



神奈川県

平成 28 年度 調査研究報告書

『精神科病院長期入院者を

退院支援につなぐためのしくみづくりに関する研究』

～モデル地域における支援の実際から見えてきたもの～

(中間まとめ)

平成 29 年 3 月

神奈川県精神保健福祉センター

目 次

プロローグ	p 1
第1章 「地域につなげようプロジェクト」の発足	p 2
1 プロジェクト発足の趣旨及び目的	
2 県所管域における地域移行・地域定着支援の先駆的取組	
3 プロジェクトにおけるモデル地域の選定	
4 プロジェクトの概要	
第2章 「地域につなげようプロジェクト」における支援の実際	p 6
1 関係機関連携会議の開催（方針確認）	p 6
2 地域体制づくり	p 7
(1) 地域特性の把握	
(2) 人材育成支援	
3 支援対象者選定	p 10
(1) 入院者数把握調査	
(2) 対象者選定検討会	
4 関係機関連携会議の開催（中間評価検証）	p 12
第3章 考察と提言（中間まとめ）	p 16
1 関係機関連携会議の開催を通して	
2 地域体制づくりを通して	
3 支援対象者選定を通して	
4 ここまでの取組から見えてきたもの ～提言～	
第4章 「地域につなげようプロジェクト」の今後	p 22
1 地域体制づくり	p 22
2 支援対象者選定	p 22
(1) 対象者との関係づくり	
(2) 対象者からの聞き取り調査	
(3) 個別支援対象者の決定	
3 関係機関連携会議の開催（最終評価・検証）	p 23
資料編	p 24
I 事業概要	p 25
II 平成28年度 実施状況	p 27
III 平成28年度 長期入院者の実態調査	p 32
IV 平成28年度 県西障害保健福祉圏域地域診断	p 46

プロローグ

「退院して病院を出るのが不安…」 「病院の生活の方が楽…」、これらの言葉が精神科病院に入院中の患者さんから実際に語られることがあるようです。多くの患者さんが早期に退院し社会復帰を望む一方で、要因は様々であると考えられますが、長期にわたる入院生活が日常化し、退院に前向きになれなくなってしまふ患者さんが存在することも確かなようです。「退院促進」「地域移行」が声高に叫ばれる中、この現実と向き合いながら、病院や地域の支援者が苦悩の日々を送っていることも想像されます。支援者の日々の努力が実を結び精神障害者の地域移行が一步ずつでも確実に前進するよう、そのしくみづくりを行政が中心となって行っていくことが重要な使命と言えそうです。

国は「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を打ち出し、地域移行推進に関しても今後の方向性をとりまとめています。今年度の診療報酬改定では「地域移行機能強化病棟」が新設され、平成 30 年改正の障害者総合支援法では「自立生活援助サービス」の創設が予定されるなど、具体的な施策も整備されつつあります。本県もまた「神奈川県障害福祉計画」を策定し、この中に地域移行に関する取組の具体的内容についても示しています。また県の役割として地域移行のためのしくみづくりや地域の受け皿体制を整えることを明記しました。

このように、国や各地方自治体はさまざまな施策を講じ、いくつかの具体的な取組もスタートしている一方で、その成果はなかなか現れないのが、精神科病院長期入院者の地域移行の実情であるようです。本県の現状も例外ではありません。平成 27 年度から 29 年度にかけて取り組んでいる第 4 期障害福祉計画に掲げた、長期入院患者数の削減目標や指定地域相談支援の目標値は、いずれの数値も達成が見通せる状況になく、その対策が急務となっています。

そこで本書では、これらの現状を踏まえて神奈川県精神保健福祉センターが考えた、本県における地域移行・地域定着支援推進に向けた取組「地域につなげようプロジェクト」を紹介したいと思います。プロジェクトは現在も進行中であり、ここでは中間報告と現在までの取組から見えてきた考察を取りまとめています。本プロジェクトに協力いただきました各機関の方々に感謝申し上げますとともに、皆様の地域において長期入院患者さんを退院支援につなぐためのしくみづくりが検討される際、本書がその一助となることを期待いたします。

神奈川県精神保健福祉センター
地域につなげようプロジェクトチーム 一同

第1章 「地域につなげようプロジェクト」の発足

1 プロジェクト発足の趣旨及び目的

本県における精神科病院長期入院者の地域移行・地域定着支援の現状を見ると、ピアサポーターによる病院訪問等の実績はある一方で、個別給付の支給実績は伸びないことが見てとれます。病院や地域がそれぞれに日々の取組を行ってはいても、それらが長期入院者数の削減につながる取組にまでは至らないというのが実情のようです。このように支援実績が伸び悩む中、神奈川県精神保健福祉センター（以下、当センター）では今年度、「地域の保健福祉事務所とタイアップして、実際に精神科病院長期入院者を地域につなぐしくみづくりに取り組みよう！」という計画が持ち上がりました。

これは、神奈川県障害福祉計画が定める「地域移行のためのしくみづくり」と「地域の受け皿体制整備」という県の役割を、十分に果たしていける力を兼ね備えた機関は「保健福祉事務所」をおいて他にないと考えたことによるものです。地域の入院患者さんの状況を詳細に把握すること、市町村や事業所との連携をコーディネートすることなど、地域移行を推進させるしくみを形にするために、保健福祉事務所ならではの機能が大いに活かされると考えられます。

設定したモデル地域を所管する保健福祉事務所に協力を得て、モデル事業としての地域移行・地域定着支援を展開してもらおう。また当センターはその取組を技術支援という形でサポートする。そしてその一連の過程を地域で共有しながら考察を加える。それらの取組を通して「保健福祉事務所が中心となり、医療と福祉が連携して地域移行・地域定着支援を行うしくみのあり方」を探る。このような構想のもとに企画されたのが、当センターが発足させた「地域につなげようプロジェクト」です。

プロジェクトにおいては、これまで行ってきた「地域移行・地域定着支援」「地域支援」さらには「人材育成支援」の取組を一体化させ、モデル事業としての地域移行支援に取り組んでくれる保健福祉事務所を全面的にバックアップする体制を整えました。さらには「調査研究事業」とも協働して、地域における取組を可視化していくことを計画しました。可視化を実現する意義としては、プロジェクトを評価検証する場が設けられることや、モデル地域の取組の成果を広く発信していくこと、にあると考えています。将来的には県所管域の各地域が、プロジェクトの成果を参考として、それぞれの地域の特性や実情を踏まえたアレンジを加えつつ、独自の支援のあり方を構築していくための一助となることを期待しています。

以上のように本プロジェクトは、本県においてなかなか進展の見られない地

域移行・地域定着支援の現状を打開する手がかりとなるべく、「医療と福祉が連携して精神障害者の地域移行・地域定着を促進するしくみづくりのあり方を提言すること」を目的としています。

2 県所管域における地域移行・地域定着支援の先駆的取組

本県においても国の指針や県障害福祉計画をもとに、積極的な取組を行っている地域があります。小田原保健福祉事務所足柄上センターでは、地域の精神科病院や事業所そして市町村を交え、地域移行推進のための戦略会議が同センター主催により定期的開催されています。

この戦略会議では、まず地域の精神科病院長期入院者の数的把握を行います。次に主治医が地域移行が見通せる段階にあると判断している患者さんを抽出し、その患者さんに必要な支援が検討されます。そして各機関が連携してそれぞれの役割を共有しながら個別支援につなげていくこととなります。さらに個別支援の展開過程もまた会議で報告共有し、進行状況や検証を行うことになっています。

平成 27 年度から始まったこの取組の中から、実際に地域移行へとつながった事例も 2 件あり、当センターが今回のプロジェクトを構想する上で、足柄上センターの取組が大いに参考になったことも、ここに報告したいと思います。

3 プロジェクトにおけるモデル地域の選定

本プロジェクトの趣旨と目的は前述のとおりですが、そのモデル地域の選定については、県西障害保健福祉圏域を対象にすることを決めました。これは、先に紹介の足柄上センターにおける取組が、本プロジェクトに先駆けて展開されていたことを踏まえてのことです。足柄上センターの所管地域を含む県西障害保健福祉圏域を対象とし、地域特性や社会資源が重なる部分の多い環境下でモデル事業を展開することで、足柄上センターの取組を、同じ障害保健福祉圏域全体に広めるといった新たな試みを加え、今後の地域移行支援のあり方についての提言につなげていきたいと考えました。

以上の経緯から、今回のプロジェクトは、小田原保健福祉事務所が所管する小田原市及び足柄下郡に属する箱根町、真鶴町、湯河原町の 1 市 3 町と、小田原保健福祉事務所足柄上センターが所管する南足柄市及び足柄上郡に属する中井町、大井町、松田町、山北町、開成町の 1 市 5 町とをあわせた、2 市 8 町の県西障害保健福祉圏域をモデル地域として展開しています。

なお、具体的なプロジェクト展開の概要は本章次項にまとめていますが、プ

プロジェクトの取組のひとつである「支援対象者選定」については、その対象地域をさらに小田原保健福祉事務所管内の1市3町に絞っています。これは「保健福祉事務所が中心となって管内の地域と連携し地域移行支援を進めるしくみづくりの考察」というプロジェクト趣旨に照らして決定しました。また小田原保健福祉事務所を対象とした経緯は、本章前項のとおり足柄上センターがすでに独自の取組を行っており、同センター管内における支援体制を整えていることによるものです。

4 プロジェクトの概要

プロジェクトは、対象地域において「地域体制づくり」と「支援対象者選定」の2本を柱に支援を進めています。また適時「県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」（以下、関係機関連携会議）を開催し、プロジェクトの目的共有、中間報告、評価などを行うことにしました。この会議は、各機関が連携できる安心感の下、ひとつの目標に向けてモチベーションを高め合い、わくわくしながら取組むことのできる支援のあり方を模索したいと考え、自由な意見交換ができる会議としています。

「地域体制づくり」では、関係機関連携会議の部会という形で打ち合わせの機会を設定することにしました。地域の社会資源、強み、課題などについて、各機関が日頃感じている地域の生の声を意見として持ち寄り、地域の現状や特性を把握することにより、「この地域ならではの支援のあり方」を考える材料にしたいと考えました。また、把握した地域の課題については、その課題に焦点をあてた研修会の企画も、地域体制づくりの取組に盛り込みました。

次に「支援対象者選定」についてです。地域移行がなかなか進まない実情を打開するには、その対象者の選定方法に注目する必要があると考えました。支援対象者の選定を「医療従事者の視点にのみ頼るのではなく、地域も含めたプロジェクトの参加メンバー全員で検討する」という方法を試みました。なお、ここでの支援対象者は前項で述べたとおり、小田原保健福祉事務所管内に居住地を置く方としました。さらにその中から「年齢が65歳未満の方で、在院期間が1年以上の方（精神科病棟在院期間が1年未満であっても他科転棟等により実質的には1年以上の継続入院と考えられる方を含む）」としました。年齢対象を65歳未満としたのは、65歳以上の長期入院者に対する地域移行支援については、介護保険制度利用等、異なった視点による考察が必要になると考えたことによるものです。対象地域には精神科病床を有する病院が3つあります。この3病院の協力を得て、上記の方を対象とした「支援対象者選定プロセスの検討を、プロジェクトのメンバー全員で行っています。

「支援対象者選定」の具体的取組としては、まず対象病院の在院者数調査を行いました。そしてプロジェクトにおいて対象とした方全てについて、それぞれの病院スタッフから個々の状態像に関する説明を得て、支援対象者選定のための検討会を開催しています。検討会の後には、参加機関がそれぞれの立場で、実際に地域移行の支援対象者となり得るか否かを個々に評価した意見を出し合いました。このようにして支援対象者の絞込みを行い、対象とした方には、ピアサポーターの協力も得て、病院内の普及啓発活動を通して関係を築き、最終的には個別の面接を通して、本人の意思確認等を行い、個別給付の支給へとつなげる方を決定するという構想です。

今回のプロジェクトは、前述してきたとおり、精神科病院の長期入院患者さんを地域につなぐための方策について、保健福祉事務所が中心となって展開する支援のひとつのあり方を提言することを目的としています。よって、病院調査から得られた数的資料の詳細を分析することは、他の研究に委ねることにしたいと考えます。しかしながら、数的把握調査や病院へ出向いての聞き取り調査からは、さまざまな発見が得られています。ここに示したプロジェクトの概要が、モデル地域における支援の中でいかに展開されたのか、そのプロセスとそれを踏まえた今後のさらなる構想について、また途中経過における考察等を、第2章「地域につなげようプロジェクト」における支援の実際以降にまとめていきたいと思えます。

