

<報告>

受診援助にて入院した精神障害をもつ人の
退院後の地域生活支援のしくみづくり

夏井演¹⁾，吉本照子²⁾，緒方泰子³⁾

¹⁾ 千葉市障害者自立支援課

²⁾ 千葉大学大学院看護学研究科

³⁾ 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

**Developing a system to support a post-discharge community life for
people with mental disabilities who had been admitted to hospitals
through aided mental health consultations**

Hiromu NATSUI¹⁾，Teruko YOSHIMOTO²⁾，Yasuko OGATA³⁾

¹⁾ Self-Reliance Support for Disabled Persons Section Chiba City

²⁾ Graduate School of Nursing, Chiba University

³⁾ Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University

抄録

目的：A市B区保健福祉センター（センター）と保健所，地域住民，医療機関，NPO等の関係機関（者）が協働し，受診援助にて入院治療に結びついた精神障害をもつ人（対象者）の意向に即して退院後の地域生活支援のしくみづくりを行った．本しくみづくりをもとに，精神障害者の地域生活への移行における行政の役割を検討する．

実施及び評価方法：センター所属で精神保健福祉業務に関連する管理責任者1名（リーダー）と担当係員である保健師，精神保健福祉士，社会福祉士，行政事務職計4名（メンバー）が，しくみの構築・継続に向けて取り組んだ（2011年4月-12月）．リーダーとメンバーは，（1）訪問看護ステーション，ヘルパー事業者，ピアサポートセンター及び自治会等15関係機関（者）の支援ニーズの把握及び把握した支援ニーズに対する専門的な相談や助言の支援，（2）対象者の支援情報の共有・検討の機会とした退院前ケアミーティング及び支援状況報告会（支援報告会）の提案・実施，（3）対象者の意向に即した関係機関（者）からの支援であったか等，評価のための家庭訪問の実施，（4）しくみづくりの過程で把握した共有すべき情報やしくみの体制を可視化した情報集を作成した．

結果：（1）センターは対象者の希望のみならず，関係機関（者）の要望もしくみづくりに反映させ，中立的な立場で実現可能な支援内容等を見直し，関係機関（者）への負担が偏らないよう緊急連絡先等の役割を担い支援を保障した，（2）12回の退院前ケアミーティング及び延べ32回の支援報告会を実施した，（3）退院後，評価のための家庭訪問を実施した．退院後の生活で対象者が満足している内容として，対象者12名中11名（91.6%）が「関係機関（者）の支援」と答え，関係機関（者）からの支援の効果が対象者の主観的満足度に大きく関わっていた，（4）センターは，対象者を支援した関係機関（者）がしくみの過程で把握し，共有した情報等を情報集として作成した．また，関係機関（者）はしくみの継続の必要性を認識し，新たに精神科医療機関1か所が加わった．A市では本しくみの全市への展開が計画された．

連絡先：夏井演

〒260-8722 千葉市中央区千葉港1番1号

1-1, Chibaminato, Chuo-ku, Chiba, 260-8722, Japan.

Tel: 043-245-5211

E-mail: hiromu-natsui@city.chiba.jp

[平成25年10月17日受理]

考察：行政の精神保健福祉責任部署としてセンターが主体となり，専門知識を有する保健師等がしくみづくりに従事し，対象者の意向に即した支援の理念を形成し，関係機関（者）による対象者への支援に関する不安・負担の軽減を図り，知識・技術開発の支援を行ったことがしくみづくりに有効であったと考えられた。これが，精神障害者の地域生活への移行における行政の役割と考える。

キーワード：精神障害，退院，地域生活支援，行政機関，連携

Abstract

Aims: In B district of A City, the Health and Welfare Center collaborated with related organizations (people) such as health clinics, community residents, medical institutions and NPOs to develop a system of support for living in the community after being discharged from a hospital. This refers specifically to people with mental disabilities (participants) who were discharged in accordance with their wishes, after they had been admitted to hospital through consultations where they were helped by mental health and welfare professionals. The aim of this study is to investigate the role of administration in transitioning people with mental disabilities to community life, based on this system.

Methods of implementation and evaluation: One senior manager (leader) and a total of four people (members), comprising a public health nurse, a psychiatric social worker, a social worker and an administrator, all involved in mental health and welfare work in B district of A City, were engaged in working toward the building and maintenance of the system (April–December 2011). The leader and members were responsible for (1) understanding the support needs of 15 related organizations (people) such as visiting nurse stations, home help workers, peer support centers and local associations, and for providing specialist advice and suggestions to meet these needs; (2) proposals for and implementation of support update report meetings (support report meetings) and pre-discharge care meetings as opportunities to examine and share information on support for participants; (3) implementation of home visits to evaluate whether support from relevant organizations (people) was in accordance with the wishes of the participants; (4) creation of a report containing information that had been understood during the process of creating the structure and should be shared, and information to raise the visibility of the system.

