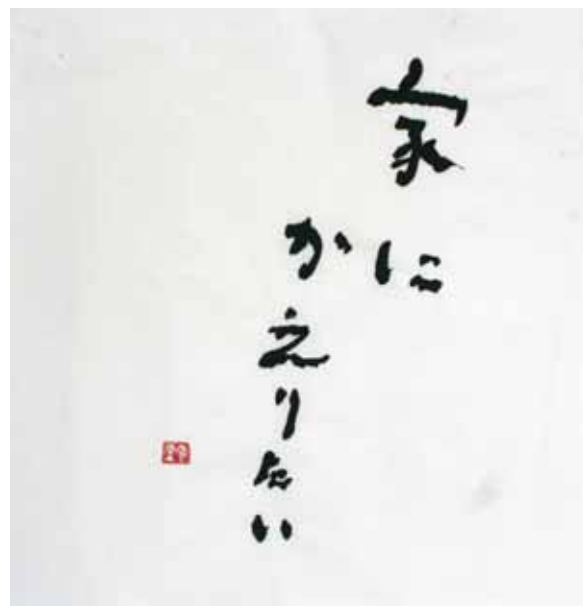


平成 20 年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト

精神障害者の円滑な地域移行のための  
地域体制整備に関する研究

報告書



長野県精神障害者地域移行支援研究会

# 精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する研究

## 報告書

### 目次

はじめに

I	研究事業の目的		
1	研究事業の目的	..	1
II	長野県における精神障害者退院支援事業の概要		
1	地域生活移行への取り組み	.	3
2	精神障害者退院支援コーディネーター設置に至る経過	..	7
3	精神障害者退院支援コーディネーターの活動の実際	.	10
4	19年度の精神障害者退院支援コーディネーター活動実績	..	23
5	精神障害者退院支援コーディネーター研修によるスキルアップ	.....	31
6	精神障害者退院支援コーディネーター設置後の効果と課題	..	36
III	聞き取り調査について		
1	調査の目的	.	39
2	調査対象者		
3	調査方法		
4	調査結果	..	40
5	調査を通しての考察	..	60
IV	精神障害者退院支援コーディネーターとの座談会		
1	精神障害者退院支援コーディネーターとの座談会	..	65
V	地域生活移行支援に係る提言		
1	地域生活移行支援のために	. ..	75
2	地域生活支援のために	..	78
VI	その他		
1	事例 1	..	81
2	事例 2	..	86
3	退院した人の声	. .	91
4	聞き取り調査に関する様式		96
	長野県精神障害者地域移行支援研究会 会員名簿	..	108
	退院後の地域でのくらしに関する聞き取り調査 調査員名簿		



## はじめに

国においては、平成16年9月に取りまとめられた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推し進めるため、様々な改革や取り組みが行われているところです。

一方長野県では、第4次保健医療計画（平成15年3月）の中で、精神医療分野が5つの重点プロジェクトの一つとして位置づけられたことから、精神保健福祉施策の「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制へ」を進めるため、長期入院者の退院促進もその一つの柱となり、平成15年度、佐久保健所管内において国のモデル事業（「精神障害者退院促進支援事業」）に取り組み、16年度には飯田、伊那保健所管内にも広がりました。

17年度からは「精神障害者退院支援事業」として保健所を中心に退院可能な精神障害者の退院支援が進められ、県内全圏域を対象として取り組まれました。しかし、支援対象者や協力病院が増えない、グループホーム等社会資源が増えない、退院支援を実施する事業者が増えない等の課題も見えてきました。

そこで19年度から、医療機関への積極的な働きかけを行い医療機関との協力関係の強化を図るとともに、関係機関との連絡調整や退院後の地域生活支援ネットワークの構築を専任で推進していく役割を担う退院支援コーディネーターを、県内4ヶ所の障害者総合支援センターへ配置し精神障害者の地域生活移行を推進していくこととなりました。

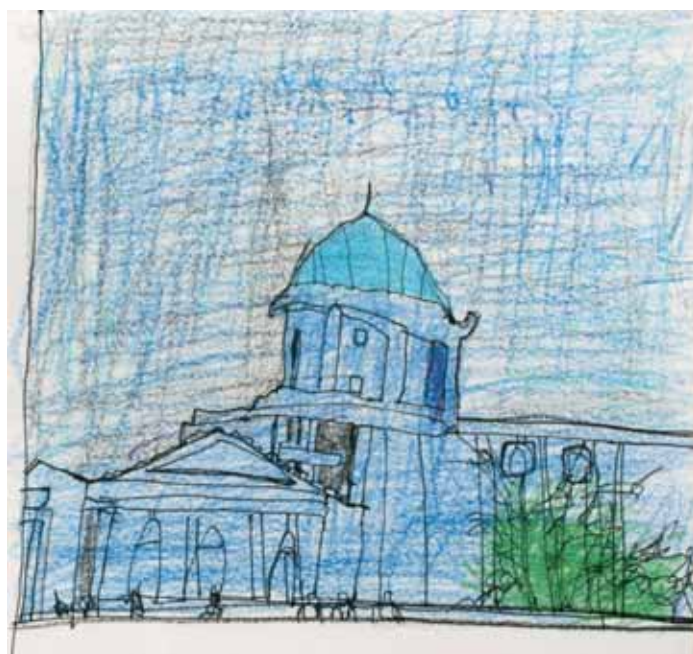
本研究会では、厚生労働省の「障害者自立支援研究調査プロジェクト」を活用し、退院支援コーディネーターが支援し退院した長期入院者への聴き取り調査を実施し、本人の思いや生活実態から必要な支援を明確にするとともに、退院支援コーディネーターの活動から、地域の支援体制の強化と必要な社会資源の創設等を図るための効果的な支援策について検証し報告書として取りまとめました。精神障害当事者を主体とした地域生活移行・地域生活支援における効果的な支援のあり方を探ってきましたが、退院支援に関わる多くの関係者の参考として活用していただければ幸いです。

なお、この報告書の表紙の字と、文章中に用いられた絵画は、精神障害者退院支援コーディネーターが活動の中で出会った障害当事者の作品です。

平成21年3月

長野県精神障害者地域移行支援研究会

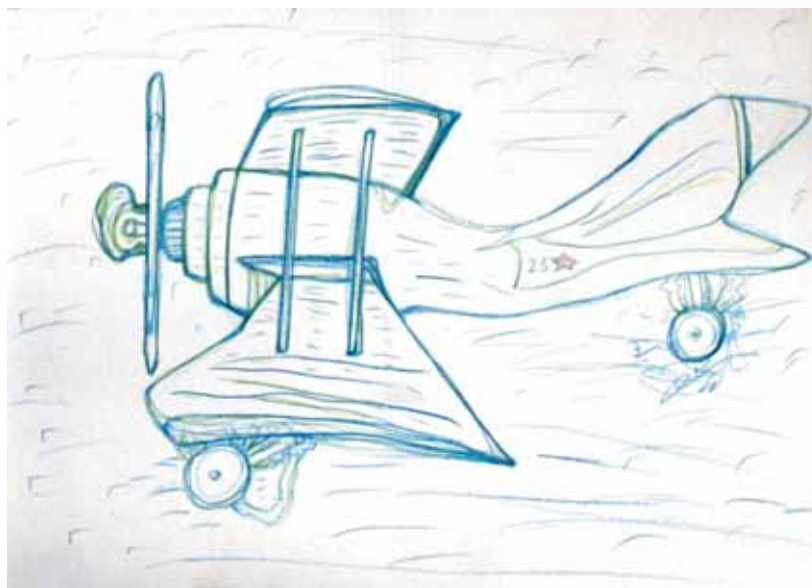
# I 研究事業の目的



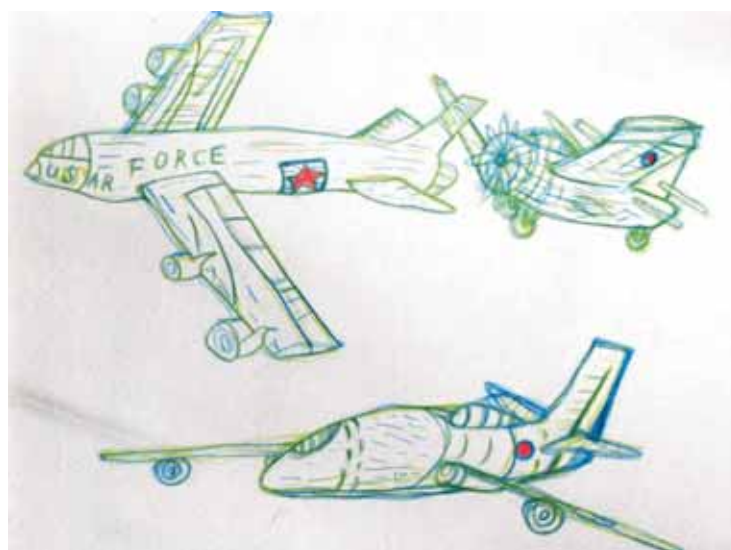
## 1 研究事業の目的

長野県が、医療と福祉の連携強化を図った地域の支援体制づくりに視点をおき、退院後の地域生活をコーディネートする精神障害者退院支援コーディネーターにより地域生活移行をした精神障害者の聴き取り調査を実施し、本人の思いや生活の実態とその質に視点をおいて結果を分析することで、コーディネーターの役割や必要な支援策を明確にします。

併せて、ケアマネジメント手法に基づき退院支援を行っているコーディネーターの活動について検証を行い、精神障害者の地域移行と地域生活支援のネットワーク構築を図るための効果的な支援体制を調査研究し、精神障害者の地域生活移行・地域生活支援に係る技術やあり方を広く普及させていくことを目的とします。



## II 長野県における退院支援事業の概要



## Ⅱ 長野県における精神障害者退院支援事業の概要

### 1 地域生活移行への取り組み

#### (1)平成 15 年度

長野県では、平成 15 年度から西駒郷（県立の知的障害者入所更正施設）の知的障害者の地域生活移行支援を先駆けに、全県下で地域生活移行支援の取り組みを行ってきていました。

一方、精神障害者の退院支援は、平成 15 年度に「長期入院者退院支援事業」として佐久保健所管内をモデル地域として実施しました。

#### モデル事業の内容（図 1）：

保健所を中心として、病院関係者、市町村職員、生活保護担当者、社会復帰施設（精神障害者の地域生活支援を行うグループホーム、共同作業所等）の職員を含めた『協議会』を設立しました。

病院からの推薦により支援対象者を選出し、協議会において支援対象者を決定し、支援を開始します。

決定した支援対象者ごとに、保健所の保健師が中心となり、『個別支援会議』を設置し、そこで退院までの支援計画を作成します。その計画に基づき、『支援員』が入院中における外出の付き添い支援などを行うことにより、退院促進を図ってきました。

#### ※ 支援員とは

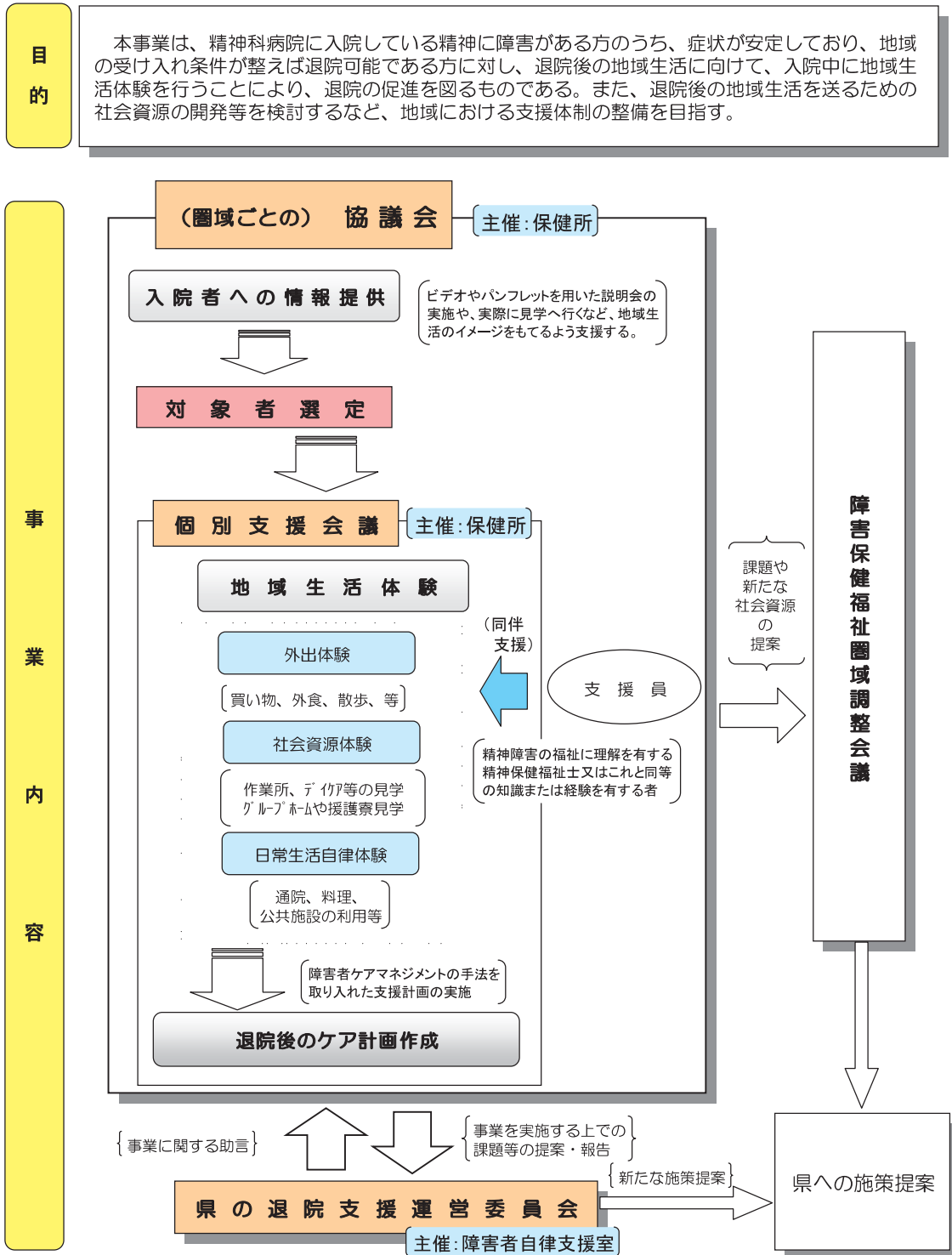
精神障害者の福祉に理解を有する者であって、精神保健福祉士又はこれと同等の知識または経験を有する者であり、保健所で報償費を支払い、業務を行っていました。

#### (2)平成 16 年度

平成 15 年度の佐久保健所管内の病院に加えて、新たに県立駒ヶ根病院と飯田保健所管内の病院において事業を実施することとなりました。

先駆的に取り組んでいた佐久保健所の取り組みを参考に、伊那保健所及び飯田保健所でも支援員を院外への外出時などに派遣し、退院支援を行ってきました。

【図1 平成15年度～18年度の事業イメージ図】



※資料 長野県社会部障害者自立支援課提供

### (3)平成 17 年度

平成 17 年度になり、モデル事業の実施の経過を踏まえ、県下全域へ事業を普及するとともに、精神障害者の退院支援の課題を明らかにするため、精神科病院の医師・看護師・精神保健福祉士の職能団体からの代表者、社会復帰施設、市町村、精神障害当事者、精神障害者の家族を委員とした『精神障害者退院促進検討委員会』を設置しました。

この委員会において、入院患者の状況と退院支援のために必要な社会資源（障害者が地域で生活するために必要な福祉サービス等）を把握して、今後の精神保健福祉施策の参考とするための『精神科病院入院患者の調査』を実施しました。

調査結果からは、長野県内のほとんどの精神科病院において医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士等といった院内における多職種チームによる退院支援が行われていることが分かりました。一方、行政機関や社会復帰施設等の地域の支援機関との連携があまりとられていないという結果と、医療機関が相談支援及び住居をはじめとする地域の社会資源の不足を大きな課題と感じていることが明らかになりました。

この年には精神科病院協会の協力を得て、県下の精神科病院に事業の実施希望調査を実施したところ、9病院での希望があり、5か所の保健所9病院で実施されました。

### (4)平成 18 年度

10か所の病院の協力を得て事業が実施されましたが、協力病院や支援対象者数が増えないこと、特定の関係者だけに限定され、支援のつながりやグループホーム等の社会資源が増えていかないなどの課題があり、19年度に向けて事業の見直しを行ってきました。

【表2 精神障害者退院支援事業の経過】

(単位：人)

年度	経過	支援者数	退院者数
15	佐久保健所管内で「長期入院者退院支援事業」を、2年間の試行的事業として開始 この年から、国庫補助事業「精神障害者退院促進支援事業」が開始 (保健所から退院支援員を病院に派遣する事業として実施)	4	2
16	佐久保健所に加え、飯田保健所管内の病院と県立駒ヶ根病院で試行的事業を開始	13	3
17	試行事業を終了し、「精神障害者退院支援事業」として開始 県下9病院の協力を得て事業を実施 <b>精神障害者退院促進検討委員会</b> を設置。 (県内の精神科病院に対してアンケート調査の実施)	28	11
18	県内の民間の精神科病院を中心に全圏域で事業の実施を予定するが、協力病院が10病院に留まる。 (県内の病院数：33病院)	22	14
19	新たに『精神障害者退院支援コーディネーター』を民間事業者に委託し、障害者総合支援センターに配置(4か所) ※障害者自立支援対策臨時特例交付金とセーフティネット支援対策等事業(生活保護関係事業)の活用	120	51
20	上記4か所に新たに、1か所増設し、県下5か所にコーディネーターを配置する。	237	57

※H20は、12月末現在の数値



## 2 精神障害者退院支援コーディネーター設置に至る経過

### (1) 今までの経過における事業の課題

平成 15 年度のモデル事業から実施されてきましたが、病院から選出される支援対象者や事業に参画する病院が増えない等の課題があるとともに、支援員の確保が難しい状況でした。

また、支援員が専任ではないため、退院支援を全て任せられる担い手にはなり得なかったという問題もありました。

【表3 支援員だけでは対応できない課題】

- ・ 支援対象者へのケアマネジメントの実施
- ・ 精神科病院への支援対象者選出依頼の働きかけ
- ・ 自己の判断により活動することが困難（雇用形態の問題）
- ・ 退院後の生活支援

また、事業の目的である「地域の受け入れ体制が整えば退院可能な者の退院促進」については、「受け入れ体制が整えば退院可能な者は誰なのか」、「入院治療が必要なのに、退院をなぜ促進しなければならないのか」などの意見が出されました。

【表4 認識のズレ】

病院における課題	地域における課題
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 入院中から退院したあとの支援が不足。</li><li>➤ 戻る家がない。</li><li>➤ 家族の理解が得られにくい。</li><li>➤ 支援対象者になるための条件が厳しく、支援がはじまるまでの時間がかかりすぎる。</li><li>➤ 本人は退院に対して不安があり、退院を希望していない。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 病状が不安定になることもあり、地域では対応しきれない人がいる。</li><li>➤ グループホームを整備する事業者が少ない。</li><li>➤ 本人や家族に十分な情報が伝わっていない。</li><li>➤ 支援対象者が増えない。</li><li>➤ 本人のニーズがどこにあるのか、どんな生活を希望しているのかわからない。</li><li>➤ 入院中の情報などがなく、退院時に医療機関と連携がとりづらい。</li></ul>

## (2) 課題への解決

### ① 課題の共有化

受け入れ体制が整えば退院可能な精神障害者の定義や、その人数だけを語るのではなく、精神障害者の「地域生活移行と地域生活支援のためには何が必要か」という視点で課題を整理しました。

精神保健福祉の歴史が浅い中で、グループホームの不足、支援者の不足等、地域の受け入れ体制が不十分であることは明らかですが、どうすればそのような資源を増やしていけるのかということを問題にしていきました。

また、押し出す側の病院と受け入れる側の地域での対話やネットワークの構築などについても、十分に連携がとれていないことも課題でした。

併せて、精神障害者本人のニーズをきちんと把握することが必要でした。

これらの問題を解決するためには、本人のニーズを把握し、必要なサービス資源と結びつける『障害者ケアマネジメント』に基づき、退院後の生活支援を想定したプランニングを入院中から行うことの必要性が明らかとなってきました。

しかし、長期入院者の生活ニーズを聴き取り、他の機関の関係者とこまめな調整を図る業務は、通常の業務と比べると、後回しになってしまいがちです。長期に入院している方の退院を支援するためには、その業務に専ら従事できる支援者が必要でした。

### 【図5 課題の解決策】

- ◆ **実は、地域の受け入れ体制の基盤が弱かった・・・**
- ◆ **押し出す側の病院のニーズと受け入れる側の地域のニーズと合っていなかった・・・**
- ◆ **入院している精神障害者の真のニーズをきちんと聞いていなかったのかもしれない**



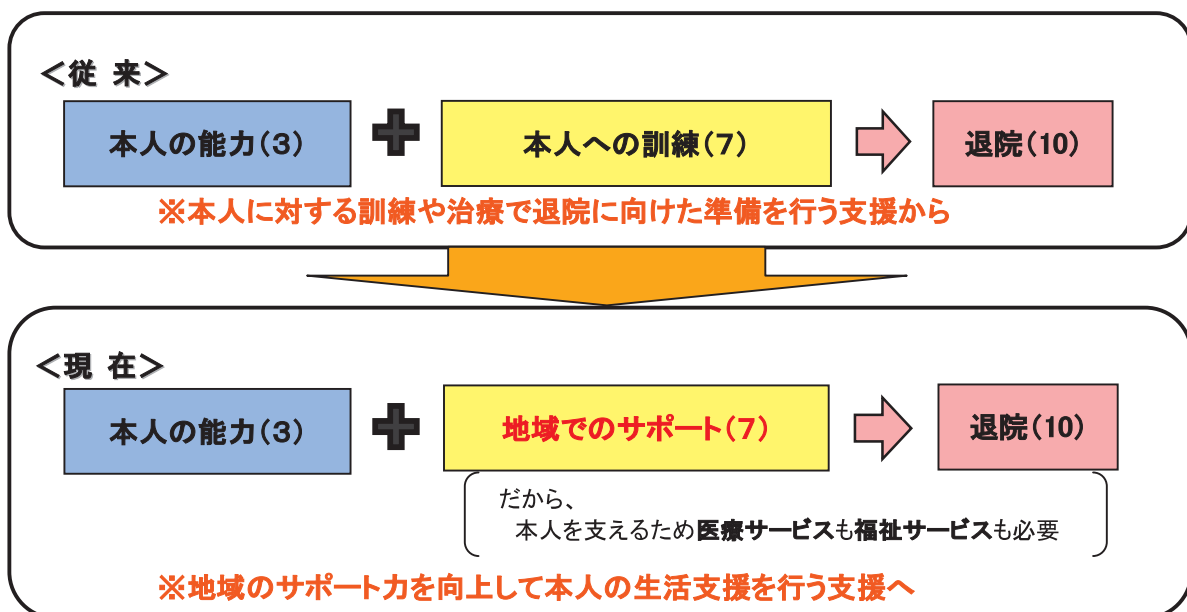
障害者の地域における生活を支援するために、  
福祉・保健・医療などが連携し、  
総合的かつ継続的なサービスの提供を行う  
**『障害者ケアマネジメント』**の必要性  
→専任でケアマネジメントを実施できる人材の必要性

## ②訓練から地域の体制づくりへの目的のシフト

従来の事業では、本人に対して食事づくりの練習や、服薬指導などの退院に向けた生活訓練を行うことにより、地域生活移行を目指すものでした。そのような訓練も必要ですが、それだけでは退院が困難な方々もいます。たとえ障害があっても、地域のサポートを受けて支え合うことで自立した生活が可能になります。

入院中に訓練することのみではなく、退院後にどのような支援を受けて生活するかを考えて、入院中から準備を進めていくことが必要です。そのような地域のサポートにつなげる支援の仕組みが精神障害者の地域生活移行では必要であり、そのための体制整備を行うことを事業の目的としました。

【図6 本人への訓練中心の支援から  
地域生活支援を充実させるための支援を展開】



精神障害者が地域で生活するためには、医療と福祉、その両者のサービスが必要です。福祉と医療のネットワークの構築を図り、精神障害者が安心して生活することができれば、結果的に退院促進につながり、更には障害福祉計画や事業の目的を達成することもできると考えられます。併せて、病院側の目的を果たすことにもなるため、両者が合意して同じ課題に取り組めるようになってきています。

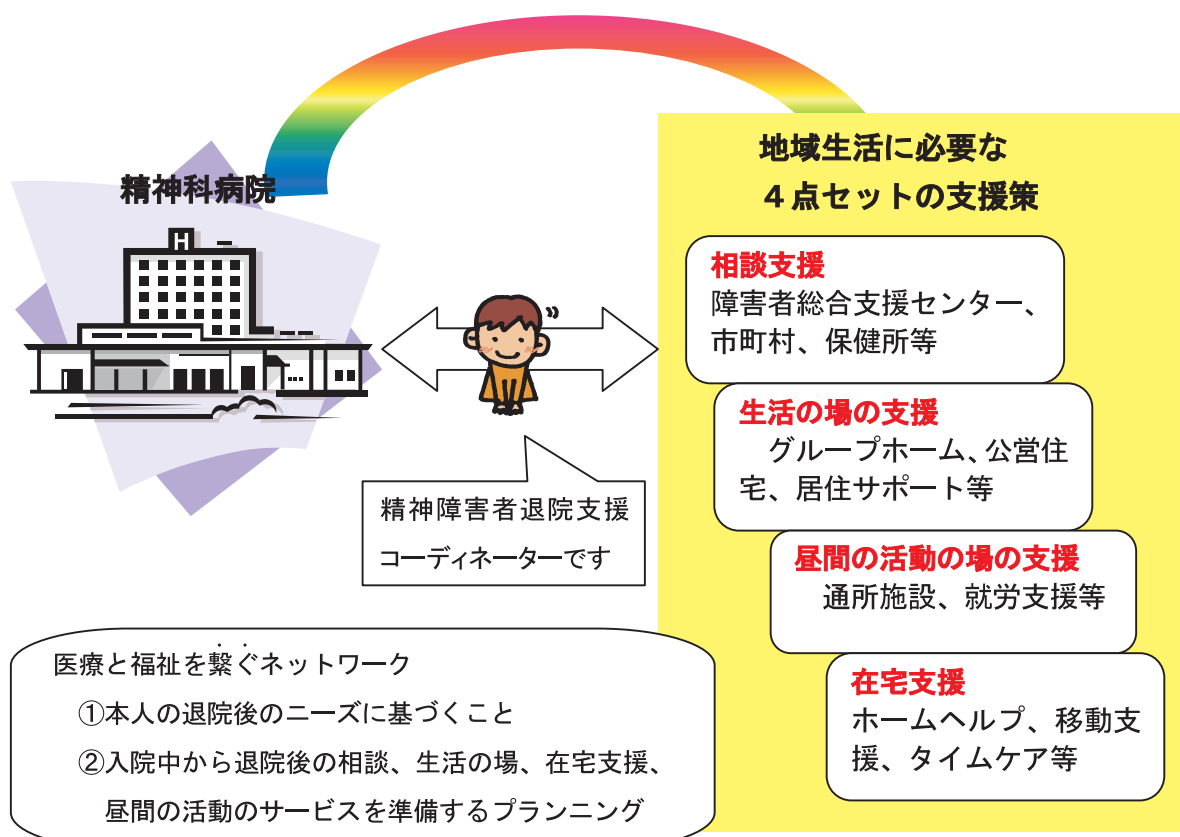
### 3 精神障害者退院支援コーディネーターの活動の実際

#### (1) コーディネーターに期待したこと

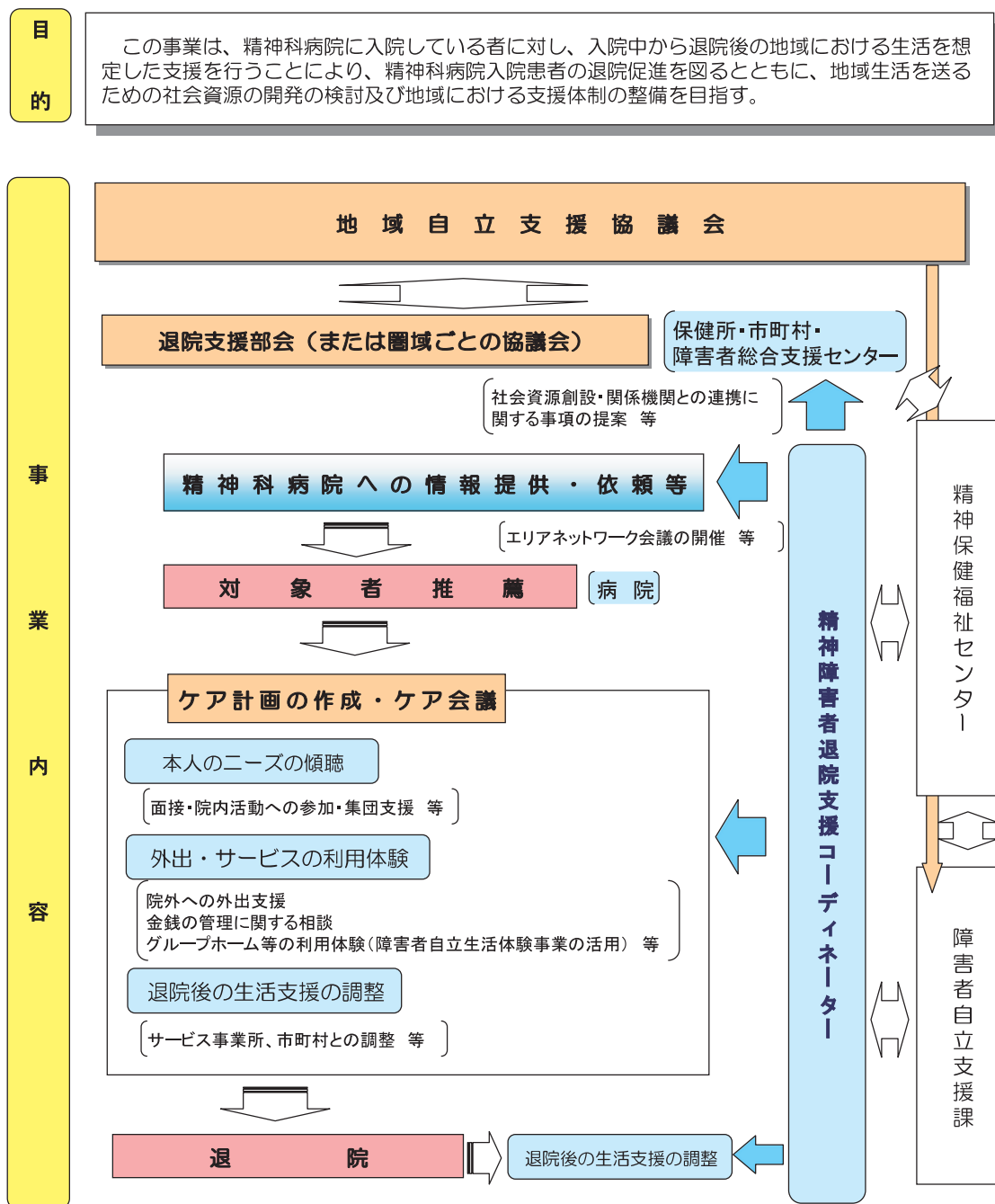
- ① 福祉と医療の架け橋となること。
- ② 精神障害者の地域生活支援に関係する機関のネットワークの形成を図ること。
- ③ 精神障害者の地域生活モデルの事例とその支援ノウハウを具体的に蓄積していくこと。

