

地域精神保健福祉活動事例集1

精神科病院の長期在院者の地域移行支援について

大阪府枚方圏域での5年間の退院促進支援事業の取り組みを通して

大阪府こころの健康総合センター

大阪府が退院促進支援事業を実施しはじめてから6年が経過した。同事業のまとめについては、これまで大阪府精神保健福祉課による報告書や大阪府こころの健康総合センター紀要及び各種論文として報告されている。同事業は府内全域で取り組まれており各地域では様々な努力や実績が重ねられているが、これまで一地域に焦点をあてた報告はされていない。

今回、各地域での実践のひとつとして、当初より事業利用者数が多く地域での取り組みが活発な枚方圏域を取り上げて報告する。

今後も、同事業の取り組みだけでなく各圏域での地域精神保健活動をまとめて報告していきたい。

大阪府こころの健康総合センター 地域支援課

精神科病院の長期在院者の地域移行支援について

大阪府枚方圏域での5年間の退院促進支援事業の取り組みを通して

河野和永、山田暁子、大羽美保子（NPO法人陽だまりの会）。角田潤一（元社会福祉法人やなぎの里）。石川泰代（社会福祉法人フォルスト倶楽部）。大西順子（大阪府立精神医療センター）。樋上雅丈（関西記念病院）。森本一成（東香里病院）。奥村由美、伊永晶一（財）精神障害者社会復帰促進協会）。川本正明（現大阪府こころの健康総合センター）。

はじめに

厚生労働省は、現在精神科病院には7万2千人の社会的入院者が入院しているが、退院を促進し、長期在院の問題を解決することが必要であるとの見解を示している。

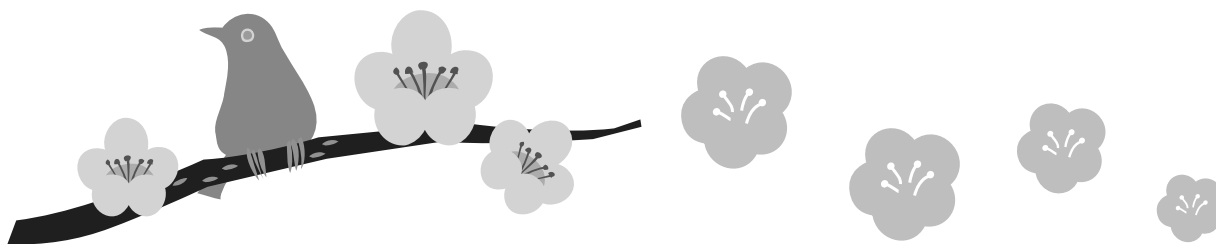
大阪府でも過去「大和川病院事件」を契機として、国と同様に長期在院の問題が大きな問題としてクローズアップされ、平成11年大阪府精神保健福祉審議会では「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステム作りについて」を答申、「社会的入院」こそ「人権侵害の最たるもの」と位置付けて、社会的入院者の退院を促進することとなった。そこで大阪府では2000年（H12）から府の単独事業として「自立支援促進会議・退院促進支援事業」を実施し、厚生労働省は2003年（H15）、大阪での成果を受けて退院促進支援事業を国事業化とし、社会的入院者の退院促進対策とした。大阪府でも継続し現在まで取り組んでいる。

2000年に大阪府の単独事業として退院促進支援事業を開始したときから、大阪府枚方保健所を中心として様々な関係諸機関が一同に会し、常時3～5人の対象者への支援を行い、経過を論議し、共通の課題として協力し合いながら退院に向けての事業展開を行ってきた。枚方の退院促進支援事業・自立支援促進会議は、諸機関（病院3ヶ所、クリニック2ヶ所、各団体代表4ヶ所）の実務担当者と枚方市役所の保護課・障害福祉室、社会福祉協議会（精神保健福祉推進協議会）と大阪府枚方保健所、大阪府こころの健康総合センター、（財）精神障害者社会復帰促進協会（以下復帰協）で構成・実施している。

ただ、枚方圏域では退院促進支援事業が始まる以前から各機関が連携し、積極的に退院への取り組みを進めてきていた。大阪府立中宮病院（現大阪府立精神医療センター）を始めとする精神科病院での退院への継続した取り組みや、地域での作業所、授産施設などの共同の取り組みが既に広まっていた。

今回、退院促進支援事業に携わる関係者有志が集まり、約1年近くをかけ、5年間の事業の取り組みを振り返る中で、国・府の施策の動向、枚方で取り組んできた精神保健福祉の歴史、病院・作業所など各機関の歴史を振り返り、それぞれの機関の役割を確認しあい、退院促進支援事業が枚方でどう展開されたのか、地域社会の諸機関がそれらをどう受け止め、協力しあったのか、その中から明らかになった問題、限界、課題をまとめた。このまとめが今後の退院促進支援事業の方向性のみならず、長期在院者の問題を明らかにしていくことになればと考えている。

退院促進支援事業についての大阪府下全体のまとめ（*1 参照）、枚方での 1 年ごとのまとめから概観すると、この事業を通じて「医療機関内での退院への理解の促進」や「積極的な取り組みへの意欲」「対象者の退院後の生活への自信」「他の入院患者さんへの問題提起」と多くの肯定的評価がある一方、「対象者の選出が病院サイドで決まる」「家族の理解、援助が得られにくい」「症状などの関係で中断した対象者への継続した支援が困難」「受け入れ側の作業所などへの対策のなさから負担が多くなりすぎる」などの問題点・課題がある。また病院内にいる社会的入院者の退院阻害要因は様々で、例えば「高齢な人」「長期入院により退院意欲を持ってなくなってしまった人」「薬物依存や社会的問題行動による入院のため、事業の対象になりにくい人」の存在など、様々な課題や現在の退院促進支援事業の限界なども実感したので報告する。



枚方圏域の現状

枚方市とは、大阪府の北東に位置し、淀川の南側で京都府と接する人口 40 万人を超える北河内地区最大の地方都市で、大型団地などを有するベッドタウンとして開発されてきた地域である。枚方市は大阪府下で唯一昭和 46 年に精神衛生都市宣言を行い、枚方市精神衛生推進協議会を発足し地域住民向けの講座を開くなど、当時は「福祉の町、福祉の西の横綱」といわれ、他の障害者施策とともに福祉の進んだ市として評価された。

現在でも、精神障害者へのサポート機関として、精神科病院 3 ケ所（単科病院 2 ケ所、総合病院 1 ケ所）、精神科クリニック 5 ケ所、小規模通所授産施設 7 ケ所、通所授産施設 1 ケ所、福祉作業所 2 ケ所、グループホーム 7 ケ所、地域生活支援センター 1 ケ所があり、社会復帰施設が 4 団体で運営され、民間での積極的な創意ある取り組みが行われている。大阪府下の他地域と比べても多くの関係機関が存在する地域である。

枚方圏域の精神科医療の歴史と現状

枚方における精神科病床を持つ主要な病院の設立は、まずは 1926 年（T15）に旧大阪府立中宮病院が開院。1954 年（S29）に東香里病院が北河内平野の丘陵地に結核診療中心に個人病院として開院された。その後各科が増設される中、1964 年（S39）には精神科および神経科が新設され 1970 年（S45）には精神神経科病棟となった。それから現在までの間に他棟の増改築を経て、全 12 科の総合病院となり、徐々にではあるが精神科と他の疾患との合併症者の受け入れを始めた。関西記念病院は、大阪府の医療計画により病院ベッド数の規制が始まった 1983 年（S58）に、大阪府下で最後に開設を認可された精神科病院として開院し、当初より「精神医療の開放を理念として取り上げ、社会に開かれた精神医療を目指す」を目標に地域での精神医療に取り組んできた。

さかのぼること、1970年代に入る精神科医療の状況はまだまだ悲惨なものであった。府立の精神科単科病院である旧中宮病院を中心に動向を見てみると、「経済的措置」といわれる措置症状のない入院者が、医療の負担がないということで措置入院のままに放置されていた。と同時に閉鎖的処遇の中で多くの人権侵害

が見られた（措置入院の継続自体が人権侵害といえる）。そんな中で精神医療の処遇改善の動きが少しずつ始まっていった。旧中宮病院で行われたPSWの当初の業務は、措置入院から同意入院への切り替えを行うことであった。このことによって外出・外泊をはじめ、病院に開放化の流れをもたらした。一方で入院者・家族の措置入院解除・同意入院切り替えに対する強い抵抗にもあったが、その後続く好景気の波は精神科病院にも多少の影響をもたらした。未だ社会復帰＝就労の考え方が根強かった中で、保護的就労が可能な人が集団で地域の企業等に安い賃金で受け入れられていくことになった（“外勤”と呼んでいた）。PSWとしては受け入れ先の開拓や経営者等との懇談会を持つようになった。そんな中でごく一部の人は企業に就職することを前提に退院していったが、その後、石油ショックの訪れとともに外勤先から一挙に追いやられる時がやってきた。症状的には安定しているが仕事もなく家族の受け入れもない人が病棟の中で日々を過ごす姿が目立ち始めた。一方1976年（S51）頃から旧中宮病院の周辺にアパートを見つけ一人暮らしをする人が始まった。主に外勤を経験しているような、症状的には安定しているが病院を離れることへの不安があり、医療側から一押し二押しを要する人で、退院後も医療とのつながりがしっかりと確保できることを安心として地域に出ていくことになった。アパート退院のピークは1975年～78年で、年間100～150人。フォローが必要な人は年間40～50人にも上った。アパート退院の試みは医療従事者や入院者にも多くの影響をもたらした。

