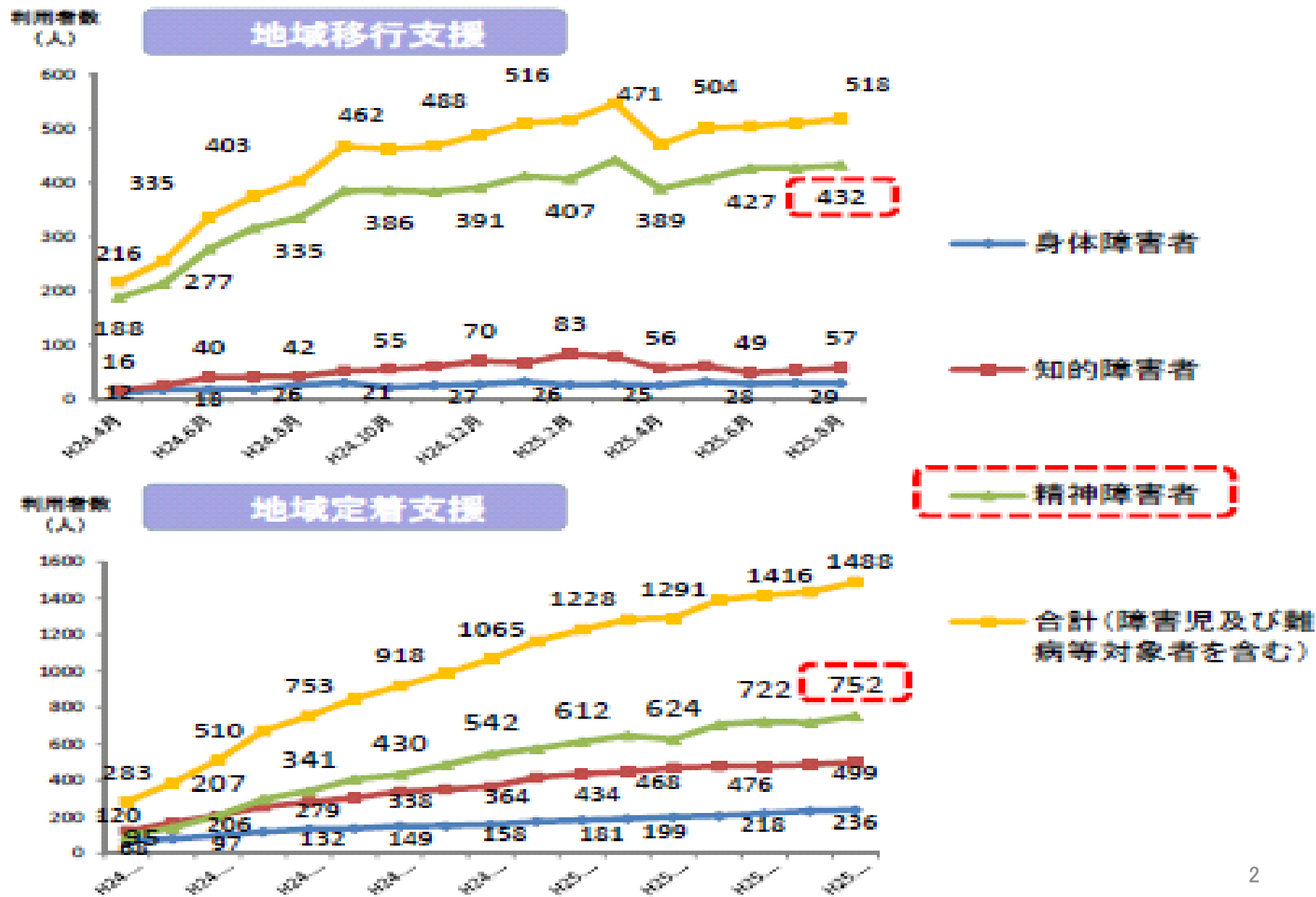


地域移行を進めるために 保健所を中心とした取組み

1

兵庫県豊岡保健所
柳尚夫

◆ 障害別利用者数の推移（H24.4～H25.8）



兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定例的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(26年6月)	370床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	43.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	92.6%



【地域移行の取組の経緯】

平成21年

地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。

平成22年

県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。

平成24年

地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援

平成25年

県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

(都道府県)

- ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施

(保健所)

- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
- ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決方策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
- ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
- ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握

(精神保健福祉センター)

- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- ・ピアサポーター養成研修を実施

(市町村)

- ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
- ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
- ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
- ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

(地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末)

地域移行：28名うち24名は退院(1名は再入院するも退院)

地域定着：26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)

(1年以上入院患者割合 630調査より)

21年：249名(67.7%) → 24年：215名(59.6%) → 26年：189名(55.6%)

(ピアサポーターの活動者数)

22年：9名 → 25年：11名

(関係者の意識変容)

ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者はともに働く仲間と認識されてきている

I . 淡路島の取組み

- 人口14万人（高齢化率 約30%）
 - 精神科の病床を持つ病院・・・3病院
 - ①私立単科精神病院 243床
 - ②県立総合病院の精神科 45床
 - ③私立療養型病院の精神科病床 85床
- 計 373床
- ④精神科診療所・・・1、訪問看護St・・・1
- 1年以上入院患者割合 （630調査より）
- 21年:249名(67.7%)
 - 24年:215名(59.6%)
 - 26年:189名(55.6%)

1. 地域移行への取り組み

平成15年 退院促進モデル事業実施1年のみ

その後、地域移行事業は未実施

平成21年 **保健所**から、病院及び障害者支援センターに、地域移行支援事業の実施を働きかけ、その準備として ピアサポーター養成講座の共同実施をした

平成22年度 ピアサポーターを中心とした精神障害者**地域移行・地域定着**支援事業を実施

2. 22～25年度のピア活動

1. ピアの養成

9～12名がピアサポーター登録し、契約して活動

2. ピア活動の成果（H26.3月末現在）

① 支援の成果

延べ40名（実28名）を対象、のべ23名（実22名）
が退院（2回支援/2回退院が1名）

島内3病院全てから、本事業で退院

② ピアの支援者として、当事者としての成長

活動当初は、支援者として不安があったが、当事者としても自己管理の能力の向上に自信を持ちつつある。

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行の利用者数)
 - 25年度 0名
 - 26年度 8名うち2名退院
 - 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 25年 71.7% 26年 71.3%
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 25年度 0名 26年度 12名
- (関係者の意識変容)
 - ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
 - ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

Ⅱ. 但馬の取組み

H26

- 1) 病院への説明(管理者、スタッフ)
- 2) 全3病院での院内説明会の実施
- 3) 北但地域でのピアの養成
- 4) 月1回の戦略会議の実施

H27

- 1) 南但でのピアの養成と相談事業の実施
- 2) 市町村の戦略会議への参加
- 3) 養護老人ホームへの働きかけ

1. ピアサポーター養成・活用

1) ピアサポーター養成講座の実施

保健所と相談支援事業者で共同開催

ピアサポーターを2事業所で13名雇用

2) ピアの雇用後の研修

院内説明会、定期的ピアミーティング(2/月)

個別支援の実施におけるOJT

先駆的地域への研修等(淡路)、県の研修

への参加、県内及び圏域内交流会参加

2. 実績（平成25年度は地域移行0）

	リスト アップ者 数	地域移 行申請 者	退院者 （地域移行 制度利用）	地域定 着申請 者数
平成 26年度	39名	8名	3名 （2名）	1名
平成 27年 10月末	53名 （新規23 名）	12名	17名 （7名）	2名

厚生労働省のHPの対象者

○地域移行支援

- ・障害者支援施設等に入所している障害者
- ・精神科病院に入院している精神障害者（1年以上の入院者を原則に市町村が必要と認める者）

○地域定着支援

以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。

- ・居宅において単身で生活する障害者
- ・居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者

指定一般相談支援事業者(支援内容)

○地域移行支援

入所施設に入所している障害者、又は精神科病院に入院している精神障害者について、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等を行った場合は、地域移行支援サービス費が支給される。

○地域定着支援

居宅で単身等で生活する障害者であって、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者について、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に緊急訪問や緊急対応等の各種支援を行った場合は、地域定着支援サービス費が支給される。

地域移行の要素・課題の分析

13

要素と課題

1. 誰が対象か
2. 誰が支援するのか
3. どこに退院するのか
4. 再入院させないためにはどうすればいいのか
5. 支援する人たちの連携や調整はどうするのか
6. 家族への対応はどうすればいいのか
7. 地域移行の目標設定や進行管理の指標は
8. 地域移行は、経営に効果的か
9. 病院職員は、地域移行に協力してくれるか

