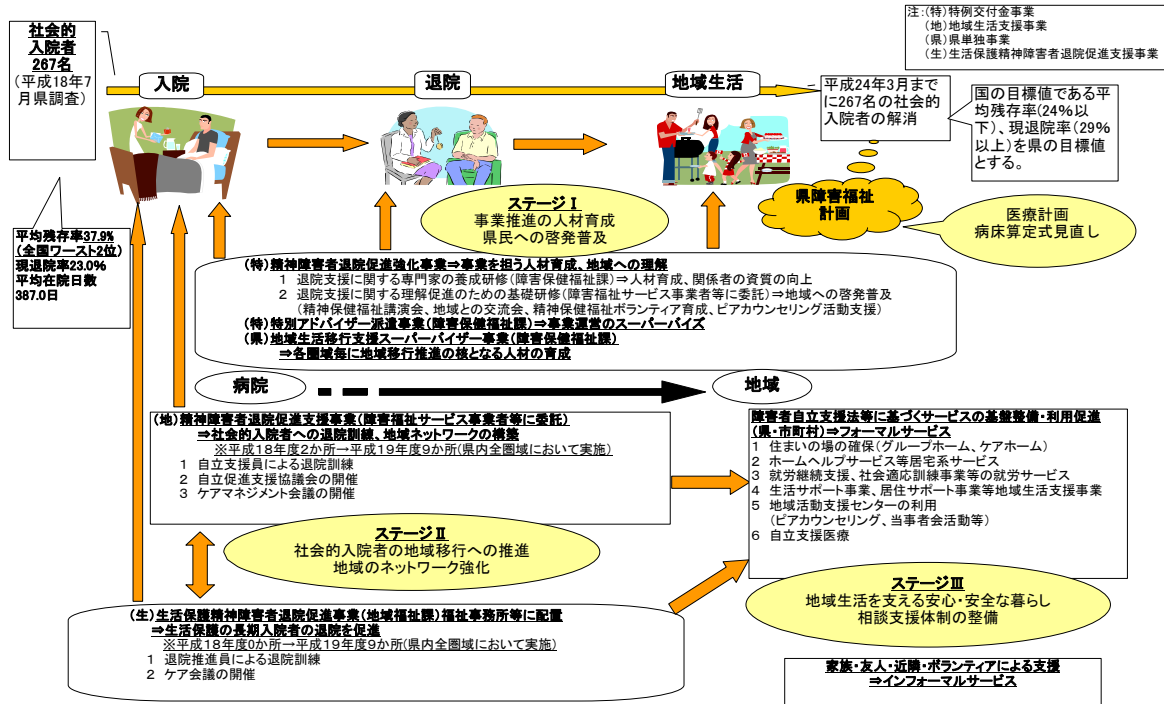


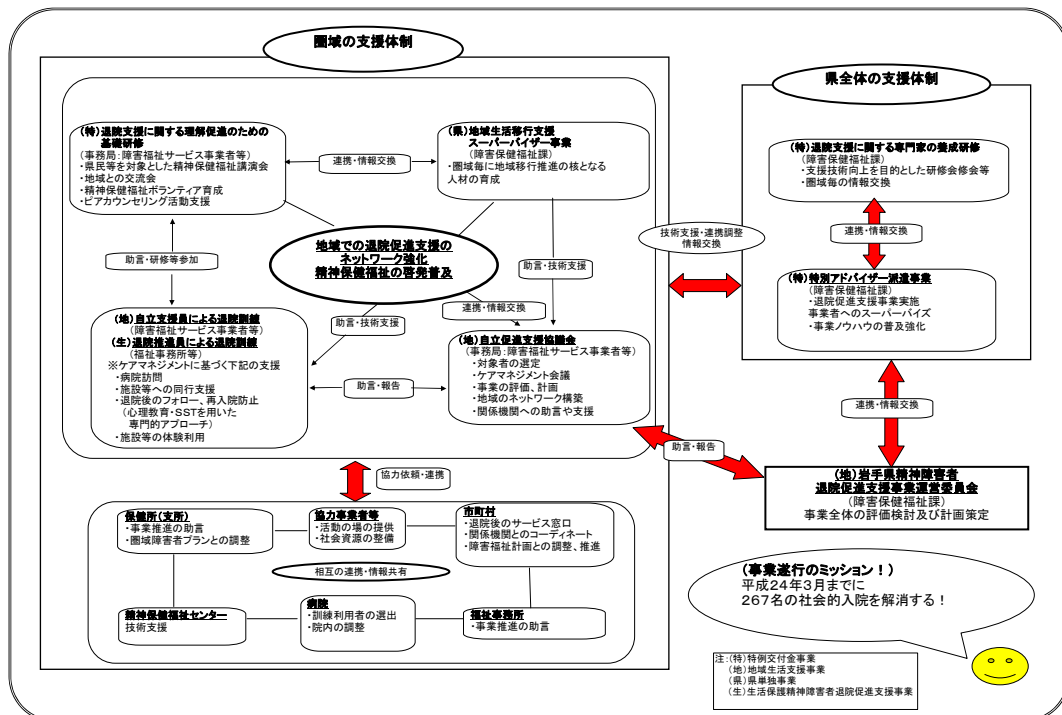
2. 岩手県

(1) 体制図

①退院促進支援に向けた取り組み



②退院促進支援に向けた体制図



(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)
1,375,586	22	4,373	47	13	9	4	1	1	36	11	26
(289,266)	(3)	(739)	(7)	(3)	(2)	(1)	(0)	(0)	(5)	(5)	(3)

※ () 内はモデル圏域の再掲：一関、水沢

※平成18年6月30日現在

退院可能精神障害者数	267人
------------	------

②事業概要

平成14年の患者調査において全国で7万人の社会的入院者が示されたことから、当県では独自に、平成15年度に県内の22精神科病院（以下病院）の協力を得て、社会的入院者のニーズ調査を実施した。

その調査結果を踏まえ、平成15年8月から特定1圏域をモデル地区とし、精神障害者退院促進支援事業を、圏域に所在する精神障害者地域生活支援センター（以下センター）に委託し実施することになった。

モデル地区の選定にあたっては、精神障害者社会復帰施設等の整備状況や病院（1か所）の協力が得られやすいことを鑑み、両磐圏域で行うことになった。なお、当該事業は、平成17年度からは県内2圏域で実施している。

当該事業の実績であるが、平成15～18年度までの実利用人員は29名、退院した者は16名である。

