

平成 19 年度
精神障害者地域移行に関するモデル事業

精神障害者退院促進支援事業における効果的なプログラム
モデル構築に関する実証的研究



社会福祉法人巣立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト

目次

はじめに	3
1章 研究の背景と目的	4
2章 調査方法	5
1. 訪問先の抽出	5
2. 類型化	6
3章 各地の退院促進支援事業	7
1. 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業	7
I-1 北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター	7
I-2 岩手県 社会福祉法人ひたかみ福祉会胆江 障害者地域活動支援センター 友とぴあ	11
I-3 埼玉県 相談支援事業所・地域活動支援センター ふれんだむ	15
I-4 東京都 地域生活支援センター サポートセンター きぬた	19
I-5 静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センター だんだん	24
I-6 三重県 社会福祉法人四季の里 地域活動支援センターHANA	29
I-7 大阪市 社会福祉法人ふれあい共生会 地域活動支援センターもくれん	33
I-8 和歌山県 やおき福祉会 紀南障害者 地域生活支援センター	36
I-9 長崎県 大村市社会福祉協議会 地域生活支援センターラム	41
I-10 沖縄県 社会福祉法人うるま市社会福祉協議会 地域活動支援センターあいあい	45
2. 医療機関・医療機関関連組織における事業	48
II-1 福島県 医療法人昨雲会 地域生活支援センター ウィズピア	48
II-2 埼玉県 社会福祉法人毛呂 地域活動支援センター のぞみ	51
I-3 山梨県 医療法人南山会 南アルプス市 地域活動支援センターきがる館	54
II-4 長野県 県立駒ヶ根病院	58
II-5 岐阜県 黒野病院	61
II-6 広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センター さ・ポート	65
3. 行政機関が実施・共働する事業	69
III-1 神奈川県 地域生活支援センター カシオペア	69

Ⅲ-2	長野県	佐久保健所	72
Ⅲ-3	大阪府	財団法人 精神障害者社会復帰促進協会	76
Ⅲ-4	香川県	医療法人三愛会地域活動支援センター はなその	79
4章	効果的なモデルの要素		82
	1.	類型別の特徴	82
	2.	人的資源	84
	3.	キーパーソンの役割	88
5章	総合考察		91
6章	まとめ		93
資料			94

はじめに

厚生労働省は平成14年12月の障害者部会精神障害分会で『受入条件を整えば退院可能』な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。又これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床の減少を見込むこと』を報告書に盛り込んだ。これを受けて「退院促進支援事業」が開始されることになったのである。この数値を明確に打ち出し、事業化していった事は今までの精神保健医療行政の中では画期的なことである。我々が長年待ち望んでいたことといえよう。

しかし残念ながらその成果は期待したようにはあがっていない。当事者や家族が望まない、医療従事者が地域生活は困難と判断する、地域に十分な支援体制が無い、精神科病院も病床が減ることで経営的な問題に発展するため退院を望まない、地域や社会の偏見があるため、地域移行が困難になっている、などさまざまな理由が考えられよう。

だが、もう成果が出ない理由を考える余裕は無い。入院者の高齢化や制限された人生をいつまでも送っている人々のことを考えると我々にはもう後が無いところまで来ているのである。先日退院促進支援のプログラムを希望されたある患者は16歳から48年入院をされていて、現在64歳、「退院などとは考えられなかった」とうなだれて述べられていた。一方、10歳から30年間入院を続けてこられた別の患者ははっきりと「退院したい」と述べられているのである。

一刻も早くこうした人々を地域に迎え入れるためには掛け声だけでは不可能である。その成果をあげるための有効なプログラムモデルが必要と考えられる。

今年度は20カ所の成果をあげている事業所を回り、担当者に直接インタビューを行って成果につながる要因を抽出しようと試みた。巢立ち会では退院促進支援の実践を行うだけでなく、より良い実践を多くの人たちができるようになることが多くの人々の地域移行につながるのだと信じている。そのための一助となることを心から願っている。

平成20年春
田尾有樹子

1 章 研究の背景と目的

精神障害者退院促進支援事業は、精神科病院に入院している精神障害をもつ人たちのうち、症状が安定し受入条件が整えば退院可能である人たちに対して活動の場を与え、退院のための訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とした事業である。精神科病院に入院している精神障害をもつ人たちのうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である人たちに対して、都道府県及び指定都市が実施主体となり、一部事業を希望する精神障害者地域生活支援センターや地域活動支援センターなどの運営主体に委託をして実施する。

本事業は、平成 14 年に公表された新障害者プラン、および平成 16 年にまとめられた精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された「条件が整えば退院可能とされる入院患者約 7 万人を 10 年以内に退院させる」目標を直接的に実現する、ほとんど唯一の政府の施策と言える。しかしながら、その取り組みは必ずしも十分ではない。まず、事業開始後 5 年が経過するにも関わらず、全国の都道府県及び指定都市のうちの約半数の団体のみが取り組んでいるに過ぎない。また事業実施団体においても事業対象者数は少なく（1団体平均 19.7 人、2005 年度）、地域移行を実現した利用者数は全国で 234 人、一団体平均 8.1 人、退院率は 41.0%に過ぎない（西谷、2005）。さらには、退院後の地域精神保健福祉体制が十分でないために、退院者の 12.9%が 6 ヶ月以内に再入院をしている（蔡、2008）。

これは退院促進支援や地域生活移行、地域定着支援に向けて、退院促進支援事業が必ずしも効果的に運用されてはいない実態を反映している。各地の事業実施団体においても、本事業の進め方について試行錯誤が繰り返されているのが現状であり、効果的な支援のあり方、効果的な援助モデルが明確にはなっていない。

これに対して社会福祉法人巣立ち会の退院促進支援事業の取り組みは、平成 17 年度より東京都の委託を受け、平成 19 年 3 月までに 67 人を支援対象にして 41 人（61.2%）の退院を実現している。対象数と退院実績では全国でもトップレベルの成果を納めている。さらには、地域移行後の地域生活支援についても、社会福祉法人巣立ち会の通所施設、住居提供施設、周辺精神科病院の訪問看護などによって提供する体制を整えている。マスコミなどで紹介されるとともに、全国各地から視察の依頼があり、退院促進支援事業の一つの効果モデルを提供していると言えよう。

平成 18 年度の研究では、巣立ち会モデルの退院促進支援事業から見た退院促進支援事業実施主体の取り組み状況を把握するとともに、退院率や再入院率などの成果との関係について実情把握調査を行った。その結果、巣立ち会の支援方法との共通点が多いところほど退院率が高いという結果が明らかになった。

しかしながら、退院促進支援事業は全国のさまざまな地域性や精神科病院との関係性の中で多様な展開を遂げている。このことから本調査研究では、巣立ち会モデルの退院促進支援事業を基盤にしつつも、それぞれの地域性や病院との関係性を考慮に入れながら、より効果の上がる退院促進支援事業のプログラム要素を明らかにし、全国で共通に実施できる効果的な退院促進支援事業の効果モデルを検討することを目的にする。そのために、平成 18 年度調査において高い退院率、再入院率の低さ、対象者数の多さという点で成果をあげている全国 20 カ所を選定し、プログラム評価理論にもとづく事例調査を実施して、退院促進支援の効果的な援助要素を探索的、事例的に明らかにする。

2章 調査方法

1) 調査先の抽出

昨年度巢立ち会では、対象者数や退院率、および地域定着率などの実績と、支援体制、支援内容について把握することを目的として、全国の退院促進支援事業の実施主体(104ヶ所)に郵送にて、プログラム理論にも基づいた調査票を作成し、実態調査を行った。

本年度は、昨年の巢立ち会における実態調査において回答がえられた実施主体から対象者数、退院率、再入院率、フィデリティ得点などを総合的に分析し、より成果が上がっていると思われるところを、20ヶ所抽出した(表-1)。

表-1

No.	類型	名称	対象者数				合計	別紙記載	退院者数	退院率	再入院率	フィデリティ総合得点	
			H15	H16	H17	H18							
						13.8	12.8	6.5	40.6	9.3	73.4	Mean	
						18.6	14.2	9.7	29.4	13.8	13.0	S.D.	
						15.7			43.5	7.9	74.7	Mean±S.D./10	
						23.1			55.3	2.4	79.9	Mean±S.D./2	
						32.4			70.0	-4.5	86.4	Mean±S.D.	
						14			40	10	74	cut off pt	
						23≦			40≦	≦10	80≦	選定基準	
1	I	帯広生活支援センター(北海道・十勝圏域)		6	2	5	13		10	76.9	20.0	77	
2	I	友とびあ(岩手県・胆江圏域)			2	5	8	6	4	66.7	0.0	70	
3	II	ウィズピア(福島県・会津圏域)		9	12	5	26	24	14	58.3	14.3	87	
4	II	駒ヶ根病院(長野県・上伊那圏域)			7	2	9		6	66.7	16.7	81	
5	III	佐久保健所(長野県・佐久圏域)	4	5	3	2	17	15	9	60.0	11.1	74	
6	I	きぬた(東京都)		3	15	10	28	10	6	60.0	16.7	81	
7	III	カシオペア(神奈川県・川崎圏域)		10	10	11	31		11	35.5	27.3	69	
8	I	ふれんだむ(埼玉県)	29	2	12	8	51		32	62.7	6.3	85	
9	II	のぞみ(埼玉県)		6	6	13	24	23	8	34.8	0.0	71	
10	I	だんだん(静岡県・西部圏域)	20	6			26		7	26.9	14.3	102	
11	II	きがる館(山梨県・西・峡北圏域)			8	8	16	15	6	40.0	0.0	81	
12	II	黒野病院(岐阜県・岐阜圏域)			6				6	100.0	16.7	78	
13	I	地域生活支援センター-HANA(三重県全域)	11	12	10		33		20	60.6	15.0	83	
14	II	もくれん(大阪市)	2	3	6	3	14		9	64.3	0.0	88	
15	III	精神障害者社会復帰促進協会(大阪府)					127					87	
16	II	紀南障害者地域生活支援センター(和歌山県・田辺・西牟婁圏域)		5	2	5	12	5	5	100.0	0.0	87	
17	II	さ・ぽーと(広島県・尾三圏域)		20	11	2	33	34	21	61.8	14.3	85	
18	III	はなぞの(香川県全域)	11	16	25	17	69		53	76.8	13.2		
19	I	ラム(長崎県・県央圏域)	5	8	4	19	36	17	12	70.6	8.3	89	
20	I	あいあい(沖縄県・中部圏域)		8	1	2	11		7	63.6	28.6	89	
		巢立ち会			41	26	67		41	61.2	9.8	110	

2) 類型化

これまで述べたように、今回の調査では、昨年度の巢立ち会の実態調査を基に退院促進支援事業を実施している実施主体から 20 ヶ所を抽出し、調査員(2~3名)が訪問調査を行い、訪問調査票(資料参照)を作成し、退院促進支援事業に関わっている関係者にインタビューを実施した。調査に関わる 6 名の職員で調査終了後、検討会を重ね、訪問調査を実施した 20 ヶ所の分類を試みた。実際に、活動内容やサービス提供組織についても、多様であったが、ここでは 3 類型に分けることとする。

I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における退院促進支援事業

事業受託に関しては、受託団体から積極的に行政への働きかけによって、受託になった経緯のところや、それまでの地域活動が認められて、それまでは退院促進支援事業を重点的には取り上げてこなかったが、行政からの働きかけによって、受託するに至った 10 団体。

II) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

事業化される前から、病院の PSW が個別支援の中で退院支援を行ってきたところや、事業化される前から、病院が社会復帰施設を設立し、入院患者の退院支援を実施していた 6 団体。

III) 行政機関が実施・共働している退院促進支援事業

上記の類型でもいずれかの形で行政職員が事業に関わることはあるかもしれないが、本類型では、行政機関が事業受託をし、事業そのものの運営や協議会および病院への積極的な介入がみられた 4 団体。

以上、20 ヶ所の訪問調査させていただいた事業実施団体を 3 類型に分けることによって、それぞれの類型における支援方法や内容および組織体制などがどのような点で異なり、またより効果をあげている要素とはどのようなものがあるかということを検討する。

3章 各地の退院促進支援事業

I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

I-1 北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター

ヒヤリング調査対象者	センター長 精神保健福祉士 三上雅丈様 十勝保健福祉事務所 保健師 白戸真奈美様 十勝保健福祉事務所 保健師 斎藤しのぶ様 ピアサポーター（当事者） 3名
圏域	十勝圏域（人口：36万人）、圏域内精神科病院：4病院
対象者数	平成16年度：6名 平成17年度：2名 平成18年度：5名
退院者数	合計：10名（退院率：76.9%、再入院率：20%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

昭和50年代前半から6カ所の病院の相談員が保健師と月1回担当者会議を行ない、保健所と病院の相談員が必ず顔をあわせることがあった。のちに医師も担当者会議に入るようになった。また、事業化される前から、元来退院後の生活支援を含め、チームでどのように支援を継続していけばよいかという検討をしていて、組織化の必要性を感じていた。事業開始前にも、特定のケースについて、複数の職員が介入して、退院後支援をしていた。

2. ゴール・ミッション

長期入院者が地域で上手く生活していくことをサポートすること

3. 入院患者へのアプローチ

対象者の選定方法は、各病院に委ねている。対象者の選定については、ほとんど主治医が決定している。病院から推薦が挙がってきたら、月に1回の自立促進支援協議会があるので、そこで決定する。担当のマネジャーが決定したら、時間をおかず病棟に連絡する。対象者の条件は、病名や入院年数については、定めていない。本人の退院希望と医師の推薦状と家族の了解を得ている。

*この時点で、病院の職員から家族の同意も得ているので、退院後の生活となる居住場所の方向性が定まる。家族への説明は、病院にお願いしている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

退院促進支援事業を開始したとき、病院の院長など管理職クラス以上の方に事業説明をし、ピア（当事者）と一緒に、病棟にもでかけていった。病棟の入院患者全員にプレゼンテーションを行った。また、個別に病棟から紹介してもらった対象者の方にも、個別に説明することもある。それ以降は、事業説明はしていない。また、保健所主催で精神保健分野の各関係者への退院促進事業の報告会で、関係者の前でピア（当事者）の方に話しをしてもらった。
*話しをする際に、退院する時のピアサポーターと一緒に姿やグループホーム（以下、GH）の前で映っている写真などの映像をとり、事業説明の際に利用している。また、ピアカウンセリングの研修会で月に1回集まって、上手く伝わる方法を検討している。

5. 退院訓練準備期間

訓練内容については、担当のマネジャーが病院に行き、主治医などと協議を行なう。具体的な訓練期間は定めていない。担当のマネジャーには、支援センターの職員以外に、保健師や地域の社会復帰施設の職員が加わる。訓練内容の計画はマネジャーが立て、協議会で検討する。その後、担当のマネジャーが対応する。ピアサポーターも参加し、外出同行などを行ない、地域資源の情報収集や支援センターで情報をもらったり、実際に住居を見に行く。GHや住居が決まったら、ひとり暮らしの準備を始める。

*訓練準備期間開始当初は、マネジャーが病棟と連絡をとり、対象者の担当看護師の勤務日に合わせて、マネジャーが病院に出向き、担当看護師にも同席してもらい、関係を作っていく。また、買物に行くとか、映画を見に行くという外出同行よりも、社会資源の見学から入ることが多い。自分がどういう所に行くのかということ、本人にも分かってもらう。支援が始まって最初の1ヶ月は週に1回はいずれかの支援者が面会にいくようにしている。

6. 居住支援

GHなどの関連住居については、空き状況については支援センターがだいたい把握している。時期によっては、市営住宅の選択肢もある。また、最初のアセスメントで家族の了解も得ているので、家族の協力がどの程度あるかによっても、自宅へ戻るのか、GHなのかということが決められる。課題としては、十勝圏域が非常に広く（車で約2時間）、帯広市以外だと社会資源が少ないので、地元を離れて、帯広周辺を退院先として選ばざる得ない事情は残っている。部屋を借りる際の保証人の問題は、事業開始時に家族にも了解を得ているので、特別に問題がでないようになっている。また、退院促進支援事業だけのためではないが、2年間の限定プログラムではあるが、体験外泊できる部屋を1部屋分の予算の確保をしている。*より多くの退院者を増やすための工夫として考えられることは、マネジャーを含めた職員のスキルアップ、ひとりひとりのニーズに合わせた地域の社会資源作り、病院がメリットを受けられる制度、地域の関係者同士のネットワークの強化などが考えられる。

7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援期間は、3ヶ月と定めている。その後の支援は、それまで支援していた支援センターや訪問看護などが継続的な関わりを行なうが、ケースによって個別対応。退院前にマネジャーが退院後のケアプランも立てているので、退院後も支援センターを利用するようであれば、センター職員とも継続してつながることになる。一方、支援センターを利用しないで退院する方へもマネジメントはしているので、利用する社会復帰施設などの調整を行う。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

帯広生活支援センター 所長

以前は協力病院のひとつでケースワーカーとして勤務経験はあるが、支援センターで勤務したときには、支援センターの機能がしっかりしていたので、病院職員とは顔を知っている程度の関係は保たれていた。自立促進支援協議会においては、コーディネーターとしての役割をしている。

「マネジャー（自立支援員）の役割」

自立支援員という名称は使っておらず、マネジャーとピアサポーターが入院患者の支援を行っている。支援センターには職員が8名配置されているが、2名がマネジャーを兼務している。退院までの支援を計画したり、支援開始時に対象者の方と面接を行ったり、病院でのカンファレンスに出席する。外出同行などはピアサポーターだけで行うときもあるし、マネジャーが中心になって行うこともある。マネジャー等が困ったときには、生活支援センター長が対応することになるが、センター長は基本的に個別支援を行っておらず、全体的統括を

行っている。

「マネジャー（自立支援員）のサポート体制」

ピアサポーターには、報告電話を密にすること。支援センター職員とはいつでも相談できるようにしている。また、マネジャーのサポート体制については、チームで支援すること。スーパービジョンの体制を組んでいる。

「ピアサポーター」

ピアサポーターの養成講座を支援センターが主催している。ピアサポーターは公募され、面接を行ない、北海道の嘱託員として、研修を1、2日行なう。委託は1年間に10人まで。対象者への支援が始まると、その日のサポーターの支援が終了した時点でマネジャーに連絡が入り、報告書を作成する。ピアサポーターの相談先は、マネジャーであったり、月1回の協議会の中でピアサポーター同士が集まり、困ったことなどを話しあう。また、直接的な支援もピアサポーター2名がペアになって行うこともある。ピアサポーターが、2週間に1回「語ろう会」を病院に行き行っている。本事業とは直接関連してないが、事業のPRをしている。また、病院によっては、心理教育やSSTも行っているようだが、本事業の流れと関連はしていない。

「自立支援協議会」

ピアサポーターと自立支援のマネジャーが協議する場でもある。構成員としては、帯広生活支援センター、帯広ケアセンター職員、精神科病院理事長や病院PSW、十勝保健福祉事務所、自立支援員を含めて、約20名で構成されている。元来、協議会の中で個別のケース検討を協議していたが、少し人数が多くなり過ぎたので、深まった議論ができなくなり、個別の相談は直接的な支援者だけに限定し、事業全体の報告は2、3ヶ月に1度、協議会の委員に参加してもらって、事業の進捗状況を報告することになった。場合によっては、協議会を病院内で行ない、事例検討会を行なうなどの工夫をしている。

「家族会・ボランティア」

家族会はあるが、退院促進支援事業の一連の流れのなかでは具体的な役割はない。ボランティア講座は、精神保健協会が年1回開催しているが、退院促進においては具体的な役割はないが、修了者の中には、地元の当事者の集まりに参加している。

「地域との連携」

対象者が日中活動する場所などの職員とは、マネジメント会議を不定期で行っているのので、施設への見学・利用をするときに、集まって会議を行なう。

「24時間対応」

24時間365日対応できるシステムは支援センターにある。支援センターの登録者には、連絡先を伝えている。必要であれば、支援計画に入れることができる。

B. 事例考察

1. ストレングス

- ・ピアサポーターを養成することによって、入院患者への支援の役割が専門職のみならず、重層的に関わることができる。
- ・ピアの役割や力を積極的に活用して、当事者同士の関係を強化する体制がくまれている。

2. 課題

ここ数年啓発活動をあまりやってこなかったのので、今後は啓発活動を再開して、新しい対

象者にアクセスすること。

3. 巣立ち会との比較

すべての対象者ではないが、当事者の方を退院支援に参画させ、当事者同士の関係が強化するように体制が組み立てられていることが、巣立ち会の支援体制に似ている。

4. コメント

退院促進支援事業に関して、ピアサポーター、マネジャー、支援センターの職員の役割が明確に分けられていた。また、地域特性でもあるかもしれないが、従来から地域施設と病院の関係で連携がとれていて、退院促進支援事業への取り組み以前から別の名称で似た活動をされていた。自立促進支援協議会のみならず、圏域を担当している「十勝圏域障害者総合支援センター」や「障害者支援センター十勝」など、重層的にケアマネジメントの技法を取り入れ、退院促進支援事業のみならず、障害者の支援への体制が見られた。

(執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、
調査日時：2007年11月28日13:00～14:40)

I-2 岩手県 社会福祉法人ひたかみ福祉会 胆江広域障害者
地域活動支援センター 友とびあ

ヒアリング 調査対象者	センター長 伊達牧子様 ほか自立支援員 1名
圏域	胆江圏域
対象者数	平成17年度：2名 平成18年度：6名
退院者数	5名（退院率：62.5%）

*昨年度の調査票の対象者数とは異なる。

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

岩手県から当センターに事業委託の話があった。岩手県では、平成15年度からモデル事業で一関にある支援センターが退院促進支援事業に取り組んでいたが、岩手県としては事業を全圏域にひろめたいとのことで、本地域が一関の隣接地区のため、連絡がとりやすいということもあって、指名され、受託することになった。

岩手県では、家族会が設立されて作業所を運営するようになり、支援センターができるまでは日常的な相談生活支援も行なっていた。家族会と関係者でNPOを設立して支援センターを立ち上げ、現在に至る。事業を受託するにあたり、地域での関係者との基盤があったので、当支援センターでも事業を受けられるかもしれないとの考えは多少あった。

2. ゴール・ミッション

社会的入院者が多いので、「退院させること」そのものはひとつの過程であって、地域で当事者が暮らしていくことを支えること、またはどのように地域に定着することができるかということを考えている。

*今後、事業そのものがどうなるかといった心配は当支援センター長としては抱えているようだったが、とりあえず「退院させること」はひとつの通過点という認識を持っていた。

3. 入院患者へのアプローチ

対象者としては、病院から推薦された方を支援している。病名・年齢の基準は設けていない。病院内で選定され、本人への説明、意向を聴いた上で、病院PSWから支援センターに連絡がはいる、本人と面接を行なう。対象者の選定については、病棟で多職種による会議で決定している。本人との面接が先の場合もあるし、退院促進自立促進協議会の会議が先の場合もある。病院PSWが同席して、事業の説明を対象者に一緒に行なう。各病院にもおいてあるが、退院促進支援事業の一連の流れが書いてあるパンフレットを見ながら説明する。家族への説明については、まず本人と話をし、ある程度できそうなら、主治医より家族へ説明してもらう。支援初期には、病院中心に家族への説明などは行なうが、必要になれば、センターとして途中で家族と会って今後の説明を行なう。また、初回に当センター長が面接を行い、意思の確認を行っている。

*選定に関しては、主に病院からの推薦が基本にあるが、これまでも病院で退院を目指して色々やってきたが、退院できなかった方が対象者となる。しかし中断者がほとんどいないということからもかなり慎重に対象者が挙がってきているのではないだろうか。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

本圏域で対象となる協力病院は、総合病院の中にある精神科と単科の精神科病院の2病院である。事業開始時、県の職員が病院へ事業説明と協力の依頼にいった。両病院とも病院内

での事業の広報・啓発は、主に PSW にお願いしている。支援センター職員が直接病棟に入っ
て、継続的に啓発活動を行う事はしていない。しかし、パンフレットなど紙の資料は両病院
に置いてある。退院促進支援事業に特化した関係者間での勉強会なども行なっていない。し
かし、圏域が狭いので、他の勉強会や研修会などで、病院職員や保健師や作業所職員とも顔
を合わせることで、顔なじみになっていて、事業をスムーズに行うきっかけになっている。自
立支援員（センター内の業務も兼務）が、協力病院で看護師として勤務経験があり、病院お
よび病棟との連携は取り易かった。

*両協力病院とも病院では、全体としてまだまだ事業の理解が少ないように思う。事業を潤
滑に行うためにも、行政とも連携をとり病院への働きかけが必要になる。

5. 退院訓練準備期間

支援が始まったら、個別支援になる。訓練準備期間は特に設定していない。本人のペース
に合わせて支援を行っている。また、週 1 回は対象者の方と曜日と時間をきめて必ず会うよ
うにしている。最初は病院の中で面接することが多いが、少しずつ一緒に外出する。本人が
希望したことはとりあえずやってもらって、できなかったことを支援員と一緒に振り返って
いる。「薬の管理、食事、金銭管理、退院先」の 4 つはどのようにしていくか、本人と常に
話し、難しい部分を支援していく。社会資源については、支援がはじまってから一度に説明
や支援を行わず、すこしずつ提供したり、説明するようにしている。本人はもちろん、家族
にも、退院後に利用する社会資源を直接見学してもらおう。家族には、最低限、年金などで賄
えない部分の経済的な協力をお願いする。

支援センターで年に数回「交流会」を開催していて、支援センターに通所している方とま
だ入院されている方（対象者）で意見交換をするような機会を設けている。

また、病院内では退院プログラムとして、所持金をある程度決めて、入院患者が外出して、
買物に行って計画通りに買物ができるかどうかを評価する「フリーショッピング」や服薬の
自己管理に向けてのプログラムを行っている。

長期間入院していた方に対しては、最初から作業所などに通所するようにするのではなく、
病院のデイケアを利用してもらうなど、地域生活の基礎を築くことを主眼にしている。退院
に際して本人出席によりケア会議を開き、退院後の支援を本人と共に話し合う機会を設けて
いる。

*支援をしていく上で注意していることとして、本人の話しをよく聞くこと、退院者の数に
あまりこだわることなく、本人のペースに合わせて支援していくということであった。また、
支援員が曜日や時間を決めて訪問することによって、対象者の意識が退院に向けて変化して
いくのではないかと感じる。退院への目安としては、「SOS を自分でだせること」「薬の自己
管理」などがある。そこで、足りないものを環境面で支えあえるよう体制（権利擁護事業、
訪問看護、支援員の訪問）などを整える。目標を示すことで、対象者が少しでも自主的に取
り組めるように工夫している。

6. 居住支援

本事業の対象者は、家族の高齢化や家族関係が複雑なことにより、家族の支援が得られに
くい。退院後も病院や支援センターが支援することを条件に、「保証人だけなら」と協力し
てくれる家族は居るが日常の交流はない。

本人が退院先を考えていく上での選択肢として、ケアホームの体験利用や、生活訓練施設
なども視野に入れられるよう、見学同行支援を行っている。圏域内の精神障害に特化したケ
アホームは 2 箇所（13 名）であり、当法人が運営し活動支援センターがバックアップして
いる。他に知的障害の GH は 20 箇所ほどあるが、精神障害の方は数人利用しているだけであ
り、絶対数が足りない。

GH を仲介してくれた不動産業者を通して、アパートを紹介して貰ったケースや GH 向けの
家屋を勧められたこともある一方で、逆に精神障害であることを理由に家主より断られたケ

ースもあり偏見の根強さを改めて知らされた。

障壁を感じつつも、家主によっては保証人の収入や年齢を問わないところもあり住宅の確保にはまだ希望が持てる。むしろ再発をどう防ぐかという視点で、地域の周辺の環境(騒音、こどもの声、近所の住人など)が選択するときの大きな課題である。

*地域性があるようで、本地域では、事業化される前から、まずご家族のところに退院するといった慣習があるようであった。本支援センターを運営している社会福祉法人以外でも、GHが本圏域(奥州市)にはあるようなので、利用しているかもしれない。

7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援としては、しばらくの間支援員が受診同行や生活支援、相談などに対応している。支援結果や生活課題などについても、病院の訪問看護や利用施設に情報提供しつないでいく。もともとは退院後も1ヶ月間支援するということがだったが、現在は半年ぐらいまで延びている。支援するケースも増えている。退院後、支援センターに登録するということがあれば、自立支援員が勤務している支援センターの職員が把握できる。訪問看護ステーションはないが、病棟や外来担当の職員やPSWが支援員とペアになって訪問している。

*自立支援員が当支援センターを運営している法人の各職員ともつながっていて、かつ病院職員とのパイプ役になっているため、退院後のコーディネーター的な役割も行っているように感じた。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長。大阪で精神保健福祉相談員、知的障害者の施設で勤務後、本圏域の精神障害者の小規模作業所で指導員を経験されていた。

「当事者の関与」

当支援センターで入院中の対象者も交えて、2ヶ月～3ヶ月に1回ミーティングを開催している。また、支援同行外出時に、支援センターを利用し、談話室で地域生活をしている仲間との交流から、学ぶことが多く刺激になっている。

「自立支援員」

病院PSWが紹介してくれた協力病院で勤務していた元看護師1名が自立支援員(非常勤)として配置されている。

「自立支援員のサポート体制」

支援センター職員会議に支援状況を報告、意見を出してもらう。また、常に協力病院PSWとの連絡を密に行うことにより、主治医からの指導も受けることができる。

「自立促進支援協議会」

自立促進支援協議会を「地域運営委員会」と称して年に3回開催している。当センターは事務局として、開催のお知らせなどを各関係者に通知している。構成員としては、クリニック院長(運営委員長)、岩手県保健福祉部担当課、圏域保健所、市町担当保健師、協力病院(主治医、PSW)、クリニックPSW、精神障害者就労支援施設、精神保健福祉ボランティアで構成されている。

「ケア会議」

月1回ケア会議を実施。対象者の担当者が集まり、病院の会議室で行なっている。支援センター、病院のPSWおよび看護師、保健師などが集まってケア会議を開催しているので、入院中の対象者の進捗状況はもちろん、退院した方の情報も話されている。

「夜間・休日対応」

通院している病院に連絡することになっている。ケアホームに入居している方も基本的にそうしているが、ケアホームの管理者の連絡先を開示しているので、連絡することはできる。

「ピアカウンセリング講座」

支援センター内のプログラムとして、年に数回「ピアカウンセリング講座」を開催している。

「家族会」

市の保健センターを会場に月1回家族懇談会が開かれている。家族の情報交換の場であるが、保健師や活動支援センター職員も参加している。これまでの作業所では、家族会が中心になって運営していたが、自立支援法の施行で作業所が法人になったため、内容は懇親会や家族教室が中心になっている。

「精神保健ボランティア」

事業の中で具体的な役割はないが、支援センターのプログラムに参加していて、メンバーのひとりとして対象者にも接してもらっている。支援センターができる前から、月1回ボランティアが中心になって憩いの場を運営している。病院のデイケア、施設の事業、市町の事業などに定期的に参加している。市および保健所で養成講座を行っている。

B. 事例考察

1. ストレngth

圏域内があまり広いところではないので、関係者同士の顔なじみが多い。

2. 課題

退院後に支援センターを利用する対象者が多く、生活支援をセンターの職員が行っている。対象者が増えていくことが予測されることから、行政（保健、福祉）など、広い支援の仕組みを作っていく必要がある。

3. 巣立ち会との比較

巣立ち会では、ほとんどの対象者が家族同居を前提に行っておらず、退院先として本地域では家族との同居が多いという点については、相違点ではないかと考える。一方、交流会を年に数回行い当事者同士のインフォーマルな関係を促進している点については、巣立ち会でも当事者同士のつながりを積極的に行っている。

4. コメント

現状としては、自立支援員が1名ということもあり、両協力病院が事業へ更に積極的に取り組んだ場合、対応できなくなってしまう恐れはある。圏域内の職員が「顔なじみ」という強みがあるが、「顔なじみ」の関係を「啓発活動」につなぐためには、さらに工夫が必要になるように感じた。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡・道明章乃、

調査日時：2007年12月19日13:00～15:30）

I-3 埼玉県 相談支援事業所・地域活動支援センターふれんだむ

ヒアリング 調査対象者	岩上様、滝川様、田中様
圏 域	宮代町、杉戸町
対 象 者 数	新規対象者数 51名、 平成 15 年度 29 名 平成 16 年度 2 名 平成 17 年度 12 名 平成 18 年度 8 名
退 院 者 数	32 名 (退院率 62.7%、再入院率 6.3%)

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

埼玉県では、大阪府に倣い平成 14 年から退院促進支援事業を開始した。県の依頼で、ふれんだむが事業を受託することとなった。

本支援センターが開所されたのは平成 13 年 6 月であり、平成 14 年 11 月に事業を受託し、支援を開始した。

平成 15 年度に、埼玉県内で退院促進支援事業を受託していたのは本支援センターだけであった。その年に 8 人が退院したものの、このままでは目標達成には時間がかかり過ぎると考え、埼玉県に対し各圏域で退院促進支援事業を始めるよう提言した。その結果、埼玉県内各地で退院促進支援事業が開始されることとなった。

*埼玉県の対象者数は、全国で最も多い。

2. ゴール・ミッション

本支援センターの設立の趣旨は、「地域の人をサポートする」ことである。退院促進支援事業に限らず、目指しているのは、必要なサービスを使える地域をつくる、暮らしやすい街をつくることで、その日の暮らしではなくその人がどう生きていくのか、「いきざま」を考えて支援している。退院促進支援事業は、退院支援が必要な人がいるから取り組んでいる。退院した人たちがその人らしく地域で暮らしてくれれば一番良いし、それを考えて支援することで暮らしやすいまちが作られるのではないかと考える。地域を第 2、第 3 の社会的入院にせず、人生の選択肢を失い、希望と夢を諦めている状況にしないことを大切にしている。

*「ふれんだむ」の理念は、CAP¹と同様「安心・自信・自由」、支援の在り方は「いのち・くらし・いきざま」に即した支援。

3. 入院患者へのアプローチ

1 年目は、モデル事業として実績をつくる必要があったために、退院が出来そうな人（平成になってから入院した人）を対象とし、2 年目以降に昭和の時代に入院した人を病院から推薦してもらっている。平成 15 年～16 年は圏域外でも協力してくれる病院も対象にしていた。現在は、隣の圏域に精神障害者を主たる対象とする相談事業所がないので、隣の圏域でも退院促進支援事業を行って、圏域内の仕組みづくりを行っている。

*病院に対しては「病院を悪者にしない」という強い考え方があり、退院促進支援事業を「やってあげる」のではなく「やらせていただく」という姿勢を大切にしている。

¹CAP (Child Assault Prevention=子どもへの暴力防止プログラム) : 「エンパワメント」・「人権意識」・「コミュニティ」の 3 つの理念を柱とする。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

病院の職員の中では、看護師の理解を求めることに重点を置いている。主治医が退院を迷うことがあっても、看護師が「先生やらせてみましょう、大丈夫です」と背中を押してくれることになり、協力体制ができてきている。

また、退院促進支援事業で退院した方の講演会を院内で行ったり、ピアサポートを導入したりしている。

*退院支援はどうすればうまくいくか、と岩上さんがふれんだむの利用者に聞いたところ、ある利用者に「岩上さんより私たちがやった方がうまくいく」と言われ、当事者の力を信じて支援の担い手になってもらっているとのことであった。

5. 退院準備訓練期間

退院を目指した支援だと、退院すると目標がなくなってしまう、退院のための退院になってしまう。大切なことは対象者が希望を持って生きていくこと、そのために退院しないと夢はかなわない、その夢を実現するにはどうしたらよいのか、封印していた希望を取り戻すためにはどうしたらよいのかを、一緒に模索する作業が必要になってくる。入院患者は、地域で生活出来ている人たちはすごい人で、入院している自分たちはダメな人間だと思いがちなので、頑張っていることが違うだけであると伝え、我慢することをやめて希望を探すように仕向けることが大切である。

入所前提でなくても、まず一人で宿泊すること、生活することを体験するのがとても大切だと実感している。体験外泊に対してあまり高いハードルは設けず、県の生活訓練施設等を利用して1泊2日のプログラムを取り入れている。

支援の方法は、個人の負担を少なくするために、集団支援（グループ活動）の後、個人支援を行っている。集団支援はプログラムの途中から参加することも可能で、また集団を作る人数が揃わないときは最初から個別支援を行っている。本支援センターの退院支援のやり方は「暮らし安心プログラム」で、半年約9回で1クールとしている。プログラムは病院内で行い、プログラム内容はもともと病院でも行っていることを本支援センターの職員が行っている。

*退院支援グループに入っているのに退院できなかったということで、対象者にダメージを受けてほしくなかった。そのために病院の職員と一緒にサポート面接をしたり、退院支援グループを中断した方のグループ活動も行ったりした。

6. 居住支援

地域内に公的保証人制度はなく、保証人協会を利用している。不動産業者は非常に協力的である。

7. 地域移行後の生活支援

退院後は1ヶ月に限らず、場合によっては長期にわたり自立支援員がサポートしているのが現実である。対象者によっては地域（市町村）の福祉担当や保健センターにつなぐ人もいる。

専門職の決めたサービスのパッケージのために、対象者に退院したら毎日が忙しい、という生活をしてほしくない。基本的にサービスをいっぱい使わせるようなことはしないし、ワンパターンの退院後支援計画も立てない。ただし、枠組みがきちんとしていないと安心できない人もいるので、そういう対象者に対してはプランを立てている。

8. サービス提供組織

基本的に過剰なサービスを使ってもらおうとは考えていない。サポートする必要がある人に対しては、他団体と連携するが、退院促進支援事業だからといって特別に他団体と連携することはしていない。

インフォーマルなものでは、家族会が3団体、精神保健ボランティアが5団体あるが、それぞれ自分たちで運営している。独自のサロンなどを行っていて活動はとても熱心である。

B. 事例考察

1. ストレngth

本支援センターは、利用者が自分の希望をかなえることがごく当たり前の環境となっている。一般就労した人は、3年間で56人であった。退院促進支援事業についても、対象者の希望と強さに焦点をあてて、「その人らしく」生きていくための支援をしているとのことであった。障害を重い軽いで判断しないことも重要な点であろう。

工夫点としては、グループワークと体験学習を取り入れた「暮らし安心プログラム」を実施していることが挙げられる。また、以下のような信念に基づいた支援を行っていることも、大きな力を生み出していると思われる。

- ・ 何のための退院支援かという理念がしっかりしていること。
- ・ 社会的入院は人権侵害であり、地域の課題であると考えていること。
- ・ 退院することが目標ではなく、その人らしく生きていくことが目標であること。
- ・ 地域が第2、第3の社会的入院と同じような選択肢のない状況になっていることに目をつむらないこと。
- ・ 退院促進支援事業は最重要課題であるが、精神障害者の総合的な支援の一つに過ぎないこと。

2. 課題

現在取り組んでいる課題として、圏域の障害者自立支援協議会のなかに、退院促進支援事業を位置づけて、県内のどこに入院していても、この地域に帰ってきたい人の退院支援および自立支援を行っている。また、新たな社会的入院を防ぐことを目的として、本支援センターは、ひきこもる精神障害者の訪問支援活動、入退院を繰り返している人の退院支援および自立支援に取り組んでいる、とのことであった。

3. 巣立ち会との比較

巣立ち会との比較に関して、本支援センターは、巣立ち会のようなシステマチックな退院支援が出来ていないので今後ぜひ取り入れたいとのことであった。しかし、巣立ち会はある程度ルールが敷かれていることで迷わなくていい人もいるだろうが、どの時点で人生の選択肢を再獲得することになるのだろうか、という疑問も提示して下さった。

多くの実施体がそうであるが、巣立ち会のように通所を条件とはしていない。また、集団支援で開始するが、その後は個別支援を進めている点も異なる点であった。メニューを用意することはないことや、パッケージでサービスを提供することはしないことなどは、ヒアリングにおいて強調されていたところであった。しかし、入院中の「暮らし安心プログラム」を、本支援センターの職員が実施している点において、巣立ち会の体験通所（入院中の方で入院している病院から巣立ち会の通所施設に通所すること）との共通点が見出せるのではないかと考える。

巣立ち会の利用で、入院中から体験通所をして退院後も同じ場所に通所される方からは、安心感がある、退院がスムーズにいくなどと語られることがある。入院中から地域の支援者が直接支援を行うことが、その方の不安を軽減し、目を地域に向けることにつながっているように感じている。入院中に本支援センター職員が行う「暮らし安心プログラム」でも、巣立ち会における体験通所と同様の効果があるのではないだろうか。

4. コメント

「休息入院は生活力をなくすので必要ない」と話されていたのが印象的であった。安直に入院を選択しないよう支援しているが、時には休息入院も必要だろうというのが、巢立ち会職員の中で概ね共通した考え方である。「必要ない」と言えるまで当事者の力を信じているところに、支援者の力を感じた。

巢立ち会での退院支援は、それ自体が選択肢の一つであり、全てのニーズに対応できるものではない。様々なスタイルの入り口を作ることは現実的ではなく、必ずしも必要であるとは思わないが、巢立ち会を利用され地域生活をされる方々に対し、多くの選択肢を用意していく必要があるであろう。

今回の20ヶ所の訪問調査結果から学ぶところは非常に多かったが、特に本支援センターの訪問では巢立ち会の課題について深く考えさせられた。

(執筆：久米知代・富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂・北楯あや

調査日時：2007年11月29日14:00～16:30)

I-4 東京都 医療法人社団風鳴会 地域生活支援センター

サポートセンターきぬた

ヒアリング 調査対象者	コーディネーター 金川洋輔様 (平成18年度までは地域生活支援センター職員の兼任であったが、平成19年度からは専任のコーディネーターである。)
圏 域	世田谷区：人口 82 万人 協力病院：平成 16、17 年度；2 病院 ：平成 18、19 年度；5 病院
対 象 者 数	新規対象者数 36 名 平成 16-17 年度(東京都退院促進モデル事業) 15 名 平成 18-19 年度(世田谷区退院促進支援事業) 21 名
退 院 者 数	平成 16-17 年度 6 名 (退院率 40.0%) 平成 18-19 年度 10 名 (退院率 47.6%、再入院率 10.0%)

*昨年度の調査票の対象者数とは異なる

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

東京都からの依頼で、平成 16 年 12 月に退院促進支援事業を受託し、本支援センターが事務局となった。平成 17 年 3 月から個別支援を開始した。平成 16 年度、17 年度は東京都のモデル事業であり、平成 18 年度、19 年度は世田谷区の事業である。

それ以前にも平成 15 年ごろから、世田谷区内の施設連絡会において退院促進や長期入院者については話題に挙がっていた。世田谷区は通所・入居施設併せると 30 以上の施設があり、地域生活支援センターも無認可を含めると当初は 5 つあった。その中で、相談支援事業やグループ活動をメインとしており、居場所としては場を提供していない本支援センターが請け負うのは、他機関と連携して進めていかなければならず課題が多かった。行政が病院や他の社会資源への事業説明を担当するという形で協力を得るようにし、支援を開始した。

退院支援自体は、事業受託前にも地域生活支援センターとして相談を受けたことはあった。

2. ゴール・ミッション

「住むところは街中でアパート暮らしがいいとは思っている。ただ、その人にとって必要であれば生活訓練施設や GH でも何でも利用すればいいとも思っている。大事なことは“そこでその人が自分らしく笑って暮らしていければよい”。」と思っている。

東京都モデル事業受託時から、「退院させたら終わり」という事業なら実施しないと伝えてきた。世田谷区の事業に移った際も、「暮らし続けることが大事で、“出しっぱなし”は退院促進ではない」との考えは区とも共通しており、その考えに基づき、区事業では半年後、1 年後の追跡調査が事業業務に含まれることとなった。

3. 入院患者へのアプローチ

協力病院の選定は行政が行ない、対象者の選定は医療チームを中心とした病院職員に任せている。支援員に対象者として挙がってくる時点で、本人の意思確認は病院側が確認していることが多かった。支援員と顔合わせをして、支援員と共に進めていくことについて再度意思確認を行い、申し込みを進める。

基本的に希望者全員を対象としているが、病院に出入りするうちに入院患者から声をかけられ、対象者となった人もいた。可能な限り何度も病院を訪問し、病院職員の理解を得て、対象者を挙げて貰っている。

これまで病院の努力で退院に至らなかったのは、地域に支える力がないから退院させら

れなかった、という実情がある。退院させたまま放っておけば、再発したり、暮らす場所を失ったりということになってしまう。しかし、そのまま入院が続き超長期入院となれば、40年経って特別養護老人ホームへ申し込むか入院し続けるしかないということにもなる。超長期入院者層だけでなく、入院期間数年の層に対しても、入院期間が10年以上にならないように、退院促進支援を行わなければならないと考えている。

当初は、お互いの連携を深める為に入院期間が1年弱～3年ぐらいの退院出来そうな方達から対象としてくれた病院もあった。また、一方で病院のフォローだけで退院できる人まで推薦すれば、病院としての責務の放棄になると、あくまで退院困難な事情がある人から選出した病院もあった。事業利用する際の病院の考え方や背景は様々である。また、事業が広域化する前で対象住民が限定されたことも背景にはある。

入院期間20年以上といった超長期入院の層でも支えきえるような退院後の生活支援の体制整備はまだ進みきってはおらず、事業でもアプローチしきれていない。その為、現在入院中の方は、入院期間1年程度までと、超長期との二極化が進んでいる。つまり、半年くらいで退院できない方は長期化する可能性が高い。入院期間3年、5、6年くらいの方達は、本事業がチャンスだろうと思うし、それで無理なら超長期入院となってしまうだろう。実際に、超長期の中でも、20年以上の方達は対象者にはなっていない。

一方、推薦書には、入院期間として半年、あるいは1年などと記載されていても、それは直近の入院の期間であり、実情とは異なるものである。データとしては明らかになってこないが、その前に20年、30年と入院し、退院後再入院して事業推薦を受けた方達もいた。それでも退院は可能であり、対象者の入院期間と支援の難しさは関係がないと思っている。たとえ入院期間が2ヶ月でも、社会的入院の実情があると実感している。

なお、対象としている疾患は、現在は統合失調症患者が中心である。今後は、人格障害なども対象となっていくだろうと考えている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

事業開始時に病院に挨拶に行っているが、広報活動が可能かどうかは病棟によるといえる。対象者を挙げて貰うために何十回も病院を訪問するうち、入院患者との関係性が出来ていくことにより、退院促進事業のことが入院患者に広まっていった、という効果もあった。各病院の訪問頻度は、週に2、3回ずつである。

病院職員に対しては、看護部の勉強会に参加していることが挙げられる。対象者を一番知っているのは看護師であるという考えから、看護師との連携をとることを目的としたものであった。それが広報活動、啓発活動につながっている側面はある。具体的には、病棟ごとの勉強会や病院研修に支援員がシンポジストとして参加し、具体例を提示して説明等を行っている。

5. 退院訓練準備期間

全て、個別支援で進めている。メニューを用意して、それに乗れるような方には、本事業の退院支援は必要ないと考えている。型に嵌めることなく、必要なものを個別に探している。未だ社会資源は多いとは言えず、決まったメニューやプログラムを提示できない、という実情もある。必要があれば、必要なサービスを適宜探してくという支援の進め方である。

一方、対象者自身は社会資源を知らず、希望がない場合も多く、情報提供が必要となる。本支援センターの紹介だけでなく、世田谷区で行っている諸施設の見学ツアーで様々な社会資源の紹介をしている。

また、支援計画は作らず、その都度本人と話し合っ決めていく。本人の居ないところで話しても意味はないという考えに基づき、本人同席で対象者がどうしたいのかを聞き、話し合うように努めている。対象者となる要件は設定していないが、服薬の自己管理は出来ることを目標に、入院中から作業療法や既存の院内プログラムを積極的に利用してもらうよう、支援を行なっている。

外泊訓練は、対象者が本当に住みたい場所で行なわなければ意味がないと考えている。体験だけを目的とした外泊訓練は殆んど行なっていない。

結果として、退院後のアフターフォローも含めると支援期間は最短で1年か1年半はかかる。対象者が日中やりたいこと、本当に住みたい場所であり笑って暮らせる場所を一緒に探すことが目的であり、目標である。

「家族支援」：家族がいる人の退院支援は、家族支援込みでの事業だと思っている。家族の反対があった場合は、支援中に支援員が家族の面接を行う場合もあり、本人の希望と家族の実情を考慮して同居か別居かをケア会議で決めたりもする。

「24時間対応」：支援員と対象者とのやりとりは、地域活動支援センターの電話ではなく携帯電話2台で行なっているが、夜間・休日帯は出られれば出ると対象者に伝え、実質的には24時間対応していることになっている。しかし、夜間、休日に連絡が入ったり、訪問などの緊急対応が必要になったりすることは多くはない。

6. 居住支援

必要に応じて一緒に探す支援を行なっている。社会資源を知らない当事者が多く、GHのことも知らない方がほとんどである。現状は、満室のGHが多く、入居は困難であるが、見学だけは可能などところもある。本人が希望してもGHに空きがなく入居出来なければ、一緒にアパート探しを行ってきた。

また、不動産業者との連携を強めるよう努めており、区の協力の下で不動産業者の集まりにゲリラ的に参加し、事業説明や協力を求める発言をここ数年続けてきている。

7. 地域移行後の生活支援

社会資源との連携サービスをメニューとして提示することはない。本人にとって必要であれば提示していくようにしている。「人は物ではない」ので、道に迷ったと言えば移動支援を入れ、栄養バランスが心配であれば配食サービスを入れ、という自動的にサービスを導入するのではなく必要だと見立てれば提示しつつ、本人と話し合っ決めていく。

退院後の支援は1ヶ月という要綱の規定には拠らない。特に期限は設けてはいないが、退院後数ヶ月経つと支援の終了を本人に伝え始めて、そこから更に数ヶ月かけて支援終結に向かっている。本人は不安を示す場合もあるが、まだ他にも退院したいと思っている人、支援を必要としている人がいることを伝え、そのことで納得しなかった対象者は現状ではない。その間は、入院中から聴いてきた3年後、5年後どんな生活をしていきたいのかを話し合いながら、支援員による訪問頻度は少なくしていき、地域生活支援センターとしての相談事業に移行することを意図している。

なお、再入院、休息入院は本人の状況によって、時には必要なものだと考えている。支援中に再入院した場合は、病院と退院時期を設定し、共有している。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

退院促進コーディネーター（以下、コーディネーター）という名称を使っている。

コーディネーターは2名で、そのうち1名は週1日勤務の非常勤である。もう1名は、平成18年度まで地域生活支援センターの職員との兼任であったが、今年度は専任となった。予算上、これ以上は人員を割けないというのが実情である。専任のコーディネーターはクリニックデイケア勤務後、地域生活支援センター職員となった、精神保健福祉士である。

コーディネーターのスーパーバイズは、非常勤のスーパーバイズは専任が行い、専任のスーパーバイズは予算を組み外部委託している。

「当事者支援」

自然発生的な支援はある。また、病院での説明において、情報提供をする際に、居室の写真を提供してもらうこともある。しかし、当事者が一緒に講演に出向くということはない。それは、これまで関わってきた方の多くが措置入院をした方達ばかりで、通院以外で病院に行きたがらない方も多いためである。

「自立支援協議会」

世田谷区の「退院促進連絡会」や退院促進支援実務担当者会議、施設連絡会等で対象者の状態や事業の進捗状況・課題等を報告し、地域で情報を共有したり必要な社会資源整備の話し合いを行ったりしながら、連携を強めていくようにしている。

B. 事例考察

1. ストレngth

- ・ これまで、退院を諦めていた方たちに、細やかな支援を行うことで退院を実現している。
- ・ 病院の協力のもとに支援員の出入りできる環境を作り、対象者との距離を縮めている。
- ・ 地域との連携をとることで、対象者 1 人に対して 10 人前後の支援者チームを作ることが可能にしている。地域で声をかけてくれる人も含めれば、さらに多くの人材で一人を支えていることになる。
- ・ 専従の支援員を配置することで施設内の役割分担を行い、地域活動支援センターが対象者にとって利用しやすい場所となるよう努めている。
- ・ 個別支援の実践により、その方の生活領域の中で必要なものを求めていくためのアウトリーチが可能となっている。

2. 課題

- ・ 支援に時間がかかる。
- ・ 大人数には対応できない（年間 20 人が時間と体力の限界）。
- ・ 退院意欲の低い方には働きかけきれていない：最初から希望を言える方は、十分退院が可能な方である。長期入院で気力も体力も衰えた方たちでも退院に気持ちが向くような「きっかけ作り」は個別支援だけでは難しい。巣立ち会の「出張講演」や「体験通所」という、巣立ち方式の型に嵌める進め方の中で、そこが入り口となって退院に向かっていくタイプの方も居ると思う。しかし、「きぬた」で個別支援と集団支援の両方は実践出来ていない。退院意欲を高める働きかけは、病院に依頼している。

3. 巣立ち会との比較

巣立ち会では体験通所（入院中の方で入院している病院から巣立ち会の通所施設に通所すること）を条件とした一連の流れの支援プログラムを提示しているのに対し、決まったメニューは用意されていない。徹底した個別支援という点は大きく異なるところではあるが、対象者に必要なものを、その都度相談して探していくという点では、質的には共通しているものと思われる。

4. コメント

支援員との 1 対 1 の関係の中で支援が進められていた。その方にとって何が必要であるのかを見極め、タイミングを見計らって順次進めていくという、細やかな支援が行われていた。

上記項目にも記載したが、これは巣立ち会における支援と同質のものであると考える。巣立ち会では、体験通所を条件としているが、その中で目標設定は対象者一人ひとりと話し合っていて決めている。例えば、通所日数も週 1 回半日から開始する方も居れば、毎日通所される方も居る。退院先も、GH や民間アパート、実家と様々であり、訪問看護やヘルパーの

導入もご本人との話し合いの中で検討している。重要なことは、支援者が社会資源を熟知し、本人の希望に沿って提示できるようにすることであろう。現状ではケアマネジメントの実践を効果的に進めているところは少ないが、「きぬた」における支援では、地域の社会資源を活かしたケアマネジメントが実践されていると感じた。

今後の課題として、支援に時間がかかる、これ以上対象者の数を増やすことは難しいと話されていたが、全国の中では対象者数は少ない方ではない。これは、行政機関や病院の協力体制を整えることに重点をおいた結果といえるだろう。退院促進支援事業として動いたからこそ、可能になった部分も多いと思われる。力量のある支援員が現場に居ても、協力体制がなければなかなか難しい部分がある。退院促進支援事業の目的の一つである、啓発活動、意識改革を行なう、という点が結果に結びついた事例であると考え。退院促進支援事業においては、支援員と行政、病院が連携をとり、地域全体で支援を進めていくこと、事業を進めていくための基盤づくりが必要であることを改めて感じた。

また、対象者を増やすことは時間的に難しいという一方、専任になってからは個別支援に専念出来るようになって良かった、とのことであった。これまでの全国の取り組みでは、当初は専門職が支援員を兼任していたが、次第にボランティア経験者などが支援員となるものが多くなっている。専任の支援員を設置し、支援員の研修会や、スーパーバイズなどを充実させていくことも重要であると感じた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年12月7日14:00～17:30)

I-5 静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センターだんだん

ヒアリング 調査対象者	<p>多機能型事業所ワークだんだん 川嶋章記様（平成 15 年度以降自立支援員）</p> <p>障害者就労支援センターふらっと 菅原幸子様（事業受託時に「だんだん」職員、平成 15・16 年度の事務局）</p> <p>社会福祉法人 みどりの樹（平成 17 年度以降の事務局） 尾関久子様 岡部宏子様</p> <p>聖隷クリストファー大学 大場義貴 准教授（平成 15・16・17 年度の自立支援員、平成 10 年度～平成 14 年度「だんだん」職員、平成 15 年度以降「だんだん」非常勤）</p>
圏 域	<p>西部圏域（浜松市、湖西市、新居町、磐田市、袋井市、掛川市） 人口：126 万人</p> <p>圏域内対象精神科病院数 : 11 病院 病院（精神科あり） : 7 病院 診療所・クリニック : 24 箇所 圏域内地域活動支援センター数 : 6 箇所</p>
対象者数	<p>26 名 平成 15 年：新規対象者；20 名 平成 16 年：新規対象者；6 名、平成 15 年より継続；14 名</p>
退院者数	<p>7 名（退院率：26.9%、再入院率：14.3%）</p>

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

退院促進支援事業は、平成 15 年度から静岡県のモデル事業として開始した。平成 13 年度下半期から本支援センターがケアマネ体制整備事業（ケアマネジメント試行的事業）の事務局となっていたこともあり、平成 14 年 8 月に県の担当者から打診があった。クリニック院長の大嶋先生と看護師、大場義貴准教授らからも県の担当者に積極的に働きかけ、本支援センターが事務局となった。

平成 15 年から 3 年間は浜松中心の西部圏域で実施し、平成 19 年度から全県で実施となり、現在県内 7 ヶ所で受託している。平成 17 年からは「社会福祉法人みどりの樹 サポートセンターぼるた」が事務局になっている。平成 19 年からは地域移行事業を受託している。

地域活動支援センターだんだんは、平成 10 年に開設され、病院の附属でない生活訓練施設としての活動を開始した。平成 10 年、11 年は、まず病院めぐりをし、浜松地区の病院を全て回った。平成 12 年、13 年には、長期入院の人を地域に出す、という活動を始めていた。事業受託以前から、「だんだん」では退院支援を行っていたといえる。

このような活動が潤滑に進められたのは、平成 9 年から活動を開始している「E-JAN」²の

² E-JAN (Ensyu Joyful Action Network)：特定非営利活動法人「遠州精神保健福祉をすすめる市民の会」；平成 9 年 12 月に発足し、平成 14 年 10 月に NPO 法人となる。当初は、専門職であろうがなかろうが、障害があろうかなかろうが、一市民として活動しようという合意があり『市民の会』とされた。市民運動として行政を刺激し福祉施設を増やすなどを目

ネットワークがあったことで、各病院の協力が得られたという点が大きな要因となっている。E-JANの初代会長は浜松医科大学の学長であり、医局入局1年目、2年目の医師を「だんだん」の顧問医として地域に出し、地域に対する理解を深めるようにしていた。

2. ゴール・ミッション

「退院をあきらめていた人に、地域生活は楽しいと思ってもらうこと」を目指してきた。そのために、住居、就労の開拓を進めてきた。退院後の生活を念頭においた支援を行っている。

退院促進の枠組みとして、以下の6項目を挙げ、当事者のために動くこと、その為に地域全体でサポートする体制を整えていくことを目指している。

- ・地域の病院がほとんど参加できる仕組みとする。
- ・地域の社会福祉資源がすべて受け皿として関わる。
- ・地域の病院に医師を輩出している浜松医科大学が重要なメンバーとして関わる。
- ・退院促進の“事業”ではなく患者に合わせて行動する。
- ・各病院の医師はじめ職員に向けての説明会をしっかりと行う。
- ・患者の不安軽減のため、説明し、練習経験を用意し、一緒に動くことをする。

3. 入院患者へのアプローチ

対象者に関しては、県からも年齢や診断名の指定があったが、事務局と自立支援員で検討を重ね、以下の5項目を設定した。

- ① 地域で生活してみたいと思っている方で概ね50歳くらい
- ② 服薬の習慣がついている人
- ③ 急性期を過ぎて症状的に退院可能な状態から6ヶ月以上入院が遷延している
- ④ 病名は統合失調症を中心とし気分障害、非定型精神病を含む
- ⑤ 家族の同意

これらの、5項目を希望として病院に説明に行き応募を募ったが、5項目を満たせない人も多く、主治医と本人の意思のある人を最低条件とした。結果としては応募の来たものは全て受け入れた。実際に対象に上がったのは60歳代も含まれていて、概ね22歳～65歳であったが、10歳代の対象者もいた。基本的には、主治医が了解している方が対象であるといえる。

対象病院は決めず、最初は老人関係の病院は省いたが精神科病床のあるところ全てとした。中には「うちは退院支援をやっている」というところもあり風当たりは強かった。病院によっては患者には話をすることが出来ず、職員のみへの説明であった。しかし、聖隷三方原病院の元院長が自立支援協議会の会長兼自立支援員となり、事業開始前の事務局から病院への挨拶回りにも同行するなど、精力的に活動した。当初、患者に話が出るのは2病院だけであったが、平成19年度は全ての病院に説明会を行った。現在は、病院の中にもグループを作り、相談支援事業所も含め全員カンファレンスに参加している。

病院への説明は、以下の3回セットで行った。

- ① 茶話会（地域生活の紹介ビデオを見る、地域で生活しているメンバーと茶話会）
- ② 施設めぐり（ひとり暮らししているメンバーのアパート・GH・作業所等の見学）
- ③ まとめ（地域生活をしているメンバーを交え振り返り）

ここまでを体験してもらい、退院促進事業を利用してみたいという意思を示した人が申し込み手続きを行った。それは、「いきなりでは申し込めないだろう」という考えに基づくもので、「地域生活のイメージ作り」、「楽しんでもらおう」ということが、3回セットの説明会の目的であった。その説明会の流れの中では、実質上申込書がなくても支援を開始していたとも言える。その背景には「手続きを待っていたら動けない」という実情があるからで

的とした啓発活動を行っている。

あった。中には、「自立支援員が来ると外出できる」ので、「退院はしないけど、事業をやる」という方もいらした。まずは、「地域生活は楽しいと思ってもらおう」こと、退院の意思が無い場合は「退院したくないと思う背景を引き出す」ようにし、「中断はそれ以上の働きかけはせず、まずは外に出てきて貰う」ようにしている。病院によっては「外出メニュー」で病院の外に出ることもあるが、施設見学は初めてという人ばかりであり、「だんだん」に来て知り合いの患者に会って刺激になり、退院への意欲が高まったという効果も認められた。患者同士のやりとりの方が、専門職から働きかけるよりも効果的であることもあると感じた。

本人の同意が得られたら家族の同意を求めるが、支援の対象となる方の中には家族の反対がなければ既に退院できていたであろう人も少なくない。したがって、家族の反対を受ける事は多い。これに対しては、反対している理由を聞くことだけで、解決に至った例もある。また、家族に負担をかけないという姿勢を示す事も重要である。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

E-JAN で行った機能強化事業の中に組み込んで、施設見学ツアー・茶話会をなど、イベントを開催した。その結果、意図していたわけではないが、病院職員の意識が変わり自然と連携が取れるようになった。また、病院へ説明に出向いたことで病院職員へも活動の主旨が浸透し、患者の表情が変わることで看護師も協力してくれるようになった。

当初は、挨拶回りだけであったが、最近はビデオやポスターなどを作成し広報活動を行っている。このビデオは、全県に展開する為に県が予算を組んで作成したもので、撮影・編集はプロによるものだが、自立支援員が患者役や家族役として出演し、退院までの過程を分かりやすく説明するものとなっている。各事務局に貸し出しを行っている。

5. 退院準備訓練期間

病院内の退院プログラムをやっているところは多くはなく、対象者で服薬できている人も少なかった。病院での SST はレクリエーションのようなものに留まり、対処能力の向上を目指した現実感のある SST をやっているところは見当たらなかった。

高齢になると体調面などひとり暮らしだと職員も当人も不安であるが、当事者が出演するビデオレターを作成し、モデルを見せることで地域に引っ張り出していった。これは、病院内の訓練で出来るものではないと思っている。病院内で力をつけて押し出すのではなく、地域生活のモデルを見せて、地域の力で引っ張り出すことを目指している。

支援は個別支援で、自立支援員の訪問は2週間に1回程度である。

6. 居住支援

本支援センターの活動の中で特に力を入れてきたのは住居と就労の開拓であるが、住居については現在、大手を含む7ヶ所の不動産業者と連携をとっている。概ね障害は開示しており、障害年金や生活保護であることも了承してくれている。

平成17年ごろまでは、ひとり暮らし体験の出来る場所としてのアパートがあったが、維持が難しく現在は運営していない。実際には、退院後にすぐに民間アパートへ入居する人は少なく、生活訓練施設、GHを経て、民間アパートという人が多い。

今後の課題としては、60代前半の高齢者の方は身体的不安があるにも関わらず、介護保険制度を使えないため、制度の狭間になってしまうという問題があり、GH等の開拓の必要性があげられる。また、「彼の生活を支えているものは何か」を考えていくことで、どのようにして人や地域とつながりを保っていくかも、課題である。

保証人問題については、同時に就労先を開拓していくことで対処してきた。また、保証人協会を利用したり、県の保障制度を利用したりする事で対処している。不動産業者も含め地域全体でサポートすることを目指している。

7. 地域移行後の生活支援

当初、本支援センターでは24時間対応をしていたが、かなり職員の負担が大きかったので、現在は留守電での対応をしている。生活訓練施設の職員が常駐しているので、即時対応の必要がある場合は、本支援センターの職員に連絡が入っている。

また、本支援センターでは就労支援に力を入れていて、浜松には農業があるので、農業に就くことが少なくない。

8. サービス提供組織

自立支援員は、センターからの推薦で施設職員、看護師、医師などの専門職が任命されていて、各自の業務との兼任であった。平成19年は県が公募し、専門職及び精神保健ボランティアなどで構成されている。平成15年は支援員8名でスタートし、毎年10名程度が任命されている。当事者は当初は説明会の手伝いをしてもらうなどして参加していたが、平成17年度より、正式に静岡県より補助自立支援員として委嘱状を貰っていて、体験談を話してもらうなどの活動を行っている。昨年度から、県が自立支援員の研修を始めている。

自立支援員は担当制で1対1（中には2人で関わる人もいる）である。最初は病院担当制だったが、現在は最初の面談の雰囲気や決定している。基本的には事務的、無差別（自立支援員の居住地、性別による）だが、病院から情報を得てマッチングを事務局の病院とのやりとりで決めている（本来は協議会で決めること）。

「自立支援協議会」は毎月開催しており、その中で他機関とは自然と連携が取れていった。意図してのことではなく、見切り発車でスタートした活動を進めるなかで、つながりを作っていったといえる。

自立支援員のサポート体制としては、平成15、16年度は、支援員が集まり簡単な事例検討を行っていた。その後は、県精神保健福祉センター主催の研修会が年2回開催されている。

B. 事例考察

1. ストレngth

- ・ E-JANのネットワークがあった。
- ・ 事業受託前から退院支援を行っていて、職員の支援体制が整っていた。
- ・ 大学病院、元病院院長の活動が、病院の協力につながった。
- ・ 対象者は応募のきた方の全てを受け入れた。
- ・ 申し込み手続きをする前から働きかけを行い、退院への動機付けを高め支援を進めていった。
- ・ イベントを開催し、退院への動機付けを高めている。
- ・ 住居と就労の開拓を進めている。
- ・ 就労に関して農家の協力がある。
- ・ 不動産業者との連携をとって地域全体でサポートしている。
- ・ 当事者は補助自立支援員として委嘱状を貰っていて、体験談を話すなどの活動を行っている。
- ・ 対象者向けの説明会や施設巡りツアーをすることが、結果的に看護師などの病院職員へのアプローチにもつながった。
- ・ 自立支援協議会で機関同士、職員同士が顔が見える関係になり、つながりが出来ていった。

2. 課題

- ・ GHなど、退院後の居住先の確保。
- ・ 地域生活をする際、本来の保証人に代わる公的な保障制度。
- ・ 現在は、退院時は病院側のPSWがケアマネジメントを行うものとされているが、受け入れる地域側と一緒にケアマネジメントを担うようになれば良いと考えている。

3. 巣立ち会との比較

住居に関する支援を重視している点では、巣立ち会の方針と共通していた。しかし、就労に関しても並行して進めているところが、本支援センターの大きな力であると思われた。

4. コメント

インタビューを実施して非常に印象的であったのは、支援するということを楽しんでいるように感じられたことである。啓発活動や対象者の発掘、関係機関との連携に関して「意図していたわけではないんですけどね・・・」という発言がみられた。また、退院促進支援事業受託前の「E-JAN」の活動や、本支援センターでの取り組みについても「結果的に退院促進をやっていた。」と語られるなど、支援者達からは意気込みというよりも極自然な事をしているという姿勢が窺われた。しかし、その結果「支援者が既に鍛えられていた」とも語られ、退院促進支援を効果的に実施するには、それまでの基盤づくりが重要であるように感じられた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、北楯あや、
調査日時：2007年12月13日15:30～18:10)

1-6 三重県 社会福祉法人四季の里 支援センターHANA

ヒアリング 調査対象者	センター長（法人事務長兼務） 精神保健福祉士 森徹雄様
圏 域	三重県全域（人口：186万人）
対 象 者 数	平成15年度：11名 平成16年度：15名 平成17年度：15名
退 院 者 数	18名（退院率：43.9%）

*昨年度の調査票における対象者数と異なる

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

従来から退院支援は行なっていたが、退院促進支援事業に関しては、平成15年度より、三重県より病院などの組織をもたない社会福祉法人ということで、本法人に依頼され委託された。

2. ゴール・ミッション

法人の理念としては、「精神障害者の人たちが地域で普通の暮らしをしていく」に則り、昭和63年から活動をしている。今後の目標としては、法人の活動を三重県のみならず、県をまたいで支援を展開する。当事者の選択する権利を守るためにも、より多くのサービスを準備し、地域に拠点をおいて活動していく。

*当事者の選ぶ権利を保障するためにも、より多くのサービスを準備したいという思いがあった。

3. 入院患者へのアプローチ

医師、病院PSW、本人の了承のもとで病院から対象者があげられる。本人のみの参加申し込み書のようなものではなく、その後、自立支援協議会で決定される。法人の活動では、対象者の選別はなく、だれでも受け入れてきたが、退院促進支援事業における対象者に関しては、県や病院とも複数会議を開き、最終的に人格障害者だけが対象者から除外されることになった。病院内ではカンファレンス等で病院PSWが本事業の情報提供を院内関係者に実施し、対象者の選定に大きな役割を果たした。事業の予算から試算して、事業開始2年目からは、1年間で15名の対象者が妥当であると判断し、支援を開始した。家族への説明は、原則病院PSWから行なった。

*対象者の選定についても、行政、病院とも会議を重ねた結果の対象者の要件というものを設定されていた。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

これまでの法人の活動に加え、事業委託に伴い“営業活動”を行なった。三重県の職員と法人内で事業のコーディネーター的役割をもっている職員とで県内すべての病院にパンフレットなどを持って、事業説明を行なった。県内には、19病院あるが事業に協力してくれている病院は19病院の中で、5～7病院が対象病院になっている。“営業活動”は病院職員のすべてということではなく、医師やPSWを中心に、事業の理解を求めた。県内の19病院、各市区町村、および精神科病院協会などに事業の説明を県職員と委託先の事務局員とで説明に伺った。

*啓発活動を行なっていく際に、積極的に行政にも協力を求めている。

5. 退院訓練準備期間

事業の事務局職員と自立支援員が病院に訪問し、病院 PSW に立ち会ってもらい、初回の面会をして、その後の支援内容について本人に説明をする。初年度は支援員に関しては、対象者の方に、20代～60代まで様々な世代の支援員がいたので、選んでもらったが、偏りがあったので、その後変更した。支援する際の工夫としては、紙などの資料の説明だけではわかりにくいのではないかと考えから、対象者本人に皮膚感覚で感じてもらうためにも、社会資源の見学を積極的に行なうように努めた。また、買物同行や、地域の観光地の見学などきめ細かく支援することに努めた。

年度ごとの事業だったので、訓練期間は原則約6ヶ月とした。支援員による個別支援を実施した。訓練施設の場合はある程度訓練期間を設けたが、アパート退院の場合は、物件が決まってからということで、物理的条件に左右されることがある。希望すれば、いつでも通所施設への通所は始められる。支援員が困った時は、自立支援協議会で困難事例は話し合った。また事務局職員が自立支援員に自らの連絡先を伝え、相談に乗っていた。

*対象者にはできるだけ実体験をもってもらうための工夫が支援のなかで行なわれている。様々なバックグラウンドのある自立支援員が活動していたので、スーパーバイズの役割も事務局職員が担っていた。退院者数を増やすことについては数値目標を絶対化していなかったという経過があったので、それほど力を入れていなかった。また、協力病院を増やすという点では、前年度の実績報告を持参し、本事業の効果などを情報提供するなかから、対象者をエントリーしていただける病院が増えてきた。

6. 居住支援

利用年数の決まっている生活訓練施設、GH、福祉ホームなど法人で展開してきたが、精神障害者の重度化や高齢化がすすみ、GH等の形態だけで全員の生活を支援することが難しくなり、「利用者の選ぶ権利を守る」ため、選べるだけの社会資源が必要であるとの考えから、GHのような点在型だけではなくて、お互いが支えあえる少し大きめの施設もあってよいのではないかと考えて、住居形態を複数準備した。GHは作ったら、すぐにいっぱいになる。三重県では、居住形態は、単身アパート以外は、2LDKに2人が多い。保証人がいないときは、日本ライフ協会に保証人をお願いしたり、不動産業者とつながりのある保証協会に登録したこともあった。

*退院後に利用できる居住形態を複数準備することを考え、様々な状態の当事者を受け入れるための工夫がされていた。この3年間の事業では、退院者のうち30%ぐらいが退院後も当法人を利用している。3年目には本事業からGHを県内南勢地区で開設することができた。

7. 地域移行後の生活支援

退院後の支援期間は、最低3ヶ月ぐらいは行なっていた。その後ひとり暮らしの支援をしていく際の指標としては、「服薬がある程度自分ひとりでできること」、「自分が不安になったとき自分からSOSを出す方法を身に付けていること」をあげ、次へのステップを目指すようにした。

一方では、支援が終了しても個別に支援員が訪問したり、訪問看護が週に1回ぐらいは訪問を続ける体制はある。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長（精神保健福祉士）

事業における自立支援員の相談や対象者との面接など積極的に行っている。また、県職員にも協力要請して、事業説明を各病院に行っている。自立促進支援協議会を運営していく際には、事例検討のための準備、ケース検討用資料を提出していただき、各協議会委員に郵送、事前協議を組織した。また、困難事例へのアドバイス。専門職でない自立支援員が多くいた

ため、支援過程で戸惑う事が多く、そのたびに電話や面談で具体的な進め方を提案してきた。さらに支援員のレベルアップのために研修会を組織した。医療・制度の学習から県外研修まで実施してサービスの質の向上に努めた。

「自立支援員」

自立支援員の数は、毎年異なる。平成15年度18名、平成16年度10名、平成17年度16名が自立支援員として活動された。ボランティアの方、ペルパー事業所の職員、家族会、作業所非常勤職員、病院非常勤職員など構成員は年度毎に多少異なる。支援員向けの専門の学習会を、病気や障害、退院支援のすすめ方、権利擁護などのテーマを決めて、1年目は数回行なった。社会資源の見学なども行なった。支援員に対してのマニュアルなどを作成し、計画書の作成や支援のポイントなどを教育した。

「自立支援員のサポート体制」

当支援センター長が個別に相談に乗っている。

「自立促進支援協議会」

運営方法について県職員とも話し、実務的な議論ができるような会議にしたいとのことから、対象者の決定・事例の検討会・学習会などを行ない、月1回行なった。生活訓練施設、入所施設、GH、作業所、支援センターなどの職員が参加。2年目には、困難事例に関して、事前にレポートを挙げてもらい、各参加機関に郵送して、事前に各機関で検討してもらって協議会で話しあう機会としても機能していた。

「支援計画書」

書式はあったが、ほとんど関係者間で口頭で確認することが多かった。

「緊急時の対応」

退院促進支援事業の中では、緊急時の対応としては、公的機関の連絡先（消防署、警察、精神科病院）を一覧にして、対象者に渡した。不安なときは、自分が入院している病院に連絡する対象者もいた。利用者にとっては、緊急事態のとき、かなり不安な部分もあったと思うが、緊急時の保障は、地域で見られるようなシステムを目指した。一方、法人の活動としては、夜間・休日は携帯電話を主任クラス職員が輪番でもつような体制をしている。

「当事者活動・ボランティア」

法人では当事者によるグループワーク活動（当事者活動）についてはほとんどできておらず、これからの課題。事業のなかでも当事者による役割は具体的にない。また、ボランティアの育成など行っていない。

「リスクマネジメント」

退院促進支援事業自体に保険をかけて、退院促進支援事業において諸活動中の怪我や事故が発生した場合に保険がおりるようにした。

B. 事例考察

1. ストレングス

さまざまな対象者を受け入れるための、資源の開拓を積極的に行っている。

2. 課題

医療機関を持ち合わせていない社会福祉法人が本事業を行う際に、医療機関との連携が不可欠であること。当法人だけの課題ではないと思うが、本事業の推進にあたって、県内の各

機関・団体などの協力と具体的な支援を得ていくための工夫がさらに必要である事、この2点が挙げられる。

3. 巢立ち会との比較

通所施設、入所施設など幅広く活動しているが、当事者活動をあまり取り入れていないことが、巢立ち会とは異なっていた。

4. コメント

法人としては、精神障害者を対象とした入所施設9カ所、通所施設5カ所、相談支援施設2カ所を運営している。インタビューの中でも「当事者の選ぶ権利を守る」という発言がしばしばあったが、住居形態も生活訓練施設や福祉ホームだけでなく、一般アパートなどから多少重度の障害者であっても対応できるようにとの考えから、お互いが支えあえる少し大きめの施設まで準備されている。現在では精神障害者を対象とした施設運営のみならず、ヘルパー事業所を運営し、高齢者への生活全般の支援にも取り組んでいる。また来年度（平成20年度）には、生活介護事業、共同支援事業など知的障害者を対象とした施設も行なっていく予定であるとのこと。

（執筆：小林伸匡・富田美穂、調査員：富田美穂・小林伸匡、
調査日時：2007年2月15日13:00～15:00）

1-7 大阪市 社会福祉法人ふれあい共生会地域活動支援センター もくれん

ヒアリング 調査対象者	相談員・精神保健福祉士 矢野 直子様
圏 域	大阪府全域
対 象 者 数	平成 15 年度：2 名 平成 16 年度：3 名 平成 17 年度：6 名 平成 18 年度：3 名
退 院 者 数	合計：9 名（退院率：64.3%、再入院率：0%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

もともと、センターの設立趣旨が地域のネットワーク基盤整備というものであったため、本事業の趣旨に合致していた。市は他にいくつかの事業所に依頼したとのことだったが、最終的に本支援センターが受託した。

2. ゴール・ミッション

平成 15 年度から開始。退院した人を受け入れるための地域の基盤を作るというセンターの趣旨と事業内容が合致していたため引き受けた。準備を万全にして退院することも地域移行の実現には大切なことだが、たとえ再入院したとしても、退院することの大切さを本人や家族、関係機関職員に知ってもらうこと、そのことで各職員も認識が変わることを期待している。

*平成 15 年度から開始しているが、病院によっては事業に関してのコンセンサスが得られていない状況も残っており、特に関係機関職員の意識変化を促すためには実績を積み重ねていく必要を感じた。

3. 入院患者へのアプローチ

1 年以上の任意入院患者が対象となる。各病院から推薦され、大阪市こころの健康センターの保健師によって一次選定が行なわれる。その後二次選定で各支援センター等の事業に携わる職員が選定する。その後、受託センター職員が訪問面接をして、事業申込書にサインをもらい、希望する退院先の区を決定してその地域の作業所、支援センター職員が関わり始める。中断した人については再度病院から推薦があがるまで待つことにしている。

*入院前はホームレスだった人が多かったため、大半は退院後にどこに住むかも決まっておらず、面接を行なった後に外出支援の一環として地域の雰囲気や社会資源を見学し、自分の住みたい場所を決める。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

平成 16 年度から市保健師が各病院を訪問して事業を紹介した。現在では病院によって院内茶話会に参加し事業の紹介を行なう。また、平成 15 年、16 年度のピアサポーター育成事業を利用して、各支援センター配属のピアサポーターにも院内茶話会に参加してもらい、体験を話してもらうようになった。

平成 16、17 年度は病院に院内茶話会の場を設けてもらい、そこで講演をするなど各地域活動支援センターが直接病院と交渉していた。平成 18 年度には自立支援法によって都道府県事業となったため、大阪府の委託を受けている財団法人精神障害者社会復帰促進協会主催の院内茶話会(各病院年 1 回程度)に参加しているが、協力を得られない病院もある。参加者は知っている元入院患者等が講演に参加する時は特に参加者は熱心に聞く姿が見られる。

5. 退院訓練準備期間

退院後の生活について府が作成したビデオがあり、ほとんどの病院の院内プログラムで活用されているため、1度は見たことのある人がほとんどであり、住みたい場所を決めその付近の社会資源を探し、気に入ったところで体験通所や体験宿泊を開始することができる。服薬管理の準備については病院がなすべき役割と捉えており、体験外泊の条件としている。服薬の継続は最低条件として、服薬のことを職員に相談できる信頼関係を支援中に作る。退院までの期間は特には設定しておらず3ヶ月から2年以上と様々である。事業を始めるにあたって、目的意識をはっきりと自覚してもらい、そのために必要な約束、決まりはきちんと守ることができるようしっかり伝え続ける。

ピアサポーターが密に関わり、作業所等に同行することも多い。退院へ向けたプログラムは病院それぞれに任せられているが、日常的に練習が必要と思われることについては特に力を入れて取り組んでもらうよう依頼している。例えば病識のない人に対して服薬の重要性や病気への理解を促す働きかけなどである。退院計画はキーパーソンとなる本支援センター職員が作成する。

*本来、当然のことではあるが退院先に好きな場所を選ぶことから始まるため入院中の病院から遠かったり、その地域との連携がとれにくいという不安要素もある。

6. 居住支援

退院したい地域が決まった段階で、ほとんどの場合は入院中であることを隠して物件探しを行なう。入院前はホームレスだった人が多いので、保証人協会の利用は必要。居住地がある程度限定された時点で、並行して社会資源の見学、通所前提の体験利用を行い、アパート探し、GH探しが行なわれる。

対象者の中でGHを利用する人は、単身での生活に不安が大きい人がほとんどである。さらに「絶対この地域に帰りたい」という希望を持っている人は少ない。GHをイメージすることも難しい人が多いので見学を行なった後に、「GH退院を目指す」と決まったら、大阪市内のひとつひとつのGHに空き状況確認の連絡をする。対象者にその結果を伝え、空いている全てのGHを見に行くこともあれば、地域を限定して見に行くこともある。対象者に体験入居の意思があればGH職員と体験宿泊についての話し合いに入る。この段階でも対象者の気持ちが決まらないことも多く、その場合にはとにかく一度体験宿泊してみることを勧め、その結果で決めてもらう。大阪市には体験入居事業はなく、GHの空き部屋があれば体験宿泊は可能だが、空き部屋がない時には他の施設や方法を探す必要がある。自立支援員は体験入所中には作業所体験通所などの日中活動の支援等を行なう。入居前提の体験宿泊はもちろん、大阪市内のほとんどのGHが「空き部屋貸し」だけでも協力してくれるようになってきている。

7. 地域移行後の生活支援

退院後、特に問題がなければキーパーソン（後述）が3ヶ月ごとに1年まで作業所や自宅に訪問を続け、その後は地域の主な援助者の関わりで全面的に移行する。基本的には退院までに対象者と地域の援助者との間にある程度の信頼関係が築けてから退院してもらうので、退院後の諸々の手続きが終了した後、キーパーソンは問題があれば介入するが、日常的に起こりうる問題に対しては地域の援助者で解決する努力をしてもらい、見守りや主支援者からの相談にのるというポジションにシフトする。入院していた病院には再入院が必要な場合に出来る限り受け入れてもらえるような体制作りを依頼している。また、病院は遠方になってしまうことが多く、ほとんどの場合は地域の診療所に転院するため、入院中の病院や通院先に状況を伝え退院前からその体制作りをしている。主治医との話し合いによって入院していた病院に一定期間通院してもらう場合もある。双方の病院は自立促進支援協議会で情報交換を行なう。退院後に何らかのサービスにつながることを期待するが、無理強いせず、ホームヘルプサービスや訪問看護等を柔軟に利用している。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

実際に自立支援員の役割をしているのはピアサポーターと作業所、本支援センターの職員であり、本支援センター職員はコーディネーター役と支援役両方行なう。

「ピアサポーター」

平成 16、17 年度の「つながり支援事業」「情報提供事業」により各支援センターに 1～3 名配属されたが、現在残っている人は少ない。ピアサポーターには作業所等への同行支援や書類作成を行なってもらう。事業以外にもピアカウンセリング、ピアヘルパー、センターの非常勤職員として勤務している。

「自立支援促進会議」

対象者の退院の目処がついた時にその都度召集される。カンファレンス方式で行なわれ、入院している病院、通院先となる病院の職員、通う作業所職員、支援センター職員など対象者に退院後関わる全ての関係者が集まる。

「キーパーソン」

精神保健福祉士となって 5 年目。資格取得前の職場（総合病院）で回転ドア現象に疑問、課題を感じて事業開始にあたり希望して担当者となった。キーパーソンのリーダーシップや事業への信念が本事業を進める関係者にとっての大きな力となっている。

B. 事例考察

1. ストレngth

- ・ 希望の退院先である地域との連携を行なっているので、新しい連携が広範囲におよび、結果として事業が広域に等しく浸透するのではないか
- ・ キーパーソンの強いリーダーシップと地域生活移行に向けての強い信念が関係者にきちんと共有されている点
- ・ ピア活動が盛んであり、府全体でその活動が位置づいている点

2. 課題

大阪市の問題として、必ずしも社会的入院や本事業の必要性が浸透しきってはいない上、行政の協力が得られるまでにはかなり苦勞したと伺った。退院は自立支援員の仕事と思われることもまだ多く、退院先の地域に本支援センター職員が出向いてネットワークを作り、対象者を任せられる環境を作っている。また本事業に関わっている職員は一人であり、事業に関わる一人の職員の負担の大きさを感じた。

3. 巣立ち会との比較

- ・ 事業所で本事業に関わっている職員は一人であること
- ・ 退院先や連携先が広範囲にわたること

4. コメント

多くの他事業所の対象者が、入院していた病院等の社会資源を利用するためにある程度決まった範囲で居住することに対し、多くの人が入院していた地域を離れ、新しい地域で新しい病院に通いながら生活を始める。どのタイミングで移行するのかを慎重に決定する必要がある。地域や主となる援助者によって担ってもらえる範囲、意識は大きく違うとの事であった。

（執筆：道明章乃・北楯あや、調査員：道明章乃・北楯あや、

調査日時：2008 年 1 月 17 日 13：00～15：00）

I-8 和歌山県 やおき福祉会紀南障害者地域生活支援センター

ヒアリング 調査対象者	所長：柳瀬様 自立支援員：北山様
圏 域	田辺・西牟婁圏域（人口：20万人） 協力病院：3病院（1病院が公立病院）
対象者数	平成16年度：5名 平成17年度：2名 平成18年度：5名
退院者数	合計退院者数：10名（退院率：83.3%）

A.ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

法人設立の背景としては、地域の知的障害者を支援している関係者と保健所と公立病院の3者が精神障害者の作業所設立という目標をめざした活動から始まり、最初の作業所ができた。本法人では、平成元年に地域支援センターを開設して、退院後の生活支援は考えていた。国で退院促進支援のモデル事業が行なわれているときから、法人としては着目していて、圏域内にある公立病院とも本法人は連携がとれていたため、取り入れたいと考えていた。平成15年度には埼玉県にある生活支援センターふれんだむで行なわれている退院促進支援事業を視察に行き、法人から視察の報告書等を県に提出して、事業受託について働きかけを行ない、平成16年度に事業受託に至った。

2. ゴール・ミッション

退院支援を進めていきながら、同時に地域をどう変えていくのか、どういう地域を作っていくのか、という視点を同時にもつ。

*長期入院患者の退院後の選択肢を用意する、また退院後の本人の希望やニーズによっては、ずっと福祉の範疇にいないのではない地域生活が必要である、ということを考えて、たとえば退院後すぐにでも就労を希望される方には就労という選択肢を選べるように、その時に必要なものをセンターが提供できるように取り組んでいる。

3. 入院患者へのアプローチ

平成16年度に事業を始めた当初は、県職員に入ってもらって、県から正式に依頼を民間の精神科病院に行なってもらい、本法人が行っていくことを県職員同席のもと、認知してもらった。それぞれの病院でどういった方が対象にあがるかの調査依頼をかけて、病院ではPSW、受け持ちの看護師、主治医と一緒に会議等で調整をして、本センター職員との初回面談につながる。社会的入院者にこだわらず、入院患者全般を考慮している。

*どの時点で対象者とするのか、ということ深く考えず、まず退院したいという本人の希望が病院側からあがってきたら、出来るだけ早く自立支援員の初回面談をして、タイミングを見計らいながら実際に地域をみてもらうために、病院から外出する機会を設けるようにしている。事業の対象者の条件については、特に指定はしていないが、事業を始めた平成16年度当初は、国の一定基準に基づいた長期入院の人達が対象だったが、年度を重ねるごとに事業の性格も、退院につなぐ試行的なかたちから実際に退院を目的とした基準に変化してきているように、入院患者の退院支援を主眼にしてきている。ただ、退院促進支援事業を利用する決定権は主治医にあり、病名や入院年数さらに程度を問わない法人とは少し違う。病院PSWは、主治医との調整や個別の相談を行っている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

本法人のパンフレットや退院促進支援事業のチラシを病院に置いている。外出して地域を

見た対象者が、病棟に戻って入院患者同士で話をするのが、自然な形の広報・啓発活動になっているし、自立支援員が病棟に出入りすることで、最初は「あのんだれ？」という存在でも、少しずつ距離が縮まり入院患者の方から「私も退院できますか？」と話しかけてくることもある。また、対象者が外出するときに出来るだけ担当看護師に同行してもらうことによって、病院職員が知らなかった社会資源や地域の暮らしぶりを自分で見聞きすることによって、「こういう人がいるのだけれども・・・」と自立支援員に直接声がかかることも増えてきている。

*病棟に行くときは、何も用事がなくても自立支援員がナースステーションに顔を出して、自立支援員と看護師の距離を縮める努力をしている。また病棟にできるだけ頻回に訪問することによって、自立支援員の存在を入院患者にも認めてもらい、声をかけてもらいやすいような雰囲気を作るようにしている。

5. 退院準備訓練期間

初回面談以降は、面会の間隔を10日間以上あけないように心掛け、出来る限り週に1回（同じ曜日の同じ時間）で設定している。決まったメニューを用意しているのではなく、面会で対象者自身がどんな所に行きたいのか、何をしたいのかを聞き取り、対象者のニーズに沿う形で外出支援や作業所の体験、外泊訓練など実施している。退院の目処がたってきた段階では、それまで憩的な場所の見学等だったとしても、実際の退院後の生活を想定して、利用するであろう社会資源やスーパーマーケット等の場所をひとつひとつ自立支援員と対象者が一緒に確認しながら対象者に覚えてもらう支援に変化していく。また支援計画が断続的になってしまうとその後の支援が継続しにくいので、退院準備訓練期間に、退院後も誰がどういう形で、いつどのくらい関わるのかを考えておき、軟着陸できるようにしている。

*初回面談後は、週に1回程度面会をするが、その面会日を決める時に同じ曜日の同じ時間を設定するようにしている。最初は病院の周りから徐々に距離を延ばして散歩に行くなど、とにかく病院の外に自立支援員と一緒に出る機会を作るようにしている。その時に可能な限り担当看護師にも同行してもらうことで、情報を共有したり一緒に退院後の生活を考えてもらうようにもしている。退院促進支援事業を4年間行なうことによって、スムーズに行くケースは退院促進支援事業にあがってこなくなってきた。むしろ退院促進支援事業にあがってくるの方が、困難事例になることがある。入院期間が長くなる程、本来持っていた生活力の低下が進むようなところが見られ、中でも特に金銭管理や服薬管理が苦手な方が多くいたので、病院側への依頼として入院中に退院に向けた個別プログラムの実施やSSTを用いたスキルアップの場の提供をしてもらった。

6. 居住支援

アパート探しにはとくに注意をしている。今までの経験から不動産業者とはあまり深い連携をしないほうがよいと考えており、対象者が退院後の住居としてアパートを希望された時は慎重に物件を探している。ひとつ間違えると業者同士のネットワークがあるので、トラブルが出ない程度にお付き合いをしている。大家さんと直接交渉して、うまくいくことはある。協力的な大家さんには法人の連絡先を伝えていることもある。

7. 地域移行後の生活支援

平成12年にケアマネジメント試行事業に取り組むことによって、圏域内の全市町村に参画してもらって、精神障害者の支援方法について関係者で学んだ。法人としては、ニーズがあれば退院後すぐにでも就労につけるような選択肢も提供している。また本支援センターでは介護支援センターを併設して、対象者が必要とする日常生活支援も提供できるようにしている。介護支援センター職員と自立支援員が同じ法人で運営している支援センターで勤務しているので、情報を共有しやすい。その時その時に対応し、サービスの幅や選択肢を増やしている。必要に応じて、病院の訪問も利用できる。

自立支援員が地域移行後の生活をずっと見ていくことはできないので、対象者ごとに、たとえば訪問看護や権利擁護といった必要と思われるサービスをつけていきながら、その対象者と誰かがどこかでつながっているネットワークを作るように心掛けている。また地域生活でかかってくるストレスをいかに軽減していくか、という予防的な視点を持ち、たとえばストレスに対して就労がどれだけ強い生活支援力を提供していけるのか、それで再入院率を下げられることにつながるか、といったことを視野に入れ、企業の助成事業を使って調査研究も行っている。やおき福祉会では退院促進支援事業の委託を受け、4年間本事業を行う中で14名の方が退院され、数名の方は実家の農業の手伝い、または自宅静養と退院後はやおき会の施設を利用していない方は居るが、90%以上の方は生活訓練施設や作業所利用など何らかの形で、やおき会の施設を利用している。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

やおき福祉会では、法人や特に旧地域生活支援センターの視点により、事業をすすめている。従って、キーパーソン等、の考え方は有しておらず、事業のチームによりすすめているという考え方。「個人」を位置づけてしまえば、担当が異動等による変化が事業や地域づくりへの影響を予防する視点であり、事業や地域のシステムとして、定着させることが必要であることから、キーパーソン的な役割は生活支援センターや法人ということ。退院支援をすすめていく地域システム全般を目的にしているため、それぞれ、役割分担に基づいて動いている。事業に係る組織調整や地域システムを考えていく上でのアクションや啓発（退院促進強化事業なども含む）は生活支援センター所長が担当していて、自立支援法による「地域自立支援協議会」に参加し、課題等についての地域化をすすめている。退院支援の現場実践についての本人に対する支援、支援上の病院や関係職との調整などは自立支援員が担当している。また、同地域における退院促進「自立促進支援協議会」は、その構成が関係職による現場担当の職員からなっており、圏域別に、対象者に合わせた構成で開催をしている。また、その協議会の開催運営を行っている。担当者は、自立支援員については、異動にて替わったこともあるが、病院 PSW 等の経験はなく、社会復帰施設職員。

「自立支援員」

3人の時期もあったが、現在は自立支援員は2人で、基本的に対象者への支援は2人で対応しているが、2人ともセンターの他の業務（地域生活支援センター、訪問介護支援センター、相談支援、相談支援事業等）と兼任している。2人で対応することで急な別業が入っても対象者との面談等に穴をあけることなく、最低でもどちらか一方が対応できるというメリットがある。他の業務を兼任していることで、対象者が退院促進支援事業の対象者として終了しても何らかの関わりを持ちながら地域生活を支援できるというメリットがある。基本的に2人の自立支援員で動いている。

「自立支援員のサポート体制」

自立支援員は、退院支援をすすめるために本人への関わりや関係者との調整で非常に重要、かつ、専門性の必要な責任のある職種だと考えている。

従って、個人ではなく「チーム」としての位置付けが重要であり、スーパーバイズも含めて「地域生活支援センター」が行っている。また、必要に応じて、保健所 PSW にも参画していただいている。

「法人内施設」

相談支援施設 2ヶ所、通所授産施設 2ヶ所、小規模授産施設 3ヶ所、小規模作業所 1ヶ所、生活訓練施設 1ヶ所、GH8ヶ所。

「自立促進支援協議会」

事務局を自立支援員が各関係者へ連絡している。圏域が広いので、ケースごとに実施している。自立促進支援協議会は月 1 回の頻度で開催され、各ケースについて検討されるが必要があればその席に対象者の家族も同席してもらう場合がある。ケースによって多少の入れ替わりはあるが、基本的には Dr、Ns、病院 PSW、保健所、市役所、社会福祉協議会、作業所、生活訓練施設、自立支援員等の約 10 名程度で協議会を行い、支援計画の立案や関係者の調整は自立支援員がキーパーソンとなり行っています。また毎月の協議会では、一ヶ月間の支援の報告を行い、その中で出来た事を評価し、逆に出来なかった事を次の課題として支援計画の中に入れ、それらが出来るように自立支援員が中心となってサポートしています。

「休日・夜間対応」

担当者が携帯電話をもって、担当者（輪番）に連絡が入るようになっている。当法人では生活訓練施設もあるので、そちらにつながることもあるが、ほとんどない。

「当事者活動」

センターとしては、具体的なプログラムは設けていないが、協力病院から退院した方の体験談を話してもらう機会はあったが、継続はしていない。

「ボランティア」

協力病院側のことも考えると、病院では責任問題が問われることが多いので、あまりボランティアの多用はしないほうがよいのではないかと考えている。しかし、地域に幾つかボランティアグループがあって、退院したあとに、ボランティアの活動に対象者の方が参加することはある。

「他機関との連携」

対象者の退院先によっては、退院先に近い利用する施設などへ連携することはある。

B.事例考察

1. ストレngth

- ・地域の中で古くから連携してきた公立病院が地域医療に対する視点を昔からもっていたので、ともに退院促進支援事業をやっていけると考え、県に自ら「和歌山県で退院支援をやりませんか」と働きかけた。
- ・退院促進支援事業を受託する前も、「今後この地域でこういうことが必要になってくるだろう」ということを想定して活動してきた。
- ・退院促進支援事業を受託するにあたり、埼玉県の地域生活支援センターふれんだむを訪問して病院や行政との連携について参考にしていく。
- ・就労支援にとっても力を入れている。

2. 課題

制度である「退院促進支援事業」を地域の実態に合わせて、活用をしていくことが重要と思っている。精神科病院を退院し、地域生活を安心して送っていくには、単に同事業の展開に留まらず、包括的なシステムにつなぐために地域でどういう動きをするか、ということ。そのために、当事者一人ひとりの希望やニーズを把握することが前提となるが、昨今では、高齢障害者の課題や、統合失調症だけではない「ボーダー」の人達への支援について困難な場合が多く、さらに病院と連携しながら地域体制を検討していかなければと思っている。

3. 巣立ち会との比較

外出支援での対象者の希望は、毎週作業所での箱折りというニーズはなく、今回は箱折りをしたから次回はセンターの奥の部屋でのお茶飲みというように、退院準備訓練期間は対象者のニーズにあった支援を展開している。また作業所での体験を希望した時、ひとつの作業所だけに通うのではなく、最低2か所は回るなど、対象者にいくつかの選択肢を用意し、ニーズに合わせて選択してもらっている。

4. コメント

自立支援員が退院促進支援事業を受託して以来、対象者や病院の職員（特に看護部）との関係作りの手法について試行錯誤を繰り返しながら、対象者が地域生活に定着するための支援のあり方を模索していて、インタビューに応じる声にも自信が満ち溢れており好感が持てた。

（執筆：久米知代・小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、
調査日時：2007年12月17日13：30～16：10）

1-9 長崎県 社会福祉法人大村市社会福祉協議会
地域生活支援センターラム

ヒアリング 調査対象者	山下様（社会福祉協議会 事務局次長） 吉田様（大村市社会福祉協議会 地域生活支援センターラム センター 長）
圏 域	県央圏域（人口：28万人） 協力病院：10ヶ所
対 象 者 数	平成15年度：5名 平成16年度：8名 平成17年度：4名 合計17名
退 院 者 数	合計退院者：11名（退院率：64.7%、再入院率：8.3%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

もともと親の会や当事者の会とのつながりがあった。平成9年から特に精神障害者が憩えるサロン活動を開始し、平成11年精神障害者の地域生活支援事業ができて、大村市が受けて社会福祉協議会が運営するようになった。

すべての相談窓口を社会福祉協議会が行うことになり、さらに権利擁護事業もうけることになり相談機能にアドボカシー機能を強化。平成12年度ぐらいから入院中から地域の支援者が関わり、退院支援の動きはしていた（3年間で24名ぐらいの方が退院した）。これらは①地域から病院へ出向く。②関係者が同じテーブルにつきケース検討をする。③必要に応じて外出支援を行なう。地域移行支援。そして退院後の生活支援による地域定着といった関わりのノウハウが蓄積されていく。これが長崎県から退院促進支援事業の受託の話に発展する。このように、どこの病院の利用者も遠慮なく利用できる社会福祉協議会（第三者的な立場として）として、平成15年度から退院促進支援モデル事業として受託に至った。

2. ゴール・ミッション

従前から社会福祉協議会があらゆる場面での支援のコーディネイト役になって地域住民とつくってきたネットワークをバックボーンにして、障害や高齢に関わらず、すべての住民の相談窓口として行っている。

3. 入院患者へのアプローチ

県の障害福祉課には「退院促進支援事業の核はPSWに担ってもらおう」という意識があるが、対象者の選定については、各病院PSWの関わりは異なる。生活の情報を集め、地域に拠点となっているところがあれば、病院PSWが動きやすいということは当支援センター長自身の経験も踏まえて、分かっていたので、アパート物件の情報を集めたり、民間の宅配してくれる配食業者など、使えそうな情報を集めた。市内の病院の受け入れは元々よかった。ここでは地域サイドが行う方が見えやすいこと。スムーズに進めやすいことを基本に考えた。対象者の条件については、基本的に入院形態が任意入院の方、もしくは任意入院へ変更の見込みがある方で主治医の推薦があるものとした。それ以外の厳密な条件設定は定めていない。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

入院患者全体に対しての事業説明などは行っていない。自立支援員が病棟に出向いて対象者と関わる際に、他の入院患者から「あなたは誰？」と声をかけられることが多かった。病棟で活動する自立支援員の存在が結果的に事業の広報・啓発活動になっている。

事業の対象となる10病院には、県の障害福祉課が事業説明に出向いている。圏域の中では、当支援センターとの連携をそれまで取れていなかった隣接市の病院については、県の担

当事者が説明したあと、圏域の保健所職員とセンター職員で出向いて、事業説明を行った。

5. 退院準備訓練期間

支援方法は個人のニーズに合わせ個別支援。特に病院から外出すると、対象者の症状が揺れる場合もある。しかし、それによって、病棟職員がよく観察するようになった。原則は6ヶ月だが、それほど厳密なものではない。対象者の方には、生活する地域の土地観や支え手となる方とのコミュニケーション力、対人関係や症状に対する自己ケア能力が求められる。これと並行し、本人を取り巻く身近な人、自立支援員や家主、近隣、友人、知人など相互ケア能力も求められ、さらに病院や事業者など専門ケア能力も求められる。これらが重層的にバランスよくかみ合う仕組みが援助プロセスの中で個別に形成されることが重要。また本人が希望する生活の実現のために本人が主体的に参加できるように促していくことが基本と考える。

*非専門職の自立支援員の存在が、入院患者、対象者、病院職員の啓発につながり、事業全体をみても支援しやすくなったという印象をもっている。支援側も対象者も「やってみなければわからない、とにかく一緒に考えてみる」という姿勢を大切にしている。

6. 居住支援

既存の建物を改装して福祉アパート（7部屋）として貸してくれるようになった大家さんもいた。また自宅を共同住居として提供してくれるなど大家さん同士のネットワークが広がっている。そのために地域生活支援センターの職員は日頃からの関係作りを大切にしている。これらを有効かつ円滑に利用するためのマネジメントを行なっている。既存入所施設を利用する場合は、複数を見学・体験利用してもらって、本人に決めてもらう。

保証人になる人がいない場合は、関係機関で支援チームを作ることで家主の理解を得て住居を保障するケースもあった。最初拒否する家族もいたが、病院PSWだけでは、家族と病院という関係も非常に難しいため、今後も支援していくなかで、第三者（自立支援員等）が入ることによって、納得する家族もいた。また具体的な生活支援メニューを地域の提供する立場から別の角度で、退院した方のアパート敷地内の駐車場には病院の職員含めて、ヘルパー事業所、権利擁護専門員、支援センターなど、いずれかの支援者の車がとまっていることが多い。居宅に帰る方達は支援センターで退院後の支援計画も支援センターが立てていく。それ以外の対象者の計画は、利用するそれぞれの施設で計画を立てている。退院後は1ヶ月の自立支援員の支援は協議会の合意によって可能である。

7. 地域移行後の生活支援

サービス利用者に「これをしよう」と社会福祉協議会側から投げかけるのではなく、社会福祉協議会の職員が日ごろの活動の中で利用者（市民）と様々な場面で接している中から出てくる声に添いながら、その「声」を形にしてきたし、これからもしていく。退院後の生活支援としては、連続性のある支援として、特に退院し居宅生活をスタートされる方へ関わる密度は大きくなる。ケース検討を開催し個別支援計画を作成、プラン実施。フィットしなければ再検討する。病状変化や環境変化に応じた柔軟性・当事者性が求められる。さらに平成18年10月より相談支援事業者に移行し相談支援専門員として位置付けられサービス利用計画作成の対象者として退院者の地域定着のための一つの手法として活用されている。

精神障害を抱える方が地域で生活するための支え手として関わるのはフォーマルな機関に留まらない。したがって専門職のみならず家族、家主、近隣、精神ボランティア、当事者などから協力を要請することで、専門職と一般市民が同じテーブルについて社会的入院について議論することが可能になった。お互いの顔が見える関係で支援チームを個別につくることが重要であると考えられる。

また実際の生活の場面に出席して訓練を行なう Place train モデルを応用し、入院中から共同住居や福祉アパート（体験入居専用居室）で体験入居を促し食事や買い物、外出、服薬、

困った時の相談方法、自己対処など生活のシミュレーションを行い関係機関でアプローチを行った。現実適応がよく生活定着するために有効であった。

*対象者を訪問すると、いずれかの支援者の車があるときが多い。社会福祉協議会の職員も一緒に動き、何かあったら私たちに相談してください、と大家さんにも伝えている。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」支援センター長

同圏域にある精神科病院にも勤務していたが、老人保健施設の職員もしていた。当時から軽度認知症高齢者の単身生活のケアマネジメントにおいて地域カンファレンスの有効性を実感していた。対象者への関わりとしては、事業コーディネーターとして本人との初回面談での顔合わせ、本人の興味や関心ごとの確認、人生観、本人を取り巻く家族、生活背景を知ること。そして次の段階で自立支援員とのマッチング、モニタリングとミニカンファレンスの開催、ケース検討では本人にフィットした支援なのか再点検。外出支援では必要に応じ本人、自立支援員に同行することもある。

「自立支援員」

非専門職の方が多い。社会福祉協議会の職員から声をかけたボランティアや当事者、家族が担っている。自立支援員は平成15年大村市で6~7名、平成16年度は諫早市で6~7名。圏域で合計14名の自立支援員がいる。そのうち当事者は大村市の2名。自立支援員が1対1で対象者を支援している。自立支援員の大まかな役割としては、自立支援員とのコミュニケーションスキルや関係性の構築が重要であり、これをベースに支援が展開される。自立支援員は新たに出会う対人関係を形成する中心人物であり今後、退院後の生活では身近な近隣の人たちとの関わる頻度が多くなることが予測される。自立支援員の前で見せる本人の意外な一面、その変化に着目し、本人の語る分脈に沿った関わりを支援に反映させるため自立支援員はマンツーマンで寄り添う支援を行う。

「自立支援員のサポート体制」

モデル事業ではセンターと自立支援員が物理的に近い位置であったため複数の支援センター職員が担当コーディネーターとして必要に応じ相談に応じていた。また自立支援員同士が時々会う、横のつながりも研修会を通じて自発的に行なわれていた。

「自立促進支援協議会」

大村市と諫早市で月に1回ずつ交互に実施。支援員と対象者の方の活動が円滑にできるように見守っていく会議。対象者の方と自立支援員が地域において活動しやすい環境をつくるのが協議会の役割。したがって本人、自立支援員をはじめ関わる方の支援に対するモチベーションを下げないように事務局としては配慮した。病院PSWが動きやすくするための事業の周知では県と保健所、支援センター2度に分け病院へ説明。協力施設への訓練受け入れのための根回し。生活保護者の訓練経費の保障。停滞や支援員の迷いや過度のストレス状態などミニカンファレンスの呼びかけ。事業効果(利用者へのストレングスな視点・支援の意外性)強調。退院後の暮らしぶりや支援状況を紹介やはり関係者がお互いを労うことが重要。構成員は病院PSW、福祉担当局、保護課担当局、保健所、精神保健福祉センター、社会復帰施設、小規模作業所、家族会、当事者会など17名で構成。

「協力施設」

生活訓練施設2カ所、福祉ホーム2ヶ所、GH6カ所、通所授産施設2ヶ所、小規模共同作業所5カ所、共同住居1ヶ所、福祉アパート2ヶ所。

「当事者会」

病院との交流会を行っているが、退院してから利用する対象者がいる。

「休日・夜間体制」

社会福祉協議会の生活支援部に13名の職員がいるので、輪番制でセンターの電話番号が携帯電話に転送される。対象者は精神障害者に限らない。

B. 事例考察

1. ストレngth

- ・インフォーマルな支援者として、3障害を対象としたケアアシスタント養成講座（研修期間は1週間）の修了生が地域のボランティアとして関わっている。家族会やボランティア・学生を中心にひとり暮らしのための夕食会や小学生も参加したミニテニスを開催。
- ・社会福祉協議会は、すべての住民を対象に支援をしているので、支援を行ったとしても、対象者が限定されていないために、地域での偏見を持たれにくい。

2. 課題

現在は既存の家主とのネットワークで住居確保は対応できているが、居住サポート事業に加え、あんしん賃貸支援事業を開始し、保証人を保障できる普遍化するニーズに対応できるシステムへ再編していくことが課題と考える。

- ① 相談支援事業(市町・都道府県)位置づけの関連機関への周知徹底
- ② 退院促進支援事業と相談支援事業者の関係性 退院者の支援の連続性、相談支援専門員とサービス利用計画
- ③ 地域自立支援協議会の役割の明確化 地域移行支援部会の創設により市町規模による小回りのきく支援ネットワーク体制への再編

3. 巢立ち会との比較

本支援センター長が病院での勤務経験もあることから、病院側が必要と感じるニーズを汲み取ることに工夫がみられる。巢立ち会でも同様の支援をしている。

4. コメント

市の建物を改築したあと、大村市高齢者・障害者センターの同じ建物にはいり、ワンストップで相談しやすい入りやすい場所に作ってもらった。同じ建物に福祉担当課や地域包括支援センターが入っているので、相互に連携がとりやすいようになっていた。平成19年現在は、県の事業になったので、支援センター「ラム」が協力施設という位置づけになっているので、これまでの退院促進支援事業の体制は異なる。

(執筆：久米知代・小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、河島京美「地域生活支援センターきらら」、調査日時：2007年12月12日13:00～15:30)

I-10 沖縄県 社会福祉法人うるま市社会福祉協議会

地域生活支援センターあいあい

ヒヤリング 調査対象者	施設長・精神保健福祉士 比嘉様
圏域	中部圏域
対象者数	平成16年度：8名 平成17年度：1名 平成18年度：2名
退院者数	7名（退院率：63.6%、再入院率：28.6%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

平成15年、国事業として事業が創設された事を受けて、沖縄県でも平成16年度より取り組みの開始を決定した。平成16年度は試行的事業として全県下で1箇所の地域生活支援センターへの事業委託という形で事業を開始。開始から2年は県精神保健福祉センターに生活支援員を配置し、全県下の退院を希望する対象者への対応を目指した。

2. ゴール・ミッション「生活の安定のための支援体制作り」

平成14年に本支援センターがオープン、平成16年に県から委託を受けた。中部圏域と他の圏域で病院に対して、県が説明会を行なったがあまり反応は良くなかった。ゴールは支援体制作りであるが、その過程として「地域で暮らしたい思いを形にしてみよう」こと、そのためには一気に単身生活でなくても生活訓練施設等も利用して構わない、「夢や思いが持てる」ために時間を十分に使うこと、「センターで抱えてしまわない」ことを目指している。「社協として街づくりをどう考えるか」をいつも考えて行っている。

*他県の病院で退院支援をしてきた経験から、ゴール、そのために目指すべきことが明確に打ち出されていた。

3. 入院患者へのアプローチ

各病院の病棟、主治医から挙げた候補者をさらに精神保健福祉士が確認後、推薦。本支援センター職員が面接に出向く。1ヶ月程度をかけてなぜ事業に適していると思われるのかを聞き取っていく。実地調査（事前調査）は、推薦に至るまでの経緯において当事者心理やIADLの課題等必要な情報が把握されていない場合もあり、導入期に対象者の希望や不安、持っている生活イメージを把握する事で、支援計画をより具体的に作成している。この点については、現場経験の少ない職員を自立支援員として派遣せざるをえない現状で、支援員が安心して支援を開始できるための環境整備としても大事に取り扱っている部分でもある。

その後は自立支援員にバトンタッチする。対象外となる規定は設けていないが高齢者の場合は介護保険も利用することも併せて検討している。

*本支援センター職員が丁寧に時間をかけて対象者の情報収集を行っており、このプロセスはとても大切にされている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

病棟での勉強会や説明会、ポスター等を用いている。今後はDVDの作成を考えている。病院での受け入れは様々で、その病院のPSWの理解や協力、他職種への働きかけに対してもサポートしている。（病院によってPSWの立場、発言力が様々で苦勞している）

5. 退院訓練準備期間

各病院には退院に向けたグループワークの実施を依頼し、SOSが出せる、困ったときに対処方法が分かっている状態で退院することを重視している。準備期間についての設定は特に設けていない。

入院中から作業所やデイケアへの体験利用を行ってもらおう。それらはもともと事業に関係なく行なわれている退院支援の一環である。退院までの準備は本人のペースに合わせており、期間は設定しておらず、中には2年近くかけている人もいる。出来るようになって欲しいこと（食事の確保や身だしなみ、服薬管理）については伝えるが、できていなくても外泊体験は行ってもらい、失敗体験をしてもらうことも大切にしている。退院計画作成は保健師をはじめ、民生委員や近所の親しい人等も加わって作成される。

*現在はショートステイ用居室を体験外泊に利用しているが、数が限られているために十分に利用はできておらず今後はアパート等の借上げを検討しているとのこと

6. 居住支援

2人以上の保証人が求められることが多く、苦慮しているが不動産業者が許可してくれなくても大家が許可してくれて不動産業者を説得してくれた例があった。コミュニティが残っているために人のつながりが基盤として存在する。受け入れられるまでは大変だが、一旦地域の仲間として受け入れられればとことん面倒をみってくれる土地柄で、受け入れられるまでが正念場。民生委員への説明は行なう場合がある。

*保証人の問題は大きいですが、地域でのつながりは深いことでカバーされている面もある。

7. 地域移行後の生活支援

最近の様子や、日中の様子から心配な人については、その人にも、その日の夜間連絡がつく職員名とその連絡先を必ず伝えている。以前は24時間365日体制で携帯を輪番で持ち誰もが電話できるようにしていたのだが、ほとんど必要性がなかったので現在は上記の体制にしている。地域での見守りネットワークがあるのでがっちりとは行っていないが、退院前に訪問の承諾は必ずとるようにして、本支援センターの職員誰でもが訪問に行くことについて理解を得ている。

*担当者以外は状況が分からない事業所も多い中で、事業に関わる職員以外でもセンター全体でその人を支える訪問活動が行なわれている。地域での人間関係は独特のものらしく、かなり手厚い。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

センター内兼任で2名。相談支援専門員と介護福祉士。相談支援専門員は事務局的な関わりも担っている。センター内では毎日、ケースについて報告が行なわれ事業に関与していない職員も現状が把握できるようにしている。特定の職員以外は分からないという事態は避けるように努力されている。

「当事者雇用」

事業開始以前の平成14年に当事者雇用が開始となり、昨年まで期間雇用の形態をとっていた。当事者中心の（現在ピアサポートは活動支援に切り替えており、雇用の形態からピアサポートバンクへの登録制にて活動メンバーを広げている）自主運営のサークルがいくつも行なわれており、本事業とは直接の関係がないが、地域生活等の知恵を対象者にレクチャーすることもある。

「地域サポーター」

民生委員等が本支援センターに出入りして行事の手伝いをし、その体験を地域に発信して

いる。

「自立促進支援協議会」

頻度は1ヶ月に1回で、構成員は保健所、精神保健福祉センター、圏域11市町村の内、2市部と町村を代表して1村から障がい福祉担当者、圏内6医療法人のPSW（元社会復帰施設も含）、相談支援事業所代表を固定構成員とし、その他必要に応じて、GH、作業所、地域関係者等を招致しながら運営をしている。

「ケアマネジメント」

本支援センターの精神保健福祉士が一貫して行っており、退院後は各支援センター職員が主として行っていくが、本支援センターの精神保健福祉士も必ずサブで関わり続ける。

B. 事例考察

1. ストレngthス

- ・地域でのサポート体制が自然に行なわれていること
- ・センター内で情報の共有が徹底しており担当者に過剰な負担がかからないようにサポートできる点

2. 課題

- ・病院に対して積極的な関わりや介入が困難な場合もあること

3. 巢立ち会との比較

- ・候補者として推薦されてから事業の開始までに時間をかけている
- ・病院の役割を残し、そのプログラムなどは病院の裁量で決定する

4. コメント

独特の地域性があり、すべてを他地域での参考にはできないものの、社協の役割をしっかりと念頭に置きながら事業をすすめているので、目的が分かりやすく関係者、対象者に伝わるのではないかと考えた。失敗しても、どのような退院先でもまずはやってみないと始まらないという本支援センターの方針は圏域の病院すべてに理解されているとは言えないとしても、メッセージは伝わりやすい。また、本事業に関与しない職員も事業の対象者の近況については情報を得ており、訪問の了解も得ている。担当職員の不在や交代などで一貫した情報が把握できていない状況もある中で、職員の誰がいなくなったとしても全て同じ情報を持っているように努力する取り組みは、他の事業所でも必要なことと考える。

（執筆：道明章乃、調査員：久米知代・小林伸匡、道明章乃、

調査日時：2008年1月9日14：00～16：30）

Ⅱ) 医療機関・医療機関関連組織における事業

Ⅱ-1 福島県 医療法人 昨雲会 地域生活支援センターウィズピア

ヒヤリング調査対象者	施設長 佐藤様 CSN センター長・飯塚病院院長 村田様
圏域	会津圏域：人口：約 27 万人 圏域内協力病院：4 病院
対象者数	新規対象者数 26 名 平成 16 年度 9 名 平成 17 年度 12 名 平成 18 年度 5 名
退院者数	14 名 (退院率 53.8%、再入院率 14.3%)

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

平成 15 年 1 月に本支援センターが開所されて以来、毎月 1 回飯塚病院の退院予定の方や社会復帰施設に入所予定の方、社会復帰施設を退所して地域で生活される方について、社会復帰施設職員、病院の病棟職員、PSW、デイケアの職員、村田院長等で検討会を開いて情報交換をしていた。そうした退院支援に対する取り組みを保健所が評価して、そのノウハウを活かして欲しい、ということで、会津の 6 病院を対象にして平成 16 年、17 年とモデル事業を実施することになった。

2. ゴール・ミッション

本支援センターの名称である「ウィズピア」の「ピア」を、「当事者」と狭義に捉えず、「地域住民みんな」と広義に解釈し、センターの医療色を薄め、施設等の中に「地域の風」を入れ、「閉じたコロニー」になることを避け、誰もが住みやすい地域づくりを目指している。

*運営主体である病院の院長が 2000 年 4 月に「CSN (Community Support Network) センター」を開設し、障害や病気のあるなしに関わらず、地域住民だれもが健康に生活できるためのネットワークを作っている。

3. 入院患者へのアプローチ

病院の医師と看護師がそれぞれ対象者ごとに退院の可能性を評価尺度を用いて、「○」「×」で判定し、双方の判定結果が「×」であった入院患者以外を対象者としてあげる。また全入院患者を対象とした独自のニーズ調査を実施し、退院促進支援部会で退院が可能だと思える入院患者を抽出している。

*主治医が退院は無理だと判断した入院患者でも、退院促進支援部会でその入院患者は退院可能だと判断されたら、主治医を変えてでも退院に向けて支援する。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

退院して地域生活をしている方を広報誌のインタビュー記事として掲載したり、病院主催の家族交流会で SST の講師や、県が主催する出張講演での発言者として経験談を語ってもらい、入院患者だけでなく医療職員も「あの人が退院できたんだ」「地域で生活できているんだ」と、以前入院していた方から地域生活の様子を実際に見たり聞いたりする場を設けている。病院職員により刺激となり、対象者を挙げる時のハードルを下げることにつながり、結果的に退院支援に効果をあげている。

*広報・啓発活動に、病院主催の家族交流会で SST の講師や、県が主催する出張講演といった家族会や行政機関と連携して、入院患者や医療職員に働きかけている。

5. 退院準備訓練期間

センターの相談員と公募の自立支援員がペアで対象者の支援にあたり、個別支援をする。また外出した日や外泊訓練時・後は、対象者の揺れに対応できるように病棟看護師、本支援センターの相談員、自立支援員らが連携し、またそれらの担当者全員で 1 日の生活ぶりの情報交換を密にするように努めている。

対象者を支援する職員の中に「地域の風」を入れるために、自立支援員は公募している。どの自立支援員も最初に対象者と対面した時に「どうしてこの方が長期で入院していなければならなかったの？」という純粹で素朴な視点や疑問から支援に入り、その支援は対象者のエンパワメントにとっても有効である。また従前の職員もそうした自立支援員の姿勢から学ぶことも少なくなく、自立支援員を公募で選出することの有効性を実感している。

6. 居住支援

退院促進支援事業を実施するにあたり、居住支援の一環として「NPO 法人居住支援市民の会」を立ち上げた。これは保証人のいない対象者が民間のアパート等に入居する際の保証人制度で、当法人が法人格で保証人になるものである。

*「NPO 法人居住支援市民の会」を公的に承認してもらうために当時の市長に何度かかけあい、法人格が保証人になる旨をとりつけた。

7. 地域移行後の生活支援

退院は「結果」ではなく「経過」だと捉え、具合が悪くなったら病院をショートステイ利用するのも OK であると考えている。地域移行後の住居となる生活訓練施設、福祉ホーム、GH、共同住宅は全て病院の敷地外に設置されており、それら社会資源の利用者が地域住民との交流をはかるための行事をセンター等が企画している。また、センターが受託している「指定相談支援事業」で緊急時の 24 時間相談・支援体制もあり、センターの常勤の職員が輪番で携帯電話をもっている。この支援体制は地域住民や公営住宅の管理者に対しても「何かあったらセンターが対応してくれる」という安心感を持ってもらえることにつながっている。*地域交流会としてセンター、生活訓練施設、福祉ホームが合同で「夏祭り」を開催しており、地域住民が 200 名余り参加している。その他にも、地区のクリーンアップ作戦、地区の小学生とともに稲刈り、バーベキュー会など、毎年さまざまな行事を企画・実施し、地域住民と病院から地域移行した利用者や病院の職員が交流できる機会を設けている。

8. サービス提供組織

自立支援員は公募して選出しており、社会福祉士 2 名、元教員 1 名、元会社員 1 名の計 4 名である。対象者に対する支援は、支援計画を立てるセンターの相談員と支援計画に沿って支援する自立支援員のペアで担当しており、センターの施設長が自立支援員と相談員はタイプが異なるコンビになるように配置しており、また施設長は自立支援員が潰れないようにスーパーバイザーの役を担っている。

対象者の選定、退院計画などを策定する等が協議される退院促進支援部会は「ウィズピア」開設当初から定例で開催されている。

実務担当者会議は対象者、自立支援員、相談員、病棟職員の構成で、病棟において月 2 回開催している。

その他に、地域住民、各種団体の長を交えて、飯塚病院や CSN センターの事業内容を検討する運営協議会が年 2 回程度、CSN センター長や各社会復帰施設長、昨雲会事務長、飯塚病院総看護部長で構成される運営会議が月 2 回、実務責任者レベルの会議である HUB 会議が週 1 回開催されている。さまざまな立場の職員等が関わる会議が多種設けられている。

B. 事例考察

1. ストレngth

- ・ 自立支援員は公募としているが、その支援員がつぶれないように、センターの施設長がスーパーバイザー役を担い配慮を怠らないようにしている。
- ・ センターの運営主体である医療法人以外の6病院に対して、社会資源の説明等を行う出張講演を実施している。
- ・ 退院に対して拒否的な家族に対して、病院長が自ら説得に当たり、その結果8割以上が承諾される。またケースによっては、保健所職員が家族の自宅へ訪問し説得する場合もある。
- ・ 病棟で月に2回、「実務担当者会議」が開催され、参加者には対象者本人も入り、退院計画や退院後の住居などについて検討される。

2. 課題

重度の精神に障害を持つ方々の地域生活移行については、ケアホームなどの生活介護に重点を置いた施設の整備、人員の配置が求められるので、さらなる行政の支援などが必要となる、とのことであった。

3. 巣立ち会との比較

- ・ 個別支援であるために、退院準備訓練機関の対象者に対する支援は、対象者のニーズに応じたさまざまな支援の形がある。

4. コメント

- ・ 飯塚病院の院長が福島県精神保健福祉センターで勤務されていた経緯があり、院長が入院患者を退院させて地域で生活すること、地域移行後も病院の施設内で囲い込みをしないようにと、病院や地域生活支援センターが中心になって地域住民との交流を図っている姿勢が印象的であった。

(執筆：久米知代、富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年11月26日13:00～17:00)

II-2 埼玉県 社会福祉法人毛呂病院 地域活動支援センター のぞみ

ヒヤリング 調査対象者	精神保健福祉士 福島 和美様、 自立支援員・毛呂病院精神保健福祉士 藤田 裕太郎様
圏 域	坂戸市・飯能市・日高市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・鳩山町
対 象 者 数	平成 16 年度：5 名 平成 17 年度：6 名 平成 18 年度：13 名
退 院 者 数	8 名

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

開始当時の施設長が研修で退院促進支援事業を知り、社会的入院を少しでも減らす力になれたらと開始する。病院自体は、もともと退院支援は院内で盛んに行われていたようだ。

2. ゴール・ミッション「本事業を通じての地域ネットワーク作り」

利用者に対して地域で生活することの楽しさを知ってもらい、関係職員に対して本事業を通して地域のネットワーク作りから地域での支援体制の構築を目的としている。

3. 入院患者へのアプローチ

特に除外規定は設けていないが、本人、家族の同意が得られる人を対象としている。長期入院者が多く、退院の意志が弱い人も多いために、病棟看護師・主治医・病棟担当 PSW が話し合い、対象者選出を行っており、病院職員から推薦し、支援センター支援員が病棟に訪問し面接を行なう。本人が同意した段階で参加申込書により事業利用が決定する。家族が反対している場合には同意が得られるまで原則事業にはのせず病院内での働きかけを継続する。入院期間が長い人ほど、退院への意欲は弱い。患者同士での情報交換が行なわれ、本事業について知っている人もいる。知り合いが事業の対象となる姿を見て自分も抵抗感が少なくなるケースも多い。

*退院までに時間がかかる人が多いことから、参加＝退院とはなっておらずその分、ハードルが低いのではないかとのお話であった。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

事業について県の障害福祉課を招き病院に説明を行ない、さらに支援センター職員が対象者の選定から退院までの流れについてパンフレットを配布し各病棟での説明会を行なう。また、入院が長く関係が深い患者が多いので、グループワークなどのプログラム内容は患者間で情報交換されている場合がある。キーパーソンとなる 2 名の精神保健福祉士は元々、同法人病院の病棟担当の精神保健福祉士であったため、すでに病棟の職員や患者は二人を知っている場合が多い。

