**個別ケース支援の進め方について**

**資料２**

　H29より実施してきた「長期入院精神障がい者退院促進事業」では、院内茶話会や交流会を通じて退院可能性のある入院患者を把握し、市町村へ橋渡しを実施してきた。

　支援先が決まらない等の理由から「市町村につなぐ」ことができないケースがあり、個別ケースの支援について、コーディネーターが病院やサービス事業所等支援関係者と共に退院に向けた機関や方策を考えることで、「ケース支援を強化」する。

1. 対象者

○「長期入院精神障がい者退院促進事業」において「入院中」となっている人、コーディネーターが院内茶話会などを通じて関わりをもった人のうち、以下の状況にある入院患者

・「どこの市町村で暮らしたいか」が決まっていないことから、支援先が決まらず、退院が滞っている

・退院意欲が乏しかったり、退院による環境変化への不安が強かったりすることから、時間をかけて退院に向けた意欲喚起の取組みを行う必要がある

・病院と退院先の市町村が遠方であるなどから、両者の連携が取りづらく、退院に向けた支援が進みにくい状況にある など

1. 支援方法

○ 個別の状況に応じて、入院患者に対する退院意欲喚起や退院後の暮らしのイメージづくりの取組み（面談、福祉サービスの見学など）や、関係機関による検討の場の設定などにより入院患者を病院から市町村につなぐための取組みを行う。

※状況に応じて、市町村、基幹相談支援センター、保健所などにつなぐ

（参考）　第1回ワーキンググループ意見

・患者に退院の意向があっても、支援を行う相談支援事業所が決まらないために、退院が進まないことがある。事業所を探している間に患者の退院意欲が減退してしまう。

・病院職員は、福祉サービスに関する情報を把握できていないことがある。退院後に受けることができる福祉サービスを知ることで「この人も退院できるかも」と退院支援の対象患者に広がりが出ると思う。

・事業所は退院が決まってから関わることが多い。

・対象者を絞るべきであるが、どの層を対象にするかは時間をかけて検討すべき。

※退院に近い人（65歳未満、長期の中でも入院期間が短い人）を支援、退院が難しい人により手厚く支援、入退院を繰り返していて退院しにくくなっている人を支援などの意見が示された。