

# 精神障害者の地域移行支援

～事例調査報告からみる取り組みのポイント～

平成20(2008)年3月

社団法人日本精神保健福祉士協会

裏白ページ

## 報告書作成にあたって

現在の精神保健医療福祉施策は、「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、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」に基づき、様々な改革が行われているところである。

とりわけ、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院促進は重要かつ喫緊の課題であり、国としても、地域生活支援体制の強化、精神医療の再編のための施策を講じているところである。精神障害者退院促進支援事業は、こうした取り組みの一環として、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者に対し、円滑な地域移行を図るための支援を行う目的で平成 15 年度に創設されたモデル事業を前身とする。

この事業は、対象者の個別支援等にあたる自立支援員を指定相談支援事業所等に配置し、精神科病院の精神保健福祉士等と連携を図りつつ、退院に向けて①精神科病院内における利用対象者に対する退院への啓発活動、②退院に向けた個別の支援計画の作成、③院外活動（福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等）に係る同行支援、④対象者、家族に対する地域生活移行に関する相談・助言、⑤退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整支援等を行い、精神障害者の円滑な地域移行の促進を図ることとしたものである。その効果も相まって大きな広がりを見せ、平成 15 年度の事業開始当初には実施都道府県等が 16 であったが、平成 17 年度には 30 の都道府県等で実施されるに至った。

障害者自立支援法施行に伴い、平成 18 年 10 月からは都道府県地域生活支援事業としての位置づけにより事業が実施され、平成 19 年度には、41 都道府県において事業実施がみられている。

本協会では、平成 18 年度に厚生労働省の障害者自立支援調査研究プロジェクト事業により「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」を作成し、自治体の担当職員が精神障害者退院促進支援事業に取り組むにあたって、事業全体のイメージ把握や事業の進め方の参考となるよう、先進的自治体の協力のもとに事例や事業運営のノウハウを集約した。

厚生労働省は、精神障害者の退院促進支援事業への取り組みが進むに伴い、必要となる退院後の地域生活支援を展開し発展させていくため、体制整備に関する一歩前進した施策を講じることとした。平成 20 年度から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が新設されることとなっている。本事業においては、各圏域に総合調整役等を担う地域体制整備コーディネーターを配置し、地域自立支援協議会との連携を強化することも図られる構想が示されている。

本協会は、今年度、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部の「平成 19 年度精神障害者退院促進支援強化事業」を受託し、報告書として「精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント～」を取りまとめた。本報告書は「精神障害者退院促進支援事業」、もしくは、従来からの精神障害者の退院促進支援に関する先進的かつ独自の取り組みや事業展開を実施している 9 つの圏域の事例調査から、多く知見を得てまとめたものである。

今後、精神障害者の地域移行支援事業への取り組みを進める圏域の関係者の参考として活用をいただければ幸いである。

平成 20 年 3 月吉日

社団法人日本精神保健福祉士協会

白ページ

# 精神障害者の地域移行支援 ～事例調査報告からみる取り組みのポイント～

## 目 次

■第1章 はじめに	1
1 本報告書の目的	1
2 調査研究の実施方法	1
3 本報告書の構成と活用方法	2
■第2章 退院促進支援事業の概要	5
1 精神障害者退院促進支援事業の現状と課題	5
2 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施	5
■第3章 ネットワークの構築・活用による退院促進支援のポイント	7
1 ネットワークの構築・活用に関する経過からのポイント	7
2 ネットワークの構築・活用に関する成功要因	11
3 まとめ	16
■第4章 取り組み事例－山梨県峡東圏域	19
1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	19
1 事例のタイプと特徴	19
2 調査対象地域の概略	19
3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	20
4 事例のまとめ	25
5 キーワード	25
2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	26
3 事例の概要	27
1 ネットワーク萌芽・形成期	27
■第5章 取り組み事例－長野県全圏域	29
1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	29
1 事例のタイプと特徴	29
2 調査対象地域の概略	30
3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	30
4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み	32
5 事例のまとめ	38
6 まとめからの提言	38
2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	46

3	事例の概要	48
1	ネットワーク萌芽・形成期	48
2	ネットワーク成長・拡大期	52
■	第6章 取り組み事例－岩手県宮古圏域	54
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	54
1	事例のタイプとその特徴	54
2	調査対象地域の概略	54
3	ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	55
4	ネットワーク成長・拡大期の取り組み	57
5	事例のまとめ	64
2	各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	67
3	事例の概要	69
1	ネットワーク萌芽・形成期	69
2	ネットワーク成長・拡大期	70
■	第7章 取り組み事例－広島県三原市圏域	76
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	76
1	事例のタイプとその特徴	76
2	調査対象地域の概略	76
3	地域連携の展開過程といくつかの重要な点	77
4	事例のまとめ	80
2	各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	82
3	事例の概要	84
1	ネットワーク萌芽・形成期	84
2	ネットワーク成長・拡大期	86
3	ネットワーク成熟・発展期	88
■	第8章 取り組み事例－島根県出雲圏域	92
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	92
1	事例のタイプと特徴	92
2	調査対象地域の概略	92
3	ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	94
4	ネットワーク成長・拡大期の取り組み	96
5	ネットワーク成熟・発展期の取り組み	100
6	事例のまとめ	103
7	キーワード	104
2	各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	105

3	事例の概要	107
1	ネットワーク萌芽・形成期	107
2	ネットワーク成長・拡大期	108
3	ネットワーク成熟・発展期	110
■	第9章 取り組み事例—千葉県市川市圏域	112
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	112
1	事例のタイプと特徴	112
2	調査対象地域の概略	112
3	ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	114
4	ネットワーク成長・拡大期の取り組み	115
5	事例のまとめ	118
6	キーワード	118
2	各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	119
3	事例の概要	120
1	ネットワーク萌芽・形成期	120
2	ネットワーク成長・拡大期	121
■	第10章 取り組み事例—東京都八王子市周辺圏域	124
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	124
1	事例のタイプと特徴	124
2	調査対象地域の概略	124
3	ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	125
4	ネットワーク成長・拡大期の取り組み	126
5	事例のまとめ	128
6	キーワード	129
2	各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)	130
3	事例の概要	132
1	ネットワーク萌芽・形成期	132
2	ネットワーク成長・拡大期	134
■	第11章 取り組み事例—大阪府北河内寝屋川圏域	136
1	事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント	136
1	事例のタイプと特徴	136
2	調査対象地域の概略	136
3	ネットワーク萌芽・形成期の取り組み	137
4	ネットワーク成長・拡大期の取り組み	139
5	年表	141
6	事例のまとめ	141

7 キーワード.....	141
2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの).....	142
3 事例の概要.....	144
1 ネットワーク萌芽・形成期.....	144
2 ネットワーク成長・拡大期.....	145
<b>■第12章 取り組み事例ー福島県県中圏域.....</b>	<b>148</b>
1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント.....	148
1 事例のタイプと特徴.....	148
2 調査対象地域の概略.....	148
3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み.....	149
4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み.....	151
5 ネットワーク成熟・発展期の取り組み.....	154
6 事例のまとめ.....	155
2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの).....	157
3 事例の概要.....	159
1 ネットワーク萌芽・形成期.....	159
2 ネットワーク成長・拡大期.....	163
3 ネットワーク成熟・発展期.....	166
<b>■ 研修会パネルディスカッション資料.....</b>	<b>168</b>
<b>■ 資 料.....</b>	<b>202</b>
1 聞き取り調査対象選定事例.....	202
2 企画検討会名簿.....	204
3 事務局担当者.....	204
4 委員会における検討経過.....	205
5 執筆担当者.....	205
6 全推薦事例一覧表.....	206



# ■第1章 はじめに

---

## 1 本報告書の目的

退院促進支援を円滑に実施する上でポイントとなるのは、送り出す側の医療機関の意識と取り組みの姿勢であり、また、受け入れる側である地域支援施設や地域住民の意識や体制、さらには施策を組み立てる自治体の意思と取り組みである。

本協会は、平成18年度の厚生労働省障害者自立支援法プロジェクト事業の委託調査研究「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」において、事業開始への取り組みを行う主体の自治体に焦点を当てたものであると同時に、事業実施の担当者にとって参考となる内容の作成を図った。今年度の調査研究は、退院促進支援事業に着手した圏域で、実際の事業展開において協力やコーディネーターを行う機関となる医療機関や地域事業者へと対象を拡げた。中でも先進的またはユニークな取り組み事例を展開している圏域及び圏域内諸機関と、その役割に焦点をあてた。それらの事例から、各圏域で退院促進を実践する際に地域体制整備のヒントとなる知見を抽出することを目的としている。また、結果として、退院促進支援事業の推進に寄与することをねらうものである。

## 2 調査研究の実施方法

### (1) 企画検討会等の設置

当該事業を企画、検討するため、関係団体、行政、学識経験者による企画検討会（構成員13人）を設置し、延4回の開催を行った。

#### ① 企画検討会構成員

社団法人日本精神科病院協会、社団法人日本精神神経科診療所協会、社団法人日本精神科看護技術協会、社団法人日本精神保健福祉士協会、社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会、特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会、全国保健所長会、全国保健師長会、全国精神保健福祉センター長会、福祉事務所（生活保護関係）、学識経験者（3人）

また、当該事業の実務を担うため、本協会構成員（8人）を事務局担当者として配置し、事業実施に関し適宜の開催をした。【※名簿は資料に掲載】

#### ② 事務局担当者

○伊東秀幸（田園調布学園大学／神奈川県）、丹野孝雄（南浜中央病院／宮城県）、畠山 啓（つくばみらい市／茨城県）、中村由佳（大宮東部活動支援センター／埼玉県）、行實志都子（文京学院大学／埼玉県）、木太直人（東横恵愛病院／神奈川県）、澤野文彦（沼津中央病院／静岡県）、金子努（県立広島大学／広島県）【○：事務局責任者】

### (2) 聞き取り調査の実施

企画検討会において、構成員のそれぞれの立場から全国の退院促進支援の動向に関する情報収集を行い、好事例と思われるものを収集した。その結果25事例が寄せられ、企画検討会において、

そのうち9か所を聞き取り調査の実施対象として選定した。

聞き取り調査実施日時等は資料に掲載している。

### (3) 聞き取り調査の取りまとめ及び報告書の作成

聞き取り調査の内容をとりまとめ、企画検討会への報告と意見交換のもとに、退院促進支援にかかわるすべての機関、職員、及び地域体制整備コーディネーターとなる者にとって、参考になるような知見を報告書として取りまとめた。

## 3 本報告書の構成と活用方法

本報告書は、大きく以下のように構成されている。

まず、第2章では、平成15年度に退院促進支援事業が国のモデル事業となってから5年が経過する中で、本事業が全国的にどのような展開を示しているのかについて概観する。

次に第3章で、第4章以下の聞き取り調査結果を中心に、本事業を通して得られた知見から普遍化できそうな部分を取りまとめた。本調査研究においては、個別の対象者への退院促進支援のプロセスに焦点化するのではなく、個別の支援が十分に機能するために必要とされる地域内でのネットワークの構築とその形成過程に焦点をあてることとした。というのも、個別対象者への支援を行っていくにあたり、支援を組み立て展開する個別ケアマネジメントの力が発揮され、支援が計画にそって展開され効を奏す結果があらわれるとき、また、対象者の退院という結果は得られずとも、その支援過程において様々な地域の支援力が形成されたときに以下のことが認識されているからである。それは、環境整備や関係調整、連携のコーディネートを行う「大きなケアマネジメント」の力が有機的に結びつくことや、そうした体制整備を行う役割や機能が重要である、との認識である。これまでも各地で多くの支援関係者は、自助努力で退院促進の取り組みを行ってきており、その結果、各地で特性のある地域支援体制の構築もみられる。

続いて、第4章～第12章では、9圏域の取り組み事例を、取り組みの主体や方法も様々であるが、特性ある個別事例として紹介している。事例の順番は、前半部分は、山梨県峡東圏域、長野県4圏域、岩手県宮古圏域までが行政の積極主導型の展開、広島県三原市圏域及び島根県出雲圏域は、古くからの民間における活動の歴史やインフォーマルネットワークの豊かな土壌を活かし展開したものと、構成を組んだ。後半部分には、医療面における特徴のある圏域をまとめている。国立国府台病院におけるACTの実践基盤がある千葉県市川市圏域に始まり、民間病院の多数存在する八王子市と、入院病床のある精神科病院が圏域内にない立川市とにおいて訪問看護ステーションが支援ネットワーク形成に機能発揮する東京都八王子市周辺圏域、圏域外から退院してくる患者の地域支援体制における往診機能を持つ診療所がある大阪府寝屋川圏域、民間病院の閉院計画を機に病院スタッフを中心に医療法人機関スタッフの意識改革が退院支援を促進していく福島県中圏域である。

各圏域の聞き取り調査結果について、まずは、精神障害者の地域移行や地域生活の支援ネットワークや支援体制が、如何に個別支援事例等を材料に整備されたかの経過や、そのポイントなどを文章にまとめた。加えて、ネットワーク形成の各発展段階における主な要素を切り取り、その形成プロセスの概略ポイントの図と、プロセスの断面的な要素における各支援機関の連携状況の図の作成を試みている。

(本報告書では、「地域」ではなく「圏域」という用語を使用している。精神障害者の退院促進支援事業の事業実施が保健所圏域において設定されていることを踏まえて、このような使用にしていることをお断りしておく。)

読者には、普遍的なまとめと、自身の圏域の特徴に照らし参考となる事例に注目して活用できる知見を得ていただければと考える。報告書の表題は平成 20 年度からの国事業の改称を受けて、「精神障害者の地域移行支援」としているが、本文中には現状に照らして「精神障害者退院促進支援事業」との記載を使用していることをご理解いただきたい。

なお、巻末に調査協力者などの資料を添付している。あわせてご活用いただきたい。

調整ページ

## ■第2章 退院促進支援事業の概要

---

### 1 精神障害者退院促進支援事業の現状と課題

精神障害者退院促進支援事業（以下、「退院促進支援事業」という。）では、個別支援等にあたる自立支援員を指定相談支援事業者等に配置し、精神科病院の精神保健福祉士等と連携を図りつつ退院に向けた支援を行い、退院可能な精神障害者の円滑な地域移行の促進を図ることとしている。

事業は、平成15年から平成17年までの間、国がモデル事業として実施し、平成18年度より障害者自立支援法に基づく都道府県地域生活支援事業として位置づけ、平成19年度は41都道府県で実施されており、385圏域中227圏域で実施されている。

しかしながら、事業を実施してきた中で、

- ①精神障害者の地域移行に向けた医療施設における取り組みと、地域における保健福祉施策として精神障害者の生活を支援するための取り組みとの連携が不十分であること、
- ②精神障害者への個別支援的な内容に留まっており、このような連携体制を整備するような位置づけが明確ではないこと、
- ③全都道府県における取り組みが進んでいないこと

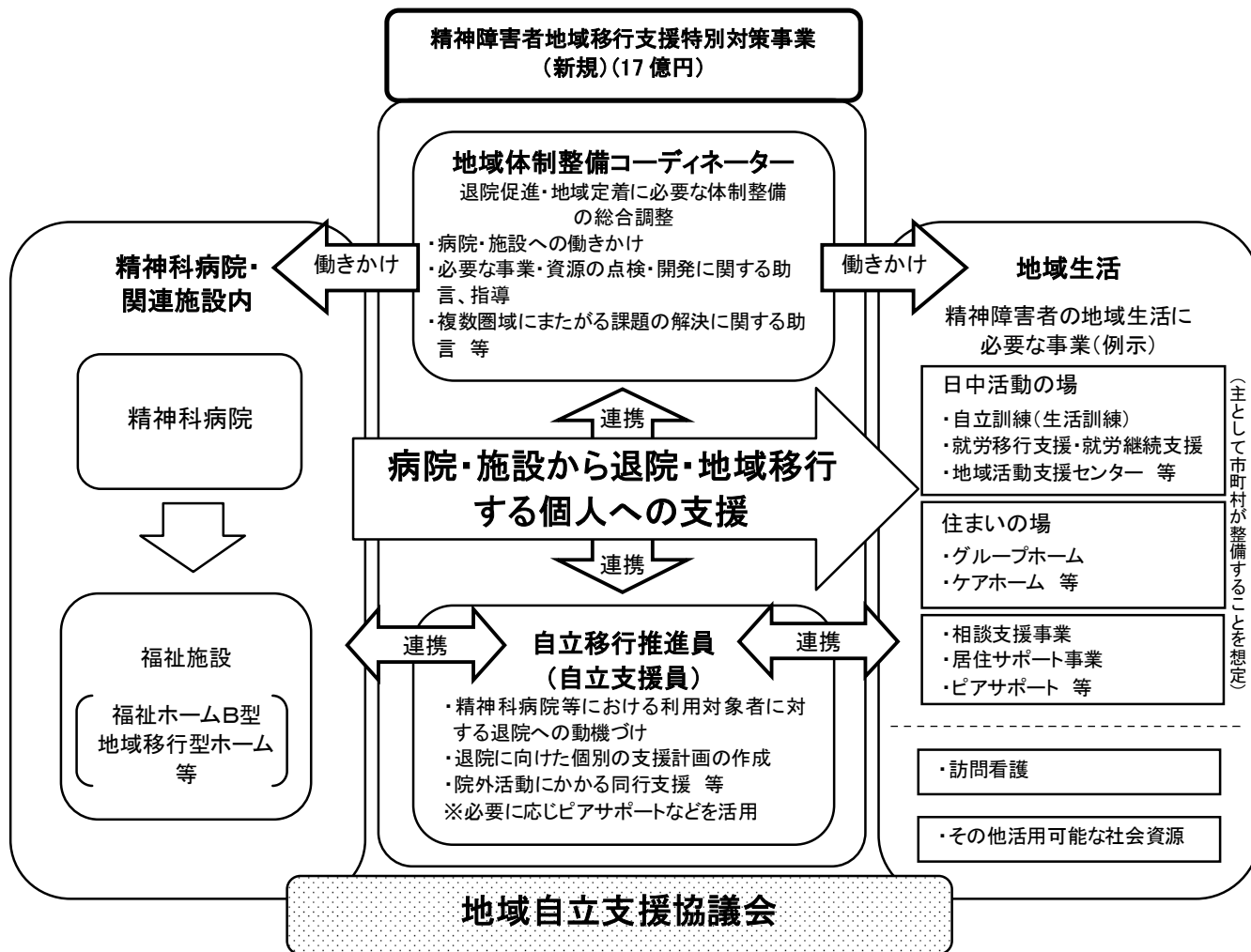
が課題として明らかになった。

### 2 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施

退院促進支援事業を実施してきた中で明らかになった課題に対応するため、当該事業を見直し、より医療と福祉及び地域の連携を図ることを目的に「精神障害者地域移行支援特別対策事業」（以下、「特別対策事業」という。）が平成20年度から開始されることとなった。

退院促進支援事業においては、自立支援員による個別支援によって、退院可能精神障害者の地域移行の推進が図られつつあったものの、医療機関等から地域生活への移行及び定着を支援する体制を整備するための総合調整機能をさらに強化する必要があることから、特別対策事業では、「地域移行推進員（自立支援員）」に加え「地域体制整備コーディネーター」を指定相談支援事業者等に配置し、精神科病院・関連施設の事業利用対象者が地域生活に向けて地域の福祉サービス事業者等を円滑に利用できるように、関係者の連携を図り、相互に協力しながら進めることとしている。

特別対策事業の実施に当たっては、地域移行推進員は利用対象者のニーズを聞き取り、体制整備コーディネーターは利用者が暮らしたい地域の情報を得て、医療関係者とその地域の相談支援事業者等と連携を図りながら、関係者がチームとなってそれぞれの役割を担うこととしている。また、支援の困難な事例や事業を進めていくことで明らかになった課題等については、関係者が問題意識を共有する場として、地域自立支援協議会を活用することとしている。具体的には地域移行部会等を設置し、部会で明らかにされた課題を地域の問題として地域自立支援協議会で議論し、解決の方向性を見い出すこととしている。



## ■第3章 ネットワークの構築・活用による

### 退院促進支援のポイント

次章以降で紹介する各圏域の聞き取り調査等から、精神障害者の退院促進支援を進めるに際し、推進要因として様々な連携やネットワークの有効性が確認できた。実際に、どのような多機関連携が図られたのだろうか。また、そこで生まれたネットワークが有機的に機能し、地域の支援の力を高め、地域づくりに結びつくに至るには、どのようなプロセスやキーパーソンの動きが必要であったのか。それらの点に着目し、普遍化できる内容をまとめることが本章の目的である。

まとめに際して、2つの観点から各圏域の取り組みを総括してみた。1点目は、時系列的にネットワークの形成及び発展充実の経過を追いつながりのポイント抽出であり、2点目は経過とは直接に関連はしないが、退院促進支援を推進した成功要因としてあげられたポイントの抽出である。

#### 1 ネットワークの構築・活用に関する経過からのポイント

9つの圏域の取り組みにおける関係機関、関係職種の連携やネットワークの構築に関する経過を要約すると以下のようにまとめられよう。

「既存のインフォーマル・フォーマルなネットワークを活用し、構成する関係機関の職員が共通基盤に立って課題の共有化を図り、課題解決のための目的を明確にした後、解決方法を検討する。ネットワークでは、顔が見える関係性を重視し、ネットワークで検討し実践に移した内容の結果を構成員の中で確認する作業をする。課題に対応する過程で次の課題が確認されるという作業がらせん状に積み重なり、その作業過程においてネットワークのあり方も柔軟に形を変えて発展していくものである。」

この過程を細かく分解すると、時系列で次のような要素が取り出される。

- ① 圏域内社会資源の把握
- ② 圏域内社会資源の連携
- ③ 個別支援事例に関する課題の確認と共有
- ④ 圏域内の地域としての課題の確認と共有
- ⑤ 課題の解決方法の検討と具体化
- ⑥ 新しくできた資源の把握と活用
- ⑦ 地域課題解決後にあらわれた新たな課題の確認と対応

また、一連のプロセスにおいて、きっかけとなる働きかけや出来事、コーディネート機能の存在が確認できる。

今回の9つの圏域の事例について、ネットワークの構築の観点から述べると、山梨県峡東や千葉県市川市圏域のように依然、形成期段階であるところと、島根県出雲や広島県三原圏域のようにネットワーク機能の発展展開が進み、成熟期にまで至っているところ、また途上段階のところが見られる。当然、形成期段階では、先述の要素が少なくなる。一方、成熟期にまで至っている段階

においては、いくつものサブネットワークの形成がみられる場合や複合ネットワークが機能しているなど、大変重層的な状況が認められる。

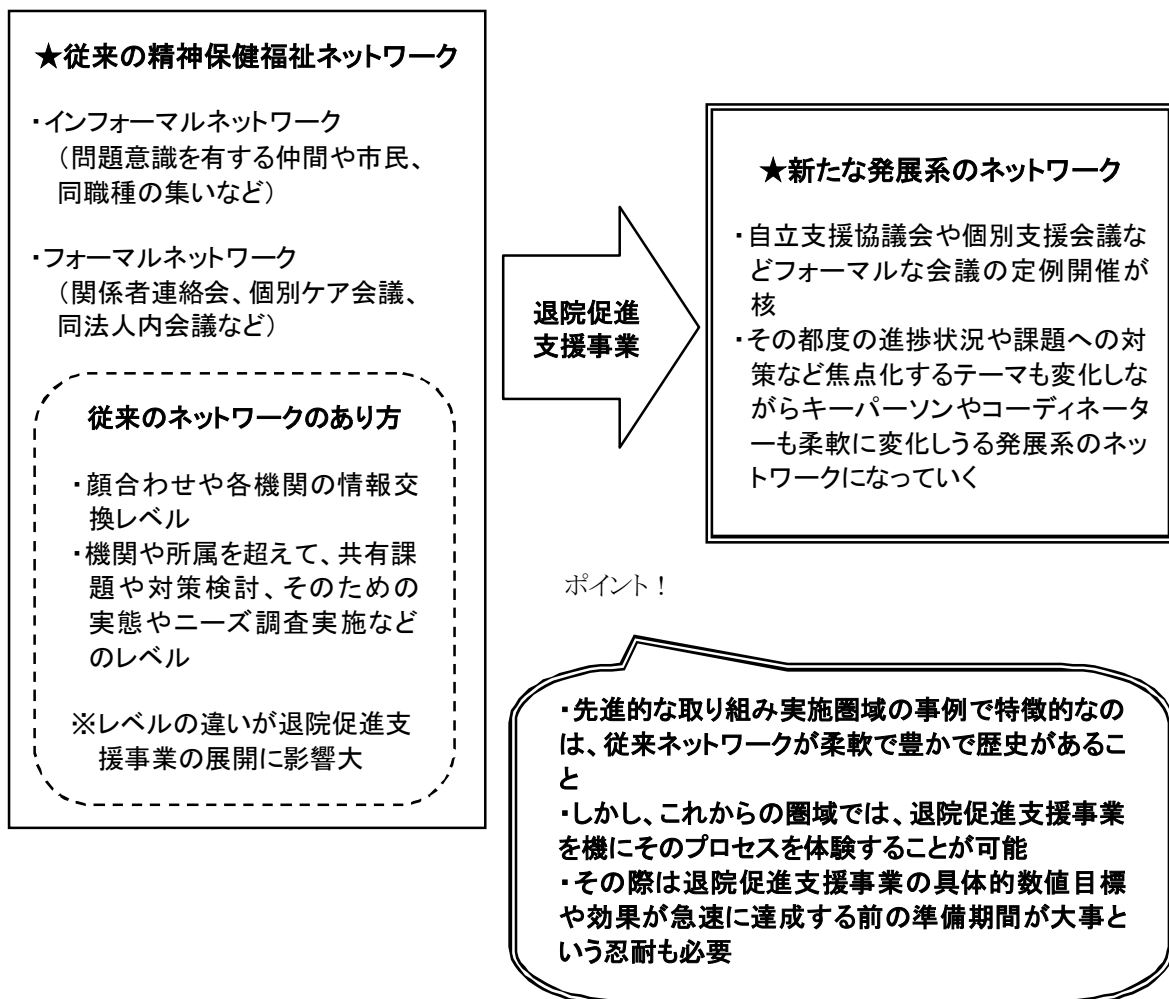
以下、大まかに形成期、発展期、成熟期に分類し、そのプロセスを重ねる中で重要なポイントと認識したことを確認していく。

## (1) 萌芽・形成期

### ① 圏域内の社会資源の把握

精神障害者の退院促進支援（事業）に着手する以前から、通常どこの圏域でも多かれ少なかれ、精神保健福祉に関する何らかのネットワークが存在している。それら既存ネットワークは地理や風土、歴史などの影響を受けた地域の文化やその地域の精神保健福祉活動の歴史の上に立ったものであり、各圏域の特徴や個性が反映されているものである。その多くは、保健所が主管する精神医療保健福祉に関する地域関係者連絡会（議）や、旧体系下の地域作業所連絡会などのフォーマルなものである。地域内にグループホームや地域生活支援センターなどの創設を目指して発足した有志活動や、当事者や家族を中心とした集いなどのインフォーマルなものもある。しかし、そのネットワークのあり方は実際様々である。

### 退院促進支援事業に関する支援ネットワークの展開





最も基礎的なネットワークのあり方は、関係機関職員の顔合わせや情報交換の場や機会の存在である。また、機関や所属を超えた意見交換が活発に行われ、課題の共有化や解決に向けた検討、そのためのニーズ調査等地域診断が実施される域にまでおよんでいるものがある。いずれにしても、多くの圏域では、既存のネットワークにおいて従来から退院の支援そのものを行ってきた。また、従来のネットワークを活かして退院促進支援事業に取り組み、更にネットワークの発展を見たところがある。すでに、退院促進支援事業がかなり進展を見せている圏域では、従来のネットワークが非常に豊かな発展を歴史として持っているということが、聞き取り調査で判明した。一方で、退院促進支援事業をはじめ、この間の障害保健福祉施策等の充実を機に、従来のネットワークを十分に活用できるようなコーディネート機能を付加し、そのことで更に発展したところとして、長野県や岩手県宮古圏域、大阪府寝屋川圏域のような事例がある。

## ②圏域内社会資源の連携におけるコーディネート機能

基礎的なネットワークから一步進んだ有機的な連携や協働が可能なネットワークへの発展は、時間の経過を待つだけでは困難と限界がある。場や機会の設置は基本であるが、そこに目的や課題を含む意味づけを意識的に行わないと、形骸化してしまいやすい。形骸化させないために必要な要素は、リーダーシップと、目的の共有化と協働作業であり、定期的に集う場と機会の保障である。このリーダーシップについては、圏域内精神保健福祉活動の歴史や政策などから活動の中心を担ってきた機関等が担う場合と、その時点で具体的に検討を求められる個別支援事例や課題を抱えている機関や支援者などが担う場合などが想定される。

フォーマルネットワークには、現場実務者レベルのものと機関の運営担当者レベルのものが考えられる。インフォーマルネットワークにおいては所属や立場にとらわれない形が考えられる。形成期において、フォーマルなネットワークが中心となる場合、場や機会の確保に加えて、メンバーの参加や責任を持った発言の保障を考えると、ネットワークを上手く構築するための周辺調整機能への裁量や権限を持ちうる機関や担当者がリーダーシップを担うことが、スムーズな機能と運営をもたらしていることが事例からもうかがえる。この場合、官民で言うなら官がその任を執ることが一般的には多くなる。岩手県宮古や長野県、大阪府寝屋川、山梨県峡東の各圏域はこうした事例である。

翻って、大阪府は平成 12 年から退院促進支援事業のモデル事業を行うにあたり、府内全圏域で展開を進めることが可能であったのは、府及び府内各圏域の保健所がリーダーシップを発揮したことによることは、よく知られているところである。岩手県宮古、長野県も全県内の展開を進めるべく官主導の体制のもとに民との協働を工夫している。この 2 県の体制は、国が今般、地域体制整備に関するコーディネート機能をモデルとした取り組みとされている。

## ③個別支援事例に関する課題の確認と共有

ネットワーク形成期には、圏域内の関係者が協働する事例の存在が体制づくりに欠かせない。一支援機関の取り組みでは、解決しない課題があるときに、その解決を巡り、圏域内多機関がそれぞれの機能を確認し提供可能な支援や、そこに不足する機能や資源の確認をするためには、具体的に退院を目指している個別対象事例がないとリアリティーを持った取り組みや関係者のモチベーションの向上に結びつかない。

もちろん、その際には、個別対象となる入院中の患者の夢や思いというものが、生の声として関

係者に届くことが大変重要であることは言うまでもない。そうした声を聞く機会から、関係者でネットワークをつくることの取り組みから始まることもある。

各地で開催されている退院促進支援事業における個別支援会議がこの機能を進めているが、開催の定例化や、自立支援協議会や地域移行部会などとリンクした開催や運営が、より有効性を高めている。

#### ④圏域内の地域としての課題の確認と共有

地域の支援体制の整備は、何と言っても地域診断が重要な鍵を握る。地域保健法を設置や活動根拠に持つ保健所は、各地域の診断をする役割を担っている。ここにはニーズ調査や実態調査が含まれている。医療機関の実態調査は国の患者調査等各種あるが、その結果あらわれる数字の実態が如何なるものであるのか、圏域内関係者がその数字を構成する患者一人ひとりの病状や生活への希望や支援が必要な課題を肉づけできるか否かが、調査を行う価値に関した分かれ道である。数字だけが一人歩きする実態調査や、その数字に基づいた支援計画や福祉計画も実際少なくない。

支援体制整備のエンジンがかかるのは、一人ひとりの患者の「退院したい」という思いと「でも退院にはこんな不安がある」ということを掌握して、そこに関係者の「なんとかしたい」「なんとかしようよ」という責任と覚悟と希望が合致したときである。

そういう意味では、地域の課題の確認と共有のための仕掛けは、まさに、ネットワークの形成期から発展期へシフトチェンジする時期となる。この作業の仕掛け役は本来的には保健所等が与えられている機能役割であろうが、近年の統廃合や精神保健福祉行政の担い手が市町村に移りはじめたことも影響しているのか、誰が担うべきかが不明瞭になりつつあるのも現実である。しかし、医療機関の入院患者の実態と合わせて、圏域内社会資源の有無やその機能役割等に関する実態等の把握が、地域体制整備の基礎的作業であることは変わらない。

各圏域の事情に照らして、その実施を取り組む体制から構築する必要があるのかもしれない。

### (2)成長・拡大期以降

#### ①課題解決方法の検討と具体化における位相の違いや公的私的ネットワークの連携

課題解決の方法と具体化に関し、聞き取り調査からは、インフォーマルとフォーマルネットワークのリンケージと循環が、双方に参画する人というパイプを通して、上手く行われていることがポイントであると確認できた。形成期段階にある市川市や峡東圏域などでも、フォーマルなネットワークが立ち上がった際に、顔の見えるインフォーマルなつながりが生きてくると、情報が膨らむことが多く見受けられた。また既にインフォーマルネットワークがかなり出来上がっている出雲や八王子市周辺圏域などでは、その場で交換された情報や意見をもとに、自由な討論から必要な制度施策化の発案がみられている。しかし、インフォーマルネットワークではその具体化作業への裁量を持たないことが多く、その案がフォーマルネットワークの場で公的発言の機会を得て、具体化への道筋を辿ることとなる。無事、制度施策等につながった際に、公的制度施策の限界である規準などに外れた支援は、再度インフォーマルネットワークのほうで受けとめカバーすることができる。こうしたネットワーク同士のリンケージや相互循環は地域を豊かにし、支援の力を高めたいという目的が一致していることと、その目的を認識している人が双方のネットワークを行き来していることが、潤滑油の機能を果たし、功を奏している。

## ②新しくできた資源の把握と活用

昨年、本協会が作成した「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」において、事業の着手、実施及び展開について、「1つの突破口が開けば、必ず次につながる」ということをポイントにしていた。実際、各圏域の取り組みの聞き取り調査では、前段階の取り組みの成果の報告会が次の段階では普及啓発目的で開催されるなどの発展形態が聞かれている。また、その取り組みや養成された人材が力を発揮したイベント開催において、大きなネットワークのサブネットワークが形成されるなども見られている。

果たして、1つの成果が次の成果をも生んでいるのである。また、そうした循環の中で人が育ち、働きかけの必要な課題や、そのタイミングを学びあうことも、ネットワークの発展・成熟段階においては、意識的無意識的に見受けられている。ただし、やはりスムーズな体制整備の進捗が見られるところは、岩手県宮古や長野県のように、退院促進支援を行う個別支援担当者（自立支援員や地域移行推進員など）が日常的な活動を担い、そのスーパーバイザーとしての機能を持つ体制整備コーディネーターが存在し、更に全体を高度な専門性により支援する特別アドバイザー等を配置して重層的な構造を持たしている。もちろん、この構造が可能になっているのは、都道府県担当者の予算獲得などの精神障害者の地域移行支援に関する（障害者全体の場合もある）ビジョン、つまり青写真が財政担当者や他の部署担当者と政策課題に関する優先度を審議することが可能なように、描けて示しているかどうかによるのである。

## ③地域課題解決後にあらわれた新たな課題の確認と対応

ネットワークの発展・成熟は完成をもたないものであろう。その段階ごとの課題に応じた体制がフルに機能し解決を見ても、次の課題が生まれるものでもある。しかし、その段階には支援体制を構成する資源が増え、整備状況は豊かになっていると考えられる。資源が豊かになることにより精神障害のある人が地域で暮らすことの安心感は高まると考えられる。一方で、関係者の増加によりネットワークのコーディネート機能が曖昧になり、ネットワークというだけの網の目の細かさに欠け、穴が開いてしまうようなことも少なくない。

発展する段階の節目ごとに地域診断や、連携のありよう、キーパーソンの確認や、メンバーシップも含めた役割確認、そして地域で暮らしている精神障害者たちの生活の質（QOL）や社会参加度、市民としての役割の享受に関して変化や満足度を、当事者に確認しながら、その圏域ならではの、更なる経過を重ねていくことが大切である。

## 2 ネットワークの構築・活用に関する成功要因

### (1)ピアサポートの有効性

精神障害者の退院促進支援事業に関するネットワークには、退院促進支援事業の事業を構成する要素の1つでもある「自立支援員」を担う当事者の存在、また退院促進支援を推進する要素でもある当事者活動（セルフヘルプグループ）が非常に有効な存在として欠かせないことが理解されつつある。当初から事業展開を行っている大阪府においても、また今回の9圏域の事例においても、積極的な当事者の活用が見られ、当事者の活動も豊かな発展を見せていた。退院促進支援事業に関する国の事業要綱には自立支援員の要件として「精神保健福祉士又はこれと同程度の知識を有する

者」とあるが、実際、人材確保の量的観点からすると専門職の活用のみでは充足しないことも考えられるし、兼務する者が多くなってしまいうため活動に制約がもたらされることも否めない。他方で、量的確保の点からではなく、当事者等の任用、活用の有効性がピアの視点や、非専門職性、市民性から認められるようになってきている。

### ①当事者の活用

自立支援員に当事者を任用しているところが多い。また、退院促進支援の実際を個別ケア会議等に参加しながら担う自立支援員を、病状や障害のコントロールをしながら行うことは当事者には厳しいという場合には「生活サポーター」と称して支援活動を担っているところもある。

いずれも、病院への面会訪問や外出同伴などの個別支援のみならず、院内の茶話会への参加やグループミーティングへの参加や話題提供などの支援が多く聞かれる。むしろ、支援開始当初はグループ支援への関与が多い様子である。

### ②効果

最も大きい効果としては、入院が長期化し退院に関して非常に大きな不安を抱く患者への声かけの支援である。自分と同じように、かつて入院していた体験を持つ仲間であるピアの立場から声かけをされることでの安心感が持てる。疾病や障害を持ちながら、仲間たちが日々、地域生活の実際を営む暮らしぶりを見聞きできることは共感を得やすく、相談のしやすさも保障される。

また、支援にあたる当事者は、自分が仲間の退院支援に役立っているのだという有益感、セルフエスティームの向上を得られる。

また、急性期の患者の家族に対し、当事者がかつて入院経験を持ち、現在は地域住民として暮らしている姿を示すことにより、患者の将来の姿として家族に安心や希望をもたらす支援もできる。

当事者が自立支援員等と、医療機関内への訪問や退院に向けた患者の支援にあたってもらうことについて、医療機関のスタッフは不安や心配を持つことが当初は多い。しかし、かつて病状の重かった患者の元気な姿や支援活動にあたる姿は、医療機関スタッフに刺激と希望を与えてくれる存在にもなっている。

### ③当事者が活動することへの支援

しかし、そうは言っても、自らが患者でもあり、障害のある人々である。自分の生活維持も生活課題として持っているので、当事者である立場や視点を活かした支援を行うことにより負担が大きくなるような後方支援が必要である。自立支援員等の支援活動を行うにあたっての研修や、話し合いの場などの提供は重要なことだという。中には、当事者の支援活動をNPO法人化等により支えている圏域もある。

## (2)医療機関の熱心な取り組み

従来から各医療機関は、患者の退院支援にそれなりの取り組みを真摯に行ってきたと言える。

しかし、同時に我が国の精神科医療の歴史において、病床を削減する大胆な施策も無い中、また地域精神保健福祉の資源整備も著しく立ち遅れてきた中で、医療が福祉をも担わざる得ないこともあった。いずれにしろ、各医療機関が単独の取り組みを行うには自ずと限界がもたれている。

## ①退院促進支援に関する医療機関の取り組みの限界

特に従来から退院支援に取り組むにあたっての医療機関の課題と言われてきたことが数点ある。一つには、退院の可能性を図る規準がややもすると病状や障害の軽重になりがちなことである。たしかに、病状の軽い患者が退院支援の対象としては検討しやすいが、地域生活が可能かどうかの規準は必ずしも病状や障害の軽重ではなく、環境の整備の度合いのものさしになりうる。その際には、医療機関をとりまく圏域、または患者が退院していく圏域の社会資源状況に関する理解や知識が、医療機関スタッフにどのくらいあるのかが重要な鍵となる。社会資源には、いわゆる箱物や制度施策などのハードな資源と、人材や人的ネットワークといったようなソフト資源がある。近年は特に介護保険法や障害者自立支援法などの大きな法改革があり、ハード資源についてはある程度認識されている場合もあるが、詳細な部分までの掌握はされていないことが少なくない。また人的ネットワークなどによる形として見えにくい支援は、時に医療機関スタッフからは社会資源として認識されない場合もある。

これは、いわゆる地域関係者と呼ばれる支援者たちの存在や役割、機能はもちろん顔が見えていないことが多いということにも通じる。

見えないことや整備不足も相俟って、「退院支援は地域関係者ではなく、我々医療機関スタッフが居住確保や訪問なども含めて取り組みを頑張ってきたのだ」という自負とそれなりの実績が医療機関スタッフにはあり、一方には、「今までの自分たちの退院支援と、国が示す退院促進支援事業とは何が異なるのか」という戸惑いや躊躇も多く聞く。

また、経営的観点からは、退院促進支援、即ち病床削減に通じ、経営の危機を招くこととして捉えられてしまう傾向も決して少なくはない。

医療機関独自の退院支援の取り組みから、地域全体で精神障害者の退院促進支援も含む地域生活支援や地域移行支援の体制づくりに取り組みを転じる時期が来たという認識が今、求められている。

## ②退院促進支援事業への取り組みによる医療機関の活性化

今回の聞き取り調査では、特に島根県出雲や広島県三原市、福島県県中圏域などでは、医療機関が熱心に事業に取り組む姿勢を見せ、その効果が大きくあらわれていることが掴めた。島根県出雲圏域のインフォーマルネットワークの萌芽は、病院の活動だけでは限界を感じた病院の精神保健福祉士らによる動きにあった。しかし、更にそのネットワークの前身には、島根県精神科医懇話会や出雲地域精神保健福祉協議会（精神科病院と保健所との連絡会を元に発展）などの医師や医療機関が中心の動きがあった。医療従事者の取り組み姿勢は、出雲圏域の医療に関する地域支援チームをつくるほどにまで成熟している。

広島県三原市圏域では、精神保健法を機に社会復帰施設の整備をはじめ、患者の退院支援や地域生活支援の展開と、人材養成の一環として社会福祉協議会と民間病院が協力しての精神保健福祉ボランティア講座を展開したことが、ネットワークの発展の礎にある。退院促進支援事業の取り組みを病院全体でプロジェクトを組み行っているなど、医療スタッフが退院促進支援に取り組むことで活性化を見せている。特に看護スタッフの活性化が病院全体の姿勢を変えることにも通じ、病院の評判を高め、外来診療の充実にもつながっているという。

福島県県中圏域では、民間病院が閉院計画を機に、患者の退院支援と地域移行、地域生活支援を展開するためには、医療機関スタッフの意識改革が重要として院内プロジェクトを立ち上げ、スタ

ップの意識改革の進展とともに患者の地域移行を進め、院外の関係者への普及啓発も行うようになってきている。

### ③医療機関内の全体としてのプロジェクト

従来から、退院支援や地域生活支援に熱心な取り組みをしている病院では、キーパーソンが各部署にいるなどの特性があった。しかし、多くは熱心な医師や看護師、精神保健福祉士などであり、その個人の異動や退職によっては状況が異なってくるといったことが課題であった。

医療機関全体で退院促進支援に関する取り組みの構造化がされていることは、患者の退院支援に有効な働きかけや阻害要因を解消するための院内外の対策についても全体化されることとなる。ただし、中には、病院としてのシステムはつくられたが、堅い手続きや窓口担当者と各部署及びトップとの連携に支障があるなど機動性を問われる場合も見受けられた。

やはり、退院促進支援を機に外来治療、入院治療を通し、患者の地域生活支援において医療の果たす役割を、病院全体が意識的に確認し果たしていく病院の文化を創ることが大きい効果を生むようである。

## (3)行政の役割発揮

退院支援そのものは民間の支援力を有効に活用する効果は高く、また資源の整備状況が大きな影響を及ぼすが、支援体制の整備は行政である官の役割や力の発揮が大きく問われることは否めない。

### ①事業の実施体制を行政直轄で行う背景

今回の聞き取り調査でも、先進圏域の多くは社会福祉法人をはじめとする民間資源が豊かに整備されていることが特徴的であった。また民間資源の機能を上手に活かす官の協働体制がつけられはじめた長野県や岩手県の事例も、大変参考になるものであった。一方、社会資源が精神医療保健福祉に限らず、ほとんど無いような山間郡部や過疎地域では、事業の拠点を担う民間資源がハード・ソフトともに見出せないことが実態としてある。しかし、退院促進支援（事業）はすべての圏域で行うことが目指されている。資源状況の不足が著しい圏域でも、事業着手し、推進していくとなれば、自ずと実施体制そのものの中核を行政が担うことにならざるを得ない。

多くは市（保健所、障害福祉課、市直営の地域活動支援センター等）が担うことになる。おそらく全国的には、このような体制を採る圏域は多いと考えられる。

### ②行政直轄で行う体制整備の利点と困難

医療機関への事業説明、必要となった公的ネットワークの立ち上げ、行政として整備済みもしくは整備可能なサービスの導入など、民間資源の立場でリーダーシップをとるよりもスムーズな動きとなることが多く考えられる。また、圏域内の資源状況を把握しやすいことから、官民や関係機関同士をつなぐことは行いやすい。予算確保に向けた役割も持てる立場であり、人材育成に向けた研修等の枠組み設定や計画策定時等に予算計上などを行いやすい。

三原市や出雲圏域にみてとれるように、国や県の予算を伴う各種事業をもっていくことが体制整備に資する事業や人材確保の点からは重要である。

一方で、地方の多くの圏域設定は幾つかの市と町というように、複数自治体で設定されていることがある。こうした場合、その中心となる行政自治体が体制実施拠点を担うとしても、各自自治体の

政策や予算上の組み立てへの裁量までは持ちきらず、コーディネート機能の政治的要素からの壁を抱えることもありうる。

### ③圏域行政への広域行政からのバックアップ

市や町などが事業推進役、即ち地域体制整備を担う際に、大きな限界を有することがある。先述したように行政が直接に事業の中心的な役割を担わなければならない背景には、その圏域の地理的・文化的状況や精神保健福祉もしくは障害保健福祉に関する資源状況が貧しい場合が多い。そのような状況において、例えば、退院する患者の日中活動の場の確保や創設、そこまでの移動や移送手段等交通機関や居住資源の整備状況、地域生活の支援人材の確保など、大変に大きく重要な課題である。なおかつ、市や町という行政単位では解決困難な課題が認識されることが少なくない。

障害福祉計画だけではなく、障害者計画が豊かでないと、改善は見出せないような場合も多い。そんな状況にあって、精神障害者の退院促進支援事業に市などの各圏域が着手したことで、安心して手を引いてしまわず、その取り組みが軌道に乗るように、また着手し、運用しはじめたことで見えてくる新たな課題への対応を、都道府県は後方から支援していくことが重要である。そうした広域的な取り組みが求められるがゆえに、精神障害者退院促進支援事業は都道府県事業の位置づけとなっている。事業の推進の成功要因には、取り組む各レベルにおいての運営努力の輪が永続的に重なって回ることが望ましい。

## (4)退院後の地域生活支援体制における医療支援体制

精神障害者の退院促進支援事業は、ともすると「退院」がゴールと間違われてしまいかねない側面があった。精神障害者にとって医療支援は入院も含む継続的なものである。退院が決してゴールではない。疾病や障害があっても地域生活を継続的に安定して送れることが大切なことであり、支援者にとっても目標としなければならないことである。

### ①退院がゴールではないという認識

長期入院患者は退院を希望していても、地域生活への不安が大きく、また環境の変化等から病状の安定も必ずしも容易ではないことがある。退院を考える際には、その後の必要な時に適切な入院医療を受けられるかどうかという不安を持つものである。退院後も医療面のケアは途切れないということや、必要時の休息入院等再入院が可能だという安心感を提供することも重要である。

### ②訪問看護による支援の効果

精神障害者のホームヘルプサービスも少しずつ整備充足されはじめている。しかし、長期入院者の退院直後は医療面と生活面の双方のケアが欠かせない。また、両面における観察とその情報が相互の各面の支援に有効な情報となる。聞き取り調査でも訪問看護支援の有効性が語られることが多かった。

中でも東京の八王子と立川の圏域の退院促進支援事業は、訪問看護ステーションがその拠点を担っている事例である。

この圏域には精神科病床が多いが、それでも病院からの訪問には住居への距離等によって頻度が影響を受ける場合もある。その中で、身体合併症を持つ場合や、頻回なモニタリングを必要とする、入退院を頻回に繰り返す患者の地域生活支援のための医療重視型の訪問支援を提供することには

大きな効果への可能性がある。生活保護受給者が多く、圏域内に病院がないため他圏域の病院に入院していた患者の退院後を支える人材として生活保護行政職員の参与もあるが、生活保護の自立支援プログラムにある「居宅生活安定化事業」を利用した訪問看護支援を組み込むことで訪問看護と行政職員の協働によって退院後の生活支援に寄与が可能である。現在、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護では複数職訪問が制度化されていないことが問題であるが、この協働のあり方は現状の実践にヒントをもたらすものであり、今後の施策化に示唆を与えるものでもある。

### ③ソフト救急の整備

また、従来から精神障害者の地域生活支援にとって重要な医療的ケアの課題として、救急体制整備が言われている。ハード救急も欠かせないが、それなりの支援体制が構築されていれば、たいていはソフト救急で済むことが多いという。

ソフト救急と呼ぶにふさわしいかは議論があるが、相談支援体制の充実はソフト救急に値するものと実証される。旧体系の地域生活支援センターの整備が進んだ頃、職員の多くが携帯電話を持ち、24時間365日の相談体制かそれに準じる体制を組んだ。相談可能な時間帯と受け手があること自体が安心を呼び、実際の相談件数は予想より少ないとか、思ったより医療的な面ではなく生活の諸事に関する相談が多いとのことであった。中には医療機関にはできない医療機関の対応に関する相談やクレームまであったという。入院しなくてはいけないような状態との相談にも、丁寧な対応で落ち着くことは多く、相談支援体制の整備が最もソフトな救急も果たすと言ってもいい。

### ④地域支援チーム

出雲圏域の聞き取り調査から、地域支援体制の整備が進むといずれ他の圏域でもこの様な取り組みが可能になるだろうかと期待されるのは、地域支援チームと言われるものであった。

仕組みとしては保健所が事務局機能を担い、圏域内の支援関係者の登録制に基づき、期間限定でつくられた、治療中断等の危機状況にある患者に対する所属機関を超えた圏域内多職種チームがその当事者のための支援にあたるというものである。地域支援チームの業務は、何時緊急の召集やケア会議や訪問の設定がされても、所属機関の業務として認められる土壌を有しているというものである。つまり、この圏域の精神障害者は圏域の人たちが支えるという体制である。

## 3 まとめ

大きく2つの視点でネットワークの構築・活用による退院促進支援のポイントをあげてきた。時間の経過によるものと、要素とからあげてみたものである。

次章以降の各圏域の事例における取り組みと合わせてみてもらうとよくわかるが、支援ネットワークが最初から整っていた圏域はどこにもないことがわかる。また、突然、ネットワークの完成版が降ってくるわけでもない。人と人とがつながっていく。その積み重ねの上にしか連携もなければネットワークの構築もない。人と人とがつながるためのきっかけは、誰からでも、どこからでも、そして必要性に気付いた人から、時から始まっている。つまり、誰からでも、いつからでも、連携やネットワークづくりははじめられるということである。

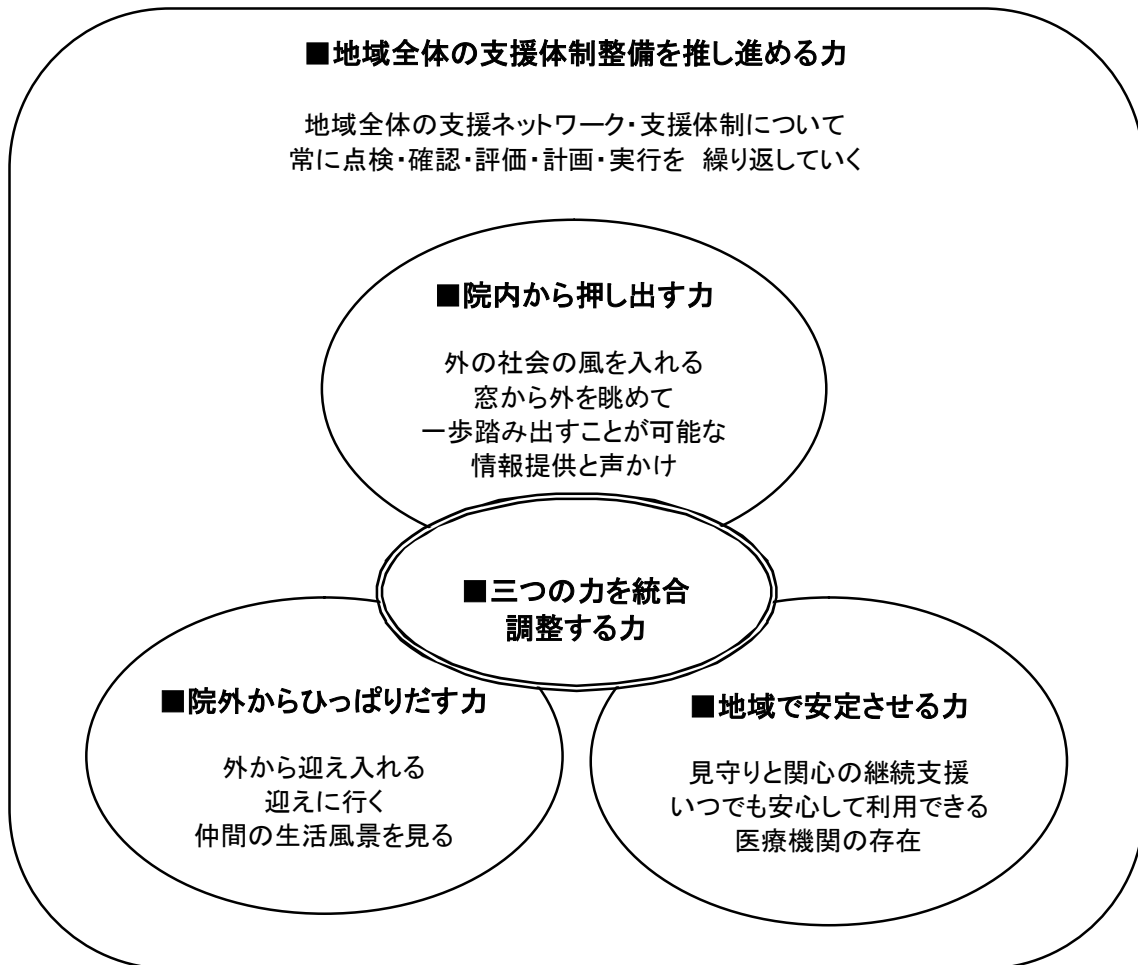
精神障害があっても街であたりまえに、普通の暮らしをしたい、という思いに共感するすべての当事者や関係者が、そのネットワークづくりに参画できうる。平成20年度から地域体制整備コーディネーターが配置されることになった。このことで、更に地域全体で精神障害のある人の暮らし



を支える体制が、その過程に退院促進支援も含み、一層の推進をみることになるであろう。

国が予算化した事業実施期間が、どれくらい保障されるかはわからない。しかし、地域で多くの精神障害者が安心して暮らせる仕組みづくりが確実に、しかも個別事例や地域事情にそいながら柔軟に形や機能を変えつつ発展できるものとして構築されることには、どうあっても財源が欠かせない。今後、国が予算化した事業が積極的に活用されることが望ましい。

### 地域生活を支えるために必要な5つの力



調整ページ

## ■第4章 取り組み事例ー山梨県峡東圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

#### 市が実施主体となり、ネットワークを構成する事例

#### 1 事例のタイプと特徴

本事例は、退院促進支援事業の圏域が3市によって構成されている。この圏域は障害福祉と精神保健福祉圏域を活かしたものである。1市が自立支援協議会の事務局を担い、市の担当者が中心に事業を展開している形であり、特徴としては5点あげられる。1点目は、事業推進にとって必要な調整や計画、研修等に関し、県から市に対するバックアップ体制において今後の課題が多く見受けられること。2点目に、限界集落を抱えるなど緩やかな過疎への方向性及び人口の高齢化が目立つ圏域であること。また、古くからの家が多く、住民のあいだに他地域へ生活拠点を移すことについては抵抗が強くあること。3点目として公共交通機関等アクセスの便の悪さ、及び社会資源の偏在と乏しさが際立つこと。4点目に、医療機関の特に医師に、精神障害者を支えるソフト・ハード双方の地域社会資源の存在と、その活動ぶりがあまり把握されていない様子であること。5点目に、社会資源の開発や成熟度が弱い中、市の担当者の熱意と姿勢が事業展開の鍵を握っていること、などがある。