県は退院支援コーディネーターを設置する際に、上記のことを期待しました。地域で生活する精神障害者を支援する実績が少ないため、地域の支援関係者は、実際の支援を通じて支援ノウハウを学ぶことが重要だと考えました。それは同時に、地域住民の精神障害に関する理解を深めることにもつながらばと考えたのです。

【図7 福祉と医療の橋渡し役となるコーディネーター】



【図8 平成19～20年度の事業イメージ図】



**精神障害者退院支援コーディネーターの業務として・・・**

- ・ 精神障害者の退院支援がいろいろな業務の後回しにならないように、退院支援の業務に専従で従事すること。
- ・ 入院患者に対し、障害者ケアマネジメントの手法を用いた退院支援及び地域生活を実施すること。
- ・ 医療機関と連携を図れるよう積極的な働きかけを行うこと。
- ・ 精神障害者の地域生活における支援体制の構築を図ることを目的とすること。

## (2)精神障害者退院支援コーディネーターの業務の実際

### ①利用者の想いの傾聴

コーディネーターは、自らがケアマネジメントを実施することにより、ケアマネジメントを普及していく役割を担います。ケアマネジメントでは、まず本人との信頼関係を構築した上でニーズを把握するため、コーディネーターは、本人との関係づくりからはじめます。関わりはじめから「退院」という言葉を出すことは少なく、本人の「好きなこと」、「今やりたいことや困っていること」、「これからの生活に対する想い」などに耳を傾けることからはじめます。

本人の立場になって話を聞くことで、これまで支援者に伝えきれなかった想いなどが表出してきます。その時点で、その想いを実現できるよう「退院」を目指しながら、地域での生活について具体的に本人との話し合いを進めていきます。

環境を少し変えることで、入院生活の中では気がつかなかった本人の長所や能力に自身が気づき、退院に対する意欲や動機付けになっていくことがあります。退院に対して希望が持てるように働きかけていくことはコーディネーターの重要な業務です。

### ②病院等への協力依頼

病院との関わりを持つことが、従来の活動の中でも難しい課題でした。病院からは「コーディネーターは一体何をしてくれる人なのか」ということが問われました。コーディネーターの業務は、「入院中から地域生活への移行が円滑に行えるよう調整を行う」ことですが、「病院のソーシャルワーカーと何が違うのか？」と問われ、活動当初はコーディネーターの活用方法について病院側は理解しづらかったようです。

事業が開始されたばかりの時は、近く退院を予定している方の支援から関わりはじめたり、場合によっては退院後間もない方の支援も行いながら、徐々に実績を重ね、病院との信頼関係を築いてきました。個別支援などで何度も病院に足を運ぶうちにソーシャルワーカーや看護師と顔見知りになり、病院からの支援依頼が増えてくるようになってきました。

また、コーディネーターは病院だけではなく、退院後に利用する福祉サービスの事業所などへ足を運び、受け入れ先の依頼も行いました。精神保健福祉のサービス事業所に限定せず、身体障害や知的障害を含めた三障害を視野に入れ、対応可能な事業所の開拓等もコーディネーターの重要な業務です。

つまり、病院側の需要と地域の福祉サービスを繋げる営業マンとしての活動が求められているのです。

### ③家族への支援

発病から入院までの経過の中で、家族のみで対応せざるを得なかった苦労などから、退院後にまた同じような出来事が生じることを心配し、家族が退院に反対することは少なくありません。

そういった家族の方々は、病気や障害に関する知識や福祉サービスに関する情報をほとんど知らない場合が多く、また、発病をきっかけに家族関係が崩れてしまっている場合もあります。

退院後、家族が本人の生活の全てに関わるのではなく、地域全体で本人を支える支援体制を築いていくことがこれからの社会の役割となってきます。

コーディネーターは、家族との面談を重ね、家族の気持ちを傾聴したり、社会福祉サービスなどについても分かりやすく説明するなどの支援を行っています。家族の気持ちを整理し受け止めることで、家族が力づけられ本人のよき理解者となることが本人の自立した生活を営む上で重要なことです。これまでに十分に行き届かなかった分、きめ細やかな家族への対応を行うことが望まれます。

中には「こんなサービスがあることを知っていたら、もっと早く退院させてあげたかった。」という家族からの言葉もありました。





【表9 Q&Aコーディネーター活動における疑問】

**Q. 精神科病院へ関わるときは、最初はどのようなきっかけでしたか？**

A まずは、コーディネーターの役割を知ってもらい、顔を知ってもらうため、パンフレットなどを持参したりしながら、全ての病院に挨拶まわりをしました。



A 保健所が開催していた協議会がきっかけになりました。その場所で、コーディネーターの存在を知ってもらい、病院に行きやすくなりました。

ポイント：

病院訪問をする際には、さまざまな地域の情報を持って訪問をしました。病院へ情報提供をしたり、何回も足を運んで、そのときに病院が困っていることや支援してもらいたい方などがあつた際には、迅速かつ丁寧に対応することで、病院から信頼されるようになってきました。

**Q. コーディネーターに支援依頼がある対象者はどうやって増やしていったのですか？**

A. 既に地域に相談のあるケースをきっかけに病院のケースワーカーさんと知り合いになり、次のケースも紹介をしてもらいました。

A. 病院からの依頼に対し、「何でもやりますよ」という姿勢で、支援をさせてきていただいているうちに、様々な方から支援を依頼されるようになりました。



A. 最初は、借金で財産処分を行う必要がある方や家族が反対している方、戻る家がない方などが多かったです。



ポイント：

対象者の条件を決めず、利用者や医療機関の要望に臨機応変に応えるようにしてきたことで、病院の信頼を得て、病院だけでは対応しきれない事例相談が増えていきました。



#### ④地域の支援力の向上

退院後の地域生活を支援するには、様々な関係者が精神障害者の支援ノウハウなどを学んでいく必要があります。

コーディネーターは、各種研修会の講師を務めることや研修会や事例検討会の実施、具体的に学習できる場面の設定などを行っています。例えば、グループホームの世話人に対して、直接グループホームへ出向き、相談に乗るなどの取り組みを行っています。

コーディネーターが入院中から関わることにより、病院における支援の具体的な方法などの情報を退院後の関係者にも伝達できることや、困った時の病院へのスムーズな相談体制づくりなど、受け入れ側である地域の支援体制の整備や向上を図ることができます。

研修会などの場面以外にも、個々の事例により関わり方や病気の特徴などが異なるため、その時々により関わる方と相談しながら援助することで、地域の関係者の支援技術向上につながる機会となります。ただし、その際には手厚いフォローと助言が必要です。

#### ⑤ケア会議からはじまる地域体制整備

地域の支援体制を構築していくためには、個別支援（ケア会議）が常時実施されていることが必要です。

長野県において、現段階では、精神障害者地域移行支援特別対策事業における「地域体制整備コーディネーター」と「地域移行推進員」の役割を1つの業務とし、「精神障害者退院支援コーディネーター設置等事業」として指定相談支援事業所に委託しています。

ケア会議の参加者によって地域自立支援協議会が構成されることで、会議の場面においても現実の問題意識が共有化され、リアリティのある活発な話し合いを行うことができます。

ケア会議などの少人数からの話し合いを積み重ねることで、大きな会議（地域自立支援協議会等）の場での課題が共有しやすくなります。

## ⑥エリアネットワーク会議

コーディネーターは、対象地域の精神科病院の医師・看護師・ケースワーカー等の医療関係者、保健所、障害者総合支援センター等を招集した『エリアネットワーク会議』を開催します。

エリアネットワーク会議の目的は、各病院間や関係機関の情報の共有化を図ることとなっています。隣の病院でどのようなことが取り組まれているのか、互いに知る機会が少なかったり、障害者自立支援法や地域の福祉サービス事業の情報が十分に行き届いていないのが現状です。

会議では、困難事例の検討、研修、コーディネーターの活動報告、最新情報の伝達、各機関との情報交換を行います。参集の声かけは、コーディネーター単独では困難な場合が多いため、保健所と協力して実施します。

一方的な伝達会議ではなく、お互いの立場を理解し合うこと（知ること）、日頃の活動上での思いなどの意見交換を行います。

コーディネーターの小まめな訪問や、事業所や病院との何気ない話などの地道な活動が、会議の場面における立場を超えた話し合いが行えることになり、社会資源の開発につながっていきます。研修会のあとの立ち話も有意義な時間であり、最近ではメール等の電子媒体も重要な情報交換の場になっています。

相手に対して「わかって当然だろう」「もちろん知っているはずだ」「知らない方がおかしい」という見方ではなく、日頃から小まめに連絡を取り合い、顔を合わせ話をするのがネットワーク構築のはじまりになっています。

“会議”という話し合いだけではなく、研修会や院内プログラムの検討など地域の関係者と病院の関係者が同じことに一緒に取り組むことで、協力意識が高まります。

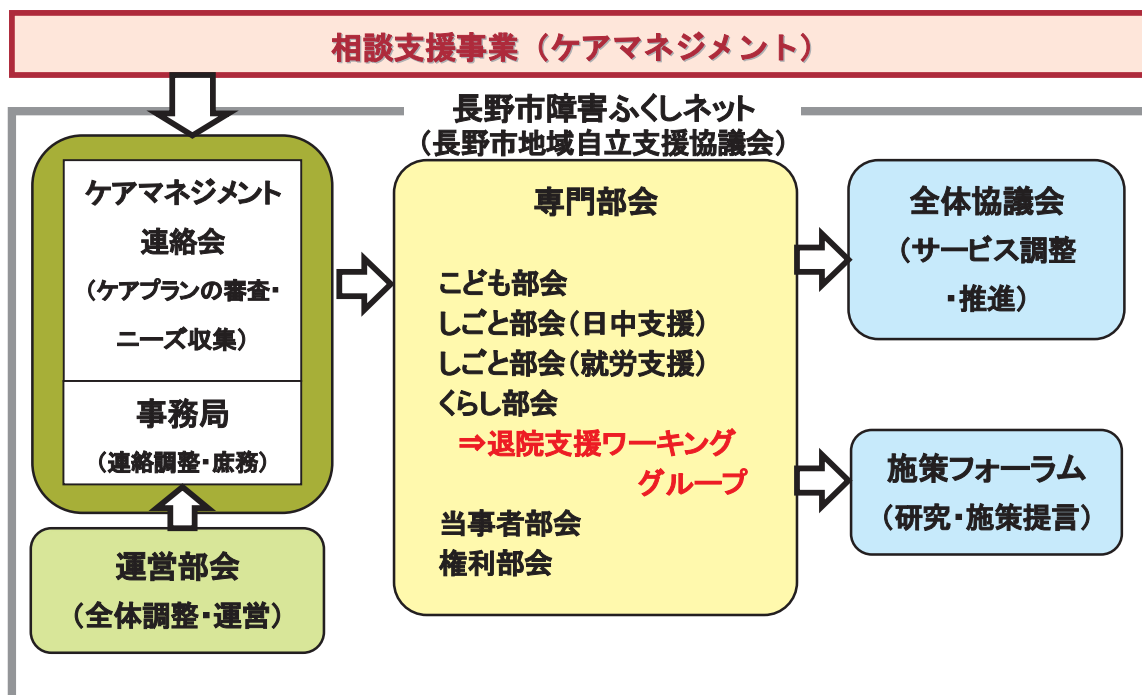
## ⑦地域自立支援協議会との連携

地域の受け入れ体制を整備する際には、精神障害者の地域生活移行支援を、精神障害者特有の課題に限定するのではなく、三障害の共通課題として取り組みを行う必要があります。そのため、精神障害者退院支援事業（精神障害者地域移行支援特別対策事業）の協議会をできるだけ地域自立支援協議会と連携して実施していきました。

特に保健所は、地域自立支援協議会の専門部会として退院支援部会を設置できるよう働きかけを行いました。長野県内のほとんどの地域自立支援協議会において、精神障害者の地域生活移行支援に関して検討する部会等の場を設置することができました。

地域生活移行支援において、課題であるグループホーム等の受け入れ体制の整備を充実していくためには、精神保健福祉分野だけでは基盤が弱いため、他の障害分野と協力しながら、受け入れ体制整備を行っていくことが必要です。

【図 10 地域自立支援協議会との連携（長野市をモデルとして）】



具体的に、コーディネーターの関わる地域自立支援協議会の専門部会を、上記のような退院支援ワーキンググループとして設置し、様々な課題について話しあいを行っている例もあります。



### (3)精神障害者退院支援コーディネーターの支援の視点

コーディネーターに求められてきた能力は多くありますが、最も重要なことは、「本人（入院患者）の立場に立って考える」力です。

医学的観点から支援を行うことは、医療従事者が活躍する分野であり、コーディネーターが全く同じ視点で支援をすることはできません。

コーディネーターだからこそできることの一つは、支援の主体である本人を医療や福祉の対象者としてみるのではなく、人生の主人公として、本人の言葉で語ることのできる支援を行うことです。

コーディネーターならではの視点により支援を行うことで、これまで医療従事者が行ってきた支援に加え、異なる方法での働きかけを行うことができ、利用者の地域生活移行に対する不安の解消や生活の幅を広げることができてきていると思われます。

退院支援を専任で行う「コーディネーター」という役割ができたことで、地域生活移行という目的がより明確となりました。

コーディネーターは各自、研修や日々の活動の中で試行錯誤を重ねながら地域の実状に応じ、それぞれのやり方を身に付けつつあります。

#### <コーディネーターに必要なこと>

##### ○コミュニケーション

患者、家族、病院、行政機関、地域関係者との関係をつくれること

##### ○傾聴

特に、利用者やその家族の揺れる気持ちを傾聴できること

##### ○動機づける

利用者へ喪失体験からの脱出への働きかけ（成功体験やストレングス視点の提供）

##### ○問題解決能力

情報を常に入手し、課題を抽出して問題解決を図ること

##### ○影響を与える

利用者の気持ちや、病院・行政の意識へ影響を与える

##### ○交渉

病院への交渉が特に、重要な業務である

（何でもお手伝いさせてくださいから入っていったこと）

##### ○葛藤解決

基本は、あきらめないことと「退院できる」と信じること

## 【図 12 コーディネーター共通の目線】

例えば、次のように視点を変えることによって、事例の捉え方や支援の姿勢が変わります。

### ☆従来の支援の目線

事例：「A氏 50代 統合失調症 男性」

20代の頃より精神科病院に入退院を繰り返している。今回の入院は6回目で10年になる。〇〇薬を3食後に服用し、病状は安定してきている。服薬管理は声かけを行えば自己内服できるが、忘れることが多い。

作業療法への参加を促すが、ベッドで臥床していることが多く、活動意欲が低い。自宅への帰宅は困難であることから、グループホームへ入居できるようにソーシャルワーカーが△△市の担当者と話を進めている。

### ☆コーディネーターの支援の目線

事例：「一人暮らしを希望している入院中のAさん」

私は、20代の頃から生活に不安になると調子が悪くなって、何度も入院をしてきた。今回の入院は長くて10年にもなる。一日3回の薬はめんどくさい。毎日特にやることもないから、看護師さんは作業療法に誘ってくるけど、やる気が起きない。

もう戻る家もないし、この先ずっと病院で暮らすんだとばかり思っていたけど、最近ソーシャルワーカーが市の人とグループホームに行く話をしているようだ。施設みたいなのは、人に気を使うから、本当は一人でゆっくり暮らしたいと思ってる。

ポイント：

コーディネーターは、従来の支援者側の目線で捉えるのではなく、視点を変えて、本人側の目線で捉えることを大切にして活動しています。

【図 13 コーディネーターの個性を生かした活動】

コーディネーターはそれぞれの得意分野や、働きかけ方があります。また、地域や病院ごとに状況はさまざまです。コーディネーターの内なる力、いろいろな特色があつてよいのではないのでしょうか？

ヘルパーさんの相談役になることで、協力者を増やしています。

県単独事業は、フルに活用しなくては！！

なんか、その妄想おもしろじゃん！！

とにかく、低姿勢に…。「何でもさせていただきます」という売込みから。

「看護師さんいつもきれいですね～」とって、病棟に入っていきます。

総合支援センターのスタッフと、お互いの支援ノウハウについて、いつも語っています。

住居の情報を知っていることは強みです。

グループホームだけでは対応が難しい方の支援や、世話人さんの相談役です。

ゴミ屋敷の片づけを一緒にすることで、本人や支援者間の連帯感が生まれます。

保健師さんを味方につけて、共に協力合っています！

まずは、いろんなところに仲間（協力者）を作ることです。

アートが得意です！  
足で本人たちの想いを習字で表しました。

何度も足を運んでいるうちに、病院に行ってお茶やコーヒーが出たら、しめたものです！

院内相談会は、いろんな人が相談に来ます。でも措置入院中では・・・

どうしていいかわからなくなったら、“憩いの家”の当事者さんたちに相談しちゃいますね～。

### (3) コーディネーターのある月／ある日

コーディネーターには、個別支援からはじまり、地域の自立支援協議会の運営調整などの様々な業務があります。他にも、医療機関との打ち合わせや行政機関との打ち合わせなどの裏方として活躍することもあります。

コーディネーターが自ら課題や目的を考え、所属の法人や障害者総合支援センターの他のコーディネーター（精神障害者地域生活支援コーディネーター、障害者生活支援ワーカー等）や相談支援体制整備推進アドバイザー、保健所の保健師と相談しながら進めています。

ここでは、コーディネーターのある日、ある月の活動の一例を挙げてみます。コーディネーターのより具体的な活動のイメージが伝わるでしょうか。

なお、以下の表中の支援対象者名は仮名です。

#### ☆ コーディネーターのある日の活動

時間	活動
8 : 30	障害者総合支援センターに出勤。職員間で、今日の日程や昨日の活動に関する情報交換を行う。
9 : 30	<b>A病院</b> に入院している長野さんに面接する。 グループホームの写真をみせたところ、関心をしめしてくれる。隣の松本さんも興味深そうに覗き込んできた。⇒チャンスだ！！
11 : 00	病棟の看護師に長野さんと松本さんの様子について報告する。「第一病棟のグループホーム見学ツアー」でも開催しようかと話題にあがる。
13 : 30	先週 <b>B病院</b> を退院した上田さんのケア会議のため、上田さん宅に訪問する。 集まったのは、B病院の訪問看護師、金銭管理支援を行っている社協の担当者、ヘルパー事業所の主任さん、町の福祉課の担当者。 今まで自分でお金を管理したことがない上田さん。お金がなくなってしまうのではないかと不安で、ヘルパーさんに材料費を渡せなくなってしまったことについて、話し合いを行った。
16 : 00	△△法人が運営するグループホームを訪問し、B病院に入院中の飯田さんの入居について打診をする。さて、受け入れは可能か？
18 : 00	障害者総合支援センターに戻り、地域自立支援協議会の生活部会の資料や本日の訪問記録等を作成し業務終了。 いつも残業になってしまいますけどね～（笑）



☆ コーディネーターのある月のスケジュール

月	火	水	木	金	土	日
<p>AM</p> <p>A病院にてケースカンファレンス</p> <p>PM</p> <p>長野さん病棟面接</p>	<p>AM</p> <p>上田さん宅訪問</p> <p>PM</p> <p>精神保健福祉連絡会出席</p>	<p>AM</p> <p>飯田さん外出支援</p> <p>PM</p> <p>C病院のグループホーム見学ツアーに同行</p>	<p>AM</p> <p>記録の整理</p> <p>PM</p> <p>中野さん地域活動支援センター見学</p>	<p>AM</p> <p>上田さん宅にて民生委員への説明</p> <p>PM</p> <p>C病院PSWとの打ち合せ</p>		
<p>AM</p> <p>自立支援協議会資料準備</p> <p>PM</p> <p>町の福祉課へ来所。諏訪さん宅訪問</p>	<p>AM</p> <p>C病院病棟訪問</p> <p>PM</p> <p>A病院の退院プログラム参加</p>	<p>AM</p> <p>総合支援センタースタッフ会議</p> <p>PM</p> <p>B病院にてケースカンファレンス</p>	<p>AM</p> <p>飯田さんケア会議</p> <p>PM</p> <p>C病院のPSWと打ち合せ</p>	<p>AM</p> <p>川上さんの院内活動同席</p> <p>PM</p> <p>長野さんのケア会議</p>	<p>町の家族会に参加</p>	
<p>AM</p> <p>長野さん病棟面接</p> <p>PM</p> <p>上田さんケア会議。グループホームで打ち合せ</p>	<p>AM</p> <p>支援員との打ち合わせ</p> <p>PM</p> <p>A病院の退院プログラム参加</p>	<p>AM</p> <p>自立支援協議会打ち合せ</p> <p>PM</p> <p>池田さん病棟面接。アドバイザーとの打ち合せ</p>	<p>AM</p> <p>飯田さん退院</p> <p>PM</p> <p>宮田さんアパート探し同行。グループホームの夕食体験同伴</p>	<p>AM</p> <p>上松さんケア会議</p> <p>PM</p> <p>A病院看護師との打ち合せ</p>		
<p>AM</p> <p>アドバイザーと打ち合わせ</p> <p>PM</p> <p>保健所との事業打ち合せ</p>	<p>AM PM</p> <p>退院支援コーディネーター連絡会議参加</p>	<p>AM</p> <p>電話対応 記録整理</p> <p>PM</p> <p>退院支援部会</p>	<p>AM</p> <p>上田さん宅訪問。不動産屋へ相談来店</p> <p>PM</p> <p>管内の研修会参加</p>	<p>AM</p> <p>飯田さん宅訪問</p> <p>PM</p> <p>通所施設の運営委員会参加</p>	<p>地域で暮らそうフォーラム参加</p>	<p>(連日フォーラム参加)</p>



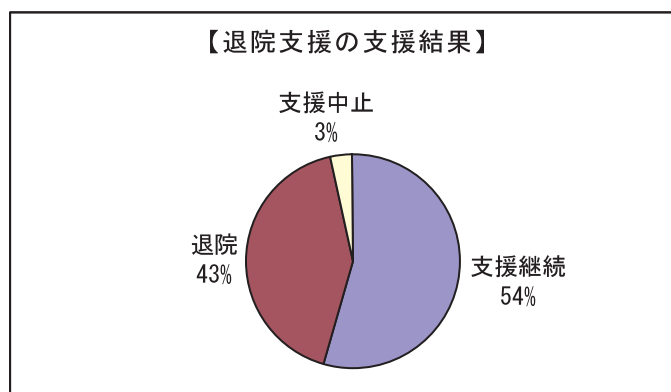
#### 4 19年度の精神障害者退院支援コーディネーター活動実績

コーディネーターの活動は、決して数値だけで表しきれものではありませんが、ここでは、長野県社会部障害者自立支援課から提供された情報をもとに、退院支援者数や支援している者の状況など、データから見える部分の活動実績をまとめます。

以下、平成19年4月1日から平成20年3月31日まで平成19年度1年間の実績です。

##### (1) 支援対象者数と支援結果

支援結果	人数
支援継続	65
退院	51
支援中止	4
計	120



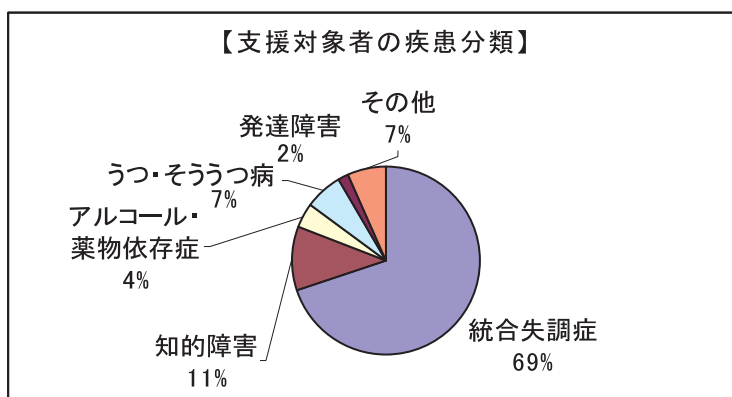
平成18年度の実績が、対象者22人うち退院者14人であったことから比較すると、専任のコーディネーターを設置したことにより、対象支援者数が120人と大幅に伸びています。

支援者数が増えた要因としては、専任のコーディネーターを設置したことに加え、支援対象者となる者の入院期間や病名などといった条件を定めなかったこと、協議会での対象者の決定や選出という流れをとらず、コーディネーターが病院から依頼があった際などに即支援を開始し、タイムリーな支援を行えたことが挙げられるでしょう。

(2) 疾患別支援対象者者数

病名	人数
統合失調症	84
知的障害	13
アルコール・薬物依存症	5
うつ・そううつ病	8
発達障害	2
その他	8
計	120

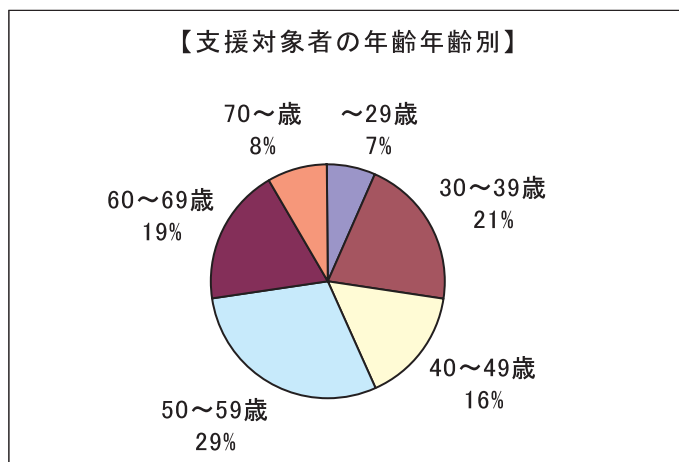
その他の内訳：  
境界性人格障害、解離性障害、高次脳機能障害、非定型精神病等



統合失調症の方が圧倒的に多いのですが、知的障害の方も多いことが特徴です。また、最近では、境界性人格障害などの支援依頼も増えてきました。

### (3) 年齢別支援対象者数

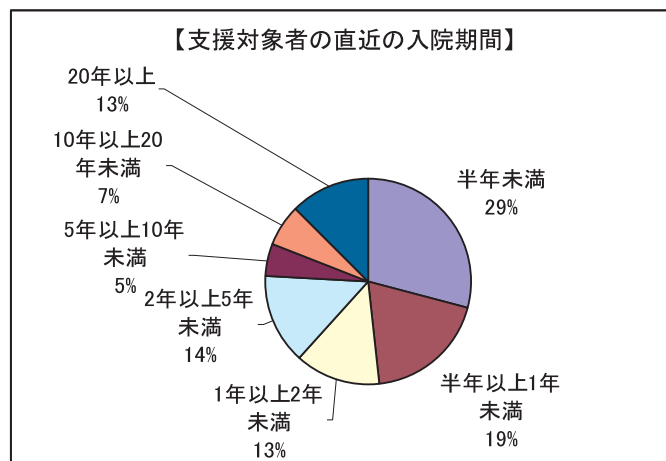
年齢	人数
～29歳	8
30～39歳	25
40～49歳	19
50～59歳	35
60～69歳	23
70～歳	10
計	120



