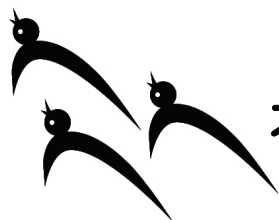


平成 18 年度
精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書

退院促進支援における事例報告集

—住居支援を中心とした退院促進支援—



社会福祉法人巣立ち会

目 次

1.	はじめに	
2.	巣立ち会の概要	1
3.	巣立ち会の退院促進支援	5
	15年間における対象者の概要と支援結果	7
	精神障害者退院促進支援事業	13
4.	具体的なかかわり～11事例から～	19
	基礎データ	19
	事例紹介	20
	事例 A	20
	事例 B	25
	事例 C	31
	事例 D	36
	事例 E	42
	事例 F	47
	事例 G	52
	事例 H	57
	事例 I	62
	事例 J	68
	事例 K	72
5.	事例分析	78
6.	参考資料	86
	参考資料 1＜厚生労働省モデルとの比較＞	86
	参考資料 2＜巣立ち会 退院促進支援事業パンフレット＞	87
	参考資料 3＜巣立ち会の実践図＞	94

1. はじめに

社会福祉法人巣立ち会は、精神障害者を地域の中でサポートするために、1992年に東京都三鷹市で活動を始めた。現在は、三鷹市と調布市において、日中活動の場を3ヶ所、住まいの場（グループホーム）を8ヶ所運営している（2007年4月1日現在）。

「精神障害者が、地域の中で豊かな人間関係を築き、自尊心や生きがいをもって、安心して自立生活を送ることを支援する」ことを理念とし、精神障害者とそのご家族、地域の方々と共に、誰もが安心して地域で生活していくことを目的に活動している。具体的には、①心身の健康の維持・向上、②安定した住居の確保・提供と維持、③働く場の確保と継続、④当事者同士の交流や相互支援的な関係の促進、⑤地域社会との支持的・互恵的な関係の構築・維持、を目指している。

当会では、1992年の開設当初から、退院は困難であろうといわれていた長期入院者へ働きかけ、多くの実績を残してきた。その結果、2005年度は東京都より「平成17年度精神障害者退院促進支援モデル事業」を受託し、平成19年現在まで事業を継続してきている。2006年度は厚生労働省より「精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業」を受託し、これまでの活動から事例報告書を作成することとなった。対象者へのかかわりや経過を分析して事例集としてまとめ、退院促進支援事業の具体的なプロセスや効果を明らかにすることで、今後の事業改善と普及啓発に寄与するものと考ええる。

そこで、本報告書ではまず、開設当初からの15年間にわたる活動を振り返り、これまでの成果を報告する。そして、退院促進支援事業の対象者として、退院して地域生活に至った11事例に焦点を当て、当会のかかわりについて分析したい。

2. 巣立ち会の概要

社会福祉法人巣立ち会は、精神障害者を地域の中でサポートするために、1992年に東京都三鷹市で活動を始めた。現在は三鷹市と調布市において、日中活動の場3ヶ所、グループホーム8ヶ所を運営し(2007年4月1日現在)、精神障害者とそのご家族、地域の方々と共に、誰もが安心して地域で生活していくことを目的に活動している。

■ 理念

精神障害者が、地域の中で豊かな人間関係を築き、自尊心や生きがいをもって、安心して自立生活を送ることを支援する。

■ 目的

- ・ 心身の健康の維持・向上
- ・ 安定した住居の確保・提供と維持
- ・ 働く場の確保と継続
- ・ 当事者同士の交流や相互支援的な関係の促進
- ・ 地域社会との支持的・互恵的な関係の構築・維持

■ 運営施設

日中活動の場 3ヶ所

- ・ 巣立ち風
利用者数：36名(定員30名)
- ・ 巣立ち工房
利用者数：37名(定員20名)
- ・ こひつじ舎
利用者数：65名(定員40名)



グループホーム 8ヶ所

- ・ 巣立ちホーム
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム三鷹第2
入居者数：15名
- ・ 巣立ちホーム調布
入居者数：5名
- ・ 巣立ちホーム調布第2
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム調布第3
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム調布第4
入居者数：10名
- ・ 巣立ちホーム調布第5
入居者数：7名
- ・ 巣立ちホーム調布第6
入居者数：6名



(2007年4月1現在)

■ 推進事業

- ・ **精神障がい者地域自立支援事業**（2005年 三鷹市より受託）
「精神障がい者の地域での自立生活を支援するために、同じ問題や環境を体験した人が、対等な立場で仲間（ピア）として支えあう協働・支援活動「ピアサポート」を実施し、また長期の社会的入院状態にある精神障がい者の、退院後の日中活動の場や住居など生活基盤確保に関するサポート事業を行う。」ことを目的に始められた事業。
(2005年 市議会定例会提出議案説明記者会見より)
- ・ **平成 17 年度精神障害者退院促進支援モデル事業**
「東京都独自の退院支援と地域ケア体制を確保して、精神障害者の退院促進を図り、モデル事業の実施によりその効果の検証を行う。そして都における最適な退院支援策を構築し、社会的入院患者の解消から社会的入院を予防する体制を整える。」ことを目的に始められた事業。
- ・ **平成 18 年度退院促進コーディネート事業**
平成 19 年度退院促進コーディネート事業
東京都精神障害者退院促進支援事業に掲げられた事業の一つとして、「退院促進コーディネート事業」が当会に委託された。事業内容は、前年度のモデル事業から継続されている。
- ・ **平成 18 年度グループホーム活用型ショートステイ事業**
平成 19 年度グループホーム活用型ショートステイ事業
東京都精神障害者退院促進支援事業に掲げられた事業の一つであり、「地域で暮らす精神障害者の地域生活を支援するため、病状の悪化等で不安定になったときや家族等の都合により介護者がいなくなったとき等、身近な地域で休息できる機関として、グループホームにショートステイを併設する」こと、また退院促進コーディネート事業においてこのショートステイ事業を活用することにより、精神障害者の地域移行を促進し、地域の支援体制の構築を図るものである。

■ 15年の沿革

- 1992年 6月 三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
- 1993年 3月 三鷹市で巣立ち共同作業所の事業申請を開始
4月 巣立ち共同作業所・巣立ちホーム正式認可される
- 1994年 5月 巣立ち共同作業所・巣立ちホーム 開所式
- 1995年 10月 三鷹市で巣立ち工房の事業を開始
12月 巣立ち共同作業所を現在の場所に移転
- 1996年 4月 巣立ち工房・巣立ちホーム調布 正式認可される
- 1997年 5月 巣立ち工房 開所式
- 1998年 7月 巣立ちホーム調布第2 正式認可される
- 2000年 8月 調布市にて「こひつじ舎」事業開始
- 2002年 10月 巣立ち会 社会福祉法人格を取得
巣立ち共同作業所が小規模通所授産施設となり、
「巣立ち風」に名称変更
- 2003年 1月 巣立ちホーム調布第3 事業開始
10月 巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎が正式に認可される
- 2004年 4月 巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎 開所式
- 2005年 4月 巣立ちホーム調布第4 事業開始
6月 三鷹市より受託し、精神障がい者地域自立支援事業を開始
8月 東京都より受託し、H17精神障害者退院促進支援モデル事業を開始
10月 巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006年 3月 巣立ちホーム調布第5 事業開始
4月 退院促進コーディネート事業開始
4月 精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業開始
8月 巣立ちホーム三鷹第3、4 事業開始（2007年4月巣立ちホーム三鷹第2に統合される）
10月 巣立ちホーム調布第6 事業開始
- 2007年 2月 グループホーム活用型ショートステイ事業開始

3. 巣立ち会の退院促進支援

目的

精神障害者の社会的入院者は、全国で7万2,000人、東京都でも5,000人といわれている。三鷹市で換算しても260人、調布市では200人という社会的入院者が、1人でも多く病院を離れられる様に退院促進支援を行い、地域で自立した生活を送ることを可能にするために、通所先やグループホームなどの入居場所を提供し、全面的に支援していく。また、その過程を通して、当事者のエンパワメント及び精神病院内の意識変革を目指している。

支援の概要 ～住居支援を中心に～

1) 住居の確保

巣立ち会の発足当初の理念は「社会的入院者の受け入れ」であった。放置すれば病院の中でその生涯を閉じようとしているような人々に、何とか地域で自立して生きていくチャンスを持って欲しいと願ってのスタートだったのである。現在、社会的入院者数は7万2,000人といわれているが、15年前の当時も3分の1の入院患者は退院できるのではないかとされていた。

東京都では1992年に「精神障害者グループホーム補助事業」を実施し、これが当会の出発点ともなった。長期入院者の退院を阻む大きな要因の一つは、「住む場所がない」ことである。病状は安定しているにもかかわらず、家族が引き取れない、保証人がいない、などで単身退院ができず、病院にとどまっていた人たちを地域に受け入れるには、「居住場所」が必要であった。そのため、巣立ち会では退院支援を効率よく確実にを行うために、住居のない長期入院者には必ず住居提供までを行うという方針で退院支援をしてきた。

そして、徹底して地域の不動産屋や地主などとの協働関係を作ることに尽力してきた結果、1992年には東京都三鷹市で地域の理解者と出会い、最初のグループホームを開設することができた。その後も、幸いにも多くの理解者を得ることができ、1996年には調布市に2ヶ所目を、1998年に3ヶ所目、2003年に4ヶ所目、2005年には調布市に5ヶ所目、三鷹市に6ヶ所目のグループホームを、そして2006年3月には調布市に7ヶ所目（開設当初は福祉ホーム）、2006年10月には8ヶ所目となるグループホームを立ち上げている。また、グループホーム以外にも民間アパートへの住居支援も行っている。

2) 退院までの流れ

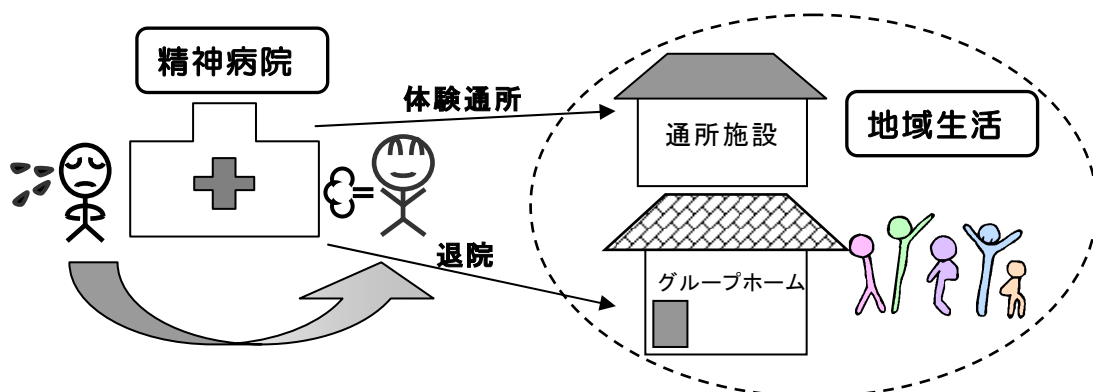
退院促進から住居支援までの具体的な流れは、次の通りである。

まず、対象者と個別面接を行い退院への意思確認を行う。必要があれば家族とも個別面接を行い、関係を築きながら退院支援計画の相談・調整を行っていく。対象者に少しでも退院意欲が芽生えた時には、迅速に当会通所施設への通所につなげ、退院訓練として入院中から通所してもらう。退院訓練から退院までの平均通所月数は約7ヶ月（2005年度、2006年度実績の平均通所月数）である。入院中から通所することで、対象者はこれまで全くイメージができなかった「地域生活」を体験することができる。なおかつ、地域に仲間を得ることで自立生活への不安を解消し、自信をつけることができる。また、支援者側も病院との連絡調整が必要不可欠になるため、関係機関との密な連携の中で対象者をより深く理解することができるのである。

通所が安定してより具体的に退院の予定が出てくると、当会のグループホームや民間事業者、家主などの資源を活用し、対象者にとって最適な住居を探し始める。住居が見つかり、そして退院が決まれば、対象者と共に退院準備を行い、地域生活に向けて必要な様々な支援を行う。退院後すぐに単身生活を送ることが不安な対象者には、近隣の援護寮と連携して外泊訓練を行うこともできる。

ほとんどの対象者は退院後も継続して当会の通所施設に通うため、支援は継続される。支援の期限は設けずに、入院中から関わってきた同じ仲間・スタッフが細やかな見守りで生活支援を行い続ける。地域生活で生じてくる様々な不安を共に解決していくことで、より一層安定した生活を維持していきけるのである。

退院後に行う具体的な支援内容には、各種社会的手続き、関係機関との連絡調整、外出支援、ゴミ出しや炊事などのADL支援、服薬管理、健康管理、金銭管理、対人関係の相談、などがある。

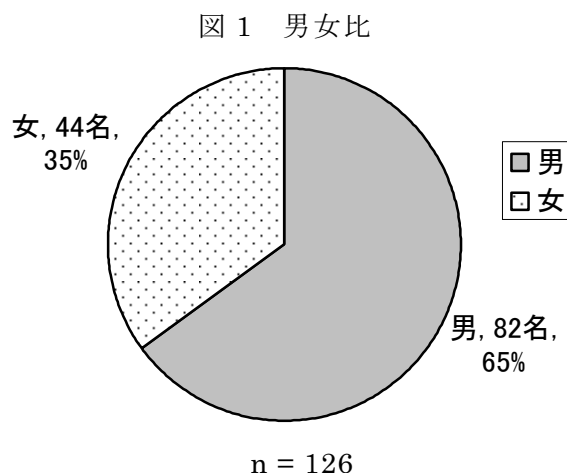


15年間における対象者の概要と支援結果

1992年からの15年間で、巣立ち会から退院支援を受けて退院した利用者は126名であり、これまで当会を利用した延べ利用者数268名（通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者含む）の半数近くを占めている。この126名の概要は以下のとおりである（2007年3月末現在）。

1) 性別

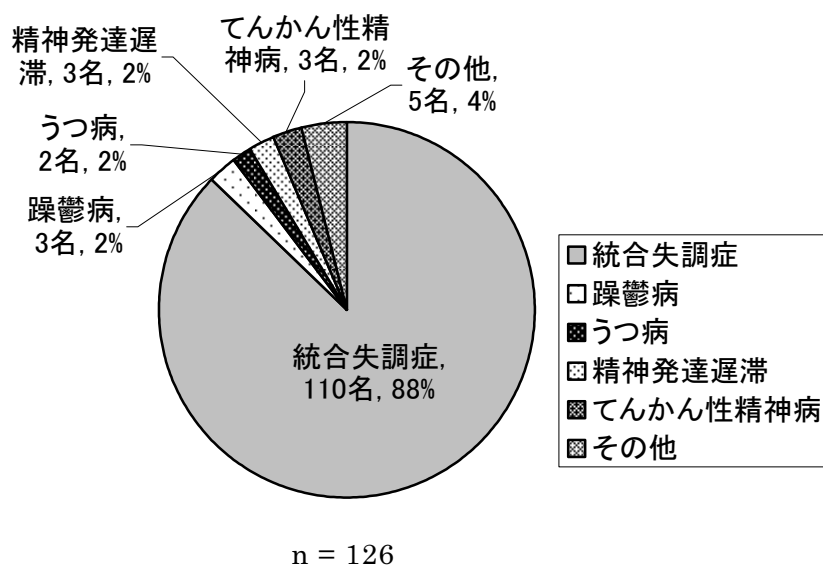
支援対象者の性別は、「男性」が82名（65%）、「女性」は44名（35%）であり（図1）、男性の方が多い。



2) 診断名

診断名は、「統合失調症」が110名（88%）と圧倒的に多い割合である。続いて、「その他」が5名（4%）、「躁鬱病」が3名（2%）、「精神発達遅滞」が3名（2%）、「てんかん性精神病」が3名（2%）、「うつ病」が2名（2%）となっている（図2）。

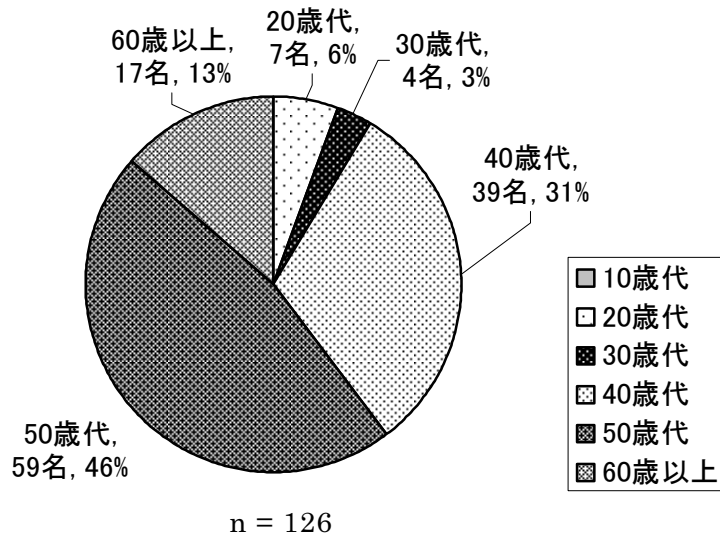
図2 診断名別人数



3) 年齢

年齢は、利用開始時において「50歳代」が59名（46%）と最も多く、続いて「40歳代」が39名（31%）となっている（図3）。60歳以上も17名（13%）おり、10歳代はいなかった。

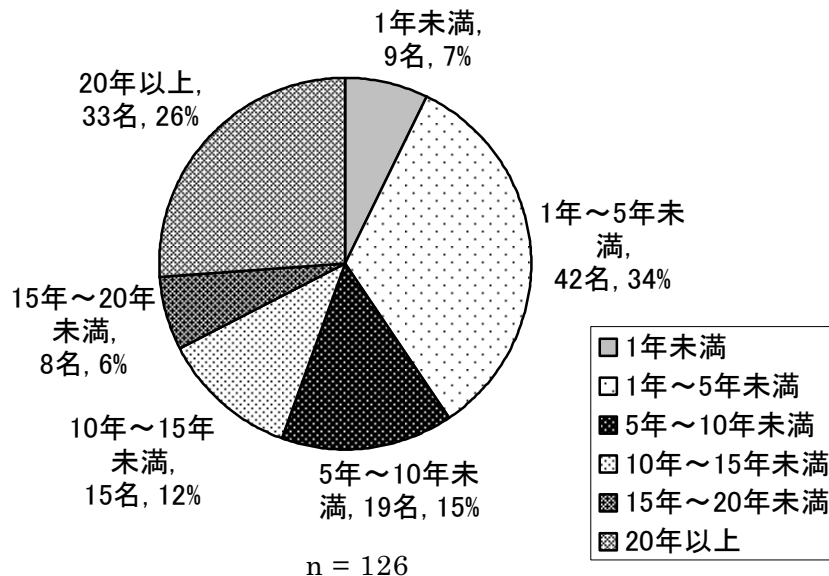
図3 利用開始時年齢層



4) 入院期間

入院期間は、平均入院日数が4,194日（約11年6ヶ月）で、最も長い入院日数の人が15,390日（約42年2ヶ月）であった。また総入院期間では、「1年～5年未満」が42名（34%）と最も多く、続いて「20年以上」が33名（26%）、であった（図4）。10年以上の入院歴の人は合計56名で全体の44%を占める。極めて長期の入院者が多いのが巣立ち会の特徴である。

図4 入院期間

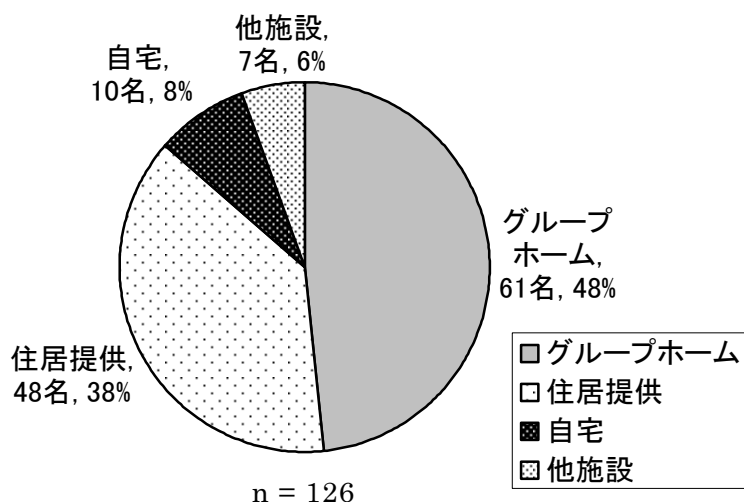


5) 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く 61 名（48%）、続いて「住居提供」（当会の斡旋した一般アパート等）が 48 名（38%）、「自宅」が 10 名（8%）、「他施設」が 7 名（6%）であった。

グループホームと住居提供の合計は 109 名で全体の 86%を占めており、退院支援を受けて退院した利用者の多くが、住居支援を受けていることがわかる（図 5）。

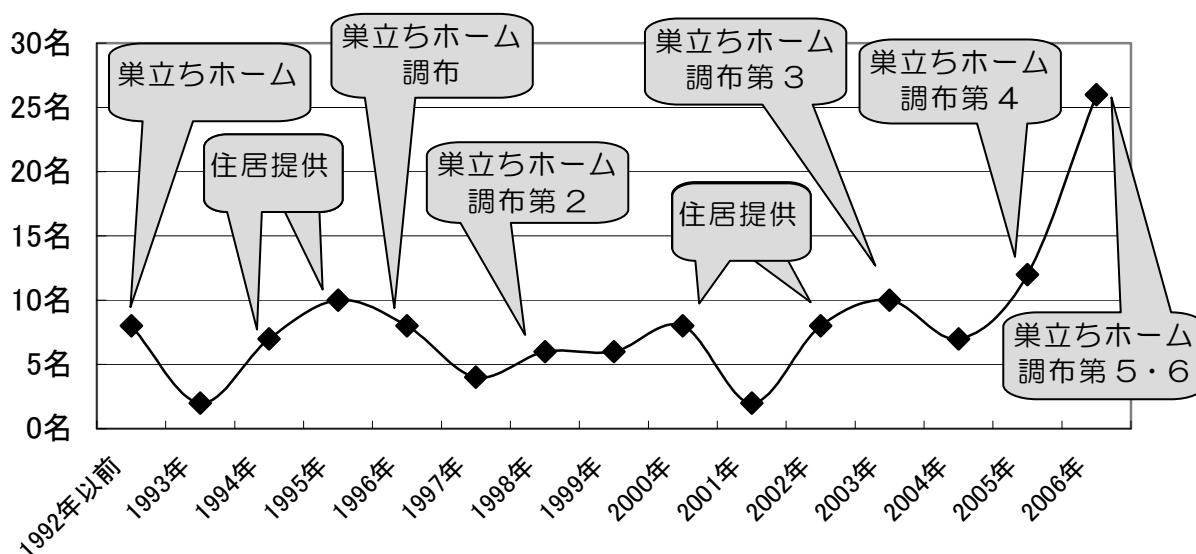
図 5 退院後の居住先



6) 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巢立ち会の退院支援による退院者数を、経過年別に見てみる。1992年の活動開始時に「8名」、1993年～1995年にかけては2名→7名→10名と増加し、1997年には減少するものの、1998年には再び増加傾向にある。そして、2001年にまた減少するが、2002年には8名、2003年には10名、2005年には12名、2006年には26名が退院している。このような退院者数の推移にグループホーム開設年と住居提供時期を加えると、下図のようになる（図 6）。

図6 退院者数推移と居住施設開設年

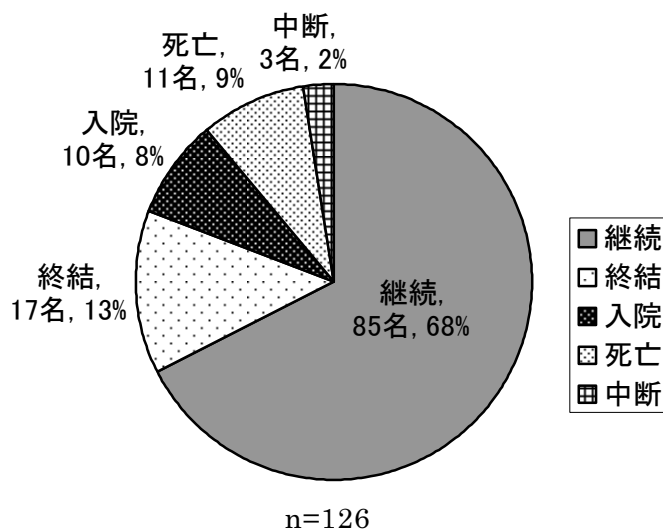


この図からわかるように、グループホームの開設や民間アパート等への住居提供を行うことができた年には、退院者が増加している。一方で、グループホームが開設できず住居提供もできなかった年には、退院者が減少している。これは、「退院希望者に対して地域の受け皿があるかないか」ということが、退院に関連していることを示しており、退院先となる住居の重要性を示唆する結果となっている。

7) 現況

退院支援の対象者 126 名の現況である。巢立ち会のサービスを「継続」して利用している人が 85 名 (68%)、施設からの卒業や他施設への移籍、転居等で支援を終結した人が 17 名 (13%)、再「入院」した人が 10 名 (8%)、「死亡」が 11 名 (9%)、治療中断による「中断」が 3 名 (2%) となっている。

