

# 精神障害者に対する地域移行支援を実施する 相談支援専門員が認識する困難

— フォーカスグループインタビューに基づく考察 —

榎 本 悠 孝

Difficulties Perceived by Psychiatric Social Workers  
who support resettlement of the long-stay inpatients with  
mental disabilities

— From focus group Interviews with a Psychiatric Social Workers —

Hiroataka ENOMOTO

**Abstract** : The purpose of this study was to clarify the current difficulties perceived by psychiatric social workers who support resettlement of the long-stay inpatients with mental disabilities. In this study, we implemented focus group interviews with five psychiatric social workers. We used the qualitative coding method. We found five difficulties, ① from family support, ② from the structural problem, ③ from between health occupation and psychiatric social workers, ④ from community support, ⑤ from prejudice towards persons with mental disability.

## 1. 研究背景

平成26年の患者調査によると、現在わが国には約392.4万人の精神障害者がいるが、そのうち約31.3万人が精神科病院等に入院している<sup>1)</sup>。これらの入院患者のうち、本来は入院治療の必要がないものの、家族による反対や退院後に活用する社会資源が不足していること、また精神障害に対する偏見や差別といった社会環境的要因で入院し続けている、いわゆる社会的入院の患者も多数

いると考えられる。

この社会的入院患者に対して、厚生労働省は、2002年の社会保障審議会障害部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」のなかで、「受け入れ条件が整えば退院可能な者」を約7万2000人と算定し、その退院・社会復帰について明記した。そして、2004年に精神保健福祉対策本部が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「受け入れ条件が整えば退院可能な者」が約7万人とされたものの10年間の達成目標を定め、各都道府県単位で精神病床の平均残存率や退院率を設定することになった。これを機に本格的にわが国において、精神科病院に長期入院している社会的入院患者に対する地域移行支援が実施されてきている。

しかしながら、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」から10年以上経つものの、現在においても「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」が5.3万人いるとされており<sup>2)</sup>、この問題については、障害者権利条約を批准したわが国において、精神障害者の本来地域において自由に生活する権利を侵害している事案として早急に解決していくべき課題である。

精神障害者に対する地域移行の取り組みは、2000年に大阪府で実施されたモデル事業をきっかけに、2003年度には国がモデル事業ではあるが精神障害者退院促進支援事業を、さらに2008年度からは地域移行支援特別対策事業、2010年度には地域移行・地域定着支援事業と名称を変えつつ、現在の障害者総合支援法のもとで相談支援事業に組み込まれ、着実に実践が積み重ねられている。

さらにこの事業は2012年度より個別給付化された。地域移行を目指す精神障害者に直接支援を行う地域移行推進員とともに、精神障害者の退院後の支援ネットワーク形成等を担ってきた地域体制整備コーディネーターが廃止されるなど、事業のあり方が大きく変化してきた。近年では、個別給付化されて以後この事業による退院者数の実績が上がっていないこと、国が定める基準からすると地域移行支援の対象者は非常に少数であることなど、今後の地域移行支援のあり方について検討することが必要と考えられる。

精神障害者の地域移行の実績が低迷している要因については、多くの先行研究が積み重ねられてきた。なかでも、古屋の長期入院精神障害者の退院を阻害

する要因に関する先行研究のレビュー<sup>3)</sup>や全国の地域移行支援事業受託事業所を対象とした調査研究<sup>4)</sup>によって、「病院の理解協力」、「社会資源の不足」、「住居の確保」、「家族の反対」、「本人の意欲低下」等が指摘されている。また大嶋の栃木県の精神科病院入院患者を対象とした調査研究<sup>5)</sup>によって、本人の項目として、「現実認識が乏しい」、「病状が不安定」、「家事（食事・洗濯・金銭管理等）ができない」、「退院意欲が乏しい」、家族の項目として「家族がいないまたは本人をサポートする家族の機能が実質的にない」、「家族から退院に反対がある」、地域の項目として「退院に向けてサポートする人的資源が乏しい」、「住居確保が困難」、「日常生活を支える制度がない」があげられている。

## 2. 研究目的

先にあげた研究以外にも、精神科病院に長期入院している精神障害者の地域移行を阻害する要因についてミクロ、マクロレベルにおける分析が行われ、課題やその解決方法が検討されてきている。しかしながら、地域移行支援事業が指定一般相談支援事業所において地域相談支援として個別給付化されて以降、精神障害者に対する地域移行支援を取り巻く制度的環境に変化が生じている。

2013年の精神保健福祉法の改正では、退院後生活環境相談員の創設や退院支援委員会の設置など、病院サイドにおいても医療保護入院患者の地域移行に重点が置かれることになった。また2016年の障害者総合支援法の改正により、「自立生活援助」が創設され、それまで精神障害者の主要な退院先であったグループホームが、さらなる地域生活への通過施設との考え方が示された。これらの法改正を踏まえたうえで、相談支援専門員が地域移行支援の実践を円滑に実施するためのシステムを再検討することが必要であると考えられる。

以上のような背景から本研究では、A県B圏域において精神障害者の地域移行支援を実施している相談支援専門員を対象とした質的調査研究を行い、現在の実践において相談支援専門員が認識する地域移行支援における困難について明確にしていくことを目的とする。

### 3. 研究方法

#### 1) 調査方法

本研究では、A県B圏域において精神障害者の地域移行支援を実施している相談支援専門員を対象にフォーカスグループインタビューを行った。なお、相談支援専門員の選定に当たっては、筆者也参画しているB圏域自立支援協議会精神障がい地域移行部会に調査協力を依頼した。また、フォーカスグループインタビューに先立ち、支援実績等について把握するために、質問紙によるケース調査票を記入していただくとともに、フォーカスグループインタビューの趣旨について説明し、参加の同意が得られた人に対して調査を実施した。

