

東大阪市の地域移行・地域定着のあり方を考える
～ 病棟訪問モデル事業報告 ～

平成22年度「地域精神保健福祉活動事例集10」を報告いたします。

本事例集では、東大阪市が独自のモデル事業として取り組んでいる入院中の精神障がい者に対する病棟訪問活動を取り上げます。

大阪府の退院促進支援事業は平成12年に始まり、10年の節目を迎えています。この間に長期入院者の退院支援は国の事業となり全国的な動きとなりました。そして現在「地域移行・地域定着支援」は障がい者の方々の支援の大きな柱のひとつになっています。

東大阪市では、平成16年度から大阪府の退院促進支援事業に取り組む中で、精神障がい者が病院から退院し地域で生活するための支援の流れを、地域のシステムとして作り上げることができないかと検討を続けています。東大阪市こころの健康推進連絡協議会実務担当者会議で、支援者がそれぞれの立場で意見を出し合い議論をし、そして、その議論を形だけに終わらせないために病棟訪問活動を立ち上げました。個別の具体的な支援から得られる障がい者自身の変化や支援者の感覚を常に大切にしながら、東大阪시에適したシステム作りを目指しています。

「地域移行・地域定着支援」という短い言葉の中には、「精神障がい者の方々が希望通りの退院をして住み慣れた地域で暮らし始め（地域移行）、安心して生活続ける（地域定着）ための流れを作る」という深く重い意味が込められています。ぜひこの事例集をお読みいただきそれぞれの地域での実践の参考にしていただければと思います。

はじめに	1
1 地域移行・地域定着検討チームでの検討とモデル事業の発足	3
(1) 退院促進支援事業への問題意識～5年間の振り返りから	
(2) 地域移行・地域定着検討チームの立ち上げ	
(3) モデル病棟訪問活動事業の開始	
2 阪本病院モデル病棟訪問活動の実際	6
(1) モデル病棟訪問活動	
(2) 阪本1-1病棟探険くらぶの活動	
3 モデル病棟についての調査	11
(1) モデル病棟訪問活動についてのアンケート調査	
(2) モデル病棟退院者の調査による事業効果の検証	
4 モデル病棟訪問活動への評価（病院及び地域支援者の意見と感想）	20
5 地域におけるその他の活動	24
(1) ピアサポグループの活動	
① 花園生活支援センター「希望の会」	
② 地域生活支援センターふう	
(2) 阪本病院デイケアセンター社会資源ミーティング	
6 地域移行・地域定着検討チームの動き	27
7 今後に向けて	28

(巻末資料)

資料1「東大阪市こころの健康推進連絡協議会設置要綱」

資料2「東大阪市退院促進支援事業聞き取り調査」(平成16年7月～平成21年7月末)

資料3「地域移行・地域定着システムフロー図」

資料4「地域移行・地域定着システムの各段階における具体策」

資料5「探険くらぶ(台本)」

大阪府こころの健康総合センターでは、平成20年4月から法令に定めるもの、医学用語、他団体の組織名を除き「障がい」と表記しています。ただし本事例集では、執筆者の原稿のまま掲載しています。

はじめに

東大阪市は、河内平野のほぼ中央部に位置し、西は大阪市と、南は八尾市と、北は大東市と接し、東は生駒山系で奈良県と境を接する、面積61.81平方キロメートル、人口51万5千人の中核市である。

1保健所3保健センターで精神保健福祉業務を担当し、管内には精神科病院2ヶ所

(病床数約1000床)、精神科診療所17ヶ所(総合病院外来1ヶ所含む)、訪問看護ステーション5ヶ所がある。精神障がい者福祉サービス提供施設及び事業所については以下の通りである。

精神障がい者福祉サービス提供施設及び事業所	
委託指定相談支援事業所	2ヶ所
指定相談支援事業所	1ヶ所
地域活動支援センターI型	2ヶ所
生活訓練事業所	4ヶ所
就労移行事業所	2ヶ所
就労支援継続B型事業所	12ヶ所

(平成22年8月1日現在)

東大阪市では、平成16年7月、東大阪市こころの健康推進連絡協議会(資料1)を設立し、関係機関のネットワーク作りを図っている。(図1「組織図」)この協議会では東大阪市の精神保健医療および福祉に関わるあらゆる機関が集まり、精神障がい者の退院促進支援を中心として地域移行・地域定着を継続的に検討する実務担当者会議と、より特化した課題を検討する部会やプロジェクト会議を置いている。そして精神障がい者が暮らしやすく社会参加が進む地域づくりを目指して、社会資源の創出及び地域精神医療の充実といった、地域の精神障がい者を取り巻く課題の解決と理解促進及び広く市民のこころの健康づくりを目標に検討を重ねている。

東大阪市の退院促進支援事業は、大阪府の実施を受けてその協力のもと平成16年度から始まったが、実務担当者会議のほとんどの時間を事業報告とその検討に費やしていた。しかし退院促進支援事業に直接関わっていない機関は問題意識を持ちにくく議論が深まらない状況が続いた。

せっかくこれだけ多くの機関が集まりながら、この場を無駄にしていないか、もっとやれることがあるのではないかという反省から、現在の実務担当者会議は参加者からの意見を集約し、地域の精神保健福祉の課題を拾い上げ、検討をしていく場へと変化し、地域の精神保健医療と福祉の関係機関が一枚岩となって連携を深めてきている。

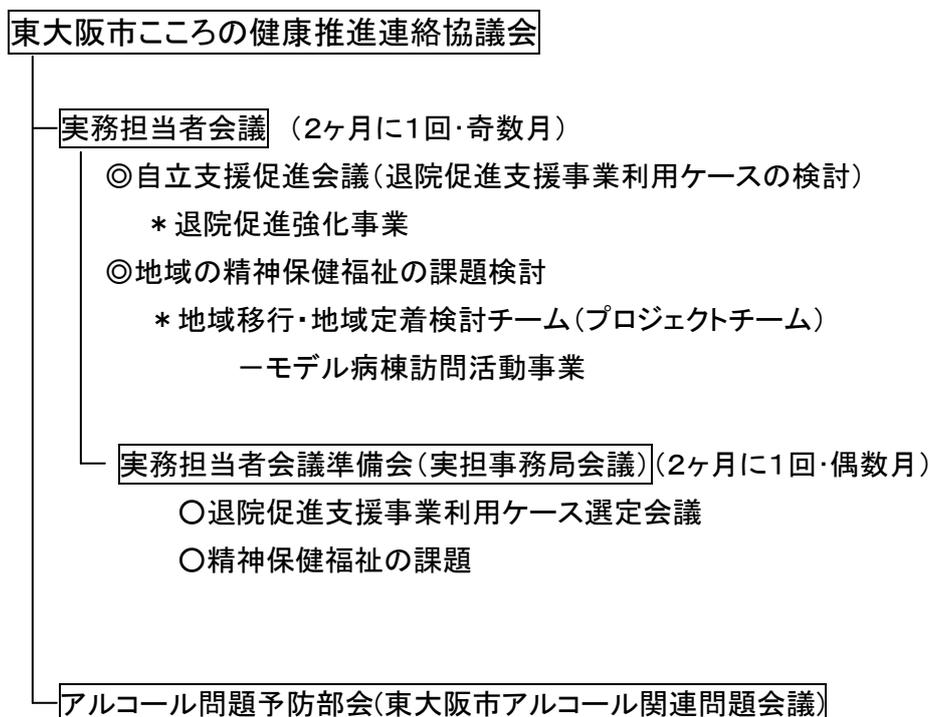
平成21年度東大阪市自立支援協議会に

において「精神障害者のサービス提供システムの構築」が重点課題となり、この課題を重点的に検討するため、東大阪市こころの

健康推進連絡協議会実務担当者会議の中に「地域移行・地域定着検討チーム」を立ち上げることとなった。

(図1)「組織図」

東大阪市こころの健康推進連絡協議会



この冊子は地域移行・地域定着検討チームが中心となり、東大阪市こころの健康推進連絡協議会実務担当者会議でも検討を重ねてきた、東大阪市の独自の地域移行・地域定着支援事業の、新たなシステム構築に向けた活動についての報告である。

退院促進支援事業のノウハウを生かしながら、もっと地域の中で、対象者も支援者もしんどくならず、負担も少ない地域移行・地域定着の仕方はないのか。多職種チームによるアウトリーチ支援という方向性が国から出される中、まずは地域も抵抗なく病院に行ける、病院も抵抗なく地域に行ける、

という精神障がい者を取り巻く医療と福祉の機関同士が連携できる基盤づくりが必要なのではないか。それが前提にあって、障がい者のみならず市民が安心して生活できる地域づくりになるのだと思う。

そんな私たちの思いをこの事例集から汲み取っていただき、またそれぞれの地域の参考にさせていただければうれしい。



1 地域移行・地域定着検討チームでの検討とモデル事業の発足

(1) 退院促進支援事業への問題意識～5年間の振り返りから

東大阪市が退院促進支援事業を実施した平成16年7月から平成21年7月までの5年間に、この事業を利用した12例について、主たる支援者からの聞き取り調査を実施した(資料2)。

対象事例12例中、8例が退院し地域生活を送っている(平成21年7月末現在)。

退院後地域定着している対象者を見ていくと、病院ケースワーカーや看護師、自立支援員、ケアマネジメント従事者等退院促進支援事業に関わるスタッフと入院中から関係を作って、地域に帰ってもその関係性が継続していた。

逆に、再入院者を見ていくと、人との関係の持ちにくさを持つこと、退院後のサポ

ート体制や資源にうまく繋がらなかったこと等が特徴として挙げられる。

一般的に長期入院者は社会性が乏しくなる傾向があるため、退院後地域に定着していくためには、入院中から地域で生活する際の支援者との関係を作り、地域に帰ってもその関係性を安定して継続することが有効だということが調査から読み取れた。

調査から推察されたことは、退院促進支援事業をもってしてもどうしてもうまく地域定着しない障害者の存在があること、そして、病院から出ること以上に、出た後の支援、地域に定着できる流れを作ることが大事で、これは入院中からの関わりで決まるということであった。

(2) 地域移行・地域定着検討チームの立ち上げ

東大阪市自立支援協議会において、「精神障害者のサービス提供システムの構築」が平成21年度の重点課題となった。そこでこのころの健康推進連絡協議会実務担当者会議で「精神障がい者の地域移行・地域定着」に焦点を当てて討議することとなり、「地域移行・地域定着検討チーム」というプロジェクト会議を立ち上げた。

平成21年度の地域移行・地域定着検討チームによる検討の経過と今後の課題は以下のとおりである。

<平成21年度検討の経過>

○ このころの健康推進連絡協議会実務担当者会議に精神障がい者の地域移行・地域定着検討チームを設置して、課題の解決

について議論を重ねた。

○ 精神障がい者の地域移行・地域定着については、病院や施設スタッフを中心とした取組や退院促進支援事業などで進めているが、それらの支援をもってしてもどうしてもうまくいかない障がい者の存在があることが明らかとなった。

○ 精神障がい者が地域への移行後安定した生活を送るためには、退院・退所後の生活を見据えて、その人の生活が入院中であっても退院後であってもその時々で分断されない支援が必要だと考えた。

○ これらの議論を受けて、精神障がい者の地域移行・地域定着を進めていくためのシステム(資料3)及び具体策(資料4)

をまとめた。

- 上記システムを円滑に進める策として、病院や施設スタッフと地域支援者が共にケース検証する場を持ちそれぞれの目を通して地域移行の可能性を探る「地域移行ケース調整会議（仮称）」を考えた。
- 今後の課題として挙げられたもの>
- 「地域移行ケース調整会議（仮称）」の準備段階として、地域支援者が日常的に病棟に入り、地域移行への動機付けを図っていく取組（モデル病棟訪問）を実施する。
- 今回の案を具体化する方法を検討し、また病棟訪問活動の検証を通じてその有効性を明らかにする。
- 地域移行から、次の段階としての地域定着に重点をおいたシステム構築を検討する。
- ピアサポートグループの組織化などで検討チームへの当事者参加を図り、当事者の意見を汲み上げる。
- 効果的なサービスの提供に欠かせない「当事者と支援者との関係性」の質を上げるために、支援技術の向上を図る。

