

兵庫県但馬地域での 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築 ～6年間の取組のまとめ～

(兵庫県但馬県民局地域創生推進事業報告書)



令和3年3月

兵庫県豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所）

兵庫県朝来健康福祉事務所（朝来保健所）

目 次

はじめに	
I 但馬圏域における精神保健福祉の現状と課題	
1 現状	1
2 事業の概要	2
3 地域の課題	2
4 事業目標	2
II 事業の取組経過	
1 平成 26 年度から令和 2 年度までの取組	3～4
2 地域移行を利用して退院した事例の紹介(5名)	5～9
III 事業開始後の但馬地域の変化	
1 精神科医療機関	10～11
2 相談支援事業所	12～14
3 市町	15～16
4 地域住民等への精神保健福祉の普及啓発	16～17
IV 事業評価(精神障害者が安心して暮らせる地域になったか)	18
V 地域移行支援申請者の状況	
1 地域移行申請者について	19～24
2 退院者について	24～34
3 令和 2 年 4 月～9 月の地域移行申請者について	34
VI 現状分析のまとめ	35～36
VII 考察	37
VIII 精神障害福祉に係る残された課題・今後の展望	37
おわりに	38

は じ め に

地域移行・定着支援制度は、精神障害者が精神科病院を退院し、地域生活で支援を受けるための効果的なサービスである。2012年に個別給付化され、制度利用が必要な精神障害者ならば誰もが、市町村に申請をすれば利用できる制度となって8年経つが、全国の地域移行・定着の利用はわずかに伸びているに過ぎず未だに低調である。特に地域移行はコロナ対策の影響もあり、申請者数が2020年4月には400件台に減少し9月時点でも旧に復していない【参考1】。

精神障害者が利用する各種福祉サービスについては【参考2】、就労継続支援B型のように2012年（平成24年）に既に5万件の利用が2017年には8万件まで伸びたサービスがある一方、地域移行・定着は、2012年以降一貫して利用が低調で、大きく伸びるサービスとの差は開く一方である。

また、地域移行の利用状況は都道府県格差も大きく、全国での制度利用状況をみると申請数が一桁という県が27府県と6割を占めている【参考3】。

このような現状の中、兵庫県但馬圏域においては、地域移行・定着支援を積極的に活用して、精神科病院からの退院とその後の地域生活支援が当たり前を受けられる仕組み作りを2014年から取り組み始めて7年目に入った。

この活動は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業」という2017年から始まった国事業のモデルになったが、残念ながら全国の利用実績に影響を与えることはできていない。

当保健所では、活動の評価と他圏域への参考になることを目指して、活動のまとめを2度作成してきたが、地域移行申請を受けた入院患者の子細な分析は、症例数が少ないこともありできていなかった。

今回は、2014年度から2019年度末までの6年間に地域移行申請に至った83例の分析を行うこととした。分析を通じて、今まで感じてきたことが数字として明確にできたことは、我々の活動をさらに効果的なものにするためにも、また他圏域に経験を伝えるためにも重要であると考えている。

尚、この活動は圏域内にある豊岡、朝来の両保健所が協働して取り組んでおり、今回のまとめについては、朝来保健所の協力を得ながら豊岡保健所のスタッフが中心となりデータ分析をしてまとめたものである。

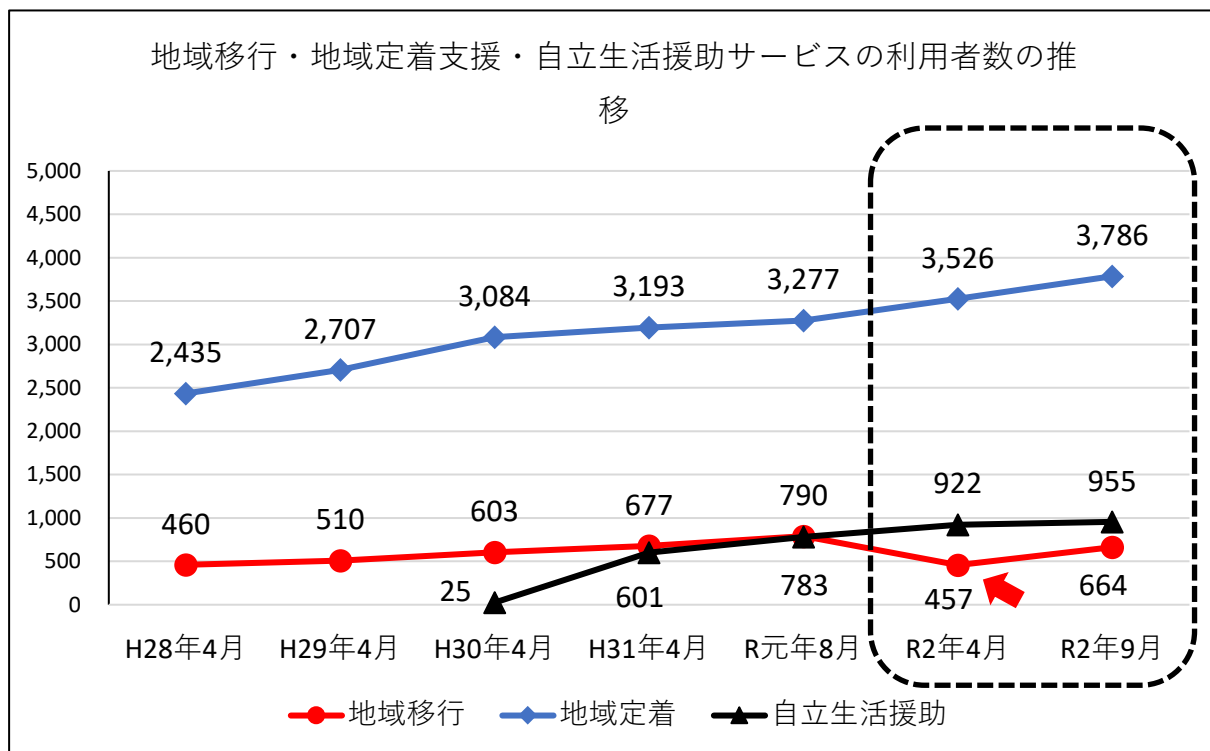
この報告書が、全国の精神障害者の地域生活支援を目指している保健所や相談支援事業所、そして精神科医療関係者の参考となり、より多くの精神障害者やその家族への支援にとって役立つことを期待している。