Results: (1) The Center reflected not only the wishes of the participants, but also the demands of the relevant organizations (people) in the development of the system, making revisions from a neutral stance to ensure that support was realizable, and ensuring that support roles such as emergency contacts did not place too much burden on any particular organization (people). (2) 12 pre-discharge care meetings and a total of 32 support report meetings were held. (3) After hospital discharge, home visits for the purpose of evaluation were conducted. In terms of what participants were satisfied with in their daily post-hospital lives, 11 out of 12 participants (91.6%) replied “support from relevant organizations (people), suggesting that subjective levels of satisfaction were closely linked to the effects of support, (4) The Center compiled a report containing information gained and shared in the process of developing the system by relevant organizations (people) that supported participants. Furthermore, relevant organizations (people) realized the need to continue the system, and a new psychiatric medical institution joined. In A City, the expansion of this structure to the whole city has been developed.

Discussion: The Center served as the responsible body for mental health and welfare. A public health nurse and others with specialized knowledge were employed to develop a system. This was effectively achieved (with the administration) by creating basic principles for support according to the wishes of participants, planning for reduction of the burden and anxiety related to support for participants on the part of relevant organizations (people), and providing support for the development of knowledge and skills. The Center thereby served a role in the transition of people with mental disabilities to community life.

keywords: Mental disability, hospital discharge, support for living in the community, administrative organizations, coordination

(accepted for publication, 17th October 2013)

I. 緒言

国は、精神保健福祉対策として「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、改革ビジョン）」を提示している。改革ビジョンでは、精神保健医療福祉改革の基本的考え方として「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本方針とし、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を進めることを明示している [1]。さらに、精神保健医療福祉の更なる改革に向けて「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的考え方に基づき、①精神保健医療体系の再構築、②精神医療の質の向上、③地域生活支援体制の強化、④普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施により、受入条件が整えば退院可能な約7万人といわれる精神障害をもつ人の地域生活への移行を促すこととしている [2]。

地域生活への移行に向けた施策として、受療中断者や自らの意思では受診が困難な精神障害者が日常生活を送るうえで、生活への支障や危機的状況が生じないためのきめ細やかな訪問（アウトリーチ）や相談対応を行うことが必要とされている [3]。厚生労働省では2011年度から、認知症、統合失調症、妄想性障害、気分障害の者あるいはその疑いのある者のうち、精神医療の受療中断等により日常生活上危機が生じている者、また家族・近隣とのトラブルが生じる等により、精神疾患が疑われ、入院以外の医療導入が望ましい未受診者等を対象として、精神障害者アウトリーチ推進事業を開始した [4]。

精神障害者アウトリーチ推進事業では、実施主体の民間医療機関と関係機関との連携について「連携が十分に図れる体制づくりを必ず行うこと」を求め、行政の役割については、実施主体の民間医療機関等における退院ア

セスメントや支援計画作成に対する技術的な支援と助言指導等と抽象的に規定しているが [5]、その他には学術論文等を含め、行政機関の明確な役割を報告しているものはほとんどない。

このような国の動向に対し、「受診援助にて入院治療に結びついた精神障害をもつ人（以下、対象者）」の退院後の地域生活を行政等によって支援するために、精神保健福祉分野の担当責任部署である「A市B区保健福祉センター（以下、センター）」が関係機関（者）とともに、対象者の意向に即した生活が継続できるような地域生活支援のためのしくみづくりに取り組むこととした。

しくみとは、対象者の退院後の地域生活を対象者の考えや思いに即した関係機関（者）による支援という活動の総体を示す（図1）。本報告の目的は、センターによるしくみづくりと評価をもとに精神障害者の地域生活への移行における行政の役割を検討することである。

用語の定義

受診援助：家族等からの相談において、医療受診による治療が必要と判断した場合、家族等の同意を得て、センター等の行政職員が家族等とともに本人に受診の必要性等を十分に説明し、医療機関への受診に結びつける行為。
対象者：受診援助にて入院治療に結びついた精神障害をもつ人。

退院前ケアミーティング：協力医療機関において用いられている名称であり、退院支援計画に基づいた地域での日常生活の支援における実務支援者による打ち合わせ会である。なお、退院前ケアミーティングは診療報酬で規定されている精神科退院指導料及び退院支援計画作成加算の対象となっている。