精神障がい者の地域移行・地域定着については病院や地域各関係機関が、個々の機関の力量を発揮し、時に連携・協力し、また退院促進支援事業を利用しながら進めているところだが、それらの支援をもってしてもどうしても地域移行・地域定着がうまくいかない困難ケースが存在することが議論の中で話題になった。

精神障がい者の中にはニーズ表明が困難なために必要な支援が受けられなかったり、

当事者の望む支援ではない支援を受けている場合がある。本人にとって必要かつ望むサービスが十分に提供されない状況では、安定した地域生活への定着は難しい。入院・入所中から、その人の退院・退所後の地域生活を見据え、その人の生活がその時々で分断されず一本の線として流れていくように支援していくことが、精神障がい者が地域で元気に暮らしていくために必要ではないか。しかし、現在の精神科医療、障がい福祉サービスの制度では同じ支援スタッフが入院・入所中から退院・退所後の生活まで、当事者に寄り添いながらきめ細かい支援をしていくことは難しい。退院促進支援事業や生活訓練事業（訪問型）などの制度の組み合わせで試行錯誤的に実施している例もあるが、障がい福祉サービス利用の有無にかかわらず、一貫したケアマネジメントと直接支援が受けられる制度が必要である。

また、精神障がい者へサービス提供することにおいて、効果的にサービスが提供できるかどうかは当事者と支援者との関係性に左右されるという意味で、支援者の果たす役割は大きい。関係性の質によっては、同じサービスを提供しても全く違う結果になることもあり得る。精神障がいに関わらず、対人サービスは人間関係を基盤とする支援が重要となるが、特に精神障がいの場合、自信の無さや不安の高さ、性格的気質、環境への適応能力の低さといった障がい特性や病気の特徴があるため、サービス提供者が本人といかにうまく人間関係を作れるか、これがその後のサービス導入や地域移行・地域定着に大きく影響するのではないかと考えた。

さらに、地域移行・地域定着を効果的に進めていくためには、関わるスタッフの援助技術力向上に加え、地域社会の障がい者理解（施設コンフリクトをつくらない等）や社会資源の充実などの社会的な基盤づくりの重要性が指摘された。

（３）モデル病棟訪問活動事業の開始

このような議論の中、新たな取組みとして「地域移行ケース調整会議（仮称）」が提案された。これは病院や施設職員と地域支援者が共にケース検証することで、それだけでは気づきにくい地域移行への可能性に気づき、より効果的な支援方法の提案を狙いとしたものである。

この会議を可能にしていくためにはまず地域支援者が日常的に病院や施設に出入りして、入院・入所中の当事者を知ることが必要である。病院側がモデル病棟を定め、そこに地域支援者が日常的に出入りする取り組みを進めていけないだろうか、との意見から、モデル病棟訪問事業が発足することとなった。

<モデル病棟訪問活動の目的>

- 1 入院中から、本人と地域支援者との関係を作ることで、移行後の安定した地域定着を図る。
- 2 日常的に地域支援者が病院に入り、入院中の患者さんのことを良く知ること、病院の目からだけでなく、地域の目からも地域移行の可能性を探る。
- 3 病院の生活に安定してしまっている慢

また今回の議論では当事者の意見の汲み上げが出来ていないことの反省にたって、地域活動支援センターⅠ型を拠点として活動を始めているピアサポートグループの参加の必要性が語られた。

性長期の患者さんに、地域の風を入れる（外への関心を持ってもらう）。

- 4 まだ退院というには不安な患者さんに、地域の情報を聞ける「場」を提供する。
- 5 地域が病院での関わりを知り、病院が地域の社会資源や支援者を知ること、支援スタッフ間の相互理解を深め、人間関係を形成する。



2 阪本病院モデル病棟訪問活動の実際

(1) モデル病棟訪問活動

モデル病棟訪問活動は、地域移行・地域定着検討チームでその提案が挙げたとき、チームメンバーであった阪本病院ケースワーカーから、「うちの社会復帰病棟でお願いしてみましょう」という申し出があったのが発端である。

ちょうど、その病棟でも、状態は安定し、いつでも退院できる状態にありながら、本人の意欲や退院後の環境等の問題で、なかなか退院に至らない患者層をどうするかが課題となっていた。退院に向けて取り組んでいるものの病院職員だけではきめ細かい支援が困難であり、本人が退院を強く希望

しないような、いわゆる「おとなしい人」と退院の対象として意識されにくいこと、本人も病院の生活に安定してしまい、外へ出て出ようという意欲が湧かないことなどから、次の打つ手を模索していた時期でもあった。病棟職員の中にも地域の人に触れることで社会資源に関する知識が深まり、病棟自体に地域移行への雰囲気が高まるんじゃないか、といった期待があった。

双方の意図が合致し、試行的に開始したのが平成22年2月である。

2月・3月の試行を経て、4月から本格的に実施している。

<対象病棟>

阪本病院開放女子病棟 50床 平均年齢 60歳ぐらい

統合失調症 4~5割 半数以上が在院期間 5年以上

(病棟の取組み) 毎週火曜日午後「コミュニティミーティング」

毎月第2水曜「小グループミーティング」

その他月1回頻度で「外出グループ」「お誕生日会」など。

<実施方法>

地域支援者が支援チームを作り、ローテーションを組んで3名単位で訪問。

(支援チーム) 地域生活支援センター、広域ケアマネジメント従事者、自立支援員、福祉事務所退院促進支援担当ワーカー、保健所、保健センター

支援チームでの週1回のコミュニティミーティングへの参加と、ダイルームや病棟での患者さんとの自由な交流を活動の基本とし、地域の存在と顔を覚えてもらい、地域移行(退院)への動機付け及び退院可能性のある患者の掘り起こしを行う。関係性のできたスタッフによる退院促進支援で、

地域へのソフトランディングを図る。

コミュニティミーティング後病棟スタッフ(医師、看護、PSW、心理、OT等)とカンファレンスを行い、患者さんの情報等聞く。

訪問活動終了後には、病棟担当PSWとカンファレンスを行い、情報を共有する。

病棟訪問活動スケジュール

15:00～15:30	病院受付に集合、病棟にて打ち合わせ コミュニティミーティングの準備
15:30～16:00	コミュニティミーティング
16:00～16:30	病棟スタッフとコミュニティミーティングの振り返り
16:30～17:00	患者さんとの交流
17:00～17:30	病棟担当 PSW との振り返り

訪問活動を始めた当初、患者さんには地域支援者に対し、何をしに来ている人なのか、どんな人なんだろうという戸惑いがあったように思われた。同様に地域支援者側にも、患者さんとどのように関わってほしいのかという戸惑いがあったが、病棟ではそれぞれが患者さんに話しかけ、雑談をしたり患者さんの輪に入ったりし、患者さんとの関係性を作っていくように活動を行った。

訪問活動を続けていくうちに、患者さんの方から声をかけられるようになり、退院についての話や地域でどのように生活したらいいか、生活するお金について悩んでいる、という話などが聞けるようになった。また、直接話をしない患者さんも、そばに来て、他の患者さんが地域支援者と話しているのを、興味深そうに聞いていたりする姿が見受けられるようになった。

これらの変化は、地域支援者がどこから来ていて、来ている目的が何なのかが患者さんに浸透してきたこと、また、5月から始まった社会復帰ミーティング「阪本1-1病棟探険くらぶ」（後述）で地域の情報を伝えていったこと、等が関係していると思われる。

病棟看護からは、退院に向けて動いてほしいような患者さんに話をしていって欲しいという依頼も出てきた。

訪問活動を始めて、このモデル病棟から何人かの方が退院した。「あの人が退院できるのであれば自分にも退院できるのではないか」と話す患者さんも出てきている。一緒に過ごした仲間が実際に退院したこと、また、地域支援者が病棟訪問活動を毎週行っていること等が、患者さんに少しでも地域への意識を持ってもらうことにつながったのではないかと考える。



(2) 阪本1-1病棟探険くらぶの活動

こうして始まった病棟訪問活動であるが、①病棟訪問活動だけでは今一步地域の情報を伝えきれないこと、及び②週1回の病棟ミーティング参加だけでは患者さんとの関係を築いていくのは難しいことから、病院

ケースワーカーの提案で、地域支援者が中心となって、新たな病棟プログラムを作ることとなった。それが阪本1-1病棟探険くらぶ、通称「探険くらぶ」である。

名前の由来は「退院して社会復帰するた

めに、いろんなことを知って、いろんなところを探険しよう！」という意味からであるが、退院意欲の有無に関わらず参加してもらえよう「くらぶ」と命名した。

「探険くらぶ」は、活動を通じて入院中の患者や病棟スタッフに、様々な形で地域の情報を伝え、社会資源を知る機会を提供し、地域移行への動機付けを行うことを目的としている。

開催にあたっては病院スタッフと話し合いの場を持ち、平成22年5月から開始。毎月1回の実施で、毎回病院と地域のスタッフが集まり、テーマにそった内容になるよう検討を行い、また実施後には振り返りを行って次回に生かすようにした。

<実施概要>

- ・ 毎月第3木曜 15:10~16:10 に開催。(都合で変更する事もある)
- ・ 自由参加。「探険くらぶ」メンバーズカードを発行し参加者にはスタンプを押す。
- ・ 開始前にテーマ音楽を流す。
- ・ OTによる約10分のウォーミングアップで始める。(グループ分けを兼ねる)
- ・ 参加型:出来るだけ小グループで話合って話しやすい雰囲気を作り、多くの患者さんに発表する機会を設ける。
- ・ 各グループに病棟スタッフ・OT・地域スタッフも加わる。
- ・ 第4回から花園生活支援センターのピアサポーター4名が参加。

<活動内容>

	テーマ	内容及び振り返り	参加者
第1回 (5月)	「理想の生活を考えてみよう！」	「どうやったら地域で楽しく生活できると思うか」「どんなことを知っていたら生活が楽しいものになるだろうか」を5グループに分かれて自由に語ってもらう。発言をポストイットに書いて模造紙に張り、グループ代表者が発表。賑やかで楽しい会になった。 ◎ 普段「退院」という発言など聞けないのに、「退院」という言葉を口にした患者さんにびっくりした、との看護の感想。 ◎ 小グループにすることで、全体ミーティングではなかなかしゃべれない人がいろいろしゃべれて良かった。	20名
第2回 (6月)	「人との付き合い方・病気との付き合い方・生活に必要なもの」	左記3つのテーマについて、5グループそれぞれに1つのテーマを選んでもらい話し合う。＜生活に必要なもの＞を選んだグループはなかった。話し合った事を発表してもらったが、模範的な発言が多かった。 ◎ グループ分けの構成メンバーが偏らないよう工夫が必要。 ◎ 参加者がわかりやすいような参加型、視覚訴え型、興	20名

