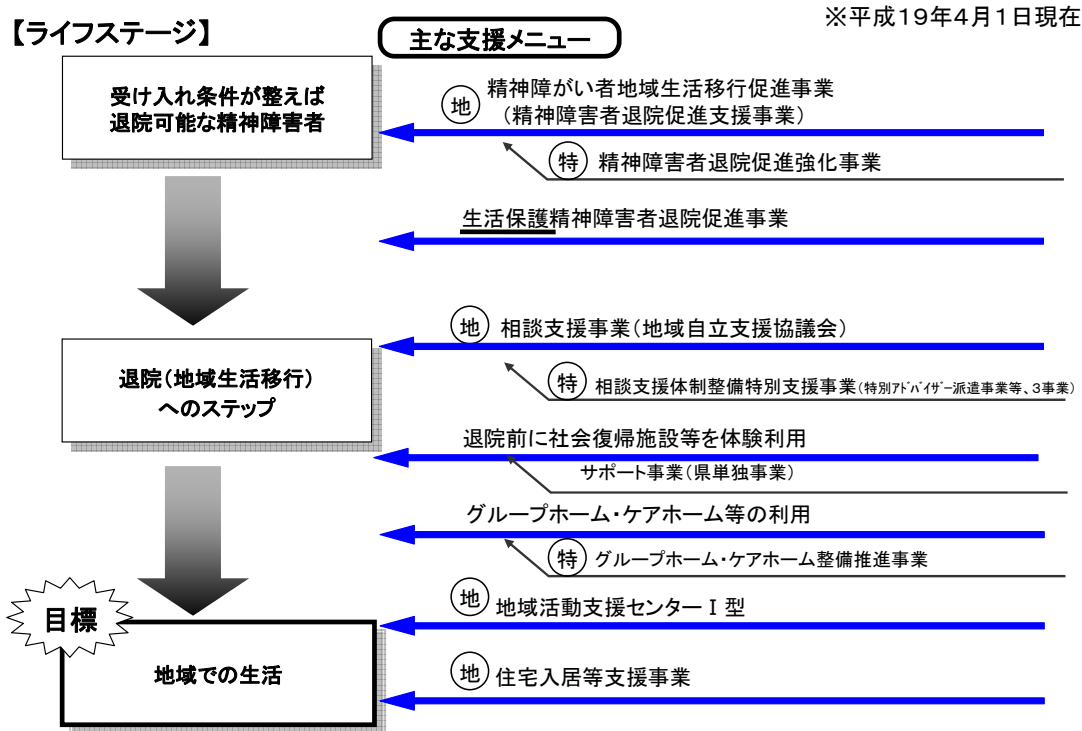


# 3. 福島県

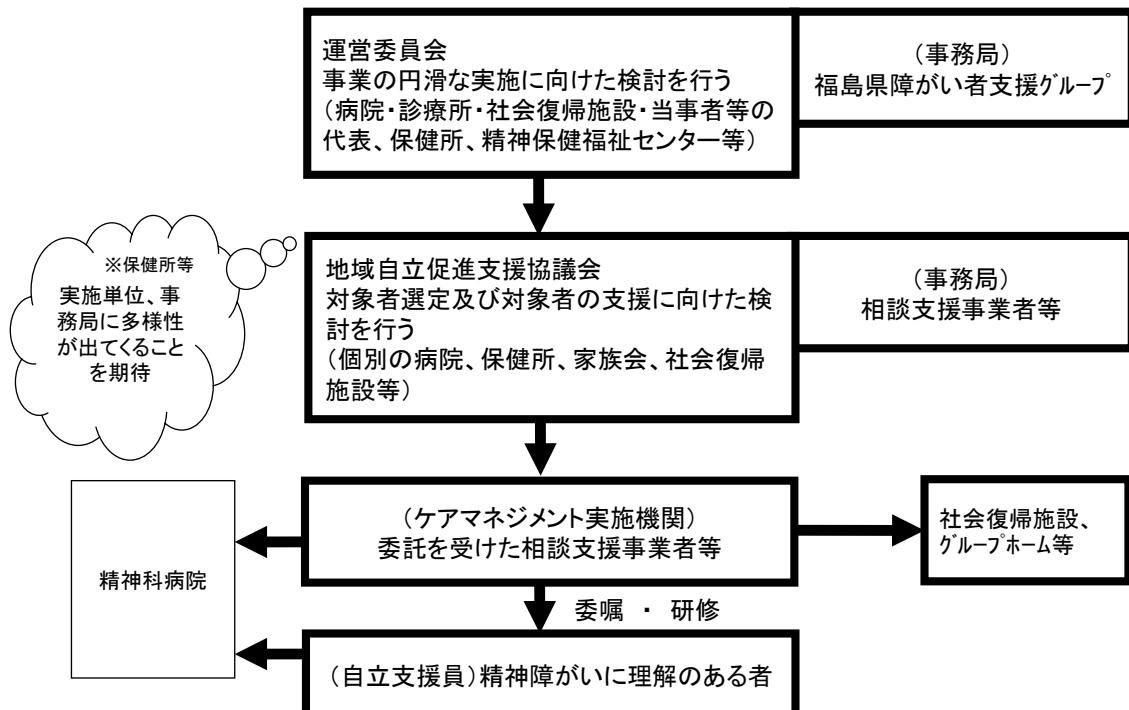
## (1) 体制図

### ①退院促進の全体図



### ②退院促進支援事業の体制図

※平成19年4月1日現在



## (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)
2,081,012	36	6,692	32	16	8	3	3	2	59	10	44

※平成18年6月30日現在

退院可能精神障害者数	2,000人
------------	--------

### ②事業概要

福島県では、平成16年度より国の補助を受けて精神障害者退院促進支援事業を開始し、精神障がい者の長期入院の解消に向けた取り組みを開始している。

事業の実施にあたっては、各圏域に設置されている旧精神障がい者地域生活支援センターが在宅の精神障がい者に対する支援だけでなく、各精神科病院等と連携しながら長期入院者の退院支援のための中核的な役割を担い、精神障がい者の総合的な支援機関になれるようにするため、すべての圏域で2年間のモデル事業として実施した。