関係機関（者）：本しくみを構成する対象者支援に関わ

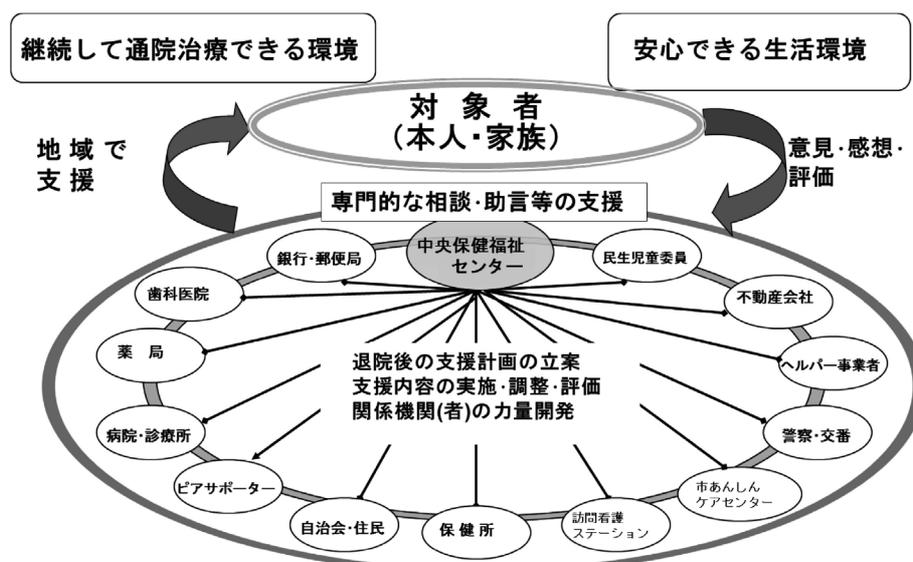


図1 対象者の退院後の地域生活を関係機関（者）により支援するしくみ

る機関（または個人）、センター、保健所、地域住民、A精神科病院、ピアサポートセンター等。

II. 実施及び評価方法

センター所属の管理責任者1名（以下、リーダー）と担当係員である保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、行政事務職計4名（以下、メンバー）が、しくみの構築・継続に向けて以下の項目を計画して実施し、関係機関（者）及び対象者の立場から評価した。

1. 関係機関（者）の支援ニーズの把握と支援ニーズに対する支援及び評価

実施方法として、リーダー及びメンバーはA精神科病院、訪問看護ステーション、ヘルパー事業者、ピアサポートセンター、自治会及び住民等15関係機関（者）と個別に対話して、対象者の退院後の地域生活を支援するための考え・思いや調整困難な事項等、お互いの状況を伝え合い、対象者の退院後の地域生活を支援するためにセンターと個別の関係機関（者）が協力連携して何ができるかを共有した。

関係機関（者）はセンターに対し、共通して、具体的な支援方法、対象者の支援時における緊急時の対応、必要時の関係機関（者）との同行訪問を期待していた。そこでセンターは、関係機関（者）からの個別の相談に対し、具体的な支援方法を提案するとともに、緊急時の対応と必要時の同行訪問を約束し、その後、実施した。

センターは、関係機関（者）との個別の対話から、関係機関（者）に精神障害をもつ人への憶測等があること、また対象者の言動の捉え方や支援方法に関する疑問があることを認識し、それに対して、精神障害をもつ人的確な対象理解にもとづく支援技術の習得を促す必要性を把握した。その後、それらのニーズに対する専門的な相談や助言の支援を行った。具体的な相談内容を以下に例示する。

センターは、関係機関（者）から「対象者から『もう来なくていいよ』と言われた。本人にとってサービスが必要なくなったのか」「対象者宅で何に注意すればいいか」「対象者の金銭管理を担える機関はないか」等の相談を受けた。そこで、センターは関係機関（者）に対し、精神障害をもつ人への関わり方・接し方や対象者の支援に活用できるサービスの制度内容等について以下のように助言及び情報提供を行った。

「対象者は誰に対しても『もう来なくていいよ』と連呼する。しかし、次の訪問の際、対象者は拒絶もなく家に招き入れている。その状況から考えると、対象者の『もう来なくていいよ』という発言は言葉の裏返しである。対象者の発言の意味は『また、来てね』と表現していると考えてよい」「（アルコール依存症の対象者には）飲酒に注意が必要である。その為には、自宅を訪れた時に冷蔵庫の中やゴミ等にアルコールの缶等が無いかを確

認することで十分な観察であり、支援である」、[対象者の金銭管理が担える制度として、成年後見制度がある。親族や市長が対象者の金銭管理を裁判所に申立てることで成年後見制度上の金銭管理を担うことのできる人が選任される]

このような支援に対する評価を、以下の2. と合わせて行った。

2. 退院前ケアミーティング及び支援状況報告会の実施及び評価

主たる実施方法として、図2に、しくみにおける支援情報の共有・検討の機会を示した。対象者の支援情報の共有・検討の機会として、入院中に実施する退院前ケアミーティングと、退院後3ヶ月目までの間、約1ヶ月に1回、計3回の「支援状況報告会（以下、支援報告会）」を行った。対象者は、2011年4月から9月末日までにA精神科病院を退院した者であった。

対象者13名に対し、13回の退院前ケアミーティングを行ったが、うち1名は退院前に症状悪化により退院中止となったため、支援報告会の対象者は12名であった。対象者の退院支援計画（案）は、対象者の退院予定日の決定に伴い立案した。その際、対象者とA精神科病院及びセンターが、対象者本人がどのようなことを希望し、その希望に対しどのような支援等が必要であるか等について話し合い、支援内容を立案した。

センターは、関係機関（者）間の意見対立を調整しながら対象者への支援方針を統一し、専門的な知識・技術の提供により、関係機関（者）の不安等を解決するように努めた。

退院前ケアミーティング及び支援報告会では、対象者の退院支援計画（案）をもとに関係機関（者）で意見交換を行うとともに、対象者の支援における各関係機関（者）の役割を確認した。その際、各関係機関（者）の役割分担を予め割り振るのではなく、意見交換等を行うことにより、対象者への支援状況等の実態を把握しながら、各関係機関（者）が自ら担えると判断した役割を分担できるよう柔軟に調整した。