		味引き型(自分の知っている人・信頼している人がプレゼンする)のプログラムにする。	
第 3 回 (7月)	「具体的な生活イメージをつかむ」	「自分が一人暮らしをするとしたらどんな家に住みたいですか」ということで、各グループにワンルームマンションの間取り図を配り、そこに家具・電化製品等のイラストやサンプル写真のコピーを貼って「自分の部屋」をデザインしてもらう。ベランダに洗濯機、壁際にベッド、そしてテレビ、と多少の違いはあるものの、どのグループも似通った配置図を完成させた。続いて「生活するお金はどうしますか」「何か困った時に誰に相談しますか」と質問し、具体的に地域生活をイメージしてもらう。 ◎ 退院後の家のイメージとして一番多かったのが一戸建て住宅。意外にワンルームマンションは少なかった。 ◎ 高齢の人には、退院後の地域生活をイメージするというプログラムは乗りにくかった様子。	20名
第 4 回 (8月)	阪本病院デイケアメンバーとの交流会	デイケアの喫茶メンバーが参加者のオーダーに応じて飲み物を提供、その後デイケアのスタッフが聞き役となって、それぞれの地域生活を語った。この回から参加したピアサポーターもテーブルにつき参加者と交流する。 ◎ 人が多く少し雑然とした雰囲気の中で、飲食に気を取られている参加者が多かった。	27名
第 5 回 (9月)	「生活保護制度について」(寸劇) *台本(資料5)	入院中の患者さんが福祉事務所へ訪ねて行って、生活保護のことをいろいろ教えてもらうシチュエーション。地域支援スタッフの福祉事務所ワーカーがワーカー役、病棟看護が患者 O さん役。劇終了後、質問や感想、意見を出してもらう。 ◎ 自分たちの知っている病棟看護が扮することで患者さんも注目、また寸劇スタイルは視覚的にもわかりやすい効果があった。 ◎ 患者さんからの質問内容も具体的であった。	18名
第 6 回 (10月)	「障害福祉サービスと高齢者サービスについて」(寸劇)	障害福祉サービスと 65 歳になったら受けられる高齢者サービス(介護保険制度)について、情報提供を行う。病棟看護扮する患者 O さん(前回の寸劇の登場人物)が質問して、それに地域のスタッフ演じる人物が答えるという形(ヘルパー事業所スタッフも一役買う)の寸劇を見	20名

		<p>てもらった後、質疑応答の時間を持った。</p> <p>◎ ヘルパーなど興味あるテーマではあったが、参加者にとっては耳慣れない言葉が多かった様子。同じテーマで何度か繰り返すことが必要と思われる。</p>	
第 7 回 (11 月)	「1-1 病棟からの退院者 2 名の退院後の生活体験談」	<p>最近 1-1 病棟を退院して、ワンルームマンションで暮らす 2 人に、看護師長と病棟担当の PSW がインタビューするという形で、退院前後の気持ちや状況、一人暮らしの様子を話してもらった。ありのままに話す 2 人の話からは、病棟の仲間に伝えたいという思いが強く伝わってきた。参加者からの質問も多く、病棟スタッフも熱心に聞いていた。地域生活を送っている仲間として、ピアサポーターからのいろんな経験も語られた。</p> <p>◎ 実際に退院した方が、自分の言葉で今の生活を語られている姿が、何にも増して周りへの力になることを実感した。</p>	19 名
第 8 回 (12 月)	「精神保健福祉手帳や自立支援医療などの制度について」 (寸劇)	<p>病棟看護扮する入院中の患者 O さん（5 回目、6 回目と同じ登場人物）が、主治医から精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の手続きをするよう言われ、まずはどんなものか保健所精神保健福祉相談員のところへ出向いて来たシチュエーション。劇の途中から質問も飛び出し、意見も活発。</p> <p>ピアサポからは実際の手帳を見せてもらい、「こんなことで使っている」との体験談、また患者さんたちを代弁するように、制度についての質問を出してくれていた。</p> <p>◎ テーマが手帳と自立支援医療に絞られていたので、話もわかりやすく集中できた様子。</p>	21 名

活動内容の報告からもわかるように、回を重ねるごとに振り返りを生かし、改善を加えている。

その中で、参加する患者さんたちがリラックスして参加してくれるようになっていった。それは企画する地域支援者側も同じで、探険くらぶのプログラムをしている時にことさら構えることもなくなった。

こうしたお互いの距離感の変化は、患者さんにとって私たちが「地域の人」という括りではなく、「一緒に考えてくれる人」へと変化してきた現れではないだろうか。



3 モデル病棟についての調査

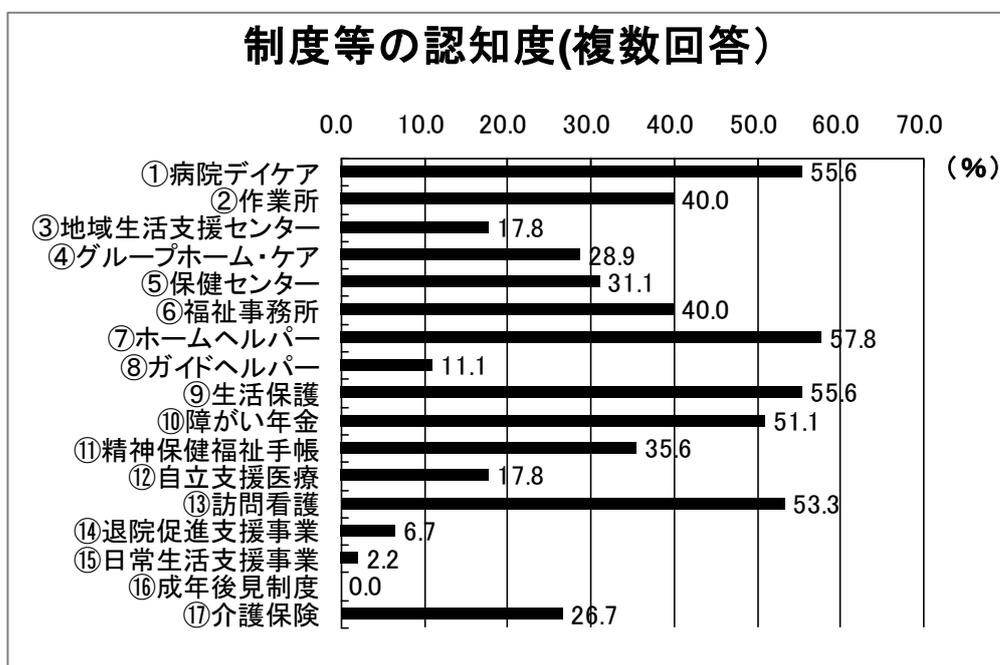
(1) モデル病棟訪問活動についてのアンケート調査

病棟訪問および探険クラブの効果を検証するために、探険クラブ開始後と年度終了後に阪本病院1-1病棟入院中の患者さんと病棟スタッフに対してアンケートを実施することとした。ここでは探険クラブ開始後に実施したアンケートの結果と考察について述べる。

1. 病棟訪問アンケート（患者さん）

1-1病棟（病床数50）に入院中の患者さんに対してアンケートの趣旨を説明し、回答を了承して下さった45名に対して病棟看護師が個別に聞き取りをしながら回答を得た。

1-①「次の制度について知っているものをお答えください（複数回答可）」

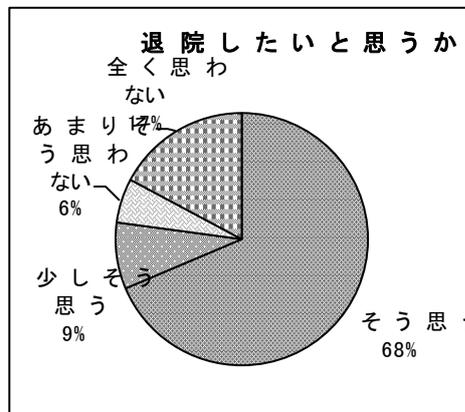
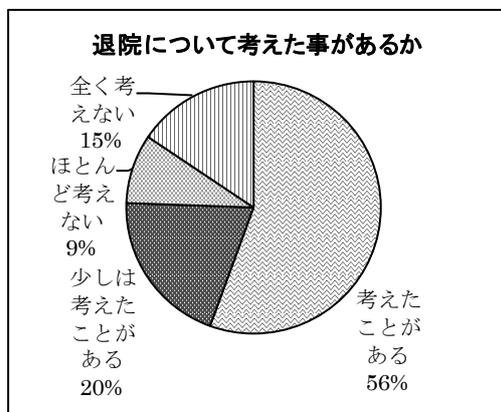


障害年金・生活保護といった、回答者が既に利用している（または過去に利用していた）と考えられる社会資源や、医療に関する項目（デイケア、訪問看護等）は50%以上と認知度は高い。また、福祉サービスの中でも「ホームヘルパー」は約60%と認知度が高かった。

一方、日中活動系の社会資源、地域活動支援センターは約20%、グループホーム・ケアホームは約30%と認知度は低かった。また、退院促進支援事業については約7%であった。

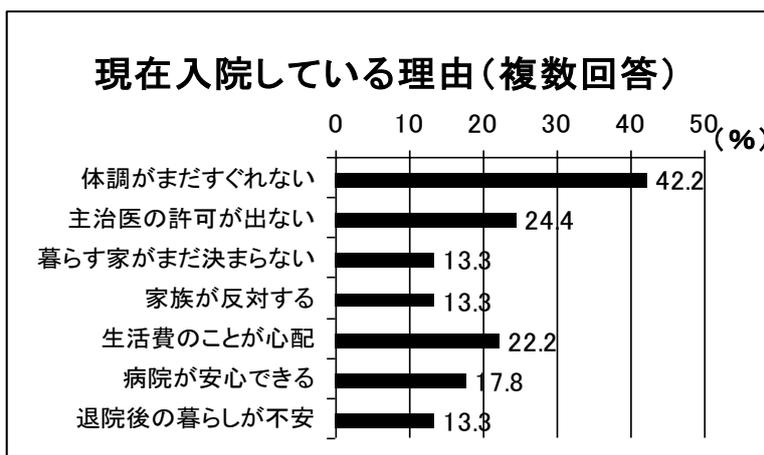
1-②「入院してから現在までの間に、退院について考えたことはありますか？いずれかに○をつけてください。」

1-③『「考えたことがある」と答えた方、退院をしたいと思いますか？いずれかに○をつけてください。』



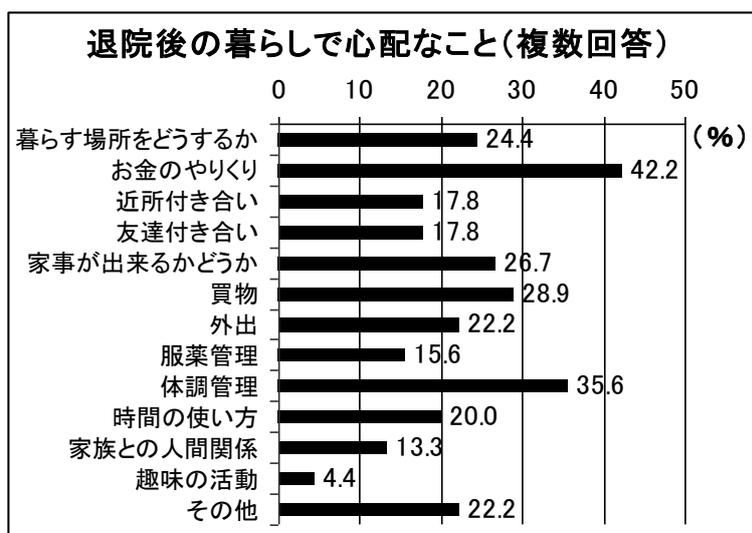
「退院について考えたことがあるか」の問いに対しては、25名が「考えたことがある」、9名が「少しは考えたことがある」と回答し、概ね8割の方が「退院」について「一度は考えたことがある」と回答している。また、「退院について考えたことがある」と答えた方のうち、約8割の方からは、「退院をしたいと思う」「少しそう思う」と退院を希望する回答を得た。

1-④「現在のところ、退院せずに入院している理由を教えてください（複数回答可）。」



「退院せず入院している理由」については、19名の方が「体調がまだすぐれない」ことを挙げた。次いで11名が「主治医の許可が出ない」、10名が「生活費のことが心配」ということを、入院生活が継続していることの原因として挙げている。また、「病院での暮らしが安心できる」と回答した方も8名おられ、地域での暮らしに対する不安が背景にあることが伺える。

