

精神科病院長期入院者への退院支援プログラムに関する一考察

西本 彩香

A study on the discharge support program for the long-term inpatients in psychiatric hospital

Ayaka NISHIMOTO

本研究は、筆者が実施したX精神科病院における長期入院者への退院支援プログラムを精神保健福祉士の業務指針に照らし、その役割と意義に関して考察することを目的とする。2011年（一部、2013年）から2017年にX精神科病院で実施した、長期入院者を対象とした「退院支援プログラム」は、①「社会資源について学習」と②心理教育や当事者の経験談による「退院後の生活を設計」という2つのプログラムを併せたものである。精神保健福祉士の役割の視点で考察したところ、同プログラムは、企画段階において、精神保健福祉士の業務上求められる「生活者の視点」、「自己決定支援」、「利用者との協働」の役割を果たし、実践段階においては、「組織内連携」、「地域連携」、「利用者との協働」の役割を果たしていた。この「退院支援プログラム」は、利用者主体で進められることによって、利用者が退院後の生活をイメージし、様々な選択肢の中から自分で選び、決める過程に影響をもたらしていたことがわかった。

Keywords: 精神障害者退院支援プログラム 10年以上の入院者 地域生活移行支援 自己決定利用者主体

**Discharge support program for people with mental disorders More than 10 years inpatient
Regional transition support Self-determination User-oriented support**

I. 研究の背景と目的

厚生労働省は、2003年から「精神障害者退院促進支援事業」（2008年から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に名称を変える。）により長期入院者の地域移行を本格的に取り組み、2004年「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、「改革ビジョン」とする。）を打ち出した。この「改革ビジョン」は、国民の意識変革や立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を基本方針として、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を提示した。そして「受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）」を、10年間で地域生活へ移行し、精神障害者の社会的入院の解消を目指すことを明記したが達成には至らなかった。長期入院者の地域移行は、2012年から障害者自立支援法（2013年、障害者総合支援法に改正される。）において地域移行・地域定着支援として個別給付化され現在に至っている。

精神障害者への退院支援プログラムに関する研究は、2004年の「改革ビジョン」をきっかけとして、実践報告が多くみられるようになった。（安藤 2004、関根 2005、田中 2007、猪俣 2008、月森 2008、猪瀬 2010、板津 2013 など）。特に、看護師や作業療法士などコ・メディカルによる報告が散見された。その特徴は、民間の精神科病院において長期入院者の退院支援が課題であると認識していたこと、所属病院において、様々な退院支援プログラムを行っていたこと、個人の能力向上に視点が置かれていたことなどである。また、「精神障害者退院促進支援事業」をより効果的なプログラムに発展させるために再構築した「効果的プログラムモデル」を1年間の試行的介入評価研究を行い、「効果的援助要素」を分析してより効果的な

モデルに発展させるための検討(道明・大島 2011)に関する研究がみられる。さらに、「実効ある長期入院患者の退院・地域移行・地域定着を図っていくためには、マイクロレベルの近位の目標(身近な患者の早期退院)と、メゾレベルの中位の目標(精神科病院の変革と自治体レベルの支援体制確立)と、マクロレベルの遠位の最終目標(精神科病院のダウンサイジング)を想像することが現実的」(古屋 2015a:256)であるという政策提言もなされている。先行研究を概観したが、長期入院者の地域移行支援は当事者にとっていかなる意味をもったか、を問うことは課題としてあげられる。

本研究では、X精神科病院において実施した「退院支援プログラム」の立ち上げまでの過程を整理し、同プログラムの概要を示す。次に「退院支援プログラム」の特徴から利用者にとっての意義を見出す。その上で、精神保健福祉士に求められる視点が何かについて、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が発行する『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』を参考にして、精神科病院における長期入院者への退院支援プログラムについて考察を加えることを目的とする。

【用語の限定的使用について】

本論文では対象者を明確に区別するため、用語を以下のように用いる。

- ・「長期入院者」とは、1年以上精神科病院に入院している人で、10年以上も含む。

II. 研究の方法

1. 対象

本研究では、X精神科病院において実施した「退院支援プログラム」を分析対象とする。「退院支援プログラム」は、2つのプログラムから成る。本研究で対象とするのは、2011年から2017年3月まで実施した「社会資源セミナー」、および2013年から2017年3月まで実施した「T.S.G」である。なお、X精神科病院は、人口約40万人の中核都市にある。市内には、5か所の精神科病院が運営されており、その中で最も歴史がある病院である。2011年4月時点において病床数は480床の中堅病院である。

2. 分析方法

「退院支援プログラム」の特徴の中から利用者にとっての意義を見いだす。その上で、精神保健福祉士に求められる視点が何かについて、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が発行する『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』を参考に考察を加える。

3. 倫理的配慮

X精神科病院が有する退院者および退院支援プログラム参加者の統計及び口述的なデータの使用に関して、病院管理者に研究の趣旨を口頭で説明し、2015年11月1日了解を得た後、X精神科病院の倫理審査委員会に審査請求を行い、承諾された。すべての実践・研究は、社会福祉学会の倫理規定に従って進められ、2016年8月27日X精神科病院の倫理審査委員会において報告した。

III. 研究結果

1. 「退院支援プログラム」立ち上げ過程

X精神科病院は2011年、1病棟60床を休床にする方針を打ち出し、段階的に病床を削減する意向を表明した。このことを転機に、筆者を中心として2011年より「社会資源セミナー」、2013年より「T.S.G」という退院支援プログラムを企画し、実施した。退院支援プログラムを企画するにあたっては、「長期入院者」、病棟職員、事務職員、家族、地域に住む人、地域で活動する支援者の6者から聞き取りを行った。院長をはじめ医師とはすでに個別のケース検討を通して共通理解が得られていたため改めて聞き取りは行わず、診療録で補足した。この6者への聞き取りは、「長期入院者」、「長期入院者」が療養生活を送る施設、

