

東京都障害者施策推進協議会専門部会（第2回）平成23年8月29日

コンセプトペーパー

東京都退院促進事業の活動実践をふまえた今後の方向性についての意見

地域生活支援センターMOT A 宮本 めぐみ

1. はじめに

退院促進事業は「精神障害者の人権侵害を解消する」ための施策であり、いわゆる「社会的入院患者」の地域生活への移行及び定着、そして社会的入院を繰り返さない仕組みづくりをねらいとしている。

東京都が平成18年（モデル事業は16、17年）から始めた本制度では、「病院で一生お預かりします」と言われていた時代の患者さんたちに加え、頻回の入院者、重複障害者、高齢者、発達障害者、身体合併症者、高次脳機能障害者等、様々な対象者が病院から推薦されて本制度の対象となる。これらの患者の地域自立は、「障害者が安心して暮らせる社会の実現を目指す」という東京都の保健福祉施策によって支えられ、成果が積重ねられつつある。

しかし、退院促進事業が相談支援事業として位置づけられ、制度的・財政的基盤を個別給付に一本化していくという方向性が示されてきていることに、医療福祉の現場は危惧を抱いている。多くの患者さんが社会の都合で長期在院を余儀なくされてきた歴史的経緯を踏まえ、本制度の成果を継承し地域移行・地域定着を推進していくためには、個別の相談支援に還元されない様々な支援活動とその財政的保障が不可欠であるとの考え方からである。

以下に、具体的な事例を挙げ、「東京都退院促進事業協力病院アンケート中間報告(案)」(以下、協力病院アンケート)にもふれながら、検討を加えてみたい。

2. 退院促進事業における準備作業の重要性

事例1. 病院から退院への意欲を高めて欲しいとの要請を受けて20代の青年Aさんの支援を始めた。初回面接時は、精神保健福祉士の陰にひっそり隠れるようにして、「このまま病院にいる」と語ったが、元気なころには熱心に取り組んでいたサッカーの話題に顔が一瞬ほころんだのを見逃さず、次の病院訪問時にサッカーを一緒にすることを約束した。2回目の訪問時、「退院促進がなんでサッカーなのか」という病棟スタッフの声を聞きながら病院のグラウンドに出ると、Aさんは、ボールを蹴ることによって何かを取り戻したのか生き生きとした様子をみせた。その後Aさんは、サッカーボール購入のため2年ぶりに院外外出をすることができ、半年後グループホームに退院した。

Aさんのように、長く入院している間に自信をなくし、病棟の片隅で息をひそめて過ごし、自分から退院したいと申し出ることができない患者は少なくない。このように、退院促進事業の候補者の多くは、始めから明確な退院への意思を有しているわけではない。従って、正式な事業対象者になる前に、患者との面接を重ねて信頼関係を築きながら、退院希望を確認し、退院への意欲が高まって行動を起こそうと思えるための支援に、じっくり時間をかける必要がある。その間に、病院スタッフと支援員との間で、患者の理解や支援についてのずれを認め合い、認識や方向性を共有するための努力と調整を重ねる必要がある。協力病院アンケートでも、事業対象となる前に、支援員が本人との面接を行うこと、病院や関係機関と調整を図ることについて大半の回答者が、その必要性を認めている。

一方、新たな制度では、患者自らが本制度の利用を市区町村に申し出ることとなっているが、上記の

ような地道な活動を重ねない限り、本人が自ら市区町村に申し出ることは現実的には極めて困難である。その点で、相談支援を通じた地域自立支援の制度的・財政的裏付けを個別給付に特化するという仕組みには問題が残ることが危惧される。新しい制度においても、退院支援を必要とする患者に対して、制度の趣旨や活用法について周知できるための啓発活動、個別支援に入るまでの準備作業を保障していく必要があると考えられる。

3. 家族への支援

事例2：30年間入院しているBさん宅に、家族協力依頼のために繰り返し家庭訪問を行っている。80歳代の父親から、「息子を病院から放り出すのか！」という怒声を浴びせられながら、「自宅に退院できないのなら本人にそのことをありのまま伝えて欲しい。そうしないとBさんは先へ進めない」と伝え続けた。3年目に入り、70歳代後半の母親が10代の息子連れあらゆる医療機関を廻った辛さを語り、怒りが収まった父親は、「20年前にこのような訪問があつて話を聞いてもらえたら協力できたのに」と語るなど両親の本音が出始めている。両親は「私達が生きているうちに、グループホームのようなところに退院させたい」と施設見学を始めた。

入院中心の時代が長く続く中で、Bさんの家族は、病状の悪い子供をかかえて病院を転々とする間に疲れ切ってしまい、ようやく入院させてくれる病院を見つけて一生預けたいと思った。月1回の外泊は受け入れてきたが、それが免罪符となって退院の話はだせないままに30年経ってしまった。本人はずっと退院を希望しながら、30年間病院にも親にも言い出せなかったという。

このような悲しい出来事の繰り返しを防ぐためには、家族には数十年の歴史が重くのっていることを理解した上で、そこをのり超えないと本人の支援は成り立たないことを家族に伝え、認識や目標を共有して共に取り組んでいくための支援が重要である。そのためには、本人だけでなく家族に対する個別並びに集団的な支援を退院促進事業の一環として行っていくことへの制度的な保障が必要である。