第2章 「地域につなげようプロジェクト」における支援の実際

1 関係機関連携会議の開催（方針確認）

会議は、精神科病院職員、相談支援事業所職員、市町の職員、保健福祉事務所及び同センターの職員に出席を求めて開催しています。開催にあたっては、多忙な各関係機関の職員を一堂に会して行う設定であり、その調整に苦慮する場面がありました。日程調整の困難さもさることながら、全く新たな取組の会議に、緊密な関係になかった機関の出席を求めていくことの難しさがあったものと思われまます。この調整は日頃、関係性のできている保健福祉事務所であれば、スムーズに行えるものであったらと推察できました。



さて会議では、第1にプロジェクトの概要説明を行い、その趣旨や目的が十分に共有されるよう努めました。その後、各機関からは説明を受けての質問や様々な意見が寄せられました。

各機関からの意見としては「地域移行の支援の必要性については、病院内の理解を深めるところから始める必要がある」「地域移行に向けて住居の設定を行う必要がある方も多く不動産店への普及啓発が必要」「グループホーム向けの研修が必要」「成年後見人がついていいるかどうか支援の可能性に大きく関わる」などといった、地域移行支援を考える前提として必要となる事柄について発言がありました。

また、プロジェクト展開にあたっては、個人情報の取り扱いに関して検討を求める意見がありました。支援対象者選定のプロセスにおいて「本人のニードを前提とせずに対象者をリスト化することは個人情報保護の観点から問題ではないか」という意見です。このことはとても重要な視点であると考えられ、検討が持たれることになりましたが、会議の場で結論を出すことはできず、当センターが課題として持ち帰り、再検討を行うこととしました。結果としてリスト化については、当初の計画の中で求めることとしていた記載項目を見直し、匿名性によるプライバシー保護を重視することを決めています。なお、当センターがこの決定を行う上では、会議の中であがった次の意見を参考とした経緯があります。「個人情報の保護は軽視できないと思われるが、長期入院者の把

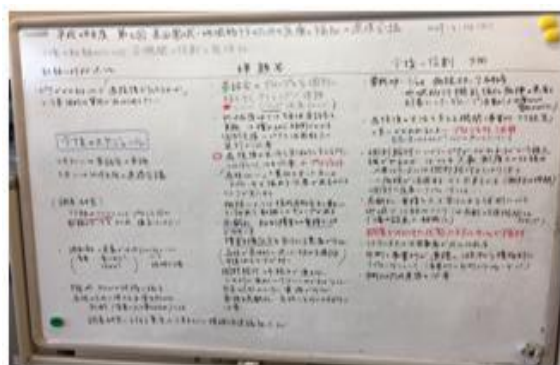
握はこのような機会がなければ地域での把握が難しく、個人情報保護に重きが置かれるばかりに、対象者の共有ができなくなってしまうことはもったいない」というのがその意見でした。地域移行促進の第一歩は、やはり対象者の正しい把握が大切です。本プロジェクトの支援対象者選定プロセスにおいて最も注目した視点が、地域の関係機関からも支持されたことを受け、当センターとしては、プライバシーへの配慮を前提としたリスト化の継続を決めたものです。

2 地域体制づくり

プロジェクト展開の第1の柱である地域体制づくりでは、「地域特性の把握」と「人材育成支援」に取り組みました。

(1) 地域特性の把握

当センターでは、客観的な情報として社会資源の一覧（P46～48）を作成するとともに、部会を立ち上げ、関係機関の職員と地域でピアサポーターとしての活動を行う当事者にも参加を求め、さまざまな情報を収集する機会を設定しました。いくつかのテーマを設定し、ホワイトボードを用いて参加者が意見を共有できる工夫をしながら、意見集約を行う形式で、これまでに2回開催しています。



「地域の支援体制の強化」をテーマに「地域の課題」「地域の強み」「地域がこれから取組むこと」の категорияに即した意見集約を行った場面では、次のような意見が聞かれました。普及啓発の不足、人材や制度の不備、家族の理解に関する課題等があがった一方で、研修の機会を提供してくれる機関の情報提供、部会参加の機関が取り組んでいる内容の紹介、地域のインフォーマルなサービスに関する共有などは、地域の強みとして取り上げられていました。そして地域がこれから取組むこととしてあげられた意見は、部会で共有された課題を自立支援協議会で提案していく必要があるというものや、地域の支援者向け研修会の開催といった内容でした。

また、テーマを「県西ってどんなところ？」と題し「自然・立地」「社会・環境」「人・精神」の категорияに沿った意見集約も行いました。自然・立地

の面では「富士山を望む自然がすばらしく癒される、気候が穏やか、海の幸も山の幸も食べ物が美味しい」といった意見が、社会・環境の面からは「歴史があり観光名所がある街であることに加え交通の便がとても良い」といった意見が聞かれています。県西障害保健福祉圏域の社会資源をまとめた資料（P46～48）を参照していただけるとわかるように二宮尊徳の生誕地であり、「積小為大」という教えを、本プロジェクトに取り組む上でのスローガンとして、支援者皆で共有してはどうかという意見にまで発展する場面も見られました。新たな取組を展開しようとする上で、地域の支援者を集めさまざまな意見を共有し合う場を設定することは、多くの効果をもたらす取組であると言えます。



二宮尊徳像

部会ではこの他にも、後述する本章3の支援対象者選定のプロセスについても、意見を出し合ってもらっています。特に第2回の部会では、対象者リストを用いた検討の振り返りも行いました。「取り組んでよかったと思われること」「新たな課題」「今後に向けて」といった視点から、より良い支援対象者選定プロセスのあり方を話し合う機会になりました。併せて人材育成の中で取り組んだ研修企画に関しても、この話し合いの中で出された意見が役立てられています。詳細については、3支援対象者選定で述べますが、プロジェクトを展開する上で大切な要素と成り得る貴重な意見の集約ができたと考えています。

（2）人材育成支援

プロジェクトでは、地域のニーズや課題に即した研修を企画し、地域移行・地域定着を支える人材を育成することも、地域体制づくりの一環として大切な取組になると考えました。人材育成のための研修企画については、地域のニーズや課題に即した企画が行われる必要があると考えられます。そこで、地域特性把握のために開催した部会での意見集約が、テーマの検討に大いに役立ちました。

まず、これからの地域移行支援を進めるにあたっては、介護保険事業所との

連携が不可欠であるということが見えてきました。「精神科病院の長期入院者さんの中には介護保険利用年齢まで退院が難しいケースがある」「要介護者や重複障害の方への退院支援が課題」等の意見がヒントになっています。後述する長期入院者数把握調査からもわかりますが、地域移行支援対象者の年齢層も、高齢化の中で例外なく高くなっているようです。これらを踏まえると、地域移行後の地域定着を合わせて支援していく観点からも、特に介護保険事業所との連携は重要であると考えられました。

また、対象地域では、社会資源や時に医療の手をも借りずに、家族の懸命な支えにのみ頼って生活する精神障害者が存在するということが話題になりました。このようなケースでは、何らかの事故によって家族の支えを失うことになった時、地域がはじめてその存在を把握することになる例が少なくないようです。病状が悪い状況で保護された方がやむを得ず精神科病院への入院によって対応され、入院が長期化してニューロングステイ（新たな長期入院者）を生むという現状があるとすれば、それは避けなければなりません。支援の手を必要としながらそれを受けられずにいる精神障害者が早期に発見され、適切に医療や福祉の手が差し伸べられる体制の整備もまた、対象地域の課題のひとつと言えるようです。

そこで今回のプロジェクトにおける人材育成で取組んだのが、地域で共に暮らす民生委員や在宅高齢者を中心に訪問する介護保険事業所や訪問看護ステーションスタッフへの普及啓発のための研修会の開催でした。これらの地域の支援者に、精神障害に関する正しい知識を身につけてもらい、さらには今日の精神障害者支援の中で地域移行・地域定着支援が大きな課題となっていること、その取組がなかなか進まない現実があることを知ってもらおうという企画を立てることになったのです。

これらの趣旨から、今回は県の小田原合同庁舎を会場に、小田原市内で精神科クリニックを開業する精神科医師と、地域で暮らしている当事者を講師として、地域移行・地域定着を推進することを見据えて精神障害に関する地域の理解を深めることを目的とした研修を行いました。「精神障害者の地域生活～『ともに生きる』を考える～」と題して開催したこの研修会は、介護支援事業所の職員を中心とした73人の方の参加を得て行うことができました。



3 支援対象者選定

プロジェクトの第2の柱とした支援対象者選定に関する全体像は、対象者数の把握に始まり、対象者選定検討会、対象者との顔合わせを経て個別支援につなげる対象者を決定し、対象者と個別に面談して本人意向を確認しながら個別給付の支給決定を実現するというものです。このことについて、本報告のとりまとめまでにできたのは、選定検討会を開催し顔合わせの段階に進む対象者を絞り込む過程まででした。これ以降については、次年度以降プロジェクトが継続される中で取組を行うこととし、本報告では第4章「地域につなげようプロジェクト」の今後にその展望をまとめることにします。

(1) 入院者数把握調査

入院者数の把握は、3病院にそれぞれ調査票A(P43)を配布し、時点を定めて病院ごとの患者数を入力していただく形としました。調査票Aは実際に病院に配布した入院者数把握調査票であり、3病院から寄せられた患者数を集計した結果をもとに、入院形態別に比較しやすいようグラフ化したものをP33に載せています。

調査票Aでは、まず当該病院の病床数を確認し、任意入院と医療保護入院それぞれについてその入院者数並びに、在院期間が1年を超える患者数、さらには年齢が65歳未満の患者数について回答を求めました。また、自らの地域の実態を把握し、今後に役立てることができるよう、市町ごとの長期入院者数が見てとれるつくりとしました。

なお、在院期間については、精神科病院入院中に身体合併症の治療が必要となったことによる転院・転棟等で一旦当該病院を退院した場合、その後再び同病院に戻って入院を継続するケースであっても、再入院日から改めて在院期間をカウントすることになり、実質的な長期入院者が対象から外れてしまうことになると考えられました。そのため、今回の調査では、在院期間が1年未満であっても、上記の理由等により実質的なトータルの入院期間が1年を超える患者数についても回答を求め、プロジェクトの支援対象に含めることとしました。

(2) 対象者選定検討会

ア 対象者選定検討会の趣旨

本検討会は、少しでも地域移行につながる可能性のある患者さんを広く選定していこうという趣旨で行っています。そのため対象患者さんの抽出を医療関係者のみに頼らず、多機関の視点、多職種の視点を加えて検討する場を設定しようと考えました。プライバシーに配慮しながら、病院関係者以外の地域の支

援者も患者さんそれぞれの基礎情報を共有し、検討に加わっていただく機会を設定しています。

イ 対象者のリスト化

検討にあたっては、調査票B（P44）を用いて3病院に追加調査を依頼しました。調査内容は、性別、年齢、病名、入院形態、在院期間を個人が特定されない範囲で記入していただき、合わせて、退院の見通し、帰住先の有無、本人の退院意向の有無、家族の退院意向の有無、退院に関する医学的判断等を回答していただきました。そして医学的判断においてに地域移行の検討が不可能とされた患者さんについては、その理由も記入していただき、検討の材料としています。なお、調査対象は調査票Aにおいて確認した、小田原保健福祉事務所管内に居住する65歳未満の方で、入院期間が1年を超える患者さん98名全員です。この98名の中には、前述のような特定の事情があり入院期間が1年未満である患者さんも3名含まれています。

ウ 地域との協働のアセスメント

実際の検討場面は、各病院に地域の支援者が集まり、病院側からは対象者の担当ケースワーカー等に出席いただいて、一人ひとりの検討を行いました。調査票Bを基礎資料に調査票C（P45）を用いて、最近の病状や周辺情報の聞き取りを行っています。病状については最近の様子に加えて、入院している病棟（閉鎖又は開放の別等）、入院回数や通算の入院期間、合併症やADLの状況を聞き取りました。医療関係者以外の視点を取り入れて患者さんの状態像を見た時、退院につなげられる新たな糸口が見つかるのではないかと、その可能性を発見するためにそれぞれの立場から詳細な聞き取りを行いました。さらに周辺情報として、退院先の有無、協力者の有無、収入や預貯金について、手帳申請・障害程度区分申請・要介護申請の有無、についても確認しました。医療の継続の必要性以外にも入院を長期化させている要因を探り、退院へ近づけるために手を当てるべき支援がないかを検討していきました。

