

25. 退院支援事業における退院支援コーディネーターと保健所の役割を考える

雨宮洋子、小泉典章（長野県精神保健福祉センター）、竹入由香（長野県障害者自立支援課）

要旨：長野県では、障害福祉計画において23年度までに230人の退院可能精神障害者の退院を目標としている。H15～18は、保健所を中心とした退院支援を行ってきた。H19からは、精神障害者退院支援コーディネーターを配置し、精神科病院への積極的働きかけにより、協力病院数はH18の10か所から27か所に増加した。また、入院している120人に対して支援を行い、51人が退院となった。また、10圏域全てに地域自立支援協議会に退院支援専門部会等が設置された。今後は、居住の場の確保をはじめ入院中から退院後の生活まで継続した支援が可能となるようネットワーク構築を推進していく必要がある。そのため、地域精神保健を担う保健所の果たす役割が重要となってくる。

キーワード：退院支援コーディネーター、保健所、地域自立支援協議会

1 目的

H15～18は、保健所が中心となり入院患者（対象者）に対し「退院支援員」を派遣し、マンツーマンで外出支援や社会復帰施設の体験利用等の支援を行ってきたが、協力病院や社会資源が増えず、地域に偏りがあった。

また、保健所は精神保健福祉法に基づく指導や緊急対応等で忙しく、タイムリーな支援が来ない、専任で退院支援に当たれないというマンパワー不足の課題があった。

そこで、H19から障害者総合支援センター4か所に専任の退院支援コーディネーターを配置し、ケアプラン作成、ケア会議、ネットワーク作りを推進してきた結果、協力病院数、対象者数が増加した。コーディネーターの活動から成果と課題をまとめ、居住の場の確保、地域生活移行の支援ネットワーク構築をさらに推進するための保健所の役割について検討する。

2 退院支援事業の実績

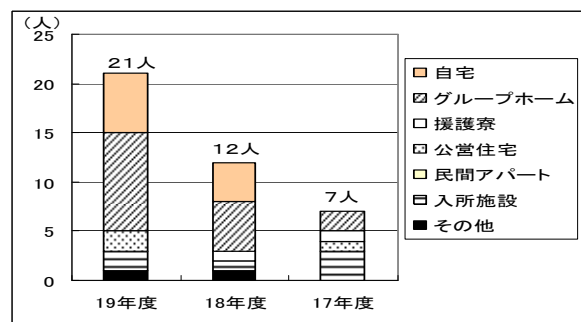
(1)対象者及び退院者の推移（3年間）

①対象者、退院者と協力病院数

年度	H17	H18	H19
対象者数(うち1年以上入院)	22(22)	22(19)	120(62)
退院者数()	7(7)	15(12)	51(21)
協力病院数	8	10	27

H19は、対象者、退院者、協力病院ともに大幅に増加している。なお、H19から対象者は、入院期間、年齢等は問わないこととしている。

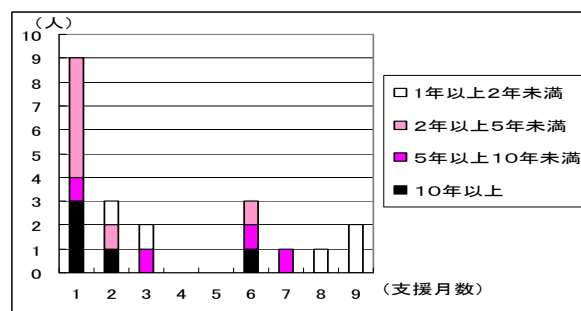
②入院期間1年以上者の退院先



H19は、特にグループホームへの入居者が増加している。

(2)H19の1年以上入院者のうち退院者の状況

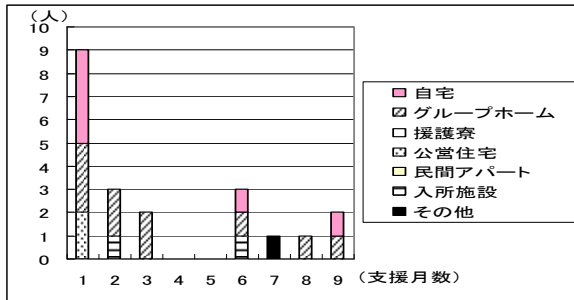
①入院期間と支援期間



入院期間の平均は9.9年。入院期間に関わらず、短期間の支援でも退院に結びついている。その際のコーディネーターの主な支援内容は、本人の自信回復のための継続した面接、ケア会議における各分野の支援者間の調整、退院後の生活支援等多岐に亘っている。支援

