

■ 2. 退院促進支援事業実施上のポイント
ー ヒアリング結果を中心に ー

社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「日本PSW協会」という）では、平成18年度、厚生労働省の助成を受け、「精神障害者退院促進支援事業の効果および有効なシステム、ツール等に関する調査研究」を実施した。本調査の概要は、第1次調査（全国47都道府県・15政令指定都市の障害保健福祉主幹部局を対象とした質問紙郵送による悉皆調査）と、第2次調査（第1次調査結果、平成17年度の事業実施地から8か所〈岩手県・福島県・埼玉県・三重県・岡山県・香川県・長崎県・大阪市〉を抽出したヒアリング調査〈対象者は①自治体担当者、②事務局PSW、③利用者を推薦した病院PSW、④事業利用にて退院した利用者2～4名のグループ〉から構成される。

その後、上記8か所に、北海道・千葉県・東京都を加え、大阪市は大阪府に換え、11か所の自治体担当者のグループインタビューを2回に分けて実施した。いずれも国庫補助事業の時点からの取り組みで、さまざまな工夫や実績を有しており、これらのアイデアを集積することで、より事業展開しやすい方法論の構築が期待できる。そこで以下に、ヒアリング結果をもとにした事業実施のためのポイントをまとめる（事例は、該当する各自治体の取り組みを参照されたい）。

（1）事業実施体制の構築

本事業は、多種多様な機関・職種が連携協働しながら推進するものであり、一般的には事業を運営する部門と事業を実施する部門から構成されるほか、個々の利用者の支援に関する検討を行う場が設定される。このほか、実際に個別の支援にあたる「自立支援員」が委嘱される。

障害者自立支援法（以下「自立支援法」という）施行以前は、補助実施要綱上は、各部門について「運営委員会」「自立促進支援協議会」「ケア会議」という名称が設けられていた。現在は、地域生活支援事業の要綱上組織に関する規定等がなく、地域の実情に応じた実施体制で運営されているが、以下に、自立支援法以前における、各会の主要な構成員と役割の例を示す。

a. 運営委員会

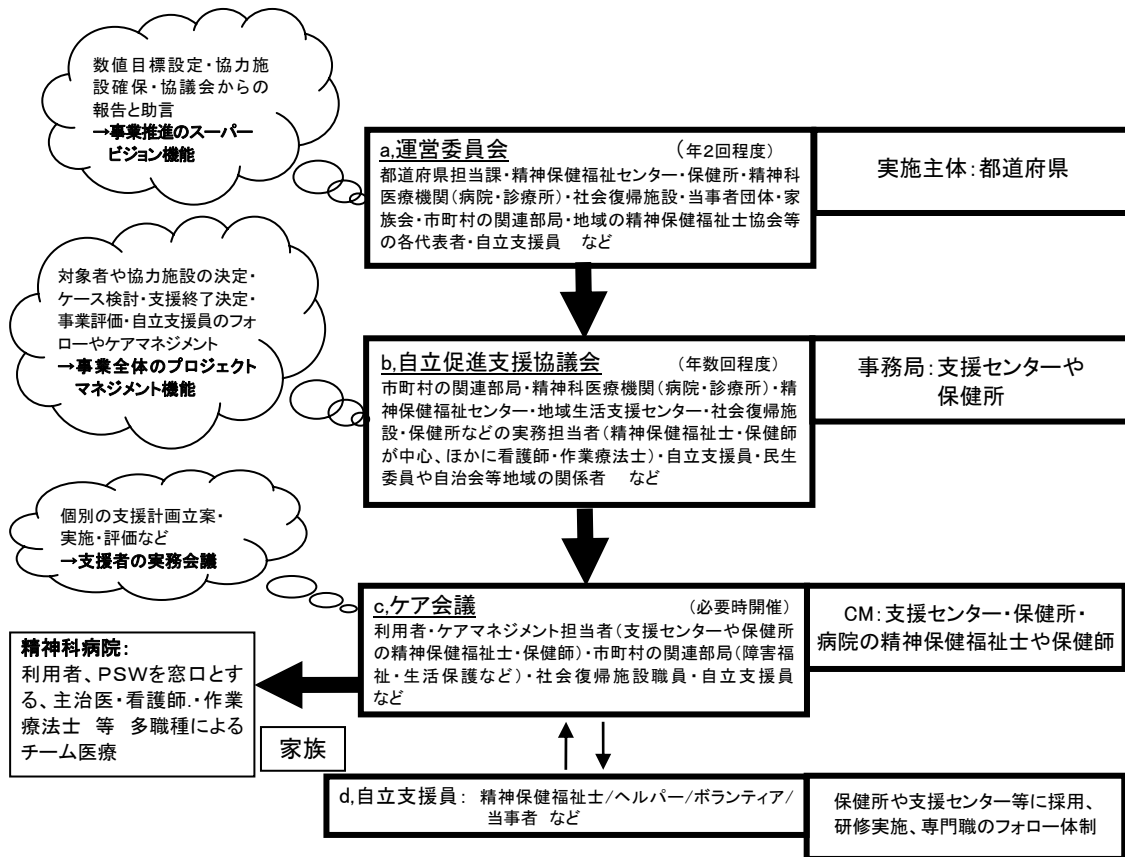
都道府県が設置する。

構成員は、主として、都道府県担当課・精神保健福祉センター・保健所・精神科医療機関（病院・診療所）・社会復帰施設・当事者団体・家族会・市町村の関連部局・地域の精神保健福祉士協会等の各代表者・自立支援員など。

ほかに、地域の医師会・学識経験者・精神保健福祉関連諸団体等、地域特性に合った構成となっている。

開催は年2回程度で、主に事業全体の数値目標設定や協力施設の確保、自立促進支援協議会からの報告と助言、事業の効果測定と評価などを行う。事業全体の推進と展開におけるスーパービジョンを担う部門である。

図2 精神障害者退院促進支援事業体制図（例）



b. 自立促進支援協議会

都道府県が設定するが、直轄または委託されることも多い。委託先としては地域生活支援センター（ヒアリング実施当時の名称、以下「支援センター」という）が多い。都道府県下で、1か所または複数（この場合は保健所単位など圏域に分けて）設置する。

構成員は、主として市町村の関連部局・精神科医療機関（病院・診療所）・精神保健福祉センター・支援センター・社会復帰施設・保健所などの実務担当者（PSW・保健師（以下「PHN」という）が中心、ほかに看護師（以下「Ns」という）・作業療法士（以下「OT」という）・自立支援員・民生委員や自治会等地域の関係者などである。

ここでは、事業対象者や協力施設の決定、ケース検討（支援の進捗状況の把握や支援過程における問題への対応）、事業評価、対象者の事業終了決定などを行う。また、自立支援員に対する専門的知識の提供や助言などの研修機能、利用者のケアマネジメントを担うなど、事業全体のプロジェクトマネジメントの役割を持つ。

開催は年に数回から数十回以上と、地域による差は大きい。

c. ケア会議（ミニカンファレンス）

各利用者の個別の支援計画に基づく、支援の実務者会議である。主として精神科病院や支援センター、協力施設で開催されるが、会議のマネジメントは事業実施主体や委託先の支援センターなどが担う例が多い。

