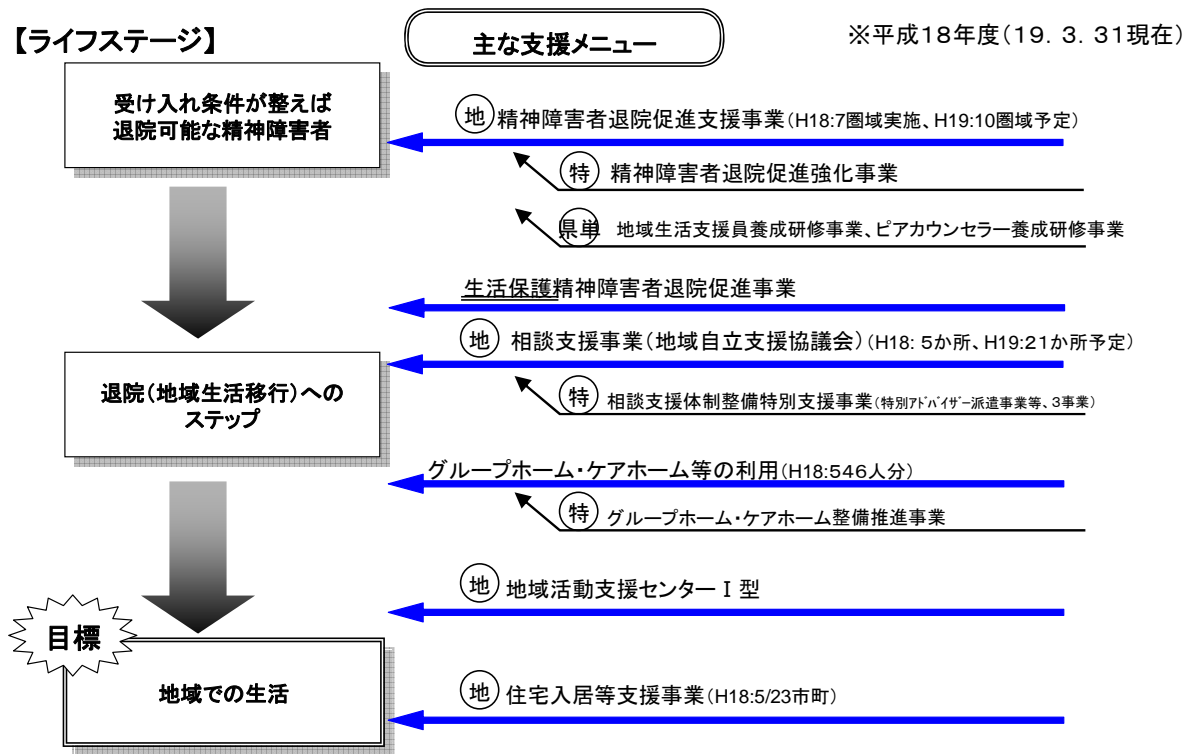


# 11. 長 崎 県

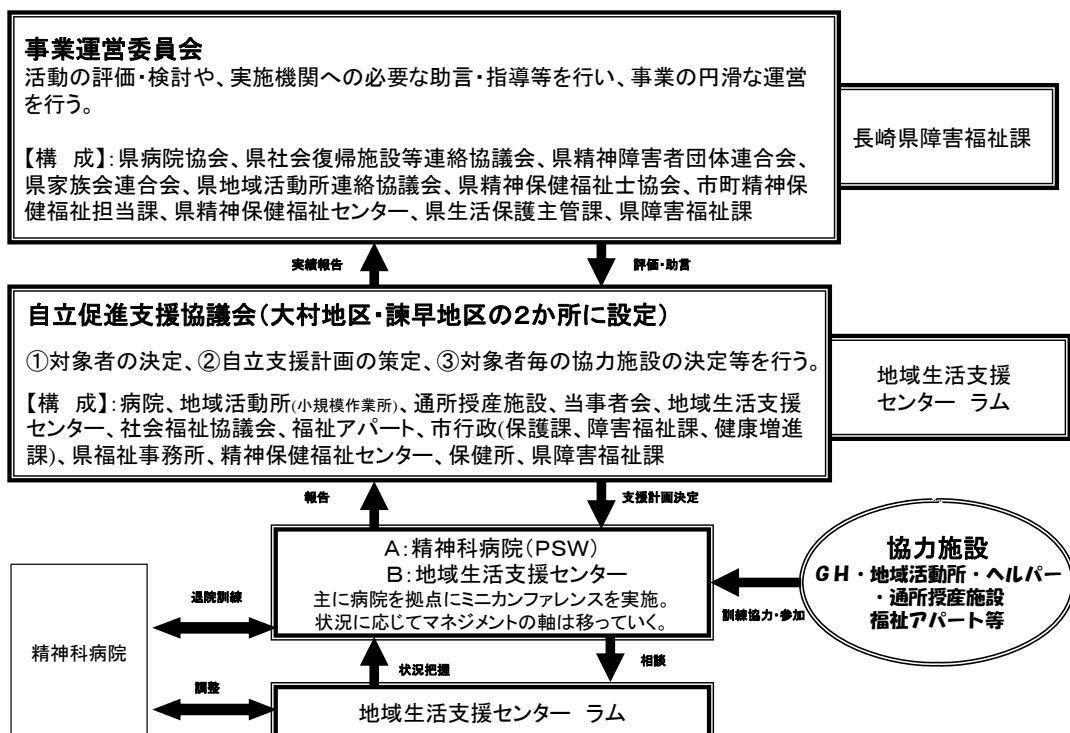
## (1) 体制図

### ①退院促進の全体図



### ②退院促進支援事業の体制図

※平成17年度(18. 3. 31現在)



## (2) 自治体概要

### ①基礎データ

人 口 (人)	病院数 (か所)	入院 患者数 (人)	デイケア (か所)	訪問 看護 (か所)	支援 センター (か所)	援護寮 (か所)	福祉 ホーム (か所)	福祉 ホームB (か所)	グループ ホーム等 (か所)	通所 授産 (か所)	小規模 作業所 (か所)
1,513,000	38	7,660	20	14	8	8	5	5	24	8	37
(273,197)	(11)	(1,229)	(5)	(3)	(2)	(2)	(1)	(2)	(7)	(2)	(7)

※ ( ) 内はモデル圏域の再掲：大村、諫早  
 ※平成18年6月30日現在

退院可能者 平成23年度目標値	1,539人
-----------------	--------

### ②事業概要

長崎県は、精神科病床数が人口10万対55.0と全国で2番目に多く(平成15.6.30現在)、平均在院日数も423.9日と長い(平成16)。そこで平成15年から17年にかけての3か年モデル地区において地域生活支援センターへ事業を委託し本事業を実施した。

この実績を受け、平成18年度から管内に精神科病院を有する県立7保健所において退院促進と地域ネットワークの強化・再構築を目的に事業を実施。

19年度からは保健所を設置している長崎市・佐世保市へ事業を委託、また、管内に精神科病院が無い事業の展開ができなかった上五島圏域(離島)においても事業に取り組み、県下全域で実施の予定である。

