

第4章 精神障害者退院促進支援事業の充実に向けた 今後の課題

1 事業導入・展開にあたり

(1) 事業実施の前提となる問題意識の共有にむけて

退院促進支援事業（以下「本事業」という）が、現段階では全国展開されていない理由の根底には、精神障害者の退院に対する抵抗感が各方面にあることが考えられる。すなわち、都道府県、精神科病院の両者に社会的入院者の存在を認めたくないという意識があり、またその存在を認めたとしても、病院側は、収入源としての入院患者数を退院促進によって簡単には減らせないという本音がある。また、一方では退院促進支援事業に頼らなくても従来から当たり前のこととして退院に向けた取組みを促進してきたとする精神科病院もあるだろう。都道府県は、精神障害者の隔離収容政策が国策として進められてきた事実からの、発想の転換を図ることが求められる。その上で、社会的入院者の退院促進にあたり、リスクマネジメントを含めた地域基盤の整備、費用対効果の問題解決に向けた取組みなどが必要となる。さらに、退院に対して拒否的感情を持つ家族や、精神障害者に対しての今なお根強い偏見により、その退院に不安感をもつ地域住民の存在などがあるなかで本事業を導入するためには、担当者の戦略的な説得が必要になる。

本事業を実施するために問題意識を共有するには、関係機関・関係職員が納得する客観的データや哲学が必要であろう。すなわち、哲学としては、社会的入院が大きな人権問題であり、その解消が現時点における我が国の精神科医療と地域生活支援の最大の課題であるという主張である。客観的データの収集方法は、社会的入院者の実態を把握するために精神科病院や地域の関係機関を巻き込む形で調査を実施すること、社会資源の把握や生活環境としての地域全体の分析、精神障害者等を対象とするニーズ調査などである。

財政状況が逼迫している現状では、本事業の費用対効果の問題などを考えると予算確保に困難もあり、担当者の熱意だけでは、なかなか予算化できない現実があることは容易に想像できる。実態調査などによる客観的な資料とともに、社会的入院解消に向け、人権侵害に対する哲学に裏打ちされた説明を予算担当者に対して行うことも必要である。

また、これらの調査は行政主導のみならず、地域の関係機関や精神科病院における実施など多角的になされることが望ましい。さらに、量的調査ばかりでなく、対象者や事業関係者に対する聞き取りなどの質的調査や、研究的事業の試行と分析なども併用することで、社会的入院解消のための方策をより確かに立証できると考えられる。

本事業が、金銭的な利益とは結びつかないという理由で頓挫してしまわないように、社会的使命感に対する共通認識の確立を目指すとともに、将来は間接的であっても利益を生じること（例：支援の質的向上・入退院による精神科病院の活性化・市民の暮らしやすさなど）に結びつくという理解を、実務担当者レベルも意識して医療機関等と関わる必要があると思われる。

(2) 導入時の工夫

医療機関の医師等関係職員に対して本事業を理解してもらい、対象者の推薦を依頼する場合などは、リーフレットやパンフレットが有効なツールとなる。また、利用希望者を入院患者から広く応募する場合は、入院患者用のポスターやリーフレット等を作成する必要があるだろう。

入院患者の中には、退院後の地域生活に対して不安を持っていることから本事業に乗れない人もいる。そこで、本事業を利用して退院し、現在地域で生活している人の生活の様子をDVDなどで紹介することによって、理解促進や不安の解消に奏効すると考えられる。これらのツール作りを本事業関係者と退院した利用者が協働しておこなうことも有効であろう。また、自立支援員が病棟に入るときに、他入院患者や多くの職員にわかりやすいように付ける名札も、本事業の普及啓発の一助となるツールとして捉えることができる。

なお、本事業は上記したように、医療機関にとって直接的な利益に結びつかないということへの配慮が必要であろう。すなわち、本事業を利用することで退院者数が増加しても、それが病院の直接収入にはならず、事業に協力するために実働した病院スタッフの時間や賃金は、本事業で保障されるわけではない。今後、医療機関におけるさらなる協力を得るためには、病院内での退院促進の取り組みが、きちんとした診療報酬上の裏付けに基づくものとなることが望ましい。退院可能な入院者に対する退院支援が実際に機能していないのは、そのことに係る労力の対価が保障されていないことも一因している。退院支援計画作成や地域支援者等との会議、関係機関との連絡や家族調整などの専門的支援に対する診療報酬上の評価がなされることが望まれる。