構成員は、対象者の支援計画やプロセスに応じて柔軟に変化するが、利用者は原則として同席し、ケアマネジメント担当者（支援センターや保健所のP S W・P H N）・自立支援員・病院P S Wが中心となり、これに主治医・N sなどの病院職員・家族・市町村の関連部局（障害福祉・生活保護など）・社会復帰施設職員などが、随時加わる。

d. 自立支援員

自立支援法以前の要綱では「精神保健福祉士等を委嘱する」ことが、その役割からは妥当と考えられていた。このため、専門職としてはP S Wの採用が最も多いが（大阪府）、①P S Wの確保困難、②非専門職による市民性を活用した支援への期待、などの理由により、ヘルパーやボランティア講座の受講者、家族会構成員等を登用している自治体も見られる（岩手県・福島県・三重県・香川県・長崎県）。この場合は、ケアマネジメントの部分はP S WやP H Nが主として担い、自立支援員は実際の支援活動に専従するという役割分担が望ましいようである。

さらに、当事者が自立支援員として登用されている場合は、事前に研修を受講してもらったり、専門職とのペアを組んだりするなどの工夫が見られる（北海道・東京都）。研修には、市町村が実施するピアカウンセリング事業や、社会福祉協議会等で実施するボランティア講座なども活用されている。

P S Wなどの専門職と、そうでない者や当事者など、立場によって自立支援員の役割は幅がある。しかし、標準的に担う役割としては、病院への訪問による利用者との面接、外出の同行、退院先探しの協力、情報提供、退院後の生活の準備、制度利用の支援、などがある。

専門職でない自立支援員の場合、特に支援センターP S Wや病院P S Wなどとの連絡経路を持ち、常に情報交換や助言等を受けながら支援活動の実務に専念することができる。また専門職の場合は、ケアマネジメントと支援活動を同一の者が行える。

なお、自立支援員の所属は、支援センター職員としての常勤・非常勤雇用、作業所や病院職員の委嘱、民生委員等の市民に委嘱するなどさまざまな形態がある。

自立支援法においては、自立支援協議会が設置されることになっていることから、前述のa, b, について、自立支援法において各都道府県や市町村または圏域に設置される自立支援協議会を活用することも可能であろう。特に、「都道府県自立支援協議会」は運営委員会の機能、「地域自立支援協議会」は自立促進支援協議会の機能を有するものと考えられる。

次に、各機関において事業実施の事前準備で取り組んでおくことが望ましいことや留意点をまとめるとめる。

①各機関の役割分担

a, 都道府県担当部局

事業実施の推進力として重要な位置を占める。事業は支援センターへの委託や保健所単位での実施という形態が一般的であるが、これらの実施をスムーズに行えるように、協力団体を得たり連携を強化させたりするマネジメント力が必要である。また、そのために都道府県としての共通認識の確立が求められる。

従来の精神保健福祉体制下での取り組みと連動するものでありながらも、新たな実践であるので、都道府県が積極的に精神障害者に関する普及啓発活動を行い、あるいは関係諸団体の活動に協賛・後援等の形で参画することも有効である。

【自治体内の共通認識】

都道府県の担当部局での役割は、庁内と庁外の両側面に対する働きかけが必要である。

まず庁内では、職員間での「退院促進」に関する意見統一が求められる。ヒアリングを実施した都道府県では、退院促進にかける担当職員の熱意やエネルギーも見受けられたが、自治体として取り組むという姿勢、それをサポートする体制なども不可欠の要素であることが推察された。

また障害福祉計画にスローガンや数値目標を掲げ、強力で推進する姿勢を持つことが事業展開において奏効することもある。

b, 精神保健福祉センター

事務局として機能する例もあるが、主として事業実施において、専門的知識・技術を提供して積極的な支援を行っているところが多い。都道府県担当課職員と連携して関係機関を回り、事業に関する説明を行ったり理解を求めたりするほか、調査の実施主体として精神科病院の患者実態を調査しているところもある。また、アセスメントシート等の開発や利用者への説明のパンフレット等を作成するなど専門的な知識や技術を提供している。

政令指定都市においては、事業実施主体として機能しているところが多く、ここでは専門職（PSWなど）の自立支援員の採用により、実務的な支援とケアマネジメントの両方の役割を果たしている。

c, 保健所

事業を都道府県下全域で実施する場合、保健所がその機能を発揮して事務局の役割を担うことで事業が実施しやすくなる（大阪府・香川県・長崎県）。これは、圏域内の精神科医療状況や福祉との連携が、従来の保健所の実践においてある程度構築されていることから、事業を実施しやすいためである。特に、従前から地域医療機関との協議会開催や市町村と連携した精神障害者支援を行っているところと、その延長線上に事業の運営委員会や自立促進支援協議会を位置づけることができる。

なお、保健所が事務局を担う場合、PHNやPSWがケアマネージャーとなることもある。また、都道府県がPSWを自立支援員として採用している場合（大阪府）は、直接ケアマネジメントまで携わっている。

d, 地域生活支援センター（平成18年度以前の名称）

事務局として都道府県から委託を受けて実施している場合、事業推進の中心的役割を果たしている。本協会の調査結果では7割以上の自治体が事業を委託しており、その委託先の大多数は支援センターである。この場合、自立支援員の募集や推薦、委嘱後の活動支援や、ケアマネジメントを担っている（北海道・岩手県・福島県・埼玉県・三重県・長崎県）。さらに、運営委員会や自立促進支援協議会の開催など、プロジェクトマネジメントも担っているところが多い。

なお支援センターは医療機関の関連法人設置の場合と、そうでない場合で事業への影響に相違が考えられる。例えば精神科病院の関連法人であれば、ほかの病院の入院患者は利用に際して敷居が高いと感じることや、一度転入院してからでなければ支援を受けられない例もある。しかし、関連法人の病院や入院者に対しては、支援センターとして積極的に事業の利用を働きかけることが考えられる（福島県）。

また、支援センターに事業委託されない場合であっても、運営委員会や自立促進支援協議会への参加や、退院前から相談支援を提供するなど、積極的な関与が求められる。

e, 市町村（福祉事務所）

市町村の障害福祉担当課は、利用者に対して地域生活支援サービスを提供する役割を担う。障害福祉担当者（PHNやPSW）は、地域生活支援サービスの概要や利用申請手続きの説明を行う立場からケア会議等に参加する。精神保健福祉手帳の交付申請や自立支援医療の支給申請手続きをはじめ、障害程度区分認定等で今後のかかわりが生じる可能性も高いため、入院中から対象者に関する情報を得ておくことは、スムーズな支援提供に通じる。

福祉事務所の生活保護担当課は、生活保護を必要とする利用者に対して経済的な保障を行う役割を担うほか、被保護者の自立を支援する観点から退院に向けた支援を行う。生活保護担当者（ケースワーカー）は、主に退院後の生活費や住居の確保に必要な費用の支給等に関する説明や、施設利用に関する諸手続きの支援を行う立場からケア会議等に参加する。長期入院者は生活保護の仕組みを理解していないことも多いので、事業利用にあたり生活保護法の観点から考えられる支援についての説明が求められる。

また、退院に際して生活保護受給申請するケースや、移管ケースも生じるため、事業自体についての基礎的な知識や情報を共有していることが望ましい（大阪府）。

f, 当事者

自立支援員として活躍する場合（大阪府・東京都）と、ピアサポーターとして外出支援を行う

場合（北海道）、ピアグループ活動の一環として、今後の事業利用に向けて、医療機関へ訪問や手紙で入院者への利用呼びかけを行っている場合（東京都）がある。

実際の支援過程においても、ピアサポーターの経験が、専門職や障害を持たない人には気づきにくい支援を創出することにもなる。

また、自立支援員として当事者が活動することは、当事者自身の役割意識の向上にもつながるほか、手当での支給などがある（北海道）ことは、当事者にとって一種の就労の確保にもつながっているといえる。