最小年齢は20歳、最高年齢は70歳、平均年齢は50歳でした。50代が最も多くなっています。年齢制限を設けずに、高齢であっても、施設への入所待機をしているのではなく、地域で生活したいという本人の気持ちを少しでも実現できるよう支援をしています。

### (4) 入院期間別支援対象者数

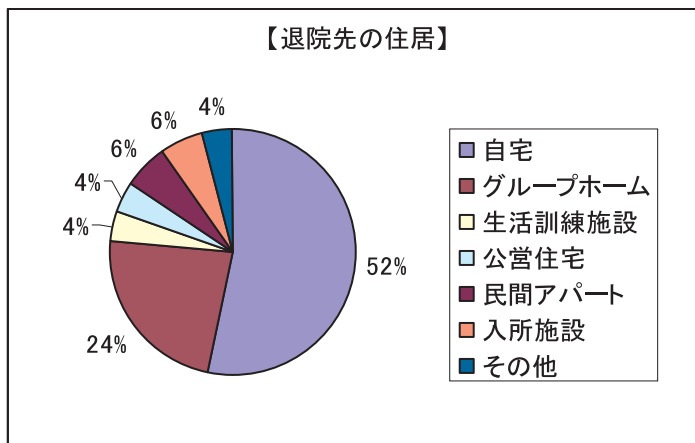
入院期間	人数
半年未満	35
半年以上1年未満	23
1年以上2年未満	16
2年以上5年未満	17
5年以上10年未満	6
10年以上20年未満	8
20年以上	15
計	120



コーディネーターの設置当初は、比較的入院期間の短い方の支援が多かったのですが、コーディネーターの役割が周知されるにつれて、長期入院者の支援依頼も増加してきています。

(5)-1 退院先の住居

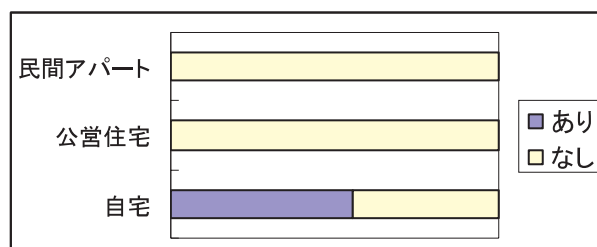
退院先の住居	人数
自宅	27
グループホーム	12
生活訓練施設	2
公営住宅	2
民間アパート	3
入所施設	3
その他	2
計	51



その他：社員寮、病院の敷地内の共同住居

(5)-2 家族との同居

家族と同居	あり	なし	計
自宅	15	12	27
公営住宅		2	2
民間アパート		3	3
総計	15	17	32



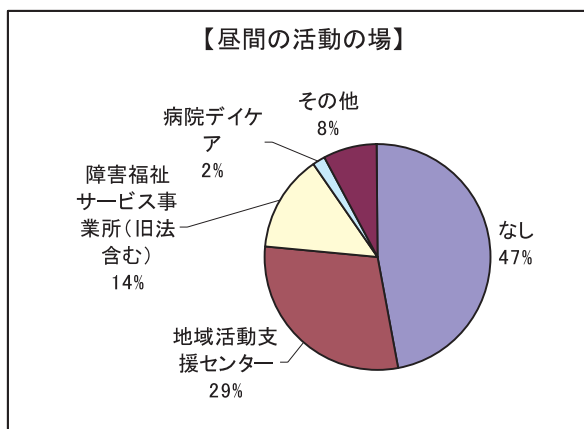
家族と同居できる自宅がある人が、退院に至っている傾向があります。今後の地域生活移行支援においては、戻る住居がない方などに対して、公営住宅や民間のアパート等で生活できるように住宅の確保が重要となります。

退院者の中には、入所施設への移行者もいます。精神障害者生活訓練施設（援護寮）の設置がない地域や知的障害で精神科へ入院している人の場合、知的障害者の入所更生施設へ移行し、そこで支援を受け生活していることもあります。

病院から直接地域へ移行することが困難な方などに対する中間施設の役割として、知的障害者の福祉施設なども新たな役割として期待されます。

(6) 昼間の活動の場

退院後の日中活動の場	人数
なし	24
地域活動支援センター	15
就労継続B	4
通所授産施設	2
生活介護	1
病院デイケア	1
入所施設	3
一般就労	1
総計	51



退院後、障害福祉サービス事業所等の昼間の活動の場に通う方が少ないようです。

昼間、福祉サービス事業所等に通っていない理由としては、本人のニーズに合ったサービスがない（選べない）、利用料等を気にして利用できない、退院後はゆっくり自宅で休みたいといった希望があるなどがあります。

本人たちのニーズに合った居場所づくりが今後の課題になっています。

(7)-1 入院期間と退院までの支援期間の関係

退院までの 支援期間	入 院 期 間						計
	半年未満	半年以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 5年未満	5年以上 10年未満	20年以上	
1 か月	9	2		5	1	3	20
2 か月	3	2					5
3 か月	3	3	2	1	1	1	11
4 か月	1						1
5 か月		3					3
6 か月		3				1	4
7 か月		1		1	1		3
8 か月					1		1
9 か月			3				3
計	16	14	5	7	4	5	51

(7)-2 退院先退院までの支援期間の関係

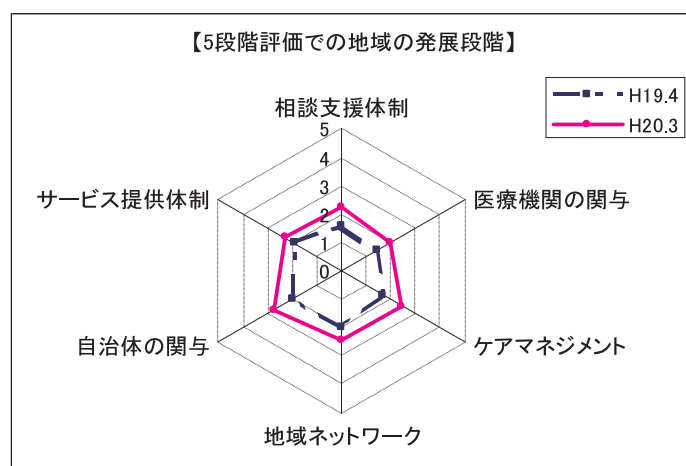
退院までの支 援期間	退 院 先							計
	自宅	グループ ホーム	介護寮	公営住 宅	民間ア パート	入所施 設	その他	
1 か月	15	3		2				20
2 か月	5							5
3 か月	3	4	1		1	1	1	11
4 か月	1							1
5 か月		1	1		1			3
6 か月	1	1			1	1		4
7 か月	1	1				1		3
8 か月							1	1
9 か月	1	2						3
計	27	12	2	2	3	3	2	51

コーディネーターが支援を開始してからの支援期間と入院期間との相関関係はあまり見られません。入院期間が短い方ほどコーディネーターの支援期間が短く退院に至っている傾向はありますが、長期に入院しているからといって、退院までに支援の時間がかかることはありません。実際には、住居の確保などに時間がかかることが多く、長期入院であっても住む場所が早期に決まれば、退院につながる例も多いです。

## (8) コーディネーター設置後の地域の変化

- ・ コーディネーターが、その役割を認知してもらうため保健所、医療機関、各自治体、福祉事業をくまなくまわったところ、個別の事例の退院支援を通じて、次第にコーディネーターの役割が認知されつつあります。
- ・ 様々な関係者の会議・研修においても、『退院支援』がテーマになっており、その重要性が認知されつつあります。
- ・ 開始当初は、協力病院が1ヶ所だけという状況でしたが、様々な会議等でコーディネーターの役割を宣伝したことによって徐々に協力病院が増加してきました。
- ・ 退院支援の研修を利用して福祉・医療の両方の分野のスタッフが一緒に互いの専門分野を考え直す機会となりました。
- ・ 知的障害のグループホームへ精神科病院からの退院者が入居することができたことを契機に、他の知的障害のグループホームへの入居も進みつつあります。
- ・ 精神科病院を訪問し、本人との信頼関係づくりから始め、外出の同行支援、各種施設の体験利用、ケア会議の実施、退院及び退院後のフォローアップをする事により、各関係機関と退院を肯定的に考えられるようになってきた。
- ・ 医療機関、障害福祉サービス事業所、行政とが課題と感じていることを共有できるようになってきました。
- ・ 地域自立支援協議会における「退院支援部会」の位置づけができたことにより、地域自立支援協議会との連携が図れるようになってきました。

### ※参考資料 5段階評価による地域の変化



☆指標は、30 ページ参考資料参照

コーディネーターの設置により、医療と福祉の連携が深まりつつあります。連携やネットワークは指標ではなかなか現しづらいですが、医療機関の関係者が地域自立支援協議会に参加している、病院に地域の関係者が訪問することができるなどといったつながりができつつあります。

【参考資料】 地域支援ネットワーク（地域の発展段階の指標）

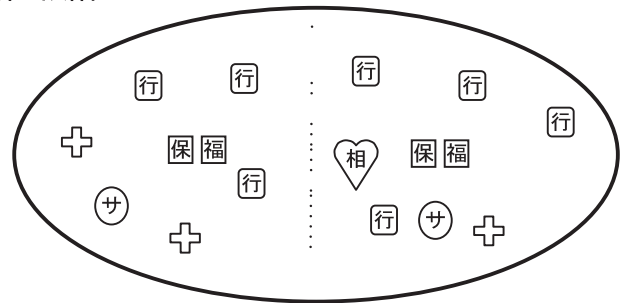
**1 段階**

退院後の連携体制がなく、医療機関やサービス事業所等が各々に利用者を抱えている段階

①社会資源が絶対的に不足している状況  
②基本的に医療機関が制度利用に関する相談を担う。  
③利用者等が直接社会資源を探して利用の相談をする。

保・・・保健所 福・・・福祉事務所  
行・・・市町村  
サ・・・サービス事業所 相・・・相談支援事業所  
+・・・医療機関

第1段階

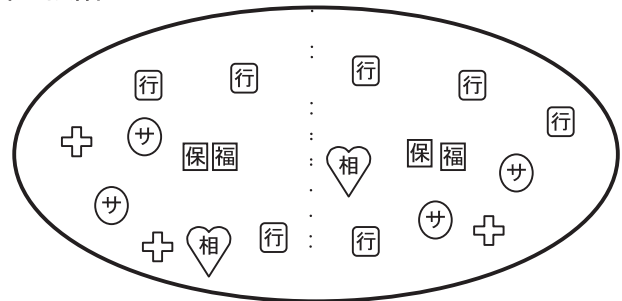


**2 段階**

医療機関等が何らかのサービス(私的サービスを含む)を伴ってできってくる段階

①利用者のニーズを受け止め、それぞれに必要なサービス提供を行う事業者が地域にできってくる。  
②基本的に医療機関が制度利用に関する相談を担う。  
③このようなサービスを知っている支援者・障害者は少なく、一部の方に限られる。

第2段階

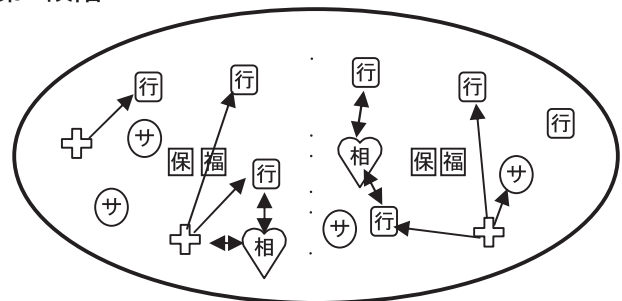


**3 段階**

医療機関と市町村、相談支援事業所との連携が始まる段階

①医療機関、市町村、サービス事業所、各々で社会資源の不足について考える。  
②医療機関から市町村へ退院後の生活支援について相談がある。医療機関のケースワーカー等が相談を担う。  
③情報を入手した支援者や障害者がサービスを利用する。事業者側は受動的な対応が多い。

第3段階



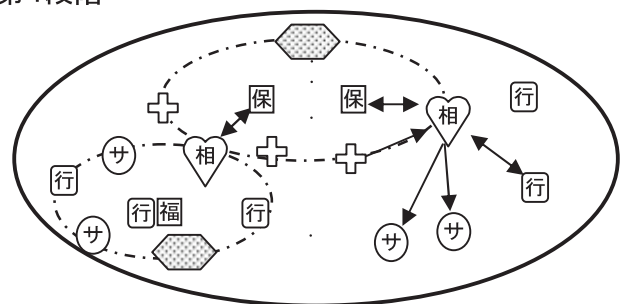
**4 段階**

圏域設定と地域内連携強化の段階

①ある地域単位で、社会資源の連絡調整をする仕組みが立ち上がる。  
②ある地域単位で、退院支援の連絡調整をする仕組みが立ち上がる。  
③利用者の退院支援にあたっては、ケアマネジメント手法を用いた相談支援が行われる。

●・・・ある単位での連絡会議

第4段階



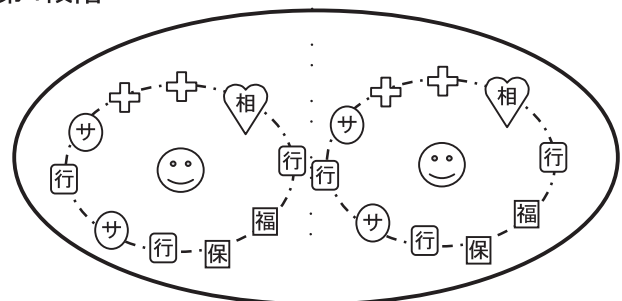
**5 段階**

圏域内の支援体制が充実し、県が全体の連絡調整機能を果たす段階

①圏域に地域自立支援協議会に精神障害者の退院を検討する部会がある。  
②入院中から退院後を見据えた支援体制が(医療機関→相談支援事業者)とられている。

😊・・・地域自立支援協議会

第4段階





## 5 精神障害者退院支援コーディネーター研修によるスキルアップ

コーディネーターの資質向上を図るとともに、保健・福祉・医療機関による支援体制を構築し、退院支援を円滑に進めていくことを目的に、平成 19～20 年度の 2 年間に、長野県精神保健福祉センター主催で「精神障害者退院支援関係機関職員技術研修会」がシリーズで開催されました。

### (1)開催回数等

平成 19 年度

(Cはコーディネーター)

回	開催日	対象エリア	参加者	内容
1	H19. 5. 14	全 体	退院支援C、圏域総合支援センタースタッフ等	講師による講話 各圏域の取り組み状況
2	H19. 7. 9	中信エリア	退院支援C、保健所保健師、病院スタッフ等	事例からニーズの捉え方と退院支援の進め方を考える
		南信エリア	退院支援C、保健所保健師等	保健所との連携について考える
	H19. 7. 10	北信エリア	退院支援C、保健所保健師、市町村、病院スタッフ等	各機関の状況 関係機関の連携について考える
		東信エリア	退院支援C、保健所保健師、病院スタッフ等	事例からニーズの捉え方と退院支援の進め方を考える
3	H19. 8. 21	全 体	退院支援C	事例検討、情報交換
4	H19. 10. 2	全 体	退院支援C 世田谷退院促進C	世田谷の取り組みから学ぶ ニーズの捉え方についてグループワーク
5	H19. 10. 23	全 体	退院支援C、保健所保健師、病院スタッフ、総合支援センタースタッフ等	講義「ニーズに基づいた支援のあり方」と演習
6	H20. 2. 29	南信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院スタッフ、GH 世話人等	講師による講話 事例を通しての演習
	H20. 3. 10	中信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院スタッフ、GH 世話人等	
	H20. 3. 17	北信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院、社協、ヘルパー、相談支援専門員等	
	H20. 3. 19	東信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院スタッフ等	

## 平成 20 年度

回	開催日	対象エリア	参加者	内 容
1	H20. 6. 30	全 体	退院支援C、総合支援センタースタッフ等	活動報告 講師による講義
2	H20. 7. 18	北信エリア	退院支援C、病院スタッフ、GH 世話人等	講師による講義 事例を通しての演習
3	H20. 8. 11	南信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院スタッフ等	
4	H20. 8. 12	中信エリア	退院支援C、保健所、病院スタッフ等	
5	H21. 3. 9	東信エリア	退院支援C、保健所、市町村、病院スタッフ等	講師による講義 これまでの活動の振り返り等
6	H21. 3. 23	全 体	退院支援C、精神C	

### (2)参加者

主な参加者は、(1)の一覧の通り、コーディネーターや精神障害者生活支援コーディネーターを中心とした、各圏域の障害者総合支援センターで相談支援にあたるスタッフの他、保健所保健師や医療機関の看護師、ソーシャルワーカー等でした。

事例を通しての演習には、実際に事例に関わっている保健所や市町村担当者、医療機関スタッフ（看護師、ソーシャルワーカー等）、グループホーム世話人やヘルパーなどの地域で支えるスタッフ等も参加しました。

### (3)内容

コーディネーターの資質向上として重要視されたのは、ケアマネジメント能力の強化でした。コーディネーターが退院支援を進めるにあたって、関係機関への根回しや協力依頼、時には資源を作り出していく能力を身に付け、本人や多くの関係者の総合調整役として、支援を組み立てていく技術が必要と考えられたからです。

そのために、まずはコーディネーターがケアマネジメントに必要な対象者本人の捉え方を学んでいくことになりました。更に、関係する複数の支援者にその捉え方や視点を広め、共に目標に向かっていくことで、体制づくりに活かしていけるとも考えられます。

そこで、特別アドバイザーとして、駒澤大学文学部社会福祉学科社会福祉学専攻准教授の佐藤光正先生を講師に迎え、主に「ミスポジション論によるケアマネジメント」の手法を学び、関わっている事例を通しての演習等を行いました。

他に、先進的に退院支援に取り組んでいる事業者の精神保健福祉士を迎え、その経験から学んだり、各エリアの取組み状況を振り返り、今後の進め方を検討する等の研修が行われました。

#### (4) 「ミスポジション論によるケアマネジメント」の概要

これまでの相談支援の悲劇は利用者と支援者が“対立関係”になりがちなことでした。支援者が利用者のより良い生活をめざすとしながらも、知らず知らずのうちに支援者が先回りをして対立する関係になってしまうという矛盾です。対立が起こるとどちらかが、あるいは双方が悪者になってしまいます。これは相談支援にとって大きな損失でした。どうしたら対立関係なく、同じ方向を向いて共により良い支援をめざせるか。そのために佐藤先生が対立構造を伴いにくい新たな相談支援の枠組みとして考えたのが「ミスポジション論」という支援の大きなデザインです。

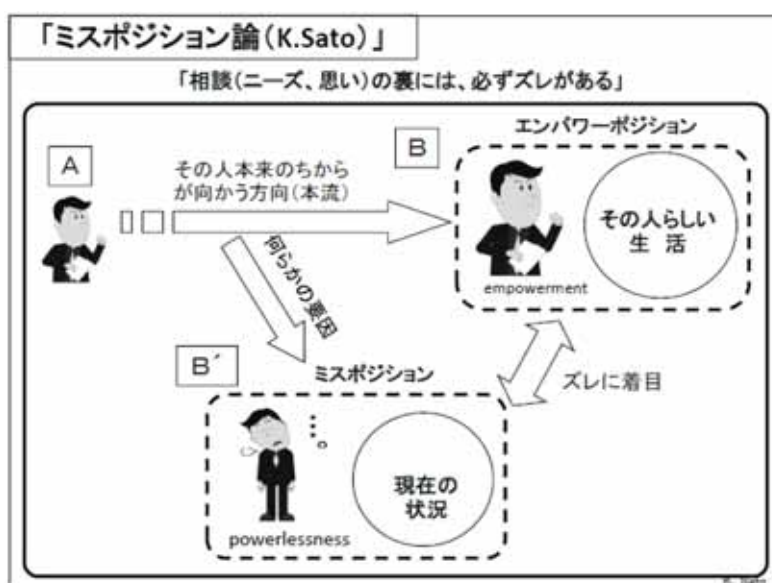
ミスポジション論について佐藤先生は以下のように説明しています。

##### <ミスポジション論>

『相談が必要な状態には必ずウラに「ズレ」が存在する。言い換えればその「ズレ」が相談を生じさせているといえるが、そのズレはポジショニングにより生じるものである。ミスポジション論とは、相談の背景にある「ズレ」を“ポジショニングの問題”として説明しようとしたものである。その人の問題に焦点を当てるのではなく、その人のいる現在の状況であるミスポジションに焦点を当て、その人がミスポジションからこうありたい将来像へと脱出することを共に応援するものである。この枠組みは支援の際に対立構造を引き起こしにくく、かつストレングス視点を盛り込むことが容易であることに加え、障害種別や年齢の別を越え、利用者本人を主人公に（本人の車に乗って）目的地に向かう支援の可能性を高めることができる』

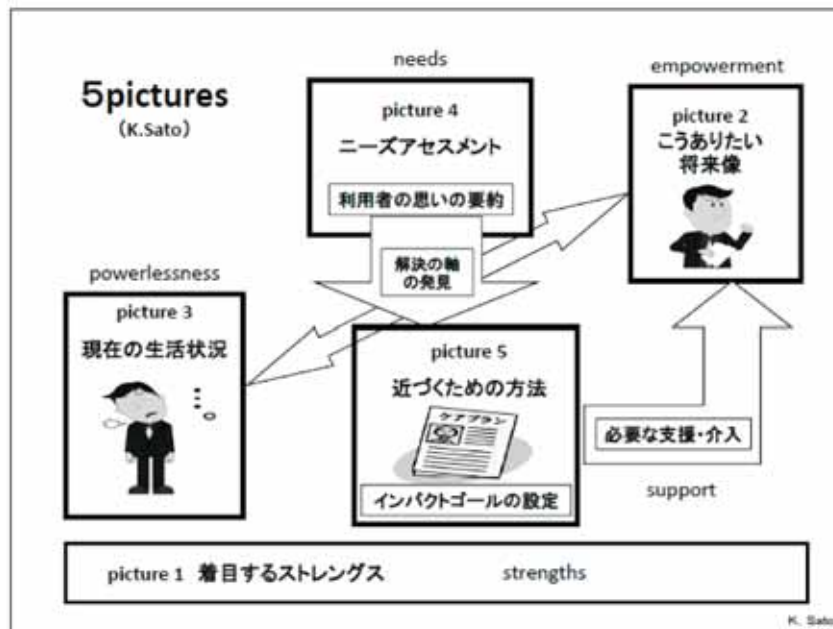
\*ミスポジション論は、特にケアマネジメントのようなチームアプローチの場合など、共有する支援全体のデザインを決める際に有効なアプローチとなる。地域移行支援の場合は、利用者本人が望む「地域での将来像」と現在の「入院（所）生活」との間のズレをポジショニングの問題（利用者本人が悪いわけではなく、いる場所が問題というミスポジション）として整理しやすく、対立を伴わずに支援軸を組み立てることが可能となる。

【資料1】



そしてミスポジション論に基づき、事例を鳥瞰し視覚的に分かりやすく整理をするために佐藤先生が開発したものが5ピクチャーズ（【資料2】）です。それぞれの5枚のピクチャーは、それぞれがその領域への問いかけに対して象徴的なイメージで表すひとつのピクチャーであり、またストレングス視点をベースに互いが絡み合い全体をひとつの大きな物語をして構成するシステムティックな事例理解の方法です。

【資料2】

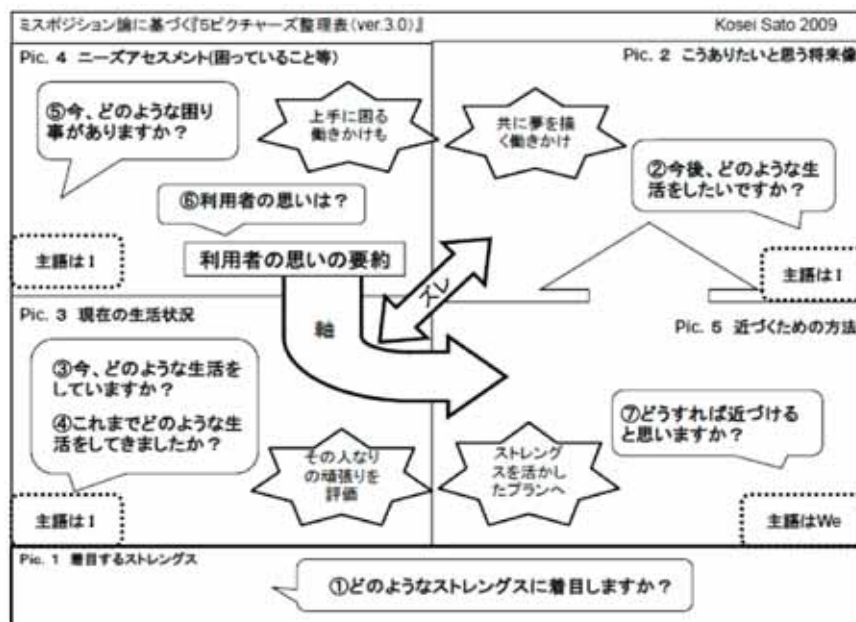


< 5ピクチャーズ >

- ◆「Picture 1：着目するストレングス」は支援全体を支えるポジティブな燃料である。本人の内側に、環境の中に、そして支援者にもストレングスがある。どれだけ良質な多くのストレングスを見つけられるかが今後の支援全体に影響を及ぼす。
- ◆「Picture 2：こうありたい将来像」は、めざす目標につながる場所である。となく現状の問題ばかりに振りまわされがちで、これまでなかなか将来のことまで利用者と話せていなかったことを改めて理解することも多い。
- ◆「Picture 3：現在の生活状況」はミスポジションである現在とそこに至るまでの経過の把握である。ミスポジションに至るストーリーをどう読むのか。この読み方が全体の事例理解の縦軸を左右する。
- ◆「Picture 4：ニーズアセスメント」は5ピクチャーズの核になる場所である。利用者本人の感じるニーズと支援者の感じるニーズに温度差がある場合などに悩むことも少なくないが、このことは整理を行う中で利用者への働きかけへのヒントを教えてくれる。ここでは「利用者の思いの要約」をすることで“利用者の車”を理解することができる。
- ◆「Picture 5：近づくための方法」は支援計画である。利用者の車に乗って目的地に向かうということ。現状～こうありたい将来像までの道筋の途中にあり利用者にとって最も意味ある小さな一步のインパクト・ゴールを設定することが重要である。

研修で行った事例検討の演習では、数名のグループに分かれて模造紙に実際書き込みながら、この「5ピクチャーズ」という事例整理のしかたを実践的に学びました。

【資料3】



特に5ピクチャーズにおいては、ざっくりと事例全体を捉え、事例の核心となる「ズレ」を理解するために、Picture 3の中に「利用者の思いの要約」(【資料4】)という“目的地に向かう利用者の車”を登場させる方法を学びました。「私は」「ぼくは」といった一人称を主語に、100字前後でのコンパクトな利用者の思いの表現は、本研修において事例の捉え方を学ぶ上で最も重点的に取り組んだものの一つです。

VIの参考事例においても、5ピクチャーズおよび利用者の思いの要約を用いています。

【資料4】

**利用者の思いの要約**

「わかる」ということは「分ける」というのが語源。事例の中に出てくるたくさんの情報がある基準(事例理解に大事であるか否か)で「分けて」いく作業が「わかる」ための作業である。

利用者の思いの要約は、たくさんあるニーズアセスメント情報の中から事例の核心部分となる重要なキーワードを他の言葉からより分けてそのエッセンスをコンパクトに表現したものである。究極のわかる作業ともいえる。

主語を1人称にすることで「利用者本人を主人公」として登場させることが可能。

☆ズレをコンパクト100(80~120)字程度に表現できること  
=事例をとらえている(わかっている)

☆主語を一人称(私・わたし・僕・オレ・うち・あたい...等)

☆その人が使う言葉、キーワード等を入れると「らしさ」アップ  
(氷川きよし・少年ジャンプ・長男の筋、カッコいいホスト...等)

K. Sato



他にも研修では、引き起こされた問題や障害からではなく「人」としての理解の強調、その人らしさを支える「エンパワメント」の理解。それらの燃料となる「ストレングス視点」などをはじめ、さらにネガティブなエピソードをポジティブに変える「リフレーミング技術」も学びました。

## (5) 研修の効果

ミスポジション論やストレングス視点等を個々の事例を通して学ぶことで、コーディネーターはもちろんのこと、関係機関の担当者たちが、これまで特別な存在として扱われてきた障害者に対して改めて市民として捉えなおし、地域という環境の底力を感じ、本人中心の支援を進めていける可能性を再確認する機会となったことが大きい効果と言えます。

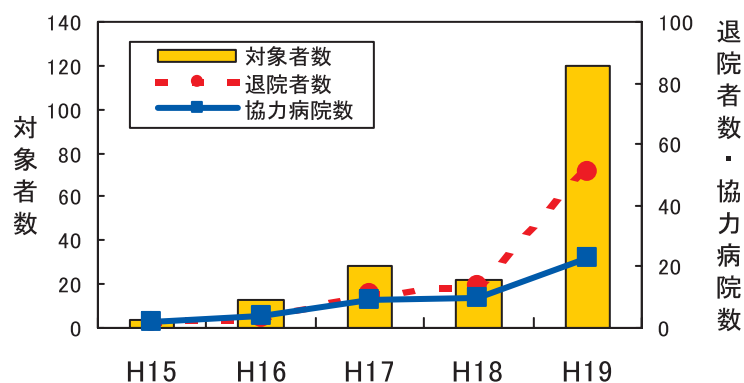
また、具体的な事例検討を行うことで、コーディネーター自身がその重圧からややもするとネガティブになりがちであった地域移行支援に対して、支援することの楽しさを感じ、今後の関わりへのモチベーションを高めることができました。それは地道ではあるものの地域の顔の見える体制づくりにつながる結果になりました。

