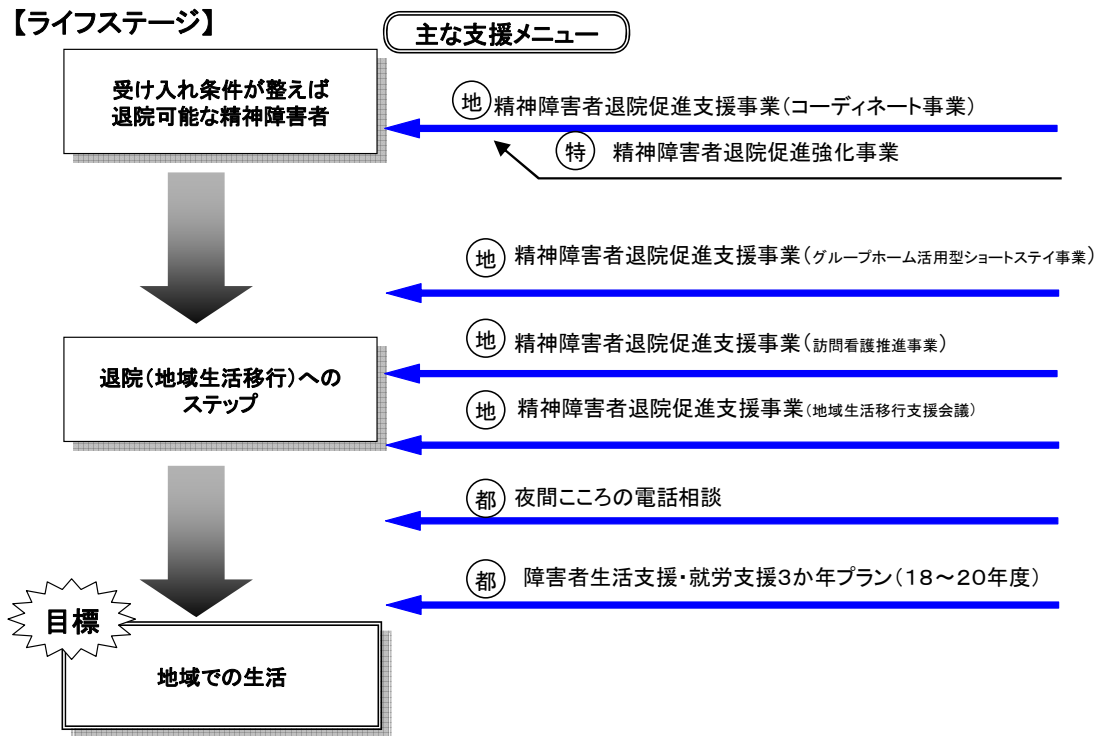


# 6. 東京 都

## (1) 体制 図

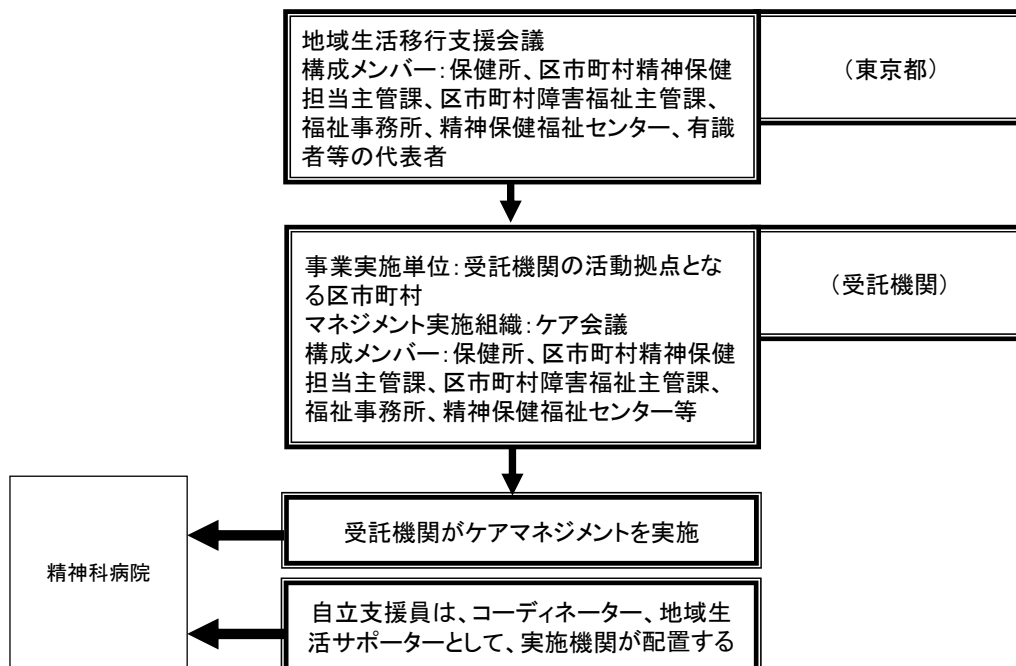
### ①退院 促進の 全体 図

※平成18年3月末現在



### ②退院 促進支援 事業の 体制 図

※平成18年3月末現在



## (2) 自治体概要

### ①基礎データ

人 口 (人)	病院数 (か所)	入院 患者数 (人)	デイケア (か所)	訪問 看護 (か所)	支援 センター (か所)	援護寮 (か所)	福祉 ホーム (か所)	福祉 ホームB (か所)	グループ ホーム等 (か所)	通所 授産 (か所)	小規模 作業所 (か所)
12,663,455	114	22,340	168	36	47	10	16	1	113	96	207
217,011	(3)	(774)	(3)		(1)	(1)	(1)		(4)	(5)	(5)

※ ( ) 内はモデル地域の再掲：調布市

※空欄は不明

※入院患者数は平成17年6月30日現在、その他は平成18年6月30日現在

退院可能精神障害者数(平成23年度目標)	2,500人
----------------------	--------

### ②事業概要 事業の周知方法「当事者からの働きかけによる事業紹介」

東京都では、東京都精神障害者退院促進支援事業の一つとして「退院促進コーディネート事業」として、コーディネーターと地域生活サポーターという担当者を配置し事業を進めている。事業の実施については、地域の指定相談支援事業者等に委託している。平成18年度の実施機関は、下記の特徴を持つ3団体である。