モデル地区で行うメリットは、事業実施のノウハウを他圏域に事業拡大する際の手本となるが、デメリットとしては実施圏域以外の圏域においては、社会的入院者の課題に関する理解が進まないことがあげられる。

(3) 事業実施のポイント

①各機関の役割分担

【保健所の役割～既存のネットワークを生かして】

同圏域は、以前より、保健所が「保健福祉推進会議」を開催し、病院と地域との調整や精神保健福祉の課題等を共有する機会を設け、地域の精神保健福祉活動の核として活動してきた経緯がある。

その中で、関係者からの意見や認識として、社会的入院者が多いことが解決しなければならない課題の一つとされており、今回の当該事業の実施に際し、管轄保健所がセンターの後方支援の役割を行う形で進めることになった。

②事業理解を得るための説明

【本庁担当者としての取り組み～事業を施策化へ】

平成18年7月に障害福祉計画策定に際し、再度、病院の協力のもと、社会的入院者のニーズ調査を実施した。

その結果、267名の社会的入院者を地域生活移行へ推進するため、県の施策として退院促進支援事業を拡大、強化することや、併せて、地域での受け皿となる日中活動や居住の場を整備する必要性が明らかになった。

なお、当県では、平成14年の国調査において、1年以内で病院から退院しない割合である平均残存率が37.9%と全国のワースト2位、平均在院日数も全国平均を上回っており、入院患者の社会参加や社会復帰に向けた取り組みの必要性が各種会議等で意見としてあげられていた。

上記の現状を改善するためには、一担当者の熱意だけではなく、費用対効果の視点からも関係機関の理解を得ながら、県の政策として当該事業を推進し、予算獲得をする必要があった。