なお、本県での事業名は「精神障がい者地域生活支援事業」としているが、病院や行政が「退院させる」のではなく、入院者本人の「退院したい」という意欲を尊重しながら、地域での生活を再開するための第一歩としての事業としたいとの考えから、このような名称としたところである。

## (3) 事業実施のポイント

### ①ニーズ調査の実施と活用方法

県障がい者計画策定の基礎資料とするため、福島県では平成14年度に精神障がい者の社会復帰及び福祉に関する調査を実施した。調査対象者は、県内の精神科病院に入院している患者や当該患者の主治医等とし、1年以内の退院の可能性や精神障がい者が退院するために必要な社会資源等について抽出調査したところ、退院後の住居や活動の場が確保される等の条件が整えば退院が可能な者も含め、退院可能な入院患者が2,411人と推計された。

本県では、精神科病院の平均在院日数や入院患者数が全国平均を上回っており、長期入院者の退院促進が課題であったことから、第2次福島県障がい者計画にも長期障がい者の退院促進を盛り込むとともに、家庭や身近な地域で生活できる環境整備を進め、社会的入院者の退院を促していくために、平成16年度から精神障がい者地域生活移行促進事業（精神障がい者退院促進支援

事業)を実施し、相談支援事業者等(旧精神障害者地域生活支援センター)が地域の核になり、外部の関係機関が協力して社会的入院者の退院を促す体制を構築するとともに、併せて受け皿となるグループホーム等の整備促進を図り、障がい者の地域生活移行を進めている。

