

平成22年度障害者総合福祉推進事業

障害者地域移行支援人材育成研究

地域移行支援(知的・精神分野)プログラムの

標準化と人材育成に関する調査

平成23年3月

一般社団法人 支援の三角点設置研究会

はじめに

在院率と退院率は、都道府県の長期入院患者の地域移行計画担当者が把握すべき、目標達成状態の重要な指標ですが、これは計画ではありません。数字は状態を表しているに過ぎません。どのようにしてその数値目標を達成するのか、この「HOW TO」が計画と呼ばれるべきです。国が重要な施策として位置づけ、多くの関係者が長期入院患者の地域生活移行の促進を願っているにもかかわらず、遅々として進まないのは『計画作り』にあるのではないかと私たちは考え、この事業に取り組みました。

さて、「HOW TO」の第1歩として、長期入院患者の地域生活移行計画は、事業の目的（誰のために何をを目指すのか）と目標（どのような状態をどのようにして段階的に作るのか）を共有した人たち（チーム）が作ることから始まります。次の段階が現状把握（アセスメント）です。精神保健福祉資料（通称；630調査）や社会資源の状況などを理解した上で計画作りに着手します。

計画作りを構成する要素は、①目標達成に必要な費用や社会資源並びに具体的な仕事の内容、②仕事を果たすために必要な知識や経験並びにパーソナリティなどの人材、③前記の仕事や人を動かすための共有した約束ごと並びに仕組みです。そして最も重要なのは、④チームとして機能するために必要な使命と、それを果たすためにふさわしいチーム内の人間関係並びに風土の醸成です。このチーム作りには、（仮称）地域移行推進特別アドバイザー候補生をファシリテーターとして活用していただきたいと思います。

ところで、この報告書では、「地域移行は入院患者の生活拠点を変更することだ」と定義しておりません。「入院患者が生活者となり、生活の支え手としての精神科医療の役割を修整し、新たな地域生活の支え手を作り出し、精神障害者を受け入れる町作りに向けた支え合いを紡ぐプロセスである」ことを、基本的な考え方としています。

この基本的な考え方の下での精神障害者の地域移行計画は、制度や施策を熟知した行政担当者、精神医療や地域実情（資源やその関係、歴史、風土、非公式な関係など）を把握している医療、保健並びに福祉関係者の共同作業で作られるのが望ましいでしょう。

この実現のため、この報告書と合わせて作成したテキストには、地域移行計画担当者が持つべき重要な知識、達成目標の年次計画（ロードマップ）や作業工程表（ガントチャート）の作り方など、いわゆるキモやコツを盛り込みました。各都道府県や政令指定市で活用していただきたいと切に願っております。

最後になりましたが、この度の試行的な研修にご参加くださった多くの自治体で私どもの提案を受け、計画に活用して下さろうとしていると聞きました。この種が各地で花開き実を結びますことを願い、ご協力下さいました全ての方々に深くお礼申し上げます。

平成22年度研究謝辞に代えて
一般社団法人 支援の三角点設置研究会
星野 久志

<目次>

第1章 事業概要	3
第1節 背景.....	3
第2節 先行研究のレビュー	3
第3節 事業目的と内容.....	6
第4節 委員会	11
第2章 研修設計	13
第1節 研修設計の手順.....	13
第2節 先行研究のレビューから得た仮説.....	14
第3節 先行研究から必要となる研修内容.....	15
第4節 研修評価手法	15
第3章 トライアル研修	17
第1節 方針.....	17
第2節 実施内容.....	17
第3節 実施結果.....	18
第4節 研修結果からの示唆	19
第4章 第一回研修	21
第1節 研修設計.....	21
第2節 研修実施.....	21
第3節 研修実施結果の振り返り	23
第4節 研修改善案	39
第5章 二回研修	41
第1節 研修設計.....	41
第2節 研修実施	41
第3節 研修実施結果の振り返り	44
第6章 考察	62

第1節 研修実施後の受講者の行動変容	62
第2節 提言	63

精神障害者地域移行・地域定着支援のための 官民共同作戦ガイドライン .65

第1章 事業概要

第1節 背景

地域移行支援事業に関する技術研修は、行政や職能団体により多数開催され、現場の人材は育ちつつあり、一定の成果は上がっている¹。しかし、平成21年9月に公表された「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書²）で掲げた目標にはほど遠いのが現状である。

今後、地域移行支援事業を確実に推し進めていくには、各都道府県、政令指定都市の地域福祉支援計画³及び生活保護精神障害者退院促進事業⁴等と総合的に取り組み、目標数値をしっかりと掲げ、目標を達成するための課題解決に向けた企画と人材育成が必要である。

そこで、本事業では、各都道府県の設置する地域移行推進協議会⁵を実行力のあるシステムに再構築するために、協議会委員の中から企画委員を置き、地域における地域移行支援の課題を現場の専門職と行政とが共有し、課題に応じたシステムの構築のための人材育成を図る必要があると考えている。そのため、本事業では、精神保健医療体制の再構築システム作りに向けた戦略策定等の支援を行う人材として、（仮称）地域移行推進特別アドバイザー⁶を創設し、より一層の推進が図れるようにしていきたいと考えている。

本事業では、この（仮称）地域移行推進特別アドバイザーの必要性の確認と、実際の研修を通じて育成を行っていききたいと考えている。

第2節 先行研究のレビュー

研修を実施するに当たっては、過去様々な機関において実施されている地域移行支援に関連する先行研究の結果をレビューした。

（1）先行研究内容

過去の先行研究の内容を以下の通り整理した（図表1-1）。

¹ 第2節後述。

² 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課 平成21年9月24日

³ あるいは、都道府県等の策定する障害者支援計画

⁴ 退院可能精神障害者の2割程度が生活保護を受給しているとされていることから、生活保護制度下で入院患者の状況に応じた適切な受入先確保、個々の退院阻害要因の解消や退院に向けた指導援助を計画的に実施することを目的とした事業

⁵ 都道府県等が、精神障害者の地域生活支援を推進するため、保健・医療・福祉の各関係機関が連携し、支援体制の整備と問題点等を協議する会議。

⁶ 詳細後述

図表 1 - 1 先行研究

調査研究テーマ	団体名	研究年度	概要
精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究	財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会	H19	標準的な退院支援パス(最適な退院計画の策定支援ツール)作成;精神科のクリニカルパス文献調査・退院後の生活や主観的評価聞き取り
精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業	社団法人全国訪問看護事業協会	H20	精神障害者の地域生活支援において訪問看護の推進を図るため、精神科訪問看護の経験を有し既に地域とのネットワーク形成を行っている医療機関や訪問看護ステーションがコンサルテーションを実施し、精神障害者の地域生活支援に資する訪問看護ステーションが質・量ともに充実すること。精神科訪問看護の啓発目的の視覚教材の作成、予備訪問看護の提供体制報酬体系の在り方検討。
精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究	社団法人日本作業療法士協会	H19	協会会員が勤務する病院の協力を得て退院促進プログラムを実施し、結果を事例報告する。事例データの分析により円滑な退院促進及び地域移行支援体制のあり方を検討する。 医療体制と市町村等地域の支援体制のあり方、及び医療と地域の連携のあり方を示すことを目的
精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究	社団法人日本精神保健福祉士協会	H18	第1次調査として、全都道府県に、退院促進支援事業の実施状況を調査。併せて、当該都道府県内の精神保健福祉の概要(人口万対病床数・開放率・社会資源概要等)を調査。⇒方法は質問紙郵送による悉皆。 第2次調査として、全国各地の先進的取り組み(7都道府県と1市)にヒアリングで実施体制等を調査
包括的なサービスによる退院支援と地域生活支援事業=ACT-G	医療法人社団 和敬会 谷野呉山病院	H20	医療法人社団和敬会谷野呉山病院と地域活動支援センターI型・相談支援事業所を中心にACT-Gプロジェクトを立ち上げ、比較的軽度かつ長期入院の精神障害者の退院促進を行い、医療および福祉分野の在宅支援・訪問系サービスの量の確保と包括的な提供体系をシステム化し、その技術の向上と普遍化を図る。

調査研究テーマ	団体名	研究年度	概要
精神障害者地域移行支援特別対策事業～地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト	社団法人 日本精神保健福祉士協会	H20	H18年度以降の精神障害者地域移行支援事業実施状況を、年度ごとの予算・実施圏域・実施の概要と結果、及びH20年度の地域体制整備コーディネーターについて、配置状況・職種・雇用形態・人数など、さらにH21年度の地域移行支援事業の実施予定とコーディネーターの配置状況等について質問紙により調査している。なお、地域体制整備コーディネーター養成研修プログラム開発を本調査研究の目的としていることから、各都道府県におけるこの点に関する取り組み状況と課題についても自由記載で問うている。
精神障害者の地域移行支援 ～事例調査からみる取り組みのポイント～	社団法人 日本精神保健福祉士協会	H20	個別の対象者への退院促進支援のプロセスに焦点化するのではなく、個別支援が十分に機能するために必要とされる地域内でのネットワークの構築とその形成過程に焦点をあて、9箇所の地域で聞き取りにて調査する。その結果をもとにして、各圏域で退院促進を実践する際に地域体制整備のヒントとなる知見を抽出し、普遍化できそうな部分を取りまとめる。
長野県西駒郷の地域移行評価・検証に関する研究事業（日本財団助成）	社会福祉法人 長野県社会福祉事業団	H19	入所施設から地域生活へ移行した当事者を、移行先の住居に訪ねて、対面による聞き取り調査を行った。このデータで共通する内容や特徴的な語りを抽出して概念化した。また、もととなる語りの背景や語った人の属性との関連について検討を行った。さらに、それらの概念間の関連についても検討し、地域生活移行後の生活の満足感に与える諸要因について、重要と思われるものを整理した
知的障害者及び精神障害者の地域生活支援推進に関する研究	長野県障害者地域生活支援研究会	H20	知的障害者入所施設からの地域生活移行と、精神障害者の精神科病院からの地域生活移行に焦点をあて、どのような支援サービスがどの程度必要であるかを明らかにする。

(2) 研究事業への示唆

先行研究および研究メンバー間での議論から、精神障害者の地域生活移行を担う人材の育成、仕組み整備の視点として、以下の3点に集約された。

- ・ 各行政機関や職能団体により地域移行支援事業に関する技術研修は行われている。
- ・ 地域移行支援にかかわる他職種(行政や福祉事業者、専門職)での共同に関する内容は行われていない。
- ・ 市区町村単位や圏域単位での議論はなされているが、都道府県レベルで円滑な地域移行支援のためにはどのような仕組みが必要なのか、といった議論はなされていない。

この示唆を踏まえて、地域生活移行を促進するための体制整備に必要な人材を検討し、その育成に向けた研修プログラムの開発を行った。

第3節 事業目的と内容

前節での議論をもとに、事業目的を整理し、以下のような事業フレームを構築した。

(1) 「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の創設

① 「(仮称) 地域移行支援特別アドバイザー」の役割

本事業では、「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」を設置し、都道府県単位で設置⁷される「地域移行推進協議会」からの相談や、事業目的実現のためのコンサルティングを実施する役割を担ってもらいたいと考えている。

これは、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で実施されている「相談支援体制整備特別支援事業」の中の「特別アドバイザー派遣事業」を参考としている。相談支援体制整備特別支援事業における特別アドバイザーの役割及び位置づけは以下のとおりである(図表1-2)。

⁷ 都道府県自立支援協議会の部会として位置付ける場合、圏域ごとに設置する場合もある。

図表 1-2 相談支援体制整備特別支援事業における特別アドバイザー

先進地のスーパーバイザーや学識経験者等2～3名を特別アドバイザーとして招聘し、チームで都道府県内の相談支援体制の整備や充実強化に向けて、評価、指導等を実施する。

- ・ 都道府県自立支援協議会の設立・充実強化の支援
- ・ 県内を巡回するなどして、市町村（圏域）ごとの相談支援体制や地域自立支援協議会の立ち上げ・運営等についての具体的で丁寧な支援

(例) 小規模市町村が圏域単位で相談支援体制を共同で実施する場合のアドバイザー、地域自立支援協議会に参加して、会議の持ち方や運営方法等について具体的にアドバイス等

- ・ 県内の相談支援関係者を対象とした連絡会議・研修会の開催による人材育成支援

相談支援体制整備特別支援事業における特別アドバイザーを地域移行支援にも援用し、その役割を図表 1-3 の内容のように想定している。

図表 1-3 「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー⁸」の役割

○県全体の精神保健医療体系の再構築システムづくりに向けた戦略策定を支援

- ・ 目標数値(地域移行、病床数、福祉サービス等)の設定
- ・ 福祉と医療のネットワークの構築
- ・ 地域生活支援体制(相談支援、居住サポート、訪問活動等)の強化
- ・ 市民啓発活動等

○地域移行・地域定着に関し、県アドバイザーや相談支援従事者等との連携・共同、助言・指導

- ・ 相談支援従事者現任者研修に地域移行推進プログラムを盛り込む
- ・ 技術研修会の開催等

○地域における地域移行支援・地域定着支援体制の構築・充実を支援

- ・ 市町村との協議、助言・地域自立協議会に地域移行推進部会を設置
- ・ 複数市町村間の調整・地域自立支援協議会への参加・助言・研修会等の講師等

○地域移行推進協議会の運営サポート

- ・ 地域移行推進特別アドバイザー地域移行推進協議会に、地域移行を戦略的に推進するための実行部隊として、企画委員(仮称)を配置。
- ・ 行政(医療・福祉・生保・等)各担当者、現場を周知した相談支援専門員等で構成し、企画案を推進会議で議論し、計画、実行、実行状況のチェックを行う。

本事業は、このような地域の体制整備の根幹である地域移行推進協議会に着目し、その運営が的確に実施できるように、アドバイスする人材を育成することを

⁸ 「地域体制整備コーディネーター」が退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行うのに対し、「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」は、当該圏域（あるいは都道府県）全体の地域移行推進体制を推進するための、地域体制整備コーディネーターを含む実施体制及び育成体制を計画的に遂行することを目的としている。

目的として実施する⁹。

②「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の想定人材

「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」を担いうる人材は、単に現場事例を知っている人材だけではなく、その経験に基づきつつも、行政と協力し地域移行を推進しうる人材を想定している。具体的には次の内容を想定している。

図表 1-4 「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」に求められるスキル

○精神保健医療の現状に関する理解と展望

精神保健医療の現状を理解するとともに、社会的入院を人権侵害ととらえ、その解消に向けた取り組みを実践している人物であること。

○計画策定及びそのチェックに関するスキル

事業の進捗をマネジメントする基本的な考えであるPDCAサイクルを理解し、エビデンスにもとづいたチェックができる人材であること。抽象的になりがちな地域の目標を具体化し、チェックするためのポイントを明確にしていくことである。特に、Planに対する達成基準の設定は重要なポイントといえる。

○ファシリテーションスキル（会議構築のスキル）

充実した会議にするために、参加者に発言や参加を促したり、話の流れを整理する、あるいは参加者の認識の一致を確認することができる人材であること。とかく、一方的な主張の場になりがちな会議の交通整理を行うスキルである。

(2)「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」育成のための体制定義

本事業では、以上で掲げる人材を育成するための研修プログラムを開発することを第二の目的としている。具体的には、①現時点ですでに「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の役割を担っている人材、②これから「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の役割を担ってほしい人材、③(仮称) 地域移行推進特別アドバイザーへの相談やコンサルテーションを受ける立場の「(仮称) 都道府県企画委員」の3種類の人材に分け、研修プログラムを開発している。

① (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー

先述した「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の活動を実践している人材をさす。本事業委員10人が該当し、(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー 候補生の育成を行う。研修プログラムの中では講師役となる。

⁹地域移行推進協議会を設置する都道府県の職員を対象とした研修も想定されるが、行政職員が定期的に異動となることなどを勘案し、継続的にアドバイスできる人材が必要であると判断した。

¹⁰ 委員会の詳細は後述

② (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー 候補生

これから「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の役割を担ってほしい人材。本事業の第一の研修ターゲットである。精神科医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等各専門職集団において、これまで地域移行支援に取り組んできた実績があり、指導的立場にある方を対象としている¹¹。

研修の中では、「① (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」からの講義を受け、「③ (仮称) 都道府県企画委員」を対象とした地域移行推進会議構築のためのロールプレイを実施する。

③ (仮称) 都道府県企画委員

都道府県等の地域移行推進のための仕組みを構築する中心的な役割を担う人材。「① (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の相談やコンサルテーションを活用して、より良い仕組み作りを行う。主に都道府県職員。他に地域の実践家の方である。

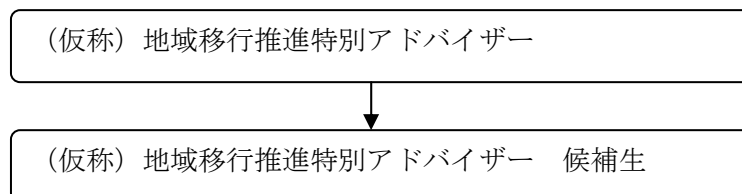
研修の中では、「① (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の講義を受けるとともに、「② (仮称) 地域移行推進特別アドバイザー 候補生」と地域の現状に関する協議を行う (ロールプレイ)。

(3) 研修事業のフレーム

本事業の研修は以下にあげる2つのフレームにもとづき実施している。

①研修フレーム1

本事業の目的が、(仮称) 地域移行推進特別アドバイザーの養成にあることから、既に活躍している「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」による、「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー 候補生」の育成を実施する。コンサルテーションやファシリテーションの技法などを活用し、地域の地域移行推進体制が円滑に構築できるような役割を担う存在となってほしいと考えている。

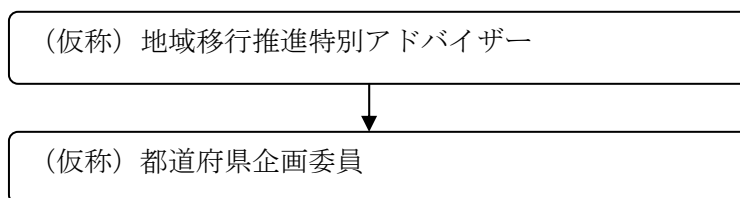


②研修フレーム2

第二の目的としては、「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」及び「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー 候補生」が実際に「(仮称) 都道府県企画委員」

¹¹ 具体名は後述

に研修を行い、実際の都道府県での地域の地域移行推進体制を構築するための参考にしてもらう研修である。



以上のような2つの目的を実現するための研修フレームを策定し、実際に事業展開していく。

(4) 研修プログラムの作成

平成18～21年度の障害者保健福祉推進事業等や厚生科学研究等で実施された地域移行支援関連の複数の調査研究の報告書等を活用して、具体的な支援項目、時間、回数、関わった支援者、ターニングポイント、支援期間等について、知的障害や精神障害、発達障害等の障害特性との関係を明確にした上で詳細に調査分析し、病院や施設から地域生活への移行支援に資する研修プログラムを策定した。

また、研修終了後は、研修講師全員の研修評価会議を実施し、グループワーク、インタビュー調査等に研修プログラム自体の評価を行う。その評価結果をもとにワーキングチームで研修プログラムの修正を行い、より有効な研修プログラムを完成する。

加えて、地域移行支援研修用ツール(指導者テキスト、指導要領及び受講者用テキスト作成)を作成した。

第4節 委員会

本事業では、次のメンバーからなる委員会を組成し、研修プログラム内容の確認及び評価を行った。

図表 1-5 委員会メンバー(50音順 敬称略)

氏名	所属	役職	備考
高橋 清久	財団法人 精神・神経科学振興財団	理事長	座長
岩上 洋一	NPO法人 じりつ埼葛北障がい者生活支援センターふれんだむ	所長	
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院	教授	
岡部 正文	医療法人立川メディカルセンター 茨内地域生活支援センター	施設長	
清水 孝代	一般社団法人 支援の三角点設置研究会 社会福祉法人 富士福祉会		
武田 牧子	社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所	所長	
田村 綾子	社団法人 日本精神保健福祉士協会	常任理事	
寺田 悦子	NPO法人 多摩在宅支援センター円 訪問看護ステーション円	理事	
東海林 崇	株式会社 浜銀総合研究所 経営コンサルティング部		
野田 文隆	大正大学	教授	
橋本 諭	株式会社 浜銀総合研究所 経営コンサルティング部		
星野 久志	一般社団法人 支援の三角点設置研究会 社会福祉法人 富士福祉会	理事長	
山田 優	社会福祉法人 長野県社会福祉事業団	嘱託アドバイザー	

また、具体的な研修プログラムについては、次の策定会議を開いて作成した。なお、委員には順次メール等で情報共有を行った。

図表 1-6 打ち合わせ等一覧

日時	会議	内容
7月2日	準備会	
7月14日	準備会	
7月20日	準備会	
7月23日	事業開始(内示)	
7月28日	ワーキング	先行研究調査
8月5日	ワーキング	先行研究調査
8月20日	ワーキング	先行研究調査
8月31日	ワーキング	門屋氏と打合せ
9月14日	第1回検討委員会	
9月21日	ワーキング	アドバイザー研修打合せ
10月1日	ワーキング	アドバイザー研修打合せ
10月2日	アドバイザー研修	
10月3日	アドバイザー研修	
10月8日	ワーキング	都道府県研修打合せ
10月20日	ワーキング	都道府県研修打合せ
11月5日	アドバイザー研修	
11月6日	第1回都道府県研修	
11月7日	第1回都道府県研修	
12月7日	ワーキング	都道府県研修打合せ
1月8日	第2回都道府県研修	
1月9日	第2回都道府県研修	
1月31日	会計打合せ	
2月1日	ワーキング	報告書・テキスト等打合せ
2月15日	印刷打合せ	
2月23日	ワーキング	報告書・テキスト等打合せ
3月3日	第2回検討委員会	

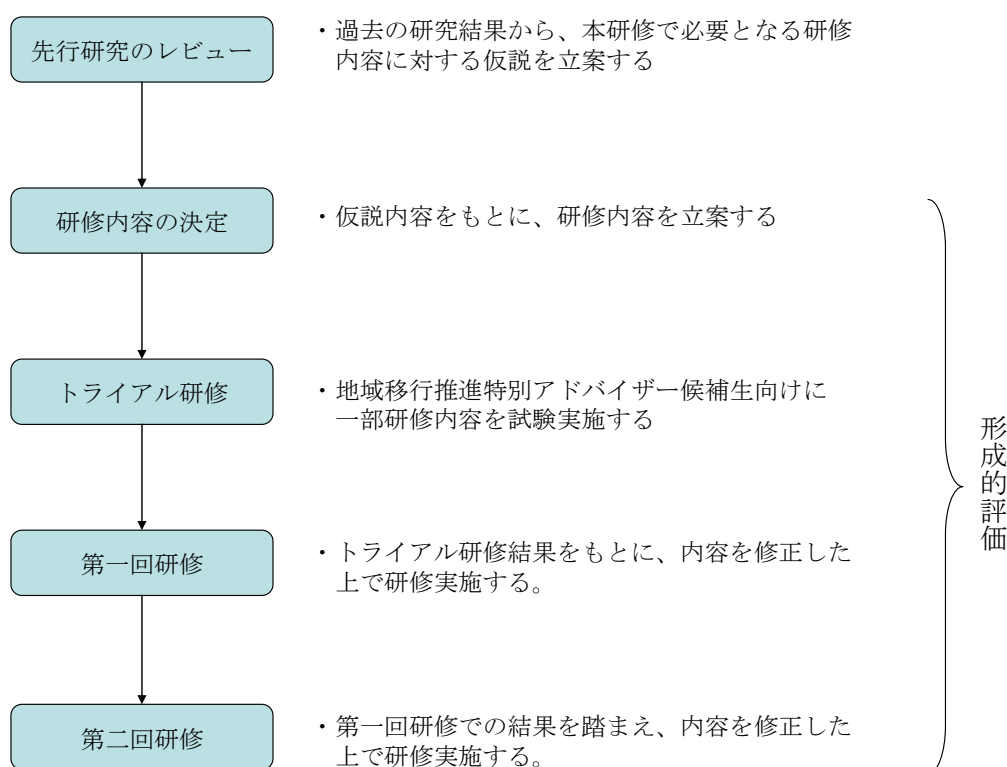
第2章 研修設計

研修設計に当たっては、過去の先行研究や委員会での意見交換などを通じて研修全体を組み上げていった。本章では、研修全体の設計に当たり議論した点も含みつつ、研修全体の設計を行った手順や内容について紹介する。

第1節 研修設計の手順

研修設計においては、図表2-1の手順に沿って行った。先行研究のレビューから本研修で必要となる研修内容を決定した。その後、トライアル研修、第1回研修、第2回研修の計3回の実践を経て研修内容を調整していった。なお、研修内容を修正していくプロセスを形成的評価¹²と呼んでいる。形成的評価においては、研修参加者からのアンケート結果や講師からのフィードバックを元に研修内容を修正していく。本報告書の資料編には、この形成的評価を実施した後の研修資料を添付している。

図表 2-1 研修設計の手順



特に、計3回実施した研修の位置づけは以下の通りである。

¹² 詳細は後述する。

図表 2-2 3回の研修の位置づけ

	目的	研修の対象者	実施内容
トライアル研修	・地域移行推進特別アドバイザー候補生に向けた研修の試験実施	・地域移行推進特別アドバイザー候補生	・第一回、第二回研修で実施予定のグループワーク
第一回研修	・設計した研修プログラムの全体の初回実施	・都道府県企画委員 ・地域移行推進特別アドバイザー候補生	・後述する研修プログラム
第二回研修	・第一回研修の修正点を踏まえた、研修プログラム全体の実施	・都道府県企画委員 ・地域移行推進特別アドバイザー候補生	・後述する研修プログラム

第2節 先行研究のレビューから得た仮説

先行研究のレビュー結果およびプロジェクトにおける議論をもとに、研修プログラムを策定する上での仮説を設定した。すなわち、これまでの研修事業を網羅的に把握した時に、精神障害者の地域生活移行のための体制を整備する上で不足していると考えられる研修として以下の点があると想定された。

- ・地域移行に携わる専門職団体(精神保健福祉士協会や作業療法士協会等)においては、地域移行を推進するための研究が行われており、人材育成のための研修も行われている。しかし、各職種横断的に実施されていない。そのため、個々の支援技法中心の研修となり、総合的な支援体制を構築する場とはなっていない。

仮説1) 職種間、各圏域を包含するような視点での研修が必要なのではないか

- ・地域移行を推進するためには行政機関が一定の役割を担うことが必須であるが、十分に担えているとはいえない。そのため、社会資源となる民間と、行政機関との間で、地域移行がいかにあるべきかといった仕組みづくりなどの話し合いが不足している。

仮説2) 行政機関と民間(社会資源)をつなぐ研修が必要ではないか。

仮説3) 仮説1) 仮説2) とともにこれまであまりない新しい考え方であることから、受講者が概念を理解することに時間が掛かるのではないか。その為、概念や理念の説明に時間を掛ける必要がある。

第3節 先行研究から必要となる研修内容

先行研究の調査およびプロジェクトにおける議論から、以下のような研修が必要であると考えた。

(1) 研修内容

- ・ 地域移行に関する理念や全体概要
- ・ 地域移行に関する行政上の仕組み
- ・ 地域移行に関する取り組み事例
- ・ 地域移行を推進するための人材育成の考え方と手法
- ・ 都道府県内単位で行う模擬企画会議（ワークショップ形式でのグループワーク）

(2) 研修対象者

①（仮称）地域移行推進特別アドバイザー 候補生

以下の者の中で、経験豊富な方¹³。

- ・ 行政担当者
- ・ 福祉施設職員
- ・ 医療関係者
- ・ 福祉専門職

②（仮称）都道府県企画委員

- ・ 行政担当者
- ・ 福祉施設職員
- ・ 医療関係者
- ・ 福祉専門職

第4節 研修評価手法

一般的に研修に対して行われる評価は2種類に大別できる。すなわち、「総括的評価」と「形成的評価」である。総括的評価とは、研修が終了した時点において、「学習者がどの程度研修によって効果があらわれたか」といった研修の効果について評価するものである。一方、形成的評価とは、研修を作成する際に、「より効果的な研修」とするための改善活動の一環として行われる評価であり、「研修を改善していくこと」が目的である。具体的には、研修終了前後にアンケートを実施し、研修に対する満足度やどの程度自分ができるようになったのかという自己効力感などを質問することで、改善箇所を

¹³ 実際には各専門職団体からの推薦によった。

探っていく。具体的には、以下のように分類できる

図表 2-3 研修評価手法

評価手法	目的	具体的な手法	調査項目	実施時期
形成的評価	研修の改善	アンケート調査 インタビュー	満足度 自己効力感 講師の感想 態度変容 成績等	研修の開発段階 研修実施段階
総括的評価	研修の効果測定	アンケート調査 テスト	態度変容 成績等	研修終了後

前述のとおり、本研究においてはより良い研修内容を作成することが目的であるため、研究全体として形成的評価を実施していく。すなわち、トライアル研修、第1回研修、第2回研修を通じて、いかに研修全体を改善していくのかに焦点を当てることにする。具体的には、各研修においてアンケート調査や講師の感想などを都度集め、改善を加えている。

つまり、形成的評価においては、いかに改善点を見つけ出すかが重要な要素であり、本研究においては、この観点で評価を行っている。

第3章 トライアル研修

第1節 方針

トライアル研修は、平成22年10月3日に地域移行推進特別アドバイザー候補生に向けて実施した。トライアル研修の目的は、新たな試みである本研修を試験実施することにより、立案した仮説が正しいかどうか、実施に際して問題が発生しないかを確認することにある。

トライアル研修では、地域移行推進特別アドバイザー候補生に対し、第一回研修、第二回研修の際に実施する模擬企画会議（ワークショップ形式でのグループワーク）の疑似体験（トライアル）を主に実施した。

なお、グループワークに入る前に、「地域移行推進特別アドバイザー」などの本事業独自の考え方について説明を行った。

第2節 実施内容

（1）研修次第

開催日時 平成22年10月3日（火） 10時～16時

開催会場 横浜市総合保健医療センター講堂

図表 3-1 研修次第

開始	終了	内容	講師
10:05	10:30	研修概要と本日の目標	説明：武田
10:30	11:20	普通の暮らしを、当たり前の生活とは	講義：山田
11:20	12:10	地域移行を推進するための仕組みづくりとは	講義：岩上・田村
12:10	13:00	昼休憩	
13:00	13:10	グループワークの説明	説明：武田
13:10	13:50	グループワーク I	ファシリテーター： 山田・岩上・田村・ 武田
13:50	14:00	グループワーク I まとめ	
14:00	14:50	グループワーク II	
14:50	15:00	グループワーク II まとめ	
15:00	15:30	グループ発表(各グループ5分)	司会：田村・岩上
15:30	15:55	モデル研修に向けて全体意見交換とまとめ	講師：山田・岩上・ 田村・武田
15:55	16:00	閉会挨拶	星野
16:00		閉会	清水

(2) グループワークの詳細内容

グループワークでは、「地域移行推進特別アドバイザー候補生が感じている都道府県の現状と課題とあるべき姿を確認する」というテーマにもとづいて行われた。

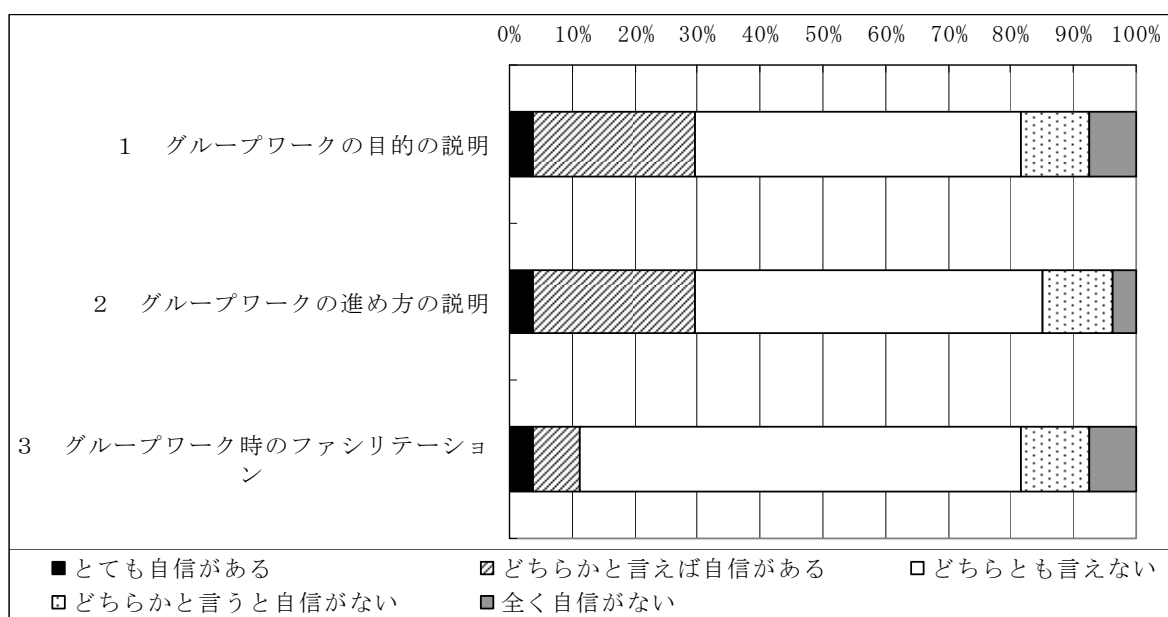
図表 3-2 グループワーク内容

項目	内容
グループワークの目的	地域移行推進特別アドバイザー候補生が感じている都道府県の現状と課題とあるべき姿を確認すること
グループワークの手順	<p><手順1>【個人ワーク】 20分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別紙のワークシートを参考に、「ご自身の関係している都道府県における地域移行の現状と課題とあるべき姿」をポストイットに記述する。 ・他の方が読んでもわかるようにできる限り、具体的に記載する。
	<p><手順2>【自己紹介】 10分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持ち時間は1分での自己紹介
	<p><手順3>【グループ説明】 20分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人ワークで記載した内容を「一人3分以内」で、グループの方々に説明する。 <p>※グループで一つのワークシートにまとめる。</p>
	<p><手順4>【意見共有】 40分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターの議事進行のもと、グループで出てきた意見を集約する。 ・グループ発表用に重要だと思う順に優先順位を付ける。
	<p><手順5>【全体共有】 30分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループとしてまとめた内容について、優先順位が高いほうから全体向けに発表してください。

第3節 実施結果

地域移行推進特別アドバイザー候補生に対する研修であるため、今回実施したグループワークと同様のグループワークを第一回研修、第二回研修において実施した場合に、適切なファシリテーションが実行できるかについて質問したところ、図表の通りとなった。

図表 3-3 グループワークに対する自信



	とても自信がある	どちらかと言えば自信がある	どちらかと言うと自信がない	全く自信がない	回答数
1 グループワークの目的の説明	1	7	14	2	27
2 グループワークの進め方の説明	1	7	15	1	27
3 グループワーク時のファシリテーション	1	2	19	2	27

結果としては、どの質問項目においてもどちらともいえないという回答が最も多くなった。この結果からは、トライアル研修に参加している「地域移行推進特別アドバイザー候補生」はグループワークにおけるファシリテーションについて、不安視していることが見受けられた。

第4節 研修結果からの示唆

事後に行った、一部の地域移行推進特別アドバイザー候補生から研修結果について聞き取った結果のなかに、以下のような意見もあった。

発言者 A 「研修に参加する前には、一体どの様な研修を行うのか良くわからなかった（目的を理解していないかった）」

発言者 B 「他職種の人との意見交換する場がないので、グループワークは役に立った」

前者の発言は、前述した仮説 3 の「仮説 1）仮説 2）ともにこれまであまりない新しい考え方であることから、受講者が概念を理解することに時間が掛かるのではないか。その為、概念や理念の説明に時間を掛ける必要がある。」という点について、地域移行推進特別アドバイザーの候補として各職能団体から集められている人であっても、本事業の概念を理解するのは難しいということが考えられる。つまり、本研究事業が目的としている都道府県レベルでのアドバイスを行う人材である地域移行特別アドバイザーという存在や、考え方についても、各専門職団体からの推薦を受けた経験豊富な方にとっても新規性の高い考え方であり、理解するまでには時間が掛かるということがわかった。そのことは、「(仮称) 都道府県企画委員」については、更に理解するのに困難であることが予想されることとなった。

また、後者の発言は、本事業の目的の一つである企画会議の有効性を暗示するものであるといえる。つまり、現時点では行政と福祉事業者が共に地域移行支援の仕組みに関する議論をする場がない事が示された。

なお、地域移行特別アドバイザーの必要性については、全員が「必要である」と回答している。

第4章 第一回研修

第1節 研修設計

第一回研修は、トライアル研修を受けて実施した。当初、それぞれの役割を明確にするために、都道府県企画委員と「地域移行推進特別アドバイザー候補生」は分かれて研修を実施する予定であった。しかしながら、トライアル研修を通じて、地域移行推進特別アドバイザー候補生にも都道府県企画委員と同様の研修内容の理解が必要であると判断されたことから、地域移行推進特別アドバイザー候補生にも一緒に研修に参加してもらうことにした。

第2節 研修実施

研修会は、以下の通り実施した。

(1) 研修講師

研修内容を設計した後、同分野について見識を持たれている方、研修講師としての実績を持たれている方に講師を依頼した。講師となっていたいただいたのは以下の方々である。

図表 4-1 講師一覧(敬称略 50音順)

氏名	所属	委員
高橋 清久	財団法人 精神・神経科学振興財団	○
岩上 洋一	NPO法人 じりつ 埼玉葛北障がい者生活支援センターふれんだむ	○
岡部 正文	医療法人立川メディカルセンター 茨内地域生活支援センター	○
門屋 充郎	NPO法人 日本相談支援専門員協会	
佐原 和紀	NPO法人 やすらぎの会 精神障がい者地域生活支援センター翔	
田村 綾子	社団法人 日本精神保健福祉士協会	○
武田 牧子	社会福祉法人 南高愛隣会	○
寺田 悦子	NPO法人 多摩在宅支援センター円 訪問看護ステーション円	○
野田 文隆	大正大学	
藤田 大輔	大和診療所 ACT-Zero	
星野 久志	一般社団法人 支援の三角点設置研究会 社会福祉法人 富士福祉会	
山田 優	日本グループホーム学会	○

(2) 研修会のプログラム表

【初日】11月6日(土曜日) 9:00~18:00

自	至	項 目		講師	内 容
9:00	9:01	挨拶	開会		
9:01	9:06	挨拶	検討委員長挨拶	高橋	
9:06	9:20	オリエンテーション		武田	研修のねらい
9:20	10:20	総論	社会的入院者の退院支援と地域生活支援の論点整理と最近の動向	門屋	社会的入院者の退院支援と地域移行の論点整理 最近の動向
10:20	10:30		休憩		
10:30	11:45	パネルディスカッション	医療機関がすすめる退院支援	野田岡部	最初から議論：あるべき姿 (論点：医療機関の中に地域移行に向けた退院を促進するためのチームをどのように作ると良いか。職種の役割。
11:45	13:00	パネルディスカッション	相談支援事業所等がすすめる地域移行支援	野田岡部	地域移行を進めるためのポイント(実践を踏まえて官民共同のあるべき姿・望ましいあるべき姿)
13:00	13:50	昼休憩			
13:50	14:35	計画編	地域移行支援における官民共同の仕組みづくり	岩上	本研究の主旨、官民で事業を企画し、病院実地指導や630調査を始めとした統計も盛り込む
14:35	15:35	計画編	地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域移行推進計画	山田	地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用し、外部からの視点を取り入れた計画策定と事業実施、評価等PDC Aサイクルに基づいた計画とは
15:35	15:45	休憩			
15:45	15:55	演習		武田	
15:55	16:10	演習	個人ワーク	岩上	現状と課題を個人でまとめる
16:10	16:25	演習	自己紹介	岩上	
16:25	17:25	演習	グループワーク1：課題抽出	岩上	
17:25	17:50	演習	グループ発表	岩上	4グループ発表。門屋・山田講評
17:50	18:00	事務連絡	交流会・明日の予定説明		

【2日目】11月7日（日曜日）9:00～16:00

自	至	項目			内 容
9:10	10:20	情報提供 講義	医療によるアウトリーチ支援 福祉によるアウトリーチ支援	藤田 佐原	ACTの取り組み 訪問による生活訓練の地域移行 支援&地域定着支援
10:20	11:20	人材育成	人材育成と研修のポイント	田村	
11:20	11:50	講義	地域移行推進会議企画委員会 議で検討すべきこと	岩上	
11:50	12:00		演習オリエンテーション	岩上	
12:00	12:50	昼休憩			
12:50	14:50	演習	グループワーク2： 地域移行推進会議企画委員会 議	岩上	昨日の課題を元に、自分たちの 県で地域移行の課題の整理。そ の上で解決する手だて。
14:50	15:00	演習	まとめ		
15:00	15:45	演習	グループ発表(講評：門屋)	岩上	グループ発表と一言メッセージ
15:45	15:55		アンケート記入	武田	

(3) 参加者数等

セミナーへの参加者は以下の通りである。

【参加者】 都道府県企画委員：18名 地域移行推進特別アドバイザー候補生：15名
--

第3節 研修実施結果の振り返り

(1) アンケート概要

アンケートは3種類実施した。それぞれの対象者や狙いは以下の通りである。

図表 4-2 実施アンケート一覧

アンケート名	対象者	狙い
事前アンケート	都道府県企画委員	<ul style="list-style-type: none"> 事前知識の確認 事後アンケートとの差異により、研修による意識の変容を確認する
事後アンケート	都道府県企画委員	<ul style="list-style-type: none"> 研修への満足度 研修内容の実践意欲 事前アンケートとの差異により、研修による意識の変容を確認する
ファシリテーターアンケート	地域移行推進特別アドバイザー候補生	<ul style="list-style-type: none"> ファシリテーターとしての自己効力感

①特別アドバイザーの必要性

事後アンケートにおいて地域移行推進特別アドバイザーの必要性について調査した。19名中18名が「必要である」と回答し、1名が「どちらともいえない」と回答した。回答結果としては、地域移行推進においては、様々な関係者がかかわるが、第三者的な立場の人材、トータルにアドバイスができる人材を求めていることが推察される。

図表 4-3 地域移行推進特別アドバイザーの必要性

回答	内容
必要である	<p>○第三者が必要という意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材育成のためにも、第三者の意見はどうしても必要になる。意見の食い違いや固定観念がある。 ・県内の人材だけでは迷路から抜け出せないの、外から来た人の意見をもらうのは大切。カリスマ的な人もいいけど、同じように苦労している人もいいと思う。 ・多くの意見を聞くことで、今後事業の方向性や内容を検討することができる ・具体的なアクションを動かしやすい。潤滑油になることを期待している。ただし、その地域の現状を知る人のほうがいいと思います。 ・第三者意見、ズバリ「どうするの？」がいえる立場の方は必要だから。 ・県内の者では、問題と書いていても、いえないことを伝えてもらうため ・担当者が孤独であり、地域内で行き詰るため、外から整理することは有効 <p>○アドバイスが必要だという意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この課題を普遍的にしていくためには、推進員、体制整備コーディネーターだけの力では…。協議会、その他の機関、行政、などなどと、トータルにコーディネートアドバイスする役が必要だと思います。 ・課題を挙げて終わりになっているので、アドバイスしてくれる人が必要 ・客観的に全体を見てアドバイスする人がいると思う。中立公平な立場でいる人が、継続してやってくれば県内の地域支援が進むと思う。 ・見えない課題や手法を特別アドバイザーが入ることで解決につながる。 ・県内では圏域ごとに事業実施しており、スーパーバイズを求める声があった ・客観的に事業全体に対してアドバイスをしていただくと良い刺激になると思う ・地域移行の必要性は、地域ごと理解はあっても進み具合にばらつきはある。地域全体で推進するため核となる人が必要。 <p>○その他の意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すでに現状として自・法の体制アドバイザーが地域にもスーパーバイズしていただいているので、実際の活動に名称と予算が付けばさらに円滑に地域生活の移行が進むのではないかと考えたため ・現状の問題点を改善・解釈するためには何か起爆剤が必要です。 ・これまでの圏域の関係機関だけではできなかった部分 ex 権の地域移行推進協議会や自立支援協議会を効果的にすすめることができると思う。それによって各圏域での動きの可能性が広がっていくと思う。
どちらともいえない	<ul style="list-style-type: none"> ・問題について一緒に考えてもらって整理してもらえるので、安心感を持って事業を進めることができると思う

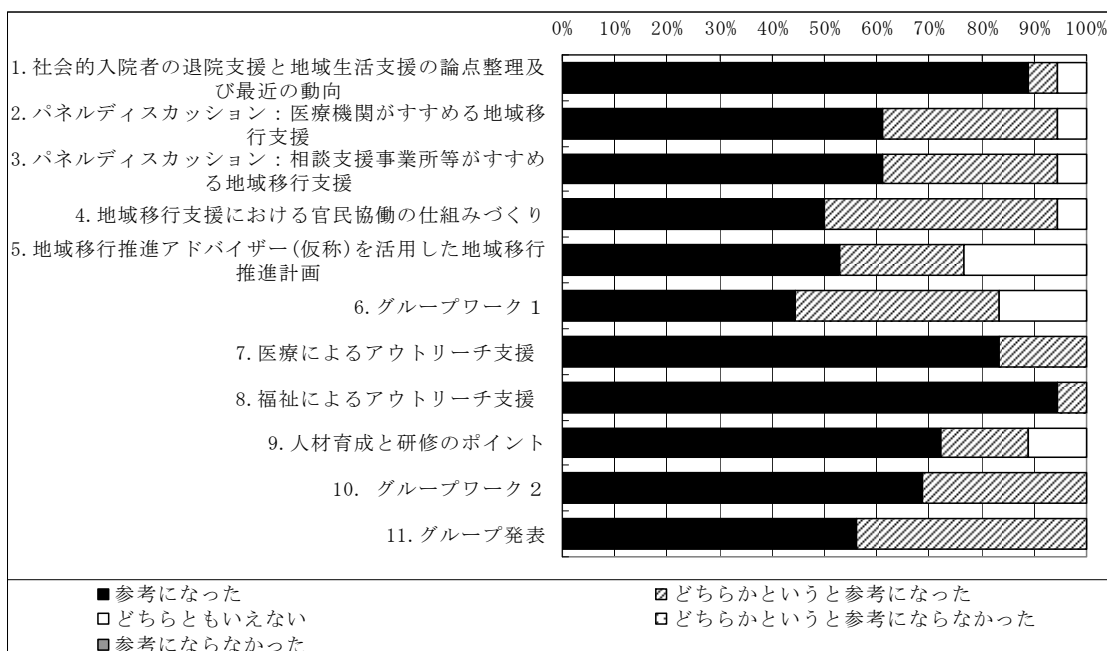
(3) 研修の満足度

事後アンケート問3において、研修の内容に関する満足度を調査した。

研修項目としての満足度は、「参考になった」「どちらかという参考になった」を合計すると概ね90%を超えており、総じて高い結果となっている。「5.地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域移行推進計画」については70%、「6.グループワーク1」、「9.人材育成と研修のポイント」については80%を超えており、高い数値といえる。

一方、回答者のうち、3人以上が「どちらともいえない(今回の回答における最も低い評価)」と回答した項目は、「5.地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域移行推進計画」と「6.グループワーク1」である。2つの内容については、研修において伝えるべきメッセージについて再考が必要かと推察された。

図表 4-4 研修の満足度



	参考にならなかった	参考にならなかった	どちらかといえぬ	どちらかという参考になった	参考になった	回答数
1. 社会的入院者の退院支援と地域生活支援の論点整理及び最近の動向	0	0	1	1	16	18
2. パネルディスカッション：医療機関がすすめる地域移行支援	0	0	1	6	11	18
3. パネルディスカッション：相談支援事業所等がすすめる地域移行支援	0	0	1	6	11	18
4. 地域移行支援における官民共同の仕組みづくり	0	0	1	8	9	18
5. 地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域移行推進計画	0	0	4	4	9	17
6. グループワーク 1	0	0	3	7	8	18
7. 医療によるアウトリーチ支援	0	0	0	3	15	18
8. 福祉によるアウトリーチ支援	0	0	0	1	17	18
9. 人材育成と研修のポイント	0	0	2	3	13	18
10. グループワーク 2	0	0	0	5	11	16
11. グループ発表	0	0	0	7	9	16

(4) グループワークに対する満足度

事後アンケート問 5、問 6 において、グループワークに対する満足度を調べた。全体としては、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」の回答が多いといえるが、ほぼなんらかの形で不満と回答されている。内容および進め方の再考が必要だといえる。

①ファシリテーターに関する設問

「1.ファシリテーターの説明はわかりやすい」「6.ファシリテーターはグループをコントロールしていた」は、ファシリテーターに関する設問である。この項目について、「どちらかというとは思わない」、「全くそうは思わない」などネガティブな回答が多かった。すなわち、地域移行推進特別アドバイザー候補生が都道府県企画委員向けに行った説明やファシリテーションが、何らかの形で受講生を混乱させた面が推察される。

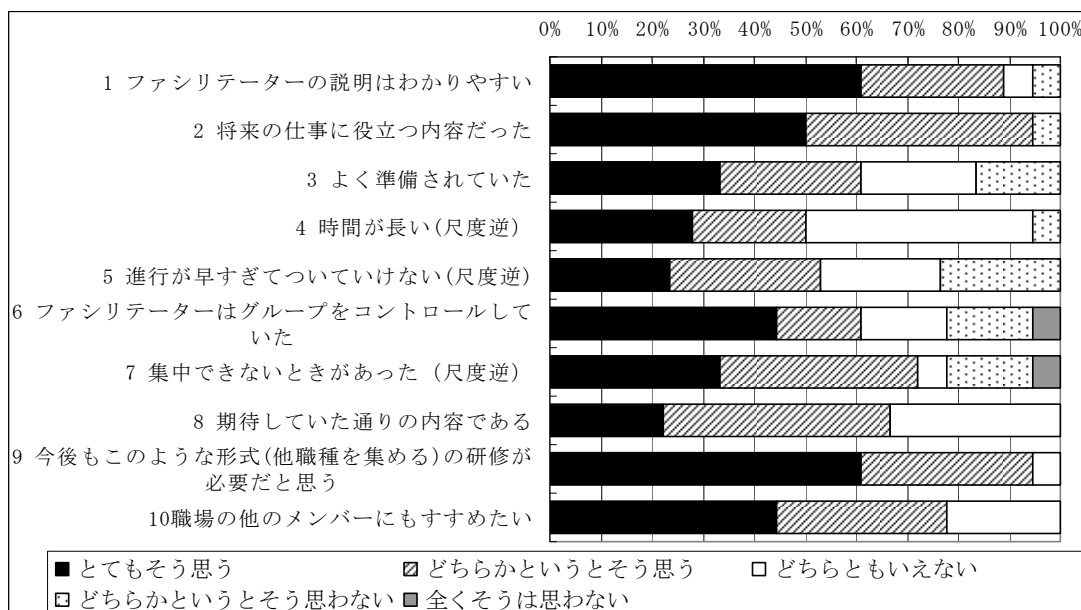
②グループワークへの期待

「2.将来の仕事に役立つ内容であった」「8.期待していた通りの内容である」は、都道府県企画委員のグループワークへの期待を示した設問である。この内容について不満とする回答が若干多い。すなわち、受講者の募集方法、情報伝達になんからの不備があったと推察される。

③グループワークへの評価

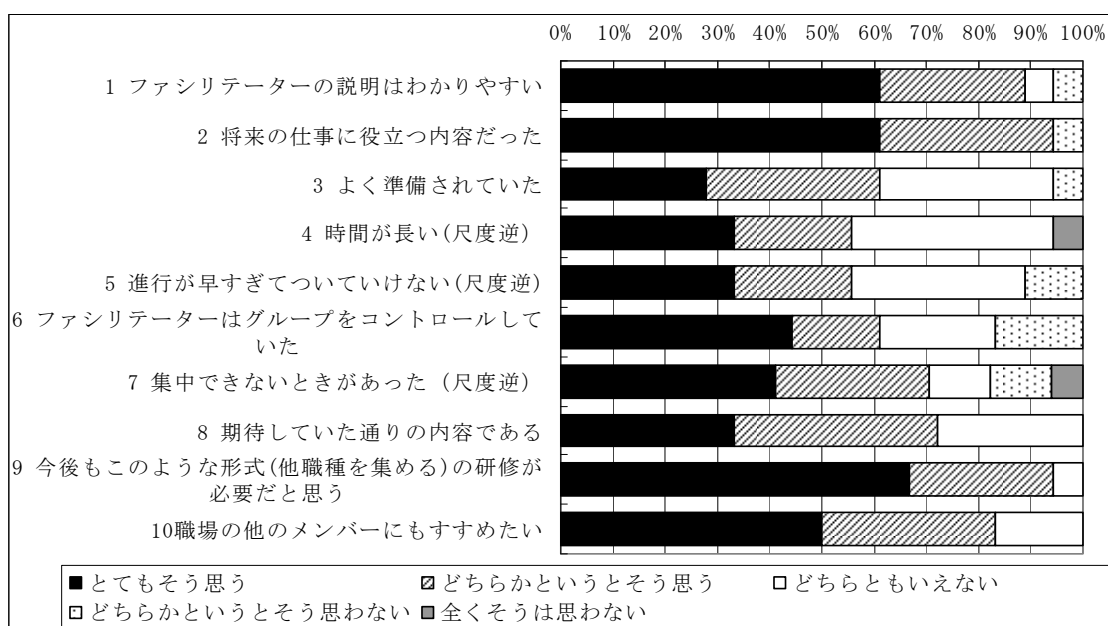
「3.よく準備されていた」「4.時間が長い」「5.進行が早すぎてついていけない」「7.集中できないときがあった」は、グループワーク全体に対する評価項目である。これらの項目は他の項目とくらべ、比較的低い値であった。すなわち、全体の進め方について不満を感じさせる内容があったことが推察される。

図表 4-5 グループワーク 1 に対する満足度



	全くそうは思わない	どちらかというと思わない	どちらかというと思う	どちらともいえない	どちらかというと思う	とてもそう思う	回答数
1 ファシリテーターの説明はわかりやすい	0	1	1	5	11	18	
2 将来の仕事に役立つ内容だった	0	1	0	8	9	18	
3 よく準備されていた	0	3	4	5	6	18	
4 時間が長い(尺度逆)	0	1	8	4	5	18	
5 進行が早すぎてついていけない(尺度逆)	0	4	4	5	4	17	
6 ファシリテーターはグループをコントロールしていた	1	3	3	3	8	18	
7 集中できないときがあった (尺度逆)	1	3	1	7	6	18	
8 期待していた通りの内容である	0	0	6	8	4	18	
9 今後もこのような形式(他職種を集める)の研修が必要だと思う	0	0	1	6	11	18	
10 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	0	4	6	8	18	

図表 4-6 グループワーク 2 の満足度



	全くそうは思わない	どちらかというと思わない	どちらかというと思う	どちらともいえない	どちらかというと思う	とてもそう思う	回答数
1 ファシリテーターの説明はわかりやすい	0	1	1	5	11	18	
2 将来の仕事に役立つ内容だった	0	1	0	6	11	18	
3 よく準備されていた	0	1	6	6	5	18	
4 時間が長い(尺度逆)	1	0	7	4	6	18	
5 進行が早すぎてついていけない(尺度逆)	0	2	6	4	6	18	
6 ファシリテーターはグループをコントロールしていた	0	3	4	3	8	18	
7 集中できないときがあった (尺度逆)	1	2	2	5	7	17	
8 期待していた通りの内容である	0	0	5	7	6	18	
9 今後もこのような形式(他職種を集める)の研修が必要だと思う	0	0	1	5	12	18	
10 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	0	3	6	9	18	

(5) 研修全体への満足度

事後アンケート問 7 で研修全体に対する満足度を質問した。全体として、回答が分散しており、参加者それぞれが異なった捉え方をしているといえる。不満を示し

た回答もあることから、改善すべき点があるととらえるべきだと判断した。

①研修設計

「1.研修全体の量はちょうど良かった」「2.全体が良くまとまっていた」「3.いまいち理解できない点があった」については全体としての研修設計に対する設問である。講義内容の量が多いと感じている意見が多く、自由記述の中に「全体がまとまっていない」という意見が散見されたことから、今回の研修のボリュームが多すぎたということが推察される。

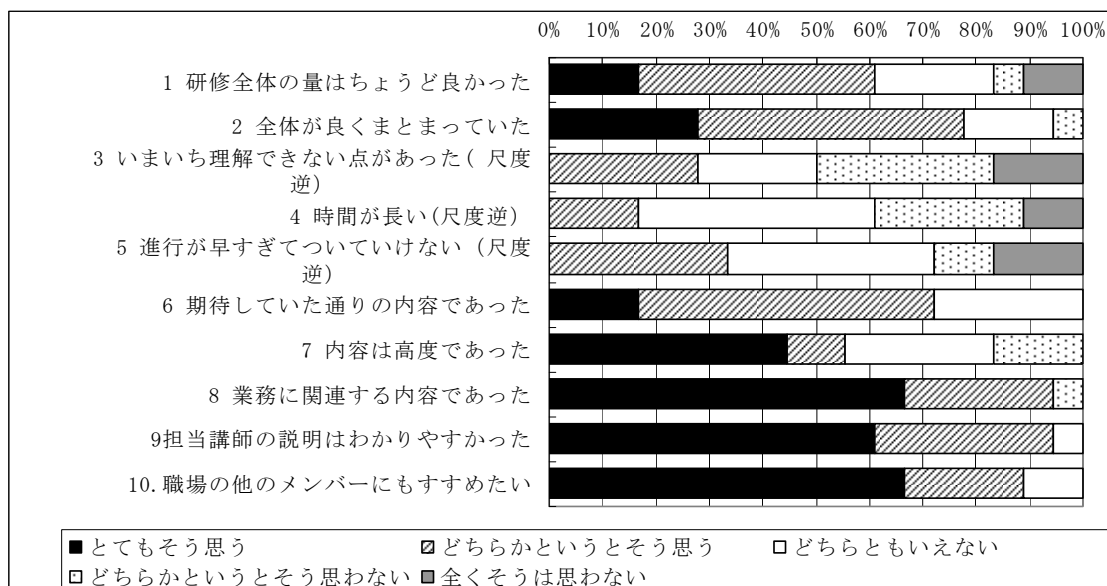
②研修の時間および進め方

なお「4.時間が長い」「5.進行が早すぎてついていけない」については、自由記述の中に、「休憩が少なかった」「中身が濃かったが、休憩をもう少しゆとりを持って取ってほしい。夕方も17時には終了してもらえるとありがたい」という意見もあることから、研修のボリュームを落とし、休憩を多く入れることが必要だといえる。また、日曜日は3時または4時に終わるようなスケジュールが妥当ではないかと判断された。

③研修への評価

「担当講師の説明はわかりやすかった」「職場の他のメンバーにもすすめたい」については高い評価となっていることから、研修自体への評価は高いものと推察される。

図表 4-7 研修全体への評価



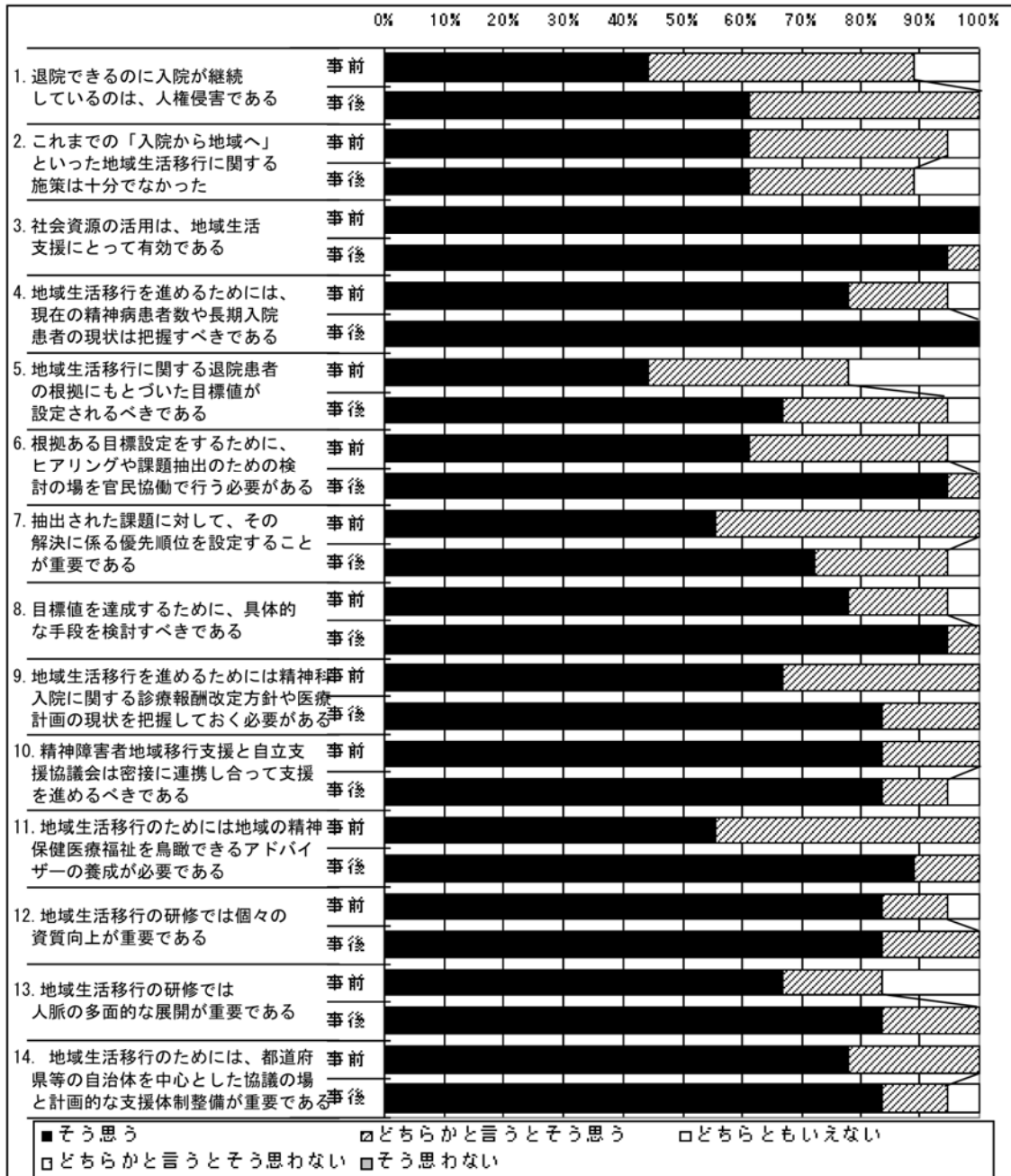
	全くそうは思わない	どちらかという う思わない	どちらともいえない	どちらかという う思う	とてもそう思う	回答数
1 研修全体の量はちょうど良かった	2	1	4	8	3	18
2 全体が良くまとまっていた	0	1	3	9	5	18
3 いまいち理解できない点があった(尺度逆)	3	6	4	5	0	18
4 時間が長い(尺度逆)	2	5	8	3	0	18
5 進行が早すぎてついていけない(尺度逆)	3	2	7	6	0	18
6 期待していた通りの内容であった	0	0	5	10	3	18
7 内容は高度であった	0	3	5	2	8	18
8 業務に関連する内容であった	0	1	0	5	12	18
9 担当講師の説明はわかりやすかった	0	0	1	6	11	18
10. 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	0	2	4	12	18

(6) 研修の前後による意識変容

研修を実施することで、参加者の意識変容について確認した。事前と事後での結果を見てみると、総じて事後のほうが高い結果となっている。

一方、事前アンケートの段階から既に、「そう思う」とする回答が多く、今回の受講生が既に一定程度の知識を持っていることが推察される。本研修が知識を与えることが目的ではないため、妥当な結果とも言える。

図表 4-8 事前事後の意識変容



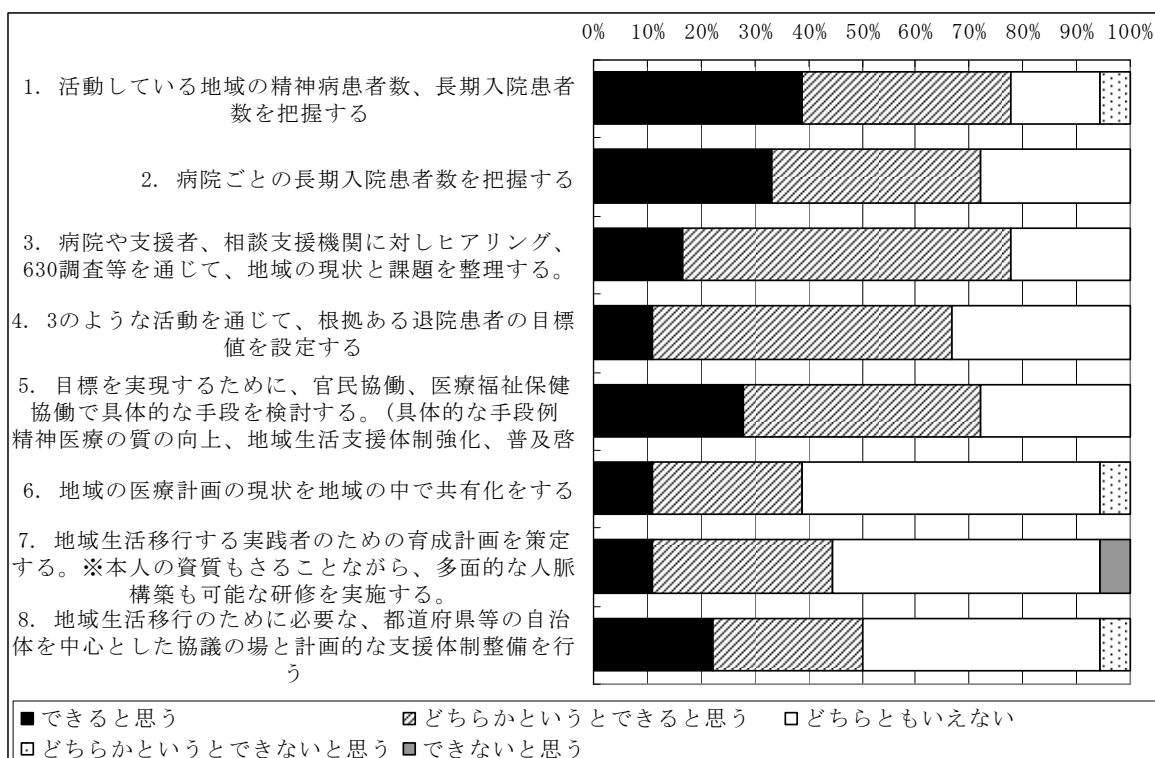
		そう 思わない	ど ち ら か と 思 わ な い	ど ち ら か と 思 う	ど ち ら か と 思 う	ど ち ら か と 思 う	回 答 数
1. 退院できるのに入院が継続しているのは、人権侵害である	事前	0	0	2	8	8	18
	事後	0	0	0	7	11	18
2. これまでの「入院から地域へ」といった地域生活移行に関する施策は十分でなかった	事前	0	0	1	6	11	18
	事後	0	0	2	5	11	18
3. 社会資源の活用は、地域生活支援にとって有効である	事前	0	0	0	0	18	18
	事後	0	0	0	1	17	18
4. 地域生活移行を進めるためには、現在の精神病患者数や長期入院患者の現状は把握すべきである	事前	0	0	1	3	14	18
	事後	0	0	0	0	18	18
5. 地域生活移行に関する退院患者の根拠にもとづいた目標値が設定されるべきである	事前	0	0	4	6	8	18
	事後	0	0	1	5	12	18
6. 根拠ある目標設定をするために、ヒアリングや課題抽出のための検討の場を官民共同で行う必要がある	事前	0	0	1	6	11	18
	事後	0	0	0	1	17	18
7. 抽出された課題に対して、その解決に係る優先順位を設定することが重要である	事前	0	0	0	8	10	18
	事後	0	0	1	4	13	18
8. 目標値を達成するために、具体的な手段を検討すべきである	事前	0	0	1	3	14	18
	事後	0	0	0	1	17	18
9. 地域生活移行を進めるためには精神科入院に関する診療報酬改定方針や医療計画の現状を把握しておく必要がある	事前	0	0	0	6	12	18
	事後	0	0	0	3	15	18
10. 精神障害者地域移行支援と自立支援協議会は密接に連携し合って支援を進めるべきである	事前	0	0	0	3	15	18
	事後	0	0	1	2	15	18
11. 地域生活移行のためには地域の精神保健医療福祉を鳥瞰できるアドバイザーの養成が必要である	事前	0	0	0	8	10	18
	事後	0	0	0	2	16	18
12. 地域生活移行の研修では個々の資質向上が重要である	事前	0	0	1	2	15	18
	事後	0	0	0	3	15	18
13. 地域生活移行の研修では人脈の多面的な展開が重要である	事前	0	0	3	3	12	18
	事後	0	0	0	3	15	18
14. 地域生活移行のためには、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備が重要である	事前	0	0	0	4	14	18
	事後	0	0	1	2	15	18