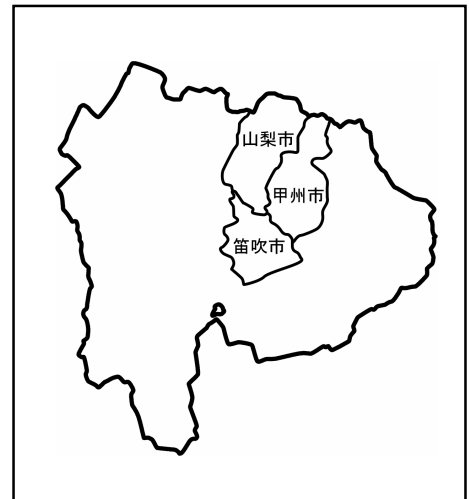
#### 2 調査対象地域の概略

##### (1) 圏域

- ・山梨県峡東圏域（山梨市：平成17年3月合併、笛吹市：平成16年10月合併、甲州市：平成17年11月合併）。

##### (2) 人口

- ・人口は144,463人（平成19年12月1日）であり、3市の内訳は山梨市が38,216人、笛吹市が71,165人、甲州市が35,082人である。



##### (3) 病床数

- ・病床数が541床（2病院が山梨市内在である）で圏域内に診療所はない。

##### (4) 社会資源の特徴

山梨市には古くから精神科医療機関（単科と総合病院）があり、周辺に医療法人立のグループホームと福祉ホームB型を設置している。また、病院が設置する通所系施設が1つある。通所系のサービスは甲州市と笛吹市に従来の小規模作業所や授産施設、地域生活支援センターが地域活動支援

センターのⅠ型やⅢ型に移行して存在する。その他、家族会やボランティアグループ、居宅支援事業所などがある。家族会活動やボランティア活動などは、行政主導型という特徴があり、自発的な活動ができるようになることが従来からの課題である。相談支援事業所は3市それぞれに行政、社会福祉協議会等が運営している。

### (5) 地域の特徴

果樹を中心にした農業が中心産業である。アパートより持ち家が多く、市営等集合住宅は駅等交通機関近くが多い。山間僻地があり、バス等の便が少ないため、自家用車がないと移動に不便である。特に山間部は沢が多く移動に困難がある。各市にコミュニティバスが運行している。病院通院用のバス運行もある。(⇒課題4)

### (6) 従来の精神保健福祉ネットワークの特徴

退院促進支援事業着手以前は、保健所が広報や普及啓発を目的に「ハートランド峡谷東」という圏域内の300人～400人が集うイベントを開催運営しており、関係者にとってはイベントを通じた顔合わせの機会となっていた。保健所の予算削減で市町村事業となったが、従来のイベント運営を保健所と協働していた市の立場からすると、他市の事業財源等への提案や関与も含む企画呼びかけの困難から、平成18年から自然消滅した。

精神保健福祉関係者の定期的な連絡会議等は予算的な事情からか設置運営されていなかった。旧来の小規模作業所に関しては、精神保健福祉センターが会議の場とコーディネート機能を担い、全県内で会議を定期的開催し、現在も情報交換を中心に継続されている。

圏域を構成する3市の中で精神科医療機関(2病院)があるのは1市のみで、残り2市には医療機関以外の資源としては旧来の小規模作業所と保健所のみであった。現在、峡東圏域は統廃合により保健所が1か所、福祉事務所は各市に1か所となっている。

先述したイベントの廃止後は、有機的なネットワークといえるものはなく、個別施策や施設運営などの予算についてなどを媒介にした市と旧来の各作業所等施設(自立支援法後は各サービス事業所)の連携と、個別事例を媒介に市担当者と医療機関等の連携が行われていたに過ぎない。残念ながら精神保健福祉に関する有機的なネットワークはなかったといわざるを得ない。

## 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

### (1) 事業の実施

#### ① 事業着手の経緯

山梨県退院促進支援事業の要綱には、旧来の地域生活支援センターが事業を担うと示されている。まずは、地域生活支援センターとしての開設が早かった他圏域が峡東圏域に先行した。山梨県内においては、甲府市などは医療機関が多く、事業に関する説明と理解を得るのに時間がかかると想定された様子である。甲州市では地域生活支援センターを市が直営していたことや、個別事例における退院支援に市担当者に関与していた実績などを評価され、当該の峡東圏域が打診を受けて退院促進支援事業に着手した経緯を持っている。市の担当者は、退院促進支援事業を市が担うことの実務的な大変さを想定できたというが、先の障害者自立支援法施行時における法制度説明や実際の支援

を通じて市内の当事者状況をよく知る市職員としての使命感もあり、前向きな取り組みに至るのにはさほど時間を必要としなかったという。

## ②事業に関する事前説明

医療機関への事業取り組みの説明は県担当者から行っている。医療機関は従来から独自に退院支援の取り組みも行っているため当該事業への戸惑いも表出したようであり、当初の県の説明として、「医療機関の方針や活動を邪魔するものではなく、その方針を手伝う形の事業」を強調したという。果たして、事業に着手し展開を見る中では、現段階では、病院がまず対象者の退院支援に関する方針や計画を立てて、テーブルにあげてくるという形であるが、地域関係者からは、退院支援に難しさがある事例だからこそ、方針や計画を立てるところから一緒にテーブルにつきたいという思いも強い様子である。一方で、相互の信頼関係の構築が、共通のテーブルにつく時期を早めることになるのだろうという理解と、その時間と経過の積み重ねを期待する声もあがっているようだ。自立支援協議会を核にした体制整備に関しては、甲州市の担当者が医療機関及び関係機関の担当者氏名等のリストを整備して県にあげ、初回は県から案内の郵送や説明を行い、甲州市の担当者がその後を引き継いでいる。

## ③自立支援協議会

自立支援協議会は構成メンバー各機関から必ず誰かが参加する形で月 1 回定例開催されており、この場を通してようやく関係者のコミュニケーションが始まったという段階である。関係機関の関心を高めることを考え出席者はあえて固定していないが、次第に参加者は固定するようになってきている。

障害者自立支援法で設置を決められている地域自立支援協議会を平成 19 年度から市町村に置くことになり、精神障害者部門に関しては、圏域設定を活かして 3 市で行った方が望ましいことを確認し、退院促進支援事業における自立支援協議会を市町村地域自立支援協議会の精神部会として位置づける方向の検討をしていたところ、こうした動向に影響を受けた笛吹市は 3 障害を対象とした退院促進部会を立ち上げ、独自に展開を進めることとなった。

自立支援協議会で退院促進支援事業に関するパンフレットを作成して活用している。

## ④自立支援員

退院促進支援事業の着手にあたり、事業アピールのために自立支援員を県内の全病院全機関に公募して募り、結果として 16 名（ボランティア 5 名、当事者 3 名、施設兼務スタッフ 9 名）登録者あり、現在 9 名が活動中である。

## ⑤市独自の自立支援員養成研修

当初は当事者の就労支援を目的にホームヘルパー 3 級養成を行う計画で予算確保を行っていた。しかし 3 級では就労困難ということがわかり、再検討を行う時期に、退院促進支援事業の着手時期が重なり内容を切り替えることとなった。他事業への予算が確保されていたことが当該研修事業の実施に助けとなっている。また、事業を先行していた他圏域から自立支援員の研修は必要という情報が、研修の実施に反映されている。事業に関する病院への PR と、病院からの理解や協力を得ることを兼ねて研修会場は計画的に圏域内の病院で行っている。（⇒課題 5）

## ⑥対象者の選定

現在は病院の医局で医師が対象者を選出している。これは当初の県の説明も影響している様子である。また従来から医療機関内の医師をトップとするヒエラルキーが強く、生活支援の視点や社会モデルより医療モデルが医療スタッフのケアのウエイトを占めていることも影響している。(⇒課題6)

## ⑦ケア会議の運営

事業利用者の退院に関する方針は、まず病院内スタッフで決定し、その内容が自立支援協議会に下ろされてきている。(⇒課題7)

## (2) 自立支援協議会参加関係機関・職種・役割

### ①機関名

#### 【行政】

- ・山梨県健康増進課：1名
- ・山梨県峡東保健所：1名
- ・山梨県立精神保健福祉センター：1名
- ・山梨市役所障害福祉担当：1名
- ・笛吹市役所障害福祉担当：1名

#### 【医療機関】

- ・山梨厚生病院：2名（精神保健福祉士、病棟看護）
- ・日下部記念病院：2名（相談室 精神保健福祉士）

#### 【福祉サービス】

- ・地域活動支援センター・フレンドハウス：1名
- ・すいーとほうす塩山：1名
- ・フットワーク：1名
- ・さくらハウス：1

### ②中心となっている機関名と種別及びキーパーソンの職種

#### 【機関名（種別）】

- ・甲州市障害者地域生活支援センター（指定相談支援事業所、地域活動支援センター）

#### 【職種】

- ・相談支援専門員、自立促進支援協議会副会長

### ③キーパーソンの役割

- ・自立促進支援協議会の運営、管理。
- ・対象者と自立支援員のマッチング（⇒課題8） 対象者の状態像に応じて支援員単独かコーデ

ィネーターもしばらく支援するかなどを検討している。

- ・支援計画全体の調整。

### (3) 形成期における成功要因

#### ① 事業の実施体制

自立支援協議会開催と合わせて、個別支援体制に関して、チーム性と個別対応との2種類の体制を利用者の病状や性格特性に応じて決めている。

#### ② 自立支援協議会の定例開催

医療機関従事者と地域関係者がはじめてお互いに当事者支援について困っていることなどを話し合っている。特に地域関係者の声を医療機関従事者が聞く機会となっている。月1回の定例化は、課題共有やコミュニケーションを深めることにおいては最低限の頻度として必要性が認識されている。

#### ③ 自立支援員連絡会設定

自立支援協議会の中で自立支援員連絡会という時間設定を設けている。医療機関の協力はあるものの、かなり医療機関主導で方針決定が行われているために、自立支援員が自分の役割に関して葛藤を感じたり、自分の活動に不安を持つなどがあった。この連絡会の時間設定により、自立支援員相互の活動を知ることや医療スタッフに対しリクエストをいえるようになった。具体的には、病院スタッフがやっている地域生活能力に関するアセスメントを自立支援員（地域関係者）にもわかるような形にして欲しいなどのリクエストである。このリクエストを受けて、当事者も担っている自立支援員等に、専門用語や医療的視点の強いアセスメントではなく、具体的に生活支援を行ってもらえるために共有できるアセスメントや表現を病院スタッフが意識することに結びついた。その後医療機関スタッフの説明のあり方が変わってきはじめている。この連絡会は3か月に1回の開催である。

#### ④ 市担当者の熱意とフットワーク

自立支援協議会事務局を担う市担当者の熱意や姿勢やフットワークがコミュニケーションの蓄積をつくっている。キーパーソンのありようは事業の展開を大きく左右するものと見られる。また個人情報の管理部門に近い市の担当者が直接コーディネートを行うために、最低限必要な情報を得る時間や手続きにも利点が見られている。

#### ⑤ 成功事例から学ぼうという姿勢

退院促進支援事業を推進するために、理念の浸透も重要だが、具体的な成功事例を増やしていくことが重要だと考えている。関係者の間で「あの人が退院できてよかったね」という実感を共有しあって、その後押しで事業展開の積極化が図れるだろうという実践型を重視している。

#### ⑥ 当事者にとって見えやすい成果

具体的に、退院する自宅の雪かきや大掃除をしてくれるなど、自立支援員が何を支援してくれるのかを見える形にし、その支援によって実際に生活が助かるということが実感できることを目標と

している。

#### **(4) 現段階の体制からうかがえる次の取り組み課題**

##### **① 広域(3市)の圏域で行うこと**

障害者自立支援法は市町村単位でのサービス資源の整備や提供体制、支給決定の仕組みを持つ中、事業の財源や仕組み、また個人情報保護の管理に関する事などから、複数市を1圏域とする際のコーディネートにおいては各市の行政目標や政策の違いも反映されるために進めにくい点がある。

##### **② 病院を中心に退院促進支援事業のシステムが設計されていることの限界(圏域外病院への入院者の退院促進支援で出身地から迎えいきたい)**

峡東圏域の退院促進支援事業の対象者は、圏域内の病院に入院している人のみとなっていて、且つ、圏域内に退院する人と決まっていない。その結果、対象としてあがるのが、甲府市等の遠方へ退院する人が現状では多い。一方で、甲府市の病院に入院している人の退院支援は、当該事業に該当しないため、実際には遠方まで出かけて個別のケアに当たっているのに事業に反映できないジレンマを担当者たちは感じているし、コストパフォーマンスとしても無駄を生んでいる。その結果、圏域内の社会資源の創出に結びつきにくく、圏域内には何が資源として足りないのか、どのような資源があったら退院して地域生活を送れる人が増えるのかが見えにくいというジレンマがある。

##### **③ 圏域内からの入院者の実態が把握されていない(公表されていない)**

県全体で約300人、圏域を構成する3市の人口割の人数が示されてはいる(甲州市9名、笛吹市30、山梨市12名)。人口割の数値目標は、顔が見える形にはなっておらず、対象者の支援は難しいし、誰のためのどのような支援なのかという実感や支援動機が高まらない。

##### **④ 交通機関の不便、アクセス権の保証**

障害者に限らず、高齢者の対応も含めてかつて県で移送や福祉に関する輸送問題を検討したことがあるというが、財源問題や民間の交通機関の協力の難しさが浮き彫りになって中座している。しかし、この問題は地域移行を進める上で、また移行後の生活支援を行う上で解決が望まれる課題である。

##### **⑤ 自立支援員の養成研修**

県が自立支援員研修に関する広域計画を持っているため、予算的な重複を省くべく今年度圏域内実施はせずに県の実施を待っている。

##### **⑥ 利用者の選定**

また利用者選出方法についても、近いうちに退院促進支援事業に関する紙芝居を病棟内で行い、患者集団内から事業への関心を高める計画を持っている。実際に自立支援員の病院訪問や面会を横目に患者内に静かな動きがあるような気配が少しずつ見えている。



## ⑦ケア会議の運営のあり方

病院独自の退院支援では困難と思われる状態の患者が対象者としてあげられることが多いからこそ、方針の検討段階から共通のテーブルにつくことができることで支援方針が手厚くなると考えられ、ケア会議のあり方は今後の課題と考えられる。

## ⑧医療機関の自立支援員の受け入れ

ボランティアや当事者が自立支援員として病院に入ること自体が画期的なことだが、まだ病院スタッフには受け入れに関する不安がある様子であり、ピアサポートの有効性を共有できる取り組みが必要である。

## ⑨病院の精神保健福祉士の力不足

当事者が地域で生活するために必要なアセスメントが何かという点で認識が異なったり、活用できる社会資源や制度の利用方法等に関して知識不足である。またリンケージやコーディネートについてその役割を期待しているが、思ったような成果が得られないでいる。

## 4 事例のまとめ

当該事例は、市が退院促進支援事業の事務局機能を担い展開していく事例として推薦された。物理的にも民間の社会資源が育つ土壌がないために市がコーディネート機能を受け持たなければならぬという背景もあり、インフォーマル資源の発見や発掘も含めて社会資源の創出につながるには、退院促進支援に伴う状況から新たな展開を進めるための予算や施策化の業務も可能な位置にいる行政単位の市が中心を担うのは、確かに有効だと考える。しかし、当該事例の聞き取り調査結果からは、事業の展開がスムーズであり、ネットワークも有機的に機能し発展の形が見えている、という好展開状況は現段階では確かめられなかった。むしろ、圏域が広域であり、市が複数なためにコーディネート役を担う1市の担当者が他市に対する配慮や裁量権の範囲で苦慮していた。また、山間僻地で社会的諸資源も不足気味という地域事情を持つ圏域で市が事業推進を行うにあたっては、魔法の杖があるわけでもなく、自立支援協議会という圏域内関係者が定期的に顔を合わせる機会をつくり、個別事例への取り組みに関した協議の中で、地域の課題を共有する中から、支援に必要な手立てをともに考え実践していくことの積み重ねを通してできるネットワークが熟していくという、地道な経過が求められることが確認できる。一方で、このような状況にあって、いくら地道な積み重ねをするといっても、都道府県のバックアップは広範囲にわたって必要不可欠であり、市が担ったから県が手を引くのではなく、市が担って動きはじめたからこそバックアップやフォローをして県の役割を果たしていくことが強く求められるということが検証できる事例である。

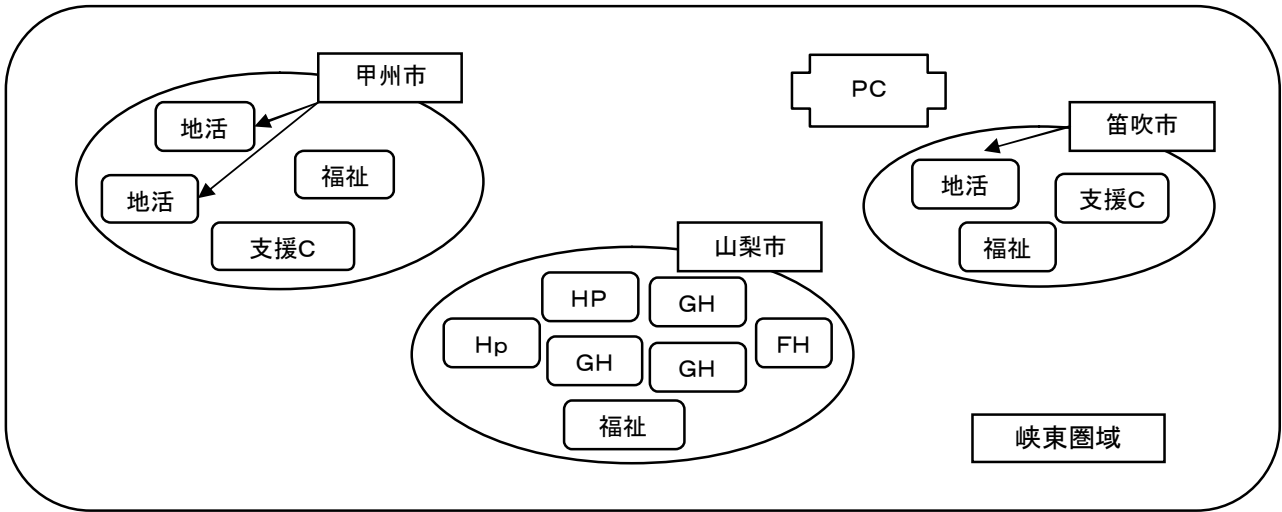
## 5 キーワード

退院促進支援事業の圏域設定の物理的範囲の検討、事業利用者の選定方法（医療機関の退院可能者 or 圏域内に帰来先がある対象者）、自立支援員の養成研修、自立支援員の活動連絡会、医療機関の事業理解と協力を得る方法、個別ケア会議の持ち方、交通機関事情への施策



### 3 事例の概要

※従来の連携(イベント運営困難となつてからはバラバラ)



## 1 ネットワーク萌芽・形成期

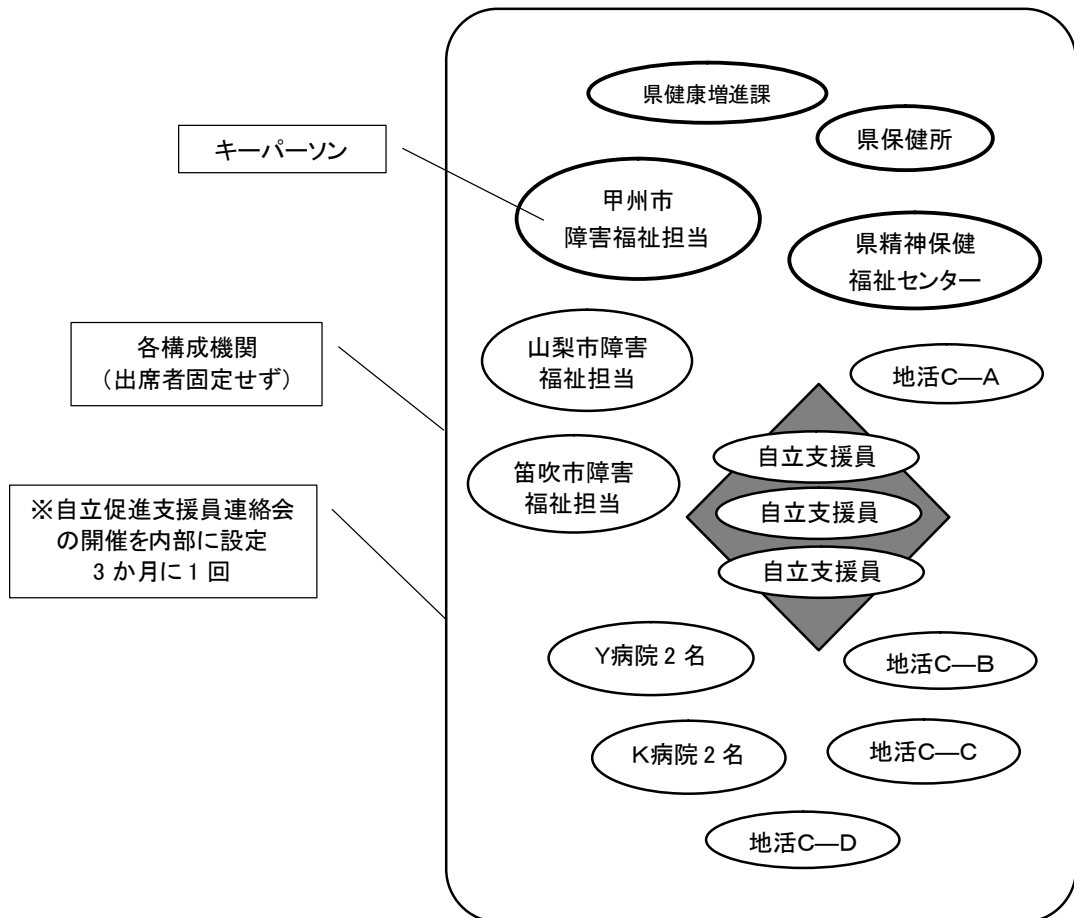
### (1) 事業説明

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・甲州市の担当者が医療機関及び関係機関の担当者氏名等のリストを県にあげ、初回は県から説明に歩き、甲州市の担当者がその後を引き継いでいる。</li> <li>・医療機関への事業取り組みの説明は県担当者が行っている。医療機関独自の取り組みもある中で、当該事業への戸惑いもあり、当初の説明としては、「医療機関の方針を手伝う形の事業である」というものだったらしい。→課題点。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

## (2) 自立支援協議会の定例開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事務局を担うキーパーソンが毎回の話し合いの内容をまとめて配布している。</li> <li>・自立支援員の養成研修⇒課題点。</li> <li>・事業PRを兼ねて病院を会場として借りる。</li> </ul> <p>※この自立支援協議会を平成 19 年度から市町村地域自立支援協議会の精神障害部会として位置づける。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業のPRを兼ねて自立支援員を全県内で募集(ボランティア 5 名、当事者 3 名、スタッフ 9 名)。</li> <li>・自立支援協議会で医療機関内の事業浸透度等を確認しながら県担当者が後方支援をインフォーマルには行っている。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域関係者特に自立支援員からのリクエストに応じる形で、医療スタッフの姿勢及びケアの内容が少しずつ変化している。</li> <li>・医療スタッフが地域支援関係者の困りごとを理解する機会となっている。</li> <li>・医療機関と地域関係者の間でお互いの視点の違いが齟齬となって見えてきたことが次の取り組み課題認識に少しずつつながるか。</li> </ul>

### 〔具体的なネットワーク〕



※この自立支援協議会を平成 19 年度から市町村地域自立支援協議会の精神障害部会として位置づける

## ■第5章 取り組み事例ー長野県全圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

精神障害者退院支援コーディネーターを中心に実施している事例  
～3 障害の相談支援を行う障害者総合支援センターに配置された退院支援コーディネーターを中心に、退院可能な精神障害者の退院促進の他、精神科病院に対する協力依頼及び地域ネットワークの構築を図ることを目的として活動～

#### 1 事例のタイプと特徴

本事例は、長野県庁に設置された地域生活移行を特化して行う担当課と地域の関係法人が協働して政策的に精神障害者の退院促進支援を行っている事例である。長野県では、平成15年から西駒郷（県立の知的障害者入所施設）利用者の地域生活移行の取り組みを契機に、入院中の精神障害者に対する退院促進支援に取り組んでおり、地域の受け入れ体制として、相談支援体制・居住の場・日中活動の場等の整備が行われてきた。その中で特徴的なのは「障害者総合支援センター※1」である。また、障害当事者による相談や普及啓発活動を行う「ピアサポート事業」、入院中からグループホーム等の利用体験を行う「障害者自立生活体験事業」、グループホーム等施設整備に関する助成を行うなどの県の単独事業を創設して社会資源の整備に力が入れられてきた。

退院支援事業の実績

	平成18年度	平成20年1月末
対象者	22人	96人
退院者	14人	39人
協力病院	10か所	21か所

平成16年度から18年度にかけては、保健所を中心とした退院促進支援事業が行われてきたが、平成19年度から障害者総合支援センター4か所（各ブロック1か所）に、「精神障害者退院支援コーディネーター」を配置し、医療機関への積極的な働きかけを行い、医療機関と協働し退院支援を行う新たな取り組みを開始した。入院中から退院、退院後の地域生活における支援ネットワークの構築に重点が置かれ、全圏域において地域自立支援協議会に退院促進専門部会等が設置されているのも大きな特徴である。

※1 障害者総合支援センター

身体障害者生活支援コーディネーター、知的障害者生活支援コーディネーター、療育コーディネーター、精神障害者生活支援コーディネーター、生活支援ワーカー、就業支援ワーカーを障害者総合支援センターに配置し、3障害ワンストップで総合的に相談支援できる資源として平成16年度から全障害保健福祉圏域（10圏域）に設置された。

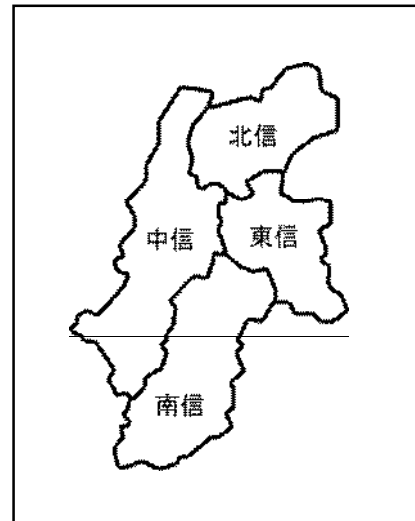
## 2 調査対象地域の概略

### (1) 調査対象地域

- ・長野県（10 障害保健福祉圏域）

### (2) 人口及び面積

- ・人口…2,181,536 人（平成 19 年 12 月 1 日現在）
- ・主要都市
  - 長野市…382,985 人 上田市…161,121 人
  - 松本市…228,593 人 飯田市…106,998 人
- ・面積…1355.2 k m<sup>2</sup>



### (3) 病床数及び入院患者数

- ・病床数…5,252 床（平成 19 年 9 月末現在）
- ・入院患者数…4,708 人（平成 19 年 9 月末現在）

### (4) 社会資源の特徴

主な社会復帰施設は、長野市等の中心市街地に集中している状況であるが、すべての圏域に 3 障害の相談支援を行う障害者総合支援センターが設置され、総合的な相談支援が行われている。グループホームは、平成 19 年 11 月時点で 111 事業所 256 か所あり、地域生活移行の取り組みを契機にここ 5 年間で知的障害者のグループホームの設置数が増えてきたことが特徴である。地域自立支援協議会は、障害保健福祉圏域単位で設置されており、全圏域に立ち上がっている。

### (5) 地域の特徴

市街地は住宅地も多く、アパートなどの賃貸住宅も多いが、農山村地域では点在する民家で生活する様子も多く見られる。電車、バス、高速道路により、交通網が県内の主要市街地を結んでいるが、山間部の割合も高く、それらの交通網から外れている地域も多いため、移動には自家用車やタクシーの使用を余儀なくされている。

## 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

### (1) ネットワークの形成のために展開した取り組み

従来は、病院独自に退院時の支援が行われている状況であった。医療機関と地域との連携においては、通所施設等のサービスや、グループホームの紹介などが中心であり、事例によってはケア会議が開催されることもあったが、個々に医療機関が必要と考える場合にのみ行われている状況であった。そのため、まず長期入院者等の社会的入院者が抱える課題を医療機関と地域で共有することが必要であった。不足しているサービスの充実と、医療機関と地域の間で情報の交換を行うことによって医療と福祉のネットワークの構築を目指すこととした。

具体的には平成 14 年度から精神保健福祉センターを中心に佐久圏域の 2 病院の入院患者対象

にニーズ調査を実施した。その結果を踏まえて、平成 15 年より佐久圏域にて「長期入院者退院支援事業」をモデル事業として実施した。佐久保健所を中心に自立支援員を各病院へ派遣し、対象者 4 人中 2 人を退院させることに成功した。平成 16 年度より社会部障害者自立支援室（現：障害者自立支援課）へ業務が移行し、事業名も「精神障害者退院支援事業」に変更された。協力医療機関も 4 病院となり 3 圏域でモデル的に実施した。平成 17 年度には「精神障害者退院促進検討委員会」を設置し、県内の精神科病院を対象に入院患者に関する実態調査を行った。また、保健所主催で退院支援事業の周知と関係機関との課題共有を図るために「精神障害者退院支援協議会」を設置した。平成 18 年度には協力医療機関が 10 か所になっていたが、まだまだ少ない現状が課題となった。

## **(2) 体制整備に向けて**

退院支援をモデル事業で行う一方で、相談支援体制及び地域の受入体制の整備が行われた。その中でも特徴的なのは、障害者総合支援センターである。各障害の相談支援を行うコーディネーター及び生活支援ワーカー、就業支援ワーカーが配置され、障害者のニーズに則ったサービスの提供を目指した。それだけではなく、グループホーム等施設整備事業において精神障害者のグループホームを対象に含ませたり、入院中の精神障害者が地域で自立した生活を送るための宿泊体験を行う経費を助成する障害者自立生活体験事業が開始されたりと、退院後の受け入れ体制をハード面とソフト面の両方の整備が行われていた。

## **(3) 成功のポイント**

### **① 障害者総合支援センターの設置**

障害者総合支援センターは、平成 16 年度から、3 障害者の相談をワンストップで対応する相談機関として創設された。障害者自立支援法が施行されてからは、3 障害の一般的相談支援については市町村の役割とされたことから、一部のコーディネーター等の配置は市町村事業となった。そして、県の役割として、療育支援、就労と生活支援のワーカー、そして退院支援コーディネーターを専門的な相談支援体制整備として配置している。

### **② 受け入れ体制の整備**

居住の場の整備には、特に手厚い施策を行っている。グループホームの設立のための改修費用を補助する「グループホーム施設整備事業」、食事等の実費分程度の負担で入院中からグループホームなどの利用体験ができる「自立生活体験事業」がある。この自立生活体験事業を活用した場合、利用者は、退院後の生活をイメージすることができ、事業所側も、利用者がどのような人でどのような支援が必要なのかをあらかじめ把握でき、退院後の受け入れがスムーズに行くことが多く、両者にとってメリットが大きい。

また、精神障害に対する地域の理解を促進するため、精神障害当事者が障害者やその家族に対する相談活動や地域住民への普及啓発活動を行う「ピアサポート事業」を実施している。こういった様々な受け入れ体制を整備することで、退院が促進される。

## 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

### (1) 障害者総合支援センターを中心としたネットワーク

退院支援コーディネーターを中心に、個別のケア会議を通して実務者レベルの支援体制の構築を図るとともに、地域自立支援協議会における退院支援部会等の場を活用し、地域全体での仕組みづくりに取り組んでいる。この地域自立支援協議会では、障害の種別にかかわらず社会資源の開発を検討する試みも始まっている。

すべての精神障害者が自ら望む地域で安心して生活できるように、まず地域の支援体制を構築することが必須である。入院当初から退院後の生活を見据え、医療と福祉の関係者がともに一貫した支援を行うことが必要である。そのためには、医療機関と地域の情報の共有を図ることが不可欠であり、退院支援コーディネーターがその架け橋となっている。

平成19年度からの事業開始後、徐々に医療機関に退院支援コーディネーターの存在や役割が周知されてきた。また、地域自立支援協議会等の影響もあり、精神障害の支援を行ってきた事業所のみならず、他の障害の分野においても退院促進支援に対する関心が高まりつつある。一部の地域では、知的障害のグループホーム等において精神障害者を受け入れている実績もあるため、そのノウハウを県内に広く周知するなど、障害の枠を超えるネットワークが構築されつつある。

### (2) 関係機関・職種と役割

関係機関	職種	役割
県庁担当課		<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者の地域生活移行と地域生活支援の推進</li> <li>・退院支援体制の構築にかかわる全体調整</li> </ul>
精神保健福祉センター	精神保健福祉士、保健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援コーディネーター及び保健所への技術指導</li> <li>・研修等による人材育成</li> <li>・県内の退院促進支援に対する情報収集及び調査研究</li> <li>・退院支援コーディネーター向けの研修</li> </ul>
保健所	保健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援体制の構築にかかわる全体調整</li> <li>・地域の支援者(ボランティア等)の育成</li> <li>・精神障害者の保健、福祉、医療に関する相談支援等</li> </ul>
障害者総合支援センター	精神障害者退院支援コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランの作成、退院までのコーディネート</li> <li>・エリアネットワーク会議の開催</li> <li>・医療機関との調整(営業活動・事業の周知)</li> </ul>
	相談支援体制整備推進アドバイザー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談体制整備の調整</li> <li>・退院支援コーディネーターへの助言等</li> </ul>
	精神障害者支援コーディネーター、生活支援ワーカー等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内の障害福祉サービス等の調整</li> <li>・退院後の支援及びケアマネジメント等</li> </ul>



関係機関	職種	役割
医療機関	医師、看護師、 精神保健福祉士、 作業療法士等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内の関係職種との調整</li> <li>・入院者への退院支援</li> <li>・事業対象者選出にあたっての働きかけ</li> <li>・市町村、関係機関との調整</li> <li>・退院支援コーディネーターとの連携等</li> </ul>
市町村担当者 (福祉事務所)	保健師、ケースワーカー、 担当職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域自立支援協議会の実施</li> <li>・在宅等における障害者への直接支援</li> <li>・障害福祉サービスの利用に関する支援</li> <li>・生活保護の受給等に関する支援</li> <li>・地域に対する普及啓発等</li> </ul>

### (3) キーパーソンの職種と役割・課題

現在配置されている退院支援コーディネーターの職種は、精神保健福祉士、保健師、看護師等である。

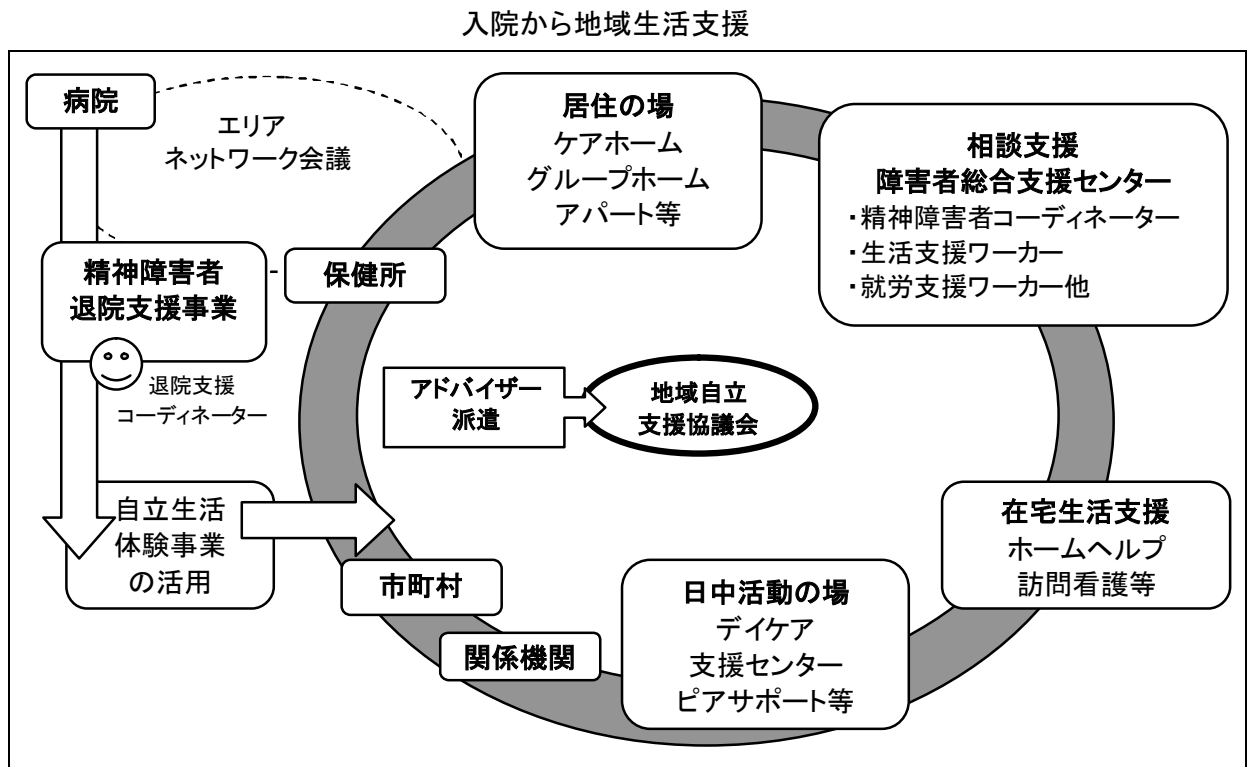
平成 19 年度から退院支援コーディネーターが配置されたことによって、それまで退院支援事業を行っていた保健所との役割分担が不明瞭になるなどの課題が生じた。現在は、保健所は退院支援事業の全体を総括する役割を中心的に担うこととし、市町村や関係機関との調整を行うなど重要な役割を果たしている。

自立支援員の確保も課題となった。当初は、退院支援コーディネーターと自立支援員による支援を予定していたが、臨時的に雇用される自立支援員を確保することが難しいことや、退院後、継続して支援することが困難であるなどといった課題から、自立支援員の派遣に固執せずに柔軟に対応することとした。現状では、退院支援コーディネーターが、ケアプランの作成や医療機関との調整といったコーディネートに重点を置きながら、直接支援を行う自立支援員としての役割も担っている。

自立支援員の役割を、実際に受け入れるグループホームや通所施設等の職員が担う場合もある。結果的に、自立支援員のみ限定する支援ではなく、受け入れ側の機関も含めてチームとして支援する体制を構築できたことに効果があった。精神障害当事者が退院後実際に生活する場で支える仕組みを入院中からどう作っていくかというケアマネジメントが重要になっている。

また、ケアマネジメントを行う退院支援コーディネーター等のスキルアップを図っていくことも重要であり、精神保健福祉センターなどが定期的な研修の実施やスーパーバイズを実施している。

#### (4) 関係機関・職種のネットワーク



#### (5) 成功のポイント

##### ① 専任の退院支援コーディネーター

従来の自立支援員では、入院中のみのかかわりに限られ、退院後の支援が課題であった。また、関係機関との連絡調整、地域の社会資源の開発や医療機関との連携を強化するためには、専任で退院支援に取り組む人材が必要であった。県が、「退院支援を専任で行う」役割として明確に位置づけた人材を配置したことにより、退院支援に対する県の姿勢が明確になり、市町村や医療機関の退院支援に対する意識や体制も強化されてきた。対象者と協力医療機関の数が平成 18 年度に比べ増加していることから、退院支援コーディネーターの配置が重要な役割を担っていることがわかる。

##### ② 医療機関のニーズに対応する支援

平成 18 年度までの課題の 1 つに、協力医療機関が増えないという現状があった。そこで、対象者決定までに至る事務的な手続きをできるだけ省略し、医療機関の事情に対応する体制にした。対象者を退院支援協議会で決定することをやめ、入院期間などの対象者の条件を定めないこととしたことも特徴といえる。事務の簡略化と現場のタイムリーな事情に応えるようにした結果、対象者及び退院者が増加した。対象者の中には入院期間が 2 か月～4 か月と短いケースもあるが、再入院を予防する効果や新たな社会資源の開発やネットワークが形成されていく上では、入院期間にこだわる必要はないとの考え方からである。

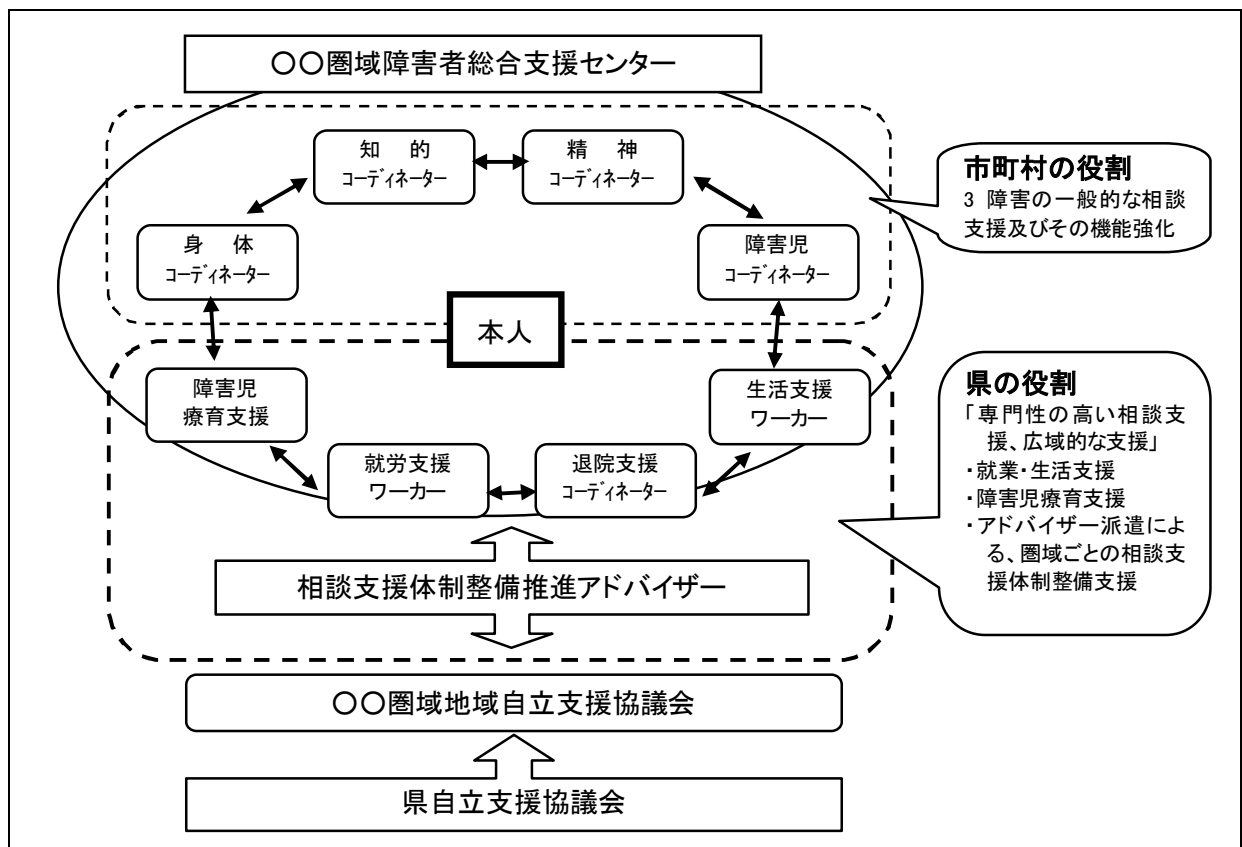
退院支援コーディネーターが医療機関への事業周知を行っていた当初は、互いにどんな役割を担うのかわからず波乱なスタートであったが、1 事例 1 事例を支援するごとに、徐々に医療機関からの支援依頼が増加していった。退院支援という言葉に抵抗を持つ病院もあったが、退院支援

コーディネーターが医療機関のニーズに応え、まずは1事例から熱心に対応していったことで、協力する病院も増加してきた。まだまだ課題はあるが、「入院中から退院後の地域生活の支援をさせてもらいたい」という姿勢が、医療機関との連携をとりやすくしている。

### ③障害者総合支援センターの存在

障害者総合支援センターの存在は、4年間でかなり定着し、周知度、信頼度が高まってきた。そして、その障害者総合支援センターに退院支援コーディネーターを配置したことにより、特定の医療機関や法人の活動に偏らない中立的な立場での相談支援が行える。市町村事業と県事業により配置されているコーディネーター等の数は、平成19年度全県で128人にのぼる。さらに、県の広域的な支援としてアドバイザーが各圏域に一人ずつ派遣され、圏域ごとの相談支援体制整備を調整する役割を果たしている。障害者総合支援センターに、医療機関のケースワーカーから直接依頼があるケースや、障害当事者やその家族から退院の相談が入った事例もあり、情報が入りやすい環境にある。退院支援だけの窓口ではなく、障害者の地域生活全般の相談支援が行えることが大きな強みである。

圏域ごとの相談支援体制のイメージ



### ④ネットワーク構築のための会議

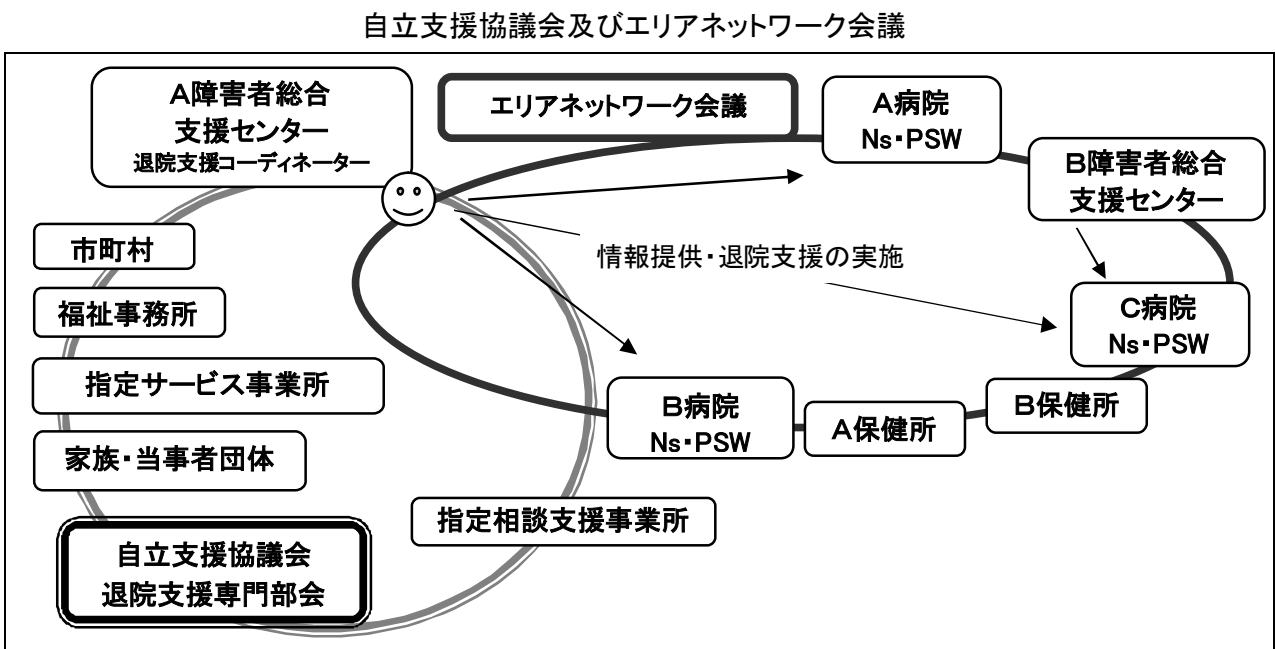
各医療機関と精神障害者の退院に関する課題や支援ノウハウの構築を図るため、実務者レベルで開催するエリアネットワーク会議を退院支援コーディネーターの活動範囲（4ブロック）で設置することとした。医療機関、保健所、障害福祉サービス事業所、市町村等の担当者が集まり、主に事例報告会や勉強会を行っている。医療機関からはケースワーカー、看護師、作業療法士、

デイケアのスタッフ等が参加している。

当初は、ブロック単位で開催する予定であったが、サービス提供等にかかる従来の支援体制や社会・文化的背景から、広域なブロック単位での開催は難しかったため、障害保健福祉圏域単位（10圏域）でネットワーク会議を設置することとなった。

併せて保健所では、市町村の担当主管課長や病院長を参集した退院支援協議会（地域によっては退院支援部会に置き換えている）を開催している。主に事業の周知や報告を行い、それにより退院支援コーディネーターや保健所の担当者が円滑に活動できるようにすることを目的としている。

地域の支援体制に関する評価を行う目的で、県は「地域ステップアップシート（※別紙資料参照）」を作成した。地域自立支援協議会の退院支援部会等で地域の発展段階を把握し、課題を共有するために作成されたものだが、現在は退院支援コーディネーターが活用している。退院促進支援事業の評価として、退院者などの人数による評価のほかに、この事業を通じて地域がどのように変化したかを評価するための指標として活用している。



### ⑤県の行政機関と委託事業所等との連携

この事業を担当している県の柔軟な政策も成功の大きな理由である。単に自立支援員を配置するだけの退院促進支援事業とするのではなく、当事者や関係機関の意見を聞き、精神障害者の地域生活支援には何が本当に必要なのか総合的に考え、受け入れ体制の整備のための柔軟な施策を生み出している。

また、人材育成にも力を入れており“委託事業者にお任せ”ではなく、常に進捗状況を管理するとともに、退院支援コーディネーターに対する研修・相談対応を行うなど、委託事業者等と協働して事業を進めている。

退院促進支援事業はまだ緒についたばかりであり、未知の領域が多い。限りある財源の有効な活用を図りつつ、地域の関係機関と行政が互いに相談しながら連携することが、時代のニーズにそう生きた施策の実現につながっている。

長野県における退院促進の流れ

	福祉事業全体	精神保健福祉
平成 14 年度	西駒郷(県立の知的障害者入所施設)の改築に伴い、地域生活移行を進めるため西駒郷基本構想策定委員会の設置。	精神保健福祉センターで佐久圏域の 2 病院の入院全患者対象にニーズ調査を実施。
平成 15 年度	県庁障害福祉課に地域生活移行支援するため「障害者自律支援室」を設置。西駒郷から 29 人が地域生活へ移行。	県庁衛生部保健予防課(現:健康づくり支援課)で「 <b>長期入院者退院支援事業</b> 」を佐久圏域の 2 病院でモデル的に実施。佐久保健所を中心に自立支援員(退院支援員)を各病院に派遣。対象者 4 人中 2 人退院(年度末結果)
平成 16 年度	西駒郷から 71 人が地域生活へ移行。	「 <b>精神障害者退院支援事業</b> 」の開始。 衛生部保健予防課から社会部障害者自律支援室(現:障害者自立支援課)へ事業が移行。 県立病院他 1 病院が加わり 4 病院 3 圏域でモデル的に実施。 対象者 13 人中 3 人退院(年度末結果)
	<b>障害者総合支援センターの設置</b> (10 圏域) 身体・知的・精神障害者の相談支援を行うコーディネーター及び生活支援ワーカー、就業支援ワーカーを配置する総合的な相談支援センターの設置。 <b>グループホーム等施設整備事業において精神障害者のグループホームも対象に含む</b> グループホーム等の設置にかかる建設費の助成(県 1/2 市町村 1/2)。 <b>障害者自立生活体験事業の開始</b> 障害(児)者が地域で自立した生活を送るため、入院中からグループホーム等での宿泊体験を行うための経費に対する助成(県 1/2 市町村 1/2)。 <b>障害者タイムケア事業に精神障害者も対象者として含む</b> 個々のニーズに応じて時間単位でのレスパイトサービス(県 1/2 市町村 1/2)。	
平成 17 年度	西駒郷から 56 人が地域生活へ移行。	「精神障害者退院支援事業」を協力病院 8 か所で実施。 「 <b>精神障害者退院促進検討委員会</b> 」を設置し、県内の精神科病院を対象に <b>入院患者に関する実態調査</b> を実施。 保健所主催で退院支援事業の周知と関係機関との課題共有を図るための <b>精神障害者退院支援協議会</b> を設置。 対象者 28 人中 11 人退院(年度末結果)
		<b>ピアサポート事業の開始</b> 精神障害者が同じ障害に悩む者に対する相談支援や普及啓発を行う事業を委託して実施。 <b>ケア付グループホーム運営事業の開始</b> 夜間支援を行う職員を配置するグループホームに対して運営費の助成(県 1/2 市町村 1/2)。
平成 18 年度	西駒郷 32 人が地域生活へ移行する。 4 年間で合計 188 人が地域生活へ移行。	「精神障害者退院支援事業」を協力病院 10 か所で実施。 対象者 22 人中 14 人退院(年度末結果)
平成 19 年度		「 <b>精神障害者退院支援コーディネーター設置等事業</b> 」の開始 障害者総合支援センター4 ブロック 4 か所にコーディネーターを配置。 <b>精神障害者退院支援エリアネットワーク会議の設置</b> 医療機関との連携強化、退院支援の課題や支援ノウハウの構築のための会議を設置。 <b>退院支援コーディネーターのスキルアップのための研修の実施</b> 。 対象者 82 人中 27 人退院(11 月末現在)
		<b>地域自立支援協議会の設置</b> 障害保健福祉圏域ごとに設置(10 圏域)。 地域自立支援協議会に退院支援に関係する専門の部会等を設置。

## 5 事例のまとめ

本事例のポイントは、退院促進支援事業が退院させることだけを目的とせず、医療と福祉のネットワークや退院後も安心して生活できる地域づくりに視点を置いて事業が進められている点にある。その中でも、障害者総合支援センターと退院支援コーディネーターの存在が大きく、関係機関とのネットワーク体制づくりや、行政機関と関係機関が話し合える環境づくりを意識した取り組みである点に注目したい。

- 1) 障害者の相談を包括的に受けられる障害者総合支援センターで退院支援を行うことで、退院時のみの支援ではなく、退院後の生活全般の支援を行うこと
- 2) 退院時のみにかかわる自立支援員だけではなく、退院後に生活しようとする場所や支援者が入院中からかかわる、退院後の生活を見据えたチームワークで行うこと
- 3) 単に何人退院させたかということだけではなく、個別の支援を通じた地域のネットワークづくりに重点を置くこと

つまり、退院支援で、社会資源の開発も含めたケアマネジメントがきちんと行われることに重点をおいたことがポイントであった。

退院支援に取り組もうとするとき、医療機関の職員では、地域の詳細な受け皿の状況がわからない状況があり、地域の関係者は入院者の状況などが分からない。いずれか一方だけでは困難である。退院に伴うケアマネジメントを専任で行う役割を担う退院支援コーディネーターが、現場のニーズに合わせたタイムリーな支援を行うことにより医療と福祉を結びつけ、そのことが医療機関の理解につながっていった。

また、個別のケア会議をベースとしたエリアネットワーク会議や地域自立支援協議会の退院支援専門部会などの会議で情報を共有することができ、社会資源の開発につながっていくきっかけとなっている。

また、長野県では、知的障害者の地域生活移行支援が早くから軌道に乗っていることにより、精神障害者の退院支援においても、知的障害者の支援ノウハウから学べる点が多い。相談支援体制の整備、居住の場や日中活動の場の確保については、大きな影響を受けている。他の障害の地域生活支援に関するノウハウを柔軟に活用した支援体制づくりも特徴的である。退院支援も知的障害者等の地域生活移行も、地域に必要な受け皿を整え、ネットワークの構築を図ることが大切なのは、同じことである。

## 6 まとめからの提言

### (1) 地域移行推進員及び地域体制整備コーディネーターとなる者の役割として

#### ① ネットワークの構築

本事例の特徴となるのは、退院支援コーディネーターを中心としたネットワークの構築である。医療と福祉、行政相互の情報交換を行えるケア会議やネットワーク会議の開催を通して、信頼関係を構築することが支援の要になっている。個別の支援を通じて退院支援をシステム化していく

ことも重要である。

## ②社会資源の活用と開発

ポイントは、退院支援の取り組みは、退院が目的・ゴールではなく、退院後の受け皿づくりを重視している点である。また、従来から精神障害者を支援している事業所に限定せず、知的障害者の地域生活支援を行っている法人とも協働している。社会資源はなければ開発・改善していくものであり、地域自立支援協議会を活用するなど、地域の関係機関と行政が協働して社会資源づくりと活用に取り組むことが重要である。

## ③チームワークによる支援

精神障害者の退院支援は、自立支援員と退院支援コーディネーターのみの支援で完結するものではなく、対象者の地域生活に必要な多種多様な関係者によるチームワークのもとで行われなければならない。退院支援コーディネーターは、個別支援を通じて、医療機関と地域が情報を共有できるような支援を行うとともに、地域の支援者に対して“精神障害者への支援技術”を向上するための援助も併せて行っていくことが必要である。

## ④営業マンであること

退院支援コーディネーターは、基本的な精神障害保健福祉に関する知識以外に地域の情報も身につける必要がある。それは、地域のインフォーマルな社会資源、市町村の担当者の特徴やかかわり方、精神科病院の特徴やキーパーソン（病院の窓口となる人材）、精神科病院の事情、発達障害・知的障害に関する知識、権利擁護事業の活用方法など様々なものである。そして、医療機関等に対しては、フットワークの良さやねばり強さ、そして成功体験を共有することで信頼感を得るなどの優秀な営業マンが備える力を身につけていくことも必要である。