1-⑤「退院後の暮らしについて、心配なことは何ですか？○をつけてください。（複数回答可）」



「退院後の暮らし」について、およそ半数の方が「お金のやりくり」に不安を感じていると答えた。また、「体調管理」についても 16 名の方が「不安」と回答している。また、「家事」や「買物」も自分自身で行なうことにも不安を感じている方が約 3 割いた。以下、「退院後の暮らしで心配なこと」について「その他」の自由記述を掲載する。

《自由記載》

「退院後の暮らしについて心配なこと（そのほかの項目）」

- * 一人は寂しい
- * 病気が再発しないか心配
- * 定期的な通院が出来るか、薬を取りにいけるか心配
- * 掃除や洗濯、お料理が不安
- * 仕事で収入が確保できるかどうか
- * 姉妹との付き合い

1-⑥「病棟訪問チームに聞きたいことや、やって欲しいことなど、期待することは何ですか？」

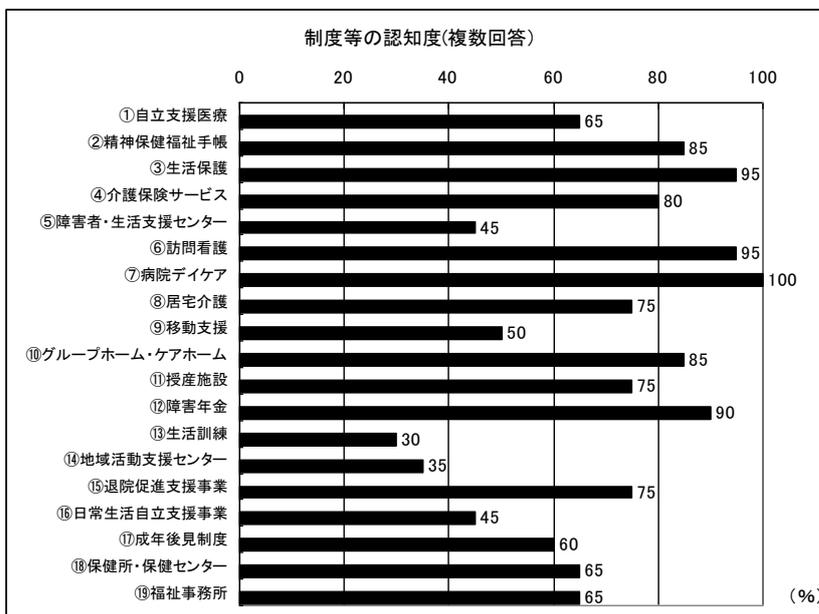
《自由記載》

- * 退院についてや退院後の生活について教えて欲しい
- * 話をしたい、家を見に来て欲しい
- * 毎月の生活費のことや施設に行く費用のことなど聞きたい
- * スタッフに応援してもらいたい
- * 薬をいつまで飲まなければならないのか教えて欲しい
- * このままでよい
- * 先生と看護師さんとの連携等期待します

2. 病棟訪問アンケート（スタッフ）

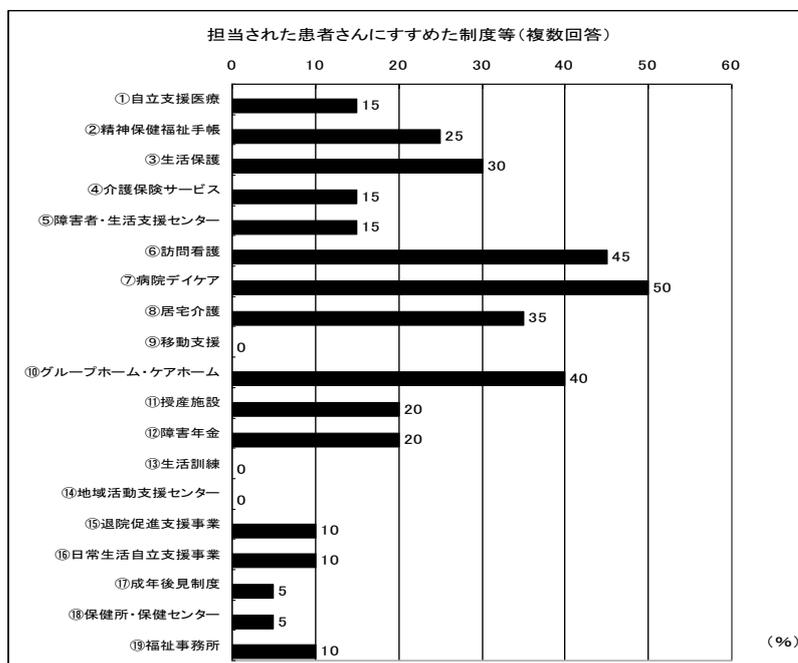
1-1 病棟スタッフに対して、アンケートの趣旨を説明し、了承いただいた方に回答をご協力いただいた。回答者数は20名、職種内訳は看護師14名、作業療法士2名、無回答が4名であった。

2-①「次の制度について知っているものをお答えください。（複数回答可）」



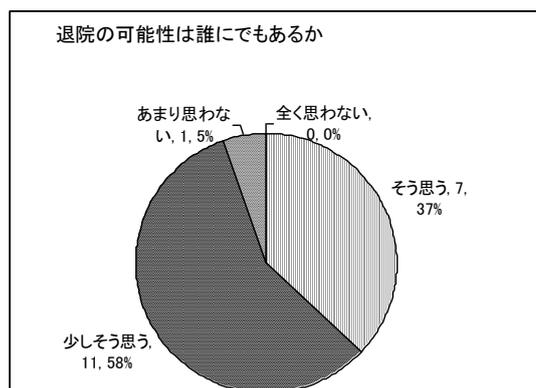
医療に関する項目（訪問看護、デイケア）のみならず、生活保護や障害年金といった制度についても9割以上の非常に高い認知度を示していた。そのほかどの項目についても高い認知度を示していたが、前述の患者さんと同様に、日中活動系の社会資源については比較的認知度は低かった。

2-②「1の制度等で担当された患者さんに利用を勧めたものがあれば番号を教えてください。（複数回答可）」



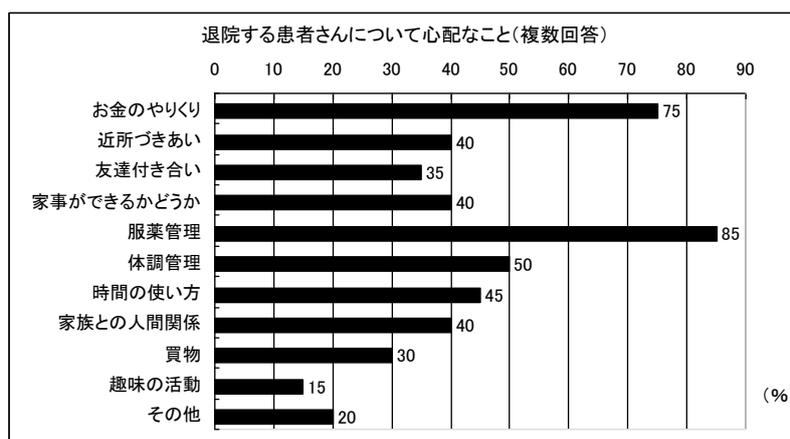
「病院デイケア」に続き、「訪問看護」が高い回答数となっている。また、暮らす場としてグループホームやケアホームも高い数値となっている。

2-③ 「入院中の患者さんは誰でも退院の可能性があるといますか？」



回答者 20 名のうち、「少しそう思う」も含めるとほぼ全ての方が入院患者さんには退院の可能性があると考えていることが分かる。

2-④ 「退院する患者さんが社会生活を送る上で心配なことは何ですか？（複数回答可）」



20 名中 17 名の方が、退院する患者さんの社会生活上心配な点として「服薬管理」を挙げている。次いで「お金のやりくり」、「体調管理」となっている。

(その他の項目の自由記述)

- * 病状悪化の見極め
- * 精神科入院中の患者さんは入院が長引いたり再入院をすることで、本来その方自身もっている社会性が低くなること

2-⑤ 「一般的に長期入院患者の退院に関して重要なものは何でしょうか？」

- ・ 本人の希望や、自立したいという気持ちと周囲のサポート体制（保健所や地域の社会資源）
- ・ 家族の安心や理解、協力
- ・ 退院後の暮らしをイメージできること
- ・ 主治医の理解
- ・ お金のやりくり
- ・ 一人にならず過ごせるような体制
- ・ 服薬の必要性を理解してもらい服薬指導などは大切
- ・ 退院は誰もが希望していると思うが長期入院になると、病院が自宅になって住み慣れてしまってると思う
不安が大きいと思うので、サポート体制があることをわかってもらう
- ・ 退院後、患者さんがまたすぐ入院とならないように、退院後の生活を想像できること
- ・ 生活の場や日中活動に関する情報
- ・ 退院し、特に単身生活することに漠然とした不安や恐れをもっている方が多いと思うので、「こうすれば大丈夫」というイメージが出来るようになることが大事
- ・ 自分は大丈夫という希望が持てることも大事かと思う
- ・ 入院中に少しずつでも生活訓練をしていくことも大切

2-⑥ 地域スタッフによる病棟訪問活動に期待することは何ですか（自由記載）

- ・ 社会資源や制度などについて、職員、患者さんへ教育して頂きたい
- ・ 私たちが地域の人と密にすることによってその患者さんとのつながりを持つこと
- ・ 地域で生活する上での情報、個別目的な対応
- ・ 対人関係、社会性の拡大
- ・ 外の人とのふれあい…それだけですごく新鮮で意味のある事だと思います
- ・ 地域支援の程度、あり方
- ・ 勉強不足の為、制度などあまり分からないので、患者さんにあったサポートができるように調整して欲しいです
- ・ ホスピタリズムによる弊害をふまえ、現実の社会を学ぶチャンスを沢山つくってほしい
- ・ 具体的な情報提供や退院についてイメージできる機会、退院について考える機会の提供
- ・ 長期入院中の方たちにとって希望が感じられる存在だとおもうので、継続的に訪問していただきたいです
- ・ 地域にはどういう資源があるのか、東大阪ならではの地域の特色を聞きたい

3. 考察

質問 1-②では、「退院について考えたことがある」と答えた方が約 80%、そのうち「退院したいと考えている」方も約 80%と非常に高い値となっていた。これは、今回のアンケートでは 1-1 病棟全員の方が回答いただいたわけではなく、もとより「退院」に対して関心のある方がご協力くださった可能性も無視できない。

1-①、2-①は、社会資源や制度の認知度についての質問であったが、スタッフと患者さん両者とも訪問看護やデイケア等の医療に関する項目について高い認知度を示していた。一方で日中活動系のサービス（地域生活支援センター・生活訓練など）についての回答数は少なかった。今後必要に応じて地域のスタッフから情報提供等を行なうなどの可能性を模索したい。