兵庫県豊岡保健所長
柳 尚夫

【参考1】地域移行・地域定着支援・自立生活援助サービスの利用者数の推移

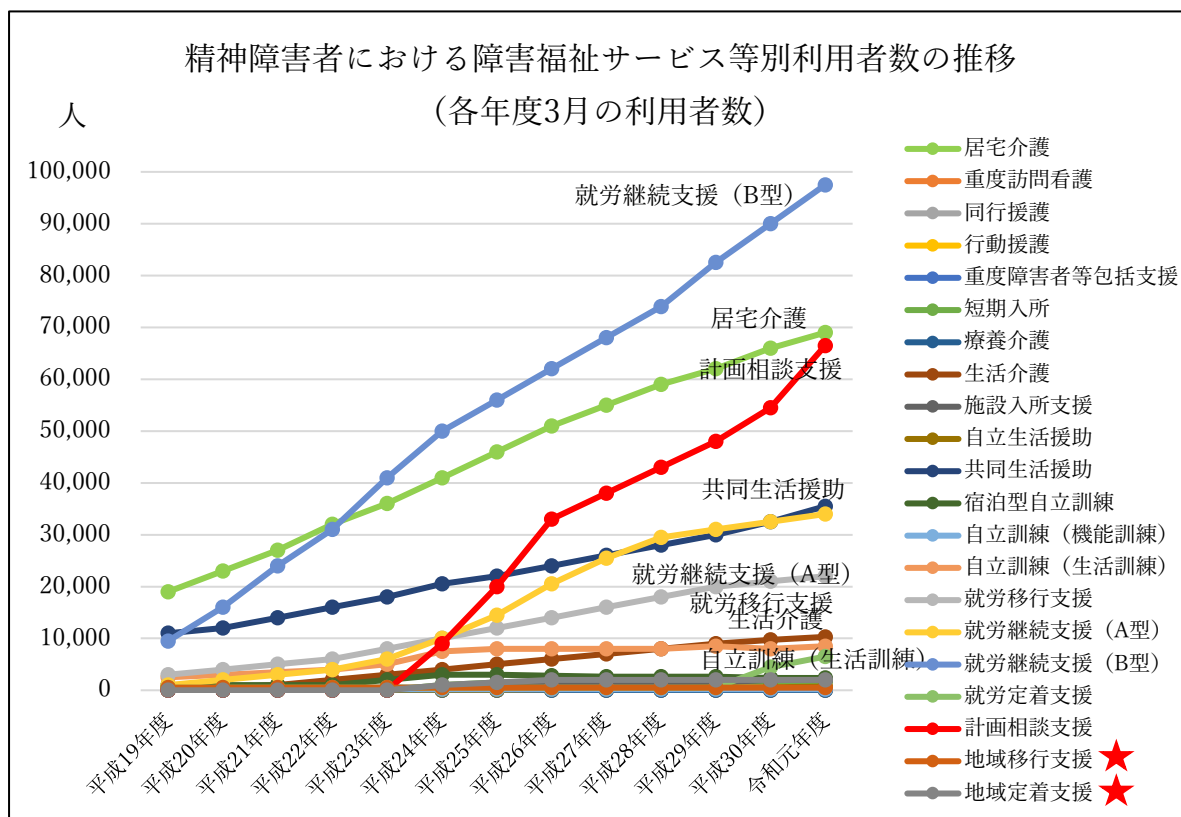
「厚生労働省HP 障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」のデータを集約したもの