## (2)都道府県・市町村担当者の役割として

### ①自立支援員・退院支援コーディネーターへの援助

本事例では、県外からスーパーバイズを行うアドバイザー（ケアマネジメントの学識者）を招聘し、月1回の退院支援コーディネーター等を対象にした研修が計画的かつ継続的に実施されている。従来の大人数で行う研修スタイルの見直し、少人数で行う事例検討を中心とした研修を実施し、退院支援コーディネーターのスキルアップを図っている。退院支援コーディネーターが自信をもって活動を展開できるように、県が、最新情報の伝達、活動状況を把握するなど、退院支援コーディネーターに対する支援を行うことが必要である。

### ②会議等は精神障害福祉関係に限定しない

まずは、既存の地域自立支援協議会を有効活用することが大切である。本事例では、さらにその中に立ち上げられた退院支援専門部会等が退院促進支援事業を進めるための重要な会議となっている。また、参加者を従来の精神障害者の支援事業所に限定せず、身体障害・知的障害者を主たる対象としてきた事業所も参加している。こういった事業所の協力を得ていくことが今後の地域の受け入れ体制の開発につながっていくため、障害の枠を超えた会議を実施していくことも

必要である。

### ③現場で活動している関係者との連携

地域自立支援協議会等において、障害福祉サービス提供事業所等と行政機関が苦情・陳情のやり取りではなく、障害者が安心して地域で生活するための提案として、意見を交換していくことにより、生きた施策や受け入れ体制整備に活かされていく。行政機関が、障害福祉サービス事業所等と相互に話し合える環境づくりを行っていくことが重要であるとともに、事業者や団体等も、その点を認識して参画すべきだと感じた。

### ④国の事業や活用できる事業はフルに活用する

本事例では、政策面で障害者自立支援特例交付金や国庫補助事業を上手に活用しているのが特徴である。精神障害者施策だけではなく知的障害者、身体障害者、高齢者の福祉施策などの枠に加わるなど相乗りすることも必要である。また、精神保健福祉は、保健と福祉とが別の部局にまたがっている場合には、精神保健を担当している部局でも障害者自立支援法を熟知することが精神障害者の退院促進支援事業を行っていく上では重要である。

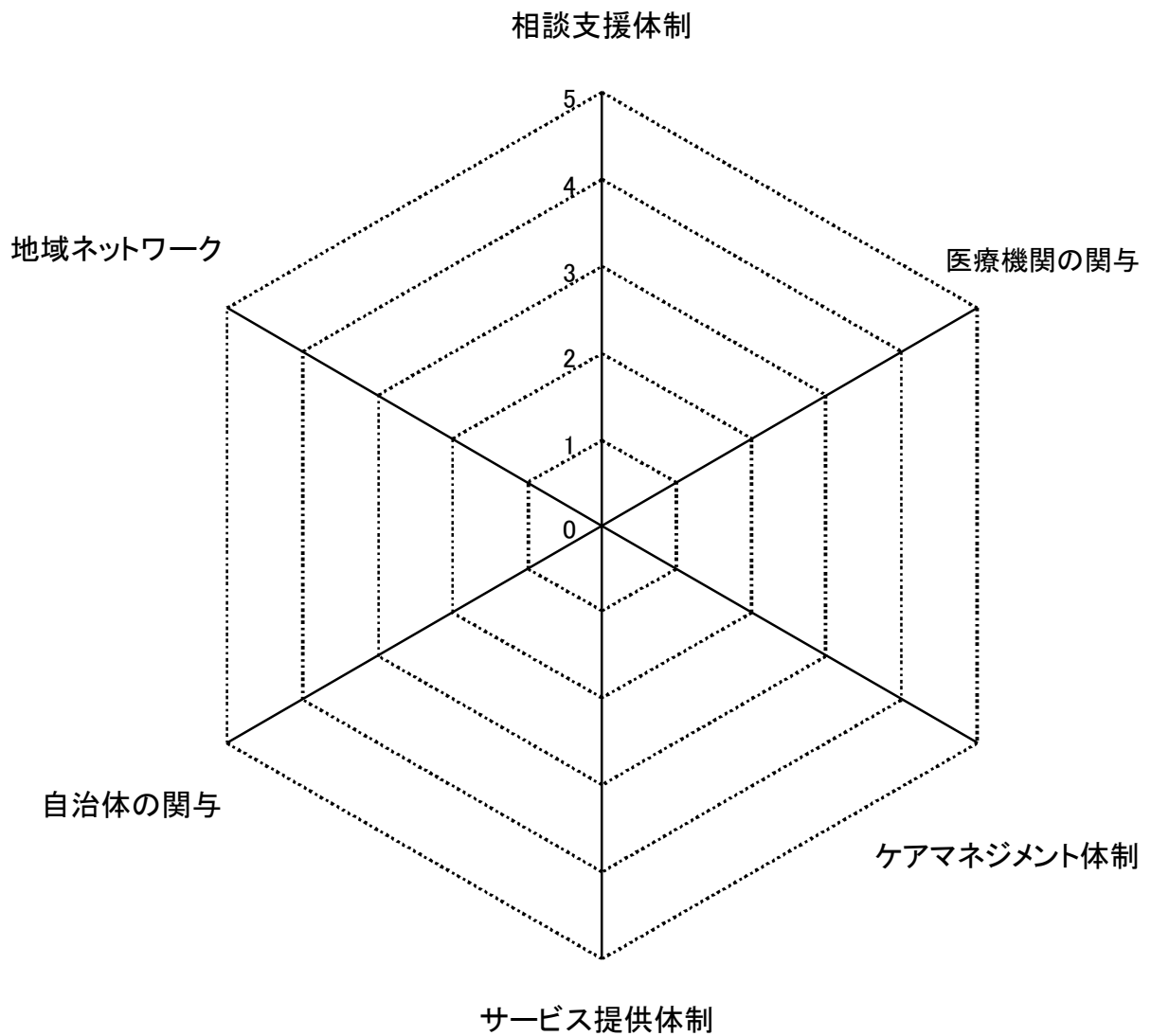
### ⑤システムとしての退院支援

退院支援が自立支援員及び退院支援コーディネーターや特定の担当者だけで実施するものではなく、地域全体で医療機関との連携システムとして行われるように、例えば、連携パス、クリニカルパス、退院後の連絡体制の確立を目指すことが必要である。



# 精神障害者退院支援事業 地域診断チャート用紙

圏域



別紙2


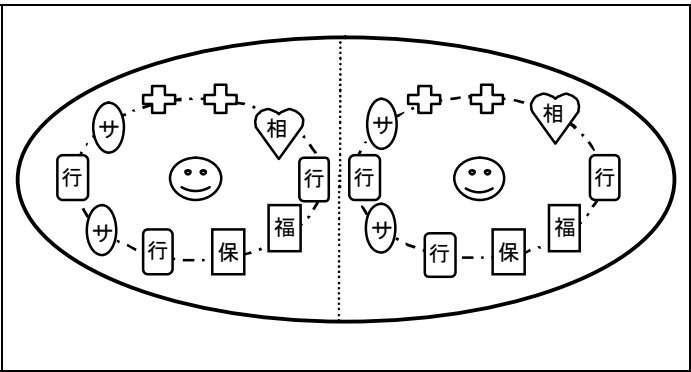
	1 段階	2 段階	3 段階	4 段階	5 段階
相談支援体制	入院患者及びその家族の方がどこへ何を相談して良いのかわからない状態。あるいは、相談できる場を知らない。	相談支援機関あるいは医療機関が退院に関する調整に係る相談を受けはじめています。	積極的な退院支援実施を試みており、入院患者の地域生活に対するニーズの向上を図ろうとしている。またそのニーズに応えようとしている。	入院患者のニーズに対して、その病状や障害に応じた相談対応が実施できる体制が整ってきているが、積極的な退院支援まで実施できない。	各種状況に応じた相談する場が明確になり、専門性の高い相談支援体制が整備されている。また積極的な退院支援も可能になりつつある。
医療機関の関与	医療機関が中心に退院時の支援を行うことしかできない状況。	退院時に医療機関から相談機関や自治体に対して連絡があり、退院後のサービス利用が検討されている。	関係機関が集まり、退院に向けた支援計画が作成されている。	退院時における退院のための訓練が行われており、サービス利用が必要となるすべての入院患者に対し、関係機関が集まり検討するケア計画の作成が行われている。	入院当初から退院後の生活に向けた支援が行われており、退院時に関係者が集まる会議が招集されている。
退院後のケアマネジメント	ケアマネジメントが行われておらず、退院時の精神障害者に必要な支援計画が作成されていない。	退院後の支援計画は作成されているが、同一の事業所からのサービス提供がなされている。	複数の事業者から提供される支援計画は作成されているが、関係者が集まるケア会議が招集されていない。または、ケア会議に本人や家族が出席していない。	個別のケースに関するケアマネジメントと、本人が出席するケア会議の開催が行われており、モニタリングが定期的実施されている。	個別のケアマネジメントから見出されるニーズを地域自立支援協議会などで、地域のサービス資源開発につなげる体制整備ができています。
サービス提供体制	居宅支援サービスが絶対的に不足していると思われるが、実際の利用者がわからず、サービスの必要性を認識していない。	ホームヘルプサービスや任意団体による私的サービスが提供されているが、供給量は絶対的に不足している。	居宅支援サービスを提供する事業所は増えつつあり、サービスの種類は満たせるが、事業所数は選択できるほどない。	居宅支援サービスの種類はおおよそ揃っており、入院者のニーズに相当程度応えることができるようになってきている。	サービスを提供する事業者が基本的に揃っており、選択して利用することができる。退院者のニーズに対する確実に対応できる質と量が確保されている。
自治体の関与	自治体が、窓口に来た障害者等にだけ対応しており、対応内容としても、施設や相談支援機関を紹介するのみである。	障害者のニーズ把握は医療機関のみで行われており、事業者が参加する会議はあっても形式的な内容にとどまっている。また医療機関が福祉に関する会議の出席者になっていない。	個別のケースについて、相談支援事業者や医療機関と適宜相互に相談や調整をしており、ケア会議などにも自治体の担当者が参加する。	個別のケースについて、必要に応じ、自治体が確実に関与する体制。自治体と管内の関係者の連携が密になってきており、地域自立支援協議会(部会も含む)が開催されている。	自治体が関係者と連携して、入院患者の実態を把握する取り組みが行われており、地域の課題を解決するための体制整備が行われつつある。
地域ネットワーク	別紙「地域ネットワークシート(別紙 3)参照」				

※別紙 1 にこの判断基準をもとに結果を記入します。

別紙 3

地域支援ネットワークシート

<p>第1段階</p>	<p>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</p> <p>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。</p> <p>保 保健所   福 福祉事務所   行 市町村</p> <p>サ サービス事業所   相 相談支援事業所   十 医療機関</p>	
<p>第2段階</p>	<p>医療機関等が何らかのサービス(私的サービスを含む)を伴ってでてくる段階</p> <p>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。</p>	
<p>第3段階</p>	<p>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</p> <p>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。</p>	
<p>第4段階</p>	<p>圏域設定と地域内連携強化の段階</p> <p>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。</p> <p>ある単位での連絡会議</p>	

<p>第5段階</p>	<p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p> 自立支援協議会</p>	
-------------	---	--

精神障害者退院促進地域支援ネットワークの形成のための計画書(案)

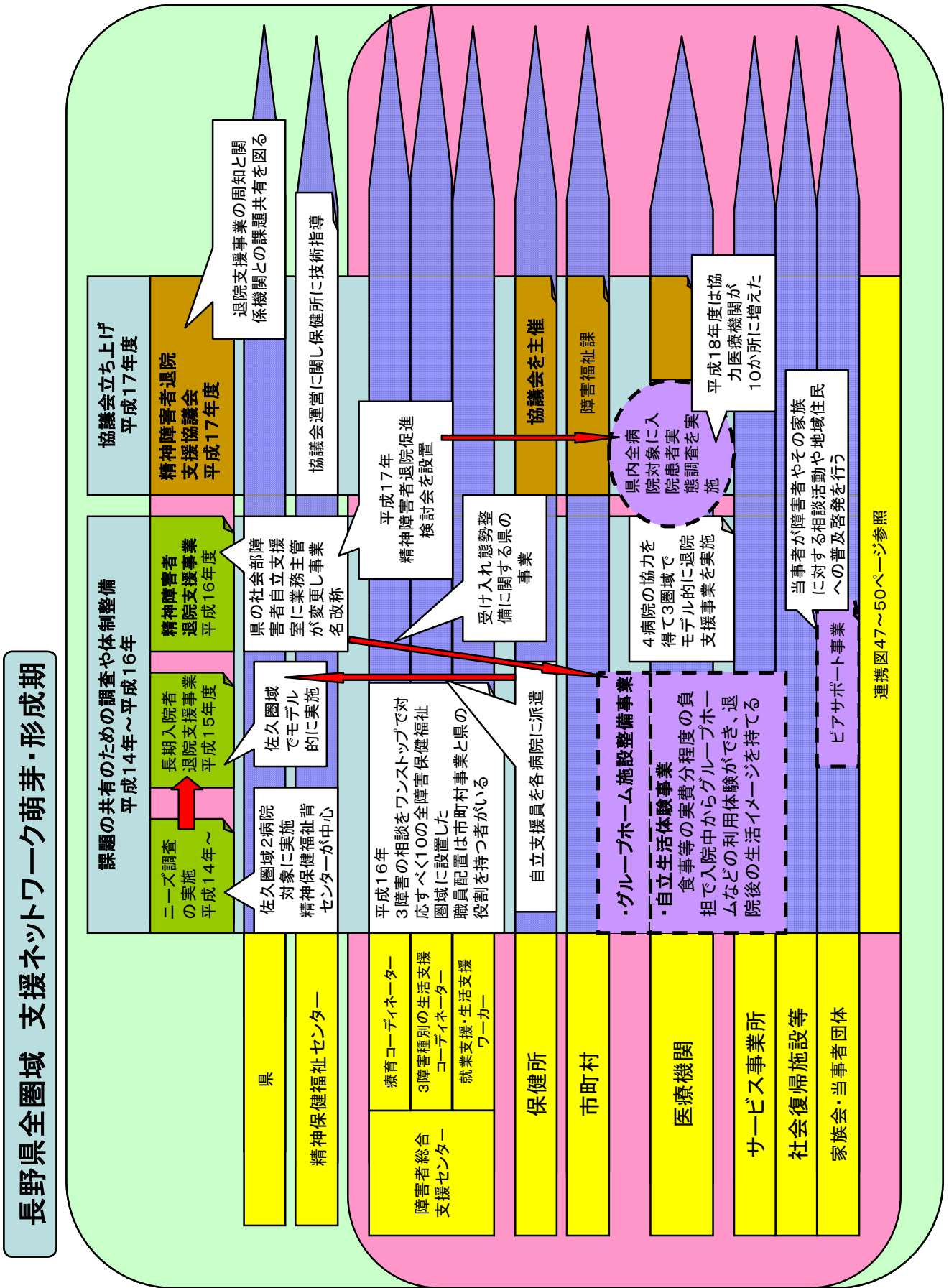
圏域名( )

地域ネットワークの総合目標	
---------------	--

各項目	現在の段階	1年後に 目指す段階	2年後に 目指す段階	現在の課題	1年後の目標を達成するための実施事項
相談支援体制					
医療機関の関与					
障害者総合支援センター					
退院後のケアマネジメント					
サービス提供体制					
自治体の関与					
地域ネットワーク					

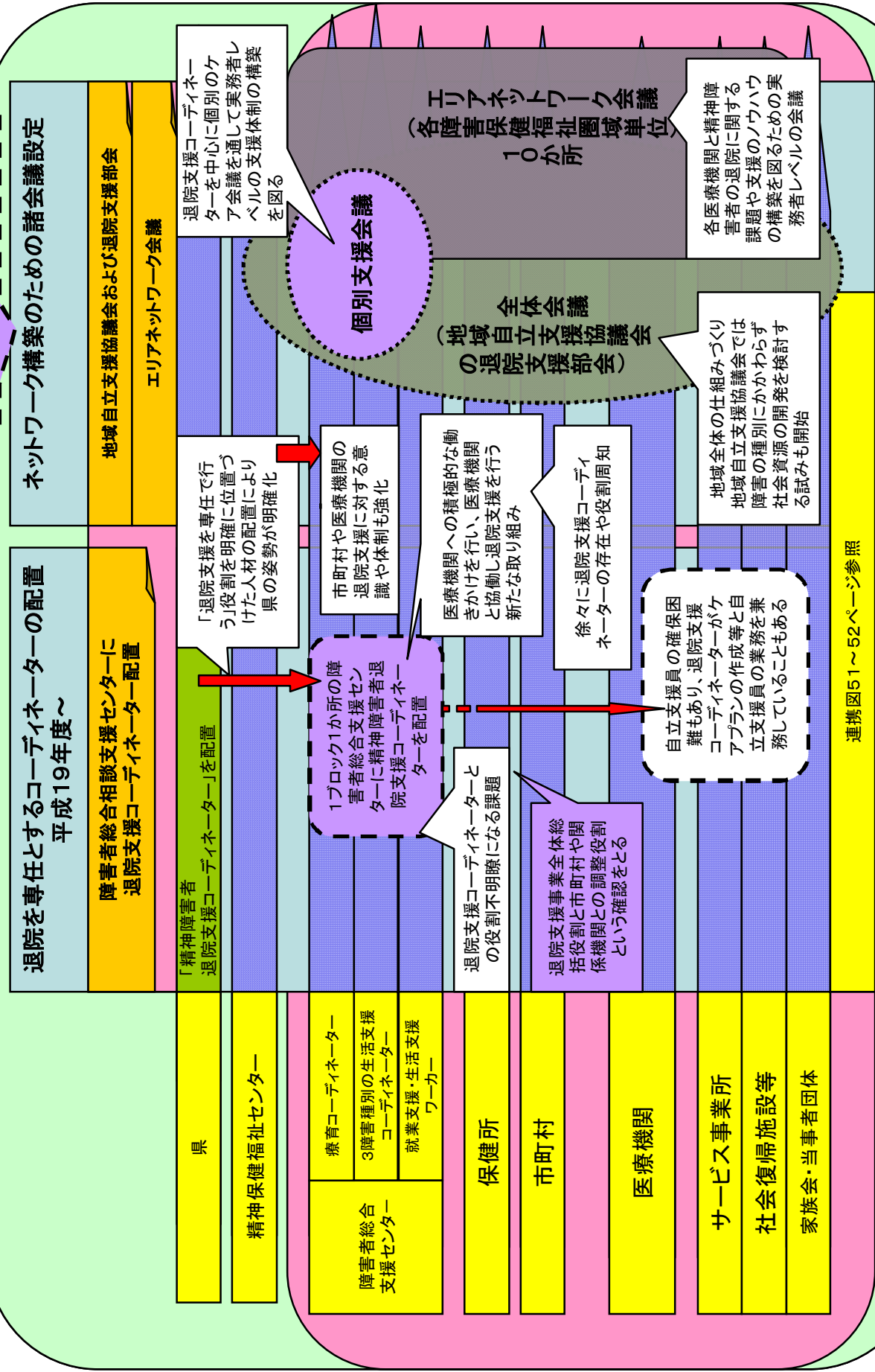
( 備考 )

2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)



# 長野県全圏域 支援ネットワーク成長・拡大期

障害の枠を超えたネットワークへ



連携図5-1～5-2ページ参照

### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) 長期入院者退院支援事業(県事業、佐久保健所、モデル事業)

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・平成 14 年度に精神保健福祉センターで実施した入院患者へのニーズ調査を元に、長期入院者の退院支援を開始した。比較的病院ワーカーに力があり、地域医療が充実している佐久圏域でモデル事業として行った。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・対象者 4 名のうち 2 名が退院。残り 2 名は中断。 ・退院支援の問題点が明確化し、地域と医療の協働で行うネットワークのきっかけとなった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

※平成 15 年 4 月から平成 16 年 3 月まで



(2)精神障害者退院支援事業

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>モデル地区を3圏(5病院)とする。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・平成16年度より事業を障害者自立支援課(当時:障害者自律支援室)へ移行。佐久圏域のモデル事業を参考に、上伊那圏域及び下伊那圏域を加えて実施。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・対象者13名のうち3名が退院。 ・知的障害者の地域生活移行に伴い、障害者総合支援センターの設立、グループホーム整備事業の開始。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

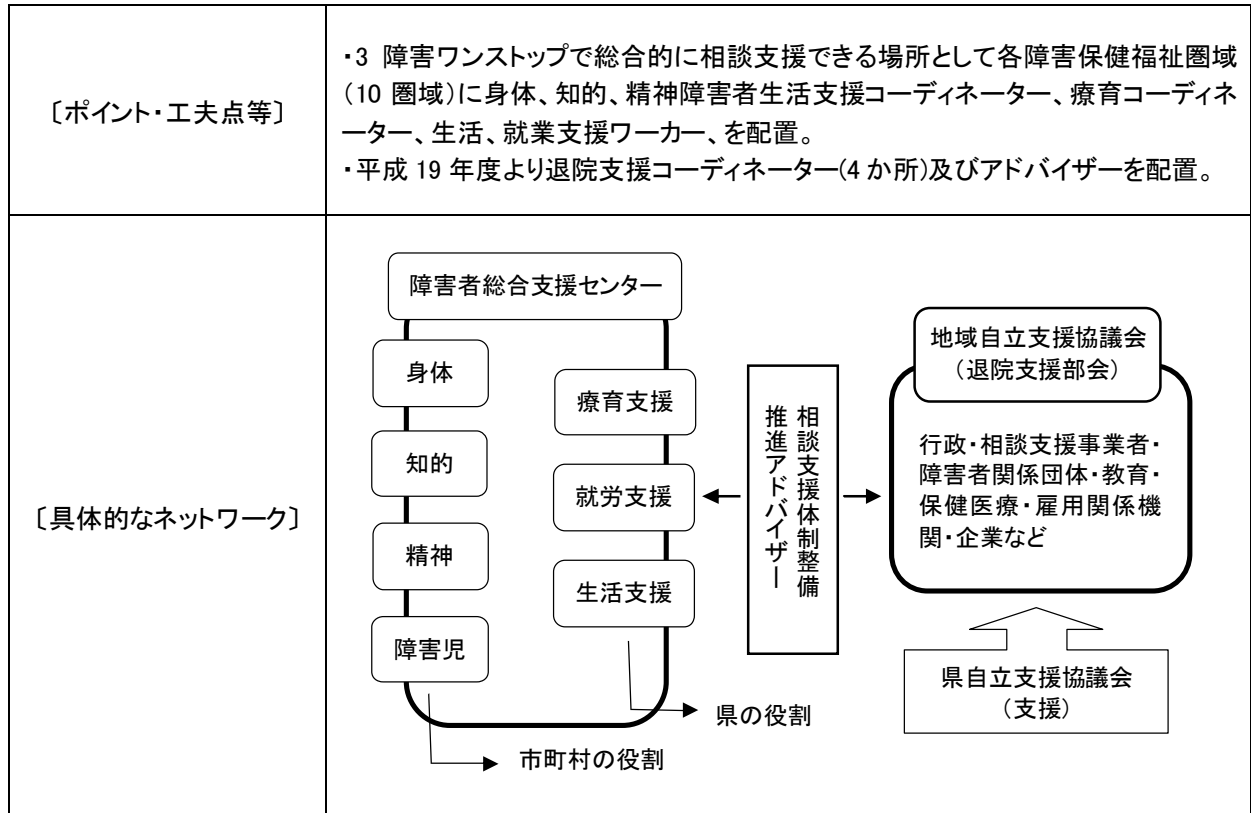
※平成16年度

### (3) 精神障害者退院支援事業

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・障害者総合支援センターが設立されたため、自立支援員のフォロー体制が整った。退院以外の就労、通う場等の資源についても、精神障害者担当のコーディネーターが支援を行った。その結果対象者も増加した。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・平成 17 年度: 対象者 28 名のうち 11 名退院。 ・平成 18 年度: 対象者 22 名のうち 14 名退院。 ・ケア付きグループホームやピアサポート事業等の設置、総合支援センターの周知により包括的なサポートが可能になった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

※平成 17 年度～平成 18 年度

(4) 圏域ごとの障害者支援体制 障害者総合支援センター(平成19体制図)



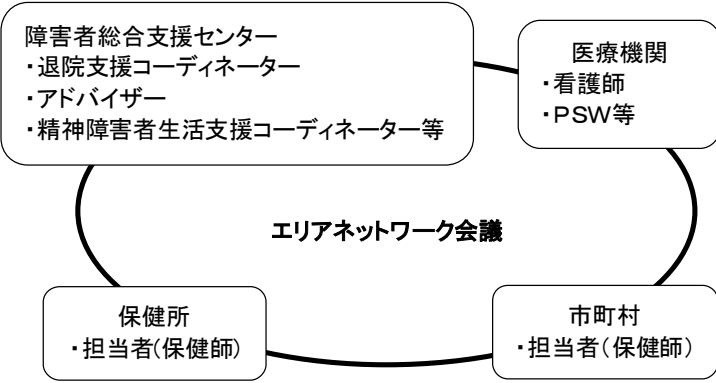
## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1)精神障害者退院支援事業 精神障害者退院支援コーディネーター設置等事業

<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・障害者総合支援センターに専任の退院支援コーディネーターを配置。医療機関への積極的な働きかけ、入院患者の退院支援に関するコーディネートを実施。地域で支援を行う事業者も入院中からかかわるので、当事者が安心して退院支援を受けられる。また、圏域ごとに地域自立支援協議会が立ち上がり、その中に退院支援専門部会が設置され、ネットワーク構築のための役割を担っている。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・平成 19 年 11 月末現在:対象者数 82 人のうち 27 人が退院。          ・退院支援コーディネーターの活動により、今まで支援対象者が選出されなかった医療機関からも対象者がだされるなど、協力医療機関が増えたことも効果の 1 つといえる。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

※平成 19 年度

## (2) 精神障害者退院支援エリアネットワーク会議

<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・各医療機関と精神障害者の退院に関する課題や支援ノウハウの構築を図るため、実務者レベルで開催するエリアネットワーク会議を退院支援コーディネーターの活動範囲で設置。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・ネットワーク構築により退院後により手厚い支援が行われる。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

※平成 19 年度

## ■第6章 取り組み事例－岩手県宮古圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

#### 官民協働のネットワークを中心とした退院促進支援に関する事例

#### 1 事例のタイプとその特徴

本事例は、岩手県の宮古圏域（1市2町2村）において官民協働のネットワークを構築し、支援体制を確立していった事例である。

その特徴としては、①知的障害者の入所施設の地域生活移行支援をきっかけに、障害者の支援ネットワークが課題に応じ段階的に構築され、3障害共通の支援体制である「宮古圏域障がい者福祉推進ネット（通称：レインボーネット、以下より通称）」が立ち上がったこと、②本ネットワークを基軸とした拠点づくりと、地域自立支援協議会と連動し相補的に機能して行われる障害者の地域生活移行及びその支援体制が構築されていったことである。

その背景には岩手県が主体的かつ積極的に障害児（者）の支援体制について明確なビジョンを持ち、それに伴う人材育成を進めていったことが大きい。

#### 2 調査対象地域の概略

##### (1)人口

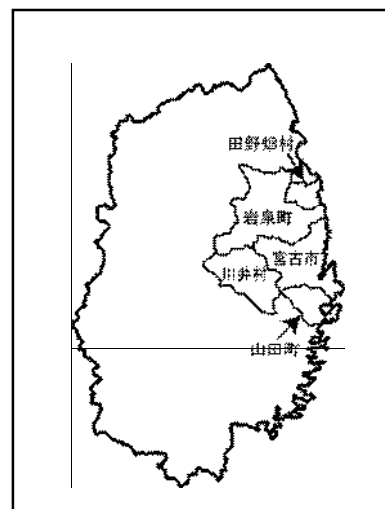
- ・宮古圏域（1市2町2村）： 96,500人
- ・宮古市 58,437人
- ・山田町 19,490人
- ・岩泉町 11,346人
- ・田野畑村 4,057人
- ・川井村 3,170人

（平成19年12月1日）

##### (2)精神科病床数

- ・645床
- ・三陸病院 235床
- ・宮古山口病院 405床
- ・病床数は下がってきており、利用率は高い。

（平成19年12月1日）



##### (3)社会資源の特徴

岩手県では障害者自立支援法が本格施行された翌年よりすべての障害者施設へ向けて新体系

事業移行を進めていることから、宮古圏域では、すでに精神障害者社会復帰施設は新体系事業へ移行している。

また圏域でも一番人口の多い宮古市に医療機関や障害福祉サービス等が集中している。主なサービスとして総合相談の拠点をはじめ、グループホーム、宿泊型自立訓練事業、市町村デイケア、就労移行支援事業、就労継続支援事業、障害者就業・生活支援センター、施設入所支援、地域活動支援センターがある。

#### (4) 地域の特徴

県庁所在地から車で約2時間かかり、圏域内に鉄道、バスなどの公共交通機関はあるが運行本数が少なく、車がないと不便である。

県内にあつては比較的温暖な地域である。地域の基礎的な産業である農林漁業の活性化問題を抱える一方、携帯電話に使われるコネクタなど金型産業については、高い市場占有率を維持するための取り組みが展開されている。人口は過去5年間で約5%減少し、少子高齢化が進む地域であるが、地域社会の活力を維持するための取り組みが福祉部門も含め各方面で展開されている。

### 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

#### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

##### ① ネットワークの草創期

知的障害児(者)入所施設はグループホームを活用した地域生活移行支援を通し、地域の支援体制(ネットワーク)の必要性を感じていた。そこで知的障害関係の民間事業者、行政機関が集まり、それぞれの立場を越えた話し合いを重ね、平成12年3月に知的障害児(者)の支援を目的とした「知的障害児(者)福祉推進協議会(以下協議会/レインボーネットと称しているが、以下の中興期1と分けるために、あえて協議会とする)」が立ち上がった。

その背景としては、地方振興局が実施する「地域活性化事業」がある。これは地域の産業等の活性化を目的としたものであるが、本事業を障害福祉事業についても導入することを行政機関へ働きかけるにあたり、その受け皿としてネットワークが必要であった。

地方振興局がイベント、啓発研修等を直接開催し、協議会の構成員が参加し、共同運営を行った。こうした協議会における勉強会や、「地域活性化事業」によるイベントなどの活動を通し、「顔の見える関係」が築け、地域に向けては「障害者を生活者としてアピール」することができたのである。

##### ② ネットワークの中興期1

各施設では精神障害の利用者が増えていき、知的障害分野では担いきれない課題や、以前から協議会の構成員からも「3障害統合」の声もあがり、一方岩手県においては障害保健福祉の3障害一元化の方向性を示していることもあり、協議会構成員、身体障害、精神障害分野の関係機関と行政機関が話し合う、検討の場を設けた。

そして数10回にもわたる議論を重ね、平成15年11月に精神障害、身体障害分野の関係機関を含めた3障害の支援体制として「宮古圏域障がい者福祉推進ネット(レインボーネット)」が

立ち上がった。

レインボーネットでは圏域の課題をカテゴリー別に検討するため、5つの部会から構成され、より課題や問題解決に向けた意見交換や議論ができるようになった。精神障害の分野では精神保健部会が設置され、精神科医療機関の精神保健福祉士、精神障害者社会復帰施設等の職員が構成委員となり、勉強会や研修会などを通し、相互関係を築いている。

## (2) 関係機関・職種と役割

### ① 草創期

- ・ 岩手県立松山荘の職員：運営する社会福祉法人岩手県社会福祉事業団の「施設機能強化推進費」10万円を元手にしたネットワーク運営。
- ・ 宮古市障害福祉担当係長及び知的障害者福祉司：事業の企画、運営への参画。
- ・ 岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部の企画担当主査：地域活性化事業調整費の予算確保、事業の執行。

### ② 中興期1

- ・ 知的障害者施設、精神障害者社会復帰施設を中心とした施設の施設長及び指導員、当時の障害児者地域療育等支援事業の「コーディネーター」：宮古地方振興局の事業企画に関する会議への出席、事業執行時のスタッフとしての協力。
- ・ 宮古市障害福祉担当係長及び知的障害者福祉司：草創期の協力内容に同じ。
- ・ 岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部の企画担当者：草創期の協力内容に同じ。

## (3) キーパーソンの職種と役割

### ① 草創期

- ・ 県立松山荘 施設長
- ・ 岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部：企画担当主査。上司の命を受けた地域活性化事業の「タマ出し」（事業内容の企画立案）と地元の動きとの調整。調整は形式的な会議開催などではなく、時間外に自由討論で行われたものも多かった。

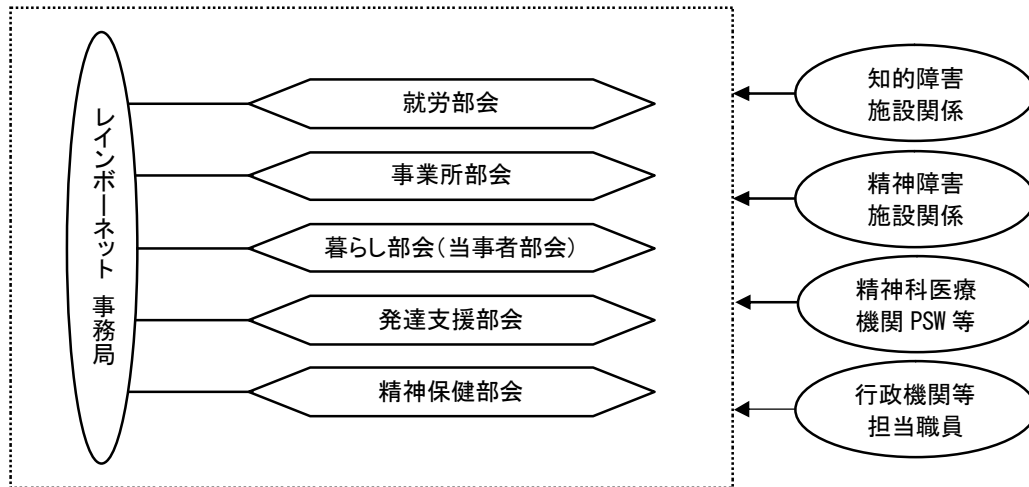
### ② 中興期1

- ・ 県立松山荘 施設長
- ・ 宮古市障害福祉担当係長及び知的障害者福祉司：草創期に同じ。
- ・ 社会福祉法人 若竹会
- ・ 岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部：草創期に同じ。



#### (4) 関係機関・職種のネットワーク

宮古圏域障害者福祉推進ネット(レインボーネット)



#### (5) 成功のポイント

草創期でのポイントとしては、まず地域生活移行支援の取り組み課題として、地域の支援体制整備へ目を向け話し合いの場をもったこと、そして「地域活性化調整事業」へ障害福祉の導入を働きかけたことがあげられる。この2つから総じて言えることは「地域をつくっていく(耕していく)」という共通の目的が、話し合いの場をきっかけに確認できたことと、今ある資源(事業)を活用し、実行していったことが重要である。

こうした結果として、中興期1においては、草創期に形成されたネットワークでは担いきれない課題等を民間機関と行政機関のそれぞれの立場を越えて、議論の場をもつという作業プロセスの一つひとつが、課題共有、それぞれの機関ごとの温度差を解消することにつながったことが大きい。また議論の内容を有効な方向へ導くことができる人材があったこと、そして何よりも今日のネットワーク構築の土壌である官民協働で行う支援体制を築いたことは大きい。

### 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

#### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

##### ① ネットワーク中興期2: 障害者相談支援モデル事業の実施

岩手県では、当時の障害者相談支援事業である「市町村障害者生活支援事業」(身体障害者向け、市町村事業)、「障害児者地域療育等支援事業」(障害児及び知的障害者向け、県事業)、精神障害者地域生活支援センター(県事業)の全圏域設置を目指しており、県事業についてはすべての圏域で設置が完了し、さらに3障害一元化の支援体制を構築するため、共同拠点の設置のための支援を市町村などに行っていた。

これらの取り組みの一環として、平成16年に障害者相談支援モデル事業を宮古市(及び釜石市)へ委託し、本事業が実施されることとなった。

実施場所としては商店街の入り口に所在し、大手スーパーの撤退で空きビルとなっていた商業

施設（現在「キャトル宮古」として営業再開）に、地元商店などとともに入居することとし、子育て支援を目的とする「つどいの広場」とともに「障害者相談コーナー」の名称で事業を開始した。実施体制としては、商業施設キャトルの営業時間帯には常に人を配置する必要があったため、当初は宮古市の職員も含む、レインボーネットの構成員である関係機関の職員が相談員としてローテーションで詰めた。この体制の調整役としてレインボーネットが協力、さらにレインボーネットの事務局をこの場に設置することとし、事務局員を配置した。

加えてこの場を活用し、平成 17 年にレインボーネットでは末広町商店街に「はあとふる広場」を開設し、定例的なイベントや、障害者就業・生活支援センターとリンクする形で障害者の中間的就労の場を設置。またこうした活動についてレインボーネットでは年に 1 回、関係機関、当事者、市民などを対象とした報告会（フォーラム）を開催し、市民への理解促進、普及啓発など、新たなネットワークを築いている。

## ②ネットワーク中興期 2:

### 「宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ」開設

岩手県では障害者自立支援法へ向けた取り組みとして、全圏域に総合相談の拠点を設置する障害者相談体制整備を示した。

宮古圏域においては、宮古市が平成 19 年に精神、身体、知的障害者の総合的な支援を行う拠点として「宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ（はあとふるセンター）」を開設した。実施場所としては、日本財団の「2006 年改修による福祉拠点整備事業助成」を社会福祉法人若竹会（以下、「若竹会」）が受け、もともと病院（産婦人科）だった建物を改修して、そこへ設置している。

実施事業としては障害者相談支援モデル事業の実績もあるレインボーネットが若竹会の再委託により、5 市町村の相談支援機能強化事業を受託し、宮古地域障害者相談支援センター、障害者等地域活動支援センターみやこ、宮古地区チャレンジド就業・生活支援センター、ジョブコーチ事業（第 1 号職場適応援助者）を実施している。

その他の事業としては、若竹会が実施する就労移行支援事業、生活介護事業、ホームヘルプサービスセンター、日中一時預かり（短期入所）を行っている。

このことにより、レインボーネットの事務局を商業施設キャトルより、はあとふるセンター内へと移転した。

## ③ネットワーク中興期 3

岩手県では同年に障害者の支援体制の拡充をするために、精神障害、知的障害、身体障害の方の地域生活移行支援を地域自立支援協議会に組み入れて、全圏域で実施することを示し、岩手県地域自立支援協議会においては、地域生活移行支援を強化するため、地域移行部会を設置した。

そして各地域に、地域生活移行のサービス調整窓口となる地域移行推進員を配置し、その地域移行推進員の指導、助言や、養成研修の実施、圏域の地域移行支援体制のチェックなど、地域生活移行支援体制を中心とした地域相談支援体制全体の整備、進捗管理を行う「地域生活移行支援アドバイザー」を 3 名委嘱し、さらに県の地域自立支援協議会及び相談支援体制、地域生活移行支援体制及び地域生活移行支援アドバイザーへの指導、助言などを行う、特別アドバイザーを 4

名配置し、重層的な体制を整備した。

また全圏域において精神科病院院長、施設長への説明会、障害者団体との意見交換会や、地域生活移行支援（地域移行推進員）、退院促進支援事業の専門職への研修会を実施した。

宮古圏域では精神障害者退院促進支援事業を若竹会が受託し、地域活動支援センターみやこで実施することとなり、精神障害者自立促進支援協議会は「第1回宮古圏域障害者自立支援協議会（地域自立支援協議会・親会）」で障害者相談支援体制に組み入れて実施することを決定し、このことについては保健所が中心となり関係機関を集めて、数回の勉強会、説明会を実施した。

実際の支援体制としては、宮古圏域障害者自立支援協議会（以下自立支援協議会）の事務局をレインボーネットへ置き、さらに既存の機能を活用し、自立支援協議会の共通部会として、3障害の地域移行部会兼相談支援部会を設置し、その中に精神障害者自立促進支援協議会（地域委員会）を設置し、加えて権利擁護部会の3部会を整備し、公的な位置づけとした。

また地域移行推進員を配置し、自立支援員へのスーパーバイズ、退院促進支援事業の進捗管理等も行っている。

各部会等の動きとしては、地域委員会は長期入院者の退院促進に関して検討をし、相談支援部会兼地域移行部会では、地域委員会の報告を受け、対象者のリストアップ、必要なサービス資源の確認、進捗状況の情報共有などをしており、各部会からの意見等は市町村へフィードバックされ、市町村事業へ反映できるようになっている。

市町村事業へ反映できる伏線としては、障害者自立支援法実務担当者会議（地方振興局、5市町村の実務レベルの担当者など）という実務レベルの会議を実施しており、その担当者が各部会へ必ず参加することとしている。

特に個別事例に関しては、地域活動支援センターや、保健所が中心となり、ケア会議を頻繁に行っており、困った事例などがあるときは自然と集まる体制ができている。

加えて地域活動支援センターみやこが精神障害者退院促進強化事業の1つである理解促進事業を受託し、レインボーネット精神保健部会、デイケアネットワーク、精神科医療機関と連携し、講演会、ピアカウンセリング、ボランティア養成、地域との交流・普及啓発を行っている。この他に必要な事業への利用ができるなど幅が持たされた事業となっている。

## （2）キーワード

障害者の地域生活移行支援、官民協働のネットワーク、地域活性化、3障害共通の支援体制、総合相談の拠点、地域をつくる（耕していく）、地域生活移行支援部会、明確なビジョン提示、誰もが安心して暮らせる地域づくり

### (3) 関係機関・職種と役割

#### ① ネットワーク中興期 2: 障害者相談支援モデル事業の実施

- ・宮古市の福祉担当者：商業施設キャトル内での障害者相談コーナー運営に係る総合調整（事業内容の確定、空きビル活用の事業を進めていた商工・企画部局との調整）。
- ・レインボーネット構成員：知的障害者施設、精神障害者社会復帰施設の実務者クラスにより、商業施設キャトル内での障害者相談コーナー運営時の人的な協力（ローテーションで相談員を派遣）、地域活性化事業による受託事業の執行。
- ・岩手県障害保健福祉課の担当者：国庫補助採択及び県予算確保の作業。
- ・岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部の企画担当者：商業施設キャトル内の障害者相談コーナー運営内容等の検討、必要な県予算の確保のための折衝等。

#### ② ネットワーク中興期 3:

##### 総合相談の拠点「宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ」開設

- ・岩手県 障害保健福祉課。
- ・岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部の福祉担当者：圏域事業として各市町村が採択するための必要な会議開催、連絡調整。各市町村助役に対する事業説明も実施。
- ・宮古市の福祉担当者：各町村事業を一度市で受託し、再委託を行うための予算調製、町村分担金確定、諸規則制定及び委託契約締結等必要な事務作業。
- ・若竹会の法人事務局担当者：商業施設キャトルから移転するための新拠点建物の取得、改修、民間補助を受けるための手続き等必要な事務作業。

### (4) キーパーソンの職種と役割

#### ① ネットワーク中興期 2: 障害者相談支援モデル事業の実施

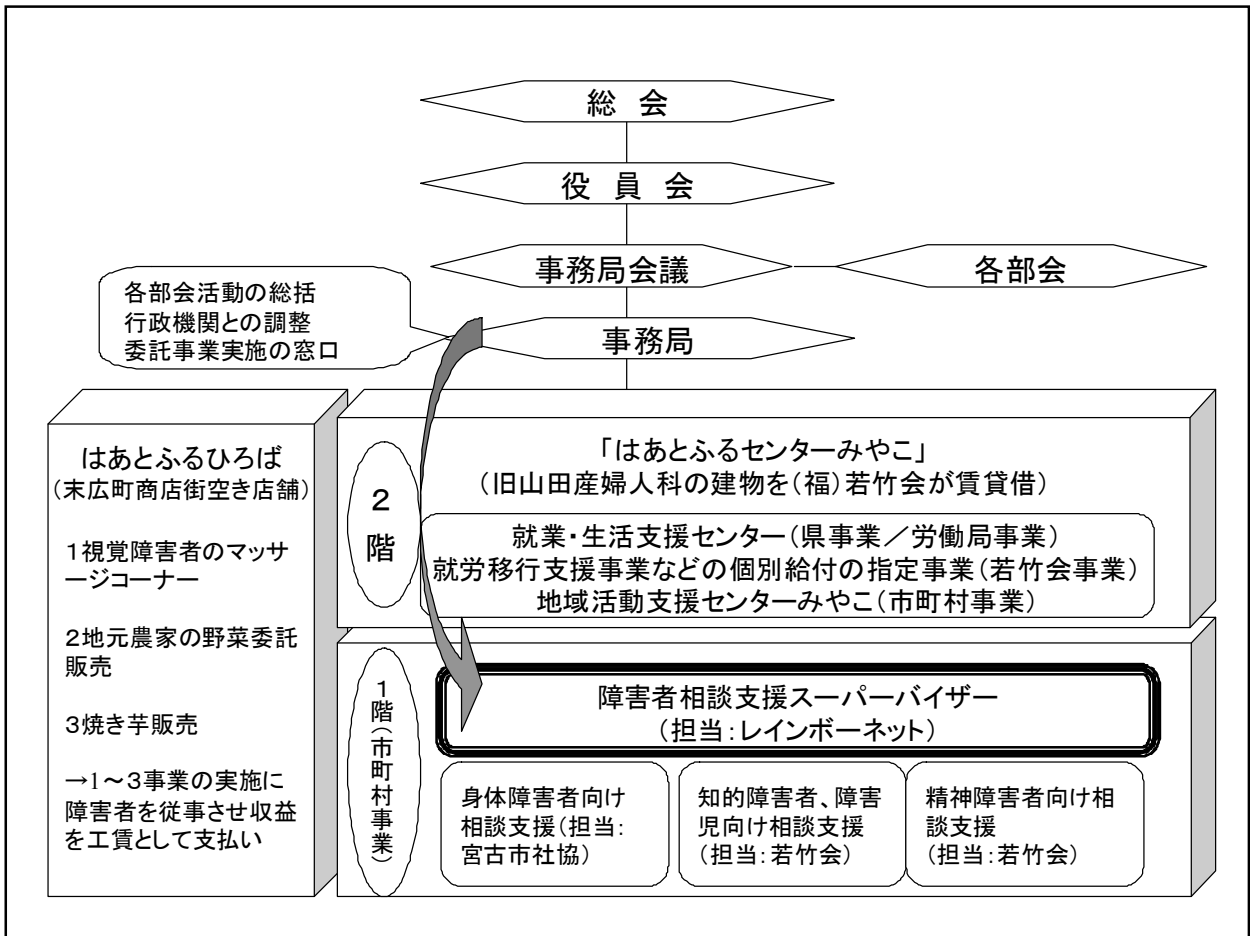
- ・宮古市の福祉担当者：以前から懸案であった障害者の相談支援事業拠点新設と、市街地の空洞化の要因にもなっていた空きビルの活用案件を連動させ、双方を成功に導いた。
- ・岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部の企画担当者：宮古市の動きと連動し、国事業採択、県予算確保に成功した。
- ・レインボーネット構成員：実務担当者クラスが、商業施設キャトルの長い営業時間、土曜休日を含む営業日に対応し、ローテーションで相談員を常駐させた。

#### ② ネットワーク中興期 3:

##### 総合相談の拠点「宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ」開設

- ・岩手県 ⇒ 3 障害共通の相談支援体制整備の掲示。
- ・宮古市の福祉担当者：障害者自立支援法施行に伴い、障害者相談支援事業が原則市町村事業とされた中、広域市町村圏の中心自治体として存在感を発揮し、各町村にとっては負担が大きい事業を広域実施とし、それぞれ単独実施する場合に比して事業内容を充実させた。
- ・各町村の福祉担当者：宮古市の動きに呼応し、必要な予算確保に努めた。
- ・若竹会の法人事務局担当者：障害者自立支援法の新事業体系移行にいち早く対応し、民間補助を活用しつつ障害者相談支援事業に供する事業拠点を新設した。

レインボーネットを中心にした相談支援関係機関・職種のネットワーク

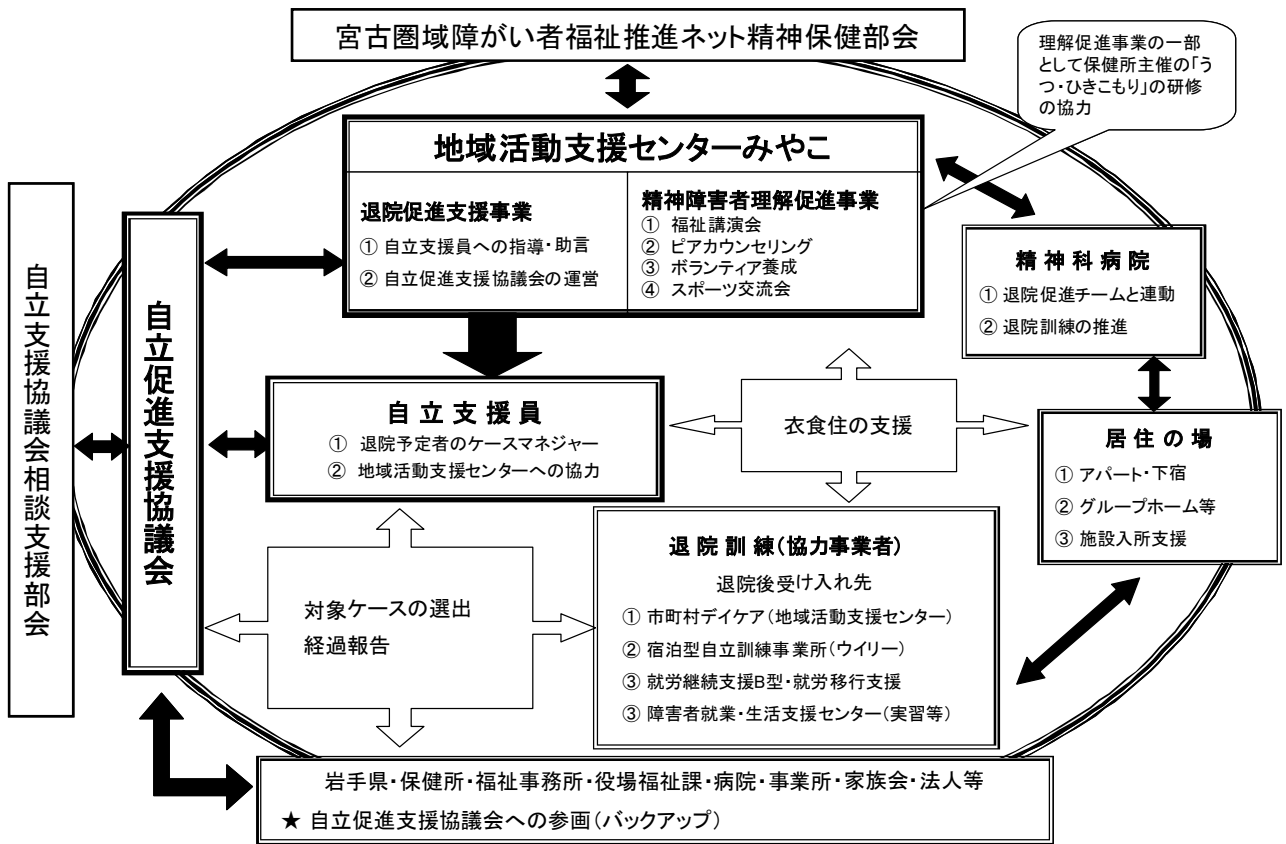


③ネットワーク中興期 3

- ・岩手県 ⇒ 明確なビジョンを示しての丁寧な対応。説明会、研修会の開催。
- ・相談支援体制整備、退院促進支援事業及び精神障害者退院促進支援事業強化事業。

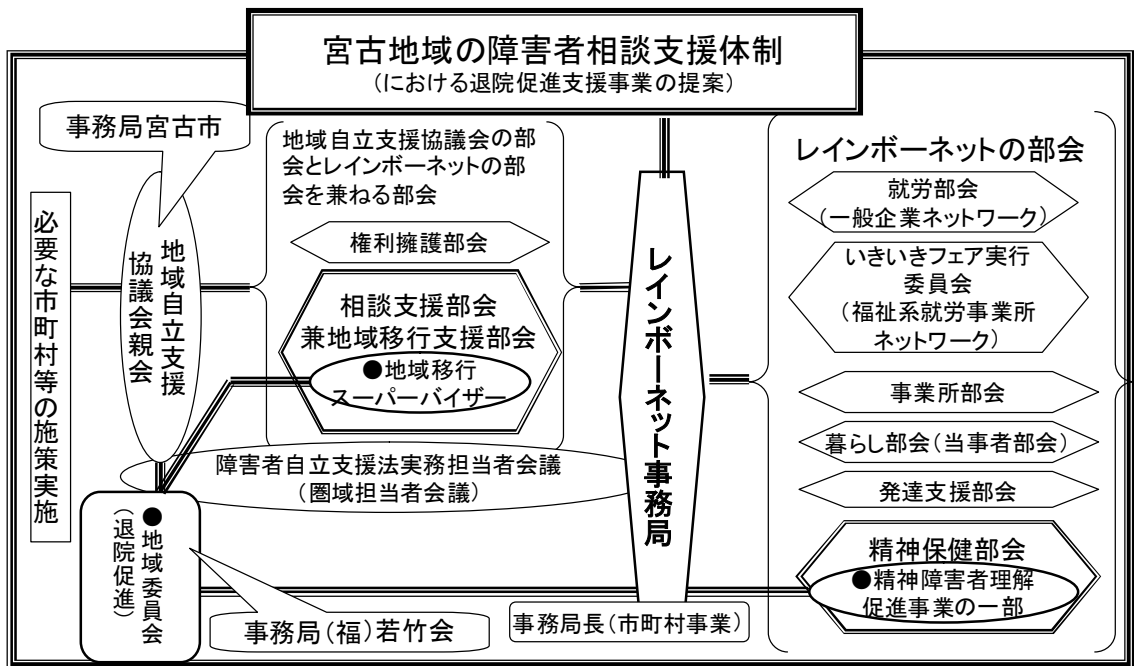
(5) 関係機関・職種のネットワーク

精神障害者退院促進支援事業(全体像)



宮古地域の障害者相談支援体制

※1 ●…精神障害者退院促進支援事業によって実施する部分



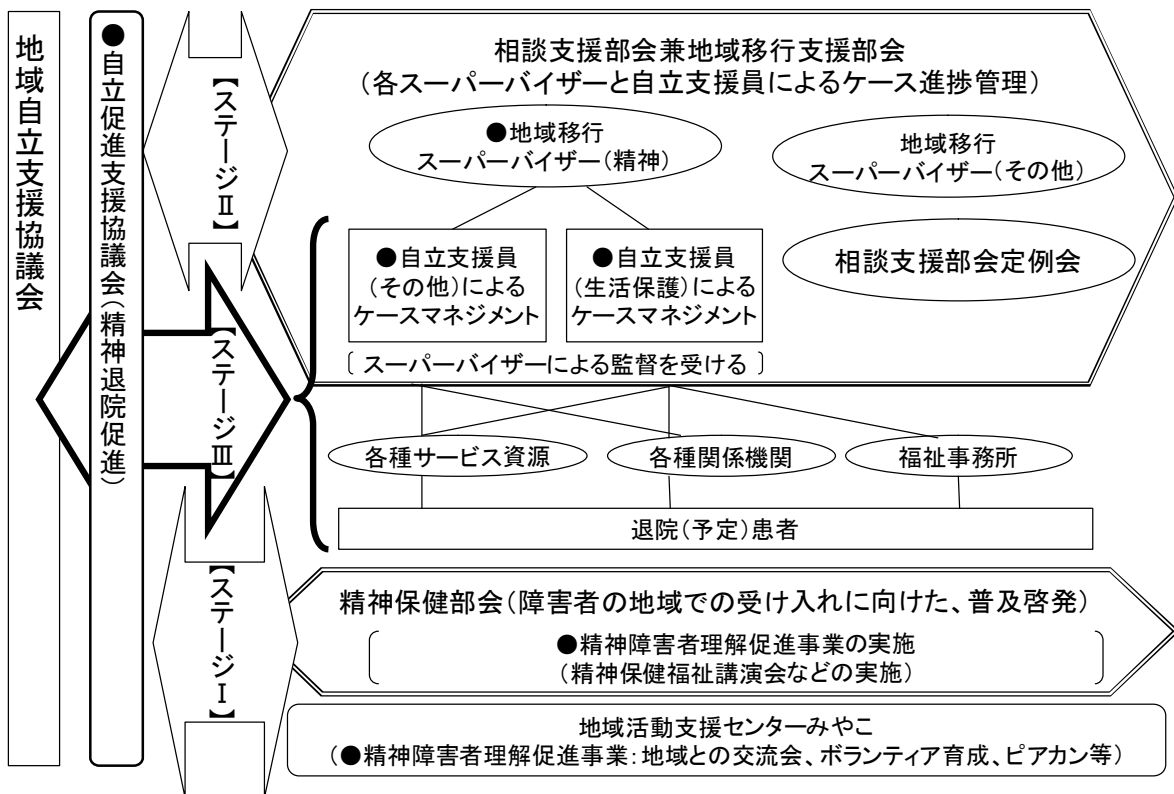
※2 平成18年度以来検討を重ねてきた、圏域における既存の相談支援事業の枠組みで、精神障害者退院促進支援も実施するもの。

