


活動成果報告書

令和7年度（第29回）「チヨダ地域保健推進賞」

<p>活動テーマ 精神障害者の退院後支援体制の整備 ～個別のニーズに応じた地域生活支援を目指す保健所の取り組み～</p>	
<p>グループ名称・氏名(グループの場合は代表者名) 茨城県竜ヶ崎保健所 保健指導課 代表者：山口 貴史</p>	
<p>勤務先：茨城県竜ヶ崎保健所 所 属：保健指導課 所在地：〒301-0822 茨城県龍ヶ崎市 2983-1 T E L：0297-62-2367 F A X：0297-64-2693</p>	 <p>(説明の様子)</p>

<p>◇活動方針</p> <p>平成30年3月27日付け障発0327第16号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知に基づき、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発出された。保健所は、精神障害者の円滑な社会復帰を図る観点から、当該ガイドラインに則り、退院後に必要となる医療、福祉、介護、就労支援等の支援を受けることができる環境の整備を求められている。茨城県においては、平成30年12月に試行版の運用を開始し、その後令和3年3月に一部改訂され、退院後支援体制の充実及び強化を図っている。</p> <p>茨城県竜ヶ崎保健所において、平成30年度～令和4年度は9件、令和5年度は6件、令和6年度は18件、令和7年度（令和7年9月19日現在）は10件、退院後支援計画の作成を実施している。</p> <p>関係機関との連携促進を図ること、患者との共通理解を図ることが重要と考え、次の取り組みを行ってきた。</p> <p>◇活動内容及び活動成果</p> <p>1 研修会の実施</p> <p>精神疾患、発達障害、知的障害など、多面的な特性を持つ患者が増加している現状を踏まえ、関係機関が適切な対応力を身につけるため、研修会を実施した。本研修会では、発達障害の特性や支援のポイントを学ぶ機会を提供し、参加者の理解促進を図った。さらに、事例を通して実践的な対応力の向上を目指した。研修の実施により、関係機関の連携強化や対応の質的向上が期待され、患者の多様なニーズに応じた支援体制の構築に寄与すると考えられる。</p> <p>【研修概要】</p> <p>日 時 令和7年9月25日（木）14：00～15：30</p> <p>場 所 阿見町総合保健福祉会館「さわやかセンター」</p> <p>内 容 地域移行における発達障害者支援</p>

活動成果報告書

講師 一般社団法人 日本精神科看護協会茨城県支部 支部長

参加者 18 施設、27 名

2 媒体作成

(1) 退院後支援計画作成説明資料の作成 (図1、2)

保健所職員が患者に対して退院後支援計画を説明する際、多くの患者は初めて計画の存在を知り、「申し込みは検討したい」と答えるケースが散見された。これは、事前に計画の概要を周知できる説明媒体が不足していることが要因と考えられる。患者が事前に退院後支援計画の概要について把握していれば、保健所職員が訪問した際により具体的な質問や相談に応じることが可能となること、患者の面接回数を少なくできることから患者及び病院職員、保健所双方の負担軽減に繋がると考えた。そこで、障害の有無や程度を問わず誰でも理解しやすいリーフレットを作成した。本資料は支援の概要や手続きの流れを明確に示し、面接時の説明内容のばらつきを減らす効果があった。これにより、担当者間で統一かつ的確な説明が可能となり、保健所職員の対応品質が向上、利用者の信頼獲得にもつながっている。さらに、当事者のメッセージを掲載し、支援の具体的な効果や実感を伝えることで支援への信頼が高まり、相談や利用のハードルが下がることも期待される。



図1 説明資料 (概要)

【利用者の声】

- ・ 地元の保健所が来てもらえるだけで安心した。
- ・ 入院中でも何も調整できなくてもどかしかったが、保健所がいろいろと調整してくれた助かった。
- ・ 自宅に戻ってきたあと、定期的に訪問に来てもらえる嬉しい。

【こんなときに】

- ・ 退院後の生活や体調を整えたいけど、自宅には相談できる人が誰もいない・・・
- ・ 退院して自宅に戻る予定。サービスを利用しながら再入院しないようにしたい。
- ・ 退院後の通院はどうしたらいいの？急に具合が悪くなったらどうしよう。
- ・ 病院や保健所は協力し合ってくれるのかな。

茨城県電ヶ崎保健所 保健指導課 担当

連絡先 〒301-0822
茨城県龍ヶ崎市2983-1
TEL 0297-62-2367 (直通)
FAX 0297-64-2693

図2 説明資料 (当事者メッセージ等)

(2) ロードマップの作成 (図3)

退院後支援計画の作成申し込み後、患者面接や関係機関との連絡調整には一定の時間を要し、その間に患者が待機するケースや進捗説明不足による不安が生じていた。これを解消するため、患者と病院、関係機関が進捗状況を共有できる「ロードマップ」を作成した。本ツールは、各段階のタスクや役割分担を明確化し、誰がいつ何を行うべきかを一目で把握可能とした。これにより、支援状況の透明化と今後の見通しが具体化され、関係機関間の連携強化と情報共有の促進に寄与した。また、患者自身も支援計画の進行を理解し主体的に参加できるようになった。結果として支援の効率化と質的向上が図られ、患者満足度の向上にも繋がっている。ロードマップは退院後支援の円滑な推進に不可欠なツールである。

活動成果報告書



図3 ロードマップ

◇今後の計画

日頃の活動から得られた気づきをもとに課題を整理し、研修会や説明資料、ロードマップを作成したことで、患者や関係機関との共通理解が促進され、より効果的な支援の実施が可能となった。加えて、これらの取り組みは職員のスキルアップや対応の統一にも寄与し、説明時のばらつきが減少するとともに、職員の不安軽減にもつながっている。

今後は、さらなる事例の蓄積を図り、事業説明資料やロードマップをより現実に即した内容へと随時アップデートするとともに、障害の種類や程度に応じた多様な媒体の作成にも取り組んでいきたいと考えている。