

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

転形期における退院促進自立支援事業の評価をめぐって

岡田 清 (大阪府こころの健康総合センター)

ここで転形期 (Transformation) と呼ぶのは、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」の中で「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」を指し示した02 (平成14) 年以降を指している。第13回日本精神障害者リハビリテーション学会大阪大会 [05 (平成17) 年] で実行委員会を選んだテーマは、「何はともあれ語り合おう、やったらええやん！ リハビリテーション」であった⁵⁾。このテーマが象徴しているように、転形期には様々な実践があり、マニュアル化され、統一的な進め方があるわけではない。また、既成概念として確立していた精神科病院の医療も、形や内容を変えざるを得なくなったし、地域社会にあった小規模精神障害者作業所やグループホームも形や内容を変えざるを得なくなった。この転形期の中で取り組まれている一つの試みが、大阪府の退院促進自立支援事業である。アンソニーたちは事業の評価として「Evidence-based な実践の重要性、多様なサービスモデルやアプローチの開発や再試行は、転形期の過程で精神科リハビリテーションを進めるために欠くことができない。同様に、特別な介入あるいはアプローチを理解することは新たな社会的システムを作るために様々な関係する領域を巻き込むことにも役立つ。当事者の実践は、欠くことのできないサービスの結果が recovery をもたらす Evidence-based な実践と一体となり、協働して当事者主権 (Value-based practice) に基づく実践を含むことの重要性を気づかせる」²⁾と述べている。大阪

府の試行した退院促進自立支援事業について報告し、最後に転形期について考察を加えたい。

(1) 大阪府の退院促進自立支援事業の歴史と背景

大阪府の退院促進自立支援事業について、一言で説明するように求められたら、「大和川病院廃院以降 [1997 (平成9) 年10月]⁴⁾、考え、ひた向きに走ってきた事業であり、未だ、新たな課題に向かって走り続けている状況にある」と答えることにしている。安田系3病院の廃院が大阪府民に与えたインパクトは、大きく、かつ深刻であったことは言うまでもない。その時大阪府知事の諮問を受けて開かれていた大阪府精神保健福祉審議会 (注：諮問を受けたテーマは『大阪府障害保健福祉圏域における生活支援施策の方向とシステムづくりについて』) では、生活支援部会を生活・人権部会と再編成し、新たに精神障害のある当事者を委員に参加を求め、審議会答申をまとめ、報告した経緯がある [1999 (平成11) 年3月]。この答申の中で大阪府では初めて「社会的入院」という言葉が文章化された。その部分を抜粋してみる。『○社会的入院は、精神障害者の社会的隔離を進め、精神科病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因するものである。また、精神障害者に対する行動や通信・面会の制限、一律的な金銭管理は病気による生活の能力の衰えを固定化し、自立と社会と目指す意欲を減退させ、地域でふつうに暮らしたいという思いを萎縮させるものとなっている。○精神障害者の社会的入院の解消は、精神保健福祉施

策の懸案の課題である。社会的入院といわれる精神障害者は、長期にわたって入院し、地域の中で支援者がみあたらない場合が多い。住み慣れた地域で暮らしたいという思いを実現していくには、精神科病院の努力だけでは限界がある。地域と連携体制を確立することが必要である』。さらに、翌年に諮問された『精神科病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について』〔大阪府精神保健福祉審議会具申2000（平成12）年5月〕において、社会的入院に関連して以下のように報告されている。『○精神障害者の人権やその権利擁護態勢の確立というとき、何故、今日まで人権侵害が繰り返行われてきたのか、何故、長期間それらの事態が放置されてきたのか、何故、精神障害のある人もない人も地域で安心して暮らせる社会（障害者と共に生きる社会）を目指すのではなく、精神障害者を社会から隔離する方策が採られてきたのか、精神障害者に対する差別と偏見が何に起因し、何によって助長されてきたのかを根底的に見つめ直すことなしには、その実現は不可能である。○任意入院であるときでも退院の条件として「保護者の引取の意向、同意が必要」と言う医師が多い。これには、長期にわたる「保護者が依頼人」との発想が根底にある。しかし、現実には、入院患者本人の人生と家族の生活は分けて対応すべきである。入院の長期化や入院患者の高齢化に伴い、家族による受け入れが困難となっている実態に依存して「引き取りのいない人は退院は無理」と放置してきた病院経営管理者側の姿勢は改められるべきであり、その果たしている責任は重い。決して、精神保健福祉施策の遅れ、家族の見放しや地域の偏見のみに責任を帰することのできる問題ではない。○入院中の精神障害者の権利に関する宣言（抜粋）4. 退院して地域での生活に戻って行くことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利 5. 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利。また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気