(7) 研修内容の実践への方向性 -現場での実践-

「1. 活動している地域の精神病患者数、長期入院患者数を把握する」「2. 病院ごとの長期入院患者数を把握する」「3. 病院や支援者、相談支援機関に対しヒアリング、630調査等を通じて、地域の現状と課題を整理する。」「4. 3のような活動を通じて、根拠ある退院患者の目標値を設定する」「5. 目標を実現するために、官民共同、医療福祉保健共同で具体的な手段を検討する。」については、「できると思う」「どちらかというところできると思う」との回答が約70%を超えるものとなっており、実施できると認識している受講者が多かった。

一方、「6. 地域の医療計画の現状を地域の中で共有化をする」「7. 地域生活移行する実践者のための育成計画を策定する」「8. 地域生活移行のために必要な、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備を行う」については、約40%～50%であり、実施することが困難だと認識していると考えられる。項目別に見ると、実際に行動に移す点であり、知識としては理解しているが、実践に結びつけるところでの困難さを示しているといえる。

図表 4-9 現場での実践



	できないと思う	できないと思う	どちらかというと できないと思う	どちらかというと できると思う	できると思う	回答数
1. 活動している地域の精神病患者数、長期入院患者数を把握する	0	1	3	7	7	18
2. 病院ごとの長期入院患者数を把握する	0	0	5	7	6	18
3. 病院や支援者、相談支援機関に対しヒアリング、630 調査等を通じて、地域の現状と課題を整理する。	0	0	4	11	3	18
4. 3 のような活動を通じて、根拠ある退院患者の目標値を設定する	0	0	6	10	2	18
5. 目標を実現するために、官民共同、医療福祉保健共同で具体的な手段を検討する。	0	0	5	8	5	18
6. 地域の医療計画の現状を地域の中で共有化をする	0	1	10	5	2	18
7. 地域生活移行する実践者のための育成計画を策定する。	1	0	9	6	2	18
8. 地域生活移行のために必要な、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備を行う	0	1	8	5	4	18

以下に、上記のように回答した内容を抜粋して示す。

内容（一部抜粋）
<p>○病院関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病床削減は、議論を出すだけでは進まず、県レベルでの解決方針はたてにくい。病院にとってはシビアな話なので、触れると、これまで積み上げた関係を崩しかねない。一方で「そんなに病院に気を使っていたら、退院できる、したい人を助けられない」という葛藤がある。 ・ 行政、相談事業所とはネットワークを組みやすいが一部の民間病院は時間が掛かるかな。 <p>○目標とすることの是非</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標値を設定しても1年で（年内に）退院できるとは限らない。実際に昨年度から地域移行している人が多い。目標値を達成しようとしてもうまくいかない。 <p>○関係者の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域移行支援の関係者が連携するのは大切。それをしていくことで実現できると思う。 ・ まずは、機関内の調整を図らないと現実的な実現は難しそうだと感じた ・ 県の担当者とコミュニケーションが取れている <p>○具体的な行動にできていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分のスキルが低いので、もっと多くの情報を得たり、勉強していく必要があると思う ・ すぐに実践に移す前に準備や情報収集や共有が必要と感じた。 ・ やらうと決めて取り掛かることはできるし、実際に各病院に「実際」のこと（中はどうなっ

内容（一部抜粋）

ている？）のデータをお願いはしています。…が、あとはどう一緒にそこから地域の課題として考えていけるか「どうする」「こうかな」「こうしよう」という場を作っていかななくてはと思います

- ・データは個人的に持っている部分がある。ネットワークもある。しかし、病院や施策に関わる数字を行政が公的には出しておらず、どう引っ張り出すか思案中のため
- ・やらなければいけない。やるべきだということはわかりました。実際にできるのか、どのように手をつければよいのか、の所までは考えられません。自分がやるべきと思うだけに、追いつめられた気持ちもあり、あいまいな回答になりました
- ・今はできそうな気がするが、現実是目前業務で後回しになってしまう

○意欲

- ・数値化してデータを提示していくことが大切だと思うから伝えていくために 1 日目の研修で、1～4を自分の圏域で整理してまとめてみようと思った。2 日目の研修で 5～8 の部分で自分にできそうな部分のヒントをつかめたので、件の関係者と話をしてみようと思う

（8）自由記述

アンケートへの自由記述は以下の通りである。今回の研修で重視している他職種との共同研修については、様々な立場を理解することができ、研修だけではなく都道府県に持ち帰って実施したいという意見を得られた。良かった点については、他の職種と共同やグループワークに対して気づきを得られたとの回答が多い。一方、悪かった点としては、都道府県単位で複数の職種が参加すると他職種での会議ができるが、参加者が少なかったという点をあげるコメントがあった。また、時間がタイトであるという意見も多く寄せられた。改善の余地がある項目だといえる。

①他職種との共同での研修について

内容

○ほかの職種の立場を理解できた

- ・それぞれの立場を理解することができた。個々困っていることがあり、ベクトルを同じ方向に向けることで、支援能力がアップしていくと感じました。
- ・どうしたら…と同じ問題意識を持っていたこと。自分だけ自分の地域ではなかった。
- ・看護職の方からの意見は貴重だった。他県の方の意見が聞けて参考になった。
- ・新たな発見があった。本県でも実施してみたい
- ・看護師の立場からの話を聞けてよかった

○行政との共同

- ・行政の中で仕事をしておられる方も、自分と同じ考えを持っていたり、疑問を思うこともあることに気づいた。職種は違っても一人ひとりの生活を支えていく仕組み作りはやっていけると感じた。
- ・行政主体に事業を進めてもうまくいかない。すべての方と手をつなぎ、考えていきたい。

②研修内容の中でよかった点

内容
<p>○他職種の共同</p> <ul style="list-style-type: none">・それぞれの立場を理解することができました。行政・医療機関・地域等々、力を出し合える場作りのヒントを頂きました。病院の職種それぞれに思いがあり、PSW 以外の職へのアプローチの必要性も確認できました。・県の方の気持ちもうかがえました。いろいろな情報を頂きました。これから自分の所に戻って、「何が自分の所で落としたときにどうできる？」を地域の中で報告し、生かしていきたいと思います。・様々な職種、地域の方が集まっている研修であること。・様々な人（立場、職種をこえて）と議論できたこと。 <p>○県レベルでの企画の重要性</p> <ul style="list-style-type: none">・地域移行を進める上で、企画の段階から計画性を持って進めていく必要性を認識できた。・行政の立場での事業の進め方を知ることができ、今後自分の立場で何をしたら良いかを考えるのに役立った。 <p>○他県の情報</p> <ul style="list-style-type: none">・働きかけの方法。病院施設内でチームを作ってまずは退院支援を行っていく。他県の情報。同県から参加したスタッフとの交流。モチベーションが上がった・パワーをもらえた。行政職員の本音の話を聞いてよかった。・全国の様々な取組、ピアの力に期待したい。病院内を変えていきたい。そのためのシステムを作っていこうと思った。でも実際は明日からの取組かと思う。頑張っていきたい・各県の状況を知ること、自分の取組の振り返りができたこと。土日開催するのは良かった。業務に支障がない。 <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none">・グループワークを通じて課題を見つけることができ、これからはいかにその課題に取り組んでいくかだと思う。・職場に帰って今後の事業を推進するいい刺激になった。事業の総論から各論について学べたことは本当にありがたかった。主体が病院であることを再認識できた。・パネルディスカッションでいろいろな所の取組が聞けた。グループワークで話し合いができた。・それぞれの講師やパネラーの話が皆本当に参考となった。きらりと心に響くヒントが合った。具体的にしていきたいことが見えてきた。グループワークで話し合ったことでさらに考えることができた。・他職種、他機関との出会い、グループワークを通じての意見交換。 <p>○気づきを得られた</p> <ul style="list-style-type: none">・自分の役割が少し見えました。・原点に戻り、また具体的に動くことが見えた研修でした。 <p>○研修内容</p> <ul style="list-style-type: none">・シンポジウムは非常に興味深かった。・講義はすべて良かった。他職種にも参加を促したい。他県の取組を肌で感じる事ができた。・自分の地域を見つめなおすことができた。

③研修内容の中で悪かった点

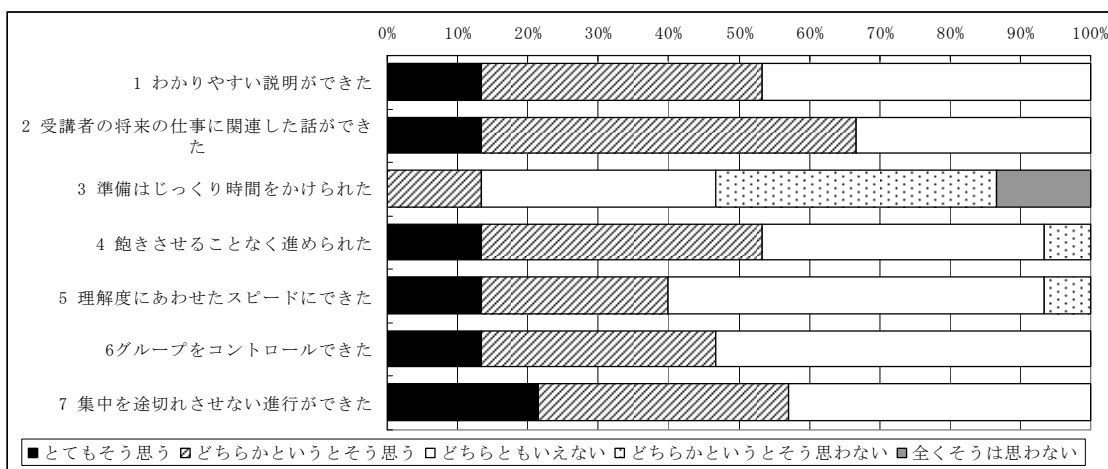
内容
<p>○参加者が少ない</p> <ul style="list-style-type: none">・ 研修参加の県が少なかったこと。・ 看護師、医師の参加が少なかったこと。自分自身の悪かったこと。もう少し事前に学習して参加する必要がある。次回も参加したい内容でした。ありがとうございました。・ 参加者が少なかったことです。 <p>○時間が長い、タイトである</p> <ul style="list-style-type: none">・ 時間が長すぎ。スケジュールがきつすぎた。もう少し余裕がほしい。研修時間が長く、少し疲れました。一つ一つのテーマをゆっくり理解する間もなく進んでしまうので少し大変でした。日曜日の研修日程は翌日のことも考えもう少し早めに終わってほしい。・ 休憩が少なかった・ 時間管理（きびしい） <p>○グループワークの進め方等</p> <ul style="list-style-type: none">・ グループワークで自分の思いを話してしまい、本来話す内容から外れた。・ もう少し皆さんとお話をしたかったです。・ 県内での取り組みの状況をよく把握できないままに参加してしまい、自分自身でもう一度把握すべきことがはっきりした様に思います。実際に地域としてできることは実践していこうと思っています。

(9) 地域移行推進特別アドバイザー候補生のグループワークの自己効力感

地域移行推進特別アドバイザー候補生には、グループワークにおけるファシリテーションを行った結果に関するアンケートを行った。結果は以下の通りである。

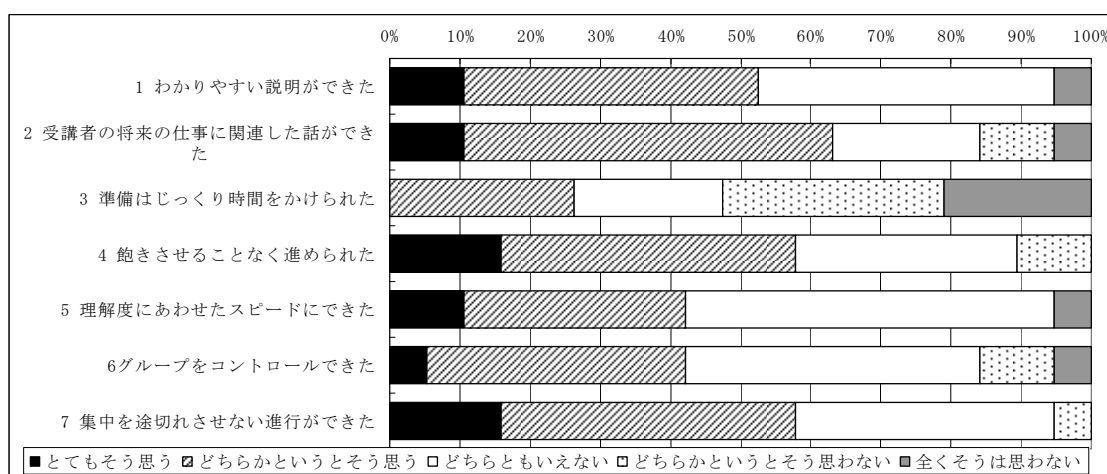
「3.準備はじっくり時間をかけられた」は、第1回研修ということもあり、また、事前の告知も十分とはいえないものであったため、総じて低い結果となっている。その他についても、「どちらかというと思う」という回答が多く、グループワークをコントロールすることに対して自信を持って進めているという形ではないことが想定された。

図表 4-10 第1回研修グループワーク1に対する地域移行推進特別アドバイザー候補生の自己効力感



	全くそうは思わない	そう思わない	どちらかというと思わない	どちらともいえない	どちらかというと思う	とてもそう思う	回答数
1 わかりやすい説明ができた	0	0	7	6	2	15	
2 受講者の将来の仕事に関連した話ができる	0	0	5	8	2	15	
3 準備はじっくり時間をかけられた	2	6	5	2	0	15	
4 飽きさせることなく進められた	0	1	6	6	2	15	
5 理解度にあわせたスピードにできた	0	1	8	4	2	15	
6 グループをコントロールできた	0	0	8	5	2	15	
7 集中を途切れさせない進行ができた	0	0	6	5	3	14	

図表 4-11 第2回研修グループワーク2に対する地域移行推進特別アドバイザー候補生の自己効力感



	全くそうは思わない	そう思わない	どちらかというと思わない	どちらともいえない	どちらかというと思う	とても思う	回答数
1 わかりやすい説明ができた	1	0	8	8	2	19	
2 受講者の将来の仕事に関連した話ができる	1	2	4	10	2	19	
3 準備はじっくり時間をかけられた	4	6	4	5	0	19	
4 飽きさせることなく進められた	0	2	6	8	3	19	
5 理解度にあわせたスピードにできた	1	0	10	6	2	19	
6 グループをコントロールできた	1	2	8	7	1	19	
7 集中を途切れさせない進行ができた	0	1	7	8	3	19	

第4節 研修改善案

アンケート結果および研修終了後の打ち合わせから出てくる研修改善案をまとめると以下の通りとなる。

(1) 「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」について

全体としては、「グループワークのファシリテーターの説明がわかりやすい」「ファシリテーターはグループをコントロールしていた」といえ、満足度は高いといえる。ただし、地域移行推進特別アドバイザー候補生が、事前説明が十分ではなかったことやファシリテーションで(仮称)企画員を混乱させたと推察されることから、

「(仮称) 地域移行推進特別アドバイザー」の趣旨や研修に際して求めることを、再度徹底する必要があるといえる。

(2) 「(仮称) 都道府県企画委員」のグループワークへの期待

おおむね期待どおりの内容であったといえる。「不満」を示す回答は1件のみであったことから、研修の内容や伝えるべきメッセージについては特に変更する必要はないと考えられる。

(3) グループワークの運営

グループワークの運営については、「不満」「どちらともいえない」といった項目が目立った。すなわち、「よく準備されていた」「時間が長い」「進行が速すぎてついていけない」「集中できない時があった」といった項目について検討の余地があるといえる。

具体的には、次のような対策が必要であると考えられる。

- ・内容の事前通達
- ・カリキュラムを減らし、時間に余裕を持たせる
- ・説明の仕方（オリエンテーションを充実させる。）
- ・休憩を増やす

第5章 二回研修

第二回研修は、1月8日・9日に実施した。第一回研修を受けて、改善を加えた内容や実際の研修テキストやカリキュラムなどの研修内容について記載する。なお、第一回研修同様に研修の実施結果およびアンケート結果等からの振り返りを行い、研修結果を振り返っており、その内容についても記載する。

第1節 研修設計

第二回研修では、第一回研修実施時に「地域移行推進特別アドバイザー候補生」のファシリテーションに対する不安感があったことから、研修会場を2会場に分け、「地域移行推進特別アドバイザー候補生」には、ファシリテーション技術の研修を分けて実施した。その研修と同時並行で都道府県企画委員向け研修と、地域移行推進特別アドバイザー候補生向け研修を行った。

都道府県企画委員向け研修については、時間配分を見直し、休憩も多めに取り入れることにした。また、終了時刻も1時間前倒しにし、15:00にした。

グループワークについては、県ごとにグループを作り、地域移行推進特別アドバイザー候補生が参加する形で行った。これは、持ち帰って実施してほしい内容に近い形を目指したものである。

また、研修の総括として、研修終了後に地域移行推進特別アドバイザー候補生から振り返りと感想を伺った。

第2節 研修実施

研修会は、以下の通り実施した。

(1) 研修講師

研修内容を設計した後、同分野について見識を持たれている方、研修講師としての実績を持たれている方に講師を依頼した。講師となっていたいただいたのは以下の方である。

図表 5-1 講師一覧(敬称略 50 音順)

氏名	所属	委員
高橋 清久	財団法人 精神・神経科学振興財団	○
岩上 洋一	NPO法人 じりつ 埼玉北障がい者生活支援センターふれんだむ	○
上島 雅彦	財団法人竹田総合病院精神科 科長	
岡部 正文	医療法人立川メディカルセンター 茨内地域生活支援センター	○
門屋 充郎	NPO 法人 日本相談支援専門員協会	
児島 一行	財団法人竹田総合病院精神科 外来主任	
齋藤 研一	会津若松市障がい者総合相談窓口 相談支援専門員	
佐原 和紀	NPO 法人 やすらぎの会 精神障がい者地域生活支援センター翔	
田村 綾子	社団法人 日本精神保健福祉士協会	○
武田 牧子	社会福祉法人 南高愛隣会	○
野田 文隆	大正大学	
星野 久志	一般社団法人 支援の三角点設置研究会 社会福祉法人 富士福祉会	
山田 優	日本グループホーム学会	○

(2) 研修会のプログラム表

1月8日(土曜日) 9:00~18:00

自	至	都道府県企画委員向け研修	講師	特別アドバイザー研修	講師
9:00	9:01	開会 星野理事長の挨拶	星野	別室で聴講	—
9:01	9:15	高橋委員長の挨拶	高橋	別室で聴講	—
9:10	9:35	研修事業の目的と プログラムのオリエンテーション	武田	別室で聴講	—
9:35	9:45	アンケート記入	—	講義 ① 演習について ② ファシリテーション ③ スーパービジョン	岩上 田村 岡部
9:45	10:45	【講義Ⅰ】総論：社会的入院者の退院支援 と地域移行の論点整理	門屋		
11:00	12:30	【実践報告】実践現場でできること ① 会津若松の取り組み ② 山形での取り組み ③ ディスカッション	上島・児 島・齋藤、 佐原	【講義Ⅰ】	門屋
13:20	14:20	【講義Ⅱ】計画：地域移行推進アドバイザー を活用した地域移行推進計画	山田	【講義Ⅲ】	岩上
14:20	15:20	【講義Ⅲ】計画：地域移行支援における 官民共同の仕組みづくり	岩上	【講義Ⅱ】	山田

自	至	都道府県企画委員向け研修	講師	特別アドバイザー研修	講師
15:20	15:30	演習のオリエンテーション	岩上		
15:30	15:50	休憩&グループ編成表に沿って会場移動	-		
15:50	16:00	【演習Ⅰ】自己紹介		合流	
16:00	17:00	【演習Ⅰ】模擬地域移行支援推進会議 (都道府県の現状とあるべき方向)		〃	
17:00	17:10	【演習Ⅰ】まとめ		〃	
17:20	17:50	【演習Ⅰ】グループ発表(講堂に集合)			
17:50	18:00	事務連絡：明日の研修の進め方の確認			

1月9日(日曜日) 9:00~15:00

自	至	都道府県企画委員向け研修	講師	アドバイザー研修	講師
9:00	9:10	本日のオリエンテーション		前日の振り返り (9:00-9:30)	
9:10	10:00	【講義Ⅳ】人材育成と研修のポイント総論	田村	【講義Ⅴ】 (9:30-10:00)	岩上
10:00	10:50	【講義Ⅴ】地域移行推進協議会企画会議で 検討すべきこと	岩上	【講義Ⅳ】 (10:10-10:50)	田村
10:50	11:10	休憩&グループ編成表に沿って会場移動			
11:10	12:20	【演習Ⅱ】模擬地域移行支援推進会議 (ロードマップ作製)		合流	
12:20	12:30	【演習Ⅱ】演習Ⅱのまとめ		〃	
12:30	13:30	昼休憩			
13:30	14:30	【演習Ⅱ】グループ発表と感想		別室で聴講	
14:30	14:45	【講評】全体講評		別室で聴講	
14:40	14:50	アンケート記入		別室にてアンケート記入	
14:50	15:00	閉会挨拶			

都道府県等研修会修了後地域移行推進特別アドバイザー研修

自	至	アドバイザー研修
15:30	16:30	【意見交換Ⅰ】研修の振り返り 地域移行推進会議で検討すべきこと
16:40	17:40	【意見交換Ⅱ】アドバイザーの役割と必要な研修について
17:40	17:55	アンケート
17:55	18:00	閉会挨拶

(3) 参加者数等

セミナーへの参加者は以下の通りである。

【参加者】 都道府県企画委員：85名 地域移行推進特別アドバイザー候補生：19名
--

第3節 研修実施結果の振り返り

(1) アンケート概要

研修実施に際し、アンケート調査を実施した。アンケート対象及びその狙いは、研修の改善を行う形成的評価と、都道府県企画委員の知識の変容を調査する総括的評価である。アンケートは、事前アンケート、事後アンケート、ファシリテーターアンケートの3種類実施している。それぞれの対象者および狙いは以下の通りである。

アンケート名	対象者	狙い
事前アンケート	都道府県企画委員	<ul style="list-style-type: none">事前知識の確認事後アンケートとの差異により、研修による意識の変容を確認する
事後アンケート	都道府県企画委員	<ul style="list-style-type: none">研修への満足度研修内容の実践意欲事前アンケートとの差異により、研修による意識の変容を確認する
ファシリテーターアンケート	地域移行推進特別アドバイザー候補生	<ul style="list-style-type: none">ファシリテーターとしての自己効力感

(2) 特別アドバイザーの必要性

地域移行推進特別アドバイザーの必要性について、85名中68名が「必要である」と回答し、16名が「どちらともいえない」、1名が「必要ない」と回答した。必要であるという回答には、第三者を必要とするというものやアドバイスを必要とするというものが多かった。一方、地域移行推進特別アドバイザーの力量を上げる取り組みや具体的なイメージについて明確にしたほうが良いという意見も出ている。

①必要であるとする意見

内容（一部抜粋）
○第三者が必要という意見 ・ 第三者から意見も必要。

内容（一部抜粋）

- ・担当者だけでなく幅広い視点が必要だと思うので。
- ・県内や各圏域のみで事業を行っている、自分たちだけで気づかない課題も出てくると思います。また、解決策を見出せない課題も当然出てきます。そうした際には第3者の視点で全体を見る事のできる、外部の人（出来れば他県が望ましい）の意見等が非常に有効であると考えます。体制の充実や、前身していくためには、是非必要と思います。

○アドバイスが必要だという意見

- ・全体を見通せる立場の人が必要である。
- ・客観的なアドバイスが得られるため
- ・社会的入院者の解消のための協議があっても、スムーズに推進できないため、アドバイザーは必要である。
- ・事業実施していてアドバイザーがほしいと思っていた。

○その他の意見

- ・県・市町それぞれの役割を明確にし、重層的な体制づくりをしていく上でも必要。
- ・全国で地域移行支援に関する理念の共有が図られる。
- ・他県からアドバイザーが来て、研修等で講義してくれる。ただ、直接相談することができないので、地域にアドバイザーがいて、助言をもらえたらと思う。
- ・私の勤務する沖縄県の南部圏域は、市町村の自立支援協議会すら立ちあがっておらず、障害を抱える方々の「地域移行」・「地域定着」を進めていくうえにおいては官民を結び付けるアドバイザーの存在は、とても大きな役割であると感じました。私はアドバイザーではありませんが、今回学んだことを事業所での支援に反映させたい。
- ・演習をして、具体的な話し合いをする中で、軌道修正をしてもらい先にすすめました。普段から業務を考えていく時、特に「何をするか」考える時、アドバイザーがいた方がいいと感じました。

②どちらともいえないとする意見

内容（一部抜粋）

○イメージしにくい

- ・客観的な視点にたってアドバイスをいただけることはとても有効だと思う。しかし、現時点でアドバイザーについての役割（？）をしっかりと認識できていない。
- ・アドバイザーの意味があまり分からなかった。
- ・アドバイザーの役割、機能が自分自身で理解できていないため。
- ・アドバイザーの活用のしかたが今ひとつイメージできなかった。

○力量がある人がいるのか

- ・現場だけで考えていると見えなくなるところがあるので、外から入ってくださるといいなと思う反面、まだ具体的にどんな働きをしていただけるのかわからない面もある。（今回特別アドバイザー研修を受けられている方はどんな基準で選ばれているのでしょうか？）

内容（一部抜粋）

- ・アドバイザーの力量や、役割と立ち位置が明確化された上で、アドバイザーとしての機能が果たせるか、その状況いかんで、必要度合が違うため。
- ・アドバイザーに入ってもらったのは、良かったが、地域性や現状を説明するのが大変でした。
- ・アドバイザーの役割が今一つよくわからない。アドバイザーの力量が問われると思うので、その育成は？必要なことが、地域ごとに違うので、その全体をみることができるのか？
- ・他の第三者的な立場（アドバイザー）については、たいへん必要と考えるが、まだまだ現状の金太郎あめのようなアドバイザーでは、片寄った考え方になりがちではないかと考える。また、現在のアドバイザーの質について、まだまだという思いも強い。研修を重ねて、多くの方にきちんとした「アドバイザー」としての質を求めたい。
- ・その地域の特性や今までの経過を理解し精通した上でのアドバイザーなら必要だと思う。

○現状、必要ではない

- ・とりあえず地域に戻り自分達で地域独自の地域移行支援を考えていきたい。必要に応じてアドバイザーにかかわってもらえればと思う。
- ・助言を受ける事は、有意義だと思うが、特別アドバイザーと別立てでつくる意義はない。たしかにスーパーバイズの仕組みは大事ですが、様々なアドバイザーが増えても、横断的な仕組みにならなければ、あまり意味を感じられないかなど。むしろ、圏域(?)のアドバイザーを機能としてもう少し、整理してもらった方が全体としては体制としても意味が持てる気がします。(今、うちの地域は、アドバイザー事業が、療育支援事業の受け皿でアドバイザーの皆さんをまだ上手く、活かせてないのも反省するところだと思っています。県もあまりそこは、よくわからず、スライドしたのが現状で問題意識弱いです)

③必要ないとする意見

内容（一部抜粋）

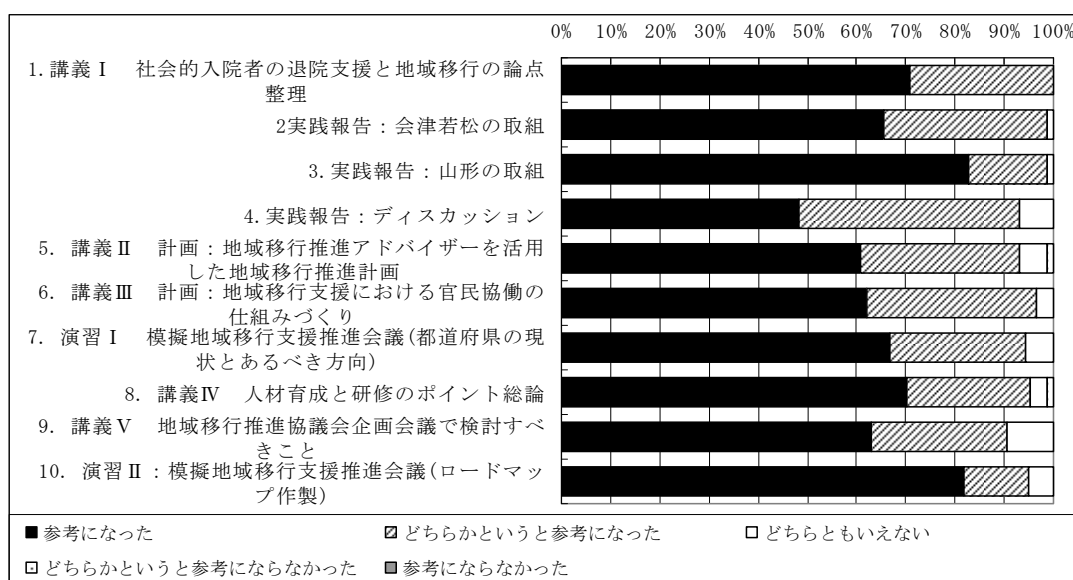
- ・市町村レベルの自立支援協議会に障害当事者によるアドバイザーを養成することが重要である。

(3) 研修の満足度

事後アンケート問3において、研修の内容に関する満足度を調査した。

・研修項目としての満足度は、「参考になった」「どちらかという参考になった」を合計すると、すべての項目で90%を超えており、総じて高い結果となっている。

図表 5-2 アンケートの満足度



	参考にならなかった	参考にならなかった	どちらかという参考にならなかった	どちらかという参考になった	参考になった	回答数
1. 講義Ⅰ 社会的入院者の退院支援と地域移行の論点整理	0	0	0	25	61	86
2. 実践報告：会津若松の取組	0	0	1	29	57	87
3. 実践報告：山形の取組	0	0	1	14	72	87
4. 実践報告：ディスカッション	0	0	6	39	42	87
5. 講義Ⅱ 計画：地域移行推進アドバイザーを活用した地域移行推進計画	0	1	5	28	53	87
6. 講義Ⅲ 計画：地域移行支援における官民共同の仕組みづくり	0	0	3	30	54	87
7. 演習Ⅰ 模擬地域移行支援推進会議(都道府県の現状とあるべき方向)	0	0	5	24	58	87
8. 講義Ⅳ 人材育成と研修のポイント総論	0	1	3	21	59	84
9. 講義Ⅴ 地域移行推進協議会企画会議で検討すべきこと	0	0	8	23	53	84
10. 演習Ⅱ：模擬地域移行支援推進会議(ロードマップ作製)	0	0	4	11	67	82

(4) グループワークに対する満足度

事後アンケート問 5、問 6 において、グループワークに対する満足度を調べた。

全体としては、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」の回答が 90% を超える項目があるなど多いといえるが、項目によっては「どちらともいえない」や「どちらかというともう思わない」という回答がされている。なお、全体の評価である「職場のほかのメンバーにも勧めたい」が、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」の回答が 90% 近い回答になっており、グループワークに対する評価は高いといえる。

①ファシリテーターに関する設問

「ファシリテーターの説明はわかりやすい」「ファシリテーターはグループをコントロールしていた」は、ファシリテーターに関する設問である。「ファシリテーターの説明はわかりやすい」については、グループワーク 1、2 ともに「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」が 90% を超える回答を得ており、地域移行推進特別アドバイザー候補生に対する評価は高い結果となった。しかしながら、「ファシリテーターはグループをコントロールしていた」については、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」がグループワーク 1、2 共に 60% を未満であり、十分な結果とはいえない。

地域移行推進特別アドバイザー自体が新しい概念であり、複数職種が集まるグループワークのファシリテーションについては、ハードルが高いものと思われる。一方、今後の地域移行推進特別アドバイザーにとっては必要なスキルであるため、何らかの形で今後とも育成する体制が必要だといえる。

②グループワークへの期待

「将来の仕事に役立つ内容であった」「期待していた通りの内容である」は、都道府県企画委員のグループワークへの期待を示した設問である。グループワーク 1、2 共に「将来の仕事に役立つ内容であった」は、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」が 90% を超える回答を得ており、高い評価であったといえる。

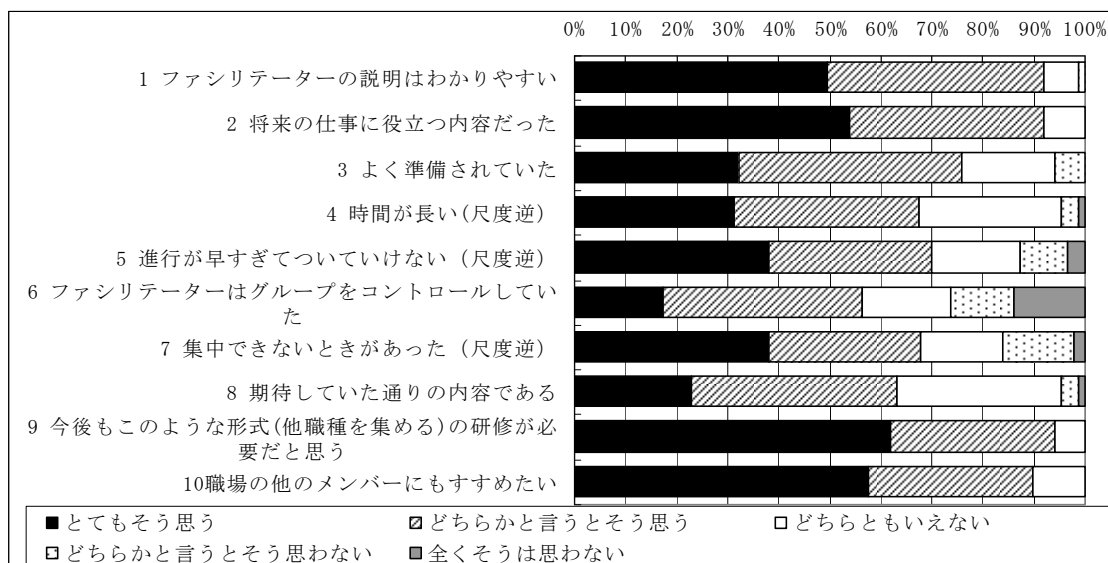
なお、「期待していた通りの内容である」については、想定していた内容との相違を質問したものである。「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」の合計は、グループワーク 1 で 63.2%、グループワーク 2 では 76.7% であった。同質問項目については、一部からは想定外のグループワークであったと推察される¹⁴。

¹⁴ 同質問では、良い反応か、悪い反応であったかはわからない。

③グループワークへの評価

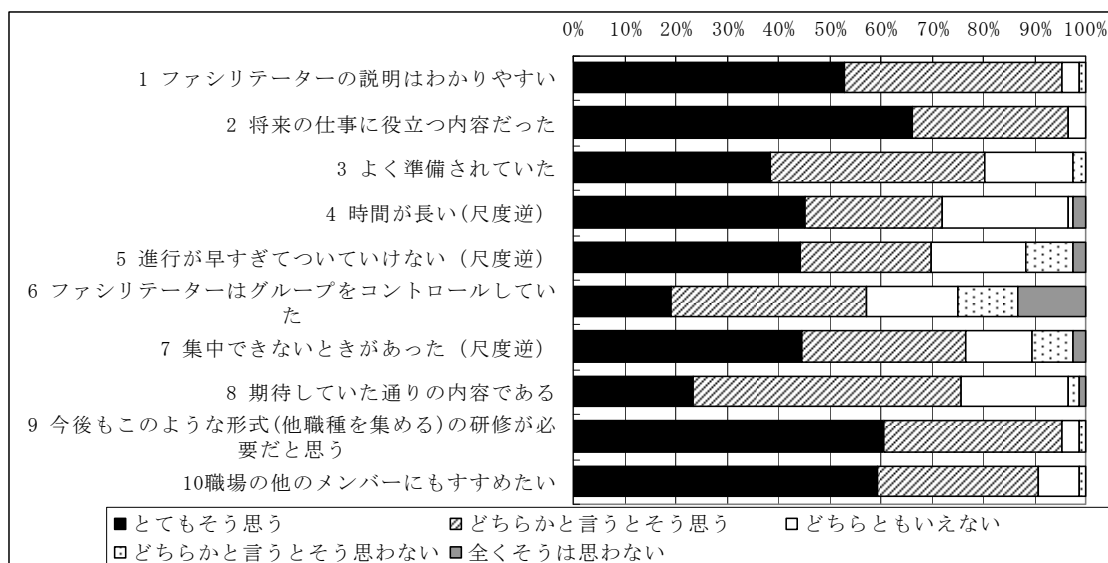
「よく準備されていた」「時間が長い」「進行が早すぎてついていけない」「集中できないときがあった」は、グループワーク全体に対する評価項目である。本項目については、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」の回答が60%～70%となっており、第1回研修時より改善している。

図表 5-3 グループワーク 1 の満足度



	全くそうは思わない	どちらかと言うとそう思わない	どちらかとも言えない	どちらかと言うとそう思う	とてもそう思う	回答数
1 ファシリテーターの説明はわかりやすい	0	1	6	37	43	87
2 将来の仕事に役立つ内容だった	0	0	7	33	47	87
3 よく準備されていた	0	5	16	38	28	87
4 時間が長い(尺度逆)	1	3	24	31	27	86
5 進行が早すぎてついていけない(尺度逆)	3	8	15	28	33	87
6 ファシリテーターはグループをコントロールしていた	12	11	15	34	15	87
7 集中できないときがあった(尺度逆)	2	12	14	26	33	87
8 期待していた通りの内容である	1	3	28	35	20	87
9 今後もこのような形式(他職種を集める)の研修が必要だと思う	0	0	5	28	54	87
10 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	0	9	28	50	87

図表 5-4 グループワーク 2 の満足度



	全くそうは思わない	どちらかと言うとそう思わない	どちらともいえない	どちらかと言うとそう思う	とてもそう思う	回答数
1 ファシリテーターの説明はわかりやすい	0	1	3	36	45	85
2 将来の仕事に役立つ内容だった	0	0	3	26	57	86
3 よく準備されていた	0	2	15	36	33	86
4 時間が長い(尺度逆)	2	1	21	23	39	86
5 進行が早すぎてついていけない (尺度逆)	2	8	16	22	38	86
6 ファシリテーターはグループをコントロールしていた	11	10	15	32	16	84
7 集中できないときがあった (尺度逆)	2	7	11	27	38	85
8 期待していた通りの内容である	1	2	18	45	20	86
9 今後もこのような形式(他職種を集める)の研修が必要だと思う	0	1	3	30	52	86
10 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	1	7	27	51	86

(5) 研修全体への満足度

事後アンケート問7で研修全体に対する満足度を質問した。高い評価を得ている項目もあれば、低い評価の項目もある。それぞれ原因を推察し、改善点を推察することが必要だといえる。

①研修設計

「研修全体の量はちょうど良かった」「全体が良くまとまっていた」「いまいち理解できない点があった」については全体としての研修設計に対する設問である。

「研修全体の量はちょうど良かった」「全体が良くまとまっていた」については、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」が 80%を超えており、高い評価を得ているといえる。

一方、「いまいち理解できない点があった」ということに対しては、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」¹⁵が約 50%であり、理解できないと感じている回答も半数あるといえ、内容やレベル設定については改善点であるといえる。

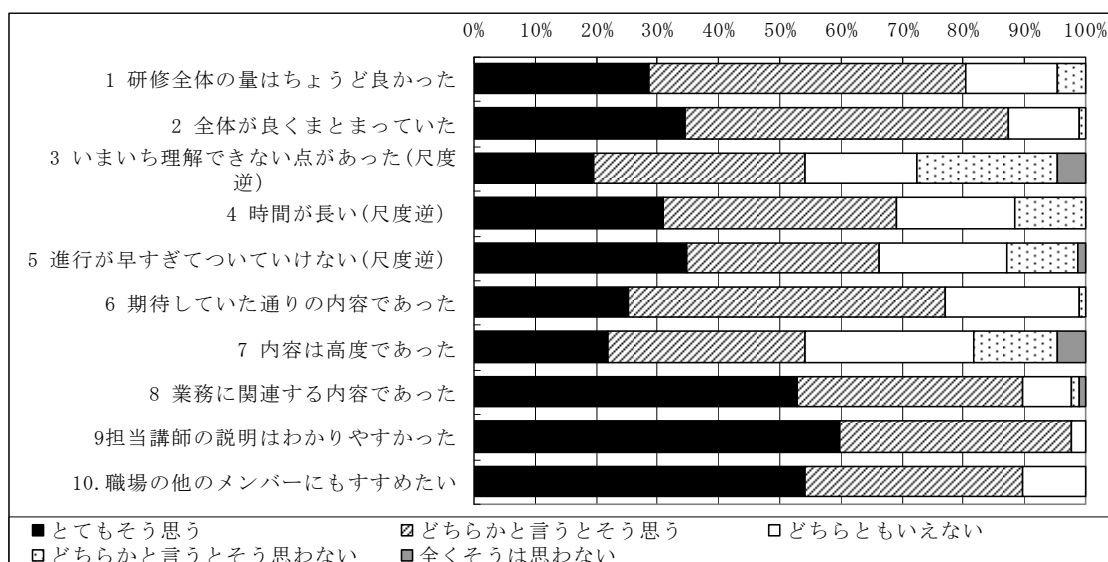
②研修の時間および進め方

なお「時間が長い」「進行が早すぎてついていけない」については、「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」¹⁶が 60%を超えており、第 1 回の研修から改善が見られているといえる。

③研修への評価

「担当講師の説明はわかりやすかった」「職場の他のメンバーにもすすめたい」については、約 90%の回答になっていることから、研修自体への評価は高いものと推察される。

図表 5-5 研修全体に対する満足度



¹⁵ 尺度が逆のため、「いまいち理解できない点があった」に対して、「全くそう思わない」「どちらかという」とそう思わない」を合計した。

¹⁶ 尺度が逆のため、「いまいち理解できない点があった」に対して、「全くそう思わない」「どちらかという」とそう思わない」を合計した。

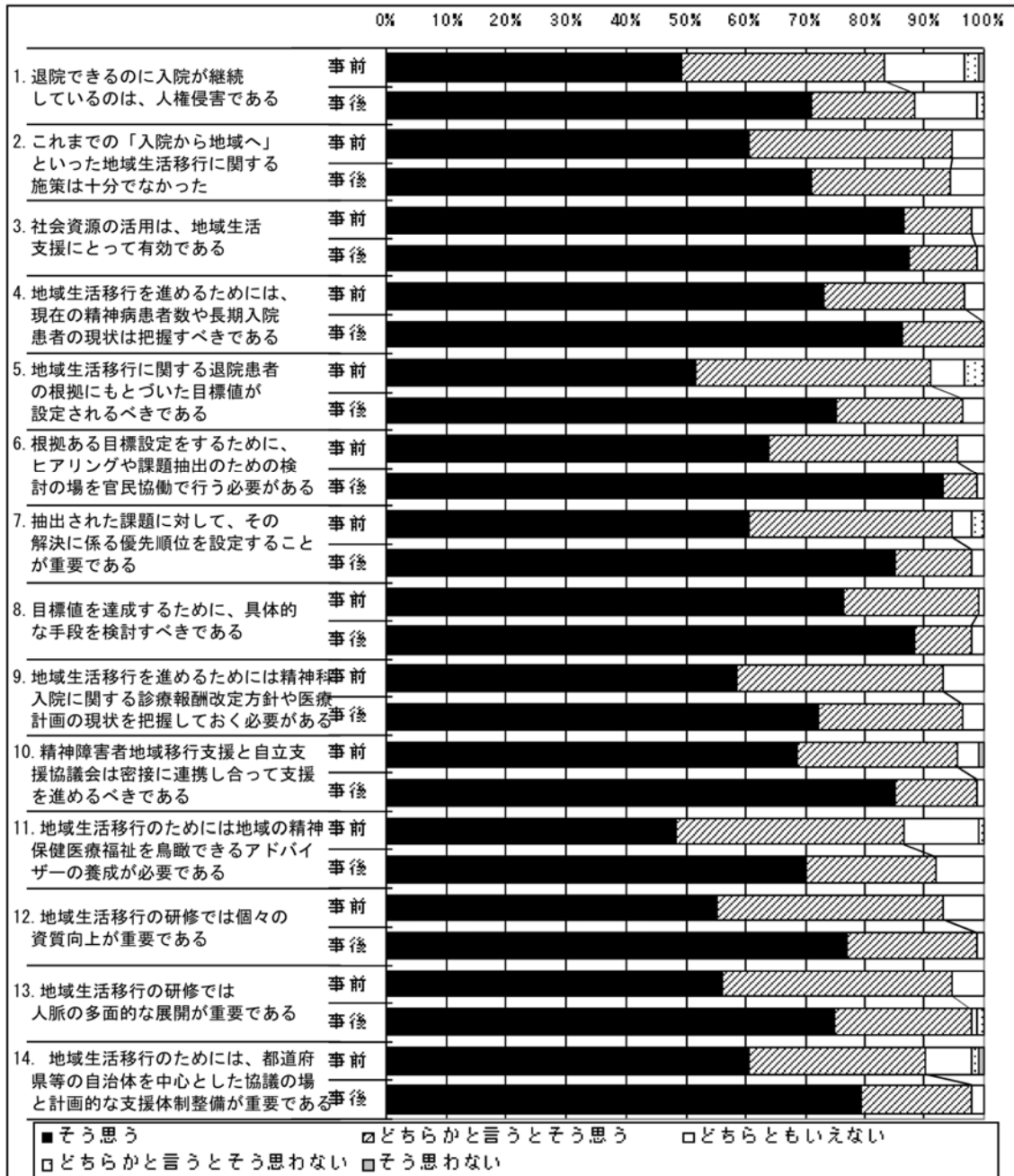
	全くそうは思わない	そう思わない	どちらかと言うと	どちらともいえない	そう思う	どちらかと言うと	とてもそう思う	回答数
1 研修全体の量はちょうど良かった	0	4	13	45	25	87		
2 全体が良くまとまっていた	0	1	10	46	30	87		
3 いまいち理解できない点があった(尺度逆)	4	20	16	30	17	87		
4 時間が長い(尺度逆)	0	10	17	33	27	87		
5 進行が早すぎてついていけない(尺度逆)	1	10	18	27	30	86		
6 期待していた通りの内容であった	0	1	19	45	22	87		
7 内容は高度であった	4	12	24	28	19	87		
8 業務に関連する内容であった	1	1	7	32	46	87		
9 担当講師の説明はわかりやすかった	0	0	2	33	52	87		
10. 職場の他のメンバーにもすすめたい	0	0	9	31	47	87		

(6) 研修の前後による意識変容

研修で実施した内容に対する意識変容があったのかどうかを確かめる、事前と事後の結果を見てみると、総じて事後のほうが高い結果となっている。

一方、事前アンケートの段階から既に、「そう思う」とする回答が多く、今回の受講生が既に一定程度の知識を持っていることが推察される。想定される受講者層が受講していることが、知識を与えることが目的ではないため、妥当な結果とも言える。

図表 5-6 事前事後の意識変容



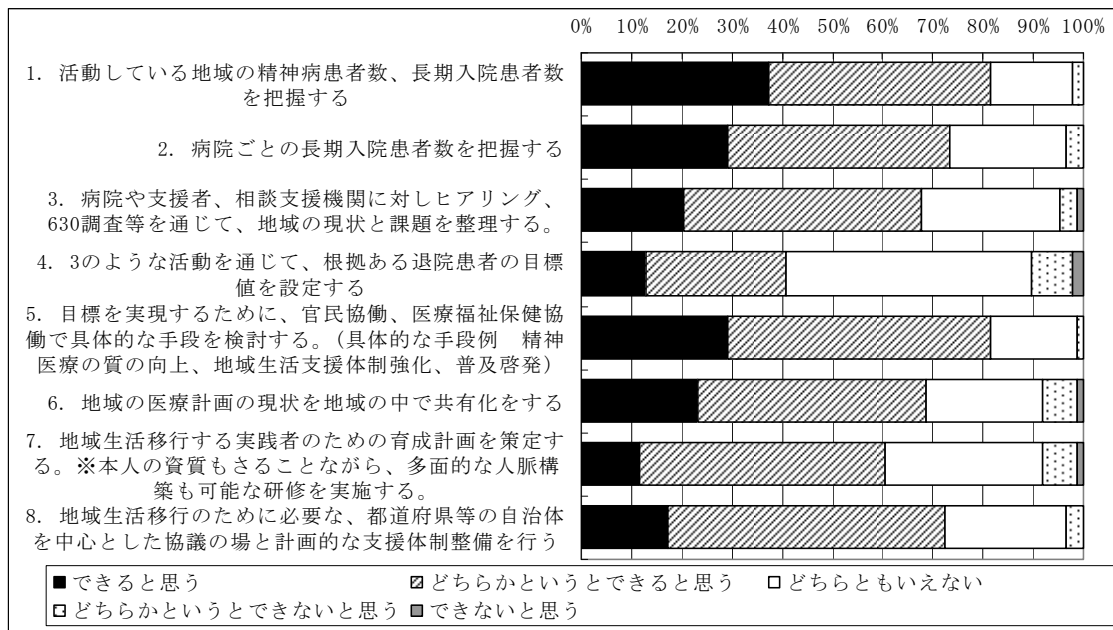
		そう 思わ ない	そう 思わ ない い	ど ち ら か と 言 う と	ど ち ら か と 言 う と	ど ち ら か と 言 う と	回 答 数
1. 退院できるのに入院が継続しているのは、人権侵害である	事前	1	2	12	30	44	89
	事後	0	1	9	15	61	86
2. これまでの「入院から地域へ」といった地域生活移行に関する施策は十分でなかった	事前	0	0	5	30	54	89
	事後	0	0	5	20	61	86
3. 社会資源の活用は、地域生活支援にとって有効である	事前	0	0	2	10	77	89
	事後	0	0	1	10	76	87
4. 地域生活移行を進めるためには、現在の精神病患者数や長期入院患者の現状は把握すべきである	事前	0	0	3	21	65	89
	事後	0	0	0	12	75	87
5. 地域生活移行に関する退院患者の根拠にもとづいた目標値が設定されるべきである	事前	0	3	5	35	46	89
	事後	0	0	3	18	64	85
6. 根拠ある目標設定をするために、ヒアリングや課題抽出のための検討の場を官民共同で行う必要がある	事前	0	0	4	28	57	89
	事後	0	0	1	5	81	87
7. 抽出された課題に対して、その解決に係る優先順位を設定することが重要である	事前	0	2	3	30	54	89
	事後	0	0	2	11	74	87
8. 目標値を達成するために、具体的な手段を検討すべきである 【具体的な手段例】精神医療の質の向上、地域生活支援体制強化、普及啓発	事前	0	0	1	20	68	89
	事後	0	0	2	8	77	87
9. 地域生活移行を進めるためには精神科入院に関する診療報酬改定方針や医療計画の現状を把握しておく必要がある	事前	0	0	6	31	52	89
	事後	0	0	3	21	63	87
10. 精神障害者地域移行支援と自立支援協議会は密接に連携し合って支援を進めるべきである	事前	1	0	3	24	61	89
	事後	0	0	1	12	74	87
11. 地域生活移行のためには地域の精神保健医療福祉を鳥瞰できるアドバイザーの養成が必要である	事前	0	1	11	34	43	89
	事後	0	0	7	19	61	87
12. 地域生活移行の研修では個々の資質向上が重要である	事前	0	0	6	34	49	89
	事後	0	0	1	19	67	87
13. 地域生活移行の研修では人脈の多面的な展開が重要である	事前	0	0	5	34	50	89
	事後	0	1	1	20	65	87
14. 地域生活移行のためには、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備が重要である	事前	1	1	7	26	54	89
	事後	0	0	2	16	69	87

(7) 研修内容の実践への方向性 -現場での実践-

「1. 活動している地域の精神病患者数、長期入院患者数を把握する」「5. 目標を実現するために、官民共同、医療福祉保健共同で具体的な手段を検討する」は、「できると思う」「どちらかというところできると思う」との回答が、80%を超えている。「2. 病院ごとの長期入院患者数を把握する」「3. 病院や支援者、相談支援機関に対しヒアリング、630 調査等を通じて、地域の現状と課題を整理する」「6. 地域の医療計画の現状を地域の中で共有化をする」「8. 地域生活移行のために必要な、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備を行う」については、「できると思う」「どちらかというところできると思う」との回答が、約70%となっており、概ねできるものと考えていると推察される。

一方、「4. 3のような活動を通じて、根拠ある退院患者の目標値を設定する」については、「できると思う」「どちらかというところできると思う」が40.6%となっており、目標値を設定することの困難さを示しているといえる。また、「7. 地域生活移行する実践者のための育成計画を策定する」は、60.4%と、他の項目に比べると実施が難しいと認識していることが推察される。

図表 5-7 現場での実践



	できないと思う	できないと思う	どちらかというと できないと思う	どちらかというと できると思う	できると思う	回答数
1. 活動している地域の精神病患者数、長期入院患者数を把握する	0	2	14	38	32	86
2. 病院ごとの長期入院患者数を把握する	0	3	20	38	25	86
3. 病院や支援者、相談支援機関に対しヒアリング、630 調査等を通じて、地域の現状と課題を整理する。	1	3	23	40	17	84
4. 3 のような活動を通じて、根拠ある退院患者の目標値を設定する	2	7	42	24	11	86
5. 目標を実現するために、官民共同、医療福祉保健共同で具体的な手段を検討する。	0	1	15	45	25	86
6. 地域の医療計画の現状を地域の中で共有化をする	1	6	20	39	20	86
7. 地域生活移行する実践者のための育成計画を策定する。	1	6	27	42	10	86
8. 地域生活移行のために必要な、都道府県等の自治体を中心とした協議の場と計画的な支援体制整備を行う	0	3	21	48	15	87

内容

○病院関係

- ・ 社会福祉法人の立場で、どこまで病院の内部にふみ込んでいけるかわからないので、全て3になりました。しかし、具体的に府下全ての事業所が集まり、意見交換と情報共有をすることになり、今後の取組には、大きな期待を持っています。
- ・ 院内の現状は行政も十分に把握しておらず、不確かなものを知るのには時間がかかる。

○行政との連携

- ・ 「民間共同」という言葉はいいが、こと精神医療の半世紀の歴史における「官」の責任は大きい。最大の維持者であり、当事者である精神障害当事者の力をいかに生み出し、その当事者力というものが、まさに「民」とならねばならないと思う。具体的には、地域自立支援協議会のメインのメンバーに当事者が入るシステムをどう作るか、である。
- ・ 同じ県の中でも縦割り行政で、情報を共有化しにくい現状があるため、とりあえず出来ることから取り組んでいきたいとは思っている。
- ・ 私たち福祉分野においても、医療計画や医療にかかる制度、報酬等の知識を理解することが必要であると感じる。お互いの分野の知識を共有することが大切だと感じる。

○関係者の連携

- ・ 演習で、地域に帰って、早速県下のコーディネーターで集まり戦略会議を開催することになりました。一人で悩むのではなく同じような悩みをもつ者が集まり協議することで、一步一步前進できるのではないかという思いです。
- ・ 担当部署以外の所との共同には時間がかかると思われるが地道に働きかけ、横断的な取組をすすめたいと思いました。

○目標とすることの是非

- ・ 実態把握 630 調査の活用はあまりやられていなかった。とても必要で、しかもできることだということに気がつきました。県の関連事業（自立支援協議会、圏域アドバイザー）と、地域移行担当との連携もこれからというところ。今後、に考えていく体制が必要。
- ・ 研修を受けて、数的な実態把握が必要であることは再確認したが、現在の業務をしながら自分自身がどの位実施できるか自信がないため。どの部署でやった方がよい。できる等の検討から必要と思うので。
- ・ 数値の把握はなかなか難しい。市や医療機関が積極的数値把握・公開をするだろうが。さらに医療計画は病院の方針もあり難しい。しかし必要であると思う。
- ・ きちんとした計画を立ててとり組むことが大切。共通の認識を持っていくことが必要。

○具体的な行動にできていない

- ・ 日常業務に追われて忙しい。そう思ってもなかなか出来ない自分もどかしい。
- ・ 地域の実情もあるので困難なこともある。でも頑張っていきたい。
- ・ 必要性はあるが、1事業所で決められることでもないため。実現するための共通理解をしていく場を設けることがまず必要と考える。
- ・ 圏域の地域移行の委託を受けていることから、その地域の長期入院されている方の数等の実態を把握していくことはやっていけると思うが、県全体としての整備等については、されていかなければならないことだと感じるが実際の手立てについて、どうしていいのか。

○意欲

- ・ 圏域内での現状を整理し、病院等関係機関と共有課題を検討していきたい。理念、目的の共有化を図っていきたいと思ったから。
- ・ 具体的に自分の県についてプランニングしてもらったので、やる事が明確となった。

(8) 自由記述

アンケートへの自由記述は以下の通りである。今回の研修で重視している他職種との共同研修については、特に行政との共同についてコメントした意見が多かった。良かった点については、他の職種と共同やグループワークに対して気付きを得られたという結果や、グループワークを県ごとに行った事から、実際の話ができたことを挙げる意見が多かった。悪かった点としては、県単位で複数の職種が参加すると他職種での会議ができるが、参加者が少なかったというものがある。また、人数が多くなったことにより、会場がタイトであったという意見も多く寄せられた。

①他職種との共同での研修について

内容 (一部抜粋)
<p>○ほかの職種の立場を理解できた</p> <ul style="list-style-type: none">・ 職種によって違うというより、地域移行の考え方がそれぞれ違うことに気づいた。・ 相談支援事業所の実情や本音を聞いて参考になった。場がなかったことに気付いた。・ 県内では多職種の方と議論を交す場がないため、他県の多くの職種の方とざっくばらんな会話を交す機会は貴重な時間でした。・ 他職種の方の活動を知ることで自分の役割をふり返る機会となりました。・ 職種内容がまだまだ理解不能であることを感じた。また、県、相談支援事業所、病院それぞれの役割についても建前論が多く本音(思い)がでないことにおどろいた。・ 自立支援協議会との連携していく流れは全国的に同じであり、連携を図っていかなければならないと感じた。課題はあるが、すぐには解決できない。時間をかけても少しずつ変わっていけば良いという言葉に勇気をもらえた。 <p>○行政との共同</p> <ul style="list-style-type: none">・ 行政の方からの視点、問題を聞く事が出来て良かった。それぞれに問題を感じているが、そういったことも共有する事が大事である。・ 県の担当者などともう一度原点にもどって考えようと確認できたことはよかったと思っています。・ 同じ課題をもっていることが再確認できました。また、どうつながるかという具体的な道も見えかけてきたように思います。・ やりとりの中では聞けない本音が話しあえた。事例についてではなく、各々の基本的役割について理解しあう必要性をあらためて認識した。・ 普段なかなか深く話をするのでできない他圏域の方、また行政担当の方とお話をする機会をえられたのは今後に繋がる可能性が大いにあると感じました。・ 行政と民間の方向は同じでも、それぞれの立場から意見が少し違うことがあった。

②よかった点

内容 (一部抜粋)
<p>○他職種の共同</p> <ul style="list-style-type: none">・ 多職種の方の意見、取り組、実状を聞ける機会はなかなかなく、とても貴重な2日間でした。実践報告。演習と、少しは体現できたこともあり、有意義でした。・

内容（一部抜粋）

○県レベルでの企画の重要性

- ・ 同じ県にいながら、共有することがなかったが、できて良かった。問題点の整理と、解決策のヒントが得られた。年明けの一発目の研修だったので気合いが入りました。
- ・ 企画、運営等きめ細かな対応でありありがとうございました。研修の企画面でも参考になりました。演習についても、県ごとに話しあいができ、より具体的に次のスケジュール等まで決めることができたのもよかったと思います。研修を受けるだけでなく即、日々の実践へとつながります。
- ・ もう一度、理念の共有にたちかえって、再確認が必要だということに気がつきました。県の担当者として、協議会と事業の運営とどううまくやっていくのか・・・1人ではなかなか整理することができなかったのが、次やるべきことがみえてきた。県で事業と委託している事業所の集まりもなかなかもててなかった。今日、この場で集まれて、今後も継続して連絡会を持つという事になった。

○他県の情報

- ・ 他県の人と情報交換できたこと。取組を聞くことができたのがよかった。明日からできること具体的な話ができたので少しずつ取り組んでいきたいと思う。

○グループワーク

- ・ 事業に関して知識を深められた。他県での取組みを知る事により、大分県でも使える型に変換出来ないかと考える材料になった。県内の問題点についてアドバイザーの方から意見をもらう事が出来た。
- ・ 県ごとにグループワークでき、それぞれの課題を話し合うことができた。
- ・ グループでの討議にアドバイザーが入ったので、話し合いが円滑に行われたと思う。様々な立場の方が参加されているし、講義も様々だったので広く意見交換や勉強ができた。

○気付きを得られた

- ・ 事業を進めるので精一杯で、全体が見えづらくなっていたが、「精神障害者が地域であたりまえに暮らせる地域づくり」を目指すという原点に返れた気がしました。
- ・ 最も大事な理念を再確認できたことが良かった。

○研修内容

- ・ 内容は期待以上でとてもすばらしかったと思います。
- ・ 会津若松市や鶴岡市の実践報告や、課題抽出等の仕方についても、講義を聞くことができ参考になった。実践報告を交えた研修を今後してほしいです。
- ・ 事前のレポートを作成する中で、既に色々な気づきがあり、問題意識をもって研修に参加することが出来ました。研修内容は充実していたと思います。
- ・ 研修あまりにも内容が高度だったので戻り次第、勉強しなければいけないことを知った。

○その他

- ・ 同じ実践をしている仲間になれたという感じです。今回知り合えた方々と今後とも情報交換をさせてもらいながら、全国でも誇れるくらいの事業にしてゆくことで当事者の方々の社会復帰の為の一翼を担えればと感じます。
- ・ 目指すべきものを全圏域で共有確認でき、意見交換が行えた。会議で検討すべき内容を改めて精査できた。今後会議に参加するとき、協学べた内容のことも頭において臨んでいきたい。
- ・ 折れそうな心が少し治った

③悪かった点

内容（一部抜粋）

○参加者が少ない

- ・ 同じ県同士で会議をひらき、具体的なロードマップを作成することの周知がされていなかったと思う。大きな目的だったと思うので県として参加者を増やす。必要な人に出席してもらおうという準備がされなかった。県担当者の参加は必要だったと思う
- ・ 願わくば、もっと多くの人に参加してほしいと思う。”

○時間が長い、タイトである

- ・ 休憩時間がもう少しあった方がよかった

○内容が高度である

- ・ 内容がたくさんあり、少々私には研修内容が密すぎた。
- ・ 全く知識がない者にとって、内容が高度すぎ、専門用語が多すぎて理解できない点があった。
- ・ 内容が難しく理解し辛いことがあった。

○グループワークの進め方等

- ・ もっと他県のとの情報交換ができるとよかったと思う。グループワーク（演習）を同じ県のメンバーであることが事前にわかっているとよかったと思う。時間をもったいないと感じた。同じ県のメンバーは県内で集まることができるので事前に準備してアドバイスをうける形にできたらよかったと感じた。
- ・ 実践報告やグループワークの報告の時間が短いと思いました。貴重な話し合いの報告をもっと聞きたかった。もし時間がなければ後でも良いのでペーパーで欲しいです
- ・ 演習が同じ県の方ばかりだったので、ややがっかり。もちろんそれなりに良かったのですが・・・。他県の方と、もう少し交流したかったです。

○会場が狭い

- ・ 会場が少し狭かった。
- ・ 会場をもう少し広い所ですて欲しいです。

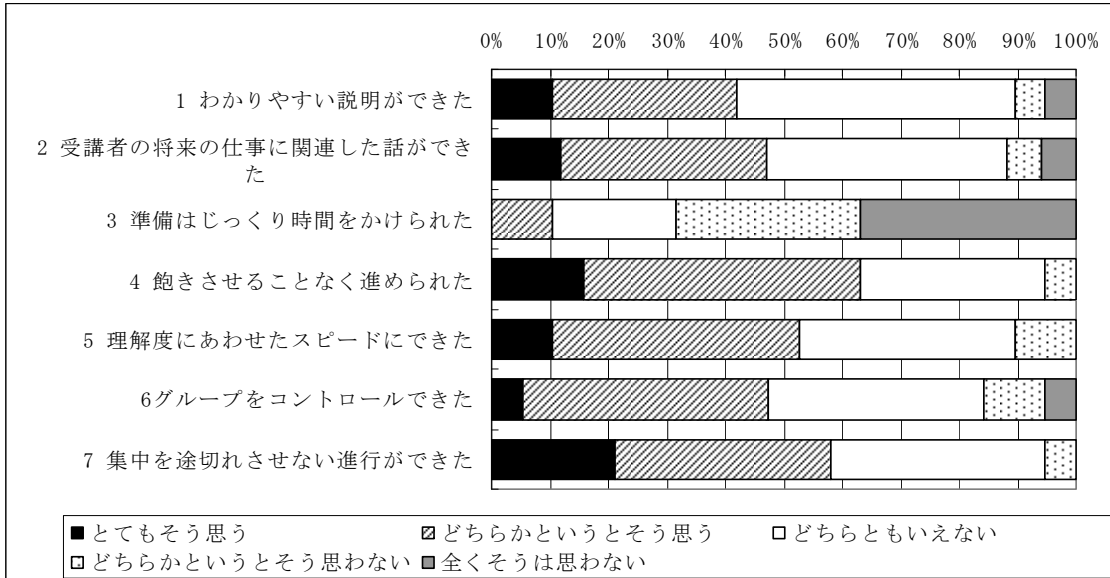
○その他

- ・ 障害当事者が何らかの形で参加がほしかった。
- ・ アンケートに回答しにくい。質問があちこち？
- ・ 企画委員の位置付けに関する根拠が、明確でない点。
- ・ 案内をいただいた時、もう少し研修の目的がわかりやすいようにしてほしい。

(9) 地域移行推進特別アドバイザー候補生のグループワークの自己効力感

地域移行推進特別アドバイザー候補生には、グループワークにおけるファシリテーションを行った結果に関するアンケートを行った。地域移行推進特別アドバイザー候補生の自己効力感は第1回研修と同様の傾向であった。

図表 5-8 第2回研修グループワーク 1 に対する地域移行推進特別アドバイザー候補生の
自己効力感



	全くそうは思わない	そう思わない	どちらかというと思えない	どちらかというと思う	とてもそう思う	回答数
1 わかりやすい説明ができた	1	1	9	6	2	19
2 受講者の将来の仕事に関連した話があった	1	1	7	6	2	17
3 準備はじっくり時間をかけられた	7	6	4	2	0	19
4 飽きさせることなく進められた	0	1	6	9	3	19
5 理解度にあわせたスピードにできた	0	2	7	8	2	19
6 グループをコントロールできた	1	2	7	8	1	19
7 集中を途切れさせない進行ができた	0	1	7	7	4	19

第6章 考察

第1節 研修実施後の受講者の行動変容

第一回研修参加者、第二回参加者に向けて、研修受講後に何らかのアクションを取ったのかを質問した。質問期間は、平成23年3月1日から同年3月11日であり、電子メールにて質問を行った。回答は新潟県、愛媛県、大分県、埼玉県、愛知県、京都府、兵庫県、岩手県、三重県、広島県、沖縄県の11府県から寄せられた。

研修だけではなく、具体的な取り組みが動き始めていることは、大きな成果であるといえる。今後、この動きを止めないためにもサポートをする体制を作ることは急務といえる。

図表 6-1 研修後の各県での取り組み

項目	内容
・研修内容の報告	8件
・官民共同の会議開催	2(予定1)件
・病院との連携会議開催	2件
・研修会の実施(予定)	2件
・メーリングリスト作成	1件
・行動した感想	<ul style="list-style-type: none">・情報交換会は過去にも実施されていたが、研修に参加したことで、課題の抽出にとどまらず、今後の具体的な計画や方向付けができたと感じた。・保健所との打ち合わせの時間を設けることができ、行政との連携が以前より多くなった。・関係者が集まって、現状と今後の課題を確認し、考え方の方向性を共有した

第2節 提言

(1) 精神保健福祉改革ビジョンの目標を達成するための地域移行推進協議会の強化

- ◆都道府県に設置する地域移行推進協議会を円滑かつ具体的に進めるための企画委員会を設置し、官民共同で運営に当たる。
- ◆上記企画委員会の運営方法を学ぶための、国の責任において地域移行推進協議会企画委員研修会を実施する
- ◆同時に地域移行推進特別アドバイザーを養成し、都道府県地域移行推進協議会及び企画委員会のコンサルテーションを行う

(2) 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の更なる強化

- ◆平成20年度から開始された精神障害者地域移行支援特別対策事業は、立ち遅れている精神保健医療福祉の中では、改革ビジョンを推し進める重要な事業と位置付けることができるが、残念ながらまだ全国津々浦々で実施されているとは言い難い。全国都道府県への国の指導を行うためにも、本事業の更なる強化が必要である。
- ◆また、上記事業における地域体制整備コーディネーターの配置はまだ一実質的に稼働できる状況にはない。平成24年度以降についても本事業をさらに発展させ、地域体制整備コーディネーターを全県域に配置し、地域体制整備を図ると同時に、個別給付化される地域移行支援事業、都道府県の地域移行推進協議会、地域体制整備コーディネーターが連動し事業を進めるための研修等を事業の中に組み込む。
- ◆平成24年度から障害福祉サービスにおける支援として地域移行推進員と個別支援会議については個別給付化されることで、自ら退院の意思があり支援の必要性のある方には大きな福音である。一方で、いわゆる「社会的入院」を生み出した背景には、自ら退院したい意思を表出できない、又は退院を想定すらしていない対象者に対応すべく、官民共同で地域体制整備コーディネーターを支援できる体制を強化する。