1990年代に入り、関西記念病院では1993年（H5）に精神科デイケアの許可を受け、通院者が地域の作業所への通所を始め、それに伴い病院近くに住居を構える「アパート退院」が始まった。1995年（H7）には長期入院者の見直しを行い、退院可能な入院者にはPSWが積極的に関わり、家族への受け入れの働きかけを行い、他の地域の作業所や授産施設との連携を強化すると共に、精神科クリニックへの退院後の診療依頼を行い、「地域での受け皿の確立」を始めた。また東香里病院においても、他の病院に遅れながらも、少しずつアパート退院をして地域で暮らし始める動きが出てきた。

精神科病床を持つ主要な3病院の現在の状況は以下の通りである。



① 府立精神医療センターの現状について

***2003年度末（H15）入院種別；措置入院16人、医療保護入院；297人、任意入院；93人 合計；406人**

当院では15年度末の在院患者のうち、医療保護入院が73.2%と大半で、夜間の緊急救急対応病院であるため措置入院患者も常に一定率を占めている。また、傷病名別にみると統合失調症が72.2%、ついで中毒性精神病5.8%、躁うつ病が3.9%となり、比較的治療上高度なケアを必要とする症状の方、又は諸問題を重ね持った方の治療の場となってきている。入院期間は以前に比べ、1年以内が63.4%を占めるなど短期間で退院・転院が行われているが、合併症治療のための転院も多く、再入院となっているためトータルの入院期間は長くなり、10年以上は11.9%、中には38年もの期間入院している方もいる。年齢的には、思春期病棟の関係で20歳未満が4.4%在院しているが、40歳以上65歳未満が49.5%と半数を占め、65歳以上も含めると70%近くになり、高齢化、身体機能の低下などが深刻化している。どの病院でも同様に在院期間の2極化となっており、病院内での作業療法、SSTなどの取り組み、デイケアへの利用など実施しているが、退院に結びつかない方が多く、長期在院者となっている。退院者は1年間で583人いるが、それを傷病名別に見ると統合失調症が45.1%、ついで中毒性精神病が14.8%、躁うつ病7.5%で、退院後に多くの支援が必要な方が多い。当センターとしてフォローが必要な退院者の増加に伴い、病院職員全体で生活支援をするために「在宅医療室」を2001年（H13）より立ち上げ、訪問看護・訪問指導を実施してきた。

<在宅医療室年別訪問看護指導件数>

	2001年 (H13)	2002年 (H14)	2003年 H15)
外来通院者	908	1273	1257
施設入所者	50	59	142
他科転院	156	136	206
その他	50	47	59
計	1154	1515	1664

表のように在宅室の訪問看護・指導の数は年々増加し、1週間の訪問回数も規定（3回～4回）を超える5回以上の方もおり、生活を支える重要な役割を担ってきているが、これ以上支援希望者が増えるとフォローできない状態となってしまう。

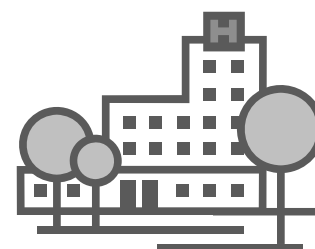
② 関西記念病院の現状について

* 2004年（H16）6月現在 入院種別：医療保護入院 25名、任意入院 144名、合計 169名

入院期間は1年未満から2年前後までの入院が過半数を占め、短期入院と長期入院の両極分化が見られる。入院期間の短縮率は年々増加しており、疾病別では統合失調症の割合が高く、入院形態も任意入院が増えてきている。入院期間が5年未満の患者数は約8割を占め、入院期間が短いほど退院への意欲が強く、家族や親族の協力も取りやすく、退院後は当院デイケアや小規模授産施設等の地域の社会資源を利用することが容易である。入院期間が長引くにつれ病状以外の退院阻害要因を持つ者が増え、居宅での介護力が家族に無くなり退院後の自宅引取りが困難となったり、保護的な環境でないと退院後の生活が出来ないものが多い。又退院への意欲も低下していく傾向があり、自ら退院を拒む者もある。入院期間が5年以上の患者数は約2割を占め、症状の改善や安定が見られず継続した入院の治療が必要な者ばかりで、高齢化も進み65歳以上の者も数名いる。年齢別では、40歳以上65歳未満が最も病状以外の退院阻害要因を持つ者が多く、年齢が高くなるほど比率も高くなっており、退院促進事業の対象者も多い。65歳以上の高齢者は、すでに1割を越えており、老人性のうつ病が多い。高齢の長期入院患者の中には、精神病でありながら老人性痴呆の症状が強くて出ている者もあり対応に苦慮している。

③ 東香里病院の現状

次の表のように、5年以上の入院者が49%、年齢に関しては65歳以上が42.5%という数値があり、長期化・高齢化しているのが現状である。当院の特徴である精神科治療に加え合併症治療を行う人は全体の約6割をしめる。合併症治療の多くは治療が終了すれば紹介先の病院に戻ることができるが、中には継続的な治療を要する人がある。その代表的な例が人工透析の人である。一方で合併症を持たない人でも、家族がいない・家族の協力が得られない人は長期化する傾向にある。長期化するにつれて、本人自身の退院に対する意欲の低下や、高齢化に伴う高血圧や糖尿病など様々な病気を併発し、そうなることさらに退院が難しくなる。そのような人が年々増えていくことで、本来必要とする合併症の治療ができなくなることが現状としての問題点である。



<各病院の入院期間・年齢別の割合>

	入院期間（入院者総数中の比率）				年齢別（入院者総数中の比率）			
	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10年以上	20歳未満	20～40歳	40～65歳	65歳以上
精神医療センター	35.7%	27.6%	14.8%	21.6%	4.4%	31.2%	49.5%	14.9%
関西記念病院	43.2%	35.5%	16.0%	5.3%	0.0%	35.5%	52.1%	12.4%
東香里病院	22.9%	28.1%	17.0%	32.0%	0.0%	6.5%	51.0%	42.5%



枚方圏域の保健福祉の歴史と現状

1970年代後半からの旧中宮病院での長期入院者の退院は、医療従事者や入院者にも多くの影響をもたらした。①開放的処遇の中で満足していると思っていた入院者が見張られていることから初めて一人になり「自由」を実感した。②医療従事者が自分達で守らなければと思っていた入院者個々の能力や可能性・希望に気づき、一人の人間としての存在を意識しはじめた。③地域の中の病院に気づき、地域から見られている医療の姿を意識するきっかけとなった。④多くの退院者の動きは他の入院者への動揺をもたらし退院へのきっかけとなった。⑤医療従事者が病院内から外に出、関わることが始まった。

こういった経過を経て、アパート退院を契機に地域に出た人達を支えるための動きが出始めた。

1978年（S53） ささ舟会（退院者の会）の発足＝陽だまりの会の母体の一部。

1981年（S56） 枚方地区精神衛生連絡会（枚方市生活保護、病院、大阪府枚方保健所）の結成。

1986年（S61）（旧中宮病院）院内リハビリ委員会が訪問看護が業務として認められる。

1987年（S62）に精神保健法が成立し、入院医療から地域ケアへの道が始まった。任意入院制度・精神医療審査会・人権擁護・社会復帰促進・社会復帰施設（生活訓練施設、福祉ホーム、授産施設）などが開始され、地域では民生委員が中心となり地域に住む精神障害者との関わりを行い、病院との橋渡しをPSWが担う姿が見られていく。

枚方市でも精神衛生法の改正の動きが急ピッチになる頃、市行政として初めて精神障害者問題に取り組むことになり、精神障害者の問題を含めた精神薄弱者等問題検討委員会として枚方市が社会福祉協議会に委託した。また大阪府枚方保健所が「精神障害者の住みよい町作り講座」「精神障害者を持つ家族のつどい」を開催した。

一方でこれまで病院医療を中心とした動きしか見られなかった枚方市内でも、地域に精神障害者の行く場を作ろうとする動きが出てきた。この動きは精神保健福祉法の成立以降も地域諸団体の個別活動の展開をもたらすことにつながった。これら4団体は、それぞれの設立基盤の違いにより、活動の独自性を追求し、お互い影響をしながら精神障害者の地域生活支援組織として様々な機能を持った機関へと発展していった。

また枚方市内に精神障害者の関係機関が多様に機能する中で、枚方保健所の呼びかけにより、「精神障害者の住みよい町作り講座」への参集、精神保健福祉関係機関実務者会議などの実施により、諸機関が集まり議論し合う場が作られていった。