こうした取組から見えてきたものについては、次章にまとめていきますが、検討を行った患者さんについて、現時点で地域移行の個別給付につながる可能性の有無に関し、各機関でそれぞれの立場から評価を行っていただきました。今回は検討を行ったケースを「大いに可能性があると考える」「可能性に期待したいと考える」「現時点では入院継続がやむを得ないと考える」の3つに分類することにしました。病院のケースワーカーから同時に聞き取ったにも関わらず、結果は評価表（P42）のとおり、機関によって違いが出たことも興味深いものでした。

今後はこの結果を踏まえて、各機関が「入院継続がやむを得ない」と考えたケースを除いて、現実的に個別給付につなげることのできるケースを選定するためのアプローチを展開していく予定としています。

4 関係機関連携会議の開催（中間評価検証）

プロジェクトの展開上、第2回目となる関係機関連携会議では、前述した地域体制づくりと支援対象者選定の取組に関する経過を報告し、プロジェクトの進行状況を共有しました。また、今後の展開に関する検討をあわせて行っています。

今後の展開を検討する中で注目を集めたのは、支援対象者選定プロセスにおけるピアサポーターの協力でした。当事者の方に担ってもらう役割をいかに考えるかを十分に検討すべきという意見や、各病院が考えている今後のピアサポーターとの連携の方針等も聞くことができました。ピアサポーターの協力を得ながら、当事者意見を重要視した今後のプロジェクト運営の必要性を再確認したところです。

また、すでに行われているピアサポーターによる病院訪問活動における成果と課題についても話がありました。ここで話された内容からは、長期入院患者さん本人との関係構築の難しさが見て取れます。ピアサポーターの協力を得ても関係を築くということには多くの時間を要し、入院患者さんとピアサポーターとの交流を5年ほど行っている実績のある病院でも「ようやく関係性が築けたところ」であると感じているとのことでした。そして今後もゆっくり関係づくりを続けて行きたいと話していました。病院訪問では、入院患者さんの退院の希望の有無でグループを分けているようですが、退院したくないという方であっても、じっくり関係性を築いていく中で「本当は退院したいが家族に遠慮している」という表明ができるようになった方もいるというのが特に印象的でした。

さらに、入院患者さんとピアサポーターとの関係性が構築されつつある中では、この関係性をベースに、地域移行へのアプローチを次の段階へいかにバトンタッチしていくべきかを考えることが課題と言えるところの話もありました。先に報告したピアサポーターによる訪問活動を継続して受け入れている病院では、病院訪問のあと、長期入院患者さんにアンケートを実施し、感想などを聞き取っています。その文面からは、最近では、地域に関心が向いてきたと思える記載も出てきており、それを受けてピアサポーターとしては「これからどうしたらいいのか・・・？」という新たな課題にも直面しているようです。病院の理解を得て地域の支援者につなぐ手立てを検討することは、ピアサポーターの方々の活動のモチベーションを維持するためにも必要不可欠だと考えられます。

また、病院は退院後のリスクマネジメントの視点から、訪問看護やヘルパーの支援を敬遠するケースの退院を危惧する傾向にあるとの意見もありました。しかし、これに対して「リスク回避の助言はピアサポーターが担えるので『任せてほしい!』」との力強い発言が当事者の方から出ていたことも印象に残っているところです。

この他、市町や保健福祉事務所の担当者からも、今後のプロジェクトを展開する上で参考とすべきさまざまな意見が出され、有意義な検討を行うことができたとともに、プロジェクトをより良く進めるという目標のもと、関係機関の連携を深める会議の場とすることができたと考えています。以下に、連携会議への参加機関から寄せられた意見や感想を紹介します。



しらす丼

意見・感想

- 地域の実像を把握して数字や対象者を具体的にしていくのは大変重要なことだと感じました。当事者の立場からピアサポーターの意見を直接聞いていただけたのも大変ありがたいことでした。また、なぜ実効性に結びつかないのかという部分を、まずは対象となる機関同士が建前なしで出せることが必要だと感じます。同時に実情ではニューロングステイは減らせても、長期入院患者の環境や気持ちを変えるのは本当に難しい部分だと痛感しました。リスク回避する方法を詰めるより、問題が起きた時に柔軟に対処できる体制づくりが重要なことも実感しています。役割や負担を分担するのは大事ですが、地域移行を進めるにはやはりどこかで責任をもって前に進める立場の方が必要だと感じました。（ピアサポーター）
- 入院患者さん本人の意向もちろんです。経済的な問題、地域の居場所・社会生活上の役割など、受け皿となる側の体制整備に課題が動きつつあるように感じます。雇用や住居、日常的な支援の在り方など、支援者・従事者以外の民間の方々をいかに体制整備に組み込んでいけるか、ボランティア的な部分でなくメリット・実利として提示できるようになっていくと流れが変わっていくかもしれないと思いました。（ピアサポーター）



小田原の梅

- 他圏域で行っている取組を参考にしながら当圏域ではどのように進めていけるのかと考えていても、日々の業務の中でなかなか一歩が踏み出せなかった様に思います。このプロジェクトを通してそれぞれの立場から始められる事、協力して進めていける事を具体的な形として見る事ができ、大きな一歩になったと感じています。（事業所）
- ピアサポーターさんの力を改めて実感しました。（事業所）
- 研修や講演会での学びを踏まえて、更にピアサポーターさんの働ける場所を検討できれば良いと感じました。（事業所）
- 病院職員だけでは動かすことができなかった長期入院者の地域移行を行政の力で動かすきっかけを作った点は良かったのではないかと同時に、長期入院者の地域移行は一筋縄ではいけない状況も出てきたのではないかと。恐らく、今年度・来年度の精神保健福祉センターの関わりでは、結果的に中途半端で終わる可能性が高いと思われる。障害保健福祉圏域をバックアップする意味で、県の関わりを継続的に行っていく必要は高いのではないだろうか。（事業所）



開成のあじさい

- 長期入院者の状況は把握ができたと思われる。地域移行に向けての取組が本番だと思う。行政（保健所や市町村の障害福祉課）や地域援助事業者は長期入院者を病院から退院をさせるために何ができるのか、何を取り組めるのか協議していきたい。また、長期入院になっている要因（いままでなぜ退院できなかったか）にも目を向ける必要性も感じる。計画策定時、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値を設定するとあるが、地域移行に伴う基盤整備とは具体的にどんなことなのか教えてもらいたい。（病院）
- 途中から参加であったが、有意義な時間となった。今回のような動きで、対象地域の全病院への聞き取りができるようになり、行政の協力があれば、打開できる事柄もあるも感じた。地域移行の支援でも、日常に多職種間での意見のくい違いが多く難しさを感じているため、病院の中でピアサポーターや、国の動きを何らかの形で研修を開催することに将来的な展望もあると思われる。机上の研究とならないように願いたい、現状どのくらい、現実的な療養生活をみて実感して頂けたらどうか、疑問を感じる。（病院）

- ピアサポーターを退院支援に導入する効果もあることは実証されているが、ピアサポーターの雇用、養成、サポート体制をどこが担うのか考えた時に相談支援事業所がその体制を担えるとよいと考えるが、現状そんな様子もなく難しい。兵庫のような、保健所のバックアップがあると民間の事業所も動きやすいと思われる。（病院）
- 地域移行について、圏域単位で、病院、市町、事業所、保健所によるネットワークを構築していくためのきっかけとしてこのプロジェクトは有効であったと思う。長期入院者の実態の把握調査をベースに、可能性のある対象者を具体的に抽出してピアサポーターとの交流会や個別支援を目指す、という取組の方向性はとても有効であり、ネットワークの関係者に刺激となったと思う。足柄上センターの取組をどのように包含していくのか、整理されるとさらによかったと思う。取組の2年目は、県西圏域の取組として保健福祉事務所が中心に定着・展開させられるようにしていくことと、他の圏域に同様の取組を広げていくこと、さらには県自立支援協議会や圏域自立支援協議会等で発信して、自立支援協議会の課題としての取組を促していくことが課題となってくるのではないだろうか。（行政）
- 2年目は、個別給付の地域移行に取組む指定一般相談支援事業所が複数出てくることが予想されるため、そうした事業所の成功体験を集約するような調査や、ピアサポーターの雇用を促進するような働きかけについても考えられるとよいのではないだろうか。（行政）
- 通常の業務ではなかなかここまで焦点を絞って検討することもないのでありがたかった。また、関係機関の状況など勉強になることが多かった。こうした関わりを息の長いものにしていくために、どうしていったらいいのかしっかり考えていくことが大切と思った。
- 実効性に欠けるということだが、今まで、センター等が実施した地域移行に関する事業がありましたら、経過等教えていただけたら、今回の事業に活かせるのではないかと思いますので検討をしていただけたらと思います。（行政）



小田原城

第3章 考察と提言（中間まとめ）

1 関係機関連携会議の開催を通して

関係機関が一堂に会して会議を行うことから得られたことは、まずプロジェクトの展開にあたり、幅広い視点から多くの意見を取り入れることで、当センターが提案した構想がより熟成され、有意義な取組へと発展させることができたということです。地域の中で新たな取組を始めようとするには、第1に関係機関同士が顔の見える関係を作り、それぞれの立場からさまざまな知恵を出し合って意見を集約し、協働しながら形を作り上げる過程が大切であることを再確認できました。参加いただいた機関からも「ネットワークを構築していくためのきっかけとして有効性があった」という評価をいただいています。

しかしながら、全く新たな取組を立ち上げるにあたり、それぞれ異なった立場から多様な考えを持つ関係機関の全てから賛同を得るということは、容易でないことも確かでした。まして日々の業務に追われる地域の一機関が、多くの関係機関に対して新たな取組に向けた連携を呼びかけるという作業は、どんなにその必要性を理解してはいても、マンパワーの制約も含めて困難であると考えられました。やはりその役割を果たすべきは行政です。本プロジェクトもまた、行政機関が主導して取組を展開する中で、協力を戸惑いを覚えた関係機関をバックアップすることもできたように思われます。そして結果として各機関が一丸となった地域移行・地域定着支援のあり方を模索する取組をスタートさせることができました。地域の関係機関の連携をコーディネートする役割を、行政機関が的確に果たしていくことは、とても重要な要素であると考えます。

そして精神障害者の地域移行・地域定着支援の取組に関しては、各地域の保健福祉事務所こそがそのコーディネート機能を担っていける機関であるということを本プロジェクトの成果から提言したいと思います。保健福祉事務所は、病院とも市町村とも地域の事業所とも顔と顔のつながりを持ち、入院患者さんに関する情報についても業務を通して把握することが可能です。広域的支援機能を担っている当センターが、特定の地域の中でプロジェクトを形にすることができたのも保健福祉事務所の協力があったからこそでした。当センターでは担いきれない、より地域に根ざした行政機能を活用し、保健福祉事務所が中心となって精神障害者の地域移行支援を構築することが、その地域ならではの強みを持った実効性のあるしくみづくりを円滑にしていく最善の方法であるということが考えられます。

2 地域体制づくりを通して

地域の体制づくりにおいて部会を開催したことのメリットには、次のような事柄があげられると考えられます。第一に地域の強みを共有できたことです。未知の領域である地域移行支援に関わっていくことについては、自らの機関が担う役割や実務の内容、負担の程度等、一言に協力や連携と言って実態のイメージがつかめないことがほとんどであったと思われます。そのような状況の中で、地域の関係機関が持つ機能や活用し得る資源の情報といった、地域の強みを共有し合えたことは大きな成果でした。このことにより、地域には現状でどの程度の力があり、それらを連携させることで現実的に目指すことのできる支援の範囲はどのラインになるのかといったイメージが共有されました。さらには自らの機関に求められるであろう役割を見通す材料になったと考えています。つまり、関係機関連携会議で確認した地域移行支援の体制づくりの必要性と各機関の連携の重要性について、その連携の形を具体的に確認し合うことにつながったと言えると思います。そして、支援体制のあり方が少しずつ具体化してきたことを土台として、より円滑に連携を深め、地域の体制強化を図るために不足していることは何か、今後の課題や可能性という部分についても、参加機関が主体的に建設的な意見を出し合えるまでに至ったのでした。