誰が対象か(Ⅰ)

地域移行支援サービスを利用できる人

14

1. 対象者

- ①長期入院患者(1年以上)
- ②支援がなければ1年以上の入院になる可能性がある人、
- ③入退院を繰り返しており、退院後支援が必要な人

2. 病院が退院可能だと言っているが、中々退院できない人
医療保護でも可だが、任意入院は全員対象

3. 本人の意見(本人申請)

- ①退院したいと言っている人
- ②働きかければ「退院したい」といいそうな人・・・個人面接

4. 年齢は関係ない

5. 家族の有無、住居の有無、経済的な要素は関係ない

6. 生活能力もADLも、生活支援や介護で補えるので関係ない

誰が対象か(Ⅱ)対象者把握

15

1. 協力的な病院なら、対象を病院が推薦
2. 院内説明会を定期的にして、募集する
3. 630調査で、1年以上入院患者数を把握
任意入院患者が優先だが、医療保護でも十分可能
4. 対象患者に、個別面接をする(西宮市は制度化)
5. 退院支援委員会の対象になっている人で、入院延長になった人
6. これらをまとめて、圏域の地域移行対象者リストを作る

誰が対象か(Ⅲ)なぜ対象者が出てこないか

16

関係者のいいわけ、この患者さんは

1. 本人が退院したくないと言っている
(ホスピタリズムだから、当たり前)
2. 家族が反対している → 地域移行申請には、家族の了解は不要、退院に反対する権利は、家族にはない
強く反対するのは、障害者虐待
3. 幻聴や妄想の症状がある → 症状があっても地域では暮らせるし、入院していてもどうせ直せない
4. 以前、暴力があった → いつのことですか？

誰が支援するのか(Ⅰ)事業者

17

1. 指定一般相談事業者(都道府県指定)

地域相談(地域移行・地域定着)の指定の事業者

2. 地域移行推進員:資格職種を問わない(ピアでも可能)

3. なぜ指定を受けても、実績がないのか?

①事業者がやり方が分からない(知識不足)

②病院から、対象者把握の協力がえられない

③手間のかかる仕事で、経営的に難しい(思い込み)