主な質問内容は、相談支援専門員が地域移行支援を実践する上で感じる困難についてである。具体的には、地域移行支援において感じる困難（入院患者本人に関する事、家族に関する事、地域社会、社会資源に関する事、精神科病院に関する事、相談支援専門員自身に関する事）、地域移行支援事業への希望や要望についてである。

調査は、2017年9月26日に実施した。実施場所は、C市役所の会議室である。フォーカスグループインタビューには5名の相談支援専門員が参加していた。相談支援専門員の年齢は、20代1名、30代1名、40代2名、50代1名であった。また性別は、男性が3名、女性が2名である。インタビュー時間はおよそ70分であり、面接の内容は許可を得た上で録音し、逐語録を作成した。

#### 2) 分析方法

本研究では、相談支援専門員の感じる困難を明らかにするという研究目的に沿って、逐語録を読み返し、メンバーの発言内容についてコーディングを行い、それらのカテゴリー化を行った。

#### 3) 倫理的配慮

事前に調査内容については、B圏域自立支援協議会精神障がい地域移行部会において、調査研究の目的、内容、調査データの保管方法、調査対象者のプラ

イバシー保護等について説明し同意を得た。また、筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会においても同内容について説明し、承認を得ている。

### 3. 結果と考察

本研究で明らかになったカテゴリー、コード、データの一部については、文末に表1として示している。フォーカスグループインタビューによって抽出された困難に関するカテゴリーは、「当事者家族に関する困難」、「地域移行支援事業の構造的問題に関する困難」、「病院支援者と地域支援者との間の協力関係で生じる困難」、「地域社会資源に関する困難」、「地域社会の偏見に関する困難」の5つであった。

#### 1) 当事者家族に関する困難

「当事者家族に関する困難」とは、相談支援専門員が地域移行支援を行う上で、当事者家族との間において直接生じた、また当事者と家族の間で発生したトラブルによる困難である。以下にそのカテゴリーを形成するコードを概観する。

H氏の「そんな（作業所の）車が家の近くに止まると、地域の人とか近所からどこにいつているんやろって言われる」、「自立支援（医療）も手帳もいらぬい」や「訪問看護さんも来てもらうの嫌やということで、結局なんのサービスもつながずに退院しちゃった」といった発言からは、「家族のサービスに対する拒否的な姿勢」がコード化された。

サービス利用についての家族の拒否的な姿勢であるが、精神障害当事者が自宅にいるといった家族の抱えるスティグマ、近隣にそのことが知られるのではないかといった世間体や不安が背景にあると考える。家族のこのような拒否的な姿勢は、精神障害当事者に対して相談支援専門員がサービスを連結することを困難にし、再入院のリスクも高まると考える。

また、I氏の「8050（親が80歳で、患者が50歳）になってきて、80のほうっていうのは、お金が潤沢にあれば変な話、なんの問題もないんですが、こういう家庭っていうのは明らかに貧困世帯が多い」との発言にみられる「家族の経済的問題」やH氏の「そこまで支援したのに、なんで、そこまできてシャット

アウトになるのかなあ。やっぱり、両親のその・・・なんかね、抱え込み、地域から見られる、というところから、しんどい思いがあるのかなあって」との発言にある「家族の抱え込み」、I氏の「ちょっと支援者側…（中略）…が家族に対して安心できる担保を提供できない限りは、こう常に支援者は家族を阻害要因といい、っていうふうになるんやろな」といった「家族の不安への未対応」がコード化された。

「家族の経済的問題」については、白石の研究<sup>6)</sup>や過去の全国調査<sup>7)</sup>においても、家族の高齢による退職や患者本人の支援のために離職し、収入が不安定になることが指摘されている。調査対象者の発言にもあるように、金銭的なゆとりがあるか、ないかによって、アパートやグループホームといった退院後の住居だけでなく、障がい福祉サービス等の提供可能性に大きくかかわってくる。

「家族の抱え込み」については、サービスの利用拒否の部分でも述べたが近隣等に対する世間体や「親ゆえに障害者をケアする位置に自らを置き、『障害者の親としての義務』を引き受けざるを得ない<sup>8)</sup>」という状況のなかで、精神障害当事者の世話が家族に集中してしまい、結果的に家族が他者の介入（支援）を拒むことが考えられる。相談支援専門員がこのような患者家族へアプローチするには、傾聴等によって不安やスティグマを取り除きラポール形成につなげていくことが重要であると考ええる。

さらに「家族の不安への未対応」であるが、家族の不安については、全国精神保健福祉会連合会が実施した家族を対象とした調査<sup>9)</sup>においても、家族が持つ心配事として、家族の高齢化や家族の病気が指摘されている。また精神障害当事者のことに関する不安として、患者の病状不安定時の対応や「家族だけが精神科医療機関に相談しても『本人が受診しないと何も出来ない』と何も協力してくれなかった」や「保健所に相談に行ったが何も協力してくれなかった」等の回答にみられるように、家族自身が持つ不安へ、専門職等による十分な対応がなされなかった経験を有することもあり、家族が精神障害者本人の退院について消極的な態度を示し、地域移行支援を行う上で困難が発生すると考える。

また、K氏の「退院してしまって、地域に帰った後に、本人さんを頼って家族が寄ってくる。お金を無心してしまったりとか、家の用事をおしつけてしま

うことで、それで本人が不安定になる」といった発言にみられるように、「家族による搾取」がコード化された。

障害年金を受給している等、本人に一定の収入がある場合に家族が搾取を行ったりするケースであるが、これは明らかに障害者虐待の事案であり、権利擁護の立場で相談支援専門員が支援を実施していく必要がある。当事者と家族の間に入り両者を調整する支援において困難が発生すると考える。