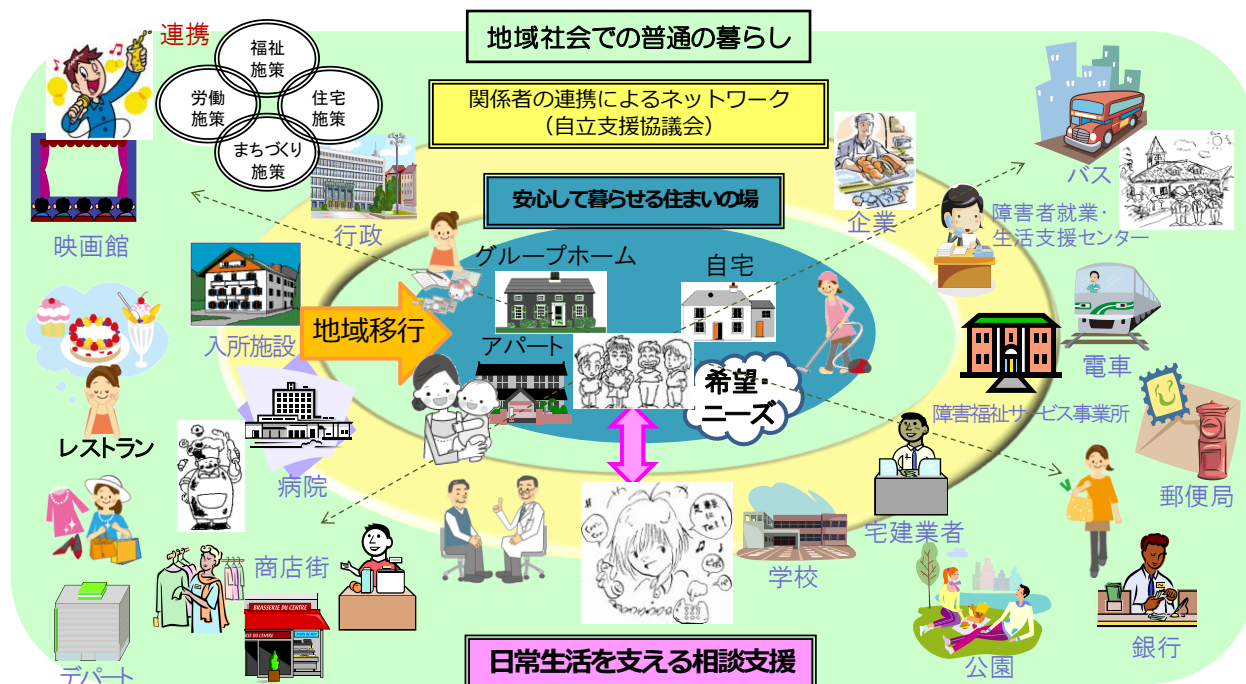
(3) 精神障害者地域移行・地域定着支援と相談支援事業及び、地域移行推進協議会と地域自立支援協議会連動の強化

- ◆障害者自立支援法施行5年を経過して、三障害一元化及び実施主体の市町村への一元化は、地域生活支援にかかる精神障害者支援に格段の成果を上げている。しかし、精神障害者の地域移行支援は医療とのかかわりが大きいために、障害福祉サービスほどには大きな進展を見ていないのが現状で

ある。地域自立支援協議会の設置率がやっとならば全国で達成されつつあるので、今後質の強化を図る上でも、精神障害者地域移行・地域定着支援と相談支援事業及び、地域移行推進協議会と地域自立支援協議会連動が図られるよう、相談支援専門員指導者研修をはじめ、国が実施する指導者研修等で周知を図ると同時に、都道府県及び市町村へのますますの指導を図りたい。

**精神障害者地域移行・
地域定着支援のための
官民共同作戦ガイドライン**

病院(施設)からの脱出計画を実行に移そう 町で暮らすための仕組みを作ろう



体や心の具合がとっても悪い時には、お医者さんが頼りです。

病気がとっても重い時には、入院して治療したいです。

でも、救急の時や手術の時以外は、家で暮らしたいのです。

それは障害とか年齢に関係ありません。

精神障害があろうが、高齢であろうが同じなのです。

町で暮らすことのできる地域を一緒に作りましょう。

目 次

ごあいさつ	4
ガイドラインの作成にあたって	6
ガイドラインの活用方法	7
コラム “Back to the community” 今昔物語①	9
第1部 「町で暮らすための仕組みを作ろう」を始める前に	
第1章 精神障害者の社会的入院解消策としての退院支援事業と 地域移行・地域定着支援事業の論点整理	10
I. はじめに	10
II. わが国の精神医療・精神保健がやってきたこと	12
III. 施設中心から地域生活中心へ	14
IV. 私の取り組み 十勝(帯広)では	20
V. これからの地域精神保健	24
VI. おわりに	24
コラム “Back to the community” 今昔物語②	25
第2章 「地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域生活移行計画」	
I. はじめに	26
II. 「都道府県相談支援体制整備事業」(地域生活支援事業)における特別アドバイザー はどんな役割?	27
III. 愛知県自立支援協議会特別アドバイザーの仕組みと役割	28
IV. 自立支援協議会成功のカギ	30
V. 長野県西駒郷の地域移行支援の取り組み	34
VI. 長野県の精神障害者地域移行・地域定着支援の取り組み	37
VII. おわりに	39
第2部 成功の秘訣は～官民協同の作成会議～	
第1章 官民共同の仕組みづくり～スタートライン～	
I. 地域移行支援は国民の課題	40
II. 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要	40
III. 推進会議のための精神科病院に係る基礎データの把握	42
IV. 診療報酬による地域移行支援へのインセンティブ	45

V.	官民協同の仕組みづくり	46
1.	都道府県の障害福祉計画	46
2.	都道府県の医療計画	47
3.	生活保護精神障害者退院促進事業	49
4.	都道府県自立支援協議会	49
VI.	官民協同の仕組みづくりへのスタートライン	50
1.	官民協同のイメージ	51
2.	当事者との協同	52
3.	精神障害者地域移行支援事業の反省と学び	53
4.	市町村との連携	54
5.	地域社会とつながる仕組みづくり	54
6.	今一度 官民協同の仕組みづくり	55
VII.	地域移行推進会議企画会議で検討すべきこと	57
1.	具体的な進め方（案）	57
2.	都道府県地域移行推進協議会企画会議のためのフォーマット（案）	59

	コラム “Back to the community” 今昔物語③	61
--	-----------------------------------	----

第2章 仕組みづくりは人づくり～人材育成と研修のポイント～

I.	従来の精神障害者地域移行支援・地域定着支援(退院促進)等の調査研究・研究企画から見てきたこと	62
II.	地域生活移行支援に対するアプローチを人材育成の視点から考える	64
1.	研修の目的	64
2.	研修のポイント	64
3.	研修で成果を得る工夫	68
	※田村綾子の地域移行支援初心者ゼミ	70

	コラム “Back to the community” 今昔物語④	73
--	-----------------------------------	----

第3部 都道府県人材育成研修ヒント集—各地の取り組み—

第1章 会津若松市の実践例：精神障害者地域移行支援を活用した支援ネットワーク

I.	会津若松市自立支援協議会仕組みづくりに向けた官民共同の取り組み	74
1.	はじめに	74
2.	地域移行支援取り組みの経過	74
3.	精神障害者地域移行支援事業と地域自立支援協議会・相談支援事業所の役割	76
4.	精神障害者の地域移行支援をすすめるために～これからは～	77
II.	精神障害者地域移行支援事業における民間精神科病棟内での退院への取り組み	79
1.	はじめに	79
2.	院内退院支援委員会の設置	79
3.	退院への過程	80

4. プロジェクトの成果と課題	81
第2章 山形県鶴岡市の実践例：精神障害者地域移行・地域定着支援の実際と訪問による生活訓練	90
I. はじめに	90
II. 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の取り組みから見えたもの	91
III. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)事業の開始に向けて	92
IV. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)のポイント	94
V. 具体的な支援内容	96
VI. 事業実績と支援方法	98
VII. 再び精神障害者地域移行・地域定着支援事業の取り組みから見えたもの	99
VIII. 山形版ACTモデル	100
第3章 岡山市の実践例：ACT-Zeroー医療によるアウトリーチ支援ー	104
I. ACT について	104
II. 岡山県でのACT	105
III. 地域移行支援の実践より	107
IV. 包括的地域支援システム	110
V. ACT-Zero岡山	110
第4章 精神障害者地域移行支援実践例	
1. 多職種他機関チームによる取り組み：島根県出雲市	112
2. 公立精神科病院の取り組み：鳥取県南部町	114
3. 地域活動支援センターの取り組み：栃木県県北地域	118
4. 広域の退院促進コーディネーターの活動：東京都世田谷区	122
5. 訪問看護ステーションの取り組み：東京八王子市・立川市	124
コラム “Back to the community” 今昔物語⑤	127
参考資料：情報提供(障害保健福祉部主管課長会議地域移行関係抜粋)	128
精神障害者地域移行・地域定着関係サイト	131
精神障害者地域移行・地域定着関係調査研究参考資料	132

ご挨拶

支援の三角点設置研究会 検討委員会 会長 高橋清久
(財)精神・神経科学振興財団 理事長



いきなりクイズです。

この表の数字は何を表しているのでしょうか？2002（平成14）年から2007（平成19）年までの変化で、2002（平成14）年の41.2%が2007（平成19）年には39%。このガイドラインとも大いに関係のある数字ですが、お分かりですか？4番目の表に正解がありますが、それを見ないで考えてみてください。少し難しいかな？

H14	H16	H17	H18	H19
41.2	40.3	39.2	39.7	39.0

ヒント①それではヒントをさしあげましょう。もう一列、別の数字が並んでいます。実はこの上下2段の数字はペアなのです。精神障害者の地域移行・地域定着を支援する人々は上段の数字を下げようとしており、下段の数字は上げようとしているわけです。すなわち、ある目標値を目指しているのですが、これがなかなか難しい。さあ、いかがでしょう。

H14	H16	H17	H18	H19
41.2	40.3	39.2	39.7	39.0
9.5	9.1	8.8	9.9	9.6

ヒント②まだお分かりでない方もおられるようですので、もう一つヒントです。赤い数字が出てきました。赤い数字の方が目標値に近いものです。もうお分かりですね。

H14	H16	H17	H18	H19
31.2	30.1	29.2	29.7	29.0
41.2	40.3	39.2	39.7	39.0
20.6	20.9	21.4	23.0	22.1
9.5	9.1	8.8	9.9	9.6

答え：そうです、平均残存率と退院率の推移ですね。これは平成14年から19年までのデータです。

平均残存率と退院率の推移

	H14	H16	H17	H18	H19	目標値
平均残存率	31.2	30.1	29.2	29.7	29.0	24.0
転院・死亡除外	41.2	40.3	39.2	39.7	39.0	
平均退院率	20.6	20.9	21.4	23.0	22.1	29.0
転院・死亡除外	9.5	9.1	8.8	9.9	9.6	

2003（平成15）年から退院促進事業が始まって、2004（平成16）年には精神保健医療福祉の改革のビジョンが示されました。

平均残存率は、一年間の間に新たに入院した人がどのくらい残っているかを表した数字です。退院率は、一年以上入院されている方が何%退院したかを表しています。

改革ビジョンでは、この平均残存率の目標数値を24%にしましょう。平均退院率を29%に上げましょうという目標を掲げました。

この目標値である24%と29%とがどのように

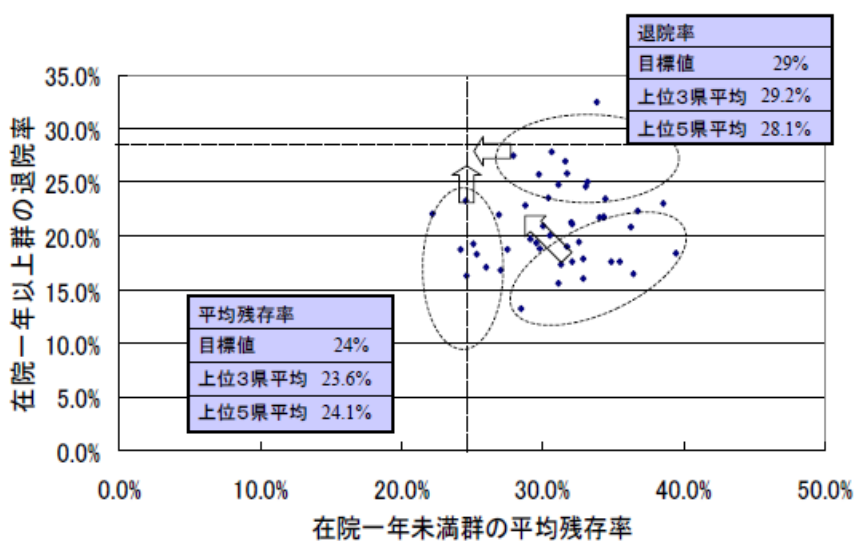
して決められたのかをご説明しましょう。図をご覧ください。現実の各都道府県ごとの平均残存率と平均退院率をプロットしたものです。そうすると残存率の上位三県の平均が23.6%です。一方、退院率の上位3県の平均が29.2%です。そこでこれに近い24%と29%をそれぞれ目標値としたのです。しかし、これまでなかなかその数字には達していません。

2009（平成21）年度の厚労省の検討会がまとめた「精神医療福祉のさらなる改革にむけて」という

報告書では、2011（平成23）年度までに現在入院中の統合失調症患者さん19,6万人を15万人まで減らすという計画が示されています。そのためには残存率と退院率をできるだけ早く目標値以上にしなければなりません。地域移行の促進に一層の努力が期待されているのです。

さて、私は表に戻って青の数字に注目してみたいと思います。この数字は残存率や退院率を死亡退院や転院された方を除いて出した数字です。ですから実際に地域移行を果たした方は、目標値からさらに低い数値になっ

平均残存率、退院率の現状



ているのです。言い換えれば、かなりの方々が死亡退院しているということです。こんなに悲しいことはありません。私はかつてある当事者が書かれた随筆集を思い出します。その高齢の当事者の方は、長期に入院生活を送った後、多くの支援者の力によって退院しました。そして台所の水道の蛇口からほとばしる水の音を聞いて、ああ自分は生きてると実感したそうです。町の中で住めることに大きな感動を覚えたということです。私たちが気にも留めない水の音という生活音が彼女にまた新たな力を与えたのです。そして、彼女がそのような体験ができたということは支援するものの心を充たしてくれるでしょう。これから病院をでて町に戻るすべての当事者の方々に、彼女と同じような感動を感じてほしいと思います。死亡退院という悲しい結末ではなく、当事者の方々が支援を受けながらもなんとか自力で生活できる力をもっているうちに、町の生活を体験していただきたいと切に思います。

そのためには、それが実現できるような支援の仕組みを作ることが大事ですが、このガイドラインがそのために大いに役立つことと確信しています。

ガイドラインの作成にあたって

精神保健医療福祉の改革ビジョンで掲げられている「平均残存率」と「退院率」は、都道府県の長期入院患者の地域移行計画担当者が把握すべき、目標達成状態の重要な指標ですが、これは計画ではありません。数字は状態を表しているに過ぎません。どのようにしてその数値目標を達成するのか、この「HOW TO」が計画と呼ばれるべきです。

国が重要な施策として位置づけ、多くの関係者が長期入院患者の地域生活移行の促進を願っているにもかかわらず、遅々として進まない大きな原因の一つに『計画作り』にあるのではないかと、私たちは考えこの事業に取り組みました。

さて、「HOW TO」の第1歩として、長期入院患者の地域生活移行計画は、事業の目的（誰のために何を目指すのか）と目標（どのような状態をどのようにして段階的に作るのか）を共有した人たち（チーム）が作ることから始まります。次の段階が現状把握（アセスメント）です。精神保健福祉資料（通称；630調査）や社会資源の状況などを理解した上で計画作りに着手します。

計画作りを構成する要素は、①目標達成に必要な費用や社会資源並びに具体的な仕事の内容、②仕事を果たすために必要な知識や経験並びにパーソナリティなどの人材、③前記の仕事や人を動かすための共有した約束ごと並びに仕組みです。そして最も重要なのは、④チームとして機能するために必要な使命と、それを果たすためにふさわしいチーム内の人間関係並びに風土の醸成です。

このチーム作りのアドバイザーとして、相談支援事業にあります特別アドバイザーの仕組みが活用できると仮説を立て、地域移行支援特別アドバイザー養成を試みています。このアドバイザー養成の試みは数年単位で取り組み、検証する必要があると考えています。

ところで、この報告書では、「入院患者が生活者となり、生活の支え手としての精神科医療の役割を修整し、新たな地域生活の支え手を作り出し、精神障害者を受け入れる町作りに向けた支え合いを紡ぐプロセスである」ことを、基本的な考え方として定義しました。決して、「地域移行は入院患者の生活拠点を変更すること」ではありません。

この基本的な考え方の下での精神障害者の地域移行計画は、制度や施策を熟知した行政担当者、精神医療や地域実情（資源やその関係、歴史、風土、非公式な関係など）を把握している医療、保健並びに福祉関係者の共同作業で作られるのが望ましいでしょう。

この実現のため、この報告書と合わせて作成したテキストには、地域移行計画担当者が持つておくべき重要な知識、達成目標の年次計画（ロードマップ）や作業工程表（ガントチャート）の作り方など、いわゆるキモやコツを盛り込みました。各都道府県や政令指定市で活用していただきたいと切に願っております。

最後になりましたが、この度の試行的な研修にご参加くださった多くの自治体で私どもの提案を受け、計画に活用して下さろうとしていると聞きました。この種が各地で花開き実を結びますことを願い、ご協力下さいました全ての方々に深くお礼申し上げます。

ガイドラインの活用方法

本書は、精神障害者地域移行・地域定着支援のための計画づくりのツールとしてご活用いただき、官民協同のチーム編成を組み、地域移行・地域定着支援の推進を図るガイドラインとして作成いたしました。

第1部	<p>第1章 精神障害者の社会的入院解消策としての退院支援事業と地域移行・地域定着支援事業の論点整理として、精神障害者が現在置かれている状況の背景や取り組む際の理念を、門屋充郎氏の講演録を元に編集。</p> <p>第2章 相談支援事業に係る特別アドバイザーとして、都道府県自立支援協議会の中で、地域移行推進及び地域生活移行計画に携わった実践報告を元にテキストとして編集。</p>
第2部	<p>第1章 地域移行推進協議会企画委員会を組織し、官民協同で実際にどのように運営するか、何を議論すべきかを、本研究会の委員等地域移行支援人材育成研修に関わった講師が協議し講演録等を元に編集。</p> <p>第2章 地域移行支援に係る実践者の人材育成のポイントと研修方法を、研修会講演録を元に本研究会の委員等で編集。</p>
第3部	<p>第1章 民間精神科病棟 100 床病床削減命題を基軸に、病院の中での退院に向けたプロジェクトを開始すると同時に、会津若松市及び地域の社会支援と協同で地域移行支援の仕組みを作り上げた事例</p> <p>第2章 権利精神科病院の新築建て替えを機に地域移行推進員を引き受けた民間事業所が、地域定着を図るために訪問による生活訓練事業を取り入れ、その成果から山形版ACTに繋がった事例</p> <p>第3章 県の精神保健センターでACTを立ち上げ、その後民間でACTを立ち上げ官民共同で訪問による支援を展開している事例</p> <p>第4章 地域移行に取り組んでいる各地の取り組み原稿を掲載</p>

このテキスト活用方法は、都道府県の実態に合わせてご活用願えれば幸いです。以下のような研究会や情報提供でご活用いただければ幸いです。

1. 都道府県地域移行推進協議会企画委員会での活用
2. 地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員の研修テキストとして
3. 相談支援専門員研修の精神障害者地域移行・地域定着支援研修会のテキストとして
4. 地域自立支援協議会地域移行支援部会や、生活支援部会等精神障害者支援に係る職員研修テキストとして
5. 精神科病院の看護計画作成研修会等のテキストとして
6. 当事者・家族への情報提供として

各章を用途に合わせて使っていただくための目安です。

	第1部		第2部		第3部			
	第1章	第2章	第1章	第2章	第1章	第2章	第3章	第4章
都道府県地域移行 推進協議会企画委員会	○	○	○	○				
相談支援専門員ベテラン	○	○	○	○				
相談支援専門員初任者	○	○			○	○	○	○
地域体制整備 コーディネーター	○	○		○	○	○	○	○
地域移行推進員	○				○	○	○	○
医療関係者	○			○	○	○	○	○
福祉サービス提供事業者	○			○	○	○	○	○
当事者・家族	○			○	○	○	○	○

※参考資料等は適宜お使いください。

コラム

“Back to the community” 今昔物語①

大正大学 野田文隆

新しくて古い「地域移行」

まず、患者に正しい治療を与える意味で施設に入れることが善であった時代があり、それはクロルプロマジンが発見された 1950 年代から大きく変わる。

症状がコントロールできるなら地域で暮らせるという考えのもと、世界では怒涛のように地域移行が始まる。

70 年代、日本にもその波は押し寄せてきたのであるが、施策の壁、民間主体の病院の壁、医療者の意識の壁がブロックした。

でも、昭和大学烏山病院や同和会千葉病院など、随所に試みはなされた。それは今の「地域移行」の枠組みと違い、病院の内からの運動であった。

1980 年代の終わりから 10 年に渡って、東京武蔵野病院で試みられた「東京武蔵野病院精神科リハビリテーションサービス (MPRS)」もそのひとつである。その間、60 床ほどの病棟から 300 名を超える長期在院者たちが地域に還った。もう 10 余年も前の昔話であるが、言葉は脱施設化から地域移行に変われ、精神は変わらない。

MPRS を動かして感じたことを少し綴ってみたい。

(参考文献、野田文隆、蜂矢英彦編「誰にでもできる精神科リハビリテーション」〔星和書店、1995〕、野田文隆、寺田久子「精神科リハビリテーションケースブック」〔医学書院、2003〕)

第1部 「町で暮らすための仕組みを作ろう」を始める前に

第1章 精神障害者の社会的入院解消策としての退院支援事業と 地域移行・地域定着支援事業の論点整理

日本相談支援専門員協会理事長 門屋充郎

<p>日本の精神医療・保健・福祉</p> <p>国家政策は明治以来「社会防衛」を基本としてきた その政策を果たす大きな役割を精神医療が引き受け続けてきた それが間違っていたと気づいたときには 経済原則に縛られた精神医療が展開されていた 日本の精神医療の歴史は治療に加えて 生活・福祉的援助の役割も拡大してきた</p> <p>その結果は 不幸な生活＝人生を送らざるを得ない 本人と家族が一千万人を越えています 先進諸国の中で20～30年以上も遅れてしまいました 精神医療は結果的に質の低下も招いています 社会には精神病・精神医療に対する根強い偏見をつくりました</p> <p>この豊かな社会の大きな人権侵害、いつまで続けていくのか。 少なくとも関わりを持った私たちには 彼らの人生を取り戻す生活支援を全力で行う責任がある。</p>
--

I. はじめに

精神障害者の地域移行とはおかしな言葉ですね。もともとは精神病に罹り、入院治療の必要性があつて入院した。

【図表 1-1-1】

本来、医療が責任を持ってやるべきことであり、入院ということがあつてすれば、それは退院をいつにするかということを考える医療計画や、治療計画が当然あつてしかるべきことです。医療の守備範囲であり、医療業務です。どんな精神科医もそういうことを考えているはずであります。

なのに、何故、「精神障害者退院促進事業」、「精神障害者地域移行支援事業」を、官民協同でやらなければならないのか。

そこになぜか別な力が働いていく。その結果として、歴史的な社会的入院という言葉で呼ばれる人たちが増えたということになるわけです。

ここをもう一度きちんと考えておかねばなりません。

- ① なぜこの事業をやらないのか
- ② 本来だれがやるべきことなのか

<p>まず、考えてみましょう</p> <ul style="list-style-type: none">■ 何故、この事業をやらなければならないのか■ 本来、誰がやるべきことなのか■ この事業を歴史的に位置づけるには■ わが国の精神医療・精神保健・精神障害者福祉を改めて考えてみよう
<p>この事業は</p> <ul style="list-style-type: none">■ 社会的入院者が問題化したこと■ 精神医療の質が低下し続けていること■ 国際的孤立が深まっていること(外圧)■ 費用対効果について関心が向けられてきたこと■ 人権意識が高まってきたこと

これは、精神科医療がその機能を果たせなくなってきた、地域の皆さんの力を借りざるを得ないという現実に出会ったときに、国が政策として「退院促進支援事業」というようなものを打ち出さなければいけなかったと言うことです。

同じようなことが他の国でもあります。我が国と他の国の大きな違いは、目標を明らかに定めてそれに向かって地域の力をつけていくという方法が、他の国にはあることです。

例えば、アメリカでは、1963(昭和 38)年のケネディ大統領の年頭教書で「精神科病院の解体と知的障害者の施設の縮小」を宣言しました。脱施設化宣言(ケネディ白書¹)と呼ばれています。精神科病院を解体後は、地域に精神保健センターを配置する政策をとりました。その当時ベトナム戦争に泥沼化の傾向が出始め、財源を地域に振り分けることが出来なくなりました。そのために、一時は行き場を失った精神障害者のホームレス化が浮上するなど、課題も浮彫にはなりました。しかし、大目標を掲げて地域の活動に大きくシフトしてきたことは、その後精神障害者地域生活支援の発展の基礎になり、ケアマネジメントの理論は、専門家や地域の資源と精神障害者の夢や希望、強みの発見をマネジメントするために、そうした背景で生まれてきたのです。

大きな目標を掲げて進めるアメリカの政策と、大目標を掲げずに始めた日本との違い。問題は非常に大きいですね。

我が国では、障害者自立支援法が 2006(平成 18)年に施行されたことに伴い、知的障害、身体障害の領域において脱施設化そして「地域移行」を 2011(平成 23)年度までには新体系に移行するという政策を義務付けたのです。精神障害者を含めた障害者施策の一元化(三障害一元化と言う)をしていますから、同時に精神障害者の地域生活移行・定着支援も同じ枠組みで制度化されました。

障害者自立支援法制定以前の精神障害者施策は、精神医療・精神保健の領域のものでした。本来、福祉施策とあわせて実施しなくてはならない施策ですが、肝心の精神医療・精神保健の領域では、具体的な方向性が打ち出されていません。単に「今後 10 年間に精神病床を 72,000 床減らし、退院促進を進め、その後は医療の分野と連携しながら、地域の方で受け入れ、地域もそれに応援をして生活の場を作る。」というビジョンは打ち出したに過ぎません。

「何時までに、誰が、何を、どのように、どこで、どれくらい」という具体的なビジョンとそれに伴う財源は手当てされず、この事業がいかに不十分な政策の下に行われている事業かということがわかります。

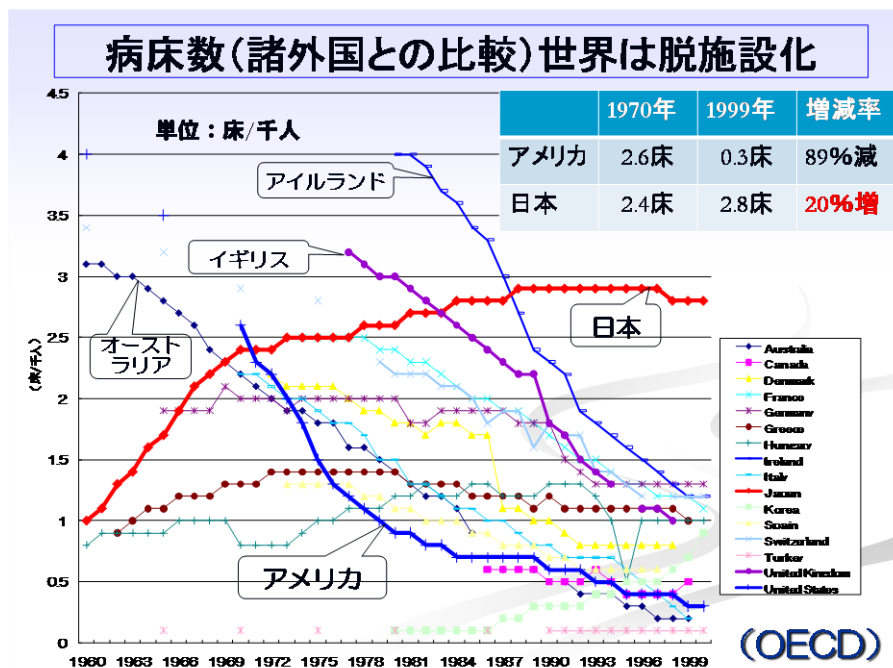
¹ 「精神病及び精神薄弱に関する大統領教書」(Special Message to the Congress on Mental Illness and Mental Retardation、ケネディ教書)精神医療における脱入院化が掲げられる詳細については、『アメリカにおける脱入院化—ケネディ白書以前とその後』三野宏治を参照
<http://www.arsvi.com/2000/0906mk.htm>

II. わが国の精神医療・精神保健がやってきたこと

この施策を精神科病院が中心で行っているのは日本だけです。下記の図を見てください、例えばアメリカと日本の人口千人当たりの精神病床を比較してみると、アメリカは、1970(昭和 45)年に 2.6 床だったのが、1999(平成 11)年には 0.3 床と約 11%(10 分の 1 強)に減っています。

一方日本は、1970(昭和 45)年に 2.4 床だったのが、1999(平成 11)年には、逆に 2.8 床と約 20% 増えています。その他の国を見ても、1970 年代後半から、病床数が大幅に減少しています。我が国は世界の潮流に逆行して、病床数を増加させてきました。病気の発生率は、国によって大きく異なるわけではありません。外国は精神医療施策として、病院以外の施策で対応しているということです。

【図表 1-1-2】



【図表 1-1-3】

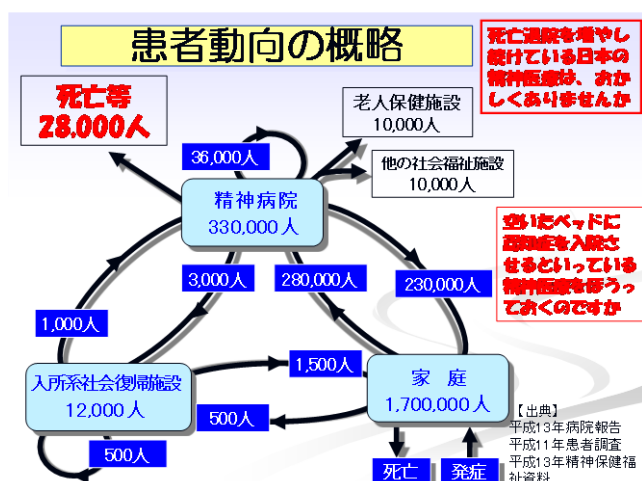
右の図は、国の検討会²で出された資料です。精神科病院入院患者の動向で、少し古い数字ですが、1 年間に 28,000 人死んでいます。

この数字の意味がわかりますか？この数字を見たとき、私は確信を持ちました。何にしろなくても 3 年たてば、8 万 4 千人死ぬのです。

こういうことは医療に携わる人はみんなわかっています。

早く対策を打ち、実行に移さなければ、

「歴史的な社会的入院患者」は病院の中で死を待つしかないのです。この調査資料が生かされないことになります。



² 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

【図表 1-1-4】

右図は、「何故この状況があるのか」を考え、まとめたものです。

政策の基本を脱施設化に置いていないために、精神病床数をそのままにしておけば、退院者が増えると経営は成り立たなくなる。それでは困る。それで、人の一生を精神科病院の中で暮らし続けさせるのでは、これはやはり不幸です。

日本では障害があると 普通の権利が侵害されても仕方ないと？

- 障害者は、あたりまえの権利が制限されることはあたりまえ、我慢するべきと考える文化がある
- 権利侵害の基準がゆるやかなために侵害されていてもあきらめてしまっている
- 家族扶養を当然と考える社会であるために、社会扶養が必要だという社会的合意が取れにくい
- 個人より社会を守る思想が許されてきた
- 障害は時としてスティグマ(烙印)を押され、人である前に障害者として生きることを強要されている
- 社会から排除されることもやむをえないと
- 日本には合理的配慮なる考えがないのか？

【図表 1-1-5】

しかし、長期的に入院させられていることによってインスティテューショナルリズム(施設神経症)に陥ってしまいます。つまり、社会性がはく奪されたことにより、決められた日課を毎日繰り返す特殊な生活技術しか持たなくなり、病院や施設の外では暮らせなくなってしまう。そのために一層退院ができなくなってしまうがちです。

今までの政策は 権利が侵害されるようになっていた

- 法による権利剥奪の歴史
- 精神障害の場合、医療(治療)に加えて保護(拘禁)を医療の役割とし、生活までも医療に任せってきた
- 障害者は沢山の(絶対・相対)欠格条項が長く存在し社会的差別を当然としてきた
- 保護者制度の問題
- 措置制度と強制入院など
- 国際的に非難され続けていながら「拷問等禁止委員会」結論及び勧告 2007.5. 日本精神科病院の拘禁制度について司法の介入を求めている

【図表 1-1-6】

このことは知的障害者の施設でも起こっています。

これらが人権侵害であることの認識が、我が国の行政・政治家・精神医療・保健・福祉関係者にあったでしょうか。

日本の精神医療はおかしい 医療だけでなく保護の役割も

- 治療契約のこと 加害者被害者関係が続きやすい
- 病名を知らず 治療の説明、病気の見通しの説明もない
- 薬のこと 多剤大量投与の弊害 薬に修飾された姿
- 作業療法は使役・暇つぶし 長期入院を強化している
- デイケアは質は低く 期限がなく 専門性はなく 生活維持型は廃止すべし 心理社会的リハビリとして期限と評価
- 精神科特例を続ける政策は質を低下させた
- 社会的入院は人権侵害
- 保護者制度は家族への負担を 関係悪化にも
- 入院期間は長く 多数の入院者がいるのはおかしい
- 退院促進なんてナンセンス それは医療本来の仕事
- 医療内容にも増して経済原則に縛られてきた

なによりも本人不在の医療とは 医療とはいえないのでは

【図表 1-1-7】

「入院中心から地域へ」という掛け声が進められた施策はことごとく失敗してきたのは、何故なのでしょう。

2004(平成 16)年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」³が打ち出されて以来 7 年目に入りました。

この 7 年間に、しかし、現実はほとんど変わっていません。

「入院中心から地域へ」の政策はことごとく失敗してきた

- 1965年 精神衛生法改正 保健所が 保健婦が しかし
- 1987年 精神保健法 人権擁護と社会復帰(退院促進)が結果的に入院患者を増やしてしまった どうして
- 1995年 精神保健福祉法 まずまず完結路線が強化され、精神医療中心の役割拡大が 社会的入院者の増加 経済に縛られ始めた精神医療は困り込みを始めた 生活支援センターは完結主義に陥りミニデイケア化の間違った機能を中心としてしまった
- 2004年 病床削減政策と退院促進事業が政策課題に
- 2006年 障害者自立支援法によって方向性が縛られ始めたが、.....

地域精神医療・保健は、精神医療中心の地域患者管理システムだった。その基本政策は精神病床の確保のための資金政策、精神科特例、すべて強制入院、一般医療からの排除、経済措置容認、医療法人の社会復帰施設運営などなど。

³ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

退院支援促進事業は、2003(平成 15)年からモデル事業で始まりましたが、その成果は、数字上には表れていません。

【図表 1-1-8】

退院促進支援事業は、根本的に何を目的にしているのかということ再度考えてみようというのが、私の今日のお話です。

私達は、社会的入院によって生じた生活技能障害が重度になった精神障害者であっても、地域に帰っていただき、生活支援技術を提供しながら、地域定着をしようと考えているのです。

インスティテューショナルリズム(施設神経症)や生活技能障害は長期に入院していたことにより起こった 2 次的な病気ですから、長期入院しなければそれは起こらなかったのです。

にもかかわらず、彼らは社会性が無く、生活技能に欠陥があるからと、10 年、20 年、30 年入院させられたのです。そういう人たちはおのずから高齢になっていくので、ますます退院できなくなり、死亡後に退院となるのです。

他の国々ではそういう長期入院者がいないので、その支援は不要になってきています。既に入院による治療を地域生活支援に方針転換をしてから 30 年、40 年もたっていますから。

では新しく発病してきた人はどうなのかというと、今日日本の精神科の病院でも、以前のように何年間も入院する人は極めて少ない。2007(平成 19)年の 630 調査⁴では、3 か月以内に退院する人は 7 割です。

ということは自然と、ベッドは空いてくるはずですが、ところがそこに、別なお客さんを入れるとか、退院させずにあるいは、もう少し長く入院して頂こうと力が働いて、ベッドを維持したままにしているのが現状です。

【図表 1-1-9】

III. 施設中心から地域生活中心へ

さて前段で、気が遠くなるような現実をお話ししました。

でも諦めないでください。これからは変わります。価値観の変化を起こすのです。これからは医療中心でなく、地域で治療を受けながら一人の住民として暮らす生活へ変わるのです。

変えるのです。

今までは地域精神保健を本格的に取り組んでいない

- 地域精神衛生活動は本来の地域精神保健ではなかった施設化を進め 入院中心医療を強化する中では 地域精神保健はありえない(1966年法改正) 財政支援・精神科特例・一般医療からの排除(差別)
- 地域活動も医療中心で行われてきた(精神保健法改正後)
- 脱施設化政策は出されていない
- 地域移行は入院患者+財源+マンパワーなのに、入院患者だけを対象としている

国民の誤解は大きい

(1999年4月15日法改正の国会答弁)

「精神障害者というのは、要するに精神の障害があるわけですから、判断能力が乏しいとかないとかいろいろそういう現象が多いと思うんです」
宮下国務大臣がこれでは国民の理解はかなり問題。いつの間にか誤解が 偏見に。犯罪率も一般国民の1/3以下。凶悪な犯罪傾向もない。みんな作られてきた

変わります 価値観の変化です 施設中心から地域生活中心へ

- 精神障害者を社会防衛の対象としてきた
- 精神障害者支援は家族が行うのが当たり前として家族に責任と扶養を強いてきた
- 社会は労働力を確保するために病院で世話することを求めてきた
国際障害者年から30年です。ノーマライゼーション社会へ
- これからは病院(入院)・医療中心でなく

地域で治療を受けながら普通に暮らせることを生活を中心として医療が提供される体制へ

⁴ 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ「目で見える精神保健医療福祉 4」22 頁
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/medemiru4-1.pdf>

我々は地域にある社会資源を使って生活を営んでいます。精神障害を持ちながらもその人らしく過ごせるように、本人の力を引き出し、社会資源を本人が自分で利用できるようにソーシャルワークで統合するのです。

具体的には、三つの「生き場」「行き場」「活き場」づくりにあたり、ご本人が社会資源を統合できる生活技能を持てるように専門家として支援します。

それを十勝地方で実践してきましたが、その前に、地域移行には3つの移行が必要です。

- ① 入院者の退院と地域移行
- ② 財源の地域移行
- ③ 医療関係者の地域移行

ご本人の地域移行については、お話ししました。

次に、②の財源移行についてお話しします。障害者自立支援法で、精神障害者も他の障害者と同じ福祉サービスのテーブルに載りました。裁量的経費の補助金ではなく、国の義務的経費である、自立支援法で処遇できるようになりましたから、私はすごく喜んでいました。

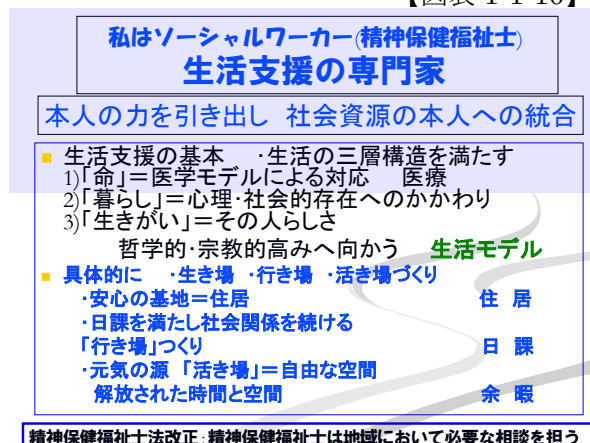
喜んでいますが、考えてみてください。

右図は精神保健医療福祉の財源配分⁵です。私はもう、怒っちゃいますね。医療費が97%で、保健福祉は3%です。この3%で地域全部まかなわなければならない。これは圧倒的におかしい、圧倒的に不平等な現象が起こっています。

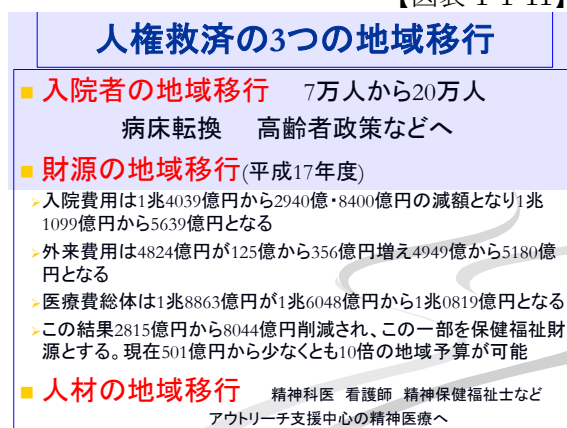
1兆8,863億円と言う医療に係るお金と、今皆さんの使っているかもしれない地域でのすべての保健福祉のお金は501億円でしかありません。わかりますか？この図が表わしていること。これはおかしいじゃないでしょうか。

例えば何十人退院したら、何万人退院したら、いくらの医療費が浮いて、そのうち地域移行に10倍ぐらいのお金を使えるようにしても、まだ国はお金が余るという試算を今回どこかに入れているかもしれません。

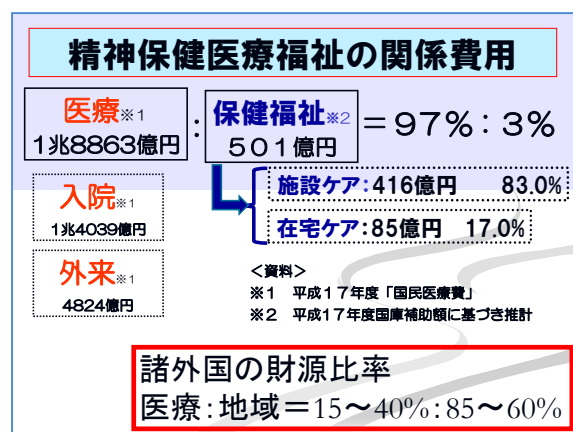
【図表 1-1-10】



【図表 1-1-11】



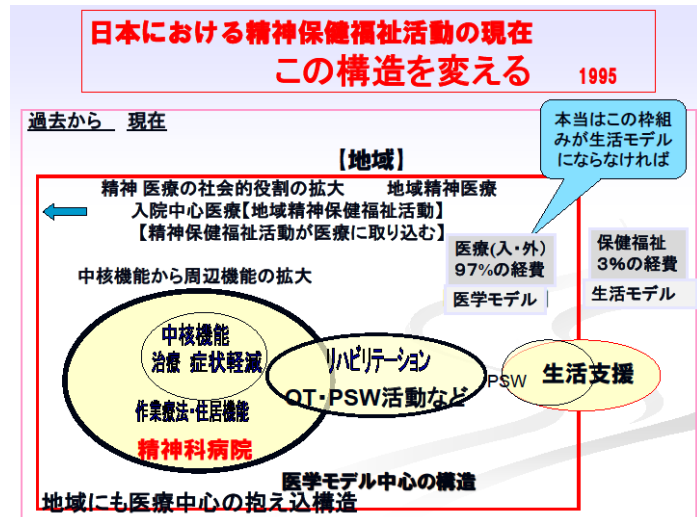
【図表 1-1-12】



⁵今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(第1回)資料3：23、24頁
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7c.pdf>
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7c.pdf>

【図表 1-1-13】

次に③の医療関係者の地域移行です。右図にあるように、現在は精神科病院のマンパワーの地域移行を起こさなければいけない。病床削減と地域移行を同時に進めていくときに、今度は医療で食べている人たち、医師、看護師や、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士等の専門職が困るわけです。日本における精神保健福祉活動の構造を変えることが重要なのです。



要するに、本人・財源・働いている人の三つの地域移行です。これがきちんと行われなければならないのですが、国全体の方針がはっきりしていないために、職種ごとであったり、医療と福祉が分断されていたりと、部分部分でやっていて、具体的なロードマップが示されていないのです。

これに気がついて、組織としても考え方をえようとのこの10年間の間に少し変わってきているのが、作業療法士です。彼らが作業療法5ヵ年戦略「地域生活移行支援の推進～作業療法5・5計画～」⁶というもの、つまり、5割の人は地域に出よう、5割の人は精神科病院の中で活動しようと、組織の運動として挙げたのは、このものの考え方に気がついたからです。

私は精神保健福祉士協会をつくったり、会長をやらせていただいたりしましたが、残念ながら精神保健福祉士協会はそういう方針を出していない。私はものすごい責任を感じています。

【図表 1-1-14】

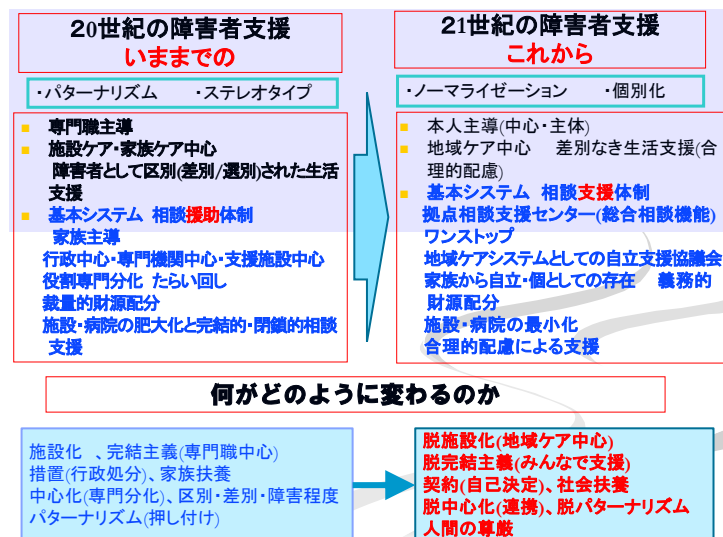
この30数年間目標にしてきたことが、三つあります。

① 脱施設化

病院中心の精神医療・精神保健から地域中心の精神保健に帰る。この政策転換を基本的にする。

② 脱パターナリズム

父権的温情主義⁷というパターナリズムが正しいのかどうか。温情主義という言葉におぼれてずっと来たのではないか。依存をおこす、これから脱する必要がある。



⁶ (社)日本作業療法士協会ホームページ：「作業療法士5ヵ年戦略」

<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/12/5year-strategy2.pdf>

⁷ パターナリズム (paternalism) とは、強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益になるようにと、本人の意志に反して行動に介入・干渉することをいう。日本語では「父権主義」「温情主義」などと訳される。

③ 脱完結主義

精神病になったとしても、治療を続けながら自分で生活出来る人までも、「病気が完全に治ってから」と完璧さを社会全体が精神医療にお願いし続けた。これからは、「病気が完全に治ってから」ではなく、「病気と付き合いながら」、地域で暮らしていくということは、精神病も他の病気と同じことです。加えて支援が完結的となり連携せずにいるために限られた生活を強いられる。医療完結に象徴される支援から解放されなければなりません。

今までの保健所が中心になってやっていたやり方は、医療の立場で関わっている部分がとても大きかった。今までの障害福祉も日本の社会全体もそうですが、分業化された中で専門性を高めてきた。しかし何年か前から、それでは、いろいろなサービスを統合できない、だから、ネットワーク・連携という言葉が如何に多くなったか。

しかしその方法を私たちは現実にはちゃんと身につけているか、或いは理論的な武装をしているのか、これを問われます。ストレングスタイプのケアマネジメントをきちんと学ぶべきです。

その問題は、精神障害は2002(平成14)年まで保健所の仕事と言われてきたことです。私はそのことに対してとても腹立たしく思っていました。保健所がどの町にもあるならばそれは許されるけれども、都道府県が担うべき行政だけにしか担当がないなんて、こんなやり方は許せない。住民扱いされていないということなのです。

精神障害は、2002(平成14)年に居宅三事業⁸が、2006(平成18)年から福祉サービス事業全部が市町村の担当となりました。

現在内閣府障害者制度改革推進会議では、難病の方々も福祉の対象にしようと検討を重ねています。まさにこれから難病対策も同じようなことが起こるわけです。

【図表 1-1-15】

今までとこれからの違いを内容ごとに検討すると右図のようになると思います。

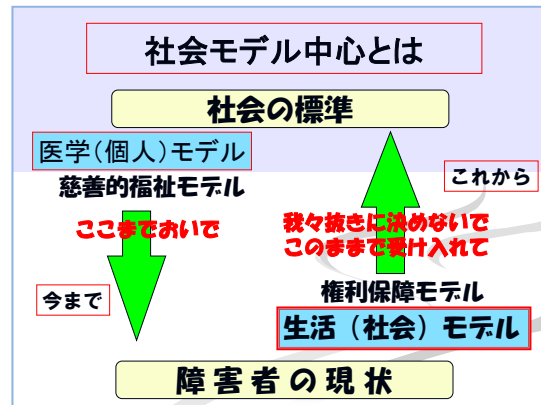
安心や安全は確かに保護されている状態からすれば、不安定になるかもしれません。しかし自由度は高く、本人が現実と向き合いながら成長していく機会もあり、権利も主張することが当然でき、支援されながらの自立と言う新しい考え方が当たり前になり、世話される・世話するというような関係ではなく対等な関係が生まれてきます。

今までとこれからの 障害者支援の違い		安 心	安 全	自 由	成 長	権 利	自 立	責 任
いままで 家族・専門職主導		○	○	△	×	△	△	×
これから 本人主導		△	△	○	○	○	○	○

⁸1999(平成11)年の精神保健福祉法の一部改正により、従来から都道府県・指定都市において実施している精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)に加えて、精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)及び精神障害者短期入所事業(ショートステイ)が、精神障害者居宅生活支援事業として、2002(平成14)年4月1日から住民に最も身近な行政機関である市町村において一体的に実施された。障害者自立支援法の施行により精神保健福祉法第50条2の精神障害者社会復帰施設は廃止され、2006年10月1日から居宅三事業を含め障がい者福祉サービスに一元化された。

【図表 1-1-16】

私達が病気になったときに医療を利用するように、精神病の人も身体障害の人も難病の人もその病気の部分について医療モデルを活用するのは当然のことです。土台の部分は社会モデル、個々人の個別化ということになります。もう一点は、今まで障害を支えてきたモデルは医療モデル、個人モデルと言われてきた。個人の障害の機能障害に焦点をあてて、そこをなんとかすることによって、社会に適応する力をつけよう、医療関係職種、ソーシャルワークも実はそういう考え方に基づいて、障害福祉全体の見本は個人モデルで流れてきました。



今内閣府に設けられた、改革推進会議は最初にこの議論をしています。医療モデルから社会モデルへの政策転換をすると。ここを皆さんは共通して認識してほしい。社会モデルとは何か。どういう関わり合い方が社会モデルの関わり合い方なのか。

ここがわからないと、退院促進や地域移行は難しい。退院させればいいのではない。

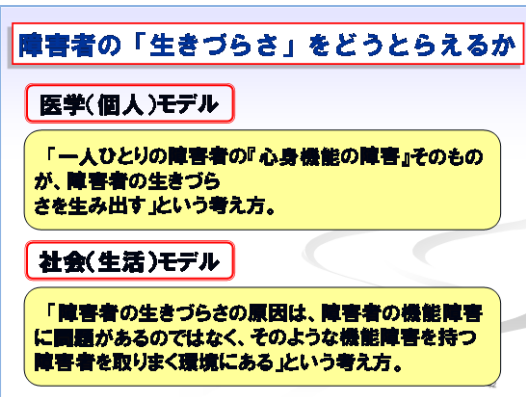
退院まではそんなに難しい話ではない。退院後その人が再発をしないでどうやって生き続けられるか。我が国はやっと定着という事業を組み始めました。

【図表 1-1-17】

こういう定着の事について考えるということになると、それは医療モデルではない。

今までは医療モデルでやってきました。保健所が中心になり、社会復帰活動を展開する。でもそれは医療モデルを否定するものではありませんが、医療モデルを包括するところの社会モデルのものの考え方がこれからは中心になります。

このことが分らないと、地域移行生活支援はおかしくなってしまいます。



退院促進や地域移行で、近い将来、脱施設化して地域をベースにした障害者支援と言うことが起こった時に、そこで社会モデルに基づいて連携するためのその一つの方法論はマネジメントです。ケースマネジメントはその為に生まれました。

アメリカで生まれた経過はそういうことです。精神障害の人が脱施設化宣言によって、放り出されて、不幸なホームレスや様々な社会問題化した中で生まれてきたのがケースマネジメントです。

それは一人の人が、機関が、完結的に担当することにより生まれる弊害を最小化するために生み出され、財政管理、費用対効果も果たすことになったわけです。生活は多様・多面的であるのでいろいろな人や場所によって支援されなければならないのです。

この方法論は世界中で当たり前になってきているわけですから、これをきちんと学び直す。自己完結してはいけない、機関・行政の一施設が完結してはいけないということを準備する段階が今です。

【図表 1-1-18】

要するに、地域移行のこの事業は、今まさに脱施設化の未来に向けたセルフトレーニングのために活用すべしと考えています。そのことだけ分かって頂ければ私の講義はおしまいにしてもいいくらいです。

いずれにしても、私はソーシャルワーカーです、このことに大変なこだわりを持っています。ソーシャルですから社会的な立場で人間を見るということができないソーシャルワーカーは私から言わせればソーシャルワーカーとは言い難い。

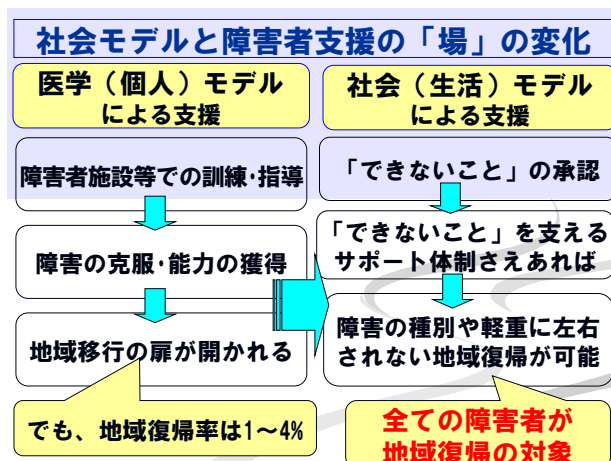
今私が担当しているのは相談支援と障害程度区分を決めるところです。

障害程度区分のようなあるスケールを使って人間をはかる、この人にはこういう上限を決めてサービスを提供するというやり方です。国は財政的な事がありますから、どうしてもそういうスケールが必要になって来ます。支給決定の目安は必要ですが、個別にその人に会った生活の状況を提供することが我々の仕事です。そこは社会モデルできちんと対応しなければいけない。こここのところを変えることがこれからの生活支援の基本であり、地域生活支援の専門家としての課題です。

これから地域に帰った時、社会モデルだけの考え方で、個々人に出会って頂きたい。現場でついつい今までの医療モデルになっているということに出会うことがあります。なかなか根の深いものですので繰り返し言っているのです。

障害者の生きづらさと言うのは、一人ひとりの心身機能そのものが障害者の生きづらさを生み出す、これを止めよう、人環境も含めた環境調整ということが重要なのです。

これは当たり前の考え方です。あなたは病気になったから生きづらくなっている、暮しづらくなっている、人との人間関係がうまくいかないでいる、と考えがちですが、それは今のままの状態でもいいじゃないですか。



IV. 私の取り組み 十勝(帯広)では

私の取り組み 十勝(帯広)では 地域生活支援を柱として

- 精神医療はより医療らしく、治療水準の向上を、入院と同時に退院を考える精神医療へ。
- 社会の求める保護機能を縮小し、入院機能を縮小し、脱施設化へ。
- 地域で重症の精神病者を在宅医療(ACTなど)で支える地域医療の拡大を。

リカバリーの理念を生活支援と医療が共有する。

- これからの精神障害者支援は生活支援が医療を包括した地域実践として拡大される。
- 生活支援は、たとえ制度・資源がなくても、地域に人的資源さえあれば、
- 普通の生活資源を普通に使えば私たちと同じあたりまえの市民生活は可能である。

障害者専用の生活資源が必要なのではない。**私たちが使っている生活資源と良質な精神医療があれば再発を予防しながら暮らし続けることは可能である。**

もう家族扶養に頼らずに、多様な社会扶養のシステムを用意する必要がある。

【図表 1-1-19】

私は 20 代の終わりに、精神科病院改革をするという大決心をして東京都にある国立病院をやめて、北海道の帯広市へ帰りました。

精神科病院は悪い、とこんな考え方で働いているわけですから、自分に唾するようなものです。

精神科病院改革しようとしたら、私は自分の首を絞めているわけです。

なぜかと言うと患者さんが減るわけですから、収入が減るわけです。

病院からすべては始まった ひとりひとりの暮らしを作り続けることを

- 地域ケアを本格的に 本人不在の支援はおかしい 本人のできることを病気によって免除するのはおかしい
- 病院は生活の場ではない 社会へ役割返上
- 退院できるのに家族が受け入れられないから入院しているのはおかしい 地域に生活を構築するためにPSWがいる
- 入院中にどうして服薬自己管理がない
- 病院環境の改善 閉鎖病棟がいまだにたくさん
- 関係性の変化 信頼関係が基本 本人中心
- 医療専門職の退院基準の修正を 治療だけの役割へ
- 偏見との戦い 権利意識 ひっそりとゲリラ 医療が偏見を
- 実証しなければわかってもらえない
- 医療とは仲良く 自分たちのできることをこつこつと続けること

【図表 1-1-20】

その時に私はいくつかの柱を立て、その立てた柱をやらせて頂ける小さな病院、150 人くらいしか患者さんが居ない所に勤めました。

そこで私はいろんなことをやらせて頂きました。

右図は、その時の決意と私が続けてきた当面の原則です。

この原則を元に、精神科の病院で 23~4 年働いていました。

1974年の決意 私が続けてきた基本原則

精神医療・現場の人の常識がおかしいぞ

私の掲げた続けた当面の原則

- 生活モデルを基本とした地域ケアの原則
- CureとCareの分担の原則
- 特殊化から一般化の原則
- 集団・画一化から個別化の原則
- 社会資源は全て公的の原則
- オープンシステムの原則

精神障害者の社会的復権／1982年 活動の柱とする

【図表 1-1-21】

この元になったのは、右図にまとめた患者さんたちの訴えです。

30代のころに私と一緒にやっていた病院長の友達が時々来て、「門屋お前、何考えているんだ、お前の院長がどれだけ苦しんでいるか分かっているか。おまえは退院させる、退院させると言って退院させているけれども、ベッド空いてきて、職員をどうやって食わせていくんだ。」この説教は本当によくやられました。

それはそうです、当たり前です。私も法人の理事でしたから、経営はよくわかっているつもりでした。しかし私と一緒にやっていた院長は私のやることに一切口出しをしなかった。「この人の治療は私にはこれ以上できないから、退院についてはお前が考えてくれていい。退院できるように用意さえしてくれれば、後のことは報告してくれればいい」と。

もう一つは家族の壁です。それはそうですね、入院するときはあんなに苦労したのに、退院してくるのは困りますと言って、その話をすると面会に来なくなる。

これは当たり前です。家族の所に返すということはいったいどうなのだろうと考えてしまう。

にもかかわらず本人は退院したいと言うから、もう大人なので、支え方さえあれば、なにも家族のもとへかえる必要もない。私は家族会の運動に、事務局を置いたりするお手伝いはしましたが、こちらから家族会を作るとか、お願いするとか言うことはやってはいけないことと考えていました。

これも大きな問題です。どういうことかと言うと、障害の問題は家族に扶養してもらうか、施設で預かるか、ものじゃないのにそういう言葉を使いたくないのですが、こういう構図が今までの、日本の社会の一つのあり方です。精神科の患者さんもそういう意味では同じように、入院とすることを増やしてきたのです。あなたの家族なんだから、地域で支える資源を作るのも当たり前でしょと、専門家も思っていたかもしれない。

作業所運動を起こしたのは家族です。あれもおかしい。

あれは、行政や専門職がやるべきことを放棄して、あなたの家族でしょと言っているそのものの態度がおかしい。そういう形で家族に負担をかけ続けることが、当たり前な社会だったと私は思います。他の障害も私はそうだと思っています。

社会の扶養と言うことを一般の社会人は、国民は、その社会扶養を活用しながら生きています。にもかかわらず、障害や病気を持った人についての社会的扶養は長いこと考えないで来た。家族次第です。こういうやり方は見直すべきだと思います。家族にはいろんな事情がある、家族が引き受けるならばそれはそれで一つの方法、でも強要をしてはいけないうし、社会生活をあきらめて

私は病院で訴えられ そして

- 退院したい
- こんな病気になって、悔しい・辛い……
- 周りから差別され、孤立してしまった
- 自分の人生は終わりだ……
- 希望も望みもない どうせ『病気』になったのだから
- 退院しているのに、いつまでも精神障害者として見られ続けている
- いつまでも半人前としてしか見られない などなど

そして世間では

世間には誤解を常識とした偏見が、会ったこともないのに精神病者を危険、怖い……と。日本社会の文化となった……と

【図表 1-1-22】

私は家族からも

- どうしていいか困り果てています
- 一緒に暮らしていけません
- どうにかしてください 迎えに来てください
- やっぱりだめなんです
- 離婚します やっていきません
- ずーと 面倒見てくれないのですか
- 退院ですって とんでもない 困ります
- 責任とってくださいか

はいけない。

このように実際やって来ました。普通はそれでは上手くいかないのですね、医者が退院は無理でしょうと言えば、その一言で終わってしまう。

【図表 1-1-23】

十勝(帯広)で私が具体的やってきたことは、三つの「生き場」「行き場」「活き場」づくりです。

専門家として、ご本人が社会資源を使えるように、それらが統合できる生活支援技術を提供するので、本人の選択をまず真っ先に考えて、ここにいき場づくりというものの考え方の根本があります。

三つの『いき場』づくり 私のやってきた地域生活支援の柱
■ 生き場 住居＝安心の基地 多様な住居の提供と経済基盤
■ 行き場 その人その人の日課 社会参加 社会関係 成長機会
■ 活き場 自由・解放された時間と空間 元気の源 究極の個別化
(希望し必要とした人のために資源開発をつづけてきた)

【図表 1-1-24】

生きる場所を確保するということが重要です。私は作業所を3つ作りましたが、そのうちのひとつには、ひとつのビルの中に作業所と住居を構えましたが、上の階の住居に住む人が下の階の作業所で働くことはできないと、入居時に伝えて利用してもらいます。

職住分離、施設化させないが理念なのです。

生活支援の基本 生き場づくり 住居資源の確保
■ 精神病院(施設)は生活の場(人生の基地)ではない
■ 出身家庭への退院が困難であっても……
■ 家族扶養に頼っているのはおかしい
■ 生活技術が十分でなくても補完する条件を整えれば生活は可能
■ 食事の確保はいろいろ工夫
■ 本人たちが「再入院はしたくない」をかなえるために、服薬などの再発しない工夫を提案し、本人が試行錯誤しながら選択して医療の上手な使い方を生活の支援の基本に
■ 本人の城づくり 病気であっても安心して暮らせるこの基地を作ろうとソーシャルワーカー仲間と始めた

【図表 1-1-25】

こういう理論は、1970年代、80年代にゴッフマンと言う社会学者が既にもう書いています。同じ建物ですべてが完結するような状況に人間がおかれると、その人の適応能力は相当下がるものだという事はもう明らかに言われていることです。それを我々の基本に据えてきたわけです。

もう一つの生き場づくりは、本人たち自身がやはり、自由になり本人らしくなる、なれる時間と空間、それなりの条件を作っていくことだと思います。

生き場づくり	安心の基地
住居資源	必要だから制度がなくても増やしてきた
人が健康な生活を継続するためには、それぞれが安心の基地を持っていることである。基地は活動の源を生み、エネルギーを蓄えて明日の暮らしが続けられる。基地は活動の疲れを癒し、健康を維持する機能を持っている。基地なくして心身ともに健康な生活は確保されない。基地はその人なりに安心できる場でなければ役割を果たせない。基地は栄養と睡眠が保障され、より快適な物理的環境が必要であり自由と解放された時間と空間が必要である。安心はその人のその人らしさを引き出せるもっとも重要な生活要素である。安心は、いつもすべての人が求めているものであるが、もっとも抽象的で、個人差があるために、用意することは困難をとまなう。しかし、個人々に共通する安心の基地として、最低の要件を満たすことは可能でもある。質はともかく最低生活の保障を住居の確保、本人だけの城はまず安心の基地である	
病院は基地にはなれない なってはいけない	

加えて日課、行くところと言うことが非常に重要な要素です。

右図は十勝での行き場づくりをまとめたものです。

行き場と言っても様々です。

一人ひとりの人生の夢や希望、年齢や性別、その地域地域にある社会資源は違います。

私は青年会議所に属したり、市民のマチづくり活動に参加したり、行政の総合計画などに関わりながら、自分自身が地域の中の資源を活用し地域づくりに参画することが、結果的に精神障害者の行き場づくりに繋がりました。

行き場づくり 日課資源

- 生活の基本を体験することから 失敗をしながらも住んでみて 食べる・入浴・洗濯などなど お金・薬の自己管理 仲間づくり・出会いの場を増やす
 - 日中活動の場を 生活リズム・体力・人との出会い・社会との関わり・家族との距離を
 - 複数の作業所づくり
 - 社会復帰施設という通所施設
 - 多様な就労支援 一般就労を基本として 多様な実習・体験就労・ジョブコーチなど
 - ごく普通の軽食喫茶や売店や商店など
- それぞれのところで少しの収入 就労へ 希望を持つ 働いてお金を少しでももらうことが 自立への自覚を促す体験

また、精神病となったという同じ経験を持つ人たちが悩みや病気への対処方法を学び合うなど、仲間作りは欠かせません。

【図表 1-1-27】

アメリカでは、当事者が当事者を支援するということを専門とする一つの職業として、ピアサポートスペシャリストという州が定めた認定資格になり、全米で 20 州余りに広がっています。

わが国でも、私が属する十勝の団体や、千葉の団体など複数の有志が集まり、精神障害者当事者による専門性を生かした地域生活支援の専門家を養成するための仕組みを作る準備を始めました。当事者であり、自分も治療を受けながらであるけれども、職業として、精神病の人の訪問活動を行いながら、再発を予防しながら支援するという方法を生み出すわけです。

生き場づくり

- 仲間づくり
- たまり場づくり
- 希望に向かうことへの支援
- ピア サポート スペシャリストに注目

- 多様なセルフヘルプグループ
- あおぞら会(1968年)
 - つくしの会(1977年)
 - やまぼと会(1980年)
 - 十勝ソーシャルクラブ連合会(1994年 現在NPO)
 - WRAP研究舎 他6グループ

その他 断酒会7グループ AA MAC アラノン 帯広NANA タンポポの会など
市町村のミニデイケア・たまり場・サロンなどなど フットサルクラブなどなど

【図表 1-1-28】

十勝地域が注目されるのは、我々民間の医療・福祉関係者と行政が一緒になって協議会を作り、話し合い、仕組みを作り、退院を支援し、地域生活資源を作り続けた結果が、右図のようにベッドが現実には減ったという地域の一つなのです。

他の地域よりは公立病院の比率が高いですが、病床削減数は民間病院の方が高いのです。これが可能だということです。完結型の診療圏だったので、証明することが出来たのです。

地域ケアが充実すると入院施設は少なくとも 十勝の精神科病床の変化

	病院名	1996年	2007年	削減数
公立	道立緑が丘病院	270	216	54
公立	国立十勝診療所	150	100	50
民間	柏林大病院	127	0	127
民間	帯広厚生病院	106	70	36
民間	帯広協会病院	78	0	78
民間	大江病院	181	154	27
	病床数合計	912	540	372
	公立	420	316	104
	民間	492	224	268

1996年から減少 2007年7月に540床に (来年は510床)
病床利用率80%程度 実質万対13人前後 将来は150床に
ACTチームが2つと主治医・訪問看護などを含めたケアマネ
による地域生活支援システムがある。

入院医療を縮小し地域生活支援を行うと費用対効果が

V. これからの地域精神保健

【図表 1-1-29】

「国連障害者の権利条約」は、2006(平成18)年12月に採択され、我が国は、2007(平成19)年9月28日、国連において障害者権利条約に署名しました。

現在障害者権利条約の批准に向けて、国内法の整備が検討されています。国の政策がなかなか決まらない中で、都道府県が条例という形で実現させようとする動きは少しずつ始まっています。