「長期入院者」が退院後に生活する地域の3つをポイントとして「長期入院者」のニーズの聞き取りは利用者主体で、組織内連携をスムーズに行うために了解を取り、地域とのつながりを確保するために協力を得ながらすすめた。

「長期入院者」には「これから先の希望」について一人ひとりの希望を尋ねた。開放病棟の「長期入院者」からは、「このまま入院を続けたい」、「退院したくない」という希望が多く聞かれた。「退院したくない」と表現した理由としてあげられたことは、①居住先がないこと、②経済面や生活面全般への不安があること、さらに、③不安を解決する術がないことであった。

次に、「長期入院者」が「退院したくない」と表現する周辺要因を調査した。退院に至らない理由について看護師に尋ねた。看護師からは、「病状が安定しない」という①治療による改善が必要であること、「病院の規則が守れない」という②生活態度の改善が必要であることがあげられた。さらに、10年以上精神科病院に入院して地域生活を送る人を知らないという③「長期入院者」への退院支援の経験不足がみられた。

そして、開放病棟の入院者について入院から2011年に至るまでの診療録から、自ら退院を表明した時期とその対応を中心に見ていった。すべての入院者に共通して、入院初期に看護師や主治医に「退院したい」と意向を伝えたことが記録されていた。診療録を分析することを通して、入院初期は急性期治療を優先されるため退院したいという希望は叶わなかったことがわかった。

さらに、入院者の貴重品の管理状況と事務職員から管理することに至った経緯を調査した。「長期入院者」の多くが、入院中に身寄りがいなくなったことや、主に入院者と関わる家族が世代交代したことなどを理由として病院の事務部が本人や家族に代わり貴重品を管理せざるを得ない状況にあることがわかった。

また、家族から聞き取り調査を行うと、急性期症状を思い起こし、「入院している方が安心」という意向や、家族構成や家族関係の変化から「一緒には住むことは難しい」という受け入れが難しい状況があることがわかった。

さらに、地域に住む人、地域で活動する支援者にも尋ねた。「症状が重たいから退院して地域で住むことは難しい」、「長年入院していたのだから退院して苦労するのではないか」など、「長期入院者」について知らないことによる誤ったイメージをもっていることがわかった。一方で、長期入院を経て地域で生活している人に出会ったことがないことから「長期入院者のイメージすらわからない」という意見も聞かれた。

個別に行った6者からの聞き取りと診療録から、「長期入院者」が「退院したくない」という言葉には、その言葉しか選べない状況にあることが考えられた。すなわち、「長期入院者」を取り巻く課題は、「情報の不足」と「体験の不足」があり、退院することへの不安要素となっていることが考えられた。そのため、「長期入院者」への働きかけと生活環境への働きかけ、「長期入院者」が抱える不安要素を解消するために文献や実践報告を参考にして、2011年から社会資源セミナー、2013年からT.S.Gという、退院支援プログラムを立ち上げた。始動にあたり組織内の各職場の責任者が集まる会議の場において、説明し理解を得た。家族には、関わる機会の多い看護師や精神保健福祉士から説明し協力を仰いだ。地域の支援者へは、個別支援や自立支援協議会などにおいてプログラムの説明を行い協力を得た。

2. 「退院支援プログラム」の概要－社会資源セミナー－

「社会資源セミナー」は、6者からの聞き取りと診療録からわかったことをふまえた「長期入院者」のニーズに、「長期入院者」が主体的に取り組むことができることを意図して立ち上げた。

1) 目的

「社会資源セミナー」は、1つ目に、正しい情報を提供することで社会資源を知ること、2つ目に、聞いた

社会資源を実際に見ることや体験することで社会資源を理解すること, 3 つ目に, 選択肢の中から選ぶことができること, 4 つ目に, 自分で決めることができるようにすること, を目的とした。

2) 参加者の募り方

「社会資源セミナー」は, 開放病棟への入院者を中心に全体に, そして一人ひとりに個別で案内をして参加者を募った。プログラム開催案内は, テーマ, 開催日時, 場所を明記したポスターを作成して病棟に掲示した。入院者が他職種に参加の相談をした場合は, 精神保健福祉士が個別に面談を行い, 「退院支援プログラム」の主旨を説明して, プログラムに関する希望があれば聞き取りを行った。社会資源セミナーは, 「長期入院者」が主体的に取り組めることを促すために, 誰でも, いつでも自由に参加することができるオープンなセミナーにした。

3) 実施者

「社会資源セミナー」は, 精神保健福祉士, 作業療法士, 開放病棟に所属する看護師で構成され, その他の閉鎖病棟に所属する看護師などの参加は自由にした。利用者のニーズが充足できているか経過をみながら関わる必要があるため, 担当する精神保健福祉士と作業療法士の 2 名はプログラム運営に関して専従にした。精神保健福祉士がプログラムを企画して, 運営を行った。作業療法士はリハビリテーションの視点から, 看護師は病状を把握した生活援助の視点から参加者の学習補助を担当した。学習補助とは, 参加者がプログラム内容に関して理解を深めることができるように補助すること, 参加者からの質疑応答を補助することである。実施者を固定したことで, 担当する専門職のそれぞれの専門性に基づいた情報を統一的に把握できた。そして, 得られた情報をプログラムの企画, 実施に反映させることができた。

4) 実施回数, 参加者数

「社会資源セミナー」は, 毎月 1 回から数回程度開催し, 50 人から 60 人程度の多くの参加者が集まった。主に開放病棟の入院者が参加したが, 参加は自由であり閉鎖病棟の入院者が参加したこともあった。主に開放病棟のホールで行い, 通りすがりに立ち聞きすることができ, 参加するか否かは自分で決めることができた。参加者以外にも興味をもった医師や事務員がプログラムに参加することもあり, 自然な形で他職種へ活動を知ってもらう機会にもなった。