●地域移行 ◆地域定着 ▲自立生活援助



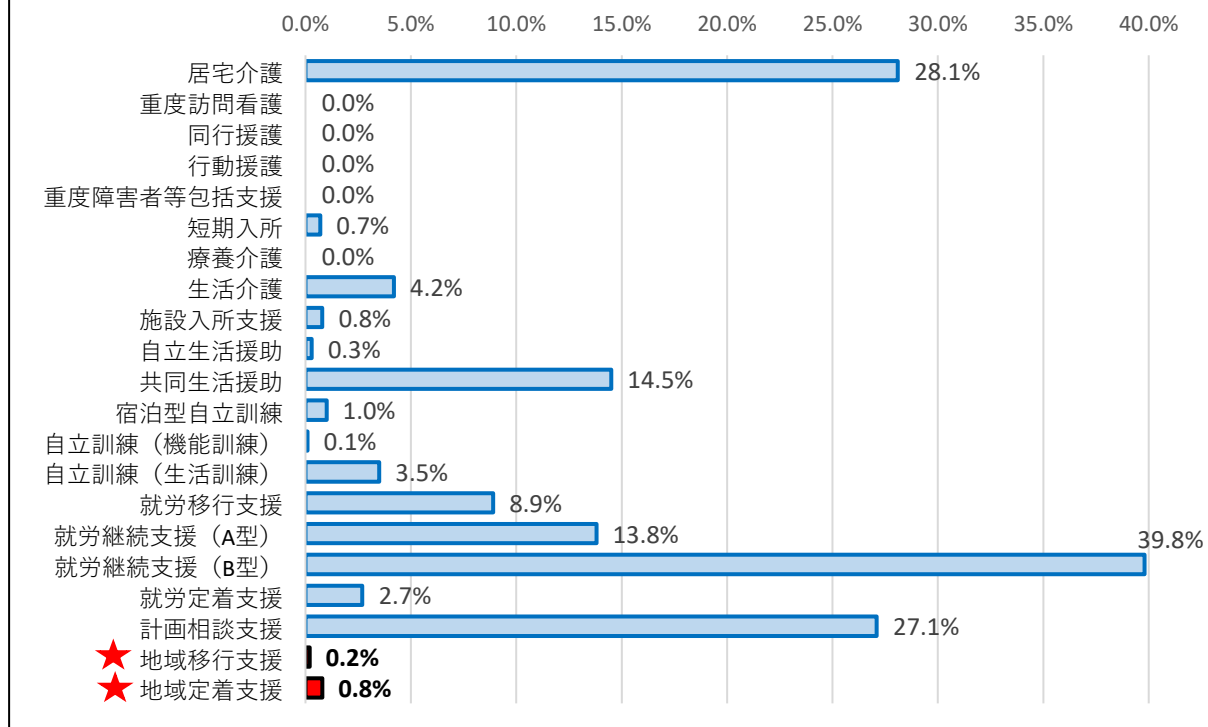
【参考2】精神障害者が利用する各種福祉サービス

経年的にみると就労継続支援B型を中心としたサービス利用量は増加しているが、地域移行支援、地域定着支援の伸びは少ない。



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分）

【参考3】地域移行・地域定着支援サービス等の都道府県別の利用実績（R2年6月）

	計画相談支援	地域移行支援	地域定着支援		計画相談支援	地域移行支援	地域定着支援
北海道	9,742	26	170	滋賀県	2,343	2	9
青森県	2,738	15	33	京都府	3,513	6	95
岩手県	2,409	3	21	大阪府	18,222	21	887
宮城県	3,253	4	31	兵庫県	8,155	40	121
秋田県	1,976	2	61	奈良県	1,921	2	0
山形県	1,775	0	16	和歌山県	1,954	12	53
福島県	2,813	1	61	鳥取県	1,482	8	1
茨城県	4,388	1	37	島根県	2,693	13	106
栃木県	2,905	5	27	岡山県	3,267	21	253
群馬県	2,479	4	35	広島県	4,856	2	51
埼玉県	7,262	22	99	山口県	2,476	2	19
千葉県	7,721	34	119	徳島県	1,332	1	2
東京都	15,648	111	311	香川県	1,536	3	4
神奈川県	8,508	14	28	愛媛県	3,096	24	80
新潟県	4,695	10	93	高知県	1,298	8	8
富山県	1,842	1	39	福岡県	10,499	17	81
石川県	2,526	14	60	佐賀県	1,505	6	10
福井県	1,715	1	15	長崎県	3,134	4	17
山梨県	1,473	14	30	熊本県	3,317	5	11
長野県	4,401	13	183	大分県	2,777	9	67
岐阜県	3,415	2	4	宮崎県	2,631	5	44
静岡県	6,107	13	122	鹿児島県	4,140	13	12
愛知県	11,116	63	124	沖縄県	4,072	4	0
三重県	3,160	5	9	合計	204,286	606	3,659

I 但馬圏域における精神保健福祉の現状と課題

1 現状

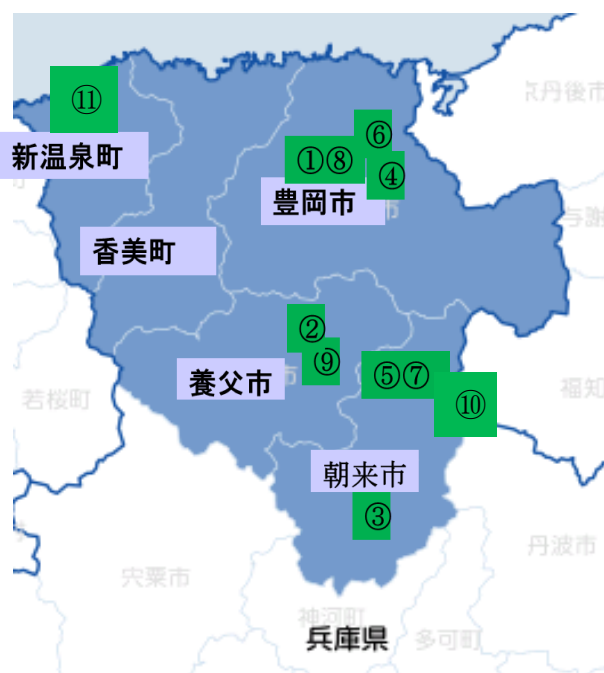
但馬圏域は兵庫県の北部に位置し、豊岡市、香美町、新温泉町、養父市、朝来市の3市2町で構成されている。面積は2,134 km²で兵庫県の25.4%を占め、東京都の総面積に匹敵する広大な地域である。

人口158,328人、高齢化率36.6%と過疎・高齢化が進む地域である（R2年4月1日現在）。

精神科病床を有する病院は3機関で、事業に取り組み始めた平成26年度は529人の精神障害者が入院しており、その内1年以上入院患者の割合は71.3%（377人）と兵庫県の63.7%に比べて高い状況であった（630調査）。

*630調査とは、厚生労働省が地域精神保健医療体制構築のための実態把握および活動評価や研究を行なうために、毎年6月30日付で精神科医療機関に対して入院患者の状況等を調査しているもの。正式には「精神保健福祉資料」という。

◇但馬の精神科医療機関および関係機関（R2年12月末現在）



医療機関	
①公立豊岡病院（総合病院）	51床
②但馬病院（単科）	255床
③大植病院（単科）	250床
④高石医院	
⑤大森クリニック	
保健所	
⑥豊岡健康福祉事務所（保健所）	
⑦朝来健康福祉事務所（保健所）	
相談支援事業所	
⑧生活支援センターほおずき	
⑨かるべの郷ドリーム相談所	
⑩相談スペースポッシュ	
⑪相談スペースon	

◇但馬の人口と自立支援医療（精神通院医療）、精神障害者保健福祉手帳の申請状況

管轄保健所	市町	総人口 (R2.4.1現在)	自立支援医療 (R2.12月末現在)	精神保健福祉手帳 (R2.12月末現在)
豊岡健康福祉事務所	豊岡市	77,656	979	474
	香美町	16,057	209	87
	新温泉町	13,447	193	103
朝来健康福祉事務所	養父市	22,151	301	134
	朝来市	29,017	326	151
但馬圏域		158,328	2,008	949