#### ○社会福祉法人 巢立ち会（調布市）

グループホームや共同作業所を運営している法人で、その法人の機能を活かし、退院後の居住の場と日中活動の場を合わせて提供していくことで、退院促進の実績を上げている。モデル事業から都の事業に取り組み、先駆的に退院促進を実施している。

#### ○地域生活支援センター プラッツ（国分寺市）

プラッツの設置法人は、他にグループホームや共同作業所を運営している。居住の場と日中活動の場の確保については、同法人内の施設を活用するとともに、地域生活支援センター機能により、地域の社会資源を活用していくことで、退院促進に取り組んでいる。

#### ○障害者地域生活支援センター きらら（練馬区）

きららの設置法人は、練馬区社会福祉協議会であり、地域の関係機関と連携のもと事業を進めている。特に、行政機関(保健所、保健福祉センター、福祉事務所等)、医療機関(精神科病院、精神科クリニック、訪問看護等)、精神障害者支援機関(グループホーム、共同作業所)等の地域ネットワークのもと退院促進に取り組んでいる。

東京都では、「退院促進コーディネート事業」の実施については、地域の実情を踏まえ、事業の受託機関の創意工夫による効果的な方法で、柔軟に取り組めるようにしている。

当事者からの働きかけによる事業周知については、様々な方法で実施しているが、共通の特徴としては、地域からの院内プログラムへの参加や、当事者の参加による事業説明を実施していることである。地域生活サポーターは、交通機関の利用や地域活動支援センター等への同行支援等を行う支援者であるが、当事者にサポーターとしての力を発揮してもらっており、退院促進支援事業には欠かせない役割を担っている。