5) 内容

「社会資源セミナー」のプログラムは, ①精神保健福祉士が, 社会資源・福祉制度の説明を行い, 別日に, ②「見学ツアー」と称して説明した社会資源の見学や福祉制度の手続きに同行するという, 2 段階である。学習した知識を体験することによってさらに理解が深まることを意図したからである。最初は利用者からもっとも相談の多い「精神障害者保健福祉手帳」をとりあげることで, 主体的に取り組めるように工夫した。これまで実施したテーマは, 「障害者年金」, 「就労継続支援 B 型事業」, 「就労継続支援 A 型事業」, 「共同生活援助(グループホーム)」, 「限度額適応認定証」, 「精神障害者保健福祉手帳(他の障害者手帳を含む)」, 「障害者医療費助成制度」, 「障害者手帳で受けられる福祉制度」などがある。参加者のニーズをふまえて, 関連する法律や制度の改正時期や更新手続きの時期を考慮して, プログラムのテーマ設定を行った。実施前には, 参加者がもつ社会資源を再確認し, 病院や家族が管理している参加者の貴重品のリストを参加者へ渡した。その際に, 本人を含めた関係者と相談して, 順次自己管理へ移行した。社会資源・福祉制度の説明は, パワーポイントを用いて基本的な制度概要をまとめた資料を作成した。「保険証」, 「限度額適応認定証」, 「障害者医療費受給者証」などをテーマにしたときには, 補足資料として実物大より大きく工作した受給者証を見本として提示することによって視覚に働きかけて理解が深まる工夫を行った。さらに, ワーク式のテキストも作成した。作成したテキストを参加者へ配布し, 精神保健福祉士が説明を行い, 参加者と一緒に社会資源の内容をテキストに記入し社会資源の理解を深めた。参加者へは社会資源セミナー用のファイルを配布し, テキストや資料を挟み参加者の自己管理にした。プログラムは, 精神保健福祉士による社会資源に関するテーマ以外に, 精神科医から「精神疾患について」, 薬剤師から「精

神科の薬について」、保健所に所属する精神保健相談員から「改正精神保健福祉法～保健所の役割について～」を企画し、病院内外の支援者を講師に迎えて行った。「就労継続支援B型事業」をテーマに設定したときは、参加者の希望を聞き、ニーズに合った事業所を探した。そして、企画の主旨を説明し賛同が得られた就労継続支援B型事業所へ依頼し、「見学ツアー」の打ち合わせを行った。「見学ツアー」では、施設管理者やサービス管理責任者などから、施設概要について説明をうけ、作業を見学し、体験した。他に、「障害者手帳の更新」をテーマにした「見学ツアー」では、バスと電車を使用し、役所へ同行して、参加者一人ひとりが担当窓口において書類を記入して更新手続きを済ませるといったプログラムを企画し、実施した。

「社会資源セミナー」は、参加者全体のニーズにあわせて社会資源の情報を多く人に伝えることができた。結果、参加者からは、所有する社会資源の管理や社会資源の手続きの仕方に関する相談が増えた。プログラム以外に個別の相談やケース会議の場を通して貴重品の自己管理をすすめた。万が一紛失などがあつた際には、必ず相談してほしいことも併せて伝え、少数から始めて徐々に自己管理品を増やしていった。家族が管理している社会資源についてもプログラムの様子をみながら自己管理に向けて協力を仰いだ。様々な意見があつたが、時間をかけて家族や参加者と面談を重ね、鍵のついたロッカーで自己管理する人が増えていった。参加者も職員も家族等との関わりの時間が増えた。次第に、事前に手続きに必要な持ち物の確認を行うことで、一人または複数人で公共機関やタクシーを利用して役所へ行き、手続きを済ませる人も見受けられるようになった。手続きのやりとりがうまくいかず担当課職員から精神保健福祉士に連絡が入つた場合でも、仲介することによって自分で手続きを済ませた人もいた。手続きを済ませ帰院したことが看護師を通じて精神保健福祉士へ連絡が入るため、看護師と情報共有の時間が以前よりも増えた。帰院後は本人と面談を行い、本人から話される手続きの様子を中心に、できたこと、難しかったことなどの振り返りを行い、次にとりくむ課題を共有した。

3. 「退院支援プログラム」の概要— T.S.G —

「社会資源セミナー」を継続するなかで、参加者の意識が退院にむく個別の動機づけとしては十分ではなく、一人ひとりがかかえる症状や生活課題について自分の言葉で表現することが難しかった。そのため、自分の思いを自由に話すことができること、困りごとに対処する方法を知り、自分にあう方法を見つけて、使えるようにしていくという新たな利用者ニーズが見つかった。精神保健福祉士が声掛けを行い、院長、開放病棟の看護師長、作業療法士と話し合いの場をもち、テーブルを囲み参加者と対話形式で進められる少人数の退院支援プログラムを作ることにについて検討し、共通理解が得られたため「T.S.G」を立ち上げた。

1) 目的

「T.S.G」は、小グループの力量を使い、入院者の語りを中心に、自分自身について理解を深めること、それぞれが抱える困りごとに対する具体的な対処方法について、参加者が一緒に解決策を考えて自分にあう対処方法を身に着けることを目的とした。さらに、10年以上精神科病院に入院経験をもち現在は地域で暮らす人をゲストに迎えて、生活の様子を語ってもらうことにより、参加者が退院後の具体的な生活をイメージできるようにすることも目的とした。「社会資源セミナー」より具体的な退院支援プログラムである。

2) 参加者の募り方

参加者のニーズから、退院の意向を表明している人、退院の話が出ている人、主治医から紹介された人、ケース会議で案内された人などから参加を募った。「T.S.G」への参加は本人の自由であり、途中で退席することや欠席することも自由である。ただし、自分自身のことを安心して話せる場を確保するために、個室を使い、参加者を固定したクローズドな会にした。