気、対応が保証される権利』。大阪府においては社会的入院の本質について、二回の大阪府精神保健福祉審議会の中で明確化されており、後は大阪府民の信頼性を得るために、行政施策化することが行政担当者、関係する精神医療保健福祉関係機関に求められたことになる。

(2) 大阪府の退院促進自立支援事業の概要

「社会的入院は人権侵害であり、精神科病院の努力では限界があり、試験外出や試験外泊等の移行策が必要であり、地域の関係機関との連携体制を確立し、一人ひとりの支援計画を考える」という答申を受け、大阪府精神障害者生活ニーズ調査〔1998（平成10）年3月〕を行政主導のもとに関係する精神医療保健福祉機関の協力を得て行っている。大阪府においてこれだけ大規模な生活ニーズ調査を行ったことは初めてであり、関係者に多くのことを教えるものであったと評価される。例えば、「ニーズが潜在化されていることが予想される。これらの人たちは、当面、自分の生活を一緒に考えてくれ、ニーズを顕在化し、具体的なサービスにつないでいく相談援助者（同じ病気の仲間も含め）としてのサービスが必要であろう」（同報告書）という指摘は、退院促進自立支援事業を示唆するものであった。この調査で得られた結果を、生活という切り口から分析し、施策化したのは、大阪府に勤務する精神保健福祉相談員達が作った「精神障害者生活支援研究会」⁷⁾である。最初は積極的な事業化というよりは、大阪府民の精神医療保健福祉への信頼を再び回復するという消極的なところから考えられた施策が退院促進自立支援事業の始まりであった。社会的入院を余儀なくされている精神障害のある人たちの生活のニーズを引き出すことによって計画化され、現状より少しでも社会的入院されている人たちの現状が改善されたらという願いさえあった。ともかく、2000（平成12）年4月、大阪府で退院促進自立支援事業が始まった。大阪府の保健福祉圏域、19圏域（大阪市、東大阪市、堺市、高槻市を含む）に自立支援促進会議を構築し、「具体的なサービ

スにつないでいく相談援助者（同じ病気の仲間を含め）」として自立支援員を位置づけ、スタートした。大阪府が事業を委託した財団法人精神障害者社会復帰促進協会⁶⁾から最初の自立支援員は派遣された。大阪府の精神医療保健福祉に関する機関が自信を失っていたことが、功を奏した。大阪府にある8医療圏にある精神科病院はほとんど参加し、大阪府の規定する社会的入院している入院者を事業の対象として推薦し、各関係職種がハラハラして見守る中で事業は発展していった。大阪府の社会的入院として推薦の基準は、「精神科病院に1年以上入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば、退院可能である者」とした。一方、大阪府保健所の所長はこの会議を招請し自立支援促進会議を良く運営した。自立支援促進会議や実務者レベルには大阪府こころの健康総合センターの職員が出向き、調整からアドバイスまで支援したことはいうまでもない。しかし、機関をつなぎ、人をつないだのは、ケアマネジメントの段階によって違いはあったが自立支援員の果たした役割は大きい。見ず知らずの人が精神科病院へ面会に現れ、一緒に院外に散歩あるいはコンビニに一緒に出かけることは、支援対象者は考えたことがなかったと思われるし、また、ナースステーションの看護師や病院のケースワーカーに見送られ、病院の門をくぐり、一步外へ出た感触は、言葉では表現しにくい気持ちを与えたに違いない。初期段階の自立支援員は全く精神医療保健福祉の現場を知らない素人に過ぎないような人たちだった。この素人の持つ感覚が、入院者に与えた勇気は計り知れないものがあった。平成17年度に自立支援員による支援を受けた68名を対象者にアンケート調査では、良かった点として「自立支援員が病院まで来てくれたり、一緒に出かけたこと」が90.5%を占めていることから想像でき、自立支援員が如何に重要な役割を果たしているかがわかる。自立支援促進会議において精神科病院の院長が推薦し、公的にオーソライズされた対象者には、初期の段階で、ケアマネジメントし、機関と人をつないでいって