※文中の資料1～4は佐藤光正先生の研修資料より引用しました。

なお、研修内容及びその効果をまとめるにあたり、佐藤光正先生より全面的なご指導をいただきましたことに感謝申し上げます。

## 6 精神障害者退院支援コーディネーター設置後の効果と課題

【精神障害者退院支援事業の年次ごとの退院実績】



### (1)退院支援実績の増加

専任のコーディネーターを配置することにより、退院支援数と退院者の増加につながりました。当初は入院期間の比較的短い方が対象となるが多かったのですが、入院期間に関わらず支援をしていくことで長期に入院している方の支援も増えてきました。そして、支援対象者数が増えるに連れて、コーディネーターの業務量も増え、退院後の継続的な関わりを必要とする方も増加してきました。そのため、コーディネーターだけでは対応が困難となっており、退院後の地域生活において中心的にケアマネジメントを担っていく人材をさらに増やしていくことが課題となっています。

### (2)精神科病院との連携強化

県内の数多くの精神科病院において、退院時支援が必要な方については、コーディネーターや市町村・保健所との連絡調整がなされ、入院中から地域生活における支援について検討されるようになってきましたが、県内全ての病院とはまだ十分な連携が図れていないため、更に互いに協力しあうことが必要です。

### (3)相談機関の明確化

入院患者やその家族にとって、病院以外にも相談できる場所があることがわかるようになり、退院に関して障害者総合支援センター等へ相談できるようになってきました。医療機関にとっても退院後の生活支援について相談できる地域の支援者として、コーディネーターが周知されてきています。

#### (4)精神障害者の地域生活移行に対する関心の深化

長野県では、先行していた知的障害者の地域生活移行支援と比べると、精神障害者の地域生活移行については、あまり関心もたれていない状況でした。最近では、精神障害者の地域生活移行も知的障害者の地域生活移行と並んで、関心が集まってきています。

コーディネーターという存在を配置することにより、「精神障害者の地域生活移行」が意識され、さまざまなところで精神障害者の地域生活移行について話し合われるようになってきています。

しかし、まだまだ精神障害者の地域生活移行支援ははじまったばかりであり、コーディネーター、病院の精神保健福祉士、保健所、市町村などといったそれぞれの機関の役割を知り、互いの専門性や役割を発揮できるネットワークを構築しながら、精神障害者が望む地域生活を実現していかなければなりません。

#### ◆まとめ

この事業の対象者の多くは、退院に対する不安が強く、日常活動や金銭管理などを行うことが苦手であったり、退院してから生活する家がないなどさまざまな課題があります。これらの課題に対して、今まで十分な時間をかけて支援を行えなかったために、入院が長期化したことは否定できません。

専任のコーディネーターが設置されたことにより、何十年も入院していた方が退院するきっかけとなってきています。今まで自分の希望や悩みを伝えてこられなかった本人たちが、改めて自分の想いを語り、退院に向けた希望を持てるようにコーディネーターは支援を行ってきており、病院や地域の新たな風となっています。

また、コーディネーターは、退院後に本人がどのように生活したいのか、そのためにはどのような支援が必要なのかを判断し、サービス事業者等との調整を図る役割という、入院中ではなく退院後の支援に重きを置く、活動を行うことに意義がありました。そうした活動により関係機関との連携が強化されてきていますが、コーディネーターだけでは地域生活移行支援はできません。特に精神科病院の精神保健福祉士との連携や保健所保健師などとの連携が不可欠となります。

地域自立支援協議会をはじめ、あらゆる場面で、医療と福祉の関係者が顔を合わせ、「地域生活移行支援」という同じ課題に取り組むようになってきていますが、まだまだ発展途中であり、更なる地域の受け入れ体制の整備を推進していく必要があります。



### Ⅲ 聴き取り調査について



### Ⅲ 聴き取り調査について

#### 1 調査の目的

退院支援コーディネーターが支援し地域生活移行した1年以上の長期入院者の地域における生活状況及び、コーディネーターの地域生活移行支援の取り組みを分析し、その効果と必要な支援策について検証しました。

#### 2 調査対象者

平成19年度及び平成20年12月末日までに、コーディネーターが支援して精神科病院を退院し地域生活移行した精神障害者のうち、1年以上の長期に入院していた方です。

#### 3 調査方法

平成20年11月から平成21年1月までの間、コーディネーターから依頼された調査員またはコーディネーターが、研究会で作成した調査票に基づき、対象者個々への面接による聴き取り調査を実施しました。

調査に際しては、事前にコーディネーターから対象者全員の概況を提出してもらい、個々の基本情報の把握を行った上で、対象者本人や調査員との実施日程をはじめとした調整を行いました。

また、調査に対して強い拒否等の理由により、本人からの聴き取りが困難だった事例については、担当のコーディネーターから支援者等の関係者に、可能な範囲で生活の状況を聴き取り、拒否等の背景や状況の調査を行いました。

【調査員】 調査員10人 退院支援コーディネーター7人 計 17人

【調査時間】 平均面接時間 59.8分

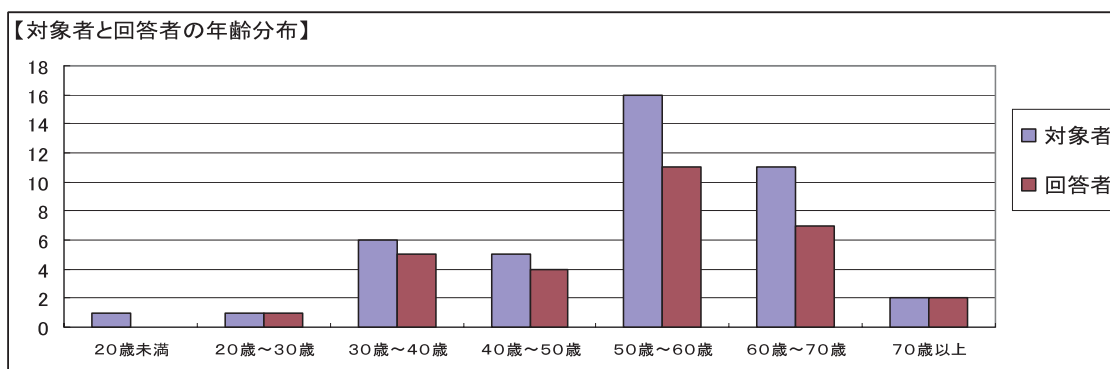
## 4 調査結果

### (1)調査対象者・回答者の基本属性

調査対象者数42人のうち、30人から回答が得られました。(回答率 71.4%)

#### ①性別・年齢

		調査対象者	回答者
性別	男性	23人(54.8%)	15人(50.0%)
	女性	19人(45.2%)	15人(50.0%)
年齢		19～78歳	27～78歳
平均年齢 (うち統合失調症)		52.6歳 (53.2歳)	53.2歳 (52.9歳)



- ・対象者は男性の割合が多く、回答者は男女同率でした。
- ・50歳代、60歳代の方の割合が高くなりました。

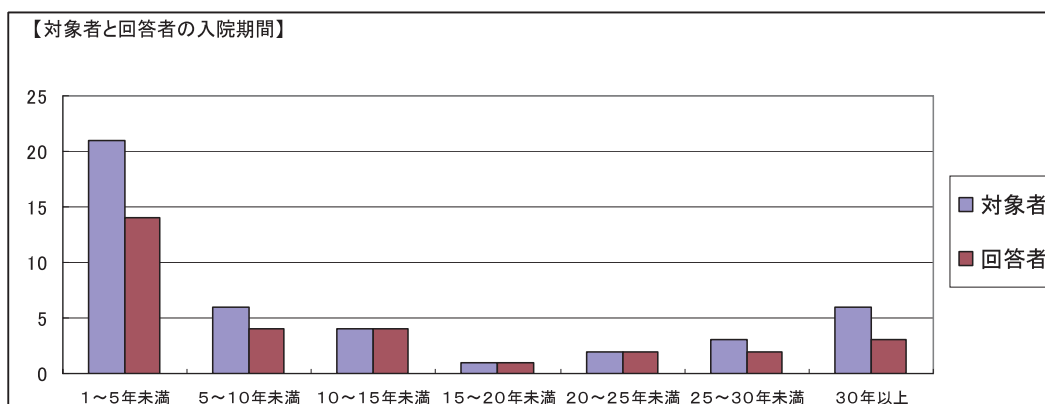
#### ②疾患名

	調査対象者	回答者
統合失調症	33人(78.6%)	25人(83.3%)
統合失調症以外	9人(21.4%)	5人(16.7%)
双極性障害	2人	1人
アルコール依存症	2人	1人
器質性障害	1人	1人
薬物依存	1人	1人
うつ	1人	1人
てんかん性精神病	1人	1人
知的障害のみ	1人	0人
心因反応	1人	0人
身体疾患合併	6人(14.3%)	5人(16.7%)
知的障害重複	10人(23.8%)	4人(13.3%)

- ・統合失調症の方の割合が高く、回答率も高くなりました。知的障害との重複の方の回答率は低くなりました。
- ・身体疾患の内訳は糖尿病が4人と多く、他に水頭症、脊椎損傷でした。

### ③入院期間

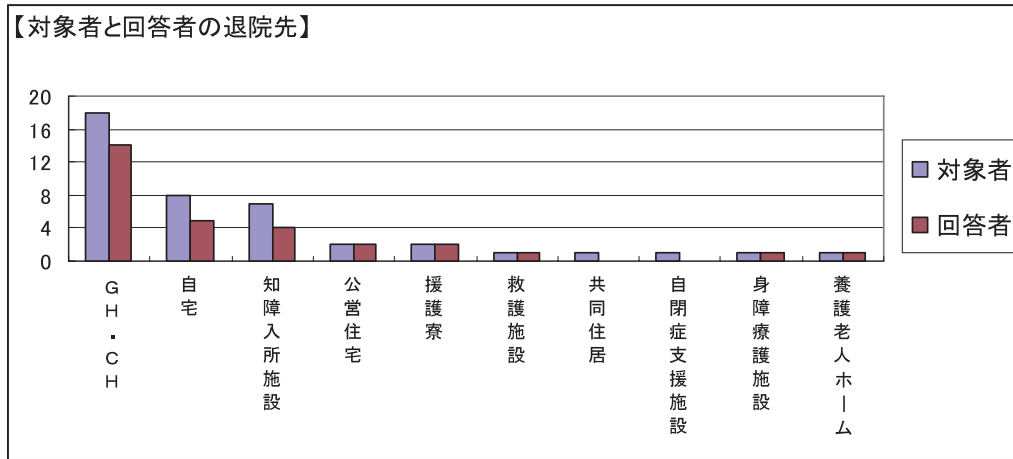
	調査対象者	回答者
今回の入院期間	1年0ヶ月～43年	1年0ヶ月～43年
平均年数	11年8ヶ月	11年0ヶ月
(うち統合失調症)	(13年5ヶ月)	(11年7ヶ月)



- ・入院年数は、1年以上～5年未満が多く、30年以上の方もあり、幅が広がっていました。
- ・対象者のうち統合失調症の方の平均入院年数が長くなっていました。

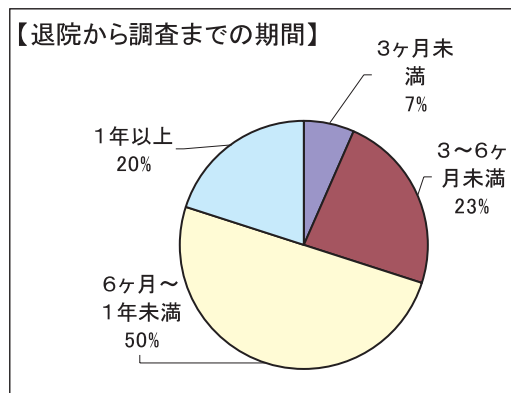
### ④退院先

	調査対象者	回答者
グループホーム・ケアホーム	18人(42.9%)	14人(46.7%)
自宅	8人(19.0)	5人(16.7)
知的障害者入所施設	7人(16.7)	4人(13.3%)
公営住宅	2人(4.8%)	2人(6.7%)
援護寮	2人(4.8%)	2人(6.7%)
救護施設	1人(2.4%)	1人(3.3%)
共同住居	1人(2.4%)	—
自閉症支援施設	1人(2.4%)	—
身体障害者療護施設	1人(2.4%)	1人(3.3%)
養護老人ホーム	1人(2.4%)	1人(3.3%)



- ・グループホーム・ケアホームへの入居者の割合が多く、回答率も高くなりました。
- ・自宅、知的障害入所施設への退院者の回答率は低くなりました。

### ⑤退院から調査までの期間

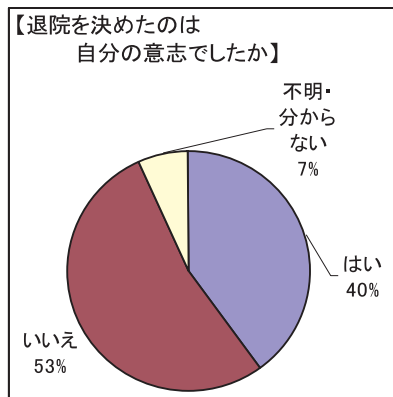


- ・退院から調査までの期間は、1ヶ月～1年9ヶ月で、平均8ヶ月でした。
- ・42人の対象者のうち、退院後再入院した方は3名で、ほとんどの方が地域生活を続けていました。

### (2)退院の準備について

#### ①退院に対する希望、気持ち

「今回退院しようと思ったのは、ご自身の希望によるものでしたか。」

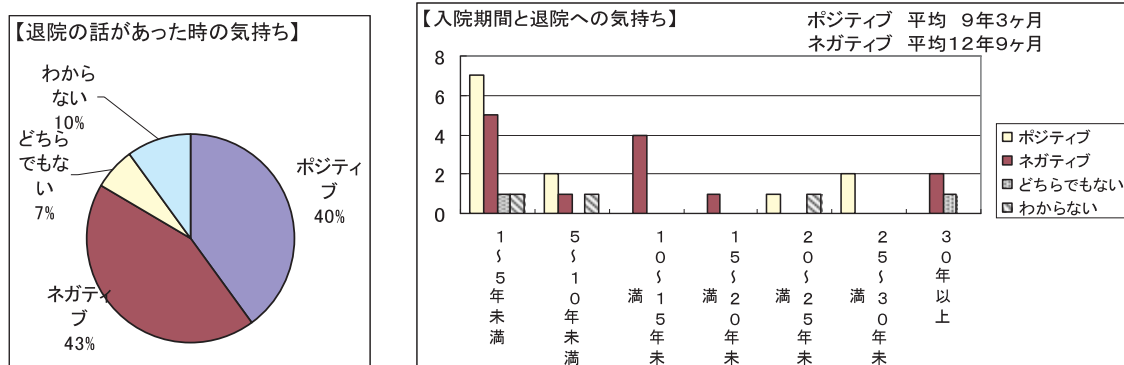


「退院を勧めてくれた人は誰ですか？」

病院スタッフ (精神保健福祉士、医師、看護師、他)	7人
退院支援コーディネーター	3人
家族	1人
病院の都合	1人
不明	2人

- ・半数以上の方が、「いいえ」との回答でした。
- ・退院を勧めてくれた人は、病院スタッフで、中でも精神保健福祉士が多くを占めていました。

「退院の話があった時の気持ちを教えてください。」



- ・退院に対する気持ちとして、積極的・肯定的なとらえを「ポジティブ」、消極的・否定的なとらえを「ネガティブ」に大まかに分類すると、ポジティブとネガティブの示す割合は、ほぼ同数でした。
- ・ポジティブにとらえた方は、ネガティブに比べ入院期間が短い傾向にありました。

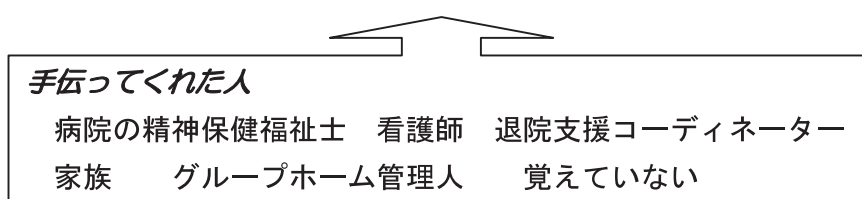
【気持ちの主な内容】

分類	内容
ポジティブな気持ち	よかった 今しかない やっと退院できる うれしかった 以前から退院したい気持ちがあった
ネガティブな気持ち	不安があった 行くあてがない 困った とんでもない まだ早い 失敗した 仕方ない びっくりした ずっと病院にいたい 切なかった
どちらとも言えない	うれしいと不安の両方 なんとも思わない 複雑

②退院の準備

「退院に向けてどんな準備をしましたか。手伝ってくれた人は誰でしたか。」

項目	内容
住まいのこと	グループホーム・施設などの見学 体験宿泊
家族との関係	退院することについての説明、説得
退院後の生活のこと	ハローワーク・市役所などの見学 ケア会議で1日の計画などを決めていった
身の回りのこと	荷物の整理 生活用品の購入
その他	自分の気持ちの整理 野菜を食べるようにした 何の準備もしなかった



## 「苦労したこと、大変だったことは何ですか。それらをどのように解決しましたか」

### ○住まいがみつからなかった

- ・退院が決まるまで紆余曲折。施設に空きがなく1年経過してしまった。
- ・グループホームが見つからなかった。

### ○家族への説明・説得

- ・家族みんなから反対されて大変だった。
- ・どうしても感情的になってしまうので、退院支援コーディネーターが間に入って調整してくれた。

### ○お金・経済のこと

- ・生活保護が減らされると思い不安だった。何回も計算して生活費のシュミレーションを試してみた。
- ・お金を手元に置くことが不安だった。ヘルパーと一緒に銀行に行ったり、貸金庫に預けたりした。

### ○自分の気持ちの整理

- ・自分なりになんとか退院を受け入れようと思った。
- ・知らない施設へ行くのが不安だった。
- ・先に退院した人がいるので大丈夫だと、覚悟を決めた。
- ・気持ちを強く持っていようと自分で心がけた。

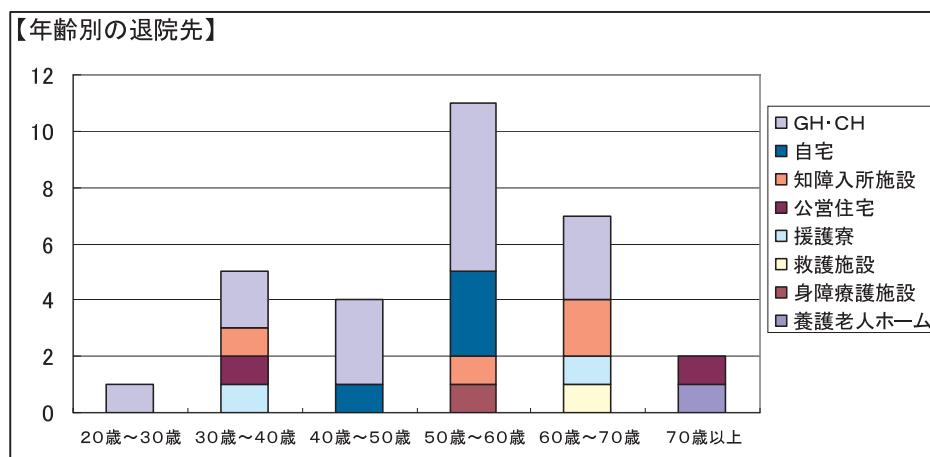
### ○引越し等の手続き

- ・荷物の片づけが出来ず困ったが、看護師さんが手伝ってくれた。
- ・引越しや移動に手を貸してくれる人の確保が出来ずに困った。
- ・障害年金等の書類を書くのが大変だった。

## (3)今のくらしの様子について

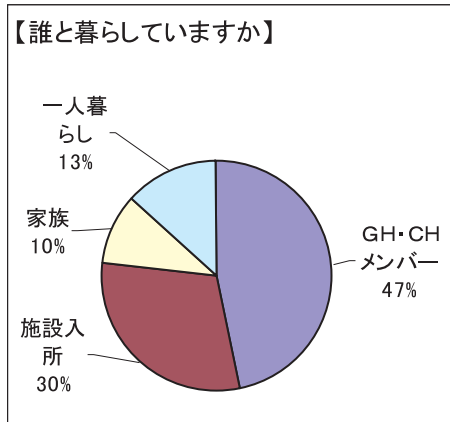
### ①住まいのようす

「現在の住まいの場を教えてください。」

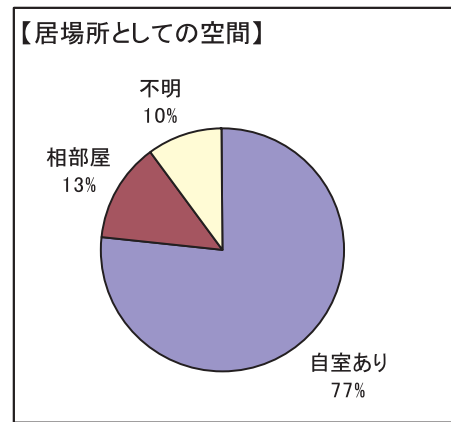


- ・年齢を問わずグループホーム・ケアホームへの入居が多くありました。

「誰かと一緒に暮らしていますか。」



「お住まいについてお聞きします。」



- ・グループホーム・ケアホームや、入所施設の仲間と暮らしている方がほとんどでした。
- ・一人暮らしの方は13%でした。
- ・77%の方が、自分の部屋を持っていました。

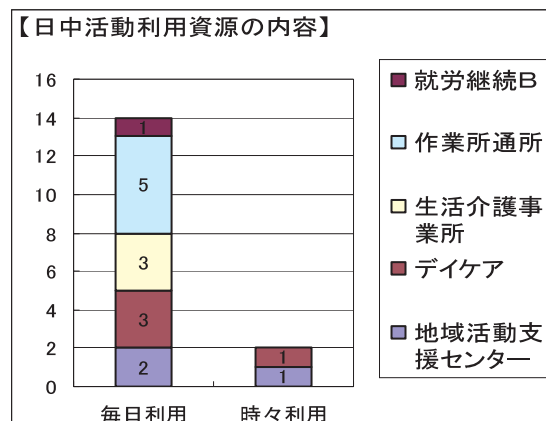
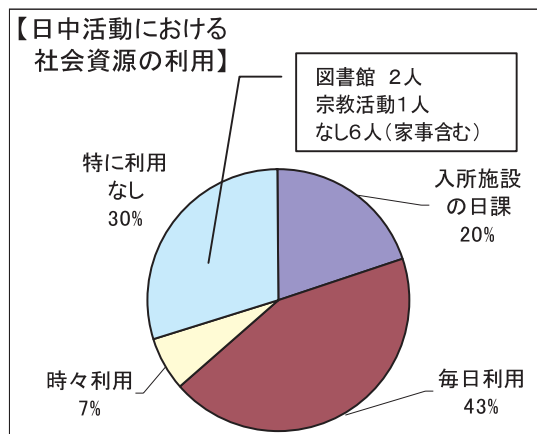
「部屋は安心してくつろげますか。」

	自室あり	自室なし（相部屋）
安心できる	安心してくつろげる 気楽でよい 気に入っている 楽しい テレビ・DVDが置けていい 静かで安心できる 店が近くて便利 自由が与えられている	相部屋の方が安心できてよい
安心できない	安心だが不自由 寒い 新しい環境は刺激が強い 荷物が整理できない	とても狭い。(布団を敷くのも大変で、足を踏んだりして争いになる)

- ・自室がある方は、「安心できる」との回答が多くありました。

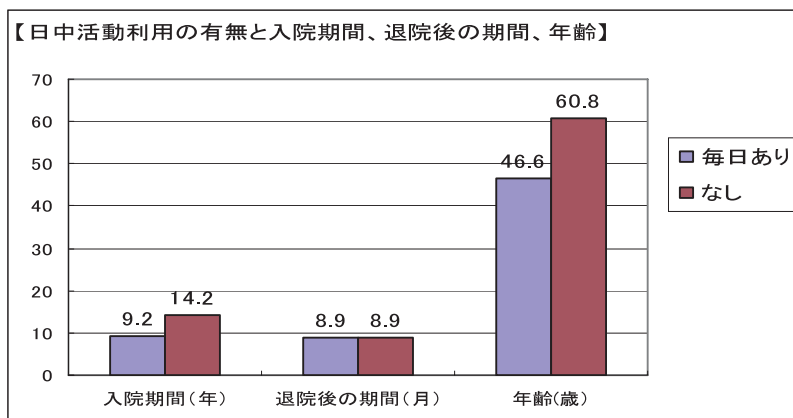
## ②昼間の過ごし方

「昼間はどのように過ごされていますか。」





- ・昼間（日中）の活動を特に持たない方が30%ありました。図書館等に通っている方もいますが、「特に利用なし」と回答したほとんどの方は、自分の部屋で過ごしていました。



- ・昼間の活動が毎日ある方は入院期間が短く、活動を持たない方は入院期間が長い傾向にありました。
- ・平均年齢に差があり、活動のある方は低く、活動のない方は高い傾向にありました。

### 【昼間の活動資源を利用しない理由】

- ・自分の部屋を持つことができたので、まずはのびのびと自由に過ごし今後活動を広げたい。
- ・入院中に作業所へ出かけて働いていた。もう働きたくない。のんびりゆっくりしたい。
- ・デイケアは行って見たがつまらなかった。茶話でプライバシーを話したくない。楽しいところがあれば行ってみたいが。
- ・以前は作業所に通っていたが、作業内容や周りとの年齢差が嫌で中止した。現在は大学入試のための勉強をしたりテレビを見たりして過ごしている。

### 【その他の外出先】

- ・図書館に通っている。無料で使え、静かで人と話さなくていい気楽さがある。
- ・週1回食堂に行く。
- ・週末に自転車で温泉施設やサウナに行く。
- ・スーパー、コンビニに出かけ、食料品やちょっとしたものを買う。

### ③毎日の生活での楽しみ

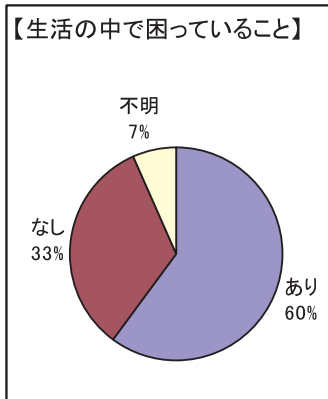
「毎日の生活での楽しみは何ですか。」

買い物	コンビニで決めた額の範囲で好きなものを買うこと 買うものを決めて無駄遣いはしないようにしている お金をためておしゃれな服を買いたい
食事	世話人さんの食事がおいしい 食堂でみんなと食べるのが楽しい 自分で食事を作ることがうれしい
余暇	好きな時間に好きなテレビ番組が見れる 音楽が聴ける 相撲の研究をするのが楽しい 好きなことができる 自分のテレビが持てたのでケーブルテレビを入れた タバコやコーヒーが自由 シクラメンの水やり
仕事	作業所の仕事が楽しみ

- ・「楽しみ」の内容は、いずれも身近なささやかなものでした。
- ・「楽しみはない」と答えた方が1人ありました。

④毎日の生活の中で困っていること

「毎日の生活で困っていることは何ですか。 そのことを誰に相談しますか。」



- ・60%の方が「困ることあり」と回答しました。
- ・「困ることなし」との回答者は、グループホーム、援護寮、入所施設等、身近に支援者がいる場所へ退院された方でした。

【困っていることの内容】

あり	さみしさ	話し相手がない 気の合う仲間がない
	お金	お金のやりくりが苦手 自分にいくらお金があるのか知らない
	生活・環境の不便さ	ゴミの分別、出し方が分からない 寒さ対策を考えたい テレビが欲しい 外出の手段がなくて出かけられない
	今後の不安	これからどうなるのか不安（漠然と）
なし	困ることはない 考えても仕方ない 辛抱するしかない	

【相談する人】

家 族 コーディネーター 主治医 病院の精神保健福祉士 世話人・職員 保健師
---



⑤周りの人たちとの付き合い

「周りの人たちとどのような付き合いをされていますか。」

家 族	連絡をとっていない 週1回グループホームに来てくれる
居住先の仲間 (グループホーム、施設)	入居者との付き合いのみ 同室者とお茶やお菓子を食べる 全員が友人ではないがうまく付き合っている お互い深入りしない関係 けんかしたり褒めてもらったり
外出先のメンバー (作業所、地活センター等)	作業所のメンバーには正直に相談できる
友 人	県外の友人と電話する 入院中の友人が会いに来る
近隣住民等	散歩で立ち話 行き会えばあいさつする 体の不自由なおばさんの買い物をしてあげている

- ・グループホームや施設入所等の方は、多くは居住先の仲間が中心で、限られた範囲の付き合いでした。
- ・家族との付き合いは、週1回の面会や連絡がない等、限られたものになっていました。
- ・集団生活の中で関係を円滑にするため、同居者との距離を保つように心がけている様子が見えました。