3) 実施者

「T. S. G」は、精神保健福祉士、作業療法士で行った。自分の病気や障害について自由に話すことができ、その語りを通して必要な対処方法を知り、自分に合う対処方法を身に着けることで自信や希望をもち地域生活へ移行することができるようになるためには、固定した職員が担当し時間をかけて行うことが望ましいと考えた。これらをふまえて、ソーシャルサポートネットワークのある精神保健福祉士と、「長期入院者」の退院支援の経験がある作業療法士の2人で行うことにした。精神保健福祉士は、プログラム内容を企画し、司会を担当した。プログラムの運用にあたり、目的に添ってグループの力が効果的に発揮されて学習できるように調整すること、方向性がずれた場合は修正するなど総合的な役割を担った。作業療法士はメンバーの発言を補足する役割を担った。開放病棟に入院中の人を中心であったが、閉鎖病棟に入院中の人も参加し、固定された参加者で行った。

4) 実施回数, 参加者数

参加者は「社会資源セミナー」へも参加していること、「T. S. G」では、学習内容を各自が日常生活で実践して振り返りを行う時間が必要であること、「社会資源セミナー」と「T. S. G」を担当する精神保健福祉士と作業療法士の2人は同じ人であるため、業務の調整やゲストとの調整などの準備期間を考慮すると、参加者と実施者のお互いが無理のない範囲で継続することができる月1回程度実施していくことが話し合いで決まった。毎月1回程度行い、固定された参加者である5人前後の人が参加した。1人退院すると、新たに1人が参加するという形をとった。

5) 内容

「T. S. G」のプログラムは、①メンバーの一人ひとりから1か月を振り返り報告し、②心理教育テキスト『改訂新版 あせらず・のんびり・ゆっくりと 自分の夢・希望への一步』にそって、「病気の経過と回復までのプロセス」、「薬の作用とじょうずなおつきあいの仕方」、「薬の役割～副作用とその対処～」、「再発をなるべく減らすために」、「これからの生活のために」の章ごとに学習をすすめた。「家族との関係を修復したい」、「症状を和らげたい」などそれぞれの参加者が抱える困りごとを共有して、参加者を中心に対処方法を考えた。自分に適する対処方法を見つけることを目的として、検討において提案された対処方法は、日常生活で実践し、次のプログラム内において報告する形をとった。そして、③10年以上精神科病院に入院した経験を持ち現在は地域で暮らす人(以下、「長期入院経験者」とする。)の語りを聞く機会を企画して不定期に実施した。実施に至るまでには、精神保健福祉士が「長期入院経験者」へ企画の主旨を説明し、同意が得られた人をゲストに招いた。インタビュー形式、発表形式などゲストが話しやすい形態を決める以外は、話す内容については、退院に至るまでの経緯と退院後の生活の様子を中心に自由に話してもらった。ゲストが語った内容は、ホワイトボードに記入して、プログラムの中で振り返りが出来るようにした。質疑応答も、参加者とゲストとの対話形式をとった。「T. S. G」に参加していた人が退院すると、次は、ゲストとして迎えて参加者へ語ってもらうという形にした。

「T. S. G」を継続して行っていると、参加者の態度、発言内容などに変化が見られるようになった。当初は、1か月を振り返りできごとが報告される場面が多くみられたが、次第に、できごとに対してどのように感じ、今後どのようにしたいと考えているか、行動したかについて自分の言葉で参加者に向けて話すようになっていった。参加者は、他の参加者が話す困りごとについて、質問をするなどして参加者の心境を理解しようとする様子や、困りごとへの対処方法を考え提案する場面も見受けられた。他に、プログラム内で検討した、病気の症状や副作用への対処方法を日常生活で試した結果についての報告もあった。「長期入院経験者」の語りのプログラムでは、参加者からゲストへ多くの質問がされるようになった。質問は、参加者が退院後の地域生活を想定したときに困ることや不安に思っていることが中心にあげられていた。

「退院してT. S. Gにゲストに来ることができるようになりたい」と希望を述べる人もいた。ゲストが参加者であったときと比較すると、参加者の前で話す態度は堂々としており、経験に基づく参加者への語りは誇らしげに見受けられた。そして、生活する中で得られたことをアドバイスする姿は自信がみられた。「長

期入院経験者」の語りを通して、支援者は支援のあり方を振り返ることができ、モチベーションがあがった。他の専門職とは、参加者の様子について共有する時間が増え、定期的に支援のあり方を検討することになった。さらに、専門性や視点の違いや目的の共有性を理解する機会にもなった。地域の関係機関とは、連携を通して「見学ツアー」へつながったこともあった。

4. 「退院支援プログラム」－参加者の転帰－

X精神科病院の退院者のデータから、X精神科病院で実施した「退院支援プログラム」の参加者に関するデータを整理することを通して10年以上の「長期入院経験者」の現状を明らかにした。X精神科病院の退院者のデータは、2014年4月1日から2015年3月31日までにX精神科病院を退院した人186人について、入院期間、入院回数、入院形態、退院先、退院後の処置、病名のそれぞれについてカルテと照合しながら情報を手作業で入力し、入院中に死亡した患者については退院先のみを把握した。次に、収集した患者データの中から10年以上入院していた人を抽出したところ、27人が該当し、退院者全体の14.5%であった。この10年以上入院していた人の中から、【退院支援プログラムを受けていない群】、【社会資源セミナーを受けた群】、【社会資源セミナーとT.S.Gを受けた群】の3つに分けられた(表1)。「退院支援プログラム」の実施結果からは、退院し地域で単身又は単身に近い共同生活を始めた10年以上の長期入院経験者は75%にのぼったこと、すべての人が任意入院であったことがわかった。

10年以上精神科病院に入院し退院した人の中から「社会資源セミナー」と「T.S.G」で構成される「退院支援プログラム」を受けていた人の退院先をみると、「新自宅アパート・単身(25.0%)」、「新障害者グループホーム(50.0%)」であり、「退院支援プログラム」を受けた全体の75.0%にのぼった。このことは、「退院支援プログラム」を受けた人は、入院前の住居ではなく、アパートを借りて単身生活をはじめていたり、居室は、キッチン、トイレ、バスルーム、リビングルームなど生活空間を共有しない単身に近い形態であるグループホームで生活を始めていた。つまり、10年以上精神科病院に入院し「退院支援プログラム」を受けた人は、退院後に新しい住まいで独立した生活をスタートさせていたことが明らかになった。