私がいま力を入れているのは北海道の障害者条例です。これらの施策は、北海道民

に対する我々からのメッセージなのです。目に見える形にすることは非常に重要だと思っています。皆さんの地域でも条例に取り組みることがあってしかるべきです。

参考

北海道障がい者条例 2010.4.1.施行

北海道障害者が暮らしやすい地域づくり推進本部 高橋知事本部長
調査部会部会長 門屋充郎

障がい者条例は千葉県、北海道、岩手県で成立し熊本県でも

■障がいがあっても安心して地域で暮らすことのできる社会づくりを目指し、障がいのある方の権利擁護と暮らしやすい地域づくりを推進するための条例です。

■この条例には、とても幅広いさまざまな取組みが盛り込まれていますが、主なポイントとしては、次の4つがあります。

- ① 障がいのある方が暮らしやすい「地域づくり」を進めます。
14圏域に「地域づくり委員会」を設置。推進員14名 地域づくりコーディネーター22名配置 地域移行コーディネーター6名配置
- ② 地域で生き生きと暮らせるよう、働く障がい者を応援します。
- ③ 障がいのある方の差別や虐待をなくし、権利擁護を進めます。

VI. おわりに

30数年前は制度の財源もなかった十勝地域で、図表 1-1-26 にあるように精神科病床数を半減させました。同時に、退院した人たちの地域生活への三つのいき場作りに取り組みました。

振り返ってみますと、帯広市民として、地域の様々な活動に取り組むと同時に、行政と協同して計画し実行してきたことが、結果として仕組みとして出来上がったのです。

【図表 1-1-30】

右図に十勝での取り組みのポイントとして、精神障害者地域移行・地域定着支援事業の論点をまとめました。

最も重要なのは私たち関わるものが、精神医療の人権侵害を社会的復権の視点を中心に据え、一人でも多く一日でも早く社会的入院者の退院支援と地域移行支援・地域定着を官民共同で取り組み、人材育成を行いながら、救済事業として仕組みを作り、押し進めることです。

自立支援協議会で実効ある仕組みを作り、当事者、相談支援事業所、都道府県、市町村、精神科病院、福祉サービス提供事業所、その他生活に必要な社会資源が協同し、精神障害者の地域移行・地域定着の実現と人材育成を押し進めるために、十勝での活動を参考に、皆様の地域づくりに役立ててくださることを祈念します。

地域移行・地域定着支援事業の論点

- 精神医療の人権侵害を社会的復権の視点から取り組む
- 地域から官民共同体制で救済事業として取り組む(官民で地域体制づくりを行う)
- 事業展開の要として相談支援体制を早急に整備し人材を育成する(相談支援専門員の確保)
- 生活支援体制を整える(障害者資源の活用)
- 当事者スタッフの育成と活用(ピアサポートスペシャリスト)
- 地域精神医療システムの構築
- アウトリーチ精神医療体制の整備

コラム

“Back to the community” 今昔物語②

大正大学 野田文隆

15年入院している春男さんを地域移行するとき

春男さんの様に長期に人を退院させるハードルは、入院しているこの人自身の中にある。MPRSのスタッフは徹底的に家族と話し合った。

家族は、入院させるときは「どうしてこんな悪くなるまで！」と医者に怒られ、退院のときは病院から「はい」と家族に押し付けられてきた長い間に垢のようにこびりついた病院に対する不信感を払拭するよう努めた。

それは今流で言えば病院が地域の関係者と手をつないでACTをやり、退院した春男さんを地域でフォローしていくという約束を家族にしたのである。春男さんの地域生活の心配には多職種の会議を重ねて、一つ一つ問題点をつぶした。家は不動産屋でアパートを見つけたが、不動産屋さんにつつま隠さず「心理教育」をやって仲間にした。

でも、てこずるのは三食昼寝付ですっかり、病院ずれした春男さんの躊躇である。「後生だから退院させないで」と土下座までする。

この難問は今流のピアカウンセリングが効いた。「娑婆は自由だ、飯も好きなとき食べる」「かわいい娘が一杯いる」の一言は医療者のしんき臭い説教より数倍強い。

1年近くかけて無事退院となり、今ではすっかり立派な社会人である。「本人が望まないから」は常に医療者のいい訳。試みなければ山は動かないのである。

第1部 「町で暮らすための仕組みを作ろう」を始める前に

第2章 「地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域生活移行計画」

愛知県障害者相談支援スーパーバイザー
長野県相談支援体制整備推進(諏訪圏域)アドバイザー
長野県社会福祉事業団 GH・CH アドバイザー
山田 優

I. はじめに

私は、「地域移行推進アドバイザー」の提案素材となる相談支援専門員の特別アドバイザーやスーパーバイザーとして、北海道から沖縄まで全国をかけずり回っています。

このテキストで呼称している「地域移行推進アドバイザー」は、現行の制度上はありません。仮称ですが、都道府県相談支援体制の特別アドバイザーの仕組みを活用して、本人が望まないまま、あるいは医療の必要性がほとんどないまま、施設や病院に入所している障害者の地域移行支援の促進を図ることを目的としています。

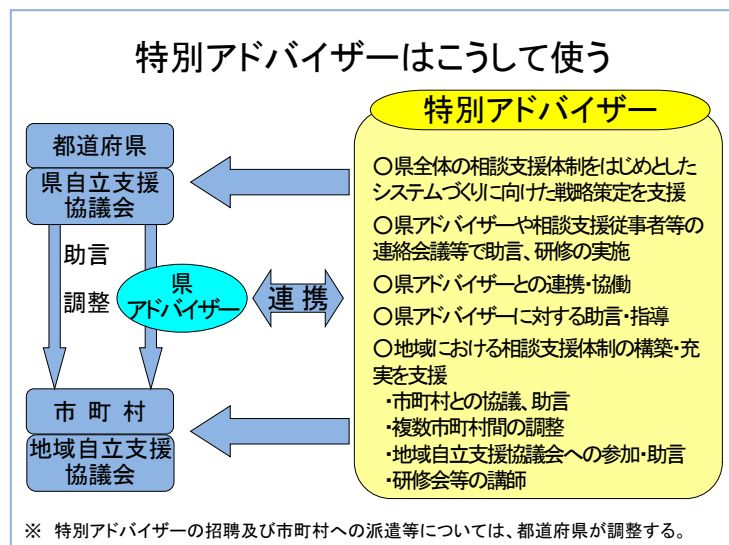
現実には、まだまだ全国的な取り組みとはなっていません。そこで、官民共同の仕組みづくりを組み立てるための「地域移行推進アドバイザー」の配置を提案しようと考えています。

私は、右図にあるように、愛知県自立支援協議会(以下「自立支援協議会」という。)の障害者相談支援特別アドバイザー(スーパーバイザー)として任命され、地域アドバイザーの方たちと連携しながら、地域の悩ましさ(課題)を自立支援協議会の本会議に提言していく仕掛け人の役割をしています。その経験から、地域移行支援の仕組みに活用できないか、どう関連付けていくのかをお話しします。

一方で、長野県では、精神障害者地域移行・地域定着支援事業(以下「地域移行支援」という。)に関わっている、地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員、相談支援専門員コーディネーターの方たちの悩みを受けアドバイスする立場の圏域アドバイザーでもあります。

障害者の地域移行支援は、障害別にではなく取り組んでいくべき、国民的課題でもあるのです。

【図表 1-2-1】



II. 「都道府県相談支援体制整備事業」(地域生活支援事業)における特別アドバイザーはどんな役割を指すの?

地域移行支援に関わる相談支援専門員の話では、「精神科病院閉鎖病棟には、かつて受け皿がないため入所施設から送り込まれた知的障害が治療の必要がないのに入院している人が、相当数ある」というのです。

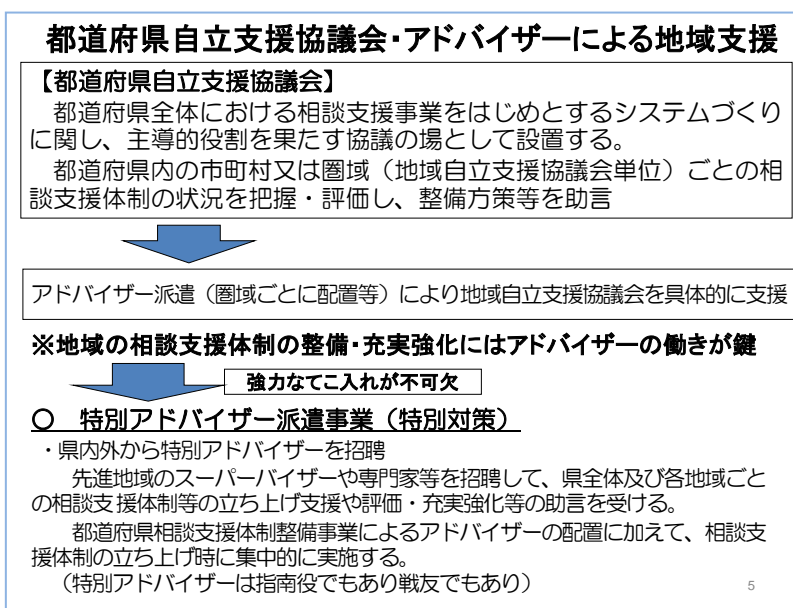
振り返ってみれば、知的障害者の支援をしてきた私達は、精神病の重複障害や行動かする知的障害者を支援できないと称して、精神科病院へお願いをしてしまった、ある意味で落とし前をつけなければならないと思っています。

【図表 1-2-2】

国は、障害者自立支援法制定時に、都道府県に地域生活支援事業で都道府県自立支援協議会を設置し、障害者の地域生活支援課題を解決するため市町村等の地域自立支援協議会を設置し連携することを定めました。

そのままではうまく進まないで、国は、右図のように地域生活支援の一つの切り口として、地域自立支援協議会がうまく立ち上がるよ

うに、組立てて下さいと、特別アドバイザーを配置するための補助金を特別対策事業として打ち出しました。

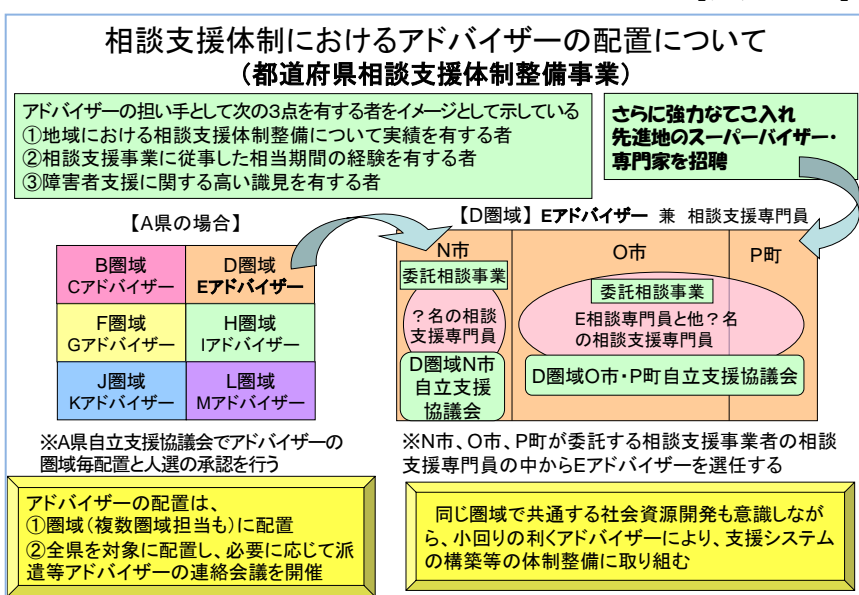


【図表 1-2-3】

その市の担当の方が、地域自立支援協議会と連携して、障害福祉計画に表現されている数字に対して責任を持ち、目標を達成しようとする事で様々な政策につながる仕組みです。

第2期障害福祉計画も、もう2008(平成20)年度で終わりました。次の第3期障害福祉計

画の検討期間は2011(平成23)年度です。来年度です。これは一年前にやらなくてははいけないので、絡むのは来年度しかないわけです。ですから絶好のチャンスです。



アドバイザーは、全都道府県に配置されているのではなく、厚生労働省の2010(平成22)年の資料でも、100%実施ではないと出ていました。そのことを踏まえすと、一方で積極的に私のような人間を特別アドバイザーとして呼び、相談支援体制を強化していく都道府県も相当あります。

【図表 1-2-4】

右図の地域自立支援協議会の活動の充実のところでは、自立支援協議会の設置・運営に関するアドバイザーを派遣する事業を強化していこうということになっています。

その背景は、ガイドブックも出した、様々な手を打ってきたのだけれども、自立支援協議会の機能が不十分ではないというところが根拠になって、この事業を強化推進していこうと、各都道府県で指摘されて来ました。

障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成22年3月4日)から

(2)地域自立支援協議会の活動の充実について

○ 障害者が地域で安心して自立生活を送っていくためには、本人のニーズに合った各種のサービスを提供する地域の支援体制の整備が必要

→ 地域自立支援協議が市町村に設置されることが重要。
※平成21年4月時点で79%の市町村が設置

○ 更なる設置の促進・活性化のため、

「都道府県相談支援体制整備事業」(地域生活支援事業)

※自立支援協議会の設置・運営に関するアドバイザーを派遣する事業

・「地域自立支援協議会運営強化事業」(基金事業)

「自立支援協議会設置・運営マニュアル」(平成19年度に各自治体に配布)の活用をお願いしたい。

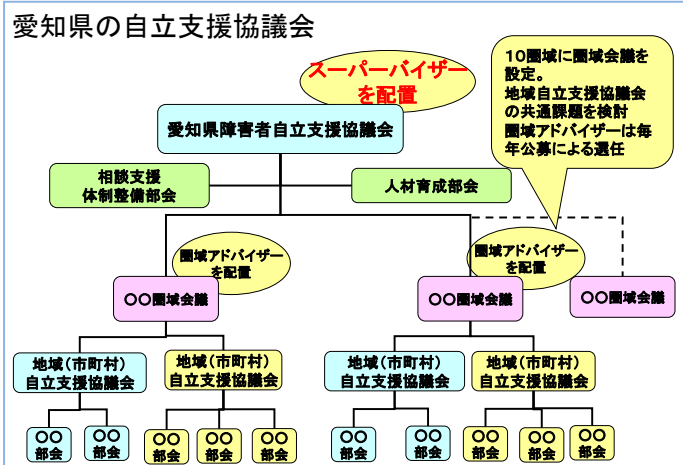
III. 愛知県自立支援協議会特別アドバイザーの仕組みと役割

【図表 1-2-5】

右図にある愛知県の自立支援協議会は10圏域に圏域会議を設置して、三障害を束ねていくということで、3人のスーパーバイザー(特別アドバイザー)を配置しています。そのうちの一人が私であり、私達が県の自立支援協議会に入り込んで動かしていきます。

愛知県の自立支援協議会の下に、部会を2つ作っております。相談支援体制整備部会と、人材育成部会です。相談支援体制整備部会は圏域のアドバイザーがそれぞれ、担当の圏域の自立支援協議会をうまく立ち上げるように活動してきました。

皆さんにお願いしたいのは、地域自立支援協議会はある程度立ち上がった、ではそのあと何をするのか、相談支援に関わる人たちの課題をもっとピックアップしてもらい、その中から、県の自立支援協議会に必要であれば持ち込んでもらう仕組みを作ろうというわけです。

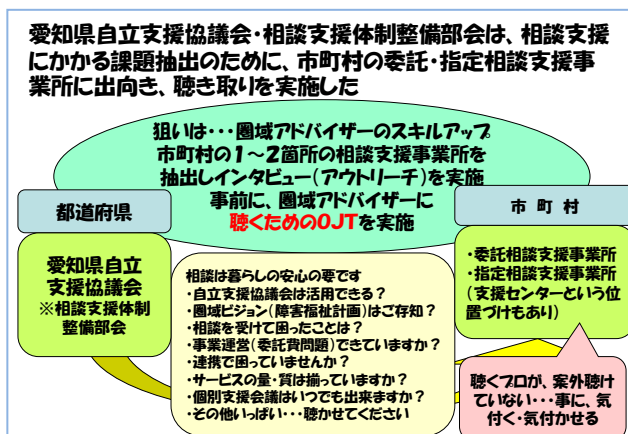


【図表 1-2-6】

次に市町村がやるべきことを分析してまとめたものが右図です。

自立支援協議会が動き出すには、抽象的ではなく、具体的なことをまとめていくことが重要なのです。

県の自立支援協議会に課題としてあがってきたのは、に精神障害者への相談支援に係る相談支援専門員のスキルが低いことでした。相談支援専門員の多くは、知的障害者の支援経験のある人たちです。三障害一元化されたものの、まだ日は浅いのです。現場では他の障害者の相談に乗れるスキルがまだ少ないのです。そうなれば、知的障害者の相談支援専門員にも、精神障害者の人たちの相談にのれるような人材育成が必要になります。

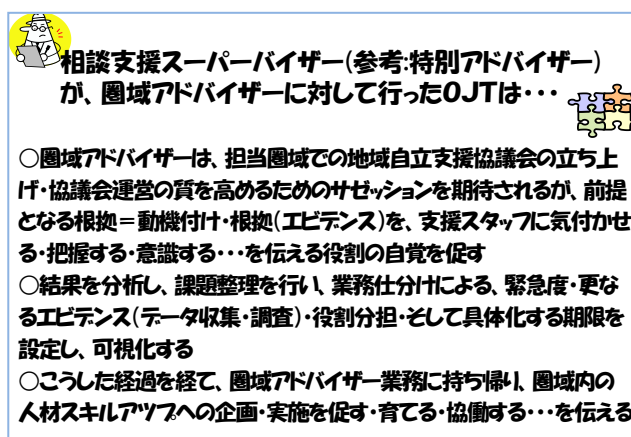


【図表 1-2-7】

私は、今でも相談支援に関わっています。入所・入院中の障害者を地域につなげる。或いは、グループホーム利用者が安心してそのまま地域生活出来るように支援します。合間に相談支援に関わる圏域アドバイザーが相談に来ます。

右図はその圏域アドバイザーが悩んでいる支援に対して行っているOJTをまとめたものです。

私が、この人たちに行うスーパーバイズは、「単価は安い、担当の圏域を走り回れ、待っていてはあかん」と、そこでアウトリーチが出てくるわけです。



私が愛知県自立支援協議会特別アドバイザーとして提案したこと

地域自立支援協議会の圏域アドバイザーのスキルをもっと高めて頂こうということです。アドバイザーは地域の著名な法人にお願いするのではなく、特別アドバイザーと件担当者数名で、地域支援を一生懸命やりたいという人たちを選考しようということです。

選ばれたのはとてもやる気のある方たちです。「自立支援協議会は活用されているか、圏域ビジョンは周知されているか、連携で困っていることはないか、サービスの量・質はどうかなどを、アドバイザーがしっかり聞いて来る」と。聞いてきてそこから課題を抽出してきて、それを県の自立支援協議会に反映させていこうと。それが3年前です。

IV. 自立支援協議会成功のカギ

自立支援協議会成否の5つのカギ

①目的設定は官民共同で行う

- 「この会議を通じて、どうしても確認しておきたいこと、話し合っておきたいこと、共通の課題をもとに解決したいこと」の動機付けを参加者がもつ
- 事例検討の中からやるべきことが生まれる、という共通の課題意識が重要

②官と民の役割分担を相互が過度に求めない

- 取り組みを実行にうつすときは、無理のない役割分担を。少しずつ前に進める
- 行政の役割が大きすぎると民間の知恵が生まれない

③市民の参加を得る

- 評価、成果測定が困難な場合は、何を尺度とするのか協議する
- 市民の意見、感覚を取り入れる仕組みを入れる
- 重層的な協議会の仕掛けが必要（例：親協議会－幹事会議一部会（ワーキング））

④正確なメッセージを発信する

- 取り組みのひとつひとつが生活の質の向上を目的としているというメッセージを正確に伝える
- チームアプローチの最低条件は明確な目的設定。そのための相互の正確なメッセージが重要

⑤ガバナンスを明らかにする

- 役割分担（責任）が適切に果たされているか順守の監視を明確にする

・・・と、国からガイダンスが示されています。しかし具体的にどう行動すればよいか分かりにくいですね。

待っていてもシステムは出来ません。自立支援協議会を上手く活用してもらい、精神障害のある人たちの受け皿の仕組みを作っていこうではありませんか。

【図表 1-2-8】

愛知県の場合は、精神障害者地域移行支援特別対策事業については、圏域を2年間毎に順次回す仕組みでやっていますが、果たしてそれでいいのかと云うことを含めて、やり方を再構築すべきではないか。

これは実際現場で働いている人の課題ではなく、県の自立支援協議会の中で、この課題を出し検討しなければなりません。その為には実態調査をしなければいけない。

参考)愛知県障害者自立支援協議会(本協議会)における、部会の役割と協議の目的の確認について

【専門部会設置の狙い】

市町村(地域自立支援協議会)や圏域アドバイザーが気付いた地域課題を受け止め、分析・対応策を検討してまとめを行い、本協議会において協議提案していく(待つことから出向く(アウトリーチ)へ)

【想定される検討課題】

- ・相談支援専門員のスキル不足によるコーディネート不足
- ・相談支援事業所の力量に格差が見られる
- ・相談支援事業所の連携不足による孤立からのケースの抱え込み傾向

【対応策】

- ・経験と専門知識のスキルを高める人材育成
- ・障害者ニーズに応えられる社会資源の役割分担と協働関係の構築
- ・障害者ニーズに基づいた地域生活実現への相談支援業務の連携・スキルアップ

【本協議会と専門部会との関係】

専門部会で一定の結論を得た方針・方向性等重要事項は、本協議会で協議を行い、施策提言を行う。必要に応じて引き続き専門部会で検討する

愛知県では精神障害のある方のうち 1000 人が退院可能となっています。これは県が出した数字です。その数字の根拠を明らかにする上でも実態調査をすべきで、それを図表 1-2-9 のように、カテゴリー別に分類した上で、誰がすべきことで、予算化しなければならないのか、工夫で済むのか、優先度はどうかなどもまとめることで、具体的に誰がどのように動けば良いのかわかるように分類しました。

【図表 1-2-9】

【図表 1-2-10】

課題分析・仕分けの例)H22.3.18自立支援協議会・相談支援体制部会による提案から精神障がい関係を一部抜粋

5.課題分析の方法

- 小項目のカテゴリーの内、(5/10)圏域以上で課題とされた項目を県内共通の重点課題として位置付け、検討した
- 分析の視点を設定し、レベル付けをした方法 (A: 予算化、B: 制度・仕組変更、C: 工夫) 緊急度(1: 緊急、2: 少しずつ、3: じっくり) **例: A1 = 緊急に予算化が必要**
- 検討の場と具体的な検討内容について仕分け (市町村、圏域、県、国)

課題分析・仕分けの例)H22.3.18自立支援協議会・相談支援体制部会による提案から精神障がい関係を一部抜粋

8.検討内容

連携 > 精神障がい		
場	レベル	内容
市町村	B1	事例検討の積み重ね ニーズの掘り起こし、サービス利用計画作成対象者の増
圏域	B1	退院促進の継続できる仕組みの検討
県	A1	精神障がい者地域移行支援特別対策事業の継続と再構築 (地域体制整備コーディネーターの専任配置検討)
	A1	保健所に嘱託医の確保
国	A2	診療報酬の見直し 生活保護受給入院者の退院促進(訓練住居の確保)

9.県が取り組むべき「実態調査」について

A: 予算化 B: 制度・仕組変更 C: 工夫

1: 緊急 2: 少しずつ 3: じっくり

相談支援事業(予算、配置等) (B1)

- 市町村へ調査の依頼、結果の集計 (C1)
 - 児童ニーズ(日中活動、放課後支援等)
 - 就労移行ニーズ
 - 精神障がい者のニーズ(含: 入院患者)
- 圏域へ短期入所の実態調査依頼 (C1)

9.県が取り組むべき「精神障がい」の課題について

A: 予算化 B: 制度・仕組変更 C: 工夫

1: 緊急 2: 少しずつ 3: じっくり

- 地域移行支援特別対策事業の継続と再構築 (A1)
- 保健所に嘱託医の確保 (A1)
- 社会資源不足対策等における障害福祉計画策定モデルの提示 (A2)



※(平成20年度、指定医の診察に基づく、移送による入院: 愛知県 0件 → 要分析)

【図表 1-2-11】

【図表 1-2-12】

相談支援スーパーバイザーが支援協議会に対して行っている精神障害者の地域生活移行支援の課題提案は、圏域アドバイザーと連携し、課題を分析しながらどうしたらいいか意見を集約しながら、具体化し、さらに論証して根拠としていく。

【図表 1-2-13】

相談支援スーパーバイザー(=特別アドバイザー)が、自立支援協議会に対して行っている精神障がい者の地域生活移行(地域移行・地域定着)支援の課題提案は

- 圏域アドバイザーと連携し、圏域の精神障害者の地域生活移行支援体制を分析し、課題となる根拠=動機付け・根拠(エビデンス)を具体化する
- 結果を分析し、更なるエビデンス(データ収集・関係者(精神病院協会)からの意見徴収)を得て、課題を可視化する
- 自立支援協議会で議論し、行政の縦割りを越えた動機づけ(障害福祉と保健医療)を設定し、課題の共通理解を促す→H23~H24年度にむけた**施策への反映・あるいは事業要項の変更議論を目指す**

【図表 1-2-14】

私達はせっかく意見聴取の機会を設けたのですが、精神病院協会とのすれ違いはありました。

しかし、右図のように成果はあったと思う第1ラウンドでありました。

第2ラウンドもできたら良いですね。

長期入院患者の退院決定はドクターが全部握っていて、なかなか介入しづらい悩ましが精神障害の分野であるということは重々承知ですが、いつまでもそのやり方でできるのか思いながら、ジワリジワリと接近していこうと思います。

でも皆さん、一生懸命、長期入院の患者さんを退院させようとして、なかなか賛同を得られず、孤立しているドクターをご存じではないですか。その人たちをどうぞ孤立させないでください。

私はそういうドクターを一人二人見つけることで徐々に広げていくしかないと考えています。

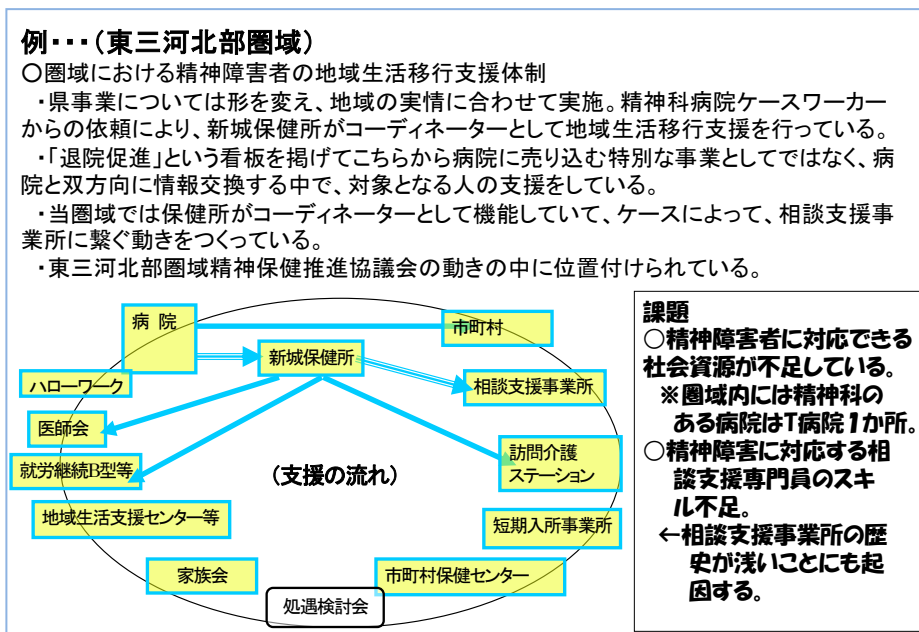
いづれにしても、もう長期入院の方の地域移行支援の流れは止められないということは分かっているわけです。

そして、国が障害者自立支援法改正⁹の中で自立支援協議会の設置を義務化させたことを根拠に、堂々とやっていけばいい。自立支援協議会を政策反映あるいは要綱変更を目指していく切り札にしていって頂けたらいいかと思い、ご紹介させていただきます。

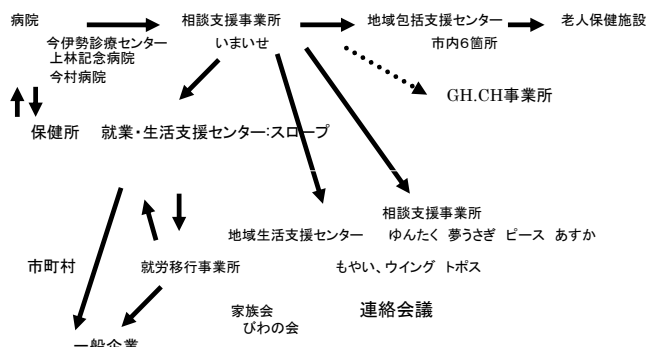
【図表 1-2-15】

一宮市の自立支援協議会の地域移行支援部会で議論され、抽出された課題です。

こうした課題分析をし、関係者で情報を共有し確認しながら、課題解決方法を探っていきます。



例:一宮市
課題
 上林記念病院、相談支援事業所「いまいせ」は、県の精神障害者社会復帰促進事業の指定を22年度、23年度に受け、事業推進のための連絡会議を催す動きがあり、相談支援事業者は連絡を密にして協力している。ただし、GH・CH、地域活動センターといった地域生活支援に欠かせない社会資源の絶対数が不足している。


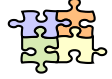


⁹ 障害者自立支援法改正：2010年12月3日成立：厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/171u.pdf#search=障害者自立支援法改正>

課題分析の結果から、今後具体化し、はっきりしてきているのは、人材育成の中で研修を企てていくことです。

ところがこれも調査すると、人材育成研修を社会福祉協議会に丸投げ委託しているわけです。その研修カテゴリーを変えようとする、「既に予算化された枠組みを変えることになり困る」などがで

くる。掻き回そうとは思いませんので、研修の中身を変えていこうとこういう流れで調整を始めています。市町村の自立支援協議会で感覚の優れている人が一人二人いてくれれば、ある程度仕組みができて動かしていける。県あるいは圏域と言う大きな枠でやると、縁遠い存在のように思えますが、この仕組みを押さえておくことが、現場が育つのです。ぜひ、スーパーバイザー・アドバイザーの役割をおさえて頂けたらいいと思います。

課題分析の結果を今後具体化・・・へ

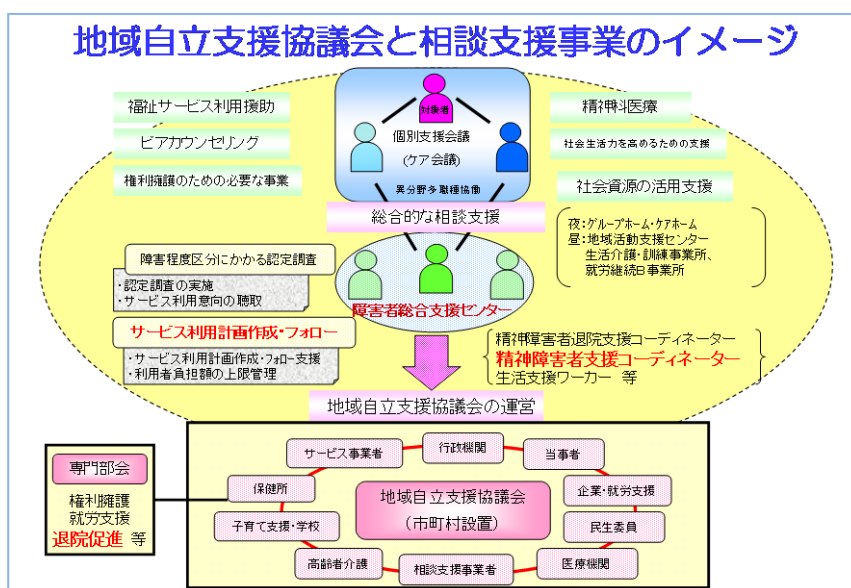
- 県自立支援協議会として、県全体に遡及する施策方針への提案をまとめ具体化を促す。
- 県自立支援協議会・人材育成部と連携し、相談支援従事者・サービス管理責任者・居宅介護事業者・サービス提供従事者等を対象とした、精神障がい者への対応スキルUPを図る研修・GWにおけるOJTを活用した人材育成を組み込む
- 一方で、圏域で実施すべき課題については、保健福祉事務所を中核とした圏域会議を活用して、圏域での支援体制を促す
- 市町村地域自立支援協議会では、個別事案として地域自立支援協議会で担う支援体制を構築する根拠として活用する

右図は、地域自立支援協議会と相談支援事業の関係をイメージした図です。

長野県では、自立支援協議会毎に退院促進コーディネーター（地域移行推進員）¹⁰を配置しています。

さらに中核となる支援センターに精神障害の支援（地域体制整備）コーディネーター¹¹を配置して体制を作っています。

【図表 1-2-17】



¹⁰国の精神障害者地域移行・地域定着支援事業の名称では、地域移行推進員と呼称

¹¹国の精神障害者地域移行・地域定着支援事業の名称では、地域体制整備コーディネーターと呼称

V. 長野県西駒郷の地域移行支援の取り組み

地域生活支援とは何か、何を大切にしたり悪化なければならぬかを確認して頂きながら、長野県西駒郷での取り組みにつなげます。

【図表 1-2-18】

「誰のための地域生活移行か」これはケアマネジメントでたびたび出てきていると思いますが、“主語は私”という形で私はつかっています。次は、どこに住みたいか、それから支える仲間を用意できるかということを中心してほしい。

地域生活移行のなかでお伝えしたい事は、移行を決めるのは、アンケートではダメだと繰り返しお話ししております。

私は、アンケートではなく直接聞き取れと言っています。聴き取るということは聞くことに他ならないわけですが、この聞けない人が結構います。

皆さんは病院から退院支援なさる方を含めてお一人おひとりのお気持ちを聞きながら支援を開始しますよね。病棟閉鎖するから地域移行するのではないはずです。

知的な障害がある人たちも同じです。「あなたは突然出ていいよ」と言われて、不安ではありませんか？混乱はしませんか？何度でも聞き取りして下さい。

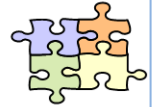
でも、失礼ですが聞けていない人が結構います。

「あなたは思いを聴けるか」ということが重要なのです。私は繰り返し言ってきました。知的障害者や精神障害者の中には、自分の考えを上手く伝えられない方もいます。

聴き取るという営みは、目の前にいる相手の生きてきた歴史、今生きている固有の経験を知りたいと思い、聞かせて下さい、という姿勢でやって頂きたいと思います。

それから、住むということ、どこに住むのでしょうか、これは知的障害支援の経験からお話しをしているわけですが、おそらく初めて選ぶという経験をしていて、不安を払しょくするには体験しかないだろうと思います。

西駒郷の 地域生活への移行の原則



**県・西駒郷・家族・支援者が勝手に
人生を決めてはならない**

- ① 移行を決めるのは誰⇒アンケートは×
個別に丁寧に聴き取る⇒結果を動機付けとする
- ② 移行先はどのように確保⇒見て・体験・自己決定
- ③ 県・西駒郷の実践に留めない⇒NPO団体の創設
支援・福祉協会の協力・制度の充実
- ④ 県⇒地方事務所・市町村参画⇒連携と普遍化

【図表 1-2-19】

【図表 1-2-20】

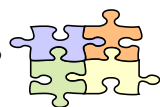
地域生活の主体は本人

・支援の根拠は…聴く

※「聴き取る」という営みは、目の前にいる相手の「生きてきた歴史」「いま生きている固有の経験」を知りたいと思い、そうした語りを、他でもない目の前にいる自分に語ってほしいと相手に要請することなのである。

好井裕明「あたりまえを疑う社会学」・竹端（山梨学院大学）

・住みたい場所は…



・誰が、どこに用意するの？

※あなたはどこで住みたいの？

・おそらく初めて選ぶという経験

不安をカバーするのは…体験

・アフターケアという安心と連携

支援の継続と、託す人の輪の構築

現場見学、体験、リアリティをどこまで込めるか。地域の暮らしの中での支援の現場を知らない職員が、「どこで暮らしたいですか」と聞くこと自体がナンセンスです。

現場を知らない職員には、グループホーム全部を見学して来いと。病院の看護師さんたちに、地域のグループホームツアー見学を病院側で一回やってくれ、と言いたくなるわけです。そうしないと、「町で暮らす」ことの現実検討力を持っていない人が、いくら聞いても不安を払しょくするような働きかけなどできないと思います。

下記の図は、私が愛知や長野で実践してきたことをまとめたものです。見学体験をくり返す中で、じわーと「町の暮らし」が実感として浸透し、不安だった気持ちは変わるものです。

【図表 1-2-21】

【図表 1-2-22】

<h3>地域生活への移行根拠は本人の意向</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ 施設入所を自分で決めた人はごく僅かしかない。 ■ いつ出られるか、答えのないエンドレス集団生活。 ■ 過ぎ去った青春時代の証は、教冊のケースファイルとセピア色になった写真だけ。 ■ あきらめた人生・心にしまった夢を、「ノーマライゼーション・地域生活への移行」という言葉だけで、心の奥にしまった本音(施設を出たい)を吐露してくれるだろうか。 ■ あなたは突然出ていよいよと言われて、不安になりませんか? 混乱しませんか? …(何度も聴き取りしてください。心は揺れるのです)…職員さん <p>※地域生活の主役は本人…だから聴いてほしい!!</p>	<h3>動機付け…あなたは思いを聴けるか</h3> <p>※まず利用者の意向を聴く 対応策…聴く…って結構難しい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての支援根拠・動機付けは、利用者の意向を知り、支援を組み立てる。 ・そのための現場見学・学び・体験(リアリティをどれだけ込めるか) ・職員研修にて、聴く・気付く7口へのスキルアップトレーニング ・家族の理解を深める見学・分かりやすい情報提供・研修の機会
---	--

【図表 1-2-23】

長野県でいうと田中知事が脱ダム・脱施設とマスコミは表現しましたが、施設を縮小化するために地域移行するのでは間違いです。それは政治の一つのアドバルーンでしかないのですが、でもそのうねりは、自分達が動きやすいように使えば良いのです。

実際現場の支援者は、それとは別にあくまでお一人おひとり気持ちを聞いて、せっかくこの追い風が出ているときに、何とかしようと取り組んでほしいのです。

②長野県西駒郷での地域生活移行のノウハウが、長野県における地域生活移行・退院支援にどう伝え、活かしてきたか…

地域生活への移行に取り組むときに、最初にしてほしいこと

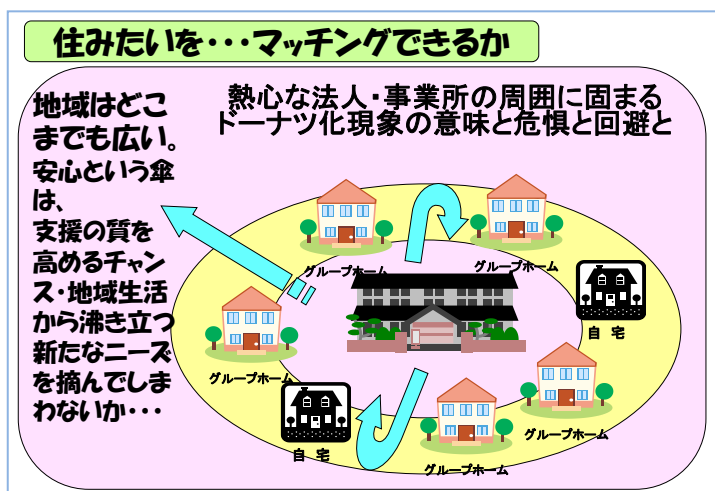
- ①誰のための地域生活移行か(主語は私)
- ②どこで住みたいか(住まいの確保)
- ③支える仲間(事業所)を用意できるか

【図表 1-2-24】

右図は、16, 17年前に作った資料です。

熱心な法人・事業所の周囲に固まるドーナツ化現象は以前から起こっています。これの良さと悪さもあるのですが、支援者目線で、経済効率、人的効率で考えてしまうとこうなりがちです。

地域で暮らしたらどこまでも広いわけです。きっと「町で暮らしていけるのか」「困ってしまうのではないか」と



いう支援者側あるいは家族の不安がこのドーナツ化現象に拍車をかけているのではないのでしょうか。

ドーナツ化を防ぎ、住みたいところに、住む仕組みづくりをするには、脱パターナリズムにつながります。つまり私達はいつものパターンで、支援者目線で見ていると、ご本人の不安よりも実は私達の不安が先に出てしまうのです。

「いつになったら地域で暮らせるのですか」とグループホームに住んでいる人が、聞いてきませんか？

【図表 1-2-25】

このことは、入院している人、入所施設で暮らしている人たちの地域移行支援に関わっている人たち自身が地域化しないと変わらないのではないかと思います。

改めて退院支援、地域移行支援をするとは何なのか？

退院後の施設の城下町になっていませんか？移行しても支援者は一緒だったなどと言うことは、ありませんか？施設の小型版になっていませ

んか？日中活動は、まさか施設や病院の中ではないですよ？退院した病院の裏口を出たところのグループホームから、毎日デイケア…？もうちょっと違うジャンルはないのでしょうか？

全部自分の所属する法人や事業所が支援の責任を持つ必要はないのです。あくまでも、障害者が望むことを、実現するために、あるものを使えばいい。出来ないことは、地域の資源につなげればいいのです。

良き支援者ほど足りない部分に気が付き、自前で持とうとします。そういう癖があります。まるで、お父さんやお母さんのように。その思い入れを取っ払わないと、地域移行とはなにかということになる。

良き支援者と言われる人が、大きな施設や病院の支援を「ホスピタリズム、施設症」だと言います。しかし、自分達の支援者癖に気がつかず、支援のパターン化を招いていないか。個別支援計画はどの人を見ても似たようなパターンではないか。待てずに介入する、これは聞き取りの場面でよく現れます。

パターナリズムは日本語で「父権主義」です。昔のお父さんのように、家族の人生を取り仕切ろうとしていないか。娘の就職先を、嫁入り先を決めていないか。息子の就職先を、嫁を決めていないか。支援者は常にそのことを問い直しながら、目の前にいる方の支援をしなければ、施設にしようがグループホームにしようが同じことになってしまいます。

「あの、あの、あの……」って言っているときに、「あ、これやろ」って先にしゃべってしまう。「おーそやそや」っていつて終わる。不思議な会話。

初めて看護師になって施設に来た人はそれを見て驚愕しながら、「すごいですね、何も言われていないのに、彼が何を望んでいるのか手に取るようにわかるのですね。私も早くそうになりたいです」となるわけです。

地域生活移行支援は矛盾を知り、困り込みからの離脱を促す契機に…

県・市町村・施設が単独で推し進める？⇒駄目！



移行の選択肢が限定される⇒施設の城下町
移行しても関わる人は同じ？⇒施設の小型版
日中活動は？⇒同時に確保が不可欠



当然、県組織・全県の圏域・全事業者・団体が参加する重要・重点施策にしないと

※GH・CHは設置する団体・行政の持ち物ではない！。
地域の社会資源なんだ！

まちがっています。人の気持ちがそんなに簡単にわかりますか。ひょっとしたら違うかもしれない。でも面倒くさいから、そやそや、で済ませるこの不思議な世界、それを専門性と言って喜んでいる狭い私達の業界。見立ての硬直化、手立ての閉塞性、これはないですか？

でもこのように言うと優秀な人ほど怒る。こういう人ほど私は何とかしたい。

地域移行支援で優秀な人たちをどう活用するか、優秀な技術をもっと広げる。新しい手法は、より技術を身につける手法はたくさんあります。ケアマネジメント、ロールプレイ、インシデントプロセスなどいろんな手法があります。


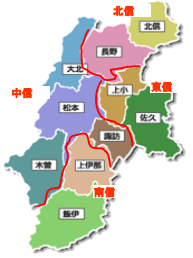
皆さんは地域移行・地域定着支援の仕組みを作るだけでなく、人材を育成するべきであると気づくはずです。ではどう人材を育成するのか？

VI. 長野県の精神障害者地域移行・地域定着支援の取り組み

下図は、長野県で地域移行支援をやっている関孝之氏が作った資料です。

【図表 1-2-26】

【図表 1-2-27】

 <p>②長野県西駒郷の地域生活移行支援ノウハウが、長野県における地域生活移行・退院支援にどう伝え、活かしてきたか…</p> <p>地域生活移行の要・相談支援拠点となる10圏域障害者総合支援センターの相談スタッフに退院支援コーディネーターが加わり、生活支援・就労支援・居宅支援とコラボして、地域生活支援の安定度・安心感を高め、なによりも当事者が前面に出て、中学校・高等学校・大学等で「精神障害への理解」を語り始めた。「みんなで地域生活を支える」長野方式が広がった。</p> <p>…退院支援CD 関 孝之 氏からの情報を引用して紹介</p>	<p>今までの事業経過</p> <p>平成15～16年度 佐久総合病院、小諸高原病院、駒ヶ根病院、飯田病院でモデル事業を実施 ※県立の知的障がい者施設の地域移行に伴い、県内10圏域に3障がい統合の『障がい者総合支援センター』が配置される。地域移行の強力な推進役となる。 *グループホームの激増。</p> <p>平成17～18年度 全県下に展開する。協力病院10か所(県内精神科病院33か所)</p> <p>平成19年度 県下4か所に「精神障がい者退院支援コーディネーター」の配置</p> <p>平成20年度 中信エリア(松本地域)にコーディネーターを増員し、県下5か所に配置</p>  <p>長野県退院支援CD 関 孝之氏提供</p>
--	--

【図表 1-2-28】

長野県は、図表 1-2-27 のように 4ヶ所に退院支援コーディネーター(地域移行推進員)を配置しました。いわゆる保健所ベースで退院支援したのではなく、地域でのサポート体制を作りながら退院していくという仕組みになるようコーディネーターは頑張っているのです。

精神障がい者退院支援コーディネーターの配置にあたって

【H18年度までの事業の課題】

- 支援対象者や協力病院が増えない
- グループホーム等の社会資源が増えない
- 退院支援を実施する事業者が増えない

【病院や事業者からの意見】

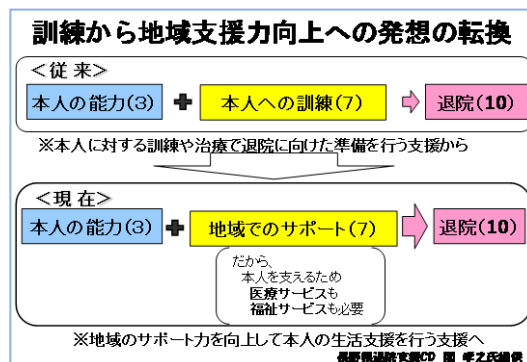
- もう退院できる人はいない
- 本人が退院を希望しない
- 既に家族の世代も代わってしまい、受入れてもらえない
- 受け入れる施設がないし、施設側も受け入れノウハウがない
- 退院しても生活費がかかり、退院するメリットがない

★退院支援は、受け入れる地域づくりであることに重点をおき、入院から生活へ移行する際の支援をスムーズに行なえるような支援体制づくり(ケア会議による地域生活応援チーム作り)にポイントを置く。
★本人が退院を決め、人生を選択できる支援の提供を行っていく。

長野県退院支援CD 関 孝之氏提供

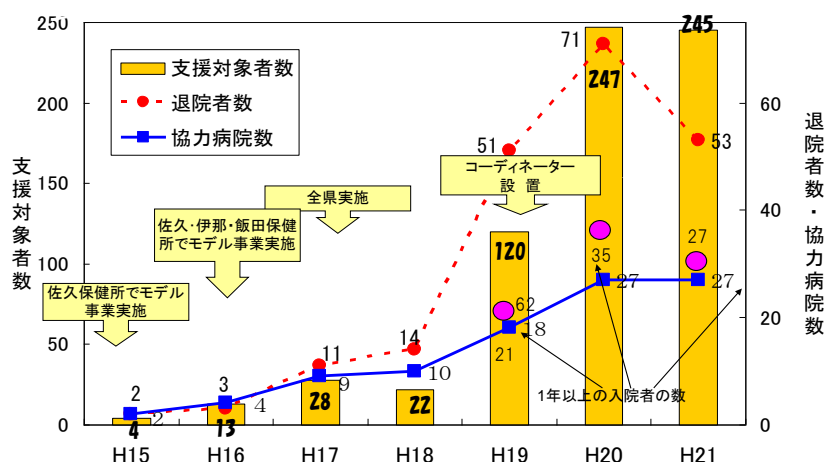
【図表 1-2-29】

Aさん、Bさんの受け皿となるものを用意してそこから組み立てていく。本人の訓練はもういいではないか、せいぜい体験ぐらいかといいいながら、この生活の仕組みの中で実際にご本人が力をつけていて退院していくことにしています。



退院者数は長野県で 277 人です。(図表 1-2-30)

【図表 1-2-30】



長野県退院支援CD 関孝之氏提供

その中でコーディネーターを配置した 2007(平成 19 年)年度年から退院者数は 50 名、翌年度は 70 名、2009 (平成 21) 年度は 53 名になり懸命に頑張っているわけです。

2007(平成 19)年度、2008(平成 20)年度長の全国の退院者数の約 1 割を長野県が占めています(図表 1-2-31)。

精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績

平成21年6月末現在

	実施自治体数	全圏域数	実施圏域数	実施圏域数/ 全圏域数	事業対象者数(人)	退院者数(人)
平成15年度	16 (含指定都市1)	—	—	—	226	72
平成16年度	28 (含指定都市3)	—	—	—	478	149
平成17年度	29 (含指定都市5)	—	—	—	612	258
平成18年度	26都道府県	385	148	38.4%	786	261
平成19年度	42都道府県	389	236	60.7%	1,508	544
平成20年度	45都道府県	386	295	76.4%	2,021	745
平成21年度	47都道府県	389	337	86.6%	—	—

※平成15年度から平成17年度まではモデル事業、平成18年度～平成19年度までは、精神障害者退院促進支援事業
 ※退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は、含まれていない
 ※平成21年度は実施予定も含む。

長野県の実績は全国の1割を占めている

VII. おわりに

【図表 1-2-32】

再確認として、支援して悩むのは支援者の都合か、本人の思いか？

地域生活を始めた、何とかそこで頑張ってもらいたいと走り回中、その時に忍び寄る、〇〇〇でいいんじゃない、ここまでしたら OK だよ。実は地域生活移行した主人公は本人なのに、いつの間にか支援者になっている、いつの間にか支援者の理屈にすり替わっていませんか？地域移行ではそのあたりを確認してください。

地域生活支援に立ち会ってきて思うこと 地域生活は始まりの一步にしか過ぎない



※地域生活から獲得した勇氣・・・GH・CHから次への暮らしの実現(GH・CHは終着駅ではない)へとチャレンジ場面に立ち会う幸せを支援者は得る

※老いること・病むことへの支援・・・私もあなたも一緒だという、人としての自覚を学ぶ

※障害のある人たちの支援過程から、ノーマライゼーションの考え方の恩恵を、私達や、私達が住む地域が受けている

※暮らしの質とは？⇒暮らしを本人から伝えられる

支援者が地域生活を作るのではなく、本人が地域生活を創り出していき、それへの脇役を自覚せよ。

私が言いたかったことは、支援者癖を壊してほしいということです。

特に知的障害のジャンルからお話しをしていると度々申していますが、地域生活移行はして終わりではなく、始まりです。

「グループホーム、ケアホームは通過だよ」

ちょっと待ってください。それはあなたのことですか？決めるのは誰ですか？利用者が、自分の心からの気持ちで、「ここで死んでもいい」と言ってもらえたら最高ではないか？

「利用者一人一人のニーズには対応できません」ではなく、やったらいいのです。

あなたたちだけでやるのではない。使える資源はいくらでもある。それを知るのが、支援者の責務なのです。役割です。専門家と言われている人たちです。

その仕組みを作るには、官民共同で、支援者も役所の人も、利用者も、家族も意見が言い合える、課題を共有できる自立支援協議会を作してほしいのです。

「この地域で安心して住めますか？」と聞かれた時に、「あなたの安心はどのようなことですか？」と、一緒に考え、利用者が「住みたい」と願う仕組みを作る関係性でありたいです。

そうなるとその原動力は、利用者さんの思いです。

国の政治も、予算も、単価も低い、病院のドクターもいろいろ。地域も理解してくれない。

いろんなことあると思います。でも安心して下さい。分かち合える戦士がいるわけですから。そういう思いで是非取り組んで頂けたらいいと思います。

第2部 成功の秘訣は～官民協同の作成会議～

第1章 官民共同の仕組みづくり～スタートライン～

I. 地域移行支援は国民の課題

1954(昭和29)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち入院が必要な人は35万人と報告されています。当時の病床数は約3万床ですから、その10分の1にも満たないほど少ないため、同じ時期に改正された精神衛生法では、精神科病院の設置や運営経費のための国庫補助規定を設けています。また、1958(昭和33)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分けました。以後、精神科病院の設立ブームが起こったのはみなさんがご存じのとおりです。

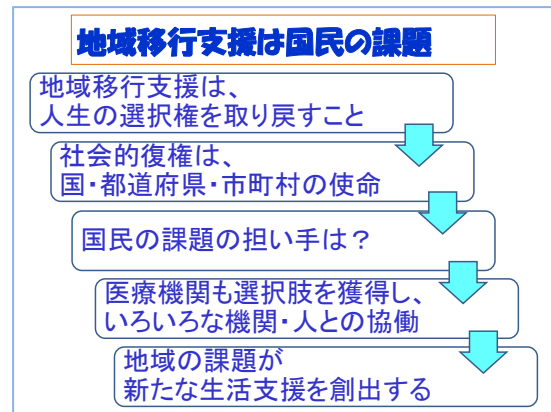
結局、その後30年かけて、この要入院者35万人という社会防衛思想を基盤とした数字を、国家の庇護のなかで国策として追い求めてきてしまいました。私たち国民は、知らず知らずのうち頷かされてきた責任を一人ひとりの課題として背負う必要があるのではないのでしょうか。

【図表 2-1-1】

ここで、大切なことは、精神科医療機関の約8割以上を民間が担ってきた責任と役割については真摯に受け止めるとともに、右図にあるように、「社会的入院を強いられている人の退院支援を国民の課題として取り組む」というを、この課題に携わる人たちの共通認識にすることです。

私たち関係者は、今こそ真剣に取り組まなければ、社会的入院と言われている彼らは、死亡による退院となってしまうのです。

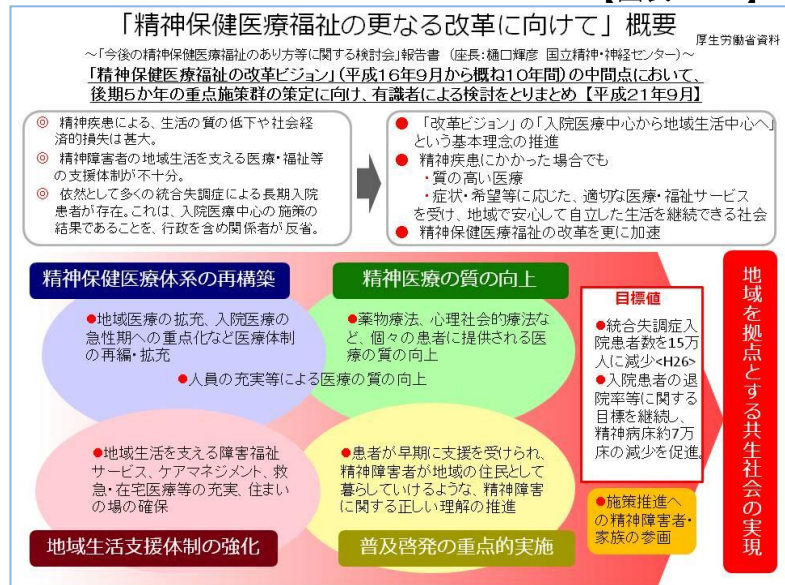
都道府県の企画会議では、まずこのことをベースとしては、共通の理念をみんなで作り上げてください。



II. 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

右図に掲げているのは厚生労働省が公表した、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」の概要です。施策の柱と、目標数値が掲げられています。

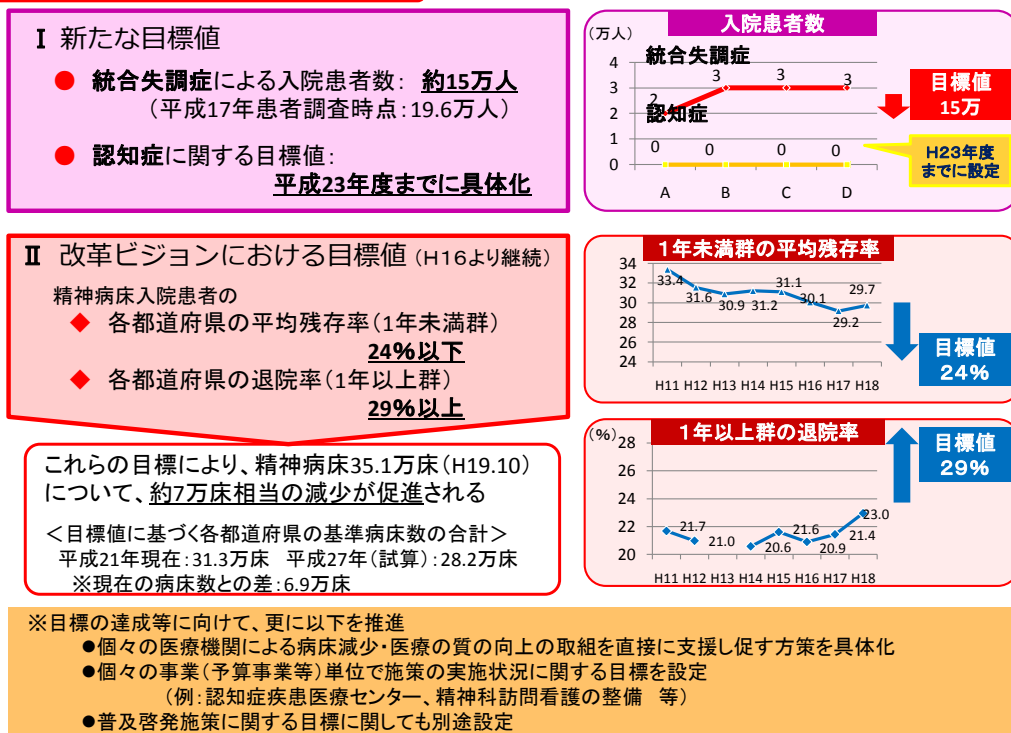
【図表 2-1-2】



- 統合失調症入院患者数を 15 万人に減少<2014（平成 26 年）>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約 7 万床の減少を促進。

5 目標値の設定

【図表 2-1-3】 厚生労働省資料



次の目標値が掲げられ、社会的入院の人が退院できる環境を準備しよう等の、さまざまな施策の方針が掲げられました。

この目標数値の中に一年未満群の平均残存率を 24%に下げ、一年以上群の退院率を 29%に上げるということを掲げています。

この数値は、都道府県の医療計画を策定する際に反映させることになっています。

この数値を目標値として使い、都道府県が医療計画を立てると、実は 10 年後には 7 万床は減るという計算が、当時の「精神病床等に関する検討会」でまとめられています。

この背景には、「医療計画とは、基準病床を設定するもので、努力規定にすぎない」のですが、実際に、この目標数値をきちんと達成していくと都道府県の病床は削減できるという考えに基づいたものです。

これは目標数値ですが、医療計画にかかわる数字であることを、皆さんには知っておいていただきたいのです。都道府県の企画会議でも、「私たちの県では病床についてはどうなっていますか」ということを話題にしてください。地域移行支援事業と関連することを一つひとつ検討することによって、都道府県のより効果的な仕組みをつくってください。

いくつかの都道府県の精神科病院に伺った際に言われたことに、「自分たちは精神科の病床をずいぶん減らして頑張ってきたのに、その結果、その減った病床がいつの間にか他の新設の認知症の人を主とする新しい精神科の病院の病床に替わってしまっています。おかしくないですか？」この話を聞いて愕然としました。

このようなことにならないためにも、私たちが図表 2-1-3 のような数字に詳しくなる必要があるのです。行政の人たちだけではなくて、民間からも「この数字は今どうなっていますか」という声

をあげないと都道府県の仕組みは変わりません。熱心な行政の担当者がいらっしやれば、その担当者をバックアップすることが可能になり、横断的な仕組みをつくることができます。基準病床に限らず、関係する数値を知る、話し合うことからはじめ、情報を共有化することにも力を注ぐことが官民協同のためには大切です。

もちろん、地域移行支援を進めるには、地域で暮らすためのサポート体制に力を注ぐことも重要なことです。しかし、地域移行支援の努力はしているものの、まだまだ社会的入院者の退院が思うようにすすんでいない都道府県もあるわけですから、サポート体制を充実させながらも、さらに工夫を重ねて、できうところまで地域移行支援に力を注ぎましょう。

コラム

私が、民間の相談支援事業所の職員として、地域移行支援事業を始めたときに、ある病院で14人の地域移行支援対象患者さんに会いました。驚いたことにそのうちの7人は、私が以前に保健所の職員だったときに関わりをもった人たちでした。そのうちの何人もの人が、4～5年前の私の保健所職員の時の名刺を持っていたのです。終の住処のつもりで入院していたのです。私は、この時、自分はこの仕事をやらなくてはいけないと思いました。私が直接に入院させたわけではない人たちでしたが、地域で暮らすためのサポートがあれば社会的入院にならずに済んだのかもしれない。まして、自分たちが入院の際、関りをもった人たちには、ご本人たちと相談しながら退院に向けた支援をしなくてはいけないと強く感じたのです。

III. 推進会議のための精神科病院に係る基礎データの把握

【図表 2-1-4】

国は、毎年6月30日に全精神科病院等に対して、精神保健福祉資料として調査を行っています。これを630(ロクサンマル)調査と呼ばれています。

各病院の情報は、この調査を見ればわかります。しかし、例えばこれを保健所が使おうとすると、目的外使用だから使えないという都道府県もありますし、開示請求されれば開示対象となる資料だからこれを病院との話し合いをするときに使おうという都道府県もあるようです。取り扱いは都道府県によって異なっているようです。

東京の情報は、東京精神医療人権センターが東京都に対して開示請求をして、ホームページに東京都精神科病院統計一覧として公表しています。また、それを元に考察を加えた「東京精神病院事情-ありのまま-」¹²を発刊しています。参考に大阪では、大阪精神医療人権センター¹³が病院を訪問した精神科病院データとして公表しています。

都道府県の役割: 保健所・精神保健福祉センター・実地指導

- 630調査とは、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(平成18年からは障害福祉課との連名)が毎年6月30日付で都道府県・指定都市に報告を依頼している調査であり、正式名称は「精神保健福祉資料」といいます。
- [精神保健福祉資料](#)
[目で見える精神保健医療福祉](#)
[全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料](#)
[各都道府県の精神医療の状況の年次推移グラフ](#)
- <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>
- **精神科病院に対する指導監督等 (実地指導)**

¹² 東京人権医療センターホームページ <http://www.arinomama.net/index.html>

¹³ 大阪精神医療人権センター <http://www.psy-jinken-osaka.org/>

各都道府県の630調査のデータは、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部「改革ビジョン研究ホームページ」¹⁴で見ることが出来ます。(図表 2-1-5)

かえる
かわる

精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

当ホームページでは関連する情報を皆様から集めております。
情報をお持ちの方は、下記連絡先まで情報をお寄せください。

ホーム > 630調査関連データ > 各都道府県の精神医療の状況の年次推移グラフ

各都道府県の精神医療の状況の年次推移グラフ

各都道府県別の精神科病床数、人口万対精神科病床数、精神科病院における従事者1人あたり患者数、入院形態別在院患者数、年齢別在院患者数および残存曲線のグラフです。グラフの作成に使用したデータは「630調査」のデータです。ご覧になりたい都道府県をクリックしてください。

【図表 2-1-5】

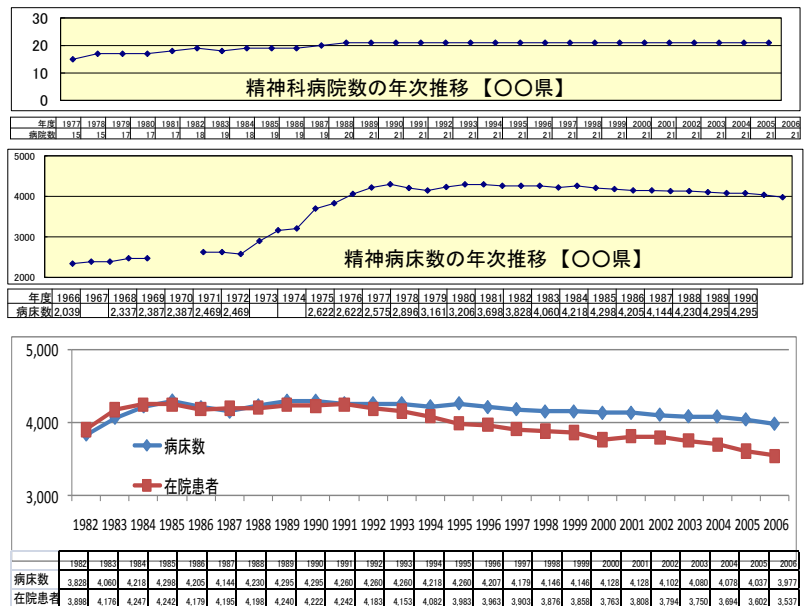
- | | | |
|------|------|-------|
| 北海道 | 中部 | 中国・四国 |
| 新潟県 | 新潟県 | 鳥取県 |
| 青森県 | 富山県 | 島根県 |
| 岩手県 | 石川県 | 岡山県 |
| 宮城県 | 福井県 | 広島県 |
| 秋田県 | 山梨県 | 山口県 |
| 山形県 | 長野県 | 徳島県 |
| 福島県 | 岐阜県 | 香川県 |
| | 静岡県 | 愛媛県 |
| 関東 | 愛知県 | 高知県 |
| 茨城県 | | |
| 栃木県 | 近畿 | 九州・沖縄 |
| 群馬県 | 三重県 | 福岡県 |
| 埼玉県 | 滋賀県 | 佐賀県 |
| 千葉県 | 京都府 | 長崎県 |
| 東京都 | 大阪府 | 熊本県 |
| 神奈川県 | 兵庫県 | 大分県 |
| | 奈良県 | 宮崎県 |
| | 和歌山県 | 鹿児島県 |
| | | 沖縄県 |



この「改革ビジョン研究ホームページ」をみると、都道府県の精神科病院数、病床数、入院患者数、平均在院日数等、図にありますように、様々な視点から年次推移などを知ることが出来ます。

例えば、右の図の県では病床数に対して在院患者が少なく空床率が高いということがわかります。また、在院期間は徐々に減ってはいますが、5年以上の方が4割以上、1年以上の方を含めれば、7割以上になっていることもわかります。

【図表 2-1-6】

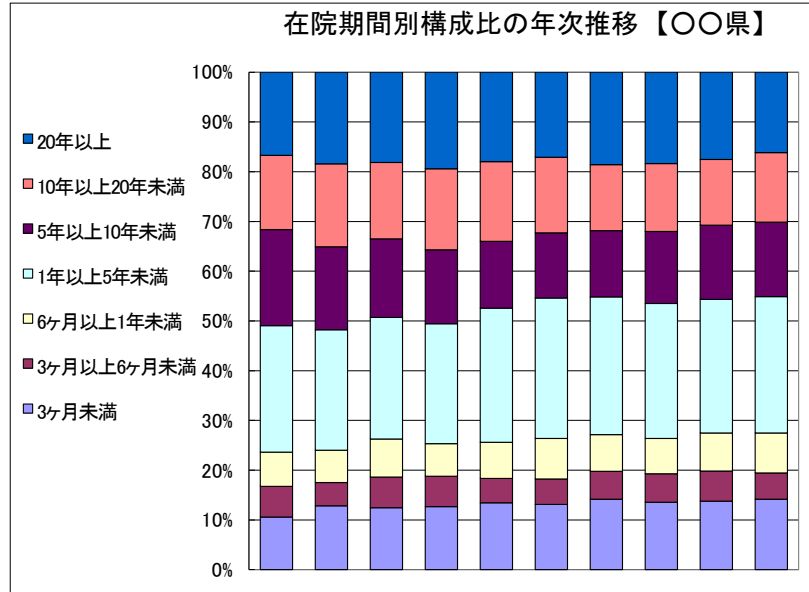


¹⁴ 「改革ビジョン研究ホームページ」 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html>

重度の方がたくさんいるから退院できないという話もありますが、【図表 2-1-7】【図表 2-1-8】を見れば、一年以上の入院が多い上に、任意入院割合はとても高く、信ぴょう性には疑問があります。