これらの過程は、今後、各地域が地域移行・地域定着支援体制を新たに構築していこうとする上で、必要不可欠な要素であると考えます。地域に存在する支援の強みを知ることで、一機関が多くの役割を抱え込むことのない「安心感」が生まれ、連携の安心をベースに関係機関がチームとしての「連帯感」を持って体制づくりに参加できることが大切であることが重要なのです。プロジェクトの対象地域では2章で述べたとおり、地域に根付いた先人の教えを体制整備のローガンに位置づけるといった声もあがりました。何らかの事柄を材料に、関係機関が「楽しみ」「わくわく感」「一体感」を持てることも、連携を実感し深めていく鍵になると言えそうです。このように、本プロジェクトの地域体制作りに関する取組からは、関係機関の主体的な取組を引き出す工夫をしながら、主となる支援機関の方針に他の関係機関が従う形ではない「共に作り上げる過程」を重視することの大切さが発見できました。

最後に、本プロジェクトにおける部会では、参加機関からあげられた意見を共有するためにホワイトボードを活用しました。小さな工夫ではありますが、あげられた意見を可視化して共有しながら話し合いを進めることに役立ちました。また、後に支援を展開していく過程では話し合われた内容や支援の方向性の確認を行う場面があると考えられます。その際にも、ホワイトボードの記載内容を画像に収めて置くことで、記録を作成する手間をかけずに振り返りを行うことを可能とし、とても有効な手段であったことを紹介したいと思います。

3 支援対象者選定を通して

以前から、当センターの調査研究事業では、長期入院者の地域移行を推進するべく、調査研究を行ってきました。昨年度は、県所管域全病院のご協力を得て、県内の病院における長期入院者において、居住の確保が主な課題となっている患者数等の調査を行ってきました。しかし、具体的にどのような方たちなのか、どのようにしたらその方たちの地域移行が実現するのか、関係機関の職員にはイメージが持ちづらく、そのため各関係機関のあり方についても漠然としたことしか発信できないことについては、当センターとしても課題と感じているところでした。

そのため、本プロジェクトでは、新しい取組として、県西障害保健福祉圏域の病院のご理解、ご協力のもと、第2章3(2)対象者選定検討会でも手順をお示ししたように、表を活用しての調査、さらには、各病院での聞き取り調査の2段階で、長期入院者の患者像を明らかにしよう考えました。具体的な取組の内容については、第1章の4プロジェクトの概要でお伝えしたとおりです。調査の項目は、調査票B、調査票Cのとおり多岐に渡っています。ここでは、その中で把握できた事柄についてご紹介します。

まず初めに、小田原保健福祉事務所管内に住所地のある長期入院患者さんの状況の調査として各病院のケースワーカーに調査票Bを活用して調査を依頼しました。そこから把握できたことは多岐に渡っていますが、概要は次のような事柄です。

長期入院されている方の病名は、8割以上が統合失調症で、その他、器質性精神障害・精神発達遅滞・依存症・気分障害、そして神経症圏もいることを把握しました。その方たちの入院期間は半数が1年から5年、一方、10年以上も2割ほどいました。病院が退院の見通しを立てている患者さんは1割ほどで、ほとんどの方が退院の見通しのないまま入院されている状況でした。また、退院先の有無については、なしの回答が6割と居住の確保が必要な方が多数存在することが改めて判りました。病院職員が本人の退院意向を把握しているかについては、半数以上の方について把握していないとなっており、本人の意向を確認することが困難となっている現状があるようです。同様に家族の意向を把握していないが半数弱もいることも判りました。一方で家族の協力があるとの回答のあった患者さんは2割いるため、その方たちについては、家族との調整の可能性を探ることもありうる結果となりました。主治医の医学的判断を確認したところ、8割以上が退院の検討は不可との回答でした。

このように小田原保健福祉事務所に住所地のある患者さん 98 人を匿名で調査しましたが、匿名であっても支援者が地域の長期入院患者さんの実情を具体的に把握することで、今後の地域での検討・取組に大いに参考になるというこ

とが実証されました。

次に、その 98 人の方の本人の状況、家族背景等をさらに深めるために、病院に關係機関が出向き、調査票 C を用いてケースワーカーから聞き取りを行いました。關係機関では、今後、その方が地域生活に向けて支援を行っていく対象となりうるかという視点を持ちつつ、表ではわからない詳細な事柄について病院のケースワーカーに聞き取りをしました。

病院ケースワーカーからは、本人の状況だけでなく、家族の状況など、長い時間の経過とともに変化してきた患者さんの周辺環境の変化を伺う機会となりました。また、病院からは、地域での生活が困難となった患者さんの入院治療を引き受けたが、その後、地域へ戻していくための協議の場がなく、結果的に長期入院を余儀なくされているということもあると報告されました。以下、対象者選定検討会で把握したことから報告します。

対象者 98 人の方の入院回数についての調査の結果は 2 回から 4 回の方が半数程でした。今回の入院が初回の入院という方が 2 割存在することもわかり、また 10 回以上の入院回数である方も 1 割いることが判りました。通算の入院期間は長期になるにつれ患者数は減る傾向にありますが、対象者のうち 7 人が 20 年から 30 年入院の入院であり、30 年以上の入院歴がある方は 7 人もいることも判りました。

協力者がいる方は 8 割で、その内訳の多くは家族でした。家族の内訳は、若年患者さんの支援者となる家族は両親または兄弟でしたが、患者さんの年齢が 50 代 60 代になると両親ではなく、兄弟姉妹が多くなることも改めて確認できました。また、後見人等が選任されている患者さんも存在し、行政書士等を後見・保佐としているケースに加え、親族もその任にあたっていることが判りました。中には、協力者も精神疾患を抱えるケースも存在していました。

本人収入は、生活保護、障害年金、援護金のいずれか、または複数の組み合わせで、その他の収入があるという患者さんは皆無でした。退院のために使える預貯金がある患者さんは 3 割に満たず、預貯金なしが 4 割、病院側が把握していない患者さんは 4 割弱いました。

精神障害者手帳、身体障害者手帳、療育手帳いずれかの障害手帳取得者は半数弱でしたが、複数の障害手帳取得者はいませんでした。

患者さん本人の ADL は、移動、移乗、食事の自立は 9 割でしたが、整容の自立となると 7 割弱、更衣と入浴は 7 割強と自立度合いが低下することがわかりました。

以上、聞き取り調査の中から見えてきたものは、入院が長期になるにつれ、家族の高齢化や世代交代に伴い、自宅退院は困難であり、協力者が家族である場合が多いが、家族は本人の病状悪化時のイメージが強く、退院後の再発を危

惧し退院に否定的になりがちであるということでした。これらは容易に想像できることではありましたが、病院の中での検討で、長期入院患者さんの地域の関係機関が改めて状況を共有でき、実感をもって確認できたことが大きな成果であったと言えます。

本プロジェクトにおける取組の第2の柱とした「支援対象者選定」のための一連の過程の中で見えてきたものは、支援者が地域の長期入院患者さんの実情を具体的に把握し、それを共有する資料の作成、さらに各機関が一堂に会して検討する場の設定（合同アセスメント）の重要性です。

4 ここまでの取組から見えてきたもの ～提言～

神奈川県障害福祉計画が定める「地域移行のためのしくみづくり」と「地域の受け皿体制整備」という県の役割を、果たして行ける力を兼ね備えた県の機関は「保健福祉事務所」において他にないという仮説のもと、本プロジェクトを展開してきました。当初の予定では、1年間で地域体制整備と、並行して行う個別支援対象者の選定まで、関係機関と協働で行っていきたくと企画しました。調査研究事業を進めるに当たっては、内容等を本調査の調査研究委員にも諮っており、また以前から、当事者にも委員として参画してもらっています。取組を進めていく中で、調査研究委員の当事者の方より、長期入院患者さんの意向を確認しながら個別支援対象者への選定を行うには時間的に早急すぎるのではないかという助言も受け、2年間の調査研究事業に変更したという経緯があります。そのため、今年度は中間まとめという形での提言となります。

今年度の病院への数的調査では、やはり地域の中で医療をも含めたコーディネート機能をもつのは保健福祉事務所であるということを再認識しました。今回、当センターでは、保健福祉事務所の機能を使ってできる活動として、病院への数的調査、会議の開催、研修会の企画、実施を行いました。関係機関連携会議では今回のプロジェクトは2年間であるとの期限を共有していますが、会議参加者からは、プロジェクトを終了しても取組の継続が必要であるとの感想が寄せられており、それは保健福祉事務所の機能が有効であるという裏づけになると考えています。

地域における長期入院患者さんの課題については、一朝一夕には解消できるものではなく、支援者が意識し、粘り強く取り組んでいくことが必要です。調査で見えた様々な課題を地域の課題として検討するためには、自立支援協議会との連携が図れるような体制づくりの具現化も必要であると考えます。地域移行に向けての関係機関との密な連携、病院訪問、対象者の把握等を行うことを継続するためには、柔軟に対応できる人員の確保も必要であることは言うまで

もありません。

また、以前から神奈川県では、地域移行・地域定着支援事業を県内の5ヶ所の相談支援事業所に委託し、ピアサポーターの養成や病院訪問等の普及啓発を行っています。本プロジェクトを行うに当たり、その事業所の登録ピアサポーターにも協力を要請し、関係機関連携会議への出席を求めました。先にお伝えしたように、調査研究員会と同様、当事者であるピアサポーターの視点を取り入れたことで、支援者だけでは見落としとしてしまいがちなことに気づかされたという体験を会議出席者が感じたことをここにお伝えしたいと思います。



小田原産のレモン

第4章「地域につなげようプロジェクト」の今後

1 地域体制づくり

今年度の関係機関連携会議では、地域の関係機関がさらに連携していくことの必要性を再確認しましたが、関係機関として参加を呼びかけなかった訪問看護ステーションへの会議参画の依頼も検討が必要であると考えています。また、さらに地域生活を支える関係機関の広がりを期待し、次年度も普及啓発に向けた研修会の開催等を企画することも可能です。これらについては、地域の中でも保健福祉事務所が中心となり、地域の実情や関係機関のニーズに沿った形で展開できるよう、当センターが小田原保健福祉事務所と協働で取組を行いたいと思っています。そして、その先の県西障害保健福祉圏域の精神障害者の支援体制の強化を目指すため、小田原保健福祉事務所が継続してその機能を発揮していけるよう、当センターとしても地域支援という形でバックアップを行っていきたいと考えています。

2 支援対象者選定

本プロジェクトでは、支援対象者の選定方法を「医療従事者の視点にのみ頼るのではなく、プロジェクトの参加メンバーも検討してみる」という試みを考え、実際に病院に市町、相談支援事業所、県保健福祉事務所、当センターが出向いて行きました。そして、病院が作成したリストを基に、聞き取りを行った各機関が、それぞれの視点で、地域支援に向けての取組の対象者となりうるのではないかという評価を行いました。次年度は、その評価の状況を共有し、その方たちの中から地域移行に向けてピアサポーターとの茶話会の実施をしていながら、本人と病院職員、地域の関係機関と一緒に地域移行を目指すためのプロセスについて、関係機関の職員との取組の中から見えてきたものを提言していきたいと考えています。

(1) 対象者との関係づくり

病院の多大なるご協力なしには実現できませんが、小田原保健福祉事務所管内に住所地があり、65歳以下の長期入院患者さんを対象にピアサポーターとの交流会を開催したいと考えています。まずは、病状からとても困難であるという方を除き、対象とする方をなるべく広くし、緩やかにピアサポーターと長期入院患者さんとの関係づくりをしたいと思っています。ピアサポーターと長期入院患者さんとの交流会については、神奈川県では長年、相談支援事業所に地域移行・地域定着支援事業を委託しており、各事業所ともノウハウを持っていることから、各相談支援事業所の助言を求めることも可能であり、心強い味方が

存在していることも強みであります。

(2) 対象者からの聞き取り調査

ピアサポーターとの交流会を通して、長期入院患者さんとの関係づくりを行い、ピアサポーターを中心として、長期入院患者さんからの意思確認を行いたいと思っています。ここでは、ピアサポーターの力を前面に出した取組を行うことで、従来とは違った新たな展開が期待されると思っています。