このような実施内容の評価方法として、関係機関（者）が対象者の地域生活を継続するための支援方法の評価を行い、必要時に支援内容を見直し、対象者の地域生活の支援方法等を修正した。

退院前ケアミーティング及び支援報告会の運営の質を維持向上するために、毎回、参加者に質問紙を配布し、

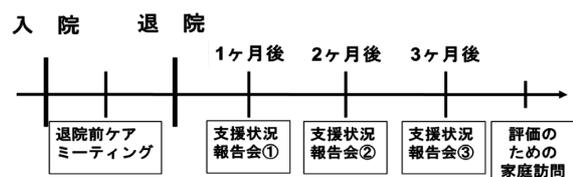


図2 しくみにおける支援情報の共有・検討の機会

それに基づいて評価を行った。調査項目は、報告会等への参加による効果の認識であり、「明らかにしたいと思った項目を明らかにできたか」について6項目の質問項目により問い、それぞれ「できた/できない」の2段階で評価し、報告会への参加の効果を8項目の質問項目により問い、5段階で評価することとした。リーダーは調査の評価結果をメンバーに示し、改善点等について検討し、次の報告会等に反映させた(表1, 図3)。

3. 評価のための家庭訪問の実施

しくみの成果の評価方法として、リーダー及びメン

バーは対象者の意向に即した関係機関(者)からの支援であったか等を把握するため家庭訪問を実施した。家庭訪問の実施時期は、支援報告会③終了後に家庭訪問を行った(図2)。

対象者による評価項目は、退院前の「本人の希望」を対象者本人が覚えているか、対象者の現在の生活の主観的満足度(最大100, 最小0とした場合の値)及び現在の生活で満足している内容等であった(表2)。

退院前の「本人の希望」の認識は、聴取した内容を、全て認識, 概ね認識, 半分程度の認識, 認識無しの4段階で評価することとした。

表1 関係機関(者)[実29ヶ所 延べ190ヶ所]が対象者12名に対する各々の支援報告会等において、明らかにしたいと思った項目と項目ごとに明らかにできた割合

	退院前ケア※		支援報告会①※		支援報告会②※		支援報告会③※	
	課題選択機関数(課題解決割合)							
1. 対象者への支援方針	47	(100)	49	(100)	50	(100)	36	(100)
2. 自組織の担う役割	47	(100)	49	(100)	50	(100)	38	(100)
3. 精神障害をもつ人への関わり方・接し方	30	(90)	31	(100)	30	(100)	24	(100)
4. 他関係機関の担っている役割	48	(97)	48	(100)	49	(100)	35	(100)
5. 家族等への助言方法	30	(88)	30	(100)	28	(100)	20	(100)
6. 対象者支援に活用できるサービス等の制度内容	39	(100)	41	(100)	41	(100)	29	(98)