《地域の4団体が生まれてきた経緯》 1990年前後からの市内における医療・福祉の動向は巻末表を参照。

① 社会福祉法人 宝桜会 さくら会作業所

1974年（S49）、精神障害者社会復帰訓練所として大阪府立中宮病院家族会「乃ぎく会」が設置母体となり「さくら会憩いの家作業所」を開所する。就労意欲の向上、再発防止、人間関係の円滑化、日常生活リズムの回復、病的体験消失への努力、及び家族相談などに取り組む。当時は北河内地区に1ヶ所しかなく、枚方市以外からも多くの障害者が通っていた。以降、作業所に通う障害者の増加、他の地域にも作業所などが徐々に設立されてきたこと、地域に根ざした活動を展開する必要性から、1993年（H5）に中宮病院家族会から独立、地域家族会「さくら会家族会」を発足し、「さくら会作業所」と名称変更する。1998年（H8）に現在の地に移転し、「あせらない、むりしない、みんな仲良く」をモットーに、それぞれの回復過程に応じ、友達作りの場、憩いの場として気楽に利用できるよう取り組んでいる。現在小規模通所授産施設1ヶ所運営。

② NPO陽だまりの会

1978年（S53）、旧中宮病院からアパート退院という形で地域での生活に移行していた人たちが、退院者の会（ささ舟会）を結成。1988年（S63）、ささ舟会と医療・福祉の有志が集まり、精神障害者があるままに暮らせる地域作りを市民と共に創りあげていくことを目指して、「精神障害者の生活の場づくりを考える市民の会」準備会を立ち上げ、1989年（H1）地域生活を支援する場としてサロン「陽だまり」を開所。翌年現在の地に移転し共同作業所「ランチショップ陽だまり」を開所、その後高齢者への配食や菓子作り、喫茶等を通じ、地域住民との関係を深めている。現在、小規模通所授産施設3ヶ所、地域生活支援センター1ヶ所、グループホーム3ヶ所、ホームヘルプステーション1ヶ所を運営。

③ 家族会やなぎ会 ・ 社会福祉法人 やなぎの里

家と病院しか行き場がなく、行き場の必要性を感じていた家族が保健所で行われていた「家族の集い」をきっかけに、1989年（H1）、家族が結集しようと結成されたのが「やなぎ会」である。いわば家族の思いが出発点となって生まれた。そのようにして始まった活動は家族の結束だけにとどまらず、翌年「共同作業所やなぎ工房」を開所し、精神障害を持つ人たちの行き場を模索し多様な社会資源を生み出すことにつながっている。活動から数年後には企業就労を実現するべく通所授産施設の建設を準備するに至り、家族会を母体として「社会福祉法人やなぎの里」が生まれるなどし、現在に至っている。現在、家族会がグループホーム3ヶ所を運営。社会福祉法人が通所授産施設1ヶ所、小規模通所授産施設2ヶ所、福祉作業所1ヶ所を運営。

④ 社会福祉法人 フォレスト倶楽部

1996年（H8）、障害を持つ人も持たない人も共に豊かに暮らすことのできる地域社会の実現を目指して結成された市民団体が「障害者の自立を進める会フォレスト倶楽部」である。その年に、精神障害を持つ人の「自立」「豊かな生活の質」「価値ある役割の確立」を活動の焦点として共同作業所「ぱうんどケーキ村」を開所。精神障害者の地域生活に必要な環境づくりを進めるために、趣旨に賛同する有志が中心となり活動を展開してきた。日常生活に必要な「住む」「働く」「憩う」を柱に、グループ内施設、地域の関係機関と連携を取りながら活動している。現在、小規模通所授産施設1ヶ所、福祉作業所1ヶ所、グループホーム2ヶ所を運営。

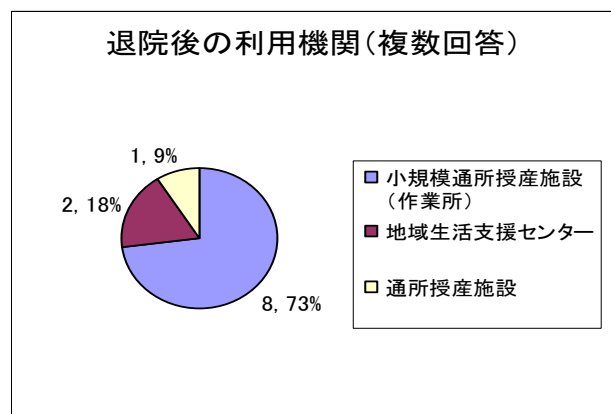
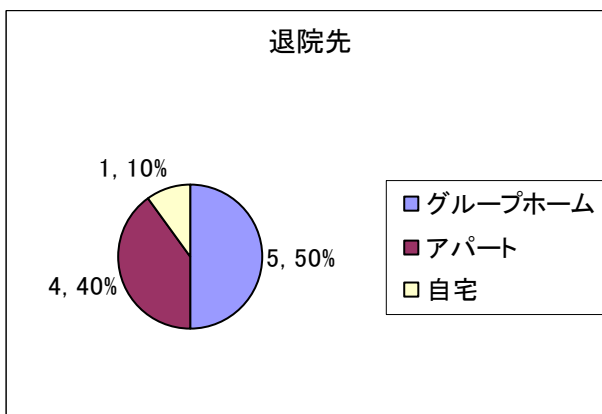
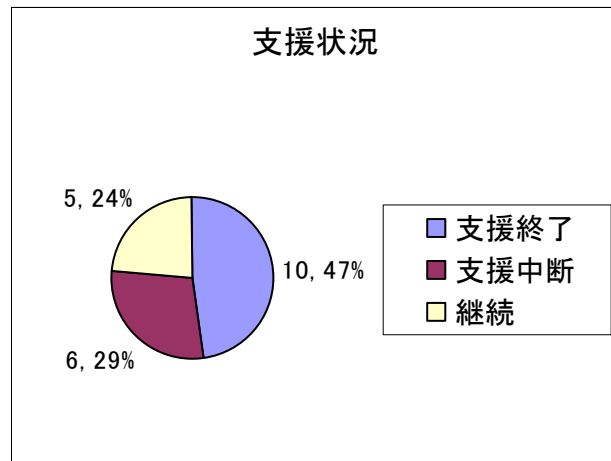
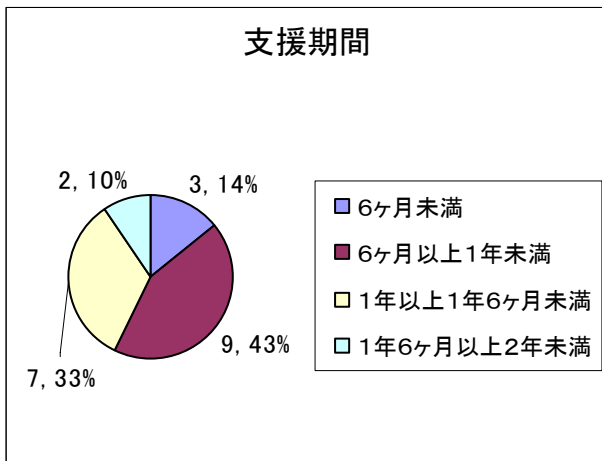
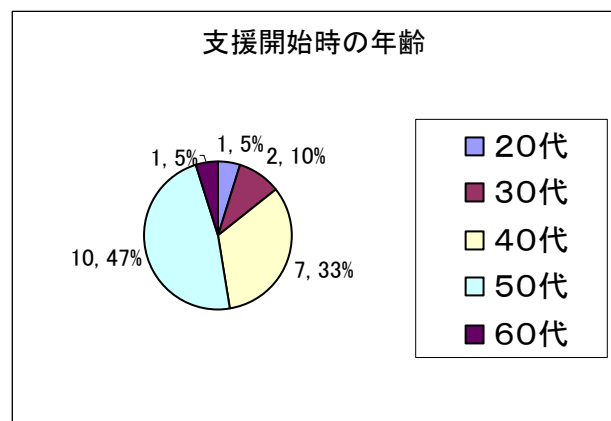
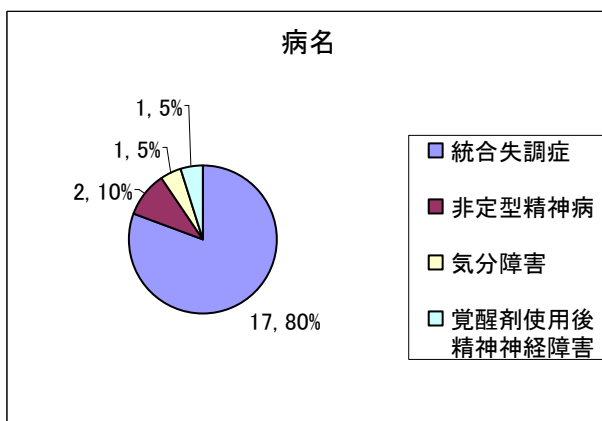