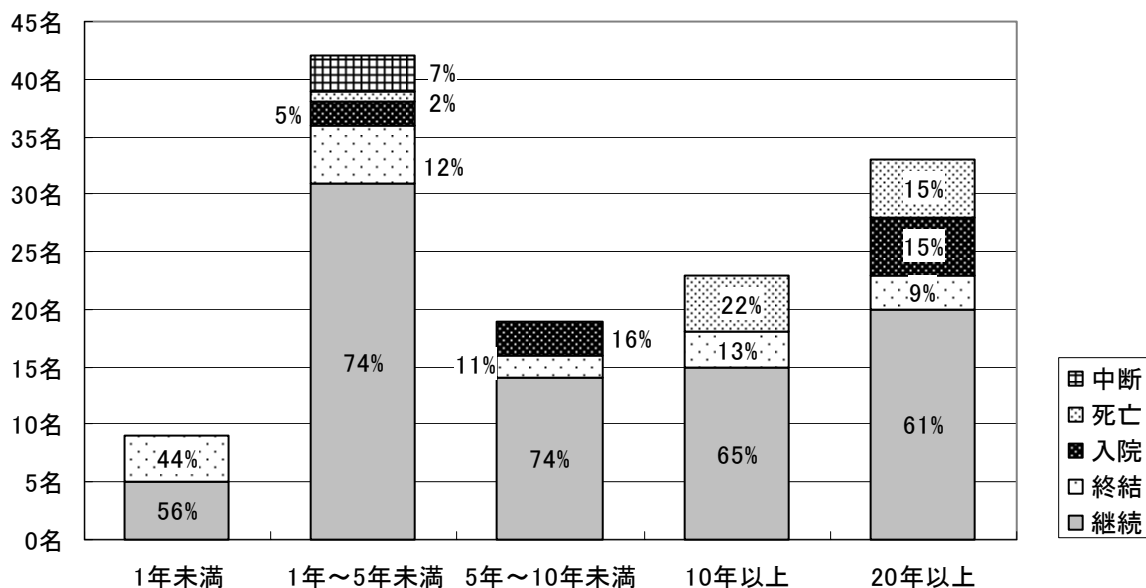
図7 利用者の現在の状況



8) 入院期間別の現況

次に、対象者の現況を入院期間別（「1年未満」「1年～5年未満」「5年～10年未満」「10年以上」「20年以上」）に表してみると、下図のようになった（図8）。

図8 入院期間別の対象者現況



入院期間が「1年未満」の対象者では、「継続」が5名（56%）、「終結」が4名（44%）であり、卒業や他施設への入所、移籍、転居等の理由によって支援が終結した人が4割を占める。

「1年～5年未満」の対象者では、「継続」が31名（74%）、「終結」が5名（12%）、病状悪化による「入院」が2名（5%）、「死亡」が1名（2%）、「中断」が3名（7%）である。中断者3名は、いずれも治療中断によって関係の途切れた人であった。

「5年～10年未満」の対象者では、「継続」が14名（74%）、「終結」が2名（11%）、病状悪化による「入院」が3名（16%）であった。

「10年以上」の対象者では、「継続」が15名（65%）、「終結」が3名（13%）、「死亡」が5名（22%）である。長い入院経験の人は高齢であることが多く、そのため死亡した人が2割を占めている。

「20年以上」の対象者では、「継続」が20名（61%）、「終結」が3名（9%）、「入院」が5名（15%）、「死亡」が5名（15%）であった。10年以上の対象者

同様に、死亡した人が5名となっている。

この図をみると、対象者の入院期間が長いからといって継続率が低いのではなく、それらは必ずしも比例していない。入院期間が1年以上の対象者においてはその継続率が6～7割前後であり、それは超長期の入院経験者であっても同様であった。実際に、20年以上の継続者20名の多くは、現在も通所施設に通いながら仕事に励み、仲間との時間を楽しみ、自分の時間を有意義に使い、その人なりに豊かな地域生活を送っている。

長期入院者であっても、たとえ症状が重篤であっても、「住居」とちょっとした「支え」があれば、地域で安心して、生きがいをもって生活していくことができると思う。

■ 精神障害者退院促進支援事業

前述のように、巣立ち会では発足当時から独自に退院促進支援を進めてきた。その間には、精神障害者の社会的入院が表面化し、徐々にこの問題に注目が集まるようになっていった。2003（平成 15）年度からは精神障害者退院促進支援事業が国策化され、大阪府の先駆的な事例をモデルにした退院促進支援事業が全国に広がることになる。東京都では「東京都精神障害者退院促進支援モデル事業」を 2004（平成 16）年度・2005（平成 17）年度に実施し、2005（平成 17）年度の事業において巣立ち会は事業を受託した¹。2006（平成 18）年度には東京都精神障害者退院促進支援事業における一事業として「退院促進コーディネート事業」と名前を変え、2年間にわたり事業を実施してきている。

1. 実施目的

- 1) 受け入れ条件が整えば退院可能な精神病院に入院中の者の退院を促進し、安定した地域生活の支援を実現する。
- 2) 精神病院に働きかけることで病院自ら退院促進の気運を高め、継続実施ができるようにする。
- 3) ピアによるこの事業への参画を確立し、ピアの支援の有効性を示していく。

2. 実施内容

1) 対象者の概要

<u>対象者</u>	17 年度	41 名
	18 年度	50 名（うち 17 年度からの継続対象者 23 名）
<u>退院者</u>	17 年度	17 名
	18 年度	24 名（うち 17 年度からの継続対象者 14 名）
<u>中断者</u>	17 年度	1 名
	18 年度	9 名

¹ 2005 年度の退院促進支援事業については、『退院促進支援における実践報告～住居支援を中心とした退院促進支援～』（巣立ち会 2006）を参照のこと（<http://sudachikai.eco.to/PDF/2006.08taisoku-jireihoukokusho.pdf>）。

平均年齢・・・17年度 47.2歳
18年度 51.0歳

平均入院期間・・・17年度 10.3年
18年度 10.1年

平均通所期間・・・17年度 7ヶ月 24日
18年度 6ヶ月 2日

退院先・・・17年度 → グループホーム 6名
福祉ホーム 2名
共同住居 3名
援護寮 3名
自宅 3名

18年度 → グループホーム 17名
単身アパート 2名
援護寮 1名
自宅 2名
他施設利用 2名

2) 当事者による出張講演（体験発表）

協力病院や家族会、関係機関を当事者がコーディネーター²と共に訪問し、退院して地域で生活する過程において経験してきたことを語り、入院者や医療従事者、関係者が地域生活や社会資源のイメージをもてるように働きかけた。

- * 平成 17 年度実績 23 回
- * 平成 18 年度実績 43 回

² 「コーディネーター」とは、「精神障害者に関する専門的な知識を融資、精神障害者を支える地域の関係機関との連携を図り、地域の受入体制を整え、精神障害者が退院後の地域生活に円滑に移行できるように、ケアマネジメントを行う者」をいう（東京都 退院促進コーディネーター事業実施要綱より）。

3) 啓発活動

協力病院や地域関係施設へコーディネーターが訪問し、当事業の説明を行なうとともに協力依頼をし、地域生活支援活動に対する理解を求めた。特に病院内に退院促進の支持者を増やすべく、看護師や病院の精神科ソーシャルワーカー（以下、病院 PSW）、作業療法士（以下、OT）などにプレゼンテーションを行なった

* 平成 17 年度実績 6 回

* 平成 18 年度実績 19 回

4) 利用対象者面接

病院関係者の協力のもと、退院を考える入院者にコーディネーターが面接し、具体的に支援方法を相談、支援計画をたてた。コーディネーターが病院へ出向き、1 回の訪問で数名の入院者と面接できるよう病院スタッフに協力を要請した。病院への訪問面接は継続的に行い、同じ対象者に時間をかけて継続的な面接をしていくことで信頼関係を築いた。

<実施回数>

* 平成 17 年度 22 回

* 平成 18 年度 23 回

<延べ面接者>

* 平成 17 年度 72 名

* 平成 18 年度 40 名

3. 平成 17 年度・18 年度における事業実施のまとめ

<成果として>

2 年間の事業において、計 41 名の退院者を結果として出すことができた。この 2 年における成果を以下のように考える。

◆ 出張講演の増加

2 年間で、当事者が体験談を語り退院を呼びかける出張講演活動の回数が 2 倍近くに増えた。継続的に活動を行ない、当事業の活動として定着したことで地域の精神保健福祉関係者間に広まっていった結果と考える。また、出張講演を行っている当事者も継続的に活動していくことにより、ピアサポーターとしての能力の高まりといった波及効果も評価できる。

◆ 関係者の変化

2006（平成 18）年度後半、協力病院の中には入院患者と地域生活ピアサポーターとが自然に接触する機会（フリースペース）を定期的に設けていただき、利用者のみならず、関係者の意識の向上を医療機関自ら行ってくれるところがあった。医療関係者との信頼関係が築けた結果である。

◆ 住居提供による退院者増加

2006（平成 18）年度は福祉ホームを開設した年でもあり、住居の確保が年度初めから十分に予定されていた。そのため、住まい探し援助に費やす時間がほとんど必要なく、退院準備の支援を行って、住環境が整った対象者からタイムリーに退院に結び付けることができた。

◆ 事業としての支援終了後のサポート体制

退院して、安定した地域生活が送れるようになった時点で事業としての支援は終了となる。しかし、事業終了後も巣立ち会とかかわりをもち、支援を受けている対象者がほとんどであり、退院後の症状悪化などの場合に見落とすことなく迅速な対応ができた。

◆ スタッフの支援

退院までの間は通所支援以外にも、スタッフは様々な形で個別支援を行っている。その中で費やした時間の長さを、2005（平成 17）年度、2006（平成 18）年度の事業で比較してみた（図 9）。

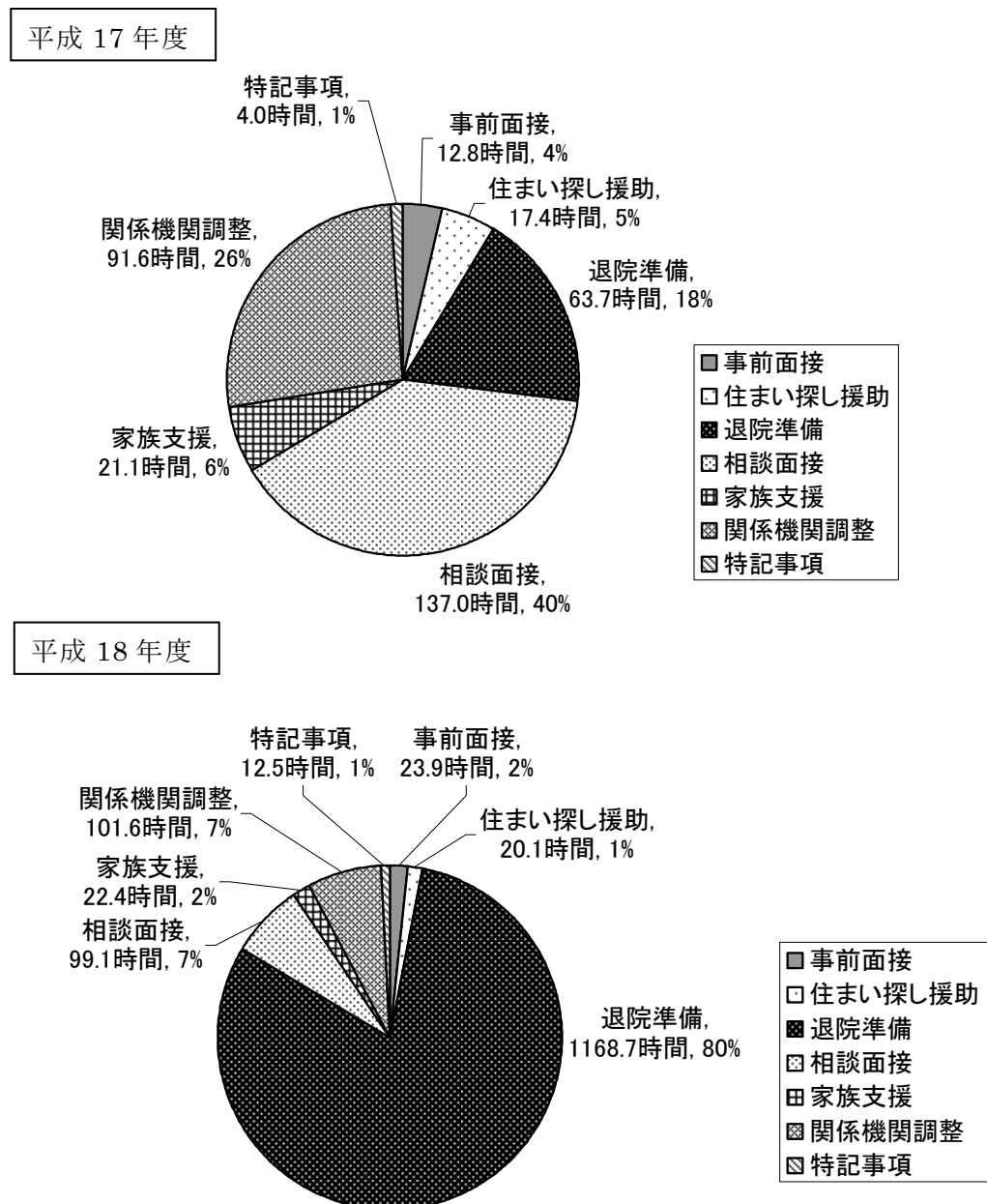
2005（平成 17）年度においては、137.0 時間（40%）を相談面接、91.6 時間（26%）を関係機関調整に費やしており、モデル事業開始当初に様々な形で対象者の相談にのり、また積極的に病院へ出かけて利用候補者と面接をしながら、信頼関係の構築に時間を要していたことがわかる。

一方、2006（平成 18）年度になると、退院準備の時間が支援総時間の 8 割を占める。これは、退院者数が 17 名から 24 名に増加したことに加え、既に前年度から信頼関係を築いた結果、住居探しや相談面接に時間をかけることなく、地域で生活するための退院準備に多くの時間を割けたという背景がある。退院前に必要となる社会的手続きの援助やそのための同行外出を中心にした支援によって、退院者の増加に影響したと考えられる。

また、2005 年度には 63.7 時間で全体の 18%であった退院準備の支援が、2006 年度には 1,168 時間（80%）と飛躍的に長くなっている。その背景には、退院

準備のために同行外出する機会が多かったため、1回の支援に要する時間が施設内で相談面接を行なう等の他支援に比べて長かったことが挙げられる。

図 9 退院までにスタッフが費やした時間の内訳



<今後の課題として>

◆ 継続的通所支援

巣立ち会の支援の特徴でもある『入院中からの通所支援』は、退院支援において重要な過程だと実感している。この2年間の取り組みをみても、やはり利用開始から安定した地域生活が送れるようになるためには、今の巣立ち会の実

践では6～7ヶ月の通所時間が必要であることがわかる。特に支援導入期は対象者との信頼関係を築く大切な時期である。より良い成果を上げるためには、対象者や関係者との継続的な取り組みが必要である。

◆ 退院促進事業の基盤整備

前述のように、利用者が安定した地域生活を送れるようになるまで一定期間を要することや、18年度の退院者の半数以上が昨年からの継続利用者だという事実からもわかるように、この事業には継続性が保証され、事業に専従するスタッフの雇用やノウハウの蓄積が進むような基盤作りが必要であろう。巢立ち会だけでなく、今後こうした事業を展開して社会的入院の解消に少しでも力を注ぎたいと願う事業主体が、安定して継続的に事業運営できる制度的枠組みが求められる。そのためには、地域の実情に見合った適切な指導と、この事業が収益事業として成立することが必要であり、福祉サービス事業所だけではなく、企業も参入していけるような可能性を探って、地域社会へ広めていく努力をしていかねばならない。

◆ 対象者、病院の経済的負担

退院準備期間としての病院からの退院訓練だが、入院中の病院からの通所には生活保護受給者を除いて交通費の助成がなく、食費も対象者の自己負担となるのが現状である。そのため、対象者の経済的負担が大きく、それを理由に通所が続かなかったり、病院が通所の後押しを躊躇したりする場合が多い。対象者の負担がなく、入院中でも通いやすい助成制度が確立されればよりスムーズに退院促進が行われるであろう。また、病院にも点数加算といった「押し出す力」の努力を評価するような制度があるとより病院側の意識を高めることになると考えられる。

◆ 多様なプログラムの提供

事業中断者のうち、2年間での事業中断10名の内訳は、通所意欲の低下による人が4名、他のプログラムを選択した人が3名、病状悪化による人が2名、自殺した人が1名である。通所意欲の低下による中断者はいずれも通所期間が3ヶ月と短く、当会の通所プログラムにのりきれなかった人たちである。今後は、通所支援を原則としている当会の支援プログラムにはのらないが、退院意欲はある対象者に対し、提案できる場所、支援方法の検討が課題と思われる。そのためにも、長期入院者の退院促進支援に取り組んでいる関係者間の情報交換や協力などが求められる。

4. 具体的なかかわり～事例から～

次に、2005（平成17）年度から2007（平成19）年度の間に、退院促進支援事業の対象者の中から11事例について述べる。まず、11名の基礎データについて整理したうえで、各事例の概要をまとめていく。なお、事例を紹介するに当たっては、本報告書に使用する旨を説明した上で、書面において同意を得ている。報告書における表記についても、匿名を用いて個人を特定できない形で行う。

1. 基礎データ

11名の男女比は、男性9名、女性2名である。11名全員が統合失調症であり、巣立ち会を利用し始めた際の平均年齢は45歳となっている。平均総入院期間は4432.9日であり、巣立ち会全体の平均総入院期間4194日より若干長い入院期間となっている。そして、退院までの平均通所日数は251日であった。

表1

11名の基礎データ

●性別
男性 9名 女性 2名
●診断名
統合失調症 11名（全員）
●利用開始時平均年齢
45歳
●平均総入院期間
4432.9日（約12.1年）
●退院までの平均通所日数
251日（約8.3ヶ月）

2. 事例紹介

事例 A

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1) 属性 男性・59 歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 都内にて同胞 4 名長男として出生。中学校の時に父と別居し、母と某市に転居。B 大学工学部を 6 年で卒業後、転職を繰り返す（消防士など）。昭和 62 年（40 歳）に通りがかりの女性への暴力行為で起訴され D 病院に入院。約半年で退院になるも、翌年に傷害・窃盗行為で逮捕されたため平成元年に D 病院に再入院となった。
- (4) 家族状況 母（82 歳）が某市に在住。兄弟との交流はほとんどない。
- (5) 経済状況 生活保護受給中
- (6) 入院期間 通算 17 年

2. 退院のきっかけと経過

入院生活中に、退院を希望して何度か自分でアパート探しを試してみたが、保証人がいないという問題があり成功しなかった。（病院側も病状悪化を恐れたのか、積極的な支援はしなかった様子であった。）平成 17 年春頃から、担当看護師の働きかけがあり、再度退院を具体的に考えるようになり、服薬を自己管理にする。その上で、同年の 6 月から 8 月までの 3 ヶ月間、病院の OT プログラム「巣立ち」に参加。これは、巣立ち会利用者による出張講演会や、巣立ち風（当時：通所授産施設）・グループホーム等の見学と、連続したグループセッションからなるもので、かなり熱心に参加していた。

10 月に担当看護師のすすめで、病院で退院促進支援事業のインテーク面接を受ける。先の OT プログラムを通じて事業については理解していたため、その場で事業の利用を本人も希望し、3 日後から巣立ち風に体験通所を開始（週 3 回の午前中）。すぐに周囲に溶け込み、マイペースに作業を続けた。

11 月には、第 2 期の病院 OT プログラム「巣立ち」に講演者として参加した。「8 時に病院を出て、午前仕事をして、昼に病院に帰ってくる。その後は病院で昼食や入浴、SST（社会生活技能訓練）に参加したりしている」「巣立ち風では様々な仕事を選ぶことができるので、色々な仕事に手を挙げている」と、通所

体験を前向きに語った。

12月には病院に当会スタッフが出向き、退院に対する気持ちを再度確認するための面接を行った。「疲れは多少あるが、作業所は続ける」と話し、同室の友人に巣立ち風を勧めているという話しも聞かれた。(その友人も翌週から巣立ち風に体験通所を開始する)

翌年(平成18年)の1月になると、いよいよ退院について具体的な話を進めていき、巣立ちホーム調布第5に退院し、その後も巣立ち風への通所を継続していくことを確認した。2月に病院で行われた面接では、A氏が心配事として生活費のことを挙げていたため、その旨を病院PSWに伝え、市のケースワーカーと家族への調整を依頼した。2月末に巣立ち風にてグループホーム入居の面接を行い、3月1日に巣立ちホーム調布第5の契約をすることと翌2日から体験宿泊を開始することを話し合った。スケジュールが急に決まったのは、新築物件であった巣立ちホーム調布第5がようやく完成したためであったが、本人は戸惑い気味ながらも納得していた。

3月1日当日に巣立ちホーム調布第5の見学・入居契約を行う。部屋を初めて見て「新しくいいねえ」と満足していた。すぐに体験宿泊となるが、初回の体験宿泊翌日も「昨夜は良く眠れた」と、楽しそうに話していた。

その後も順調であり、4月初めに退院との方針が関係者間で決定された。体験宿泊をしながら家財道具等をそろえ、4月3日にD病院を退院した。

3. 退院後の生活

その後1年近くが経過した。慣れない間は、アパートのオートロック操作や通院日、服薬の自己管理などで戸惑う場面もあったが、トラブルというほどのものではなく、17年間の入院とは思えないほどスムーズな地域移行であった。

巣立ち風には毎日通所しており、各種のプログラムに積極的に参加をしている他にも、様々な役割を進んで引き受けており、他のメンバーからも頼りにされている。金銭管理で困ることもなく、「退院して太った」とお腹をさすりながらぼやくものの、体調管理もしっかりとしており、とても健康そうな様子である。自室についても、本人は「ちらかっているから」と謙遜するが、居心地が良さそうである。休日には時折、作業所のメンバーも遊びに来るとのこと。

D病院へは、通院の他にも前述のOTプログラムにOBとして参加するようにもなり、病院スタッフから「別人みたいに元気になったね」と言われて、苦笑していた。将来は就職したいといい、事務職を目指してパソコンを勉強しようとして計画している。とはいえ、就職を焦る様子もなく、現在の生活を楽しんでいるようである。

Ⅱ．事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

病院の関係スタッフは本人について、「壁を触り続けるなどの奇妙な行動に支配されているため、地域生活は難しいのでは」という見方をしており、長期入院中に退院についての積極的な支援をしたことはなかったようである。

平成 17 年の春には担当看護師の働きかけをきっかけとし、本人の退院意欲は再び高まっていた。しかし、高齢の母親が同居を望まなかったことや、A 氏自らアパート探しを何度か試みたがどれも失敗に終わり、自分だけではうまくいかないとも感じていた。そのようなことがあり、どうやって退院するかという具体的な手段が本人も周囲もはっきりイメージできず入院生活をそのまま続けていた。そんなときに新しく始まった D 病院の OT プログラム「巣立ち」に参加して、本人も周囲も退院の手段を具体的にイメージすることができた。それによって病院も当事業の利用に理解を示すこととなり、当会の事業を利用することになった。

(2) 退院するまでの意識の変化

体験通所先の巣立ち風のプログラムに対して、最初から前向きに参加していた。「退院するためにいやなことをやらされている」という意識は感じられず、実際に退院するまでの約半年間、迷わず通所を続けていた。退院すること自体についても、不安や逡巡を見せることはほとんどなく、また焦ることもなく、意欲・気分は非常に安定していた。この頃には病院も、また病院 PSW から説明を受けた母親も、当会の事業を利用しての退院に対して非常に協力的になっていた。

(3) 退院後の生活のポイント

同じ病室で同じ時期に当会の本事業を利用して退院した友人をはじめ、同時期に調布ホーム第 5 には、巣立ち風に体験通所をしていたメンバーが同じグループホームに何人か退院し、お互いにプライバシーを上手に守りながら助け合って暮らしているようである。

病院からは、月に 1 度の訪問看護が継続されているが、医療上の問題点は特になく、見守りが続いているようである。

2. 医療機関の取り組み

この頃すでに D 病院では、当会の退院促進事業に対する協力体制が確立されつつあり、そのひとつが「巣立ち」という OT プログラムであった。平成 17 年の 6 月に開始されたこのプログラムは、当事業のプログラムのなかの「当会利用者による出張講演」や「作業所・グループホームの施設見学」をそのまま OT プログラムとして活用する形で導入し、週に 1 回の頻度で実施していた。3 ヶ月を 1 クールとしたこのプログラムは、現在では形を変えながらも 4 期目を実施している。

前述の通り、このプログラムが本事例に対して事業導入の入り口になった。このプログラムは本人に対する支援プログラムであるだけでなく、周囲の専門職に対しても啓発的な意味がある。このプログラムを通して当会の退院促進支援事業を知った担当看護師や病院 PSW が、本人に対し適切な情報提供と働きかけを行うことによって、当事業の効果が更に上がることが期待できるのである。A 氏は、いわばこのプログラムの 1 期生である。必ずしも病院の専門職全員が、本人の病状が安定していると考えてはいなかったようだが、彼らもこのプログラムを本人と共に体験することによって、退院に対する具体的な支援の対応を考えられるようになっていったようである。

3. 施設の取り組み

施設側から見れば、本人が喜んで通所を継続し、周囲の協力も順調に得られた上に、タイミング良く住居も斡旋できた。そのため、当会の退院促進事業の「モデルケース」と言えるような経過であったと言える。

前述の通り、OT プログラムへの当会利用者の出張は現在も継続している。講演会という形ではなく、OT フリースペースの一角に月に 2 回の頻度で施設のブースを出して、より気軽に患者さんに情報提供や作業体験・交流が図れるようになっている。

4. コーディネーターの役割

体験通所を開始した後は、病院 PSW と当会スタッフとの連携・役割分担もスムーズに進んだ。前述の通り関係者の中に、当事業全般に対しての理解と協力体制ができあがっていったことが要因と思われる。

5. ピアサポーターの役割

同じ病室の 3 人が同時期に体験通所を開始したが、いちばん古くから参加していたのが A 氏であったため、他の 2 人の案内役を務めているようであった。

そんなつきあいのおかげで、気持ちに余裕ができたようである。

6. 保証人

母親は、A 氏の病院生活が長かったために不安がありながらも、保証人になることも含めて協力的であった。退院後に A 氏の妹と巣立ち風に来所して、「安心した」と笑顔でおっしゃっていた。