4. 広域支援による退院促進

事例：自宅からは遠い病院に措置入院となったCさんのため、病院近くのコーディネーターと連携して退院準備を行った。『お母が亡くなって一人ボッチだよ』という寂しがり屋のCさんのために、優しい雰囲気 of 医師を紹介し、地区担当保健師、障害課に相談してヘルパー導入し、訪問看護師も支援に加わり生活を維持している。入院中から定期的にケア会議を持ち、Cさんと関わる関係者が増えたことによって、支援のネットワークが少しずつ広がった。

Cさんのように、自宅からは遠方の病院に入院となった患者の場合、退院の機会を逸しがちであるが、東京都では広域支援のシステムを取り入れることによって、一定の成果を挙げてきた経緯がある。あらたな制度の下でも、必要に応じて市区町村の枠を超えた個別支援と、それを円滑にするための広域的なネットワークづくりを保障するような仕組みが必要となる。とりわけ、精神科病院の偏在が問題となっているため、現状の広域的支援活動を何らかの形で継続していく必要がある。

5. おわりに

最後に、退院促進事業への取り組みの経験と協力病院アンケート調査の結果に沿って、相談支援事業を活用して精神障害者の地域自立を支援していく上で、重要と思われる点について若干の補足を加えながら整理しておきたい。

まずは、協力病院アンケート調査において退院促進事業の継続を希望した協力病院は 98%であるという結果を確認しておきたい。退院促進事業は、その開始当初、多くの精神科病院が制度活用をめぐって戸惑いを示した経緯もあったが、ようやく定着し期待を集めていることがこの結果からもわかる。新たな制度の下では退院促進事業の継承と発展に向けて、取り組みの有効性が確かめられたな活動の継続と、まだ取り組みは不十分で課題は残るが必要かつ有効と考えられる活動の推進が求められる。

協力病院アンケート調査では、グループホーム活用型ショートステイ事業について 87%が継続を希望しており、存続が強く求められている。希望理由としては、実際に退院促進に有効であった事例を踏まえ、「公的な位置づけと財源の保障」「本人の不安軽減」「生活能力の評価に有効」「医療と地域のパイプ役」「病院のマンパワー不足の補完」「病院スタッフの意識改革」等が上げられていた。

有効性が確かめられつつある今後の課題の一つとして、回復者によるピアサポートの導入が挙げられる。過去に入院体験を持つ回復者や、退院促進事業による地域自立を体験した回復者を活用する試みが徐々に蓄積されつつあり、実際に経験した病院では今後の継続、充実が期待されているが、未経験の病院ではまだ意義や効果が実感できないという現状がある。従って、ピアサポーターの活用への制度的な保障が望まれる。

また、退院促進のコーディネーターによる病院職員や入院患者を対象とした説明会、勉強会等の啓発活動についても、それらを経験した病院では有効性が高く評価されている。個別の相談支援活動は、このような活動と組み合わせることによって、有効性を増すと考えられるため、制度的な位置づけの明確化が重要である。

退院促進の集約点が個別的な相談支援の充実であることは論をまたないが、その効果を高めるには、様々な活動を制度的・財政的に保障する必要がある。個別給付という財政的な枠組みのみでは、退院促進事業の実効性に危惧が残る。従って、以上述べてきたように、新たな制度の下でも、事例に取り組むまでの準備、ネットワークの構築、家族支援、ピアサポート、マンパワー向上等に向けた制度的な充実されることを期待したい。

退院促進支援事業受託事業者からみた 東京都退院促進支援事業のまとめ(案)

■ はじめに

退院促進支援事業は、「精神障害者の人権侵害（※）を解消する」という理念に基づく施策です。事業を利用するご本人が、生活したいと希望する地域に退院することを支援したこともこの理念に沿ったことです。この理念は本事業が今後どのような形式になったとせよ、反映させなければならないと考えております。特に、次の４点の「東京都モデル」について、次世代へ繋げるための総括を目的としてコーディネート事業所等でまとめを作成しました。

- 東京都全体での問題であって、区市町村をまたいだ退院支援
- 退院したいという声なき声を拾い上げて行く重要性
- 医療との連携を軸とした窓口体制
- ピアサポーターの活動

■ 事業目的

精神科病院に原則１年以上入院している精神障害者のうち、病状が安定し、地域の受け入れ条件が整えば退院可能で、本人が退院を希望する者を対象に、地域生活への円滑な移行を支援するとともに、精神障害者の地域生活に必要な体制の整備、精神科医療機関と地域との相互理解及び連携強化を図る。

■ 事業目的の整理（事業の役割）

① 個別の地域移行・定着支援を行う。

＜個別支援の対象者＞

前提：都民及び都内での生活を希望する方、または都内協力病院に入院中の方

- 原則１年以上入院している方
⇒入院期間だけにとらわれず、社会的入院に陥る危険性も認識して支援する姿勢が必要。
- 病状が安定し、地域の受け入れ条件が整えば退院可能な方
⇒病状の判断は医師が行うことだが、「その病状の方が地域で暮らすために何が必要か」という視点で条件を整えていくことが重要。
- 本人が退院を希望している方
⇒始めから明確に希望している方ばかりでない。それは対象者本人の責任ではなく、「退院したい」という気持ちを育む支援が必要。

② 個別の支援を通して地域づくりを行う。

- 精神障害者の地域生活に必要な体制の整備をする。
⇒個別の支援を通して開発された地域のネットワークや資源、共有された課題を地域の財産にし、地域の体制を改良する。
- 精神科医療機関と地域との相互理解及び連携を強化する。
⇒個別の支援を通して、支援者が顔の見える関係をつくる。
⇒個別の支援を通して、それぞれの支援者が地域の各関係機関の特長を理解する。
⇒対象者の希望実現がどんなに困難でも前向きに支援を行うチームづくりを行う。