## 2) 地域移行支援事業の構造的問題に関する困難

次に「地域移行支援事業の構造的問題に関する困難」であるが、これは、地域移行支援事業自体の構造的問題だけでなく、他の医療施策や障害者施策との関連のなかでも生じる困難である。以下にそのカテゴリーを形成するコードについてみていく。

まず1点目として、「…（中略）…社会構造全体が悪いので病院に入院しているほうが、よっぽど安い。グループホームにいくほうがよっぽど高い」といったI氏の発言にみられるような「退院へのインセンティブの不足」がコード化された。

長期入院患者の退院を阻害している要因の一つとして、「退院意欲の低下や欠如」があげられる。長期入院による施設症とも言われるが、その背景については、長期入院患者にとっては、金銭的にも、また衣食住といった生活環境的にも精神科病院の安定した生活が、地域生活よりも魅力的に映ることが容易に想像できる。ピアサポーターを活用した退院意欲喚起への取り組みが精神科病院で行われている<sup>10) 11)</sup>ものの制度上の問題で退院へのインセンティブが働かなくなっている状況については、早急に改善するべきであると考える。

次に2点目として、I氏の「指定一般は、本当になんでもせなあきませんと。要綱みると、…（中略）…この人を退院さすために、相談員はなんなりとしなさいというふうに…中略…、細かいこと言うていくと間違いなく（サービスの提供予定先の見学等に）連れて行かないといけないので、車に乗せなあかんと。それこそ僕はためらう、事故があったとき、どうするんやと。」といった「地域相談支援の業務内容の多様さと責任の所在」がコード化された。



地域移行支援における相談支援専門員の業務内容については、対象患者への訪問面談、退院計画の作成、退院先の選定、家族調整、退院後に活用するサービスの調整など退院支援におけるケースワークから、地域の偏見等への対応や地域社会資源ネットワークの構築といったコミュニティワークに至るまで多岐にわたる。そうした支援のなかで、退院先のグループホームやアパート等の物件、退院後に活用する社会資源の見学に患者と同伴する必要性もでてくる。その際、交通網等が十分に発達していない非都市部においては、患者が自ずと相談支援専門員の車に同乗することになり、移動時におけるトラブルの責任の所在が不明瞭になる。有償の移動支援サービス活用も可能であるかもしれないが、経済的な問題だけでなく、そのサービス自体が地域にないために利用できないことがある。

3点目としては、I氏の「うちは出せる案件は地域移行に乗せていないんです。なぜ乗せてないのか、めんどくさいから、メリットがないから、制度が非常に使いにくい、制度の対象者（必要としている人）が変わってきている。65歳以上の人とかが増えてきている」といった、「事業の対象者と支援必要層とのミスマッチ」がコード化された。

厚生労働省の患者調査の結果では、現在精神病床への入院患者のうち65歳以上の者が約6割を占めている。また、大嶋による栃木県精神科入院患者調査の報告においても、「退院の可能性のある者1278人のうち半数が65歳以上<sup>12)</sup>」と指摘し、介護保険サービスの調整、連携の必要性について言及している。このように現在においては、社会的入院患者の解消といった本来の意味での退院に向けた支援が必要な入院患者は、高齢精神障害者層に拡大してきていると考える。

4点目は、H氏の「(地域移行の目標数値を)100%達成。結構(圏域を構成している)B市、C市は早くから(地域移行の目標値を達成)できたので。でも行政はよしよしこれでいける、って感じで」といった発言や「委託相談の部分で、ちょっと行政も目を開いてよって、いう形でなんとかね、…(中略)…持ち出しのほうが多いのかな、法人さんの、人件費。ペイできひんくらいですれすれのところ」といった発言から「指定一般相談支援事業所への依存体質」がコード化された。



先にも述べたが精神障害者に対する地域移行支援事業は2012年4月に国の補助事業から個別給付化され、従来、地域移行支援において重要な役割を担ってきた地域体制整備コーディネーターが廃止された。自治体によっては、コーディネート業務を基幹相談支援センターが担うことになったが、地域移行支援が個別給付化されたなかで、実際の実践においては、受託法人の持ち出し部分も少なくない。こういった状況下では、地域移行支援対象者に対する支援が、相談支援専門員が所属する施設の方針に影響を受けることを完全に排除することが困難であると考えられる。

### 3) 病院支援者と地域支援者との協力関係で生じる困難

「病院支援者と地域支援者との協力関係で生じる困難」であるが、患者の地域移行を進めていく上で、精神科病院と地域相談支援を担う相談支援専門員との連携の中で生じる困難である。以下にそのカテゴリーを形成するコードについてみていく。

I氏の「病院さんの時間軸と福祉サイドの時間軸が圧倒的に違うっていうこと。病院さん側の時間軸は入院した時点で3ヶ月後には基本的には出てもらいますっていうタイマーが作動されるんですけど、…(中略)…(地域の支援者)の時から苦労しているっていうのがあるんですけど、入院させて、ああよかったわ、とりあえずやれやれ、っていうふうになってしまっただけ」という発言や、H氏の「すごい(退院する)期限にこだわるよね。この日、何月何日Xデーが決まって、なにがなんでも(退院を)その日にしてください」といった発言や「病院サイドがもう我々とほんとに時間軸が違うなあって言う意味で、病院サイドがもうこの日に退院しますよって、ある日突然決められて、いやいやサービスまだ整えて無いやないの。(支援)区分も次の審査会まで出ないよ、ってどたばたして」といった発言から「病院支援者と地域支援者の時間軸の違い」がコード化された。