今後は、18年度以降の取り組みの充実・強化及び、3年後を目途とした事業実施体制の見直しが課題である。

## (3) 事業実施のポイント

### ①退院促進支援事業モデル事業

#### 【事業の推進のための工夫】

平成15年度よりモデル地区において本事業を実施した取り組みを紹介する。モデル地区選定の理由は、①中立性かつ公共性の高い社会福祉協議会の運営する地域生活支援センターが、地域ネットワークの要として活動していること、②管内に精神科病院が11か所ある(県下で最も多い)こと、③管内に精神保健福祉センターがあり、技術支援を求められることが主な理由である。

事業は市社会福祉協議会が運営する地域生活支援センターに委託して平成15年度から平成17年度までの3か年モデル事業として実施した。

## ②事業の周知・理解方法

### 【県と事務局PSW（地域生活支援センター）が病院説明、院内研修は事務局PSWが実施】

医療機関へは県担当課が説明を行った。当初、全国の社会的入院患者7万人を退院させる「障害福祉計画」を達成するためのものではないかと危機感を持つ病院もあったため、本事業は、精神障害者が病院から地域へ、また地域から病院へ移行しやすくするためのものであり、そのためのネットワーク作りが目的であることを強調した。

県担当課の説明のあと事務局PSW（地域生活支援センター）が病院訪問を行った。

特に2年目以降拡大した地域は、事務局（地域生活支援センター）の対象地区ではなかったため、既存のネットワークがなく、どの程度の事業展開が図れるのかを探ることと、病院PSWが動きやすい環境なのかそれぞれの医療機関の状況を知るというスタンスで行われた。