表1のとおり、平成19年度から県内全圏域での実施に向けた資料や説明について工夫を重ね、主要経費の政策的経費のうち政策調整枠として予算措置することができた。

(表1) 岩手県における予算編成までのスケジュール等

協議	課内協議	→ 部内協議	→ 三課ヒアリング	→ 政策評価・推進会議
時期	8～9月	9～10月	11～12月	12～1月
説明の相手方	課内	部長 保健福祉企画室	予算調整課 政策推進課 経営評価課	知事、他部局長
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県が目指す姿と現状との差異、事業推進の戦略 ・ 事業の位置づけ、事業効果、必要経費の検証、優先順位 			
説明に際しての工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業全体のポンチ絵作成 ⇒わかりやすい表現と全体のフロー（県民に説明するつもりで） ・ 県の施策の中で当該事業の位置づけ及び実施の必要性を明示 ⇒県で実施した社会的入院者のニーズ調査を数値化 国の動向を数値化（70,000人の地域移行等） 平均残存率、平均在院日数等を全国との比較 ・ 県、市町村障害福祉計画との関連性を強調 ・ 費用対効果については、入院継続と地域で生活する場合の県の財政負担の割合をシミュレーションし、数値化 ・ 事業実施後の県の目指す姿を具体的に提示 			

③事業の周知・理解方法

両磐地区において、平成15年度の事業遂行に際し、関係者、特に病院職員の理解が必要であることから、センター及び病院において、表2のと通りの取り組みを行い事業の周知や理解を図った。

病院職員の中には、市町村保健師、精神保健福祉ボランティア、精神障害者社会復帰施設職員等、地域の精神保健福祉活動の担い手や社会資源について、十分な理解を得られていない者もある状況であったことから、病院の精神保健福祉士が橋渡し役となり、地域と病院との調整を積極的に行った。

また、事業に係るチラシは、利用者と関係者向けの2種類を作成し、それぞれの理解を図った(参考資料参照)。

その結果、当該事業の主旨、自立支援員やセンター職員の役割、地域の社会資源について病院職員が理解を深め、積極的に社会的入院者の退院訓練を病院全体として取り組む体制づくりが構築された。

平成18年4月には病院の新築移転に併せ、退院促進支援病棟の設置、入院患者の退院支援や地域との調整の役割を担う生活支援師長(看護師長)が退院促進に向けた司令塔として配置された。

(表2) 退院促進支援事業の周知・理解に向けた取り組み(両磐地区)

時期	センター	病院
15年8月	<ul style="list-style-type: none"> 事業について関係機関への説明 説明用リーフレット作成 支援員の選定 	<ul style="list-style-type: none"> 関係部署への説明と理解 病院担当スタッフの選出 対象者への説明
15年12月	<ul style="list-style-type: none"> 管内病院での実習 自立支援員の病院訪問開始 入院患者参加行事の際に地域生活移行のPR 	<ul style="list-style-type: none"> 独自の社会的入院調査 他県自治体病院を視察し、課題を検討
16年3月	<ul style="list-style-type: none"> 先進地(大阪府保健所)の実習や事業運営についての視察 	
16年4月		<ul style="list-style-type: none"> 担当看護師(兼務)3名配置
16年10月	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議等に精神保健福祉ボランティア等の参画を推進 	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けた精神科リハビリテーションプログラムを実施
17年4月	<ul style="list-style-type: none"> 保証人制度活用のため、不動産事業者等への働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> 院内退院促進支援委員会設置
18年4月	<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰施設見学会(病院職員も含めて)の企画、実施 地域移行したメンバーの自主グループ結成への支援 県家族会大会での事業PR 	<ul style="list-style-type: none"> 病院移転に伴う退院促進病棟の設置 全患者を看護師、作業療法士の両職種による個別担当制とする 生活支援師長(看護師長)が配置される

④対象者の選定

両磐地区においては、主治医の推薦により事業の利用が望ましいと考えられる入院患者を対象に、作業療法や病院行事の機会等に、センター職員が病院に出向き、事業の説明をすることから始まった。

また、併せて、病院主催の家族教室においても、センター職員が事業説明を行ない、退院に向けての家族の理解を得るように働きかけた。

その後、本人及び家族の事業利用希望の同意を得て、主治医から推薦があった者を自立促進支援協議会において選定した。

⑤事業展開に関する工夫

【保健所の取り組み】

当県においては、地域精神保健福祉活動は保健所保健師が中心に担ってきた。平成14年度からの市町村への精神保健福祉業務移管後も、市町村や関係機関等への助言指導を行う傍ら、障害者社会参加総合推進事業を活用し、精神保健福祉ボランティア養成講座等を積極的に行った。

