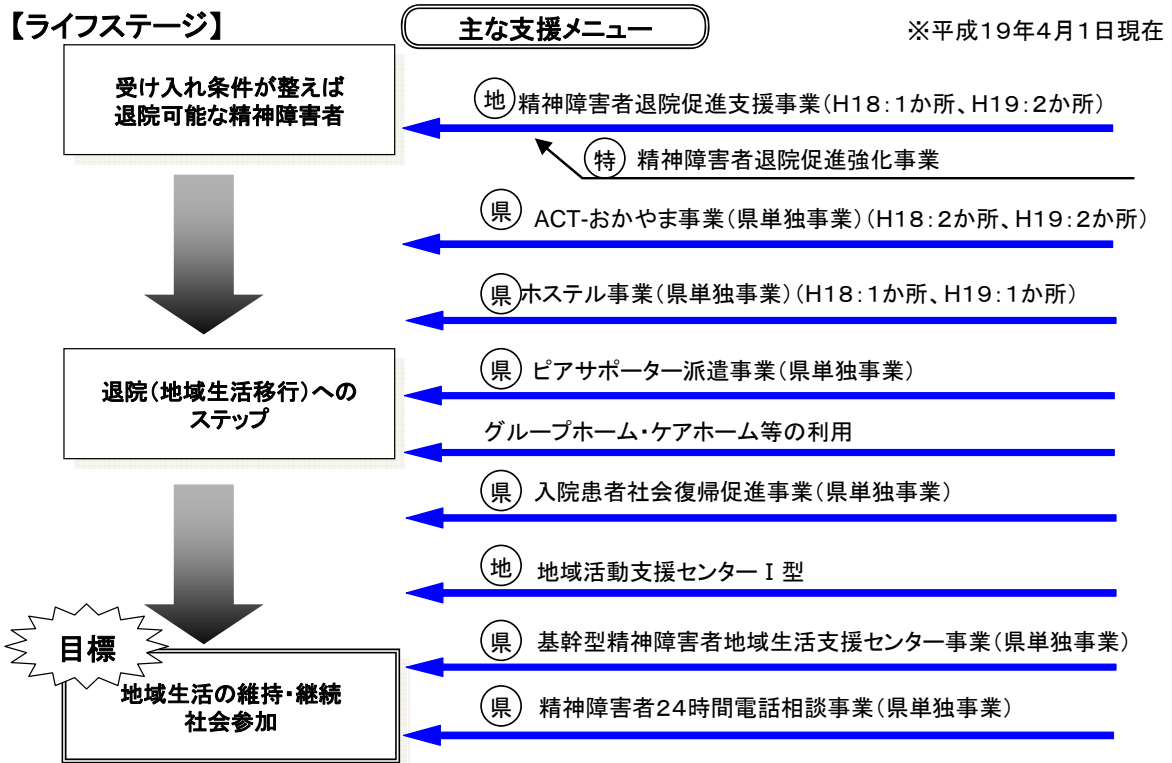


9. 岡山県

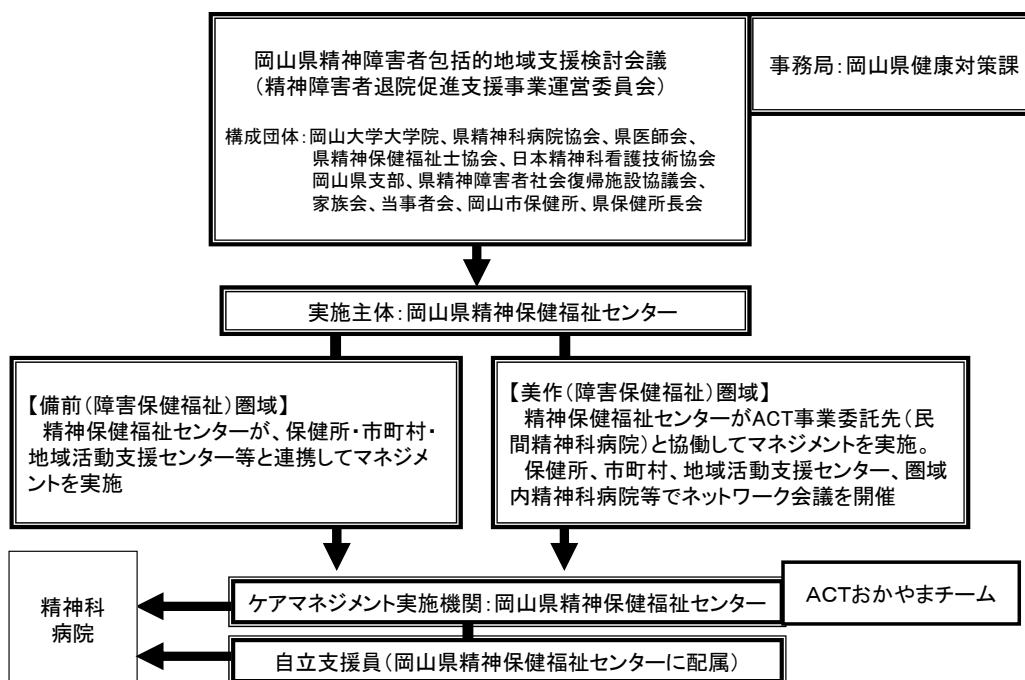
(1) 体制図

①退院促進の全体図



②退院促進支援事業の体制図

※平成18年度



(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)
1,954,715	24	5,162	59	109	10	2	6	2	30	2	55
(114,619)	-	-	(4)	(5)	(1)	-	-	-	(3)	-	(4)

※ () 内はモデル圏域の再掲：東備HIC管内

※平成18年6月30日現在

退院可能精神障害者数	1,300人
------------	--------

②事業概要

岡山県では、平成15年度から国のモデル事業を実施し、地域生活支援センターに配置した自立支援員が中心となって退院促進支援事業を実施してきた。モデル事業を実施する中で、対象者が退院して見せる生き生きとした様子を見ることにより、精神科病院スタッフの意識が変化する等、確かな成果も見られたが、同時に、①自立支援員が精神科病院へ乗り入れることの難しさ、②退院後の支援の継続性の問題、③危機時への医療的介入の難しさが課題として明らかになった。

一方、岡山県精神保健福祉審議会において、県立精神保健福祉施設のあり方を検討する中で、医療や社会から孤立しやすい重度の精神障害者を地域で支援する仕組みの重要性が明確にされたことから、平成17年度より岡山県精神保健福祉センターにおいて、ACTおかやま事業（県単独事業）を開始し、多職種による医療・福祉・就労等の様々な支援をチームで安定的に提供することが可能になった。

そこで、平成18年度からは重度の精神障害者の退院促進を推進することを目的に、岡山県精神保健福祉センターが中心となって、ACTおかやま事業と密接に連動した形で退院促進支援を実施している。