*特別な啓発活動や広報は行なわれていないが、院内でのグループワークについての情報は患者間でいきわたっており、それが退院を促すものであることは十分に知られている。

5. 退院訓練準備期間

SST や料理教室、平成 19 年度は宿泊訓練や、旅行も行なっている。グループワークと個別支援を組み合わせることにより意欲の向上を目指している。長期入院の人が多く、2、3 ヶ月で退院するケースはまれで、家族の同意が得られなかったり、本人の意欲が弱い場合が多く、数年単位での準備となることが多い。そのことが家族や他の患者に対して退院への警戒感を抱かせない効果も生まれている。平成 19 年度からはグループワークを上半期、下半期にわけ、上半期の反省をもとに下半期の計画を立てるようにした。勉強という雰囲気

せず、地域を楽しむという方針に切り替えた。また、病棟職員が退院に向けて服薬、身の回りのこと、生活についての準備を行ない、その回の候補にならなかった人に対しても継続してアプローチされている。

通うことのできる範囲にある作業所は定員に達しており、その作業内容が多くの対象者にとっては年齢的に厳しいとのことで、作業所へ通所する対象者はほとんどいないのが現状である。

*病院と地域で行っている支援になっているため、病院や家族、本人のペースを守りやすく、今のところはそれが家族等に警戒感を抱かせない要因となっている。準備期間は本人のペースを大切に、特に期間設定は設けていない。

6. 居住支援

ほとんどの人が、まずは自宅か同法人の生活訓練施設に退院し、その後近隣のアパート等への移住が想定されている。家族の協力が得られる場合は自宅へ退院してもらいが、不可能な場合はアパートやGHに行く前に生活訓練施設を経由している。本事業を利用した8名のうち6名が生活訓練施設に退院しており、生活訓練施設を利用することで退院が可能になる、退院率の向上にも寄与している。

*生活訓練施設に入所し、生活訓練施設内部のプログラムか病院デイケアに参加し、3年後に退所というパターンが多く、アパートなどへの移行支援は人によっては生活訓練施設退所時、生活訓練施設職員が担うことになると思われる。長期、病状が重い人が多い中で現状では生活訓練施設への退院がまずは目標となる。

7. 地域移行後の生活支援

従来から訪問する等の取り組みを行ってきた事に加え、近隣に住むメンバーから他のメンバーについての情報提供も多い。生活訓練施設入所後は必要があれば支援センターがフォローするが、その後はメインの関わりを生活訓練施設の職員が行なっている。アパート等、地域で暮らしている人に関しては、職員が情報収集をしなくても、「近隣のメンバーがお互いにフォローしあっており一人に聞けば他のメンバーの細かな情報が何人分も入ってくる」という、長い入院を共にした対象者同士の慣習がある。

保健所管内であれば支援センター登録してもらおうが保健所圏外であれば、そこにある必要な社会資源につなぐことができる。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

精神保健福祉士1名、臨床心理士1名、相談支援専門員2名、自立支援員1名（病院精神保健福祉士）で、その中で自立支援員が専任として病棟との橋渡し役として動き、補助する形で精神保健福祉士1名が支援センターとの兼任で行う。実際に事業としての動きをしているのは2名である。

「ピアサポート体制」

本事業専従の当事者職員はいないが、必要に応じてデイケア通所者、支援センター通所者にグループワークに入ってもらったりすることがある。

「自立促進支援協議会」

平成18年度までは支援センターで中心を担っていたが、19年度からは保健所と共催で行なっている。事務局という位置づけはしていない。メンバーは保健所、圏域の行政職員、保健センター、社協、社会復帰施設、ボランティア、毛呂病院職員であり、年5回開かれている。支援センターでは具体的に退院促進支援事業を進めていく中での事例や問題点経過報告を行ない、保健所では地域社会資源についての講演等を行っている。

「ケアマネジメント」

現段階ではケアマネジメントと言う形で行なっていない。退院時に必要な社会資源へつなげ、支援を依頼するが、退院先によって継続的に関わることもある。

「緊急時対応」

相談は相談支援センターと活動支援センターで担う。相談支援センターは土日、祝祭日以外は開所し活動支援センター職員が常駐。活動支援センターは年末年始以外開所し対応している。(平成19年度) 近隣に住む当事者からの緊急の知らせが入った場合には、状況に応じて訪問を行うようにしている。

医療的な処遇が必要な場合は隣接する病院での救急部対応となる。

「キーパーソン」

病棟担当 PSW の経験のある精神保健福祉士 2 名。

精神科病棟で介護職を行い、精神障害者地域生活支援センターにて指導員。その後、精神障害者地域生活支援センターにて精神保健福祉士として勤務し、自立支援員をサポートしている。

B. 事例考察

1. ストレngthス

- ・事例紹介や経過報告、講演会等の企画、運営を保健所との連携で行っている。
- ・住む場所が確保でき、職員は変わっても継続してプログラムが提供できる。
- ・充実した緊急体制が確保されている。

2. 課題

- ・退院後、家族との連携を維持するためにも原則として家族の同意がないと事業対象としておらず、家族の退院への理解を得ることが今後の課題としてあげられる。
- ・長期入院患者が多く、退院意欲が低い人も多く退院意欲向上に対するアプローチ方法を模索している。

3. 巢立ち会との比較

- ・利用できる作業所などの社会資源が定員等の理由で少ない。
- ・病院が核となって地域生活支援を担っている。
- ・家族の意思を尊重して事業への参加を決定している。
- ・同法人の生活支援施設が活用され、長期在院患者にとってハードルの高い地域生活までにワンクッションおくことができることは利点である。

4. コメント

対象者は同法人病院の入院患者であり、保健所と同法人の病院の関係が強く、これから本事業をこの地域ですすめていく上での先駆的な存在がこのセンターであると考えた。キーパーソンである 2 名の職員が元々、病棟担当の PSW だったことや、退院まで本人のペースを尊重してくれることが患者に理解されているために、入院患者にとって本事業に参加してみることが、すぐに退院させられてしまうことではなく、ゆっくりと準備して自分のペースで退院することができるプログラムである。生活訓練施設の利用は、他の医療法人が核となる圏域での取り組みでも有効に活用されており、一つの特色であると言える。

(執筆：道明章乃、調査員：久米知代・小林伸匡、道明章乃、

調査日時：2007 年 11 月 19 日 14:00~16:30)

II-3 山梨県 医療法人南山会 南アルプス市 地域活動支援センターきがる館

ヒヤリング調査対象者	センター長 精神保健福祉士 上田謙二様
圏域	峡西・峡北圏域（人口：17万人）、圏域内精神科病院：3病院
対象者数	平成17年：8名 平成18年：8名
退院者数	6名（退院率：37.5%、再入院率0%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

県内の4圏域のなかで当支援センターが一番初めに開設したこともあって、県から事業の話があった。元々、医療法人としての病院と同法人が運営している支援センターとが同じ敷地にあったが、病棟の新築をきっかけで、病院の敷地の外にでることになった。生活訓練施設も同じ敷地の中にあったが、一応の役割を生活訓練施設としては終えたとの判断で閉所した。

2. ゴール・ミッション

各関係者間の支援体制ができていることが前提だが、精神障害者がひとりでも多く退院して地域に住んでもらう。

3. 入院患者へのアプローチ

協力病院は当支援センターの管轄する圏域に3病院ある。選定方法については、各病院に任せている。病院PSWが選定する際の関与もケースによって異なる。各病院に推薦してもらって、隔月で開催する自立促進支援協議会で選定する。対象となる方の疾患名や入院年数の制限は設定していない。自立促進支援協議会で決定したら、決定通知を本人と各病院長あてに、自立促進支援協議会から提出する。担当の自立支援員をきめ、入院先の病院PSWと話をし、病院で本人と面談し、関係づくりをすすめる。自立促進支援協議会委員や事務局は病院には出向かない。対象者選定については、病院PSWの介入の程度はケースによって異なる。対象者に関しては、本人から直接支援センターには連絡ないが、病院のワーカーや看護師を通じてあがってくる。ケースにより異なるが、対象者11名に対して、院内での面接を59回行っている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

入院中の患者に対し「退院意欲」を抱いてもらうために事業説明会を開催。対象としてあがった方以外にも退院促進支援事業について聞くことができる場をつくり、入院患者（対象者以外も含めて）を対象に、パンフレットや紙芝居を利用して説明会を行ない、退院に向けての意欲をもってもらおう。紙芝居のシナリオは支援センターでつくっているが、絵はプロに作ってもらい、語り手の経験がある支援員に読んでもらっている。病院の職員に対しては、自立促進支援協議会が中心になって各病院で事業説明を行なってきた。山梨県としては強化事業にもなっているので、精神保健福祉センターや保健所が実施機関となり、説明会を開催し、精神科病院職員向けのもの、自立支援協議会委員向けのもの、市町村職員向けのもの、自立支援員向けのものなど、対象者別に別れて実施した。平成19年度からは当事者自立支援員からのメッセージ導入。平成20年度からは対象者からのメッセージを実施予定している。病院職員及び民生委員、ボランティア等対象に数カ所で事業説明会を開発する中で「社会的入院は人権侵害」という認識、退院促進の意識付け等啓発活動を行った。

事業の説明をするときに、自立支援員（当事者）と一緒にいって、インタビュー形式ではなしてもらった。事業を使って退院した当事者に、インタビュー形式を取り入れようとした

が、そこまではいかず、自立支援員（当事者）のインタビューという形になった。

*当支援センターでは、紙芝居を使って、退院促進事業の説明を行ない、より分かりやすく入院患者に対して説明をしている。また専門職に対する事業説明を実施する際にも、対象者を細分化して行なっているという工夫が見られた。

5. 退院訓練準備期間

自立支援員が対象者を病院に迎えに行き、個別支援している。支援が始まって間もなくすると、本人を交えて、ケア計画書を作成し、おおよそその退院までの話をする。ケア計画書作成のときに関係者の役割を記入したものが配られる。訓練準備期間について、県の要綱上は、半年という期間を設定しているが、こだわっていない。支援内容については、病院の治療方針もあるので、検討しながらすすめていく。全てのケースにケア会議があるとも限らないが、各関係者の役割や本人の目標をきめ、支援員の役割もきめている。支援内容を病院にもわかるように、実施支援報告書を作成し、ワーカーを通じて病院にも伝わるようにする。一方、家族への説明は、事業に申請をするときに、ワーカーから家族に説明をしてもらうようにしているが、基本的に本人の同意によって事業が進められるので、家族が拒否したとしても、支援は続けることはできる。

*支援開始してから、関係者間で役割の確認ができていく。準備期間は本人のペースを大切にしているということで、期間はもうけていなかった。報告書を通じて支援員の支援内容を病院にも伝達するという工夫がみられた。

6. 居住支援

同法人内にGHは3カ所ある。また一般のアパートに関しては、現在の支援センター長が以前生活訓練施設でも勤務していたことがあり、不動産業者との面識もあったので、使うことはある。アパートの保証人に関しては、具体的な関わりは支援センターとしてはないが、当事者にまかせている（友人が保証人になったケースもある）。

*事業の事務局になっている支援センター長が病院や生活訓練施設での勤務経験があるため、その当時の人脈で面識のある不動産業者を利用している。

7. 地域移行後の生活支援

退院後支援計画については作成していない。退院後の支援期間は、要綱上は約1ヶ月ということだが、あまりこだわっていない。退院したあとある程度定着し、本人が地域で生活できるだけの支援体制が組めるようになった時点で、協議会内で検討し問題なければ、協議会が支援終了の判断をする。支援員は各関係者に引きつぎ終了となる。退院後に家族へ望むことは、一律にどういうふうに行っているということはない。疎遠で反対している家族については、家族でできることはお願いするが、日常の支援は関係者で支えていくということは家族に伝えている。退院後の支援としては、日中通所している施設の職員だけではなく、支援センター職員が訪問する場合やGH世話人が支援をする場合、病院の訪問看護を利用する場合もある。

*自立支援員の支援終了については、協議会のみならず、本人の様子をみながらタイミングがとても大切になる。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員については、ほとんどの方が関係者からの紹介。平成18年度は11名、平成19年度は10名。事務局の職員が面接をして決定する。自立支援員は、看護師、保健師、支援センターPSW、当事者、作業所職員、支援センターボランティアなどから構成されている。当事者の自立支援員は、事務局の職員とペアで支援に当たっている。自立支援員は、社会資源があるということは知っているが、支援員から希望があれば、協議会から見学依頼書を施

設に提出して、支援員が見学することはできるようになっている。資源も少ないということもあるが、社会資源の一覧はあって、各支援員に渡している。

「自立支援員の役割」

寄り添う。応援団の一員になる。新しい風になる。

「キーパーソン」

センター長

支援センターの法人でもあり、退院促進支援事業の協力病院でもある病院で以前 PSW をしていて、同法人の生活訓練施設等での勤務を経て、現在のセンター長になっているので、各関係機関とも非常に顔なじみになっている。センター長がすべての対象者と関わることはない。対象者で以前より顔見知りの方と顔を会わせたときに話をする程度。退院した後に支援センターでの継続的な関わりを持つ。

「自立促進支援協議会」

事務局を会長の所属する機関に置いている。協議会メンバーとしては、県健康増進課職員、市福祉課職員、精神保健福祉センター、病院 PSW、当支援センター職員などにより構成されている。各病院 PSW が協議会に参加している。研修や地域のお祭りなどを通じて顔見知りなので、作業所職員などともインフォーマルな関係ができています。キーパーソンは協議会長として、事業の促進を図るために協議会における議題や活動内容の立案し、県担当者や県運営委員会、他協議会等と事業促進についての協議及び提案を行っている。

「夜間・休日対応」

支援センターとしては、相談を受けていない。各自、通院先の病院に連絡する。

「当事者活動」

以前からピアカウンセリング講座などを開催していた。ピア活動の取り組みについては支援センターとしては、利用者が 3 人集まれば、クラブ活動として、支援センターとして応援していく（職員が運転手などとして）。職員からの声かけではなく、メンバー同士で声をかけあい、クラブ活動している。年 1 回行っている精神障害者の「主張大会」に当事者が実行委員として参加し、準備段階からほとんど当事者が役割分担をしている。「主張大会」の開催場所を圏域内で毎回変えているので、各地域で当事者同士のつながりをもってもらいたいと考えている。

「ケアマネジメント」

ケアマネジメントの技法を本来用いるべきだが、現状ではそこまで緻密に行なわれておらず、病院 PSW に委ねていることが多い。

「精神保健ボランティア」

精神保健ボランティア講座は、保健所で養成している。支援センターなどの活動に参加しているが、中には自立支援員になる方もいる。

「家族会」

当圏域にある南アルプス市では、家族会でも作業所を運営しているところもあるが、関係は薄い。退院促進支援事業のなかでも関わりがない。

B. 事例考察

1. ストレngthス

当事者活動を積極的に取り入れている。

2. 課題

- ① 事業所のマンパワー不足で事業に充分関われない。専従のコーディネーターが必要。
- ② 住居不足。GHの増設（公的補助制度）や公的保証人制度の確立。
- ③ 地域自立支援協議会との連携

3. 巣立ち会との比較

退院促進支援事業の中でも自立支援員として、当事者を参画させ、また当事者の発言の場を設けるなどして、当事者の力を引き出すための支援や工夫がとられているところは、巣立ち会の活動にもある。

4. コメント

当支援センターでは、「紙芝居」や「主張大会」など独自の取り組みが伺えた。事業の啓発活動についても、まだまだ周知不足との認識をもたれて、関係者や地域住民への普及啓発活動を継続して行っていくとのこと。地域住民への研修会を開催し、理解を促進するための工夫がみられた。また、県内の4圏域のそれぞれの圏域同士の合同研修や連携なども今後検討していくとのこと。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年11月30日14:00～16:00）

Ⅱ-4 長野県 県立駒ヶ根病院

ヒヤリング調査対象者	精神保健福祉士 古畑ひろ子様
圏域	上伊那圏域（人口：19万人）
対象者数	平成17年度：7名 平成18年度：2名
退院者数	6名（退院率66.7%、再入院率：16.7%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

事業は平成16年度から開始。伝統的に不要な社会的入院はさせない方針を貫いてきた病院であり、県立病院ということで県から事業を受諾したが、もともとの病院の方針に後から事業がついてきたという印象だった。

2. ゴール・ミッション「生活の保障、ノーマライゼーションの実現」

現在は病床削減という目標もあるが、患者の生活の復権、ノーマライゼーションの実現のために活動している。その目的を共有化するために院内で学習会を実施しており、地域の保健師等も参加している。

*1970年代から積極的に開放治療と地域での生活を推し進めてきた病院であり、様々なパターンの活発な退院支援が行なわれていたという。さらに、すぐ隣が西駒郷であり、施設解体から地域移行への流れは職員が体感できるもので、病院の長年の方針に事業が追いついた印象がある。

3. 入院患者へのアプローチ

1年以上の入院を「長期入院」と定義し、長期入院の患者であれば誰でも本事業の対象になりえる。本人と一番関係のとれている職員が、事業への参加をすすめたうえで、社会資源の見学等に出向いたりし、契約を行なう。家族に対しては事業説明と家族の意思確認が行なわれるものの、その後反対する家族に対して説得と、本人への支援は同時に行なわれる。

病院の精神保健福祉士の役割としては、当事者・家族の不安を聞き取り、資源・制度的なもので補えるものは説明し利用支援をする。心の揺れを受け止めつつ、見学や体験をセットして選択・自己決定する過程の支援を実施。また自身のストレングスへの気づき、それを高める支援。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

保健所の協力もあり、写真等を利用しての事業説明を行なっている。病棟内の「退院支援推進チーム」では退院した方の話を聞く機会を設けたり、チームから、社会資源の見学会のお知らせ等の「退院支援速報」を発信し、院内の職員が誰でも見られるようにしている。病院全体としても2週間に1度、家族の面接・対応状況、退院予定や社会資源の見学予定、等の患者支援の進捗状況を発表し各セクションで、支援のために職員が各患者の動向を検索できるようにしている。また、院長、副院長、各病棟師長、コメディカル、主治医が参加する「退院促進委員会」で、各病棟から退院支援がスムーズに進んでいないケース2例ずつが挙げられ、その支援方針が話し合われる。

*院内の退院へ向けての各委員会がしっかりと機能しており、特に各病棟の「退院支援推進チーム」ではそれぞれ独自性をもった企画（社会資源の見学会や講演等）が行なわれている。各病棟に力のある、核となる人物がいるのではないだろうか。

5. 退院訓練準備期間

他職種が係って、服薬ミーティング、退院支援プログラム、社会資源学習会を行なっている。県立病院の特性上、重度、超長期在院の方が多く、地域移行までの期間は本人と共に行動し共に考えて設定している。病院が一方向的に目標を設定することは行っていない。ショートステイや自立体験事業も本人が希望すれば随時行なわれるようになっており、外泊訓練に関しては服薬自己管理の練習が並行して行なわれる。また、西駒郷の寮、自遊休施設を借りてOTプログラムに退院準備のプログラムを取り入れ、それに参加してもらうようになっている。圏域の「退院支援部会」では病院の関わりや障害者総合支援センターの支援事例の検討会、退院支援の進捗状況を話し合う。

*西駒郷の施設を借りることができるまでに1年半かかったが、今後も有効活用して行きたい。それ以外は、通常の病院での退院支援と同じであるように思われた。「退院支援部会」には事例検討時のみ他病院も出席しているとのことだが、病院ごとの方針はかなり違うようなので、駒ヶ根病院の報告によって他病院が意識を変えるきっかけにもなっていくだろうか。

6. 居住支援

単身アパートへの退院例はまだなく、GHと自宅及び救護施設への退院となっている。同市・近隣市町村にあるGHへも積極的に退院を勧めている。病院借上げのアパート等についても検討する時期に来ている。GHなど退院支援の資源作りについて地域関係機関との検討が始められている。

*同市には生活訓練施設をもっている病院があり、駒ヶ根病院も利用している。しかし、その数も限られている。交通が不便なところであり、アパートも物件自体が少ないのではないかと。今後は住居のバリエーションと数が緊急の課題と思われる。

7. 地域移行後の生活支援

入院中に主に関わる職員は退院後2、3ヶ月は、地域のコーディネーターや生活支援ワーカーと時期が重なって関わるが、徐々に地域へ支援のウエイトを移行してゆく。GHとも連携は密に行なっており、日常的に情報交換が行なわれている。何かサインをキャッチしたら連携メンバーのうち動ける人がすぐに動くよう、早期介入を目指している。近隣とトラブルになった際には、福祉課や保健師、上記コーディネーター、生活支援ワーカーが連携して介入・支援している。

*自立支援員に当たるのが、障害者生活支援コーディネーター、生活支援ワーカー、退院支援コーディネーターである。コーディネーターが先ず相談を受け、ワーカーが具体的支援に入る。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員は置いておらず、病院職員から各コーディネーター、ワーカーへ徐々に役割が移っていく。「退院支援部会」において事例検討会等を通じて情報交換が行なわれる。

「ピアサポーター等」

退院した方が病棟やグループ、退院支援促進チームに体験談を提供することはあるが、事業の中での位置づけはされていない。家族職員は連携する作業所におり、家族学習会の講師や助言者、当院の病院運営協議会のメンバーになっている。

「自立促進支援協議会等」

事業に参加しない病院が多いため、各病院の現状を報告するにとどまり、あまり機能していない。連携している施設等との連絡会としては、「グループホーム連絡会」（2月に1度）、「作業所連絡会」（2、3月に1度）、「退院支援部会」（不定期）がある。

「キーパーソン」

病院の相談室室長。精神保健福祉士、社会福祉士。

長年、行政の中で専門職として福祉各領域の現場で勤務し、現在の病院は通算十年間の勤務となる。

B. 事例考察

1. ストレングス

「ボランティア」

事業には直接組み込まれていないが、病棟ボランティア活動が長年続いており、当たり前の光景になっている。行事の手伝いや、話し相手、得意なことを教えたりと病棟にいい刺激を与えている。子供を連れて来るボランティアや、適当なときにふらっと来るボランティアなど、ボランティア側にも構えがなく、入院患者、職員とも良好な関係が保たれているとの事であった。

また、障害者施設等が多いために、障害者に対する深い理解がある地域であることも挙げられる。

2. 課題

既存の資源に依存してきた感が強く、自助努力が必要と考え、GH等を運営している関係機関と退院支援資源の創出の検討を開始している。

3. 巣立ち会との比較

- ・住居の数、形態とも不足している
- ・事業に参加する病院がなく、1病院のみでの事業展開となっており他の病院の理解が必要。

4. コメント

知的障害者施設、介護老人施設が数多くあり、住民にとっては障害者が地域で暮らすことは当たり前のことと伺った。この圏域では4病院のうち2病院が事業に参加したものの、1病院が途中で脱退してしまった。そのため、駒ヶ根病院の現在までの退院支援のありかたがそのまま事業になっている点が多い。いい点としては既にできていた地域との密なネットワークがあり、また院内一丸となって退院へ向けて努力していること、そのための情報共有手段が豊富であることが挙げられる。逆に、病院内でシステムが完結してしまっている印象もあり、他の地域や事業所でどう応用するのかが課題と思われる。退院先の住居はバリエーションが少なく、山深い地域であり、アパート等の住居確保にはかなりの制約があることが考えられた。

(執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、調査日時：2008年2月19日)

II-5 岐阜県 医療法人香風会 黒野病院

ヒヤリング 調査対象者	医療相談室 精神保健福祉士 玉木康雄様 医療相談室 精神保健福祉士 矢野幹華様
圏域	岐阜市（人口：42万人）、市内精神科病院：4病院
対象者数	平成17年度：6名
退院者数	6名（退院率：100%、再入院率：16.7%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

昭和30年代初頭に当病院が設立されてから、開放病棟を作ったり、外勤作業を行ってきた経緯があり、社会復帰活動も行っていた。アパート探しをしたり、保証人のことなど大家さんに相談したりして、退院支援を個別に行なってきた。職親制度など県やハローワークなどの制度を利用し、就労支援も行なってきた。外勤先の会社の方々による協力もあり、いろいろなところで生活をしていた方々がいた。このような活動支援は少しずつ変化しながら今日まで続けていたが、ノーマライゼーションを目指す時代になり、退院促進支援事業の受託に関して、行政から話しがあった。

2. ゴール・ミッション

現状では、地域に出るといっても、アパートは病院の近辺になっている。それがもう少し広い範囲で退院して、やはり社会に戻ったということになるが、まだ現実はそうっていない。生活訓練施設に退院したとしても、本当の意味での社会復帰とはとても思えない。今以上にいろいろな人が関わって、本当に地域で暮らしていけるシステムを望んでいる。

*退院支援の担当者になる当病院PSW個人としては、生活訓練施設から出てさらに地域で生活してもらうことを目指しているが、地域で当事者が暮らしていけるだけの支援者間の連携がまだ取れていないので、課題と考えられている。

3. 入院患者へのアプローチ

対象者を決定する際に、とくに基準というのを設けていない。対象者の選定は、対象者を選定する会議というものはなく、主治医が対象者と相談したり、看護師から選ばれて対象者になることが多い。対象者の選定については、主治医が最終判断し、支援を開始する。まず本人の意思を確認し、参加申込書を記入し、主治医の推薦状も必要になり、それぞれの書類を理事長宛に記入し、病棟職員とチームで、話を進めていく。その後、家族への説明をPSWが行なう。具体的な選定基準は設定していないので、医療職員の視点を中心にした選定を行なうため、選定基準が高くなる可能性はあるが、それは現時点での地域の資源や支援体制が少ないため、その中で考えなければならないからである。退院が難しいと思われる入院者を対象にできるようにしていきたい。

4. 入者や病院職員に対する広報・啓発活動

病院内の医師や看護師に対しての啓発活動としては、病院内の全体会議を毎月1回行っているため、できるだけ情報提供し、各職員の意識をもってもらうように工夫している。事業受託した頃に、行政職員が院長に対して個別に説明したかもしれないが、病院職員全体への説明というものはなかった。事業に関するビデオやパンフレットなどの作成はしていない。

一方、患者への啓発活動としては、退院した方や生活訓練施設に入った方に説明会に参加してもらうことはある。また、支援センター職員が病棟に入り、支援センターの利用方法などの説明をすることはあるが、それより先に患者同士で退院支援についての話が広がっている。生活訓練施設に入所している方でも、日中行き先がないので、病院のデイケアに来たり、院内のベンチで会話したりそうした中で、情報が飛び交っている。患者同士の口コミで入院

中の方に伝わる力が大きい。退院できそうな患者を、看護師が何人か集めて、生活訓練施設に行き、直接説明会を聞きに行くということもあった。

*同じ敷地に病棟と生活訓練施設や支援センターがあるので、当事者同士のインフォーマルな情報のやり取りが行なわれている。そこから、退院希望者がでたこともある。病棟の職員には、より具体的な情報提供を進めれば、インフォーマルな当事者同士の関係を強化できるように支援することができる可能性がある。

5. 退院訓練準備期間

退院への動機づけをもってもらうためにも、一緒に生活訓練施設を見学したり、生活訓練施設に入ると外に出ると楽しい行事があるとか、暮らす楽しさを自ら作っていくなど、楽しい話を積極的にしていた。支援が開始されれば、最初から個別支援になる。作業所への資源見学など、外出先は対象者と相談しながら、行き先をきめる。地域に移行するまでの期間は定めていない。支援が始まる時は、計画書の中に、看護師がこれまでの経過を記入することもあるし、本人の希望や課題を明記して、ひとつの入るとして綴じて、必要に応じて支援内容を追加していく。計画書を作成するのは、主治医や看護師からも情報をもらって、PSWが作成する。

*動機づけをするための働きかけとして、施設見学や退院後の生活がイメージできるような話を職員から行ない、できるだけ本人の意向にそった支援を行なっている。支援員としての役割が、院内のPSWがやっているのだから、最初から顔を知っているのは強みかもしれない。退院者を増やすための工夫や努力としては、実際に退院した人達による話し合いや、関わりを持ってもらい社会復帰への意欲・希望を高めてもらうこと。対象者の方が退院するまでの課題やハードルとしては、住居、希望の仕事（内容・自分の理想とのギャップ）、住居における人間関係の難しさなどがある。

6. 居住支援

生活訓練施設を通っていく形が多い。中でも主治医の指示で、生活訓練施設という人が多い。退院先として、家族との同居されることは、家族も高齢化していることや長期入院のためその人の戻る場が無い状況が多く最近では少ない。不動産業者は保証人がいれば、入院者にも貸してくれる。保証人がいない場合は、費用はかかるがNPOで保証人になってくれる制度も利用する。

*生活訓練施設が運営され始めたあとに、退院促進支援事業の受託をうけたので、まずは生活訓練施設への退院者が多い。その後、生活訓練施設から退寮しアパートに移る人々は病院周辺のアパートを中心に借り生活をしている。アパートの開拓などが今後の課題。

7. 地域移行後の生活支援

訪問ステーションというものがあるのではなく、PSWや外来の看護師が個別に訪問している。これまでの経験から訪問の重要性を感じていたのだから、訪問ステーションは無いが必要に応じて実施し、件数は急増している。また、介護保険のヘルパーを利用される方が増えてきているので、介護保険のヘルパーさんや、自立支援法でのホームヘルパーさんとも連携をとっている。

*地域移行してからも、現状としてはまだ病院中心の支援が続いている。また、支援センターの歴史も浅く、地域資源のネットワーク作りの中核になるにはまだ時間がかかるので、地域のネットワーク作りが課題になる。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

自立支援員という名称で位置付けされていないが、同じような役割としては病院相談室の2名のPSWが行なっている。

「自立支援員の役割」

医療相談室 2 名の精神保健福祉士が支援員として兼務し、外出同行など、退院支援を行っている。

「自立支援協議会」

自立支援協議会はない。

「キーパーソン」

医療相談室 室長 精神保健福祉士。当病院で約 25 年間勤務されていて、これまでも病院 PSW として、退院支援や就労支援を行ってきた。また、6 年前より 1 名の精神保健福祉士の現在 2 名である。

「院内プログラム」

退院促進支援事業と直接的なつながりはないが、病棟内のプログラムとしては、各病棟で SST をしている。

「夜間・休日対応」

緊急連絡先としては、支援センター登録者は、支援センターの職員が携帯電話をもっている所以对応できる。また、宿直医・事務宿直者が、24 時間対応する。

「就労」

本病院の近くに福祉工場があり利用される方も多し。また、ハローワークでの職業訓練を利用する方も多し。病院周辺の中小企業は、外国人（特に岐阜大学の留学生）の職場になってしまった所もあり、時代の流れを感じる。

「家族会」

保健所が音頭を取って、各地域で家族会を結成するような働きかけをした。その結果、家族会の運営で作業所が設立されたりし、市の行政・保健所が中心になって資源の立ち上げに関わっていた時期もあったが、最近では、NPO として各施設が運営できるようになってきた。

「地域との連携」

岐阜市では、市の障害福祉室で困り事相談会のようなものが開催され、精神分野で言うと活動センターや精神科病院、総合病院、警察、消費者生活センター職員といった人達が集まって、全体会として話し合いの場がある。その中でまた内容に応じて個別にある。あとは PSW 同士のネットワークがある。

「ボランティア」

精神保健ボランティア講座は市や県が開催しているが、現在は地域活動支援センターの業務になっている。本病院では、デイケア・支援センターなどで、ボランティアの協力を受けている。

B. 事例考察

1. ストレングス

病院と同じ敷地に支援センターや生活訓練施設があるので、当事者同士の「口コミ」という方法で、以前よりも退院後のへのイメージを入院者が持ちやすくなっている。

2. 課題

各職種（ドクターをはじめコメディカル全員）が、一人ひとりの意識・意欲をもっと高め、一つの大きな力となること。

3. 巣立ち会との比較

病院と同じ敷地の中で、社会復帰活動を行っている。

4. コメント

県からの委託で退院促進支援事業を行っていたが、多くの退院支援の調整は病院内の相談室のPSWによるところが多く、病院と同じ敷地にある生活訓練施設を利用し退院される方が圧倒的に多い。退寮後、単身生活をされるが、現状としてはまだ病院中心の支援になってしまい、入院していた病院PSWや外来の看護師が訪問に行くことが多く、病院関係者以外のサポート体制は少ない。事業受託後、相談室・生活訓練施設・支援センターの職員が協力しながら支援を続けている。病棟で勤務している職員に退院促進の動きが広がり、職員の意識も少しずつ変化している。また、同じ敷地に生活訓練施設があるので、入院者と生活訓練施設の入寮者が「ロコミ」というインフォーマルな形で啓発活動が行なわれていることになる。退院促進については、職員・入院者も知っており、希望を持つ方、不安を持つ方と、色々だが、より良い暮らしが出来るよう、個々に合った支援をして行きたい。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年12月5日13:30～15:10）

II-6 広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センターさ・ポート

ヒヤリング 調査対象者	センター長 精神保健福祉士 長谷部隆一様 三原病院 精神保健福祉士 向井 克仁様 小泉病院 精神保健福祉士 得能 千佳様
圏 域	尾三圏域（人口：27万人、三原市…10万人） *平成18年度まで三原市地域を対象に実施。
対 象 者 数	平成16年度：20名 平成17年度：11名 平成18年度：2名
退 院 者 数	21名（退院率：63.6%、再入院率：14.3%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

退院促進支援事業をはじめめる前に、三原市において、ホームヘルプの試行事業や家庭介護人派遣事業や精神障害者のケアマネジメントの試行事業などを行われていた。保健所が中心になって住居確保対策の研究事業に取り組む中で、退院に向けた地域課題として、住居確保の重要性とサポート体制不足を問題提起するとともに各病院との意見交換を行った。当時は、社会的入院者の現状把握や理解がされていなかったが、精神科病院との協議を重ねながら、平成15年度に退院促進支援事業のモデルケースとして、2つの精神科病院から対象者をひとりずつ出して、退院促進の流れを研究事業のなかで行った。

当時は協力病院にもなっている2病院の取り組みの方が早く、支援センターは関わっていなかったが、平成15年度の途中から当支援センターも参加することになった。県から、病院の方へ事業の説明や相談をした後に、支援センターにも話があり、あとから事業に参加することになり、その後事務局になった。2つの精神科病院が以前から社会復帰施設も運営していて、退院支援を行っていたので、両病院の理解を得やすい地域性があった。

2. ゴール・ミッション

退院促進事業の最終目標は、アフターフォローまでを含んだ最終的な地域移行までを目標にし、「だれもが自分らしく暮らせる街づくり」を目指している。

3. 入院患者へのアプローチ

「対象者の定義」が決められて、選定条件によって選定される。本人の希望を確認し、了解があれば利用申し込みを提出する。働きかけをしないと入院が長期化する人も含まれる。医師の意見書とPSWのフェースシートの提出がされ、会議の中で検討し、対象者が決定される。その後、事務局と保健所が本人と面接し、主治医、病棟職員等とケア会議を実施する。家族への説明は、対象者にあがるまでに説明することが理想的だが、後から説明することもある。退院ができるような支援体制をしていきたいので、と説明するようにしている。支援計画をたてるときは、本人に話しを伺って、自立支援員が計画を作成し、本人に伝える。あまり作成には本人は同席しない。

*選定される際に、本人の意思と医療職員からの推薦に加えて、病院PSWからのフェースシートも提出することによって、希望者を多角的にみることはできるのではないかと。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

事業開始当初、ビデオやチラシを使って、関係者向けに保健所と委託された事務局（当支援センター）が病院にいて、院内研修として、事業説明を1病院に対して3回ずつ行ったが、平成19年現在は特に行っていない。また市内の訪問看護職員の会議や民生委員の集まり、精神保健福祉研修で説明したり、事業報告を行った。入院患者に対しては、病院内であ

る程度支援対象者が決まったら、対象者のグループで事業に関するビデオを見る。デイケアや生活訓練施設を利用しはじめると、当事者同士がインフォーマルな情報交換をしている。
*事業受託の経緯からもあるように、支援センターよりも協力病院の方が先に事業について取り組まれていたので、長期的な啓発活動が病院には必要なかったのではないと思われる。

5. 退院準備訓練期間

自立促進支援計画がたてられ、対象者にフィードバックしながら支援する。退院を目指す際に、退院までにもってもら本人の能力（技術）については、考えなかった。対象者の8割が生活訓練施設に入所となっている。支援内容は、生活レベルの細かいものから施設見学、外出・外泊訓練など多岐にわたる。退院先は、生活訓練施設が多く、対象者が体験利用中の対象者の状態を、生活訓練施設から病院に逆にフィードバックして、病院で調整し直すこともある。入所などの場合は部屋の制限はあるが、できるだけ早い段階で見学だけでもできるようにする。退院準備訓練期間については、いつまでに退院するという目標をたてることはあるが、6ヶ月で退院することを目指してはいない。超長期入院の方は、生活訓練施設に退院することが多かったので、施設入所中に少しずつ色々なことを職員と一緒にやり、覚えていく。生活訓練施設体験利用中に、施設対応が可能か否か判断したり、利用者同士の関係など施設職員が観察するなど、入寮後のケアマネジメントの必要性を把握しながら支援している。ケア会議で事業終了後も本人の一番身近な人がケアマネジャーとなり支援は継続される。
*訓練期間中にも、様々な協力施設があるので、対象者が色々なことに挑戦することができる。外泊訓練中の様子も随時病院に報告されるので、病院における退院までの準備期間で課題となるべきことがわかる。

退院者を増やすための工夫・努力などについては、各退院促進支援会議等で対象者の確認を行い各病院に持ち帰って検討してもらっている。（各病院の努力に頼っている部分がある）

6. 居住支援

宅建業協会の協力や精神保健福祉ネットワークを発足させ、関係団体の社会資源の連携・協同ができています。居住サポートに限定したプロジェクトを立ち上げ、GH や生活訓練施設を退寮後の居住支援を行なっている。Fax 一枚で病院など機関名のみ、対象者の年齢と性別を記入する。住居確保支援プロジェクトに宅建業協会の会長・副会長にも参加してもらっていたので、該当する部屋があれば、三原市社会福祉課を介して紹介してもらえるようになっている。

*入所施設に入られる対象者が多いにも関わらず、次の行き先確保のための事業をとりくみ、住居確保の努力がみられた。

7. 地域移行後の生活支援

退院促進支援事業は、退院後の支援は1ヶ月間の制限は設けている。終了前には退院後支援計画を作成し、退院後のコーディネーターを明確にしながら、それまでに利用している社会資源や新たに必要になるサービスについて検討しておく。生活訓練施設から地域生活に移行になったとき、それまでの経過では支援者の会議では報告がされている。

*支援者があまり変化してしまっても、利用者にとってよくないので、できるだけ支援者が重なる時期を設けながら、支援者が移行できるように工夫している。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

当支援センター長

支援センターの運営主体になっている医療法人（協力病院のひとつ）のPSWをしていた。病院での勤務時代から退院支援を行い、授産施設や生活訓練施設を立ち上げる際にも関わりをもっていた。新規対象者の方については、事務局として保健所担当者と一緒に決定通知書

を持参し、面接を行ない、事業終了時（退院時）にも同様に訪問し、事業利用してみてもの簡単なヒアリングを行ない、退院後も希望すれば支援を受けることが可能なことを説明する。退院後に、地域で支援センターの支援を希望する方の場合には支援が途切れないように、継続した支援を行なっている。また居住サポート事業利用のモデル事例となった方に対しては、直接支援者と一緒に面接を行ったり、ケア会議を開催して支援計画を対象者と直接支援者とともに作成したりしている。

「自立支援員」

保健所など関係者から推薦があつて自立支援員になる。平成 19 年には自立支援員が 10 名任命された。自立支援員は当初病院 PSW がなっていたが、地域からの風が必要だとのことで、退職された看護師や保健師がなっていたがそれだけでは足りなくなり、ボランティア養成講座修了者を対象に、「地域生活サポーター」を養成した。自立支援員のコーディネートを保健師が行ない、病院 PSW とも連携をとりながら支援をしていた。

「自立支援員のサポート体制」

毎月、「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」を実施し、情報交換を行うなど、自立支援員の相談に病院 PSW をはじめ関係者が一体となって、随時相談対応できる体制になっている。

「尾三地域精神障害者退院促進支援会議」

構成員としては、県立大学職員、精神科医師、病院 PSW、社会復帰施設職員、自立支援員、社会福祉協議会、家族会、当事者など 23 名が参加している。退院促進支援会議（全体会議）を年に 3 回、退院支援連絡会議（実務者会議）は 2 ヶ月に 1 回開催。モデル事業の時は、事務局として、対応。現在は、事務局として動きながら、他の職員に進行は任せて会議の委員として会議に参加している。

「協力施設」

通所授産施設 2 ヶ所、小規模授産施設 1 ヶ所、デイケア 3 ヶ所、生活訓練施設 2 ヶ所、福祉ホーム 1 ヶ所、GH2 ヶ所など。

「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」

元々は、「退院促進支援事業打ち合わせ会議」と「自立支援員連絡調整会議」を時間差で行っていたが、併せて行なう方が効率的ということで、現在の形になった。構成メンバーは、会長、病院 PSW、自立支援員、地域生活支援センター PSW、市町担当者、事務局：保健所担当者（保健師）及びさ・ポート。

「自立支援員のサポート体制」

支援員のスーパービジョンを病院 PSW が行っている。また、定期的に行っている「退院促進支援事業打ち合わせ会議及び自立支援員連絡調整会議」においても相談があれば対応できる仕組みになっている。

「精神保健福祉ネットワーク」

平成 4 年から、民間の精神科病院と社会福祉協議会によって、毎年「精神障害者福祉講座」を行なってきた。その後、構成員として、10 年間で精神科クリニック、社会復帰施設、市の保健福祉課、県立大学などが加わった。現在では、「精神保健福祉ボランティア養成講座」、「ピアサポート研修会」などが開催されることになった。市内の精神保健福祉関係事業が増えてきたので、個々に活動していたものをひとつの組織にまとめ、改めて精神保健福祉ネットワーク「こころのネットみはら」として発足した。

「24 時間体制」

生活訓練施設でも以前は当直をおいていたがやめている（携帯電話対応）。地域生活支援センターさ・ポートでの対応については、夜間・休日等の相談・支援体制は、支援センターに登録している当事者用と居住サポート事業を利用して、公営住宅などに退院・退所した方用 2 本の携帯電話でセンターが対応している。

B. 事例考察

1. ストレngth

両精神科病院の退院への取組みがこれまでも行われていたことが上げられる。

2. 課題

平成 19 年度から尾三圏域全体（三原市、尾道市、世羅町）となったが、広島県の計画で今年度限りと提示され、モチベーションが下がった（要望した結果、来年度は継続することとなった。）継続した実施の担保が必要。

3. 巢立ち会との比較

退院促進支援事業を行っている支援センターが医療法人ではあるが、街の中心にあり、病院の敷地とは距離が非常にはなれたところで活動している。巢立ち会は運営主体が社会福祉法人によるもので、さ・ポートは医療法人が運営主体によるものだが、両者とも病院との垣根が非常に少ない。

4. コメント

本地域では、事業の一連の流れと関係者の役割が明確にされつつ、各関係機関同士の連携が非常にとれているように感じた。病院の理解もあって、当支援センター長が以前病棟勤務時代に「やどかりの里」を設立した谷中氏を定期的に招聘し、生活支援の視点を踏まえて退院支援を行ってきた経緯があった。本地域では、行政と病院と福祉分野の各施設が協働されながら、地域活動が展開されているようにみえた。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007 年 12 月 14 日 13：00～15：30）

Ⅲ) 行政機関が実施・共働する事業

Ⅲ-1 神奈川県 地域生活支援センター カシオペア

ヒヤリング調査対象者	上野様、阪本様
対象圏域	川崎市（人口 130 万人、圏域内精神科病院 5 病院及び都下 1 病院）
対象者数	31 名 平成 16 年 10 名 平成 17 年 10 名 平成 18 年 11 名
退院者数	11 名（退院率 35.5%、再入院率 27.3%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

川崎市リハビリテーション医療センターは昭和 46 年に設立された。当センター内の生活訓練支援センター建物の 3 階・4 階が生活訓練施設（生活訓練施設）になっており、従前から長期入院患者の受け入れをしてきた。国では平成 15 年度から退院促進支援事業が開始されているが、当センターにおける退院促進支援事業は平成 16 年 8 月より川崎市の直営事業として開始された。

2. ゴール・ミッション

対象者の地域定着を目標にしたいが、現状としては地域移行に留まっている。国の要綱では地域移行後は 1 ヶ月支援できることになっているが、川崎市も 1 ヶ月を原則としており、それ以降は地域にある関係機関につないでいる。

*退院前から地域の相談支援事業所や保健福祉センターと連絡をとり、対象者をつなぐように努力している。アパートが決まれば住む地域が決まるので、対象者の退院前からその地域の担当者にケア会議への出席を依頼している。

3. 入院患者へのアプローチ

川崎市の退院促進支援事業の対象者の定義は、①長期入院患者で社会的条件により退院が困難な方、働きかけにより意欲が生じる可能性のある方、②1 年以上の入院か 1 年以上の入院が見込まれる方としている。市内の単科病院 5 病院と鶴ヶ丘病院を対象としている。

退院促進支援事業の対象者が挙がるまでのプロセスは、まず病院のワーカーから入院患者に事業を説明してほしいという要望があがり、自立支援員が病棟へ出向いて事業の説明を行う。入院患者が事業の利用を希望すると主治医とご本人から正式に事業の申し込みがされ、退院促進支援協議会から承認書が発行され支援開始となる。

*状態が安定していて、かつ退院に対して意欲のある人でないとなかなか事業に乗らないので、センターの職員が時間をかけて面会に何度も出向いて話をする努力をしている。

*入院患者に対して事業への申し込み前に、いつでも中断することは出来るわけだから気軽に申し込んでほしいと伝えている。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

市内の単科病院 5 病院のワーカーと作業部会をつくり、川崎市精神保健課の協力を得て退院促進支援事業のポスターを現在制作している。

また、自立支援員が病院を訪問する際は、自立支援員であることがわかるようにネームプレートをかならず首から下げている。

*病院のワーカーから入院患者に刺激を与えてほしいという要望で、自立支援員のネームプレートを着用しているが、退院促進支援事業の対象には挙がっていない入院患者から直接声をかけられることもあり、その効果を実感している。

5. 退院準備訓練期間

支援開始以降は、面会→外出→ケア会議で次のステップを協議、というプロセスでグループ対応ではなく、個人支援をしている。

外泊訓練は、センターの上階にある生活訓練施設「もみの木寮」やアパート確保をしてから行っている。外泊訓練前より、病棟にて薬の自己管理ができるよう訓練をお願いしている。考え方として、退院促進支援事業利用者の多くは高齢な方であり、何か出来ないことがあっても訓練してできるようになってもらうのではなく、地域生活を楽しくしてもらうためにサービスで補う、としている。

*地域移行までの期間は最初6ヶ月としていたが、それは特に長期入院患者には現実的ではなく、ご本人が焦ってしまったりは結局失敗してしまうので、平成16年度からは目標として1年間、必要があれば退院促進支援協議会にかけて延長している。

6. 居住支援

川崎市には、もともと高齢者や外国人を対象とした居住支援制度があり、対象者には家賃の35%プラス火災保険料で4万円前後の費用を貯めてもらい、対象者の希望に合ったアパートを地道に探している。対象者の条件が高い場合には、対象者と見学を繰り返し、本人が納得するまで付き合うようにしている。

7. 地域移行後の生活支援

地域移行直後は訪問の密度を濃くして、地域関係機関に支援を移行しながら徐々にフェードアウトしていくようにしている。直後の訪問では時期が病棟職員と重ならないようにしている。

地域移行後の支援は約1ヶ月であることを対象者には事業開始時に確認しているが、終了の時期は対象者本人が必ず参加するケア会議で決定し、その後の支援の中心は相談支援事業所（地区に1カ所）に移管するようにし、ホームヘルプサービス等の社会資源を利用するようにしている。

*GH入居の方の場合はGH職員が中心となって、地域移行後の支援を行っている。

8. サービス提供組織

当センター職員は、常勤職員3名と非常勤職員1名の4名で全員自立支援員である。常勤職員は月に約4回の生活訓練施設の夜勤も兼務している。

自立支援員の職種は、看護師とPSW、心理職。4名が対象者に合わせて色々な組み合わせで2人体制を取っており、それぞれ主担当・副担当が決まっている。

退院促進支援協議会は、2ヶ月に1回の割合で開催されているが、対象者の選定に関してはタイミングもあるので事務局で判断し、直近の協議会にて事後承認してもらっているケースもある。協議会の圏域は川崎市全域で、事務局はカシオペアに設置されている。

9. ピアサポーターによる支援

- ・ 当事者が、住んでいるアパートを見せてくれるとか、買い物同行してくれる場合には、謝礼として1回1000円を予算として確保しており、定期的ではないが有効に活用している。
- ・ 近所づきあいなどのピアの働きは、制度化しているわけではなく、自然な形で交流ができるように、支援を進めている。

B.事例考察

1. 課題

- ・ 申込みまでに至らない人たちへの働きかけとして、病院職員と連携した「プレ退院促進」の取り組み
- ・ ピアサポーターとの連携した取り組み
- ・ 他自治体と連携した市外病院に入院中の事業対象者への働きかけ
- ・ 地域生活定着に向けた支援体制の確立
- ・ GH、CH、アパート等の住居の確保
等が課題とされている。

2. 巣立ち会との比較

支援員は対象者1人あたり2名の担当制をとっており、巣立ち会における複数の支援員によるものとは異なる。一方、頻繁に面接を行い、外出支援、居住支援など、多岐にわたる支援を行っている点では共通している。また、生活訓練施設への入寮や生活技術等の能力評価のために体験外泊を利用させてもらっている。これに関しても、退院先が決まれば所有するGHでも民間アパートでも外泊訓練を行うようにしている巣立ち会での進め方との類似点と言えるであろう。

3. コメント

3年間で31名と全国の中では平均以上の対象者数であるが、非常にきめ細やかな支援をされていると感じた。支援員の4名がそれぞれ担当をもって進め、支援内容に関するスーパーバイズは特別には実施していないとのことであったが、支援員の力をどのように保ち、また高めていっているのかに興味を抱いた。歴史の中で、カシオペアの存在が地域の中でしっかりと位置づけられているように感じられた。

(執筆：富田美穂、調査員：久米知代・富田美穂、

調査日時：2007年12月6日13:00～14:40)

Ⅲ-2 長野県 佐久保健所

ヒヤリング 調査対象者	佐久保健所 保健師 宮下敬子様 佐久保健所小諸支所 保健師 甲斐尚子様
圏域	佐久圏域（人口：21万人） 協力病院：2病院
対象者数	平成15年度：4名 平成16年度：5名 平成17年度：3名 平成18年度：2名
退院者数	合計9名（退院率：64.2%、再入院率：11.1%）

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

平成15年度より、退院促進支援事業については保健所が主体となっているが、それまでも、近隣の総合病院で様々な精神保健分野の勉強会などを開催してきた。また、20年ぐらい前から病院PSWが病院の側にGH設立など行ない、総合病院を中心に退院支援を積極的に行なってきた経緯がある。総合病院の精神科以外にも精神科病院が圏域にはある。

2. ゴール・ミッション

本地域では、退院促進に関して各病院にアンケート調査をしているときに、他の地域では難しいとの県の判断で当圏域にモデル事業を受託され、病院間の多少の温度差はあったが、大きな問題なく取り組めた。退院先が施設では本来の退院ではないという意識をもっている。

3. 入院患者へのアプローチ

事業開始当初は、対象者を入院期間5年以上と規定を設けていた。本人の希望以外にも、基本的には病院PSWなどの介入によって家族との同意も済ませ、病院からの推薦が挙がってきたのち、対象者が決定される。また意欲が低下している患者（長期入院患者など）にも主治医からの声掛けなどの働きかけがある。対象者は実務担当者会議で決定される。また個別支援会議には、支援者だけでなく、家族と本人も同席で行なう。本人の目標など具体的な個別支援計画をたてる。

4. 患者・家族や病院職員に対する広報・啓発活動

まず、利用者への啓発活動としては、全病棟の入院患者に退院促進支援事業についての呼びかけを行ない、関心をもった人に、より詳しい説明会を行ない、退院を希望する患者は全て受け入れて対象とした。集団で退院を目指す試みも行った。

専門職に対しては、事業がはじまるときに、退院支援について、保健所保健師・病院PSWが所属する病院の職員向けに勉強会を行った。

また地域の連絡会を通じて、保健所保健師から病院関係者に事業の説明を行った。精神保健福祉センターが主催で退院促進事業の研修会を開催し、精神保健福祉センター所長が精神病院協会へも提言したり、精神病院協会から各病院への働きかけもあった。

事業の受け入れのあまりよくない病院とは、看護師や医師の意識を変える必要を感じたため、定例会でそれまでは事例検討などを行っていたが、事業開始後には退院支援事業に関するテーマで検討をすることにした。

*啓発活動について、事業委託を受けた保健所だけでなく、精神保健福祉センターから精神病院協会への事業説明を行なったり、医療関係者へのアプローチもされているように感じた。また、家族支援を意識した地域の資源等を記載した退院支援に関するパンフレットを作成し、家族支援を展開した。

5. 退院訓練準備期間

平成 17 年度から病院内で集団支援を開始した。平成 18 年度は 1 クール 15 回、1 年 1～2 クールの集団支援。各クールの途中からでも希望者は参加可能で、退院促進事業のビデオを活用したり、調理実習や社会資源見学などを取り入れた。

総合病院の分院では、病棟の SST（退院を目指したプログラム）を行なってから集団支援に移行した。集団支援の途中で、退院を目指したら個別支援に移行することもある。

集団支援では参加表に、自分の目標だけでなく、対象者の担当看護師・医師がそれぞれ活動の様子についてコメントして、本人に参加表を返す。そのため、職員間のコメントの共有もできる。この病棟での集団支援に地域の保健師が参加する。

また、訓練準備期間については、支援員が対象者に個別的な支援を行なう。退院訓練が始まったら、約月 1 回のペースで個別支援計画を見直していく。

*病棟での「集団支援」に保健所保健師・支援員が参加しているので、集団支援から退院希望者が出たら、それまでの様子も把握しているので、支援がしやすくなるのではないかと。

- ・ 自分の病気に対する理解を深める。
- ・ 服薬の大切さを知る。きちんと自己管理で内服できる。
- ・ 自分の症状悪化に気づける、また、第三者に調子がいつもと違うことを指摘されたときに、受け入れられる。
- ・ 金銭管理が出来る。
- ・ 規則正しい生活が出来る。（食生活・日中活動の場の確保など）
- ・ 地域の相談場所・相談者が分かる。（社会資源や福祉サービスなど）

6. 居住支援

地域移行への期間は具体的に設けておらず、個別のペースで行なう。共同住居や GH も圏域にはあり、近年増えているが、退院先になるにはタイミングの問題があり、タイミングが合わないと、退院が長引くこともある。

これまでの事業対象者の中で、保証人がいなかったことがなかったので、保証人制度の利用はしていないが、県営住宅には優先的に入居できる制度はある。家族には、住居の保証人や緊急の連絡先など最低限の協力を求めることはあるが、家族の希望で、家族と離れたところなどを検討すると、新たな住まいを探すことがある。当地域では、地主や持ち家がある患者・家族などが多いので、親が健在だと自宅に退院される方が多い。

また、総合病院 PSW が個別に不動産業者とのつながりがあり、そこを利用して住居が決まることもある。

*当地域の特徴なのかもしれないが、自宅に退院される方が多いということであったが、単身アパート退院などの際のアパート探しなどは、まだシステム化されていないようであった。

7. 退院後の生活支援

退院後の支援計画を作成し支援している。地域生活が定着するまでは、専門性や知識のある支援員による支援が必要であると考えている。

退院後の支援は 1～2 ヶ月ぐらいを設けている。支援終了後には、必要に応じて、保健師以外に、病棟の看護師や作業療法士などが連携をとりながら、訪問支援を行なっている。市町村差は多少あるが、毎日、精神障害者のホームヘルパーが利用できる体制（ホームヘルプ事業）がある。

また、保健所で養成した精神保健ボランティアの一部が作業所の活動に参加していて、退院された方と「生活サポーター」として、関わりをもつボランティアの方もでていく。

*退院された方が地域での生活が安定するまでは、支援員の必要性を述べられていたが、それだけに特化せず、ボランティアやホームヘルパーなどより多くのインフォーマルな関係をふくめて、支援者が層をなしていた。

8. サービス提供組織

「キーパーソン」

佐久保健所 保健師

佐久保健所 小諸支所 保健師

「支援員」

地域別（佐久地域、小諸地域）に経験年数のある元保健師2名を支援員とした。支援員が週に1～2回病院に訪問できるぐらいの予算はあった。支援員も月1回の個別支援会議に参加する。支援員を元保健師にしたのは、ボランティアなどを利用すると教育しなければならなかったのが、地域の資源を知っている元保健師を雇った。

前年度は個別支援計画をたてると、プラン料として、ひと月8500円請求できたので、病院で計画を立てることが多かった。各支援員の支援内容に関する相談先としては、地区担当の保健師が担っていた。支援員は個別支援会議で検討された支援計画により、対象者の生活支援の展開を行う。

「自立支援員をサポートする体制」

各管轄の保健師が支援員の相談に応じている。

「自立促進支援協議会」

平成18年度までの事業では実施していない。実務担当者会議がこの機能を果たしていた。

「関係機関の連携・体制」

従来から総合病院のPSWと保健所との連携はあり、患者会、家族会、作業所連絡会、精神保健福祉連絡会などがある。保健所が中心になって、家族会の立ち上げに協力したが、現在では各地域で家族が活動している。実務担当者会議のメンバーに家族会の会長が参画している。

「当事者活動」

これまで当事者活動については積極的に専門職からの支援・協力はしてこなかったが、総合病院の側にピア活動ができる場所を設けたので、これからの活動や専門職の関わりを検討していく。NPO法人ウイズハートさくが設立され当事者会への関わりを行っている。保健所では、来所者に対して保健所でのデイケア活動を、自主的なサークル活動に移行し患者会の活動に移行するよう働きかけた。

「24時間体制」

通院先の病院で対応してもらうようになっている。

「実務担当者会議」

退院支援の目的を、具体化することを目的とする。

検討事項

- ・対象者の選定
- ・支援対象となる事例の支援計画を策定検討する。
- ・地域の受け皿の構築及び関係機関への周知・調整
- ・その他実務担当者会議の運営に関して必要な事項の検討を行う。

「個別支援会議」

病棟で対象者の関係者（医師、看護師、PSW、支援員、地域で関わる関係者：市町村役場

職員（福祉、保健師）、作業所職員、保健所保健師等）が集まって、月1回検討する。

B. 事例考察

1. ストレングス

保健所保健師が積極的に病院の集団支援に参画していた。

2. 課題

平成19年度からは退院促進支援事業が佐久保健所から民間の社会福祉法人に変更されたので、佐久保健所にて行っていたシステムがそのまま利用できるかどうかは課題。

3. 単立ち会との比較

当圏域では、保健所が委託されて事業を行っていたので、単立ち会の活動よりは、行政方面の協力が理解されやすかったのではないかと。保健師が積極的に病院の活動にも参加していた。

4. コメント

本地域では、協力病院になっている総合病院が昭和初頭から「農村医療」を掲げ、精神科領域でも地域医療が積極的に行なわれていた地域であったため、保健所と病院が十分に連携体制がとれていた。病棟で行なわれている集団支援の中に保健師が参加し、病棟の職員とともに活動を通じて意見交換がされていた。今回調査させていただいたのは佐久保健所が中心に行なっていた退院促進支援事業であったが、平成19年からは民間の社会福祉法人に委託されたので、上記の内容は平成18年度までの活動を元にインタビューしたものである。

（執筆：小林伸匡、調査員：久米知代・小林伸匡、

調査日時：2007年12月3日10:00～11:50）

Ⅲ-3 大阪府 財団法人 精神障害者社会復帰促進協会

ヒヤリング調査対象者	精神保健福祉士 伊永様、大澤様
圏域	大阪府（大阪市、堺市除く）
対象者数	平成 15 年度：44 名 平成 16 年度：67 名（うち年度新規 45 名） 平成 17 年度：68 名（うち年度新規 24 名） 平成 18 年度：58 名（うち年度新規 24 名）
退院者数	合計：92 名

A. ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

「社会的入院」は「人権侵害」であるという府精神保健福祉審議会の答申で位置づけられたことから府の単独事業として全国に先駆けて「自立支援促進会議退院促進支援事業」を開始した。

2. ゴール・ミッション

実際に支援に関わっている職員の間では、事業利用者のペースに合わせて支援していく・事業利用者に地域に関する情報を伝える・自立支援員と共に経験をすることを大切にしている。

3. 入院患者へのアプローチ

主治医の推薦・本人に退院の意思がある・本人が事業の趣旨を理解している、という 3 つの条件を満たした方が事業候補者となる。病院での対象者選定には、精神保健福祉士も中心的な役割を果たす。病院から推薦書を保健所開催の自立支援促進会議に提出してもらい、保健所相談員、社会復帰促進協会職員が病院を訪問し、本人、職員と面接。自立支援員と関係がとれるかどうかを重視し、病名では除外しないことにしている。自立支援員が関わり始める時点で契約となる。この数年、様々な課題を抱える対象者（高齢に伴う身体的な問題や痴呆を抱える方・重複障害の方など）も出てきたため、非専門職である自立支援員が支援を提供できるかどうかという判断も加わるようになった。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

保健所が中心となり、社会復帰促進協会職員と各病院の院内茶話会に参加したり、職員向け研修を強化している。すでに 49 病院のうち半数以上は事業を活用している。茶話会には当事者職員も参加して地域生活についての講義を行なっている。また、パンフレットの他、府が作成した地域生活のビデオがあり社会資源について分かりやすく説明されている。さらに対象者や病棟によって使い分けるため、本事業に触れているバージョン、触れていないバージョンがあり使い方は病院に任されている。退院を急いだり、押しついたりしないことを共通のルールとし、本人にも確認する。

5. 退院訓練準備期間

主に自立支援員とともに退院後の生活に応じた社会資源の見学を行なう。その日の感想や疑問を話し合う場をもち、病院職員とも情報交換を行なう。初期の段階では自立支援員は対象者に寄り添い、聞き役、あるいは代弁者となる。しかし対象者が受け入れ側施設等の職員との関係がとれるようになると、その関係性を大切にするために自立支援員は少し離れて見守るようになる。4、5 年準備訓練をしているケースもあり、本人が納得いくまで時間をかけて訓練を行なうこととしているが、最近が高齢化などの影響で作業所につながりにくいケースが増えている。対象者の交通費は一定金額までは支給され、本人外出時の事故に備えた

傷害賠償保険も自己負担無しで加入できる。「宿泊体験用居室確保事業」により 10 ヶ所の GH で体験宿泊することも可能であるが、数は多くはない。

6. 居住支援

自立支援員と本人でアパート探しを行なう。家族や親族が保証人になれない場合には、保証人協会を利用したり、保証人不要の物件を探したりもする。

7. 地域移行後の生活支援

退院後 2 ヶ月間、自立支援員は週 1 回程度の訪問を行ない、それ以降は地域の職員に移行するため関わりは終了する。その後、所属、登録する施設職員に担当者が移る。近隣とのトラブル等が起こった際には自立支援員は関わらず、地域活動支援センター職員が対応する。
* 支援中は自立支援員が中心となるが、退院後の支援は地域の所属する施設職員が行なうこととなり支援内容を検討する機会や連携が困難な場合もある。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

43 名のうち、有資格者は 4 分の 1 程度。社会復帰促進協会が主催で自立支援員研修会を月 1 回開催しており、毎回半数程度の自立支援員の参加がある。支援ケースを担当する地域の保健所もしくは地域活動支援センターを「停留地」と位置づけている。自立支援員は「停留地」を拠点にして、支援ケースが入院している病院へ支援に行く。事業開始当初、自立支援員の多くは施設職員が兼務していたものの、中立的な立場の支援員が増えるにしたがって、以前よりも対象者に合わせた支援を行えるケースが増えてきた。

「ピアサポーター」

8 名が自立支援員として活動している（大阪府所属 2 名・堺市所属 6 名）。所属している地域活動支援センターから声をかけてもらっている。

「自立支援促進会議」

保健所が主催。1～3 ヶ月に 1 度、地域のネットワークを作ることを目的に、その地域の関係機関職員が集まり、支援経過や今後の方針等について話し合われる。保健所は初めから参加が位置づけられていた。

「ケアマネジメント制度」

大阪府の独自施策として平成 16 年度から各地域生活支援センターにケアマネジメント従事者が配属され支援の一貫性を期待されているが、兼務が多く、現状は厳しいとのこと。

「キーパーソン」

病院で 6 年ほどの勤務を経験した後、平成 15 年に精神障害者社会復帰促進協会に就職し、自立支援員として動いている。

B.事例考察

1. ストレングス

- ・「自立支援員」という役割を明確にしていること。
- ・自立支援員を支える支援体制や病院・地域・行政の連携が整えられていること。
- ・その結果、長期入院患者を支える支援体制の形成や各支援職員のスキルアップという波及効果がある。

2. 課題（報告書より抜粋）

- ・支援終了後は各施設や支援センターに委ねられ、社会復帰促進協会との関わりもなくなってしまった。
- ・受け手となった担当者も本人の望んでいた生活と現状がどのくらいのギャップがあるのかが分かりにくい。
- ・関係者への周知・理解が深まっていない
- ・症状が重度化した人への支援
- ・地域の支援体制の整備強化

3. 巢立ち会との比較

- ・地域生活移行後に地域活動支援センターに移行する時期も明確にしている。
- ・対象者が多いうえに、支援終了期間が明確であるため社会復帰促進協会としては全員の現状把握は直接行なっていない。
- ・府内の病院、関係機関に事業が理解され、実績で事業の成果を訴えることができる

4. コメント

社会復帰促進協会はコーディネーターとしての役割を担っているため、支援終了後は各施設や支援センターに委ねられる。他の事業所との比較等を行なう場合には、実際に支援を行なっている地域活動支援センターの活動と比較する方が分かりやすいのではないかと。

（執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、

調査日時：2008年1月23日13:00～15:00）

Ⅲ-4 香川県 医療法人 三愛会 地域活動支援センターはなぞの

ヒヤリング 調査対象者	西讃保健福祉事務所 保健対策課課長 佐野 昌美様 健康福祉部障害福祉課 副主幹 関 結花様 医療法人三愛会地域活動支援センターはなぞの 精神保健福祉士 山田 智子様
圏 域	香川県全域
対 象 者 数	平成 15 年度：11 名 平成 16 年度：16 名 平成 17 年度：25 名 平成 18 年度：17 名
退 院 者 数	合計：53 名（退院率：76.8%、再入院率：13.2%）

A.ヒアリング結果

1. 事業開始のきっかけ

社会的入院は県全体の課題であるという考えのもとに、1 事業所に委託してしまうだけでなく、当初から行政主体での取り組みとして考えていた。はなぞのが、すでに地域に密着したネットワークを持っており、効果的な取組みが期待できたので事業受託をした。

2. ゴール・ミッション

県が主体となり、各圏域の中心を保健所に置いた仕組みを作った結果として、各圏域内の有機的な連携ができ、退院率 UP や地域生活の安定が実現できたと考えている。退院後の状況を把握し、支援のあり方を検討するために、毎年 1 回追跡調査を全員に実施している。さらに、事業効果として、病院の意識の変化等の波及効果も狙っており着実に成果が得られている。

*追跡調査の実施は再発防止等に役立つものであり、他地域でも取り入れることが必要なのではないだろうか。地域に出た方の把握には、圏域部会の中心機関である保健所が調査を行い、精神保健福祉センターが取りまとめる。

3. 入院患者へのアプローチ

毎年運営委員会で設定される対象者の条件にそって病院から挙げられた候補者について、各圏域保健所と市町担当者として病院に出向き、候補者について共通の調査票を用いて本人、関係者から情報収集をする。その資料を基に年 4 回開かれる退院促進支援協議会の初回に協議し対象者を決定する。

年度ごとに対象条件を設定することで、前年度の問題点を踏まえて対象を設定できるため、必要性の高い対象に事業が行き届くことが期待できる。また、自立支援員の退院訓練に馴染まない対象者やすでに退院先の見通しがついており医療法人の努力で退院が可能である人等については対象から除外している。近年、病院から要望の多い重複障害の方の支援が課題となっており、他障害コーディネーターと早期段階で連携している。

4. 入院患者や病院職員に対する広報・啓発活動

毎年、事業開始時には病院担当者に事業説明会を開催したり、事業のパフレットを全病院に配布するなど、事業が県全域で一丸となって取り組むものであることを重ねて強調している。県障害福祉課課長が精神保健福祉協会総会（病院長が集まる）に出席し、事業について協力を求める。広報を目的とした「キャラバン隊」を結成し、病院へ出張して事業紹介、説明を行なう。保健所、自立支援員、保健師、OB 等行き先によって構成メンバーを変更し柔軟に対応する。（今後は各病院の入院患者を対象に加える予定）

5. 退院訓練準備期間

病院が行う退院準備は、各病院の方針に沿っているのですが、詳細は不明だが、なかには作業を中心とする訓練のみならず、日常生活のあらゆる生活行為に目を向け、入院中から OT が院内の SST に取り入れたところもある。

自立支援員が行う退院訓練は、月に 1 回行なわれる退院促進支援協議会圏域部会にて支援計画を検討するため、本人の希望にそったきめ細やかな支援が提供できる。ゴールを明確にするためにあえて訓練期間は 6 ヶ月に限定している（国の要綱にそって設定したもの）。

*病院が行っているプログラムは様々であるが、他病院に触発されてプログラムを開発、開始する病院もあると聞き、波及効果は大きい。

6. 居住支援

毎年、生活訓練施設や GH 等の施設と自宅や賃貸住宅等への退院割合は 6:4 となっており、居住場所の確保の仕方は大きな課題になっている。現状は、賃貸住宅等への退院を希望する場合は、家族に保証人を依頼し、無理ならば保証人制度を利用したり、退院先を施設等に変更する場合もある。町長が保証人になった例や、自立支援員が提供した持ち家を NPO を立ち上げて GH にしたこともあった。圏域によっては、不動産業者主催の物件見学会が行なわれる。ボランティアから提供された日用品や家具は事業でも利用している。

*居住支援に関しては、県や関連機関職員の問題意識は一致しているものの大きな課題になっている

7. 地域移行後の生活支援

退院後 1 ヶ月で自立支援員の支援は終了するが、ボランティアとして自立支援員が関わり続けることも多い。単身の対象者については、自治会長、民生委員に市町保健師が紹介する場合もある。その後、保健師や相談支援事業所、施設職員、ボランティア等により支援を継続する。緊急時の対応については退院時に病院から十分に説明することになっており、事業としては夜間休日の対応はしていない。

*対象者と距離が近くなりすぎてしまう自立支援員（その後ボランティアに）もいるとのことだが、支援終了後も関わりを続けるモチベーションの維持や、やりがいをどのように形成しているのだろうか。

8. サービス提供組織

「自立支援員」

現在 14 名。県庁担当課から保健所に推薦を依頼し、知事が委嘱している。専門職でない人が多いので、支援員のフォロー体制が大事にされており、関係機関すべてで支援員を支えるように県から呼びかけている。また、支援員が自分の担当する対象者を選ぶ形式をとっているが、一人に負担が集中しないように、新規の支援員には困難が予想される対象者があたらないようにベテランの支援員がアドバイスし、マッチングがうまくいっている。このマッチングは自立支援員のほか、退院促進支援協議会長、県担当者、委託先事業所の協議で行われる。

「自立支援員連絡会」

ベテランの支援員が新規の支援員をフォローする支援員同士のサポート体制ができつつある。交流を深めるために新年会などを企画している。

「退院促進支援協議会」

協議会委員は、市町の担当職員、社会復帰施設、社協、作業所、病院 PSW、保健所、精神保健福祉センター職員等である。

全体会に加え、圏域ごとに圏域部会も開催し、ケアマネジメントや圏域の課題検討を行う。

「キーパーソン」

回答者の3者がそれぞれの役割を持ち、非常に強い連携をもつことができている。県の保健師と地域活動支援センター職員の協働作業。

B. 事例考察

1. ストレngth

「県が主導」

事業効果をあげるには、一医療法人である事業所が他の医療法人に対して介入を試みるのは限界があるため、保健所を中心とした県全体の取り組みとして進めてきた。実際、事業所と行政が一体となって、県のモデルが作り上げられ、高い退院率を維持している。

2. 課題

病院職員から家族に対して事業説明と事業の対象者となる(なった)ことを説明。入院は本人、家族との契約であるため、その契約解除＝退院までが病院の責任であるとの考えに基づき、事業候補者として推薦する時の家族への説明は必ず病院が行なっている。自立支援員には家族との折衝はさせない方針をとっている。困難なケースは、関係者が手紙を出したり、電話を入れたりし、家族に寄り添う役割を担う。家族にはケア会議への出席も依頼する。また、家族会会長を退院促進支援事業運営委員会の委員としている。特に大きな課題としては、住居、保証人、日中活動の場、就労の場などの社会資源の充実が急務となっている。

3. 巣立ち会との比較

- ・行政が主導で行っているため、事業所の負担や他の法人との軋轢が軽減できる
- ・地域移行後の自立支援員の関わりは原則1ヶ月(最長2ヶ月)に限定している。

4. コメント

社会的入院が県全体の問題として捉え、事業所に負担をかけないように行政主導で事業を推進していることが効果をあげている。退院促進支援事業運営委員会、退院促進支援協議会、退院促進支援協議会圏域部会がそれぞれ有効に機能している。また、自立支援員を大切に育成し、そのサポート体制は万全である。そのため、その後もボランティアとして関わるほどの理解、モチベーションの維持、やりがいを得られるのかもしれない。高い退院率を維持することができる要因としては、圏域部会を設けて行政主導で毎月開催し、多所属・多職種の間が対象者の支援計画を検討・共有するなど、直接支援を提供する担当者を側面的に支援するといった重層的できめ細かい体制を作っていることだと言える。

(執筆：道明章乃、調査員：道明章乃・小林伸匡、

調査日時：2008年1月28日13:30～16:00)

4章 効果的なモデル要素

1. 類型別の特徴

1) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

本類型では、事業実施する以前から病院と連携をとりながら地域活動を行なってきたが、それまでの精神障害者の地域生活支援に加えて、退院促進支援事業を実施した組織について述べていく。今回の調査では、帯広ケアセンター、地域活動支援センターふれんだむ、地域活動支援センターだんだん、地域生活支援センターHANA、紀南障害者地域生活支援センター、地域活動支援センターきぬた、地域活動支援センターもくれん、地域活動支援センター友とぴあがあった。また、社会福祉協議会が母体となっている地域活動支援センターには、地域活動支援センターラム、地域活動支援センターあいあいがあった。

本類型では、中には、国で事業化されたことによって、これまでの地域生活支援活動に加えて、急遽退院促進支援事業を受託することになった実施主体もあったが、精神障害者を地域で支援してきた技術・方法が備わっていて、退院促進支援が事業化される前から退院支援を行なってきた背景があった。また、これまでの活動背景によって、社会福祉法人として入所施設や通所施設や相談施設などを組織していて、法人内でネットワークができていたところもあったが、事業受託後に改めて、他の社会復帰施設との連携を強化するためにも、自立促進支援協議会を積極的に利用しているところもあった。本類型において、事業受託された支援センター等の管理者がキーパーソンとして機能していることが多かった。

本類型では、地域で社会復帰活動を行っているという特徴から、様々な事由があるかもしれないが、病院への協力依頼における工夫がとて異なっていた帯広生活支援センター（I-1）、紀南障害者地域生活支援センター（I-8）、地域活動支援センターあいあい（I-10）。また、入院患者へのアプローチ方法もじっくり初回の面接から時間をかけ、退院支援に関わる職員との関係性を丁寧に時間をかけて支援していく地域活動支援センターあいあい（I-10）、もあれば、退院支援をしていく過程でピアサポーターをできるだけ多く参画してもらっている帯広生活支援センター（I-1）もあった。実施主体だけではなく、事業開始当初に、県の退院促進支援事業担当者と各病院に事業説明を行ない、病院職員への啓発活動を行なっているところ障害者地域活動支援センター友とぴあ（I-2）、地域活動支援センターもくれん（I-7）がある。また、病院への啓発活動は積極的に行わず、むしろ自立支援員が病院に出入りするようになって、それが啓発活動につながるというところもあった地域活動支援センターふれんだむ（I-3）もある。

2) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

本類型では、母体となる医療法人が運営している地域活動支援センターや病院における医療相談室が退院促進支援事業を受託していた。今回の調査では、駒ヶ根病院、地域活動支援センターのぞみ、黒野病院、地域活動支援センターウィズピア、きがる館、さ・ポートがあたる。退院促進支援事業を実施している場所ということで分類するとするならば、駒ヶ根病院、黒野病院が母体となっている病院に所属する医療相談室で退院促進支援事業を実施していた。また、地域活動支援センターのぞみは、病院と同じ敷地の中における地域活動支援センターが退院促進支援事業を行なっていた。ウィズピア、きがる館、さ・ポートはそれぞれの病院とは距離の差は異なるが、母体となっている病院とは離れたところに地域活動支援センターがあり退院促進支援事業を実施していた。本類型においては、退院促進支援事業における協力病院が母体となる病院以外に他の病院と連携をどのようにとっていくことができるか、例えば支援センターの母体となる病院からだけの対象者をうけているのか、圏域内の複数の病院から対象者を受け入れているかということによっても、対象者の数を増やしてい

くには影響があるのではないと考える。

また、事業受託している実施主体になる組織のキーパーソンがそれまで地域の他の病院や社会復帰施設とどのような連携をとってきたかということが本事業を実施していく上で課題となる。多くの実施主体では、相談室長や支援センター長が行っていたが、自立促進支援協議会を積極的に開催している地域活動支援センターきがる館（Ⅱ-3）、病院内におけるケア会議的な機能に留まっている黒野病院（Ⅱ-5）もある。自立支援員に関しては、病院の精神保健福祉士が日常の勤務と兼務して自立支援員となっている黒野病院（Ⅱ-5）や母体となっている病院や支援センターとは兼務せず、本事業のために外部から自立支援員を採用して、外出同行などの役割を担っているところもあった地域生活支援センターさ・ポート（Ⅱ-6）もある。自立支援員が支援を進めていく際にも、支援員をサポートする体制に対しても実施主体の見解もあったが、非専門職を最初から導入している地域活動支援センターきがる館（Ⅱ-3）、精神保健分野で以前勤務経験がある方を自立支援員として配属しているところとに分けられていた。

3) 行政機関が実施・共働している事業

事業を実施している20ヶ所に調査訪問を行い、程度の差はあったが、各実施主体に行政職員がいずれかの形で事業に関わりをもっているところは多かった。その中でも、特に本類型では、退院促進支援事業を行なっていく際、自治体が積極的になり、市町村や保健所職員が事務局運営に積極的に関わっていたり、行政職員が主体的に社会復帰施設や医療法人とパートナーシップをもち、退院促進支援事業を展開していたところについて述べていく。今回の調査では、佐久保健所、地域活動支援センターカシオペア、精神障害者社会復帰促進協会、地域活動支援センターはなぞの、が挙げられる。

本モデルでは、退院促進支援事業に熱心かつ積極的な行政職員がいることと、地域での社会福祉法人や医療法人が展開している地域活動における中心的な役割を担える機関職員との連携・協力によって、事業を進めていた。行政職員が積極的に入ることによって、病院だけで行なえる退院支援と退院促進支援事業での役割などを明確に分けているところもあった。県内の全圏域を対象者とした事業評価をする全体会議（自立促進支援協議会）と圏域別の会議（自立促進協議会圏域部会）等で、個別支援への組織が明確になっていた地域活動支援センターはなぞの（Ⅲ-4）や協力病院における集団支援に保健所職員が積極的に介入して、対象者の把握に努めている佐久保健所（Ⅲ-2）や協力病院が多いため事業対象者が多い地域生活支援センターカシオペア（Ⅲ-1）、精神障害者社会復帰促進協会（Ⅲ-3）など、実施している地域によって、行政職員の実施内容が様々であった。

2. 人的資源

1) 類型化にあたって

本事業をスムーズに推進し効率的に効果を上げるために重要だと思われる人的資源は何か、それがどのように機能することで効果を上げることができるのかを検討する。

以下に人的資源の類型を、まず国の「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を踏まえて、「自立支援員（地域移行推進員）の機能 A」「地域体制整備コーディネーターの機能 B」として整理した。その上で、A)、B)については「精神障害者地域移行支援特別対策事業」も含めての、また C)、D)、E)に関しては単立ち会での実績やその他実績をあげている事業所に多く位置づけられている機能に注目して、「ピアサポーターの機能 C)」「病院に所属する精神保健福祉士の機能 D)」「行政関係機関関係者の機能 E)」として提示し、実践事例を整理報告しながら私たちなりの退院促進支援事業の効果的モデルについて検討する。

2) 人的資源の機能類型

A) 自立支援員（地域移行推進員）の機能

同じ「自立支援員」という名称を持ちながらも、圏域や事業所が違ふことで、その地域性や経緯、ニーズ等によって自立支援員には多種多様な背景と役割や機能があることが分かった。自立支援員の役割、機能について類型化が可能なのではないかと考え、以下にその類型を整理して提示し、各類型について①類型として挙げる根拠、②効果的な「自立支援員」活用事例、③効果的モデルに必要なと考えられる機能を検討する。

i) ケアマネージャーの役割を担う自立支援員

① 類型の根拠：

対象者の高齢化、重複障害などの困難事例の増加が予想されるため、入院中から地域生活の安定に向けた一貫したケアマネジメント、ケアマネージャーとしての役割が地域移行推進員（自立支援員）に求められるだろう。平成 20 年度から配置される地域体制整備コーディネーターの機能にスムーズに移行できるであろう役割をすでに担っている自立支援員の類型である。

② 効果事例：

マネージャーという名称で自立支援員の役割をとっている帯広生活支援センター（I-1）では、マネージャーとピアサポーターが入院患者の支援を行っており、退院までの支援を計画したり、支援開始時に対象者の方の面接、病院でのカンファレンスに出席する。また、支援センターあいあい（I-9）では、精神保健福祉士である自立支援員がケアマネジメントを行っており、退院後は各主支援者に役割を移行していくものの、自立支援員も必ず継続して関わり続けている。

③ 効果モデルに必要な機能：

本事業対象者の退院や地域生活に向けた自己決定や自己選択を支援して、地域生活をよりよいものにすることができるためには対象者のニーズを的確に判断することや、適切な社会資源との連携、開発が求められる。自立支援員個人の力量によって支援内容や質が決まってしまうのではなく、圏域や市町村、都道府県単位での自立支援員研修が行なわれることでその質の確保、レベルアップを望むことができる。その実施は行政主導で行なわれることが望ましい。

ii) 非専門職として対象者に寄り添う支援を行う自立支援員

① 類型の根拠：

精神保健福祉士等の専門職である自立支援員も多い中で、その非専門性が支援をスムーズにする場合も多い。公募や推薦によって委託を受ける非専門職の自立支援員は、一般的に精神保健福祉領域への関心や理解が深いと言うことができ、そのような人材が同じ市民として、環境の変化への不安や期待に寄り添うことや共に悩んでくれることを求める対象者も多く、「地域」を感じてもらうためにも、非専門職である自立支援員が確保されるこ

とは意義があるだろう。

②効果事例：

地域活動支援センターはなぞの（Ⅲ-4）では「揺れ動く対象者の気持ちに耳を傾け、一緒に考え、悩み、そして励まし、支えた。また、退院後の生活をイメージできるように、退院後の生活に関心がもてるようにと、様々な外出支援を行った。」「いつも傍にいてくれる自立支援員の存在が対象者に安心感を与え、またこれらの体験を繰り返し練習し積み重ねたことで対象者の自信や意欲につながった」（平成18年度香川県退院促進支援事業報告書より）等、自立支援員が対象者の精神的なサポートをおこなっている。

③効果モデルに必要な機能：

病院や関係機関職員ではない人が、自分の地域生活のために一緒に活動してくれることや、自分の退院や生活を応援してくれているという実感を対象者が得られることが、非専門職である自立支援員が必要とされる理由ではないだろうか。しかし一方で、障害の特性や個人的な要因、関係機関との調整、地域住民との関係性の中で、目標の共有ができなくなってしまうたり、自立支援員としての役割に疑問を感じてしまうこともあるのではないだろうか。その際に専門職のサポートやスーパーバイズがなければ、モチベーションを維持することは困難で、支援の質を保つことも困難となるだろう。結果、自立支援員としての役割が果たせなくなり、人材が失われてしまうばかりでなく、対象者に対しても大きな不利益を生じさせることとなる。対象者との適切な距離を保ちつつ伴走者として常にそばに寄り添いながらの活動が望ましいと考える。

iii) ピアサポートを行う自立支援員

①類型の根拠：

対象者にとっては、同じ障害や入院経験を持ちながら地域生活を継続している立場の人に、そばにいてもらったり、その経験を聞くことで退院や地域生活への不安を軽減したり、入院生活の中で現実感が薄くなりがちな地域での生活のイメージを描くことができるような助けとなるのではないか。また、病院のスタッフも退院して地域生活を続けている

当事者を知ることによって、事業の成功を実感できたり、事業の候補者として選ばれる対象の幅が広がる可能性がある。

②効果事例：

地域活動支援センターもくれん（Ⅰ-6）では、平成16、17年度の「つながり支援事業」「情報提供事業」により各支援センターにピアサポーターが1～3名名配属された。作業所等の関係機関への同行支援や事業に関わる書類の作成等の自立支援員としての役割以外にもピアカウンセリング、ピアヘルパー、センターの非常勤スタッフとして勤務しており、事業所内でも仲間としても、スタッフとしても関わりを持つことができる。

③効果モデルに必要な機能：

障害を抱えながら自立支援員として仲間の退院や、地域生活の支援を行なうことで自立支援員自身の自信になったり、自らの生活を評価したり振り返るきっかけにもなるのではないだろうか。ピアな立場の自立支援員が、自らも調子を保ちながら充実感や満足感を得ることが出来る支援を行なうと同時に、対象者に対する支援の質を維持、向上させていくための専門職をはじめとする周囲の配慮、サポート体制が不可欠である。

B) 地域体制整備コーディネーターの機能

①類型の根拠：

入院中の対象者を抱える病院、地域での生活を支えるフォーマル、インフォーマルな社会資源とそれを橋渡しするコーディネーターの必要性は共通認識と言える。今後、本事業が全国的に実施されることを考えれば、明確なコーディネーターの位置付けとその機能についての枠組みは不可欠であると考えられる。今後の整備を後押しする形で「精神障害者地域移行支援特別対策事業」で地域体制整備コーディネーターが病院での取り組みと地域生活支援策との連携を強化する目的で位置づけられることとなった。事業の候補者から対象者となる病院での時期から、退院への準備訓練期間中、地域生活継続に一貫して関わる総合的な役割をも

つ人の存在が必要であり、それが地域体制整備コーディネーターに求められている。

②効果事例：

地域生活支援センターラム（I-8）は、大村市社会福祉協議会の運営する支援センターであり、支援センター長が事業コーディネーターとして対象者との初回面談での顔合わせから対象者を取り巻く環境の把握、自立支援員とのマッチング、モニタリングとミニカンファレンスの開催、ケース検討では本人にフィットした支援なのかどうかを再点検する。加えて自立支援員のサポートも行なわれている。地域に拠点があることで病院のソーシャルワーカーが動きやすくなることを期待している。

③効果モデルに必要な機能：

コーディネーターは事業に関わる関係者の核となる存在である。そのため対象者の環境把握から関係機関との調整、自立支援員をはじめとする関係スタッフへの働きかけ、助言や指導を総合的に行うことが求められている。全体を見渡す立場であることから、その地域に必要な社会資源について検証する立場でもある。所属は一事業所にありながらも、所属を超えた役割が求められているため、コーディネーターの位置づけや、コーディネーターを中心とした組織づくりとその周知には行政機関の指導力やバックアップ体制、時には権限を持った調整力も求められるだろう。

C) ピアサポーターの機能

①類型の根拠：

本事業専属の自立支援員等でなくとも、対象者にとっては同じ障害や入院経験を持ちながら地域生活を継続している立場の人にそばにいてももらったり、その経験を聞くことで退院や地域生活への不安を軽減したり、地域生活を具体的にイメージすることができる。また、病院のスタッフも、地域生活を続けている当事者を知ることによって事業の成功が実感できる。支援する側も同じ障害を抱えながらの支援となるためにそのフォロー体制については専門職がきめ細かく行なうことが求められる。ピアサポーターは同時に自立支援員として位置付く場合もあるために、その機能や意義が重複する部分も多い。あえて前項「3）ピアサポートを行う自立支援員」の中で示したが以下の事例、機能に関しても同じく重複する場合がある。

②効果事例：

帯広生活支援センター（I-1）では、公募されたピアサポーターが嘱託の自立支援員として活動し、かつて事業が開始されたとき、病院の院長など管理職に事業説明をしたり、病棟にも出向いたりもした。対象者に同行し、地域資源の情報収集等を行なう。養成については、養成講座を支援センターが主催しており、研修が行なわれた後に支援が開始となる。

③効果モデルに必要な機能：

このように、ピアな立場で支援が行なわれる場合には、そのサポート体制を維持する必要がある。ピアサポーターの相談先としてはマネージャーやピアサポーター同士が考えられる。

D) 病院に所属する精神保健福祉士の機能

①類型の根拠：

精神保健福祉士法において、精神保健福祉士はその専門的知識や技術をもって精神障害者の社会復帰の促進を図ることが期待されている職種である。本事業において平成19年度までに挙げた課題として、病院における取り組みと地域で精神障害者の生活を支援するための取り組みとの連携が不十分であることが指摘され、機能を強化するために「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に移行することは前項で触れたとおりである。

②効果事例：

地域生活支援センターさ・ポート（II-6）では2つの精神科病院が以前から社会復帰施設も運営しており、退院支援が行われていた。本事業の対象者選定にあたっては、精神保健福祉士からの意見もフェイスシートで提出され、希望者を多角的にみることができる。また、自立支援員のサポート、スーパービジョンを病院に所属する精神保健福祉士が中心的に行っており、随時対応できる体制となっている。加えて、平成4年から、民間の精神科病院と社会福祉協議会によって、毎年「精神障害者福祉講座」を行なってきた経緯があり、行政と病

院と福祉分野の各施設が協働して地域活動が展開されている。キーパーソンが、以前関係病院に勤務していたこともあり、各病院での退院支援が、病院に所属する精神保健福祉士を中心として本事業を契機として、地域でのネットワーク構築に大きな役割を果たしたのではないかと。

③効果モデルに必要な機能：

地域での精神障害者の生活に接する機会の多い精神保健福祉士は、利用可能な社会資源を結びつけるノウハウをすでに持っている。また病状や障害の重さだけではなく対象者の持つ生活能力や社会性等を総合的にみることを求められる職種である。

E) 行政関係機関関係者の機能

①類型の根拠：

事業所は医療法人などの民間の立場で運営の維持を凶らなくてはならない上に、退院促進を働きかける病院と同じ立場であるにも関わらず、経営（収入）に直接関与する問題に立ち入ることは事業遂行の大きな妨げになると考える。このことから行政の立場で圏域や市町村、都道府県全体の事業整備をはかる役割を担うことが必要と考える。

②効果事例：

地域活動支援センター はなぞの（Ⅲ-4）では「社会的入院は県全体の問題」と捉え、行政主体で運営が行なわれており事業所の負担を軽減し、県全体で問題を共有化している。事業所は医療法人であるため、他医療法人への働きかけに限界も存在するため、役割を分担し、委託先事業所の精神的な負担も軽減。また、県がおこなうことで本事業の周知がしやすく、病院によっては理解、協力に差はあるもののどの病院も社会的入院を自分たちの問題として意識され、病院での退院に向けたプログラムが拡充したことや、入院中から地域生活まで一貫した支援が各病院、市町、保健所、関係機関が連携をとって行動するようになってきている。結果、本事業以外でも医療と地域、行政の連携が深まる波及効果が得られた。

③効果モデルに必要な機能：

圏域部会を設けて行政主導で毎月開催し、多所属・多職種の人間が対象者の支援計画を検討・共有するなど、直接支援を提供する担当者を側面的に支援するといった重層的できめ細かい体制を作っていることが高い成果につながっていることが考えられる。病院や地域から行政機関に連携を求めることは時に困難を伴うが、行政機関が連携を求めることの方が潤滑に行うことも多いのではないかと。

3) 人的資源類型まとめ

これまでに私たちはその効果に期待できる、またはなくてはならない人的資源の機能類型として以下について提示した。

A) 自立支援員の機能

- i) ケアマネージャーの役割を担う自立支援員
- ii) 非専門職として対象者に寄り添う支援を行う自立支援員
- iii) ピアサポートを行う自立支援員

B) コーディネーターの機能

C) ピアサポーターの機能

D) 病院に所属する精神保健福祉士の機能

E) 行政関係機関関係者の機能

これらに加えて、特に再発を防止し、質の高い地域生活の継続のために不可欠であるケアマネジメント機能や、ホームヘルプサービスの機能、多くの事業所の課題であると思われる、様々なタイプの住居の準備・維持や、それらの確保のための居住支援機能など包括的な支援に関しては今後の継続課題として検討していくこととしたい。

3. キーパーソン

1) キーパーソンの役割

社会福祉法人巣立ち会では、会の立ち上げに始まり種々の活動において、理事である田尾有樹子を中心となり活動を行なってきた。16年にわたる活動におけるキーパーソンであったといえる。背景として、吉祥寺病院で20年以上にわたりケースワーカーとして勤務していた精神保健福祉士であること、巣立ち会の活動地域である東京都三鷹市、および調布市の社会資源を熟知していることは、重要な意味をもつところである。

なお、田尾は臨床心理士でもあり、退院促進支援においては、対象者との初回面接など直接支援に関わるとともに、コーディネーターとして全体を統括する役割を担っている。他の職員は、サブコーディネーターという名称を用いているが、個別の支援を数名で担当し、コーディネーターによるスーパーバイズを受けている。

今回の訪問調査を開始するにあたり、実績を挙げている団体にもキーパーソンが存在するであろう、というのが我々調査班の仮説であった。実際に20カ所の訪問調査を終え、筆者らの検討会においてそれぞれの取り組みについて話し合った結果、幾つかの団体で中心人物といえる存在が明らかとなった。また、インタビューの中で、回答者の言葉としてその存在が語られたところもあった。

以下に、具体的な例について概略を述べる。

2) 実践例

北海道 社会福祉法人慧誠会帯広生活支援センター（Ⅰ-1）

キーパーソン：帯広生活支援センター所長

協力病院でPSWをしていた。自立促進支援協議会においては、コーディネーターとしての役割をしている。

福島県 医療法人 昨雲会 地域生活支援センターウィズピア（Ⅱ-1）

キーパーソン：CSNセンター長・飯塚病院院長・センター長

病院長は、就任前には県立精神保健福祉センターに勤務していた。以前から社会的入院の問題を取り上げ、様々な場で発言してきていた。

センター長は、飯塚病院に臨床心理士として勤務していた。退院促進支援事業においては、直接支援に加え自立支援員のスーパーバイズを行なっている。

埼玉県 地域生活支援センターふれんだむ（Ⅰ-3）

キーパーソン：センター長

元県立精神保健福祉センターの職員であり、センター設立後に就任した。暮らしやすい街づくりを目指している。当事者の力を信じ、何もかもお膳立てするようなことのないよう努めている。

埼玉県 社会福祉法人毛呂病院 地域活動支援センターのぞみ（Ⅱ-2）

キーパーソン：自立支援員2名

協力病院の元ケースワーカーであった精神保健福祉士である。病棟の職員や患者と関係が出来ていた。

山梨県 医療法人南山会 南アルプス市地域活動支援センターきがる館（Ⅰ-3）

キーパーソン：センター長

協力病院のケースワーカー、生活訓練施設職員を経て、当センター長となり、各関係機関とのつながりを既に持っていた。退院促進支援事業においては、直接支援は行なっていないが、退院後に当支援センターで継続的な相談支援を行なっている。

東京都 地域生活支援センター サポートセンターきぬた (I-4)

キーパーソン：コーディネーター

クリニックデイケアで勤務後、センター職員となった。退院促進支援事業を開始するに当たり、行政の協力を求め、その協力のもと世田谷区内の病院や施設との連携をとるよう努めた。

静岡県 医療法人社団至空会地域活動支援センターだんだん (I-5)

キーパーソン：元自立支援員

センター職員を経て、現在は聖隷クリストファー大学の准教授である。この団体は、市民運動 E-JAN の活動で築いてきた種々の基盤が、退院促進支援事業を進める上で重要な役割を担っていることが特徴である。その E-JAN においても中心となって活動を行ってきた。また、地元の農家に働きかけるなど、地域資源を活かす活動を積極的に行なっている。

社会福祉法人ふれあい共生会地域活動支援センター もくれん (I-7)

キーパーソン：自立支援員

事業開始にあたり希望して自立支援員に就任した。事業への信念が本事業を進める関係者にとっての大きな力となっている。

三重県 社会福祉法人四季の里 支援センターHANA (I-6)

キーパーソン：当支援センター長

センターの職員として勤務してきた精神保健福祉士である。直接支援も行い、自立支援員のスーパーバイズや県の職員に協力を要請して各病院に事業説明を行なうなど、積極的な活動をしている。また、自ら自立支援員のスーパーバイズを行なっているだけでなく、支援員の研修会を組織した。医療・制度の学習や県外研修も実施し、支援の質の向上に努めている。当事者が選べる選択肢があるべき、選択肢を用意しなければならないとの信念を持っている。

広島県 医療法人康仁会 地域生活支援センターさ・ポート (II-6)

キーパーソン：当支援センター長

協力病院でケースワーカーをしていた精神保健福祉士である。当時から、病院 PSW として退院支援を行っていた。退院促進支援事業においても、直接支援を行なっている。

3) キーパーソンの類似点

これらは、我々の調査の中で把握できたものであり十分ではないかもしれないが、いくつかの共通点を取り上げる。

一つは、キーパーソンが現場で長く当事者と関わってきたことである。また、強い理念、信念を持っていることも、インタビューの中で感じられたことであった。社会的入院の問題を肌で感じ、当事者にとって何が必要であるのかを知っているからこそ、精力的な活動を進め、継続していくことが出来るのではないかと考える。田尾も、病院勤務時代に入院患者のためになることが出来ているのかどうかという疑問を持ったと話していたことがあった。退院先がないために退院することの出来ない人が非常に多いということ強く感じ、その思いが現在の GH を 8 棟所有する巣立ち会のあり方につながっているといえるであろう。ふれんだむのセンター長は以前のご自身の関わり方に対する自戒をこめて、過保護にならないように努めていると話されていた。次々とサービスを提示するのではなく、当事者自らの要望があれば提示する、それまでじっくりと付き合うとのことであった。これは、ふれんだむのセンター長が培ってきた経験から出された、当事者にとって本当に必要なことは何かという結論であるのかもしれない。

一方、これはキーパーソンに限らないことであるが、積極的な活動をしている団体の支援

者らから感じられるのは、気負いではなく自然なことをしているという姿勢であった。強い信念を持つことと相反するようではあるが、大変な業務をされつつも当たり前のこととされているようであった。例えば、きぬたのコーディネーター（I-4）は、業務の大半を殆ど一人で担当されている中で、病院の訪問回数は何十回にも及んでいる。そして、これは専門家として当然のことと話されていた。実践するには大きな努力が必要であると思われるが、退院支援を行なう中で各連携機関との関係性を構築しケアマネジメントの技法を用いていくには必要不可欠であることは、着目すべき重要な点であると考ええる。

もう一つのキーパーソンが担っている重要な機能としては、ネットワークの構築が挙げられる。どの団体においても、行政の協力を得るよう働きかけ、病院や各関係機関との連携に勤めることが、対象者を多くし、退院率、地域定着率を向上させることにつながっていた。キーパーソンがいかにネットワークを構築していくかが、実績を挙げていく上で重要であったように思われる。中でも、ネットワークが特徴的であったのは、だんだん（I-5）における、E-JAN という市民運動の存在である。E-JAN の活動基盤があったことで、退院促進事業の受託以前から、地域全体でサポートするための体制が整っていたといえる。キーパーソンとして挙げた大場准教授は、このE-JAN でも中心的人物である。

E-JAN の大場准教授が特にそうであるように思うが、キーパーソンが存在することによって、活動が広がりつつあることも機能といえるかもしれない。大場准教授は、インタビューの中で他の支援者からも“仕掛け人”と呼ばれていたが、実に様々な領域に手を広げていた。「だんだん」の目指すゴールは「退院をあきらめていた人に、地域生活は楽しいと思ってもらおうこと」であるが、大場氏の語るこれまでの活動も、地元の農家とのやりとり、浜松医科大学の精神科医師の果たした役割など、全て笑いに包まれていた。また、あれもやってみたい、これもやってみたい、と支援を楽しんでいるように感じられた。

社会福祉法人四季の里のセンター長も、今後は他県にも手を広げていきたいと希望を語られていた。これまでも、県の職員と共に“営業活動”に回ったり、当事者の「選ぶ権利を守る」ために複数の居住形態を用意したりするなど、精力的な活動をされている。多くの社会資源を活用するために、様々な機関との連携をとることに努めている。

以上から、キーパーソンの最も重要な機能は、関係機関との連携に寄与していることであると考えられる。また、様々な活動に手を伸ばしている人でもあった。キーパーソンとは、周囲を巻き込む力を持っている人と言い換えることも出来るかもしれない。

5章 総合考察

全国で実施している退院促進支援事業の実施主体 20 ヶ所について、これまでみてきた。20 ヶ所それぞれの特徴や背景や地域性に則した形で退院促進支援事業は実施されていて、改めてさまざまなプログラムが存在していることがわかった。ここでは、課題を整理し、効果的なサービス要素について考察する。

I) 実績のある地域精神保健福祉活動団体における事業

実績のある地域精神保健福祉活動団体 10 ヶ所から上げられた課題としては、以下のものが挙げられた。啓発活動を再開して、新しい対象者にアクセスする。障害者自立支援協会の中に、退院促進支援事業を位置づけ、県内の病院どこに入院しても、利用したい人の退院支援は行っている。新たな社会的入院を予防することを目的に、ひきこもる精神障害者の訪問支援や入退院を繰り返ししている人の自立支援に取り組む。支援に時間がかかるため、大人数には対応できない。意欲がない人への「きっかけ」は個別支援だけでは難しい。GH など居住先の確保。本来の保証人に代わる公的な保障制度。ケアマネジメントを病院と一緒にやれるとよい。本事業の必要性がまだ浸透しきれていない。自立支援をサポートする体制。病院との連携が不可欠。

そこで、本類型では、まず啓発活動をどのようにとりいれるかということがポイントになってくる。新しい対象者にアクセスする場合に、入院患者へ働きかけとしては、事業説明に当事者と一緒に行ったり、個別支援につなげるということがある。初回面接では、病棟職員立会いで今後退院支援に関わる関係者が対象者の方に今後の関わりについて説明し、徐々に病棟職員から自立支援員等に支援が移行していく。また、自立支援員が病棟に入ることによって、徐々に自立支援員の役割が病棟看護師等に浸透し、自立支援員が出入りすることが啓発活動につながる。本類型では、社会福祉法人等が GH やケアホームを有しているところもあったが、地域移行後も支援が継続されるための、マネジメントが必要になる。対象者の方に一番近い関係者が地域移行後についても十分検討していく必要がある。

II) 医療機関・医療機関関連組織における退院促進支援事業

病院・病院関連組織 6 ヶ所から上げられた課題は、以下のものであった。重度の精神に障害を持つ方々の地域生活移行については、ケアホームなどの生活介護に重点を置いた施設の整備。人員の配置が求められるので、さらなる行政の支援などが必要となる。退院後、家族との連携を維持するためにも原則として家族の同意がないと事業対象としておらず、家族の退院への理解を得ることが今後の課題としてあげられる。長期入院患者が多く、退院意欲が低い人も多く退院意欲向上に対するアプローチ方法を模索している。事業所のマンパワー不足で事業に充分関われない。専従のコーディネーターが必要。住居不足。GH の増設（公的補助制度）や公的保証人制度の確立。地域自立支援協会との連携。既存の資源に依存してきた感が強く、自助努力が必要と考え、GH 等を運営している関係機関と退院支援資源の創出の検討を開始している。各職種（ドクターをはじめコメディカル全員）が、一人ひとりの意識・意欲をもっと高め、一つの大きな力となること。継続した実施の担保が必要。

本類型では、自立支援員を病院の PSW が兼務しているところと、病院関係者以外が自立支援員として支援に当たっているところがある。病院内で「退院促進委員会」等で医師、看護師等で退院の進捗状況などを院内報で伝達していき、病院職員の意識を変えていく。また、病院の入所施設を利用することによって、再入院率が抑えられている。

Ⅲ) 行政機関が実施・共働している事業

行政機関が実施・共働している4ヶ所から上げられた課題は、以下のものである。申込みまでに至らない人たちへの働きかけとして、病院職員と連携した「プレ退院促進」の取り組み。ピアサポーターとの連携した取り組み。他自治体と連携した市外病院に入院中の事業対象者への働きかけ。地域生活定着に向けた支援体制の確立。GH、ケアホーム、アパート等の住居の確保。支援終了後は各施設や支援センターに委ねられ、関わりがなくなってしまう。受け手となった担当者も本人の望んでいた生活と現状がどのくらいのギャップがあるのかが分かりにくい。関係者への周知・理解が深まっていない。症状が重度化した人への支援。地域の支援体制の整備強化。住居、保証人、日中活動の場、就労の場などの社会資源の充実が急務。

本類型では、事業の事務局を行政が受託していたり、地域精神保健福祉団体と共働して事業を進めていた。病院でのプログラムに保健師が参加したり、協力病院が多いため、対象者数が非常に高くなっている。また、事業受託している圏域だけでなく、より広範囲な圏域を把握しながら、事業全体をコーディネートしていた。県内の事業全体の目標値や助言等を行う機能として、精神障害者退院促進支援事業運営委員会を年2回開催し、対象者の選定、協力施設等の決定を行う自立促進支援協議会(全体会)があり、直接支援する関係者間で各保健所で月1回自立促進支援協議会圏域部会が行われていた。支援のネットワークが県内に構築されていた。

以上、退院促進支援事業を行っている実施主体を3類型に分けて述べてきた。地域の社会福祉法人等が退院促進支援事業を受託し、病院に入っていくことが非常に難しいという話をきくことが多い。今回の調査では、行政機関の職員と一緒に病院に事業説明に行く、と回答されたところが多かった。地域活動支援センター等で母体となっている病院にはいっていくということよりも、非常にハードルが高くなることが考えられる。導入部分では、行政職員に積極的に同行してもらい、病院への繰り返しの説明が必要になる。退院促進支援事業については、地域精神保健福祉団体と病院というものは、利害関係になりやすい。そこで、第三者的な立場の職員が入ることによって、流れがスムーズになることがあるだろう。病院との連携の取り方にも様々な方法があることが、各地の事業報告において紹介されていた。

一方、病院の関係者が退院促進支援事業を進めていく際には、社会復帰施設があるというハード面だけではなく、機関内部の職員の意見がまとまらないと対象者はあがらない。病棟職員にどのように事業を知ってもらうかということも、病院および関連組織で活動している職員の役割になる。地域精神保健福祉団体と連携したり、行政職員と連携したり「外部の風」を取り入れる工夫は必要になる。地域の施設と連携が取りやすいところや行政機関との連携がとりやすいところなど、実施されている地域特性などを生かしながら、活動が展開されていた。

今回の調査では、行政機関が積極的に事業に関わっているところをとりあげたが、そういった行政機関ばかりではないと思う。行政機関のなかでも、事業への取り組みについて、人によって温度差があるという話があった。しかし、行政職員のみ取り組みというのではなく、地域精神保健福祉団体の職員と連携して、事業をすすめていた。地域の社会復帰施設同士もネットワークが取れていないところなどは、事業をすすめていけば、地域移行する入院患者が増えていく。地域でのネットワークがとれていないと、地域生活は続かなくなる。事業を進めていく際に、まずどこの機関と連携をとるかということが課題になる。

今後、各関係機関とのネットワークがどのように展開されているかということが、より多くの社会的入院患者の生活支援に必要なってくる。

6章 まとめ

退院促進支援事業をひとつのプログラムとしてとらえ、全国 20 ヶ所の退院促進支援事業の実施主体に訪問調査をさせていただいた。改めて、地域特性や事業開始までの背景や地域での受入れ体制など、退院促進支援事業の取り組み方も異なっているように感じる。本報告書をまとめている時期に、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が決定され、「地域移行推進員」や「地域体制整備コーディネーター」が話題になっている。これまでの退院促進支援事業が見直し時期になっているようだ。これまでの退院促進支援事業でも社会的入院者への退院支援がどれほど届いていたのか、疑問視される点は残っている。本報告書では、全国 20 ヶ所の事例を紹介させていただいたが、ご覧になった方がご活躍されている地域ではどの事業内容が活用できるであろうか。

今回の調査では、昨年度の巢立ち会の調査票につづき、不慣れな調査員の数時間に及ぶ聞き取り調査にも、訪問先の各関係者の皆様につきましては、熱心にご回答いただき、心から感謝する次第である。

20 ヶ所の退院促進支援事業の実施主体を訪問させていただき、けっしてひとつのモデルに集約することはできないが、その地域に根付いた方法で事業を進めていた。

7 万 2 千人の社会的入院者すべてに退院促進支援事業が届いていないように感じるが、本報告書の実践例を参考にさせていただき、社会的入院者といわれている人たちのひとりでも多くの人に、退院支援が届けば幸いである。

【資料】

精神障害者退院促進支援事業 訪問調査票

団体名・事業名：	
訪問調査日： 年 月 日 ()	調査時間： : ~ :
回答者：	調査員：

◆ 精神障害者退院促進支援事業(以下、退院促進支援事業)についての聞き取り調査項目とその内容

【プログラム実施のゴール・ミッション】

1. 貴団体が退院促進支援事業に取り組むようになった経緯や背景
 - ① 貴団体における退院促進支援事業の開始・受託時期、およびその経緯や背景
 - 貴団体が退院促進支援事業に取り組むようになったきっかけはどのようなことでしたか？
 - 退院促進支援事業を開始・受託する際に、貴団体から積極的に行政などに働きかけをしましたか？
 - 貴団体の設立趣旨と、退院促進支援事業には何かつながりはありますか？
2. 貴団体の退院促進支援事業の成果
 - ① 貴団体が退院促進支援事業で目指している活動について
 - 現状はどうであれ、貴団体が目指している退院促進支援事業についてのどのよう
にお考えですか？
 - それはまず、対象者の地域移行ですか？ それとも、対象者が地域に定着して、
質の高い生活を送ることですか？ あるいは、病棟職員や入院患者たちの意識
改革ですか？
 - 貴団体が目指している目標を実現するために、何か努力や工夫をしていること
がありますか？

【プログラムの標的集団へのサービス提供】

3. 貴プログラムが対象としている入院患者／対象者へのサービス提供
 - ① 現在対象としている入院患者について
 - 貴プログラムが現在対象としている入院患者はどのような方たちですか？
 - その対象者はどのような経緯で貴プログラムを利用することになりましたか？
 - 貴プログラムが適用対象外とするような入院患者の規定はありますか？
 - ② 本来対象とすべき対象者について
 - 貴プログラムが本来対象としたいと考えている対象者はどのような方たちで
すか？
 - その対象集団に貴プログラムは充分に行き届いていると思いますか？
 - その対象集団に支援を提供するために、何か努力や工夫をしていることあり
ますか？
 - もし支援が充分に行き届いていないとすれば、今後どのようにしたいとお考え
ですか？

4. 病院に対する退院促進支援事業の広報・啓発活動について

① 入院患者を対象とした広報・啓発活動について

- 退院促進支援事業の利用者を確保するために、どのような広報・啓発活動を行っていますか？
- 入院患者を対象とした広報・啓発活動として、何か工夫していることはありますか？
- 退院促進支援事業に関心を示した入院患者への働きかけで、何か工夫していることはありますか？
- 当事者職員による講演会や談話会などを開催していらっしゃいますか？

② 病院・病棟職員を対象とした広報・啓発活動について

- 病院・病棟職員を対象とした広報・啓発活動として、何か工夫していることはありますか？

【援助プロセスごとのゴールと、サービス提供上の工夫・配慮】

5. 貴プログラムの各プロセスについて

① 入院患者との関係作りについて

- 利用契約時に、入院患者との関係作りで、何か工夫や配慮をしていることがありますか？
- 利用契約前に退院促進支援事業に関心を示した入院患者に、どの位会うようにしていますか？
- 入院患者に対して、退院後の地域生活をイメージできるような工夫（ビデオ、パンフレット、写真入りやカー印刷の資料の用意等）をしていますか？
- 利用契約時に、これから提供できる支援やサービスについてどのように説明していますか？
- 利用契約時に、当事者職員は同席しますか？
- 退院促進支援事業の対象者が、利用契約後に参加中断した場合、何か働きかけをしていますか？
- もし働きかけをしているならば、どのような基準で行っていますか？

② 対象者の地域移行への動機づけについて

- 対象者の地域移行への動機づけで、何か配慮や工夫されていることがありますか？
- 当事者職員による働きかけを行っていますか？
- 対象者が退院訓練（通所訓練や外泊訓練等）を希望した時、すぐに参加できますか？ それとも何らかの準備（訓練）が必要ですか？
- 地域移行の実現のために、いくつかの住居を用意して対象者が選択できるようにしていますか？
- 退院後の地域生活について、包括的な地域生活支援のメニューを提示していますか？

③ 退院準備訓練について

- 退院準備として、日中生活の場としての通所訓練、外泊訓練、食事会への参加、ピアサポート支援等を実施していますか？
- 病院は、病棟内で退院に向けての心理教育や SST 等のプログラムを実施していますか？

- 対象者は、地域の社会資源について実習見学等を行っていますか？
- 貴プログラムでは、短期間の地域移行を目標にしていますか？具体的に地域移行までの期間は？

④ 退院計画、退院後支援計画の作成について

- 退院計画作成に関わる人たちはどのようなかたですか？
 - その時に、当該対象者は含まれていますか？
- 対象者が退院後の地域生活について、退院後支援計画を作成していますか？
 - 退院後支援計画作成に関わる人はどのような方ですか？
 - その時に、当該対象者は含まれていますか？
 - 退院後支援計画作成に関わった職員は、退院後のケアマネージャーの役割を担っていますか？

⑤ ご家族への働きかけについて

- 対象者の地域移行を進めていく上で、どの段階からご家族へ働きかけを始めていますか？
 - そのご家族への働きかけで、どのような配慮や工夫をしていますか？
 - 対象者の退院後、ご家族との同居以外の可能性についてどのように説明していますか？
 - 対象者の退院後、地域生活を営んでいく上で、[別居しながらの]家族の協力についてどのように説明していますか？

⑥ 地域移行への配慮について

- 地域移行した対象者に対して、どのような工夫や配慮をしていますか？
 - 退院後の訪問支援は行っていますか？ どのような職員が、どのくらい訪問をしていますか？
 - その時、当事者職員の関与はありますか？
 - 貴団体の業務時間外、夜間・休日の相談体制や支援体制はどのようにしていますか？

⑦ 地域生活継続への配慮について

- 地域移行した対象者の生活が安定し、できるだけ長く地域生活が継続できるように工夫や配慮をしていることはありますか？
 - 住まいと日中活動の場、日常的なサポートの提供などの包括的な地域生活支援を、貴団体あるいは貴団体と連携する他団体と連携して提供していますか？
- 【連携する団体がある場合】
 - その連携する団体の職員とは、日常的な情報交換や意見交換を行っていますか？
 - 緊急時の対応について、何か工夫や配慮していることがありますか？
 - 病院との連携について、何か工夫や配慮していることがありますか？
 - 夜間・休日の相談体制や支援体制はどのようにしていますか？

⑧ 地域生活の質の向上について

- 地域移行した対象者の生活が安定し、その生活の質が向上するために工夫や配慮をしていることはありますか？
- 当事者同士の支えあいやレクリエーション活動の支援に、どの程度取り組んでいますか？
- ご近所との近所づきあいについて、何か工夫や配慮をしていることはありますか？

【サービス提供組織】

6. サービス提供組織について

① 自立支援員について

- 貴プログラムの人員配置はどのようになっていますか？
- 自立支援員の立場、専門職種 (NS, PSW, OT など)、役割、支援内容 (担当制?) はどうですか？
- 自立支援員とその他の職員は、退院促進支援事業について協議する場を設けていますか？
- 協議する場の頻度 (定期的?)、職員構成はどうですか？

② 自立促進支援協議会 (以下、協議会) について

- 協議会は機能していますか？
- 協議会の圏域 (保健所圏域?)、事務局の運営方法 (固定制? 持ち回り制?) は？

③ 病院との関係づくりについて

- 退院促進支援事業の対象者を選定する上で、病院と協議する場を設けていますか？
- 退院促進支援事業を行う上で、病院はどのように選定しましたか？
- 対象者の地域移行を進めていく上で、病院と支援方法を協議する場を設けていますか？
その頻度は定期的ですか？
- 地域移行した対象者の地域生活支援を進めていく上で、病院と支援方法を協議する場を設けていますか？ その頻度は定期的ですか？
- 地域移行した対象者への医療的ケアの提供について、病院に何か依頼していることはありますか？

④ チームアプローチ (他団体との連携) について

- 貴プログラムを行う上で、他団体と協議する場を設けていますか？ その頻度は？ (定期的?)
- それはどのような場で、どのような他団体の職員で構成されていますか？ (他団体の職員の人数、所属機関、立場、職種等)
- 他団体の職員との情報交換・共有はどのように行っていますか？
- 他団体とのミーティングや、普段の情報交換・共有の記録はどのように共有していますか？
- 貴団体の活動内容を知ってもらうために、他団体への出張講演等を行っていま

すか？

- 貴団体は他団体との間でお互いを高めあうための勉強会等を開いていますか？
- 貴プログラムの中で、ケアマネジメントはどのように位置づけられていますか？

⑤ 住居支援について

- 貴団体では、対象者の住居支援をどのように行っていますか？
- その住居支援では、家主や民間事業者とどのような協力関係をとっていますか？
- また、対象者に保証人がいない場合、どのように支援していますか？（保証人制度？）

⑥ インフォーマルな資源の活用について

- 貴団体の職員の中に、当事者職員はいますか？
- 当事者職員とどのように連携していますか？
- 家族職員とどのように連携していますか？
- 地域のボランティアとどのように連携していますか？
- インフォーマルな資源が関わることは、どのような成果をあげていますか？

（作成：久米、大島）

社会福祉法人巢立ち会 退院促進支援事業効果的なプログラムモデル研究班

田尾 有樹子* (社会福祉法人巢立ち会)
富田 美穂 (社会福祉法人巢立ち会)
小林 伸匡 (社会福祉法人巢立ち会)
北楯 あや (社会福祉法人巢立ち会)
久米 知代 (日本社会事業大学)
道明 章乃 (日本社会事業大学)
大島 巖 (日本社会事業大学)

* 代表

報告書執筆者

はじめに

田尾有樹子

1章 研究の背景と目的

大島巖、田尾有樹子、富田美穂、小林伸匡、久米知代、道明章乃

2章 調査方法

小林伸匡、富田美穂、久米知代、道明章乃、大島巖、田尾有樹子

3章 各地の退院促進支援事業

小林伸匡、富田美穂、北楯あや、久米知代、道明章乃、田尾有樹子、大島巖

4章 効果的モデルの要素

1. 類型別の特徴

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

2. 人的資源

道明章乃、大島巖、小林伸匡、富田美穂、久米知代、田尾有樹子

3. キーパーソン

富田美穂、小林伸匡、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

5章 総合考察

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、久米知代、田尾有樹子

6章 まとめ

小林伸匡、富田美穂、道明章乃、大島巖、田尾有樹子

平成 19 年度 精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書
精神障害者退院促進支援事業における効果的なプログラム
モデル構築に関する実証的研究

平成 20 年 4 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/>

印刷 社会福祉法人 新樹会 創造印刷

やればできる！地域移行！

地域移行が難しいと思われがちなケースの
テーマ別事例集



社会福祉法人 巢立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

やればできる！地域移行！

地域移行が難しいと思われがちなケースの
テーマ別事例集



社会福祉法人 巢立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

はじめに

はじめに ～なぜこの事例集をつくろうと思ったのか～

巢立ち会で精神障害者の地域移行のための活動を開始して16年になる。

その間、地域移行を進めるために病院関係者や地域の関係者などに働きかけをしていく中で、特に「専門家」と呼ばれる人たちの中に、根強い「決めつけ」「思い込み」が存在していることを感じさせられてきた。そして、それらがいかに多くの人たちの地域移行を阻害しているかを痛感してきた。

病院関係者からは、「こんなに長く入院していたのに、今さら地域に出すのはかわいそうなのではないか？」「もうこの年になって、本人も望んでないのに、退院させるのは本人にとって本当に幸せなのか？」といった声をよく耳にした。入院生活に慣れて、あるいは慣れさせられてしまった入院患者さんたちを心配するパターンリスティックな思いはいつしか、「入院〇年以上、〇歳以上の人には退院の働きかけをしない」といった不文律となって、多くの入院患者さんたちの地域移行の可能性を阻んでいるという実態もしばしば目にして来た。

地域移行の働きかけをしない理由とされる属性は、入院年数や年齢にとどまらない。「糖尿病だから」「肝臓が悪いから」など、精神科病院に入院継続しなければならないこととは全く関係ないと思われる事柄が、「退院がさせられない理由」として堂々と主張される場面にも度々出会ってきた。

一方、地域移行の受け皿となるべき地域の支援者の中でも、「専門家」と呼ばれる人を中心として、「身元不明ケースはちょっと…」「触法ケースは無理でしょ」といった一定の属性のみで、本人について知ろうとすることもなく地域移行の受け入れを否定する発言を多く耳にして来た。

さらに、ようやく国が本腰をあげて取り組み始めた地域移行事業においても、実施主体として今後積極的に地域移行を推し進める立場にある都道府県の担当者などから、「うちの地域移行の対象は60歳以下にしようと思う」「対象は入院5年以下の人に限定しようと思っている」などといった、耳を疑うべき発言を聞いてきた。

実質的に退院の決定権を握っている病院関係者や退院の受け皿となるべき地域の専門家がそのような決めつけをし、また地域移行を推し進めるべき行政の担当者までもが、そのような思い込みに基づく対象選定をしてしまったら、高年齢層、あるいは様々な事情によって入院が長期化せざるを得なかった人たちは、このまま一生を精神科病院の中で終えるしかなくなってしまう！！

そのことに対する、非常な危機感を、私たちは持っている。

巢立ち会ではこれまで、「NOと言わない」をモットーに、年齢や入院年数、そのほか様々な属性によって対象を限定することなく、地域移行の取り組みをしてきた。そして、

16年の取り組みの中で、140名近くの方たちの地域移行支援に関わってきた。決して初めから、「どんな人でも受け入れられる」と思っていたわけではないし、不安がなかったわけでもない。しかし、受け入れに様々なハードルをつけてしまうと、病院は地域移行の対象としてケースをあげてくれなくなる。まずはとにかく本人に会ってみて、試してみたら考えようとしてきた。そして10数年の取り組みの中で、入院年数や年齢、過去の経歴など、「退院阻害要因」とされがちな多くの属性は、それそのものでは大きな問題になるわけではない、少なくともそれが理由で退院できないというのはおかしい！ということを実感してきた。現在では「通って(作業所への体験通所)くれさえすれば、誰でもどうぞチャレンジしてください」と言っている。

しかしながら、巢立ち会の提供できる支援には、当然ながら限界がある。そして、病院関係者が地域移行の対象ケースとして土俵に上げてくれなければ、私たちは支援を提供することすらできない。また地域の受け皿となる支援者側が「やってみよう」「受け入れてみよう」と一歩を踏み出してくれなければ、地域移行は進まないのである。

この事例集は、巢立ち会がこれまで地域移行を支援してきたケースのうち、『『超』長期入院』『高齢』『身元不明』『触法』『合併症』など、地域移行が困難と考えられがちな属性などのテーマごとに事例を集めたものである。病院は退院についてとても心配していたけれど退院してみたら何ということはないというケースもあれば、私たち自身も不安を持ちながら取り組んだケース、苦闘を続けてきたケースもある。決して支援がうまくいったいわゆる「成功事例」ばかりではないし、代表的な事例というわけではない。どちらかというと、様々な取り組みの中で私たちが多くのことを学ばされ、考えさせられてきた「困難事例集」に近いものと言ってもいいかもしれない。

この事例集は、一人でも多くの方に目を通していただきたいと思い、より興味を持ちやすく、読みやすくすることを心がけて作成した。テーマ別に分けるとともに、サブタイトルやキーワードなどにより、事例のイメージを持ってもらいやすくすることにも配慮したつもりである。特に、現在現場で精神障害を持つ方の支援に関わっている方、これから取り組もうと思っている方に、今悩んでいるケースや関心を持ったケースなど、いくつかの事例だけでもお読みいただければと思う。

2008年3月

目次

はじめに ～なぜこの事例集をつくろうと思ったのか～	2
目次	4
第1章 巣立ち会における地域移行支援の取り組み	7
1. 巣立ち会の誕生と活動の経過	9
2. 巣立ち会における地域移行支援の流れとキーワード	13
3. 巣立ち会における地域移行支援 16年の実績	18
第2章 事例	23
1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！	25
【事例1】「超」長期入院ケース①	26
36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏	
キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】	
【事例2】「超」長期入院ケース②	31
39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証しているT氏	
キーワード【長期入院、傷害歴、本人の不安、ピアサポート】	
【事例3】高齢ケース①	36
「これが退院最後のチャンス！」71歳K氏の挑戦	
キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】	
【事例4】高齢ケース②	42
70歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えたH氏	
キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、病状管理と処方調整】	
2. こんな課題を持っていても、退院してがんばってます！	50
【事例5】糖尿病を抱えるケース	51
地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部	
キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】	
【事例6】触法歴を持つケース	56
「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続けるM氏	
キーワード【触法歴、家庭内暴力、統合失調症という診断、両親の同意、金銭管理、入院中からの仕事】	
【事例7】身元不明のケース	61
「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ人間性あふれる笑顔のI氏」へ	
キーワード【身元不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】	

[事例 8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース……………	66
住まいの問題と家族の不安への取り組み	
キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】	
3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！ ……	71
[事例 9] 怠業により入退院を繰り返したケース……………	72
体当たりでスタッフとの信頼関係を築いた S 氏	
キーワード【服薬、訴え、不安、3 度の再入院、怠業、処方変更、スタッフへの告白】	
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース……………	77
本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携	
キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】	
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース……………	85
こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く	
キーワード【アスペルガー障害、退院・就労に対する強い意欲、周囲の見守り】	
4. それでも課題は残されています…。 ……	90
[事例 12] グループホームから距離を置く方がうまくいくケース……………	91
周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏	
キーワード【グループホーム入居、作業所通所の条件、一人暮らしの実現、飛び降り、グループホーム退居、ルールのある場所、病院の反対】	
[事例 13] 現在の支援体制での限界を感じさせられたケース……………	96
I 氏の安心できる支援体制を求めて	
キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADL の自立】	
[事例 14] 退院後の自殺ケース……………	100
3 年越しの再チャレンジで退院！ 地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…	
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】	
第 3 章 考察 ～14 の事例と巣立ち会 16 年の取り組みから～……………	105
1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？……………	107
2. 地域移行が難しいと思われがちな属性は、本当に問題なのか？……………	113
3. これまでの実践から学ぶこと、そして今後の課題……………	120
☆コラム☆ 支援者の心のつぶやき……………	124
おわりに ～どんなケースであっても地域移行を「諦めない」ために～……………	127
謝辞……………	129