④計画相談で忙しいので、手が回らない、人材不足

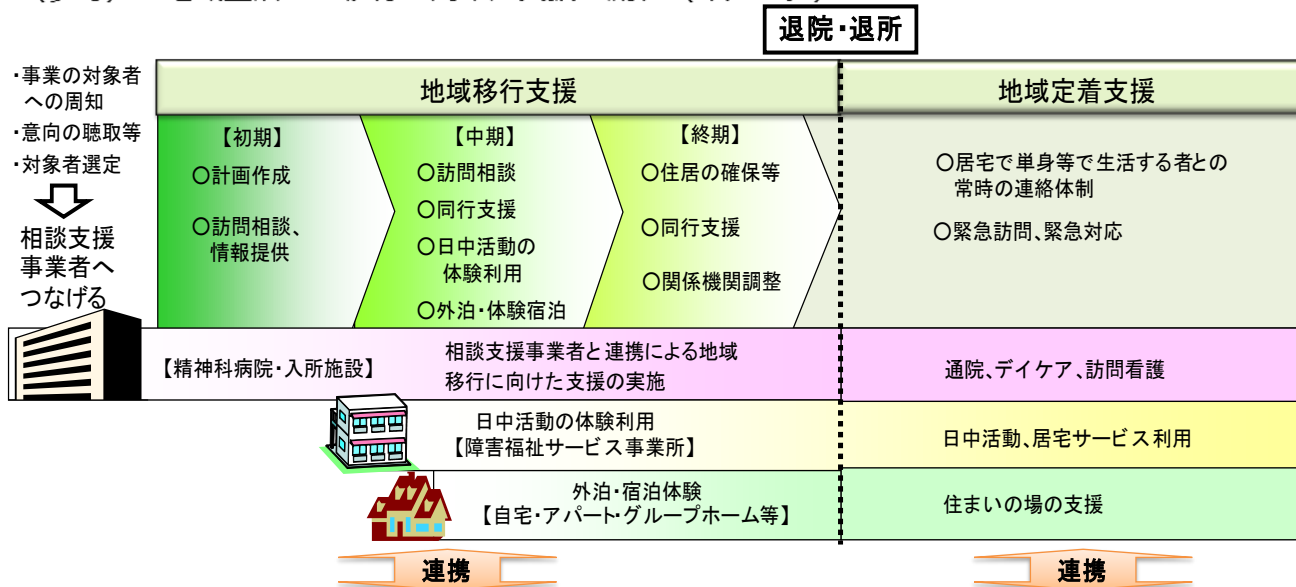
4. 市町村は、サービス提供の義務がある

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院、救護施設・更生施設、矯正施設等に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。

地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



協議会によるネットワーク化

市町村・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所・障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター 等

※ 精神障害者の退院促進支援事業の手引き(平成19年3月日本精神保健福祉士協会)を参考に作成

報酬単価

(地域移行支援)

- ・地域移行支援サービス費 2,323単位/月
- ・初回加算 500単位/月
(利用を開始した月に加算)
- ・退院・退所月加算 2,700単位/月
(退院・退所月に加算)
- ・集中支援加算 500単位/月
(月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- ・障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日
- ・体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日
- ・体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日
- ・特別地域加算 +15/100

(地域定着支援)

- ・地域定着支援サービス費
〔体制確保分〕 302単位/月
〔緊急時支援分〕 705単位/日
- ・特別地域加算 +15/100

誰が支援するのか(Ⅱ)ピアサポーター

19

1. ピアサポーターとは

- ①精神障害者で、地域生活していて、仲間の支援を仕事にしたいと思っている人
- ②養成は保健所と相談支援事業者が協働で行い、事業者が、非常勤職員や就労継続Aで、最低賃金以上で雇用
- ③ピアの強みを生かして、入院患者の退院意欲を引き出せる(精神科病院内の定期的な説明会)
- ④地域移行申請後は、複数のピアで、地域移行の個別支援を行う(相談の報酬で、ピアの人件費はまかなえる)

どこに退院するのか

20

1. 本人の意向を原則尊重して、支援していく
自宅、アパート、グループホーム、施設（養護老人ホーム、
救護施設、障害者施設）
2. 間違い
家がないので退院できない、家族が受け入れない
→ アパートやグループホーム
3. 課題
保証人問題 → 自治体で、保証人制度を創設
GH不足 → 障害福祉計画、空家対策、公営住宅の活用

再入院を防ぐには

21

1. 地域移行で、退院後の生活の準備をする
退院後の通いの場を見学しておく
地域の当事者の友人を作っておく(ピアが橋渡し)
2. 地域定着で、退院直後の不安を解消する(ピア)
3. 地域定着では、**24時間365日**の連絡ができる
パニックになれば、緊急時支援を使う(ピア)
4. 支援のネットワーク化
地域定着、生活支援(ホームヘルパー等)、訪問看護、
計画相談をつなげる

支援をする人達の連携と調整は

22

1. 保健所が、組織づくりをする

病院、市町村、相談事業者を入れて会議を圏域単位で実施できるのは、保健所しかない

2. 会議の構造、参加者、頻度、内容

①協議会 病院長を含む組織のトップで構成し2回/年

地域移行目標の設定(1年以上入院患者の解消目標)