②実施対象地域・対象者要件設定上の工夫（全県実施・圏域ごと・全医療機関に依頼する、など）

対象地域は、当初から全域を一単位として実施（埼玉県・三重県）、全域で実施するにあたり、保健所圏域ごとに分けたところ（大阪府・香川県）、特定の圏域をモデル地区として実施（岩手県・千葉県・東京都・岡山県・長崎県）、全域を想定したが特定の複数圏域のみ実施（北海道・福島県）など、形態はさまざまである。

特定の圏域を対象とした自治体では、そのノウハウをもとに全域での展開に向けた課題整理ができるというメリットがある反面、全体への展開にはハードルの高い地域も含み、モデル地区で得たノウハウが活用できない場合もある。

当初より全域を一単位として実施した自治体では、精神科病院や社会資源の偏在という地域間格差の実態が把握でき、県として取り組むべき課題が明確化している。ただし、全域での均等な実施は社会資源整備などの大きな課題を抱えることもある。

保健所単位で全域が取り組んだ場合は、各地域の実情に即した事業展開がしやすいようである。ただし、圏域を超えた遠隔地への退院支援には、圏域間の連携のあり方が課題となっている。

政令指定都市ではすべて全域での実施となっていた。これが自立支援法施行により都道府県事業に位置づけられたことから、却って身近な市町村単位での実施に支障が生じる可能性もある。政令指定都市がこれまで担ってきた歴史を踏まえ、都道府県は事業展開に協働することが全域実施の一つの鍵となる。しかし、政令指定都市内に医療機関がない場合、反対に医療機関が集中している場合など、地域によっても事情は違っている。ここでは都道府県が「退院促進支援事業は都道府県事業である」ことを再確認しつつ、全域を一単位としてとらえ直した上で、政令指定都市の既存の実施体制をうまく活用することも必要であろう。

なお、圏域の設定は「その圏域の居住希望者や住民登録者のみを対象者にする」など、対象者の選定に影響を与えることもあるため、慎重な検討が求められる。同一医療機関に入院していても、住所地によって事業利用の可否に不均衡が生じることもあるため留意したい。

③事業の効果に関して理解を得るための関係者への説明の工夫（行政内部で・市町村との間で・医療機関・関係団体等・利用者（家族含む））

事業の成否を握る一つの大きな柱は、事業への協力者・機関の確保と、そのために事業の効果

をいかに説明し、理解を得ることができるかである。本項では実施主体である自治体内部と、関係機関の2局面それぞれにおける理解の得方のポイントを示す。

a. 自治体内部における理解

①でも述べたように、自治体内での共通認識に基づく、事業実施への方向性が示され、併せて一定程度の財源が確保されることも必要である。本協会調査によれば、未実施の理由の上位は「財源確保困難」（約50%）と「精神保健福祉施策の方向性が定まっていない」（約44%）であった（未実施自治体16か所）。

庁内での共通理解を得るには、精神科病院の現地指導時に得られる情報の活用や、精神科病院のニーズ調査（福島県）、長期的な展望に基づく租税負担軽減の試算（岩手県）など、データによる根拠を提示することがあげられる。実態調査の実施にあたっては、病院等の理解を得るため、自治体主導（北海道）または、精神保健福祉センターの活動とし、精神科病院が潜在的に抱えるニーズを探り、都道府県としての支援策を講じたいという姿勢を示していくことが重要である。

b. 関係機関の理解

関係機関の理解には複数の局面がある。主に、精神科病院からの積極的な事業利用、地域施設や関係者の事業への理解と協力、利用者自身の事業理解と利用希望、利用者家族の退院に対する理解と可能な限りの協力、地域住民の事業理解などである。これらは、事業を実施しながら徐々に構築していくものもあるが、実施に着手する時点での、医療機関を含む関係諸団体への説明は欠かせない（埼玉県・東京都・岡山県・香川県・長崎県）。

【関係団体への説明】

自治体は事業実施主体として、関係団体等への説明を事前に周到に行っておくことは、不可欠である。精神科病院協会のほか、精神科診療所協会・地域の医師会・精神科看護協会などには、入念な事業説明を行い、医療と生活支援の連携により、精神障害者の地域生活の安定が実現することの理解を得たい。

説明に際しては、事業名称から「約7万人の退院」というイメージが先行し、事業への積極的な賛同が得にくい場合もあるため「退院促進支援事業の推進と社会的入院の解消は、同レベルで考えられることではない」という認識を自治体が示すことも有効である（長崎県）。

そして、精神保健福祉士協会・精神障害者社会復帰施設協会などには積極的な協力を求め、専門職として有する、社会的入院への潜在的な問題意識を顕在化し、最大限のバックアップを期待する。

なお、事業利用しても退院に至らない理由の一つに、家族の「協力が得られない」「反対される」などがある。このため、地域家族会や病院家族会への事前説明を行い、家族だけで支えるイメージを払拭し、地域社会が生活を支援する方針を、自治体として有することを伝え、安心感の

提供を目指す。

【関係機関との連携】

医療福祉関連の機関のみならず、公的機関間の連携も必要とされる。特に、事業推進にあたり、保健所の機能を最大限に発揮することで、展開がスムーズに行われた地域がある（岩手県・香川県）。

また、福祉事務所の生活保護担当課との連携は、本事業の推進において不可欠のものである。生活保護担当課では、従前より長期入院患者の病状調査を行っていることから、その調査結果を対象者の把握に活用することも有効である（大阪府）。また、個別に退院支援を行う際においても、ケースワーカーが把握している利用者の状況（家族や親族等との関係や入院前の生活状況など）をもとに協力して支援方法等を検討をすることも考えられる。

連携体制の構築のきっかけとしては、運営委員会への参加や自立促進支援協議会への関与を求める方法がある。運営主体側や支援の担い手として関係者を巻き込むことは、それ自体が普及啓発でもあり、また地域における支援者を増やすことにもつながる。

■トピックス： 障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業の活用

国では、障害者自立支援法を着実に定着させるために、平成18年度補正予算において、総額960億円の障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業を用意した。都道府県では、平成18年度に国からの交付金で基金を造成し、平成18～20年度に基金を取り崩しながら特別対策事業を実施することになる。

特別対策事業の各事業については、すでに12月の全国課長会議等でお知らせしているところである（課長会議資料8参照）。目次を見る限り、「退院促進」とか「精神障害」という言葉は見あたらないが、各事業の中に使える事業が盛り込まれている。本項では、退院促進を推進するという視点でどの事業が活用できるのか、長野県の平成19年度精神障害者退院支援事業とその周辺事業を例に取って考えてみたいと思う。

長野県では、平成15年度から国のモデル事業に取り組み、一定の成果が見られたものの、事業に協力する病院が増えないなど実施地域に偏りがあったり、実施した地域においても事業が普遍化しない状況にあった。そこで、今回の特別対策を活用し、従来は保健所が通常業務の中で自立支援員を協力病院に派遣していた事業形態を改め、退院促進支援事業を専門に担当する調整役を地域に配置し、その調整のもとに自立支援員を協力病院に派遣するなど、各地域で体系的な取り組みができる事業に再編した。事業は、県内を4ブロックに分け、ブロックごとに社会福祉法人等に委託して実施することとし、主な事業内容は、次のとおりである。