## ⑥サービス利用の状況

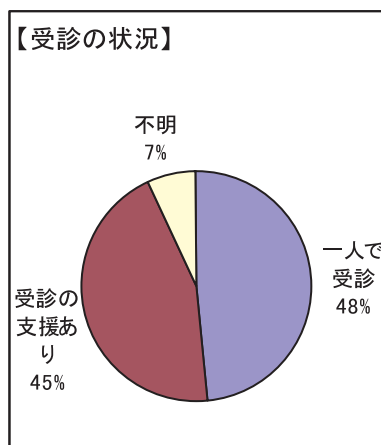
「今、どのようなサービスを利用されていますか。」

ホームヘルプ	4人
移送サービス	2人
権利擁護事業	2人
成年後見制度	2人
配食サービス	2人
その他	4人

- ・職員の支援が受けられるグループホーム・ケアホーム、施設入所の方が多いため、選択肢に挙げたサービスを利用する方が少なかったと思われます。
- ・利用している実人員は11人、36.7%でした。そのうち5人は一人暮らしの方でした。
- ・複数のサービスを組み合わせて利用している方もありました。

## ⑦受診の状況について

「通院についてお聞きします。」



- ・ほとんどの方が週1回～月1回の頻度で定期的に通院しています。  
(救護施設入所者で嘱託医の診察を受けている方が1人)
- ・一人で受診している方と支援者等の同行により受診している方は、ほぼ同数でした。
- ・一人で受診している方は、公共交通機関利用や自転車により通院していました。
- ・受診の際の支援者としては、グループホーム世話人や家族、移動支援サービスの利用がありました。

## 【服薬の状況や工夫】

- ・ほとんどの方が自己管理をしていました。服薬カレンダーを使ったりなど、飲み忘れのないよう自分なりの工夫が見えました。
- ・施設職員やグループホーム世話人が薬の管理をしている方は6人(20%)でした。

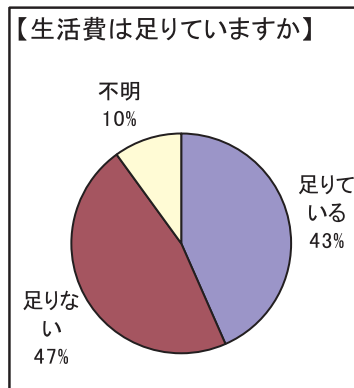
## ⑧調子が悪いときの対応

「調子が悪いときはどうしていますか。」

- ・「調子が悪いときはない」と答えた方は11人(36.7%)でした。
- ・対処法としては、「世話人や家族に伝える」「頓服を飲む」の他に、その人なりの工夫(横になる、寝る、休む、ただ苦しむ、頭の中で整理するなど)が見られました。

## ⑨生活費

「1ヶ月の主な収入は何ですか。生活費は足りていると感じていますか。」



【主な収入】

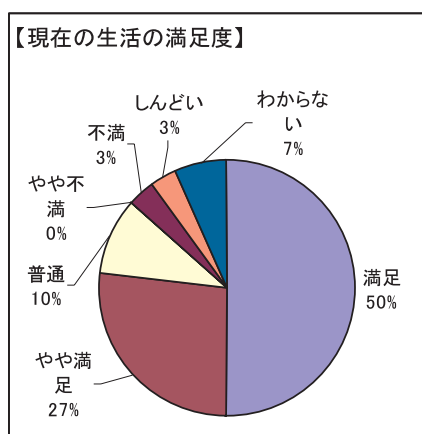
障害年金	18人
厚生年金	1人
工賃	5人
手当	1人
仕送り	4人
生活保護	4人

- ・「足りている」「足りていない」がほぼ同数でした。
- ・主な収入として「障害年金」を回答した方は18人（60.0%）で、このうち11人は年金のみの収入でした。
- ・2人が10万円を超えており、それぞれ内容は「厚生年金＋工賃」、「障害年金＋仕送り」でした。
- ・ほとんどの方は月の収入が10万円以下で、全体に所得が少ない中で、諸々の工夫をしながら生活しています。「足りている」との回答でも、我慢をしたり、不安を感じていることが見えました。
- ・「あと少しあれば、外食できる、お菓子が買える・・・」等の希望もありました。

## (4)今のくらしの満足度

「退院して、今のくらしに満足されていますか（入院中の生活と比べて）。」

「満足」・「やや満足」・「ふつう」・「やや不満」・「不満」の5段階で、当てはまる気持ちと理由について聴きました。



- ・77%の方が「満足」「やや満足」と回答していました。
- ・お金や人間関係に不安があっても、入院中に比べると現在の生活を「満足」と捉えての回答がありました。

「満足」「やや満足」の主な内容

項目	内容
自由	好きなテレビが見られる 自分の部屋がある 最高に自由 時間に縛られない 病院では我慢することが多かった 当たり前の生活 点呼がない 口うるさくない アメやお菓子を自由に食べたり買える 入院していた12年間は何だったんだろう
食事	食事がおいしい(複数あり)
安心	よく眠れる 帰る場所が出来た 人と話せる 安住の地 何とか生きていこう 不安だったが慣れた 近所の人の声かけがうれしい 励ましてくれる人がいる 入院中はオムツだったが、床暖房になり違ってトイレができた
生きがい	無駄に生活していない 作業所リーダー・自分が誰かに必要とされているという張り合い
その他	楽しいが知らない人と暮らすのは大変 施設の掃除など当番が大変だが他は満足

「不満」の内容

項目	内容
生活環境	家が狭く刺激が強い
人間関係	人間関係が難しい
お金	グループホームの費用が高い 自由だがお金がない 入院中のほうが自由でお金も使えた



## (5) これからの暮らしについて

望んでいる暮らし、やってみたいこと、どうなりたいか、あったらよいと思う支援等について、自由に話していただきました。

項目	内容
今の暮らしを続けたい	このままがいい ずっとここにいたい 今の暮らしを続けたい 再入院しないようにしたい 今の状況が続けばいい 日々平凡がいい 普通に生活できていることがうれしい 過去は捨てて未来へ進みたい、本当の命になった気がする ごろ〜んと横になっているのが好き
生活の場を変えたい	お金をためて施設からグループホームに移りたい 施設から家に帰りたい 一人暮らしをしたい 自宅で恥ずかしくない暮らしをしたい ここは自分に合わない、ここを出たい。
やりたいことがある	欲しいものを買いたい 仕事をしたい 旅行に行きたい 子どもに会いたい 犬の墓参りがしたい デパートに行きたい 鉄道に乗りたい 温泉に行きたい テニスをしたい お金を貯めて船の模型を作りたい
パートナーが欲しい	異性とつきあいたい 結婚してここ（援護寮）を出たい 一日デートしてくれる人いたらいいな
不安	大病になったらここ（施設）を出なければならないかも ケースワーカーは待ってと言うがいつまで待てばいいのか 病院に戻されてしまうのではないか

- ・多くの方が、「このままでいい。ずっとここにいたい。」としながらも、「～をやってみたい。～に行きたい。」など、さらに充実した生活を望んでいました。

## (6)最後に話し残したことや伝えたいこと

調査の最後に、退院に対する気持ちやご自分にとっての退院準備のこと、入院から退院までの経過で大変だったことや、今の生活のこと、これからの生活のこと、退院支援コーディネーターはじめ支援に携わった支援者への感謝の気持ちなど、さまざまな声をメッセージとして語っていただきました。

### 【退院支援について】

- ・コーディネーター、病院の精神保健福祉士がよくやってくれた。不安だったが相談できる存在があったことで安心につながった。退院してからも会いに来て欲しい。
- ・話を聞くよりも、実際にグループホームの部屋を見たときにガラッと気持ちが変わった。「見る」という情報提供の機会が大切だと思う。
- ・もっと障害者にやさしい国をつくってほしい。自立支援法は悪い方へ行ってしまった。年金額やサービスのアップを望む。
- ・今まで病院を転々としたが、家の近くに施設があることを知らなかった。

### 【病院への思い】

- ・こんな自分を入院させてくれて病院には感謝している。
- ・長い間お世話になりました。通院しているので、これからもお世話になります。

### 【家族への思い】

- ・入院中に自宅においてきた大切な物を家族に処分されてしまい、やるせない気持ちが続いている。
- ・家族から「退院するな」とつらく当たられたことが切ない。

### 【今後の生活について】

- ・自分の好きにやっていきたい。
- ・本当に楽しいよ、毎日。
- ・無理しないように病気と上手く付き合っ、一生を送りたい。
- ・デイケアを見学したがつまらなかった。もっと楽しいことを考えて欲しい。
- ・整理することが苦手なのでヘルパーさんに手伝って欲しい。



## (7)調査員の記録

調査員が、本人への聴き取り調査をとおして感じた支援の視点・姿勢・課題、調査員が見た客観的な生活の様子などから、気づいたことを記入していただきました。

### 【本人のことばからいかに支援者がその背景にあるニーズを汲み取り行動できるか】

- ・入院中は何年も「絶対退院したくない」と言っていたが、看護師、コーディネーターの働きかけで心が動いた。グループホームに退院し、「今では夢のような生活だ」と喜んでおり、本人が語る希望と真のニーズとの間で、支援者の判断と行動の重要性を考えさせられた。

### 【退院に向けた動機付けから、本人主体の地域生活移行支援が始まる】

- ・退院希望者を待つのではなく、退院する（できる）気持ちを高める過程からの支援が大切である。
- ・本人は今の生活は満足というが、「退院」が本人主体となっていたか反省が必要ではないか。

### 【生活の質とは何か、本人らしいよいくらしとは何か】

- ・グループホームに居ながら、孤立感、孤独感を持っている。生活基盤ができ楽しみも見つけているが、話せると思える人がいないこと、自室以外に心から和める場所がないことが課題ではないか。
- ・「たまにはこうして話したい」「来てくれてありがとう」「よくきたね」「お客さんが来てくれてうれしい」と、調査員を快く受け入れてくれた。「調査」としてであっても、お客が来ることやゆっくり話しができることを大変喜んでくれた。
- ・昼間外へ出たらどうかと他の入居者に言われ、プレッシャーを感じているようだが、少しずつ自分で行動を起こそうとしているのでじっくり支援したい。今回の調査が、今後の生活を考えたり目標を立てるよいきっかけになった。
- ・「好きなテレビが見られるようになった」というだけでも、入院中よりは生活の質がわずかでも高くなったのであろうが、経験が少ないため、生活を比較することもなく、やりたいことも分からないのではないか。
- ・70歳を超えたこの方にとっては、日中活動など型にはまった生活より、入院していた30年間を取り戻すように、何も予定がない自由な生活が安心して自分らしい姿なのでは。
- ・「ぼんやり過ごす自由な時間を大切にしている」と語り、生活は満足しているというが、もう少し金銭的にゆとりがあり、好きな鉄道に乗りに行けたり、コンサートを楽しむなどの外出が出来てこそ、「地域生活」と言えるのではないか。
- ・ヘルパーと話すことが楽しみとなり、必要であった買い物へ行くことだけでなく、「散歩に行きたい」と、今後の生活についての希望が出てきた。体験によって生活が広がった。
- ・経過的に施設入所しているのであり、コーディネーターは、本人が徐々に地域生活へと移行していく見立てをしている。
- ・経済基盤について心配され、お金がないことで様々な制限をしながら何とか欲求を抑える



形で乗り切っている姿が見えた。

- ・「金銭管理ができない」という課題を持つ方に対して、細かい支援があれば一人暮らしが続けられるのだと感動をもって話を聴いた。加えて、インフォーマルな支援として良好なご近所づきあいや、本人の人柄によるところも大きく、大切にしたい地域のあり方である。

#### 【家族への気持ち、家族を支えること】

- ・本人は施設に退院して自由な暮らしを手に入れたが、「家族に認めて欲しい」「家族が心配」という気持ち、やるせなさは残っている。
- ・今後、高齢化などで家族から現状の支援が受けられなくなれば、新たな課題が出るだろう。その時のための支援体制も考えておく必要がある。

#### 【受け入れ側である施設等職員のあり方】

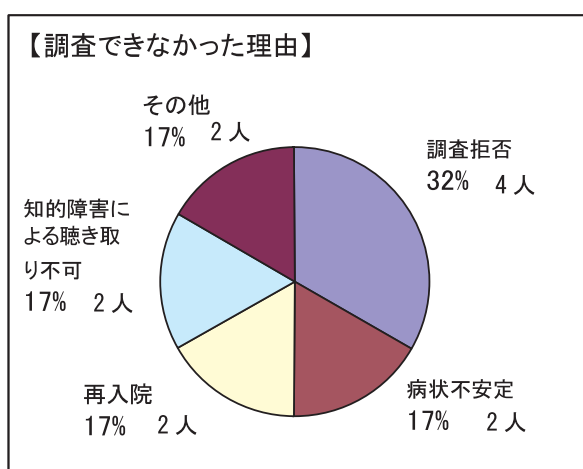
- ・知的障害者入所施設において、精神疾患と知的障害を重複する方を理解し支援するために、施設職員が勉強会を開きスキルアップの努力をしていた。

#### 【本人に届く情報の少なさ、相談機関等の周知不足】

- ・病院という限られた生活範囲のなかでは、本人に届く情報が少ない。退院支援や地域社会資源などの情報提供の方法や機会の持ち方を、工夫する必要性を感じた。
- ・話で聞くよりも、視覚的な情報の方が得やすいようである。

### (8) 本人からの聴き取りが出来なかった事例

対象者42人のうち12人は、調査拒否、病状不安定等の理由で、本人からの聴き取りができませんでした。



「その他」の2人は、退院時にコーディネーターとの関わりが少なく、今回の調査に関するアプローチや状況把握が難しかった方です。

3 事例については、本人を良く知る関係者に現在の生活状況について聴き取りを行いました。

### 【関係者の関わりを拒否している事例 2人】

#### ①調査ができなかった理由

- ・退院後、本人、家族ともに、支援者の関わりを好まなかった。
- ・退院時から退院支援コーディネーター等の支援を受け入れていませんでした。

#### ②把握された暮らしぶり、関係者の気付き

- ・家族と自宅で同居。福祉サービスや昼間の活動資源等の利用はありません。家庭に適応しようと頑張りすぎた経過があるため、再燃が心配されています。
- ・自宅で独居し、「ちょっかいださないでくれ、好きなようにしたい」と、周囲との関係を断っています。日中は酒を飲んだり寝たりして過ごしている様子で、受診不規則、服薬中断が確認されており、かかわるタイミングを計りながら見守っているとのこと。

#### **事例から見えること**

本人から支援の求めがなく拒否されているため、支援者がかかわれない事例です。病気の再燃が心配されたり、すさんだ生活が見えたりした場合、支援のキーパーソンを明確にし、市町村保健師等の地域精神保健担当者と連携をして介入の機会を逃さないことが必要です。

### 【入院し治療に専念している事例 1人】

#### ①調査ができなかった理由

- ・いったんグループホームに退院しましたが、生活リズムの乱れ等から不安定になり、現在入院されています。主治医の意向もあり、今回調査は行いませんでした。

#### ②把握された暮らしぶり、関係者の気付き

- ・退院して1年経過した頃、便秘、食事がとれなくなる、起床が遅くなる等生活リズムが乱れがちとなり、世話人との会話もできなくなってきました。世話人に不眠を相談した日に同伴受診し、入院となりましたが、元のグループホームに退院予定です。

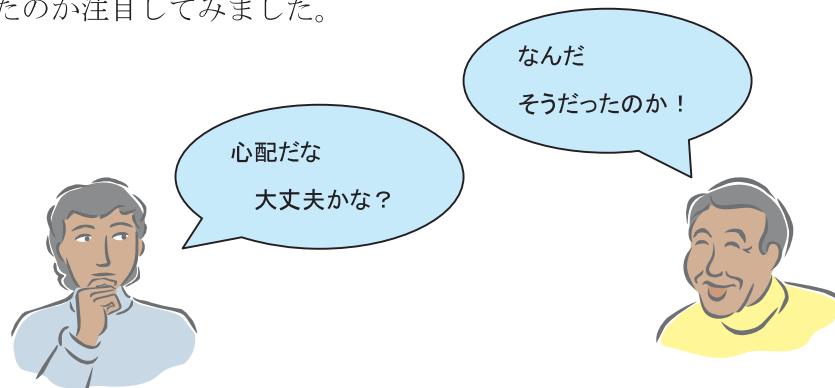
#### **事例から見えること**

体調不良をすぐに相談できる支援者がそばにいたことで、問題が大きくなる前に早期受診・入院が可能となりました。再入院となったことを、本人や支援者が「地域生活移行の失敗」として評価するのではなく、病気と付き合いながら生活をするためには、必要な時に入院治療が受けられることが大切です。

## 回答者の声から ～1～

### 退院へのネガティブな気持ちがポジティブに変わったきっかけは・・・

「退院する」ことについて、入院中は多くの方が初めは戸惑いや不安を持っていました。退院準備を進める中で、前向きな気持ちで退院に取り組めるようになったきっかけや、どんな支援があったのか注目してみました。



#### 「自分は退院できない」というあきらめや、自分の思い込みが解決した

- ・いまさら退院して生活できるわけないと思った。自信がなかった。
- ・退院することは前にいた施設にまた入れられると勝手に思い、退院したくなかった。
- ・年金だけでは地域で暮らせないと勝手にあきらめていた。
- ・糖尿病があるから退院できないと思っていた。
- ・自宅のボイラーが壊れたままであることが、「帰ってきてはいけない、退院してはいけない」という意味のような気がしていた。コーディネーターが間に入って修繕してくれたことで、退院しようと自分で決めた。

#### 「退院後は家族が面倒をみななければならない」という家族の誤解が解けた

- ・「退院する」ということは「家族と同居する」ということ、家族の負担が増える、面倒みれないと思い、家族が退院に反対していた。グループホームの存在を知り、退院を了解した。

### 実感を伴うゆっくりとした退院準備の段取りにより、退院後の生活をイメージできた

- ・退院者の体験談を聞いても前向きになれなかったが、実際にグループホームの部屋を見学したときに、ガラッと気持ちが変わった。聞くより見る方が実感を得られた。
- ・書類を書いたり手続きしているうちにだんだんその気になってきた。
- ・ケア会議で、昼食と夕食は弁当を頼むことや食品宅配の利用、ヘルパーの曜日など決めていったことで実感がわいた。
- ・病院で預かってもらっていたお金が自分の管理になったとき、早くグループホームにもって行き使いたいと思った。
- ・生活費を何度も計算し、在宅生活のシュミレーションをすることで安心できた。

### 退院への気持ちの整理、後押し、寄り添ってくれた人がいたこと

- ・受け入れ先がなかったが、みなさんで町へ行って頼んで頼んで頼んでもらってここ（施設）へ来れるようになった。
- ・コーディネーターが「退院、退院」と勧めてくれた。信頼している看護師さんもコーディネーターさんはいい人ですよと言ってくれたので、大丈夫だと思った。
- ・退院したいと思っていても言い出せなかった。伝えるのが大変だったが言えた。
- ・人のせいで入院させられた、人のせいで退院を阻まれたと、被害的な気持ちになっていたが、コーディネーターが交通整理しながら話をよく聞いてくれて気持ちが落ち着いた。

### 先に退院した仲間のすがた・ピアサポートの力があつた

- ・先に退院した仲間が、早くしないと空き部屋がないよと、電話をくれたこと。

### きっかけは「言われるがまま・受身」であったが、とりあえず動き始めてみたことが良かった

- ・退院が病院の方針なら仕方ない、従わなければならないと思い、退院プログラムに参加してみたことから始まった。
- ・家族から「自宅には帰ってくるな」と言われており、ずっと退院できなかった。退院するなら入所施設に行くしかなかったが、結果的に退院できてよかった。

## 回答者の声から ～2～

### 一人暮らしの方を支える支援、ネットワークづくりの工夫

長期入院者が、「一人暮らし」の地域生活に移行するにあたって、退院支援コーディネーターは、ご本人の苦手な部分を支援するためのネットワークづくりや、家族の不安軽減、家族との新しい関係づくり等に心がけた支援を進めました。



#### 頻繁・長時間のホームヘルプ利用によるサポート

- 調理を中心とした家事支援のヘルパー利用を濃厚に計画することで、生活を支えることができた。

例) 週2回 各1時間30分～2時間30分

#### 家族に負担感を抱かせない「家族のあり方」の提案

- 同居でなく距離を保ったそれぞれの暮らし

例) 家族の住む自宅の近くの公営住宅で本人は独居

施設入所している本人のもとへ週1回面会に行く

- 親はなく直接支援が得られなくても、遠方の兄弟姉妹からの仕送りによる支援

#### 昼間の活動と合わせた金銭管理支援

- 「金銭管理ができない」ことが地域生活を困難としていた事例に対し、社会福祉協議会権利擁護事業を利用し、地域活動支援センターで生活費の受け渡しを行う計画とした。

- 現金による買い物でなく、ヘルパーと一緒に食品等宅配サービスの注文書を書くなどきめ細かい支援により、自立生活を可能にした。

#### 精神的不調や服薬に関するだけでなく、地域生活に密着した支援も必要

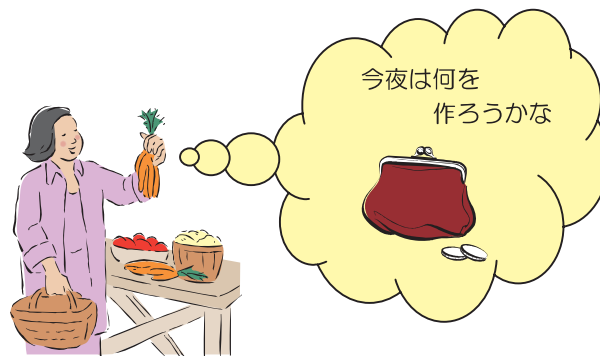
- ゴミ（通常と資源ゴミ）の分別方法、集積所、回収日に不安があったが、コーディネーターだけでなく、地元市町村担当者が一緒に集積所を確認してくれたことで、安心できた。

## 回答者の声から ～3～

### お金に対する敏感な気持ち、不安の理解

入院中は、自分が収入を得たり支払っているといった現実感や、現金、通帳、印鑑を扱う経験が少なかった方もあると思われます。

退院支援にあたっては、こうした経験不足が背景にあることも踏まえて、お金のやりくりに対して敏感であったり不安を抱いたりしていることを理解し、支援することが望まれます。



#### お金を持つことが不安

- ・お金を手元に置いておくことが不安。貸金庫に預け、銀行へいくときはヘルパーと一緒に。

#### 実際には余裕があっても、お金を使うことが不安

- ・自立支援法になって、いずみの家（通所授産施設）が移行したら利用料が払えずに行けなくなるかもしれない。
- ・自分がいくら持っているのか、年金の金額や残高を知らされていないため不安。
- ・「〇〇へ行きましょう」と誘われても、お金を払わなければいけないと思うと、不安で行かれない。
- ・新しいものを買うのではなく、入院前に使っていたものを修理して使いたい。

#### 将来を前向きに考えるためには、お金に対する安心感が大切

- ・お金があれば、もっと施設の行事に参加できるのに。
- ・お金があれば、ガソリン代を負担して、作ったものをバザーで売れるのに。
- ・お金があれば、施設からグループホームに移れるのに。
- ・お金を貯めて、田舎から町場へ移りたい。

## 5 調査を通しての考察

本調査の結果から、考えられること、示唆されることなどについて、以下の4つの項目に整理し、まとめました。

### (1)退院に対する本人の希望

～ 今の暮らし、これからの暮らしに対するさまざまな思い～

本調査の結果によると、退院に対する希望として、今回の退院がご自分の希望によるものであったか否かについての問いに対し、「いいえ」との回答が「はい」を上回り、全体の半数を超えていました。

また、退院の話があったときの気持ちとして、「嬉しかった」「よかった」「今しかない」といった積極的・肯定的な意向と、「不安」「困った」「切なかった」といった消極的・否定的な意向に、一概には二分化できず、「嬉しいと不安と両方」「複雑」「気持ちに変化があった」といった気持ちも聴き取ることができました。

このような本人の気持ちに寄り添い、退院に向けた動機づけを図りながら具体的な退院後の生活のイメージづくりを行うことによって、本人、あるいは家族の気持ちに変化が現れており、特に地域生活移行の導入期においては、これらの支援が重要になります。

調査結果より、本人の「嬉しかった」「よかった」「困った」「嫌だ」といった最初の気持ち、それらの言葉の背景にある状況や真の思い（本音）を引き出し、まずは受け止め、そして、受け入れ尊重していくという、支援者側の姿勢やかかわりの過程が、本人の地域生活移行に向けての大きな支えとなっていることがわかりました。

当初は、消極的・否定的な意向に見受けられても、その言葉の背景をよく理解し、そこに寄り添いながら働きかけることを通して、本人の気持ちが次第に退院へと向かっていく様子が垣間見られ、このような本人の気持ちを退院へと動機づけるためのかかわりや見通しを立てることなどが、地域生活移行支援のポイントになっているのではないかと考えます。

加えて、本人の気持ちが消極的・否定的な意向から積極的・肯定的な意向へと変化が現れるところの転換点を、コーディネーターはじめ支援者側がうまくキャッチし、働きかけることで、退院への動機づけや具体的な行動を始める起点や原動力となって、地域生活移行を実現している例が多いことがわかりました。

### (2)地域生活の実際と、生活の質（QOL）向上のために必要なもの

本調査の結果によると、本人の「今の暮らしの満足度」について、「満足」と「やや満足」の回答が約8割であり、一見すると、満足度が高いといえる結果が得られました。また、聴き取りの内容を概観すると、“(今の暮らしには)自由がある”との回答が多くあり、その“自由”の示す中身に注目すると、「ご飯がおいしい」「お菓子などを自由に食べたり買えたりできる」「好きな時間にテレビを見ることができる」「自分の部屋がある」などでした。



一方、「普通」「不満」「しんどい」「わからない」の回答もあり、その内容は、「自由だがお金がない」「入院中のほうが自由でお金も使えた」「人間関係が難しい」「家が狭く刺激が強い」などで、経済面、生活環境、人間関係に関する諸々の課題が背景に存在していることがわかりました。

このことから、本人の“満足”の意味する状況や背景をさらに知り、その“生活の質”がどのようなか、一定の検証（客観的評価）が要されると考えます。また、地域生活移行は実現したものの、それが思い描いたものとは違う状況や、不満足な思いなどについても詳細を知り、本人が、安心して充実したその人らしい生活をどのようにつくっていくのかというところに、コーディネーターはじめ支援者はどのようにかかわっていけばよいか、深めることが必要ではないかと考えます。

さらに、調査結果より、生活費の面で、本人の生活が決して安心できる状況にはなっていないことがわかりました。生活費が「足りている」「足りていない」の回答の割合はほぼ同数でしたが、その額は10万円以下がほとんどで、障害年金や生活保護、工賃等の収入に限られていました。「足りている」という回答であっても、そこには我慢や不安な気持ちが表裏一体であることは否めず、生活の質と生活費とは大きく関連し、それを含んでの人生の豊かさの向上が望まれると考えます。

また、受診の状況に関して、ほとんどの方が定期的に通院しており、調子が悪いときの対応についても「(退院後)調子が悪いときはない」との回答が約4割ありました。このことから、医療機関とうまく付き合うことで、地域生活が維持できていることがわかりました。

### (3)精神障害者退院支援コーディネーターの役割

本調査の結果から、地域生活移行支援の過程においては、コーディネーターならではの数々の支援が行われていることがわかりました。

支援の中身としては、まず、地域生活移行支援の導入期において、寄り添う、動機づける、イメージづくりなど、コーディネーターが丁寧にかかわり、本人のみならず、家族や地域の施設等職員への働きかけ、さらに、必要に応じて地域住民等への働きかけなども視野に入れ、活動をしていました。

まさに、コーディネーターが、連絡・調整役を果たしているということになりますが、その過程では、“退院”が、本当に本人主体であるのか、悩み、考えながらのかかわりであることもわかりました。

地域生活移行が実現した本人の声として、「コーディネーターによくやってもらった」「退院に対する不安感を相談できる存在（コーディネーター）があったことは安心につながった」「(病院から)出してくれるって言ってくれたことは本当に嬉しかった」「退院しても面倒をみてくれて、本当に感謝している」などが語られ、コーディネーターの存在が、本人にとって身近なものとなっていることがわかりました。

本人の気持ちへの寄り添いと、施設等の見学に同行する、一緒にアパート探しをする、家族に説明をする、引越しの準備を手伝うなどの具体的支援との、バランスを図りながら地域



生活移行支援を行っている、コーディネーターならではの活動の様子を垣間見ることができました。

一方で、コーディネーターが、それぞれの創意工夫によりさまざまな支援をしていることもわかりました。まず、それらの支援のノウハウの共有化を図り、同時に、コーディネーターの役割が十分に発揮できるような地域の体制づくり、ひいてはそれらコーディネーターの活動を支えるソーシャルサポートネットワーク（地域全体の連携・協働で支えるネットワーク）の強化や地域自体の力を高めていくことなどが求められると考えます。

#### (4) 地域生活移行支援を円滑に進めるために

地域生活移行を実現した方の中には、「壊れていたボイラーを修繕してもらえた」「年金だけでも生活できることがわかった」など退院後の生活に対する不安が解消できたり、退院しても生活を送ることができると本人が確証を得られた時点から、退院に対してネガティブな気持ちがポジティブに変わり、前向きになった様子が、本調査から見られました。そのことから、退院後、実際にどんな生活を送るのかを、本人と共に考え、具体的に解決したりイメージしていくことで、不安が軽減され、地域生活移行支援には大切な過程です。