今回の事業実施に際しても、圏域の保健所保健師が、自立支援員やセンター職員への助言や関係機関との調整等、既存のネットワークを最大限に活用しながら後方支援を行った。

【本庁の取り組み】

関係職員の資質の向上を目的に、障害者ケアマネジメント研修会等において、退院促進支援事業の取り組み等について、表3のとおり関係者が学ぶ機会を設けた。また、他県の報告書等の写しを関係機関に送付し、事業について周知を図った。

また、事業委託している事業者には、国立精神・神経センター精神保健研究所等で開催する「退院促進支援事業」「精神障害者の地域移行」に向けた研修会の受講をすすめ、支援技術等の向上を図るよう働きかけた。

(表3) 県主催研修会の内容

年度	月	内 容
17	9月	障害者ケアマネジメント講演会 「地域移行をすすめるために」 講師：国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部長 伊藤 順一郎
	1月	障害者ケアマネジメント現任者研修会 「ACTプログラムと退院促進支援事業」 講師：国立精神・神経センター精神保健研究所 援助技術研究室長 西尾 雅明
18	2月	障害者ケアマネジメント初任者研修会 モデル会議「退院促進支援事業利用者の支援」 講師：地域活動支援センターナルド 所長 上原 久

（４）事例紹介

■対象者：B氏	■性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性	■年齢：38才
■主たる疾患名：統合失調症	■通算入院期間：約11年	
■医療保険種別：国保	■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：父） <input type="checkbox"/> 無	■経済形態：障害基礎年金1級	
■退院先：単身アパート	■退院支援期間：8か月	
<p>■事例の特徴：</p> <p>①単身生活の経験がほとんどないなかアパートへの退院を強く希望。しかし、感情の波が大きく、アパート契約後に意欲低下の状態が続き、退院を目前にして躊躇している状況。</p> <p>②家族の過剰な関わりもあり、危機介入を含め成年後見制度を利用。</p> <p>③退院後のホームヘルプなどのサービス利用を支えるための地域ネットワークづくり。</p>		
<p>■支援にかかわった機関（職種）：</p> <p>市町村：障害福祉課（<input checked="" type="checkbox"/>PHN）／生活保護課（<input checked="" type="checkbox"/>CW）／保健所（<input checked="" type="checkbox"/>PHN）／支援センター（<input checked="" type="checkbox"/>PSW, <input checked="" type="checkbox"/>その他[相談支援専門員]）／精神科病院（<input checked="" type="checkbox"/>Dr, <input checked="" type="checkbox"/>Ns, <input checked="" type="checkbox"/>PSW, <input checked="" type="checkbox"/>CP）／自立支援員（所属：支援センター）／<input checked="" type="checkbox"/>その他（市内の不動産事業所）</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>父、母、本人、兄の4人家族。父は脳卒中後遺症で身障1級あり、X+19年からA精神科入院中。母は薬物依存症で通院歴がある。兄も人格障害で精神科に入院、通院歴があり、X+21年から母と他県在住。詐欺行為で執行猶予歴もある。X+14年頃から関西から帰省した兄が、家族の医療・福祉サービスを巡って関係機関に苦情を訴えてはトラブルになることが頻出。以降、B氏、父母は、医療・福祉機関を兄の思惑によって変更させられ、入院・入所しては、退院・退所することを繰り返してきた。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>小学校6年生から不登校のため児童養護施設に入所。施設近くの中学を卒業後、実家に戻り高校入学する。おとなしく成績も普通だった。高校卒業後、関西のスーパーへ就職するが2週間で退職後帰省し、様々な職を転々とする。X年に幻聴・妄想の症状により問題行動が生じたため、母の勧めで精神科病院を受診し統合失調症と診断された。その後、5回の入院歴がある。</p> <p>前病院では担当看護師が外出を共にし、買い物や娯楽に付き合ったり、支援センターで調理実習を試験的に試みたりするなど、信頼関係を築きながら地道な退院準備をしてきた。しかし、兄がB氏や父母の処遇を巡り、難題を要求しては保健所、病院、支援センター等関係機関を翻弄させ、弟の退院への支援を阻む状況であった。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>今回の退院促進事業では、平成18年8月から支援員により、支援センターの利用支援をはじめ買い物を通しての金銭管理支援、グループホーム体験利用支援などを受けることで、退院希望の意志が明確になった。</p> <p>他者とうまく関わる自信がまだないということで、グループホームではなくアパートを希望。平成18年12月にアパート契約をし、試験外泊を数回行った。病院の精神保健福祉士、自立支援員は、障害年金手続やアパート契約、公共機関への外出同行、成年後見制度申立などの支援を続けた。</p> <p>事業利用にあたっての、本人の主訴・希望は、「アパートに退院してテレビを自由に見たい」「でも寒いことと公共料金支払手続きなどが不安で、本当に退院できるか心配」「将来は作業所に通って、できれば一般就労したい」「兄には世話になったことも多いが、自分の生活は自分で決めたい」。関係者が考えるとりあえずの生活目標は、比較的感情が安定し、デイケアや支援センターを利用しながら困ったときに相談できること、と捉えている。</p> <p>しかしながら、支援側は、①意欲の波が大きく、退院したいと興奮し粗暴な行動に出ることと、不安で臥床しがちな状態との差が大きいこと、②兄はB氏を他県に連れて同居したいと考えているようで、退院先がわかった場合どのような行動に出るか不明なこと、③夜間や緊急時の対応も含め、ケアマネジメントチームと社会的ネットワークをどのように構成し役割分担するか、の以上を課題と鑑み、本人と共に退院に向けての共通の認識を持つよう協議を深めていった。</p> <p>支援から8か月後、支援センターの当事者会や病院デイケア、訪問看護などのサービスを受けながら、病院近くのアパートで単身生活する運びとなった。</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		18年間	1か月間	2か月間	5か月間	1か月間	
ケアマネジメントの中心		保健所PHN	病院PSW	病院PSW 支セPSW	病院PSW 支セPSW	支セPSW 病院PSW	支セPSW
ケア会議 参加者	主治医	○			○	○	
	看護師	○			○		
	病院PSW	○	○	○	○	○	○
	支セPSW		○	○	○	○	○
	自立支援員		○	○	○	○	○
	保健所・市PHN	○		○	○	○	○
	保健所CW	○				○	
	保佐人					○	○
その他					○不動産		○生保
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)						
	制度利用支援 (PSW)						
	不満や不安の 相談(Ns, PSW)						
	外出支援①病DC、 支センター (Ns, PSW)						
	外出支援 ②買物・金融機関 (Ns, PSW)						
	外出支援 ③住居確保 (PSW)						
	家族・関係機関関 係調 (PSW)						
	訪問看護 (Ns, PSW)						
院外関係者	家族・関係機関関 係調 (保PHN、 保CW、支PSW)						
	制度利用支援 (保PHN、保CW、 支PSW)						
	外出支援 ①社会見学、買物 (支援員)						
	外出支援 ②支援センター 利用(支援員)						
	外出支援 ③金融機関利用 (支援員)						
	外出支援 ④住居確保 (支援員)						
	調理実習 (支PSW、支援員)						
	財産、金銭管理 支援(権利擁護、 保佐人、支PSW)						
	訪問支援 (支PSW、PHN)						