枚方圏域の退院促進支援事業

(1) 支援対象者の概要

2000年（H12）から2005年（H17）3月末までの間に枚方圏域内で支援を受けたケースの数は21名である。2005年3月末現在までの状況を以下にまとめてみる。性別は男性13名、女性8名であった。

病名は統合失調症17名、非定型精神病2名、気分障害1名、覚醒剤使用後精神神経障害1名であった。支援開始時の年齢は20代1名、30代2名、40代7名、50代10名、60代1名であった。支援期間は6ヶ月未満3名、6ヶ月以上1年未満9名、1年以上1年6ヶ月未満7名、1年6ヶ月以上2年未満2名であった。支援状況は支援中5名、支援終了10名、支援中断6名であった。



(2) 支援の実際について（自立支援員による支援を中心に）

（「一緒に行こかー大阪府の退院促進支援事業ー」から抜粋）

「以前住んでいた地域への退院が叶わず、病院周辺地域への退院を受け入れていった利用者」

<プロフィール>

ひでさん 50代 男性 支援期間：11ヶ月 病名：統合失調症

入院期間（事業開始当時）最終入院期間 11年7ヶ月 総入院期間 13年8ヶ月 入院回数 3回

背景：症状は一定程度安定したため、病院では退院のために利用できる病院・病棟内の殆ど全てのプログラム活動を導入し、退院を促進しようとした。しかし、退院に具体的な見通しがつかなかったことで、モチベーションを維持しにくく活動が続かなくなっていた。

ひでさんは親が元気なうちは「親と同居」を希望していたが、入院が長期化するうちに親が高齢になったことと、キーパーソンとなる姉が退院について拒否的であるため、退院について諦め気味になっていた。また病識の乏しさによる治療中断とそれに続く再発の懸念があったため、医療の継続も重要な課題であった。退院先の住居については、姉の強い拒否のため、ひでさんの希望する以前に住んでいた地域に戻ることは難しいこと、また退院後の医療・生活の支援体制を考慮すると、病院周辺の地域が現実的なものとして想定された。なお、同時期に同じ病棟のB氏も事業を利用することとなっていた。両氏の関係が悪くなく、当面の支援に求められるものが共通していたため、しばらくは自立支援員を含め3人で行動し、それぞれの活動の方向性がちがって来た段階で、個々に支援を行うこととなった。



<支援経過>

第1段階 導入時期

初回には自立支援員は病棟へ出向き、まず主治医、担当看護師から利用者の経過、活動における注意点などの助言を受けた。その後、ひでさんと面談（ひでさん・主治医・担当看護師・病院ケースワーカー・保健所相談員・自立支援員）し、退院促進支援事業の説明を行い、利用の意思を確認した後、退院への希望や当面の活動に関する希望を聞いた。ひでさんは初めての面会に緊張した様子であったが、入院までの生活を話してくれ、また今回の入院後、一度も外泊ができていないことなどを訴えた。退院に対する希望は、「入院前に住んでいた場所に戻ることであり、当面の支援への希望は「料理を覚えたい」ことであった。その後、院内での活動を一緒に行い、信頼関係を結んだ後、支援の3回目から外出を行うことになった。

→ ひでさんに限らず、支援開始当初、自立支援員は利用者の院内の日常の活動に入れてもらい、信頼関係を作ることを目指した。例えば利用者が参加する病院の行事と一緒に参加したり、院内のプログラムで行っている農耕作業の「自慢の畑」を見せてもらったり、売店までの買い物について行く等の活動が必要に応じて行われた。

第2段階 社会資源を知るための外出・見学

○地域にある、一通りの社会資源の見学参加を実施。（開始～2ヶ月）

ひでさんや病院スタッフ等と相談し、「院内のプログラムや入浴と重ならない日に」というひでさんの希望に合わせ、週に一度、半日程度のペースで外出・見学を始めた。共同作業所へは以前にも「見学に行ったことがあった」ということだが、あまり記憶にない様子だった。再度、社会資源の情報を伝えて、見学先と一緒に選んだ。見学先の選定に当たってはひでさんの初回面談での「料理を覚えたい」との希望を考慮し、退院後利用できる食事サービスを行っている資源を中心に考えていった。その結果、見学先には、保健所グループワーク（調理プログラムを中心に）、地域生活支援センター（昼食サービス）、共同作業所4カ所が選ばれ、そのほかにも最寄駅周辺の散策などの外出支援を行った。外出から帰院してからは、その日の感想や疑問、退院について不安に思っていることを聞き、今後の予定について話しあう時間をナースステーションで設けることを基本とした。またその際、必要に応じてケースワーカーや担当看護師にも同席してもらった。話しあいの時間を設けない時も、その日の支援終了後には、担当ケースワーカーや病棟看護師と情報交換を行い、外出時の支援の状況を伝え、支援全体の方向性を確認しながら進めた。

ひでさんとB氏は、それまで病棟では特に親しい間柄ではなかったが、事業による外出先では誘い合ってタバコを吸いに行ったりするようになり、新しい場所で互いの存在が安心につながった様子であった。



→ 未知の場所に信頼関係が深まっていない人と同行することは誰でも緊張を伴うものである。

まして、長期間入院している利用者の場合は、とりわけそのストレスが大きいであろうことは想像に難くない。そこで、外出支援の初期は、まずは利用者の通い慣れた場所（喫茶店やスーパー等）や利用者が行ってみたいと思っていたが一人では行けなかった場所に目的地を設定した。そして自立支援員との外出にも慣れたところで、地域の活動の場などのへの見学を導入するような配慮が必要な利用者も多々あった。

また初めての場所に行く際には、少し遠回りでも分かりやすい道を通るようにしたり、慣れてくると、近道やコンビニに立ち寄りたりして、周辺の地理状況を分かってもらいやすくするための工夫を織り込んだ。

第3段階 定期的な外出先の設定・通所

○保健所のグループワーク・自分で作る会（事業利用者数名の料理グループ）への週2回ペースでの定期的な参加（2ヶ月～5ヶ月目）

一週り見学を終え、ひでさんは継続的に通ってみたい場として保健所グループワークのみをあげ、メンバー登録を行った。保健所グループワークへの参加は、自立支援員が2ヶ月間は送迎を行った。自立支援員がいけないときには、ケースワーカーや看護師に迎えに来てもらうこともあった。一人で通えることを確認した後は、ひでさんとB氏2人で外出して通うようになった。また、その段階で今後の活動の場についてひでさん、自立支援員、B氏の3人で話し合ったところ、「人数の多い調理プログラムでは、調理の手順を覚えることができない。退院後のため、料理の全工程に関わり料理を覚えたい」との希望があがった。それがきっかけになり病院ケースワーカーと保健所精神保健福祉相談員に相談し、少人数の料理グループ「自分で作る会」を新たに立ち上げた。場所は他の病院の利用者も参加しやすい保健所で行うこととした。

5 ヶ月目に行ったカンファレンスで、ひでさん自身はこれまでの活動について、「料理が何度もできて作れるものが増えた。料理が楽しみになってきた。外に行くことがストレス解消になっている」と評価した。支援者側は、料理以外に退院後の生活のイメージを持てるようになるため、どこか日中の活動の場に定期的に通ってみることを提案した。ひでさんからは「退院後は働きたい。仕事を慣れるため、見学した共同作業所の配食弁当りに参加したい」との希望があがった。

本人への支援を進める一方、病院ではケースワーカーや看護師長が姉に対し、現在の状況も含めて説明やアプローチを試みるが、退院拒否の姿勢に変化が見られず、話を聞いてもらう接点すら得られない状況であった。そのため、引き続き姉に対する現況の説明と病院近隣への退院に関する協力を求めるための働きかけを行うとともに、病院周辺地域に退院した際の住まい確保のため調整（当該地域のグループホームの空室探し、以前の住所地の市との調整）を行った。

外出先からの行き帰りでの、ひでさんとの話題は年老いた親への心配、外泊や退院を受け入れない姉への嘆きなどが中心であった。自立支援員は、「入院前に住んでいた場所に戻りたい」という当初からの希望を受け止めつつ、「今、利用しているグループワークや支援センターなどを利用しながら退院する方法もある」ことを伝えた。ひでさんの答えは日によって違うが、「うーん・・・」から「そうですな。ここもいい所みたいやし。住むのはマンションか文化住宅。狭いのはいややね」と変化していった。

→ 自立支援員は、外出先においては、始めは利用者のそばにおり、少しずつ周囲の会話に巻き込み、話しやすい状況を作るよう心がけた。利用者が慣れてきて他の通所者やスタッフとの交流をするようになると、自立支援員は少し離れて見守り、両者の信頼関係が深まりやすいように配慮した。

また、退院を少しずつ具体的に検討するようになると、利用者はそれまで思い描いていたイメージと現実とのギャップを受け入れる作業を行うことになる。ここでの自立支援員の役割は、さりげない場面の中で表出される利用者のしんどさや嘆きの聞き役になり、場合によっては利用者の理解を得て支援のマネジメントを行う人に利用者の思いを代弁することであった。