7. 不動産屋・大家

巣立ちホーム調布第 5 への退院となった。ここでは大家さんが最上階に住んでおり、利用者を温かく見守って下さっている。

事例 B

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1) 属性 男性・33 歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 都内にて出生、同胞なし。小学校在学中に母を亡くし、専門学校在学中に父とも死別。単身生活となり、その後は、隣県に住む叔父・叔母が面倒をみてきた。父と死別した後、専門学校を中退、その後は 8～9 年間スーパーでのアルバイトを行っていた。平成 14 年（29 歳）頃、会社都合により退職。退職後は自宅に引きこもりがちとなる。平成 15 年秋頃からは髪や髭を伸ばし放題になり、ゴミに埋もれる生活となる。暴力行為も出現したため、心配した叔父が地区の保健所保健師に相談。平成 17 年 10 月、保健所から紹介を受けた F 病院に民間救急により受診し、そのまま入院となった。
- (4) 家族状況 叔父・叔母が、東京都に隣接する某県に在住。
- (5) 経済状況 親の遺産を切り崩して生活。都内に本人名義の自宅（土地・建物）も残っている。障害年金は支給申請中。
- (6) 入院期間 通算 1 年

2. 退院のきっかけと経過

入院から 5 ヶ月を経た平成 18 年 3 月下旬、病院 PSW の勧めにより本人は巢立ち風の施設見学を行い、当事業のインタビュー面接を受けた。本人は巢立ち風を「ハローワークのような」ところだと思い、仕事を斡旋してもらえと思って見学に来たとのことだったが、「通所を継続すれば退院できる」との説明を受けて通所を希望する。退院先については、都内の自宅に戻るか、巢立ち会のグループホームに入るか、まだイメージが持てず迷っている様子であったが、通所していく中で退院先についてはあらためて相談していくこととなった。

4 月中旬に体験通所を開始（週 2 回、半日）。通所開始当初は緊張気味で、自ら言葉を発することは非常に少なかった。しかし、話しかけられると柔らかい表情で首を振って答え、はにかんだ笑顔を見せることも多かった。話の輪の中で笑顔を見せるなど、自然に周囲に溶け込み、素直で穏やかな性格で周囲のメンバー皆からかわいがられながら、マイペースで作業を行う。約 2 ヶ月間安定

して通所が継続できていたことから、6月初旬、通所日数の増加について本人に提案するが、本人は「もう少し週2日のまま続けたい。体力的には問題なく、通所も楽しんでいるが、院内OTも続けたいし、ゆっくりやりたい」と話される。ただ「退院はしたい」との意思ははっきり示されていたことから、本人の意向を尊重し、もう少し時間をかけて進めていくこととする。

6月末、F病院PSWより「8月に新病棟が開設され、それまでに退院できなければ本人は新病棟に転棟、差額ベッド代がかかることになる」との連絡を受ける。その話を受け、叔父・叔母が当会スタッフと今後のことについて相談を行う。7月初旬、F病院にて今後の方針についてカンファレンスを行う。当会スタッフより、巣立ちホーム三鷹第4への入居を提案できる可能性もあることを伝え、あらためて通所日数の増加について提案する。本人も状況が変わった事からこの提案を承諾し、週4日（半日）の通所となった。

その後、1ヶ月間安定して週4日の通所が継続できたこと、また本人も「作業所の近くに退院する」との意思を表明されるようになっていたことから、8月中旬、本人に巣立ちホーム三鷹第4への入居の提案を行い、居室見学も行う。後日、叔父・叔母も、当会スタッフと居室見学を行い、巣立ちホーム三鷹第4に退院する方向で準備を進めていくこととなる。8月下旬には週4日の1日の通所を開始する。参加可能な作業の種類や他のメンバーと交流する機会も増える。グループホームに退院予定であった他のメンバーの家電買い物に同行したり、利用者・スタッフを交えて話し合ったりしながら、退院後の生活イメージを膨らませていく中で、初体験宿泊（1泊2日）も行う。ハウスクリーニングされた居室を見て、本人は「広い、きれい」と嬉しそうな表情を見せる。体験宿泊に当たっては、薬以外は何も持たずに来る、布団の敷き方が分からないなど、生活感にはやや不足が感じられたものの、不安な様子は見られなかった。体験宿泊後も「夜はぐっすり眠れた。困ったこともなかった。」と良い表情をしており、服薬も問題なかった。体験宿泊日数の増加や退院にも非常に前向きであった。叔父・叔母同席で居室の賃貸借契約を行い、グループホームの利用についても説明する。病院PSWに連絡し、体験宿泊日数の増加および退院に向けたカンファレンスの開催について調整を依頼した。その後、体験宿泊を行いながら、叔父・叔母と相談しつつグループホームへの入居準備を進めていく。9月中旬には、6泊7日の体験宿泊を全く問題なく終了し、9月下旬、退院に向けてのカンファレンスの結果、翌週の退院が決定された。10月上旬、F病院を退院し、巣立ちホーム三鷹第4に入居となる。

3. 退院後の生活

退院後 2 ヶ月が経過した。退院直後には、女性との交際を楽しんだり、アルコールを飲むなど、自由な生活を楽しむ一方、通所時間を守らなかつたり、グループホームでの寝煙草を繰り返すなど、ルールの逸脱も目立つようになった。また、交際中の女性への思いが強くなる反面、周囲のメンバーやスタッフとの関わりは薄まる面も見られた。さらに、無断欠勤して一日中携帯電話もつながらず、生活圏内にも見当たらなかつたため、非常事態も考え合鍵で部屋に立ち入るということもあった。グループホームに戻った後、交際中の女性との関係が原因であったことがわかり、あらためて連絡だけは取ってもらうことを約束したものの、その後風邪が長引いて通所を長期にわたって休むこととなった。その間は携帯電話もつながらないため連絡が取れず、食事を摂らずにいたことが後で分かることもあったが、グループホームの世話人や通所施設のスタッフが訪問して状況確認を行ったり、支援の提案の声かけをし、食事を届けたりしながら様子を見守った。風邪が治った後は、毎日通所を継続している。その後交際していた女性とも復縁し、以前のような明るい表情も見られるようになった。支援計画作成のための面接において、「2年後の就職、グループホーム卒業」という目標が共有され、その目標に向かって協働していくことが確認されたことにより、スタッフとの関係もスムーズになった。目標達成のための短期課題を示すなどすることにより、作業態度にも明らかな変化が見られ、これまで声をかけても断ることの多かった様々な活動や課題などにも積極的に取り組むようになってきている。通所の継続と様々な活動に前向きに参加するようになったことで、話のできる利用者も増え、自分から話しかけることも増えてきた。余暇や将来のことなどについての興味・関心も広がりつつある。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

本人にとっては入院の必要性を全く理解できないままの非常に不本意な形で強制入院の後、スタッフから「退院できない」と言われたことから（おそらく、「今すぐには」という意味で言われたものと思われるが）、もうずっと退院はできないものと考え、諦めてしまっていたようである。

一方、主治医を始めとする病院スタッフは、本人には退院意欲が見られないと考えていた。また叔父・叔母も、入院後すぐは「家に帰りたい」と強く訴えていたのに、その後は意思がはっきりしなくなったため、どうしたらいいのか

迷っていた。しかし、退院に向けての働きかけに対して拒否的ではなかったため、病院スタッフが叔父・叔母とも相談しながら本人に提案し、進めていった。実際の退院に向けての変化は、病院 PSW が巣立ち風を紹介したことがきっかけになった。インテーク面接を通して、(通所を継続すれば)「退院できる」と言われたため、本人は退院したいとの意思を表明し、退院を目指しての通所が開始されることとなった。

(2) 退院するまでの意識の変化

通所を開始しても、本人は「退院は主治医や病院 PSW が決めること」と思っていたため、あまり退院のことは考えなかったとのことである。一方周囲のスタッフは、まじめに通所は継続しているものの、退院への意欲はあまり示されず、退院に向けてのステップとして提案した通所日数の増加の提案も断っていたため、本人は退院までにもう少し時間をかけたいと思っているものと受け止めていた。

新病棟の開設に伴う転棟と差額ベッド代の発生、という外的な要因により、急に退院に向けての動きが早まり、グループホームの見学などを行なうこととなったが、本人としては特に意識の変化はなかった。しかし、ずっと「早く退院したい」と思っていたので、退院が早まることは嬉しかった。体験宿泊の決定についても「退院に向けてやれる」と嬉しく感じ、不安はなかったとのことである。周囲のスタッフは、本人は積極的な退院意欲は示さないものの、提案すればすぐに受け入れられ、不安や問題も見られないため、退院に向けては、ある程度ペースを上げ周囲から積極的に提示していても大丈夫だろうと考えるようになった。

本人が実際に退院について考えるようになったのは、1 週間の体験宿泊を行なってからであった。8 月中には「9 月下旬に退院」と言われていたが、その後何も言われていなかったため、急に 10 月 5 日に退院と言われて「早いな」と驚きはしたものの、早く退院できて良かったとのことである。周囲のスタッフは、それまで提案を非常に前向きに受け入れていた本人が、退院日の提示に対して「えっ？」とためらう様子を見せ、退院後の通院や服薬の継続について「えっ？するんですか？」と驚いたりしていたため、本人にとっては退院へのペースがやや速かったかとも感じたが、これまでの経過から見て、周囲がきちんと説明し、支援を行っていけば大丈夫であろうと判断した。

(3) 退院後の生活のポイント

本人は、退院前にイメージしていた生活と退院後の実際の生活のギャップは

特に感じておらず、困ったこともない。特に支援を受けているとは思っていないが、グループホームの夕食会があるのはいいと思っているとのことである。周囲のスタッフは、本人が退院後、ルールの逸脱など若干の問題はあったものの、生活能力は比較的高く、また他者との関係も基本的に良好に保っていたことから、今後一層の社会生活能力の向上が期待できると感じていた。ただし、交際相手の女性との関係性によって本人の状態が大きく左右されることについては非常に心配していた。この女性との関わりにより、本人は生活や将来のことなど多くの面において大変意欲的になるなど非常に良い影響を多く受ける一方で、彼女との別離をきっかけに意欲を失いすべてに投げやりになり、行方がわからなくなることもあるなど、一時は大変心配された。しかし、叔父が辛抱強く本人の希望を受けとめ続け、また周囲の利用者も本人を見守り、励まし続けたことなどにより、本人はこの女性以外との人間関係も断ち切ることなく、一定のバランスを取りながら自らの生活を確立できるようになってきているように思われる。

本人は、通所施設およびグループホームの利用を、あくまで自らが希望する生活に移行していくためのステップとして考えている。「退院」というひとつの課題はクリアされたが、本人の希望や目標をより具体的なものとして実現していく道のりは、まだ始まったばかりである。

2. 医療機関の取り組み

F病院は、当会の通所施設に通所するにはやや不便な場所にあることもあり、当会の退院促進支援事業への理解や取り組みは、病院全体としてはそれほど進んだものとは言えなかった。しかし、熱心な病院 PSW の働きにより、B氏を含む3名の施設見学（うち2名が体験通所開始）が初めて行われ、B氏が、当会の退院促進事業を活用したF病院初の退院ケースとなった。

3. 施設の取り組み

通所施設では、6ヶ月弱の体験通所期間を持った。様々な作業や役割、行事への参加などを通じて様々な体験をしてもらうこと、スタッフや利用者との関係をつくっていくこと、その中で退院後、この地域で様々な関係性を持ちながら生活していくということについてのイメージを持ってもらうことに配慮しながら取り組みを行った。

グループホームへの入居が決まってからは、グループホームの世話人が中心となり、叔父・叔母とも連絡を取り合いながら、電気・水道・ガスの開栓手続き、布団をはじめとする必要物品の購入・設置などの入居準備支援を行った。でき

る限り代行は避け、本人に新しい生活を始めるために必要なことを知り、自ら行えるようになってもらえるような働きかけに配慮しつつ支援を行った。3回、延べ12日間の体験宿泊（その間に夕食会にも参加）を経て退院、正式入居となった。退院後は、通所施設とグループホームが連携して、家族、病院、関係機関等との連絡もとりつつ、支援を行っている。

4. コーディネーターの役割

F 病院初のケースとして B 氏を当会の退院促進事業に紹介した病院 PSW は間もなく異動したものの、ケースは次の担当 PSW に引き継がれ、当会スタッフとの関係性は継続された。本人の「作業所の近くに退院したい」との意思が明確になってからは特に、当会スタッフが中心となって、本人や叔父・叔母との相談、病院との調整などを進めていく形をとった。

5. ピアサポーターの役割

B 氏は、同じ病棟だったもう 1 名と同時に体験通所を開始した。当初は、積極的なもう一人がリーダーシップを発揮し、その後をついて行動したりする様子も見られたが、徐々に一人で行動し、他の利用者との関係も深まってきた。本人は自分から積極的に話すことは少なかったものの、素直で優しい性格・態度が誰からも好かれていたため、他の利用者から常に気遣われ、支援を得られやすい関係を持つことができていた。困っている本人の表情を見て利用者が声をかけ、様々なアドバイスや提案をすることも多くあった。

また、巣立ち風には、本人と相前後して退院した利用者も多くいたため、新生活を始める上で必要な情報や生活上のアドバイスなどは、スタッフ以上に利用者同士の会話の中などから多く得られる機会があったものと思われる。

6. 保証人

叔父・叔母が非常に協力的であり、保証人にも叔父がなった。ただし、年齢的な問題もあり、今後のことについて不安を持っている。また本人の結婚問題についても悩んでおり、成年後見制度の活用などについても検討している。

7. 不動産屋・大家

巣立ちホーム三鷹第 4 への退院となった。すぐ目の前に住んでいる大家さんには入居契約前から本人の紹介を行い、本人の状況などについてもある程度伝えていた。大家さんは常に気を配り、必要に応じ親代わりのように生活上のアドバイスなどもしてくれている。

事例 C

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1) 属性 女性・62歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 東京都内にて第5子四女として出生。高校（商業科）を卒業後、工業会社に就職するが、下請け会社の採用が決まったため1ヶ月で退職。その会社にて本人20歳頃まで勤務。昭和40年12月（本人21歳時）に発症、昭和41年3月に初診。同年7月～11月A病院に入院となる。その後、他の工業会社に就職し、経過も良好であったが、会社の都合のため、退職。昭和49年に転職するも、昭和50年に服薬が不規則になったため、関係妄想、刺激に敏感になるといった症状が出現し、退職。服薬後、症状は消失し、復職も果たす。以降転職を繰り返すも、経過は良好であった。平成元年～平成5年の間に作業所に通所。平成3年より作業所にて、他人の言動を被害的に受け取る、怒りやすくなることがあった。平成4年7月ごろから作業所に行くがすぐに帰ってきてしまう、家族にお金をねだっては浪費する、一方的な電話を姉らにする、などで家族がA病院に入院相談をしているが、入院には至らず。平成5年2月より言動がまとまらなくなり、本人が受診拒否する。その後、平成5年3月に任意入院となり、現在に至る。
- (4) 家族状況 入院前まで母と二人暮らしをしていたが、本人入院中に母は亡くなっている。現在、長女がキーパーソン。
- (5) 経済状況 生活保護受給中
- (6) 入院期間 通算13年9ヶ月

2. 退院のきっかけと経過

本人は入院するまで実母と暮らしており、生活面は全て実母が世話をしており、単身生活の経験もなかった。長姉、次姉は本人の金銭管理や食生活等、経済面・生活面を強く心配しており、退院には絶対反対であった。また、入院中に実母が亡くなったため、自宅も引き払っており、帰住先もなくなってしまう。A病院に併設する共同住居への退院が方針となっていたが、空きがないことな

どから入院継続していた。一方、本人は長姉のところに一緒に住みたいと考えていたが、長姉は夫の介護で大変なため、難しい状況であった。

そんな折、巢立ち会について A 病院 PSW より本人に説明があり、平成 18 年 4 月に A 病院 PSW とともに見学来所する。当会スタッフによる初回面接が行われ、週 2 回体験通所を始めることになった。体験通所開始後は、本人の明るい性格から早々に作業所利用者とも打ち解け、作業にもスムーズに取り組んでいた。通所に対する意欲も高く、通所日数を増やしたいと本人より申し出があるほどであった。7 月後半には A 病院 PSW より長姉に退院の相談を持ちかける。8 月上旬には長姉、次姉、A 病院 PSW、A 病院担当看護師が作業所に来所し、今後について相談をする。退院について姉妹も、「絶対できない」と話していたのが「そういうならやってみましょうか」と退院について前向きに変わっていた。その後、退院後入居予定のアパートを外観だけ見学し、本人は退院への意欲がかきたてられた様で、「やる気出ちゃったわ」と話している。姉妹はアパートと病院がとても近いということに安心した様子であった。その後、市のケースワーカーにアパートへ退院という方向で相談をした。また、金銭管理についても、病棟にて退院後の生活に近い形での自己管理を試みてもらうなど、退院に向けて準備が進められた。9 月下旬には長姉、次姉、A 病院 PSW、当会スタッフ同席のもと、賃貸借契約を結んでいる。10 月上旬には病棟にてカンファレンスが行われ、体験宿泊の実施や退院準備などについて確認が行われた。初回の体験宿泊の日程が決まると、本人はとても嬉しそうな様子で、体験宿泊前日は楽しみで興奮して眠れず、頓服を 2 回飲んでしまうというエピソードもあった。初回の体験宿泊を無事に終えた後は続いて 3 泊 4 日の体験宿泊を実施した。金銭面の問題が懸念されたが、無事に体験宿泊を終えている。10 月下旬には病棟にてカンファレンスが行われ、退院日が決定された。退院後の支援体制について具体的な調整が行われた。10 月下旬退院となった。

3. 退院後の生活

当会が斡旋したアパートに入居している。退院に伴う手続きも自分で市役所や郵便局へ出向き、しっかりとこなしている。平日は週に 5 日作業所に通所しており、本人の明るく素直な性格が他利用者からも好かれ、楽しそうに毎日過ごしている。わからないことは、自分から利用者やスタッフに相談するなど、周囲からのサポートを上手く利用しながら生活を送っている。一人暮らしの生活で寂しくなることも多いようだが、「作業所にいると寂しくない」と話している。最近では特技である編み物を授産活動に生かし、精力的に作品作成を手がけている。また、料理がしたいという本人の希望もあり、夕食会では料理の手

伝いに参加することもあるが、単身生活の経験がないとは思えないほど器用に手伝いをこなしている。昼食時には、自分で食べたいものをぶらりと食べに出かけることが多く、健康を気にしながらも好きなものを自由に食べることを楽しんでいる。また、姉妹の関係も良好で、月に1~2回一緒に外食するのを楽しみにしている。

このように、退院して自分の生活を手に入れ、心細くなることもあるようだが、自由にのびのびと過ごされている。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけについて

本人は入院中、退院したいという気持ちと入院していたいという気持ちと半々だったという。退院したら自由な時間を過ごせると思っており、OTのスタッフからは退院したら？など声を掛けられていたが、退院の話は進まなかったと話している。今回巣立ち会を利用しての退院になったのは、A病院PSWにたくさん誘われたためと話している。

A病院では、先に述べたようにA病院に併設する共同住居への退院が方針となっていたが、空きがないことなどから入院継続していた。A病院PSWは、本人が入院直後より働きたいという意欲を持ち続けており、OTにも真面目に通っていたため、作業所の通所は本人の希望を叶えることになり、一方で、退院後の生活に様々な不安を持っていた家族に本人の頑張りや退院後の支援体制を見せることができると思ったため、巣立ち会に紹介する運びとなったと話している。

(2) 退院するまでの意識の変化

キーパーソンである長姉や次姉は本人の退院について、金銭面や生活面の問題発生を懸念し、「一人暮らしは絶対できない」と考えていた。しかしながら、退院前に作業所を見学してもらい本人が通所している様子を見てもらったことや、作業所では通所支援に加え生活支援を行っておりきちんと生活面をサポートすることを伝え、病院でも退院後の支援を約束したことで、「やってみましょうか」と前向きに考えるようになり、退院について徐々に理解が得られるようになった。また、住居が病院に近いことも安心感につながった様子である。退院直前には病棟でのカンファレンスに出席している。退院後も本人からの早朝の電話に応じ、その様子について度々当会スタッフやA病院PSWに報告し、

部屋の片付けも手伝うなど、とても協力的である。

本人は退院意欲が強く、退院に向けて具体的な話が進むたびにとても嬉しそうな様子であった。初回の体験宿泊の前日には、楽しみで興奮して眠れず、頓服を2回飲んでしまう、体験宿泊に向けて食器類や置時計を購入し担当看護師よりお金の使いすぎを心配されるといったエピソードもあった。時折退院後の生活について不安になることもあった様だが、楽しみのほうが勝っている様子で、躊躇するでもなく退院まできている。

(3) 退院後の生活のポイント

主治医は本人について、病状的には問題ないと考えており、精神症状より内科的な問題（糖尿病、高血圧、高脂血症等）を心配していた。特に食事管理が重要であるため、配食サービスを週3日導入、夕食会に週1回参加という体制を執っている。また、初めての一人暮らしであることから日常生活の支援が必要であったため、ホームヘルパーを導入する予定であった。しかし、調整上退院後すぐの導入は難しかったため、ホームヘルパーの働きを補う形で週3回の訪問看護を導入した。

退院後の生活では、生活費の受け取り方に混乱していたり、体重の増加から食事管理が不十分であったりということが発覚するなど、様々な課題が出てきている。部屋の片付けで本人が困っていること、料理を自分でしたいなどの希望があるため、週3回の訪問看護で服薬や健康面だけでなく生活支援まで行うということは難しく、支援体制の見直しの必要性があった。そこで、本人と支援者各位でカンファレンスを開き、情報交換やそれぞれの役割などについて確認を行った。今後はホームヘルパーが週2回入る予定となった。これから支援者同士で連絡を取り合いながら、本人の生活を見守っていく予定である。

2. 医療機関の取り組み

退院前には病棟にて、地域での生活を想定した金銭管理、服薬管理を行っていた。金銭管理については1ヶ月分のお小遣いを本人に渡し、それで生活してもらうという試みを行った。その結果、本人がお金の使い方を工夫している様子がみられ、当初予定していた地域権利擁護事業導入が見送られることになった。退院後には訪問看護が実施されているが、退院後より導入予定であったホームヘルパーの働きを補うために週3回実施され、服薬や健康面だけでなく生活面についてもサポートしている。また、友人に会いに病棟に立ち寄ったり、担当看護師に電話したりと、病棟との関係が続いており、本人の安心感に繋がっている。

3. 施設の取り組み

退院前の住居支援として、アパート探しを行っている。アパート探しでは生活保護基準額内の物件が見つからず困難をきわめたが、巢立ち会について理解のある大家さんの好意により、基準額でアパートを貸してもらえることとなった。また、作業所では退院前より通所支援に加え生活支援を行っており、ご家族の退院への不安についてもこちらできちんと生活のサポートを行うことを強調したことで緩和された。また、作業所みんなが C 氏を応援しているというメッセージを本人に伝えていたことも、本人の退院意欲や退院後の生活に繋がっていた様に思われる。初めての一人暮らしについて不安を持ちながらも、「料理がしたい」など、これからの生活を楽しんでいきたいという気持ちも強く、その手伝いも今後していきたいと考えている。

4. コーディネーターの役割

当事例では、A 病院 PSW がコーディネーターとなった。コーディネーターは当会の事業について理解が深く、非常に協力的であった。また、市のケースワーカーや家族等とも連絡を取り、退院後の支援体制を整備している。退院後も、まめに連絡を取り合い、積極的に支援に臨んでいる。

5. ピアサポーターの役割

前述したように、作業所では、本人の明るく素直な性格が他利用者からも好かれ、楽しそうに毎日過ごしている。わからないことは、自分から利用者やスタッフに相談するなど、周囲からのサポートを上手く利用しながら生活を送っている。また、「入院したい、寂しい」と話すこともあるが、その度に他利用者より「絶対退院後の生活のほうがいい、C さんは元気だし、やっていける」と励ましを受けている。

6. 保証人

長姉が保証人となる。

7. 不動産屋・大家について

上述の通り、大家さんの好意により、生活保護基準額でアパートを貸してもらえることとなった。当会の事業について理解が得られていたため、契約・入居に至った。

事例 D

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1)属性 男性 44 歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 東京都にて 5 人兄弟の長男として出生。父親の転勤により小・中と転校の多い子ども時代を送る。都内の高校在学中にうつ状態となり、引きこもっていた。20 歳ごろ幻聴・幻視が出現、幻聴を聞いてあちこち歩き回ったが、自分の意思で帰ってきたという出来事をきっかけに、某病院へ 2 ヶ月半の入院となる。その後も服薬中断し入退院を 3 回繰り返す。3 回目の入院中に患者間のトラブルで D 病院へ転院、24 歳で退院し、アパートでの 1 人暮らしを 14 年間続ける。その間は仕事をしており、大不況での会社の倒産などもあって職を転々としていたが、しばらく後に再び引きこもるようになり生活保護を受給するようになる。作業所への通所にも切り替えたが、大腿部の外科手術を受けて以来通所も途切れて引きこもるようになり、市のケースワーカーと共に受診して入院。以後今回の退院までの約 3 年間で 2 回の入退院。いずれも引きこもりがちとなり生活が破綻し、通院もままならなくなって断薬、入院というパターンであった。
- (4)家族状況 父親が保証人となっている。兄弟とは音信不通。
- (5)経済状況 生活保護受給中
- (6)入院期間 通算 3 年 4 ヶ月

2. 退院のきっかけと経過

退院に向けてアパートも見つかり退院の運びとなっていたが、入居を希望していたアパートの家賃が生活保護の家賃扶助を上回っていたことから、許可が下りず契約不成立となった。その後アパート探しも頓挫していたが、病院 PSW を通して当会の退院促進支援事業を知り、本人も以前から退院を希望していたため、平成 18 年 10 月より利用開始となった。これまでに 1 人暮らしの経験があり、退院も何度か経験していたため、退院への不安も少なかったようで、通所から退院までの契約は比較的スムーズに行われた。