また、地域生活移行を円滑に進めるためには、「退院にあたってのメインの支援者は病院精神保健福祉士とコーディネーターであり、どちらか一方だけの支援では退院に結びつかなかったように思う」という声に代表されるように、入院中から、病院と地域の支援者が、連携・協働して支援を行うことが重要であると考えます。

コーディネーターや精神保健福祉士等がリーダー役となって、ケアマネジメントの手法を用い、ホームヘルプサービスの利用や昼間の活動の場、金銭管理の支援はもとより、ゴミの捨て方などごく身近な生活まで想定し、様々な人の支援や協力を得られるように働きかけていることにより、本人を中心に据えた地域の支援チームが形成しつつあることがわかりました。

このように、コーディネーターや精神保健福祉士等が地域生活移行支援事例の実践を積み重ねていくことで、精神障害者を包括的に支えるための体制を地域のなかに育み、定着させ、さらには、地域生活移行支援を促進していくことへとつながるのではないかと考えます。

## ◆調査を終えての所感

本調査は、コーディネーターが支援をし、地域生活移行を実現した精神に障害のある人の、地域における生活の現状を知り、コーディネーターの役割と必要な支援策について検証することを目的として実施しました。

調査を通じ、本研究会が知りたい、理解したいと考えた、本人の地域での日々のくらしの様子やそこに至るまでのさまざまな思い、そして、これからの夢や希望など、貴重な声の数々を聞かせていただくことができ有意義な結果が得られました。これはひとえに、本人の地域移行に携わった身近な支援者やコーディネーターが調査員となり、本人との間に結ばれた日頃からの関係性に基づいて、一緒にふり返る時間を共有しながら聴き取ってくださった成果であると思います。

平均1時間にもおよぶ本調査において、さまざまな思いや夢、希望などを率直に語ってくださった調査協力者の方々、また、その語りや背景を丁寧に聴き取ってくださった調査員の皆様に、深く感謝申し上げます。

そして、本調査全体を通して、コーディネーターはじめ支援者が、日々提供しているさまざまな支援の質をふり返り、自己点検・評価を行うにあたっては、本人や家族からの声や本音をよく聴取することが基本であると、改めて実感することができました。



## IV 精神障害者退院支援コーディネーター との座談会



## 1 精神障害者退院支援コーディネーターとの座談会

コーディネーターの皆さんと座談会を行い、これまでの活動を振り返り、様々なテーマについて語っていただきました。その中から、コーディネーターの皆さんが大切にしてきたことや苦労したこと、役割などが、具体的なイメージと共に見えてくるようです。

参加者：コーディネーター4名（以下、A、B、C、D）

進行1（以下、進1）	} 当研究会会員
進行2（以下、進2）	
記録員 3名	

### ◆コーディネーターになったきっかけ

進1：まずは皆さんがコーディネーターになったきっかけなどを教えてください。

A：もともとは総合病院の看護師をしていて、辞めたあとに今の法人から声をかけられたのがきっかけです。病院では心療内科外来の担当をしたことがあって、精神の分野が好きだったことはありますね。他に、介護保険の関係、在宅介護支援センターでの経験は、コーディネーターの地域での仕事に活かされたかな。

コーディネーターをしていて喜びを感じる時は、本人の退院先（住まい）が決まって、「今日は赤飯だね」とか「ケーキだね」と喜びあう時です。それと、退院の後安定して、「こんな生活できてよかった」と本人が実感持てた時ですね。

B：私の場合は、平成19年はある圏域の精神障害者生活支援コーディネーターとして退院支援コーディネーターと連携をとりながら働いて、平成20年から増員されるというので、自分で「やりたい」と希望しました。今は、ケースが増えて、手にあまるくらい。もともといたコーディネーターは男性である自分が来てくれて良かったと言ってます。ケースによって男性が良い場合もありますから。

C：私は精神科病院でリハビリ関係の仕事始めて、そこで患者さんにどうかかわっていか分からないと感じたのが最初。とにかく勉強しようということで、精神保健福祉士の資格を取ろうと思って勉強を始めたんです。その後、病院のケースワーカーさんからコーディネーターの話聞いて、それがきっかけです。

D：そうですねー、私は同じエリアのもう一人のコーディネーターから誘われたのがきっかけです。事業を受託した法人が知的障害者を主に対象にしていたので、精神の分野の経験がある私に「協力してほしい」と声をかけたようです。自分でも退院支援については興味をもっていたのでぜひ、ということで…

進2：皆さん、それぞれに思いと場が繋がったというのがコーディネーターのきっかけだったんでしょうか。

## ◆コーディネーターの苦労① 関係機関との連携

進1：では次に、コーディネーターとしての苦労は？

B：ただ一日一日が早いです。(県への毎月の)報告書がまた来た！って感じ(笑)。忙殺されているのかな。密度が濃いスケジュールで・・・

あと、生活保護の担当者との連携が取りにくいこともあるかな。こちらから働きかけても反応が弱いというか。対象となる方がいるかと聞いたらいらないって言うけど、病院では生活保護受けている人の退院のことでソーシャルワーカーが困っていたりということがあったり。

進2：行政との連携の取り方の問題もあるのかな。

A：私は、各地域に合った連携って何だろうと思います。苦労というか、課題ですかね。点じゃなくて、面と面、人と人とがつながることが大事。退院するということは、本人にとって環境や支援する周りの人が変わって、そのギャップが大きすぎる。そのギャップを埋める段階的な地域生活移行が必要だと思う。そのために、関係機関がそれぞれ重複した関わりができれば。

進2：ギャップを埋めるための具体的な方法って例えば？

A：例えば、病棟の看護師さんと密な連絡が取れるといいのかな。金銭管理のやり方とか、こんな風にやるからと伝えて、退院前から試していくお手伝いをしてもらおうとか。

## ◆コーディネーターの苦労② 関係機関への存在の周知

進1：コーディネーターという存在を知ってもらうための苦労はありましたか？

C：医療機関との連携に一番苦労しました。知ってもらうにも、中には門前払いのところもあって、マイナスからの出発というか・・・

しかも、社会資源が少ないエリアなので、どう切り込んで存在を理解してもらうか、自分を使っていたかどと考えて、気がついたら頭下げてばかりでしたね。

進1：存在の周知には行政の役割もあるでしょうね。Aさんは医療機関とはいかがですか？

A：私は病院は好きかな～。看護師つながりで、師長さんと仲よくなっちゃう。

進2：そうか、AさんもCさんも病院の組織のことは(経験上)知っているけど、それぞれ地域性があるから違うのかな。

A：今、不況のニュースとか見ると、あきらめず、焦らず、しつこく入り込んでいくことが大切かなあ、世の中全てに求められることかなあ、と思うんです。

とにかく病院に足を運ばないとダメだな、相手は人間だから。気持ちで手土産持っていく。初めは行ってもお茶が出なかったのが、そのうちにお茶が出てくるとしめたものだなんて思う(笑)。「あんた、ちょうどいいところに来たわね」という感じで、タイムリーに相談乗れたり。楽しくできましたね。

D：うちは、最初はどんなことでもこだわらずにやっちゃえという感じで始めたよね。それは悪いことではないんだけど、結局、コーディネーターって何をする人なの？って

というのが知られていないかもしれない。これからはきちんとした取り決めの中での動きにしないと、とは思う。

ケースによって、病院によってこちらの役割が違うから、関係性の格差も大きいかも。病院とは決して仲は悪くないけど、まだ一緒に何かやってるという感じではないな。これまではケースごとにバタバタして、目の前のケースを追っていただけ。いわゆる社会的入院とか言われるような方に手が届いていないような気がする。

進2 : 病院は退院支援のしくみを作ることはできる。でも、コーディネーターの役割ってなんだろうね。病院の中だけで完結しないということもあるのかな。コーディネーターは病院に吹く風とも言われるようだけど…

D : そうですね、病院は病院で退院支援をやっているけど、更にその流れを早められれば…

C : …今考えると、(私の最初にやったことは) 病院の中へ土足で入っていくことだったのかな。これまで病院が努力したことを踏まえた上で、「退院支援コーディネーターですが、いかがでしょうか？」とうかがうようなアプローチが必要だったと、やっと今思います。それいけ、ゴーゴー！ってがむしゃらにやってたのが1年目。

いろんな取組みの中で、病院や保健所とか市町村とか、それぞれの立場の人がやっていることの理解をしながら、その中で黒子になりながら…と2年目は考えました。

(コーディネーターは) 一番は当事者の理解者なんだけど、全ての機関への理解も必要。そうでなければ大変失礼なことをしてしまう。

B : それに尽きますね。体制整備って言うけど、すぐ隣にあるのに何やってるか知らなかったりということに働きかけていたり。自分のエリアで言うと、シンポジウムを開催しました。エリアのいろんな関係機関の人に呼びかけして、シャッフルしてディスカッションしたり。お互いに情報交換をして、共通認識を作ることが大事ですよ。





## ◆活動の中で頼りにできた人・もの

進1：皆さんが活動していく中で頼りにした人、困った時に相談できた人とかってどんな人ですか？

C：私は保健所ですね。一番は地域自立支援協議会の運営のことでお世話になりました。保健師さんに退院支援部会の会長になってもらったこともありましたし。部会を組み立ててくれたり、ケースの相談に乗ってもらったりして、ここを頼ればいいんだと思いました。

あとは、ケースによって頼りになった人がいました。あるケースでは通っていた施設の施設長さんだったり、家族だったり。思いがけずその人が言ったことで救われたりしました。

それと、関係機関への手土産としての「情報」ですね。県でやっている障害者支え合い活動支援事業とか、他の事業とかの情報があって助かりました。そして、そういう事業の情報と共に、こういう場合はどうなの？って聞かれたときに「わかりません」と言って、関係を切るのではなく、「じゃあ聞いてみます」と直接県の担当者（退院支援事業担当者）に聞けるパイプラインがあったのが強かったと思います。

A：確かに情報はいいですね。私も担当するエリアが広いので、福祉サービス一覧とか、社会資源マップとか、他の圏域に届けて情報提供すると有難がられたりしましたね。頼りになった人は、相談支援専門員や、圏域ごとの障害者総合支援センターです。最終的に本人や家族を支えるのは住んでいる地域。コーディネーターだけで抱え込まないように気をつけました。

病院ではソーシャルワーカーにお世話になりました。病院によって対応は違いますが。

D：役に立った武器といえば、なにしろ車ですね。ものすごい距離を走りましたから。ある圏域から他の圏域へ一日で3往復とか…。ガソリン高かった時期は大変でした。それと、ある病院のベテランソーシャルワーカーさんには困ったこととかいろいろ話を聞いてもらいました。

C：私は地域自立支援協議会という場が助かりました。（関係機関に）何か言うにしても、これは自分一人で言っているのではなくて、部会の皆で決めたことという安心感というか。

B：そう、コーディネーターって孤独感、ありますね。ケースへの関わりも限度がないし、退院間もない頃、サービスの入りようのない隙間には全てコーディネーターが入らなければならなかったり。「ちょっと行ってきて。」と他に気軽にお願いできる戦友のような人がいたらいいかな。もちろん退院支援員もいるけど、それも付き合いがあって全部はお願いできない。

D：生活支援では分野ごとにいろいろ頼る人はいるけど、退院支援そのものについてスーパーバイズをしてくれる人はいないかな。

進2：孤独感ですか。特に活動を始めた頃とか、コーディネーター同士の顔合わせなどは必要かもしれませんね。



## ◆ケアマネジメントと本人のニーズについて

進1：退院支援に必要なものとは何でしょうか。

D：もっとケアマネジメントをできるようになるべきだと思います。プランを立てるだけではなくて、アセスメントの軸をしっかりとつかんだチームの仕組みとか、全体の流れが必要です。ケア会議一つにも共通認識を持てるチームができること。

現実には、だれがイニシアチブとるの？から始まったりして無駄な時間があったりします。関係者それぞれに役割を持つチームになろう、とメッセージを発信するけど、まだまだ定着していないのが現状。なかなか通じない、それがジレンマですね。

A：私は、役割を整理していきたいです。いろんな機関と役割がダブっていたりして、コーディネーターの役割ってなんだろうかと。

B：私は、長期に入院していてニーズを声に出せない人からニーズを引き出すことだと思います。そこで活躍を期待するのは、病院のソーシャルワーカーさんです。病棟に行き来できて、本人の真意をじっくり引き出せる立場じゃないでしょうか。

ある病院で、患者さんを対象に相談会を開いているんですが、あまりリアクションのない人もいます。でも、ソーシャルワーカーさんが同時に働きかけてくれることで、何か少しずつ変わったり。自分としては、本人のモチベーションを再び上げるための手助けがしたい。

進2：長期の入院の方はニーズが語れないことも多いですね。「そっと暮らしたい」というニーズも大事ですね。

B：はい。それで、じっくり話を聞いていく中で、自宅へ一緒に行ったりした時に湧き上がってくるものがあって、ニーズが出てきたりすることもあります。

D：変わると言えば、ある病院には退院と題をつけずに、皆で集まって考えてみようというグループがあって、その集団の中でニーズが出るとか、変わることもありますね。

## ◆コーディネーターの仕事、役割、立場とは？

進2：新人のソーシャルワーカーとかもそうなんだけど、最初の頃は「何でも屋」から始めたりするよね。コーディネーターの皆さんからも先ほどそんな話が出ていたけど。コーディネーターの仕事ってなんだろう。どんなことをするのか、もうちょっと明確にできるといいよね。

それから今後、あと数年で地域生活移行が終わったら、コーディネーターはなくなって良いものですか。これから、3年とか5年後にどういう姿であるべきでしょうか。

D：サイレントマイノリティから声があげられるように働きかけること、そしてその声を周りに伝えていって、一緒に考えていける地域づくりというのが、ここ数年の役割だと思います。5年以上先というのは、いろいろ変わってくるでしょうからよく分かりません。

自分としては、もっと先には患者さんとか、障害者とか、福祉の世界からも出したいと思っています。

A : そうですね、障害者自立支援法ができたという不安定な時期がからんでいて、地域全体が殺伐としているような気がします。特に、身近に相談窓口がないような郡部とかでは、それを補うのが保健師さんだったりするけど、すごく忙しくて。その中でコーディネーターが動いたことの足跡が残るのがうれしい。

D : 病院のソーシャルワーカーは病院の土俵の中で動くけど、コーディネーターは「地面ベタベタ」な感じで、際限なくやることがある。どこまでやるんだろうと思う。歯止めがないから、必要なことは何でもやりまっせ、というような便利屋みたいな・・・だからちょっと怖いところもありますね。

A : その域を脱したいよね。専門性出してね。

進2 : 私は病院ソーシャルワーカーとして病院の土俵から出てやっていますし、一方で退院支援に関わったら病院をクビになると言われるワーカーもいる。病院の格差がすごくあるんですね。県の格差もそうかもしれない。それを前提とした上で、コーディネーターの病院ソーシャルワーカーとの違い、差を整理しないといけないね。

体制整備と国がつけているように、地域づくりを見すえたところの違いがあるのかな。精神保健福祉士も地域へ（患者さんを）帰すけれど、コーディネーターは地域づくりも視野に入れて関わるというような。

B : ちょっといいですか。（ホワイトボードに【図1】を書く）

病院のワーカーとコーディネーターは病院から地域への流れの中のかぶりどころもあるけど、それぞれの得意分野があるというか・・・

進2 : その図の中で訪問看護とかはどの辺りになるのかな。誰がどのチームで関わっているのかな。

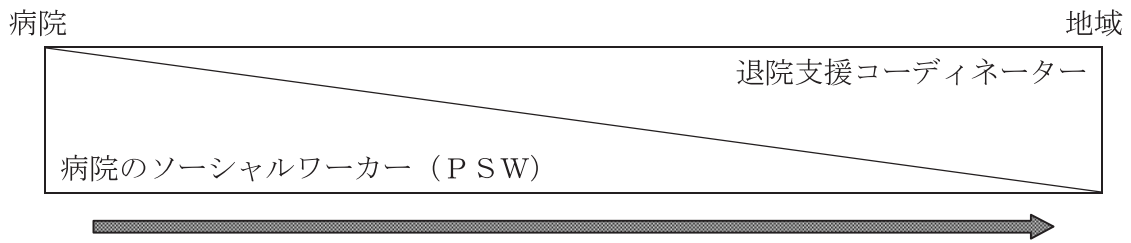
進1 : 各分野がそれぞれ関わりがあって、別物だと思う。セットメニューみたいな。どうでしょうか。【図2】

B : 自分としてはこんなイメージかな。【図3】

本人の症状が強い時期は医療の関わりが強くて、一般的に「消耗期」とか「回復期」と言われる時期が退院支援コーディネーターが主に関わる時期だと思う。そして、この全体の流れがいかにスムーズに流していけるか、働きかけていくのが退院支援コーディネーターの仕事だと思います。本人の力がしっかりしてきて、そのうち就労支援とか、地域の事業所が関わりを中心になってくる。グラデーションのように関わりが移っていくと思うんです。



【図1】

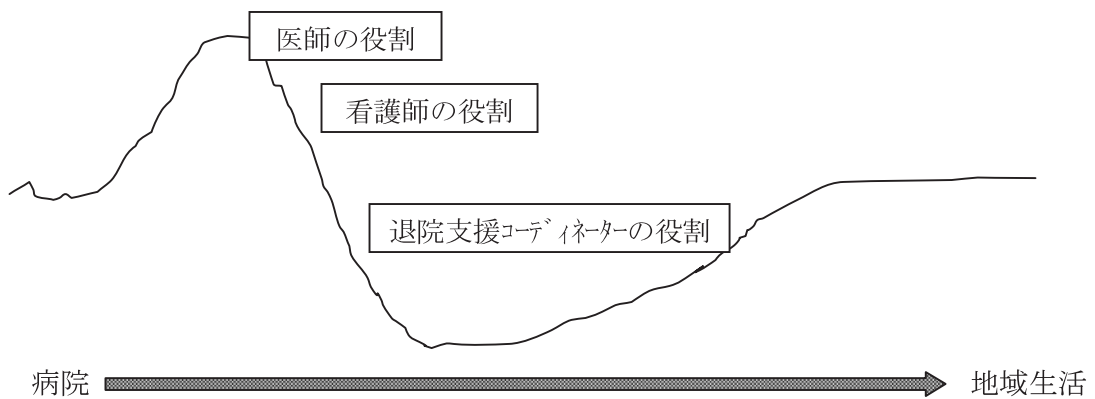


【図2】

図1の他に、以下のような各分野の関わりが別物としてあるのではないか。



【図3】



進2：地域生活移行支援、地域生活支援というのは、層になっているんですね。医療の層、リハビリの層・・・と何層にもなっていて、進んでいくほど層が厚くなっている（【図3】を示しながら）。誰がどう関わるか、コーディネーターもずっとは関われないと思うんだよね。どの部分をどう引き継ぐか、その引継ぎがケアマネジメントだと思う。この部分はヘルパー、訪問看護、デイケアというように。コーディネーターの仕事はどの部分に重点的に関わり、どういう支援をするのか。ただ、精神保健福祉士も同じような部分に関わるってくるんですね。全てではないけれどフェードイン、フェードアウトしていくようにね。

B：「精神障害者退院支援コーディネーター」というと、そういう線引きがあると思うけど、「地域体制整備コーディネーター」というと話が大きくなって地域全体じゃないですか。そうすると、際限がなくなるなと思います。

進2：コーディネーターに仕事は大きく分けて二つあると思います。一つは、【図3】のような個人の地域生活移行支援や地域生活支援と、もう一つはそれこそ、コミュニティワークという地域を作っていく仕事。それは併記でいいと思うんですよ。それは、精神保健福祉士もコーディネーターも同じだと思うけど、「これは私たちの仕事だ」と言えるコーディネーターの独自性とは何でしょうか。

進1：障害者総合支援センターというしくみからかかもしれませんが、コーディネーターの持つ社会資源に関する情報は多いと思いますがいかがでしょうか。障害者自立支援法の関係や、精神に限らず、主に知的障害者が多いグループホームの空きを知っているというような三障害に関する情報とか広い範囲の情報で、それはなかなか一病院のソーシャルワーカーにはないものかもしれないと思うのですが。

進2：情報量のゆたかさ、それは重要なことですね。  
他にも仕事を明確にしなくては・・・

D：今、正直分かりません。2年間やってきて、何でも屋ではあるんだけど、そろそろ支えになるようなものがないと、とは思うけど。

C：2年目に入ってきてのコーディネーターの役割というか、特徴だと思うんだけど。地域に退院した人のケアマネジメントをする以外に、中にはケースの中心になる関係者を（私が）支えたり、支援者の中で困ったことがあった時の相談に乗ったりということもしています。

コーディネーターって何？と今言われたら・・・個別の退院のお手伝いの他にも、そういう地域体制整備の仕事も大切にしてやっているということでしょうか。

では、なぜコーディネーターがその役割をするかということ、本人の退院の前後に関わった、つまり人生を激変させた時期に関わった、寄り添った存在だからと言えるのかな。その責任というか、思い入れがあるというか……。病院のソーシャルワーカーも長い関わりはあるけど、コーディネーターは激変の時期に特に関わるというのが違いでしょうか。そんな重みがあって、それを精神障害生活支援コーディネーターとか、地域で親身に関わってくれる人達にうまく引き継ぐのが私の役目だと思うんだけど、なかなか難しく引きずってます。

進2：これまでの話から、コーディネーターの仕事や役割、立場とは何か、いくつか考えられると思います。

一つは、患者さんのアシストをしながら、地域生活移行支援のプロとして関わっていくこと。次に、社会資源の熟知とそれを活用できる立場であること。また、今話したケアマネジメントの手法をもって支援に臨むこと。そしてやはり、地域体制整備を進めていくこと、という4点辺りでしょうか。

地域調整のプロとしてでないと、病院へ入っていきづらいと思うんですね。そういうスキルを持っていることが求められている。

新しい風としての役割もそうだけど、退院支援のプロとしての仕事を整理するともっと働きやすくなるかもしれませんね。この研究の報告書ではそのような提言もしていけたらと思います。今日はどうもありがとうございました。



## V 地域生活移行支援に係る提言



## V 地域生活移行支援に係る提言

精神障害者の地域生活移行を推進するためには、同時に、地域生活が送られ続けるような継続した支援をしていくことが必要となります。即ち、**地域生活移行支援**と**地域生活支援**の二つの柱に連動性を持たせ、取り組んでいくことが重要であり、それが、本人の充実した生活をつくっていくことへとつながると考えます。

本人の充実した地域生活のための、地域生活移行支援と地域生活支援に向けた提言を、本研究会のまとめとして、以下に掲げます。

### 1 地域生活移行支援のために

#### (1) 本人や家族の力を引き出し、思いに寄り添う支援を

長期に入院している方は、新たな生活に対する不安や経験の不足などから、自らが本来持っている能力や希望が弱まった状態で日々過ごしていることが多いようです。

コーディネーターをはじめ支援者は、本人の潜在的な力を引き出すための関わりとして、まずは本人の言葉に耳を傾けることが大切です。そして、本人の気持ちに寄り添いながら、一つ一つの不安を解消し、前向きな意向や動機づけへとつながるような働きかけを行うことが必要です。その際、実際にグループホーム・ケアホーム等の見学や体験を行うなど、具体的に退院後の生活をイメージできるような働きかけにより、本人が退院後の自分の生活について、現実的に考え、行動に移すことが期待できます。

また、同様に大きな不安を抱えているのが家族です。家族だけで本人の生活を支えようとして、周りになかなか助けを求められない場合が多いのが現状です。家族の過去の苦労や、今後の生活への不安などに寄り添う心のケアも含めた支援を、病院や地域の支援者が協働し、行っていくことも必要です。

現在、コーディネーターは家族の気持ちを受け止め整理しながら、本人の退院準備を進めていくという支援を積極的に行っており、それは地域生活移行支援において重要な役割の一つと言えます。

#### (2) 精神障害者退院支援コーディネーター及び精神保健福祉士の重要性

コーディネーター及び医療機関や地域の関係機関に勤める精神保健福祉士等は、それぞれの立場において、障害者ケアマネジメントの手法を用いた地域生活移行支援を行うこと、精神科病院と地域との連携強化を図っていくこと、地域全体のネットワークを形成する役割などが求められています。いわば地域生活移行支援及び地域生活支援の要になっています。

長野県の退院支援のための専任のコーディネーターを配置した取組みによって、本人の気持ちに寄り添う個別支援とともに、退院後の地域の支援体制づくりが少しずつでも着実に進んでいることが見えてきました。その役割は、他に代えることができない重要なものであり、



今後各圏域に設置し、更なる充実を図っていくことが求められます。

更に、医療機関の精神保健福祉士は病院と地域との橋渡しなど、連携の第一線としての役割を、地域の関係機関の精神保健福祉士は地域生活を支える中心的な役割を、それぞれ期待されるものであり、コーディネーターとともにその活動の充実が求められます。

### (3)連続性を持った地域生活移行支援のしくみを入院中から

他の疾患と同様に、入院当初から、いつどのような状態になれば退院できるのか、今後の治療の内容や、地域での生活を支える制度を含む資源等の情報を、本人及びその家族が理解しやすい方法で説明をすることからはじめていくことが大切です。

この役割を特に求められるのが、病院の精神保健福祉士です。前項でも述べたとおり、病院と地域の支援のつなぎ役が果たされているかが支援の大きな鍵になると言えるでしょう。

そして、退院に向けたリハビリテーションでは、退院後の生活により近い状況で、地域生活の体験などを計画していくという流れが効果的です。例えば、金銭管理の場合、看護師等が病棟で管理するというような支援をそのまま地域で行うことは困難です。地域においてどのような方法でお金の管理をしていくのがよいのか本人とよく話し合い、工夫した関わりが必要です。

このように、入院はあくまで地域生活の一つの過程であると捉え、様々な職種のスタッフに関わる支援のしくみを作っていくことが求められます。ただし、そこには病院内だけでなく、地域の資源を加えて支援に連続性を持たせること、そして何よりも中心には本人がいることが欠かせません。

また、長期に入院している方は、地域生活の経験の機会が少ないため、「自分のことは自分で判断して決める」ということに戸惑う場合が多くあります。本人が自己決定の力をできるだけ早く取り戻せるように、本人のストレングスに着目した支援や、自己選択・決定のための分かりやすい情報提供を行っていく環境づくりが重要です。

### (4)欠かせない行政の積極的な支援

「精神障害者地域移行支援特別対策事業」は、民間の事業所だけでの対応では限界があり、関係機関の連携が不可欠です。保健所や市町村といった行政はその最たるものです。

例えば、市町村や病院間との調整をしたり、会議等の招集について保健所が関わることで、より多くの協力者が得やすくなることがあります。地域自立支援協議会に地域生活移行の専門部会の設置を進めるなどの市町村の関わりも重要でしょう。

それら行政の積極的な協力を得られるよう調整することも、コーディネーターをはじめとした支援の要となる者の役割です。

また、行政と意義ある討議をするためには、日頃から個別の支援をともに行っていくことが重要な機会の一つになります。行政の第一線の窓口である保健所の保健師や市町村担当者等とコーディネーター等が連携しながら支援を行っていくことが重要です。更に、行政の窓

口となる部署に精神保健福祉士等の専門職の配置されることが本研究会としては必要と考えます。

その他、地域住民の精神疾患や精神障害に対する理解を深めることも、地域生活移行にはとても重要な課題となります。そのため、行政機関では当事者の経験談を語り伝える機会を作るなど、積極的に普及啓発を図り、精神障害に対する偏見をなくす努力をしていかなければなりません。

#### (5) 有意義なケア会議を伴うケアマネジメント手法の活用を

コーディネーターや病院の精神保健福祉士等、支援の要となる者が、アセスメント力、マネジメント力などを高め、本人の生活の質（QOL）の向上へとつながるような、一歩先の地域生活を見据えたケアマネジメントを入院中から行うことは、地域生活移行支援においてとても有効です。

その際には、本人を含め、病院内の様々な職種の関係者と退院後の支援を行う地域関係者が一同に介したケア会議を定着させることが重要です。ケア会議により、病院と地域が同じ目標に向かっての支援が可能となります。他にも、退院後のケアマネジメントを行う者、つまり支援の中核となる者を決めることができ、退院後まで一環した支援を行うことができます。

入院中からの退院に向けたケア会議が、本人や家族、病院や地域の支援者にとって非常に有効な情報交換の場となり、お互いの状況や立場を理解し合える機会にもなります。それは結果的に個別の支援から地域のネットワークに広がっていくこととなります。そのようなケア会議を過程としたケアマネジメントを活用した支援が求められます。

#### (6) 長期入院している高齢の方への支援に必要な視点の共有化

コーディネーターが支援した方や、精神科病院に長期入院している方の中には、結果として高齢の方が多くいます。そのため、心身ともに命を守るための定期的な見守りなどの支援が必要となるでしょう。しかし、公的サービス等による包囲網を作ってしまうのではなく、セルフコントロールも含め、バランスのとれた支援を目指していくことが大切です。

また、長い期間病院の中で過ごしてきたため、あたり前と思われる生活を経験する機会を逃してきてしまった方も少なくありません。支援者はそのことの重みをしっかりと受け止め、高齢の方であっても、施設入所を前提にした話に終始したり、既存のサービスにただ当てはめるだけの支援を行うのではなく、一人一人のニーズをしっかりと聴き、共感し、本人自らが生活の主役となるにはどのようなことが必要かという視点を持って支援を組み立てていくことが必要です。