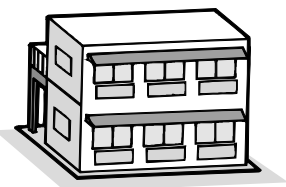
第4段階 退院後の生活設計と具体的な準備

○生活支援センター昼食作りへの継続的な通所週 2 回・保健所グループワーク週 1 回+（7 ヶ月目～退院後）

○グループホームの体験外泊（11 ヶ月目）退院（11 ヶ月目）

支援開始後 6 ヶ月目、これまで病院ケースワーカーがカンファレンスを主催していたが、ひでさんの小規模通所授産施設への作業参加の希望を受け、支援センターが主催し、ひでさん・支援センター職員・病院ケースワーカー・自立支援員が参加してカンファレンスを行った。

ひでさんは今後の支援に対する希望について「住まい（マンション）探しと、職探し」と話された。小規模通所授産施設の忙しく弁当を作る様子から、ひでさんは退院後の就職先として希望されていた様子。支援者側は本人の希望を受け止めつつ、その目標に至るまでの段階として「今できること」に取り組んでみることを提案し、話し合った結果、支援センターでの昼食作りに当面週 2 回継続して通うことや、場に慣れることを目標にすることが決まった。住まいの場についてひでさんは「まずは、前住んで



たところに戻ることですな」とまずは以前の住居に戻ることを希望されたが、入院前の住居は既に処分されておりそこに帰ることは難しいことを病院ワーカーから伝え、話しているうちに「ここもそんなに悪くない」とひでさんの話は変化してきたため、住まいは病院周辺の地域で探すこととなる。

これまでは事業による外出と病院内のプログラムや行事が重なると後者を優先させることが多かったが、これ以降からは支援センターの通所を優先させるようになった。定期的に通所し調理の活動に参加し、自分のペースでゆったりと時間を過ごすことを通じて、支援センターを退院後の居場所のひとつとしてとらえられるようになっていった様子。

支援開始 9 ヶ月目、グループホームの見学を行った。以前からの希望のまま「やっぱり入院前の場所に戻りたい」と言うのではないかと考えていたが、印象を聞くと「悪くはない」と言い気に入った様子。その後、グループホームの協力もあり、何度か体験外泊を実施する。初めての体験外泊では、今回の外泊が入院以来の初の外泊でもあった「13 年目の春が来ました」と笑顔で感想を伝えてくれた。11 ヶ月目にグループホームの入居の契約を行う。支援センターへの通所や、グループホームの体験外泊を通じて、家族への思いや以前に住んでいたところに戻りたいという思いは持ちつつも、ここに退院して生活するということがひでさんの中で現実のこととして捉えられるようになってきた様子。

この段階では、病院ケースワーカーは退院に向けた最終的な家族との調整、生活費に関する調整、身の回りの品の購入などを行い、病棟の看護師は服薬の自己管理のための指導や退院後の訪問看護の体制の準備を行っていった。また、生活支援センターではグループホームの担当者がひでさんの退院に向けた準備を手伝いながら、関係作りを行っていった。支援開始後 9 ヶ月目に退院となる。

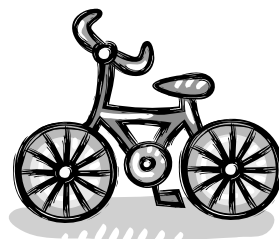
→ ひでさんの場合、退院後の生活設計と具体的な準備の段階で、地域でのサポート体制が支援センター・グループホームのスタッフなどで退院後の生活に向けてのサポート体制が十分に整備された。そのため、自立支援員はそれまでのようにマンツーマンで行動を共にする支援から、時折通所先や病院を訪問して見守るという形に支援を変えていった。退院後も 2 ヶ月間フォローとして同様の訪問を行った。他の利用者では必要に応じて、自立支援員も役所の手続きの同行や、身の回りの品を整える手伝いをすることもある。

また、家族への退院の承諾を得るための調整は、ひでさんの場合病院スタッフのみで行ったが、家族への説明の席に自立支援員や退院後の利用者を支える立場から地域の関係機関も同席し、話し合いをすることもあった。退院すれば自分たちだけで支えなければならぬと思っていた家族にとって、地域の支え手から退院後のサポート体制について話を聞くことは安心につながる。

第5段階 地域での生活

退院した当初は、退院して自由な時間が持て行動できることをよかったという一方、夜間自室で一人過ごすことが寂しいと話す。退院後は、週 1 回の通院と支援センターに週 3 回通うことになった。また保健所グループワークにもプログラムによって自分で選び参加していた。金銭管理は地域福祉権利擁護事業が利用できなかったため、病院ケースワーカーが支援した。また、グループホームでは世話人が定期的に訪問し、居室での掃除・片づけのサポートを行った。訪問看護が週 1 回のペースで数ヶ月行った。

退院して 2 年後、ひでさんは週 3 回生活支援センターに自転車で通い、昼食作りに参加し午後の時間は仲間とトランプやおしゃべりを楽しんで過ごしている。通院の時は診察が終わった後、入院していた病棟を訪れ入院患者さんとマーシャンを楽しむなどくつろいで過ごしている。地域生活支援センターでは、「ひでさんのなんとも言えない笑顔に癒されるわ」というボランティアさんの声を聞く。



<利用者の体験談> ～ ひでさんの退院後の生活 ～ 事業利用者 ひでさん

(「一緒に行こかー大阪府の退院促進支援事業ー」から抜粋)

私は退院促進支援事業を利用して退院するまで、13年間精神病院に入院していました。入院して数年してから退院のことを考えるようになりましたが、金銭的な問題があったので入院させられていました。

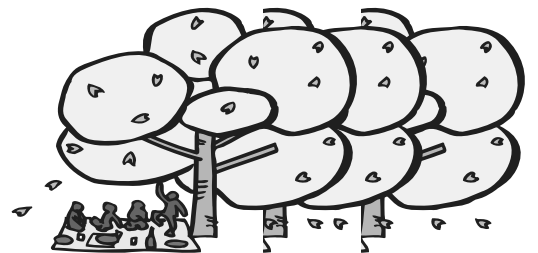
早く退院したいなという思いで入院を続けていたある日、担当のケースワーカーから事業の説明を受け、利用してみないかと聞かれました。

自立支援員さんが来てくれるようになり、はじめの頃は面会室や院内の喫茶コーナーで話をしました。自立支援員さんとも慣れてきて外出するようになり、保健所のグループワークに参加しはじめました。グループワークや保健所の料理教室で、自立支援員さんにアドバイスしてもらいながら調理しました。

それから、自立支援員さんと一緒に自立生活支援センターへ行きました。初めて支援センターに見学に行った時から、自分には合っているなと思いました。特にセンター内で昼食作りの仕事をさせてもらったのが、私にとっては非常に大きかったです。私は以前コックの仕事をしていたのですが、入院生活が長かったので料理について不安に思っていました。ですが、支援センターでの昼食作りで料理をやるようになり、退院してもやっていけるなあと思うようになりました。支援センターでの昼食作りの仕事は、退院した今もしています。

こうして私はいろんな人に支えてもらいながら、無事退院できました。退院後はグループホームで一人暮らしを始めました。病院にいる時は、いつも誰かがそばにいてくれる安心感があったのですが、いざ一人になると誰もいない生活に慣れず、夜になると寂しかったです。寂しい時はテープやCDを聴いて、なんとか一人ですごせるように工夫しました。そのうち一人の生活にも慣れて、今では、地域生活支援センターへ行ったり、病院へ通院をしながら、充実した生活を送っています。

退院促進支援事業を受けてよかったことは、自立支援員さんが私の仕事(地域生活支援センターでの昼食作り)を紹介してくれたことです。自立支援員さんはとても協力的で、うまくは言えないのですが、自立支援員さんの関わりは私を“いい方向”に向けてくれました。地域から入院している私のところへ会いに来てくれることもよかったです。入院生活を続けている皆さんも“いい方向”に向けて頑張ってくださいと思います。



(3) 支援を中断したケースについて

★B氏について

服薬せず調子を崩した本人の事後処理に困った身内が退院を反対し、長期入院になっていたケース。

支援を進める中で作業所への通所も順調に進み、メンバーとの関係も出来てくる。退院についての見通しもつき、表情も生き生きとしてくる。その後、B氏の退院に向けて、病院と家族でカンファレンスの機会をもったが、これまでの事後処理の大変さを家族は訴え、退院に関する協力は完全に拒否された。それを契機に、退院すると家族に捨てられるという思いから、本人の意思に揺らぎが生じて、しばらく作業所通所も中断。通所を再開する約束をするものの当日は来所できず、経過を見守るが、本人に変化が見られず支援を終了する。

★C氏について

退院すれば高齢の母と2人暮らしになるため、本人が自活出来るようにならないと退院が難しいと思

われたケース。

はじめから本人は退院を希望しつつも、少しでも具体的な話になると、退院に対する意欲をなくしてしまう方であった。今回、退院促進支援事業を利用して、本人に退院のチャンスを与えたいと主治医からの推薦もあり、支援を始めることになった。しかし、初回面接後に調子を崩し保護室の利用が頻回となったため、退院促進支援事業の利用をやめて院内での働きかけをゆっくりと行うことになった。

