

題 目：

精神障がいを持つ方の脱施設化に向けたより有機的・体系的な支援システムの構築
～当事者の参画と医療・地域・行政を統合する地域コーディネーションの意義と効果～

序 章 研究の背景と目的

日本における精神科病床数と長期入院者数は国際的にも突出して多く、その解消は長年の課題である。H12年に「精神保健医療の改革ビジョン」により7万人の社会的入院となっている長期入院者を10年以内に退院させるという目標を掲げ、H16年からはケアマネジメントの手法を取り入れ、ピアサポーターの導入も含めた退院促進支援事業が開始された。たが、現在に至ってもその目標は達成されていない。また制度の変遷により、ケアマネジメントが総合支援法のもと地域移行・定着支援として個別給付化されたが、医療機関と地域事業所をつなぐ体制整備コーディネーターが廃止されるなど、地域における体系的な支援が難しくなった。さらに、支援は本人が希望し契約をしないと開始できず、長期の入院で意欲の低下した方などには支援の手が届かなくなってしまう。

本論文は、脱施設化の遅れにより精神科病院に長期の入院を余儀なくされてきた精神障がいを持つ方々の地域移行とより良い地域での生活に向け、イギリスの精神保健政策を構築したソーニクロフトらが考案した『メンタルヘルスマトリックス(以下マトリックスモデル)』を援用した精神科病院などの医療機関や地域の相談支援事業所や他の地域支援、行政機関が統合され、そこへの当事者の参画を基本としたより有機的・体系的なシステムモデルの構築することを目的とする。

第1章 理論枠組みの構築 文献レビュー

目 的： 脱施設化が行われ地域支援システムが発展している欧米での経過をまとめ、より良い地域支援システムを発展させる要因を明らかにし、脱施設化の経過の中で発展し通底している理念をまとめる。また、日本でのこれまでの研究から、脱施設化が進まない要因と課題を明らかにし、マトリックスモデルを援用した理論枠組みを構築する。

方 法： 検索サイトを利用し文献の収集を行った。各文献の引用文献から更に文献の追加を行った。抽出された文献は、タイトル・要旨などで絞り込みを行った。また、各国の制度などは各国の担当省庁のホームページ等から資料を入手した。厚生労働省の公表しているデータ、科学研究費補助金(科研費)による研究報告書も検索し追加を行った。

結 果：

1) 欧米における脱施設化は1960年代後半から進み、以降20年間ほどで精神科病床を半数以下に減らし地域移行を進めた。その過程でホームレス化が起こるなど、ニーズに合わせた支援が提供できないなどの問題が起こり、個々の支援をコーディネートするケアマネジメントが発展した。ケアマネジメントにも様々なモデルが生まれたが、仲介型モデルでは効果が見られ

ないことが示された。

2) 通底する理念として、発展当初の「人権・自己決定の尊重」から当事者が個々の人生の目的を見出すこと、そこへ向かう過程という、「リカバリーの理念」が発展し、多くの政策の基盤となっている。また、当事者が支援や政策を検証・改正していくためのメンバーとして参加する「Co-production」という理念も浸透し、重要な基盤理念となってきた。

3) 日本における課題として、精神科病床を欧米とは反対に増加させ未だに減らせない現状であること、ケアマネジメントは導入されたが、医療機関・地域事業所間の制度・機能的分断でニーズの把握が難しいこと、当事者の参画が進んでいないことなどがあげられた。欧米との比較により、日本における良い地域システムの要件として、①リカバリー志向の支援の導入、②地域事業所と精神科病院の協働、③地域事業所・精神科病院の連携づくり、④地域のニーズの把握と共有、⑤ニーズに基づいた支援計画・目標設定と当事者の参画、⑥支援の評価や課題の共有と当事者の参画、⑦広域での地域コーディネーションの7要素にまとめた。

結論：文献レビューによる結果から、より良い支援システムの構築のために7つの要素がまとめられた。特にシステムとして要素を採り入れていくために⑦の地域コーディネーションは重要な役割を担う。通底する理念として「リカバリーの理念」を全体の基盤とし、研究の概念枠組みとしてまとめた。また、システムモデルを構築する研究枠組みとして、メンタルヘルスマトリックスを改訂し、日本の地域レベルに合わせ7つの要素を組入れたマトリックスモデルを作成した。

