

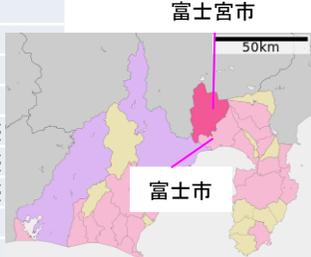
静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 病院、相談支援事業所、市町、保健所等関係機関からなる圏域自立支援協議会地域移行部会と事業実施医療機関、県が連携し、地域移行の現状と課題を共有し、課題の解決のため事業の効果的な実施に取り組む。
- 病院内に地域移行について検討する多職種によるプロジェクトチームを発足し、定期的に地域移行について検討。圏域内の動きや法制度等の情報共有を図り、医療と福祉、行政が連携した地域移行支援に取り組む。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】

※平成27年7月時点

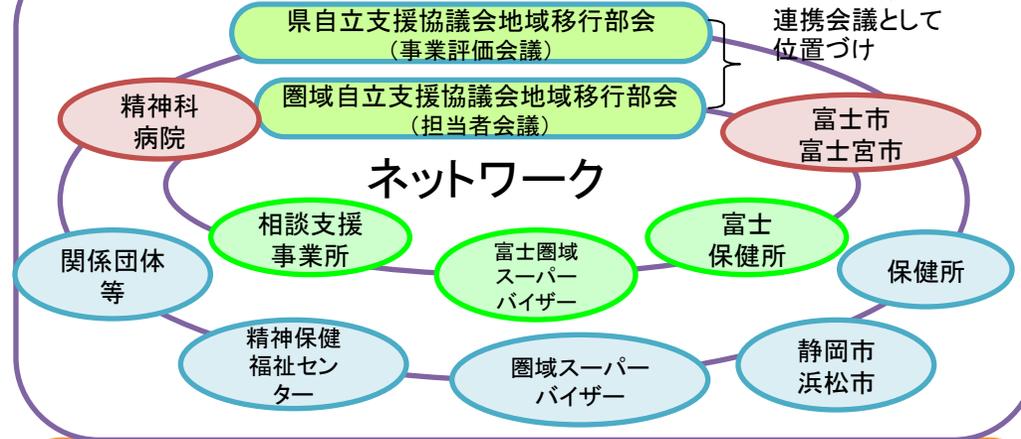
富士圏域（富士市・富士宮市）		（うち検証事業参加）			
圏域人口（平成27年4月）	380,963人	富士宮市			
精神科病院の数	5病院（1病院）	富士市			
精神科病床数	994床（184床）	50km			
入院精神障害者数※1	3か月未満	189人(22%)	46人(34%)※		
	3か月以上1年未満	162人(19%)	23人(17%)※		
	1年以上	509人(59%)	65人(49%)※		
相談支援事業所数（平成27年3月）		一般相談4	(3)		
		特定相談16	(3)		
保健所	1か所				
(参考)静岡県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ	地域移行支援	5	9	19	12
	地域定着支援	8	17	29	42



【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成24～26年
精神障害者地域移行・地域定着支援事業（高齢入院患者地域移行支援事業）
- 平成26年
圏域内の現状把握と課題解決に向け、圏域内の精神科病院（5病院）に対するアンケート調査実施。官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。地域移行を推進するために圏域ごとに必要な事項を検討し、各圏域で平成27年度までの目標（例：ピアサポート体制の構築、社会資源の周知強化）や実施事項を示したロードマップを作成。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 退院に向けた意欲喚起（検証事業）
職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意識した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。
- 精神科病院職員に対する研修の実施（検証事業）
院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。また、圏域の他病院も企画会議に参加し意見交換することで、圏域全体の地域移行の意識を高め、地域移行促進を図る。
- 高齢長期入院患者の地域移行支援（検証事業）
病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援業務を行う専門スタッフとして退院支援員を設置し、退院支援を行う。
- 退院者の体験談を聞くプログラムの実施（検証事業）
実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。
- 地域自立支援協議会で家族支援部会の実施
富士市の自立支援協議会に出席した当事者や家族の声を直接聞き、不安や問題解決を図る。

【地域生活の支援】

- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験（検証事業）
地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
 - ・賃貸住宅の見学
 - ・食事をする、テレビを見る、家事体験（掃除洗濯等）をする等の日中体験
 - ・作業療法としての調理活動
 - ・外泊体験

