

精神障害者の地域移行についての意見

東京都障害者施策推進協議会専門部会 H23.11.4

地域生活支援センターMOTA 宮本 めぐみ

先日、厚生労働省より、地域移行の促進に関する要素として、「1年未満入院者の平均退院率」、「5年以上かつ65歳以上の退院者数」という2つの着眼点と目標設定に当たっての指標が示された。東京都はこれを踏まえつつ、実情に応じて適切な指標を設定する必要があるとしている。

東京都は、これまで、国の方針を踏まえながら独自の施策を展開してきており、これを受けて地域移行支援事業を受託した12事業所は、本人が生活したいと希望する地域に本人の気持ちに沿いながら支援をしていくことを大事にしながら活動してきた。

以下、地域移行支援事業の受託事業所の立場から、「東京モデル」の特徴と効果について、「退院促進支援事業受託事業者からみた東京都退院促進事業まとめ」より確認しておきたい。

1. 地域自立への動機づけから退院後の支援まで一貫したアプローチ

長期入院の対象者は、退院に対する諦めや不安を抱えていることが多いため、退院への動機づけを高めるところからのかかわりが多い。支援準備期・退院準備・退院後のフォロー期を通じた一貫した関わりの中で対象者との信頼関係が生まれ、また関係者の協働による個別支援を通して、病院と地域ネットワークの構築が可能になった。

2. 広域支援システムを生かした地域移行支援

都内には精神科病院が偏在しているが、広域支援システムの導入によって、遠隔地に入院していても入院前の住所に戻れるという、退院支援の新たな方向性を精神科病院に示すことができた。そして、「遠くの病院に迎えに行く」、「新しい地域で退院後の生活環境を整える」という2方向からの支援が行われてきた。

3. 支援困難事例へのアプローチ

退院促進事業では年々支援困難例が増えており、高齢者、発達障害、知的障害、依存症、身体合併症が多くなっている。制度の狭間で支援を受けにくい対象者や、多岐にわたる関係者との調整が必要な対象者が多いため、退院コーディネーターには既存の制度に囚われない柔軟な動きが求められてきた。

4. コーディネーター事業所の設定と基盤整備

協力病院と地域との連絡窓口としてコーディネーター事業所が設定され、本人を中心に病院と地域の支援者が一堂に会してケア会議開くことによって、互いに顔が見える関係ができてきた。その流れの中で、講演会、研修会、交流会を積重ねることによって、退院と地域定着に必要な基盤整備を考えられる協力体制ができている。またピアサポーターが病院に出向き、自らの体験を話す機会を作ることによって、対象者、職員への動機づけを高

めるとともに、ピアサポーター自身が成長を遂げつつある。

5. グループホーム活用型ショートステイ事業

病院外で宿泊することによって、退院後のイメージ作りに大きな効果を挙げている。対象者の退院への動機づけが高まり、具体的に「こうしてみたい」というアイデアが浮かび、希望がよみがえってくる。また、複数の支援者が関わることによって、対象者の持っていた力が見えてくるとともに、新たな課題が明確になる。

以上のように東京都における退院促進は、東京都独自の先行事業として活動を展開することができた。国からは今後、地域移行・地域定着のための支援を地域相談支援として個別給付化するという方針が示されているが、個別給付だけでは現状の支援事業の継続が難しい場合については、ぜひ東京都としての独自事業を検討して頂きたい。