第 1 章

巢立ち会における地域移行支援の取り組み

1. 巣立ち会の誕生と活動の経過

巣立ち会の歴史は、1992年の「精神障害者グループホーム補助事業」の開始、すなわち精神障害者グループホームの制度化を一つの契機として始まった。

長期入院者の地域移行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の理由で病院にとどまっていた人たち、すなわち「社会的入院」をしていた人たちを地域に受け入れるには、まず「居住するための場所」が必要であった。

現在巣立ち会が活動の拠点としている東京都三鷹市・調布市ではその頃、保健所のデイケアや作業所など、精神障害者が日中活動できる場所は徐々に増えつつあったが、長期に入院している人たちの住居支援と日常生活支援を行うシステムはなかった。障害を開示してアパートを探そうとしても非常に困難で、不動産屋さんに相談してもどこでも断られるということが一般的なことだった。しかしグループホームの制度ができたことにより住居問題の解決への道筋が作られ、またグループホームへの世話人の配置により地域の精神障害者の日常生活支援と危機介入への道も開かれたのである。

1992年の春、これまで退院した患者さんたちが部屋を借りていた大家さんに、今住んでいる部屋をグループホームとして申請したいと協力を求めたところ、当時76歳になっていた大家さんは快く承諾してくれた。「病気が良くなったのにいつまでも入院していなければならないのはかわいそうだね。うちでよかったら使ってもらってもいいですよ。」この大家さんの一言から巣立ち会は生まれたのである。「巣立ち会」という名称も、後にこの大家さんが付けてくれたものであった。

同時に、精神障害者のグループホームが必要だということを市の担当者はじめ様々な関係者に訴え、その必要性を認めてくれる人たちの力を借りて任意団体を作り、要望書を出して行政からの補助金を得るための努力を行っていった。任意団体の構成員は主として病院職員と当事者の家族であり、専門家と当事者の家族との協働運営による活動として巣立ち会は始まった。

こうして立ち上げたグループホームを『巣立ちホーム』と名づけ、巣立ち会最初のグループホームの運営が始まった。最初にグループホームとして申請したのは、50部屋の居室を持つアパート群の中の4室であったが、グループホームの交流室での食事会を核として、その後次々と退院した人たちがそのアパートに入居することになり、食事会には20数名が集まるという大所帯に発展していった。

一方、このような形で地域での生活が続いていくと、退院した人たちの日中活動の場も必要になった。何らかの生産活動を行えて、少ないながらも工賃を払える作業所を設立しようと考え、『巣立ち共同作業所(現「巣立ち風」)』が開始された。

その後巣立ち会では次々と社会資源を増やし続けていった。ほぼ毎年のように何らかの新たな活動を開始してきたのである。そのような活動を促した原動力は、ただ利用者のニーズに応えようという信念であった。元々長期入院者の受け皿作りとしての役割を意識して活動してきたが、年を経るごとに多様な人を受け入れられるという経験に基づいた自信が出てきたことも、この社会資源づくりに拍車をかけてきた。「まだまだ退院できる人が病院には大勢いる」「一人でも多くの人を地域に迎え入れたい」、私たちはそう考えるようになっていった。そのための機会があれば逃さずチャレンジしていく、という考え方は、巣立ち会職員の共通の思いとなっていた。

巣立ち会では、退院先となる住居のない長期入院者には必ず住居提供までの支援を行うという方針で地域移行支援をしてきた。これまで徹底して地域の不動産屋さんや地主さんなどとの協働関係を作ることに尽力してきた結果、会の誕生から16年を経た2008年3月現在、8か所(63室分)のグループホームとグループホーム以外の民間アパート20数室を含め80室以上の住居支援を行っている。

2005年に東京都から退院促進支援モデル事業の委託を受けたことも、さらにこれまでの活動を促進させることにつながった。また活動の開始当初から、当事者同士の助け合いやお互いの抱える課題や困難を皆で共有しながら活動することを大切にしてきた巣立ち会であるが、2005年から「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業(ピアサポート事業)」の委託を受けることにより、ピアカウンセリングなどの学習機会や、当事者が支援の担い手として活動できる機会をさらに広げ、ピアサポート体制を発展させてきている。

巣立ち会の発足当初の理念は「社会的入院者の受け入れ」であり、一人でも多くの患者さんが病院から退院できるようにとこれまで地域移行支援の活動を進めてきた。2002年に社会福祉法人となった巣立ち会は、「自尊心を持って生きる」、「助け合える仲間がいる」、「地域で安心して生きがいを持って生活する」の理念に基づき、さらなる活動を展開し続けている。

<運営事業>

(2008年3月末現在)

グループホーム 共同生活援助 8か所

- 巣立ちホーム 定員:6名
- 巣立ちホーム三鷹第2 定員:15名
- 巣立ちホーム調布 定員:5名
- 巣立ちホーム調布第2 定員:6名
- 巣立ちホーム調布第3 定員:6名
- 巣立ちホーム調布第4 定員:12名
- 巣立ちホーム調布第5 定員:7名
- 巣立ちホーム調布第6 定員:6名



作業所 就労継続支援B型 3か所

- 巣立ち風 利用者数:43名(定員30名)
- 巣立ち工房 利用者数:41名(定員20名)
- こひつじ舎 利用者数:65名(定員40名)



東京都・三鷹市からの委託事業

- 東京都精神障害者退院促進支援事業
 - ・退院促進コーディネート事業
 - ・グループホーム活用型ショートステイ事業
- 三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業 (ピアサポート事業)

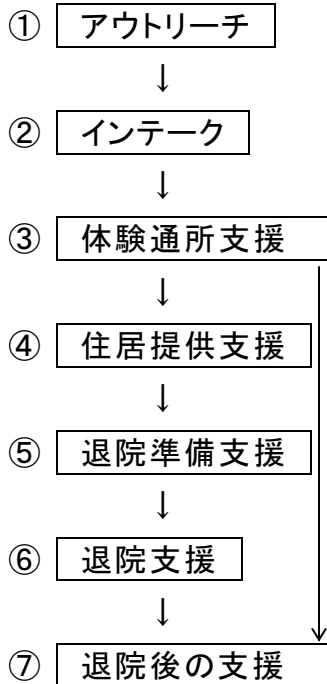


<沿革>

- | | | |
|-------|-----|--|
| 1992年 | 6月 | 三鷹市で巣立ちホームの事業開始 |
| 1993年 | 4月 | 「巣立ち共同作業所」、「巣立ちホーム」事業認可 |
| 1995年 | 10月 | 三鷹市で巣立ち工房の事業開始 |
| 1996年 | 4月 | 「巣立ち工房」、「巣立ちホーム調布」事業認可 |
| 1998年 | 7月 | 「巣立ちホーム調布第2」事業認可 |
| 2000年 | 8月 | 調布市でこひつじ舎の事業開始 |
| 2002年 | 10月 | 巣立ち会が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の事業開始 |
| | 4月 | 「巣立ちホーム調布第3」、「こひつじ舎」事業認可 |
| 2005年 | 4月 | 巣立ちホーム調布第4の事業開始 |
| | 6月 | 「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業」を受託 |
| | 8月 | 東京都より「精神障害者退院促進支援モデル事業」を受託 |
| | 10月 | 「巣立ちホーム三鷹第2」事業認可 |
| 2006年 | 3月 | 「巣立ちホーム調布第5」事業認可 |
| | 4月 | 東京都より「退院促進コーディネート事業」を受託 |
| | 6月 | 「巣立ちホーム調布第4」事業認可 |
| | 8月 | 「巣立ちホーム三鷹第3」、「巣立ちホーム三鷹第4」事業認可 |
| | 10月 | 「巣立ちホーム調布第6」事業開始
10か所のグループホームを障害者自立支援法の事業所に移行 |
| 2007年 | 2月 | 東京都より「グループホーム活用型ショートステイ事業」を受託 |
| | 4月 | 3か所の通所事業所を障害者自立支援法の事業所に移行
巣立ちホーム三鷹第3、巣立ちホーム三鷹第4を
巣立ちホーム三鷹第2に統合 |

2. 巣立ち会における地域移行支援の流れとキーワード

巣立ち会における地域移行支援の具体的な流れは、次の通りである。



この支援の流れに沿って、この事例集で頻出する用語について説明しておきたい。

出張講演

巣立ち会では、積極的に病院に出向いて地域移行支援についての情報を伝えたり相談に乗ったりするアウトリーチ活動に力を入れているが、出張講演はその大きな柱である。「出張講演」とは、メンバーが必要な場に出向き自らの体験談の発表などを行うものであり、ここでは地域移行を経て現在地域で生活しているメンバーがスタッフとともに病院に出向き、入院患者さんや病棟職員に対し自らの体験談を語ったり、支援の具体的な内容を伝えたりする活動を指す。ピアサポートの力を活用して、患者さんに直接働きかけるという意味で大きな意義を持つ。小グループでの話し合いや作業体験を取り入れるなど、様々な工夫をこらした形態もとるようになってきている。

インテーク

アウトリーチ活動の中で少しでも退院に興味を示してくれた患者さんや病院から紹介を受けた患者さんと個別面接を行う。面接では信頼関係の形成、本人のニーズ・意思の確認、サービスの説明、アセスメント、退院への動機付けなどを行う。また作業所の見学も併せて積極的に働きかける。体験通所を希望する人にはその翌日からでも通所の受け入れが可能な体制をとっている。必要があれば家族とも個別面接を行い、関係を築きながら地域移行支援計画の相談・調整を行っていく。

施設見学

巣立ち会では本人により具体的なイメージを持ってもらうため、施設見学を積極的に働きかけ受け入れている。作業所の見学ではメンバーが案内をし質問にも答えるなど、実際に利用する立場で説明を行うとともに、自分の体験談や地域の情報なども伝え、退院を勧める機会ともなっている。グループ単位での見学を何度も繰り返したり、作業体験を行ってメンバーとの交流を図ったりする中で、徐々に「その環境に入っていくこと」「仕事をする事」のイメージを持つことが出来るようになり体験通所に結びつく人もいる。またグループホームやアパートの居室の見学についても同じように積極的な受け入れを行っている。入居しているメンバーに協力を依頼し、実際に住んでいる部屋を見せてもらうとともに、どのような生活をしているのか、退院してよかったことや大変だったことなどの体験を聴かせてもらうことなどを通して、より具体的な地域生活のイメージを持つことができ、退院意欲の向上につながることも多い。

作業所

巣立ち会では現在3つの日中活動の場を運営している。これらはそれぞれ、共同作業所、小規模通所授産施設、就労継続支援 B 型事業所などと法的な位置付けを変えてきているが、メンバー・スタッフの中では現在もそれぞれの名前のほか「作業所」と呼ばれることが多い。この事例集の中ではその当時の法的位置付けに関わらず、「作業所」との呼び名で統一している。3か所の作業所の活動内容やプログラムはそれぞれの特徴もあり多岐に渡るが、共通して行っているのは、メンバーを主体とした毎日のミーティング、内職作業、作業所の外での作業、レクリエーション、清掃などである。

体験通所

地域移行に向けた具体的な支援は、入院中の病院から作業所に通所する「体験通所」から始められる。体験通所では、作業所で他のメンバーと同じ日課で活動に参加してもらう。この体験通所の目的は次の5点である。

- ① 本人に院外の生活に慣れてもらうこと
- ② 継続性や安定性を高め、地域生活への自信をつけてもらうこと
- ③ 職員との信頼関係を強化していくこと
- ④ 当事者同士の関係をつくり、安定した地域生活に不可欠なサポートネットワークを築くこと
- ⑤ 実際の生活場面の中で、地域生活に向けた課題を本人と確認し合い、取り組んでいくこと

体験通所は本人の希望に応じ、週1回半日からでも開始できるが、徐々に日数や

時間を増やし、退院までには週 3～4 日は通所して退院後の生活に近づけていくことを目指している。

住居提供

巣立ち会では退院先の住居を必要とするすべての人に住居提供を行う前提で地域移行支援を行っている。体験通所が週 3～4 日安定して継続され、スタッフやメンバーとのコミュニケーションも取れるようになってこのまま退院後の支援に移行できる目処がたったら、入居先について具体的な選定を行う。グループホームが新設されたり空室が出た時にその入居候補としたり、巣立ち会の活動を理解してくださっている近隣の不動産屋さん・大家さんの物件（一般アパート）を紹介したりする。一般アパートを紹介する場合にも、基本的に巣立ち会スタッフが居室の見学や賃貸契約への同行、火災保険加入手続きの支援、緊急時に備えての合鍵預かりなどの対応を行い、不動産屋さん・大家さんに対して入居後の継続した支援対応の約束をしている。

グループホーム

巣立ち会では 2008 年 3 月現在、8 か所のグループホーム（共同生活援助事業所）を運営している。うち 6 か所は地域の大家さんにグループホーム用に建ててもらった交流室を持つ一棟立ての建物であり、2 か所は何棟かの一般アパートの中のいくつかの居室を合わせてグループホームとして認可を受けたいわゆるサテライト型のグループホームである。いずれも外観は普通のアパート、マンションであり、必要に応じて世話人の支援は受けられるものの、要は「ひとり暮らし」である。メンバーは「アパート」と呼ぶことも多いが、ここでは認可を受けた部屋すべてを「グループホーム」として記載している。

退院準備

退院後の入居先が決まると、退院のための準備を開始する。

病院や行政の担当者など関係機関との調整を行っていくほか、居室の清掃、布団や日用品、電化製品などの購入、ガス・電気・水道・電話の契約手続きなどの支援を行う。それらの支援はグループホームの世話人が中心となって行うが、これまで通所で関わりを持ってきたスタッフも協力し、またメンバーにも一緒に相談に乗ってもらったり、買物に同行してもらって地域の具体的な情報を教えてもらうなど、ピアサポートの力を活用しながら退院後の具体的な生活イメージが持てるよう働きかけていく。また体験外泊を通して、より具体的な支援を行っていく。

体験外泊

退院する前に、退院後実際に住むことになる居室で体験外泊を行っている。（「体験宿泊」、「試験外泊」などと呼ぶこともあるが、この事例集では「体験外泊」という表現に統一している。）数十年ぶりの、あるいは生まれて初めての「一人暮らし」に戸惑ったり緊張して眠れなかったりなどということもあるが、退院前に試していくことで、本人と支援者が一緒に対処法を考えていくことができる。本人の状況に応じ一泊から徐々に日数を増やしていく。退院に対する不安が強い場合などには、一週間単位の体験外泊をくりかえしながら、退院の時期を見定めていくこともある。

体験外泊を行っていく中で、食事の調達方法や服薬の管理、電化製品やガスの使用方法、緊急時の連絡方法、喫煙やゴミ出しのルールなどについて確認していく。世話人が本人と相談しながら、どのような方法をとれば本人がひとりでやっていけそうか工夫をしたり、本人がひとりで行うのが難しい部分などについてどのような支援を提供していったらよいかの見通しも立て、必要に応じ病院や退院後活用できるサービスとの調整などにもつなげていく。また体験外泊中はグループホームの夕食会に参加してもらい、グループホームメンバーとの交流を図るとともに、外泊明けには居室から直接作業所に通所するなど、退院後の生活スタイルにできるだけ近づけるようにしている。

夕食会

グループホームでは週 1～2 回、交流室で夕食会を開いている。グループホームの入居者は原則的に夕食会への参加をルールとしているが、グループホーム入居者以外の地域のメンバーも多く参加している。

夕食会は、栄養バランスの取れた温かい食事を提供するのみならず、料理を手伝ったり、当番の仕事をしたり、自分の食べた食器は自分で洗うなど、様々な生活経験をする場にもなっている。またメンバー同士の交流を図り、情報交換や世話人との相談を行うなど様々な意義を持つものとなっている。

退院支援

体験外泊が順調に進み退院の目処が立つと、退院カンファレンスを開き、関係者で退院後の支援体制を確認した上で退院となる。大家さんなどにも挨拶し、必要に応じ荷物の運搬や片付け、住民票の異動や各種手続きの支援なども行っていく。

退院後の支援

退院後も、入院中から支援を行ってきたスタッフが継続的に支援を行うが、生活支援の中心、マネジメント役は世話人となる。毎日の食事や掃除洗濯、公共料金の支払いや銀行口座の開設、お金の管理、医療機関の受診など、本人が地域での生活に慣れるまで様々な形でサポートしていく。また世話人が夕食会や居室訪問・面接な

どにより定期的に本人と直接の関わりを持ち、状況を把握しつつ作業所や訪問看護、病院、生活保護担当者など関係機関と連携して個別支援を行っていく。基本的には困ったときに相談できるような関係性づくりを心がけつつ、本人の力を引き出し本人なりの生活の仕方を尊重すること、グループホームや作業所のメンバーなどのピアサポートの力を引き出し活用するように配慮し、世話人がやりすぎてしまわないよう気をつけている。ただゴミ出しと火の管理に関しては非常に注意を払っている。私たちの地域では10種類に分別して指定の時間に出さないとゴミを収集してもらえず、そうになると地域からあの人には地域生活のルールが守れないと思われるため、非常に大変ではあるが分別とゴミ出しの時間などについては手間と時間をかけて支援を行っている。また火災は命に関わる問題であるため、タバコを吸う場所、吸殻の始末などについてはルールを徹底している。

3. 巣立ち会における地域移行支援 16年の実績

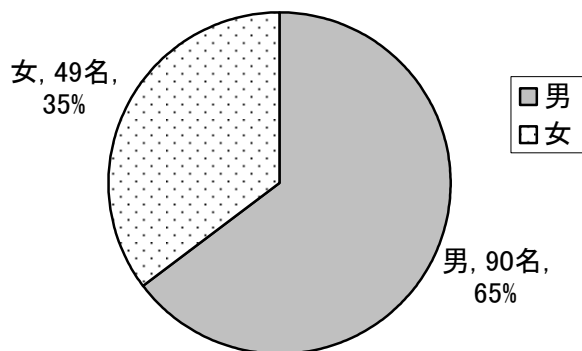
1992年からの16年間で、巣立ち会から地域移行支援を受けて退院した利用者は139名であり、これまで巣立ち会を利用した延べ利用者数317名(通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者を含む)の44%を占めている。

この139名の概要と支援結果は以下の通りである(2008年3月末現在)。

①性別

利用者の性別は、「男性」が90名(65%)、「女性」が49名(35%)であり(図1-1)、男性の方が多い。

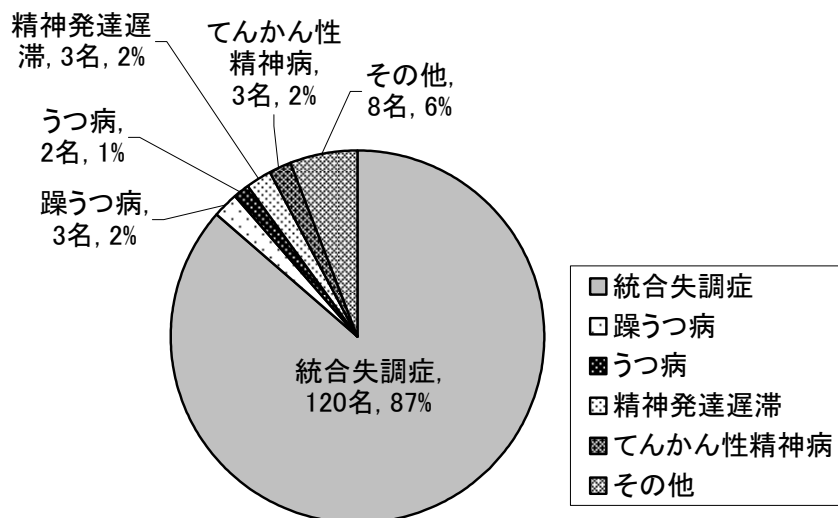
図1-1 男女比(n=139)



②診断名

診断名は、「統合失調症」が120名(87%)で、圧倒的に多い割合である。続いて、「その他」が8名(6%)、「躁うつ病」「精神発達遅滞」「てんかん性精神病」がそれぞれ3名(2%)、うつ病が2名(1%)となっている。(図1-2)

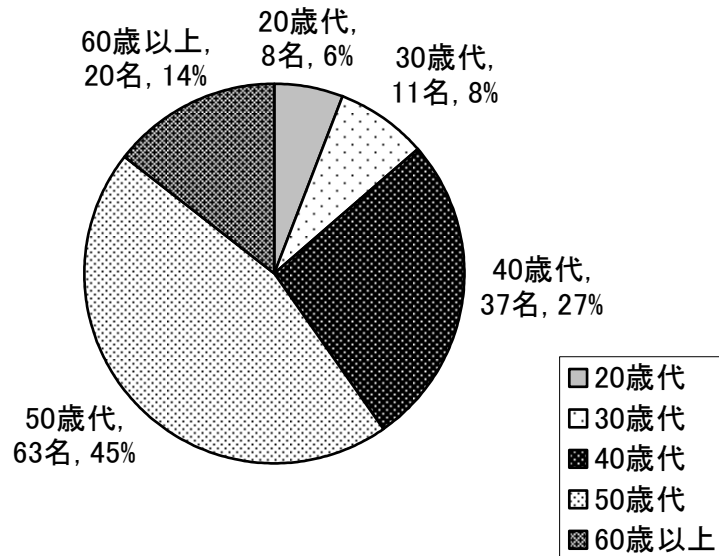
図1-2 診断名別人数(n=139)



③年齢

年齢は、利用開始時において「50 歳代」が 63 名 (45%) と最も多く、続いて「40 歳代」が 37 名 (27%) となっている (図 1-3)。60 歳以上の利用者も 20 名 (14%) おり、ここ数年で増加傾向にある。

図 1-3 利用開始時年齢層 (n=139)

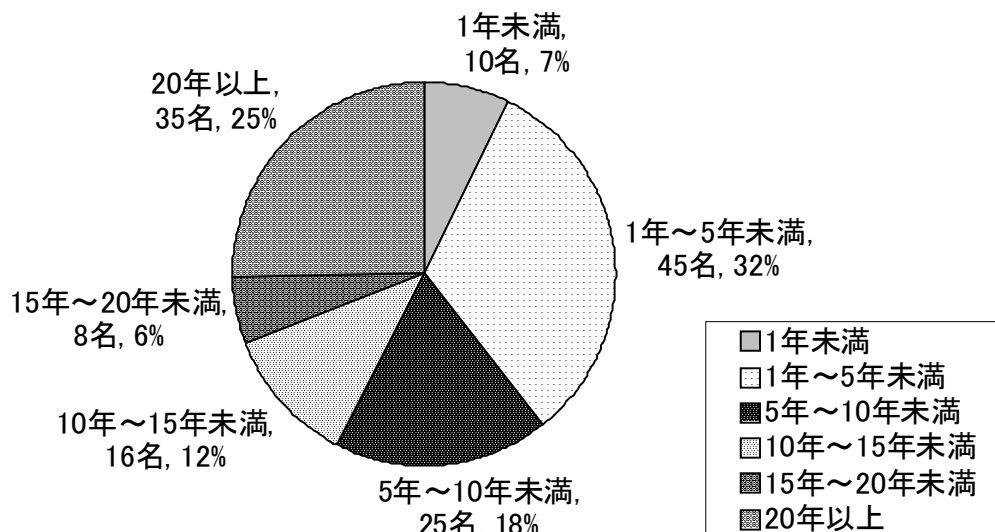


④入院期間

入院期間は、平均入院日数が 4,093 日 (約 11 年 3 ヶ月) であり、最も長い入院日数の利用者は 15,390 日 (約 42 年 2 ヶ月) であった。

総入院期間別人数は、「1 年～5 年未満」が 45 名 (32%) と最も多く、続いて「20 年以上」が 35 名 (25%) と全体の 4 分の 1 を占めている。10 年以上の入院歴がある利用者は合計 59 名 (43%) であり、長期の入院経験者が非常に多い。

図 1-4 総入院期間別人数 (n=139)

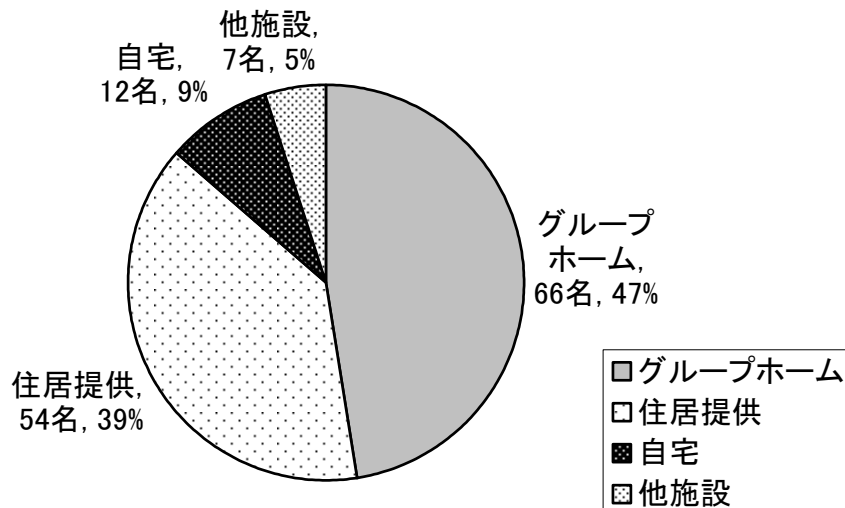


⑤ 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く66名(47%)、続いて「住居提供」(グループホーム以外で巣立ち会が斡旋した一般アパートなど)が54名(39%)、「自宅」が12名(9%)、「他施設」が7名(5%)であった。

グループホームと住居提供の合計は120名(86%)であり、地域移行支援を利用して退院した利用者のほとんどが、住居提供支援を受けていることがわかる。(図1-5)

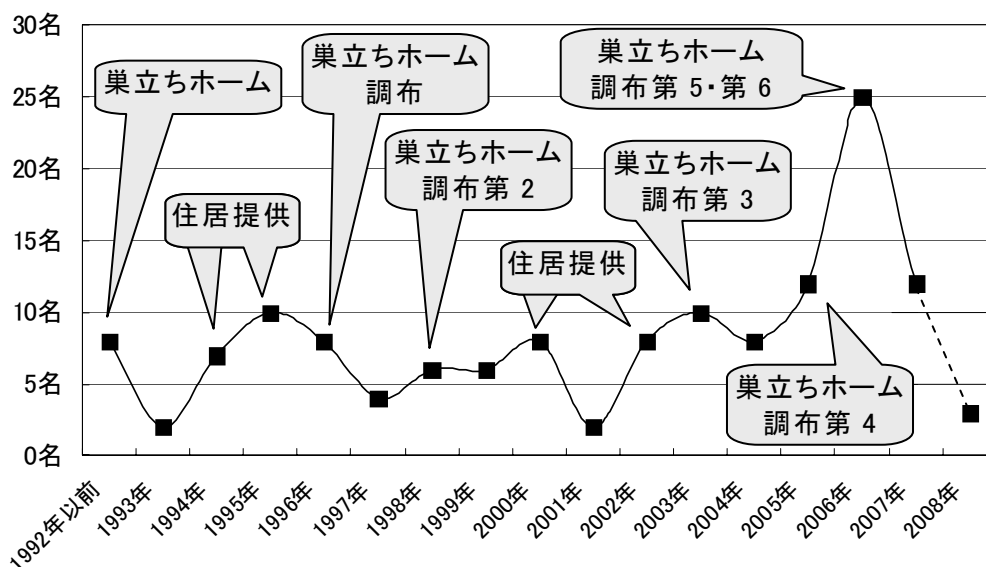
図1-5 退院後の居住先(n=139)



⑥ 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巣立ち会の地域移行支援による、1992年から現在までの退院者数推移に、グループホーム開設時期と住居提供時期を加えたのが図1-6である。

図1-6 退院者数推移と居住施設開設時期



この図からわかるように、グループホームの開設やその他一般アパートへの住居提供を行うことができた年には、退院者が多い傾向にある。しかし、グループホームやその他住居を十分に提供できなかった年には、退院者が少ない。これは、退院を希望する利用者にとっては、地域の受け皿となる住居の有無が少なからず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である。

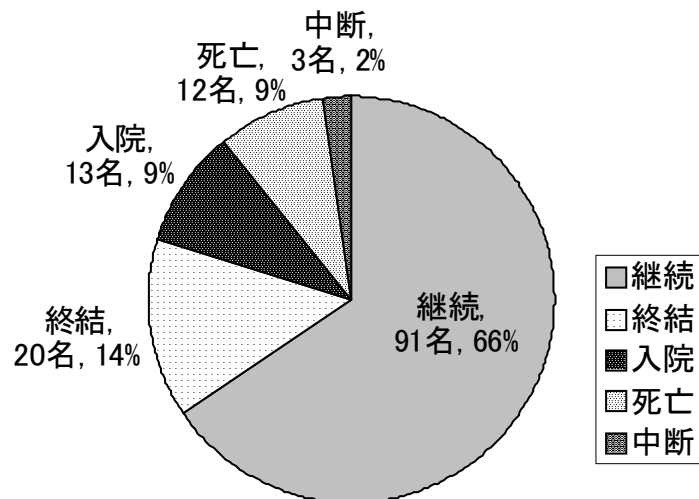
また 2008 年は、3 月末現在ですでに 3 名が退院しており、現在も病院から退院を目指して体験通所を行っている利用者が約 30 名いる。図 1-6 の点線部分に関しては、今後の退院者数の増加が見込まれるため、彼らの退院先となる住居の確保が求められている。

⑦現況

これまで地域移行支援を行ってきた 139 名の現在の状況である。

巣立ち会のサービスを「継続」して利用している人が 91 名 (66%)、施設利用からの卒業、他施設への移籍、転居などで支援を「終結」した人が 20 名 (14%)、退院後に再「入院」した人が 13 名 (9%)、「死亡」が 12 名 (9%)、治療中断による「中断」が 3 名 (2%) となっている。

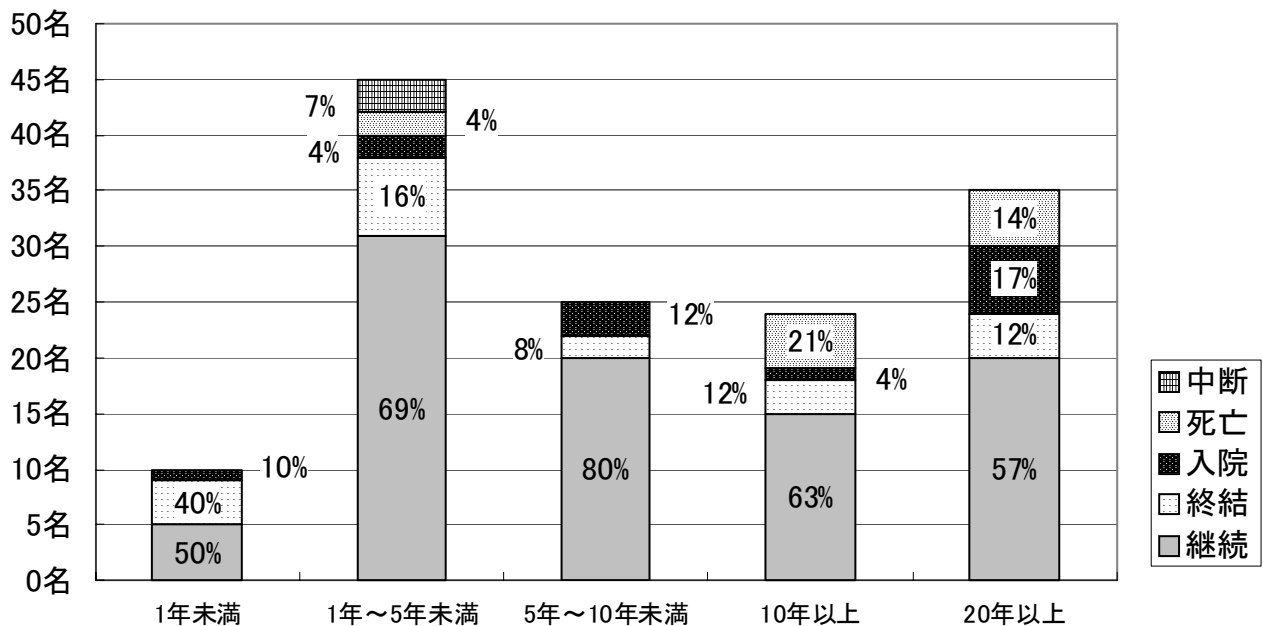
図 1-7 利用者の現在の状況 (n=139)



⑧入院期間別の現況

最後に、利用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、次の図のようになった（図1-8）。

図1-8 入院期間別の利用者現況



ここでは限られた事例数で統計的に信頼性のある分析を加えることはできないが、対象者の入院期間と退院後の現況には明らかな相関関係はみられない。つまり、超長期入院経験の方が短期入院経験者よりも地域生活の継続が困難だということは、巣立ち会の事例を見る限りでは言えない。実際に、20年以上の入院経験者で現在もサービス利用を継続している20名の多くは、現在も日中活動の場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、その人なりの豊かな地域生活を送っている。

第 2 章

事 例

1. 「超」長期入院、高齢だからって、 地域移行の対象から外さないで！

- [事例 1] 「超」長期入院ケース①**..... 26
36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏
キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】
- [事例 2] 「超」長期入院ケース②**..... 31
39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証しているT氏
キーワード【長期入院、傷害歴、本人の不安、ピアサポート】
- [事例 3] 高齢ケース①**..... 36
「これが退院最後のチャンス！」71歳K氏の挑戦
キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】
- [事例 4] 高齢ケース②**..... 42
70歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えたH氏
キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、
病状管理と処方調整】

[事例1]「超」長期入院ケース①

36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏

キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】

S・T氏、59歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数3回、総入院期間約36年5ヶ月

経済状況：障害年金1級、生活保護

①経歴

昭和23年、東京から遠く離れた地方の町で、同胞3名の第1子として出生した。小学校時代は野球部に入りファーストを守り、4番打者だった。また工業高校に入学してからはボクシングを始めた。

高校卒業後上京しプロボクシングを目指しボクシングジムに入ろうとしたが、生活のために断念し、セールスの仕事や工場勤務等をして必死で働いた。数ヶ月単位で仕事を転々としたが、20代前半に仕事で無理をし具合が悪くなって帰郷、実家にて過ごす。その間A病院に約3ヶ月入院している。その後、父が司法書士だったため跡を継ごうと大学受験のため22歳で再度上京し学生寮に入った。寮生の中に学生運動に参加していた人が多く、影響を受けてアメリカ大使館に抗議に行ったところ警察官に取り押さえられ留置場に入れられた。翌日精神鑑定の結果B病院へ入院(22歳)となり、その後入院生活が続いた。

50歳の時に一度退院しA援護寮へ入所したものの、3ヶ月程でB病院に再入院している。「退院をしたら外で働くものだと思っていたのに、病院と変わらなかった」という理由から、援護寮での暮らしはあまり好きではなかったそうである。人生のほとんどを病院で過ごしてきたが、57歳でB病院を退院してグループホームに入居し、3年が経とうとしている。

B病院入院中に父は他界し、母と弟は現在も故郷で暮らしている。

②退院ができなかった・難しかった理由

(1)本人側の理由

入院して1年は父が頻繁に面会に来て「退院しろ」と言ってきたが、無視していた。当時退院しなかったのはT氏によると「自分のエゴ」で、退院しようという気持ちはなかったそうである。そのうち気がつくと5年が過ぎ、10年が過ぎていた。開放病棟に移ってからは、病院の中で園芸をしたりソフトボールやバレーボールに参加したり、時には配膳を手伝ったりと忙しく働いていたため、外で生活しているのと変わらない印象だった。「退院したら外で働くもの」と思っていたが、病院にいる間も自由に外出が出来て、

外にいるようなもので、「外にいるのに外に出るという理屈はない」と思っていた。こういう生活を 10 年～20 年続けると退院するという気持ちはなくなった。

援護寮への退院の話以外にも退院の話はあった。B 病院の近くに住み、B 病院の清掃員をしないかと主治医に勧められたことがあり、年に一度面会に来ていた母にも勧められたが、退院しても病院と同じような生活をするのでは退院する意味がないので断った。

(2) 病院側の理由

入院が長期化する以前は、何度か退院を勧める動きがあったが、長期化するにつれ、父が亡くなり、帰る場所がなくなってしまった。そのため、積極的に病院が退院を勧められなくなった。また、病院の中庭で延々とでんぐり返しをしたり、手や足を動かし続けたり、お祈りのような仕草（一見操られているように見える）をしたり、サングラスやカチューシャを急にするなど奇異な行動があったため、そういった行動が地域生活にどう影響するのか未知数であり、スタッフが不安に思っていたため結果的に入院が長引いてしまった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

B 病院が巢立ち会の地域移行支援対象者として初期に選んだのがこの T 氏であった。当初、「いずれは故郷へ」と考えていた T 氏と、「受け入れ家族のいない故郷へは戻れないだろうが、退院先を支援する環境があれば地域で暮らして欲しい」という病院の考えに多少の食い違いはあった。また、病院からの紹介があった当初は受け入れ側としても、34 年も入院していた方の支援ということにやや不安があった。「(病院のいう) 奇異な行動を作業所で行うとしたらどんなことか?」「他の利用者とうまくやっていけるのか?」「34 年も入院していて本当に退院し、地域生活が可能なのか?」といった思いがあった。しかし病院がせっかく紹介してきたケースでもあり、まずどのような人なのか、作業所へ体験通所をしてもらいながら様子を見ようと、病院から作業所への体験通所を提案した。体験通所のなかで、T 氏のことを知り、支援の体制を整えたいと考えた。T 氏も、作業所通所に前向きだったため、「通ってくれたら住居も含めて退院への支援は必ずする」と約束をし、体験通所が開始となった。

体験通所を開始してみると、彼の働き者で誰からも愛されるキャラクターはすっかり作業所に溶け込み、徐々に通所日も増えていった。病院から作業所まではバスと電車で約 1 時間かかるが、T 氏は「営業をやっていた頃みたいな感じ」と「仕事をしに会社に行く」という姿勢で黙々と通所を続けた。作業所では、単調な内職作業を行いながら、朝のミーティングの司会や行事の企画、仕事中の役割分担など、できるだけメンバーが主体的にできるよう心がけていた。メンバーが主体的に動くために、明るくリー

ダーシップをとれ、前向きに通所している T 氏はリーダーとして最適に思われた。若い頃、営業マンとして働いていたことをよく口にする T 氏だが、作業所でもそうした社会経験や社交的な性格を生かせるようミーティングの司会や作業の声かけなどを依頼し、その力を存分に発揮できる場面を作っていた。T 氏も場の中心となって積極的に働くことが好きなようで、本来の勤労意欲と作業所の期待がうまく合い、生き生きと過ごしていた。通所が順調に進み、他のメンバーからも慕われる存在になっていった T 氏は「退院については何も不安はない、早く退院したい」と言うようになった。

支援者側が当初抱いていた不安も体験通所を始めるとすぐになくなり、8 ヶ月経った頃には B 援護寮のショートステイを利用した外泊を始めた。体験通所は週に3日と利用日数が少なく、関係を築いたり様々な準備を共に進めたりするために通所日を増やせないか、と相談をしたが、通所のための交通費や昼食費が負担となること、また退院後は毎日通所することを T 氏が約束してくれたことから、彼のペースを崩さず退院準備を進めていくことにした。

援護寮での外泊も問題なく、新しいグループホームの立ち上げと同時にその住居の見学、体験外泊を行い、退院の準備を進めていった。グループホームの体験外泊では他の入居予定者や他のメンバーと交流を図れるよう、夕食会の日にあわせて外泊日を設定することで、夕食会でもムードメーカーになっていった。退院準備にあたっては金銭管理が心配されたが、作業所近くの銀行に預金口座を開き、生活費を下ろすのに何度か同行し慣れてもらった。日用品についても、「部屋が狭いので洗濯機は必要ない。手で洗うから」という T 氏の意味を尊重し、必要最低限のもののみ揃える手伝いを行った。一方で、同じ B 病院から通所していたメンバーと作業所近くのリサイクルショップに行き、勧められて上着を安く購入するなど、T 氏なりに退院準備を仲間と楽しく進めていた。また、B 病院には訪問看護を依頼し、退院後の支援体制を整えた。体験通所を始めて9ヶ月後、グループホームへの入居が決まったが、この時支援者は、「服薬さえ続けてくれれば大丈夫」と地域生活に大きな不安はもっていなかった。

(2)退院後、現在まで

グループホーム入居後は順調に生活している。洗濯もずっと手洗いでこまめにしている。退院直後に隣の住人に雨戸の開閉の音がうるさいと注意されてからは、2年近く雨戸をほとんど開けずに過ごしている。本人と話をすると、最近は時々開けていると言うものの、大家さんからは隣の住人のことは気にせず雨戸を開けてほしいという依頼もきている。

退院して2年目に入った頃、「もう卒業したので訪問看護は要らない」という申し出があった。「もう、本当は薬を飲まなくても良いんですけどね」と話していたこともあり、服薬に対する不安はあったが、病院のスタッフと相談し、通院、服薬はしっかりすること、

薬に対する不安はあったが、病院のスタッフと相談し、通院、服薬はしっかりすること、を約束し現在は世話人が相談の中心者となっている。

時折「大事な用事がある」と作業所や夕食会を突然休むことがあり、休む時は連絡を入れてほしいということを繰り返し伝えていった。約束通り、外来や用事のある日以外は作業所に通所し、変わらずバリバリと働き、皆の中心となって活躍している。

手足を動かしたり、カチューシャをつけて来たりすることなどもあるが、支援者が「何故？」と感じる行動をした際は、その理由を聞いて出来る限り本人の気持ちを理解しようと努めた。その行動は一人の世界に入っている時に多いようで、夕食会の時や外でも自動販売機の前などでその姿をよく見かけるが、話しかけると止まる。手足を動かす理由は「気持ちいいんだよ」と言っていたが、実は「体が鈍るのでシャドーボクシングやキックボクシング、空手の形を日々練習している」とのことであった。カチューシャについて T 氏は「流行ってるんだよ。カッコいいだろ。」「男がしてもいいんですよ。」と明るく話す。髪の毛の長い人が使うものではないかと意見を述べると「そんなことはないよ」と T 氏は笑い飛ばす。しかし、地域で生活していく上では、T 氏も、支援者も、大家さんも支障は感じていない。「そんなことをすると周囲の人が気にするのでは？」という支援者の不安も、T 氏の明るさで払拭されてしまう。ありのままの T 氏の姿を皆が受け入れることができている。

人前で話すことが好きな T 氏に作業所では、退院後出張講演への参加を呼びかけ、自分の退院までの体験談を話す機会を提供していき、現在では出張講演の主力メンバーとして活躍している。T 氏の話す体験談は好評であり、今後も積極的に参加していきたいと前向きである。作業所でもグループホームでも、その人柄からくる話し方で自然と場を盛り上げ、ムードメーカーになっている。休日は動物園に行ったり、都心に出たりするなどほとんど外出しているようで、自由な生活を満喫している。精神保健の勉強会、演劇やプロレスなど幅広いことに関心を持ち、積極的に行動している。入院中を「風変わりな青春だと思うが思い出です」と明るく振り返り、「若いうちに早く退院してください。年を取って退院しても体は動きませんよ」とみんなに伝えたいと話す T 氏は、「昔も今も楽しい」と常に前向きに楽しそうに生活を続けている。

④考察

結果的に、働き者であった T 氏に、ただの作業ではなく「会社に通勤しているような」感覚をもってもらえる体験通所を提供できたことが、本人の意識にうまく働きかけられたのではないかと考えられる。まず「退院しましょう」という支援から入らず、「作業所に通ってみてはどうでしょう」という勤労意欲を引き出すアプローチが、結果として退院につながったと考えられる。加えて、作業所通所をしていく中で T 氏の力が存分に発揮され、T 氏自身が作業所の中での自分の位置や役割を確立していけた環境が大きかったのではな

いか。

当初支援者側には36年の入院歴ということへの構えがあったが、実際に体験通所をしながら本人と接してみて、1ヶ月ほどで支援者の不安や構えはなくなった。それは長期入院者というレッテルからではなく、T氏本人と直に接することができたからである。入院歴ではなく、本人をみて、彼に必要な支援を提供していただけたことである。長期入院ということは、地域移行にあたり問題ではなかった。問題であったのは、むしろ長期入院という事実にこだわり、地域生活を支援しようとするにこの足を踏んでいた支援者の考えではないだろうか。「だめかもしれない」と不安に思いながらも、「チャレンジしてみよう」というもう一歩の思い切りのようなものが支援者に必要と思われる。

本人を知っていく過程で、記述にあるような奇異な行動も「彼の一部分」、「人に迷惑をかけているわけではない」と彼をまるごと受け入れる度量を支援者が育んでいった。初めから「奇異な行動をとる人」と紹介されていては、不安がつきまとったかもしれない。T氏個人に着目し続けたことで、よい結果が生まれたと思う。彼の愛すべきキャラクターを全面的に受け入れたことで、本人の持つ力が一層引き出せたのではないだろうか。

[事例 2]「超」長期入院ケース②

39 年の入院を経ても、地域生活ができることを実証している T 氏

キーワード【長期入院、傷害歴、退院への不安、ピアサポート】

S・T 氏、67 歳、男性

診断名：統合失調症

入院回数：6 回、総入院年数：約 39 年

経済状況：老齢年金 3 級、生活保護

①経歴

昭和 16 年、東京都内にて同胞 8 名の第 7 子として出生した。本人によると小学校の頃から幻聴があったとのことである。高校中退後、職を転々とする。その間、窃盗や傷害で刑務所に入所したこともある。

26 歳の時に家で暴れて初回入院となる。その後、退院はするものの、再発・入院を繰り返していた。その頃のことについて本人は、「病院を出ると薬を飲まなくなっちゃって、悪くなっちゃうんですよ」と話している。

昭和 54 年(38 歳)に警察に保護されて入院した後、入院が長期化していた。

現在両親はすでに死亡。兄弟も、次兄以外とは連絡をとっていない。

②退院ができなかった理由

主治医からの意見書によれば、「入院直後のひどい幻覚妄想はおさまったものの、慢性的に幻聴が消えず、時に不穏状態となり、時に拒薬をし、入院が長期化した」とのことであった。

過去の傷害歴に加えて、入院後、病棟でも暴力行為や暴言などの荒い言動があり、また看護師に対して性的な言動も見られたとのこと、退院が遅れていた。良好な治療に結びつかない時期が長かったようである。

当会に紹介された時期には、そのような荒い面は一切なくなっていたが、その代わりに「退院したいが、できるかな？」と、非常におどおどして伏し目がちで不安な様子が見られた。金銭管理や健康状態などといった特定のことに不安があるというよりは、「外の世界がよくわからない」という漠然とした不安感があり、自分には退院は無理だと感じていたようだった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成 17 年 1 月、A 病院の紹介でインテーク面接を行う。

本人に現在の生活について訊くと、病院ではすることがなくてじっとしていることが

多いという。病気について訊くと、昔は空き巣に入ったり女性の胸に触ったりということがあったが、今は絶対にしないと言う。

「退院はできないと思っているが、作業はやってみたい」とのことで、早速翌週から作業所に体験通所を開始する。すると、腰が低く人当たりの良い T 氏は長期入院者であったため、かつて同じ病棟に入院していた作業所メンバーは良く T 氏のことを覚えていて、初日から何人もの人が T 氏を温かく迎えてくれた。早速「T ちゃんなら絶対に退院できるよ、心配ないよ」と声をかける人がいたほどであった。

内職作業にも熱心に取り組み、他のメンバーと馴染むのも早く、通所は間もなく週3回に増える。しかし肝心の退院については相変わらず「もう30年以上病院にいる。外の世界がよくわからないし、無理です」と、自信が持てずにいた。ただ、本人を慕う多くの作業所メンバーが繰り返し「そんなことはないよ、大丈夫だよ」と声をかけ続けることで、迷うような様子も見せるようになっていった。

作業所での工賃を「俺は役に立ってないからいらぬよ」と言って受け取りを辞退するなど、全体的な自己評価の低さも目立っていた。しかし実際には大変な働き者である T 氏に、職員から「この仕事は T さんがやってくれないと困るんですよ、助けて下さいよ」といった声かけをまめにしていくなど、T 氏に対して役割や期待を伝えることで、「そうか？」といつも笑顔になり率先して働く様子が見られた。

通所開始から3ヶ月経った4月中旬に、A 病院とのカンファレンスを行った。話し合いの結果、当会とつながりのある大家さんが持っているアパートの空室を本人と一緒に見に行くことになった。

アパート見学では、その部屋が顔なじみの仲間が大勢住んでいるアパートの1室だったこともあり、職員が「どうですか？」と声をかけたところ、T 氏はあっさりと「いいですよ」と返事をしてくれた。

早速、退院に向けての調整を病院に依頼した。家族や生活保護担当者との調整や、A 病院ナイトケアへの参加が決まり、当会からも夕食会の参加やアパート契約、家財の準備といったことを、本人とともに時間をかけて進めていった。本人は時折「退院しなくてもいいよ」と口にするものの、特に反対することもなく淡々とした様子であった。

体験外泊も順調に終了し、退院カンファレンスを経て、通所開始から約5ヶ月後の6月下旬に退院となった。

(2) 退院後、現在まで

退院前後の様々な手続きは、本人が信頼している担当の作業療法士が中心になって同行し、支援してくれた。若い男性の作業療法士であったが、本人に合わせた特製の薬箱を作ってくれたり、勤務終了後の帰り道に度々訪問し細かな助言や手助けをしてくれたりと、インフォーマルな形でも支え続けてくれている。また、なじみの深かつ

た病院の外来看護師も会う度よく話を聞いてくれたり、夜遅くにケガをして T 氏が病院に電話した際には、夜勤中の病棟看護師が嫌な顔せず対応し「今からおいで」と病棟で傷の処置までしてくれたりするなど、様々な病院スタッフがとても柔軟にタイムリーな支援を続けてくれた。T 氏にとってはそれがとても安心につながったようで、結果として退院後の生活は順調に過ぎていった。

その後、2 年半が経過した。

食事は夕食会(週 1 回)や病院のナイトケア(週 2 回)を利用しているほか、簡単な自炊もしている。家財道具は、入居時に担当作業療法士と一緒に買い揃えた最低限の物から増えることはなく、シンプルなままの部屋だが本人は満足している。そのようなつましい生活をしているため、生活保護費で十分やりくりできているが、余ったお金で作業所に大量のお菓子を頻繁に差し入れしたり、逆に生活費のことで急に不安になったりすることはあった。時折「俺は入院した方がいいのかな？」と周囲に漏らすことがあり、その都度話を聞いたり、担当の作業療法士に連絡して訪問してもらったりということがあった。そのうちの 1 回については薬の飲み忘れがあり、主治医から指導してもらった。しかし、実際に入院に至るようなエピソードもなく、身体的にも膝や歯を痛めたくらいで、元気に地域生活を送っている。

作業所では相変わらずの働き者で、作業後の掃除や食事の後のテーブル拭きなどもいつも率先して黙々と取り組んでいる。一方、イベントやスポーツなどのレクリエーションにもよく参加し、楽しんでいる様子である。休日には家でテレビを観たり、寝て過ごしたりすることが多いようで、「家での趣味や楽しみは何にもなく、休日は部屋で寝ているだけ。何にも役に立たないけど、平日働けるのがいいね」とのこと。また、「何にも出来ないけど、働くことが生きがい」とも話しており、仲間と共に仕事に熱心に取り組むことが、現在の T 氏の楽しみであり、生きがいとなっている。

T 氏は「自分は駄目な人間だから」というのが口癖で、出張講演への参加も普段は消極的だが、出身の A 病院への出張講演には参加してくれている。「退院なんて難しいことじゃない。俺だって退院できたんだから、皆さんにもできますよ！」と、短い言葉で力強く皆を励ましている。また、入院患者さんのグループ見学への協力を依頼すると快く居室の中も見せてくれる。「シャバは甘くはないですよ」と諭しながら、「最近は何患者さんも知らない人ばかりになっちゃったよ」と笑う表情は、すっかり地域生活の先輩としての顔になっていた。

④考察

T 氏の支援でのポイントを、何点か指摘したい。

まず、彼のストレングスともいえる、人好きのする謙虚な性格、愛される笑顔である。退院阻害要因として最初に記載した「不穏状態」や「拒薬」、「暴力行為や性的言動」

といった部分は、巣立ち会に紹介された時にはすでになくなっていました。むしろ、伏し目がちでおどおどしている、小柄な好々爺といった風情で、こちらから「Tさん、この仕事をお願いしますよ」と頼むと、口では「できないよ」と言いながらも満面の笑みでいそいそと手伝ってくれるようなところがあり、職員もついあれこれと頼みごとをしたり、声かけをしたりすることが多かった。また作業所メンバーが、「Tちゃんなら大丈夫だよ」と、繰り返しメッセージを送ってサポートしてくれたことが、本人はもとより職員の「この人は必ず退院できるはずだ」という自信にもつながった。そのことで本人が目に見えて変わったということではなかったが、いざ退院という提案をした時に、それまで無理だと言い続けていたところをなんとなく「いいですよ」と答えられるような気持ちになっていたことの、大きな要因だと考えられる。

それに加えて病院スタッフによる支援も大きなプラス要素であった。本人にとって、紹介されてからの付き合いになる巣立ち会の職員よりも病院の職員の方に深いなじみがあるのは、長期入院者であれば当然のことである。A病院ではすでに何人かの患者さんが当会の支援を受けて退院していたということもあり、病院全体として地域移行や退院者の支援に非常に協力的であった。本人が退院したアパートも病院から徒歩10分の距離であったこともあり、退院前後を通してフレキシブルな支援を行ってもらえたことが、長期入院からくる本人の不安を和らげる、大きな役割を果たしていた。

そして事業の導入の仕方である。T氏は紹介当初退院に対しての不安が強く、退院するという目的だけのアプローチでは限界があったと思われる。ここで、巣立ち会の支援の特徴である体験通所が効果的であった。まずは本人の「病院は暇だ、仕事がしたい」という気持ちに沿って体験通所を開始したことで、結果的にその後の地域移行への道が開かれることになった。

長期入院者の地域移行の際にしばしば大きな障害となるのが「もう自分には退院は無理だよ」といった本人の思い込みであり、実際にそれに直面して苦慮している関係者も多いと思われる。T氏はまさにそのような人であったわけだが、本人の希望に沿いながら病院外の生活に触れていくことや、慣れ親しんだ病院のスタッフからの継続した支援、そして仲間からの励ましやアドバイス(ピアサポート)を受けることで無事に退院につながった人は、T氏だけではない。「本人の退院意欲がない」という言葉で、周囲が退院をあきらめてはいけないということは、この事例の一つの教訓かもしれない。

最後に、入院が長期化した要因とされていた粗暴さについてであるが、上述の通り我々に紹介があった時点ですでに消失しており、むしろ逆に人柄は謙虚すぎるほどであった。トラブルを過去に起こしている場合、特に触法歴があるような人については、そのような状態が悪かった頃のイメージがレッテル張りされてしまうと、現時点での本人の可能性に目をつぶってしまうことになりかねない。あくまで現在の本人を見て、そ

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 2] 「超」長期入院ケース②

して未来の可能性をイメージして、勇気を持って支援の手を差し伸べることを続けていきたいと考える。

[事例3] 高齢ケース①

「これが退院最後のチャンス！」71歳 K 氏の挑戦

キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】

K・A 氏、72 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 7 回、総入院年数約 22 年

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 10 年、東京都内にて、同胞 6 名の第 4 子として出生した。高校卒業後は大工であった父、長兄の仕事を手伝ったり、印刷会社、ホテルの洗い場、清掃など、様々な仕事を転々としていた。22 歳の時に実家を出て単身生活を始めたが、下宿先の大家さんが宗教活動を行っていたことをきっかけに本人も取り組むようになり、兄からの反対を受けてその後度々喧嘩になることがあったという。

32 歳の時、失業中であった本人は兄と大喧嘩して家で暴れた。その際、独語や空笑等、幻覚妄想も見られ、A 病院に初回入院となった。入院後も就労への意欲は高く、入院中から仕事探しを行って就労。2 年 9 ヶ月の入院を経て実家に退院後は、外来に通いながら働いた。精神科への通院、服薬を周囲に隠しながら、経験のあるホテルの洗い場や清掃の仕事をしていたが、同じ職場に長く勤めると夜勤を頼まれたり、勤務時間や日数を増やす提案があったりするため、通院や服薬を知られてしまうことをおそれ仕事を転々としていたという。そうした生活を送る中、断薬に至る。不眠、易怒的となり独語、空笑も出現し、退院から 1 年経たないうちに再入院となった。2 回目の入院中に父が他界。母も高齢化してきたため退院後は独り暮らしを開始し、通院、服薬を継続しつつ、経歴を詐称するなど病気を隠しながら職場を転々としていた。兄の大工の仕事を手伝うこともあったが、体が小さいことで若い職人に馬鹿にされることも多く、そのことで喧嘩になると兄から「精神病のせい」と判断され入院させられることもあり、数年単位での入退院を繰り返していたという。

6 回目の退院時(本人 57 歳)に、現在も在住している市にアパートを借り、生活保護の受給を開始した。60 歳からは市内の作業所へ通所を始め、作業のリーダーとして周囲を引っ張っていた。しかし、1～2 年勤めた頃に疲れがたまってイライラし、易怒的となったことで調子を崩し、62 歳の時に 7 回目の入院となる。本人は当初、作業所の夏休みを利用した数週間の休息入院のつもりでいたとのことだが、結果として退院まで約 9 年を要することとなる。

入院から 7 年半後、開放病棟に転棟し、退院に向けて院内のリハビリグループに参

加を開始した。服薬指導や退院後の生活について(生活費の使い方や食事の作り方など)の勉強に真面目に取り組んだ。作業療法への参加も週 3 日しっかり継続していた。本人は「仕事をしたい」「退院したい」という意欲が高く、病棟プログラムで巣立ち会の「出張講演」を体験したこともあり、平成 18 年 12 月、71 歳の時に、巣立ち会の作業所への体験通所を開始した。平成 19 年 7 月には退院し、グループホームに入居している。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人は、入院時に主治医から「閉鎖病棟でも退院できる」と言われたことで、「閉鎖病棟にいてもいつでも退院できる」とのんびり構えていた。病棟生活に慣れ、読書など趣味を楽しめる環境を気に入っており、周囲から退院を勧められても「退院はまだいい」と断っていた。入院から 7 年半ほど経過した頃、主治医が変わり、「開放病棟へ移らないと退院できない」と言われたことを機に、開放病棟へ転棟した。開放病棟は、OT 活動・病棟ミーティングなどプログラムが充実し、空き時間に外出するなど自分の時間を自由に使い、より「退院したい」と思う気持ちが強くなったという。

開放病棟に移った後、本人は「住み慣れた市内に退院したい」「働きたい」という明確な希望を表明するようになった。しかし、兄は離れて住んでいるうえ高齢なため本人への日常的な支援が難しいことと、入退院を繰り返してきた過去の経緯から保証人になることを拒否していたため、一般アパートへの退院は難しい状況があった。また退院後には地域でのサポートが不可欠と考えられること、長期の入院を経て本人は高齢になり、ADL に全く問題はないものの今後の身体的な衰えが心配であることから、日常生活を見守ってくれる世話人のいるグループホームへの退院が検討された。しかし、病院で入居を検討したグループホームなどには空きがなかった。さらに本人は以前通所していた作業所に戻ることは希望しなかったため、病院の支援のみでは、住居と同時に入院中から働ける作業所を探すことが困難であった。本人の病状、本人の希望と病院の退院マネジメント、地域の資源のタイミングが合わず、退院の機会が得られないまま入院が長期化してしまっていたようである。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

本人は入院中に、巣立ち会の「出張講演」を数回聴講しており、そこで巣立ち会が退院と仕事を支援してくれること、作業所に同じ病院の仲間が通って退院していることを知り関心を持つようになった。病院スタッフも巣立ち会のグループホームへの退院を検討しており、本人に勧めたところ、「是非通ってみたい」との希望があったためインタビューを行った。初対面での本人の印象は、質問への受け答え、歩き方、見た目に至る

まで71歳とは全く思えないほどしっかりしており、「精一杯頑張ります！」と力強く語るK氏に対してスタッフは、「どうしてこの人が8年半も入院しているのだろうか？」という疑問を持ったほどである。

平成18年12月より体験通所を開始した。週1日の通所から始めたが、本人から週2日通いたいとの希望があったため、翌月から通所日を週2日に増やし、しっかりした足取りで勤勉に通所を継続した。徒歩とバスを利用して通うため時間に余裕を見て病院を出たり、バスの時刻表はしっかりメモを取って把握していたり、自身の予定をメモに書いて早めに職員に伝えるなど、通所開始当初から几帳面で真面目な方といった印象であった。作業場面では、数種類ある内職作業の全てに一つ一つ熱心に取り組み、謙虚な姿勢で他のメンバーに指導を受けながら仕事を覚えていく姿が印象的であった。全体をよく見て人手の足りない仕事に進んで入ったり、手先の細かい仕事も難なくこなしたり、分からないことは素直に仲間に尋ねて教わったり、作業面では全く問題なく自然と周囲に馴染んでいった。作業以外の場面でもいつも礼儀正しく挨拶や声かけを行い、見慣れないメンバーやスタッフを見つけると自ら挨拶し自己紹介するなど、周囲への気遣いが感じられた。当初は昼食時に皆から一人離れて作業場で食事を取り、声を掛けても「新人だから…」と過度に遠慮するような姿も見られたがすぐに慣れ、つかず離れず自分のペースで人付き合いするようになっていった。作業所での生活に慣れてくると内職に加え、除草作業や公園清掃にも参加するようになった。テキパキと手際よく、71歳とは思えぬスタミナで誰よりも根気強く作業に取り組む姿に、若いメンバーもすっかり顔負けであった。

以前働いていた作業所では対人関係や仕事での疲れからストレスがたまり、イライラして易怒的となり、調子を崩して入院になっているため、今回の通所では病院のケースワーカーと連携を取り、病院スタッフ、巣立ち会スタッフとともに、本人が頑張り過ぎて疲れを溜め込まないように見守り、時には声掛けをするなどの支援を配慮して行った。体験通所開始から3ヶ月ほど経った2月の終わりに、通所日を増やすことについてK氏の意向を確認すると、「あんまり急に通う日を増やすと先生やケースワーカーさんが心配するから慎重にやっていきます。4月に入ったら週3日通いたいです」と話すなど、K氏自身もまた周囲が自分を気にかけていること、頑張り過ぎると自身の調子が崩れることをよく理解した上で、焦らず自分のペースでやっていこうと冷静に判断しているようだった。

4月より本人の希望通り通所日を週3日に増やしたが、順調な様子だったことから、退院に向けてのカンファレンスを実施した。作業所通所が安定して継続されていること、今のところ生活に問題のないことを確認し、今後グループホームや、一般アパートも視野に入れた住居探しを開始していくこととなった。

その後すぐに巣立ち会のグループホームを見学した。しかしワンルームタイプの居

室であったため、自分の荷物(本や衣類などが多い)が入りきらないという理由から本人が入居を断った。5月、本人に退院に向けてどのように考えているかを確認すると、「〇〇に入りたい」と、具体的なアパートの名前を出して強く希望があった。本人によると、以前から作業所の仲間から話を聞いていて、病院と作業所、銭湯が近く生活しやすいこと、知った仲間が近くにいることなど、条件をよく検討した結果であるとのことだった。そこでサテライト型グループホームとして認可を受けていたそのアパートの居室を本人とともに見学した。K氏は「作業所で慣れ親しんだ仲間がいて安心。建物の構造や居室の位置も防犯上安心でいい」と気に入り、グループホームへの退院に向け準備を開始した。この時期のカンファレンスでは、具体的に住居の話も進み、本人は「最後のチャンス！」と頑張りすぎてしまう為、病院スタッフ、巢立ち会スタッフの両方から再度疲れ過ぎないように目を配り、「失敗しても大丈夫」と大らかな対応で支援していくことを確認した。

体験外泊に向け、大家さんへの挨拶や各種手続きへの同行など世話人の細々とした支援を受けながらも、本人は自ら家電を見に行き、安いもの、使いやすいものを選ぶなど自分の新しい生活をつくるための準備を積極的に進めて行った。体験外泊では、夕食会で世話人の調理や食器の準備などを手伝ったりもしつつ、マイペースに過ごした。単身生活も経験しているため、身の回りのことは何の問題もなくこなし、夕食会以外の食事は買ってきたり、簡単なものを作って食べたり、自分のペースで過ごしていたようである。服薬の自己管理や、金銭管理、その他日常生活上の問題も全くなく順調に3度の体験外泊を経験し、平成19年7月に退院となった。

(2) 退院後、現在まで

退院後も服薬や金銭、食事など、生活面は引き続ききちんと自己管理している。病院へは週1回通院し、訪問看護が週1回入っている。薬の重要性は自覚しており、服薬管理は徹底している。銀行の口座開設や携帯電話の契約なども自身でテキパキと行っている。一方困ったことがあると世話人や作業所職員に相談したり、病院のケースワーカーから「作業所職員に同行してもらうように」と助言があると素直に従い、職員に自ら「一緒に〇〇まで行って、手続きの確認して下さい」と申し出るなど柔軟に対応している。

退院後の通所は週4日となり、休むことなく継続している。入院中と変わらず、あらゆる作業に積極的に取り組み、除草作業や清掃など外勤の仕事にも進んで参加している。足腰もしっかりしており、退院後もADLに不安を感じることは全くない。

また、退院後新しいことも始めてみたいと、退院翌月には「ピアカウンセリング講座」にも参加。以前通っていた作業所の職員などとも再会し、退院を祝われながら、3日間熱心に取り組み笑顔で修了証を受け取った。作業所に来所した見学者との座談会

では、「最後の入院は8年半だった。これが最後のチャンスと思って頑張った」などと自らの体験を生き生きと話している。

現在の生活について K 氏は、「昔は大工の仕事で大変だったが、今は自分のペースで働け、趣味に時間を使え、自由な暮らしで充実している。イライラすることがなくなり、安定した生活が送れている。疲れを溜め込まないよう、気をつけている。これからも頑張って働きたい。」と笑顔で話している。自ら希望したアパートの部屋はよく整理整頓されており、居心地を良くするための工夫が見られる。K 氏の趣味であるたくさん所有する本は、元大工さんらしく押入れを工夫することで収納スペースを作り、とてもきれいに整理されている。新聞のチラシを眺めては、自分の部屋に合うデザインの格安商品をチェックすることも多い。また料理は自炊しており、ご飯・味噌汁に加えて、簡単なおかずを作るのが得意なようである。

④考察

巣立ち会の地域移行支援では、住む場所と働く場所を得るという本人の希望を同時に満たすことができ、本人の希望が明確であることをプラスに活かすことができた。本人の希望にマッチした支援をタイミングよく提供できたことが、スムーズな退院につながったものと思われる。K 氏は巣立ち会を利用する中で、病院や働く場に近く、夕食会など单身生活にはない支援を受けられ、作業所の仲間が身近にいて生活しやすい環境内にあるグループホームへの退院を自ら望むようになった。有効な選択肢とモデルの提示を行うことで、入院中から退院後の生活を身近に感じることができ、退院へのビジョンを本人がより具体的に持てたものと思われる

またこのケースでは、本人が入退院を繰り返す中で自らの病気とのつき合い方を学んでいったことも成功要因ではないかと思われる。本人が「頑張りすぎるとイライラする、易怒的になる」という自分の傾向に気付き自分なりに努力したこと、またそれに気付くようなサポートをし続けたことが現在の彼の退院生活を支えているように思われる。

巣立ち会に紹介を受けた当初は退院が難しい理由として、高齢、長期入院、家族に退院をサポートする機能がないことなどがあげられていた。しかし、実際には高齢であったために退院を阻まれ入院が長期化していたわけではなかった。入院生活の居心地の良さから本人が退院を望まず、入院から7年半もの時間が経過し退院が遅れるという状況があった。本人が退院を希望するようになった後には、今度は本人の希望がはっきりしていたがゆえに、なかなか退院のマネジメントが進まなかった。そのうちに入院が長期化し結果として本人も71歳と高齢になってしまった。71歳という年齢で、新たな環境で地域生活を開始することに対する不安は、支援者全員が感じるであろう。しかし、本人の退院への意欲に押されて、支援者が団結して「やってみよう」という態度で支援してみたら、生活のスキルは高く問題らしい問題がない人であった。本

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 3] 高齢ケース①

人の希望通りの「住居と働く場の確保」という、本人の退院へのモチベーションが高まる環境が与えられたことが、K 氏の地域生活へのスムーズな移行につながったものと思われる。

K 氏と会った時の第一印象は「どうしてこの人が今まで退院できなかったのか？」というものであった。K 氏の退院に関わり、「長期入院の 71 歳（高齢）」という方であってもそれが退院を阻む理由であってはならない、ということを強く感じた。「高齢」ということで退院後の社会生活に対する不安、今後の ADL 低下への心配など、支援者側は慎重、臆病になってしまうことは勿論あると思う。しかし、本人の意欲と周囲のサポートがあれば、高齢であっても単身で、自分らしく自由な生活を地域で送ることができるのだと実感できるケースであった。

現在も生き生きと自由な生活を楽しみ、72 歳となった現在でも変わらず入院中よりもますます若々しく自分らしい生活を送っている K 氏。そんな K 氏を見ていると、多くの長期入院している方、高齢を理由になかなか退院の話が進まない方に、希望を持って「退院したい」と声をあげてもらいたい、また病院関係者の方にもそういった事を「退院できない理由」として片付けず、支援の手を差し伸べてもらいたいと感じる。

[事例 4] 高齢ケース②

70歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えたH氏

キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、病状管理と処方調整】

H・H氏、71歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数6回、総入院期間36年3ヶ月

経済状況：障害年金2級、生活保護

① 経歴

昭和11年、地方の農家に同胞3名中の第2子(次男)として出生。

中学校卒業後大工の見習いとして約9年間働いた。その後、24歳で上京し、主に工事現場で働いていた。昭和40年(29歳)に受診した病院からの紹介でA病院を初診した。本人曰く、その2ヶ月前から自分で異常を感じていたとのことである。その後、6回の入退院を繰り返していた。H氏の話によれば大工を20年間やっていたそうである。

H氏自身の退院や就労への意欲は強く、平成17年11月よりA病院から作業所への体験通所を開始した。平成18年4月からグループホームへの体験外泊を繰り返し、同年5月に退院し正式入居となった。

② 退院ができなかった・難しかった理由

最後の入院は昭和62年(51歳)からで20年に及ぶが、H氏自身は退院意欲を強く持っていた。しかし、妄想などの病状が不安定な時期が長く続き、主治医が退院に反対していたため、退院の機会を得られぬまま長期の入院となってしまった。保護者である兄も遠方に住んでいたため、退院後の本人を日常的に支援することは困難だった。一方、地域の支援体制も整備されておらず、受け入れ先がないことも入院を長期化させる要因だったといえる。入院の長期化と共に本人や家族の加齢も進み、退院に対して周囲は益々消極的になっていた。そのような状況の中で、住民票も病院に置き、H氏はA病院の住人となっていた。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

長期入院となっていたが、徐々に病状も安定し穏やかな入院生活を送っていた。H氏は仕事への意欲が非常に高く、作業所で働きたい、退院して一人暮らしをしたいという希望を持っていた。担当看護師も地域移行支援をしたいと強く感じ、退院へ向け

て病院内でのコンセンサスが取れたところで巣立ち会の退院促進事業の対象者として、平成 17 年 11 月から A 病院からほど近い作業所への体験通所を開始した。退院後の生活スキルは未知数だったものの、病院全体で彼の退院をバックアップする体制を整えるなど、病院が地域移行支援に積極的となったのには H 氏の人間的な魅力もあったためではないかと病院のスタッフは話している。

作業所には A 病院の退院者が多く通所しており H 氏にとっても顔見知りのメンバーが多かった。メンバーの皆からは H 氏がかつて大工をしていた経歴から「棟梁」の愛称で呼ばれ、慕われていた。特に H 氏と同じく A 病院に入院中で退院を目指し体験通所をしていた T 氏とは周囲から「恋人同士」と認知されるほど仲が良かった。また、「大工 20 年」という H 氏の仕事ぶりはとても熱心で、「真面目に働いて早く退院したい」と意欲的だった。高齢でありながら、週 5 日、内職作業をはじめ、公園清掃、除草作業、フリーマーケットや模擬店など外での仕事にも積極的に参加していた。仕事だけでなく作業所での行事にもすすんで参加し、院外の活動を満喫していた。退院に向けて一生懸命になるあまり、休憩もとらず仕事をして、クタクタになって病院へ戻ることも増え、周囲からは「飛ばしすぎ！ 頑張り過ぎないようにね！」と声をかけられることが度々あった。そんな周囲の心配をよそに、「大丈夫」と H 氏自身は至ってマイペースだった。平日は仕事をしてへとへとになって戻ってくるため、土日は疲れて寝ていることが多い、という病院からの報告からも H 氏の退院への熱意が感じられた。

そんな頑張りを見せる中、体験通所開始から約 3 ヶ月後、平成 18 年 2 月のカンファレンスで、グループホームへの入居を目指し準備を進めていくことになった。まずは服薬の自己管理を練習していくことになり、3 月には候補となっているグループホームを見学し、本人も部屋を気に入った。病棟の担当看護師やグループホームの世話人と共に、体験外泊中に必要な日用品を購入したり、服薬カレンダーを活用しての自己管理の練習が続いた。準備が着々と進み、H 氏も「楽しみ」と意気揚々としていた。

そして 4 月、初めての体験外泊を行った。外泊中はとても嬉しそうにしており、外泊を終えた後は「最高に楽しかった！！」と目を輝かせていた。同じグループホームには作業所の仲間がたくさんおり、また恋人の T 氏もそのグループホームの入居候補者だったこともありメンバーからサポートを受けられる体制に安心していたようだ。続いて 2 回目の外泊でも、炊飯器の使い方を世話人が説明する前であったにもかかわらず、米を自分で炊いて卵をかけて食べていた。3 回目の外泊でも、服薬の自己管理を含めて順調だったことから、体験通所開始から約半年後の平成 18 年 5 月に退院が決定し、グループホームへ正式入居となった。

(2) 退院後、現在まで

<皆に勇気と希望を与えた退院生活>

作業所では H 氏自らメンバー全員の前で退院を報告し、皆から拍手喝采を受け、誰もが H 氏の退院を喜んで迎え入れた。H 氏の退院は皆にとっても希望であった。

H 氏ががんばっている姿やいきいきとした表情で作業所へ通っている姿は、仲間であるメンバーに勇気を与えるだけでなく、彼を支援するスタッフにも良い影響を与えていた。退院後は、関係者が月1回集まってカンファレンスを持ち、H 氏の地域生活が安定して継続できるよう役割分担をしながらバックアップしていくことで団結していた。

20年ぶりに地域での生活を行う H 氏には、洗濯、掃除、ゴミ出し、食事、喫煙場所の徹底など、身につけるべき生活スキルや課題が数多くあった。世話人もかなり踏み込んでサポートする必要があった。H 氏は職人肌で頑固なところがあったが、説明を受けて納得できることであれば従順なくらい真面目に取り組んだ。この頃、H 氏は自転車も購入し確実に生活の幅を広げていた。周囲は一様に怪我をしないか非常に心配していたが、H 氏自身が安全に十分気をつけて運転しており、皆も見守ることにした。また、金銭の自己管理を心配していた病院からの勧めもあり、6月には地域権利擁護事業導入の検討を行い、H 氏へ説明すると「それはありがたい」と言って申請することになった。

H 氏は週5日作業所に休まず通い、生活面でも料理をしたいという希望があり、まな板、鍋、包丁を揃えて以来、自ら食材を購入しては料理にチャレンジしようとしていた。ある日世話人が訪問した際、じゃがいもをポットで茹でていた時には H 氏の生活力に感動したものである。H 氏は毎日元気にグループホームでの生活と作業所での仕事を楽しんでいた。そんな生活について本人は、6月に参加した出張講演で「入院は長かった。退院してよかった。毎日卵かけご飯を食べていて幸せだ」と大きな声で力強く語っていた。

<ふらつきの出現>

一方で、年齢の影響か薬の影響か、退院後まもなくふらつきが出現して足元が不安定になり、作業所への通所も週1回のナイトケアへの道のりも周囲が不安に思うほど危なげな歩行になってきた。

7月、外出先で足がもつれて転倒してしまう。幸いこの時には怪我はなく、翌日もいつも通り作業所へ出かけて行った。ふらつきを心配した作業所のスタッフが付き添い受診した。5月に退院以来、これまで毎日仕事と生活を続けるのにがんばってきた疲れが出ているのではないかと医師より休息入院の提案があったが、H 氏自身には疲れているという自覚はなく、入院については必要ないという考えだった。しかし通所を週5日から4日に減らして休息する日を設けたほうが良いという医師の妥協案に、H 氏も承諾した。翌日行われたカンファレンスには、病院スタッフ、巢立ち会スタッフのほか、地域権利擁護事業を行う社会福祉協議会スタッフ、包括介護支援センターのケ

アマネジャーも加わりH氏についてそれぞれの立場からの報告や検討が行われた。体の疲れや足元のふらつきもあり、高齢のH氏が一人でこの夏を乗り切れるのか病院スタッフも一同心配し、休息入院したほうがいいのではないかと、という話もあがった。ふらつきについては、巢立ち会で事例検討会を行って顧問医より助言を受け、現在処方されているレキシンを減量してはどうかという提案を行った。H氏の主治医となったばかりの医師は、H氏の状態をまだ把握し切れていなかったため調整をためらいながらも、少し減らして様子を見てくれることになった。一方生活面ではごみの分別、食事作り、掃除などいまだ細かい援助が必要な状態だったためホームヘルプの導入についても検討し、当面は病院と世話人で分担し毎日訪問する体制をとることにした。その後も転倒しそうになる場面を何とか免れながら迎えた7月下旬、作業所内で一日に3回も転倒し、最後には額に大きなたんこぶを作ってしまう事態となった。脳に異常はないことがわかったが、安静にする必要があり一日入院することになった。今回の転倒もやはり薬の副作用によるふらつきが原因だと判断され、レキシン、リーマスの減量、ヒベルナの中止等処方の調整を行うことになった。翌日体調の変化はなく退院となり、H氏は喜んで家に帰ってきた。退院直後、突進歩行や早歩き症状は変わらなかったが、薬が減ったことで足元のふらつきや身体の右側への傾きはなくなった。H氏は大きなたんこぶのある額で作業所へ真面目に通った。今回の事態を踏まえ薬を徐々に減らしていくことになった。

<恋人 T 氏との関係の親密化>

8月に入り、ふらつきもなくなり問題なく歩けるようになってきた頃、恋人のT氏の体験外泊が始まった。ある日作業所からの連絡で二人が無断欠勤していることがわかり、H氏の部屋を訪問するとT氏と一緒にテレビを見て過ごしていた。これまでのH氏の熱心な仕事ぶりからは考えられない行動だったが、H氏はT氏に夢中で、病院や作業所以外の場で二人で好きなように過ごせることがよほど嬉しかったのだろう。それからというもの二人の親密ぶりは加速していった。その頃、グループホーム利用者は介護保険のホームヘルプを使えないことが判明し、9月以降もA病院から週2回の訪問看護を依頼することになった。また怪我をして以来疲れもあったことから夏の間ナイトケアを休んでいたため、夕食の宅配サービスの利用をH氏に提案し、本人も喜んで週2回利用することになった。

9月、T氏との親密ぶりは相変わらずで、2人で作業所を無断で休み、周囲を心配させることも数回あった。それでも周囲から見てH氏はとても幸せそうだった。これまで巢立ち会で支援してきたメンバーの中にはカップルで支えあってうまくいくケースが多かったという経験もあり、グループホームでのルールは守ってもらいつつ、二人の今後をあたたく見守ろうと考えていた。

10月に入り、T氏との部屋の行き来は頻繁となり、世話人が訪問するたびにT氏がH氏の部屋にいるようになった。タバコは火災防止のため居室内では吸わずベランダの灰皿のあるところで吸うという約束になっていたが、二人で部屋の中でタバコを吸い、床にこげ跡が目立つようになってきた。しかしH氏は「蟻がやった」等と言って、何度注意してもルールが守られなかった。これまでほとんど問題なかった服薬もカレンダーへのセットができず、違うところから飲んでしまったり、入浴せずに何日も過ごしたりするようになっていた。訪問看護師や世話人が何を助言しても聞く耳を持たず、T氏と気ままに過ごし、それ以外の身の回りのことに関心が向かなくなっているようであった。T氏が退院してグループホームに正式入居して数日後、H氏が怒りっぽく、酒臭い日もあった。そして10月の終わり、H氏から、Y県に住む兄宅へ「嫁を連れて行きたい」と連絡し、不在だった兄に代わり義姉が出て喜んでくれたという報告をもらった。グループホームを利用している等の制度上の問題もあり、現在の支援の継続を希望するならば今の関係を維持したほうがいいのか、と提案した。その後、世話人が兄へ連絡した際は、「反対だ。その人は何を目的に弟に近づいたんだ。70歳にもなって何を考えているんだ」などと話され、好意的ではなかった。

11月、H氏はいつでもどこでもT氏と行動を共にするようになり、受診やナイトケアもT氏の曜日に合わせて行ってしまっていた。T氏がいなかったときには交流室まで探しに来ることもあった。そしてとうとう、H氏の部屋にT氏が寝泊りしていることがわかった。この時期、作業所に出勤すればいつものH氏で真面目に仕事をしていていたが、無断欠勤することもあった。またグループホーム内では怒りっぽく、訪問看護師や世話人に怒鳴ることもあった。また、「みんな持っているから」という理由でクレジットカードの申し込みをしてくることもあった。

<生活の乱れと世話人の格闘>

12月、T氏と共に作業所を無断欠勤することが目立つようになり、2人の関係をあたたく見守るだけでは済まされなくなってきた。そこで、長年H氏とかかわりのあった巢立ち会理事が二人と面接し、作業所へきちんと通うこと、部屋の行き来は土日のみにする、というルールを提示した。H氏はその場ではしっかりと返事よく約束したものの、翌日には無断欠勤した。

また怒りっぽさは続き、生活費6万円を1週間で500円にしてしまうなど、徐々にお金の使い方も荒っぽくなってきており、生活全般が乱れていった。その直後に行ったカンファレンスでは、一度減量した薬を以前に戻すことも検討された。関係スタッフ一同、H氏がグループホームで年末を無事に越すことができるか不安を感じていた。そんな不安の中、H氏は携帯電話を購入し、自慢気にそれを持って作業所に意気揚々と出勤した。翌日は理由なく休もうとしていたところを、世話人に促され出勤したものの、作

業所スタッフとの会話もうまく成立せず、臨時受診を行った。主治医は H 氏の様子を見て休息入院を勧めたが、H 氏はそれに同意しなかった。それならばと、主治医から、服薬してしっかり寝ること、これから 1 週間は土日であろうと T 氏とは会わないこと、携帯電話は一度世話人へ預けること、などの約束を提示した。そしてレキシンを増量する処方の変更が行われた。その日の夕食会では、薬は自分から忘れずに飲んだものの、携帯電話については返すよう世話人に言ってきた。主治医との約束だと伝えても「そんなの知らない」と言って、堂々巡りのやり取りがその日以降も続いた。

ある日、通帳を持って電気店へ向かって走っている H 氏に世話人が遭遇した。ついて行くと、H 氏は携帯電話売り場に直行し、新たに携帯電話を契約しようとしていた。その時すでに 2 台目の携帯電話を懐に大事に持っており、今回の契約は 3 台目だった。そんなに持って何に使うのか、お金がたかさんかかかってしまう、など説得しても「うるさい」「帰れ」の一点張りだった。時間を置きようやく説得に応じてくれたことで 3 台目の契約には至らなかった。その日部屋を訪問すると、クレジットカードの申込書やごみで散らかった状態だった。そして携帯電話の話になると話がまとまらなくなった。いろいろなところへ歩き回っていたため体力が消耗しており疲労感が滲み出ていた。世話人が不在のときも携帯電話を取り返そうと交流室の前をうろうろし、その姿を見た大家さんや他のメンバーも心配していた。精神症状が悪化していた可能性は高いが、同時に一度決めたことには一途になる H 氏をもはや誰も止められなかった。そのような状態が続く中で、H 氏は「服薬も受診もしない」と言い始めた。その翌日作業所へは自ら出勤したものの仕事ができない状態だった。自分から受診すると言ってスタッフも同行した診察で、主治医からの入院の勧めに、H 氏は頑なに応じないまま、その日医療保護入院となった。

<再入院後のチャレンジ>

入院直後 H 氏は、「退院しない」と静かに話すなど、力を使い果たしてしまったように過ごしていたが、しばらくすると「退院したい」「作業所へ行く」と話し出し、意欲が戻ってきた。しかし、薬の調整が行われる中、一度は ADL が一気に下がり、ふらつき、突進歩行や前傾姿勢で危ない状態が続いて車椅子で過ごすこともあった。入院後も T 氏との関係は続いていたが、T 氏があまり見舞いに来ないことは少々気に入らないようだった。

今回の入院を機に巣立ち会として H 氏に対するこれまでの関わりを振り返った。これまで T 氏に少なからず H 氏への支援を期待する面もあり、H 氏と T 氏をペアとみなして支援をしがちであった。しかし H 氏の症状の悪化には少なからず T 氏との関係が影響していたと考え、今後同じグループホームの中で 2 人の支援を続けていくことは困難だと判断した。あらためて一個人としての H 氏と支援関係を結び直す必要があ

った。そこでH氏の転居を検討し、退院後の入居先としてA病院により近い別のグループホームを候補として、H氏の薬の調整と退院を待つことにした。

入院後半年が経過する頃、H氏が住んでいたグループホームの居室の退居期限が迫ってきた。病院も巣立ち会もH氏にとって愛着のあった部屋の退居はH氏を意気消沈させ、退院への希望も薄れてしまうのではないかと考えた。退院への希望をつなぐため、波はあるが症状は落ち着いてきたところで、H氏本人が希望している作業所への通所を再開することになった。まだ足元がふらつくため、スタッフの送迎つきでの再開であった。通所を再開するとH氏はみるみる元気を取り戻し、足取りもしっかりしてきた。その姿を見て関係スタッフも一同に彼の力に驚き、地域移行支援に希望を持つことができた。しかし退院の見込みが立てられないまま時間が経過し、グループホームは一度退居することになった。

入院して1年近くが経過した。現在も症状や薬の副作用に波はあるが、地域生活への復帰に向けて、作業所通所を続けながらH氏の再チャレンジは諦められることなく続いている。

④考察

病院スタッフも巣立ち会のスタッフも皆、彼に人間的な魅力を感じ、何とか地域生活を送ってもらいたいという気持ちで支援を行っていた。そして、病院の積極的な協力と様々な関係機関が団結してH氏の地域生活を支援してきたが、今H氏とのかかわりや支援のあり方を見直すと、H氏自身が望む生活と支援者が提供してきたサービスは本当に同じ方向を目指していたのであろうか。世話人は、とにかくH氏の地域生活が安全に、健康に維持できるようにとの強い願いで体制を整え関わってきたが、それはH氏の願いではなく、あくまで支援者側の願いだったのではないか。当時、世話人になりたての私は今ではきっとこだわらないような小さな出来事に対してもいちいち過剰反応して事を大きくしていた。また「高齢のH氏」という視点にこだわりすぎてしまい、「人としてのH氏」という視点を軽んじる結果となってしまったのではないか。毎月のように関係者会議を行っていたにも関わらず、最も尊重すべきH氏の意味や希望をないがしろにしていたとも言える。誰にも失敗する権利があるが、私は先回りをしてH氏からそれをも奪っていたのではないかと反省している。H氏ではなく、世話人の私が失敗を恐れていた。

H氏の場合、高齢であったために退院ができなかったというわけではなかった。しかし大きな問題として高齢に適した薬の処方への困難さがあつたように思われる。症状が安定し薬を減らすとまた不安定となり、薬を増やすと副作用が顕著に現れてしまう、ということの繰り返しであった。またその中で進行してきた歩行の不安定さや疲れやすさは、加齢に伴う問題との識別が非常に困難であった。

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 4] 高齢ケース②

しかしそれでも彼の「あきらめない」姿勢が私たちを鼓舞し、再入院後も退院へ向けての様々なチャレンジを行ってきた。71 歳という年齢は問題ではない。どんなサポートがあれば、H 氏を地域で受け止められるのか。試行錯誤しながら私たちはそのことを考え続けてきた。

H 氏から私たちはたくさんのお話を教えてもらった。通所やグループホームでの生活によって、入院していたのではわからなかった H 氏の健康的な部分を引き出すことができた私たちは信じている。そして H 氏の退院への意欲を持ち続ける「あきらめない」という気持ちは私たちを勇気付け、エンパワメントしてくれるものである。だから私たちは、今も H 氏の退院をあきらめていないのである。

2. こんな課題を持っていても、退院してがんばってます！

- [事例 5] 糖尿病を抱えるケース**..... 51
地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部
キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】
- [事例 6] 触法歴を持つケース**..... 56
「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続ける M 氏
キーワード【触法歴、家庭内暴力、統合失調症という診断、両親の同意、金銭管理、入院中からの仕事】
- [事例 7] 身元不明のケース**..... 61
「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ人間性あふれる笑顔の I 氏」へ
キーワード【身元不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】
- [事例 8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース**..... 66
住まいの問題と家族の不安への取り組み
キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】

[事例 5] 糖尿病を抱えるケース

地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部

キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】

M・M 氏、51 歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院 1 回（途中 1 度転院）、総入院年数 18 年 8 ヶ月

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 31 年、東京都にて出生した。同胞なし。3 歳頃に両親が離婚し、母親とは以後音信不通となる。3 年ほど隣県の父方祖母宅で過ごした後父が再婚し、6 歳時より父・義母と都内で同居するようになる。高校卒業後は、短大に入学するもののアルバイトに力を入れ、1 年余りで退学し、家を出て単身生活を始める。その後デパートでの派遣販売員などの仕事を行っていたが、25 歳頃、電車内で異臭を感じたのをきっかけに、自己臭により周りの人に嫌われているという観念が浮かんだ。対人恐怖から人前に出ることができなくなり、3 日間山をさまよい歩き野宿した後実家に戻ったところ、義母と叔父に A 病院に連れて行かれ、そのまま入院となる。

入院後、対人恐怖などの本人が苦に感じる症状は間もなく治まり、院内作業や外勤も行うようになるが退院には至らず、17 年 9 ヶ月入院継続する。その後、B 病院への転院をきっかけに退院を目指すこととなり、巣立ち会の支援を受けて、転院から約 1 年後の平成 11 年 10 月、43 歳で退院した。父や義母に対しては複雑な感情を持っており、数年前からは連絡も絶っている。

② 退院ができなかった・難しかった理由

本人によると、A 病院では、薬物療法により症状の改善した入院後 1 ヶ月後くらいから退院を希望し、退院したいと言い続けていたが、ずるずると引き延ばされてしまっていた。また、友人が単身での退院を決意して行動を開始した際にも病院側の支援は全く得られず不動産屋さんを廻っても次々断られていくといった状況を目の当たりにする中で、自分には退院はできないのではないかと感じ、退院については諦めかけてしまっていた。開放病棟に移って自由が増え、よい友達もできたこと、また外勤先を探して働くことを優先していく中で、退院のことはあまり考えないようになっていったという。本人はその頃のことを振り返り、「もっと退院したいと言い続ければよかったと悔やんでいる」と話している。

また、病棟の高齢の患者さんが若い本人にとくれた食べ残しの揚げ物を毎日食べ

続けるような生活の中で糖尿病を発症したが、糖尿食となった後も、管理は厳しくなかったため、周りの患者さんからもらって食べることは続き、インシュリン注射をするようになった。その後、「糖尿(病)さえなければもうとっくに退院できるのに」と言われたこともある。主治医も単身で退院させたら死んでしまうと思っていたようだ。「インシュリンは劇薬だから」と、自分で打つことは認められていなかったということである。

B 病院でも、主治医は当初「糖尿だから退院させられない」との考えを持っていた。また、病院のケースワーカーから退院の意思について問われた時には、本人は「自信がない」と答えたかもしれないという。ずっと願い続けていたはずの退院にもかかわらず、長い入院生活の中で、野菜の値段もわからない、改札の通り方もわからないなど、世間が変わってしまっていること、世の中の早いテンポについていけるかということに不安はあったとのことである。B 病院のケースワーカーから見ると、転院当初「何でこの人が入院しているのか？」と思うような人ではあったが、本人の「退院意思がない」と、病院内でもひどい低血糖発作で2度倒れるなど、血糖コントロールが難しいことが課題であると感じられたとのことである。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

B 病院に転院後、病院のケースワーカーが本人と主治医らに対する働きかけを行い、退院を目指すことになった。本人は自らに対する要求水準が高い半面で自己評価が低く、頑なな面も持っていると感じられたが、退院に向けて支援者がお膳立てをすることにより、抵抗なくそのラインに乗り退院に向けての課題に非常にまじめに取り組んでいった。

B 病院では、非常に厳しい食事管理が行われていた。栄養士も病棟に入って積極的に患者さんとコミュニケーションをとりながら栄養指導を行った。本人も一生懸命に歩くなど、血糖コントロールに非常にまじめに取り組んだ。A 病院入院中に最大 89 キロまで増え転院時にも 73 キロあった体重は、転院後 1 年で 47 キロにまで減少した。看護スタッフは朝夕のインシュリン自己注射の指導も行っていった。

転院後 8 ヶ月後には巣立ち会の作業所に、同じ病棟のメンバーと 2 名で体験通所を開始する。作業所では、作業やレクリエーションなどを通じた仲間作りに努めるとともに、血糖値や昼食内容、体重の確認、栄養指導などの支援も並行して行った。体験通所開始後 3 ヶ月目には巣立ち会の紹介でアパートを借り、体験外泊を開始する。退院生活への不安はあったため、作業所のメンバーに生活していくうえで必要なことを具体的に教えてもらったり、作業所職員がこまめに相談に乗ったりしながら不安の軽減に努めた。外泊時にはアパートの近くにあったグループホームの夕食会への参加、グループホームの世話人によるアパートの居室訪問などの支援も行い、その月のうち

に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院後、当初は週 5 日作業所に通所し、病院のナイトケア、近くのグループホームの夕食会にも参加した。作業所では陶芸作品製作のほか、本人の得意とする外部での販売作業、除草作業、ビルの清掃など様々な活動に参加して能力を発揮していた。

一方、退院後、体重は一気に60数キロまで増加する。入院中の「ひどい特(別)食」の反動で、スーパーで半額のお惣菜をたくさん買うなど、自由な食生活を謳歌していたという。「お母さんのような」作業所職員がきめこまやかに本人と一緒に食事内容の書き出しや体重、血糖値の確認などをしながら支援を続けるが、体重は増加しつづけ、低血糖発作も起きたため、地域のメンバーもケアしていたグループホームの世話人とも協力して支援を継続していった。退院5ヶ月後には糖尿病性網膜症の診断を受け、作業所職員も受診や栄養指導教室に同行し、医療と生活の両面から本人の状態を把握しつつ支援を行うが、退院1年後くらいから「調子が悪い」と言うことが増え、作業所や夕食会も休みがちとなる。

主治医らからは入院も勧められるが、本人はそれを望まなかったため、作業所に通うこと＝支援者との関係を切らないことを条件にアパート生活を継続することになる。作業所では、通所中の支援のほか、内科・眼科への受診同行、家族との調整、アパートの居室訪問などの支援も継続して行った。また同じアパートに住むメンバーらも何かと気にかけて本人を支援してくれていた。退院から約5年後、目の見えづらさ、生活のしづらさの訴えが増え、糖尿病性網膜症の手術を行う。2度の手術は成功に終わったものの、その後作業所で関わりの深かった職員の退職もあり通所を休みがちとなり、通所しても短時間で帰ってしまうようになる。家事や精神科・内科・眼科それぞれの病院への通院、服薬やインシュリン注射は問題なく維持できていたものの、他のメンバーとの接触は急激に減っていく。元々の自己評価の低さや対人関係上の困難さに加えて、「目が見えない」ことで「外出できない」「作業ができない」「役に立たない」と自己否定的な発言も目立つようになっていった。

作業所では、住んでいたアパートの居室がグループホームとしての認可を受け、専任の世話人が病院や作業所と連携しながら支援を行うようになるまでの間、生活支援も担いつつ、ほぼ毎日の電話でのやりとりのほか、アパートの訪問なども行って、関係を維持し、通所を働きかけ続けた。目の見えづらさや低血糖発作の不安から銭湯に行けなくなっていた本人に、作業所での入浴を勧め、定期的な通所を継続してもらっている。また、自らの体験や感情を客観的に言語化し説得力を持って話すことに秀でた本人に、出張講演に行ってもらうほか、頻繁に訪れる実習生や見学者などに体

験談を話すことを彼女専門の仕事として行ってもらうようお願いしている。

本人は、体験談を語るたび、「20代、30代、40代という、本当なら結婚して子どもを育てたり、仕事に生きたりと、人生の一番実りの多い時期を、入院して過ごさなければならなかったことの無念さ」、「退院して、電球ひとつ取り換えるのも時間はかかっても自分でやったことに感じる喜び」などを伝え、さらに話を聴く学生などひとりひとりに励ましの言葉をかけている。また、不安から「退院したくない」と頑なに言い続けている入院中のメンバーにも自分の体験談を語り、「気持ちはとてもよくわかるけど、少しでも若いうちに退院したほうがいい」と励まし、退院を後押しし、退院後も相談に乗ったりしてくれている。体験談を聴いたひとりひとりからのフィードバックは、彼女のやりがいと励みにつながっている。

本人は「他人に迷惑をかけたくない」という強い気持ちの一方で、医療や巣立ち会の支援を受け入れる必要性はよく理解し、そのバランスの中で支援者と協力的な関係を維持しながら安定した地域生活を営んでいる。また本人は、「自分は何もできない」という思いの一方で、他人のために何か役に立つことをしたいという気持ちも人一倍持ってくれている。巣立ち会では、本人の思いやペースを尊重しつつ、「本当に困ったときに助けられる」関係を維持し、また本人の持つ力を発揮してもらう機会を常に模索し提供しながら支援を継続している。

④考察

糖尿病だからといって退院できないなどということはない。糖尿病は障害をもつ人に限らず、誰にとってもコントロールの難しい病気である。しかし、病気との付き合い方も含め、どんな生き方をするかは本来本人が選択し、本人のみが責任を取りうることである。むしろ、彼女が積極的な入院治療を要しない状態になり退院を強く希望していたにもかかわらず、入院が長期にわたって継続してしまっただけゆえに20代という非常に若い時期に糖尿病を発症してしまったこと、そしてセルフケア能力を育む機会と意欲、本人の持つ力を発揮する機会を奪われたまま、あまりに長い時間が経過し、病状を一層悪化させてしまっていたことが残念でならない。

退院にあたって、まず糖尿のコントロールに関しては、病院と地域のスタッフが協力して、本人のセルフケア(自己管理)能力を高めるための積極的な働きかけを行った。他人からの管理・干渉を嫌う本人も、「退院」という明確な目標を目指した支援、本人の力を高めるような働きかけに対しては、非常に素直に受け止め、まじめに努力を続けてセルフケア能力を獲得していった。退院後は、ようやく手にした自由な生活の中での自由な食生活に強い制限を加えることはとても困難であり、合併症(網膜症)も併発することとなったが、現在は本人なりにコントロールしながら安定した生活を送っている。

また長期の入院により、退院を諦め、自信を失い「退院意欲のない患者」とみなされるまでになっていた本人は、病院スタッフによる積極的な働きかけと、体験通所や体験外泊などを通じた地域生活への慣れ、地域のスタッフやメンバー（仲間）による支援などを通して、ひとつひとつの課題を具体的にクリアし、地域生活への意欲と自信を取り戻していった。糖尿病の合併症である網膜症の進行による視力低下に伴い、「自分は何もできない」といった気持ちが強まり、夕食会や作業所への足が遠のいた後も、支援者は、本人の意志を尊重しつつ、電話や訪問、同行支援や新たな役割の提案など、支援の方法やスタンスを変えながら、本人との関係を継続していった。

本人の「周りに迷惑をかけたくない」という強い自己主張の中には、自分の生活に対する他人（支援者）の干渉を忌避する意図が隠れているものと考えられる。本人の主体性や意志を尊重しつつ、いかに本当のニーズを引き出し、支援を提供していくのか。今後、合併症の進行などにより、支援の増大が必要とされる状況になっても、柔軟な対応や制度活用などにより、いかに本人の望む「自由」な生活や本人の持つ力を発揮してもらうための支援をしていくことができるかが今後の課題である。

[事例6] 触法歴を持つケース

「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続ける M 氏

キーワード【触法歴・家庭内暴力・統合失調症という診断・両親の同意・金銭管理・入院中からの仕事】

T・M 氏、26 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 8 回、総入院期間約 6 年 10 ヶ月

経済状況：障害年金 1 級、アルバイト収入

① 経歴

昭和 57 年、東京都内にて出生した。

小学校の頃は、塾、そろばん、スイミング、書道などの習い事、少年野球もしていた。人気者だったそうである。

<イジメ、家庭内暴力、初診、そして入院を経験した中学時代>

中学校では野球部に入部、塾にも行っていた。M 氏によると、中学に入ってから生活が一変したそうである。同級生のフケを見て気になるようになり、枕に新聞を敷いて寝るといのように、髪型やフケやホコリが異常に気になるようになった。風呂では洗う順番を間違えると洗い直す、ホコリが気になって制服や家具に水をかけ、畳にカビを生やしてしまったこともあるそうである。電車の中でも他人の目線が気になり、満員電車でも髪の毛に触れられるのが嫌でしよがなかつた。学校では“いじめ”に遭い、中 1 から中 3 まで続いた。物がなくなった時に「M 返せ」と犯人扱いされたり、学校でなくなったという生徒手帳が自宅の前に置いてあったりしたこともあったそうである。話をできる親友が一人だけおり、その親友には何でも話をできたが、生徒全員から「シカト」されたのは特に辛かったと M 氏は振り返っている。その一方で、家では母親に暴力を振っていた。家庭内暴力が原因で、中 3 の後半、A 病院に 5 ヶ月入院した。修学旅行にも行かず、卒業式も出られなかつた。中学校時代に良い思い出はないそうである。

<入退院を繰り返し、暴力が止まらなかつた高校生時代>

通信の高校に入学して 4 ヶ月くらい経った頃から、ブランド物に興味を持つようになった。高価なものを先輩に貢ぐなど、浪費は激しかったそうである。そのお金も母から暴力的に奪っていた。冷蔵庫の中身を全部食べて吐くという状況があり、精神科の受診を勧められた。学校にも行かなくなつて家に閉じこもる日々が続き、B 病院に 3 ヶ月入院した。16 歳になり C 病院に 1 ヶ月、D 病院に 5 ヶ月入院した。退院後は塾に通つたが、親から自立しようと思ひ、都内の建設現場での仕事を続けた。しかし、せつかく

貯めた30万円ほどのお金を全額使い果たすというように、金銭に関わるいさかいは続いていた。17歳当時、体重が140Kgあり糖尿病にもなっていたため、C病院へ1ヶ月入院、18歳のときはE病院に3ヶ月入院した。定時制高校への入学を目指して再度通った塾では良い先生と出会い、入学できた。一方、これまで暴力を振るってきた母親が突然かわいそうになり、次第に暴力が父親へ向き、組み手の相手にしたり殴ったりするようになっていったという。

<医療少年院へ、そして初めての統合失調症という診断>

19歳になる直前、父親をハサミで傷つけ、鑑別所を経て医療少年院に入所となった。その際、初めて統合失調症という診断がつき、統合失調症の治療が始まった。治療により病状は安定したものの、両親が疲れきった状況で退所後の受け入れが難しかったため、入所から1年1ヶ月後、F病院に転院となった。

F病院に入院して約4年後の平成18年5月(本人24歳)から巣立ち会の作業所への体験通所を始め、約1年後、F病院への転院から約5年1ヶ月後の平成19年5月、グループホームへと退院した。

②退院が出来なかった・難しかった理由

両親はM氏の暴力が中学校時代から続いていたことで疲れきってしまっていた。母親は、M氏の暴力から逃れるために家に帰れず、父が帰宅するまでずっと電車に乗っていたという時期もあったそうである。何度入院しても退院すると元の生活に戻ってしまうため「M氏が突然帰ってきて暴力を振るわれるのでは」と心配する日々が続き、F病院入院中にM氏には引越し先を教えず転居していた。こうした経緯から、両親は同居は難しいと感じており、M氏の将来を心配する半面、M氏が「病院の外で生活する」ということに抵抗を感じるという葛藤がかなりあったようである。

M氏自身は、入院が長引いた理由について、「自分がやる気を起こさなかったからだ」と言う。やる気もなく、F病院に入院してから始まったという妄想と金銭管理が出来なかったことがあり、退院できなかったと語っている。

病院側は、両親の思いを理解した上で、M氏の支援をしたいと考えていたが、彼の経歴を含めて支援する地域の事業所が見つけられずにいた。

③支援の内容と経緯

(1)入院中、退院に向けて

平成18年5月にM氏の地域移行支援にあたり、F病院からこうした経歴をもつ人が巣立ち会の受け入れ対象となるものか、という打診があった。病院側も、M氏の過去の経歴をふまえると受け入れ先を見つけることが困難な状況に立たされているよう

だった。F 病院を訪問し、本人と最初に面接をした時のスタッフの印象は「礼儀正しい良い子」だった。スタッフの中に漠然と「この方ならやれるかも…」という気持ちが生まれた。「退院するためには、作業所に病院から通所してもらわなくてはならない」というこちらの提示に対し、緊張しながらも「もし入所させていただけるのであれば、ぜひ通って頑張りたいです」と丁寧に挨拶する M 氏であった。

2 日後に作業所を見学し、翌週から体験通所を開始している。体験通所では、仕事内容が M 氏の思っていたものより簡単だったことから、他の仕事もしたいという希望もあった。先走って失敗することが多かったという過去の経緯から「長く続けることを目標にしてほしい」と伝えたが、同時に支援者側でも M 氏がどこまで単調な作業所通所という日常を継続できるのか未知数であった。まだ若く、様々なものに興味がある M 氏にとって、単調な内職作業中心の作業所通所は飽きがくるのではと予測し、やる気が無くならないように徐々に通所日を増やし、作業内容の幅を広げ、ミーティングの司会や忘年会の幹事といった M 氏の力が発揮できる場面を作っていた。

M 氏は「まさか自分にこの話がかくと思わなかった」そうであるが、「チャンスだ、生まれ変わって信頼されるようになりたい」という思いで通所を続けていたようだ。同じ頃 F 病院から体験通所を始めた年上のメンバーと仲がよく、また、他のメンバーからもその礼儀正しい態度が受け入れられ、可愛がられる存在となっていた。

順調に滑り出した体験通所だったが、グループホームへの入居については、両親の気持ちの整理がつかず、かなり時間を要している。その間、M 氏のモチベーションが下がらないように、体験通所開始後 3 ヶ月目より援護寮でのショートステイを利用した。

両親には病院のケースワーカーの協力で、巣立ち会を利用することを理解してもらい、体験通所を始めて数ヶ月後、実際に作業所で M 氏の働く姿を見学してもらった。そして家族としての思い、家族ができること、支援者がすべきこと、などの整理を共に行った。その後も病院と協力し、両親のこれまでの苦労、M 氏に対する思いを受け止め、時には電話で話をしたりしながら、時間をかけて気持ちの整理をしていった。「M 氏の将来のためにも退院し新しい生活を応援したいが、まだ怖い」と気持ちが揺れていた両親は、今まで色々な病院に行ったが問題は解決せず、親の育て方が悪いと非難されたこともあった。どうにもならず辛く、一家心中も考えたそうである。「こういう所があるなら、もっと早く教えてもらいたかった」と涙ながらに話していた。両親も懸命に歩み寄ろうと努力している様子だった。体験通所から 6 ヶ月が経過したころには、そうした両親の気持ちが少しずつ変化し、退院へ前向きな姿勢を示してくれるようになった。

通所開始から 8 ヶ月後、病院関係者、両親、を交えてグループホーム入居を前提としたカンファレンスを行い、両親もグループホームの見学をし、具体的に話が進められるまでになった。

グループホームへの体験外泊を進めることとなった頃、すでに作業所通所に慣れていた M 氏にスタッフがファミリーレストランの開店前清掃のアルバイトを勧めた。M 氏の様々な仕事に挑戦したいという気持ちを受け、作業所の外の世界にそのエネルギーを向けてみてはという提案であった。M 氏の体力、能力を鑑みても「出来る」とスタッフが見込んでのことだった。しかし初めはスタッフが支援につくとはいえ、入院中からの就労には、病院の大きな理解が必要であった。そのため、病院関係者一丸となって「M 氏の将来を応援する」姿勢を示してくれたことは非常に大きな支援であった。

退院に向けての体験外泊と就労(週 2 日、2 時間半)が順調に進んでいた頃、M 氏が病院を無断で外泊し衝動買いをしたことがあった。「退院が遅れていたことで、もう退院できないのではないかと不安に思って自暴自棄になり、そういう行動に走ってしまった」とのことだった。その頃、グループホームへの入居のために必要な、障害福祉サービス受給者証の発行が発行自治体の都合で遅れていた。退院直前で起きたこの出来事に支援者側も戸惑いがあったものの、1 度の失敗で今までの実績を無にせず、「M 氏にチャンスをと」考え予定通り退院準備を進めていった。M 氏には退院が延びている状況を再度説明し、不安な時は一人で考えて行動にすぐ移すのではなく、不安な状況を言葉で伝えられるようになってほしいと伝えていった。

(2) 退院後、現在まで

グループホームでの一人暮らしを始める際 M 氏は、過去の経験から「大金を持つと抑制が効かなくなり、衝動買いしてしまうのではないか」という不安があるとのことだった。そのため、障害年金を両親が管理し M 氏へ定額を銀行振込みすることにした。世話人と金銭管理について相談し、M 氏の希望により、週 1 回生活費を銀行から下ろす際に同行することになった。当初は引き出す場面まで付き添い、次第に銀行の入り口まで同行、と距離を取っていった。引き出し金額は、1 週間分の生活費を自分で計算し、引き出し金額を紙に書いた。最初は計算にも時間がかかり、節約のために食事を何食も抜いた計算をしていたため、生活を続けるためには我慢をしすぎない事も大切だと話した。当初は引き出し額を何度もスタッフに確認していたが、退院 3 ヶ月目頃には M 氏から「もう一人でできます」と話があり、今では使いすぎることもなく生活している。

就労、作業所通所は順調に続いている。時折職場で気になることもあるが、その都度スタッフに報告をしている。「早く親から独立したい」という気持ちが強く、「もっと働きたい」思いがあるようだ。障害年金と自分の稼いだお金で生活できるようになりたいとの希望を持っている。

グループホームに入居して半年を過ぎた頃、「ようやく退院した気がします」との言葉があった。現在は、体重が増えてきたことを気にして、食事に気をつけたり運動をす

るなど心がけている。月に1度はおいしいものを食べる、欲しい洋服の雑誌を見て過ごし数ヶ月に1回洋服を買う、大きい買い物をする時は主治医や世話人に相談するなどM氏自身でルールを決めて生活している。今後さらに経験を増やし、生活の幅を広げていけるよう、今後も見守っていきたい。

④考察

「触法ケース」としての紹介だったが、本人と会い、「この人なら」と支援者が感じ、「チャンスだからチャレンジしたい」と本人も思ったところがうまくかみ合ったのではないかと思われる。過去の経歴をみて、受け入れに不安がなかったわけではない。しかし触法ケースとして特別な支援体制を組んだわけでもない。触法だということが支援上は問題にはならなかった。しかし、それが理由で病院が紹介先に悩んだ事実はある。

過去の経歴にとらわれず、「本人が体験通所できるなら」という明確な受け入れ条件の提示をしたことがわかりやすかったのではないかと思われる。そうした提示をしない、もしくは紹介の段階で「断られるかもしれない」と感じさせてしまう支援事業所が多いことが問題なのかもしれない。

実際の支援の中では、家族との調整に力を注いだ。若く、両親も悩みつつ本人の将来を気にかけている場合、家族に支援者を理解してもらうこと、本人との距離のとり方を話し合うことなどが必要であった。また、若くて社会経験が少なく、身体的にもパワーがある人を受け入れ支援していく過程において、本人の力を引き出し、新しいものを提案していく工夫が常に求められた。本人の積極的で前向きな姿勢に着目し、作業所の係を担ってもらったり、異なる種類の作業を提案したりするなど活躍の場を徐々に広げていき、更にはアルバイトを支援することで本人のエネルギーをより外に向けてもらう工夫の成果が生きたと考えられる。

[事例 7]身元不明のケース

「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ、人間性あふれる、笑顔のI氏」へ
キーワード【経歴不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】

I・M 氏、45 歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 1 回、総入院期間 2 年 4 ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

I 氏の経歴には不明な点も多いが、本人によると昭和 36 年、東京近郊の A 市にて同胞 3 名の第 2 子として出生。両親は飲食店を経営していた。地元の中学、高校を卒業後、職業訓練校へ進学。その後、地元のデパートや印刷会社での勤務、また家事手伝いなどをしてきた。本人が 25 歳の頃、家族で都内に転居する。平成 15 年に両親が他界した後、単身生活を送るが、生活が苦しくなり生活保護を受けたいと警察署を訪問したこともあったという。また、その後のことは覚えていないという。

平成 16 年 8 月、都内の公園の池の中に着衣のまま侵入し上半身まで浸かっていたところを警察が保護した際、会話が支離滅裂だったため、24 条通報を行った。ホームレス扱いで精神科救急の診察により、即日緊急措置入院となり、翌日、A 病院へ転院した。

入院時は、幻覚妄想が活発で、意味不明な言動も見られていたが、その後落ち着き、思考障害や現実検討能力の低下は見られるものの、安定した生活が送れるようになった。院内作業療法の開始後は料理グループ活動、院内喫茶の手伝い、SST の服薬教室などに休まず参加していた。受動的で、生活能力に不明な部分も多いが、周囲のサポートがあれば地域生活は可能と考えられ、巣立ち会を紹介された。平成 18 年 6 月から体験通所を開始し、体験外泊を経て、同 12 月、巣立ち会のグループホームに退院した。

身元については、退院先のグループホームも決定した後の平成 18 年 10 月に、ようやく本籍地と平成 13 年まで A 市に住民票があったことが確認された。しかし家族への連絡は取れず、現在も家族の所在や本人の経歴の詳細については不明のままである。

②退院ができなかった・難しかった理由

身元不明人として保護され措置入院に至ったケースで、本人と意思疎通が可能になってからも本人の話が時々によって異なり、問い合わせを行っても確認がとれなかった。そのため長いこと身元がわからず、生活保護受給などの手続きに時間を要した。

また、本人の病歴や生活歴、職歴などを知る第三者がおらず、本人も多くを語らなかつたため、退院後の本人の生活者としての様子が想像できないという不安が病院スタッフにあった。

退院をサポートできる家族がおらず、保証人を必要とする一般のアパート等住まいの確保が難しい背景もあり、退院先として救護施設の検討も行ったが、入居まで2年待ちとのことで、2年待つのは長いと判断し、巢立ち会の紹介に至った。

一方本人は、早く退院して独りで暮らしたいと思っていたとのことである。2年間退院の話が出なかった理由について本人は、生活保護受給の手続きに時間がかかったこと、作業療法のレクリエーションでの外出時に時々頭痛があったり体調が不安定なことがあったりしたことが原因ではないか、と冷静に分析している。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成18年6月、病院からの紹介を受けてインテーク面接を行った。本人は、「退院も手伝ってくれるし部屋も貸してくれると聞いて、通ってみようと思った」とのことで、作業所の見学後、早速週2日、半日の体験通所を開始することになった。

一方、スタッフがインテーク面接で本人から聞いた経歴について後からケースワーカーに確認すると、そのような事実はないと言われ、病院から「本人の話は聞いたたびに異なることがある」「名前すら本当かどうか確認がとれない」との情報も受け、今後住居提供や生活支援をしていく受け入れ側としては、正直不安は感じた。しかし、本人は通所や退院に対して前向きであり、「とにかくまずはやってみよう」と受け入れを開始した。

体験通所を始めた本人は、辛いことや困っていること、また将来の希望など多くを語らず、周囲の流れにそっと身を任せている受動的な人、ミーティングではテーブルの端に座って物静かに微笑んでいる人、といった印象であった。職員の声掛けや通所に関しての問いかけに対しても「大丈夫です。問題ないです」と表情を変えずにさりりと返答することが多く、つかみどころがなく本音の見えないところがあった。作業場面では、手先が器用で細かい仕事も素早く丁寧に難なくこなし、周囲の雑談に加わらず、自分のペースで物静かに取り組んでいた。入院直後からの知り合いで周囲からはカップルと認知されていたH氏とは、作業所内でも親しくしており、作業所での生活にまだ慣れないI氏をH氏が昼食に誘ったり、さり気なくアドバイスしてサポートしている姿がしばしば見られた。

通所を休むことなく継続し、通所時間や日数も増やしていく中で、本人も徐々に作業所での生活に慣れていった。段々と、H氏以外のメンバーとも交流する姿も多く見られるようになり、自ら進んで周囲へ話しかけることは少ないものの、声をかけられると

笑顔で返答するなど、つかず離れず周囲と上手に付き合っている様子だった。徐々に笑顔も増え、穏やかな雰囲気毎日を過ごしていた。

体験通所開始から約3ヵ月、通所が問題なく継続してこられていることから、巢立ち会では、住居の提供について検討していくことになった。通所の中では全く問題なく過ごしているものの、スタッフとの関わりが表面的でつかみどころがなく本人の本音が見えないこと、また困ったことなども表明しないため何かあった時にSOSを出せるのかなど、今後退院して地域での生活を支援していくにあたっては若干の不安もあった。また、インテーク面接時の本人の話は妄想的というのとも違った印象で、入院前の記憶(来歴)がわからなくなるのが不思議であり、それがヒステリー性の健忘なのか、詐病なのかということすら特定できない中で、それも確かめられないうちに巢立ち会で受け入れをしていいものか、という思いもあった。

しかし、体験通所の中で本人の持つ力と仲間の中での変化を直接見てきたスタッフは、「この人ならやれるのではないか」との思いを強めていた。グループホームへの受け入れの提示を前提に、あらためて本人との面接を行った。本人と向き合い、「これから巢立ち会としてあなたに住居を提供し支援をしていくために、もしこれまで私たちに言っていないことがあるのなら本当のことを言って欲しい」と真剣に伝えたが、本人の返答はこれまでと変わることはなかった。本人の身元が確認できていないのに加え、支援関係が思うように深められていないことで、失踪の懸念なども残してはいたが、「この人は元々こういう人なのではないか」「もし仮に失踪したとしても、この人なら自分でやっていけるのではないか」と考え、グループホームへの受け入れを決断するに至った。

9月に巢立ち会のグループホームの見学を行った。本人は丹念に部屋を見てまわり、「キレイ！素敵で気に入りました」と笑顔で、表情豊かに喜んでいて。本人も部屋を気に入って、入居を希望したため、そのグループホームへの退院準備を進めていくこととなった。本人によると、そのグループホームには親しいH氏をはじめ作業所の仲間も多く暮らしていることもあり、同じ建物に頼れる仲間がいたことも気に入った理由のひとつであったようである。

本人は、グループホームへの体験外泊に向けて、部屋の掃除や布団、日用品の購入など、自ら進んで準備を行った。本人の実際の生活能力については未知数な面もあったが、必要な物を予算内で購入し揃えたり、家電の取り扱いなど全く問題なく、スムーズに行えていた。外泊中は、食事は近くのコンビニで弁当などを購入し、生活能力や環境への適応力の高さも伺えた。服薬の自己管理も徹底していた。夕食会では、作業所でも顔なじみのメンバーとリラックスした様子で交流し、自分のペースで外泊を楽しんでいた様子であった。

10月下旬、病院のケースワーカーの問い合わせにより、ようやく本人の本籍地と平

成 13 年 11 月まで A 市に住民票があったことが確認された。身元が確認された後も、I 氏の経歴の詳細は不明なままであり、また I 氏の自身について多くを語らない面、職員の声かけに対して不安を口にしない面、親しい仲間はいてもつかず離れずひょうひょうと過ごす様子などは変わらず、この時点でも受け入れ側の不安は解消したわけではなかった。しかし、体験外泊を始めてからの「外泊は楽しい。早く退院したい」と笑顔で語る姿や、グループホームのルールを守り、世話人からの声掛けに対しても素直に対応する様子、体験通所開始当初に比べ表情が生き生きし豊かになったこと、仲間が周りを囲み交流が増えて日常の楽しみが増えていること、また作業所のミーティングで司会を務めたり仕事や役割の中で自己主張出来るようになってきたりと、「表面的」という印象から、「マイペースながら周囲からのサポートを引き出し、それを拒まずに受け入れる温かい人柄」といった印象に変わってきていたことなどから、「これならば退院してもやっていけるのではないか、退院に踏み出してみよう！」という思いが共有され、平成 18 年 12 月に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院後は、作業所に週 5 日の通所を継続し、週 1 回の受診、月 1 回の訪問看護、週 2 回のナイトケア、週 2 回の夕食会を活用しながら、安定した生活を続けている。本人によると、「時々幻聴があるが、病状は安定している。薬は飲まないで眠れなくなることがあるため忘れないように服薬している」とのことで、服薬の自己管理は徹底している。退院後は、間食や外食の機会が増えたことで体重が急激に増加したため、本人も気にしており、今後は健康面を配慮し自炊を中心とした生活を心がけたいと話している。

作業所にはほとんど休むことなく通っており、以前は誘われても断ることの多かった除草作業や清掃などにも進んで参加するようになっている。特に人手が足りない時には積極的に参加を申し出、仲間を助け協力しようとする気配を配ってくれている。外仕事について本人は、「時々は外の仕事にも出なくちゃと思って。ダイエットにもなりますし」と話している。H 氏とのデートのため時々「用事がある」と作業所を早退することもあるが、必ず事前に予定を職員に伝えるなどルールをしっかり守り、自分のペースで自由な生活を楽しんでいる。会の旅行やレクリエーションなどの行事にも積極的に参加したり、週末にはグループホーム入居者と誘い合って食事や遊びに出かけたりするなど、仲間との交流も楽しみにしている様子である。仲間同士で誘い合わせて作業所に通所したり、出がけに体調不良のメンバーに声がけしてくれるなど、周りへの気遣いを持ち、周囲のメンバーと支え合いながら生活している。

本人は現在の生活について、「グループホームや今の生活を気に入っていて楽しい。これからもグループホームで生活し、作業所を続けたい」と話している。最近では、以

前は周囲からどんなに推薦されても、笑顔で「いいです、いいです」と断っていたレクリエーションの幹事を引き受け、自身の意見を進んで述べ、ミーティングで皆に報告するなど、さらに積極的な面も目立ってきている。通所開始当初にスタッフが感じていた「微笑みの不思議美女・I氏」といった印象は、「仲間に囲まれ、人間性あふれる、笑顔のI氏」という印象に変化し、現在は生き生きと巣立ち会での生活を満喫している。

④ 考察

このケースは「身元不明」「経歴不詳」ということが問題にされていたが、経歴がわからない事自体が問題だったのではなく、経歴不詳という先入観が本人との信頼関係を築けるか、信用できるか、という判断を惑わせたことが問題であったと考えられる。

「身元不明人」として保護された人や、本人についての情報を得られる家族のいない人はこれまでもたくさんいたが、本人の言ったことについては、第三者の情報によって何らかの確認がとれていた。しかしI氏の場合は、インタビュー面接で本人から聞き取りをした経歴が事実でなかったり、病院からも「名前すら本当かどうか確認がとれない」との情報を受れたりする中で、本人の言っていることをどの程度信用してよいものか、支援者側に躊躇があった。加えて、距離をおいて淡々と人間関係を処理し、支援者に対して依存的になることもない本人に対して、支援者が「表面的で本音の見えない人」という捉え方をしてしまっていた事も、負の要因となったものと思われる。このケースの退院を困難なものと感じさせていたのは、本人の経歴がわからず、ほかの統合失調症圏の方と同じような支援関係を築けないことから来る、支援者側の不安によるものであったといってもよいのではないか。

体験通所や体験外泊の機会を提供することによって、I氏の仲間との交流、表情の変化、生活上の能力、ルールを守りきちんと通所を継続している姿などを見て、支援者側も、少しずつ本人に対する見方を変え、不安を取り除き、信頼感を持つことができるようになった。特に、作業所やグループホームで支えてくれる仲間が身近にいたからこそ、I氏の本来持っていた温かみ、生き生きとした人柄が伝わってくるようになったのではないかと考える。

本人の身元がわかった後も、どこまで過去のことに触れてよいのかわからない、どこまで本音で話してくれているのかわからない、といった支援者側が持つ漠然とした不安感や支援者としての不全感は全くなくなったわけではない。それでも、全ての支援者がI氏に対して、退院してもらえてよかったと心から感じていることだけは間違いない。それは、自分を思いやり助けてくれる仲間との交流を通して、表情の乏しかったI氏の表情が生き生きと豊かになり、本音の見えなかった表面的対人関係は仲間を思いやる温かい印象に変わってきたからである。仲間の力が、I氏を退院へと導き、自分の居場所を見つけるきっかけになっていったのではないかと感じる。

[事例 8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース

住まいの問題と家族の不安への取り組み

キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】

J・K氏、48歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数1回、総入院期間8年4ヶ月

経済状況：障害年金2級、家族の援助

① 経歴

昭和34年、東京近郊の県にて同胞2名の第1子として出生。幼稚園入園前に家族で都内に移り住む。その後隣接する県に引越し、小・中学校を卒業。本人によると、成績は良かったとのことである。

高校3年生の時に無気力となり、成績が低下し不登校となる。この頃発症したのではないかと本人は思っている。17歳の時A診療所（精神科）に通院。登校できるようになり、約2ヶ月で治療終了となるが、その5ヶ月後より再び不登校となり休学。18歳で治療を再開した。独語、空笑、関係妄想、易怒性が著明であった。

32歳時にB病院に転院し、通院を続けていたが、40歳の時に本人自ら「5年位入院したい」と希望しB病院に任意入院となる。本人によると、入院中は作業療法や音楽療法、デイケア、レクリエーション等に参加していたが、年配者向けのプログラムが多かったため、あまり面白くなかったとのことである。

入院から約7年後、巣立ち会の作業所に体験通所を開始。10ヶ月後（47歳時）に退院し、巣立ち会の紹介したアパートに入居した。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人によると、両親が週に1度面会に来て「早く退院できるといいね」と声をかけていたが、病院のスタッフからは特に退院について勧められたりはしなかったとのことである。症状（つまらない、よく眠れない、イライラする、不安になる、死にたくなる）が安定しておらず、退院の話が出て、退院が決まると何をしてもつまらなくなり、無気力となり、退院がのびてしまうという事も数度あったとのことである。

当初は自宅への退院が検討されていたが、その後父親が病気で自宅療養するようになったこともあり、自宅への退院は難しい状況となった。家族としては、空笑のため地域生活を送る上で問題が生じるのではないかと心配から、グループホームへの退院を希望していた。

病院スタッフもまた、本人の症状である空笑により、地域生活が円滑に送れないのではないかと懸念を持っていた。

一方、グループホームへの入居については、都外在住者であることから都内のグループホームの利用が難しい状況にあり、グループホーム以外の住居を探す必要があった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成 18 年 7 月、病院のケースワーカーが「入院生活がつまらないのなら作業所に行ってみませんか」と本人を誘ったことをきっかけに、巣立ち会の作業所を見学。翌月から体験通所を開始する。通所開始当初は、本人のつっけんどんな態度が他メンバーからの反感を買い、スタッフに訴えがあがることがしばしばみられた。スタッフが間に入って話し合い、笑顔で返事をするなどを提案するなどの対応を行った。また、周囲が驚いてしまうほどの声高らかとした空笑も目立っており、他メンバーも本人と距離を置いて付き合っている様子が見られた。本人と話をする、本人も空笑については気にしており、空笑している時に声掛けをすることについて提案すると本人からも希望があり、スタッフが声掛けをしていくことになった。病院スタッフも、それまで本人に声をかけても「あー」「うー」という返答のみだったのが、体験通所開始半月ほどで、「そうですね」と返せるようになるなどの変化を報告してくれている。