そして、10年以上入院していた人の入院形態に着目すると、「退院支援プログラム」を受けなかった人の42.9%が任意入院であった。一方で、「退院支援プログラム」を受けたすべての人が任意入院であった。1987年、精神衛生法から精神保健法への改正において任意入院制度が創設された。そして、1995年、精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法とする。)」へ改正(その後1999年、2005年、2013年に一部改正)された。精神保健福祉法第20条において、「精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」と定義され、精神科病院への入院は本人の同意に基づく任意入院が原則である。ただし、精神保健福祉法第33条においては、「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」と定め、さらに、同条第1項において、「指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第20条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの」とし、入院治療の必要があると診断され、本人の入院の同意が得られるように説明を行ったが得られない場合においては医療保護入院が行われると定めている。「退院支援プログラム」を受けた人のすべてが任意入院者であったことは、入院治療についてある一定程度の理解が得られている、または、「退院支援プログラム」を受ける過程において治療の必要性の理解が進み、入院治療に同意することへと影響した可能性がある。

表1 X精神科病院における10年以上の退院者にみる「退院支援プログラム」参加者の内訳

項目	10年以上 (n=27)	退院支援プログラム 受けていない (n=21)	退院支援プログラム 受けた (n=6)		全体 (n=6)
			社会資源セミナー・T.S.G(n=4)	社会資源セミナー (n=2)	
	%	%	%	%	%
性別					
男性	59.3%	52.4%	75.0%	100.0%	83.3%
女性	40.7%	47.6%	25.0%	0.0%	16.7%
年齢構成					
0歳～25歳未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25歳～35歳未満	3.7%	0.0%	25.0%	0.0%	16.7%
35歳以上～45歳未満	3.7%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%
45歳以上～55歳未満	14.8%	19.0%	0.0%	0.0%	0.0%
55歳以上～65歳未満	22.2%	9.5%	50.0%	100.0%	66.7%
65歳以上～75歳未満	25.9%	28.6%	25.0%	0.0%	16.7%
75歳以上	29.6%	38.1%	0.0%	0.0%	0.0%
入院形態					
任意入院	55.6%	42.9%	100.0%	100.0%	100.0%
医療保護入院	14.8%	19.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他(死亡)	29.6%	38.1%	0.0%	0.0%	0.0%
退院先					
自宅・単身	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅・家族同居	3.7%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
新自宅アパート・単身	3.7%	0.0%	25.0%	0.0%	16.7%
新障害者グループホーム	7.4%	0.0%	50.0%	0.0%	33.3%
新高齢者向け賃貸住宅	3.7%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
転院(身体・精神・認知)	51.9%	53.0%	25.0%	100.0%	50.0%
死亡	29.6%	38.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：X精神科病院退院者データを基に筆者作成

- ・「新自宅アパート・単身」とは、「新たにアパートを借りて単身生活を送る」ことを指す。
- ・「新障害者グループホーム」とは、「新たに障害者グループホームに入居する」こと、居室は、「生活空間を共有しない単身用のアパート様式である」ことを指す。

IV.考察

X精神科病院において実施した「退院支援プログラム」をまとめると特徴は7つに整理された(図1)。

「社会資源セミナー」は、プログラム内容を類似するカテゴリーにまとめると3つにわけられた。1つ目は自分のことを把握することである。つまり自分が所有する「資源」を自分で把握することが第1ステップであった。2つ目は知識を増やすことである。つまり社会の資源に関する情報を得ることが第2ステップであった。3つ目は選択できることである。つまり自分が生活する社会の中での実体験を通して生活するという実感をもつことにより、生きるための選択肢を増やすことにつながっていった。

次に、「T.S.G」は、プログラム内容を類似するカテゴリーにまとめると4つにわけられた。1つ目は語ることである。つまり自分の考えを自分の言葉で表現することである。2つ目は共有することである。つまり、同じ病をもつ仲間同士で解決の術を検討することである。3つ目はセルフケアを身に着けることである。つまり心理教育を通して、i) 疾病・障害を理解し、ii) 生活上の課題への対処方法を学習し、iii) 使えるようになることである。4つ目は人生を設計することである。つまり10年以上精神科病院への入院経

験を持つ当事者の語りを通すことを通して、退院後の生活を設計することである。

「退院支援プログラム」を企画して実施するまでを、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が発行した『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』に示された業務指針（以下、(指針)とする。）に照らし合わせて考察を行う。X精神科病院において行われた「退院支援プログラム」の立ち上げ経緯から運用までを記述し整理することを通して、「退院支援プログラム」を企画する段階において精神保健福祉士の業務上「生活者の視点」、「自己決定支援」、「利用者との協働」の役割を果たしていた。実践する段階においては、組織内における多職種や組織との「連携」、地域で活動する支援者との「連携」、利用者との「協働」の役割を果たしていた。