くれたのは自立支援員の動きを見守って、段取りを組んだナースステーションの看護師たちであり、病院のケースワーカーたちであった。支援対象者が自立支援員と病院から一緒に出かける場所が小規模精神障害者作業所になると、ケアマネジメント役は、作業所の指導員や保健所の精神保健福祉相談員になっていった。同アンケートに「面会が途絶えた時点で、病院の自分に対する関心も低くなり、退院はあきらめていた。最初にこの話を聞いた時点では、半年～1年くらいはかかると思っていた。こんなにはやく退院できるとは思わなかった」と書いている。大阪府の退院促進自立支援事業の特徴は、徹底した機関と人を結びつけ、サポートし、新たな事業体を開発していったものであり、主にケアマネジメントを用いた手法であり、その中心に置かれた職種は、精神障害のある人の日常生活やニーズに関心を向けてきた精神科ソーシャルワーカーであった点である。

(3) 2005（平成17）年度大阪府では退院促進自立支援事業をどのように進めたか

大阪府の医療圏域別病院・病床数は、表1にまとめられる。

2000（平成12）年の事業開始から支援した対象者数の内訳は、退院・支援修了者は119名、退院支援継続は3名、入院・支援継続は28名、中断は43名である（図1）。今回報告するのは退院促進2005（平成17）年度の実績である。

支援対象者68名であった。支援対象者の主な簡単な特性は表2に示すような結果になっている。

60歳代の対象者が増える傾向にあり、12名占めたため、平均年齢は高くなっている。支援対象者のうち、男性の占める割合は、63.2%であった。精神障害者保健福祉手帳の所持者は、61.8%占めていた。収入源は複数回答で、「障害年金」が44.1%、「生活保護」が39.7%、「家族の援助」が26.5%であり、「本人の貯蓄・資産」は10.3%に過ぎない。支援対象者の収入源は多様であるが、低い水準にあることがわかる。支援対象者のうち、「院内寛解」の占める割合は63.2%

表1 医療圏域別病院・病床数

(平成17年3月31日現在)

	病院数	病床数	人口	病床数/万人
豊能医療圏	6	2,096(床)	993,982(人)	21.1(床)
三島医療圏	8	2,626	729,920	36.0
北河内医療圏	8	2,278	1,187,806	19.2
中河内医療圏	4	1,863	838,372	22.2
南河内医療圏	4	1,205	653,579	18.4
堺市	7	3,315	828,528	40.0
泉州医療圏	17	6,270	921,906	68.0
大阪市	5	235	2,497,208	0.9
計	59	19,888	8,651,301	23.0

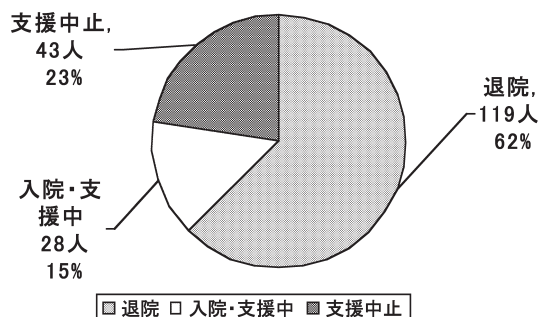


図1 支援対象者の結果

表2 対象者概要 (平成17年度利用者, N=68)

平均年齢	49.7歳
直近の入院期間	平均6年11ヶ月(最長44年)
総入院期間	平均10年6ヶ月
総入院期間	10年以上は42%
統合失調症の占める割合	83.8%
複数の退院阻害要因	環境変化への不安が強い, 退院後の支援が乏しい, 家族のサポート機能が少ない, 住まいの確保ができない等