【 取 り 組 み 例 】

○社会福祉法人 巢立ち会「出張講演会」

病院や地域の会議等に出て、事業の説明と合わせて、巢立ち会の事業利用者である当事者からメッセージを伝えている。当事者から、自己の入院体験、退院するまでの過程、地域で生活するための具体的な社会資源の利用、地域で生活するための工夫等を話している。

○地域生活支援センター プラッツ「地域生活サポーターによる病院訪問」

地域生活支援センターの利用者に、地域生活サポーターの公募を行い、有償の地域生活サポーターとして当事者が活動している。この地域生活サポーターチームをプラッツでは、「ライフパートナーズ」と称し、病院に訪問し、「病院勉強会」等の場で、「入院体験・退院の経緯・現在の暮らし」を三つの柱とした、自己の体験を発表している。

○障害者地域生活支援センター きらら「シンポジウム等での当事者としての発表」

地域生活支援センターの利用者から、地域生活サポーターを公募し、「地域生活支援サポーター養成講座」を受けた当事者を、地域生活サポーターとして活用している。

区内で実施されるシンポジウムで、地域生活サポーターとして、当事者からの発表を行った。また、地域生活支援センターへの病院からの訪問時でも、体験談等を話している。

地域から病院等に出向き、当事者が話をするという事は、実際に地域の生活者としての精神障害者の元気な姿をみることや、障害はあっても生活の自由さや楽しさを求める暮らしの様子を知る機会となる。

入院中の方への働きかけも、当事者からの実体験に基づく具体的な話が、退院に向けての動機づけ(自分も退院しよう)や具体的イメージ作り(支援してくれればできるのではないか)に役立っている。

これらの話を病院職員と一緒に聞いてもらうことが大切で、医師や看護師が、精神障害者が地域で暮らしている様子と共に、地域の社会資源についても知る機会となる。

当事者の、入院が長期化し地域に帰る場所を失くしたり、一緒に暮らす親と暮らせなくなった

りで、地域で暮らすことに自信がなかったことや、入院の生活を離れるほうが心細かった話などの後、退院をして一人暮らしをしてみたら、やっぱり地域で暮らすほうがいいという話は、実感を伴った退院のすばらしさを伝えている。

### (3) 事業実施のポイント

#### ①事業推進の工夫

##### 【地域生活サポーターの研修について】

東京都では、地域生活サポーターとして当事者を活用している。地域生活サポーターの養成についても、各事業の受託機関が各々の工夫によって実施しており、養成に向けて研修等の取り組みをしている。その取り組みについては、下記のような内容である。

##### ○社会福祉法人 巢立ち会

ピアカウンセラー学習会を年3回実施している。その学習会への参加者が、リーダー的役割を担い、話をしてくれる当事者みんなが、上手に話せるようになっていく。活動は通所施設の活動の中に位置づけて実施している。

##### ○地域生活支援センター プラッツ「サポーター採用時の面接と地域生活サポーター会議」

プラッツでは、地域生活サポーターとして採用するときに、面接を実施し、サポーターになりたい動機や役割の理解についてやり取りし、仕事として実施していくという確認を行う。

地域生活サポーターとなった方とは、「地域生活サポーター会議」を開催し、その会議の中で活動について等意見交換を行い、地域生活サポーター業務について理解を深めている。

##### ○障害者地域生活支援センター きらら

きららでは、地域生活サポーターとして採用するときに、「地域生活サポーター養成講座」を実施している。それは、下記のような内容である。

地域生活サポーター養成講座	
テーマ	「地域生活サポーター」って何？ みんなでサポーターになる力をつけよう！
講座の組み立て	①退院促進支援事業の概要説明 ②自己紹介(サポーターへの意気込みを含めて) ③地域生活での工夫について
地域生活の工夫についての内容	①「食事」について ②「金銭管理」について ③「相談先や相談の仕方」について ④「住まい」について ⑤「空いた時間の過ごし方」について ⑥ピア活動をしている方による取り組みの紹介