(3) 自立支援実務の担い手の選定や研修

自立支援員については、補助事業の実施要綱では「精神保健福祉士等を委嘱する」ことが望ましいとされていたが、実態は人材不足等の理由もあり、専門職のみならずボランティアなど市民参加やピアヘルパーなどの当事者の参加が各地で見られている。そしてこれらが結果的に有用であったとの声が多い。ただし、これは自立支援員には、必要最低限の精神疾患理解やプライバシー保護等に関する知識や、対話における技術が必要であることから誰でも良いということにはならないだろう。

本調査で明らかになった自立支援員の大きな役割は、利用者側に立った具体的な支援であり、利用者ニーズの代弁者になることであった。対象者に寄り添った支援を行ううえでは、精神保健福祉の専門的な知識や技術もさることながら、地域の情報や暮らしについての実際的な知識や家事経験・技術などがより求められており、かつ効果的であったことが示された。地域情報は、いわゆる精神保健福祉的な社会資源というよりは、近所のスーパーでの買物や安売り情報といった日常の身近な「生活の情報」であり、町内会やご近所との付き合い方といった社会的な行動の「工夫や知恵」であった。

さらに、対象者が求めているのは「生活するための知識や技術の習得」というよりも、自立支援員との関係性であることもうかがえた。彼らが期待していることのひとつとして、“友人のひとり”に近い「関係性」を自立支援員に求めているように思われた。これは、同じ経験を有したピアサポーターの存在の大きさをも示唆するものである。このようなことから、ボランティアなどの市民やピアヘルパーなどの当事者の参加が有効であると考えられる。

しかし一方では、このような「非専門的な」自立支援員の係わりは、その自立支援員の「人としての力」に拠るところが大きいともいえる。すなわち、対象者とうまくパートナーシップを図れる場合とそうでない場合があり、ペアリングの問題もあるが、この点は「専門家」であるPSWの係わりのそれと比べると、関係性の破綻というリスクや調整を要することも否めないであろう。

非専門職の自立支援員を選定する場合には、PSW等の専門職がこれまで行ってきた地域活動の中から見いだした適当と思われる人物をお願いするなど、きめ細かい配慮が必要であろう。また、自立支援員に対する研修も支援の質の向上と、事業の効果的な運用のためには必要なことである。さらに退院後の地域生活において、利用者と支援員となった市民との間に関係性が継続する場合があることなどを考えると、自立支援員に対して専門職からスーパービジョンを担うかわわりが継続的に必要であろう。

(4) 社会資源について

本事業を展開するためには、退院後の居住場所や通所先の確保が重要な課題の一つになるが、生活の場や通所施設が少ないなど社会資源の不足が見られる。さらにそれらの施設の都市部への偏在も多い。特に地方の場合は、通所施設への交通の便が悪いことを理由として、生まれ育った地元に戻ることができずに、施設の多い都市部に退院後移り住む事例が見られる。本来、誰にでも住みたいところに住むことが保障されているはずであるが、社会資源が少ないために希望がかなわない現実がある。

退院後の生活の場や昼間通える場など多くの社会資源が必要であり、それらが広く分布することによって、退院した利用者の選択肢が増え、さらに地域生活が安定して送れることになろう。社会資源の適正な整備が急がれる。これには居住サポート事業などの活用や公営住宅のグループホームへの活用などフォーマルサービスの拡充のほか、地元不動産業者等を巻き込んだ支援ネットワークの構築といった幅広い地域展開が求められる。

さらに、生活の安定のためには日常生活スキルの訓練の場や、長期入院者が在宅生活をイメージす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もちろん、現存する資源を最大限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。このようなマネジメント力のある専門職が本事業の中核をになっていることが、聞き取り調査からは明らかとなった。そのためには地域社会資源に関するアセスメントも重要であり、そのための取り組みの一つとして、精神保健福祉領域に限らない、地域機関の特色や定員、待機期間や利用要件等を盛り込んだ社会資源マップ作りがあげられる。これは、自立支援実務と関連させながら、利用者やピアサポーター、支援員や地域関係者が協働して社会資源マップを作成したり、実際の支援に活用したりすることも今後の展開において有用であろう。

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。

2 事業の円滑な進行のために

(1)利用者選定のために必要なこと

利用者の選定は、ポスター掲示や事前説明の後、医師・看護師・PSWからの推薦、本人の立候補、退院者からの推薦などいくつかの方法で希望者を募ることから始まる。これまで実施されている中でもっとも多いのは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。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。病院による、入院患者のニーズ調査等の独自実施や、事業開始以前に自治体による精神科病院の患者調査の実施があれば、そのデータも活用される。なお、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挙げる試みは、今後の被保護者の退院促進に関する取組みの参考として注目される。これらの方法では、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ろう。