であり、「寛解」の占める割合は、16.2%であった。入院形態では「任意入院」が82.4%占め、「医療保護入院」は17.6%であった。入院前の居住地は同じ「障害保健福祉圏域」にある支援対象者が60.3%であり、「圏域外」が17.6%、「大阪市」が11.8%、「他府県」が10.3%であった。入院前の居住形態は「家族と同居」が58.8%占めており、「一人暮らし」が32.4%であった。家族がある支援対象者は64名で、そのうち「面会があり」が73.4%を占め、「援助なし」は15.6%に過ぎなかった。退院阻害要因は、複数の因子を上げることができるが、改めて分析することにする。17年度の支援対象者に対する結果は、「支援終了」と「支援継続」をあわせて、48.5%で

あり、「入院・支援継続」が41.2%であり、「退院に至らず支援中止」が10.3%ある。「退院に至らず支援中止」の理由に「病状の悪化」が57.1%占めている。17年度対象者のうち、前年度からの支援継続が、64.7%占めており、17年度新規開始は35.3%であり、単年度の支援では終了しにくい事業であることがわかる。退院者33名の居住地は図2に示す通りである。大半を占めているのは、アパート等の集合居住地への退院である。今回の厚労省が打ち出した退院支援施設構想は、退院促進自立支援事業とは、全く違う進め方になっていることがわかる。「ケアマネジメントの軸の推移」は、重要な発見であった。対象支援者が活動の範囲を拡げていく中で、ケアマネジメ

ントの組み立て役は変わるということであり、ニーズに応えるには、その時期に適したケアマネジャーを選んでいる。最後に大阪府の事業の中で独自の位置を占めた自立支援員に対する支援対象者の評価を見てみる。先述したアンケート調査には42名から複数の回答があった。その結果が図3である。導入期における自立支援員に対する評価が高く、「はい」と応えた支援対象者がどの項目を見ても高い。自立支援員の中にはピアサポーターも含まれていることを報告しておきたい。

(4) 2005（平成17）年度退院促進
自立支援事業で何をえたのか

2005（平成17）年度報告書の中から、シンポジウムテーマに必要と思われる個所を抽出して、データにそってまとめた。私は大阪府の退院促進自立支援事業を転形期における一つのモデルとして報告した。このモデルは、行政と保健所を軸において、「徹底した機関と人を結びつけ、サポートし、新たな事業体を開発していったもので、主にケアマネジメントを用いた手法といえ、その中心に置かれた職種は、精神障害のある人の日常生活やニーズに関心を向けてきた精神科ソーシャルワーカーであった」と述べた。ニーズのある中に発展がある。どのモデルでもそうであるように、理念があり、実践があり、その上で開発があることを知ることができた。このモデルの発展は階段を積み重ねるような模式図のように表現することができないが、1) 支援を通して、精神障害を持つ人のニーズを「実感」する、2) 課題が見えることが、新たな取り組みへ展開していく、3) 往々にして個別支援にのみ目が向きやすいが、個別支援だけに執着しない、4) 地域の力を引き出していく（開発）、内容が内包されている。精神医療保健医療福祉関係者が考えたことのないよう