またJ氏の「面談では(病院との)足並みがそろっていると思うんですけど、ある日突然、2週間後に退院って言われるんで」といった発言や「福祉サービス使う人しか情報が入ってこないの、福祉サービス使うんやったらなら包括

で、相談員がサービスつけるんで、退院したことがわかるんですけど。自宅へ退院する人の情報が入ってこないし、そこらへんを把握できひん」といった発言、またH氏の「退院カンファにいくかなって思っていたら、その日が退院ってきかされたり」といった発言から「病院支援者と地域支援者間のコミュニケーションの不足」がコード化された。

複数の調査協力者によってここで語られているエピソードについては、その全てが地域移行支援事業の対象となる1年以上長期入院しているケースというわけではないが、地域移行支援において重要と考えられる精神科病院と指定一般相談支援事業所との連携の在り方が問われるものである。

精神保健福祉施策が地域におけるケアに重点を置くようになって以来、新規入院患者の早期退院の取り組みが精神科病院内で実施されてきている。また、第4期障害福祉計画に係る国の基本指針においては、入院中の精神障害者の地域生活への移行について、入院後3か月時点での退院率を64%以上に、また入院後1年時点の退院率を91%以上にすると成果目標が掲げられ、早期治療、早期退院の方向へ大きく舵が切られたことになる。 unnecessaryな社会的入院を防ぐためにも3か月、6か月、1年と期限を設定し入院患者の地域移行を試みることは重要であるが、元来ソーシャルワークの援助姿勢は、クライアントに対してじっくりと関わるところから信頼関係を形成し、クライアント共に問題解決を行ったり、クライアントの自己実現を支援していくところである。制度的背景によって期限を設定する病院支援者との間で困難を感じることもあると考えられる。

3点目は、K氏の「(十分就労ができるので早く退院させてやってくださいと言われていた患者に)初めてお会いした時に、『仕事とか作業という言葉は一切使わないでください』って(病院職員に)言われたんですね。『使わないでくださいで、何が一般就労や』と思いながら、何も言えずに、何も、どう言ったらいいのかも分からず」といった発言や「前の失敗(患者さんの再入院)は、やっぱり自分がしっかり地域として、地域の支援者として言えなかったことなのかな、っていうのが強くあったので」といった発言、H氏やJ氏の「(病院側に意見を)言いにくい。また(病院に)助けてもらわなんというのがあるの

で、言いにくい」といった発言から「**地域支援者の病院側への遠慮**」がコード化された。

医療的ケアが不可欠である精神障害者ゆえの困難ともとらえられるが、病院側と地域支援者との力関係については、一連の地域移行支援が事業化されたときからの課題であろう。地域支援者は、担当しているケースの病状悪化時に入院をお願いすることから病院との関係には非常に慎重になる。そこから、病院側に対して、要望が出しにくくなっていると考ええる。

4点目としては、I氏の「地域の支援者は、精神保健（福祉）法をしらない、病院の支援者は障害者総合支援法を知らない、双方お互い共通言語がない。そのなかで議論するからかみ合うはずがないですよ。だからそれぞれのお互いの専門性をぶつけ合うからあかんと。」といった発言に見られるような「**病院支援者と地域支援者との間の共通言語のなさ**」がコード化された。

病院側と地域支援者側、それぞれの専門性や視点の違いが地域移行支援を実践する上では明確になってくる。その背景として、普段の実践においてその根拠となる法律の違いによる部分が多い。精神科病院においては、入院制度や入院患者の権利等といった精神保健福祉法が中心である。それに対して、相談支援専門員が地域移行支援において調整するサービスについては、障害者総合支援法等に規定されている。他の発言データにみられるように、ケースカンファレンスや退院支援委員会、協議会等の場を使って、それぞれの言語（法制）について情報交換するなど、双方の歩みよりが必要であると考ええる。

ほかにも、I氏の「病院内でもワーカーサイドと看護師サイドで思いがどうしてもちがうんですね」といった発言やK氏の「ワーカーさんがその面談の内容を、どこまでとおせているか、ドクターにまで同意がはかれているかどうかで、ぜんぜんかわってくるんかなと思いますね」といった発言から「**病院内での患者に関する意思の不統一**」がコード化された。

入院継続か退院支援か、また地域移行支援事業を活用するか、しないかといった専門職による患者に対する支援の方向性の相違については、病院内においても生じる場所である。病院内での意思統一がはかれていない状況において、地域の相談支援専門員への情報共有には困難が生じると考える。

#### 4) 地域の社会資源に関する困難

「地域の社会資源に関する困難」であるが、患者の地域移行を進めていくためには、社会資源の調整、連結が不可欠である。その際に生じる困難である。以下にそのカテゴリーを形成するコードについてみていく。

J氏の「あのヘルパーさんもやっぱりこう、営業時間も決まっているし、…(中略)…、夜間も営業時間を拡大してもらおうというのは絶対難しいので、夜勤体制をとっているヘルパーステーションとかで見守りしていただくとか」といった発言や、I氏の「グループホームに入る人っていうのは、まあ、なんとなく、体験確保させてもらうんですけど、アパート暮らしをする人に対する体験を提供する場がない」、「アパート暮らしをしたときに、もう病院がぶっつけ本番みたい感じで出すような感じになるので、ちょっと心配かなって」といった発言や、K氏の「入居施設っていうのは、精神、正直、精神(障害)が入っていると断られるケースっていうのが」といった発言に見られるように「**地域の社会資源の利用しづらさ**」がコード化された。