その後、本人のペースで徐々に通所日数を増やしていったが、一時通所を休みがちになるなど意欲の停滞が見られた。そのため、退院を意識し目的意識を持って通所してもらうため、体験通所開始から約 3 ヶ月後にグループホームの見学を行った。その際には「一人暮らしもいいかなと思った」と感想を話していたものの、通所日数の増加や退院については消極的な様子であった。以後も本人の気分で通所を欠席することがしばしばであり、また頭痛等、身体症状の訴えも多く、それを理由に作業所を休むことも多かった。ショッピングに行くのを理由に休むなど通所に対する意識の低さを感じることもある一方で、通所のストレスや退院へのプレッシャーが身体症状の訴えに繋がっているのだろうかと感じることもあり、支援者としては対応に悩むこともあった。

その後、冬になって新たに始まった編み物作業に参加するようになり、それをきっかけに他のメンバーとの交流が増え、編み方を他のメンバーに優しく教える様子も見られるようになった。

体験通所開始から約半年後の平成 19 年 2 月、病院にてカンファレンスが行われる。主治医は退院に向けて進めていってよいとの判断であり、担当看護師も体験通所を始めてから、空笑をするとき皆の前ではなく、トイレの個室にこもって笑うようになったと評価していた。両親も、人目を気にするようになった、自分のこともよく話すようになった、と本人の変化を感じている様子であった。

一方、住まいについては本人が都外在住であったことから都内のグループホーム

への入居が難しい状況にあった。そのため、グループホーム以外の住居を探す必要があった。

しかし家族は、本人の空笑で周囲に迷惑をかけたり、そのことで本人が嫌な思いをするのではないかという不安を持っており、グループホームへの退院を強く希望していた。そのため退院先の住居のめどが立ちしだい、退院に向けた準備を進めていくという方針となった。

その後、巢立ち会のメンバーも入居している一般アパートに空室が出た。そのアパートは以前から不動産屋さんや大家さんが当会の趣旨を理解して下さっており、同じ作業所のメンバーも当時2名入居し巢立ち会で支援を行っていることなどから、環境的にも本人の退院先として適しているのではないかと考え、病院のケースワーカーを通じて家族に上記アパートへの退院を提案してもらった。しかしグループホームへの退院を希望していた家族は、一般アパートへの退院の勧めを非常にプレッシャーに感じたようで「そんなに退院させたいんですか？」と反応することもあった。病院から話をすると、病院から追い出そうとしていると感じられる様子であったため、巢立ち会から家族にアパートを見学してもらうことを提案し、そのアパートに同じ作業所に通うメンバーが住んでおり心強いこと、制度上のグループホームではないがグループホームと同じように職員が支援を行うことなどを説明することにした。そのアパートへの入居について本人に話をもちかけると、「いつでも入りたい」と前向きな様子であった。

平成19年5月、本人、両親、同アパートに住んでいるメンバー2名、病院のケースワーカー、巢立ち会スタッフでアパート見学を行う。まずはすでにそのアパートで暮らしているメンバーの部屋を見学し、それぞれの暮らしぶりについて教えてもらった。その後空室を見てもらい、支援体制について説明したり、体験外泊を何度か行いながら、徐々に退院の準備を進めていく予定であることなどを伝えた。その話を聞いて両親は「よかった」と安心した表情を見せ、居室についても、本人、両親ともに気に入った様子で、賃貸契約を結ぶことが決まった。その後体験外泊も順調に進み、体験通所開始から約10ヶ月後の平成19年6月に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院時のカンファレンスで「作業所をしっかりとがんばりたい」と力強く話した本人は退院後、作業所を休むことは少なくなり、きちんと通所を継続している。週1回外来に通院し、訪問看護も受けている。また当会の夕食会にも週1回参加している。

家事なども自分でこなし、「掃除や洗濯、自炊など面白い、今の生活(アパートでの生活)の方が楽しい」と話している。また、外に出かけることが好きな様子で、体験通所中も「新宿に行くので」と通所を休むことがあったほどであったが、退院後も一人で気ままにショッピングを楽しんでいる様子である。また、毎週土曜日には実家に帰り、

家族との交流も続けている。

本人は、作業所が好きな様子で、「しばらくここで働きたい」と話している。朝のミーティング前や昼休みには自分で音楽をかけ、音楽に合わせて踊りを楽しんでいる。また、以前は他人に対しあまり関心を持っていないような様子だったが、「〇〇さん今日来てないの？」とポツリと話されることもある。他メンバーより本人が掃除をしないことについて苦情があがっても、動じることなく「やらない」ときっぱり返すなど、自分の意思を曲げてまで協調してやっていこうとはしないものの、退院前に比べて、自分から挨拶をするようになる、ミーティングにきちんと参加する等の変化が見られている。出身病院の職員を対象にした出張講演に参加した際には、2 時間ものあいだ声を出したり立ち上がったたりすることもなく一番前の席できちんと話を聞き、自分の出番には前に出て大勢の職員に向かってしっかり話をするという見違えた姿に、入院中の彼女のみを知る職員はすっかり感動していた。

また、実家に週末帰省する際に、靴をそろえるようになるなど、細かい所に気がつくようになったという両親からの報告もあり、家族も本人の変化を感じている様子である。

空笑に関しては、退院後も変わらず継続しているが、周囲から声をかけられるとぐっとこらえるようにしたり、トイレにこもって笑ったりするなど本人も抑える努力をしている。周囲のメンバーも本人への声かけを続けてくれている。地域からの苦情などは今まで 1 件もなく、現在のところ問題なく生活を送っている。

④考察

本ケースは、「周囲が驚いてしまうような声高らかとした空笑」を持っているため、地域での生活が円滑に送れないのではないかと家族や病院の懸念から退院が難しいとされていたケースである。空笑については退院した現在も続いているが、本人も抑えようとしたりトイレで笑うなど努力しながら生活を送っている。

本人が空笑を気にするようになったのは、作業所への体験通所を始めてからである。病棟では本人の空笑について、「いつものこと」と認識し、声をかけたり抑えるよう促すことも少なかったようである。作業所では、空笑のときには声をかけてほしいと本人も希望し、スタッフとメンバーで声をかけていくことになった。作業所で他のメンバーと一緒に活動をしていく中でその環境に自ら適応していこうとするということは、とても大きな変化であり、その結果本人も症状と距離が取れるようになってきたのではないかとと思われる。周囲のメンバーも本人と過ごすうちに、本人の症状にだんだん慣れていったように感じられる。

また空笑については、本人というより病院側や家族の心配が強かったが、家族に一般アパートでもグループホームと遜色ない支援が受けられること、同じアパートに同じ

作業所に通うメンバーが住んでいること、大家さんや不動産屋さんも理解して下さっていること、病院からも訪問看護などの支援が受けられることなどを確認したことが、家族の不安の解消につながった。またアパート生活の中で万が一周囲に迷惑をかけてもサポート体制がしっかりしていることを、両親に実際に目で見て確認してもらったことが、安心感につながったものと思われる。

強い精神症状があっても地域生活をすることを前提として、本人と周囲が空笑と向き合っていた結果、本人、家族、病院、支援者のすべてが安心して退院に踏み切ることができた。実際に退院してアパート生活が始まると、支援者側が「なぜあんなに心配をしていたのだろうか？」と思うくらい順調に生活している。退院を阻害する要因とされていた空笑は現在も続いているが、それが地域生活上の問題になることは全くなかった。

空笑は確かに退院を阻害する要因となっていた。しかしそれにどう向き合うか、その姿勢が問われたケースではないかと思われる。

3. 退院はゴールではありません！

試行錯誤と新たなチャレンジは続く！

[事例 9] 怠薬により入退院を繰り返したケース …………… 72

体当たりでスタッフとの信頼関係を築いた S 氏

キーワード【服薬、訴え、不安、3 度の再入院、怠薬、処方変更、スタッフへの告白】

[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース …………… 77

本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携

キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】

[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース…………… 85

こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く

キーワード【アスペルガー障害、退院・就労に対する強い意欲、周囲の見守り】

[事例9] 怠薬により入退院を繰り返したケース

体当たりでスタッフとの信頼関係を築いたS氏

キーワード【服薬・訴え・不安・3度の再入院・怠薬・処方変更・スタッフへの告白】

A・S氏、38歳、女性

診断名：統合失調症、精神発達遅滞

入院歴：入院回数3回、総入院期間1年3ヶ月

経済状況：生活保護

① 経歴

東京から遠く離れた地方の町で、同胞4名の末子として出生。小学校4年時より特殊学級に通う。高校は全寮制の養護学校に入学した。本人によると、高等部1年の頃より火の玉やいないはずの人が見え、かなり辛かったとのことである。

養護学校卒業後は、10年間ビニール加工工場にて働いていた。その間、暴走族に入りバイクで走り回り、喧嘩もよくしていたとのことである。29歳の時、姪（長姉の娘）の誘いもあり長姉を頼って上京、その後清掃などのアルバイトをしながら長姉宅で暮らす。

34歳時、「2人で腕を切れば何も怖いものはない」といったような幻聴が頻繁に聞こえるようになり、この頃から度々リストカットをするようになった（本人の言葉では「リストマンになった」）。「電車で悪口を言われるような気がする」といった幻聴や妄想も出てきており、仕事でも気になり、姪が通院していたA病院精神科を紹介され、初めての受診に至った。その後約2週間通院を続けるものの良ならず、A病院に入院となった。

入院から8ヶ月後、巣立ち会の支援を受けて、援護寮に退院し、退院から4ヶ月後、巣立ち会のグループホームに入居した。

② 巣立ち会へつながった理由

A病院入院中に薬物療法にて症状が回復した頃、S氏は退院に非常に前向きになっていた。しかし、1人暮らしをするには自信がまだもてず、姉との同居生活も難しい状況にあったため、病院のケースワーカーがグループホームを運営する巣立ち会へ入居相談をし、グループホーム入居を前提とした巣立ち会との関わりが始まった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

A病院入院後、5ヶ月目より作業所への体験通所を始めた。S氏は何にでも興味を

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 9] 怠業により入退院を繰り返したケース

持ち、仕事を覚えるのも早かった。道を覚えるのも得意とのことで病院から作業所までの道もすぐに覚え、同じ病院から体験通所している地理に不案内な利用者に付き添ったりしながら、週 4 回安定して通所していた。

作業所通所の安定と、本人の積極的な作業所での様子や、意欲的に何事にも取り組む様子を受けて、比較的早い段階で退院の検討がなされた。グループホームへの入居という話もあったが、居室の確保に数ヶ月かかる予定であったため、通所開始まもなく援護寮のショートステイを利用し始め、作業所通所開始から 3 ヶ月後に援護寮へ退院となった。グループホームの準備が整ったらグループホームに入りたいとの希望があった。

(2) 退院後、現在まで

<退院直後>

退院後もほぼ毎日作業所に通っていたが、援護寮が作業所のすぐ近くに位置しており、すぐに帰れることや、自室での一人の時間が寂しいこともあってか、作業時間が終わってもいつまでもスタッフと話をし援護寮になかなか戻らないという日が多かった。「スタッフにいつも自分を見てほしい」という思いが強かったようである。

作業所には、A 病院から体験通所をしているメンバーが数名おり、彼らと日中は仲よく過ごし、援護寮での生活を続けていった。一方で、グループホームの準備は進み、同じ A 病院のメンバー数名がグループホームへ退院することがほぼ確定していた頃、S 氏も予定通り同じグループホームへの入居準備を開始した。S 氏は喜んでおり、体験外泊の際も「次の体験外泊はいつ？」と楽しみにしている様子があった。順調に準備は進み、援護寮入所後 4 ヶ月でグループホームへ入居となった。

<グループホーム入居 1 年目>

グループホーム入居後 1 ヶ月頃より調子を崩し始める。夜になると不安、眠れない、朝起きられないといった訴えがあった。援護寮では喫煙所も共同であり、夜タバコを吸いに行くと誰かがいたが、一人で暮らすのは今回が生まれて初めてという不安もあり、「グループホームはいつも一人なので寂しい」、次第に「家のコンセントに盗聴器が付いているわけないよね」と口にするようになった。また、生活においても金銭管理が難しく、毎月の生活費として生活保護費と作業所の工賃をどう使い分けていくかなど、具体的な金銭の相談をしながらの日々だった。(実際、入居当初から貯金はゼロに近く援護寮への支払いも滞っていたため、やりくりは大変だった。)

夜の不安も解消されなかったため、援護寮のショートステイを 2 回にわたり利用したが、状態は改善されず、入居後 2 ヶ月で A 病院へ再入院となる。

2 ヶ月間の入院を経て退院しグループホームに戻るが、朝起きられず作業所に通所

できない日が多かった。体験通所していた頃のような意欲、行動力も薄れ、元気がなく、いつも不安を抱えているような表情が続いた。反面、調子の良い日もあり、そうした時は作業所以外の仕事もしたいという希望もあった。そのように状態の安定しない日々が退院から5ヶ月ほど続いたころ、市内の3ヶ月限定の障害者雇用の面接に合格し、図書館での仕事を週2日始めることとなった。仕事は楽しいようであったが、調子に波のある状態は続き、時折頭の中で「やっちゃえ」などの幻聴が聞こえることもあり、薬を変えてもらうなどしている。

一方生活面では、足の皮膚がひどくただれてしまうなど、風呂に入っていない様子（S氏は毎日ちゃんと風呂に入っていると言う）が見られ、皮膚科への同行や風呂場の掃除をスタッフが手伝っている。調子の悪い理由を聞いても「わからない」「薬は飲んでいる」との返答だった。何をすることも行動がゆっくりで、食事を摂る気力のない時もあった。しかし体重は増える一方だった。つらそうな時にどうしたのか聞くと「幻聴がひどくてつらい。ずっと続いている」と言葉少なに答えが返ってくるという状況。S氏もこのままでいるともっと悪くなりそうなので、入院した方が楽だと考えているようだった。障害者雇用が終了した翌週、A病院へ2回目の再入院となった。2回目の退院から8ヶ月が経過していた。

支援者側は、生活面と仕事面の両方で支えていくなかで、S氏の退院前と後の意欲、様子の変化に多少の戸惑いを感じていた。退院前のS氏を見る限り、S氏には十分能力があり、生活も仕事も一人でやっていく力があると信じていたため、「S氏はメンバーの中心となって活躍してくれる」という大きな期待があった。そのためか、退院後必要となってきた支援の多さはスタッフに対する依存ではないか、と感じる思いがあった。実際体調不良で不安定な状態が続き、スタッフもその原因がつかめないまま、休息入院となった。

<グループホーム入居2年目>

2回目の再入院では、当初2ヶ月～3ヶ月で退院する予定であり、入院2ヶ月目より体験外泊を始めた。しかし、外泊中にも「携帯電話が盗聴器にみえる」「退院してまた幻聴がひどくなったらどうしよう」との相談があった。夜不安になった時にすぐに相談できる人がほしいという希望もあった。S氏は、漠然とした不安をスタッフの近くに居て、話をすることで対処しているように思われた。これまでの経緯から、S氏は不安を抱え込むと具合が悪くなることが予想されたが、24時間体制でS氏の支援することは不可能であり、一人で過ごす時間への対処能力を高めていってもらう事が課題となった。また、不安になり誰にも相談できない時は、『不安な事柄をノートに書きとめて後日相談する』という方法を提案した。そうすることで常にS氏の側に居て、S氏だけの支援をすることはできないが、S氏の思いを理解しともに不安に向き合っていく、という姿勢を示

した。

その後「切っちゃった」とリストカットした浅い傷を世話人に見せるといった行為があり、体験外泊は中止。しかしグループホームの退居期限が迫っていたこともあったため、3回目の再入院から6ヶ月後に不安を残しながらも退院となった。

3回目の退院後1ヶ月して変更になった薬で朝の眠気がなくなり、その頃より調子は良くなっていった。同時期に交際相手もできたとのことで、世話人への相談回数が減り、作業所への通所も安定してきた。夜も不安になることはなくなった。なるべくお金を使わずに、レンタルショップや図書館でCDやビデオを借りてくる方法を覚えたことも大きかったようである。自分なりに生活を立て直す工夫をしているようだった。

退院後3ヶ月、すっかり落ち着いた頃、入院中から書いていたという日記をスタッフに見せに来た。当初は不安なことを書き、現在では毎日の様子を数行ずつ日記として書いているとのことだった。その後も時々スタッフに日記を見せに来た。その際にはノートを見ながら話を聞き、ノートに一筆コメントを書くことを続けた。そうすることで不安を共有し、「見ているよ」というサインを送り続けた。S氏はノートに書いて気持ちを伝える方が、会話のきっかけを見つけやすいようだった。そのやり取りを続ける中で、日常の生活や作業所での苦労など、様々な話をするようになった。以前は、何も言わずスタッフの側からずっと離れようとしなかったが、「見捨てられたくない」「自分を見てほしい」という気持ちも直接表現するようになった。S氏のことを応援していることを伝え、ノートを持ってきた折にはじっくり話を聞くようにした。ようやく、スタッフとS氏の双方が関係を築き良い距離を見つけられ始めた気がした。

<グループホーム入居3年目>

こうして2回の入退院を経験し、グループホーム入居3年目を迎えた頃、スタッフは本人から「皮膚科に通っていた時、風呂に入っていると言っていたが本当は入っていなかった」「再入院になった2回とも、1ヶ月くらい薬を飲んでいなかった」などと告白された。1回薬を抜いてみたところ眠れたため、「飲まなくてもいいのでは？」と思い飲まなくなっていったとのことであった。2回目も同じ理由で飲まなくなり、1か月分飲まなかった薬は、ゴミとして捨てていたとのことであった。S氏からその事実を聞かされた際は多少の驚きはあったが、2年経ってようやくそうしたことをスタッフに伝えてくれるようになったことは、双方の信頼関係が築けてきた表れでもあると受け止めた。S氏は2年という時間をかけ、2度の入退院を繰り返しながら、スタッフはその度に病状の不安定さを含めS氏を受け入れながら、正に体当たりで互いの関係を模索してきた結果であった。S氏の中でも再入院した時のような「辛い思いはもうしたくない」という気持ちが強く、自分の調子の維持のためには服薬は欠かせないことが認識できてきたようだった。「今の薬は飲んでいて、すごく調子がいい」とS氏は言い、スタッフ側も『薬を止めて

再入院になるのはもったいないですよ』と気軽に服薬について声をかけられる関係となっていた。

3年目に入っても、お金のやりくりや対人関係など様々なことで不安になり、調子を崩す事は何度もあったが再入院には至っていない。「もう入院するのは嫌、薬はちゃんと飲みます」と明言し、服薬はしているようである。作業所にも安定して通所し、現在は作業所通所の他に、週4日ファミリーレストランで開店前清掃と厨房の仕事をしている。仕事が楽しく、もっとできる仕事を増やしていきたいと将来への希望に拡がりが出てきたようである。そのためにも、調子の良い状態を維持したいと日々頑張っている。人見知りではあるが、気さくで明るい人柄は他の人と打ち解けるのも早く、他の人の役に立つことが嬉しいという気持ちが人一倍強いことも手伝って、様々な場面で人から頼られる存在となっている。スタッフも、S氏の力を存分に発揮してもらおうべく、他の利用者の通院付き添い、道案内や、新しい入居者の相談役になってもらうなどの機会を増やしている。仲間に節約の方法や料理の方法を教えもらいながら、生活にも工夫をしている。料理のレパートリーも増えたようで、今は節約をするのが楽しいとのこと。生活に楽しみを見出しながら暮らしている。

④考察

支援者としての距離のとり方、関係の持ち方を考えさせられ、工夫、努力を要した。結果的に調子を崩した原因は「怠薬」であったが、調子の悪さと怠薬が本人のなかで結びつかず、支援者もそれに気付かなかった。S氏が様々な形で「自分を理解してほしい」「受け止めて欲しい」というサインを送っており、そのひとつが調子の悪さに表れたのだと思われるが、それを支援者が受け止めきれずに2度も再入院してしまうことになった。体調不良を訴えられた際、その原因はどこにあるのか、「訴えている」事実のみ焦点をあてずに考えていくことが必要だった。

しかし、入退院をくりかえしても、帰る場所、受け入れる環境を示して根気良く付き合ったことは双方にとってよい成長を促したと考えられる。

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携

キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】

N・O 氏、45 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：8 回、計 3 年 6 ヶ月

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 37 年、東京都にて同胞 5 名の長子として出生。中学生の頃より学校に行きたがらなくなり、高校在学中にはうつ状態となって高 3 の夏休みは一步も外に出ないなど、ひきこもりがちな生活となる。ぎりぎりの単位は取得して卒業したものの、卒業式の日から約 2 年間は大学受験のための 2 日間を除き一步も外出せずに過ごした。その間に母はアメリカに仕事を見つけ単身渡米、その後はたまに電話でやりとりするだけで会っていない。

ひきこもり生活を続けていた 20 歳頃に幻聴、幻視が出現。父が A 病院に連れて行きそのまま初回入院となる。2 ヶ月半で退院した後すぐに働き始めるが、副作用の辛さによる服薬中断により、その後 2 度の入退院を繰り返す。3 度目の入院中、患者間のトラブルにより B 病院に転院となる。

24 歳で B 病院から退院した後には働いて貯金をし、アパートを借りて実家を出る。本人によると、3 度目に入院した際に薬を飲まなくなって再発入院した人がたくさんいたことから服薬の重要性を感じ、副作用は辛かったもののきちんと服薬するようになったとのことである。その後働きながらの一人暮らしを 10 年以上継続した。その間、建設業の現場監督や電気工事、道路工事など仕事は変わり、正社員やアルバイト、日雇い労働など雇用形態も変えながらも、毎日仕事には行っていた。本人によると、「仕事だから」、「生活費を稼がなくてはならない」という気持ちが強く、薬の副作用による眠気が強くても無理して起きて仕事に行っていたとのことである。

しかし不況のあおりによる会社都合での離職などを繰り返すうち、再びひきこもるようになり、生活保護受給開始となった。生活保護受給開始直前は本当にお金が無く、1 週間に 1 食しか食べられないような状態だったが、生活保護を受けることは本人にとって「情けない」「だらしがない」「みっともない」ことであり、受給の開始に至ったことは大きなショックであったようである。

その後作業所への通所も開始するものの、両大腿骨頭壊死の手術を契機に通所が途切れてひきこもるようになる。保健師の同行受診支援なども受けるが、その後通

院が途切れ、保健師や作業所職員の訪問にも応じなくなって生活保護ケースワーカーの同行により受診、5度目の入院を行う。本人によると、皮膚疾患が全身に広がっており主治医から皮膚科への入院が必要と言われたが、皮膚科の病院で「精神分裂病」「生活保護」ということを知られたくないと思い、自らB病院への入院を希望した。しかし実際入院してみると非常に強いストレスがあり、院内で衝動行為を起こしてしまうなど精神的にも状態が悪化し、1ヶ月の予定だった入院が長引いてしまったとのことである。約3ヶ月後に退院するものの1ヶ月で作業所通所が途絶え、徐々に通院も途絶えがちになって退院から約6ヶ月後に6度目の入院となる。

その後、約6ヶ月で退院したものの、再びひきこもり、通院もままならなくなって断薬。食事も摂らずに寝ている状態となる。本人によると、その時は億劫で食事を買うに行く気力がおきなかったうえ、皮膚疾患により全身がただれていたため、人に見られなくて外出しなくなっていった。主治医、病院のケースワーカー、生活保護の担当ケースワーカーが定期的に本人宅を訪問していたが、その訪問にも出てこなくなっていったため、病院のケースワーカーは単独での訪問も行い、本人に頼まれて食べ物を買って届けたり、郵便受けの隙間から覗いては本人の安否確認を行ったりもしていたという。主治医らが最後の訪問をした際、久しぶりに出てきた本人は、著しく痩せて餓死寸前（身長179cmで体重32kg）の状態になっていた。また皮膚疾患も悪化して全身がただれた状態となっていたため、主治医より入院を勧め、本人も同意したため、7度目の入院に至る。

7度目の入院中に、それまで住んでいたアパートが取り壊しになったため引き払い、皮膚疾患の問題も考慮して浴室付きのアパート（住宅扶助基準を上回る家賃の物件）を病院スタッフが探し、生活保護の担当ケースワーカーらとも調整して退院・入居を予定していた。しかし契約直前になって福祉事務所から住宅扶助基準額までしか支給できないと言われ契約不成立となって退院自体が頓挫した。その後もアパート探しが難航し、住居がないために退院できない状態であったため、巢立ち会の地域移行支援を活用することになった。

②退院ができなかった・難しかった理由

数ヶ月の入院治療で退院は可能であったが、退院すると間もなくひきこもりがちになり、食事や入浴など最低限の生活も困難になって、（服薬の意思はあるものの）通院ができなくなって病状再燃、再入院にいたるということを繰り返しており、特に最後の入院前には餓死寸前の状態も経験していたため、病院のケースワーカーらは退院後の継続した支援の必要性を感じていた。

また、本人の生活を維持するのに必要な条件（通院可能な地域、浴室付きなど）を満たした住居を住宅扶助基準の範囲内で確保するのが困難なため、退院が出来ない

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

状況にもあった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

< 巣立ち会の支援を受け入れる >

入院から 8 ヶ月後、巣立ち会の退院促進事業の紹介を受けた本人はインテークを受けた。住居提供の条件としてあげられた作業所への体験通所について本人は「作業所で体を慣らしてから一般就労しよう」と、抵抗なく受け入れた。

体験通所開始直後は、作業は何でもそつなくこなすものの、他人の様子を窺っているような様子で、感情表出もなく、他人から話しかけられると小さくうなづく程度といった状態であった。本人は、作業がつまらなく、内職も「簡単すぎて、自分はこんなことをやるようになったのか…と辛かった」と振り返っている。それでもとにかく退院するためにと頑張って通所し、徐々に場にはなじんでくる。その後、病院スタッフと巣立ち会スタッフとの話し合いで、これまでの入退院のパターンを踏まえ、グループホームへの入居を本人に提案する。本人としては、夕食会への参加や世話人の居室訪問などルールや束縛のあるグループホームへの入居には不本意な思いがあったものの、「これが（退院の）最後のチャンス」との思いから入居を承諾した。その後、一時は作業所を無断欠勤することもあったが、面接を重ねる中で作業所への通所を継続。夕食会への体験参加、体験外泊、必要な生活用品をそろえるなどの支援を受けて、作業所への体験通所開始から 6 カ月半後、グループホームに退院する。

(2) 退院後、現在まで

< 退院を喜んだのも束の間… >

「プライバシーと自由を取り戻した」と退院を心から喜んだ本人は、意欲的に週 4 日の通所を行った。退院後急激に表情もよくなり、発言も増えたのを見て、支援者は別人かと思うほど驚くとともに、喜びを感じた。作業所や週 2 回の夕食会で他のメンバーから声をかけられることも増えていった。本人は、世話人、病院のケースワーカー、訪問看護の定期的な居室訪問も渋々受け入れながら生活していたが、退院後 1 ヶ月過ぎ頃から不眠を訴え、生活リズムの崩れからひきこもりがちになった。そのため、主治医、訪問看護師、病院のケースワーカー、グループホーム世話人、作業所スタッフが集まり、本人も交えてカンファレンスを行う。話し合いの中で本人の意欲減退や自殺念慮も認められたため処方変更がされ、通所や夕食会参加の促しや本人との話し合いを継続していくことで一時は改善が見られる。しかし再び生活リズムが崩れ、改善の意欲もなくなり通院もままならなくなったため、その後も本人と関係者を交えたカンファレンスを 2～3 カ月毎に行い、その都度現状と本人の意思、今後の方針を皆で共有し

ていく。本人は「(今の生活を続けて)がんばってみたい」と話し、支援者は「このままでは入退院を繰り返していた以前のパターンになってしまう！何とかここを乗り越えてもらいたい！」との思いで支援を続けた。しかし、生活リズムはその後さらに崩れていった。

＜一度手を引き、本人の選択を迫る＞

作業所スタッフが毎日のように本人に電話をかけ、また通勤途中に本人宅に寄ってインターホンを鳴らして寝ている本人を起こして通所を促し、世話人やグループホームのメンバーが部屋まで呼びに行き、ようやく夕食会に参加、世話人や病院のケースワーカー、作業所スタッフなどが部屋まで迎えに行き、ようやく通院ができる、といった状態となった。

さらには電話やインターホンにも応答しないことが増え、通所も月に数回のみしかできなくなっていった。通院もできないためやむなく訪問看護師が薬を届けたり、世話人が頻りに合鍵で居室に入って安否確認を行い夕食会への参加を促したりといった対応をせざるを得ない状況になったため、巢立ち会で事例検討会を開き、病院のケースワーカー、訪問看護師らとカンファレンスを行った。その結果、これ以上「過剰な支援」をやめ、本人が自力でどこまで生活していけるか様子を見よう、本人が本当に困るところまで待ち、命の危険につながるような状況に陥った場合には入院として、それまでは腹をくくって様子を見よう、との方針となる。後日、病院にて本人や主治医も交えたカンファレンスを行い、その旨の確認を行う(退院10ヶ月後)。

その後、本人は作業所にはほとんど顔を出さず、世話人の呼びかけにも応じず、合鍵を使った安否確認が頻りに必要とされる状況が続く。世話人は、電話しても訪問しても全く応答がなく、本人の姿を見かけた人が誰もいないという日が何日も続いた時の不安な気持ち、本人が部屋で死んでいるかもしれないということも予期しながら合鍵を使って緊張して部屋に入った時の、真っ暗な部屋の異様な雰囲気と極度の恐怖感もう二度と経験したくない！…といった辛い思いに耐えながら、ギリギリのラインで本人を支えつつ、見守っていった。同じ思いを過去に経験してきた病院のケースワーカーは親身になって世話人の相談に乗った。関係者の間でこまめに連絡を取り合い、安否確認の立ち入りの際には近くのグループホームの世話人も同行するなど、「ひとりぼっちの支援にさせない体制」もそれを支え続けた。

本人はその後、スタッフやメンバーからの働きかけを無視することも多くなるなど、巢立ち会の支援を受け入れない状態となっていたため、あらためて本人・病院関係者・世話人・作業所スタッフ・生活保護ケースワーカーでカンファレンスを開き、本人に今後どうしていきたいのかと選択を迫る。本人は言葉で意思表示できる状態ではなかったが、主治医より生活をやり直すため一度入院してあらためて体験通所から始める

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

ことを提案し、本人も同意したため、翌週から 8 度目の入院をすることとなる。退院から 1 年 1 ヶ月後、関係者によるあらゆる支援を積み重ね、ギリギリの線まで待った上で、本人は目的を持った入院を行うこととなった。

<目的を持った入院で見違える>

入院後まもなく週 3 日の体験通所を開始し、本人は不眠や処方調整の影響に苦しみつつも毎日休まず通所した。丁度その頃作業所に導入された内職作業との相性もよかったのかもしれない。皆が苦戦する難易度の高い作業を、几帳面さと集中力を持って完璧にこなし、寸暇を惜しんで熱心に働くことで、皆から頼りにされるようになっていった。また「病院は嫌」と、作業終了後も病院に戻ろうとせず作業所に残って過ごしたり、若いメンバーのグループで公園に行き語り合ったりして、交流を深めていった。それぞれに葛藤を抱えながら自分自身と向き合おうとしている「自分のことを話し合える仲間」との交流が彼を支えていくようになった。また安定した通所を続ける中で、作業所における存在感も増し、メンバーとの会話も徐々に増えていった。新たに導入した新薬(エビリファイ)の効果も感じられるようになり、入院から約 2 ヶ月後、カンファレンスを経て退院となる。

<新たな一歩を踏み出す>

本人は退院の当日、早速作業所に通所し、メンバーミーティングで照れながらも「ひきこもりが治ったので退院します。これからはひきこもらないように毎日通所して仕事します」とメンバーの前で宣言、皆から大きな拍手で祝われた。退院後は、眠剤を飲まなくなると起きるのが辛くなりながらも、作業への責任感やひきこもり生活に戻ってしまうことへの恐れから、何とか通所を継続した。休憩も取らずに作業を続け、残業までしようとするほど精力的に、また全体の流れを見て動きながら作業を行い、スタッフ顔負けの責任感と確実性を持って作業に取り組んだ。本人の仕事に対する姿勢を見て、スタッフは一般就労を勧めて行きたいと感じていた。

<衝動行為の出現と対処>

一方で、本人は退院から 1 ヶ月の間に 2 度、作業所にて衝動行為(急に怒り出し机を蹴って壊す、ものを投げつけて食器を割るなどの行動化)を起こした。その都度すぐに緊急メンバーミーティングや面接を行い、本人と話し合った。行為はいずれも人にケガをさせるような可能性は避けた形で起こされており、本人の気持ちも理解はできるものであったが、理由はどうあれ衝動行為を繰り返すようでは作業所に通ってもらえなくなることを伝えた。一方、衝動行為出現の背景として薬の影響を疑い、関係者とも連絡を取りあい、臨時受診をして本人から主治医に事情を説明し処方調整を行ってもら

うよう働きかけた。主治医はその都度処方調整を調整していった。

その後も本人は遅刻したり、電話で促されたりはしながらも毎日通所を続けた。再入院前とは異なり、本人が通所していないとメンバーの誰からともなく「Oさんどうした?」「来てないね」と声が上がり、メンバーが自分の携帯電話から通所を促す電話をかけてくれたり、昼からではあってもメンバーミーティングに間に合わせようと汗だくで自転車を飛ばして作業所に向けつけた彼を皆が拍手で迎え入れたり…と、メンバー皆が必死にがんばっている彼のことを応援しているのが伝わってきた。

またこれまで入院中も含め繰り返されてきた衝動行為にもつながる「イライラ感」について、これまで物に当たったり、深酒して紛らわせたりするような対処法しか持たなかったO氏は、徐々に担当の訪問看護師には相談をすることができるようになっていった。「ウン」とか「イヤ」といった以上の意思表示すらままならなかった本人が「人に相談できるようになる」というのは極めて大きな変化であり、病院関係者も驚いていた。本人も「相談できる人ができたことはよかったと思う」と振り返っている。様々な看護師が交代で訪問するそれまでの体制から、新しく設置された地域支援担当の部署に配置された専任の看護師が固定で対応し、常時相談を受け付け、緊急時には訪問もしてくれる体制となったこと、さらに同性で「趣味も合う」とO氏がニヤッと笑う、話しやすい看護師のキャラクターも本人の心を開かせる一因になったものと思われる。

さらに病院スタッフ・世話人・作業所スタッフが情報を共有しながら本人とその都度話し合い、支援を行うことで、O氏は徐々に自分の気持ちを伝えられる相手を増やしていった。「イライラ」の原因についても、言語化し、対処方法や本人の求める支援などについて一緒に考えていくことができるようになった。退院から約2ヵ月後、本人・世話人・作業所スタッフで話し合いを持ち、「グループホームを出てアパート生活をする。福祉予算に依存する身から貢献する身になる(一般就労)」という本人の目標に向け、協力して課題に取り組んでいくことを確認した。その後O氏は熱心に通所を続け、翌月には週末の外部での販売活動への参加も含め、ひと月に26日通所という記録もつくるほどになる。

しかし話し合いから1ヶ月後、処方調整もしながら生活リズムの崩れと戦っている中、彼はグループホームの夕食会にて再度衝動行為(飲み物などを手で払いのけ、テーブルをひっくり返す)を起こし、そのまま部屋に引きこもった。自分の起こしてしまったことにひどく落ち込み、意欲を失いかけそうになっていたO氏とスタッフは向き合い、自分を大切に、諦めずにやっていくことを確認した。

本人は現在もなお、落ち込みとひきこもりがちな症状、怒りと衝動行為を恐れる気持ち、切望と不安など、葛藤する様々な気持ちと戦いながら、それぞれの支援者からの続けたサポートを受け、また「一般就労した後も関係は持ち続けたい」と思える大切な居場所となった作業所の仲間にも支えられつつ、地域での生活を継続している。

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

困難と闘いながらも、毎日仲間と公園で語り、スタッフとも笑顔で話すようになった O 氏は、出張講演に参加し学生の前で自らの体験談を話すなど、新たな経験へのチャレンジも始めている。

④ 考察

これまで本人に対し、主治医、訪問看護師、病院のケースワーカー、生活保護の担当ケースワーカー、グループホームの世話人、作業所スタッフなど、多くの支援者がそれぞれの専門性を尽くし、時には業務の範疇を超えた支援をも厭わず支援を行ってきた。自分なりのスタイルと優れた能力を持ち、人一倍努力家でありながら自分一人の力だけで生きていくのは難しい、繊細な心と心根の優しさ、どこかつかみどころのないミステリアスな魅力を持つ彼は、多くのスタッフの心をつかみ、その支援の力を引き出してきた。また作業所の仲間やボランティアなど、多くの人々の力も得ながら、彼は自分ひとりの力では解決困難であった病気に基づく困難を乗り越え、劇的に自分の人生を変えてくることができたと考える。

言語表出もなく本音や希望の見えなかった本人に対して、過去に餓死寸前になったという経験もあり、支援者はどこまで本人の意思に任せてしまって良いのか判断が難しく、時に「支援者の不安に基づいた援助」がなされてきたという面も否定は出来ないであろう。しかし様々な支援者が連携して提供する支援をさんざんし尽くしても効果がないことを確認した上で一度は手を引き、本人の意思を明確にした上で「目的を持った入院」を行うことによって、初めて本人と支援者との歯車がかみ合ったといえる。これまで繰り返されてきた「やむをえない再入院」とは異なり、本人・支援者で課題と目的を共有した上での積極的な「入院」の活用は、本人にとって非常に前向きな意義を持つ結果となった。

O 氏の変化の背景には、薬の影響をはじめ、様々な要因の存在が考えられるが、本人が自ら帰属感を持てる「居場所」を得られたこと、そしてコミュニケーション能力を高められたことの意義は見逃すことが出来ないものと思われる。作業所では、O 氏が関心を持つ「仕事」や「レクリエーション」などを媒介としながら、本人の力を引き出すとともに、本人とのコミュニケーションを深められるよう働きかけをしてきた。また、O 氏の持つ課題を作業所全体で共有したり、本人に対する支援にメンバーを巻き込むことなどにより、他のメンバーとの関係も築いていくことができるよう意識的にアプローチしてきた。彼は支援者の存在に加え、「仲間」のいる「居場所」を得ることによって、様々な葛藤や困難を抱えながらも、希望を失わずに頑張り続けてくることができたように思われる。またコミュニケーション能力を高めることにより、自らの思いや課題を支援者をはじめ、仲間やボランティアなど数多くの人と共有し、より多くの人と力を引き出し合いながら、自らの望む生活に少しずつ近づいてくることができた。

グループホームへの入居は彼にとっては不本意なことであり、作業所の提供する作業も彼の能力やニーズと必ずしもマッチしていたとはいえない。しかし多くの支援者を巻き込み、状況や判断、時に不安や悩みなどの感情をも共有しながら様々な支援の試みを行ってくることで、支援は本人の意思を明確にしつつ「前に進んで」くることができた。

今後 O 氏が本当に望む生活を実現していくために、本人をどうとらえ、どんな支援を提供していったらよいのか、定石はいまだ見つかったとは言えない。しかし、このように試行錯誤を繰り返してもうまくいかないことがあり根気強い関わりを必要とするケースの場合、多くの人が本人の希望や課題を共有し、力を引き出しあい苦労を分かち合いながら支援をしていくことが、燃え尽きず、諦めない支援を続けていく上で重要であるように思われる。

[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く
キーワード【アスペルガー障害、退院・就労への強い意欲、周囲の見守り】

S・K 氏、29 歳、男性

診断名：人格障害、のちにアスペルガー障害に変更

入院歴：入院回数 1 回、総入院期間 3 年 6 ヶ月

経済状況：障害年金 2 級、貯金（遺産）

① 経歴

昭和 53 年、東京都にて同胞 2 名の第 2 子として生まれる。小学生の頃は多動児と言われ、いじめにあっていた。高校生の頃から家にこもりがちとなる。その頃、友人に勧められて、週 3 回のファーストフード店でのアルバイトを半年間続けた。

その後、大学に入学したものの中退し、不安定になり、19 歳の時、家庭内暴力のため、A 病院に入院となった。

本人の入院中に両親が死亡し、退院後単身生活をするためには支援が必要とのことで、巣立ち会を紹介された。1 年間の体験通所を経て、23 歳でアパートに退院。以後も約 5 年間作業所に通所し、アルバイト就労も経験した後、退所している。

現在は姉夫婦が近隣に住み、本人を支えている。

② 退院が難しかった理由

両親が入院中に死亡しており、姉もすでに結婚して遠方に住んでいた。そのため退院後は単身生活するしかなかったが、病院としては「日常生活へのこだわりが強く、社交性も乏しい」とみなしていたため、対人関係等の社会性の獲得と生活訓練に時間をかけざるを得ないと考えていた。

本人も退院したいという意思は強かったが、自分自身に社会生活の経験がほとんどないため、単身生活には不安を持っていた。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

< 体験通所前期（体験通所開始～アパート契約まで、約半年間） >

平成 13 年（22 歳）の春に、病院のケースワーカーと巣立ち会の作業所を見学した。「デイケアと同じことをやっている場所」と説明されたので来たとのことだったが、デイケアより楽しいと言い（本人はデイケアのメンバーを「遊ぶことしか考えていない奴らで、付き合いたくない」と言っていた）、翌週から体験通所を開始する。

しかし、直後より様々な「こだわり」(本人の言葉では「マイプラン」)が出て、その度に周囲とトラブルになる。

(例 1、生活行動へのこだわり)

朝起きられず、加えて身だしなみや排便といったひとつひとつの事柄にこだわりがあり、結果として時間がかかる(普通の入浴で1時間、洗髪を加えると2時間かかる)ため、作業所に到着するのが15時近くになってしまう。そのため病棟スタッフに、定時に出発できるように本人に声をかけてもらうように依頼した。

13時に安定して来られるようになるのに半年以上かかる。その後、毎日粘り強く朝に起きるための努力を促すと、本人もその必要性を感じて努力を続け、通所開始から1年経った頃には、月に半分は午前から来られるようになる。

(例 2、音楽へのこだわり)

「作業中のBGMに自分の好きなハードロックをかけたい」と言い、ボリュームを下げようとしたメンバーを怒鳴ったり、逆に演歌やクラシック等は「こんな曲は聴きたくない」と主張したりして、スタッフが説明してもなかなか理解できず、何度も周囲とトラブルになった(アスペルガー障害の特徴である「他人への置き換えができない」ということが、本人の納得できない要因だったようである)。

また、「病院を出る前に必ずこの曲を聞いて気合を入れないと出発できない」といつて遅刻するということがあった。

(例 3、虚勢を張る)

他人に何か不満があった時に、「ボコボコにしてやりたい」「蹴りを入れようと思いましたが」などといった表現をし、行動化はしないもののすぐに怒鳴ったりにらみつけたりするため、周囲のメンバーから白い目で見られてしまう。こうした「不良へのあこがれ」のような態度や言葉遣いも、対人トラブルの大きな要因となった。

(例 4、年齢へのこだわり)

通所開始時から「他のメンバーには25歳と伝えて下さい」とスタッフに頼むなど、自分を子供に見られたくないという意識があった一方で、「30歳までに正社員として働けなければ、自分は一生役に立たない人間ということなので死ぬしかない」といった極端な思い込みがあり、実際に他のメンバーを「働くこともできない奴ら」と表現することもあった。

本人の通所開始からしばらくの間は、本人を巡ってこれまで作業所にはなかったようなトラブルが多発し、本人と話をしても「通じない」ような状況で繰り返すトラブルが起るため、職員の側にも疲労感が広がっていた。従来統合失調症主体のメンバーとは違った対応方法が必要なのではないかとの問題意識があり、アスペルガー障害についての文献を読んだりするなど、学習をしながらの試行錯誤を続けていた。

並行して病院のケースワーカーが退院先のアパート探しを継続するが、なかなか物

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

件が見つからず、あっても距離が遠かったり本人が気に入らなかつたりして不調に終わる。ようやく秋に（通所開始から半年後）物件が見つかり、契約をして退院準備を開始する。本人は、「退院したら作業所を辞めて就労する」という強く主張していた。しかし、そのためにはもう少し準備が必要だと説明し、退院後もしばらく作業所への通所や夕食会への参加など、巢立ち会の支援を継続して受けていくことを勧め、徐々に本人もそれに同意するようになった。

<体験通所後期（アパート契約～退院まで、約半年間）>

この頃から作業所では、週に1回の「定期面接」を開始した。

定期面接では、本人の「退院して、将来的には就労したい」という強い希望をストレングスと捉えて着目することにした。具体的には、日々のできごとを本人にノートに書いてもらい、それを見ながら本人と振り返りをおこなった。本人の話聞いて気持ちを受容した上で、生活リズムやこだわり、仕事への姿勢などについての課題に対して自己評価してもらい、〇×方式で目に見えるように、なおかつ経過が本人にも支援者にも（作業所の職員だけでなく主治医や家族も共有して）わかりやすい形で記録することを続けていった。

例えば上述の「音楽へのこだわり」に対して、「社会では自分の希望だけを通すことはできない。就職を考えているのならば、相手の要望も聞くようにしていくように」と伝えたり、言動についても「将来アルバイト先でキレて怒鳴ったりしたら、すぐクビになってしまう」「わからないことは勝手にやってしまうのではなく、周囲に聞いて指示を仰いだ方がいい」「時には新しい仕事にチャレンジしていくことも大切だ」という形で、就労にからめて具体的に目標を繰り返し伝えることで、自らが問題を理解して、意欲的に行動の修正に取り組むことを促していった。その結果、対人トラブルはわずかずつながらも減っていった。また、作業所での人間関係でも、本人が「先輩」と一目おくメンバーができていった。自分にはない就労経験を持つメンバーの意見には、きちんと耳を傾けるようになり、「Aさん（作業所のリーダー格の男性）のような大人になりたい」という発言が出るなど、スタッフとの一対一の関係性だけでは成り立たない「グループの力」や「ロールモデル」から学ぶところも多かったようであった。作業所のメンバーには年配者も多く、変化していく本人の態度を暖かく見守ってくれるような寛大さがあり、時折「最近頑張っているね」と本人を励ましてくれたり、社会人としての心構えなどをアドバイスしてくれたりもした。

体験通所の中で本人はこれまで望んでも得られなかった社会経験を得ることができ、同時にそれがスムーズな地域生活への移行にもつながっていった。それ以外にも、この期間中に次のような本人のストレングスや環境を確認することができた。

・金銭管理や掃除、洗濯は、一つ一つにこだわりがあるため時間がかかるものの、体

験外泊中から問題なくこなせていた。

- ・職員によるアパート訪問や夕食会、ナイトケアを利用することなど、職員やサービスへの抵抗感もなく、特に主治医に対しては絶対的な信頼感を持っていた。
- ・姉も大変協力的で、時には厳しい表現ながら本人を励まし続け、連携もスムーズに進んだ。

そのような中で、通所開始から1年、アパート契約から5ヶ月経った翌春、近隣のアパートに退院することができた。

(2)退院後、現在まで

退院後 3ヶ月ほど経つと、一時的に生活リズムが崩れてきて、午後からの通所が増えてくる。9時半のミーティング開始時間までに来られたらカレンダーに○をして、できなかった日には×をつけるという形で、「開始時間までに出勤」という課題に対して目に見える形でのわかりやすいフィードバックを続ける。それが功を奏したのか、次第にリズムが整っていった。

こだわりについては、上述の通りメンバーとのトラブルは次第に減っていくが、代わりに今度は職員の一挙手一投足に過敏に反応するようになり、時には若い職員に比べてかかるような態度を見せるようなこともあった。その度に面接をして気持ちを聞き、対人関係についてどのように対処していくとよいか話し合いを行った。

通所開始から3年を経た平成16年の春(本人25歳)、念願の就職活動に対して、主治医の許可が出た。そこで、担当職員との半年間の就労準備訓練を行った。「時間を守れたか」「荒っぽい言動はなかったか」「あいさつはできたか」といったことを日々の行動のチェックリストとして設定し、本人と共に振り返りを行った。こだわりがあった長髪も、「就労のためなら」とばっさりと切ったあたりに、本人の決意が表れていた。

そのような準備を経て、秋からハローワークに行き、実際に面接を何度か受けた結果、年末にファミリーレストランの開店前清掃のアルバイトに採用が決まった。

仕事ぶりについては、店長の評価も「時間はかかるが仕事が丁寧」と好意的であった。実際、お客様からトイレがきれいだと投書もあったようである。しかし、2時間の仕事を終えるのに倍以上の時間かかる(給料は2時間分)ため、障害者職業センターに依頼してジョブコーチに入ってもらい、作業の時間短縮を図った。しかし本人の一つ一つの工程へのこだわりもあり、あまり改善は見られなかった。ただ、本人は気にすることなく、「年下のアルバイトの人にも、自分の障害を自然に理解してもらえた」と笑顔で報告してくれたこともあった。姉も時折自宅の夕食に本人を呼んだりして、サラリーマンの義兄からも仕事のアドバイスをもらっていたようであった。

1年間勤務したところで、次第に生活リズムが崩れてしまい、職場に行けなくなる。主治医への同行受診も行ったが、これといった原因も見当たらなかったため主治医も

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

対応ができず、職員がモーニングコールをするなどの対応も行ったものの、電話を切った後再度ベッドに戻ってしまったりして、効果が見られなかった。本人の意向で平成 18 年 2 月に退職し(在職期間 1 年 2 ヶ月)、再び作業所に戻る。

作業所への通所を再開した後しばらくは、他のメンバーを下に見るような言動が目立ったが、その都度声をかけていくことで、次第に落ち着いていった。その後、本人から「将来は事務職に就きたいので、パソコンを覚えたい」との希望があったため、積極的に情報提供を行う。その中で本人が特に希望した障害者委託訓練には、職員も面接に同行し、合格することができた。作業所に在籍しながら 3 ヶ月間、都心まで通ってパソコンの訓練等を受けて、大変勉強になったとのことだった。

その後、平成 19 年 4 月より巣立ち会の作業所は障害者自立支援法上の事業所に移行することになった。それに伴い発生することになった利用料を支払うことがネックとなって、本人は作業所を退所し、現在は病院のデイケアに通っている。作業所には少なかった同世代のメンバーがデイケアには多いとのこと、元気そうにやっている。生活にも幅が出てきたようで、以前のような悲観的な将来像も聞かれなくなった。1 年間の就労体験による自信も、気持ちの余裕につながっているようである。本人は巣立ち会の作業所のことを、何か困ったことがあったらいつでも戻れる場所として考えているようで、たとえ失敗してもやり直しができると感じているようである。将来的には市内の障害者就労支援センターに登録し、就労したいとも話している。

④ 考察

紹介当初の本人を極端に言えば「自己中心的で自分に都合の良い言い訳ばかりするこだわりの強い人」であった。もちろんそれがこの障害の特徴であることは、今でこそ理解されているが、当初は別の診断名がついていたのに加え、当時(7年前)はアスペルガー障害自体があまり知られておらず、連携・相談先も見つけることができなかった。

こうした状況に対して、我々は発生した問題や課題に振り回されながら試行錯誤を続けながら対応自体を工夫して変化させていき、結果的にアスペルガー障害を実地に学んでいったともいえる。そうした職員の苦闘に加えて家族の支援や周囲のメンバーの温かい対応、そして何よりも本人の「何が何でも退院したい、就職したい」という強い気持ち、このような成功を導いたと考えられる。

現在の K 氏は、生活障害は残っているものの、人生に希望を持っている年齢相応の「青年」となっている。人は誰でも成長できるというのはピアカウンセリングの原則でもあるが、これほど大きな成長をした姿を見ることができるのは、支援者としては大きな喜びである。今後の K 氏がさらに成長して、社会参加を深めていくことを楽しみにしているところである。

4. それでも課題は残されています…。

- [事例 12]**グループホームから距離を置く方がうまくいくケース …… 91
周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏
キーワード【グループホーム入居、作業所通所の条件、一人暮らしの実現、飛び降り、グループホーム退居、ルールのある場所、病院の反対】
- [事例 13]**現在の支援体制での限界を感じさせられたケース …… 96
I 氏の安心できる支援体制を求めて
キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADL の自立】
- [事例 14]**退院後の自殺ケース …… 100
3 年越しの再チャレンジで退院！地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】

[事例 12]グループホームから距離を置く方がうまくいくケース

周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏

キーワード【グループホーム入居・作業所通所の条件・一人暮らしの実現・飛び降り・グループホーム退居・ルールのある場所・病院の反対】

E・A 氏、35 歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 6 回 総入院期間 3 年 4 ヶ月

経済状況：障害厚生年金 3 級、生活保護

①経歴

昭和 47 年、東京都にて出生。父は不明、母は A 氏と同じ統合失調症で現在都内のグループホームに入居している。出生後は乳児院にて育つ。4～5 歳で児童養護施設入所。その後里親制度を利用するも虐待を受け 1 年ほどで帰園。再度里親制度を利用しようとするも相性が合わずうまくいかなかった。中学校時代から本人の母親的存在となっている I 氏という方がおり、その方が現在でも保証人となって関わっている。本人が唯一頼れ、頭の上がない存在でもある。

高校卒業後は私立大学 2 部に進学、昼間働きながら学生生活を送った。在学中にお金を貯めて単身生活を始め、6 年かけて卒業した。この頃に S 氏と知り合う。A 氏は「おじさん」と呼んで父親のように慕い、毎週のように S 氏に会いに出かけていた。

大学卒業後老人ホームに就職するが数週間で退職、その後は職を転々とした。25 歳のころ勤務先の男性と不倫関係となり、関係が泥沼化するに従いストレスをためるようになる。この頃より幻覚妄想が出てきた。

27 歳時、A 病院に措置入院となるが、3 ヶ月後に退院した後も同じ男性との関係は続き、籍を置いた作業所にも殆ど通所しなかった。通院、服薬も中断し、28 歳 2 度目の入院(1 年 6 ヶ月)を経て、B センターへ転院。30 歳で援護寮へ入所した。当初は宗教がらみの妄想があったものの次第に落ち着き、ここで服薬の学習や自立生活に向けての練習を行った。また週 2 日、別の作業所へ通所開始している。

援護寮退所時、アパート生活にはまだ自信がもてず、グループホームへの入居を希望。作業所の通所も途絶えがちであり、日中も自室で眠ってしまうことが多く、生活のリズムが崩れがちであるという不安を抱えてであったが、31 歳時に巣立ち会のグループホームへ入居となった。(ここから巣立ち会との関わりが始まる。)同時に通院先を C 病院へ変更。作業所もグループホームから通いやすい巣立ち会の作業所に変更し通所を開始した。

作業所では当初順調な通所を続けたが、次第に通所回数が減ってきた。それでも明るい性格の A 氏は友人も多く、通所日は少ないながらも他のメンバーからも好感を

持たれていた。通所が減ってきた理由の中に「他のメンバーと同じように見られたくない」という気持ちもあったと、後に A 氏は言っている。作業所以外でも交友関係は広く、作業所に通わなくとも遊ぶ友達もおり、自由に生活をしたいようであった。

親代わりとなっていた I 氏は、日々の生活で見守る人がいないと心配とのことで、グループホームでの生活を応援していた。しかし、グループホーム入居の条件が作業所通所であったため、「グループホームにいるためには作業所に通わなければならないが通えない」というジレンマを A 氏は感じているようだった。こうした生活を続ける中で、「作業所を変わりたい」「以前入院した病院に再度入院したい」と様々な希望を出し、実際に以前入院した病院へ電話を入れたりした。A 氏なりに今の環境を変えたいと思っているようだったが、一方で安定した生活が長続きしないことを嘆く I 氏に遠慮しているようでもあった。

作業所通所ができなくなってきた頃、S 氏の紹介で以前暮らしていた場所近くにアパートの空室が出るという話が出た。A 氏は「ぜひこの部屋に入居したい」という希望を持つようになる。しかし一方で I 氏や主治医の反対を予測し悩む日々が続いた。両者とも、危なげな A 氏の生活リズムが崩れること、生活の乱れなどを危惧していた。一人暮らしを実現するために、主治医が出した条件は「3ヶ月作業所に通う」ということだった。支援側としては、作業所通所や夕食会への参加などきまりのある今のグループホームでの生活を続けるよりも、一般アパートでの生活の方が A 氏はのびのびと過ごせるのではないかという思いが強まり、「一般アパートでの生活を希望するなら応援する」と A 氏に伝え、認めてもらうためにも主治医の条件をクリアできるよう共に頑張ろうと伝えた。しかし作業所には通所できず、グループホームの夕食会を休んでは友人宅に泊まるという状況が続いていた。

グループホーム入居から1年9ヶ月後(33歳)、深夜グループホームの3階から飛び降り C 病院へ緊急入院となった。足の骨折はあったが一命は取りとめた。この時のことを A 氏はほとんど覚えておらず、スタッフはアパート生活を希望する一方で主治医の条件をクリアできずにいることで A 氏が行き詰まってしまったのではないかと受け止めた。その後、脚のリハビリも兼ねて D 病院に転院。入院が6ヶ月を過ぎたため途中でグループホームは退居となった(入居期間は2年2ヶ月)。その後回復し、入院期間1年を経て退院。以前入居していたグループホームの近くにアパートを借りて生活し始めてから、1年10ヶ月が過ぎようとしている。

② 退院ができなかった・難しかった理由

本人は一人暮らしがしたいとのことだった。しかし周りから反対されているので難しいと思っている様子だった。

受け入れ側の巣立ち会としても、入院前の状況からして、グループホームに戻るこ

とはまたルールのある場所で生活しなければならないことを意味しており、A 氏には不向きであることは明らかだと考えていた。I 氏も「以前から規則正しい生活を送るのが苦手。作業所も初めは楽しく通所できるが慣れると飽きて、何か理由をつけては通わなくなるというパターンである。作業所を変えても同じ」と言っている。周囲の意見に従って行動しても、結局続かなくなってしまう。ルールのある場所に戻れば、また同じように行き詰ってしまうことが十分に考えられた。また社交的で友人も多く、自ら困ったときに支援者に相談する力が充分あるため、必ずしも作業所への通所が A 氏に必要なこととは思えなかった。したがって、アパートへ退院することが最適と考えていた。

しかし D 病院の主治医は、支援者が近くに居て、規則正しい生活を送るためにも退院する場所としてグループホームが最適であり、アパート生活はさせられないとの見解だった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

D 病院に入院し、6 ヶ月が過ぎたためグループホームは退居となった。退居となることに関して D 病院は「A 氏の受け入れ先がなくなる」とかなり難色を示したが、退居となっても退院の支援は続けることを説明し理解を求めた。実際今までの経過を説明し、グループホームでの生活がその入居条件やルールなどによって本人を縛り付けてしまう可能性のあること、本人の希望する生活は規則正しい模範的な生活ではなく自由な楽しい生活であり、そうした A 氏が地域で明るく生活するための支援をしたいと協力を求めた。それには入院前に A 氏が目指していたアパートでの一人暮らしを支援する必要があった。退居時は生活保護担当者の全面協力のもと、外出した A 氏と共に部屋の掃除を行い、家財道具の倉庫保管などの手配をとった。A 氏も倉庫に荷物を残しておけることで「次の退院も安心」と、将来に希望を持たたようであった。D 病院のケースワーカー、主治医、生活保護の担当、I 氏には退院後はアパート生活ができるように少しずつ働きかけていった。

退居から3ヵ月後、足のリハビリもほぼ終わり退院が可能になった。I 氏は既に一般アパートへ退院する場合、保証人になってくれることを了承してくれており、生活保護の担当者、D 病院のケースワーカーにも事情を理解してもらえたためカンファレンスに参加し、以前入居していたグループホーム近くでアパートを探し、そこへの退院を支援していくことで D 病院の主治医を説得することができた。退院後の通院先は以前の通院先であった C 病院と決まった。

今までの経過からみても、A 氏はその明るく屈託の無い性格から積極的に支援者に支援を求めることに非常に優れていた。自分の支援をしてくれる人に働きかけができることで、地域でのサポートは可能と判断した。

住居探しにはA氏に同行して不動産屋さんを回り、足の痛みが残っていたため1階の物件を探した。I氏へ保証人の書類を依頼し、契約にも同行した。こうして約1年の入院後、晴れてアパート生活を始めた。当時の交際相手も部屋の片付けなどを手伝ってくれていたが、ガスや電気の開通、電話の再開の手続きや引越しの荷物整理など不安なので手伝ってほしいと希望があった時には、一通り落ち着くまで手伝った。

(2)退院後、現在まで

退院後、グループホーム入居時に登録していた巣立ち会の作業所に通いたいとの申し出があった。退院時、主治医からは退院の条件として作業所に通うことと言われていたが、数回作業所に顔を出したものの通所は継続していない。時折ひょっこり顔を出し「薬が合わない」「休日に暇で困っている」「話し相手がいない」など相談があった。話をし出すと「D病院へ入院していた頃に面会に来てくれましたね、懐かしい」など話が横道に外れる。必ず帰り際には「行くところがなくなったら、またここに来てもいいですか」「困った事があったら相談に来てもいいですか」と確認がある。来たいと思ったら来ていいし相談にも乗るが、事前に連絡を入れるといった最低限のルールは守ってもらいたいと伝えていった。退院後しばらくして家事援助のためホームヘルパーに入ってもらうようになったようである。通院も滞りなくしていたようで、一度具合を悪くして自分からC病院に短期で入院したようである。

その後「別の作業所に通いたいが、そちらの作業所に移ったら、もう相談を聞いてくれなくなりますか？」という電話が何回か入っている。

見捨てられるのではないかと心配になったとA氏。相談する場所がなかったら相談に乗ることを伝えていった。新しい作業所へ体験を始めた時、その後正式登録になった時にも報告と上記同様の確認の連絡があった。その後も「今の作業所のスタッフに相談しづらい」と相談があり、その作業所のスタッフとの橋渡しをしたりした。

単身アパート生活を始めてしばらく経った頃から「一人で夕食を食べるのは淋しい」と、以前入居していたグループホームの夕食会に参加するようになった。参加する際には、最低限のルール(自分の食器は自分で片付ける、分担された当番は行うなど)のみ守ってもらう約束をしているが、参加するかどうかは自由である。グループホーム入居中は休みの多かった夕食会に、今では週2回必ず参加している。他の参加者と雑談をしたり、トランプをしたりして楽しく過ごしている。雑談の中では、暇な時の過ごし方や薬について不安な事をさりげなく相談することもある。

グループホーム退居後もフォローをするという姿勢で支援を続けた。退院後1年は頻繁に、グループホーム入居当時の世話人に連絡があり相談にも乗っていたが、次第に相談の回数は減り、現在では時々連絡や報告が入る程度である。困った事があると何かと支援してくれる人を見つける力があり、交友関係も広い。通院、服薬も続け

つつ、ルールに縛られることなく自由に生活を楽しんでいるようである。今後も A 氏が必要とすればフォローは続けていくが、その時々で A 氏が必要とするサービスを選んで自由に生活してもらえると良いと思う。

④考察

支援のあり方、グループホームのあり方を考えさせられたケースである。その人らしい生活の支援をすべきであるのに「正しい生活」に周囲がとらわれすぎたのではないかと考える。人々はグループホームに何を求めているのか？このケースの場合、近くで寄り添う支援より、「困った時の駆け込み寺」的な存在が必要で、逆にそれさえあれば単身で生活を送ることがもっと早くできたと思われる。

支援者は熱心に支援しようとするほど管理的になりがちである。グループホームから飛び降りた時にはそこから逃れようとする A 氏の叫びが聞こえた気がした。様々なぶつかりを経てそれに支援者が気付く、本当に本人にとって必要な支援に焦点を当てた時、病院や関係者の反対にあった。しかし「自由なアパート生活を支援する」という姿勢を貫き、引越しまで見届けたことで周囲の理解を得ることができた。地域生活をするのに必要なものは個々によって違うはずである。常識的な生活が支援者にとって「良い」ものでも、本人にとって良い生活とは限らない、ということを考えさせられた。

地域で単身生活を送りながら、どこにも所属せず、しかし必要な時には助けを求めたい当事者を誰が、どう支えていくのが今後の課題である。

[事例 13]現在の支援体制での限界を感じさせられたケース

I氏の安心できる支援体制を求めて

キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADLの自立】

N・I氏、49歳、女性

診断名：統合失調症、精神発達遅滞（疑）

入院歴：入院回数2回、総入院期間3年4ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

昭和33年、東京都内にて出生し、小学校、中学校、高校を卒業する。卒業後はパン屋に就職し寮に入る。19歳の時に母が他界。さらに20歳の頃、父が肺がんであることがわかり、看病のため実家に戻る。21歳時に父が他界。実家に住みながら、保険会社の外勤を半年、弁当屋で2年、トイレ掃除の仕事を1年ほどして働いていた。25歳～30歳の頃はI氏によると、実家を出て遊んで暮らしていた。両親の遺産で生活していたとのことである。

31歳で結婚、翌年32歳で長男を出産している。夫の経営する居酒屋を手伝っていた時期もあった。「結婚生活は楽しかった」とI氏は振り返っている。夫は優しく、身の回りのことは何でもしてくれていたとのことだが、43歳の時に離婚。I氏によると夫が居酒屋の営業をやめ家賃が払えなくなったことが原因だった。その後、元夫は他界している。元々酒やギャンブルをやっており、I氏への暴力もあったかもしれないとの話もある。

44歳で長男と母子寮に入所したものの、家事や育児ができず、長男への暴力もあって長男がI氏と離れることを希望した。その後長男は児童養護施設へ、I氏は婦人保護施設へ入所している。婦人保護施設では2人部屋だったが、ルームメイトがI氏の面倒を見るのに疲れてしまい調子を崩した。45歳のときAクリニック精神科を初診。「境界知能を背景とした人格・行動の障害」との診断でカウンセリングのみ受ける。46歳の時、妹宅で飛び降りしようとするなど不安が取れずB病院に3週間入院した。退院後は婦人保護施設に戻った。B病院のデイケアに通う予定であったが、駅で迷子になって以降不安定となり、また婦人保護施設内でもルームメイトの件など施設内での対応が難しいとのことで、2ヵ月後にB病院に再入院となった。現在は入院して2年5ヶ月が経とうとしている。入院10ヶ月目(47歳)から巣立ち会作業所に体験通所を開始し現在も続いている。体験通所期間は1年9ヶ月になる。

②退院ができない・難しい理由

本人は基本的に病院の生活が良いと思っている。入浴や着替え、掃除など、何でも他の人にやってもらうのが好き。洋服も誰かに声をかけられないと着替えず、靴下も靴も穴が開いても自分から取り替えることはなく、誰かが一緒に買いに行き、着替えを促さないと交換しない。作業所は楽しいので、病院にしながら作業所に通所したいと希望している。ただ、夜にテレビを見たいので退院したいと話すこともある。

病院としては、病状は安定しているので退院してもらいたいが、I 氏の状況を受け入れ、不安なく過ごしてもらえるような退院先が見つけれずにいた。

一方受け入れ側としては、退院後の生活面へのサポートに限界があった。体験外泊時もスタッフやピアサポーターが必ず同行しないと道に迷って帰れなくなるといった点や、火の元のチェック、体調について逐一確認しないと安全に生活できない状況があった。

③支援の内容と経緯

(1)入院中、退院へ向けて

B 病院への再入院から8ヶ月後(47歳)にインテークを行う。道順を覚えるのが得意ではなく、以前に道に迷って不安定になったという経過もあったため、道順を覚えるために2ヶ月の準備期間を経て、更にピアサポーターに送迎してもらう形をとって通所を開始している。道を覚えてからは一人で作業所への体験通所を順調に続けた。日頃、病院や作業所内で滅多に自己主張しない I 氏が、自分のお小遣いをやり繰りして昼食を買い、その際に必ず近くのコンビニでプリンを買うことが日課となり、またそれを嬉しそうに食べる姿は、非常に印象深く支援者の目に映った。

作業については仕上がりが充分ではない面もあり、I 氏が力を発揮できる仕事を用意した。そのためか「作業所に通うのは楽しい」とのことだった。しばらくして援護寮のショートステイを利用。数回利用すると、一晩中電車の音が聞こえ眠れないとの理由で「援護寮には行きたくない」と言い出した。しかしグループホームであれば宿泊してもいいとのことで、グループホームでの体験外泊を進めることになった。

グループホームまでの道順を覚えるのにも時間を要し、完全に道を覚えてからでは体験外泊の時期が遅くなるため、スタッフ、ピアサポーターの送迎をつけるという形で外泊を始めた。1泊目の夕食会が終わった後と2日目の朝にも必ずスタッフが訪問した。初めての外泊の後には「車の音がうるさく一睡もできなかった、もう泊まりたくありません」と話した。テレビもラジオも無くていいと言ったものの、実際には無くて退屈だったのが理由のようであったため、次回はテレビを入れてから外泊してはどうかと提案すると、「また外泊します」と希望が出た。どうしても見たい番組があり(病院では消灯になるので見られない)、それが体験外泊をする意欲に繋がっているようだった。道順は少しずつ一人で歩いてもらえる範囲を広げていった。緊張もあったようで、外泊日数を

増やすのは難しく、当分1泊2日で体験外泊を行ってもらうことにした。2回目の体験外泊では「テレビを見て楽しかった。また外泊したい」との感想もあった。2回目までは行き帰りの道をスタッフが付き添っていたが、3回目の体験外泊の際は最寄り駅でスタッフと待ち合わせすることにした。外泊当日、予定の時間になってもI氏は現れず、そのまま行方不明になり、深夜にB病院の最寄り駅近くの交番で保護された。道が分からなくなり、まっすぐ歩き続けたとのことであった。

その後少し期間を空けて、行き帰りの道はスタッフが付き添う形で3回の体験外泊を行った。1泊した翌日に訪問すると嘔吐物が台所一面に残っていたことが何度かあった。I氏からは特に話はなく、気持ちが悪いか聞くと首を振り、吐いたかどうか聞くと「はい」との返答だった。外泊後は表情が硬く、緊張が強い様子だった。普段から質問に対しての返事は「はい」か「いいえ」しかなく極端で、オウム返しのような返答が多かった。気持ちを汲み取りにくく、こちらから伝えたことほどの程度伝わっているか把握しにくい状況で、スタッフもどう支援してよいものか迷いながらの日々であった。外泊中にはタバコの始末、部屋を出るときの火の元や戸締りの確認も必要な状態が続いた。布団の上でプリンを灰皿代わりにタバコを吸っていたことや、退室後エアコンがついたままだったこともあった。灰皿を使ってもらうことや、火の元や戸締りをしてもらうことは何度も伝えていたが、スタッフの口調によって返事が180度変わることもあり、忘れていたのか元々理解してもらえていないのかも判断がつかなかった。

退院後にグループホームに入居するとなると、作業所に通所している日中や夕食会以外は一人で過ごすことが多く、ゴミ出し、炊事、洗濯、火の始末、着替えなど身の回りのことなどは基本的に一人でしなければならないため、今の状況では生活のあらゆる面で困難が生じることが予測された。現在のグループホームでは、夜間体制がないことも含め、I氏に24時間日常的に必要な支援体制を整えていくことが難しく、I氏が不安なく過ごせる環境を準備するのは困難な現状があった。検討の結果、グループホーム入居の話は白紙に戻すこととなった。

体験外泊をしていた期間は質問をしても無言で表情も硬まったままということがよくあった。I氏に生活面の様々なことを身に付けてもらうために、本人にやってもらうようスタッフが手を出さないでいると「怒られている」と思い、結果体が動かなくなる。「I氏自身が何から何まで一人ですということに不安を感じているのではないかとA病院スタッフからの助言もあり、グループホームではなく、I氏が安心できる場所へ退院することを手伝っていきたく伝え、退院先として安心な場所の条件を少しずつ聞いていった。「ご飯はみんなで食べる」「部屋は個室が良い」「夜も誰かが側にいる」「優しい人が付いていてくれる」「作業所に通いたい」など、I氏の希望する条件が分かってきた。スタッフの関わりも、何でも自分で行ってもらおうというスタンスから、難しい部分は積極的に手伝うようにしていった。次第に作業所での笑顔も増え、I氏からスタッフに

話しかけることも増えたように思う。

その後も B 病院に入院しながら作業所での体験通所を続け、I 氏の望む条件の退院先を B 病院のケースワーカーが探した。退院先として考えられる施設が見つかり見学に同行、受け入れはいつでも可能との事だったが、入居後は I 氏が一人で通院しなければならず、一人で通院するために通院先を近くの C 病院に変更する必要があった。新たに C 病院までの道順を覚えるのに時間を要していたところ、救護施設に比較的早く入所できるという話が舞い込んだ。作業所も併設しており、緩やかな雰囲気、24 時間体制という点で、I 氏の希望する条件にあった場所であり、I 氏も見学して気に入ったということで入所申し込みをした。待機中である現在も作業所へ体験通所をし、一生懸命働いている。

④考察

本人の力がどこまで伸びるのか、あるいは我々がどこまでそれを引き出せるのかを期待し支援を始めたが、グループホームへの受け入れは断念せざるを得なかった。

インテーク時より、本人の ADL 自立度への不安はあり、作業所通所もできるのかどうか疑問ではあったが、病院の「入院している人ではない」「他では受け入れてくれるところがない」という気持ちに依ってのチャレンジであった。「やってみなければわからない」という気持ちで初めてしまったところにアセスメントの甘さがあった。体験通所初期には利用者の力を借りて病院へ送迎するなど、工夫をこらした。その結果、ひとりで作業所通所が出来るようになったことは大きな成果だと思うが、その反面、その時点で「グループホームでもいけるかもしれない」という安易な期待をしてしまった。そのため、スタッフの支援体制を考えてもグループホームの支援だけでは足りない方、という判断を下すまでに時間を要してしまった。「ここ以外に行けるところがないかも」という思いがここまで引っ張ってしまった原因でもあろう。

しかし、何度かの体験外泊を通して本人から引き出せた「退院したい場所の条件」はこうした時間をかけたプロセスがあってこそ知ることができたものである。それを次のステップに生かしていくべきだと思う。

[事例 14] 退院後の自殺ケース

3年越しの再チャレンジで退院！地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】

J・K氏、享年59歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数1回（途中結核治療のため一時転院）、総入院期間11年10ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

昭和21年、東京から遠く離れた地方の町で同胞3名の第2子、長男として生まれる。高校在学中は野球部に所属していた。高校卒業後、土木関係の養成所を経て、地元の団体に4年間勤めた後、夢を求めて上京した。製パン業や靴の業者、土木関係の仕事を転々とする。転職の理由について本人は「体力的にきつかった」「飽きた」「他に引き抜かれた」などと語っている。

38歳頃から幻聴や被害妄想が出現し始めた。「スピーカーから上京後交際していた女性の声が聞こえる」とその女性宅に押し入るようになり、46歳の時、その女性宅で乱暴しようとしたところを通報され、A病院に措置入院となる。症状出現から入院に至るまでの間も日雇い労働を続け、時にはターミナル駅付近で路上生活をしていた。

入院時、両親は既に死亡していたが、姉弟とは関係が良好であり、特に姉とは仲が良かった。姉は退院後アパートの保証人になってくれると言っていたが、脳梗塞で倒れてからは、経済的、物理的援助は難しくなっており、本人も姉に迷惑はかけられないと気遣っている。弟は、本人のまじめで努力家なところを敬っていて、良き理解者である。遠方に住んでいるため、実質的な援助や会いに来るということは難しいが、心の支えとなっていた。

55歳、病院の近くに巣立ち会のグループホームが新設されることになり、同病院からもA氏を含め数名の方がグループホームの入居候補者となった。同時に作業所への体験通所を開始するが、寡黙で他メンバーとの交流は見られなかった。そのうち「胸が痛い、心臓が悪いから退院できない」との訴えが頻繁になり、意欲が低下し、自らの意思で病院から作業所に出かけてこられなくなる。病院、作業所とも退院に向けた支援の立て直しを検討し、中断となる。

57歳頃、本人の中に再び退院したいという気持ちが徐々に強まってきた。本人と同じ病棟からグループホームに退院したメンバーA氏をモデルとして、自分もそうなりたいと59歳時、作業所への通所を希望、巣立ち会の退院促進事業を利用することとなった。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人は前回の退院へのチャレンジ中断後、再び退院したいと希望するようになっていたが、誰かに「退院したい」と伝えたことがなかった。

一方、病棟スタッフや主治医は、院内作業療法で様子を見ながら、と地域移行支援を慎重に考えており、本人に対して積極的な退院の働きかけをすることがなかった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

新設するグループホームへの入居に向け、数人の入居候補者と同時期に、作業所への体験通所を開始する。通所先は、本人が「Aさんと同じ所がいい」と選んでいる。

前回のチャレンジ時と比べ、本人は自ら退院への希望を強く表現するようになっていた。その希望を支えようと、作業所のメンバーにも協力を依頼した。特に、本人がモデルとしていたメンバーのA氏には、部屋を訪問させてもらったり、毎日どのような作業をし、どこで食事をし、夜はどう過ごしている、などといった具体的な場面を見せてもらったりした。生活費をどのようにやりくりするかなどは、本人が病院の中で外来OTやナイトケアに通うメンバーから情報収集していたようで、かなり具体的な計画が本人の中でできていた。入居までの目標を「週5日作業所に通所する」とし、同時期に通所を開始したメンバーとも共有したことで、お互い励まし、助け合いながら、「作業所での仕事を続けていきたい」という希望を実現させていった。

グループホームへの外泊の準備は、本人と特に仲が良く、面倒見のよいメンバーと同時期に開始された。世話人から受けるひとつひとつの支援を仲間とも共有しながら、体験外泊を重ねていった。外泊中に仲間と飲酒をして注意を受けることもあったが、誘われたにもかかわらず決して他人のせいとせずという、本人の真面目で正直な人柄が、仲間との絆を深くし、より多くの支援を引き出している。体験通所開始から約半年後の平成18年6月、退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院翌日、本人は、退院を支援してくれたメンバーとスタッフにと菓子折りを持って作業所に来所し、ミーティングで晴れやかに退院の報告をした。後に、巣立ち会の広報誌に掲載する文章を書くことを依頼したところ、関わったスタッフの名前をあげ感謝を表現し、夢が叶ったとしみじみと書き留めている。

日常生活の中では、外来受診の後薬局に寄らず帰ってしまったたり、連絡なく作業所に姿を見せなかったりと周囲を心配させることは頻繁にあった。しかし、体験通所で本人の築いてきた仲間との関係を最大限に活用しながら本人が自らの力を最大限に発

揮していけるよう、スタッフは何か心配な事が起きたときにも、全てに直接介入するのではなく、ミーティングで彼の問題を取り上げたり、本人と同時に仲間への声掛けを意識したりするなど、グループに対する支援を心がけた。

時折「頭が痛い」「胸がむかむかする」と身体症状を訴え、作業所を休むこともあったが、その都度訪問看護スタッフや主治医に相談し、じっくりと話を聴いたり主治医の診察を受けると数日でその訴えはなくなり、「大丈夫」といつも通りの生活に戻っていた。

退院から2ヶ月が経過した。退院を心から喜び、仲間との生活を楽しんでいると誰もが思っていた矢先に、真夏の深夜、グループホームの屋上から飛び降り、自ら命を絶ってしまった。前日には、主治医の診察を受けており、そこで熱があることがわかり、翌日世話人が同行して内科を受診する約束をしていた。

亡くなった日の朝、作業所では、あまりにも辛く悲しい事実をスタッフからメンバーに報告した。メンバーは突然の訃報に驚き、悲しみと無念の涙を流した。そして残された者の思いを共有し、決して命を自らの手で絶つてはいけないと誓い合った。午後には、弟夫妻が上京した。弟は「兄は、本当に真面目に生きてきた。口数は少ないが、数週間に一度かけてくる電話口からは、退院することができた喜びがあふれていたのに、残念でならない」と、本人の暮らしていた居室でスタッフに語っている。

翌日の葬儀にはグループホームや作業所のメンバーとスタッフら40名が参列し、本人と最後のお別れをした。遺骨は、本人の故郷に埋葬されている。数年を経た今も周囲の驚きと悲しみと、「いったいなぜ？」という思いは残っている。

④考察

作業所への体験通所という地域移行支援の入り口で、一度はつまづいてしまったケースである。しかし、本人とスタッフが「経験が無駄にしないよう、今度こそ退院という目標を達成させよう」という思いを共有できたことで、支援関係をより前向きなものとすることができた。一度目のチャレンジでは、なんとか通所が継続できるようにというアプローチが先に立ってしまっていたとも考えられる。それを踏まえ、二度目のチャレンジ時に心がけたのは、本人が入院中に広げていたネットワークや、収集していた情報を本人の力として引き出すことであった。力を引き出し、通所中断で失っていた自信を取り戻すためにも、モデルとなったメンバーが退院までに行ってきたことを初めに説明し、同じようにステップを踏んで行けば必ず退院できるということを示し続け、同じようにできたことを評価していったことが有効であったと考える。

一度中断したことで、地域移行支援が慎重になってしまっていたが、入院と同時に退院を考えるべきであり、退院を目標とした治療計画がたっていれば、一度の中断は、退院までの途中経過に過ぎないはずである。長期に渡ったとしても途切れることのない

い地域移行支援と、途切れることのない医療と地域の連携が課題である。

また、地域への移行後は生活者として、仕事を続け、豊かな生活を手に入れることを目標としていた。しかし、波はありながらも、何とか平衡を保った関係が築けていると思いつつ支援していた人の日常が、死によって突然途切れてしまった。地域での日常を温かく見守り支援する人には、日々試行錯誤しながら手を尽くして支援を行ってきた思いがあるだけに無力感が大きくなる。人間の未来の行動を予測することは不可能である。世の中にはどうしようもないことだってある。そのような無念な思いを抱えたが、葬儀に多くの仲間とともに参列し、見送ることがせめての慰めになったと考える。私たちの地域ケア対象者には合併症を持つ高齢者がいて、病死する人(この人も病死といえる)に立ち会うことも増えてきた。葬儀への参列や仲間と思い出を語り合ったりすることは、メンバーを含めた地域生活者の務めだと考える以外にない。

第 3 章

考 察

～14 の事例と巣立ち会 16 年の取り組みから～

1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？

①病院に出向き、積極的に受け入れていく

巣立ち会では、積極的に病院に足を運び、地域移行の働きかけを行ってきた。

入院中の患者さんに対しても、出張講演やインテーク、面会など、様々な機会を通して、地域の情報や私たちが支援をすることを伝え、見学や体験を勧める働きかけをしてきた。「事例 3」のように、メンバーとともに地域から迎えに行く姿勢で積極的に病院に出向き、本人に直接働きかけることで退院に結びついた例も少なくない。また「事例 2」のように本人が明確な退院意思を示さない場合でも、「まずは通ってみませんか？」と体験通所をすすめ、本人がその気になってくれさえればすぐに支援を開始した。巣立ち会の地域移行支援活動にとってインテークは「ふるい落とす」ためのものではなく、「本人の思いと意欲を引き出し、励まし、地域に誘い出す」ためのものであった。

また病院から相談されたり紹介を受けたケースは、地元の支援機関など他により望ましい受け入れ先がない場合には、出来る限り NO と言わず受け入れてきた。「事例 6」「事例 7」「事例 13」をはじめ心配の残るケースであっても出来る限り、試してみたら考えようという姿勢で受け入れ、病院と協力しながら支援していくことで病院との信頼関係を築いてきた。また支援したケースが喜んで退院し、地域で元気にがんばっている姿を共有することで、新たな退院ケースの紹介につながったり、病院がさらに積極的に地域移行に取り組むことを後押ししてきた。「事例 1」は、退院促進事業の協力病院として新たに巣立ち会の支援を利用し始めた病院から初めに紹介されたケースである。お互いに不安は感じつつ支援を開始したものの、何の問題もなく退院し、その後も元気に明るく地域生活を送る彼の生活の様子を訪問看護などを通し病院と共有してきた。彼を送り出してくれた病院からは、その後 10 名の退院促進事業対象者が巣立ち会を利用し、うち 7 名がすでに退院して地域生活への移行を果たしている。

巣立ち会では、メンバーにも積極的に協力を依頼している。出張講演のほか、病棟への面会、病院内での販売活動など、病院に入る機会をできるだけ多く作り、その際には出来る限りメンバーと一緒にってもらうようにしてきた。その病院での入院経験を持つメンバーをはじめ、退院して地域で生活をしているメンバーが「退院後のモデル」として入院中の患者さんや病院スタッフにその姿を見せ、また患者さんに直接声をかけたり話をしたりすることで、果たしてきた役割は大きい。特に「事例 2」や「事例 14」のような、長期入院の中で本人の退院への諦めや自信のなさが強くなり、周囲のスタッフも退院への積極的な働きかけをためらっていたようなケースにおいて、先に退院したメンバーの存在が本人のモデルや励みとなり、また病院や地域のスタッフも本人に退院をすすめていく自信を与えられることなどによって地域移行に果たしてきた功績は非常に大きいというべきであろう。

②体験通所

巣立ち会の地域移行支援の大きな柱は、入院中から作業所への継続的な通所を始める「体験通所」である。

体験通所という支援の開始にあたって最終的に意思決定をするのはもちろん本人であるが、開始にあたっての状況は様々であった。

- (1)本人の退院意思が明確であり、「退院するために通います」というケース。
- (2)本人が能動的な意思表示をすることはないものの、お膳立てをして本人に提示し説明することによって、「わかりました」と同意するケース。
- (3)本人が働くことへの関心や希望を強く持っており、退院とは直接結びつけずに「まずは通って作業をしてみる」ことからスタートするケース。

ここで注目すべきは(3)である。「働くこと」「仕事をしに行くこと」が、結果として退院へのステップに貢献しているケースは少なくない。「働く意欲」や「働くべきもの」という意識は、現場の実感としては特に昭和20年代以前に生まれた高齢層に顕著であり、それを尊重した支援が有効であったように感じられる。体験通所という「**働く場の提供**」が、**それまで退院に関心や意欲を示さなかった長期入院・高齢層の意識やニーズにマッチし、多くの退院につながってきた面もあるのではないかと思われる。**

「事例1」、「事例2」、「事例3」、「事例4」をはじめ、働く意欲を強く持ち、働くことで自信とやりがいを得て生活全体の意欲も強まる多くのケースから私たちは、「この年になって今さら働かせなくてもいいんじゃない？」といった考えが、本人から様々な可能性を奪う余計なおせっかいであることを学んできた。「事例6」、「事例11」のように一般就労を希望するケースについても、入院中から作業所での体験を開始していたことで動機づけと具体的な課題への取り組みがうまくかみ合い、生活支援と一体化したより適切な就労支援にスムーズに結びつけられたものと思われる。

また、**入院という環境に身を置いたまま始めることができるというシステムは、本人と受け入れ側の双方にとって低いハードルでチャレンジすることが出来、お互いの不安を軽減するのに効果的であったと思われる。**本人、とりわけ長期入院の人にとっては、病院という慣れて安心のできる居場所が確保されたまま、自分が通おうと思えるようになった時に自分の気持ちや都合に合わせ週1日半日からでも通所を始められる。通ってみて、やれそうだと思えば自分のペースで通所の日数や時間を増やしていき、徐々に週3～4日の日中を作業所で過ごすようになる。その生活リズムに慣れ、通所が安定して続けられ、本人が作業所のメンバーやスタッフの中でそれらの人たちの支援を受けながら地域生活をやっていこう、やっていけそうだという気持ちになれば退院に向けての具体的な準備に移っていくこととなる。

一方受け入れ側も、まずはとりあえず通ってもらうというところから始められる。本人

1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？

の様子を直接、そして「退院後も継続して関わる集団の中で」見て確かめていけるというのはとても確実な方法であり、安心感にもつながる。住居を提供し退院後の支援を引き受けるにあたって受け入れ側は、本人がどんな人で何を望んでいるのか、地域でやって行けそうなのかを判断していくわけだが、それらは基本的に環境との相互作用の中で決まってくるものである。どんな環境の中でどんな支援を提供していくことでその人の持つどんな力や可能性、意欲を見いだしていけるのか、どのような働きかけによりどんなコミュニケーションや関係性を築いていけるのか。実際の支援場面の中で試してみることで、より確実な判断をすることができる。

体験通所では、本人に退院後の環境と自らが行うべきことを肌で感じ実際に体験していきながら慣れ、地域移行への意欲を高めてもらうのと同時に、どんな環境と支援があればよりスムーズな地域移行や地域生活が可能なのかの判断と調整を行っていく。必要に応じて直接的な支援も行うが、基本的にはできるだけピアサポートなどの中でやっていけることを目指した支援を行い、その見通しが立てば具体的な退院準備に入っていく。

お互いの持つ不安を解消し、「一緒にやっといこう」と腹をくくるための期間が、その後の地域生活をより安定した形で継続していくためにも必要であり、有効であると考えられる。

また、体験通所で実績を積むことは、家族にとっても安心感につながるものが少なくない。過去には様々な心配をかけてきた本人が退院を目指しはじめに作業所に通っていること、その中で表情も変わり役割を持って生き生きと働き社会性を身につけていること、また現在関わっている支援者が退院後も支援をし続け何かあった時には対応してくれるということ、そういったことを知ることによって家族の安心感や負担感の軽減につながり、本人との関係も変わっていくことが少なくない。支援開始時には本人の退院に不安や抵抗を示していた家族の気持ちが変わり、退院時には保証人になるなど本人を支える大切な支援者のひとりとなってくれることはよくあることである。時には長期に渡って叶うことのなかった家族の元への退院が実現することもある。

③住居提供・退院支援

巣立ち会では、退院後の住居を提供することを前提として地域移行支援を行ってきた。退院後の入居先として、グループホームを提供するほか、巣立ち会の理念を理解してくださっている大家さんや不動産屋さんの持つ一般のアパートの紹介も行ってきた。本人にとって最も良いタイミングで最適の住まいを本人が選択できるのが望ましいのは言うまでもないことであるが、実際にはグループホームの空き状況や制度的な制約などに左右されることも少なくなかった。それでも、**できるだけ「退院を待たせる」ことはしないよう、グループホームを次々に新設してきたほか、グループホーム以外のア**

パートに退院してもグループホームと変わらない支援を提供するなど、柔軟な対応をすることにより、出来る限りニーズに応えようとしてきた。

住居が決まると、退院に向けての具体的な取り組みに入る。本当の意味での地域生活の練習は体験外泊から始まる。

生活経験が少ない、長期入院により生活実感を失っている、支援できる家族がないなどの条件を持つ人の地域移行支援にあたっては、関係機関との調整、各種の社会的手続きや買い物の同行、電化製品の使用方法やゴミの捨て方など細々とした支援が必要であった。同時に、退院が具体化して行く中で不安や緊張が高まったり、退院準備のため一気に負担が増えて疲れたりすることなどにより、退院に向けての意欲の低下が見られることもある。そのような時には支援者の関わりと同時に、作業所やグループホームの仲間による支えや励ましが非常に有効であった。当初はスタッフがピアサポートの力を活用できるよう意識的に働きかけをしていたものが、いつの間にかメンバーが自ら積極的にサポーターの役割を担ってくれるようになっていった。同じ経験と苦勞をしてきた仲間による共感と理解、そして「手伝ってあげるから大丈夫だよ」「一緒に行ってあげようか？」といった励ましや支援の声かけが、本人の不安や負担を軽減し、スムーズな退院に結びつくことは少なくなかった。そしてそういった**メンバーの自発的なピアサポートは、退院後の本人の生活支援にもそのままつながっていった。**

体験通所を通して退院に向けた支援を行っていく中では、本人の意欲や生活実感が高まって退院の希望が明確になったり病院スタッフや家族も安心感を持てたりすることなどにより、結果として家族の元への退院や地元のグループホーム、本人の望むアパートなど、巣立ち会が提供する住居以外の、より望ましい場所への退院が可能になることもあった。一方で「事例13」のように、試行錯誤しつつ支援を行っていく中で巣立ち会の現在の支援体制では本人の持つニーズに応えきれないことがわかることもあった。そういった場合には、体験通所や体験外泊などの支援を続けてくる中で明らかになってきた本人の希望や必要な支援内容を満たしうる別の退院先を、病院スタッフとともに探し、退院に向けての調整を行っている。

④退院後の支援

退院は決してゴールではない。巣立ち会では基本的に退院後も継続して支援を提供してきた。

インテークないしは体験通所開始時から関わりを持ち本人との関係性を築いてきた作業所スタッフと、住居提供の候補となった段階から支援をしてきたグループホームの世話人という「顔なじみの」スタッフが、退院後も引き続き支援を担当した。**入院中から退院後も必要のある限り期限を定めずという連続性のある支援の提供、作業所**

という日中活動の場のスタッフとグループホームという生活の場のスタッフが複数の目で本人を見、連携して支援にあたるというのが、巣立ち会の支援の特徴であった。また、同じく体験通所開始時から本人との関係を築いてきた作業所メンバーや退院先の決定後少しずつ知り合っていたグループホームメンバーという「顔なじみの」メンバーが、スタッフと協同しながら退院後も継続して本人を支えていくという体制も巣立ち会の支援の特徴といえよう。

作業所では引き続き、集団の中での作業やレクリエーション、ミーティング、就労への取り組みなどの活動を通して、本人の意欲や能力、可能性、主体性の発揮を支援していった。体験通所中と基本的に活動内容は変わらないものの、「退院した」、「正式メンバーになった」ということによって、見違えるように表情が変わり、様々な活動により意欲的に取り組んでいくようになるメンバーの姿を私たちはしばしば目にしている。その変化に合わせ、私たちは新たな活動や役割へのチャレンジの機会を提供し、積極的に声をかけていくようにしている。「退院」という作業所通所（体験通所）の目的・目標を達成した後も、退院後の生活の中での作業所通所の意義や目標をあらためて位置付け直し、入院中とは違った役割や機会も提供していくことにより、本人なりの新たな目標実現のため、より積極的に作業所を活用していけるよう働きかけている。

グループホームなど生活の場では、退院後いよいよ本格的な支援が始まる。体験外泊に引き続いて提供していく支援も多い一方で、退院して生活を始めてみて初めてわかることや出てくる問題も多くある。「基本的には困ったときに相談できるような関係性づくりを心がけつつ、本人の力を引き出し本人なりの生活の仕方を尊重する」わけであるが、数十年ぶりに、あるいは生まれて初めて一人暮らしを行う場合など、退院してしばらくの間は世話人がほぼつきっきりで支援を行うことも多い。社会的な手続きや電化製品の使い方、ゴミ出しといった生活技能の獲得の支援、訪問看護や各種サービスの利用調整、内科・眼科・整形外科・歯科といった受診の同行支援などの他、これまでの「住み慣れた病棟」の「24時間常駐する看護スタッフ」の中で得てきた安心感を、世話人に求め日参するメンバーも少なくはない。最初は地域の中で安心して暮らせることやスタッフとの信頼関係の構築に重点をおきつつも、グループホームや作業所のメンバーなどピアサポートの力を積極的に引き出し活用するような働きかけを行い、徐々にスタッフは手を引いて見守りに移れるよう配慮している。

また正式メンバーとして地域生活を始めたメンバーには、一層「ピアサポーター」として活躍してもらえよう積極的な働きかけをしている。作業所で新たに体験通所を始めた人にいろいろなことを教えてもらったり、出張講演で地域移行の体験や現在の生活などについて話してもらったり、入居したばかりの居室を入院中のあるいは退院を間近に控えたメンバーに見せ具体的な説明や感想を話してもらったりしている。教えられ、支えられ、励まされる立場から、教え、支え、励ます立場となることにより、地域生

活者としての自覚や自尊心を高め、自信をつけていくメンバーは少なくない。「自分も最初は不安だったけどやってみたら慣れるよ」「わからなくても教えてもらえるから大丈夫だよ」「薬だけはちゃんと飲まなくちゃだめだよ」。後輩への励ましの言葉は、何より自分自身への励ましだと感じられることも多い。

メンバーが地域生活に慣れ、仲間と支え合い、様々な資源を活用しながら自分の生活をしていけるようになると、スタッフは徐々に手を引いていく。作業所やグループホームを「卒業」していくメンバーもいる。それでも基本的に私たちは困ったときの相談には乗り、緊急時の対応にも関わってきた。それまでの関わりの経過があってこそ、それは可能であった。

また、時には様々な理由から再入院が必要になることもあった。その場合私たちは病院と連携をとり、入院前あるいは入院時から退院を見越した支援を開始した。体験通所やピアサポートも活用し、本人と環境の双方に働きかけながら、よりスムーズな退院に向けての働きかけを行った。入院が必要になった時には出来る限りその必要性を本人や関係者とも共有した上で入院し、見通しを持った入院生活を送ってもらう。退院後の生活に向けて必要な取り組みも行った上で、積極的な入院治療を要さない状態になったら速やかに退院してもらう。精神科病院への入退院もそのような「あたりまえなプロセス」にするための支援を私たちは続けている。

2. 地域移行が難しいと思われがちな属性は、本当に問題なのか？

①長期入院

長期入院だから地域移行ができないということはない！ということは、第1章の3で示したように巣立ち会の16年の実績からも明らかである。巣立ち会の支援を受けてこれまでに地域移行を果たした139名のうち、59名が10年以上、84名が5年以上の入院経験を持っている。巣立ち会においては、5年や10年の入院期間では「長期入院」とは感じないほどである。

長期入院の背景として存在しがちであった、「家族の反対」、「保証人がいない」といった問題に対しては、まず体験通所で支援者と本人との関係を築いた上で、退院後も継続した支援を行うことを約束し住居を提供することで、多くの場合クリアすることができてきた。40年以上の入院期間を持つメンバーも、住居と一定の支援さえあれば全く問題なく地域生活を続けられている。

今回の事例集では、「超」長期入院のケースとして30年以上の入院経験を持つ2事例を取り上げたが、高齢ケースとして取り上げた「事例4」もまた総入院期間が30年以上のケースである。1回の入院期間のみに限定して考えても、14事例のうち、10年以上の入院が5例、5年以上が3例と、14事例中計8例が5年以上の長期入院（13例は1年以上の入院）である。そのくらい巣立ち会にとって「長期入院」は、「なんでもない」ことである。

今回取り上げたケースのうち「事例1」では、紹介時の情報のみでは若干の不安を感じたものの、実際本人に会い、体験通所を始めると不安はあっという間に解消した。本人も何の問題もなく退院して明るく地域生活を送り、今や出張講演で全国を飛び回る「巣立ちのホープ」となって支援者に元気を与えているケースである。

「事例2」は、過去の傷害歴や入院中も続いていた粗暴な言動からなかなか退院に結びつかず、それが落ち着いた頃には本人が退院に対する不安や自信のなさを深めてしまっていたケースである。病院から地域への連続性のある重層的な支援、病院と地域の緊密に連携した支援が、本人の安心感を持った地域移行とその後の地域生活を支えている。

「超」長期入院をしているということは、長期にわたり社会経験の機会を奪われてきたことにより日常生活の実感がなくなっていたり、結果として現在高齢になっており②で述べるような加齢に伴う問題を同時に抱えるようになっていたりする場合も少なくない。しかしながら、**それらの課題は失っていた社会経験の機会や生活実感を取り戻すための支援、不足している部分については補うための支援を提供すれば乗り越えることが可能なものである。**

また「超」長期入院の人にありがちな、本人の「退院意欲がない」という問題につい

てであるが、ほとんどの場合においてそれは、退院への「あきらめ」や「イメージの持てなさ」、「不安」、「自信のなさ」などに基づく消極性によるものであると考えられた。「事例2」、「事例5」、「事例14」のように支援者側が積極的に具体的な支援のお膳立てをして提示し、支援を約束したり、これまでに同じような支援を受けて退院し地域生活を送っているメンバーの生活を直接居室に行き見せてもらったり、話をしてもらうことなどにより、本人はそれらのマイナス要因を自ら軽減し、解消していく力を発揮していった。過去に「退院意欲がなかった」「退院を拒否していた」とは全く信じられないほどいきいきと地域生活を楽しみ、様々な場面でその持てる力を存分に発揮し活躍しているメンバーたちの姿を見るとき、その力は決して他者から与えられたり後から持つようになったのではなく、本人の中にあつたにもかかわらず奪われたり閉じ込められて見えなくさせられていただけだという思いを強くする。**本人の持っている力を取り戻し発揮させるための支援と環境を提供することこそが求められているのだ**と考える。

また「事例1」、「事例3」、「事例5」でも見られるように、少なからぬ長期入院者が退院しようと思わなかった、考えなくなっていく理由として「病院の居心地のよさ」をあげていることは衝撃的でもある。病院の建物やアメニティ、職員の接遇などによる「居心地のよさ」の向上は、それそのものはもちろん望ましいことである。しかし、**病院は「積極的な治療が終わったら退院する」のが当たり前であるということ、それが可能になるような積極的な働きかけを行うことも治療と同様、重要な役割であることを忘れてはならない**と思う。初めから病院を「居心地がいい」と感じていた人はいないであろう。「居心地がいい」と長期にわたって感じさせる前に退院できるような取り組みが欲しい。築40年の風呂もない木造アパートでもメンバーは「退院してよかった。ここの生活の方がいい」と言っている。「ここには仲間がいるから安心」「ずっとここで暮らしていきたい」と言っている。「居心地の良さ」は、本人の望む地域の中でこそ築き上げていくべきものだと思われる。

一方、**長期入院の経験を持つことは、ストレングスにもなりうる**。長期入院に「耐えて」来ることが出来た人というのは、総じて集団のルールになじみやすく、どんな支援者とも支援関係が作りやすい、いわば「支援しやすい」人であることが少なくない。未熟な支援者の援助をも寛大な心で受け入れ、多くのことを教えてくれる、器の大きい人が多いというのが実感である。また、長い入院生活の中で本人が築き上げてきた、病院スタッフや患者仲間との顔なじみのネットワークも大きな強みとなりうる。本人を知る、また本人を支えたいと思うたくさんの人たちの力を借り、情報や思いを共有しながら支援を行うことにより、退院して元気に地域で生活するようになった本人は、今度はそれらの人たちに希望や励まし、地域の生きた情報を与え続ける、絶好の支援者ともなりうるのである。

長期入院者を地域移行支援の対象から外そうなどという考えを持っている方々に

は、今すぐ考えを変えていただきたいと思う。

②高 齢

高齢だからと言って地域移行ができないということはない！というのも、第 1 章の 3 で示したように、巢立ち会の 16 年の実績の中で明らかなことである。60 歳を超えて巢立ち会の支援の利用を開始し、すでに地域移行を果たした人は 20 名を越え、全体の 14%を占めている。

この事例集では、70 歳を過ぎて退院した 2 事例を取り上げた。

「事例 3」は、支援をしていく上で、年齢が全く問題にならなかったケースである。年齢のみで地域移行は不可能と考え対象から外すなんてナンセンス！ということをも身をもって教えてくれている、支援者に勇気を与えてくれるケースである。彼らのおかげで、「自分はもう年だから…」と退院にしり込みしている 60 代の患者さんなどにも支援者は「何言ってるんですか？巢立ちには 70 を過ぎて退院した人もいっぱいいますよ！」と、自信を持って言わせてもらっている。作業所の中でも 70 代のメンバーたちはその姿を通して、加齢に伴い自信を失ったり不安を持ったりしがちな 50 代、60 代のメンバーに勇気と希望を与えてくれている。

「事例 4」は、病状が安定しないまま 20 年近く入院が続いたケースであり、ADL の低下や処方調整など、様々な課題を抱えながら、「何とかこの人に地域生活をさせてあげたい」という支援者の熱意で地域生活へのチャレンジがなされ、また病院と地域の連携した手厚いサポートの中でその生活が支えられたケースである。様々な困難があり、現在も多くの課題を残しているが、「彼を退院させたのは間違いだった」と思っている支援者はいないであろう。それだけ周囲の皆に対して大きな希望と多くの学びを与えてくれたケースであった。

高齢であるということは、加齢に伴う ADL の低下や身体合併症(内科疾患等)の併存など、様々な課題を持つ可能性があることは否定できない。しかし、加齢に伴う変化は個人差が大きいものであり、年齢で一律に考えることはナンセンスというほかない。また ADL の低下や内科疾患の発症は、障害の有無に関わらず誰にも起こりうることであり、そのケアを社会的に行うシステムも歴史を重ねてきている。精神障害を持つ人を含め、いかなる人もその対象から排除することのない、普遍的な社会的ケアシステムの構築により、その課題は解消されるべきであろう。社会的なケアシステムをより普遍的な、成熟したものとしていくためにも、私たちは諦めることなく、高齢精神障害者の抱えるニーズを明らかにし、そのニーズに対する社会的な取り組みを求め、働きかけ続けていくべきであろう。

また、高齢であるということは、ストレングスにもなりうる。高齢であるということは、とりもなおさず多くの人生経験を積んできているということである。高齢の入院者の中に

は、過去に様々な社会経験や就労経験を持つ人が少なくない。それらの経験や知識、そして知恵は地域で生活していく上で必ず役に立つ。またそれらの力を人のために役立てようという気持ちを持ってくれる人も多い。「事例11」のように、年配のメンバーの経験や助言、温かい見守りによって育てられてきた若いメンバーは少なくない。若いスタッフの多い巣立ち会では、いつも彼らの経験や知恵に助けられている。ひとりひとりに対して尊敬の念を持ちつつ、その人の持つ力を引き出し活かしていくのも私たちの役割であろう。地域の中には、彼らの経験、知識、知恵、そして温かさを必要としている人がたくさんいる。彼らの活躍の場は地域にこそ求められるべきであろうと思う。

高齢の患者さんを、あるいは年齢に一律の基準を設けて地域移行支援の対象から外そうなどという考えを持っている方々には、今すぐその考えを変えていただきたいと思う。

③身体合併症

身体合併症(内科疾患等)の存在も、精神科病院を退院できない理由とされるのはおかしいことである。巣立ち会では、地域移行支援の条件として「体験通所」を掲げていることもあり、単独歩行が困難な方や日常的に医療的処置を必要とする方などに対する地域移行支援の門戸は広げられているとはいえない。しかし、巣立ち会で現在元気に活躍している方々の中に、「糖尿病だから」「肝臓が悪いから」などといった理由が入院継続の根拠とされ長期入院を余儀なくされていた方が少なからず存在することには驚くばかりである。

「事例5」では、糖尿病を理由に退院が難しいとされ入院が長期化していたケースを取り上げた。このケースは、インシュリン自己注射の練習や食事の管理をはじめとする様々な課題に、本人と病院スタッフ、地域のスタッフが連携して取り組むことにより、退院に至っている。彼女は退院後の生活の中で、糖尿病の合併症である糖尿性網膜症も発症し、視力の低下から作業や遠出が難しくなるなど、その生活範囲を狭めつつあるが、それでも彼女は今も地域の中で退院生活のすばらしさを語りつづけるという第二の役割を得て、自分らしい生活を続けている。

また「肝臓が悪いから退院できない」と言われ長期入院をしていた別のメンバーは現在、地域の基幹病院で定期的な精密検査と最先端のがん治療を受けながら、同じく元気に、彼にしか果たせない役割を担いながら生活している。

身体合併症によるケアが必要になっても、地域の中にはそれに対応するケア資源が存在する。また、そういった資源を見つけ、精神障害を持つ人にとっても使いやすいものとして積極的に調整、開発していくのも私たちの役割であろう。柔軟な対応や積極的な社会資源の開発により、様々なケアニーズに応えていくことによって、多くの人々の地域移行や地域生活の継続は可能になるものと思われる。

また同時に忘れてならないのは、地域には本人のことを必要とする、本人にしか果たせない役割も数多くあるということである。**本人が必要とするケアの量が増えていったときにこそ、単にその人をケアの対象として見るのではなく、苦しい時期を乗り越えてきたかけがえのない人生経験と能力を持つ人として接し、またその人にしか担えない役割を担ってもらうことの大切さについても考えていく必要がある。**

④ 触法歴

「触法歴」を持つ人自体は、巢立ち会には決して少なくない。その多さは、基本的に措置入院経験者の多さと重なるものである。すなわち、その多くは未治療または治療中断時に活発な陽性症状の影響を受け触法行為に至ったものである。それらは、適切な治療につながり症状が消失もしくは軽減することによって落ち着き、それが継続されている限り繰り返されることはないということは言うまでもないことであり、私たちは毎日一緒に過ごしているメンバーのうち誰が「触法歴」を持つのかを気にしたことすらないという場合がほとんどである。

今回の「事例 6」ではあえて、病院から「触法ケース」として相談され紹介を受けたケースを取り上げた。このケースは「触法歴」を含む過去の家族への暴力の経過が家族の自宅への引き取りや退院への同意に困難を生じさせ、さらに「触法ケース」であることが、家庭以外の退院の受け皿を見つける上でもネックとなって入院が長期化していたケースである。しかし、実際に地域移行支援を行っていく中で「触法ケース」であることは全く問題にならなかった。ただ、家族間の関係調整、ライフサイクル上の悩みなど、若いゆえに抱える様々な問題に対する支援には心を砕いている。

「触法ケース」というと専門家ほど難しくとらえがちであるが、身構えることなく、本人と向き合い関係を築いていくこと、また家族を含む社会と本人との間に「触法ケース」であるがゆえの葛藤が生じるのであれば、その調整を図っていくことが求められるものと思われる。

一方、私たちは治療が継続していながらも触法行為が繰り返されてきたケースや、傷害や放火の累犯といったより困難な「触法歴」を持つようなケースも少なからず存在していることを承知している。私たちはそれらの「どんなケースでも」受け入れられているわけではない。しかしながら、巢立ち会 16 年の取り組みの中で、私たちが確実にその受け入れの範囲を広げてきていることだけは確かである。例えば「事例 2」のケースは、10 数年前の私たちであれば、受け入れをためらっていたケースであったかもしれない。しかし実践を積み重ねていく中で、地域の中での本人の姿を実際に見ていくことで不安は軽減し、受け入れへの自信を深めていく。また同時に、実践の中で支援者としての力量や度胸もつけていく。私たちは現在も、「10 年前だったら、5 年前だったら、受け入れは難しかったであろうケース」への支援のチャレンジを着実に積み重ねてい

る。自らの限界は承知しながらも、ひとりひとりと向き合う中で、その限界への挑戦を続けていく。それが「決して諦めない支援」につながるのではないかと思われる。

⑤ 身元不明

身元不明、経歴不詳というケースは巣立ち会16年の取り組みの中でこれまでも少なからず存在したが、それが地域移行にあたって、あるいはその後の生活の中で大きな問題となることはなかった。

今回の「事例7」ではあえて、「身元不明、経歴不詳」というレッテルに加え、本人の話した経歴が事実でなかったこと、さらに他の人と同じような支援関係が築いていけなかったことが重なって、支援者が本人に対して感じる不安を解消するまでに時間を要してしまったケースを取り上げた。

本人の経歴について話を聞ける家族がいなかったりして本人の病歴や生活歴がよくわからなくても、私たちは本人と話をし、本人とともに時間を過ごすことで本人との関係を築き、本人を信用してきた。そして保証人なしでも住居を提供し、何かあったときには対処してきた。しかし今回の事例では、その「信用」をするにあたって先入観が大きくマイナスに働いてしまった。さらにスタッフとの関係における本人の個性も否定的な評価をされ、さらにマイナスに働いてしまった。一方、日々のかかわりの中で本人の変化を直に見られることは、支援者の不安の軽減にプラスに働いた。とりわけ仲間との関係は本人にとっても、支援者にとっても非常にプラスに働いたといえる。

本人の過去ではなく現在と未来を見て支援をしていくことの大切さ、地域の中でそして仲間の中でこそ本人の力や可能性は発揮されることを、私たちはあらためて痛感している。

⑥ コントロール不良な陽性症状

薬によって完全にコントロールすることが難しい頑固な陽性症状を持つ人は、巣立ち会にはたくさんいる。最近では病識を否定する強固な妄想体系の中で生きていたり、近隣に対する被害妄想に支配されていたりするなど、地域生活への適応が心配されていたケースも次々と地域移行を果たし、頑固な症状と共存しながらそれぞれの地域生活を築き上げてきている。

今回の「事例8」では、時と場所を選ばず突然高らかに響き渡る「空笑」という症状を持ち、それが地域で生活する上での周囲の心配につながり、退院が難しいと考えられてきたケースを取り上げた。

退院後も彼女の「空笑」という症状はなくならず、減ってもいないが、本人は全く問題なく、また近隣などから苦情を受けることもなく、地域生活を送ることができている。家族や病院スタッフなど、周囲の心配は杞憂に終わった。一方、本人は作業所への

体験通所を開始してから、できるだけ症状を抑えよう、なるべく周囲の迷惑にならないようにしようという努力をするようになっていく。それは、病院とは違う作業所という「社会」の中に身をおき、様々なメンバー・スタッフからの働きかけを受けることにより、本人が徐々に他人のことや自分の言動と他人との関係などにも関心を持つようになってきたからだとも考えられる。そしてそれが結果として症状との距離をおき、より社会に適応しやすい状態に変化することにつながってきたとも評価することができよう。

頑固な陽性症状は、その存在そのものでは退院ができない理由にはならない。問題になるのは地域との関係、人との関係の中でそれがどう働くかということであるが、私たちが学んできたことは、地域の中でどうなるかは「地域の中で試してみなければわからない」ということであり、また本人が「地域の中でやっていきたい」「この人たちの中でやっていきたい」という気持ちを持つことにより、わずかずつであっても、より社会適応は進んでいくものなのではないかということである。病院の中でいたずらに不安を抱えていても事態は好転しない。それどころか長期入院による弊害が増えていくばかりである。「体験通所」という方法は、病院生活と地域生活のギャップを埋め、本人の退院意欲を高めて社会適応を図りつつ、周囲の不安を軽減するのに有用であったと思われる。

3. これまでの実践から学ぶこと、そして残された課題

① 地域移行とその後の生活を支えるケアマネジメントの推進について

巣立ち会ではこれまで、出来るだけ多くの社会的入院者の地域移行を進めたいという思いで支援を行ってきた。病院に迎えに行く姿勢、体験通所というステップを踏んだ上での住居提供、そして通所とグループホームのスタッフおよびメンバーのピアサポートにより一体的に本人を支援していくという支援体制で、これまで少ないスタッフ数にも関わらず非常に多くの地域移行支援の実績をあげてきた。しかしこのような支援方法はどんな人に対しても適合するというわけではない。

まず体験通所という条件を課すことで、通ってくることの出来ない人は巣立ち会の支援対象から外れた。集団や枠のある活動に馴染みづらい人も通所にはつながらず、あるいは続かずに中断していった。支援者の強い働きかけにより何とか継続してきたケースでも「事例12」の例のように、本人がそれを望まない場合、好ましい結果は得られないことが多い。

巣立ち会では、出来る限り「NOと言わない」姿勢で病院からの相談や紹介に応えてきた。時には巣立ち会の提供する支援モデルに合うとは思えないケースや困難の予測されるケースでも、他に受け入れ先がなく、巣立ち会が受け入れを断れば地域移行の可能性自体が閉ざされてしまいそうなケースについては、とにかくチャレンジしてみ、地域移行への希望をつなぐ道を選んできた。

私たちは様々な制度的な制約条件の中でも何とか地域移行を進めてくるため、現在の支援方法をとってきたが、それが誰にとっても最善の支援方法であるとは決して考えていない。私たち自身が展開し開発していくものも含め、地域の中に資源が増え、それぞれの力量を高めていくことで、ひとりひとりがそれぞれ必要とする支援を選んで使ってもらえるようになるとよいと考えている。病院スタッフや家族、地域の関係者などともその思いを共有し、ともに地域の様々な資源を育てながら、より本人の望む生活を実現していけるよう働きかけていきたい。

ひとりひとりの地域生活をその人の希望するその人にあった方法で支援する、そのためにはケアマネジメントの手法が有効である。**社会的入院者の地域移行支援とは、まさしくケアマネジメントのプロセスであり、またそうあるべきである。しかし現在のところ、その仕組みは社会的に十分に保障されているとはいえない。**

とりわけ長期入院の中で病院生活に適應してしまい地域生活の実感や意思を取り戻すのに時間を要する人、本人の意思や希望を読み取ることが難しい人などにとっては、本人の安心感を保障しつつ地域の中の具体的な場面の中で本人の力と可能性、希望を引き出していくこと、本人の生活を支える人との信頼関係を築き安心して一步を踏み出せるようにすることなど、時間をかけた丁寧なマネジメントが必要であると考

える。

また「事例 13」のようなケースや通所自体が困難な人なども含め、私たちが現在提供する支援体制、支援量では本人の安心できる地域生活の保障が難しい人の地域移行についても、私たちは考え続けていきたいと思う。精神障害に加え重度の身体合併症や認知症を併せ持つなど、複合的かつ絶対量の多いケアニーズを持つ人たちに対して、私たちは既存の制度とその運用実態の中で、地域移行支援に困難を感じることもあるのは事実である。しかしそれらの課題は、高齢という課題について述べたのと同様、より普遍的な社会的ケアシステムの構築によって解消されるべきであると考えられる。そのためにも私たちは、精神科病院の中に隠されてしまっているひとりひとりの存在とその人が抱えるニーズを社会的に明らかにし、そのニーズに対する社会的な取り組みを求め、働きかけ続けていきたいと思う。

一方、「事例 12」のように、特定の所属先を持たず必要な時のみ支援を求めたい人、あるいは緊急時のみ介入を必要とするような人に対して、誰がコーディネーターを担い、どのように支えていくのかも今後の課題である。

ひとりひとりの希望に応じた生活を支えるために必要な支援を調整し開発し保障していくケアマネジメントの力を私たちは一層高めていくと同時に、そういったケアシステムの社会的な保障を求めていきたいと思う。そういったシステムがあれば地域移行やその後の安定した地域生活の継続が可能な人はまだまだたくさんいる、というのが私たちの実感である。

② 解決しきれない課題を抱えながら支援を続けていくことについて

今回の事例に限らず、支援を行う中では当然ながらうまくいかないことも多々ある。「事例 4」、「事例 9」、「事例 10」、「事例 11」のように試行錯誤を繰り返したり、様々な可能性について検討しあらゆる手段を試みたりと努力を続けても思うような結果にたどりつかないことも少なくない。それでも諦めずに可能性を信じて支援を継続し、また新たな方法を探し続けていくためには、支援者が孤立して抱え込んでしまわないようにすることが大切であると考えられる。組織やチームの中で課題や思いを共有しつつ解決策を見出していくこと、最も本人に近い立場に立ち本人に寄り添いながら支援を行う支援者を皆で支えること、そして組織自体も孤立や抱え込みを防ぎ、積極的に他の機関との連携を図り、時にはコンサルテーションを受けるなどしながら、新たな方法を見出し、開発していくこと。

「うまくいかないこと」は決して恥ずべき事ではない。それを相談できる相手を見つけ、自らを相手に開きながら関係をつくり、他人の力も上手に借りながら自分らしい方法を見いだしてやっていくことの大切さとすばらしさを、私たちはメンバーから学んできている。私たちの仕事の真髄は「人間関係作り」にあるといえよう。「困った時に相談できる

関係性」を築いていく努力を日々続けていくとともに、これまでの方法ではうまくいかないこと、困ったことに会った時こそ、自らを開き、他人との関係性を深めつつ自らの可能性を拓けていくチャンスと考えて支援に向き合っていける私たちでありたいと思う。

最後に。懸命に本人との関係を築こうと努力し、その距離を縮め関係を深めながら支援を続けてきた支援者にとって、また日々助け合い励まし合ってやってきたメンバーにとって、本人の「自殺」は計り知れないダメージを与えるものである。「事例14」のケースの残した衝撃と痛みを、私たちは今もなお胸に抱えながら働いているし、メンバーが受けた衝撃と痛みがどれだけ大きなものであったのかということも、私たちは日々感じながら働いている。

そのようなダメージを受けてもなお、地域移行支援や地域生活支援の歩みを止めることなく前に進んでいくために、私たちは問題を皆で共有することが大切だと考えている。皆でこれまでの経過を振り返り、反省したり見直したりそこから学びを得たりすることはもちろん重要である。同じ事を二度と繰り返さないために、影響をできるだけ小さなものとするために、できる限りの対策は尽くしたい。しかしそれだけでは済ますことのできないダメージを、本人の「死」は私たちひとりひとりの心の中に残していく。

その人を失った時、どうしようもない悲しみや喪失感、悔いを感じ、自分の人生をも揺るがすようなダメージを受けるような関係性を、私たちは地域の中でひとりひとりと切り結ぼうと日々努力し続けてきていると言ってもよい。それが本当の意味で「地域とともに生きる」ということだからである。だからダメージを受けないように、感じないようにすることは難しい。

「自殺」は何とかして避けたい。けれどどうしても避けきれないこともある。本人が自殺という道を選んでしまった時、たやすく実行することのできてしまう自由をも地域生活は保障しているのである。

どうすることもできない悲しみ、辛さをともに受け止め、わかち合い、支え合っていくことを力にして、私たちはひとりひとり「それでもなお地域とともに生きる」という選択をし続け、手を取り支え合いながら前に進み続けていきたいと思う。

☆コラム☆ 支援者の心のつぶやき

☆この人(病院のケースワーカー、作業療法士など)の紹介なら受けてみよう!と思うことが実際にはしばしばある。相談しやすい、迅速に動いてくれる、調整が上手、信頼できる、見立てがいい、いろんな知恵を持っている、こちらの立場も酌んでくれる、柔軟…などなど、この人となら一緒にやっていきたい、やってみて一緒に考えていってもらおう、と思える関係者が増えていくのが理想。人と人のつながりが地域を育てていく。

☆身元不明身元不明っていうから、あなたから話を聞くと、本当かなって思っちゃったりしたのよね。本当にごめんなさい。先入観はいけません。でも、この人とやっていけるかなって、第一印象で感じたことは、大抵後まで変わらない。支援者それぞれ違っていいと思いますが、肌で感じた感触は大事にしてもいいよなと思ってます。

☆本当にこの人退院する気あるのかな?退院できるのかな?…正直私も始めはちょっとだけ思っていました。ごめんなさい。でもメンバーのみんなは誰も疑わず、「大丈夫だよ」って言ってくれましたね。さすが!変わっていく本人を見てメンバーの言っていたことは正しかった!とつくづく感じました。「迷ったときにはメンバーの判断力だよ!」支援者としてどうかとも思うけど、それが一番正しくて確実だという気が今もしています…。

☆病棟の患者さんが作業所へ通って、どんな顔で、何をしているのか、興味をもってほしいなと思います。夕方急いで「看護婦さんに文句をいわれないうちに…」とそそくさと病院へ帰っていくメンバーを見るのは寂しいです。たまには一緒に作業所へきてくれると嬉しいのだけど…。

☆高齢者はダテに年はとってません。「あんまり退院退院って騒ぐと『調子が高い』というレッテルを貼られちゃうから、本当に退院したい時は大人しくしながら医者と看護師の顔色を見計らってすすめるんだよ」と、経験から培った退院技術を教えてくださいました。先生、見透かされてますよ!

☆退院時のコーディネイト役には、ぜひソーシャルワーカーがなってほしい!病院ごとに事情はあると思うけれど、本人の全体像を把握して(家族調整や精神保健福祉手帳、年金や生活保護等社会資源の活用、あらゆる専門家のつなぎ役として)調整をしてほしい。精神保健福祉士としての腕の見せ所!!