グループホーム入居については、病院から遠いことや、世話人や訪問看護が部屋に入ること、夕食会への参加などの条件が本人としては不本意であった。しかし、これまで引きこもりから再入院へつながるパターンが多かったため、声をかける人が必要であるという病院側の判断から、また住居提供の面からもグループホーム利用を勧めた。また本人にも「これが最後のチャンス」という気持ちがあったためグループホーム入居を承諾したようだ。平成18年4月よりグループホームの夕食会への参加をはじめ、本人がグループホームの雰囲気になれるための期間を経て、体験宿泊を行った。世話人と病院PSWが中心となって退院に向けての手続きなどが行われ、同時に巣立ち会スタッフと一緒に買い物、水道・電気・電話の開通等準備を進めていった。自発的に何かを行うことは少ないものの意思ははっきりとしており、さまざまな手続きの手順もよく理解していた。

体験通所先である巣立ち工房では初め、緊張のためか表情の変化や自己主張もほとんどなかったが、回数を重ねるごとに少しずつ他利用者やスタッフとの交流が持てるようになってきた。夕食会に参加してからは将棋をしたり、声をかけられたりする場面も増え、周囲に馴染んできている様子が伺われた。作業についても初めは細かい作業など敬遠していたが、慣れるにしたがって器用さを発揮し、難しい作業では他利用者から頼られるようになった。体験通所開始から約6ヶ月半の通所期間を経て、当会グループホームへ退院となった。

3. 退院後の生活

退院前は週2日、半日の作業所通所であったが、退院後に日数を増やすことを提案すると本人から週4日、1日通いたいとの申し出があり、意欲的に通所していた。また退院直後から作業所内での表情や会話が急激によくなり、本人も「プライバシーと自由を取り戻した」と嬉しそうに話し、自分の部屋で誰にも邪魔されずに過ごすことができることが、何よりも嬉しいとのことであった。部屋の掃除については世話人や病院PSW、訪問看護で介入し、本人もしぶしぶ受け入れている。

退院後1ヶ月を過ぎたあたりから不眠の訴えが続くようになり、朝起きられずに午後から出勤したり休んだりする日が増えた。また睡眠リズムの崩れに伴って引きこもりがちとなり、夕食会への参加や巣立ち工房への通所をしたがらなくなったことから、本人、主治医、訪問看護OT、病院PSW、世話人、巣立ち工房スタッフでカンファレンスを行った。そこで意欲減退や自殺念慮を認めたとことから処方を変更し、引き続き巣立ち工房への通所とグループホーム夕食会参加への促しを行っていくこととなった。また、再入院のパターンと現

在の状況を本人と確認し、どのような点に気をつければ病状の悪化を防ぐことができるかを話し合った。その後生活リズムや本人の意欲に改善が見られたが、しばらくすると再び生活リズムの崩れが始まり、本人も改善しようという意欲が起こらなくなってしまった。しまいには徐々に通院もできなくなり、グループホーム世話人や病院 PSW の訪問によって何とか薬を受け取りに通院するという状態となった。その後、生活リズムが回復し表情が明るくなってきても、自殺をほのめかすような発言が本人から頻繁にされるなど、症状なのか面倒くさいという気持ちの表れなのか、判断しかねる時期がしばらく続いた。

現在は作業所への通所やグループホーム夕食会への参加は利用者やスタッフの声かけがないと難しいものの、レクリエーションやバザーでの販売等の活動には積極的に参加するようになってきた。またこの頃から他利用者からの誘いや声かけが頻繁に行われるようになり、受身的ではあるものの周囲との関係も広がり始めている。また、自分の生活であるにもかかわらず責任から逃げてしまう傾向があったため、今後どうして行きたいのかを本人に考えてもらうこと、また自分で決めたことは自分で責任を取ることを意識して、本人とのカンファレンスが進められた。またグループホーム入居の条件である巣立ち工房への通所とグループホーム夕食会への参加、通院継続はしっかりと確認を取った。今後も数ヶ月ごとにカンファレンスを継続していくことが必要であると考えられる。

Ⅱ．事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1)退院しようと思ったきっかけ

もともと退院への意思が強く、入院する前からできるだけ早くに退院したいと考えていたそうである。病院側も以前から退院できると考えており、任意入院でもあったため、本人からの申し出により退院へ動き始めた。一度は主治医や病院 PSW の協力により退院先として単身アパートを探したが、希望していた物件の家賃が生活保護の家賃扶助額を超えていたことから許可が下りないということがあった。つまり、住居さえあれば退院できるという状況で足踏みしていたわけである。そんな際に当会の退院促進事業を知り利用を開始することになった。

(2)退院するまでの意識の変化

「入院は苦痛だった」との発言もあり、入院前から現在まで、とにかく早く

退院し、再入院はしたくないという気持ちが一貫してあったと本人は話している。しかしそのために必要な支援が整わず、くすぶっているといった状態であった。巣立ち工房への体験通所が始まってからは、病院内でのこまめな声かけによりしっかりと通所することができていたが、本人の行動に目立った変化はなかったようである。巣立ち工房での作業には意欲的で、徐々に緊張が解けいく様子や、他の利用者に受け入れられ会話が増えていく様子が見られた。退院についてはこれまでに何度か経験があったため特に不安はなかったとようである。それでも、グループホームへ体験宿泊することやグループホーム夕食会などでのほかの利用者との付き合いが生じてくることに関して、面倒とか嫌だと感じたりもしたそうだが、それでもグループホーム夕食会へ参加していくうちに他利用者との距離も縮まり、関係ができやすくなったようであった。

(3)退院後の生活のポイント

退院後しばらくして不調の訴えが目立つようになるが、本人の再入院パターンが病院で記録されており、引きこもる傾向が見えた時点で介入という早い対応ができたことが大きなポイントであった。ここ数年の間はかなり早いサイクルで入退院が繰り返されていたため、再入院時本人がどのような状況であったかが病院と本人の間で把握されていたこと、またそのような情報が病院 PSW と世話人との連携によって共有されており、本人ともどのような状態になったら介入が必要であるかというラインを確認することができていたことが、素早い対応が可能になった理由であろう。

本人も世話人の介入がなければ今頃引きこもって外に出られなくなっていたかもしれないと話しており、グループホームでの細やかなケアが重要な役割を果たしているようだ。それに加えてグループホーム夕食会での他の利用者からの熱心な声かけや促しも、引きこもる前に対応できた大きな要因のひとつであった。しかし現在も不安定な状態は続いており、そのような体調とどう付き合い、いかに生活を安定させていくか、また本人の意欲をどう引き出していくかが課題となっている。これからもカンファレンスを重ね、本人の自覚を促す働きかけをしていくと同時に、利用者同士の関係性をより豊かなものにしていくことが重要であると考えられる。

2. 医療機関の取り組み

退院に際しては病院 PSW が関係者と連携を取りながら荷物の引き取りや整理の手伝い等、積極的な介入があった。また作業所通所の声かけなど動機付けの継続、自発的な行動を促すような働きかけを行った。

退院後は月 2 回の訪問看護を継続している。本人の引きこもり傾向が見えた際にはすぐにカンファレンスを開くなど、スムーズに対応してもらうことができた。また病院全体も各病棟で出張講演の受け入れを行う等、積極的に退院促進を進める体制が整っており、非常によい協力関係が保てている。

3. 施設の取り組み

退院までの準備期間は、グループホーム世話人が中心となって本人や病院、市のケースワーカーと調整のうえ退院までの段取りを組み、巣立ち会スタッフが家具や生活用品の買い出し、電気・ガスの開通等を本人と共に行った。準備を進めていくにあたっては、部屋の片付けが苦手な物をためてしまう傾向が顕著であるため、できる限り荷物を少なく整理できるように支援をした。また引きこもると部屋に人を入れなくなることから、準備の段階からできるだけ多くのスタッフやメンバーが部屋に入って手伝い、部屋に入れる関係性を築いた。巣立ち工房では本人の意欲向上と共に他の利用者とのコミュニケーションが増えるよう外に出かける活動に参加しやすいような環境づくりを試みた。

M 市からは、退院前の体験宿泊のための家賃を出してもらうなど、金銭面でのサポートを受けることができ、十分に時間をかけて退院準備を行うことができた。

退院後は巣立ち工房への通所継続とグループホームでの週 2 回の夕食会への参加を中心に、何かあれば随時訪問や面接、電話での様子確認を行うなど対応している。また本人の状態を見ながら病院とのカンファレンスも継続して行っている。

4. コーディネーターの役割

本事例では主にグループホーム世話人が中心となって病院 PSW、作業所スタッフ、市のケースワーカーなどの関係者と連携を取り進めていった。

5. ピアサポーターの役割

もともとあまり人付き合いを好まず、グループホームでの近所づきあいもあまりしたくないと話していた。しかし他の利用者に受け入れられることで本人の地域生活や作業所での時間がより安心できるものになったのではないかと考えられる。また退院前に作業所内ミーティングで本人の退院について取り上げ皆からアドバイスを貰った。その他にも、利用者が作業のことで D 氏を頼っていること、夕食会で利用者と将棋を指すことなど、集団の中で支えられ、仲間とのかかわりを感じながら対人関係スキルを向上させていると考えられる。

また退院後引きこもりがちになってからは、夕食会の場や個人的なつながりを途切れないようにと働きかけたのは、同じ夕食会に参加する利用者であり、その存在は回復への重要な助けであった。このようなピアサポーターの存在なくしては、地域生活の継続は非常に困難なものになったであろうと考えられる。しかし本人は独りが好きで夕食会などにはあまり出たくないと話しており、人付き合いに関しては積極的にしたいとは考えていないとのことであった。

6. 保証人

父親が保証人を引き受けている。入居に当たってはグループホームの見学・説明等をしっかりと行い、その際家族としての思いも伺うことができ、そのような機会を持ったことでお互いの理解を深めることができた。

7. 不動産屋・大家

当会のグループホームを利用したため、双方の合意は得やすかった。

事例 E

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1) 属性 男性・51歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 都内にて11人兄弟の6男末子として出生。自営業の父は経済的に困っており生活は苦しかったとのこと。公立の小、中学校を卒業し高校を卒業後、理髪専門学校へ進学するが、中退しタクシー、トラックの運転手をするも続かず。昭和51年21歳時、アルバイトで貯めたお金で車を買ったが盗まれ、仕事もやめて引き込みがちになる。不眠、器物破損、被害妄想などの症状から昭和51年にG病院入院（2年間）。退院後自宅に戻るが、服薬が滞ったため二ヶ月後に再発。興奮状態になり保護され以後平成18年3月まで30年間の長期入院となる。病状不安定な時期が長年続き閉鎖病棟、開放病棟の行き来を繰り返していたが、平成12年より開放病棟へ転床しその後は落ち着く。
- 平成16年頃より本人に「退院して社会生活してみたい」という希望が出始め、退院に向けての活動プログラムに参加する。平成17年8月、当会の退院促進支援事業の病院出張インテークにて、退院したいという意思を固め、巢立ち工房に通所を開始する。徐々に日数を増やし平成18年3月に巢立ち会が運営する福祉ホーム開設を機に、体験宿泊を経て4月入居となった。
- (4) 家族状況 両親死亡。11人兄弟の6男末子であるが、両親死亡後は長年の入院生活、兄弟が高齢ということで連絡は取っておらず、交流もない。
- (5) 経済状況 生活保護受給中
- (6) 入院期間 通算32年

2. 退院のきっかけと経過

入院後長い間、病状が不安定なため退院の話が出なかった。本人の話によると両親が活着ている間は親元に退院したいと思っていたが、両親が死亡後は退院先がなくなり退院できなくなり、入院が長くなってしまったとの事である。その後、開放病棟に転床後、主治医も変わり病状も安定していった。平成16年

頃より病院 PSW の勧めで病院の退院活動グループに参加し始める。本人も退院できるという希望が再び芽生え、地域の作業所の見学などを始めた。

平成 17 年 8 月、病院の近距離に当会が福祉ホームを開設するというこゝで、入居者の候補として、OT より話が挙がった。巣立ち会スタッフが面接をしたところ、退院に乗り気でそのための作業所通所も了解したため、巣立ち工房の通所が始まった。

本人も 32 年という長い入院生活の中で環境が変わることに対し不安はあったようだが、窮屈な病院から退院できるという思いで退院意欲につながった。いつでも不安を受け止める体制を作り、定期的な病院 PSW、OT との話し合いを進めていくうちにさらに退院への自信を付けていった。その後徐々に巣立ち工房通所の日数を増やし、福祉ホーム退院へ向けて準備を進めた。平成 18 年 3 月より体験宿泊を開始し、数回の体験宿泊を経て 4 月に福祉ホームに入居となった。

3. 退院後の生活

退院後、グループホームでは主に生活面を中心に支援していった。ゴミ捨て、電化製品の使い方、生活費の使い方、公共料金支払い、掃除など長年の入院生活では経験したことのないことが多く、戸惑いもみられた。また、繰り返しの説明や支援が必要で、慣れるまではかなりの支援の時間を要している。

巣立ち工房通所は週 3 日、時折休むこともあるが現在まで続いている。たびたび疲れからか体調を崩すこともあるが、大きな変化もなく生活できている。性格的にはとても明るく誰とでも気軽に話ができ、実習生などからの質問、見学にも応じてくれている。また、いつも交流室へ報告に来所するため、状況がわかりやすく把握しやすい。

退院して半年以上になるが、場合に応じての支援（特に社会的手続き、掃除など）は必要であるが、経験を重ねることによりさまざまなことができるようになっていく。何度か練習を重ねて自分で生活費を銀行からおろせるようになり、生活は安定している。退院して「金銭面がしっかりした、物の値段がわかるようになった、巣立ち工房も初めは暇つぶしだったけど今は皆に会いに行くために行っている」と話されている。また、グループホームについては、「ただ部屋だけもらってもどう生活していいかわからなかった。いいサポートをしてくれる世話人さんがいたから助かった」と評価している。

- 夕食会 : 食事は毎日コンビニエンスストアで自分の好きなものを買って食べる生活のため、夕食会の食事は野菜が多く嫌いなものもあり、あまり快く思っていない様子。ただ、社会人同士の付き合い方を学び、団体行動の意味で参加していると話されている。
- 訪問 : 病院より訪問看護スタッフが2週に1度訪問し、服薬確認や相談にのるなどさまざまな支援をしている。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

長年にわたり身内から退院に対し支持が得られなかったことと、病状が不安定であったことから退院の話が出なかったが、主治医が変わり本人の病状も安定したことで希望がもてるようになった。また、病院スタッフの勧めで平成16年頃より病院の退院促進グループに参加をし始め、巣立ち会の退院促進支援事業の面接をしたことが具体的な働きかけとなった。

(2) 退院するまでの意識の変化

はじめは本人、関係者にも不安な面があったが、病院側が地域生活にかなりの協力、理解を示し、また OT を中心に退院へ意欲的に行動する体制があったため、30年という長い入院者でも退院することができたと思われる。本人も初めは退院に対し不安やためらいがあったが、実際に生活をしてみて、何より「自由がいい。外出も自由で、徹夜でワールドカップを見てもいいし、好きな物が食べられる」(本人談) というように、長年抑制された生活から一転、自由に生活できるようになったことを実感している。また、徐々に作業場への通所時間、日数を増やしていったこと、長年付き合いのある訪問看護師による訪問看護を導入したことなどの支援体制が、本人にとって無理のない移行にすることができた。

(3) 退院後の生活のポイント

前述のように多数の支援があり生活できている。病院、巣立ち工房、福祉ホームの連携がうまくいきフォロー体制がしっかりあったため安定して地域で生活ができるようになったと考察できる。また、巣立ち工房への通所が生活リズムを作っており大幅に体調を崩すことなく生活できている。入院中と比較すると「病院より自由がある、退院してみてよかった、二度と入院したくない」と

本来の地域生活への思いを取り戻す事ができた。今では入院中の患者さんに対し退院のよさを話しアピールするようになっており、入院中の人にとって彼の話は励みになっているようだ。

2. 医療機関の取り組み

入院が長期になり、院内で退院に向けた働きかけがその間ほとんどなかった。しかし、平成 16 年頃より本人が病院の退院促進グループに参加し始め、巢立ち会の退院促進支援事業の面接につなげたことが具体的な働きかけとなった。そして福祉ホームが設立される事になった時、福祉ホームへの退院が病院関係者の目標となった。そうした中で、E 氏の退院を病院関係者の間で期待感を持って支援する体制ができた。

3. 施設の取り組み

主に日常生活での支援を中心に行っている。ゴミ捨てや公共料金の支払いなど、日々の事柄に慣れるまで戸惑いもあったが、世話人と共に行うことで時間をかけて本人の自立度を高める支援を継続してきた。また、本人がいつも気軽にスタッフに話しかけ日々の様子を伝えてくれるため、必要に応じた支援を適宜行う事ができている。作業所通所に関しても徐々に日数が増やせるような働きかけを行った。結果、自ら通所時間を増やしたいと話すようになっている。

4. コーディネーターの役割

病院の OT を中心に本人、福祉ホームとの連絡調整を行った。また、世話人が定期的な面接をする中で本人の不安や気持ちを受け止めた。本人の「退院したい」という意思の強さをしっかり受け止めたことが退院につながった。

5. ピアサポーターの役割

休日は長年入院していた病院に遊びに行き、仲の良い仲間と出掛けて食事をするなど、仲間と良い関係を持っている。また、同じ病院から退院した同福祉ホーム利用者のことはいつも気にかけて、差し入れをしたり訪問をしたりと世話をしている。そうした仲間同士の気遣いが福祉ホーム間で生まれ、互いを思い合う雰囲気が出来てきた。最近では徐々に作業所の利用者とも仲良くなり、部屋の行き来などの交流が見られてきている。

6. 保証人

兄弟とは連絡を取っておらず、関係も疎遠になっていたため保証人は望めな

かった。結果として巣立ち会が全面的な支援者となっている。

7. 不動産屋・大家

福祉ホームの大家さんとは挨拶を交わす程度の関係だが、人当たりが善いため気軽に挨拶している。

事例 F

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1)属性 女性・57歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 某県にて、同胞5名の第5子として出生。高校卒業後上京し、事務員として働く。28歳の時に結婚し、女子一子をもうける。それ以後は専業主婦として過ごす一方、パートにも出る。家族関係は良好であったが、平成9年頃より更年期障害を契機として、不眠が続く。そのため抑うつ、被害妄想などが出現し、不安定な状態となり、某病院を受診するが、抑えの効かない行動を起こすようになり、E病院へ措置入院となる。2ヶ月ほどで退院するが、その後平成10年～平成17年の間に2回の入退院を繰り返す。入院中は退院の話が出たこともあったが、夫が一向に来院せず退院の話が進まないという状況が続き、入院は約5年間にも及んだ。平成15年7月に突然夫が来院し、「仕事をやめた」「医療費は払えない」という話が上がり、まもなく退院する。
- 夫より「もう一緒には住めない」との話を受け、某県の夫の両親宅へ退院する。しかし、姑との折り合いや経済的な不安により、再び不安感が増し、夫との離婚を契機としてE病院へ再入院となる。入院中に生活保護の受給を開始し、金銭的な面の安定とともに、状態も徐々に安定していった。入院から半年ほどした後に当会の作業所であるこひつじ舎への通所を開始した。平成17年5月に退院し、当会のグループホームへ入居となった。
- (4)家族状況 両親は死亡。元夫の妹夫婦が親身になってくれている。生活保護申請やアパート入居手続きに関わる書類準備などは、この夫婦が尽力してくれた。またF氏の病状等については長兄のみで、他の兄弟は知らない状態である。F氏もグループホームの入居など重要なことに関しては、必ず長兄へ報告している。兄弟とは家族としての交流はあるものの、本人に対し社会的な責任を負う事は困難との事である。
- (5)経済状況 生活保護受給中
- (6)入院期間 通算7年3ヶ月

2. 退院のきっかけと経過

夫と離婚し、生活保護を受給するまでの入院中は、ショッピングをしたり、友人と会ったりと楽しんでいたようである。また、病棟内にも友人は多く、地域へ出て生活することに強い不安があり、ずっと病棟内で生活してもいいと考えていた。F氏は、離婚後に入院費を支払うためには生活保護を受給するしかないと考えていた。そこで、すでに退院して生活保護を受給している人から、「生活保護では、食べる物もなく着る服もボロボロ」という話を聞き、今までとは全く異なった生活を送らざるを得ないと思い込み、その生活を想像して不安や恐怖を抱えていた。精神的に追い込まれていたこともあり、病院 PSW からの生活保護申請の話にも、拒否を示すなどの行動も見られた。しかし、実際に生活保護の受給が開始されると、生活上に変化はなく、最初に抱えていた不安も解消されていった。

しかしある時、生活保護から支給されている自分の入院費を知り、生活保護費で入院生活を続けることが悪いと感じるようになる。同じ頃に病院 PSW より退院へ向けた話が出され、退院を前提とした作業所見学を行い、平成 16 年 9 月から当会作業所であるこひつじ舎への通所を開始する。退院して地域へ出ることに関しては、戸惑いや躊躇が見られて消極的であったが、こひつじ舎利用者の説明を通じて退院に対する考えが次第に前向きに変わり始める。当初は、こひつじ舎へ通う道順などに不安を感じていたが、同じ E 病院に入院中でこひつじ舎に通所している利用者と一緒に通所することで、公共交通機関を使って問題なく通所することができた。通い始めた頃は緊張していたが、持ち前の明るさで徐々に他の利用者とも打ち解け、作業所では昼食に好きなものを食べ、楽しみをもって通所していた。退院後の住まいは、一人で生活することには不安もあるようで、グループホームへ興味を持っていた。しかし既存のグループホームに空きがなく、なかなか話が進まなかった。そんな時、不動産業者より当会へ空き物件の紹介を受けて居室を幾つか借りることができたため、サテライト型の自主運営のグループホーム入居を病院側に提案した。病院側からの承諾も得たため、他の利用者とともに退院へ向けた準備を開始し、他の利用者と同時期の入居となった。退院前は、電球の付け方や炊飯器の使い方など不安に感じていることも多かったが、他の利用者と同じアパートに住むということで安心感を持った様子であった。平成 17 年 4 月から何度かの体験宿泊を通して、平成 17 年 5 月に入居となった。すべての不安を解消しての入居ではなかったが、生活の中で問題が起こると世話人や作業所スタッフに相談し、その都度アドバイスを受けて一緒に解決するなど様々なサポートを通じて、支障なく生活を送ることができている。

3. 退院後の生活

退院後は、週 4 日こひつじ舎へ通所しており、内職作業の他にもポスティングなどの作業にも参加している。作業能力は高く、周囲を見ながら作業に取り組み、リーダー的な存在である。また社交性があるため、作業場ではムードメーカーとなっている。最近では、本人と同じ E 病院からこひつじ舎へ体験通所中の利用者の送迎を行うなど、自分のできる範囲でさまざまなことに協力し、ピアサポーターとしての役割もこなしている。こひつじ舎通所の際に好きな音楽を聴きながら通うなど、自分なりの楽しみを見つけ生活している。一方で睡眠時間が体調に大きな影響を与えるので、3~4 時間しか眠れないことが続く時は、注意が必要である。そのため、夕食会の時には、入院中から関わりのある看護師の訪問やグループホームの世話人を通じ、疲れがたまっている時は、作業所を休むよう促すなど、無理をしないような体制作りを心がけている。また本人も近況について、スタッフへまめに相談や報告をしてくれるため、現在の状態はとても安定している。

日常生活ではベランダで植物を育て、週 2 回のグループホームの夕食会をとても楽しみにしている。夕食会では男性が多い中、世話人を手伝い、テキパキと動く頼りになる存在である。その他にも、通所日は同じグループホームに住むメンバー宅のドアをノックして起こしてから来所をしたり、皮膚の手当てをしてくれたりと、生活の様々な場面で、グループホームの利用者を支えている。

退院したことについては、「どんなに病院での生活がよくても、それよりも今の生活の方がいい。何がいいってわけじゃないけど、人間らしいじゃない」と振り返り、現在は充実した生活を送っている。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけ

生活保護の受給を開始したことで、高額の入院費用を負担してもらったまま、入院生活を続けることが悪いと感じるようになる。そこで、病院 PSW から退院へ向けた作業所通所の話が提案された。退院後いきなりアパートで单身生活することには強い不安や抵抗感を抱えていたが、「グループホームで生活できるなら」と退院に対し意欲を持つようになる。

(2) 退院するまでの意識の変化

はじめは退院することに、不安感が強く抵抗感を感じていたが、作業所を見学し、作業所利用者からの説明を受けて、地域へ目を向けるようになる。作業所での様子や旅行などの行事の話聞き、楽しそうだったことがその理由のようである。

(3) 退院後の生活のポイント

F 氏は、不安は強いが、周囲のサポートにより自信をつけることで前進できる力を持っている。そのため、抱えている不安を一つ一つ解消し、本人が安心できるような支援を行った。また、退院した後、安定した生活を続けるために、症状の変化に対する見守りと変化が見られた場合の早めの受診をできる環境作りを心がけた。

2. 医療機関の取り組み

病院側では、F 氏の他に退院促進支援対象者として、数名がこひつじ舎への体験通所を開始していた。その流れで、病院 PSW より退院へ向けた作業所通所の話が進められた。退院を望む気持ちはそれほど強くなかった本人に、病院 PSW が積極的に働きかけたことにより退院へと結びついた。また、退院後も夕食会時の訪問看護などを通じ、随時本人の様子を見守り、再入院にならないよう、支援を続けている。

3. 施設の取り組み

書類の申請など不明な点があった場合は、担当スタッフに対し相談する為、その度に説明し、不安を解消するよう努めている。また体調の悪化を避ける為、疲労がたまっている場合などには無理をしないよう伝え、様子を見守り、作業所とグループホームの両方から支援をしている。

4. コーディネーターの役割

当時例では、病院 PSW と当会スタッフが協力し、コーディネーターの役割を担ったといえる。主に病院側では、生活保護関連の手続きや家族との連絡調整などを中心に行い、当会側では、本人からの不安の訴えについて話を聞き、その都度こまめに説明することで、F 氏の不安の解消に努めた。このように、双方が連絡をまめにとり、情報を共有することを通じて、退院へ向けた準備を進めていった。F 氏の場合、退院に対して多くの不安を抱えていたが、病院側で作業所への通所を積極的に促し、それを受けて当会の方で作業所の活動やアパ