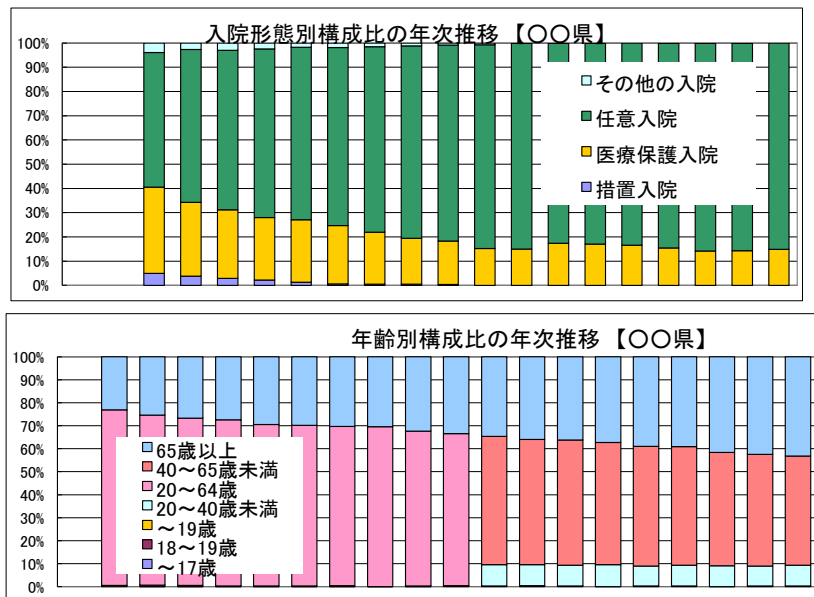
このような資料も活用して、重度のために退院できない人たちなのか、退院の可能性があるのであるのかどうかということの検証をぜひ関係者でやっていただきたいと思います。

【図表 2-1-7】



【図表 2-1-8】

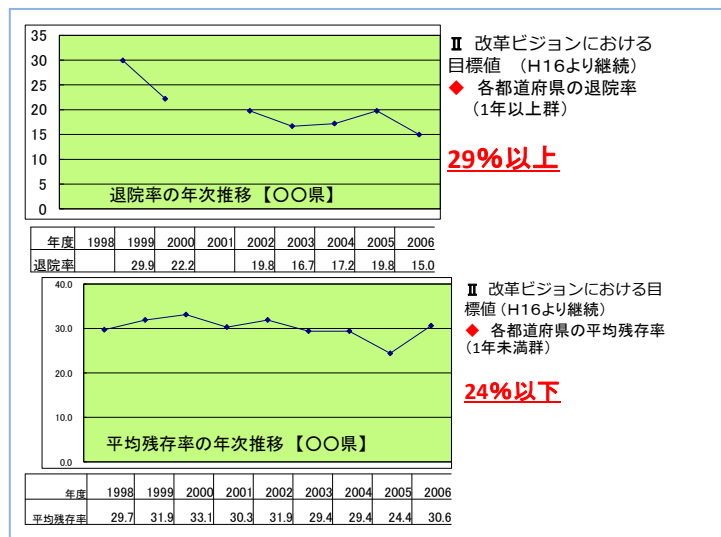
【図表 2-1-8】の下段の資料を見ると「社会的入院」の方々の年齢は高齢化の一途をたどっています。改革ビジョンが打ち出された時はイエローカードでしたが、この5年大きな成果が上がることなく、彼らはこのまま退院できないと、病院の中で亡くなってしまいう危険の一番高い水域となるレッドカードの状況です。



【図表 2-1-9】

このテキストの「はじめに」の高橋清久先生にあげて頂いた退院率とか平均残存率ですが、この数字は今後の精神医療の質の向上を目指す上で、重要な数値です。

各都道府県の630調査でこの数字は出てきます。みなさんで情報共有し、ロードマップを作成していただきたいです。



IV. 診療報酬による地域移行支援へのインセンティブ

【図表 2-1-10】

精神科病院が地域移行支援=退院促進を進めるに際して、2008（平成20）年度から、診療報酬に地域移行加算等がつきました。（図表 2-1-10）

しかし、これができたから「私の病院の地域移行を勧めますよ」と熱心になった精神科病院の話はあまり聞きません。退院促進の後押しになるほどのお金はないのが現状です。

ただ、このような仕組みがあるということは知っておいていただきたいと思います。

精神科地域移行支援加算、精神科地域移行実施加算、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料（I）

長期入院患者への地域移行支援

(1) 入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。
精神科地域移行支援加算 200点（退院時1回）

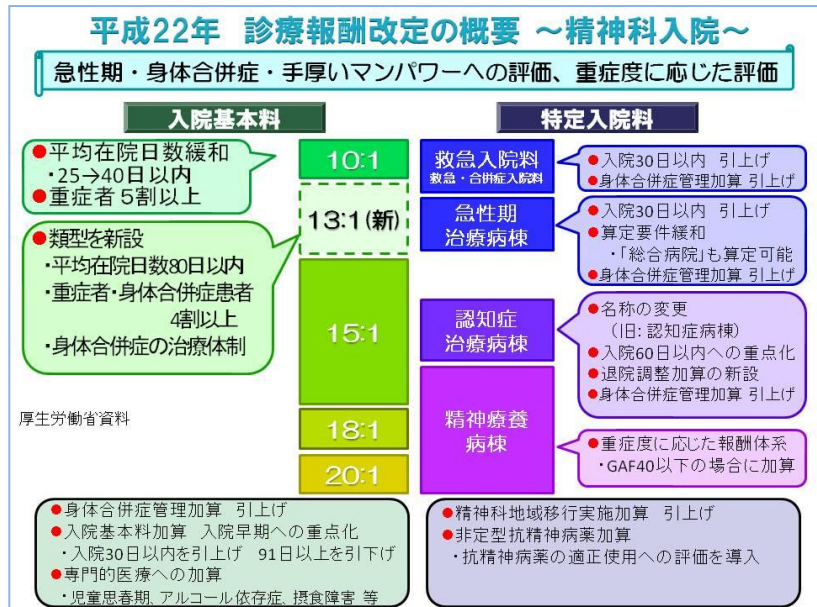
(2) 当該保険医療機関において、**地域移行を推進する専門の部門**を設置し、当該医療機関の精神科病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神科病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。
精神科地域移行実施加算 5点（1日につき） →10点

退院後の支援 地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする。 **575点**

【図表 2-1-11】

診療報酬は3年に1回改定があります。

右の図は、2010（平成22）年度の診療報酬改定の概要です。



V. 官民協同の仕組みづくり

1. 都道府県の障害福祉計画

自立支援法上「都道府県障害福祉計画は、医療計画と相まって、精神病院に入院している精神障害者の退院の促進に資するものでなければならない」と書かれてあります。

障害者自立支援法 第五章 障害福祉計画

(都道府県障害福祉計画) 第八十九条

- 4 都道府県障害福祉計画は、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の三第一項に規定する医療計画と相まって、精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している精神障害者の退院の促進に資するものでなければならない。

つまり、障害福祉計画と医療計画は連結していなければなりません。

しかし、この規定ができて時間の経過があるので、現在両計画が連結しているのかどうか、確認していただきたいと思います。

【図表 2-1-12】

障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 395 号）

（一部改正平成 21 年厚生労働省告示第 2 号）

第二 障害福祉計画の作成に関する事項

一 障害福祉計画の作成に関する基本的事項

2 平成 23 年度の数値目標の設定

(二) 入院中の精神障害者の地域生活への移行

平成 24 年度までに受入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（以下「退院可能精神障害者」という。）が退院することを目指し、そのために必要な自立訓練事業等の必要量を見込み、平成 23 年度末までの退院可能精神障害者数の減少目標値（平成 14 年度における退院可能精神障害者数に基づき市町村及び都道府県が定める数）を設定する。これとともに、医療計画（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 3 第 1 項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）における基準病床数の見直しを進める。

さらに、都道府県においては、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」（平成 20 年 5 月 30 日付け障発第 0530001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知により実施する事業をいう。以下同じ。）による平成 23 年度末までの退院者数の目標値を定める。

障害福祉計画の策定に関しては、「入院中の精神障害者の地域生活への移行について、障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備の中で、具体的な見込みを出して進めること」が規定されています。また、それを元に基準病床数の見直しを進めることが規定されています。（図表 2-1-12）

2. 都道府県の医療計画

医療法第30条に基づく医療計画には、精神病床に係わる基準病床数を定めることとされており、また、基準病床を定めるにあたっては、障害者自立支援法に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画と医療計画を連結させる制度となっています。

医療法

第7条 開設許可

第30条の4 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

12 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項

医療提供体制の確保に関する基本的な方針 平成19年3月30日厚生労働大臣告示

第七 その他医療提供体制の確保に関する重要事項 医療計画及びそれに基づく具体的な施策を定めるに当たっては、健康増進法（平成十四年法律第百三号）等医療関係各法や障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）等の規定及び以下の方針等に配慮して定めることが求められる。

7 障害者自立支援法に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

【図表 2-1-13】

つまり、私たちの関わる各都道府県都道府県が何を目標しているのかという基準病床を決めるのかという話し合いがなければ、このようなことは決められないはずです。国は、様々な検討会を元に7万床の削減計画を、都道府県に実施してもらったための仕組みを考えたのでしょうか、都道府県の担当者が変わってしまったら、わからなくなってしまうような内容です。皆さんには、もう一度、都道府県の現状を官民協同で見直していただきたいと思います。

医療法施行規則

（昭和二十三年十一月五日厚生省令第五十号）

（基準病床数の算定）

第三十条の三十 [法第三十条の四第二項第十二号](#) に規定する基準病床数（以下「基準病床数」という。）は、次の各号に定める区分ごとに当該各号に定める数とする。

二 精神病床 都道府県の区域ごとに別表第六の三の項に掲げる式により算定した数。この場合において、当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数が別表第六の四の項に掲げる式により算定した数を下回る区域においては、都道府県外入院患者数を厚生労働大臣の定める病床利用率で除して得た数の三分の一を限度として都道府県知事が適当と認める数を加えることができるものとする。

右図は、基準病床の計算式が示されています。

非常に専門的な数式です、すべてをわかる必要はないでしょう。しかし、こうした数式で基準病床が算出されているということは知っておいてください。

その上で、この算定式を元に、医療計画について都道府県がどのように考えているのか意見をかわしてみてください。

各都道府県のホームページを見て頂くと、医療計画に関する記事が出ています。ここ数年の病床の変化とか、基準病床の算定等について細かく掲示している都道府県も多いです。

いくつかの県を調べさせていただきましたが、この式の中で新たに変わったのは、この図にあるF2の平均残存率の目標値と、Jの都道府県の退院率の目標値です。この数値によって病床は削減されるというのが、もともとの国の計画です。

この数値を精査することでも、都道府県の現状がみえてくることでしょう。

さて、我が国の人口は右図の通り減少の一途をたどっています。人口がどんどん減っていく中で、今でさえ諸外国と比較して病床が多いにもかかわらず、人口が減っても病床が減らなかつたらいったいどうなるのでしょうか。

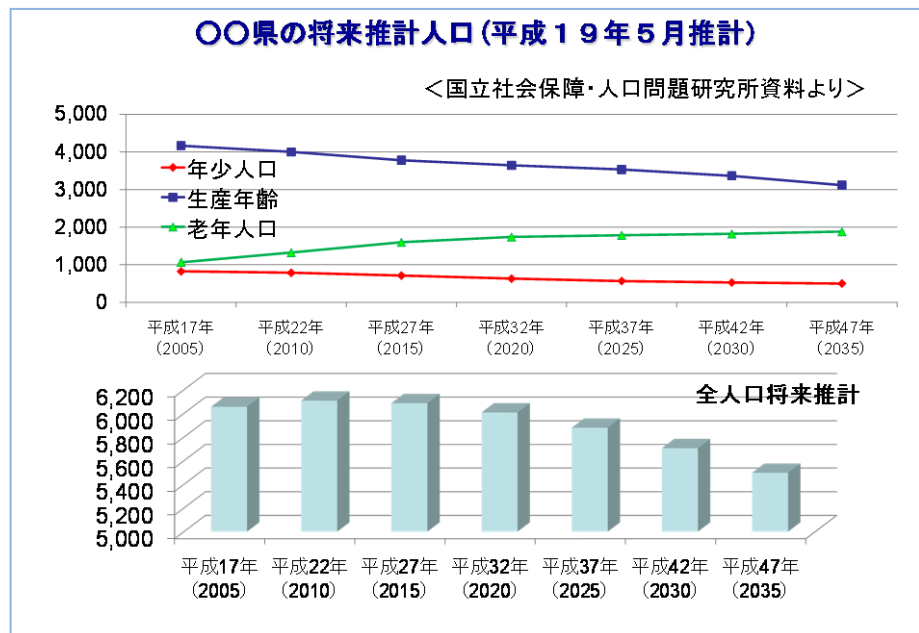
この数字は、国立社会保障・人口問題研究所¹⁵野ほ一目ページから取ることが出来ます。この数値を都道府県で分析することも求められています。

基準病床 精神病床

【図表 2-1-14】

【入院期間1年未満群】		【入院期間1年以上群】	
$\frac{(\sum A^2 B^3 + C^3 - D^3) \times F^2}{E^3}$		+	$\frac{\sum I(1-J) + K - L}{E^4}$
【入院期間1年未満群】			
A ²	当該都道府県の年齢階級別人口(4区分)		
B ³	当該都道府県の年齢階級別精神病床新規入院率(4区分)		
C ³	他都道府県からの精神病床における流入入院患者数		
D ³	他都道府県への精神病床における流出入院患者数		
E ³	病床利用率		
F ²	平均残存率(入院した患者が入院後1年以内で退院せずに入院している割合) 目標値		
【入院期間1年以上群】			
I	当該都道府県の入院期間1年以上の年齢階級別入院患者数(4区分)		
J	当該都道府県の年齢階級別退院率(4区分)(1年以上入院している患者のうち、1年間で退院する患者の割合) 目標値		
K	当該年において入院期間が1年に達した入院患者数		
L	長期入院患者退院促進目標数		
E ⁴	病床利用率		

【図表 2-1-15】



¹⁵国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <http://www.ipss.go.jp/>

3. 生活保護精神障害者退院促進事業¹⁶

【図表 2-1-16】

生活保護行政も右図のように精神障害者の退院促進事業をやっています。

とても熱心にやっている都道府県もあれば、そうでない都道府県もあるようです。

ここに示しているように、退院可能な精神障害者の約 2 割程度が生活保護受給者という数字が出ています。この生活保護受給者の地域移行・地域定着支援を促すための経費を、生活保護の担当課は予算化しています。

- 自立支援の強化 自立支援プログラムの策定
- 退院可能精神障害者数のうち、2割程度が生活保護を受給しているとされることから、生活保護においても、適切な受入先の確保、個々の退院阻害要因の解消や退院に向けた指導援助を行うための自立支援プログラムの導入などにより計画的に退院促進を進めていくことが必要
- 平成19年中に、各福祉事務所において、平成23年度における退院可能精神障害者数の減少目標値を盛り込んだ「生活保護精神障害者退院促進計画」を策定し、当該目標を達成するための所要の対策を実施
- 生活保護精神障害者退院促進事業の概要(退院推進員の業務)

4. 都道府県自立支援協議会

【図表 2-1-17】

都道府県は、障害者福祉の増進のために、都道府県自立支援協議会を位置づけて、施策推進協議会と表裏一体となり、都道府県の施策を推進する機能を持っています。

私たちは、都道府県の自立支援協議会の中に、地域移行推進協議会を部会等として位置づけて、その中に企画会議を持つことが、この事業を進める大きなポイントとなると考えています(図表 2-1-17)。

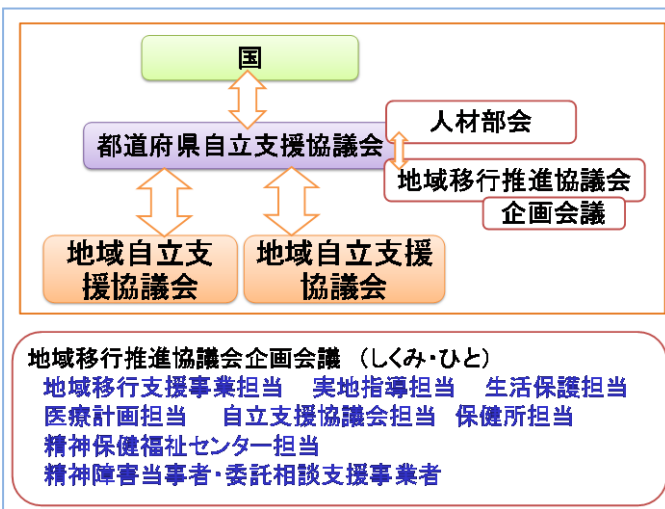
もちろん、都道府県によっては、地域精神保健福祉審議会と連結していただくことも必要になるでしょう。

企画会議では、このガイドラインにお示しした内容を元に、もう一度、関係者の皆さんで話し合いをしてみてください。

現状の地域移行推進協議会では、都道府県が委託した相談支援事業所が退院支援を計画通りに行っているか、について精査しています。しかし、もうそういう段階ではありません。事業者の精査だけをしていても、成果は上がらず、何も変わりません。

レッドカードが出されている今、官民協同で推し進める仕組みを都道府県として作ってください、と民間事業者も提案をしなければいけないのです。

都道府県のなかでも、同じように考えている担当者や担当課もあることでしょう。しかし、必ずしも横断的な仕組みに変更するだけの腕力を持ち合わせているとは限りません。このような担当者や担当課をバックアップするためにも企画会議が重要な役割を担うこととなります。実際、このような仕組みは、すでに市町村行政と相談支援事業所の間では、地域自立支援協議会の運営を通してあたり前のように行われています。



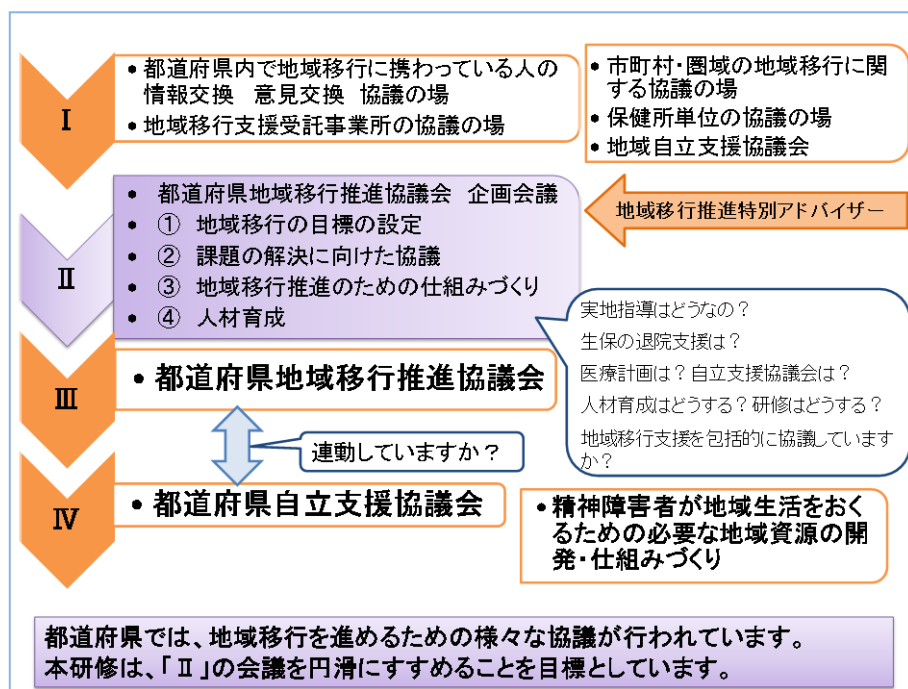
¹⁶ 生活保護精神障害者退院促進事業の詳細：厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/gyosei/gyousei05.html>

VI. 官民協同の仕組みづくりへのスタートライン

【図表 2-1-18】

都道府県によって取り組みには違いがあります。実際にどのレベルの協議が必要かは都道府県ごとに違います。まずは各事業所が、誰と、何を、どのようにやっているのかを共有するところから始めないといけない場合もあると思います。(図表 2-1-18)

あるいは、地域の中では自立支援協議会等を使ってうまくやっているけれども、なかなか都道府県全域の中で考える機会がないということもあると思います。



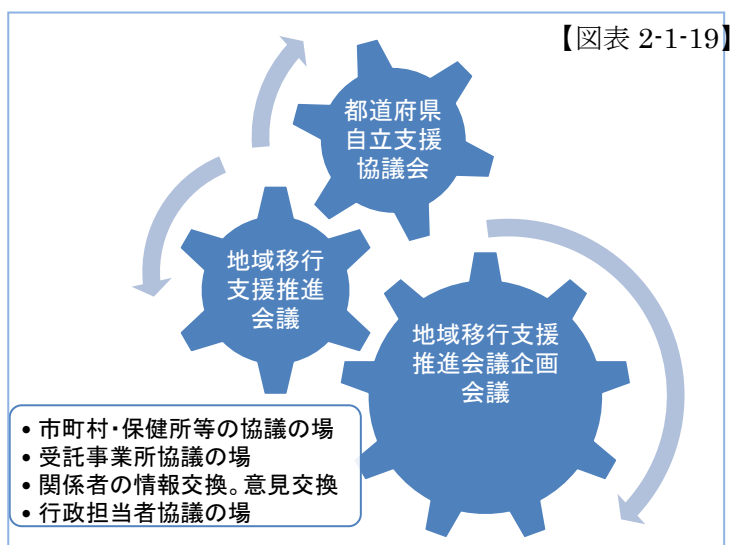
圏域ごとに地域推進協議会があるところ、あるいは市町村や各圏域の自立支援協議会の中に、地域移行のことを考える部会をもっているところもあるでしょう。

都道府県の地域移行推進協議会の構成は、団体の代表や学識者、市民代表などで構成され、都道府県の事務局提案が粛々と進むと構図が一般的であるようです。

今回のポイントは、代表者ばかりでは、具体的な話にはなりにくい現状を踏まえて、その会議に、実際に具体的にどのように事業を推し進めていくか、提案できるような企画会議を作ることにあります。

このテキストは、その企画会議の中で、具体的にどのような議論を話し合うかを示したガイドラインです。精神障害者の地域移行推進協議会のあるべき姿としては、都道府県自立支援協議会ときちんと連動していくことです。

会議をたくさん作るのではなく、有効な会議があることが重要です。精神障害者の地域移行支援だけ別のところで話し合っても何も進まなかった反省を踏まえてこの企画会議では、横断的な仕組みの中で話し合い、それを都道府県の自立支援協議会の中に反映していくというのが、今後の目指すべき方向だと考えています。



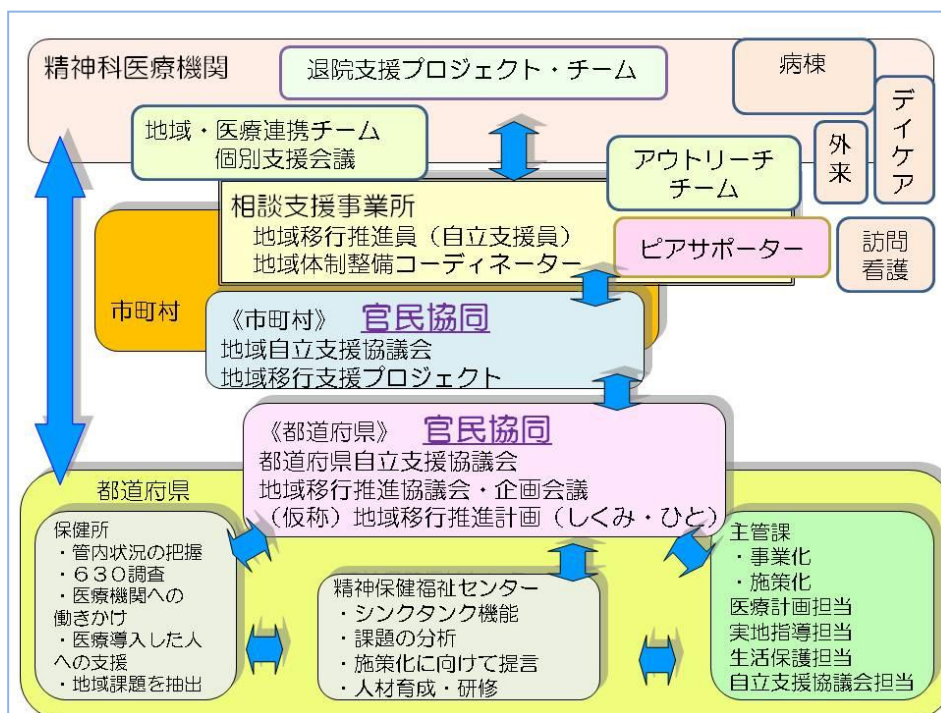
1. 官民協同のイメージ

【図表 2-1-20】

右図は官民協同の基本的なイメージです。

「医療機関の中で、退院支援を一人で頑張っている人が辞めてしまったら、その病院では地域移行が進まなくなってしまう」と言う話をよくお聞きします。

重要なことは、一人ではなく、組織の中に仕組みとしてのプロジェクトチ



ームができることで、それが目標です。そのチームと相談支援事業所が、情報を共有し、事業を共に進める仲間として連携をしていくことが重要です。

地域によってはここに保健所がうまくかみ合う必要があると思います。保健所や保健センター等は、医療機関などの相談役や行政の技術指導などを担います。保健所というのは指導するのが仕事です。病院を実地指導する権限を持っています。この指導の過程ではカルテ上の指導だけでなく、医療機関が何を望んでいて、どのような考えをもっているのかということに合わせて、具体的にサポートして頂くことも重要です。医療機関の方から、「こういうことで困っているので、保健所さん協力してください」とはなかなか声をあげられません。実際、保健所側から、医療機関に考えを聞くことで、相談を投げかけてくる病院もありました。保健所だからできる役割を最大限担っていただきたい。

加えて、通報等による医療導入や自分たちが入院にかかわりをもった人たちへの退院支援についても力を注いでいただきたい。

精神保健福祉センターの重要な役割は、都道府県内の精神科の病院の状況を把握して情報分析をすることで、社会的入院者への支援方法や、医療機関への協力方法を検討する役割があります。

精神保健福祉センターは、都道府県によって規模、役割、位置づけが大きく違います。ですから、都道府県で同じようにとはいかないのですが、精神保健福祉センターには、シンクタンク機能と人材育成のための研修機能を担うことが期待されています。

都道府県や政令指定都市には、地域移行についての主管課の職員と、医療計画を担当している職員、実地指導を担当している職員、生活保護を担当している職員、自立支援協議会を担当している職員など、精神障害者の地域移行や地域生活支援に関係する部署に行政担当者がたくさん配置されています。たくさんいるということはそれだけお互いの領域に気を使いながら仕事をしているのだと思いますが、重要なのは、横断的に統合的に地域移行を推進して頂かないといけないということです。

2. 当事者との協同

【図表 2-1-21】

大阪府で始まった退院促進事業は、当初から退院した患者さんたちが自立支援員として病院を訪問し、地域移行支援への実績を上げるのに力を発揮してきました。

各地でもその活動が広がり、北海道では、地域移行支援特別対策事業の要綱の中に、同行支援は自立支援員としてピアサポーターが担うことが規定されて、そのための研修も行われています。

2010（平成 22）年度から国の予算の中でも、ピアサポーターの同行支援が予算計上できるようになりました。

今後、ピアサポーターがますます活躍する時代になるでしょうが、現状では、ピアサポーター、同行支援をしている当事者などの位置づけはそれぞれの事業所によって全国的にも様々です。もちろん、いろいろな活躍の方法があっているのですが、企画会議では、ピアサポーターの身分保障も含めて整理をしていただき、研修方法や活躍できる方法なども話し合っていたきたいと思います。

当事者との協同

ピアサポート活動

- ・ 私とあなたのピア活動 当事者性を生かしたピア活動
- ・ 当事者性を生かしたピアボランティア
- ・ 当事者性を生かした仕事（講演・執筆活動）
- ・ 職員（ピア）としての仕事

「私は、精神障害者なので、社会的入院をしている仲間の地域移行支援を仕事にしています」

- ・ 事業所の責任 ピアの位置づけを明確にする。
- ・ 一般就労できる人をピアスタッフとして囲い込んでしまう危険性がある。

コラム

この事業を始めるにあたって、地域活動支援センターを利用されている人に、「今度退院支援をやることになったけれどもどうしようか」という話をしたところ、17年入院していた経験のある女性が、「その退院支援は岩上さんがやるんですか。岩上さんがやるより私がやった方がうまくやれます。なんといっても私は17年も入院していたんですから。」と言われました。当時は、「あなたのほうがうまくいきそうだけれど、最初は私が行かせてもらいます」と言って、私が病院に行きました。

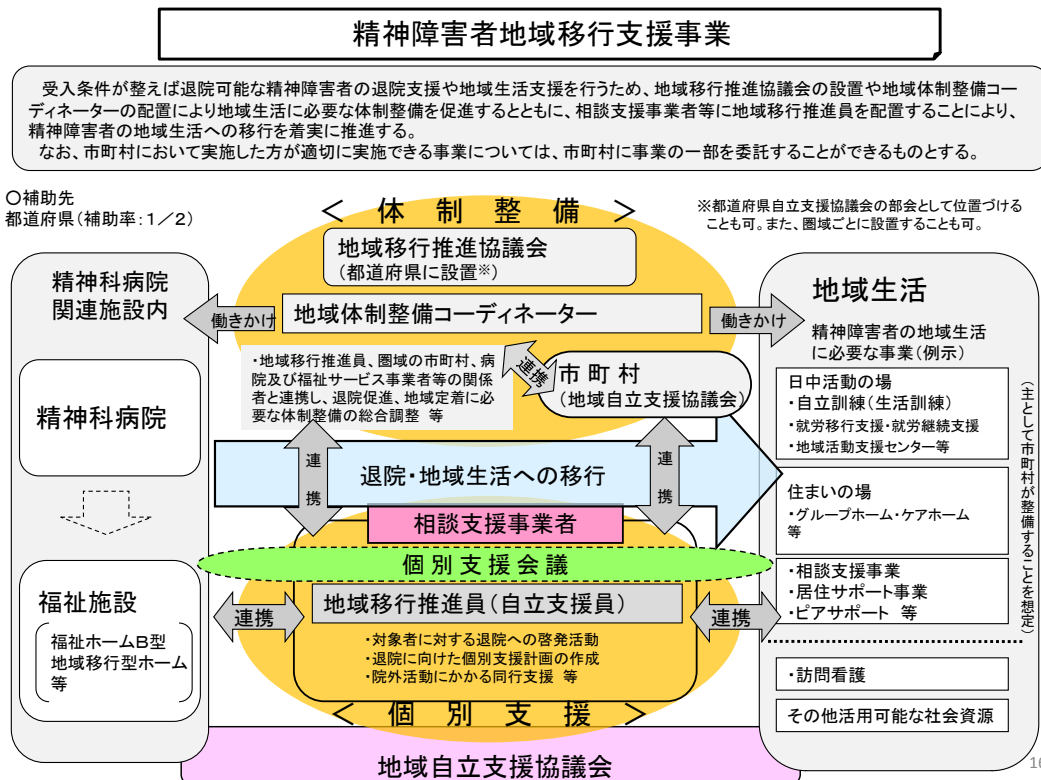
病院内での働きかけが進むにつれて、熱心な看護の方に、「この人たち退院させてどうするつもりなの。退院した後のサポートは大丈夫なの」と言われました。私は、「もちろん退院してからが自分たちの仕事と思っています。ぜひ看護の皆さんの協力をお願いします」と。その時、17年入院していた女性の言葉が浮かんできて、「今回退院支援で退院した人たちがいずれ退院支援員になって戻ってきますから、そこをぜひお願いします」というお願いの仕方をしました。平成14年当時はそこまでは覚悟を決めていなかったです。

しかし、実際1年後には退院した彼らが病院に行くようになり、病院のスタッフや社会的入院をしている人たちに自分の体験を話して、退院への強い働きかけをしました。

私は、ある論文に「あなたは何の仕事をしているんですか」と聞かれた精神障害者が、「私は精神障害者なので、社会的入院をしている仲間の支援を仕事にしているんですよ」という時代がすぐそこまで来ていますと書きましたが、あっという間にその時代になりました。

3. 精神障害者地域移行支援事業の反省と学び

【図表 2-1-22】



2007(平成19)年度から、それまでのモデル事業が、「精神障害者地域移行支援特別対策事業(国庫補助事業)」に転じて、国を挙げてスタートしました。(図表 2-1-22)

しかし、図にあるような都道府県が各圏域を束ねながら実施した都道府県は、多くありませんでした。多くの都道府県が、仕組みのないまま、相談支援事業所や精神科病院に事業として委託していきました。

結果、この事業に取り組む相談支援事業所や病院関係者は、対象者のAさんを退院させたいという思いで一生懸命頑張ります。行政の担当者のBさんはそれを一生懸命支える仕組みを作りますが、Bさんの上司の理解がなければなかなか進みません。Bさんは理解し協力しているけれども、こちらの実地指導をやっているCさんはぜんぜんわかっていない。こっちのDさんは医療計画を作っているけれども、医療計画のことばかり考えていて全体像が見えていない。例えばこのような状況が起こったのでないでしょうか。

そうした時、行政の困っている人だけが声を上げるのではなくて、民間の事業者からも、都道府県と関係者が一堂に考えることができる仕組みをつくることを要望していくことが重要です。今までの試行錯誤を踏まえて、都道府県で実践の共有をしながら、次のステージに向けた官民協同の仕組みを考えてなければいけない時期に来ています。

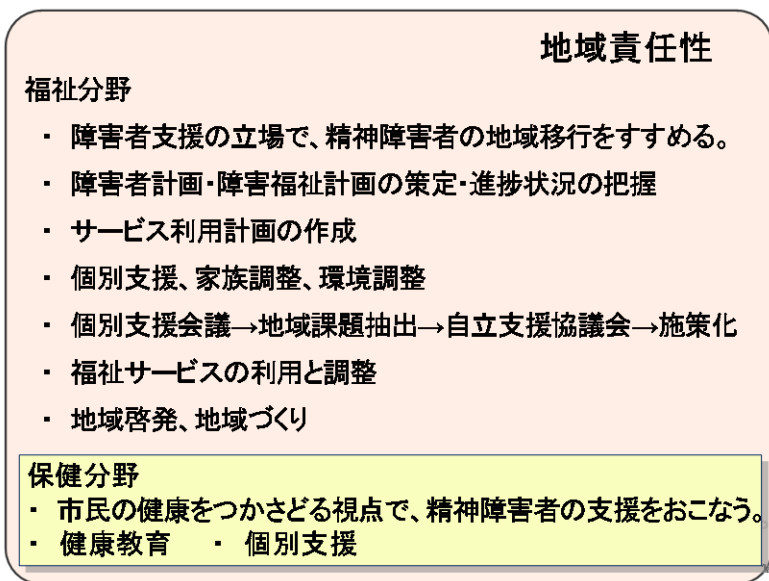
4. 市町村との連携

【図表 2-1-23】

自立支援法が施行されるまでは、精神障害者の支援施策の中心は都道府県にありました。2002(平成 14)年居宅三事業が市町村の事業となつてからもまだ 10 年もたっておりません。三障害一元化となつても未だ 4 年です。

そうした背景のなか、地域差はありますが、市町村も精神障害者への支援に熱心に取り組んでいます。今後、ますます、市町村行政と相談支援事業所との連携と、地域自立支援協議会の活用が重要となるでしょう。

今後は自立支援協議会が法的にも位置づけられます。精神障害者関係団体は、それまでは、市町村とはなじみが薄かったのです。インフォーマルなネットワークを使って、支援を積み重ね、課題の解決のために、家族会、小規模作業所、共同住居、ボランティアグループ、訪問介護、ピアサポーターなどを実現しました。一方、日々の業務に追われて、埋没してしまった課題もあります。地域自立支援協議会とは、個別支援から地域課題を抽出して施策化するための場であり、そのための仕組みです。精神障害者関係団体は自立支援協議会に積極的に参画して、地域移行についても、生活支援の重要な課題のひとつとして取り上げ、積極的に取り組んでほしいです。



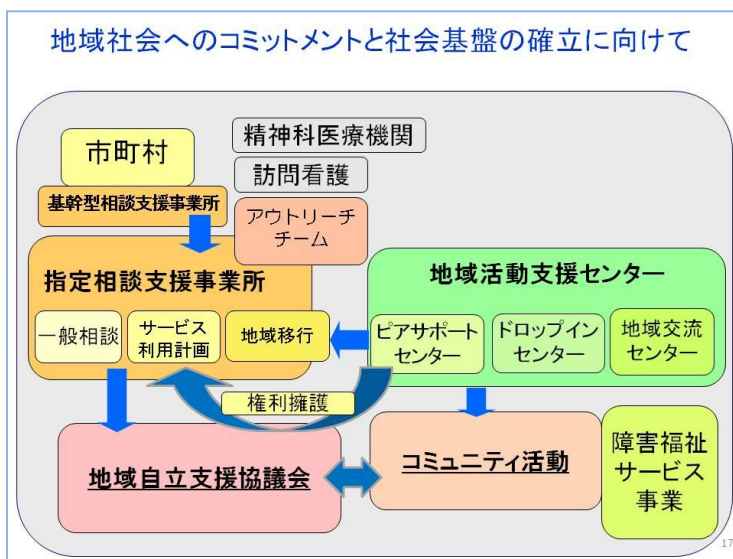
5. 地域社会とつながる仕組みづくり

【図表 2-1-24】

2006(平成 18)年の障害者自立支援法の施行に伴い、精神障害者地域生活支援センターから移行した相談支援事業所と地域活動支援センターは、早急に機能分化を進める必要があります。身体障害者、知的障害者の支援を中心に支援してきた相談支援事業所は、精神障害を加えた三障害に対応した事業所も増えてきています。

精神障害者を中心に支援してきた相談支援事業所は、未だに地域活動支援センターへの来所者を対象

に限定している場合がありますが、支援の行き届かない人への対応が求められています。そのう



ちの1つとして地域移行支援があり、ひきもりがちな精神障害者の支援等があげられます。相談支援事業所の機能についての再検討が必要です。

同様に、地域活動支援センターの、機能を明確にして、例えば、ピア・サポートセンター型、ドロップイン・センター型、地域交流センター型として整理しておく必要があります。

地域自立支援協議会は、前述したように施策化・事業化にむけた仕組みですが、コミュニティは人と人とのつながりで成り立っていることを考えると、この協議会だけでコミュニティをつくることは困難です。地域活動支援センターには、このようなコミュニティ活動の担い手として、コミュニティづくりに欠かせない存在としての役割が期待されています。

さて、資源開発と言うと、ともすると何か箱ものを作らなくてはいけないとお考えになる方がありますが、むしろ重要なのは人の仕組みづくり、すなわちソフトの再構築です。

【図表 2-1-25】

Aさん、Bさんを地域で支えるには、この人のためにどうしたらいいか、と個別の課題をプログラム化して、事業化するというプロセスが重要です。

図表 2-1-25 に例示していますが、例えば、今までは退院してどこかの施設へ入所する場合に限って体験外泊はできました。けれど施設では無く、体験のために泊まる場所がほしいとします。地域にそのための賃借物件やウ

イークリーマンションがないか、事業所のグループホーム、ケアホームをショートステイやレスパイトとして使える部屋が無い、地域のインフォーマルな社会資源も含めて持ち寄って話し合うのです。そうした現場の実践を積み重ねていくうちに、国庫補助事業で外泊体験というのができるようになりました。

他にも、個別の課題を地域自立支援協議会で検討して、プログラム化・事業化・施策化していく例（あくまで試案）を示してみましょう。

例えば、「退院意欲がない」という人がいれば、「食べたい物」、「行きたい所」を考える「意欲回復プログラム」を実施します。そして、懐にしまっていた夢と希望を少しずつ呼び起こす。次に、病院の外に出て、実際に食べたい物を食べ、行きたいところに行ってみる「地域移行のためのリハビリ（自分を取り戻す）事業」を実施します。

付添い人としての「ピアサポーター派遣事業」も必要になるかもしれない。

例えば、「退院のイメージが作れない」という人がいれば、病院の中に「退院準備プログラム」を作ります。しかし、すべての医療機関で「退院準備プログラム」を実施することはできないため、どの医療機関に入院していても受けられる「地域で行う退院準備講座」を事業化します。

例えば、「家族が拒否している」ため退院できないというのであれば、「家族説明会」や「地域

精神障害者地域移行支援事業における
個別の課題からプログラム化・事業化・施策化の案

個別の課題	プログラム	事業化 施策化
退院意欲がない	意欲回復プログラム	地域移行リハビリ事業
外泊してみたい	外泊体験	外泊体験事業
家族が拒否している	家族説明会	地域移行型家族教室
支援する人がいない	市民サポート講座 ピアサポート講座	地域世話人制度
新たな社会的入院をつくらない	ひきこもる精神障害者支援	訪問による生活訓練 ひきこもる支援事業
新たな社会的入院をつくらない	疾病教育 健康教育・余暇活動	保健センター 精神障害者のための健康教育

19

移行型の家族教室」を実施します。このように「この人」を支援していく上で抽出された課題は、地域の課題としてプログラム化・事業化・施策化していくのです。もちろん、財源の裏付けも必要となるでしょう。

また、すぐには解決できないことについては、地域自立支援協議会において解決に向けた検討を重ねることになります。このように、地域自立支援協議会を活用することが、精神障害者の地域移行支援を進めるうえでの重要な鍵となりますし、地域移行推進協議会企画会議等でも知恵を絞っていただきたいと思います。

6. 今一度 官民協同の仕組みづくり

【図表 2-1-26】

官民協同のためには理念と人材と仕組みが重要です。

(図表 2-1-26)

ぶれたときには、社会的入院の課題というのは国民の課題であると原点に戻ってください。みんなが協力するための基本的な考え方、共通の認識が大切です。

障害者支援では、市町村と相談支援事業所が協力して取り組むことが当たり前になってきています。

障害者支援における官民協同が当たり前という土壌の上に、地域移行の仕組みを融合し、精神障害者の当事者の皆さまにも参画をしていただくことが、最も効果的と考えます。縦割りという言葉ではなくて、横断的に進めましょうと提案できる仕組みを一緒に作り上げましょう。

官民協同の仕組みづくり

- 理念・人材・仕組み
- 地域移行支援は国民の課題
- 障害者支援は官民協同
- 当事者の参画
- 縦割り ⇒ 横断的
- 目的 現状把握 ⇒ 課題抽出 ⇒ 計画

皆さんの都道府県では、次のステージを見据えて、どこに力をいれますか？

コラム

新しい社会的入院を作らないためにどうすれば良いのでしょうか？

いわゆる重度と言われる精神障害の方に、訪問支援をして地域での暮らしを支援するACT等も重要だと思っています。

そのうえで、私たちが、すぐに始められることは何かを考え、ひきこもりがちな精神障害者への支援活動を始めました。入退院を繰り返している人や、今はご両親が健在なので在宅で生活しているけれど、ご両親以外に知り合いがいない人などへのサポートが必要だと思いました。

このような人たちは、その支えてのご家族が亡くなると、あの人今一人で暮らしているけれど大丈夫だろうかという情報が、民政委員さんや市役所に伝わり、未だに「保護」を目的に、「心配だからしばらく入院して様子をみてもらいましょう」ということで入院になってしまいいつの間にか社会的入院となるようなことがあるように思いました。

そのような医療の必要性の無い「保護」の入院を防ぐためには、日ごろから私たちがご相談にのり、ご本人とお知り合いになっておけば、「彼はご飯はきちんと食べられる人なんですよ」とか、「ヘルパーさんのサポートがあれば大丈夫ですよ」とか、あるいは「訪問による生活訓練があればうまくいきます」とか言えるわけです。このようなかわりも、新たな社会的入院をつくらないために大切なことだと思っています。

VII. 地域移行推進会議企画会議で検討すべきこと

1. 具体的な進め方（案）

地域移行を円滑に進めていくためにはこれまでのように、事業だけ円滑に進めていくのでは、課題の解決になかなかつながりませんでした。

そこで、事業の実践を基に都道府県の仕組みを作るには、行政だけが考えれば上手くいくわけではないし、民間だけでもうまくいかない。そこを融合していくことが大切です。推進会議ではお互いに協力してお互いが動きやすくなるような、そうしたことをざっくばらんに皆さんでお話しして頂きたいと思います。まず実践を共有し、その中で仕組みも考え、精神障害者がおかれていた現状を打破し、協力して次のステージに進んで頂きたいと思います。

下記の表は取り組みの具体的な流れの案です。都道府県の実情に合わせて、まず全県で実効的に取り組めることから始めてください。

	名称（案）	協議内容	構成員
①	都道府県 自立支援協議会	都道府県の福祉計画に照らして、地域移行推進協議会から提案された精神障害者地域移行・地域定着支援事業計画、進捗状況、実施結果等を協議(承認・差し戻し等)する	都道府県単位の市民、当事者、関係団体(地域移行推進会議の代表者必須)、市町村行政、経済界、報道等の代表者
②	都道府県地域移行推進協議会	県の福祉計画に沿った事業計画を達成するための具体的なロードマップを作製する実行部隊として、企画会議を設置することの合意を図る	都道府県単位の市民、精神当事者、家族、関係団体、市町村行政、経済界(企業・不動産等)、報道等の代表者
③	都道府県地域移行推進協議会企画会議	地域単位毎のフォーマル・インフォーマルな資源状況の把握、特に人のネットワークの把握などを明らかにして情報を共有し、今後必要なハード・ソフトの検討も行うと同時に、「社会的入院者」や「退院後の医療中断者」などの実態を把握したり、具体的な地域移行のための中期、長期ビジョンを踏まえた、年度計画を立てるためのロードマップ作成を協議、実行、検証する	都道府県関係部局の担当者、地域単位の代表複数人(保健所、市町村行政、福祉サービス提供事業所、相談支援事業所、病院等)
④	圏域や市町村の実態協議の場（ワーキンググループ）	市町村や事業所、病院などと協議を重ね地域単位毎のフォーマル・インフォーマルな資源状況の把握、特に人のネットワーク等の実態把握	③の企画委員地域単位担当者と⑤の構成員から選任したワーキング委員
⑤	市町村・圏域等の協議の場	地域移行・地域定着に係る協議と情報収集(ひと・もの・かね)	保健所、市町村行政、福祉サービス提供事業所、相談支援事業所、病院、地域住民等

※V官民協同の仕組みづくり④都道府県自立支援協議会参照

※VI官民協同の仕組みづくりへのスタートライン 1.官民協同のイメージ参照

① まず、都道府県に設置された、自立支援協議会において、精神障害者の地域移行支援を障害福祉計画の中に位置づけ、都道府県自立支援協議会の部会あるいは連動する関連会議として「地域移行推進協議会」を設置し、そこで都道府県の福祉計画に沿った事業計画、進捗状況、実施結果等を報告することを合意します。

この自立支援協議会は、各団体の代表の集まりであることが多く政治力や啓発力の高い方々の集まりですから、まず精神障害者の課題を解決する仕組みが必要であることを知ってもらうことが重要です。

② 都道府県自立支援協議会と連動して都道府県地域移行推進協議会を設置します。この推進会議は、県の障害福祉計画に沿った事業計画を達成するための具体的なロードマップを作成する実行部隊としての企画会議を設置することの合意を図ります。

そして、企画会議で作成されたロードマップを協議・承認し、それに基づいた事業進捗状況、実施結果等の報告を求めます。すなわち企画会議で提案された事項を協議し、それを①の都道府県自立支援協議会に議案として提出するのです。そして、①の都道府県自立支援協議会で承認された事業計画を企画会議で実行し、その結果を協議し次年度の計画として①の都道府県自立支援協議会に提案します。

この推進協議会も①の会合と同等あるいはより専門性を持った各団体の代表の集まりであることが多く、政治力や啓発力の高い方々の集まりですから、より具体的に精神障害者の課題を解決する仕組みが必要であることを知ってもらうことが重要です。

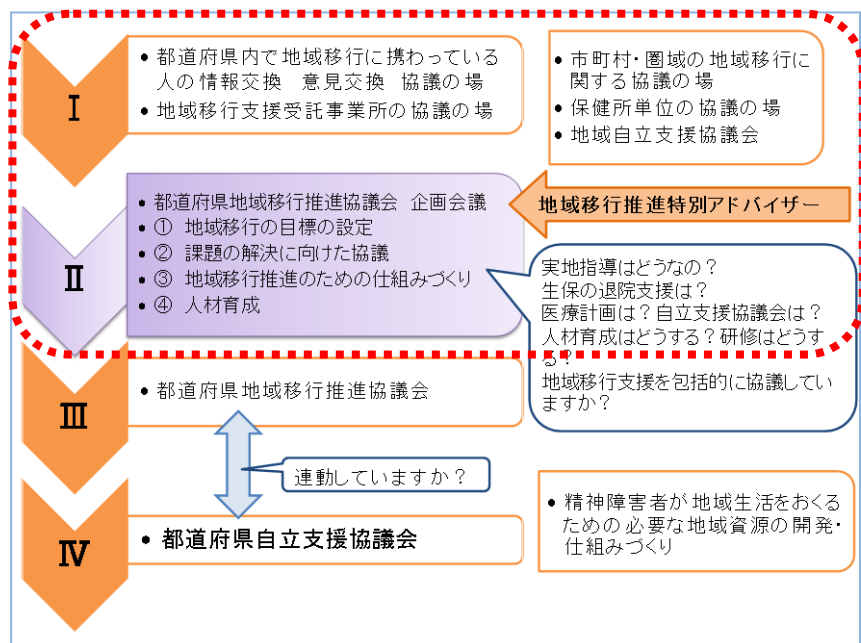
③ 都道府県地域移行推進協議会企画会議は、都道府県において官民協同のテーブルを準備し、自分たちの都道府県が、どのステージにいるのか確認します。

【図表 2-1-27】

①②の会議がまだできていない。従って③もない。となると、③の都道府県地域移行推進協議会企画会議から作り上げるのが早道です。(図表 2-1-27 赤線の部分)

そのためには、市町村や圏域・保健所等の単位に協議する場が無くては、企画会議において具体的なロードマップを作成出来ません。

そこで、市町村・保健所単位、圏域毎のどの地域単位が良いかは、その都道府県の実態に合わせます。地域単位ごとの精神科病院、精神科クリニック、福祉サービス提供事業所、相談支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所、不動産屋、企業等の精神障害者の地域生活に必要な、居住・福祉・医療・就労・就学・余暇活動等の現状を関係者で再確認をすることからスタートです。



その情報を元に、地域単位毎のフォーマルあるいはインフォーマルな資源状況の把握、特に人のネットワークの把握などを明らかにして情報を共有する。今後必要なハード・ソフトの検討も行うと同時に、「社会的入院者」や「退院後の医療中断者」などの実態を把握する。具体的な地域移行のための中期、長期ビジョンを踏まえた、年度計画を立てるためにロードマップを作成する。そして②の都道府県地域移行推進協議会に提案→承認→実行→進捗状況報告→事業実施結果報告→課題点を次年度の事業計画に載せると言う流れで、「社会的入院」と言われる方を一人でも多く地域社会の中でその人らしく暮らせる仕組みを作り上げるのです。

重要なことは、その地域単位の協議の場合は必ず自立支援協議会と連動する、あるいは、自立支援協議会の部会の位置づけが必要不可欠です。

※VI官民協同の仕組みづくりへのスタートライン 1.官民協同のイメージ（図表 2-1-20）及び 5.地域社会とつながる仕組みづくり（図表 2-1-24）参照

- ④ 全県を企画会議構成員全員でやるのには無理があります。企画会議構成員二人以上で、地域単位毎の担当者を決め、その担当者が地域単位のワーキングを開催し、市町村や事業所、病院などと協議を重ね情報を収集(アセスメント)していきます。

ワーキンググループは、③の企画委員地域単位担当者と⑤の構成員から選任したワーキング委員で、⑤の市町村や事業所、病院などと協議を重ね地域単位毎のフォーマルあるいはインフォーマルな資源状況の把握、特に人のネットワーク等の実態を把握し、③のロードマップ作成の材料を整理(アセスメント)提供します。

- ⑤ 重複しますが、地域単位ごとの精神科病院、精神科クリニック、福祉サービス提供事業所、相談支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所、不動産屋、企業等の精神障害者の地域生活に必要な、居住・福祉・医療・就労・就学・余暇活動等の現状を関係者で協議し、お互いを知り、地域づくりチームの一員として再確認をすることからスタートです。

2. 都道府県地域移行推進協議会企画会議のためのフォーマット（案）

では実際に、企画会議はどのように運営すれば良いでしょうか。

着眼点は、VI官民協同の仕組みづくりへのスタートライン(図表 2-1-18)にあるように、「実地指導はどうなの？」「生保の退院支援は？」「医療計画は？」「自立支援協議会は？」「人材育成はどうする？」「研修はどうする？」「地域移行支援を包括的に協議していますか？」などです。

企画会議で協議し、計画を立案、実行、評価することです。

- ① 地域移行の目標の設定
- ② 課題の解決に向けた協議
- ③ 地域移行推進のための仕組みづくり
- ④ 人材育成

地域単位の資源、ネットワーク、支援者の能力、病院の実態などなおたくさんの情報を上記の categories に分類し、課題を明らかにして、優先順位を付け、検討することから、次にやること

が見えてきます。

現場からは、日々の実践でお困りの方、医療機関となかなかうまく関係が持てない、事業所同士の連携がとれないなど、今困っていることがたくさん出てきます。

その原因として、これまでは協議の場が作られていないことが多かったために、一気に噴出するようです。地域単位の課題については、協議の回数を重ね、顔見知りになることで、ずいぶん整理されてきます。良く耳を傾けて聞くと同時に、冷静にまず地域単位で解決できることと、地域単位では解決できないことに分ける必要があります。

事業所同士が日頃からきちんとお話し合いをして頂くことによって、実務的な事だけではなく、行政の方が予算化していく上でも次の手立てが見えてきます。

図表 2-1-28、図表 2-1-29 は、企画会議で検討する際のフォーマットの例です。【図表 2-1-28】

地域移行・地域定着の実践を通して、課題は次々に抽出されます。
 着眼点は、都道府県の目標設定は根拠に基づき、具体的か？
 状況を分析し、環境の整備も含めた次のステージを見据えているか？
 行政にははなかった視点を、官民協働のメリットとして導入しましょう。

課題検討表(案)

平成〇年〇月〇日

あるべき方向			
優先順位	現状と課題	解決策	役割分担
残された課題	出典 岡部資料		

「最初はどのようにして良いかわからない」という都道府県の企画会議では、相談支援特別アドバイザーの仕組みを活用して、企画会議が行き詰らないための地域移行推進アドバイザー(案)の要請が必要だと考え、本研究会で養成研究をしています。
 相談支援特別アドバイザーの概要をご参照ください。

【図表 2-1-29】

ロードマップ(案)

平成〇年〇月〇日

時期	実施項目	メンバー	内容
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
			出典 岡部資料

コラム

“Back to the community” 今昔物語③

大正大学 野田文隆

病棟に漲る雰囲気

今でも当時のソーシャルワーカーと「なんであんなに退院させられたのかね？」と話す。

「患者さんにもスタッフにも、退院したい、させたいという熱気が漲ってました！」とか。

きっと日本ではそういう熱気が地域移行には必要なのだと思う。

MPRS^{※1}では看護師は私服で、申し送り中でもいつでも地域にスクランブルできる態勢を取っていた。SOSの電話一本ですぐに駆けつける。それがトイレが詰まった事件でも。そうでもしないとせつかく地域移行した患者さんは辛くて還ってきてしまうのである。

もちろん、地域保健師も福祉事務所のワーカーも病棟にどんどん入り、カンファに参加してもらった。いわゆる地域との連携である。

90年代だったがショートステイも使い退院訓練をした。

今、「地域移行」プロジェクトは病院という中核の周りに人工衛星のように地域連携のネットワークを張り巡らして、その求心力で患者さん引っ張り出そうとしている。

でも、中核の病院冷えていては本当に患者さんを「発車」させる遠心力は働くのだろうか。中核に熱気がほしい。

※1：MPRS＝「東京武蔵野病院精神科リハビリテーションサービス」

第2部 成功の秘訣は～官民協同の作成会議～

第2章 仕組みづくりは人づくり～人材育成と研修のポイント～

I. 従来の精神障害者地域移行支援・地域定着支援(退院促進)等の調査研究・研究企画から見えてきたこと

精神障害者の精神障害者地域移行・地域定着支援事業(以下「地域移行支援」という。)は、都道府県事業(含む指定都市)に位置付けられていますが、事業費の関係で、2009(平成21)年度からようやく全国で取り組まれるようになりました。

下図は、厚生労働省公表の事業実績です。

【図表 2-2-1】

精神障害者地域移行・地域定着支援事業実績

	実施自治体数	全圏域数	実施圏域数	実施圏域数/全圏域数	事業対象者数(人)	退院者数(人)
平成15年度	16(含指定都市1)	—	—	—	226	72
平成16年度	28(含指定都市3)	—	—	—	478	149
平成17年度	29(含指定都市5)	—	—	—	612	258
平成18年度	26都道府県	385	148	38.40%	786	261
平成19年度	42都道府県	389	236	60.70%	1,508	544
平成20年度	45都道府県	386	295	76.40%	2,021	745
平成21年度	47都道府県	372	309	83.06%	2,272	790

※1:平成15～17年度まではモデル事業、平成18～19年度までは、精神障害者退院促進支援事業として実施。

平成20～21年度については、精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施。

※2:退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は、含まれていない。

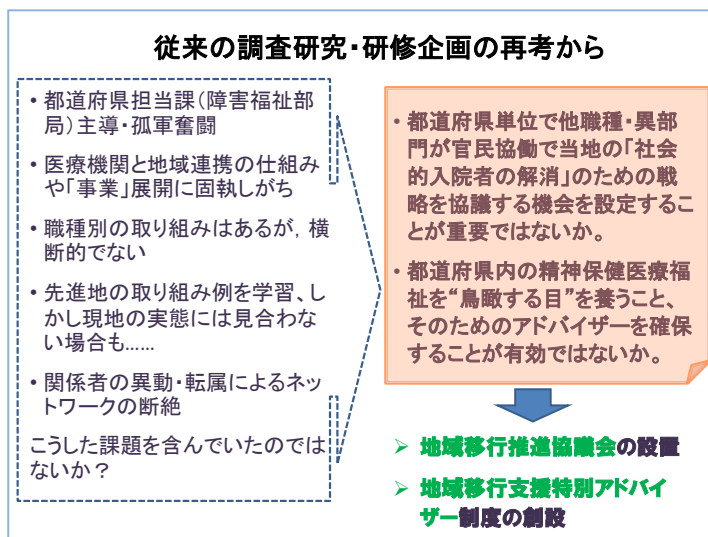
2007(平成19)年度には、厚生労働省主催で全国6ブロック単位で地域移行支援研修事業が開催されましたが、その後は、補助金事業や委託事業に位置づけられてしまい、国としての体系的な研修とはなっていないのが実情です。

【図表 2-2-2】

地域移行支援の人材育成のあり方を考える上で、過去5年間の地域移行支援に係る種々の団体の先行研究等を本研究会で調べました。

その概要一覧です。右図の左側の箱に要点をまとめています。

浮かび上がってきた課題は、人材育成を、どのように進めて良いかわからない、協力者が得られない、上手く進んでいかないなど、都道府県担当者の



孤軍奮闘や地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員が現場で空回りしている状況がありました。

また、事業を動かすことだけに心が働き、相談支援事業所や保健所などと地域の関係機関との連携の仕組みづくりがないままに、目先の現場に追われる状況も生み出しました。それは、残念ながら本題である精神障害者の地域移行支援に的が当たらなくなっているということに言い換えられると思います。

各種報告書等を見ると、専門職団体（日本精神科看護技術協会、日本精神科病院協会、日本作業療法士協会、日本精神保健福祉士協会、訪問看護協会等々）が取り組みをしています。人材育成研修も実施されているのですが、概して職種別の研修等になっています。本来なら多職種が連携してやっていくべきことなのにそれをバラバラに切っていくので、逆に医師が、看護師が、精神保健福祉士が、などと言ってその研修に参加していない他の職種を事業が展開出来ない理由にされがちでした。

また、先進地での取り組み例を自分達の地域での参考にしようとする取り組みもありますが、先進地でのやり方をそのまま真似しても、地域特性の違いもあって実績がすぐに上がるわけではありません。

さらに事業が進展しない大きな理由の一つとして、短期の人事異動の問題です。行政職の方が数年で異動する、あるいは、医療機関や障害者施設の精神保健福祉士も法人の都合で異動すると、何年か頑張ったけど燃え尽きてやめてしまうとか、人が変わってしまうことでできたはずのネットワークが途切れてしまい、「あの人が居た時は上手くいったが、担当者が変わったら上手くいかない」という課題が見えてきました。

この研究会の中で特に話し合ったことですが、これが図表 2-2-2 の右側の方にある「都道府県単位で他職種・異部門が官民協働で当地の『社会的入院者の解消』のための戦略を協議する機会を設定することが重要ではないか。」言ってみれば戦略会議を持つことが重要なのではないだろうかということになりました。

実際にはそれが、自立支援協議会に当たりますが、形だけのものになってしまうのはもったいないので、どのようにして実効性のあるものにしていくのか考えることが必要です。

また、都道府県の中だけで話をしていると、従来の考え方から脱しきれず、視野狭窄に陥りがちです。特に都道府県から抜け出たところで、鳥瞰する目を持って、少し離れた所から見渡してみる、全体を見渡してみることで新たな発見がある、新しい発想が生まれるのではないかと相談支援特別アドバイザーのような役割をする方たちも同時進行で養成する必要があるとの結論に到達したのです。

コラム：田村 綾子(精神保健福祉士)

2002（平成 14）年度、居宅三事業が市町村に移管となり、手帳の申請や、通院医療費公費負担申請等の窓口が県から市町村に移りました。その頃のエピソードですが、市の方からお電話いただいて、「うちの市には精神障害者はいないわよね。精神障害者はみんな病院に入院しているでしょ、地域にはいないよね。」と言われたのでした。私が勤務していた病院は大体 400 床位ベッドがありましたが、そのうちの 80～90 人はその市の住民ですし、入退院を繰り返している方もあれば、外来にも毎日 30～50 人患者さんがいらして、デイケアに来ている人も半数以上はこの市の人ですよと言う返事をしたら、そんなにいっぱいいるのと言われ、本当にご存じないのだとひしひしと感じました。

そこで、退院促進を通じて、市町村や地域の人への啓発する重要性に気がついたのです。

II. 地域生活移行支援に対するアプローチを人材育成の視点から考える

1. 研修の目的

【図表 2-2-3】

人材育成を図るには、研修の目的を明確にしましょう。(図表 2-2-3)

参加する方たち一人ひとりが異なる色合いを出しながら成長していく、そこに研修の意味があります。

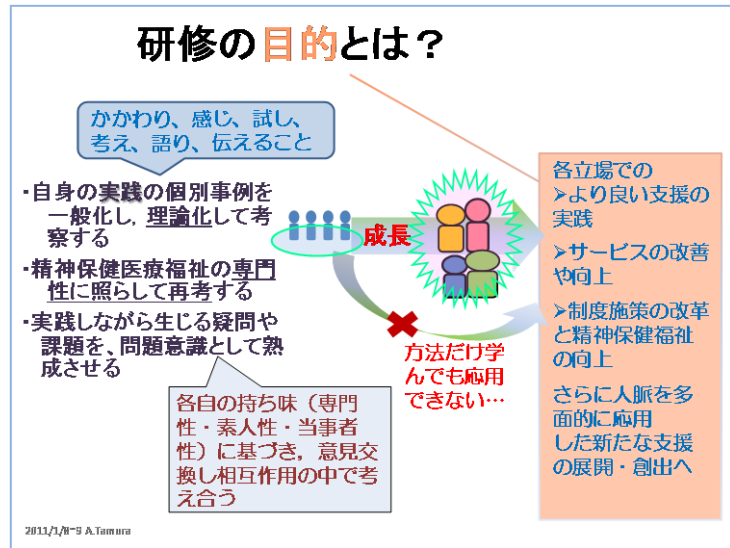
研修に参加し、それぞれの所属に帰り、提供するサービスがよりよいものに改善され、さらに質が良くなる。場合によってはそこで学んだことから、今まで持っていない資源を新たに作り出すというような、制度施策の改革に向けた取り組みをする

など、受講者が成長することで可能性は高まります。研修に参加した人同士の演習によるグループワークや、研修後の仕事を離れて食事を共にする交流会などを通じて、「顔と顔の見える関係性」を築くことが、今後の情報交換をととてもスムーズにできます。

研修に来る方は今までにも、精神障害者の退院促進、地域生活への移行や定着支援については既に実践をお持ちですから、実践の振り返り=自分自身を外から見直すことで客観化することにも意義があります。講師の話聞きながら、自分の経験を振り返る、どんなふうに関ってきたのか、その中で何を感じたのか、どんなことを試してみたか、自問自答したり、他の受講生と語り合ったり、もう一度理論的に整理が出来る機会と捉えます。

しかし、残念ながら座学だけで学んでも、一人ひとり技術や知識・方法論は成長するかもしれませんが、現場で使えるものにはなりにくいのです。

研修受講後に効果が出る研修方法として、地域移行推進協議会企画会議で、都道府県や地域単位の実態にあった研修を企画すると良いと思います。直面する地域課題や必要な資源の組み立てを同時にすることで、大きな効果を引き出すことができます。



2. 研修のポイント

研修のポイントは、「総論」「各論」「実践報告」「演習」という4本の柱で組み立てました。このテーマでやるときに一番大切にしたいのは、「精神障害者の社会的入院の解消や、退院促進、社会復帰支援、地域移行、地域生活定着支援になぜ取り組まなければならないのか」という理念の確認、ここを一人ひとりの心の奥底にしっかりと落とすことが欠かせないと思います。

☀ 総論～これがなければ始まらない！

社会的入院者への退院促進と地域生活への移行支援・定着支援の意義を再考する

→何のための退院支援・地域移行支援なのか？を「自分の言葉」で理解し説明できることが重要

次に各論です。

各論～各立場や職種における役割と連携の意義

1. 医療機関内での退院支援

- ・各職種の役割の理解
- ・チームアプローチの意義と方法の理解
- ・地域関係者との連携の意義と方法の理解

まず医療機関では退院に向けた支援では、通常どういふことをやるのか、各職種の役割にどういふものがあるか、そこをもう一回整理しましょう。また、連携という言葉がよく言われるようになりましたが、チーム医療を展開することは精神保健医療福祉の中で昔から言われていました。なぜチームアプローチが大事か、どういふものがチームアプローチなのか、そういうことについても学ぶことが必要になります。

また、医療関係者も、地域関係者の方たちとの連携の意義、精神障害を持った人たちは、退院すれば当然一日の多くの時間を生活に費やします。退院後の生活について知っておかなければ、退院に向けての支援の方法論は見えてきません。

精神障害者福祉サービスは、2006(平成18)年の障害者自立支援法(以下「自立支援法」という。)の施行により三障害一元化しました。精神保健福祉法(以下「旧法」という。)上では、社会復帰施設は都道府県が実施主体でしたが、自立支援法上では、市町村が実施主体となり、個別給付の福祉サービスになります。医療関係者は直接福祉サービスを提供するのではありませんから、福祉サービスを利用する場合には、手続きがどのように変わったのか、生活支援の連携は誰とどのようにやればいふのか、知識として理解することが必要になります。

また、精神障害者相談支援事業を担っていた旧法の精神障害者地域生活支援センターは、自立支援法施行と同時に市町村事業になり(一部都道府県等の指定あり)、相談支援事業も障害別ではなくなりましたので、利用できる事業所は福祉サービスとともに増えたともいえます。ただ事業所によって、得意分野と不得意分野がありますので、相談支援事業者と相談することで、地域の状況を把握することが出来ます。

2. 相談支援事業所による地域移行支援

- ・相談支援事業の仕組みの理解
- ・地域移行、地域定着支援事業の理解
- ・医療機関への働きかけ方と、地域に移行後の生活支援へ連動

相談支援事業の仕組みについて、医療機関内で仕事をしていると、残念ながら良く分からない場合があります。しかし、地域生活をする障害者にとっては、重要な制度です。「医療職だからその意味が分からない」では、患者さんの権利をはく奪することになりかねません。2012(平成24)年度からは、地域移行支援の一部が個別給付化されます。地域の福祉サービスの概要も知る必要があります。

一方で相談支援事業者も各種事業を、例えば地域ではどのようなサポートが出来るのか、住まいの支援として共同生活援助事業(以下「グループホーム又はGH」という。)や共同生活介護事業(以下「ケアホーム又はCH」という。)、訪問や通所の日中活動支援そして相談事業などについてです。各種事業を医療職の方にも情報提供しご理解いただく努力が必要です。

3. 行政機関が担う退院促進と地域移行・地域定着支援

- ・保健所にしかできない医療機関へのアプローチ
- ・精神保健福祉センターの役割の周知
- ・市町村の役割～相談支援事業の実施主体として、市民の健康な暮らしのために
- ・生活保護制度における退院促進事業の実情と課題
- ・行政所管間のコネクターの役割

そして3番目に、行政機関が担う退院促進、地域移行、地域定着支援です。

行政の役割は大きいという話が盛んにされながら、「行政は財源が全てなのでお金をつけてもらわなければ出来ない」「公務員の削減で人手がない」というようにできない理由を挙げられることがあります。しかし、保健所にしかできないことや、精神保健福祉センターにここを頑張ってもらいたいなど、都道府県はここを、市町村はこの役割を発揮してほしい、というところはたくさんあります。