以上のように、当事者を活用した地域生活サポーターの養成に向けて、各受託機関は様々な形で研修を実施している。当初は、退院促進支援事業の協力病院となっている医療機関から、地域生活サポーターとはどのような方なのか、活動についてしっかりわかっているのか等、不安の声もあった。しかし、このような研修等により、当事者が地域生活サポーターとして、きちんと意識をもって業務にあたっていることを伝えられ、病院も安心感がもてたということと、研修等の取り組みは必要であるとの意見があった。

### 【地域生活移行後の支援の橋渡し】

地域生活移行後の支援の円滑な橋渡しは、退院を促進する取り組みについて、地域の関係者との合意のもと、事業を開始することから始まる。退院促進支援事業は、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、グループホームの拡充等地域の受け皿体制の整備と、社会的入院の発生予防を含めた取り組みとして実施している。退院後の安定した地域生活を確保していくことと一体となった事業なのである。

実際に退院をするということは、退院先である地域の支援が、退院支援と一緒になくてはできない。東京都における退院促進は、地域の支援体制整備と、精神障害者の特性を踏まえた入退院を防ぐ取り組みをともに進めることを目指している。

受託機関の実際の取り組みは、下記のとおりである。

#### ○社会福祉法人 巢立ち会

法人で持つグループホームや通所施設の利用により、居住の場と日中活動の場を合わせて提供することができる。また、他の社会資源を利用しても、日中活動の場は法人の事業につなげている。退院促進支援事業が終了しても、引き続き法人の事業により、支援を継続する。長期入院の対象者も対応している。

#### ○地域生活支援センター プラッツ

退院促進支援にあたり、対象者は地域生活支援センタープラッツの相談支援から開始される。退院に向けては、法人で運営している日中活動の場と居住の場につなげることができ、退院後も連携して支援を継続していく。他の地域の社会資源を利用し退院する場合は、プラッツの利用継続に関わらず、区市町村・保健所・福祉事務所の担当者との連携により支援を継続する。

#### ○障害者地域生活支援センター きらら

地域の関係者とのネットワークを活用し、協力病院からの紹介は、きららが、他の病院からの相談は保健所が、生活保護の方は福祉事務所で担当を決めて支援を実施している。コーディネート事業終了後は、保健所の地区担当や生活保護の担当者に支援を引き継いでいく。あわせて、精神障害者の支援機関につながる場合は、その機関に支援を引き継ぐ。きららも地域生活支援センターとして、引き続き支援を実施していく。