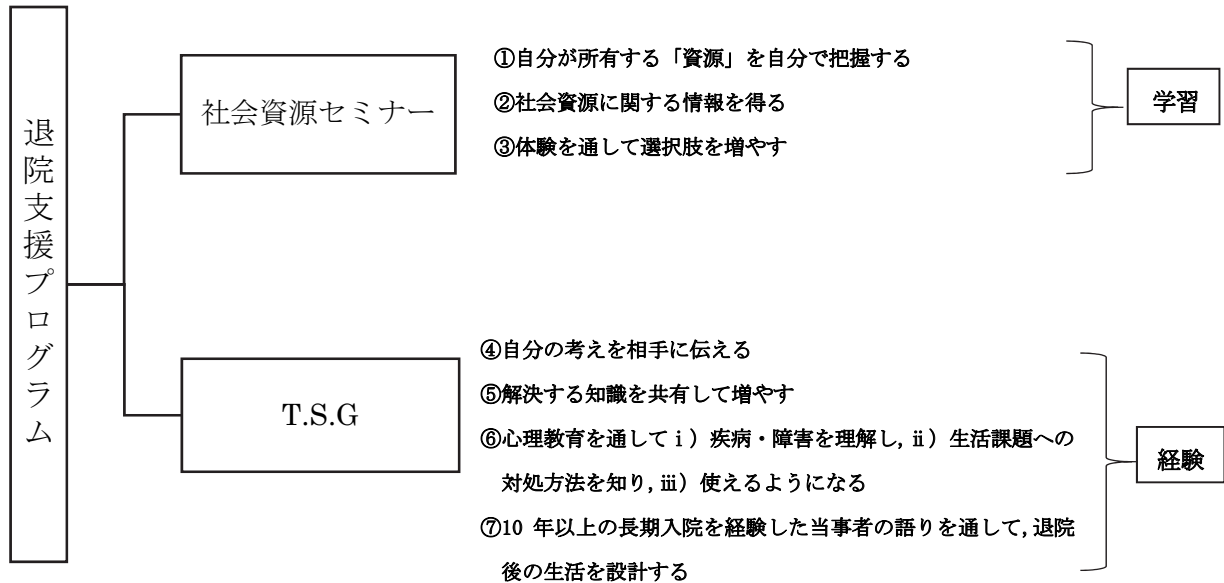


図1 「退院支援プログラム」の7つの特徴

出典：筆者作成

1.利用者にとっての「退院支援プログラム」がもつ意味

利用者にとって「退院支援プログラム」がもつ意味について考察を加えたい。

「退院支援プログラム」には、「学習」の意味と本人にとっての「経験」の意味がある。精神科病院の機能上、安静を図るために多くの情報から離れることが治療上必要となる。そのため、情報制限や行動制限が生じることがあり、入院が長くなると施設に適応し、退院して地域で暮らすことへの不安が生じることは自然なことである。「退院支援プログラム」は、地域で生活するうえで活用できる社会資源の情報を得ることで、知識が増えるという「学習」を意味し、学習によって増えた知識は選択肢を増やすことへとつながった。このことは、参加者の自信へとつながり、結果として社会資源を自分で管理するという選択を可能にしていると考えられる。さらに、見聞きした社会資源の知識を実際の場所に行って体験することを通して経験的理解へと深められている。その際、社会に一般的にあり、だれもが使う公共機関や施設を利用することは、「長期入院者」にとって1人で体験することには不安があるが複数人で体験することによって、不安は減り参加しやすい体験学習である。この繰り返しのよって、できることが増えて自信へとつながっている。

そして、「経験」の意味とは、参加者自身が経験したことを他の参加者と共有することで自分だけではないという苦悩をわかちあうことで自分を振り返ることができること、そして、同じ病をもった他の参加

者の話を聞き一緒に考えて助言をすることは、支える人、支えられる人との関係性ではなく、お互いが両方の役割を担う対等な関係性である。さらに、疾病や障害を理解し、自分にあう対処方法をみつけて日常生活の中で習得するという学習は、自らの経験を通さなければ習得できない。そして、経験していないことについては、同じ病をもち、以前は同じように入院していた「長期入院経験者」の語りが、参加者にとって希望へとつながっている。そして、ゲストの「長期入院経験者」にとっても経験を語ることを通して自分を振り返り、これまでの経験を客観視し新たな気づきにつながっている。

「退院支援プログラム」は、この「学習」と「経験」を組み合わせることで、学習した知識をもとに日常生活で経験し、自分で乗り越えていくということを可能にした。利用者にとって、社会資源に関する知識が増えることで自信につながり、日常生活のなかで、増えた選択肢から自分で選んで決めて、やってみるという一連の決定において役立ち、自らの経験を通して体験的に理解する。そして、同じ病を持つ人の経験を聞くことによって退院後の生活をイメージするという主体的に取り組めるプログラムであることに意義がある。そのため、退院支援プログラムは①社会資源について学習するセミナーと②心理教育や当事者の経験談から退院後の生活を設計するこの2つのプログラムをセットで実施する必要がある。

2. 精神保健福祉士の視点でみる「退院支援プログラム」の「企画」がもつ意味

精神保健福祉士の視点で見ると、「退院支援プログラム」の「企画」がもつ意味は「生活者の視点」、 「自己決定の視点」、 「利用者との協働」があげられる。

1) 生活者の視点

「退院支援プログラム」を立ち上げる過程、プログラムの企画にあたり、はじめに当事者から話を聞き、生活者の視点を重視して当事者を取り巻く課題を整理した。この当事者のニーズをもとに、地域で暮らすことを基本に精神科病院において退院支援プログラムを企画した。このプログラムの企画を「業務指針」に照らし合わせると、「クライアントの思いや希望に寄り添う（指針1）」、「生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う（指針2）」、「心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する（指針3）」、参加準備にあたり、「ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える（指針5）」、「入院医療サービス提供のなかで、生活の連続性を保障する（指針8）」、「他職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する（指針6）」に該当する。

2) 自己決定支援

「社会資源セミナー」は、正しい情報を得て、選択肢を増やし、決めることができることを目的とした。業務指針において「クライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する（指針12）」 「入院医療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する（指針8）」、「地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する（指針10）」が該当する。自分が所有する「資源」を理解することで、自己管理意識が高まり、社会資源の知識を得ることで選択肢が増え、その社会資源を使うか否かを自分の判断で決めることへとつながる。