ートの見学など退院へ向けた準備を少しずつ進めた。

5. ピアサポーターの役割

退院へ向けて作業所通所を開始当初は、電車の乗り方も分からず、方向音痴であることなどの理由から、大きな不安を抱えていた。そこで、F氏と同じ病院に入院中で、先に作業所へ通所していた利用者と一緒に通所し、道順を教えてください。不安感が軽減された。こうした仲間の存在が何事にも不安の多い本人に大きく影響を与えたと考えられる。実際に退院後、体調を崩した際も、同じグループホームに住む利用者が果物や様々なものを差し入れしてくれるということで、とても心強く感じている。

最近では、隣の部屋に住む利用者に「自炊をしたいから教えて欲しい」と頼まれ、買い物の方法や料理の仕方、節約のコツなどを丁寧に教え、見守ってくれているなど、他の利用者の支えにもなっている。作業所でもF氏の朗らかな人柄や明るい性格から、皆を和ませる存在となり、新しい利用者に作業を一緒に行うなど、表に立ってリーダーシップを執ることはしないが、皆を支えている。

6. 保証人

長兄との連絡や交流はあるが、保証人になる事は引き受けてもらえず、保証人がいない状況でのグループホーム受け入れとなった。

7. 不動産屋・大家について

不動産屋担当者とは、これまでも当会に物件を紹介してくれるなどの付き合いがあったため、家主との調整をスムーズに行うことができた。大家との面識は直接的にはないが、不動産屋担当者には、入居する利用者とともに挨拶に行き、互いの面識を持つようにしている。そうすることで自然とグループホームのクリスマス会などのイベントに招待するなどの交流も持つことができています。

事例 G

I. 事例概要

1. 事例の紹介

- (1)属性 男性・29歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 昭和52年、都内にて2人兄弟の次男として出生。小学校はほぼ問題なく通学し、野球部に所属していた。中学校入学後に環境の変化に耐えられず不登校になり、昼夜逆転した生活が続いた。都内の教育相談所に母が本人を誘って通っていたが、いつも面接を受けていたのは母のみであり、そこでは「見守ってください」との助言を受けていた。平成5年秋頃から母親を軽く叩くようになり、全治1ヶ月の打撲を負わせたこともあった。12月には両親が診療所へ相談に行き、その主治医の紹介で平成6年に某病院に入院。その後、12回の入退院を繰り返して、平成16年にA病院へ転院、13回目の入院となった。
- (4)家族状況 都内に父・母・兄がおり、3人で暮らしている。
- 父・・・父親からの本人に対する要求水準が高いと本人が感じており、その事がしばしばストレスの原因となる。経済的な援助への理解はある。
- 母・・・本人の言動に振り回されることも多いが、今後に対しても協力的で、キーパーソン。
- 兄・・・統合失調症。現在アルバイトをしている。
- (5)経済状況 障害年金2級・家族の援助
- (6)入院期間 通算8年（計13回の入退院歴）

2. 退院のきっかけと経過

思春期からずっと入退院を繰り返してきたが、常に退院への意志を強く抱き続けてきたケースである。人間関係を形成した経験が少なく、環境変化や対人ストレスへの対処能力をより高めていく事が課題である一方、とても実直で誠実な面をもつ。また、映画や音楽などをこよなく愛する、豊かな情緒面もある。

A病院への13回目の入院では、本人の体調が不安定だったことや、父や兄との関係がうまく保てないことから、自宅への退院は難しいと考えられており、長い間退院することができなかった。しかし、主治医が住居支援と退院後の生

活支援に力を入れている当会を知ったことで、強力な主治医の協力を得ることができ、退院への支援を始めることができた。

平成 16 年 5 月に、病院 PSW と共に作業所に見学来所し、退院を目指してこひつじ舎（共同作業所）に通所を開始する。グループホームへの入所を見据えて、まずは 3 ヶ月間通所を継続することを目標としていた。通所開始当初は、疲れや環境変化への不安から通所が安定しない日が多く、「自立して一人暮らししたい」「やっぱり実家に戻りたい」という気持ちの狭間で常に揺れている状態だった。また病棟の転棟やそれに伴う主治医の変更が頻繁だったこともあり、このような気持ちの揺れや体調の波は常にあった。そのような中で作業所スタッフは、病院 PSW との連絡調整と、常に揺れ動く本人の不安や戸惑いに気付き、じっくりと話を聞くことを心がけていた。一方で、作業所では仕事を集中して行う場面も見られ、「友達が欲しい」と仲間に積極的に話しかけるなど、集団に適応しようとする姿勢があり、そして何より「退院したい」という本人の強い意志は変わらずに、その後も通所は継続していた。

通所開始後 1 年間は、退院先の住居が見つからなかったこと、そして本人の体調が不安定だったこともあり、退院準備を思うように進められていなかった。しかし平成 18 年に当会福祉ホーム（現グループホーム）が建てられることとなり、退院先住居の確保が可能となった。本人にとっては、住居の確保が明確になったことで退院も具体的に考えられるようになり、退院したいという思いは強くなったようであった。そのため、具体的な退院を見据えて平成 17 年 7 月より援護寮への入所を目標に、ショートステイの利用を開始した。援護寮の利用は、本人が初めての単身生活に「不安がある」と言っていたこと、これまで自炊や金銭管理をしたことが全くなかったこと等から、退院後すぐに福祉ホームで単身生活をするよりも、援護寮で生活訓練を行ってからのほうが良いだろうと、本人と関係者が判断したことから始まった。ショートステイ利用中には、これまで入退院を繰り返してきた本人の生活能力を知ることができ、本人にとっては、退院後の生活を踏まえた体験をすることで、将来の目標・希望もより具体的になった様子だった。

援護寮への入所は、部屋の空きを待っている状態であったが、本人は辛抱強くショートステイを利用しながらの通所を継続し、平成 18 年 2 月には援護寮の部屋に空きができたことから入所が可能となり、退院となった。退院後の住居の確保はもちろんだが、何よりも本人が退院したいという意思を持ち続け、我慢強く作業所への通所を継続してきたことが、退院への大きな力だったと考えられる。

3. 退院後の生活

退院後 7 ヶ月が経過した。退院後に入所した援護寮では、時折疲れた表情をみせることがあったものの、大きなトラブルはなく、空いた時間には散歩をしたり買い物をしたりして有意義に過ごしていた。大好きな映画を観る時間も増えたようで、スタッフに嬉しそうに映画の話をしてくることも多かった。作業所への通所も週 4 日に増やし、本人は「仕事は仕事。余暇は余暇でリズムを取りたい」と新しい生活に慣れていこうとする前向きな姿勢がみられた。また新しい生活の中での相談などは、本人自らからスタッフに話しかけてくることが多く、その都度作業所スタッフと援護寮スタッフで連絡を取り合い、対応していた。

援護寮入所から 3 ヶ月が経ち、本人は単身生活にだいぶ慣れて体調も安定してきた。スタッフも、退院前に比べて穏やかな表情をしている本人の様子や、仕事や自由な時間を楽しむ姿を見て、福祉ホームでの単身生活に移行する話を進め始めた。平成 18 年 5 月には福祉ホームへの体験宿泊を開始する。日程の確認等では本人の混乱を避けるために日程表を作成し、また環境変化に伴う不安や体調の変化にもすぐに対応できるよう、スタッフ間での情報共有はこまめに行った。また、本人の認識にずれが生じたり、突発的な行動をしてしまったりということも度々あったため、スタッフは本人に対して根気強く情報の伝達、共有を行った。

そのような中、同年 6 月に援護寮を卒業して福祉ホームに入居する。福祉ホームでは、大好きな音楽レコードや本に囲まれた部屋で、初めての単身生活を楽しそうに過ごし、作業所での仕事にも懸命に取り組んでいた。またこの頃に、「将来的に自立して、アルバイトもしたい」という意思も強くなったため、長期目標として就労を見据え、本人の申し出により作業所への通所を週 5 日にした。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化について

(1) 退院しようと思ったきっかけ

本人の退院への強い意思と主治医の協力、そして住居の確保ができたことが退院への大きな要因である。

これまでは、「退院しては自宅で家族と衝突して再入院」いうパターンを繰り返してきたが、本人には常に「退院したい」という強い意思があった。そのような中、A 病院の主治医が当会を知り、自宅ではうまく過ごせない本人に

グループホームへの退院という選択肢を示したことが、退院促進支援の始まりであった。本人の退院に向けて、積極的に働きかけてくれた主治医の協力なしには、今回の退院は実現しなかったであろう。

(2) 退院するまでの意識の変化

「早く退院したい」という強い気持ちは、通所開始当初から退院に至るまで、常に持ち続けていた。最初は、「病院にいるのが嫌だ。自由がない」と、病院への批判が退院意欲の多くを占めていたようだが、入院しながら作業所への通所を継続していく中で、実際の地域生活を体験し、より具体的に退院後の生活をイメージすることができていた。そのため退院への意識は、「退院して自立した生活がしたい」「仕事の時間と自分の時間をうまく持ちたい」と、退院後の生活を見据えたものに変化していった。

(3) 退院後の生活のポイント

初めての単身生活であったため、本人の生活能力は未知数であった。そのため福祉ホームと作業所のスタッフは、金銭管理や健康管理、服薬管理などを特に留意して見守り支援した。また人との関わりの中で被害を受けたと感じる傾向もあったため、いつでもスタッフに相談できる体制は常に取り続けてきた。

退院後に気持ちの揺れが起こることも多々あったが、その都度スタッフと共に就労への目標を確認し、通所への動機付けを行ってきたことも一つのポイントであった。また本人はよく、「友達が欲しい」と言っており、作業所の仲間を自宅に招待して楽しむこともあったようだ。時折口にする「独りは寂しい」という気持ちも、仲間との交流で埋め合わせていた部分は大きいようである。

2. 医療機関の取り組み

支援開始当初は、当時の主治医個人の力量によるところが大きかったが、病院 PSW とも各種の同行や通所状況、病状悪化時の連絡調整等を行って関係を築いていった。病院からの情報をもらうことで、作業所だけでは分からない本人の状況を知ることができ、より深い理解につながっていた。その後、A 病院は当会の退院促進支援事業についての協力体制を構築し、現在では退院促進支援のアウトリーチ活動（出張講演）を OT グループで受けるなど、退院促進への意識は深まりつつあるように思われる。本事例が一人の医師の協力によって退院まで結びつけられたように、病院スタッフ一人一人に情報提供を行い、働きかけ、地域を知ってもらうことで、退院促進の効果をあげることにつながると考えている。

3. 施設の取り組み

本事例は、当会が退院促進支援事業を開始した当初から支援をしてきた。体験通所時には、常に気持ちに波がある本人に対していつでも相談できる体制をとり、通所への動機付けを意識的に行った。また病院に対しても密に連絡を取り、情報を共有することで、退院支援を円滑に行えるよう心がけた。

退院時には、急な単身生活に不安を感じる本人を援護寮への入所につなげ、一定期間の生活訓練を行ってもらった。そして福祉ホームへの入居時には、引越しに伴う諸手続きや、諸申請等を一緒に進めた。現在も週 2 回の夕食会や訪問を行い、退院後のアフターケアを行っている。

4. コーディネーターの役割

本事例については、作業所スタッフが主にコーディネートを行った。施設の取り組みと同様、本人への働きかけと病院への働きかけを、継続して行ったことが、退院促進要因となったと思われる。

5. ピアサポーターの役割

本人はよく、「友達が欲しい」と口にしていた。長い病院生活の中で、限られた対人関係しか築いてこなかった本人にとって、地域で気の合う仲間と過ごすことは退院後の望みであった。友人を家に招いて楽しい時間を共に過ごすなど、互いに支え合える仲間ができた事は退院の大きな成果と言える。今後更にコミュニケーション能力を高めていくこと、対人関係上のストレスへの対処能力を向上させていく事で、ピアサポーターとの関わりが更に深まっていく事と思う。

6. 保証人

退院後の生活に関しては、両親の理解があり、保証人や経済的な支援に関しての問題はなかった。

7. 不動産屋・大家

退院時の住居は援護寮で、その後は当会所有の福祉ホームであったため、入居に際しての本人との直接的なやり取りはなかった。

事例 H

I. 事例概要

1. 事例の紹介

- (1)属性 男性・49歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 都内にて内縁関係にあった両親のもとに一人っ子として出生。全日制の高校を1年で中退。その後、様々なアルバイトを経験したがいずれも長く続かなかった。中3～23歳まで、シンナー、マリファナ、家庭内暴力などの問題行動があった。17歳のときに、アルバイトをせず、家に閉じこもりきりになってシンナーを吸っていたところを父親に連れられて病院を受診し、シンナーをやめるために3ヶ月ほど入院となった。それ以後、G病院には3ヶ月単位の入院を30歳ぐらいまでの間に数十回繰り返した。23歳の時に実父とG病院のPSWの勧めで定時制高校に2年生から通ったが、高校3年生は単位が足りず卒業はできなかった。25歳時に実父が死亡し、29歳時には実母が病死している。実母の死後、本人は都内の自宅に住んでいたが、経済的に面倒を見てくれる人もおらず、母方の叔父（実母の末弟）の勧めもあって、母の実家がある某県の精神科病院に11ヶ月入院した。入院中には、本人の同意を得ないまま同叔父が本人と養子縁組し、実母の財産であった都内の本人宅を勝手に売却して多額の遺産を手にした。まだ入院中であった31歳時に、それに気付いた別の叔父（実母の長弟で都内近郊に在住）が弁護士に相談し、某県から都内のC病院への転院手続きをしてくれ、訴訟の相談にも乗ってくれたという。その後、C病院に入院していた間に長弟の叔父も遺産を要求してきたため、主治医や病院PSWの協力の元、遺産のことで両叔父夫婦と裁判で争って取り戻した。38歳時、C病院のPSWのサポートでアパートを探し、退院となった。退院後の単身生活では、C病院のデイケアを利用していたが、一人で過ごすことへの不安や淋しさから飲酒をし、それが原因でその後7回の入退院を繰り返している。そして、8回目の入院中に当会の作業所に紹介された。

(4)家族状況 両親死亡。同胞なし。

現在は両叔父達とは連絡をとっていない。

(5)経済状況 貯金

(6)入院期間 通算約 25 年（入退院を繰り返しているため、本人も詳細が分からない）

2. 退院のきっかけと経過

C 病院 8 回目の入院中、単身生活をするには不安が多いことから、生活の相談に乗ってくれる世話人がいるグループホームへの入居を病院 PSW が提案した。入院生活は本人にとって居心地がよく、退院に向けての話には気乗りがしなかったが、主治医と病院 PSW の勧めで平成 16 年 10 月に当会にグループホーム入居の相談をすることとなった。当会と本人がお互いのことを理解するために、そしてすぐに入居できるグループホームがなかったため、まず入院中から作業所に通うこととなり、作業所で支援しつつ契約を更新したアパートへ退院できる可能性も探っていくことになった。作業所通所を開始後、本人が単身生活へ前向きな姿勢を見せはじめたため、病院 PSW も作業所スタッフも自宅アパートへの退院を本格的に支援していくことになった。作業所の通所は、当初週 2 回（半日）だったが、1 ヶ月後には本人の希望により週 4 回（半日）となった。通所日数を増やししながら、アパートへの週末外泊を繰り返すことで単身生活への自信もつけ、また、新年会やバザーなど行事にも積極的に参加していた。一方で、ゴミの分別の仕方や勧誘の断り方、自分の気持ちを相手にうまく表現できないという悩みには、作業所の SST プログラムを説明し、退院後に SST への参加を提案した。体験通所をはじめから半年後、作業所スタッフと病院 PSW と本人を交えて退院に向けての話し合いを行った。何度かアパートへ長期外泊をして、自信が付いたら退院という方向を確認し、退院への不安や心配事を解消していった。病院、作業所の両方で支援体制を整えたことで、本人が安心して退院準備を行うことができた。さらに、一人暮らしの不安に対し、作業所スタッフが当会のグループホームで週に 2 回行っている夕食会への参加を提案したことも、退院への気持ちを後押しした要因になったと思われる。作業所通所開始から 7 ヶ月後の平成 17 年 6 月に自宅アパートへ退院となった。

3. 退院後の生活

退院後、徐々に作業所通所日数を増やし、現在では週 5 日間毎日通所している。貯蓄で生活しているため、作業所にお弁当を作ってきたり、外食はなるべく控えたりと日々節約に努めている。温和で人当たりのよい人柄のため、仕事

の手順の分からない利用者に丁寧に辛抱強く仕事を教えたり、困っている利用者を手助けしたり、作業所内では頼りになる存在となりつつある。

また、自分の体験を入院中の方たちに話しに出かける当会の出張講演に積極的に参加している。自分の体験談を話す事で、少しでも入院している方の手助けになりたい、同じような悩みを持っている仲間が欲しいというはっきりとした動機を持ち、それが本人の生活の張りにもなっている。今では、事前にどのような相手に講演するのかを確認したうえで話す内容を考え、どのように話を組み立てれば聴講者にとって有意義な話になるのかということまで配慮して講演をしている。

仕事のない休日は家でゆっくりと好きな音楽を聴いたり、料理を楽しんだり、コーヒーを飲んだりと過ごす事が多い。しかし、一人の時間を持て余したり、友人の誘いを断われず振り回されたりと、休日に一人で考え込んでしまい、不安感が募ることもあるようだ。そのようなことから、勧誘等の断り方を SST で練習し、コミュニケーション技術を身につけたことで、実際に勧誘を断ることができ、作業所のプログラムを自分の生活に役立てている。週 2 回のグループホームの夕食会参加も楽しみにしており、作業所以外の居場所確保として単身生活での寂しさの軽減に一役買っている。はじめは退院することにとまどっていたが、いまでは地域生活を楽しんでおり、再入院しないように自分でも気をつけて毎日を過ごしている。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1)退院しようと思ったきっかけ

退院に対してはかなり消極的であった。外出も自由にできるので友達に会いに行くこともできるし、自炊しなくても病棟で 3 食出るし、単身生活への不安から入院したままで充分であるという気持ちがかかなり強かった。作業所にも主治医や病院 PSW の勧められるまま断れずに通所を開始した。しかし、通所を継続している中で徐々に作業所が本人の居場所になっていき、周囲の体験通所者が退院するのを間近で見ていくうちに、退院へと気持ちの整理がついていった。また、1 日の作業の終わりに「働いた」と言う充実感が本人の気持ちに変化を与えていったと思われる。

(2)退院するまでの意識の変化

入院中から作業場通所をしたことで、退院しても作業所のスタッフが相談に

乗ってくれるという安心感が生まれたようだ。また、アパートへの外泊を繰り返すうちに単身生活への自信が付いていき、徐々に退院へ前向きな気持ちへ変化していったようだ。

(3)退院後の生活のポイント

退院後も定期的に病院 PSW との面接を行い、金銭面や制度面で支援を受けている。1人での時間を楽しむ一方で、勧誘や友人の誘いを断りきれず、その都度調子を崩している。特に週末、祝日の過ごし方は課題と本人も話している。そのため、生活リズムの軸となる作業所は本人の中で大きな存在となっており、またそこで出会う仲間をととても大切に思っている。旅行委員等イベントにも積極的に参加し楽しんでいる。

2. 医療機関の取り組み

C 病院の PSW が深く関わり、入院中から退院後の外来まで継続的な生活支援や相談を行っている。特に金銭管理は退院後も病院に通帳を預け、病院 PSW と計画をして管理する等生活面でも大きな支えとなっている。本人にとっても C 病院の PSW の存在は大きく、週 1 回の外来時には必ず病院 PSW と話し、相談事があるときは時間を取ってもらっている。また、定期的に作業所スタッフと近況報告をし合い、連携も取っている。

3. 施設の取り組み

病院との関係が強いケースだったため、常に病院 PSW と連絡を取り合い、通所日数やグループホームの夕食会参加など提案できるものを多く提示していった。さらに何度か本人を交えての話し合いの場を持ち、作業所と病院と連携を強めた。退院してからは、これまで頻繁に入退院を繰り返していたため、再入院しないことを目標に支援を行っていくことになった。新聞の勧誘や浄水器の勧誘、友人からの誘いを断ることがうまくできず、本人が不安感を募らせて調子を崩すことが多かったため、SST で断り方の練習に取り組むことを本人に提案した。その後 SST での練習の成果もあり、実際に自宅に勧誘がきた時にきちんと断れた体験をし、自信がついたようである。また、将来的な生活費をととても心配しており、予定外の出費があると「自分は生活保護を受けられる対象になれるか」「もし生活保護を受けられなかったら、生活ができない。」「今の貯金で何年ぐらい生活できるのだろうか」と、自分の将来への不安感が強くなる。そのような時は、本人と一緒に話を順番に整理していき、来るべき時が来たら病院 PSW と作業所スタッフと連携をとって対応するとその都度伝えている。

4. コーディネーターの役割

主治医の強い勧めと本人にとって信頼できる病院 PSW のサポートにより、当会とつながった。また、病院 PSW の強い働きかけと作業所スタッフとの連携が上手く作用したため、退院へと結びついた。退院後も作業所スタッフが生活上の相談に乗り、本人と病院 PSW に対して、根気強く安心材料を提示しつづけた。

5. ピアサポーターの役割

本人は、「アパートでの単身生活は静寂で孤独だったが、病院の友人が遊びにきてくれたことで、とても不安が減った。一緒に色々な話をして、頭の中が整理されました」といい、仲間の存在の大切さを語っている。現在では、「自分の体験を、一人でも多くの同じ悩みを抱える仲間に伝えたい」と、自ら積極的に手を挙げて様々な場所に出向き、自分の体験談を話す出張講演に参加している。本人自身がピアサポーターの役割を果たしているのである。

6. 保証人

書類上は叔父（長弟）が保証人になっているが、現在では行き来や連絡等のつながりはない。

7. 不動産屋・大家

当会の作業所に通い始めた後本人が契約していたアパートに退院し、現在もそのアパートで単身生活をしている。C 病院退院者が数名入居しているアパートであったこと、本人の貯蓄がかなりあったこと等から、入居はスムーズで双方の合意は得やすかったという。

事例 I

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1)属性 男性・27歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生育歴 某県にて2人同胞第2子として出生。本人が中学2年のとき母親が他界し、姉が発病する。2浪の末に大学に入学し、東京にて単身生活を開始する。平成14年（大学3年次）頃より、言動がまとまらなくなり、歯の治療にこだわったり、父が連絡をしても電話に応答しなかったりという状態となった。平成15年2月に心配した叔母が訪問したところ、部屋の中の鏡をタオルなどで覆って生活していた。また、家族に対して被害妄想がみられ、言動もまとまらない状態であったため父が上京。アパートにてまったく動かない本人を発見し、救急要請したところ、突然暴れだしたため、医療保護入院となった。平成15年2月から平成17年9月の間入院になり、通学していた大学も休学となる。
- (4)家族状況 某県にて祖母（87歳）、父（66歳）在住。
現在は2人とも年金で生活をしている。父親は毎月1回のペースで本人の様子を見に上京してくる。
祖母...背骨を骨折したことで、入退院を繰り返している。
父.....祖母の面倒を見ている。本人に対しても協力的。
姉.....東京在住。外来通院しながら単身アルバイト生活。本人との関わりはあまりない。
叔母...父親の実姉であり、東京在住。本人との関係も良好。
- (5)経済状況 障害基礎年金2級、父からの仕送り
- (6)入院期間 通算約2年半

2. 退院のきっかけと経過

入院中は薬の副作用が出やすく、病状がなかなか改善せずに長期治療で経過していた。また、本人に病識があまりなく、服薬に関しても「服薬は続けなければ…」と言いながらも「薬を止めたら、本当に聞こえるのかな？」と幻聴を期待するような発言もあった。また、入院時は自殺念慮があり、薬もなかなか合わず辛かったようだ（本人談）。病棟が新棟に移り、薬も合うようになり、入

浴も週に3回になったことから、「入院もいいか」と思うようになっていた反面、1年ほどで退院できると本人は思っていた。

退院に対して父は協力的であったが、体の不自由な祖母の面倒を見ながら彼の面倒を見ることは負担が大きいと感じており、一緒に暮らすことはできないと思っていた。また、本人も地元には戻らずに東京にいたいという気持ちが強かった。薬が合ってきた頃、主治医よりデイケアを勧められる。彼がデイケアへ参加し始めた頃から病院 PSW は主治医に対して「彼をグループホームへ退院させてはどうか」と働きかけていたが、主治医は、本人が前年4月より「大学に復学したい」と希望していたこともあり、最低でも卒業するまでは病院で見守ろうと、とても慎重に考えていたようだ。そのため、退院はもちろん作業所などの通所さえもまだ先のことと考えていた。しかしその後、熱心な病院 PSW の働きかけに影響をうけ、グループホームへの退院を目標に作業所通所が可能になった。当初は作業所に通所し、すぐにグループホームに退院という計画であったが、入居できるはずであったグループホームの状況が変わり、グループホームへの退院が延期となった。本人ともよく話し合い、大学復学もあるのでこのまま入院しながらしばらくは週に2~3日作業所に通所し、大学に復学することになった。大学の授業が前期を終了する頃、病院近くのグループホームに空きができ今度こそグループホームへ退院ということで準備をしていくことになる。体験宿泊を繰り返し行い、後期授業が始まる少し前に退院ということになった。結局入院しながら大学へ復学し、作業所へ通所していた期間は9ヶ月となる。

大学復学や前期の授業については病院 PSW が対応していた。夏休みに入り後期授業が再開する前に退院をし、グループホームから通学することになった。大学とのやり取りや授業の取り方などはグループホーム世話人と一緒に行うことで「本人との関係を築いて欲しい」という病院側の意見とこちらの願いとしても上記のことを通して「関係を築きたい」と言う双方の意見が合い、後期授業再開前の退院という流れになった。

グループホームへ退院してからは、大学卒業に向けてスケジュールが厳しくなるので作業所への通所は一時中断するが、無事3月に卒業することができると、作業所への通所を再開している。現在、精神症状はほとんど見られず、作業所へ毎日通所し健康的に過ごしている。人懐っこく素直な性格のため誰からも好かれている。