★D氏について

家族関係が悪く、障害をもつ家族がいるため、家事や経済的な負担を自分が負わなくてはならないという不安から、退院を考えることができなかったケース。

支援を受けるようになるが、症状が悪化し無断離院。自宅に引きこもってしまった本人を病院スタッフが迎えに行き、入院継続となった。それからも病状が安定せず引き続き治療優先の状態が続いたため、支援を中断することになった。

★E氏について

本人の病状が不安定で改善しない上に、家族の支援がないため、長期入院となっていたケース。

支援開始当初から作業所へ通所を行い、身なりを整えるようになるなど変化が見られた。その一方で身体的に不安定な面もあり、作業所への通所が安定しなかった。定期的に関係者によるカンファレンスを開き情報交換を行う中、最終的には、まだ入院治療が必要であることや退院の目途がつかないため、支援中断となった。

★F氏について

陽性症状はないが、固定化した妄想があり、時には起死念慮がみられた。本人と家族の退院意欲が乏しいこともあり、退院援助に結びつかずに入院が続いてきたケース。

退院促進支援事業の手続きをすすめ、初回面接を予定していたが、本人の病状が急激に不安定になり、支援を受けることが出来ない状態になった。本人の病状が落ち着いたら、支援を始める予定であったが、病状が一向に改善へと向かわないため、支援中断となった。

★G氏について

入院中に同居していた家族が亡くなったため、新居を確保する必要があるのだが、新居でひとり暮らしをするには不安があり、退院にふみきれない状態が続いたケース。

当初は、退院促進支援事業を利用することについて本人は希望していた。しかし、自立支援員との初回面接時、本人は退院の意志がないことと退院促進支援事業の利用を望まないことを発言した。その後、本人の気持ちに変化するまで支援を中断することになった。

急遽、兄弟の働きにより新居が決まったことで本人は退院を希望し、支援中断のまま退院となった。

(4) 枚方圏域での退院促進事業の評価と課題について

復帰協、医療、地域から見た退院促進支援事業の評価

① 対象者に寄り添う支援

病院職員は常日頃から対象者の個別性を踏まえた支援を心がけているが、対象者にとって病院職員は、どうしても上下関係や利害関係が絡んで来てしまう立場にある。自立支援員は病院職員とは違い、一人の対象者に対して支援を行うために地域から時間を作って来院し、対象者と並列な関係で関わり、対象



者のペースに合わせて支援を行う。そうすることで対象者にとっては、利害関係の少ない関係であると理解され、安心して支援を受けることができる。支援を継続していくと、時に対象者は気持ち不安定になり心配が高じてくるような状況になることもある。それでも自立支援員は、変わらずに支援を続けてくれる存在として繋がりを持ち続けてくれることは、対象者にとって心強い存在である。

② 自立支援員の変化

退院促進支援事業が始まった当初は、施設職員が自立支援員を兼務していた。そのため物理的な問題として、対象者とゆっくり向き合い、対象者に寄り添う支援を行うことは困難であった。さらに自分が所属している施設を中心にした支援を考えがちで、広い視野で情報を提供することも難しかった。しかし施設職員とは違う中立的な立場の自立支援員と契約するようになってからは、必要に応じた情報提供や対象者を中心とした対応が出来るようになった。それによって、対象者と病院と地域の橋渡しが上手くいくようになってきた。

③ 病院と地域との連携

対象者の支援経過や今後の方針については、毎月1回保健所で開催される自立支援促進会議で話し合われる。その中で参加されている関係諸機関に対象者の情報を伝え合い、地域で対象者を支えるためのよい連携を取ることが出来る。また自立支援促進会議に各機関の職員が集まることによって、お互いの活動や現状について理解する機会になり、職員間の交流を図ることが出来る。その結果、日常業務の中でも他機関との連携が取りやすくなっている。自立支援促進会議での対象者に関する支援の検討や各機関との連携の深まりなどから、対象者が退院してからも、引き続き地域と病院職員がお互いに連携しながら、対象者に対して支援を継続させている。

④ 新たな社会資源の創設

退院促進支援事業が始まった2000年～2004年（H12～16）までの間に、枚方市内で3ヶ所のグループホームが設立された。これはもちろん地域で生活する障害者からの要望と、今後退院してくる社会的入院者の受け入れ先としての必要性を考え、設立を実現させてきた結果である。さらに対象者の退院後の生活イメージを作っていくうえで必要なグループホームでの「宿泊体験」が大阪府のモデル事業として2004年（H16）から実施された。これは地域での生活イメージが持てない対象者に対して、実際に地域生活を体験してもらう場の必要性を感じていたことや、以前から各団体がひとり暮らしを希望する方の練習や、家族や諸事情から距離を置くためなど、必要に応じてグループホームの空き部屋を利用していった経緯があり、事業当初から「宿泊体験」の制度化を要望し、実現したものである。この「宿泊体験」の制度により、対象者、自立支援員、地域側も今の本人の生活していく力を確認でき、今後の具体的な目標を立てやすくなった。また以前からの様々な利用もこの事業の中で引き続き行われており、「宿泊体験用居室」は有効な社会資源となっている。その結果として、平成17年度からは他の圏域も含めて大阪府下8グループホームで本格実施になった。

グループホーム以外にも地域生活支援センターが設立され、対象者の利用できる場が増えた。それでも既に地域で暮らしている人でその利用は限界に近く、地域生活支援センターを補完するべく、団体・市・保健所と協議し2つの福祉作業所を新設した。

⑤ 波及効果

退院促進支援事業を実施することにより、様々な波及効果も生まれてきた。

対象者の中には、退院を希望している反面、退院について不安を感じている人がいる。時には支援を受けて退院に関連することが具体的にになっていくことで、不安感が高まっていくこともある。しかし自立支援員から支援を受けながら、地域や社会資源の情報を理解し、地域で暮らす当事者や関係機関職員とのふれあいを通して、対象者の抱いていた退院に関する不安が軽減したケースもある。さらに病院の外から来る自立支援員や地域の方との交流を通して、対象者が身だしなみを整えるようになったり、他者と会合をすることが増えていくなど、対象者が持っていた能力を高めていく場合もある。

入院前の出来事や精神疾患に対する理解不足などから、入院者の退院に関して家族の理解を得るのが難しいこともある。対象者の家族の中には事業開始前は退院を拒否される方もいた。そこで事業開始時には対象者だけでなく、家族にも事業に関する説明を行い、退院後、対象者を支えるのは様々な機関が関わることを伝え、さらに今後の支援の方針や対象者の変化を家族と共有することで、対象者に対する家族の印象が肯定的なものに変わっていく様子も見られた。また病院職員にも事業による影響が出てきている。例えば府立精神医療センターでは、病棟看護師が自立支援員と共に対象者を支援したことで、看護師対象の研究発表に事業での取り組みについて報告するようになり、看護師の中でも事業に対する理解は広まってきている。さらに他部署のスタッフに事業の説明や事例報告をしたり、学会などで発表した事業への取り組みを病院の冊子に掲載するなど、病院全体としても事業に対する理解が広がりつつある。

地域で支援をしているスタッフにとって、事業が始まる以前は精神科病院に長期入院している人の問題を身近に感じる機会は少なかった。事業が始まり、自立支援促進会議やケースカンファレンスを通して、社会的入院者の問題に対する理解が深まり、社会的入院者を地域で支える体制について考える機会になった。また対象者自身が抱える課題についてそれぞれの機関はどう捉えているのか意見交換することで、各機関の考え方や特色がより理解できた。

退院促進支援事業の問題点と課題

① 復帰協から見た問題点と課題

●家族へのアプローチ 評価では家族への働きかけによる変化について取り上げた。しかし家族の姿勢が変わらない場合もある。また家族に今後の支援方針の確認や情報提供が上手く出来ず支援が有効に進まないこともあった。利用者の退院に関する要素として「家族の理解」が大きな一つのポイントであると言える。事業として家族に対してどのような関わりを持てるのか検討していく必要がある。

●退院後、活動の場につながらない人への支援のありかた 今回取り上げた 21 人を見てみると、退院後に地域の関係機関に通うことなく生活している人が 1 人。グループホームに入所したものの、日中は地域の関係機関に出かけるというグループホーム内のルールを守れない人が 1 人いた。今後利用者が増していくと、これまでの事業対象者＝地域施設への通所という流れに乗れる方ばかりではなく、その流れに乗らない様々な特徴のある方が多く含まれてくると思われる。そのような人に対して、自立支援員だけでなく地域も含めて、どのような支援や受け入れが出来るのか考えなければならない。

●退院意欲があがらない人への関わり 病院側としては、事業を利用する事で退院に向けての意欲を向上してもらいたいとの期待も含んで推薦を上げてくることも時にはある。しかし自立支援員が関わることで全てが上手くいくわけではなく、場合によっては退院意欲が上がらないまま事業を中断すること