（兵庫県保健福祉部統計、兵庫県精神保健福祉センター資料より） 単位:人

2 事業の概要

但馬圏域では、平成 25 年度まで地域移行実績がほとんどなく、長期入院者が多い状況であった。平成 26 年度に圏域内の精神科医療機関、市町、事業の取組協力を得られそうな相談支援事業所に事業目的を説明し、以下の 5 点の枠組みを作ることで合意形成した。

- ① 地域移行支援を行なう精神障害者ピアサポーター（以下ピアサポーターと略す）の養成を健康福祉事務所（保健所）と相談支援事業所が協働で行い、相談支援事業所がピアサポーターを雇用する。
- ② ピアサポーターが病院内で、入院患者へ地域移行制度やグループホームなどの地域資源の説明を行ない、ピアサポーター自身の体験も交えて退院に向けて意欲喚起を行なう（院内説明会）。
- ③ 退院支援を行なう対象患者は病院が推薦し、対象患者に院内説明会へ参加してもらうよう働きかける。
- ④ 地域移行制度利用の具体的な進行管理のために、健康福祉事務所（保健所）が事務局を担う地域移行・地域定着戦略会議を月 1 回開催し、病院、相談支援事業所、健康福祉事務所（保健所）から実務者レベルの職員が参加する（H27 年度から市町も参加）。
- ⑤ 圏域内の現状を評価し、精神障害者の地域移行・地域定着支援にかかる方針や目標を協議する場として、各機関の長が参加する協議会を年 2 回開催する。

3 地域の課題

- ① 精神科病院の長期入院患者が多い。
- ② 医療サービスの過疎地域がある（医療機関、訪問看護ステーション）。
- ③ 福祉サービスが十分でない（住居、相談場所、就労の場）。
- ④ 在宅療養支援者のスキルが不足している。
- ⑤ 入院患者本人が「自分は退院できない」と思っている。
- ⑥ 入院患者の家族が「退院するのは無理だ」と思っている。
- ⑦ 住民の精神障害に対する偏見がある。

4 事業目標

精神科病院の長期入院患者を減らし、精神障害者が自分の暮らしたい場所で自分らしく生活することができる。

II 事業の取組経過

1 平成 26 年度から令和 2 年度までの取組

関係機関と協働し、下記の枠組みに沿って事業に取り組んだ（表 1）。

精神科病院に長期入院中で病状が安定している患者を対象に、地域移行支援による退院支援を行い、入院患者数および平均在院日数の減少を目指した（表 2、表 2-2）。

7 年間の取組による結果は後に記載する。

（表 1）但馬圏域 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の取組経過

事業		実施主体	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	年2回	26年度ほおずき 27年度～保健所	○	○	○	○	○	○	○
精神障害者地域移行・地域定着戦略会議	月1回	保健所	○ 8月～ 看護師長参加	○ 市町参加	○ ピア参加	○	○	○	○
院内説明会	月1回	相談支援事業所	○ 2病院のみ数回	○ 3病院	○ 3病院	○ 1病院	○ 1病院	○ 1病院	○ 1病院
入院患者個別面接 (3病院)	随時	相談支援事業所	-	-	○	○	○	○	○
ピアサポーター養成講座	年1回	保健所	○	○	○	○	○	○	○
ピアサポーター定例会	月1回	相談支援事業所	○8月～ 1事業所	○ 2事業所	○ 2事業所	○ 2事業所	○ 2事業所	○ 2事業所	○ 4事業所
ピアサポーターフォローアップ研修	年1回	保健所	○	○	○	○	○	○	○
アウトリーチ	年間	保健所	-	-	○12月～	○	○	○	○
訪問看護ステーション研修会		保健所	○	-	-	○	○	○	-
高齢者施設研修会		保健所	-	○	○	-	○	○	-
普及啓発研修会		保健所 相談支援事業所	-	民生委員	民生委員 家族会	家族会	家族会	家族会	養護教諭 県職員
住まい確保支援研修会		保健所	-	-	-	○	-	-	-
地活・就Bガイドブック作成		保健所	-	-	作成	作成	更新	更新	更新
報告書作成		保健所	-	-	-	○	○	-	○

主な事業の説明

①精神障害者地域移行・地域定着推進協議会

内容：病院、市町、相談支援事業所、訪問看護ステーション、健康福祉事務所（保健所）等の関係機関の長が参集する協議会。但馬圏域における精神障害者の地域移行・地域定着支援にかかる方針決定や目標設定を協議する。年 2 回開催。

②精神障害者地域移行・地域定着戦略会議

内容：上記協議会の下部組織として、病院、相談支援事業所、市町、健康福祉事務所（保健所）の実務者によるケース支援の進捗状況の共有、推進方策の具体的な検討を行う会議。毎月 1 回開催。

③院内説明会

内容：精神科医療機関の病棟へ相談支援事業所とピアサポーターが訪問し、入院患者へ地域生活の体験を語り、意見交換を行う。入院患者の地域生活への不安を低減し、退院への意欲喚起を図ることを目的とした事業。H27 年度と 28 年度は 3 医療機関で実施したが、急性期入院患者への対応を主に行う豊岡病院と、高齢認知症患者の入院が多い大植病院は H29 年度から個別面接での対応としている。但馬病院は毎月 1 回開催。

④入院患者個別面接

内容：退院への意欲が低下している入院患者に対し、相談支援事業所職員やピアサポーターが訪問し、退院への思いを共有し、動機づけのための面接、生活訓練等につながる支援を行っている。