3) 利用者との協働

「T.S.G」では、長期入院を経験し現在は地域で暮らす当事者の語りを中心にプログラム企画した。そして、回を重ねるうちに参加者のなかから退院した人をゲストに呼ぶという形をとった。「ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える（指針5）」、「リハビリテーションにおいて、グループの力動を活用する（指針7）」が該当している。「見学ツアー」の企画は、参加者のニーズをもとに、地域の関係機関と調整を行い、主旨の共有、プログラム内容の調整（時間、見学内容、体験）を事前協議したのちに実施した。参加者のニーズを、「心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する（指針3）」、「入院医療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する（指針8）」機会を企画することを通して、「地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する（指針10）」プロセスは、利用者との協

働によって行う。「退院支援プログラム」の企画は、精神保健福祉士が作業療法士や医師、看護師などと協働しながら企画していることは「多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する（指針6）」が該当するが、当事者と協働しながら行うことに特徴が見いだせる。

3. 精神保健福祉士の視点でみる「退院支援プログラム」の「実践」がもつ意味

精神保健福祉士の視点で見ると、「退院支援プログラム」の「実践」がもつ意味は「組織内連携」、 「地域連携」、 「利用者との協働」において検討することができる。

1) 組織内連携

「退院支援プログラム」運用にあたり、①組織内連携、②地域連携の2つの連携が共通してみられる。

「退院支援プログラム」実施までを、「組織内連携」の点から考察を行いたい。社会資源セミナーにおいて行われた、障害者手帳について理解を深めることを目的としたプログラムを1例にあげると、利用者 と精神保健福祉士が中心となり、看護師、作業療法士が、障害者手帳の有無、管理状況、有効期限などを確認し、更新手続きに必要な書類について把握することを通して利用者理解を深めた。社会資源の管理状況 に応じて、家族等や事務部担当者と協働した。参加者の状況を集約して、プログラム実施前には、実施者間 において主旨と参加するために必要な資料の確認、当日参加者の学習補助の担当者と注意事項を共有し た。終了後は、参加者の状況を共有し、個別支援や他職種へ依頼、協働で取り組むことなどの整理と今後の 方針を検討した。業務指針に照らし合わせると、「リハビリテーションにおいて、グループ力動を活用する （指針7）」、「ストレングス視点からクライアントと協働して支援を考える（指針5）」、「他職種による チーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する（指針6）」ことが実施段階において該当した業 務指針である。

2) 地域連携

「退院支援プログラム」実施までを「地域連携」の点から考察を行いたい。「ワーカー自身がニッチ開 拓を行わなければ生活再生に向けての支援として退院支援を遂行できない」（三毛2001：120）に裏付け されるように、退院支援を行う環境をつくることは、所属機関において精神保健福祉士の立ち位置が大き く影響する。すなわち、精神保健福祉士の立ち位置は、「特別の場や機会を設定して行うのではなく、所属 機関内の専門職・関係職との日常的な相互作用が、実は退院援助の支援インフラ開発、そして、生活再生に 向けての支援として退院援助に寄与するのである」（三毛2003：191）。特に、「見学ツアー」の実施にあ たり、精神保健福祉士が日常の業務を通して形成してきたネットワークをベースとして、利用者の希望に 合わせて体験する作業等の調整を行うことや、実施後に連携した機関と振り返りを行うことによって利 用者のニーズを共有し、地域生活へ移行するにあたって社会資源の利用に関する課題や利用者自身が抱 える課題に対して検討を行った。地域で活動する支援者との連携を通して、利用者にとって使いやすくな るように社会資源の再資源化や新たな社会資源の開発へとつながった。業務指針に照らし合わせると、 「リハビリテーションにおいて、グループの力動を活用する（指針7）」、「クライアントの利益のために、 制度、組織を有効に活用する（指針12）」、「クライアントの思いや希望に寄り添う（指針1）」、「入院医 療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する（指針8）」が該当した業務指針である。利用者が退 院して地域で暮らすことを叶えるには、「長期入院者」のニーズをもとに、地域の支援者との連携によっ て利用しやすい社会資源を創造することも精神保健福祉士に求められる役割である。

3) 利用者との協働

「退院支援プログラム」運用に当たり「利用者との協働」の点から考察を行いたい。「退院支援プログ ラム」は、「T.S.G」においては、「振り返り」「心理教育」「他者の困りごとを一緒に考える」「当事者の語 り」など、共通していることとしては、「参加者の考えや意見」を中心にプログラムが進められることであ る。これは、業務指針に照らし合わせると、「心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解す

る(指針3)」、「ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える(指針5)」、「クライアントの思いや希望に寄り添う(指針1)」の項目が該当する。「当事者の語り」では、T.S.Gのメンバーが退院すると、次はゲストとして参加するという連続する形が形成された。身近な人から話を聞くことで、退院まで、退院後のイメージを描くことができること、そして、「自分もできるかもしれない」という希望を持つことへとつながった。参加は本人の自由であり、もちろん発言するかしないかも本人の自由である。自由に語れる場所、疾病に関する知識と自分に合う対処方法の習得、身近な当事者モデルの語りは、長期入院者が、自信を取り戻しながら、夢をもち主体的に取り組めるように働きかけることにつながると考える。つまり、利用者との協働とは、本人がもともと持っていた力を伸ばしていくことであるといえる。人と環境との相互作用に着目するソーシャルワーカーの視点で行う「退院支援プログラム」は、参加者への支援と、環境への支援、人と環境との相互作用に介入するという視点でみることで、そして精神科病院という治療構造上の特徴ふまえ、長期入院者への地域生活移行支援に取り組む必要がある。