(3) 個別支援対象者の決定

対象者が少しずつ絞られたところで、本人の意志の確認をしながら、さらに、地域の関係機関が協働で個別支援対象者を決定していくようなプロセスを辿ることはできないかを考えています。そこで、第2章の4 関係機関連携会議の開催（中間評価検証）でも触れたとおり、ピアサポーターが関わりながらも次の段階にいかにかバトンタッチしていくかが課題となっていることについても、検討していきたいと思っています。

3 関係機関連携会議の開催（最終評価・検証）

長期入院者を地域につなぐための方策をプロジェクトとして地域の関係機関と取り組んできた結果、神奈川県においての「地域移行のためのしくみづくり」と「地域の受け皿体制整備」という県の役割を保健福祉事務所の機能を活かしかに展開できたかということの評価・検証し、それが他の各地域で、それぞれの地域特性や実情を踏まえながらそれぞれのネットワーク体制の構築に役立つものとして発信ができるとういと願っています。

調査研究委員会では、複数の関係機関のアセスメントが有効であるとの評価を受けた半面、支援者が積極的に築いた体制が、人事異動などで衰退してしまうことの危惧を指摘されました。今回作成した支援対象者のリストを、継続的に追っていく場の検討についても行いたいと思っています。

また、本プロジェクトを通して、県西障害保健福祉圏域の長期入院患者さんについての課題を共有できた地域の関係機関が、さらに強いつながりを持って、継続的に共に精神障害者の地域移行・地域定着を考えてほしい、そのために本プロジェクトが布石となるべく、当センターとしての役割を果たしたいと思っています。

資 料 編

- I 事業概要
- II 平成 28 年度 実施状況
- III 平成 28 年度 長期入院者の実態調査
- IV 平成 28 年度 県西障害保健福祉圏域地域診断

I 事業概要

1 目的

県所管域における精神障害者の地域移行と地域生活の支援の促進を図るため、一障害保健福祉圏域を対象に、医療と福祉が連携して地域移行を進めていくプロセスの開発や当該圏域の精神科病院の長期入院者（1年以上）の実態調査を行い、さらに個別支援につなげる取組みを行う。この一連の経過を関係機関と共有し、そこから見えてくる成果や課題をまとめ、今後の地域の取組みに活かす。

2 対象

県西障害保健福祉圏域（個別支援対象地域：小田原保健福祉事務所管内）

3 実施主体

神奈川県精神保健福祉センター

4 実施時期

平成28年9月～平成30年3月

5 実施内容

（1）会議の開催

「県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」を開催し、関係機関と情報共有を行う。また部会を設置し、具体的な検討を行う。

（2）長期入院患者の実態調査

対象地域の精神科病院にアンケート調査及び聞き取り調査を実施する。

（3）個別支援

長期入院患者の実態調査の結果、関係機関との調整の上、対象者を選出し、関係機関とともに個別支援につなげる。

（4）人材育成

精神障害者の地域生活の支援者の人材育成として、研修を行う。

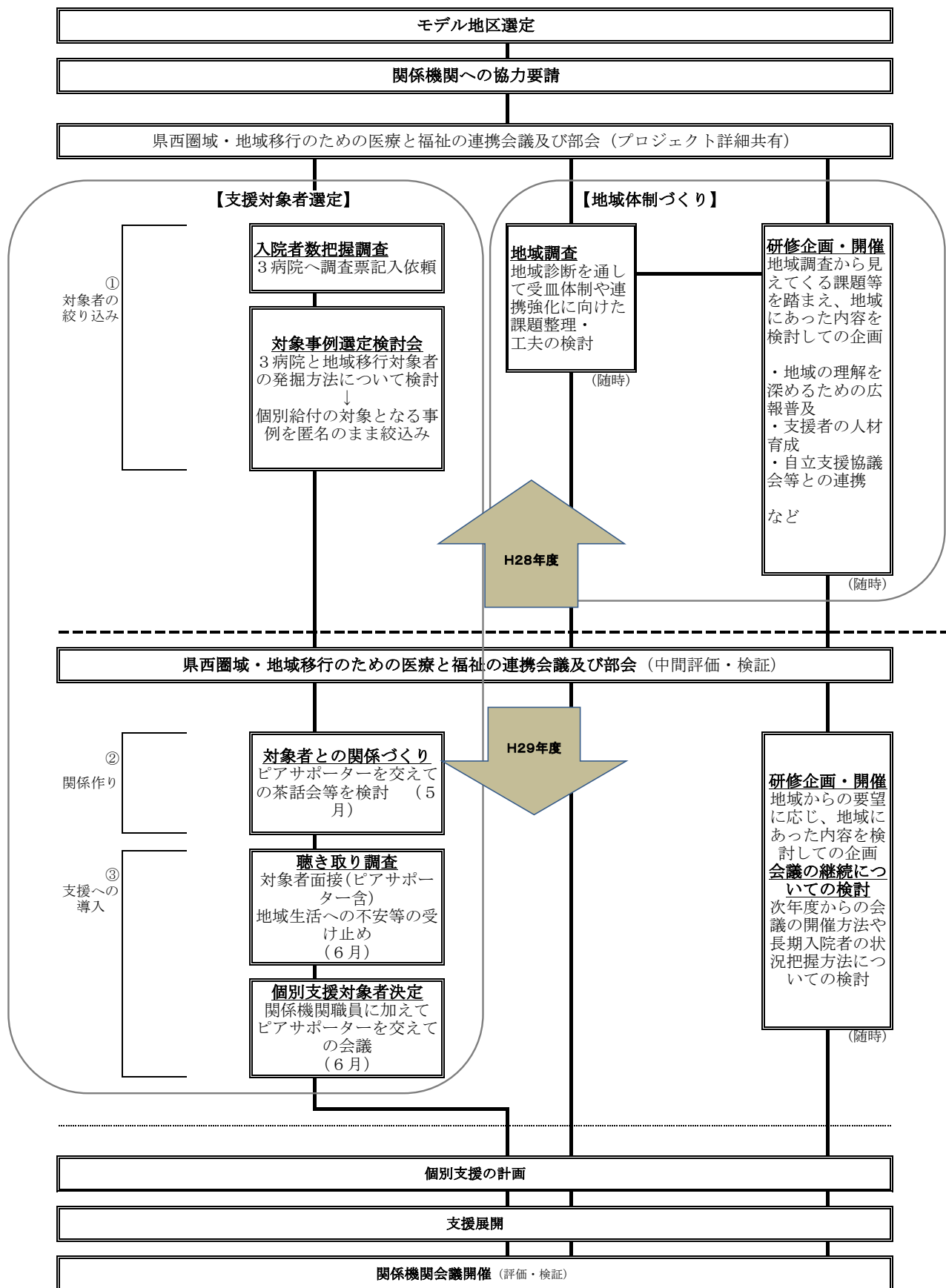
（5）地域診断

県西障害保健福祉圏域の社会資源などを関係機関から情報収集し、当事者向けの視覚的にわかりやすい資料を作る。

（6）調査研究

調査研究委員会を開催し、取組みの一連の経過を評価、検証し、地域支援体制のあり方について提言する。

地域につなげようプロジェクト スケジュール (平成28年度～29年度)



Ⅱ 平成 28 年度 実施状況

1 会議の開催

(1) 県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議

ア 目的

プロジェクトの目的の共有、中間報告、評価

イ 開催状況

第1回 平成 28 年 9 月 7 日

- ・平成 28 年度精神保健福祉センター地域移行推進の取組みについて
- ・意見交換
- ・今後の進め方

第2回 平成 29 年 2 月 14 日

- ・平成 28 年度精神保健福祉センター地域移行推進の取組みについての報告
- ・今年度のふりかえりと今後の進め方について

ウ 構成員

曾我病院

国府津病院

北小田原病院

自立サポートセンタースマイル

相談支援センターエール

おだわら障がい者総合相談支援センター

小田原市障がい福祉課

南足柄市福祉課

中井町福祉課

大井町介護福祉課

松田町福祉課

山北町福祉課

開成町福祉課

箱根町健康福祉課

真鶴町健康福祉課

湯河原町保健センター

小田原保健福祉事務所保健予防課

小田原保健福祉事務所足柄上センター保健予防課

精神保健福祉センター

(2) 同部会

ア 目的

地域特性の把握、人材育成支援及び長期入院者の実態調査の検討

イ 開催状況

第1回 平成28年9月28日

- ・長期入院者の調査について
- ・地域支援体制づくり
- ・今後の進め方について

第2回 平成28年12月14日

- ・地域診断の進め方について
- ・長期入院者の実態調査について

ウ 構成員

曾我病院
国府津病院
北小田原病院
相談支援センターエール
おだわら障がい者総合相談支援センター
曾我病院相談支援事業所
自立サポートセンタースマイル
小田原市障がい福祉課
箱根町健康福祉課
真鶴町健康福祉課
湯河原町保健センター
小田原保健福祉事務所保健予防課
精神保健福祉センター

2 長期入院患者の実態調査

(1) 調査の目的

対象地域管内の精神科病院における長期入院者数を把握するとともに、個別支援につなげる可能性のある対象者の状況を把握する。

(2) 調査の対象

県西障害保健福祉圏域内の精神科病院3箇所

(3) 調査の方法

ア 紙面による調査（平成28年10月1日時点の入院者数）

- ・各病院へ調査票Aを送付 平成28年9月30日
- ・各病院から調査票Aを回収 平成28年10月14日まで
- ・各病院へ調査票Bを送付 平成28年10月18日
- ・各病院から調査票Bを回収 平成28年12月12日まで

イ 個別支援対象者選定に向けての聞き取り調査（対象事例選定検討会）

・事前に配布した調査票C（当日回収）を基に各病院で聞き取り調査

第1回 平成28年11月17日（A病院）

第2回 平成28年11月29日（A病院）

第3回 平成28年12月8日（B病院）

第4回 平成29年1月25日（C病院）

* 調査メンバー

おだわら障がい者総合相談支援センター

小田原市障がい福祉課

小田原保健福祉事務所保健予防課

精神保健福祉センター

(4) 実態調査の結果

P32～41に掲載

3 個別支援

未実施（平成29年度に実施予定）

4 人材育成

(1) 目的

県西障害保健福祉圏域において精神障害者への理解を深め、地域生活をチームで支えるためのスキルアップを図る。

(2) 開催日時

平成29年2月6日（月） 13時から15時30分

(3) テーマ

「精神障害者の生活を支えるための医療」講師 管内クリニック 院長

「当事者の立場から」講師 委託事業所 登録ピアサポーター

(4) 対象

保健福祉事務所・同センター、市町村精神保健福祉担当等、相談支援事業所、地域活動支援センター、社会福祉協議会、共同生活援助事業所、精神科病院・クリニック、地域包括支援センター、居宅介護事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等の職員、民生委員

(5) 参加者数

73人

5 地域診断

(1) 目的

県西障害保健福祉圏域の社会資源について把握するとともに、当事者の方に視覚的にわかるような資料を作成し、地域生活のイメージ作りの一助とする。

(2) 方法

- ・基礎情報調査票を配布 平成 28 年 12 月 6 日
配布先 県西障害保健圏域内の市町村
保健福祉事務所、同センター
- ・基礎情報調査票を回収 平成 28 年 12 月 12 日まで

(3) 結果

- ・とりまとめ結果は P46～48 に掲載
- ・部会における検討の結果、当事者に向けた資料については作成しないこととした。
*当事者から「資料よりも体験の方が大事」との意見が出された。