(1) 退院支援コーディネーター（常勤のPSW等）を配置して

- ① 退院促進支援の総合調整
- ② 地域の関係機関が連携した支援ネットワークづくり（特に医療と福祉の連携）及び地域自立支援協議会への参画
- ③ 地域生活モデルの支援事例と支援ノウハウの蓄積
- ④ 市町村職員・地域住民・病院関係者等への研修の企画・実施 を行う。

(2) 自立支援員の派遣による退院促進支援

1ブロックごとの委託費は約750万円で、(1)については、特別対策の「⑧相談支援体制整備特別支援事業の特別アドバイザー派遣事業」と「⑦（別紙1）精神障害者退院促進強化事業」の研修事業を活用し、(2)については、退院促進支援事業（地域生活支援事業）の実施という内訳である。なお、生活保護精神障害者退院促進事業の本事業への活用についても担当課と調整中である。

そして、本事業を推進していく退院支援コーディネーター・自立支援員や、連携する相談支援従事者、協力病院等のケースワーカー等に対する支援及び資質向上を図るために、定期的に東京からケアマネジメントの専門家を招聘し、具体的な指導を受けることにしており、特別対策の「⑦（別紙1）精神障害者退院促進強化事業」の研修事業を活用する。専門家には、併せて、県全体の退院促進の実施方針や体制等についてもアドバイスを受けることにしている（特別アドバイザー的な活用を予定）。

また、退院促進の取り組みにおいて、精神障害当事者（ピアサポーター）による働きかけや支援が、入院患者への退院への動機づけや支援の過程において極めて有効である旨の報告が多くの実践から寄せられていることから、長野県では、そうしたピアサポーターの養成等を目指して平成16年度から「ピアサポート事業」という県単事業を実施している。精神障害分野では、電話等による当事者による相談支援や、教育委員会との連携による高等学校における講演活動（入院体験者等による）を実施している。平成19年度以降は、前述の精神障害者退院支援事業において、入院患者さん達への退院促進支援事業の説明や自立支援員とペアを組んで外出訓練等を行うなどの支援、地域住民や病院関係者等への啓発・研修事業での講話などに、ピアサポート事業のメンバーに積極的に参画していただくことを考えている。ピアサポート事業の活動内容の充実のために、特別対策の「ピアサポート強化事業」を活用する予定である。

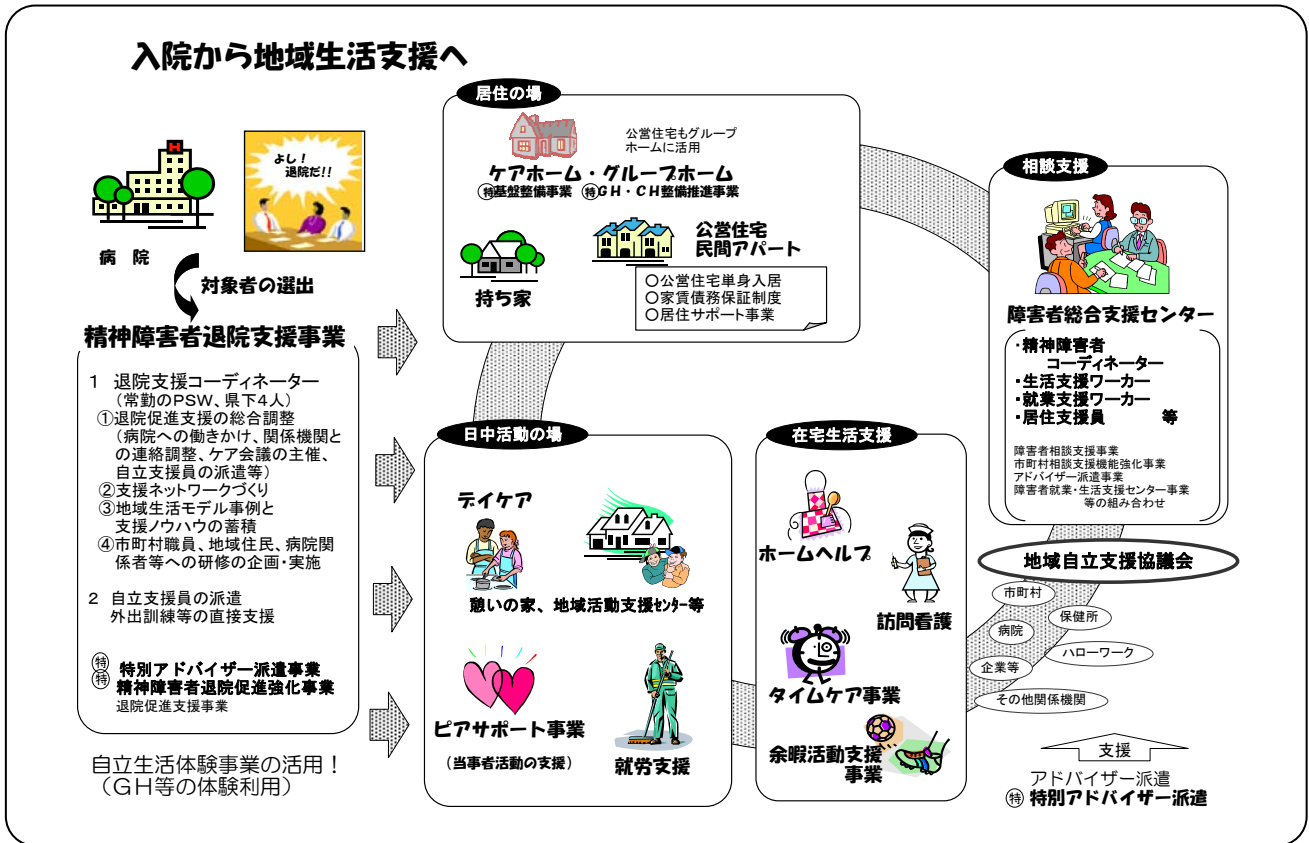
退院後の地域生活の受け皿（社会資源）づくりについても特別対策を活用する。

居住の場の確保については、「⑤障害者自立支援基盤整備事業」により、ケアホーム等を実施するアパートや民家等のバリアフリー化等に必要改修を行うとともに、「⑦（別紙2）グループホーム・ケアホーム整備推進事業」により、アパート等の借り上げに伴い、初度にかかる敷金・礼金に対する助成を行い、グループホーム等の居住に係る社会資源の充実を推進する。また、これは特別対策とは直接関係ないが、長野県では、住宅部局と福祉部局が連携して、県営住宅を活用したグループホームの整備を進めている。これまでに、8か所が設置されており、39人が生活している。具体的には、住宅部局から福祉部局に対して、グループホームに利用可能な空き室情報が提供され、福祉部局から地域の社会福祉法人等へ情報提供がなされ、計画がまとまると、実施法人及び住宅・福祉部局が連携し、必要な県営住宅の改修に係る調整や地元説明会の開催等を行う流れになっている。

「⑤障害者自立支援基盤整備事業」は、日中活動（新体系移行）や相談支援事業の立ち上げ・充実等のための改修工事にも活用することになる。また、設備整備については、就労移行支援等の新たなサービスを実施するために必要な設備等を整備するときには、平成18年度に引き続き「障害者就労訓練設備整備等整備事業」（国10/10）を、相談支援事業では、特別対策の「⑧相談支援体制整備特別支援事業の相談支援事業立ち上げ支援事業」を活用して、訪問相談のための軽自動車を配置する等の予定である。