4. 精神保健福祉士が行う退院支援プログラム

X精神科病院において行った「退院支援プログラム」は、組織内における多職種と連携すること、地域の関係機関と連携することにより、利用者と協働してプログラムを行うことを可能にした。さらに、利用者と協働することにより、組織内における多職種と連携すること、地域の関係機関と連携して支援ネットワークを作ることへとつながっていた。組織内連携、地域連携をベースに、利用者と協働することにより、利用者自身もつ力を伸ばし、希望を持つことへとつながる利用者主体の支援であるといえよう。しかし、相馬(2012)は、身体障害者療護施設入所者が地域生活を選択しなかった理由の1つとして、「入所前のつらい経験から地域移行を選択せず、施設での生活を自ら選んだ」ことを挙げており、精神障害をもつ人のなかにも同様の経験をもつ人がいることも考えられる。ただし、「退院したくない」という言葉のままうけとるのではなく、日々の実践を継続するなかにおいて利用者自身の本人に向き合うことが必要とされる。そして、実践を継続することは、専門性を活かした退院支援が行える環境をソーシャルワーカー自身が作ることに繋がっていると考えることも必要である。三毛(2001, 2003)の言葉を借りると、ソーシャルワーカーは「生活」を「支援」する「専門家」である。「人」を「生活者」と捉えるところにソーシャルワーカーのスタンスがある。すなわち、ソーシャルワーカーは、個別多様な「生活」を「支援」する「専門家」であり、退院支援とは、「生活再生に向けての支援」であるのだ。個々多様な生活上の困難に取り組むことは、当事者主体の退院支援でなければならない理由があるといえよう。

V. 結論および今後の課題

本研究は、筆者が実施したX精神科病院における長期入院者への退院支援プログラムを精神保健福祉士の業務指針に照らし、その役割と意義に関して考察することを目的としてすすめ、X精神科病院において2011年から2017年まで実施した「社会資源セミナー」、2013年から2017年まで実施した「T.S.G」という「退院支援プログラム」の概要を整理し、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が発行する『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』を参考にして考察を行った。その結果、X精神科病院において実施した、①「社会資源に関する学習」と②心理教育や当事者の経験談による「退院後の生活を設計」という2つのプログラムを併せた「退院支援プログラム」は、利用者にとっては、主体的な人生選択の機会創出へとつながっていた。次に、精神保健福祉士の視点で見ると「退院支援プログラム」の企画段階においては「生活者の視点」、「自己決定支援」、「利用者との協働」の役割を果たし、実践段階においては、「組織内連携」、「地域連携」、「利用者との協働」の役割を果たしていた。X精神科病院において行った「退院支援プログラム」は、「長期入院者」が、退院後の生活をイメージし、様々な選択肢の中から自分で選び、決める過程に影響をもたらしていた。自己決定支援である。長期入院者への退院支援において、1人ひとり

違う夢や希望を実現するために、精神保健福祉士は継続的な個別的な関わりが必要とされる。精神科病院に長期入院している人への「退院支援プログラム」には、精神保健福祉士が担うべき役割が網羅されており、利用者の望む生活を実現する精神保健福祉士の一助となりうる。

今後は、「重度且つ慢性」といわれる長期入院者も個別の夢を実現することができる「退院支援プログラム」の開発を目指したい。

謝辞

本調査にご協力いただいたX精神科病院の院長をはじめ関係者の方、当事者の方々に心より感謝申し上げます。

文献

- 安藤千津子・大場純子・松井悦子・他（2004）「長期入院患者に対する退院・社会復帰支援—長期入院患者の意識を退院へ向けさせた要因—」『日本精神科看護学会誌』47（2）, 280-283.
- 道明章乃・大島 巖（2011）「精神障害者退院促進支援プログラムの効果モデル形成に向けた「効果的援助要素」の検討—全国18事業所における1年間の試行的介入評価研究の結果から—」『社会福祉学』52（2）, 107-120.
- 古屋龍太（2015a）『精神科病院脱施設化論—長期在院患者の歴史と現況, 地域移行支援の理念と課題—』批評社.
- 池谷秀登（2006）「自立支援プログラムの作成, 実施とその課題—生活保護援助から自立支援プログラムを考える—」『賃金と社会保障』1419, 16-35.
- 板津多香子・坂口美保子・小平幸子・他（2013）「精神科長期入院患者に対する退院支援の現状と課題—事例検討と退院支援プログラムの学習を通じた看護師の認識変化—」『日本精神科看護学術集会誌』56（3）, 8-12.
- 猪瀬智景・青嶋真由美・城谷聡子・他（2010）「長期入院患者の退院支援プログラム—日常生活行動に焦点を当てた病棟SST—」『東京精神科病院協会誌 別冊』, 110-112.
- 猪俣英輔・野口弘之・藤本亮一（2008）「精神障害者の退院支援プログラムにおける作業療法の役割—統合失調症例による回復期と維持期の比較検討から—」『作業療法』27（6）, 633-643.
- 加藤雅江（2014）「第Ⅲ部（医療分野）」公益社団法人日本精神保健福祉士協会編『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 107-111.
- 厚生労働省（2004）「精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, 2018年12月16日)
- 三毛美予子（2001）「ニッチ開拓：大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助の一側面」『社会福祉学』41（2）, 117-128.
- 三毛美予子（2003）『生活再生にむけての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデルの化の試み—』相川書房.
- 関根純子・猪俣英輔・小山裕絵・他（2005）「演題 B-3 統合失調症に対する回復過程に応じた退院支援プログラム—そのプログラム内容について—」『東京精神科病院協会誌 別冊』(2) 82-86.
- 相馬大祐（2012）「入所施設における地域生活移行の抑制要因」『社会福祉学』52（4）, 17-27.
- 田中智子・馬場真由美（2007）「演題 P3-4 長期入院者に対する退院支援プログラム—平成18年度実践報告—」『東京精神科病院協会学会抄録』, 202-206.
- 土屋 徹・坂本明子・内野敏郎（2013）『改訂新版 あせらず・のんびり・ゆっくりと 自分の夢・希望への一歩』伊藤順一郎監修, 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構.

月森慎也・今岡勝・東美奈子（2008）「医療福祉ケアミックス型退院支援の検証—支援チームによるかわりから—」『日本精神科看護学会誌』51（3），357-361．

原口晋一・小宮幹晃・香田真希子・他（2007）「長期在院者に対する退院支援プログラム」『作業療法ジャーナル』41（12），1088 - 1093.