6 調査研究委員会

(1) 目的

プロジェクトの評価検証、取組みの成果の発信

(2) 開催状況

第 1 回 平成 28 年 9 月 1 日

- ・「地域につなげようプロジェクト」に関する概要について
- ・プロジェクト及び調査研究に関する展開方法について

第 2 回 平成 29 年 3 月 3 日

- ・プロジェクトの取組み経過について
- ・プロジェクトの取組みに関する考察について
- ・次年度の取組みについて

(3) 構成員

神奈川県立保健福祉大学

相模台クリニック

相談支援事業所びーな'S

ほっとステーション平塚

藤沢市障がい福祉課

平塚保健福祉事務所保健予防課

障害福祉課社会参加推進グループ

がん・疾病対策課精神保健医療グループ

精神保健福祉センター

平成 28 年度『地域につなげよう』プロジェクト取組み経過

年月日	項目	内容
平成 28 年 9 月 7 日 (水)	第 1 回県西圏域・地域移行のた めの医療と福祉の連携会議 (以下連携会議)	プロジェクトの説明 調査・研究の依頼 意見交換
9 月 28 日 (水)	連携会議 第 1 回部会	意見交換 (テーマ) ・地域の支援体制の強化、受け皿、土台づくり ・対象者の選定 ・つなぎの工夫
10 月 1 日 (基準日)	対象入院者の実態調査① (紙面調査)	入院者数の把握等、紙面による調査
1 月 17 日 (木)	対象入院者の実態調査② (聞き取り調査)	A 病院訪問 個別リストを基に状態像の聞き取り調査 (対象者：小田原保健福祉事務所管内の入院者)
11 月 29 日 (火)	対象入院者の実態調査② (聞き取り調査)	A 病院訪問 個別リストを基に状態像の聞き取り調査 (対象者：小田原保健福祉事務所管内の入院者)
12 月 8 日 (木)	対象入院者の実態調査② (聞き取り調査)	B 病院訪問 個別リストを基に状態像の聞き取り調査 (対象者：小田原保健福祉事務所管内の入院者)
12 月 14 日 (水)	連携会議 第 2 回部会	意見交換 (テーマ) ・県西ってどんなところ？ ・個別リストによる検討を経て・・・
平成 29 年 1 月 25 日 (水)	対象入院者の実態調査②	C 病院訪問 個別リストを基に状態像の聞き取り調査 (対象者：小田原保健福祉事務所管内の入院者)
2 月 6 日 (月)	地域支援研修	< 講義 > 「精神障害者の生活を支えるための医療」 講師：城山クリニック 院長 < 当事者の立場から > 自立サポートセンター スマイル ピアサポーター
2 月 14 日 (火)	第 2 回連携会議	プロジェクトの進捗状況・調査の報告 今年度のふりかえりと今後の進め方について 意見交換

Ⅲ 平成 28 年度 長期入院者の実態調査

1 医療機関における長期入院患者の現状

3 医療機関への調査では、1 年以上の長期入院者数（他科への転棟・転院等で、現在院期間は1 年未満であるが転院以前の入院期間を合わせると長期入院になっている患者も含む）は 67.1%であり、うち、任意入院者が 38.2%、医療保護入院者が 61.8%であった。年齢で見ると、65 歳以上の方が 64%を占めている。また、1 年以上入院している 65 歳未満で県西障害保健福祉圏域に住所地のある患者数は 131 名であった。そのうち、小田原保健福祉事務所管内に住所地のある患者数は 98 名であった。【調査票 A】

さらに 98 名の患者について個別の状況の調査を行った。【調査票 B、C】

2 調査結果

(1) 紙面調査

【調査票 A】

長期入院者数把握調査結果・・・ P33

【調査票 B】

個別調査結果 1・・・・・・ P34～36

(2) 聞き取り調査

【調査票 C】

個別調査結果 2・・・・・・ P37～41

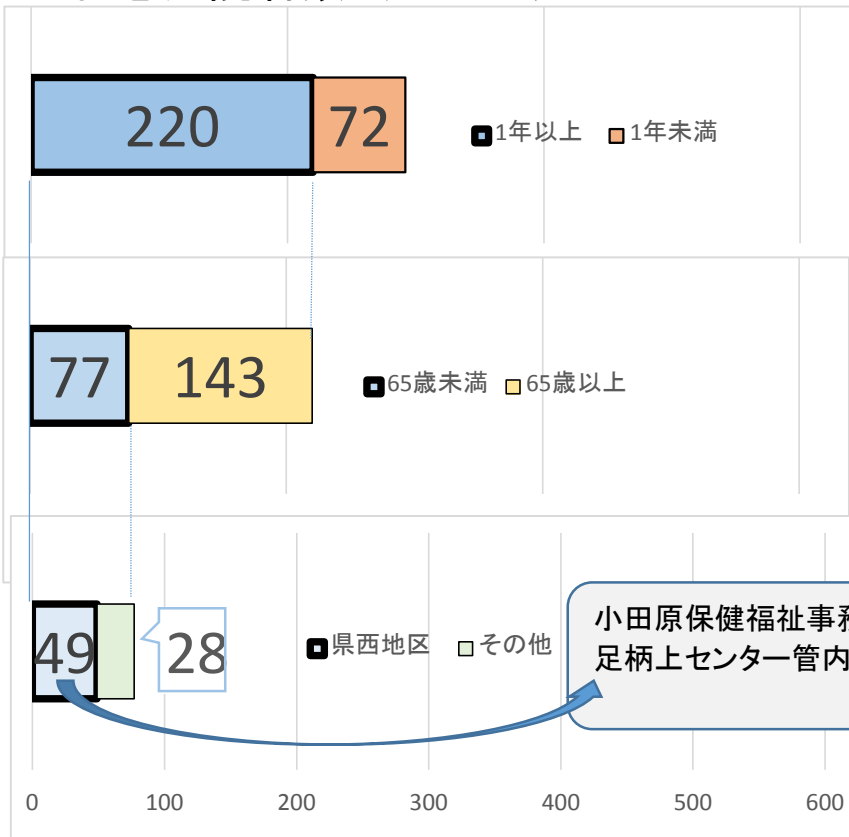
(3) 各機関による評価（例示）・・・ P42

(4) 調査票様式・・・・・・ P43～45

長期入院者数把握調査結果

平成28年10月1日時点

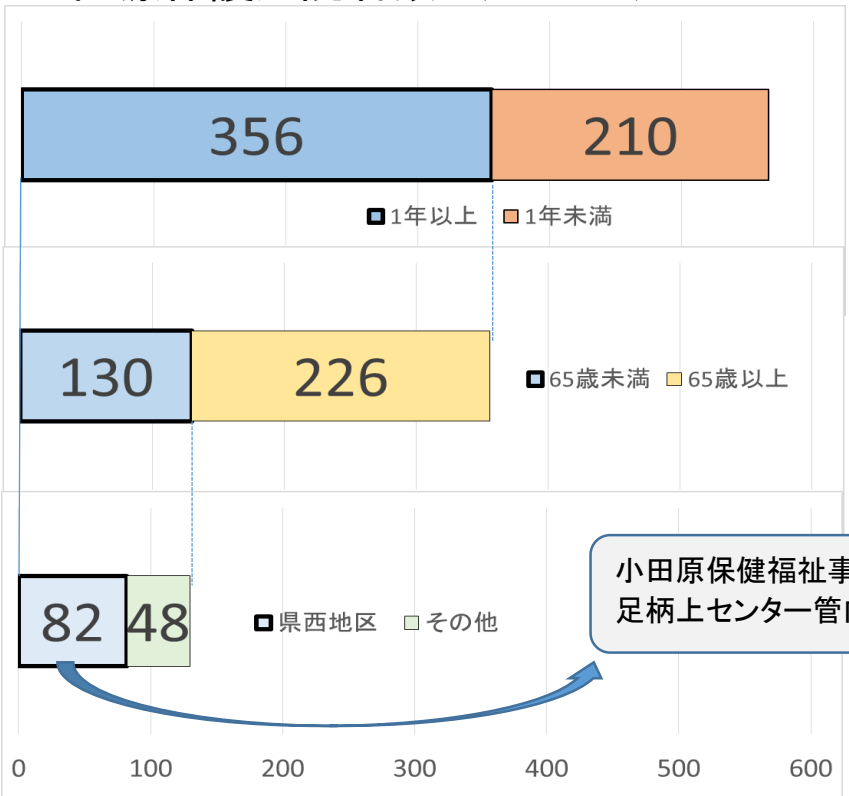
1. 任意入院者数（292人）



※1年以上の入院者の中に、他科転棟・転院などで、現在院期間は1年未満であるが、トータル入院期間が長期になっている患者3名も含んでいる。

小田原保健福祉事務所管内 37人
足柄上センター管内 12人

2. 医療保護入院者数（566人）



※1年以上の入院者の中に、他科転棟・転院などで、現在院期間は1年未満であるが、トータル入院期間が長期になっている患者4名も含んでいる。

小田原保健福祉事務所管内 61人
足柄上センター管内 21人

個別調査結果1

県西地区内の精神科病院（3医療機関）に1年以上入院している人の数とそのうち65歳未満の方の数を調査した。

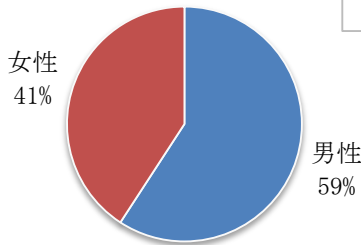
平成28年10月1日時点の3医療機関の入院者の合計は、858人で、そのうち1年以上の入院患者は569人であり、全入院患者数の66.3%を占めていた。

さらにその中で、65歳以下の方を個別支援につなげるための検討を行うために、小田原保健福祉所管内の1市3町に住所地のある方についての状況調査をおこなった。3医療機関の合計は98人であり、その方たちの状況を表にまとめたものが以下の表である。

1. 性別

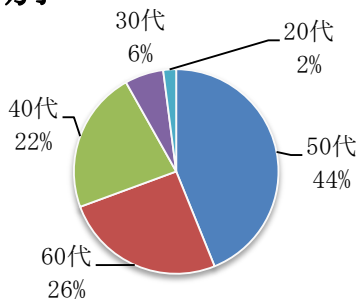
N = 98

男女別では、男性が約6割と多かった。



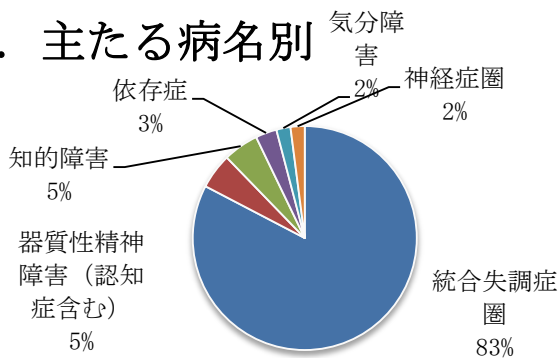
2. 年齢別

年齢別では、50歳代が最も多く、4割強を占めていた。その後、60歳代、40歳代、と続く。



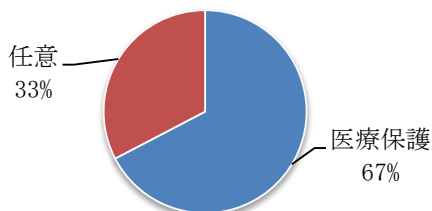
3. 主たる病名別

統合失調症が、8割強と最も多い。

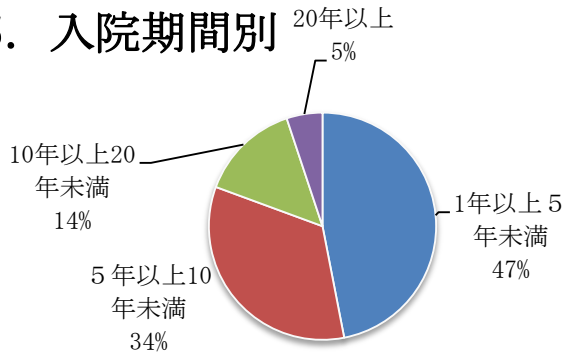


4. 入院形態別

医療保護入院者は、任意入院者の約2倍であった。

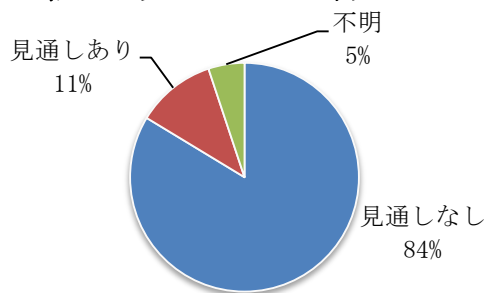


5. 入院期間別



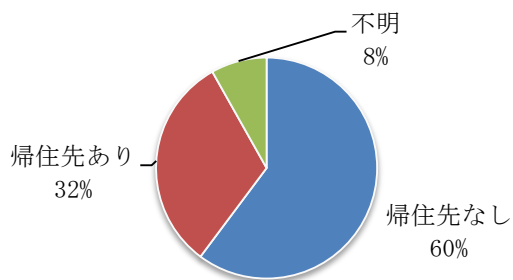
1年から5年未満の入院期間の方が約半数を占めている。5年以上の方も半数以上いた。