☆このケースワーカーさんがいなかったら、この担当看護師さんがいなかったら、この作業療法士さんがいなかったら…この人は一生退院することはなかったんだろうなあと思うことは結構あります。もちろん地域移行支援はひとりではできないことではないけれど、誰かがこの人は退院できる!と信じ、退院してもらいたい!と勇気をもって行動を起こしてくれないと地域移行って進まないものなんだなとつくづく思います。病院という組織の中で難しいとは思いますが、あなたの行動に人ひとりの人生がかかっていると思って、誇りを持って行動を起こして欲しいなと思います。

☆顔を見に来てくれるスタッフの援助は、効率がよく有効だなと感じます。「優秀な営業マンはフットワークが軽く、時間を有効に使う」というのと同じ。

☆地域で困ったことがあった時、病院スタッフにもぜひ一緒に考えて欲しい！訪問看護が「緊急事態があるときは呼んでください」と言ってくれて、定期の訪問時以外にも対応してもらえると地域（受け皿側）は気持ちの上で楽になる。緊急時こそ訪問看護に頼りたくなるというのが本音。ケースワーカーが「入退院を繰り返しながらやっていきましょう」という姿勢で、退院後の本人の様子も気にしてくれ実際の緊急時にも迅速に入院の手配をしてくれた。関係者が「何かあるときにはいつでも連絡を下さい」と言ってくれ退院した後も相談に乗ってもらえる。地域で困った時に頼れる人、チームがいてくれるととても心強い。

☆ようやく退院して、苦勞しながら地域生活を続けてきたけれど、どうしても具合が悪くて入院という選択をせざるを得ない時。これまで一緒に苦勞を重ねてきたから、再入院の決定に泣いたあなたの涙を見て思わず私も涙してしまいました。地域で支えきれなかったという無力感、騙して外来に連れて行ったようにも感じてしまう罪悪感。でも毎日の格闘や不安な思いで過ごす夜や週末から開放されて、正直どこかほっとしている自分にも気付きました。家族はこの何十倍、何万倍という思いをしてきたんだろうな…。でもちゃんと地域に戻ってきてもらえたから、今元気なあなたを見ていられるから、あのときの入院は無駄ではなかった、あのときの選択は間違いじゃなかったって思えます。誰よりあなたのことを思っていたはずの家族にもそういう思いをしてほしかったなと思います。

☆具合の悪くなったメンバーへの訪問看護師さんの対応を見て、「精神科看護の専門性ってこういうことなのか！」と感動した。五感をフルに使って本人の状態と気持ちを読み取りながら働きかけ、本人が意識すらしていなかった本当の意思と希望を引き出しながら支援していった。これこそ看護の真髄！だと感じた。一方でこれまで自分のしてきた援助は何だったんだろう…とショックも受けた。膨大な業務に忙殺され、振り返る余裕もなく走り続けなければいけない日々の中で、私は本当に本人のためになる支援ができていんだろうか？本当に力量は高められているんだろうか？と思うととても自信が持てない自分がいる。

☆地域移行で以前より支援を必要とする人が増えてきている。より細やかな、より対応困難な、よりスタッフがストレスを感じることの多いケースも増えているので卒業できるぐらい安定した人がいてくれて元気づけられることも正直多い。ここ2年ぐらいいろいろなことが起きていて正直緊張感を持ち続けることがしんどくなることもある。救急車の音、消防車のサイレンに胸騒ぎを覚え携帯を気にしてしまう日も増えている。休日に携帯が鳴ると神経質になっている自分がいる。

☆普段からざっくばらんに相談できる場、人がとても大切。カンファレンスや事例検討などもとても大切だが、もっと自分の気持ちを正直にタイムリーに話ができる環境が必要。想いや状況などを言語化し、整理していく努力。共感し、ともに前進していく仲間。バーンアウト防止のためにも！！

おわりに ～どんなケースであっても地域移行を「諦めない」ために～

巢立ち会ではこれまで、「NOと言わない」をモットーに、年齢や入院年数、そのほか様々な属性によって対象を限定することなく、精神障害者の地域移行支援の取り組みをしてきた。そして、16年の取り組みの中で、140名近くの方たちの地域移行を果たして来た。

地域移行支援の活動を進めてくる中で、私たちは少しずつ支援の幅を拡げてきた。10数年前であったら受け入れは難しいと感じていたようなケースも、今では次々と受け入れることができるようになってきている。その中では様々な問題にもぶつかってきたし、「失敗」から学ぶことも多かった。

それでも私たちは、一人でも多くの方たちに地域移行してもらいたい、退院にチャレンジするチャンスを提供したいと思って支援を続けてきた。私たちの行ってきた支援には、未熟なところも多いし、課題も多く抱えていることを自覚している。しかし、私たちの行ってきた取り組みを正直に、率直に示すことによって、一人でも多くの方に「こういう人でも退院して元気に、そしてがんばってやっているんだ」「退院してよかったと言っているんだ」ということを知ってもらい、「私にも少しはできることがあるのではないか？」とお願いすることで、全国の精神科病院の中で、今もなお入院を続けている一人でも多くの方たちに地域移行支援の手が届き、ひとりひとりの退院とその方なりの地域生活が現実のものとなっていくことを、私たちは願ってやまない。

決してお手本になるような立派な支援ケースではないけれど、こんな風になんげって退院を目指し、地域生活を送っているメンバーがいること、こんな風にケースと向き合いながらやってきた支援者がいることを知り、それぞれの場所で、ともに地域移行を進めていくお仲間、そして協力者となってくださる方が一人でも増えたら、私たちにとってこれほど嬉しいことはない。

どんなケースであっても決して地域移行を「諦めない」。

どんなケースであっても、地域移行を諦めない人が一人でもいる限り、そしてその一人がもう一人、そしてもう一人と手を繋いでいくことで、何らかの方策は必ず見えてくるのではないかな。

辛い現実を前にしながらも、そんな信念と希望を胸に、私たちはこれからも、皆さんとともに歩いていきたいと思う。

謝辞

この事例集をつくるにあたり、本当にたくさんの方々にご協力をいただきました。

所属や組織の枠を超え、お忙しい中、ご自分の時間を割き、ご協力くださった皆様方に、この場を借りて心より御礼申し上げます。

何より、事例として、この事例集に掲載することを快く承諾してくださった 14 名の皆様、本当にありがとうございます。

原稿を書くためにお話を聴かせていただく中で、また皆様に関わる記録や資料、関係する方々と向き合う中で、私たちはあらためて多くのことを知り、学びを得るとともに、あらためて皆様の経験してきた人生や苦勞、そして今の生き生きとした皆様らしい生活とがんばり、そして笑顔から力をいただいて、この事例集を形にしていくことができました。

皆様の経験されてきたことをこの冊子に掲載させていただき、ひとりでも多くの方に読んでいただくことによって、今もなお全国の精神科病院の中で、地域移行の対象とみなされることすらなく日々を過ごしている何万人という方々に地域移行支援の手が届き、ひとりでも多くの方の退院、地域での生活が実現することを私たちは心から願っています。

皆様の辛い経験、がんばり続けてきた人生の営みが、ひとりでも多くの方々の力の源となり、ひとりでも多くの方々の人生を変える力となることを、私たちは信じ、願っています。

地域移行とその支援を身をもって体験してきた経験を持つ皆様はまさに、かけがえない「地域移行支援の担い手」であり、同時に「地域移行支援の担い手の先生となるべき人」です。

皆様の存在があったからこそ、私たちはこれまでの歩みを進めていくことができました。皆様に多くのことを教えられ、その生きる姿勢とがんばり、笑顔と優しさに支えられて、私たちはここまでやっていくことができました。

あらためまして、心から感謝申し上げます。

いつも本当にありがとうございます。

そして、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

やればできる！地域移行！

～地域移行が難しいと思われがちなケースのテーマ別事例集～

平成 20 年 3 月発行

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 勝又裕子・田尾有樹子

大野通子・林田輝子・長門大介・尾川優子・濱井直子・栗原愛・渡部茉莉子

松岡恒夫・那須由香・富田美穂・小引知美・星山桂・会田真一・北楯あや

小林伸匡・鴨志田祥子・遠藤まり・波佐裕子・久保田潤・渡邊秋奈

清重知子・赤沼麻矢・大塚ゆかり

印刷・製本 社会福祉法人新樹会 創造印刷

平成 19 年度 精神障害者地域移行に関するモデル事業

やればできる退院支援

～ 巣立ち会 地域移行支援マニュアル ～



社会福祉法人 巣立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト

目 次

はじめに	1
<u>第 1 章 退院促進支援事業の背景</u>	2
1 社会的入院の問題	2
2 近年の精神保健福祉	4
3 先駆的な事例	6
4 2003 年からの退院促進支援事業	7
1) 事業の目的と実施体制	7
2) 事業の流れと実施状況	9
3) 障害者自立支援法への移行	10
4) 全国の実践結果	11
5 東京都の取り組み	12
<u>第 2 章 巣立ち会とは</u>	16
1 活動の概要	16
2 活動初期からの歴史	18
1) 活動開始まで	18
2) 巣立ち会の設立	19
3) 発展期から現在まで	20
3 巣立ち会の沿革	22
<u>第 3 章 巣立ち会における地域移行支援</u>	24
1 アウトリーチ	25
1) 出張講演	26
2) 病院向け事業紹介	29

3) インフォーマルな情報提供	30
4) 多様化する病院との接点	30
2 インテーク・アセスメント	32
1) サービス利用までの流れ	32
2) サービスの利用条件	34
3) 他機関への紹介	37
3 体験通所	38
4 住居提供	41
5 退院準備	42
6 退院とアフターケア	44
1) グループホームでの支援	45
2) ピアサポート	48
7 関係機関との連携	49
1) 病院との連携	49
2) 家族との連携	51
3) 行政との連携	52
4) 地域との連携	53
第4章 巣立ち会の住居提供支援	54
1 住居をめぐる問題	54
2 住居保障の重要性	54
3 住居資源開発のためのコミュニティワーク	55
1) 巣立ち会の住居開拓	55
2) 理解ある人々との出会い	56
3) 住居設置への道	57
4 契約の形態と保証人	59
5 住居の形態	60
6 グループホームの運営管理の留意点	61
1) 職員への配慮	61
2) 危機管理の体制	62
7 財政上の課題	63

<u>第5章 巣立ち会の支援の特徴</u>	64
1 活動の特徴	64
2 巣立ち会の信念	68
<u>第6章 利用者の概要と支援結果</u>	74
1 16年間における支援結果	74
2 退院促進支援事業（H17～H19）の支援結果	79
<u>第7章 事例の紹介</u>	82
1 「超」長期入院のT氏	82
2 高齢のK氏	87
<u>第8章 みんなからの声</u>	94
1 利用者から	94
2 大家さんから	98
3 関係機関職員から	100
4 巣立ち会職員から	108
おわりに	113
資料1 精神障害者退院促進支援事業実施要綱	114
資料2 巣立ち会地域移行支援パンフレット	117
執筆者一覧	124

はじめに

社会的入院という言葉が初めて使われたのはいつ頃、誰によってでしょうか？少なくとも私がこの仕事を始めた1978年には、すでに精神医療（その頃は「精神保健福祉」や「精神障害」という言葉は一般的ではありませんでした）の世界にはあったように覚えています。言葉が存在していたということは、この実態に専門家たちは気づいていたはずなのですが、その対処は一向になされないまま今に至っているのが日本の現状です。

精神医学は近年薬物療法が進歩し、新しい時代を迎えようとしています。精神科病院も新たな患者さんの獲得を目指して新病棟を建設したり、サービス業としての患者さんに対する接遇を勉強したり、以前には見られなかった変化が起こってきています。地域の社会福祉の資源も徐々に増えてきていると感じられますが、依然として35万人という人が精神科病院の中で過ごすしかないというような状況です。精神障害者が普通にその人生を地域で暮らすという考えは、未だ世間的にも又専門家の間でも受け入れられていないと思うのです。行政の福祉施策の問題、世間の偏見や排除などの問題、長い間に積み上げられた習慣の問題など、様々な理由が考えられますが、今もう待てないところまで来ています。このまま時間を過ごせば多くの人が病院の中でその人生を閉じなければなりません。他の障害や疾患と比べて精神障害者は、自分たちが置かれてきた環境や境遇を強く訴えるということはされてきませんでした。しかしその人数の多さと今もなお病院にいるしか選択肢が残されていないという点は、大きな社会問題であり、人権侵害の問題であるはずなのです。

私たちは過去にさかのぼることはできません。今を変えていくことでしか、未来を変えることはできないのです。この本を手にしてくださるのはほとんどがこの精神保健福祉に携わる専門家、当事者の方たちだと思います。皆さんの目の前に許されざる現実があるのです。その一つ一つを一人一人が変えるように努力を結集させることで、近い将来にこの悲しい現状からの脱却を実現できたらと心から願う次第です。

このマニュアルは、巢立ち会が社会的入院の解消のためにコツコツと地道に努力をしてきた中で蓄積された独自の方法をまとめたものです。国家的な研究班がついていた事業でもなく、どこかにモデルがあったシステムでもありませんでした。ただ、長期に入院されていた精神障害者の方たちと寄り添う中で工夫され、生み出された方法です。そのため、誰でもその気にさえなれば行えるという比較的簡便な方法だと思われます。同じ思いを共有する人たちの、一助となれば幸いです。

2008年3月 田尾有樹子

第1章

退院促進支援事業の背景

1 社会的入院の問題

社会的入院という言葉は、精神保健福祉分野に関心のある人なら必ず聞いたことがあるだろう。その定義については議論が重ねられてきているが、その枠組みや基準などはいまだ曖昧である。精神保健福祉用語辞典¹⁾によると「医療上は入院治療の必要がないにもかかわらず、社会福祉制度の不備や差別・偏見等により退院して地域に住むことができず、入院を余儀なくされている状態をいう」とされている。そもそも、社会的入院という言葉はいつから使われ始めたのだろうか。小山²⁾によると、「社会的入院という言葉がいつごろから使用されるようになったかについては、必ずしも明らかではない」と前置きをしながら、「ただ、厚生省の行政文書の中で使用されたのは、生活保護法上の医療扶助の運営に対する指導要綱においてである」としている。生活保護法が施行された1950年当時は、結核が蔓延して入院施設が不足していた時代であり、「各地の結核療養所には、たとえ治癒しても帰る家もなく、療養所に住民票があるという患者が少なくなかった」ため、そのような結核患者に対して社会的入院という言葉が用いられたとのことである。そして精神科病院が増えていった当時、入院患者が地域や家庭に帰ることができず入院を継続するという、結核後遺症患者の長期入院と同じことが精神障害寛解者にも生じたのだ。つまり、退院後の生活構築が難しく、社会的な理由によって入院を継続しなければならない人が増え、それらの状態を社会的入院と呼ぶようになったのである。

社会的入院とわが国の精神科医療や精神保健福祉の関連性については、松本³⁾がその歴史的な特徴から、「隔離収容主義」「民間への依存度の高さ」「長期および閉鎖的入院環境」「サービスおよび地域サポートシステムの未成熟」の4点について指摘している。精神障害者は医療施設に収容され、地域から隔離されるという歴史を経てきた。精神科病院への収容は、これまでの社会生活や人間関係等からの孤絶を意味しており、この隔離収容が精神科病院での生活が彼らの全てになるという結果を生んでしまった。民間病院が多いというわが国の特徴も、おのずと退院に対する消極的な姿勢を生み、「長期および閉鎖的入院環境」

¹⁾ 日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会（2004）『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版

²⁾ 小山秀夫（1998）「介護保険と社会的入院について」『国民健康保険』49（12），2-5

³⁾ 松本すみ子（2003）「『社会的入院』の歴史的背景と求められるPSWの視点」『精神保健福祉』34（1），11-15

を作り、社会的入院者の増大に拍車をかけた。また、社会的入院と関連する問題は精神科病院だけではなく、地域のサポートシステムが立ち遅れていることにもあった。地域サポートシステムの要といえる社会復帰施設は、1987年の精神保健法によって法定化されるが、現在においてもサポートシステムは不十分であり、退院可能な精神障害者が長期の入院を強いられている。

もちろん精神科病院における入院治療は、重要なケア手段の一つであり、必要な人には十分に提供されるべきサービスである。しかし、社会的入院のような「医療上は入院の必要がない」のに結果的に入院せざるを得ない人々にとっては、その入院にどんな意味があるのだろうか。社会的入院者の多くが長期在院の患者さんであり、青春時代からその生涯を終えるまで病院で過ごす人も少なくない。社会から隔離収容された状態の彼らの生涯に対して、世間が注意を向けることなど、これまではなかったのだ。人権という視点から考えると、この医療上必要のない社会的入院は重大な問題であり、人権侵害であろう。以前の精神科病院は、宇都宮病院事件⁴⁾に象徴されるように、生命まで脅かされるような極端な人権侵害が行われていたところもあったが、一般的には良心的に多くの患者さんを抱え込んでいった病院が多かった。その発想においては良心的であったが、施設処遇を精神障害者に強要する点では人権侵害であることは同じであった。精神科病院の生活では、寝る時間から起きる時間までを決められて、常に指示する者とその指示に従って生活せざるを得ない者との二者関係が作られた。自己主張を制限させられ、いつも人の指示を仰いで自分の意思決定をすることが当たり前になってしまうのである。5年、10年とその関係性の中で生きていくことは人を変えてしまい、自分たちがその中でどのように自由を制限されているかもわからなくなってしまう。そのことに気がつくのは、退院してしばらく生活ができてからである。

退院して地域生活を始めると、どれほど退院に抵抗していた人たちも、誰一人病院に戻りたいという人はいない。退院して何が良いかと聞くと、「自由がある」という。この「自由」が巣立ち会の活動のキーワードでもあり、これまで制限されてきた彼らの人生に自由を取り戻すことが、私たちの目指す『地域移行支援』⁵⁾なのである。

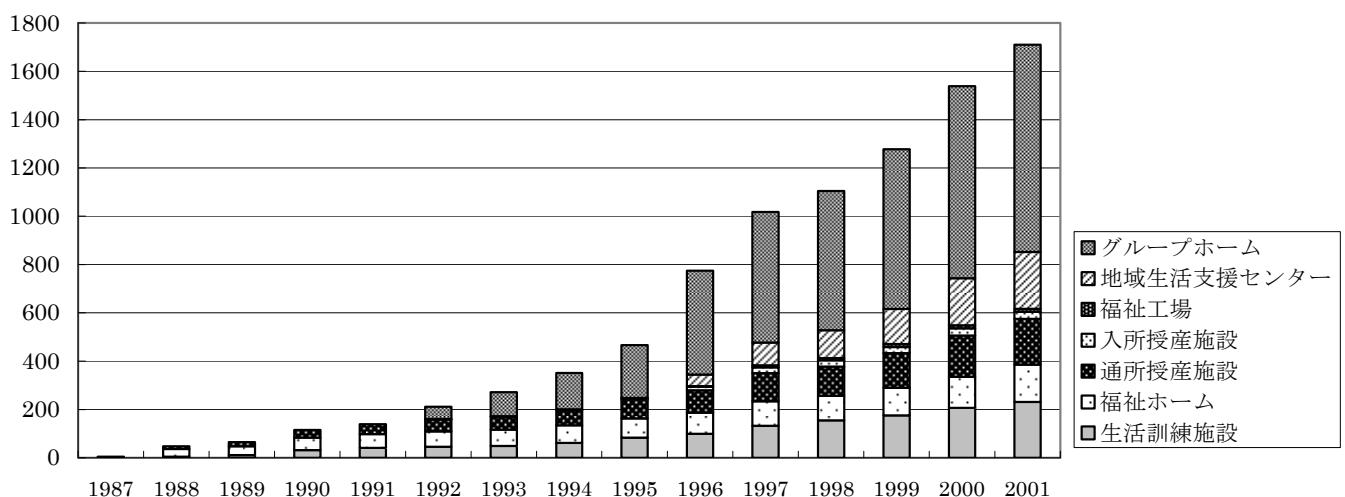
⁴⁾ 1984年、宇都宮の精神病院での事件。患者へのリンチや無資格診療等の職員による暴力、患者支配が明らかとなり、院長は逮捕された。これ契機に、日本の精神医療の実情や人権侵害問題が国際的にも批判を浴びる結果となり、法改正がなされることとなる。

⁵⁾ 本マニュアルでは、巣立ち会の活動における退院及び退院後の地域生活支援については「退院促進支援」ではなく「地域移行支援」としている。なお、制度名や病院側の視点からみた退院支援に関しては、「退院促進支援」あるいは「退院促進」などの言葉を残して用いている。

2 近年の精神保健福祉

このような社会的入院の問題を抱えるわが国では、1984年の宇都宮病院事件、国連人権小委員会での批判、国連調査団による改善勧告等を契機に、1987年に精神衛生法を全面改正した精神保健法が制定された。同法は精神障害者の「人権擁護」と「社会復帰の促進」をはじめ理念として打ち出した法律であり、それまでの社会防衛的な隔離収容政策からの転換を示すものであった。同法により入院は本人の同意による任意入院を原則とし、社会復帰施設も初めて明文化された。1995年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」）に改正され、精神障害者の「自立と参加」が法の目的に加えられ、「福祉」という概念が法律名にも加えられた。同法では新たに精神障害者保健福祉手帳、福祉ホーム、福祉工場などが創設された。また、同年に策定された「障害者プラン」でも精神障害者の社会復帰の促進が重要課題として掲げられ、社会復帰施設を大幅に増設する数値目標が設定された。その結果、これまで増えなかった社会復帰施設の数も、図1-1に見るように一定数は増加したのである。しかし、隔離収容・長期入院という精神科病院の体質に大きな変化はなく、依然として5年以上の入院者が4割以上を占めるという状況が今日も続いている（図1-2）。

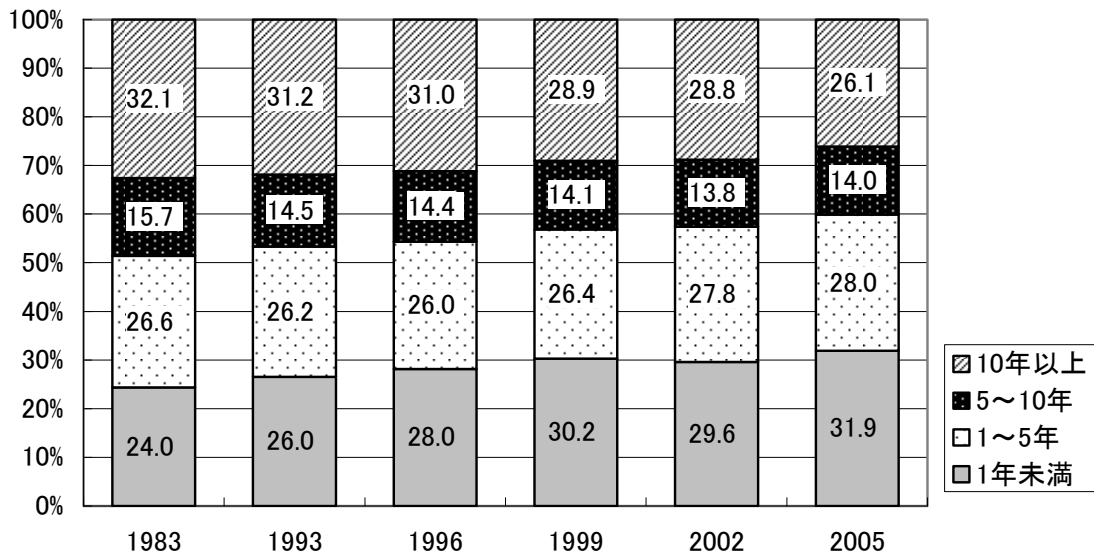
図1-1 精神障害者社会復帰施設数の推移



厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会(2002)資料1より作成⁶⁾

⁶⁾ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7a1.html>

図 1-2 精神障害による入院患者の入院期間別分布



* 1983年～1999年のデータは同資料1より、2002年と2005年のデータはそれぞれ平成18年版・平成19年版障害者白書より作成（両者とも元データは患者調査）

このように1980年代後半から、入院医療中心から地域生活へと精神障害者の施策転換が図られてきたものの、その成果は十分にあがらず、社会的入院者も減らなかった。そこで2002年に策定された「新障害者プラン」では、「受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者の退院と社会復帰」が国の具体的な政策目標としてはじめて盛り込まれた。このプランでは「7万2千人を10年以内に」という具体的な数値目標と期限が示されたため、精神障害者の自立と社会参加の理念が一層推し進められることが期待された。そして翌年の2003年には、この「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院と社会復帰の実現に向けて、精神障害者退院促進支援事業（以下、退院促進支援事業）が正式に事業化されたのである。

3 先駆的な事例

大阪府では退院促進支援事業が国によって正式に事業化される 3 年前の 2000 年より、退院促進支援事業の前身ともいえる社会的入院解消研究事業を行っていた。この事業は、地域保健推進特別事業として行った「自立支援促進（会議）事業」と、財団法人社会復帰促進協会に委託して行った「退院促進支援事業」からなる⁷⁾。

大阪府では、この独自の退院促進支援事業の立ち上げに先駆けて、精神障害者施策を検討する為の当事者ニーズ調査を 1997 年に実施している⁸⁾。同調査の報告では、社会的入院の解消に深く関連する事柄として、①仲間とともに過ごす時間や集まれる場所がニーズとしてあること、②入院者や非入院同居者⁹⁾は退院後の生活がイメージしにくく、その為に地域生活におけるニーズが顕在化されていないと推測されることを指摘している。長期入院者の退院を進めるためには、まず入院者に地域の情報、地域のサービスを知ってもらい、具体的なイメージを持ってもらう。そして、退院に対する不安、生活の変化に対する不安等に寄り添える相談支援者、同じ病気の仲間が必要であることが示されていた。このニーズ調査を受けて、大阪府精神保健福祉審議会では精神障害者を地域で支える仕組みづくりの検討を重ねるが、そのさなかに大和川病院事件¹⁰⁾が起これ、精神障害者に対する人権侵害の現状や社会的入院の問題に対する社会の関心が高まった。この事が一つの契機となり、1999 年に出された同審議会の答申「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」¹¹⁾では、社会的入院者の地域移行が今後の行政課題の一つとして明記された。

以上のような経緯で、大阪府は 2000 年より社会的入院の解消を目的とする退院促進支援事業を開始している。このような大阪府の取り組みがモデルとなり、国の退院促進支援事業の形成につながっていく。

7) 吉原明美（2005）「社会的入院患者の退院促進に向けた大阪府の取り組み」『精神医学』47（12）

8) 大阪府精神障害者生活ニーズ調査（<http://www.iph.pref.osaka.jp/KoKoRo/siryou/index1.html>）

9) 非入院同居者とは、非入院者であって、家族あるいはその他の者と同居している人のことを指している。詳細は <http://www.iph.pref.osaka.jp/KoKoRo/siryou/index2.htm#gaiyou> を参照のこと。

10) 安田系 3 病院の詐欺、脱税、入院患者への人権侵害等が明るみに出た事件。

11) <http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/siryou/tindex.html>

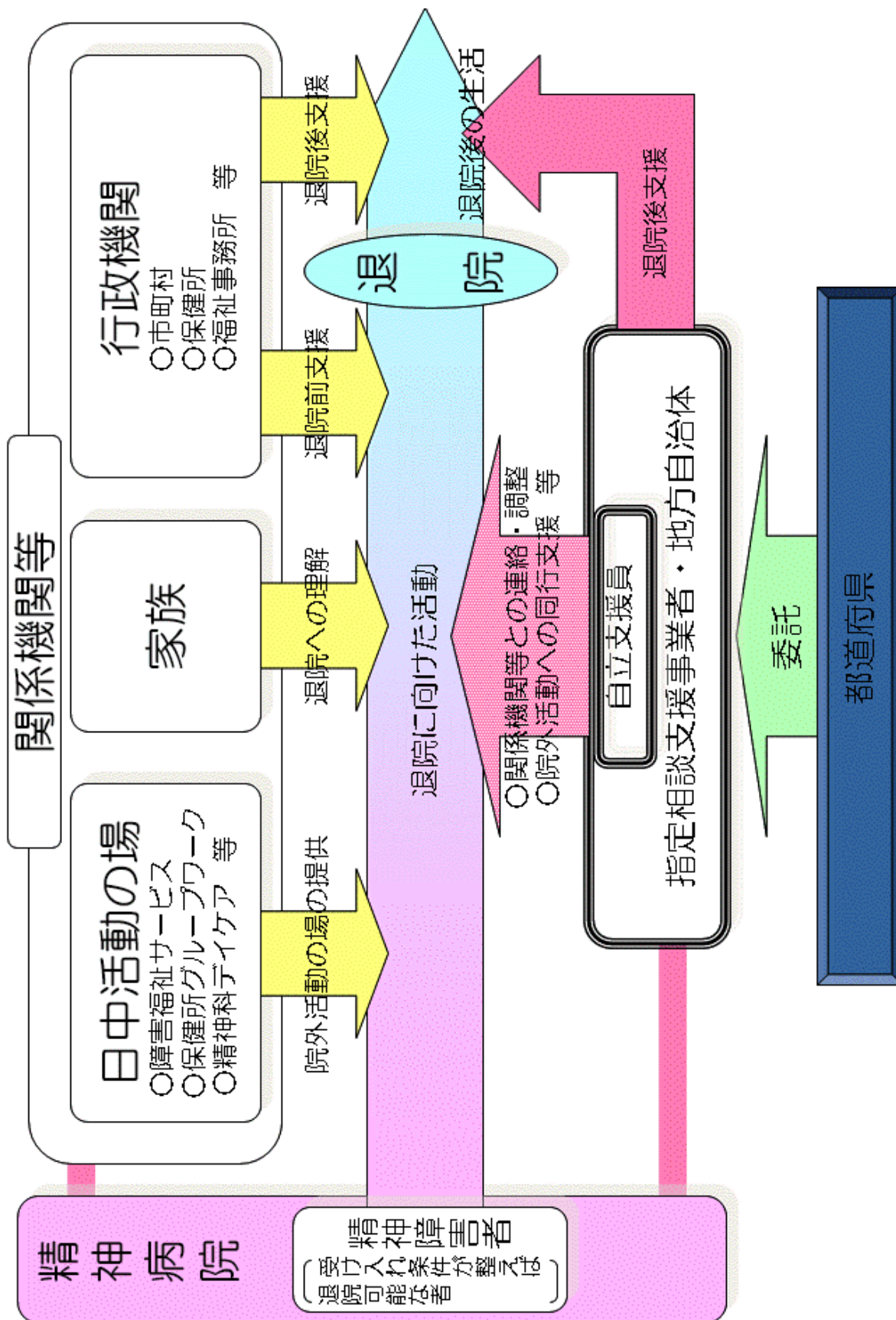
4 2003年からの退院促進支援事業

2003年度からは国策として退院促進支援事業が始まった。それでは退院促進支援事業とは、どのようなものなのか。ここでは退院促進支援事業について説明するために、厚生労働省が公表している「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」（以下、要綱）に沿って、その目的と実施体制、事業の流れと実施状況を説明し、最後に2003年度から2006年度において実施された事業実績を紹介する。（要綱は資料1を参照）

1) 事業の目的と実施体制

退院促進支援事業は、社会的入院をしている7万2,000人の精神障害者の退院と社会的自立の促進を目的に、都道府県によって実施される国庫補助事業である。同事業は自立支援員を中心に病院や地域資源が連携しながら、精神障害者の退院と地域での安定した生活に向けてサポートしていくものである（図1-3）。要綱によると、事業を委託された機関は自立促進支援協議会を設置し、そこで対象者、支援計画、協力施設等を協議・決定し、それに従って自立支援員が実際の支援活動を行う。また、知事によって設置される事業運営委員会が対象者数などの数値目標の設定や事業効果の評価等、事業全体を統括し必要事項を協議することとされている。

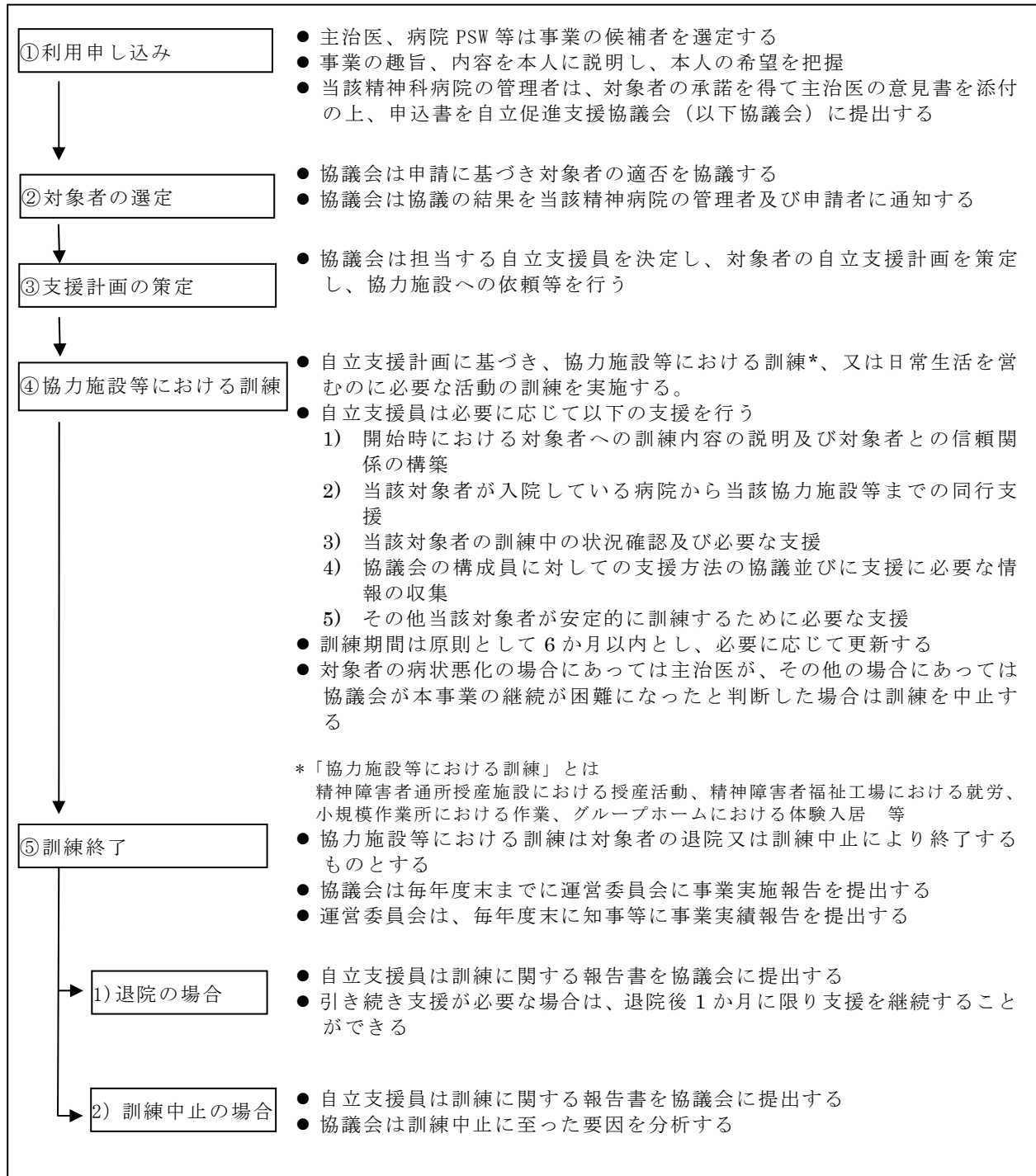
図1-3 精神障害者退院促進支援事業（イメージ図）



2) 事業の流れと実施状況

厚生労働省は、「退院促進支援事業サービス利用の主な流れ」を図 1-4 のように示しており、大きく 5 つの段階があることがわかる。

図 1-4 精神障害者退院促進支援事業サービス利用の主な流れ



厚生労働省精神保健福祉課（2003）「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」より転載

事業の主な流れはこのように示されているが、各都道府県等の報告書からは、大まかな流れは要綱に沿った形で行われているものの、自治体によっては独自の工夫もされていることがわかる¹²⁾。また、金子らや日本精神保健福祉士協会の調査においても、実施内容にばらつきがあること、地域の実情や予算額に合わせた独自の体制整備や工夫がなされていることが確認されている¹³⁾¹⁴⁾。社会的入院を強いられている一人一人のニーズに応えながら、誰が担っても実施できる安定した事業を行うこと、地域の実情に合わせながら、何よりも対象者にとってより良い支援体制を整備していくことが求められているのである。

3) 障害者自立支援法への移行

2006 年度から段階的に施行された障害者自立支援法（以下、自立支援法）では、このような都道府県等の実績から、地域の実情に応じた事業が実施されることが望ましいとし、退院促進支援事業を都道府県地域生活支援事業に位置付けた。自立支援法における退院促進支援事業は 2006 年 10 月から実施されており、今年度においても市区町村域を超えた、文字通りの広域的な支援事業として期待されている。

¹²⁾ 社会福祉法人巣立ち会（2006）『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—退院促進を効果的に行うためのシステム構築』厚生労働省障害者保健福祉推進事業

¹³⁾ 金子努（2005）「精神障害者の地域生活支援プログラムの開発—退院促進支援事業の円滑な推進のために」『平成 16 年度県立大学重点研究事業報告書』

¹⁴⁾ 日本精神保健福祉士協会（2007）『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』

4) 全国の実践結果

2003年度から実施された退院促進支援事業の全国における実施結果は表1-1の通りである。

各年度において実施自治体の数に差異はあるようだが、この4年間での合計対象者数は2,102人であり、社会的入院者7万2,000人の退院という国の目標値からは、あまりにもかけ離れた実態を感じざるを得ない。また、累積退院者数も全国でわずか740人であり、このペースでは目標達成が不可能であることは明白で、退院促進支援事業は危機に立たされているといえるだろう。精神障害者の地域移行支援にかかわる国、自治体、そして現場の人々全てが、この現状をどのような打破し、そして何をすべきなのか、いまいちど考えなければならない。

表 1-1

全国における精神障害者退院促進支援事業の実績

	事業対象者数	退院者数	退院率
2003（平成15）年度	226人	72人	32%
2004（平成16）年度	478人	149人	31%
2005（平成17）年度	612人	258人	42%
2006（平成18）年度	786人	261人	33%
計	2,102人	740人	35%

厚生労働省『精神障害者退院促進支援事業の実績について』より作成

5 東京都の取り組み

東京都は、2002年に東京都地方精神保健福祉審議会において「精神科病院の長期入院者の問題を検討する部会」を設置し、翌年6月に「精神障害者の長期入院の問題について」を提言した。そこでは、社会的入院解消に向けて退院を促進する仕組みの構築、地域での受入体制の整備などを図っていくべきだと述べられており、今後の都における地域支援システムのあり方を検討するために、2004（平成16）年度から2か年にわたる精神障害者退院促進支援モデル事業（以下、モデル事業）が開始された。

2004年度は多摩小平保健所から事業が開始され、事業開始のための「地域の基盤体制作り」を中心に、地域移行に関わる精神科病院の現状把握や連携を図るための基盤整備等を目標に実施された¹⁵⁾。しかし、当保健所の事業では入院中の患者さんへの直接的な支援は実施されず、それは2004年12月から事業を開始したサポートセンターきぬた（世田谷区）から始まった。2005年4月からはきぬたが前年度の事業を継続し、そして巣立ち会（調布市・三鷹市）が新規に事業を委託されることとなった。この2か年の事業結果は表1-2のようになる。なお、巣立ち会が取り組んだ2005年度の事業に関しては、『退院促進支援における実践報告（2006）』¹⁶⁾に詳しい。

表 1-2
東京都精神障害者退院促進支援モデル事業 実施結果（H16・H17）

	2004（平成16）年度 （きぬたのみ）	2005（平成17）年度 （きぬたと巣立ち会）
対象者数	4人	56人 (きぬた15人 巣立ち会41人)
退院者数	0人	23人 (きぬた6人 巣立ち会17人)
支援 継続者数	4人	32人 (きぬた9人 巣立ち会23人)
中断者数	0人	1人 (巣立ち会1人)

『東京都精神障害者退院促進支援モデル事業の報告』（2006）より作成

¹⁵⁾ 東京都多摩小平保健所（2005）『平成16年度東京都精神障害者退院促進支援モデル事業報告書—退院促進に向けた基盤体制作りを中心に』東京都福祉保健局

¹⁶⁾ <http://sudachikai.eco.to/PDF/2006.08taisoku-jireihoukokusho.pdf>

2年間のモデル事業を経た頃、2006年6月の東京都地方精神保健福祉審議会『精神保健福祉施策の構造変革について—最終答申』¹⁷⁾では、退院促進支援をいわゆる社会的入院を解消するための取り組みにとどめず、「将来にわたってその発生を予防する仕組みづくり」と位置付け、居住の場の確保や相談支援体制の整備、日中活動の場の提供、当事者活動等の推進などを柱とした包括的な精神保健医療福祉システムを機能させることが必要だと示した。また独自の先進的な施策を展開するために、東京都障害者計画及び東京都障害福祉計画を策定して、計画の期間を2007（平成19）年度から2011（平成23）年度までの5年間とし、可能な限り2011年度までに達成すべき施策目標・事業目標を掲げ、「いわゆる『社会的入院』の状態にある精神障害者の地域生活への移行」に関しては、2,500人¹⁸⁾を目標値に設定した¹⁹⁾。この数値は、「現在の退院可能精神障害者のうち、平成23年度末までに精神科病院からグループホーム・ケアホーム等での地域生活に移行する予定のもの数（平成18年度現在の暫定的な退院可能精神障害者数の50%）」として算出されている。

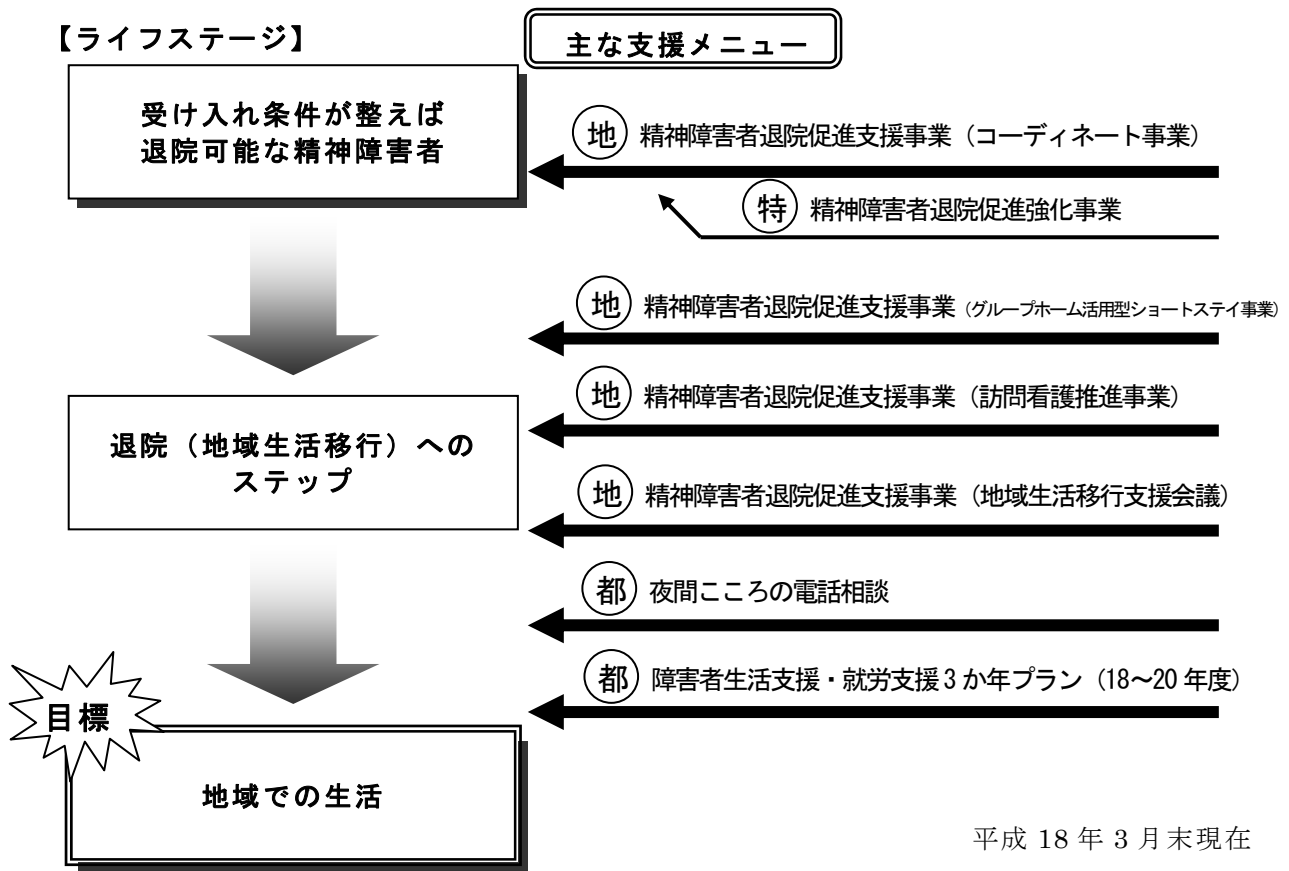
そのような中で、2006年10月からは自立支援法の地域生活支援事業（都道府県事業）として東京都精神障害者退院促進支援事業が実施されることとなる。この事業は、これまでモデル事業として実施してきた部分を「退院促進コーディネート事業」とし、それに新たな3事業（グループホーム活用型ショートステイ事業、訪問看護推進事業、地域生活移行支援会議）を加えた4つの事業として実施されている（図1-5）。

¹⁷⁾ <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seishiniryoyo/tiseisinsaishutosin.pdf>

¹⁸⁾ 2002年度の患者調査等によると、東京都には退院可能な精神障害者が約5,000人いるとされている。東京都では、2006年度を初年度として10年後の2016年度までに5,000人の退院を目指すこととし、2011年度末においてはその約半数以上の者が地域生活へ移行することを目標とした。

¹⁹⁾ 東京都障害者計画（平成19年度改定）（<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2007/04/DATA/22h4o101.pdf>）

図 1-5 東京都の退院促進の全体図



日本精神保健福祉士協会（2007）『精神障害者退院促進支援事業の手引』p.85より作成

- ④ = 地域生活支援事業（都道府県事業）
- ④ 特 = 特例交付金による特別対策事業²⁰⁾
- ⑤ = 東京都独自の事業

²⁰⁾ <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/shogai/tokubetsu/index.html> を参照のこと。

2006年度の退院促進コーディネート事業では、前年度から継続して巣立ち会、新規に練馬区社会福祉協議会（練馬区）と社会福祉法人はらからの家福祉会（国分寺市）が事業を受託して取り組んだ。都は、円滑な地域移行を図るためにも地域の実情を踏まえて各機関が取り組めるようにしており、それぞれの特徴を生かした活動を展開している²¹⁾。なお、実施結果は表1-3の通りである。

2007年度には、前年度から継続の3機関と、新規に社会福祉法人棕櫚亭協会（国立市）、特定非営利法人わかくさ福祉会（八王子市）、社会福祉法人JHC板橋会（板橋区）が加わり、6つの事業者がそれぞれの実践モデルに取り組む形で進められている。

表1-3

東京都精神障害者退院促進コーディネート事業 実施結果（H18）

	巣立ち会	練馬区社協	はらからの家
対象者数	50人	2人	6人
退院者数	24人	0人	0人
支援継続者数	17人	2人	6人
中断者数	9人	0人	0人

東京都『平成18年度の精神障害者退院促進支援事業の報告』より作成

²¹⁾ 詳しい実施内容については、日本精神保健福祉士協会（2007）『精神障害者退院促進支援事業の手引』（<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20070331-2.htm>）を参照のこと。

第2章

巣立ち会とは

1 活動の概要

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、日中活動の場を3か所、グループホームを8か所運営し、精神障害者とその家族、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。

◆ 巣立ち会の理念

- ・ 自尊心を持って生きる
- ・ 助け合える仲間がいる
- ・ 地域で安心して生きがいを持って生活する

◆ 運営事業

日中活動の場 就労継続支援B型 3か所

● 巣立ち風

利用者数：43名(定員30名)



● 巣立ち工房

利用者数：41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 共同生活援助 8か所

● **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：12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



都・市からの委託事業

- 東京都精神障害者退院促進支援事業
 - ・退院促進コーディネート事業
 - ・グループホーム活用型ショートステイ事業

- 三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業（ピアサポート事業）
(2008年3月末現在)

2 活動初期からの歴史

1) 活動の開始まで

戦後に精神衛生法が制定されてから、多くの精神科病床が必要になるという考えが主流となり、病床が増床された。1980年代を境に世界各国の精神科病床はどんどん減らされたにもかかわらず、日本はそのまま増え続けていった。そのような中、精神保健法成立以前の精神科病院は、世間から疎外された精神障害者を病院の中で守ってあげる、当時はそんな風潮さえあった。世間から隔離された病院の中では年間を通じてさまざまな行事が準備され、職員も一体となって行事を盛り上げていこうとするところなど、学校生活を彷彿とさせるような日々であった。入院中の患者さんと一緒に入院生活を楽しまうという努力が職員によってなされていた時代であった。

その頃、病院の精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）には、ナイトホスピタル（外勤）といって病院に入院しながら病院の外に仕事に行く患者さんたちの支援をする、患者さんと職場や病院との連絡調整をするという業務があった。精神科病院に入院中でも、比較的単純な労働で入院患者さんが雇われることは一般的なこととして存在していた。昭和40年代には企業が社員のために寮などの設備を準備してくれ、会社の寮に入所することで退院した人も多かったが、昭和50年代に入ってからそうした例も少なくなり、外勤しながらも入院生活が続く人たちが増えていった。

一方、病院内では様々なプログラム（SSTや今のOTプログラムのようなもの）が行われたが、どんなプログラムを導入しても退院とは必ずしも直接的に

は結びつかなかった。退院できる場所や家族のいる人は多少病状が不安定でも退院できたが、それ以外の人にはどんなに安定していても入院は長期化していった。単身生活を試みた人もいたが、退院すると継続して相談に乗ったり、在宅での生活を支援したりする方法がなく、気がつくとも再発して病院に戻ってくるということが頻繁に繰り返された。賃貸借契約上の保証人の問題も拍車をかけ、家族が保証人になることを拒否する場合、医療従事者が個人的に保証人になる習慣もなく、保証人がいないということが退院できる機会を奪っていった。

地域の側では、三鷹市・調布市でも保健所のデイケアや作業所など、精神障害者が日中活動できる場所は徐々に増えていったが、長期に入院している人たちの住居支援と日常生活支援のシステムはなかった。障害を開示してアパートを探そうとしても非常に困難で、不動産屋に相談してもどこでも断られるということが一般的なことだった。しかし、東京都で1991年に東京都地方精神保健福祉審議会の中間答申が出され、1992年に国の「精神障害者グループホーム補助事業」が開始されたことが一つの契機となった。グループホームの制度ができたことにより、住居問題の解決への道筋が作られ、またグループホームの世話人の配置により地域の精神障害者の日常生活支援と危機介入も可能になったのである。これは精神保健法改正により精神障害者のためのグループホームが制度化される1年前の出来事であった。この東京の制度はサテライト方式と呼ばれ、建物が何棟かに分かれても、一定距離であれば一つの単位のグループホームとして認めるものであり、大勢が住めるような大きな一戸建てが希少な東京の住宅事情を考慮したものであった。この制度の発足とともに巢立ち会の歴史が始まる。

2) 巢立ち会の設立

1992年の春、退院した患者さんたちが部屋を借りていた大家さんに、今住んでいる部屋をグループホームとして申請したいと協力を求めたところ、当時76歳になっていた大家さんは、快諾してくれた。「病気が良くなったのにいつまでも入院していなければならないのはかわいそうだね。うちでよかったら使ってもらってもいいですよ。」という大家さんの一言から、巢立ち会は生まれたのである。巢立ち会という名称もこの大家さんが付けてくれたものであった。

市にも同時に働きかけ、精神障害者のグループホームを作りたいので援助してほしいという訴えを行った。まだ東京都からの要綱もできていない段階だったこともあり、窓口の対応ははっきりしないものだったが、精神障害者にもグループホームが必要であるという認識は一部の人には確実にあった。そうした

第2章 巣立ち会とは

人たちの力を借りて任意団体を作り、正式に要望書を出して行政からの補助金を得るための努力を行っていた。任意団体の構成員は主として病院職員と当事者の家族たちで、専門家と当事者の家族との協働の運営となるものであった。

こうして立ちあげたグループホームを『巣立ちホーム』と名づけ、巣立ち会最初のグループホームが運営開始となった。グループホームとして申請したアパートは築40年の古いものだったが、その建物がある敷地には他に7棟もの建物があり、そこは50部屋以上の居室がある大きなアパート群だった。最初にグループホームに申請した部屋は4室であったが、そこでの交流室の食事を核として、その後次々と退院した人たちがそのアパートに入居することになり、食事会には20数名が集まるという大所帯に発展していった。このような形で地域での生活が続いていくと、退院した人たちの日中活動の場も必要になった。何らかの生産活動を行なえて、少ないながらも工賃を払える作業所を設立しようと考え、同年には巣立ち共同作業所（現：巣立ち風）が開始された。

こうして1993年から、住む場所と働く場所の両方を提供する巣立ち会の活動は開始された。当時は職員の手も足りず、利用者と一体になっての運営であった。作業にかかわる業者とのやりとりや食事作り、利用者を利用者の支援をしてもらう等、利用者と助け合いながらの日々であった。巣立ち会のそうした理念、支援される側にとどまるだけでなく、支援する側、支援の担い手にも同時になっていくという考え方はこのころから培われてきたものといえよう。当時から住む場所と少しの支援があれば20年、30年、40年入院していた人も地域で生活していくことができるということを信じ活動を続けていたが、退院したほとんどの人たちが実に楽しそうに、伸び伸びと規則に縛られない生活を謳歌するようになってきて、私たちの信念が間違っていなかったことを確信したのである。

3) 発展期から現在まで

社会資源さえあれば地域で生活できる人が、精神科病院の中には大勢いるという推測が確信に変わった時、その確信を元に、巣立ち会ではその後の15年の間にグループホームを約60室に増やし、それとは別の住居提供も約30室、そして日中活動の場を3か所と、約170名の人たちにサービスが届くようにと社会資源を増やし続けていった。ほぼ毎年のように何らかの活動が増え続けてきたのである。そのような活動を促した原動力は、ただ利用者のニーズに応えようという信念であった。住居提供サービスを作ってもすぐに一杯になってしまい、また通所のサービスを準備してもやはりいつも一杯になってしまう状況

があった。しかし、私たちは定員を超えても利用希望者を断らなかつたため、十分なスペースや職員配置がなされないまま、利用者を受け入れるのは罪悪だという指摘をもらったこともあった。しかし、他の事業所で「1年、2年待ちです」といわれて私たちのところを訪れる訪問者を、そのまま帰すことはできなかったのである。その結果、いつも定員をオーバーして利用者が作業所にあふれており、何年か後には新しい事業所を立ち上げる計画を立てざるを得ない状況であった。

精神障害者については、社会資源がまだまだ充足されていないことが定説となっている。そうならば利用したい人がいつでもサービスを利用できるようにしていく、それが私たちの努めだと感じていた。利用にはタイミングというものがある。退院したいときにできない、利用したいときに資源が利用できないことから、長期にわたって入院を続けてきてしまった人も大勢いる。目の前に居るこの利用者たちにはせめて私たちのサービスを届けよう、そうした思いが今までの活動に繋がってきている。

もともと長期入院者の受け皿作りとしての役割を意識して活動してきたが、活動当初と比べて年を経るごとに受け入れられる範囲が徐々に広がり、多様な人を受け入れられるという経験に基づいた自信が出てきたことも、この社会資源づくりに拍車をかけてきた。「まだまだ退院できる人が病院には大勢いる。」

「一人でも多くの人を地域に迎え入れたい」、私たちはそう考えるようになっていった。そのための機会があれば逃さずチャレンジしていく、この考え方は巢立ち会職員の共通の思いともなっていた。

これまでの活動をベースに、2005年に東京都から退院促進支援モデル事業を受けたことも、この方向への進展を促進していった。近隣の精神科病院に挨拶をして患者さんの地域移行支援に協力してもらい、多くの病院から入院患者さんを紹介され、巢立ち会に迎えるようになった。地域の社会資源として多くの機関や人に利用してもらえる喜びも、同時に感じられるようになってきた。加えて同年には、「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業（ピアサポート事業）」を委託されている。これはピアカウンセリングなどの学習や、当事者が支援の担い手として活動できる機会を作っていく、ピアサポーターとして育てもらうための事業であり、ピアサポート体制を発展させていくための創意工夫も行っている。

2007年度からは障害者自立支援法の日中活動の場として、巢立ち風（30名）、巢立ち工房（20名）、こひつじ舎（40名）、3か所がすべて障害福祉サービス事業所就労継続支援B型として指定を受け、また、グループホームは全部で8か所（63名）で活動を行っている。

3 巣立ち会の沿革

- 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
- 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
- 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
名称を変更
- 2003年 1月 巣立ちホーム調布第3 事業開始
4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
- 2005年 4月 巣立ちホーム調布第4 事業開始
6月 三鷹市精神障がい者地域自立支援事業を受託
8月 東京都より H17 精神障害者退院促進支援モデル事業を受託
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 東京都より退院促進コーディネート事業を受託
8月 巣立ちホーム三鷹第3、第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 /8か所のグループホームを
障害者自立支援法のグループホームに移行
- 2007年 2月 グループホーム活用型ショートステイ事業を受託
4月 3か所の通所事業所を障害者自立支援法の事業所に移行

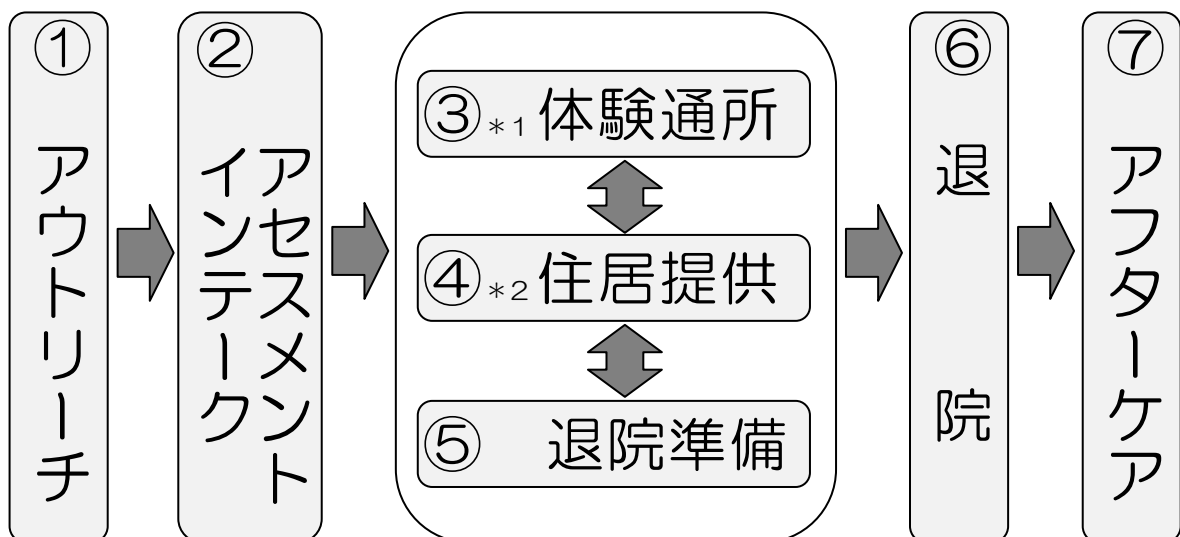
(2008年3月末現在)

第3章

巣立ち会における地域移行支援

巣立ち会での地域移行支援の実際の流れは、図 3-1 のとおりである。本章ではまず、この流れに沿って巣立ち会が実際に行っている支援内容、活動内容について説明する。そして最後に、関係機関との連携についてまとめたい。

図 3-1 巣立ち会における地域移行支援の流れ



*1…「体験通所」とは、退院促進支援事業において、退院を目標にして入院先の病院から巣立ち会の日中活動の場へ通所することである。国の要綱でいう「協力施設等における訓練」に相当する過程のことであり、巣立ち会では「体験通所」としている。

*2…「住居提供」とは、体験通所が軌道に乗ってきた頃を見計らって、利用者の入居先の選定をする支援過程のことである。

1 アウトリーチ

アウトリーチとは、「専門家が地域に出向きサービスを必要としている人を発見し、利用できるサービスの情報提供をするとともに支援過程に主体的に参加できる機会を設けること」である（「精神保健福祉用語辞典」より）。巣立ち会の活動拠点は地域のため、地域側から病院やその他機関へ出かけていく活動を行っている。例えば、病院の中で地域生活を行うためのサービスを必要としている人たちの元へ出かけ、地域生活の実現に必要な情報提供や積極的な勧誘をし、そのために必要な関係者や家族、地域資源との連携作りをすることなどであり、これらの活動過程を総称して巣立ち会では“アウトリーチ”と呼んでいる。

アウトリーチ過程は、巣立ち会の地域移行支援モデルにおける極めて重要なプロセスの一つであり、私たちの活動の特徴づけるものである。巣立ち会がこうした活動を始めたきっかけは、今までの日本の歴史をみても、病院の中から自発的に地域移行の風潮は生まれてこないと考えたことである。こちらから出向いて自分たちのサービスの説明をし、患者さんを勧誘して利用に結びつける。これは一般のサービス業なら当たり前のことであろうが、福祉の分野ではなかなか抵抗があるようで、積極的に行われてこなかった。

また、私たちがこうした活動を始めた根底には、深い絶望もあった。10年も20年も精神科病院に入院していることがおかしいのは自明のことなのに、それに対処できる人も、システムも、何もないという社会。その現実を前に、ただひれ伏すしかないという無力感から、逆に何かできることを模索しようという思いが生まれ、地域から出向くことで一人でも多くの人を連れ出してこようとする試みとなったのである。病院の中において「退院しろ」というのは、追い出すようでなかなか言いにくいことである。それに対して地域から迎えに行くということは、「これから私たちとお付き合いをしていきましょう」という将来にわたる関係性を約束するものであり、患者さんには先の不安を和らげる効果があるのである。

精神科病院というところは基本的には閉鎖的なところであり、病院に第三者が入って入院中の患者さんと接触することに対して、きわめて懐疑的である。一つ目のハードルはこの壁を越えることである。退院に消極的な患者さんに何度も面会に行ったときは、病院関係者から「巣立ち会は宗教団体か」とさえ言われたこともある。今は面会に行くと、「巣立ちの方ね」と少しずつ病棟が慣れてきているように思う。巣立ち会の職員や利用者がいつも病棟の入院患者さんに面会に行く、これが当たり前の光景にならなければ大きな地域移行の波はこ

ないのである。これは一人や二人の職員で可能になることではない。私たちが連携している精神科病院も10か所以上あるが、ここに巣立ち会の関係者が日常的に入り込むことが大切なのである。

こうした関係は一朝一夕で築けた訳ではない。はじめのうちはなかなか関係が深まらなかったが、1、2年経つにつれて変化してきたという印象である。また、そういう関係を築く為に日中のフォーマルな時間やかかわりだけでなく、インフォーマルな時間や関係性もフルに使って、相手からの信頼を得る努力をしてきた。とにかくあきらめないでアプローチし続けることが何より大切なことなのである。以下に実際のアウトリーチ活動を紹介する。

1) 出張講演

出張講演とは、退院を経て現在地域生活をしている巣立ち会の利用者及び職員が病院の病棟に出向き、入院患者さんや病棟職員に対し体験談を語ったり、支援サービス等の具体的な情報提供を行ったりする活動のことである。

図3-2 巣立ち会における出張講演（イメージ図）



出張講演に参加する利用者と職員は5名～10名程度で、受け入れ病院側の患者数は10名ほどの小グループの場合もあれば、1病棟を対象にした50名を越すグループの場合もある。出張講演は病院側の要請により行う場合が多いが、巣立ち会からも絶えず「出張講演に出かけたい」という意思表示を行い、その機会を多く作ってもらうようにしている。

利用者の体験談では、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、体験通所の様子、地域生活を始めた当初の苦労や喜び、現在の生活と、これまでの体験を振り返っての思い等が語られる。ここでは客観的な情報だけでは伝えることのできない利用者の体験が生き生きと伝えられ、それを通して入院患者さんは自分自身と重ね合わせ、将来への希望や自己効力感を高めるきっかけとなる。加えて、巣立ち会の紹介ビデオも活用することで、実際の生活や活動の様子がよりリアルに伝わり、退院後の生活をイメージする助けとなっている。

出張講演では和やかな雰囲気の中で入院患者さんと利用者との活発な質疑応答やディスカッションが交わされる。医療現場からは、PSWの熱心な働きかけをもってしても退院意欲を形成できなかった患者さんが出張講演を聞いて、「わざわざ自分達のところへ来てくれて、ぜひ（作業所に）おいでよと言ってくれた。だから行ってみようと思う。」と退院促進支援事業への参加意欲を持たたという報告もある。

<出張講演の様子>



この出張講演は特に目新しいことではなく、退院した利用者が自分たちの体験や地域社会での暮らしぶりを入院中の人たちに伝えていくという試みは、他の場所でもなされている。最初は、大阪のピアサポーターによる自立支援員やベテランの家などの講演活動を手本にした。それ以外にも当事者が講演をすることは珍しくないことであり、実際に行っていくうちに、巣立ち会は巣立ち会なりの雰囲気とスタイルができ上がってきたように思う。

平均で10年以上の入院を経験している巣立ち会の利用者の中には、雄弁に自分史を語ってくれる人が決して多いわけではない。しかし、とつとつとした言葉少ない行間から、今の自分に満足している様子や入院中の患者さんへの強いメッセージがしみじみとした形で伝わっていくのである。また、ピアサポート事業のためもあってか、利用者は自分の感情を豊かに伝える力を発揮できるようになっている。そして、一見ネガティブに見える自分の過去も、仲間の受容があるためか堂々と語れる人が出るようになってきている。最初はその場での思いつきの話が多かった人も、最近ではきちんと原稿を準備し、場合によっては職員と一緒に校正をして現場に挑んでいる。これは職員が意図的に勧めたわけではなく、利用者の心意気が察せられるというものである。

利用者の言葉は時に私たちの心を揺さぶるようなことがある。普段から接している利用者であるにもかかわらず、その思いに真摯に耳を傾けると、彼らはすばらしい発言をしてくれる。改めて利用者から学ばせてもらう思いである。私たちですらそのような思いになるのだから、病院職員に対しても思わぬ効果を発揮している。最初は入院患者さんだけを意識していたのだが、病院職員が彼らの話を聞いて非常に感動したという感想を多く伝えてくれるようになっていった。精神科病院の職員、特に看護職員は、患者さんの病状の悪いところを目にする機会が多い。しかも入院生活は、その人の個性を生き生きと引き立たせる物は何も準備されていない。「何もできない具合が悪いだけの人」と思っていた人が、自分なりの生活を築き、楽しそうに元気にやっている姿を見ることによって、自分たちの今までの見方が間違っていたことに気がつくのである。

人には、現状だけを見てはわからない可能性がある。利用者の地域での生活を見ることによって、そのことに病院関係者が気づかされるのである。そして気づいたときの変化が大きいのは、医師やPSWより看護師の方だという印象があり、非常に熱心な協力者になっていってくれる経験も数多くしている。

2) 病院向け事業紹介

巢立ち会では病院と地域移行支援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、当会職員が病院を訪問して事業の説明や協力依頼を積極的に行っている。

図 3-3 巢立ち会における病院向け事業紹介（イメージ図）



退院促進支援事業では、肝心の病院からの依頼が十分に生じてこないという現実がある。地域移行支援の成功の為には、長期入院に慣れてきた病院内の文化や意識が変わることが不可欠であり、また退院する為には「医師・看護師の許可」が必要だと感じている患者さんが少なくないことから、医療従事者の患者観や患者さんに対して発するメッセージが変わることが、患者さん自身の退院に対する意識を変える上で極めて重要である。

この活動では現場から経営者まで、病院組織のあらゆるレベルにこの事業を知ってもらい、病院内に一人、更にもう一人と地域移行支援の支持者を増やしていくことを目指している。最初はこちらから話をさせてほしいと依頼をして時間を設定してもらい、具体的には、院長との個別面談や病院職員へのプレゼンテーションなどで事業内容の説明を行ってきた。現在、近隣連携病院については何か所かを除いて退院ケースや対象ケースの依頼が出てきたお陰で、改めて会全体の事業説明をすることはなくなっている。

この活動も、先方から話があったらタイムリーに出かけていき、その要望に応えるという姿勢を持つように努力している。なかなか反応の鈍い病院についても、諦めずにアプローチし続けることが必要であろう。病院内部の意識や権力構造が変わるチャンスが、一定期間の中には必ずある。それを見逃さないためにも諦めることは厳禁なのである。

事業紹介に関しては、近隣の病院だけに留まらず、最近では全国から利用者と一緒に巣立ち会の活動について話をしてほしいという依頼が入るようになってきている。行政や実際に地域で活動している団体からの依頼であるが、地域移行支援に対する気運が全国的になってきていることはとても喜ばしいことである。

3) インフォーマルな情報提供



巣立ち会から病院への情報発信は、出張講演や事業説明会などフォーマルな形だけではない。フォーマルな情報提供よりも、その病院を退院した利用者からのインフォーマルな口コミ情報の方が、むしろ強い力を持つことがある。先日ある病院で面接をした、24年間も入院していたある患者さんは「そろそろ僕の番かと思っていました。」と話していた。人間は何故か公の情報より口コミによる情報を信じやすいという特徴がある。こうした口コミが病院の中で流れるようになれば、大きな強みになる。

4) 多様化する病院との接点

積極的な関係作りの甲斐もあり、最近ではただ話しに行くというだけではなくなってきた。ある病院では作業療法（以下、OT）の空間に“巣立ちの部屋”というものを設けており、巣立ち会で行っている作業を持ち込んで、その作業を通して患者さんと接触する機会が持てるようになった。患者さん達は院内で日中活動の場での作業を体験することができ、「この作業ならできる」ということで通所にチャレンジするという流れもでき上がってきている。

また窓口となる職員は PSW に限らず、看護師から直接依頼があるような場合もある。ある病院からの依頼で行った講演先でのコーディネーターは、歯科衛生士だった。職種にこだわらず、その病院の中でこの事業に協力的なのは誰なのかをつかんで、その人と友好的な関係を作っていくことが事業効果をあげ

るものとする。巢立ち会をうまく使ってくれる職員は、結果として多くの人を退院させることに成功している。

これからも、もっと病棟に自由に入れるような構造を各病院の中に作っていくことが巢立ち会の目標である。なかなか難しいことではあるが、あきらめないことが私たちのモットーである。

2 インテーク・アセスメント

巣立ち会では、患者さんのインテークからアセスメントまでの作業をアウトリーチと有機的に同時進行で行うことにより、患者さんを迅速にサービスにつなげることを心掛けている。国が示している退院促進支援事業のガイドラインでは、インテークプロセスが数か月から半年に及ぶこともあり、この効率の悪さが思うように事業成果があがらない原因の一つなのではないかと思われる。

また、患者さん本人は退院の準備が整っている状態なのに、地域の通所・入所施設などの社会資源に空きがなくて利用待機せざるを得ず、入院が長引いてしまうということをしばしば目にする。これに対し巣立ち会では、運営側の都合でサービスを求めている人たちを待たせることなく、本人に少しでも退院意欲が芽生えた好機を逃さずプログラムにつなげるようにしている。

また巣立ち会は、地域で暮らすということは原則として全ての人の権利であるという理念を持っており、退院を希望する全ての患者さんにサービスは開かれたものであるべきだと考えている。国が示すガイドラインでは、退院を希望してサービス申請をした患者さんは、まずは退院への支援を受けるのにふさわしいかどうかの判定を自立促進支援協議会から受けなければならないが、私たちはそれとは全く異なる原理・原則を掲げて実践している。それは、依頼のあったケースに対して原則的に NO と言わないことである。

このように、“スピーディー”に、“タイムリー”に、“オープン”に、良い地域移行支援の要素だと私たちは思っている。これから説明するインテークとアセスメントの流れにそれが最もよく現れているのではないだろうか。

1) サービス利用までの流れ

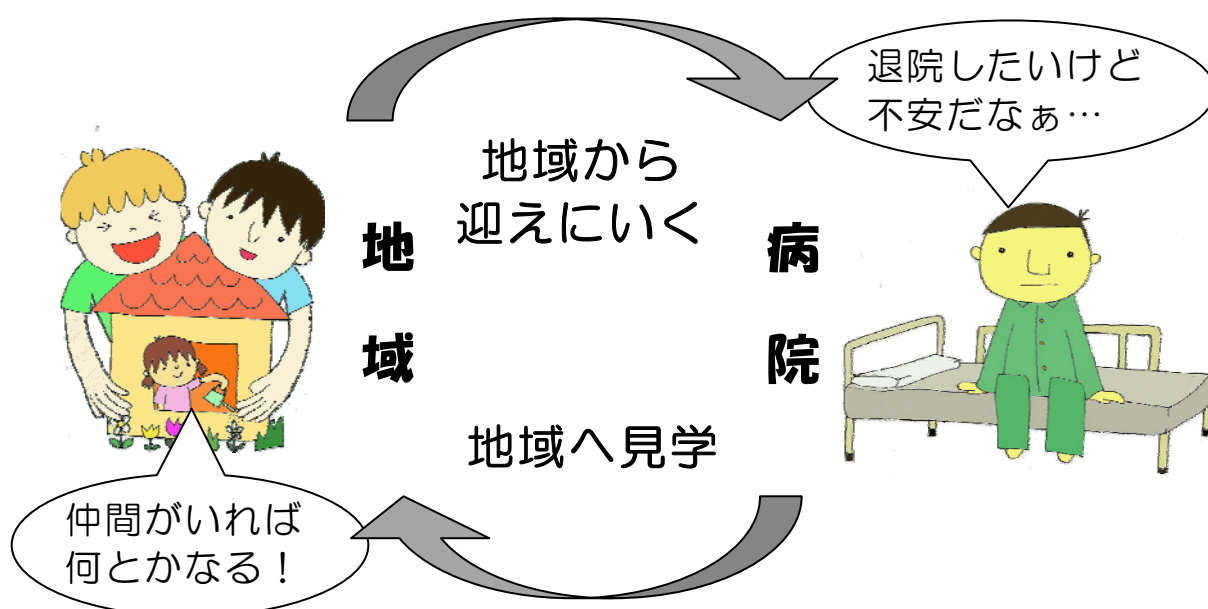
具体的なインテークの流れとしては、まずアウトリーチ活動の中で少しでも退院に興味を示してくれた患者さんとコーディネーター²²⁾が個別面接を行う。中には、本人は強い不安から退院を積極的に望まないが、病院職員の強い推薦によって面接に至る場合もある。この時点では候補者とは正式なサービス利用契約が成立する前であるが、この面接はインテーク機能も兼ね備えた面接となっている。面接では信頼関係の形成、本人のニーズ・主訴の確認、サービスの

²²⁾ コーディネーターとは、東京都の退院促進コーディネート事業において「精神障害者に関する専門的な知識と経験を有し、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、ケアマネジメントを行う」者をいう。

説明、アセスメント、退院への動機付け等を行う。

サービスの利用は提供者側の都合や判断ではなく本人の自己決定をもって開始されるべきだと考えており、患者さんの年齢や病名、保護者の有無などによって断ることはしない。この個別面接は、本人の意思確認と動機付けが主たる目的であり、また「地域で待っているよ」という気持ちを伝える場でもあり、私たちが適否を判定するというものではない。個別面接は必要に応じて数回繰り返され、本人により具体的なイメージを持ってもらうために、この段階では施設見学への参加も併せて積極的に働きかける。見学では、巣立ち会の利用者が中心になって説明や案内を行っており、参加者は数名から10名近くの場合もあり、病院職員が同行することが多い。気さくな雰囲気の中でピアサポーターと様々なやりとりが行われるため、退院後の生活イメージが更に具体化されると共に、温かく迎え入れてくれる“仲間”の存在を知ることにより不安が軽減され、退院意欲が高まっていくと考えられる。

図 3-4 巣立ち会におけるインテークとアセスメント（イメージ図）



見学会や個別面接では日中活動の場への体験通所にも積極的に勧誘する。なぜなら、長年の実践の中で体験することの重要性と効果を実感しているからである。多くの患者さんにとっては、この時点で正式なプログラム参加を決める

というのはハードルが高く、1か0かのアプローチでは結果として依頼が十分に生じてこないということになってしまう。しかし、こうした敷居の低い体験通所を用意することで、患者さんたちは気軽に一日通い、気に入ればまた次の日も来るという“今日一日”を積み重ねることができる。そのため、体験通所を希望する人にはその翌日からでも通所の受け入れが可能な体制をとっている。

このように巣立ち会のインテークプロセスは、アウトリーチ活動と一体的に、迅速かつ低いハードルの中で患者さんが体験的理解を通したインフォームド・チョイスをしていくことを目指している。従来の形式や手続きにこだわるインテークプロセスの問題点は、北米などの精神保健サービスの領域では早くから指摘されており、アウトリーチと一体化した迅速かつ利用者本位な形態へと変革が進みつつある。巣立ち会のやり方はそのような国際的流れとも合致するものと言える。

2) サービスの利用条件

巣立ち会は、地域で生活することは全ての人の権利であり、退院を希望する全ての人がある必要の支援を受ける権利があると考えている。従って、依頼のあったケースは原則として全て受けるということを目指してきた。

事業主体によっては特定の属性を持つ精神障害者を退院困難と考え、地域移行支援の対象から除外しているところもあるかもしれないが、私たちは年齢、診断名、入院期間、触法歴、身体疾患の併存、家族状況などを理由に受け入れを断わらないことを目指している。しかし、退院後に継続的に提供できる支援には残念ながら限界があることから、現状では次の二つをお願いしている。

①通院と服薬がある程度自己管理できること

②日中活動の場に通うこと

私たちの限られたノウハウや人員体制で、患者さんのあらゆるライフスタイルに対応して退院後の地域生活の支援を続けていくというのは残念ながら難しい。そこで、現状では患者さんにこの二つの条件を受け入れてもらっているが、後述するように実際にはこの条件を厳密に運用している訳ではない。また、将来的には私たちのサービス提供者としての限界も乗り越え、サポートできる利用者のライフスタイルの範囲も広げていきたいと考えている。

ここでこの二つの条件設定の理由を少し詳しく説明しておく。

①通院と服薬の自己管理

私たちが現状で支援を責任持って引き受けられるのは、病識や障害の受容がある程度あり、通院や服薬に同意してくれる人たちである。それは現実として、安定した生活

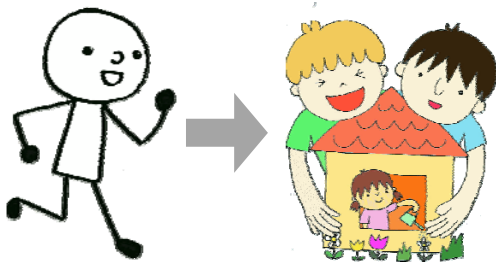


には往々にして安定した服薬や通院が必要になるからである。しかし、精神障害の受容とは身体障害とは違って、そう簡単にはいかない場合が多い。もともと、統合失調症などの場合は病識が薄く、症状が落ち着いた後も継続して服薬する必要があると認識するには、服薬中断による再発や失敗の経験を必要とする場合が多いようである。私たちもこれまでに、患者さんが退院すると次々に薬を飲まなくなるということをたびたび経験してきている。

一方、服薬の中断は本人の病識の問題だけではなく、副作用の問題も大きいということを私たちも理解できるようになってきた。服薬遵守というのは病院を出て生活をするときには当たり前のように言われてきたことだが、病気のためとはいえ、かなり副作用の強い薬を飲み続けなければならなかった利用者の辛さを思うと、いまさらのように胸が痛む思いである。

人は、薬が自分の人生にとって必要だと本当に納得するまでは拒薬する権利がある。だから服薬の条件も一方的に利用者に課すというのではなく、服薬に関する問題（副作用など）には一緒に考える姿勢を常に持つようにし、利用者が納得して服薬を受け入れてくれるまでのプロセスを、利用者に寄り添いながら歩んでいくようにしている。

②日中活動の場への参加



日中活動の場に通ってもらおうというのは巣立ち会に独特なものだが、これはそもそも「退院促進支援事業」がない時代から、日中活動の場とグループホームを拠点に地域移行支援に取り組んで来た経緯があるからである。「自立支援員」と呼ばれる専従す

る職員がいない時代には、グループホームか日中活動の場の職員が地域移行支援をしていくしかなかったため、日中活動の場に通ってもらおうというスタイルが自然に作られた。制度的枠組みがなかった時代に必要に迫られてとった方法だが、このやり方には①複数の職員がチームで本人に直接かかわれる、②ピアサポートを活用できる、③より多くの入院患者さんを支援できる、④同じ人員が退院後の地域生活も継続して支援できる、などのメリットがあることから、

現在もこの方法を続けている。

実際に平成17年度の活動実績を例に見てみると、16名の職員が41名の退院促進支援事業の利用者を受け入れ、17名が年度内に退院を果たしており、退院者数としては多い方である。ここで言う16名の職員は退院支援事業に専従している者たちではなく、グループホームや日中活動の場に従事するかたわらピアも含めたチーム体制で入院患者さんの地域移行支援を行っている。本人に日中活動の場に通ってもらうことでそれが可能になっているのである。また、退院に向けた具体的な努力目標が提示されるということは、患者さんにとっても大きな意味があると長年の実践の中で私たちは感じている。入院生活というのは、患者さん本人が努力して生活を改善したり目標達成したりといったような、主体的に自分の人生を切り開く余地がほとんどない生活である。精神科病院の中では、期限や内容を明確にした約束が患者さんと交わされることはほとんどなく、患者さんはいつも不確実で曖昧な中で、成すすべもなく他人次第の日々を過ごすしかない。そんな生活を長年強いられてきた患者さんにとって、「3か月休まずに通って下さい。そうしたら退院を必ず約束します。」というように、本人が努力できる道筋とその先の結果がはっきりと示されるということ自体新しいことであり、大きな変化を意味する。現に利用者は通い始めると徐々に見違えるほどに表情が明るくなり、その人の生きる力が戻ってくる様子を私たちは沢山見てきた。具体的な目標ができ、そこに行けば自分を待っていてくれる人がいて、一日一日が成果の積み重ねという体験自体がエンパワされる経験である、と支援を受けた多くの人たちが語っている。

しかしながら、通所を条件とすることは本人のライフスタイルの選択に対する制約であることも認識している。日中を一人で過ごしたいと思う人もいるだろうし、福祉施設以外の場所で日中を過ごしたいと思う人もいるだろう。この通所条件というのは先に述べたように現状での私たちの限界設定でもある。今後、巣立ち会でも職員の資質の向上や十分な職員体制、当事者によるピアサポート体制の充実などの環境が整ったとき、この条件が変化していく可能性はあると考えている。

以上、私たちが設けているサービス利用条件について説明してきたが、実際にはこれらを厳密に運用している訳ではない。繰り返しになるが、私たちは原則『NOとしない』のがモットーであり、この理念を全てに優先している。現状では、最初の面接段階で本人の意向などを確認して、たとえ私たちの通常の支援の流れに適合しない人であっても、他に支援先がない時には、最終的に支援を引き受けることもある。

3) 他機関への紹介

支援の依頼があったケースは原則として断らないが、近くに他のサービスがあるのにつながっていない場合や、巢立ち会のグループホームや日中活動の場を利用するよりも他の施設を利用した方が良いと思われる場合は、そのようにアドバイスすることもある。本来ならば、本人に最も相応しい退院の道筋をつける退院支援計画の力を病院がつけていくことが望ましいのだろうが、精神科病院の職員は入れ替わりも頻繁で、また若い職員も多い。彼らに地域資源の調整や退院計画の立案を求めるのは現実には難しく、結果として入院が長引くことになってしまいがちである。だから私たちは、「巢立ち会の施設を利用するかしないかに関わらず、退院ができずに困っている人がいればどなたでもケースマネジメントをします」と最近では病院に伝えている。病院職員の間には情報量や力量の差がある中で、患者さんは担当職員次第でサービスや情報提供の機会が異なってくるのが現実である。そのばらつきを少なくするためにも、私たちにアクセスしてくれれば、他の機関の利用も含めたコーディネートを行っていくというのが現在の姿勢である。

私たちの日中活動の場への通所が、距離的に困難な病院からの依頼も時々ある。その場合、病院、本人、家族の了解があれば通所可能な病院へ転院してもらい、私たちの地域移行支援サービスを受けてもらうということも行っている。またそれも困難な場合は、近くにある生活訓練施設を利用し、体験宿泊などをしながら通ってもらい、それから生活訓練施設にいったん入所してもらう場合もある。ショートステイで借りている部屋への体験宿泊で日中活動の場に通ってもらい、それから退院を考えるという方法も今後は考えられる方法である。

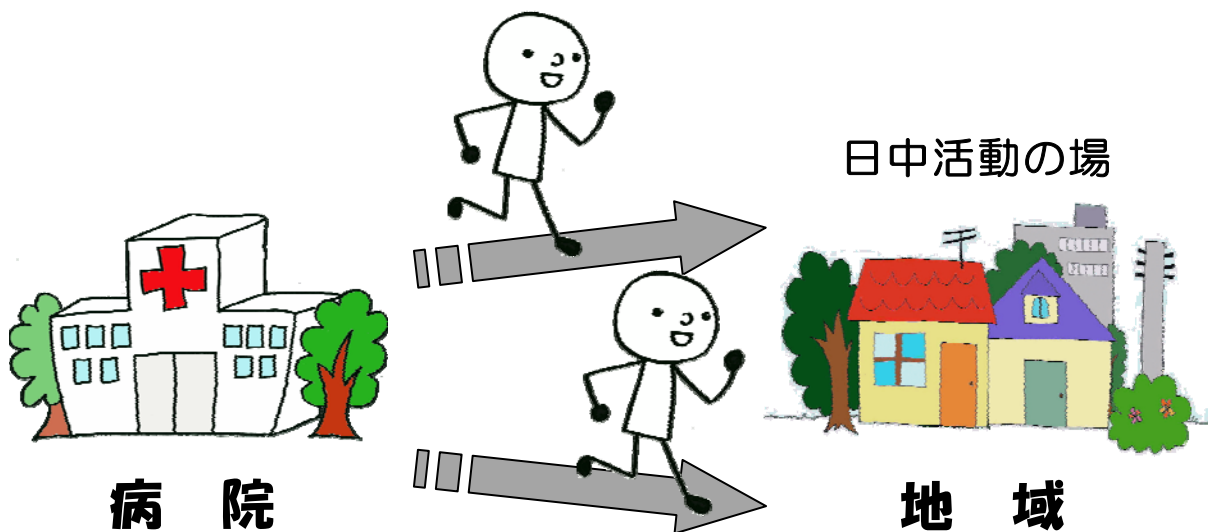
私たちが他の機関を勧めた場合でも、何らかの理由でうまくいかなかったときには必ず再度連絡をしてくれるように伝えており、他の選択肢がないときには再度検討をしていくことが可能だと必ず伝えるようにしている。私たちの頭の中には、「以前に一度会って、巢立ち会に結びつかなかったあの人は今どうしているのかしら」という思いがいつもある。他のサービスで順調に退院して地域で生活し続けていると聞くまでは、私たちの中での関係は継続している人たちなのである。

3 体験通所

インテークが終わると、退院に向けた具体的準備として、入院先の病院からの通所を始めてもらう。この体験通所の目的は次の5点である。

- ① 本人に院外生活に慣れてもらうこと
- ② 継続性や安定性を高め、地域生活への自信をつけてもらうこと
- ③ 職員との信頼関係を強化していくこと
- ④ 当事者同士の関係をつくり、安定した地域生活に不可欠なサポートネットワークを築くこと
- ⑤ 実際の生活場面の中で、地域生活に向けた課題を本人と確認し合い、取り組んでいくこと

図 3-5 巣立ち会における体験通所（イメージ図）



通所先は、巣立ち会の運営する日中活動の場や連携施設の中から原則として本人に選んでもらうが、即座に利用可能な他施設はほとんどなく、結果として巣立ち会の運営する日中活動の場に通うことがほとんどである。3か所ある巣立ち会の日中活動の場の中からは、主に交通の利便性によって通所先を選ぶ人が多い。通所日数は週3～5日を目標としているが、実際には週1回の半日を通うのが精一杯の人もおり、一律ではない。通所期間も3か月から半年程度を

目途にしているが、実際には通所に慣れるまでにかかる期間は様々で、それぞれ自分にあったペースで通所を続けてもらっている。

体験通所では他の利用者と変わらぬ1日を過ごしてもらおうが、その場に早く打ち解けてもらうために、利用者から選ばれた人がピアとしてサポートする仕組みをとっている。これまでの利用者のほとんどは自力での通所が可能だったが、必要に応じて通所同行（利用者による送り迎え）も行っている。通所先での活動は内職作業、施設外での集団就労、スポーツ、レクリエーション、フリーマーケット、作品制作など多岐にわたり変化に富んだものである。例えば昼食のお弁当を配達メニューの中から選ぶなど、利用者はささやかな日常の中で自分自身の生活を自分自身で決めていくという、入院生活では奪われていた生活者としての経験を取り戻していく。また、通所する中で他者とのコミュニケーション、体調管理、服薬管理、ストレスや症状への対処など、各人の課題が見えてきて、支援者と利用者双方が退院に向けた目標を共有し、共に取り組んでいくことになる。これまでの実践では、この通所の経験を通して利用者が確実に変化していく様子が見られてきた。地域生活に多くの不安を抱えていた人が、思っていたほど難しくないことに気づき、自分自身の中にある力を再認識し、自己評価を高め、自信を持って退院の日を迎えられる下地を作っていくのである。

この体験通所という方法を大切にしている理由は、私たちが人に対して持っている単純な仮説にある。入院しているよりは退院して地域で生活するほうがいい。地域生活も自宅で引きこもっているよりは何らかの社会参加・社会貢献をするほうがいい。また、日本国民として働くことは権利でもあり義務でもあり、それは障害があっても同じであり、こうしたことを多くの精神障害者本人が感じて願っているに違いないという仮説である。私たちと最初に出会った時からそれをはっきりと口にする人はほとんどいないが、それは彼らがそれを望んでいないからではなく、長年の入院によって自己効力感や自己価値を剥奪された結果だと一旦仮定してみる。実際に通所開始当初は、多くの利用者が「自分は社会から長いこと離れていたから退院は無理」と言い、「自分は役に立っていないから」と工賃の受け取りを遠慮する人も中にはいた。そうした彼らの言葉を文字通りに受け取るのではなく、彼らの自信や尊厳の回復につながるようなかわりを持つことが私たちの使命であり、体験通所はその有効な手立てだと考えている。人に生き方を押し付けることは許されないが、私たちがこれまでかかわってきた多くの利用者たちは、集団の中で価値のある役割を担い、働いて収入を得るといった経験を肯定的に受け止めている。だから、どの利用者にも一度は挑戦してみることをお願いするのである。

第3章 巣立ち会における地域移行支援

退院後も含めた長い支援経過の中では、楽しんで通所をずっと続ける人もいれば、次第に足が遠のく人もいるし、一般就労を目指す人もいる。本人の真の意味での自己選択が形成され、私たちもある程度本人の気質や日常生活の特徴を理解できた段階で、個々人の希望に沿った日中の過ごし方を支援することとなる。

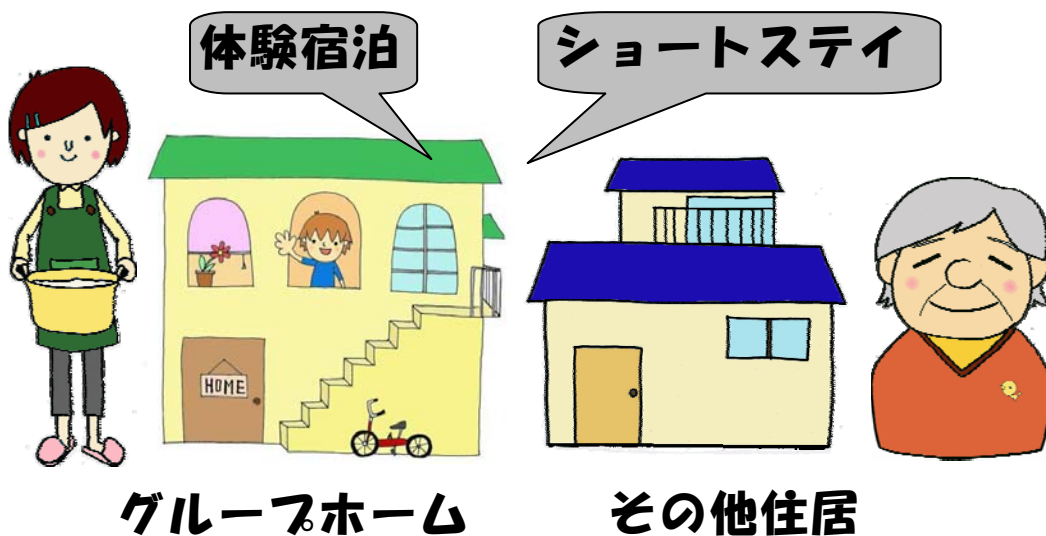
4 住居提供

体験通所が軌道に乗ってきた頃を見計らって、利用者の入居先の選定をする。基本的には本人が通う日中活動の場に近いグループホームやアパートが選ばれる。遠い住まいでも、空きがあって本人が望めば入居することはあるが、現在は部屋にそれほど選択肢があるわけではないので、グループホームに空きが出たとき、利用者の通所先の担当職員が手を上げて、その部屋を押さえるというようなやり方をしている。

現状では、体験通所を終えて退院可能と判断された人を、アパートの確保のために長く待たせるというようなことはない。確実にどこかの物件を提供できるほどには近隣の不動産屋の協力を得ることができるようになっており、また現在のグループホーム入居者の退所で部屋が空くということも時々あるからである。

なお、巣立ち会における住居提供支援の詳細については、第4章を参照して欲しい。

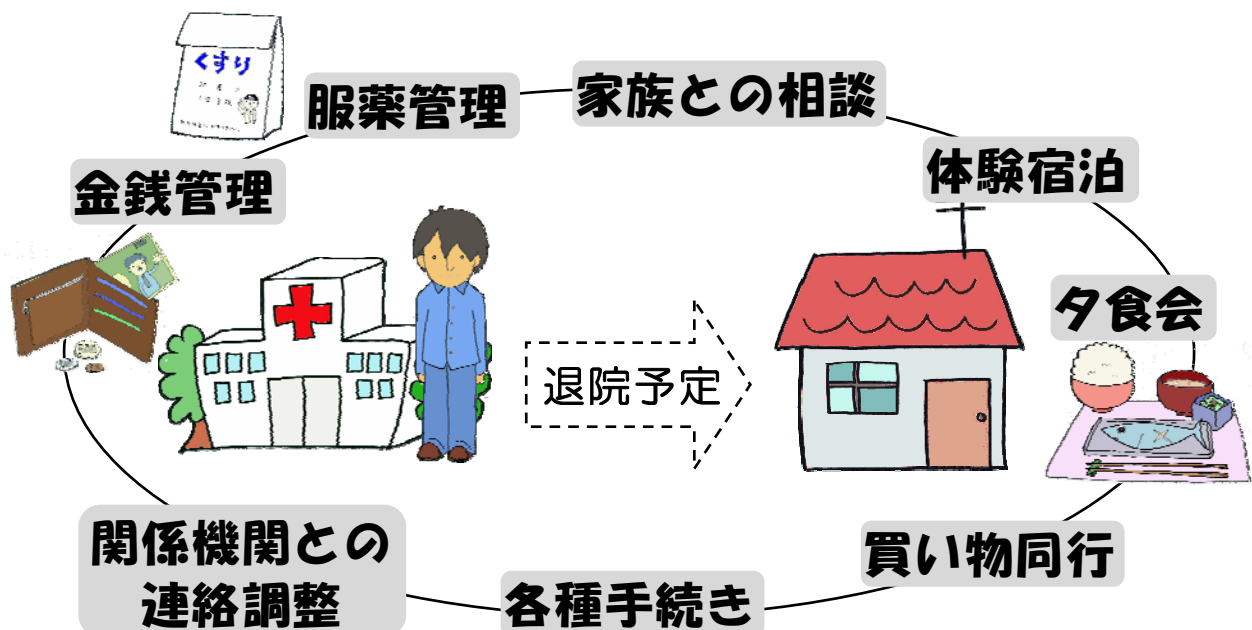
図 3-6 巣立ち会における住居提供（イメージ図）



5 退院準備

通所が安定し、退院後の入居先が内定した利用者に対しては、退院の為の調整を利用者の通所時間内に行う。主な支援内容は社会的手続きの援助、服薬管理や金銭管理などの SST、関係機関との調整、退院後の日用品や家具の準備、情報提供、カウンセリング、体験宿泊等である。この期間は大体 1～3 か月ほどである。

図 3-7 巣立ち会における退院準備（イメージ図）



この時期に行う体験宿泊は特に重要で、入居予定のアパートでの一人暮らしを実際に体験してもらい、退院後に起こりうる様々な問題を前もって解決していく。風呂の沸かし方がうまくいかなかった、夜間一人が寂しくて仕方がなかった、隣の人の生活音が気になった、誰かが入ってくるという妄想にさいなまれたなど、中には買い物に出かけて自分のアパートに戻れず、一晩外で過ごしてしまったというような人もいた。その一つ一つに職員は対応していく。服薬が心配な人には服薬ボックスや服薬カレンダーを用意し、部屋の目立つところにセットするなどして、服薬自己管理の实地練習も体験宿泊では行う。しかし、こうした手立ては服薬する意思のある人の備忘にはなるが、本人が薬を飲みたくない場合には何の役にも立たないこともある。

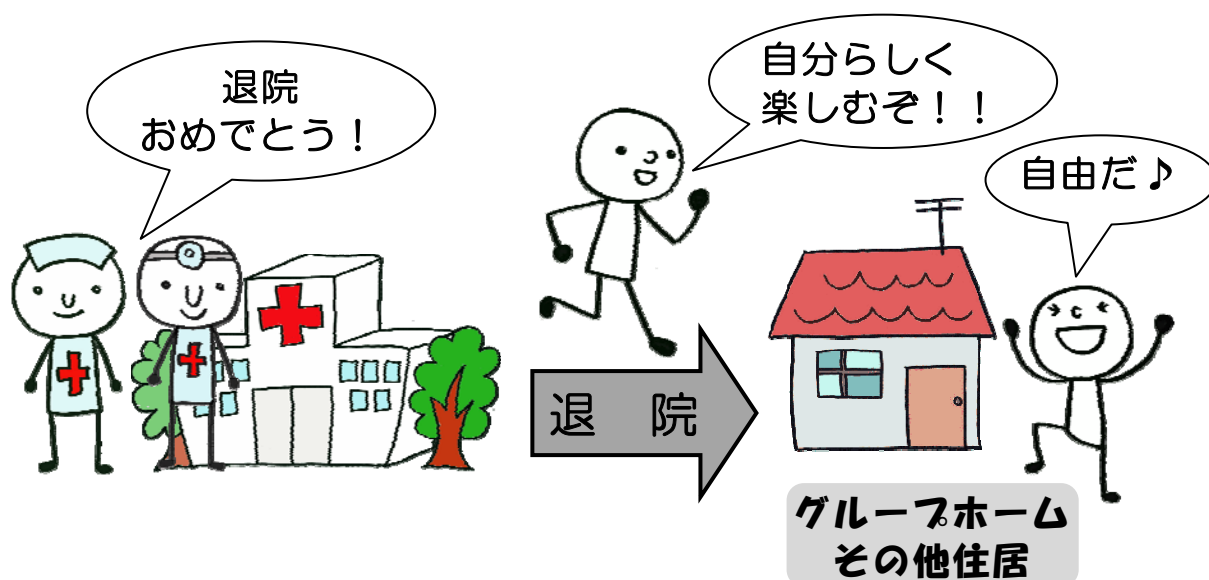
各種手続きや退院に必要な買い物などには職員が同行するが、それによって利用者との信頼関係や絆は強まることになり、こうした作業を一緒にすることには大きな意味がある。また、これまで患者さんにかかわってきた病院職員にも、患者さんが地域生活で生活することを心から喜んで協力を惜しまない人は沢山おり、新生活に必要なものは彼らに声を掛け、不要なものがあれば寄付してもらおうなど、病院職員が退院準備にかかわれる場面を用意することも大切なことである。

またこの時期は、ピアサポートを一層強めていくことも重要になる。グループホームの食事会にはなるべく参加してもらい、体験宿泊にて一人で部屋で過ごした感想を話したり、困っていることを相談したりするなど、同じアパートの住人となる仲間との関係作りをしていってもらおう。ここで仲間作りをしておくことで、入居後に困ったときの支えになってもらえるのである。

6 退院とアフターケア

平均で半年以上の体験通所を経て、いよいよ退院を果たした時は、皆それなりに感慨深い様子である。退院してすぐは、不安の強い人は職員の元に日参するようになるし、自由を満喫しようとする人は毎日のようにどこかへ出かけるということもある。これらは、それぞれが自分自身を取り戻していく過程なのである。入院中は、その人がどのような個性や志向性を持っているのかが本当の意味ではわからないことが多い。退院してようやく、こういう人なのかと思うことも多く、あっと驚くようなこともしばしば起こる。

図 3-8 巣立ち会における退院（イメージ図）



それぞれの人生において退院は決して最終ゴールではない。そこをスタートとして次の目標が出てくる人がほとんどである。従って退院後も個々人の希望に沿って支援は続く。入院中から支援を行ってきた者が退院後も継続的に支援するという私たちのやり方には大きなメリットがある。本人が地域生活をスタートする時点で既に関係性ができている、互いを知っているということは、本人にとっても私たちにとっても大きな安心感を与えてくれるのだ。

この地域移行支援の利用者の平均年齢が 50 歳前後ということもあってか、地域でそのまま生活ができればよいと考える人も多い。そういう人たちには支援者との安定した関係性と適度な距離を保ち、必要なときにはいつでも相談援助ができるような信頼関係を作るようにする。就労継続支援事業を利用して収入を得たい人にはその中での仕事を、もう一歩進めて一般就労を目指したい人には新たに目標を設定して、希望に近づけるような支援が開始される。

巣立ち会では、「退院で支援が終了する」という考え方をしていない。本人がどうしても望まない場合を除き、次の目標や場合によっては現状維持のための支援を続けるのである。ここでは最後に、その具体的な支援体制について触れておく。

1) グループホームでの支援

グループホームの世話人のケアのあり方については、少し抽象的だが、『そっと寄り添う』という立ち位置が良いかと思われる。基本的に困ったことがあればいつでも相談できる体制と関係性をつくることは大切と考えている。病院から退院するまでの間や、退院してしばらくの間は、世話人がほぼ付きっきりの状態になる。

ガス・水道・電気料金の支払い、電話の加入や支払い、毎日の食事や洗濯掃除、銀行に口座の開設、カードでの引き落としに至るまで、長い間、あるいは今まで一度も一人暮らしをしていない利用者が慣れるまでサポートしていく。しばらくは不安でお金のやりくりの相談があったり、少し驚くような事件が起こったりするが、しばらく経つとそれなりに安定してくる。たとえば今までに起こった驚いた出来事としては、1週間で7キロも太ってしまうほど好きなものを食べ続けた人、1か月の生活費を1日でパチンコに使ってしまった人、貯金を全部使って仏壇を買ってしまった人、などである。皆入院中にはできなかった、それぞれの夢だったのだと理解して、本人の生き方を尊重するという基本を忘れないよう心掛けている。

図 3-9 巣立ち会におけるアフターケア（イメージ図）



お金の使い方についても随時相談に乗っている。本人が生活費を使い切ってしまうようなときは、1週間の生活費を小袋に分けて使うようなことも考える。それでも使いすぎる人には、とりあえずお米だけは先に買っておいて、お金がなくなっても食えることだけ是可以できるようにした人もいるし、支出をノートに付けて

金銭の使い方を振り返ってもらった人もいる。ただ、巣立ち会でお金や通帳を預かってその都度本人にお金を渡すなどの管理をしているケースはなく、原則として本人に任せている。しかし、ごく一部の自己管理が難しい人については、地域の権利擁護事業などを使って管理してもらっている例がある。ただ、明らかに自己管理ができないという共通認識を本人と私たちが持つまでは、一度は本人にしてもらうことにしており、先回りして管理を代行することはしない。今までは、携帯電話を10台も契約し、10台分の基本料金が通帳から自動引き落としになってしまっていた人や、パブに通い詰めて家族からの仕送りではやりくりできなくなり、思い余った家族が仕送りを停止すると言ったため、その調整として権利擁護事業を使ってもらったケースなどがある。

この仕事をしていると、利用者本人から見た現状や問題の所在と、支援者から見たそれとが一致するとは限らないことを日々痛感させられる。そうした時、私たちは利用者の世界観や問題意識を尊重できるかが問われているのだと感じる。だから生活の細部にまで干渉したり、先回りして管理したり、自分の価値基準に当てはめて問題探しをするなど、支援者にありがちな「余計なおせっかい」に陥らないように気を付けている。だがそれは単に利用者まかせにするというのではなく、私たちとの対話や情報提供を通して本人が新たな気づきを得て、より良い自己選択ができる、そんなかかわりを目指しているのである。そして利用者が困っている場合や生活が破綻してしまうようなリスクがある場合、あるいは他人に著しく迷惑がかかるような場合は、どうしたらよいかを一緒に考えて解決していくようにしている。



更に2点だけ、非常に注意していることがある。一つはゴミの出し方である。私たちの地域は10種類にゴミを分別することが義務づけられていて、それができていないとゴミを収集してもらえない。そうすると地域からあの人は地域生活のルールが守れないと思われるので、ゴミ出しの助言だけは徹底して行っている。ゴミをきちんと出さない健常者はいくらでもいるが、ゴミのトラブルがあると障害者が真っ先に疑われたり、障害者だからというレッテルを貼られたりということが残念だがあり、地域の中で受け入れられていくには、健常者以上に努力しなければならないという現実がある。しかし、利用者たちが時には理不尽な思いをしながらも黙々と地道にルールを守り、地域住民としての責任を果たしてきたお陰で、地域の目も変わって来たのを感じる。

もう一つ気を付けていることは火である。後でも述べるが（第4章6項）、巣立ち会では火に関する事故を何度か起こしている。火に関する事、特にタバコを吸う場所、吸殻の始末、また初期消火のための訓練などは、今後の予定も含めてしっかり皆にルールを徹底していこうと、世話人と確認し合っている問題である。



2) ピアサポート



ピアによる支援の意味について少し述べる。まず、支援する側にとっては、自分の人生経験や自分自身が人の役に立てるということが自信を回復させ、エンパワされる。巣立ち会では人の役に立てることは幸せなことだという考えを共有するようにしている。いつも支援を受けるばかりではなく、人の支援ができるということは自分にその力があり、ある意味でゆとりがあるということにもなる。人に尽くすということがどれほど素晴らしいことか、折に触れ話し合うようにしている。助け合う、思いやるという価値を共有することで、ピアサポーターが生まれる。同様に、出張講演などにも参加してもらいたい。精神科病院に何十年も居たという体験が、人の役に立つのだということを利用者本人に伝えていくことで、自分の人生を再評価することが可能になる。部屋の見学では自分のプライバシーを他人に見せる抵抗感は誰にでもあるが、一人でも多くの人にグループホームの必要性を理解してもらい、グループホームの普及に一役買ってもらいたいと呼びかけている。このような働きかけが開放的で垣根の低い雰囲気を作っているように思う。

ピアサポーターが増えるということは支援の担い手が増えることである。7万人とも15万人とも言われている社会的入院者、未だ地域移行支援を受けることもなく病院にひっそり暮らしている精神障害者にサービスを届けようとするなら、専門家だけでは足りないというのは明らかである。先述したように、当事者同士だからこそ理解し合えて、関係がスムーズに進むという面も多い。このことに私たちはもっと注目すべきだろう。例えば、一人で通所するのが困難な人には職員が同行するのではなく、利用者が行き返りを共にするなど、ピアサポート機能によって解決する方がより当たり前で望ましい日々のタスクは沢山あるはずだ。しかし、専門職者の中にはこれまで専門職が担ってきた役割を利用者にお願いすることに後ろめたさを感じたり、失敗したときの責任を考えたりでなかなか一步を踏み出せない人もいるように思われる。病院の中でピアに活躍してもらおうとしても、必ず職員が同伴することを条件にされてしまうのが現状である。しかし人間の成長過程には失敗がつきものである。不必要にそれを恐れず、ピアが成長できる場面をもっともっと増やし、そのための教育や研修にももっと積極的に取り組んでいきたいと考えている。そして私たち支援者も、利用者に助けてもらおうという意識改革をしていかなければならない。

7 関係機関との連携

地域移行支援を実施する上で、関係機関との連携は必要不可欠である。また、地域移行支援に限らずとも、巢立ち会の活動全般においても関係機関との協力体制は大切なネットワークである。以下は、病院、家族、行政、地域との連携における巢立ち会のかかわり、考え方、留意している点などをまとめてみた。

1) 病院との連携

病院との連携はこの事業の成否を分ける鍵となる。どのように連携をとっていくかはそれぞれの場所で置かれている環境やこの事業を行う人によっても違いがあるだろう。病院と連携していくには、まずは精神科病院をめぐる諸問題や個々の病院の事情を理解していかなければならない。精神科病院は今日では多様化していて、長期入院を抱えていては入院費が落ち込むため救急病棟などに力を入れ、長期の入院患者さんの退院に力を入れている病院もあれば、長期の入院患者さんを退院させてしまうと新規の入院患者さんが来ないことを恐れて退院させようとしめない病院もあり、さまざまである。先日ある生活保護担当ワーカーが担当患者さんの退院の相談をしたら、「その人は院長先生の定期預金だから出せない」と言われたという話があった。病院が回転率を上げようとすると、とにかく忙しくなる。会議も多く、日に何人もの入退院があり、そのために目が回るような思いをすることになる。入院に関わる事務的なことも含めた業務は意外に多いのである。新規の入院だとなおさらである。また一方で、病床が空くことを恐れる病院も、最近ではアメニティを高めようと病棟の建て直しや改修に投資しているところが多く、借金を抱えているのが当たり前になっている。そうなるとうつ病を埋めて黒字を出そうと経営者はまず考えるだろう。

私たちは、最初にこちらからこれをして欲しいというような要求を病院にしても、実現するのは難しいと考えている。新しい関係を作るとき、相手に変わってもらうことを期待してもうまくいかない。まず、自分たちでできることを考え、提案し、できるだけこちらから足を運び理解を深めてもらう。病院の中に入れる機会があれば逃さずに出かけていく。しかも利用者と一緒に行くのである。

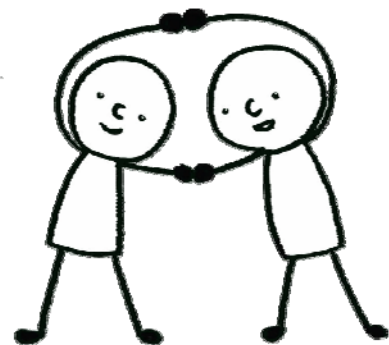
病院の職員も基本的には自分たちの見ている患者さんたちが元気に地域で生活できることを心から望んでいる。そのために努力しようという意欲や関心も十分にある。でも入院している患者さんたちと同じで、彼らが地域で生活して

いくことのイメージもつかめず、その方法もわからないでいるのである。地域から迎えに行き、成功事例を多く作り、退院した方々に訪問看護などを通して継続的にかかわってもらおう。こうして退院して元気に生活している患者さんを見て看護師も元気づけられれば、彼らの意識も随分変わってくる。そして患者さんの一番身近にいる看護師の意識が変われば、病棟全体の意識も変わってくる。病院の患者さんの入退院の権限を経営者が全て握っている病院はむしろ少ない。身近にいる看護師の影響は非常に大きく、そこを通して主治医の気持ちも変化する可能性があるのである。

本人に退院したい気持ちがあればそこで流れは動き出す。もしそれが乏しいようであれば、そこからどのように働きかけるかを私たちと検討すればよいのである。しかし残念なことに、医療従事者の習性として患者さんが揺れることに非常に不安を持つ。少しネガティブな反応が出たり、精神症状が再燃したりすると流れが止まってしまうことは良くあることである。私たちはそれを乗り越えて働きかけを継続してほしいと思うのだが、その点で一致を見ることは少なく、再度仕切り直しとなることが多い。しかし私たちがその患者さんのことを忘れずに、半年後、1年後に再度アプローチすることを諦めずに続けることが大切だと考える。

長い社会的入院の歴史を鑑みるに、病院の自発的な退院促進の取り組みに期待するのは難しい。そうであれば、地域から長期入院の患者さんを迎えに行き、地域に連れて戻り、その後の支援も続けるということを実践していけば病院も喜んで送り出してくれるようになるものである。先にも述べたが、病院に退院支援計画の機能を求めてもそれは難しいのである。私たちが出掛けて行き、信用される団体となり、1例でも実績を上げ、一人でも多くの患者さんを地域に連れ戻すということを実践していければと思っている。

病院との関係はフォーマルなものばかりではない。私たちが多くの病院と連携を上手に取れてきた背景には、インフォーマルな付き合いもあってのことだったと感じている。自分たちという素材を使って、ありとあらゆる方法で病院との連携作りに努める必要があるのではないか。



2) 家族との連携

精神障害者の家族は、家族自身の生活や人生を制約するような過大な責任を負わされてきた歴史がある。法改正によって精神障害者に対する家族の法律上の義務は大幅に軽減されたものの、現状としては家族に対する過剰な期待が依然としてあるように思う。これは社会的入院を引き起こしてきた一因でもある。成人している精神障害者の引き取りを家族に求め、扶養の義務を負わせるのには無理がある。両親が若くて経済力もあるうちならまだしも、高齢の両親、兄弟のもとに長く入院していた人たちが退院するのは、どう考えても不可能である。家族の引き取り拒否は家族の悲鳴でもあるのだ。これ以上自分たちに負担を課されたら自分たちの生活が立ち行かなくなると。この家族に引取りを依頼する、最終責任を家族に求めることを前提とした退院の考え方を変えなければ、家族の拒否によって退院が実現しないという今の構造はいつまでも変わらない。障害のある人のケアが社会化されることで、家族も自分自身の人生を生きながら、障害のある身内を受け入れられるようになるものである。そのための教育や情報提供などはあらゆる機会を通して行われなければならない。「もっと早く知っていたら」私たちが何度も耳にした家族の言葉である。

巣立ち会では、家族に負担も責任も求めないことにしている。家族と直接接触して、個別の質疑応答や情報提供ができる機会の確保に努め、できる限り利用者の退院後の住居や日中活動の場におけるサービスと支援する側の顔を伝えて安心してもらおう。私たちはこの機会をとらえて、退院後の生活における様々な責務を家族に代わって法人が引き受けるというメッセージを繰り返し伝え、家族を長年束縛してきた役割意識を修正し、退院の動機付けを行う。

一旦は家族の負担感を取り除くことが重要になる。利用者の生活支援を私たちが約束することによって家族に少しゆとりが生まれる。それぞれの状況に応じて、退院に反対する家族に対して個別に私たちも働きかけを行う。日中活動の場やグループホームの見学、支援の内容の説明、経済的な問題への対応など、家族の理解を求める為のあらゆる方法をとることで、今までは家族の了承を得てきている。利用者が安定して家族に負担感がなくなり、遠い昔の外傷体験が癒えれば、家族との良い関係は必ず回復する。基本的には、身内である利用者が幸せになることを一番願っているのも家族なのである。

3) 行政との連携

障害者自立支援法によって精神保健福祉における市区町村の役割は益々強化された。このことを素直に心から喜びたいと思う。私たちがこれから益々やらなければならないことは、行政との協力関係を作り、行政がより良いサービスを提供できるように働きかけることである。市区町村の裁量権が拡大したということは、私たちのような福祉サービス事業者の働きかけ次第では、今まで以上に自治体によってサービスにばらつきが出てしまう可能性があるということである。自分たちの住む地域の障害者福祉はお上から与えられるものではなく、自分たち自身で作っていくものという考え方がこれからは必要になってくるであろう。

行政とのパートナーシップでは以下のような点を心掛けている。

- ① まずは足を運ぶこと。相手が忙しいだろうと遠慮してはお互いの理解は深まらない。私たちが何を考えているのか、何をしたいのかを常にきちんと伝えるようにする。口で話すだけでなく、データや事業計画など形にしたものを努めて持っていくようにする。
- ② 課長や係長などが異動になったときには必ず挨拶に行き直接の担当者と話し、自分たちの活動を知ってもらえるようにする。
- ③ 困ったことなどが生じたら自分たちだけで抱えることなく常に相談を持ちかけ、同時に報告もしていく。必ず行政が解決してくれるとは限らないが、何かのアイデアをもらえることも時々ある。一緒に歩む姿勢を持つことが大切である。
- ④ 何かを頼むだけでなく、行政から依頼があったときはできる限り **NO** といわずになんでも引き受けることにしている。
- ⑤ 要求ごとだけに終始するような関係性にはならないように注意している。行政などに対しては、要望書を提出することも多いが、立場への共感や理解、場合によっては支援が必要なのは利用者だけではない。行政の担当者も同様に仕事を通して達成感を味わい、価値を共有できる仲間と出会い、自己実現することを望んでいる。理解し合い、協働し、行政の持つ力を引き出すという発想を持つことで、関係が大きく変わるものである。

4) 地域との連携

私たちはグループホームを始める際、あえて隣近所に事前に挨拶をするということはしなかった。しかし、次章で述べるように大家さんにはあらかじめ話して了解を得て、建物も私たちの希望のものを建ててもらっている。この大家さんを媒介にして、自治会に入ったり地域の行事に参加させてもらったりという活動をしている。地域への発信はなかなか難しいこともあり、それぞれの地域の事情もあるが、地域に根付いていくためには地域の一員として何ができるかということについていつも考えていくことが大切であろう。

日中活動の場では、常に地域の人々との関係を持てる機会を見つけて、こちらから様々な行事に参加する努力をしている。巢立ち会では年に1回、クラシックのチャリティーコンサートを開いており、全く福祉と関係のない方たちにもクラシックを楽しんで頂きながら、少しでも私たちの活動紹介を行うということもしている。また、バザーやフリーマーケットなどの販売や、公園清掃や草むしり、地域清掃などを作業に取り入れ、これらを通して地域住民に私たちの活動を理解してもらえるように活動している。これからは狭い意味での福祉にこだわらず、町興しのような活動に積極的に法人としてもかかわっていく必要があると考えており、これからの課題である。



第4章

巣立ち会の住居提供支援

1 住居をめぐる問題

精神障害者が地域で安定した社会生活を過ごす為には、地域医療、福祉サービス、住居、地域住民の理解、雇用機会など、多くのものが必要である。このいずれも不足しているのが日本の現状だが、中でも住居が確保できないということが社会的入院を最も直接的に引き起こしている要因の一つと考えられる。退院しようにも、住むところが確保できなければ何もはじまらない。グループホームやケアホームの不足もさることながら、民間住宅で自活する能力が十分にある当事者も様々な障壁によりアパート貸借が非常に困難な現実がある。公営住宅は、こうした市場原理の中では住宅確保が困難な住宅困窮者を救済することが本来の責務のはずだが、障害者に対してはその役割を十分に果たして来たとは言い難い。諸外国では、精神障害者を優先的に入居させる家賃補助付き住宅や障害を理由に入居を断ることを禁止する法律があると聞く。日本でも長らく当事者の「病の問題」にすり替えられて来た「住宅の問題」を住宅の問題として正しくとらえ直し、住宅政策を是正していく必要があるのではないか。しかしそれをただ待っていても仕方がないので、現状では私たちサービス提供者が住宅資源を持っている地域の人たちに対して代弁、仲裁、調整など、積極的に働きかけることによって住居を確保していく必要がある。

2 住居保障の重要性

巣立ち会では、支援する患者さんに対しては入院中から住居確保を保障するというやり方をしている。私たちは住居と適度な支援さえあれば、容易に退院できる人たちが病院にはたくさんいることを長らく感じてきた。病院の中でさまざまな訓練をしても、地域で戻る場所がなければ行き詰ってしまうこともある。しかし、退院できる場所さえあれば、多少の困難があっても地域で暮らすことそのものがリハビリの意味を持ち、当事者の奪われてきた社会機能が回復されていくのである。私たちは、リハビリテーションは本人の日常生活の中で行っていくほうがより効果的であると考えている。入院生活はその人の生活する力を奪ってしまうものであるため、入院治療が必要な急性期を過ぎたら、在宅で

それを行っていくのが理想なのである。

患者さんにとっては、住む場所の提供を約束されるということは、何よりも「退院できるかもしれない」という夢や希望をもたらし、本人の退院意欲を引き出すのに非常に有効である。そして、人は夢や希望を持つことによって大きく変化していくものだということを、私たちは利用者から学んだ。様々な人たちが候補者に上り、最初は「この人が退院して地域で自立するのはとても難しいのではないかと危惧した人たちでも、まずは通所を始め、黙々と通い続けるうちに仲間ができ、支援者ができ、そうした関係の中から本人が見違えるほどに変わっていくのである。本人にその一歩を踏み出してもらうためにも、まずは住居を保障するということが必要だと感じている。住居保障は本人に対してだけでなく、病院関係者や家族にも安心を与え、動機を高めていくことは言うまでもない。

3 住居資源開発のためのコミュニティワーク

このように、地域移行支援においては住居の保障が重要であるにも関わらず、精神障害者の住宅資源が不足しているのが現状である。それは、退院促進支援事業には個々の利用者に対する個別援助だけでは不十分で、それとあわせてコミュニティワークが必要であることを意味しており、国がこれまで推進してきた退院促進支援事業に十分な成果が上がらない原因が、ここにもあるように思われる。

1) 巣立ち会の住居開拓

巣立ち会では設立当初から地域の不動産屋や家主との協力関係を作り、住宅資源の開拓・開発に力を注いできた。その結果、16年間で約140名の利用者に対する住居の確保という実績をあげることができた。巣立ち会の退院促進支援事業はグループホーム活用型モデルなどと周囲からはよく言われ、住居提供が巣立ち会の特徴でもあるが、決して最初からグループホーム活用型モデルなどというものを構想したわけではなく、必要に迫られて一つまた一つとグループホームを増やしていった結果なのである。

では、私たちはこれまでどのように地域との関係を構築し、住宅資源を開拓してきただろうか。私たちの活動は、居室4部屋のグループホーム1か所から出発した。この最初のアパートは築50年にもなる古いものだったが、そのの

大家さんの理解の下に、その後 20 室もの部屋を借り上げることができた。ここでの私たちの実践を地域は静観していたわけである。そして私たちの活動がある程度評価してくれたときから、地域からの住居提供は自然に増えていった。私たちに物件を提供してくれている大家さんの多くは知り合い同士で、お互いに情報交換をしている間柄である。つまり地域の既存のネットワークの中で私たちの活動が周知されていったのである。一人の大家さんが利用者のことを「真面目ないい人」と伝えてくれればそれが口コミになるし、「巢立ち会の職員はよくやってくれる」といえばそれも口コミとして地域の評価になっていくのである。

私たちが現在運営する 8 か所のグループホームのうち 4 か所は調布市にあるが、調布市の土地柄もあり、大家さんも地域在住の非常に理解のある人が多かったことは幸いしている。最初の大家さんが利用者のことを「いつも挨拶をしてくれて、明るくていい人たちだ」と近隣に伝えてくれたことなどが影響していると思われる。今でもアパートを建てることを検討してくれている地主さんが複数いるが、こうした地域からの評価が奏功しているのではないかと考えている。加えて、大家さんにとって経営面でのメリットがあったことも後押しとなった。東京都では、自立支援法に移行した現在では空室が出た場合の家賃補助は 3 か月しかなく、それ以降の空室留保は事業所の出費になるが、以前はグループホームの利用者居室に対して稼働状況に関わらず家賃補助をしてくれていた。つまり当時は補助金として年間家賃が保障されていたため、長期の一括借り上げの契約を提示でき、大家さんにとっても継続して空室の心配なく家賃保証がされるというメリットがあったわけである。

2) 理解ある人々との出会い

しかし、そうした営利的な収支の計算だけでこれだけのグループホームが増えてきたわけではない。

地域で活動する中で時々感動する瞬間があるが、それは福祉の専門家でもなく、特にそうした経験もないのに私たち以上に障害者や弱い立場の人たちに寛容で愛情深く、彼らを隣人として何の差別もなく受け入れてくれる市民の人たちに出会えた時である。「病気が良くなったのに入院しているのはかわいそうだね」「障害者でも、自分ができることは自分自身で努力する義務がある。でも足りない部分は社会が補填すべきだ。」「困っている人がいるならアパートを貸しておやりなさい。」「どうせ建てるなら人の役に立つものにしたい。」これらは私たちに物件を提供してくれている大家さんの発した言葉である。そのひと言ひ

と言に思わず胸が熱くなるような感動を覚えてきた。そのような人たちを見つけ出し、そうした人たちの連携・連鎖を作っていくことが私たちの仕事かもしれないとさえ思う。私たちは何か事業を行うのに反対運動に出会ったことは今まで一度もない。一般市民は差別・偏見を持っているという私たちの偏見こそ、まず捨てることが重要だと思うのである。なお、大家さんには行事などにはいつも声をかけ、私たちの活動を理解してもらえるように日々努めている。いつも感謝の気持ちをもって、表現することに努力するようにしている。法人の評議委員などの役員を何人かの人には引き受けてもらったりもしている。平成18年度には、初めて大家さんや不動産屋との懇談会を開催した。こうした横の連携がお互いの理解を深め、協力者としての意識をますます高めることに貢献してくれている。

3) 住居設置への道

障害者施設の建設、あるいは設置によく住民反対運動が起こる話を聞くが、そうしたことが起こるにはある共通の状況要因があるように思う。私たちはすべて日中活動の場も含めて貸借で行っている。貸借ということは賃料という形でその地域に利益をもたらすということでもある。多くの反対運動は土地を買って、自前の建物を建てるときに起こりがちである。行政からの補助金支出の条件として住民同意を取るということもその引き金になっていると思われる。私たちは住まいについては入居前に近隣に話すという方法は取っていない。誰でも自分の好きなところに住居を構える権利があると思うからである。すべての人間に地域で住む権利、働く権利が保障されることが最低限の人権と考えたなら、近隣住民の同意が果たして本当に必要なものなのか問われる問題であると考えられる。土地の購入のとき、必ずしも以前から活動をしてきたところで開設できず、落下傘のように近隣に何者なのかわからない段階で建設の話が出るといことも住民不安をあおる一因となるであろう。また、私たちの場合は場所的にも物件はバス通りだったり、隣に住宅がある場所ではなかったりしたことも幸いしているかもしれない。さらに、私たちの事業所が点在する調布市と三鷹市を結ぶバス通りが道路拡張のため、道路の両側で全部建て替えが起こったということも大きく影響している。5棟の内、3棟はこの建て替えで建ててもらっている。公共事業があるときは何らかの働きかけで私たちの活動が参入するチャンスがあると捉えることができる。

以前、北海道の「帯広ケアセンター」の活動を見学させてもらったのだが、帯広でも生活保護の家賃の範囲内で随分多くの建物を建ててもらおう、あるいは

は借りてグループホームにしていた。私たちの歩みは決して例外的なものではなく、意識的な努力があれば全国どこでも精神障害者のグループホームと開示して物件を立ててくれる、あるいは貸してくれる理解ある協力者を得ることができるのだということを実感した。なお、帯広では最初の共同住居が住民反対運動にあったが、関係者の熱意で話し合いを繰り返して開設し、夜間の連絡体制なども取り、住民の理解を得ていったとのことだった。反対運動があっても乗り越えていく方法は私たちの経験の中に蓄積されているのである。

4 契約の形態と保証人

賃貸借契約の形態だが、グループホームは大家さんと巢立ち会が賃貸借契約を結び、各利用者と巢立ち会が個々に居室の利用契約を結んでいる。グループホームでは原則として保証人を立ててもらいが、いない人も入居は可能である。

グループホーム以外の住居確保の支援では、大家さんや不動産屋とのやり取りを必要に応じて巢立ち会が行い、賃貸借契約は本人が結ぶことになる。その場合、ごく少数ではあったが、どうしても保証人がいないというときには、本人が巢立ち会の日中活動の場の利用者であれば、巢立ち会が保証人になるということもあった。現在では、比較的実績のある民間の保証会社もあり、今後はそうした民間会社の利用も検討していくことになると考えられる。

アパートを借りるに際して、本当に保証人になれる身内がないという人はごく少数だった。しかし多くの家族たちは、もう自分たちは責任を持ってかわれなれないと思っている。だから保証人を引き受けたくないのである。大家さんや不動産屋にとっても、単に保証人がいる、いないということよりも、家賃の滞納など何か問題が起こったとき、実際に対応してくれる人がいるのかどうかという点が心配なのである。精神障害者を非常に嫌う不動産屋の中には過去に痛い目にあった不動産屋が少なくない。障害を開示して理解を求める以上、同じような経験をさせないのが私たちの努めだと考えている。今では、大家さんや不動産屋との懇談会などを定期的につつようにして、理解者を増やし、単身生活用の物件の確保にはほとんど不自由をしていない。賃貸借契約者がたとえ本人であっても、巢立ち会が間に入って対応をするようにしており、緊急時の対応や日常生活で困った時の窓口を一手に引き受けている。問題が大きくならないうちにきめ細かく対応していくことが、利用者の地域生活の安定と継続につながっていると考えられる。

なお、巢立ち会では担当職員の携帯電話番号を教え、365日24時間の連絡体制を取っている。何かあったときにはすぐに対処してくれるという安心感を、不動産屋や大家さんに持ってもらえるように努力している。

5 住居の形態

巢立ち会では現在 63 室のグループホームを運営しており、それ以外にもこれまでに 20 数室の住居確保の支援（住居を借りる際に何らかの形で巢立ち会が支援し、その後の生活支援も継続している部屋）を行ってきた。このグループホームのうち、5 棟 36 室は巢立ち会の為に新築してもらった建物である（表 4-1）。

表 4-1
グループホームなどの新築物件 5 件の状況

	巢立ち ホーム	巢立ち ホーム調布	巢立ちホー ム調布第 2	巢立ちホー ム調布第 3	巢立ちホー ム調布第 5
建築年	H16 年 2 月	H17 年 9 月	H10 年 6 月	H15 年 1 月	H18 年 3 月
居室数	6 室	5 室	6 室	8 室	13 室
家賃	52 万円	42 万円	53 万円	58 万円	102 万円
居室の 家賃	65,000 円	63,000 円	66,000 円	60,000 円	69,000 円
家主	地域の地主	元郵便局長・ 地域の地主	以前に職親・ 民生委員の経 験あり	地域の農家	地元で事業経 営・民生委員
建てて もらった 経緯	利用者が建設 中アパートの 不動産屋と交 渉したことが きっかけ	東京都の用地 買収の人を通 しての情報	以前に職親を 依頼したこと がある	第 2 の家主さ んの親戚	東京都の用地 買収の人を通 しての情報

グループホームというと、リビングやお風呂、台所が共有で、居室については個室があるという形態をイメージする人が多いが、私たちのグループホームの場合は入居者の住居はそれぞれ独立した完全独立型で、アパート 1 棟丸ごとを借り上げているという形態がほとんどである。各居室は単身者向けのバス・トイレ付き 1K（ただし一部は風呂なし）という間取りである。このような形態をとった最初のいきさつは、東京では 5LDK ぐらいの大きな一戸建て賃貸物