病院の反応は概ね良好であったが、「病院はすでに取り組んでいる」「地域は何ができるのかお手並み拝見」といった客観的でシビアな見方も伺えた。

そこで、事務局PSWの役割は「今なぜ退院促進なのか」を伝えることだと考え、以下の点を説明した。

キャッチフレーズは、「背中を押すのではなく地域側から誘い出す」。病院に街の風を取り入れ、出向き、関わり、支え手となり寄り添う。地域の支え手は自立支援員にはじまり、裾野を広げていく可能性を持っており、最終的には、地域・隣人が「社会的入院は地域の欠陥」として捉え直し、精神障害者が不利益を被らないよう病院と地域が協働していける事業であることを強調した。

また、利用申込から退院、地域生活支援という一連のプロセスの実例モデルを示すことがさらなる病院の理解促進につながると考え、事務局（地域生活支援センター）の既存のネットワークを活用し、最も入りやすい医療機関から事業を展開した。

その際、退院促進支援事業について説明する前に、まず支援センターそのものを病院スタッフによく理解してもらうことが、今後の活動につながると考え、院内主催の勉強会に出向き、支援センターの役割や活動内容等について説明を行った。

## ③自立支援員のフォロー体制

### 【支援センターPSWが支援員をフォローし柔軟に対応】

自立支援員の選出についても同様に、事務局（地域生活支援センター）の既存のネットワークを活用し、日頃の活動を通じてよく知っている方（支え手）をピックアップし自立支援員を依頼した。

自立支援員は精神保健ボランティア・家族会・当事者会・小規模作業所スタッフなど比較的、非専門職の色が濃かった。

そこで事務局（支援センター）は、自立支援員の活動の拠点として十分に機能するため、自立促進支援協議会の場をフルに活用してケースへの共通認識を高め、状況に応じて医療機関や社会復帰施設、小規模作業所、行政機関等へ必要な根回しを入念に行った。

また、自立支援員から病院にいる対象者への電話・通信の取次ぎが円滑に行かない場合もあり、

その点の調整も行った。

これにより、自立支援員の迷いやパワーレスな状態を回避でき、事業全体のマネジメントにつながった。

また、支援対象者の決定後、事務局 P S W が事前に面接を行い、支援対象者と支援員のマッチングを行った。

マッチングの事前訪問では、支援サイドも本人が求める支援員のイメージ像を知ることが目的である。例えばあなたの周囲で知っている人や芸能人で例えたらなど、対象者から支援員の性別や年齢、タイプを伺う。具体的には「異性だと緊張するので同性で年上の方が安心できる」などの意見を基にマッチングを行った。

マッチングは、必ずしも希望に添えなくても可能な限り対象者本人の希望に近づけるといいう援助プロセスとして重要である。それは、対象者が支援員に対する興味や関心、活動へのモチベーションを高めるための最初のステップとなった。

ただ、支援員側が活動しやすい病院を希望する場合などは、その点を重視して調整を行うこともあった。

事前面接は、支援員との初顔あわせを含め、2～3回程度行った。

#### ④対象者を支えるネットワークの構築について

##### 【支援センターのマネジメント力大きい、保健所の役割にも期待】

本事業に取り組む以前から、事務局（地域生活支援センター）は居住サポートや地域生活支援の拠点として活動してきた蓄積があり、これは当事業でも充分活かされた。例えば既に一人暮らしでヘルパー利用している方の生活場面の見学や、共同住居での体験入居・単身生活のシミュレーションができる（民間）アパート暮らし体験入居専用居室などの宿泊プラン等が今までの蓄積である。これらのプランは最初から存在したわけではなく、これまでの支援の結果（の産物）である。それを新たな資源として捉え直し、本事業の中で十分に活用できた。

また、支え手として地域の当事者（仲間）の協力を要請する場合もあったが、偶然、町で出会った当事者の友人が自然な形で支えてくれるなど、これらの支援を通じて出会った地域の貴重な支え手（家主・当事者・近隣）が地域生活支援の基盤となった。

地域のネットワークは、既存の社会資源がそれぞれに持っているものと、家族・友人など対象者本人が特有に持っているものがある。そのネットワークをつなげたり、再編したり、強化するなど、それらが本事業を通じて有機的につながっていくことが必要である。

モデル事業を展開した地域は、長崎県の中では比較的社会資源に恵まれた地域であるが、元々社会資源が豊富だったわけではない。地域に幾つか存在した社会資源のネットワークを大切にしながら丁寧につなげていくことが、新たなサービスやネットワークを生み出し、現在の形につながっている。