3. 退院後の生活

<退院時カンファレンスで話し合われたこと>

本人は服薬の必要性をあまり感じていないので、月、水、木のナイトケア参加時、火、金のグループホーム夕食会参加時に服薬の確認を行うこととなる。服薬の必要性を感じていないことについては本人いわく、「入院に至ったのも強引に連れてこられたため、自分は病気ではないと思っていた。だから、いきなり薬を飲めといわれても素直に従うことができなかった。」と入院当初について語っている。それでも服薬するようになったのは、「服薬していないことがばれたため。一回薬を飲んだならきちんと飲み続けなければならないとは思っていた。」とも話している。入院中は、昼夜逆転の生活になっていたため、日中は作業療法や作業所など外に出かけるように働きかける。

<大学生活>

退院直後に始まった後期では 7 科目を履修しなければならなかった。主治医より、①本人の取りたい科目のゼミの教授に相談し、その後主治医に相談する。②最低週 3 日は休む。③朝早い 1 限目は授業を取らないこと、が提案されたため、この提案に従い本人は世話人と相談しながら、そしてゼミの教授とも相談をしながら授業を選択していった。選択をし終わると本人から主治医へ相談して、同意をもらう形をとった。

彼にとっての大学生活は試練の場だったようだ。苦手な朝の早起きや友人がなかなかできないことなどが「辛かった。」と話すが、本人の努力が実を結び、喜ばしいことにこの 3 月に復学した大学を無事卒業することができた。現在は毎日共同作業所に通所しながら、就労に力を入れている段階である。

<就労について>

①将来どのような方向に進みたいのか面接をし、計画を立てている。一般就労は本人にとって未知の経験であるため、病気と付き合いながら、自身の能力にあったやり甲斐の感じられる職業を見つける事が本人の当面の課題である。好奇心が旺盛で様々なものに対し興味・関心があるが、将来の方向としては、地域の図書館で本を借りてきたり、病院で新聞を読んだりすることが好きのため、書籍を扱う仕事がしたいと話す。本人の誰からも好かれる人懐っこくて素直な性格や、人と円滑な関係を築ける対人能力は、本人が一般就労を目指す上での力となる事が期待される。本人の主体性を尊重しつつ、適切な支援や時としては助言を提供する事を世話人は心掛けている。具体的にはハローワークの登録や閲覧の同行、市報や求人情報広告を読むこと、作業場のスタッフ

とも連携を取りながら役割のある作業をどんどんしてもらいなどの支援を行っている。現在は、作業所においてケーキ作りの作業に参加して、先輩メンバーから指導を受けている。

以上のように、退院後しばらくは大学卒業を目標に、本人が安定して大学生生活を送ることができるよう、世話人や作業所スタッフ、病院 PSW らが協力して支援をしてきた。前述の通り、大学卒業後は就労を見据えての作業所通所を継続している。また、普段の生活では趣味である読書を楽しみ、「生活の楽しみは本です」と本人は話し、仕事と余暇のバランスを本人なりにとっている。また、「退院したことにより取り戻したことは『自立の精神』だな。病院にいと病院のスタッフに何でも声をかけてもらって、色々やってくれたりするから生きているのではなく、『生かされている』が、グループホームでは自分で何でもやらなければならない。つまり『生きている』のだ。外はさまざまな刺激があるし、苦勞してこそ生きているという証なんだと思う」と話していた。

Ⅱ．事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化について

(1)退院しようと思ったきっかけ

入院から 1 年が経ち、主治医から病状も安定してきたとのことでデイケアを勧められ、半年ほど通うようになる。通っている途中で病院 PSW より作業所への通所を勧められ、主治医も背中を押されたといういきさつがある。本人は主治医や病院 PSW の勧めることには特に抵抗はなかったため、流れに身を任せていたら退院できたと話す。しかし、もとより入院した時から 1 年経ったら退院できると思っていたようだ。

(2)退院するまでの意識の変化

本人は 1 年で退院できると思っていたが、実際は 2 年半入院している。本人は主治医や病院 PSW の勧めに抵抗が全くなく、身を任せていたら退院できたと話す。実際は主治医や病院 PSW が本人の病状が安定してきた頃にデイケアや作業所を勧めたため、本人の意欲が高いときにタイミングよく支援をした結果だと思われる。

(3)退院後の生活のポイント

大学を 3 月で必ず卒業する事が本人の入院中からの大きな目標で、退院後もこの目標に向けて関係者が連携を取りながら具体的な計画のもとに本人と共に

取り組んでいった。ことに大学のゼミ教授がとても親身になって相談に応じてくれ、連携に対しても協力的であった。本人にとっては、こうした関係者の協力体制があり、授業のことは大学のゼミ教授、体調のことは主治医に、それら全てを含む日常のことは世話人にと、相談する相手が問題ごとに分かれていたことも体を崩すことなく無事卒業を迎えられたことにつながったと考えられる。支援する側も各役割があることで連携が取りやすかった様である。

それと、本人にとって卒業までがんばれた要因は、彼自身の信念の強さが大きいであろう。彼にとって大学の復学生活は「辛かった。」と話す。年齢も学年も離れた学生と友人関係になることの難しさや、長い通学時間や朝の早起きなどがとてもつらい要因になっていたようだ。しかし、あきらめずに卒業までたどり着けたのは、本人の努力があったからである。彼は今まで自分の人生を振り返ると最後までやり抜いたことがなく、いつも中途半端であったと話す。今回の復学は決して自分から望んだものではなかったようだが、復学を親に勧められ「自分を試すいい機会であり、人生のリセットをしよう」という思いが強く湧いてきたらしい。復学するために、今まで朝・夕・眠前とあった薬を自ら主治医に相談し、夕薬と眠前薬を一緒にしてもらおう等、自分なりに復学生活を円滑なものにするために準備をしていたようだ。大学で親しい友人がいたとは決して言いがたいが、長い通学時間にも朝早い1限の授業にも遅刻も欠席もすることなく通学し続けた成果が卒業である。卒業について現在本人がその当時を振り返ると「自分でもよく頑張っていたと思う。卒業できたときは素直に嬉しかった。苦労したからね。」と話していた。

アルバイトに関しては、本人にとって未知の経験であるため、自分自身の適性や能力を見極めながら自分にあった仕事を模索する事がまずは課題であった。世話人は本人のすぐにでもアルバイトがしたいという意向を尊重しながら、就労に向けての支援を行っていった。そのプロセスの中でハローワークの利用は、就労につながるステップでもあり、就労専門のスタッフによる助言は本人が自身の適性を判断したり就労時期などを検討する上で役に立ったようである。また、ハローワーク利用後に世話人と振り返りを行ったことも前述の検討作業に役立ったと思われる。

一方、作業所ではグループホームの世話人と連携を取りながら、①本人の体力に合わせて徐々に通所日数を増やす、②本人の慣れの度合いに合わせて適切な作業役割を増やしていく等の細やかな支援を行っていった。本人も通所を続けていく中で作業に対する意欲が高まっていったようである。そして現在は、作業所を一般就労に向けての一ステップと位置づけ、一般就労に必要な体力・気力を養う場として意欲的に作業所の活動に取り組んでいる。就労意欲が高い

事は本人のストレングスであり、本人の目標をいかに効果的に支援していくかがスタッフの今後の課題でもある。

2. 医療機関の取り組み

主治医はグループホームへ退院している患者を何人も見ていることから、当会グループホームへの退院にとっても協力的であった。主治医と病院 PSW、訪問看護とのやり取りも円滑で、本人の退院意欲を支える働きかけをしてくれた。退院後は週3回のナイトケアによる食事提供や医療機関での生活相談場の提供、訪問看護、外来治療などを通して適宜支援を継続している。

3. 施設の取り組み

入院時より作業所への通所を勧めた。しかし、本人の当面の目標は大学卒業であったため、途中より作業所通所を中断している。卒業後には通所を再開し、一般就労に向けたワンステップとして活用している。

4. コーディネーターの役割

当事例においては、病院 PSW がコーディネートを行った。コーディネーターは、事業について熟知しており、支障なく事業を進めることができていた。

5. ピアサポートの役割

本人の性格が人懐っこく素直な上、分からないことはきちんと聞ける人なので、特に年配の利用者が気にかけてくれている。

6. 保証人

父親が協力的であるため、快く引き受けてくれた。毎月1回は必ず本人の様子を見に上京してくれている。また、第2の緊急連絡先として叔母も承諾してくれた。

7. 不動産屋・大家

当会グループホームを利用したため、双方の合意は得やすかった。大家さんとの関わりは、契約だけでなく夕食会や行事に参加していただいている。また、ごみの出し方や地域で生活していくうえでのアドバイスなどもしていただいているため、地域との架け橋の役割をしてくださっている。

事例 J

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1)属性 男性・44歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 某県某市にて出生し、18歳まで某市に在住した。2人兄弟の長男である。両親は医師で裕福な家庭で育った。高校まで某市で暮らし、大学進学のため東京に上京し一人暮らしとなる。医学部に入り他大学と共同の演劇部に入ったが、演劇が忙しすぎて勉強をおろそかにした。その結果留年してしまいパニック状態に陥り、大学は休学となる。昭和58年2回目の留年となり、昭和59年4月頃より悲哀感、生きている実感がない、などの症状が出現し5月より不登校になった。同年6月より登校を再開したが、集中力低下、疲労感なども出現したため、某病院受診となる。昭和60年に3ヶ月入院し、その後は同院に通院。昭和61年には3ヶ月半、昭和62年には4ヶ月半の入院経験があり、その都度病院も変わっている。その後は状態が改善するが、大学留年が決まり昭和63年から1年間休学、その後も留年し平成4年3月に大学を中退する。しばらくは仕送りで過ごす。平成7年ごろから医学部再受験の勉強を始める。平成11年から2年間某病院に通院。通院中断後、家族への暴力が見られるようになり、上京してきた母への暴力の為、平成14年9月にB病院に措置入院となる。
- (4)家族状況 父は外科医であったが、平成15年に死亡している。母、姉は耳鼻科医を開業しており、世間体が悪いからと地元へすぐ戻ってくることに對して否定的である。ただし外泊の受け入れは良い。姉は高圧的なところがあり、本人は姉に対して意見を述べるできない。
- (5)経済状況 家族より支援されている。具体的な金額については不明だが、生活するには困らず、ある程度の余裕もある。臨時で出費がある場合は母の許可を得て、本人の口座に振り込んでもらっている。障害年金は家族より経済的に困っていないとの理由で、受給資格を調べていないが、世間体を気にされている様子。
- (6)入院期間 通算3年8ヶ月

2. 退院のきっかけと経過

入院当初より退院の希望は強く持っていた。症状も落ち着いてきて、まずは日中働ける場所を探し退院を目指すこととなる。本人も新しい生活を始めたいとの希望もあり、10月より入院先のB病院から当会の作業所であるこひつじ舎を紹介され通所を開始する。週2日午後から始め、開始した当初は緊張も強かったが、声かけを充分にして作業所に溶け込めるよう心がけた。本人もレクリエーション参加など、溶け込もうと努力している様子が伺えた。時折「頭痛がひどい」と休み、作業中も調子が良くないとの訴えはあったが、安定した通所を続けて通所日も週3日に増やしていった。SSTにも参加し、「病院でも作業所でもみんなと馴染めるようになりたい」と話し、自ら話しかけて会話を楽しめるよう努力していった。

通所を始めて半年が経った頃、主治医、病院PSW、作業所スタッフと退院に向けてのカンファレンスを行う。援護寮も考えられたが空き部屋がなく、病識が不十分なことや現実検討も不十分であるため身近に助言者がいる当会のグループホーム入居を勧めた。タイミング良くグループホームが空いていたこともあり、本人も「グループホームへ退院することは嬉しい。」と話し、そのために作業所通所を増やすことも了承する。平成17年3月より週5日午前通所となり、退院に向けて準備を進めていった。3月下旬にグループホームの下見に出かけ、3ヶ所を見学したが、「わくわくしています。ずっとB病院だったので・・・」と話され、「押入れのあるあの部屋がいいですね」ととても前向きな気持ちを持った。病院スタッフと相談し、グループホームへの体験宿泊の日程を決めていった。病院PSWから家族へ退院の旨を伝え、家族からグループホームへの外泊許可が取れたことを本人に伝えると、少しの驚きと笑顔を見せる。これからアパートで一人暮らしをすると実感してもらうために、荷物を運ぶことや書類を書くなど、できることは自分でやってもらい、市役所の手続きなど分からないことは世話人と一緒に進めていった。準備のため外泊用のふとんを購入。ふとんを購入したことで1人暮らしをするという実感がもてたようで、期待や不安も出てきてスタッフに心配事などを相談するようになった。

平成18年4月に1回目の体験宿泊を行う。翌日には体験宿泊の感想を作業所のミーティングで伝え、「暖房が効かず夜中から寒くてがたがた震えて過ごした」と予想外のことがあり戸惑ったことを語っていた。不安がありながらもとてもいい表情をしていた。5月には体験宿泊と共にグループホームの夕食会にも参加し、他のグループホーム利用者にも慣れてきて笑顔を見せる回数も増えたように思われる。その後、3回の体験宿泊を経て、平成17年6月18日に退院し、巣立ち会のグループホームへ入居となる。

3. 退院後の生活

平日はこひつじ舎に午前のみ週 4 日通所している。時々頭痛を訴えて休むことや、作業にとまどいながらも一生懸命仕事に取り組み、旅行やバーベキューなどの行事にも積極的に参加している。日常生活においては、週 2 回の夕食会に参加して同じグループホーム利用者と交流し、美味しい家庭料理をととても楽しみにしている。他にも定期的に病院からの訪問看護を利用し、身の回りの整頓、電気製品の使い方、公共料金の支払い方など生活面を中心に支援を受けて暮らしている。

お盆や年末年始には実家に帰省し、故郷のお祭りに参加して家族との交流を楽しんでいる。大好きなスポーツを観戦し、平日の時間があるときは学業に励み、医師になる目標のため今も努力している。誰からも好かれる人柄で、周りの人たちを安心させるととても貴重な存在となっている。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1)退院しようと思ったきっかけについて

医師になるという明確な目標があったことで、退院したいという意識は強かった。加えて主治医、病院 PSW からの情報提供もあり、当会のグループホームに空きがあったことや家族からの協力も得られたことが退院へタイミングよく結びついたと結果だと思う。

(2)退院するまでの意識の変化

作業所の通所日数を徐々に増やしていくことで、生活のリズムを作り対人関係にも慣れていくことができた。また周りから好かれる本人の人柄も地域で暮らしていく上でプラスに作用していった。自分で何でもできるという意識が強かったが、体験宿泊準備を進めていくうちに一人暮らしに対する期待や不安が表れてきて、周りのスタッフや利用者にも相談するようになっていった。

(3)退院後の生活のポイント

怠業に注意しなければいけないことや、ささいな事ができずに被害的になる傾向があるので、身近に助言者がいる環境が望ましいと考えられた。世話人はもちろんのこと、グループホームの仲間や作業所、病院スタッフに役所関係の手続きや生活用品の使い方を聞いてお互いに助け合って暮らしている。できない自分に対していらいらして病状悪化につながり引きこもってしまうことがあるので、作業所スタッフは適切なタイミングで声掛けや訪問を繰り返していった。

2. 医療機関の取り組み

入院時は、作業療法やレクリエーションプログラムを取り入れ、本人を刺激していった。病状が落ち着いてきてから、退院に向けて日中活動の場や住居を確保するために地域の施設と連絡を取って本人に情報提供し、退院の意欲を引き出していった。退院後は定期的に訪問看護をして、生活援助を行っている。

3. 施設の取り組み

入院時から作業所通所を支援し、生活リズムを整えることを目指した。病院や家族と連絡調整し、グループホームへの入居手続きを進めた。退院後はグループホームの夕食会参加にて、定期的な食事提供と日常生活の支援をグループホーム世話人、作業所スタッフが連携して行っている。

4. コーディネーターの役割

病院の主治医、病院 PSW が中心に働きかけを行った。医師になるという目標を持つ本人に対し、段階を踏んで目指すことを提案し、まずは通所支援を行い、作業所やグループホームスタッフと連携して退院へとつなげ、その後の安定した生活ができるよう支援していった。

5. ピアサポーターの役割

どちらかという自分から話しかけたりするのが苦手な方だが、元々持っている人柄から自然と周囲の人から好かれることが多く、他のメンバー、スタッフからも気にかけている。また、スポーツ観戦がとても好きで、自分の感想をミーティングの場で伝えたりして利用者から共感を得ている。ピアカウンセリング講座にも参加し、互いの経験や悩みを分かち合うことを学び受けた影響も大きかったようである。

6. 保証人

母親が保証人となっている。本人が元気で暮らしていることを知らせて、生活していくうえでも協力してもらえるよう相談できる関係ができている。

7. 不動産屋・大家

当会のグループホームに入居した為、大家さんと本人の直接のやり取りは少ないが、不動産屋担当者とは時々、夕食会や巣立ち会のイベントに招待したりして良き関係を築いている。

事例 K

I. 事例概要

1. 事例紹介

- (1)属性 男性・57歳
- (2)診断名 統合失調症
- (3)生活歴 都内にて8人兄弟の第6子4男として出生。中卒後、16歳頃から板金の仕事を2年した後、印刷会社で働く。19歳頃までは職場は変えているものの印刷の仕事に従事していた。昭和44年6月(20歳)に某病院に1年8ヶ月入院。退院後は印刷会社に入ったり建築土木の仕事をしたりと努力したが続かなくなり、結果としては職場を転々とすることとなった。昭和46年頃より、ぼんやりすることが多くなり、E病院に約3年入院。昭和49年頃より昭和52年頃まで某病院に入院。退院後は服薬中断し、近隣とのトラブルや家族への暴力があった。具合の悪い時は、独語・空笑もあり近所の家の玄関を木刀で叩いて近隣に殴り込みをかけることもあった。警察官と喧嘩、近隣から嫌がらせをされるために仕返しをするといったトラブルも何度もあり、留置場に入ったことも1度ではないそうである。大阪で土木工事で働いて生活をしていた時期もあったそうである。54年5月近隣住民への暴力があり警察通報の後、E病院に措置入院となった。以降平成17年8月まで26年間入院が続いた。巢立ち会作業所には、平成17年3月より通所している。
- (4)家族状況 退院の話が出てから、兄・弟に数十年ぶりに再会。退院後も兄夫婦から時々連絡が入るようになった。
- (5)経済状況 生活保護受給中
- (6)入院期間 通算33年

2. 退院のきっかけと経過

入院中はソフトボール、卓球、ゲートボールなどスポーツ大会には必ず出場し、力を発揮していた。ソフトボールではピッチャーを務めチーム優勝を果たし、よい思い出が残っているなど、当時は入院生活に特に不満は無かったそうである。20年前に一度、掃除の仕事の応募をしたが、結果の連絡は入らなかったとの事である。本人自身あまり働きたくなかったのもあるが、仕事はできな

いと思い、就職はあきらめた。退院したいとも思わなかった。家に帰っても働けなければ、また入院になり、迷惑をかけることになる。それが嫌だったそうである。2年前、病状が落ち着いているとの理由で、現在の主治医に変わった。その後、主治医より「退院したいですか？」と聞かれ「したいです。」と答えた。病院では対人関係で嫌なこともあり、退院したいと思うようになっていた。ただ、一人暮らしができるかといった不安はあったと言う。病院 PSW の紹介により平成 17 年 2 月巣立ち会を見学、同年 3 月より作業所へ体験通所を開始する。作業所に来る前は何をやる所かも分からず不安だったが、実際に通ってみて不安は無くなったとのことである。作業所通所と同時に、援護寮の体験宿泊に登録し、平成 17 年 4 月末より数回利用している。約 4 ヶ月、安定して作業所への通所が続いたころ、巣立ち会グループホームの居室を増やすことができ、本人へ具体的に「グループホームへの退院はどうか」といった提案をすることが可能となった。本人も乗り気でグループホームへ退院したいとの希望があった。

本人の気持ちは決まっていたが、生活保護を受けているという点で一つ問題があった。グループホームが C 市にあり、今まで生活保護を受けている某市と異なっていた（C 市のグループホームに入ると C 市から生活保護を受けることになる）。さらに某市にある病院に 26 年入院している状況があった。C 市から「巣立ち会のグループホーム(C 市)への退院ではなく、長年入院していた某市のグループホームを探して退院するように」との指摘が入った。そのことで病院の所在地である某市のグループホームも検討する事となった。しかし、某市のグループホームは全く空きがなく、いつ頃入居できるかも見通しが見えないという状況だった。その状況を C 市に説明していった所、C 市で生活保護を受け入れてもらえることとなり、巣立ち会のグループホームに入居する方向となった。平成 17 年 8 月退院となっている。退院後、本人より「退院して良かったです。入院生活は自由がないから、もう入院はしたくない」といった発言が頻繁にある。

3. 退院後の生活

退院直後、金銭面での不安から、週末に一人で E 病院に荷物をまとめて行き「入院させてほしい」と申し出たが、看護師に説得され外来のみで帰ってきたというエピソードがあった。その後も、「病院の近くに住む女性（後にテレビタレントだと分かったと本人談）が銀行について来て、通帳やカードの番号も見ている」と訴えがあったり、市役所で銀行の通帳とカードをビリビリに破いたりしたことがあった。他にも、「居室の前の駐車場に若い男女が集まってきて座っている、塀の向こうにいたが諦めて帰っていった」「自宅のドアをガチャガチ

ャされる」「コンビニから知らない近所の小学生が自分のお金を取ってやると付けてきたので気持ち悪く、途中で撒いた」「他の入居利用者が交流室の中をいたずらして、バイクで走って逃げた」等の訴えは頻繁にあった。話を傾聴し、公共料金の支払い方法など具体的に心配な点については、一つ一つ説明し、思い過ごしと思われる内容については、気のせいだと思われることを伝え、生活に直接害のないことはできるだけ気にしないように伝えていった。本人自身生活の中で工夫し、押入れもすべてセロハンテープで開かないように貼り、開けるたびに貼り直しているなど、気になるところは自分で対応して暮らしている。

上記のような相談はたびたびあったが、作業所には週3日で安定して通所し、夕食会もすべて出席している。他の利用者ともトラブルになることはない。新規の入居者には生活面で自分が知っていることや、グループホームのルールなどを優しく丁寧に教えてあげるなど、面倒見も良い。「自分は何もできなかったから」と謙虚で他の人を敬う気持ちも強い。妄想に左右されることも無く、落ち着いて生活をしている。退院後1年経った頃には、思い過ごしと思われる相談の頻度も、かなり少なくなっている。入院中は一人になれる時間が外出中だけだったが、退院したことで自分の部屋で、ゆったり一人で過ごすことができるようになったことが嬉しいとの事である。外出して出かけることは入院中と変わらず今もできるが、平日は仕事をして休みの日は出かけるというメリハリができた。知らない街にも一人で出かけ、道がわからないと人に聞いて行動範囲を広げている。美味しいものを食べ歩きするのも楽しみになったとのこと。

II. 事例分析

1. 本人・周囲の意識の変化

(1) 退院しようと思ったきっかけについて

主治医からの声かけがあり、本人にその気があるうちに、具体的に作業所に通う場を設定したことで、本人が段階を踏んで自信を付けていった。退院のイメージを付けていくことで、退院意欲も高まったようだ。

(2) 退院するまでの意識の変化

入院生活は、本人にとって充実した面も多くあった。スポーツ大会での活躍や、実習生との会話などさまざまな思い出がある。退院したいと思うこともあったようだが、実際に退院することへの恐れがあったようで、実現するには至らなかったようである。作業所への通所を通して、先に退院した利用者からの

話を聞いたり、実際に居室を見学したりすることで、退院後の生活が具体的に見え、更に意欲が高まったようである。

(3) 退院後の生活のポイント

時折、自分なりの方法を強く主張されることもあるが、他の利用者が具合の悪い時に果物を持って部屋を訪ねるなど優しい心遣いがあり、グループホームの利用者とも良い関係を保っている。仲間が近くに住むことで、安心感もあるようだ。新入居者への説明や心配りもある。心配なことは、主治医、訪問看護師、作業所スタッフ、グループホーム世話人などにすぐに話をし、溜め込まず本人なりに早めに解決する努力をしている。また、休日には散歩に行ったり、ショッピングに出かけたりするなど、余暇も楽しんでいる。

2. 医療機関の取り組み

E 病院では、長期入院の患者さんの退院を支援する試みを始め、先に数名の退院予定者が決まったところだった。病院では家族と全く疎遠の状態が長年続いてきたため、家族の連絡先を確認するところから始めなければならなかった。そのため本人が退院したいと主治医に言ってから、実際に作業所に紹介されるまで、時間を要したようである。固定した妄想（今は無いと主治医から言われていると本人談）があった為『退院して生活を送ることができるのか』という点を主治医も看護師も PSW もかなり心配していた。しかし、実際にやってみないと本当にできないのか分からないという所で病院内において話し合いが持たれ、作業所への体験通所にこぎつけたとの事である。

体験通所中には病院の PSW より頻繁に連絡があった。その為、本人の様子や気になる点など話をする機会は多かった。大きく調子を崩すことのない時も近況などの話をする事も多かった。また、大きい額のお金を持った生活をしていなかったため、小遣いを 2 週間、1 ヶ月単位で渡すなど、可能な限り退院後を想定したプログラムを病棟で検討してもらえた。服薬についても、自己管理で行うように働きかけをしてもらえた。

3. 施設の取り組み

(1) 週 2 回の夕食会

一人の時は外食が多いこともあり、夕食会を大変楽しみにしている。「みんなで夕飯を食べて、まるで家族みたい」と言った発言も多く、仲間がいるのが嬉しい様子がある。

(2) 訪問

用事のあるときは本人から声が掛かり、その都度訪問しているが、徐々に回数は減ってきている。公共料金の支払いなど、金銭面については時々混乱するようで、その都度確認、領収書の整理などを手伝っている。

(3) 同行

役所への同行（生活保護移管手続き）や携帯電話の契約など、金銭的なことが絡む時に同行を求められることが多く、その際には同行した。場所や方法を伝えると一人で対処されるため、同行を求められた際に援助を行った。