②連携会議 実務者レベル(毎月)、対象者把握(院内説明会運営)、個別支援内容、退院のための課題の解決

3. 保健所は、データを持って効果を分析し、評価する

家族への対応

23

1. 家族が反対しているから退院できないか？

①地域移行申請は、本人申請（家族同意は不要）

②改正精神保健福祉法では、保護義務者規定を廃止したため、家族に退院後の受診等の支援義務はない

③患者の権利（自分の望むところに住む）を侵害する行為であれば、権利侵害に当たる

④病院の中には、家族への説得に積極的でない場合もあるので、本人の意向を踏まえて保健所が家族説得を引き受けることも必要

地域移行の目標設定や進行管理の指標は

24

【評価項目】

基本データ把握と分析

1) 現状評価

- ①平均在院日数、②一年以上入院患者割合(630調査)
- ③医療保護入院推定入院期間 ④新規定期病状報告数

2) 取り組み成果評価

- ①年間地域移行申請数及び退院患者数
- ②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

退院支援委員会

- ①開催状況
- ②外部援助事業者の参加

入院患者退院意欲喚起

- ①啓発
- ②退院意欲の確認

【地域連携会議運営】

1) 協議会の運営

①病院の責任者の参加、②地域移行数値目標の設定

2) 実務者会議の運営

①開催頻度、②参加状況と機関、③地域移行対象者のリストアップ、④地域移行課題の問題解決能力

3) ピアサポーター活動

①養成、②仕事の内容、③雇用の状況

4) 市町村体制

①地域相談事業者への働きかけ②地域移行給付
③障害福祉計画

地域移行支援の効果的な実施方法

26

<条件>

1. ピアサポーターを養成し、雇用していること
2. 保健所が、連携会議等を効果的に運営していること
3. 病院が、対象患者のリストアップと事業者の院内への受け入れに協力的
4. 病院毎に、一人ではなく、数人以上の地域移行申請者がいること(患者が多いほど効率のいい支援ができる)
5. アパート等への退院が一定できること(退院月加算)
6. GHや福祉施設への受け入れが可能なこと

【経営上の試算】

10人の支援: 3万円 × 10人 = 30万円/月 360万円/年

病院職員は、地域移行に協力してくれるか

1. 看護職の理解を得るのが重要

前:長年お世話をしてきた患者を世間の荒波に出すなんて
<地域移行で退院後に病院で発表会をしてもらおうと>

後:あんなにいい顔で、いきいきした顔を見て、うれしい

あの人退院できるのなら、退院可能な人はもっといる

2. PSWは、退院後環境生活調整委員として、病院の窓口 担当患者の退院の意向は、把握しているはず 退院支援委員会を開催し、地域移行に結びつける

まとめ

28

1. 地域移行を進める調整は、保健所にしかできない
ピアの養成には、保健所は係わる必要がある
2. 地域移行事例は、630調査で、1年以上入院患者全員
であるので、日本中では**20**万人いる
3. 利用者は多数いるので、最初は退院しやすい事例から
支援をして、ピアと事業所、病院に成功体験をさせる
4. 事業者には、多数の支援をすると効率もよく、職員がやる
気と生きがいを持てるだけでなく、障害者雇用にもなる
5. 地域移行が進むとみんながハッピーになる

参考文献

- 1) 精神障がいピアサポーター
活動の実際と効果的な養成・育成プログラム
相川章子著 中央法規 2600円
- 2) 障害者地域相談のための実践ガイドライン(第3版)
支援の三角点設置研究会
- 3) 精神障がい者ピアサポート専門員養成のための
テキストガイド(第3版)
一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会

様式 2：地域移行評価表

【評価項目】

1. 基本データ把握と分析
 - 1) 現状評価
 - ① 平均在院日数（H27 年）
 - ② 一年以上入院患者割合（H27 年 630 調査）
 - ③ 医療保護入院推定入院期間（H26 年度）
 - ④ 新規定期病状報告数（H27 年 4 月～12 月）
 - 2) 取り組み成果評価
 - ① 年間地域移行申請数及び退院患者数
 - ② 一年以上入院患者の減少数と割合の変化
2. 退院支援委員会
 - ① 開催状況
 - ② 外部援助事業者の参加
3. 入院患者退院意欲喚起
 - ① 啓発
 - ② 退院意欲の確認
4. 地域連携会議運営
 - 1) 協議会の運営
 - ① 病院の責任者の参加
 - ② 地域移行数値目標の設定
 - 2) 実務者会議の運営
 - ① 開催頻度
 - ② 参加状況と機関
 - ③ 地域移行対象者のリストアップ
 - ④ 地域移行課題の問題解決能力
5. ピアサポーター活動
 - ① 養成
 - ② 仕事の内容
 - ③ 雇用の状況
6. 市町村体制
 - ① 地域相談事業者への働きかけ
 - ② 地域移行給付
 - ③ 障害福祉計画

【評価方法及び評価点数】

1.基本データ把握と分析

このデータは、各病院毎に分析をしてください。圏域評価は、簡単にするなら、病院の点数の平均を取ってください。

1)現状評価

総合病院の精神科では、当たり前前に 200 点は取れるはずですが。単科精神病院でも、200 点は取れる病院はあります。マイナスの病院は、せめて 0 点までまずは目指しましょう。