## ⑤長崎県の今後の課題

平成18年度からは県立保健所7か所を拠点とする事業展開に引き継がれた。

これは前述したモデル事業のノウハウを活かしつつ、それぞれの圏域において、地域資源の新たな開発や、病院を含めた既存の地域資源の役割の変化や運用等について、調整を図る役割を担うことも目的としている。いずれ、病院と地域の連携体制が完成すれば、保健所の役割も変化すると考える。

長崎県は離島が多い特徴があり、一度本土の病院に入院し長期化すればなかなか地元の島へ帰りづらくなる現状がある。本土から離島への退院促進と、圏域毎の地域ネットワーク格差是正が今後の課題である。



## (4) 事例紹介

■対象者：K氏	■性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性	■年齢：48才
■主たる疾患名：統合失調症	■通算入院期間：約15年	
■医療保険種別：国保→生保	■入院形態： <input checked="" type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護	
■保護者の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有（続柄：母） <input type="checkbox"/> 無	■経済形態：家族扶養→生保	
■退院先：共同住居	■退院支援期間：8か月	
<p>■事例の特徴：</p> <p>①自己評価が低く退院に踏み切れなかった本人の状況から、共同住居の体験を通じて、生活のイメージを具体化した。</p> <p>②退院に難色を示した家族に対し、生活保護受給や地域の支援体制を説明し病院と別の角度からもアプローチを行った。</p> <p>③病院も再発防止のための訪問看護を新たに開設し、再発時の受け入れ体制など病院が地域のバックアップ機関として保障された。</p>		
<p>■支援にかかわった機関（職種）：</p> <p>市町村：生活保護課（<input checked="" type="checkbox"/>CW）／支援センター（<input checked="" type="checkbox"/>PSW）／通所授産所・小規模作業所（<input checked="" type="checkbox"/>その他[指導員/利用者]）／グループホーム・共同住居（<input checked="" type="checkbox"/>世話人/家主）／精神科病院（<input checked="" type="checkbox"/>Dr, <input checked="" type="checkbox"/>Ns, <input checked="" type="checkbox"/>PSW）／<input checked="" type="checkbox"/>自立支援員（所属：支援センター）</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>①家族構成：両親と弟、妹がおり、それぞれ独立している。特に父親を苦手として、母親も夫に従順であり、本人の意向は聞き入れられにくい。家族は、面談場面でも一生病院に入院させてもらいたい意向あり。</p> <p>②保護者以外の家族：妹</p> <p>③キーパーソンとなった家族：妹 退院についての家族面談に母親と妹が参加した際、支援側の説明に対して頑なな母親に対し、妹から「兄の人生だから少し委ねてもいいのでは」という発言があり、母親に影響を及ぼした。</p> <p>④かかわり方：2度の家族面談を実施、支援員が家族会の方だったこともあり、共同住居の見学も家族が同伴するなどフランクな関わりをもち、具体的な生活場面や地域の支援体制を病院と別の角度で説明した。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>①既に2度目の入院で14～5年が経過。病棟では無為に過ごすことが多く、「楽しみは寝ることです。花札や麻雀は時たましますよ」（苦笑い）。他患者との摩擦を避け、相手に気を使いすぎストレスが溜まり、時に物などに当たり散らすこともあった。家族の面会は時々あり年数回の外泊の受け入れも行われる等、疎遠にはなっていなかった。街へでかける行為は、嗜好品などの買い物や自宅への外泊のみにとどまっていた。</p> <p>②支援センターからの初回訪問では、かなり自己評価が低い印象、事業を利用するのも半信半疑で40半ばにもなると退院できるのかな？無理でしょう？唯一の楽しみは「寝ることです」と退院したいという意志はぼんやりと漠然としたものであった。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>N病院と支援センターとは、日頃から支援を通じての関わりが濃く、当事業を開始する以前から病棟の勉強会へ招かれ、支援センターの地域での役割、活動紹介を行い、退院促進支援事業をはじめることについてもいち早く情報提供を行っていた。当時、新任PSWの当事業に対する関心や意欲も高く、PSWが主導で主治医、病棟もK氏を推薦した。</p> <p>事業導入時、家族に対する説明は病院PSWが行った。本人と事務局である支援センターPSWは、以前同院に勤務していた経緯もあり初回面談が8年ぶりの再会で、お互いを知っていたという巡り合わせでもあった。退院という言葉は重い印象を与え、本人への説明は、街に出るときに案内をしてくれる人ですよと自立支援員を紹介。同性で年上がいいという本人の希望でマッチングを行った。数回の面会で比較的早く<b>支援員との外出を開始。（駅周辺、支援センター、地域活動所、当事者会、カラオケ大会など）</b>支援員に対し、自らの病気のことをカミングアウトしニックネームで呼んでほしいなど、関係が深まった。またK氏は経済基盤がなく、親に、これ以上迷惑をかけたくない想いがあったため、自立促進支援協議会で検討し、<b>生活保護申請を行い生活保護受給を開始。</b></p> <p>支援2か月目には、共同住居の見学2回と作業所までの交通アクセスについてバスの利用や自転車の練習を行った。また、入居者とキャッチボールをしたいと病院の日中活動にPSWとキャッチボールをしたり、体力がないことを痛感して散歩を取り入れたり主体的な行動が見られるようになった。<b>1回目の共同住居の体験入居を実施、</b>外泊時は（生活サポーター（有償ボランティア）、家主、自立支援員、病院PSW、支援センターPSWで訪問）おおむね可能であることを支援側も確認でき<b>1回目の家族面談を実施</b>／支援の共通認識と共同住居を中心としたサポート体制を説明。</p> <p>その後、<b>2回目の共同住居の体験入居実施。</b>問題なく実施できたが自己評価が低く、本当に退院できるのか周囲を気にしすぎてしまうため、<b>2回目の家族面談を実施</b>し主治医や母親からの退院の了解の一言を伝えてもらう。再発を心配する母親に対し病院のバックアップを保障。<b>再入院の受け入れ、訪問看護週2回の開始（病院事業新規）また退院準備の外出</b>（買い物と搬入、手続、銀行利用）。そこで金銭管理に不安が強く、サービス利用の意志あり<b>地域福祉権利擁護事業契約。</b>事業申し込み8か月後に退院。退院後は<b>自立支援員の支援を1か月延長、生活定着支援共同住居</b>を中心に、日中は<b>地域活動所（小規模作業所）へ週2回通所、</b>食事当番支援や服薬管理のため（<b>生活サポーター（有償ボランティア）週5日、病院訪問看護週2回、外来通院週1回、支援センターPSW訪問週1回、権利擁護事業支援員訪問週1回、共同住居関係者ミーティング月1回</b>）のK氏の支援体制が用意された。K氏のみならず共同住居住人のために地域の関係者が集まり、相互の情報交換と力量を高める機会になっている。</p> <p>退院し2年8か月が経過、共同住居で3人暮らし。現状維持で上記の支援は継続されている。現在、外来通院は月1回となり、訪問看護週1回、生活サポーター（有償ボランティア）週5日は平成18年4月よりホームヘルパーに移行している。</p>		