すでに、当初予算で事業の細部まで詰められた都道府県もあるだろうが、今後、6月補正あるいは9月補正で具体的に事業化していく都道府県においては、もう一度特別対策事業の各事業を見渡していただき、事業の組み合わせ等により、退院促進に有効な事業を創っていくことを期待している。また、その際には、現場で実際に精神障害者の地域生活支援に関わっておられる方々のアイデアをくみ上げていっていただきたいと思う。退院促進は総合事業なので、退院促進支援事業を一生懸命やるだけではだめで、地域で暮らすための社会資源をどれだけ用意できるか、そしてそれらを有効に使いこなしていくネットワークを構築できるかが鍵になると考えている。

ご存知のとおり、今回の特別対策については、限度額は設定されているが国10/10の事業である。平成20年度までという期限付きであるが、それを逆手に取る勢いで、今まで予算がつかなくてできなかった事業等を早急に立ち上げ、障害のある方が普通に暮らせる地域を実現していただきたい。



(2) 事業の推進のための工夫

本項では事業の実施体制が整い、実行する上での各段階でのポイントやスムーズな展開のための留意点・工夫を述べる。

①利用者選定前：医療機関・利用者への事業の周知、理解方法

事務局は運営委員会を開催し、事業全体の枠組みを示すとともに、関係者の顔合わせや運営委員会の役割を説明して理解を得る。その上で、実際の事業利用希望者を募る段階に入る。ここでは精神科病院からの推薦や希望者の立候補を募るため、病院関係者と入院患者への説明を丁寧に行うことが不可欠である。

事業の説明の方法は、a, 各医療機関へ出向く、b, 研修会を開催する、c, ポスター掲示や広報紙を配布する、などがある。⇒「■ 3. 実例紹介」の参考資料に「医療機関向けの説明ちらし」の資料あり。

担当者は、主として自治体担当課、精神保健福祉センター、事務局（支援センターや保健所）職員（PSW・PHN）などである。

【医療機関への説明】

精神科病院へ出向く場合は、職員・利用者向けのパンフレットや先進地の取り組み報告などを参考に持参する。また研修会を保健所が開催することも、理解の促進に役立っている（北海道・岩手県・香川県）。これは、圏域内の全病院・多職種に参加を呼びかけると、病院間の良い意味での刺激にもなる。

以下に、立場や職種別の説明のポイントをまとめる。

a. 病院経営者

社会的入院に対する精神科病院の認識には大きな温度差がある。すでに退院促進に積極的に取り組んでいる病院については、「新たに本事業を利用する必要がない」という反応を示すこともあり、一方で退院促進の経験が浅い場合は、本事業に対する理解を得ることが困難な場合もある。また、今後に課題の多い病院は拒否的になりがちである。いずれも自治体主導による入念な説明が望ましいが、手法には工夫を要する。

退院促進への取り組みを従来から行っている病院に対しては、例えば、その一環として事業利用を位置づけ、その取り組みをより推進していくための一つの社会資源としての利用を期待する。退院促進への取り組みに対する経験が浅い場合についても、退院促進を進めることによるメリット（退院後の当事者のQOLの向上、入院患者のQOLの向上、地域との連携強化による病院のイメージ向上、早期退院に向けた治療ノウハウの蓄積）を伝えることにより病院の理解を促す努力をする。

b, 医師／看護師

医師には、対象者の推薦や希望者に対する退院可否の判断、紹介状の作成等を依頼することを含め、事業の仕組みを説明する。

病院にあって患者の生活実態を最も知り得るのはNsであることから、その協力は欠かせない。このため、Nsの団体への事前説明や、成功例を看護研修等で伝達するなど、事業理解とともに役割期待を示し、意欲と関心を引き出す。保健所のPHNが持つ看護専門職のネットワークを活用して事業説明をすることも有用である（岡山県・香川県）。Nsから医師に本事業への関与の呼びかけを得られると事業展開しやすい。

c, PSW

病院において、PSWは常に社会復帰に向けた生活支援を志向している。そこで、PSWに事業説明を行うことを医療機関への説明の端緒とし、院内他職種への説明の窓口としての役割を期待することもできる（岩手県・三重県・長崎県）。

d, その他の職種

精神科病院における全ての職員が、各々の立場で事業に関与する可能性があるため、なるべく幅広く職員に説明を行うことが望ましい。院内研修の場を活用して、事業に関する説明を行う方法もある（長崎県）。反対に、地域関係機関の職員が、病院を理解するために研修するという形で院内に入り、多職種と相互理解を深める工夫もある（岩手県）。

【利用者への説明】

入院患者には、ポスターやパンフレットを用いて事業説明をすると、分かりやすい。

長期間入院していた患者は、時として「“退院”＝居場所を追われる」という感覚を生じさせ、利用に対して拒否感を示すことがある。そこで、精神障害当事者が自身の体験を交えて説明したり、地域生活の現状を話したりすることで、事業と地域生活をより身近に伝えることが可能となる。また、退院者としてのモデルを示すことは動機づけの低い入院者にも事業利用を考えるきっかけを提供することになる（北海道・東京都・大阪府）。

ほかに、事業利用へのスムーズな移行として、病院で実施する院外活動への参加実績を築いてから、事業の情報を伝達する方法（三重県）や、病院の作業療法の時間を利用した事業説明（岩手県）などの工夫も各地に見られている。

なお、利用者への説明は、当事者と専門職（事業の実施主体や事務局のPSW・PHNなど）が役割分担しつつ一緒に行うことが望ましい。

【家族への説明】

特に長期入院者の家族からは、退院に関する理解を得にくい場合もあることから、自立支援員

の役割とともに、訪問看護や地域における福祉サービスなど、本事業を通じた各種社会資源の組み合わせにより、本人の地域での自立生活が可能となることを説明し、本事業への理解を促進する必要がある。家族教室等を開催して家族同士の交流の場を持つことで相談し合い、不安や不満の解消を図る（千葉県）ほか、既存の家族会を通じて理解を得る方法や代表者に運営委員会への参加協力を求めているところもある。

家族の立場は、時として病院とは利害関係が生じることから緊張状態にある場合もあり、PSWをはじめとする病院スタッフ以外の支援センターや生活訓練施設等（利害のない関係）による家族アプローチが有効な場合もある（長崎県）。

【社会復帰施設等の協力機関への説明】

主として、事業利用者への支援を行う過程で、①社会資源の一つとしての紹介、②施設への見学や試験的な入通所の受け入れ、③ケア会議への参加などの協力を要請することになる。また、中には施設職員が自立支援員として事業に参加している場合もある。

なお、利用者の退院後、地域生活支援の担い手の一翼となるため、事業への協力を得ることは、入院中から退院後までの一環したサービス提供を可能にする。

②利用者決定：対象者の選定（対象者の把握・発掘のための工夫）

【希望者の募集方法】

希望者の応募形態は、医師・Ns・PSWからの推薦、本人の立候補、退院者からの推薦などがある。最も多いのはPSWが積極的に事業に関与して、各患者の状況を踏まえた事業利用を薦めるケースである（福島県）。また、病棟カンファレンスの情報をPSWが活用して対象者推薦に至るケースもある。病院によっては、入院患者のニーズ調査等を独自に実施していたり、事業実施以前に自治体が精神科病院の患者調査などを実施していれば、そのデータも活用される（福島県・埼玉県）。生活保護受給者の病状調査結果を参照して対象候補者をあげる試みも注目される（大阪市）。