① 事業対象となる前からアフターフォローまでの、一貫したアプローチ

【実績】

事業による各支援期のアプローチ（※平成 20 年度～22 年度実績）

		平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
	総支援回数	4,971(100%)	7,810(100%)	10,794(100%)	11,283(100%)
支援準備期	対象者と会うまでの関係者との調整・相談	-	-	279(2.6%)	211(1.9%)
	対象となる前の事前面接	238(4.8%)	993(12.7%)	348(3.2%)	299(2.7%)
退院準備期	通所支援	2,569(51.7%)	1,597(20.4%)	537(5.0%)	437(3.9%)
	退院準備（＊）	423(8.5%)	665(8.5%)	870(8.1%)	1,097(9.7%)
	外出支援	106(2.1%)	220(2.8%)	345(3.2%)	357(3.2%)
	住まい探し	62(1.2%)	181(2.3%)	435(4.0%)	271(2.4%)
	情報提供	243(4.9%)	336(4.3%)	434(4.0%)	479(4.2%)
アフターフォロー期	退院後フォロー	228(4.6%)	658(8.4%)	1,109(10.3%)	1,449(12.8%)
	関係機関調整	742(14.9%)	3,116(39.9%)	5,914(54.8%)	5,918(52.5%)
	家族支援	109(2.2%)	174(2.2%)	519(4.8%)	317(2.8%)

- ・ 協力病院からの推薦書と本人からの事業利用申込書がコーディネート事業所に提出されて、正式な事業対象となる前に、「支援準備期」として全体の 4.6%（510 回）の支援が費やされている。
- ・ 正式な対象者となつてからの同行支援や住居探しなどの退院準備期としては全体の 23.4%（2,641 回）
- ・ 「退院後のアフターフォロー期」は全体の 12.8%（1,449 回）となっている。
- ・ どの支援期でも共通な家族支援は全体の 2.8%（317 回）で、関係機関調整は全体の 52.5%（5,918 回）