(4) 行事

入院している頃は、外に出る機会がスポーツや遠足、院内散歩だったため、大勢で行動するのは好きだったが、退院後は自分で自由に外出できるため、大勢で出かける作業所のレクリエーションはほとんど参加しない。しかしグループホームで行う誕生会や少人数での初もうで、外食には参加するなど、上手に自分にあった行事の活用をしている。

4. コーディネーターの役割

病院の PSW がコーディネーターとなっている。本人が「退院したい」という気持ちのあるうちに家族との関係調整を行い、作業所を紹介し体験通所に結びつけるといったように、病院の PSW が良いタイミングで橋渡しをしているのがポイントだったようだ。グループホームへの入所が決まってからは、グループホーム世話人が具体的支援を引き継いで行っている。

5. ピアサポートの役割

入居時に他の入居者が引っ越しの手伝いをしてくれたのをとても喜んでいた。他の入居者とは、作業所でも顔を合わせ、また夕食会では世間話も含めて情報交換や相談のできる環境があり、本人も安心できるようである。新しい入居者には、相手の分からないことを丁寧に教えており、「何かしてあげたい」という気持ちから、他の利用者に教えてあげることが嬉しく、自信に繋がっているようである。

6. 保証人

数十年間に渡って疎遠だった兄が保証人になってくれた。兄弟なのに、何もできないと言いつつ、引っ越しの手伝いもしてくれた。

7. 不動産屋・大家について

退院時はグループホームへの入居だったため、本人との直接的なやり取りはなかった。入居後、不動産屋に住民票を提出する際に、不動産屋の担当に挨拶に行っている。本人は、大家さんへの挨拶もしたいと希望されていたが、大家さんの住まいが遠く、ご高齢ということもあり、挨拶はできなかった。

5. 事例分析

11 事例の事例分析と、事前に行なったインタビューから得られた知見を以下にまとめる。

1) 退院阻害要因

① 本人の問題（病状）

11 事例のうち 2 事例は、退院後も明らかな陽性症状が認められ、また別の 2 事例は退院後に精神症状が疑われるような時期が見られた。しかし、全事例が現在も当会を利用し地域での生活を続けている。このことから、病状は大きな退院阻害要因にはならないものと考えられた。

妄想などの陽性症状が安定しないうちは、病院内では積極的には退院の話が進められないものである。しかし、上述の 2 事例が実際に退院して地域での生活を営む中で、それらの陽性症状が原因で地域生活に支障をきたすようなことは、今のところみられていない。たとえば固定した妄想や強迫観念などにより確認行動があったとしても、それによって当事者自身の生活には多少の制約が生じているかもしれないが、地域住民が迷惑を被るような事はめったに生じない。それならば、退院できない要因とみなすような問題ではない、と我々は考えている。

② 本人の問題（身体合併症）

これまで病状と言うと、精神症状が退院阻害要因として論じられることが多かったが、長期入院者の退院を阻む病状は、糖尿病などの内科的な問題が主であった。これらは、長期入院により患者が高齢になることで生じてくる、二次的な退院阻害要因であるといえる。

③ 本人の問題（意欲）

「本人の意欲の問題」は、退院のタイミングの問題であると考えられた。本来は「本人の問題」ではなく、医療側の働きかけの問題としても考えられるものであった。精神障害による入院の多くは、本人が納得しての任意入院ではない場合が多い。従って、入院直後は退院を強く望んでいるものである。しかし、当然ながら直ぐに退院できるというものではない。海外では、入院は危機介入のみの 4 日程度というのが定着しているようであるが、現在の日本では無理な状況である。入院が長引くにつれて、当事者は入院生活を日常

生活と捉え、従順になっていく。自らの環境を心地良いものにするための適応的な対処ともいえるものであろう。次第に、病院を居心地の良いものと感じ、退院したくないとさえ思うようになっていくのである。

一方、医療サイドは、退院は症状が治まってからと考え、なかなか退院に向けて動き出さない。そして、医療サイドの基準で病態に関して退院が考えられる状態に落ち着く頃には、患者にとっては入院生活が日常となり、退院の意欲は失われている状態なのである。さらに、退院意欲の低下だけでなく、長期間地域と離れて生活していたことにより、地域へ戻ることに對し多くの不安を抱くようにさえなっている。加えて、入院時とは逆に、退院に際しては本人の意欲が尊重されている。しかし、上述のように症状が落ち着き医療の必要性が低くなると、退院意欲は失われており、退院に向けて進むことができない状況ができ上がってしまうのである。つまり、「本人の意欲の問題」とは、退院意欲が失われてしまう状況に置かれている、ということであるともいえる。これも、長期入院者の大きな退院阻害要因であった。

また、事例の中に、退院意欲があったにもかかわらず、病院スタッフにはその意志が伝わっていなかった人がいた。多くの人は納得のいかない不本意な入院を強いられ、入院生活においては受身的になることが多い。そのような中で入院生活を続けるうちに、「退院の意志を示せない」状況が生じているものとする。退院は自分で表明するものではないと考える人も多いであろう。積極的な働きかけの必要性を強く感じる。

④ 家族の問題

家族の問題の一つは、退院先につながる問題である。家族が扶養しなければいけないという価値観はいまだ根強いものであるが、入院が長期になればなるほど本人も家族も高齢化し、両親が亡くなる場合も少なくない。兄弟がいても各々独立した家族の生活があり、受入れができないという状況は想像に難くないであろう。家族が扶養するのは困難となり、結果として退院先がないという状況に陥り、入院生活が継続されてしまう。これが、長期入院者は退院が困難である、という結論になってしまっていたものと考えられる。したがって、長期入院者の退院阻害要因の大きなものとして、帰る家がない、ということが考えられる。

このような問題に、巢立ち会では住居提供、保証人制度を含めた住居支援を行い対処してきている。しかし、それでも家族の反対により退院が進められてこなかった場合が少なくない。その原因としては、家族の当事者に対する過小評価が考えられる。

反対する理由の多くは、単身生活は無理であるという判断によるものであった。就労経験が無いことや、単身生活の経験が無いこと、何年も入院生活をしてきたことから、そのように考えるのは、当然のことであろう。しかし、家族から何もできないと思われていた人が、家事や通所施設での作業など、何の問題なくこなされることも少なくない。

多くの場合は、巢立ち会のスタッフが家族と直接会い、支援体制を説明することにより同意を得て、さらには協力体制を組めるようになる。これらのことから、家族が不安を抱くその背景には、退院した後に生じるかもしれない種々の問題に対して全て家族が対処していかなければならない、という負担感があるのではないかと考えられる。こういった家族の抱える心理的な負担や実際の負担を引き取るような支援が求められているといえる。

また、家族が心配していることの一つ一つは、生活上の細かな問題であり、実際に援助を必要とされる人も多い。地域生活を支えるには、生活に即したきめ細やかで寄り添うような支援が必要であると考えられる。

⑤ 医療の問題

医療関係者が当事者を過小評価して過保護になり、入院が長引くという問題に加え、退院準備の考え方を変えていく必要性が考えられた。

医療の主な目的は、症状の緩和である。しかし、症状が落ち着くだけでは、地域での生活が可能になるわけではない。入院治療は病状によっては必要不可欠なものではあるが、社会生活を経験する機会を奪うことでもある。特に長期入院では、社会生活という側面から見れば、個人の人生の中に大きな空白を生むことになる。また、たとえ数ヶ月の入院であっても、その間に失うものは少なくない。実際に、多くの人が退院に際してとまどいをみせる。最初に立ち足るのには諸手続きなどの事務的な事柄や、アパートの確保であり、退院してからは銀行 ATM の使い方やゴミの分別の仕方などの生活上の問題でつまづきそうになる。これまでも、病院 OT プログラムで種々の訓練が行なわれ、退院促進事業により、かなり充実してきてはいる。しかし、「いきなり退院しろと言われて見捨てられるような気がした」というのが、当事者の声であった。

ある事例では、退院の話が出た時に「一人では不動産屋に行けない」・「自分でアパートを探すことなど無理」であるので、「不安で、不安で仕方なかった」・「病院から放り出される」・「ホームレスになるしかない」と思ったと語っている。なお、病院のスタッフに相談してもアパート探しについては「不動産屋に行けばよい」、生活用品の購入については「どこにでも売っている」

と言うだけで、具体的な対応は望めなかったとのことであった。退院前にこのような不安が募っていた人も、実際の退院時には、巣立ち会の所有するグループホームに入居し、すでに退院した利用者や巣立ち会スタッフが随時対応することにより、不安を解消しながら社会生活を送っている。本人は、「とても退院なんてできない」と思っていたと話し、入院生活と地域生活がとてもかけ離れたものと感じていたようであった。その間にあったものはな問題であり、しかし積み重なって大きな壁として本人に不安を感じさせ、退院の前に立ちふさがっていたのである。これまで、退院阻害要因としては病状ばかりに目が向けられていたが、多くの人が実際に困難を覚えているのは、非常に瑣末な問題でもあり、少しの支援があるだけで解決できるものであるといえよう。退院に際し、細々とした問題や予測できないような問題は生じるものである。入院生活と地域生活の間にある坂道に小さなステップの階段を作るようにして一つ一つ解決していくには、生活に密着した細やかな支援が必要であるといえる。

退院に際し、当事者が求めているのは具体的な支援であり、またそれは個人によって異なるものである。一律のプログラムでは対処しきれるものではない。また、実際に退院してみなければ、その人の課題となることさえも分からないという問題もあるし、地域で生活しながら身につけていくべき課題も多い。これができるようになるまでは退院できないというのではなく、これができるようになるために退院を進めるといふ、発想の転換も必要と思われた。また、それには、当事者の抱える不安に一つ一つ対処していく、即時対応の支援が重要である。

⑥ 住居の問題

家族の問題で述べたように、長期入院者が家族のもとに戻るといふのは難しい状況にある。従って、退院先としての社会資源を充実させていくことが、必要である。しかし、現状においては社会資源が圧倒的に少なく、「退院先がない」という退院阻害要因は解決されていない。

加えて、社会復帰施設やグループホームが受身の体制であるという問題が挙げられる。地域は依頼があつて初めて機能するというのが、一般的な認識である。少ないとはいえ、受入れ可能であるのに依頼がないという場合もあるであろう。「退院先がない」という問題への対処として、社会資源が適切に機能していない、つまり需要に対して必要な供給がなされないことによって、さらに退院阻害要因を生み出しているといえる。

このような状況において、巣立ち会では住居提供を充実させると共に、積極

的なアウトリーチ活動を進めてきた。これには、病院に向けてだけでなく、地域に向けての啓発活動を行なうことも重要である。地域住民の理解を得て、地主、大家さん、不動産屋とのつながりをもつことで、常に住居提供を可能にする努力をしている。

また、入院中に自身でアパート探しをしたが、不動産屋で断られた経験がある人は決して少なくない。それ以前に、一人で不動産屋に行くことに不安を抱いている人もいる。今だ、精神障害に対する偏見や無理解は根強く、なかなか当事者のみでは対処しきれない問題であるといえる。グループホームなどの住居提供や、不動産屋への同行など、個々の必要に応じて対処していく必要がある。

2) 退院および地域生活を支えるのに必要な支援

① 本人のペースに合わせること

これまで、巣立ち会では積極的な働きかけを行なうことで、多くの成果を上げてきた。本人や医療関係者が退院に対して消極的であったとしても、背中を押すように進めてきたといえる。

しかし、今回取り上げた事例の中には、本人のペースに合わせてゆっくりと進めていくことが非常に効果的であったと考えられる事例が多い。これは、退院促進が進められてきて、医療現場が過度に慎重になっていた時期をすでに過ぎていていると考えることもできる。また、これまでの実践経験から、退院に至るまでの訓練期間として、7～8ヶ月以上は要することも分かってきている。じっくりと時間をかけて、支援を進めていくことも重要である。

② 住居

社会資源が不足している中で、住居の提供は必要不可欠である。また、退院直後の生活の場として、支援の充実したグループホームなどでの生活は、重要な意味を持っていると考える。

また、退院後に感じていることとして「退院しても、受け皿として病院がある」と述べられた人がいらした。現在の状態としては、病院の存在がご本人に「安心感」を与えているようである。安定した地域生活を送るまでの、過渡的段階として、グループホームなどが重要な役割を担っているといえる。

③ 生活環境の整備

退院阻害要因の医療の問題でも述べたが、退院に際し多くの人が事務手続

きや、生活上のささいな問題で不安を感じている。「電球が変えられない」・「電化製品の配線が分からない」などは、特に女性の当事者からは多く聞かれることである。巣立ち会では、グループホームのスタッフが対処するだけでなく、利用者同士での助け合いが多くみられる。同じグループホームや通所先の仲間で助け合いながら、地域生活を営んでいる。

④ 食事管理

巣立ち会ではグループホームなどの住居提供を行なっていることから、多くの方が退院して単身生活を営むことになる。そこで問題となるのが、食事の問題であった。入院中は、何もしなくても三食きちんとした食事を摂る事ができる。しかし、退院後は自分で用意しなければならず、また「本人の病状の問題」でも述べたように、糖尿病など食事管理を必要とされる人が少なくない。これに対し、巣立ち会では、グループホームの世話人による夕食会を週に2回設定している。栄養バランスに配慮した食事を取るというだけでなく、仲間との会食の場が、生活の楽しみの一つとなっている。

⑤ 通所先

退院前に抱いていた不安として、「通うところのないこと」を語られた人がいた。退院してもずっと家に居たら『あの人は何をやっているんだろう』と“白い目で見られる”ので」ということであった。巣立ち会では通所を条件としており、これは多くの支援者で見守りながら生活を支えていくことを目的としている。また、入院中から通所することで、少しずつ地域生活をイメージして退院への準備を整えることができるのである。

⑥ 架け橋となること

グループホームなどの住居支援が、過渡的段階としての役割を持つことは先に述べたが、何が不安というのでもなく、退院の意志が弱い人は少なくない。これは、長期の入院によって地域生活がイメージしにくくなっているからと考えられた。これから進もうとする先に、何があるのか分からない状態では、最初の一步が踏み出しにくいものである。このような人達に対し、段階的な目標を設定していくことで、少しずつ前に進んでいくような働きかけが必要であると考えられる。病院でのプログラムを終えてこれから地域に出る人達に、病院から地域への架け橋として支援を提供していく必要がある。また、「就労」を目指してはいるものの、「自分には難しいと思う」という人や、通所先での比較的短い時間での作業が「今の自分にはちょうど良い」と話され

る人が多かった。病状が落ち着いてからと言って、いきなり一般就労が可能になるわけではない。通所支援においても就労を目的とした観点から、社会復帰のための足がかりとして重要な意味を持っている。

3) 得られたこと

① 自由

多くの人が、「退院して良かった」、「もう病院に戻りたくない」と語られる。外出の自由があること、好きなものを食べたり飲んだり、好きなテレビを好きな時間に見られることなど、生活上の楽しみの中に自由を感じているようである。

「退院して『自由』、『プライバシー』、『開放感』、『人間らしさ』を得た」、「鍵を持っているということは自立しているということ」と語られた人もいた。入院中は鍵をかけられてしまうことはあっても、自分が鍵をかけることなどないのである。これらのことは、入院生活がいかに窮屈で不自由なものであったかを示すものであり、退院して初めて、入院生活の不自由さに気付くことも少なくないであろう。

② 自信：働くこと・自己評価の高まり

入院生活を「三食昼寝付き」と表現し、現在の生活を「自立している」と自身で評価し、退院して「一人で生活していく自信」を得たと話す人は多い。日常生活の営み一つ一つから、自己評価の高まりが得られているといえる。実際、入院中は食事が出てきて楽だったと語り、食事の用意を自身で行なわなければならなくなったことを煩わしいと感じている人は少なくない。しかし、楽ではなくても現在の生活が楽しいと感じているのも事実である。

また、入院中と比較して現在は「社会生活を送ることができている」、「退院して『自尊心』・『自立の精神』・『文化的な生活』」などを得たと話される人は多い。これは、通所先での作業において「働いている」と実感して自信を得ていること、通所先での人間関係の広がり、様々な交流を持ったことから感じているようである。このことは、生活保護や障害年金などによって経済上の問題がなくなったとしても働くことの意義は大きく、単に退院して地域生活を送るだけでなく社会参加をしていることが、本人の自己効力感を高める上で重要なのである。

③ 仲間

退院に消極的であった人の中には、特に女性では一人暮らしは寂しいから

という人は多い。女性にとって「一人暮らし」というものが、退院の障壁となりうる可能性も考えられる。

しかし、実際に退院して地域での生活を始めると、多くの仲間に囲まれ、楽しい、心強いと話される。一般のアパートではなく、グループホームなどで助け合いながらの半共同生活により、満足感を得ているものと思われる。また、同じグループホームや通所先の仲間を、同じ障害を持つ理解者としてつながりを深めているように感じられる。

4) 今後の課題

① 啓発活動

今回取り上げた 11 事例は、2005（平成 17）年度から 2006（平成 18）年度における退院促進支援事業の対象者である。支援を受けているという意識のない人もいないわけではないが、ほとんどが本人も事業のことを知った上で、退院が進められてきた。事例分析に際してのインタビューにおいて、巣立ち会の活動についての意見を求めると、「こんな活動をしているところがあるなんて知らなかった」といったことを語られる人が多かった。支援を必要としている人が社会資源を知らず、病院内では情報を得られにくいことを示しているといえる。

巣立ち会では、事業として受託する以前から 15 年間にわたり長期入院者の退院支援を行ない、様々な形で広報活動を行ってきたが、まだ不十分であると言わざるをえない。一番重要な長期入院の当事者に向けての啓発活動を、充実させていかなければならない。また、これまでの活動の中で多くの近隣病院と連携を取ってきたが、事業で初めて巣立ち会を知ったという医療関係者もあった。今後もさらに活動の普及を進めていく必要がある。

② 就労支援

今回取り上げた 11 事例の中には、将来的な目標として一般就労を希望する人が 4 名いた。長期に入院している比較的高齢な人の退院促進に力を注いできた結果として、最近では 20 代の対象者も増えてきており、実際に 4 名のうち 3 名は 20 歳代～30 歳代であった。今後は、退院支援におけるアフターケアとして就労支援も視野に入れ、他機関との連携を強めていく必要がある。

7. 参考資料

<参考資料1：厚生労働省のモデルとの比較>

厚生労働省の要綱概要	巣立ち会の実践
<p>①利用申し込み</p> <ul style="list-style-type: none"> 主治医・PSW等は事業の候補者を選定。 事業の趣旨、内容を本人に説明し、本人の希望を把握。 当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て主治医の意見書を添付の上申込書を自立促進支援協議会に提出する。 <p>②対象者の選定</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会は申請に基づき対象者の適否を協議する。 協議会は協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申請者に通知する <p>③支援計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会は担当する自立支援員を決定、対象者の自立支援計画を策定、協力施設への依頼等を行う。 <p>④協力施設等における訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立支援計画に基づき、協力施設等における訓練、又は日常生活を営むのに必要な活動の訓練を実施する。 自立支援員は必要に応じて訓練内容の説明・同行支援・状況確認等を行う。 訓練期間は原則として6ヶ月以内とし、必要に応じて更新する。 対象者の病状悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては、協議会が本事業の継続が困難になったと判断した場合は訓練を中止する。 <p>⑤訓練終了</p> <ul style="list-style-type: none"> 協力施設等における訓練は対象者の退院又は訓練中止により終了するものとする。 協議会は毎年度末までに運営委員会に事業実施報告を提出する。 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告を提出する。 <p>退院の場合 ・引き続き支援が必要な場合は、退院後1ヶ月に限り支援を継続することができる。</p> <p>中止の場合 ・訓練中止に至った要因を分析する。</p>	<p>①アウトリーチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ピアサポーターと職員が当事者向け出張講演をし、事業説明、関係づくり、候補者の発掘等を行う。 病院関係者への説明と協力依頼。 家族と個別面接をし、関係作り、相談・調整を行う。 <p>②動機付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 候補者・家族との個別面接による動機付け、具体的な援助計画のすり合わせ等を行う。 当事者に少しでも退院意欲が芽生えた時に、迅速に退院訓練プログラムに繋げる。 <p>③通所訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 希望があれば翌日からでも、入院先からの通所訓練を開始する。 訓練期間の期限はなく、状況に合わせて進める。 当事者によるピアサポート体制をとる。 <p>④退院準備</p> <p><住居支援> 通所が安定した段階で以下の資源を活用し、当事者にとって最適な住居を探す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 当会のグループホーム（7ヶ所） 家主や民間事業者との協力関係。 保証人のいない入居者に対する、当会の保証人制度。 <p>⑤外泊訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> 近隣の援護寮と連携し、外泊訓練を行う。 単身生活へのイメージ形成。 グループホーム食事会への参加。 <p>⑥退院後支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 期限を設けずに、退院後も同じチームがグループホーム・作業所として支援を継続する。 ピアサポーターによる細やかな見守り。 <p><具体的な支援内容> 各種社会的手続き・関係機関との連絡調整・外出支援・ゴミ出しや炊事などADL支援・服薬、金銭管理 など。</p> <p>⑦支援の終了</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院促進プログラムとしての支援が終了しても、当会の提供する通常の生活支援サービスは継続される。

社会福祉法人巣立ち会 退院促進支援事業

あなたも地域で生活してみませんか？

「一人暮らしには不安があるな・・・」
「相談できるところが欲しいな・・・」
「話せる仲間がいるといいな・・・」



そんなときには、**巣立ち会**にご相談ください！！

巣立ち会の理念

- ・ 地域で安心して生きがいをもって生活できる
- ・ 自尊心をもって生きる
- ・ 助け合える仲間がいる

具体的な目標

- 長期入院者の退院促進
- 住居の提供と維持
- 働く場の確保と継続支援
- 心身の健康の維持・向上の支援（病状管理）

退院促進の流れ

アウトリーチ
(出張活動)

退院促進事業における重要なプロセスとして、当会では外への働きかけを積極的に行っております。

主に行っている活動には、**出張講演・啓発活動・利用対象者面接**などがあります。(詳しくは次頁)

↓
インタビュー
(初回面接)

↓
退院をご希望される方とお話し、退院に向けてのご本人のお気持ちを伺いながら、具体的な計画や支援方法を相談致します。

↓
退院訓練

↓
退院に向けての訓練として、当会の通所施設に通っていただきます。退院して地域生活を送ることを目標に、概ね3ヶ月を目安として通所し、その間に起こりうる様々な不安や問題等について、共に解決していきます。

↓
住居支援

↓
通所も安定し、より具体的に退院の予定が出てきた際には、当会で住居をお探しいたします。

↓
退院準備

↓
退院と住居が決まった方には、その準備として様々な支援を行います。関係機関との調整や、地域生活に向けて必要と思われる手続きなどのお手伝いも致します。

↓
アフターケア
(退院後支援)

↓
地域での生活の中での不安、困ったことなどは、当会職員がいつでもご相談に乗ります。また必要な時には、お宅を訪問したり、通院に付き添ったり等も致します。

どこでも、いつでも相談できる体制を整えております。

アウトリーチ(出張活動)って？

当会の支援活動をより多くの方に知って頂き、そのサービスを利用して頂くために、私たちは積極的に外部に出かけて行きます。出張講演、啓発活動、病院での利用対象者面接などがその例です。

<出張講演>

退院を経て、現在地域生活をしている巣立ち会のメンバーおよびスタッフが病院の病棟に出向き、入院患者さんと病棟の職員さんに対して自己の体験談や具体的な情報についてお話しします。

出張講演では和やかな雰囲気の中で、メンバーと患者さんとの活発な質疑応答やディスカッションが交わされます。メンバーの体験談では、かつて入院していた頃に抱いていた退院への不安やためらい、退院への意欲を持つようになった経緯、退院訓練の様子、地域生活を始めた当初の苦労や喜び、現在の生活など、これまでの体験を振り返っての思いなどが語られます。客観的な情報だけでは伝えることのできない当事者の体験が生き生きと伝えられることで、入院されている患者さんにご自分と重ね合わせて、退院後の生活をより具体的にイメージすることができます。

<啓発活動>

病院と退院促進の理念や目標を共有し、事業への理解と協力を得るために、当会職員の訪問による事業説明および協力依頼を積極的に行っております。

この活動では、病院内に一人、また一人と退院促進の支持者を増やしていくと共に、組織内のあらゆる方々に退院促進支援事業の周知と理解を得ることを目指しています。

具体的には、院長との個別面談、看護師やケースワーカー、OT に対するプレゼンテーション等を行っております。

<利用対象者面接>

退院の意思のある患者さんに対し、必要に応じて当会職員が病院に赴き、個別の面接を行っております。これまでの生活や病状、そして退院後の地域生活への希望などをお聞きしながら、共に退院に向けての具体的な計画を立てていきます。

インテーク(初回面接)って？

まずは病院職員の方よりご連絡を頂き、そして対象者の方、病院職員の方と当会職員で今後の具体的な計画や支援方法について相談を致します。

退院へのお気持ちがある患者さんには、今までの生活を振り返って頂き、これからどう生きたいか、夢や希望などを共に確認致します。

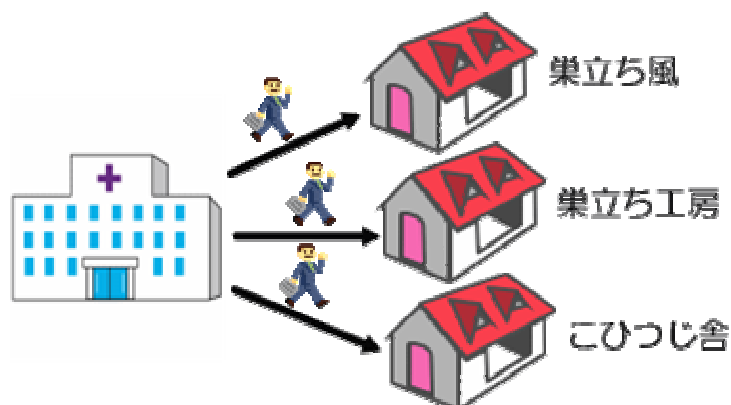
そしてそのご希望に対して、私たちがどんなお手伝いができるのかを提示し、お互いの同意の元に契約を致します。