これまでのところ、利用者への説明は主として主治医やNs・PSWから行われることが多い。これは患者の状態を把握している者が、様子を見計らって利用が妥当と判断される患者に説明するという方式である。つまり、職員が「退院可能かつ、事業利用に適する」患者をピックアップすることになるので、必ずしも患者の希望が強いとは限らない。しかし、すでに職員により選定されていることから、手続きは容易となる。また、必ずしも退院を希望しないが、退院が妥当と考えられる患者に利用の機会を提供できるというメリットもある。

一方、病棟にポスターを掲示し、患者が自由に申し込みできる方式も考えられる。これは広く利用を呼びかけることができ、事業周知も同時に行える。反面、利用に向かない患者（例：主治医が入院治療の継続を必要と診断する者）も応募することが考えられ、選定や決定に、より慎重な検討を要することになる。

長期入院者にとって、「退院」は憧れでありながらも、現実になると足がすくみ希望できないということも多い。ピアサポーターなど当事者の働きかけは、具体的なモデルを身近に描くことができ、意欲の喚起に有用である（北海道・東京都）。

なお、これまでのモデル事業を実施した経験から、事業の対象者について一定の条件を予め決めることも必要だという意見がある。例えば「任意入院者に限る」「特定の圏域への退院希望者に限る」などのほか「一定の診断名の者とする」などである。しかし、利用要件は緩やかな方が事業の敷居が低くなり、利用しやすい印象を与えることができるため、地域特性を勘案しつつ必要最小限にとどめることが望ましい。

【支援対象者の決定】

利用者の決定は自立促進支援協議会で行われることが多い。決定のための資料として、利用希望者からの申し込み書、主治医の推薦書、PSWの情報提供書などの提出を求める。また、書面だけでは判断できないので、一般的にはケアマネジメントを行う職員が希望者の入院先を訪問して事前面接を行う（長崎県）。

なお、利用者の能力や目指す退院生活には個人差があるため、対象者を決定するとともに、ケアマネジメント担当者は対象者のアセスメントを行い、支援の長期計画と短期計画を立案して利用者本人、自立支援員、病院職員と共有することが必要である。

【支援計画の策定】

利用者の希望を聞き、事業の最終目標である退院のイメージを作ることと、その実現に向けた、具体的かつ1～2か月単位で達成できる短期目標を立てる。それをもとに利用が予想される制度や社会資源に関する情報提供、自立支援員とともに活動計画の作成を行う。これらは、ケア会議にて協議することとし、参加者は主として、利用者、家族、病院関係者（主治医・Ns・PSWなど）、支援センターPSWや保健所PHN・PSWなどで、病院PSWや支援センターPSWのマネジメントで開催することが一般的である。

③支援開始初期：自立支援員との出会いから支援の導入

対象者が決定されたら、自立支援員との引き合わせを行う。自立支援員は利用者とともに行動し、退院までのプロセスをともに歩む存在であることから、利用者との信頼関係の構築が不可欠である。このため、利用者の希望を考慮して担当する自立支援員を決めることが望ましい。例えば「女性が良い」「年配の人が良い」などの希望をケアマネジメント担当者が聞いた上で自立支援員との引き合わせを行う（長崎県）。

自立支援員の活動は多岐にわたるが、病院からの同行外出が多いことから、保険などの体制を事前に整備することや、交通事情によってはマイカー利用を保障するなど、柔軟な支援活動ができるように事務局でバックアップすることが望まれる。

支援中、利用者から自立支援員に相談・依頼などを行うことが多いため、利用者と自立支援員との連絡方法を明確にすることは、事業の利用しやすさを向上させるために必要である。事務局を連絡先として定め、ケアマネジメント担当者が仲介する方法や、自立支援員が個別に連絡先を提示する場合がある。なお、事業終了後も個別の人間関係が継続されているのは、自立支援員と直接連絡できる方法を設けていた場合が多い。

利用者と自立支援員には相性もあるので、どちらかの希望により支援途中で担当者を交代することもあり得る。この際の両者への説明や心理的フォローもケアマネジメント担当者の役割となる。

なお、支援初期段階では院内訪問による利用者と自立支援員の信頼関係作りや、退院に向けたイメージ作りが活動の中心となる場合も多い。そこで、自立支援員が病棟に出入りする場面を活用して院内職員との情報交換を行うことも有意義である。自立支援員の訪問記録を作り、担当Nsなどと共有したり、院内プログラムに自立支援員も同席して病院での社会復帰支援活動を知ることにも有効である。このような仕掛け作りは、事業開始当初、病院PSWが積極的に行うと比較的導入しやすい。

この段階でのケア会議は、主として利用者、自立支援員、病院の関係職員、支援センターPSWや保健所PHN・PSWなどである。支援活動を開始したことによる利用者の変化の認識を関係者が共有し、必要に応じて計画を見直す。

④自立支援中期：支援活動の実際

退院に向けたイメージをより具体化するためには、街中を自立支援員とともに歩く、住みたい地域や形態を決める、利用できる社会資源を知る、退院生活のイメージを持つ、などが必要である。

以下に、自立支援員による主な支援活動を列挙する。

a. 病院訪問

退院後の地域生活に具体的なイメージを持つことや、自立支援員との信頼関係の構築を目的として行う。自立支援員以外の当事者が同行する場合もある。主として、退院について肯定的に考え、街中で生活する自分の姿を想像できるような話題作りを行う。

b. 外出同行

外出の同行は、段階により、また利用者の希望や能力、他の支援者の有無によってさまざまなことを目的に実施される。

1) 街中を歩いてみる、2) 社会資源（公的機関や社会復帰施設のほか、スーパーや駅前など）を見学する、3) 買い物や散髪などに同行する、4) 利用者が住みたい地区や形態（単身生活か施設入所か、など）を検討する参考のため、5) 退院先探し、6) 退院先が決まり、実際の生活

の準備（必要物品の購入、役所の手続き等）をする、7）制度利用を支援する、などがある。

c. 各種施設等の体験利用の支援

作業所や小規模授産施設、デイケアなどを体験的に利用するための見学や面接、手続きに関する支援を行う。また、社会復帰施設の調理場を活用した調理訓練、公共交通機関の利用方法の習得など、個々の利用者の生活環境や形態に応じた支援が柔軟に行われる。

d. 家族への働きかけ

利用者の家族の中には、退院後の生活の安定を心配するあまり、事業利用に対して消極的な反応を示すものもいる。しかし、自立支援員が支援の実務を担い、利用者との信頼関係を構築しながら親身に支援する姿勢を見ることで家族の不安感も解消され、退院に賛同を示すようになる例がある。

e. 関係機関の連絡調整

自立支援員がケアマネジメントも担う場合は、ケア会議開催のための調整や各種社会資源の利用手続き調整も行う。

f. 不安への対応や動機づけ維持のためのかかわり

利用者が各種施設等の体験利用を開始すると、それが刺激となって利用者に不安感や、気持ちの揺らぎが生じることがある。そこで心理的にサポートしたり、退院へ向けた動機づけを維持できるように励ましたりすることも必要である。このような支援をピアサポーターが担うことは、同じ経験を有する先輩からの励ましとして有効である。