たとえ病気や障害があっても、年齢が高くても、自ら望む地域で生活できるような支援を行うことの重要性を、関係するあらゆる機関の支援者が共有していくことを求めます。

## 2 地域生活支援のために

### (1) 使いやすい制度への改善や「住む場」の充実を目指して

障害者自立支援法が施行され、精神障害者も身体・知的障害者と同様のサービスが使えるようになってきました。しかし、実際には元々身体・知的障害者を主な対象としたサービスが多く、精神障害者への支援においては使いづらい場合もあり、更に関係者等による検討や改善に向けた取組みが求められます。

また、地域生活を始めて、それを継続するために最も重要なのは「住む場」の資源の確保です。長い入院期間の中で対象者の高齢化や生活能力の障害をもっている方もいるため、24時間手厚い支援を受けられるケアホームや、退院から本格的な地域生活の開始までの間、期間を限定して支援を行う施設等の充実を図ることも必要となるでしょう。

その一方、一人暮らしやパートナーとの生活を希望したり、自分の「自由な時間」をもつことを希望している方も多く、グループホームなど集団生活の場が必ずしも適当ではないこともあります。多様なニーズに沿った「住む場」を提供していけるようサービスの充実が求められます。

### (2) 求められる生きがいのある一日の生活と生活基盤の確保

これまでコーディネーターが本人のニーズを大切にしながら支援を行っている中で、集団で同じ作業をするような昼間の活動の場に毎日通うことを希望しない場合も多くありました。しかし、本人のニーズに合った、または選択できるだけの昼間の活動の場が数少ないのが現状です。就労や、仲間との活動、人と人とのつながりが持てたり、生活している中で「楽しい」「行きたい」「やりたい」と思える活動や場所など、多様な形を提供できることはこれからの地域生活支援に求められる要素と言えるでしょう。

また、たとえ活動の場などが増えたとしても、金銭面の充実がなくてはなりません。長期に入院している方は、退院後の経済負担に対する不安を訴えることが多くあるため、社会保障の制度等の利用や、その拡充により生活のための収入を確保する支援も同時に望まれるのです。

### (3) 継続した相談支援の実施

先に述べたように、退院した方の中には、昼間どこかの施設に通所したり何らかのサービスの利用を希望しない場合もあります。そのような場合、障害者福祉サービス事業所のサービス管理責任者などの個別支援計画を作成する担当者がおらず、ケアマネジメントを実施したり、支援の要となる者が不在あるいは不明瞭になりがちです。このような場合、何らかの生活の行き詰まりや、本人の発するSOSに周りの支援者が気付かなかつたりする恐れもあります。

そのため、退院後の地域生活支援において継続的にケアマネジメントを行う人材が、本人に関われる仕組みとして、相談支援体制が整備されることが不可欠と言えるでしょう。

長野県で設置されたコーディネーターは、現在国が進めている事業の「地域体制整備コーディネーター」と「地域移行推進員」の役割を併せ持った形で活動しています。したがって退院前後のケアマネジメントを行いつつ、連続性ある支援のために、「地域の支援者」への引継ぎを念頭に置いた担い手の発掘や育成も行っています。

ここで言う「地域の支援者」とは、地域生活支援において要となる者であり、どの機関のどの職種と必ずしも限定されるものではないと思われます。実際、今回の聴き取り調査の結果からは、病院の担当精神保健福祉士がその役割を担って本人が頼りにしていたり、グループホームの世話人が本人の不安や希望を丁寧に把握する立場であったり、と本人を取り巻く支援体制によって様々でした。しかし、どの場合でも言えるのは、そのような要となる支援者と本人を中心に、いくつかの関係者が重なり合い、そのつなぎをスムーズに行いながら支援を組み立てているということです。

今後、ケアマネジメントとそれを行う人材を増やしていくことが求められているのです。

#### (4) 状態悪化時等における支援体制の必要性

長期に入院している方の中には、時には病状が不安定になってしまうことや、慣れない生活で不安を感じることもあるでしょう。そのような時に例えば、どの地域においても、いつでも支援を受けられる体制があれば、本人も家族も安心して退院して地域で暮らしていけるでしょうし、支援者にとっても緊急時などに対応が可能になるため安心です。

そのような支援体制において、精神保健福祉に関する相談窓口の最前線である保健所の保健師や市町村担当者の存在は重要であり、日頃のケア会議への参画や、互いに相談できる関係を作るなどによって、緊急時等の支援体制が強化されると思われます。

また、今まで入院して慣れた病院での、休息の意味を含んだ一時的な入院や、馴染みの看護師による訪問看護などは、長期入院を経験した方の地域生活支援において必要な医療機関の役割の一つと言えるでしょう。

#### (5) 今後の地域体制整備への展望

退院から地域生活における継続的な支援を実施していくには、本人の真のニーズや夢がどんなことで、その実現のために今必要な支援は何かということ、関係者が共有していくことが重要です。そして、本人の言葉の奥にある思いや夢に興味を持ち、共感し、本人中心の、一歩踏み込んだ支援を進めていく支援者が必要になります。そのために、まずはそれぞれの機関の支援者が「顔の見える関係」を作ることが前提となるでしょう。

また、支援のバトンを他の支援者に渡した後すぐに「誰かがきっとやっているだろう」と一歩引いてしまうのではなく、互いに重なり合い、補い合う支援を協力して作っていくことができる地域体制整備が求められます。その体制の中心にはもちろん本人がいるのです。

近い将来には、退院した本人が入院している方を支えるピアサポーターとして活躍していくことを期待します。支援する側、される側、という“分ける”ことを飛び越え、本人が自分の人生を選択して生きていく過程において、互いに支えあう地域をつくりだしていくことを目標としていきたいと考えます。

## ◆さいごに

本研究会は、今回の調査研究と報告書の作成を通して、本人や家族、地域の現状を知り、コーディネーターの活動の検証をすることで、これまでの活動で蓄積されたノウハウを言葉にしてきました。その元となったのは、今回の調査であり、コーディネーターをはじめ県内で活躍する支援者の実践でした。

調査に協力していただいた支援対象者の皆様、語っていただいたその生活の様子から、我々はたくさんの学びを得ることができました。本当にありがとうございました。

調査員の皆様、また調査の調整等に当たっていただいた関係者の皆様には、日々の業務の中ご協力いただいたこと、お礼を申し上げます。

そして、実践の土台となり、推進力ともなった「本人のストレングスに着目し、そのニーズを中心とした支援」という視点を、我々に植え付けていただいた特別アドバイザーの佐藤光正先生には感謝申し上げます。

本研究会の会員も皆、支援者の一員です。今回の作業の末の提言をもとに、必要な支援を確認し合えたことは大きな収穫であり、今後もそのような支援を継続していきたいと考えております。

長野県精神障害者地域移行支援研究会



## VI その他



## 1 事例1

## 《事例1》

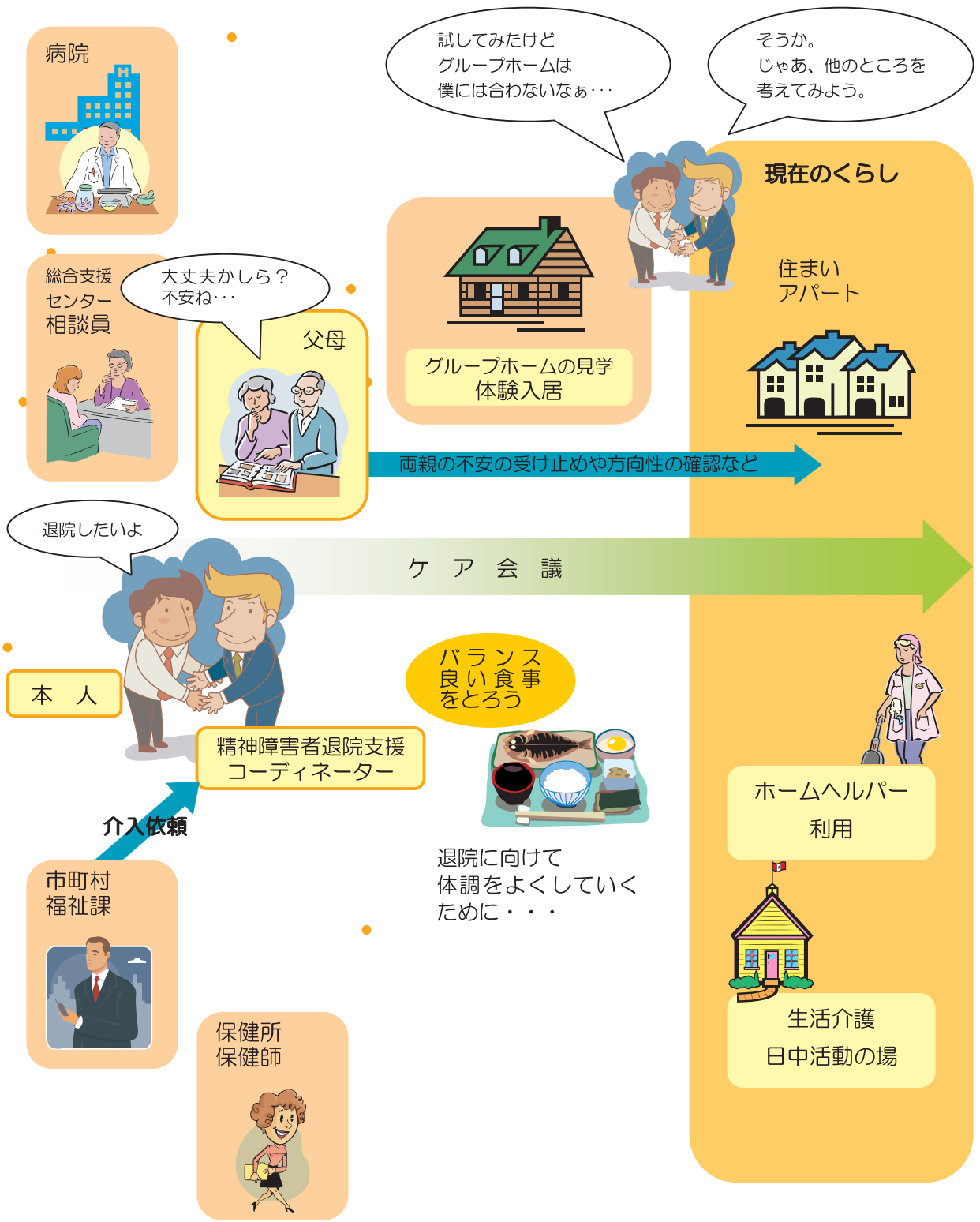
(事例の概要) 両親の不安や、各関係機関の方向性等を調整する中で、初めて地域生活にチャレンジする事例

対象者	Aさん		性別	男	年齢	30代
主たる疾患名	統合失調症		通算入院回数	3回	今回の入院期間	2年11ヶ月
準たる疾患名	知的障害		退院支援期間		入院中	年 9ヶ月
					退院後	1年 0ヶ月
経済状況 医療保険種別 (生活保護の有無)	療育手帳 B1		退院先		グループホーム→アパート	
	障害年金 有 (2級)		家族同居の有無		無	
家族状況	本人が入院している病院の隣町に両親が住んでいる。					
生活暦 ・ 現病歴	他県で出生。これまで養護学校の寄宿舎や精神科病院入院など、両親のもとで生活することがあまりなかった。不眠や火の不始末を伴う奇異な行動等あり、他県の精神科病院に養護学校高等部の頃からずっと入院していたが、両親の引越しに伴い、本人も現在のB病院に転院。現在は対人関係に敏感で難しいところはあるものの、特に目立つ症状はない。					
支援開始のきっかけ その当時の本人の様子	主治医から退院に向けての提案をされた両親が、市町村障害福祉課担当者や総合支援センター相談員らに退院後の生活の相談を持ちかけ、市町村担当者から退院支援コーディネーターに、支援全体の調整等のため介入の依頼があった。本人は退院を強く希望しており、両親もこれまで共に生活した経験が少なく不安があるものの、本人の希望をかなえてやりたいという気持ちがあった。					
支援に関わった 機関(職種)に○ 主な機関に◎ 【事業所種別】 ア：就労移行・継続 イ：地域活動支援センター ウ：グループホーム、ケアホーム エ：NPO・事業所 オ：ショートステイ カ：援護寮	○ 障害者総合支援センター		◎ 市町村		○ 保健所	
	(職種) 相談員 退院支援コーディネーター		(職種) 障害福祉課担当者		(職種) 保健師	
	○ 精神科医療機関		その他医療機関		○ 事業所【種別：ウ、エ】	
	(職種) 主治医 精神保健福祉士		(職種)		(職種) グループホーム世話人 ヘルパー	
		□ その他				
支援の経過  (ケア会議等の経過や具体的な支援内容・状況)	<p>市町村担当者からの介入依頼</p> <p>↓</p> <p>本人と面接・・・退院や今後の生活についての希望を確認 退院支援コーディネーターが支援に入ることを承諾される。</p> <p>両親と面接・・・不安を受け止め、状況の整理や情報提供等行う。</p> <p>↓</p> <p>外泊時 生活介護の事業所を日中活動の場として見学、体験利用。 その様子の報告等も兼ねて、外泊後ケア会議を開催。 本人の希望、両親の不安、主治医の意見等を調整し、今後グループホームへの退院の方向で準備を進めていくこととなった。</p> <p>↓</p> <p>空きのあるグループホームを探し、Cグループホームに体験入居。病院では開放病棟にて日中活動の場の体験を繰り返すなど、準備を進めていった。</p> <p>↓</p> <p>体験したCグループホームへ退院。その後も関係機関と共に見守りを続けた。 しかし、本人がグループホーム内での人間関係が難しく、両親宅の近くのアパートに移り1人で生活することになった。</p>					



なぜこれまで退院がむずかしかったのか		親の同意による入院だったが、両親が病院や支援者の意見により度々意向を変えることもあり、本人の退院に向けて、各関係機関が支援の方向性を一致させることが難しかったように思われる。
退院支援にプラスとなったストレングス	本人	もともと退院の希望、意志が強かった。 支援者の提案を受け入れる素直さがあった。
	周囲	両親が自ら関係機関(支援者)に相談して関係を築き、決定した支援に協力的。
コーディネーターの役割		両親、病院、市町村、総合支援センター、それぞれの方向性がはっきりせず、支援がなかなか具体的に進んでいなかった。そのため、ケア会議が有効なものとなるように、事前の意志統一を丁寧に行い、両親や関係者の方向性や意見がぶれないようにした。 →関係者間の総合調整役としてのはたらき (徐々に地域での支援者にその役割を移している)
工夫した点		本人に関するアセスメントのみならず、家族の意志や、関係機関の関係性等も含めたアセスメントを行うことにより、具体的に退院に向けての準備や支援の段取りをスケジュール化したこと。
退院後の生活・支援 (退院後の関与、日中活動の場、利用サービス等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の住まい・・・両親の住む町にあるアパート</li> <li>・生活介護(日中活動の場)、ヘルパーを利用</li> <li>・両親の見守り</li> </ul> <p>また、当初は退院支援コーディネーターが調整役等として動いていたが、支援を進める中で市町村担当者が支援の中心になっている。</p>
退院をして	本人の声	退院してよかった。 これからは入院したくない。
	家族の声	今まで離れて暮らしてきて、退院後の問題もいろいろあるが、少しでも親らしいことをしたい。
	支援関係者の声	退院してみて、トラブルがありながらも何とかなる、と思った。
支援を通して感じたこと		医療機関や関係機関のそれぞれの立場や価値観による行き違い等が、退院の阻害要因の一つとして影響することがあると感じた。
今後の支援について課題等		本人の可能性を広げていくためには、社会生活での基本的な考え方などを身に付けていく必要があると思われる。しかし、そのトレーニングが十分に行える環境がなく、結果的に両親の負担が大きくなっていることが課題。 もっと両親の負担が減るように、また、それを両親が実感できるような支援プログラムや介入が必要であろう。
その他		

《事例1・地域生活移行イメージ図》



《事例 1・5 ピクチャース》 退院支援コーディネーターに依頼があり、介入を始めた頃のまとめ

**Pic.4 ニーズアセスメント（困っていること等）**

退院したい。  
同じ部屋の人と合わなくてびくびくして困る。

**利用者の思いの要約**

僕は早く退院がしたい。以前問題を起こしてしまって入院が長くなっていたけど、これからは問題を起こさないように暮らしていきたい。まだよく様子は分からないけど、両親が希望するグループホー

**Pic.2 こうありたいと思う生活イメージ**

とにかく退院したい。  
退院して暮らす場所は今のところイメージがもてない。  
両親はグループホームでの暮らしを望んでいる。  
(本人は上記の思いが強くなる。しかし、言葉による表現が少なく、支援者には具体的な生活イメージが伝わりにくい。)

**Pic.3 現在の生活状況**

- ・ C 病院に入院中。
- ・ 対人関係に敏感だが、精神症状は特になく、治療上入院の必要性はないと言われている。
- ・ 入院生活の中で経験がないからか、食事作りや洗濯等の家事などをなすことが苦手。
- ・ 両親が本人と暮らした期間が少なく、また高齢になってきて、本人との同居に不安を感じている。

**Pic.5 近づくための方法**

退院して街でくらそう！！

- そのためには…住む場所をさがそう
- そのためには…まずはグループホームの見学をして、街のくらしのイメージをつかんでみよう
- ★他にも退院するのにどんな準備が必要か考えていこう

**Pic.1 着目するストレングス**

本人のストレングス 退院の希望を強くもっている、自分の嫌だと思ふことを人に伝えられる、

人との関係のアンテナがするどい→空気が読めるかも

周囲のストレングス 何かしてあげたいと思っている両親がいる、理解ある精神保健福祉士がいる、空きのあるグループホームの情報がある

## 個別支援計画表

氏名 A さん 様

平成20年 × 月 × 日作成

長期目標	退院して街で暮らそう
短期目標	グループホームで宿泊体験したりして、退院に向けて準備をすすめよう

優先順位	ニーズ	支援目標	本人役割	サービス等の内容・頻度・時間	提供先・担当者等
2	住む場所のイメージをもちたい	グループホームで宿泊体験をしてみる	グループホームに泊まってみる 体験した感想を退院支援コーディネーターへ伝える	Cグループホームの見学 半日 Cグループホームで宿泊体験 1泊から日数を増やし複数回実施	Cグループホームの責任者、世話人 退院支援コーディネーター 家族
2	街で暮らすイメージをもちたい	昼間の活動場所を見学する	見学に行く	△△生活介護事業所や□□地域活動支援センターの見学	相談支援専門員 △△事業所職員 □□センター職員 退院支援コーディネーター
		街を歩いたり店で買物をしたりして街を知ろう	買う物を決める	〇〇ホームを中心に半日程度のコースを決める	病院看護師 退院支援コーディネーター
1	両親の退院への不安を軽くしたい	両親の不安を軽くし、両親が支援できることをみつける	両親に退院したいという気持ち伝える	家族と定期的に面接し状況を整理することで不安の軽減を図る 住む場、昼間の活動の場等の情報を提供する Cグループホームの見学に同行してもらう	退院支援コーディネーター ××市保健師 相談支援専門員
3	糖尿病があるので中性脂肪値を下げたい	バランスのよい食事を取る	がんばって野菜を食べる バランスの良い食事について話を聞く	看護師による声かけ、見守り 病院の献立を通してバランスの良い食事について話す	看護師 PSW

個別支援計画の実施機関	平20年×月×日 ~ 平成20年×月×日 (3か月間)
-------------	-----------------------------

## 《事例2》

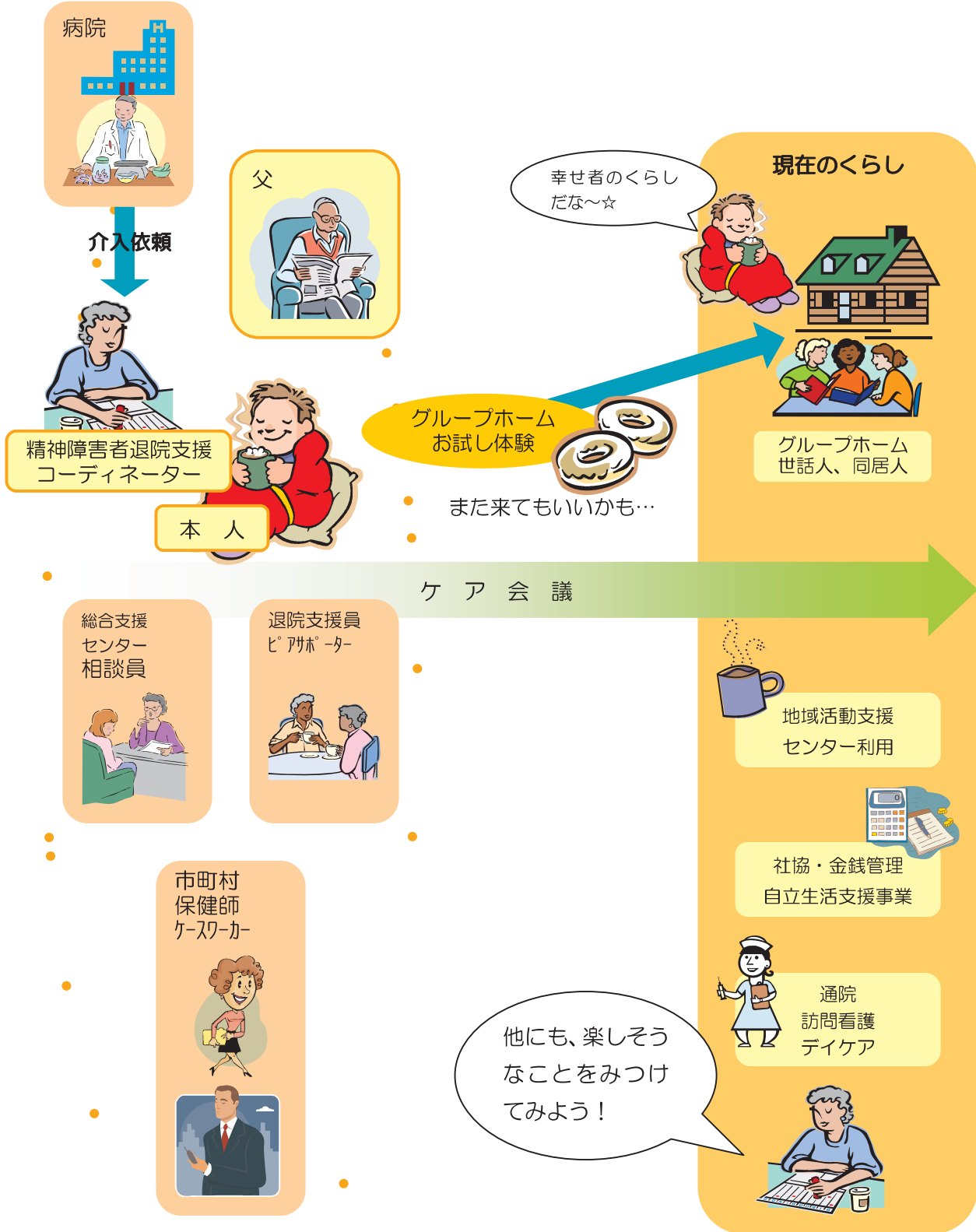
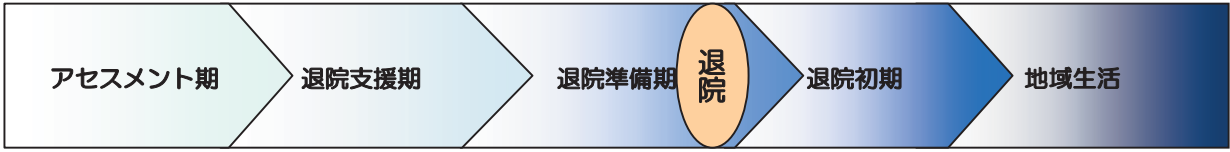
(事例の概要) 長い入院生活の後、本人のストレングスに注目しながら地域生活への準備を進めた事例

対象者	Bさん		性別	男	年齢	50代
主たる疾患名	統合失調症		通算入院回数	1回	今回の入院期間	35年
準たる疾患名			退院支援期間	入院中 年 6ヶ月 退院後 年 6ヶ月		
経済状況 医療保険種別 (生活保護の有無)	国民健康保険/障害程度区分4		退院先	グループホーム・ケアホーム		
	障害年金 有 (基礎1級)		家族同居の有無	無		
家族状況	自宅に父(80代)がいる。					
生活歴 ・ 現病歴	おとなしい性格。家庭での厳しい教育のもと、高校入学するも不登校、成績低下、思考にまとまりがなくなり、中退。家族への暴力や会話がまとまらない等があり、入院となる。その後、意欲低下、無為自閉の状態が続く。院内では、継続しての作業は難しいが、外出などの行事には参加している。普段は一人で病院内の散歩をしたりして過ごす。					
支援開始のきっかけ その当時の本人の様子	入院している病院のソーシャルワーカーからの依頼により支援開始となる。本人は、退院やそのための支援についての強い希望、意志は分かりにくいものの、退院支援コーディネーターらが退院のために関わることに拒否はない様子。					
支援に関わった 機関(職種)に○ 主な機関に◎ 【事業所種別】 ア: 就労移行・継続 イ: 地域活動支援センター ウ: グループホーム、ケアホーム エ: NLP-事業所 オ: ショートステイ カ: 援護寮	○ 障害者総合支援センター (職種) 精神障害者コーディネーター		○ 市町村 (職種) 保健師 障害福祉課担当者		保健所 (職種)	
	○ 精神科医療機関 (職種) 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士		○ その他医療機関 (職種)		◎ 事業所【種別:ウ】 (職種) 世話人	
	○ その他					
	退院支援員として、ヘルパー、ピアサポーターが関わる					
支援の経過 (ケア会議等の経過や 具体的な支援内容・ 状況)	<p>病院精神保健福祉士の依頼により、本人と面接 今後はグループホームを住まいとしての生活に向けた準備をしていくことを確認。</p> <p>↓</p> <p>Dグループホームの見学 しかし、自宅のある地域のグループホームに空きがなかなかないため、今後建設予定のグループホームに申込むことも検討。</p> <p>↓</p> <p>以前見学したDグループホームに空きが出たため、具体的に入居の準備に入る。 関係機関とのケア会議を開催。入居後の支援体制の想定等の内容。</p> <p>↓</p> <p>グループホームの体験利用(昼間のみ→宿泊体験)およびケア会議を重ねる。 グループホームそばの地域活動支援センター(喫茶店)でコーヒーとドーナツを食べ、気に入ったようで、「またきたい」との感想聞かれた。</p> <p>↓</p> <p>Dグループホームへ退院。 その後もモニタリング等のため、ケア会議を開催している。</p>					

なぜこれまで退院がむずかしかったのか		本人や家族にグループホームなど、地域の社会資源についての情報が入らず、地域生活の可能性を考える機会がなかったこと。その結果、家族が地域生活に不安を感じ、「本人が死ぬまで病院においてほしい」と希望していた。 また、これまで周りが本人のもつ力（ストレンクス）に着目することがなかなかできずに、入院生活の中での生活能力の低さが目立つことによって、退院を目指す機会がなかったことも一因と思われる。
退院支援にプラスとなったストレンクス	本人	幻覚妄想等の目立った症状がないこと 支援者らとの関係づくりに抵抗がなかったこと
	周囲	周囲の支援者らが、本人の金銭管理や身の回りのことの苦手を「長期にわたる入院生活の結果」とあるとの共通認識を持てた上、支援体制を組めたこと
コーディネーターの役割		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の退院への理解を得る</li> <li>・ 本人や家族へグループホーム等の社会資源についての情報提供</li> <li>・ 退院先探し</li> <li>・ 生活支援の体制の調整役</li> </ul>
工夫した点		入浴をしたがらないことから、同性の退院支援員、ピアサポーターの援助を依頼した。
退院後の生活・支援  (退院後の関与、日中活動の場、利用サービス等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院支援としてのヘルパー、ピアサポーターの外出支援</li> <li>・ 病院 外来通院 2週に1回 訪問看護 週1回 デイケア利用 週3日</li> <li>・ 地域活動支援センター利用・・・グループホームのそばにあり、喫茶店にもなっている。</li> <li>・ 世話人、地域活動支援センタースタッフによる見守り → Bさんは、長い入院生活の中で、金銭管理、生活リズム、健康管理等の習慣や力が弱く、個別計画を立てて、上記見守りを受けて取り組んでいる。</li> </ul>
退院をして	本人の声	ここは良いところ、幸せ者のくらしをしています。
	家族の声	グループホームのようなところがあること、知らなかった。皆によくしてもらって、感謝しています。
	病院スタッフの声	長い入院生活を送ってきた方が、このように退院して生活できると思わなかった。
	支援関係者の声	長い入院生活の重みを実感しながら支援にあたっている。
支援を通して感じたこと		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域には作業のない憩いの場のようなところがなく、ゆったりと過ごす日中活動の場としての選択肢がないことに気がついた。</li> <li>・ 本人のペースに寄り添い、時間をかけて、社会生活に適應できるよう支援していくことが必要だと感じた。</li> </ul>
今後の支援について課題等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在、通院する病院のデイケアを利用しているが、今後の日中活動をどうしていくか、生活の幅を広げられるかが課題と思われる。デイケアの他には、地域活動支援センター（喫茶店）に頻繁に出かけている。</li> </ul>
その他		