岡山県の県単独事業について

○ACTおかやま事業

- ・ACT(Assertive Community Treatment)おかやま事業は、医師を含む多職種チームが、社会や医療から孤立しやすい重度の精神障害者に対して、当事者の生活の場に出向いて医療、保健、福祉等の包括的なサービスを提供し、危機介入、再入院の予防、早期退院等の支援を行い、地域生活の維持・継続を図るもの。
- ・平成17年度から県精神保健福祉センターで実施。

○精神障害者ホステル事業

- ・心身の状況や生活環境等の理由により居宅での生活が困難な精神障害者に対し、一時休息及び一時宿泊のための部屋を提供するもの。
- ・(特定非営利活動法人)岡山県精神障害者家族会連合会に委託して実施。

○精神障害者24時間電話相談事業

- ・地域で生活する精神障害者の生活を支援するため、24時間体制で生活上の悩みの相談に電話で応じるもの。
- ・(特定非営利活動法人)岡山県精神障害者家族会連合会に委託して実施。

○ピアサポーター派遣事業

- ・精神障害の当事者をサポーターとして活用し、地域で開催される研修会に講師として派遣して偏見除去のための活動を行ったり、精神科病院入院中の患者や退院した精神障害者の元に派遣し、自らの体験を生かして身近な相談に応じたり生活の支援を行うもの。
- ・当事者団体に委託して実施。

(3) 事業実施のポイント

①事業の周知方法（関係他団体への根回しなど）

年度当初、岡山県精神保健福祉センター及び健康対策課主催の保健所・市町村担当者会議において退院促進支援事業及びACTおかやま事業について説明し、協力を依頼した。

また、岡山県精神科病院協会に対しては、岡山県精神保健福祉センターが説明に伺うとともに、主な精神科病院へ出向き、病院長や精神保健福祉士に対して事業について説明し、対象者の推薦等について依頼した。