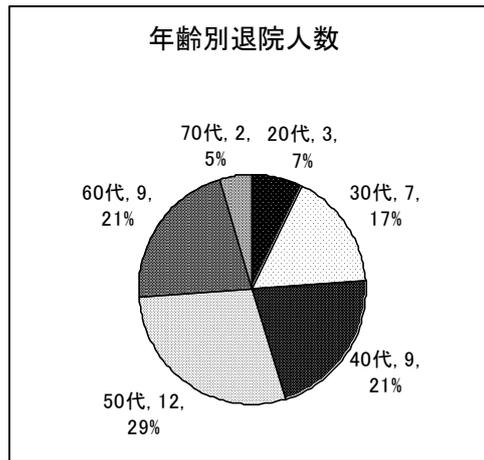
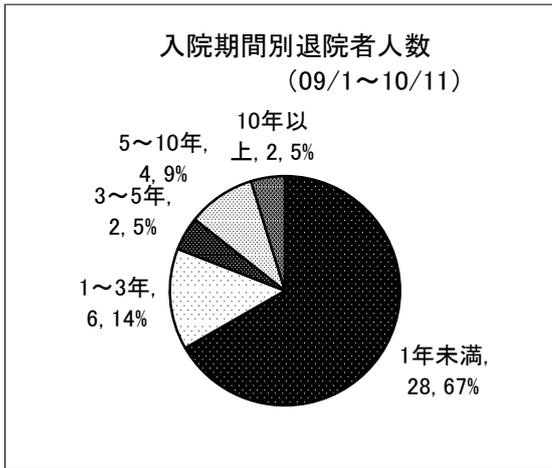
1-⑤では、「退院後の暮らしで不安なこと」として、患者さんからは「お金のやりくり (42.2%)」や「体調管理 (35.6%)」、「買い物 (28.9%)」、「家事 (26.7%)」が多く挙げられている。これは、スタッフからも同様の回答が寄せられている（「服薬管理 (85%)」、「お金のやりくり (75%)」、「体調管理 (50%)」、「家事 (40%)」）。2-⑤「一般的に長期入院患者の退院に関して重要なものは何か」の質問においてスタッフの方にご回答いただいたが、在宅生活を継続するために必要なことについて、入院中の患者さんが具体的なイメージをもつことは難しく、退院への漠然とした不安を抱えていることが推測できる。「在宅生活に必要な社会資源」や「具体的に社会生活をイメージできるような情報」を一つ一つお伝えし、患者さんの抱える不安を軽減できるような取組みが必要であろう。

(2) モデル病棟退院者の調査による事業効果の検証

平成 22 年 2 月より、週 1 回病棟訪問を開始し、平成 22 年 5 月から月 1 回「探険くらぶ」の取組みを始めた。取組み前と取組み後の退院者を比較することで、現時点（平成 22 年 12 月）でのこれらの取組みの効果の検証を試みた。

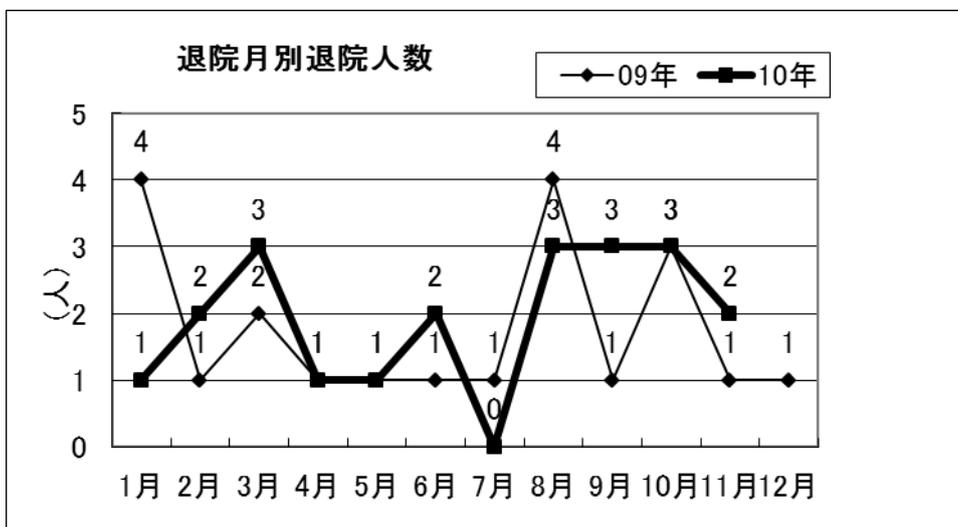
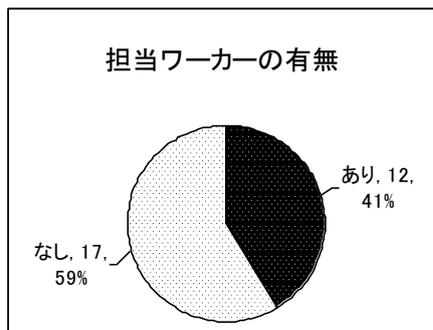
1. 対象者の属性

対象者は 2009 年 1 月から 2010 年 11 月までの間に 1-1 病棟を退院した患者とし、病院のご協力を得て調査を実施した。退院者実人数は 31 人で、延人数は 42 人であった。性別は全て女性、年齢別に見ると 20 代 3 名、30 代 7 名、40 代 9 名、50 代 12 名、60 代 9 名、70 代 2 名（延人数）であった。



入院期間別に見ると、1年未満の方が28名、1~3年が6名、3~5年が2名、5~10年が4名、10年以上が2名と、1年未満の方が約7割を占めている。また、疾患別で見ると、約5割が統合失調症で、次いで3割弱が非定型精神病だった。

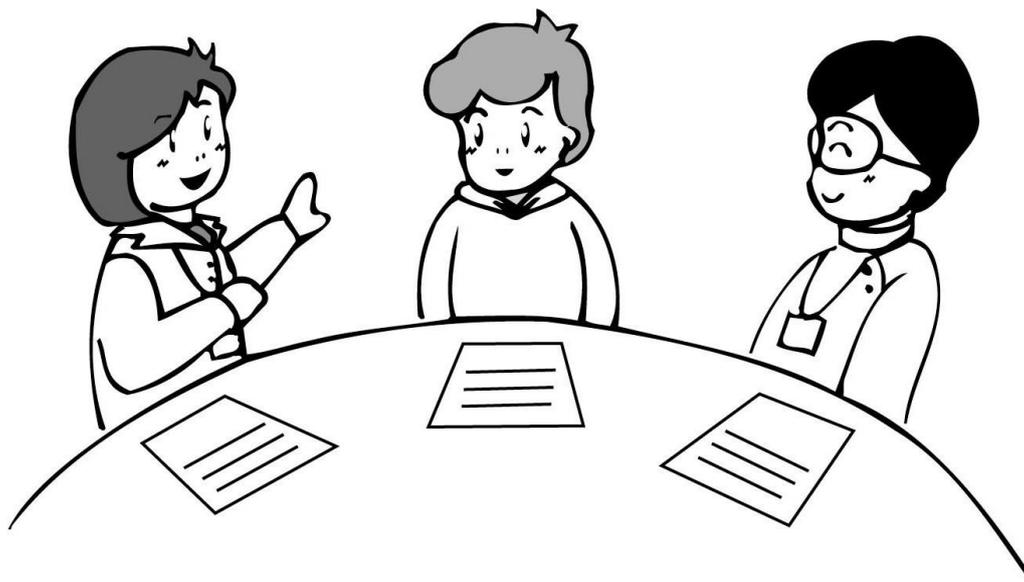
対象者31名中2回以上の入退院を繰り返している方は8名おり、うち3名には担当ワーカーがついており、5名にはついていなかった。



2. 考察

2009年と2010年とで、月別に退院者数を比べてみる。この調査の限界は母数が少ないことと、退院に至る要因を一つに限定することが不可能な点である。

「病棟訪問」が開始されたのは2010年2月からで、「探険くらぶ」は5月からであった。両方の活動が並行して実施されるようになり、安定してきたのが8月頃である。8月から11月の4ヶ月間を比較すると2009年は9名、2010年は11名が退院している。先に述べたとおり、母数が少ないという限界はあるものの、2009年と2010年の8月から11月の退院者数を比較すると、2010年が多くなっている。また、病棟担当ワーカーからは、「退院者数は劇的に増えているわけではないが、入院患者さんと『退院』について話し合う機会が非常に増えている」との意見を聞いている。このことから、「病棟訪問」および「探険くらぶ」の活動が、入院患者さんの退院に向けての動きを促進する要因の一つであるということが考えられるだろう。



4 モデル病棟訪問活動への評価（病院及び地域支援者の意見と感想）

<病院スタッフの意見と感想>

- 病棟の中でいくらイメージを作ろうとしても限界があり、実際に支援員の方から知ることができる機会は患者さんにとって貴重なことだと思います。
- 福祉事務所からの書類を説明していただいたり、グループミーティング前後の個別な会話の時間はとても患者さんの刺激になっていると思います。
- 看護師から少しは退院についての話をしたけど、精神状態が不安定になる人もいますので言い出しにくい、退院促進の人がさりげなく相談に乗られたり、話しかけられたりされているので、退院について徐々に実現を感じてくださる人もいます。
- 退院された方が元気な姿で参加され、今まで関わって来て良かったとほっとしました。社会資源の活用のおかげもあるとつくづく思いました。
- 探険くらぶについては、患者の方の楽しそうな笑顔が見れ、ほほえましいです。部屋にいる人も参加するともっと楽しいように思います。事前にアンケート用紙などをくばり、意見を求めるのはどうでしょうか？その時に意見や思っていることを言えない患者のかたもいるように思います。思うことを言える患者の方より、言えない患者のほうが気になりました。
- 実際に働かされている職員さんの顔、姿を見られたことが一番良かったと思います。（我々も野菜等を買うときに生産者の顔写真が載っているだけで何か安心して購入できるように・・・）
- 好評だった！？O子さんシリーズをはじめ、社会資源について視覚に訴えたことは、とてもわかりやすかったのではないかと思います。それによって個人の目標がワンランクでも上がっていただければよかったです・・・。あるいは退院してみようかな？と思っていただければよかったです・・・。グループミーティングでの発言をもっとしてもらった方が一体感が出て良いと思います。（どうしてもお客さんという印象があったもので・・・）このままずっと続けていただいて、院外に向けてもっとアピールしていけば良いと思います。（ホームページ、広報誌などで）
- 初めはどのように接したら良いか双方共に分からない様子でしたが、次第に必要な度も明らかになってきたのではないのでしょうか。グループミーティングも意義深いと思いますので、再度原点でなぜこれが必要なのかを患者さん、スタッフで話し合っ、もう一度高めていくことがよいと思います。探険くらぶも参加人数が増えてとても楽しみにされていることが分かりました。同じメンバーではなくいろんな人が関心を持てるように働きかけて欲しいです。いっぱいお世話になりありがとうございました。
- 違和感なく患者さんの中に入っている様子で良いと思います。
- 看護師が十分に知らなかった情報を支援員さんたちが丁寧に説明を下されたので、とても有意義な活動だと実感しています。

- 実際の活動内容に触れさせてもらったのは11月からで、まだまだ把握できず、流れについていけないのが現状です。しかし、退院された方が、退院するにあたって、不安だったことなど、インタビューをさせてもらった時、プレッシャーがかからないように、ということをととても配慮していたつもりが、当日になってお2人がメモに話したいこと（質問に対するこたえ）をきちんと書き出し、準備されていたことには能力の高さを感じました。社会資源を有効に使い、環境を調整すれば、十分に潜在能力を發揮して在宅生活の可能性を広げることができるのではないかと改めて感じました。今後このような連携ができればいいと思います。よろしくをお願いします。
 - 個別患者さんに対する援助はきめ細かく関わって頂いて、おかげで5年以上の入院患者さんの退院が実現している。今後もうできるだけ多くの患者さんが退院できるようよろしくをお願いします。
 - 患者さんが退院に対して積極的になっていたように感じました。
 - 実際、退院した人が多かった。
 - 探険クラブの参加者が減らず参加していた人が多かった。
 - 当初は少し緊張していた患者さんも継続した関わりをしてもらうことで親しみを持ち、支援員さんに相談される方も増えたように思います。
- 探険くらぶでは、理想の生活像を描きやすいプログラム、わかりやすい社会資源の説明をしてもらうことで、自身が抱えている退院への不安や思いなども表出しやすかったと思います。
- 支援員さんが病棟に入り続けてもらうこと