次に、H氏の「C市には精神のグループホーム、M病院さんがつくってくれたDしかないので、やっぱり、グループホームはもう少しほしい」といった発言や「あと、こないだから、地域拠点の研修とかも行かしてもらって、愛知県の半田市の…(中略)…拠点みたいなのがあってくれたら、ちょっとレスパイト的とか、ピアサポートというか、そういう活動ができるかなって」といった発言、Jさんの「レスパイトでもそうですけど、病院さんとか、グループホームさんがね、体調が悪くなって入院するんじゃなくて、定期的に、こうリセットのために入ってもらいたいと。別に調子悪くなくても、で、その間のグループホームの補償だったり」といったサービスの不備や制度の不備から「**地域における社会資源の不足**」がコード化された。

精神障害者に対する福祉サービスの整備は他の2障害に比べて遅れてきた。1995年精神保健福祉法の成立以降、整備が進められてきてはいるが、先述した精神障害者の地域移行阻害要因の先行研究でも、地域の問題として、退院した精神障害者の受け皿となる社会資源が不足しているとのことであった。また、あってもエピソードのように制度的な制約があり利用できないこともあり、困

難が生じている。

その他としては、H氏の「ピアさんとか…（中略）…（地域移行）に一肌ぬいでもらおうと思うけど、その段取りとかやっぱりできませんもんね…（中略）…ピアさんに、寄りそってもらってとかって思うけれども、じゃあピアさんそこまでどうやって連れて行くんよ、とかいろんな問題があったら」といった発言や「一時、県さんも『ピアピアピア』ってすごい『ピアの活躍を』って言ってたけど、活躍してもらう場が、,、本当に難しいなって」といった発言から「ピアサポートの活用する上での課題」がコード化された。

ピアサポートについては、2015年の社会保障制度審議会が出した「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」において、地域移行や地域生活を担う者の一人として人材育成や活用について言及されている。また、2017年の「精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期経営戦略策定に向けた地域移行機能強化病棟運用ガイドライン<sup>13)</sup>」においても、長期入院患者とピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起について言及されている。このようにピアサポートの期待が高まるなかで、実際に運用する上で困難が生じている。筆者が参画しているB圏域自立支援協議会精神障がい者地域移行部会では、ピアサポーターを養成し、精神科病院で行われる作業療法に参加してもらっている。入院患者とピアサポーターとの交流を通じて退院意欲の喚起を目指している。しかしながら、ピアサポーターの身分保障であったり、活動費用、保険、活動場所への移動手段や同伴支援等、解決しなければならない問題も発生している。

## 5) 地域社会の偏見に関する困難

「地域社会の偏見に関する困難」については、精神障害者に対する地域住民の、また支援者自身の偏見や先入観から生じる困難である。以下にそのカテゴリーを形成するコードについてみていく。

I氏の「C市はちょっと違うんですけど、B市はおもしろいところで、ほんとにね、（施設建設について）総論賛成、各論反対でね。熱心なんです、Bの民生委員さんとか。たとえばM病院で研修してもらったときとかね、…（中略）

…行ったというんですけど、いざ自分の地区でそんな人がでたらえらいことになる。…（中略）…、P（事業所）さんのグループホームが勝手にできているんやけどどうなるんやろうって」という発言やK氏の「やっぱりこう根本的に精神への偏見を取り除く、という何かがほしいなと。身体知的は迎え入れられる、精神だけ地域は迎え入れてくれないと思うので」といった発言や「特に地域でね、精神科ってM病院しかないの、M病院って聞いた瞬間、地域（の住民）は引きます、正直。M病院さんが悪いということではなくて、精神科病院ということで。この前もちょっとうちで関わりのある方のアパートを実は探してまして、（不動産）大手のTさんやSさんをいろいろ回らしてもらったんですけども、やっぱりね、ちょっと精神の方でっていったらね、あ、M病院のってでてるんです」といった発言から「**地域住民の精神障害者に対する先入観**」がコード化された。

また、K氏の「精神、正直、精神（障害）が入っていると（入所を）断られるケースってというのが、…（中略）…、入れない現状もありまして」といった発言、J氏の「支援者もね、まだ精神（障害）の人をまだ受け入れていないんです、っていうヘルパーステーションもあつたりするんです」といった発言やI氏の「S協会に（訪問看護の）話聞きにいったら、M（事業所）があります、うちは精神はせんでいいんですってわって。精神はM事業所さんがありますんでって」という発言からは、「**支援者側の精神障害者に対する無理解**」がコード化された。

精神障害者に対する偏見、差別意識の地域住民への浸透については、わが国の精神障害者施策が1900年の精神病患者監護法以来、1995年の精神保健福祉法が成立するまで、家庭や精神科病院への隔離政策を中心に行われた結果としてみることができる。精神障害に対するスティグマ研究<sup>14)</sup>や施設コンフリクトの研究<sup>15)</sup>からも明らかであるが、精神障害者との接触体験の乏しさが、地域住民の精神障害者に対する正しい理解を拒んでいると考える。

また、精神障害者に対する偏見や差別、先入観については、松浦の「精神保健福祉専門職におけるスティグマティゼーションは、結局のところ、ケアの質の低下や排除あるいは差別に結びつく<sup>16)</sup>」との指摘があるように支援者側も有

することがある。本調査では、相談支援専門員自身というよりは、地域において精神障害者を支えるサービス提供者側が持つ先入観であった。先に考察した地域住民と同様に、留意するべき点であろう。

相談支援専門員が長期入院患者の地域移行先を選定する際には、グループホームやホームヘルプサービス、またそれらのネットワークといったハード面だけではなく、地域住民や近隣の、また福祉サービス従事者の障害者に対する偏見や差別、先入観といったソフト面についても留意する必要がある。

#### 4. おわりに

本研究では、精神障害者に対して地域移行支援を実施している相談支援専門員を対象にフォーカスグループインタビューを実施し、相談支援専門員が認識する地域移行支援における困難を明らかにしてきた。困難は、「当事者家族に関する困難」、「地域移行支援事業の構造的問題に関する困難」、「病院支援者と地域支援者との間の協力関係で生じる困難」、「地域社会資源に関する困難」、「地域社会の偏見に関する困難」の5つに分類できた。