件などほとんどなく、単身者用のアパートを建物ごと借り上げるという方法しかなかったからである。しかしそれと同時に、本来それぞれが自分らしい生活を送るには独立型の方が望ましく、清掃についての基準や生活時間も異なる人間同士が共同生活をするのは、よほど気の合った者同士でも難しいものである。そうした点から、巣立ち会の為に新たに物件を建ててもらう時には、あえてアパート形式の独立型にしてもらっている。グループホームでは交流室を設けて世話人がそこに詰めており、話し相手になったり、各種相談に乗ったりすることになる。それ以外に、ほとんどのグループホームでは週2回の夕食会を行っており、グループホームの仲間同士で情報共有や交流を行っている。

これもこの形式が絶対にいいということではない。それぞれの地域特性や住宅状況により、大きな一軒家があればそれを利用してグループホームにすることは十分に可能であろう。私たちは、自分たちが置かれた逆境をどのように強みに変えていくかということを中心に考えていくべきなのである。

6 グループホームの運営管理の留意点

1) 職員への配慮

住居提供サービスは住居を確保することも大切だが、そのサービスを安定して運営していくことはもっと大切である。まずは、職員が安心して楽しく仕事が続けられるような環境を整える、ということに非常に気を使っている。この仕事は、ハードよりもソフト、建物も大切だがまずは職員が重要だと考える。良い職員が良いサービスを提供してくれてこそ、利用者の満足につながるのがある。グループホームは一人職場だが、24時間にわたって仕事の連絡が入る状態ではその職員は気が休まらない。そこで巣立ち会では、入居者からのクライシスコールは一手に理事である管理者（グループホームの管理者とは別）の携帯電話に入るようになっている。電話の用件はとりあえず聞き、翌日に世話人が対応して済むことであればそれまで待ってもらい、どうしてもすぐに行かなければならない要件であれば、管理者から世話人に連絡をする。実際に夜間に出かけなければならなかった要件は、この16年間で数件だけである。本当に必要だと判断したときは世話人だけでなく、他の職員にも声をかけて複数体制で駆けつけることになる。

グループホームを運営している法人の中には、入居者の生活者としての暮ら

しを重視し、何かあったときは一般市民と同じように警察、消防、隣近所などを活用することを基本としているところもある。これはこれで優れた実践であり見習うべき点も多いと思う。しかし一方では、「私たちがいつでも対応する」ということを担保にすることで物件を提供してもらい、地域の中で受け入れられているという現実も否定できない。これは絶えず検討していかなければならないテーマでもある。

グループホームは一人職場なので、世話人は孤独感や利用者とのかかわりの中で閉塞感を感じがちである。そのため巣立ち会のほかの部署の人間となるべく協働し、利用者にもチームでかかわり、世話人を孤立させないように心掛けている。グループホームで開いている週2回の夕食会には利用者の通所先の職員も参加し、日中以外の時間でも利用者の相談を受け、本人に何か変化があった場合はそこで対応できるような仕組みを作っている。

その他に職員が困った時は、いつでも管理者やサービス管理責任者と相談できる体制を取り、必ず何かの助言をするようにしている。利用者に言いにくいようなことやルールを守って頂けない利用者への注意など、憎まれ役はなるべく管理者が引き受けるようにしている。利用者の最も身近にいる世話人が恨まれるようになると、仕事がやりにくくなるからである。

また、グループホームに外部の人も出入りしてもらうために、退院した病院からの訪問看護を積極的に受けている。訪問看護は病院との連携の中でとても重要であり、世話人にも様々なアドバイスをしてくれるため非常に助かっている。看護師は非常に良く気が付き、服薬や本人の日常生活の管理に対しても働きかけてくれるため、世話人としては大変ありがたい存在である。

2) 危機管理の体制

最善の努力をしても事故が起こることはある。私たちの活動の中でも、さまざまなことがあった。この16年で起こった事故で1番大きなことは自殺者を3名出していること、そして火事と小火が合わせて3回起きたことである。このうち、自殺の1件と火事の1件は入院中の利用者だった。1人は病院からの外出時にアパートでタバコの不始末による火事となり、もう1人は離院をしてきて自分の部屋で縊死してしまう出来事だった。残り2件の自殺はマンションの屋上から飛び降りたケース、小火を出した1件はやはり自殺未遂のような形で出火したケース、そしてタバコの火の不始末からの小火があった。2件の自殺と2件の小火のうち、2件は退院して2か月から3か月の間に起こったものである。これらは精神症状と密接な関係があり、幻覚妄想状態に基づいての

ことだと推察され、いかに病状管理が大切なことかを痛感させられた。

そのため、巣立ち会では危機管理体制の工夫に力を入れている。自殺に関してはWHO自殺防止マニュアルを検討材料にして、巣立ち会独自の防止マニュアルの作成に取りかかったところである。また火事に関しては、その防災対策として、できる限りのことは行っている。例えば、グループホームなどの全居室には、自動消火装置、防火カーテン、消火器、電気コンロを設置しているし、消防訓練も定期的に必ず行っている。また、世話人は防災管理責任者の資格をもち、利用者に火の取り扱いに注意を払うよう呼びかけ、防災への取り組みに力を入れている。

予想もつかないことは突然に起こるものであり、事故を絶対に起こさないということは難しい。このような危機管理体制を整備しながら、実際に事故が起きたときに最善の努力と対応をしていくというものの確認、問題を解決していくための連携や支援体制を築いておくこと、そして解決のつかない問題はないという確信を持つことが大切である。

7 財政上の課題

障害者自立支援法に移行してからは、グループホームの収入は「一人一日いくら」というような報酬体系になっている。そのため、空室が出るとその分の収入が入らなくなるという、従来はなかったのだが、ある意味では当たり前の経営上の課題を持つようになった。しかし東京都はグループホームを通過型と滞在型の2種類に分類し、それぞれに異なる都独自の報酬単価の上乗せをしている。従って東京都に関していえば、財政的にかなり優遇されていると言えるが、都の単独の補助や加算なしに、国の基準の報酬だけでグループホームを運営するのはなかなか困難だというのが実感である。この1年間のグループホーム経営の収支の実績からみて、もし国の定めるサービス報酬だけでグループホームを運営するならば、スケールメリットのある15名から20名規模の大規模なグループホームにしない限りかなり財政的に厳しいと思われる。規模を大きくすることによって、稼働率の変動を吸収することがなんとか可能になるかもしれない。しかし、精神障害者の地域移行をもっと望むなら、グループホームの経営上の問題がもう少し改善されるよう制度の見直しが必要と思われる。

第5章

巣立ち会の支援の特徴

1 活動の特徴

巣立ち会の活動の特徴について整理してみる。

① 法人全体でかかわっている

多くの退院促進支援事業は地域活動センターの事業になっているが、併設する事業所がある場合は一緒に取り組むほうが確実に効果はあがる。単独の事業と切り分けずに、その法人の持っているすべての人的物的資源を投入してこの課題に取り組むほうが、成果は当然だが出てくる。この事業を単に行政からの委託事業と考えるのではなく、長く専門家として解決ができなかった自分たち自身の問題として捉え、今の日本の精神保健福祉の根源的な問題と認識して、少なくとも委託を受けた団体は一致団結して当たってほしいと願うものである。

② チーム責任者が明確でいつでも連絡が取れ、指示が出せる状態にある

管理者の携帯はいつでも ON の状態で、何かあったときにはいつでも対処、指示ができるようになっている。判断の責任者が明確でスピーディーに対応ができ、決して誰かに責任転嫁するようなことはなく、指示が明快に出せる体制になっている。巣立ち会の基本の一つとして、判りやすさを大切にしている。少なくとも職員が迷って判断を長引かせたりタイミングを失ったりということがないようにと管理者は心がけている。

③ 1人の利用者に、2人以上の担当者がいる

これは通所と入所が両方でかかわるので、最低でも2人の担当者がいるし、それ以外にも複数の職員が利用者と接する機会があり、お互いに利用者についての情報や意見の交換を随時行えるようになっている。

④ ピアサポート体制ができている

利用者がこのプログラムの重要な支援者になっている。

⑤ 体験通所期間が6か月以上ある

この3年間では、体験通所期間は半年から1年3か月と幅のある平均となっている。安定して通所でき、双方が退院できると感じるまでには一定の期間が必要だと考えられる。この長短に関しては様々な要因が考えられるが、空き部屋のあるなしといった、本人以外の外的な条件によって影響されることがあることも事実である。

⑥ 病院へでかける回数が多い

各事業所では、月に何度も病院に足を運んでいる（約40回／月）。連携がいかに大切かということである。

⑦ 利用希望者に年齢や入院期間などで条件を付していない

原則的な条件はあるが、とにかく多くの人に門戸を開こうというのが私たちの姿勢である。

**⑧ 24時間電話受付の窓口を設定している
（緊急時に対応）**

15分以内に駆けつけられる職員が複数いる。これはやはり管理者の携帯電話で対応している。昔は、確実に連絡を取れる体制を敷くためには、当番で当直や宿直をおかざるを得なかった。そうした時代に比べると、携帯電話一つで今や世界中どこでもつながれるようになっており、危機管理体制が非常に敷きやすくなっている。100名以上の利用者が管理者の携帯電話を知っているが、平日は各日中活動の場に相談をするので土日祝祭日、夜間のごく限られた時間にしか連絡はなく、月に数件である。

**⑨ 地域の関係機関と密接な連絡が取り合える
関係ができています**

全てのケースが巢立ち会を利用するというより、最近では退院希望者の希望に添えるようなコーディネート機能を持つようになってきており、よりふさわしい資源があればそことつなげるなど、他機関と良い形で連携が取れるように心がけている。

**⑩ いつも住めるアパートを準備している
(保証人がいなくても住居提供を行う)**

協力的な不動産屋とはいつも連携して、適当な物件があったら、随時紹介してもらおうような関係を築いている。また定期的な不動産屋との交流会も設けており、新たにアパート物件に不自由をすることは現在ではなくなっている。

⑪ 大家さんに障害を開示している

本人が障害を隠して探したいときは、それに従って本人に任せたアパート探しを行うが、開示しても紹介してくれる物件はあることから、現在では非開示の物件はほとんどなくなっている。過去には、開示せずに探したアパートで、後で障害がわかって理解を求めていった経緯のある物件も数多くある。大家さんたちとは年に1回、やはり交流会を行っており、私たちの活動の紹介をしたり、大家さんからの要望を聞いたりしている。

⑫ 近所に仲間が住んでいる

大家さんに障害を開示したことにより、結果として巢立ち会の為に新規に物件を建ててもらったり、徐々に借りていく部屋が増えたりしてきた経緯があり、同じアパートに利用者が住むという形態ができ上がってきている。そのため、何か困ったことがあるとまず職員ではなく、利用者同士で相談しあうことも多く、ピアサポート体制が自然発生的にでき上がっているといえる。

⑬ 新しい利用者に対して受容的である

利用者同士に仲間としての意識が芽生えるように、普段の日中活動の場でもグループ作りを意識した働きかけを行っており、新しい利用者に対しては他の利用者が退院までのプロセスをさりげなく支援するような雰囲気ができている。

⑭ 夕食会を開いている

グループホームの利用者はもちろん、それ以外の近隣に住んでいる、あるいは巣立ち会が住居提供をしている利用者すべてに夕食会は開かれており、材料費を出せば参加ができることになっている。多くの長期入院者には食事にまつわる不安が強いため、食事のサービスは非常に評判がよく、交流の場としての機能ももつようになっている。

⑮ 交番と連携をとっている

近所の交番には時々挨拶に行くことを欠かさずに行っている。利用者同士のトラブルでの交番通報や、物取られ妄想に基づく交番通報などの利用者からの通報が時々あるため、管理者の連絡先を交番に伝えておくことで、緊急時には連絡をもらえる体制になっている。

⑯ 退院後も継続して支援をする

以上繰り返しになるが、私たちの支援は退院がゴールでは決していない。むしろ、病院という枠からはなれてその先の自己実現に向けて支援していくことが私たちの本来の仕事であり、退院後の支援こそ、重要であると考えている。

2 巣立ち会の信念

巣立ち会でいつも共有しあっている信念や言葉、考えを言葉にして羅列してみた。

① 夢は言葉にして共有し合うもの

巣立ち会の結成のとき、病院から1病棟分の患者さんを退院させたいと言ったとき、多くの人はそんなことは妄想に過ぎないといった。しかし、現実はこの16年の間に

130名以上の人たちが巣立ち会の活動で病院から退院してきているのである。最初は誰もが無理と思うことでも言葉にして繰り返し、その夢を伝え合い共有し合うことで、最初は不可能に見えたこともいつしか実現可能になることが往々にしてあるものである。とにかく同じ夢に向かう仲間を作ること、一緒にその思いを共有して温め、育てていくことが夢の実現につながるのである。

② 現状維持は後退 守りより攻め 前進あるのみ

人はいつも現状に満足するのではなく、あるべき姿や未来に目を向けて希望や目標を持つことで成長すると考える。私たちの考えは夢や希望が人生を豊かにし、生きがいを持てるようになるというものである。

前向きの姿勢は物事の展開を発展的にしていく。利用者も職員も同様である。守りに入ろうとすると、人間はどうしても視野が狭くなるものである。巨視的な視点や視野を持つことで成長していくことができるのではないかと考えている。支援体制のあり方や組織のあり方なども、いつもこれでいいということではなく、もっとよいあり方を模索し続けていくことが大切かと思っている。方法論も進化する。変わっていく方法を、いつも新しく学ぶ姿勢をいつも持ち続けたいと考えている。

私たちの活動は発足した平成5年から2年とおかず、いつも新しい事業を開始してきた。次々に新規事業を立ち上げ、職員を増やし、走り続けてきたわけである。バブルがはじけて税収が落ち、行政が新規事業を認めなくなってからも、補助金があつなくても住居を借り上げ、住宅提供を独自に行ってきたり、作業所が新規に認可されなくて2か所分の利用者を1か所の作業所で見

きたということもあった。ほとんどの事業がお金は後からついてきた。必要な人に必要なサービスを、という考えが現在の巣立ち会を形成しているといえる。

また、巣立ち会では機会があればいつも新しい事業にチャレンジしてきている。市や都からの委託事業、今回のこうしたマニュアルや事例集を作成するというのもだが、この一つ一つは職員の大きな負担になってくる。しかし、やり遂げたときの達成感とその過程で苦労したことでの職員にとっての学習や経験は、何にも代えがたいことだと考えられるのである。大きな仕事を成し遂げると人はひと回り大きくなったように感じられるものである。

利用者の職場探しをしたときに、数十か所の企業に利用者を雇ってくれるように頼んで歩いた経験から、決して卑屈になる必要はないが、利用者のためにならどれだけ頭を下げてでも減らないと考える。例えば就

**③ いくら下げても
頭は減らない**

労、例えば退院の目的がかなうものなら何でもするという心構えである。原理原則を相手に突きつけるばかりでは、事は成就しない。相手を立てながら、相手の利益も考えながらの作戦が必要である。一般企業の営業に通じるものだが足で稼いで頭はいくらでも下げて目的に到達したいと思っている。

この16年間にいろいろなことが起こったが、困ったときは必ず誰かが助けてくれてきた。住宅がなくて困ったときに手を差し伸べてくれた大家さんや不動産屋、就職先を探しているとき

**④ 困った時は必ず
誰かが助けてくれる**

に職場を提供してくれた社長さん、仕事がないときに協力してくれた事業所さん。見えない人の力を信じるには勇気があるが、困ったときに「助けて」とサインを出せば誰かが手を差し伸べてくれるというのが今までの私たちの経験から確信を持って言えることである。

「必ず誰かが助けてくれる」につながるのだが、巣立ち会の存在やそこにかかわる個々人の存在が、いろいろな人とのつながりや支援の中で存在しているということを昨今しみじみ感じてきている。支え手になっているのは、物やお金ではなくていつも人である。人への感謝を忘れずに、相手に伝えることを常に努力している。

**⑤ 人への感謝を
忘れない**

**⑥ 利用者が一番の恩義がある
利用者が一番の先生である**

実践家として私たちの一番の教師は利用者である。自分たちが最初から支援者だと考えるのは大

きな勘違いである。何をしていたらいいのか、それを教えてくれるのは利用者である。利用者がどれほど優しく、指導してくれてきたかを振り返り、その原点を忘れないことが大切と考える。

**⑦ 人のために何かができることは
それだけで幸せなこと**

人が困っているときに自分たちでできることは、それが利用者であれ、他の機関であれ、できるだけの協力を惜

しまないことにしている。人のために何か役に立てることは、それだけで幸せなことだと利用者ともどもこの価値観は共有してきている。この気持ちがピアサポートにつながり、自分たちが困ったとき助けてくれる人が現れるということにつながっていくのである。

**⑧ つかんだら
離すな**

これも人のことである。いろいろな機会に様々な人と出会うが、この人は価値観が一致するとか私たちのことを理解して協力してくれるとか、直感で感じた人たちとはとにかくつながっていくようにすることが大切である。

**⑨ 何を言ったかではない
何が伝わったかである**

これは職員の立場で気をつけていることだが、自分たちが何を言ったかということよりも、相手がどのように聞いたかということ

いつも念頭においておかないと、時々齟齬をきたすことがある。その時に自分がこういったということを弁明するのではなく、どう伝わったかを確認することが大切と常々感じている。

社会は資源のオアシスといわれるが（チャールズ・A・ラップ）、私たちの周りにはいろいろな資源が泉のようにわいていていると考えられる。それを見つけ出し、資源として利用できるように私たち自身の感性を磨いていくことが大切と考える。

⑩ 社会は資源のオアシス

行きつけの喫茶店で利用者の作品の陶芸をおいてもらったこと、行きつけのショップで利用者の雇用を検討してもらっていること、販売用の石鹸を置いてもらったことなどもある。また、世間話の中からアパートを紹介してくれる大家さんの紹介を受けたこともあるし、新居を構えるのに必要な家具の提供を受けたことなどもある。

繰り返しになるが、私たち巣立ち会ではNOと言わないことをモットーにしている。このことは、必要とされるサービスに手が届いていない人が、この精神保健福祉の世界では圧倒的に多く存在していることへの私たちの小さな抵抗である。私たちの力では到底及ばない現実もあるが、せめて目の前に現れた人たちにはこちらから可能性を閉ざすことはしない、という固い決意があるのである。

⑪ NOと言わない

道端の石ころと同じで、おかれた環境からどのような可能性を見出すかは相手の問題ではなく、むしろこちら側の考え方、

⑫ どんな状況からもよい側面を見つけ出す

アプローチの問題であると考えます。考え方一つで未来は明るく輝きを増すようになる。同じ時を過ごすなら楽しく、前向きに考えていく方がよいというのが私たちの考え方である。そしてよい側面を見出していくことも訓練であり、ある種楽観主義につながるが、それを自ら訓練していくことが大切である。

障害者自立支援法が施行されることになってさまざまな批判が噴出したが、私はこれでサービス供給が今までの補助金の時のように制限されることがないという点で非常にうれしく感じたものである。多くの長期入院者は社会資源がないために病院から出られないという側面が明らかにある。それぞれの事業所が制限されることなくサービスを増やしていければ、地域移行支援の現実も変わってくる可能性があるのである。

⑬ あきらめない

本文中にも何度も繰り返してきた言葉である。あきらめない、途中で放り出さない、継続が力であると心から信じている。

⑭ 徹底して利用者のニーズをくみあげる

「利用者から学ぶ」の基本だが、言葉に出されたニーズは勿論、言葉にならないニーズも徹底してくみ上げる

努力をしていく。長期入院者は必ずしも退院したいといわない。だからそのニーズがないとは私たちは思わないのである。将来にわたる夢や希望についても同様である。就労や経済的自立、就学や結婚なども、利用者が何を思い何を望んでいるかをいつも一緒に考えていく姿勢が大切と考える。

⑮ 行政とは仲良く

本文にもあるとおり、行政に何かをしてもらうのではなく、その力を引き出していくという発想は大切である。どうしても解

り合えない行政職員が担当になったときは、異動までじっと待つということも私たちが学んだ知恵である。長くて3年、あきらめずに待つのである。

⑯ お金は後からついてくる

私たちの事業は必ずしも補助金が決定してから始めたものばかりではない。又、NOといわない体質のため、いつも定員をはるかに超える利用者で一杯だった。必ずしも経済的

見返りがなくても、目の前のニーズにいつも応えようとしてきた。お金はほとんどの場合、後からついてきている。決して経営的には採算が取れないだろうと思った事業でも、後になって補助金がついたり、今回の障害者自立支援法の訓練等事業の対象になったりしてきている。目先のお金にとらわれず、本来の支援がどうあるべきかを考えた先に、経営的な問題も解決の糸口が見えるものだと考える。

考えるより先に行動があるというのが巣立ち会の歴史である。とにかく机の上からは何も生まれない。体を使って、考え、体当たりして問題にぶつかっていくということが私たちのやり方である。

**⑪ 当たって
砕けろ**

巣立ち会を構成する職員や利用者は日々変わって行く。しかし、この組織で培われてきている理念、信念、価値といったものは構成員が変わっても受け継がれ、また進化し続けてきていると感じている。

**⑫ 組織には
DNAがある**

最初にも述べたが、一般市民にとってはともかく、私たち専門家にとってはこの長期入院を黙認してきたこと自体が犯罪であるといえよう。一刻も早く自分たちの犯してきた罪を償うべく、行動を起こすことが必要と考える。

**⑬ 長期入院は
それだけで人権侵害**

第6章

利用者の概要と支援結果

1 16年間における支援結果

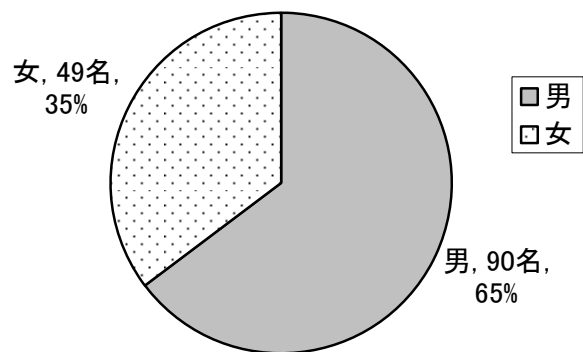
1992年からの16年間で、巣立ち会から地域移行支援を受けて退院した利用者は139名であり、これまで巣立ち会を利用した延べ利用者数317名（通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者を含む）の44%を占めている。

この139名の概要と支援結果は以下の通りである（2008年3月末現在）。

1) 性別

利用者の性別は、「男性」が90名（65%）、「女性」が49名（35%）であり（図6-1）、男性の方が多い。

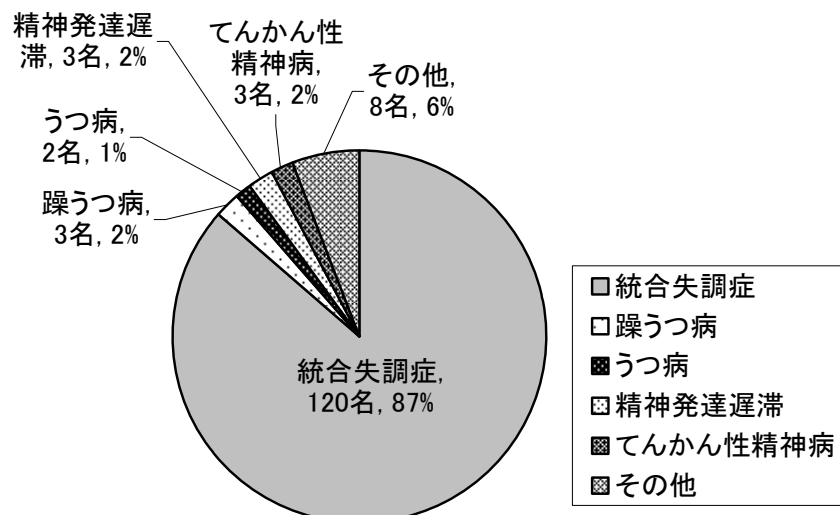
図6-1 男女比（n=139）



2) 診断名

診断名は、「統合失調症」が120名（87%）で、圧倒的に多い割合である。続いて、「その他」が8名（6%）、「躁うつ病」「精神発達遅滞」「てんかん性精神病」がそれぞれ3名（2%）、うつ病が2名（1%）となっている（図6-2）。

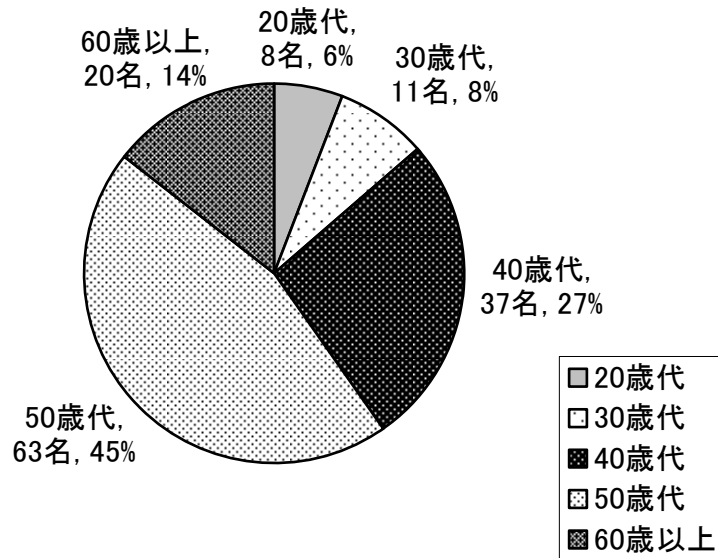
図6-2 診断名別人数（n=139）



3) 年齢

年齢は、利用開始時において「50歳代」が63名（45%）と最も多く、続いて「40歳代」が37名（27%）となっている（図6-3）。60歳以上の利用者も20名（14%）おり、ここ数年で増加傾向にある。

図6-3 利用開始時年齢層（n=139）

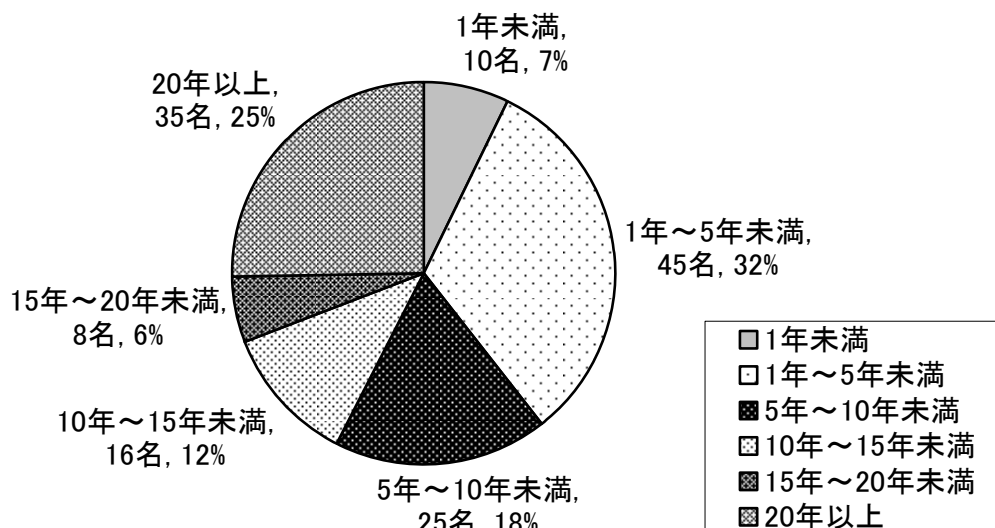


4) 入院期間

入院期間は、平均入院日数が4,093日（約11年3ヶ月）であり、最も長い入院日数の利用者は15,390日（約42年2ヶ月）であった。

総入院期間別人数は、「1年～5年未満」が45名（32%）と最も多く、続いて「20年以上」が35名（25%）と全体の4分の1を占めている。10年以上の入院歴がある利用者は合計59名（43%）であり、極めて長期の入院経験者が多い（図6-4）。

図6-4 総入院期間別人数(n=139)

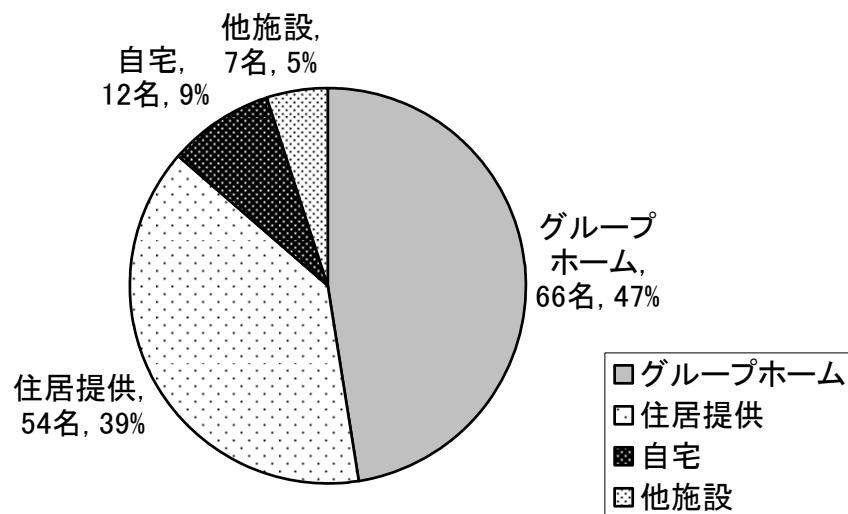


5) 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く 66 名（47%）、続いて「住居提供」（グループホーム以外で巣立ち会が斡旋した一般アパートなど）が 54 名（39%）、「自宅」が 12 名（9%）、「他施設」が 7 名（5%）であった。

グループホームと住居提供の合計は 120 名（86%）であり、地域移行支援を利用して退院した利用者のほとんどが、住居提供支援を受けていることがわかる（図 6-5）。

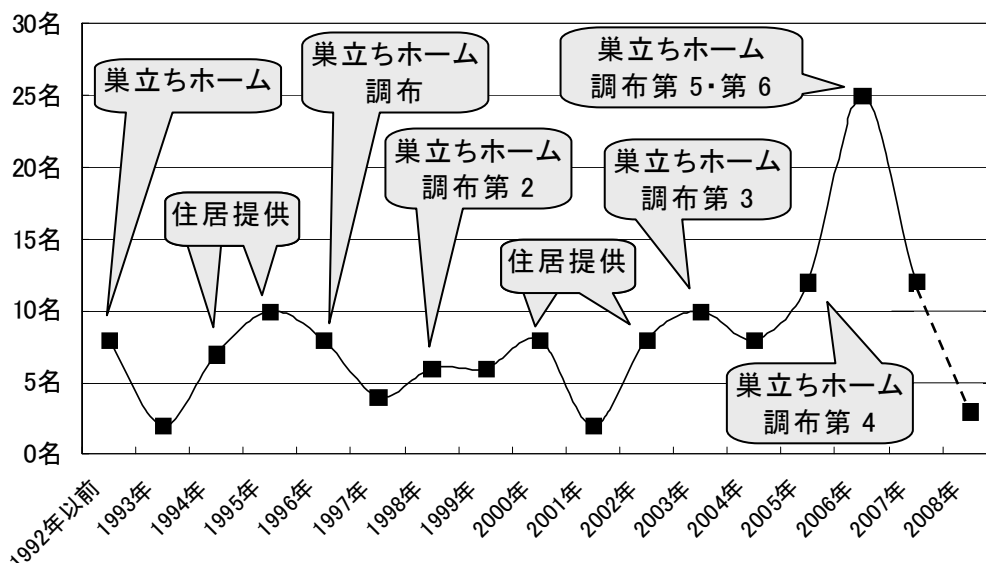
図 6-5 退院後の居住先（n=139）



6) 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巣立ち会の地域移行支援による、1992 年から現在までの退院者数推移に。グループホーム開設時期と住居提供時期を加えたのが図 6-6 である。

図 6-6 退院者数推移と居住施設開設時期



この図からわかるように、グループホームの開設やその他一般アパートへの住居提供を行うことができた年には、退院者が多い傾向にある。しかし、グループホームやその他住居を十分に提供できなかった年には、退院者が少ない。これは、退院を希望する利用者にとっては、地域の受け皿となる住居の有無が少なからず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である。

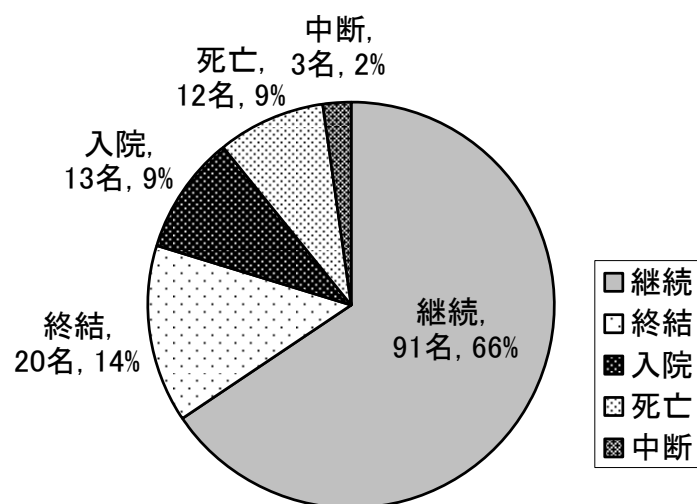
また 2008 年は、3 月末現在ですでに 3 名が退院しており、現在も病院から退院を目指して体験通所を行っている利用者が約 30 名いる。図 6-6 の点線部分に関しては、今後の退院者数の増加が見込まれるため、彼らの退院先となる住居の確保が求められている。

7) 現況

これまで地域移行支援を行ってきた 139 名の現在の状況である。

巣立ち会のサービスを「継続」して利用している人が 91 名（66%）、施設利用からの卒業、他施設への移籍、転居などで支援を「終結」した人が 20 名（14%）、退院後に再「入院」した人が 13 名（9%）、「死亡」が 12 名（9%）、治療中断による「中断」が 3 名（2%）となっている（図 6-7）。

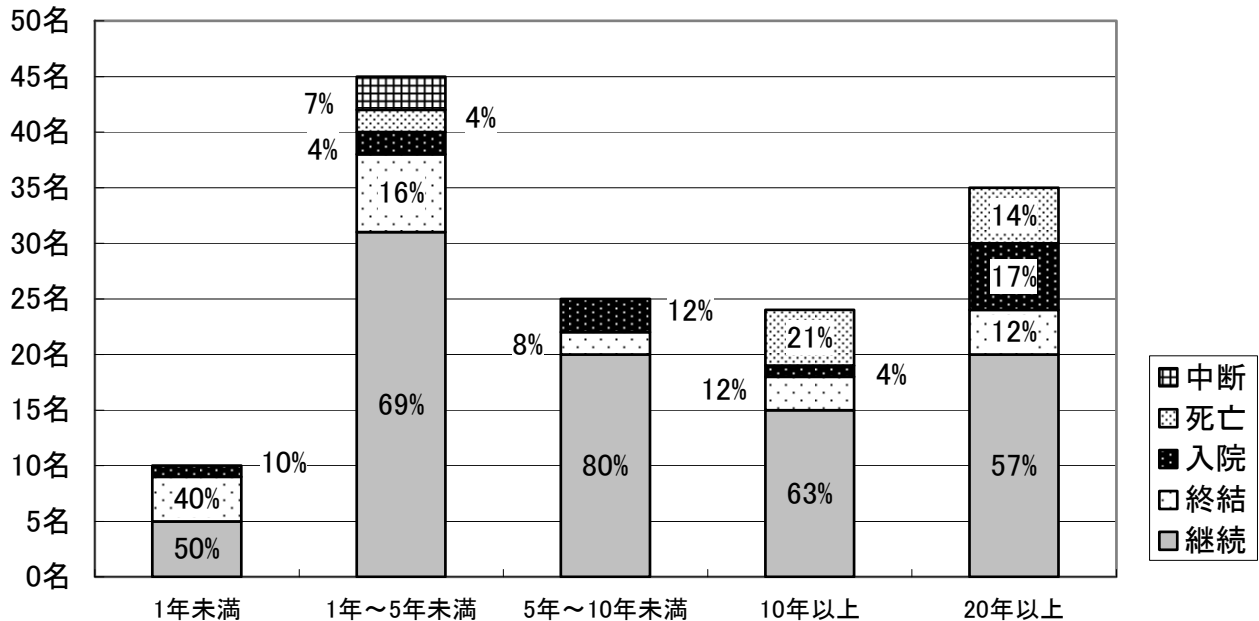
図 6-7 利用者の現在の状況（n=139）



8) 入院期間別の現況

最後に、利用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、次の図のようになった（図6-8）。

図6-8 入院期間別の利用者現況



ここでは限られた事例数で統計的に信頼性のある分析を加えることはできないが、対象者の入院期間と退院後の現況には明らかな相関関係はみられない。つまり、超長期入院経験者の方が短期入院経験者よりも地域生活の継続が困難だということは、巣立ち会の事例を見る限りでは言えない。実際に、20年以上の入院経験者で現在もサービス利用を継続している20名の多くは、現在も日中活動の場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、その人なりの豊かな地域生活を送っている。

2 退院促進支援事業（H17～H19）の支援結果

次に本項では、2005（平成 17）年度から受託した東京都精神障害者退院促進支援事業（2006 年度からは退院促進コーディネート事業）の 3 年間におよぶ支援結果についてまとめてみたい。²³⁾²⁴⁾

1) 利用者全体について

2005 年から今年度までの 3 年間では、毎年 40 名を超える利用者を退院促進支援事業の対象者として支援してきた。2007 年度においては、現在入院中の体験通所者が 32 名おり（2008 年 3 月末現在）、今後も同様の傾向となりそうである。

退院者数については、2007 年度が 13 名となっており、前年度に比べて少ない結果となった。これは、2005 年度に退院した 17 名、2006 年度に退院した 24 名のアフターケアを懸命に行っていることが一因であり、地域生活を支援する職員の負担が増えたことが関連しているだろう。

中断者については、いずれも病状悪化による中断である（表 6-1）。

表 6-1

退院促進支援事業における全体の結果

	2005 年度	2006 年度	2007 年度
対象者数	41 名 (前年度からの 継続者はなし)	50 名 (前年度からの 継続者 23 名)	48 名 (前年度からの 継続者 17 名)
退院者数	17 名	24 名	13 名
中断者数	1 名	9 名	3 名

²³⁾ 2005（平成 17）年度の退院促進支援事業に関しては、『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）（<http://sudachikai.eco.to/PDF/2006.08taisoku-jireihoukokusho.pdf>）に詳しい。

²⁴⁾ 2006（平成 18）年度の事業に関しては、『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～』（巣立ち会 2007）（<http://sudachikai.eco.to/PDF/H18chiiki-ikou-jirei.pdf>）に詳しい。

2) 退院者について

各年度の退院者について、平均年齢、平均入院期間、平均体験通所期間をまとめたのが次表である（表 6-2）。

表 6-2
退院促進支援事業における退院者について

	2005 年度	2006 年度	2007 年度
平均年齢	48.8 歳	51.0 歳	48.5 歳
平均入院期間	12.0 年	10.1 年	9.1 年
平均体験通所期間	7 か月 24 日	6 か月 2 日	12 か月 23 日

平均年齢に関しては、3 か年とも 50 歳前後であり、変化はない。平均入院期間は、約 9～12 年という結果となっている。

大きな変化があったのは平均体験通所期間であり、2007 年度は前年度の約 2 倍の体験通所期間を要している。これは、患者さん本人の退院意欲の持続や、体験通所を安定して継続することが困難な人が増えてきたことが関連していると思われる。ただし、定期的に通うのが困難な人でも、気持ちの整理に時間がかかる人でも、私たちは根気よく待つことにしている。その結果、患者さんたちも長い期間の体験通所で努力を重ねて、退院に結びつくのである。最も長い体験通所期間の人は、約 2 年をかけて退院に結びついている。決して平坦な道のりではなかったと思われるが、退院後はその人らしい自由な地域生活を続けている。

3) 退院者の退院先

2005年度は退院者17名のうちグループホーム8名、住居提供3名の計11名(65%)が、巢立ち会の住居提供支援を受けている。2006年度はグループホーム17名、住居提供2名の計19名(79%)が、2007年度はグループホーム8名、住居提供3名の計11名(85%)が巢立ち会の住居提供支援を受けて、退院に至っている(表6-3)。こうした巢立ち会の住居提供支援を通じた退院先の確保の傾向は、前項にまとめた16年間全体の支援結果でも見られた。

また、他施設に退院した利用者の多くは、単身生活への準備段階として生活訓練施設に退院しており、将来的に巢立ち会の住居提供支援を利用する人がほとんどである。

表 6-3

退院促進支援事業における退院者の退院先

	2005年度	2006年度	2007年度
グループホーム	8名	17名	8名
住居提供	3名	2名	3名
自宅	3名	2名	2名
他施設	3名	3名	0名

第7章

事例の紹介

1 「超」長期入院のT氏

39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証！

66歳 男性

診断名：統合失調症

総入院年数：約39年 入院回数：6回



1) 経歴

昭和16年、都内にて出生。高校中退後、職を転々とし、その間に窃盗や傷害で刑務所に服役したこともある。26歳の時に家で暴れて初回入院となり、その後は再発・再入院を繰り返していた。その頃のことについて本人は、「病院を出ると薬を飲まなくなっちゃって、悪くなっちゃうんですよ」と話している。昭和54年(38歳)に警察に保護されて入院した後は、入院が長期化していた。現在両親はすでに死亡。兄弟も、次兄以外とは連絡をとっていない。

2) 退院ができなかった理由

主治医からの意見書によれば、「入院直後のひどい幻覚妄想はおさまったものの、慢性的に幻聴が消えず、時に不穏状態となり、時に拒薬をし、入院が長期化した」とのことであった。過去の傷害歴に加えて、入院後も病棟での暴力行為や暴言などがあり、また看護師に対して性的な言動も見られたとのことで、退院が遅れていた。巣立ち会に紹介された時期には、そのような荒い面は一切なくなっていたが、その代わりに「退院したいが、できるかな？」と、伏し目がちで不安な様子が見られた。金銭管理や健康状態などの具体的な生活面に不安があるというよりは、「外の世界がよくわからない」という漠然とした不安感があり、自分には退院は無理だと感じていたようだった。

3) 支援内容と経過

<入院中～退院に向けて>

平成17年1月にK病院の紹介でインテーク面接を行なう。本人に現在の生活について聞くと、「病院ではすることがなくてじっとしていることが多い」という。「退院はできないと思っているが、作業はやってみたい」とのことで、早速翌週から日中活動の場に体験通所を開始する。すると、人当たりの良いT氏のことをかつて同じ病棟に入院していた利用者が覚えており、初日から何人もの方がT氏を温かく迎えていた。「Tちゃんなら絶対に退院できるよ、心配ないよ」と声をかける人がいたほどであった。内職作業にも熱心に取り組み、他の利用者と馴染むのも早く、通所は間もなく週3回に増える。しかし肝心の退院については相変わらず「もう30年以上病院にいる。外の世界がよくわからないし、無理です」と、自信が持てずにいた。ただ、本人を慕う多くの利用者が繰り返し「そんなことはないよ、大丈夫だよ」と声をかけ続けることで、迷うような様子も見せるようになっていった。また、作業所での工賃を「俺は役に立ってないからいらないよ」と言って受け取りを辞退するなど、全体的な自己評価の低さも目立っていた。しかし大変な働き者であるT氏に、職員から「Tさんがやってくれないと困るんですよ、助けて下さいよ」といった声かけをまめにしていくなど、T氏に対して役割や期待を伝えることで、「そうか？」と率先して笑顔で働く様子が見られた。

体験通所開始から3か月が経った4月中旬に、K病院とのカンファレンスを行なった。その結果、巢立ち会とつながりのある大家さんのアパートを本人と一緒に見に行くことになった。見学では、その部屋が顔なじみの仲間が大勢住んでいるアパートの1室だったこともあり、職員が「どうですか？」と声をかけたところ、あっさりと「いいですよ」と返事をしてくれた。早速、退院に向けての調整をK病院に依頼し、家族や生活保護担当者との調整や、K病院ナイトケアへの参加も決まり、当会からも夕食会の参加やアパート契約、家財の準備といったことを、本人とともに時間をかけて進めていった。本人は時折「退院しなくてもいいよ」と口にしてはいたが、特に反対することもなく淡々とした様子であった。そして体験宿泊も順調に終了し、退院カンファレンスを経て、体験通所開始から約5か月後の6月下旬に退院となった。

<退院後～現在まで>

退院前後の様々な手続きは、本人が信頼している担当の作業療法士が中心になって同行し、支援してくれた。若い男性の作業療法士であったが、本人に合

わせた特製の菓箱を作ってくれたり、勤務終了後の帰り道に度々訪問し細かな助言や手助けをしてくれたりと、インフォーマルな形でも支え続けてくれている。また、なじみの深かった病院の外来看護師も会う度によく話を聞いてくれ、夜遅くに怪我をして T 氏が病院に電話した際には、病棟看護師が嫌な顔をせずに対応し、「今からおいで」と病棟で傷の処置までしてくれるなど、様々な病院職員がとても柔軟にタイムリーな支援を続けてくれた。T 氏にとってはそれが大きな安心感につながったようで、退院後の生活は順調に過ぎていった。

その後、2年半が経過した。食事は夕食会（週1回）や病院のナイトケア（週3回）を利用しているほか、簡単な自炊もしている。家財道具は、入居時に担当作業療法士と一緒に買い揃えた最低限の物から増えることはなく、シンプルなままの部屋で本人は満足している。そのようなつましい生活をしているため、生活保護費で十分やりくりができていたが、余ったお金で作業所に大量のお菓子を頻繁に差し入れしたり、逆に生活費のことで急に不安になったりするということがあった。時折「俺は入院した方がいいのかな？」と周囲に漏らすことがあり、その都度話を聞いたり、担当の作業療法士に連絡して訪問してもらったりということがあった。あるときは菓の飲み忘れがあり、主治医から指導をもらったこともある。しかし、実際に入院に至るようなエピソードはなく、元気に地域生活を送っている。

日中活動の場では相変わらずの働き者で、作業後の掃除や食事の後のテーブル拭きなどもいつも率先して黙々と取り組んでいる。一方、イベントやレクリエーションにもよく参加し、楽しんでいる様子である。T 氏は「自分は駄目な人間だから」というのが口癖で、菓立ち会が行っている出張講演への参加には消極的だが、入院経験のある K 病院への出張講演には参加してくれている。「退院なんて難しいことじゃない。俺だって退院できたんだから、皆さんにもできますよ」と、短い言葉で力強く皆を励ましている。また、入院患者さんの見学を依頼すると、快く居室の中も見せてくれる。「シャバは甘くはないですよ」と諭しながら、「最近はお患者さんも知らない人ばかりになっちゃったよ」と笑う表情は、地域生活の先輩としての顔になっていた。

休日には、家でテレビを観たり、寝て過ごしたりすることが多いようで、「家での趣味や楽しみは何にもなく、休日は部屋で寝ているだけ。何にも役に立たないけど、平日働けるのがいいね」とのこと。また、「何にも出来ないけど、働くことが生きがい」と話しており、仲間と共に仕事に熱心に取り組むことが、現在の T 氏の楽しみであり、生きがいとなっている。

2) 考察

T氏の支援でのポイントを、何点か指摘したい。

まず、彼のストレングスともいえる、人好きのする謙虚な性格、愛される笑顔である。最初にも記載した「不穏状態」や「拒薬」、「暴力行為」といった部分は、巣立ち会に紹介された時にはすでになくなっていった。むしろ、伏し目がちでおどおどしているといった風情で、こちらから「Tさん、この仕事を願います」と頼むと、口では「できないよ」と言いながらも満面の笑みで手伝ってくれるところがあり、職員も声かけをすることが多かった。また他の利用者も「Tちゃんなら大丈夫だよ」と、繰り返しメッセージを送ってサポートしてくれ、本人はもとより職員の「この人は退院できるはずだ」という自信にもつながった。そのことで本人が目に見えて変わったということではなかったが、いざ退院という提案をした時に、それまで無理だと言いつづけていたところを、何となく「いいですよ」と答える気持ちになった大きな要因だと考えられる。

それに加えて病院職員による支援も大きなプラス要素であった。K病院ではすでに何人かの患者さんが当会の支援を受けて退院していたということもあり、病院全体として退院促進や退院者の支援に非常に協力的であった。本人が退院したアパートも病院から徒歩10分の距離であったこともあり、退院前後を通して柔軟な支援を行ってもらえたことが、長期入院からくる本人の不安を和らげる、大きな役割を果たしていた。

そして事業の導入の仕方である。T氏は紹介当初退院に対しての不安が強く、退院するという目的だけのアプローチでは限界があると思われた。そのため、巣立ち会の支援の特徴である体験通所が効果的であった。まずは本人の「病院は暇だ、仕事がしたい」という気持ちに沿って体験通所を開始したことで、結果的にその後の地域移行への道が開かれることになった。長期入院者の地域移行の際にしばしば大きな障害となるのが「もう自分には退院は無理だよ」といった本人の思い込みであり、実際にそれに直面して苦慮している関係者も多いと思われる。T氏の場合は、本人の希望に沿いながら病院外の生活に触れていくこと、慣れ親しんだ病院職員からの継続した支援、そして仲間からの励ましやアドバイス（ピアサポート）を受けることで無事に退院につながった。「本人の退院意欲がない」という言葉で、周囲が退院をあきらめてはいけないということが、この事例の一つの教訓かもしれない。

最後に、入院が長期化した要因とされていた粗暴さについてであるが、上述の通り我々に紹介があった時点ですでに消失しており、むしろ逆に人柄は謙虚すぎるほどであった。トラブルを過去に起こしている場合、特に触法歴がある

第7章 事例の紹介

ような人については、そのような状態が悪かった頃のイメージがレッテル張りされてしまうと、現時点での本人の可能性に目をつぶってしまうことになりかねない。あくまで現在の本人を見て、そして未来の可能性をイメージして、勇気を持って支援の手を差し伸べることを続けていきたいと考えている。

2 高齢のK氏

「これが退院最後のチャンス！」72歳、K氏の挑戦！

72歳 男性

診断名：統合失調症

総入院年数：約22年 入院回数：7回



1) 経歴

昭和10年に東京都内にて、同胞6名の第4子として出生する。高校卒業後は大工であった父や長兄の仕事、印刷会社、ホテルの洗い場、清掃など、職を転々としていた。22歳の時に単身生活を始めたが、下宿先の大家が宗教活動を行っていたことで本人も取り組むようになり、兄からの反対を受けて喧嘩になることがあったという。

32歳の時、失業中であった本人は兄と大喧嘩をして家で暴れた。その際、独語や空笑、幻覚妄想が見られたためH病院に初回入院となった。入院中も仕事を探して就労し、2年9ヶ月の入院を経た退院後も外来に通いながら働いた。精神科への通院、服薬を周囲に隠しながら、ホテルの洗い場や清掃の仕事をしてきたが、同じ職場に長く勤めると勤務時間や日数を増やす提案があるため、通院や服薬を知られてしまうことをおそれて仕事を転々としていた。そうした生活を送る中、断薬に至る。不眠、易怒的となり独語、空笑も出現し、退院から1年経たないうちに再入院となった。2回目の入院中に父が他界し母も高齢化してきたため、退院して独り暮らしを開始した。通院と服薬を継続しながらも病気を隠して職場を転々としていた。兄の大工の仕事を手伝うこともあったが、体が小さいことで若い職人に馬鹿にされることも多く、そのことで喧嘩になると兄から「精神病のせい」と判断されて入院させられることもあり、数年単位での入退院を繰り返していたという。

6回目の退院時(57歳)に、現在も在住している市にアパートを借り、生活保護の受給を開始した。60歳からは市内の作業所へ通所を始めたが、1~2年勤めた頃に疲れがたまって調子を崩し、62歳の時に7回目の入院となる。本人は

当初、作業所の夏休みを利用した数週間の休息入院のつもりでいたとのことだが、結果として退院まで約9年を要することとなる。

入院から7年半後、開放病棟に転棟して退院に向けて院内のリハビリグループに参加を開始した。服薬指導や退院後の生活について(生活費の使い方や食事の作り方など)の勉強に取り組み、作業療法への参加も週3日しっかり継続していた。本人は「仕事をしたい」「退院したい」という意欲が高く、病棟プログラムで巣立ち会の「出張講演」を体験したことをきっかけに、平成18年12月、71歳の時に、巣立ち会の日中活動の場への体験通所を開始した。平成19年7月には、退院してグループホームに入居している。

2) 退院ができなかった・難しかった理由

本人は入院時に、主治医から「閉鎖病棟でも退院できる」と言われたことで、「閉鎖病棟にいてもいつでも退院できる」とのんびり構えていた。病棟生活に慣れて読書などの趣味を楽しめる環境を気に入り、周囲から退院を勧められても「退院はまだいい」と断っていた。入院から7年半ほど経過した頃、主治医が変わり、「開放病棟へ移らないと退院できない」と言われたことを機に、開放病棟へ転棟した。開放病棟は、OT活動・病棟ミーティングなどプログラムが充実し、空き時間に外出するなど自分の時間を自由に使い、より「退院したい」と思う気持ちが強くなったという。

開放病棟に移った後、本人は「住み慣れた市内に退院したい」「働きたい」という明確な希望を表明するようになった。しかし、兄は離れて住んでいるうえ高齢なため、本人への日常的な支援が難しいことと、入退院を繰り返してきた過去の経緯から保証人になることを拒否していたため、一般アパートへの退院は難しい状況があった。また退院後には地域でのサポートが不可欠と考えられること、長期の入院を経て本人は高齢になり、ADLに全く問題はないものの今後の身体的な衰えが心配であることから、日常生活を見守ってくれる世話人のいるグループホームへの退院が検討された。しかし、病院で入居を検討したグループホームなどには空きがなかった。さらに本人は以前通所していた作業所に戻ることは希望しなかったため、病院の支援のみでは、住居と同時に入院中から通える場所を探すことが困難であった。本人の病状、本人の希望と病院の退院マネジメント、地域の資源のタイミングが合わず、退院の機会が得られないまま入院が長期化してしまっていたようである。

2) 支援内容と経過

＜入院中～退院に向けて＞

本人は入院中に、巣立ち会の「出張講演」を数回聴講しており、そこで巣立ち会が退院と仕事を支援してくれること、作業所に同じ病院の仲間が通って退院していることを知り関心を持つようになった。病院職員も巣立ち会のグループホームへの退院を検討しており、本人に勧めたところ「是非通ってみたい」との希望があったためインテーク面接を行った。初対面での本人の印象は、質問への受け答え、歩き方、見た目に至るまで71歳とは全く思えないほどしっかりしており、「精一杯頑張ります！」と力強く語るK氏に対し、「どうしてこの人が8年半も入院しているのだろうか？」という疑問を持ったほどである。

平成18年12月より体験通所を開始した。週1日の通所から始めたが、本人から週2日通いたいとの希望があったため、翌月から通所日を週2日に増やし、しっかりした足取りで通所を続けた。徒歩とバスを利用して通うため、時間に余裕を見て病院を出たり、バスの時刻表はしっかりメモを取って把握していたり、自身の予定をメモに書いて早めに職員に伝えるなど、通所開始当初から几帳面で真面目な方といった印象であった。仕事場では、内職作業の一つ一つに熱心に取り組み、謙虚な姿勢で他の利用者に指導を受けて仕事を覚えていく姿が印象的であった。

以前働いていた作業所では、対人関係や仕事での疲れからストレスがたまり、調子を崩して入院になっているため、今回は病院のPSWと連携を取り、病院職員、巣立ち会職員ともに、本人が頑張り過ぎて疲れをため込まないように配慮した。体験通所開始から3か月ほど経った2月の終わりに、通所日を増やすことについてK氏の意向を確認すると、「あんまり急に通う日を増やすと先生やケースワーカーさんが心配するから慎重にやっています。4月に入ったら週3日通いたいです」と話し、焦らず自分のペースでやっっていこうと冷静に判断していた。

4月より本人の希望通り通所日を週3日に増やしたが、順調な様子だったことから、退院に向けてのカンファレンスを実施した。日中活動の場への通所が継続されていること、生活に問題もないことを確認し、今後グループホームや、一般アパートも視野に入れた住居探しを開始していくこととなった。その後すぐに巣立ち会のグループホームを見学したが、ワンルームタイプの居室であったため、自分の荷物(本や衣類などが多量)が入りきらないという理由から本人が入居を断った。5月に本人に退院に向けてどのように考えているかを確認すると、「〇〇〇に入りたい」と、あるアパートへの入居を強く希望していた。

本人によると、以前に仲間から話を聞いていて、病院と日中活動の場、銭湯が近く生活しやすいこと、知った仲間が近くにいることなど、条件をよく検討した結果であるとのことだった。そこで、サテライト型グループホームとして認可を受けていたそのアパートの居室を、本人とともに見学した。K氏は「作業所で慣れ親しんだ仲間がいて安心。建物の構造や居室の位置も防犯上安心でいい」と気に入り、グループホームへの退院に向けて準備を開始した。ただ、本人は「最後のチャンス！」と頑張りすぎてしまうため、病院職員、巣立ち会職員の両方から疲れ過ぎないように見守り、「失敗しても大丈夫」と大らかな対応で支援していった。

体験宿泊に向けて、大家さんへの挨拶や各種手続きへの同行など世話人の細々とした支援を受けながらも、自分の新しい生活をつくるための準備を積極的に進めて行った。夕食会では、世話人の準備などを手伝いつつ、マイペースに過ごした。単身生活も経験しているため、身の回りのことは何の問題もなくこなし、夕食会以外の食事は買って来たり、簡単なものを作って食べたり、自分のペースで過ごしていた。服薬の自己管理や、金銭管理、その他日常生活も順調に過ごし、3度の体験宿泊を経験して平成19年7月に退院となった。

<退院後～現在まで>

退院後も服薬や金銭、食事など、生活面は引き続き自己管理している。病院へは週1回通院し、訪問看護を週1回利用している。薬の重要性は自覚しており、服薬管理は徹底している。困ったことがあると、世話人やその他職員に相談して柔軟に対処している。退院後の通所は週4日となり、休むことなく継続している。入院中と変わらず、あらゆる作業に積極的に取り組み、除草作業や清掃など外勤の仕事にも進んで参加している。足腰もしっかりしており、退院後もADLに不安を感じることは全くない。また、退院後に新しいことも始めてみたいと、退院翌月には「ピアカウンセリング講座」にも参加した。以前通っていた作業所の職員などとも再会して、退院を祝われながら、3日間熱心に取り組み笑顔で修了証を受け取った。見学者との座談会では、「最後の入院は8年半だった。これが最後のチャンスと思って頑張った」などと自らの体験を生き生きと話している。

現在の生活についてK氏は、「昔は大工の仕事で大変だったが、今は自分のペースで働け、趣味に時間を使え、自由な暮らしで充実している。イライラすることがなくなり、安定した生活が送れている。疲れをため込まないよう気をつけている。これからも頑張って働きたい。」と笑顔で話している。自ら希望したアパートの部屋はよく整理整頓がされており、居心地を良くするための工夫

が見られる。新聞のチラシを眺めては、自分の部屋に合うデザインの格安商品をチェックすることも多い。K氏の趣味であるたくさん所有する本は、元大工さんらしく押入れを工夫することで収納スペースを作り、とてもきれいに整理されている。また、料理は自炊しており、炊飯・味噌汁に加えて、簡単なおかずを作るのが得意なようである。

4) 考察

巣立ち会の地域移行支援では、住む場所と働く場所を得るという本人の希望を同時に満たすことができ、本人の希望が明確であることをプラスに活かすことができた。本人の希望に合った支援をタイミングよく提供できたことが、スムーズな退院につながったものと思われる。K氏は巣立ち会を利用する中で、病院や働く場に近く、夕食会など单身生活にはない支援を受けられ、作業所の仲間が身近にいて生活しやすい環境内にあるグループホームへの退院を自ら望むようになった。有効な選択肢とモデルの提示を行うことで、入院中から退院後の生活を身近に感じることができ、退院へのイメージを本人がより具体的に持てたものと思われる。

またこのケースでは、本人が入退院を繰り返す中で、自らの病気との付き合い方を学んでいったことも成功要因ではないかと思われる。「頑張りすぎるとイライラする、易怒的になる」という自分の傾向に気付き、自分なりに努力したこと、またそれに気付くような支援をし続けたことが現在の彼の退院生活を支えているように思われる。

巣立ち会に紹介を受けた当初は、退院が難しい理由として、「高齢」「長期入院」「家族に退院をサポートする機能がない」ことなどがあげられていた。しかし、実際には高齢のために退院を阻まれ、入院が長期化していたわけではなく、入院生活の居心地の良さから本人が退院を望まず、退院が遅れるという状況があった。本人が退院を希望してからは、逆に希望がはっきりしていたがために退院のマネジメントが進まなかった。そうするうちに入院が長期化し、結果として本人も71歳と高齢になってしまったのだ。71歳という年齢で、新たな環境を提供する不安は、多くの支援者が感じることである。しかし、本人の退院への意欲に押されて支援してみたら、生活のスキルは高く、何の問題もない人であった。「高齢」ということで退院後の社会生活に対する不安、今後のADL低下への心配など、支援者側が慎重になってしまうことはあると思う。しかし、本人の意欲と周囲のサポートがあれば、高齢であっても単身で、自分らしく自由な生活を地域で送ることができるのだと実感できるケースであった。

第7章 事例の紹介

現在も生き生きと自由な生活を楽しみ、72歳となった現在でも変わらず、入院中よりもますます若々しく自分らしい生活を送っている K 氏。そんな K 氏を見ていると、多くの長期入院している方、高齢を理由になかなか退院の話が進まない方に、希望を持って「退院したい」と声をあげてもらいたい。また病院関係者の方にもそういったことを「退院できない理由」として片付けず、支援の手を差し伸べてもらいたいと感じる。

第8章

みんなからの声

1 利用者から

1) 自分に与えられたかけがえのない道のり

こひつじ舎 玉川浩

僕の病気は統合失調症とアルコール依存です。僕は今、50歳なのですが、25歳の時、父が死に、30歳の時、母が亡くなり、おじたちは僕を精神病院へ連れて行き、僕は入院してしまいました。家は転売され財産はなくなってしまいました。入院したときの病院は、まだ古い建物でした。一生ここからは出られないのかと天涯孤独なのかとばかり考えていました。当時の病院は3食昼寝付きといった感じで、タバコとコーヒーが貴重品といった感じでした。年配者の方が多く入っていました。わずかなお小遣いが請求できて、インスタントコーヒーを飲んだり、朝ラジオを聞いたりするのが楽しみでした。病友も出来、外出が許可され、友とよく散歩をしていました。入院生活は10数年の月日が流れ、ある日ケースワーカーとおじと僕との三者面談をし、遺産の何分の1かを取り戻すことが出来、管理し、アパートを借りることが出来るようになり、難しい交渉だったのですが、ケースワーカーのサポートもあり、アパートを借りることが出来ましたが、入院歴が長かったため、履歴書が書けず職につけずにいました。そんなある日、主治医が作業所に行ったらどうかといわれ、ケースワーカーと見学にいき、これなら出来そうだと思い、体験通所を経て現在に至りました。アットホーム的な感じでだんだんと元気を取り戻すことが出来ました。また、朝早く起きてお弁当を作ったりして節約したりして頑張りました。工賃は安いのですが、行き場がある喜びとまた障害者という共通の価値観と回復への道のりに前向きになれました。そんな作業所なので、長続きできたのでしょう。長い入院生活により、社会の移り変わりがわからず、また高いお金をもらえばもらうほど危険度も高いように思うようになり、また人間なのだから病気の一つくらいあってもいいように思えるのでした。

グループホームでは、交流室があり週に2回の夕食会が行われ、10人前後の人数で夕食会を楽しんでいます。作業所ではイベントもあり、忘年会、新年会、旅行などもあり、そのためか生きがいを持って生きられるようになれたのも、スタッフさんのおかげでしょう。感謝しています。

2) 波乱万丈な人生

こひつじ舎 T. M.

私は、20歳のときから丸5年間、A病院に入院していました。5年目になったころ、私の主治医からこひつじ舎の話が出て、近くこひつじ舎のスタッフの方が面会にくると聞かされて、田尾さんともう1人のスタッフの人が来ました。話し合いの結果、こひつじ舎に通所して自分を信じてがんばりましょうと田尾さんから言われて通所して、コツコツ実践を積んでいきました。

私が入ったグループホームのアパートのすぐ近くに同じ病院で、同じ病棟だった仲間の1人が暮らしています。僕がこひつじ舎に通所する前その人がこひつじ舎の話をしていて楽しそうに笑顔で話していたので、そのとき僕はうらやましいなと思いました。その時、僕にも話が来るとは思いませんでした。その後その人と電車とバスでこひつじ舎に来るということになりました。

こひつじ舎は30分間仕事して10分休憩で、休憩のときはタバコを吸ったりお茶を飲んだりアットホームで、スタッフの方々も気さくな人ばかりで楽しいです。今までの僕の人生、一言で言うなら、『なせばなる、なさねばならぬ、何事も』です。

H19年の1月下旬からこひつじ舎の近くのファミリーレストランで清掃という仕事を週3日もらい今もがんばっています。僕は、16歳のとき1人暮らしがしたくて、半年間建設現場の仕事と、17歳のときコンビニで働いた経験がありますが、久々に仕事をして、汗水垂らして働くことの責任感を学びました。少年院にいるとき、現在の自分自身の成長を誰が考えたでしょう。H19年の1月下旬から、入院しながらこひつじ舎とバイトの掛け持ちをして、その年の5月下旬に僕は晴れてA病院を退院してグループホームに入りました。その前にも1人暮らしをしたことがないので、試験外泊をしてからの退院でした。

退院して変わったことはやっぱり自由になったということです。何の自由かというと、精神病院は開放病棟でも外に出られる時間がある。でも限られているということです。今は繁華街にいけるし夜に外出しても、腹減ったときでもコンビニで買える。「何でも自由」人間自由があることは、すばらしい。何もかも縛り付けられていない。こひつじ舎に行ってそしてバイトに行って無駄遣いをしなければ、ちゃんと何でも自由です。

これからどうして行きたいかの話しをします。今の生活を続けてアパートの契約期間がまだあるので、今の生活リズムを崩さないでガンバっていきたいとおもいます。僕の思うことですが、答えは最後についてくると思う。まず何事にもチャレンジすることです。

3) 将来に向けて

巢立ち風 木下旭（72歳）

東京都にて6人兄弟の四男として出生。32歳で発病し、A病院に入退院を7回繰り返す。家族状況も両親死亡。6人兄弟の4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。経済状況は生活保護受給中。入院期間も通算16年になる。保証人は長男が引き受けているが交流はあまりよくない。体験通所先である巢立ち風に平成18年12月より通い始めてから平成19年2月は火曜日と木曜日に通所する。4月からは金曜日と6月からは月曜日と週4日になる。平成19年5月22日火曜日、グループホーム世話人とアパートを見に行く。第二小山荘208号室を見る。6月11日月曜日、病院OTが冷蔵庫、TV、電子レンジをアパートに運んでくれる。フトン屋もフトンを持ってきてくれる。6月29日金曜日、自分も含め、主治医、病院ワーカー、病院OT、作業所スタッフ、グループホーム世話人と話し合う。退院は7月9日と決まる。6月は1泊の外泊をする。7月は2泊3日の外泊をする。

月曜日は夕食会があるので大変良かった。

退院については、これまで何度か経験があったため特に不安はなかった。グループホームへの体験宿泊することやグループホーム夕食会など、色々な人たちとの付き合いは楽しかった。

今日まで、ここまでこれたのは田尾さんとスタッフがA病院まで来て色々話してくれたのが始まりです。ありがとうございます。

また、巢立ち会スタッフの協力があったので、今日までこれたのには感謝しています。

A病院には長い入退院の人生でしたが、色々な先生方はじめ病院スタッフの思い出があるので、これからも作業場のため、又自分のために頑張っていくつもりでいます。

4) 私の闘病生活

巢立ち風 吉田共宏

僕の発病は19歳でした。不眠が僕の初めての病気でした。入院期間は1年半年で病院から小さなめっき工場に通ったり、外泊をしたりしていました。

2度目の入院。今度は統合失調症と不眠で8ヶ月。

3度目の入院も統合失調症と不眠で1年。

4度目の入院も統合失調症と不眠。この入院は1ヶ月。

その後すぐ茨城県に転勤。

5度目の入院は7ヶ月。

6度目の入院は8ヶ月。ただ入院の前に母に先立たれ、今度はA病院に転院して2ヶ月経ってから、父に先立たれ、仕事を失い、保護者が姉になることになり東京へ・・・。

そして運命の作業所「巢立ち風」に6ヵ月後に通い始めた。巢立ち風で働き始めて1年と11ヶ月で退院し、グループホームの空きがなく、アパートを紹介してもらい、障害年金と生活保護でお金を貯め暮らし始めた。1ヵ月半で又8度目の1番短い入院を6日間。この間、作業所の職員さんが、まるで家族のように毎日面会、服や洗面道具を忙しい姉の変わりに持ってきてくれたり、買い物を頼んだり、まるで僕の本当の家族のようにしてくれたおかげで6日間で退院。

作業所は忘年会や新年会、バーベキューや花見やマグロ井ツアーなど仕事と遊びという良い環境と気の合う仲間と仕事ができ、1時間か45分で休み時間もある。工賃が安い以外は、朝遅いし、終わるのも夕方早く、職員が体の管理もしてくれる。調子が悪いと工賃はもらえないが、喫煙室でタバコを吸っていても怒られない。2ヶ月に1回は必ず何らかのレクがある。それに月200円でレモンティやココア、日本茶、麦茶、コーヒー飲み放題。楽しみとして1泊旅行は8000円で、ほとやの船盛りや豪華料理も食べられ、巢立ち風は楽しい。

2 大家さんから

1) 巣立ち会とかかわって

巣立ちホーム大家
木下和子

私と巣立ち会との出会いは、2003年の冬でした。私の家が道路拡張のため、他地に移転し、残地にアパートを建設中のときでした。当初ワンルームマンション8室の賃貸を計画し、建設中でありました。

同じく、拡張のために移転を迫られている調布のグループホームの利用者さんが引っ越し先を探していたようです。たまたま通りがかりに建築中の私どもの物件を見つけ、借りたいと仕事の大工さんをお願いしたそうです。

丁度、目の前が工務店の事務所でしたので紹介されて行ったとのことでした。工務店はすぐ私共に連絡をくれ、相談というはこびになりました。まるで精神障害者との関わりがない私、工務店、不動産屋、今思えばかなりの時間をかけての話し合いとなりました。正直、不安、心配、恐怖、色々な憶測…数知れない悩みを抱えての話し合いになりました。私と親類関係にあたる工務店の社長、社長と小学校時代の同級生である調布不動産、この三者が知り合いということ、心を広げ正直に話し合えたことが今に至ったのでしょうか。

まず、調布不動産と私とで、野崎にあるグループホームの夕食会を見学に行ってみました。はじめて目にする光景でしたので、正直、不安は多大にありました。不安のかたまりでした。お互い、なかなか口が開けず、心も開けずでした。かなりの時間が経つうちに、「これでは何も進まない…」と思い、こちらから少しずつ心を開き、声を掛けてみました。すると、心が通じたのでしょうか、利用者さんも心を開き話してくれました。色々と話していくうちに、「この人たちはものすごくまじめなんだ」「素直なんだ…」そんな風に思えるようになりました。「きちんとしているではないですか…」そんな感じでしたね。

次に訪問したのは調布のグループホームの施設をお世話している方でした。ここにいらっしゃる利用者さんの日常生活のことなどを詳しく聞いたりしてみました。特に問題がなかったり、決められたことはきちんと守ってくれている…等の丁寧な説明で私の心配はまるでうそのように消えていったのでした。

この報告を私の兄弟、母に伝えました。兄弟は啞然としていました。母親は『困っている人がいるのであれば、手を差し伸べてあげなさい。求めているのなら救ってあげなさい。』この一言で私は決心いたしました…。決断しました。

それから何事もなく、丸4年が経ちました。

感じていることは、「精神障害者をもっと理解しなければいけない」「偏見は持たない」「協力してあげる」…いろいろ勉強してきたつもりですが、まだまだ地域には、福祉というものが、根付いていないような気がいたします。少なくとも私はこれからも巢立ち会に協力し、見守っていきたいと思います。

それは、理事でいらっしゃる田尾さんの情熱、熱く語る胸中にはいつも必死のように伺えるからです。

今後も大家、不動産屋、巢立ち会が三位一体となり、協力し頑張っていくことをお約束いたします。

3 関係機関職員から

1) 退院促進支援事業を利用して

武蔵野中央病院
池 光 (PSW)

当院では H17 年度より巣立ち会の利用者の方々に来て頂いています。当初は、講演会形式で巣立ち会の活動を紹介して頂きましたが、H18 年度からは、OT のフリースペースに定期的(月 2 回)に来てもらっています。手工芸や読書等自由に活動を行っている場所で、当院患者と巣立ち会の利用者の方々にも一緒に時間を過ごして頂いています。また作業所での内職作業を持ってきて頂き、関心を寄せる患者がいたらその場で作業や施設の説明・紹介をしてもらいます。今では作業を行ないながら趣味や好みの話題等で自然な交流がなされ、「作業所においでよ、仲間を作れば楽しいよ、初めは不安でも退院して良かったと思えるから。僕も 30 年入院していたよ。」と直接入院患者達を誘ってくれています。

このような巣立ち会との交流をきっかけに、入院中から巣立ち会の作業所へ通い、5 名が巣立ち会のグループホームへ入居し、5 名が巣立ち会以外のグループホームや単身アパート生活を選択して退院となりました。そして現在通所中の入院患者も 2 名います。

当院は精神科 200 床、内科 98 床の病院です。精神科においては 70 歳未満で 1 年以上の長期入院をしている患者は H17 年 4 月現在で約 100 名いましたので、そのうちの約 1 割が巣立ち会との交流をきっかけに退院したことになります。

しかし、私達の驚きはその数よりも、むしろ「あの人が退院!？」といったものでした。いずれも数年から数十年の長期入院の患者です。その中には、どんなに退院を促しても拒否していた患者や、こちらからは「退院できるとは思えなかった患者」もいたのです。大変失礼なことでした。私達が勝手に退院の条件というハードルを高くして、保護という名の下に「院内適応」という病態を作り出していたのかもしれない。今思えばそのハードルは妄想的とも言え、私達こそ現実検討力に欠けていたように思えます。

未来を語る。希望を語る。今の苦労や悩みを語る。当事者が語るメッセージにはそれらが込められているように思います。巣立ち会の利用者達は、入院患者と接しながら、自らの病気を語り、生活を語り、そしてなにより「仲間になろう」と呼びかけます。このことが入院患者達に、患者であること以外の役割を示し、自らの将来像を描けるメッセージとなっているのではないのでしょうか。

そして、巣立ち会では行こうと思えばすぐ行ける場所（作業所）があり、住むための部屋が実際に用意されます。このことが更に利用者達の誘いの言葉に現実味を与えているように思います。

この夏、巣立ち会の利用者主催の納涼会に招かれました。そこではかつての当院入院患者達が仲間達とお酒を飲み交わしていました。今まで見たこともない笑顔で私のグラスにビールを注ぎながら、作業所やグループホームでの出来事や悩み、また、今度みんなで1泊旅行に行くのだと楽しそうに語り、そして「みんなも退院してここにくればいいのにね」と話されていました。

長期入院者の退院促進はもっともっと進められなければなりません。しかし、ただ箱を用意し、公的なサービスのメニューを増やせば良いのか、退院すればそれで良いのか、と、普段の業務の中で疑問に思うこともあります。障害があろうがなかろうが、人には依って起つ居場所、帰属できる場所が必要なのではないのでしょうか。

巣立ち会利用者の「仲間になろう」というメッセージに、そういった疑問へのひとつの答えを見る思いがします。

2) 退院促進事業とともに

医療法人社団根岸病院 医療相談室
伊澤ふみ子 (PSW)

根岸病院は、巣立ち会はじめ、多摩棕櫚亭協会、はらからの家福社会の退院促進事業協力病院となっております。

平成17年から19年末現在、当院では14名の事業を通した退院者を出しており、退院準備中の患者様は6名です。

当初、事業のお話をいただいたときは、安定して地域生活を送っていただける方々のなかで、施設の受け入れ状況が整わない方をご紹介しました。しかし今は、既存の援護寮やグループホームでは、受け入れが困難と思われる、複雑な病態像や事情を抱えた方をむしろ推薦し、事業所と手を組んで、その方の地域生活を支援するに至っています。特に巣立ち会には、普通の事業所なら受け入れに慎重になってしまう方々をご紹介させていただき、地域生活に結び付けています。

では、何か特別なことを巣立ち会さんはされているのか？というのと、家を借り続けるすごさ、はありますが、ソフト面での援助に、他の事業所との違いは正直感じられません。むしろあまりべったりと世話せず、当事者同士のマンパ

ワーを生かして、在宅生活はカバーされている様子です。しかし、やはり尊重すべきは、断らないことをスローガンに、どんな人にも自分たちに提供出来ることがあれば受け入れるという姿勢です。この方はずっと入院するしかないのかと、私自身が思っていた患者様が、退院されて半年経ちました。「とにかくこの方の退院に向けてチャレンジしてみよう」、「この方は退院できる」、という受け入れ側に思いがなければ、この方の退院はなかったと思います。リスクの少ない患者様を受け入れていこうという、という事業所だけであったなら、今も彼は、開放病棟で作業療法をされていたことでしょう。しかしもちろん退院に当たっては、単純ではなく、途中紆余曲折もありました。個別に応じたサポートが必要であったことは言うまでもありませんし、恐らくこれからも、紆余曲折あることが推測されますが、根岸病院も一緒に困りながら、地域の一員として、医療が必要なところをサポートしております。

受け入れる側に抵抗感がなく、退院できる人がいるのなら、誰にでも力になる、という意識ひとつで、これ程退院がスムーズになり、そして病院も地域も自分たちの力を出し合って支援できるのか、ということは驚きです。そして、当事者自身も、自らの体験を次の当事者に伝え、見せることで、その持てる力を出し合っています。

巢立ち会の姿に学ばされると同時に、病院も力を尽くして、当事者の「生活したい」という思いを、支援していきたいと思います。

3) 巢立ち会 退院促進事業を活用して

長谷川病院 活動療法科
香田真希子 (OTR・PSW)

はじめに

日頃からケースを通じて大変お世話になっている、グループホームの世話人さんからケースの訪問に行った際に、今回の執筆依頼を受けた。とてもお世話になっている、かわいらしい世話人さんに頼まれると断れず、書くことにした。ここでは、日頃から私が勝手に感じている巢立ち会の6つのストレンクスや効果について述べつつ、日頃からお世話になっている巢立ち会の皆様への感謝の言葉としたい。

1. まずは、住居を！

巢立ち会の退院促進事業の1番すばらしいところは、住居支援がセットになっているところである。退院促進の要は住居である。退院後の住居がない（目

処がたっていない) ことで、不必要な入院生活を続けている場合が多いのが現状であるからだ。入院中から住居の確保が保障されていると、本人のみならず、病院のスタッフや家族にとっても、大きな安心材料となり、退院へのモチベーションの向上に大きく貢献する。

2. 病院の中に地域の風を

病院は、特殊な文化がある場所である。特に、長期在院者の多い病棟はなおさらである。入院している本人も、スタッフもいつの間にか、その特殊な文化に染まってしまい、地域での「あたりまえの暮らし」を、現実のこととしてイメージしにくくなっている場合が多い。そして、いつの間にか‘あきらめる’ことに慣れてしまったり、変化のない生活、刺激の少ない生活が、普通の生活だと、勘違いしてしまっている場合が多い。そんな中で、病院の中から地域に向けての風を起こすのは悲しいことに限界がある。今回巣立ち会は、病院の中に地域の風を吹き込んでくれた。そして、その風が、病院の特殊な文化を少しずつ換えてくれている。

3. 病院スタッフの意識改革

入院医療機関のスタッフ、特に長期在院者の支援を長期間行っているスタッフは、いつの間にかできるはずのこともできないと、勘違いしてしまったり、本人の持つ可能性や・希望が見えにくくなってしまうことが多い。そして、この人の退院は無理だろうと、勝手にあきらめてしまっていたりする。しかし、巣立ち会の退院促進事業を活用して、退院は難しいだろうと思っていた利用者が、退院してイキイキと地域生活を送っている姿を目のあたりにすることは、病院スタッフの意識変革に大きく貢献している。

4. 出張講演～当事者の声の力～

スタッフがいくら地域生活の楽しさや、退院することのメリットを語っても、「退院したい」と言わなかった方々が、巣立ち会の当事者が病院の中に来てくれて、地域での生活について、生の語りを聞くことで、希望を持ち、「自分も退院したい」と語りだす。当事者の声は非常に大きな力を持つ。

5. フットワークの良さ

巣立ち会のスタッフはとにかくフットワークが良い。急遽カンファレンスが決まっても、急遽訪問をお願いしても、嫌な顔をせず、複雑な手続きもいらないうで、すぐに来てくれる。このフットワークの良さと、直接顔を見せてくれる

ことは、一緒に仕事をさせていただく上で、大きな安心材料となり、信頼度が増す。病院スタッフもこのフットワークを見習いたいものである。

6. リーダーシップ

巣立ち会と言え、なんととっても田尾さんの存在である。ここまで質の良いサービスを、これだけ短期間で拡大してきたのは、田尾さんのリーダーシップの賜物であろう。田尾さんの熱い想いに共感するスタッフも、これだけの業務をがんばれているのは、彼女の存在が大きいのではないだろうか。

おわりに

ここまで私が勝手に感じている、巣立ち会のストレングスや効果について述べてきた。本当に日々感謝である。要望はおこがましくて、書きにくい。しかし、要望も書いて欲しいとのリクエストがあるので、あえて無理を承知で書くならば、「作業所通所のセットを解いて、個別の生活スタイルも尊重して欲しい。一般就労に向けた就労支援にも力を入れて欲しい。」の2点である。しかし、現状の予算と、マンパワーと、ニーズの優先順位から鑑みて、今は難しいことも重々承知している。なので、現実的な要望はない。感謝のみである。逆に何か病院で巣立ち会の活動を手伝えることがあれば、是非要望していただきたい。これからも、宜しくお願い致します。

4) 退院促進支援事業を利用して

医療法人社団根岸病院
中野信子（看護師）

立秋の候となり、冬の厳しさを感じる頃となりました。貴ホームにおかれましては、ますますのご清栄をお慶び申し上げます。

貴ホームの皆様には根岸病院を退院致しましたかたを、心細やかな対応で受け入れていただき、本当に感謝しております。

専門の皆さまに記すのはお恥ずかしいのですが、長期入院生活をお過ごしであった患者様が貴ホームへ入所された時には、一般健常者では普通に出来る事を失念している場合が多く病気には全く無関係の部分でこころ挫かれる事が間々ございます。貴ホームのきめ細かな対応に、退院した患者様もが、一般的かつ普通の生活を送るのに必要不可欠なことを補っていただく意味で、重要な事と理解しております。身近な例ではございますが、電子レンジの使い方、携帯電

話の使用法、ガスコンロの付け方など微に入りの『生活のこころ配り』をホームの運営上徹底され貴ホームには感銘を受けております。

当病院でも貴ホームの理念に共感おりますし微力ではありますが一助できれば幸いです。

5) 退院促進支援事業を利用して

吉祥寺病院
花立幸代 (PSW)

巢立ち会の退院促進事業を利用して、当院の多くの患者様が退院され、地域で暮らしています。現在も 10 名近くの方々が目標に向かって取り組んでいます。

病院にはまだ長期入院を余儀なくされている方々が多くいます。その理由はさまざまですが、退院する家がない、退院しても支援する人がいない、ご本人に退院する気持ちがない、家族から退院を拒まれている、などです。

当院では、こういった方々に退院のアプローチをする段階から巢立ち会に協力して頂いています。私が特に心強く感じるのは、家族が退院に不安を抱いている場合の支援です。このような場合には、巢立ち会の社会資源である作業所、グループホームを見学させていただき、職員から退院後の支援について話してもらいます。もちろん病院でも医師や職員から話をしますが、これだけではイメージが湧かず不安はぬぐえないようです。実際に退院して地域で生活している方々を見て、その様子を聞かせてもらおうと家族の気持ちに変化が出てくるのです。「いつまでも病院にとじこめておくのは、こくな話ですよ」と巢立ち会職員の一言に家族が大きくなずくのです。実際の生活を支える巢立ち会の言葉は説得力があると感じる瞬間です。その家族のうなずきから、退院への実際の取り組みがスタートしていきます。

退院促進事業が導入される前から、巢立ち会には多くの患者様を受け入れていただけてきました。事業が導入されてから何が変わったのか振り返ってみると、出張講演の力が大きいのではないかと思います。

当院では講演日程を病棟に表示して希望者を募っています。そして、当日は会議室に集まり、巢立ち会に退院した OB の話を聞くのです。ともに入院していた〇〇さんが生き生きと話す姿を見て、自分にもできるのではないかと思ったり、作業所に通ってみたいという気持ちが芽生えるようです。また、出張講演の力は病院の職員内にも及んでいきます。

入院中に担当していた患者様が大勢の人たちの前で話すその姿に驚かされるのです。そして、現在入院中の〇〇さんも退院できるのではないかしらと思わされるのです。

「布団にポットにトイレトペーパー・・・」先日、退院促進事業を利用して退院された方が初めての外泊をする前に話し合った「必要なもの」です。誰が相談に乗るか、誰と一緒に買出しに行くか、一つ一つ共に考えてもらえる巢立ち会の退院促進事業は心強く、巢立ち会になら退院させられるのではないかと思う方もいます。

この頃、思うのですが、退院促進事業というより地域生活促進に向かっている気がするのは私だけでしょうか。

これからも一人でも多くの方が地域生活に戻れるよう、共に退院促進事業に取り組ませていただきたいと思います。

6) 退院促進で思うこと

三鷹市生活福祉課
吉田克秀（ケースワーカー）

私は、2年前に生活保護担当ケースワーカーとして10数年ぶりに現場に戻ってきました。皆様ご承知のとおり、この10年で生活保護を取り巻く環境は、大幅に変わりました。介護保険制度の導入などによる生活保護制度の改正、ケースワーカー個人の経験や努力に依存しない組織的取組を推進する自立支援プログラム制度の導入、雇用の低迷などからくる生活保護受給者数の増加など、以前とは違った現場の雰囲気戸惑いを感じながら地区担当員としてのスタートを切りました。

このように、時の流れを感じていた私のところに入って来たこと、それは「巢立ち会」が、平成17年度に東京都から退院促進モデル事業の委託を受け、今も実施していることでした。その事業は、長期にわたって入院している精神障がい者の方が、地域での受け入れ条件さえ整えば退院し、地域の中で不自由なく生活していける。私は、そのことを知った時、「その事業は素晴らしいことではあるが、地域では十分な受け入れ体制がなく、難しいのではないか。この事業を推進する前に、在宅支援を築いてからでも遅くはないのではないのか。」と半信半疑の気持ちでいました。

しかし、私の不安を一掃するかのよう、「巢立ち会」は、この退院促進支

援事業により平成18年度までに、41人の入院患者を退院させ、その後も順調に入院患者を地域移行へと結び付けています。その中には、私が知っている方もいます。彼らが、退院促進事業により退院し、地域の中で生活し、仲間と共に食事や作業をする姿、地域の中の一員としてがんばっている様子を見かけると、少なくともこの事業を実施したことは間違いではなかったと感じております。また、「巣立ち会」がこの事業を受託したことで、多くの入院患者が、地域移行へと繋げられたものと確信しております。「巣立ち会」は、退院患者の地域移行が可能となるように、以前から地域ケアの推進に力を注ぎ、地道に退院後のフォロー体制を築き上げてこられました。中でも、田尾理事を中心とした巣立ち会の職員皆さんが一丸となり、「精神疾患があっても、地域でのサポートさえあれば、病院ではなく地域の中で十分暮らせていける。」という信念をもって、決してあきらめずに退院された方を援助している姿は、退院された方々の大きな支えになっていることでしょう。

精神障がい者の方が、地域の中で生活していくことは、大変なことだと感じております。

「人は、病気を治すために、入院し、症状がよくなれば退院する。」これは当然のことであると言えます。だけど、精神疾患を抱えた患者さんの中には、地域や家族からも見放されたことで、病状が良くなっても帰る場所もなく、生涯を病院で過ごす方も少なからずいらっしゃいます。ましてや、長年にもわたって入院していた方は、地域社会に一旦戻っても、何もできずに孤立してしまう方が多いのではないのでしょうか。このような精神障がい者の方に、社会復帰が可能となる夢を与えるものが、退院促進支援事業です。この事業は、各自治体において、今後実施されていくものと思いますが、「巣立ち会」が果たした役割は自治体の模範となるものと考えられます。本市においても、ノーマライゼーションの理念のもと、地域で互いに支え合い、明るく豊かに暮らしていける社会を福祉の担い手である我々が中心となり築いていければと思います。

4 栄立ち会職員から

1) 退院促進支援事業の感想

栄立ち会 長門大介

昨年この事業の関係者連絡会議の時に、一言コメントを求められて、思わず「この結果を出すために、現場は身を削ってやっています」と答えてしまいました。言った後「しまった」と思いましたが、都の方々も含めて案外共感を込めて受け取ってもらったようで、ほっとしたことを思い出します。

実際、現場は大変です。文字通り「ありとあらゆること」が起こるからです。先日も休日の朝に、入院していた利用者が急に転院になるので付き添ってほしいという電話が病院からあり、あわてて駆けつけたことがありました。これは極端な例で、そうそう頻繁にあることではありません。また一方で、このようなことは通常の作業所活動に伴っても発生することで、どこの施設の職員でも何度か体験していることだと思います。ただ、長期入院者の退院というデリケートな期間を担当する事業であるがゆえの、小さなトラブルには事欠きません。現場は緊張の連続です。しかし、この事業を語る時にトラブルのことばかり言うのは、あまりに片寄り過ぎているとも思います。「何でこんな元気な人が、20年も入院していなくてはいけなかったんだろう」と、心の底から感じる人にも、数多く会ってきました。そういう人が普通の生活を送っているところを毎日眺めているので、確信を持って仕事ができるのです。だから、これから事業を始めようといった人たちなどには、どうかいたずらに不安を抱くことはしないで頂きたい、と申し上げたい。田尾さんの「腹をくくってしまえば案外怖くない」という言葉は、現場の実感です。

「身を削る」原因は、ケースワークだけではありません。いわゆるコミュニティワークの部分も大きいし、むしろ現在の私にとっては、そちらがメインです。退院のための書類が増えたということもありますが、もう一つはいわゆる「出張講演」や「事業説明」の依頼が増えていることです。5年前には、そんなことを頼まれることはありませんでした。今年度はおそらく50件近い数になるのではないかと思います。田尾さんのキャラクターもあります。厚生労働省の7万2千人の発表以降、ようやく何か動き始めたような印象も受けています。あえて言えば、注目されることはとてもうれしいことです。自分の所属している会が評価されるのは素直に誇らしいという気持ちが一つですが、もう一つは、これまでなかなか動かなかった「システム」が変わることへの希望

が持てるからです。

当会の実践に限らず退院促進事業というのは、多かれ少なかれ「すでにできあがっている社会的入院という強固なシステム」に風穴を開ける要素を持つこととなります。私が入職した12年前には、退院促進という言葉自体がなかったし、実際にそうした取り組みが少なかったのでしょうか。現在の盛り上がりを一時的なブームに終わらせないように、もっと大勢の方々の取り組みが必要です。システム全体が大きく変っていくことを期待しながら、地道に仕事を続けていきたいと思います。

2) 退院促進支援事業の感想

巣立ちホーム調布第4

尾川優子

退院を目指して初めて体験宿泊をした人からよく耳にする「夜道を歩くのは久しぶり」という言葉が印象的だった。体験宿泊の初日はグループホームの夕食会に参加していただいており、日の落ちた時間帯に、宿泊する部屋から交流室まで移動することとなる。昨年、33年という長い入院期間を経て、68歳で退院された方がいらっしゃった。開放病棟に入院されていたが、病棟の門限が16:30のため、ここ30年夜道を歩いたことはなかったと言われたことにショックを受けた。「夜道は歩ききれないので怖い」「星空を見て娘の頃を思い出す」との感想を聞いた。私は病棟の門限があるということは以前から知っていたが、ただルールを知っているだけに過ぎず、入院している方々の日常生活がどういふものなのか分かっていないことが多いと実感して愕然とした。30年とは行かないまでも、5年入院していた若い男性は「開放感がある」といつにない笑顔で話をされていたし、退院してから2年以上経つ今も、毎日のように夜に出かけると話される方もおられる。

スタッフとして働いて、事務仕事に追われる中で大変なことも多い仕事ではあるが、退院への支援に関わる中で『初めての体験を一緒に共感できた』のは良い経験だったし、「楽しい」という言葉を聞かなくてもつい最近まで入院していた方々が自由に楽しそうに生活している姿を見られるというのにお得な気分、病院で働いている時には味わえなかった楽しみである。そして、この仕事は“お世話をする”のでも“管理をする”のでもなく、『夜でもいつでも自由に出かけられる生活を提供できる仕事』だとも実感している。

3) 入職 1 年目で地域移行支援にかかわる経験をして

巢立ち工房
勝又裕子

巢立ち会の地域移行支援が飛躍的に進んだ平成 18 年。目まぐるしく続く退院ラッシュの中、入職したての私は意識する間もなく地域移行支援の波に身を投じていた。

精神保健分野で仕事をするのは初めての「素人」「新人」の私は、通所施設スタッフに支えられつつ、目の前にいるひとりひとり利用者と向き合いながら、日々様々な症状や薬について学び、地域の資源について学び、関係機関の担当者との関係を深めながら必死に仕事を覚えていった。世話人としての業務をこなしながら、新規グループホーム 2 箇所の開設、新法への移行、法人の受託した地域移行支援を進めるための研究事業等の業務などにも追われつつ、5 名の退院に関わらせていただくことができた。利用者と向き合う中で、「退院意欲がない」とされていた方の中にも確実に存在する退院に対する強い希望を感じ、また筆舌に尽くしがたい辛い症状や経験を持ちながらも苦勞をしても地域で社会生活を送りたいという強い意志に心から励まされる思いがした。また退院した利用者の再入院や、長く地域生活を送っていた利用者の入退院を含め、10 数回の入退院の支援を経験する中で、病院と連携を蜜にししながら支援を行っていくことの重要性和、「入院目的に関わらず、誰かがひっぱり出そうとしなければいつの間にか入院が継続してしまう」精神科病院という場の困難さを実感することにもなった。ひとりひとりにとっての「退院」という人生における大きな転機に自らが関わり、役立てるということに心から喜びとやりがい、手ごたえを感じていた。

そんな中、私は退院を目前にししながら一時取り組みを中断していた利用者の自殺を経験した。障害者自立支援法の本施行などに関わる膨大な事務作業と監査対応とひと月に 4 名たて続いた地域移行支援に関する業務などに追われ、毎日夜中まで残業を続けていた怒涛の日々の中でそれは起きた。搬送先の救急病院の ICU で私は、一時蘇生された彼の生きる意志を信じ、彼の匂いを感じとりながら呼びかけ続け、そして彼の火葬を見送りながら、衝撃と悲しみと後悔に苛まれつつ、様々なことに思いを巡らせながら、最後に「人の命は取り返しがつかないということ、私がすべきことは今目の前にいる人のために全力を尽くすこと」との結論に辿り着いた。彼のこと、彼との出会いの中で学んだことを忘れずにいることを心に誓い、その後も膨大な業務量に押しつぶされそうになりながらも、「今何をすべきか」「何を優先すべきか」の基準に迷うことはもう

なかった。もう二度と後悔はしたくなかった。新人であることも忙しいことも決して言い訳にはしまい。今の自分にできるすべてのことをつぎ込んで、できる限りの支援をしたいと強く思った。腹をくくって、全力で利用者と向き合い、主治医や関係機関のスタッフとも全力で向き合った。

生きていれば、仕事をしていれば理不尽なことにはたくさん出会う。がんばりすぎて疲れると、怒りや悲しみや虚しさといったネガティブな感情に支配されそうになることもある。しかし、そんな時にはいつも、みんなの姿が心に浮かんだ。誰も望まない忌むべき病気に罹るということ、病気を理由にあらゆる自由と尊厳を奪われた立場に追いやられるということ、そして時にその重荷を一生背負わされて生きていかなければならないということ、それに勝る理不尽なことはあるだろうか！？にもかかわらず、誰を責めることもなく、真摯な生き方を続け、誰に対しても限りない優しさと慈しみをもって接する利用者を支えられながら、心から尊敬し大切に思う利用者のために、精一杯自分の力を尽くしてがんばれること。その喜びが、1年間を全力で働ききった私への何よりの報酬だったと思う。

4) 利用者の皆さんから教わったこと

巣立ちホーム調布第6 濱井直子

グループホームでの世話人業務を通して実感しているのは、退院はゴールではなくスタートだということです。

退院を目指し病院から作業所へ体験通所を行う過程において、患者さんは「自由な生活」への大きな期待と不安を抱えながら、大変な努力をされます。いざ退院し、地域での生活を始めると、病院内や作業所ではわからなかった大小様々な問題に直面します。服薬や金銭の自己管理だけでなく、食事の用意、タバコの吸い方、水回りの掃除の仕方、洗濯機の使い方、ゴミの分別、郵便物の確認、お風呂の沸かし方等々、挙げればきりがないうような生活の細部にこそそれは現れるものです。少しの援助ですぐにできるようになることもあれば、何度説明してもなかなか理解していただけないこと、習慣になるまでに時間を要することなど根気強く援助していく必要のあることが多々あります。しかし何でも手を差し伸べることだけが支援ではなく、「見守る」ことも重要だと感じています。そして、地域移行支援は様々な機関・職種による支援のネットワークがあってこそ可能なのだと本事業を通して痛感しています。グループホームで世話人と

して利用者さんとかかかわっていると、どうしても狭い視野で捉えがちになったり、見落としてしまう場面があります。退院を目指す時期だけでなく退院後も利用者さんの地域生活を支える上で多機関との連携が欠かせません。

退院後数ヶ月から1年近く経過したときには、利用者さん達の多くが生活にも慣れてきますが、彼らの中には次なる目標を見つけられず悶々と過ごす方もいらっしゃいます。「墮落しちゃう」と表現される方もいます。生活に慣れてきたところで大きな失敗を経験する方もいます。また、退院して1年以上経つ利用者の方に今の気持ちをうかがうと、「病院にいたときの方が寂しくなかった」と、長期入院の中で出来た仲間と離れた寂しさを語られる方もおり、退院によって全てが手に入るわけではなく、何かを失ったり負の感情を伴う可能性もあるのだと知りました。そういった彼らの退院後の姿や言葉は、支援を行う我々への戒めであると感じます。それでも退院してよかったと思えるような生活を送れるような支援が求められているのだと思います。彼らの希望や不安に寄り添いながら、将来像と一緒に描いていくことは、退院と同時に、あるいは退院以前から常に共有していくべきことなのだという利用者の方から教わりました。

退院の先にある生活を維持していくことにこそ苦勞がたくさんあります。失敗もたくさんあるでしょう。しかし苦勞や失敗を積み重ねる中に生活の喜びや楽しみが見出せるのだと思います。これからも利用者さん達がたくさんの仲間と出会い、地域で当たり前のように生活できるような環境づくりに参加していきたいと思っています。

* 本章は原則として、執筆者の原文のまま掲載しております。

おわりに

この冊子をまとめて、社会的入院者の退院促進・地域移行にかかわる仕事を振り返ってみると、私たちにはさまざまな顔が浮かんでくる。まずは多くの利用者たちである。退院して新しい生活の喜びの声を伝えてくれた利用者。不安や病状に悩みながらもやはり入院ではなく、地域で暮らしたいと訴えた利用者。生活に破綻してやむなく入院することになったが、自分の部屋に戻りたいと強く望み、長期入院は自由を知った人にはやはり酷なものなのだと再確認させてくれた利用者。新しい目標を定めて巣立ち会の支援から離れていった利用者。そして残念ながら支援半ばにしてその命を絶ってしまった利用者。利用者ばかりではない。職員もこの16年の間に何十倍にも膨れ上がっていったが、彼らのその時々熱意と利用者への愛情、苦労や困難も含めて分かち合ったことなどがしみじみと思い出されるのである。またそれ以外の支援者、行政の方たちや地域の人々、彼らの支援の笑顔が私たちの目には焼きついてはなれない。

思えばこの16年間、馬車馬のように走り続けてきた。目の前の利用者のニーズが絶えることがなかったからである。私たちが行なってきたことは地域移行への支援だけではないが、その問題一つをとってもまだまだこれからの課題が山積しており、まだ山頂が見えないというのが現状であろう。私たちは路が見えなくなったときは、必ず目の前の一人一人の利用者に戻ることにしている。結果は後からついてくる。必要なのは利用者にとって何が必要なことか、私たちはどんな支援が出来るかを丁寧に真摯に考えることに尽きると思っている。私たちの水先案内人は利用者である。彼らに寄り添っている限りにおいては、決して路に迷うことはないのである。精神障害者を取り巻く環境は、まだ様々な問題をはらんでいる。私たちは当事者に寄り添うということを胸に、今後もますます精神障害者が地域でより住みやすく、生きやすい環境を作ることと、そのための支援を行なうことに取り組んでいきたい。

これまでかかわってきた利用者、職員、行政、地域の人々など、巣立ち会を支援し続けてくれた人々に心からの謝辞を述べるとともに、これからの努力も皆さんにお約束したいと思うのである。これからも巣立ち会の活動を温かく見守っていただくことをお願いして、おわりの言葉に代えたいと思う。

資 料

資料 1

精神障害者退院促進支援事業実施要綱

1. 目的

本事業は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入れ条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練（以下「退院訓練」という。）を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とする。

2. 定義

(1) 対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入れ条件が整えば退院可能である者をいう。

(2) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院訓練を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活支援事業所、小規模作業所をいう。

(3) 自立支援員

「自立支援員」は、精神障害者の福祉に理解を有するものであって、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

3. 実施主体

(1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という）とする。

(2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託して実施するものとする。

4. 自立支援の委嘱

都道府県知事及び指定都市市長（以下「知事等」という。）は、対象者の退院訓練を支援するため、自立支援員の委嘱を行うものとする。

5. 運営委員会の設置等

(1) 知事等は、以下に掲げる業務を行うため、精神障害者自立支援事業運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置するものとする。

①対象者(利用見込者数)、協力施設等の数等に係る数値目標の設定

②6 に規定する自立促進支援協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言

③実績報告を受けての事業効果の評価

④その他本事業の実施にあつたて必要な事項の協議

(2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は、都道府県本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。

①都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局

②市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局

③精神科病院

④精神障害者社会復帰施設

⑤精神障害者居宅生活支援事業における運営主体

⑥小規模作業所

⑦地域の医師会

- ⑧地域の精神科病院協会
 - ⑨地域の家族会
 - ⑩地域の当事者団体
 - ⑪その他知事等が適当と認める者
- (3) 運営委員会は年 2 回以上開催するものとする。
- (4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行なう場合であっても、運営委員会は都道府県・指定都市ごとに 1 か所とする。
6. 自立促進支援協議会の設置等
- (1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センター（以下「地域生活支援センター」という。）は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- (2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者（協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等）で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。
- (3) 協議会の業務は以下のとおりとする。
- ①対象者の選定
 - ②対象者の自立支援計画の決定（退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする）
 - ③対象者ごとの協力施設等の決定
 - ④事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し
 - ⑤地域における社会資源の把握
 - ⑥その他本事業の実施に当たって必要な事項の協議
- (4) 協議会は、原則として月 1 回以上開催するものとする。なお自立支援計画を策定する場合その他の必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聞くことができる。
7. 手続等
- (1) 利用の手続等
- ①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、申込書を協議会に提出するものとする。
 - ②協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。
- (2) 協力施設等への依頼等
- ①協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。
 - ②協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする
8. 退院訓練の実施
- (1) 対象者は、自立支援計画に基づいて、協力施設等における訓練（精神障害者通所授産施設における授産活動、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）における体験入居、小規模作業所における作業等）、日常生活を営むのに必要な活動等の退院訓練を行う。
- (2) 自立支援員は、当該対象者が退院訓練を実施するにあたり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。
- ①開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
 - ②当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
 - ③当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援
 - ④協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集
 - ⑤その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援
- (3) 退院訓練の期間は原則として 6 か月以内とし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の症状の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

資料 1（精神障害者退院促進支援事業実施要綱）

協議会が、本事業の継続が困難になったと判断したときは、退院訓練を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。

また、地域生活への移行にあたって引き続き自立支援員による支援が必要と協議会が認める場合には、退院後 1 か月間に限り、支援を継続することができる。

(4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

9. 退院訓練終了時の取扱い

(1) 退院訓練は、当該対象者が退院若しくは訓練を中止することにより終了するものとする。

(2) 協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。

(3) 協議会は、退院訓練を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。

(4) 自立支援員は、退院訓練終了後、協議会に対し、当該対象者に係る退院訓練についての報告書を提出するものとする。

(5) 協議会は、毎年度末までに運営委員会に事業実施報告書を提出するものとする。

(6) 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ものとする。

10. 費用の補助

国は、都道府県等に対し、本事業に要する費用について、別に定める「精神保健費等 国庫負担（補助）金交付要綱」により補助するものとする。

11. その他

(1) 協議会の構成員は、その業務を行うにあたっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならないものとする。

(2) 都道府県等は、本事業の実施について、地域住民及び関係機関に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。

(3) 地域生活支援センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。

(4) 協議会は、保健所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会の場を活用する等により、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業の事業所、医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。

(5) 自立支援員は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。

(6) 都道府県等は、本事業に係る実績報告書を、別に定める様式により翌年度の 4 月 30 日までに提出すること。

資料2

巣立ち会 地域移行支援パンフレット

社会福祉法人 巣立ち会 地域移行支援

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

- 長期入院者の地域移行
- 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）

地域移行支援の流れ

アウトリーチ
(出張活動)

地域移行支援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・事業説明・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。

↓
体験通所

↓
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。

↓
住居提供

↓
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為に、私たちは積極的に外部に出かけて行きます。

出張講演、事業説明、病院での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、体験通所の様子、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。

< 事業説明 >

病院と地域移行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おこなっております。この活動では、病院内に一人、また一人と地域移行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。

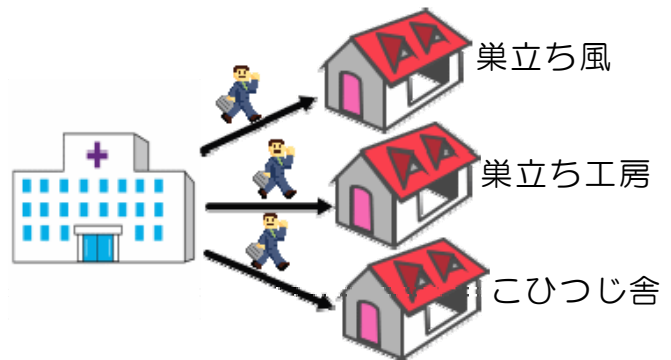
インタビュー(初回面接)って？

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、これ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。

体験通所って？

面接を経て、地域移行支援サービスの利用者となられた方には、地域への第一歩として病院から当会の日中活動の場（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日中活動の場へ、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、地域で生活する為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けます。



住居提供支援って？

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。

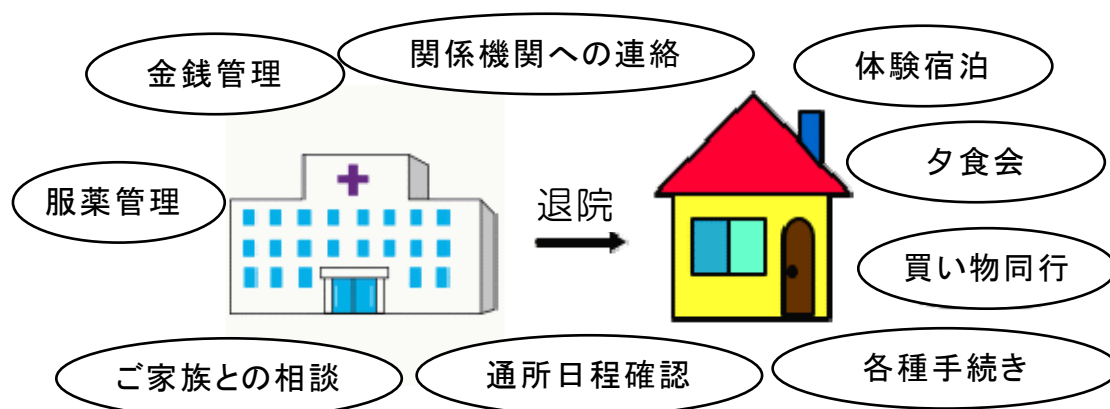
ご本人、ご家族、病院関係者の方々と相談しながら、場所や入居時期等を考慮し、その方に合った住まいを探していきます。また、援護寮のショートステイを利用した体験宿泊などもはじめて頂き、退院への準備を始めます。

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出来事が起こります。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。



巢立ち会の資源

< 日中活動の場 >

巢立ち風

巢立ち工房



こひつじ舎

< 居住施設 >

巢立ちホーム

巢立ちホーム三鷹第 2

巢立ちホーム調布

巢立ちホーム調布第 6

巢立ちホーム調布第 2

巢立ちホーム調布第 3

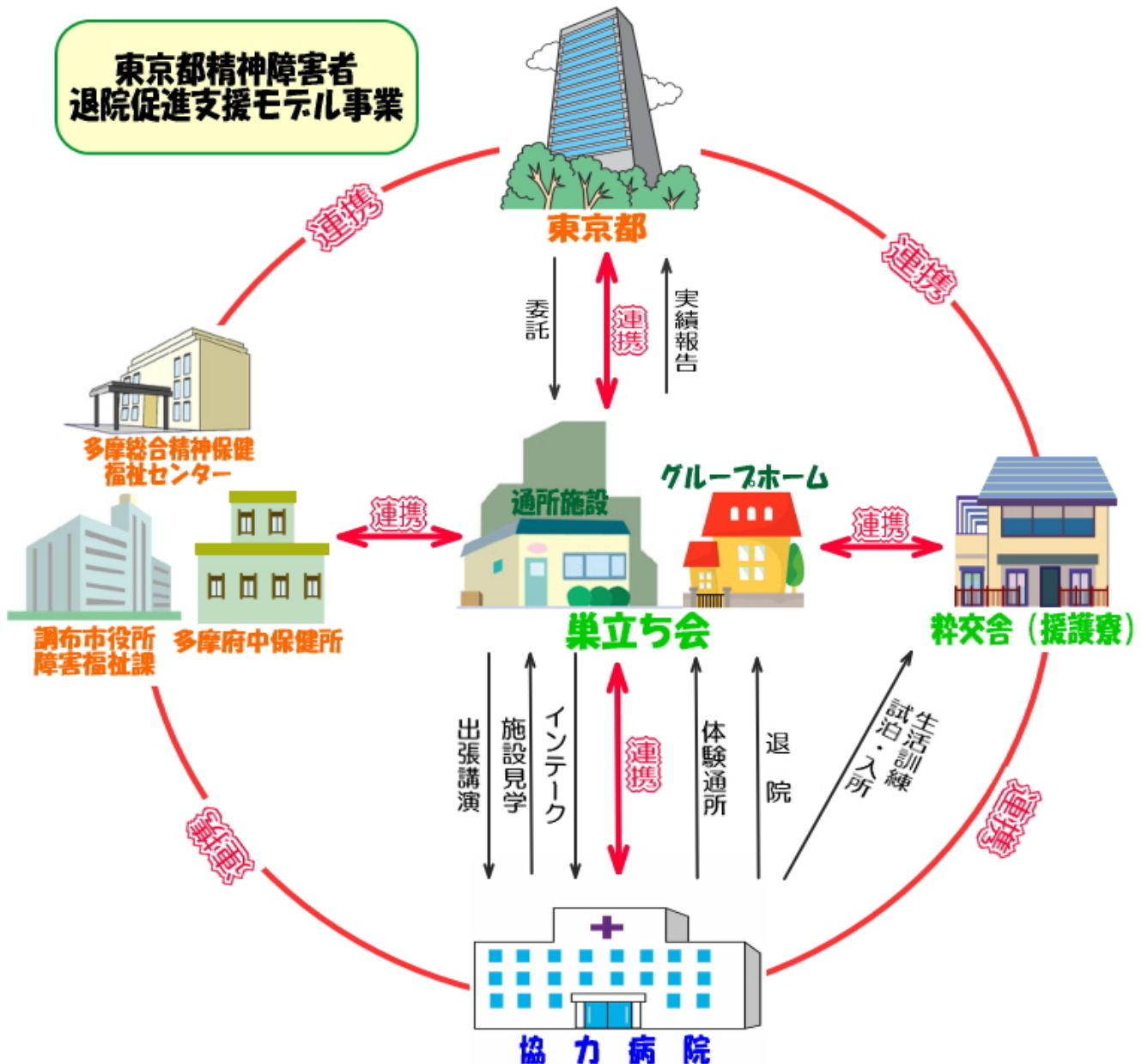
巢立ちホーム調布第 4

巢立ちホーム調布第 5



地域のネットワーク

私たちの活動する地域では、患者さんの地域移行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。各機関と地域移行支援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。



本パンフレットで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

2008年3月改訂版

執筆者一覧（執筆順）

田尾有樹子（巣立ち会理事）	……………はじめに、第2章～第5章、おわりに
赤沼麻矢（巣立ち会職員）	……………第1章～第4章、第6章、資料
清重知子（福岡医療福祉大学）	……………第1章、第3章、第4章
長門大介（巣立ち会職員）	……………第7章、第8章
栗原愛（巣立ち会職員）	……………第7章
玉川浩（利用者）	……………第8章
T.M.（利用者）	……………第8章
木下旭（利用者）	……………第8章
吉田共宏（利用者）	……………第8章
木下和子（巣立ちホーム大家）	……………第8章
池光（武蔵野中央病院 PSW）	……………第8章
伊澤ふみ子（根岸病院 PSW）	……………第8章
香田真希子（長谷川病院 OTR・PSW）	……………第8章
中野信子（根岸病院看護師）	……………第8章
花立幸代（吉祥寺病院 PSW）	……………第8章
吉田克秀（三鷹市生活福祉課）	……………第8章
尾川優子（巣立ち会職員）	……………第8章
勝又裕子（巣立ち会職員）	……………第8章
濱井直子（巣立ち会職員）	……………第8章
遠藤まり（巣立ち会職員）	……………挿絵

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

やればできる退院支援 ～巣立ち会 地域移行支援マニュアル～

平成 20 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/>

編集者 田尾有樹子・清重知子・赤沼麻矢

印刷・製本 社会福祉法人新樹会 創造印刷

やればできる！地域移行！

地域移行が難しいと思われがちなケースの
テーマ別事例集



社会福祉法人 巢立ち会

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

はじめに

はじめに ～なぜこの事例集をつくろうと思ったのか～

巢立ち会で精神障害者の地域移行のための活動を開始して16年になる。

その間、地域移行を進めるために病院関係者や地域の関係者などに働きかけをしていく中で、特に「専門家」と呼ばれる人たちの中に、根強い「決めつけ」「思い込み」が存在していることを感じさせられてきた。そして、それらがいかに多くの人たちの地域移行を阻害しているかを痛感してきた。

病院関係者からは、「こんなに長く入院していたのに、今さら地域に出すのはかわいそうなのではないか？」「もうこの年になって、本人も望んでないのに、退院させるのは本人にとって本当に幸せなのか？」といった声をよく耳にした。入院生活に慣れて、あるいは慣れさせられてしまった入院患者さんたちを心配するパターンリスティックな思いはいつしか、「入院〇年以上、〇歳以上の人には退院の働きかけをしない」といった不文律となって、多くの入院患者さんたちの地域移行の可能性を阻んでいるという実態もしばしば目にして来た。

地域移行の働きかけをしない理由とされる属性は、入院年数や年齢にとどまらない。「糖尿病だから」「肝臓が悪いから」など、精神科病院に入院継続しなければならないこととは全く関係ないと思われる事柄が、「退院がさせられない理由」として堂々と主張される場面にも度々出会ってきた。

一方、地域移行の受け皿となるべき地域の支援者の中でも、「専門家」と呼ばれる人を中心として、「身元不明ケースはちょっと…」「触法ケースは無理でしょ」といった一定の属性のみで、本人について知ろうとすることもなく地域移行の受け入れを否定する発言を多く耳にして来た。

さらに、ようやく国が本腰をあげて取り組み始めた地域移行事業においても、実施主体として今後積極的に地域移行を推し進める立場にある都道府県の担当者などから、「うちの地域移行の対象は60歳以下にしようと思う」「対象は入院5年以下の人に限定しようと思っている」などといった、耳を疑うべき発言を聞いてきた。

実質的に退院の決定権を握っている病院関係者や退院の受け皿となるべき地域の専門家がそのような決めつけをし、また地域移行を推し進めるべき行政の担当者までもが、そのような思い込みに基づく対象選定をしてしまったら、高年齢層、あるいは様々な事情によって入院が長期化せざるを得なかった人たちは、このまま一生を精神科病院の中で終えるしかなくなってしまう！！

そのことに対する、非常な危機感を、私たちは持っている。

巢立ち会ではこれまで、「NOと言わない」をモットーに、年齢や入院年数、そのほか様々な属性によって対象を限定することなく、地域移行の取り組みをしてきた。そして、

16年の取り組みの中で、140名近くの方たちの地域移行支援に関わってきた。決して初めから、「どんな人でも受け入れられる」と思っていたわけではないし、不安がなかったわけでもない。しかし、受け入れに様々なハードルをつけてしまうと、病院は地域移行の対象としてケースをあげてくれなくなる。まずはとにかく本人に会ってみて、試してみたら考えようとしてきた。そして10数年の取り組みの中で、入院年数や年齢、過去の経歴など、「退院阻害要因」とされがちな多くの属性は、それそのものでは大きな問題になるわけではない、少なくともそれが理由で退院できないというのはおかしい！ということを実感してきた。現在では「通って(作業所への体験通所)くれさえすれば、誰でもどうぞチャレンジしてください」と言っている。

しかしながら、巣立ち会の提供できる支援には、当然ながら限界がある。そして、病院関係者が地域移行の対象ケースとして土俵に上げてくれなければ、私たちは支援を提供することすらできない。また地域の受け皿となる支援者側が「やってみよう」「受け入れてみよう」と一歩を踏み出してくれなければ、地域移行は進まないのである。

この事例集は、巣立ち会がこれまで地域移行を支援してきたケースのうち、『『超』長期入院』『高齢』『身元不明』『触法』『合併症』など、地域移行が困難と考えられがちな属性などのテーマごとに事例を集めたものである。病院は退院についてとても心配していたけれど退院してみたら何ということはないというケースもあれば、私たち自身も不安を持ちながら取り組んだケース、苦闘を続けてきたケースもある。決して支援がうまくいったいわゆる「成功事例」ばかりではないし、代表的な事例というわけではない。どちらかというと、様々な取り組みの中で私たちが多くのことを学ばされ、考えさせられてきた「困難事例集」に近いものと言ってもいいかもしれない。

この事例集は、一人でも多くの方に目を通していただきたいと思い、より興味を持ちやすく、読みやすくすることを心がけて作成した。テーマ別に分けるとともに、サブタイトルやキーワードなどにより、事例のイメージを持ってもらいやすくすることにも配慮したつもりである。特に、現在現場で精神障害を持つ方の支援に関わっている方、これから取り組もうと思っている方に、今悩んでいるケースや関心を持ったケースなど、いくつかの事例だけでもお読みいただければと思う。

2008年3月

目次

はじめに ～なぜこの事例集をつくろうと思ったのか～	2
目次	4
第1章 巣立ち会における地域移行支援の取り組み	7
1. 巣立ち会の誕生と活動の経過	9
2. 巣立ち会における地域移行支援の流れとキーワード	13
3. 巣立ち会における地域移行支援 16年の実績	18
第2章 事例	23
1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！	25
【事例1】「超」長期入院ケース①	26
36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏 キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】	
【事例2】「超」長期入院ケース②	31
39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証しているT氏 キーワード【長期入院、傷害歴、本人の不安、ピアサポート】	
【事例3】高齢ケース①	36
「これが退院最後のチャンス！」71歳K氏の挑戦 キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】	
【事例4】高齢ケース②	42
70歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えたH氏 キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、 病状管理と処方調整】	
2. こんな課題を持っていても、退院してがんばってます！	50
【事例5】糖尿病を抱えるケース	51
地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部 キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】	
【事例6】触法歴を持つケース	56
「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続けるM氏 キーワード【触法歴、家庭内暴力、統合失調症という診断、両親の同意、金銭管理、 入院中からの仕事】	
【事例7】身元不明のケース	61
「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ人間性あふれる笑顔のI氏」へ キーワード【身元不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】	

[事例 8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース……………	66
住まいの問題と家族の不安への取り組み	
キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】	
3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！ ……	71
[事例 9] 怠薬により入退院を繰り返したケース……………	72
体当たりでスタッフとの信頼関係を築いた S 氏	
キーワード【服薬、訴え、不安、3 度の再入院、怠薬、処方変更、スタッフへの告白】	
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース……………	77
本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携	
キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】	
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース……………	85
こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く	
キーワード【アスペルガー障害、退院・就労に対する強い意欲、周囲の見守り】	
4. それでも課題は残されています…。……………	90
[事例 12] グループホームから距離を置く方がうまくいくケース……………	91
周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏	
キーワード【グループホーム入居、作業所通所の条件、一人暮らしの実現、飛び降り、グループホーム退居、ルールのある場所、病院の反対】	
[事例 13] 現在の支援体制での限界を感じさせられたケース……………	96
I 氏の安心できる支援体制を求めて	
キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADL の自立】	
[事例 14] 退院後の自殺ケース……………	100
3 年越しの再チャレンジで退院！ 地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…	
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】	
第 3 章 考察 ～14 の事例と巣立ち会 16 年の取り組みから～……………	105
1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？……………	107
2. 地域移行が難しいと思われがちな属性は、本当に問題なのか？……………	113
3. これまでの実践から学ぶこと、そして今後の課題……………	120
☆コラム☆ 支援者の心のつぶやき……………	124
おわりに ～どんなケースであっても地域移行を「諦めない」ために～……………	127
謝辞……………	129

第 1 章

巢立ち会における地域移行支援の取り組み

1. 巣立ち会の誕生と活動の経過

巣立ち会の歴史は、1992 年の「精神障害者グループホーム補助事業」の開始、すなわち精神障害者グループホームの制度化を一つの契機として始まった。

長期入院者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の理由で病院にとどまっていた人たち、すなわち「社会的入院」をしていた人々を地域に受け入れるには、まず「居住するための場所」が必要であった。

現在巣立ち会が活動の拠点としている東京都三鷹市・調布市ではその頃、保健所のデイケアや作業所など、精神障害者が日中活動できる場所は徐々に増えつつあったが、長期に入院している人たちの住居支援と日常生活支援を行うシステムはなかった。障害を開示してアパートを探そうとしても非常に困難で、不動産屋さんに相談してもどこでも断られるということが一般的なことだった。しかしグループホームの制度ができたことにより住居問題の解決への道筋が作られ、またグループホームへの世話人の配置により地域の精神障害者の日常生活支援と危機介入への道も開かれたのである。

1992 年の春、これまで退院した患者さんたちが部屋を借りていた大家さんに、今住んでいる部屋をグループホームとして申請したいと協力を求めたところ、当時 76 歳になっていた大家さんは快く承諾してくれた。「病気が良くなったのにいつまでも入院していなければならないのはかわいそうだね。うちでよかったら使ってもらってもいいですよ。」この大家さんの一言から巣立ち会は生まれたのである。「巣立ち会」という名称も、後にこの大家さんが付けてくれたものであった。

同時に、精神障害者のグループホームが必要だということを市の担当者はじめ様々な関係者に訴え、その必要性を認めてくれる人たちの力を借りて任意団体を作り、要望書を出して行政からの補助金を得るための努力を行っていった。任意団体の構成員は主として病院職員と当事者の家族であり、専門家と当事者の家族との協働運営による活動として巣立ち会は始まった。

こうして立ち上げたグループホームを『巣立ちホーム』と名づけ、巣立ち会最初のグループホームの運営が始まった。最初にグループホームとして申請したのは、50 部屋の居室を持つアパート群の中の 4 室であったが、グループホームの交流室での食事会を核として、その後次々と退院した人々がそのアパートに入居することになり、食事会には 20 数名が集まるという大所帯に発展していった。

一方、このような形で地域での生活が続いていくと、退院した人々の日中活動の場も必要になった。何らかの生産活動を行えて、少ないながらも工賃を払える作業所を設立しようと考え、『巣立ち共同作業所(現「巣立ち風」)』が開始された。

その後巣立ち会では次々と社会資源を増やし続けていった。ほぼ毎年のように何らかの新たな活動を開始してきたのである。そのような活動を促した原動力は、ただ利用者のニーズに応えようという信念であった。元々長期入院者の受け皿作りとしての役割を意識して活動してきたが、年を経るごとに多様な人を受け入れられるという経験に基づいた自信が出てきたことも、この社会資源づくりに拍車をかけてきた。「まだまだ退院できる人が病院には大勢いる」「一人でも多くの人を地域に迎え入れたい」、私たちはそう考えるようになっていった。そのための機会があれば逃さずチャレンジしていく、という考え方は、巣立ち会職員の共通の思いとなっていた。

巣立ち会では、退院先となる住居のない長期入院者には必ず住居提供までの支援を行うという方針で地域移行支援をしてきた。これまで徹底して地域の不動産屋さんや地主さんなどとの協働関係を作ることに尽力してきた結果、会の誕生から16年を経た2008年3月現在、8か所(63室分)のグループホームとグループホーム以外の民間アパート20数室を含め80室以上の住居支援を行っている。

2005年に東京都から退院促進支援モデル事業の委託を受けたことも、さらにこれまでの活動を促進させることにつながった。また活動の開始当初から、当事者同士の助け合いやお互いの抱える課題や困難を皆で共有しながら活動することを大切にしてきた巣立ち会であるが、2005年から「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業(ピアサポート事業)」の委託を受けることにより、ピアカウンセリングなどの学習機会や、当事者が支援の担い手として活動できる機会をさらに広げ、ピアサポート体制を発展させてきている。

巣立ち会の発足当初の理念は「社会的入院者の受け入れ」であり、一人でも多くの患者さんが病院から退院できるようにとこれまで地域移行支援の活動を進めてきた。2002年に社会福祉法人となった巣立ち会は、「自尊心を持って生きる」、「助け合える仲間がいる」、「地域で安心して生きがいを持って生活する」の理念に基づき、さらなる活動を展開し続けている。

<運営事業>

(2008年3月末現在)

グループホーム 共同生活援助 8か所

- 巣立ちホーム 定員:6名
- 巣立ちホーム三鷹第2 定員:15名
- 巣立ちホーム調布 定員:5名
- 巣立ちホーム調布第2 定員:6名
- 巣立ちホーム調布第3 定員:6名
- 巣立ちホーム調布第4 定員:12名
- 巣立ちホーム調布第5 定員:7名
- 巣立ちホーム調布第6 定員:6名



作業所 就労継続支援B型 3か所

- 巣立ち風 利用者数:43名(定員30名)
- 巣立ち工房 利用者数:41名(定員20名)
- こひつじ舎 利用者数:65名(定員40名)



東京都・三鷹市からの委託事業

- 東京都精神障害者退院促進支援事業
 - ・退院促進コーディネート事業
 - ・グループホーム活用型ショートステイ事業
- 三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業
(ピアサポート事業)