※左側の数字は関係機関(者)[実29ヶ所 延べ190ヶ所]が対象者12名に対する支援報告会等において、その項目を明らかにしたいと回答した関係機関(者)数

()の数値はそのうち、その項目について明らかにできたと回答した割合

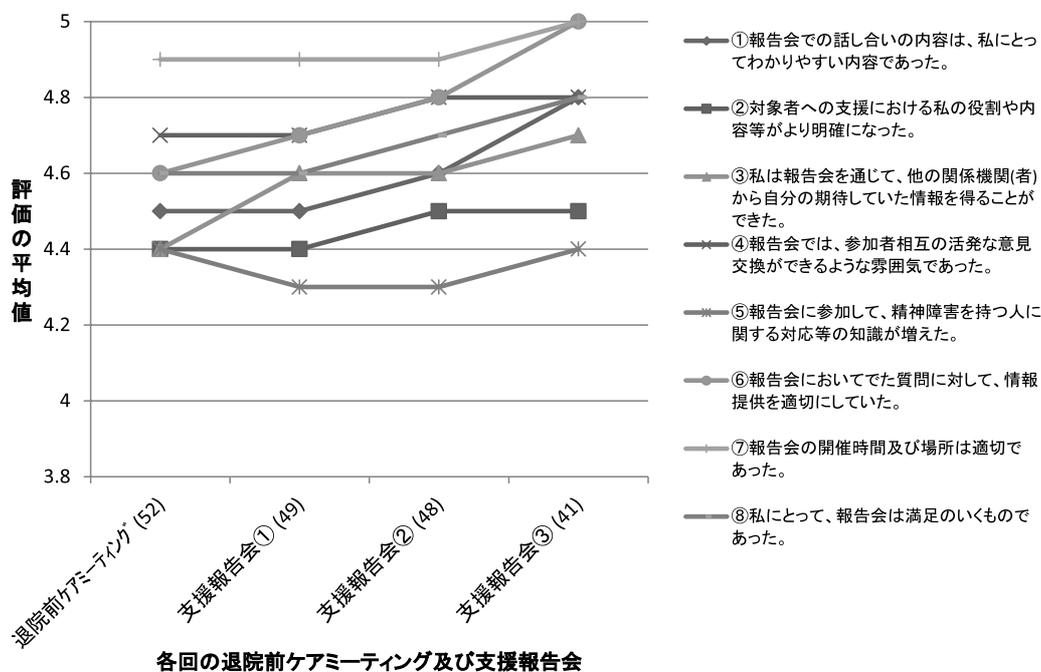


図3 支援対象者12名に対する退院前ケアミーティング及び支援報告会についての関係機関(者)の評価

表2 家庭訪問にて聞き取った対象者ごとの主観的満足度等の状況

※1 ◎:全て認識 ○:概ね認識 △:半分程度の認識 ×:認識無し

※2 最大100、最小0とした場合の値

対象者	退院前の「本人の希望」の内容	「本人の希望」を本人が覚えているか※1	現在の生活の主観的満足度※2	現在の生活で満足している内容等
1	・お酒無しに生活していきたい。 ・デイケア等、確実に通いたい。 ・親や近隣に迷惑をかけないように生活したい。	◎	100	・ヘルパーさんが来てくれて、話せること。 ・自分のことを心配してくれ、時には怒る等、はっきりしたところが安心する。 ・掃除や患者会に参加したことを話す、その事実を認めてくれること。 ・自分で、バス等の時間を調べて行動できること。
2	・家で服を着る。 ・お母さんと仲良くする。 ・薬を飲むことを忘れないようにする。	○	100	・自分の家にいれること、サポーター(ピアサポーター)の人と話せること。 ・デイケアで料理を体験できること。 ・自分の部屋があること。
3	・自分を理解してくれる人を探したい。 ・母親ともう一度、話していきたい。 ・赤ちゃんが無事に生まれてほしい。	○	100	・通院や家のこと等、一人で頑張らなくても、助けてもらえること。 ・お腹の子が大きくなっていることを皆さんにわかってもらえること。 ・お酒を飲んだ時に、本気で怒ってもらい、自分で気づけたこと。
4	・悪いところがあれば、全部見てほしい。 ・ご飯をちゃんと食べる。	○	100	・Sさん(同居人)と一緒に生活できることが嬉しい。 ・福祉のおかげで、お風呂に入れること。 ・みなさん(関係機関の方)が親切にわかりやすく話をしてくれること。
5	・家に帰りたい。 ・タバコを吸いたい。 ・お願いっぱい、ポテトを食べたい。	△	100	・ご飯をお腹一杯食べれること。 ・施設の人から煙草をもらえること。 ・バス(施設の送迎車)に乗れること。
6	・一人では不安なのでグループホーム等に入所したい。 ・デイケアに参加したい。 ・タバコを極力、少なくしたい。	◎	95	・施設に入所したこと、また、世話人がアドバイスをしてくれること。 ・退院がしっかりとできてきていること。 ・退院しても先生が話をしっかりと聞いてくれること。
7	・家族に迷惑になるので、このまま入院していきたい。 ・一人では食事の準備ができないので、弁当を買ってきてほしい。 ・あまり夫を頼りにしたくない。	○	90	・自分の考えていたヘルパーの役割とは違い、満足している。 ・自分の家に住んでいること、また、子どもたちが来てくれること。 ・近所の方が声をかけてくれ、心配してもらっていること。
8	・自分の家でおいしい物を食べたい。 ・ヘルパーに手伝ってもらいたい。 ・お金の管理ができないので、一緒に買い物に行ってもらいたい。	○	80	・いろいろな種類の食事が食べれる、とれる事。 ・掃除の仕方を教えてくれる。また、自分ができる。 ・買い物と一緒にしてくれるので、店のツケなしにたくさん、買える。 ・先生(関わってくれている関係機関(者))にも褒められる。
9	・家族に頼らなくても、過呼吸の出た時の対処がわかる。 ・日中、寝てしまおうと夜間寝れなくなるので、日中は活動する。 ・通院は予定どおりする。	○	80	・ピアサポーターやフリースペースの場で話ができること。 ・自分の家で両親と暮らせること。 ・一日の生活リズムができてきていること。
10	・自宅に戻りたい。 ・教会の人と話したい。また、助けてもらいたい。	○	70	・自分の家にいるのだから、自由にできて満足。 ・教会の人がいろいろな食べ物を作ってくれる。
11	・退院して自由に化粧をしたい。 ・就労等してみたい。 ・自由にビデオを見てみたい。	○	65	・お父さん、お母さんが仲良くしていること。しかし、自分は両親に迷惑をかけている。 ・通院がしっかりとできてきていること。 ・退院しても先生が話をしっかりと聞いてくれること。
12	・自宅に帰り、通院の方法としたい。 ・近隣に迷惑をかけない。	△	50	・退院できたこと。

現在の生活で満足している内容等は、各対象者の自由回答の内容を類似性・相違性をもとに分類し、要約した。主観的満足度に関してはvisual analogue scaleを用いた。

4. 共有すべき情報やしくみの体制等を可視化した情報集の作成

本しくみの継続のための方法として、共有すべき情報やしくみの体制等を可視化した情報集を作成した。情報集の作成の副次的な効果として、市内他区でも情報集を作成し、しくみを一層、普及させることを意図した。具体的には、センターは退院前ケアミーティング及び支援報告会等のしくみづくりの過程で関係機関(者)のサービスの提供状況を把握し、それらのうち共有すべき情報やしくみの体制等を可視化した媒体として情報集を作成した。情報集の掲載項目は、参加した関係機関(者)名、活動内容、精神保健福祉活動に関する特徴的な活動及び費用負担等とした。