⑤ピアサポーター養成講座

内容：相談支援事業所に雇用され個別支援に従事するピアサポーターを養成する事業。相談支援事業所と共催で1クール2日間の講座を年1回実施。

⑥ピアサポーター定例会

内容：ピアサポーターを雇用している相談支援事業所が実施。ピアサポート活動のスーパーパイプとピアサポーター同士で悩みを出し合ったり情報交換をしたりする場。

⑦ピアサポーターフォローアップ研修

内容：ピアサポーターのスキルアップや交流を目的に健康福祉事務所（保健所）が主催で実施。他圏域のピアサポーターとの交流もしている。

⑧アウトリーチ

内容：健康福祉事務所（保健所）が雇い上げたピアサポーターと保健所職員が、在宅療養中の精神障害者に対し生活や社会参加に向けたサポートを目的に訪問活動を行う事業。

（表 2） 但馬圏域精神科病院入院患者数の推移（630 調査）

患者数		年度						
		H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
入院患者数		529	499	447	451	423	436	430
1年以上入院患者数(割合)		377 (71.3%)	354 (70.9%)	337 (75.4%)	315 (69.8%)	293 (69.2%)	280 (64.2%)	307 (71.3%)
兵庫県	1年以上入院患者数(割合)	63.7%	62.8%	62.8%	59.9%	58.7%	57.6%	—

（単位：人）

（表 2－2） 但馬圏域精神科病院の平均在院日数

病院	年度						
	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
豊岡	78.1	75.2	64.6	78.4	60.4	55.9	42.5
但馬	918.3	763.2	739.2	537	601.9	608.8	642.3
大植	618.5	461.7	585.2	633.7	606.6	456.2	559.6

（単位：日）

2 地域移行を利用して退院した事例の紹介



ケース1

34年8ヶ月という長期入院を経て自宅へ退院し、地域サービスを利用しながら再入院せず独居生活を送っているAさん

年齢・性別：60代・男性
病名：統合失調症
入院期間：34年8ヶ月（23歳～57歳）
退院日：平成27年 冬
◇入院までの状況



19歳頃に発病。2年間ほど精神科へ通院しその後中断。症状悪化により23歳の時に入院した。

◇入院中の状況…地域移行支援の開始まで

本人は「退院したい」と長年思っていた。地域移行支援を使って退院した同じ病棟の患者から退院後の生活の感想を聞き、「自分も退院したい」と強く思うようになった。病院相談員が本人と面談して、「Aさんならできるよ」と後押ししてくれたことをきっかけに退院支援を利用することを決意。病院相談員を通じて相談支援事業所へ依頼し地域移行支援を申請した。

◇地域移行支援の経過

相談支援事業所相談員とピアサポーターが本人と面接し、本人の希望や不安を聞きながら退院の準備をすすめた。本人と一緒に空き家になっている自宅を見に行き、掃除や修繕を手配した。生活に必要な布団や電化製品等を買に行くなど、自宅で生活できるための準備を整えた。ご近所との人間関係について不安があったので、対応方法を一緒に考えた。

退院後の生活の計画をたて、就労継続支援B型の体験利用を行った。自宅への体験外泊を何度か繰り返し、退院後のサービス利用調整と地域定着事業の申請により24時間の相談体制を確保した。地域移行支援申請から4か月後に自宅へ退院となった。

◇退院後の生活

ピアサポーターと相談支援事業所相談員が、本人と一緒に地域の世話役宅へ挨拶に行くと「自宅に帰れて良かったな」と声をかけてくれた。

調子を崩すこともあるが、ピアサポーターの定期訪問やヘルパー、金銭管理サービス、福祉施設通所を利用し、再入院することなく一人暮らしを継続している。

◇本人の感想

自宅への外泊や就労継続支援B型体験、自宅改修の手続きをピアサポーターに手伝ってもらいうちに「自分でもやれる」と自信がついた。区長、隣保長や近所の人々が応援してくれて嬉しかった。ピアサポーターと一緒に考え悩んでくれる仲間。友達や兄弟みたいな存在。自由で静かな自宅に帰れてよかった。

もっと早く退院していろんなことをすればよかった。1人暮らしは不安もあるが、彼女とのデートや友達との付き合い、お金を貯めることなど多くの楽しみがある。

◇現在利用中のサービス

自立生活援助、生活介護、ヘルパー、金銭管理、訪問看護



ケース2

家族が本人との同居を拒否し、地域移行・地域定着支援を利用してアパートへ退院し、毎日の生活を楽しんでいるBさん

年齢・性別：60代・女性
最近の入院期間：8ヶ月

病名：統合失調症
退院日：令和2年 春



◇入院まで状況

20歳代に統合失調症を発症。約1年間の入院が1度だけで、その後は通院しながら両親と同居し、買物等の家事の一部を担っていた。

両親が高齢になったので弟家族が同居するようになってから、Bさんは自分の役割が不明確になり、弟家族とのコミュニケーションがうまくいかずストレスをためていた。きょうだい間の話し合いで姉宅へ転居してみたものの姉家族ともうまくいかず、幻聴等の症状が悪化し令和元年に任意入院した。

◇入院中の状況…地域移行支援の開始まで

治療が進むと病状が安定し、マイペースだが集団でも過ごすことができ、「早く退院したい」と言っていた。「実家で暮らしたい」という思いと、「アパートで一人暮らしをしたい」という思いに揺れていた。

家族は、「同居することで入院前と同じトラブルを繰り返すことを避けたい」、「本人と離れて暮らしたい」、「家族が本人の支援を抱えこまなくてもよい地域移行や地域定着という便利な制度を利用したい」と希望した。

◇地域移行支援の経過

入院中から本人、家族、支援者で話し合い、アパートでの一人暮らしを目指すことになった。地域移行支援を申請し、相談支援事業所相談員と一緒にアパート探しを行った。ピアサポーターも本人と面接し、退院に向けての不安を聴くなど気持ちに寄り添った。

◇退院後の生活

1人暮らしで自由な生活を満喫している。ピアサポーターやヘルパーの訪問、地域活動支援センターを利用している。不安があれば地域定着の電話相談（24時間対応）やピアサポーターへ相談し、体調や治療の不安を主治医へ上手く相談する方法を一緒に考えてもらっている。きょうだいとも程よい距離でよい関係が築け、可能な範囲で支援を受けている。