この段階でのケア会議は、これまでのメンバーに加えて、利用者が体験利用する諸機関の関係者を交えて行うことが多い。ここでは体験利用の様子から得られる情報の共有や利用者の能力のアセスメント、それに応じた今後の支援方針の決定や具体的な行動計画の策定を行う。マネジメントは病院P S Wから支援センターP S Wや保健所P H N・P S W等へ移行することが多い。

⑤退院時：地域生活移行と事業の終了作業

利用者の退院に際し、ケア会議を行い、地域生活支援体制への移行を行う。ここには、利用者のほかに家族、ケアマネジメント担当者、自立支援員、病院P S W、利用を予定している社会復帰施設P S W等、市町村の担当部局職員（障害福祉のP H NやP S W、生活保護C W等）が参加する。中心的なテーマは、地域生活移行後の各関係機関や担当者が担う役割や実施する支援の確認である。さらに、事業利用に関する総括・評価を行い、次年度以降の事業計画の参考とすることも考慮する。

なお、事業利用を通して築いてきた利用者と支援者の信頼関係を発展させつつ、事業自体は終了となることを利用者にも理解してもらうことが必要である。また、ケアマネジメントや相談支援の中心的担い手を明確にすることが重要となる。自立支援法施行前は、支援センターへの登録を行い、事業内の支援と終了後の支援の連続性を持たせるなどの工夫が行われている。今後は、これを相談支援事業者に移行することも一方法である。

事業が終了しても、自立支援員等との個別の相談支援関係は継続している地域も多い。

事業における支援期間は平均6か月間とし、退院後1か月で利用終了とする自治体が最も多いが、利用期間に柔軟性を持たせる自治体（岡山県）や、退院後の地域生活の安定までを支援することを目指し、3か月間としている自治体（北海道）もある。

⑥事業総括：事業の効果

ケア会議レベルで、各利用者の事業終了時に行うもの、自立促進支援協議会レベルで実施圏内の体制等を含めて事業全体を総括するもの、これら各々の報告を受けて運営委員会で実施するものがある。

事業の効果として最も分かりやすいものは「退院者／利用者」の割合が高いことであり、効果の指標の一つとなりうる。ちなみに、本協会の聞き取り調査実施先でこの割合が高いのは、岩手県の84.6%（13人中11人退院）、香川県の84.0%（25人中21人退院）、北海道の61.5%（13人中8人退院）などであった（数値は平成17年度）。

しかし、退院の成否だけで事業の効果を量ることは不十分である。例えば、埼玉県（81名中29名退院）や福島県（53名中20名退院）など、多数の対象者に本事業を適用すること自体が多く入院患者や医療機関に変化をもたらすことが考えられる。退院者数とは別の効果測定については次項で述べる。

なお、事業における支援期間は概ね半年という自治体が多かったが、これらの自治体でも年単位の支援を要した事例等を有していることを鑑みると、事業利用終了後に退院したものの存在等も含めて、退院者を把握することも望まれる。

⑦事業展開に関するその他の工夫

どの自治体でも初めは試行錯誤であり、動きながら見直し、随時修正を行うという取り組み方である。そこには、各地域事情や、利用者個々の状況、支援者側の意図もさまざまに連関するため、特殊個別な工夫も多々行われている。本項では、その中から普遍化されやすいテーマを抽出し、紹介する。

【連携体制の構築】

事業が展開していく上で、不可欠な要素の一つは「マネジメント」である。スムーズに事業展開している地域では事業の動き全体を把握し、統括するプロジェクトマネジメントが機能し、個

別具体的な問題にも柔軟に対応している。これは、支援センターP S Wや保健所P H N、P S Wが担っており、運営委員会と自立促進支援協議会の開催を活用して実施しているほか、自立支援員や病院P S W、社会復帰施設などの協力施設職員（P S W中心）からの情報収集も有効である。

また、利用者の事情と希望に即した支援計画の策定と、関係者間での支援方針の共有にはケアマネジメント機能が欠かせない。概ね、この役割は支援センターP S Wや病院のP S Wまたは、保健所のP H NやP S Wが担っている。そして、関係各所への綿密な連絡や、必要に応じたカンファレンスの設定、自立支援員との連絡相談体制の確立が奏効している。

なお、市町村においても平成14年度以降、相談支援、ヘルパー派遣やピアカウンセリングなどの実施があるため、これらを上手に活用して事業展開に結びつけることで、事業に幅を持たせることができる。岡山県においては、A C T事業への取り組みがあったが、これと連携しつつ、事業対象者を分けて活用することで、より多くの対象者を支援することが可能となっている。このような働きは、事業のスーパービジョン機能と併せて都道府県担当課と精神保健福祉センターが連携してあたることで層の厚い支援体制を作ることができる。

その他、民生委員や家主、地域の隣組、当時者活動など、利用者の地域生活支援にとって有用と考えられるものは柔軟に何でも取り入れることが既存の精神保健福祉サービスを補完するものとして有効である。ケアマネージャーやプロジェクトマネージャーは、このように支援の輪を広げる視野を持つことが求められる。

【社会資源の開発】

市民の知恵や力を結集して社会資源を新たに創り上げる取り組みも随所で見られた。例えばN P O法人を立ち上げて公的保証人事業を担うことになった福島県、市営住宅に保証人のない利用者の入居を実現するために市長が保証人となった岡山県、共同住居・体験入居ができる福祉アパートを確保した長崎県、試験外泊のための場所を確保した千葉県などである。これらは、いずれも関係者の熱意や善意に支えられている活動であるが、それを推し進めたプロジェクトマネージャーとそのサポート役となった自治体職員の存在感は大きい。

(3) 事業の効果

本項では、数値に表れない波及効果も含めて事業の効果に関する評価の視点を、各立場での意識変化と具体的な行動変化の両面から述べる。これらは、事業実施後に総括して、次年度の計画に反映させることが求められる。

a, 事業利用者・入院患者

入院生活が日常化している長期入院者が、退院に向けて意欲向上を図ることができる。実際の事業利用をしなくても、退院希望について声をあげる入院患者が増えるという波及効果が報告されている。なお、事業利用者が退院に至らない場合でも、意識変化をもたらすことができ、入院生活上の姿勢に変化が見られる。

これらは、事業による働きかけを通して、入院患者の自尊心の回復や希望が持てるようになり、表情や行動に変化が生じ、身だしなみや言行動に変化をもたらされるものである。退院者の体験談を聞くことや地域社会資源、支援者の存在を知ること、退院後の生活への安心感を得ることができ、退院までの長期間のモチベーション維持を可能にしている点も効果と言える。

b, 家族

地域に支援者がいることを知り、利用者の退院に対する意識の変化が大きい。家族だけで支えなければいけないという義務感から生じる拒否的な感情を緩和し、できる範囲での協力を得ることが可能となる。

家族同士の交流の場の活用により、家族が利用者と心理的な余裕を持つてかかわることができる。

c, 精神科病院

職員が、退院困難ととらえていた患者の中にも退院できる者が存在することを事業利用によって再認識することにより、専門職としての対応に変化をもたらすことができる。これは、潜在的な社会的入院患者に対する医療職の見方を変化させ、新たな事業対象者の発掘にも役立つ。

地域社会資源や支援体制を知ること、医療が全てを担うのではなく、各々の機能を発揮すること、その連携の重要性を再認識できる。

院内での退院促進のための独自プログラムの開発、さらに救急対応や訪問看護など、地域生活を支援するための医療的な機能の拡充を行うことも医療機関の役割として再認識され、新たな取り組みをはじめめる場合もある。