また、情報集には退院前ケアミーティング等の場面に

おいて関係機関(者)が投げかけた質問事項やその質問の説明に用いた資料を掲載した。さらに、情報集の資料編として、しくみがどのように作られたのか、また、今後、新たに参加する関係機関(者)に期待する役割についても明記した。

このような取り組みの評価方法として、しくみに参画した関係機関(者)の継続への意思及びしくみを取り巻く環境・状況の変化を観察した。具体的には、対象者ごとの退院前ケアミーティング及び支援報告会終了時に関係機関(者)に対し、関係機関(者)の参加満足度、不安事項等の軽減度、退院ケアミーティング等への参加環境を評価するための質問紙調査を行った。併せて、参画関係機関(者)の増加や他区の取り組みを観察した。

III. 倫理的配慮

1. 対象者等への倫理的配慮

退院後の地域生活の支援に関し、退院前ケアミーティ

ング開催前及び地域での日常生活が継続的に進められた時点で対象者の自由意思により協力の可否を判断してもらうようリーダー及びメンバーが対象者に説明して、協力を依頼し同意を得た。説明内容はしくみづくりへの不参加による対象者の不利益が生じないこと、退院調整にて知り得た情報は、A精神科病院個人情報取り扱い規則及び市個人情報保護条例等の規定に従い個人情報の保護を厳守すること、情報提供に関しては、規定に則りセンター及び関係機関（者）は対象者の同意を得て提供することであった。

2. 協力を依頼する関係機関（者）への倫理的配慮

センターは、関係機関（者）にしくみづくりの目的と内容を書面と口頭で説明し、同意を得た。センターは、関係機関（者）に不利益が生じないように配慮し、しくみづくりの過程で知り得た情報に関して、市個人情報保護条例等の規定に従い個人情報の保護を厳守した。

IV. 結果

1. センターの関係機関（者）に対する支援内容に関する関係機関（者）による評価

A精神科病院を会場として、12回の退院前ケアミーティングと延べ32回の支援報告会を実施し、参加関係機関（者）は、実29ヶ所・延べ190ヶ所であった。

センターは、対象者の支援に必要な各種保健福祉サービスの内容及びサービス利用に係る利用料金等に関し、支援報告会等で情報提供を行った。さらに、事前に把握した関係機関（者）の対象者の退院後の地域生活支援についての開始前の考え・思いや退院前ケアミーティング開催・参加等に関しての要望を退院前ケアミーティング及び支援報告会に意識的に取り入れ運営した。

センターが各々の関係機関（者）の状況に即して支援を実施した結果、実現可能な支援内容に関する見直しができた。

このように、センターは対象者の希望のみならず、関係機関（者）の要望もしくみづくりに反映させ、中立的な立場で関係機関（者）への負担が偏らないよう配慮し、緊急連絡先等を担い、関係機関（者）への支援を保障した。

表1は、対象者12名に対する各々の退院前ケアミーティング及び支援報告会において、関係機関（者）（実29ヶ所・延べ190ヶ所）が明らかにしたい項目と回答した関係機関（者）数とその項目について明らかにできたと回答した割合である。退院前ケアミーティングで86%以上、支援報告会では支援報告会③の1項目を除いて、全ての項目で100%であり、全体を通じて100%に近い割合を示している。

このことから、対象者ごとの退院前ケアミーティング及び支援報告会において、関係機関（者）が明らかにしたいと思った内容に対してその内容の意見交換等が行われ、明らかにできたといえる。また、センターが退院前

ケアミーティング及び支援報告会を効果的かつ効率的に運営し、しくみづくりを支援したといえる。

図3は、対象者12名に対する退院前ケアミーティング及び支援報告会についての関係機関（者）の評価結果である。縦軸に評価の平均値、横軸に各回の退院前ケアミーティング及び支援報告会が示されており、各プロットは支援報告会毎の質問内容における評価の平均値を表している。

各回の退院前ケアミーティング及び支援報告会の評価の平均値は、5段階評価で4.3以上であった。評価の平均値は、退院前ケアミーティングよりも支援報告会の方が高く、しかも、支援報告会の開催を重ねるごとに高くなっていった。

センターが各回の支援報告会等を評価して、結果の改善点を次の支援報告会等に反映できたことが有効であったと評価できる。

2. 対象者の主観的満足度という観点からみた評価

表2は、対象者の退院3ヶ月後に家庭訪問にて聞き取った対象者ごとの主観的満足度等の状況である。

対象者が考え・思った退院前の本人の希望の内容、家庭訪問時に本人の希望を本人が覚えているか、現在の生活の主観的満足度及び現在の生活で満足している内容等を示している。

退院前の本人の希望は、対象者12名中10名（83.3%）がその内容を全て認識又は概ね認識していた。現在の生活の主観的満足度（最大100、最小0とした場合の値）は、対象者12名中9名（75%）が80以上と答えていた。このことは、対象者が考え、思っている退院後の地域での日常生活の内容が反映できた支援であると評価できる。