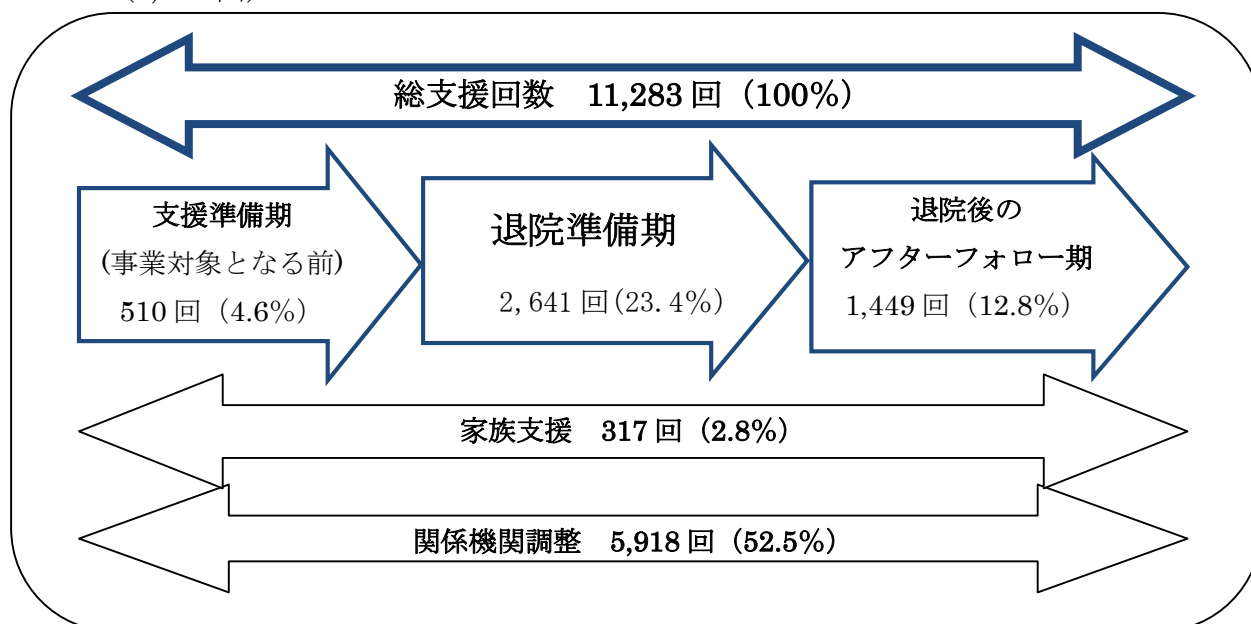
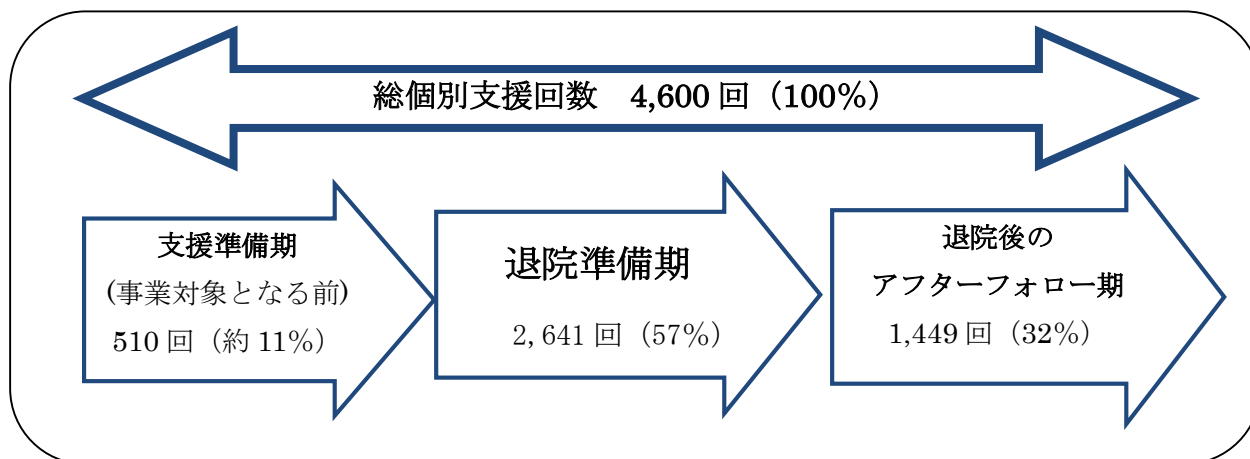
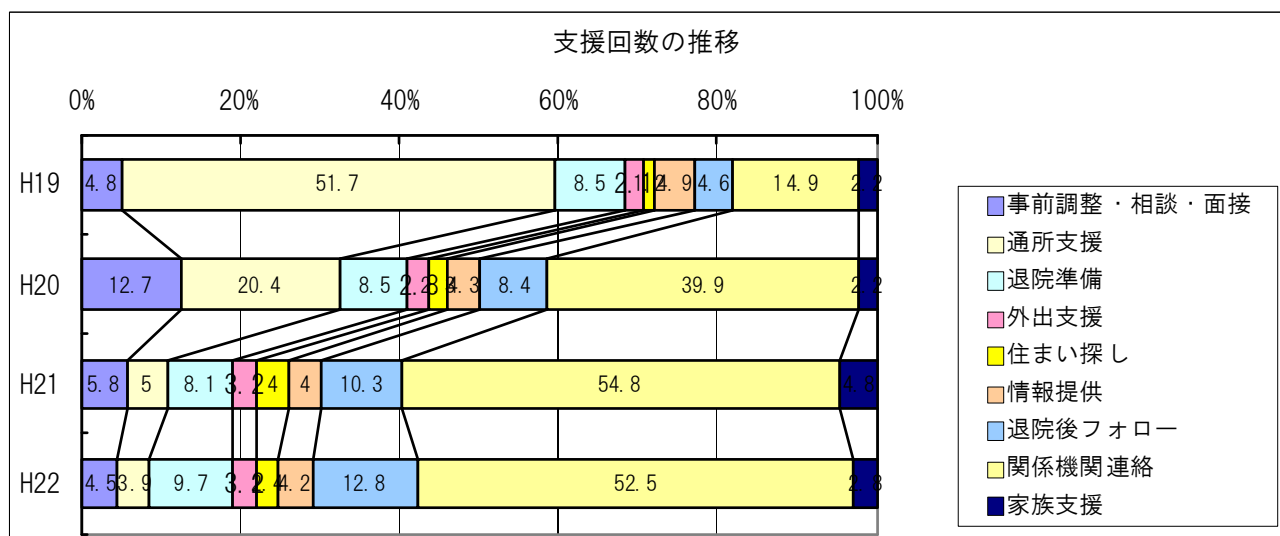


図 1 - 2 : 個別支援回数のみでの各支援時期での割合



- * 「退院準備」…全ての対象者の方が最初から「退院したい!」と事業利用を希望しているわけではなく、中には今までの入退院の経緯や長期入院の中で意欲が低下し、「退院したくない」「放っておいて欲しい」「もう無理」「いまさら遅いよ…」といった諦めや不安を表出される方達も多い。
- * 退院意欲が強くてもそうでなくても、病院職員とコーディネーターとで何回も本人と面接をしたり、院内散歩や院内 OT 活動等と一緒に参加することで関係性を築きながら、本人の本来の希望の聞き取りや不安に思っていることを共有していく。

図 2 : 支援回数の推移 (平成 19-22 年度)



【考察および今後の展望】

- ・ 本事業では、実際に地域で暮らしている当事者の講演や事業説明会を実施し、退院を不安に思っている方達に対し、少しずつ気持ちが退院に対して前向きになってもらえるようなアプローチを病院と連携して実施している。
- ・ 「対象者と会うまでの関係者との調整・相談」、「対象となるまでの事前面接」に毎年一定以上の割合が占められている。これらの事前活動がなければ、具体的な退院支援に繋がる方の人数はもっと減少していたと思われる。実際に、協力病院アンケートにおいても、「事業対象前の相談・関係機関調整、1/1W 等定期的に病院へ訪問すること等」と「事