(このほか、地域活動支援センターみやこ(はあとふるセンター内)の機能も活用して実施する)

※3 地域自立支援協議会(事務局宮古市)と、自立促進支援協議会(事務局(福)若竹会)は、委員構成が一部共通と考えられ、内容も類似性があることから、少なくとも相互に開催状況を報告することでどうか。(市町村の事業計画やサービス資源の整備計画とリンクする必要があるため、全く別個に開催することは適当でないと考えた)

### 精神障害者退院促進支援事業の進め方

※:ステージⅠ・Ⅱ・Ⅲ…障害保健福祉課資料上の呼称



## (6) 成功のポイント

中興期2では、まさに地域づくりの視点を中心とした、既存のネットワークの活用と、そしてそれを担う人材育成がポイントである。

具体的には障害者相談支援モデル事業における市職員と、レインボーネットの構成員が総動員で事業を行ったことで、関係機関の連携強化、相談支援のノウハウが蓄積され、相談支援体制の基盤がつけられた。

こうした結果、障害者の地域生活を支える仕組みづくりへ発展し、拠点機能ができたのである。さらにレインボーネットと障害者自立支援協議会を連動させ、二つのネットワークに地域生活移行支援をしっかりと位置づけたことにより、ネットワークとしての役割が広がっていった。

その背景としては岩手県の地域生活移行支援への明確なビジョンの掲示と積極的な取り組みが、宮古圏域にしっかりと反映されていることがあげられ、こうした活動を支える財政面を確保し、そして担保している。

その一つとして精神障害者退院促進強化事業がある。本事業を通し、利用者との地域視察や見学を行うことで、利用者にとっては具体的な地域生活がイメージでき、支援者側では支援体制をどのように組み立てていけば良いのか、足りない資源がないのかについて具体的なイメージがもてるようになる。また企画段階から医療機関や、地域活動支援センター、指定障害福祉サービス事業者などで話し合いができ、そのプロセスにおいて役割がもて、ネットワークの求心力ともなっている。

そしてネットワークを担う人材については、本事業実施前の保健所を中心とした勉強会や、岩手県における研修会等により共通の基盤が築け、また地域移行推進員アドバイザー、地域生活移行支援アドバイザーがかかわることで、地域移行推進員や自立支援員のみならず、ネットワーク全体（構成員）が育成へとつながっている。

## 5 事例のまとめ

本事例を通し、支援ネットワークをつくっていくためには、官と民がそれぞれの立場をしっかりと理解しつつ、またそれを越えつつ、同じ目的である「地域づくり」に向かっていくこと、まさに「協働」していくことが必要ではないかと考える。

この「地域づくり」への視点が、ネットワーク形成をする上で重要な役割を果たしたといえる。つまり「安心した暮らし」を実現していくためには、本人が生活していく上で必要とする支援、サービス等がいつでも提供できる地域をつくっていくことである。

圏域内の各市町村においても宮古市に障害福祉サービス等が偏っているため、「市町村ごとのネットワークも必要ではないか」と声も上がりはじめ、すでに動きは始めているところもあり、一方の直接サービスを提供する側では「本人が住まう地域を知らないと、サービス等の提供ができない」ということで、お互いの市町村の状況を時間の合間をぬって視察するなど、ネットワークならではの相乗効果が「地域づくり」という視点を中心とし、生まれている。

そしてこうした結果を導き出した、岩手県は「障害者の地域生活移行」を掲げ、「誰もが社会の中で安心して暮らせる支援体制づくり」を着実に実施し、①ネットワーク形成をリードしつつ、②必要なもの（人、もの、財政面など）を用意しつつ、③側面的にしっかりと支えていくという、



この役割は非常に重要ではないかと考える。

さらにいうならば、人と人のつながりを大事にし、確実にそこを支えていく人が育っているということである。

このようにあたり前のようなのだが、人を中心とし、活動の一つひとつを丁寧に、そして常に官民の協働体制で行っていくことが、支援体制の構築に向けての最大のポイントであるといえる。

最後に官民協働のネットワークであるレインボーネットは、次の段階へ向かっている。平成20年度にはNPO法人格を取得し、「相談支援事業を中心に地域の仕組みをリードしていくことを想定している」と担当者はいう。

具体的にはレインボーネット（次頁の図参照）の5つの部会を統括する地域生活支援調整会議を設置し、相談支援事業や、地域生活移行支援から示される利用者ニーズを一元的に吸い上げ、自立支援協議会へ上申し、さらにはそれを障害福祉計画に反映する。

また事業者の情報共有等の連絡会や、障害当事者を中心とした連絡会をネットワークの新たな機能へと位置づけ、その声を反映できる仕組みづくりをしていく。

一方精神障害者退院促進支援事業を進めていく中で、障害当事者の存在は大きく、先の理解促進事業を活用し、障害当事者を中心とした勉強会、研修等を開催し、地域生活移行支援を障害当事者ととともに担っていくことを考えている。

「障害者のみならず、誰もが安心して暮らせる地域づくりをしていきたい」、「退院促進支援事業は退院が目標ではなく、退院後の生活をいかに充実させていくかの環境づくりが必要である」というように、その先について常に目を向けていき、課題解決の方向へ導き出していくための、先にあるように立場を越えた議論の必要性を改めて認識する。

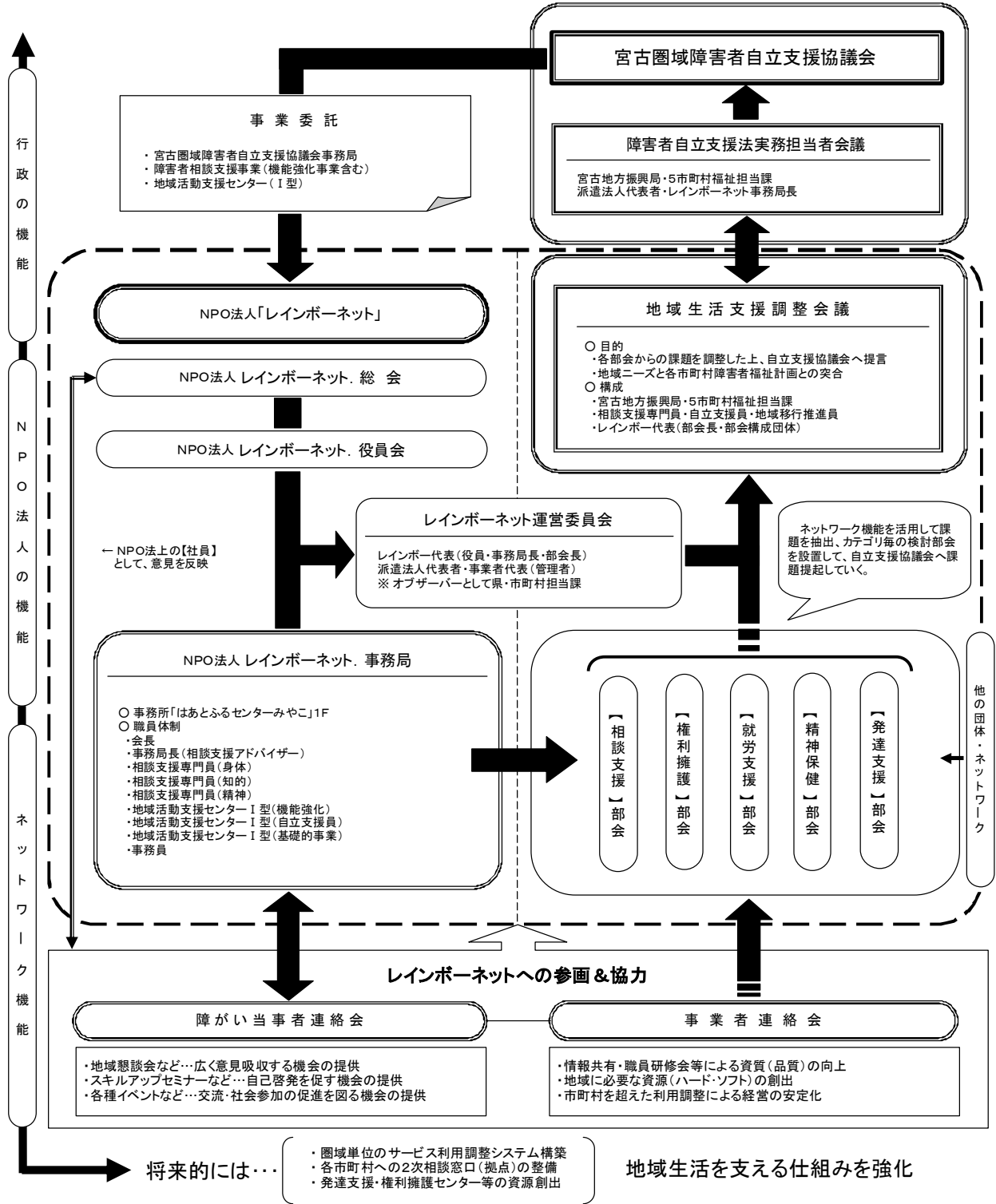
しかしながらこれらを実現可能なものとしていくためには自らの足元をしっかり認識していかなければならない。このことについても「社会福祉法人は地域福祉を担い、公益性をしっかりもって、ネットワークを構築していくという役割がある」という。

一人ひとりのこういった認識のもとにネットワークはつくり上げられていくのだと考える。

# 平成20年度 宮古圏域障害者支援体制全体構想図

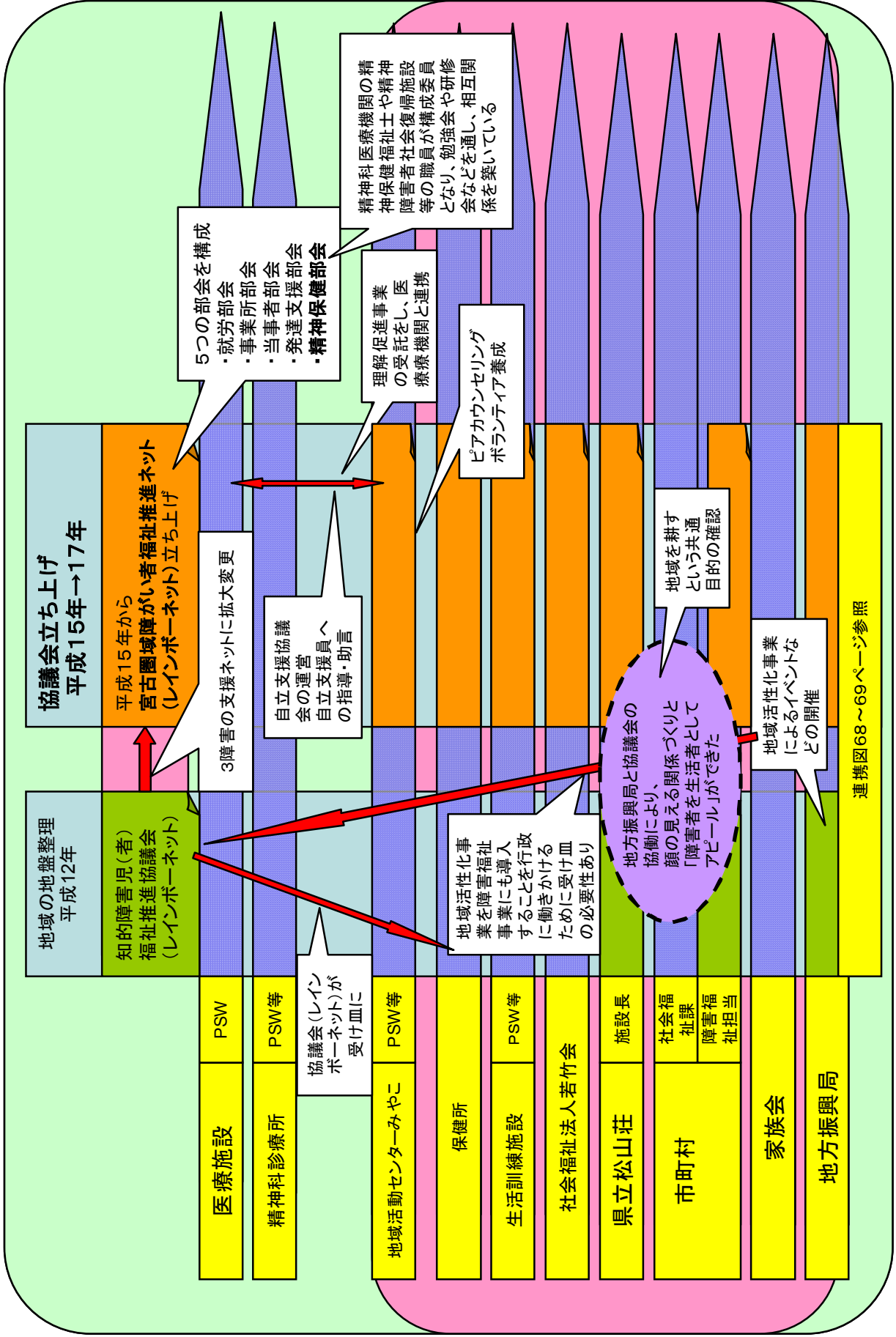
平成20年3月

当圏域においては、官民協働ネットワークである「NPO法人 宮古圏域障がい福祉推進ネット（通称：レインボーネット）」のネットワーク機能を活用して、地域に根ざした公共性の高い障害者支援体制を構築することにより、障がいの豊かな生活・自立と共生の地域社会づくりの推進を図っていく。



2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)

宮古圏域 支援ネットワーク萌芽・形成期



# 宮古圏域 支援ネットワーク成長・拡大期

岩手県が全圏域に総合相談の拠点を設置する障害者相談体制整備の一環で宮古市に障害者相談支援モデル事業を委託し、レイボネットが相談事業の調整役

医療施設	PSW
精神科診療所	PSW等
はーとふるセンターみやこ	
地域活動センターみやこ	PSW等
社会福祉法人若竹会	
生活訓練施設	PSW等
保健所	
県立松山荘	施設長
市町村	社会福祉課
	障害福祉担当
家族会	
地方振興局	

平成17年にレイボネットが「はーとふる広場」を開設し、手探りのイベント等とリンクし、障害者の中間的就労の場を設置。活動についてもフォーラムを年1回開催し普及啓発している

宮古圏域障害者支援センター「はーとふるセンターみやこ」開設  
平成19年  
総合相談の拠点を設置

事務局はレイボネットに置き、既存の機能を活用

精神障害者自立促進支援協議会（地域委員会）  
障害者自立支援協議会に3障害の地域移行部会兼相談支援部会を設置し、さらにその中に位置づける。また、権利擁護部会も設置

地域移行推進員を配置し、自立支援員のスーパーバイズ、退院促進支援事業の進捗管理を行う

理解促進事業を受託し、医療機関と連携

もともと産婦人科病院だった建物を改修して開設

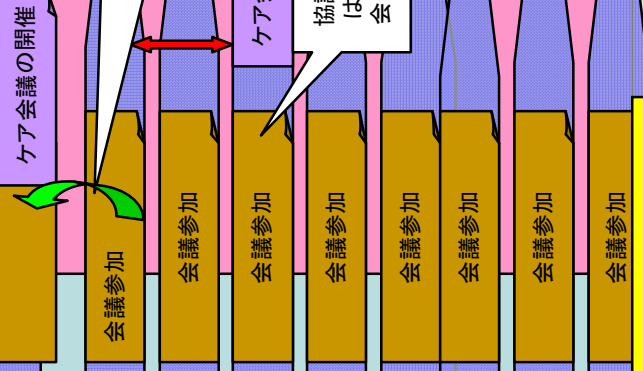
若竹会からレイボネットに再委託

日本財団の「2006年改修による福祉拠点整備事業助成」を社会福祉法人若竹会が受けて設置

5市町村の相談支援機能強化事業を受託  
・宮古圏域障害者相談支援センター  
・障害者等地域活動支援センターみやこ  
・宮古地区チャレンジ就業・生活支援センター  
・シブコチ事業  
他を実施  
レイボネットの事務局もはーとふるセンターみやこ内に移転

ケア会議の開催  
若竹会が精神障害者退院促進支援事業を受託し、地域活動支援センターみやこで実施している

ケア会議の開催  
協議会開始の際には中心となり勉強会や説明会を開催



連携図 69～74ページ参照

### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

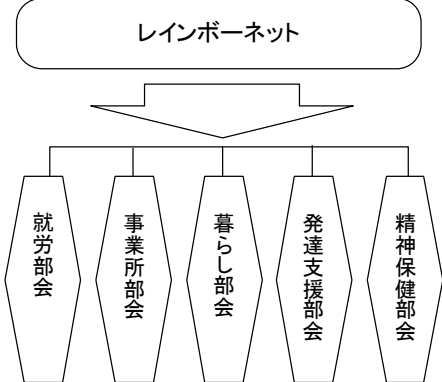
##### (1) 地域移行の取り組みからの知的障害者(児)のネットワーク形成

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・地域移行を積極的に行っている事業所が一法人では抱えることが困難であるとの課題意識をもち、ネットワークの必要性を呼びかけたこと。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・有志による懇親会から行い、圏域でネットワークをつくるという視点。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・法人を越えての議論を行い、ネットワーク形成の素地をつくった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

##### (2) 地域活性化のための地域活性調整費の有効活用

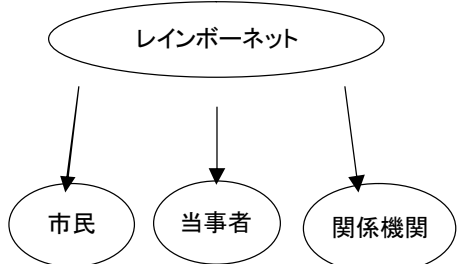
<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・レインボーネットワーク、県と市が地域活性化へ向けて、福祉を導入したイベントを企画した。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・ネットワークを具体的な形としていく上で、地域活性調整費が後押しする形となり、ネットワーク形成の接着剤の役割を果たした。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・各種イベント等を通し、知的障害者団体の親睦が深められたことと、法人をこえた取り組みが、地域社会に対して、知的障害が生活者であることをアピールできたことと、何よりも官民協働で取り組む素地ができた。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

### (3) 3障害のネットワーク形成

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・レインボーネットワークから精神障害者の病院の精神保健福祉士、相談支援事業所、生活訓練施設、地域生活支援センター等へ声をかけ、平成 15 年 11 月より、宮古圏域障がい福祉推進ネットへと衣替えを行った。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・知的障害の分野だけでは捉えきれない課題(救護施設に精神障害が多くなってきたなど)、問題を積極的に議論し、また岩手県の方針としても「3 障害一元化による支援体制」として掲げているということもあり、県、市、施設関係者が立場を越えて、10 回(約半年)にもわたる会議を実施し、そこでの議論が今日のネットワークの素地となっている。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・レインボーネットに精神保健部会が設置され、それらを通し、勉強会、ケア会議など施設間、事業者間でのつながりが、頻繁にもてるようになった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) 当事者・関係者などによる実践効果の報告会実施

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・レインボーネットワークの主催で関係機関、当事者、市民への呼びかけを、行政機関の力も借り、呼びかける。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・年度ごとに1回、必ず開催し、その年によって規模を大きくしたり、小さくしたりしている。 ・企画内容によっては、実行委員会形式とし、行政機関からの働きかけも大きい。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・一法人では実行できないことであり、ネットワークの力が発揮される。 ・障害について、市民の理解を得る場となっている。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

(2) 障害者相談支援モデル事業の実施(国、県補助事業)

<p>[ 中心的な機関・職種 ] [ 他へのアプローチ目標・方法等 ]</p>	<p>・岩手県では、総合相談拠点を全圏域につくるという構想があり、宮古圏域においては地域活性化(商店街の活性化)の流れもあり、駅前の大手スーパーが撤退したことにより、商店街の空洞化が深刻な問題となったため、そこへ福祉を導入していくことを、県と市とで話し合い、スーパーの一角に相談コーナーを設け、レインボーネットと協力し、実施することとなった。</p>
<p>[ポイント・工夫点等]</p>	<p>・レインボーネットの3障害の衣替えの時期に、岩手県の働きかけ、宮古市を含む行政の協力(構成員の派遣、調整)が大きい。 ・また地域活性はポイントである。</p>
<p>[ 数的効果・その他の効果 ]</p>	<p>・障害者相談支援事業の基礎をつくったこと。 ・ローテーションの勤務体制にネット構成員の他に行政機関の職員も入るということで、官民協働の体制が、より強くなった。 ・また同スーパーに中間就労として「はあとふるひろば」の開設も行い、支援の幅を広げた。</p>
<p>[ 具体的なネットワーク ]</p>	<pre> graph TD     A([レインボーネット]) -- 協力 --&gt; B[スーパーマーケット 障害者相談支援モデル事業]     C[宮古市] -- 実施 --&gt; B     </pre>

### (3) 障害者の総合相談拠点の開設

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・レインボーネットが協力していた障害者相談支援モデル事業が素地となっている。 ・社会福祉法人若竹会が委託を受ける。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・社会福祉法人若竹会の受託。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・レインボーネットの事務局が相談拠点に移転し、相談支援機能強化事業を再委託し、専任の事務局が置き、ネットワークとしての組織体制が強化された。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

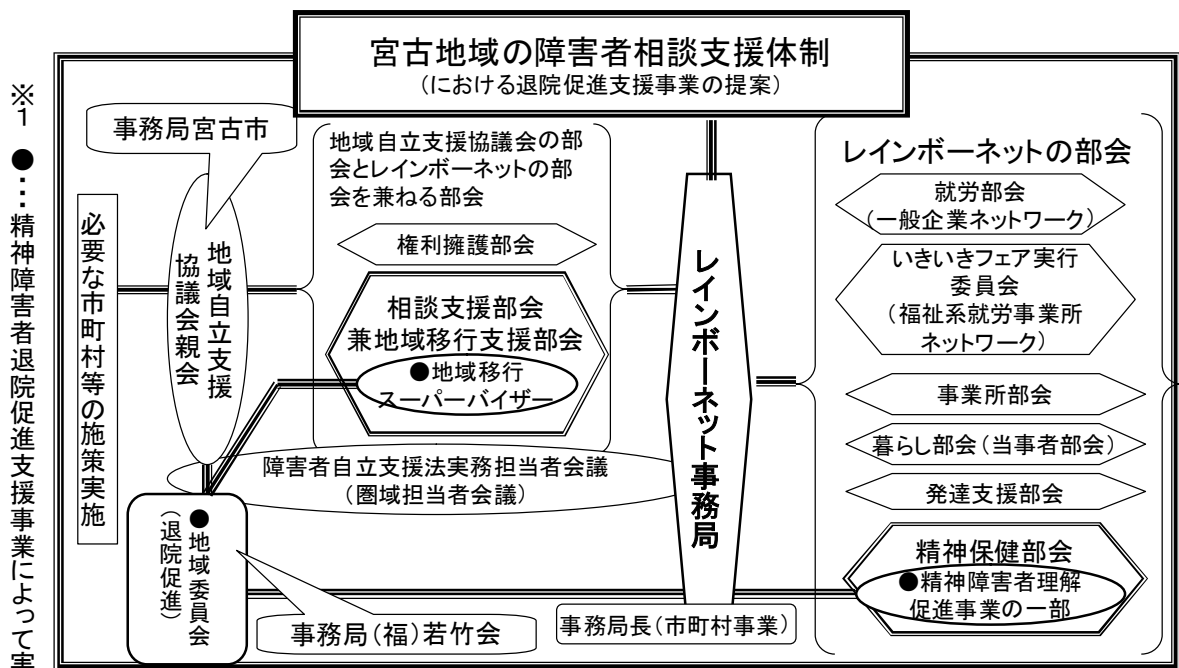
### (4) 県の障害者地域移行に関する周知と保健所によるネットワーク利用をした勉強会等の開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・県の具体的な退院促進支援事業への周知。 ・保健所によるネットワークを利用した勉強会や説明会の開催。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・レインボーネットワークの土壌と、官民への協働による具体的な事業ビジョンと勉強会等の開催。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・個々の関係機関等が具体的なイメージをもてたこと。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	



(5) 退院促進支援事業を地域自立支援協議会と既存のネットワークと活用して実施

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・地方振興局、保健所、宮古市、社会福祉法人若竹会、レインボーネットが協働し、実施したこと。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・地域自立支援協議会へ自立促進支援協議会(地域委員会)を位置づけ、さらにレインボーネットとの協働部会として、相談支援部会、地域移行部会を設け、ケースの進捗管理を行っている。また相談支援部会では市町村ごとの懇談会も実施。 ・ケア会議を頻繁に行い、困難事例について蜜に話し合っている。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・会議が集約され、効率的に運営できるようになった。 ・公的な会議に位置づけられ、そこで決まったことは市の取り組みとして反映できるようになった。 ・地域移行後の利用者の支援が分断されないように、サービス利用計画作成等を活用し、さらにサービスの不足を各部会へフィードバックすることにより、市町村事業へ反映。</p>



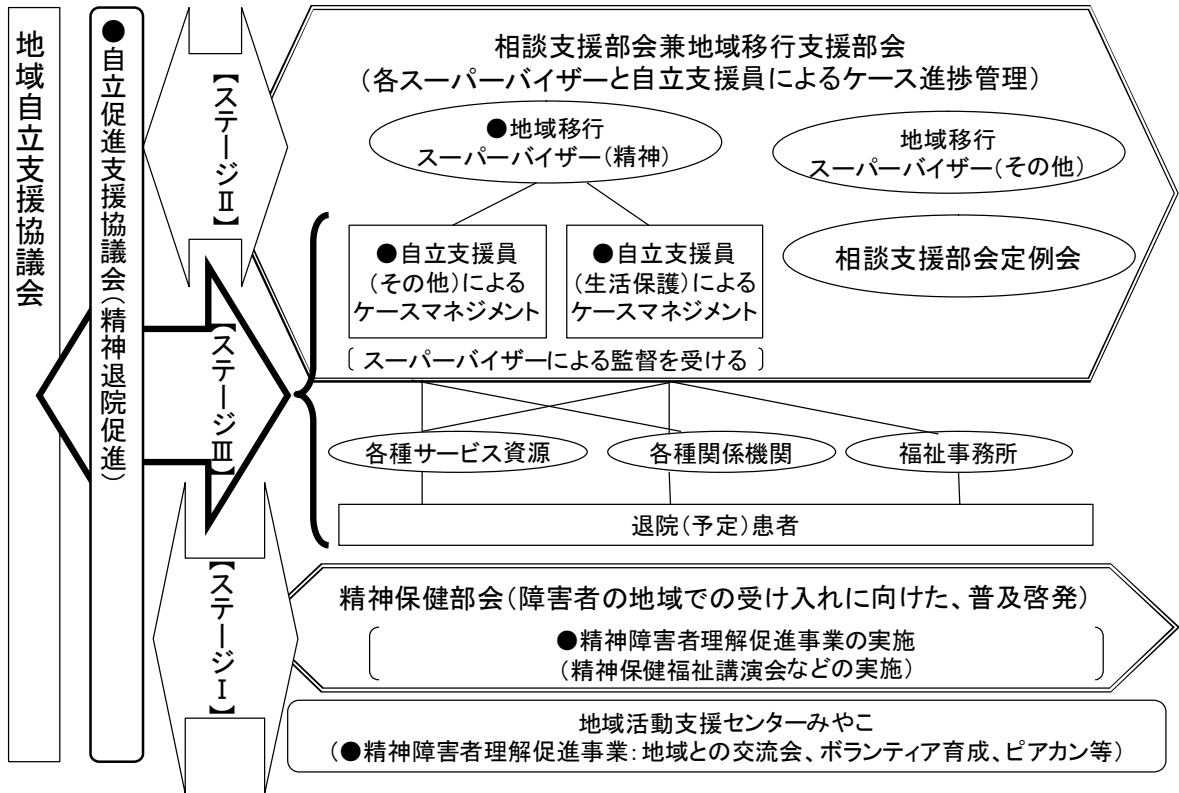
※1 ●…精神障害者退院促進支援事業によって実施する部分

※2 平成18年度以来検討を重ねてきた、圏域における既存の相談支援事業の枠組みで、精神障害者退院促進支援も実施するもの。

(このほか、地域活動支援センターみやこ(はあとふるセンター内)の機能も活用して実施する)

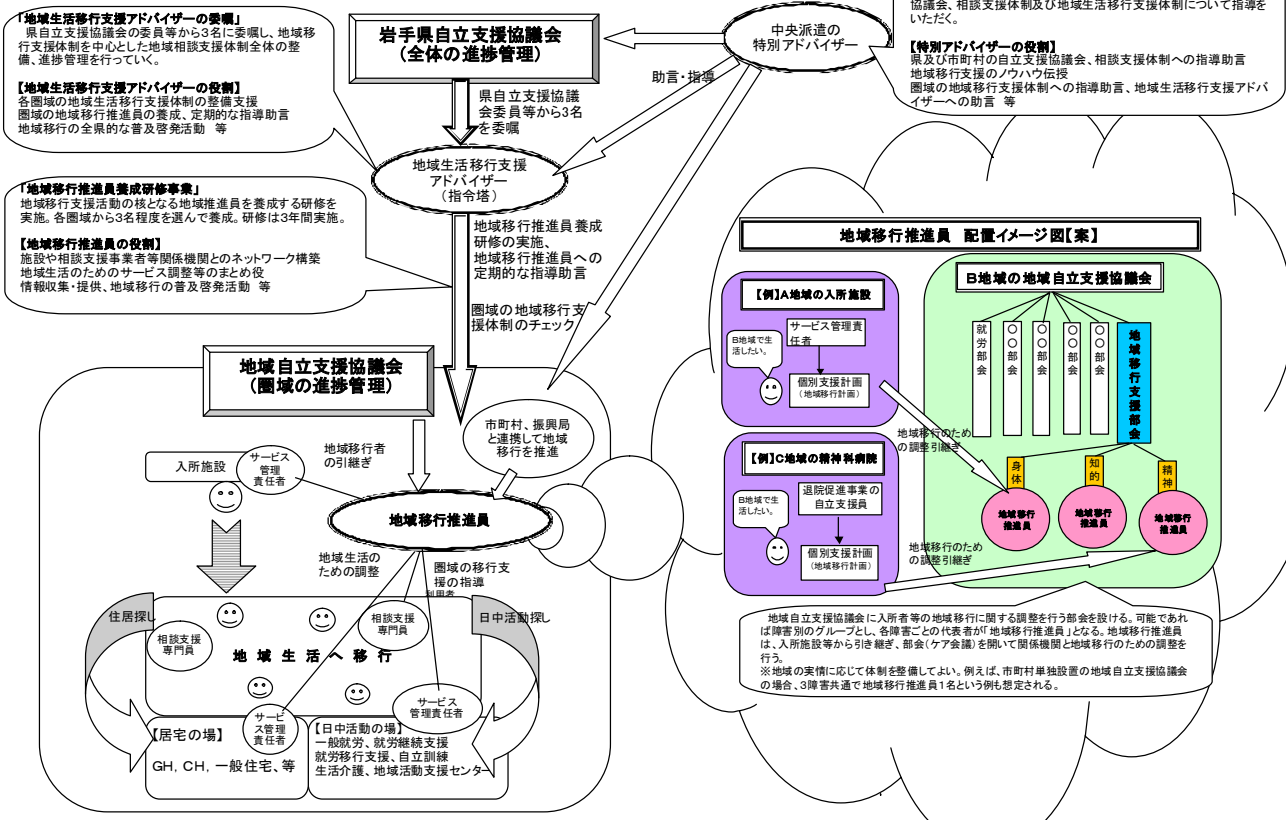
※3 地域自立支援協議会(事務局宮古市)と、自立促進支援協議会(事務局(福)若竹会)は、委員構成が一部共通と考えられ、内容も類似性があることから、少なくとも相互に開催状況を報告することでどうか。(市町村の事業計画やサービス資源の整備計画とリンクする必要があるため、全く別個に開催することは適当でないと考えた)

※:ステージⅠ・Ⅱ・Ⅲ・・・障害保健福祉課資料上の呼称



施設入所者等の地域移行支援体制について

障害保健福祉課



(6) 精神障害者退院促進強化事業の実施

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・医療機関が中心となり、保健所と、地域活動支援センターが協力し、企画を行っている。 ・精神保健部会が中心となり、市民へ向けた普及、啓発のイベントの開催や、利用者の他地域の視察、見学の実施。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・いくつかの必須事業は示されているが、県としては退院促進支援事業につながるものであれば良いということで、幅を持たせた事業となっている。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・事業をまずこなしていくことで、求心力となり、ネットワーク力が高まっていき、支援の幅が広がる。 ・市民へは障害への理解が広がり、各市町村においてはネットワークの必要性や、意識が出てきた(相談部会での懇談会とも密接に絡み合っている) ・利用者の具体的な支援体制を組み立てることができ、また不足している資源開発へつなぐことができる。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<pre> graph TD     A([レインボーネット 精神保健部会]) --- B([デイケアネットワーク])     B --- C([地域活動支援 センターみやこ])     A --- D[精神障害者退院促進強化事業]     C --- D     </pre>

## ■第7章 取り組み事例－広島県三原市圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

県の退院促進支援事業を活用して医療機関が中心となり地域連携をしている事例

#### 1 事例のタイプとその特徴

本事例は、精神科病院が中心となり地域連携を進め、支援ネットワーク・支援体制を構築・確立していった事例である。その特徴は、精神科病院が国の精神保健福祉施策の推進の動向と軌を一にしながら市を巻き込んで、精神障害を含めた3障害の地域生活支援体制の構築を進めてきた点にある。

加えて本事例では、県の行う退院促進支援事業と市の連携を円滑に進め、精神障害者が精神科病院を退院した後の地域生活を可能にする社会資源の開発・整備、そして支援ネットワーク・支援体制の構築を市レベルで進めてきた点も特徴といえる。精神障害者退院促進支援事業が都道府県の事業として位置づけられたことで、都道府県と市町村との連携がますます重要となっている中でそれを実際に取り組んだ事例である。

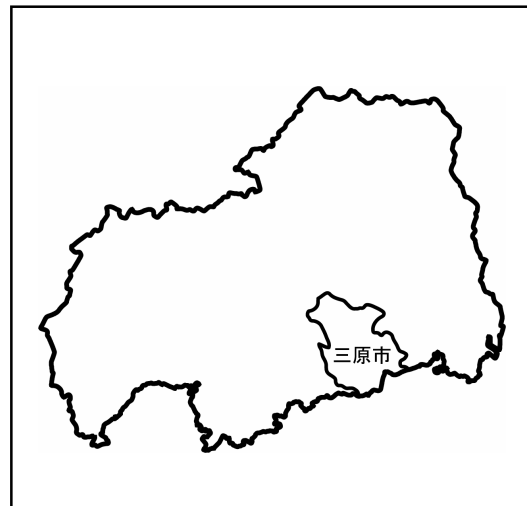
#### 2 調査対象地域の概略

##### (1)位置

三原市は、平成17年3月22日に、三原市、本郷町、久井町、大和町が合併してできた新しい市である。広島県の中央東部に位置し、面積は471k㎡で、広島県の5.6%を占めている。

##### (2)人口

人口は、104,663人（世帯数43,676、平成19年12月31日現在）であるが、旧三原市に集中している。高齢化率など地域偏在が見られる。



##### (3)精神科病床数

精神科病床数は810床（ほぼ同じ規模の精神科病院2か所）。精神科の診療所は2か所。ちなみに保健所の圏域としては東に隣接する尾道市が含まれ、尾道市には精神科病院（120床）が1か所ある。

#### (4) 社会資源の特徴

三原市内には、ほぼ同じ規模の精神科病院が2か所あり、それぞれの医療法人で生活訓練施設や授産施設などの社会復帰施設を有している。今回聞き取り調査をしたA病院は、市役所近くに診療所（デイケア含む）と地域生活支援センターを有しており、その地域生活支援センターが退院促進支援事業の自立支援協議会事務局を担当している。

また、この地域の社会資源の特徴は、住居確保などの問題について、社会福祉協議会や市役所などの公的機関を巻き込んで、障害の種別を超え資源開発に積極的に取り組んできた点にある。

#### (5) 地域の特徴

南は瀬戸内海沿岸部（島を含む）から北は三次市に隣接する中山間地域までを含んでいる。中山間地域については、利用できる公共交通機関が限られており、そのため自家用車がないと移動が難しく、特に高齢者や障害者の通院にかかわる移動手段の確保が問題となっている。

### 3 地域連携の展開過程といくつかの重要な点

#### (1) 地域連携の展開過程の概要（表1 年表参照）

##### ① 支援ネットワーク・支援体制の萌芽・形成期

三原圏域の事例の大きな特徴としては、ほぼ同じ規模（400床余り）の民間精神科病院が2つあり、その2つの精神科病院が相互に協力し合いながら地域連携、地域の支援体制構築を進めてきた点にある。今回聞き取りを行ったのは、この2つの精神科病院の1つであるA病院だ。

このA病院が、精神科病院の中で完結していた取り組みから地域社会を視野に入れた取り組みへと転換した直接の契機は精神保健法の施行（昭和63年7月）であった。社会復帰施設が法定施設として位置づけられたのを契機に、生活訓練施設（当時は援護寮）や通所授産施設を設置することにした。それに伴い、あらためて入院患者一人ひとりについて退院の可能性、退院するために必要な条件の洗い出しをA病院として行った。この取り組みが地域の条件整備へ関心を持つ第一歩となった。

さらに、生活訓練施設へ入所しても、生活訓練施設から次の生活の場所へ移ることが困難な人たちの問題に直面し、独自に共同住居を設置するなどして社会資源の開発・整備に取り組んできた。共同住居については、グループホームの制度化に伴い法定施設へ移行するなどの対応をしてきたが、病院独自の取り組みには限界があった。そこで、関係機関や関係団体の協力も得ながら住居の確保などを検討せざるを得なくなったのである。

時期をほぼ同じくして、平成4年から両病院の精神科ソーシャルワーカーを中心に、市社会福祉協議会と連携し精神保健福祉講座を市民対象に企画・開催してきた。この精神保健福祉講座がその後の取り組みの発展の原動力になっている。

##### ② 支援ネットワーク・支援体制の成長・拡大期

平成4年度開催の精神保健福祉講座に出席した当事者とボランティアを中心に、当事者グループ（「グループ翼」）が組織され活動を開始した。また、精神保健福祉ボランティアの養成も行われるようになり、当事者とボランティアによる活動も徐々に軌道にのってきた。

そして、平成7年の障害者基本法の成立を受け、精神障害者も含めた障害者ニーズ調査を同年実施した。さらに、その調査結果を「障害者に関する第二次三原市長期行動計画」、「障害者に関する第三次長期計画」策定へと結びつけ、3障害に対する施策を総合的に、行政（三原市）の責任として取り組むよう進め、発展させてきたのである。

こうした取り組みについては、社会福祉協議会が中心となり、精神科病院の精神科ソーシャルワーカーが側面的に支援した。

その後A病院では、市街地（市役所のそば）に診療所、デイケアを併設した地域生活支援センターを立ち上げる準備を進め、平成13年に開設した。開設準備の段階では、地域住民に対して精神疾患や精神障害に対する啓発を行うなどしてきた。

### ③支援ネットワーク・支援体制の成熟・発展期

その後（平成17年より）、精神保健福祉講座は、精神保健福祉ネットワーク『こころのネットみはら』へと発展した。その構成員は、精神科医療機関（病院・診療所）、社会復帰施設、地域生活支援センター、市、社会福祉協議会、県立大学などである。現在は、この『こころのネットみはら』を通じて、精神保健福祉講座、精神保健福祉ボランティア講座、精神保健福祉支援事業、就労体験プロジェクトなどを実施している。

退院促進支援事業が県の事業として位置づけられているが、退院後の生活支援を考えれば、市との連携は必要不可欠である。また、地域の社会資源の開発、整備も市が具体的に進めなければならないことから、市や市レベルの関係機関・関係団体を巻き込んだ取り組みが必要で、『こころのネットみはら』の取り組みはそれを可能にした。

最近の大きな成果としては、三原市精神障害者民間住宅入居施行事業を立ち上げたことがあげられる。保証人がいないため住居確保が困難と考えられていた人が、平成19年度には実際にこの事業を活用しアパートへ退院した。

## （2）重要な点1－退院促進支援事業による精神科病院の変化

平成16年度から、尾三地域（尾道・三原）保健所が県の退院促進支援事業のモデル事業を受託した。A病院は、それまでの病院独自の取り組みに限界を感じていたこともあり、積極的に事業に参加した。自立支援協議会の事務局はA病院系列の地域生活支援センターが担った。

退院促進支援事業を実施したことによる精神科病院に対する効果は、看護部門が活性化したことである。長期入院患者に対してその退院をあきらめ、目標が見えないまま病棟看護に従事していた看護職たちが、退院し地域社会で暮らすことを目標に、病棟看護をあらためて見直す契機となったのである。それは、退院事例を重ねる毎に確かな手応えとして感じられるようになり、病棟看護職が患者一人ひとりについて退院に向けた工夫とその取り組みを意識的に展開することにつながった。

そして、それをさらに支えたのが精神科ソーシャルワーカーであった。精神科ソーシャルワーカーたちは、退院した人たちのその後の生活の様子を病棟看護職などに逐次フィードバックし、病棟での取り組みがどのような結果に結びついているかを具体的にイメージできるようにすることで、病棟における看護の取り組みがどのような結果をもたらしているかを実感させたのである。

### (3) 重要な点2ー精神科救急の取り組み

退院促進支援事業を円滑に進めることを可能にした要因の1つに、両病院が広島県東部地域の精神科救急の受け入れをしていたことがあげられる。A病院では、退院した人たちが、不安になって夜間病院へ電話をしたり、また、家族からの電話相談などがあっても、精神科救急受け入れの経験から、それへの対応に戸惑いも少なく、必要に応じて入院対応を即座に行うことができた。

また、精神科救急への対応をめぐる、以前から警察や消防などの関係機関を交えた連絡会を年1回開催してきたことも退院促進支援事業を行う上では正の効果を発揮した。

### (4) 重要な点3ー力を入れている精神科訪問看護

そして、この間、A病院が特に力を入れているのが、精神科の訪問看護である。現在、看護師に加え専任の精神科ソーシャルワーカーを訪問看護部門に配置し、退院した人たちの生活不安などにも積極的に対応している。障害者自立支援法が施行され3障害が一元化されたものの、実際に精神障害者が利用できる地域の社会資源はまだ限られている。それは、サービス事業者の実数が少ないということだけでなく、精神障害者に対して実際に対応してくれるサービス事業者が少ないということを意味している。A病院の訪問看護では、地域で暮らす精神障害者の多様な生活ニーズを含め積極的に応えるようにしている。

### (5) 重要な点4ー病院経営者の理解

一方、退院を促進することで、入院病床の利用率低下が経営的には心配されるところであるが、実際には退院と同時に新規の入院患者が増え、入院病床の利用率は下がることなく維持されている。また、こうした取り組みは現在の国が推し進める制度・政策の方向にも合致することであり、病院経営者の理解も得られている。

### (6) 今後の課題

平成19年度広島県精神障害者退院促進支援事業実施計画によると、尾三地域保健所圏域は平成19年度で事業終了予定となっており、平成20年度以降の予算措置がなされていない。現在事業の継続実施のための予算措置を広島県に要望している。

その一方で、これまでの取り組みを継続していくための手立てを模索している。自立支援員の人的保証がない状況で、三原市では、委託相談支援事業の中に生活アシスタントを位置づけ、地域移行と地域生活支援を踏まえて業務の中に入れ込むことも視野に入れている。また、退院促進支援と連動する住宅入居等支援事業(居住サポート事業)は、三原市障害者住居確保支援会議で、精神障害者のモデル事例に取り組みながら制度化に向け検討中だ。平成19年度中に制度化し、平成20年度からは3障害で取り組めるよう早急に準備していく予定である。

退院促進支援の取り組みを考えていく上で、就労支援も関係あるが、平成18年度精神保健福祉ネットワーク「こころ♡ネットみはら」において「就労体験プロジェクトみはら」を実施し、三原市へ提案したことにより、三原市が平成19年度障害者就労支援事業を予算化した。結局、平成19年度は精神障害者で取り組み、課題を整理しながら、平成20年度、3障害に広げていく予定である。これからも精神障害者の退院促進支援を含めた地域移行及び地域生活支援を協議し、三原市行政に提案して、他障害にも広げていくという立場を持ち続けていきたい。

## 4 事例のまとめ

本事例は、県の退院促進支援事業を活用して医療機関が中心となり地域連携をしている事例であったが、そのポイントは次の4点である。

第1に、同じ市内に2つの精神科病院があったが、相互に協力し合いながら地域連携を進めてきた点である。そして、その要になったのは精神科ソーシャルワーカーであった。

第2に、国の精神保健福祉施策の動向と軌を一にしながら、地域へ働きかけ、支援ネットワーク・支援体制の構築を進めてきた点である。精神保健福祉法施行以降の政策動向に合致しながら、まず社会福祉協議会と連携し、そこから障害福祉施策全般について市を巻き込んだ取り組みを展開してきた。

第3に、市レベルで取り組んできた支援ネットワーク・支援体制の構築が、退院促進支援事業の円滑な実施の基盤となった点である。退院促進支援事業を円滑に推進し、その効果を高く発揮するためには、退院後の地域生活を支援するケアマネジメントと連結していなければならない。本事例はそれを可能にしたのである。

第4に、退院促進支援事業が精神科病院の取り組み、特に看護部門の活性化に結びつき、より質の高いサービスの確保を可能にしたことである。ともすると精神科病院に退院促進支援事業の意義と役割、その機能が十分理解されず、場合によっては、従来の精神科病院が行ってきた退院支援を否定するものとして退院促進支援事業が捉えられることもある。しかし、この事例では精神科病院にとっても退院促進支援事業を実施することがプラスに機能することを示した。

表1 年表

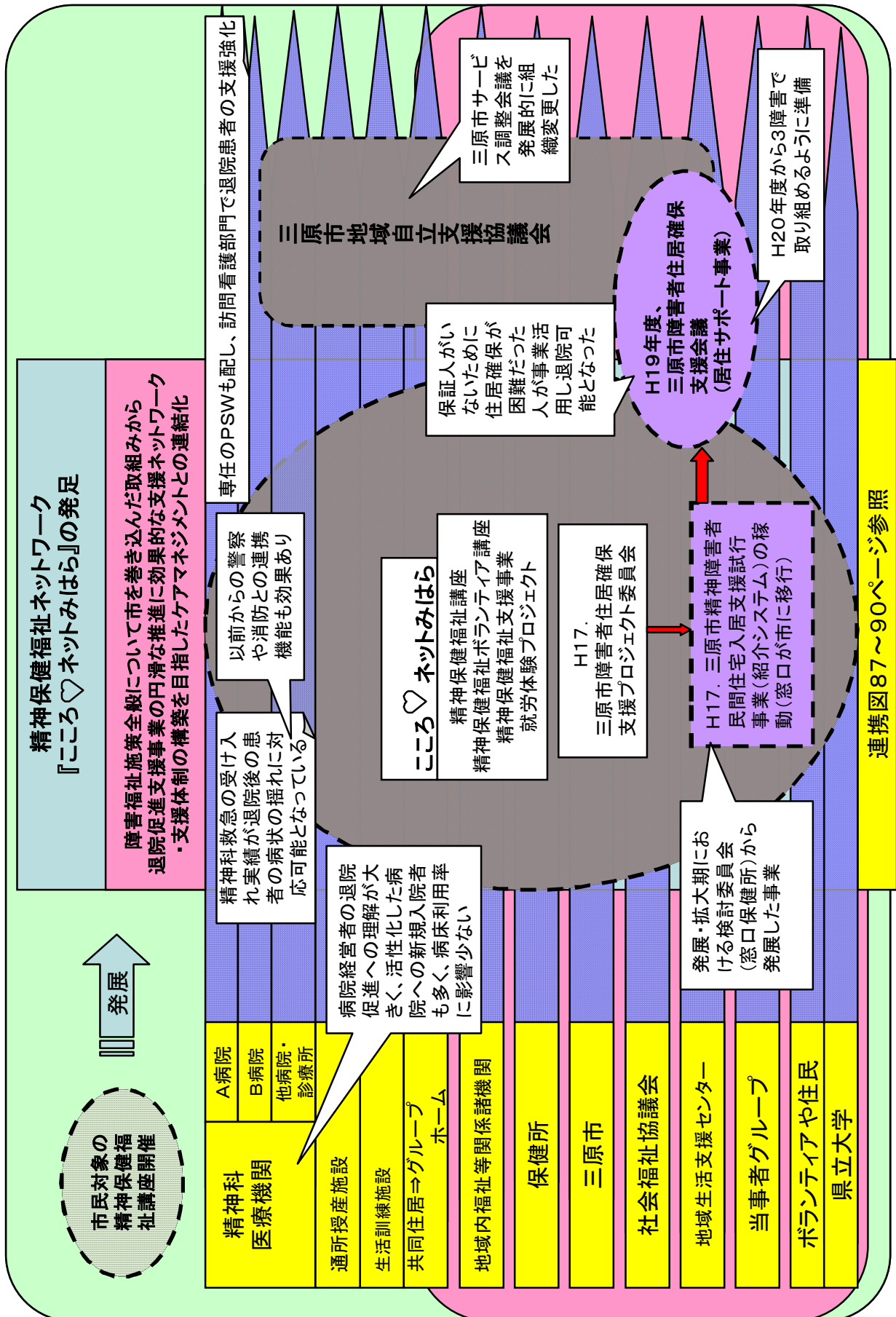
年	国の施策の動向	三原地域の動き	A精神科病院の動き
昭和63年	精神保健法施行 →社会復帰施設創設		病院患者家族会発足 社会復帰施設開設準備、入所対象者の選定
平成2年			生活訓練施設開設、授産施設開設 市街地に診療所開設
平成4年		精神障害者福祉講座（現在の精神保健福祉講座）開催	相談室（精神科ソーシャルワーカー）が社会福祉協議会と連携
平成5年	障害者基本法成立	当事者、ボランティアによりグループ翼結成 他の精神科病院で生活訓練施設、通所授産施設、福祉ホーム開設	
平成6年	障害者雇用促進法一部改正	精神障害者小規模作業所開設、精神科診療所開設	
平成7年	精神保健福祉法の成立 ノーマライゼーション7カ年戦略	三原市「障害者ニーズ調査」（精神障害者含む）実施	



平成 8 年	精神障害者地域生活支援事業創設	三原市内の 2 精神科病院が 応急指定病院、広島県精神 科救急指定病院になる	グループホーム開設（無認可） 在宅介護支援センター開設
平成 9 年		障害者に関する第二次三原 市長期行動計画（障害者プ ラン）策定委員会発足	
平成 11 年	精神保健福祉法一部改正	第三次三原市長期行動計画 （障害者プラン）策定	デイナイトケア開設 共同住居入居開始
平成 12 年	介護保険法施行		市街地に地域生活支援のため の施設等の開設準備
平成 13 年			市街地に地域生活支援センタ ー、診療所、デイケア開設
平成 14 年	改正精神保健福祉法施行	三原市障害者（児）ニーズ 調査実施（精神障害者含む） 精神保健福祉ボランティア 養成講座開催 夢みなと祭開催 住居確保のための調査・研 究開始	グループホーム認可
平成 15 年	支援費制度施行	住居確保のための公的保証 人制度を考える検討会議、 緊急対応にかかわる連絡会 議（以降毎年開催） 精神保健福祉ボランティ アの会結成	
平成 16 年	精神障害者退院促進支援 事業モデル事業開始	広島県精神障害者退院促進 支援事業モデル事業開始	地域生活支援センターがモデ ル事業の事務局を担う
平成 17 年		精神保健福祉ネットワーク 「こころ♡ネットみはら」発 足	病棟看護部門の活性化
平成 18 年	障害者自立支援法施行	障害者自立支援法に基づく 広島県の事業として退院促 進支援事業開始	地域生活支援センターが自立 支援協議会事務局を担う
平成 19 年		三原市地域自立支援協議会 設立	



# 三原市圏域 支援ネットワーク成熟・発展期

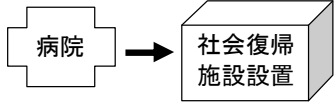


連携図87～90ページ参照

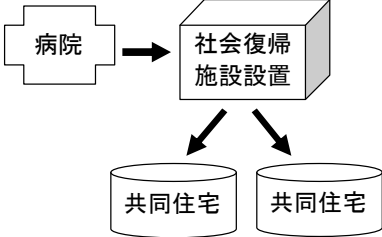
### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

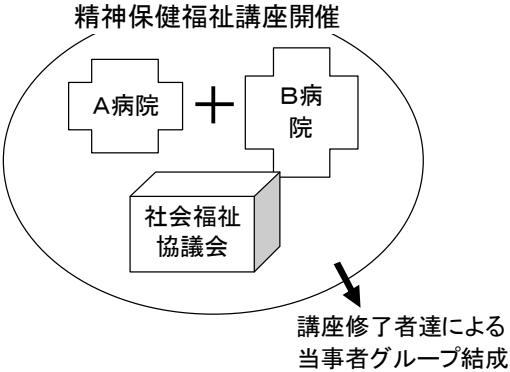
##### (1) 社会復帰施設の整備と長期入院患者の退院可能性の検討

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・精神科病院(精神保健福祉士、医師、作業療法士、看護師等)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・長期入院している患者の退院の可能性について、多面的に検討。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・長期入院患者等 20 人が生活訓練施設(当時援護寮)へ退院し入所。 ・退院後の受け皿や条件が整備されれば退院の可能性のあることを病院関係者が実感。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・なし</p> 

##### (2) 共同住居設置と法人内の取り組みの限界

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・精神科病院(精神保健福祉士、医師、作業療法士、看護師等)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・法定施設以外の受け皿を法人独自に開発。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・長期入院患者及び生活訓練施設入居者のうち数名が退院・退所し共同住居へ入居。 ・退院・退所の可能性の確認と実際の地域生活支援について検討していくことにつながる。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・なし</p> 

### (3) 精神保健福祉講座開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三原市内の2 精神科病院(精神保健福祉士)</li> <li>・社会福祉協議会</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民啓発、人材育成を目的に、講座を企画し、社会福祉協議会と連携し実施した。社会福祉協議会を巻き込んだことで、社会福祉領域の関係機関、関係団体、関係者との連携を図る契機となった。(平成 17 年度に精神保健福祉ネットワーク「こころ♡ネットみはら」を立ち上げ、その事業の1つとなる)</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民対象の精神保健福祉講座を連続開催し、以降毎年度実施。</li> <li>・市民受講者を増やし、精神保健、精神障害についての啓発・理解を促した。</li> <li>・講座を受講した当事者とボランティアを中心に当事者組織「グループ翼」発足。</li> <li>・平成 15 年度より三原市の事業となる。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(精神保健福祉士)</li> <li>・社会福祉協議会</li> <li>・当事者</li> <li>・ボランティア</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p>精神保健福祉講座開催</p>  <p>講座修了者達による 当事者グループ結成</p> </div>

## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) 障害者ニーズ調査の実施と障害者プラン策定

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・社会福祉協議会</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・国の政策動向を踏まえて行政に働きかけた。具体的には、障害者基本法成立により精神障害も身体障害、知的障害と同様に福祉の対象とされたことを根拠に、障害者プラン策定に精神障害も含めるよう三原市に働きかけた。 ・一方、社会福祉協議会が当事者・家族と行政と関係機関を結ぶコーディネーター役を担った。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・障害者プランに精神障害者にかかわる社会資源の整備目標が数値化された。 ・市の社会福祉行政・施策の対象に精神障害が含まれるようになった。さらに、第三次長期行動計画策定では、第二次三原市長期行動計画(障害者プラン)を見直し、新たに数値目標を設定した。 ・これらの取り組みを通して、ワンストップの相談支援体制の芽生えと顔の見えるネットワークの必要性が確認された。 ・関係機関が協働して取り組む基盤ができつつあり、他の事業と連動して考えていくことの必要性が見えてきた。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・三原市福祉のまちづくり推進協議会 ・人にやさしい祭り委員会 ・バリアフリーを考える委員会 ・災害時ボランティアネットワーク推進委員会 ・三原市障害者サービス調整会議 ・その他の関係機関・団体: 保健所、公共職業安定所、住民組織、医療機関、教育機関、県立大学</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>三原市のまちづくり推進協議会</b></p> </div>

## (2) 三原市精神障害者訪問介護試行的事業評価検討委員会の取り組み

〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕	・地域生活支援センター
〔ポイント・工夫点等〕	・精神障害も障害の1つであり、社会福祉サービスを必要としていることを働きかけた。 ・国レベルで制度化されていないものについてもその必要を訴え、国に先駆けて市レベルで取り組むことを働きかけた。
〔数的効果・その他の効果〕	・訪問介護試行的事業を活用し、地域生活を継続する精神障害者の登場。 ・訪問介護事業以外の地域生活支援の方策、手立てについて検討することにつながった。
〔具体的なネットワーク〕	・三原市、2 精神科病院、地域生活支援センター、社会復帰施設

## (3) 退院促進事業実践ケアマネジメント研修、住居確保のための公的保証人制度を考える検討会議

〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕	・地域生活支援センター、保健所
〔ポイント・工夫点等〕	・国の政策動向を視野に入れながら、事業提案。
〔数的効果・その他の効果〕	・退院促進支援事業モデル事業を尾三地域保健所で受託することにつながった。
〔具体的なネットワーク〕	・保健所、2 精神科病院、地域生活支援センター