第2章 全国における退院促進のための地域システムの現状と課題

相談支援事業所・市区町村・都道府県への質問紙による調査

目的： 地域システムの構築に関する現状と課題を明らかにするとともに、どのような具体的な取り組みが脱施設化に効果をあげているのか、その要因を検証しマトリックスモデルの改訂を行うこと目的とした。

方法： 研究枠組みに沿い「地域事業所・医療機関レベル」、「市区町村レベル」、「都道府県レベル」の3層レベルでの質問紙の郵送による調査を行った

結果：

1) 地域事業所・医療機関レベル：全国の地域移行・地域定着支援を行っている相談支援事業所から、各支援実績の上位10位の都道府県と居宅支援事業を行っている都道府県にある1,440ヶ所の相談支援事業所を対象とし、567事業所から回答を得た（回収率40.1%）。

退院支援を行っていた事業所は238ヶ所(43.3%)で、退院後の支援を行っている事業所は190ヶ所(37.8%)であった。ピアサポーターがいる事業所は50ヶ所(9.5%)にとどまった。退院支援への課題としては、月2回の訪問が難しいなどの人員不足や支給決定期間の短さなど制度の課題、そして本人が契約しない・退院意欲の低下などがあげられた。設立法人の違いで退院者数、退院支援者数に有意差があり、医療法人立の事業所が、社会福祉法人やNPO法人立などに比べ退院者や退院支援者が有意に多かった($p<.0024$)。体制づくりでも、「医療機関への働きかけ」「当事者の参加」という因子で退院者数、退院支援数共に関連があった。支援員の直接的

支援の実施度は、法人に関わりなく退院支援者数と関連が見られた。

2) 市区町村レベル：地域事業所・医療機関レベルと合わせ分析を行えるよう、回答を得た事業所を管轄している市区町村 358 ケ所の地域移行支援等を担当している部署を対象とし、107 の自治体から回答を得た（回収率 30.4%）。地域移行支援の実施実績有りは H25 年度で 45 ケ所（45.5%）、地域定着支援は 39 ケ所（39.0%）であった。システム構築のための支援では、実施している自治体が 50%を超えたのは『地域福祉計画等事業計画に数値目標を入れている』（75.4%）と『家族を協議会・連絡会の参加メンバーに加えている』（54.7%）の 2 項目だけであった。『居住支援協議会の開催』（1.9%）など、居所に関わる支援で実施度が低かった。実施度が 2%に満たなかった項目を除き 30 項目を因子分析し、1,多角的な評価と共有、2,医療機関への働きかけ、3,研修・連携の向上、4,普及啓発、5,当事者の主体的参加、6,公的な居所対策の 6 因子を抽出した。また、地域移行支援の実数(人口比)と精神科病床数でクラスター分析を行い 4 つのグループ (G1~G4) に類型化を行った。人口が多く精神科病床も多い G1 では、地域移行等支援の実績も上がっており、ホームヘルプや訪問看護等の資源も多かった。精神保健福祉士の数(人口比)が同様に精神科病床や人口の多い G4 と比べても有意に多い傾向($p<.008$)があった。支援実績がない G2 は、人口が小規模（平均 5.2 万人）で精神科病床数も少なく、全体にシステムづくりの実施度も低かった。システムづくり因子の「3,研修・連携の向上」で G2 に比べ G1・G4 の実施度が高($p<.008$)く、「2,医療機関への働きかけ」で G2 に比べ G1 の実施度が高かった($p<.008$)。地域移行支援の実施率には人口規模や精神科病床の有無、社会資源数、システム実施度による関連が見られた。

3) 都道府県レベル：全都道府県と政令市合わせ 68 自治体の精神保健福祉施策・地域移行支援事業を行っている担当部署を対象とし、45 の自治体から回答を得た（回収率 66.2%）。