業対象となる前の本人との事前面接、本人の意思が固まる前の声かけ」は共に 80%以上の協力病院が“活動を継続して欲しい”と回答している。

- ・ “病院内に事業を定着させる地ならしの意味合いからも大切な動き。病棟看護との関係作りに始まってゆるやかに「事業利用者の」掘り起こしにつながる。”
- ・ “対象となる方は、人との関係性を築くのが苦手な方々。本人との信頼関係を築く過程が必要”
- ・ “地域移行、地域支援の専門家と院内 PSW 等の職員が「退院」「地域生活」を普及、意識改革を目的に話した場合を比べると効果（説得力）が圧倒的に違う”
- ・ “どのように退院に結びつけていけば良いのか、院内スタッフだけでは手も足も出ない状況になっていることもあるので、他機関の方の意見を聞いたりすることで、事業利用にならなくても道筋が見えてくることもある”
- ・ たとえ正式な事業利用に繋がっていなくても、本人のその先の退院へのアプローチの一助になっていることが示されている。
- ・ 言わずもがなだが、当初は「退院」に尻ごみしている当事者も多いのが特徴。
- ・ 長年離れていた社会に恐れを感じるのはむしろ当たり前、という実情を踏まえれば事前面接からゆっくりと変化を待つプロセスは重要。
- ・ ここを外すと事業にのれる可能性のある多くの人がそのチャンスをつかめなくなってしまう
- ・ 本人の動機づけを高める上で、また関係づくりの点で極めて重要な役割を果たしている

本事業では、コーディネーター事業所が、担当窓口である協力病院と様々な場面で連携しながら長期入院患者へアプローチを試みている。それは、決して本人の事業利用希望が既にあり、病院から対象者として推薦書・本人事業利用申込書が揃っている状態から支援が開始することばかりではないことを意味している。「退院したい」という明確な表現が出来ない方や過去の入退院の経緯から諦めつつある方達も多い中で、本事業を“利用してみようかな・・・”という気持ちになれるきっかけを多く作るために、患者向け事業説明会や、病棟スタッフ向け事業説明会、院内 OT 活動への当事者スタッフの参加等々、正式な事業対象になる前から様々な方法で長期入院中の方々へアプローチしている。

また、表 2 において、「退院準備期－退院準備」の支援回数が年々増加し、平成 22 年度においては 1,000 回を超えているのは、この段階において「本人との信頼関係の構築／ニーズの把握／意欲向上のための心理的アプローチ／本人能力と環境要因のアセスメント／個別支援計画作成にかかわる面談」といったことが丁寧に行われていることを意味している。「通所支援」「外出支援」「住まい探し」といった退院に向けた具体的な退院支援活動に入る前に、その土台となる準備の活動をこのコーディネート事業では重視しており、そのことに時間をかけていることが今日の事業成果につながっているということを示している。

また、退院がゴールなのではなく、退院が新しい生活のスタートであることから、退院後のアフターフォローも本人や病院から求められる重要な支援になっており、事業対象になる前から、退院準備中、退院後までの一貫した本人へのアプローチや関係機関調整が行われている。「関係機関調整」は、H21 年度以降は総支援回数の 50%を超えており、対象者への具体的な個別支援以外に相当量の調整をしたうえで支援が実施されていることを示している。こ

これは、本人と顔合わせをし、事業説明や導入のための院内での面接等を経て、正式な事業対象となって具体的な個別支援に入る前から、既に支援が始まっていることを表していて、その事前調整から丁寧に支援を開始しないと、事業の成果に繋がらないことを意味している。

今まで長期にわたって精神科病院に社会的入院を余儀なくされ、「今更、退院したくない」、「もう無理だよ…」といった気持ちにならざるを得なくなっている方々に対して、「退院してみようかな…」、「やっぱり退院はしたいよ」といった気持ちを育んでいくことから、その表出された対象者の気持ちを大事にし続けていき、「退院して良かった」と街中で暮らし続けていってもらうように支援し続けることは今後も必要である。

② 広域支援

【実績】

東京都の退院促進支援事業では、入院先の病院から遠隔地の地域へと退院する個別支援の事例に積極的に取り組んできた。退院促進コーディネート事業の受託事業所は、所在地の二次保健医療圏域を活動範囲の目安としながら、個別事例の必要性に応じて、より広範囲での支援活動を柔軟に展開している。東京都では、こうした動きを「広域支援」の活動と捉え、東京で退院支援を行うにあたっての重要な取り組みであると位置づけている。

広域支援の活動は、事業全体の中でも大きな割合を占めている（表3）。平成18年度から22年度までに、退院促進コーディネート事業を通じて退院した255名のうち、入院先の病院が入院前居住地と同一の区市町村内にあり、なおかつ入院前と同じ居住地に退院したという方は、わずか49名（19.8%）しかいない^{〔註1〕}。それ以外の186名（73.3%）は、入院前の居住地とは異なる区市町村の病院に入院し、そこで事業の支援対象者として推薦されている^{〔註2〕}。このことから、東京都の退院促進支援事業では、区市町村の範囲を越えた支援活動が一般的になっていることが見て取れる。

上記退院者186名の内訳を見ると、73名（28.6%）は遠隔地の病院から入院前居住地の区市町村へ戻ってきている。この数値には、「遠くの病院まで迎えに行く」という広域支援の特徴が表われている。一方、57名（22.4%）は入院前居住地ではなく、入院先病院のある区市に退院しており、同様に46名（18.0%）は、入院前居住地とも入院先病院居住地とも異なる区市に退院している。これらは、「前住所地から離れた地域で退院の環境を整える」という広域支援のもうひとつの特徴を表わす数値であるといえる。