現在の生活で満足している内容は、退院前の「本人の希望」の内容に関連する内容を答えた対象者が7名（58.3%）、関係機関（者）の支援による内容を答えた対象者が11名（91.6%）であった。主な内容は、「関係機関（者）と話せる、心配してくれる等の円滑な対人関係」、「買い物や食事等の生活スキルに関する支援」であり、関係機関（者）の支援が対象者の地域生活の満足に大きく関わっている可能性が示唆された。

また、退院3ヶ月後の評価では対象者の症状悪化による医療機関への再入院はなかった。

3. しくみの継続に向けた取り組み

センターは、対象者を支援した関係機関（者）に対し、関係機関（者）に関する情報、しくみ及び評価・改善の方法等を掲載した情報集の作成を提案し、同意を得て、情報集を作成した。

関係機関（者）がしくみの継続の必要性を認識し、さらに精神科医療機関1か所が加わった。また、しくみの全市への展開が本庁において合意され、翌年度に事業化された。

V. 考察

本しくみの特徴は、精神保健福祉責任部署である行政機関として、センターが主体となり、専門知識を有する保健師等がしくみづくりに従事したこと、対象者の意向に即した支援であったこと、及び複数の関係機関（者）が対象者への支援に関わり、センターが関係機関（者）の必要時に、その対象者への支援に関する不安・負担の軽減を図ったことといえる。

そこで、本しくみづくりにおけるセンターの実施内容をもとに、国が推進しようとしている民間医療機関等を含めたしくみにおける行政機関の役割を考察する。

1. 関係機関（者）による対象者への支援に関する理念形成

本しくみづくりでは、センターが退院前の対象者に関わり、対象者の考え・思いに即して対象者の退院後の地域生活を支援するために、関係機関（者）間の支援の調整を行い、その後の対象者の生活状況について把握し、しくみによる支援の過程と効果を評価した。

対象者及び関係機関（者）からは、比較的高い評価を得られたと判断できた。関係機関（者）は、支援報告会等を重ねる毎に参加による効果を認識し、自分の役割を明らかにするための学びの場とすることができ、運営に関し満足していた。

また、対象者の評価から、対象者の高い主観的満足度に、関係機関（者）の支援が大きく関連することが示唆された。対象者は関係機関（者）との円滑な人間関係や生活スキルに関する関係機関（者）からの支援を認識していた。対象者の高い主観的満足度と関係機関（者）の支援の関連性の一因として、関係機関（者）がセンターの保健師等の支援により、対象者理解にもとづく支援方法を学び、対象者の意向に沿った支援を行ったことが考えられる（表1、図2、表2）。

対象者及び関係機関（者）からの比較的高い評価には、センターの保健師等が主体となって、対象者の入院前の受診援助から退院後の地域生活支援まで、関係機関（者）と共に継続的に取り組んだことが寄与したと考える。

特に、対象者と地域住民間、あるいは事業所間の利益や考え方の対立等に対し、対象者及び各々の関係機関（者）のいずれの立場にも偏ることなく、関係機関（者）各々の利益等を保証したこと、対象者の希望にもとづく地域生活支援のしくみをつくることに配慮したこと、すなわち各々の状況に即して取り組んだことが寄与したと考える。

三品は [6]、アウトリーチはホームヘルプや訪問看護など様々な機関が実施しているが、理念がまちまちなことが問題と述べている。また、豊満は [7] アウトリーチにより医療機関と行政の連携が促進され、行政機関の関わりにより、地域資源と医療機関との協力が推進されや

すくなると述べている。

センターには、精神保健福祉分野に専門知識を有する保健師、精神保健福祉士等が在籍している。センターは、関係機関（者）に対して対象者の考え・思いを優先した支援という理念を踏まえた専門的助言等を行い、関係機関（者）の不安等の相談に対応した。

センターがこのような調整役割を担ったことで、関係機関（者）は支援を通して精神障害をもつ人の地域生活への関わり方や接し方を学んで共有し、対象者への支援における理念形成を行うことができたと考える。各関係機関（者）は、対象者の考え・思いを優先した支援という理念を共有したことにより、協力しやすくなったと考える。

対象者への支援に関する理念形成は、全住民の権利を保障する行政の役割であり、対象者の考え・思いに即した関係機関（者）間の支援調整及び利益等の保証は行政保健師等の専門職の役割行動の一環と考える。

2. 対象者への支援に必要な関係機関（者）の知識と技術の開発支援

本しくみでは、対象者への支援に必要な関係機関（者）への知識と技術の開発支援として、センターは関係機関（者）への専門的な相談や助言等の支援を行った。

具体的には、退院前ケアミーティング及び支援報告会の場面において関係機関（者）への支援として対象者への支援内容等の意見交換のほか、精神障害をもつ人への関わり方・接し方及び対象者の家族等への助言方法や対象者の支援に活用できるサービスの制度内容等に関し、適時、情報提供を行った。

