

鳥取県

モデル圏域 西部圏域

更なる連携強化による地域移行の推進 ～長期入院者のいそどりのある人生を応援～

鳥取県西部圏域では・・・

平成15年度から退院促進モデル事業を開始しました。その後、推進会議（代表者会議）、連絡会（実務者会議）の開催を継続しながら、啓発教材の作成、当事者サポーター・地域移行推進ボランティアの養成、入院患者への地域移行支援説明会等、様々な取組を展開してきました。

その中で、医療機関と地域との顔の見える連携は構築されていますが、更なる連携強化を図るため、平成30年度から当該事業を実施しています。令和元年度は、前年度の取組をもとに、ますますの浸透・定着を目指していきます。

モデル圏域から自治体全体への展開に向けた方針

自治体全体への展開に向けた方向性

鳥取県は人口最少県であり、障がい保健福祉圏域も3圏域ということから、圏域間の連携が日頃から密にとれている。しかしその一方、それぞれの圏域において特色があることから、当圏域での取組をそのまま他圏域に当てはめることは難しい。そのため、当圏域で取り組んだノウハウやエッセンスを伝えることで、各々の圏域の実情に合わせた形で取組を推進していく。また、その後も情報共有を行っていくことで、自治体全体の取組の底上げを図っていく。

<自治体全体への展開に向けた具体的な取組方針>

1年目(今年度)

モデル事業として、西部圏域で取組を実施。ノウハウの蓄積。

【取組のさらなる浸透・定着を目指す】

2年目(令和2年度)

モデル事業として、西部圏域で取組を実施。ノウハウの蓄積。

【ピアサポーターの養成】

3年目(令和3年度)

西部圏域の取組状況及びノウハウを伝え、他圏域で実施形態を検討。

1 圏域の基礎情報

基本情報

市町村数（R1年5月時点）		9	市町村
人口（R1年5月時点）		230,945	人
精神科病院の数（R1年5月時点）		5	病院
精神科病床数（H31年4月時点）		757	床
入院精神障害者数 （H28年6月時点）	合計	659	人
	3か月未満（％：構成割合）	137	人
		20.8	％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	122	人
		18.5	％
	1年以上（％：構成割合）	400	人
60.7		％	
うち65歳未満		155	人
	うち65歳以上	245	人
退院率（H28年6月時点）	入院後3か月時点	60.3	％
	入院後6か月時点	78.2	％
	入院後1年時点	84.6	％
相談支援事業所数 （R1年5月時点）	基幹相談支援センター数	1	か所
	一般相談支援事業所数	6	か所
	特定相談支援事業所数	30	か所
保健所数（R1年5月時点）		1	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（H30年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	29(部会等も含む)	回/年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	○有・無	
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（H31年2月時点）	障害保健福祉圏域	○有・無	1/1 か所/障害圏域数
	市町村	○有・無	2/9 か所/市町村数

2 精神障害にも対応した地域包括ケアの構築支援事業 実施前の課題・実施後の効果等

＜平成30年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	目標値 (H30年度当初)	実績値 (H30年度末)	具体的な成果・効果
＜数的データ＞ ①退院率(3・6・12カ月) ②長期入院患者数	① 3カ月:65.7%、 6カ月:81.2%、 12カ月:87.4% ②370人	630調査にて把握できるため、現時点では不明。	
＜質的データ＞ ①自立支援協議会での取組内容 ②取組から見えた退院阻害要因と対応プロセス	質的データのため、数値化できない。		①自立支援協議会(地域移行部会)において、地域移行を推進するために医療機関と相談支援専門員、市町村保健師との交流会を実施。 ②退院阻害要因として家族の理解が得られないことが多い。その中で、地域交流会に家族に参加してもらうことで、地域で生活する精神障がい者の様子をみてもらい、家族の理解が得られたケースがあった。

3 圏域の強みと課題

【特徴(強み)】

平成15年度から退院促進モデル事業に取り組み、長年取り組みを継続する中で、地域移行を推進する基盤、顔の見える関係が構築できている。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する役割(取組)	
①平成23年度以降、ピアサポーターの養成研修が行えていない。	地域移行を進めるうえで、ピアサポーターの役割は大きい。 ・次年度の養成に向けた準備	行政	体制整備
		医療	ピアサポーターの活用
		福祉	ピアサポーターの活用
		その他関係機関・住民等	ピアサポーターの理解
②「退院可能者への地域支援者訪問」の対象者数が、市町村により偏りがある。そのため、対象者が少ない市町村ではスキルが身につかない恐れがある。	市町村によってスキルに格差が生じないような仕組みづくりが必要。 ・協議の場で情報共有	行政	体制整備
		医療	退院可能者の選定
		福祉	市町村との協働支援、スキルの継承
		その他関係機関・住民等	
③「退院可能者への地域支援者訪問」事業のさらなる浸透と定着が必要。	地域支援者が早期に医療機関と連携を図れる体制づくり ・退院可能者への地域支援者訪問	行政	体制整備
		医療	入院早期から退院に向けた支援
		福祉	早期からの医療との連携
		その他関係機関・住民等	精神障がい者の理解の促進

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (今年度当初)	目標値 (令和元年度末)	見込んでいる成果・効果
①協議の場で次年度の養成に向けた検討を行う。			養成研修の内容・さらなる活躍の場の決定。
②協議の場で、実際に支援を行った市町村から、支援の経過を話してもらう。			圏域内の全市町村のスキルアップにつながる。
③退院率(3・6・12ヶ月)、長期入院患者数	630調査後に決定		退院率の上昇、長期入院患者数の減少。

4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた今年度の取組スケジュール

時期(月)	実施する項目	実施する内容
2～3ヶ月毎	1. 協議の場の設置	○地域移行・地域定着に係る関係機関協議
随時	6. 地域移行	○退院可能入院者への地域支援者の病院訪問
R1.6月、8月、 10月、12月、 2月	6.	○長期入院者の地域交流会(いろどり会)
R1年8月	1.	○第1回地域移行連絡会(実務者会議)
R1年12月	1.	○地域移行推進会議(代表者会議)
R2年2月	1.	○第2回地域移行連絡会(実務者会議)