◇本人の感想

入院中は自由がきかないし保護室は怖くて辛かった。今まで家族に迷惑をかけたので「自分で生きなきゃ」と思った。病院から相談支援事業所を紹介され、ピアサポーターに出会い「退院を手伝うよ」と言われて1人暮らしの勇気が出た。

ピアサポーターは何でも話せる大切な存在。病気の辛い症状や注射が嫌な気持ちも分かってくれる。ピアサポーターの話は素直に聞くことができる。

今は家庭菜園や料理、メダカの飼育をしている。自分の人生でこんなに楽しいことがあると思わなかった。1人暮らしは自由で幸せを感じている。

◇現在利用中のサービス

地域定着、地域活動支援センター、ヘルパー



ケース3

再入院後、地域移行・地域定着支援を利用して自宅へ退院し、安定して過ごしているCさん

年齢・性別：50代・男性

病名：統合失調症

入院期間：1回目：7ヶ月 退院日：平成28年 春

2回目：10ヶ月 退院日：平成29年 春



◇入院時まで状況

19歳の時に発病。過干渉の母と2人暮らしで親子喧嘩が絶えなかった。

精神科へ通院していたが、抑うつ気分、意欲低下、ひきこもり傾向でイライラすることが多く、母への暴力をきっかけに警察介入で医療保護入院となった。

◇入院中の状況…地域移行支援の利用

1回目の入院中に病院相談員の紹介で相談支援事業所とつながり、地域移行申請をすすめられたが「自分で頑張る」と言って申請しなかった。退院後、親子のトラブルを繰り返したくない思いから母と離れて1人で暮らすことを決意。退院後、初めての1人暮らしをスタートしたが、プレッシャーと不安でしんどくなり3か月で再入院した。

2回目の入院中に地域移行支援を申請し、相談支援事業所と一緒に退院後の生活のサポート体制を一緒に考え、本人が安心できることに視点をおいた準備を整えて退院となった。

◇退院後の生活

ヘルパー、金銭管理サービス、ピアサポーターの定期訪問と受診同行の支援を利用し、再入院することなく生活されている。

苦手なバス利用もピアサポーターと一緒に練習し、1人で乗れるようになった。しんどくなると自宅にひきこもることもあるが、ピアサポーターが声をかけると元気になり、地域活動支援センターにも通所できている。

◇本人の感想

1回目の退院は地域移行支援を利用せず、自分で頑張れると思ったが不調になり再入院した。2回目の退院時に地域移行支援を利用し、自分の困りごとに対応する支援体制を整えてもらい助かった。地域移行支援を申請したことで相談相手ができよかった。

ピアサポーターは、バスの利用方法など丁寧に教えてくれて、自分のチャレンジを応援してくれた。入院中から退院後の生活の不安に寄り添ってもらったおかげで1人暮らしに慣れることができた。

最近は何事も諦めないことが大事だと思える。誰かに頼りながら生きていく方がよいと思える。不安だった一人暮らしにも慣れてきたので楽しい。

◇現在利用中のサービス

地域定着、地域活動支援センター、ヘルパー、金銭管理、訪問看護
日常生活自立支援事業



ケース4

繰り返す入院の後、地域移行支援の利用でグループホームへ退院し、安定して生活しているDさん

年齢・性別：50代・男性
病名：双極性障害
入院期間：2年10ヶ月
退院日：平成29年 夏



◇再入院を繰り返していた頃

入院するまでは家族だけで支援していた。躁状態になった時に過活動や浪費が激しくなり、家族だけでは対応できず病院に入院を頼むことを繰り返した。家族は疲弊し、できれば「このまま入院しておいてほしい」と望むようになった。本人も症状コントロールしながらの在宅生活が難しかった。

◇地域移行による支援の開始

入院中に病院職員が本人へ地域移行支援の利用を勧めた。制度利用について家族の理解がなかなか得られなかったが、本人が「退院したい」と希望し地域移行支援を申請、入院中から相談支援事業所が本人への関わりを開始した。本人は、自宅で暮らすことを希望していた。

◇支援の経過

担当ピアサポーターが入院中から本人と定期的に面談した。同病者のピアサポーターが、本人の気持ちに寄り添う声かけをする中で共感する場面が多くあり、両者の関係構築がスムーズにすすんだ。

相談支援事業所相談員と一緒に、グループホームの宿泊体験や施設見学など様々な移行サービスを利用し、家族には相談員が何度も面談した。本人の自立支援と経済的な問題解決のため、社協の金銭管理を活用するなど家族以外の支援者を導入した。こうして家族の負担軽減をはかり、家族には可能な範囲で協力をお願いした。約1年間の地域移行支援を利用し、本人がグループホームへの退院を選択して退院となった。

◇退院後の生活

グループホーム入所後もピアサポーターの定期訪問は継続。ピアサポーターの声かけにより感情が上がりかけていることを自分で気づけるようになり、訪問看護の助言も受け入れて薬剤調整を自身でできるようになった。「気分が上がりかけているから薬飲むわ。」と言って早めに対処できており、再入院せずに過ごせている。



ケース5

退院拒否の気持ちが強かったが、院内説明会(意欲喚起事業)での働きかけで49年間の入院を経て養護老人ホームへ退院したEさん

年齢・性別：70代・男性
病名：統合失調症
入院期間：49年間
退院日：令和元年 秋



◇入院時の状況

学生時代に下宿先で発病。実家の近くの精神病院を受診してそのまま入院。

◇入院中の状況

院内行事の参加や他患者との交流はできていた。入院治療で症状が安定した頃から病院職員が退院の声かけをしていたが、本人は退院を強く拒否し、そのことで妄想が悪化することもあり、退院支援が進まなかった。その後も本人は「ここ(病院)が自分の生活する場所。病院から出ることは不安。病院がいい。」と言っていた。