併せて、センターは関係機関（者）に対し、対象者への支援方法や支援内容等を評価する方法を示しながら支援技術の開発を支援し、関係機関（者）間の共有を促した。このような支援方法により、関係機関（者）が自分の役割と遂行方法を明らかにするための学びの場とすることができたと考えられる。

以上のように、各対象者の地域生活支援の課題等を解決するにはどのような地域資源を活用すればよいか、また支援する関係機関（者）が担うべき役割と課題は何かを関係機関（者）とともに検討し、評価して継続的に地域資源の質改善を行うことは、地域資源の開発に責任を持つ行政機関にとって必要であり、担う役割と考える。

3. しくみの開発と普及に向けた地域の各資源の負担軽減と均等化

三品は [8]、地域に密着している機関でないと生活支援できないと述べている。すなわち訪問看護ステーション、ホームヘルパー事業者等の関係機関（者）が、生活支援の地域資源になるにはこれまでの着実な活動とそのため一定の時間が必要と考えられる。したがって、限られた現有の地域資源である関係機関（者）を行政機関として支えながらしくみをつくる必要がある。

今回、センターは支援報告会等のなかで関係機関(者)による対象者への支援状況等の実態を把握しながら、各関係機関(者)が自ら担える・担いたいと判断した役割を分担できるよう柔軟に調整した。

また、センターはしくみに参加した関係機関(者)が会議等で要している時間等も含めたコストのかかり具合を把握し、特定の関係機関(者)に負担が偏らないよう調整した。

この調整の際、センターは対象者への支援における関係機関(者)の主体性を大切にしながら、より客観的・中立的な調整を心がけ、関係機関(者)各々の対象者への支援に対する思い入れが関係機関(者)による思い込みにならないように調整した。併せて、行政は地域資源の全体を見渡せる行政機関としての立場を活かし、特定の地域資源に負担が偏らないように調整した。

しくみを維持・継続するためには、このような対象者・関係機関(者)双方のニーズの両立を目指して、いずれの当事者の不利益も回避するように配慮し、各々の参画意識を高めるためが必要と考える。

また、センターは精神保健福祉責任部署として、関係機関(者)に対し対象者に関する緊急連絡先となり、関係機関(者)への支援を保障した。Gottliebらは[9]、「パートナーシップによるケアのためには、パートナーがともに同意した目標とその達成のために責任をともに担うことが重要」と述べている。

対象者の地域生活の移行の阻害要因として、入院により問題解決といった住民の認識や「悪化したらどうするのか」等の関係機関(者)の不安・負担感が考えられる。センターが緊急連絡先となり、公的な精神保健福祉責任部署として責任を担ったことにより、関係機関(者)が安心して対象者支援に専念できたと考える。

VI. 結論

行政機関がしくみに対し、どのように責任を負うのかを明確に提示することは関係機関(者)と信頼関係を構築し、しくみづくりへの参画意欲を高める一因と考えられる。行政機関は退院前の対象者の情報を把握し、地域資源等の情報を収集できる基盤を持ち、必要な地域資源の計画的整備に結びつけることができる。

したがって、対象者のニーズを充足するための地域資源の開発・普及に関する調整、さらに現行制度の運用における地域資源の課題を検討し、課題解決に向けた制度の変更を図ることは行政機関の役割と考える。

本しくみづくりでは、行政の精神保健福祉責任部署としてセンターが主体となり、専門知識を有する保健師等

がしくみづくりに従事し、対象者の意向に即した支援の理念を形成した。これは、関係機関(者)による対象者への支援に関する不安・負担の軽減を図り、知識・技術開発の支援を行ったことが有効であったと考えられる。このような支援は、精神障害者の地域生活への移行における行政の役割と考える。

本論文は、千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学専攻における修士研究報告書の一部に加筆・修正をしたものである。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただきました関係機関(者)の皆様、メンバー及びセンターの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- [1] 厚生労働省, 編. 厚生労働白書(平成21年版). 東京:ぎょうせい;2009. p.43-60,199-206.
- [2] 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 東京:厚生労働省;2004. p.1-3.
- [3] 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き. 東京:厚生労働省;2011. p.1-2.
- [4] 社会保険実務研究所. 精神障害者アウトリーチ 厚生労働省 都道府県で推進事業を試行実施へ 保健所は実施医療機関等の支援を. 週刊保健衛生ニュース. 2011;1605:2-5.
- [5] 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き. 東京:厚生労働省;2011. p.7-13.
- [6] 社会保険実務研究所. アウトリーチで保健所向け研修会 保健所は入院の歯止め推進事業に積極関与を. 週刊保健衛生ニュース. 2012;1653:49.
- [7] 社会保険実務研究所. 精神科医療機能分化検討会 アウトリーチで地域生活の可能性が拡大. 週刊保健衛生ニュース. 2012;1656:16.
- [8] 社会保険実務研究所. アウトリーチで保健所向け研修会 保健所は入院の歯止め推進事業に積極関与を. 週刊保健衛生ニュース. 2012;1653:48-9.
- [9] Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C. 吉本照子, 監修. 協働的パートナーシップによるケア 援助関係におけるバランス. 東京:エルゼビア・ジャパン;2007. p.126-44.