その他、ACTおかやま事業等への関心から、精神科病院や関係団体からの岡山県精神保健福祉センターへの講演の依頼も多くあり、それらの機会を活用して周知を図った。

②事業推進の工夫（他の事業：ACTとの役割分担）

岡山県における退院促進支援事業の特徴は、県単独事業として実施しているACTおかやま事業と退院促進支援事業を連動させて実施しているところにある。

ACT ; Assertive Community Treatment（包括的地域生活支援プログラム）とは、医療や社会から孤立しやすい重度の精神障害者に対し、利用者主導のケアマネジメントの手法を活用してアウトリーチ中心で支援するシステムである。岡山県においては、岡山県精神保健福祉センター内にACTおかやまチームを設置し、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、精神科医等の多職種で

必要な支援を提供している。ACTチームの支援は利用者のニーズに基づいて行われ、その支援内容は、住居の確保、家族や地域との調整、退院後の生活支援、就労支援、医療的評価、危機時への介入、必要最小限の医療の提供、入院の判断など多岐に及ぶ。

岡山県では、精神障害者の退院促進について、次のように整理した。これは、すべての精神障害者への関わりはケアマネジメントの発想のもとで実践されるべきであるという基本理念に基づき、そのケアマネジメントの対象者の重症度により、退院促進の手法も変化していくというものである。

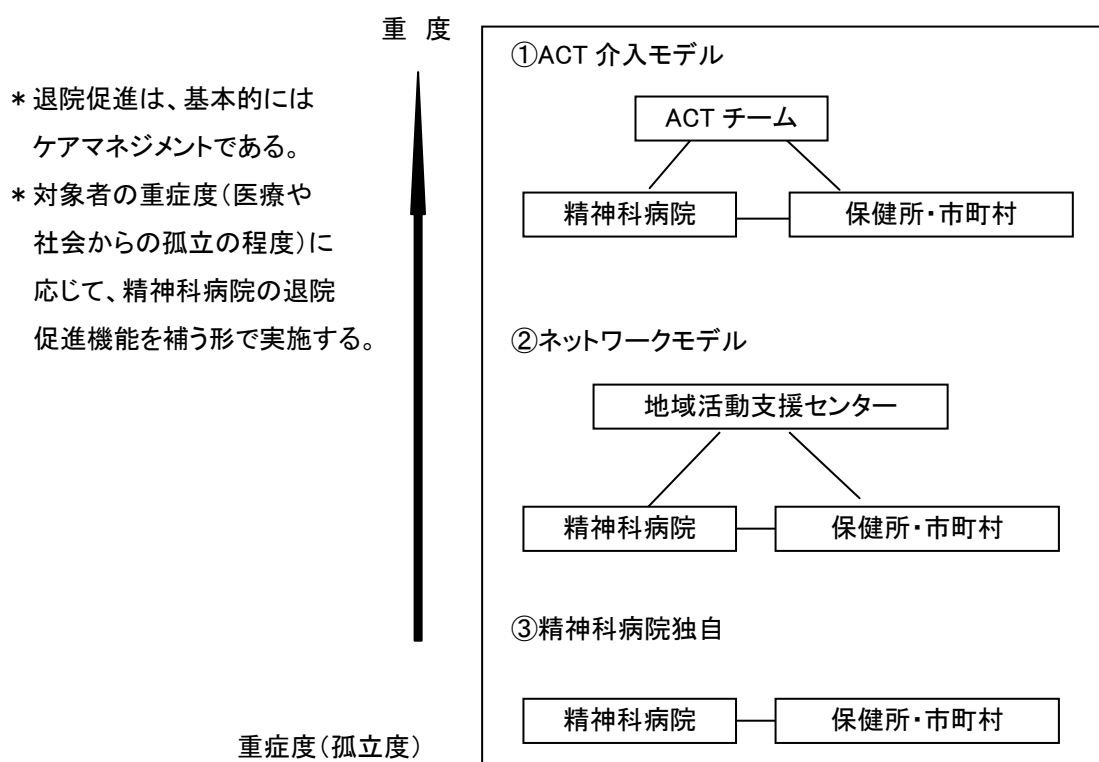
例えば、長期入院により生活能力が低下しているいわゆる社会的入院者については、支え手がともに行動したり不安に対応することにより退院が促進され、精神科病院や保健所・市町村、地域活動支援センター等のネットワークを中心とする支援で、退院は可能になると考えた。