		利用開始前	申込み時	開始初期	中期	退院	利用終了後
期 間		2年半間	1か月間	3か月間	4か月間	1か月間	2年8か月
ケアマネジメントの中心		病院PSW	病院PSW	病院PSW	病院PSW 支セPSW	病院PSW 支セPSW	支セPSW
ケア会議参加者	主治医	○	○			○	
	看護師	○	○	○	○	○	○
	病院PSW	○	○	○	○	○	○
	院内他職種	○	○				
	支援センターPSW	○	○	○	○	○	○
	自立支援員		○	○	○	○	
	生保CW					○	
	ホームヘルパー 家族						○
自立促進支援協議会		事業説明	対象者決定	経過報告		年度末総括	
医療機関	医療的ケア (Dr, Ns)						
	不満や不安の相談 (Ns, PSW)						
	制度利用支援 (PSW)						
	院内外関係機関 連絡・調整(PSW)						
	作業療法 (料理教室)(OT)						
	服薬管理指導 (薬剤師)						
	栄養指導 (栄養士)						
	訪問看護 (Ns, PSW)						
院外関係者	院内訪問 (支PSW、 自立支援員)						
	同伴外出① 社会見学 (自立支援員)						
	同伴外出② 退院先探し (自立支援員)						
	同伴外出③ 居住の準備 (自立支援員)						
	電話相談 (支PSW、 自立支援員)						
	制度利用支援 (支PSW)						
	金銭管理支援 (権利擁護事業 専門員、生活支援員)						
	居住確保支援 (支PSW、自立支援 員、共同住居家主)						
	訪問支援 (支PSW、 生保CW)						

(5) 参考資料