もある。事業開始前や支援が始まった後に、本人と関係者は退院や事業利用に関する思いをきちんと話し合い、関係者の思いだけが先走らないようにすることは大切である。

●地域の受け入れについて 年度を追うごとに退院後の地域の受け入れについて慎重にならざるを得ないケースが増えてきている。地域の関係機関に顔つなぎする場合も十分に時間を取って本人と関係機関との関係を作る支援が求められる。本人の個性を重視しつつ、退院後利用者を受け入れる地域も安心できるネットワークづくりを形成していかなければならない。

●退院に至らず中断した方への関わり 退院に至らず支援中断したケースに関しては、その後は事業による特別な関わりはなく、病院スタッフに任せたままになっている。直接的な関わりは難しいと思われるが、何かしら支援を受けた時の経験を生かした関わりがあると、より幅広い支援が考えられる。

② 病院から見た問題点と課題

退院促進支援事業で対応できない入院者は大きく2つに分けることができる。自ら退院を望まず病院を生活の場と考えるものと、退院を望んでいるが社会的な受け皿が無く退院出来ない人である。前者は長期入院化による退院への意欲低下や退院後の社会生活への不安が強く、病院での安定した入院生活の継続を望む人である。後者は退院を希望するが退院後に地域での社会資源が利用出来ない人で、極めて社会的入院の要素が強い。前者の退院を望まない人に対しては、病院内での生活意欲や能力を高める治療プログラムがSSTやデイケアのみで少なく、退院への意欲向上や実生活での能力を高めるのになかなか繋がっていかないのが主な要因として上げられる。後者は、例えば精神症状が安定している高齢者で、精神障害である事から老人施設が受け入れてくれなかったり、精神障害の程度から適応する施設が無く、居住生活が困難で病院以外に生活の場が無い人もいる。又、覚醒剤中毒等の薬物依存者や最近増加しつつある人格障害者に対して地域で受け入れ出来る所は極めて少なく、身体合併症を持つ者や他障害との複合障害を持つ人も同様に少ない。社会資源を利用できない人が退院促進支援事業に対応できなかった主な要因として、やはり地域での社会資源の絶対量の不足と選択肢の少なさが上げられる。限られた社会資源と狭い選択肢ではこれらの社会的入院者に対応することは出来ず、入院が長期化している。

病院では長期入院者に対して、生活意欲や実生活能力を高める社会復帰のための治療プログラムの充実や、また家族への教育等サポートプログラムが必要であり、もし望めるならばプログラムにピアカウンセラーを導入することで波及効果が期待できる。退院計画にはケアマネジメントの手法を使い、退院阻害要因を明らかにし的確な支援目標を立て、地域の関係機関とのより綿密な連携により退院を押し進めていかなければならない。又退院後の医療的保証として症状が悪化した時に適切な治療の対応が可能なよう、精神科救急医療体制の充実も必要となる。覚醒剤中毒等の薬物依存者や人格障害者に対しては、治療効果のある対応は非常に困難であり専門医療機関の設立が必然である。身体合併症に対しては、精神障害に対しての偏見を捨てて一般医療機関の協力を仰ぎ医療ネットワークの構築が早急な課題となる。

精神科を持つ総合病院では、身体合併症を持つ入院者が多く、その長期化・高齢化が問題となっている。今後、人工透析や常時車椅子が必要で、介護保険の対象にもなる人の退院後の生活を支えるためには、医療と一体になった住宅社会資源が必要となる。本人の家族に代わる援助機能や既存のヘルパーや訪問看護との密な組み合わせが退院の可能性を増すことは考えられる。

地域で生活する精神障害者は、その地域での医療機関で治療を受けることが多く、今後は地域の精神科クリニックと入院設備のある病院との、より密な医療連携や保健所・市障害福祉室との協力も進めていかなければならない。

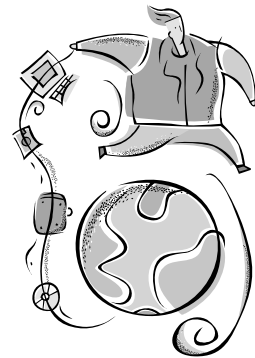
③ 地域から見た問題点と課題

まず問題としては支援終了後の連携が挙げられる。支援中は自立支援員が中心となって関係機関にも連絡を取り合い、支援の内容を検討することができるが、支援終了後はそれを話し合う場がなくなってしまうことへの不安がある。これまでは退院後の支援は所属する施設にゆだねられ、本人が望む形の生活と、支援中に目標としていた生活とのギャップが生ずる場合、また本人が所属するはずだった施設の利用を望まないときなど、関わる職員は地域での一生活者である本人の意思をどこまで尊重すればよいのか、他の支援方法はないのかなど対応を検討する場がなかった。もちろんすべての退院者に手厚い支援体制が必要だとは考えていないが、退院したからといって対象者の抱える問題がすべて解決したわけではなく、引き続き関係機関が集まり検討する機会が必要である。退院後の支援の中心を担うために、大阪府独自施策として 2004 年度（H16）から地域支援の中心となるケアマネジメント制度が導入され、地域生活支援センターにケアマネジメント従事者が配置されているが、実際には地域生活支援センター職員が兼務する形となっていて、支援体制の中心となって動く余裕があるのか疑問が残る。

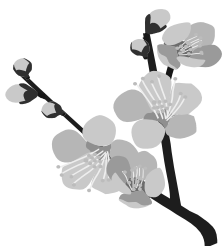
また今後とも増大する退院者を支えるためには地域資源の整備と補充が必要である。この数年で 3ヶ所のグループホームが設立されたとはいえ、現在枚方市内にあるグループホームは満室であり、今後も希望者が増えることはあれ、空きが出る見込みは少ない。現在入居している人に独居を促すも、本人の意思や生活力、保証人の問題など、簡単には進まないのが現状であるし、仮に空きが出たとしても対象者のために確保しておくことは財政的に困難である。新たに設置しようとするなら、赤字覚悟で進めなくてはならない状況で、地域の各団体がいくらがんばっても負担は増すばかりである。また各社会復帰施設も登録者は定員を超え、新たな利用者を受け入れることも大変な状況である。退院促進支援事業の対象者を始め、地域で暮らす障害者にとって「住む場」や利用できる社会資源の整備と拡充は必要である。特に宿泊体験事業や財源・人員確保の問題を含めたグループホーム制度の整備、グループホームへのヘルパー派遣の導入、それ以外の住居を希望する方には公的保証人制度の創設なども平行して取り組むべきではないだろうか。

今後の大きな課題として、社会的入院者だけではなく、すべての障害者が地域生活を始める時に、多様な場から自分に合った場を選べるのが望ましいのは言うまでもない。しかしながら今後の国の施策の方向性は、現在ある社会復帰施設のあり方までも変えてしまう内容となっている。強制的な機能分化と「働く」ことを主とする支援のあり方は、これまでの柔軟な活動が当事者の地域生活を支えてきた歴史を覆すものであり、働くことが困難な精神障害者はどこへ行けばいいのか記されていない。また地域資源やサービスを受ける際の利用負担制度の導入などは、障害を抱えながら地域で暮らす人々の生活状況を無視した内容であり、枚方でも多くの団体がこの施策の見直しを求めて声を挙げている。

枚方市内で各団体が作り上げてきた地域資源は、精神障害者が使える制度や資源が何もなかった頃からそれぞれが必要に応じて柔軟に築き上げてきたものである。病院から地域へ、そして家から一歩出て仲間がいるところへ。そこからスタートし現在のような多様な支援の形を展開してきたのである。そしてそれぞれの団体や医療機関などが横の繋がりを持つことによって、この退院促進支援事業が成果をあげてきたのであろう。しかしながらこれまでの退院促進支援事業の中で感じてきた地域で支える側のしんどさは、まだまだ地域支援体制が不十分であることの裏返しである。長期にわたる入院のため、保護的環境を必要とする人々を退院させていくこの事業は、もう一方でこれまで以上に地域支援体制を強化していくことでようやく両輪が動くのではないかと、当事者が選べる地域資源をもっと豊かにすること、



さらに支援が必要な人には医療も含めたネットワークを構築できるようにすること、そしてようやく出来上がった地域での連携を深めながら、今後も必要に応じた柔軟な活動や体制を作っていけるように、実態に寄り添った施策を進めていかなければならない。



まとめ 精神保健福祉・医療の課題

前述までのように、枚方圏域ではこれまで医療機関、地域が各々障害者を支えるための種々の取り組みを重ねてきた。大和川病院の事件をきっかけに大阪府下の病院にまだまだ多くの障害者が長期入院を強いられており、それはまさに行政の不策にあり人権の侵害であるとの大阪府精神保健福祉審議会からの大阪府知事への答申であった。そのため2000年（H12）より退院促進支援事業が開始され、枚方圏域ではいち早く病院・地域が共にその共通課題と考え、取り組みを始めたのである。