一方、治療中断が予測されたり、近隣への迷惑行為など過去のエピソードから地域住民とのトラブルが予測され、社会から孤立する可能性が高く、主治医も退院させることを躊躇してしまい、結果として、長期入院を余儀なくされてしまうという入院患者も少なくないのが現状である。

そこで、当県では、医療を含む様々なサービスをアウトリーチで提供することの可能なACTおこやま事業をフルに活用することにより、「治療中断の可能性がある」「退院してもすぐに再入院になるだろう」「退院してもらっては困る」・・・と関係者や近隣住民に退院を受け入れられ難く、精神科病院の努力（退院促進機能）だけでは退院が非常に困難な重度の精神障害者を対象として実施し、精神科病院の退院促進機能を補う形で保健所や自立支援員等と連携して行うこととした。

岡山県における重症度に応じた退院促進支援のイメージは、次のとおりである。

岡山県における重症度（孤立度）に応じた退院促進支援イメージ図



③支援の継続性

当県では、あえて、退院支援の期間を定めていない。これは、モデル事業を実施する中で、退院後の安定した地域生活を維持するためには、自立支援員等の対象者が信頼できる支援者が継続して支援することの必要性が認められたためである。

精神障害者の場合、障害特性から病状や生活状況が安定しているからという理由で他のサービスに移行させようとしてもうまくいかないことが多く、徐々に支援者を拡大していく中で移行させていくことになるが、時間を要する場合が多い。障害が重度であればあるほど、本人が拒否したり諦めたりすることになり、再び、医療や社会から孤立することになる。そこで、重度精神障害者を対象とした退院促進を実施している当県では、利用者のニーズに基づいて、支援の継続の度合いを判断している。

また、退院促進の目的は、退院させることではなく、退院後の安定した地域生活の維持・継続と社会参加にあると考え、生活支援だけでなく、危機時への早期介入による再入院の予防等を実施しているが、支援を継続することにより関係性を大事にした早期介入が可能になり、再入院を予防できるという利点も明らかになりつつある。

ACTチームも自立支援員も社会資源の一つである。ケアマネージャーがケアマネジメントを実施する中で、対象者の重症度に応じてこれらの社会資源を活用していくことが理想であると考えているが、まだまだ課題は多い。