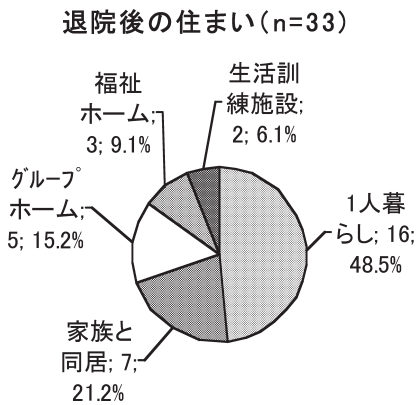


図2 退院後の居住地

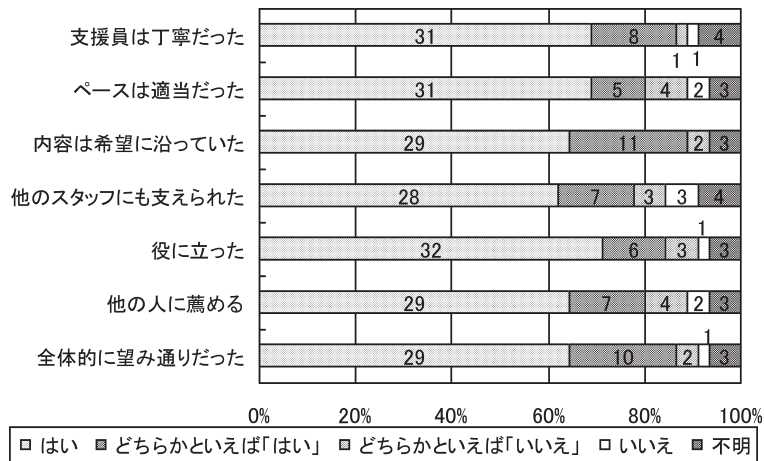


図3 支援に対する感想

な事業を地域の力が作り上げていっている状況がある。このことが、一つのモデルを通して得がたい体験として残され、その体験を生かし、精神医療保健医療福祉関係者の知らないところで、あらたな事業が開発されていることを確信することができるようになったことである。

(5) 最後に——転形期についての考察——

大阪府の退院促進自立支援事業についての評価は、他のシンポジストに譲るとして、転形期について考察しておきたい。転形期は最初に述べたように「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」を指し示した02(平成14)年以降を指している。この間に沢山のモデルが開発され、エビデンスが報告され、モデルの有効性が競い合って報告されているように見える。同じ転形期にある米国の1990年代を総括して、アンソニーは、「当事者の回復過程を描いたファーストハンドブックが多くの人の目に触れるようになってきたこと、重症な精神疾患を持つ人たちの追跡調査のまとめが出され、精神医療保健福祉関係者の目も回復に向けた取り組みを行えるようになってきた」と述べている¹⁾。Harding, C. M. は、長い経過をたどっている重症な精神疾患を持つ人たちの追跡調査を世界中から集め、そのうち10サンプル(20年～37年)を分析し、その結果を報告した³⁾。その報告によれば、『臨床的な主要な症状の改善されている報告は、46%から86%で、平均値は53%。社会的にも回復している報告は21%から77%で、平均値は49%』としている³⁾。このような報告を見る限り、回復や改善に到るには様々な方法があり、ただ一つの方法があるわけではなく、また進行的に悪化してしまうことはないことを理解できる。10サンプル(20年～37年)の分析から、「時代を超え、人間関係のある中に回復の源があり、誰かを信頼できること、回復できることを教えてくれる人が

いること、生きることへの希望が自然な治癒力に結びつくこと」が、示唆された。「一つのモデルの持つ意味は、精神医療保健福祉関係者にとって、対象者と関係性を築く上で意味を持つものであり、それ以上のものではない」と言えよう。Harding, C. M. が主張しているように、精神障害のある人たちの個々のニーズに応えられるような多くの日常生活上の機会を提供できる統合的なケアマネジメントシステムが望まれている。

謝 辞

稿をまとめるにあたって、健康福祉部障害保健福祉室地域生活支援課 鹿野 勉氏の協力を得たことを感謝致します。

文 献

- 1) Anthony, W.A.: A recovery-oriented service system: Setting some system-level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4) 159-168 2000
- 2) Farkas, M., Anthony, W.A.: System transformation through best practices. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (2) 87-88, 2006
- 3) Harding, C.M.: Changes in schizophrenia across time: Paradox, patterns, and predictors. *Schizophrenia into Later Life: Treatment, Research, and Policy* (ed. by Cohen, C.). American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C., p. 19-42, 2003
- 4) 岡田 清: 大和川病院の「不祥」事件を考える—精神医療の立場から—。法と精神医療, 第13号; 73-90, 1999
- 5) 岡田 清: 第13回大会を振り返って; 変革期に立つ精神医療保健福祉のあり方。精神障害とリハビリテーション, 10 (1); 53-53, 2006
- 6) 辻井誠人編著: 一緒に行こうか—大阪府の退院促進支援事業—。財団法人精神障害者社会復帰促進協会, p. 17-20, 2005
- 7) 辻井誠人ほか: 精神障害者生活支援についての研究 精神障害者生活支援研究会報告より。大阪府こころの健康総合センター紀要, 第3号, 1998