## ②役割分担

県内には精神保健福祉士がそれほど多くないということもあり、精神保健福祉士を自立支援員として確保することが難しく、自立支援員は社会福祉士、看護師、ホームヘルパーや精神保健福祉ボランティアなど幅広く委嘱した。そのため専門的な業務や対外的な業務は、委託先の地域生活支援センター職員が行い、自立支援員は地域生活支援センター職員から指示を受けながら訓練対象者の個別支援を実施した。自立支援員の多くは精神保健福祉の専門家ではなかったため、自立支援員としての業務はある程度限定されてしまったが、ご近所さんのような親しみやすい方も多く、訓練対象者の中には自立支援員と会うことが楽しみで積極的に訓練に参加し、退院への意欲を向上させてきた方も見られた。

また、元々の仕事を退職した方が自立支援員となった方が多く、訓練対象者の年齢と近い例が多かったため、訓練対象者と自立支援員との信頼関係の構築がスムーズにいったケースも多く見られた。

また、公営住宅への入居を希望する訓練対象者を支援するために、地域生活支援センターが中心となり、障がい者が公営住宅に入居する際の保証人となるNPO法人を発足させるなど、地域で不足する資源を関係機関が連携して生み出すなど、独自の努力も見られた。

## ③対象者の選定

精神科病院に保健所職員と地域生活支援センター職員が出向き、地域にある社会資源や退院後の生活支援方法を紹介するなどして、退院後の生活を入院患者がイメージするための出張講座をまず初めに開催した。

出張講座は入院患者に対する最初のアプローチであることから、入院患者に事業の趣旨を正しく理解してもらうこととした(退院意欲のある方を支援する事業であり、本人の意思に反して退院させる事業ではないことを説明した)。

出張講座の結果、退院に意欲のある方の中から、主治医の承諾を得られた者を病院から推薦してもらい、地域生活支援センターや関係機関で組織する自立促進支援協議会で対象者を決定することとした。