精神科病院に自立支援員をはじめとする地域関係者が頻回に出入りすることで、病院が自然に開放的になる。

d, 地域関係者（事業にかかわるすべての関係者）

精神科病院内で行われている取り組みを知り、入院中から退院後の生活への一環した支援イメージを持つことができる。同時に社会的入院についての課題意識を病院だけのものではなく、地域の課題として認識し直すことで、地域から病院への働きかけを積極的に行うようになる。

社会資源の不足に対する再認識がなされ、新しい資源の開発や開拓に向けた取り組みが行われるようになる。これは、後の事業利用者の支援にも活用されることとなる。

e, 行政機関内

事業推進のために複数の担当課が連携する体制が作られるようになる。地域生活はさまざまな問題が関連しているため、利用者にとってわかりやすいサービス提供につながる。

運営委員会や自立促進支援協議会の開催を通じて、その地域の精神保健福祉の実態や課題を把握できる。これは、次期障害福祉計画の策定等にも役立てることが可能となる。

【ネットワークの構築】

聞き取り調査では「退院前から病院と地域の関係者が連携して利用者を支援することで、退院後のネットワークも強化でき、再入院を防ぐ一助となり得る」ことが体験的に語られている。また、病院と地域の双方から「事業展開を通じて相互理解を促進できた」ことを事業の効果と実感している声が目立つ。これは、換言すれば既存の地域連携ネットワークより一歩進んだ連携体制を構築することができ、その必要性を再認識したということであろう。

病院を含む地域の関係機関が相互理解を促進することにより、地域に不足する社会資源をアセスメントし、機能を補完し合う体制を再検討することも本事業の総括において行われることが望ましい。また、ここから新たな資源開発や、それに向けた取り組みが誕生することも期待できる。ここでは、専門職ではない市民の力も有機的に取り入れた地域作りを意識することで、精神障害者に関する普及啓発活動を行うこともできる。

なお、今後は事業展開とともに、地域自立支援協議会等の蓄積により、ネットワークの強化を図ることが求められる。

(4) 今後の展開のための課題

a, 利用者

病状悪化に伴う事業利用の中断例も報告されている。精神障害は疾病と障害を併せ持つと言われ、対象者選定の際には安定していても、事業利用という“刺激”を受け、病状が増悪することは、予期しきれないがあり得ることである。これを支援者が認識しておくこと、病状悪化のサインを見逃さないことが求められる。さらに、利用を中断しても、再開を保障することも必要である。

なお、事業利用中に退院しなくとも、その後、本事業の利用をきっかけとして退院に至るケースも実存することから、このようなデータの蓄積や、その利用者の退院後の生活に関する追跡調査（生活の満足度や、サービスの利用状況など）も実施されることが、新たな課題の発見につながると思われる。

b, 家族

事業実施経験のある都道府県では、今後の展開に関する課題の上位に「家族の理解・協力」をあげている。

利用者の退院に対する家族の根強い拒否や抵抗感は、精神疾患自体の持つ理解しづらさ以外にも、家族の高齢化や形態の変化、長すぎた入院の弊害、緊急時の医療体制の不備など、複数の遠因があろう。入院の長期化により家族関係にも変化が生じており、患者の退院に向けた協力を求められることは、心理的、経済的、体力的に困難であるということを経由とした家族の強固な反対にあい、事業関係者が家族を説得しきれず退院に至らなかった例もある。

今後は、公的保証人制度や、ホームヘルパー派遣、地域活動支援センターや自立支援員等による継続的な支援、相談支援体制の充実による長期的な見守り体制の構築、訪問看護や救急医療体制整備による緊急時対応など、家族が安心感を得られ、家族のみに多大な協力支援を要求しないような仕組み作りと、それを家族が理解できるように丁寧に説明する家族教室や家族交流会などの構築が課題となる。

c, 地域ごとの方法論の構築＝単独事業や事業所の活用

地域事情が影響を与える側面は否定できない。地理的環境のみならず、社会資源の乏しさや、財政の逼迫、精神科医療機関の偏在や取り組み内容の差異、地域住民の精神障害者に対する偏見・差別の有無など、さまざまに違いを持つ地域の特殊個別の事情を加味した上で、各地域の実情に合う都道府県の単独事業を、退院促進支援事業と併用することが考えられよう。

d, 専門職

事業推進には多様な専門職が連携して関与することとなっている。各職種を越えて、都道府県

単位での研修を実施して質の向上と連携体制強化を図ることが求められる。特に地方においては、自立支援員にP S W等の採用は困難であることが多いため、これに代わるものとしてヘルパーやボランティアを登用する例も多い。自立支援員は、本事業の一翼を担うものであることから、非専門職の市民性を活かした支援を期待する場合は、それを知識・技術的にバックアップするP S Wなどの専門職の存在が求められる。

また、事業の実施体制作りや展開における各場面をつなぎ、コーディネートする役割もP S Wに期待される。

e, 経済保障

精神障害者には、生活保護受給者が多い。また退院を契機として新規に生活保護受給を必要とする場合や、長期入院により住所不定扱いで生保受給している者が退院する際の移管問題など、生保との連携が不可欠な事例は多い。本協会調査結果からも、事業利用者が退院にあたり最も心配したことの一つは経済的側面である。就労支援が行われることも必要であろうが、長期入院者の実情に鑑みると、まず経済的な保障が得られ、生活基盤が安定することが不可欠である。事業利用途上のみならず、地域生活移行後も、行動範囲の拡充のため移動のための費用保障も必要である。

生活保護受給者に対して、入院中に事業利用のために活用できる保護費の積極的な支給が望まれる。

f, 事業利用中の事故責任

事業展開中のリスクマネジメント体制として、医療機関と事業実施主体や事務局との密接な報告・連絡・相談体制の構築が必要である。

また自立支援員の活動に対する保険や、外出時等の緊急事態に関する責任主体を明確にしておくことも不可欠である。例えば、体験宿泊中や社会復帰施設等の体験通所途上における事故などであるが、基本的にこれらは入院医療中の事故として、精神科病院が責任主体となる。しかし、事業展開を推進するには、自治体も事業提供者としての責任体制を明確にした連携体制を構築することが必要である。

g, 社会資源

衣食住が足りてはじめて人の生活は成立する。長期入院者も事業を利用して自分の生活を確立するわけであるから、これらの全体的な整備が必要であるが、本協会調査結果からは、事業実施の有無にかかわらず最大の課題として自治体が認識していることは「住まいの確保」であった。さらに、生活が安定するためには日常生活のスキルを体得するための訓練の場や、長期入院者が在宅生活をイメージ作るための体験宿泊の場、さらに在宅生活を支援する相談支援体制やホームヘルパー派遣の実施拡大が、地域によっては課題となる。

資源の充実が課題であることは言うまでもないが、今あるものを活用する工夫や有効に機能させるためのマネジメントなどにより、資源の不足を補うことが本事業の成否に影響を与えることも事実である。

なお、精神障害者は、精神疾患の治療継続が安定した生活のために不可欠であることから、地域によっては医療体制の拡充について求める声も高まることが予想される。

h, 地域の理解

地域での暮らしは、「精神障害者」としてではなく、近隣住民とともに市民として生活することである。しかし、市民の側にも本事業を通じた理解を含め、精神障害者に対する全般的な普及啓発活動も事業と並行して行われることが望ましい。長期入院者を抱える地域全体の問題としてとらえられるような取り組みが求められる。

