへの負担が大きくなっている。
- ・ 退院へ興味を持ってもらうには時間がかかるので、人数が増えてほしい。
- ・ 病院スタッフに認識されたことで別病棟や個別支援への活動依頼もあるが、キャパ不足でまだ取り組めていない。

##### ピアサポーターへの研修

- ・ ピアサポーターの間では、グループでの関わり、個別での関わりなどをどのように進めたらいいかなどについて迷いが出ている。
- ・ 個別支援が増える中で自分の立場の線引きが難しくなり、調子を崩すピアサポーターもいる。

##### 活動方法について

- ・ 長期入院の人は退院のイメージを持ちにくい面があり、「退院」という話に繋げることがなかなか難しい。
- ・ グループ交流を行っているが、グループでの話し合いが難しい入院患者もいるため個別の対応が必要か検討中。
- ・ 茶話会等で少しずつ意欲を積み上げ地域生活へ目を向けるなどの活動を行ってきたが、それを実際にどう退院へ結び付けていくか、病院側との連携も含めて議論が必要。
- ・ 地域や院内活動、個別支援など活動が増えつつある中で、相談役やフォローする体制をどう作っていくか（個別支援で得た個人情報はどうするかなど）。
- ・ 病院スタッフの異動もあり、組織的に進めていくことを検討している。
- ・ 地域にピアサポーターの人数が多いが専属コーディネーターが不在で、地域スタッフがいろいろ支援している状況。

4. 精神障がい者地域生活移行・自立生活サポート事業(精神障がい者退院促進支援事業)の経緯

年度	退院促進支援事業関連事項	府障がい者計画関連事項	権利擁護関連事項	国・その他の事項
H9			大和川病院事件(H9)	精神保健福祉士法成立
H10	精神保健福祉審議会答申(H11・3) 「社会的入院は、精神障がい者の社会的隔離を進め、精神病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因するものである。」 「社会的入院を解消するためには、一人ひとりの生活支援計画を策定し、地域の中での支援体制の確立を図ると共に、院内においても試験外出や試験外泊などの準備作業に取り組むことが必要となる。」			
H11	答申の具体化にむけて ○自立支援促進会議設置検討 → 事業予算要求		大阪府精神保健福祉審議会に医療人権部会設置(H11)	
H12	社会的入院解消研究事業創設 保健所に「自立支援促進会議設置」 (財)社会復帰促進協会(以下復帰協)に事業委託(7月)		精神保健福祉審議会意見申(H12・5) 「長期在院の実態、病院における処遇の状況、退院後の地域の受け皿づくりをどうしていくのかということを明らかにする調査が必要である」	
H13	→厚生労働省へ報告書提出(4月)	障がい生活ニーズ調査(H14・3)	在院患者・退院患者調査(H13・7)→報告書(H14・3) 箕面ヶ丘病院事件(H13年)	
H14	→厚生労働省へ報告書提出(5月) 地域生活移行支援研究事業(緊急雇用基金事業)	→報告書(H14・11) 第3次障がい者計画(H15・3) ○社会的入院の解消*4 「精神保健福祉施策の総合的な推進により、精神障がい者の社会的入院の解消を図ります。この一環として退院促進支援事業を実施します。」 退院促進数値目標:950人	大阪府精神障がい者権利擁護検討委員会「精神病院における入院患者の権利擁護システムの構築について」提言報告(H14・9)	障害者基本計画 重点施策5ヵ年計画 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書 「今後の精神保健福祉施策について」 精神保健福祉対策本部設置・3検討会