1970年代から入院者の退院に取り組み始めた府立精神医療センター、開院して20年になり10年目から長期入院者の早期退院に取り組み、現在では長期入院者の少ない関西記念病院、総合病院であるため内科の合併症や人工透析が必要であるため大阪府下の精神病院から転院し、そのまま長期入院となり高齢化が課題となっている東香里病院。これら病院も退院可能な人を地域で支えようと考えた。医療機関の取り組みの一方、現在の4団体（1通所授産施設、1地域生活支援センター、7小規模通所授産施設、7グループホーム、2福祉作業所）による活動は、もともと家族会や市民団体の活動であり、在宅の障害者の地域生活を地域でどう支えるか、その生活をより豊かにするには何が必要か、が原点であった。これら団体の活動によって、退院した人々が「病院しか行き場がない」というのではなく、地域の活動にも参加し、生活の幅を拡げ、質を豊かなものにして行く可能性が広がった。一方で枚方圏域の長期入院者の中には、元々市内に居住地を有していたのではなく、何らかの事情で市内の病院に入院し、長期化し、退院には至っていない人たちが多く存在し、そういった人たちが、ある意味では最後のチャンスとして退院促進支援事業の対象者となったと云っても過言ではあるまい。

これまで述べてきたように、市内で医療と地域との多様な活動が展開されていたところに、退院促進支援事業が新たな支援が必要な人への支援の方法のひとつとして展開され、実証されて行った。支える力は医療と地域の活動が不十分な状態で発揮できるものではなく、また当然のことながら退院促進支援事業だけがあって退院が促進されていくものではない。

退院促進支援事業についての振り返りをする中で、実際に退院に至っていない多くの長期入院者がいることを見てきた。病院から居場所が変わることだけではなく、一人一人の想いや状態に沿った生活を維持し、豊かなものにしていくためには、単に退院促進支援事業を唱えるのではなく、医療と地域の複合的な取り組みや、制度についての見直しが必要であると考えます。

参考*1：大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課

「大阪府精神障害者退院促進支援事業報告書 2000年度～2004年度（H12～16）」

年	精神医療・福祉の動向	行政	医療	地域
76(S51)			旧中宮病院；この頃より中宮病院の周辺にアパート退院し、一人暮らしをする人が出始める。（ピークは1975年～1978年で、年間100～150人、フォローが必要な人は年間40～50人に上った。）	
78(S53)				ささ舟会（退院者の会）の発足＝陽だまりの会の母体の一部
81(S56)		枚方地区精神衛生連絡会の結成。（保護課、保健所、病院）		
83(S58)			関西記念病院開院。	
84(S59)	宇都宮事件			
86(S61)			旧中宮病院；院内リハビリ委員会が訪問看護が業務として認められる。	
87(S62)	精神保健法の成立。 『入院医療から地域ケアへ；任意入院制度・精神医療審査会・人権擁護・社会復帰促進・社会復帰施設（援護寮、福祉ホーム、授産施設）の開始。』	市；精神障害者の問題も含め、精神薄弱者等問題検討委員会を社会福祉協議会に委託。保健所；「精神障害者の住みよい町作り講座」「精神障害者を持つ家族のつどい」を開催。	民生委員が中心となり、地域に住む精神障害者との関わりを行い、病院との橋渡しをPSWが担う姿が見られていくようになる。	
88(S63)			旧中宮病院；応急入院指定病院となる。	精神障害者の生活の場作りを考える市民の会準備会発足。
89(H1)		府；精神障害者共同作業所運営助成事業開始。精神障害者社会復帰施設整備補助事業開始。		陽だまりの会；共同作業所「陽だまり」開所。 地域家族会やなぎ会発足。
90(H2)				やなぎ会；共同作業所「やなぎ工房」開所。
91(H3)		府；精神科救急医療整備運営事業開始。	旧中宮病院；精神科緊急指定病院となる。 東香里病院；保護室等廃止。アパート退院等の動きが出てき始める。	やなぎ会；授産施設設立検討会発足。 陽だまりの会；共同作業所「ランチショップ陽だまり」開所。
92(H4)				やなぎ会；共同作業所「ぐるーぶ風」開所。社会福祉法人やなぎの里設立準備会発足。
93(H5)	精神保健法改正（5年後の見直しによる）。 『施設から地域へ；地域生活援助事業（グループホーム）一部欠格条項の見直し。障害者基本法制定（3障害合同の施策化を進める方向性）。』	府；こころの健康総合センター設置。精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）を開始。「病院改革プログラム診療機能の見直し編」。「府立中宮病院基本問題懇談会」の設置・開催。	旧中宮病院；精神科デイケアを開始。基本問題懇談会で「今後のあり方について」を提言。関西記念病院；精神科デイケアを開始。アパート退院が始まる。	陽だまりの会；共同作業所「ワークショップちゃぶ」開所。 さくら会憩いの家からさくら会作業所（現社会福祉法人宝桜会）に。 やなぎ会；グループホーム「やなぎ寮」「すみれ寮」開所。 枚方市内3団体（共同作業所群）の共通の取り組みとして、市内の他団体とともに連携し、講座を行う「精神保健ボランティアセミナー」開催。
94(H6)				やなぎ会；社会福祉法人やなぎの里設立。 3団体合同、実行委員方式のクリスマスパーティーを開催。（継続して毎年開催）
95(H7)	精神保健および精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）。『自立と社会参加；精神障害者福祉手帳実施、社会復帰施設が福祉工場を含めて4類型に。』			陽だまりの会；共同作業所「茶房まどれえぬ」開所。 やなぎ会；授産施設「ばびるず」開所。
96(H8)		市；枚方市障害者基本計画策定（H8～H14まで）。 府；府立の病院に対し「経営改善10ヵ年計画」策定。	旧中宮病院；病院整備計画（旧中宮病院の役割と備えるべき機能）を提示。 関西記念病院；デイケアセンターを開設。	障害者の自立をすすめるフォレスト倶楽部；共同作業所「ぼうんどケーキ村」開所。グループホーム「フォレストハウス」（交野市）開所。 やなぎ会；共同作業所「ぐるーぶ風」が「ハウスゆう」に名称変更。 陽だまりの会；「まどれえぬ」の2Fに任意の生活支援センターを開設。
97(H9)	大和川病院事件	府；精神障害者地域生活支援事業（地域生活支援センター）開始。	旧中宮病院；基幹精神病院の役割を果たすため短期治療型病院への転換を緊急措置、措置入院、民間病院の難治例、薬物中毒等の受け入れ病院へ。	
98(H10)			旧中宮病院；「経営改善計画」に基づき基本構想事前検討で「基幹精神病院として果たすべき役割」を検討。東香里病院；訪問看護ステーションを開設。介護老人保健施設カリタス東香里（84床）の創設が認可される。	
99(H11)	精神保健福祉法の改正（5年の見直しによる）。 『保護者の義務の一部軽減。医療保護入院などのための移送。社会復帰相談業務など、市町村の役割になる。』	府；府立病院に対して「（新）経営改善10ヵ年計画（H11～H20）」保健所；精神保健福祉関係機関実務者会議開催		陽だまりの会；NPO設立登記。「NPO陽だまりの会」発足。グループホーム「メモリーハイツ」開所。
00(H12)	介護保険施行。	府；「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」審議意見具申。府独自の事業として社会的入院解消研究事業（退院促進支援事業）開始。枚方保健所；自立支援促進会議と退院促進支援事業の試み開始。	旧中宮病院；病棟再編整備計画（地域医療への関わりなど）検討。	陽だまりの会；グループホーム「ハイツうらら」開所。
01(H13)	大阪池田小学校児童殺傷事件	府；精神障害者ピアヘルパー等養成事業実施。精神障害者小規模通所授産施設運営等助成事業実施。	旧中宮病院；建て替え問題浮上。在宅医療室設立（病院全体の取り組みとして発足）。	陽だまりの会；枚方市精神障害者地域生活支援センター「陽だまり」開設。
02(H14)	「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称変更。 市町村に社会復帰相談窓口ができ、より身近な窓口でのサービス提供が行われるようになる。 居宅介護等支援事業・短期入所事業の開始。	市；精神障害者の社会復帰相談窓口を開設。	旧中宮病院；1病棟休床。	やなぎ会；グループホーム「みずき寮」開所。 陽だまりの会；ホームヘルパーステーション「風人」開設。
03(H15)	心身喪失者等医療観察法成立。 他障害者支援費制度の実施。		旧中宮病院；「府立精神医療センター」に名称変更。 関西記念病院；ストレスケア病棟開設。	フォレスト倶楽部；府営住宅の2室を利用しグループホーム「フォレストハウス村野」開設。
04(H16)		退院促進支援事業の一環として、グループホームでの「宿泊体験用居室確保事業」モデル事業を枚方で実施、大阪府下25ヶ所の地域生活支援センターの機能強化としてケアマネジメント従事者を配置。	府立精神医療センター；1病棟休床。「大阪府立精神医療センター再編整備事業」報告書発行。	フォレスト倶楽部；精神障害者福祉作業所「やすらぎ」開所。 陽だまりの会；グループホーム「ハイツ ユウ・モア」開所。 やなぎ会；福祉作業所「クロスロード」開所。