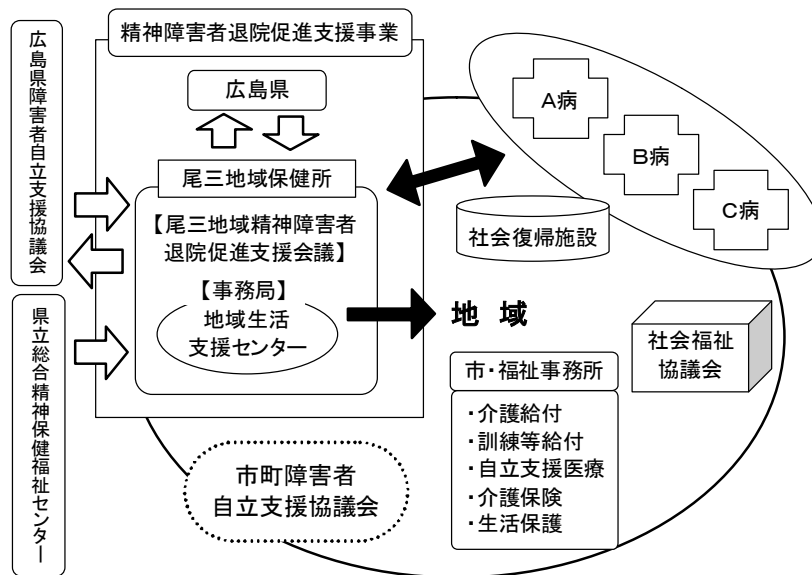
### 3 ネットワーク成熟・発展期

#### (1) 事業啓発用ビデオの作成・社会資源マップ作成

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所、地域生活支援センター、2 精神科病院</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所を通じた県の事業との連携。</li> <li>・精神科病院の理解の促進。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院促進支援事業を利用した退院者（平成 16 年度～平成 18 年度で 21 人退院）。</li> <li>・精神科病院の看護部門が長期入院患者についても退院を目標と掲げたことで活性化。</li> <li>・長期入院患者も退院の可能性について実感し、退院を具体的に考えるようになった。</li> </ul>

〔具体的なネットワーク〕

- ・精神科病院、精神科診療所、社会復帰施設、地域生活支援センター、保健所、三原市保健福祉課、社会福祉協議会、県立大学





## (2) 地域生活サポーター育成研修実施

〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕	・保健所、地域生活支援センター、2 精神科病院
〔ポイント・工夫点等〕	・自立支援員の養成とつなげて取り組んだ。
〔数的効果・その他の効果〕	・育成研修修了者のうち実際に活動を希望する人たちで会を設立し、活動を行っている。
〔具体的なネットワーク〕	・精神科病院、精神科診療所、社会復帰施設、地域生活支援センター、保健所、三原市保健福祉課、社会福祉協議会、県立大学

## (3) 精神保健福祉ネットワーク「こころ♡ネットみはら」の取り組み

〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕	・保健所、地域生活支援センター、2 精神科病院
〔ポイント・工夫点等〕	・精神保健福祉講座を継続して開催してきた実績がネットワークに結びついた。
〔数的効果・その他の効果〕	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>・こころの健康づくり講演会</li> <li>・精神保健福祉講座</li> <li>・精神保健福祉ボランティア養成講座</li> <li>・精神保健福祉支援事業</li> <li>・就労体験プロジェクトみはら</li> <li>・夢みなと祭</li> </ul> </li> </ul>
〔具体的なネットワーク〕	・精神科病院、精神科診療所、社会復帰施設、地域生活支援センター、三原市保健福祉課、社会福祉協議会、県立大学、(保健所がオブザーバー参加)

#### (4) 三原市障害者住居確保支援プロジェクト委員会発足

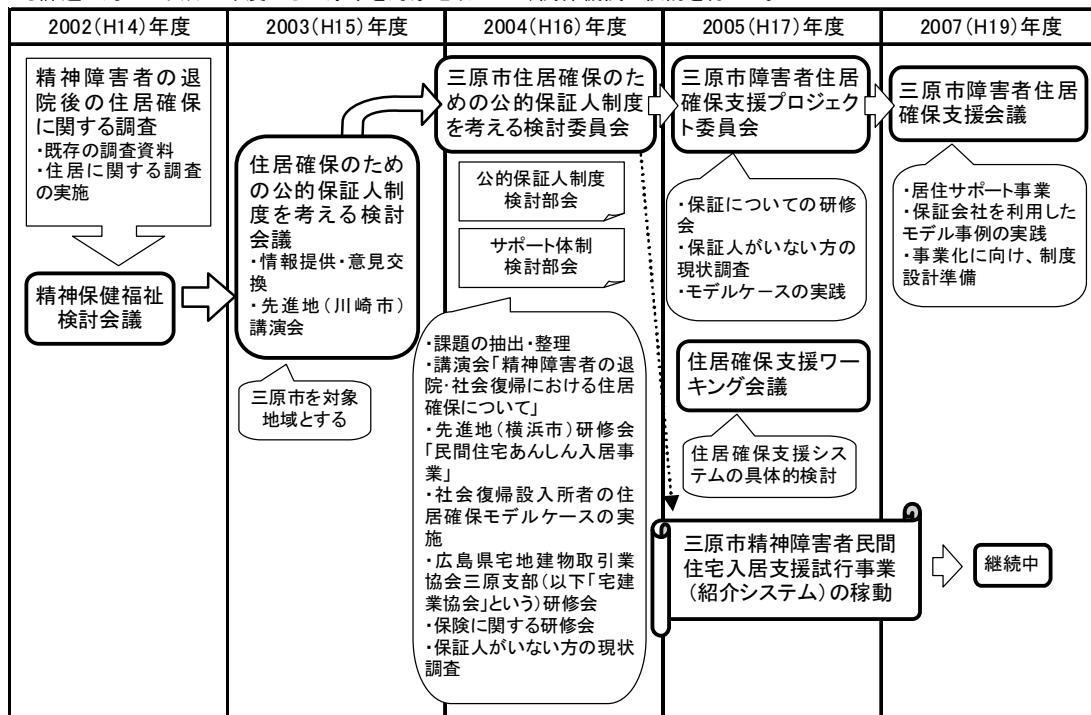
〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕	・精神保健福祉ネットワーク「こころ♡ネットみはら」が中心。
〔ポイント・工夫点等〕	・宅建業協会の協力が得られたことで試行事業が実現した。
〔数的効果・その他の効果〕	・試行事業の立ち上げ。 ・窓口が保健所から三原市へ移った。 ・さらに、事業の対象が精神障害者から他の障害分野へも拡大。

#### 〔具体的なネットワーク〕

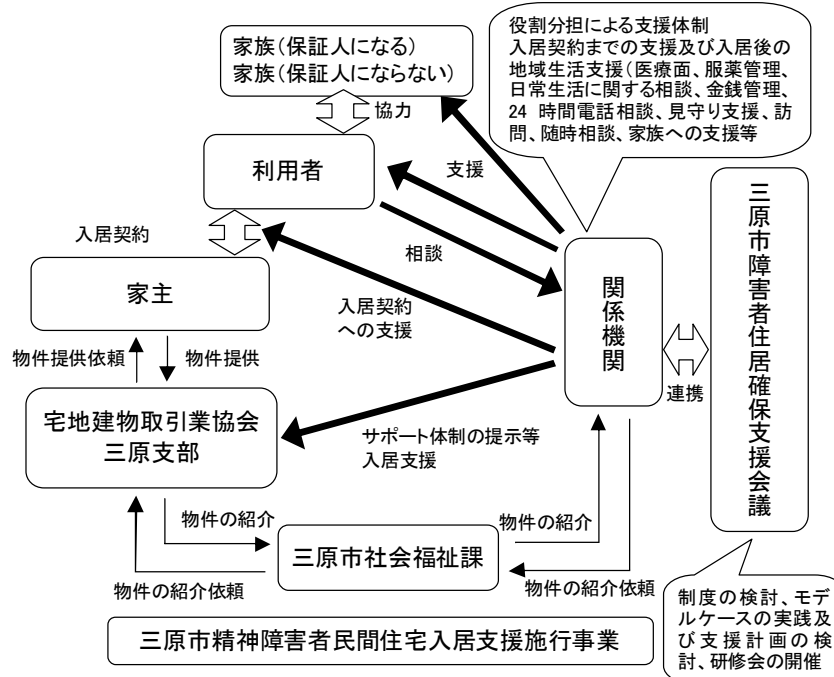
・精神科病院、精神科診療所、社会復帰施設、地域生活支援センター、三原市保健福祉課、社会福祉協議会、県立大学、保健所、宅建業協会三原支部

#### 居住サポートに関する三原市地域でのこれまでの取組みの経緯

次表のとおり、平成14年度に「精神障害者の退院後の住居確保に関する調査」を実施し、住居確保を困難にしている課題に対して平成15年度から三原市を対象地域として、関係機関で検討を行った。



三原市障害者住居確保支援の現状(イメージ) 平成 19(2007)年度現在



(5) 三原市地域自立支援協議会設立

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・三原市サービス調整会議(三原市)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・組織が増えるばかりだと、参加する組織や人の負担も大きくなるため、三原市サービス調整会議を発展的に組織変更した。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・精神科病院、精神科診療所、社会復帰施設、地域生活支援センター、三原市保健福祉課、社会福祉協議会</p>

## ■第8章 取り組み事例－島根県出雲圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

フォーマル・インフォーマルなネットワークが機能してきた地域づくりの事例  
～顔の見える関係からの発展～

#### 1 事例のタイプと特徴

本事例は、島根県出雲圏域における、多機関のかかわりによる退院支援・生活支援の活動である。出雲圏域には、行政・医療・保健・福祉がそれぞれ主体的に動きながら、互いに顔の見える関係を大切にするネットワークが形成されている。長い時間をかけて培われた連携の基盤があり、退院支援・生活支援にかかわる活動においても各関係機関が円滑に連携しながら機能している事例である。

#### 2 調査対象地域の概略

##### (1) 圏域

- ・出雲圏域 出雲市、斐川町（1市1町）

##### (2) 人口

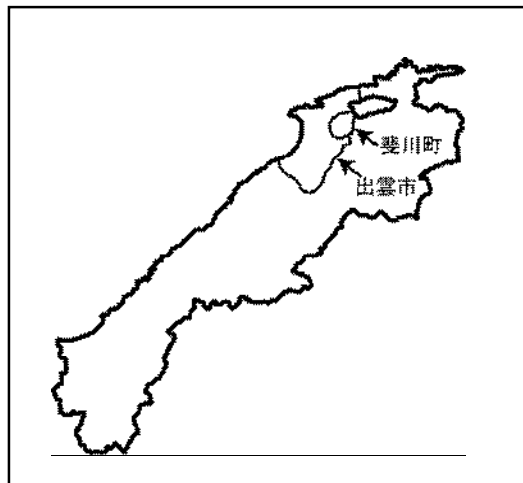
- ・176,912人（平成19年10月31日現在）

##### (3) 医療機関

- ・精神科単科病院 2か所、424床
- ・総合病院精神科 2か所、80床
- ・診療所 6か所

##### (4) 精神障害者施設

- ・地域生活支援センター 2か所
  - ・通所授産施設 3か所
  - ・グループホーム 5か所
  - ・生活訓練施設 1か所
  - ・福祉ホーム 1か所
  - ・共同作業所 6か所
- ※施設類型は旧法による



##### (5) 社会資源の特徴

精神障害者福祉の制度は他障害に比較し大きく立ち遅れてきたことから、社会資源整備におい

でも全国的に遅れが指摘されているところであるが、島根県では比較的早い段階から社会資源整備が進み、人口あたりの社会資源整備状況は全国でもトップクラスにある。過疎や高齢化が進み財政的にも豊かとはいえない島根県の全般的状況から見れば、精神障害者を支える社会資源の充実度は特筆すべき点といえる。

中でも出雲圏域は、社会資源の特に充実した地域である。出雲市では、旧法下の資源調査において障害者計画（精神）の目標値達成度が100%であった。このことは、先駆的な民間の活動があったことに加え、県及び市町行政の理解と積極的関与によって良好な協働が成立してきたことによるところが大きい。

しかし、後述のように交通の便が確保されていないために、せっかくの社会資源を利用できない人も少なくない。その点では、社会資源が充足しているとは必ずしもいえない状況がある。

## **(6)住環境の特徴**

一部の市街地を除き、ほとんどが昔ながらの農山漁村である。多くが昔からの地元住民であり、持ち家率・一戸建て率が高く、一戸あたりの床面積も広いなど住環境の水準は高い。しかし一方では、借家の住環境は比較的低い水準にあるといわれている。

精神障害者の住居の確保においては、従前より病院の精神科ソーシャルワーカー（以下、病院の精神保健福祉士）たちの熱心な取り組みによって、地域での生活支援の事例が重ねられてきた経過がある。不動産業者や大家さんと支援機関との信頼関係によって比較的受け入れは良好である。

## **(7)交通の特徴**

鉄道（JR山陰本線、一畑電鉄）、高速道路（山陰道）、空路（出雲空港）と、交通機関はそれなりに揃っている。しかし、鉄道もバスも便数は少なく、住民の生活の足として十分に機能しているとはいえない。自家用車がないと生活ができない、というのが多くの住民に共通する認識となっている。特に山あいの農村部などでは、交通手段を持たない高齢者、障害者は非常に移動を制限され、重い閉塞感を生み出している。そこで市町村独自の生活バス、福祉バス等の取り組みもなされているが、財政的な問題もあり、路線も運行便数も住民の生活ニーズを満たすには十分とはいえない現状である。

## **(8)文化産業の特徴**

神話時代に遡る古い歴史を有する地域であり、出雲特有の伝統文化と歴史への誇りがある。伝統文化は深く生活に根ざしており、祭りや季節行事などを通じて、地域での人のつながりも色濃く維持されている。

産業構造では、第1次産業が年々衰退し、第3次産業の比率が拡大する傾向にあるが、県内のほかの地域と比較すると第2次産業の割合が大きくなっている。郊外に電子部品等の大規模な工場が立地していることがその要因である。企業規模では中小の企業が大部分を占めることから、長引く不況は地域の経済に大きな打撃を与えている。雇用情勢はいまだ低迷が続いており、障害者雇用にも影響を及ぼしている。

### 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

#### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

出雲圏域において、今日のようにネットワークによる活動が発達してきたこと背景には、3つの活動の歴史がある。

##### ① 島根県精神科医懇話会

昭和40年から続いている、県内の全精神科医によるインフォーマルな勉強会である。2か月に1回、官民を問わず組織の壁を超えて集い、精神科医療について情報交換や討論を行っている。この会の存在は、島根県の精神科医療全体の質を高めるとともに、機関の枠を超えた連携や協働をしやすくしている。

##### ② 出雲地域精神保健福祉協議会

昭和43年に開始されていた「病院連絡会」（精神科病院と保健所との連絡会）を元に、その後他の関係機関を取り入れる形で昭和49年に発足した。精神障害者の地域での生活を支援するための連携や協働の基盤となるフォーマルなネットワークであり、出雲保健所が事務局を担っている。近年の構成員は、精神科医療機関（総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所、訪問看護ステーション）、福祉施設・事業所（社会復帰施設、共同作業所、ヘルパーステーション）、ハローワーク、市町担当課、福祉事務所、保健所、当事者会、家族会などである。出雲圏域の精神障害者に携わる関係者が集まる協議会の役割としては、①顔の見える連携づくりの場（責任者レベル、実務担当者レベル）、②関係者の問題意識から課題を明らかにし、当面の取り組みの方向を共有化する場（テーマごとに作業部会を設置し、地域の実態調査や調査結果の公表）、③取り組みの結果や成果を共同で確認する場、といったことがあげられる。

##### ③ 出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会

昭和62年、病院の精神保健福祉士、精神科医師、看護師が中心となり、「出雲の精神医療を考える会」として発足したインフォーマルなネットワーク。精神科医療機関、福祉施設、行政機関などに所属する人をはじめ、精神保健・精神障害者福祉に心を寄せる様々な立場の人が参加している。定例会（勉強会）のほか、市民向け講演会やコンサートを通じた啓発、行政への提言などの活動を行っている。月1回の定例会では様々な人が話し合う中で課題が見つかることもあり、そこから「調査」「分析」、行政への「提案」を行っている。

発足の2年後にはコンサート収益や寄付金などで共同作業所（設置運営主体は家族会）、9年後にはグループホームを立ち上げ、運営にかかわってきた。後に、同会が母体となって社会福祉法人「ふあっと」が設立されている。

こうしたネットワークの活動が基盤となって、制度の整っていなかった時代から、連携による資源開発、地域生活支援が行われてきた経過がある。また、そうした目的を共有して力を出し合う協働の活動が、さらにネットワークを発展させてきたともいえる。

## (2) 関係機関・職種と役割

### ① 精神科医

島根県内の精神科医の集まりである「島根県精神科医懇話会」が、その後の他のネットワーク形成に大きな影響を与えてきた。また、同懇話会が今日まで長い年月にわたり継続されていることも、重要なことといえる。

精神医療、地域精神医療を何とかしなければという思いの強い精神科医がいたことも、この発展につながっていると考えられる。地域医療にかける熱い思いが、同懇話会の中で語られることによって、他の精神科医にも少なからず影響を与えていったことであろう。医療機関のトップたる医師が、地域活動やそのための連携の必要性について共通の認識を持っていたことは、機関の枠を超えた連携の活動が発展する上で不可欠な要素であった。

### ② 保健所

地域精神保健活動を保健所の役割として認識し、「出雲地域精神保健福祉協議会」の事務局の役割を担い、地域の精神保健福祉にかかわる政策を議論し公式に決定していく場を継続し、発展させてきた業績は大きい。現場の保健師が強い思いを持っていても、なかなか政策に反映させるまでには至らなかったが、代々の保健所長の深い理解があったことが大きい。現場の活動と政策形成とが噛み合い、まさしく地域精神保健活動の中心的役割を担ってきた。

### ③ 精神科病院の精神保健福祉士

出雲圏域にある県立精神科病院、県立総合病院精神科、民間精神科病院では、それぞれに早い時期から精神保健福祉士が配置されていた。また「出雲地域精神保健福祉協議会」の実務担当者レベルの会や、県内精神保健福祉士の定例会などを通じて、互いに顔の見える関係がつくられてきていた。「出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会」も、病院の活動だけでは限界を感じた病院の精神保健福祉士らの動きが立ち上げの萌芽であった。今日のようなネットワークが形成されてきた背景には、機関の枠を超えた連携を進め、他職種も積極的に巻き込みながら、地域を意識した活動に意欲的に取り組んできた病院の精神保健福祉士の存在は大きい。

## (3) キーパーソンの職種と役割

前述とも重なるが、特に精神科医師のネットワークの存在、県立病院院長の地域精神医療への積極性、保健所の理解と実践、熱意のある病院の精神保健福祉士・看護師らの実践活動に支えられている。キーパーソンが特定の職種、特定の人物に固定せず、その時々で変化し、誰もが中心的人物になり得るのが、この地域のネットワークの1つの特色である。

## (4) 成功のポイント

島根県精神科医懇話会や、出雲地域精神保健福祉協議会といったネットワークの立ち上げにより、顔の見える関係づくりが進んだ。そのつながりを通して個々のケースに関する連絡・共有・連携を取り合い協働して支援を行うことで、さらに精神医療や地域の課題が明らかになってきた。熱意のある医師や精神保健福祉士、看護師、行政その他の関係者らが集まり、インフォーマルなネットワークである「出雲の精神医療を考える会（後に、出雲の精神保健と精神障害者の福祉を

支援する会)」に発展した。フォーマル・インフォーマルのネットワークが共通の構成員を擁することによって重なり合う構造が、この頃に形づくられ、その後の発展の基盤となった。

これらの経過を見ると、病院、行政、その他の関係者が点から線へとつながっていく段階であったと考えられる。ただ、個人の持つ人的ネットワークに頼っていた面があり、支援者の力量によってサービス利用に格差があったのも事実であった。

## 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

平成 11 年、地域生活支援センターふあっと（出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会が運営）が、島根県より「精神障害者のケアマネジメント試行的事業」を受託実施した。事業の企画段階から関係機関とともに検討を行い、ケアマネジメントの経験者を増やすために地域と病院とが一緒に取り組むという方針を共有した。県立精神科病院、民間精神科病院、総合病院精神科等の協力を得て、入院中の患者を対象としたケアマネジメントを実施した。地域生活支援センターのスタッフが病院に入り込み、病院の精神保健福祉士と一緒にケアマネジメントを行い、入院中から地域の支援機関がケア会議に参加して地域生活への移行支援を図るという、いわゆる退院促進支援事業的な方法での取り組みであった。病棟へ地域のスタッフが入り込んで、一人の患者をめぐる支援に意見や力を出し合うことは、格好の相互理解の場となった。こうした取り組みは、それまでに培われてきたネットワークの基盤があつてこそ実現したものであり、なおかつその協働自体がネットワークをさらに強化した。

平成 12 年度から 14 年度の 3 か年には、出雲保健所が厚生科学研究事業として「長期入院患者（社会的入院）の在宅支援推進事業」を立ち上げ、出雲地域精神保健福祉協議会をはじめ、地域の各関連機関や組織と連携して実施した。この事業においては、長期入院後に退院した事例や地域の支援体制を検証することによって入院が長期化する要因を探り、今後の地域での在宅支援ネットワークの構築を図るために必要な資源開発の方向性が明確化された。詳細は、平成 12、13、14 年厚生科学研究事業「長期入院者の在宅支援」で報告されている。

その結果を受けて出雲保健所は、さらに平成 15 年度からの 3 か年、厚生科学研究事業「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」で予算を確保し事業を行った。長期入院患者対策を地域全体の課題と位置づけ、退院促進と長期入院の予防の両面において、関係機関同士が連携して、対策を進めることで退院促進を図ることとした。

長期入院患者の退院促進及び入院の長期化を予防するための対策について出雲地域精神保健福祉協議会での検討が行われ、それに基づき医療機関や地域の関係機関の実務者による連携の中で多彩な事業が企画・実施された。



事業の柱	課題	実施内容
長期入院患者の退院促進を図る対策	①個別の事例にそったケアマネジメントの実践	1 各病院の取り組み
		2 長期入院後退院した人の調査
	②長期入院患者のエンパワメント	3 生活サポーター派遣事業
		4 地域支援員派遣事業
		5 アニマルヒーリング
	③環境整備(住まいの確保)	6 ワーキング部会の開催
		7 高齢者施設の実態調査
長期入院を予防する(在宅生活を支援する)対策	①精神科救急医療体制の整備	8 精神科救急ワーキング部会の開催
		9 休日夜間の連絡先一覧の作成
		10 心の健康づくり取り組み隊の活動
		11 医療相談連絡カードの作成
		12 精神科救急支援チームの活動
		13 治療中断防止の検討会開催
		14 心の健康教室の開催
		15 メンタルヘルスレターの発行
		16 精神科救急の実態調査
		17 治療中断の実態調査
	18 うつ病の実態調査	
	②居宅生活支援事業の推進	19 ホームヘルプワーキング部会の開催
		20 当事者、家族調査
		21 ホームヘルプ利用者調査
		22 サービス提供事業所調査
		23 ケアマネジメントに関する調査
		24 ケアマネジメント従事者連絡会の開催
		25 ヘルパー連絡会の開催
26 ヘルパー研修会の開催		
ネットワークの構築	①ネットワークの構築	27 検討委員会及びワーキング部会の開催
		28 地域施設と医療機関の交流実習

中でも、次の2つはネットワークを活かした支援システムとして特徴的な取り組みである。

### ①生活サポーター派遣事業

長期入院患者の退院支援にあたり、患者本人の動機づけが難しいという問題意識から生み出された、当事者の力を活用した退院支援策である。当事者が定期的に病院を訪問し、長期入院患者との交流活動を通じてエンパワメントを図り、退院への動機づけにつなげる。当事者グループの活動が、地域の支援機関、活動を受け入れる医療機関、事務局として連絡調整を担う保健所の密接な連携によって支えられている。

### ②精神科救急支援チーム

治療中断や未受診などの事例では、家族や単一の機関の支援だけで状況改善を図るのは非常に困難なことがある。そうした場合に、機関の枠を超えて各専門職がチームを組み、家族や本人か

ら相談を受けて入院・医療機関受診等の支援にあたる。保健所が事務局を担い、医師、看護師、精神保健福祉士、家族相談員等の専門職を名簿登録。相談ケースに応じて多職種のチームを編成し支援活動を行う。この活動は、各専門職の所属する機関から業務の一環として派遣される形で、原則として無報酬で行われる。地域の関係機関に、連携と協働の必要性の認識が浸透しているからこそ可能になる支援システムである。

また、出雲保健所の研究事業と同時期に、県立精神科病院が移転に伴い病床削減することとなった。病院内に退院促進チームが設置され積極的な退院促進の取り組みが進められた。出雲地域精神保健福祉協議会でこのことが取り上げられ、民間精神科病院でも同様の体制をつくるよう、協議会から依頼を行い、医療機関の協力によって退院促進が図られた。

### 長期入院者の退院(6か月以上の入院)

- |                                 |
|---------------------------------|
| ・県立精神科病院 平成15年9月～平成17年3月 47名退院  |
| ・民間精神科病院 平成16年1月～平成17年10月 15名退院 |

## (2) 関係機関・職種と役割

### ① 保健所

長期入院の問題への取り組みを地域の課題と位置づけ、研究事業という形でネットワークによる検討の場を設けた。課題抽出から方針の設定、事業の企画・実施に至るあらゆるプロセスを、ネットワークによる協働にこだわって推し進め、そのことが退院促進のみならず地域精神保健福祉をめぐるネットワークの構築、強化に大きな役割を果たした。

### ② 市役所

障害福祉担当課は出雲地域精神保健福祉協議会の一員であり、そこで話し合われることの中から、圏域の精神保健福祉施策において市に求められる役割を確認し、市事業として具体化、予算化してきた。また、個別のケースの支援にあたっても積極的に関与する姿勢を持っている。

### ③ 病院

各病院において、多職種のチームを編成するなどして積極的に退院促進に取り組んできた。また、生活サポーター活動の受け入れ、地域で行われるアニマルヒーリングへの参加、精神科救急支援チームや心の健康づくり取り組み隊への職員派遣など、地域との連携の活動に病院として積極的に協力している。

### ④ 地域生活支援センター

「精神障害者のケアマネジメント試行的事業」において、病院、病棟の中に入り込み、看護師や精神保健福祉士と協働しながら、当事者主体のケアマネジメントを実践した。このことは、本人にとって安心して地域生活に踏み出せるような連続的な支援を可能にしたとともに、地域の支援機関と医療機関との相互理解を進めた。また、出雲保健所の研究事業における各種の調査検討

や事業の企画にも積極的に参画し、地域生活を支える社会資源の開発に役割を果たしている。特に生活サポーター活動に関しては、活動する当事者の組織化や日常的なバックアップを担い、当事者がバーンアウトすることのないようにきめ細かな支援を行った。

### ⑤生活サポーター

生活サポーターは定期的に病院訪問を行い、レクリエーション活動やミーティングに参加し入院患者との継続的でゆるやかな交流を持った。同じ病気を持っている当事者として現に地域で生活している姿を見せることで地域生活のイメージが持ちやすくなり、退院への不安を抱える患者へのエンパワメントの効果が大きい。当事者同士だから話せる患者の本音を拾い上げるなどして、病院スタッフの意識改革にも寄与している。

### ⑥出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会 ふあっと

フォーマルなネットワークを中心に展開されている活動の一方で、インフォーマルな「ふあっと」という場があることで、職務上の立場を離れて遠慮なく本音の議論ができる機会が保証された。また、直接事業に関与しない会員から客観的な意見を聴ける場でもあった。

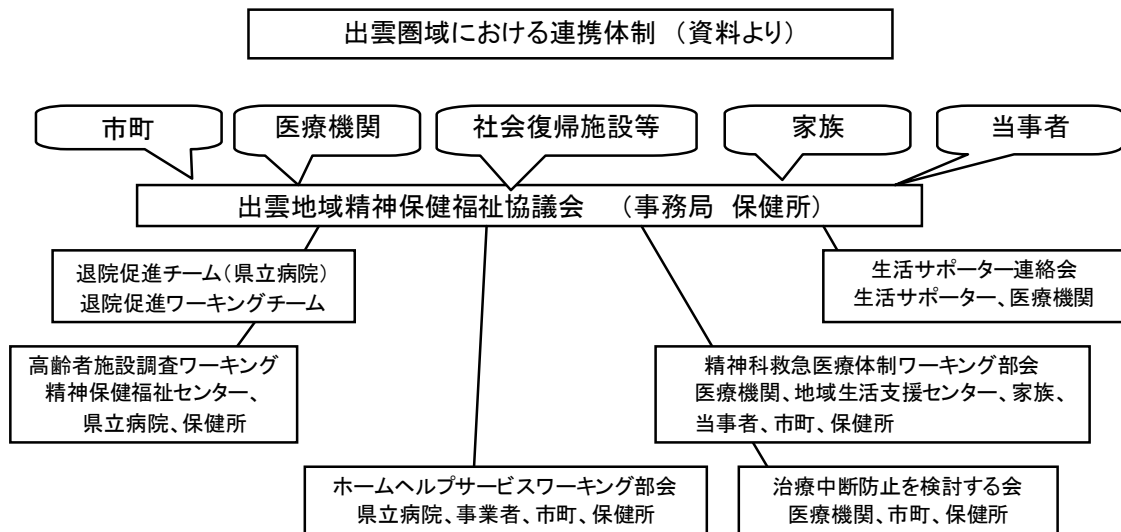
## (3)キーパーソンの職種と役割

### ①保健所保健師

研究事業の実施主体である出雲保健所の、特に現場の保健師が果たした役割が大きい。職務としてのかかわり以外にも、支援する会ふあっとなどインフォーマルなつながりを大切にし、常にネットワークによる協働を重視して、出たり引いたり、関係機関の調整をしたりと絶妙な動きをしてきた。

ただ、地域のネットワークの中で協働してきた各機関の関係者一人ひとりがキーパーソンであるともいえる。取り組む内容や時期によって、中心となる人は変わっている。そのことから、いかに実質的な連携と協働がなされていたかがうかがわれる。

## (4)関係機関・職種のネットワーク



## (5) 成功のポイント

ケアマネジメント試行的事業を通じて、地域の支援機関が医療機関へ入り込み、入院中から継続したかかわりをもって地域生活移行を図るというスタイルが定着した。それまでも、個別のケースに関して医療機関と地域の機関が連携して支援を行うことはあったが、担当者の力量によって連携ができたりできなかったりというばらつきが否めなかった。モデル事業という枠組みでのまとまった取り組みにより、各関係機関のスタッフに「一緒に支援する」ことへの認識や連携のためのノウハウが浸透する効果があった。いわば、支援者同士のつながりが、線から面へと進展した時期であったと考える。

出雲保健所が中心となって展開した研究事業において、長期入院の問題への取り組みに、現状把握から課題整理、資源開発までを、きちんと検討し実践する「場」と「予算」を確保したことは活動を発展させる大きな要因となった。また、その取り組み方として、徹底的にネットワークにこだわった点は秀逸である。なお、研究事業において発案実施された事業がすべてうまくいったわけではなく、事業化してみたが期待したような機能を果たさないと評価されたときには、再検討し形を変化させていった。事業を「やりっぱなし」にせず、計画・実行・評価・再構築（PDCA）のサイクルをきちんと実行したことも、大きな成功ポイントといえる。

## 5 ネットワーク成熟・発展期の取り組み

### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

#### ① 出雲市精神障害者退院支援事業

出雲保健所が中心となって展開された研究事業の取り組みは平成 17 年度で終了し、研究事業で検討開発されてきた支援システムを、どのようにして継承・発展させていくかが課題となった。手弁当で力を出し合うスタイルが基本ではあっても、事業費なしにはできない部分もある。また事業としての位置づけがなくなれば推進体制も不明確になる。そこで、平成 19 年度より出雲市で国庫補助による生活保護受給者の退院促進事業の予算化が図られ、「出雲市精神障害者退院支援事業」が実施されることとなった。出雲市で生活保護を受給しながら長期入院している患者すべてについて現況調査を行い、退院を阻害している要因を探るとともに、退院に向けた支援プログラムを作成・実施して地域生活への移行を図る。また、退院へのプロセスの集積と分析によって退院支援システムのモデル化を図ることをねらいとしている。

推進体制としては、精神科医療機関、社会復帰施設、当事者団体、家族会ほか関係機関による「出雲市退院支援事業ネットワーク会議」を設置。社会福祉法人ふあつとが事業の一部を受託し、市と協働で事務局を担っている。

この事業によって、市の健康福祉部局の中でも、障害担当だけでなく、生活保護担当、地域保健担当の部門へと横の連絡が取り合える関係を強化した。また、ネットワーク会議へ不動産の専門家に参加していただくなど、さらにネットワークを拡大・充実しつつある。

なお、平成 19 年度の実施状況は次の通りである（平成 20 年 2 月時点）。

- ・退院支援ネットワーク会議：4回
- ・退院支援ワーキング会議（実務者レベルの会議）：10回
- ・個別ケースにかかわる支援会議：21回

事業対象者	26名	市内の医療機関 市外の医療機関	18名 8名(いずれも県内)
アセスメント実施	17名	アセスメント実施ができないケース 病状が不安定で面接できない 医療機関の都合でかかわりがもてない	9名 (6名) (3名)
退院支援を実施	6名	支援による退院者 自宅 グループホーム 施設 退院支援を実施していないが退院に至ったケース	5名 (1名) (2名) (2名) 1名
退院支援を実施していないケース	11名	病状が不安定で退院の見通しが無い(面接継続) 施設入所待ち等で支援の必要がない その他の事情でかかわりがもてない	6名 3名 2名

## ②島根県精神障害者地域生活移行支援事業(精神障害者退院支援事業)

平成19年度より島根県が実施するもので、概要は以下の通りである。

- ・地域生活移行支援会議（県レベルの関係機関会議）
- ・精神障害者地域生活移行支援圏域会議（圏域レベルの関係機関会議）  
出雲圏域では、出雲地域精神保健福祉協議会と兼ねて開催
- ・自立支援ボランティア養成
- ・精神障害者退院支援事業

これらのうち退院支援事業部分を、圏域内の相談支援事業所として、社会福祉法人ふあっと（出雲市）、社会福祉法人桑友（斐川町）が受託実施。退院前の段階から相談支援事業所のスタッフが病棟へケアマネジメントに入り、地域生活へのスムーズな移行と定着を図る支援を行っている。

## (2)関係機関・職種と役割

### ①医療機関

退院支援事業において医療機関は、対象となる患者の選定や地域からの支援の受け入れにかかる調整、院内での退院前訓練の実施、退院後の地域支援への協力などの役割を担っている。退院支援は、医療機関がどのような認識を持っているかによって大きく左右される。出雲圏域の医療機関は、長いネットワークの歴史の中でしっかりと役割を果たしてきており、地域との連携に高い意識と積極的な姿勢を持っている。この事業においても円滑な協力体制が実現している。

### ②市役所

国庫補助による事業実施に向けて積極的に動き、それまでに形づくられてきた退院支援活動の継続・発展に道をつけた。行政機関という性質上、生活保護費の削減という方向に成果を求めがちになっても仕方ないところである。しかし出雲市は、この事業の企画にあたって、退院者数に

こだわらず、個々の患者の退院支援を切り口に、関係機関ネットワークを強化し地域の財産として活用可能な退院支援システムを構築することを目的に据えた。市として、当事者主体の精神障害者支援のあり方に高い意識を持っていることがうかがわれる。

### ③保健所

島根県の地域生活移行支援事業には、これまで出雲圏域で取り組まれてきたネットワークによる活動のノウハウが色濃く反映されている。試行的に始まった活動がシステムへと昇華されていくには、現場の活動を政策化・制度化の場へとリンクさせていく働きが重要であるが、この役割を保健所がきちんと担っている。

### ④相談支援事業所ふあっと(旧 地域生活支援センター)

市事業を財源に退院支援専門員を置き、退院支援活動の実働部分を担っている。精神障害者の支援を苦手と思いがちな生活保護ケースワーカーに対し、ともに活動する場を意識的に多く持ち、教育的機能をも果たしている。また、実際の退院支援の状況や感じている問題等を取りまとめたネットワーク会議等に提示し、課題を共有化して次のステージへの展開が図れるようにしている。

### ⑤生活サポーター

研究事業で生み出された活動であるが、研究事業終了後は主体的に活動を継続していきたいとして、NPO法人を立ち上げた。従来からの生活サポーター活動(グループ対グループでの交流)に加え、個別の支援(病院や退院後の自宅への訪問、施設等の体験利用への同行支援など)にもかかわっている。また、市や県の精神保健福祉関連の協議会や検討委員会等に当事者の代表として参画を求められることもあり、貴重な役割を果たしている。

### ⑥出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会 ふあっと

出雲地域精神保健福祉協議会、出雲市退院支援ネットワーク会議といういずれもフォーマルなネットワークによって展開されている活動の一方で、インフォーマルな「ふあっと」という場があることは、やはり重要な役割を果たしている。県の研究事業が終了して、どのように活動を継続していけば良いかといったときに、市が事業化して継承するといった方向で話が進んだのも、職務上の立場を離れて議論ができるインフォーマルな場があったからこそではないかと考えられる。

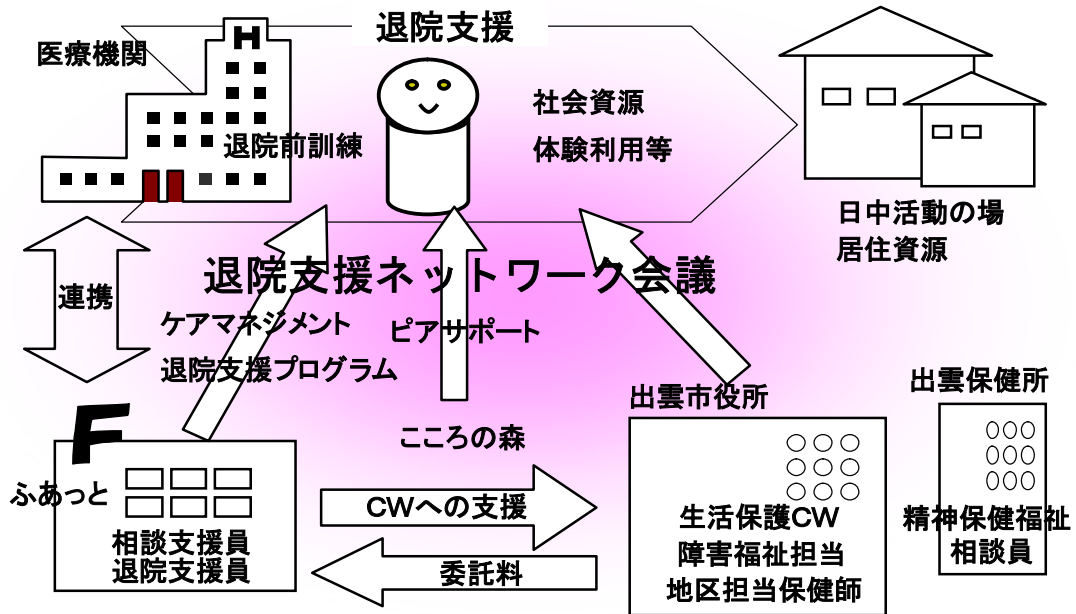
## (3)キーパーソンの職種と役割

相談支援事業所の退院支援専門員(精神科認定看護師)が、実際の退院支援活動にかかる連絡調整にあたることが多く、日常的な連携の核を担っている。

しかしそれだけではなく、これまでの活動からネットワークがある程度成熟しており、それぞれの機関、職種が主体的に動いてネットワークが維持され続けている。その時、その場所、その人によってキーパーソンが違いながらもネットワークが維持されていることが最大の強みともいえる。

#### (4) 関係機関・職種のネットワーク

関係図：出雲市精神障害者退院支援事業の例



#### (5) 成功のポイント

出雲市が実施する生活保護受給者対象の退院支援事業と、島根県の実施する退院支援事業が並行して行われている。そのために、退院支援を受け入れる医療機関や患者に混乱が生じることが懸念された。そこで、県事業の実施方法を検討する段階で意見交換を行い、先行して企画されていた市の事業による支援の流れを踏襲する形で整合性を確保した。退院支援を希望する患者があった場合に、その人が出雲市の生活保護対象者であれば市の事業、それ以外であれば県の事業、という使い分けを行うが、いずれの事業においても内容的には同様の流れで支援が提供されるということになる。このような調整が可能になるのは、圏域内のネットワークがしっかり機能しており、普段から各機関の動きが互いに見えていることによるもの大きい。

### 6 事例のまとめ

出雲圏域の活動は、各関係機関が人と人のレベルでつながっているところに特徴がある。互いに顔の見える関係があり、それを大切にすることで緊密なネットワークが形成、維持されてきた。活動にかかわる人たちが、どんな立場でどんな活動をしているか、またはどんな人柄や力量を持っているかといったことが、互いにある程度分かっていることで、目標や課題の共有化、役割分担がスムーズにでき、事業が進みやすかったと考える。また、事業の進行過程で何らかの疑義やトラブルが生じたときにも、解決への糸口がつかみやすい。

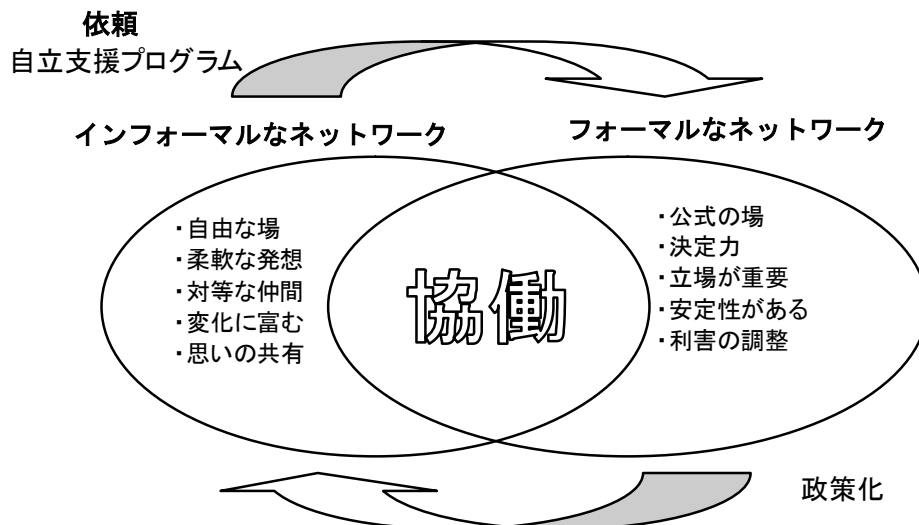
ネットワークには、フォーマルなネットワークとインフォーマルなネットワークがある。この

報告で取り上げた中では、出雲地域精神保健福祉協議会、出雲市精神障害者退院支援ネットワーク会議などが前者にあたり、島根県精神科医懇話会、出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会などは後者にあたる。それぞれのネットワークは、構成員の一部が共通し重なり合っている。社会資源整備に関する事業や退院支援事業といった活動は、基本的にフォーマルなネットワークが中心となって進められるが、その一方では、インフォーマルなネットワークが両輪のように存在し、事業の具体的な実施方法の議論の場になったり、客観的に事業を評価する場になったり、違う分野の専門家との接点ができちょっとした協力を得たりと、フォーマルなネットワークによる活動を補完する働きをしている。

フォーマルとインフォーマルそれぞれのネットワークには、異なった性質や機能がある。両方のネットワークが表裏一体となっとうまく機能していることが、種々の事業や活動の成功のポイントとなっている。

また、特定の機関や人物にすべての成否がかかっているのではなく、その時々、取り組む内容によって異なる中心人物が登場していることも特徴である。特定の人物が権力を握る構造でなかったことが、長い年月にわたってネットワークが維持されてきたことの1つの要因と考えられる。活動にかかわる人それぞれの意識や力量の高さを表すとともに、ネットワークが人を育ててきたということを示唆している。

**資料**

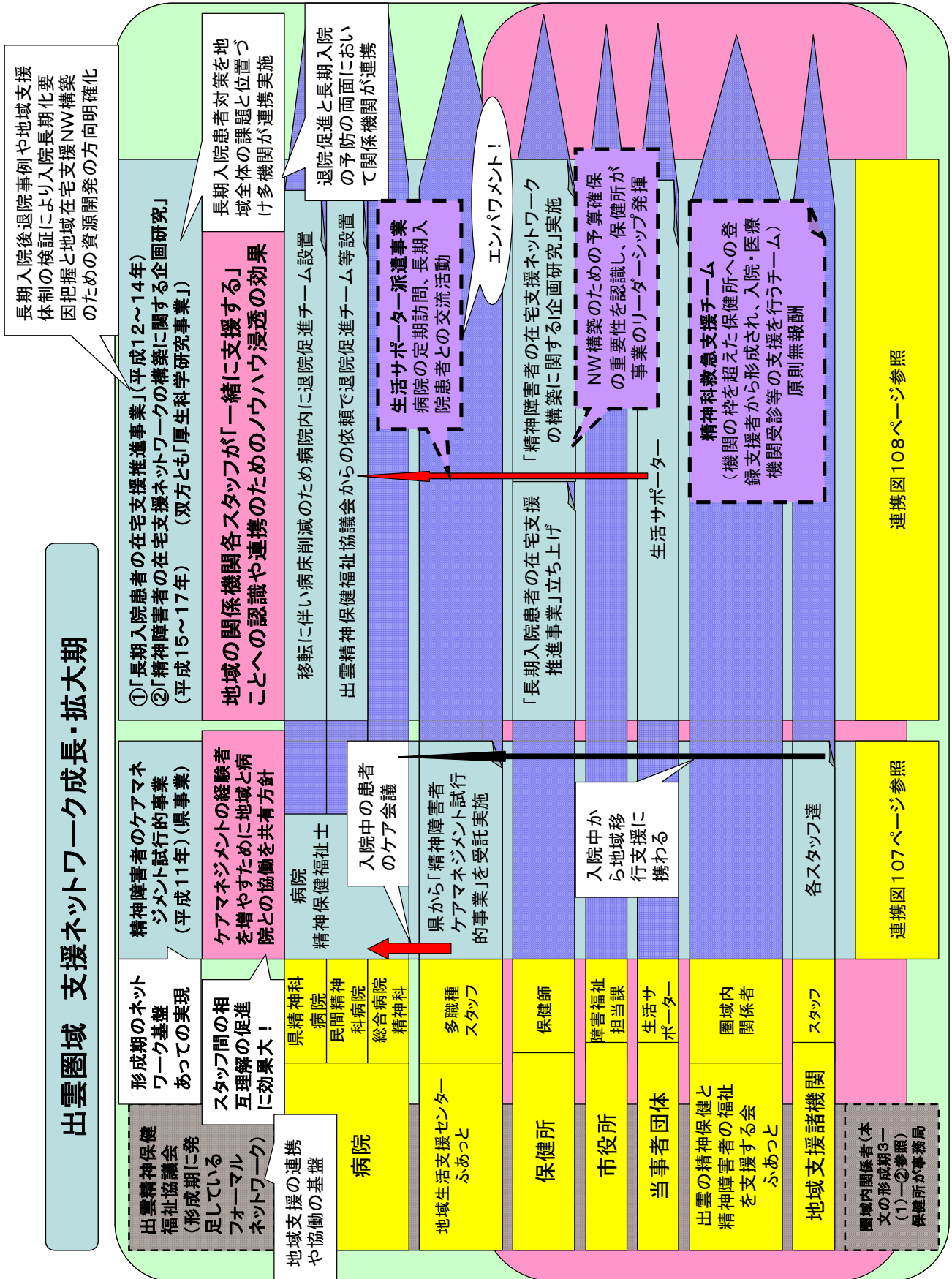


**7 キーワード**

協働、顔の見える関係、フォーマルなネットワーク、インフォーマルなネットワーク、計画・実行・評価・再構築（PDCA）サイクル、人と人がつながる、資源開発

※調査協力 社会福祉法人 ふあっと







### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) 島根県精神会懇話会

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科医</li> <li>・当時の精神科医師が立ち上げた。</li> <li>・昭和40年より継続して続けられている。</li> <li>・県内の全精神科医の勉強会。</li> <li>・インフォーマルなネットワーク。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2か月に1回、官、民を問わず組織の壁を超えて集う。</li> <li>・精神科医療の現場のことを本音で報告、討論する。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質を高めるとともに、機関の枠を超えた連携や協働しやすくしている。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

##### (2) 出雲地域精神保健福祉協議会

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所</li> <li>・昭和43年、県立病院の院長が中心となり「病院連絡会」(病院と保健所の連絡会)を立ち上げ。</li> <li>・その後、昭和49年保健所が中心になり多くの機関を取り入れ同会議に発展。現在も保健所が事務局を担っている。</li> <li>・精神障害者の地域での生活を支援するための連携や共働の基盤となるフォーマルなネットワーク。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・顔の見える連携づくりの場づくり(責任者レベル、実務担当者レベル)。</li> <li>・関係者の問題意識から課題を明らかにし、当面の取り組みの方向を共有化する場(具体的な作業部会を設置し、地域の実態調査、調査結果の公表)。</li> <li>・取り組みの成果を共同で確認する場。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実務的なネットワークができたこと。</li> <li>・調査等を行い、それらを政策提言、予算化してきたこと。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

### (3) 出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会(昭和 62 年)

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発起人 6 名(精神科医、看護師、精神保健福祉士)</li> <li>・目的:各病院の枠を越え、インフォーマルな集まりの中で精神保健と精神障害者の福祉について語り合い、ともに考えていくこと。</li> <li>・現在 128 名の会員。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「当事者主体の生活支援」という視点。</li> <li>・所属機関・施設や肩書は関係なくメンバーそれぞれが個人として時間を使い、月 1 回の定例会を行っている。</li> <li>・市民向けの講演会やコンサート活動での啓発活動。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の課題の抽出。</li> <li>・調査を行う。</li> <li>・行政への提言を行いフォーマル協議会ともリンクする。</li> <li>・枠を超えた集まりで顔の見える関係ができています。</li> </ul>

## 2 ネットワーク成長・拡大期

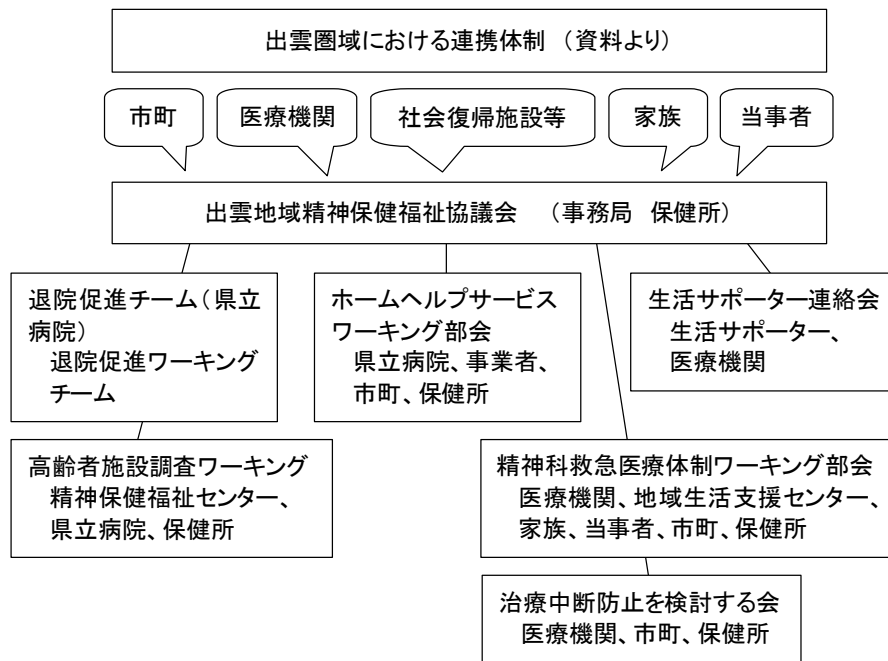
### (1) 精神障害者のケアマネジメント試行的事業

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所(出雲地域精神保健福祉協議会)</li> <li>・市町、当事者、支援センター、家族会</li> <li>・医療機関の精神保健福祉士と地域生活支援センターのスタッフとの複数性ケアマネジメントによる退院支援(地域が医療機関に入っていく)。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活支援を支援センタースタッフが病院に入り込み、病院の精神保健福祉士と一緒にケアマネジメントを行う。</li> <li>・また、この協議会では長期入院者の地域生活支援をどのように行うか課題を抽出し、検討、資源開発を行った。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期入院者に対する支援を地域側から迎えに行くような視点と、ケアマネジメントを行う上での課題の抽出。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

(2) 出雲地域精神保健福祉協議会（体制整備に向けた取り組み、平成 15 年）

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・保健所 ・長期入院者の退院促進を地域全体の課題と位置づけ、関係機関で連携して対策を進めることで退院促進を図ることとした。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・厚生科学研究事業予算を確保し、体制整備を行ってきた。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・体制整備を行うことでネットワークが幾重にもかさなり、「網の目」のようになって行くことで、地域生活支援体制がつくられた。</p>

〔具体的なネットワーク〕



### 3 ネットワーク成熟・発展期

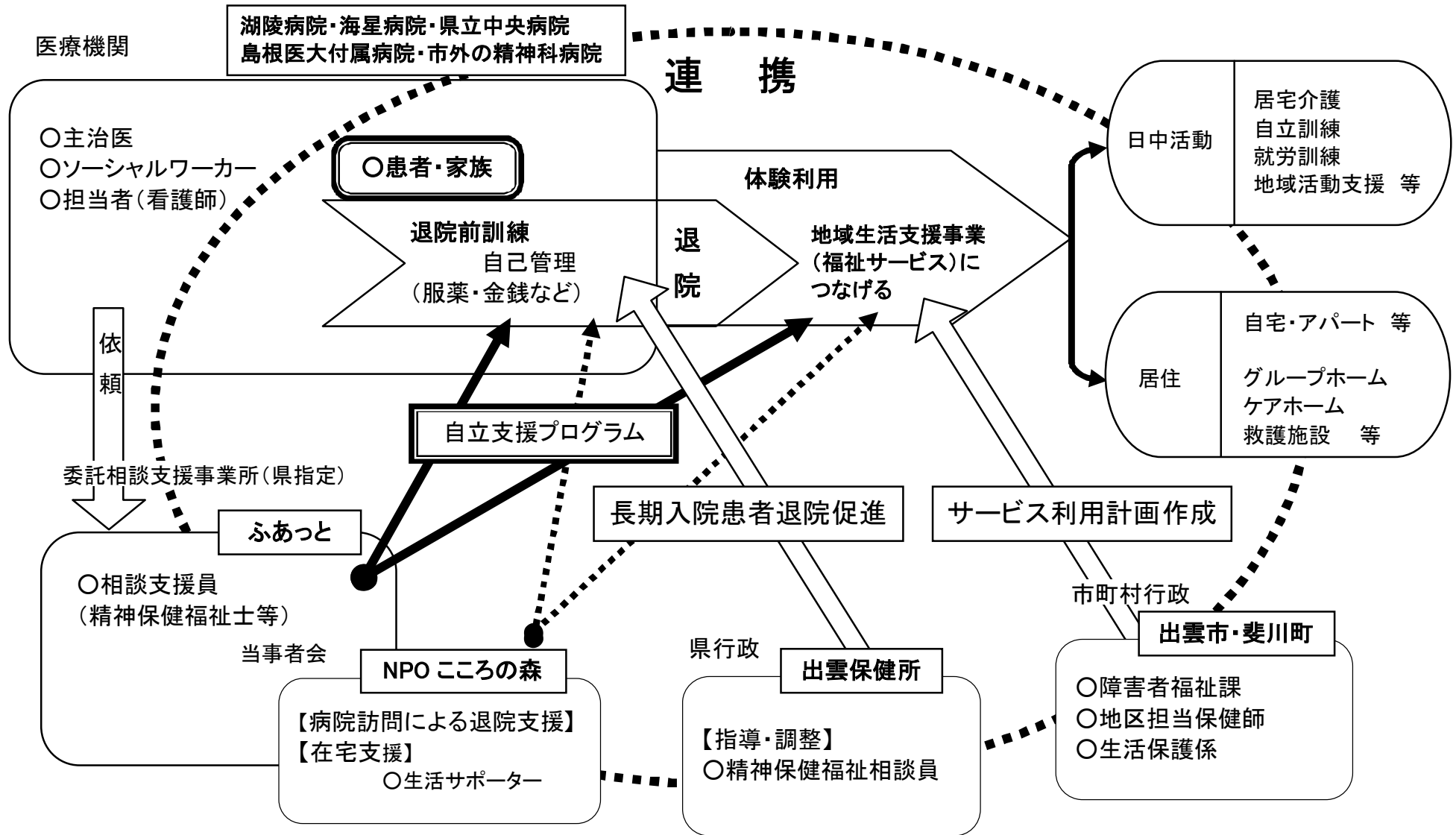
#### (1) 出雲市精神障害者退院支援事業

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・出雲市、ふあっと ・保健所が中心となって展開された研究事業で検討開発されたシステムの継続のため、国庫補助による生活保護受給者の退院促進事業の予算化。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・生活保護での入院者の調査、退院阻害要因の検討、退院に向けたプログラムの作成、実施、退院へのプロセスの集積と分析。 ・「出雲市退院支援事業ネットワーク会議」の設置。事務局を市とふあっとで担う。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・事業対象者 26 名 ・退院者 6 名 ・不動産の専門家の参加、障害担当と生活保護の連携強化。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