大阪府独自事業

H 15	国庫補助事業・国モデル事業	→厚生労働省へ報告書提出 精神障がい者退院促進支援事業(国庫補助事業)		精神医療オンブズマン制度 大阪府精神障がい者権利擁護 連絡協議会設置	精神障がい者退院促進支援事業 創設(モデル16箇所) 社会復帰サービスニーズ等調査
H 16		精神障がい者地域生活移行・自立生活サポート事業 (健康福祉アクションプログラム)(堺市、東大阪市で事業開始) 地域活動支援センターにケアマネジメント従事者を配置 (府独自事業)			→モデル21箇所予定 「こころのバリアフリー宣言」 「精神保健福祉の改革ビジョン」 「今後の障害保健福祉施策の改 革試案(改革のグランドデザイン 案)」
H 17		大阪府精神障がい者宿泊体験用居室確保事業 (4ブロック計10ヶ所・府独自事業)			セーフティネット支援対策補助金 (退院促進個別援助事業・精神 科長期入院生活保護受給者自 立支援) 心神喪失者等医療観察法施行 精神保健福祉法の一部改正。 「精神分裂病」が「統合失調症」 に
H 18	都道府県地域生活支援事業	自立支援法都道府県地域生活支援事業として実施 政令市(大阪市、堺市)へは委託 *堺市はH18年度から政令市	第1期大阪府障がい福祉計画 (H19.3)H23年度までの退院促進 数値目標:1,908人		障がい者自立支援法施行 都道府県地域生活支援事業必 須事業
H 19		障がい者自立支援対策臨時特例交付金事業(精神障がい者退院 促進強化事業・H19、20年度)復帰協に委託 精神障がい者退院促進支援事業強化検討会議(府独自・単年度) 復帰協に委託			セーフティネット支援対策補助 金・生活保護精神障がい者退院促 進事業(各福祉事務所に精神障 害者退院推進員、事業委託費 用補助) 「生活保護精神障がい者退院促進 計画」策定 生活保護精神障がい者の入院状 況調査 23年度まで目標値設定
H 20	*	退院促進用居室確保事業(旧宿泊体験用居室確保事業) ・住まいの確保推進員 障がい者自立支援対策臨時特例交付金事業(精神障がい者退院 促進等強化事業)復帰協に委託			精神障がい者地域移行支援特別 対策事業

H 21	<p>ケアマネジメント従事者の配置 広域ケアマネジメント従事者の配置 住まいの確保推進員の配置 退院促進ピアサポーター・コーディネーター(4箇所) 地域移行支度経費支援事業(H21～23年度) 大阪市、堺市への委託は、22年度限りで終了</p>	<p>大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会設置</p>	<p>保護者制度・入院制度に関するワーキングチーム平成22年10月21日発足</p>	
H 22	<p>退院促進ピアサポーター・コーディネーター(8箇所) ・大阪市、堺市からの入院者は、原則大阪市、堺市が支援を実施。</p>	<p>第4次大阪府障がい者計画(第3期大阪府障がい福祉計画を含む)H24.3策定 【目標値】 ・平成26年度における1年未満入院者の平均退院率を、平成20年6月30日調査比で7%増加。(数値目標:77.8%) ・平成26年度における入院期間5年以上かつ65歳以上の退院者数を、直近の状況よりも20%増加。(数値目標:490名)</p>	<p>精神障がい者アウトリーチ推進事業</p>	
H 23				
H 24	<p>地域移行支援が障害者自立支援法上の個別支援給付化されたことにより自立支援員を廃止 府事業として地域体制整備コーディネーターを、16保健所圏域に1か所の相談支援事業所等に配置 障がい者ケアマネジメント・住まいの確保推進員・退院促進ピアサポーターをすべて「地域体制整備コーディネーター」に集約 「今後の障がい者相談支援体制並びに地域移行・地域定着支援の進め方と留意事項」(H24.4) 市町村精神障がい者地域移行推進体制整備事業 ・H25-26相談支援事業者等に地域相談支援マネージャーを配置(H27～基幹相談支援センターに地域体制整備コーディネーターを配置できるよう、2か年で体制の整備を行う。)</p>		<p>個別補助金「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」のうち、「地域体制整備コーディネーターの配置」を廃止 高齢入院患者地域支援事業</p>	
H 25				<p>障害者総合福祉法施行 精神保健福祉法改正</p>