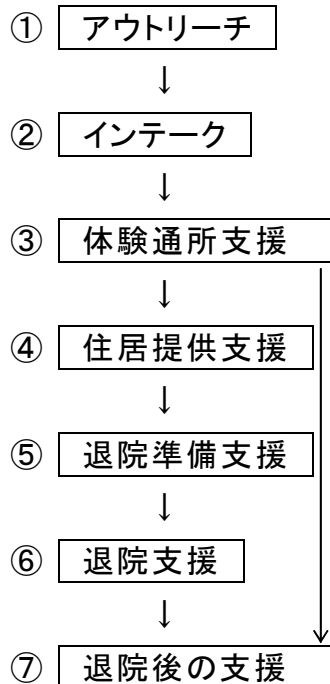


<沿革>

- | | | |
|-------|-----|--|
| 1992年 | 6月 | 三鷹市で巣立ちホームの事業開始 |
| 1993年 | 4月 | 「巣立ち共同作業所」、「巣立ちホーム」事業認可 |
| 1995年 | 10月 | 三鷹市で巣立ち工房の事業開始 |
| 1996年 | 4月 | 「巣立ち工房」、「巣立ちホーム調布」事業認可 |
| 1998年 | 7月 | 「巣立ちホーム調布第2」事業認可 |
| 2000年 | 8月 | 調布市でこひつじ舎の事業開始 |
| 2002年 | 10月 | 巣立ち会が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の事業開始 |
| | 4月 | 「巣立ちホーム調布第3」、「こひつじ舎」事業認可 |
| 2005年 | 4月 | 巣立ちホーム調布第4の事業開始 |
| | 6月 | 「三鷹市精神障がい者地域自立生活支援事業」を受託 |
| | 8月 | 東京都より「精神障害者退院促進支援モデル事業」を受託 |
| | 10月 | 「巣立ちホーム三鷹第2」事業認可 |
| 2006年 | 3月 | 「巣立ちホーム調布第5」事業認可 |
| | 4月 | 東京都より「退院促進コーディネート事業」を受託 |
| | 6月 | 「巣立ちホーム調布第4」事業認可 |
| | 8月 | 「巣立ちホーム三鷹第3」、「巣立ちホーム三鷹第4」事業認可 |
| | 10月 | 「巣立ちホーム調布第6」事業開始
10か所のグループホームを障害者自立支援法の事業所に移行 |
| 2007年 | 2月 | 東京都より「グループホーム活用型ショートステイ事業」を受託 |
| | 4月 | 3か所の通所事業所を障害者自立支援法の事業所に移行
巣立ちホーム三鷹第3、巣立ちホーム三鷹第4を
巣立ちホーム三鷹第2に統合 |

2. 巢立ち会における地域移行支援の流れとキーワード

巢立ち会における地域移行支援の具体的な流れは、次の通りである。



この支援の流れに沿って、この事例集で頻出する用語について説明しておきたい。

出張講演

巢立ち会では、積極的に病院に出向いて地域移行支援についての情報を伝えたり相談に乗ったりするアウトリーチ活動に力を入れているが、出張講演はその大きな柱である。「出張講演」とは、メンバーが必要な場に出向き自らの体験談の発表などを行うものであり、ここでは地域移行を経て現在地域で生活しているメンバーがスタッフとともに病院に出向き、入院患者さんや病棟職員に対し自らの体験談を語ったり、支援の具体的な内容を伝えたりする活動を指す。ピアサポートの力を活用して、患者さんに直接働きかけるという意味で大きな意義を持つ。小グループでの話し合いや作業体験を取り入れるなど、様々な工夫をこらした形態もとるようになってきている。

インテーク

アウトリーチ活動の中で少しでも退院に興味を示してくれた患者さんや病院から紹介を受けた患者さんと個別面接を行う。面接では信頼関係の形成、本人のニーズ・意思の確認、サービスの説明、アセスメント、退院への動機付けなどを行う。また作業所の見学も併せて積極的に働きかける。体験通所を希望する人にはその翌日からでも通所の受け入れが可能な体制をとっている。必要があれば家族とも個別面接を行い、関係を築きながら地域移行支援計画の相談・調整を行っていく。

施設見学

巣立ち会では本人により具体的なイメージを持ってもらうため、施設見学を積極的に働きかけ受け入れている。作業所の見学ではメンバーが案内をし質問にも答えるなど、実際に利用する立場で説明を行うとともに、自分の体験談や地域の情報なども伝え、退院を勧める機会ともなっている。グループ単位での見学を何度も繰り返したり、作業体験を行ってメンバーとの交流を図ったりする中で、徐々に「その環境に入っていくこと」「仕事をする事」のイメージを持つことが出来るようになり体験通所に結びつく人もいる。またグループホームやアパートの居室の見学についても同じように積極的な受け入れを行っている。入居しているメンバーに協力を依頼し、実際に住んでいる部屋を見せてもらうとともに、どのような生活をしているのか、退院してよかったことや大変だったことなどの体験を聴かせてもらうことなどを通して、より具体的な地域生活のイメージを持つことができ、退院意欲の向上につながることも多い。

作業所

巣立ち会では現在3つの日中活動の場を運営している。これらはそれぞれ、共同作業所、小規模通所授産施設、就労継続支援 B 型事業所などと法的な位置付けを変えてきているが、メンバー・スタッフの中では現在もそれぞれの名前のほか「作業所」と呼ばれることが多い。この事例集の中ではその当時の法的位置付けに関わらず、「作業所」との呼び名で統一している。3か所の作業所の活動内容やプログラムはそれぞれの特徴もあり多岐に渡るが、共通して行っているのは、メンバーを主体とした毎日のミーティング、内職作業、作業所の外での作業、レクリエーション、清掃などである。

体験通所

地域移行に向けた具体的な支援は、入院中の病院から作業所に通所する「体験通所」から始められる。体験通所では、作業所で他のメンバーと同じ日課で活動に参加してもらう。この体験通所の目的は次の5点である。

- ① 本人に院外の生活に慣れてもらうこと
- ② 継続性や安定性を高め、地域生活への自信をつけてもらうこと
- ③ 職員との信頼関係を強化していくこと
- ④ 当事者同士の関係をつくり、安定した地域生活に不可欠なサポートネットワークを築くこと
- ⑤ 実際の生活場面の中で、地域生活に向けた課題を本人と確認し合い、取り組んでいくこと

体験通所は本人の希望に応じ、週1回半日からでも開始できるが、徐々に日数や

時間を増やし、退院までには週 3～4 日は通所して退院後の生活に近づけていくことを目指している。

住居提供

巣立ち会では退院先の住居を必要とするすべての人に住居提供を行う前提で地域移行支援を行っている。体験通所が週 3～4 日安定して継続され、スタッフやメンバーとのコミュニケーションも取れるようになってこのまま退院後の支援に移行できる目処がたったら、入居先について具体的な選定を行う。グループホームが新設されたり空室が出た時にその入居候補としたり、巣立ち会の活動を理解してくださっている近隣の不動産屋さん・大家さんの物件（一般アパート）を紹介したりする。一般アパートを紹介する場合にも、基本的に巣立ち会スタッフが居室の見学や賃貸契約への同行、火災保険加入手続きの支援、緊急時に備えての合鍵預かりなどの対応を行い、不動産屋さん・大家さんに対して入居後の継続した支援対応の約束をしている。

グループホーム

巣立ち会では 2008 年 3 月現在、8 か所のグループホーム（共同生活援助事業所）を運営している。うち 6 か所は地域の大家さんにグループホーム用に建ててもらった交流室を持つ一棟立ての建物であり、2 か所は何棟かの一般アパートの中のいくつかの居室を合わせてグループホームとして認可を受けたいわゆるサテライト型のグループホームである。いずれも外観は普通のアパート、マンションであり、必要に応じて世話人の支援は受けられるものの、要は「ひとり暮らし」である。メンバーは「アパート」と呼ぶことも多いが、ここでは認可を受けた部屋すべてを「グループホーム」として記載している。

退院準備

退院後の入居先が決まると、退院のための準備を開始する。

病院や行政の担当者など関係機関との調整を行っていくほか、居室の清掃、布団や日用品、電化製品などの購入、ガス・電気・水道・電話の契約手続きなどの支援を行う。それらの支援はグループホームの世話人が中心となって行うが、これまで通所で関わりを持ってきたスタッフも協力し、またメンバーにも一緒に相談に乗ってもらったり、買物に同行してもらって地域の具体的な情報を教えてもらうなど、ピアサポートの力を活用しながら退院後の具体的な生活イメージが持てるよう働きかけていく。また体験外泊を通して、より具体的な支援を行っていく。

体験外泊

退院する前に、退院後実際に住むことになる居室で体験外泊を行っている。（「体験宿泊」、「試験外泊」などと呼ぶこともあるが、この事例集では「体験外泊」という表現に統一している。）数十年ぶりの、あるいは生まれて初めての「一人暮らし」に戸惑ったり緊張して眠れなかったりなどということもあるが、退院前に試していくことで、本人と支援者が一緒に対処法を考えていくことができる。本人の状況に応じ一泊から徐々に日数を増やしていく。退院に対する不安が強い場合などには、一週間単位の体験外泊をくりかえしながら、退院の時期を見定めていくこともある。

体験外泊を行っていく中で、食事の調達方法や服薬の管理、電化製品やガスの使用方法、緊急時の連絡方法、喫煙やゴミ出しのルールなどについて確認していく。世話人が本人と相談しながら、どういう方法をとれば本人がひとりでやっていけそうか工夫をしたり、本人がひとりで行うのが難しい部分などについてどのような支援を提供していったらよいかの見通しも立て、必要に応じ病院や退院後活用できるサービスとの調整などにもつなげていく。また体験外泊中はグループホームの夕食会に参加してもらい、グループホームメンバーとの交流を図るとともに、外泊明けには居室から直接作業所に通所するなど、退院後の生活スタイルにできるだけ近づけるようにしている。

夕食会

グループホームでは週 1～2 回、交流室で夕食会を開いている。グループホームの入居者は原則的に夕食会への参加をルールとしているが、グループホーム入居者以外の地域のメンバーも多く参加している。

夕食会は、栄養バランスの取れた温かい食事を提供するのみならず、料理を手伝ったり、当番の仕事をしたり、自分の食べた食器は自分で洗うなど、様々な生活経験をする場にもなっている。またメンバー同士の交流を図り、情報交換や世話人との相談を行うなど様々な意義を持つものとなっている。

退院支援

体験外泊が順調に進み退院の目処が立つと、退院カンファレンスを開き、関係者で退院後の支援体制を確認した上で退院となる。大家さんなどにも挨拶し、必要に応じ荷物の運搬や片付け、住民票の異動や各種手続きの支援なども行っていく。

退院後の支援

退院後も、入院中から支援を行ってきたスタッフが継続的に支援を行うが、生活支援の中心、マネジメント役は世話人となる。毎日の食事や掃除洗濯、公共料金の支払いや銀行口座の開設、お金の管理、医療機関の受診など、本人が地域での生活に慣れるまで様々な形でサポートしていく。また世話人が夕食会や居室訪問・面接な

どにより定期的に本人と直接の関わりを持ち、状況を把握しつつ作業所や訪問看護、病院、生活保護担当者など関係機関と連携して個別支援を行っていく。基本的には困ったときに相談できるような関係性づくりを心がけつつ、本人の力を引き出し本人なりの生活の仕方を尊重すること、グループホームや作業所のメンバーなどのピアサポートの力を引き出し活用するように配慮し、世話人がやりすぎてしまわないよう気をつけている。ただゴミ出しと火の管理に関しては非常に注意を払っている。私たちの地域では10種類に分別して指定の時間に出さないとゴミを収集してもらえず、そうなる地域からあの人には地域生活のルールが守れないと思われるため、非常に大変ではあるが分別とゴミ出しの時間などについては手間と時間をかけて支援を行っている。また火災は命に関わる問題であるため、タバコを吸う場所、吸殻の始末などについてはルールを徹底している。

3. 巣立ち会における地域移行支援 16年の実績

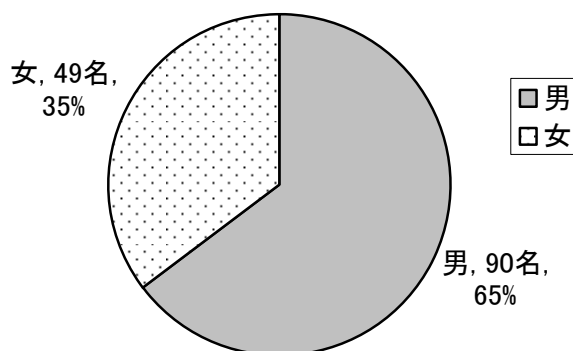
1992年からの16年間で、巣立ち会から地域移行支援を受けて退院した利用者は139名であり、これまで巣立ち会を利用した延べ利用者数317名(通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者を含む)の44%を占めている。

この139名の概要と支援結果は以下の通りである(2008年3月末現在)。

①性別

利用者の性別は、「男性」が90名(65%)、「女性」が49名(35%)であり(図1-1)、男性の方が多い。

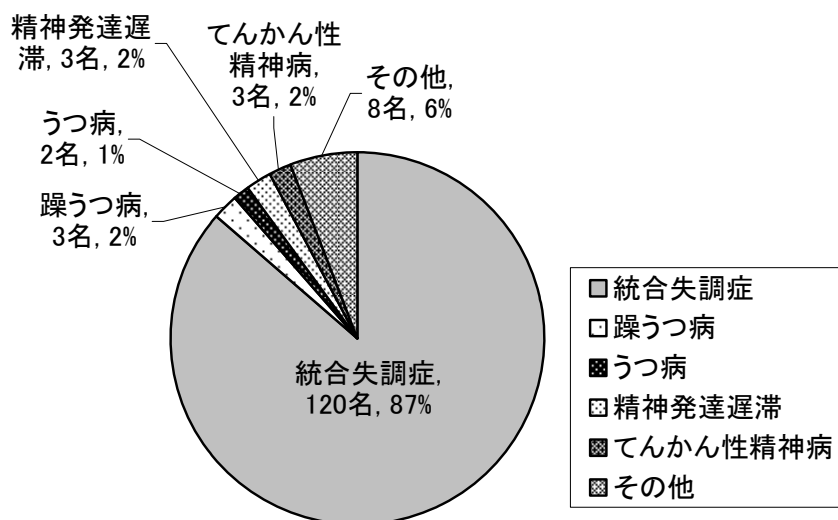
図1-1 男女比(n=139)



②診断名

診断名は、「統合失調症」が120名(87%)で、圧倒的に多い割合である。続いて、「その他」が8名(6%)、「躁うつ病」「精神発達遅滞」「てんかん性精神病」がそれぞれ3名(2%)、うつ病が2名(1%)となっている。(図1-2)

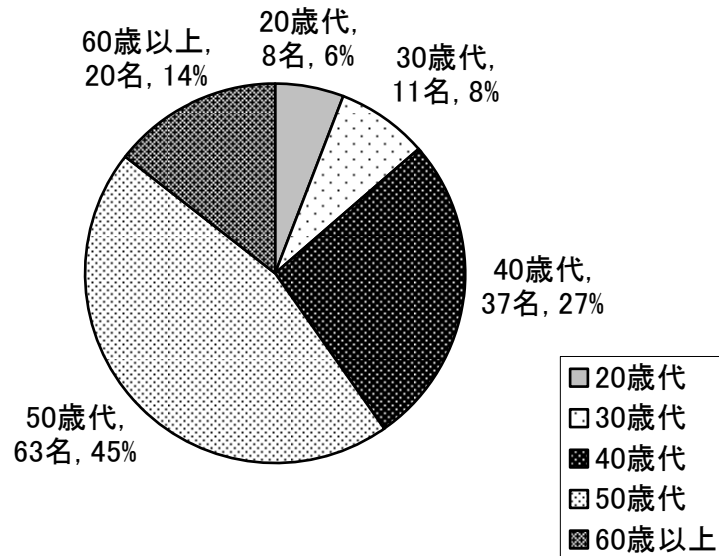
図1-2 診断名別人数(n=139)



③年齢

年齢は、利用開始時において「50歳代」が63名(45%)と最も多く、続いて「40歳代」が37名(27%)となっている(図1-3)。60歳以上の利用者も20名(14%)おり、ここ数年で増加傾向にある。

図1-3 利用開始時年齢層(n=139)

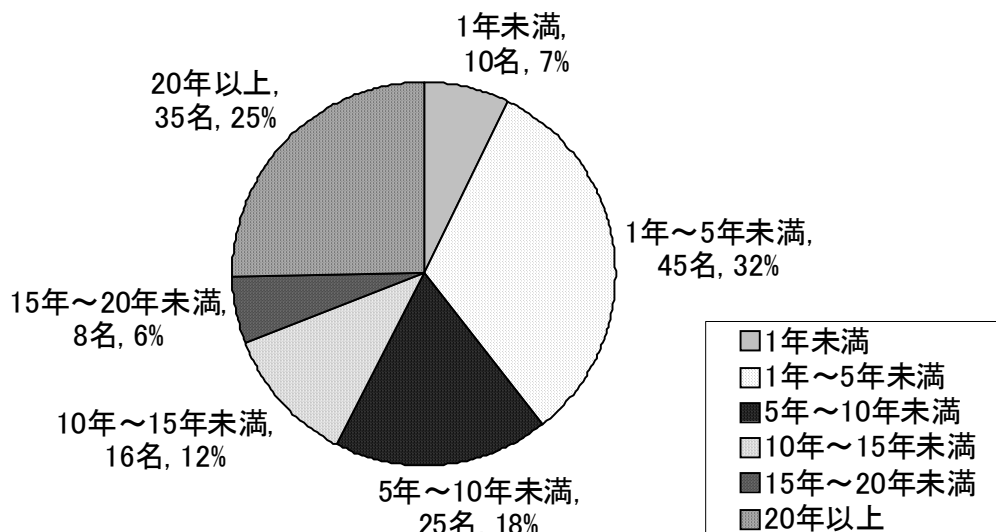


④入院期間

入院期間は、平均入院日数が4,093日(約11年3ヶ月)であり、最も長い入院日数の利用者は15,390日(約42年2ヶ月)であった。

総入院期間別人数は、「1年～5年未満」が45名(32%)と最も多く、続いて「20年以上」が35名(25%)と全体の4分の1を占めている。10年以上の入院歴がある利用者は合計59名(43%)であり、長期の入院経験者が非常に多い。

図1-4 総入院期間別人数(n=139)

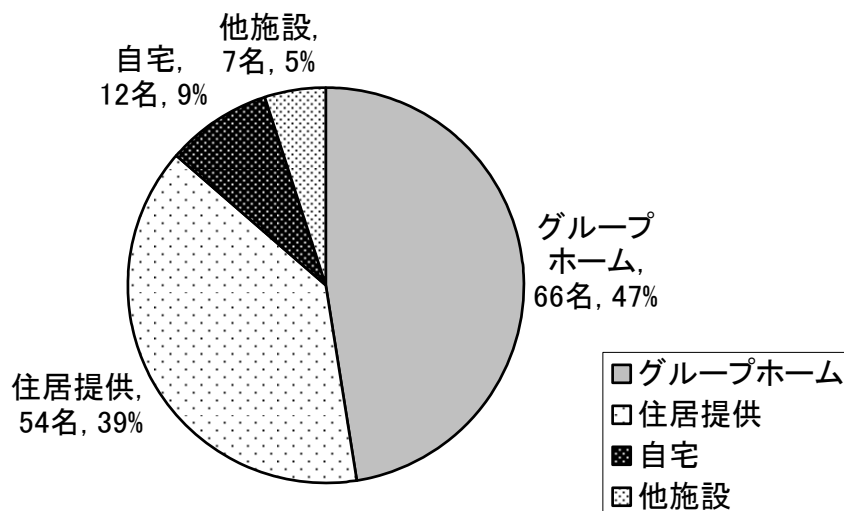


⑤ 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く66名(47%)、続いて「住居提供」(グループホーム以外で巣立ち会が斡旋した一般アパートなど)が54名(39%)、「自宅」が12名(9%)、「他施設」が7名(5%)であった。

グループホームと住居提供の合計は120名(86%)であり、地域移行支援を利用して退院した利用者のほとんどが、住居提供支援を受けていることがわかる。(図1-5)

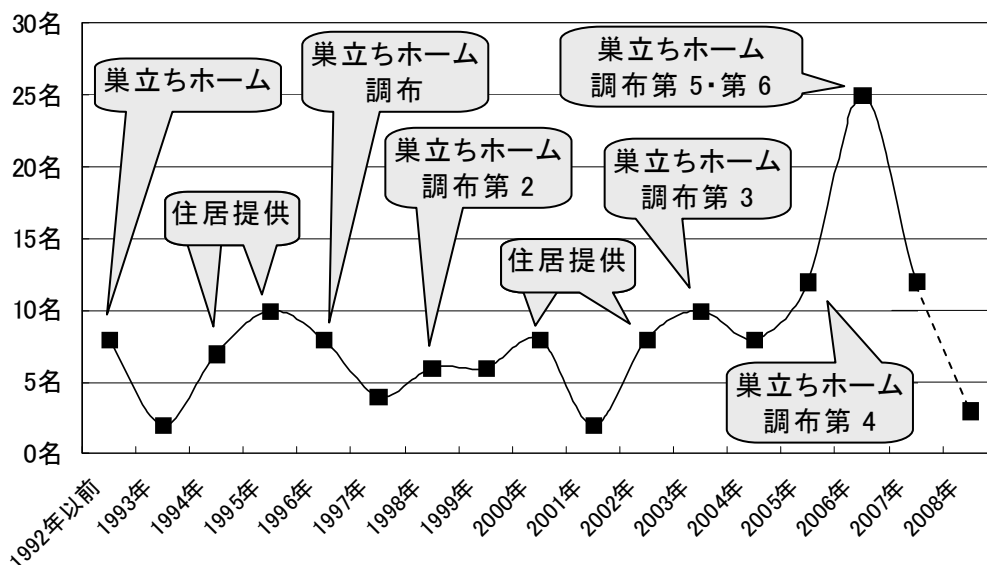
図1-5 退院後の居住先(n=139)



⑥ 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巣立ち会の地域移行支援による、1992年から現在までの退院者数推移に、グループホーム開設時期と住居提供時期を加えたのが図1-6である。

図1-6 退院者数推移と居住施設開設時期



この図からわかるように、グループホームの開設やその他一般アパートへの住居提供を行うことができた年には、退院者が多い傾向にある。しかし、グループホームやその他住居を十分に提供できなかった年には、退院者が少ない。これは、退院を希望する利用者にとっては、地域の受け皿となる住居の有無が少なからず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である。

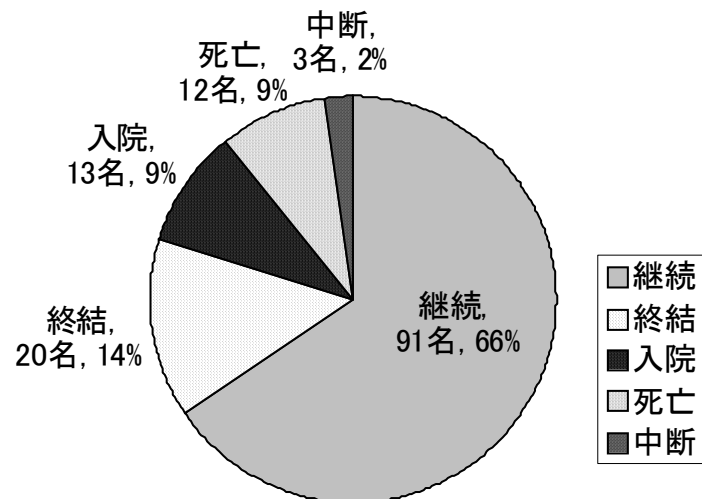
また2008年は、3月末現在ですでに3名が退院しており、現在も病院から退院を目指して体験通所を行っている利用者が約30名いる。図1-6の点線部分に関しては、今後の退院者数の増加が見込まれるため、彼らの退院先となる住居の確保が求められている。

⑦現況

これまで地域移行支援を行ってきた139名の現在の状況である。

巣立ち会のサービスを「継続」して利用している人が91名(66%)、施設利用からの卒業、他施設への移籍、転居などで支援を「終結」した人が20名(14%)、退院後に再「入院」した人が13名(9%)、「死亡」が12名(9%)、治療中断による「中断」が3名(2%)となっている。

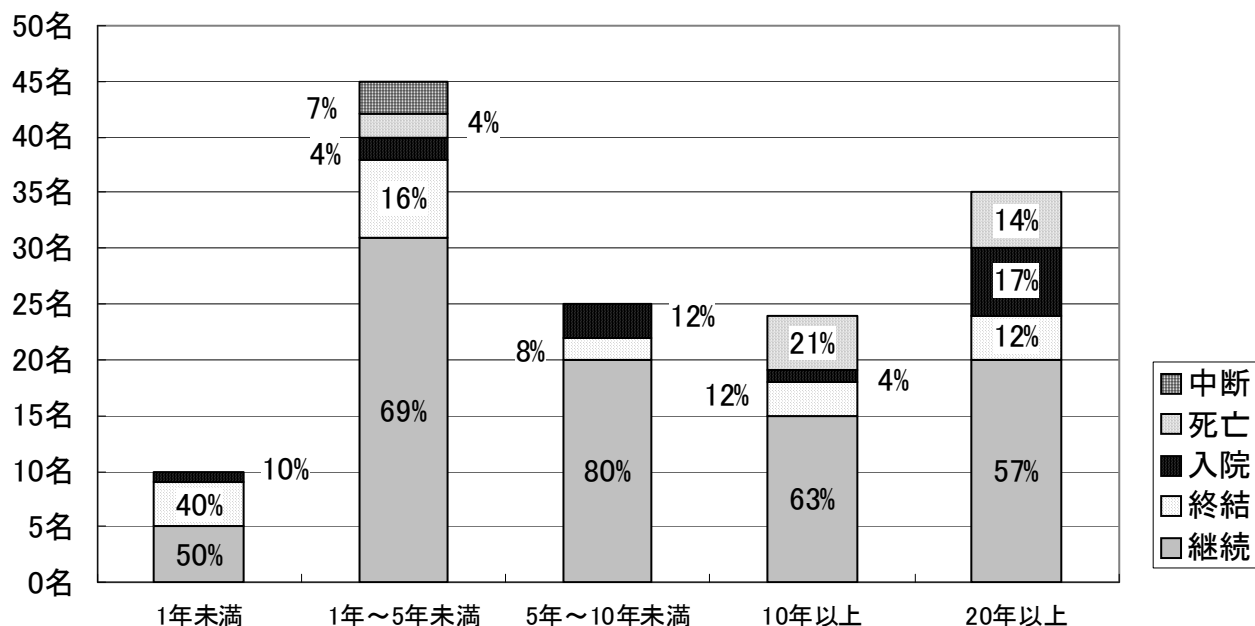
図1-7 利用者の現在の状況(n=139)



⑧入院期間別の現況

最後に、利用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、次の図のようになった（図1-8）。

図1-8 入院期間別の利用者現況



ここでは限られた事例数で統計的に信頼性のある分析を加えることはできないが、対象者の入院期間と退院後の現況には明らかな相関関係はみられない。つまり、超長期入院経験の方が短期入院経験者よりも地域生活の継続が困難だということは、巣立ち会の事例を見る限りでは言えない。実際に、20年以上の入院経験者で現在もサービス利用を継続している20名の多くは、現在も日中活動の場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、その人なりの豊かな地域生活を送っている。

第 2 章

事 例

1. 「超」長期入院、高齢だからって、
地域移行の対象から外さないで！

[事例 1] 「超」長期入院ケース①	26
36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏 キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】	
[事例 2] 「超」長期入院ケース②	31
39年の入院を経ても、地域生活ができることを実証しているT氏 キーワード【長期入院、傷害歴、本人の不安、ピアサポート】	
[事例 3] 高齢ケース①	36
「これが退院最後のチャンス！」71歳K氏の挑戦 キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】	
[事例 4] 高齢ケース②	42
70歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えたH氏 キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、 病状管理と処方調整】	

[事例1]「超」長期入院ケース①

36年ぶりの地域生活に不安をもたなかった作業所のムードメーカーT氏

キーワード【長期入院、奇異行動、スタッフの不安、本人の明るさ、ムードメーカー】

S・T氏、59歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数3回、総入院期間約36年5ヶ月

経済状況：障害年金1級、生活保護

①経歴

昭和23年、東京から遠く離れた地方の町で、同胞3名の第1子として出生した。小学校時代は野球部に入りファーストを守り、4番打者だった。また工業高校に入学してからはボクシングを始めた。

高校卒業後上京しプロボクシングを目指しボクシングジムに入ろうとしたが、生活のために断念し、セールスの仕事や工場勤務等をして必死で働いた。数ヶ月単位で仕事を転々としたが、20代前半に仕事で無理をし具合が悪くなって帰郷、実家にて過ごす。その間A病院に約3ヶ月入院している。その後、父が司法書士だったため跡を継ごうと大学受験のため22歳で再度上京し学生寮に入った。寮生の中に学生運動に参加していた人が多く、影響を受けてアメリカ大使館に抗議に行ったところ警察官に取り押さえられ留置場に入れられた。翌日精神鑑定の結果B病院へ入院(22歳)となり、その後入院生活が続いた。

50歳の時に一度退院しA援護寮へ入所したものの、3ヶ月程でB病院に再入院している。「退院をしたら外で働くものだと思っていたのに、病院と変わらなかった」という理由から、援護寮での暮らしはあまり好きではなかったそうである。人生のほとんどを病院で過ごしてきたが、57歳でB病院を退院してグループホームに入居し、3年が経とうとしている。

B病院入院中に父は他界し、母と弟は現在も故郷で暮らしている。

②退院ができなかった・難しかった理由

(1)本人側の理由

入院して1年は父が頻繁に面会に来て「退院しろ」と言ってきたが、無視していた。当時退院しなかったのはT氏によると「自分のエゴ」で、退院しようという気持ちはなかったそうである。そのうち気がつくと5年が過ぎ、10年が過ぎていた。開放病棟に移ってからは、病院の中で園芸をしたりソフトボールやバレーボールに参加したり、時には配膳を手伝ったりと忙しく働いていたため、外で生活しているのと変わらない印象だった。「退院したら外で働くもの」と思っていたが、病院にいる間も自由に外出が出来て、

外にいるようなもので、「外にいるのに外に出るという理屈はない」と思っていた。こういう生活を 10 年～20 年続けると退院するという気持ちはなくなった。

援護寮への退院の話以外にも退院の話はあった。B 病院の近くに住み、B 病院の清掃員をしないかと主治医に勧められたことがあり、年に一度面会に来ていた母にも勧められたが、退院しても病院と同じような生活をするのでは退院する意味がないので断った。

(2) 病院側の理由

入院が長期化する以前は、何度か退院を勧める動きがあったが、長期化するにつれ、父が亡くなり、帰る場所がなくなってしまった。そのため、積極的に病院が退院を勧められなくなった。また、病院の中庭で延々とでんぐり返しをしたり、手や足を動かし続けたり、お祈りのような仕草（一見操られているように見える）をしたり、サングラスやカチューシャを急にするなど奇異な行動があったため、そういった行動が地域生活にどう影響するのか未知数であり、スタッフが不安に思っていたため結果的に入院が長引いてしまった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

B 病院が巢立ち会の地域移行支援対象者として初期に選んだのがこの T 氏であった。当初、「いずれは故郷へ」と考えていた T 氏と、「受け入れ家族のいない故郷へは戻れないだろうが、退院先を支援する環境があれば地域で暮らして欲しい」という病院の考えに多少の食い違いはあった。また、病院からの紹介があった当初は受け入れ側としても、34 年も入院していた方の支援ということにやや不安があった。「(病院のいう) 奇異な行動を作業所で行うとしたらどんなことか?」「他の利用者とうまくやっていけるのか?」「34 年も入院していて本当に退院し、地域生活が可能なのか?」といった思いがあった。しかし病院がせっかく紹介してきたケースでもあり、まずどのような人なのか、作業所へ体験通所をしてもらいながら様子を見ようと、病院から作業所への体験通所を提案した。体験通所のなかで、T 氏のことを知り、支援の体制を整えたいと考えた。T 氏も、作業所通所に前向きだったため、「通ってくれたら住居も含めて退院への支援は必ずする」と約束をし、体験通所が開始となった。

体験通所を開始してみると、彼の働き者で誰からも愛されるキャラクターはすっかり作業所に溶け込み、徐々に通所日も増えていった。病院から作業所まではバスと電車で約 1 時間かかるが、T 氏は「営業をやっていた頃みたいな感じ」と「仕事をしに会社に行く」という姿勢で黙々と通所を続けた。作業所では、単調な内職作業を行いながら、朝のミーティングの司会や行事の企画、工作中的役割分担など、できるだけメンバーが主体的にできるよう心がけていた。メンバーが主体的に動くために、明るくリ-

ダーシップをとれ、前向きに通所している T 氏はリーダーとして最適に思われた。若い頃、営業マンとして働いていたことをよく口にする T 氏だが、作業所でもそうした社会経験や社交的な性格を生かせるようミーティングの司会や作業の声かけなどを依頼し、その力を存分に発揮できる場面を作っていた。T 氏も場の中心となって積極的に働くことが好きなようで、本来の勤労意欲と作業所の期待がうまく合い、生き生きと過ごしていた。通所が順調に進み、他のメンバーからも慕われる存在になっていった T 氏は「退院については何も不安はない、早く退院したい」と言うようになった。

支援者側が当初抱いていた不安も体験通所を始めるとすぐになくなり、8 ヶ月経った頃には B 援護寮のショートステイを利用した外泊を始めた。体験通所は週に3日と利用日数が少なく、関係を築いたり様々な準備を共に進めたりするために通所日を増やせないか、と相談をしたが、通所のための交通費や昼食費が負担となること、また退院後は毎日通所することを T 氏が約束してくれたことから、彼のペースを崩さず退院準備を進めていくことにした。

援護寮での外泊も問題なく、新しいグループホームの立ち上げと同時にその住居の見学、体験外泊を行い、退院の準備を進めていった。グループホームの体験外泊では他の入居予定者や他のメンバーと交流を図れるよう、夕食会の日にあわせて外泊日を設定することで、夕食会でもムードメーカーになっていった。退院準備にあたっては、金銭管理が心配されたが、作業所近くの銀行に預金口座を開き、生活費を下ろすのに何度か同行し慣れてもらった。日用品についても、「部屋が狭いので洗濯機は必要ない。手で洗うから」という T 氏の意味を尊重し、必要最低限のもののみ揃える手伝いを行った。一方で、同じ B 病院から通所していたメンバーと作業所近くのリサイクルショップに行き、勧められて上着を安く購入するなど、T 氏なりに退院準備を仲間と楽しく進めていた。また、B 病院には訪問看護を依頼し、退院後の支援体制を整えた。体験通所を始めて9ヶ月後、グループホームへの入居が決まったが、この時支援者は、「服薬さえ続けてくれれば大丈夫」と地域生活に大きな不安はもっていなかった。

(2) 退院後、現在まで

グループホーム入居後は順調に生活している。洗濯もずっと手洗いでこまめにしている。退院直後に隣の住人に雨戸の開閉の音がうるさいと注意されてからは、2年近く雨戸をほとんど開けずに過ごしている。本人と話をすると、最近は時々開けていると言うものの、大家さんからは隣の住人のことは気にせず雨戸を開けてほしいという依頼もきている。

退院して2年目に入った頃、「もう卒業したので訪問看護は要らない」という申し出があった。「もう、本当は薬を飲まなくても良いんですけどね」と話していたこともあり、服

薬に対する不安はあったが、病院のスタッフと相談し、通院、服薬はしっかりすること、を約束し現在は世話人が相談の中心者となっている。

時折「大事な用事がある」と作業所や夕食会を突然休むことがあり、休む時は連絡を入れてほしいということを繰り返し伝えていった。約束通り、外来や用事のある日以外は作業所に通所し、変わらずバリバリと働き、皆の中心となって活躍している。

手足を動かしたり、カチューシャをつけて来たりすることなどもあるが、支援者が「何故？」と感じる行動をした際は、その理由を聞いて出来る限り本人の気持ちを理解しようと努めた。その行動は一人の世界に入っている時に多いようで、夕食会の時や外でも自動販売機の前などでその姿をよく見かけるが、話しかけると止まる。手足を動かす理由は「気持ちいいんだよ」と言っていたが、実は「体が鈍るのでシャドーボクシングやキックボクシング、空手の形を日々練習している」とのことであった。カチューシャについて T 氏は「流行ってるんだよ。かっこいいだろ。」「男がしてもいいんですよ。」と明るく話す。髪の毛の長い人が使うものではないかと意見を述べると「そんなことはないよ」と T 氏は笑い飛ばす。しかし、地域で生活していく上では、T 氏も、支援者も、大家さんも支障は感じていない。「そんなことをすると周囲の人が気にするのでは？」という支援者の不安も、T 氏の明るさで払拭されてしまう。ありのままの T 氏の姿を皆が受け入れることができている。

人前で話すことが好きな T 氏に作業所では、退院後出張講演への参加を呼びかけ、自分の退院までの体験談を話す機会を提供していき、現在では出張講演の主力メンバーとして活躍している。T 氏の話す体験談は好評であり、今後も積極的に参加していきたいと前向きである。作業所でもグループホームでも、その人柄からくる話し方で自然と場を盛り上げ、ムードメーカーになっている。休日は動物園に行ったり、都心に出たりするなどほとんど外出しているようで、自由な生活を満喫している。精神保健の勉強会、演劇やプロレスなど幅広いことに関心を持ち、積極的に行動している。入院中を「風変わりな青春だと思うがいい思い出です」と明るく振り返り、「若いうちに早く退院してください。年を取って退院しても体は動きませんよ」とみんなに伝えたいと話す T 氏は、「昔も今も楽しい」と常に前向きに楽しそうに生活を続けている。

④考察

結果的に、働き者であった T 氏に、ただの作業ではなく「会社に通勤しているような」感覚をもってもらえる体験通所を提供できたことが、本人の意識にうまく働きかけられたのではないかと考えられる。まず「退院しましょう」という支援から入らず、「作業所に通ってみてはどうでしょう」という勤労意欲を引き出すアプローチが、結果として退院につながったと考えられる。加えて、作業所通所をしていく中で T 氏の力が存分に発揮され、T 氏自身が作業所の中での自分の位置や役割を確立していけた環境が大きかったのではな

いか。

当初支援者側には36年の入院歴ということへの構えがあったが、実際に体験通所をしながら本人と接してみて、1ヶ月ほどで支援者の不安や構えはなくなった。それは長期入院者というレッテルからではなく、T氏本人と直に接することができたからである。入院歴ではなく、本人をみて、彼に必要な支援を提供していただけたことである。長期入院ということは、地域移行にあたり問題ではなかった。問題であったのは、むしろ長期入院という事実にこだわり、地域生活を支援しようとするに二の足を踏んでいた支援者の考えではないだろうか。「だめかもしれない」と不安に思いながらも、「チャレンジしてみよう」というもう一歩の思い切りのようなものが支援者に必要と思われる。

本人を知っていく過程で、記述にあるような奇異な行動も「彼の一部分」、「人に迷惑をかけているわけではない」と彼をまるごと受け入れる度量を支援者が育んでいった。初めから「奇異な行動をとる人」と紹介されていては、不安がつきまとったかもしれない。T氏個人に着目し続けたことで、よい結果が生まれたと思う。彼の愛すべきキャラクターを全面的に受け入れたことで、本人の持つ力が一層引き出せたのではないだろうか。

[事例 2]「超」長期入院ケース②

39 年の入院を経ても、地域生活ができることを実証している T 氏

キーワード【長期入院、傷害歴、退院への不安、ピアサポート】

S・T 氏、67 歳、男性

診断名：統合失調症

入院回数：6 回、総入院年数：約 39 年

経済状況：老齢年金 3 級、生活保護

①経歴

昭和 16 年、東京都内にて同胞 8 名の第 7 子として出生した。本人によると小学校の頃から幻聴があったとのことである。高校中退後、職を転々とする。その間、窃盗や傷害で刑務所に入所したこともある。

26 歳の時に家で暴れて初回入院となる。その後、退院はするものの、再発・入院を繰り返していた。その頃のことについて本人は、「病院を出ると薬を飲まなくなっちゃって、悪くなっちゃうんですよ」と話している。

昭和 54 年(38 歳)に警察に保護されて入院した後、入院が長期化していた。

現在両親はすでに死亡。兄弟も、次兄以外とは連絡をとっていない。

②退院ができなかった理由

主治医からの意見書によれば、「入院直後のひどい幻覚妄想はおさまったものの、慢性的に幻聴が消えず、時に不穏状態となり、時に拒薬をし、入院が長期化した」とのことであった。

過去の傷害歴に加えて、入院後、病棟でも暴力行為や暴言などの荒い言動があり、また看護師に対して性的な言動も見られたとのこと、退院が遅れていた。良好な治療に結びつかない時期が長かったようである。

当会に紹介された時期には、そのような荒い面は一切なくなっていたが、その代わりに「退院したいが、できるかな？」と、非常におどおどして伏し目がちで不安な様子が見られた。金銭管理や健康状態などといった特定のことに不安があるというよりは、「外の世界がよくわからない」という漠然とした不安感があり、自分には退院は無理だと感じていたようだった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成 17 年 1 月、A 病院の紹介でインテーク面接を行う。

本人に現在の生活について訊くと、病院ではすることがなくてじっとしていることが

多いという。病気について訊くと、昔は空き巣に入ったり女性の胸に触ったりということがあったが、今は絶対にしないと言う。

「退院はできないと思っているが、作業はやってみたい」とのことで、早速翌週から作業所に体験通所を開始する。すると、腰が低く人当たりの良い T 氏は長期入院者であったため、かつて同じ病棟に入院していた作業所メンバーは良く T 氏のことを覚えていて、初日から何人もの人が T 氏を温かく迎えてくれた。早速「T ちゃんなら絶対に退院できるよ、心配ないよ」と声をかける人がいたほどであった。

内職作業にも熱心に取り組み、他のメンバーと馴染むのも早く、通所は間もなく週 3 回に増える。しかし肝心の退院については相変わらず「もう 30 年以上病院にいる。外の世界がよくわからないし、無理です」と、自信が持てずにいた。ただ、本人を慕う多くの作業所メンバーが繰り返し「そんなことはないよ、大丈夫だよ」と声をかけ続けることで、迷うような様子も見せるようになっていった。

作業所での工賃を「俺は役に立ってないからいらぬよ」と言って受け取りを辞退するなど、全体的な自己評価の低さも目立っていた。しかし実際には大変な働き者である T 氏に、職員から「この仕事は T さんがやってくれないと困るんですよ、助けて下さいよ」といった声かけをまめにしていくなど、T 氏に対して役割や期待を伝えることで、「そうか？」といつも笑顔になり率先して働く様子が見られた。

通所開始から 3 ヶ月経った 4 月中旬に、A 病院とのカンファレンスを行った。話し合いの結果、当会とつながりのある大家さんが持っているアパートの空室を本人と一緒に見に行くことになった。

アパート見学では、その部屋が顔なじみの仲間が大勢住んでいるアパートの 1 室だったこともあり、職員が「どうですか？」と声をかけたところ、T 氏はあっさりと「いいですよ」と返事をしてくれた。

早速、退院に向けての調整を病院に依頼した。家族や生活保護担当者との調整や、A 病院ナイトケアへの参加が決まり、当会からも夕食会の参加やアパート契約、家財の準備といったことを、本人とともに時間をかけて進めていった。本人は時折「退院しなくてもいいよ」と口にするものの、特に反対することもなく淡々とした様子であった。

体験外泊も順調に終了し、退院カンファレンスを経て、通所開始から約 5 ヶ月後の 6 月下旬に退院となった。

(2) 退院後、現在まで

退院前後の様々な手続きは、本人が信頼している担当の作業療法士が中心になって同行し、支援してくれた。若い男性の作業療法士であったが、本人に合わせた特製の薬箱を作ってくれたり、勤務終了後の帰り道に度々訪問し細かな助言や手助けをしてくれたりと、インフォーマルな形でも支え続けてくれている。また、なじみの深かっ

た病院の外来看護師も会う度よく話を聞いてくれたり、夜遅くにケガをして T 氏が病院に電話した際には、夜勤中の病棟看護師が嫌な顔せず対応し「今からおいで」と病棟で傷の処置までしてくれたりするなど、様々な病院スタッフがとても柔軟にタイムリーな支援を続けてくれた。T 氏にとってはそれがとても安心につながったようで、結果として退院後の生活は順調に過ぎていった。

その後、2 年半が経過した。

食事は夕食会(週 1 回)や病院のナイトケア(週 2 回)を利用しているほか、簡単な自炊もしている。家財道具は、入居時に担当作業療法士と一緒に買い揃えた最低限の物から増えることはなく、シンプルなままの部屋だが本人は満足している。そのようなつましい生活をしているため、生活保護費で十分やりくりできているが、余ったお金で作業所に大量のお菓子を頻繁に差し入れしたり、逆に生活費のことで急に不安になったりすることはあった。時折「俺は入院した方がいいのかな？」と周囲に漏らすことがあり、その都度話を聞いたり、担当の作業療法士に連絡して訪問してもらったりということがあった。そのうちの 1 回については薬の飲み忘れがあり、主治医から指導してもらった。しかし、実際に入院に至るようなエピソードもなく、身体的にも膝や歯を痛めたくらいで、元気に地域生活を送っている。

作業所では相変わらずの働き者で、作業後の掃除や食事の後のテーブル拭きなどもいつも率先して黙々と取り組んでいる。一方、イベントやスポーツなどのレクリエーションにもよく参加し、楽しんでいる様子である。休日には家でテレビを観たり、寝て過ごしたりすることが多いようで、「家での趣味や楽しみは何にもなく、休日は部屋で寝ているだけ。何にも役に立たないけど、平日働けるのがいいね」とのこと。また、「何にも出来ないけど、働くことが生きがい」とも話しており、仲間と共に仕事に熱心に取り組むことが、現在の T 氏の楽しみであり、生きがいとなっている。

T 氏は「自分は駄目な人間だから」というのが口癖で、出張講演への参加も普段は消極的だが、出身の A 病院への出張講演には参加してくれている。「退院なんて難しいことじゃない。俺だって退院できたんだから、皆さんにもできますよ！」と、短い言葉で力強く皆を励ましている。また、入院患者さんのグループ見学への協力を依頼すると快く居室の中も見せてくれる。「シャバは甘くはないですよ」と諭しながら、「最近患者さんも知らない人ばかりになっちゃったよ」と笑う表情は、すっかり地域生活の先輩としての顔になっていた。

④考察

T 氏の支援でのポイントを、何点か指摘したい。

まず、彼のストレングスともいえる、人好きのする謙虚な性格、愛される笑顔である。退院阻害要因として最初に記載した「不穏状態」や「拒薬」、「暴力行為や性的言動」

といった部分は、巣立ち会に紹介された時にはすでになくなっていました。むしろ、伏し目がちでおどおどしている、小柄な好々爺といった風情で、こちらから「Tさん、この仕事をお願いしますよ」と頼むと、口では「できないよ」と言いながらも満面の笑みでいそいそと手伝ってくれるようなところがあり、職員もついあれこれと頼みごとをしたり、声かけをしたりすることが多かった。また作業所メンバーが、「Tちゃんなら大丈夫だよ」と、繰り返しメッセージを送ってサポートしてくれたことが、本人はもとより職員の「この人は必ず退院できるはずだ」という自信にもつながった。そのことで本人が目に見えて変わったということではなかったが、いざ退院という提案をした時に、それまで無理だと言い続けていたところをなんとなく「いいですよ」と答えられるような気持ちになっていたことの、大きな要因だと考えられる。

それに加えて病院スタッフによる支援も大きなプラス要素であった。本人にとって、紹介されてからの付き合いになる巣立ち会の職員よりも病院の職員の方に深いなじみがあるのは、長期入院者であれば当然のことである。A病院ではすでに何人かの患者さんが当会の支援を受けて退院していたということもあり、病院全体として地域移行や退院者の支援に非常に協力的であった。本人が退院したアパートも病院から徒歩10分の距離であったこともあり、退院前後を通してフレキシブルな支援を行ってもらえたことが、長期入院からくる本人の不安を和らげる、大きな役割を果たしていた。

そして事業の導入の仕方である。T氏は紹介当初退院に対しての不安が強く、退院するという目的だけのアプローチでは限界があったと思われる。ここで、巣立ち会の支援の特徴である体験通所が効果的であった。まずは本人の「病院は暇だ、仕事がしたい」という気持ちに沿って体験通所を開始したことで、結果的にその後の地域移行への道が開かれることになった。

長期入院者の地域移行の際にしばしば大きな障害となるのが「もう自分には退院は無理だよ」といった本人の思い込みであり、実際にそれに直面して苦慮している関係者も多いと思われる。T氏はまさにそのような人であったわけだが、本人の希望に沿いながら病院外の生活に触れていくことや、慣れ親しんだ病院のスタッフからの継続した支援、そして仲間からの励ましやアドバイス(ピアサポート)を受けることで無事に退院につながった人は、T氏だけではない。「本人の退院意欲がない」という言葉で、周囲が退院をあきらめてはいけないということは、この事例の一つの教訓かもしれない。

最後に、入院が長期化した要因とされていた粗暴さについてであるが、上述の通り我々に紹介があった時点ですでに消失しており、むしろ逆に人柄は謙虚すぎるほどであった。トラブルを過去に起こしている場合、特に触法歴があるような人については、そのような状態が悪かった頃のイメージがレッテル張りされてしまうと、現時点での本人の可能性に目をつぶってしまうことになりかねない。あくまで現在の本人を見て、そ

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 2]「超」長期入院ケース②

して未来の可能性をイメージして、勇気を持って支援の手を差し伸べることを続けていきたいと考える。

[事例3] 高齢ケース①

「これが退院最後のチャンス！」71歳 K 氏の挑戦

キーワード【高齢、長期入院、入退院の繰り返し、退院・就労への意欲】

K・A 氏、72 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 7 回、総入院年数約 22 年

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 10 年、東京都内にて、同胞 6 名の第 4 子として出生した。高校卒業後は大工であった父、長兄の仕事を手伝ったり、印刷会社、ホテルの洗い場、清掃など、様々な仕事を転々としていた。22 歳の時に実家を出て単身生活を始めたが、下宿先の大家さんが宗教活動を行っていたことをきっかけに本人も取り組むようになり、兄からの反対を受けてその後度々喧嘩になることがあったという。

32 歳の時、失業中であった本人は兄と大喧嘩して家で暴れた。その際、独語や空笑等、幻覚妄想も見られ、A 病院に初回入院となった。入院後も就労への意欲は高く、入院中から仕事探しを行って就労。2 年 9 ヶ月の入院を経て実家に退院後は、外来に通いながら働いた。精神科への通院、服薬を周囲に隠しながら、経験のあるホテルの洗い場や清掃の仕事をしていたが、同じ職場に長く勤めると夜勤を頼まれたり、勤務時間や日数を増やす提案があったりするため、通院や服薬を知られてしまうことをおそれ仕事を転々としていたという。そうした生活を送る中、断薬に至る。不眠、易怒的となり独語、空笑も出現し、退院から 1 年経たないうちに再入院となった。2 回目の入院中に父が他界。母も高齢化してきたため退院後は独り暮らしを開始し、通院、服薬を継続しつつ、経歴を詐称するなど病気を隠しながら職場を転々としていた。兄の大工の仕事を手伝うこともあったが、体が小さいことで若い職人に馬鹿にされることも多く、そのことで喧嘩になると兄から「精神病のせい」と判断され入院させられることもあり、数年単位での入退院を繰り返していたという。

6 回目の退院時(本人 57 歳)に、現在も在住している市にアパートを借り、生活保護の受給を開始した。60 歳からは市内の作業所へ通所を始め、作業のリーダーとして周囲を引っ張っていた。しかし、1~2 年勤めた頃に疲れがたまってイライラし、易怒的となったことで調子を崩し、62 歳の時に 7 回目の入院となる。本人は当初、作業所の夏休みを利用した数週間の休息入院のつもりでいたとのことだが、結果として退院まで約 9 年を要することとなる。

入院から 7 年半後、開放病棟に転棟し、退院に向けて院内のリハビリグループに参

加を開始した。服薬指導や退院後の生活について(生活費の使い方や食事の作り方など)の勉強に真面目に取り組んだ。作業療法への参加も週 3 日しっかり継続していた。本人は「仕事をしたい」「退院したい」という意欲が高く、病棟プログラムで巣立ち会の「出張講演」を体験したこともあり、平成 18 年 12 月、71 歳の時に、巣立ち会の作業所への体験通所を開始した。平成 19 年 7 月には退院し、グループホームに入居している。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人は、入院時に主治医から「閉鎖病棟でも退院できる」と言われたことで、「閉鎖病棟にいてもいつでも退院できる」とのんびり構えていた。病棟生活に慣れ、読書など趣味を楽しめる環境を気に入っており、周囲から退院を勧められても「退院はまだいい」と断っていた。入院から 7 年半ほど経過した頃、主治医が変わり、「開放病棟へ移らないと退院できない」と言われたことを機に、開放病棟へ転棟した。開放病棟は、OT 活動・病棟ミーティングなどプログラムが充実し、空き時間に外出するなど自分の時間を自由に使い、より「退院したい」と思う気持ちが強くなったという。

開放病棟に移った後、本人は「住み慣れた市内に退院したい」「働きたい」という明確な希望を表明するようになった。しかし、兄は離れて住んでいるうえ高齢なため本人への日常的な支援が難しいことと、入退院を繰り返してきた過去の経緯から保証人になることを拒否していたため、一般アパートへの退院は難しい状況があった。また退院後には地域でのサポートが不可欠と考えられること、長期の入院を経て本人は高齢になり、ADL に全く問題はないものの今後の身体的な衰えが心配であることから、日常生活を見守ってくれる世話人のいるグループホームへの退院が検討された。しかし、病院で入居を検討したグループホームなどには空きがなかった。さらに本人は以前通所していた作業所に戻ることは希望しなかったため、病院の支援のみでは、住居と同時に入院中から働ける作業所を探すことが困難であった。本人の病状、本人の希望と病院の退院マネジメント、地域の資源のタイミングが合わず、退院の機会が得られないまま入院が長期化してしまっていたようである。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

本人は入院中に、巣立ち会の「出張講演」を数回聴講しており、そこで巣立ち会が退院と仕事を支援してくれること、作業所に同じ病院の仲間が通って退院していることを知り関心を持つようになった。病院スタッフも巣立ち会のグループホームへの退院を検討しており、本人に勧めたところ、「是非通ってみたい」との希望があったためインタビューを行った。初対面での本人の印象は、質問への受け答え、歩き方、見た目に至る

まで71歳とは全く思えないほどしっかりしており、「精一杯頑張ります！」と力強く語るK氏に対してスタッフは、「どうしてこの人が8年半も入院しているのだろうか？」という疑問を持ったほどである。

平成18年12月より体験通所を開始した。週1日の通所から始めたが、本人から週2日通いたいとの希望があったため、翌月から通所日を週2日に増やし、しっかりした足取りで勤勉に通所を続けた。徒歩とバスを利用して通うため時間に余裕を見て病院を出たり、バスの時刻表はしっかりメモを取って把握していたり、自身の予定をメモに書いて早めに職員に伝えるなど、通所開始当初から几帳面で真面目な方といった印象であった。作業場面では、数種類ある内職作業の全てに一つ一つ熱心に取り組む、謙虚な姿勢で他のメンバーに指導を受けながら仕事を覚えていく姿が印象的であった。全体をよく見て人手の足りない仕事に進んで入ったり、手先の細かい仕事も難なくこなしたり、分からないことは素直に仲間に尋ねて教わったり、作業面では全く問題なく自然と周囲に馴染んでいった。作業以外の場面でもいつも礼儀正しく挨拶や声がけを行い、見慣れないメンバーやスタッフを見つけると自ら挨拶し自己紹介するなど、周囲への気遣いが感じられた。当初は昼食時に皆から一人離れて作業場で食事をとり、声を掛けても「新人だから…」と過度に遠慮するような姿も見られたがすぐに慣れ、つかず離れず自分のペースで人付き合いするようになっていった。作業所での生活に慣れてくると内職に加え、除草作業や公園清掃にも参加するようになった。テキパキと手際よく、71歳とは思えぬスタミナで誰よりも根気強く作業に取り組む姿に、若いメンバーもすっかり顔負けであった。

以前働いていた作業所では対人関係や仕事での疲れからストレスがたまり、イライラして易怒的となり、調子を崩して入院になっているため、今回の通所では病院のケースワーカーと連携を取り、病院スタッフ、巣立ち会スタッフとともに、本人が頑張り過ぎて疲れを溜め込まないように見守り、時には声掛けをするなどの支援を配慮して行った。体験通所開始から3ヶ月ほど経った2月の終わりに、通所日を増やすことについてK氏の意向を確認すると、「あんまり急に通う日を増やすと先生やケースワーカーさんが心配するから慎重にやっていきます。4月に入ったら週3日通いたいです」と話すなど、K氏自身もまた周囲が自分を気にかけていること、頑張り過ぎると自身の調子が崩れることをよく理解した上で、焦らず自分のペースでやっていこうと冷静に判断しているようだった。

4月より本人の希望通り通所日を週3日に増やしたが、順調な様子だったことから、退院に向けてのカンファレンスを実施した。作業所通所が安定して継続されていること、今のところ生活に問題のないことを確認し、今後グループホームや、一般アパートも視野に入れた住居探しを開始していくこととなった。

その後すぐに巣立ち会のグループホームを見学した。しかしワンルームタイプの居

室であったため、自分の荷物(本や衣類などが多い)が入りきらないという理由から本人が入居を断った。5月、本人に退院に向けてどのように考えているかを確認すると、「〇〇に入りたい」と、具体的なアパートの名前を出して強く希望があった。本人によると、以前から作業所の仲間から話を聞いていて、病院と作業所、銭湯が近く生活しやすいこと、知った仲間が近くにいることなど、条件をよく検討した結果であるとのことだった。そこでサテライト型グループホームとして認可を受けていたそのアパートの居室を本人とともに見学した。K氏は「作業所で慣れ親しんだ仲間がいて安心。建物の構造や居室の位置も防犯上安心でいい」と気に入り、グループホームへの退院に向け準備を開始した。この時期のカンファレンスでは、具体的に住居の話も進み、本人は「最後のチャンス！」と頑張りすぎてしまう為、病院スタッフ、巢立ち会スタッフの両方から再度疲れ過ぎないように目を配り、「失敗しても大丈夫」と大らかな対応で支援していくことを確認した。

体験外泊に向け、大家さんへの挨拶や各種手続きへの同行など世話人の細々とした支援を受けながらも、本人は自ら家電を見に行き、安いもの、使いやすいものを選ぶなど自分の新しい生活をつくるための準備を積極的に進めて行った。体験外泊では、夕食会で世話人の調理や食器の準備などを手伝ったりもしつつ、マイペースに過ごした。単身生活も経験しているため、身の回りのことは何の問題もなくこなし、夕食会以外の食事は買ってきたり、簡単なものを作って食べたり、自分のペースで過ごしていたようである。服薬の自己管理や、金銭管理、その他日常生活上の問題も全くなく順調に3度の体験外泊を経験し、平成19年7月に退院となった。

(2) 退院後、現在まで

退院後も服薬や金銭、食事など、生活面は引き続ききちんと自己管理している。病院へは週1回通院し、訪問看護が週1回入っている。薬の重要性は自覚しており、服薬管理は徹底している。銀行の口座開設や携帯電話の契約なども自身でテキパキと行っている。一方困ったことがあると世話人や作業所職員に相談したり、病院のケースワーカーから「作業所職員に同行してもらうように」と助言があると素直に従い、職員に自ら「一緒に〇〇まで行って、手続きの確認して下さい」と申し出るなど柔軟に対応している。

退院後の通所は週4日となり、休むことなく継続している。入院中と変わらず、あらゆる作業に積極的に取り組み、除草作業や清掃など外勤の仕事にも進んで参加している。足腰もしっかりしており、退院後もADLに不安を感じることは全くない。

また、退院後新しいことも始めてみたいと、退院翌月には「ピアカウンセリング講座」にも参加。以前通っていた作業所の職員などとも再会し、退院を祝われながら、3日間熱心に取り組み笑顔で修了証を受け取った。作業所に来所した見学者との座談会

では、「最後の入院は8年半だった。これが最後のチャンスと思って頑張った」などと自らの体験を生き生きと話している。

現在の生活について K 氏は、「昔は大工の仕事で大変だったが、今は自分のペースで働け、趣味に時間を使え、自由な暮らしで充実している。イライラすることがなくなり、安定した生活が送れている。疲れを溜め込まないよう、気をつけている。これからも頑張っておきたい。」と笑顔で話している。自ら希望したアパートの部屋はよく整理整頓されており、居心地を良くするための工夫が見られる。K 氏の趣味であるたくさん所有する本は、元大工さんらしく押入れを工夫することで収納スペースを作り、とてもきれいに整理されている。新聞のチラシを眺めては、自分の部屋に合うデザインの格安商品をチェックすることも多い。また料理は自炊しており、ご飯・味噌汁に加えて、簡単なおかずを作るのが得意なようである。

④考察

巣立ち会の地域移行支援では、住む場所と働く場所を得るという本人の希望を同時に満たすことができ、本人の希望が明確であることをプラスに活かすことができた。本人の希望にマッチした支援をタイミングよく提供できたことが、スムーズな退院につながったものと思われる。K 氏は巣立ち会を利用する中で、病院や働く場に近く、夕食会など単身生活にはない支援を受けられ、作業所の仲間が身近にいて生活しやすい環境内にあるグループホームへの退院を自ら望むようになった。有効な選択肢とモデルの提示を行うことで、入院中から退院後の生活を身近に感じることができ、退院へのビジョンを本人がより具体的に持てたものと思われる

またこのケースでは、本人が入退院を繰り返す中で自らの病気との付き合い方を学んでいったことも成功要因ではないかと思われる。本人が「頑張りすぎるとイライラする、易怒的になる」という自分の傾向に気づき自分なりに努力したこと、またそれに気づくようなサポートをし続けたことが現在の彼の退院生活を支えているように思われる。

巣立ち会に紹介を受けた当初は退院が難しい理由として、高齢、長期入院、家族に退院をサポートする機能がないことなどがあげられていた。しかし、実際には高齢であったために退院を阻まれ入院が長期化していたわけではなかった。入院生活の居心地の良さから本人が退院を望まず、入院から7年半もの時間が経過し退院が遅れるという状況があった。本人が退院を希望するようになった後には、今度は本人の希望がはっきりしていたがゆえに、なかなか退院のマネジメントが進まなかった。そのうちに入院が長期化し結果として本人も71歳と高齢になってしまった。71歳という年齢で、新たな環境で地域生活を開始することに対する不安は、支援者全員が感じるであろう。しかし、本人の退院への意欲に押されて、支援者が団結して「やってみよう」という態度で支援してみたら、生活のスキルは高く問題らしい問題がない人であった。本

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 3] 高齢ケース①

人の希望通りの「住居と働く場の確保」という、本人の退院へのモチベーションが高まる環境が与えられたことが、K 氏の地域生活へのスムーズな移行につながったものと思われる。

K 氏と会った時の第一印象は「どうしてこの人が今まで退院できなかったのか？」というものであった。K 氏の退院に関わり、「長期入院の 71 歳（高齢）」という方であってもそれが退院を阻む理由であってはならない、ということを強く感じた。「高齢」ということで退院後の社会生活に対する不安、今後の ADL 低下への心配など、支援者側は慎重、臆病になってしまうことは勿論あると思う。しかし、本人の意欲と周囲のサポートがあれば、高齢であっても単身で、自分らしく自由な生活を地域で送ることができるのだと実感できるケースであった。

現在も生き生きと自由な生活を楽しみ、72 歳となった現在でも変わらず入院中よりもますます若々しく自分らしい生活を送っている K 氏。そんな K 氏を見ていると、多くの長期入院している方、高齢を理由になかなか退院の話が進まない方に、希望を持って「退院したい」と声をあげてもらいたい、また病院関係者の方にもそういった事を「退院できない理由」として片付けず、支援の手を差し伸べてもらいたいと感じる。

[事例 4] 高齢ケース②

70 歳で刺激たっぷりの地域生活を謳歌し、皆に希望を与えた H 氏
キーワード【高齢、長期入院、異性関係、高齢に対応した薬の処方、
病状管理と処方調整】

H・H 氏、71 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 6 回、総入院期間 36 年 3 ヶ月

経済状況：障害年金 2 級、生活保護

① 経歴

昭和 11 年、地方の農家に同胞 3 名中の第 2 子(次男)として出生。

中学校卒業後大工の見習いとして約 9 年間働いた。その後、24 歳で上京し、主に工事現場で働いていた。昭和 40 年(29 歳)に受診した病院からの紹介で A 病院を初診した。本人曰く、その 2 ヶ月前から自分で異常を感じていたとのことである。その後、6 回の入退院を繰り返していた。H 氏の話によれば大工を 20 年間やっていたそうである。

H 氏自身の退院や就労への意欲は強く、平成 17 年 11 月より A 病院から作業所への体験通所を開始した。平成 18 年 4 月からグループホームへの体験外泊を繰り返し、同年 5 月に退院し正式入居となった。

② 退院ができなかった・難しかった理由

最後の入院は昭和 62 年(51 歳)からで 20 年に及ぶが、H 氏自身は退院意欲を強く持っていた。しかし、妄想などの病状が不安定な時期が長く続き、主治医が退院に反対していたため、退院の機会を得られぬまま長期の入院となってしまった。保護者である兄も遠方に住んでいたため、退院後の本人を日常的に支援することは困難だった。一方、地域の支援体制も整備されておらず、受け入れ先がないことも入院を長期化させる要因だったといえる。入院の長期化と共に本人や家族の加齢も進み、退院に対して周囲は益々消極的になっていた。そのような状況の中で、住民票も病院に置き、H 氏は A 病院の住人となっていた。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

長期入院となっていたが、徐々に病状も安定し穏やかな入院生活を送っていた。H 氏は仕事への意欲が非常に高く、作業所で働きたい、退院して一人暮らしをしたいという希望を持っていた。担当看護師も地域移行支援をしたいと強く感じ、退院へ向け

て病院内でのコンセンサスが取れたところで巢立ち会の退院促進事業の対象者として、平成 17 年 11 月から A 病院からほど近い作業所への体験通所を開始した。退院後の生活スキルは未知数だったものの、病院全体で彼の退院をバックアップする体制を整えるなど、病院が地域移行支援に積極的となったのには H 氏の人間的な魅力もあったためではないかと病院のスタッフは話している。

作業所には A 病院の退院者が多く通所しており H 氏にとっても顔見知りのメンバーが多かった。メンバーの皆からは H 氏がかつて大工をしていた経歴から「棟梁」の愛称で呼ばれ、慕われていた。特に H 氏と同じく A 病院に入院中で退院を目指し体験通所をしていた T 氏とは周囲から「恋人同士」と認知されるほど仲が良かった。また、「大工 20 年」という H 氏の仕事ぶりはとても熱心で、「真面目に働いて早く退院したい」と意欲的だった。高齢でありながら、週 5 日、内職作業をはじめ、公園清掃、除草作業、フリーマーケットや模擬店など外での仕事にも積極的に参加していた。仕事だけでなく作業所での行事にもすすんで参加し、院外の活動を満喫していた。退院に向けて一生懸命になるあまり、休憩もとらず仕事をして、クタクタになって病院へ戻ることも増え、周囲からは「飛ばしすぎ！ 頑張り過ぎないようにね！」と声をかけられることが度々あった。そんな周囲の心配をよそに、「大丈夫」と H 氏自身は至ってマイペースだった。平日は仕事をしてへとへとになって戻ってくるため、土日は疲れて寝ていることが多い、という病院からの報告からも H 氏の退院への熱意が感じられた。

そんな頑張りを見せる中、体験通所開始から約 3 ヶ月後、平成 18 年 2 月のカンファレンスで、グループホームへの入居を目指し準備を進めていくことになった。まずは服薬の自己管理を練習していくことになり、3 月には候補となっているグループホームを見学し、本人も部屋を気に入った。病棟の担当看護師やグループホームの世話人と共に、体験外泊中に必要な日用品を購入したり、服薬カレンダーを活用しての自己管理の練習が続いた。準備が着々と進み、H 氏も「楽しみ」だと意気揚々としていた。

そして 4 月、初めての体験外泊を行った。外泊中はとても嬉しそうにしており、外泊を終えた後は「最高に楽しかった！！」と目を輝かせていた。同じグループホームには作業所の仲間がたくさんおり、また恋人の T 氏もそのグループホームの入居候補者だったこともありメンバーからサポートを受けられる体制に安心していたようだ。続いて 2 回目の外泊でも、炊飯器の使い方を世話人が説明する前であったにもかかわらず、米を自分で炊いて卵をかけて食べていた。3 回目の外泊でも、服薬の自己管理を含めて順調だったことから、体験通所開始から約半年後の平成 18 年 5 月に退院が決定し、グループホームへ正式入居となった。

(2) 退院後、現在まで

<皆に勇気と希望を与えた退院生活>

作業所では H 氏自らメンバー全員の前で退院を報告し、皆から拍手喝采を受け、誰もが H 氏の退院を喜んで迎え入れた。H 氏の退院は皆にとっても希望であった。

H 氏ががんばっている姿やいきいきとした表情で作業所へ通っている姿は、仲間であるメンバーに勇気を与えるだけでなく、彼を支援するスタッフにも良い影響を与えていた。退院後は、関係者が月 1 回集まってカンファレンスを持ち、H 氏の地域生活が安定して継続できるよう役割分担をしながらバックアップしていくことで団結していた。

20 年ぶりに地域での生活を行う H 氏には、洗濯、掃除、ゴミ出し、食事、喫煙場所の徹底など、身につけるべき生活スキルや課題が数多くあった。世話人もかなり踏み込んでサポートする必要があった。H 氏は職人肌で頑固なところがあったが、説明を受けて納得できることであれば従順なくらい真面目に取り組んだ。この頃、H 氏は自転車も購入し確実に生活の幅を広げていた。周囲は一様に怪我をしないか非常に心配していたが、H 氏自身が安全に十分気をつけて運転しており、皆も見守ることにした。また、金銭の自己管理を心配していた病院からの勧めもあり、6 月には地域権利擁護事業導入の検討を行い、H 氏へ説明すると「それはありがたい」と言って申請することになった。

H 氏は週 5 日作業所に休まず通い、生活面でも料理をしたいという希望があり、まな板、鍋、包丁を揃えて以来、自ら食材を購入しては料理にチャレンジしようとしていた。ある日世話人が訪問した際、じゃがいもをポットで茹でていた時には H 氏の生活力に感動したものである。H 氏は毎日元気にグループホームでの生活と作業所での仕事を楽しんでいた。そんな生活について本人は、6 月に参加した出張講演で「入院は長かった。退院してよかった。毎日卵かけご飯を食べていて幸せだ」と大きな声で力強く語っていた。

<ふらつきの出現>

一方で、年齢の影響か薬の影響か、退院後まもなくふらつきが出現して足元が不安定になり、作業所への通所も週 1 回のナイトケアへの道のりも周囲が不安に思うほど危なげな歩行になってきた。

7 月、外出先で足がもつれて転倒してしまう。幸いこの時には怪我はなく、翌日もいつも通り作業所へ出かけて行った。ふらつきを心配した作業所のスタッフが付き添い受診した。5 月に退院以来、これまで毎日仕事と生活を続けるのにがんばってきた疲れが出ているのではないかと医師より休息入院の提案があったが、H 氏自身には疲れているという自覚はなく、入院については必要ないという考えだった。しかし通所を週 5 日から 4 日に減らして休息する日を設けたほうが良いという医師の妥協案に、H 氏も承諾した。翌日行われたカンファレンスには、病院スタッフ、巢立ち会スタッフのほか、地域権利擁護事業を行う社会福祉協議会スタッフ、包括介護支援センターのケ

アマネジャーも加わりH氏についてそれぞれの立場からの報告や検討が行われた。体の疲れや足元のふらつきもあり、高齢のH氏が一人でこの夏を乗り切れるのか病院スタッフも一同心配し、休息入院したほうがいいのではないかと、という話もあがった。ふらつきについては、巢立ち会で事例検討会を行って顧問医より助言を受け、現在処方されているレキシンを減量してはどうかという提案を行った。H氏の主治医となったばかりの医師は、H氏の状態をまだ把握し切れていなかったため調整をためらいながらも、少し減らして様子を見てくれることになった。一方生活面ではごみの分別、食事作り、掃除などいまだ細かい援助が必要な状態だったためホームヘルプの導入についても検討し、当面は病院と世話人で分担し毎日訪問する体制をとることにした。その後も転倒しそうになる場面を何とか免れながら迎えた7月下旬、作業所内で一日に3回も転倒し、最後には額に大きなたんこぶを作ってしまう事態となった。脳に異常はないことがわかったが、安静にする必要があり一日入院することになった。今回の転倒もやはり薬の副作用によるふらつきが原因だと判断され、レキシン、リーマスの減量、ヒベルナの中止等処方の調整を行うことになった。翌日体調の変化はなく退院となり、H氏は喜んで家に帰ってきた。退院直後、突進歩行や早歩き症状は変わらなかったが、薬が減ったことで足元のふらつきや身体の右側への傾きはなくなった。H氏は大きなたんこぶのある額で作業所へ真面目に通った。今回の事態を踏まえ薬を徐々に減らしていくことになった。

<恋人 T 氏との関係の親密化>

8月に入り、ふらつきもなくなり問題なく歩けるようになってきた頃、恋人のT氏の体験外泊が始まった。ある日作業所からの連絡で二人が無断欠勤していることがわかり、H氏の部屋を訪問するとT氏と一緒にテレビを見て過ごしていた。これまでのH氏の熱心な仕事ぶりからは考えられない行動だったが、H氏はT氏に夢中で、病院や作業所以外の場で二人で好きなように過ごせることがよほど嬉しかったのだろう。それからというもの二人の親密ぶりは加速していった。その頃、グループホーム利用者は介護保険のホームヘルプを使えないことが判明し、9月以降もA病院から週2回の訪問看護を依頼することになった。また怪我をして以来疲れもあったことから夏の間ナイトケアを休んでいたため、夕食の宅配サービスの利用をH氏に提案し、本人も喜んで週2回利用することになった。

9月、T氏との親密ぶりは相変わらずで、2人で作業所を無断で休み、周囲を心配させることも数回あった。それでも周囲から見てH氏はとても幸せそうだった。これまで巢立ち会で支援してきたメンバーの中にはカップルで支えあううまくいくケースが多かったという経験もあり、グループホームでのルールは守ってもらいつつ、二人の今後をあたたく見守ろうと考えていた。

10月に入り、T氏との部屋の行き来は頻繁となり、世話人が訪問するたびにT氏がH氏の部屋にいるようになった。タバコは火災防止のため居室内では吸わずベランダの灰皿のあるところで吸うという約束になっていたが、二人で部屋の中でタバコを吸い、床にこげ跡が目立つようになってきた。しかしH氏は「蟻がやった」等と言って、何度注意してもルールが守られなかった。これまでほとんど問題なかった服薬もカレンダーへのセットができず、違うところから飲んでしまったり、入浴せずに何日も過ごしたりするようになっていた。訪問看護師や世話人が何を助言しても聞く耳を持たず、T氏と気ままに過ごし、それ以外の身の回りのことに関心が向かなくなっているようであった。T氏が退院してグループホームに正式入居して数日後、H氏が怒りっぽく、酒臭い日もあった。そして10月の終わり、H氏から、Y県に住む兄宅へ「嫁を連れて行きたい」と連絡し、不在だった兄に代わり義姉が出て喜んでくれたという報告をもらった。グループホームを利用している等の制度上の問題もあり、現在の支援の継続を希望するならば今の関係を維持したほうがいいのか、と提案した。その後、世話人が兄へ連絡した際は、「反対だ。その人は何を目的に弟に近づいたんだ。70歳にもなって何を考えているんだ」などと話され、好意的ではなかった。

11月、H氏はいつでもどこでもT氏と行動を共にするようになり、受診やナイトケアもT氏の曜日に合わせて行ってしまっていた。T氏がいなかったときには交流室まで探しに来ることもあった。そしてとうとう、H氏の部屋にT氏が寝泊りしていることがわかった。この時期、作業所に出勤すればいつものH氏で真面目に仕事をしていたが、無断欠勤することもあった。またグループホーム内では怒りっぽく、訪問看護師や世話人に怒鳴ることもあった。また、「みんな持っているから」という理由でクレジットカードの申し込みをしてくることもあった。

<生活の乱れと世話人の格闘>

12月、T氏と共に作業所を無断欠勤することが目立つようになり、2人の関係をあたたく見守るだけでは済まされなくなってきた。そこで、長年H氏とかかわりのあった巣立ち会理事が二人と面接し、作業所へきちんと通うこと、部屋の行き来は土日のみにすること、というルールを提示した。H氏はその場ではしっかりと返事よく約束したものの、翌日には無断欠勤した。

また怒りっぽさは続き、生活費6万円を1週間で500円にしてしまうなど、徐々にお金の使い方も荒っぽくなってきており、生活全般が乱れていった。その直後に行ったカンファレンスでは、一度減量した薬を以前に戻すことも検討された。関係スタッフ一同、H氏がグループホームで年末を無事に越すことができるか不安を感じていた。そんな不安の中、H氏は携帯電話を購入し、自慢気にそれを持って作業所に意気揚々と出勤した。翌日は理由なく休もうとしていたところを、世話人に促され出勤したものの、作

業所スタッフとの会話もうまく成立せず、臨時受診を行った。主治医は H 氏の様子を見て休息入院を勧めたが、H 氏はそれに同意しなかった。それならばと、主治医から、服薬してしっかり寝ること、これから 1 週間は土日であろうと T 氏とは会わないこと、携帯電話は一度世話人へ預けること、などの約束を提示した。そしてレキシンを増量する処方の変更が行われた。その日の夕食会では、薬は自分から忘れずに飲んだものの、携帯電話については返すよう世話人に言ってきた。主治医との約束だと伝えても「そんなの知らない」と言って、堂々巡りのやり取りがその日以降も続いた。

ある日、通帳を持って電気店へ向かって走っている H 氏に世話人が遭遇した。ついて行くと、H 氏は携帯電話売り場に直行し、新たに携帯電話を契約しようとしていた。その時すでに 2 台目の携帯電話を懐に大事に持っており、今回の契約は 3 台目だった。そんなに持って何に使うのか、お金がたくさんかかってしまう、など説得しても「うるさい」「帰れ」の一点張りだった。時間を置きようやく説得に応じてくれたことで 3 台目の契約には至らなかった。その日部屋を訪問すると、クレジットカードの申込書やごみで散らかった状態だった。そして携帯電話の話になると話がまとまらなくなった。いろいろなところへ歩き回っていたため体力が消耗しており疲労感が滲み出ていた。世話人が不在のときも携帯電話を取り返そうと交流室の前をうろうろし、その姿を見た大家さんや他のメンバーも心配していた。精神症状が悪化していた可能性は高いが、同時に一度決めたことには一途になる H 氏をもはや誰も止められなかった。そのような状態が続く中で、H 氏は「服薬も受診もしない」と言い始めた。その翌日作業所へは自ら出勤したものの仕事ができない状態だった。自分から受診すると言ってスタッフも同行した診察で、主治医からの入院の勧めに、H 氏は頑なに応じないまま、その日医療保護入院となった。

<再入院後のチャレンジ>

入院直後 H 氏は、「退院しない」と静かに話すなど、力を使い果たしてしまったように過ごしていたが、しばらくすると「退院したい」「作業所へ行く」と話し出し、意欲が戻ってきた。しかし、薬の調整が行われる中、一度は ADL が一気に下がり、ふらつき、突進歩行や前傾姿勢で危ない状態が続いて車椅子で過ごすこともあった。入院後も T 氏との関係は続いていたが、T 氏があまり見舞いに来ないことは少々気に入らないようだった。

今回の入院を機に巢立ち会として H 氏に対するこれまでの関わりを振り返った。これまで T 氏に少なからず H 氏への支援を期待する面もあり、H 氏と T 氏をペアとみなして支援をしがちであった。しかし H 氏の症状の悪化には少なからず T 氏との関係が影響していたと考えると、今後同じグループホームの中で 2 人の支援を続けていくことは困難だと判断した。あらためて一個人としての H 氏と支援関係を結び直す必要があ

った。そこでH氏の転居を検討し、退院後の入居先としてA病院により近い別のグループホームを候補として、H氏の薬の調整と退院を待つことにした。

入院後半年が経過する頃、H氏が住んでいたグループホームの居室の退居期限が迫ってきた。病院も巣立ち会もH氏にとって愛着のあった部屋の退居はH氏を意気消沈させ、退院への希望も薄れてしまうのではないかと考えた。退院への希望をつなぐため、波はあるが症状は落ち着いてきたところで、H氏本人が希望している作業所への通所を再開することになった。まだ足元がふらつくため、スタッフの送迎つきでの再開であった。通所を再開するとH氏はみるみる元気を取り戻し、足取りもしっかりしてきた。その姿を見て関係スタッフも一同に彼の力に驚き、地域移行支援に希望を持つことができた。しかし退院の見込みが立てられないまま時間が経過し、グループホームは一度退居することになった。

入院して1年近くが経過した。現在も症状や薬の副作用に波はあるが、地域生活への復帰に向けて、作業所通所を続けながらH氏の再チャレンジは諦められることなく続いている。

④考察

病院スタッフも巣立ち会のスタッフも皆、彼に人間的な魅力を感じ、何とか地域生活を送ってもらいたいという気持ちで支援を行っていた。そして、病院の積極的な協力と様々な関係機関が団結してH氏の地域生活を支援してきたが、今H氏とのかかわりや支援のあり方を見直すと、H氏自身が望む生活と支援者が提供してきたサービスは本当に同じ方向を目指していたのであろうか。世話人は、とにかくH氏の地域生活が安全に、健康に維持できるようにとの強い願いで体制を整え関わってきたが、それはH氏の願いではなく、あくまで支援者側の願いだったのではないか。当時、世話人になりたての私は今ではきっとこだわらないような小さな出来事に対してもいちいち過剰反応して事を大きくしていた。また「高齢のH氏」という視点にこだわりすぎてしまい、「人としてのH氏」という視点を軽んじる結果となってしまったのではないか。毎月のように関係者会議を行っていたにも関わらず、最も尊重すべきH氏の意味や希望をないがしろにしていたとも言える。誰にも失敗する権利があるが、私は先回りをしてH氏からそれをも奪っていたのではないかと反省している。H氏ではなく、世話人の私が失敗を恐れていた。

H氏の場合、高齢であったために退院ができなかったというわけではなかった。しかし大きな問題として高齢に適した薬の処方への困難さがあったように思われる。症状が安定し薬を減らすとまた不安定となり、薬を増やすと副作用が顕著に現れてしまう、ということの繰り返しであった。またその中で進行してきた歩行の不安定さや疲れやすさは、加齢に伴う問題との識別が非常に困難であった。

1. 「超」長期入院、高齢だからって、地域移行の対象から外さないで！
[事例 4] 高齢ケース②

しかしそれでも彼の「あきらめない」姿勢が私たちを鼓舞し、再入院後も退院へ向けての様々なチャレンジを行ってきた。71 歳という年齢は問題ではない。どんなサポートがあれば、H 氏を地域で受け止められるのか。試行錯誤しながら私たちはそのことを考え続けてきた。

H 氏から私たちはたくさんのお話を教えてもらった。通所やグループホームでの生活によって、入院していたのではわからなかった H 氏の健康的な部分を引き出すことができた私たちは信じている。そして H 氏の退院への意欲を持ち続ける「あきらめない」という気持ちは私たちを勇気付け、エンパワメントしてくれるものである。だから私たちは、今も H 氏の退院をあきらめていないのである。

2. こんな課題を持っていても、退院してがんばってます！

- [事例 5] 糖尿病を抱えるケース** 51
地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部
キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】
- [事例 6] 触法歴を持つケース** 56
「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続ける M 氏
キーワード【触法歴、家庭内暴力、統合失調症という診断、両親の同意、金銭管理、入院中からの仕事】
- [事例 7] 身元不明のケース** 61
「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ人間性あふれる笑顔の I 氏」へ
キーワード【身元不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】
- [事例 8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース** 66
住まいの問題と家族の不安への取り組み
キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】

[事例 5] 糖尿病を抱えるケース

地域での自由な生活のすばらしさを語り続ける巣立ちの語り部

キーワード【長期入院、糖尿病、インシュリン自己注射、体験談を語る】

M・M 氏、51 歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院 1 回（途中 1 度転院）、総入院年数 18 年 8 ヶ月

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 31 年、東京都にて出生した。同胞なし。3 歳頃に両親が離婚し、母親とは以後音信不通となる。3 年ほど隣県の父方祖母宅で過ごした後父が再婚し、6 歳時より父・義母と都内で同居するようになる。高校卒業後は、短大に入学するもののアルバイトに力を入れ、1 年余りで退学し、家を出て単身生活を始める。その後デパートでの派遣販売員などの仕事を行っていたが、25 歳頃、電車内で異臭を感じたのをきっかけに、自己臭により周りの人に嫌われているという観念が浮かんだ。対人恐怖から人前に出ることができなくなり、3 日間山をさまよい歩き野宿した後実家に戻ったところ、義母と叔父に A 病院に連れて行かれ、そのまま入院となる。

入院後、対人恐怖などの本人が苦に感じる症状は間もなく治まり、院内作業や外勤も行うようになるが退院には至らず、17 年 9 ヶ月入院継続する。その後、B 病院への転院をきっかけに退院を目指すこととなり、巣立ち会の支援を受けて、転院から約 1 年後の平成 11 年 10 月、43 歳で退院した。父や義母に対しては複雑な感情を持っており、数年前からは連絡も絶っている。

② 退院ができなかった・難しかった理由

本人によると、A 病院では、薬物療法により症状の改善した入院後 1 ヶ月後くらいから退院を希望し、退院したいと言い続けていたが、ずるずると引き延ばされてしまっていた。また、友人が単身での退院を決意して行動を開始した際にも病院側の支援は全く得られず不動産屋さんを廻っても次々断られていくといった状況を目の当たりにする中で、自分には退院はできないのではないかと感じ、退院については諦めかけてしまっていた。開放病棟に移って自由が増え、よい友達もできたこと、また外勤先を探して働くことを優先していく中で、退院のことはあまり考えないようになっていったという。本人はその頃のことを振り返り、「もっと退院したいと言い続ければよかったと悔やんでいる」と話している。

また、病棟の高齢の患者さんが若い本人にとくれた食べ残しの揚げ物を毎日食べ

続けるような生活の中で糖尿病を発症したが、糖尿食となった後も、管理は厳しくなかったため、周りの患者さんからもらって食べることは続き、インシュリン注射をするようになった。その後、「糖尿(病)さえなければもうとっくに退院できるのに」と言われたこともある。主治医も単身で退院させたら死んでしまうと思っていたようだ。「インシュリンは劇薬だから」と、自分で打つことは認められていなかったということである。

B 病院でも、主治医は当初「糖尿だから退院させられない」との考えを持っていた。また、病院のケースワーカーから退院の意思について問われた時には、本人は「自信がない」と答えたかもしれないという。ずっと願い続けていたはずの退院にもかかわらず、長い入院生活の中で、野菜の値段もわからない、改札の通り方もわからないなど、世間が変わってしまっていること、世の中の早いテンポについていけるかということに不安はあったとのことである。B 病院のケースワーカーから見ると、転院当初「何でこの人が入院しているのか？」と思うような人ではあったが、本人の「退院意思がない」と、病院内でもひどい低血糖発作で 2 度倒れるなど、血糖コントロールが難しいことが課題であると感じられたとのことである。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

B 病院に転院後、病院のケースワーカーが本人と主治医らに対する働きかけを行い、退院を目指すことになった。本人は自らに対する要求水準が高い半面で自己評価が低く、頑なな面も持っていると感じられたが、退院に向けて支援者がお膳立てをすることにより、抵抗なくそのラインに乗り退院に向けての課題に非常にまじめに取り組んでいった。

B 病院では、非常に厳しい食事管理が行われていた。栄養士も病棟に入って積極的に患者さんとコミュニケーションをとりながら栄養指導を行った。本人も一生懸命に歩くなど、血糖コントロールに非常にまじめに取り組んだ。A 病院入院中に最大 89 キロまで増え転院時にも 73 キロあった体重は、転院後 1 年で 47 キロにまで減少した。看護スタッフは朝夕のインシュリン自己注射の指導も行っていった。

転院後 8 ヶ月後には巣立ち会の作業所に、同じ病棟のメンバーと 2 名で体験通所を開始する。作業所では、作業やレクリエーションなどを通じた仲間作りに努めるとともに、血糖値や昼食内容、体重の確認、栄養指導などの支援も並行して行った。体験通所開始後 3 ヶ月目には巣立ち会の紹介でアパートを借り、体験外泊を開始する。退院生活への不安はあったため、作業所のメンバーに生活していくうえで必要なことを具体的に教えてもらったり、作業所職員がこまめに相談に乗ったりしながら不安の軽減に努めた。外泊時にはアパートの近くにあったグループホームの夕食会への参加、グループホームの世話人によるアパートの居室訪問などの支援も行い、その月のうち

に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院後、当初は週 5 日作業所に通所し、病院のナイトケア、近くのグループホームの夕食会にも参加した。作業所では陶芸作品製作のほか、本人の得意とする外部での販売作業、除草作業、ビルの清掃など様々な活動に参加して能力を発揮していた。

一方、退院後、体重は一気に60数キロまで増加する。入院中の「ひどい特(別)食」の反動で、スーパーで半額のお惣菜をたくさん買うなど、自由な食生活を謳歌していたという。「お母さんのような」作業所職員がきめこまやかに本人と一緒に食事内容の書き出しや体重、血糖値の確認などをしながら支援を続けるが、体重は増加しつづけ、低血糖発作も起きたため、地域のメンバーもケアしていたグループホームの世話人とも協力して支援を継続していった。退院5ヶ月後には糖尿性網膜症の診断を受け、作業所職員も受診や栄養指導教室に同行し、医療と生活の両面から本人の状態を把握しつつ支援を行うが、退院1年後くらいから「調子が悪い」と言うことが増え、作業所や夕食会も休みがちとなる。

主治医からは入院も勧められるが、本人はそれを望まなかったため、作業所に通うこと＝支援者との関係を切らないことを条件にアパート生活を継続することになる。作業所では、通所中の支援のほか、内科・眼科への受診同行、家族との調整、アパートの居室訪問などの支援も継続して行った。また同じアパートに住むメンバーらも何かと気にかけて本人を支援してくれていた。退院から約5年後、目の見えづらさ、生活のしづらさの訴えが増え、糖尿性網膜症の手術を行う。2度の手術は成功に終わったものの、その後作業所で関わりの深かった職員の退職もあり通所を休みがちとなり、通所しても短時間で帰ってしまうようになる。家事や精神科・内科・眼科それぞれの病院への通院、服薬やインシュリン注射は問題なく維持できていたものの、他のメンバーとの接触は急激に減っていく。元々の自己評価の低さや対人関係上の困難さに加えて、「目が見えない」ことで「外出できない」「作業ができない」「役に立たない」と自己否定的な発言も目立つようになっていった。

作業所では、住んでいたアパートの居室がグループホームとしての認可を受け、専任の世話人が病院や作業所と連携しながら支援を行うようになるまでの間、生活支援も担いつつ、ほぼ毎日の電話でのやりとりのほか、アパートの訪問なども行って、関係を維持し、通所を働きかけ続けた。目の見えづらさや低血糖発作の不安から銭湯に行けなくなっていた本人に、作業所での入浴を勧め、定期的な通所を継続してもらっている。また、自らの体験や感情を客観的に言語化し説得力を持って話すことに秀でた本人に、出張講演に行ってもらうほか、頻繁に訪れる実習生や見学者などに体

験談を話すことを彼女専門の仕事として行ってもらうようお願いしている。

本人は、体験談を語るたび、「20代、30代、40代という、本当なら結婚して子どもを育てたり、仕事に生きたりと、人生の一番実りの多い時期を、入院して過ごさなければならなかったことの無念さ」、「退院して、電球ひとつ取り換えるのも時間はかかっても自分でやったことに感じる喜び」などを伝え、さらに話を聴く学生などひとりひとりに励ましの言葉をかけている。また、不安から「退院したくない」と頑なに言い続けている入院中のメンバーにも自分の体験談を語り、「気持ちはとてもよくわかるけど、少しでも若いうちに退院したほうがいい」と励まし、退院を後押しし、退院後も相談に乗ったりしてくれている。体験談を聴いたひとりひとりからのフィードバックは、彼女のやりがいと励みにつながっている。

本人は「他人に迷惑をかけたくない」という強い気持ちの一方で、医療や巣立ち会の支援を受け入れる必要性はよく理解し、そのバランスの中で支援者と協力的な関係を維持しながら安定した地域生活を営んでいる。また本人は、「自分は何もできない」という思いの一方で、他人のために何か役に立つことをしたいという気持ちも人一倍持ってくれている。巣立ち会では、本人の思いやペースを尊重しつつ、「本当に困ったときに助けられる」関係を維持し、また本人の持つ力を発揮してもらう機会を常に模索し提供しながら支援を継続している。

④考察

糖尿病だからといって退院できないなどということはない。糖尿病は障害をもつ人に限らず、誰にとってもコントロールの難しい病気である。しかし、病気との付き合い方も含め、どんな生き方をするかは本来本人が選択し、本人のみが責任を取りうることである。むしろ、彼女が積極的な入院治療を要しない状態になり退院を強く希望していたにもかかわらず、入院が長期にわたって継続してしまっただけゆえに20代という非常に若い時期に糖尿病を発症してしまったこと、そしてセルフケア能力を育む機会と意欲、本人の持つ力を発揮する機会を奪われたまま、あまりに長い時間が経過し、病状を一層悪化させてしまっていたことが残念でならない。

退院にあたって、まず糖尿のコントロールに関しては、病院と地域のスタッフが協力して、本人のセルフケア(自己管理)能力を高めるための積極的な働きかけを行った。他人からの管理・干渉を嫌う本人も、「退院」という明確な目標を目指した支援、本人の力を高めるような働きかけに対しては、非常に素直に受け止め、まじめに努力を続けてセルフケア能力を獲得していった。退院後は、ようやく手にした自由な生活の中の自由な食生活に強い制限を加えることはとても困難であり、合併症(網膜症)も併発することとなったが、現在は本人なりにコントロールしながら安定した生活を送っている。

また長期の入院により、退院を諦め、自信を失い「退院意欲のない患者」とみなされるまでになっていた本人は、病院スタッフによる積極的な働きかけと、体験通所や体験外泊などを通じた地域生活への慣れ、地域のスタッフやメンバー（仲間）による支援などを通して、ひとつひとつの課題を具体的にクリアし、地域生活への意欲と自信を取り戻していった。糖尿病の合併症である網膜症の進行による視力低下に伴い、「自分は何もできない」といった気持ちが強まり、夕食会や作業所への足が遠のいた後も、支援者は、本人の意志を尊重しつつ、電話や訪問、同行支援や新たな役割の提案など、支援の方法やスタンスを変えながら、本人との関係を継続していった。

本人の「周りに迷惑をかけたくない」という強い自己主張の中には、自分の生活に対する他人（支援者）の干渉を忌避する意図が隠れているものと考えられる。本人の主体性や意志を尊重しつつ、いかに本当のニーズを引き出し、支援を提供していくのか。今後、合併症の進行などにより、支援の増大が必要とされる状況になっても、柔軟な対応や制度活用などにより、いかに本人の望む「自由」な生活や本人の持つ力を発揮してもらうための支援をしていくことができるかが今後の課題である。

[事例6] 触法歴を持つケース

「立ち直るため」「人から信頼を得るため」必死に努力を続ける M 氏

キーワード【触法歴・家庭内暴力・統合失調症という診断・両親の同意・金銭管理・入院中からの仕事】

T・M 氏、26 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 8 回、総入院期間約 6 年 10 ヶ月

経済状況：障害年金 1 級、アルバイト収入

① 経歴

昭和 57 年、東京都内にて出生した。

小学校の頃は、塾、そろばん、スイミング、書道などの習い事、少年野球もしていた。人気者だったそうである。

<イジメ、家庭内暴力、初診、そして入院を経験した中学時代>

中学校では野球部に入部、塾にも行っていた。M 氏によると、中学に入ってから生活が一変したそうである。同級生のフケを見て気になるようになり、枕に新聞を敷いて寝るといのように、髪型やフケやホコリが異常に気になるようになった。風呂では洗う順番を間違えると洗い直す、ホコリが気になって制服や家具に水をかけ、畳にカビを生やしてしまったこともあるそうである。電車の中でも他人の目線が気になり、満員電車でも髪の毛に触れられるのが嫌でしよがなかつた。学校では「いじめ」に遭い、中 1 から中 3 まで続いた。物がなくなった時に「M 返せ」と犯人扱いされたり、学校でなくなったという生徒手帳が自宅の前に置いてあったりしたこともあったそうである。話をできる親友が一人だけおり、その親友には何でも話をできたが、生徒全員から「シカト」されたのは特に辛かったと M 氏は振り返っている。その一方で、家では母親に暴力を振っていた。家庭内暴力が原因で、中 3 の後半、A 病院に 5 ヶ月入院した。修学旅行にも行かず、卒業式も出られなかつた。中学校時代に良い思い出はないそうである。

<入退院を繰り返し、暴力が止まらなかつた高校生時代>

通信の高校に入学して 4 ヶ月くらい経った頃から、ブランド物に興味を持つようになった。高価なものを先輩に貢ぐなど、浪費は激しかったそうである。そのお金も母から暴力的に奪っていた。冷蔵庫の中身を全部食べて吐くという状況があり、精神科の受診を勧められた。学校にも行かなくなつて家に閉じこもる日々が続き、B 病院に 3 ヶ月入院した。16 歳になり C 病院に 1 ヶ月、D 病院に 5 ヶ月入院した。退院後は塾に通つたが、親から自立しようと思ひ、都内の建設現場での仕事を続けた。しかし、せつかく

貯めた30万円ほどのお金を全額使い果たすというように、金銭に関わるいさかいは続いていた。17歳当時、体重が140Kgあり糖尿病にもなっていたため、C病院へ1ヶ月入院、18歳のときはE病院に3ヶ月入院した。定時制高校への入学を目指して再度通った塾では良い先生と出会い、入学できた。一方、これまで暴力を振るってきた母親が突然かわいそうになり、次第に暴力が父親へ向き、組み手の相手にしたり殴ったりするようになっていったという。

<医療少年院へ、そして初めての統合失調症という診断>

19歳になる直前、父親をハサミで傷つけ、鑑別所を経て医療少年院に入所となった。その際、初めて統合失調症という診断がつき、統合失調症の治療が始まった。治療により病状は安定したものの、両親が疲れきった状況で退所後の受け入れが難しかったため、入所から1年1ヶ月後、F病院に転院となった。

F病院に入院して約4年後の平成18年5月(本人24歳)から巣立ち会の作業所への体験通所を始め、約1年後、F病院への転院から約5年1ヶ月後の平成19年5月、グループホームへと退院した。

②退院が出来なかった・難しかった理由

両親はM氏の暴力が中学校時代から続いていたことで疲れきってしまっていた。母親は、M氏の暴力から逃れるために家に帰れず、父が帰宅するまでずっと電車に乗っていたという時期もあったそうである。何度入院しても退院すると元の生活に戻ってしまうため「M氏が突然帰ってきて暴力を振るわれるのでは」と心配する日々が続き、F病院入院中にM氏には引越し先を教えず転居していた。こうした経緯から、両親は同居は難しいと感じており、M氏の将来を心配する半面、M氏が「病院の外で生活する」ということに抵抗を感じるという葛藤がかなりあったようである。

M氏自身は、入院が長引いた理由について、「自分がやる気を起こさなかったからだ」と言う。やる気もなく、F病院に入院してから始まったという妄想と金銭管理が出来なかったことがあり、退院できなかったと語っている。

病院側は、両親の思いを理解した上で、M氏の支援をしたいと考えていたが、彼の経歴を含めて支援する地域の事業所が見つけられずにいた。

③支援の内容と経緯

(1)入院中、退院に向けて

平成18年5月にM氏の地域移行支援にあたり、F病院からこうした経歴をもつ人が巣立ち会の受け入れ対象となるものか、という打診があった。病院側も、M氏の過去の経歴をふまえると受け入れ先を見つけることが困難な状況に立たされているよう

だった。F 病院を訪問し、本人と最初に面接をした時のスタッフの印象は「礼儀正しい良い子」だった。スタッフの中に漠然と「この方ならやれるかも…」という気持ちが生まれた。「退院するためには、作業所に病院から通所してもらわなくてはならない」というこちらの提示に対し、緊張しながらも「もし入所させていただけるのであれば、ぜひ通って頑張りたいです」と丁寧に挨拶する M 氏であった。

2 日後に作業所を見学し、翌週から体験通所を開始している。体験通所では、仕事内容が M 氏の思っていたものより簡単だったことから、他の仕事もしたいという希望もあった。先走って失敗することが多かったという過去の経緯から「長く続けることを目標にしてほしい」と伝えたが、同時に支援者側でも M 氏がどこまで単調な作業所通所という日常を継続できるのか未知数であった。まだ若く、様々なものに興味がある M 氏にとって、単調な内職作業中心の作業所通所は飽きがくるのではと予測し、やる気が無くならないように徐々に通所日を増やし、作業内容の幅を広げ、ミーティングの司会や忘年会の幹事といった M 氏の力が発揮できる場面を作っていた。

M 氏は「まさか自分にこの話があるとかわなかつた」そうであるが、「チャンスだ、生まれ変わって信頼されるようになりたい」という思いで通所を続けていたようだ。同じ頃 F 病院から体験通所を始めた年上のメンバーと仲がよく、また、他のメンバーからもその礼儀正しい態度が受け入れられ、可愛がられる存在となっていた。

順調に滑り出した体験通所だったが、グループホームへの入居については、両親の気持ちの整理がつかず、かなり時間を要している。その間、M 氏のモチベーションが下がらないように、体験通所開始後 3 ヶ月目より援護寮でのショートステイを利用した。

両親には病院のケースワーカーの協力で、巣立ち会を利用することを理解してもらい、体験通所を始めて数ヶ月後、実際に作業所で M 氏の働く姿を見学してもらった。そして家族としての思い、家族ができること、支援者がすべきこと、などの整理を共に行った。その後も病院と協力し、両親のこれまでの苦労、M 氏に対する思いを受け止め、時には電話で話をしたりしながら、時間をかけて気持ちの整理をしていった。「M 氏の将来のためにも退院し新しい生活を応援したいが、まだ怖い」と気持ちが揺れていた両親は、今まで色々な病院に行ったが問題は解決せず、親の育て方が悪いと非難されたこともあった。どうにもならず辛く、一家心中も考えたそうである。「こういう所があるなら、もっと早く教えてもらいたかった」と涙ながらに話をしていた。両親も懸命に歩み寄ろうと努力している様子だった。体験通所から 6 ヶ月が経過したころには、そうした両親の気持ちが少しずつ変化し、退院へ前向きな姿勢を示してくれるようになった。

通所開始から 8 ヶ月後、病院関係者、両親、を交えてグループホーム入居を前提としたカンファレンスを行い、両親もグループホームの見学をし、具体的に話が進められるまでになった。

グループホームへの体験外泊を進めることとなった頃、すでに作業所通所に慣れていたM氏にスタッフがファミリーレストランの開店前清掃のアルバイトを勧めた。M氏の様々な仕事に挑戦したいという気持ちを受け、作業所の外の世界にそのエネルギーを向けてみてはという提案であった。M氏の体力、能力を鑑みても「出来る」とスタッフが見込んでのことだった。しかし初めはスタッフが支援につくとはいえ、入院中からの就労には、病院の大きな理解が必要であった。そのため、病院関係者一丸となって「M氏の将来を応援する」姿勢を示してくれたことは非常に大きな支援であった。

退院に向けての体験外泊と就労(週2日、2時間半)が順調に進んでいた頃、M氏が病院を無断で外泊し衝動買いをしたことがあった。「退院が遅れていたことで、もう退院できないのではないかと不安に思って自暴自棄になり、そういう行動に走ってしまった」とのことだった。その頃、グループホームへの入居のために必要な、障害福祉サービス受給者証の発行が発行自治体の都合で遅れていた。退院直前で起きたこの出来事に支援者側も戸惑いがあったものの、1度の失敗で今までの実績を無にせず、「M氏にチャンスを」と考え予定通り退院準備を進めていった。M氏には退院が延びている状況を再度説明し、不安な時は一人で考えて行動にすぐ移すのではなく、不安な状況を言葉で伝えられるようになってほしいと伝えていった。

(2) 退院後、現在まで

グループホームでの一人暮らしを始める際M氏は、過去の経験から「大金を持つと抑制が効かなくなり、衝動買いしてしまうのではないか」という不安があるとのことだった。そのため、障害年金を両親が管理しM氏へ定額を銀行振込みすることにした。世話人と金銭管理について相談し、M氏の希望により、週1回生活費を銀行から下ろす際に同行することになった。当初は引き出す場面まで付き添い、次第に銀行の入り口まで同行、と距離を取っていった。引き出し金額は、1週間分の生活費を自分で計算し、引き出し金額を紙に書いた。最初は計算にも時間がかかり、節約のために食事を何食も抜いた計算をしていたため、生活を続けるためには我慢をしすぎない事も大切だと話した。当初は引き出し額を何度もスタッフに確認していたが、退院3ヶ月目頃にはM氏から「もう一人でできます」と話があり、今では使いすぎることもなく生活している。

就労、作業所通所は順調に続いている。時折職場で気になることもあるが、その都度スタッフに報告をしている。「早く親から独立したい」という気持ちが強く、「もっと働きたい」思いがあるようだ。障害年金と自分の稼いだお金で生活できるようになりたいとの希望を持っている。

グループホームに入居して半年を過ぎた頃、「ようやく退院した気がします」との言葉があった。現在は、体重が増えてきたことを気にして、食事に気をつけたり運動をす

るなど心がけている。月に1度はおいしいものを食べる、欲しい洋服の雑誌を見て過ごし数ヶ月に1回洋服を買う、大きい買い物をする時は主治医や世話人に相談するなどM氏自身でルールを決めて生活している。今後さらに経験を増やし、生活の幅を広げていけるよう、今後も見守っていきたい。

④考察

「触法ケース」としての紹介だったが、本人と会い、「この人なら」と支援者が感じ、「チャンスだからチャレンジしたい」と本人も思ったところがうまくかみ合ったのではないかと思われる。過去の経歴をみて、受け入れに不安がなかったわけではない。しかし触法ケースとして特別な支援体制を組んだわけでもない。触法だということが支援上は問題にはならなかった。しかし、それが理由で病院が紹介先に悩んだ事実はある。

過去の経歴にとらわれず、「本人が体験通所できるなら」という明確な受け入れ条件の提示をしたことがわかりやすかったのではないかと思われる。そうした提示をしない、もしくは紹介の段階で「断られるかもしれない」と感じさせてしまう支援事業所が多いことが問題なのかもしれない。

実際の支援の中では、家族との調整に力を注いだ。若く、両親も悩みつつ本人の将来を気にしている場合、家族に支援者を理解してもらうこと、本人との距離のとり方を話し合うことなどが必要であった。また、若くて社会経験が少なく、身体的にもパワーがある人を受け入れ支援していく過程において、本人の力を引き出し、新しいものを提案していく工夫が常に求められた。本人の積極的で前向きな姿勢に着目し、作業所の係を担ってもらったり、異なる種類の作業を提案したりするなど活躍の場を徐々に広げていき、更にはアルバイトを支援することで本人のエネルギーをより外に向けてもらう工夫の成果が生きたと考えられる。

[事例 7]身元不明のケース

「微笑みの不思議美女」から、「仲間に囲まれ、人間性あふれる、笑顔のI氏」へ
キーワード【経歴不明、失踪の懸念、マイペース、支援者の漠然とした不安感】

I・M氏、45歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 1回、総入院期間 2年4ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

I氏の経歴には不明な点も多いが、本人によると昭和36年、東京近郊のA市にて同胞3名の第2子として出生。両親は飲食店を経営していた。地元の中学、高校を卒業後、職業訓練校へ進学。その後、地元のデパートや印刷会社での勤務、また家事手伝いなどをしてきた。本人が25歳の頃、家族で都内に転居する。平成15年に両親が他界した後、単身生活を送るが、生活が苦しくなり生活保護を受けたいと警察署を訪問したこともあったという。また、その後のことは覚えていないという。

平成16年8月、都内の公園の池の中に着衣のまま侵入し上半身まで浸かっていたところを警察が保護した際、会話が支離滅裂だったため、24条通報を行った。ホームレス扱いで精神科救急の診察により、即日緊急措置入院となり、翌日、A病院へ転院した。

入院時は、幻覚妄想が活発で、意味不明な言動も見られていたが、その後落ち着き、思考障害や現実検討能力の低下は見られるものの、安定した生活が送れるようになった。院内作業療法の開始後は料理グループ活動、院内喫茶の手伝い、SSTの服薬教室などに休まず参加していた。受動的で、生活能力に不明な部分も多いが、周囲のサポートがあれば地域生活は可能と考えられ、巣立ち会を紹介された。平成18年6月から体験通所を開始し、体験外泊を経て、同12月、巣立ち会のグループホームに退院した。

身元については、退院先のグループホームも決定した後の平成18年10月に、ようやく本籍地と平成13年までA市に住民票があったことが確認された。しかし家族への連絡は取れず、現在も家族の所在や本人の経歴の詳細については不明のままである。

②退院ができなかった・難しかった理由

身元不明人として保護され措置入院に至ったケースで、本人と意思疎通が可能になってからも本人の話が時々によって異なり、問い合わせを行っても確認がとれなかった。そのため長いこと身元がわからず、生活保護受給などの手続きに時間を要した。

また、本人の病歴や生活歴、職歴などを知る第三者がおらず、本人も多くを語らなかつたため、退院後の本人の生活者としての様子が想像できないという不安が病院スタッフにあった。

退院をサポートできる家族がおらず、保証人を必要とする一般のアパート等住まいの確保が難しい背景もあり、退院先として救護施設の検討も行ったが、入居まで2年待ちとのことで、2年待つのは長いと判断し、巢立ち会の紹介に至った。

一方本人は、早く退院して独りで暮らしたいと思っていたとのことである。2年間退院の話が出なかった理由について本人は、生活保護受給の手続きに時間がかかったこと、作業療法のレクリエーションでの外出時に時々頭痛があったり体調が不安定なことがあったりしたことが原因ではないか、と冷静に分析している。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成18年6月、病院からの紹介を受けてインテーク面接を行った。本人は、「退院も手伝ってくれるし部屋も貸してくれると聞いて、通ってみようと思った」とのことで、作業所の見学後、早速週2日、半日の体験通所を開始することになった。

一方、スタッフがインテーク面接で本人から聞いた経歴について後からケースワーカーに確認すると、そのような事実はないと言われ、病院から「本人の話は聞いたたびに異なることがある」「名前すら本当かどうか確認がとれない」との情報も受け、今後住居提供や生活支援をしていく受け入れ側としては、正直不安は感じた。しかし、本人は通所や退院に対して前向きであり、「とにかくまずはやってみよう」と受け入れを開始した。

体験通所を始めた本人は、辛いことや困っていること、また将来の希望など多くを語らず、周囲の流れにそっと身を任せている受動的な人、ミーティングではテーブルの端に座って物静かに微笑んでいる人、といった印象であった。職員の声掛けや通所に関しての問いかけに対しても「大丈夫です。問題ないです」と表情を変えずにさらりと返答することが多く、つかみどころがなく本音の見えないところがあった。作業場面では、手先が器用で細かい仕事も素早く丁寧に難なくこなし、周囲の雑談に加わらず、自分のペースで物静かに取り組んでいた。入院直後からの知り合いで周囲からはカップルと認知されていたH氏とは、作業所内でも親しくしており、作業所での生活にまだ慣れないI氏をH氏が昼食に誘ったり、さり気なくアドバイスしてサポートしている姿がしばしば見られた。

通所を休むことなく継続し、通所時間や日数も増やしていく中で、本人も徐々に作業所での生活に慣れていった。段々と、H氏以外のメンバーとも交流する姿も多く見られるようになり、自ら進んで周囲へ話しかけることは少ないものの、声をかけられると

笑顔で返答するなど、つかず離れず周囲と上手に付き合っている様子だった。徐々に笑顔も増え、穏やかな雰囲気毎日を過ごしていた。

体験通所開始から約3ヵ月、通所が問題なく継続してこられていることから、巢立ち会では、住居の提供について検討していくことになった。通所の中では全く問題なく過ごしているものの、スタッフとの関わりが表面的でつかみどころがなく本人の本音が見えないこと、また困ったことなども表明しないため何かあった時にSOSを出せるのかなど、今後退院して地域での生活を支援していくにあたっては若干の不安もあった。また、インテーク面接時の本人の話は妄想的というのとも違った印象で、入院前の記憶(来歴)がわからなくなるのが不思議であり、それがヒステリー性の健忘なのか、詐病なのかということすら特定できない中で、それも確かめられないうちに巢立ち会で受け入れをしていいものか、という思いもあった。

しかし、体験通所の中で本人の持つ力と仲間の中での変化を直接見てきたスタッフは、「この人ならやれるのではないか」との思いを強めていた。グループホームへの受け入れの提示を前提に、あらためて本人との面接を行った。本人と向き合い、「これから巢立ち会としてあなたに住居を提供し支援をしていくために、もしこれまで私たちに言っていないことがあるのなら本当のことを言って欲しい」と真剣に伝えたが、本人の返答はこれまでと変わることはなかった。本人の身元が確認できていないのに加え、支援関係が思うように深められていないことで、失踪の懸念なども残してはいたが、「この人は元々こういう人なのではないか」「もし仮に失踪したとしても、この人なら自分でやっていけるのではないか」と考え、グループホームへの受け入れを決断するに至った。

9月に巢立ち会のグループホームの見学を行った。本人は丹念に部屋を見てまわり、「キレイ！素敵で気に入りました」と笑顔で、表情豊かに喜んでいて、本人も部屋を気に入って、入居を希望したため、そのグループホームへの退院準備を進めていくこととなった。本人によると、そのグループホームには親しいH氏をはじめ作業所の仲間も多く暮らしていることもあり、同じ建物に頼れる仲間がいたことも気に入った理由のひとつであったようである。

本人は、グループホームへの体験外泊に向けて、部屋の掃除や布団、日用品の購入など、自ら進んで準備を行った。本人の実際の生活能力については未知数な面もあったが、必要な物を予算内で購入し揃えたり、家電の取り扱いなど全く問題なく、スムーズに行えていた。外泊中は、食事は近くのコンビニで弁当などを購入し、生活能力や環境への適応力の高さも伺えた。服薬の自己管理も徹底していた。夕食会では、作業所でも顔なじみのメンバーとリラックスした様子で交流し、自分のペースで外泊を楽しんでいた様子であった。

10月下旬、病院のケースワーカーの問い合わせにより、ようやく本人の本籍地と平

成 13 年 11 月まで A 市に住民票があったことが確認された。身元が確認された後も、I 氏の経歴の詳細は不明なままであり、また I 氏の自身について多くを語らない面、職員の声かけに対して不安を口にしない面、親しい仲間はいてもつかず離れずひょうひょうと過ごす様子などは変わらず、この時点でも受け入れ側の不安は解消したわけではなかった。しかし、体験外泊を始めてからの「外泊は楽しい。早く退院したい」と笑顔で語る姿や、グループホームのルールを守り、世話人からの声掛けに対しても素直に対応する様子、体験通所開始当初に比べ表情が生き生きし豊かになったこと、仲間が周りを囲み交流が増えて日常の楽しみが増えていること、また作業所のミーティングで司会を務めたり仕事や役割の中で自己主張出来るようになってきたりと、「表面的」という印象から、「マイペースながら周囲からのサポートを引き出し、それを拒まずに受け入れる温かい人柄」といった印象が変わってきていたことなどから、「これならば退院してもやっていけるのではないか、退院に踏み出してみよう！」という思いが共有され、平成 18 年 12 月に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院後は、作業所に週 5 日の通所を継続し、週 1 回の受診、月 1 回の訪問看護、週 2 回のナイトケア、週 2 回の夕食会を活用しながら、安定した生活を続けている。本人によると、「時々幻聴があるが、病状は安定している。薬は飲まないで眠れなくなることがあるため忘れないように服薬している」とのことで、服薬の自己管理は徹底している。退院後は、間食や外食の機会が増えたことで体重が急激に増加したため、本人も気にしており、今後は健康面を配慮し自炊を中心とした生活を心がけたいと話している。

作業所にはほとんど休むことなく通っており、以前は誘われても断ることの多かった除草作業や清掃などにも進んで参加するようになっている。特に人手が足りない時には積極的に参加を申し出、仲間を助け協力しようと気を配ってくれている。外仕事について本人は、「時々は外の仕事にも出なくちゃと思って。ダイエットにもなりますし」と話している。H 氏とのデートのため時々「用事がある」と作業所を早退することもあるが、必ず事前に予定を職員に伝えるなどルールをしっかり守り、自分のペースで自由な生活を楽しんでいる。会の旅行やレクリエーションなどの行事にも積極的に参加したり、週末にはグループホーム入居者と誘い合って食事や遊びに出かけたりするなど、仲間との交流も楽しみにしている様子である。仲間同士で誘い合わせて作業所に通所したり、出がけに体調不良のメンバーに声がけしてくれるなど、周りへの気遣いを持ち、周囲のメンバーと支え合いながら生活している。

本人は現在の生活について、「グループホームや今の生活を気に入っていて楽しい。これからもグループホームで生活し、作業所を続けたい」と話している。最近では、以

前は周囲からどんなに推薦されても、笑顔で「いいです、いいです」と断っていたレクリエーションの幹事を引き受け、自身の意見を進んで述べ、ミーティングで皆に報告するなど、さらに積極的な面も目立ってきている。通所開始当初にスタッフが感じていた「微笑みの不思議美女・I氏」といった印象は、「仲間に囲まれ、人間性あふれる、笑顔のI氏」という印象に変化し、現在は生き生きと巣立ち会での生活を満喫している。

④考察

このケースは「身元不明」「経歴不詳」ということが問題にされていたが、経歴がわからない事自体が問題だったのではなく、経歴不詳という先入観が本人との信頼関係を築けるか、信用できるか、という判断を惑わせたことが問題であったと考えられる。

「身元不明人」として保護された人や、本人についての情報を得られる家族のいない人はこれまでもたくさんいたが、本人の言ったことについては、第三者の情報によって何らかの確認がとれていた。しかしI氏の場合は、インタビュー面接で本人から聞き取りをした経歴が事実でなかったり、病院からも「名前すら本当かどうか確認がとれない」との情報を受れたりする中で、本人の言っていることをどの程度信用してよいものか、支援者側に躊躇があった。加えて、距離をおいて淡々と人間関係を処理し、支援者に対して依存的になることもない本人に対して、支援者が「表面的で本音の見えない人」という捉え方をしてしまっていた事も、負の要因となったものと思われる。このケースの退院を困難なものと感じさせていたのは、本人の経歴がわからず、ほかの統合失調症圏の方と同じような支援関係を築けないことから来る、支援者側の不安によるものであったといってもよいのではないかと考える。

体験通所や体験外泊の機会を提供することによって、I氏の仲間との交流、表情の変化、生活上の能力、ルールを守りきちんと通所を継続している姿などを見て、支援者側も、少しずつ本人に対する見方を変え、不安を取り除き、信頼感を持つことができるようになった。特に、作業所やグループホームで支えてくれる仲間が身近にいたからこそ、I氏の本来持っていた温かみ、生き生きとした人柄が伝わってくるようになったのではないかと考える。

本人の身元がわかった後も、どこまで過去のことと触れてよいのかわからない、どこまで本音で話してくれているのかわからない、といった支援者側が持つ漠然とした不安感や支援者としての不安全感は全くなくなったわけではない。それでも、全ての支援者がI氏に対して、退院してもらえてよかったと心から感じていることだけは間違いない。それは、自分を思いやり助けてくれる仲間との交流を通して、表情の乏しかったI氏の表情が生き生きと豊かになり、本音の見えなかった表面的対人関係は仲間を思いやる温かい印象に変わってきたからである。仲間の力が、I氏を退院へと導き、自分の居場所を見つけるきっかけになっていったのではないかと感じる。

[事例8] 社会適応の難しい症状を抱えたケース

住まいの問題と家族の不安への取り組み

キーワード【空笑、家族の不安、グループホーム以外の住まいへの入居支援】

J・K氏、48歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数1回、総入院期間8年4ヶ月

経済状況：障害年金2級、家族の援助

① 経歴

昭和34年、東京近郊の県にて同胞2名の第1子として出生。幼稚園入園前に家族で都内に移り住む。その後隣接する県に引越し、小・中学校を卒業。本人によると、成績は良かったとのことである。

高校3年生の時に無気力となり、成績が低下し不登校となる。この頃発症したのではないかと本人は思っている。17歳の時A診療所(精神科)に通院。登校できるようになり、約2ヶ月で治療終了となるが、その5ヶ月後より再び不登校となり休学。18歳で治療を再開した。独語、空笑、関係妄想、易怒性が著明であった。

32歳時にB病院に転院し、通院を続けていたが、40歳の時に本人自ら「5年位入院したい」と希望しB病院に任意入院となる。本人によると、入院中は作業療法や音楽療法、デイケア、レクリエーション等に参加していたが、年配者向けのプログラムが多かったため、あまり面白くなかったとのことである。

入院から約7年後、巣立ち会の作業所に体験通所を開始。10ヶ月後(47歳時)に退院し、巣立ち会の紹介したアパートに入居した。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人によると、両親が週に1度面会に来て「早く退院できるといいね」と声をかけていたが、病院のスタッフからは特に退院について勧められたりはしなかったとのことである。症状(つまらない、よく眠れない、イライラする、不安になる、死にたくなる)が安定しておらず、退院の話が出て、退院が決まると何をしてもつまらなくなり、無気力となり、退院がのびてしまうという事も数度あったとのことである。

当初は自宅への退院が検討されていたが、その後父親が病気で自宅療養するようになったこともあり、自宅への退院は難しい状況となった。家族としては、空笑のため地域生活を送る上で問題が生じるのではないかと心配から、グループホームへの退院を希望していた。

病院スタッフもまた、本人の症状である空笑により、地域生活が円滑に送れないのではないかと懸念を持っていた。

2. こんな課題を持っていても、退院してがんばってます！
[事例 8]社会適応の難しい症状を抱えたケース

一方、グループホームへの入居については、都外在住者であることから都内のグループホームの利用が難しい状況にあり、グループホーム以外の住居を探す必要があった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

平成 18 年 7 月、病院のケースワーカーが「入院生活がつまらないのなら作業所に行ってみませんか」と本人を誘ったことをきっかけに、巣立ち会の作業所を見学。翌月から体験通所を開始する。通所開始当初は、本人のつっけんどんな態度が他メンバーからの反感を買ひ、スタッフに訴えがあがることがしばしばみられた。スタッフが間に入って話し合い、笑顔で返事をするなどを提案するなどの対応を行った。また、周囲が驚いてしまうほどの声高らかとした空笑も目立っており、他メンバーも本人と距離を置いて付き合っている様子が見られた。本人と話をする、本人も空笑については気にしており、空笑している時に声掛けをすることについて提案すると本人からも希望があり、スタッフが声掛けをしていくことになった。病院スタッフも、それまで本人に声をかけても「あー」「うー」という返答のみだったのが、体験通所開始半月ほどで、「そうですね」と返せるようになるなどの変化を報告してくれている。

その後、本人のペースで徐々に通所日数を増やしていったが、一時通所を休みがちになるなど意欲の停滞が見られた。そのため、退院を意識し目的意識を持って通所してもらうため、体験通所開始から約 3 ヶ月後にグループホームの見学を行った。その際には「一人暮らしもいいかなと思った」と感想を話していたものの、通所日数の増加や退院については消極的な様子であった。以後も本人の気分で通所を欠席することがしばしばであり、また頭痛等、身体症状の訴えも多く、それを理由に作業所を休むことも多かった。ショッピングに行くのを理由に休むなど通所に対する意識の低さを感じることもある一方で、通所のストレスや退院へのプレッシャーが身体症状の訴えに繋がっているのだろうかと感じることもあり、支援者としては対応に悩むこともあった。

その後、冬になって新たに始まった編み物作業に参加するようになり、それをきっかけに他のメンバーとの交流が増え、編み方を他のメンバーに優しく教える様子も見られるようになった。

体験通所開始から約半年後の平成 19 年 2 月、病院にてカンファレンスが行われる。主治医は退院に向けて進めていってよいとの判断であり、担当看護師も体験通所を始めてから、空笑をするとき皆の前ではなく、トイレの個室にこもって笑うようになったと評価していた。両親も、人目を気にするようになった、自分のこともよく話すようになった、と本人の変化を感じている様子であった。

一方、住まいについては本人が都外在住であったことから都内のグループホーム

への入居が難しい状況にあった。そのため、グループホーム以外の住居を探す必要があった。

しかし家族は、本人の空笑で周囲に迷惑をかけたり、そのことで本人が嫌な思いをするのではないかという不安を持っており、グループホームへの退院を強く希望していた。そのため退院先の住居のめどが立ちしだい、退院に向けた準備を進めていくという方針となった。

その後、巢立ち会のメンバーも入居している一般アパートに空室が出た。そのアパートは以前から不動産屋さんや大家さんが当会の趣旨を理解して下さっており、同じ作業所のメンバーも当時2名入居し巢立ち会で支援を行っていることなどから、環境的にも本人の退院先として適しているのではないかと考え、病院のケースワーカーを通じて家族に上記アパートへの退院を提案してもらった。しかしグループホームへの退院を希望していた家族は、一般アパートへの退院の勧めを非常にプレッシャーに感じたようで「そんなに退院させたいんですか？」と反応することもあった。病院から話をする、病院から追い出そうとしていると感じられる様子であったため、巢立ち会から家族にアパートを見学してもらうことを提案し、そのアパートに同じ作業所に通うメンバーが住んでおり心強いこと、制度上のグループホームではないがグループホームと同じように職員が支援を行うことなどを説明することにした。そのアパートへの入居について本人に話を持ちかけると、「いつでも入りたい」と前向きな様子であった。

平成19年5月、本人、両親、同アパートに住んでいるメンバー2名、病院のケースワーカー、巢立ち会スタッフでアパート見学を行う。まずはすでにそのアパートで暮らしているメンバーの部屋を見学し、それぞれの暮らしぶりについて教えてもらった。その後空室を見てもらい、支援体制について説明したり、体験外泊を何度か行いながら、徐々に退院の準備を進めていく予定であることなどを伝えた。その話を聞いて両親は「よかった」と安心した表情を見せ、居室についても、本人、両親ともに気に入った様子で、賃貸契約を結ぶことが決まった。その後体験外泊も順調に進み、体験通所開始から約10ヶ月後の平成19年6月に退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院時のカンファレンスで「作業所をしっかりとがんばりたい」と力強く話した本人は退院後、作業所を休むことは少なくなり、きちんと通所を継続している。週1回外来に通院し、訪問看護も受けている。また当会の夕食会にも週1回参加している。

家事なども自分でこなし、「掃除や洗濯、自炊など面白い、今の生活(アパートでの生活)の方が楽しい」と話している。また、外に出かけることが好きな様子で、体験通所中も「新宿に行くので」と通所を休むことがあったほどであったが、退院後も一人で気ままにショッピングを楽しんでいる様子である。また、毎週土曜日には実家に帰り、