6. 退院の見通しの有無



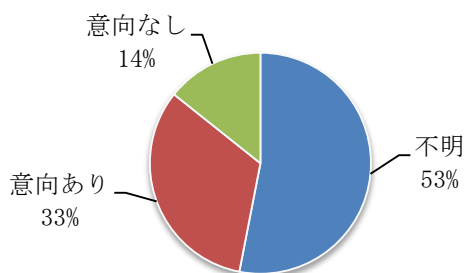
8割強の方が退院の見通しが立っていない。

7. 帰住先の有無



帰住先のない方が6割であった。

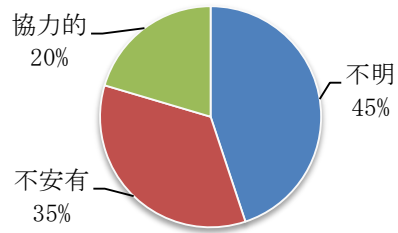
8. 本人の退院意向の有無



本人の退院意向は半数以上の方が不明であった。一方、3割強の方が退院の意向がありとの回答だった。

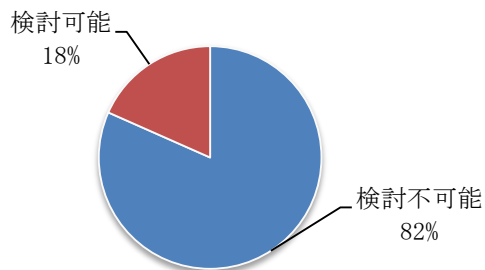
9. 家族の意向

家族の意向は、半数弱が不明である。一方、協力的な家族がいる方も2割いた。



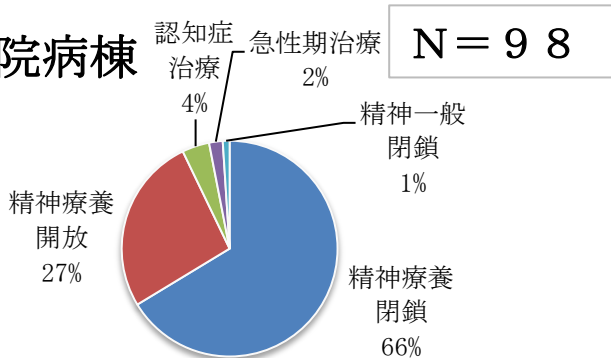
10. 退院についての医学的判断

病院の医師の判断では、退院の検討が不可能な方が8割以上だった。



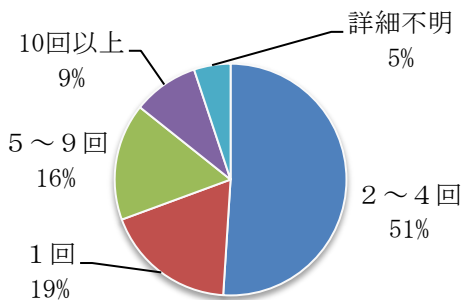
小田原保健福祉所管内の1市3町に住所地のある方についての状況調査をおこない、さらにその方たちの状態像を把握するために、次の18項目について、病院の精神保健福祉士より聞き取り調査を行った。
その方たちの状況をまとめたものが以下の表である。

A. 入院病棟



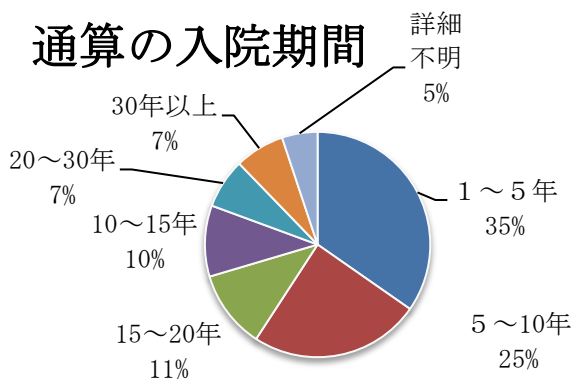
精神療養閉鎖病棟に入院している方が6割強。

B. 今までの入院回数



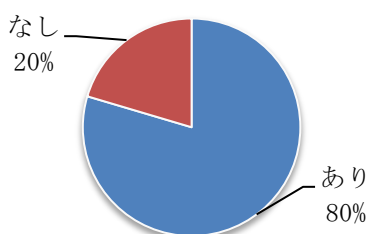
今までの入院回数は、2回から4回が約半数。
10回以上入院してる方も約1割いる。

C. 通算の入院期間



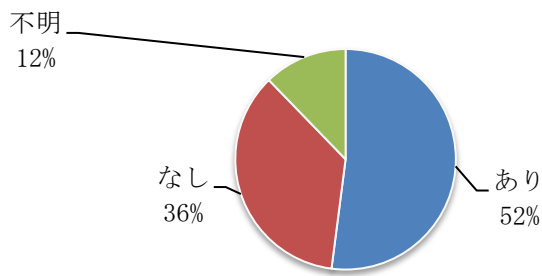
初回から現在までの入院期間の通算の期間にはばらつきがある。20年以上の方は7人、30年以上の方も7人いた。
(他医療機関の入院歴も含む。)

D. 協力者の有無



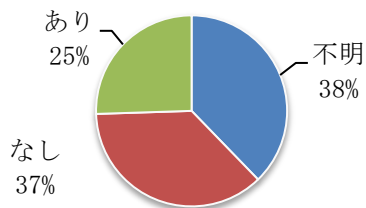
協力者がいる方は、8割。ほとんどが家族であった。

E. 本人の収入の有無



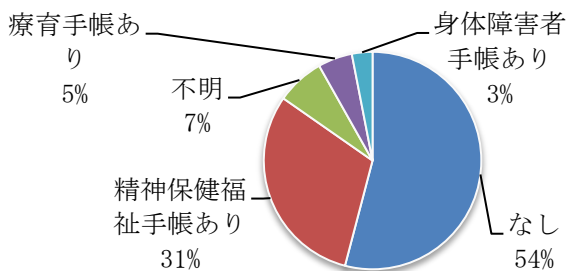
約半数が、本人の収入ありだった。内訳は、生活保護や障害年金がほとんどであった。

F. 退院のために使える預貯金の有無



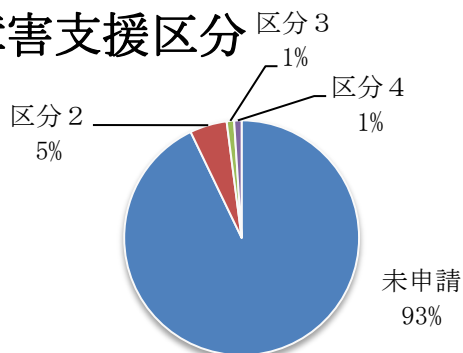
退院のために使える預貯金のある方は4分の1の方であり、ない方は4割いた。

G. 障害者手帳の取得の有無



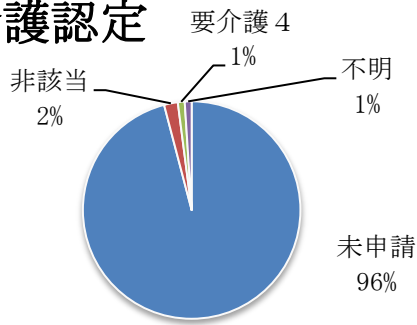
障害者手帳を取得していない方が半数強であった。

H. 障害支援区分



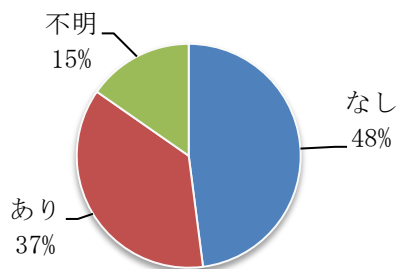
障害支援区分については、9割以上の方が未申請であった。

I. 要介護認定



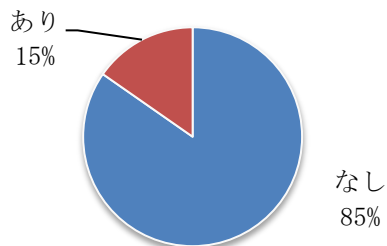
ほとんどの方が、介護認定は年齢的に未申請であるが、65歳以下であっても、介護申請を行った方が3人いた。

J. 本人の退院希望先の有無



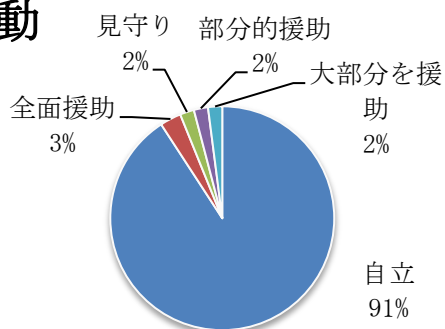
本人の希望の退院先がある方が4割弱であった。（ただし、現実的に退院先としてふさわしいかどうかについては、問わない設問。）

K. 合併症の有無



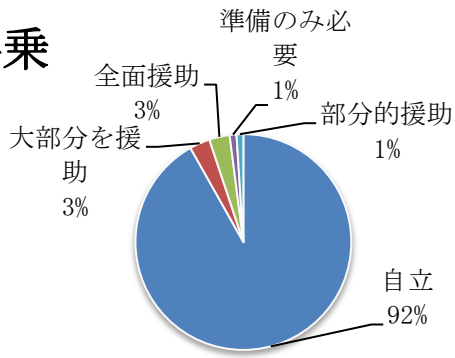
合併症なしの方が、8割強であった。

L. 移動



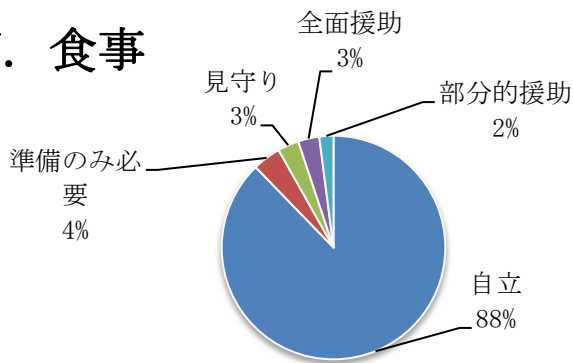
移動は自立している方が9割強。

M. 移乗



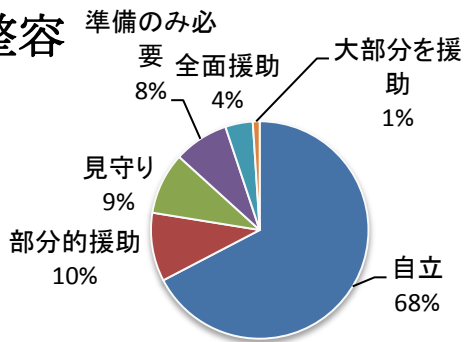
移乗は自立している方が9割強。

N. 食事



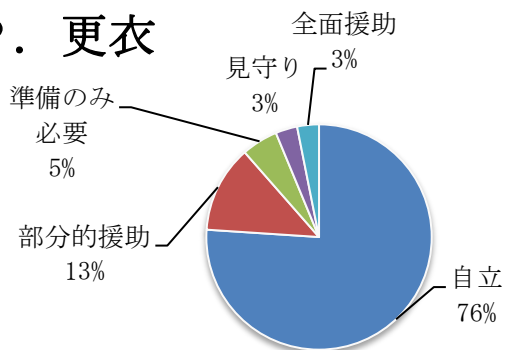
食事は自立している方が9割弱。

O. 整容



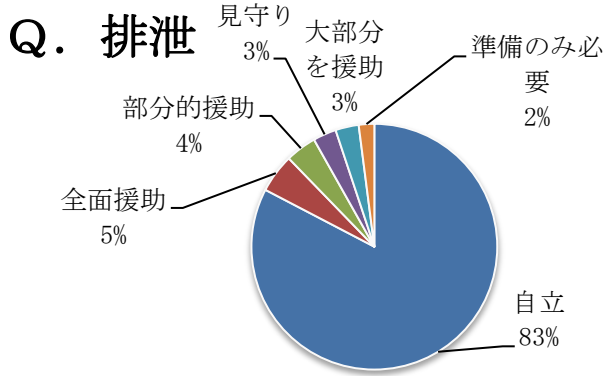
整容は自立している方が7割弱。

P. 更衣

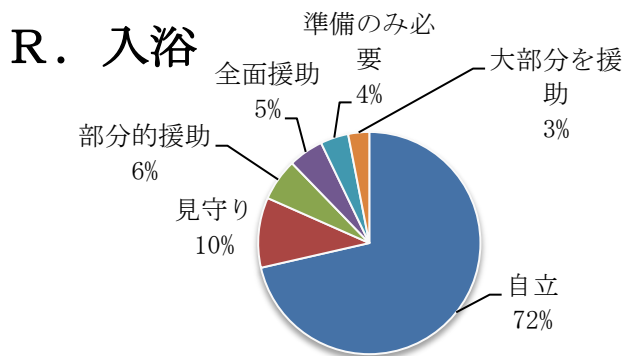


更衣は自立している方が7割強。

個別調査結果2



排泄は自立している方が8割強。



入浴は自立している方が7割強。

(3)各機関による評価(例示)