【図表 2-2-4】

精神障害者の「社会的入院」は国の施策が生み出したものです。2009(平成21)年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書「**精神保健医療福祉の更なる改革に向けて**」¹⁷では、右図にあるように「その反省に立つべきである」という文言があります。行政責任でこの解消を図らなければなりません。

行政の担当者の人事異動は短期間にあるので、新たに来た方を上手に周りの民間のベテランがサポートするということが地域によっては必要かもしれませんし、またその逆に行政の方の方がベテランで地域の、まだ成長途上の事業所などの専門職をサポートするということもあると思います。

特に行政機関の医療機関に対するアプローチは重要です。例えば保健所による実地指導のとき、この病院にどのくらい社会的入院の人が居るのか、どのくらい開放的か、地域と協調・連携しながら医療を行っているのか、通称「630調査」(ロクサンマル)の数字を手元に把握し、指導に生かしてください。この事業を導入にするにあたり事業所任せにするのではなく、保健所の方や、精神保健福祉センターの方、都道府県の担当の方など、そういう人たちが医療機関もしくは医療機

2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

○現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべきである。

○その上で、精神保健医療福祉に関しては、今後も、精神保健及び精神障害者福祉に関する各法律に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速すべきである。

○その際、長期入院患者等の地域移行の取組を更に強力に推し進めるとともに、今後新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、以下のような視点も踏まえて、施策を推進すべきである。(以下省略)精神保健医療福祉の更なる改革に向けて14頁より

¹⁷ 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書「**精神保健医療福祉の更なる改革に向けて**」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>

関を束ねる精神科病院協会などにきちんとアプローチしておいていただくことがとても大事なのです。

地域移行・地域定着支援事業の対象者のために必要な会議も、行政名義で派遣依頼文書を作ると、病院の職員は出やすくなります。

また、現在は都道府県事業なので、これまでの慣習で市町村が置き去りにされてしまうこともあると聞き及んでいます。2012（平成24）年度からは個別給付になりますし、そもそも市町村は相談支援事業を実施する主体者です。都道府県行政と市町村行政の連携がさらに求められます。

長期入院している精神障害者の約2割は生活保護受給者です。国が委託実施する生活保護ケースワーカーの研修もあります。行政の中では、地域移行支援と生活保護は担当部局が違うので、民間人が思っている以上に連携が無く、市町村と福祉事務所という別枠になっているのです。

同じ方を退院促進で支援するのですから、チームの一員として、生活保護担当者も研修に巻き込み、生活保護で実施している退院促進もプログラムの中に是非とも入れておきたいことのひとつです。

4. 支援方法（ケアマネジメント・退院準備プログラム・ピアサポーター・アウトリーチ等） 事業にとどまらず従来からある支援の応用、事業展開を通じて創出された方法・施策の学習

次に地域での支援方法ですが、医療では、往診、訪問看護等、介護では訪問介護や通所サービス等、障害者福祉サービスでは、自立支援法による個別給付や市町村地域生活支援事業、更にもう他に2011（平成23）年度からは、補助金モデル事業でアウトリーチが新規事業で始まります。

新たな手法がどんどん開発されています。これまで積み上げてきた支援方法に加えて、タイムリーに新たな支援方法を取り入れて紹介できる各論も必要です。

実践紹介

各地の実践者による具体例の紹介 → 地域事情や背景を踏まえることもポイント

演習～参加型の研修とするための工夫

理解したことを実践にひきつけて再考し、明日からの現場の実務につなげる意識を強化

研修の中で、概ね受講者の方の満足度が高いのは演習と実践紹介です。実践紹介は具体的なので現場の実務者にとっては最も関心が高いです。共感できますし、具体的にイメージできるというのは有効だと思います。ただ、その時地域事情など背景を踏まえた上で、自分たちの活動として何を学ぶかという目的を明確にしておくことが重要です。演習は、主体的に参加ができますし、講義で学んだことを、演習場面で咀嚼し、疑問点や不消化の部分に参加者同士で意見交換もできます。また事業所等で個別支援会議や課題解決場面で活用できる方法も学べます。

3. 研修で成果を得る工夫

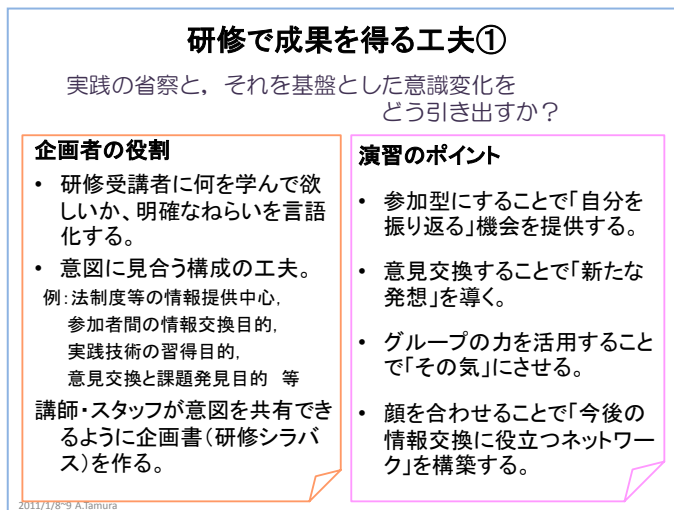
【図表 2-2-5】

研修で効果を上げるために、枠の外に書いてある実践の省察(振り返り)と、それを基盤とした意識変化をどう引き出すかがとても大切になってきます。

企画者の役割としては、まず、研修対象者は誰か、を明確にした上で、受講者に学んでもらいたいポイントをまとめて、企画側が研修意図を明確にします。

次に、具体的な意図に見合う構成の工夫が必要です。「法制度などの情報提供」が中心なのか、「参加者間の情報交換」や「技術の習得」あるいは「新しい課題を発見してもらう」ことが目的なのか、を明らかにします。

講師やスタッフも同じような意図を持てることが大事です。具体的に何をしようとしているのか分かるような企画書を作る、各講義のシラバス¹⁸を作ることが重要です。次に受講者の職種や業種、経験年数などの構成によって、当初の講義や演習を修正します。講師の変更は出来ないでしょうから、講師には依頼当初に文書等で目的を明確に伝えると同時に、研修直前に受講者情報を提供し、再度研修目的を伝え、研修目的に沿うように可能な限り事前の打ち合わせを充実させます。



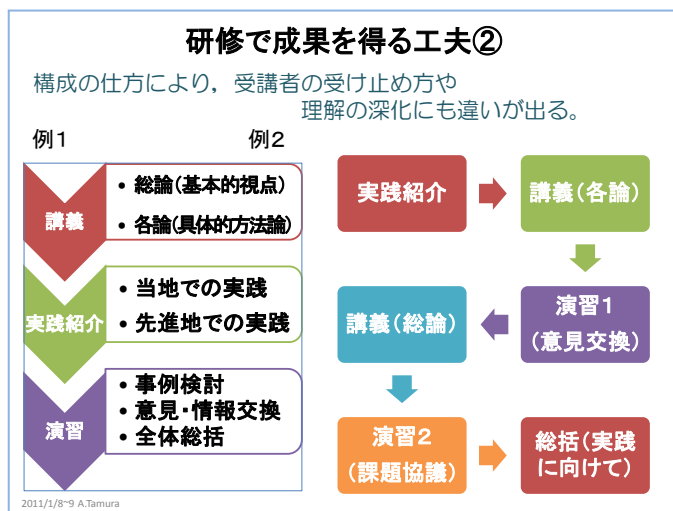
【図表 2-2-6】

研修の構成ですが、やり方はいろいろあります。

右図の例1は、「総論」→「実践紹介」→「各論」→「演習&全体統括」の流れです。重要なところをまず押え、それを柱にしながら周辺のいくつかの情報を伝え、その後どのように消化するかを考えて頂きます。(図表 2-2-6)

例2は、逆の流れです。最初に「実践紹介」をします。具体的な話から入ることで、最初に参加者の興味関心を引き付けやすい、導入しやすいです。行政や病院内の医療従事者など、地域移行支援の実践をした方が多い集まりの場合にこの手法を用います。イメージがわきやすくなり、その後「各論」に入り、次に一旦「演習」をして、そのあとに「総論」になると、「そもそも皆さん何が大切なのでしょう」と、もう一回理念を振り返るという組み立てになるわけです。この例2の方で行うと、実践でやったことを理論で振り返ることが研修中に出来ていきます。

例1は、自分で理論の振り返りをする事になりますが、例2は、研修の主催者側が理論の整理をして見せ、参加者が持って帰る、と言う感覚になります。



¹⁸ シラバス (Syllabus) とは、日本では講義・授業の大まかな学習計画のこと。

ここでは2つほど例に挙げていますが、どういう構成にすれば良いのかは、計画当初に企画会議でよく協議すべきところです。

2日以上にわたる研修の場合、出来れば1日目から意見交換の場を作っておくと、2日目の凝集性が高まります。

コラム：田村 綾子

①退院促進事業が始まった2003(平成15)年度以降、いくつかの都道府県では病院へのアプローチをなされたことと思います。

私が居た神奈川県でも県庁の方と、精神保健福祉センターの方が、神奈川県精神科病院協会に退院促進事業の説明に行きました。病院の実態調査の協力依頼をしたり、実際にモデル事業が始まった時には、委託先の地域生活支援センターの職員と一緒に、保健所と精神保健福祉センターの職員が病院の各院長にご協力をお願いしますと挨拶して下さいました。

民間の事業所の方だけが来られるのと、公務員と一緒に来られるのではやはり病院の受け止め方は違います。ここは是非とも行政職員にやってほしいというところだと思います。

②いろいろな社会資源がない時代に保健所の精神福祉相談員の方とともに、生活保護ケースワーカーさんは連携できる社会資源の一つでした。退院する方が生活保護受給者だと、ラッキーと思ったものです。それは退院後も一緒に考えて頂けるネットワークの一つでした。

また、入院中の精神障害者の2割は生活保護受給です。生活保護ケースワーカーさんたちとうまく連携することは重要なことです。

行政は、ややもすると縦割りでことが進んでいきますので、民間の私たちがそこをつなげられると良いですね！

コラム：田村 綾子

私は病院に長く勤めていたので分かるのですが、手塩にかけてせっかく良くなった患者さんが地域に出て放っておかれ、具合が悪くなるのを見てもらえない、パートナーリズムと言って、門屋さんの講義にもありましたが、そういう親心のような気持ちがどうしても出てきてしまいます。

ですから、地域でもサポートする人たちがいらっしゃるということが分かれば、安心してここからはお願いしますと言うことが出来る場合もあります。もちろん知っていても、任せられないとか、何かあった時に責任取るのかという医療機関もあるかもしれませんが、基本的には病院は一生懸命に頑張って治療・支援してきた、かつては病院以外に支援してくれる人が居なかった、そういう長い歴史があります。

精神障害者は、「障害者」と言われながら、福祉の対象になったのは最近のことです。それまでは福祉からはじかれていた障害者ですから、病院がやるしかないと思っていた感覚を今も引きずっているところがあります。なので、地域はこんなに変わってきています、こんなにいろんな資源がありますよ、と伝えていくことが大事だと思います。

本当に、それほどの資源があるのかという話もそこで出てくるかと思いますが、ここで言っている「資源」とは必ずしも法律や制度にのっとった精神障害者のためだけの資源のことを言っているのではなく、例えば民生委員が訪問する仕組み、当事者団体があって困った時に夜中でも電話で話を聞くような取り組み等もありますということでも良いのです。目に見える箱モノの資源だけを言っているわけではありません。

このようにいろいろなものがあるので病院だけで頑張らなくても大丈夫ですよと、それをどうやって伝えていくかだと思います。

田村綾子の地域移行支援初心者ゼミ

【図表 2-2-7】

皆さんはなぜ精神障害者の地域移行支援に関わっていらっしゃるのですか？「社会的入院」とは何か、再考しましょう。

「たまたま担当になってしまった」、「事業が降ってきた」という方もいらっしゃるかも知れませんが、「もともとの自分の業務の使命です」と思っている方もいると思います。動機は様々だと思いますが、自分なりになぜこれをやるのかを説明できないと、説得力を持つことや人材育成はむずかしいです。

人を育てる立場にあるなら、「自分はこう思っている」ということを言えるようにすることが大事だと思います。

私は精神保健福祉士として病院に勤めているときから、精神障害者の社会復帰に取り組むのだという思いだけはありました。

新人の時は失敗ばかりしていましたが、行政の方が精神障害者のことを知らないと思った時に、「病院の情報を地域に伝えなくてはいけない」、と決心したのです。

病院内に関係機関の人、市町村、社協、保健所の方を呼んで会議を企画しました。当時の地域生活支援センターの方、当事者団体の方、家族会の方、周辺の一般病院の MSW と、要は精神科の患者さんが病気になる時にお世話になる方たちを呼んで会議をしました。

そして会議のために、事前に全入院患者さんの実態調査のデータを用意しました。

この実態調査の項目はとても細かいものを作り、主治医と担当看護師とコメディカルスタッフ、事務の職員が一人ひとりの患者さん 400 人分をすべて退院が可能なかどうか、お金があるのか、ご家族との関係はどうか、と言ったことを細かくチェックするシートを作り、その結果を集計して報告する形にしました。

そこで、お医者さんには「医学的診断だけして下さい。お金がないとか料理が作れないとかそういうことは、私たちが考えます。」とお願いしました。

看護の人には生活について、ワーカーにはいろいろな周辺のことについて聴きました。ところが、患者さんは退院したいと考えているのに、専門職に聞いたことによって、退院できない人がすごく多くなってしまったのです。

QUESTION !

「社会的入院」とは何か再考しましょう

- 言葉の意味について
～どのように定義しますか？
- みなさまの周囲の実際について
～どのくらいの社会的入院者がいますか？

2011/1/8-9 A.Tamura

【図表 2-2-8】

精神障害者の社会的入院とは 社会的入院について

「精神医療の領域では向精神薬の進歩により、薬物投与によって症状が軽減され退院が可能になっても、家庭や職場、住む家等々社会的諸条件に阻まれて退院できない“社会的入院”が顕著になった」と述べられている(柏木昭『改訂精神医学ソーシャルワーク』p.29岩崎学術出版社1993年)。

要因は、さまざまに考えられる。たとえば・・・

精神科医療と福祉に関する国策の歴史～制度的要因

精神科治療のあり方

精神障害の特性

家族状況

社会・経済的要因

本人の動機づけ

参考:田村綾子「“社会的入院”の概念と要因」『精神保健福祉』通巻53号へるす出版2003年3月
2011/1/8-9 A.Tamura

また、いろんな職種が退院できるかどうかを判断したときに、一番慎重派だったのが私達精神保健福祉士でした。結果を見てショックを受け、社会的入院を作っているのは私たちなのだと確信してしまいました。

この調査の中で、ご本人にも必ず希望を聞くことにしました。「入院し続けていたい」か、「退院したい」か、400人中大体半数の方は「退院したい」とおっしゃいました。残りの3分の2の方が「どちらでもいい」と、後の3分の1は「病院にいたい」とおっしゃいました。

また、この調査は毎年10月頃にやっていましたが、去年ご本人の希望を聞いたときに「退院したい」と言っていた方に、今年もまた同じことを聴くことになり、「退院したい」という希望を再び聞いて「ごめんね」と言わざるを得ない人が増えてきてしまいました。

「退院したい」と聞いて、「退院できるよね」と応えて、そのまま退院しないで1年も経ってしまった人が何人もいらっしゃいました。

【図表 2-2-9】

遅すぎた気づきですが、私は退院支援と言うことになぜ取り組むのか、この理念をきちんと確認しておくことが欠かせないと思います。

結局、退院希望の声をたくさん聞きながら、彼らより先に私が病院を出てきてしまい、今自分が出来ることはこうして、各地での得た情報をご紹介したり、実践からの思いをお伝えすることしかありません。精神保健福祉士としてどこに勤務しようとも、精神障害を持つ方の社会的入院の解消に向けて、何かやらなければならないという気持ちは持っています。それが私の思いです。

「社会的入院」に対する視点

～精神科医療に関連して～

- **精神科病院が社会復帰支援に取り組んできた歴史**

→ほかに手立てが無い中で、積み上げられた自助努力

※一方では、「病院中心の地域医療」という変形のもと？

- **精神科病床の「開放率」という免罪符**

→患者1人ひとりにとっての処遇に着目すべき。

- **精神病者を「危険視」する社会の目**

→患者を院外に出すことが、病院の怠慢と批判され、病院は「管理」を強める。…開放化の阻害要因の1つになる恐れ。

※社会の無理解が、患者を精神科病院に押し留めている。

- **「精神科特例」の弊害～集団管理のシステム強化を生むことに**

→「精神的栄養失調」が、患者の意欲も希望も殺ぐ。

※医療の限界に対する共通認識の不足や過度の期待があるのでは？

 **地域の中の医療機関に、どう働きかけていくか？**

2011/1/8-9 A.Tamura

このテキストをご覧になっている皆様のご質問と私の答えをいくつか入れました。

図表 2-2-10 の question のところは演習の中で考えるきっかけとして頂ければと思い、入れています。

図表 2-2-11 の地域生活移行支援推進の基本的視点は、度々言われているので特に触れる必要はないと思いますが、一つ強調したいことがあります。「社会的施設入所」という言葉はありませんが、「あの施設に空きができたから」とか「単身生活は心配だから」など、周囲の思いや都合で施設入所を強いるのは、暮らしの場所が変わるだけで、社会的入院と変わらない状況です。

ご本人の希望ではなく、支援者の都合で病院の退院から次の暮らしの場が施設入所では、社会的入院からの脱却ではありません。

再びそういう方を生みださないように、十分に利用者の声に耳を傾け、ご本人中心の看護計画、サービス利用計画、個別支援計画であり、そのための個別支援会議やケア会議を通して、退院支援の重要性を改めて認識して頂ければと思います。

【図表 2-2-10】

QUESTION !

- **あなたの地域の入院患者の実態把握は？**
 - 退院を希望している方は何人くらいいますか？
 - その方たちについての病院内での具体的な検討は？
 - 実態を把握する仕組みがありますか？それを活用していますか？
- **各機関との連携・協働体制の構築はどのくらい？**
 - 事業内容や特色は？(得意分野, 利用方法, 混み具合など)
 - 窓口になるのは誰か？(…誰に話すと早い?)
 - 相互の情報交換の機会は？(型通りの会議のみならず…)
- **従来での取り組みで限界を感じていることは何でしょう？**
 - 職場の内部の課題ですか？
 - 地域の課題ですか？
 - それらを, 地域内の各機関が共通認識していますか？


2011/1/8~9 A.Tamura

【図表 2-2-11】

【地域生活移行支援】推進の基本的視点

- 退院可能な精神障害者が在院している現実の共通認識
- 退院を望む精神障害者の届かぬ声の存在への謙虚な理解
- 医療機関の地道な取り組みと限界への理解
- 実態把握のための指標作りと, 怠りへの反省
- ⇒「**社会的入院は人権侵害**」という認識の醸成
- 遅かった事業展開…「でもまだ間に合う」と思わせる！

そして…
新たな社会的入院者を生まないために。
さらに…
「社会的施設入所者」を生まないために。
今日からできることを“一人称で”考えてもらいましょう！



2011/1/8~9 A.Tamura

コラム

“Back to the community” 今昔物語④

大正大学 野田文隆

職種の喧嘩

火事と喧嘩は江戸の華ならば、地域移行は職種の喧嘩があっていい。多職種協働ということは仲良しクラブではない。

軽度の知的障害の女の子にタバコをあげてお尻を触っていた夏太さんの退院前カンファレンスは揉めた。

看護師はこんな行儀の悪い人を地域に還すと問題を起こすのではと反対、ソーシャルワーカーはそれが夏太さんの社会性と弁護。心理とOTも入り乱れて喧々諤々、ほとんど喧嘩腰のカンファレンスだった。

それが成立するのは「医師が結局決める」という諦めがないから。これは欧米のスタイルでもある。

日本の多職種協働が名ばかりなのは、職種ごとの自信が薄いこと、発言することを恥ずかしがること、そして「お医者さんが偉い」となっていること。

職種間で見方や意見が違って当然、それがぶつかり合わせてこそ、よいアセスメントができるのである。

あらゆる職種の中で医師が一番患者さんと接触時間が短い。その人がすべてを決めるのは到底不可能である。

この民主主義がいきわたらないと地域移行会議も借りてきた猫のようになるのでは。

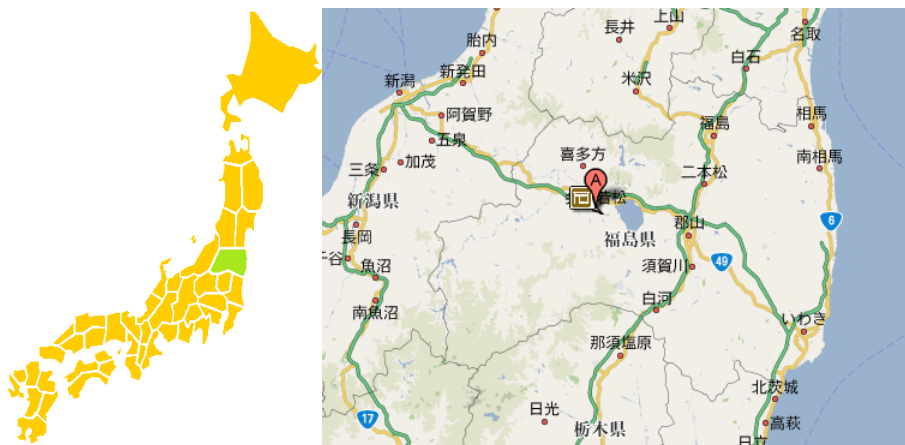
第3部 都道府県人材育成研修ヒント集—各地の取り組み—

第1章 福島県会津若松市の実践例：

精神障害者地域移行支援事業を活用した支援ネットワーク

竹田総合病院 医師：上島雅彦 看護師：児島一行
会津若松市障がい者総合相談窓口 相談支援専門員：齋藤研一

会津若松市人口：約12万7千人



1. 会津若松市自立支援協議会仕組みづくりに向けた官民共同の取り組み

1. はじめに

福島県会津若松市は、東北地方の一番南側に位置しています。東京からは東北新幹線の郡山駅で乗り換えて1時間強で会津若松市に着きます。この冬は豪雪で、全国的なニュースにもなったところでした。

人口12万人程度で平均的な規模の市町村とっていただけたら良いと思います。

相談支援事業は、会津若松市が身障療護施設を運営している法人に委託して始めました。そして、障害者自立支援法施行と同時に、三障がいを一元化し総合相談窓口として委託変更されました。

相談支援事業の支援件数は一か月概ね800件で、サービス利用計画は同じく20件程度です。

アウトリーチ、自宅療法、ケア会議なども活発にやっている状況です。

このテキストでは、私たちが精神障害者地域移行支援事業に取り組んできた歩みを図に沿って説明させていただきます。

2. 地域移行支援取り組みの経過

精神障害者地域移行支援事業が始まる前は、個別にケア会議をやっているだけで、個別の支援にフォーカスを当て、そこから出てくる課題を地域全体の課題として捉え、施策を変えていこうという動きはありませんでした。

そうした状況の中で、厚生労働省の障害者自立支援プロジェクトを活用して、会津若松市の精神障害者地域移行支援事業に関係者で取り組むことになりました。

このプロジェクトを始めるにあたり、会津地域退院促進支援及び地域移行支援推進委員会が発足

し、竹田総合病院、福島県会津保健福祉事務所、会津若松市役所社会福祉課（障がい担当・生活保護担当・退院促進担当等）、相談支援事業所、グループホーム、就労継続B、就労・生活支援センター等の関係団体がネットワークを組んで、一人一人の支援をやっていて見えてきた課題解決に向けた会議を行いました。

【図表 3-1-1】

右図は、2007（平成19）年12月から2009（平成21）年3月の間に取り組んだ厚生労働省の障害者自立支援研究プロジェクトの概要です。

このプロジェクトを会津若松市内の関係団体が一緒に取り組んだことが契機となり、地域づくりが進んできたと感じています。

このプロジェクトの大きな目的は精神保健福祉ネットワークの構築と、精神科病院機能強化でした。

プロジェクトの成果は、会津若松市の自立支援協議会の中に地域移行ワーキンググループという形で残していくこととなりました。（下図参照）

**厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援研究プロジェクト**

事業名: 退院促進および地域支援に関わる地域精神保健福祉ネットワークの構築と、精神科病院機能強化
事業対象者: 社会福祉法人会津療育会（竹田総合病院との共同研究）
期間: 平成19年12月から平成21年3月まで

**会津地域退院促進支援及び地域移行支援推進委員会
(通称ARSS: Aizu Regional Support System)**

委員構成: 竹田総合病院
 福島県会津保健福祉事務所
 会津若松市役所社会福祉課
 会津療育会
 会津若松市障がい者総合相談窓口
 会津社会事業協会（グループホーム）
 ほっとハウスやすらぎ（就労継続B）
 ふろんていあ（就労・生活支援センター）

【図表 3-1-2】

地域移行ワーキンググループの設置趣旨について

1 背景及び必要性

- ・市第Ⅱ期障がい福祉計画において、施設入所者のうち地域生活へ移行する人数を34人、精神科病院入院者のうち退院可能な精神障がい者の退院を58人とし、その実現のための具体的な対応が必要
- ・地域移行推進に当たり、個々の事業者による対応だけでは困難（住民感情等）。
- ・現行障がい者福祉制度において、内容が不備な部分への対応

2 目的

退院可能な精神障がい者の病院からの退院、知的障がい者及び身体障がい者の入所施設からの退所並びに地域生活移行に当たり必要な社会資源等の活用について専門的な観点から検討・整理・提言することにより、障がい者の地域生活移行の円滑な推進を図り、もって、障がい者の生き生きとした地域での生活の実現に資する。

3 位置づけ

会津若松市障がい者地域自立支援協議会会議開催要綱第3条第6項に基づき、障がい福祉計画目標達成のため（第2条第1項第3号）及び障がい者の地域生活支援体制の構築に関すること（同条第1項第4号）に該当することから、当該グループを協議会内に位置づけ専門的に協議を行うものとする。

4 メンバー

- ・医療機関（Dr、Sw） ・障がい福祉サービス事業者 ・障がい者総合相談窓口
- ・福祉事務所（査察指導員） なお、定数（11名）の範囲内で、必要に応じて増員を検討する。（県立病院、会津西病院、障がい者施設等の関係者）

5 機能

- ・解決困難課題の抽出・整理（解決に向けた方向性の提示）
- ・協議会部会への課題提供（仕組みづくり等）
- ・個別ケア会議（課題）へのフィードバック

3. 精神障害者地域移行支援事業と地域自立支援協議会・相談支援事業所の役割

【図表 3-1-3】

会津若松市では、会津若松市の建物の一角に障がい者支援センター「カムカム」を設立し、就労・生活支援センターと障がい者相談窓口、社会福祉協議会のボランティアセンターと一緒に入り、センター運営協議会を設けました。

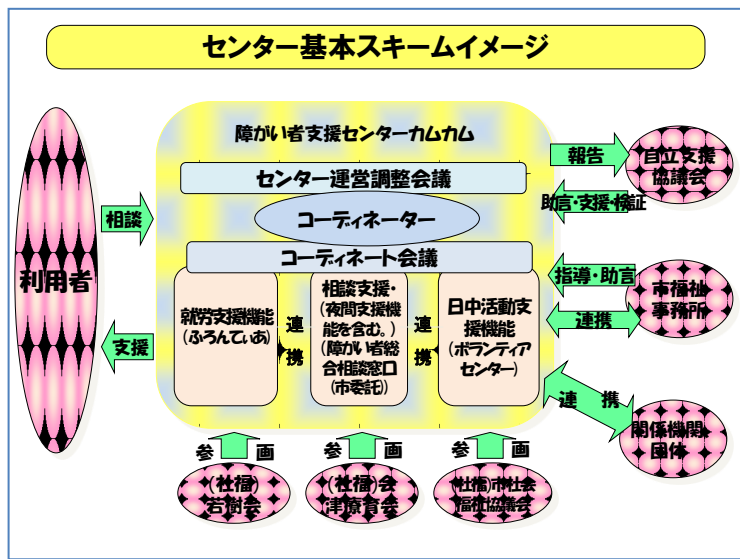
そこで、地域定着支援事業を始め、常日頃から一緒に情報交換や相談面接に同伴したりと、どんどん地域の中で事業を一緒に実施して、施策、提言まで出来るように成長し、その

提言から、余暇活動支援センター「ふらっと」の運営開始などの資源開発にも繋がりました。

この障がい者支援センター「カムカム」では、障がいのある方を支援する場合には、その人の強み、メリットを引き出すことを基本として、「この人は調理はできないけれど、この方法で食事が提供されれば地域の中で生活できますよね」というようにみんなで考えるという仕組みができてきました。そうしたことが常日頃から言い合える、あるいは多職種の中で私たちだけが言うのではなくて、医療機関の皆さんと、地域の事業所と一緒に言えるようなそんな関係づくりを目指しています。

退院促進が始まると、下記の表の通り、ご本人や家族や地域から、多数の意見が出てきました。

【図表 3-1-4】



患者さんから	家族から	地域から
いつかは退院しなければならないとわかってる。	本気で一生入院を望んでいるわけではない	なんでうちの隣の(地域住民の根強い偏見)
でも、不安もいっぱい...	やっぱり家族だから...	精神障害者の方には貸せません(不動産事業者)
不安に寄り沿う支援が大事	でも、自宅退院はちょっと...	地域事業者だって不安がいっぱい
時にはグループの力を利用して(仲間って大事!)	家族も不安がいっぱい、家族支援も必要!	今までは孤軍奮闘していた
計画通りに行かなくて当たり前	第三者(病院外の相談事業者、保健師など)が支援に加わることで家族の気持ちも変化する	病院は敷居が高い、行政は何もしてくれない
やればやっただけの結果を患者は出してくれます	退院するところには良き協力者に...	ケア会議でお互い考えがわかる
その人の力を信じて...		ネットワークで顔の見える関係に

地域生活移行の話を進めるには、障がい福祉分野の人だけで集まって、毎回同じ話をしているだけでも広まっていけないのです。地域住民の方の力が必要になってきました。私たちがその中で目を付けたのが宅建業界つまり不動産を貸す側の人たちでした。

そこで、居住サポート事業を活用して、宅建事業者の方々と今連携を取り、何回か勉強会を開催しました。宅建事業者の方たちと「グループホームとはどんなものか」とか、あるいは「空いている不動産をどんなふうに有効活用すればいいのか」、「地域の方はこういったことが不安で、こういった準備があれば、手だてがあれば地域で受け入れてもらえるのか」など、一緒になって考える場が出来ました。

宅建事業者の方たちと一緒に活動することで、こうした問題を解決していこうと次のステップへと進めているところです。

コラム：宿泊体験

普通の障害のないご家族が住んでいた家を借りて、地域移行支援対象者の方の宿泊体験を行いました。たくさんの方が利用しました。最初は一人ずつで泊まっていたのですが、「友達と一緒に泊まってみたいかな」という、予想しない希望もあり、複数人で利用するようになりました。

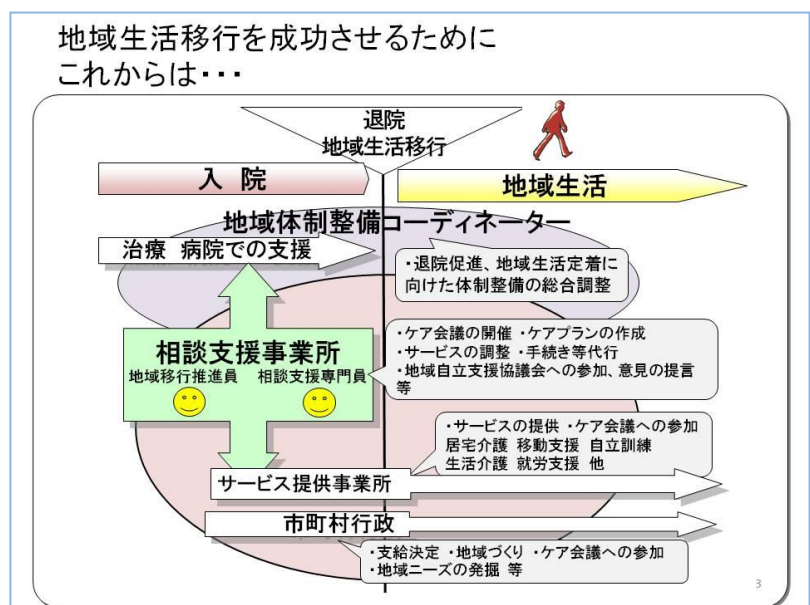
病院食では提供できない刺身や、焼き肉を食べたり、クリスマス会には家族の方にも来ていただき、「普通の壁があって畳の部屋はいいな」という話をご家族から聞いたこともありました。

こうした体験を重ねることで、ご本人はもちろんですが、地域の支援者も、病院の職員も、家族も徐々に退院に向けて安心できるようになってきました。

4. 精神障害者の地域移行支援をすすめるために～これからは～

【図表 3-1-5】

今後は、右図に示したように、入院中から相談支援事業所の、地域移行推進員・相談支援専門員が介入し、当事者の希望や望みを知り、どのような方法で退院し、地域生活支援にはどのようなことが必要かを一緒に考えていくことが重要と考えました。さらにそこにサービス提供事業所、あるいは市町村も、入院中から関わりをはじめ、地域に出るための準備をする仕組みを作っていくことが必要だと取り組みを始めたのです。



会津若松市では、2009(平成 21)年度～2011(平成 23)年度の第二期障がい福祉計画において、退院可能な精神障がい者の退院目標数を 58 人と決めました。

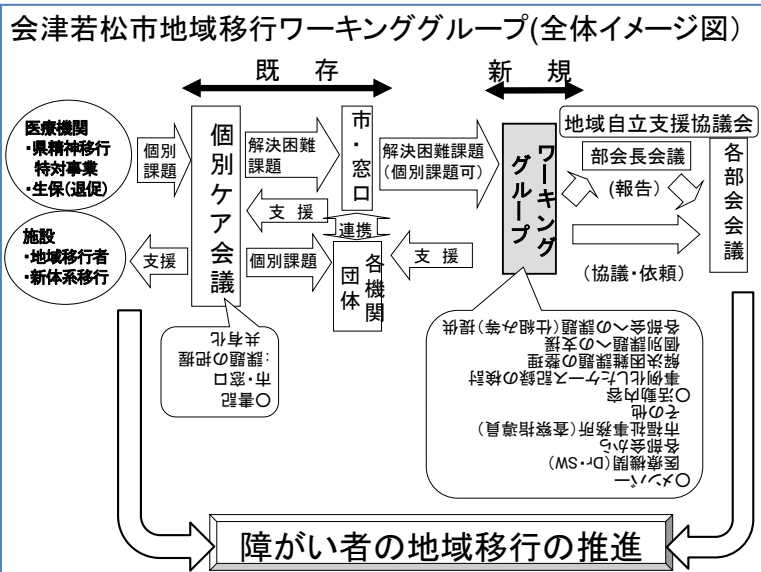
【図表 3-1-6】

この目標数値を達成するために、相談支援事業所や生活支援事業所、行政、病院等が一体となってどのような方法で進めるか話し合いました。そのために市町村職員の力も借り、私たちは私たちができることをする。お互いの役割を尊重しながら一緒にやっていきます。

ワーキンググループは竹田総合病院だけにとどまらずに、会津若松市にある会津西病院とか高田厚生病院も一緒に取り込んで、個別の課題から上がってきた問題をワーキングで整理して、自立支援協議会にかけていくというような形を取っているところです。

入院中から相談支援事業所が関わる共通の退院基準のフォーマットを作り、そのフォーマットに、Aさん、Bさんはこういう人だということを入院中に整理記録しておきます。そして、退院して地域に出ていく時に、地域の支援者に引き継ぐという方法を取っています。

地域移行支援の事業は、地域づくりからでした。地域づくりのポイントは、地域自立支援講義会や、地域移行支援部会(ワーキンググループ)などに於いて、医療機関の皆さんや行政、サービス提供事業所などの関係機関が、「何時・どこで・誰が・何を」すればいいのかということと一緒に考えていく。この取組みを欠かさずに続けていくことかなと思っています。



シンポジウムでの質疑応答

Q：市町村行政とは具体的にはどういう風にかかわるのでしょうか。

A：長期に入院されていたご本人から「急に退院の話になって、グループホームに入りたい」と申請があり、市町村の方がびっくりしたという声が聞かれたのですね。市町村が支給決定する責任を持っていますから、「この人はこういう人で、ご本人の希望をお聞きし、ご相談の上でこの支援が必要」という、ことを自分たちも知りたいのだという声が行政の中から出ました。会津若松市は熱心なところなので、市役所の担当者も支援会議に入ってください、支給決定に至るといった流れになっています。市では、一人一人の個別のケア会議にも入りますし、ワーキングにも入っています。

II. 精神障害者地域移行支援事業における民間精神科病棟内での退院への取り組み

1. はじめに

【図表 3-1-7】

会津若松市全体の精神障害者地域移行支援事業における、竹田総合病院精神科病棟長期入院患者さんの退院へのアプローチについて、病院内での取り組みをご紹介させていただきます。

まず竹田総合病院ですが、民間の総合病院で、病床数は全床で1,035床です。その中で、精神科病棟は246床でしたが、2009（平成21）年11月に建て替え、地上6階建て204床の「こころの医療センター」に名称を変更しました。

外来の患者数は一日約200名、デイケアが2単位です。病院機能として、精神科の救急入院病棟（スーパー救急）、ストレスケア・回復期病棟、重症慢性期病棟、高齢者・認知症病棟を持つ病院です。

財団法人 竹田総合病院

- 地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産母子医療センター、臨床研修指定病院。病床数1035床
- 精神科：「こころの医療センター」（平成21年11月開設）
外来 約200名/日 デイケア2単位
病棟 地上6階建て 204床（個室48床）
精神科救急入院（スーパー救急）病棟
ストレスケア・回復期病棟
重症慢性期病棟
高齢者・認知症病棟



2. 院内退院支援委員会の設置

【図表 3-1-8】

そもそもですが、人権侵害の解消と言う高邁な視点が前面に出た取り組みが出発ではなく、病院の建て替えによる病床削減という大きな命題が先にあったのです。

そうであるならば、時の利を利用して、「歴史的な背景の中で長期に入院となってしまった人たちを、長期に入院をさせてしまったものの責任として、地域社会に繋がり、地域の中でその人らしく暮らせる退院計画を立てよう」と、まず医療機能強化として、右図の退院支援委員会を組織しました。

医療機能強化

- 病院機能強化として、院内退院支援委員会を組織。
⇒現在は、地域移行支援委員会に名称が変更
- 各種ツールの開発、活用
（生活機能評価表、アセスメントシートなど）
⇒現在のニーズに合わせたバージョンアップ
- 地域を巻き込んだ、ケア会議の増加
⇒数は増えているが、ケア会議の質を高めること
- スタッフへの教育・啓発活動 → 意識改革
⇒継続して行っている。



- 地域移行を進めるための、病院内の組織
- 1. 病院全体で地域移行を進めるためには、組織を作ることは必要不可欠
- 2. 仕組み作り・教育・実践ができる組織運営
- 3. 病院の中だけではなく、地域との連携ができる仕組み作り。

【図表 3-1-9】

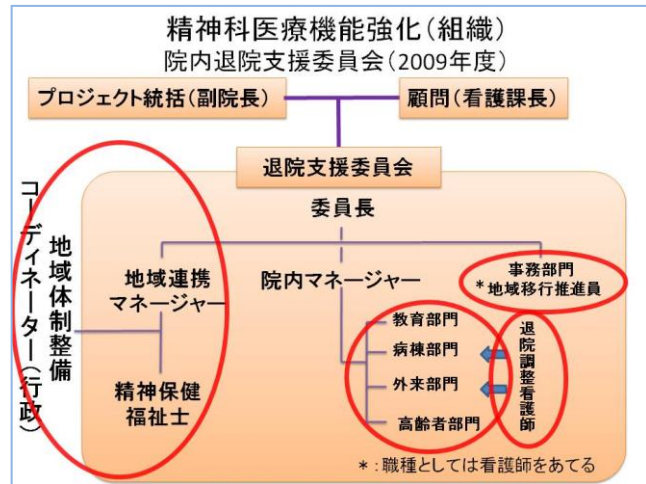
機能強化のポイントは、右図のとおり、病院の中での意識改革と組織づくりを、ベッド削減による医療者側が中心の医療支援にならないように地域と連携しながら取り組みました。

病院で実践できる活動の部分については赤丸のついた範囲内で活動をしながらかつています。それぞれの部署の活動がうまくいっているかのプロセス管理を、退院調整看護師がフォローしながら行っています。

地域に患者さんが移行する場合には、地域移行推進員による外出支援や、アパート探

しなどの直接支援が必要になるので、最初から委員会のメンバーに入っています。また、地域体制整備コーディネーターが、病院との全体をコーディネートするために、院内の地域連携マネージャーと、タイムリーにつながって連携できるような組織づくりをしています。

この退院支援委員会は、現在名称を変更し「地域移行委員会」となり事業を継続しています。



3. 退院への過程

各種ツールの開発・運用については、右図のとおり各種のツールを活用しました。

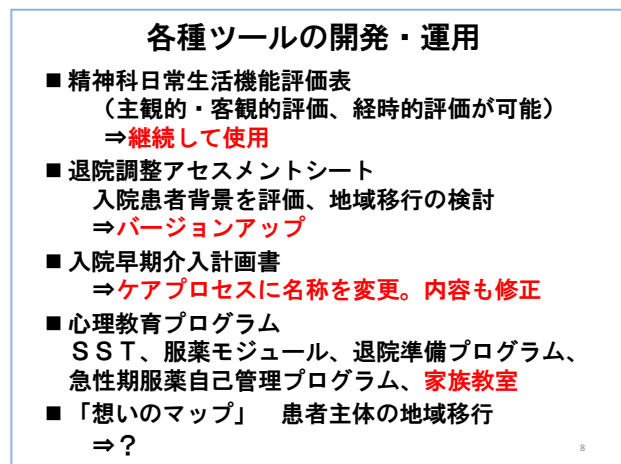
日常生活機能評価表は「どれくらい患者さんが日常生活の中でスキルが保たれているか」とか、「そのスキルをどうやって地域に移行した場合に支援者につないでいくか」で使っています。

退院調整アセスメントシートは、入院時にケアマネジメントが必要か否かを判断するのに活用し、また入院初期の段階から、地域でどのようなサービスを受けていたかの情報も含めながらケアマネジメントができるよう活用しています。

そのほかに、入院早期介入計画書、心理教育プログラム、想いのマップ（入院直後に退院に際して、患者さんと家族がどのような想いを抱いて、退院に向かうかを患者さんにお聞きし、看護計画に組み入れる）などがあります。

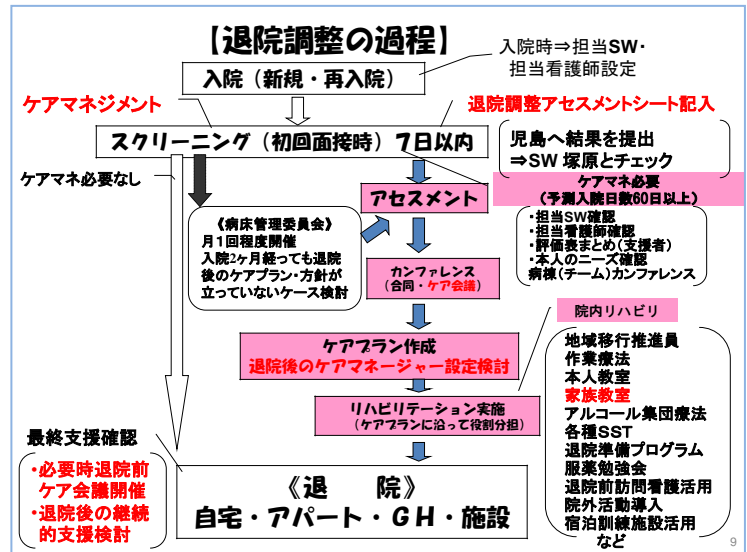
現在のニーズに合わせてバージョンアップしながら使っています。

【図表 3-1-10】



【図表 3-1-11】

退院調整の過程は、今あるツールをうまく活用するために、ケアマネジメントプロセスに沿って進めます。まず入院の段階で退院調整アセスメントシートを記入して、スクリーニングし、アセスメント結果に応じてケアマネジメントが必要というケースに関しては、矢印で示している通りの流れになっていきます。

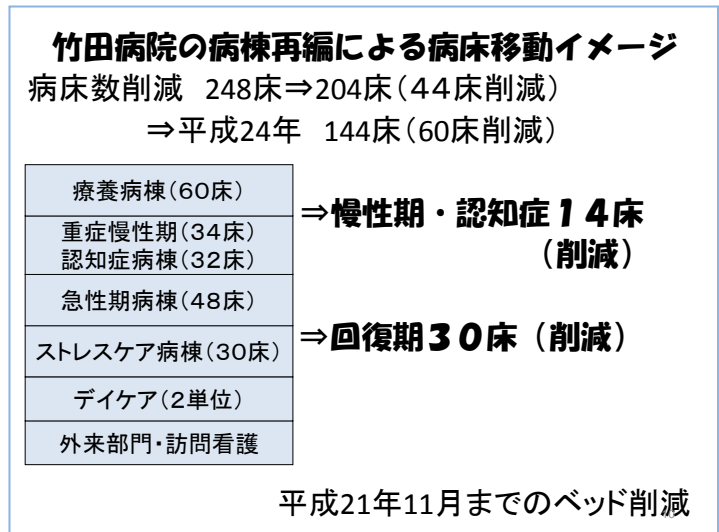


【図表 3-1-12】

竹田病院の病院再編による病床移動イメージです。

248 床から 2009 (平成 21) 年の 11 月までに 44 床を削減し、2012 (平成 24) 年度までには、さらに 60 床を削減し、144 床を目標にしています。

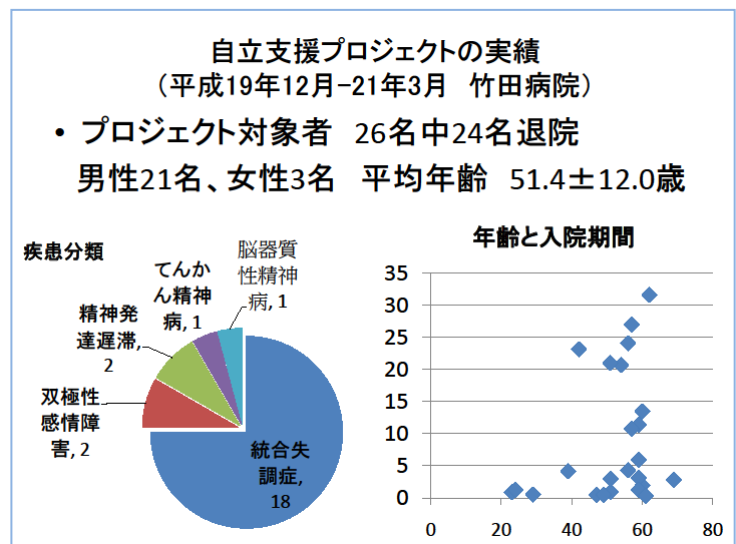
建て替えてベッドの削減が必要だからとベッド削減に拘ってしまうと、医療者主体の地域移行になってしまい、患者さんが望まない地域移行支援になり、再入院が増えるということにつながってしまうリスクがあります。目標は退院後をイメージした支援と地域で生活していくためのサポートであり、退院がゴールではないということを、病院の中のスタッフそれぞれが意識してやっています。



4. プロジェクトの成果と課題

この自立支援プロジェクトに取り組んだ実績は右図のとおりです。一年と四か月の期間しかなかったんですが、26 名の方にアクセスをして、うち 24 名の方が退院をしています。男性の方が多いという内訳にはなっていますが、右下の年齢と入院期間を見て頂きますと、一年未満で自立を目指しますということ

【図表 3-1-13】



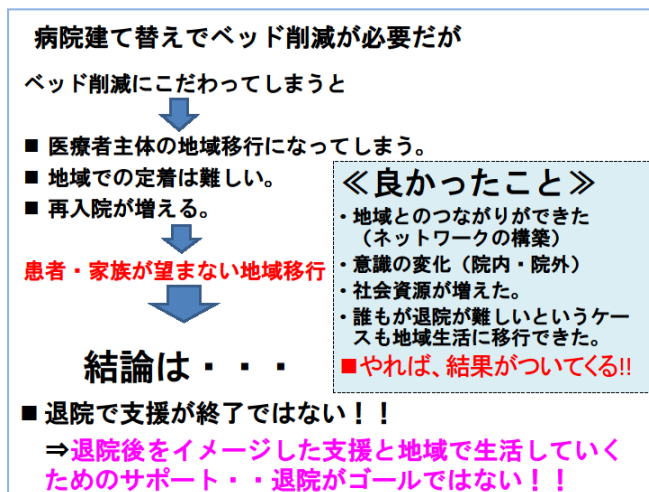
でこのプロジェクトに参加された方もいらっしゃいましたが、20年以上の方が5人、30年以上の方も一人いらっしゃいます。このグラフの右上の部分というのは本当に今まで囚われていた社会的入院、歴史的な社会的入院のかなり高齢の方も含まれていて、その人権の問題が風化しないで、地域に移行できたということは、数は少ないですが意義はあったのかなというように考えております。

【図表 3-1-14】

このプロジェクトに取り組んだ大きな成果は、地域とのつながりができてネットワークの構築ができたことと、院内だけではなく、院外の地域の人たちの意識の変化がありました。

他には社会資源が増えたり、自分たちが気付かない社会資源があり、地域のことを知らなかったという大きな気づきもあったのです。

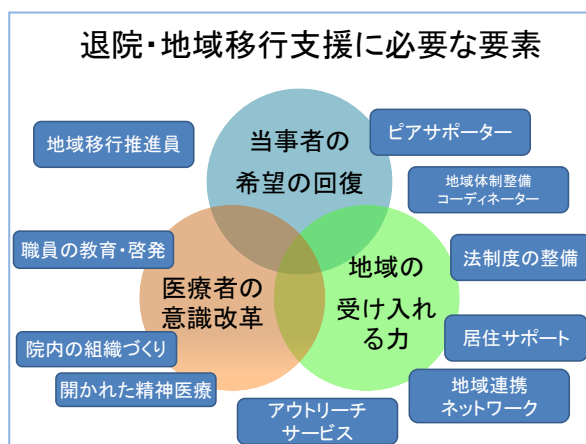
何十年も入院されている方とか、退院が難しいというケースでも誰もが地域生活に移行できました。「案ずるよりは生むが易し」でいろいろ考えるよりは、やれば結果が付いてくるという意識になっています。



【図表 3-1-15】

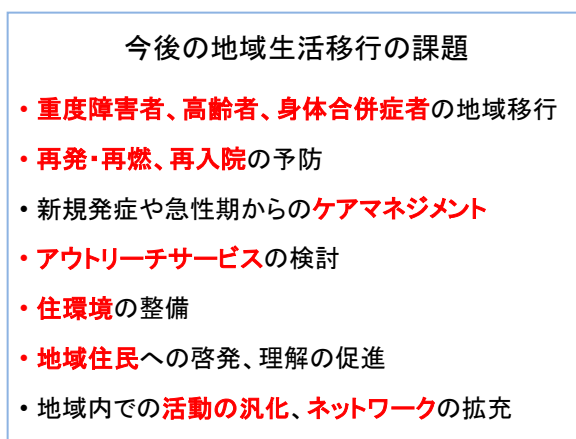
今回のプロジェクトを振り返ってみると、退院・地域移行支援に必要な要素が見えてきました。当事者、地域、医療者の官民が一体となって、仕組みを作り動かしていくことでした。

病院のなかだけではやはり限界がありますので、地域を巻き込んでケア会議を開きながら地域に移行してきました。現在のケア会議は、数を増やすだけでなく、その中身の質を高めて、常に刷新して、高い意識を維持していくということが課題になっています。



【図表 3-1-16】

今後の課題としては、医療者の意識改革はどうか頑張って行ってきたつもりですが、まだまだ放っておくと医療サイドのスタッフの意識というものがまた戻りつつあるなということがありますね。地域移行を進めてきた中で、中には再入院の方も当然いらっしゃいます。一時的な休息入院をして再び地域に帰っていかれる方もいますし、まだ、病院の中に残っていらっしゃる方がいます。その方は主に重度の障がいを抱えていらっしゃる



ったり、高齢であったり、身体合併症があったりということで、難航しています。再発・再燃、再入院の問題もあり、こうした方を地域で支えるには、アウトリーチも必要だと考えています。もう一つ大事なのは、新しい方を「急性期だから入院」という流れに乗せてはいけないと思っていますので、そのケアマネジメントが必要な方についてはきちんとこれを行う。それがアセスメントシートで取り組むか取り組まないかということについての振り分けをこの中でできればいいかなと考えております。

インタビュー：職員Aさんへ

地域のワーカーにとって病院の壁は厚い、中で何をやっているのかわからないという話をいつも伺うんですね。だけれども私たち医療機関の中の間人も、外のことをよく知らないんですよ。でも知ってみたり、勉強してみたり、取り組んでみたり、当事者の患者さんが地域に戻る、そういう姿を見ていると変わらなかった病院の中も少しずつ変わってくるんじゃないかなと思います。ネットワークについては本当に若松市の中で地域の生活資源をとりいれていただいたのと、地域で受け入れができていて、これからどういうネットワークをさらに成熟させるか、アウトリーチに発展させるかというのが今後の課題かなというように考えております。

インタビュー：若い女性看護師Bさん

自分の中では、患者さんの、一人ひとりがどうなりたいかを聞けるようになりました。今まではどうしても日常生活の中で、これができないからこうしよう、ああしよう。というのが多かったんですけど、今は何をしたいか、どうなりたいか。というのを前よりは聞けるようになったかなと思います。自分の中でというか、結局今まではこうしてほしい、ああしてほしい、ああなってほしいというのが多かったんですけど、聞く事によって、相手の思う通りになればいいなという関わりになったので、逆に私たちが頑張らなくても、患者さんの方が自然とその目標に向かって、一緒に進んでもらえるという部分は多いですね。外出ができるようになって、これまでは一生懸命こっちが行こうと言ってやっと行っていたはずなのに、「また行こう」と誘われたときは、良かったかなと思いますね。

インタビュー：中年の男性看護師Cさん

精神科医療機能強化（地域移行支援）は、以前やっていなかったのですが、そのための教育を受けてきて、退院支援は私たちの問題ということになった段階で、やはりチームワークが大幅にアップしたと感じています。病棟自体、スタッフ自体で、全員は無理かもしれないけども、できる限り患者さんのために何かをしてあげようじゃないかという形で、退院できたらいいなというのを目標に、患者さんご本人は、退院したいという希望をお持ちの方が多いので、少しでもそれに近づき、退院させてあげようじゃないかという動きが、活動は徐々に活発になってきています。

長期入院の患者さんがかなりの数でして、20年以上、30年以上の方がいるものですから、以前は、もう10年も前になりますけども、住みよい病院というか、家族とも疎遠になってしまっていて、行くところがないんだという患者さんに対しては、やっぱりその病院で良く過ごしていただけるようにという動きだったのです。

今は、やっぱり極力地域で住める方は地域に住んでいただくのではないかと。最終的に自分らしい生活、人間らしい生活、自分らしさというものを取り戻していただいて、地域で生活していただくのがいいんじゃないかということがありましたので、微力ながらみんなでがんばってやっていこうじゃないかという感じで、今頑張っています。

インタビュー：若い男性看護師Dさん

患者さんの生活というのは、病院ではなくて、地域での生活者として考えていくことができるようになってきました。病院は治療する場なので、長い入院の患者さんであっても、出られる、出て生活できるという患者さんについては、こちらの方でサポートしていきながら、支援をしていきたいなと思っています。今までは病院の中なので、どうしても「患者さん」という視点で自分が捉えていたという部分がありましたが、患者さんが変化することによって、同じ人として地域の中で生活してほしいなという思いが出てきました。

インタビュー：中年の男性看護師Eさん

今まで患者さんを退院させることが、目標・目的だったのですが、このプロジェクトを通して、退院後患者さんが再入院しないことが、自分の中の意識の変化で出てきましたね。結局、病院は退院させればそれで終わりと思っていました。精神科の患者さんって、退院した後のフォローをどうしていくか、再入院しないためにどういう支援をしていくかというのが重要なので、再入院しないために、地域の方とか、訪問看護の人とかが、どういう風にサポートしていくかという所が重要だとわかりました。その辺りで自分の意識というか、病棟スタッフもそうなんですけども、意識が変化してきていると思います。入院中から支援してきたのを、退院後も患者さん自身が活かしてくれるというのはやっぱり嬉しいですね。

インタビュー：壮年の男性看護師Fさん

やっぱり患者さんだけの治療じゃなくて、その地域とか、家族のこととか、そういう総合的な関わりが大切だと思うんですね。例えばですけども、そういうシステムというか、退院支援ということで、より地域とか、周りの人のバックアップがないと一人で生活できないということをもっと重要視した中で、意識付けの中でやると、自分の中でも何か違いがあったことを地域が斡旋して、やらなくちゃいけないというような、そういう気持ちがあります。

インタビュー：若い女性看護師Gさん

長く入院している患者さんでも、退院できる可能性があると思う事が出来ました。前はぜんぜん思っていなかったです。前はずっとこの病院にいて、ずっとこの病院で一生を過ごしていくのだと思っていました。一度、無理かなと思う患者さんをお手伝いさせてもらって、退院することができたのですが、それがきっかけで、退院できないという患者さんでも、退院できるじゃないかな、退院できる可能性があるんだなということが分かりました。一人でも地域に出て頂いて、後はもう入院することがなく、地域で暮らして頂いてもらえたらと思います。

インタビュー：壮年の男性看護師Hさん

やっぱり患者さんだけの治療じゃなくて、その地域とか、家族のこととか、そういう総合的な関わりが大切だと思うんですね。例えばですけども、そういうシステムというか、退院支援ということで、より地域とか、周りの人のバックアップがないと一人で生活できないということをもっと重要視した中で、意識付けの中でやると、自分の中でも何か違いがあったことを地域が斡旋して、やらなくちゃいけないというような、そういう気持ちがあります。

コラム：同行支援

- ◇ 会津若松市には猪苗代湖があるんですが、そこに白鳥を見に行きたいとの希望があり、車で30～40分かかるんですが、そこまで支援員さんが同行をして、この方は写真を撮るのが趣味だったので、一緒に写真を撮りに出かけたりしています。
- ◇ 地域の社会資源見学の一つとしてカラオケも一緒に行きました。
- ◇ どうしても自宅に戻りたい方と、数年ぶりにご自宅の様子を見に行くと、とても住めない状況で片づけを手伝ったりもします。グループホームの見学には当事者だけでなく、病院職員も一緒に同行して、「グループホームって実際こんなことがあるんだな」と知ることが重要です。

コラム：地域移行支援に取り組んだきっかけ

本気で精神科病院が地域移行支援に取り組むきっかけは、どの地域でも病棟建て替え、病床削減というのが一つのきっかけというか、大きな要素ではあるだろうと思っています。

当院でも、病棟建て替えというのが契機ではあったのですが、ただ、それがそれだけで終わってしまっただけだと思っていました。

そもそも、病院から押し出す力というのは非常に失礼な言い方で、もともと地域にいるべき方を病院で抱えていてというのは申し訳ないなという気持ちで帰っていただかないといけないのではないかと強く感じていました。

そのためには病院の力だけでは絶対に足りないということで、今回のプロジェクトでは地域側と協力をしようというお話から始まりました。ただお金もないし、人材もスーパースターがいるわけではないし、社会資源も地域の側にあるんですが、それが大幅な地域移行に対して十分なものとはまだ言えなかったのが、どうしていったらいいのだろうというのが最初の悩みだったんです。

お金も人材もなければやっぱり連携でしょう。地域のネットワーク作りを始めましょうというのが会津地域のプロジェクトの始まりでした。自立支援プロジェクトですとか、その後は特別対策事業などを活用して地域移行を進めています。

10年以上の長期入院者を含む地域移行をできたことは本当に良かったなというように思っております。一つの特徴としては医療機関だけではなくて、会津若松市ですとか、行政、福祉事業所それぞれが連携をして職種を超えたチームとして今機能し始めています。よく連携という言葉が出てきますが、どれくらいのレベルで連携しているかということがすごく大事で、かなり緊密なチームワークが取れてきたと思います。医療機関もそれに応じて頑張らなければいけない、地域で受け皿を作ってくださいというだけでは始まらないので、医療機関もそれなりの努力をしなければいけない。

医療機関内のスタッフの意識は確実に変化をしたと思います。そして一番大事にしないといけないのはやはり、医療機関の都合で退院支援をするということではなくて、当事者の方の権利をきちっと尊重して、失われていたかもしれない主体性を取り戻すことが大事かなと考えています。当事者の方の希望の回復ということをしつかり図っていかなければいけないなという風に考えております。

シンポジウムでの質疑応答

Q 1

もともと病院そのものが自立支援プロジェクトによって動き始めたんだけど、その土台が、素地があったのか、そういう開明的に物事を動かしていくような病院だったのかということと、実際にこういうものを作っていくときには誰か、言うなれば坂本竜馬がいなければいけないんだけど、誰が坂本竜馬だったのか、それからこういうことをやるに際して非常にネガティブな反応というか、守旧派というのは必ずいるはずだと、こういう人たちはいたのか、そのあたりをお教えてください。

A 1

バックグラウンドについては非常に良心的な病院だなとは思ってはいます。病床削減の話になった時に、どういう方向でやるかと病院の中でもかなり議論になったようです。そこで、今まで総合病院のなかで単科病院分院として 240 床の病床を、このままの形で残し続けるのはおかしいだろうと、国の施策も明らかに退院支援の方にシフトしている、地域支援にシフトしているので、総合病院の中のあり方としては、急性期や合併症を抱える方がいつでも医療支援を受けられるように変わっていかないといけないだろうということを考えたのです。

病院トップが慢性期病床は持たないという決断をして、経営の中ではやはりマイナスの部分も出てくるんですね。しかし、将来を見据え、この方針が 10 年後、20 年後には支持されるだろうという決断の中でこういうやり方をしていこうということになりました。

それから二つ目の坂本竜馬はいないんですが、この話があった時に例えばいろんな勉強会や研修会にとりくんでいて、100 人の病床削減をやるとしたら、病院だけで話が進むことではないので、じゃあ若松市の方にこういうプロジェクトをやりますと地域の相談支援事業所と一緒にいったんですね。そうしたら若松市の方も行政の中でも障がい福祉計画があって、その中に数値目標があり、その数値目標を達成するにはどうしたらいいかというのを行政としてもわからないでいたんですね。渡りに船だということから連携が始まっていったということがあります。

三番目の守旧派ということですが、私は今でも医者が一番の反対勢力かなと思っています。私たちの病院の中でも非常に数は少ないんですけども、何人かの先生がいらっしゃいますが、ケア会議なんかをやっていて、スタッフは「この方はいついつ退院ですね」という話をしているのですが、最後に主治医の先生が「症状が治って退院するわけじゃないんだからな」などという話が出る時もあります。ただケースを重ねるごとにその先生もかわってきますね。個々の守旧派と言いますか、変わっていかない部分も実はケースを重ねて実感をしていけば変わっていく部分もあるだろうと。県全体であったり、病院の協会であったり、対処をするのがいろいろ難しい部分もあると思いますが、動いていかないといけないのだろうなという部分は誰もが実感をしていると思います。

Q 2

障害福祉計画において58人の退院を目指しているという数が挙がっていましたが、竹田総合病院の自立支援プロジェクトで対象になった26人の方と実際に退院された24人の方の関係を知りたいです。というのも竹田総合病院の26人の方というのは、皆さん会津若松市の市民の方だったのかということと、24人の退院された方は皆さん会津若松の方に戻られたのかということをお聞きしたいですね。圏域、診療圏の中での完結をしていけば地域生活の、地域移行の力が高まることと病床の削減ということの連動性を実証できるんじゃないかというお話がありましたが、東京はなかなかそういう意味では地域にある精神科の病院がその地域の患者だけを受け入れているわけではないという現状がありますので、例えば府中にある精神科の病院が府中市民を受け入れているかということと必ずしも割合が多いわけではなく、病院は府中市にあるんだけれども、実際には病院は非常に広域的な存在としてあるというところで、なかなか地域の取り組みとの連動性をはっきりわからないというところで悩んでいたりで、実際にその辺りのことが会津若松でどうだったのかなということが教えて頂きたいです。

A 2

地域の側の数値目標と竹田総合病院から退院した数というのは一部重なりますが、皆さん全員が若松市に退院したわけではないので、一部重なり合っているだけです。会津圏域は複数の市町ですが、今回のプロジェクトは中心が会津若松市を対象にしたものです。

やはり病院と他の町村にある病院と市町村の関係というのは非常に難しく、グループホームに入居する場合は住所特例がありますから、病院のある市町村に住むといった場合、出身市町村の方に受給者証を発行してもらわなければならないというような手続きがありますので、やはり入院中にどこに退院するのかというのはかなり精査して、出身市町村の方の理解も得ながら注意して進めております。

Q 3

慢性期病棟を減らして急性期に切り替えるとのことでしたが、私たちが日ごろ活動している中でなかなか病床がいつもいっぱい、本当に入院してほしい人がベッドが空かなくて入院できなくて、そういう状況で病床数が減っていったら大丈夫かなという気持ちがあったんです。

慢性期を減らして急性期に変えるというのは病院としてはすごく大事なことになるのかどうかというところをお聞きしたいです。

A 3

すごく大変なことで、自分の首を絞めているようなところはあるんですけども、もともと閉鎖病棟の急性期と、慢性・重症の方と、それから回復期とか療養の病床というのがあったんです。まず最初に取り組んだのは療養の所と、開放病棟での回復期病棟というのを中心に退院のプロジェクトを頑張りました。ただ押し出しの体制だけでいいとは思ってなくて、地域で受け入れる側もそうですが、何よりも当事者の方が地域に出ることはすごく不安なんですね。何か病状の変化があったりしたときに、どうしても医療が必要であれば円滑に受ける体制も両方必要だとおもっています。

そういう意味では急性期の医療と退院支援活動というのは両輪だと考えていますので、私たちの所では24時間の体制で、総合病院の救急室がありますから、これを通じて24時間で受け入れられるようにしています。だから空きベッドがなくて受け入れられないという状況はしないようにしています。ただ閉鎖病棟の慢性期というのは、これは非常に重傷な方もいらっしゃるんですが、そこをどうするかが課題です。慢性は慢性であっても、その方が地域で暮らす権利もあるのでどういうケアがあったらいいのか。医療必要度は高いけれどもアウトリーチでの支援を活用してどう取り組んでいくかなというところも私たちの中の課題で残っています。

Q 4

会津若松の方に退院支援のプロジェクトなどが就業・生活支援センターもプロジェクトの中に入っているということですが、就労に向けた動きというものがあったら教えて頂きたいです。

A 4

やはり入院中にいきなり就労の話というのは難しいのではないかとされていて、就業・生活支援センターの人は「私の出番はいつ来るんでしょうね」ということを最初のころは言っていました。実際に個別に退院をしていく方で就労に向けてのプログラムが必要となり、支援をしていくという方がいますと、だんだんやりかたというか、早期に介入していった方がその後の支援がうまくいくということがわかってきますので、今はもう早めに、入院中の方からも就業・生活センター相談したりとか、あるいは私たちカムカムもいっしょの建物の中に入りましたので、相談と就労が一緒になって進めているというケースが今うまれつつあります。今は就労の部分も早期に受けられるというようになっております。