退院訓練って？

面接を経て、退院促進事業の対象となられた方には、地域への第一歩として病院から当会の通所施設(巣立ち工房・巣立ち風・こひつじ舎)のいずれかに通って頂きます。通所先も通所開始日も、ご本人のご希望で決めて頂けます。また通所日数、時間などについてもご相談に応じます。

病院の敷地から出て、電車とバスなどの交通機関を利用して作業所へ、不安の多い、けれども新しい生活の始まりです。戸惑いや不安は当会メンバーや職員と共に解決していきながら、地域で生活するための心と身体の準備をします。

安定して通所し、そこで仲間を得ることで、自立生活への自信をつけて頂きます。



住居支援って？

通所も安定し、具体的に退院の予定が出てくると住居探しに入ります。

ご本人、ご家族、病院関係者の方々と相談しながら、場所や入居時期等を考慮し、その方に合った住まいを探していきます。また、援護寮のショートステイを利用した外泊訓練などもはじめて頂き、退院への準備を始めます。

時にはお部屋の空きがなく時間がかかることもありますが、当会職員が根気よく住居探しにあたります。



退院準備って？

お部屋も決まり退院が具体的に決まった方は、退院への準備に入ります。

まず重要なのが「服薬の自己管理」です。入院先の病院で服薬の自己管理が行えるように準備をして頂きます。

そして継続した施設通所のために、通所目的や日程の確認を再度行います。また退院後の住居見学も行います。その他、地域生活に移行する際の様々な準備を関係機関職員や当会職員と共に行っていきます。



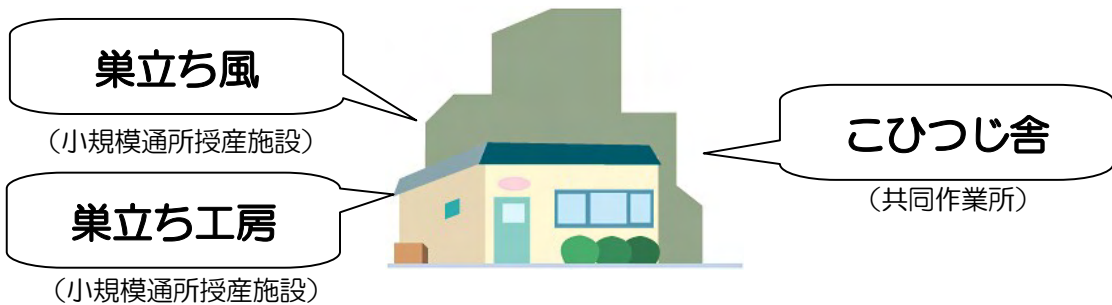
アフターケア(退院後の支援)って？

退院し、地域での生活がスタートすると日常生活の中で様々なでき事が起こります。
ゴミの分別や、食事の管理と、不慣れな点や不安なことについては、職員が随時ご相談
にのり、快適な地域生活が送れるよう、サポートしていきます。



巣立ち会の資源

<通所施設>



<居住施設>



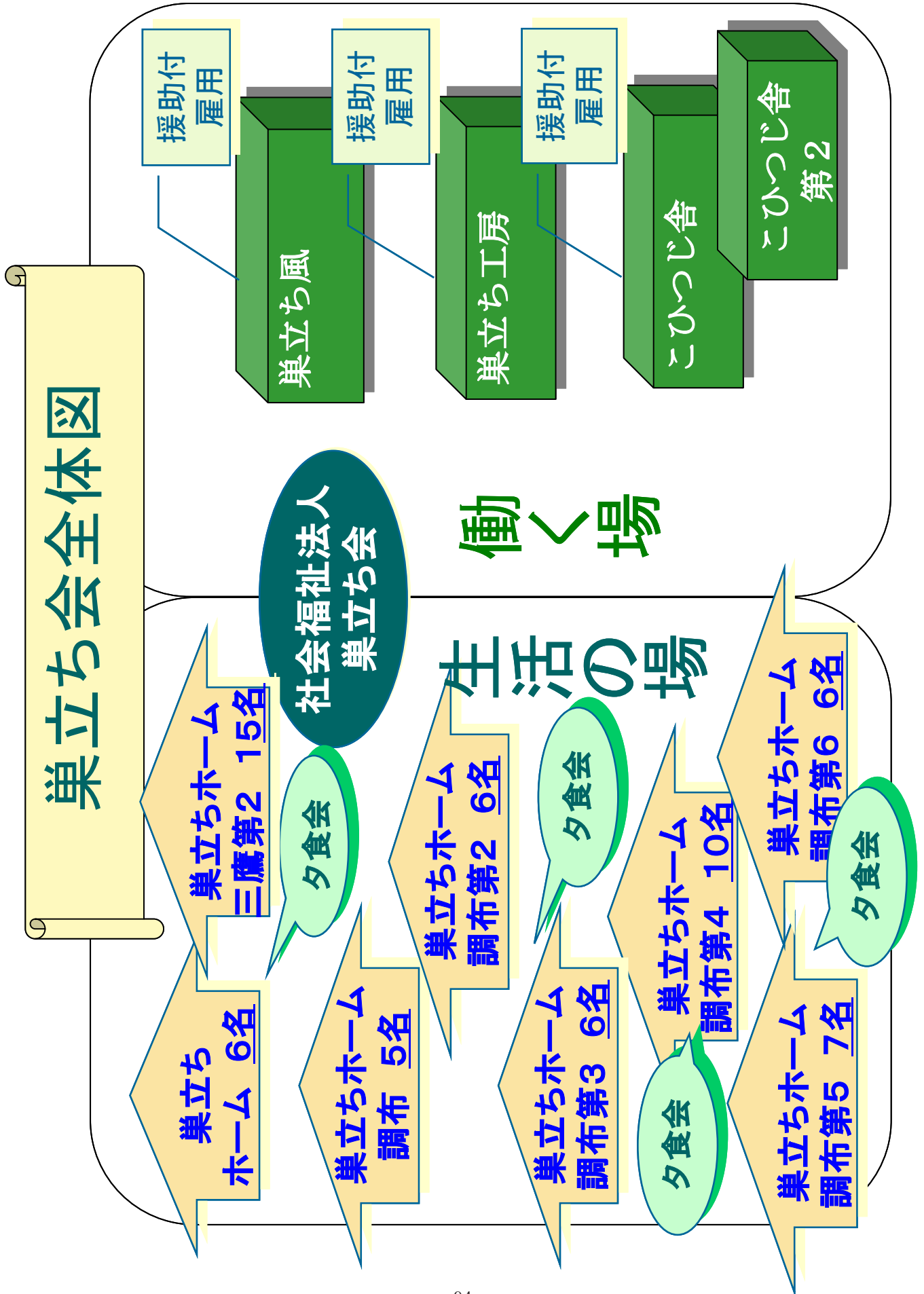
地域のネットワーク

私たちの活動する地域では、患者さんの退院促進をサポートするために、細やかなネットワークを組んでいます。

各機関と退院促進の理念や目標を共有し、退院したいという患者さんの思いを大切にしていきたいと考えております。



使用しているイラスト・素材は
 テンプレート BANK (<http://www.templatebank.com>) で提供されています



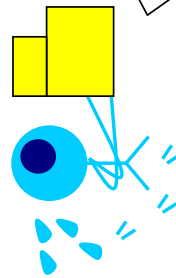
START

いよいよ待ちにまった退院です。でも、準備がたくなさうあつてどうしよう？

そのような時に、早速世話人の方が手伝えてくれました。

家族ミーティングを開いてくれたり

Dr. 本人 PSW 世話人



お返事

引越しの手伝いをしたり

住民票などの各種手続きや、水道、電気、ガスの開始届けなど...初めてのことばかりだったので、とても助かりました♪

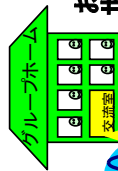
市役所

グループホームケア内容

薬について

病院では看護師さんがいたので忘れられることはなかったけど...あれ？おかしいな？いつも薬の数が合わなかったり...多かつたり、少なかつたり...どうしよう。そんな時、世話人さんに相談したら、日付を書く方法やカレンダーの利用など色々なやり方を教えてくれました。これなら僕でもできそうです！

グループホームでは



こんなことで

お世話になりました。

お金について

月末になるとお金がなくなっちゃうよ。どうしてかな？自分じゃわからなから世話人さんに相談してみよう。したら、お金を100000から週1回にしたり、お小遣い帳をつけると、またまたいろいろんなアドバイスをもらったよ。

仕事のこと

今、作業所に通っていますが、いずれは一般の仕事につきたいと思っています。社会人になるため、必要な身だしなみ、言葉づかい...etcについて、世話人さんもアドバイスをしてくれます。他のメンバーと一緒に仕事探しても良かったそうです。そのうち僕もいつかは...！

世話人

ここに書いてあるのは私達がお手伝いしている中のいくつかの例です。その他にも一人一人に合わせて、悩みの相談にのっています。職員&メンバーだけでなく、メンバー&メンバー同士でもお互いに助け合っています。

健康診断で血糖値が高いと言われたので、世話人さんに日常生活のアドバイスをもらいました。近頃の病院を教えるか、一緒にスーパーへ出てみるか、一人で暮らしても簡単な方法を考えてもらいました。

健康について

病院に入院していた時は、掃除なんて誰かがやってくれるものだと思っていた。でも一人暮らしは違ってた。自分の事は自分でやらないと。どろんどろん汚れて足の踏み場がなくなっちゃう。でも一人だと面倒くさいな。どうやって整理したらいいかわからないし...そうだ！世話人さんに相談しよう。したら一緒に手伝ってくれたよ。

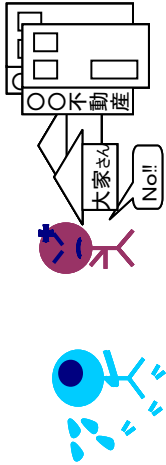
掃除など

グループホームを利用して、地域での生活に自信がつかました！卒業しても世話人さんが気軽に相談のつてくれるので、安心です。

To Be Continued

Part1

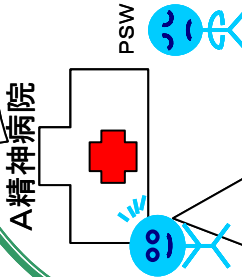
③そして、地域の不動産屋を片っ端から探し歩きましたが...



保証人もなく、障害への理解がない事から全て断られてしまいました。

今から10年以上前の話です。

①どうして精神病院には病状が落ち着いていないのに、何十年も入院している人がたくさんいるのかしら...? おかしいわっ！これが人間の生活、一生であっていいはずがないわ！



②退院を促すのもPSWの仕事だわ。とにかくアパートを探してみよう。

☆☆キラ キラ
④そのような時、☆運命の出会い!! キラ

がありました。病院の近くのある大家さんが、アパートを貸して下さいました。

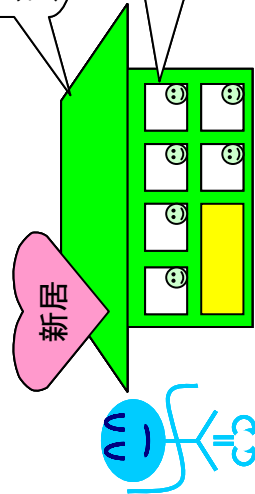


このD大家さんの一言から巣立ち会が立ち上がり、10年で約80名もの退院者を受け入れる事になったのです。

【1】巣立ちホーム(三鷹市'92年設立)

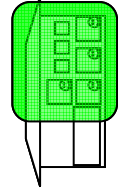
大家さんのアパートでグループホームの事業が始まりました。定員は6名ですが、続々とみなさん退院してきます。市内で2つ目のグループホームがなかなか認可されないまま同じアパートにたくさんの方が退院しました。しかしこのグループホームはお風呂もよく、建物が古く、将来的に立ち退きになるといふことで、新しい場所を探していました。ある日、メンバーが建築中のアパートに飛び込み、大家さんに頼んだところ、考えてもいい、と話を聞きにきてくれました。実際、メンバーを見てもらい、理解を得る事ができ、1棟借上げの契約をすることになりました！交流室も広く作ってもらいました。

朝起きる時間も、寝る時間も、食べ物も...全部自分で決められるのよ！

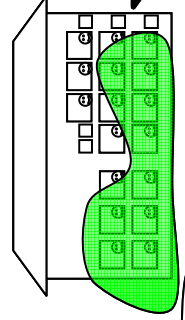


新築のお風呂つきのアパートに住めるなんて夢みたい！！これ以上欲しいものなんてないわ。

最初の巣立ちホームがあった場所では、ここを拠点として、約30名の仲間が暮らしています。グループホームメンバーの他に巣立ち会が保証人になっている人たちも多々います。



病院よりもずっと自由だわ〜！



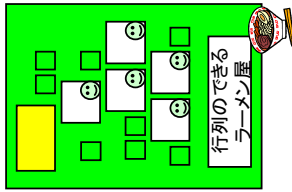
新たなスタート！
巣立ちホーム三鷹第2

築立ち会のはじまりはじまり Part2



【2】築立ちホーム調布 (調布市 '96年設立)

PSW(現 築立ち会スタッフ)は、もつとグループホームを作りたいと思い、今度は隣の市の不動産会社を歩き回りました。そこで、理解のある不動産会社さんと大家さんに出会い、マンションの中の6部屋を借りることができたのです。ここでまた何名かの人が退院して入居しました。たくさんの人を利用してもらいたいとの理由から通型をととり、現在までに7名がグループホームを卒業していききました。通型をとることにより、更にたくさんの方が退院できることになるのです。



【1】築立ち風 (三鷹市 '93年共同作業所として設立 '03年小規模授産施設となる)

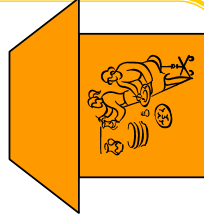
退院し、住まいという生活の幅を広げていこうという人たちの日中活動の場として共同作業所を設立しました。はじめは細々と内職の作業で工賃を得ることから始めましたが、今では通所者それぞれの目的にあった様々なプログラムを提供しています。



【II】築立ち工房

(三鷹市 '96年共同作業所として設立 '04年小規模授産施設となる)

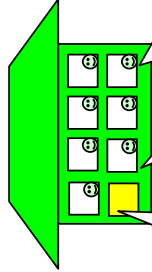
創造的な作業所があったてもよいのでは、との思いから「陶芸」ができる工房を設立しました。陶芸教室をオープンしたり、地域にひらかれた活動を展開しています。



【4】築立ちホーム調布第3

(調布市 '03年設立)

築立ちホーム調布第2の大家さんの親戚の方が、大家さんから話を聞き、アパートを建ててもよいと言ってくださいました。

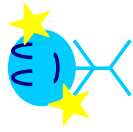


退院してよかった～☆

きれいな新築でうれしい！

何でも相談できる世話人がいて助かるわ！

お風呂に一人で入れるのが何よりです。



【3】築立ちホーム調布第2 (調布市 '98年設立)

更にもっとグループホームを作りたいと思いがちなながら歩いていました。空き地があると話をしにかけ込んでいましたが、ある空き地の大家さんにアパートを建ててもらおうとお願いをしたところ、なんとアパートを建てようと思っていたとのことでした。精神障害者に対しての偏見もなく、少しでも役に立てればと快くグループホームのためにアパートを建ててくださいました。風呂とトイレが別だったり、ガスではなく電熱器にしてもらい、とても住みやすい建物です。大家さんは夕食会にも参加し、メンバーとの交流になっています。

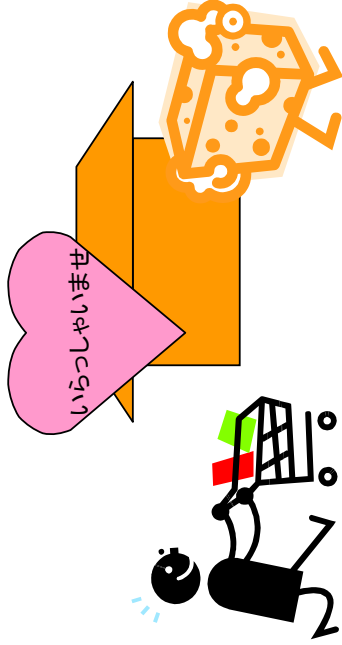


台所と部屋が広く使いやすいです。

巣立ち会のはじまりはじまり Part3

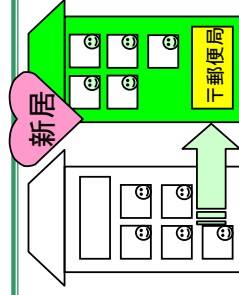
【Ⅲ】こひつじ舎（調布市'00年共同作業所として設立）

京王線柴崎駅前の商店街にせつけんのお店としてオープンしました。従来の作業所とは趣を変え、商店街の一員として地域に根ざしています。現在では利用者もどんどん増え、こひつじ舎第2として新たな場所を借り、様々なニーズに対応しています。



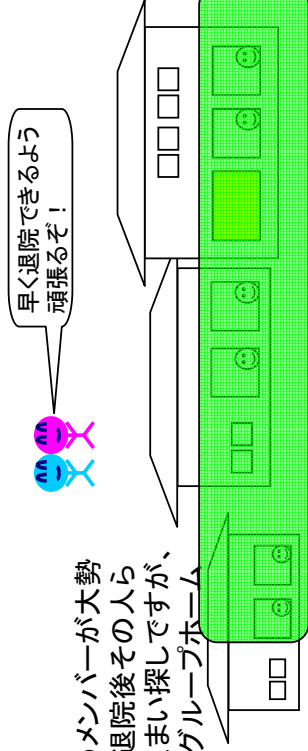
【5】巣立ちホーム調布転居（調布市'05年9月）

今のグループホームは、道路拡張のため立ち退きになるので、メンバーが必死に転居先を探して、知り合いの不動産屋さんが新しいアパートを建てる話を紹介してくれ、5つの部屋と交流室をもつ4階建ての鉄筋コンクリートのアパートになりました。1階が郵便局で、その上に部屋を作ってもらいました。



【6】巣立ちホーム調布第4（調布市'05年4月）

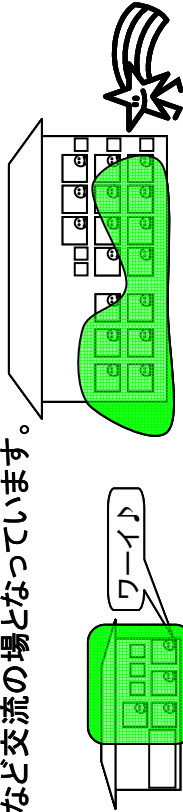
退院をして自立した生活することを目標に、入院中からこひつじ舎に通うメンバーが大勢います。退院を目的とした支援では、住まい探し为中心となります。そして、退院後その人らしい生活を送れるようなプランを一緒に考えていきます。困難なこともある住まい探しですが、その中からアパートを何棟か経営しているけれども、今空いている部屋ならグループホームに貸してもいいよという理解のある大家さんに出会いました。



巣立ち会のはじまりはじまり Part4

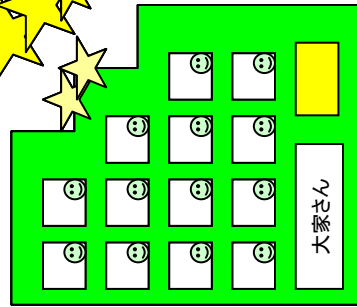
【3】巣立ちホーム三鷹第2 (三鷹市 '05年10月設立)

巣立ち会が活動を始めた頃から、空きがでると一部屋ずつ大家さんから貸していただき、今では約30名のメンバーが支えあって暮らしています。その内5部屋が認可され、続いて06'年8月には巣立ちホーム三鷹第3、三鷹第4が認可されました。07'年4月には3ヶ所のグループホームを統合して食会など交流の場となっています。



【7】巣立ちホーム調布第5・調布第6

(調布市 '06年3月)

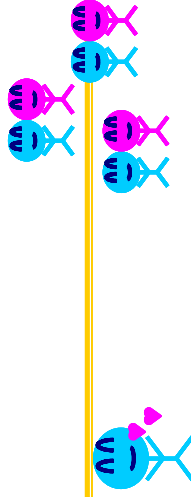


最新設備のマンションに退院できるなんて夢のよう☆

退院促進事業を始め、たくさんの人たちが巣立ち会に通い始めもともと住居が必要になりました。町中の不動産屋や知人に声をかけて探したところ、地域で民生委員をしている方が、自宅を建て直す際に福祉ホームと一緒に建設してもよいと名乗り出してくれました。大家さんは、「同じ建物を建てるなら、少しでも人に貢献することをしたい。」とおっしゃってくださり、実現した話でした。居室は13部屋あり、オートロックのすばらしいマンションです。病院に長期に入院していた人たちが続々と退院してきて、楽しい賑わいをみせています。障害者自立支援法の施行に伴い、06'年10月からは第5・第6とふたつの単位のグループホームとなりました。

【IV】ピア・サポート (三鷹市 '05年6月)

心を病む経験をした人たちが、孤立したりひきこもったりしないで済むように、地域で自立生活を援助する助け合う仲間作りをしていきたい、それがピア・サポート事業の出発点でした。ピア・カウンセリングの講座を企画したり、仲間通しの活動や発表を聞く機会ももてるようになりました。

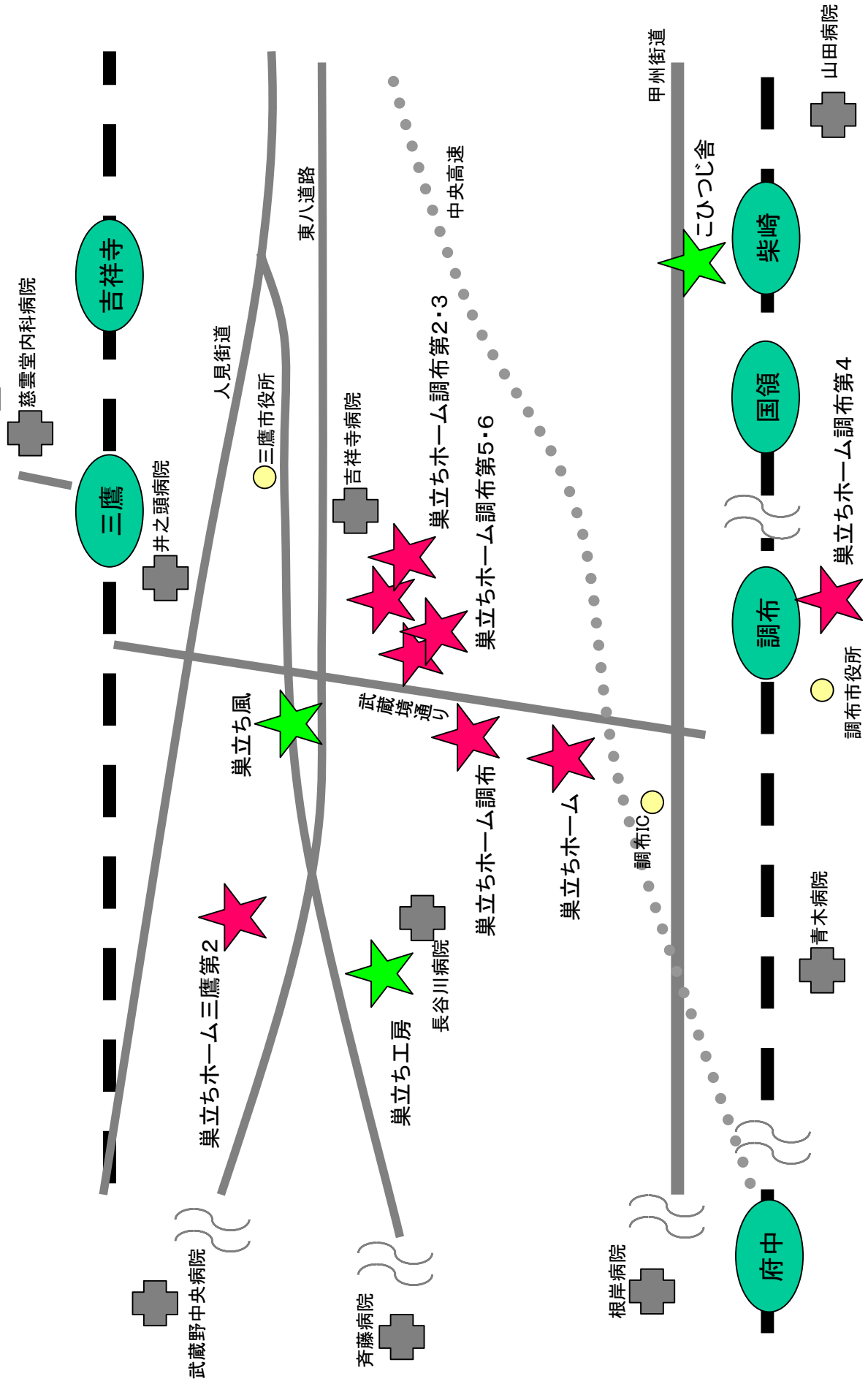


【V】退院促進事業 (東京都 '05年6月)

巣立ち会の理念は、精神障害をもった方たちが、病院ではなく地域で生きがいを持って楽しく豊かに生活していけるようになることです。その理念に沿って、病院から多くの入院患者さんを受け入れ、退院が実現するよう働く場所と住む場所を提供してきました。これが巣立ち会の退院促進事業です。この15年間で100名の人たちが巣立ち会を利用して退院してきました。



巣立ち会周辺地図



平成 18 年度

精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書

退院促進支援における事例報告書

— 住居支援を中心とした退院促進支援 —

平成 19 年 3 月発行

編集・発行 社会福祉法人 巣立ち会

東京都三鷹市野崎 2-6-6

TEL 0422-34-2761

FAX 0422-34-2761

<http://sudachikai.eco.to/>

執筆者 田尾有樹子・富田美穂・西谷麻矢・長門大介・横田桂・尾川優子・星山桂・濱井直子
勝又裕子・小引知美・会田真一・伊藤はるか・渡部茉莉子・北楯あや・渋谷綾奈
清重知子・近藤洋子

印刷 社会福祉法人 新樹会 創造印刷