社会資源の不足や地域における偏見の問題については、行政等によるさらなるサービス開発や資源整備、地域への啓発活動を実施していくなかで、困難を取り除いていく必要があると考える。また、家族との間での困難については、患者本人の地域移行や地域定着を図っていくためにも、家族の不安や負担を軽減するような家族への積極的なアプローチや、家族自身を支えるサービスが必要であると考え、病院等入所施設のレスパイト的な使用方法も検討するべきであろう。

また、地域移行支援事業の構造的問題については、今後制度化される地域支援拠点施設の整備であるとか、精神障害者も視野にいれた地域包括ケアシステム等も視野に入れた新たな精神障害者の地域移行支援システムの構築が必要であると考え、

今回、精神科病院支援者と地域支援者側との間で、相互のコミュニケーション不足から困難が発生していた。地域連携が必須となってきている今日において、支援者間のコミュニケーションの齟齬は、結果的には地域移行対象者への



不利益になる。ケース検討会議や退院支援委員会、協議会等において情報共有がしっかりとなされるべきであると考える。

謝辞：本研究に協力していただいた相談支援専門員の方にお礼申し上げます。

表1 インタビューデータから導き出されたカテゴリー及びコード

カテゴリー	コード	データの概要
当事者 家族に関する 困難	家族のサービスに対する拒否的な姿勢	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業所さんが家の近くに迎えに来てくれるそこまで、支援させてもらったけども、そんな車が家の近くに止まると、地域の人とか近所からどこにしているやろって言われるとか (H)</li> <li>・病院には聴いたら、自立支援も手帳もいらなくてご両親がいわはったんですけども (H)</li> <li>・訪問看護さんを導入するということをやったんですけど、訪問看護さんも来てもらうの嫌やということ、結局なんのサービスもつながらずに、退院しちゃった。(H)</li> </ul>
	家族の経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8050 になってきて、80 (歳の親) のほうっていうのは、お金が潤沢にあれば変な話何の問題もないんですが、こういう家庭っていうのはあきらかに貧困世帯が多い (I)</li> </ul>
	家族による搾取	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院してしまって、地域に帰った後に、本人さんを頼って家族が寄ってくる、お金を無心してしまったりとか、家の用事をおしつけてしまうことで、それで本人が不安定になる。(K)</li> </ul>
	家族の抱え込み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そこまで支援したのになんで、そこまできてシャットアウトになるのかなあ、やっぱり、両親のその、、、、なんかね、抱え込み、地域から見られる、というところから、しんどい思いがあるのかなあって。(H)</li> </ul>
	家族の不安への未対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・GHの誓約書も書かされるし、で病院さんも絶対入院っていえへんで、なかなか安心が得られないのか、家族としては (I)</li> <li>・ちょっと支援者側… (中略) …が家族に対して安心できる担保を提供できない限りは、こう常に支援者は家族を阻害要因といい、っていうふうになるんやろな (I)</li> <li>・病院を放り出されたらどこと、私の困りごとほどどこで相談してもらたらええんかっていうことがわからない (I)</li> <li>・家族さんが受け入れられない理由として、ずっとつみていかないといけないとか。(K)</li> </ul>
地域移行支援事業の構造的問題	退院へのインセンティブの不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「… (中略) …社会構造全体が悪いんで病院に入院しているほうが、よっぽど安い。グループホームにいくほうがよっぽど高い」(I)</li> <li>・お金がなくて施設も難しい、アパートもくらせない、どうしようっていうなかで、家族さんも、あんたお金かかるのどうすんのっていうって、もうちょっとおり、っていうケースも見てきて思うんですね。(K)</li> </ul>
	地域相談支援の業務内容の多様さと責任の所在	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定一般は、本当になんでもせなあきませんと、要綱みると、… (中略) …この人を退院させるために、相談員はなんなりとしなさいというふうに… (中略) …、細かいこと言うていくと間違いなく (サービスの提供予定先の見学等に) 連れて行かないといけないので、車に乗せなあかんと。それこそ僕はためらう、事故があったとき、どうするんやと (I)</li> </ul>
	事業対象者と支援必要層とのミスマッチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うちは出せる案件は地域移行にのせてないんです。なぜ乗せてないのか、めんどくさいから、メリットがないから、制度が非常に使いにくい、制度の対象者が変わってきている。65歳以上の人とかが増えてきている。(I)</li> </ul>
	指定一般相談支援事業所への依存体質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(地域移行の目標数値を) 100%達成、B、Cは結構は早くからできたので、でも行政はよしよしこれでいける、と感じて (H)</li> <li>・委託相談の部分で、ちょっと行政も目を開いてよって、いう形でなんとかね、ペイもできてないのかな、持ち出しのほうが多いのかな、法人さんの、人件費、ペイできひんくらのすれすれのところで本当にやってもらっている。それに (行政が) 甘んじて (H)</li> </ul>
病院支援者と地域支援者との協力関係で生じる困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院さんの時間軸と福祉サイドの時間軸が圧倒的に違うっていうこと、病院さん側の時間軸は入院した時点で3ヶ月後には基本的には出てもらいますっていうタイマーが作動されるんですけど、… (中略) … (地域の支援者) の時から苦労しているっていうのがあるんですけど、入院させて、ああよかったわ、とりあえずやれやれ、っていうふうになってしまって。</li> </ul>	