(4) 事例紹介

■対象者：C氏	■性別：☑男性／□女性	■年齢：56才
■主たる疾患名：統合失調症		■通算入院期間：約6年11か月
■医療保険種別：生保		■入院形態：☑任意 □医療保護
■保護者の有無：☑有（続柄：母）□無		■経済形態：生活保護受給
■退院先：精神障害者福祉ホーム		■退院支援期間：6か月
<p>■事例の特徴：</p> <p>①父親と長兄は死去。高齢の母親（軽度の認知症）が一人暮らしをしている。</p> <p>②過去に借金問題等で家族に迷惑をかけたため、母親以外とは交流なし。退院についても家族全員が強く反対している。</p> <p>③自分の身の回りのことはほぼ自立できているが、住居の連帯保証人になってもらえる協力者がなく退院できない。</p>		
<p>■支援にかかわった機関（職種）：</p> <p>市町村：障害福祉課（☑PHN）／生活保護課（☑CW）／保健所（☑PHN）／支援センター（☑PSW）／通所授産所・小規模作業所（☑PSW）／援護寮（☑PSW）／精神科病院（☑Dr, ☑Ns, ☑PSW, ☑OT）／自立支援員（所属：地域生活支援センター）</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>父と長兄は死去。現在は軽度認知症の母と兄弟のみだが、兄弟とは疎遠。</p> <p>唯一連絡がとれた弟は、過去にC氏の連帯保証人になり借金を肩代わりしているため、医療機関からの連絡も強く拒否。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>①大学卒業後、関東地方のA社に約10年間就職。退職前頃から変わった言動が見られたが、A社退職後もB社に約半年間勤務していた。その後帰郷し地元のD社に約1年、E社に約5年間勤務。その後、関東地方に移住し2年半働いていた。妄想的発言は見られてはいたものの、職は転々としながら継続していた。平成8年頃住宅を購入するが被害妄想的な発言が目立ち、仕事にも行けなくなり、住宅ローンの支払いも困難な状況となったため、家族とともに帰郷。平成9年に精神科病院を受診し医療保護入院となる。</p> <p>②身の回りのことはある程度自立できている、住居が確保できれば退院可能であるにもかかわらず、家族の強い反対と住居の連帯保証人が見つからないため退院には結びつかず。病状は安定しており、服薬自己管理も金銭自己管理もできている。</p> <p>③本人は、退院したい気持ちは強かったが「借金問題で家族を苦しめてしまったので、これ以上家族に迷惑をかけたくない」と消極的であったため、主治医や病棟棟長、PSWより本事業を紹介。事業の説明を受け、退院への意欲が高まり事業利用に至る。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>事業開始にあたり、地域生活支援センターにて保健所主催の出張講座を開催し、患者様や病棟スタッフ、ケースワーカーへ事業内容の説明を行った。その後、主治医よりC氏の事業参加について推薦があり、本人も利用を希望された。事務局である地域生活支援センターへ申請されたあと、支援センターPSWによるアセスメントを実施しケアプランを作成。その後、自立促進支援協議会を経て対象者として利用可能となった。自立支援員は社会福祉士のFさんとした。</p> <p>当初は、<b>病棟での面談</b>を通し信頼関係を築きながら、<b>自立支援員と同伴で駅周辺や図書館、デパート等を見学</b>。数回の外出後、<b>支援センターPSWより、本人の希望である民間アパート入居の件で家族への協力を試みる</b>が、断固拒否されてしまった。連帯保証人の壁がある限りアパートへの入居は困難であるということから、本人も社会復帰施設入所を希望。<b>施設入所の保証人については、自立支援員のFさんが自ら引き受けてくださった</b>。C氏は、退院まで<b>病棟内での料理教室</b>に参加したり、<b>自立支援員同伴で退院準備の買い物</b>を行った。<b>福祉ホームへの試験外泊</b>を数回行い、約6か月後に退院。退院後、日中は病院ダイケアで活動し、夜間等は福祉ホームを利用している。</p> <p>今回のC氏のケースを通し、本人が自立できている住居の保証人問題により退院できないという現実を直面したことから、地域生活支援センターを中心に<b>障がい者の地域生活支援と居住確保の支援（連帯保証人）をする会</b>を立ち上げた。</p> <p><b>会の発足と運営については市町村とも協議</b>し、法人格を取得すれば公営住宅の連帯保証人として認められることとなり、平成19年3月、特定非営利活動法人の認証を得たことから、C氏の住宅入居に目途がついた。</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		約3年間	1か月間	1か月間	3か月	2か月	
ケアマネジメントの中心		病院PSW	病院PSW	病院PSW 支セPSW	支セPSW 自立支援員	支セPSW 自立支援員 保健所社会福祉主事	
ケア会議参加者	主治医	○			○		
	看護師	○	○	○	○		
	病院PSW	○	○	○	○	○	
	院内他職種					○薬剤師	
	支セPSW	○	○	○	○	○	
	保健所PSW	○	○	○			
	自立支援員		○	○	○	○	
	ピア・サポーター			○		○	
	世話人					○	
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)	■	■	■	■	■	■
	不安軽減と退院の相談 (Ns、PSW)	■	■	■	■	■	■
	家族調整 (PSW)	■	■	■	■	■	
	制度利用支援 (Ns、PSW)	■	■	■	■	■	■
	食生活指導(料理教室) (Ns)	■	■	■	■	■	
	服薬管理指導 (薬剤師、Ns)	■	■	■	■	■	
	金銭管理指導 (Ns)	■	■	■	■	■	
院外関係者	院内訪問 (支セPSW、自支員)	■	■	■	■		
	同伴外出①社会見学 公共機関利用(自支員)			■	■		
	食生活支援 (自支員)				■	■	
	同伴外出②退院先探し (自支員)				■	■	
	家族連絡・調整・面談 (保健所SW、支セPSW、 自支員)	■	■	■	■	■	■
	社会復帰施設の試験利用 (自支員)				■	■	■
	同伴外出③ 住居確保と生活の準備 (自支員)				■	■	
	今後の居住支援の在り方について検討(協議会関係者)						■