#### (2) 島根県精神障害者地域移行支援事業

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・社会福祉法人 ふあっと ・保健所</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・今まであったフォーマルネットワーク、インフォーマルネットワークを活かし、また、平成12年から行っている退院支援の活動を県の委託を受け行った。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・病院のスタッフと病院外スタッフが上手く顔が繋がりが、病院外スタッフが病院に顔パスで入っていき、病棟スタッフや入院患者さんとも顔が繋がっている。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・次頁の図の通り。</p>

# 出雲地域の精神障害者退院支援



## ■第9章 取り組み事例—千葉県市川市圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

医療機関が中心となつて行うACTによる重度の人への地域定着支援と、モデル事業活用によって地域ネットワークの充実を図った事例

#### 1 事例のタイプと特徴

本事例の特徴は、①国立精神・神経センター国府台地区に平成15年4月より立ち上げられたACT臨床チーム（ACT-J）の研究事業による退院促進の取り組みであること、②そのことを背景として、千葉県単独の事業としてマディソンモデル活用事業を平成17年度より開始し、この事業の活用を通して地域資源のネットワークを構築していったことの2点である。また、具体的には、この事業に位置づけられたネットワークコーディネーター（民間法人）が中心となつてネットワークの構築を図っていったことも取り組みの重要な特徴といえる。退院支援に特化したのではなく、長期入院の人も含めた地域資源につながらない人たちへの支援体制とネットワークの構築を目指したため、長期入院の課題については、取り組みがはじめられたところである。

#### 2 調査対象地域の概略

##### (1) 圏域

- ・マディソンモデル活用事業：市川市
- ・ACT：市川市・松戸市南部

##### (2) 人口

- ・市川市 47万
- ・松戸市南部 30万

##### (3) 病床数

- ・国府台病院・式場病院・中山病院 計1,017床



##### (4) 社会資源の特徴

国立精神・神経センター精神保健研究所が、医療機関である国立精神・神経センター国府台病院と連携して、6年前よりACTに取り組んでいる。自立支援法下の資源として市立の地域活動支援センター、民間のグループホーム、就労移行支援事業、ホームヘルプサービス、相談支援事業所がある。県の事業として中核地域生活支援センターと、生活ホーム、市の事業として授産施設、作業所、就労支援センターがある。医療機関としては、国府台病院を含めて3か所の精神科単科の病院とその他クリニックが多数ある。



地域における支援体制（精神保健福祉の領域）は公立の施設からスタートし、社会福祉法人やNPO法人などの民間へ拡大していった。また、マディソンモデル活用事業によって、新たな資源ができてきている。

## （5）地域の特徴

都心から20キロ圏内に位置し、JR総武線、京葉線等の鉄道や、京葉道路、国道14号などの道路がある。路線バスも充実しており、住環境も良い。核家族世帯にとっても、サポートが充実しているといわれる。また、文化芸術への関心を高めるための様々な施策に取り組んでおり、都市化の著しい中で農業の振興対策として、各種事業を計画的かつ体系的に推進している一面もある。特に梨栽培が盛んで、県内一の生産量を誇る。大学も多い。

## （6）従来の精神保健福祉ネットワークの特徴

### ①国立精神・神経センターによる研究事業として行ったACTによる地域定着支援

平成15年4月より、ACT臨床チーム（ACT-J）が立ち上げられ、国の研究費でパイロット事業、臨床活動、及び効果研究活動に取り組んでいる。既存の地域資源につながらない人や重度の人を対象に地域定着のための支援を継続した。言わば、これまでであれば既存の地域資源につながる事が難しいがために、入院治療を余儀なくされた人たちが、ACTの支援を受けることによって地域生活が可能になっており、長期入院の解消には一定の効果をあげている。

ACTは、一人の人に対して包括的なチームで支援を行う。チーム構成は、9名のケースマネジャーと1名の精神科医、加えて就労支援専門家が2名、プログラムアシスタント（非常勤）が2名である。支援の中身としては、①服薬管理等の医療行為も含む、②頻回な在宅訪問などのアウトリーチを主体とする、③精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供する、④基本的には24時間365日アクセス可能で危機介入にも対応できる、というものである。単に、すべての人をACTのみで支援するというわけではなく、措置などで入院に至った人も少なくないため、保健所や生活保護など、必要な関係機関とはケア会議を開催し連携と役割分担をしながら支援にあたってきた。地域の連携という意味においては、個別支援を通して、必要な関係機関での連携を図ってきたといえる。しかし、「重篤で既存の社会資源につながるのが難しい人」が対象なので、本人が支援を求めている（病識がない）場合や、既存の資源では、生活を支えていくことが困難であることから、ACTの支援によるみ生活を支えていく人が多いという特徴がある。このACTの取り組みにより、本来ならば入院治療が長引いてしまう人も、地域での生活が可能になった。こうした仕組みを、地域で暮らしていける仕組みとして位置づけていくことが長期入院の解消につながる。ACTが、市川市の地域精神保健福祉支援システムづくりのきっかけとなっているといえる。

### ②地域資源は豊富であった

従来、市川市には、民間法人による働く場や住む場の提供、公的機関による支援センター等、資源は豊富にあったが、作業所にはまらない人の行き場所がないなどの課題があった。またネットワークという側面においては、個別のケースを通じた連携はあったが、仕組みとして機能するネットワークには課題があった。

### 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

#### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

##### ① マディソンモデル活用事業の導入と「マディソンモデル活用事業研究会」の立ち上げ

マディソンモデルとは、精神障害をもつ人たちが最大限に人権を尊重され、地域の中で普通に暮らしていけるようにトータルで支えるシステムである。米国ウイソコンシン州デーデン郡ではじめられた精神保健地域ケアシステムであり、州都の名をとってこのように呼ばれ、世界的に高く評価されている。この中核に位置づけられるのがACTでもある。千葉県ではこの事業を、県の単独事業として平成17年11月から市川市で開始した。県がこの事業を行うことにした背景には、まずはACTの研究と実績が積み重なっていたということに加えて、当時の県知事と県の福祉課の課長が積極的に動いたということも大きい。もともとある地域資源とACTを位置づけた、市川市全体が暮らしやすくなる地域支援システムを構築することを目的に働きかけられた。

まずは、市川市の担当課の課長と精神保健研究所が話し合いを重ねて、市内の資源に相談に行き、事業についてのおおよその同意を得た。そこで「マディソンモデル活用事業研究会」を立ち上げ、市内の当事者、家族、民間支援機関、医療機関、公的機関が一堂に会し、事業開始に向けて白紙の段階から議論を重ねた。平成17年8月から週に1回必ず顔を合わせた。最初は関係者が互いに様子をうかがいながらの会議であった。日頃の活動の中から感じている率直な思いや、市川市に不足している・あると良い資源などの意見を交わしながら、モデル事業の中身を検討した。当事者・家族からは、「市川には資源はあるけれど、使いづらい」など率直な意見もあがり、問題意識を共有する第一歩となった。

週に1回、勤務外の時間での話し合いであったが、傍聴者も含めて毎回30名の参加者があった。モデル事業開始まで時間がなく、事業の中味を早く決定して予算申請に間に合わせるという現実的な必要性もありハイペースで集まった。結果としては、頻りに顔を合わせたことがお互いを知ることにつながり、次第にかなり率直で活発な議論が成されるようになった。この議論の中で、いくつかの新たな資源が開発されている。①ネットワークコーディネーターを配置したケアマネジメントの運営、②ケアマネジメント担当者に対する研修、③クラブハウス、④クライシスハウス、⑤自立生活体験事業、⑥就労支援コーディネーターの6つである。お互いの利害関係を考えずに同じ土壌で1つのテーマについて議論を重ねて共通基盤をつくり、顔の見える関係も構築された。

#### (2) 参加機関

中核地域生活支援センター（県）、クリニック、NPO法人、国立精神・神経センター精神保健研究所（ACT-J）、市川市障害者就労支援センター、千葉県精神保健福祉センター、千葉縣市川健康福祉センター、市川メンタルサポートセンター、社会福祉法人、当事者会、家族会、国立精神・神経センター国府台病院、市川市社会福祉協議会

#### (3) キーパーソン

精神保健研究所、県知事、県の担当課課長

#### (4) 成功のポイントと重要な点

県（行政）主導で開催されたことと、ACTが実績をあげていたことが関係者が一堂に会す場を設けるに至った背景にあり、ここで当事者、家族も含めた官民協働で話し合う土台と何を目指していくかの共通基盤が図られたことは重要である。また、「市川市を暮らしやすい地域にするために事業をどう形づくるか」という目的が明確であったことも、関係者が活発な議論を行うには必要であったことがうかがえる。この研究会を通して、これまでは組織の枠の中でしか考えられなかった、それぞれが抱えていた問題意識や組織を超えたものをつくりたいという思いが共有された。そして、良い物をつくろうと思えばつくることができるという経済的な裏づけがあるということが重要であった。「我が施設・我が法人」という枠と立場性を超えて、地域全体の課題について考えられる関係性が築かれたことが、この研究会の大きな成果である。

### 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

#### (1) ネットワークコーディネーターによる取り組み

マディソンモデル活用事業によって位置づいたネットワークコーディネーターが、市川市のケアマネジメントシステムの構築に向けて意見交換を行うことを目的に「ケアマネジメントネットワーク会議」を立ち上げた。従来、資源はあるもののそれぞれがばらばらに機能しているということ、「たらい回し」となってしまう現状もあり、身近な相談窓口の機能強化を目指し、ネットワークコーディネーターは、民間、公的機関を問わず、家族会も含めた身近な相談窓口に声をかけた。この会議では、市内の情報共有を行うとともに、具体的な事例について、「身近な相談窓口」一資源では解決しきれない相談をあげて検討し、それを社会資源につなぐため、ネットワークコーディネーターがケアマネジメントを行った。それをさらに会議に返しながらい臨床に近い個別事例を通じた連携の基盤をつくっていった。また、各資源の後方支援も行いながら、コーディネーターが現場で果たす役割やそれぞれの機関が果たす役割を明確にし、ケアマネジメント態勢の構築を図っていった。あわせて、ケアマネジメントの周知のためのパンフレットの作成や、各関係機関に対象者を紹介してもらおうツールとしての「サービス利用申込書」などを作成し、関係機関に依頼、配布し、仕組みを整えていった。さらに、作業所職員などが、ケアマネジメントについての基本的な知識を身につけることができるように、研修会の開催なども行った。

ケアマネジメントネットワーク会議によって、相談を受ける人たちが連携・調整できる態勢ができ、長期入院の人も含めた地域資源につながってない人が、必要な支援のもとで地域生活を送れるためのネットワークが構築され、支援の連続性と継続性を持たせることにもつながった。また、長期入院の退院支援については、国府台病院の患者に対して、ネットワークコーディネーターがケアマネジメントを行い支援した。入院中の人との面会に頻繁に院内へコーディネーターが出入りすることにより、医療機関へのコーディネーターの出入りはスムーズに行えるようになったという。これまでは、地域の方から病院に出向き話をすることはなかった。しかし今では、退院に向けて地域から迎えに行く姿勢とスムーズに支援できる連携の基盤が、国府台病院とネットワークコーディネーターの間では築かれており、場合によっては当事者も病棟への訪問が行えるという。

## (2)参加機関・キーパーソン・キーパーソンの役割

### ①参加機関

市川市障害支援課、市川市福祉事務所、市川市保健所、市川市社会福祉協議会、市川市福祉公社、家族会、中核地域生活支援センター、国立精神・神経センター国府台病院、メンタルサポートセンター、社会福祉法人、NPO法人、クラブハウス、ACT-J

### ②キーパーソン

ネットワークコーディネーター：市内に点在する社会資源「身近な相談窓口」の充実・強化を図るため、これらの後方支援を行う。

### ③キーパーソンの役割

各種社会資源の情報提供やサービスの利用調整、ケアマネジメントの手法の普及を行い、ネットワークの構築を図る。

会議の招集、連絡調整、直接支援。

## (3)ロングステイ解消研究会(長期入院解消研究会)の立ち上げ

未だ市内に数多くいる長期入院の人たちも地域で暮らしていけるような退院促進の取り組みを積極的に行っていく必要性について、ネットワークコーディネーターを中心に、インフォーマルに議論することが増えていった。その経過の中で、平成18年4月にネットワークコーディネーターが「ロングステイ解消研究会」(月に1回開催)を立ち上げ、マディソンモデル活用事業の中に位置づけた。国府台病院が場所を提供し、市内の3病院と、関係機関が議論を重ねている。はじめは、長期入院の定義やスムーズに退院促進するために必要なことなどを話し合い、その中で、病院や地域のそれぞれの事情や実態、考え方等々を知っていくことの必要性について議論した。少しずつ踏み込んでお互いの事情が分かりつつある状況だが、行政機関からの正式な出席依頼のある会ではなかったため、医療機関の職員は出席しづらいという背景もあり、一進一退である。しかし現在、国府台病院の呼びかけで、市内の医療機関の精神保健福祉士の間で2か月に1回程度の勉強会を開催している。まだまだこれからであるが、市川市全体として長期入院の人たちが地域で暮らしていけるようにするための取り組みの第一歩が進みはじめている。

## (4)参加機関・キーパーソン・キーパーソンの役割

### ①参加機関

ネットワークコーディネーター、市川市社会福祉協議会、市川市障害支援課、市内精神科病院(3か所)

### ②キーパーソン

ネットワークコーディネーター

### ③キーパーソンの役割

会議の招集、連絡調整。

## (5)成功のポイントと重要な点

### ①マディソンモデル活用事業を活用した共通基盤づくり

ネットワークコーディネーターはマディソンモデル活用事業研究会で共有化された課題と関係性を基盤に、会議を立ち上げている。これらの会議は、各地域資源がケアマネジメントの視点にたって相談を受けるための意識の醸成にも重要な役割を果たした。さらに、地域資源と医療機関が互いに知り合うことにつながり、長期入院を地域課題として市内の医療機関とともに話しあう取り組みの一步を踏み出した。その経過の中では、顔の見える関係をもとに、率直に思いを出し合うインフォーマルな話し合いが重ねられていたことも重要な点である。

国府台病院については、もともと精神保健研究所と連携してACTの取り組みを行っていたため、長期入院解消に向けての意識が高かったことも、同じ土壌に立てる基盤となったと思われる。

### ②マディソンモデル活用事業メニューの1つ、クラブハウス「For Us」の存在

事業メニューの中で、クラブハウスが結果的にネットワークの要として重要な場所になった。クラブハウスは作業所などにはまらず、どの社会資源にもつながらない人や、入院中から通いながら活用できる過ごし場所として整備した。そのため、今ではメンバーたちが入院中の人を迎えにいて一緒に過ごすといった支え合いの活動も行われている。入院中の人にとっては、仲間と出会い、地域資源につながり安心感を得られる場所である。ここでの当事者同士の支え合いが、退院支援における重要な役割を担っていける可能性がある。

一方、家族会や当事者会、ネットワークコーディネーターや就労支援コーディネーターの窓口にもなっていることから、言わば「地域の拠点」といった役割も果たしている。自然と皆が集まり、会議などにも使われる場所であるため、自然と顔の見える関係を築ける場所となっている。必要によっては、例えば相談に来た親子がいた場合、家族会の人や家族の相談に応じ、本人の相談をコーディネーターが受けるなどの連携も自然に成されることがある。このクラブハウスは、市川市の関係者が築き上げてきたものの象徴ともいえる。専門家だけでなく関係者の連携、入院中の人も含めた当事者同士の支え合い、誰でも集えるということが大切なポイントとなっており、本当の意味でのネットワークが機能していくために、人と人がつながるための役割を果たしているようである。

### ③ネットワークコーディネーターのフットワーク

ネットワークコーディネーターは、訪問を中心とした相談を基盤にしていた。必要であれば出かけていき、医療機関をはじめ、自宅や、時には食事をともにしながら様々な話をうかがう中でニーズ把握を行った。また、地域の各資源を巡ってケアマネジメントのスーパーバイズを行ったりもした。このフットワークが様々な人との関係づくりに結びついたといえる。

### ④タウンミーティング等の開催

マディソンモデル活用事業の取り組みを広く知ってもらうため、平成18年3月には、千葉県

と「マディソンモデル活用事業研究会」主催によるタウンミーティングを開催している。関係者、当事者からの事業の中身についての報告や意見交換など行っている。また、この取り組みが新聞記事に掲載されたことによって、多くの問い合わせもあった。当事者・関係者の間でも精神障害のある人が地域で当たり前に暮らしていくということや、病気の治療ではなく生活の質という、共通認識を積み上げていく機会となった。

## 5 事例のまとめ

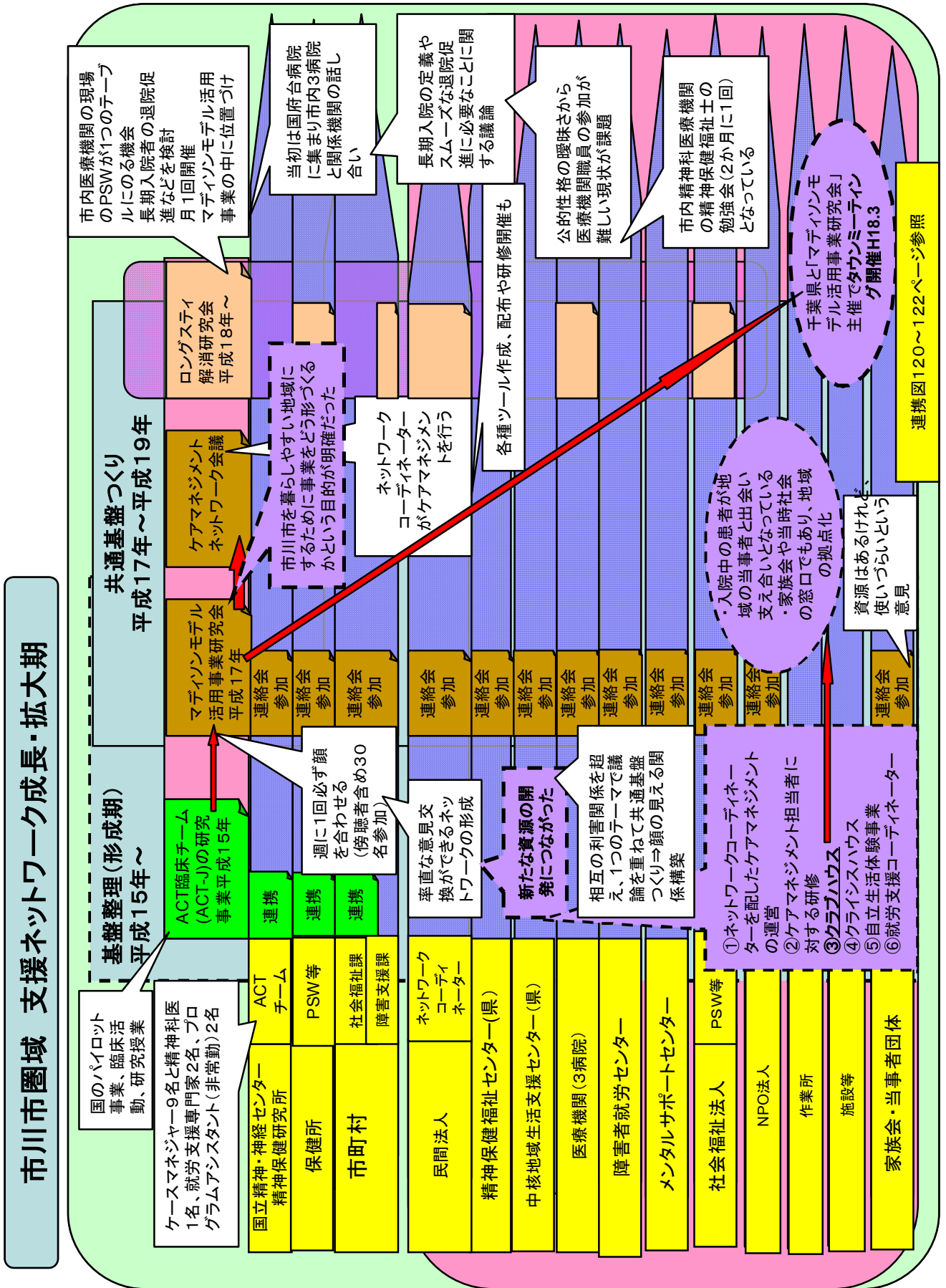
マディソンモデル活用事業を通じて、ACTは、障害が重く不安定でも地域で暮らせる仕組みとして地域の中に位置づいた。これまで研究事業であったため、国府台病院の患者のみを対象として活動を展開してきたが、今後事業化していくにあたり、より地域資源と連動しながら国府台病院の患者に限らず、必要としている人にはACTの支援を提供していく方向性である。また、マディソンモデル活用事業の導入により、病状が少し揺らいでも休める仕組みや、これからの一人暮らしをイメージするために体験的に住むことができたり、支援を受けながら一人で暮らせたりする仕組みが位置づいた。これらにより、より多くの人々が地域生活を送りやすくなっただけでなく、資源の活用を通して、機関同士のつながりが築かれてきている。また、これまでバラバラにあったこうした仕組みが、「ケアマネジメントネットワーク会議」によって、つなげあうことで支援の連続性と継続性が保たれるようになりつつあり、長期入院の人たちにとっても今後の暮らしを考える機会が提供されると同時に、地域で継続して暮らしていくためにも欠かせないものとなる。地域の支援システムが少しずつ整備されてきている状況だ。その一方で、市内の精神科病床数は未だ減少せず（国府台病院を除く）、長期入院を強いられている人が多いのも現状である。長期入院解消に向けての課題は大きい。

もう1つの課題は、財政基盤である。ネットワーク形成のきっかけとなったACTの研究事業、マディソンモデル活用事業とも、平成19年度をもって終了となる。新たにできた仕組みの一部は千葉県の単独事業として位置づき、ACTは訪問看護ステーションを立ち上げ事業化し継続していく。しかし今後どのように継続していくか不明確なものもあり、施策化が課題となっている。

## 6 キーワード

立場性を超えた話し合い、地域課題の共有、インフォーマルな話し合い、皆が集える拠点の存在、当事者、家族の参画

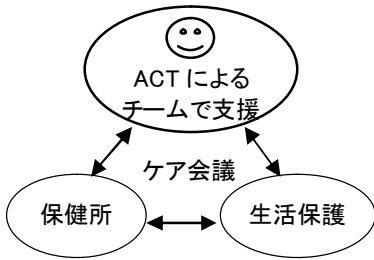
## 2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)



### 3 事例の概要


#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) ACT—Jの取り組み

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・平成 15 年 4 月よりACT臨床チーム (ACT—J) が国立精神・神経センター国府台地区に立ち上がり、臨床活動及びパイロット事業研究を開始。ACTは、国府台病院の患者さんで既存の地域資源につながらない人や重度の人を対象に地域定着のための支援を継続してきた。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・包括的支援による手厚い支援を行った。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・これまでであれば既存の地域資源につながる事が難しいがために、入院治療を余儀なくされてしまっていた人たちが、ACTの支援を受けることによって、地域生活が可能になる。 ・ACTを一部とした地域支援システムの構築につながっていった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>連携</p> 

##### (2) マディソンモデル活用事業を活用してのネットワークづくり

##### 「マディソンモデル活用事業研究会」を立ち上げ

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・当時の県知事、担当課の課長が熱意ある姿勢で積極的に導入に動いた。研究所は、ACTを位置づけた地域支援システムの構築を目指していた。 ・関係者が一堂に会し、率直な思いを話しあう中で、地域課題の共有を行った。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・行政が積極的に動いたことと、既にACTが3年間の実績を市川で築いていたことが結びついた財政的基盤がきちんとあるため、話し合いが実現するやりがい。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・それぞれが「我が施設・法人」の枠と立場性を超えて、「市川にとって必要なこと」という視点にたてた。そのことが、かなり活発な議論につながり、今後のネットワークの基盤になった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	



## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) ネットワークコーディネーターによる「ケアマネジメントネットワーク会議」の立ち上げ

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・マディソンモデル活用事業によって配置されたネットワークコーディネーターが働きかける。今後のケアマネジメントシステムの構築に向けて、具体的なケース検討等を通じて議論を重ね、支援の連携の基盤となる。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・すでに研究会で活発な議論を交わすなどの顔の見えるネットワークが基盤にあった。 ・「市川は資源はあるけれど、使いづらい」などの問題意識が、研究会で共有され、ケアマネジメントの必要性を共有していた。ケアマネジメントの対象者は自然と長期入院の人でもあった。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・地域で支える具体的な仕組みとなる。また、支援の連続性と継続性、長期入院の人への退院支援を行える土壌ができた。ケースを通じての連携が生まれ、ACTも地域資源の1つとして位置づいた。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・ネットワークコーディネーターがケアマネジメントを行う。</p>

(2) ネットワークコーディネーターによる「ロングステイ研究会」の立ち上げ

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ネットワークコーディネーターが働きかける。常々、インフォーマルの中で長期入院の課題について議論しており、事業の中に位置づけた。</li> <li>・市川市内の、長期入院の課題について検討することを目指した。</li> <li>・医療機関、地域資源のお互いの実態の共有につとめた。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既に築いてきたネットワークで、インフォーマルに長期入院の課題について議論をしていた。</li> <li>・ネットワーク会議や研究会で医療機関と地域資源が、少しずつ関係を築いてきていた。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内医療機関の現場の精神保健福祉士が1つのテーブルにのる機会となった。</li> <li>・国府台病院と地域資源の連携は、かなりスムーズなものとなっている。</li> <li>・今後、市内の課題として、長期入院の問題について検討できる場として機能させていく。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

### (3) 事業メニューの1つ、クラブハウスの活動

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・当事者が、入院中の人を迎えにいたり、クラブハウスで一緒に過ごしたりなどの取り組みがはじめられている。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・様々な人が出入りし、窓口がある。関係者が、会議などで使ったり、集えたりする場であることから、自然と顔の見えるネットワークが発生する。 ・ネットワークの要、市川の取り組みの象徴的意味合いがある⇒場所として大切である。 ・自立支援法の下での資源でないため、入院中から活用できる。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・相談にきた人に対しての、役割分担など、自然と連携が図られる。 ・入院中の人たちへの安心の保証と、当事者同士のつながりができた。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>クラブハウスを入院中から活用。当事者が送り迎えをする。</p>

### (4) 事業メニューの定着やタウンミーティングの開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・研究会と県の共催で開催。 ・広く市民や関係者に呼びかける。 ・クライシスハウスなど、地域に必要とされる資源の開発。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・精神障害のある人たちの尊厳ある暮らし、入院ではなく地域生活等々、共通認識づくりにつながった。 ・資源の周知となった。 ・資源を活用することで、退院への流れができた。</p>

# ■第10章 取り組み事例—東京都八王子市周辺圏域

## 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

訪問看護ステーションが医療機関や行政と連携して退院促進に寄与し、さらに地域の訪問看護ステーションへの精神科訪問看護の普及を目指して活動している事例

### 1 事例のタイプと特徴

東京都八王子市周辺圏域では、平成17年9月に開設された訪問看護ステーションが精神障害者を対象とし、訪問活動を行っている。その訪問看護ステーションを中心に、ケアマネジメント機能を多職種との連携により実現し、医療、行政関係者に積極的にPRをすることによって退院促進事業をはじめ、地域生活支援を行っている。訪問看護ステーションを中心とした退院促進事業については、東京都八王子市周辺圏域の特色の違う八王子市と立川市の2つの市等において展開されている。しかし、一見違うタイプの背景と思える事例であるが、大きな共通点がある。それは、システムとしてのつながりではなく、今までに形成された人間関係、つまりは「人と人のつながり」により比較的スムーズに退院促進が行われていることである。

八王子市の事例では、居宅生活安定化自立支援事業という東京都の自立支援プログラムの中で、生活保護受給者の訪問活動の展開において、長期在院者の退院促進が課題となっていた。行政が居宅生活安定化自立支援事業を訪問看護ステーションと委託契約し、行政と民間が協働することにより、退院促進の必要性が認識され、病院などに出向いて行って退院後の訪問活動などを行っている。訪問活動では、民間だけではなかなか入ることができない病院などにも、行政と協働することによって、スムーズにはいることができ、退院促進を行うきっかけとなった。

立川市の事例では、八王子市とは違い東京都のプログラムではなく、立川市独自の退院支援事業が展開されていた。この特徴としては、市の障害福祉課に配属されている担当主査1名と保健師2名の計3名が中心となり、民間への委託事業で退院促進を行うのではなく、困難ケースの支援に対しては、多摩立川保健所・地域生活支援センターパティオと3者で「たちかわ退院支援会議」を立ち上げ、そのコーディネートを立川市の障害福祉課が行っている。そのため、何か問題が起こったときや不安があれば市も対応してくれるという安心感がある。

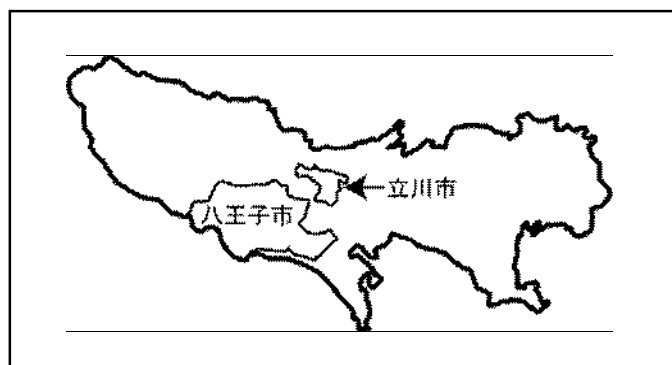
### 2 調査対象地域の概略

#### (1)人口

- ・八王子市 543,996人（平成20年1月）
- ・立川市 169,768人（平成19年1月）

#### (2)病床数

- ・八王子市周辺圏域 4,204床



・八王子市：精神科病院 15・診療所 14・立川市：精神科単科病院病床なし

### (3) 社会資源の特徴

精神保健福祉センター・精神障害者福祉ホーム・精神障害者施設入所支援事業所・精神障害者生活介護事業所・精神障害者自律訓練事務所などの地域の施設が多い圏域である。しかし、エリアが広いため、利用について考えると十分とはいえない状況にある。

八王子市では、精神科病院が 15 か所と多く、生活保護受給者で精神疾患を有する方が多数いることも特徴といえる。そのため、未治療や医療中断者が多く一人の生活保護担当ケースワーカーが全国的な標準担当件数より多数の方を担当している。

一方立川市では、精神科単科病院がなく、発症以前に立川市に在住であっても長期入院となると、他の地域の病院周辺への退院が多くなり退院後の支援から手が離れてしまうことが多かった。しかし、退院後立川市に戻ってこられた後のフォロー体制が必要となる場合には、市の障害福祉課の保健師が中心となり、地域生活へのコーディネートを行っている。

### (4) 地域の特徴

八王子市周辺圏域は、自然にめぐまれ、古くから織物の町として商業で栄えたところである。また、高尾山や陣馬山など有数の山々やいちよう並木のすばらしい甲州街道が走っている。さらに、JR 中央線・京王線の駅周辺に住んでいる人には、新宿から 40 分と便利な位置にあるが、エリアが広いため駅から離れたところの居住地では、交通の便が悪いところもある。

この八王子市周辺圏域での生活は、比較的高齢者・障害者への隣近所の互助的な関係も残っており、住みやすい地域である。しかし、広い地域の中でメンタルケアが必要と考えられる人も多く、重度の精神障害者が放置されてしまっている事例もまだまだ残っている。

### (5) 従来の精神保健福祉ネットワークの特徴

退院促進事業着手以前より、地域の精神科病院職員や行政などを含む精神保健福祉関係者においての人間関係が一部できていたことの特徴があるといえる。しかし、これは、システム化されたものではなく、今までの困難事例などを一緒に取り組んできた実績からお互いの信頼関係に基づくものである。そのため、専らマンパワーに委ねられていた面も多く、病院からの地域移行がシステム化されていなかった。このようなことから、支援におけるキーパーソンの不明確さ、ケアマネジメント機能不全により地域で生活できなくなり、再入院するケースも多くあった。

さらに、ケアマネジメントがうまく機能しないことにより、医療と福祉の連携した包括的なサービス支援ができず、精神保健領域のみでの支援となり、他領域、他分野、地域一般とのネットワークの広がりをもつことができにくい面もあったと考える。このことから、援助者による援助者の安心のためだけのものとならないネットワークづくりが必要であった。

## 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

平成 17 年 9 月に設立した訪問看護ステーションでは、当初より退院促進事業を活動方針の 1

つとして入れ、八王子市内の精神科病院や看護師長会への講演などの広報活動や行政への働きかけを行った。

そこで、八王子市との協働により、居宅生活安定化自立支援事業という自立支援プログラムの中で、退院促進と同等な動きが始まった。そして、退院促進事業として、行政が示した指針により病院へと出向くことができ、退院の可能な人の名簿などを出してもらうこともできるようになった。また、立川市では、平成 15 年から多摩立川保健所、障害福祉課と地域生活支援センターの 3 者で毎月「たちかわ退院支援会議」を持ち、退院支援対象の決定や支援内容等の話し合いをする一方、地域生活支援センターの当事者グループが病院を訪問し、病院の精神保健福祉士や入院患者さんと一緒に茶話会をしながら地域での生活について一緒にイメージを膨らませるといった立川市独自の退院促進プログラムを行っていた。訪問看護ステーションの開設により、その所長などと退院支援会議メンバーとの以前からの信頼関係などから退院促進と一緒に取り組んでいくこととなった。このような動きから八王子市、立川市ともに入院中からの支援依頼を多数受けるようになっていった。

### (1) 中心となっている機関と職種

- ・ 訪問看護ステーション円：2 名
- ・ 八王子市生活福祉課委託事業（地域生活安定化自立支援事業）精神保健福祉士：2 名
- ・ 八王子市生活福祉課：1 名
- ・ 立川市障害福祉者：1 名

### (2) キーパーソンの役割

- ・ 関係機関とのネットワークづくり
- ・ 行政とのパイプ役

### (3) 成功のためのポイント

訪問看護ステーション開設時の活動方針に、退院促進を掲げ、精神科病院へ広報活動を行っていったことがあげられる。意識してつくった体系的なネットワークでなく、信頼関係から成り立つネットワークが訪問看護ステーションの広報活動と退院促進を行いたい行政、病院のニーズにマッチングされ口コミで依頼が広がったといえる。

処遇困難なケースと一緒に、試行錯誤しながら支援することにより、必然的に相互の力量や連携も上手くなっていった。

## 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

八王子市周辺圏内の精神科病院が退院促進事業に取り組みはじめたために、数か所の病院から徐々に依頼が入るようになった。また、行政（障害福祉課や保健所）からの依頼も増えてきている。入院中から、地域の必要な社会資源を持つ関係機関（ヘルパー・権利擁護・訪問看護・保健師等）が集まり、主治医・精神保健福祉士・看護師・患者が集まり、退院後の生活について話し合ったりしている。

八王子市との連携では、生活福祉課の自立支援事業の一部として業務委託されていたために、「待ったなしのタイミング」で、常時打ち合わせができる環境をもつことが可能であった。また、生活保護の病状調査などに同行することによって、なかなか退院促進が進まない病院などにも訪問することができ、そこから退院したいという患者さんからの直接の声を受けとめ退院支援が始まるといったケースもあった。この事業の副産物として、精神保健福祉士が訪問看護ステーションの中にいることによって、生活福祉課の担当ケースワーカーへの精神障害者観などの勉強やコンサルテーションなども行うこともでき、社会的入院として埋もれていくケースや未治療、未受診のケースへの支援へともつながっていった。

次に立川市との連携では、立川市の退院促進の理念として、立川市に精神科単科病床がないため入院となると他市の精神科病院に依頼することになる。そのために、退院となると立川市に戻ってこないで病院の周辺の他市での生活となるケースが多い。そこで、生まれ育った住み慣れた立川市へ戻って、もう一度地域で生活を送れるように、入院中から行政が中心となり病院へ退院促進のコーディネートに出向いていたという実績があった。そのために、病院からの直接の依頼ではなく、行政から訪問看護ステーションへの依頼が多く、コーディネートを市が行うといった流れが出来上がっていった。それは、お互いが自分たちの無理のない仕事を行えるネットワークであり、どちらかだけが大変な思いをするといったものでなく、バランスの良い関係機関との連携であった。

## (1) 中心となっている機関と職種とキーパーソンの役割

### 【中心となっている機関】

- ・訪問看護ステーション円：2名
- ・八王子市生活福祉課委託事業（地域生活安定化自立支援事業）精神保健福祉士：2名
- ・八王子市生活福祉課：1名
- ・立川市障害福祉者：1名

### 【キーパーソンの役割】

- ・関係機関とのネットワークづくり
- ・行政とのパイプ役

## (2) 関係している機関名

### 【関係している機関】

- ・多摩地区にある精神科病院：医師・精神保健福祉士・訪問看護師
- ・立川市障害福祉課：担当主査及び保健師
- ・立川市生活福祉課：担当ケースワーカー
- ・多摩立川保健所：保健師
- ・国立市障害福祉課：保健師
- ・八王子市生活福祉課：主査
- ・子ども家庭支援センター：臨床心理士・精神保健福祉士
- ・訪問介護事業所：多数

- ・地域活動支援センター：アクセス
- ・訪問看護ステーション：円
- ・居宅介護支援事業所

#### 【キーパーソンの役割】

- ・精神科病院からは、入院中から地域移行するためのかかわり、移行準備が可能になった時点での地域の関係機関との連絡。
- ・患者さんの紹介、ケースカンファレンスの召集、退院後の見守りなどの一連の地域生活に移行するためのリーダーシップ。
- ・入院中の移行にかかわり、退院後のケアマネジメント、丁寧な関係機関への移行と退院後の会議の召集。

### (3) 成功のポイント

訪問看護ステーションの活動方針と地域のニーズがマッチングされ、少しずつ病院や行政からの依頼が増えてきた萌芽・形成期から、国及び東京都の精神障害者の施策が徐々に広がってきた時期となり、この取り組みが成長していったといえる。また、入院中から繰り返し支援の対象である本人たちと確認をとりながら支援を進めたため、退院後も本人たちの意向とのギャップが少なく、支援途中でドロップアウトした人がほとんどいなかったことも、次へつながる上では大きい。

八王子市との業務委託では、生活保護における精神障害者自立支援プログラムということで精神障害者退院促進支援事業のような6か月間という期間の縛りがなく、継続的に利用者への支援が提供できたことや、行政との協働により病院に入り、入院中から支援できたことも成功の要因といえる。

## 5 事例のまとめ

この事例では、訪問看護ステーションが精神障害者を対象として訪問活動を行うことにより、退院促進から地域生活支援を行っているケースであった。さらに、ケアマネジメントを行い、それを行政や病院へとPR活動を行うことによって、訪問看護ステーションの新たな役割について提言し、精神障害者の地域ケアにおける訪問看護ステーションの重要な役割を担っている。このように、依頼から指示を待つ姿勢から、積極的に迎える姿勢に転ずることにより、行政と民間の協働が上手く機能し退院促進の実現というとても大きな効果を生み出している。しかし、この協働は、業務といったフォーマルな形だけではなく、昭和50年頃から生み出したインフォーマルな個々のつながりが基盤にあった。そして、その構成員である個々のスタッフがそれぞれの場で成長し、各関係機関のリーダーシップをとれる程度のポストをもつ存在となり、今回の退院促進事業の形成においてキーパーソンとしての役割をしっかりと果たしている。

さらに、八王子市は、都の保健所時代から様々なことに取り組んできた歴史をもちながら最近中核市としての保健所に変ったばかりという背景をもつ。今はその移行の過程段階であり、すでに見えていることや今後見えてくることなどがあるといえる。

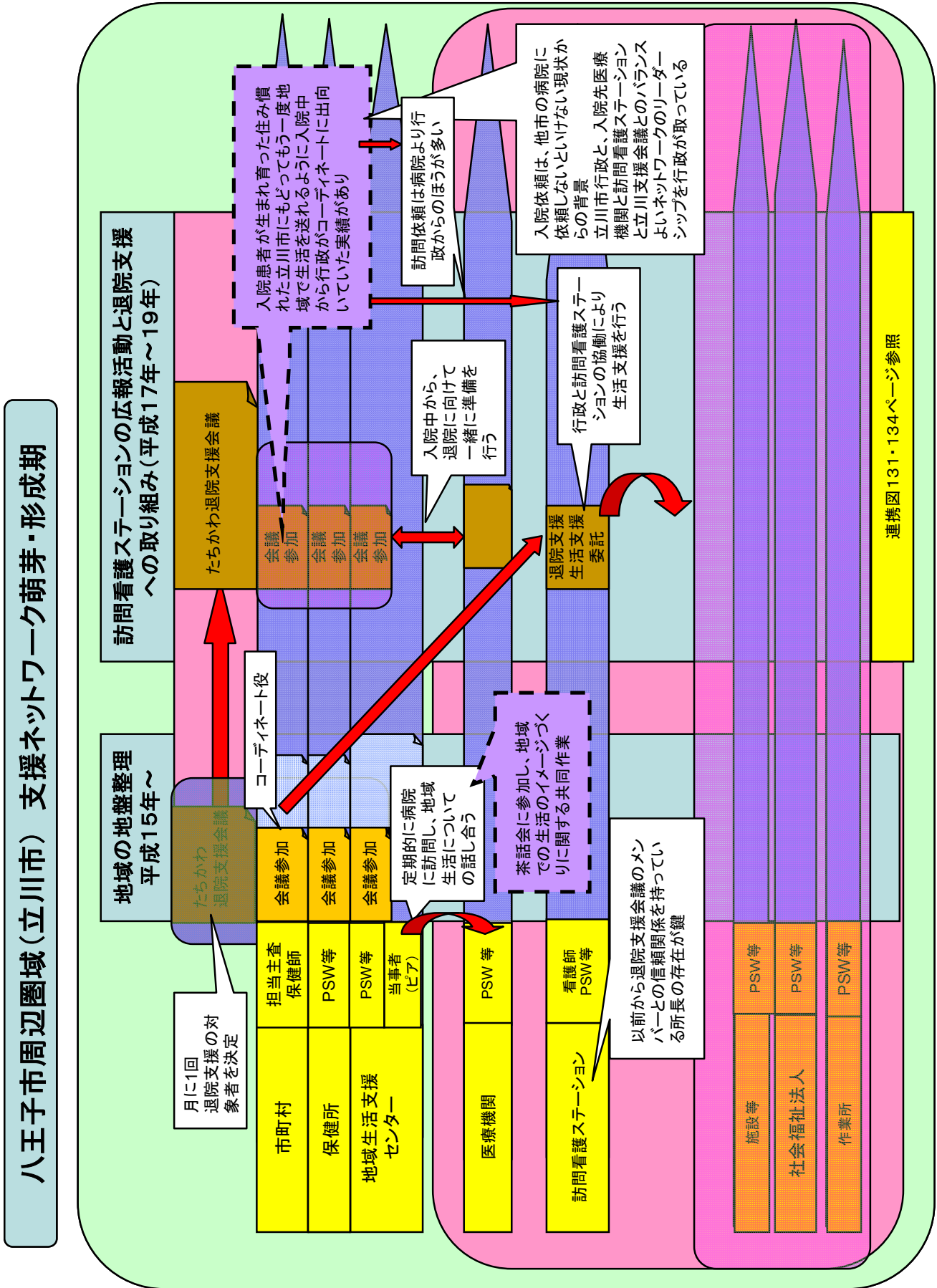


また、この事例での退院促進事業を行っているスタッフの共通理念は、「退院促進事業は、医療と福祉をつなぐものである」ということである。そしてその目的は、退院そのものではなく、「本人の望む生活の実現」においている。退院を望まないという者に対しても、本人のやりたいことを実現するために支援をしていると、結果的に退院が不可欠な場合が多く、退院支援へとつながる。また、退院後の生活においても、あくまで本人の意向を中心とし、地域における「患者包囲網」のごとく精神障害者のための専門的なサービスで本人の生活を固めるのではなく、本人のペースに合わせ本人と確認を取りながら支援を進めるものであると考えられている。そのために、ネットワークのキーパーソンは、本人が一番信頼している人が行い、必ずネットワークチームもその時に必要なメンバーで形成されるといった柔軟なもので良いと考えながら対応している事例である。

## 6 キーワード

民間と行政の協働、柔軟なネットワーク形成、訪問看護ステーション、利用者の望む生活、患者包囲網にならない支援

2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)



# 八王子市周辺圏域(八王子市) 支援ネットワーク萌芽・形成期～成長・拡大期

退院促進支援事業と異なり期間の縛りがなく継続的な支援提供可能

## 顔の見える関係の構築 平成18年～19年

国の生活保護における自立支援プログラム事業

訪問看護ステーションと行政の協働(平成17年～)  
開設時説明会の実施

昭和50年頃からのインフォーマルなつながり

顔がみえる関係づくり  
結果、未治療者支援にもつながる

ステーションの精神保健福祉士が生活福祉課のケースワーカーにコンサルテーション可能

居宅生活安定化支援事業  
会議参加

委託事業  
会議参加

退院支援を活動目標

困難支援を一緒にすることからできるネットワーク

「退院促進支援事業は、医療と福祉をつなぐもの」との共通理念と、目的は退院ではなく本人の望む生活の実現」ということがスタップに共有化(立川市も同様)

行政からの委託により在院患者への支援

行政の指針により病院訪問と退院の可能な人の名簿入手が可能

訪問看護ステーションを中心としたネットワーク体制がいろいろな社会資源へと広がっている

少しずつ、生活支援の依頼が入り、ネットワークができる

退院したいという患者の声を聞く

精神科病院や看護師長会への講演などの広報活動

看護師 PSW等

生活福祉課

市町村

市町村

障害福祉課

医療機関

PSW等

PSW等

保健所

PSW等

PSW等

地域生活支援センター

PSW等

PSW等

作業所

PSW等

PSW等

グループホーム・施設等

PSW等

PSW等

子ども家庭支援センター

PSW等

PSW等

連携図132～133ページ参照

### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) たちかわ退院支援会議の発足により月1回の定例会議

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立川市の障害福祉課の主査・保健師2名</li> <li>・多摩立川保健所</li> <li>・地域生活支援センターパティオ職員が月に1回の会議を開催。</li> <li>・他市で精神科病院で入院生活を送っているが、退院後は住み慣れた地元の立川市に戻ってもらえるように、入院中から一緒に検討し始める。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月に1回開催する会議により、退院支援の対象者についての検討などを行い、地域生活へとつなげる。</li> <li>・行政と民間の協働により、病院に訪問する。また、当事者メンバーが定期的に病院に訪問し、院内で病院のスタッフである精神保健福祉士や患者さんと一緒に退院や地域の生活について話をしイメージを膨らませる。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>立川市 障害福祉課</p> <p>保健所</p> <p>月に1回の会議</p> <p>地域生活支援センター</p> <p>・病院に訪問 ・病院スタッフ・患者さんと一緒に退院に向けての準備</p>

(2) 訪問看護ステーション円と行政の協働による精神障害者の地域生活支援の開始

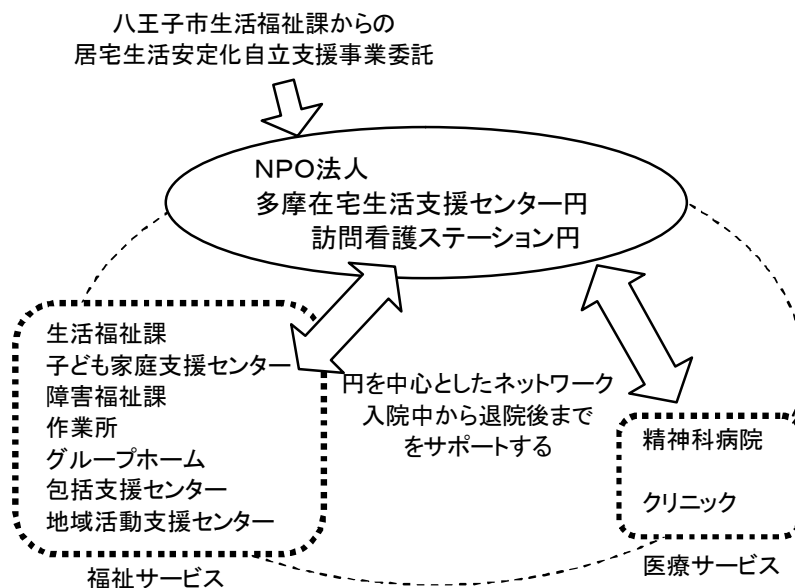
<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 17 年 9 月に訪問看護ステーション円が開設し、活動方針の説明会及び広報活動をする。</li> <li>・活動方針に「退院促進」をいれ、地域での生活支援を目指す。</li> <li>・訪問看護ステーション円スタッフ(理事長)と八王子生活福祉課主査と八王子市生活福祉課委託事業精神保健福祉士 2 名、立川市障害福祉課職員主査・保健師が中心となる。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での様々な課題を抱える精神障害者や頻回の入院を繰り返している方たちに対し行政側は困っていた。</li> <li>・訪問看護ステーションができたことにより、退院前から退院後の継続や地域での精神疾患による問題行動に対処できるようになり再発防止及び早期治療が可能となった。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今までの仕事により出来上がってきた信頼関係の復活。</li> <li>・その時代に合ったネットワークの形成。</li> </ul> <p>退院者数:18 人 一人暮らし(自宅):1 人 一人暮らし(アパート):5 人 家族同居:3 人 グループホーム:1 人</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>NPO法人 多摩在宅生活支援センター円 訪問看護ステーション円</p> <p>開設時活動方針説明・サービスの提供</p> <p>行政や病院からの依頼(行政からの依頼が増加)法人と八王子市との協働により地域での生活支援ネットワークを検討</p> <p>八王子市周辺圏域</p> <p>立川市 八王子市 病院</p>

## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) 八王子市とのネットワークづくり(顔の見える関係の構築)

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護ステーションスタッフ(看護師・精神保健福祉士)</li> <li>・八王子市生活福祉課主査(社会福祉士)</li> <li>・八王子市生活福祉課委託事業精神保健福祉士 2 名</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間と行政の協働により、退院に対して積極的でない病院に対しても、生活福祉課と一緒に支援に入ることができた。</li> <li>・生活福祉課職員の中に、生活支援員として入ることにより、退院促進の問題にも取り組む事ができた。</li> <li>・生活福祉課自立支援担当からの委託事業の中の一部として、退院促進事業を開始。</li> <li>・未受診・治療中断などへの支援なども目的としながら病院への調査。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護のサービスについての活用。</li> <li>・生活保護課に精神保健福祉士がいることにより、ケースワーカーに対するコンサルテーションができた。</li> <li>・行政と民間が協働することで、効率的にネットワークの形成ができた。</li> </ul>

#### 〔具体的なネットワーク〕



## (2) 立川市とのネットワークづくり

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立川市の障害福祉課の主査・保健師 2 名</li> <li>・多摩立川保健所保健師</li> <li>・地域生活支援センターパティオ職員</li> <li>・精神科病院のスタッフ(医師・精神保健福祉士/看護師など)</li> <li>・当事者による病院訪問での茶話会などから退院へのイメージづくりを行う。</li> <li>・立川市の障害福祉課が退院支援のコーディネートを行う。</li> <li>・障害福祉課の内での連携(医療関係は保健師中心であるが、退院後の福祉サービスはケースワーカーへと連携していく)。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立川市がコーディネートをしていくことに対しての、民間とのお互い無理のない仕事の連携があった。</li> <li>・どちらかだけが、大変な思いをするといったことのない、バランスのとれたネットワークづくり。</li> <li>・入院中から利用者と一緒に、ゆっくりと話し合いながら、利用者のニーズに合わせての支援により、ドロップアウトが少ない。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事者グループの病院訪問による患者さんとの交流から、長期入院となった患者さんが地域生活のイメージがつかれる。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

# ■第11章 取り組み事例—大阪府北河内寝屋川圏域

## 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

地域生活支援センターのケアマネジメント従事者が入院中からかかわり、当事者退院促進サポーターの力も借りられるように段取りして退院を進め、退院後在宅生活が軌道に乗るまでの定着支援も行った事例

### 1 事例のタイプと特徴

大阪府で退院促進支援事業(\*)が開始する以前から、保健所を中心に作業所の運営委員会から発展したネットワークがあり、寝屋川市域の精神保健福祉について検討する場があった。

また、市内の精神科病院は1か所で、従来から意欲的な実践がされてきた。さらに地域ケア指向型の診療所が市内にあり、院長が積極的に往診するなどして精神障害者の地域生活を支えており、この診療所の存在がこの地域の強みとなっている。

地域生活支援センターを中心に当事者活動が支援され、それらの当事者が退院促進サポーターとして退院促進の対象者に対して、作業所への同行やサポーターの自宅を公開するなどの活動を展開している。さらに、対象者の理解がしやすいよう視聴覚教材(啓発普及ツール)の開発を、地域生活支援センターが中心になり関係機関有志による運営会方式で制作している。

(\*) 大阪府の退院促進支援事業は、外郭団体である(財)精神障害者社会復帰促進協会が本人に寄り添う役目を取る自立支援員を雇用して実施するのが特徴的である。

### 2 調査対象地域の概略

#### (1)人口

・人口は、243,553人(平成20年2月1日現在)

#### (2)精神科病床数

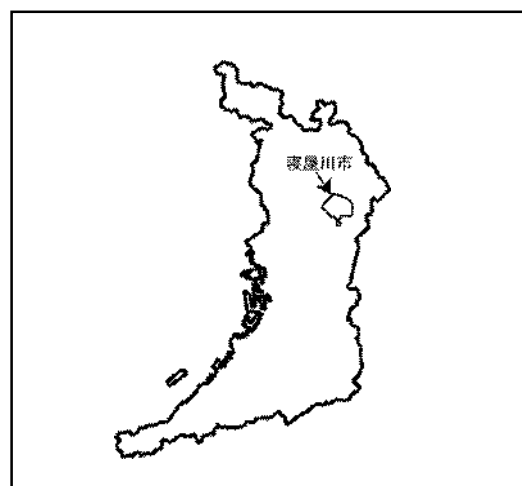
・267床(1病院)、診療所5

#### (3)社会資源の特徴

市内には、精神科病院が1か所あり、意欲的な病院である。精神科診療所は5か所あるが、そのうちの1

か所は、地域ケア指向型の診療所として精神保健福祉士との協働を診療活動の重要な柱とし、院長自身も積極的に往診するなど精神障害者の地域生活を医療面から支えているといえる。

地域生活支援センターがあり、そこを中心とした当事者活動も展開されている。センターを設置している社会福祉法人は、他にも3か所の小規模通所授産施設を運営している。





保健所の精神保健福祉相談員、地域生活支援センターの精神保健福祉士、診療所の精神保健福祉士を中心にネットワークが形成されている。

他に総合病院、デイケア、デイナイトケア、ナイトケア、訪問看護ステーション、生活訓練施設（ショートステイ併設）、グループホーム、相談支援事業所、地域活動支援センター、小規模通所授産施設、ボランティアグループなどがある。

#### **(4) 地域の特徴**

寝屋川市は、大阪府の東北部、淀川沿岸に位置し、大阪の中心部から 15 km、京都の中心部から 35 km の距離にある。明治 22 年の町村制が施行されたことによって寝屋川村が誕生し、以後、昭和 18 年に寝屋川町、昭和 26 年に市制が施行されて寝屋川市となっている。平成 13 年に特例市となった。

市内には、大阪の中心部から京都につながる京阪電車が通り、通勤に便利なことから高度成長期以降急激に人口が増加したベッドタウンである。

#### **(5) 従来の精神保健福祉ネットワークの特徴**

昭和 40 (1965) 年の精神衛生法改正によって、保健所が地域精神衛生活動の第一線機関として位置づき、精神衛生相談員の規定ができたことにより、大阪府では、昭和 41 (1966) 年から福祉職を精神衛生相談員として保健所に配置するようになった。これは、精神保健福祉業務を保健師が中心的に担っていく都道府県が多い中で、福祉職であるソーシャルワーカーが担当する数少ない自治体といえる。大阪府では、福祉職である精神保健福祉相談員を中心とした地域精神保健福祉活動が実践されてきた。

1970 年代以降、保健所嘱託医の協力を得て、早期に治療につなぎ、できるだけ在宅で生活できるような支援を模索してきたといえる。

### **3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み**

#### **(1) ネットワーク形成のために展開した取り組み**

平成 5 (1993) 年当時、寝屋川保健所管内には家族会を中心として設立された作業所が 1 か所しかなく、その運営委員会が保健所、病院、クリニック、家族会を中心に月 1 回開催されていた。その後、平成 8 (1996) 年に、運営委員会に関係機関が集まっているのに作業所の運営に関する議論だけではもったいないという保健所精神保健福祉相談員の発想から、寝屋川の精神保健福祉を考える「合同委員会」を実施することになった。

