

## 資料 1 - 2

遠隔地（圏域外）に入院している方の地域移行支援事業のイメージ（案）

池澤 直行・酒井 範子

（協力：サンワーク相談支援事業所）

○遠隔地とは：地域移行支援事業の受託事業所の担当圏域外の地域とする。（例えば船橋市や江戸川区は市川市にとって隣接地ではあるが、この場合も便宜上「遠隔地」として扱う）

○対象者のリストアップ：例として考えるなら、たとえば「圏域外に1年以上入院している人」をリストアップ（県で把握しているのでは？）→その中から、地域移行支援の対象とする人を病院側で選定してもらう。

※このとき、対照群として「圏域内で1年以上入院している人」も同時にリストアップしておき、その後の検証に役立てる。

※ここでのリストアップ人数も、病院の情報公開の一環としてインセンティブ強化に使えるのでは？

○地域体制整備コーディネーターの役割：各病院で地域移行支援候補者が出てきたら、病院を訪問し、本人の意向を踏まえながらその状況に応じて退院に至る流れを想定し、地元圏域（その人が住んでいた圏域）で地域移行支援を担当するチームにコーディネートするまでを行う。（転院に関しては、送り出し側・受け入れ側の病院が主に担う）→この活動への担保が必要。

○指定一般相談支援事業の相談支援専門員や地域移行推進員が、顔つなぎなどのために転院前の病院を訪問する必要も、場合によってはある。→交通費・対象者の外出費等

※遠隔地からの退院支援に限らず、地域移行支援が個別給付に移行したことで対象者の外出や訓練などに要する費用が自己負担となり、ブレーキ要因となっている。ここへのバックアップが必要では？

○圏域外の病院から、圏域内（もしくは近隣圏域）の病院へ、退院支援チームが支援を行うことを条件に転院を受け入れてもらう。（当然、逆のパターンもあり得るのでギブ&テイクの関係になる）

○転院してから先は、現行の地域移行支援と同様の支援を行う。

○この事業の状況について、全県的に把握・共有する場が必要（コーディネーター会議？）。ここを通じて地域移行推進部会で評価・点検を行う。

○退院後の福祉・医療の連携・役割分担は課題。