第3部 全国の取り組み

第2章 山形県鶴岡市の実践例：精神障害者地域移行・地域定着支援の実際と

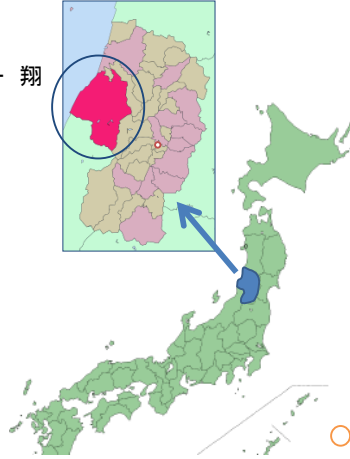
訪問による生活訓練

山形県 鶴岡市の実践報告

NPO法人やすらぎの会
精神障害者地域生活支援センター 翔
相談支援専門員佐原 和紀

山形県 鶴岡市
人口：13万8千人
精神手帳所持：約500人
当法人の登録：約250人

県立精神科病院
移転新築、病床削減
医療観察法病棟
地域再構築

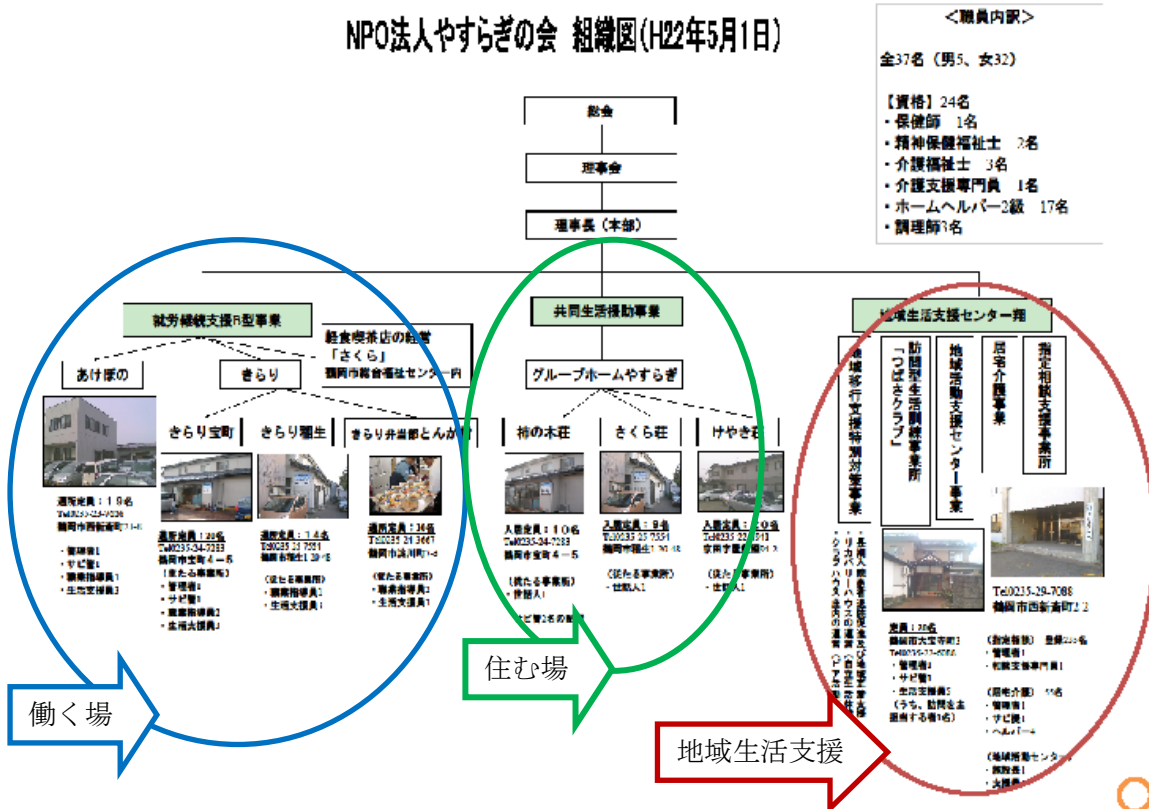


I. はじめに

鶴岡市は作家藤沢周平の故郷として知られています。人口は13万人で、精神障害者の手帳所持者は約500人です。その半数の方が、NPO法人やすらぎの会に登録されています。

当法人の全体図は、下記の図のように住む場所、働く場所、地域生活を支援する場所という形で作っております。

【図表 3-2-1】



鶴岡市内には、精神科単科の県立病院が1カ所あって、老朽化したために新築移転し、あわせて医療観察法病棟建設計画による病床削減という命題を抱えています。当法人はモデル事業として精神障害者地域移行・地域定着支援事業（以下、「地域移行支援」という）の委託を受け、私は地域移行支援員として委託配置されました。

地域移行支援は、年間7名の対象者を割り当てられましたが、地域体制整備コーディネーターも、アドバイザーの配置もありませんでした。委託を返上したいくらい実際には大変でした。

このテキストでは、「訪問による生活訓練と地域移行支援&定着支援の実際」について、現場の取り組みを図に沿って説明させていただきます。

II. 地域移行支援の取り組みから見たもの

【図表 3-2-2】

この事業を実施してわかったことは、長期間入院していた人たちは、すぐに地域の社会資源を利用できるわけではないことです。当事者のご自宅を訪問したり、近所の資源を一緒に使ったりする、包括的生活支援(アウトリーチ型)の支援ならとても有効だと強く感じました。

しかし現実には鶴岡市には、居宅介護ヘルパー事業と相談支援事業所しかなく、退院後にご自宅を訪問して、一人ひとりに寄り添った、地域の中での暮らしに必要な包括的かつ直接必要な支援策はほとんどなかったのです。

**山形県精神障害者
地域移行支援特別対策事業からみえたもの**

**アウトリーチ型の
包括的生活支援が有効
しかし、
現実にはアウトリーチ型の福祉
サービスが殆どない！**

【図表 3-2-3】

居宅介護事業(以下「ホームヘルプ」という)は、基本的に家事援助です。自宅内に限定されていて、引越しの手伝いや、犬の散歩とかは支援の対象外です。その人が町に暮らすために、その人らしく暮らすために必要な支援であっても、家事援助として報酬請求できないという規則です。

一方相談支援事業所は、サービス計画作成費に対しての報酬であり、訪問による様々な支援は必要不可欠であるにも関わらず、相談支援員が対応した

としても、既存の社会資源を利用するために必要な調整や、あるいは家族支援や介入などに関しても、直接支援した所で、月額8,500円以上のものはもらえない。収入にならず限界があります。

精神障害者宅への訪問看護、訪問介護事業は鶴岡市にはない。

私は、最初いろいろ地域のマネジメントをしようとして動いたけれども、どうしても制度や地域資源の壁がありました。

さらに、今でこそ、良い関係になったけれど、当時は病院との関係づくりが一番大変で、窓口になった病院のケースワーカーですら、組織としてのルールがあるからと、自由な出入りを制限しよ

仮に「相談支援事業」+「居宅介護」でチーム対応した場合

**多岐にわたる支援が必要。
でも、ホームヘルプで対応困難だから残りは指定相談事業で行う**

<ul style="list-style-type: none"> ● 関係作り、日常生活の相談、支援 ● 食事に関すること(買い物、調理) ● 掃除、洗濯、入浴の促し、服薬 ● 並行援助(一緒に行う) ● 関係機関との連絡調整 	➔	<p style="font-size: 2em; color: blue;">○ 報酬</p> <p style="font-size: 1.5em;">ヘルパーが対応</p> <p style="font-size: 0.8em;">重度の精神障害は負担が大きい</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 自宅外での「生活訓練」(買物の仕方、受診の仕方) ● 金銭管理 ● 社会資源の活用 ● 地域生活のための環境調整 ● 通院、通所等の同行 ● 危機対応 ● 家族支援、近隣関係の支援 	➔	<p style="font-size: 2em; color: red;">✕ 報酬</p> <p style="font-size: 1.5em;">相談支援員が対応</p> <p style="font-size: 0.8em;">家事援助中心のホームヘルプでは、生活全般のニーズを満たせない</p>

うとするので、高い高い山の絶壁を感じました。

受託し動けば動くほど、「地域のシステムをどうこうするというのは、NPOの一職員である私にはできないことじゃない。」と当時は絶望を感じていました。

鶴岡市には、ひとまず形だけでも精神障害者地域移行推進協議会の体制はありました。県の障害福祉課が音頭を取って、協議会を組織しました。地元の主だった組織をまとめて、システムとして作ったのです。

しかし、セオリー通りで、実際になかなかシステムとして動かない。それを現場ですごく感じ取ったのですね。

私は「この地域移行支援は、予算が終われば退院促進もそこで終わるのだろうか」「無理やり動かさないといけない部分があるのに、これではだめだ。いずれ予算が尽きたらこの事業は終わる。じゃあどうしようかな」と思いました。

III. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)事業の開始に向けて

【図表 3-2-4】

大変な思いとは裏腹に、この事業をやってみてわかったことは、県が主導する事業を、必要な生活支援をアウトリーチでやるということがとても有効だとわかったのです。

なぜなら、他で訪問をしてくれる事業所がなかったため、地域移行推進員である私が直接ダイレクトサービスをしたり、訪問に出かけたりとか、ケアマネジメントやるしかありませんでした。

走り回るうちに、これを補助金ではなく、福祉サービス事業化するべきだ、自立支援の訓練等給付費でもって民間が事業化すべきだと思ったのです。

地域移行推進員の業務
アウトリーチ
ダイレクトサービス
↓
事業化したい

【図表 3-2-5】

そのアイデアを得たのは、2009（平成 21）年 6 月、千葉県市川市で開催されたNPOのほっとハート¹⁹主催の「訪問による生活訓練モデル事業報告研修会」だったのです。


研修会では、事業内容の説明の他に、右図の通り、2009（平成 21）年度の障害者自立支援法報酬改正(以下「報酬改定」という)について詳しく説明があり、訪問による生活訓練は、1時間以上訪問した場合、一日 5,840 円。訪問回数も弾力的運用になったのです。これだったら民間で障害福祉サービス提供事業の指定を受

ければできるのではないかと。それで地域移行を担う新たなサービスというものをアウトリーチ（訪問活動）でやることができるのではないかとこのころに気が付いたわけです。

報酬改正、大幅UP(平成21年度)
(自立支援法 訓練等給付費)
1時間以上5,840円/日

	旧単価	報酬改定
1時間未満	187単位	254単位
1時間以上	280単位	584単位

週3回訪問可能

利用回数上限	
報酬改定前	週2回以下
報酬改定後	1月14回かつ180日で50回(平均週2回) 

¹⁹ NPO法人ほっとハート：千葉県市川市で、精神障害者を主たる支援対象とする福祉サービス提供事業所。ホームページ：http://www.hotheart.org/

これまででは、地域移行支援の実践の中で、訪問による支援ニーズがたくさんあるということがわかっていたのですが、そのニーズに対して、報酬を伴って活動できなかったため、報酬度外視の熱意でやるしかありませんでした。職員のボランティア、時間外に個人的に対応するとか、小さなNPOでは限界に来ていたのです。

報酬改正がなされたことによって、それが事業として成り立つ、収支がとれると理事長に説明しました。実際に事業シミュレーションを立て、「一日15名実施すれば採算が取れる。300万円の運転資金があればできるし、万が一予測が外れ利用者が少なくて事業として成り立たなくても、もともと無報酬でやっていたことなので、だめでもリスクは少ない」との結論が出たのです。

そこで、理事長に「費用は車一台分くらいだから、やれるんじゃないか。私にやらせてください。」と言ったのです。

【図表 3-2-6】



「つばさクラブ」

訪問型生活訓練事業所 「つばさクラブ」

障害者自立支援法 自立訓練（生活訓練）事業



訪問型生活訓練事業所「つばさクラブ」
【障害者自立支援法 自立訓練（生活訓練）事業】

住所：〒997-0817山形県鶴岡市大宝寺町3-35
電話：0235-22-6088 FAX0235-64-0485
E-mail：habataki@cameo.plala.or.jp

特定非営利活動法人やすらぎの会

着想から7か月後、自立訓練（生活訓練）事業²⁰（以下「生活訓練」という）として、「訪問型生活訓練事業所つばさクラブ」（以下「つばさクラブ」という。）をスタートさせました。

「つばさクラブ」は、障害者自立支援法の規制緩和の恩恵を受け、駅の近くの民家を借用して始めました。木造2階建てで、部屋数が多く、一人ひとりのやりたいことに対応できます。

地域移行支援の受託したからこそ、訪問による支援が必要だというアイデアを得たのです。ただ、心の底には、私の根っこには過去に10年間援護寮をやっていて、結局誰も社会復帰できなかったという大きな反省があったのです。自分なりに一生懸命やっていたつもりだけど、結果は困り込んでいました。誰ひとりそこから出ていく人がいなかった。その反省があったから、今度こそ必要な

²⁰自立訓練(生活訓練)事業には、生活訓練サービス費Ⅰ(通所)を原則としつつ、生活訓練サービス費Ⅱ(訪問)、生活訓練サービス費Ⅲ(宿泊)の報酬体系がある。

支援を事業化してやっていこうということを考えたのです。

それはやはり管理だとか服従させるのではなくて、本人の良さ、強みを発見して伸ばすストレスモデルを活用し、訪問による活動（アウトリーチ）で一人ひとりの生活ニーズに応じた支援をする。それを事業としてやるんだという信念でした。

IV. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)のポイント

【図表 3-2-7】

生活訓練は、旧体系のいわゆる旧援護寮と通勤寮の機能を、夜間と日中活動に分けて、障害者自立支援法に基づく訓練等給付で個別給付化されました。

これは通所が原則です。生活訓練の指定を受けている事業所の多くは、通所や宿泊型のようなものです。しかし、当法人では、「訪問を主体に考え、こちらから出向いていこう」と、訪問による生活訓練を始めたのです。


それも 1 時間以上訪問すると 5,840 円という報酬が伴うのです。そして訪問サービスの

一つの形として、利用者に同行して買い物をしたり、映画を見たりなどの日常生活を過ごす事もあげられます。そして、将来的には利用者が通所サービスを利用できるようにしていこうという計画です。社会参画の支援から通所につなげていこうという計画です。そして、地域移行と地域定着支援については、必ず相談支援事業所と訪問による生活訓練の支援員が手を組んでやっていきます。

訪問を主とした生活訓練事業所とは？

- ・ 障害者自立支援法
- ・ ⇒「自立訓練事業(生活訓練)」
- ・ 日中通所して生活スキルトレーニングする施設
- ・ (旧法施設: 援護寮・通勤寮等の日中活動部分)

通所が原則だが、逆に訪問を主体に考える

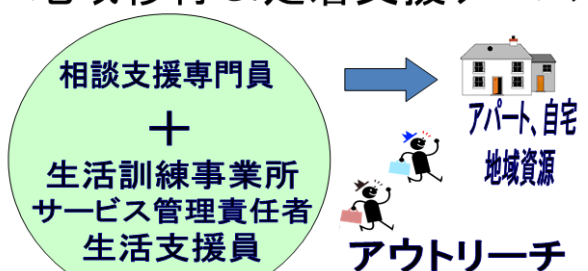


こちらから出向く、アウトリーチ型の福祉サービスへの転換

【図表 3-2-8】

利用者にこちらに来てくださいというのではなくて、こちらからどんどん出かけていこう。そういった強力な直接支援とサービス。ケアマネジメントについても相談員がこちらに来てくださいと施設の中で面接してもわからない。やっぱり訪問することによって、この人ってこういう人なんだというのがわかるし、地域の中で一緒に動くことによって、この人料理作れなかったのにお母さんと離れると作るんだ、というようなことがわかる。これもやはりアウトリーチアセスメントのメリットかなと思います。

地域移行 & 定着支援チーム



相談支援専門員
+
生活訓練事業所
サービス管理責任者
生活支援員

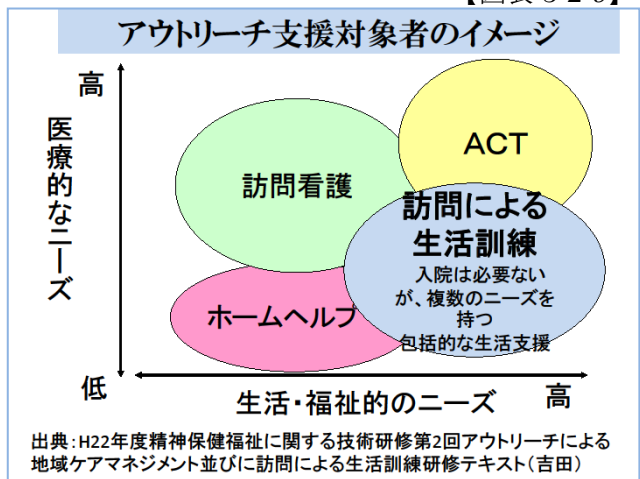
アパート、自宅
地域資源

アウトリーチ

待っているのではなく、こちらから出向く強力なアウトリーチ、ダイレクトサービス
ケアマネジメント(アウトリーチアセスメント)

【図表 3-2-9】

そのアウトリーチによる医療・生活福祉別ニーズ対象者に対する事業範囲ですが、国立精神保健研究所研究員吉田光爾氏の論文の引用ですが、概ね右図のようになります。医療ニーズが高い部分については訪問看護で対応、ホームヘルプは、医療ニーズが低く、限定した家事援助を対応、生活・福祉ニーズが高い場合は、そこを訪問による多様な生活訓練でカバーし、ACTについては医療ニーズの高い対象者に対応するという位置づけでそれぞれ役割分担がするイメージです。



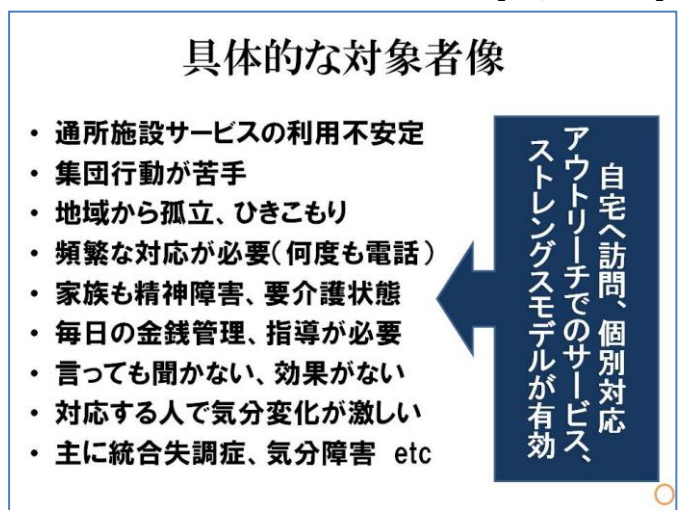
【図表 3-2-10】

訪問による生活訓練の具体的な対象者像を右図で一覧にしてみました。

通所による福祉サービスではなかなか支援が難しかった障害者は少なくありませんでした。

そこで事業開始後、市役所や、ご家族と相談して、利用者本人に訪問による支援が出来ることを伝えた後、自宅を訪問しました。マンツーマンで対応することによって、信頼関係を築き、利用者の生活の幅を広げ、結果的に地域の中で暮らせるようになったのです。

訪問してみると、あっさり支援を受け入れてくれ、対象者の活動範囲が広がるというパターンがいっぱいあったのです。相手の城に飛びこむと言うことは、こちらにとってはアウェイ、相手にとってはホームなのです。考えてみれば有効だというのは、経験的にわかっていたのです。

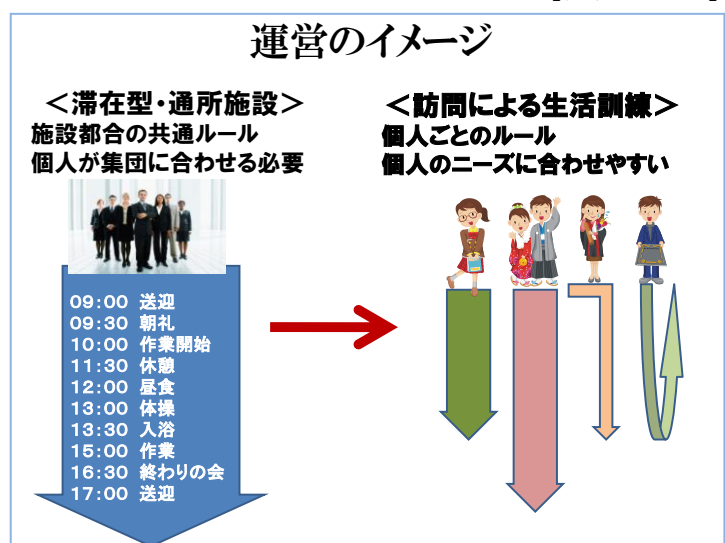


【図表 3-2-11】

これまでの通所サービスは、多くの事業所が、利用者に「来てください」というやり方なので、利用者を個別化するのが難しかった。

右図は運営の違いをイメージ化したものです。滞在型・通所型の施設では、スケジュールがあり、所によっては朝の歌を歌って、体操をしてというパターン化されたスケジュールで流れていく。

けれどもこのスケジュールに合わない人たちも出てきます。その方々はだんだん通所して来なくなったのです。



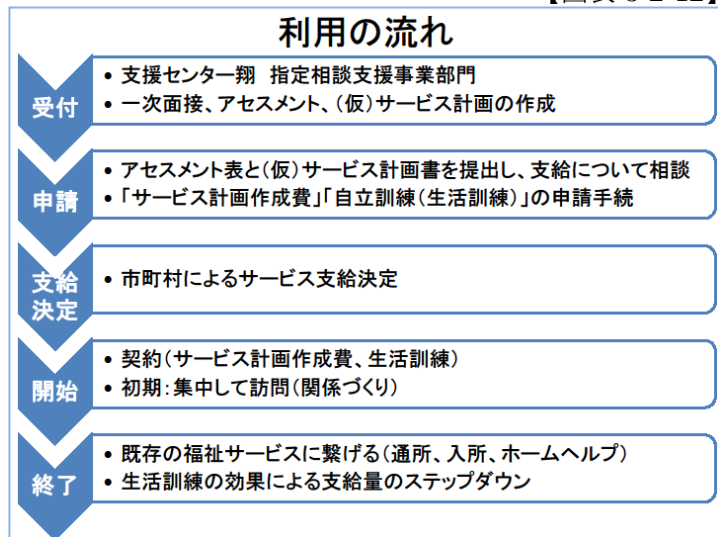
【図表 3-2-12】

訪問による生活訓練を提供するには、右図のような流れになります。

まず、生活訓練の事業所指定を受けることが前提です。障害者自立支援法事業者ハンドブック報酬編 2010 年版の 259 頁には、「自立訓練(生活訓練)サービスの考え方は、通所による訓練を基本としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせる。」とあります。

通所の報酬は、定員 20 人以下の場合は、748 単位です。

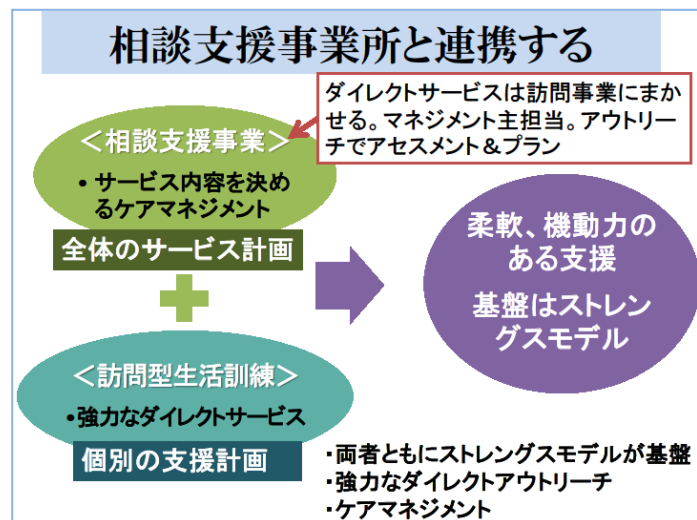
現在の状況ですが、利用者数は月平均 20 人で、請求金額は月当たり 250 万円前後です、職員はパートを含め 7 名でやっています。そのうち訪問を主担当としているのが 3 名です。



【図表 3-2-13】

市川のほっとハートから学び、相談支援事業所との連携を重要であると位置づけました。(右図)

訪問による生活訓練をやっている、標準利用期間後には、必ず他のサービスにつなげる必要が生じてきます。その時に、利用者の将来を見据えた人生設計=ケアマネジメントを相談支援専門員にやってもらおうと、チームを組んでいるところです。



V. 具体的な支援内容

【図表 3-2-14】

訪問による生活訓練の支援内容は、その人の生活ニーズによって異なります。

一人で受診できるようになるまでの期間、精神科に限らず必要な医療機関へ、職員だけでなく、ピアスタッフも含めて一緒に受診することが、不安を軽減しますし、調子が悪い場合でも、主体的な受診に繋がります。

「お前幻聴聞こえてて、調子悪そうだ。受診したほうがいいんじゃないか。」と友達から言われると、「そうかな。でも



また入院が長くなる。」と「折角退院したのに」と不安になります。そんな時、「長期入院にならないよう、俺が先生に言うから、まず行ってみよう」と一緒に車に乗り、主治医の指導を職員と一緒に受けることによって、私たちは一緒になって動くことができるのです。

【図表 3-2-15】

買い物に関しても、やっぱり一緒に行く。今だとスーパーにいろいろな商品がありますよね。長期入院していた人は、あまりにいろいろなものがありすぎて、20年前に商店で買っていた時に比べて、「何この量の多さ。」と戸惑う。これを一緒に行くことによって、徐々に慣れて、自分で選ぶことが出来るようになる。部屋の掃除も一緒にすることで、どのような整理の仕方ならできるかを一緒に考え工夫できるので、その人の強みのアセスメントが出来ます。



自販機ですら、病院と違って余りにもあちこちにたくさんあるので、なかなかジュース一本を選べない。同じところを1時間近くうろうろしてしまい、店から見るとこの人なんだって思われちゃうだろうけども、私たちが一緒に買い物に行って、事情を説明するとわかってもらえる。だんだん慣れてくれば問題なく買い物ができる。

引きこもりの方の場合は、ゴミ屋敷になっており、最初は必要なものとゴミを一緒に分類し、量がだんだん少なくなってきて、分類した空き缶を売りに行くと、300円位もらい、分別も覚えめました。そうすると、次に一緒に市役所の方に手続きにいけるようになったり、どんどん活動範囲が広がっていったのです。

別の10年近くひきこもりだった女性は、ネットで知り合った彼氏にケーキをあげたいということで、「じゃあ一緒に作ろう」とケーキ作りのボランティアの先生にお願いして自宅で作り、徐々に、本人を迎えに行き施設の中でやれるようになるなど柔軟にできるのです。

VI. 事業実績と支援方法

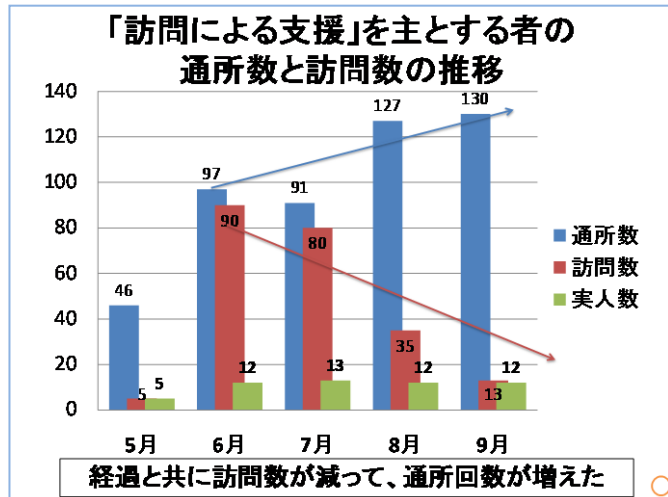
【図表 3-2-16】

滞在型の福祉サービスを苦手としていた人が、訪問による支援を繰り返すことによって通所につながっていきました。(右図)

最初は訪問を主としていた人たちが13人近くいましたが、今は通所との組み合わせが中心となり、訪問を主とする人はほとんどいません。

我々は訪問による生活訓練だと思っていたけれども、結果的には通所に繋がり、今では通所が多くなりました。

通所型の個別のメニューをどうしようかというのが、今の悩みです。

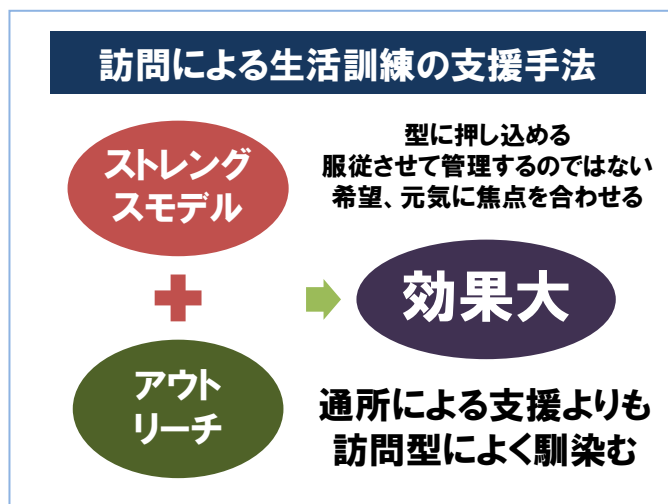


【図表 3-2-17】

訪問による生活訓練では、利用者の生活ニーズに応じて、なんでもできます。

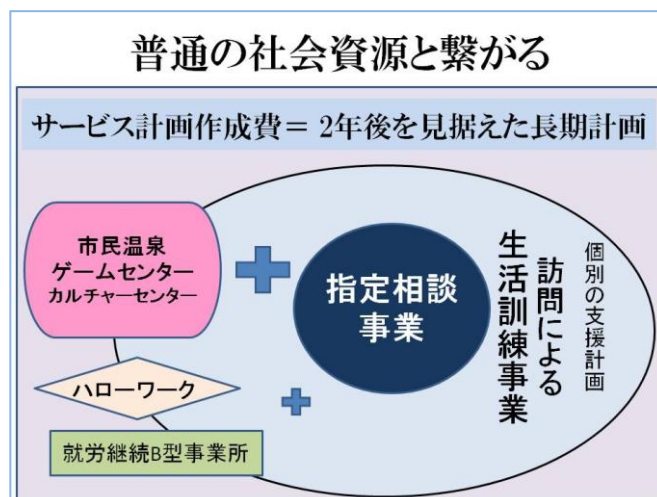
基本的な支援手法は、利用者が何をしたいと望んでいるか、ストレングス（何が強みか）に応じて、強力な機動力を持って、ニーズに応じた場所に出かけて、直接支援することです。(右図)

ご本人の必要があれば、職場への訪問もできるし、ご自宅に出向き家族支援も同時にできます。ピア活動だってできる。そのことによって、利用者本人の活動だけでなく、家族の活動の幅も広がり、これまでにない大きな効果があがります。しかも報酬を伴って。だからこそ民間が動けます。



【図表 3-2-18】

障害者向けの制度に当てはめた社会資源だけではなく、一般的な社会資源を使うことも地域で生きるということです。「デイサービスセンターに行って、幼稚園のようなことをするよりは、自分で市民温泉に行けるようになれば、500円払っても、お風呂も入り放題だし、寝転がって何やってもいいし、市民温泉の係員の方から丁寧に扱ってもらえる。」と望む人には、そういう支援をしています。訪問による生活訓練では、まず、そうした地域にある資源とつながるような支援が重要だと思います。

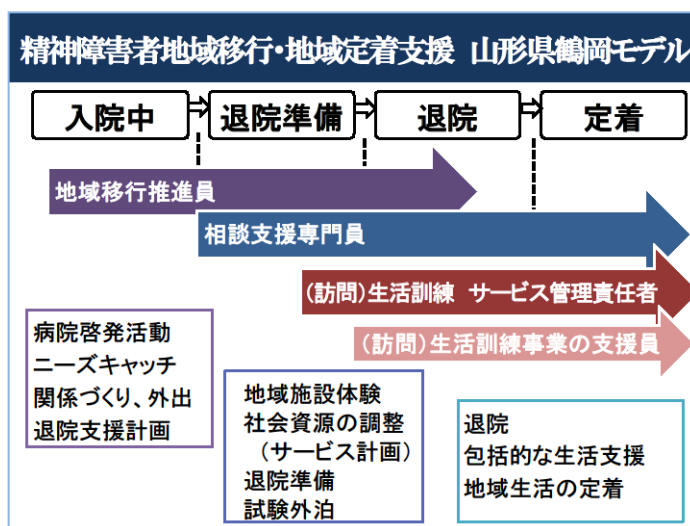


訪問による生活訓練を活用して、利用者が今すぐできるということをやっていけば、あるいは一步一步進んでいけば、絶壁を登っていくこともできるんじゃないか。やっぱりリカバリーしていく姿を一人一人見ていくことによって、病院の先生も変わっていくか、行政も変わってるのではないか。それが地域中心の福祉のまちづくりのきっかけになるんじゃないだろうかと思っています。

VII. 再び地域移行支援の取り組みから見たもの

【図表 3-2-19】

地域移行支援の山形県鶴岡市モデルを整理すると、地域移行推進員は入院中から関わる。そこには補助金が付いている。相談支援事業の訪問支援には、今のところは報酬はないが相談支援専門員に帆走してもらおう。退院しても、自宅から出られない、通所できない人がたくさんの人には、退院後は、集中的に生活訓練で訪問する。近所の社会資源の日常的な使い方や、公共交通機関の利用方法、近所との付き合い方なども利用者のみでは難しいけど、支援があればできる。



これが、最近の地域移行支援の実践で、図のように示すことができます。

山形県では、地域移行推進協議会も組織されていますが、他県のような巨大なシステム作りは難しいと思っています。皆さんに誇れるようなシステムは山形の鶴岡市を含む庄内地区ではできていないだろうというのが正直な感想です。

でも、こうした小さな支援チームというものを、実際に立ち上げて、訪問による生活訓練で直接支援することによって、地域移行と定着につなげることができます。

まだ地域移行支援の対象者の実績は7名ですが、そのうちの5名に関しては訪問による生活訓練事業を使って、実際にアパートで生活をしています。

グループホームを利用していない理由は、一つにはグループホームには共同生活のためのルールがあり、そのルールが管理的であること。二つには、障害の程度が重いため、失禁の恐れや介助の必要性があげられます。おむつを履くなど、トイレの工夫をすれば良いのですが、手のかかる人は敬遠されることがあります。手のかかる人も、かからない人も同じ報酬単価であり、だったら経営的にはコストかからない方がいいですよ、という話だと思います。

もちろん一生懸命やっているグループホームもありますが、そういうところがあるのも事実です。だったら自分の部屋だったら、自分にあわせた失禁対策ができる。少々漏らしても誰にも文句を言われない。それなら訪問による、支援サービスを受けたいということです。

誰でも彼でも、グループホームと言うことではなく、訪問サービスがあれば多様な支援が出来ます。

VIII. 山形版ACTモデル

【図表 3-2-20】

山形県は、県立鶴岡病院の建て替えに伴う病床削減後の地域医療支援として、右図にあるように山形型版ACTを計画していました。

その計画策定の中で、地域移行支援や引きこもりの支援策として、訪問による生活訓練支援のノウハウがわかったので、山形版ACTのモデル事業の中に導入しようということになりました。

当初は病院中心のACTを作る計画だったようですが、病院ではなかなか実現しなくて、県の担当者から、当法人に訪問による生活訓練を導入したモデルでできないかと相談があり、一緒にすることになったのです。

県立病院の訪問看護科とつばさクラブおよび指定相談支援事業所の三者が直接チームを組み、医療による症状改善と福祉による生活支援を同時に行う。ここでは地域連携という形で単に役割分担をするのではなくて、いかに理念を共有できるかが重要なのです。

やってみてわかったことですが、連携の役割分担では、いつの間にか不可侵条約のようなものを結んで、「お宅のここから先は踏み込まないよ」というのが必ずと付きまとうのです。

ACTの場合はそれをやったら成果は半減してしまいます。理念を共有し、重度の精神障害者の一人ひとりの暮らしの応援を2010年（平成22）年11月からスタートさせています。

山形版ACT 平成22年11月～実施中

- モデル事業平成24年度まで、対象者3名/年
- 医療による症状改善と福祉による生活支援を同時に行う（訪問看護科＋訪問生活訓練事業所）

地域連携というよりも如何にACT理念の共有

• <直接支援チーム>

- 県立鶴岡病院 訪問看護科
- 訪問型生活訓練事業所「つばさクラブ」
- 指定相談支援事業所「はばたき」

シンポジウムでの質疑応答

Q1

生活訓練に携わるスタッフ7人の職種を教えてください

A1

7名（正職2名、臨時1名、パート4名）のうち、管理者（サービス管理責任者兼務：精神保健福祉士）1名、支援員（6名：精神保健福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー2級）

指定基準では、通所による生活訓練は、サービス管理責任者の他に、利用者6人に生活支援員1人で、訪問による生活訓練は、生活支援員を一人別に配置が必要です。生活支援員は特に資格要件はありません。

こちらから訪問するというのは、スタッフの中にも、抵抗があり「御用聞きみたいじゃないか」とか、「なんで人の買い物を私がしなくちゃいけないの」とか、「なんであなたの恋人の悩みをきかなくちゃいけないんだ」という方も中にはいます。

そこで、訪問スタッフには、通所以上にストレングスやアウトリーチなどの根幹の部分のOJT研修や外部研修などの教育によって、体系的な勉強をしてもらわなければならないと考えています。

Q 2

生活訓練事業には利用期限が設定されていますが、その利用期限が終了した後はどのようになっているのか、ヘルパーさんですとかデイケアとどのように連携しているのかということをお教え頂きたい

A 2

生活訓練の標準利用期間は2年です。だからこそやはり相談支援事業所と組み、2年後の先を見据えたケアマネジメントを考えてもらいます。2年後を生活訓練事業所が考えるのではなくて、2年後を見据えて、生活訓練でどのような支援をやるかです。だから相談支援事業所と一緒に組もうというのが一番のミソです。

例えば、最初からヘルパーを導入し、月に20時間利用した場合、それを減らすのはなかなか難しいですね。実際今までやってきたことをなんで減らさなくちゃいけないのという抵抗が当然利用者にもある。そうなる前に、とりあえず訪問による生活訓練としての家事援助をやってみて、これはできる、これはできないという部分をきちんと把握することも2年間の中で可能なんじゃないか。

生活訓練だから当然スキルアップしていきますので、例えば「掃除は自分でするけど、料理は何回やってもうまくいかないので頼みたい」と家事でも、出来るところは自分でやり、出来ない部分をここだけはヘルパーにやってもらいます。

いきなりヘルパーを使ってしまうと、家政婦さんと誤解したり、本人の生活力を奪ってしまうことになります。最初に生活訓練終了後をにらんで、個別支援計画を作ることが必要です。

Q 3

理念と、ある程度のスキルが支援する個々人に問われてくると思いますが、何に気を付けているのか、一定の基準として、どの程度を目指しているのかを伺いたいです。

A 3

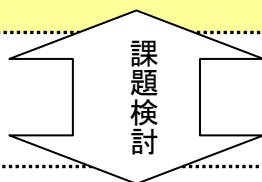
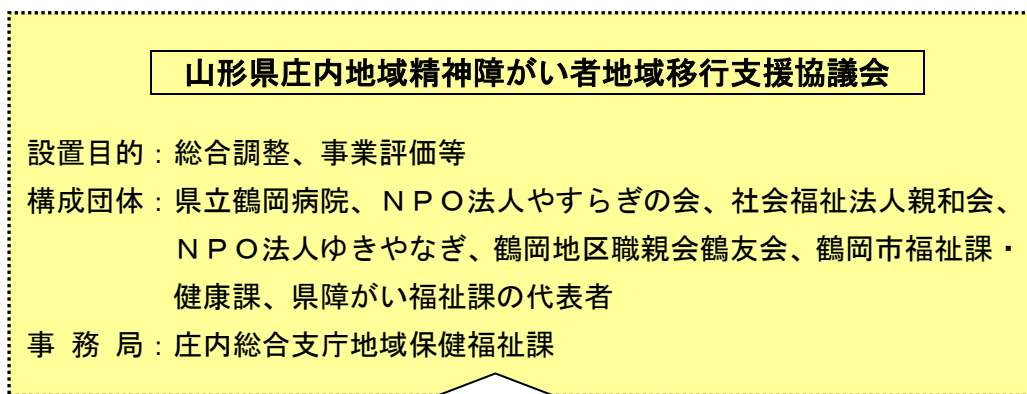
理念はストレングスモデルです。つまり、良さ、強みを評価するという考え方です。それともう一つ事業としてやろうとしたことは、「ルールを作らないようにしよう」というのを最初に掲げました。

当然それには、職員からもすごい反発があって、何か問題があるとすぐ管理。何かルールをつけよう、何かこういった制限を加えようという議論がありました。まず最初にそれを撤廃しようと何回も説明して、研修を繰り返し、やっと今頃しっくりしてきました。

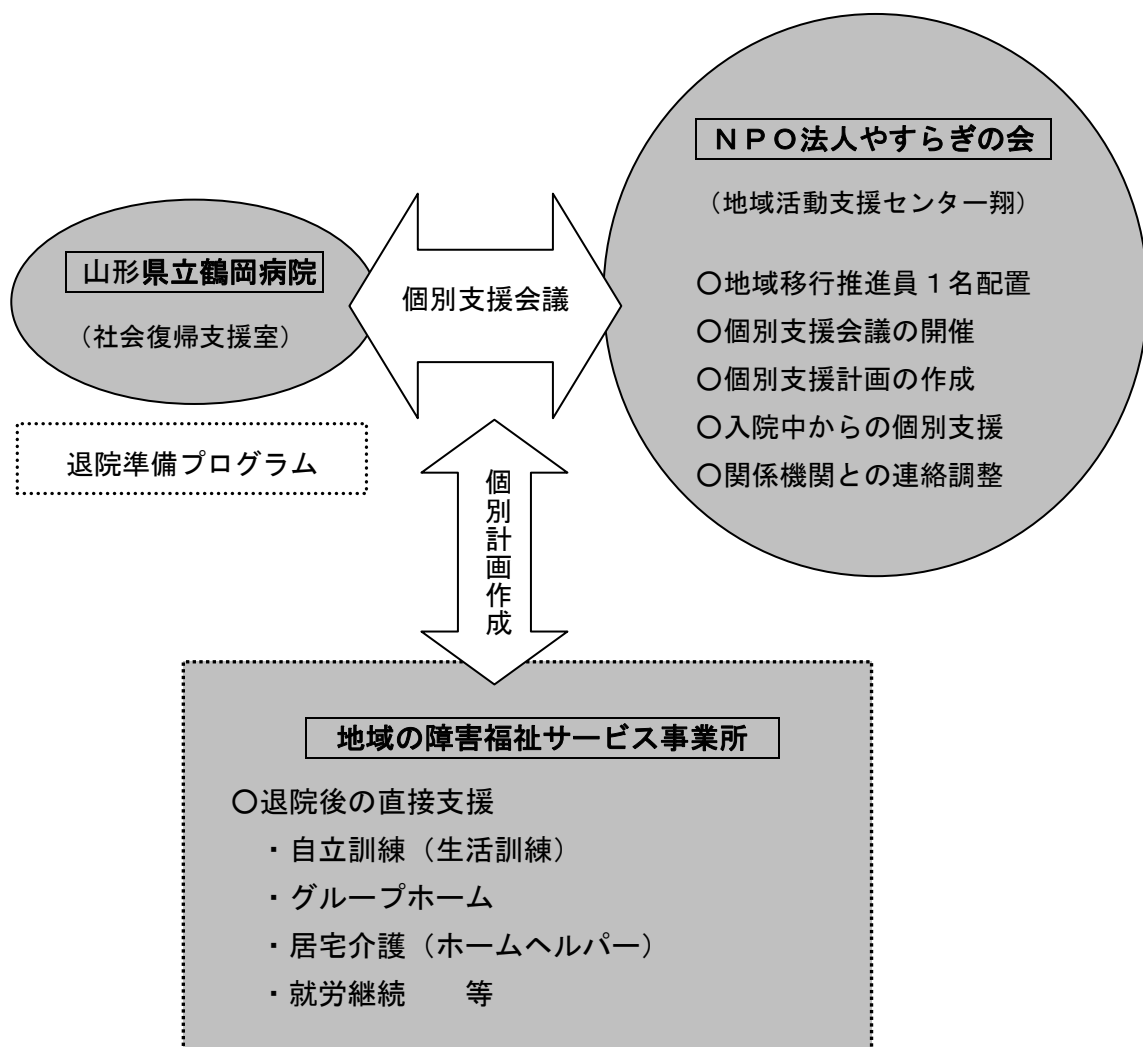
以前は「そんな甘やかしたことをやるとどんどん依存が高まって、何もやらなくなるから、あなたたちがやっていることは自滅クラブだ」って私の部下にいじめられもしました。(笑)

山形県精神障がい者地域移行支援特別対策事業の概況・成果（平成 22 年度）

【 体 制 図 】



(直接支援)



(実施結果から)

長期入院患者 8 名の退院を果たしたが、これらの事例では緊急的な医療をあまり必要とせず、個別的で包括的な生活支援、特に訪問を主体とした生活支援を提供することで地域移行と定着が可能であった。

(地域移行支援の評価・課題等)

- 生活能力（現代社会への慣れ）が低下した長期入院患者に対し、「病院外で実際の生活場面」を想定した退院前生活訓練が効果的であった。
- そのため、入院中から高頻度の訪問活動（アウトリーチ）を行い、院外に連れ出すなど退院後の生活に慣れるための体験的訓練が必要であった。また、頻繁な訪問は短期間（1 か月程）での信頼関係構築に効果があり、その後の定着支援に役立った。
- 退院後の地域生活を定着させるためには、家事援助のほか、環境調整や社会資源利用の手続など多岐にわたる支援が必要だった。これをアウトリーチにより支援することが効果的であった。
- 課題として浮き彫りになったことは、主として退院後の受け皿と期待されるグループホームが、その設備、マンパワー等の不足から、個別的対応に限界があり、特に失禁といった軽度の排泄介護が必要となる者の受入が極めて困難であった。そのため、後期の支援対象者は、アパートや貸家などの単身生活の移行に焦点を絞った。（訪問による生活訓練事業を集中活用）
- 地域移行推進員が中心となり、主として仲介や紹介によるケアマネジメントを行ったが、就労継続支援 B 型事業所など、集団行動を強いられる滞在型福祉サービスを苦手とする者の場合、受け入れ側にも負担を強いる結果となり、次第に利用が不安定となって定着しない場合が多かった。さらに、既存の施設利用に繋ぐための中間訓練メニュー（生活訓練事業など）が殆どないため、地域移行推進員が自ら個別対応するしかなかった。この課題と前述から、訪問による生活訓練事業の立ち上げという社会資源の開発が行われた。

(事業成果)

○社会資源の開発（訪問を主体とした生活訓練事業の創設）

退院促進と地域生活定着に最も効果的だったのは、地域移行推進員による個別訪問による包括的な生活支援であった。しかし、既存の福祉サービスではこうした訪問による包括的な生活支援はなく、唯一のホームヘルプ事業は、報酬請求できるものが限定（自宅内）されているため、生活全般に渡る支援活動が出来なかった。そこで、地域移行推進員による包括的な生活支援のノウハウを結実させ、訪問による生活訓練と支援を行うことを目的とした「訪問型生活訓練事業所つばさクラブ」を新たに立ち上げる取組みを行った。（2010（平成 22）年 5 月）

○山形版 A C T との連動

精神障がい者を地域で支援する仕組みのあり方やその効果が明確にされはじめたことから、県立鶴岡病院を中心に、地域の福祉サービスが密接に連携し、多職種による支援チームをモデル的に立ち上げた。これは、「医療による症状の改善」と「福祉による生活支援」を同時に行う本県独自の取組みであり、「医療は訪問看護、福祉は訪問型生活訓練事業」という既存のアウトリーチによるサービスを組み合わせて実施していることが特徴である。これも地域移行业務から得たアウトリーチ支援のノウハウを活用した結果である。

第3部 都道府県人材育成研修ヒント集—各地の取り組み—

第3章 岡山での実践例：ACT-Zero—医療によるアウトリーチ支援—

大和診療所 ACT-Zero: 顧問医 藤田大輔

I. ACT²¹ について

岡山県の行政機関による地域移行支援や危機介入、政策を念頭においての実践など、ディズニールランドのような面白い話ではありませんが、個性的な話はあると思います。

岡山県の精神保健福祉センターでACTをやろうと考え、実際に実践チームに入って研修を受けようと、イギリスに留学する機会を得ました。

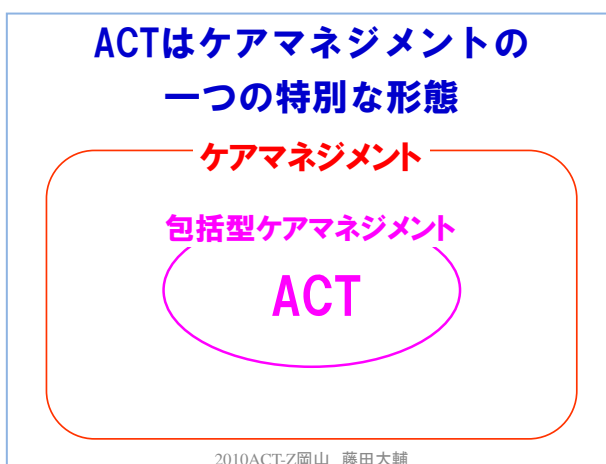
以前からイギリスでは、ACTではなくてコミュニティーケアだと言っていたので、アウトリーチとケアマネジメントの手法を用いて、どのように多職種でチームを組み、どのような対象の方に支援を提供するのかなどを、行って学ぶしかないなと思いました。

【図表 3-3-1】

ただACTと言うのがキーワードになっているので、そこを活用させてもらっています。ですから、包括的地域支援システムです。

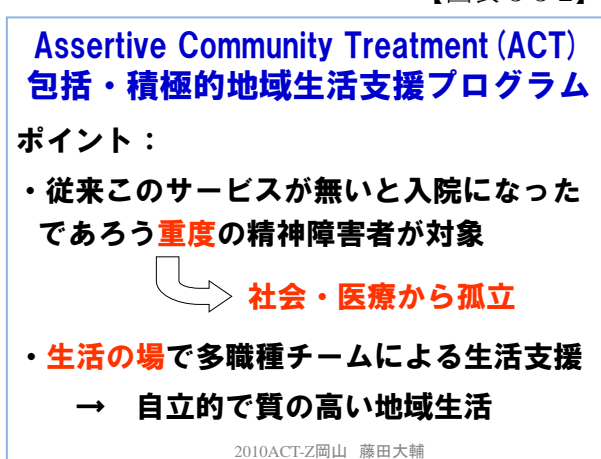
退院促進も危機介入も仕組みは同じことで、それを多職種でケアマネジメントで包括的な支援を実施すること、医療も福祉も同じなのです。

右図のようにアクトと言えばチームをイメージされると思いますが、基本はケアマネジメントの土俵の中にある包括型ケアマネジメント、それがACTです。



【図表 3-3-2】

ところで、ACTとは何かですが、精神障害者の中でも、より不安定であったり、生活面や症状面で危機になりやすい方に対して、医療・福祉・活動等の包括的な支援を提供する仕組みをACT (Assertive Community Treatment) と呼び、ケアマネジメントの一つの形態です。



²¹重い精神障害を抱えた人が住む慣れた場所で安心して暮らしていけるように、様々な職種の専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムで日本語で「包括型地域生活支援プログラム」とも呼んでいます。ACT-Jホームページより <http://ACTips.jp/about-ACT> ACT 全国ネットワークホームページ <http://assertivecommunitytreatment.jp/about/>

ACTは重度の精神障害者が支援対象ですが、学生に精神障害者の重度と言ったらどんな人と聞くと、「ワーッとなってる人」とか、「幻覚・妄想が激しい人」とかの答えが返ってきます。しかし、精神障害者の重度の定義は「社会から孤立すると引きこもる」「治療中断すると重症になる」ことなのです。私たちのチームでは、孤立そのものが重度、シビアにつながると認識しています。

ACTの要素

- 1. 地域における危機介入**
(地域精神科救急)
- 2. 退院促進**
(複雑困難なニーズを持つ入院者、早期退院)
- 3. アウトリーチ型包括的地域支援**

2010ACT-Z岡山 藤田大輔

II. 岡山県でのACT

岡山県では、右図の流れにあるように、行財政改革の一環として、従来からの医療に加えて、デイ・ナイトケア、24時間電話相談と併設していた精神障害者社会復帰施設「内尾センター」など県立3施設は、精神保健福祉審議会²²で見直しを受け、「県立内尾センター」は廃止を検討されました。

財政困難と言う危機が到来したのですが、私は、危機が何か新たなものが生まれてくるチャンスでもあると考え、岡山県の施策にACTを取り入れていくという動きをしました。

そのあとはそれをどう広めていくか。

岡山県の職員として働いていたので、内容如何に関わらず、自分の身を削って広めれば、既成事実ができ、そこに予算措置されると、それは意外に続くのは続くし、作るこの意味は大きいと考えました。

岡山県で予算措置されるということは他の都道府県がACT関連の何か始めようとするときに必ず問い合わせしてくる。常に予算措置されているものは参考にできる。その意味も大きいと思います。ただ、県の限界もやはりあります。異動が必ずあったり、予算をどんどんカットされていきます。

そこで、公的機関のACTは作りましたので、岡山県を退職し、県の「ACTおかやま」には非常勤医師として関わりながら、看護師などの仲間と私らは民間のACTのモデルを作り、県のACTとどのように役割分担し、利用者の方にどうフィードバックするかをやっていきたくと、

【図表 3-3-4】

岡山でのACTについて

-公的機関型ACTから民間ACTへ-

行財政改革の一環として、県立3施設の見直し

H15.10月：岡山県精神保健福祉審議会意見具申
県立内尾センター廃止を検討
複雑困難事例、退院促進；センターがACTを実施

H16年度：ACT導入のための調査検討実施
(地域保健推進特別事業)

H17年度：ACTおかやま事業開始(単県)
県立内尾センター廃止

2010ACT-Z岡山 藤田大輔

【図表 3-3-5】

H18年度：事業の一部を県北民間精神科病院へ委託
(県内2障害保健福祉圏域に拡大)

H20年度：ACTおかやま事業から包括的地域支援
システム整備事業に名称変更

- ・直営チームは県西北部へ展開
- ・事業の一部を県南精神科医療センターへ委託
(県内全圏域に拡大)

H21年度：民間ACT-Zero岡山活動開始

2010ACT-Z岡山 藤田大輔

²²地方精神保健福祉審議会の設置は、従前は都道府県に設置義務があったが、法改正後は任意設置となった。(精神保健福祉法改正 2006年(平成18)年1月施行)

2009（平成 21）年に活動を開始しました。

【図表 3-3-6】

岡山県内は 3 圏域あり、右図のような三つのチームがありますが、あの手この手を使わないと活動を広げていくのは難しいです。

ACT は、よく教科書的に書かれるのとは別に、県や国に向けてということ意識すると、その時々県や国が持っている精神保健医療福祉に関するキーワードが、ACT の中に組み込まれていないと、財政担当者に響かないです。特に県で言うなら予算を作成していく事務方に響かないと、いくらこれが精神保健福祉としてすごいことなんだと言っても事務方には伝わらないのです。

「これは地域における救急の医療です」と言えば、行政の人は「医療とか救急はそれは大切でしょう」と理解してもらいやすくなります。

行政に伝えたい事をどのように伝えるか。ACT やアウトリーチでは、危機介入、地域精神科救急、退院促進といったものがキーワードです。ACT で行う退院促進は、より複雑困難なニーズをもつ患者さん、もしくはより早期の退院、もしくは超早期退院、10 日とか一週間以内で退院を図っていく事を考える。危機が終わって退院した後には、基本的に対象者は自ら出向く支援を活用しにくい、あるいは活用しなくなる可能性が高い。

そういう方を対象者として、包括的地域支援システムを活用して、生活支援も医療もアウトリーチが必要になります。



【図表 3-3-7】

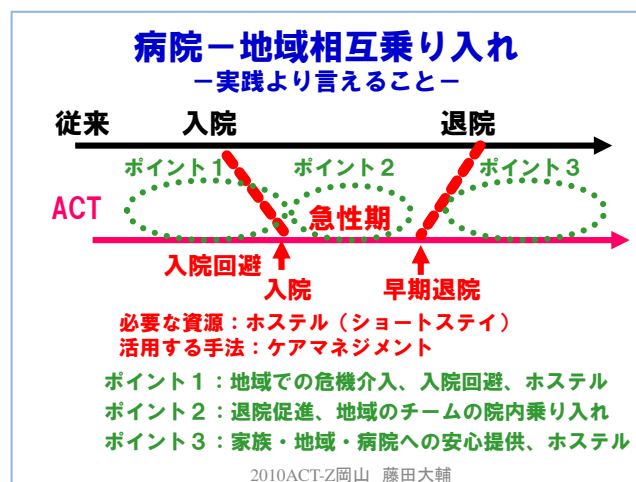
右図の仕組みは、病院—地域相互乗り入れです。どう医療機関に乗り込んでいけるか。これはなかなか難しいですね。

特に地域活動支援センターの方が他の民間の医療機関に入るのは敷居が高い、抵抗がある、協力関係がなかなか結べないなどがあげられます。その時は、行政機関に関与してもらるか、国の事業という錦の御旗を立てるか、包括的地域支援システムを担う法人が医療を持っているというような工夫が必要です。

そういう意味で、県立精神保健福祉センターは非常にやりやすかったです。どこにも自由に入出りができ、なおかつ医療部門を持っていて、そこで実践している ACT のチームにも医療部門があって、他の民間病院の中に非常に入りやすかったです。

コ・メディカルの方が言いにくい部分がある場合には、医師である私が、主治医である医師に橋渡しをしていくと柔軟に対応できる部分があったと思います。

問題はその医師が、医療(診断や治療)が間違っていないという保証が必要なのです。特に医師が生活について重要視しないで、医療を前面に押し出すとなかなかチームとしての支援が難しい。医師がぐっと後ろに下がっている医療機関ならば、コ・メディカルの方が主体的に動くための橋



渡しとしては非常に良かったと思います。

前頁【図表 3-3-7】の上の方の従来の流れは(矢印)では、入院がこの時期、退院がこの時期だったものが、ACT を導入すると下段の流れとなり、まず入院までの段階でいろんな危機介入ができます。それにより入院回避させたり、ホステル²³を使って暮らすことができます。その後入院になったとしても、それは敗北ではなくて目的が退院促進に変わるので。なので、病院にどんどん入っていきます。ケースカンファレンスにも入り、「この方の退院は三週間後くらいに考えていますから」というように、病院に提案していき、退院がぐっと早まります。また退院するとういう関りが始まるという事ですね。結局病院は急性期の治療を担えば良いと思うのです。

入院期間が 10 年、20 年になってしまうから、病院が生活の場になってしまう。いろいろ複雑になってしまうわけです。

実際に、私に関わったケースでは 3, 4 日で退院するという方もいます。

【図表 3-3-8】

ACT の 67 件の危機状態にあった実績を調べてみると 53 件、79%が入院回避されています。地域における危機介入は非常に効果的ですね。細かくみると 53 件中、診療報酬請求不可能が 34 件あります。精神保健福祉センターという公的機関だったので、重傷度が高く、保護者がいないなど複雑困難な患者さんが多く、契約が結べない段階で治療を開始したからです。しかし、これは公的機関の役割であり、こうした事例を通して公的機関と民間機関の棲み分けというのは、契約が結べる状況での危機介入が可能かどうかになるのではないかと、現在比較検証しているところです。

	入院回避	入院判断	計 (%)
診療報酬請求不可能	34	11	45 (67)
診療報酬請求可能	19	3	22
計 (%)	53 (79)	14	67

2010ACT-Z岡山 藤田大輔

III. 地域移行支援の実践より

日本における退院支援、地域移行支援は遅々として進まない実績件数を引き合いによく使われますけれども、それも確かに大切です。

しかしよく考えてみると英国における退院支援というのは、1954 年 (昭和 29 年) の 18 万 5 千床から 2002 (平成 14) 年の 2 万 5 千床と、つまり年あたり 3200 床の減です。すごく減っていますが、ここまで減るのに 50 年かかっているわけですね。

着目すべきは、一年で何件しか進んでいないことではなくて、英国は 50 年かけて何を進めてきたかということです。それは、「コミュニティケア」ですね。

地域で精神障害者の方が暮らしていく理念を、それぞれの地域の専門職の中で培っているんです。日本もこれが必要なんだと思います。一件しか進んでいないではなくて、一人の人が退院して地域の中で暮らし始めたという事で、様々な地域住民の方も含めてその方が一緒に暮らしていく中で、いろいろ問題もあったかもしれないけども、その方たちが一緒に暮らすという理念ができていったのです。そういう意味で数は少なくとも、実際に病院を退院して、地域で暮らす精神障害者があると言うことは、貴重な一件一件、一人一人です。

ですから、単純に数だけでどうこうという話を聞くと、非常に私は腹立たしいですね。

²³障害者自立支援法では、介護給付の短期入所にあたる。旧精神保健福祉法第 50 条 2 の精神障害者社会復帰施設である生活訓練施設を指すこともある。精神障害者が、緊急に、短期宿泊できる宿泊施設のことを言う。

【図表 3-3-9】

岡山県では右図のような、重症度に応じた地域移行支援をやりました。もともと精神科病院といえども、長期入院を目標に入院するわけではなく、治療して帰るのが目標です。

やっと、地域移行、退院促進というものが始まってから病院も少し意識をし始めました。診療報酬で精神科病院独自の退院促進というものもあります。

国庫補助事業としての地域移行支援は、相談支援事業所や地域移行推進員、保健所などがネットワークを組んでやり、病院独自では、難しく複雑な方を対象にやっています。

そしてACTは、医療も入ってということならば機動力を生かして、より複雑困難なニーズを抱えた方も対象にできるかなと思います。

岡山県センター勤務時代に、岡山の或る病院の派遣医をしていた時、「この病棟で、退院促進をします。」と告げると、「どういう方を対象にしているかわからない」と言われたのです。そこで「最も退院できないと思う人を挙げてください」と言って、二人挙げて頂いて、一人に対して関わり、退院させたことで、納得していただきました。

臨床最前線での経験から振り返ってみると、退院に向けての話し合いで重要なことは、対象者の状況を把握し、「対象者は、長期入院の方なのか、早期退院を目指しているのか。単身者なのか。家族がいるのか。家族の不安は何か。調子悪くなったらどうするのか。」という話し合いが重要です。

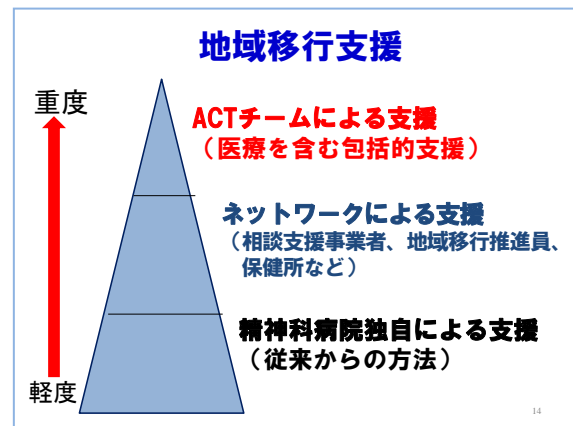
退院に向けての話し合いで、地域住民や保健師さんも不安をお持ちのことがあります。精神科病院の職員自体も「無理なんじゃないか」とか、「訪問支援だけでは不安だ。地域住民や家族の調子が悪くなったらどうしてくれるんだ」と言われることすらあります。

この課題(意見=心配)に対して自分たちがどこまでサービス提供ができるかによって、どの程度の方までの退院を実現していけるかが決まると思います。必要なサービスを提供できないのに、重度の方を受けていくのは、地域ではハイリスクです。対象者に必要なサービスを考えて、医療については家でできる、訪問支援できるならば、生活の部分は福祉的な在宅支援によって支えられる。医療が必要であれば、ACT というものがあれば、より重度の方を支えられるという事だと思います。自分たちがアウトリーチで何ができるかというのをよく考えて、じゃあこの方を対象としてできるかどうかの判断をしないとイケないです。

自分達チームの役割や限界を明らかにすることで、それぞれの不安にどれだけ対応可能かがわかります。支援対象者が決まり、個別支援の実践、ケアマネジメントというものが大切になってきますね。

また、この地域移行支援や特別アドバイザーには、行政にも働きかけていく必要があります。つまりその地区でシステムを作っていくとか、施策化していくという行政の視点です。

もう一つは、退院時の見切り発車のためのリスクマネジメントをどう考えるかですね。だいたい皆さんはリスクマネジメントしていくと、行動をとらないようになりますけども、見切り発車で三か月後の退院を考えていたけれども、それを来月退院させるためにはどんなリスクがあって、そこにどう関われるか。それが本来のリスクマネジメントです。やめることではなく、進め



るためのリスクマネジメントです。

この時にアウトリーチで医療を持っているのであれば、「そこに任せておこうか。」と家族が安心できたり、保健所も、「あそこは 24 時間対応してくれるから、そういうところに関わるんだったら大丈夫ですね。」ということで、話し合いのところで、「じゃあやってみましょうか」という流れになりやすいです。

ただ実際には、退院して地域生活が始まってから、私らが医療を 24 時間運んでいったかという運ばないですね。そこまでしなくても生活できます。だからといって近所の方から電話がかかってくるということもないです。ただ退院時には、「24 時間、医療もアウトリーチで行うことが可能です。」と言うことがその人たちの安心につながるのです。もちろん、24 時間対応可能な体制は作っておかないと言えません。

反面、医療のアウトリーチは、利用者のニーズや訪問の必要性がない中で、病院の経済原則から出ていく医療であるならば大きな問題で、利用者にとってみれば非常に怖いですね。

だから今、来年度のアウトリーチ推進事業みたいなので病院がチームを持ってアウトリーチをしていくというのは、単純にやられるともものすごく怖いはずですよ。

【図表 3-3-10】

病院との連携におけるポイントとしては、病院、病棟、主治医、師長のカラーというものがあります。杓子定規で画一的方法では進まないです。相手のカラーを知らずに、私らができるからと言ってぐいっと促進してしまうと、必ず連携ではなくて反発になります。相手のカラーを知りつつ、様子を見て、支援のスピードを加減します。退院に向けて病院への安心感の提供だとか、主治医とつながれる医師がいるならばその人とつながっていくとか、ちょっとずつ促進していきます。

地域との連携におけるポイントとしては家族や地域住民、保健師などの不安要因の把握。ここで必要なのが、これまで病院と地域との間で、共通言語というものはあるようではなかったのです。これがケアマネジメントという同じ土俵に上がってもらい、共通言語になるという事だと思います。

地域移行支援のポイント

1. 病院との連携におけるポイント

- ・病院、病棟、主治医、師長のカラー
- ・そのカラーに合わせた促進
- ・退院に向け病院側への安心感提供

2. 地域との連携におけるポイント

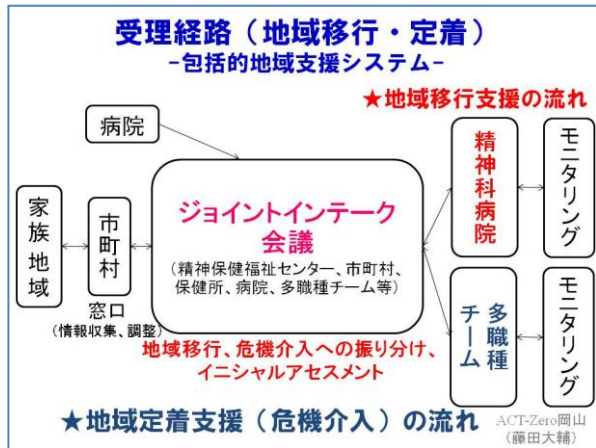
- ・家族、地域住民、保健師などの不安要因の把握（日々の支援、緊急時の連絡先、医療の有無など）

★病院、地域ともに**共通言語はケアマネジメント**という意識。

IV. 包括的地域支援システム

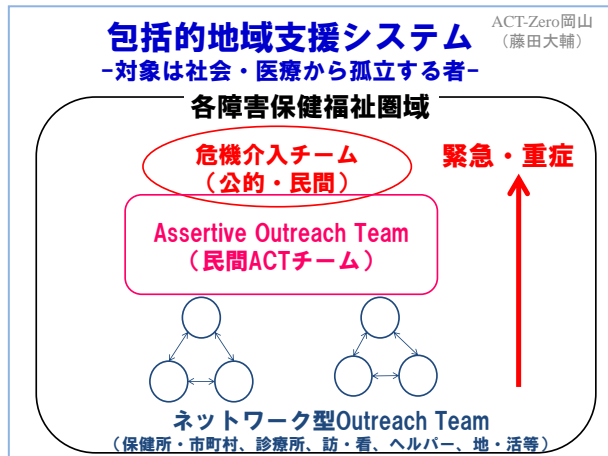
【図表 3-3-11】

自立支援協議会が未だに動いていないところもあると思いますが、2009(平成 21)年度岡山県から危機介入事業²⁴を受託した時に、右図のような各保健所や精神保健福祉センターでインテーク(受理)をつなげていく、ジョイントインテークの会議を作りました。その中で地域や家族からあがってきた危機介入、対応困難事例を含めて検討し、そこに登録されている他職種のチームも入り、具体的に受理して始めました。



右図は、地域移行支援で退院した患者さんの地域定着支援の危機介入で、病院からジョイントインテーク会議に入っていきます。この会議は公的機関がある程度やっていますので、そこから改めて精神科病院に地域移行推進員やアドバイザーが行ってモニタリングを行うことによって、地域移行の流れが進んでいくというのがシステムの一つとして考えられるのかなと思います。

【図表 3-3-12】



V. ACT-Zero岡山

【図表 3-3-13】

ACT-Zero 岡山は、ACT を意識して、その理念を共有できる在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションが連携しています。訪問支援(往診・訪問看護等)で、たんに医療だけのかかわりではなく、暮らしの中で、どのような工夫ができるのか、自主的に出来ることは何かと、強みや良さや回復の兆しを見出すなど、いわゆるストレングスとカリカバリーの視点を大事にしながら実践しています。



²⁴ 地域精神保健危機介入・継続支援体制整備事業（ACTおかやま事業）

地域の受け皿さえあれば退院が可能な精神障害者の地域移行を推進するとともに、適切な危機介入を実施することで、安心して安全な地域生活が送れるよう、医師を含む多職種で構成する地域支援チームが、既存の社会資源（保健所、市町村、ホステル等）と連携して、保健・医療サービスを提供する。