表3 広域支援の状況（平成18年度～22年度実績）^{〔註3〕}

	地域移行のパターン			退院者	割合		
	入院前住所地	入院先病院住所地	退院後住所地				
A	◎	➡	◎	➡	◎	49	19.8%
B	◎	➡	△	➡	◎	73	28.6%
C	◎	➡	△	➡	△	57	22.4%
D	◎	➡	△	➡	■	46	18.0%
E	◎	➡	◎	➡	△	10	3.9%
F	入院前住所地が不明					20	7.8%
合計						255	100.0%

[註₁] 文中（ ）内の%数値は、すべて退院者総数 255 名に対する割合を示している。

[註₂] 入院前の住所地が不明である 20 名は、186 名の中に含めていない。

[註₃] 表中の◎△■は、区市町村の移動を示す。記号が同じ場合は、同一の区市町村を示す。

【考察および今後の展望】

上述のように、東京都の退院促進支援事業では、「遠くの病院まで迎えに行く」とことと「新しい地域で退院の環境を整える」とことという、二種類の意味合いをもつ広域支援の取り組みが実績として表われている。ここでは、表のパターンBからDまでを広域支援の退院事例と見なしているが、その合計退院者は 176 名であり、退院者全体の 69%に上っている。

東京都の退院促進支援事業において、広域支援の活動が特徴的なものとなる背景には、東京都内の精神科病院が各圏域に均等に設置されていないという要因がある。東京都は、特別区と多摩地区との間で、人口対精神病床数の比率に 4 倍もの格差が存在する自治体であり、入院が必要な場合に遠隔地の病院まで行くことが一般的な傾向になっている。なかでも、南多摩圏域と西多摩圏域には精神科病院が集中しており、都内中から入院患者が集まってくる。その一方で、特別区の中には精神病床がまったくない地区がいくつもあるため、区民の場合はとくに入院先の病院が遠隔地になりやすい傾向がある。

こうした現状をふまえて、東京都における退院促進支援は、今後も広域支援を視野に入れた取組として事業設計されることが必須であるといえる。広域支援の活動実績は、長期入院の方でも遠隔地の入院前居住地に戻ることができるという退院支援の新たな方向性を、精神科病院に対して地域の側から示すことにもつながった。

また各事業所は、広域支援を前提とすることで、事業の支援対象者を住所地や退院先地域によって選考する必要があるため、協力病院から新規対象者の紹介を受けやすくなっている。

これらの展開により、これまで病院内で退院支援の対象になるとは考えられていなかった方に対しても、退院の道筋が見出される可能性を示唆している。

事業の存在自体が、新たに「条件が整えば退院可能な」長期入院者を掘り起こすことにもつながっているのである。

③支援困難な事例へのアプローチ

【実績】

対象者のうち約 10%を占める 43 名の方が、65 歳以上の高齢者である（表 4）。

表 4 対象者のうちの高齢者の割合（平成 18 年度～22 年度実績）

	人数	%
65 歳以上の人	43	10.8%
65 歳未満の人	351	88.0%
不明	5	1.3%
合計	399	

対象者のうち約 25%の方が、統合失調症以外の診断もしくは統合失調症に加え、精神障害以外の障害や疾病を重複している（表 5）。

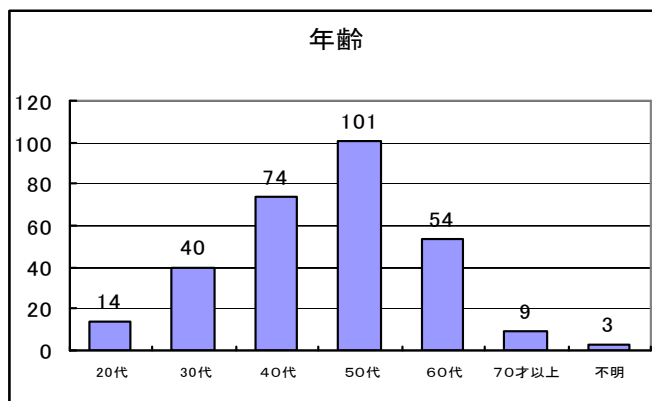
表 5 対象者の疾病別分布（平成 18 年度～22 年度）

主病名	対象者		再掲
	人数	割合	従病名(人数の重複あり)
器質性精神障害	6	1.5%	
アルコール・覚せい剤精神病	13	3.3%	認知症(1)、精神発達遅滞(1)
統合失調症圏	332	83.2%	精神発達遅滞(16)、てんかん(2)、発達障害(1)、アスペルガー症候群(2)、人格障害(1)、薬物既往(3)
気分障害	19	4.8%	
神経症性障害および身体表現性障害	7	1.8%	パーソナリティ障害、アルコール乱用
人格および行動の障害	3	0.8%	
精神発達遅滞(知的障害)	5	1.3%	てんかん、ADHA、適応障害
アスペルガー症候群等	7	1.8%	行為障害
不明	7	1.8%	
合 計	399		

精神発達遅滞（知的障害）で 65 歳以上の方、身体障害、精神発達遅滞（知的障害）と身体障害との合併等、重複されている方も多い。

65 歳以上の対象者は介護保険の利用が優先され、サービスの内容は介護保険が中心となるが、精神症状が安定していない対象者を支えるためには、医療と福祉が密に連携をしたサービスが欠かすことができない。また、身体的な問題が少ないため、制度移行により今まで利用していたサービスを維持できない場合もある。様々なサービスを組み合わせるためには、領域を越えた連携、支援が必要であり、既存の支援だけでは退院支援が困難である場合が多い。