都道府県で、全域の院可能な入院者数を把握していると答えた自治体は 6 ケ所（13.6%）だけであった。地域移行支援の実施状況の把握は 29 自治体（64.4%）であった。医療機関や事業所の職員など合同の研修会は 25 自治体（55.6%）で行われていた。退院促進支援事業から配置されていた体制整備コーディネーターは 12 ケ所（26.7%）で個別給付化後も配置されていた。地域移行に関するシステムづくりは活発に取り組んでいるは 5%であった。いくつかの地域・事業所・病院では進んでいるは 52%であった。体制整備コーディネーターの配置の有無と地域事業所レベルでの退院支援者数とを分析すると、体制整備コーディネーターの配置されている都道府県で退院支援者数の平均値が有意に高かった($z=2.49 p=.0013$)。またピアサポーターの育成事業の有無で事業所レベルでの因子当事者の参加を比較すると事業の有る方で参加度が高($z=2.40 p=.0016$)く、雇用補助の有無での比較では雇用補助が有る自治体の事業所で当事者の参加度が高かった($z=2.16 p=.003$)。

結 論： 3 層レベルでの調査において、事業所における人員不足やプレ支援ができないなど、制度枠組みの課題や、市区町村の人口規模や精神科病院の偏在などで支援に差が生まれているという課題が示されたが、①リカバリー志向の支援の導入に当たる直接支援の実施や当事者の参加、②地域事業所と精神科病院の協働、③地域事業所・精神科病院の連携づくりに関わる地域支援・事業の周知や医療機関への働きかけに効果が認められた。地域でどのような支援が出来るのかを周知し、支援を協働して進めていくことが重要である。行政機関が積極的に連絡会や研修会などを行い情報の共有や医療機関との連携・協働の機会にすることや市区町村の枠に

こだわらないシステムを構築するキャッチメントエリアの設定：⑦**広域での地域コーディネーション**も必要となるだろう。当事者の参加に関する支援や事業はいずれのレベルでも進んでいなかったが、ピアサポーターの参加など当事者の参加が退院者数と関連することも示されている。プレ支援の充実のためにも、どのように当事者の参加を促進していくかが課題となる。

第3章 地域・医療・行政・当事者が有機的・体系的に機能するシステムの在り方の検証

～ GP 地域への訪問調査 ～

目的： グッドプラクティス（GP）地域への訪問調査を行い、システムの詳細な実施状況と2章までで得られた結果の反映させたマトリックスモデルの要素の検証を行う。また、地域行政機関の担当者や地域事業所の職員からの聞き取りから、地域移行の地域システムにおいて地域事業所や精神科病院、行政機関、そして当事者を有機的に結びつけ機能させている要因を探り、マトリックスモデルを援用した支援システムモデルの改訂を行うことを目的とする。

方法： 第2章の質問紙調査の結果から、システムの構築のための実施度等の高い地域に、自治体の規模や当事者の参加度の高い事業所を含む地域などを考慮し訪問先の選出をおこなった。訪問時に該当自治体の担当職員に加え、地域事業所の職員、可能であればピアスタッフ、協働している医療機関の職員等の同席を依頼した。提供していただいた要綱・パンフレットなど資料と、インタビューの逐語録から質的な分析を行った。

結果： 調査への協力を得られた7地域と、対象には含まれていなかったが先駆的なシステム構築を始めているという1地域を加え8地域に訪問調査を行った。政令市が2ヶ所、中核市が1ヶ所含まれ、1地域は3市が合わさった保健所圏域での調査となった。合計22名の方のインタビューを行った。各地域とも地域移行に関わるシステムを独自に発展させており、自立支援協議会での地域移行部会に限らず、医療機関も含めた独自の連絡会や協議会を開催していた。現行制度では行われていない体制整備コーディネーターも、その名称のまま存続している地域や、独自の協議会などで地域のコーディネートを行う役割を担う地域もあった。そのような会議や勉強会では医療機関への働きかけが行われており、保健所職員が医療機関へ出向いた際や、他の目的の会議の場などでも意識して医療機関のスタッフへ働きかけるなどされていた。本人が契約する以前のプレ支援も全ての訪問地域で行われており、退院支援を行う上で重要な役割であることが認められていた。ピアサポーターも導入され、病院への訪問活動での長期入院者への退院意欲喚起だけでなく、病棟の看護師などの意識の変革にもその効果が認められていた。