一方、従来はあまり実施されていないようであるが、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。

どちらの方法にもメリットとデメリットがあるが、適切な公募の方法、退院促進がうまく機能するような利用者の選定方法やアセスメントの開発などが必要であろう。

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。

利用者の決定は補助事業においては、自立促進支援協議会で行われることが多かった。その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ている。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おこなう。

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。これらの情報を、利用者、病院関係者と、事業実施側のケアマネジメント従事者、自立支援員などの地域関係者が共有するためには、共通のフェイスシート、アセスメント表、支援計画表などの活用が望ましく、実際に複数の都道府県でこれらのツールも開発されていた。

(2)退院支援の実務について

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共に歩む存在であることから、利

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支援員を決めることが望ましい。また相性の問題もあるので、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の役割として位置づけることが望ましい。

また、自立支援員の配置先や委嘱形態は様々であるが、利用者に連絡方法を明示しておくことが求められる。事務局を介して何日もかけて支援員と連絡を取る例や、支援員からの一方通行の連絡方法しか有さないなどは、利用者の主体的な退院へ向けての活動を阻害することに通じ、改善が求められる。

支援員の活動は、大きく分類すると、病院訪問、外出同行、各種施設等の体験利用の支援、家族への働きかけ、関係機関の連絡調整、不安への対応や動機付け維持のためのかかわり、ケア会議等への出席などがある。利用者の退院に向けた支援の段階に応じてこれらの活動の比重は異なるが、利用者と医療機関内外の関係者が情報と方針を共有できるように、支援記録用紙や支援計画書を使用することが望ましい。これらのツールは試行的に活用されている例も既に見られている。

利用者の退院に際しては、地域生活支援体制への移行作業を行うこととなるため、事業自体が終了となることを利用者に理解してもらうことが必要である。事業は通常、利用者の退院後1ヶ月で終了と定めているところが多かったが、短いという意見も多く、実態に合わせた柔軟な対応を求める声が目立つ。

なお、事業利用を通して築いてきた利用者や支援者の信頼関係を発展させつつ、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。従来は地域生活支援センターへの利用者登録を行い、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おり、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。そのためには相談支援事業者が本事業においても地域ネットワークの一翼として根付いていくことが課題である。

また本事業における効果も、単に利用者数に対する退院者数で数えるのではなく、多角的に評価する尺度を持つことで地域としての課題を発見し、翌年度の展開における新たな新規（単独）事業計画への反映につなげるべきであろう。

(3) 自立支援の実務において使用するツール等の例

退院促進支援事業が展開されることによって、さまざまなツールが各地で開発されている。それらは利用者が、スムーズに地域生活を展開するために必要なものとして開発されたものである。例えば、次のような物である。

- ・携帯電話等のマニュアルをわかりやすく書き換えたメモ
- ・ゴミ出しの曜日や分別内容を入れたスケジュール表
- ・地域生活をイメージしやすいように作成した視聴覚教材
- ・料理の作り方や手順などを写真や図によって解説したカード
- ・社会資源マップや電話リスト など

今後は、これらの情報を相互に交換し、利用者にとってより活用しやすいツールを開発していくことが課題であろう。

3 地域移行後の支援のあり方

(1) 連携のあり方

本事業の特徴は、医療機関の外部から入院患者の退院を支援する自立支援員と、入院中から地域ネットワークを活用するシステムによる地域生活への移行支援である。そして、事業展開に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PSWや保健所PHN、PSWなどの専門職が担うこととなる。

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ほか、自立支援員に対するスーパービジョン体制や事故対策のためのシステム作りを事前に整備することも必要とされる。

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ほか都道府県単独事業等も実施されていることから、これらを事業展開に結びつけて活用することも必須と言える。このような働きは、事業のプロジェクトマネジメント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。そこから新たな知恵や力が結実し、社会資源の開発に結びつくことも期待される。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よう、専門職研修を実施することも地域によっては必要となろう。

(2) 医療機関への期待

退院促進は、入院している患者の地域生活に向けた移行支援のための努力で成り立つことから、医療機関がその意義を理解しなければ進まない事業である。本事業の展開においては、入院患者を利用者として推薦し、送り出す積極性が医療機関に求められる。

また、精神障害者は、継続的に治療を必要とする人たちであることから、地域で生活していても医療における緊急対応が必要である。そのような医療供給体制が保障されていることによって、本人のみならず家族も、地域生活を安心して送ることができる点を忘れてはならない。かかりつけの精神科病院による柔軟な対応が望まれるうえ、24時間の精神科救急医療体制の整備等が期待される。