精神障害者に対する地域移行支援を実施する相談支援専門員が認識する困難

カテゴリー	コード	データの概要
病院支援者と地域支援者の時間軸の違い		<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院さん側がぼちぼち2ヶ月たちましたけど、退院どうですかって言ってしまったときに、言うてくれた時に、われわれ「ええもう出すんですかっ」て感じになってしまって、そこで病院側と意見があわなくなってしまう。(I)</li> <li>・すごい(退院する)期限にこだわるよね。この日、何月何日×デーが決まって、なにがなんでも(退院を)その日にしてください(H)</li> <li>・そのへんのちょっと、視点の違いというのが非常にあるのかなと思いますね。特にワーカーと看護師さん、ドクターに関しては、あの特に、そういう部分があるので、そのへんが、そういう理解にしてる、もう追い出されてしまうんですという、われわれの感覚になってしまうのかな。(I)</li> <li>・病院サイドがもう我々とほんとに時間軸が違うなって言う意味で、病院サイドがもうこの日に退院しますよって、ある日突然決められて、いやいやサービスまだ整えて無いやないの。(支援)区分も次の審査会まで出ないよ、ってどたばたして(H)</li> </ul>
	病院支援者と地域支援者間のコミュニケーションの不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面談では足並みがそろっていると思うんですけど、ある日突然、2週間後に退院って言われるんで。(J)</li> <li>・ワーカーさんと密にやりとりをしていると思ってても、院内でこれに決定しました。って言われることが最近あるので。3ヶ月6ヶ月1年って病院さんすごい。(H)</li> <li>・退院カンファにいくかなって思っていたら、その日が退院ってきかされたり、今どたばたしています。(H)</li> <li>・福祉サービス使う人しか情報が入ってこないの、福祉サービス使うやつたらなら包括で、相談員がサービスつけるんで、退院したことがわかるんですけど、自宅へ退院する人の情報が入ってこないし、そこらへんを把握できひんっていうのはあったんで、そうなるくと急にね悪くなって、「退院してたんや」、っていうのをよく聞きますけど。(J)</li> </ul>
	地域支援者の病院側への遠慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(十分就労ができるので早く退院させてやってくださいと言われていた患者に)初めてお会いした時に、「仕事とか作業という言葉は一切使わないでください」って(病院職員に)言われたんです。使わないでください、何が一般就労や思いながら、何も言えずに、何も、どう言ったらいいのかも分からず、自分もどうきりかえしたらいいかわからず。(K)</li> <li>・前の失敗はやっぱり自分がしっかり地域として、地域の支援者として言えなかったことなのかな、っていうのが強くあったので(K)</li> <li>・(病院側に意見)を言いにくい。(H、J)</li> <li>・また(病院に)助けてもらわなるといふのがあるので、言いにくい。なんか、そういうお互い困っているところとかを共有する場みたいななんもあってもいいのかなって。地域から迎えに行く…(中略)…アウトリーチとかいうてくれるけど、そんな力なかなんもない(H)</li> </ul>
	病院内での患者に関する意思の不統一	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院内でもワーカーサイドと看護師サイドで思いがどうしてもちがうですね。(K)</li> <li>・ワーカーさんがその面談の内容を、どこまでおせているか、ドクターにまで同意がはかれているかどうかで、ぜんぜんかわってくるのかなと思いますね(I)</li> </ul>
	病院支援者と地域支援者との間の共通言語のなさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の支援者は、精神保健(福祉)法をしらない、病院の支援者は障害者総合支援法を知らない、双方お互い共通言語がない。そのなかで議論するからかみ合うはずがないですよ。だからそれぞれのお互いの専門性をぶつけ合うからあかん。(I)</li> </ul>
地域社会資源に関する困難		<ul style="list-style-type: none"> <li>・あのヘルパーさんもやっぱりこう、営業時間も決まっているし、…(中略)…、夜間も営業時間を拡大してもらおうっていうのは絶対難しいの、夜勤体制をとっているヘルパーステーションとかで見守りしていただくとか(J)</li> <li>・グループホームに入る人っていうのは、まあ、なんとなく、体験確保させてもらうんですけど、アパートぐらしをする人に対する体験を提供する場がない(I)</li> <li>・アパートぐらしをしたときに、もう病院がぶっつけ本番みたいな感じで出すような感じになるので、ちょっと心配になって(I)</li> <li>・入居施設っていうのは、精神、正直、精神(障害)が入っていると断られるケースというのが(K)</li> <li>・支援者もね、まだ、精神の人をまだ受け入れていないんですっていうヘルパーステーションもあったりするんです(J)</li> <li>・S協会で話さいていたら、M(事業所)があります、うちは精神(障害者にサービス)はせんでいいんですってわって。精神はM事業所さんがありますんでって。Mさんは、大丈夫ですよっていつてくれたんですけど、精神は、特殊な能力があります、おいそれと手を挙げて言うてもらうたら困りますって。(I)</li> <li>・でも引く(支援を中止する)ときには引くねん、結構、さあっと引くときもあるよね。へえと思うとき。最後の岩の訪看さんまで引いたんってみたいなかんじで。じゃあそれも報告してよって、言うたん(H)</li> </ul>