日本の平均的精神科病院は、平均在院日数 270 日で、一年以上入院患者割合が 60%で、推定入院期間は、6 ヶ月までがほとんどで、新規入院の定期病状報告は 8%くらいでしょうから、合計は「0 点」になります。平均在院日数が 800 日で、一年以上入院患者割合が 81%で、入院推定期間は、ほぼ 6 ヶ月未満ではあるが、12%は定期病状報告が出ていれば、「-80 点」となります。

<①平均在院日数>

(考え方) 全国平均が平成 24 年度に 300 日を割っている。先進諸国の平均在院日数は、20 日を割っているが、当面の目標は、単科精神病院で、100 日、総合病院では 50 日を割ることを目標として、点数化してみた。

300 日以下を基本とする

250～300 日 0 点

～50 日未満 50 点

50～100 日 40 点

100～150 日 30 点

150～200 日 20 点

200～250 日 10 点

300～400 日 -10 点

400～500 日 -20 点

500～600 日 -30 点

600～700 日 -40 点

700 日以上 -50 点

<②一年以上入院患者割合>

(考え方) 平成 22 年度 630 調査では、1 年以上入院患者割合は、全国で 66%である。本来は、重度かつ慢性以外は、1 年を超えない入院であるべきなので、目標は、5%以下と考える。

55～65%	0点		
～5%	60点	65～75%	-10点
5～15%	50点	75～85%	-20点
15～25%	40点	85～90%	-30点
25～35%	30点	95%～	-50点
35～45%	20点		
45～55%	10点		

<③医療保護入院推定入院期間>

(考え方) 入院想定期間は、1年を超えない原則。さらに、入院期間を1年未満とするためには、精神科医療の常識として初期の想定は3ヶ月未満である。

その病院のほとんど(95%)の推定入院期間がどの範囲に入るかで、評価する。

3ヶ月	50点	8ヶ月	-10点
4ヶ月	30点	9ヶ月	-20点
5ヶ月	20点	10ヶ月	-30点
6ヶ月	10点	11ヶ月	-40点
7ヶ月	0点	12ヶ月	-50点

さらに、もし、1年以上の推定入院期間があるなら、上記の点数に加算する

1名でも -10点 新規医療保護入院患者数の10%以上 -30点

<④新規定期病状報告数>

26年4月から12月までに医療保護入院した患者数を分母に、27年4月から12月までに、この時期に新規に定期病状報告が出た数を分子にした割合。

本来は、0%であるはずです。

0%	50点	5～10%	-10点
1%	40点	10～20%	-20点
2%	30点	20～30%	-30点
3%	20点	30～40%	-40点
4%	10点	40～50%	-50点
5%	0点	50%～	-60点

尚、1年未満の死亡退院は分母から引くことが理想ですが、できなければそのまま。医療保険入院としては、退院扱いでも、任意入院継続となって、1年を超えている患者数の把握も必要です。

2) 取り組み成果評価

<①年間地域移行申請数及び退院患者数>

(考え方) 地域移行を活用して、多くの患者が退院する事が必要。

1年以上入院患者（H26年 630 調査）の何%が H26 年度中に地域移行申請をしたかを一つの指標にする。1年以上入院患者を5年で0にすることを目標にすると年間20%の地域移行申請は必要になる。

式) 年間地域移行申請数 (実数) / 1年以上入院患者数

地域移行申請には、1年未満入院例も入れてよい

20%以上	40点
10~20%	30点
5~10%	20点
3~5%	10点
3%未満	0点
0	-50点

<②一年以上入院患者の減少数と割合の変化>

(考え方) 地域移行申請を使うかだけでなく、病院の努力で長期入院患者の減少を果たしている事も評価できる。

1年以上入院患者数の減少割合

(26年度-27年度) / 26年度 × 100 = %

20~25%	40点	0~5%	0点
15~20%	30点	-5~0%	-10点
10~15%	20点	-10~-5%	-20点
5~10%	10点	-10%~	-30点

