

活動成果報告書

平成29年度（第21回）「チヨダ地域保健推進賞」

活動テーマ

精神障害者の地域支援体制づくり

～地域連携パスを活用した医療機関との退院支援の実践～

応募グループ名称及び氏名（グループの場合は代表者名）

茨城県土浦保健所 保健指導課

代表者：小森 久代

勤務先：茨城県土浦保健所

所 属：保健指導課

所在地：〒300-0812

茨城県土浦市下高津2-7-46

TEL：029-821-5516

FAX：029-826-5961



◇活動方針

平成26年4月に改正精神保健福祉法が施行され、精神科病院が地域事業者と連携して退院促進のための体制整備、長期入院の予防と入院患者の地域移行の推進がすすめられている。

土浦保健所においては、関係機関を招集した会議等により、精神障害者の地域移行と定着の促進に向けて協議を重ねている。これまでの検討から、入院場面において看護師が多職種との連携をもって退院支援に取り組むことが、地域移行や地域定着を推進することに繋がると考えた。

茨城県では、精神障害者の地域支援をすすめていくために、国立精神・神経医療研究センター（通院モニタリング研究チーム）の協力を得て、平成29年4月地域連携パス「いばらき県版こころの生活支援手帳」（以下、連携パスという）を作成した。この連携パスを活用し、精神障害者の希望を大切にしたい支援をその体制づくりとともにすすめていく。

<目指すべき項目>

- 精神科病院と地域事業者の連携による地域移行・定着の基盤づくり
- 希望や思いを尊重し、本人の強みに視点を置いた退院支援の実現
- 服薬アドヒアランス獲得やセルフマネジメント強化への精神科病院の取組みの具体化による退院患者の地域定着の推進

活動成果報告書

◇活動内容とその成果

1 管内医療・保健・福祉機関の連絡会議の開催

(1) 実務者会議

構成：管内精神科病院 (Ns, PSW) , 訪問看護, 相談支援事業所, 市町村 (保健・福祉) の担当者

目標：「精神科患者の退院促進を実現する看護の役割」をテーマに協議し, 退院支援の先進的実践から管内精神科病院<看護部門>の取組みを促進させる。

成果：モデル病院における「地域連携パス」を活用した“多職種連携”による新たな取組みを参加者が共有できた。管内病院での今後の取組みを検討する動機づけになった。

(2) 代表者会議

構成：管内精神科病院の医師, 訪問看護, 相談支援事業所, 市町村 (保健・福祉) の代表者

目標：圏域の地域課題の検討。地域移行・定着を促進する支援体制づくり

成果：代表者に「地域連携パス」やカンファレンスシートなどのツールを提示し, 先駆的な病院の取組みも認識する機会となる。今後の病院の退院支援の充実を促進する機会となる。

2 地域医療連携モデル病院 (2 医療機関) の退院支援の活用～地域定着に向けた「連携パス」の活用～

(1) 病院職員意識調査

対象) 医師, コメディカル, 事務など全職員 (調査票の回収率) 80%以上

結果) 全職種の 8 割以上が「退院支援や地域定着にかかる支援に力を入れたい」と前向きな回答。支援の具体策や地域支援者との連携についての意見の記載が多く, 病院職員の地域移行支援の潜在力を感じる結果となった。今後の協働を検討していく。

(2) 研修会 テマ「こころの生活支援手帳を活用した地域移行と地域定着」

保健所担当による病院スタッフへのレクチャー：2 病院 3 回実施

対象) 看護職を中心としたコメディカル ～医師や事務職などの参加もあった

結果) 終了後アンケートでは, 9 割が「地域連携パス」の作成を勧めたい対象者がいると回答。「連携パス」が再発防止や地域定着に役立つツールとして認識された。

成果 モデル病院の一つでは, 「連携パス」を作業療法のプログラムとして導入を検討。病棟では看護師と PSW が協働して, 入院患者の退院支援に活用している。
他方の病院では, 平成 29 年 10 月に取り組みを開始した「退院支援プログラム」のなかで, 院内多職種による活用を始めた。

3 保健所関与事例 (措置入院患者を含む) の退院支援の実施

(1) 退院支援会議でのカンファレンスシート・アセスメント票 (土浦保健所 Ver) の活用

成果：アセスメントの結果を共通理解し, 支援の可視化ができた。

保健所が提示したシートをツールとして, 連携の推進に繋がる。

(2) 退院支援カンファレンスへの地域支援者の招集

成果：多機関連携の支援が必要な事例は, 退院前から地域の資源に繋ぎネットワークでサ

活動成果報告書

ポートしていくことができる。

市町村や社会福祉協議会などの地域支援者の役割を可視化。当事者・病院スタッフに社会資源の理解をすすめる機会となり、病院主体の退院支援委員会等での地域支援者の招集～病院と地域支援者の連携に繋がる。

- (3) 病棟での活用の動機づけ ～「連携パス」の活用が有効と考えられる患者への保健所からの提案
成果：入院中にスタッフがパス作成を協力し、「セルフモニタリング」や「クライシスプラン」などに取り組むことで、患者理解や教育がすすみ、服薬アドヒアランスの獲得や地域移行と定着に向けた具体的な援助の提供が期待できる。

4 研修会「精神障害者地域支援フォーラム」の開催

テーマ「支援とつながり，地域で暮らすことを考える」

○基調講演 「統合失調症 回復のために知っておきたいこと」 講師：精神科医

○パネルディスカッション 訪問看護，精神科病院PSW，相談支援事業所，市保健師，ハローワーク

成果：参集した当事者，家族，地域の住民と支援者が，「リカバリー」と「つながる」「孤立させない」をキーワードに，ネットワークによる地域支援について考える機会を提供でき，地域移行に向けた意識の醸成につながった。

5 関係機関への「連携パス」活用に向けた啓発

(1) 相談支援専門員を対象とした研修会

(2) 「地域連携パス勉強会」（看護師有志の自主グループ）の支援

6 「いばらき県版こころの生活支援手帳」（地域連携パス）の改訂

国立精神・神経医療研究センター（通院モニタリング研究チーム）の協力を得て，平成29年12月に第2版として改訂した。

成果 ○地域移行プロセスが連携パスを活用することにより具体的になり，退院支援のシステム化と波及の足がかりになる。

○退院支援の看護師の役割が明確になり，医療機関での取り組みがすすむ。

○市町村や地域事業者の地域支援の可視化。保健所の関係機関支援の機会となる。

◇今後の計画

○「地域連携パス」をツールとして，精神障害者の“希望や夢”を大切にしたい支援ネットワークを構築していく。

○看護師がそれぞれの場面で地域移行・地域定着のサポートに取組める基盤づくりを，精神科看護師による自主グループと協働していく。

○連携パス活用事例を集約し評価をしておこない，モデル病院での取り組みを他医療機関に広げ，精神障害者地域支援のネットワークを充実させていく。