により、どことなくデリケートに扱われていた「退院」という言葉が身近なものに変わったように感じられます。今後も継続して地域の方が病院に入ってもらえれば、と思います。

＜阪本病院1－1病棟担当医＞

開放病棟という性質上、外部との風通しは比較的良い病棟であったと思いますが、毎週のグループミーティング（病棟のコミュニティー・ミーティング）に参加していただいて、格段に外部との温度差や空気感の差異が小さくなったように感じています。大変ありがたく思っています。

当病棟は開放病棟ではありますが、患者さん方は病棟に引きこもりがちで、扉は開いていても、外部の方と話をしたり交流することは少なかったように思います。支援員の皆さんをミーティングにお迎えして、当初はやや緊張した面持ちでありましたが、徐々にその参加が当たり前のことになって、支援員さんたちが空気のような存在になり、外の空気が違和感なく存在している状態になってきました。それは外の世界も安全なんだなという思いにもつながっていると思います。

私自身は残念ながら参加できていませんが、「探険くらぶ」が始まってからは、支援員さんたちとの穏やかな交流があつて、そうした空気感が増してきたように感じていました。

病棟の治療空間のありようについては、いろいろな考えがあつて「守られた空間」としての意義もあると思います。しかし、開放病棟は社会と穏やかにつながっていて、長期入院の方がなだらかに退院していけるよう、また在宅で生活しておられる方が、不調時にちよつと羽を休めに来ることが出来るようなあ

り方が良いのかな、と思いつつやってまいりました。
(阪本病院 三好)

<地域支援者の意見と感想>

私はこの病棟訪問活動に8月から参加させていただきました。スタッフの皆さんは途中から参加した私も好意的に受け入れて頂き、気後れせずに活動できました。初めは感じていなかった私たち地域スタッフへの期待感は回を追う毎に感じ始めました。医療スタッフの皆さんは医療職のプロとして医療の視点で患者さんを見ておられますが、同時に生活の視点にも目を向けておられていることが病気を見るのではなく、その人を見ることとして重要だと改めて認識しました。

(西福祉事務所 米田)

今回のモデル事業から感じることはたくさんあります。病棟はどんなに心地よくても生活の場ではなく、いくら病院が工夫しても限界があること。ほんの些細なことが退院に向けての不安につながっていること。同じことを言っても、病院のスタッフ・地域スタッフ・ピアサポーターの言葉は違って受け取られること。何度も足を運んで顔見知りになることは大切ではあるが、費用対効果を考えるとどうなのか？現場の創意工夫を支える仕組み(制度)が欲しいと思います。

(西保健センター 浜崎)

保健所は、ケースを通して主治医やケースワーカーと連絡を取り合うことは多いが、看護の方たちとはなかなか接触がなく、病棟ではどんな活動をされているのかも知らないことがほとんど。病棟に入らせてもらうことで看護の方たちと一緒に話をしたり活動できた

ことが何より新鮮だったし、病棟内でのレクや、ミーティング、関わる様々な職種、病棟スタッフの思いなどを知ることが出来て本当に良かったと思う。

そしてこのモデル事業を通して、やはり、顔の見える関係作りがいかに大切かを知った。患者さんとであっても、病棟スタッフとであっても、その人がどこの機関の何をしている人かを知って、一緒に話をしたり、動いたりすることで、初めて信頼関係ができるのだと思う。本当の連携は、そこから生まれてくるのだと感じた。

最後に地域の精神科病院としてこのモデル事業を受け入れていただいたことに心より感謝を申し上げたい。

(保健所健康づくり課 高品)

自分はまだまだ経験が浅い中でこのような取り組みに参加させていただいて貴重な体験ができました。病棟訪問活動では、最初は患者さんに戸惑いなどがあったと思いますが訪問を続けていくうちに退院についてや地域の社会資源などについて聞いてこられたりし、患者さんの思いなどを聞くことができました。探検くらぶでは、寸劇で地域の支援者役を演じましたが、入院患者さんが知りたいことを考え、患者さんの目線の大切さをあらためて感じました。また、患者さん役を身近な病棟看護師が演じたことで、患者さんは寸劇を楽しんで見られている様子で、内容も理解しやすかったのではと思います。

定期的に地域支援者が病棟を訪問することで、患者さんに地域を意識してもらえ、地域に対する興味を持っていただけたのではと感じています。病院と地域が協議し、地域の情報を提供する機会や場を設ける取り組みを今

後も継続していければと思います。

(中福祉事務所 金子)

1—1 病棟を訪問するようになって約 10 ヶ月になります。当初は「退院」という言葉に気を遣っていたことを思い出しました。今はごく自然にその言葉を口にしています。共に過ごした時間の重みでしょうか、馴染んでいます。そして関係は一方的なものではなく、相互の思いから生まれるものだ実感しています。又、病棟のコミュニティーミーティングの「在り様」に興味を惹かれています。その振り返りでの病棟スタッフの発言を含めて。

(地域生活支援センターふう 森田)

「地域から迎えに行く支援」は、入院中の精神障害者の方々の地域移行に必ず効果があるはずだ、という希望のもとにこの活動に参加させていただきました。時間が経つにつれ、気さくに「退院」についてお話が出来るようになったことは本当に嬉しいことでした。これも病棟のスタッフの方々が温かく受け入れてくださり、多大なご協力をいただいたおかげだとひしひしと感じています。保健センターが窓口となり、病院とのやり取りをして道筋を築いてくださったことが、来年も継続させていただける大きな要因だったと思います。

(花園生活支援センター 高取)

<モデル病棟訪問活動の今後について>

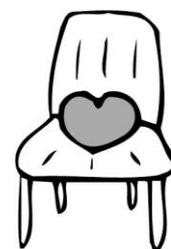
モデル病棟訪問活動については、この 1 年弱の実施でやっとその効果が病棟にも浸透してきたところである。事業を継続することで、さらに効果について検討を深めたい。

また今回、ピアサポグループ（「希望の会」後述）の導入が、この活動にとって非常に大きな力となった。同じ経験を持つ立場から語る数々の体験や感じたことをありのままに話してくれる姿は、患者さんにとってダイレクトに胸に響いてくるものであり、病棟及び地域スタッフにとってもかえがたい影響を受けた。

今後は、このピアサポグループの活躍の場面を増やし、モデル事業の効果を高めていきたい。

また、この事業を始めたそもそもの目的は、入院中の患者さんの地域移行の可能性を、病院と地域の双方の目から見ていくことであり、そのために日常的に病棟に入って関係性を深めてきた。

訪問活動を通じて関係性も出来てきた今、次の段階として、病棟の中で「この人の退院を考えているのだが・・・」「何か地域の人から関わりを持ってもらえないだろうか」といった情報交換を双方でやりとりし、退院促進につないでいけるよう取り組んでいきたい。



5 地域におけるその他の活動

(1) ピアサポグループの活動

①花園生活支援センター「希望の会」

5月から探険くらぶがスタートし軌道に乗り始めた8月、阪本病院でのピアサポーターの活動が開始した。今年度は、花園生活支援センターのピアサポーターの会「希望の会」より4名のピアサポーターが探険くらぶで活動をしている。花園生活支援センターにおけるピアサポーターの活動について少しふれておきたい。

花園生活支援センターでは、5、6年前よりセンターの利用者と職員との間で「ピア活動」についての議論を交わしていた。当初は「私たちをピアなどという特別な言葉でくくらないで欲しい」等、利用者からは否定的な意見が出されていたが、職員はピア活動に関する情報提供等を続けてきた。平成21年春頃より、数名の利用者からピア活動に対する希望があり、同年8月から「希望の会」として活動をスタートした。

「希望の会」の活動内容としては、月1回ミーティングを開き、「入院中の方々に對して私たちのできること」や「在宅生活に必要なこと・大切なこと」、「再入院を防ぐには」、「ピア活動とは」といったテーマで話し合いを重ねてきた。平成22年4月、大阪府より「退院促進ピアサポーター事業」の委託を受ける。以後、研究会や研修会へ参加したり、5月には寝屋川市のピアサポーターの方との交流会を当センターにて開

催し、ピアサポーターについての理解を深めてきた。そして、8月からは、4名のピアサポーターが探険くらぶへ参加している。支援センターや作業所など地域の社会資源の説明をしたり、ヘルパー利用のコツなど入院中の患者さんにお伝えしている。

「探険くらぶ」に参加している4名のピアサポーターからは、「入院中の方々との関りは、自分自身にとってもためになる」、「探険くらぶに出て来れないようなしんどい状況の方の力になりたい」、「(自分自身の体験とも重ねて)何度も入院する暮らしから今の暮らしに変わっていったのは、ヘルパーや作業所、支援センターなどのことを教えてくれた人たちとの『つながり』のおかげ。支援センターや作業所で仲間と出会い、また色々な支えになる情報など教えてもらった。これもまた『つながり』だった。いま入院している人たちにもそのことを伝えたい。」等の意見が出ている。今後も新たな活動が期待される。

「探険くらぶ」や「希望の会ミーティング」の場で、ピアサポーターが語る言葉にはいつも胸が熱くなる思いである。彼らが語る言葉には重みがあり、心の奥深くに響くように感じる。今後も一支援者として、彼らの活動から学び、『つながり』の輪を広げていきたい。

(花園生活支援センター 高取)

②地域生活支援センターふう～ピアサポグループとの病棟訪問報告

○目的

長期入院患者自身が退院や地域の生活に

興味を持つこと、イメージを持つきっかけとなること、病棟スタッフも退院後の生活

を具体的に知ることを目的とし、平成 20 年より、退院促進支援事業の一環として、小阪病院の慢性期病棟をふうの当事者メンバーが訪問し、体験談や歌の出し物、喫茶の出張提供等を行っている。

○平成 22 年度実施日程

平成 22 年 8 月 27 日(金)13:00-15:00
小阪病院 8 階病棟

平成 22 年 10 月 29 日(金) 13:00-15:00
小阪病院 10 階病棟

平成 23 年 2 月 25 日(金) 13:00-15:00
小阪病院 11 階病棟

○参加者

- ・小阪病院：各病棟 50 名の入院患者、精神保健福祉士 1 名、作業療法士 1 名、看護師 10 名
- ・地域生活支援センターふう：当事者メンバー 7～8 名、精神保健福祉士 4 名
- ・精神障害者社会復帰促進協会：精神保健福祉士 1 名

○実施内容

- ・当事者メンバーより、地域生活支援センターふうの説明
- ・ピアサポートグループより、地域生活の体験談、質問コーナー（※1）
- ・歌う会より、ギター弾き語りと歌の出し物 5～6 曲（※2）
- ・ふう喫茶より、ジュースとケーキの提供
- ・ふう喫茶を楽しみながらの質問タイム

※1：当事者メンバーの体験談や、病棟スタッフが患者さんから聞き取った質問（生活費や家事、仕事はどうしているのか、薬の管理の方法、幻聴の対処法、入院したことはあるのか、旅行はできるのか等）に一問一答形式で答えた。

※2：病棟からのリクエストをもとに歌う会のメンバーが選曲し、ギターとピアノに合わせて患者

さんと一緒に歌った。

（ピアサポート、歌う会、ふう喫茶はふうのプログラム。ピアサポートは当事者同士で意見交換や体験談を、歌う会はコーラスの練習を、ふう喫茶では就労訓練を行っている。）

○成果・まとめ

患者さんから地域生活に関する質問をいただいた中で、退院に対して希望や不安を含め関心を持たれている事がわかった。また、「退院する自信がない」という患者さんの意見に対して、当事者メンバーが自身の体験を話しながら親身に励ましを送るといったピアサポートならではの空間を持つことができた。少しずつではあるが、退院へのイメージやきっかけ作りに効果が出ているようだ。