(5) 参考資料

①患者説明用ちらし

あなたの退院のお手伝いをする 退院促進支援事業のご案内です。

退院促進支援事業は、これまで様々な理由によって退院できなかった方々に対して、保健所、病院、社会復帰施設など保健・医療・福祉の関係機関が協力して、退院後の生活を支える体制をつくり、退院を実現していこうとするものです。

♪具体的には？

自立支援員が病院を訪問して、お話を伺います。

1. お話の中で、地域の色々な情報を提供します。
2. 退院後の生活で利用できる場への見学・通所に同行します。
(例えば、社会復帰施設・保健所・スーパー・自宅・市役所など)
3. 福祉制度や施設利用の手続きをお手伝いします。
4. 退院後も安心して生活ができるように、地域の様々な機関と協力して支える体制をつくります。

* (支援内容は、利用者の方それぞれに合わせて変わります)

♪退院促進支援事業・自立促進支援協議会♪

退院促進支援事業は、地域生活支援センター一関から派遣された自立支援員が、地域の関係機関と協力しながら地域への外出の同行を中心に、あなたの退院の実現に向けて、サポートを行います。

自立促進支援協議会は、あなたの退院について病院のスタッフだけでなく地域の関係機関も集まり、退院に向けて一緒に考え、地域での受け入れ態勢をつくり、退院後の生活を支えようとする仕組みです。