合同委員会は、作業所の運営委員会を実施したあと地域の問題を検討する場として実施された。合同委員会の活動を契機として、精神保健福祉ボランティア講座を実施するようになった。また、当時、大阪府が地域交流事業を実施するようになったのを契機に、交流事業及び精神保健福祉に関する事業や課題を関係機関の職員が協働しあってこれにあたっていくという「寝屋川方式」をつくっていった。

平成 12 (2000) 年に大阪府では、退院促進支援事業を進めるための関係機関連携会議として、保健所が核となり自立支援促進会議を実施することが決められた。それに伴い、平成 12 (2000)

年度に合同委員会を基盤として寝屋川市域精神障害者自立支援促進会議を立ち上げ、合同委員会は発展的解消となった。

保健所管内の精神科病院は1か所で、グループホームや大規模デイケアを実施しており精神保健福祉士の人数も多く、病院独自に退院促進を意欲的に実施しているところであった。そのため当初は、地域の関係機関と一緒に退院促進を考えるという雰囲気がなかなかできないでいた。そこで、平成16(2004)年に、保健所より近隣5病院に対して1年以上の入院者がどのくらいいるのか、どのような人なのかを精神保健福祉士より聞き取り調査し、管内病院では1年以上の入院者面会も実施した。そのことによって、社会福祉活動に熱心に取り組んでいる病院に対して、地域の機関(保健所)も積極的であることを伝えていった。その結果、病院から退院促進の事例が出されるようになった。また、地域の社会資源の情報を伝えたいと希望していたことについても受け入れてもらい、院内での茶話会が実施された。

事例A氏は、平成17(2005)年2月に精神保健福祉法34条によって他市の病院に入院となった。入院当初から保健所精神保健福祉相談員は、A氏の退院に際しては退院促進支援事業を活用しようと考えていた。A氏の場合、家族がいて、住まいの準備は可能なので退院はできるが、その後の在宅定着支援が非常に困難と考えられ、入院中から地域のシステムを構築しておくことが不可欠と考えたからである。

### ①寝屋川市域精神障害者自立支援促進会議

市内の精神保健福祉関係機関が集い、各機関、各連携会議でどのように活動や検討が成されているかという情報を共有化し、地域の課題として退院促進を進められるよう、大きな視点から検討する会議。

平成12年度設立。寝屋川保健所主催。長会議：年1回。実務担当者会議：月1回。

参加：精神科病院、診療所、地域生活支援センター、生活訓練施設、小規模通所授産施設、家族会、社会福祉協議会、市障害福祉課、市社会福祉課、(財)精神障害者社会復帰促進協会。

### (2)成功のポイント

退院促進支援事業以前から地域にはネットワークの構築がされており、そのネットワークを退院促進支援のネットワークに活用したことが重要なポイントであったといえる。しかし、どの地域でもある程度の地域のネットワークが存在していると思われ、本事例のように既存のネットワークを新規事業に活用することはまれではない。しかし、安易な活用は、新規事業の失敗や場合によっては既存のネットワークの崩壊にもつながってしまう。ネットワークの活用、維持について注意深い取り組みが重要であるといえる。

また、これまで退院促進に積極的な病院ほど、事業としての退院促進支援については、なじめないものを感じる場合がある。地域の側が、退院促進に関する実態調査を実施し実態を明らかにしたこと、その調査によって病院とのかかわりをもったことが成功のポイントといえる。

さらに、精神保健福祉法34条を利用して入院した事例の退院促進を行う際に、並行して在宅定着支援ができるシステムを構築していったことがあげられる。

## 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

### (1) ネットワーク形成のために展開した取り組み

平成 17 (2005) 年、自立支援促進会議の作業部会として退院促進支援システム整備検討会を作って事例検討を行った。これは、退院に向けた支援を病院のワーカーだけでなく、地域で一緒にできるのではないだろうかという考えのもと、退院困難事例や在宅の困難事例の事例検討をすることによって双方の協働を模索していった。自立支援会議を 1 時間半、退院促進支援システム会議を 1 時間半、合計 3 時間の会議を月 1 回実施している。会議は、月 1 回実施しないと積みあがっていかないという保健所精神保健福祉相談員の考えと、合同委員会の伝統から密な会議を当然と考える関係機関の協力で、そのペースが保持されている。

平成 14 (2002) 年 4 月より社会復帰支援業務は保健所から市町村に移管され、市障害福祉課が窓口となったが、障害福祉課担当者は自立支援促進会議と退院促進支援システム整備検討会の両方の会議に積極的に出席し、退院後のホームヘルプサービス利用が円滑に進むようになどの支援をしてくれている。また生活保護担当課の社会福祉課職員も両会議に出席している。経済的な問題は退院促進の鍵になる場合が多く、ともに検討ができていのは望ましいことと考えられる。

平成 17 (2005) 年、地域の側が退院促進に積極的な活動を展開し、病院への働きかけを行ったことが契機となって、管内の病院の中に退院促進に関するプロジェクトが誕生した。このプロジェクトができたことによって、院長がトップになったことから病院全体として取り組むという形が明確化された。

大きな組織では、担当者が辞めたり交代すると、それまで構築されてきた関係が切れてしまい、地域の情報や関係が、次の担当者に伝承されていないという問題がある。そのような問題が、プロジェクトができたことによって解消されると期待される。このプロジェクトに保健所精神保健福祉相談員が関与し、橋渡し役を担っている。

平成 17 (2005) 年から地域生活支援センターに退院促進ケアマネジメント従事者が配置されるようになる。以前から地域生活支援センターにおいて当事者活動が展開されていたが、平成 18 (2006) 年度から、活動に参加している当事者の中から退院促進サポーターを募って、当事者による支援が始まった。退院促進サポーターが、一人暮らしの自宅を公開したり、退院予定者が作業所の見学を行う際に付き添ったりして、退院予定者の不安を取り除くような活動を展開している。また、病院の中で交流会を実施したり、地域生活支援センターに入院患者を招待するなど交流を深めていった。

平成 18 (2006) 年 3 月、先述の A 氏が退院促進支援事業を利用した退院支援が開始されたが、その中で退院促進サポーターが自宅の様子やヘルパーを利用しているところを公開してくれ、またケア会議に同席して、応援する声を届けてくれたりした。病院、家族との連絡役を保健所が務め、自立支援員が本人に寄り添って動き、ケアマネジメント従事者が全体の流れを見通すという形で役割分担し、カンファレンスやケア会議を重ねた。同年 9 月に退院した後は、地域のクリニックに通院することになった。クリニックの精神保健福祉士が積極的訪問したり、同クリニックのデイケアを利用し、さらに状態が悪いときには主治医が往診するなど、医療面での強力な支援が行われている。その他訪問看護とヘルパーを利用している。退院 1 年後まではケアマネジメント従事者が段取りし、関係者が集まって定期的にケア会議を開催し、本人の希望を確認しながら、見守りを続けた。

平成 19 (2007) 年、退院促進支援事業を理解しやすいようにするため視聴覚教材となるパワーポイントを地域生活支援センターが中心となって、関係機関の有志による運営委員会方式で作成に取り組んでいる。この運営委員会には当事者退院促進サポーターも参加し、動画の中で実名を名乗って自分の生活を紹介し、地域で暮らす工夫を伝え、入院者に早く帰っておいでと呼びかけている。

### ①退院促進支援システム整備検討会

中長期入院者が安心して暮らせるような、精神障害者が暮らしやすいまちをつくるためのシステム整備を検討する場。

退院促進支援事業対象事例について検討するとともに、多機関で退院促進を考えることが必要な事例について、退院促進支援事業の利用が適切かどうかも含め、検討する場。併せて在宅処遇困難事例についても検討する。平成 17 年度設立。寝屋川保健所主催。月 1 回実施。

参加：精神科病院・診療所、地域生活支援センター、生活訓練施設、小規模通所授産施設、市障害福祉課、市社会福祉課、(財)精神障害者社会復帰促進協会。

### ②退院促進プロジェクト

病院において、病院全体で退院促進の取り組みを進めていけるよう、多職種でプロジェクトチームをつくり、地域の機関も交えて、個別事例の検討、家族への説明会の開催などを実施する。平成 18 年度設立。長は、病院長。開催は、不定期。運営に保健所が参画し、地域との橋渡しをしている。

## (2)成功のポイント

病院内に退院促進プロジェクトを組織化されることによって、よりスムーズに退院促進支援が展開されるようになった。また、退院促進支援システム整備検討委員会を組織し、地域の困難事例についても検討して退院促進のヒントを得ていったことによって、退院促進支援の展開を円滑にし、かつ、専門職の援助技術の向上にも寄与したと考えられる。

さらに地域生活支援センターを中心に当事者グループから退院促進サポーターが誕生し、対象者への支援がされ、地域生活支援センターと病院の交流等が実施されていった。当事者の力を活用した退院促進支援が展開されることによって対象者には安心感を与え、サポーターには自信を与えていった。

## 5 年表

段 階	年 号	トピックス
形成前期	H5(1993)	作業所運営委員会の開催
	H8(1996)	合同委員会の開催
形成期	H12(2000)	自立支援促進会議の開催
	H16(2003)	実態調査
		病院で茶話会を実施
	H17(2005)年2月	A氏34条による入院
成長期	H17(2005)	退院促進支援システム整備検討会
		ねや川サナトリウムに退院促進プロジェクト誕生
		支援センターにケアマネジメント従事者配置
	H18(2006)年3月	A氏の退院促進支援事業開始
	H18(2006)	当事者退院促進サポーター
		病院との交流会
	H19(2007)	入院者の家族対象家族教室の実施
		啓発ツールの開発

## 6 事例のまとめ

現在は、保健所精神保健福祉相談員、地域生活支援センターの精神保健福祉士、診療所の精神保健福祉士を中心としてネットワークが維持・発展している。具体的に退院促進事例へのかかわりは、開始時は、保健所精神保健福祉相談員が主に担当し、中期から退院後半年の時点までは、地域生活支援センターの精神保健福祉士が、それ以降は、診療所の精神保健福祉士がメインマネージャーとして退院後のケアマネジメント機能を引き継いでいる。

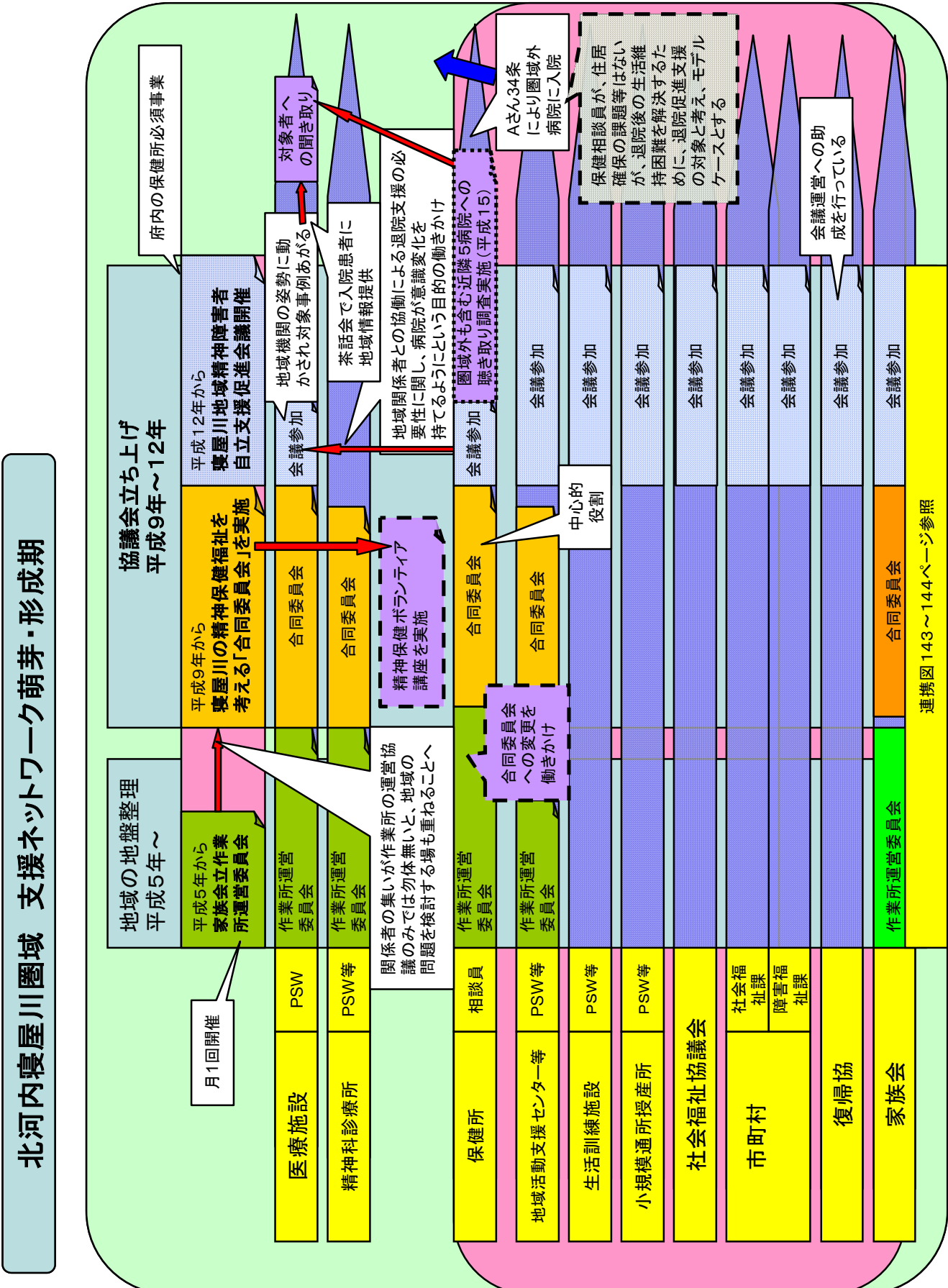
すなわち、地域の機関として保健所、地域生活支援センター、診療所が大きな存在となっているわけである。特に診療所に関しては、精神保健福祉士等を配置することによって、地域移行における重要な受け皿として有効に機能していることが示されている。さらに救急問題とともに、地域移行における病診連携の可能性も示している。

このような地域の状況は、保健所精神保健福祉相談員が中心となって関係機関へのアプローチがされ、ネットワークが構築されてきた歴史の上に立っている。従来からのネットワークに退院促進支援事業を乗せ、そのことによってそれまでのネットワークをさらに広め、深めていった。さらに地域生活支援センターを中心とした当事者の活躍や地域ケア指向型の診療所による支援などがうまく関連して展開されていったものといえる。

## 7 キーワード

実態調査、退院促進支援システム整備検討会、退院促進プロジェクト、退院促進サポーター、啓発ツール

2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)

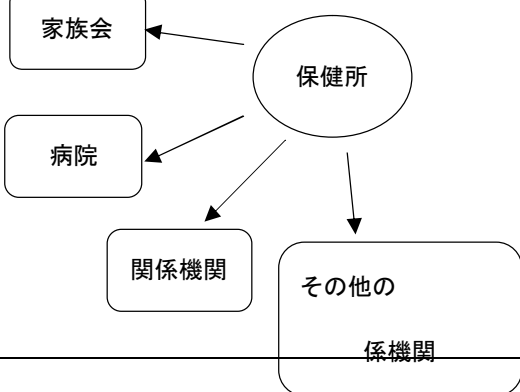




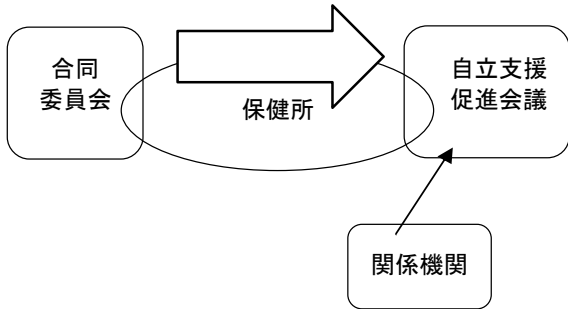
### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) 合同委員会の開催

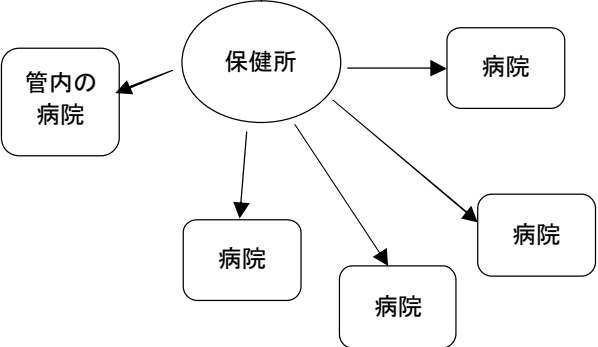
<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・保健所：精神保健福祉相談員が中心に作業所運営委員会の参加機関に働きかける。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・平成 5(1993)年ごろから実施されていた、作業所の運営委員会をきっかけに拡大していった。 ・運営委員会に関係機関の職員が集まるのだから、作業所の運営だけでなく、地域の問題も検討していこうという発想。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・精神保健福祉ボランティア講座などの開催につながっていく。 ・地域のネットワークの基礎となった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

##### (2) 自立支援促進会議の開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・保健所：精神保健福祉相談員が中心に合同委員会の参加機関に働きかける。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・平成 12(2000)年、大阪府は、自立支援促進会議の開催を保健所の必須業務とした。 ・これまでの合同委員会を発展的に自立支援促進会議に変更していった。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・公的な責任を明確にした行政機関、医療機関、社会福祉施設等のネットワークづくりが進められた。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

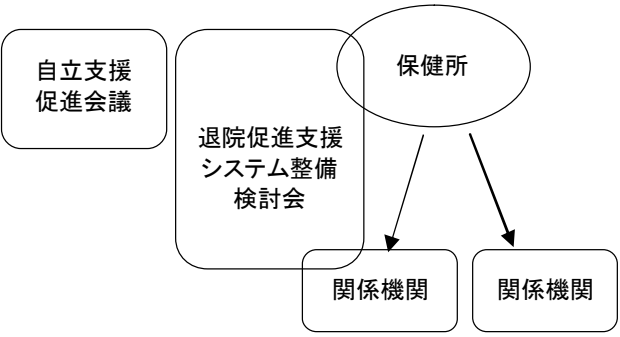


### (3) 実態調査

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所: 精神保健福祉相談員が中心となって、近隣 5 病院に対して聞き取り調査。</li> <li>・管内病院では併せて中長期入院患者面接も実施。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 15 (2003) 年、精神科病院の積極的な協力が得られないため、退院促進支援事業の対象となる入院患者が、どの程度いるのか、またどのような状態なのかを把握するため、近隣 5 病院に対して「聞き取り調査」を実施した。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の機関(保健所)が退院促進支援に対して、積極的であることをアピールできた。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	 <pre> graph TD     A((保健所)) --&gt; B[管内の病院]     A --&gt; C[病院]     A --&gt; D[病院]     A --&gt; E[病院]     A --&gt; F[病院]     </pre>

## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) 退院促進支援システム整備検討会の開催

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所: 精神保健福祉相談員が、退院促進支援システム整備検討会を立ち上げる。</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 17 (2005) 年、退院困難事例や在宅生活困難事例について検討。</li> <li>・在宅生活困難事例の検討の中に退院促進のヒントがある。</li> <li>・自立支援促進会議と同時に月 1 回ペースで実施。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院だけの努力ではなく、地域の機関と協働することが実現した。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	 <pre> graph TD     A((保健所)) --&gt; B[関係機関]     A --&gt; C[関係機関]     D[自立支援促進会議] --- E[退院促進支援システム整備検討会]     E --- A     </pre>

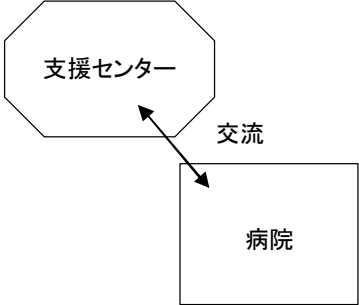
## (2) ねや川サナトリウムにおける退院促進プロジェクトの誕生

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・保健所：精神保健福祉相談員が、病院の担当ワーカー、院長にアプローチする。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・保健所のアプローチによって、病院内に公式のプロジェクトが誕生する。 ・病院のプロジェクトに地域機関の職員も出席する。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・退院促進支援について、一担当者の考えや実践ではなく、院長をトップにしたプロジェクトチームの判断、責任において実施されるようになった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

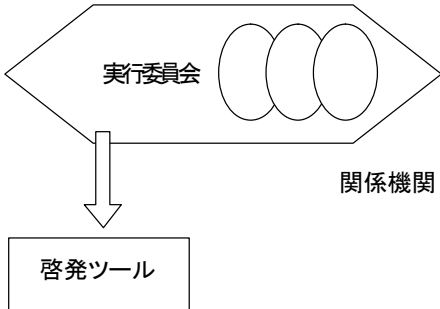
## (3) 当事者退院促進サポーターの誕生

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・地域生活支援センターの精神保健福祉士が、当事者にアプローチして活動が開始される。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・自立支援員とは別に、地域生活支援センターを中心とした、当事者活動の中から、当事者退院促進サポーターが誕生した。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・当事者退院促進サポーターが、作業所の見学に同行する。当事者退院促進サポーターの自宅を見学させてもらう等のことで、対象者は、退院後の地域生活が、イメージしやすくなった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

#### (4) 病院との交流会の実施

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・病院の精神保健福祉士より交流したいとの呼びかけがあり、保健所精神保健福祉相談員のコーディネートのもと、地域生活支援センターの精神保健福祉士、保健所精神保健福祉相談員、病院作業療法士及び精神保健福祉士で打ち合わせを重ねて実現する。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・一部の入院患者に地域生活支援センターに見学に来てもらい、交流した。 ・また地域生活支援センターと保健所職員、当事者退院促進支援サポーター、復帰協職員が病院を訪問し、開放病棟入院患者と交流をもった。そのように相互に交流をもつ機会をつくっていった。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・より地域生活ということを身近にイメージし、退院への意欲を創出していった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	 <p>The diagram shows an octagon labeled '支援センター' (Support Center) and a rectangle labeled '病院' (Hospital). A double-headed arrow labeled '交流' (Exchange) connects the two shapes, indicating mutual interaction.</p>

#### (5) 啓発ツールの開発

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・地域生活支援センターの精神保健福祉士が中心となって、運営委員会方式で制作。</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・入院患者が、退院促進支援事業をイメージしやすいよう視覚的なツールを開発している。当事者退院促進サポーターも運営委員となり、自分自身の生活を紹介し、早く地域に帰っておいでと呼びかけている。 ・退院促進強化事業の予算を活用して制作中。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・進行中のため、効果については、不明。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	 <p>The diagram shows a diamond shape labeled '実行委員会' (Executive Committee) containing three overlapping circles. Below it, a large downward-pointing arrow is labeled '関係機関' (Related Organization). At the bottom of the arrow is a rectangle labeled '啓発ツール' (Enlightenment Tool).</p>

## ■第12章 取り組み事例—福島県県中圏域

### 1 事例から見えるネットワークの構築と活用による取り組みのポイント

医療機関が中心となって関連法人等と連携しながら長期入院者の地域移行に取り組んだ事例

～ささがわプロジェクトに始まる医療と支援の統合的地域ケアシステムの展開～

#### 1 事例のタイプと特徴

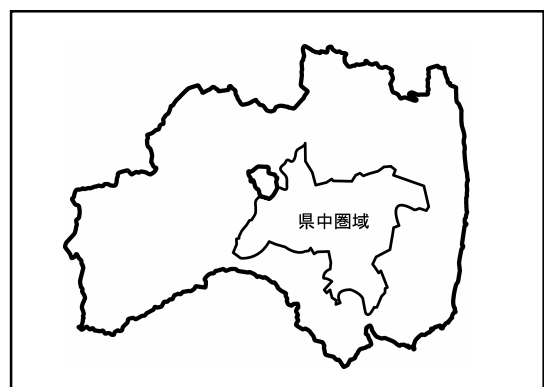
本事例は、精神科病院が病院医療から地域ケアへの転換を進めるにあたって、医療と支援を統合した地域ケアシステムを構築・確立していった事例である。その特徴は、地域中心型精神医療福祉モデルである「統合型地域精神科治療プログラム（O T P : Optimal Treatment Project）」の理念と技術を導入し、医療機関内外において共通の治療・支援プログラムとして定着させるとともに、地域生活支援センターとの密接な連携を図る中で、いわば、医療機関から地域支援のネットワークを広げていった点にある。

「ささがわホスピタル」は、「あさかホスピタル」の分院として、慢性期のリハビリテーションを目的とした開放型病院であった。直面する課題の1つとして、長期入院者の処遇があったが、デイケアなどの外来診療体制や訪問看護などの在宅サービス体制がある程度整っても、慢性の長期入院者の退院を図るには様々な困難が伴うものであった。しかし、近年の薬物療法と家族を含めた心理教育や認知行動療法などの心理社会的アプローチを組み合わせることや、多様な地域サービスや生活支援を含めた在宅サービスを活用することによって、退院の可能性が着実に広がると考えられた。そのためには、適切な医療を提供しつつ、生活の場所を確保し、社会参加や就労などの社会参加をどう構築するかという視点が必要とされた。このような視点から、「脱施設化」の試みとして取り組まれたのが「ささがわプロジェクト」である。「ささがわプロジェクト」とは、「ささがわホスピタル」に当時長期入院していた94名の方々を退院させて地域生活支援センターとともに病院がサポートしていくというプロジェクトで、平成12年にプロジェクトを立ち上げ、O T Pによるセッションを行い、平成14年4月1日から全員が退院して「ささがわヴィレッジ」での生活をはじめた。これによって「病院医療から地域ケアへの転換」が図られ、その経験を踏まえ、医療と支援の統合的地域ケアシステムの様々な展開へと発展していった。

#### 2 調査対象地域の概略

##### (1) 圏域

- ・福島県は、7つの圏域（県北・県中・県南・会津・南会津・相双・いわき）に区分される。このうち、県中圏域は福島県中通り地方の中央に位置し、郡山市、須賀川市、田村市及び岩瀬郡、石川郡、田村郡合計3市6町3村からなる。



## (2)人口

- ・平成 18 年 10 月 1 日現在の福島県現住人口調査によれば、県中圏域の人口は 559,691 人で福島県全体の人口の約 4 分の 1 を占め、県内圏域の中で最も人口が多い。中心となる郡山市は 339,071 人を有し、いわき市に次ぐ県内第 2 の都市である。
- ・郡山市 : 339,071 人
- ・須賀川市 : 80,444 人
- ・田村市 : 42,743 人

## (3)病床数

- ・1,878 床（入院患者数 1,664 人）、精神科病院 5 か所

## (4)社会資源の特徴

- ・県中圏域においては、郡山市に社会資源が集中しており、市町村によっては資源がまったくないところも多い。
- ・精神科病院 : 5 か所
- ・地域活動支援センター I 型 : 2 か所
- ・指定相談支援事業所（精神分野） : 2 か所
- ・就労継続支援事業 B 型事業所 : 1 か所
- ・就労移行支援事業所 : 2 か所
- ・生活訓練施設 : 2 か所
- ・福祉ホーム B 型 : 1 か所
- ・グループホーム
- ・小規模授産施設
- ・小規模作業所

## (5)地域の特徴

中心都市となる郡山市は、地理的に福島県のほぼ真ん中に位置し、昔から交通の要衝として人々が行き交い、江戸時代後期には、宿場町として栄えた。昭和 40 年の大合併を経て、現在の郡山の形へと発展した。東北地方の中核を担う都市として、平成 9 年 4 月 1 日には、東北地方ではじめて中核市となった。経済県都として福島県の中心を担っている。一方、周辺市町村は農業が産業の中心となっている。

市街地は買い物や交通の便もよく生活しやすい環境であるが、郊外は自家用車がないと移動や生活に不便なところが多い。

## 3 ネットワーク萌芽・形成期の取り組み

### (1)ささがわプロジェクト

「ささがわプロジェクト」は O T P（Optimal Treatment Project：統合型地域精神科治療プログラム）とイアン・R・H・ファルーン教授との出会いからはじまった。O T P は多職種から

なる支援チームが認知行動療法アプローチにより、積極的に当事者や家族に生物医学的・心理社会的側面から統合的なサービスを提供するプログラムで、その科学的根拠が実証されている。

取り組みの前段階として、平成 11 年 11 月に、イアン・R・H・ファルーン氏による O T P (統合型地域精神科治療プログラム) ワークショップを開催し、スタッフに向けての研修が行われた。日本で精神科病院の長期在院者にどのように O T P を導入するかを検討し、平成 12 年 4 月より「ささがわプロジェクト」の具体的な検討を開始した。

最初に行われたのは、精神科病院スタッフ (あさかホスピタル・ささがわホスピタル：院長・医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・事務部職員) によるプロジェクトの意義や、可能性の確認であった。また、並行して経営分析の検討が行われた。同時に、医療と福祉の棲み分けを明確にし、組織を分けるという意味で、N P O 法人が立ち上げられた。この N P O 法人は「私はできる」という意味から「アイ・キャン (I C A N)」という名前にし、初期の事業として地域生活支援センターと居住施設「ささがわヴィレッジ」の管理運営を行うことになった。これによって、社会的サポートと医療の役割分担を明確にすることと地域ケアの拠点とすることが目指された。

続いて行われたのが、スタッフの研修とささがわホスピタル入院中の当事者に向けた O T P に基づく心理教育であった。「スタッフの研修」は、まず医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士の計 10 名が、ロサンゼルス精神保健協会のパイロットプログラムである Village ISA の実地研修に参加し、実際の地域支援の状況を学んだ。これは生活支援や社会的サポートを行う視点の転換に大変役立った。

また、この時期に地域に向けての働きかけとして、新たなネットワークづくりも行われた。従来医療機関同士のつながりや職域ごとのネットワークはあったが、より理解しあえる関係を目指して、あさかホスピタル佐久間啓院長・すがのクリニック菅野圭樹院長の呼びかけで始まった。「精神科地域ケアネットワークを考える会」(平成 13 年 6 月) がそれであるが、その後「県中地区メンタルケアネットワーク」という拡がりに発展した。

このような、準備検討段階を経て、平成 13 年 10 月に「ささがわプロジェクト会議」が発足し、退院後の当事者へのサポート体制が具体的に検討されることとなった。それにより、地域生活支援センターとデイナイトケア、訪問看護を立ち上げ、「ささがわホスピタル」の閉院後、退院した当事者らを地域でサポートする体制を確立した。また、大学から理論的学術的なバックアップを受けることによって根拠に基づいた支援のあり方が検討された。このプロジェクトを進めるにあたって鍵となる主要概念の 1 つを「多職種チームに共通のツール・ソフトを用いる」としプロジェクトチームにおいて、O T P によるツールやソフトを共有し、治療や支援にあたることとし、スタッフの研修を重ねた。

そして、このような支援体制を整え、ささがわホスピタルを閉鎖し、共同住居「ささがわヴィレッジ」へと機能の転換を図り、平成 14 年 4 月 1 日、当時入院をしていた 94 名が全員、退院して共同住居「ささがわヴィレッジ」へ居住し、それと併せて、地域生活支援センターアイ・キャンが開所し、デイナイトケア、訪問看護ステーションとでサポートしていく体制が始まった。

統合型地域精神科治療プログラム(OTP)	
エビデンスに基づく治療方針	
サービスモデル	治療プログラム
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 早期発見・早期介入</li> <li>● 多職種チームモデル</li> <li>● 継続的なアセスメント</li> <li>● 訪問サービス</li> <li>● 双方向性の心理教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 非定型抗精神病薬による薬物療法</li> <li>● ストレスマネジメント</li> <li>● 認知行動療法</li> <li>● 就労支援</li> </ul>

## (2) 成功のポイント

まず、医療機関が地域移行の基本理念や方法を検討し、財政的な負担も含め必要な取り組みとしてとらえたことがあげられる。次に、医療機関全体として研修体制をつくり積極的に人材育成に取り組んだことが大きかったと思われる。このような取り組みの中で、スタッフの意識の変化がもたらされたという。それは、例えば、「長期入院者にかかわるスタッフが退院できない理由や退院の可能性について常に関心を持つようになった。」ということなどであるが、共通の理念を持つことによって、退院に向けた支援を協働していこうとする意識が共有されたといえよう。

## (3) キーワード

理念に基づく取り組み、OTP、理念の共有化(医療機関と地域)、スタッフ研修、心理教育、メンタルケアネットワーク

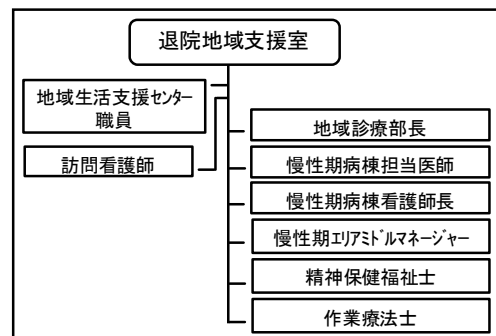
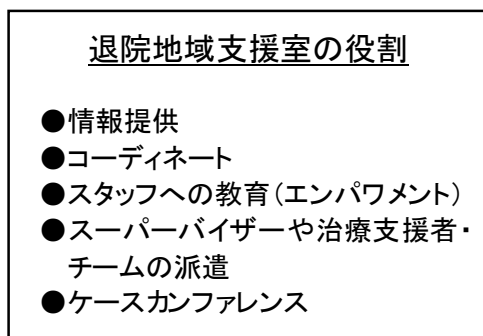
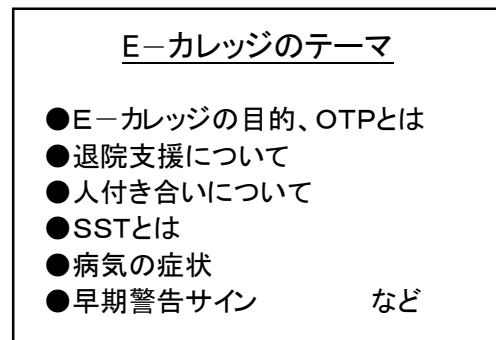
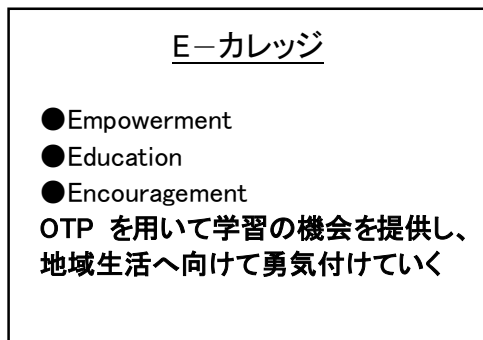
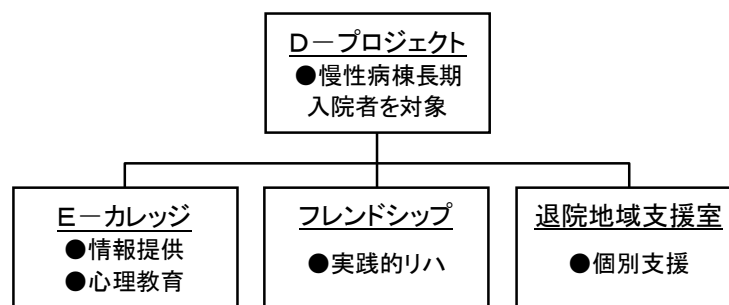
## 4 ネットワーク成長・拡大期の取り組み

### (1) あさかホスピタルにおけるD-プロジェクトの展開

「ささがわプロジェクト」の経験を活かし、あさかホスピタルにおいて継続的に退院支援を行うシステムをつくることを目標にD-プロジェクトが平成15年秋から始まった。「D-プロジェクト」の「D」は「deinstitutionalization(脱施設化)」の「D」に由来し、「E-カレッジ」(心理教育・情報提供)、「フレンドシップ」(実践的リハビリテーション・地域生活体験)、「退院地域支援室」への登録の3段階からなる。それは、あさかホスピタルの回復期開放病棟に長期入院している統合失調症圏の入院者に対して、3~6か月の集中的な心理教育と認知行動療法を中心とするセッション(OTP)を実施することで、各個人の退院を現実のものにしようとした試みである。

それまで長期入院し、本人も退院を具体的に考えなかった当事者に対し、OTPを中心に地域の情報提供や社会資源の紹介、退院した当事者の体験談などを織り交ぜた32回のセッションからなる「E-カレッジ」を行った。それは公開講座形式でこのセッションに誰でも自由に受講・参加できるものとした。1クール3か月間、週2回(計32回)のプログラムを4クール実施するもので、セッションの内容は、「人付き合いについて」「病気の症状」「ストレス解消法」「薬の効果、副作用」などと多岐にわたる。共通のテキストを用い「D-プロジェクト」スタッフがそれぞれ講師となり、学習の機会を提供し、退院後の地域生活に希望や可能性が見出せるように励ましながら入院者自身が地域生活や退院をイメージできるようになることを目指した。このような形で情報提供の場を設けることにより、最初は地域生活に関心が薄く消極的だった人たちにも、

少しずつ関心が芽生えてきたといえる。そして次の段階で、退院に興味を示したメンバー5～7名の小グループによる「フレンドシップ」では実践的なリハビリテーションや地域生活体験を含むプログラムを導入し、「早期警告サイン」「日常問題記録」等のOTPセッションをより個別に行っていく。そこで本人が退院の希望を意志表示すると「退院地域支援室」に登録し、地域生活支援センターアイ・キャンとともに具体的な地域移行を支援するというシステムになっている。医療機関内のスタッフとともに地域生活支援センターのスタッフも常時かかわりのもてる体制をつくったことにより、常に連携の取れる体制がつけられた。週1回の定例会議やケースごとのカンファレンスを実施しながらケアマネジメントを通したかかわりが持たれた。このように地域のスタッフがチームに入ることによって、地域生活に対するイメージを医療機関のスタッフがより具体的に持てるようになった。ケースによっては市町村と連携をとり、地域生活への移行がスムーズに図れるようになった。



## (2) 地域生活支援センターアイ・キャンにおける取り組み

### ① 啓発活動

一方では、地域生活支援センターの啓発活動の取り組みも重要であった。

アイ・キャンによる啓発活動は、OTPワークショップ等の開催（家族向け・地域の専門家向



け) や地域住民向けメンタルヘルス講演会・企業向け就労に関するフォーラム開催など多岐にわたり、これらの取り組みによって地域全体の専門家モデルが共有化され、ネットワーク形成の足がかりとなった。

## ②退院促進モデル事業(福島県精神障がい者地域生活移行促進事業)

平成 17・18 年度の 2 年間に於いて福島県より「福島県精神障がい者地域生活移行促進事業」(退院促進モデル事業) の委託を受け、「ささがわプロジェクト」及びあさかホスピタルにおける「D-プロジェクト」の経験を踏まえ、治療と支援の「統合モデル (O T P)」を用い事業を展開した。対象地域は福島県県中圏域で、あさかホスピタルを含む 5 つの精神科病院に入院している当事者に対して地域移行に向けた支援を行った。当事者に向けては 3 つの E (educationen ; 心理教育、encouragement ; 勇気付ける、empowerment ; 技能の向上) によるサービスの提供することと、退院についての will (意志) の表明から関わりを開始すること、医療機関・関係機関に向けて、チームの形成、地域におけるネットワークの形成の可能性を検討することを方針に掲げた。事業へのエントリーの前段階から、各医療機関を訪問し、事業への参加を検討している複数の当事者へ向けて、保健所、各医療機関のスタッフと一緒に「エンカレッジメントセッション」を行った。それは退院についての各自の主観を「積極的傾聴 (アクティブリスニング)」し、表明された不安に対し、様々な情報提供を行い、また地域生活がイメージできるようなスライドなどを用い、退院後の生活や退院したら「～したい」という「will (意志)」を引き出していくセッションである。それにより退院を希望した当事者が事業にエントリーをし、ケアマネジメントにより個別ケア目標を明確にし、当事者や医療機関スタッフ、地域生活支援センタースタッフが参加する実務担当者会議により退院へ向けての目標を共有し、具体的な訓練を行った。それら支援の経過や事業の運用については、「県中圏域自立促進支援協議会」において協議、決定された事項にそって事業を進めていった。

「ささがわプロジェクト」や「D-プロジェクト」における実践を踏まえ、O T P のモデルを県中圏域の他の医療機関や地域の支援機関と共有して地域移行への支援を行うことを試みた取り組みである。

## (3) 成功のポイント

長期入院者に対してまず、情報提供と学習の機会をつくっていった。小グループの取り組みから誰でも参加できる「開かれた」心理教育を継続的に行うことによって、退院や地域生活に関する関心の乏しさや意欲の不足に働きかけることができ、安心と関心がもたらされた。入院者それぞれのおかれている状況に合わせた動機づけが図られたといえる。

「退院地域支援室」に地域のスタッフがかかわることによって、入院者には入院中の取り組みと退院後の生活が一連の流れとしてより身近に意識できるようになったと思われる。

情報提供、グループワーク、個別プログラムと 3 段階のシステム化した流れが定着し、支援者のかかわりが明確になったことも大きい。

## (4) キーワード

D-プロジェクト、E-カレッジ、退院地域支援室、O T P ワークショップ

## 5 ネットワーク成熟・発展期の取り組み

### (1) ささがわプロジェクト 2nd stage

平成 18 年 4 月からは、ささがわプロジェクト 5 年目を迎えるにあたり「ささがわプロジェクト 2nd stage」として、アイ・キャン・デイナイトケア・ウェル訪問看護ステーション・地域連携室・担当医のチームにおける役割を再確認し、本人の望む生活の実現に向けて更なる地域移行を目指すことを目標とし、平成 19 年 4 月時点で共同住居「ささがわヴィレッジ」に居住していた 85 名のメンバーがグループホームやアパートでの単身生活に移行していくための具体的な取り組みを開始した。現場担当者による「ささがわプロジェクト小会議」で地域に点在し地域生活を送るメンバーに対する支援体制、特に緊急時の対応システムについて検討しながら、一方で連携を密にし、経過に応じた速やかな対応を図った。それぞれの役割は次のとおりである。

#### ① アイ・キャンの役割

これまで住み慣れていた「ささがわヴィレッジ」から離れることは、メンバーやご家族にとって不安なことである。その不安を受けとめながら、新しい生活への期待や希望 (will) を引き出し、その希望を実現するためのお手伝いをするを伝えた。一人ひとりのケアマネジメントを行う上で、ケア目標を明確にし、3 つの E ; 様々な情報を伝え (education)、will の実現に向けての勇気付け (encouragement)、必要なスキルを獲得する (empowerment) の概念にそって、個別とグループのセッションを並行して行った。

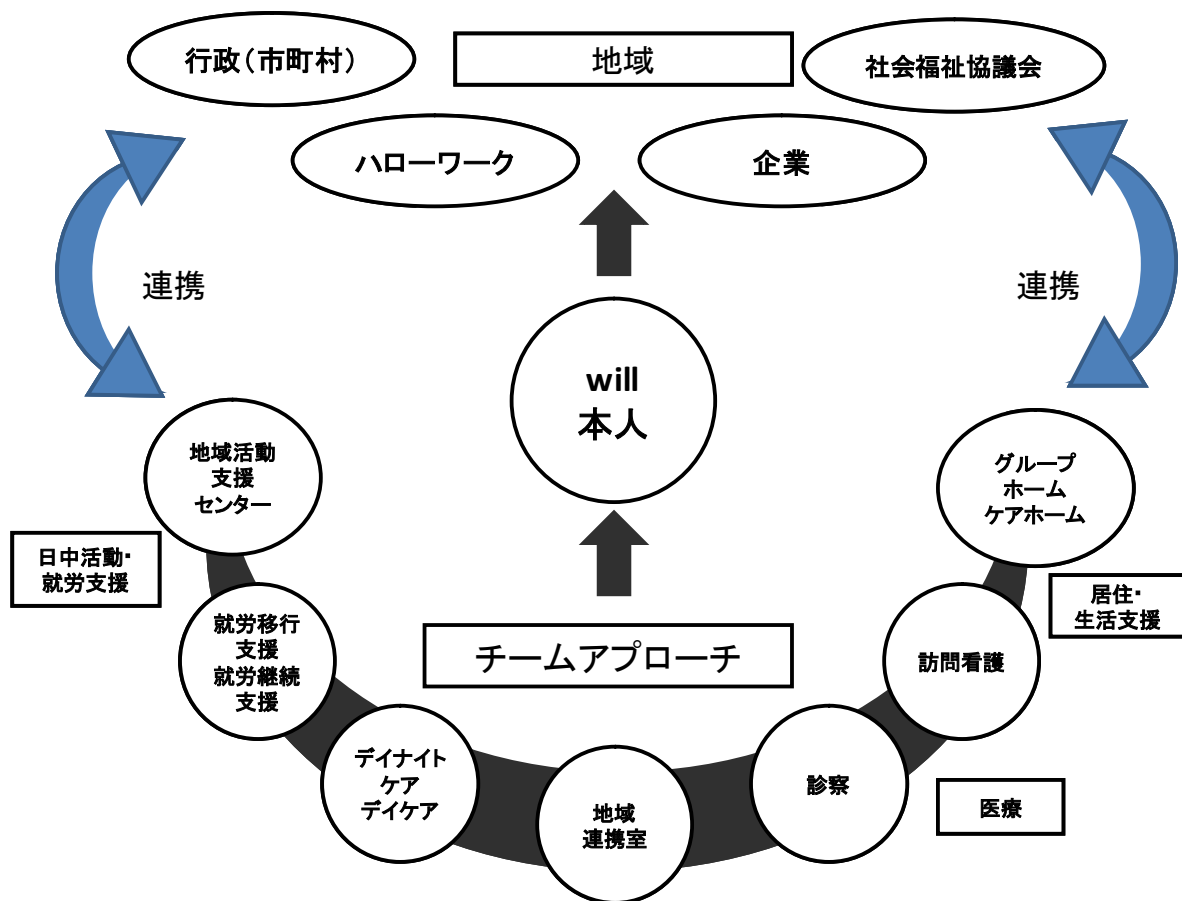
#### ② 訪問看護の役割

訪問看護の最も大切な役割は、24 時間、症状の悪化や不安へ対応することである。どのような時に訪問看護が対応できるかを理解していただくことは、メンバーの地域生活での安心につながる。また、環境の変化に伴う不安への対応や新しい生活に向けての新たな計画など、様々な相談を受けた。

#### ③ デイナイトケアの役割

移行支援の経過におけるメンバーの状況について、アンケートの結果も踏まえ、アイ・キャンと連携し、エンカレッジメントセッションや不安解消セッションをいった。不安解消セッションにおいては、メンバーに実際にグループホームで過ごしていただき、不安な事柄などメンバーの具体的な声に基づき、プログラムの内容を構成した。例えば、電話のかけ方やガスの使い方、グループホームからのバスの乗り方などで、実際の場面を活用した練習を行った。これからの生活に焦点を当てた、スキル獲得に向けてプログラムが組み立てられ、新しい生活にスムーズに移行することができた。

そして、このような中で、平成 19 年 12 月 10 日に 85 名のメンバー全員のグループホームやアパートなどへの地域移行が終了した。



## (2) 成功のポイント

根拠に基づいた支援技法であるOTPを採用したことがまずあげられる。次に、OTPを共通のツールとして形成された多職種チームにより、統合型のサービスを提供したことがあげられる。

それぞれのスタッフが地域移行に対する理解を深め、当事者の will を引き出し、その実現に向けてチームにより支援していくことを認識し、有機的な連携が図れた。そのためにもそれぞれの状況を理解し、コミュニケーションを積極的に図ることが重要であった。

## (3) キーワード

地域移行、多職種チーム、統合型のサービス

## 6 事例のまとめ

### (1) 取り組みの全体像

平成12年の「さがわプロジェクト」立ち上げから8年が経過しようとしている。医療機関を中心にNPO法人の立ち上げによる生活支援、訪問看護、デイナイトケアでのリハビリテーション、地域への啓発活動を継続してきた。当初94名のメンバーは13名がアパートなどに自立し、グループホームなどへの移行が68名で計81名の方々が地域生活に移行している。その他、介護施設と知的障害者施設入所2名、入院が7名（精神科4名、身体疾患3名）、自殺者2名という現状である。施設入所の方を含むと88%の方々が地域での生活を続けていることになる。現在、

アイ・キャンは「D-プロジェクト」によりこの間、退院した当事者の内、自宅へ退院できなかった方々を含め、総計 108 名を 18 か所のグループホームやアパート等で、医療機関とチームを形成し、支援している。

平成 14 年より就労支援を開始し、アイ・キャンとデイナイトケアとが協働し、積極的に就労プログラムを進めている。ただ単に「退院」ということではなく、退院をして何がしたいのか、社会参加の機会の創造や自己実現に向けての支援も併せて行うことが重要である。

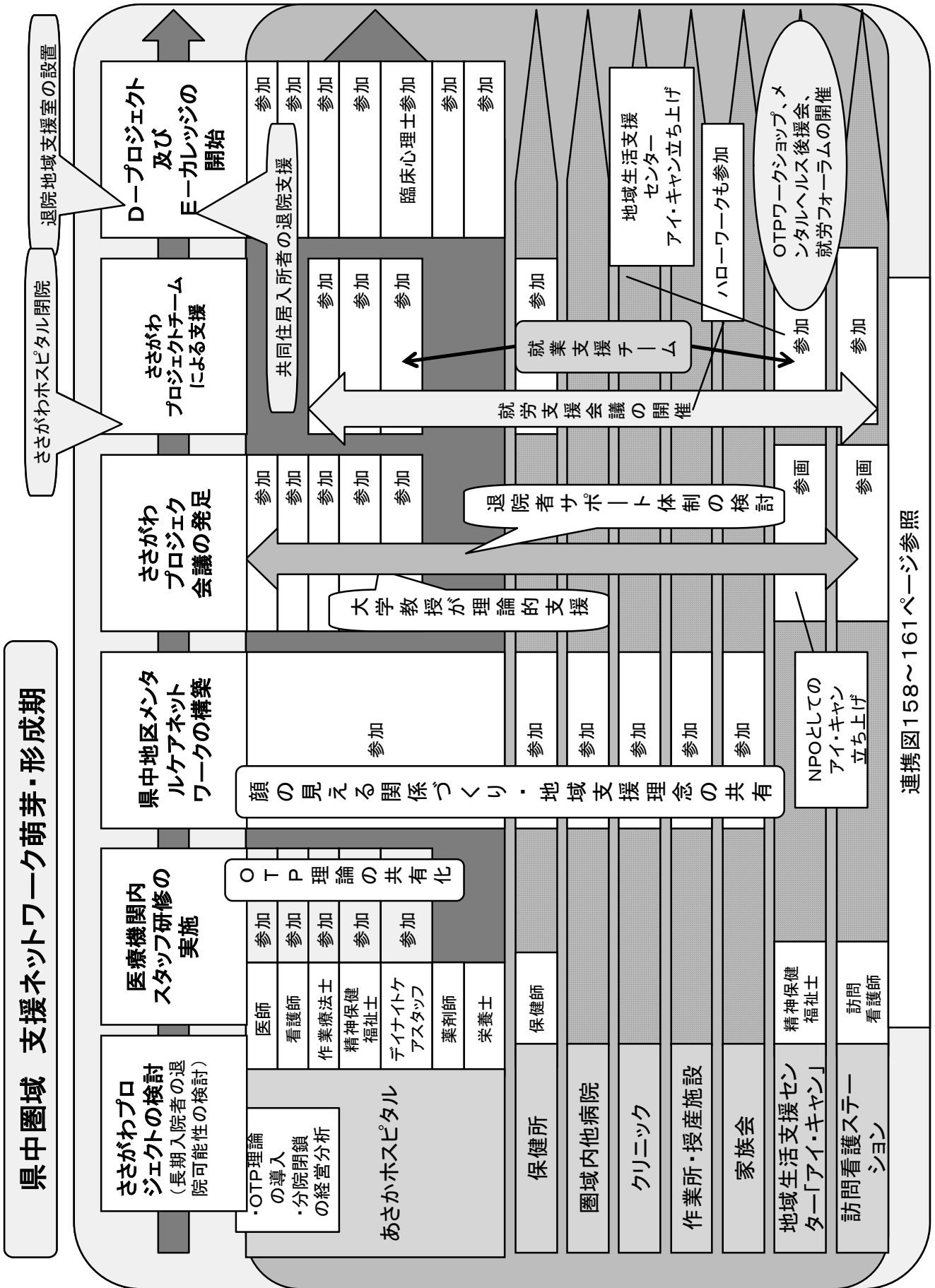
退院を図ることが非常に困難と思われる人たちへの退院支援に関して、医療機関内部においても根本的に具体的な手立てがない、あるいは地域社会に退院を推し進めることのできる資源がないため退院させられないといった状況は少なくない。そのような中で、「退院しても辛い」という当事者の声もあるという。退院支援の同じ事業を行ったとしても、例えば具体的にグループホーム等の住居に対する社会資源が充足していれば良いが、そうでない場合や、あるいは、退院後のサポートシステムが整っていない場合は、「生活の辛さ」は解消されない。つまり、退院した後の体制が整備されて、その人が幸せな生活を送るという保障を得られない中では、当事者が退院を考えるのは難しいということを示唆している。また、一方では、これを支援する側にしても、具体的な支援にかかわる考え方や方策がないと退院支援も進まないという状況もある。この意味では、退院支援は本来当事者の課題を身近に感じその対策を講じていこうとする人たち（医師、精神保健福祉士、看護師ら病院スタッフ）と退院後、地域で支える人たち（地域の支援機関やグループホームなど）がチームを形成し行うことが最もスムーズと考えられる。この「ささがわプロジェクト」に始まる医療と支援の統合的地域ケアシステム構築の取り組みは、このような考えから医療機関を中心に NPO 法人を立ち上げ、関連法人等とが連携による取り組みといえよう。

本事例において特徴的なことは、「ささがわプロジェクト」「D-プロジェクト」「退院促進モデル事業」などいずれの取り組みにおいても「医療」と「支援」の統合モデルを基本に、OTP のコンセプトやプログラムを共有し、「医療」から「支援」へバトンタッチをするのではなく、1 つのチームとしてモデルを共有し、入院から退院、地域生活維持、そして社会統合に向けて就労等の支援を行ったことにある。

## (2) 課題及び提言

今後の地域医療において、OTP のようなプログラムに基づく専門職の教育を行い、チーム医療による地域ケアという体制をシステム化し診療報酬で担保することが必要である。それによって多くの経験豊富な病院スタッフが患者さんとともに地域に出て、地域医療を継続できるであろう。しかし、地域医療は、地域での生活支援があってはじめて成り立つが、地域では精神障害者の住む場所の確保、行政の啓発活動などが整っていない現状である。制度として、生活支援やスティグマの低減に向けた啓発活動などのシステムの確立が求められる。

2 各段階におけるネットワーク形成プロセス(主なもの)





### 3 事例の概要

#### 1 ネットワーク萌芽・形成期

##### (1) 長期入院者の退院可能性の検討(ささがわプロジェクトの検討)

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・精神科病院(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・病院を閉鎖し長期入院者の退院を図ることの意義や可能性について検討した。 ・平成11年11月に、イアン・R・H・ファルーン氏によるOTP(統合型地域精神科治療プログラム)ワークショップを開催し、研修した。 ・取り組みを進めるにあたって、経営的な分析を行った。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・支援システムとして、OTPの理論と技術を導入した。 ・地域支援の中心となる組織として、NPO法人アイ・キャンを立ち上げた。 ・これによって、社会的サポートと医療の役割分担を明確にすることと地域ケアの拠点とすることを目指した。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<pre> graph TD     A[慢性・長期入院] --&gt; B[脱施設化による退院]     C[病棟看護、作業療法士、医師] --&gt; B     B --&gt; D((メンバー))     E[家族] --&gt; D     F[地域] --&gt; D     G[NPO法人(ささがわヴィレッジ)] --&gt; D     H[地域生活支援センター アイ・キャン] --&gt; D     I[ウエル訪問看護ステーション] --&gt; D     J[医師による診察] --&gt; D     K[デイナイトケア] --&gt; D     </pre>

## (2) 研修の実施

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・精神科病院(あさかホスピタル:院長・医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・デイナイトケアスタッフ・事務部職員)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・平成13年4月より、医療機関内で地域支援についての研修を実施した。 ・Village ISA への研修を行った。(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士の計10名)。その後も、継続的に研修を実施した。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・地域支援の状況を学ぶことができた。 ・地域支援の「共通のツール」として、OTP理論をスタッフが共有できた。 ・医療機関内で、OTPに基づく心理教育を入院者に実施した。 ・スタッフの意識の変化が見られた。 ・長期入院者にかかわるスタッフが、退院できない理由や退院の可能性について常に関心を持つようになった。 ・共通の理念を持つことによって、退院に向けた支援を協同することができた。</p>

## (3) 地域ネットワークの構築

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・精神科病院 ・精神科クリニック ・家族会 ・作業所・授産施設 ・県中保健所</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・従来より医療機関同士のつながりや各職域毎のネットワークはあったが、より理解しあえる関係を目指して、あさかホスピタル佐久間啓院長・すがのクリニック菅野圭樹院長の呼びかけで始まった。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・連携を図る当事者同士が顔を合わせ、知り合うことによって、より踏み込んだ連携や地域支援が図れた。 ・地域支援のあり方について共通の課題が確認された。 ・地域支援を進めていく上での共通の知識と技術の習得が図れた。 ・このネットワークが「県中地区メンタルケアネットワーク」に発展した。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	