\* H20年度からは精神障害者地域移行特別対策事業



## 大阪府における自立支援促進会議と退院促進支援事業

### －4 年間のまとめと新たな取り組み－

原 るみ子\*<sup>1</sup> 油谷 啓子\*<sup>1</sup> 吉原 明美\*<sup>1</sup> 今井 千代美\*<sup>1</sup>  
山口 実和子\*<sup>1</sup> 奥村 由美\*<sup>2</sup> 伊永 晶一\*<sup>2</sup> 上野 千佳\*<sup>3</sup>

平成12年度から始まった「自立支援促進会議」と「退院促進支援事業」も、16年度末で5年が経過する。その実績は年度ごとに報告書としてまとめられ、平成12年度から15年度の4年間に退院促進支援事業で支援したのは121名で、15年度末の支援の結果は、「退院」が71名、「入院・支援中」が19名、「支援中止」が31名となっている。

ここでは、平成12年度から15年度までの事業実績を元に、その4年間の取り組みの結果をまとめる。さらに、事業による支援が中止となった31事例について振り返り、自立支援促進会議の中で生まれた新たな取り組みについて紹介することで、今後の自立支援促進会議と退院促進支援事業を進めるために役立てたいと考える。

《中略》

### 事業による4年間の支援の結果

《中略》

### まとめ

大阪府では平成13年度に、「精神科病院在院患者調査・退院患者調査」「障害者生活ニーズ調査」の報告書がまとめられ、平成15年3月には、第3次障害者計画が策定された。計画では、精神障害者の社会的入院解消を早急に取り組むべき課題として掲げ、そのための退院促進支援事業の実施を明記した上で、具体的な数値目標をあげて取り組むこととしている。

市町村では、平成14年度から精神障害者のホームヘルプ事業が開始され、精神保健福祉業務一部事務移管(精神保健福祉手帳・通院医療費公費負担の申請)もなされ、精神障害者への社会復帰相談を中心としたサービスが本格的に始まった。

国においては、平成14年12月に厚生労働省精神保健福祉課に精神保健福祉対策本部が設置されて、「今後の精神保健福祉施策について」の検討が重ねられた。平成15年5月には中間報告として、「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が取りまとめられ、今後優先的に取り組む課題として、(1)普及啓発、(2)精神医療改革、(3)地域生活の支援、(4)「受け入れ条件が整

えば退院可能」な7万2千人の対策の4つの施策があげられた。(1)から(3)については、検討委員会が設置され、その具体的なあり方について議論が深められた。

最終的には、平成16年9月、精神保健福祉対策本部は、精神保健医療福祉の見直しにかかる今後の具体的な方向性を明らかにするため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定した。ここでは「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本方針に掲げ、受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化・精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年間で退院、社会復帰を図るものとしている。さらに同10月に厚生労働省障害保健福祉部による「今後の障害保健福祉施策について改革のグランドデザイン案」が提案され、平成17年2月には全く新たな枠組みで、障害者が能力及び適性に応じ、地域で自立した日常生活又は社会生活を営むことができるような施策を進めるべく、「障害者自立支援法」が成立しようとしている。

退院促進支援事業創設以降のこのような精神保健福祉施策の流れの中で、この事業では、(1)事業利用者を選定し関係機関が連携して支援を計画し、(2)自立支援員が利用者の希望に沿いながら、(3)退院から地域での自立生活を支援するという、個別支援を積み重ねてきた。また、その過程を自立支援促進会議という場において地域全体で見守る中、事業利用者の体験に基づいた声を聞き、事業展開について話し合いが重ねられた結果、