♪退院促進支援事業の利用♪

主治医の意見書(サマリー)を添えて、申込書を提出することにより利用できます。

※なお、自立支援促進協議会に出席する人は秘密を守る義務があるので、外部に情報が漏れることはありません。



お問い合わせは

- ・ 岩手県一関保健所 保健課 0191-26-1415
- ・ 地域生活支援センター一関 0191-26-5472

②関係機関説明用ちらし

※様式類は掲載せず

精神障害者退院促進支援事業のご案内

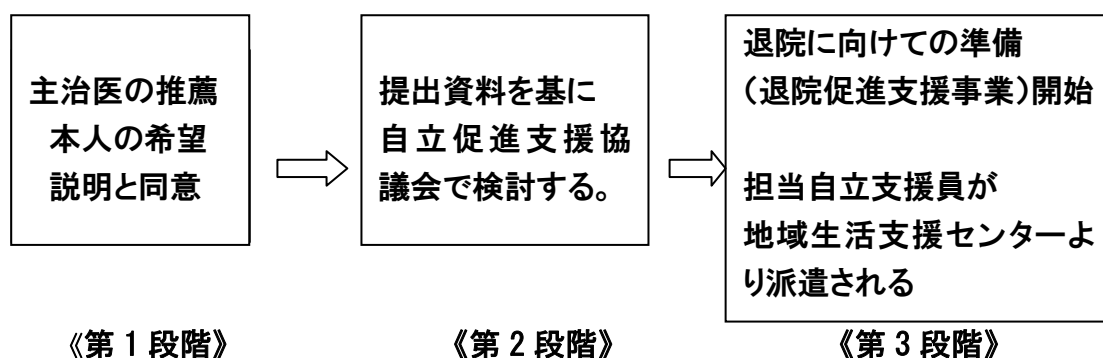
地域生活支援センター一関では、このたび“退院促進支援事業”を実施することになりました。

この事業は、これまで様々な理由で退院できなかった方々に対し、保健所・病院・社会復帰施設など保健・医療・福祉の関係機関が協力して、退院後の支援体制を整え、退院を促進していこうとするものです。

★この事業の対象となるのは次の1)～3)をすべて満たす方です。

- 1) 病状等からみて主治医の推薦がある方
- 2) 本人が希望される方
(あまり自信はないが参加してみたいという方も含みます)
- 3) 事業の趣旨に同意いただける方

退院促進事業の流れ



事業の各段階について

《第1段階》

- 対象者は、病状が安定しており、この事業をうけることが適当と判断され、なおかつ、ご本人の希望の確認がとれる方です。
 - 自立促進支援協議会への資料を提出する前に、ご本人への説明と同意の手順を踏むようお願いいたします。
 - ①本人に事業の趣旨を説明し
 - ②別紙様式1「サマリー」(白紙のものでも可)を見せて、自立促進支援協議会で検討される事項について説明してください。
 - ③同意が得られた場合は別紙様式2「申込み書」の提出をお願いいたします。
- 以上、本人の了承を得られた方を退院促進支援事業の対象者としてご推薦ください。

説明のポイント

- ・あなたの退院について、病院のスタッフに加え、精神障害を持つ人のサポートをしている関係機関の人たちにも、一緒に退院に向けた支援体制を考えていこうという事業です。
- ・自立促進支援協議会で、あなたの現状について伝えてもよろしいですか。
(別紙様式1「サマリー」を提示する。白紙でも可。)
- ・会議出席者には、守秘義務があるので、関係のない人に情報が伝わることはありません。
- ・今後の事業発展のため、個人を特定できる情報を除いた支援の経過が、岩手県に報告されます。

《第2段階》

- 第1段階で本人の了承を得て作成された資料(様式1)を基に、地域生活支援センター一関が主催する自立促進支援協議会で、支援体制や支援の具体的内容が検討されます。
- 自立促進支援協議会の構成員は、医療機関・社会復帰施設・市町村・保健所等の関係機関職員です。

《第3段階》

- 自立促進支援協議会での検討を基に、医療機関と連携しながら、自立支援員が退院に向けての支援をはじめます。支援のイメージの一例としては、自立支援員が入院中より本人と社会復帰施設等へ外出同行し、地域の社会資源に少しずつ慣れていってもらう方法などが想定されています。
なお、外出時の事故に備え「損害賠償保険」を地域生活支援センター一関が掛けます。

ご協力のほどよろしく申し上げます。

お問い合わせは

- ・岩手県一関保健所 保健課 0191-26-1415
- ・地域生活支援センター一関 0191-26-5472