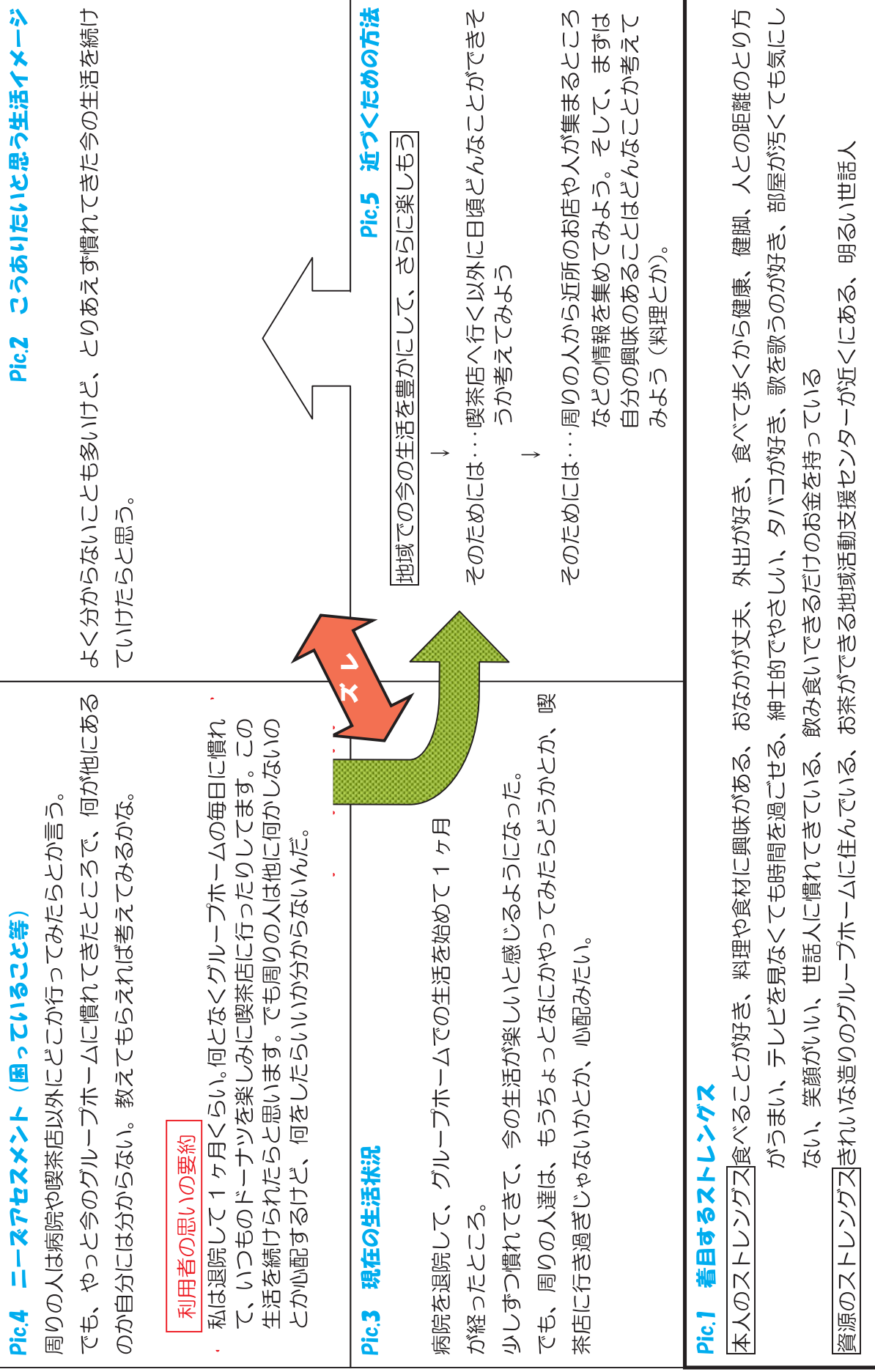


《事例2・地域生活移行イメージ図》





《事例2・5 ピクチャーズ》 退院後、グループホームでの生活をモニタリングする中でのまとめ



## 個別支援計画表

氏名 B さん 様

平成20年 × 月 × 日作成

長期目標	地域での今の生活を豊かにして、さらに楽しもう
短期目標	自分が楽しめることを増やしていこう

優先順位	ニーズ	支援目標	本人役割	サービス等の内容・頻度・時間	提供先・担当者等
3	自分に何が できるか何 をしたいの か見つけた い	地域の生活 にどんな楽 しみがある か知る	一緒に出か けてみる 感じたこと を伝える	本人の様子をみながら、月1回 程度違う所へ出かけてみる 図書館、映画、コンサート、 カラオケなど	ヘルパー ピアサポーター Dグループホー ム世話人
1	ゆっくり過 ごせる昼間 の居場所が 欲しい	落ち着いて 過ごせる居 場所をみつ けよう	見学に行く 感想や希望 を伝える	他の地域活動支援センターや当 事者会の見学 ボランティアセンターの見学	ヘルパー ピアサポーター 相談支援専門員 ボランティア
2	今までやっ てみるチャ ンスがなか った身の回 りのことを できるよう になりたい	日常生活の 中で自分の 役割をみつ けやってみ る	嫌がらずに やってみる	部屋の掃除 週1回程度 料理作りの手伝い 週1回程度 生活費の使い方の確認 月1回 ゴミ出しの手伝い 月1回 公共交通機関を利用するの買物	Dグループホー ム世話人 ヘルパー 家族

個別支援計画の実施機関	平成20年×月×日 ~ 平成20年×月×日 (6か月間)
-------------	------------------------------

### 3 退院した人の声

#### グループホームの見学で退院への気持ちが大きく変化しました

私は、12年間入院した後退院して、今はグループホームで生活しています。

退院のそもそものきっかけは、病院でやっていた「退院支援プログラム」でした。そのプログラムのメンバーに選ばれた時には、「(自分が退院するなんて) とんでもない!」と思いました。プログラムに参加して、実際にグループホームに入居しているメンバーさんの話を聞いても退院したいとは思いませんでした。しかし、プログラムの半ば辺りでグループホームの見学に行く機会があって、実際に場所を見て説明を聞いて、初めて退院への関心が湧いてきました。また、障害年金だけでは生活は不可能だと思っていたり、糖尿病のことも心配でしたが、そのようなことが問題ではないことが分かりました。

その後も個人的に何ヶ所かグループホームの見学を重ね、現在暮らしているグループホームの部屋を見学した時に、部屋の環境がとても気に入って「ここで生活したい」と思えて、気持ちが大きく変化しました。見学するということが、自分にとってこれほど大きい意味を持つとは思いませんでした。「見る」ということも含めて、情報提供を受ける機会が大切だと痛感しています。

また、病院の退院支援プログラムについてですが、退院させる側からの立場でなく、もっと本人側の条件を拾い上げてもらえたら良いと思います。私は、糖尿病のためにインシュリンが必要ということで退院をあきらめていました。集団で行うプログラムだけではなく、地域で不安なく生活できるように、糖尿病の問題をどうクリアしていくかなど、一人一人の退院を難しくしている条件を一緒に考えてもらえたら、もっと退院できる人が多くなるのではないのでしょうか。

今のグループホームでの生活は大満足で、不満は全くありません。自由があります。病院の生活には食事や入浴、テレビなど、時間の制限が多くありました。入院中はそれが当たり前のことであると思っていましたが、一歩外に出たら、それが当たり前ではないことを知って、全く違う気持ちを持ちました。もちろん生活をする上では責任を伴いますが、自由さは病院では得られないと思います。

ある人の場合、家族からは「近所の人達がどう見るんだろう?」ということが心配で、自宅へ退院して欲しくないと言われました。しかし、グループホームは地域からの理解がある中で暮らす場所で、入居者同士お互いに同様な立場であり、作業を終え

た後、まかないの人を混ぜ、お茶を飲みながら、他人の目を気にすること無く世間話などをし、安心できます。病院の中には、このような家族や近所の偏見などによって退院できない人がまだまだ多くいるのです。

これまでを振り返ってみると、「入院していた12年間は何だったんだろう・・・」と思います。もっといろいろなことを早く知っていたら、もっと違った人生もあったのではないかと考えてしまいますが、その12年間があったからこそ、今の心理状態、環境があるのかもしれないと思います。

現在、グループホームに入居し、昼間は作業所へも通うようになって、自分が誰かに必要とされているということが、自分にとってとても張りあいになっています。

今後のことは、今のところ特に考えたことはありませんが、ただ、今の生活がうまく続いていけばいいなと思っています。

(60代 男性)



## 退院して良かったと皆様に感謝しています

## ◆43年間の入院

私は精神科の病院に43年間入院しました。病院では主治医の先生は優しくて、看護部長さんは相談にのってくれて、主任さんは励ましてくれて、一日2千円で洗濯作業をすると一ヶ月6万円ちょっとになり、「たまった、たまった」と看護部長さんに言うと、看護部長さんは有料の養老院へ行きなさいと笑いながら言っていました。主任さんには10年位前から「社会へ出た方がいいよ。グループホームに入ればあなたならやっつけていけるから」と言われ、先生には「退院する気持ちはないですか」と言われていましたが、「病院に一生置いて下さい。テレビなどで入所施設の虐待というニュースも見たりしているので、病院にいれば安心だと思います」と返事をしつつしてきました。

外出とお金は自由でしたが、買う物もないし、お金を使いたくないし、病院内に一日中いてもお付き合いで話をするとう話が長くなり、一人でしゃべり続ける人もいるので疲れるし、先生からは距離感をもちなさいと助言されていたので、外出する先があるといいなあと思っていました。

## ◆県の保健所のデイケアなどでの経験

県の保健所のデイケアに行っている人がいたので、私もデイケアに行きたいと先生にお願いして許可されました。デイケアでは、保健師さんは親切で優しくて、メンバーさんと卓球をしたり優勝チームに入ったりしていました。十代の時は負けた事がなかったので楽しく出来ました。県のデイケアがなくなり、市の保健所のデイケアに行きました。会の始まりの前に私がメロディコンダクターをひき、皆で歌いました。ストレッチ体操をして一日が始まりました。絵手紙は指導の先生にほめられました。皆でお料理を作ったり、保健所の職員さんを招いてクリスマス会をしました。所長さんとテーブルが一緒にうれしかったです。ボーリングに行ったり、カラオケに行ったり、バーベキューをしたり、バス旅行に行ったり、マレットゴルフに行ったり、お花見に行ったり、映画を見たり、乗馬に行ったり、美術館に行ったりしました。8年間のデイケアで60代は私一人で、皆若い人でしたが仲よく話が出来たのでありがたいと思っていました。保健師さんとボランティアさんとも親しく出来たので感謝していました。

しかし、市の保健所のデイケアが無くなるというので、メンバーさんの中には援護

寮に行く人や、他の作業所に行く人もいました。入院患者さんの外出グループの仲間3人と一緒に作業所に見学に行ったところ、市の保健所のデイケアで一緒だった人が来ていて、病院からも近いし、知り合いもいるし、作業所に通いたいなと思っていました。作業所に行く予定でしたが、ゆっくりしたプログラムの同じ建物の一階のグループに行く事になりました。月曜日と木曜日にセブンイレブンで昼食を買い、片道30分歩いて通いました。私は中心街で育ったので、なつかしく感じました。メンバーさんと仲良く話が出来て、作業をしたり一緒に昼食のみそ汁を作りました。皆おいしいと言ってくれました。

作業所の作品を売るお店の売り子もしました。品物が売れた時はうれしかったです。一日4千円も売れました。皆でカラオケに行ったり、映画を見にも行きました。皆で散歩をしたり外食もしました。一泊で温泉に行きました。高速バスははじめて乗りました。

病院の主任さんにビアガーデンがあると言ったら、「帰りが8時になってもいいからタクシーで帰ってきなさい」と言われましたが、行きませんでした。「デイケアの人なら泊まりで温泉に行ってもいいよ」と言われていましたが、行く勇気がありませんでした。今考えると残念です。

主任さんや部屋の人達に「あなたはデイケアから帰ってくるときげんがいいね」と言われ、先生も「ストレス解消で良い」とおっしゃいました。雨の日も風の日も雪の日も暑い日も通いました。楽しかったです。

#### ◆コーディネーターとの出会いとグループホームでの生活

おととしの11月にころんで、右大腿骨頸部骨折をして総合病院で手術をして外出が出来なくなった時に、退院支援コーディネーターの方が毎週来てくださって、ナースステーションの前で「退院、退院、退院、退院」とぜひ来てほしいと言われ、看護部長さんが「退院支援コーディネーターさんは優しく信頼できるからお願いしなさい」とおっしゃり、先生と主任さんにも退院を勧められ、病院を離れるのはつらいと思っていましたが、グループホームに入ることを決心しました。

私はもうすぐ66才です。養老院では差別があると思い、障害者と一緒に生活をしたいと思っていました。グループホームへ入居してみて、8畳間は広くて個室で快適で、世話人さんは親切で優しく、他の6人のメンバーさんは穏やかで、退院して良かったと思いました。世話人さんの夕食はおいしくて、おかずを4品も作ってくださいま



す。病院では 2 品でした。家庭料理は大好きです。大根と人参とじゃがいもの煮物とか、さんまの塩焼きとか、ししやもの天ぷらとか、手作りの大きなトンカツとハンバーグはびっくりしてしまいました。デザートもときどきつきます。食べる事が一番楽しみです。おふろは毎日入れます。ドライヤーも使えます。洗濯は無料です。毎日洗濯している人もいます。病院ではコイン洗濯機で一回 200 円でした。

今は夜はトイレ以外目が覚めません。8 時間位寝ています。起床時間も消灯時間もありませんが、皆常識でうまくやっています。病院では消灯時間を過ぎてもガサガサやっている人や、戸の開け閉めがらんぼうな人や、夜中にお菓子を食べている人や、朝早くからバタバタするので目が覚めてしまった事もありました。病院では対人関係やお金の問題は先生と主任さんが面倒を見ていましたが、グループホームでは皆、自分の事は自分で出来ていて、迷惑をかける人もいないし、穏やかな生活をしています。困った事は世話人さんが相談にのってくれます。リハビリ中なので移動支援を利用してヘルパーさんと一緒にスーパーへ買物に行きます。何十年ぶりかで台所で昼食を作るのは楽しみです。昼間は 4 人就職しています。2 人は作業所へ通っています。私はトイレそうじと生ゴミの片付けをしています。戸閉まりの係は夜 10 時にしています。ヘルパーさんは私の行きたい所はどこでもつきそってくれと言ってくれます。助かります。

歩行訓練をして、当事者の団体へ歩いて行ける様になれたらいいなと思います。当事者の団体では、たくさん仲間と話したり趣味の絵を描いたりできたらいいなと思います。これからはグループホームの法人の方と相談しながら先の事は決めていきたいと思っています。

病院のくださるお薬は良く眠れて便通もいいし、規則正しくのんでいます。

退院して良かったと皆様に感謝しています。先日も 2 泊 3 日で沖縄旅行に参加しました。一日一日を大切に生き甲斐のある人生を送れたらいいなと思います。

(60 代 女性)





平成 20 年 月 日

(調査対象者) 様

長野県精神障害者地域移行支援研究会

「退院後の地域での暮らしに関する聴き取り調査」ご協力をお願い

この度、病院を退院してご自分の生活をスタートさせた皆さんに、日々の生活の状況についてお話を伺う調査をしたいと思っておりますので、ご協力よろしくお願いたします。

この調査は、皆さんの生活の状況やお気持ちなどについてお聴きすることで、周りで支援する人たちがさらに良い支援ができないかと考えるために行うものです。

さらに、これから病院から退院して地域での暮らしを実現する方々が増えていくために、どのような支えが必要かを考えていくことを目的にしています。

皆さんがお答えした内容について、個人が特定されたり、情報が漏れるようなことはありません。また、この調査結果を本研究以外のことで使用することはありません。

※当研究会は、退院可能な精神障害者が地域であたり前に暮らせる社会を実現するために、研究、普及啓発活動を行っています。なお、本調査についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

調査についての問い合わせ先

長野県精神障害者地域移行支援研究会  
(調査担当窓口)

担当：岡村、雨宮、澁谷

長野県精神保健福祉センター

〒380-0928 長野市若里 7-1-7

電話 026-227-1810

FAX 026-227-1170

平成 20 年 月 日

ご家族、関係機関の皆様

長野県精神障害者地域移行支援研究会

「退院後の地域での暮らしに関する聴き取り調査」ご協力のお願い

この度、病院を退院してご自分の生活をスタートさせた方々に、日々の生活の状況についてお話を伺う調査を行います。つきましては、調査における調整や面接時の支援等、ご協力をお願い申し上げます。

この調査は、調査対象の方々の生活の状況やお気持ちなどについてお聴きすることで、周囲の支援者がさらに良い支援ができないかと考えるために行うものです。

さらに、これから病院から退院して地域での暮らしを実現する方々が増えていくために、どのような支えが必要かを考えていくことを目的にしています。

調査対象の方々がお答えした内容について、個人が特定されたり、情報が漏れるようなことはありません。また、この調査結果を本研究以外のことで使用することはありません。

※当研究会は、退院可能な精神障害者が地域であたり前に暮らせる社会を実現するために、研究、普及啓発活動を行っています。なお、本調査についてご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

調査についての問い合わせ先

長野県精神障害者地域移行支援研究会  
(調査担当窓口)

担当：岡村、雨宮、澁谷

長野県精神保健福祉センター

〒380-0928 長野市若里 7-1-7

電話 026-227-1810

FAX 026-227-1170



(3) 退院までに苦労したこと、大変だったことは何でしたか。また、そのことについてどのように解決されましたか。

☺ポイント 退院の話が出る前や出た後、退院への準備期間のことなど

## 2 今の暮らしについてお聞きします。

(1) 現在のお住まいの場を教えてください。(あてはまる項目に○印)

持ち家 ・ 借家 ・ 民間アパート ・ グループホーム ・ ケアホーム	
公営住宅 ・ 入所施設 ( )	
その他 ( )	

誰かと一緒にくらしていますか。(あてはまる項目に○印)

1人暮らし	
家族 ( )	
グループホームやケアホームの利用者、メンバー	
その他 ( )	

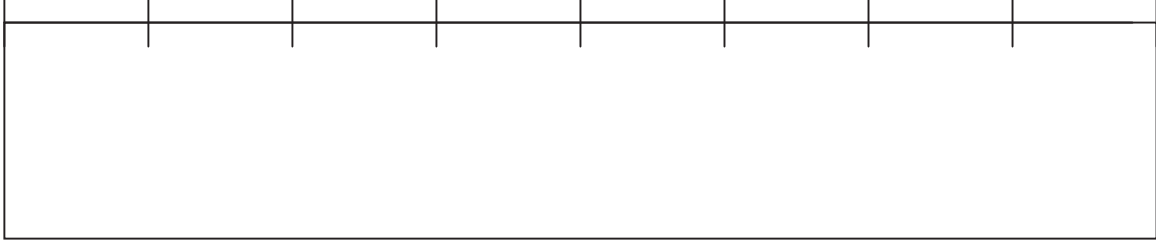
お住まいについてお聞きします。(居場所としての空間について)

- ☺ポイント ・ 自分の部屋 ある ( ) 畳 ・ ない  
 ・ 自分の部屋がある場合、安心してくつろげる場所か  
 ・ 安心してくつろげる場所はあるか  
 ・ その他、住環境について

(2) 日中は主にどのように過ごされていますか。

☆平日の過ごし方（作業所やデイケアなど、日課がある日の過ごし方）

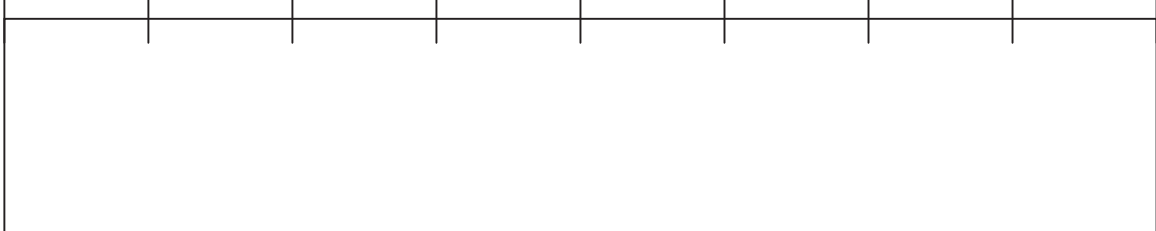
0時      3時      6時      9時      12時      15時      18時      21時      24時



《メモ：内容など》

☆休日の過ごし方（特に予定のない、ゆっくり過ごす日の過ごし方）

0時      3時      6時      9時      12時      15時      18時      21時      24時



《メモ：内容など》

(3) 毎日の生活の中での楽しみは何ですか。

(例：友達とおしゃべりする時間、買い物に行く時、趣味の場、など)

(4) 毎日の生活の中で困っていることは何ですか。

また、そのことを誰に話していますか。(例：友達、きょうだい、保健師、など)

☺ポイント 困っているときにお話したり、助けてくれる人、くらしを支えてくれる(例：食事づくりの手伝い、外出の付き添いなど) 人がいるかどうか

(5) 周りの人たちとどのような付き合いをされていますか。

☺ポイント 日頃の人付き合いについて 家族、友達、ご近所など

(6) 今、どのようなサービス(ホームヘルパー、移送サービスなど)を利用していますか。(あてはまるものに○印)

- ・ホームヘルプ
- ・移送サービス
- ・権利擁護事業(福祉サービス利用手続きや日頃使う金銭管理などの支援を行うもの)
- ・成年後見制度(財産管理や施設入所の契約などを自分で行うことが難しい方の保護や支援を行うもの)
- ・配食サービス
- ・その他 [ ]





### 3 退院して、今の暮らしに満足されていますか(入院中の生活と比べて)

(あてはまるものに○印)

満足 ・ やや満足 ・ ふつう ・ やや不満 ・ 不満

◎ポイント 具体的な思い 「○○は満足だけど、□□はなあ…」、「不満だけど△△はいいよ」など

## 4 これからの暮らしについてお聞きします。

◎ポイント 望んでいる暮らし、やりたいこと、どうなりたい、誰かとくらしたい、あったらいいと思う支援やサービス、人とのつながりなど

**5 さいごに お話し残したことや伝えたいことなどはありますか。**

**6 調査員の記録**

ご協力ありがとうございました。



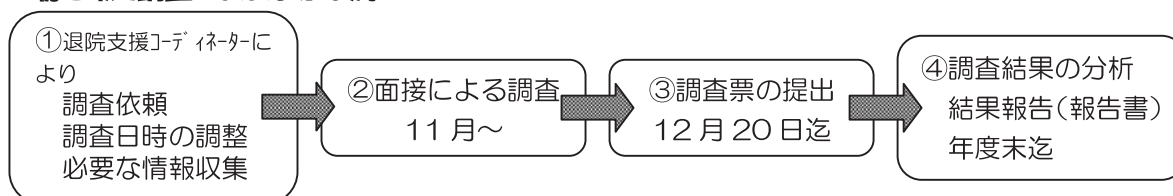
## 調査員のみなさんへ

～調査実施の上での留意事項・確認事項等～

### ※調査の目的、大切にしたいこと

- ・退院して地域での生活を始められた調査協力者が、どのような思いを抱えているのかを聞き取ることを第一に考えます。地域での暮らしへの移行による変化や、その中での様々な思いを聞き取り、退院支援や地域生活支援にどのようなことが必要とされているのかを明らかにしていくことを目的としていきたいと思えます。
- ・各調査項目の直接の答えのみならず、その言葉の中にある「思い」を聞き取っていただき、その他のコメントとして回答欄に記載してください。

### ※聞き取り調査のおおまかな流れ



### ※調査の準備

- ・調査協力者（調査対象者）や世話人等への依頼、調査日時の調整、事前の情報収集（最低限の注意点や基礎情報等）は担当の退院支援コーディネーターとのやりとりの中で行ってください。
- ・記録のためにICレコーダーでの録音が必要な場合は、各自でご用意いただき（各障害者総合支援センターにあるようです）、必ず調査協力者本人の同意を得てから使用してください。

### ※調査に際して

- ・調査を行う際は調査員の方に訪問・面接していただきますが、必要に応じて調査員の他、担当の退院支援コーディネーターもはじめに同席し別室で待機するなど、安心して思いを聞き出せる工夫をしてください。
- ・調査の際、まずはじめに挨拶、調査協力のお礼、調査員の自己紹介をしてください。
- ・調査協力者の思いを聞き取りますが、入院中のことや病気になる前やなったときの語りたいたことがたくさんあるかと思えます。それらの思いも調査面接の流れの中で受け止めつつ、各調査項目の聞き取りをすすめてください。調査項目以外の「思い」や「ストーリー」、「キーワード」等の記述は「**5 さいごに お話し残したことや伝えたいことなどはありますか**」の欄にお願いします。
- ・調査場所はできれば調査協力者の自室で行えるよう調整ください。（生活環境の確認等のため）同意が得られない場合はこの限りではありません。
- ・項目ごとにお話を聴く中で「ポイント」にある事項が聞き出せるよう質問をしてください。ただし、収入金額等の答えにくい項目については無理をせずに行ってください。

- ・ 1 回の面接で聴き取りが難しい場合には、無理をせず、複数回に分けての調査をご検討ください。調査協力者ご本人の負担にならないよう確認しながらすすめてください。
- ・ 対象者が調査を拒否される場合、担当の退院支援コーディネーターから無理のない範囲で再度調整の上、調査を試みていただきますが、どうしても調査困難なことが考えられます。また、ご本人からの聴き取りが難しい場合、関わりのあるスタッフ等からのコメントをいただくことも考えられます。それらの状況については調査票の「**6 調査員の記録**」欄に記載してください。

#### ※調査結果のまとめ方、調査票の提出

- ・ 調査面接の上、聴き取りの結果を調査票に書き込んでください。（手書きで結構です）
- ・ 調査が終了しましたら、12 月 20 日までに担当のケース分をまとめて精神保健福祉センターへ調査票を郵送してください。

#### ※活動報告

- ・ 調査に関する活動の報告、調査に要した移動手段や交通費については「調査活動日誌」に記録してください。
- ・ 「調査活動日誌」は調査終了後に開催される会議の際に提出してください。

#### ※問い合わせ

- ・ 調査に関する問い合わせについては、精神保健福祉センターの岡村、雨宮、澁谷までお願いします。（電話：026-227-1810 FAX：026-227-1170）

#### ※その他

- ・ 聴き取り調査で知り得た情報の扱いには、細心の注意をお願いします。  
調査依頼時や調査開始時に、聴き取った内容についての守秘義務について、調査協力者や、場合によりご家族や関係機関のスタッフへ十分にお伝えいただくようお願いします。

長野県精神障害者地域移行支援研究会 会員名簿

役 職	氏 名	所 属
会 長	杉田 義夫	佐久総合病院 医療社会事業科科长
副会長	太田 廣美	(福)絆の会 事務局長
会 計	田島 悦子	(福)絆の会 精神障害者退院支援コーディネーター
幹 事	戸田 允文	長野県精神障害者家族会連合会 会長
会 員	北沢 和雄	長野県精神障害者家族会連合会
	関 孝之	(福)かりがね福祉会 精神障害者退院支援コーディネーター
	宗利 勝之	(福)かりがね福祉会 精神障害者退院支援コーディネーター
	鈴木ふじ子	(NPO)ハートラインまつもと 精神障害者退院支援コーディネーター
	勝野 孝志	(福)有倫会 精神障害者退院支援コーディネーター
	矢野 芳子	(福)伊那市社会福祉協議会 精神障害者退院支援コーディネーター
	辰野 恒雄	(福)長野県社会福祉事業団 上伊那圏域アドバイザー
	大久保三枝子	(福)絆の会 精神障害者退院支援コーディネーター
	宮崎まさ江	長野大学社会福祉学部社会福祉学科 准教授
	山本 悦夫	NPO法人ポプラの会 会長
	大池ひろ子	西駒郷地域生活支援センター 所長
	北野 和子	北信保健所健康づくり支援課 保健衛生係長
	竹入 由香	長野県社会部障害者自立支援課
	小泉 典章	長野県精神保健福祉センター 所長
	岡村美奈子	長野県精神保健福祉センター
雨宮 洋子	長野県精神保健福祉センター	
澁谷 敦子	長野県精神保健福祉センター	

退院後の地域での暮らしに関する聴き取り調査 調査員名簿

圏 域	氏 名	所 属
東 信	篠崎 陽樹	佐久総合病院美里分院 精神科ソーシャルワーカー
	柄澤奈央子	佐久総合病院美里分院 作業療法士
	小林 賢子	上小圏域障害者総合支援センター 精神コーディネーター
	櫻井健太郎	ワークポート野岸の丘 所長
中 信	鈴木 麦穂	松本圏域障害者相談支援センターW i s h 居住支援員
	當銘千寿代	松本圏域障害者相談支援センターあいあい 相談支援専門員
	垣外 理香	木曾障害者総合支援センターともに 精神コーディネーター
南 信	佐々木徳子	上伊那圏域障害者総合支援センターきらりあ 退院支援員
北 信	土井まゆみ	(福)絆の会 キャロットハウス 所長
	春日 伸枝	(福)絆の会 皆神ハウス スタッフ

# MEMO



# MEMO

精神障害者の円滑な地域移行のための  
地域体制整備に関する研究  
報告書

発行：長野県精神障害者地域移行支援研究会

発行日：2009年3月

印刷所：正晃印刷株式会社

本冊子は、平成 20 年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する研究」によるものです。