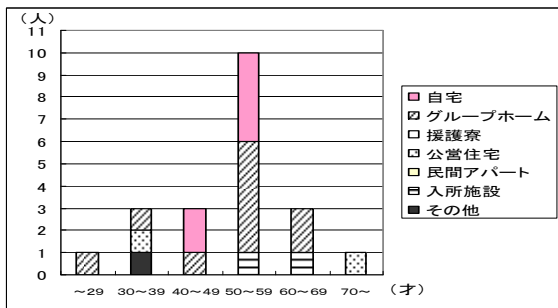
期間が比較的長い場合は、圏域を超えた関係者との調整、入院前のトラブルに遭遇した者の理解を得るための調整など行っている。

②支援期間と退院先



自宅やグループホーム等退院先が決まっている対象者は支援期間が短く退院している。

③年齢と退院先



50代が多いが、最高年齢は77歳であり、退院先も年齢を問わず様々な可能性がある。

3 コーディネーターの利点と成果

(1)実践による活動周知

初年度は、コーディネーターの存在と有効性を周知するため、医療機関に対し積極的な働きかけを行った。それにより、医療機関がコーディネーターを認知し信頼が得られ、多くの対象者への関わる機会に結びついた。

(2)対象者へのタイムリーな介入

対象者の選定条件を定めず、医療機関からの求められる支援を提供し、タイミングよく関わることで、短期間で対象者のニーズに沿った支援ができた。

(3)ストレングス視点によるケアマネジメント

入院患者の自発性の低下に対し、退院後の生活を共に描くことで、あきらめていた地域生活に向けた本人の自信を取り戻すための手助けができた。

(4)入院中からの退院後を見据えた支援

退院後の生活を見据えた生活全般にわたる支援を継続したことにより、退院後も安心して地域生活を送ることができた。

4 コーディネーターの課題

(1)チームワークの浸透

初年度は、コーディネーターと関係者の援助方針の足並みが揃わない事案も聞かれ、支援を中断した事例もあった。今後は更にコーディネーターのみならず関係者とともにチームアプローチによる支援が必要である。そのため、チームの核となる存在が重要であり、退院支援をコーディネーターのみならず、さまざまな機関で実施していくことができるよう、支援ノウハウを共有し、退院支援を普遍化（システム化）していく必要がある。

(2)退院後の地域生活支援の継続性

退院後、不安なく地域生活を継続するためには、コーディネーターから次の支援者に引継ぐためのネットワークづくりが必要である。

(3)個別支援中心から地域の体制整備へ

初年度は、コーディネーター自らが行動し、個別支援を中心に現にあるサービスを活用し、退院支援を行ってきたが、まだまだ社会資源は不足している。社会資源の構築など受け入れ体制の整備に力を入れていく必要がある。

(4)さまざまな角度からの退院支援

精神障害当事者（ピアカウンセリング、支えあい活動支援事業の活用等）との協働、医療機関独自の退院支援対策との協働、他障害の福祉サービス事業者からの協力等、バリエーションに富んだ地域生活移行支援を行っていくことが求められる。

5 保健所の役割

(1)地域支援の体制整備

住民への啓発活動及び社会資源や支援体制の構築を目指し、地域自立支援協議会への参画と提言を行う。

(2)コーディネーター活動の基盤づくり

医療機関、市町村等関係者の理解と協力が得られるよう、コーディネーターをバックアップする。

(3)退院後の地域精神保健の視点による支援

入院当初から、受診・服薬継続のための支援、緊急時や家族の対応等予防的視点で支援する。

6 おわりに

保健所とコーディネーターが協働して精神障害者支援を行うことにより、支援体制の構築、退院後の生活状況等に注目していきたい。