右図にある「ケアマネジメント」「多職種チーム」「アウトリーチ」の三つのキーワードを柱にして、これをどう成人の精神障害の方に提供するか、児童・思春期に移行するか、高齢者に向けるか。

ACT だけに拘るとこの発想は出てこないですね。

この三本柱位で考えていかれた方が非常にわかりやすいだろうと思います。

ACT-Z岡山のキーワード

ケアマネジメント、多職種チーム、アウトリーチ
をどのようにアレンジするか…

- ★生活の場での精神科医療のありかた
- ★危機介入 急性期治療 地域精神科救急
- ★早期介入（Early Intervention）、早期発見
- ★行政との連携で包括的地域支援システム構築
- ★成人発達障害者
- ★児童・思春期（学校、教育、保健）
- ★自殺対策
- ★認知行動療法

2010ACT-Z岡山 藤田大輔

福祉の訪問支援と医療ではどう違うか。もちろん、非常に不安定な方に医療を提供しながらの訪問支援もありますけども、一方で、「この人が薬をやめたい」という事を実現できるか。「じゃあ、止めてみましようか。」と。止めてみたことで、その人の中で、現実の世界や健康な部分をどんどん増やし、相対的に病気の部分をどれだけ小さくしていけるか。まずはお膳立てをする医師が薬をやめてみる。薬をやめるときこそ、生活の場で精神症状が再燃するかしないかを見極める医療の専門性が必要になってくると思っています。薬を飲まない生活の様子をしばらく見て、再燃しない場合は、もう服薬は不要の時期に来たかもしれません。

従って、従来医療とはちょっと違い、生活の場での医療を私達は持ち合わせています。コ・メディカルの人材は主体的にどれだけ健康なものを増やしていく関わりができるか、すなわちストレングスの視点が重要になるのです。



日々生きているということは、
あたりまえのことではなくて、
実は奇跡的なことのような気がします。

第4章 精神障害者地域移行支援実践例

1. 多職種多機関チームによる取り組み：出雲における地域移行・地域定着支援の取り組み

社会福祉法人 ふあっと
相談支援事業所 ふあっと
東 美奈子

I. はじめに

出雲における地域移行支援は、2000（平成12）年ころから本格的に医療機関と地域が協働で行なってきたこともあって、現在の対象者は、病状を抱えたままでの地域移行であったり、多くのニーズや課題をもった状態であったり、医療機関が単独で地域移行支援を行うことが困難なケースが多い。また、そのようなケースは、地域における定着支援においても病状の揺れなど地域の支援者だけでは、支援の困難なケースである。そのような状況の中で現在は、地域移行支援や地域定着支援を多職種多機関のチームで支えている。つまり、入院中から相談支援事業所の地域移行推進員が関わり、退院後も医療機関の地域移行担当スタッフが継続的に関わるのである。その支援の継続が精神障がい者にとっては、安心して地域で暮らすことが出来るキーワードにもなっている。

II. 地域移行支援・地域定着支援の実践

地域移行支援の開始は、医療機関から相談支援事業所へ発信される（時折、病棟で入院中の患者から地域移行推進員が直接声をかけられ、PSWやNsに発信することもある）。相談支援事業所の地域移行推進員は主治医やPSW、担当看護師から情報を聞くと同時に病棟へ訪問し本人と会う。本人と話をしながら、本人の意思を確認し、まずは、本人が退院したいという気持ちになれるように、生活サポーター（当事者）の力を借りながら支援する。また、入院中から地域の資源を体験する機会として、ふあっとで1カ月に1回アニマルヒーリングを実施したり、イベントを企画して楽しみながら社会資源（地域活動支援センターや福祉サービス事業所など）の見学や体験利用が出来るような工夫をしている。その過程の中で、患者の思いを聴くことと同時に大切にしていることは、病棟看護師の看護アセスメントと地域移行推進員のアセスメントのすり合わせである。病棟へ地域のスタッフが入り込んで、ひとりの患者をめぐる支援に意見や力を出し合うことは、格好の相互理解の場となると同時に、その患者の個別支援チームづくりを容易にしている。この入院中の個別支援チームが退院後の地域個別支援チームの基礎となる。また、入院中から退院後の支援者と顔つなぎが出来ることで、患者や家族にとっては、安心した地域生活のスタートが可能となる。さらには、このチームの継続性が、退院後の支援の中でも必要な時に病棟看護師の力を借りることに繋がっていく。まさに医療と福祉（地域）の協働である。地域個別支援チームがあることで、患者や家族だけではなく地域の支援者も安心して退院される精神障がい者を地域に受け入れることができるというし、マンパワー不足といわれる相談支援事業所のスタッフのバーンアウトを防ぐことが出来ている。

Ⅲ. 地域移行支援の体制

1) 人員配置

地域体制整備コーディネーター 2名（保健所保健師1名・相談支援事業所1名）

地域移行推進員 4名（うち専従2名）

自立支援ボランティア 生活サポーター（当事者）10名

精神保健ボランティア+ワンちゃん

2) 会議等

地域移行ネットワーク会議 3回/年

参加者：精神科医・PSW2名・地域体制整備コーディネーター2名

地域移行推進員3名（PSW・看護師）・児童民生委員

生活サポーター（当事者）・宅地建物取引業協会代表・家族会代表

出雲市（保健師・福祉サービス担当者・生活保護CW）

地域移行ワーキング会議 1回/月

参加者：PSW2名・地域体制整備コーディネーター2名

地域移行推進員3名（PSW・看護師）

出雲市（保健師・福祉サービス担当者・生活保護CW）

Ⅳ. 地域移行支援・地域定着支援のポイント

安心して退院し安心して地域で暮らせるための実践

①支援の継続（複数ケアマネ制と事業から事業への継続）

②ピアサポーターの活用

（退院への動機づけとエンパワメント、地域での生活者としてのモデリング）

③入院中から地域の資源を積極的に利用

（アニマルヒーリング、医療機関や福祉サービス事業所でのイベントの参加）

④医療・福祉・行政が一緒に考えるシステムづくり

（各医療機関での研修企画、研修の企画運営、自立支援協議会）

⑤個別支援の充実

（ケアマネジメントの実施、想いのマップ、個別ケア会議の実施）

⑥地域づくりの実践～啓発活動の実施と危機介入の実施

（こころの健康取り組み隊、精神科危機介入チーム、入居債務保証事業）

Ⅴ. まとめに変えて～地域移行支援・地域定着支援のやりがい～

私が支援していると思っているケースに私自身が支援されていることもある。それは、そのケースの思いがけない言葉や行動の変化や出来るようになったことが私に大きな感動を与えてくれるからである。この感動があるから“この仕事はやめられない”と思う。そういう意味では、関わっているケースは私の最大の支援者かもしれないと感じる。

2. 公立精神科病院の取り組み：鳥取県南部町西伯病院精神科における退院促進への取り組み

(鳥取県公衆衛生学会 発表原稿)

南部町国民健康保険西伯病院

看護師 ◎高田久美・船田利都子・生田咲子

医師 片山郁子、精神保健福祉士 加納百合子

作業療法士 門脇亮子

I. はじめに

精神障がい者の退院促進への取り組みが重要視されるなか、当院精神科においても、これまで退院を目標にした様々な取り組みがなされており、退院困難な患者や、長期在院者の退院も実現してきた。その取り組みの一つとして、精神障害者退院促進支援事業（以下、事業とする）を利用した退院支援がある。事業は行政機関が中心となり、病院と地域が一体となって取り組む「地域からの退院支援」である。

当院精神科では、この事業を通して、退院支援への取り組み方に変化が起きた。その取り組みの一つが「退院促進プロジェクトチーム」の設置（2006（平成18）年5月）である。

今回は一年間の活動と成果について報告する。

II. 当院精神科病棟の概要

当院は、米子市郊外の自治体病院である。2005（平成17）年の新築を機に11診療科198床に編成された。精神科病床は99床で、精神一般病棟50床（閉鎖、認知症エリア20床急性期エリア30床）精神療養病棟49床（開放）の2病棟に機能分化された。入院期間1年以上の患者の割合は、精神一般病棟では52%、療養病棟では81%であった（2006年5月調査）。当院において長期入院の患者は多く、高齢化している。また当院には、地域移行のための中間施設等の社会資源はない。

III. 退院促進プロジェクトチーム設置の経緯

事業は「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の早期退院、社会復帰の実現を図るために2003（平成15）年度より国の事業として開始されたものである。鳥取県の事業は、同年度より西部圏域でのモデル事業として始まった。当院は開始当初から協力医療機関として携わってきた。2004（平成16）年度からは、当院において個別支援が開始され、事業初めての対象者となった患者の退院が実現した。2005（平成17）年度からは、対象病院が4病院へと広がり、当院においては2名が退院した。事業は2006（平成18）年度より、西部圏域での取り組みをモデルとして、県全体での取り組みとなった。当院における事業利用者の概要は以下の表に示す。（表1）

事業を通してこれまでの退院支援のあり方を振り返り、そこで得たスキルを取り入れ病院独自の退院支援システムの構築の必要性を確認して2006年（平成18年）4月からの準備期間を経て、退院促進プロジェクトチームを立ち上げた。（第1回ミーティング開催日 2006（平成18）年5月29日）

（表1）事業利用者の概要

年度	年代	性別	市町村	入院期間	退院先
16	50代	女	米子市	3年	自宅
	60代	男	米子市	7年	公営住宅
17	50代	男	境港市	21年	アパート
18	50代	男	日南町	15年	支援中

IV. 退院促進プロジェクトチームの概要

1. 目的：未来志向的な援助プログラムの構築

※未来志向的とは、患者の希望に基づいた支援のあり方

2. チームメンバー構成：立ち上げ当初は、医師 1 名・PSW 1 名・精神科認定看護師 1 名・OT 1 名（計 4 人）その後、精神科 2 病棟の看護師をメンバーに加えた。（図 1 に示す）

3. プロジェクト名：「あなたの未来を考え隊」

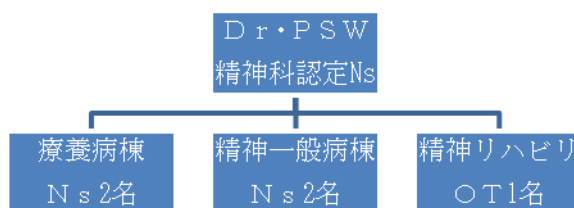
4. 活動の基盤：月 2 回の定期的なミーティング（毎月第 2、第 4 の水曜日 17：30～）

5. 活動内容

1) 現状およびニーズの把握（アンケート調査の実施）

① 対象者：入院期間 1 年以上の全患者（入院患者 95 名中 68 名）

（図 1）退院促進プロジェクトチーム組織図



② 方法：看護師 1 名と PSW・OT のいずれか 1 名の計 2 名による面接調査

③ アンケート内容：入院の理由、将来の希望、希望達成に必要なこと、希望達成に不安に思う事

④ 結果：アンケートに協力が得られた患者 49 名。患者の多くが退院を希望しているが、退院後の生活については不安と自信が共存していた。

2) 退院意欲の低い患者への働きかけ

① 個別の外出支援

② 施設見学

③ 退院患者との交流

3) 退院意欲の高い患者に対する個別、集団的働きかけ

① 患者・家族参加型のケア会議

② SST（退院にむけての課題を解決していく）

③ 外出・外泊支援

④ ケアマネジメントの手法を取り入れた退院計画の作成

⑤ 退院後の生活支援体制の構築（サービス調整）

⑥ 家族調整

4) 受け入れ環境整備のための働きかけ

① 行政機関、市町村保健師との連携

② 南部町の家族会との交流

③ 地域住民への啓蒙活動：南部町の精神保健ボランティアとの交流・行事の案内

④ 住居確保のための働きかけ

5) 支援関係者のスキルアップに関する支援

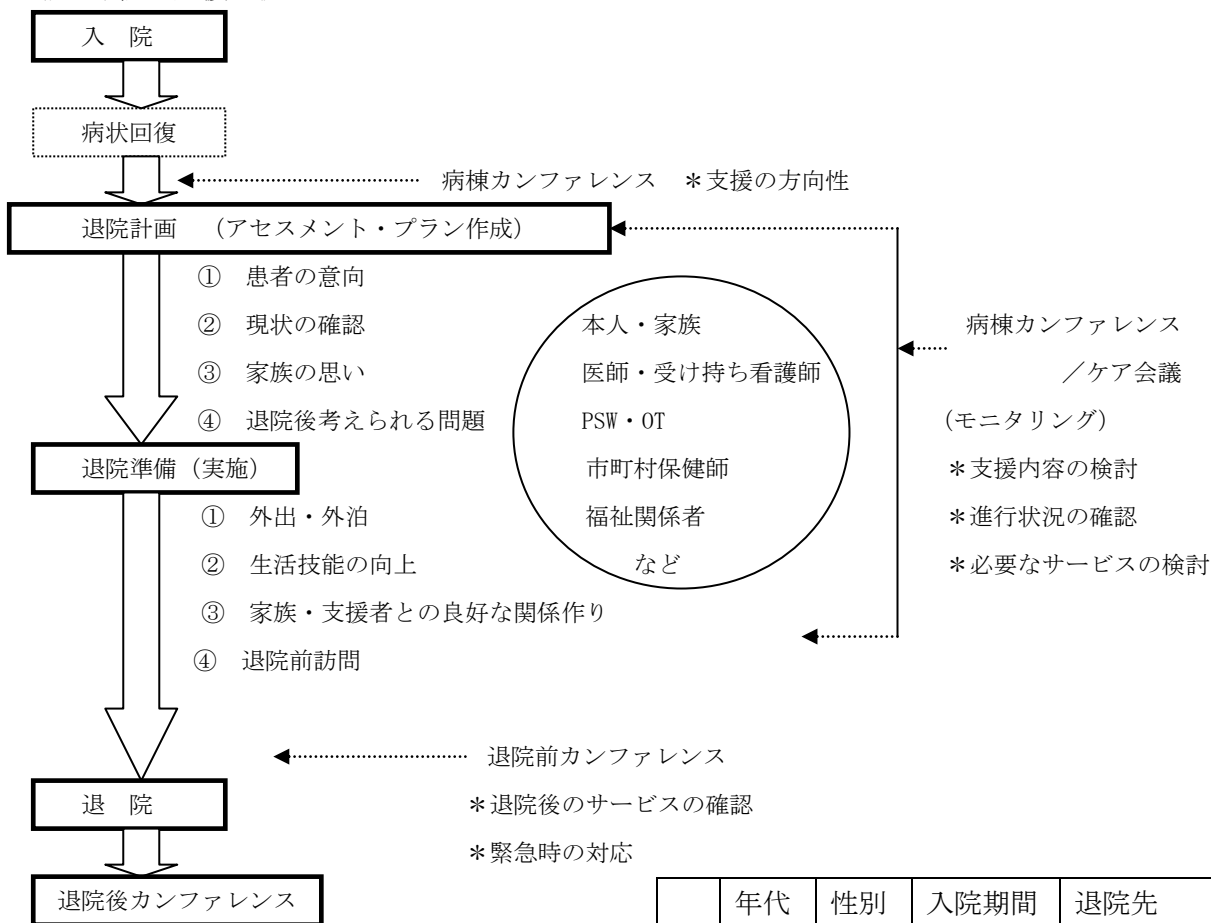
① ケアマネジメント研修会の開催

② 記録用紙の検討

③ 受け持ち看護師に対して、ケアプラン作成や退院支援への助言・提案

V. 個別支援の流れ (図2に示す)

(図2) 個別支援の流れ



VI. 成果

1) 入院期間1年以上の入院患者11名の退院
 家族への働きかけや、介護保険を利用した在宅サービスの調整により、入院期間25年の患者の自宅退院が可能となった。入院期間1年以上の退院者の概要については表2に示す。

	年代	性別	入院期間	退院先
1	70代	女	20年	老健
2	70代	女	16年	老健
3	50代	男	5年	老健
4	50代	男	3年	知的障害者更生施設
5	80代	女	2年	老健
6	70代	女	3年	ケアハウス
7	80代	女	5年	老健
8	40代	女	7年	在宅
9	70代	男	24年	在宅
10	60代	男	14年	ケアハウス
11	40代	男	1年	在宅

(表2) 入院期間1年以上の退院者の概要

2) 退院先は在宅3名、介護保険を利用して老健施設などへの退院者7名

3) 早期からの退院準備により、入院の長期化が防止

長期入院の患者だけではなく、短期入院の患者であっても、退院後の生活を見通し、早期から退院に必要な準備をすることにより、スムーズな治療提供ができた。

4) 退院後のケアカンファレンスで再入院を防止

病状が不安定であったり、多様なサービスを利用している患者に対し、退院後、約1ヵ月にケアカンファレンスを開催することで、患者の状態や支援状況の把握ができ、共有することができた。また、何かあればすぐに連絡を取り合うなど、連携の強化ができた。

5) 入退院を繰り返す患者に対し入院中から退院後の生活に向けた支援

これまでの生活を一緒に振り返ったり、悪化の要因について話し合い、課題を明らかにした。入院中に解決できることに取り組み、退院後の生活を見越したサービスを調整することができた。

6) 入院期間1年以上の患者の割合(表3)

(表3) 入院期間1年以上の患者の割合

	平成17年度	平成18年度
精神一般病棟	52%	38% ↓
療養病棟	81%	83% ↑

Ⅶ. 考察

事業導入前後における当院の退院支援の取り組みの変化について考察する。

これまでの退院支援は、病院内の取り組みとして行われていた。退院の成否は、個々のスタッフの努力や力量に負うことが多かった。ややもすると、働きかけに差が出たり、支援が硬直化することが多かった。しかし、事業に参加することで、病院だけではなく、地域の他機関と共同することによって、患者の今まで見えていなかった部分に気づくことが可能になった。さらに硬直した状態を打開するための多様な支援や、方法論を見出すことができた。現実には退院困難だと思われていた患者が退院するに至り、スタッフの自信と意欲の高まりにつながった。それを踏まえて退院促進プロジェクトを立ち上げることが出来た。

退院促進プロジェクトを立ち上げて、まだ1年であり、病棟全体の退院支援の仕組みが確立しているわけではない。今後は、長期入院患者だけの支援だけではなく、入院の長期化を防止する為のシステム作りや安定した在宅生活を維持できる支援ネットワークの構築に向けて取り組んでいきたい。

そして単に退院促進だけを目指にするのではなく、患者個々の真のリカバリーを実現していきたい。

3. 地域活動支援センターの取り組み：栃木県北地域

「精神障害者と在宅ケア」 community life support for Psychiatric Disabilities
地域生活支援の実践例：作業療法士の立場から

「まちに根ざした精神障害者の地域生活支援へ取り組む作業療法士の実践報告」

I. はじめに

2004（平成16）年9月、厚生労働省精神保健福祉対策本部は「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な考えに基づき、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定した。2005（平成17）年10月には障害者自立支援法が施行され、三障害の一元化、障害者の地域生活支援に向けた福祉サービスの提供、相談支援・ケアマネジメントの充実、就労支援体制の強化、地域全体で障害福祉を支えるためのインフォーマルな支援の推進等において、具体的な障害福祉の方向性を各市町村が主体となり舵を取る事になった。

このような状況の中、これまでの支援体制の実情をふり返ると、いたるところで「連携」という言葉は飛び交うものの、それぞれがそれぞれの支援の域を出ず、「点と点の繋がり」や、うまくいっても「点から線の繋がり」に留まっている事が多いように思う。

そこで、今回はその「点」や「線」の状態の連携や支援を、「面」やさらに「立体」へと展開し、地域生活支援に奥行きと幅を持たせていくために、「まちづくり」の視点から精神障害者の地域生活支援に取り組む作業療法士（以下、OT）の実践を報告する。

II. NPO 法人那須フロンティア（以下、那須フロンティア）の概要

1. 那須フロンティアとは

筆者らが活動する栃木県北地域は、人口約22万人で那須塩原市、大田原市、那須町の2市1町からなる圏域である。那須フロンティアは1999（平成11）年10月に設立され、「メンタルヘルスを中心とした豊かなまちづくりへの寄与」を目的に、精神障害者の地域生活支援に関する事業を行い、地域で生き生きと暮らせるような活動を提案していくとともに、地域におけるメンタルヘルスの問題にも取り組む事を試みてきた。その考え方に賛同した参加者・協力者は、近隣の関係機関に勤務する医師（以下、Dr）、OT、精神保健福祉士（以下、PSW）等の専門職、患者家族、企業（飲食業、農業、建築業等）、行政職員、地域住民、ボランティアで構成され、約400名の後援会員の継続的な支援を受けて、以下の事業を運営している。

2. 那須フロンティアの事業

那須フロンティアが実施している事業は、下記の通りであり、筆者は基本的に全ての事業に何らかの形で関わっているが、本稿では現在重点的に関わっている下線部の事業について報告する。

1) 地域生活支援センターゆずり葉（以下、ゆずり葉）

- (1) 指定相談支援事業（専属職員：OT1名（筆者）、PSW1名）
- (2) 地域活動支援センターI型事業（専属職員：PSW1名、施設指導員2名）

2) 就労支援事業所喫茶店ホリデー（以下、ホリデー）

- (1) 就労移行支援事業（専属職員：OT2名、喫茶スタッフ3名）

3) 行政との協働

- (1) 事業サービスの運営、委託契約
- (2) 地域自立支援協議会／作業部会（3市町）
- (3) 精神障害者地域移行支援特別対策事業（県、9市町）
- (4) 定例のケース受理会議（県、3市町）
- (5) 生涯学習推進協議会

4) 地域、人とのつながり

- (1) 黒磯駅前活性化委員会への参加
- (2) 後援会事業
- (3) シンポジウム運営事業
- (4) ボランティア運営事業

III. 作業療法士としての係わり

1. 地域生活支援センターゆずり葉での実践

ゆずり葉では「まち」の中での身近な相談窓口となるように無料相談とし、障害の有無にかかわら

ず、ライフステージにおける様々なメンタルヘルスの問題について相談を受けている。ゆずり葉単体だけで支援を行うのではなく、様々な関係機関との顔が見える協力体制で利用者の生活について一緒に考えていく事を心がけている。市町窓口や医療機関、子育てセンター、教育機関、地域包括支援センター等からの紹介や地域の情報誌を見て来所される方も多い。

- 1) 指定相談支援事業の利用状況・・・表 1、2 挿入
- 2) 相談事例の紹介・・・表 3 挿入
- 3) 事例を通して見えてくる地域生活支援、在宅ケアの共通点

(1)主訴を中心としたケアアセスメント情報整理

地域での相談は幅広く、当事者のみならず、家族や近隣住民、関係機関スタッフからの相談事例も多い。支援を展開していくために当事者の状況を把握し、主訴に応じた見通しをつける必要がある。面談や訪問と関係機関との情報共有を行い、ICFを中心とした心身機能・身体構造、活動、参加の視点とその生活しにくさが個人因子、環境因子であるのか等、本人の生活を包括的に捉え、本人のニーズに応えるためのケアアセスメントを行っている。

(2)地域の様々な社会資源の把握と活用、そして相互点検

相談内容やアセスメントから、必要な社会資源の利用や関係機関へ移行する際には、“顔が見える関係”を基本に情報提供や同行訪問を行う。社会資源とはフォーマルな事業サービスに限らず、地域ボランティアや自助グループ、各種サークル活動等も含まれるために、地域情報についても十分に把握しておく必要がある。

支援に繋がった事例については電話連絡、面談、訪問によるフォローや、保健師、行政担当者、相談支援専門員、ホームヘルプサービス事業者等との定例の受理会議の場で本人の生活状況や経過についてお互いが把握していく。必要に応じては利用者本人と関係機関を交えてのケア会議を開催し、ケアプランの作成とモニタリングも含めた包括的な支援を行っている。

(3)エンパワーメントの促進

本人が希望する生活を実現するためには、本人の協力が不可欠である。どんな小さなことでも、まずは本人と話し、自己選択、自己決定を行うという体験を積んでいながら、自分の生活を自分が演出していけるような場面を設定していく事が大切な要点であると考え。かつ、“支援のしすぎ”によって本人の持つ力（ストレングス）を弱めてしまう事のないように、本人自身も何らかの形で「まちづくり」に参加できる機会を一緒に探している。

2. 行政との協働

1) 地域自立支援協議会／専門部会（3市町）

地域自立支援協議会とは市町村が、地域生活支援の体制づくりに関し、中核的役割を果たす協議の場で、相談支援従事者、福祉サービス事業者、保健・医療、学校、企業等の関係機関、障害当事者団体、学識経験者等で構成されている。相談支援事業所の評価、困難事例の検討、ネットワークづくり、障害福祉計画の進捗状況の評価等を行い、明らかにになった地域の課題については、今後の方向性を話し合う専門部会(療育、就労支援等)を設置していく事になっている。

現在、筆者が係っている市町では、相談支援専門員を中心とした作業部会を開催しており、定期的に相談内容や件数について把握し、各事例から「まち」の課題やニーズを抽出し整理をしている。今後は、その課題から導き出されたニーズを基に「まち」独自の取り組みの形を作っていく方向で動いている。

2) 精神障害者地域移行支援特別対策事業（栃木県）

本事業は、精神科病棟の入院者のうち、症状が安定して受け入れ条件が整えば退院可能な人に対して、地域移行に必要な支援体制づくり等の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターや、利用対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員を配置し、精神科病院と地域資源を繋げ、本人らしい地域生活を送るための事業である。

栃木県県北地域においては、ゆずり葉に事務局を設置し、圏域内関係機関（5病院、3保健センター、9市町等）の協力を得て、平成20年度より定例の協議会、個別支援会議を実施している。この事業もひとつの「まちづくり」の視点を様々な関係機関が共有できるチャンスでもあり、どの医療機関にも属さないゆずり葉の役割として、精神障害者の地域生活支援体制整備の潤滑油となるように配慮をしているところである。

3. 地域、人とのつながり

1) 専門職ボランティア

法人設立当初から近隣の病院等に勤務する専門職(OT,PSW等)が、勤務時間外に実務協力や運営会議への参加等のボランティア活動を通して、外部から見る当法人の活動について率直なご意見を頂いている。それらの交流により個別事例への支援協力や事業協力の調整についても、比較的スムーズな連携体制を持つ事が可能となっている。

2) 企業

当法人の団体会員として、資金面の支援に限らず、NPO活動の経営に関する助言、ホリデーの就労支援事業における実技指導、職場実習や就労の協力、メンタルヘルの問題に興味を持ち自社内でのメンタルヘルス講習の実施、などNPO活動に理解を示して頂いている。その関係が長続きしていく為にも、筆者は、お互いが得する“WIN&WINの関係”が成立出来るように配慮をしている。

3) 地域住民(例：黒磯駅前商店街活性化委員会)

最近では黒磯駅前活性化委員会にも参加した事を機に商店街の皆さんとの交流も増え、様々な企業や「まちづくり」の思いを持つ方と多く出会えるようになった。このような思いがけない人との出会いの中から、生涯学習課、商工観光課、ボランティアセンター等とのやり取りも増え、これまであまり繋がりのない分野から、精神障害を持つ当事者が「まち」へ参加する機会や地域生活支援に関連する情報が集まるようになってきている。その過程には私たち自身が「まち」の農観商工の産業に関心をもち、情報を得ようとするやり取りを通して、精神保健福祉の活動を共有し始めている。

IV.考察

1. 「まちづくり」の視点が地域生活支援体制の奥行きや幅に繋がっている実感について

1) サービス提供の選択肢拡大

一番の実感は、顔見知りが増え、その方々から地域生活支援に関する情報を得ることで、必要な福祉サービスの事業所のみならず、ボランティアや地域住民との繋がりから生まれるインフォーマルなサービスの活用が増えてきている。それは、利用者の自己選択、自己決定を支える上で大きな要素となり、支援の幅や奥行きが拡がりを見せている事を意味しているのではないかと。就労支援においても、協力企業と一緒に「まちづくり」の視点から対象者の実習や就労に取り組むことが増え、障害を開示して働く事や多様な働き方について考える機会にもなっている。また、企業側も社員教育や日頃の会社内の業務を見直すきっかけにもなった、と話されている。

2) 当事者自身の持つ力を引き出す

スタッフ主導の支援や当事者の要望(demand)だけに応えるようなサービスではなく、当事者の持つ力や強みを丁寧にアセスメントし、自己効力感が持てるような支援が必要である。それは作業療法の視点から言えば、本人の生活の中で「occupy できるもの=作業(生活の中心)」を一緒に探していく事である。精神障害を持つ本人が、就労をする事、地域での啓発活動で講師の役割を担うこと、地域のボランティア活動を行う事などが「まち」の中での役割を持つ事にも繋がり、それは自然な形で地域住民の理解を促進することになり、さらには本人が「まちづくり」へ参加している時間に繋がっていく、と考えている。

3) 「まち」の人も支援者の一人であること

これまでに出会った地域住民、様々な分野や企業の方が、当法人の活動や精神障害について十分な理解をしないまでも、気軽に挨拶をして頂いている事、そっと見守って頂いている事、良い事も悪い事も率直にお声かけ頂いている部分では、まちの人も十分に支援者の一人として機能していると感じている。

2. 地域生活支援、在宅ケアにおける作業療法士の役割

「まち」という広い枠の中での地域生活支援は、関わる職種や行き交う人も多く、多様な意見、提案、価値観に作業療法士としての支援について揺らぐこともある。しかし、作業療法について改めてふり返り、「まち」を見渡していくと、作業療法士としての立脚点は対象者の“疾患特性”、“疾患と障害との関係性”、“障害特性”を把握した上で、本人なりの生活が送れるように支援を展開出来る事であると思う。このような立脚点は、全ての作業療法士が共有している強みでもあり、支援を「まちづくり」の視点へ収斂させていく事はとても自然な発想であると思う。これからも、作業療法士としての立脚点を持ちながら「まち」の中をフットワークよく動き、その動きが作業療法として「まち」の方に認識していただけるように「まちづくり」に参画していきたいと考えている。

3. 今後の課題について

当法人の活動は10年経過し、まだまだ課題の多い取り組みではあるが、今後は自立支援協議会の中で、まち独自の課題やニーズが整理され、この「まち」に必要なサービスや資源が浮かび上がってくると思う。その動きに応じていくためにも、法人として更なる安定した運営基盤や「まちづくり」の視点から取り組む意義やおもしろさ等をスタッフが共有し、その精神のリレーの必要性を実感している。

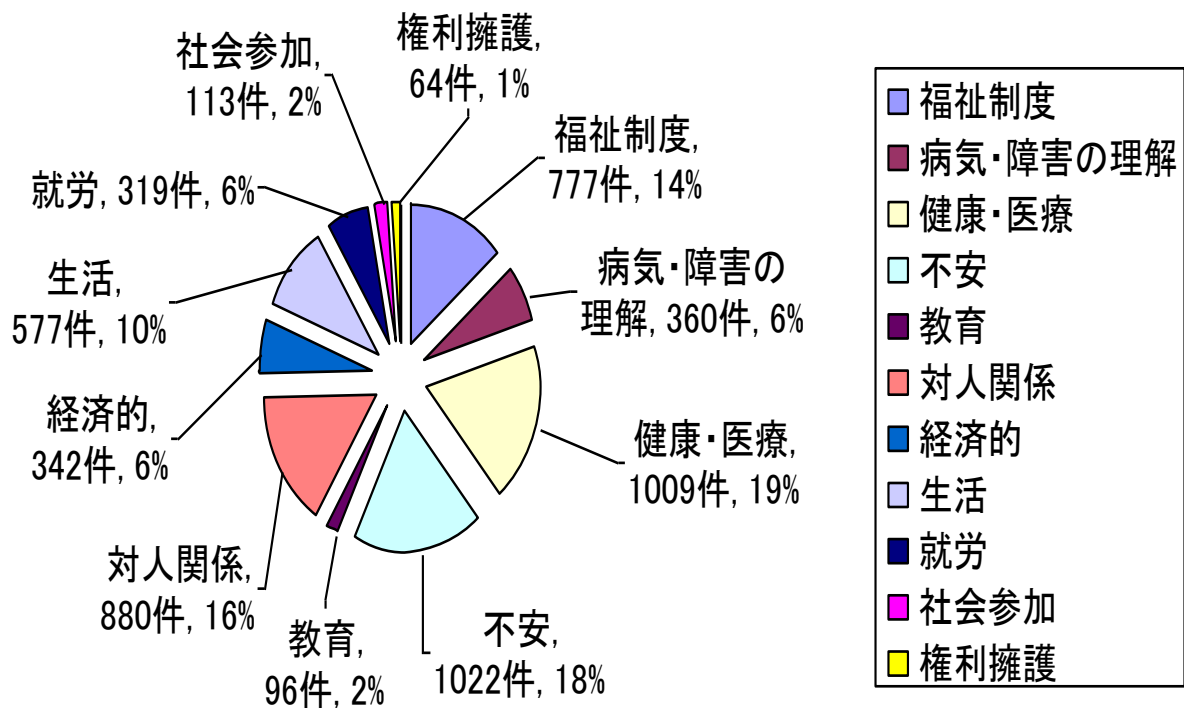
V.まとめ

これまでの事業展開をふり返ると、意図的に仕掛けた事よりも、思いがけない人との出会いや偶然性によって引き出された事の方が多い。筆者自身も作業療法士という立場と、この『まち』に住む一住民という立場でもあり、自分の住む町をより良くしていきたいと考える事はごく自然な事でもあった。今後も、偶然性を見逃さず、地域住民や様々な職種や産業、分野で活動する方と相互点検をしながら一緒に『まちづくり』を楽しみたいと思う。

参考文献

- 1) 山根寛:精神保健医療福祉改革ビジョンの今後―「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の経過報告― 作業療法・28巻1号頁9-13、2009年2月
- 2) 武田牧子:障害福祉分野での作業療法士活躍への願い 作業療法・28巻第3号頁236-242、2009年6月
- 3) 福岡寿、中島秀夫、菊本圭一他:自立支援協議会の運営マニュアル、自立支援協議会の運営マニュアル作成・普及事業企画編集委員会、2008年

地域生活支援センターゆずり葉
相談支援利用状況 (2008年度 相談内容)



地域生活支援センターゆずり葉 相談支援利用状況 (2008年度相談内容)

福祉制度	病気・障害の理解	健康・医療	不安	教育	対人関係	経済的	生活	就労	社会参加	権利擁護	合計
777	360	1009	1022	96	880	342	577	319	113	64	1748

4. 広域の退院促進コーディネーターの活動：東京都世田谷区

東京都退院促進コーディネーターの一人として

地域生活支援センター サポートセンターきぬた
金川 洋輔

I. ～東京都の現状～

東京都は 23 区 26 市 5 町 8 村、人口が約 1,260 万人(2005(平成 17)年)、精神科病院は 114 所、病床数は約 24,600 床(2006 (平成 18) 年)であり、その内の多くが八王子市、青梅市といった西側に偏在している。東京都退院促進支援事業は 2004～2005 (平成 16～17) 年のモデル事業を経て 2006 (平成 18) 年から本格実施となった。2010 (平成 22) 年度現在では、62 病院がこの事業の協力病院となり、それらの病院に対して 12 か所の事業所が受託して退院促進コーディネーターを配置している。

2009 (平成 21) 年度の実績では、12 事業所で 187 人の事業対象者のうち 76 人が退院という結果であった。187 人は事業の正式利用者であり、それ以外でも病院や行政機関等から打診されてアプローチした対象候補者を併せると合計で 200 名を超えると思われる。

II. ～「広域支援」とは～

上記の東京の現状において、受託先が 12 事業所しかない状況で実施していくので、当然各事業所が所在市区町村の住民だけを対象にしていくわけにはいかず、「都民」全てを対象とする“広域支援”を実施していく必要がある。ここで言う広域支援とは、12 事業所が協力病院の窓口担当として関係性を築き、院内での対象者を広げていくものと、都内中の病院から事業所所在地の近隣市区町村への退院希望者がいた場合に地域定着支援を目的として迎えにいくものと二通りのものがあり、その両方の役割を事業の中で実施することが求められている。

III. ～サポートセンターきぬたの状況～

サポートセンターきぬたは、自立支援法で言うと、世田谷区で相談支援事業と地域活動支援センター I 型を実施している地域生活支援センターである。

2004～2005 (平成 16～17) 年度は東京都退院促進モデル事業を、2006～2007 (平成 18～19) 年度は世田谷区退院促進支援事業を、そして 2008 (平成 20) 年度からは東京都退院促進支援事業を実施している。事業における職員体制は、2009 (平成 21) 年度は常勤(専従)職員 1 名と非常勤(週 1 日)職員 1 名となっている。

2008～2010 (平成 20～22) 年の実績は、対象候補者総数 57 名のうち、正式な事業対象は 33 名、33 名中退院者 18 名となっている(2010 (平成 22) 年 9 月現在)。

IV. ～個別支援とネットワーク～

業務内容はだまかに分ければ個別支援とネットワーク作りになる。個別支援なきネットワークなどあり得ないし、個別支援を積み上げていく中で出てきた、地域全体の課題や現状の連携で機能している強み等を、ネットワークの中で検討していく街づくりの視点がなければ、事業として十分とは言えないと考えている。

個別支援の中で特に重要視しているものに、同行と訪問が挙げられる。院内で何回面接を繰り返そうとも、一緒に外出して行動を共にさせてもらった時に見ることができる、対象者の方の一瞬の表情や一言には敵わない。一見、ただ一緒に喫茶店に行っただけ、散歩に行っただけのように見えても、そこで得られる情報や関係性は院内だけでは決して手に入らないと考えている。また、訪問も同様で、本人のフィールドに入れてもらうこと、本人が日頃言葉では表現しきれない生活の様子や思いに触れることのできる重要な時間だと考えている。また、それらを本人と一緒に関係者と共有できるケア会議の場面も併せて重要となっている。

V. ～課題～

各市区におけるものはそれぞれ少しずつ動き出してはいるが、東京都自体は自立支援協議会が機能しているとはとても言えない状況である。都内中の退院支援の動きによる個別支援の積み上げから、様々な課題は出てきているが、それらを“東京都”という一つの都市としての課題として取り扱えてはいない。

一人でも多くの方が、“「病院」ではなく「患者なだけ」でもなく”、“「自分の暮らしたい街」で「住民」として”暮らしていけるようになる為に、まだまだ活動は必要だと考えている。そして、いつの日かこの国から小手先の用語変更ではなく、本質的に“退院促進支援”などという言葉が必要なくなる日が来て欲しいと思い、信じて、今後も活動していきたい。

5. 訪問看護ステーションの取り組み：東京八王子市・立川市
多摩在宅支援センター円の地域移行支援の取り組み

NPO 法人多摩在宅支援センター円
理事長 寺田悦子

1. 訪問看護ステーション（円・元）の理念と活動

表 1

理念	私たちは、その人らしい豊かで多様な生活を応援します！	
活動方針		
1) 地域特性を生かした小規模多機能型事業の実施	～	多様なニーズに応える
2) 多摩地域での在宅支援	～	社会的入院者の退院支援・社会的無支援者の支援
3) 域支援ネットワークへの参加	～	医療と福祉をつなぐ活動
4) 起業視点での事業展開	～	経営戦略の必要性

表 2

法人紹介

多職種で在宅支援を中心に事業を展開

(看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・精神科医師・ピアサポーター等)

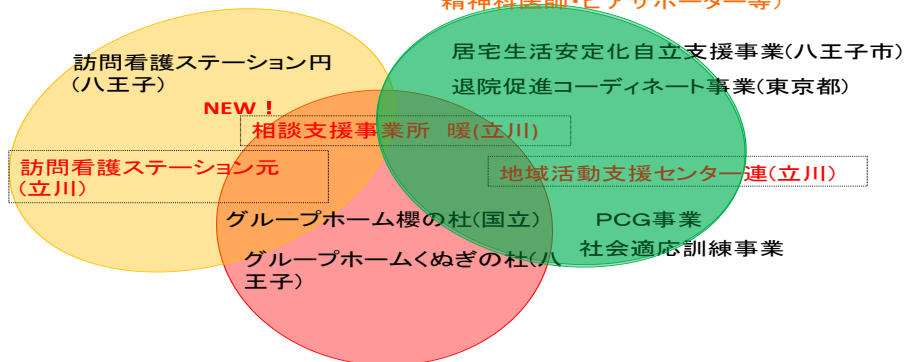


表 3

東京都精神障害者退院促進支援事業

「退院促進支援」をいゆる社会的入院の解消のための取り組みに留めず、地域での受け入れ体制の整備の促進に力点を置き、「将来にわたってその発生を予防する仕組みづくり」と位置づけている。

(平成18年6月東京と地方精神保健福祉審議会最終答申)

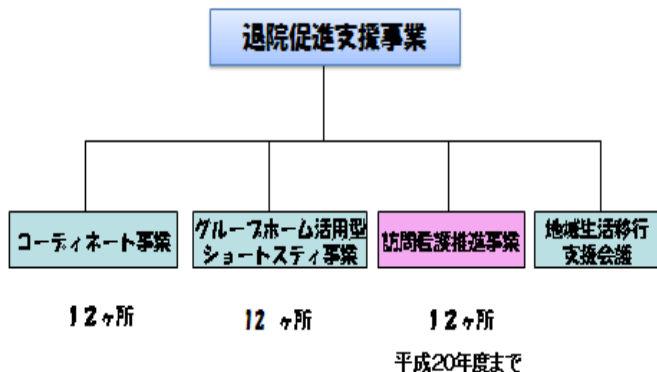
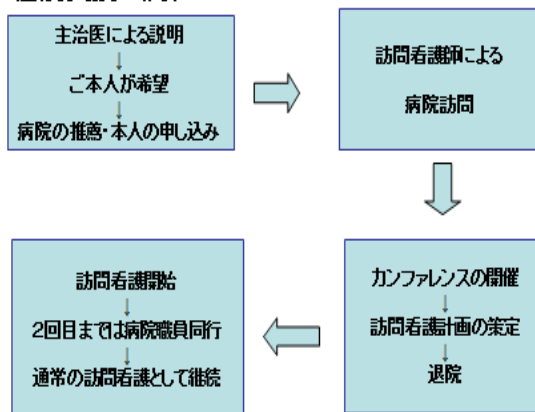


表 4

精神科訪問看護推進事業

個別支援の流れ



開設当初より、精神病院や福祉施設関係で働いていた看護師・精神保健福祉士等が「医療と福祉」「地域と精神科病院」をつなげる場として、訪問看護ステーションを設立した。当初から理念を掲げ、実現するために表1のような活動方針に基づいて事業を行ってきた。ニーズに応じていくうちに、表2のように、事業も増えていった。ここでは、社会的入院者の退院支援について報告する。

Ⅱ. 東京都退院促進コーディネート事業・訪問看護推進事業

今までの実績と医療と福祉・介護をつなぐ活動を行っていることから2006（平成18）年度から東京都訪問看護推進事業を、2009（平成21）年度より東京都退院促進コーディネート事業を受託している。

東京都退院促進コーディネート事業（表3）では入院中から地域の支援者が病院へ出向いて行って、本人との関係を築きながら、地域の社会資源の紹介や見学を行い退院後のイメージを一緒につくっていく。精神科病院へは、地域で生活している当事者とコーディネーターが講師となって、患者や職員へ説明会を定期的に行っている

最大の特徴は、本人を中心にした支援チームを早くから作ることができ、ご本人の想いに添えるような支援方法をご本人中心に個別ケア会議を何度も繰り返し行えることである。そうすることにより退院後の生活が今までの退院とは違うその人らしい生活を踏み出す一歩となり頻回の入院を防ぐことにも繋がってきている。

訪問看護推進事業（表4）は、精神科病院から退院する利用者を精神科病院の看護師・PSWが在宅へ訪問し、地域の訪問看護ステーションへつなぐといった事業です。精神科病院の協力がある事業の為、精神科病院の看護師が地域へ出ることは難しく、精神疾患を持つ利用者を既存の訪問看護ステーションへ多数つなげることはできないで平成20年で終了になった。しかし、この事業の精神科訪問看護研修は持続し、現在精神科疾患を受ける訪問看護ステーションが増えたことは成果ではないかと言える。

当事業所は訪問看護を中心に表2の事業とともに地域移行支援を行ってきた。2ヶ所の訪問看護ステーションは、精神科に特化している。利用者は月、実績数380人・1400件余り（1月）。今年度（2010（平成22）年4月～2月）の精神科病院から退院してきた利用者は33名である。5割が、入院中から訪問看護師が関わっている。また、グループホームでは今まで13人の方が長期入院から退院し、地域の社会資源を利用しながら定着支援を受けている。

更に、八王子市における居宅生活安定化自立支援事業では、メンタルケアが必要と思われるが何らかの事情で受診困難・中断になっている方で、PSWが治療につなげていくために、生活の場で相談・支援が行えるようアウトリーチを実施している。関わっている方が入院になった際には、退院をただ待つのではなく頻回の面会を繰り返し、長期入院にならない工夫をしている。ご本人にとっては、入院しても長期入院にならない安心感を得ることができ、病院側も支援者がいることで早くから退院支援を共同で行うことができ、安心感を得られることは重要である。地域生活→入院→地域生活と一連の流れで中心となる支援者が変わることなく関われることと医療と福祉が共同して支援ができるため、再入院防止が可能となっている。

ご本人の退院後の希望や地域生活での夢を実現するためには、事業所や支援者の基準で捉えず、ご本人の想いを大切にしながら今できることを一緒に考えながら支援を行っている。特に、同じ時間や同じ場所を共有することで関係性も良くなってくる。しかし、生活支援の中にも身体合併が多くあり福祉だけではなく、訪問看護で医療の視点も取り入れ両側面から支えていくことも必要な方が増えているのが実情である。

Ⅲ. 課題

1、地域移行支援事業の必要性の周知が不十分である。社会的入院を、「この国の問題」として捉えていない。「できるだけがんばりましょう」ではなく、「やらないといけない」という人権問題であり、社会的コストの問題であることを大前提にする状況を作り出すことが必要である。

特に精神科病院では、「入院していた方が本人にとって良い。かわいそうである。」という情緒的正義感や「空きベッドが増えると困る。」といった経営的な問題がある。

2、都事業で行っているにもかかわらず、消極的意見や反対意見が出ることがある。少なくとも都保健所や都立病院のスタッフ、都の保護課レベルでは、「地域移行はやらなければならない」という大前提の合意を図ってほしい。

3、各区市町村生活福祉部門で、移管のルールが統一されていない事や各所のしごらみがあるためコーディネーターがまきこまれてしまい、利用者本位の「住みたいところに住む」支援が困難になることがある。受け入れ先の区市町村生活福祉課の担当者をチームに入れていくタイミングが難しい。

4、個別事例から見えてきた地域課題を検討する場（関係機関連絡会）が機能していない現状がある。自立支援協議会がない地域の問題もある。

5、高齢に加え障害を抱えていること、保証人がいない、地域にバリアが多いことから高齢精神障害者の住居確保に苦慮している。公共住宅に優先入居できる施策が必要ではないか。

6、重複障害及び合併症の方の受け入れ先が極めて少ない現状がある。地域で受け入れる仕組み作りが重要である(精神科病院だけの問題ではない)。訪問看護ステーションは24時間365日が可能であるため、訪問看護ステーションの受け入れ先を増やすことが必要である。また、地域ごとに顔の見える救急支援体制を作らなければならない。

コラム

“Back to the community” 今昔物語⑤

大正大学 野田文隆

歴史は繰り返す

私は 1970 年代終わりにイギリスのケンブリッジにいた。

そこではフルボーンという巨大な病院が地域移行の果てに小さな病棟だけになったのを見た。

ハーフウェーハウスとか地域精神科看護師という言葉を知った。「そうかこうやれば慢性の患者さんも地域に還れるんだ」というヒントを掴んだ。

1980 年代半ばから 4 年間、カナダ、バンクーバーで研修した。リバビューという大精神病院を解体するために「大バンクーバー精神保健機構 (GVMHS)」という組織が立ち上がった。

それは「長期在院者が町で暮らすには何が必要か？」という命題を中学生でもわかるように平易に解いたサービスの作り方だった。

彼らに必要なのは「屋根」「金」「人の支え」である。

町を 9 ブロックに分け、メンタルヘルスチームを置いた。

外来だけではなく、衣食住の問題に応ずるチームである。夜間、休日には Car 87 というパトカーに警官と看護師さんが乗った精神科救急が稼動していた。精神保健居住サービスという事務所が患者さんの家探しの相談に乗る。GVMHS で活躍する人はソーシャルワーカー、ナース、心理士であり医師主体ではなかった。「生活する人」と捉えるからである。地域移行を普通に考えれば、地域にはこういうサービスがいるのである。なにも海外がすべていいとは言いたくない。ただ、地域移行はこの半世紀、世界のあらゆるところで試みられている。そういう知恵に学ばなくて、「自己完結型」に終始するのは少し心が狭くないかと思う。

参考資料

情報提供：2011(平成23)年2月22日開催地域移行に関連する障害保健福祉部主管課長会議資料
 精神・障害保健課資料の抜粋

3. 精神障害者の地域移行・地域定着支援事業について

精神保健医療福祉施策においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を推進し、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていくとの認識の下、地域生活への移行及び地域生活の支援に関する施策を講じているところである。

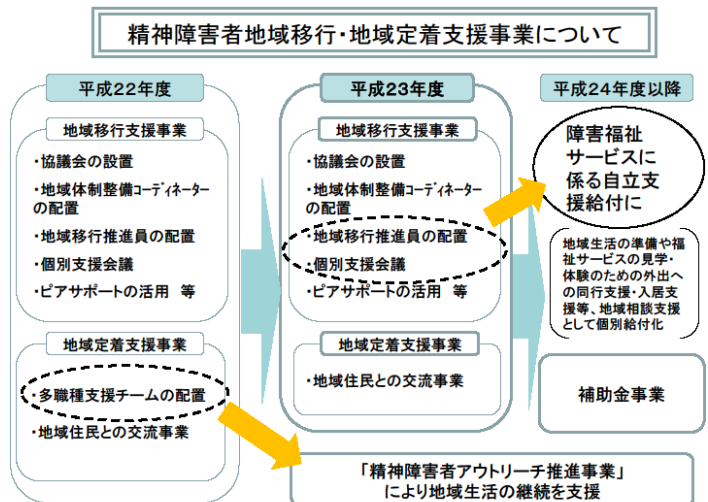
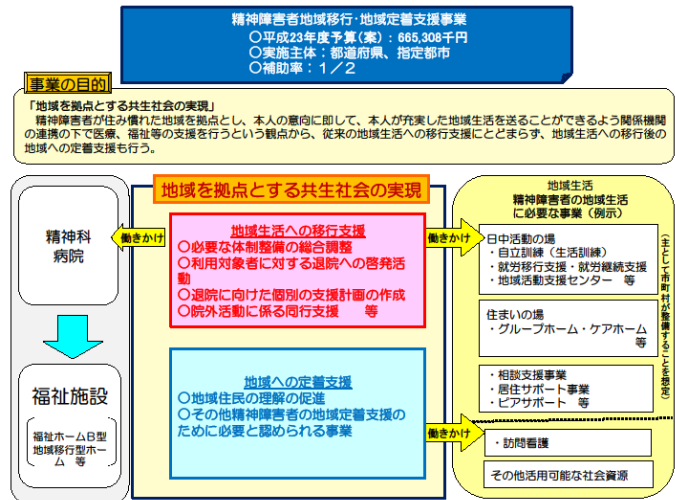
本事業は、従来の「地域移行支援特別対策事業」について、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へと平成22年度に見直しを行ったところである。

本年度は、相談支援事業者等に地域移行推進員や地域体制整備コーディネーターを配置し、精神障害者の退院促進及び地域定着に向けた支援を行う事業を引き続き実施するとともに、精神障害者の地域移行・地域定着に向けた重要な取り組みとして考えられる地域交流事業等を実施し、障害福祉計画に基づく退院可能精神障害者の地域移行の着実な達成を目指すものである。

各都道府県等におかれては、地域移行を一層強力に推進する観点から、本事業の実施に必要な予算の確保をお願いする。特に、本事業の未実施の圏域を抱えている都道府県においては、当該事業の目的を十分にご理解いただき、全ての圏域において事業を実施していただくよう改めてお願いする。

なお、未受診者や治療中断者等への訪問支援を行うための多職種支援チーム事業については、平成23年度予算案において「精神障害者アウトリーチ推進事業」として計上したので、当該事業により地域生活の継続の支援に取り組んでいただきたい。

さらに、本事業における地域移行推進員の配置及び個別支援会議の開催については、平成24年度からは障害福祉サービスにおける支援として個別給付化されることとなっており、平成24年度以降の本事業の内容及び実施方法等については、今後検討し改めてお示ししたい。



精神障害者アウトリーチ推進事業について

【基本的な考え方】

・精神障害者の地域移行施策として、平成15年度から退院支援に向けた事業を行ってきたところ。今後は、地域に向けた支援（退院支援）と入院を防ぎ、地域に根づく支援（地域定着支援）を併せて行うことが重要。

・アウトリーチ（訪問）による支援により、「入院」という形に頼らず、まずは「地域で生活する」ことを前提とする必要性について、関係者が共通認識として持つ必要がある。

【事業の方向性】

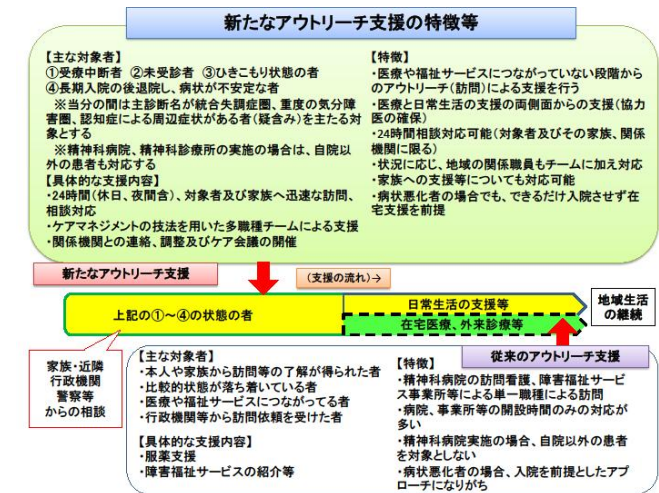
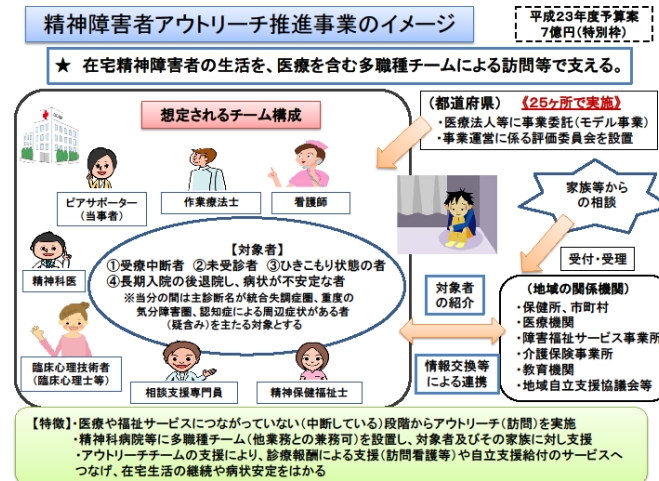
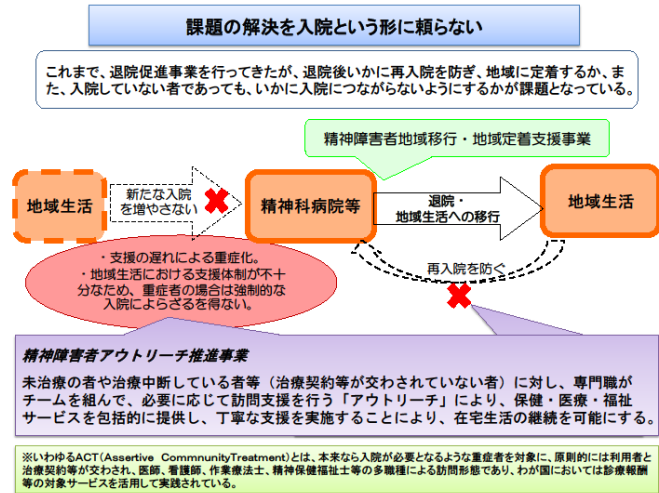
・将来的には一般制度化（診療報酬等）を目指すため、モデル事業（全国25ヶ所）として評価指標や事業効果について検証を行っていくもの。

・現在の制度上、診療契約があれば、訪問診療・訪問看護等による診療報酬請求ができるが、未受診者や治療中断者については報酬の対象外。現状では、治療中断等への支援は行政や相談支援事業所等による支援を行っているが、「入院治療」を前提とする支援も少なくはなく、「在宅生活の継続」という支援についてはマンパワー等の面から十分に対応できない事情もある。

・本事業においては、アウトリーチ支援を行うことで、再入院をどの程度減少することが可能か等を検証していくことが重要であり、これにより、アウトリーチ支援の実施が各医療機関が病床削減に取り組んでいくための一手段となることを期待するところ。

・財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要であることから、最も典型的な形態として、医療機関が一定数の病床削減をしつつ、アウトリーチ支援を行うことを想定している（具体的な類型については別紙）。

・保健所、精神保健福祉センターは、アウトリーチチームへの技術的な支援（対象者の選定等）や関係機関との調整等を行い、地域の精神保健福祉活動の充実にに向けた役割を行うものとする。



アウトリーチ推進事業に係る事業運営について

詳細については、「事業実施要綱」及び「アウトリーチ推進事業実施の手引き」に示す予定であること。

【事業目的】

・受療中断者や自らの意思では受診できない等の理由により、日常生活上の危機が生じている精神

障害者に対し、一定期間、医療及び福祉の包括的な支援を行うことを目的とする。

・民間精神科病院等に医師、看護師、精神保健福祉士、相談支援専門員等の多職種から構成されるチーム（以下、「多職種チーム」とする）を配置し、できるだけ入院をせずに地域生活の継続が可能となるための支援を行うもの。

【対象者】

当分の間、主診断名が統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害（F2）、気分（感情）障害（F3）の者、認知症による周辺症状（BPSD）がある者（いずれも疑念）を対象とする。

（1）精神医療の受療中断者

1か月以上の受診中断、又は服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者。

（2）精神疾患が疑われる未受診者

家族・近隣との間でトラブルが生じるなどの日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。

（3）ひきこもり状態の者

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、6ヶ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のあるもの又は、症状等から精神疾患が疑われるもの。

（4）長期入院等の後、退院した者

精神疾患による長期（概ね1年以上）の入院又は、複数回繰り返しての入院から退院し、病状が不安定な者。

【実施機関】

（1）民間精神科病院（往診、訪問看護に対応できること）

（2）精神科を主に標榜している診療所（往診、訪問看護に対応できること）

（3）訪問看護ステーション（主として精神障害者への対応を行っていること）

（4）相談支援事業所、地域活動支援センター等（主として精神障害者の対応を行っており、精神科病院、保健所等と十分に連携を図る体制を講じていること）

チーム配置と病床削減に係る考え方

本事業はアウトリーチチームの設置と病床削減計画を併せて実施すること。

【チーム配置について】

- ・本事業はモデル事業としての要素が強いことから、民間の精神科病院において実施する。
- ・実施機関については、民間精神科病院、訪問看護ステーション、相談支援事業所、精神科診療所でも可とする。
- ・但し、平成22年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業のうち、地域定着支援事業を実施している都道府県においては、事業の継続性の観点から、現在事業実施している公的機関にチーム設置することを可とする。

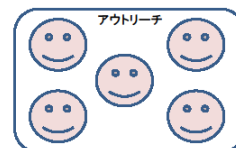
【病床削減に係る考え方】

- ・実施機関において病床削減とチーム設置を行うことを基本（パターンA）とするが、地域の実情に合わせて下記の設置形態（パターンB）も可とする。
- ・なお、同一圏域内の複数病院による病床削減、公立病院の病床削減、アウトリーチ実施チームと異なる圏域の病床削減についても可とする。
- ・病床削減計画については、事業実施から3年ないし5年以内に30床以上（許可病床ベース）を削減するものとする。なお、削減予定の医療機関の全精神科病床の10%が30床に満たない場合には、その10%以上（例：200床の病院なら20床以上）を削減するものとする。



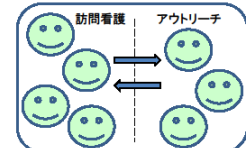
想定されるチーム設置形態

A: 専従職員による対応



アウトリーチ推進事業に係る専従職員を一定程度配置
（例）病院に専門部署を設置

B: 他業務との兼務



他の業務（診療報酬に係る訪問看護等）と兼務する職員を一定程度配置
（例）病院の訪問看護部門等に設置

【留意事項】

- ・アウトリーチに従事する業務に十分に対応できる人員を確保するとともに、責任者を明確にしておくこと。
- ・多職種による協働体制とし、関係者による1日1回のミーティングや定期的なモニタリングを実施すること。
- ・精神科医師については非常勤または顧問医で構わないが、ケースによっては同行訪問を含めた、助言、協力を得られる支援体制とすること。
- ・原則、24時間365日の支援体制とすること。（夜間、休日については、電話での対応も含めた支援体制も可能。）

【人員配置等】

- (1) 原則24時間365日の相談支援体制をとれること。（但し、休日・夜間については電話による相談対応でも可。）
- (2) 保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員が少なくとも1名以上配置され、他に相談支援専門員、臨床心理技術者等の専門職が配置されていることが望ましいこと。
- (3) 精神科医師は顧問医、非常勤でも可であるが、電話等による指示及び往診できる体制がとれると共に、ケア会議への出席等、十分に連携を図ること。
- (4) 1日1回のミーティング（カンファレンス）と定期的に関係者によるモニタリングを実施すること。
- (5) 支援対象地域は、訪問による支援が可能な合理的な範囲を定めるものとする（例：実施機関から概ね30分以内）。なお、交通手段は問わない
- (6) 職員配置については、他業務（診療報酬による訪問看護、自立支援給付による自立訓練（訪問型）等）との兼務も可能とするが、その場合、補助対象となるアウトリーチ活動に対する費用（賃金、報酬）を適切に算定するため、他業務との勤務日数（時間）を明確に区分する必要があること

【評価委員会の設置】

都道府県は、本事業実施に際し、医療・福祉・保健に携わる関係者、当事者、家族等から構成される評価委員会を設置し、事業運営等に係る評価を定期的に行うこと。

（本委員会については、都道府県自立支援協議会等と兼ねて行うことができること）

精神障害者地域移行・地域定着支援の情報を得る機関等のホームページ

厚生労働省 障害者自立支援調査研究プロジェクトの実施状況

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/>

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>

社団法人 日本精神保健福祉士協会
地域移行支援関連活動

<http://www.japsw.or.jp/backnumber/oshirase/2009/0316.html>

社団法人 日本精神科看護技術協会

<http://www.jpna.or.jp/info/index.html>

社団法人日本作業療法士協会

<http://www.jaot.or.jp/>

財団法人 精神障害者社会復帰促進協会（復帰協）

<http://www.max.hi-ho.ne.jp/hukikyoo/>

地域移行人材育成研究会調査研究事業関係参考文献リスト

No	実施年度	団体名	研究テーマ
1	2006 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	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
2	2007 年度	(医)和敬会谷野呉山病院ACT-Gプロジェクト運営委員会	包括的なサービスによる退院支援と地域生活支援事業=ACT-G
3	2007 年度	厚労省	精神障害者地域生活移行支援ブロック別研修会資料
4	2007 年度	(財)団法人精神障害者社会復帰促進協会	平成 19 年度退院促進支援事業関係者研修会報告集
5	2007 年度	社会福祉法人富士福祉会	精神障害者の地域生活ケアマネジメントと地域生活喪出る開発に関する研究
6	2007 年度	(社)日本作業療法士協会	精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発および地域生活移行のシステム構築に向けた研究
7	2007 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	精神障害者の地域移行支援～事例調査報告から見る取り組みのポイント
8	2007 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	精神障害者の退院促進事業の手引き
9	2007 年度	長野県障害者地域生活支援研究会	知的障害者及び精神障害者の地域生活支援推進に関する研究
10	2008 年度	岩手県保健福祉部障害保健福祉課	地域移行推進における個別支援計画書（私の希望するくらし）の妥当性の検証ならびに個別支援計画書策定手法に関する研修
11	2008 年度	財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会	精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究
12	2008 年度	(精)神障害者社会復帰促進協会	平成 20 年度退院促進支援事業関係者研修会報告集
13	2008 年度	(社)全国訪問看護事業協会	精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業
14	2008 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト
15	2008 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	地域体制整備コーディネーター養成研修
16	2008 年度	(社)日本精神保健福祉士協会	地域生活移行支援～送る出す病院と迎え入れる機関の連携・地域体制整備とは
17	2008 年度	長野県社会福祉事業団	長野県西駒郷地域移行評価・検証に関する研究事業
18	2008 年度	長野県障害者地域生活支援研究会	地域生活に移行した障害者の地域における生活実態調査
19	2009 年度	(社)桑友	精神障害者地域生活移行支援ト区別対策事業対象者の地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査
20	2009 年度	全国保健所長会	精神障害者の地域移行推進のための保健所の役割に関する研究報告
21	2009 年度	全国保健所長会	精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究

本ガイドライン作成のための研修会講義及び資料を作成して下さった講師の皆さま(敬称略)

		高橋 清久
第1部	「町で暮らすための仕組みを作ろう」を始める前に	
第1章	精神障がい者障害者の社会的入院解消策としての退院支援事業と地域移行・地域定着支援事業の論点整理	門屋 充郎
第2章	「地域移行推進アドバイザー(仮称)を活用した地域生活移行計画」	山田 優
第2部	成功の秘訣は～官民協同の作成会議～	
第1章	官民共同の仕組みづくり～スタートライン～	岩上 洋一
第2章	仕組みづくりは人づくり～人材育成と研修のポイント～	田村 綾子
第3部	都道府県人材育成研修ヒント集—各地の取り組み—	
第1章	会津若松市の実践例：精神障害者地域移行支援を活用した支援ネットワーク	齋藤 研一 児島 一行 上島 雅彦
第2章	山形県鶴岡市の実践例：精神障害者地域移行・地域定着支援の実際と訪問による生活訓練	佐原 和紀
第3章	岡山市の実践例：ACT-Zero—医療によるアウトリーチ支援	藤田 大輔
第4章	精神障害者地域移行支援実践例	
1.	多職種他機関チームによる取り組み：島根県出雲市	東 美奈子
2.	公立精神科病院の取り組み：鳥取県南部町	高田 久美
3.	地域活動支援センターの取り組み：栃木県県北地域	遠藤 真史
4.	広域の退院促進コーディネーターの活動：東京都世田谷区	金川 洋輔
5.	訪問看護ステーションの取り組み：東京八王子市・立川市	寺田 悦子
コラム	“Back to the community” 今昔物語	野田 文隆

ガイドライン作成ワーキングチーム

氏名	所属等
岩上 洋一	特定非営利活動法人 じりつ
岡部 正文	医療法人 立川メディカルセンター 茨内地域生活支援センター
田村 綾子	社団法人 日本精神保健福祉士協会
星野 久志	一般社団法人 支援の三角点設置研究会
山田 優	日本グループホーム学会
清水 孝代	社会福祉法人 富士福祉会
武田 牧子	テキスト作成責任者：社会福祉法人 南高愛隣会東京事務所

※ガイドライン文責は武田

※お問い合わせ

支援の三角点設置研究会事務局：清水孝代

(福)富士福祉会 〒194 - 0013 東京都町田市原町田 4 - 24 - 6 せりがや会館 1F Tel 042 - 728 - 3162

「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協同作戦」ガイドライン作成事務局：武田 牧子

(福)南高愛隣会東京事務所 〒116-0014 東京都荒川区東日暮里 5-10-2 Tel03-3806-6912

平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

【課題 16】 障害者地域移行支援人材育成研究

「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協同作戦」ガイドライン

障害者地域移行支援人材育成研究検討委員

氏 名	所属等
高 橋 清 久	検討会委員長：(財) 精神・神経科学振興財団 理事長
岩 上 洋 一	特定非営利活動法人 じりつ
大 熊 由 紀 子	国際医療福祉大学大学院
岡 部 正 文	医療法人 立川メディカルセンター 茨内地域生活支援センター
田 村 綾 子	社団法人 日本精神保健福祉士協会
寺 田 悦 子	特定非営利活動法人 多摩在宅支援センター円
野 田 文 隆	大正大学
山 田 優	日本グループホーム学会
星 野 久 志	一般社団法人 支援の三角点設置研究会 事務局
清 水 孝 代	社会福祉法人 富士福祉会
武 田 牧 子	テキスト作成責任者：社会福祉法人 南高愛隣会東京事務所

編集・発行責任者 社団法人 支援の三角点設置研究会
理事長 星野 久志

発 行 日 2011 年 3 月 31 日初版

印 刷 所 社会福祉法人 あしなみ Z I P

障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

発行日 平成 23 年 3 月

発行者 「障害者地域移行支援人材育成研究(地域移行支援(知的・精神分野)プログラムの標準化と人材育成に関する調査)」

主任研究者 星野久志

発行所 一般社団法人 支援の三角点設置研究会

〒195-0063 東京都町田市野津田町 1832 番地 5

TEL 042(736)8421 FAX 042(736)8588

Eメール shimizu@fujifukushikai.or.jp 担当：清水孝代

印刷所 社会福祉法人 あしなみ