◇院内説明会(意欲喚起事業)での働きかけ

院内説明会の時に院内の廊下で本人に出会うたび、「参加をお待ちしています」と根気よく声をかけた。病院相談員と協力して勧奨し、参加されるようになった。最初は発言することなく様子うかがっていたが、その後、相談支援事業所相談員とピアサポーターが個別面談をスタート、本人から「院内説明会の時の人だね。」と興味を示されるようになり、会話ができるようになった。支援者は「退院」という言葉を出すことは控え、本人の反応をみながら根気よく関係づくりに徹した。

関わり始めて半年後「退院しようかな。」と自発的な発言がみられるようになり、病院職員、相談支援事業所相談員、ピアサポーターが連携して支援を開始。70代という本人の状況から退院先を養護老人ホームと決め、地域移行申請は利用せずに退院支援をすすめた。外出支援と施設見学を行い、同じ病院に入院していた患者が入居している養護老人ホームを見学したところ、その患者が本人に「ここはスタッフもいるし行事もあるし居心地いいよ」とホームの暮らしを丁寧に説明してくれた。見学から帰る時に「ここ(養護老人ホーム)に退院したい。」と本人が申し出た。

◇退院へ向けての動き

市担当課が養護老人ホームへの入所に関する手続きを早急に対応してくれた。その後、タイミングよく養護老人ホームの空きがありスムーズに入所できた。

◇退院後の生活

退院する時には弟が手伝いに来てくれた。40年ぶりに出会った弟を見て「おじいさんになっている。」と本人は驚きつつ喜んでた。その後、弟と母が面会に来られ、一緒に外食へ出かけ「生まれて初めて家族と一緒に外食した。」と喜んでた。

入所後、身体疾患が発見されたので一般病院で入院加療されたが、その後回復してホームに戻られた。以降も安定して生活されている。

Ⅲ 事業開始後の但馬地域の変化

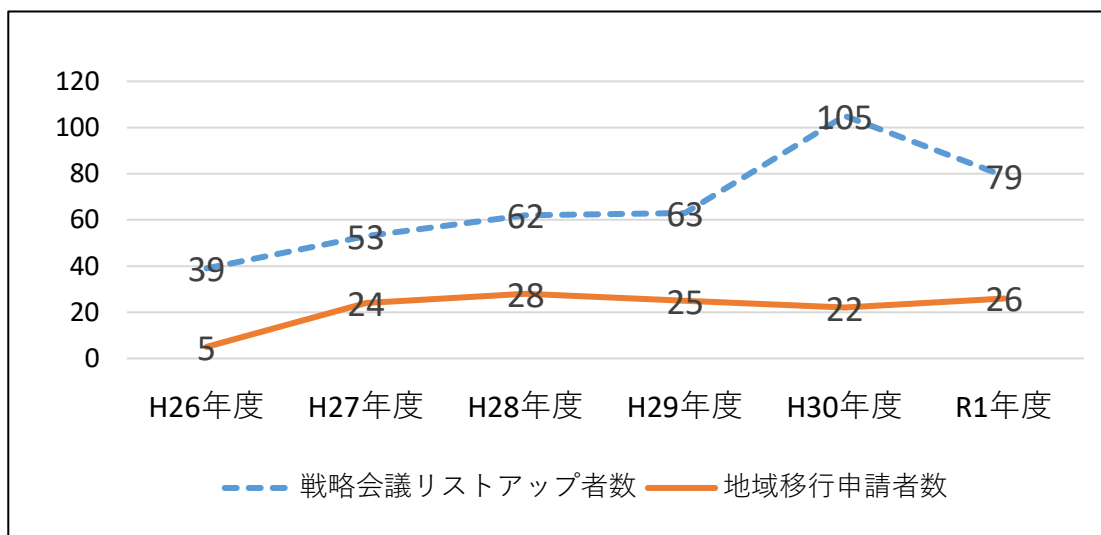
1 精神科医療機関

平成 26 年度に、健康福祉事務所（保健所）が但馬圏域の精神科医療機関（3 カ所）へ出向き、各病院の理事長、院長等の病院管理責任者へ但馬の長期入院患者が多い現状とそれを解決するための事業趣旨を説明した。入院患者の退院意欲喚起事業や、戦略会議への退院支援患者名簿のリストアップについて協力を求め、事業をスタートした。

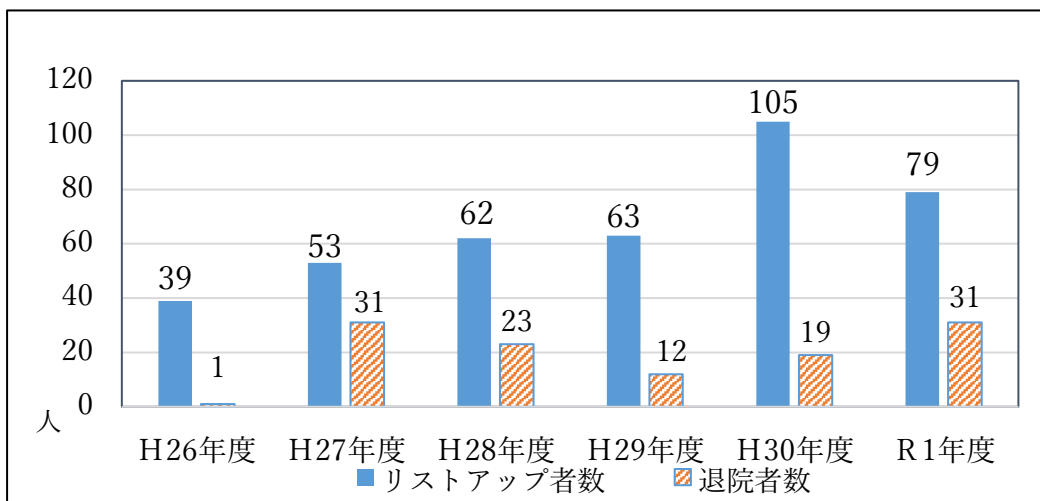
毎月の戦略会議に病院 PSW と看護師長の参加を要請し、病院全体の理解を求め、病院が行なう退院支援患者の推薦、意欲喚起事業の運営上の留意点等を調整した。