2.退院支援委員会

<①開催状況>

- ① 医療保護入院の推定入院期間終了前後 20 日以内の完全実施 10 点、
これが守られない例あり 0 点
10%以上の違反 -10 点という形で、違反割合 (%) にマイナス点をつける
- ② 定例的な開催 (例: 第 2、4 水曜日の午後に開催) が行われている場合
には、10 点
- ③ 義務ではないが、長期入院の患者などの任意の対象者に、退院支援委員会を開催している実績があれば、10 点、
それらを定期的に組織的に行っている場合には、20 点、
1 年以上入院患者全員を対象に行っていれば 30 点加算

<②外部援助事業者等の参加>

- ① 本人家族の参加は、まったくなければ -30 点、
本人家族の参加を原則にしている場合には、10 点、
その間の例は 0 点
- ② 外部援助事業者の参加が 0 なら、-30 点、
20%までの参加 -20 点、
35%までの参加 -10 点、
50%程度の参加は 0 点、
過半数の参加や参加を原則としているのは、10 点、
全例に参加は、20 点

3.入院患者退院意欲喚

<①啓発>

- 入院患者に、地域移行制度を個別説明している場合には、10 点
- ポスターなどの展示物での啓発 0 点
- 何もしていない -30 点

<②退院意欲の確認>

- 外部援助事業者等による定期的な説明会の実施 (1 / 月程度) 20 点
- 年に数回の実施 10 点
- 不定期の実施 0 点
- 外部援助事業者等からの働きかけを受け入れていない -30 点

4.地域連携会議運営

1)協議会の運営

<①病院の責任者の参加>

協議会への参加があれば 10 点 なければ 0 点

病院の責任者（理事者や院長）が構成員になっている場合は、10 点加算

<②地域移行数値目標の設定>

地域移行（長期入院患者の退院）の数字目標が設定できている 10 点
なければ 0 点

(参考)

地域移行目標 国 26 年度 8960 / 月、人口換算では、7.5 / 月 / 10 万人
長期入院患者の退院目標は、1 年以上入院患者数を何年でゼロにするかで、
計算する 400 人を 5 年で退院目標なら、80 人

2) 実務者会議の運営

圏域に、精神科病院がない場合にも、地域移行事例についての受け入れの会議や、圏域の患者が入院している他圏域での会議に、参加している場合には、その会議の内容で評価ください。

<①開催頻度>

地域移行の具体的内容を話し合う実務者会議の開催がなければ 0 点、それ以上なら開催頻度が点数になる。月 1 回定例実施なら、12 点。月 2 回実施なら 24 点。

<②参加状況と機関>

(病院)

全病院が参加している場合	10 点、
半分の病院が参加している場合	5 点、
病院の参加がない場合	0 点

(相談支援事業者)

地域相談の事業者が参加している場合	10 点
一部の参加事業者がある場合	5 点
事業所参加がない場合	0 点

(市町村)

市町村の地域移行等障害福祉担当部局からの参加があれば、10 点、
なければ 0 点

<③地域移行対象者のリストアップ>

地域移行対象者のリストが、全病院から提出されていれば10点、一部の病院からだけ出ているなら5点、まったくなければ0点

<④地域移行課題の問題解決能力>

地域移行遂行に障害となっている課題を会議において、解決できた課題が26年度以降いくつあるかで、評価をする。1項目が解決できるごとに5点加算。2項目（例：地域相談事業者が、参入した。患者への地域移行説明をピアがすることを病院が受け入れた）なら、10点

5.ピアサポーター活動

<①養成>

ピアサポーターの養成をしている	10点
毎年実施	10点加算
していない	0点
単独機関でなく、複数の関係機関での養成	10点加算

<②仕事の内容と量>

不定期の語り部活動	0点
病院への院内説明会	10点
個別支援活動	10点加算
その他の当事者支援	10点

<③雇用の状況>

ボランティア活動	0点
非常勤での勤務	10点
最低賃金を上回った時間給	10点加算
常勤勤務	30点

6.市町村体制

<①地域相談事業者への働きかけ>

- 国制度使って、事業者に補助をしている 10点
- 市町村内に活動している地域相談事業者がある 10点

<②地域移行給付>

給付実績が、人口10万・月あたりに換算した数字が、点数となる

- 人口10万の地域で、月10人の受給あり 10点
- 5万の人口地域で、月10人なら 20点
- 40万の人口地域で、月4人なら 1点

(国26年度目標8960/月で、10万人7.5人だが、実績は、500弱/月)