(4) 事例紹介

■対象者：F氏	■性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性	■年齢：58才
■主たる疾患名：統合失調症	■通算入院期間：約21年	
■医療保険種別：生保	■入院形態： <input checked="" type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護	
■保護者の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	■経済形態：生活保護	
■退院先：グループホーム	■退院支援期間：4か月	
<p>■事例の特徴：</p> <p>①家族が無く、住居確保が課題                  ②変化を望まず、退院意欲が乏しい                  ③怠業による入退院を繰り返してきた過去がある</p>		
<p>■支援にかかわった機関（職種）：</p> <p>市町村：障害福祉課 (<input checked="" type="checkbox"/>PSW) /生活保護課 (<input checked="" type="checkbox"/>CW) /通所授産所・小規模作業所 (<input checked="" type="checkbox"/>PSW/グループホーム・共同住居 (<input checked="" type="checkbox"/>世話人) /精神科病院 (<input checked="" type="checkbox"/>Dr, <input checked="" type="checkbox"/>Ns, <input checked="" type="checkbox"/>PSW, <input checked="" type="checkbox"/>OT) /<input checked="" type="checkbox"/>その他 (グループホーム家主)</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>兄弟がいるが住所がわかっているのは兄一人。その兄とも協力関係になく、音信不通状態。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>①元々東京都外の出身で、中学卒業時から働き始め職を転々としていた。31歳で発症してからも入退院を繰り返し、飯場生活を送っており、措置入院の経験もある。病状は安定しているが、変化を好まず退院意欲が乏しい。又、家族や支援者が近くにおらず、退院後の生活に対する不安も強い。                  ②同病院で、本事業を利用し退院、グループホームに入居された方がいることを病院PSWより説明。コーディネーターが病院へ出向き、事業説明を兼ねた面接を行った。その後作業所への見学を勧め、見学来所。同病院に通院している利用者からの説明やグループホームの見学などを体験し、本事業の利用を希望された。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>N病院には以前に本事業を利用してグループホームに退院された方が数名おられるため、退院の可能性がある方の紹介を事業所にし、病院で面接する場をセッティングする関係ができていた。F氏もその<b>面接を設定</b>してもらい、医療関係者が同席するなかで事業説明を行った。当初はあまり乗り気でなかったが、顔なじみの利用者もいる作業所見学を勧め、<b>病院スタッフと見学来所</b>。同病院に通院中の利用者が住む<b>グループホームも見学</b>。本事業利用の意志を固めると同時に、<b>病院からの作業所通所を開始</b>。貯金がないため、交通費、昼食代など病院PSWと連絡しつつ<b>金銭管理についての相談</b>を行った。作業所までの<b>交通費は福祉事務所に申請</b>し、保護費を受給。徐々に作業所利用日数を増やしていき、<b>グループホーム世話人と退院後の生活について相談</b>、グループホームへの入居を確認。必要な日用品の調達を世話人とし、グループホームの見学、掃除を行った。精神障害者手帳申請、2級を取得。退院を前提とし、<b>外泊訓練を開始</b>。<b>外泊にはグループホームの夕食会がある日を設定</b>、<b>病院の訪問看護にも外泊の様子をみてもらい、服薬を確認</b>。また、<b>大家さんと不動産屋にも世話人が同行し挨拶</b>を行った。退院にあたっては生活福祉課へ世話人が連絡、<b>ゴミ袋の支給や退院に伴う必要経費の相談</b>を行った。</p> <p>支援開始から4か月で退院。作業所には今まで通り週4日通所を続け、グループホームの夕食会を週2回利用、週1回は病院からの訪問看護を受けることに。世話人と訪問看護担当スタッフが部屋を訪問し、服薬確認、日常生活の相談にあたることとした。</p> <p>支援期間終了後も<b>週1回の訪問看護</b>は引き続き利用し、支援を受けている。また、<b>昼間の生活については随時作業所スタッフが相談</b>にのり、その都度世話人に報告をしている。食事面、金銭管理は<b>世話人が定期的に面接し、相談</b>にのっている。</p>		

		利用開始前	申込み時	開始初期	中期	退院	利用終了後
期 間		半年間	1か月間	1か月間	2か月間	1か月間	
ケアマネジメントの中心		病院PSW	病院PSW OT 作業所PSW	作業所 GHPSW 病院PSW	作業所 GHPSW 病院PSW	作業所 GHPSW 病院NS、PSW	
ケア会議参加者	主治医	○	○			○	
	看護師					○	
	病院PSW	○	○	○	○	○	
	病院OT	○	○	○	○	○	
	支セPSW						
	保健所PSW						
	コーディネーター	○	○	○	○	○	
	生保CW				○	○	
自立促進支援協議会		事業説明	対象者決定	経過報告		年度末総括	
医療機関	医療的ケア (Dr、Ns)	■	■	■	■	■	
	不満や不安の相談 (Ns、PSW)	■	■	■	■	■	
	制度利用支援 (PSW)			■	■	■	
	院内外関係機関 連絡・調整 (PSW)	■	■	■	■	■	
	訪問看護 (Ns、PSW)				■	■	■
院外関係者	院内訪問 (PSW)	■					
	グループホーム見学 (PSW)		■				
	同伴外出居住の 準備 (PSW)			■	■	■	
	制度利用支援 (PSW)				■	■	
	住居確保支援 (PSW)			■	■		
	金銭管理支援 (生保CW、PSW)				■	■	
	訪問支援 (PSW)					■	■