それぞれの取組内容及び成果

(静岡県)

病院職員に対する研修	
【現状】職種によっては、地域移行の必要性について意識が低い職員がいる。	【目標】全ての職員が地域移行の必要性について理解する。研修後にはアンケートを実施し、職員の理解度を測るとともに、課題の抽出、分析を行う。
<p>【内容】</p> <p><研修目的></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域生活に移行可能な入院中の精神障害者の地域移行を促進するための中核的人材の育成 ・ 富士圏域において医療機関と相談支援事業所、行政機関等が連携し、入院中の精神障害者の退院促進を図るための体制づくり <p><研修内容></p> <p>講義「地域移行支援における看護職員の役割と多職種連携」</p> <p>グループワーク</p>	
成 果	<p>鷹岡病院職員及び県内の病院、事業所職員等関係者 75 名が参加。</p> <p>地域移行への理解を深めるとともに、多職種、多機関の関わりの必要性を認識出来た。他の医療機関からも参加もあり、医療機関における地域移行促進の中核的人材育成や圏域での地域移行の体制づくりにもいい機会となった。</p>

高齢入院患者地域移行支援事業	
【現状】入院患者のうち 60 歳以上が 68%	【目標】35 名の入院患者への支援を行い、60 歳以上の入院患者の減少を図る。
<p>【内容】</p> <p>60 歳以上の高齢入院患者を対象に、院内の医師、看護師、精神保健福祉士等の多職種と、地域の相談支援専門員や介護支援専門員等がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施。</p>	
成 果	<p>48 名の入院患者への支援を行い、13 名が退院することが出来た。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外出支援等、外に向けた個別のかかわりの機会を増やして退院への意欲喚起を図った。 ・ 院内での能力評価では分からなかった生活能力を評価でき、退院後に必要となる生活能力を身にけるための支援につながった。院外での患者の評価を行う過程で職員側の意識も変化し、退院への具体的なイメージを一緒に作っていくことができた。 ・ 外出支援を通して再評価し、支援計画の見直し、カンファレンスの実施に繋がった。

体験談プログラムの実施	
【現状】入院患者が退院のイメージを持ちにくく退院に向けた意欲がわからない。	【目標】4名の退院者の体験談を聞くことにより入院患者の退院への意欲喚起を図る。
【内容】 定期的実施している病棟座談会に、退院後地域生活を送る患者が参加。対象者は限定せず、病棟ホールでオープンな形で出入り自由な参加形式で月1回開催した。	
成 果	<p>延べ248名の患者が参加し、延べ84名のピアサポーターから話を聞いた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実際に退院した方の体験談を聞くことにより、患者が退院後の生活イメージを持ち、退院意欲が高まった。また、同じ立場であった者からの体験談を聞くことにより、退院に対する不安が低減した。 ・ 病棟職員も退院後の生活へのイメージを膨らませることができ、退院支援への意識も変わった。

賃貸住宅を利用した外出、外泊体験	
【現状】長期入院者は病院外での生活のイメージが少なく、退院への意欲が失われがちである。	【目標】15名に対して退院後の生活を具体的にイメージする外出、外泊体験への働きかけをし、退院の意欲喚起を図る。
【内容】 <対象者> ①本人からの利用 単身生活への移行を目指す患者 ②職員からの働きかけ 単身生活が退院後の選択肢となる患者、退院後の生活のイメージが乏しい患者、退院への意欲喚起が必要な患者等 <支援内容> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体験部屋の見学 ・ 体験部屋での調理、掃除、洗濯等の家事体験 ・ 体験部屋での外泊 	
成 果	<p>13名の患者が年間25回体験部屋を利用した。そのうち1名は、体験部屋をそのまま借りることとなり退院した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後の生活を具体的にイメージすることで、患者だけでなく職員の意識も変化し、退院後の生活に対する不安が軽減できた。 ・ 退院先がないことで退院をあきらめていた患者が、違う選択肢を見ることで退院への希望を取り戻すことができた。具体的な退院先のイメージができることで退院への意欲が高まった。 ・ 病棟の患者全体の意欲にも変化が見られた。体験部屋を利用した患者から話を聞くことで、他の患者も関心を示すようになり、退院への希望が持てるようになり意欲が高まった。 ・ 病棟職員が、退院後の生活を想定した場での能力の評価ができるようになり、単身生活を想定した支援ができるようになった。