カテゴリー	コード	データの概要
地域社会資源に関する困難	地域における社会資源の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・C市には精神のグループホーム、S病院さんがつくってくれたDしかないで、やっぱり、グループホームはもう少しほしいなって実感しているところですけども（H）</li> <li>・あと、こないだから、地域拠点の研修とかも行かしてもらって、愛知県の半田市のあいつた、…（中略）…拠点みたいなのがあってくれたら、ちょっとレスパイト的とか、ピアサポートというか、そういう活動ができるかなって（H）</li> <li>・レスパイトでもそうですけど、病院さんとか、グループホームさんがね、体調が悪くなって入院するんじゃないかって、定期的に、こうリセットのために入ってもらいたいと。別に調子悪くなくても、で、その間のグループホームの補償だったり（J）</li> </ul>
	ピアサポートを活用する上での課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ピアさんとか…（中略）…（地域移行）に一肌ぬいでもらおうと思うけど、その段取りとかやっぱりできませんもんね…（中略）…ピアさんに、寄りそってもらってとかって思うけれども、じゃあピアさんそこまでどうやって連れて行くんよ、とかいりんな問題があったら（H）</li> <li>・一時、県さんも「ピアピアピア」ってすごいピアを活用をって行ってたけど、活躍してもらった場が、,, 本当にむずかしいなっていう。（H）</li> </ul>
地域社会の偏見に関する困難	地域住民の精神障害者に対する先入観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業所さんが家の近くに迎えに来てくれるそこまで、支援させてもらったけども、そんな車が家の近くに止まると、地域の人とか近所からどこにいてるやろって言われるとか（H）</li> <li>・やっぱりこう根本的に精神への偏見を取り除く、という何かほしいなと。身体、知的は迎え入れてくれる、精神だけ地域は迎え入れてくれないと思うので。（K）</li> <li>・（啓発を行っていくのは）行政、病院やと思いますね。行政は市も県もそうですけれども、特に地域でね、精神科ってM病院しかないで、,, M病院って聞いた瞬間、地域は引きます、正直。M病院さんが悪いってことではなくて、精神科病院ということで（K）</li> <li>・この前もちょっとうちで関わりのある方のアパートを実は探してまして、（不動産）大手のTさんやSさんをいろいろ回らしてもらったんですけども、やっぱりね、ちょっと精神の方でっていったらね、あ、M病院のってでてるんです（K）</li> <li>・C市はちょっと違うんですけど、B市はおもしろいところで、ほんとにね、総論賛成、各論反対でね。熱心なんです、Bの民生委員さんとか。たとえばM病院で研修してもらったときとかね、…（中略）…行ったいうんですけど、いざ自分の地区でそんな人がでたらえらいことになる。それこそあの、P（事業所）さんのグループホームが勝手にできているんやけどどうなるんやろうって（I）</li> </ul>
	支援者側の精神障害者に対する無理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居施設っていうのは、精神、正直、精神（障害）が入っていると断られるケースっていうのが、施設さんが受け入れオクケーといっても、その時、…（中略）…、入れない現状もありまして（K）</li> <li>・支援者もねまだ、精神の人をまだ受け入れてないんですっていうヘルパーステーションもあつたりするんです（J）</li> <li>・S協会に話さきいたら、M（事業所）があります、うちは精神はせんでいいんですってわって。精神はM事業所さんがありますんでって。Mさんは、大丈夫ですよってしてくれたんですけど、精神は、特殊な能力がいります、おいそれと手を挙げて言うてもたら困りますって。</li> </ul>

注：データは逐語録の一部である。調査協力者が特定できないようにアルファベットのみ記載している。カッコ内は筆者による加筆である

註・引用文献

1) 厚生労働省2014年患者調査.

2) 厚生労働省ホームページ：参考資料

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kushougai\\_hokenfukushibu-Kikakuka/0000108755\\_12.pdf#search=%27%E5%9C%A8%E9%99%A2%E6%9C%9F%E9%96%93%E5%88%A5+%E5%85%A5%E9%99%A2%E6%82%A3%E8%80%85+%E7%B2%BE%E7%A5%9E%27](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kushougai_hokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf#search=%27%E5%9C%A8%E9%99%A2%E6%9C%9F%E9%96%93%E5%88%A5+%E5%85%A5%E9%99%A2%E6%82%A3%E8%80%85+%E7%B2%BE%E7%A5%9E%27)

- 3) 古屋龍太『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、2015年、132-162頁。
- 4) 古屋龍太、前書、203-213頁。
- 5) 大嶋奈央子「市町村障害福祉計画に具体的な退院支援目標を掲げる：栃木県「精神科入院患者調査」の取り組み（特集 障害者総合支援法の改正を見据えて：この実践をスタンダードにする）－（障害者総合支援法の改正を見据えて）」『精神障害とリハビリテーション』20(2)、2016年、138-142頁。
- 6) 白石大介『精神障害者への偏見とスティグマ－ソーシャルワークリサーチからの報告』中央法規、1994年。
- 7) 坂本智代枝「第2節精神障害者と家族の現状」日本精神保健福祉士養成校協会編『精神障害者の生活支援システム』、中央法規、2012年、38-39頁。
- 8) 南山浩二『精神障害者－家族の相互関係とストレス』中央法規、2006年、80頁。
- 9) 全国精神保健福祉会連合会・平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会編『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査県有プロジェクト「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」報告書』2010年。
- 10) 古市尚志「はじまった地域移行機能強化病棟－意欲喚起、職員教育、地域連携(特集 障害者総合支援法の改正を見据えて：この実践をスタンダードにする)－(障害者総合支援法の改正を見据えて)」『精神障害とリハビリテーション』20(2)、2016年、46頁。
- 11) 金文美、橋本達志、村上貴栄『事例でわかるピアサポート実践 精神障害者の地域生活がひろがる』中央法規、2014年。
- 12) 大嶋奈央子、前掲論文、31頁。
- 13) 日本精神病院協会『長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究報告書』2017年、90頁。
- 14) 白石大介、前掲書。

- 15) 岡上和雄, 吉住昭, 大島巖, 滝沢武久編著『精神保健福祉への展開 保健福祉ニードからみた到達点と課題』相川書房, 1993年, 72-75頁.
- 16) 松浦智和「精神保健福祉士養成教育のあり方を考える ―統合失調患者, 高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に―」『名寄市立大学社会福祉学科研究紀要』5, 2016年, 46頁.