病棟スタッフの「病棟からふうの見学に行きたい」という意見から、病棟訪問後にふう喫茶の見学が実現した。「普段歌を歌わない方も一緒に歌っていたので感動した」等、病棟スタッフに退院後の生活を知ってもらうという目的の達成だけでなく、地域の社会資源に関する知識や感動を得る企画となっている。

当事者メンバーからは、毎回アイデアや改善点が積極的に出され、よりよい病棟訪問へと発展し続けている。参加することで、達成感や自信を持つことのできるエンパワーメントされる場として効果があるようだ。

病棟訪問は、患者さんはもちろん、当事者メンバーやスタッフにとっても、元氣がもらえる場となっている。今後も、当事者メンバーと支援者が協力しながら、活動を継続していければと考えている。

（地域生活支援センターふう 矢野）

(2) 阪本病院デイケアセンター社会資源ミーティング

○地域移行・地域定着の観点からデイケアでできることを考える

今年度、阪本病院の社会復帰病棟において地域移行・地域定着を目的としたモデル事業が始まり、デイケアでも何らかの関わりができないかとのお話をいただいた。

デイケアに通所するメンバーさんは、病院から地域へと暮らしを移行しておられる。しかし、本当の意味で地域で暮らすことができているのかという課題を、日ごろの支援の中で感じることは多く、なんらかの形で地域の資源をもっとメンバーさん自身が活用していくきっかけを作ることができないかと考え、この機会に地域移行・地域定

着検討チームの方に協力していただき、メンバーさんが地域で暮らすためにデイケアでできることを考えていくこととなった。

○社会資源ミーティングの立ち上げ

これまでもデイケアでは、就労可能な層のメンバーさんを対象に就労支援プログラムを行ってきた。しかし、デイケア利用者の大半は就労を目標としておらず、もっと気軽に身近な社会資源を知り、触れてもらうことで、暮らしの充実や不安の軽減、次のステップへのきっかけ作りになるようなプログラムの立ち上げを検討することとし、6ヶ月の準備期間を経て H22 年 11 月より開始に至った。

○『社会資源ミーティング』プログラム実施内容と経過

	プログラム	担当者
第1回	身近な資源について	デイケア PSW
第2回	保健所のワーカーさんに話を聞こう！	保健センター精神保健福祉相談員
第3回	ヘルパーさんについて知っていますか??	ヘルパー事業所
第4回	お金について知ってみよう！	院内 PSW
第5回	身近な利用施設について知ろう！～作業所編～	デイケア OT
第6回	身近な利用施設について知ろう！ ～地域生活支援センター編～	地域生活支援センター
第7回	生活支援センターを見にいってみよう！	地域生活支援センター
第8回	働くってどういうことだろう?? 働くことを目指す場所を見に行ってみよう!! ～ハローワーク・生活訓練事業見学～	障害児者相談センターわっ トライ!
第9回	まとめ・振り返り	デイケア PSW

実施形態：オープン形式で自由参加

隔週月曜日午後1時間の枠をとり前半はレクチャー・後半は茶話会形式。

現在第三回目まで終了しているが、色々な層のメンバーさんが参加され、日頃は口にしなない不安を質問の中でぶつける姿もみられる。

今回の社会資源ミーティングを通し、資

源の情報を知るだけにとどまらず、地域との交流を通してメンバーさんたちだけでなくスタッフにも得るものが大きいと感じている。

(阪本病院ダイケアセンター 原)



6 地域移行・地域定着検討チームの動き

病棟訪問活動は地域移行・地域定着検討チームで出た「地域支援者が、患者さんの入院中から、その人の退院後を見据えて関係を作ることで、その人が地域に退院してきてもその関係性がつながっていれば、地域定着は安定していく」という仮説を検証するためのモデル事業であるが、平成22年度はその地域定着についてさらに具体的に検討を行い、実際に退院し東大阪市域に移行する人を、どう安定した定着に結びつけるか、その方向性を探っている。

現時点（平成22年12月）での到達点は以下の通りである。

<地域定着しているとはどんな状況か>

- ・自分で自分をコントロールできている
- ・役割がある（生きていくことに価値が

あることに気づく)

- ・本人が安心して暮らせていて、支援者も安心して見ている。

<そのような地域定着を可能にするにはどう支援する必要があるか>

- ・地域移行後3ヶ月間の支援が鍵になる。
- ・支援者間の連携を密にする。
- ・医療面の支援を押さえる。
- ・本人の安心材料は何か（不安材料は何か）を早く見極め、それへの対処方法を考える。

平成22年度は、モデル事業の効果と検証を踏まえ、一定の地域定着システムを提案していく予定である。

7 今後に向けて

今回報告したモデル事業の活動によって、地域が病院の中に日常的に入ることの有効性、すなわち地域と病院（患者さん及び病院スタッフ）との関係性が生まれ、そのことで地域移行・地域定着に効果をもたらすことがある程度確認できたように思う。病院の外にいる人間が中に入ることによってどれだけ変わるかは、病院スタッフのみならず地域支援者もあらためて認識した感がある。これは、1回、2回の試みで結果が伴うような即効性のあるものではなく、継続して実施する中で初めて実感するものなのであろう。

今後は、これをどう地域の中でシステムとして位置づけていけるかであろう。

数値として目に見える直接的な効果（ex. 退院患者数など）と目には見えない効果があり、実はこの目には見えない効果が大きいと感じている。地域も病院もお互いを知っているようで知らない現実、お互いの機関がどんな取組みをし、どんな資源を持っているかを知らない現実、がある。患者さんの潜在的能力の高さ、これは院内だけでは見えないものであり、地域に出てからこそ見えてくるものである。地域支援者は病院のスタッフが院内でがんばっている姿を知ったからこそ、その大事な患者さんを地域で真剣に支えていこうと思う。双方が歩み寄って初めて見えてきたもの、それがこのモデル事業が果たした役割であったように思う。

このことをどう地域の中に示していくか、それは東大阪市こころの健康推進連絡協議

会に集まる各委員との意見の共有、また東大阪市自立支援協議会など市の施策反映の場に生かしていくことを考えねばならない。

また、費用面としての課題がある。有効な支援にはマンパワーの保障は欠かせない。このモデル事業は、地域支援者の半ばボランティアな取組みに依存しているものであり、活動に対する経済的な裏づけがない中で継続していく難しさを感じている。

モデル事業については、病院からの継続を希望する意見もあり、地域としてもその活動に意義を感じており、その効果検証をさらに深めた上で、方向性を決めていく必要がある。

ここまで退院促進支援事業として進めてきた支援が、障がい保健福祉施策の見直し・再編の中で、市町村の個別給付業務となる。新たな障がい保健福祉制度と、おりしも東大阪市障害者福祉計画の見直しの時期に当たり、精神障がい者の地域移行・地域定着システムを市としてどう描いていくのかが問われており、このことを検討する場として、東大阪市こころの健康推進連絡協議会に期待するところは非常に大きい。

今回モデル事業を通して新たに構築しようとしている「病院・地域連携システム」が、普通に、あたりまえに出来るようになること—あたりまえに出来るようになった時に、東大阪市という地域が、精神障がい者にとって住みやすい地域へと一歩前進したと言えるのではないだろうか。



東大阪市こころの健康推進連絡協議会設置要綱

(目的及び設置)

第1条 本市における精神障害者の社会復帰の促進及びその自立と、社会経済活動への参加の促進のために必要な支援を行い、市民のこころの健康の保持及び増進に努めることを目的として、東大阪市こころの健康推進連絡協議会(以下、「協議会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 協議会の所掌事務は、次のとおりとする。

- 1 精神障害者の福祉の増進と、社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進支援に関すること。
- 2 精神障害に関する正しい知識の普及と啓発に関すること。
- 3 その他、協議会の目的を達成するために必要な事項に関すること。

(組織)

第3条 協議会は12名以内の委員で組織する。

2 委員は次の各号に掲げるもののうちから健康福祉局長が依頼又は指名する。

- (1)本市内において、精神医療保健福祉事業を実施している団体
- (2)本市健康福祉局職員

(任期)

第4条 委員の任期は、1年とする。ただし、再任は妨げない。

2 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 協議会には、会長及び副会長若干名を置く。

2 会長は健康福祉局健康部保健所長をもって充て、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、委員の互選により定め、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会は、必要に応じて会議を開くものとする。

2 協議会は、会長が招集し、その議長となる。

(実務担当者会議)

第7条 協議会に、その目的達成に向けて地域の状況を把握し、所掌事務の具体的な活動等について協議するため実務担当者会議を置く。

2 実務担当者会議の委員は、別表に掲げる機関等の実務担当者をもって充てる。

3 実務担当者会議は会長が招集し、議長は会長が指名する。

(部会)

第8条 協議会に、所掌事務の個別の課題を協議するため次の各号に掲げる部会を置く。

(1) アルコール問題予防部会

2 部会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

(関係者の出席)

第9条 協議会は、その所掌事業の遂行に必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見又は説明を聴くことができる。

(庶務)

第10条 協議会の庶務は、健康福祉局健康部保健所健康づくり課において処理する。

(守秘義務)

第11条 協議会委員等は、会議等で知り得た個人の情報を他に漏らしてはならない。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

付則 この要綱は、平成16年 7月 1日から施行する。

付則 この要綱は、平成17年 7月 1日から施行する。

付則 この要綱は、平成19年 8月 1日から施行する。

付則 この要綱は、平成22年 8月 1日から施行する。

東大阪市退院促進支援事業聞き取り調査(平成16年7月～平成21年7月末)

1 事業利用者について

	利用者数			退院	継続中	死亡中断	再入院
	全体	男性	女性				
30才代	1人	0人	1人	1人			
40才代	3人	1人	2人	3人			2人
50才代	2人	1人	1人	2人			
60才代	6人	3人	3人	4人	1人	1人	1人
計	12人	5人	7人	10人			

(注)退院10例中3例が再入院経験者で、2例が再入院を継続。よって地域生活継続は8例。

2 退院後の生活について

	単身	アパート退院	自宅	グループホーム	再入院	家族等と同居	再入院
30才代	1人			1人			
40才代	2人	2人			2人	1人	
50才代	1人		1人			1人	
60才代	3人	3人				1人	1人
計	7人					3人	

3 退院時の利用社会資源について

訪問看護	9人
ホームヘルプサービス	6人
ガイドヘルプサービス	1人
地域活動支援センター	4人
デイケア	6人
院内OT	1人
保健センター	1人
宅配弁当	3人
病院ワーカーの訪問	1人
権利擁護事業	1人
就労継続支援B型事業所	2人