また、日本の精神科病院の特徴の一つとして、郊外への偏在が指摘されていることは周知のことであるが、ここから退院した後の通院の利便性には、今後改善を求める声も大きい。一つには、長距離の通院は利用者の（体力的・経済的）負担が大きいこと、また、退院先が病院から遠方であることを理由に、訪問看護を利用したくても利用できない場合があることなどが主要因である。

本協会調査において、聞き取り対象者の多くは、精神科訪問看護を利用しており、ここで提供される生活相談の機会や見守りなどの支援は、利用者や家族の安心感を生むほか、生活や体調の変化を支援者が早期にキャッチし、迅速に対応することで、未然に悪化を防ぐことにも有効であると考えられる。

なお、事業の協力呼びかけや入院患者実態調査の実施などに際し、自治体担当職員等から申し入れをしても、地域によっては病院の敷居が高く、なかなか協調体制を築くことが難しいという声もあった。退院促進支援事業の実施は、病院から入院患者を退院させ、そのベッド数を減らそうという意図以前に、退院可能な精神障害者の当然の権利である地域生活を実現することが主目的である。その意味では医療機関と自治体が、共通認識の下に、本事業を展開できるような関係作りをしていくことも必要であろう。各自治体の努力だけでは協力が得られにくい部分は、国も一丸となって協働関係を構築することが求められる。

なお、医療機関が本事業の受入れを敬遠する理由の一つは、社会的入院の解消と病床削減を、本事業を通して実施しようとする事への抵抗とも受け取れる。しかし、現に退院を希望し、かつ退院可能な精神障害者をこれ以上、病院内に留め置く正当な理由は見つからないであろう。

国がすすめる「約7万人の社会的入院の解消」は、いかなる形で実行し得るのか、その指針や具体策を示すことも求められているのではないだろうか。

4 まとめ—安定的なシステムの構築に向けて—

退院者が地域生活を安定して送るために、ハード面における社会資源の充実は当然のこととして期待される。しかし、それと同様に、利用者を含め機関相互の理解の促進や支援者間の協働といったソフト面の拡充も求められる。これは、本事業の展開や人の生活を支援する取り組みには、その担い手となる「人材」の素養が大きく影響を与えるということでもある。

本事業の先駆的な取り組みを行っている各地域では、専門職の個人的なネットワークを活用して、協力者や事業所を開拓している例も多数見られた。また退院支援に際しても、これらの個人の力量は、事業の成否に多大な影響を与えていることが推察された。しかし、今後このシステムが安定的に実施されるためには「誰が担っても支援展開できる」ことが望ましい。また、本事業に偏らず、都道府県の単独事業を編み出す努力や、各現場での先駆的な取り組みを一般化させ、推進する姿勢を、関係者一同は忘れてはならないであろう。

本事業が安定的に運営され、かつ退院者の地域生活が継続するためには、主管課、保健所、市町村、民間事業者、病院等の関係者、関係機関の役割分担と協働体制の構築がポイントとなり、そのためには、会議等の話し合いの場面設定というソフト面の工夫が必要である。これは、実際の支援過程を通して各機関が相互に理解を促進していく上で、地域の課題を再発見し、社会資源を再構築するプロセスでもあると言える。そして、本事業をきっかけにして、退院可能な精神障害者があたり前のこととして退院し、地域生活をあたり前に送ることのできる社会を築くことが、この事業の到達点になるのではないだろうか。

これまでの本事業は、「特別な地域での、特別な人による、特別な取り組み」として見られがちであった。しかし、今回の調査を通して、各地域の本事業の推進力は、いずれも当然の知識や技術を惜しみなく活用しつつ創意工夫を怠らない、魅力ある専門職であるとともに、優しさや想像力を有する一人ひとりの担当者であることを再確認できた。そこから学んだことは、特別なことをしているわけではなく、社会的入院患者一人ひとりの「退院したい」という声に真摯に耳を傾け、その実現に向けた支援を展開する努力の積み重ねの貴重さである。それは、効率重視ではなく、正しく精神障害者の権利擁護、権利の復権のための営みであり、我々PSWが自立支援法下の新時代にあっても、引き続き取り組むべきテーマを示唆するものであった。

最後に、本調査研究にご協力頂いた事業利用者の皆様、関係機関の皆様、その他すべての方々に感謝の意を表したい。

(澤野 文彦 ・ 田村 綾子)