- 給付決定を申請後1ヶ月以内に行っている 10点
- 給付実績が分からない場合は -50点
- 給付実績がない場合は 0点

<③障害福祉計画>

- 地域移行の数値目標を設定している 10点
- 地域移行後の住居等のサービス計画が記載されている 10点

様式 2 - 1 地域移行評価表回答

() 圏域

() 病院

1. 基本データ把握と分析

1) 現状評価 計 点

①平均在院日数が () 日で、 () 点

②一年以上入院患者割合が () %で、 () 点

③推定入院期間は、 () 点

④ () %は定期病状報告が出ている () 点

2) 取り組み成果評価 計 点

①年間地域移行申請数

年間地域移行申請数 (実数) () で、

1年以上入院患者数 () 人の () %で、 () 点

②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

1年以上入院患者数 26年度 () 人 27年度 () 人

計算式に当てはめると減少割合は () %で、 () 点

※27年度 630 調査結果がまだの場合は回答できない

2. 退院支援委員会 計 点

①開催状況 () 点

②外部援助事業者等の参加

本人、家族の参加状況 () 点

外部援助事業者の参加状況 () 点

3. 入院患者退院意欲喚起 計 点

①啓発 () 点

②退院意欲の確認 () 点

4.

地域連携会議運営	計	点
----------	---	---

1) 協議会の運営

- ① 病院の責任者の参加状況 () 点
病院責任者が構成員の有無 () 点 小計 () 点
② 地域移行数値目標の設定の有無 () 点

2) 実務者会議の運営

- ① 開催頻度 () か月に () 回 () 点
② 参加状況と機関
病院 () 点、相談支援事業者 () 点、市町村 () 点
小計 () 点
③ 地域移行対象者のリストアップ () 点
④ 地域移行課題の問題解決能力
解決できた課題 () 項目 () 点
(内容)
○
○
○
○

6.

ピアサポーター活動	計	点
-----------	---	---

- ① 養成 () 点
② 仕事の内容 () 点
③ 雇用の状況 () 点

7.

市町村体制	計	点
-------	---	---

- ① 地域相談事業者への働きかけ () 点
② 地域移行給付
人口 () 万人で、月 () 人の受給 () 点
③ 障害福祉計画 () 点

様式2参考 但馬圏域の例で計算すると

Ta 病院

1. 基本データ把握と分析

1)現状評価

平均在院日数が 800 日で、	-50 点
一年以上入院患者割合が 81%で、	-20 点
入院推定期間は、ほぼ 6 ヶ月未満ではあるが、	10 点
12%は定期病状報告が出ている	-30 点

2)取り組み成果評価

①年間地域移行申請数

26 年度は、全体で 8 例で、377 人の 2%	0 点
27 年度は、既に 9 例退院、支援中 9 例なので、年度末までには 5%を超える予定	20 点が目標

②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

27 年度 630 調査が、まだなので、

2. 退院支援委員会

開催状況 20 日以内	0 点
不定期、不十分	0 点
家族本人	0 点
外部援助事業者	-20 点

3. 入院患者退院意欲喚起

ポスター	0 点
院内説明会	20 点

4. 地域連携会議運営

1)協議会の運営

① 病院の責任者の参加	10 点+10 点	20 点
② 地域移行数値目標の設定	10 点	27 年度 70 人の地域移行目標

2)実務者会議の運営

① 開催頻度	月一回	12 点
--------	-----	------

② 参加状況と機関 10+10+10=30 点

③ 地域移行対象者のリストアップ 10 点

④ 地域移行課題の問題解決能力 5 項目 25 点

院内説明会の定例実施

ピア養成講座の実施と雇用

地域相談事業者の増加 (1 カ所から 2 カ所)

協議会への病院責任者の参加

地域移行目標設定

5. ピアサポーター活動

1) 養成 10+10+10=30 点

2) 仕事の内容 10+10+10=30 点

3) 雇用の状況 10+10=20 点

6. 市町村体制

1) 地域相談事業者への働きかけ 10 点

2) 地域移行給付 現時点で 9 件、17 万 5 点+10 点=15 点

3) 障害福祉計画 10 点

但馬圏域の結果です。

Ta 病院 (単科病院) を例に、

現状評価 -90 点

成果 0 点

退院支援員会 -20 点

退院意欲喚起 20 点

地域連携会議 107 点

ピアサポーター 80 点

市町村 35 点