新たな取り組みへと発展していった。

ある圏域では、4年2ヶ月の間支援を継続した結果、退院に至ることができ、長年こじれた親子関係が氷解した事例がある。4年を超える長い期間、支援を中止せずに退院まで支援継続できた理由として、病院職員の「ちょっと開いた風穴を閉じることなく、開け続けていきたい」という思いに、関係機関全体が共感し、利用者自身も「もういりません」とは決して言わず、誰一人中止を考えたことがなかったということがあげられる。個別事例の課題を地域全体で共有していたからできたことで、これは関係機関にとって長期入院者の退院を実感する貴重な体験であった。また、先の章で紹介した「私から退院のことはあまり口にしませんでした」という、当事者支援員のことばからわかるように、自立支援員と一緒に院内面接等の支援を続けた当事者支援員の果たした役割の大きさを再確認することにもなった。

自立支援促進会議においても、当初の検討内容は退院促進支援事業が中心であったが、事業を通じて見えてきた地域の課題を検討する場、各機関からの情報交換だけでなく、機関の抱えている課題について話し合える場となり、次第に地域で生活する精神障害者を支えるために必要な会議になってきている。精神保健福祉審議会の答申の中で施策の方向としてあげられている「ネットワークの構築」、つまり「地域の公的機関と関係機関が連携するためのシステムを構築し相互のサービス情報を提供し、相互に協力し合う関係を作り出す」ことにつながるものである。

ある自立支援促進会議では退院促進支援事業を通じて、社会復帰施設だけでなく行政も病院も一機関として精神障害者を地域で支える担い手として協力し合う関係であることを認識し、お互いに心強く感じているという意見も出されている。このことから、自立支援促進会議が地域の関係機関同士の信頼関係を生み出していることがわかる。

前章で報告した新たな取り組みも、個別支援である退院促進支援事業が立体的に広がり、包括的な事業へと展開しようとしているものである。退院促進支援事業から発展した新たな取り組みは、「進化した退院促進支援事業」と言えるのではないだろうか。

このように自立支援促進会議と退院促進支援事業は、様々な課題を抱えつつも、互いに必要なものとして影響し合いながら展開し、新たな取り組みとして各圏域で広がりを見せている。さらに、精神障害者に対する生活支

援をシステムとして機能させるためには、関係機関が互いの理解と連携を深めながら、枠組みを一体化した地域の取り組みとして、自立支援促進会議と退院促進支援事業を進めていくことが求められる。それと同時に、当センターにおいても、保健所や関係機関との連携を図りながら、各地域における精神保健福祉の状況を把握し、施策推進のための調査・研究と、地域への情報提供も行いながら、生活支援のシステムづくりに向けて地域支援を進めていく必要がある。

#### 参考文献

- 1)大阪府精神保健福祉審議会：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(答申),1999
- 2)大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課：社会的入院解消(研究)・自立支援促進(会議)事業報告書,2002
- 3)大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課：大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書,2003
- 4)大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課：平成15年度大阪府精神障害者退院促進支援事業報告書,2004
- 5)鹿野勉他：大阪府における自立支援促進会議・退院促進事業の取り組み～中間報告を中心に～，大阪府立こころの健康総合センター研究紀要.7,9,2002
- 6)大阪府こころの健康総合センター企画課・地域支援課：自立支援促進会議・退院促進事業における取り組み一第28回大阪地域精神障害医療を考える会総会第3分科会「自立支援会議のその後」の報告，11-13,2002
- 7)原るみ子他：大阪府における社会的入院者の退院促進に向けての取り組み，作業療法ジャーナル.VOL.38 NO.12,1121,2004
- 8)鹿野勉他：大阪府における自立支援促進会議・退院促進事業の取り組み～中間報告を中心に～，大阪府立こころの健康総合センター研究紀要.7,10-11,2002

《詳細は当所収蔵図書・大阪府立こころの健康総合センター研究紀要第10号2004年度を閲覧ください》



大阪府こころの健康総合センター 平成 25 年 8 月

〒558-0056 大阪市住吉区万代東 3 丁目 1-46 電話 06-6691-2811

ホームページ <http://kokoro-osaka.jp/>

この印刷物は 1,200 部作成し、一部あたりの単価は 78.50 円です。