図 3 対象者の年齢別分布（平成 18 年度～21 年度）



【考察および今後の展望】

対象者の高齢化とともに家族も高齢化しており、対象者を支える存在は家族以外に委ねざるを得ない状況である。地域で支えることが求められているが、協力病院アンケートによると「介護保険制度の利用には制限が多く、利用できないことが多い」とあり、いわゆる“制度の狭間”にいる対象者は、日中活動の場の確保が難しい等、既存の退院支援よりも困難な場合が多い。

対象者が長期入院もしくは遠方に入院することにより、地域の支援機関との関係が切れてし

まい、関係の再構築が必要である。様々な課題が潜在している対象者の場合、担当が多岐にわたるため、地域の窓口を一本化することが難しい。退院促進コーディネーターは、既存の制度にとらわれない様々な領域を越えた柔軟なサービス調整、入院から退院後まで一貫した支援を継続することが可能な唯一の存在であるため、地域のまとめ役としての役割を担うことが期待できる。また、対象者は環境の変化に弱い場合が多く、退院後、増えていくことが予想される地域との関わりにおいて、顔の見える支援者が継続して支援を行うことが当事者の安心感につながり、その果たす役割は大きく、長期入院支援には欠かすことができない存在である。

地域におけるマネジメント、地域ケア会議等の退院促進コーディネーターの活動は、対象者の生活する地域において領域を越えたチーム形成に大きな貢献を果たしている。今後、求められる障害の枠を超えた総合的な相談支援の在り方の一つとして広まっていく可能性を秘めている。

④ 広域ネットワークの形成と基盤整備

【実績】

◆ 病院への普及啓発活動

各コーディネート事業所は、協力病院の担当制を敷いており、それぞれ特定の病院と継続的な連携を図ることで、対象者の増加や院内全体への普及啓発的な活動を興していくことを意図してきた。

また、ピアサポーター（地域生活サポーター）も病院へ赴き、対象者への個別支援に加え、病院職員や対象者への講演を行い、地域で生活することの楽しさや仲間同士で支えあうことの重要性を伝えてきた。（表6）

表6 病院内での啓発活動

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
病院数	61	35	46
実施回数	218	237	181
コーディネーター	250	239	189
地域生活サポーター数	77	142	104

◆ 地域への普及啓発活動

当事者や家族、医療機関、地域機関を含めた活動報告会や研修、講演会等を積極的に行った。また医療機関と地域関係機関が相互にそれぞれの現場を体験する実習研修を行った。

◆ 地域体制整備コーディネーターの配置

対象者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターが精神保健福祉センターに配置された。

◆ 各種会議

(1) 個別ケア会議

個別ケア会議では、対象者や病院はもちろん、行政、地域関係機関など、多くの関係者の参加をえた。（表 7－（1））

表 7－（1） 個別ケア会議

出席者・機関（人）												
	開催回数	事業対象者・家族等	医療機関	行政機関			地域関係機関					計
				健・生活保護部局	区市町村障害福祉・保健	精神保健福祉センター	保健所	生活訓練施設・共同生活援助事業者等	日中活動支援事業所	地域生活支援センター	地域生活サポーター	その他
平成 21 年度	768	796	1556	225	65	86	188	31	680	2	287	3916
平成 22 年度	742	829	1538	1228	129	115	232	64	787	26	357	4305

（2）地域生活ケア会議

地域生活ケア会議では、個別支援の検討と同時に地域の基盤整備を検討してきた。情報共有及び地域でのばらつきを減らし、支援の均等化を図ってきた（表 7－（2））。

表 7－（2） 地域生活ケア会議の開催実績

		出席者・機関（人）										
	開催回数	事業対象者・家族等	医療機関	行政機関			地域関係機関					計
				活保護部局	区市町村障害福祉・保健・生	精神保健福祉センター	保健所	事業者等	生活訓練施設・共同生活援助	日中活動支援事業所等	地域生活支援センター	
平成 19 年度	99	8	92	55	23	201	1	83	32	96	20	611
平成 20 年度	285	79	266	457	172	248	27	156	277	0	96	1788
平成 21 年度	143	54	89	260	214	286	111	13	413	0	187	1574
平成 22 年度	148	6	173	384	231	349	99	18	433	0	216	1909

【考察および今後の展望】

当事業において、協力病院から地域への連絡窓口（コーディネート事業所）ができたことによる功績は大きい。病院と地域が相互に「退院」及び「地域定着支援」に必要な基盤整備を考えられるような協力体制ができたことで、講演会や研修等で地域住民や他の関係機関を巻き込みながら、地域づくりを行っていく機会を持つことができた。

また、ピアサポーターが病院に出向き、当事者向けや職員向けプログラムとして地域生活を話すような場面も設けられた。コーディネーターが地域生活をしている当事者の生活を説明するだけでは十分に伝えきれないところも、実際に生活者に会い生の声を聞くことで、対象者にとっては不安の軽減につながり、病院職員からは「地域生活の様子を聞く機会を持つことで多面的に対象者をとらえることができた」という意見も挙がっている。ピアサポーターとして活動する当事者にとっても、自分の生活を語ることが自信に繋がり、良い効果があった。

個別ケア会議においては、対象者がその会議に参加することを原則としている。対象者が個別ケア会議に参加することこそが本事業の推進力の根幹となっている。対象者が参加している個別ケア会議で出されたニーズや課題を、地域生活ケア会議、圏域別会議等へあげることで、直接事業の対象となった本人の声が地域移行施策全体に反映されるような仕組みに繋がってくる。