家族との交流も続けている。

本人は、作業所が好きな様子で、「しばらくここで働きたい」と話している。朝のミーティング前や昼休みには自分で音楽をかけ、音楽に合わせて踊りを楽しんでいる。また、以前は他人に対しあまり関心を持っていないような様子だったが、「〇〇さん今日来てないの？」とポツリと話されることもある。他メンバーより本人が掃除をしないことについて苦情があがっても、動じることなく「やらない」ときっぱり返すなど、自分の意思を曲げてまで協調してやっていこうとはしないものの、退院前に比べて、自分から挨拶をするようになる、ミーティングにきちんと参加する等の変化が見られている。出身病院の職員を対象にした出張講演に参加した際には、2 時間ものあいだ声を出したり立ち上がったたりすることもなく一番前の席できちんと話を聞き、自分の出番には前に出て大勢の職員に向かってしっかり話をするという見違えた姿に、入院中の彼女のみを知る職員はすっかり感動していた。

また、実家に週末帰省する際に、靴をそろえるようになるなど、細かい所に気がつくようになったという両親からの報告もあり、家族も本人の変化を感じている様子である。

空笑に関しては、退院後も変わらず継続しているが、周囲から声をかけられるとぐっとこらえるようにしたり、トイレにこもって笑ったりするなど本人も抑える努力をしている。周囲のメンバーも本人への声かけを続けてくれている。地域からの苦情などは今まで 1 件もなく、現在のところ問題なく生活を送っている。

④考察

本ケースは、「周囲が驚いてしまうような声高らかとした空笑」を持っているため、地域での生活が円滑に送れないのではないかと家族や病院の懸念から退院が難しいとされていたケースである。空笑については退院した現在も続いているが、本人も抑えようとしたりトイレで笑うなど努力しながら生活を送っている。

本人が空笑を気にするようになったのは、作業所への体験通所を始めてからである。病棟では本人の空笑について、「いつものこと」と認識し、声をかけたり抑えるよう促すことも少なかったようである。作業所では、空笑のときには声をかけてほしいと本人も希望し、スタッフとメンバーで声をかけていくことになった。作業所で他のメンバーと一緒に活動をしていく中でその環境に自ら適応していこうとするということは、とても大きな変化であり、その結果本人も症状と距離が取れるようになってきたのではないかとと思われる。周囲のメンバーも本人と過ごすうちに、本人の症状にだんだん慣れていったように感じられる。

また空笑については、本人というより病院側や家族の心配が強かったが、家族に一般アパートでもグループホームと遜色ない支援が受けられること、同じアパートに同じ

作業所に通うメンバーが住んでいること、大家さんや不動産屋さんも理解して下さっていること、病院からも訪問看護などの支援が受けられることなどを確認したことが、家族の不安の解消につながった。またアパート生活の中で万が一周囲に迷惑をかけてもサポート体制がしっかりしていることを、両親に実際に目で見て確認してもらったことが、安心感につながったものと思われる。

強い精神症状があっても地域生活をすることを前提として、本人と周囲が空笑と向き合っていた結果、本人、家族、病院、支援者のすべてが安心して退院に踏み切ることができた。実際に退院してアパート生活が始まると、支援者側が「なぜあんなに心配をしていたのだろうか？」と思うくらい順調に生活している。退院を阻害する要因とされていた空笑は現在も続いているが、それが地域生活上の問題になることは全くなかった。

空笑は確かに退院を阻害する要因となっていた。しかしそれにどう向き合うか、その姿勢が問われたケースではないかと思われる。

3. 退院はゴールではありません！

試行錯誤と新たなチャレンジは続く！

[事例 9] 怠薬により入退院を繰り返したケース 72

体当たりでスタッフとの信頼関係を築いた S 氏

キーワード【服薬、訴え、不安、3 度の再入院、怠薬、処方変更、スタッフへの告白】

[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース 77

本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携

キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】

[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース 85

こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く

キーワード【アスペルガー障害、退院・就労に対する強い意欲、周囲の見守り】

[事例9] 怠薬により入退院を繰り返したケース

体当たりでスタッフとの信頼関係を築いたS氏

キーワード【服薬・訴え・不安・3度の再入院・怠薬・処方変更・スタッフへの告白】

A・S氏、38歳、女性

診断名：統合失調症、精神発達遅滞

入院歴：入院回数3回、総入院期間1年3ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

東京から遠く離れた地方の町で、同胞4名の末子として出生。小学校4年時より特殊学級に通う。高校は全寮制の養護学校に入学した。本人によると、高等部1年の頃より火の玉やいないはずの人が見え、かなり辛かったとのことである。

養護学校卒業後は、10年間ビニール加工工場にて働いていた。その間、暴走族に入りバイクで走り回り、喧嘩もよくしていたとのことである。29歳の時、姪（長姉の娘）の誘いもあり長姉を頼って上京、その後清掃などのアルバイトをしながら長姉宅で暮らす。

34歳時、「2人で腕を切れば何も怖いものはない」といったような幻聴が頻繁に聞こえるようになり、この頃から度々リストカットをするようになった（本人の言葉では「リストマンになった」）。「電車で悪口を言われるような気がする」といった幻聴や妄想も出てきており、仕事でも気になり、姪が通院していたA病院精神科を紹介され、初めての受診に至った。その後約2週間通院を続けるものの良ならず、A病院に入院となった。

入院から8ヶ月後、巣立ち会の支援を受けて、援護寮に退院し、退院から4ヶ月後、巣立ち会のグループホームに入居した。

②巣立ち会へつながった理由

A病院入院中に薬物療法にて症状が回復した頃、S氏は退院に非常に前向きになっていた。しかし、1人暮らしをするには自信がまだもてず、姉との同居生活も難しい状況にあったため、病院のケースワーカーがグループホームを運営する巣立ち会へ入居相談をし、グループホーム入居を前提とした巣立ち会との関わりが始まった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

A病院入院後、5ヶ月目より作業所への体験通所を始めた。何にでも興味を持ち、

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 9] 怠業により入退院を繰り返したケース

仕事を覚えるのも早かった。道を覚えるのも得意とのことで病院から作業所までの道もすぐに覚え、同じ病院から体験通所している地理に不案内な利用者に付き添ったりしながら、週 4 回安定して通所していた。

作業所通所の安定と、本人の積極的な作業所での様子や、意欲的に何事にも取り組む様子を受けて、比較的早い段階で退院の検討がなされた。グループホームへの入居という話もあったが、居室の確保に数ヶ月かかる予定であったため、通所開始まもなく援護寮のショートステイを利用し始め、作業所通所開始から 3 ヶ月後に援護寮へ退院となった。グループホームの準備が整ったらグループホームに入りたいとの希望があった。

(2) 退院後、現在まで

<退院直後>

退院後もほぼ毎日作業所に通っていたが、援護寮が作業所のすぐ近くに位置しており、すぐに帰れることや、自室での一人の時間が寂しいこともあってか、作業時間が終わってもいつまでもスタッフと話をし援護寮になかなか戻らないという日が多かった。「スタッフにいつも自分を見てほしい」という思いが強かったようである。

作業所には、A 病院から体験通所をしているメンバーが数名おり、彼らと日中は仲よく過ごし、援護寮での生活を続けていった。一方で、グループホームの準備は進み、同じ A 病院のメンバー数名がグループホームへ退院することがほぼ確定していた頃、S 氏も予定通り同じグループホームへの入居準備を開始した。S 氏は喜んでおり、体験外泊の際も「次の体験外泊はいつ？」と楽しみにしている様子があった。順調に準備は進み、援護寮入所後 4 ヶ月でグループホームへ入居となった。

<グループホーム入居 1 年目>

グループホーム入居後 1 ヶ月頃より調子を崩し始める。夜になると不安、眠れない、朝起きられないといった訴えがあった。援護寮では喫煙所も共同であり、夜タバコを吸いに行くと誰かがいたが、一人で暮らすのは今回が生まれて初めてという不安もあり、「グループホームはいつも一人なので寂しい」、次第に「家のコンセントに盗聴器が付いているわけないよね」と口にするようになった。また、生活においても金銭管理が難しく、毎月の生活費として生活保護費と作業所の工賃をどう使い分けていくかなど、具体的な金銭の相談をしながらの日々だった。(実際、入居当初から貯金はゼロに近く援護寮への支払いも滞っていたため、やりくりは大変だった。)

夜の不安も解消されなかったため、援護寮のショートステイを 2 回にわたり利用したが、状態は改善されず、入居後 2 ヶ月で A 病院へ再入院となる。

2 ヶ月間の入院を経て退院しグループホームに戻るが、朝起きられず作業所に通所

できない日が多かった。体験通所していた頃のような意欲、行動力も薄れ、元気がなく、いつも不安を抱えているような表情が続いた。反面、調子の良い日もあり、そうした時は作業所の仕事以外の仕事もしたいという希望もあった。そのように状態の安定しない日々が退院から5ヶ月ほど続いたころ、市内の3ヶ月限定の障害者雇用の面接に合格し、図書館での仕事を週2日始めることとなった。仕事は楽しいようであったが、調子に波のある状態は続き、時折頭の中で「やっちゃえ」などの幻聴が聞こえることもあり、薬を変えてもらうなどしている。

一方生活面では、足の皮膚がひどくただれてしまうなど、風呂に入っていない様子（S氏は毎日ちゃんと風呂に入っていると言う）が見られ、皮膚科への同行や風呂場の掃除をスタッフが手伝っている。調子の悪い理由を聞いても「わからない」「薬は飲んでいる」との返答だった。何をすることも行動がゆっくりで、食事を摂る気力のない時もあった。しかし体重は増える一方だった。つらそうな時にどうしたのか聞くと「幻聴がひどくてつらい。ずっと続いている」と言葉少なに答えが返ってくるという状況。S氏もこのままでいるともっと悪くなりそうなので、入院した方が楽だと考えているようだった。障害者雇用が終了した翌週、A病院へ2回目の再入院となった。2回目の退院から8ヶ月が経過していた。

支援者側は、生活面と仕事面の両方で支えていくなかで、S氏の退院前と後の意欲、様子の変化に多少の戸惑いを感じていた。退院前のS氏を見る限り、S氏には十分能力があり、生活も仕事も一人でやっていく力があると信じていたため、「S氏はメンバーの中心となって活躍してくれる」という大きな期待があった。そのためか、退院後必要となってきた支援の多さはスタッフに対する依存ではないか、と感じる思いがあった。実際体調不良で不安定な状態が続き、スタッフもその原因がつかめないまま、休息入院となった。

<グループホーム入居2年目>

2回目の再入院では、当初2ヶ月～3ヶ月で退院する予定であり、入院2ヶ月目より体験外泊を始めた。しかし、外泊中にも「携帯電話が盗聴器にみえる」「退院してまた幻聴がひどくなったらどうしよう」との相談があった。夜不安になった時にすぐに相談できる人がほしいという希望もあった。S氏は、漠然とした不安をスタッフの近くに居て、話をすることで対処しているように思われた。これまでの経緯から、S氏は不安を抱え込むと具合が悪くなることが予想されたが、24時間体制でS氏の支援することは不可能であり、一人で過ごす時間への対処能力を高めていってもらう事が課題となった。また、不安になり誰にも相談できない時は、『不安な事柄をノートに書きとめて後日相談する』という方法を提案した。そうすることで常にS氏の側に居て、S氏だけの支援をすることはできないが、S氏の思いを理解しともに不安に向き合っていく、という姿勢を示

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 9] 怠薬により入退院を繰り返したケース

した。

その後「切っちゃった」とリストカットした浅い傷を世話人に見せるといった行為があり、体験外泊は中止。しかしグループホームの退居期限が迫っていたこともあったため、3回目の再入院から6ヶ月後に不安を残しながらも退院となった。

3回目の退院後1ヶ月して変更になった薬で朝の眠気がなくなり、その頃より調子は良くなっていった。同時期に交際相手もできたとのことで、世話人への相談回数が減り、作業所への通所も安定してきた。夜も不安になることはなくなった。なるべくお金を使わずに、レンタルショップや図書館でCDやビデオを借りてくる方法を覚えたことも大きかったようである。自分なりに生活を立て直す工夫をしているようだった。

退院後3ヶ月、すっかり落ち着いた頃、入院中から書いていたという日記をスタッフに見せに来た。当初は不安なことを書き、現在では毎日の様子を数行ずつ日記として書いているとのことだった。その後も時々スタッフに日記を見せに来た。その際にはノートを見ながら話を聞き、ノートに一筆コメントを書くことを続けた。そうすることで不安を共有し、「見ているよ」というサインを送り続けた。S氏はノートに書いて気持ちを伝える方が、会話のきっかけを見つけやすいようだった。そのやり取りを続ける中で、日常の生活や作業所での苦労など、様々な話をするようになった。以前は、何も言わずスタッフの側からずっと離れようとしないうことが頻繁にあったが、「見捨てられたくない」「自分を見てほしい」という気持ちも直接表現するようになった。S氏のことを応援していることを伝え、ノートを持ってきた折にはじっくり話を聞くようにした。ようやく、スタッフとS氏の双方が関係を築き良い距離を見つけられ始めた気がした。

<グループホーム入居3年目>

こうして2回の入退院を経験し、グループホーム入居3年目を迎えた頃、スタッフは本人から「皮膚科に通っていた時、風呂に入っていると言っていたが本当は入っていなかった」「再入院になった2回とも、1ヶ月くらい薬を飲んでいなかった」などと告白された。1回薬を抜いてみたところ眠れたため、「飲まなくてもいいのでは？」と思い飲まなくなっていったとのことであった。2回目も同じ理由で飲まなくなり、1か月分飲まなかった薬は、ゴミとして捨てていたとのことであった。S氏からその事実を聞かされた際は多少の驚きはあったが、2年経ってようやくそうしたことをスタッフに伝えてくれるようになったことは、双方の信頼関係が築けてきた表れでもあると受け止めた。S氏は2年という時間をかけ、2度の入退院を繰り返しながら、スタッフはその度に病状の不安定さを含めS氏を受け入れながら、正に体当たりで互いの関係を模索してきた結果であった。S氏の中でも再入院した時のような「辛い思いはもうしたくない」という気持ちが強く、自分の調子の維持のためには服薬は欠かせないことが認識できてきたようだった。「今の薬は飲んでいて、すごく調子がいい」とS氏は言い、スタッフ側も『薬を止めて

再入院になるのはもったいないですよ』と気軽に服薬について声をかけられる関係となっていた。

3年目に入っても、お金のやりくりや対人関係など様々なことで不安になり、調子を崩す事は何度もあったが再入院には至っていない。「もう入院するのは嫌、薬はちゃんと飲みます」と明言し、服薬はしているようである。作業所にも安定して通所し、現在は作業所通所の他に、週4日ファミリーレストランで開店前清掃と厨房の仕事をしている。仕事が楽しく、もっとできる仕事を増やしていきたいと将来への希望に拡がりが出てきたようである。そのためにも、調子の良い状態を維持したいと日々頑張っている。人見知りではあるが、気さくで明るい人柄は他の人と打ち解けるのも早く、他の人の役に立つことが嬉しいという気持ちが人一倍強いことも手伝って、様々な場面で人から頼られる存在となっている。スタッフも、S氏の力を存分に発揮してもらおうべく、他の利用者の通院付き添い、道案内や、新しい入居者の相談役になってもらうなどの機会を増やしている。仲間に節約の方法や料理の方法を教えもらいながら、生活にも工夫をしている。料理のレパートリーも増えたようで、今は節約をするのが楽しいとのこと。生活に楽しみを見出しながら暮らしている。

④考察

支援者としての距離のとり方、関係の持ち方を考えさせられ、工夫、努力を要した。結果的に調子を崩した原因は「怠薬」であったが、調子の悪さと怠薬が本人のなかで結びつかず、支援者もそれに気付かなかった。S氏が様々な形で「自分を理解して欲しい」「受け止めて欲しい」というサインを送っており、そのひとつが調子の悪さに表れたのだと思われるが、それを支援者が受け止めきれずに2度も再入院してしまうことになった。体調不良を訴えられた際、その原因はどこにあるのか、「訴えている」事実のみ焦点をあてずに考えていくことが必要だった。

しかし、入退院をくりかえしても、帰る場所、受け入れる環境を示して根気良く付き合ったことは双方にとってよい成長を促したと考えられる。

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

本人・病院・グループホーム・作業所…それぞれの努力と葛藤、そして連携

キーワード【ひきこもり、衝動行為、頻回の入退院、病院・関係機関との連携、居場所、仲間の存在】

N・O 氏、45 歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：8 回、計 3 年 6 ヶ月

経済状況：生活保護

① 経歴

昭和 37 年、東京都にて同胞 5 名の長子として出生。中学生の頃より学校に行きたがらなくなり、高校在学中にはうつ状態となって高 3 の夏休みは一步も外に出ないなど、ひきこもりがちな生活となる。ぎりぎりの単位は取得して卒業したものの、卒業式の日から約 2 年間は大学受験のための 2 日間を除き一步も外出せずに過ごした。その間に母はアメリカに仕事を見つけ単身渡米、その後はたまに電話でやりとりするだけで会っていない。

ひきこもり生活を続けていた 20 歳頃に幻聴、幻視が出現。父が A 病院に連れて行きそのまま初回入院となる。2 ヶ月半で退院した後すぐに働き始めるが、副作用の辛さによる服薬中断により、その後 2 度の入退院を繰り返す。3 度目の入院中、患者間のトラブルにより B 病院に転院となる。

24 歳で B 病院から退院した後には働いて貯金をし、アパートを借りて実家を出る。本人によると、3 度目に入院した際に薬を飲まなくなって再発入院した人がたくさんいたことから服薬の重要性を感じ、副作用は辛かったもののきちんと服薬するようになったとのことである。その後働きながらの一人暮らしを 10 年以上継続した。その間、建設業の現場監督や電気工事、道路工事など仕事は変わり、正社員やアルバイト、日雇い労働など雇用形態も変えながらも、毎日仕事には行っていた。本人によると、「仕事だから」、「生活費を稼がなくてはならない」という気持ちが強く、薬の副作用による眠気が強くても無理して起きて仕事に行っていたとのことである。

しかし不況のあおりによる会社都合での離職などを繰り返すうち、再びひきこもるようになり、生活保護受給開始となった。生活保護受給開始直前は本当にお金が無く、1 週間に 1 食しか食べられないような状態だったが、生活保護を受けることは本人にとって「情けない」「だらしがない」「みっともない」ことであり、受給の開始に至ったことは大きなショックであったようである。

その後作業所への通所も開始するものの、両大腿骨頭壊死の手術を契機に通所が途切れてひきこもるようになる。保健師の同行受診支援なども受けるが、その後通

院が途切れ、保健師や作業所職員の訪問にも応じなくなって生活保護ケースワーカーの同行により受診、5度目の入院を行う。本人によると、皮膚疾患が全身に広がっており主治医から皮膚科への入院が必要と言われたが、皮膚科の病院で「精神分裂病」「生活保護」ということを知られたくないと思い、自らB病院への入院を希望した。しかし実際入院してみると非常に強いストレスがあり、院内で衝動行為を起こしてしまうなど精神的にも状態が悪化し、1ヶ月の予定だった入院が長引いてしまったとのことである。約3ヶ月後に退院するものの1ヶ月で作業所通所が途絶え、徐々に通院も途絶えがちになって退院から約6ヶ月後に6度目の入院となる。

その後、約6ヶ月で退院したものの、再びひきこもり、通院もままならなくなって断薬。食事も摂らずに寝ている状態となる。本人によると、その時は億劫で食事を買うに行く気力がおきなかったうえ、皮膚疾患により全身がただれていたため、人に見られなくて外出しなくなっていった。主治医、病院のケースワーカー、生活保護の担当ケースワーカーが定期的に本人宅を訪問していたが、その訪問にも出てこなくなっていったため、病院のケースワーカーは単独での訪問も行い、本人に頼まれて食べ物を買って届けたり、郵便受けの隙間から覗いては本人の安否確認を行ったりもしていたという。主治医らが最後の訪問をした際、久しぶりに出てきた本人は、著しく痩せて餓死寸前（身長179cmで体重32kg）の状態になっていた。また皮膚疾患も悪化して全身がただれた状態となっていたため、主治医より入院を勧め、本人も同意したため、7度目の入院に至る。

7度目の入院中に、それまで住んでいたアパートが取り壊しになったため引き払い、皮膚疾患の問題も考慮して浴室付きのアパート（住宅扶助基準を上回る家賃の物件）を病院スタッフが探し、生活保護の担当ケースワーカーらとも調整して退院・入居を予定していた。しかし契約直前になって福祉事務所から住宅扶助基準額までしか支給できないと言われ契約不成立となって退院自体が頓挫した。その後もアパート探しが難航し、住居がないために退院できない状態であったため、巢立ち会の地域移行支援を活用することになった。

②退院ができなかった・難しかった理由

数ヶ月の入院治療で退院は可能であったが、退院すると間もなくひきこもりがちになり、食事や入浴など最低限の生活も困難になって、（服薬の意思はあるものの）通院ができなくなって病状再燃、再入院にいたるということを繰り返しており、特に最後の入院前には餓死寸前の状態も経験していたため、病院のケースワーカーらは退院後の継続した支援の必要性を感じていた。

また、本人の生活を維持するのに必要な条件（通院可能な地域、浴室付きなど）を満たした住居を住宅扶助基準の範囲内で確保するのが困難なため、退院が出来ない

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

状況にもあった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

< 巣立ち会の支援を受け入れる >

入院から 8 ヶ月後、巣立ち会の退院促進事業の紹介を受けた本人はインテークを受けた。住居提供の条件としてあげられた作業所への体験通所について本人は「作業所で体を慣らしてから一般就労しよう」と、抵抗なく受け入れた。

体験通所開始直後は、作業は何でもそつなくこなすものの、他人の様子を窺っているような様子で、感情表出もなく、他人から話しかけられると小さくうなづく程度といった状態であった。本人は、作業がつまらなく、内職も「簡単すぎて、自分はこんなことをやるようになったのか…と辛かった」と振り返っている。それでもとにかく退院するためにと頑張って通所し、徐々に場にはなじんでくる。その後、病院スタッフと巣立ち会スタッフとの話し合いで、これまでの入退院のパターンを踏まえ、グループホームへの入居を本人に提案する。本人としては、夕食会への参加や世話人の居室訪問などルールや束縛のあるグループホームへの入居には不本意な思いがあったものの、「これが（退院の）最後のチャンス」との思いから入居を承諾した。その後、一時は作業所を無断欠勤することもあったが、面接を重ねる中で作業所への通所を継続。夕食会への体験参加、体験外泊、必要な生活用品をそろえるなどの支援を受けて、作業所への体験通所開始から 6 ヶ月半後、グループホームに退院する。

(2) 退院後、現在まで

< 退院を喜んだのも束の間… >

「プライバシーと自由を取り戻した」と退院を心から喜んだ本人は、意欲的に週 4 日の通所を行った。退院後急激に表情もよくなり、発言も増えたのを見て、支援者は別人かと思うほど驚くとともに、喜びを感じた。作業所や週 2 回の夕食会で他のメンバーから声をかけられることも増えていった。本人は、世話人、病院のケースワーカー、訪問看護の定期的な居室訪問も渋々受け入れながら生活していたが、退院後 1 ヶ月過ぎ頃から不眠を訴え、生活リズムの崩れからひきこもりがちになった。そのため、主治医、訪問看護師、病院のケースワーカー、グループホーム世話人、作業所スタッフが集まり、本人も交えてカンファレンスを行う。話し合いの中で本人の意欲減退や自殺念慮も認められたため処方変更がされ、通所や夕食会参加の促しや本人との話し合いを継続していくことで一時は改善が見られる。しかし再び生活リズムが崩れ、改善の意欲もなくなり通院もままならなくなったため、その後も本人と関係者を交えたカンファレンスを 2～3 ヶ月毎に行い、その都度現状と本人の意思、今後の方針を皆で共有し

ていく。本人は「(今の生活を続けて)がんばってみたい」と話し、支援者は「このままでは入退院を繰り返していた以前のパターンになってしまう！何とかここを乗り越えてもらいたい！」との思いで支援を続けた。しかし、生活リズムはその後さらに崩れていった。

＜一度手を引き、本人の選択を迫る＞

作業所スタッフが毎日のように本人に電話をかけ、また通勤途中に本人宅に寄ってインターホンを鳴らして寝ている本人を起こして通所を促し、世話人やグループホームのメンバーが部屋まで呼びに行き、ようやく夕食会に参加、世話人や病院のケースワーカー、作業所スタッフなどが部屋まで迎えに行き、ようやく通院ができる、といった状態となった。

さらには電話やインターホンにも応答しないことが増え、通所も月に数回のみしかできなくなっていった。通院もできないためやむなく訪問看護師が薬を届けたり、世話人が頻りに合鍵で居室に入って安否確認を行い夕食会への参加を促したりといった対応をせざるを得ない状況になったため、巢立ち会で事例検討会を開き、病院のケースワーカー、訪問看護師らとカンファレンスを行った。その結果、これ以上「過剰な支援」をやめ、本人が自力でどこまで生活していけるか様子を見よう、本人が本当に困るところまで待ち、命の危険につながるような状況に陥った場合には入院として、それまでは腹をくくって様子を見よう、との方針となる。後日、病院にて本人や主治医も交えたカンファレンスを行い、その旨の確認を行う(退院10ヶ月後)。

その後、本人は作業所にはほとんど顔を出さず、世話人の呼びかけにも応じず、合鍵を使った安否確認が頻りに必要とされる状況が続く。世話人は、電話しても訪問しても全く応答がなく、本人の姿を見かけた人が誰もいないという日が何日も続いた時の不安な気持ち、本人が部屋で死んでいるかもしれないということも予期しながら合鍵を使って緊張して部屋に入った時の、真っ暗な部屋の異様な雰囲気と極度の恐怖感もう二度と経験したくない！…といった辛い思いに耐えながら、ギリギリのラインで本人を支えつつ、見守っていった。同じ思いを過去に経験してきた病院のケースワーカーは親身になって世話人の相談に乗った。関係者の間でこまめに連絡を取り合い、安否確認の立ち入りの際には近くのグループホームの世話人も同行するなど、「ひとりぼっちの支援にさせない体制」もそれを支え続けた。

本人はその後、スタッフやメンバーからの働きかけを無視することも多くなるなど、巢立ち会の支援を受け入れない状態となっていたため、あらためて本人・病院関係者・世話人・作業所スタッフ・生活保護ケースワーカーでカンファレンスを開き、本人に今後どうしていきたいのかと選択を迫る。本人は言葉で意思表示できる状態ではなかったが、主治医より生活をやり直すため一度入院してあらためて体験通所から始める

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

ことを提案し、本人も同意したため、翌週から 8 度目の入院をすることとなる。退院から 1 年 1 ヶ月後、関係者によるあらゆる支援を積み重ね、ギリギリの線まで待った上で、本人は目的を持った入院を行うこととなった。

<目的を持った入院で見違える>

入院後まもなく週 3 日の体験通所を開始し、本人は不眠や処方調整の影響に苦しみつつも毎日休まず通所した。丁度その頃作業所に導入された内職作業との相性もよかったのかもしれない。皆が苦戦する難易度の高い作業を、几帳面さと集中力を持って完璧にこなし、寸暇を惜しんで熱心に働くことで、皆から頼りにされるようになっていった。また「病院は嫌」と、作業終了後も病院に戻ろうとせず作業所に残って過したり、若いメンバーのグループで公園に行き行って語り合ったりして、交流を深めていった。それぞれに葛藤を抱えながら自分自身と向き合おうとしている「自分のことを話し合える仲間」との交流が彼を支えていくようになった。また安定した通所を続ける中で、作業所における存在感も増し、メンバーとの会話も徐々に増えていった。新たに導入した新薬(エビリファイ)の効果も感じられるようになり、入院から約 2 ヶ月後、カンファレンスを経て退院となる。

<新たな一歩を踏み出す>

本人は退院の当日、早速作業所に通所し、メンバーミーティングで照れながらも「ひきこもりが治ったので退院します。これからはひきこもらないように毎日通所して仕事します」とメンバーの前で宣言、皆から大きな拍手で祝われた。退院後は、眠剤を飲まなくなると起きるのが辛くなりながらも、作業への責任感やひきこもり生活に戻ってしまうことへの恐れから、何とか通所を継続した。休憩も取らずに作業を続け、残業までしようとするほど精力的に、また全体の流れを見て動きながら作業を行い、スタッフ顔負けの責任感と確実性を持って作業に取り組んだ。本人の仕事に対する姿勢を見て、スタッフは一般就労を勧めて行きたいと感じていた。

<衝動行為の出現と対処>

一方で、本人は退院から 1 ヶ月の間に 2 度、作業所にて衝動行為(急に怒り出し机を蹴って壊す、ものを投げつけて食器を割るなどの行動化)を起こした。その都度すぐに緊急メンバーミーティングや面接を行い、本人と話し合った。行為はいずれも人にケガをさせるような可能性は避けた形で起こされており、本人の気持ちも理解はできるものであったが、理由はどうあれ衝動行為を繰り返すようでは作業所に通ってもらえなくなることを伝えた。一方、衝動行為出現の背景として薬の影響を疑い、関係者とも連絡を取りあい、臨時受診をして本人から主治医に事情を説明し処方調整を行ってもら

うよう働きかけた。主治医はその都度処方調整していった。

その後も本人は遅刻したり、電話で促されたりはしながらも毎日通所を続けた。再入院前とは異なり、本人が通所していないとメンバーの誰からともなく「Oさんどうした?」「来てないね」と声が上がり、メンバーが自分の携帯電話から通所を促す電話をかけてくれたり、昼からではあってもメンバーミーティングに間に合わせようと汗だくで自転車を飛ばして作業所に向けつけた彼を皆が拍手で迎え入れたり…と、メンバー皆が必死にがんばっている彼のことを応援しているのが伝わってきた。

またこれまで入院中も含め繰り返されてきた衝動行為にもつながる「イライラ感」について、これまで物に当たったり、深酒して紛らわせたりするような対処法しか持たなかったO氏は、徐々に担当の訪問看護師には相談をすることができるようになっていった。「ウン」とか「イヤ」といった以上の意思表示すらままならなかった本人が「人に相談できるようになる」というのは極めて大きな変化であり、病院関係者も驚いていた。本人も「相談できる人ができたことはよかったと思う」と振り返っている。様々な看護師が交代で訪問するそれまでの体制から、新しく設置された地域支援担当の部署に配置された専任の看護師が固定で対応し、常時相談を受け付け、緊急時には訪問もしてくれる体制となったこと、さらに同性で「趣味も合う」とO氏がニヤツと笑う、話しやすい看護師のキャラクターも本人の心を開かせる一因になったものと思われる。

さらに病院スタッフ・世話人・作業所スタッフが情報を共有しながら本人とその都度話し合い、支援を行うことで、O氏は徐々に自分の気持ちを伝えられる相手を増やしていった。「イライラ」の原因についても、言語化し、対処方法や本人の求める支援などについて一緒に考えていくことができるようになった。退院から約2ヵ月後、本人・世話人・作業所スタッフで話し合いを持ち、「グループホームを出てアパート生活をする。福祉予算に依存する身から貢献する身になる(一般就労)」という本人の目標に向け、協力して課題に取り組んでいくことを確認した。その後O氏は熱心に通所を続け、翌月には週末の外部での販売活動への参加も含め、ひと月に26日通所という記録もつくるほどになる。

しかし話し合いから1ヶ月後、処方調整もしながら生活リズムの崩れと戦っている中、彼はグループホームの夕食会にて再度衝動行為(飲み物などを手で払いのけ、テーブルをひっくり返す)を起こし、そのまま部屋に引きこもった。自分の起こしてしまったことにひどく落ち込み、意欲を失いかけそうになっていたO氏とスタッフは向き合い、自分を大切に、諦めずにやっていくことを確認した。

本人は現在もなお、落ち込みとひきこもりがちな症状、怒りと衝動行為を恐れる気持ち、切望と不安など、葛藤する様々な気持ちと戦いながら、それぞれの支援者からの続けたサポートを受け、また「一般就労した後も関係は持ち続けたい」と思える大切な居場所となった作業所の仲間にも支えられつつ、地域での生活を継続している。

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 10] ひきこもりにより入退院を繰り返してきたケース

困難と闘いながらも、毎日仲間と公園で語り、スタッフとも笑顔で話すようになったO氏は、出張講演に参加し学生の前で自らの体験談を話すなど、新たな経験へのチャレンジも始めている。

④ 考察

これまで本人に対し、主治医、訪問看護師、病院のケースワーカー、生活保護の担当ケースワーカー、グループホームの世話人、作業所スタッフなど、多くの支援者がそれぞれの専門性を尽くし、時には業務の範疇を超えた支援をも厭わず支援を行ってきた。自分なりのスタイルと優れた能力を持ち、人一倍努力家でありながら、自分一人の力だけで生きていくのは難しい、繊細な心と心根の優しさ、どこかつかみどころのないミステリアスな魅力を持つ彼は、多くのスタッフの心をつかみ、その支援の力を引き出してきた。また作業所の仲間やボランティアなど、多くの人の力も得ながら、彼は自分ひとりの力では解決困難であった病気に基づく困難を乗り越え、劇的に自分の人生を変えてくることができたと考える。

言語表出もなく本音や希望の見えなかった本人に対して、過去に餓死寸前になったという経験もあり、支援者はどこまで本人の意思に任せてしまって良いのか判断が難しく、時に「支援者の不安に基づいた援助」がなされてきたという面も否定は出来ないであろう。しかし様々な支援者が連携して提供する支援をさんざん尽くしても効果がないことを確認した上で一度は手を引き、本人の意思を明確にした上で「目的を持った入院」を行うことによって、初めて本人と支援者との歯車がかみ合ったといえる。これまで繰り返されてきた「やむをえない再入院」とは異なり、本人・支援者で課題と目的を共有した上での積極的な「入院」の活用は、本人にとって非常に前向きな意義を持つ結果となった。

O氏の変化の背景には、薬の影響をはじめ、様々な要因の存在が考えられるが、本人が自ら帰属感を持てる「居場所」を得られたこと、そしてコミュニケーション能力を高められたことの意義は見逃すことが出来ないものと思われる。作業所では、O氏が関心を持つ「仕事」や「レクリエーション」などを媒介としながら、本人の力を引き出すとともに、本人とのコミュニケーションを深められるよう働きかけをしてきた。また、O氏の持つ課題を作業所全体で共有したり、本人に対する支援にメンバーを巻き込むことなどにより、他のメンバーとの関係も築いていくことができるよう意識的にアプローチしてきた。彼は支援者の存在に加え、「仲間」のいる「居場所」を得ることによって、様々な葛藤や困難を抱えながらも、希望を失わずに頑張り続けてくることができたように思われる。またコミュニケーション能力を高めることにより、自らの思いや課題を支援者をはじめ、仲間やボランティアなど数多くの人と共有し、より多くの人と力を引き出し合いながら、自らの望む生活に少しずつ近づいてくることができた。

グループホームへの入居は彼にとっては不本意なことであり、作業所の提供する作業も彼の能力やニーズと必ずしもマッチしていたとはいえない。しかし多くの支援者を巻き込み、状況や判断、時に不安や悩みなどの感情をも共有しながら様々な支援の試みを行ってくることで、支援は本人の意思を明確にしつつ「前に進んで」くることができた。

今後 O 氏が本当に望む生活を実現していくために、本人をどうとらえ、どんな支援を提供していったらよいのか、定石はいまだ見つかったとは言えない。しかし、このように試行錯誤を繰り返してもうまくいかないことがあり根気強い関わりを必要とするケースの場合、多くの人が本人の希望や課題を共有し、力を引き出しあい苦労を分かち合いながら支援をしていくことが、燃え尽きず、諦めない支援を続けていく上で重要であるように思われる。

[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

こだわりとの格闘と試行錯誤の中でアスペルガー障害への対応にたどり着く
キーワード【アスペルガー障害、退院・就労への強い意欲、周囲の見守り】

S・K 氏、29 歳、男性

診断名：人格障害、のちにアスペルガー障害に変更

入院歴：入院回数 1 回、総入院期間 3 年 6 ヶ月

経済状況：障害年金 2 級、貯金（遺産）

① 経歴

昭和 53 年、東京都にて同胞 2 名の第 2 子として生まれる。小学生の頃は多動児と言われ、いじめにあっていた。高校生の頃から家にこもりがちとなる。その頃、友人に勧められて、週 3 回のファーストフード店でのアルバイトを半年間続けた。

その後、大学に入学したものの中退し、不安定になり、19 歳の時、家庭内暴力のため、A 病院に入院となった。

本人の入院中に両親が死亡し、退院後単身生活をするためには支援が必要とのことで、巣立ち会を紹介された。1 年間の体験通所を経て、23 歳でアパートに退院。以後も約 5 年間作業所に通所し、アルバイト就労も経験した後、退所している。

現在は姉夫婦が近隣に住み、本人を支えている。

② 退院が難しかった理由

両親が入院中に死亡しており、姉もすでに結婚して遠方に住んでいた。そのため退院後は単身生活するしかなかったが、病院としては「日常生活へのこだわりが強く、社交性も乏しい」とみなしていたため、対人関係等の社会性の獲得と生活訓練に時間をかけざるを得ないと考えていた。

本人も退院したいという意思は強かったが、自分自身に社会生活の経験がほとんどないため、単身生活には不安を持っていた。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

< 体験通所前期（体験通所開始～アパート契約まで、約半年間）>

平成 13 年（22 歳）の春に、病院のケースワーカーと巣立ち会の作業所を見学した。「デイケアと同じことをやっている場所」と説明されたので来たとのことだったが、デイケアより楽しいと言い（本人はデイケアのメンバーを「遊ぶことしか考えていない奴らで、付き合いたくない」と言っていた）、翌週から体験通所を開始する。

しかし、直後より様々な「こだわり」(本人の言葉では「マイプラン」)が出て、その度に周囲とトラブルになる。

(例 1、生活行動へのこだわり)

朝起きられず、加えて身だしなみや排便といったひとつひとつの事柄にこだわりがあり、結果として時間がかかる(普通の入浴で1時間、洗髪を加えると2時間かかる)ため、作業所に到着するのが15時近くになってしまう。そのため病棟スタッフに、定時に出発できるように本人に声をかけてもらうように依頼した。

13時に安定して来られるようになるのに半年以上かかる。その後、毎日粘り強く朝に起きるための努力を促すと、本人もその必要性を感じて努力を続け、通所開始から1年経った頃には、月に半分は午前から来られるようになる。

(例 2、音楽へのこだわり)

「作業中のBGMに自分の好きなハードロックをかけたい」と言い、ボリュームを下げようとしたメンバーを怒鳴ったり、逆に演歌やクラシック等は「こんな曲は聴きたくない」と主張したりして、スタッフが説明してもなかなか理解できず、何度も周囲とトラブルになった(アスペルガー障害の特徴である「他人への置き換えができない」ということが、本人の納得できない要因だったようである)。

また、「病院を出る前に必ずこの曲を聞いて気合を入れないと出発できない」といって遅刻するということがあった。

(例 3、虚勢を張る)

他人に何か不満があった時に、「ボコボコにしてやりたい」「蹴りを入れようと思いました」などといった表現をし、行動化はしないもののすぐに怒鳴ったりにらみつけたりするため、周囲のメンバーから白い目で見られてしまう。こうした「不良へのあこがれ」のような態度や言葉遣いも、対人トラブルの大きな要因となった。

(例 4、年齢へのこだわり)

通所開始時から「他のメンバーには25歳と伝えて下さい」とスタッフに頼むなど、自分を子供に見られたくないという意識があった一方で、「30歳までに正社員として働かなければ、自分は一生役に立たない人間ということなので死ぬしかない」といった極端な思い込みがあり、実際に他のメンバーを「働くこともできない奴ら」と表現することもあった。

本人の通所開始からしばらくの間は、本人を巡ってこれまで作業所にはなかったようなトラブルが多発し、本人と話をしても「通じない」ような状況で繰り返すトラブルが起るため、職員の側にも疲労感が広がっていた。従来の統合失調症主体のメンバーとは違った対応方法が必要なのではないかとの問題意識があり、アスペルガー障害についての文献を読んだりするなど、学習をしながらの試行錯誤を続けていた。

並行して病院のケースワーカーが退院先のアパート探しを継続するが、なかなか物

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

件が見つからず、あっても距離が遠かったり本人が気に入らなかつたりして不調に終わる。ようやく秋に(通所開始から半年後)物件が見つかり、契約をして退院準備を開始する。本人は、「退院したら作業所を辞めて就労する」という強く主張していた。しかし、そのためにはもう少し準備が必要だと説明し、退院後もしばらく作業所への通所や夕食会への参加など、巢立ち会の支援を継続して受けていくことを勧め、徐々に本人もそれに同意するようになった。

<体験通所後期(アパート契約～退院まで、約半年間)>

この頃から作業所では、週に1回の「定期面接」を開始した。

定期面接では、本人の「退院して、将来的には就労したい」という強い希望をストレングスと捉えて着目することにした。具体的には、日々のできごとを本人にノートに書いてもらい、それを見ながら本人と振り返りをおこなった。本人の話聞いて気持ちを受容した上で、生活リズムやこだわり、仕事への姿勢などについての課題に対して自己評価をしてもらい、〇×方式で目に見えるように、なおかつ経過が本人にも支援者にも(作業所の職員だけでなく主治医や家族も共有して)わかりやすい形で記録することを続けていった。

例えば上述の「音楽へのこだわり」に対して、「社会では自分の希望だけを通すことはできない。就職を考えているのならば、相手の要望も聞くようにしていくように」と伝えたり、言動についても「将来アルバイト先でキレて怒鳴ったりしたら、すぐクビになってしまう」「わからないことは勝手にやってしまうのではなく、周囲に聞いて指示を仰いだ方がいい」「時には新しい仕事にチャレンジしていくことも大切だ」という形で、就労にからめて具体的に目標を繰り返し伝えることで、自らが問題を理解して、意欲的に行動の修正に取り組むことを促していった。その結果、対人トラブルはわずかずつながらも減っていった。また、作業所での人間関係でも、本人が「先輩」と一目おくメンバーができていった。自分にはない就労経験を持つメンバーの意見には、きちんと耳を傾けるようになり、「Aさん(作業所のリーダー格の男性)のような大人になりたい」という発言が出るなど、スタッフとの一対一の関係性だけでは成り立たない「グループの力」や「ロールモデル」から学ぶところも多かったようであった。作業所のメンバーには年配者も多く、変化していく本人の態度を暖かく見守ってくれるような寛大さがあり、時折「最近頑張っているね」と本人を励ましてくれたり、社会人としての心構えなどをアドバイスしてくれたりもした。

体験通所の中で本人はこれまで望んでも得られなかった社会経験を得ることができ、同時にそれがスムーズな地域生活への移行にもつながっていった。それ以外にも、この期間中に次のような本人のストレングスや環境を確認することができた。

・金銭管理や掃除、洗濯は、一つ一つにこだわりがあるため時間がかかるものの、体

験外泊中から問題なくこなせていた。

- ・職員によるアパート訪問や夕食会、ナイトケアを利用することなど、職員やサービスへの抵抗感もなく、特に主治医に対しては絶対的な信頼感を持っていた。
- ・姉も大変協力的で、時には厳しい表現ながら本人を励まし続け、連携もスムーズに進んだ。

そのような中で、通所開始から1年、アパート契約から5ヶ月経った翌春、近隣のアパートに退院することができた。

(2)退院後、現在まで

退院後 3ヶ月ほど経つと、一時的に生活リズムが崩れてきて、午後からの通所が増えてくる。9時半のミーティング開始時間までに来られたらカレンダーに○をして、できなかった日には×をつけるという形で、「開始時間までに出勤」という課題に対して目に見える形でのわかりやすいフィードバックを続ける。それが功を奏したのか、次第にリズムが整っていった。

こだわりについては、上述の通りメンバーとのトラブルは次第に減っていくが、代わりに今度は職員の一挙手一投足に過敏に反応するようになり、時には若い職員にうつてかかるような態度を見せるようなこともあった。その度に面接をして気持ちを聞き、対人関係についてどのように対処していくとよいか話し合いを行った。

通所開始から3年を経た平成16年の春(本人25歳)、念願の就職活動に対して、主治医の許可が出た。そこで、担当職員との半年間の就労準備訓練を行った。「時間を守れたか」「荒っぽい言動はなかったか」「あいさつはできたか」といったことを日々の行動のチェックリストとして設定し、本人と共に振り返りを行った。こだわりがあった長髪も、「就労のためなら」とばっさり切ったあたりに、本人の決意が表れていた。

そのような準備を経て、秋からハローワークに行き、実際に面接を何度か受けた結果、年末にファミリーレストランの開店前清掃のアルバイトに採用が決まった。

仕事ぶりについては、店長の評価も「時間はかかるが仕事が丁寧」と好意的であった。実際、お客様からトイレがきれいだとの投書もあったようである。しかし、2時間の仕事を終えるのに倍以上の時間かかる(給料は2時間分)ため、障害者職業センターに依頼してジョブコーチに入ってもらい、作業の時間短縮を図った。しかし本人の一つ一つの工程へのこだわりもあり、あまり改善は見られなかった。ただ、本人は気にすることなく、「年下のアルバイトの人にも、自分の障害を自然に理解してもらえた」と笑顔で報告してくれたこともあった。姉も時折自宅の夕食に本人を呼んだりして、サラリーマンの義兄からも仕事のアドバイスをもらっていたようであった。

1年間勤務したところで、次第に生活リズムが崩れてしまい、職場に行けなくなる。主治医への同行受診も行ったが、これといった原因も見当たらなかったため主治医も

3. 退院はゴールではありません！ 試行錯誤と新たなチャレンジは続く！
[事例 11] 発達障害により集団適応の困難なケース

対応ができず、職員がモーニングコールをするなどの対応も行ったものの、電話を切った後再度ベッドに戻ってしまったりして、効果が見られなかった。本人の意向で平成 18 年 2 月に退職し(在職期間 1 年 2 ヶ月)、再び作業所に戻る。

作業所への通所を再開した後しばらくは、他のメンバーを下に見るような言動が目立ったが、その都度声をかけていくことで、次第に落ち着いていった。その後、本人から「将来は事務職に就きたいので、パソコンを覚えない」との希望があったため、積極的に情報提供を行う。その中で本人が特に希望した障害者委託訓練には、職員も面接に同行し、合格することができた。作業所に在籍しながら 3 ヶ月間、都心まで通ってパソコンの訓練等を受けて、大変勉強になったとのことだった。

その後、平成 19 年 4 月より巣立ち会の作業所は障害者自立支援法上の事業所に移行することになった。それに伴い発生することになった利用料を支払うことがネックとなって、本人は作業所を退所し、現在は病院のデイケアに通っている。作業所には少なかった同世代のメンバーがデイケアには多いとのこと、元気そうにやっている。生活にも幅が出てきたようで、以前のような悲観的な将来像も聞かれなくなった。1 年間の就労体験による自信も、気持ちの余裕につながっているようである。本人は巣立ち会の作業所のことを、何か困ったことがあったらいつでも戻れる場所として考えているようで、たとえ失敗してもやり直しができると感じているようである。将来的には市内の障害者就労支援センターに登録し、就労したいとも話している。

④ 考察

紹介当初の本人を極端に言えば「自己中心的で自分に都合の良い言い訳ばかりするこだわりの強い人」であった。もちろんそれがこの障害の特徴であることは、今でこそ理解されているが、当初は別の診断名がついていたのに加え、当時(7年前)はアスペルガー障害自体があまり知られておらず、連携・相談先も見つけることができなかった。

こうした状況に対して、我々は発生した問題や課題に振り回されながら試行錯誤を続けながら対応自体を工夫して変化させていき、結果的にアスペルガー障害を実地に学んでいったともいえる。そうした職員の苦闘に加えて家族の支援や周囲のメンバーの温かい対応、そして何よりも本人の「何が何でも退院したい、就職したい」という強い気持ち、このような成功を導いたと考えられる。

現在の K 氏は、生活障害は残っているものの、人生に希望を持っている年齢相応の「青年」となっている。人は誰でも成長できるというのはピアカウンセリングの原則でもあるが、これほど大きな成長をした姿を見ることができるのは、支援者としては大きな喜びである。今後の K 氏がさらに成長して、社会参加を深めていくことを楽しみにしているところである。

4. それでも課題は残されています…。

- [事例 12]**グループホームから距離を置く方がうまくいくケース…………… 91
周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏
キーワード【グループホーム入居、作業所通所の条件、一人暮らしの実現、飛び降り、グループホーム退居、ルールのある場所、病院の反対】
- [事例 13]**現在の支援体制での限界を感じさせられたケース…………… 96
I 氏の安心できる支援体制を求めて
キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADL の自立】
- [事例 14]**退院後の自殺ケース…………… 100
3 年越しの再チャレンジで退院！地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】

[事例 12]グループホームから距離を置く方がうまくいくケース

周囲の抵抗を乗り越えアパート生活を始めた A 氏

キーワード【グループホーム入居・作業所通所の条件・一人暮らしの実現・飛び降り・グループホーム退居・ルールのある場所・病院の反対】

E・A 氏、35 歳、女性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数 6 回 総入院期間 3 年 4 ヶ月

経済状況：障害厚生年金 3 級、生活保護

①経歴

昭和 47 年、東京都にて出生。父は不明、母は A 氏と同じ統合失調症で現在都内のグループホームに入居している。出生後は乳児院にて育つ。4～5 歳で児童養護施設入所。その後里親制度を利用するも虐待を受け 1 年ほどで帰園。再度里親制度を利用しようとするも相性が合わずうまくいかなかった。中学校時代から本人の母親的存在となっている I 氏という方がおり、その方が現在でも保証人となって関わっている。本人が唯一頼れ、頭の上がない存在でもある。

高校卒業後は私立大学 2 部に進学、昼間働きながら学生生活を送った。在学中にお金を貯めて単身生活を始め、6 年かけて卒業した。この頃に S 氏と知り合う。A 氏は「おじさん」と呼んで父親のように慕い、毎週のように S 氏に会いに出かけていた。

大学卒業後老人ホームに就職するが数週間で退職、その後は職を転々とした。25 歳のころ勤務先の男性と不倫関係となり、関係が泥沼化するに従いストレスをためるようになる。この頃より幻覚妄想が出てきた。

27 歳時、A 病院に措置入院となるが、3 ヶ月後に退院した後も同じ男性との関係は続き、籍を置いた作業所にも殆ど通所しなかった。通院、服薬も中断し、28 歳 2 度目の入院(1 年 6 ヶ月)を経て、B センターへ転院。30 歳で援護寮へ入所した。当初は宗教がらみの妄想があったものの次第に落ち着き、ここで服薬の学習や自立生活に向けての練習を行った。また週 2 日、別の作業所へ通所開始している。

援護寮退所時、アパート生活にはまだ自信がもてず、グループホームへの入居を希望。作業所の通所も途絶えがちであり、日中も自室で眠ってしまうことが多く、生活のリズムが崩れがちであるという不安を抱えてであったが、31 歳時に巣立ち会のグループホームへ入居となった。(ここから巣立ち会との関わりが始まる。)同時に通院先を C 病院へ変更。作業所もグループホームから通いやすい巣立ち会の作業所に変更し通所を開始した。

作業所では当初順調な通所を続けたが、次第に通所回数が減ってきた。それでも明るい性格の A 氏は友人も多く、通所日は少ないながらも他のメンバーからも好感を

持たれていた。通所が減ってきた理由の中に「他のメンバーと同じように見られたくない」という気持ちもあったと、後に A 氏は言っている。作業所以外でも交友関係は広く、作業所に通わなくとも遊ぶ友達もおり、自由に生活をしたいようであった。

親代わりとなっていた I 氏は、日々の生活で見守る人がいないと心配とのことで、グループホームでの生活を応援していた。しかし、グループホーム入居の条件が作業所通所であったため、「グループホームにいるためには作業所に通わなければならないが通えない」というジレンマを A 氏は感じているようだった。こうした生活を続ける中で、「作業所を変わりたい」「以前入院した病院に再度入院したい」と様々な希望を出し、実際に以前入院した病院へ電話を入れたりした。A 氏なりに今の環境を変えたいと思っているようだったが、一方で安定した生活が長続きしないことを嘆く I 氏に遠慮しているようでもあった。

作業所通所ができなくなってきた頃、S 氏の紹介で以前暮らしていた場所近くにアパートの空室が出るという話が出た。A 氏は「ぜひこの部屋に入居したい」という希望を持つようになる。しかし一方で I 氏や主治医の反対を予測し悩む日々が続いた。両者とも、危なげな A 氏の生活リズムが崩れること、生活の乱れなどを危惧していた。一人暮らしを実現するために、主治医が出した条件は「3ヶ月作業所に通う」ということだった。支援側としては、作業所通所や夕食会への参加などきまりのある今のグループホームでの生活を続けるよりも、一般アパートでの生活の方が A 氏はのびのびと過ごせるのではないかという思いが強まり、「一般アパートでの生活を希望するなら応援する」と A 氏に伝え、認めてもらうためにも主治医の条件をクリアできるよう共に頑張ろうと伝えた。しかし作業所には通所できず、グループホームの夕食会を休んでは友人宅に泊まるという状況が続いていた。

グループホーム入居から1年9ヶ月後(33歳)、深夜グループホームの3階から飛び降り C 病院へ緊急入院となった。足の骨折はあったが一命は取りとめた。この時のことを A 氏はほとんど覚えておらず、スタッフはアパート生活を希望する一方で主治医の条件をクリアできずにいることで A 氏が行き詰まってしまったのではないかと受け止めた。その後、脚のリハビリも兼ねて D 病院に転院。入院が6ヶ月を過ぎたため途中でグループホームは退居となった(入居期間は2年2ヶ月)。その後回復し、入院期間1年を経て退院。以前入居していたグループホームの近くにアパートを借りて生活し始めてから、1年10ヶ月が過ぎようとしている。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人は一人暮らしがしたいとのことだった。しかし周りから反対されているので難しいと思っている様子だった。

受け入れ側の巣立ち会としても、入院前の状況からして、グループホームに戻るこ

とはまたルールのある場所で生活しなければならないことを意味しており、A 氏には不向きであることは明らかだと考えていた。I 氏も「以前から規則正しい生活を送るのが苦手。作業所も初めは楽しく通所できるが慣れると飽きて、何か理由をつけては通わなくなるというパターンである。作業所を変えても同じ」と言っている。周囲の意見に従って行動しても、結局続かなくなってしまう。ルールのある場所に戻れば、また同じように行き詰ってしまうことが十分に考えられた。また社交的で友人も多く、自ら困ったときに支援者に相談する力が充分あるため、必ずしも作業所への通所が A 氏に必要なこととは思えなかった。したがって、アパートへ退院することが最適と考えていた。

しかし D 病院の主治医は、支援者が近くに居て、規則正しい生活を送るためにも退院する場所としてグループホームが最適であり、アパート生活はさせられないとの見解だった。

③ 支援の内容と経過

(1) 入院中、退院に向けて

D 病院に入院し、6 ヶ月が過ぎたためグループホームは退居となった。退居となることに関して D 病院は「A 氏の受け入れ先がなくなる」とかなり難色を示したが、退居となっても退院の支援は続けることを説明し理解を求めた。実際今までの経過を説明し、グループホームでの生活がその入居条件やルールなどによって本人を縛り付けてしまう可能性のあること、本人の希望する生活は規則正しい模範的な生活ではなく自由な楽しい生活であり、そうした A 氏が地域で明るく生活するための支援をしたいと協力を求めた。それには入院前に A 氏が目指していたアパートでの一人暮らしを支援する必要があった。退居時は生活保護担当者の全面協力のもと、外出した A 氏と共に部屋の掃除を行い、家財道具の倉庫保管などの手配をとった。A 氏も倉庫に荷物を残しておけることで「次の退院も安心」と、将来に希望を持てたようであった。D 病院のケースワーカー、主治医、生活保護の担当、I 氏には退院後はアパート生活ができるように少しずつ働きかけていった。

退居から3ヵ月後、足のリハビリもほぼ終わり退院が可能になった。I 氏は既に一般アパートへ退院する場合、保証人になってくれることを了承してくれており、生活保護の担当者、D 病院のケースワーカーにも事情を理解してもらえたためカンファレンスに参加し、以前入居していたグループホーム近くでアパートを探し、そこへの退院を支援していくことで D 病院の主治医を説得することができた。退院後の通院先は以前の通院先であった C 病院と決まった。

今までの経過からみても、A 氏はその明るく屈託の無い性格から積極的に支援者に支援を求めることに非常に優れていた。自分の支援をしてくれる人に働きかけができることで、地域でのサポートは可能と判断した。

住居探しにはA氏に同行して不動産屋さんを回り、足の痛みが残っていたため1階の物件を探した。I氏へ保証人の書類を依頼し、契約にも同行した。こうして約1年の入院後、晴れてアパート生活を始めた。当時の交際相手も部屋の片付けなどを手伝ってくれていたが、ガスや電気の開通、電話の再開の手続きや引越しの荷物整理など不安なので手伝ってほしいと希望があった時には、一通り落ち着くまで手伝った。

(2)退院後、現在まで

退院後、グループホーム入居時に登録していた巣立ち会の作業所に通いたいとの申し出があった。退院時、主治医からは退院の条件として作業所に通うことと言われていたが、数回作業所に顔を出したものの通所は継続していない。時折ひよっこり顔を出し「薬が合わない」「休日に暇で困っている」「話し相手がいない」など相談があった。話をし出すと「D病院へ入院していた頃に面会に来てくれましたね、懐かしい」など話が横道に外れる。必ず帰り際には「行くところがなくなったら、またここに来てもいいですか」「困った事があったら相談に来てもいいですか」と確認がある。来たいと思ったら来ていいし相談にも乗るが、事前に連絡を入れるといった最低限のルールは守ってもらいたいと伝えていった。退院後しばらくして家事援助のためホームヘルパーに入ってもらうようになったようである。通院も滞りなくしていたようで、一度具合を悪くして自分からC病院に短期で入院したようである。

その後「別の作業所に通いたいが、そちらの作業所に移ったら、もう相談を聞いてくれなくなりますか？」という電話が何回か入っている。

見捨てられるのではないかと心配になったとA氏。相談する場所がなかったら相談に乗ることを伝えていった。新しい作業所へ体験を始めた時、その後正式登録になった時にも報告と上記同様の確認の連絡があった。その後も「今の作業所のスタッフに相談しづらい」と相談があり、その作業所のスタッフとの橋渡しをしたりした。

単身アパート生活を始めてしばらく経った頃から「一人で夕食を食べるのは淋しい」と、以前入居していたグループホームの夕食会に参加するようになった。参加する際には、最低限のルール(自分の食器は自分で片付ける、分担された当番は行うなど)のみ守ってもらう約束をしているが、参加するかどうかは自由である。グループホーム入居中は休みの多かった夕食会に、今では週2回必ず参加している。他の参加者と雑談をしたり、トランプをしたりして楽しく過ごしている。雑談の中では、暇な時の過ごし方や薬について不安な事をさりげなく相談することもある。

グループホーム退居後もフォローをするという姿勢で支援を続けた。退院後1年は頻繁に、グループホーム入居当時の世話人に連絡があり相談にも乗っていたが、次第に相談の回数は減り、現在では時々連絡や報告が入る程度である。困った事があると何かと支援してくれる人を見つける力があり、交友関係も広い。通院、服薬も続け

つつ、ルールに縛られることなく自由に生活を楽しんでいるようである。今後も A 氏が必要とすればフォローは続けていくが、その時々で A 氏が必要とするサービスを選んで自由に生活してもらえると良いと思う。

④考察

支援のあり方、グループホームのあり方を考えさせられたケースである。その人らしい生活の支援をすべきであるのに「正しい生活」に周囲がとらわれすぎたのではないかと考える。人々はグループホームに何を求めているのか？このケースの場合、近くで寄り添う支援より、「困った時の駆け込み寺」的な存在が必要で、逆にそれさえあれば単身で生活を送ることがもっと早くできたと思われる。

支援者は熱心に支援しようとするほど管理的になりがちである。グループホームから飛び降りた時にはそこから逃れようとする A 氏の叫びが聞こえた気がした。様々なぶつかりを経てそれに支援者が気づき、本当に本人にとって必要な支援に焦点を当てた時、病院や関係者の反対にあった。しかし「自由なアパート生活を支援する」という姿勢を貫き、引越しまで見届けたことで周囲の理解を得ることができた。地域生活をするのに必要なものは個々によって違うはずである。常識的な生活が支援者にとって「良い」ものでも、本人にとって良い生活とは限らない、ということを考えさせられた。

地域で単身生活を送りながら、どこにも所属せず、しかし必要な時には助けを求めたい当事者を誰が、どう支えていくのが今後の課題である。

[事例 13]現在の支援体制での限界を感じさせられたケース

I氏の安心できる支援体制を求めて

キーワード【支援体制、ひとりであることへの不安と緊張、ADLの自立】

N・I氏、49歳、女性

診断名：統合失調症、精神発達遅滞（疑）

入院歴：入院回数2回、総入院期間3年4ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

昭和33年、東京都内にて出生し、小学校、中学校、高校を卒業する。卒業後はパン屋に就職し寮に入る。19歳の時に母が他界。さらに20歳の頃、父が肺がんであることがわかり、看病のため実家に戻る。21歳時に父が他界。実家に住みながら、保険会社の外勤を半年、弁当屋で2年、トイレ掃除の仕事を1年ほどして働いていた。25歳～30歳の頃はI氏によると、実家を出て遊んで暮らしていた。両親の遺産で生活していたとのことである。

31歳で結婚、翌年32歳で長男を出産している。夫の経営する居酒屋を手伝っていた時期もあった。「結婚生活は楽しかった」とI氏は振り返っている。夫は優しく、身の回りのことは何でもしてくれていたとのことだが、43歳の時に離婚。I氏によると夫が居酒屋の営業をやめ家賃が払えなくなったことが原因だった。その後、元夫は他界している。元々酒やギャンブルをやっており、I氏への暴力もあったかもしれないとの話もある。

44歳で長男と母子寮に入所したものの、家事や育児ができず、長男への暴力もあって長男がI氏と離れることを希望した。その後長男は児童養護施設へ、I氏は婦人保護施設へ入所している。婦人保護施設では2人部屋だったが、ルームメイトがI氏の面倒を見るのに疲れてしまい調子を崩した。45歳のときAクリニック精神科を初診。「境界知能を背景とした人格・行動の障害」との診断でカウンセリングのみ受ける。46歳の時、妹宅で飛び降りしようとするなど不安が取れずB病院に3週間入院した。退院後は婦人保護施設に戻った。B病院のデイケアに通う予定であったが、駅で迷子になって以降不安定となり、また婦人保護施設内でもルームメイトの件など施設内での対応が難しいとのことで、2ヵ月後にB病院に再入院となった。現在は入院して2年5ヶ月が経とうとしている。入院10ヶ月目(47歳)から巣立ち会作業所に体験通所を開始し現在も続いている。体験通所期間は1年9ヶ月になる。

②退院ができない・難しい理由

本人は基本的に病院の生活が良いと思っている。入浴や着替え、掃除など、何でも他の人にやってもらうのが好き。洋服も誰かに声をかけられないと着替えず、靴下も靴も穴が開いても自分から取り替えることはなく、誰かが一緒に買いに行き、着替えを促さないと交換しない。作業所は楽しいので、病院にいながら作業所に通所したいと希望している。ただ、夜にテレビを見たいので退院したいと話すこともある。

病院としては、病状は安定しているので退院してもらいたいが、I 氏の状況を受け入れ、不安なく過ごしてもらえるような退院先が見つけれずにいた。

一方受け入れ側としては、退院後の生活面へのサポートに限界があった。体験外泊時もスタッフやピアサポーターが必ず同行しないと道に迷って帰れなくなるといった点や、火の元のチェック、体調について逐一確認しないと安全に生活できない状況があった。

③支援の内容と経緯

(1)入院中、退院へ向けて

B 病院への再入院から 8 ヶ月後(47 歳)にインテークを行う。道順を覚えるのが得意ではなく、以前に道に迷って不安定になったという経過もあったため、道順を覚えるために 2 ヶ月の準備期間を経て、更にピアサポーターに送迎してもらう形をとって通所を開始している。道を覚えてからは一人で作業所への体験通所を順調に続けた。日頃、病院や作業所内で滅多に自己主張しない I 氏が、自分のお小遣いをやり繰りして昼食を買い、その際に必ず近くのコンビニでプリンを買うことが日課となり、またそれを嬉しそうに食べる姿は、非常に印象深く支援者の目に映った。

作業については仕上がりは充分ではない面もあり、I 氏が力を発揮できる仕事を用意した。そのためか「作業所に通うのは楽しい」とのことだった。しばらくして援護寮のショートステイを利用。数回利用すると、一晩中電車の音が聞こえ眠れないとの理由で「援護寮には行きたくない」と言い出した。しかしグループホームであれば宿泊してもいいとのことで、グループホームでの体験外泊を進めることになった。

グループホームまでの道順を覚えるのにも時間を要し、完全に道を覚えてからでは体験外泊の時期が遅くなるため、スタッフ、ピアサポーターの送迎をつけるという形で外泊を始めた。1 泊目の夕食会が終わった後と 2 日目の朝にも必ずスタッフが訪問した。初めての外泊の後には「車の音がうるさく一睡もできなかった、もう泊まりたくありません」と話した。テレビもラジオも無くていいと言ったものの、実際には無くて退屈だったのが理由のようであったため、次回はテレビを入れてから外泊してはどうかと提案すると、「また外泊します」と希望が出た。どうしても見たい番組があり(病院では消灯になるので見られない)、それが体験外泊をする意欲に繋がっているようだった。道順は少しずつ一人で歩いてもらえる範囲を広げていった。緊張もあったようで、外泊日数を

増やすのは難しく、当分1泊2日で体験外泊を行ってもらうことにした。2回目の体験外泊では「テレビを見て楽しかった。また外泊したい」との感想もあった。2回目までは行き帰りの道をスタッフが付き添っていたが、3回目の体験外泊の際は最寄り駅でスタッフと待ち合わせすることにした。外泊当日、予定の時間になってもI氏は現れず、そのまま行方不明になり、深夜にB病院の最寄り駅近くの交番で保護された。道が分からなくなり、まっすぐ歩き続けたとのことであった。

その後少し期間を空けて、行き帰りの道はスタッフが付き添う形で3回の体験外泊を行った。1泊した翌日に訪問すると嘔吐物が台所一面に残っていたことが何度かあった。I氏からは特に話はなく、気持ちが悪いか聞くと首を振り、吐いたかどうか聞くと「はい」との返答だった。外泊後は表情が硬く、緊張が強い様子だった。普段から質問に対しての返事は「はい」か「いいえ」しかなく極端で、オウム返しのような返答が多かった。気持ちを汲み取りにくく、こちらから伝えたことほどの程度伝わっているか把握しにくい状況で、スタッフもどう支援してよいものか迷いながらの日々であった。外泊中にはタバコの始末、部屋を出るときの火の元や戸締りの確認も必要な状態が続いた。布団の上でプリンを灰皿代わりにタバコを吸っていたことや、退室後エアコンがついたままだったこともあった。灰皿を使ってもらうことや、火の元や戸締りをしてもらうことは何度も伝えていたが、スタッフの口調によって返事が180度変わることもあり、忘れていたのか元々理解してもらえていないのかも判断がつかなかった。

退院後にグループホームに入居するとなると、作業所に通所している日中や夕食会以外は一人で過ごすことが多く、ゴミ出し、炊事、洗濯、火の始末、着替えなど身の回りのことなどは基本的に一人でしなければならないため、今の状況では生活のあらゆる面で困難が生じることが予測された。現在のグループホームでは、夜間体制がないことも含め、I氏に24時間日常的に必要な支援体制を整えていくことが難しく、I氏が不安なく過ごせる環境を準備するのは困難な現状があった。検討の結果、グループホーム入居の話は白紙に戻すこととなった。

体験外泊をしていた期間は質問をしても無言で表情も硬まったままということがよくあった。I氏に生活面の様々なことを身に付けてもらうために、本人にやってもらうようスタッフが手を出さないでいると「怒られている」と思い、結果体が動かなくなる。「I氏自身が何から何まで一人ですということに不安を感じているのではないか」とA病院スタッフからの助言もあり、グループホームではなく、I氏が安心できる場所へ退院することを手伝っていきたいと伝え、退院先として安心な場所の条件を少しずつ聞いていった。「ご飯はみんなで食べる」「部屋は個室が良い」「夜も誰かが側にいる」「優しい人が付いていてくれる」「作業所に通いたい」など、I氏の希望する条件が分かってきた。スタッフの関わりも、何でも自分で行ってもらおうというスタンスから、難しい部分は積極的に手伝うようにしていった。次第に作業所での笑顔も増え、I氏からスタッフに

話しかけることも増えたように思う。

その後も B 病院に入院しながら作業所での体験通所を続け、I 氏の望む条件の退院先を B 病院のケースワーカーが探した。退院先として考えられる施設が見つかり見学に同行、受け入れはいつでも可能との事だったが、入居後は I 氏が一人で通院しなければならず、一人で通院するために通院先を近くの C 病院に変更する必要があった。新たに C 病院までの道順を覚えるのに時間を要していたところ、救護施設に比較的早く入所できるという話が舞い込んだ。作業所も併設しており、緩やかな雰囲気、24 時間体制という点で、I 氏の希望する条件にあった場所であり、I 氏も見学して気に入ったということで入所申し込みをした。待機中である現在も作業所へ体験通所をし、一生懸命働いている。

④考察

本人の力がどこまで伸びるのか、あるいは我々がどこまでそれを引き出せるのかを期待し支援を始めたが、グループホームへの受け入れは断念せざるを得なかった。

インテーク時より、本人の ADL 自立度への不安はあり、作業所通所もできるのかどうか疑問ではあったが、病院の「入院している人ではない」「他では受け入れてくれるところがない」という気持ちに依ってのチャレンジであった。「やってみなければわからない」という気持ちで初めてしまったところにアセスメントの甘さがあった。体験通所初期には利用者の力を借りて病院へ送迎するなど、工夫をこらした。その結果、ひとりで作業所通所ができるようになったことは大きな成果だと思うが、その反面、その時点で「グループホームでもいけるかもしれない」という安易な期待をしてしまった。そのため、スタッフの支援体制を考えてもグループホームの支援だけでは足りない方、という判断を下すまでに時間を要してしまった。「ここ以外に行けるところがないかも」という思いがここまで引っ張ってしまった原因でもあろう。

しかし、何度かの体験外泊を通して本人から引き出せた「退院したい場所の条件」はこうした時間をかけたプロセスがあってこそ知ることができたものである。それを次のステップに活かしていくべきだと思う。

[事例 14] 退院後の自殺ケース

3年越しの再チャレンジで退院！地域生活も軌道に乗り始めたところだったが…
キーワード【長期入院、モデルとなる仲間の存在、身体症状の訴え、自殺】

J・K氏、享年59歳、男性

診断名：統合失調症

入院歴：入院回数1回（途中結核治療のため一時転院）、総入院期間11年10ヶ月

経済状況：生活保護

①経歴

昭和21年、東京から遠く離れた地方の町で同胞3名の第2子、長男として生まれる。高校在学中は野球部に所属していた。高校卒業後、土木関係の養成所を経て、地元の団体に4年間勤めた後、夢を求めて上京した。製パン業や靴の業者、土木関係の仕事を転々とする。転職の理由について本人は「体力的にきつかった」「飽きた」「他に引き抜かれた」などと語っている。

38歳頃から幻聴や被害妄想が出現し始めた。「スピーカーから上京後交際していた女性の声が聞こえる」とその女性宅に押し入るようになり、46歳の時、その女性宅で乱暴しようとしたところを通報され、A病院に措置入院となる。症状出現から入院に至るまでの間も日雇い労働を続け、時にはターミナル駅付近で路上生活をしていた。

入院時、両親は既に死亡していたが、姉弟とは関係が良好であり、特に姉とは仲が良かった。姉は退院後アパートの保証人になってくれると言っていたが、脳梗塞で倒れてからは、経済的、物理的援助は難しくなっており、本人も姉に迷惑はかけられないと気遣っている。弟は、本人のまじめで努力家なところを敬っていて、良き理解者である。遠方に住んでいるため、実質的な援助や会いに来るということは難しいが、心の支えとなっていた。

55歳、病院の近くに巣立ち会のグループホームが新設されることになり、同病院からもA氏を含め数名の方がグループホームの入居候補者となった。同時に作業所への体験通所を開始するが、寡黙で他メンバーとの交流は見られなかった。そのうち「胸が痛い、心臓が悪いから退院できない」との訴えが頻繁になり、意欲が低下し、自らの意思で病院から作業所に出かけてこられなくなる。病院、作業所とも退院に向けた支援の立て直しを検討し、中断となる。

57歳頃、本人の中に再び退院したいという気持ちが徐々に強まってきた。本人と同じ病棟からグループホームに退院したメンバーA氏をモデルとして、自分もそうなりたいと59歳時、作業所への通所を希望、巣立ち会の退院促進事業を利用することとなった。

②退院ができなかった・難しかった理由

本人は前回の退院へのチャレンジ中断後、再び退院したいと希望するようになっていたが、誰かに「退院したい」と伝えたことがなかった。

一方、病棟スタッフや主治医は、院内作業療法で様子を見ながら、と地域移行支援を慎重に考えており、本人に対して積極的な退院の働きかけをすることがなかった。

③支援の内容と経過

(1)入院中、退院に向けて

新設するグループホームへの入居に向け、数人の入居候補者と同時期に、作業所への体験通所を開始する。通所先は、本人が「Aさんと同じ所がいい」と選んでいる。

前回のチャレンジ時と比べ、本人は自ら退院への希望を強く表現するようになっていた。その希望を支えようと、作業所のメンバーにも協力を依頼した。特に、本人がモデルとしていたメンバーのA氏には、部屋を訪問させてもらったり、毎日どのような作業をし、どこで食事をし、夜はどう過ごしている、などといった具体的な場面を見せてもらったりした。生活費をどのようにやりくりするかなどは、本人が病院の中で外来OTやナイトケアに通うメンバーから情報収集していたようで、かなり具体的な計画が本人の中でできていた。入居までの目標を「週5日作業所に通所する」とし、同時期に通所を開始したメンバーとも共有したことで、お互い励まし、助け合いながら、「作業所での仕事を続けていきたい」という希望を実現させていった。

グループホームへの外泊の準備は、本人と特に仲が良く、面倒見のよいメンバーと同時期に開始された。世話人から受けるひとつひとつの支援を仲間とも共有しながら、体験外泊を重ねていった。外泊中に仲間と飲酒をして注意を受けることもあったが、誘われたにもかかわらず決して他人のせいとせずという、本人の真面目で正直な人柄が、仲間との絆を深くし、より多くの支援を引き出している。体験通所開始から約半年後の平成18年6月、退院となった。

(2)退院後、現在まで

退院翌日、本人は、退院を支援してくれたメンバーとスタッフにと菓子折りを持って作業所に来所し、ミーティングで晴れやかに退院の報告をした。後に、巣立ち会の広報誌に掲載する文章を書くことを依頼したところ、関わったスタッフの名前をあげ感謝を表現し、夢が叶ったとしみじみと書き留めている。

日常生活の中では、外来受診の後薬局に寄らず帰ってしまったり、連絡なく作業所に姿を見せなかったりと周囲を心配させることは頻繁にあった。しかし、体験通所で本人の築いてきた仲間との関係を最大限に活用しながら本人が自らの力を最大限に発

揮していけるよう、スタッフは何か心配な事が起きたときにも、全てに直接介入するのではなく、ミーティングで彼の問題を取り上げたり、本人と同時に仲間への声掛けを意識したりするなど、グループに対する支援を心がけた。

時折「頭が痛い」「胸がむかむかする」と身体症状を訴え、作業所を休むこともあったが、その都度訪問看護スタッフや主治医に相談し、じっくりと話を聴いたり主治医の診察を受けると数日でその訴えはなくなり、「大丈夫」といつも通りの生活に戻っていた。

退院から2ヶ月が経過した。退院を心から喜び、仲間との生活を楽しんでいると誰もが思っていた矢先に、真夏の深夜、グループホームの屋上から飛び降り、自ら命を絶ってしまった。前日には、主治医の診察を受けており、そこで熱があることがわかり、翌日世話人が同行して内科を受診する約束をしていた。

亡くなった日の朝、作業所では、あまりにも辛く悲しい事実をスタッフからメンバーに報告した。メンバーは突然の訃報に驚き、悲しみと無念の涙を流した。そして残された者の思いを共有し、決して命を自らの手で絶てはいけないと誓い合った。午後には、弟夫妻が上京した。弟は「兄は、本当に真面目に生きてきた。口数は少ないが、数週間に一度かけてくる電話口からは、退院することができた喜びがあふれていたのに、残念でならない」と、本人の暮らしていた居室でスタッフに語っている。

翌日の葬儀にはグループホームや作業所のメンバーとスタッフら40名が参列し、本人と最後のお別れをした。遺骨は、本人の故郷に埋葬されている。数年を経た今も周囲の驚きと悲しみと、「いったいなぜ？」という思いは残っている。

④考察

作業所への体験通所という地域移行支援の入り口で、一度はつまづいてしまったケースである。しかし、本人とスタッフが「経験を無駄にしないよう、今度こそ退院という目標を達成させよう」という思いを共有できたことで、支援関係をより前向きなものとすることができた。一度目のチャレンジでは、なんとか通所が継続できるようにというアプローチが先に立ってしまっていたとも考えられる。それを踏まえ、二度目のチャレンジ時に心がけたのは、本人が入院中に広げていたネットワークや、収集していた情報を本人の力として引き出すことであった。力を引き出し、通所中断で失っていた自信を取り戻すためにも、モデルとなったメンバーが退院までに行ってきたことを初めに説明し、同じようにステップを踏んで行けば必ず退院できるということを示し続け、同じようにできたことを評価していったことが有効であったと考える。

一度中断したことで、地域移行支援が慎重になってしまっていたが、入院と同時に退院を考えるべきであり、退院を目標とした治療計画がたっていれば、一度の中断は、退院までの途中経過に過ぎないはずである。長期に渡ったとしても途切れることのない

い地域移行支援と、途切れることのない医療と地域の連携が課題である。

また、地域への移行後は生活者として、仕事を続け、豊かな生活を手に入れることを目標としていた。しかし、波はありながらも、何とか平衡を保った関係が築けていると思いつつ支援していた人の日常が、死によって突然途切れてしまった。地域での日常を温かく見守り支援する人には、日々試行錯誤しながら手を尽くして支援を行ってきた思いがあるだけに無力感が大きくなる。人間の未来の行動を予測することは不可能である。世の中にはどうしようもないことだってある。そのような無念な思いを抱えたが、葬儀に多くの仲間とともに参列し、見送ることがせめての慰めになったと考える。私たちの地域ケア対象者には合併症を持つ高齢者がいて、病死する人(この人も病死といえる)に立ち会うことも増えてきた。葬儀への参列や仲間と思い出を語り合ったりすることは、メンバーを含めた地域生活者の務めだと考える以外にない。

第 3 章

考 察

～14 の事例と巣立ち会 16 年の取り組みから～

1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？

①病院に出向き、積極的に受け入れていく

巣立ち会では、積極的に病院に足を運び、地域移行の働きかけを行ってきた。

入院中の患者さんに対しても、出張講演やインテーク、面会など、様々な機会を通して、地域の情報や私たちが支援をすることを伝え、見学や体験を勧める働きかけをしてきた。「事例 3」のように、メンバーとともに地域から迎えに行く姿勢で積極的に病院に出向き、本人に直接働きかけることで退院に結びついた例も少なくない。また「事例 2」のように本人が明確な退院意思を示さない場合でも、「まずは通ってみませんか？」と体験通所をすすめ、本人がその気になってくれさえればすぐに支援を開始した。巣立ち会の地域移行支援活動にとってインテークは「ふるい落とす」ためのものではなく、「本人の思いと意欲を引き出し、励まし、地域に誘い出す」ためのものであった。

また病院から相談されたり紹介を受けたケースは、地元の支援機関など他により望ましい受け入れ先がない場合には、出来る限りNOと言わず受け入れてきた。「事例 6」「事例 7」「事例 13」をはじめ心配の残るケースであっても出来る限り、試してみたら考えようという姿勢で受け入れ、病院と協力しながら支援していくことで病院との信頼関係を築いてきた。また支援したケースが喜んで退院し、地域で元気にがんばっている姿を共有することで、新たな退院ケースの紹介につながったり、病院がさらに積極的に地域移行に取り組むことを後押ししてきた。「事例 1」は、退院促進事業の協力病院として新たに巣立ち会の支援を利用し始めた病院から初めに紹介されたケースである。お互いに不安は感じつつ支援を開始したものの、何の問題もなく退院し、その後も元気に明るく地域生活を送る彼の生活の様子を訪問看護などを通し病院と共有してきた。彼を送り出してくれた病院からは、その後 10 名の退院促進事業対象者が巣立ち会を利用し、うち 7 名がすでに退院して地域生活への移行を果たしている。

巣立ち会では、メンバーにも積極的に協力を依頼している。出張講演のほか、病棟への面会、病院内での販売活動など、病院に入る機会をできるだけ多く作り、その際には出来る限りメンバーと一緒にってもらうようにしてきた。その病院での入院経験を持つメンバーをはじめ、退院して地域で生活をしているメンバーが「退院後のモデル」として入院中の患者さんや病院スタッフにその姿を見せ、また患者さんに直接声をかけたり話をしたりすることで、果たしてきた役割は大きい。特に「事例 2」や「事例 14」のような、長期入院の中で本人の退院への諦めや自信のなさが強くなり、周囲のスタッフも退院への積極的な働きかけをためらっていたようなケースにおいて、先に退院したメンバーの存在が本人のモデルや励みとなり、また病院や地域のスタッフも本人に退院をすすめていく自信を与えられることなどによって地域移行に果たしてきた功績は非常に大きいというべきであろう。

②体験通所

巣立ち会の地域移行支援の大きな柱は、入院中から作業所への継続的な通所を始める「体験通所」である。

体験通所という支援の開始にあたって最終的に意思決定をするのはもちろん本人であるが、開始にあたっての状況は様々であった。

- (1)本人の退院意思が明確であり、「退院するために通います」というケース。
- (2)本人が能動的な意思表示をすることはないものの、お膳立てをして本人に提示し説明することによって、「わかりました」と同意するケース。
- (3)本人が働くことへの関心や希望を強く持っており、退院とは直接結びつけずに「まずは通って作業をしてみる」ことからスタートするケース。

ここで注目すべきは(3)である。「働くこと」「仕事をしに行くこと」が、結果として退院へのステップに貢献しているケースは少なくない。「働く意欲」や「働くべきもの」という意識は、現場の実感としては特に昭和20年代以前に生まれた高齢層に顕著であり、それを尊重した支援が有効であったように感じられる。体験通所という「働く場の提供」が、それまで退院に関心や意欲を示さなかった長期入院・高齢層の意識やニーズにマッチし、多くの退院につながってきた面もあるのではないかと思われる。

「事例1」、「事例2」、「事例3」、「事例4」をはじめ、働く意欲を強く持ち、働くことで自信とやりがいを得て生活全体の意欲も強まる多くのケースから私たちは、「この年になって今さら働かせなくてもいいんじゃない？」といった考えが、本人から様々な可能性を奪う余計なおせっかいであることを学んできた。「事例6」、「事例11」のように一般就労を希望するケースについても、入院中から作業所での体験を開始していたことで動機づけと具体的な課題への取り組みがうまくかみ合い、生活支援と一体化したより適切な就労支援にスムーズに結びつけられたものと思われる。

また、入院という環境に身を置いたまま始めることができるというシステムは、本人と受け入れ側の双方にとって低いハードルでチャレンジすることが出来、お互いの不安を軽減するのに効果的であったと思われる。本人、とりわけ長期入院の人にとっては、病院という慣れて安心のできる居場所が確保されたまま、自分が通おうと思えるようになった時に自分の気持ちや都合に合わせて週1日半日からでも通所を始められる。通ってみて、やれそうだと思えば自分のペースで通所の日数や時間を増やしていき、徐々に週3～4日の日中を作業所で過ごすようになる。その生活リズムに慣れ、通所が安定して続けられ、本人が作業所のメンバーやスタッフの中でそれらの人たちの支援を受けながら地域生活をやっていこう、やっていけそうだという気持ちになれば退院に向けての具体的な準備に移っていくこととなる。

一方受け入れ側も、まずはとりあえず通ってもらうというところから始められる。本人

1. 巣立ち会で提供してきた支援とはいかなるものであったか？

の様子を直接、そして「退院後も継続して関わる集団の中で」見て確かめていけるというのはとても確実な方法であり、安心感にもつながる。住居を提供し退院後の支援を引き受けるにあたって受け入れ側は、本人がどんな人で何を望んでいるのか、地域でやって行けそうなのかを判断していくわけだが、それらは基本的に環境との相互作用の中で決まってくるものである。どんな環境の中でどんな支援を提供していくことでその人の持つどんな力や可能性、意欲を見いだしていけるのか、どのような働きかけによりどんなコミュニケーションや関係性を築いていけるのか。実際の支援場面の中で試してみることで、より確実な判断をすることができる。

体験通所では、本人に退院後の環境と自らが行うべきことを肌で感じ実際に体験していきながら慣れ、地域移行への意欲を高めてもらうのと同時に、どんな環境と支援があればよりスムーズな地域移行や地域生活が可能なのかの判断と調整を行っていく。必要に応じて直接的な支援も行うが、基本的にはできるだけピアサポートなどの中でやっていけることを目指した支援を行い、その見通しが立てば具体的な退院準備に入っていく。

お互いの持つ不安を解消し、「一緒にやっといこう」と腹をくくるための期間が、その後の地域生活をより安定した形で継続していくためにも必要であり、有効であると考えられる。

また、体験通所で実績を積むことは、家族にとっても安心感につながるものが少なくない。過去には様々な心配をかけてきた本人が退院を目指しはじめに作業所に通っていること、その中で表情も変わり役割を持って生き生きと働き社会性を身につけていること、また現在関わっている支援者が退院後も支援をし続け何かあった時には対応してくれるということ、そういったことを知ることによって家族の安心感や負担感の軽減につながり、本人との関係も変わっていくことが少なくない。支援開始時には本人の退院に不安や抵抗を示していた家族の気持ちが変わり、退院時には保証人になるなど本人を支える大切な支援者のひとりとなってくれることはよくあることである。時には長期に渡って叶うことのなかった家族の元への退院が実現することもある。

③住居提供・退院支援

巣立ち会では、退院後の住居を提供することを前提として地域移行支援を行ってきた。退院後の入居先として、グループホームを提供するほか、巣立ち会の理念を理解してくださっている大家さんや不動産屋さんの持つ一般のアパートの紹介も行ってきた。本人にとって最も良いタイミングで最適の住まいを本人が選択できるのが望ましいのは言うまでもないことであるが、実際にはグループホームの空き状況や制度的な制約などに左右されることも少なくなかった。それでも、できるだけ「退院を待たせる」ことはしないよう、グループホームを次々に新設してきたほか、グループホーム以

外のアパートに退院してもグループホームと変わらない支援を提供するなど、柔軟な対応をすることにより、出来る限りニーズに応えようとしてきた。

住居が決まると、退院に向けての具体的な取り組みに入る。本当の意味での地域生活の練習は体験外泊から始まる。

生活経験が少ない、長期入院により生活実感を失っている、支援できる家族がいないなどの条件を持つ人の地域移行支援にあたっては、関係機関との調整、各種の社会的手続きや買い物の同行、電化製品の使用方法やゴミの捨て方など細々とした支援が必要であった。同時に、退院が具体化して行く中で不安や緊張が高まったり、退院準備のため一気に負担が増えて疲れたりすることなどにより、退院に向けての意欲の低下が見られることもある。そのような時には支援者の関わりと同時に、作業所やグループホームの仲間による支えや励ましが非常に有効であった。当初はスタッフがピアサポートの力を活用できるよう意識的に働きかけをしていたものが、いつの間にかメンバーが自ら積極的にサポーターの役割を担ってくれるようになっていった。同じ経験と苦勞をしてきた仲間による共感と理解、そして「手伝ってあげるから大丈夫だよ」「一緒に行ってあげようか？」といった励ましや支援の声かけが、本人の不安や負担を軽減し、スムーズな退院に結びつくことは少なくなかった。そしてそういったメンバーの自発的なピアサポートは、退院後の本人の生活支援にもそのままつながっていった。

体験通所を通して退院に向けた支援を行っていく中では、本人の意欲や生活実感が高まって退院の希望が明確になったり病院スタッフや家族も安心感を持てたりすることなどにより、結果として家族の元への退院や地元のグループホーム、本人の望むアパートなど、巣立ち会が提供する住居以外の、より望ましい場所への退院が可能になることもあった。一方で「事例13」のように、試行錯誤しつつ支援を行っていく中で巣立ち会の現在の支援体制では本人の持つニーズに応えきれないことがわかることもあった。そういった場合には、体験通所や体験外泊などの支援を続けてくる中で明らかになってきた本人の希望や必要な支援内容を満たしうる別の退院先を、病院スタッフとともに探し、退院に向けての調整を行っている。

④退院後の支援

退院は決してゴールではない。巣立ち会では基本的に退院後も継続して支援を提供してきた。

インテークないしは体験通所開始時から関わりを持ち本人との関係性を築いてきた作業所スタッフと、住居提供の候補となった段階から支援をしてきたグループホームの世話人という「顔なじみの」スタッフが、退院後も引き続き支援を担当した。入院中から退院後も必要のある限り期限を定めずという連続性のある支援の提供、作業所

という日中活動の場のスタッフとグループホームという生活の場のスタッフが複数の目で本人を見、連携して支援にあたるというのが、巣立ち会の支援の特徴であった。また、同じく体験通所開始時から本人との関係を築いてきた作業所メンバーや退院先の決定後少しずつ知り合っていたグループホームメンバーという「顔なじみの」メンバーが、スタッフと協同しながら退院後も継続して本人を支えていくという体制も巣立ち会の支援の特徴といえよう。

作業所では引き続き、集団の中での作業やレクリエーション、ミーティング、就労への取り組みなどの活動を通して、本人の意欲や能力、可能性、主体性の発揮を支援していった。体験通所中と基本的に活動内容は変わらないものの、「退院した」、「正式メンバーになった」ということによって、見違えるように表情が変わり、様々な活動により意欲的に取り組んでいくようになるメンバーの姿を私たちはしばしば目にしている。その変化に合わせ、私たちは新たな活動や役割へのチャレンジの機会を提供し、積極的に声をかけていくようにしている。「退院」という作業所通所（体験通所）の目的・目標を達成した後も、退院後の生活の中での作業所通所の意義や目標をあらためて位置付け直し、入院中とは違った役割や機会も提供していくことにより、本人なりの新たな目標実現のため、より積極的に作業所を活用していけるよう働きかけている。

グループホームなど生活の場では、退院後いよいよ本格的な支援が始まる。体験外泊に引き続いて提供していく支援も多い一方で、退院して生活を始めてみて初めてわかることや出てくる問題も多くある。「基本的には困ったときに相談できるような関係性づくりを心がけつつ、本人の力を引き出し本人なりの生活の仕方を尊重する」わけであるが、数十年ぶりに、あるいは生まれて初めて一人暮らしを行う場合など、退院してしばらくの間は世話人がほぼつきっきりで支援を行うことも多い。社会的な手続きや電化製品の使い方、ゴミ出しといった生活技能の獲得の支援、訪問看護や各種サービスの利用調整、内科・眼科・整形外科・歯科といった受診の同行支援などの他、これまでの「住み慣れた病棟」の「24時間常駐する看護スタッフ」の中で得てきた安心感を、世話人に求め日参するメンバーも少なくはない。最初は地域の中で安心して暮らせることやスタッフとの信頼関係の構築に重点をおきつつも、グループホームや作業所のメンバーなどピアサポートの力を積極的に引き出し活用するような働きかけを行い、徐々にスタッフは手を引いて見守りに移れるよう配慮している。

また正式メンバーとして地域生活を始めたメンバーには、一層「ピアサポーター」として活躍してもらえよう積極的な働きかけをしている。作業所で新たに体験通所を始めた人にいろいろなことを教えてもらったり、出張講演で地域移行の体験や現在の生活などについて話してもらったり、入居したばかりの居室を入院中のあるいは退院を間近に控えたメンバーに見せ具体的な説明や感想を話してもらったりしている。教えられ、支えられ、励まされる立場から、教え、支え、励ます立場となることにより、地域生

活者としての自覚や自尊心を高め、自信をつけていくメンバーは少なくない。「自分も最初は不安だったけどやってみたら慣れるよ」「わからなくても教えてもらえるから大丈夫だよ」「薬だけはちゃんと飲まなくちゃだめだよ」。後輩への励ましの言葉は、何より自分自身への励ましだと感じられることも多い。

メンバーが地域生活に慣れ、仲間と支え合い、様々な資源を活用しながら自分の生活をしていけるようになると、スタッフは徐々に手を引いていく。作業所やグループホームを「卒業」していくメンバーもいる。それでも基本的に私たちは困ったときの相談には乗り、緊急時の対応にも関わってきた。それまでの関わりの経過があつてこそ、それは可能であった。

また、時には様々な理由から再入院が必要になることもあった。その場合私たちは病院と連携をとり、入院前あるいは入院時から退院を見越した支援を開始した。体験通所やピアサポートも活用し、本人と環境の双方に働きかけながら、よりスムーズな退院に向けての働きかけを行った。入院が必要になった時には出来る限りその必要性を本人や関係者とも共有した上で入院し、見通しを持った入院生活を送ってもらう。退院後の生活に向けて必要な取り組みも行った上で、積極的な入院治療を要さない状態になったら速やかに退院してもらう。精神科病院への入退院もそのような「あたりまえなプロセス」にするための支援を私たちは続けている。

2. 地域移行が難しいと思われがちな属性は、本当に問題なのか？

①長期入院

長期入院だから地域移行ができないということはない！ということは、第1章の3で示したように巣立ち会の16年の実績からも明らかである。巣立ち会の支援を受けてこれまでに地域移行を果たした139名のうち、59名が10年以上、84名が5年以上の入院経験を持っている。巣立ち会においては、5年や10年の入院期間では「長期入院」とは感じないほどである。

長期入院の背景として存在しがちであった、「家族の反対」、「保証人がいない」といった問題に対しては、まず体験通所で支援者と本人との関係を築いた上で、退院後も継続した支援を行うことを約束し住居を提供することで、多くの場合クリアすることができてきた。40年以上の入院期間を持つメンバーも、住居と一定の支援さえあれば全く問題なく地域生活を続けられている。

今回の事例集では、「超」長期入院のケースとして30年以上の入院経験を持つ2事例を取り上げたが、高齢ケースとして取り上げた「事例4」もまた総入院期間が30年以上のケースである。1回の入院期間のみに限定して考えても、14事例のうち、10年以上の入院が5例、5年以上が3例と、14事例中計8例が5年以上の長期入院（13例は1年以上の入院）である。そのくらい巣立ち会にとって「長期入院」は、「なんでもない」ことである。

今回取り上げたケースのうち「事例1」では、紹介時の情報のみでは若干の不安を感じたものの、実際本人に会い、体験通所を始めると不安はあっという間に解消した。本人も何の問題もなく退院して明るく地域生活を送り、今や出張講演で全国を飛び回る「巣立ちのホープ」となって支援者に元気を与えているケースである。

「事例2」は、過去の傷害歴や入院中も続いていた粗暴な言動からなかなか退院に結びつかず、それが落ち着いた頃には本人が退院に対する不安や自信のなさを深めてしまっていたケースである。病院から地域への連続性のある重層的な支援、病院と地域の緊密に連携した支援が、本人の安心感を持った地域移行とその後の地域生活を支えている。

「超」長期入院をしているということは、長期にわたり社会経験の機会を奪われてきたことにより日常生活の実感がなくなっていたり、結果として現在高齢になっており②で述べるような加齢に伴う問題を同時に抱えるようになっていたりする場合も少なくない。しかしながら、それらの課題は失っていた社会経験の機会や生活実感を取り戻すための支援、不足している部分については補うための支援を提供すれば乗り越えることが可能なものである。

また「超」長期入院の人にありがちな、本人の「退院意欲がない」という問題につい

てであるが、ほとんどの場合においてそれは、退院への「あきらめ」や「イメージの持てなさ」、「不安」、「自信のなさ」などに基づく消極性によるものであると考えられた。「事例2」、「事例5」、「事例14」のように支援者側が積極的に具体的な支援のお膳立てをして提示し、支援を約束したり、これまでに同じような支援を受けて退院し地域生活を送っているメンバーの生活を直接居室に行ってみせてもらったり、話をしてもらうことなどにより、本人はそれらのマイナス要因を自ら軽減し、解消していく力を発揮していった。過去に「退院意欲がなかった」「退院を拒否していた」とは全く信じられないほどいきいきと地域生活を楽しみ、様々な場面でその持てる力を存分に発揮し活躍しているメンバーたちの姿を見るとき、その力は決して他者から与えられたり後から持つようになったのではなく、本人の中にあつたにもかかわらず奪われたり閉じ込められて見えなくさせられていただけだという思いを強くする。**本人の持っている力を取り戻し発揮させるための支援と環境を提供することこそが求められているのだ**と考える。

また「事例1」、「事例3」、「事例5」でも見られるように、少なからぬ長期入院者が退院しようと思わなかった、考えなくなっていく理由として「病院の居心地のよさ」をあげていることは衝撃的でもある。病院の建物やアメニティ、職員の接遇などによる「居心地のよさ」の向上は、それそのものはもちろん望ましいことである。しかし、**病院は「積極的な治療が終わったら退院する」のが当たり前であるということ、それが可能になるような積極的な働きかけを行うことも治療と同様、重要な役割であることを忘れてはならない**と思う。初めから病院を「居心地がいい」と感じていた人はいないであろう。「居心地がいい」と長期にわたって感じさせる前に退院できるような取り組みが欲しい。築40年の風呂もない木造アパートでもメンバーは「退院してよかった。ここの生活の方がいい」と言っている。「ここには仲間がいるから安心」「ずっとここで暮らしていきたい」と言っている。「居心地の良さ」は、本人の望む地域の中でこそ築き上げていくべきものだと思われる。

一方、**長期入院の経験を持つことは、ストレングスにもなりうる**。長期入院に「耐えて」来ることが出来た人というのは、総じて集団のルールになじみやすく、どんな支援者とも支援関係が作りやすい、いわば「支援しやすい」人であることが少なくない。未熟な支援者の援助をも寛大な心で受け入れ、多くのことを教えてくれる、器の大きい人が多いというのが実感である。また、長い入院生活の中で本人が築き上げてきた、病院スタッフや患者仲間との顔なじみのネットワークも大きな強みとなりうる。本人を知る、また本人を支えたいと思うたくさんの人たちの力を借り、情報や思いを共有しながら支援を行うことにより、退院して元気に地域で生活するようになった本人は、今度はそれらの人たちに希望や励まし、地域の生きた情報を与え続ける、絶好の支援者ともなりうるのである。

長期入院者を地域移行支援の対象から外そうなどという考えを持っている方々

には、今すぐ考えを変えていただきたいと思う。

②高 齢

高齢だからと言って地域移行ができないということはない！というのも、第 1 章の 3 で示したように、巢立ち会の 16 年の実績の中で明らかなことである。60 歳を超えて巢立ち会の支援の利用を開始し、すでに地域移行を果たした人は 20 名を越え、全体の 14%を占めている。

この事例集では、70 歳を過ぎて退院した 2 事例を取り上げた。

「事例 3」は、支援をしていく上で、年齢が全く問題にならなかったケースである。年齢のみで地域移行は不可能と考え対象から外すなんてナンセンス！ということをも身をもって教えてくれている、支援者に勇気を与えてくれるケースである。彼らのおかげで、「自分はもう年だから…」と退院にしり込みしている 60 代の患者さんなどにも支援者は「何言ってるんですか？ 巢立ちには 70 を過ぎて退院した人もいっぱいいますよ！」と、自信を持って言わせてもらっている。作業所の中でも 70 代のメンバーたちはその姿を通して、加齢に伴い自信を失ったり不安を持ったりしがちな 50 代、60 代のメンバーに勇気と希望を与えてくれている。

「事例 4」は、病状が安定しないまま 20 年近く入院が続いたケースであり、ADL の低下や処方調整など、様々な課題を抱えながら、「何とかこの人に地域生活をさせてあげたい」という支援者の熱意で地域生活へのチャレンジがなされ、また病院と地域の連携した手厚いサポートの中でその生活が支えられたケースである。様々な困難があり、現在も多くの課題を残しているが、「彼を退院させたのは間違いだった」と思っている支援者はいないであろう。それだけ周囲の皆に対して大きな希望と多くの学びを与えてくれたケースであった。

高齢であるということは、加齢に伴うADLの低下や身体合併症（内科疾患等）の併存など、様々な課題を持つ可能性があることは否定できない。しかし、加齢に伴う変化は個人差が大きいものであり、年齢で一律に考えることはナンセンスというほかない。またADLの低下や内科疾患の発症は、障害の有無に関わらず誰にも起こりうることであり、そのケアを社会的に行うシステムも歴史を重ねてきている。精神障害を持つ人を含め、いかなる人もその対象から排除することのない、普遍的な社会的ケアシステムの構築により、その課題は解消されるべきであろう。社会的なケアシステムをより普遍的な、成熟したものとしていくためにも、私たちは諦めることなく、高齢精神障害者の抱えるニーズを明らかにし、そのニーズに対する社会的な取り組みを求め、働きかけ続けていくべきであろう。

また、高齢であるということは、ストレングスにもなりうる。高齢であるということは、とりもなおさず多くの人生経験を積んできているということである。高齢の入院者の中に

は、過去に様々な社会経験や就労経験を持つ人が少なくない。それらの経験や知識、そして知恵は地域で生活していく上で必ず役に立つ。またそれらの力を人のために役立てようという気持ちを持ってくれる人も多い。「事例11」のように、年配のメンバーの経験や助言、温かい見守りによって育てられてきた若いメンバーは少なくない。若いスタッフの多い巣立ち会では、いつも彼らの経験や知恵に助けられている。ひとりひとりに対して尊敬の念を持ちつつ、その人の持つ力を引き出し活かしていくのも私たちの役割であろう。地域の中には、彼らの経験、知識、知恵、そして温かさを必要としている人がたくさんいる。彼らの活躍の場は地域にこそ求められるべきであろうと思う。

高齢の患者さんを、あるいは年齢に一律の基準を設けて地域移行支援の対象から外そうなどという考えを持っている方々には、今すぐその考えを変えていただきたいと思う。

③身体合併症

身体合併症(内科疾患等)の存在も、精神科病院を退院できない理由とされるのはおかしなことである。巣立ち会では、地域移行支援の条件として「体験通所」を掲げていることもあり、単独歩行が困難な方や日常的に医療的処置を必要とする方などに対する地域移行支援の門戸は広げられているとはいえない。しかし、巣立ち会で現在元気に活躍している方々の中に、「糖尿病だから」「肝臓が悪いから」などといった理由が入院継続の根拠とされ長期入院を余儀なくされていた方が少なからず存在することには驚くばかりである。

「事例5」では、糖尿病を理由に退院が難しいとされ入院が長期化していたケースを取り上げた。このケースは、インシュリン自己注射の練習や食事の管理をはじめとする様々な課題に、本人と病院スタッフ、地域のスタッフが連携して取り組むことにより、退院に至っている。彼女は退院後の生活の中で、糖尿病の合併症である糖尿性網膜症も発症し、視力の低下から作業や遠出が難しくなるなど、その生活範囲を狭めつつあるが、それでも彼女は今も地域の中で退院生活のすばらしさを語りつづけるという第二の役割を得て、自分らしい生活を続けている。

また「肝臓が悪いから退院できない」と言われ長期入院をしていた別のメンバーは現在、地域の基幹病院で定期的な精密検査と最先端のがん治療を受けながら、同じく元気に、彼にしか果たせない役割を担いながら生活している。

身体合併症によるケアが必要になっても、地域の中にはそれに対応するケア資源が存在する。また、そういった資源を見つけ、精神障害を持つ人にとっても使いやすいものとして積極的に調整、開発していくのも私たちの役割であろう。柔軟な対応や積極的な社会資源の開発により、様々なケアニーズに応えていくことによって、多くの人の地域移行や地域生活の継続は可能になるものと思われる。

また同時に忘れてならないのは、地域には本人のことを必要とする、本人にしか果たせない役割も数多くあるということである。本人が必要とするケアの量が増えていったときにこそ、単にその人をケアの対象として見るのではなく、苦しい時期を乗り越えてきたかけがえのない人生経験と能力を持つ人として接し、またその人にしか担えない役割を担ってもらうことの大切さについても考えていく必要がある。

④ 触法歴

「触法歴」を持つ人自体は、巢立ち会には決して少なくない。その多さは、基本的に措置入院経験者の多さと重なるものである。すなわち、その多くは未治療または治療中断時に活発な陽性症状の影響を受け触法行為に至ったものである。それらは、適切な治療につながり症状が消失もしくは軽減することによって落ち着き、それが継続されている限り繰り返されることはないということは言うまでもないことであり、私たちは毎日一緒に過ごしているメンバーのうち誰が「触法歴」を持つのかを気にしたことすらないという場合がほとんどである。

今回の「事例 6」ではあえて、病院から「触法ケース」として相談され紹介を受けたケースを取り上げた。このケースは「触法歴」を含む過去の家族への暴力の経過が家族の自宅への引き取りや退院への同意に困難を生じさせ、さらに「触法ケース」であることが、家庭以外の退院の受け皿を見つける上でもネックとなって入院が長期化していたケースである。しかし、実際に地域移行支援を行っていく中で「触法ケース」であることは全く問題にならなかった。ただ、家族間の関係調整、ライフサイクル上の悩みなど、若いゆえに抱える様々な問題に対する支援には心を砕いている。

「触法ケース」というと専門家ほど難しくとらえがちであるが、身構えることなく、本人と向き合い関係を築いていくこと、また家族を含む社会と本人との間に「触法ケース」であるがゆえの葛藤が生じるのであれば、その調整を図っていくことが求められるものと思われる。

一方、私たちは治療が継続していながらも触法行為が繰り返されてきたケースや、傷害や放火の累犯といったより困難な「触法歴」を持つようなケースも少なからず存在していることを承知している。私たちはそれらの「どんなケースでも」受け入れられているわけではない。しかしながら、巢立ち会 16 年の取り組みの中で、私たちが確実にその受け入れの範囲を広げてきていることだけは確かである。例えば「事例 2」のケースは、10 数年前の私たちであれば、受け入れをためらっていたケースであったかもしれない。しかし実践を積み重ねていく中で、地域の中での本人の姿を実際に見ていくことで不安は軽減し、受け入れへの自信を深めていく。また同時に、実践の中で支援者としての力量や度胸もつけていく。私たちは現在も、「10 年前だったら、5 年前だったら、受け入れは難しかったであろうケース」への支援のチャレンジを着実に積み重ねてい

る。自らの限界は承知しながらも、ひとりひとりと向き合う中で、その限界への挑戦を続けていく。それが「決して諦めない支援」につながるのではないかと思われる。

⑤ 身元不明

身元不明、経歴不詳というケースは巣立ち会16年の取り組みの中でこれまでも少なからず存在したが、それが地域移行にあたって、あるいはその後の生活の中で大きな問題となることはなかった。

今回の「事例 7」ではあえて、「身元不明、経歴不詳」というレッテルに加え、本人の話した経歴が事実でなかったこと、さらに他の人と同じような支援関係が築いていけなかったことが重なって、支援者が本人に対して感じる不安を解消するまでに時間を要してしまったケースを取り上げた。

本人の経歴について話を聞ける家族がいなかったりして本人の病歴や生活歴がよくわからなくても、私たちは本人と話をし、本人とともに時間を過ごすことで本人との関係を築き、本人を信用してきた。そして保証人なしでも住居を提供し、何かあったときには対処してきた。しかし今回の事例では、その「信用」をするにあたって先入観が大きくマイナスに働いてしまった。さらにスタッフとの関係における本人の個性も否定的な評価をされ、さらにマイナスに働いてしまった。一方、日々のかかわりの中で本人の変化を直に見られることは、支援者の不安の軽減にプラスに働いた。とりわけ仲間との関係は本人にとっても、支援者にとっても非常にプラスに働いたといえる。

本人の過去ではなく現在と未来を見て支援をしていくことの大切さ、地域の中でそして仲間の中でこそ本人の力や可能性は発揮されることを、私たちはあらためて痛感している。

⑥ コントロール不良な陽性症状

薬によって完全にコントロールすることが難しい頑固な陽性症状を持つ人は、巣立ち会にはたくさんいる。最近では病識を否定する強固な妄想体系の中で生きていたり、近隣に対する被害妄想に支配されていたりするなど、地域生活への適応が心配されていたケースも次々と地域移行を果たし、頑固な症状と共存しながらそれぞれの地域生活を築き上げてきている。

今回の「事例 8」では、時と場所を選ばず突然高らかに響き渡る「空笑」という症状を持ち、それが地域で生活する上での周囲の心配につながり、退院が難しいと考えられてきたケースを取り上げた。

退院後も彼女の「空笑」という症状はなくならず、減ってもいないが、本人は全く問題なく、また近隣などから苦情を受けることもなく、地域生活を送ることができている。家族や病院スタッフなど、周囲の心配は杞憂に終わった。一方、本人は作業所への

体験通所を開始してから、できるだけ症状を抑えよう、なるべく周囲の迷惑にならないようにしようという努力をするようになっていく。それは、病院とは違う作業所という「社会」の中に身をおき、様々なメンバー・スタッフからの働きかけを受けることにより、本人が徐々に他人のことや自分の言動と他人との関係などにも関心を持つようになってきたからだとも考えられる。そしてそれが結果として症状との距離をおき、より社会に適応しやすい状態に変化することにつながってきたとも評価することができよう。

頑固な陽性症状は、その存在そのものでは退院ができない理由にはならない。

問題になるのは地域との関係、人との関係の中でそれがどう働くかということであるが、私たちが学んできたことは、地域の中でどうなるかは「地域の中で試してみなければわからない」ということであり、また本人が「地域の中でやっていきたい」「この人たちの中でやっていきたい」という気持ちを持つことにより、わずかずつであっても、より社会適応は進んでいくものなのではないかということである。病院の中でいたずらに不安を抱えていても事態は好転しない。それどころか長期入院による弊害が増えていくばかりである。「体験通所」という方法は、病院生活と地域生活のギャップを埋め、本人の退院意欲を高めて社会適応を図りつつ、周囲の不安を軽減するのに有用であったと思われる。

3. これまでの実践から学ぶこと、そして残された課題

① 地域移行とその後の生活を支えるケアマネジメントの推進について

巣立ち会ではこれまで、出来るだけ多くの社会的入院者の地域移行を進めたいという思いで支援を行ってきた。病院に迎えに行く姿勢、体験通所というステップを踏んだ上での住居提供、そして通所とグループホームのスタッフおよびメンバーのピアサポートにより一体的に本人を支援していくという支援体制で、これまで少ないスタッフ数にも関わらず非常に多くの地域移行支援の実績をあげてきた。しかしこのような支援方法はどんな人に対しても適合するというわけではない。

まず体験通所という条件を課すことで、通ってくることの出来ない人は巣立ち会の支援対象から外れた。集団や枠のある活動に馴染みづらい人も通所にはつながらず、あるいは続かずに中断していった。支援者の強い働きかけにより何とか継続してきたケースでも「事例12」の例のように、本人がそれを望まない場合、好ましい結果は得られないことが多い。

巣立ち会では、出来る限り「NOと言わない」姿勢で病院からの相談や紹介に応えてきた。時には巣立ち会の提供する支援モデルに合うとは思えないケースや困難の予測されるケースでも、他に受け入れ先がなく、巣立ち会が受け入れを断れば地域移行の可能性自体が閉ざされてしまいそうなケースについては、とにかくチャレンジしてみ、地域移行への希望をつなぐ道を選んできた。

私たちは様々な制度的な制約条件の中でも何とか地域移行を進めてくるため、現在の支援方法をとってきたが、それが誰にとっても最善の支援方法であるとは決して考えていない。私たち自身が展開し開発していくものも含め、地域の中に資源が増え、それぞれの力量を高めていくことで、ひとりひとりがそれぞれ必要とする支援を選んで使ってもらえるようになるとよいと考えている。病院スタッフや家族、地域の関係者などともその思いを共有し、ともに地域の様々な資源を育てながら、より本人の望む生活を実現していけるよう働きかけていきたい。

ひとりひとりの地域生活をその人の希望するその人にあった方法で支援する、そのためにはケアマネジメントの手法が有効である。社会的入院者の地域移行支援とは、まさしくケアマネジメントのプロセスであり、またそうあるべきである。しかし現在のところ、その仕組みは社会的に十分に保障されているとはいえない。

とりわけ長期入院の中で病院生活に適應してしまい地域生活の実感や意思を取り戻すのに時間を要する人、本人の意思や希望を読み取ることが難しい人などにとっては、本人の安心感を保障しつつ地域の中の具体的な場面の中で本人の力と可能性、希望を引き出していくこと、本人の生活を支える人との信頼関係を築き安心して一歩を踏み出せるようにすることなど、時間をかけた丁寧なマネジメントが必要であると考

える。

また「事例 13」のようなケースや通所自体が困難な人なども含め、私たちが現在提供する支援体制、支援量では本人の安心できる地域生活の保障が難しい人の地域移行についても、私たちは考え続けていきたいと思う。精神障害に加え重度の身体合併症や認知症を併せ持つなど、複合的かつ絶対量の多いケアニーズを持つ人たちに対して、私たちは既存の制度とその運用実態の中で、地域移行支援に困難を感じることもあるのは事実である。しかしそれらの課題は、高齢という課題について述べたのと同様、より普遍的な社会的ケアシステムの構築によって解消されるべきであると考え。そのためにも私たちは、精神科病院の中に隠されてしまっているひとりひとりの存在とその人が抱えるニーズを社会的に明らかにし、そのニーズに対する社会的な取り組みを求め、働きかけ続けていきたいと思う。

一方、「事例 12」のように、特定の所属先を持たず必要な時のみ支援を求めたい人、あるいは緊急時のみ介入を必要とするような人に対して、誰がコーディネーターを担い、どのように支えていくのかも今後の課題である。

ひとりひとりの希望に応じた生活を支えるために必要な支援を調整し開発し保障していくケアマネジメントの力を私たちは一層高めていくと同時に、そういったケアシステムの社会的な保障を求めていきたいと思う。そういったシステムがあれば地域移行やその後の安定した地域生活の継続が可能な人はまだまだたくさんいる、というのが私たちの実感である。

② 解決しきれない課題を抱えながら支援を続けていくことについて

今回の事例に限らず、支援を行う中では当然ながらうまくいかないことも多々ある。「事例 4」、「事例 9」、「事例 10」、「事例 11」のように試行錯誤を繰り返したり、様々な可能性について検討しあらゆる手段を試みたりと努力を続けても思うような結果にたどりつかないことも少なくない。それでも諦めずに可能性を信じて支援を継続し、また新たな方法を探し続けていくためには、支援者が孤立して抱え込んでしまわないようにすることが大切であると考え。組織やチームの中で課題や思いを共有しつつ解決策を見出していくこと、最も本人に近い立場に立ち本人に寄り添いながら支援を行う支援者を皆で支えること、そして組織自体も孤立や抱え込みを防ぎ、積極的に他の機関との連携を図り、時にはコンサルテーションを受けるなどしながら、新たな方法を見だし、開発していくこと。

「うまくいかないこと」は決して恥ずべき事ではない。それを相談できる相手を見つけ、自らを相手に開きながら関係をつくり、他人の力も上手に借りながら自分らしい方法を見いだしてやっていくことの大切さとすばらしさを、私たちはメンバーから学んできている。私たちの仕事の真髄は「人間関係作り」にあるといえよう。「困った時に相談できる

関係性」を築いていく努力を日々続けていくとともに、これまでの方法ではうまくいかないこと、困ったことに出会った時こそ、自らを開き、他人との関係性を深めつつ自らの可能性を拓けていくチャンスと考えて支援に向き合っていける私たちでありたいと思う。

最後に。懸命に本人との関係を築こうと努力し、その距離を縮め関係を深めながら支援を続けてきた支援者にとって、また日々助け合い励まし合ってきたメンバーにとって、本人の「自殺」は計り知れないダメージを与えるものである。「事例14」のケースの残した衝撃と痛みを、私たちは今もなお胸に抱えながら働いているし、メンバーが受けた衝撃と痛みがどれだけ大きなものであったのかということも、私たちは日々感じながら働いている。

そのようなダメージを受けてもなお、地域移行支援や地域生活支援の歩みを止めることなく前に進んでいくために、私たちは問題を皆で共有することが大切だと考えている。皆でこれまでの経過を振り返り、反省したり見直したりそこから学びを得たりすることはもちろん重要である。同じ事を二度と繰り返さないために、影響をできるだけ小さなものとするために、できる限りの対策は尽くしたい。しかしそれだけでは済ますことのできないダメージを、本人の「死」は私たちひとりひとりの心の中に残していく。

その人を失った時、どうしようもない悲しみや喪失感、悔いを感じ、自分の人生をも揺るがすようなダメージを受けるような関係性を、私たちは地域の中でひとりひとりと切り結ぼうと日々努力し続けてきていると言ってもよい。それが本当の意味で「地域とともに生きる」ということだからである。だからダメージを受けないように、感じないようにすることは難しい。

「自殺」は何とかして避けたい。けれどどうしても避けきれないこともある。本人が自殺という道を選んでしまった時、たやすく実行することのできてしまう自由をも地域生活は保障しているのである。

どうすることもできない悲しみ、辛さをともに受け止め、わかち合い、支え合っていくことを力にして、私たちはひとりひとり「それでもなお地域とともに生きる」という選択をし続け、手を取り支え合いながら前に進み続けていきたいと思う。

☆コラム☆ 支援者の心のつぶやき

☆この人(病院のケースワーカー、作業療法士など)の紹介なら受けてみよう!と思うことが実際にはしばしばある。相談しやすい、迅速に動いてくれる、調整が上手、信頼できる、見立てがいい、いろんな知恵を持っている、こちらの立場も酌んでくれる、柔軟…などなど、この人となら一緒にやっていきたい、やってみて一緒に考えていってもらおう、と思える関係者が増えていくのが理想。人と人のつながりが地域を育てていく。

☆身元不明身元不明っていうから、あなたから話を聞くと、本当かなって思っちゃったりしたのよね。本当にごめんなさい。先入観はいけません。でも、この人とやっていけるかなって、第一印象で感じたことは、大抵後まで変わらない。支援者それぞれ違っていいと思いますが、肌で感じた感触は大事にしてもいいよなと思ってます。

☆本当にこの人退院する気あるのかな?退院できるのかな?…正直私も始めはちょっとだけ思っていました。ごめんなさい。でもメンバーのみんなは誰も疑わず、「大丈夫だよ」って言うてくれましたね。さすが!変わっていく本人を見てメンバーの言っていたことは正しかった!とつくづく感じました。「迷ったときにはメンバーの判断力だよ!」支援者としてどうかとも思うけど、それが一番正しくて確実だという気が今もしています…。

☆病棟の患者さんが作業所へ通って、どんな顔で、何をしているのか、興味をもってほしいなと思います。夕方急いで「看護婦さんに文句をいわれないうちに…」とそそくさと病院へ帰っていくメンバーを見るのは寂しいです。たまには一緒に作業所へきてくれると嬉しいのだけど…。

☆高齢者はダテに年はとってません。「あんまり退院退院って騒ぐと『調子が高い』というレッテルを貼られちゃうから、本当に退院したい時は大人しくしながら医者と看護師の顔色を見計らってすすめるんだよ」と、経験から培った退院技術を教えてくださいました。先生、見透かされてますよ!

☆退院時のコーディネイト役には、ぜひソーシャルワーカーになってほしい!病院ごとに事情はあると思うけれど、本人の全体像を把握して(家族調整や精神保健福祉手帳、年金や生活保護等社会資源の活用、あらゆる専門家のつなぎ役として)調整をしてほしい。精神保健福祉士としての腕の見せ所!!

☆このケースワーカーさんがいなかったら、この担当看護師さんがいなかったら、この作業療法士さんがいなかったら…この人は一生退院することはなかったんだろうなあと思うことは結構あります。もちろん地域移行支援はひとりではできないことではないけれど、誰かがこの人は退院できる!と信じ、退院してもらいたい!と勇気をもって行動を起こしてくれないと地域移行って進まないものなんだなとつくづく思います。病院という組織の中で難しいとは思いますが、あなたの行動に人ひとりの人生がかかっていると思って、誇りを持って行動を起こして欲しいなと思います。

☆顔を見に来てくれるスタッフの援助は、効率がよく有効だなと感じます。「優秀な営業マンはフットワークが軽く、時間を有効に使う」というのと同じ。

☆地域で困ったことがあった時、病院スタッフにもぜひ一緒に考えて欲しい！訪問看護が「緊急事態があるときは呼んでください」と言ってくれて、定期の訪問時以外にも対応してもらえると地域（受け皿側）は気持ちの上で楽になる。緊急時こそ訪問看護に頼りたくなるというのが本音。ケースワーカーが「入退院を繰り返しながらやっていきましょう」という姿勢で、退院後の本人の様子も気にしてくれ実際の緊急時にも迅速に入院の手配をしてくれた。関係者が「何かあるときにはいつでも連絡を下さい」と言ってくれ退院した後も相談に乗ってもらえる。地域で困った時に頼れる人、チームがいてくれるととても心強い。

☆ようやく退院して、苦勞しながら地域生活を続けてきたけれど、どうしても具合が悪くて入院という選択をせざるを得ない時。これまで一緒に苦勞を重ねてきたから、再入院の決定に泣いたあなたの涙を見て思わず私も涙してしまいました。地域で支えきれなかったという無力感、騙して外来に連れて行ったようにも感じてしまう罪悪感。でも毎日の格闘や不安な思いで過ごす夜や週末から開放されて、正直どこかほっとしている自分にも気付きました。家族はこの何十倍、何万倍という思いをしてきたんだろ…うな…。でもちゃんと地域に戻ってきてもらえたから、今元気なあなたを見ていられるから、あのときの入院は無駄ではなかった、あのときの選択は間違いじゃなかったって思えます。誰よりあなたのことを思っていたはずの家族にもそういう思いをしてほしかったなと思います。

☆具合の悪くなったメンバーへの訪問看護師さんの対応を見て、「精神科看護の専門性ってこういうことなのか！」と感動した。五感をフルに使って本人の状態と気持ちを読み取りながら働きかけ、本人が意識すらしていなかった本当の意思と希望を引き出しながら支援していった。これこそ看護の真髄！だと感じた。一方でこれまで自分のしてきた援助は何だったんだろう…とショックも受けた。膨大な業務に忙殺され、振り返る余裕もなく走り続けなければいけない日々の中で、私は本当に本人のためになる支援ができていんだろうか？本当に力量は高められているんだろうか？と思うととても自信が持てない自分がいる。

☆地域移行で以前より支援を必要とする人が増えてきている。より細やかな、より対応困難な、よりスタッフがストレスを感じることの多いケースも増えているので卒業できるぐらい安定した人がいてくれて元気づけられることも正直多い。ここ2年ぐらいいろいろなことが起きていて正直緊張感を持ち続けることがしんどくなることもある。救急車の音、消防車のサイレンに胸騒ぎを覚え携帯を気にしてしまう日も増えている。休日に携帯が鳴ると神経質になっている自分がいる。

☆普段からざっくばらんに相談できる場、人がとても大切。カンファレンスや事例検討などもとても大切だが、もっと自分の気持ちを正直にタイムリーに話ができる環境が必要。想いや状況などを言語化し、整理していく努力。共感し、ともに前進していく仲間。バーンアウト防止のためにも！！

おわりに ～どんなケースであっても地域移行を「諦めない」ために～

巢立ち会ではこれまで、「NO と言わない」をモットーに、年齢や入院年数、そのほか様々な属性によって対象を限定することなく、精神障害者の地域移行支援の取り組みをしてきた。そして、16年の取り組みの中で、140名近くの方たちの地域移行を果たして来た。

地域移行支援の活動を進めてくる中で、私たちは少しずつ支援の幅を拡げてきた。10数年前であったら受け入れは難しいと感じていたようなケースも、今では次々と受け入れることができるようになってきている。その中では様々な問題にもぶつかってきたし、「失敗」から学ぶことも多かった。

それでも私たちは、一人でも多くの方たちに地域移行してもらいたい、退院にチャレンジするチャンスを提供したいと思って支援を続けてきた。私たちの行ってきた支援には、未熟なところも多いし、課題も多く抱えていることを自覚している。しかし、私たちの行ってきた取り組みを正直に、率直に示すことによって、一人でも多くの方に「こういう人でも退院して元気に、そしてがんばってやっているんだ」「退院してよかったと言っているんだ」ということを知ってもらい、「私にも少しはできることがあるのではないか？」とお願いすることで、全国の精神科病院の中で、今もなお入院を続けている一人でも多くの方たちに地域移行支援の手が届き、ひとりひとりの退院とその方なりの地域生活が現実のものとなっていくことを、私たちは願ってやまない。

決してお手本になるような立派な支援ケースではないけれど、こんな風になんげって退院を目指し、地域生活を送っているメンバーがいること、こんな風にケースと向き合いながらやってきた支援者がいることを知り、それぞれの場所で、ともに地域移行を進めていくお仲間、そして協力者となってくださる方が一人でも増えたら、私たちにとってこれほど嬉しいことはない。

どんなケースであっても決して地域移行を「諦めない」。

どんなケースであっても、地域移行を諦めない人が一人でもいる限り、そしてその一人がもう一人、そしてもう一人と手を繋いでいくことで、何らかの方策は必ず見えてくるのではないかな。

辛い現実を前にしながらも、そんな信念と希望を胸に、私たちはこれからも、皆さんとともに歩いていきたいと思う。

謝辞

この事例集をつくるにあたり、本当にたくさんの方々にご協力をいただきました。

所属や組織の枠を超え、お忙しい中、ご自分の時間を割き、ご協力くださった皆様方に、この場を借りて心より御礼申し上げます。

何より、事例として、この事例集に掲載することを快く承諾してくださった 14 名の皆様、本当にありがとうございます。

原稿を書くためにお話を聴かせていただく中で、また皆様に関わる記録や資料、関係する方々と向き合う中で、私たちはあらためて多くのことを知り、学びを得るとともに、あらためて皆様の経験してきた人生や苦勞、そして今の生き生きとした皆様らしい生活とがんばり、そして笑顔から力をいただいて、この事例集を形にしていくことができました。

皆様の経験されてきたことをこの冊子に掲載させていただき、ひとりでも多くの方に読んでいただくことによって、今もなお全国の精神科病院の中で、地域移行の対象とみなされることすらなく日々を過ごしている何万人という方々に地域移行支援の手が届き、ひとりでも多くの方の退院、地域での生活が実現することを私たちは心から願っています。

皆様の辛い経験、がんばり続けてきた人生の営みが、ひとりでも多くの方々の力の源となり、ひとりでも多くの方々の人生を変える力となることを、私たちは信じ、願っています。

地域移行とその支援を身をもって体験してきた経験を持つ皆様はまさに、かけがえのない「地域移行支援の担い手」であり、同時に「地域移行支援の担い手の先生となるべき人」です。

皆様の存在があったからこそ、私たちはこれまでの歩みを進めていくことができました。皆様に多くのことを教えられ、その生きる姿勢とがんばり、笑顔と優しさに支えられて、私たちはここまでやっていくことができました。

あらためまして、心から感謝申し上げます。

いつも本当にありがとうございます。

そして、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書

やればできる！地域移行！

～地域移行が難しいと思われがちなケースのテーマ別事例集～

平成 20 年 3 月発行

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 勝又裕子・田尾有樹子

大野通子・林田輝子・長門大介・尾川優子・濱井直子・栗原愛・渡部茉莉子

松岡恒夫・那須由香・富田美穂・小引知美・星山桂・会田真一・北楯あや

小林伸匡・鴨志田祥子・遠藤まり・波佐裕子・久保田潤・渡邊秋奈

清重知子・赤沼麻矢・大塚ゆかり

印刷・製本 社会福祉法人新樹会 創造印刷