4 再入院に至ったと考えられる理由について

<40代単身アパート退院者 2名>

知的障害との重複障害で単身生活はしんどい
24時間フォローが必要

人とのつながりの持ちにくさを持つ

<60代家族と同居退院 1名>

家族のサポート力が十分でなかった

* 退促事業利用の効果として…

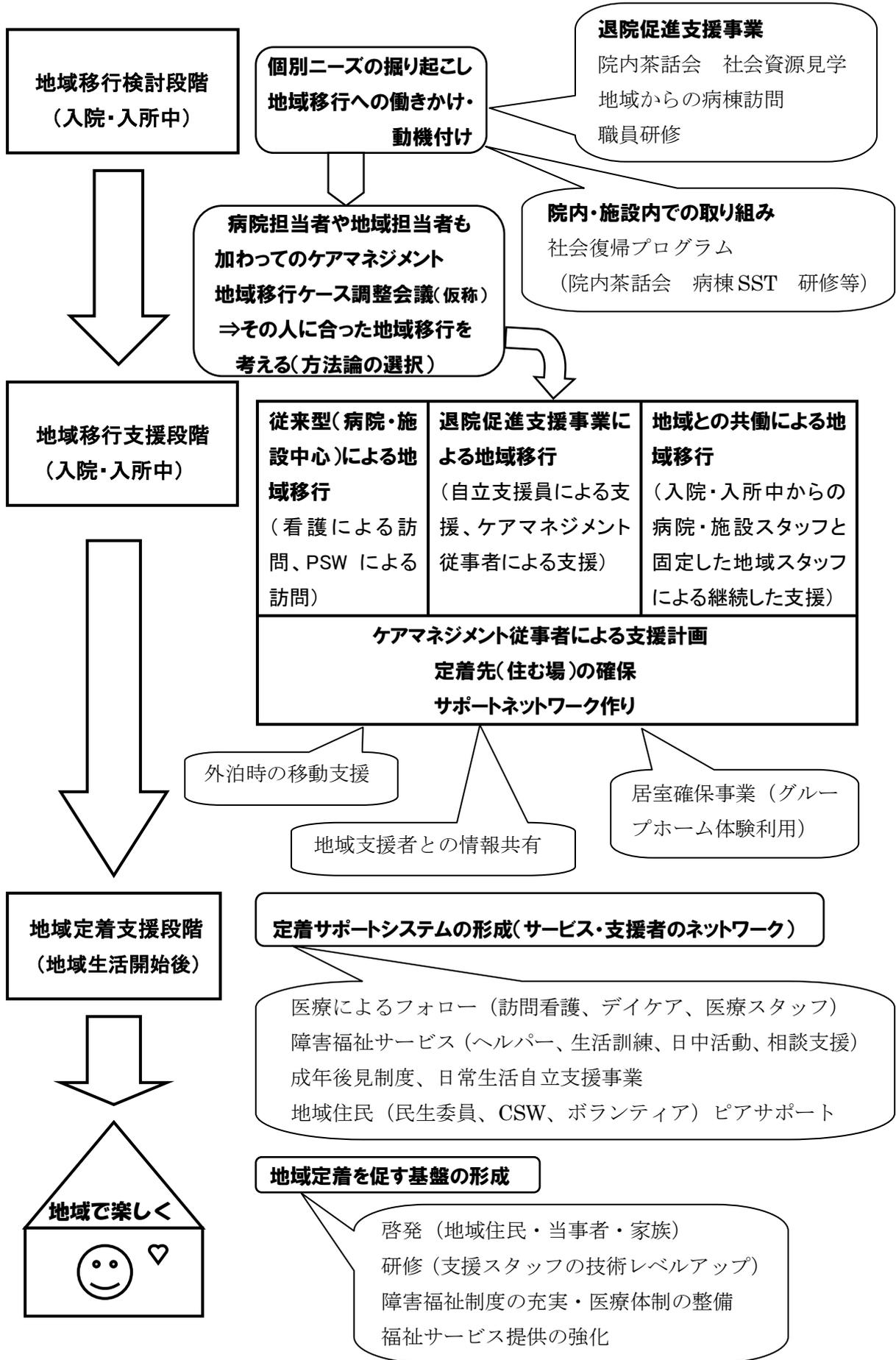
再入院したものの、周辺部分の問題(家族関係の修復、財産管理)や人間関係の構築
などの問題解決に繋がった。

5 退院可能となった理由

知的障害があっても家族との同居で24時間支援が可能であった

元々生活能力があったが自信が持てず支援員を初めとした退促スタッフのきめ細かい支援
が自信に繋がった。

入院中から、地域でサポートしてくれる人との関係を作り、安心して地域に帰れた。



地域移行・地域定着システムの各段階における具体策

ステージ	当事者への関わり	関係者への関わり	地域への関わり	その他	利用できる社会資源
地域移行検討段階	院内茶話会 社会資源見学ツアー 病棟訪問 ex.OTに参加等で交流 退院に向けての働きかけ 退院患者と入院患者の関わり ex.入院患者が退院患者のお宅訪問 退院患者が病棟に来て入院患者に地域の生活を話す(院内茶話会)	社会資源見学ツアー 退促事業についての研修		地域移行ケース調整会議 (仮称)	退促事業 成年後見制度 東大阪市退院促進事業 (生活保護受給者)
地域移行支援段階	従来システムによる地域移行 退促事業利用による地域移行 移動支援(外出時)	障害福祉サービスについて研修		病院・施設・地域スタッフ協働での地域移行 地域スタッフとの情報共有 退院後の住居確保 市営住宅優先入居システムの構築 不動産屋・民生委員・CSW 日常生活訓練を行える所 ex.洗濯の仕方など	移動支援(外泊時) 居室確保事業 成年後見制度
地域定着支援段階	病院・施設スタッフによるフォロー 訪問看護 デイケア 外来通院 ピアサポート 障害福祉サービス (家事援助・通院介助・ガイド ヘルプ・ショートステイの障害 特性に応じた柔軟な活用)			(多重債務を除く)精神障害者対象の 借金等の金銭相談窓口 不動産屋・民生委員・CSW	障害福祉サービス デイケア 訪問看護 介護保険 成年後見制度 日常生活自立支援事業 (きめの細かい金銭管理をして くれる機関もしくはサービス)
段階によらず	疾病教育 家族教室	援助技術研修 制度等を知る研修	市民啓発 当事者との交流会 近隣住民・家主等 地域への理解促進	苦情相談窓口の設置 支援者へのSV 障害福祉サービスの充実 医療の体制整備	

【その他】・当事者の声を反映させる場が必要。会議等へ出席してもらうことで、関係機関が見落としていることにもきづかされることもある。

(注)明朝体は現在機能しているもの、斜体字は今後充実が必要なもの、太字は全くないか機能していないもの

<9月探険くらぶ> (台本)

【日 時】 9月16日(木) 午後3時10分~4時10分

【内 容】 福祉事務所への相談(寸劇)

【設 定】

60歳 女性 Yさん。

S病院入院中

障害年金2級。

すでに両親は他界。一人っ子で兄弟はいない。

状態も安定して、退院の話が進んでいる。

入院中に貯めた障害年金で、病院近くに家を借りた。家賃は38,000円。

退院後は、障害年金だけでは生活できないので、生活保護を申請したいと思い、福祉事務所へ相談にやって来た。

W「今日はどういう相談ですか」

Y「今S病院に入院中ですが、来月に退院します。でも、退院してすぐには働けないので、生活に困ると思い、相談に来ました。」

W「そうですね。まず生活保護というのは、何らかの理由で生活するお金もなく困ったとき、相談してもらって制度です。国が決めた額があって、あなたの収入や資産や貯金やご家族の支援などをしてもらっても、その国の決めた額に届かない場合、足りない部分を生活保護で考えましょうという制度です。」

Y「そうなんですか」

W「では、今からいろいろご質問させていただきますがよろしいですか？しんどくなったら言ってくださいね。ではまずご病気のことをお聞きしますが、病名は何ですか」

Y「統合失調症と、主治医から聞いています」

W「もうおうちが決まってるんですか？」

Y「はい、先日病院の近くの家を契約してきました。」

W「そのお金はどうしたんですか」

Y「入院中に障害年金を貯めてたのでそれで借りました。」

W「障害年金は何級？」

Y「2級です。」

W「お家賃は？」

Y「38,000円です。」

W「まだ貯金は残っていますか」

Y「いえ、もうあと5万円ぐらいです」

W「ご家族はいらっしゃいますか」

Y「両親は二人とも亡くなりました。私は一人っ子なので、兄弟もいません」

W「何か収入とかありますか？」

Y「いえ、障害年金だけです。私はバイトでもして働きたいのですが、主治医からは当面様子を見なさいといわれています」

W「貯金はあと5万円ほどというお話でしたが、ほかに生命保険に入っているとかそんなことはないですか？」

Y「生命保険に入るほど余裕ありませんし・・・」

W「あと障害年金2級をお持ちなんですね」

Y「はい、そうです。あの・・・すみません、私生活保護だとどのくらいの生活費になりますか？」

W「そうですね、今までのお話からいくと、収入はゼロ、資産は貯金が5万円ほど、生命保険なし、障害年金が2級で、家族はいない、ということですね。家賃を除いて、年金と福祉のお金で、8万円前後ですかね。家賃も38,000円ということなので、上限が42,000円ですから大丈夫です。」

Y「そうですか。」

W「では、生活保護の相談に乗る際に、まず、あなたのこれまでの生活についてお聞きしたいのですが、まず、お生まれはどこですか？」

Y「(生活歴)..... アドリブで!」

W「なるほど。だいたいわかりました。ずいぶん、しんどい思いもされたんですね。退院後の予定とか決まっていますか」

Y「しばらくはデイケアと訪問看護、ヘルパーさんに来てもらおうと思っています。あと、2週間に1回でS病院に通院します」

W「そうですね、主治医の先生の言うことは良く守って、通院はきっちりしてくださいね」

Y「あの、医療費はどうなるんでしょうか」

W「精神科への通院は、自立支援医療という制度を使ってもらって、生活保護の方は無料になります。それから、精神科以外のご病気、たとえば風邪を引いたときとか、で病院にかかられる場合も、全額福祉が負担します。」

Y「そうなんですか、安心しました。ヘルパーさんに来てもらったときの費用も、生活保護の人は無料だと聞いたんですが・・・」

W「はい、自己負担は無料です」

Y「もう少し聞いて良いですか？主治医の先生からは、当面は外での生活に慣れるまで仕事は我慢して...と言われてるんですが、生活保護を受けたらもう働けないんですか？働いたらだめなんですか」

W「そんなことはありません。働ける人は働いて収入を生活費に入れるようにしてください。自分の収入で生活できるようになったら、生活保護も卒業できますよ。

でも、必ず主治医の先生の意見を聞いてくださいね。通院もしっかりして、まず落ちついて生活できるようにならないと、せつかく退院してきたのが無駄になってしまいます

からね」

Y「わかりました。」

W「じゃあ、今から書いてお渡しする書類をそろえて、もう一度来てください。そのときに具体的に申請について話をしましょう。

書類の手続きが終われば、地区担当ケースワーカーがお宅に訪問して、お話を聞かせてもらいます。その上で生活保護が開始決定になります。

生活保護が決まったら、あなたの担当ケースワーカーさんに何でも相談してくださいね。」

Y「わかりました。ありがとうございました。」

執筆者一覧（50音順）

- 金子 治 （東大阪市中福祉事務所）
高品 扶美子 （東大阪市保健所健康づくり課）
高取 佳代 （社会福祉法人鴻池福祉会 花園生活支援センター）
野村 卓嗣 （社会福祉法人鴻池福祉会 花園生活支援センター）
浜崎 敬子 （東大阪市保健所西保健センター）
森田 知代 （社会福祉法人天心会 地域生活支援センターふう）
（「5 地域におけるその他の活動」については、記載ページに記名）
イラスト 福田祥子（社会福祉法人天心会小阪病院）

平成22年度東大阪市こころの健康推進連絡協議会

地域移行・地域定着検討チーム 構成機関（順不同）

- 社会福祉法人天心会 小阪病院
医療法人聖和錦秀会 阪本病院
社会福祉法人天心会 地域生活支援センターふう
社会福祉法人鴻池福祉会 花園生活支援センター
株式会社訪問看護ステーションフロンティア
社会福祉法人ハートケア東大阪 就労継続支援 B 型事業所ハートスクエア
NPO 法人はっぴい21福祉会 就労継続支援 B 型事業所はっぴいプラザ
東大阪市社会福祉協議会高齢者サービスセンター
東大阪市保健所健康づくり課・西保健センター
東大阪市障害者支援室
大阪府こころの健康総合センター
財団法人精神障害者社会復帰促進協会



大阪府こころの健康総合センター 平成 23 年 3 月

〒558-0056 大阪市住吉区万代東 3 丁目 1-46 TEL06 (6691) 2811 FAX06 (6691) 2814

ホームページアドレス <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 74.5 円です。