広域にわたる退院支援では、精神保健福祉センターの地域体制整備担当が欠かすことができない存在である。支援者同士の顔が見えない中で連絡調整を行い、離れた地域での支援体制やネットワークが不明瞭な中で支援を進めるのは難しいが、都事業で地域体制整備担当が配置されたことにより、コーディネート事業所同士の連携や、ネットワーク構築のためのサポート体制が円滑に築かれ、住み慣れた地域への退院支援が可能となった。

対象者への個別支援は勿論、広域にわたる支援のネットワーク形成や基盤整備のための会議や普及啓発活動を行うことも、退院促進支援事業には重要な要素のひとつであると言える。

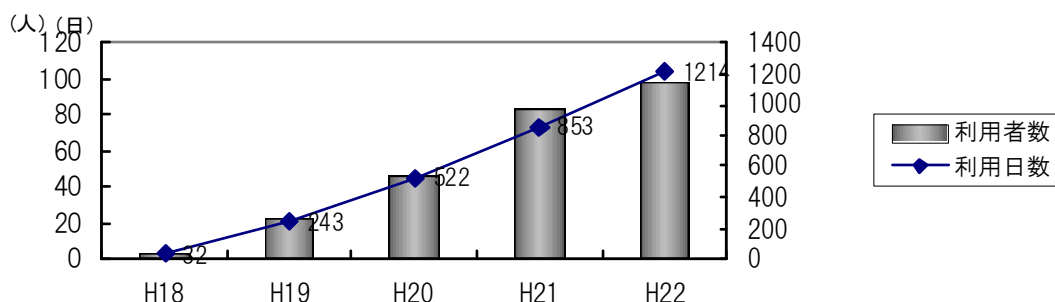
⑤ グループホーム活用型ショートステイ事業（以下SS事業）実績

利用者数及び、実施日数ともに顕著に伸張している。

表8 グループホーム活用型ショートステイ事業実績（※再掲）

	* 事業所	* 利用者数	体験宿泊等 利用日数	*退院者数
平成 18 年度	3	3	32	
平成 19 年度	4	22	243	
平成 20 年度	10	47	522	
平成 21 年度	12	83	853	3
平成 22 年度	12	98	1,214	2

図4 グループホーム活用型ショートステイ事業利用者数と利用日数の推移



【考察および今後の展望】

病院アンケートの記載にもあるように、SS事業は大きく分けて2つの意義が認められる。

第一は、退院後の生活イメージが乏しい当事者にとって、入院中から実際の生活体験の機会が保障されることで高いリハビリテーション効果が期待できることである。実際に事業利用者からの声として「次はこうしてみたい」「今回は前に出来なかったことをやってみたい」など、利用するたびに自信を持って病院に戻り、退院に向けての希望・意欲を感じる発言が挙がっている。

第二は、病院の“中”だけでは限界がある、実際の退院後の生活力の評価が出来る場として有効性があることである。地域場で複数の支援者が関わることで、より本人の公正な評価が可能になることや、新たな課題に気づき整理し退院後地域定着に向けた支援が可能となることが挙げられる。

従って、入院中からの体験宿泊事業については今後も継続が必要である。

<更なる地域移行・定着支援体制のあり方とは>

1. 「地域移行・定着支援事業を実施して」

東京都退院促進支援事業として、社会的入院をしている都民に対し、「退院し、安心した生活を送れる」支援を実施してきた。そして今後の地域移行・地域定着支援事業について、よりよい事業展開に欠かせないと考えられる要素を挙げた。

① 本事業の対象となる前から退院後のアフターフォローまで、一貫した支援が可能な体制をつくるべき

「社会的入院」という社会が作り出した人権侵害の状態は、社会の責任において解消しなければならない。社会的入院の状態にある本人が意思表示することを待つだけという姿勢はありえない。住み慣れた街で暮らすことを諦めざるを得なかった方々が、もう一度地域での生活の実現に向けて挑戦してみようという気持ちを育んでいくことへの支援は欠かせない。

② 区市町村の枠を越えた広域的な個別支援と、それを円滑にするための広域的なネットワークづくりを実施する活動が可能な体制を保障すべき

東京都においては、生活圏と治療機関の乖離は顕著で、暮らしていた区市町村外の精神科病院に入院している方が多数存在する。これを支援するには基礎自治体単位での活動にとどまらず広域に支援活動を行うことができる体制が欠かせない。

- ③ 対象者を限定せず、長期入院、高齢、重度障害、重複障害、広域支援、といった所謂「退院することが難しい方」への支援も等しく実施することこそが真の地域移行に繋がる。

多くの問題や課題を抱え、入院が長期化している方たちの退院が実現する地域づくりを、病院、地域関係機関等が協働し行っていく必要がある。

- ④ 個別支援と並行して、精神科病院や地域の関係機関に対して、社会的入院の解消に向けた取組の普及啓発活動を継続的に実施できる体制は継続して行なう必要がある。

社会的入院の解消のためには、社会全体でこの問題意識と解決に向けた取組を共有することが必要。

取組の最前線にある地域の関係機関にさえも、こうしたことが十分浸透しているとは言えず、社会的入院の解消に向けた普及啓発活動を継続的に行っていくことが必要。

- ⑤ 東京都の退院促進支援事業の柱の1つとして実施されてきた「ショートステイ事業」についても一定の成果が挙がっており、地域移行・地域定着のためのコーディネートと併せ事業運営には大事な要素