#### (4) ささがわプロジェクト会議の発足

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(あさかホスピタル: 院長・医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・デイナイトケアスタッフ・事務部職員)</li> <li>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン: 精神保健福祉士・事務局員)</li> <li>・訪問看護ステーション(ウエル訪問看護ステーション)</li> <li>・大学(東邦大学医学部精神神経科: 教授・水野雅文氏)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援を展開していく上で中心的な会議として位置づけた。</li> <li>・退院する当事者のサポート体制を検討するため月1回の頻度で開催。地域での生活を推し進めていくシステムや支援のあり方について検討。</li> <li>・OTPの理念や技法等の学術的バックアップを受けた。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・OTPの理念や技法等の学術的バックアップを受けることにより、根拠に基づいた治療や支援のあり方が検討された。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	

## (5) 地域移行支援の準備

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン)</li> <li>・精神科病院(あさかホスピタル: デイナイトケア・地域連携室)</li> <li>・訪問看護ステーション(ウェル訪問看護ステーション)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ささがわホスピタル閉院。</li> <li>・ささがわヴィレッジ</li> <li>・精神障害者地域生活支援センター「アイ・キャン」立ち上げ(平成14年4月)</li> <li>・社会参加を図る上で最もニーズが多かったのは「就労」についてであった。そのため、就労支援体制について検討した。</li> <li>・就労支援会議(平成14年12月)</li> <li>・就労支援システムやプログラムのあり方について月2回の頻度で実施。</li> <li>・就業支援プログラムの開始。</li> <li>・OTPを採用し、実技実習と認知行動療法を実施した。</li> <li>・実際の仕事に就きながらのリハビリテーション(IPSモデル)を地域生活支援センターとデイナイトケア・デイケアが連携して行っている。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院実績94名(ささがわホスピタルからの退院)</li> <li>・地域生活支援センターとあさかホスピタルデイナイトケア・デイケアとでつくる就業支援チームの形成につながった。</li> <li>・地域の就労支援機関との連携が図れ、チーム形成につながった。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>就労支援会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県中保健福祉事務所(保健師)</li> <li>・ハローワーク郡山(専門援助部門担当者)</li> <li>・地域生活支援センター</li> <li>・あさかホスピタルデイナイトケア・デイケア</li> <li>・福島障害者職業センター</li> </ul>

## (6) D-プロジェクト立ち上げ、E-カレッジ開始

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士・薬剤師・栄養士)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心理教育場面の拡充。</li> <li>・統合失調症の慢性期病棟長期入院者に対する「E-カレッジ」の開始。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期入院者の退院後の地域生活のイメージづくりにつながった。</li> <li>・退院すること、生活することへの関心・意欲につながった。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師</li> <li>・看護師</li> <li>・作業療法士</li> <li>・精神保健福祉士</li> <li>・臨床心理士</li> <li>・薬剤師</li> <li>・栄養士</li> </ul>

## 2 ネットワーク成長・拡大期

### (1) 医療機関の取り組み(退院地域支援室の設置)

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士)</li> <li>・地域生活支援センター(精神保健福祉士)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院地域支援室の設置(平成 16 年 1 月)。</li> <li>・退院地域支援会議の開始。</li> <li>・長期入院者の退院システムを検討。</li> <li>・多職種チームへのスーパーバイズ。</li> <li>・月 1 回の実施。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のスタッフが入ることによって、地域生活に対するイメージがつけられるようになった。</li> <li>・地域生活への移行がスムーズに図れるようになった。</li> <li>・退院者実績             <ul style="list-style-type: none"> <li>94 名(ささがわホスピタルからの退院)</li> <li>25 名(34 件中)(退院地域支援室での支援による退院)</li> </ul> </li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院地域支援室             <ul style="list-style-type: none"> <li>地域診療部長(医師)</li> <li>慢性期病棟担当医(医師)</li> <li>慢性期病棟看護師長(看護師)</li> <li>慢性期エリアミドルマネージャー(看護師)</li> <li>精神保健福祉士</li> <li>作業療法士</li> <li>地域生活支援センター アイ・キャン職員(精神保健福祉士)</li> <li>訪問看護ステーション あさかホームケア職員(看護師)</li> </ul> </li> <li>・退院地域支援会議             <ul style="list-style-type: none"> <li>あさかホスピタル(医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士)</li> <li>NPO法人アイ・キャン(精神保健福祉士)</li> <li>ウエル訪問看護ステーション(看護師)</li> </ul> </li> </ul>

## (2) 地域生活支援センターの取り組み

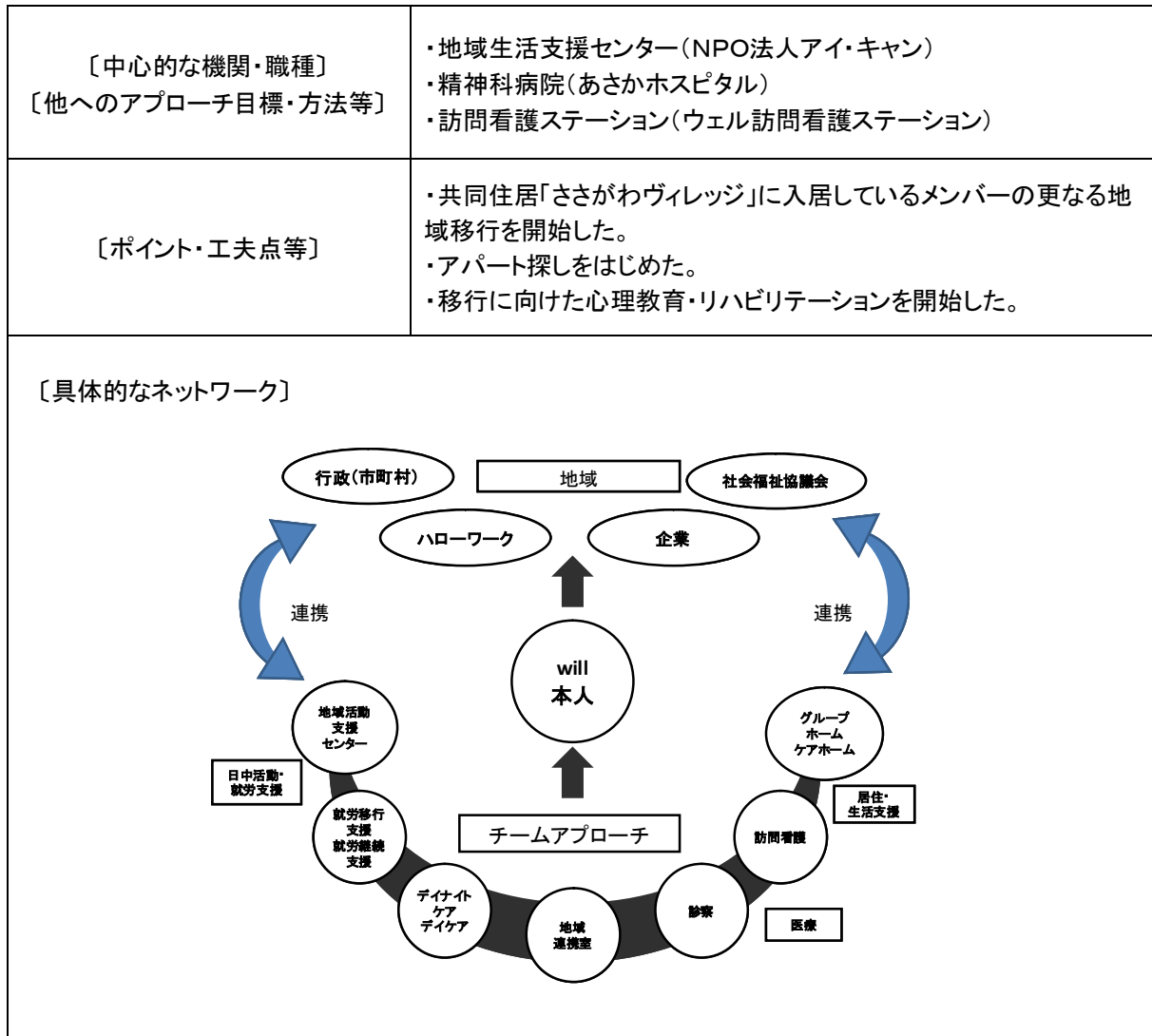
<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン)</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・アイ・キャンによるワークショップ等の開催。 ・地域生活支援センター アイ・キャンでは、OTPを支援技法に用い、「エンパワメントとノーマライゼーション」を目標に、4つの対象(当事者・家族・専門家・地域住民や企業)に向けた取り組みを実施した。</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・地域全体の専門家とモデルを共有し、ネットワーク形成の足がかりとなった。 ・精神疾患に対するスティグマの低減が図れた。 ・それぞれの機関でOTP技法を用いた支援の展開につながった。 ・地域全体でモデルが共有された。 ・これによって、当事者への直接支援が支援者ごとで異なることなく、共通の認識と方向性で行えるようになった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン) ・専門家(医療機関・保健所等行政機関・社会復帰施設・障害者職業センター) ・家族(郡山市) ・地域住民(郡山市・田村市) ・企業</p>

(3) 地域生活支援センターの取り組み: 福島県精神障がい者地域生活移行促進事業  
(退院促進モデル事業)の展開

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<p>・県中圏域自立促進支援協議会</p>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<p>・月1回の会議を開催。 ・個別支援の検討を行った</p>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<p>・地域における退院支援システムづくりや社会資源の検討につながった。 ・県中地域において、市町村を対象に退院促進のあり方等を啓発していくことで、共通の理念に基づくアプローチの浸透につながった。</p>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<p>・県中圏域自立促進支援協議会 福島県精神科病院協会 福島県精神障がい者社会復帰施設協会 寿泉堂松南病院 太田西ノ内病院 星ヶ丘病院 針生ヶ丘病院 あさかホスピタル ウエルヘルパーステーション NPO法人アイ・キャン 福島県精神保健福祉センター 郡山市保健所 須賀川市保健センター 福島県県中保健所</p>

### 3 ネットワーク成熟・発展期

#### (1) 地域移行の展開(ささがわプロジェクト2ndステージの検討)



## (2) ささがわプロジェクト小会議

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(あさかホスピタル: 医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・デイナイトケアスタッフ・デイケアスタッフ・地域連携室・地域エリアシニアマネジャー)</li> <li>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン: 精神保健福祉士・事務局員)</li> <li>・訪問看護ステーション(ウエル訪問看護ステーション)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より地域に点在していくメンバーへの支援体制・システムを現場担当者において協議・検討するため週1回の頻度で実施。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携が密になり、経過に応じた速やかな対応ができた。</li> </ul>

## (3) ささがわプロジェクト2ndステージの具体化

<p>〔中心的な機関・職種〕 〔他へのアプローチ目標・方法等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院(あさかホスピタル)</li> <li>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン)</li> <li>・訪問看護ステーション(ウエル訪問看護ステーション)</li> </ul>
<p>〔ポイント・工夫点等〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ささがわヴァレッジメンバーの地域に点在するグループホーム移行開始。</li> <li>・情報共有のツールとして、「ノート」を導入した。</li> <li>・地域点在型のグループホーム及びケアホームの指定を受ける(全18か所)。</li> </ul>
<p>〔数的効果・その他の効果〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院内の退院支援が、退院地域支援室のスーパーバイズを受けなくても退院支援がスムーズに行えるようになった。</li> <li>・85名のメンバー全員のグループホーム・アパートへの地域移行が終了した。</li> </ul>
<p>〔具体的なネットワーク〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活支援センター(NPO法人アイ・キャン)</li> <li>・グループホーム</li> <li>・ケアホーム</li> <li>・精神科病院(あさかホスピタル)</li> </ul>

## ■ 研修会パネルディスカッション資料

厚生労働省委託 平成 19 年度精神障害者退院促進支援強化事業

### 精神障害者地域移行支援事業に関する研修 ～ネットワークの構築と活用～

日 時：2008年3月17日（月） 10時～17時

会 場：主婦会館プラザエフ 7階 カトリア（東京都千代田区）

### パネルディスカッションⅠ 「病院から送り出す力と地域へ迎え入れる力」

13：00～14：50

#### <パネリスト>

小泉 典章（全国精神保健福祉センター長会／長野県精神保健福祉センター）

新田 則之（全国保健所長会／島根県松江保健所）

橋本 雅美（全国保健師長会／東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課）

#### <座 長>

伊東 秀幸（社団法人日本精神保健福祉士協会／田園調布学園大学）

行實 志都子（社団法人日本精神保健福祉士協会／文京学院大学）

#### <補足資料提供>

佐久間 啓（社団法人日本精神科病院協会／あさかホスピタル）



## 病院から送り出す力と地域へ迎え入れる力

全国精神保健福祉センター長会／長野県精神保健福祉センター  
小泉典章

### 長野県のこれまでの精神障害者退院支援事業の取り組み

長野県では、平成 15・16 年度の試行事業を経て、平成 17 年度からは保健所を中心に退院可能な精神障害者の退院支援を進めてまいりました。実務担当者会議で対象者や自立支援員を決定し、退院に向けた支援を実施するとともに、関係機関による圏域の会議において社会資源や地域の受け入れ体制の整備等について検討してきました。平成 15 年度からの 2 病院でのモデル的な実施からスタートした事業も、平成 18 年度末までに協力病院 10 カ所、支援対象者 47 人、退院者 30 人という実績で一定の成果がみられました。しかし、協力病院がなかなか増えないこと、スピーディな支援ができないこと、取り組みに地域差がみられること等の問題点も明確になりました。

### 精神障害者退院支援コーディネーターの新設

そこで今年度からは、長野県内を 4 エリアに分け、エリア内の 4 カ所の障害者総合支援センター（県内 10 圏域に設置され身体・知的・精神の 3 障害の相談に対応し支援している）へ精神障害者退院支援コーディネーターを配置し、そのコーディネーターを中心に退院可能な精神障害者の退院促進のため、関係機関との連絡調整、精神科病院との協力関係の強化を図るとともに、地域生活支援ネットワークの構築等を推進していくことにしました。このコーディネーターの新設の発想は知的障害者の大きな県立施設である西駒郷入所者の地域生活移行に係わる知的コーディネーターの活躍と関係しています。

4 圏域で退院支援コーディネーター 7 人が活動を始めましたが、専任のコーディネーターが病院訪問を行い、精神障害者退院支援事業と退院支援コーディネーターの役割の周知を図るとともに、タイムリーに個別事例を支援し、事例を重ねることで、平成 19 年 11 月末現在、協力病院 21 カ所、支援対象者 82 人、退院者 27 人と大幅な増加を見ました。また、退院支援コーディネーターを中心としたケア会議等で実務者レベルの支援体制ができ、さらに、各圏域に立ち上がった自立支援協議会に退院支援の専門部会も設けられるなど、地域の資源作りを含めた支援ネットワークが構築され始めています。

### 精神障害者退院支援事業における長野県精神保健福祉センターの役割

今年度からの新たな事業体系の中で、退院支援事業を円滑に推進するためには、関係者の理解と医療機関の協力、退院支援コーディネーターのスキルアップが欠かせません。そこで今年度、当センターでは次のようにきめ細かく研修会を開催しています。

#### ①「精神障害者退院促進研修会」

毎年実施している、関係機関を対象にした退院促進研修会では、山梨県立北病院院長の藤井康男先生から、北病院での取り組みを通して長期入院者の退院促進の必要性や病院での取り組みの実際についてご講演いただきました。

#### ②「退院支援医療機関職員研修会」

この研修会では、東京女子医科大学の田中美恵子先生から、病棟における看護スタッフの役割と具体的な支援のあり方についてご講演いただきました。

③「退院支援関係職員技術研修会」

中心的な役割を果たす退院支援コーディネーターを対象とした職員技術研修会では、特別アドバイザーとして駒澤大学の佐藤光正先生を年 10 回継続してお願いし、ケアマネジメント能力の向上等スキルアップを図っています。

平成 20 年度は国でも精神障害者地域移行特別対策事業として、精神障害者の退院促進に力を入れています。平成 20 年 3 月には地域体制整備コーディネーターのマニュアルが発行されますが、そこでは本県の退院支援コーディネーターがモデルの一つとして取り上げられます。当センターも関係機関への技術援助や研修等での人材育成、事業の普及啓発等の役割を担いながら、今後も精神障害者の地域生活支援を進めるネットワークの構築を図っていきたいと思います。また、協力病院を増やし、退院支援コーディネーターも増員し、当事者によるピアサポートを取り入れていくこと等が課題だと考えます。

PPT 資料 1

PPT 資料 2

PPT 資料 3

PPT 資料 4

PPT 資料 5

PPT 資料 6



## 病院から送り出す力と地域へ迎え入れる力

全国保健所長会／島根県松江保健所  
新 田 則 之

### 1. 島根県での取り組み概要

- ・平成12～14年出雲保健所管内で厚生科学研究「長期入院者（社会的入院）の在宅支援推進事業
- ・平成15～17年出雲保健所管内で同「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」
- ・平成19年 島根県全県で「精神障害者地域生活移行支援事業」開始  
同年6月入院精神障害者実態調査  
県下7圏域で事業が始まる

### 2. 島根県精神障害者地域生活移行支援事業について

- ①地域生活移行検討会議（全県）
- ②精神障害者地域移行支援圏域会議（7圏域）
- ③自立支援ボランティア養成講座（7圏域）
- ④精神障害者退院支援事業（7圏域）

### 3. 島根県精神病床についての入院患者調査から

- ・退院先が転院や介護保険施設を除くと松江圏域で退院可能者は90人（全県276人）
- ・男女比は6：4で、50～60才で50%を占める。・疾病では約70%が統合失調症
- ・予想退院先は自宅が35%、20%がグループホーム、38%が施設等
- ・退院後必要なサービスは、訪問看護42%、デイケア48%、生活訓練29%、ホームヘルプ13%など

### 4. 出雲圏域の「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」から

3年間の成果と課題

#### 1) 長期入院患者の退院促進を図る対策

- ①各病院毎に退院促進の取り組みが展開された。（管内2病院）
- ②地域と医療機関の連携によって、様々な取り組みが実施され、長期入院患者のエンパワメントが図られた。当事者によるピアカウンセリングが有効であった。

以上のことを踏まえ、退院を促進するために大切なこと

- 地域全体で取り組む体制をつくること
- 病院・地域の交流とそれぞれの役割を發揮すること

- ・病院と地域の体験交流会の開催

【病院内の取り組みとして】

- ・病院全体で退院促進に取り組む体制づくりと継続して検討する場の設定
- ・対象者の選定と優先順位を行い、共有化すること
- ・個別のケアマネジメントの実施と地域スタッフの働きかけ（地域の風を病棟へ）
- ・入院治療計画表の作成と活用
- ・個別課題の集積と新しい支援技法の構築・・・皆でわいわいがやがやと

【地域の取り組みとして】

- ・在宅サービスの充実（地域計画の策定とサービスの構築と推進）
- ・精神科救急システムの構築
- ・偏見の除去（啓発活動）

つまり、長期入院患者のエンパワメントを図る取り組みを地域と連携して行うこと

## 2) 長期入院を予防する（在宅生活を支援する）対策

- ①関係機関との連携により精神科救急医療体制の整備が進んだ
- ②ホームヘルプサービス事業の推進に向けた事業の構築が出来た

## 3) 精神保健福祉ネットワークの構築

- ①検討委員会やワーキング部会の開催によりネットワークの構築が図られた
  - ②地域施設と医療機関の交流実習により相互理解が進んだ
- 以上のことを踏まえネットワークの構築を進めるために重要なことは以下の点
- ・関係者の相互理解・・・体験実習交流会など
  - ・目的の共有化と課題の検討、共に事業に取り組む・・・サブネットの活性化
  - ・当事者の参画

## 4) 以上のことを踏まえ、退院促進及びネットワーク構築についての保健所の果たす役割

- ・連携して取り組む場の設定
- ・地域の課題の整理・・・
- ・方向性の確認と調整・・・・・・・・地域診断の企画・実施（調査活動や読み取り）
- ・活動の組み立てとシステムの構築・・・課題を解決していくためのサブシステムへ
- ・予防の視点を重視した活動の展開

何を大切にするのか・・・・・・・・当事者のエンパワメント  
病院の力、地域の力もこれが軸

## 5. 松江圏域での取り組みと課題

- ・病院からの問題点・課題・・・どう解決していくのか  
ワーキングでの検討（これがサブネットへ）。課題毎に丁寧に共有化と対策検討へ

## 6. 改めて「精神障害者地域移行支援事業」における保健所の役割と期待

地域保健法での保健所の機能と役割・・・強化されたこと「調査研究」「企画調整機能」

- ①地域課題の認識に共有化・・・・・・・・地域診断が進行の要
- ②事業の企画・実施そして評価の過程への参画が関係機関の主体的活動へ
- ③場の設定・・・既存の協議会等の活用、・・・ネットワークへ
- ④当事者のエンパワメントとその環境づくり
- ⑤広く住民の方々への啓発

- ・地域移行支援事業でのコーディネーターと保健所としての支援と役割
- ・圏域医療計画の策定と進行管理・・・精神保健医療分野での課題でもある

PPT 資料 1

PPT 資料 2

PPT 資料 3

PPT 資料 4

PPT 資料 5

## 病院から送り出す力と地域へ迎え入れる力

全国保健師長会／東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課  
橋本雅美

---

### 1 はじめに

### 2 東京都の精神保健、医療、福祉の状況について

### 3 精神障害者退院促進支援事業から（退院促進コーディネート事業）

- まずは、病院への訪問から
  - ・ 事業対象者の紹介
  - ・ 院内職員研修支援
  - ・ 院内プログラムへの参加
  - ・ 地域施設への外出、交流
  
- 地域で定例の話し合い
  - ・ 実務者の実効性ある話し合い
  - ・ 社会資源の入院中からの利用にむけて
  
- 当事者の参加（地域生活サポーター）
  - ・ 地域の生活者として、先行く人としての情報提供
  - ・ 施設見学時の説明、お迎え
  - ・ 退院後の見守りなど
  
- 今後、包括的な精神保健福祉システムを機能させる
  - ・ 質の高い相談支援体制の整備
  - ・ 治療中断防止、精神科医療と地域保健福祉の具体的な連携の実践

### 4 精神障害者退院促進強化事業

- 「よくわかる精神科訪問看護研修」 訪問看護ステーションからの精神科参入促進
  
- 「よりよい地域生活作りのために相談支援を充実させよう」 相談支援従事者  
個別のケアマネジメントと地域のコミュニティーソーシャルワーク  
ストレンクスモデル



PPT 資料 1

PPT 資料 2

## あさかホスピタルにおける地域展開 ～ささがわプロジェクト 2nd Stage と統合型地域精神科治療プログラム～

社団法人日本精神科病院協会／あさかホスピタル  
佐久間 啓

### はじめに

あさかホスピタルにおける「ささがわプロジェクト」は、OTP (Optimal Treatment Project: 統合型地域精神科治療プログラム) と Ian R.H. Falloon 教授との出会いから始まりました。OTP グループはヨーロッパを中心とし、アメリカ、オーストラリアなどの精神科医療に関わる人々が集い、精神疾患を持つ方々への根拠に基づく最善の治療とは何かを真剣に議論を重ね、様々な国々でデータを集積しています。

その基本となる考えは、まず本人の家庭、地域で生活の場で治療を提供し、本人と家族を含む治療チームを作り、本人と家族(援助者)に心理教育、ストレスマネジメント、認知行動療法などの統合的なプログラムを施行することです。

### ささがわプロジェクト

日本で精神科病院の長期在院者にどのように OTP を導入するかを検討しました。日本では、精神科病院に長期入院し、御家族とも疎遠となり、“家族の協力が得られない”事を理由に退院を諦め、いわゆる“社会的入院”を容認してきた経緯がありました。そこであさかホスピタルのリハビリテーションを目的とする「ささがわホスピタル」に、当時長期入院していた 94 名の方を退院させて、地域生活支援センターと共に病院がサポートしていくというプロジェクトを考えました。ここでは御家族には退院のための「協力を要請する」のではなく「理解を得る」こととし、家族の負担や不安を増やさないことを前提に、むしろ御本人との接触の機会を増やして頂けるような支援を考えました。

2000 年にプロジェクトを立ち上げ、OTP によるセッションを行い、2002 年 4 月 1 日から全員が退院して、ささがわヴィレッジに居住し、地域生活支援センターアイキャン、ウェル訪問看護ステーション、デイナイトケアでサポートしていく体制が始まりました。OTP プログラムを継続し、2 年間で精神症状による再発入院は 7 名と極めて少なく、むしろ身体疾患で入退院した方が 13 名でした。

### あさかホスピタルにおける D-プロジェクト

ささがわプロジェクトの経験を活かし、あさかホスピタルにおいて、継続的に退院支援を行うシステムを作ろうということで D-プロジェクトが 2003 年秋からスタートしました。D-プロジェクトは E-カレッジ、フレンドシップ、退院地域支援室の 3 段階からなります。

それまで長期入院し、御本人も退院を具体的に考えられなかった患者さんに OTP を中心に、地域の情報提供や社会で利用できる資源の紹介、退院したメンバーの体験などをおりませた 32 回のセッションからなる E-カレッジを行い、退院に興味を示したメンバー 5-7 名によるフレンドシップという実践的なリハビリテーションや地域生活体験をふくむプログラムを導入し、そこで本人が退院の希望を意思表示すると退院地域支援室に登録し、アイキャンと共に具体的な地域移行を支援するという 3 つの段階からなります。既に 30 人以上が退院されています。

### ささがわプロジェクト 2nd stage

昨年 4 月にプロジェクト 5 年目を迎えるにあたり、当初から関わって頂いている水野雅文教授に御指導頂きながら、ささがわプロジェクト 2nd stage として、アイキャン・デイナイトケア・ウェル訪問看護ステーション・地域連携室・担当医のチームにおける役割を再確認し、ご本人の望む生活の実現に向けて更なる地域移行を目指すということを目指しました。そして平成 19 年 4 月時点でヴィレッジに居住していた 85 名(70 名はオリジナル)のメンバーがグループホームやアパートでの単身生活に移行していくための具体的な支援体制を検討してきました。

### 1) アイキャンの役割

これまで住み慣れていた「ささがわヴィレッジ」から離れることは、メンバーやご家族にとって、とても不安です。その不安を受けとめながら、新しい生活への期待や希望（will）を引き出し、その希望を実現するためのお手伝いをしていくことを伝えました。一人ひとりのケアマネジメントを行う上で、ケア目標を明確にし、3つのE；様々な情報を伝え（education）、willの実現に向けての勇気付け（encouragement）、必要なスキルを獲得する（empowerment）の概念に沿って、個別とグループのセッションを並行して行いました。

### 2) 訪問看護ステーションの役割

訪問看護の最も大切な役割は、24時間、症状の悪化や不安へ対応することです。どのような時に訪問看護が対応できるかを理解して頂くことは、メンバーの地域生活での安心につながります。また、環境の変化に伴う不安への対応や新しい生活に向けての新たな計画など、様々な相談も受けています。

### 3) デイナイトケアの役割

移行支援の経過におけるメンバーの状況について、アンケートの結果も踏まえ、アイキャンと連携し、エンカレッジメントセッションや不安解消セッションを行いました。不安解消セッションにおいては、メンバーに実際にグループホームで過ごして頂き、不安な事柄などメンバーの具体的な声に基づき、プログラムの内容を構成しました。例えば、電話のかけ方やガスの使い方、グループホームからのバスの乗り方などで、実際の場面を活用して練習を行いました。これからの生活に焦点を当てた、スキル獲得に向けてプログラムが組み立てられ、新しい生活にスムーズに移行することができました。

## ささがわプロジェクトの現状とこれから

当院では2000年のプロジェクト立ち上げから8年が経過しようとしています。病院を中心に、NPO法人を立ち上げによる生活支援、訪問看護、デイナイトケアでのリハビリテーション、そして地域への啓発活動を続けてきました。当初94名のメンバーは13名がアパートなどに自立し、グループホームなどに68名で計81名の方々が地域生活に移行しています。介護施設と知的障害者施設入所2名、入院は7名（精神科4名、身体疾患3名）自殺者2名という現状です。施設入所の方を含むと**88%の方々が地域で生活を続けていること**になります。

現在、アイキャンは、D-プロジェクトでこの間退院した中で、自宅へ退院できなかった方々総計108名を18箇所のグループホーム等で生活を支援し、希望される方々には、デイナイトケアと協同し、積極的に就労プログラムを進めています。

## おわりに

あさかホスピタルでは、ささがわホスピタルという分院の存在、当院の規模、OTPとの出会いという様々な要素が重なって、ささがわプロジェクトを進めてくることができました。しかも、医療と生活支援と地域への働きかけという統合的な活動で、長期的にも大変良い成果が得られてきたと思います。

しかし、このプロジェクトも単体では経済的にも決して成り立つものではなく、今後も地域ケアに対する保険診療の制約や、自立支援法という極めて厳しい制度の現状の中では、病院単独では積極的な変化を期待することはできないと考えます。

今後は、地域医療において、OTPのようなプログラムに基づく専門職の教育を行い、チーム医療による地域ケアという体制をシステム化し診療報酬で担保することが必要です。それによって多くの経験豊富な病院スタッフが患者さんと共に地域にでて、地域医療を継続できるでしょう。

しかし、地域医療は、地域での生活支援があって初めて成り立ちますが、地域では精神障害者の住む場所の確保、行政の啓発活動など、なされるべきものが何も整っていない、或いはなされていないのが現状です。

国は、障害者が共に暮せる地域をどの地方自治体も実現できる具体策を示すべきです。ボランティアや一部の献身的な人々の活動を例に挙げるだけでなく、制度としてきちんと住む場所の確保、社会の受け入れの支援、積極的な生活支援の確保など、地域自治体がとるべき姿勢を指導すべきです。そして、精神疾患や精神障害について、きちんと受け入れていくという啓発活動を、地方自治体が自ら地域住民に積極的な展開する必要があると考えます。

## パネルディスカッションⅡ 「地域での暮らしを支援する力」

15：00～16：50

### <パネリスト>

- 東 美奈子（社団法人日本精神科看護技術協会／相談支援事業所ふぁっと）
- 佐藤 順恒（社団法人日本精神神経科診療所協会／上尾の森診療所）
- 池谷 秀登（生活保護行政関係／板橋区板橋福祉事務所）

### <座 長>

- 萱間 真美（学識経験者／聖路加看護大学）
- 尾上 義和（社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会／  
横浜市磯子区生活支援センター）

## 地域での暮らしを支援する力 ～相談支援事業所の立場から出雲での取り組み～

社団法人日本精神科看護技術協会／相談支援事業所ふあっと  
東 美奈子

### 1. 出雲における地域移行支援の経過と現状

出雲では、1980年頃より各医療機関で地域移行を検討するプロジェクトが開始され、2000年頃より、長期入院患者（社会的入院）の地域移行が実践され始めた。特徴により分類すると第一期（2000年～）は、状態は安定しており、住居や昼間の居場所があれば退院可能な人を対象として、複数のケアマネジャー制（病院相談員と地域相談員）を実施しケアマネジメントの手法を用いて関わり始めた時期、第二期（2003年～）は、本人の不安が強く退院に消極的な人（退院したいという意識付けが必要な人）を対象に、医療から地域へ・地域から医療へという支援の継続性を重視した時期、第三期（2007年～）は、病状の不安定さがあるために危機介入等の支援が必要、複数の問題を抱えながらも退院を望んでいるまたは退院可能な人を対象に、地域個別支援チームによる地域移行支援と在宅支援を実施しはじめた時期である。

具体的には、地域移行支援の開始は、医療機関から相談支援事業所へ発信される。相談支援事業所の退院支援員は主治医やPSW、担当看護師から情報を聞くと同時に病棟へ訪問し本人と会う。本人と話をしながら、本人の意思を確認し、まずは、本人が退院したいという気持ちになれるように、生活サポーター（当事者）の力を借りながら支援する。その過程の中で、患者の思いを聴くことと同時に大切にしていることは、病棟看護師の看護アセスメントと退院支援員のアセスメントのすり合わせである。病棟へ地域のスタッフが入り込んで、ひとりの患者をめぐる支援に意見や力を出し合うことは、格好の相互理解の場となると同時に、その患者の個別支援チームづくりを容易にした。この入院中の個別支援チームが退院後の地域個別支援チームの基礎となる。また、入院中から退院後の支援者と顔つなぎが出来ることで、患者や家族にとっては、安心した地域生活のスタートが可能となるのである。さらには、このチームの継続性が、退院後の支援の中でも必要な時に病棟看護師の力を借りることに繋がっていった。まさに医療と福祉（地域）の協働である。地域個別支援チームがあることで、患者や家族だけではなく地域の支援者も安心して退院される精神障がい者を地域に受け入れることができるといえるし、マンパワー不足といわれる相談支援事業所のスタッフのバーンアウトを防ぐことが出来るともいえる。

### 2. 地域での暮らしを支援するための実践

#### 1) ケアマネジメントの実践

- ①複数のケアマネジャー制
- ②個別支援チーム

#### 2) 長期入院患者のエンパワメント（退院に対する意識付け）

- ①生活サポーター活動
- ②退院支援員の派遣
- ③アニマルヒーリング

#### 3) 在宅生活を支援する対策

- ①精神科救急支援チーム
- ②心の健康づくり取り組み隊
- ③地域個別支援チーム
- ④インフォーマル資源の開発

#### 4) ネットワークの構築と強化

#### 5) 自立支援協議会への提言

### 3. まとめ

地域での暮らしを支援し続けるには、医療機関だけの力でも地域だけの力でもなかなか困難である。医療と地域と行政が協働しあいながら現状を共有し課題にむけた取り組みをすることが必要である。さらに地域住民の力を借りることで、当事者の望む暮らしが実現可能になってくる。しかし、地域移行支援はネットワークありきではない。地域移行を望むひとりケースの支援チームをつくることからネットワークが広がる可能性も高い。私たち支援者は当事者本人が望む暮らしの実現をその人の個別支援チームをつくり、それぞれが自分の役割を明確にして共に考え、共に歩いていく姿勢が必要である。その中で地域移行推進員は、不足している役割を担うべく、柔軟に当事者に寄り添うことが重要であるのではないだろうか。地域性を活かし、その地域ならではの地域移行支援プログラムが作られていくことが望まれる。

PPT 資料 1



PPT 資料 2

PPT 資料 3

## 地域での暮らしを支援する力 ～精神科診療所の立場から～

社団法人日本精神神経科診療所協会／上尾の森診療所  
佐藤 順 恒

---

### 1. 日本精神神経科診療所協会（日精診）の状況

地域格差はあるものの、精神科診療所が地域に根ざすことが精神科の敷居を下げ、思春期～神経症圏等の現代的なニーズを掘り起こしている。→会員数は放物線を描いて急増している。

会員数	昭和49年	61
	昭和60年	390
	平成6年	702
	平成18年	1365
精神科を標榜する診療所		5144
日本医師会会員		16万5千人

### 2. 診療所医師の仕事・・・“駅前コンビニクリニック”、“9時5時診療所”などと誹謗する向きもあるが、多くの診療所は外来診療だけでなく様々な形で地域医療を担い、子どもから老人に至るまで、障害者を地域で支える活動に関わっている。多忙である。

\*日精診で社会復帰施設に関与している会員は200

- ①外来診療　　デイケア・ナイトケア
- ②地域医療　　予防接種、校医、種々の嘱託業務  
精神鑑定、成年後見・介護保険・障害程度区分・年金等の意見書・診断書  
講演・講師
- ③経営　　診療所は小さな会社である。矛盾しがちな「医療と経営」を維持するのは大変！

### 3. 診療所のタイプ 多様である

- ① 立地；都市部・駅前～～地域
- ② 規模；医師一人と受付一人～～医師複数＋コメディカル
- ③ デイケア・ナイトケア
- ④ 専門性；児童、アルコール、認知症
- ⑤ 病院のサテライト

### 4. 診療所は地域の受け皿として欠かせない存在である。それが有効に機能するために

- ① 地域内連携とりわけ病診連携が必須である。入院治療抜きの精神科臨床はありえない。
- ② とりわけ精神科救急体制の整備が必要である。
- ③ 看護師・精神保健福祉士等の人的体制を充実させるための医療経済的保障が必要である。

## 地域での暮らしを支援する力 ～生活保護を利用した地域移行と地域生活～

生活保護行政関係／板橋区板橋福祉事務所  
池谷 秀 登

---

### 1. 生活保護とはどういうものか

- ・最低生活保障と自立助長
- ・自立助長とは

### 2. 生活保護の現状

経済給付とケースワーク

- ・経済給付は  
大前提。被保護者は毎月の生活費の支給の他に、一時扶助等があるが使い切れていない面もある。
- ・ケースワークは  
福祉事務所の現状からはかなり厳しい状況。個人的努力の水準から組織的なものに動き出し始めた段階。(例)生活保護自立支援プログラム

### 3. 精神障がい者退院支援の取り組み

- ・退院支援とは地域での生活を安心して送ることの支援。  
退院支援と地域生活支援は福祉事務所にとっては、同じ次元の議論。但し、福祉事務所にとり退院支援のほうが、定型的なものになりやすいことと、初期より関係機関との連携を作りやすい。

#### 1) 板橋区での経験

- ①退院支援を行う対象病院を絞ったこと  
⇒管内の病院
- ②病院との連携を組織的、定期的なものとしたこと  
⇒双方で「退院支援プロジェクト」を作り、毎月検討会を実施
- ③個別支援と②を分けたこと
- ④途中でプロジェクトを超えた大規模な「検討会」を設けたこと
- ⑤「精神障がい者在宅支援プログラム」と一体  
⇒退院支援とは地域で生活できるための支援。
- ⑥成果は・・・

#### 2) 退院支援にあたっての検討と課題

- (ア) 対象者選定の福祉事務所嘱託医協議について
- (イ) 退院支援を行う病院の選定について
- (ウ) 退院支援対象者の選定について
- (エ) 福祉事務所と病院の対象者の選定ミスマッチ  
⇒板橋区の生保受給者「のみ」と「全ての」入院患者  
⇒生保受給者のいる「全病院」と自分の「病院」
- (オ) 福祉事務所と病院の「退院支援」業務のミスマッチ  
⇒生保支援業務の一部分と業務中の大きな部分
- (カ) 保健所との関係

#### 3) 板橋区福祉事務所では何を検討する必要があるのか

- ①退院支援は生活保護受給者だけの問題ではない
- ②福祉事務所側から見た病院との連携
  - ⇒再度「退院支援とは地域での生活支援とイコールであり、退院すれば終わりではない」
  - ⇒地域での支援を医療機関はどこまで行なうのか
- ③福祉事務所から見た東京都などの課題
  - ⇒生活保護部門と精神障がい者支援部門との意思一致、連携
- ④退院支援は人権の問題という認識の必要

#### 4) 精神障がい者退院支援の福祉事務所の課題

- ①病院、福祉事務所連携型から、地域の保健、福祉施策も含んだ連携へ
  - ⇒板橋区福祉事務所での検討例
- ②福祉事務所内に PSW、保健師などを配置することについて
- ③個人の意欲、資質から社会的な支援へ
- ④生活保護の経済給付の重要性
- ⑤移管問題をどのように処理をするのか

参考：『生活保護自立支援プログラムの構築』東京都板橋区・首都大学東京共編、ぎょうせい、2008  
『生活保護自立支援プログラムの活用』布川日佐史編、山吹書店、2006

## 資料 1

### ①生活保護法第1条

この法律は、日本国憲法第25条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。

### ②第1条の趣旨・理由

「最低生活の保障と共に、自立の助長ということを目的の中に含めたのは、「人をして人たるに値する存在」たらしめるには単にその最低生活を維持させるだけでは十分ではない。およそ人はすべてその中に何らかの自主独立の意味において可能性を包蔵している。この内容的可能性を発見し、これを助長育成し、而して、その人をしてその能力に合い相応しい状態において社会生活に適応させることこそ、真実の意味において生存権を保障する所以である。社会保障の制度であると共に、社会福祉の制度である生活保護制度としては、当然此処までを目的とすべきであるとする考えに出でたるものである。従って、とかく誤解されやすいように惰民防止ということは、この制度がその目的に従って最も効果的に運用された結果として起こることではあろうが、少なくとも「自立の助長」という表現で第一義的に意図されている所ではない。自立の助長を目的に謳った趣旨は、そのような調子の低いものではないのである。」（小山進次郎「生活保護法の解釈と運用」全社協 P92）

### ③自立の支援

「「自立支援」とは、社会福祉法の基本理念にある「利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するもの」を意味（する）。」

（社会保障審議会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告」）

### ④自立の種類

「全ての被保護者は、自立に向けて克服すべき何らかの課題を抱えているものと考えられ、またこうした課題も多様なものと考えられる。このため、自立支援プログラムは、就労による経済的自立（以下「就労自立」という）のためのプログラムのみならず、身体や精神の健康を回復・維持し、自分で自分の健康・生活管理を行うなど日常生活において自立した生活を送ること（以下「日常生活自立」という）、及び社会的なつながりを回復・維持し、地域社会の一員として充実した生活を送ること（以下「社会生活自立」という）。」（平成17年3月31日厚生労働省社会・援護局長通知）

## 長期入院患者等の外泊訓練における基準計上について

○局第6-2-(1)における精神障害者社会復帰施設とは

- ・精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場（東京都にはない）、精神障害者地域生活支援センターの5施設である（精神保健福祉法第五十条の二）。

○上記5施設のうち

精神障害者生活訓練施設  
精神障害者福祉ホーム  
精神障害者授産施設  
精神障害者福祉工場  
精神障害者地域生活支援センター



- ・入所施設→試験外泊可能  
(外泊訓練費用支給対象)
- ・通所施設  
→試験外泊の機能は持たない  
(外泊訓練費用支給対象外)

○局第6-2-(1)によると「(精神障害者福祉ホームを除く)」とあるので、精神障害者生活訓練施設と精神障害者福祉ホームとは別の取扱いをしなければならない。

○運用事例集問6-12によると(生活保護通信No.8参照)

精神障害者福祉ホーム等への試験外泊の取扱い

	試験外泊先	
	福祉ホーム	生活訓練施設
生活扶助	(入院患者日用品費+居宅Ⅰ類の75%+居宅Ⅱ類の20%)の日割り計算分	(入院患者日用品費+居宅Ⅰ類の75%+居宅Ⅱ類の20%)の日割り計算分+利用料(25,000円を上限として実費)
住宅扶助	月額室料の日割り泊数分を上限(53,700÷30=1,790円)として施設から請求される実額	

○病院等が確保している外泊訓練用アパート等は、精神障害者福祉ホーム等の「等」に含まれる。

→病院等が確保している外泊訓練用アパート等への試験外泊の取扱いに関しては、精神障害者福祉ホームに試験外泊する際の実額と同様と解釈（H18.1.5 東京都・福祉保健局保護課保護係確認済）。

→生活扶助、住宅扶助については表の「福祉ホーム」同様に支給。

### 資料3

#### 〈板橋区自立支援事業〉 一部

##### 宿泊訓練費用

病院や施設に長期に入院・入所している被保護者の居宅生活への以降を円滑に進めるため、生活保護では対応できない外泊訓練に係る宿泊費用（ウィークリーマンション利用料等）を援助し、日常生活上の実践的な訓練を行い、地域での自立した生活を促進する。

支給限度額 53,700円（一月）

##### 住宅契約関係

保護受給中の長期入院患者の退院時等に、新たに住宅賃貸借契約を結ぶ者

火災保険料 25,000円

連帯保証費 55,000円

##### 生活環境改善費

部屋を清潔に保てない保護受給中の高齢者等（他法・他施策での援助対象者を除く。）

ゴミ処分料 400,000円

生活改善計画書作成料 9,112円

居宅管理サポート料 12,000円

生活支援サービス年会費及びヘルパー等派遣費用の支給 24,000円

（他法・他施策による生活支援サービスが受けられない被保護者。ただし、他法・他施策により受けられる生活支援サービスの上乗せサービスは対象としない。）

##### 在宅生活支援サービス利用費用の支給

カルチャー講座等、ピアカウンセリング研修等参加費、など 月5,500円

##### 在宅生活支援コーディネートプラン作成料及び在宅訪問指導料の支給

在宅訪問指導料 5,300円

コーディネートプラン作成料 9,112円





# 資料

## 1 聞き取り調査対象選定事例

・25 事例の推薦があり、企画検討会において次の 9 事例を選出した。

No.	事例の特長	圏域	聞き取り調査回答者及び所属（敬称略）		調査者 調査年月日
1	市が実施主体となり、ネットワークを構成する事例	山梨県 峡東圏域	服部森彦	甲州市役所保健福祉部福祉介護課	大塚淳子 H19.12.26
			中村圭一	障害者地域活動支援センターフットワーク(甲州市)	
			古屋まゆみ	笛吹市社会福祉協議会障害者地域活動支援センター	
			工藤忠誠	峡東圏域自立支援員 当事者会チーム・バレンタイン	
2	精神障害者退院支援コーディネーターを中心に実施している事例 ～3 障害の相談支援を行う障害者総合支援センターに配置された退院支援コーディネーターを中心に、退院可能精神障害者の退院促進の他、精神科病院に対する協力依頼及び地域ネットワークの構築を図ることを目的として活動～	長野県 全圏域	小泉典章	長野県精神保健福祉センター長	畠山 啓 H19.12.10
			大池ひろ子	長野県社会部障害者自立支援課課長	
			竹入由香	長野県社会部障害者自立支援課技師	
3	官民協働のネットワークを中心とした退院促進支援に関する事例	岩手県 宮古圏域	工藤一恵	岩手県保健福祉部障害保健福祉課	尾上義和 H20.1.7
			内藤和宏	岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部	
			伊藤 洋	宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ	
			菊池俊則	社会福祉法人若竹会	
			湊 直司	宮古圏域障害者支援センターはあとふるセンターみやこ	
			榊原 崇	地域活動支援センターみやこ	
			中島あや子	岩手県宮古地方振興局保健福祉環境部	
4	県の退院促進支援事業を活用して医療機関が中心となり地域連携をしている事例	広島県 三原市圏域	中川惣一	小泉病院	金子 努 H19.12.28
			長谷部隆一	地域生活支援センター さ・ポート	
5	フォーマル・インフォーマルなネットワークが機能してきた地域づくりの事例 ～顔の見える関係からの発展～	島根県 出雲圏域	渡部久美子	医療法人同人会海星病院看護師	澤野文彦 H19.12.17
			金山千夜子	医療法人同人会海星病院看護部長	
			矢田朱美	社会福祉法人ふあっと	
			足立須和子	社会福祉法人ふあっと	
			東美奈子	社会福祉法人ふあっと	
			青木朋子	社会福祉法人ふあっと	
			NPO法人こころの森 ピアサポーター4名		

No.	事例の特長	圏域	聞き取り調査回答者及び所属（敬称略）		調査者 調査年月日
6	医療機関が中心となつて行うACTIによる重度の人への地域定着支援と、モデル事業活用によって地域ネットワークの充実を図つた事例	千葉県 市川市圏域	瀬戸屋雄太郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 精神保健相談研究室長	中村由佳 H19.12.27
			久永文恵	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部	
			英 一也	国立精神・神経センター ACT-Jプロジェクト臨床チーム チームリーダー	
			松尾明子	特定非営利活動法人ほっとハート	
			酒井範子	社会福祉法人サンワーク	
7	訪問看護ステーションが医療機関や行政と連携して退院促進に寄与し、さらに地域の訪問看護ステーションへの精神科訪問看護の普及を目指して活動している事例	東京都 八王子市 周辺圏域	寺田悦子	NPO 法人多摩在宅生活支援センター円理事長	行實志都子 H19.12.17
			篠塚恒雄	八王子市健康福祉部生活福祉課 自立支援担当主査	
			小町洋子	立川市福祉保健部障害福祉課 精神障害者福祉担任主査	
8	地域生活支援センターのケアマネジメント従事者が入院中からかわり、当事者退院促進サポーターの力も借りられるように段取りして退院を進め、退院後在宅生活が軌道に乗るまでの定着支援も行った事例	大阪府 北河内 寝屋川圏域	後藤雅子	寝屋川保健所	伊東秀幸 H19.12.19
			福岡 薫	地域生活支援センター	
			岡田圭輔	三家クリニック	
9	医療機関が中心となつて関連法人等と連携しながら長期入院者の地域移行に取り組んだ事例～ささがわプロジェクトに始まる医療と支援の統合的地域ケアシステムの展開～	福島県 県中圏域	佐久間啓	あさかホスピタル 院長	丹野孝雄 H19.12.21
			安西里実	NPO法人アイ・キャン施設長 精神保健福祉士	
			今泉初子	あさかホスピタル 回復期エリアミドルマネージャー 看護師	
			神山寛之	あさかホスピタル 地域連携室サプリーダー 精神保健福祉士	

## 2 企画検討会名簿

No.	団体名等	名 前
1	社団法人日本精神科病院協会	佐久間 啓
2	社団法人日本精神神経科診療所協会	佐藤 順恒
3	社団法人日本精神科看護技術協会	東 美奈子
4	社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会	尾上 義和
5	全国保健所長会	新田 則之
6	全国保健師長会	橋本 雅美
7	全国精神保健福祉センター長会	小泉 典章
8	特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会	伊澤 雄一
9	生活保護行政関係(板橋区板橋福祉事務所)	池谷 秀登
10	学識経験者(国立精神・神経センター精神保健研究所)	伊藤 順一郎
11	学識経験者(学校法人聖路加看護学園 聖路加看護大学)	萱間 真美
12	学識経験者(学校法人駒澤大学)	佐藤 光正
13	社団法人日本精神保健福祉士協会	大塚 淳子

## 3 事務局担当者

※所属機関等は2008年3月現在

No.	所属機関	名 前
1	学校法人調布学園 田園調布学園大学	伊東 秀幸
2	県立広島大学	金子 努
3	財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院	木太 直人
4	財団法人復康会 沼津中央病院	澤野 文彦
5	特定医療法人松涛会 南浜中央病院	丹野 孝雄
6	社団法人やどかりの里 大宮東部活動支援センター	中村 由佳
7	つくばみらい市健康増進課	畠山 啓
8	学校法人文京学園 文京学院大学	行實 志都子

※事務補佐

坪松真吾(本協会事務局長)、国重智宏、鬼塚 香

※拡大事務局委員

尾上義和、大塚淳子

※調査支援・編集

株式会社コモン計画研究所

#### 4 委員会における検討経過

企画検討会	第1回	平成19年10月19日
	第2回	平成19年11月22日
	第3回	平成20年1月22日
	第4回	平成20年3月17日(研修)

事務局会議	第1回	平成19年9月30日
	第2回	平成19年11月11日
	第3回	平成19年12月6日
	第4回	平成20年1月20日
	第5回	平成20年3月17日(研修)

#### 5 執筆担当者

構成	執筆担当者
第1章	社団法人日本精神保健福祉士協会
第2章	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課
第3章	社団法人日本精神保健福祉士協会
第4章	社団法人日本精神保健福祉士協会 大塚 淳子
第5章	つくばみらい市健康増進課 畠山 啓
第6章	社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会 尾上 義和
第7章	県立広島大学 金子 努
第8章	財団法人復康会 沼津中央病院 澤野 文彦
第9章	社団法人やどかりの里 大宮東部活動支援センター 中村 由佳
第10章	学校法人文京学園 文京学院大学 行實 志都子
第11章	学校法人調布学園 田園調布学園大学 伊東 秀幸
第12章	特定医療法人松涛会 南浜中央病院 丹野 孝雄

## 6 全推薦事例一覧表

※太字は、調査対象となった事例

N0	企画検討委員	推薦者氏名	事例タイトル	圏域	備考
1	伊藤順一郎	伊藤順一郎	<b>包括型地域生活支援プログラム(ACT)による退院促進・地域定着</b>	<b>市川・松戸圏域</b>	<b>事例10と関連</b>
2	東美奈子	高田久美	医療機関を中心に、地域(行政機関・地域活動支援センターなど)と連携して実施している事例	鳥取県西部圏域	
3	東美奈子	野津早苗	<b>行政・医療・保健・福祉、ネットワークで関わる退院支援～医療福祉ケアミックス型の退院支援を中心に～</b>	<b>鳥根県出雲圏域</b>	<b>事例15、16、18と関連扱い</b>
4	大塚淳子	矢島雅子	医療機関における長期在院患者退院促進プログラムを地域(地域活動支援センター等)と連携しながら実践している事例	千葉県海匝地域(旭市周辺)	平成19年度の病地学会発表あり
5	東美奈子	中川惣一	<b>県の退院促進支援事業を活用して医療機関が中心となり地域連携をしている事例</b>	<b>広島県三原圏域</b>	
6	小泉典章		長期入院患者の退院促進と病床削減・病院経営を、患者に寄り添いながら工夫し、同時に成り立たせた事例	長野県飯田圏域	
7	伊藤順一郎	伊藤順一郎	県事業としてのACT:退院促進と危機介入を主目的とする	岡山(県北・県南)	
8	新田則之	新田則之	地域連携クリティカルパスの作成と活用を通じて、地域連携ネットワークのもと、精神障害者支援(退院促進)の取り組み	富山県砺波圏域	厚生科研報告書あり
9	伊澤雄一	伊澤雄一	<b>市が中心に実施し、ネットワークを構成する事例</b>	<b>山梨県峡東圏域</b>	
10	伊藤順一郎	伊藤順一郎	NPO法人と病院ソーシャルワーカーの連携による退院促進	千葉県市川市	事例1と関連
11	佐藤順恒	三家英明	<b>地域生活支援センターのケアマネジメント従事者が入院中から関わり、当事者退院促進サポーターの力も借りられるように段取りして退院を進め、退院後在宅生活が軌道に乗るまでの定着支援も行った事例</b>	<b>大阪府寝屋川圏域</b>	
12	佐藤順恒	佐藤順恒	幻聴・妄想の病状が顕著かつ病識が乏しく、退院は予測不能とされ、入院が長期化したため、どんな支援があれば社会生活が営めるのかを探った事例	埼玉県上尾市	
13	伊澤雄一	伊澤雄一	地域活動支援センターにおける精力的な退院促進支援への取り組み	北埼玉(利根北)	
14	伊澤雄一	伊澤雄一	広域的アウトリーチ活動を織り込んだ(事業所所在地及び所在地外において)退院促進(一人ひとりに見合った医療・日中活動・住居へのケースマネジメントを通して、それぞれの地域の特性を活かした退院支援システムづくりへの取り組み)	国立市・青梅市	
15	尾上義和	矢田朱美	ネットワークによる退院支援と独自の退院システム	鳥根県出雲圏域	事例3と関連
16	東美奈子	榎本務	当事者が関わる退院支援～医療機関への訪問活動で退院の動機づけをする関わり～	鳥根県出雲圏域	事例3とのセット
17	小泉典章		<b>三障害の相談支援を行う障害者総合福祉センターに配置された退院支援コーディネーターを中心に、退院可能精神障害者の退院促進の他、精神科病院に対する協力依頼及び地域ネットワークの構築を図ることを目的として活動している事例</b>	<b>長野県</b>	
18	新田則之	新田則之	関係機関がそれぞれの役割を果たしながらの総合的なネットワークのもとでの退院促進の取り組み	鳥根県出雲圏域	事例3との重複
19	萱間真美		<b>訪問看護ステーションが医療機関や行政と連携して退院促進に寄与し、さらに地域の訪問看護ステーションへの精神科訪問看護の普及を目指して活動している事例</b>	<b>東京都立川・八王子圏域</b>	<b>事例21と関連</b>

N0	企画検討委員	推薦者氏名	事例タイトル	圏域	備考
20	佐久間 啓	佐久間 啓	ささがわプロジェクトに始まる医療と支援の統合的地域ケアシステムの展開	福島県中圏域	
21	橋本 雅美	山口多希代	多職種共同のサービス開発と地域との連携づくり	南多摩保健医療圏	事例 19 と関連
22	大塚 淳子	伊藤 明美	医療機関で退院準備プログラムを展開して本人への働き掛けを行いつつ、同時に地域とサポートネットワークを構築し、地域移行をはかる事例	北多摩北部保健医療圏	厚生労働科学研究あり
23	大塚 淳子	三上 雅丈	ケアマネジメントの手法を使い、必要な資源を利用し、連携しながら退院促進を進めている事例	十勝圏域	
24	大塚 淳子	佐々木 寛	地域生活支援センター基軸となり地域の医療機関や福祉資源、保護観察所とも総合ネットを構築し、時にはダブルマネジメントで役割分担しピアサポーターも併用し退院促進に取り組んでいる事例	釧路圏域	
25	尾上 義和	工藤 一恵	官民協働のネットワークを中心とした退院促進の事例	岩手県宮古圏域	

本報告書は、厚生労働省から平成19年度精神障害者退院促進支援強化事業  
の委託を受けて作成されています。

精神障害者の地域移行支援 ～事例調査報告からみる取り組みのポイント～

---

平成20(2008)年3月 発行

発 行 : 社団法人 日本精神保健福祉士協会  
160-0015 東京都新宿区大京町23番地3  
四谷オーキッドビル7階  
TEL.03-5366-3152  
FAX.03-5366-2993

---