より体系的にシステムを構築するために必要な要素としては、適切なキャッチメントエリアの設定と地域コーディネートを行う行政の役割があげられた。また、有機的にシステムをつなぐ要素としては信頼の構築、共通したりカバリー志向の共有が抽出された。さらに当事者の参画に関するカテゴリーでは主体的な活動の推進、ピアサポート・ピアサポーターをやる意味、そして信頼の構築がリカバリーの推進要因として抽出された。

結論： 訪問調査では、質問紙調査では確認できなかったプレ支援や情報の共有による効果も確認され、このシステムモデルの④**地域のニーズの把握と共有**、⑤**ニーズに基づいた支援計画・目標設定と当事者の参画**、⑥**支援の評価や課題の共有と当事者の参画**の有用性が検証でき

た。また、キャッチメントエリアの課題には自治体の区割りではなく、目的に合わせた区割りをすることが必要となることが示唆された。さらに、当事者が参画することによるリカバリーの効果はシステムのエネルギーとして循環していくことが考えられる。このような信頼とリカバリーで循環するシステムを構築していく必要がある。

第4章 総合考察

本論文は精神科病院に長期入院を余儀なくされている方の地域移行を推進する支援システムモデルの構築を目指した。文献レビューにより以下の7要素、①リカバリー志向の支援の導入、②地域事業所と精神科病院の協働、③地域事業所・精神科病院の連携づくり、④地域のニーズの把握と共有、⑤ニーズに基づいた支援計画・目標設定と当事者の参画、⑥支援の評価や課題の共有と当事者の参画、⑦広域での地域コーディネーションをまとめ、それらをメンタルヘルスマトリックスに適用させ理論枠組みを作成した。その上で、3層の地域レベルに沿った調査で現状の課題と要素の効果を量的に検証し、①リカバリー志向の支援の導入、②地域事業所と精神科病院の協働、③地域事業所・精神科病院の連携づくりではその効果が示唆された。また、GP 地域の訪問調査の質的分析により④地域のニーズの把握と共有、⑤ニーズに基づいた支援計画・目標設定と当事者の参画、⑥支援の評価や課題の共有と当事者の参画の重要性も抽出され、各調査の結果に基づきマトリックスを発展させる形でモデルの改訂を行った。

最終案としての「日本版メンタルヘルスマトリックスモデル」では、地域の実情に合わせてシステムが構築できるよう、「機動的地域」と「広域地域」に地域レベルを分け、システムをより柔軟に体系的にしていくであろう。また、日本の特徴である医療や地域福祉サービスの機関や制度・法体系の分断があり、その課題を乗り越えていくために地域移行を推進させるために③地域事業所・精神科病院の連携づくりは重要な要素であるが、さらに、情報やニーズの共有による「信頼のツール」や「リカバリー志向の理念の共有」がシステムレベルでの「信頼の構築」をし、多機関による支援システムを有機的につないでいくことを示した。

地域レベルに合わせ段階的に構築され、体系的・有機的にシステムを発展させたこのモデルは、現在推進されている『精神障害者にも対応した包括的地域ケアシステム』の構築にも有用であろう。また、空欄となったままの国レベルでの政策のために、これまでの政策の検証を行い、新たな国レベルの脱施設化に向けたビジョンを明確にする必要があるだろう。

今回のモデルは当事者の参画を基本としている。そのようなシステムがリカバリーの循環を生み、長期入院者だけでなく、スタッフや参画した当事者自身にもリカバリー効果を生む。地域移行を推進するだけでなく、支援システムや地域での支援を動かしていくエネルギーとなっていくだろう。そのためには病院を訪問するピアサポーターというパーツではなく、システムを構成する仲間として参画を推進する Co-production も重要な理念である。このような支援システムモデルの導入が、地域移行の推進や当事者の参画を促すことに貢献できることを希望する。