A病院	市町	事業所	保健福祉事務所 精神保健福祉セン ター	本人希望 【調査2資料より】
1	×	×	△	?
2	×	○	○	×
3	△	○	○	×
4	×	×	△	×
5	×	×	△	○
6	×	△	×	×
7	×	○	○	○
8	対象外	×	○	○
9	×	×	○	○
10	△	○	○	○
11	○	○	△	○
12	×	×	×	?
13	×	×	×	?
14	×	×	×	×
15	×	×	×	?
16	△	×	×	?
17	×	×	×	×
18	×	×	×	×
19	×	×	×	○
20	△	×	×	○
21	・	・	・	・
22	・	・	・	・
23	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・

『地域につなげようプロジェクト』入院者数把握調査

調査票A

(平成28年10月1日時点でのご回答をお願いします)

医療機関名	A病院			B病院			C病院				
病床数	床										
入院患者数	任意入院者	①、患者総数							人		
		②、うち在院1年超							人		
		③、②のうち65歳未満							人		
		④、その他(※1)							人		
		③④の 居住地別 内訳 (※2)	小田原市	③	人	④	人				
			箱根町	③	人	④	人				
			真鶴町	③	人	④	人				
			湯河原町	③	人	④	人				
			南足柄市	③	人	④	人				
			中井町	③	人	④	人				
	大井町		③	人	④	人					
	松田町		③	人	④	人					
	山北町	③	人	④	人						
	開成町	③	人	④	人						
	医療保護入院者	①、患者総数							人		
		②、うち在院1年超							人		
		③、②のうち65歳未満							人		
		④、その他(※1)							人		
		③④の 居住地別 内訳 (※2)	小田原市	③	人	④	人				
			箱根町	③	人	④	人				
真鶴町			③	人	④	人					
湯河原町			③	人	④	人					
南足柄市			③	人	④	人					
中井町			③	人	④	人					
大井町	③		人	④	人						
松田町	③		人	④	人						
山北町	③	人	④	人							
開成町	③	人	④	人							
医療保護入院者の 退院支援委員会 開催状況	平成27年度	対象とした患者数							人		
		延べ開催回数							回		
	平成28年度 (4月～9月)	対象とした患者数							人		
		延べ開催回数							回		
入院加療継続の 必要性以外にも 退院を困難とさせて いる要因が存在する 患者数 (上記入院患者数③ ④に計上いただいた 患者数を合算した人 数のうち数)	任意入院者 _____人	居住地別 内訳	小田原市					人			
			箱根町					人			
			真鶴町					人			
			湯河原町					人			
			南足柄市					人			
			中井町					人			
			大井町					人			
			松田町					人			
			山北町					人			
			開成町					人			
	医療保護入院者 _____人	居住地別 内訳	小田原市					人			
			箱根町					人			
			真鶴町					人			
			湯河原町					人			
			南足柄市					人			
			中井町					人			
			大井町					人			
			松田町					人			
			山北町					人			
			開成町					人			

※1…他科転棟・院などで、現在院期間は1年未満であるが、トータルの入院期間が長期になっている等、院内で特に退院支援の必要性が感じられる患者数を計上してください。

※2…計上いただいた方について後日、個人情報等を伏せた形でのリスト化をお願いする予定です。

『地域につなげようプロジェクト』 個別患者調査票 病院名【A・B・C病院】 入力日【平成28年10月1日時点】

No						退院に向けた検討材料						担当 ケース ワーカー
	性別	年齢	病名	入院 形態	在院期間	退院 見通	帰住 先	本人 意向	家族 意向	医療 判断	左記「医療判断不可」の場 合の理由・その他	
1			(記入式)		○年○ヶ月 (記入式)						自由記載	(記入式)
2				・医療保護 ・任意		・有 ・無 ・不明		・有 ・無				
3											・検討可能	
4							・有 ・無			・協力的 ・不安有 ・不明		
5												
6												
7												調査票B
8												

・男性
・女性

・10歳代
・20歳代
・30歳代
・40歳代
・50歳代
・60歳代

吹き出し部分は、プルダウンの内容

No.	年齢	才	備考欄							
-----	----	---	-----	--	--	--	--	--	--	--

該当する部分に
○をつける

入院している病棟	急性期治療	精神一般開放	精神一般閉鎖	精神療養開放	精神療養閉鎖	認知症治療	その他 () 病棟			
入院回数	1回	2～4回	5～9回	10回以上	詳細不明					
通算入院期間	1～5年	5～10年	10～15年	15～20年	20～30年	30年以上	詳細不明			
協力者	なし	あり:	配偶者	兄弟姉妹	兄弟姉妹の配偶者	子ども	甥・姪	後見人等	その他 ()	不明
本人の収入	なし	あり:	生活保護	障害年金	援護金	その他 ()		複数選択可	不明	
退院のために使える預貯金	なし	あり:	およその金額 ()		不明					
障害者手帳取得	なし	あり:	身体 () 級	療育 () 級	精神 () 級			複数選択可	不明	
障害支援区分	未申請	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	不明	
要介護認定	未申請	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明
本人の退院希望先	なし	あり:	自宅	アパートを借りる	グループホーム	その他 ()		不明		

付与されている代理権
()

45

合併症	なし	あり: 病名 ()								
ADL 移動	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 移乗	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 食事	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 整容	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 更衣	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 排泄	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				
ADL 入浴	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助				

本人の希望等

自由記載

調査票C

IV 平成28年度 県西障害保健福祉圏域地域診断

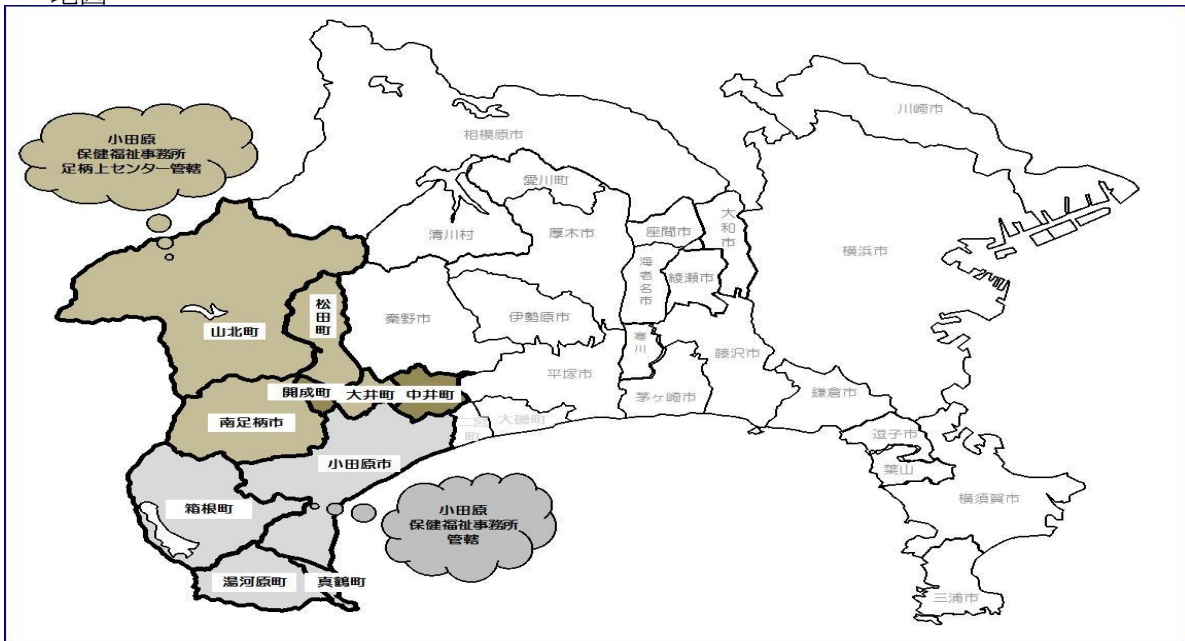
神奈川県西部、2市8町で構成されている。(小田原保健福祉事務所管轄：小田原市・箱根町・真鶴町・湯河原町、小田原保健福祉事務所足柄上センター管轄：南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町)

古くは万葉からの史跡が点在し、自然豊かで風向明媚な環境という点は共通だが、丹沢や箱根を中心とした山間部、相模湾に面した温暖な地域など市町それぞれの特徴は大きく異なる。

小田原市内には江戸時代の農政家である二宮尊徳の生誕地があり、その教えである「積小為大」の精神は周辺地域に広く根付いている。

※積小為大・・・「小さな努力の積み重ねが、やがて大きな収穫や発展に結びつく。小事をおろそかにして、大事をなすことはできない。」

地図



基礎情報

市町名	面積 (平方km)	世帯数	人口※1 (人)	高齢化率※2 (%)	精神障害者手帳 交付数※3	自立支援医療 件数 ※3	
県西圏域全体	635.06	139,700	345,516	29.4	1,750	4,321	
小田原保福	小田原市	113.79	79,487	193,492	27.8	1,010	2504
	箱根町	92.86	6,027	11,600	35.7	32	86
	真鶴町	7.04	3,062	7,245	38.6	46	101
	湯河原町	40.97	10,756	24,760	37.4	155	376
足柄上センター	南足柄市	77.12	16,242	43,052	29.8	210	503
	中井町	19.99	3,364	9,608	31.1	35	96
	大井町	14.38	6,220	16,988	25.9	83	188
	松田町	37.75	4,402	11,076	31.7	63	149
	山北町	224.61	3,879	10,544	35.3	49	135
開成町	6.55	6,261	17,151	23.8	67	183	

※1 H28. 4. 1時点 ※2 H28. 1. 1時点 ※3 1級～3級の合計数 H28. 4. 1時

精神科病床数および入院者数

	所在地	病床数	入院者数
A病院	小田原市	399	368
B病院	小田原市	341	263
C病院	小田原市	228	227

平成28年10月1日時点

精神科併設病院数及び精神科診療所数

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
精神科併設病院数	1							1		
精神科診療所数※	13	1		2	2	2	1	1		1

※一般の人が利用できる一般精神科診療所

事業所

〈相談支援事業所〉

管轄	数	所在地	職員数	計画相談数	地域移行支援の指定 (○×)	地域定着支援の指定 (○×)	地域移行支援個別給付 件数	地域移行支援個別給付 件数	地域移行支援個別給付 件数
							【H26年度】	【H27年度】	【H28年度 4月～10月】
小田原保健福祉事務所	14	小田原市	2	51	○	○	0	0	0
		小田原市	3	13	○	○	0	0	0
		小田原市	3	42	×	×			
		小田原市	4	147	×	○	0	0	0
		小田原市	2		×	×			
		小田原市	1	2	○	○	0	0	1
		小田原市	3	85	○	○	0	0	0
		小田原市	2	116	○	○	0	0	0
		小田原市	3		×	×			
		小田原市	2	60	×	×			
		小田原市	3	72	○	×	0	0	0
		小田原市	5	45	×	×			
		小田原市	2	13	×	×			
		小田原市	3	102	○	○	0	0	0
足柄上センター	4	南足柄市	1	12	×	×			
		南足柄市	3	146	○	○	0	0	0
		南足柄市	2	75	×	×			
		松田町	1	120	×	×			

〈その他の事業所〉

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
就労継続支援 A型事業所	1									
就労継続支援 B型事業所	16			1	5	1	1	2	1	3
就労移行支援 事業所	4				2					1
地域活動 支援センター	4	1	1	1	1					
共同生活援助 事業所	13				2		1			
居宅介護 事業所	29	1		1	4		1			1

精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーション

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1				1	2				2

デイケア・ナイトケア

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	2				1					

当事者会

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1									

家族会

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1					1 (休会中)				

ボランティアグループ

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1	1	1							

平成 28 年度神奈川県精神保健福祉センター調査研究事業報告書

発行日 平成 29 年 3 月

発行 神奈川県精神保健福祉センター

〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷 2 - 5 - 2

電話 045-821-8822