（４）事例紹介

■対象者：I氏	■性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性	■年齢：48歳
■主たる疾患名：統合失調症	■通算入院期間：約4年3か月	
■医療保険種別：国保	■入院形態： <input type="checkbox"/> 任意 <input checked="" type="checkbox"/> 医療保護	
■保護者の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有（続柄：市長） <input type="checkbox"/> 無	■経済形態：年金受給	
■退院先：自宅	■退院支援期間：9か月	
<p>■事例の特徴：</p> <p>①医療中断の可能性、退院への近隣からの反対があり、精神科病院側で最も退院が困難と判断されており、長期入院ではないが、医療機関も本人も退院への希望を失っている。</p> <p>②退院を目標とした外部（ACT・自立支援員）からの関わり。</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）／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：精神保健福祉センター）／<input type="checkbox"/>その他（ACTおかやま：OT, PSW, CP, Dr）</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>父は死亡。母、姉家族は所在不明。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>父死亡後、母との二人生活が始まり母への暴力がでる。その後、医療中断し症状悪化。母、行方不明となり医療からも社会からも孤立した生活を送っていた。被害関係妄想に伴う近隣への迷惑行為あり、警察や保健所へ苦情が殺到する。24条通報で入院。入院して2年半が経過していたが、退院前の近隣への迷惑行為や、医療中断の可能性が高いため、病院・地域とも退院は困難と判断されていた。</p> <p>社会復帰病棟担当医に本事業を説明し、病院（病棟）がもつ退院促進機能では退院が最も困難である対象者の選出を依頼した際、推薦された。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>本事業説明の後、病棟側より医療機関も本人も退院への希望を失っているI氏の推薦を受け、本人同意取得の後、受理会議にて受理された。</p> <p>自立支援員・ACTおかやま介入後（以下「介入後」）1M時、I氏の退院に向けて関係機関のみ集まり意識の統一を図った（主に地域の関係機関への動機づけ・不安解消目的）。最初のかかわりとして、入院形態を切り替え（医療保護→任意；病院外医療をもつACTおかやまの関与の意味は大きかった）、外出・外泊を行いやすくした。ケア会議においても、改めて本人を交えた場で住み慣れた自宅でI氏らしく生活することを共通の目標として共有した。その後、退院に向けて外出・外泊を開始、外泊時には病院・ACT・市・自立支援員が自宅に訪問した（外泊当初は頻回訪問し、必要時の医療評価及び医療提供に関してはACTが24時間体制で対応することとした）。退院までのケア会議及び外泊は右記内容で実施した。【ケア会議（介入後の月数）】①1M（病院、市、自立支援員、ACT）、②5M（I氏、病院、市、自立支援員、ACT）、③6M（I氏、病院、市、自立支援員、ACT；本人了解のもと地域住民説明会開催）、④9M（I氏、病院、市、自立支援員、ACT；本人了解のもと地域住民説明会開催）【外泊（介入後の月数）】4M：2泊3日、5M：6泊7日、7M：4泊5日、8M：6泊7日 自立支援員、ACT介入当初は、「退院するためにはこの提案を了解しないといけないんですね？」という関係であったが、徐々に、I氏の中に退院が現実として認識され始めた頃より、退院への希望が芽生え始めた。その頃より、病棟内でも積極的に行動し始め、自立支援員やACTスタッフとの信頼関係が構築された。</p> <p>介入後9Mで本人希望の自宅への退院が実現した（病院側、地域に対する安心の保障はACTの存在）。退院当初3回／週の見守り訪問をACTおかやま、自立支援員にて実施。現在も訪問回数を減らしながら利用者主導のケアマネジメントを実施している。</p> <p>上記経過から、入院中のケアマネージャー（CM）は病院担当PSWであったが、退院後はACT内CMによるケアマネジメントを実施している。今後は、既存の地域資源（例えば地域活動支援センター）へ繋げることが可能か検討していく予定である。</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3か月	1か月間	3か月間	4か月間	1か月間	6か月間
ケアマネジメントの中心	病院PSW	病院PSW	病院PSW	病院PSW	ACT おかやま	ACT おかやま
ケア会議参加者	主治医	○	○	○	○	○
	看護師	○	○	○	○	○
	病院PSW	○	○	○	○	○
	病院OT		○		○	
	ACT Dr		○	○	○	○
	ACT PHN		○			
	ACT CM		○	○	○	○
	ACT PSW			○	○	○
	市PHN		○	○	○	○
	地域住民				○	○
	自立支援員		○	○	○	○
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, CW)	■	■	■	■	■
	制度利用 (PSW)	■				
	作業療法 (OT)	■	■	■	■	
	服薬管理指導 (Dr, Ns)	■	■	■	■	■
	心理教育(Dr, Ns, PSW, OT, CP)	■	■			
	栄養指導 (栄養士)	■				
	院内外関係機関連絡 調整(病棟PSW)	■	■	■	■	■
	外出泊支援 (主治医, PSW)					
院外関係者	病院訪問 (ACT: Dr, PSW, OT, CP, 自立支援員)		■	■	■	■
	院内外関係機関連絡 調整(市PHN, 自立支援員, ACT: CM)			■	■	■
	外出支援、自宅片付 (自立支援員, ACT: Dr, Ns, PSW, OT, CP)		■	■	■	■
	外泊支援 (自立支援員, ACT: Dr, Ns, PSW, OT, CP)		■	■	■	■
	外泊時訪問 (市PHN, 自立支援員, ACT: Dr, Ns, PSW, OT, CP)		■	■	■	
	地域住民説明(市PHN, 自立支援員, 病院:主治医, PSW, ACT: Dr, PSW, OT)			■	■	■
	退院後訪問支援 (市PHN, 自立支援員, ACT: Dr, Ns, PSW, OT, CP)					■
	地域住民のクレーム対応 (市PHN, ACT: Dr, Ns, PSW, OT)		■	■	■	■
	電話相談 (ACT: Dr, Ns, PSW, OT, CP)		■	■	■	■