圏域協議会では、630 調査データに基づき入院患者数の変化を分析して地域課題や取組を協議した。各病院とも「1 年以上の入院患者を減らす」という目標のもと、それぞれの特徴を活かしながら取組み、1 年以上入院患者数は H26 年度（377 人）⇒R2 年度（307 人）と減少した。また、事業に取り組むことで病院看護師や PSW の地域移行事業を活用した退院支援の意識が高まった。令和 2 年度の入院患者数の増加は、認知症患者の入院増加が影響している。

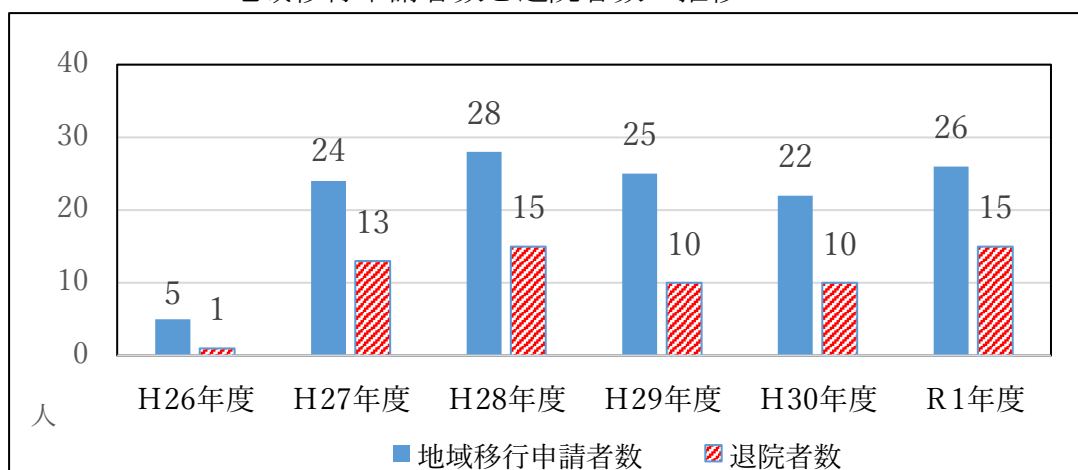
戦略会議リストアップ者数と地域移行申請者数の推移



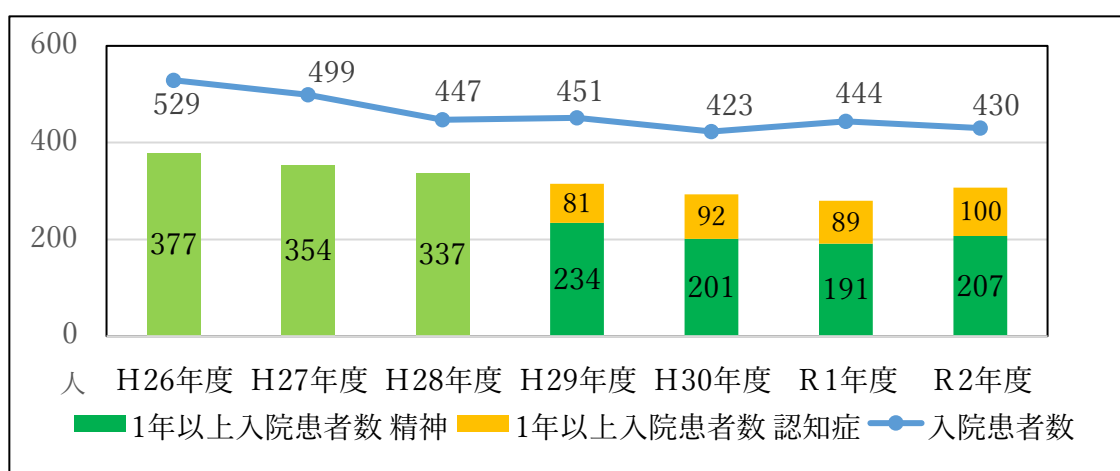
戦略会議リストアップ者数と退院者数の推移



地域移行申請者数と退院者数の推移



精神科医療機関の入院患者の推移（但馬圏域）



参考）精神保健福祉資料（630 調査）より抜粋

* H26 年度～28 年度は 1 年以上入院患者の精神と認知症の合計数を計上している。

* H29 年度から認知症がデータ上で区分された。

医療機関の意見

◇地域との連携

- ・入院時から退院後療養生活支援のため地域支援者との連携を意識するようになった。
- ・退院支援カンファレンスに地域の多機関を招集するようになった。

◇病院職員の意識の変化

- ・退院支援には、積極的に地域移行を考えるようになった。
- ・地域職員と連携機会が増えたことや戦略会議で患者の経過を把握することにより、患者の在宅療養生活を知ることができ、入院中の支援の重要性を認識した。
- ・ピアサポーターの活動を知ること、患者は支援を受ける側だと思っていた考え方が変化した。

◇今後の課題

- ・入院時から退院を見据えた支援を開始すること
- ・長期入院患者に根気強く退院意欲喚起をすること
- ・地域支援者と連携すること
- ・地域移行事業を利用して退院した患者を外来で継続的にフォローすること

2 相談支援事業所

平成 26 年度に、相談支援事業所ほおずき（県事業委託）と健康福祉事務所（保健所）が協働で本事業に取り組むことを合意した。平成 27 年度にかかるべの郷ドリーム相談所が事業参画し、北但馬エリアは相談支援事業所ほおずき、南但馬エリアはかるべの郷ドリーム相談所が担当して取り組むことになった。

令和元年度から相談スペースポッシュ、相談スペース on が事業参画。但馬圏域を 4 カ所の相談支援事業所が役割分担し、入院中の患者の意欲喚起や個別支援、地域移行・地域定着事業を推進している（表 3）。

7 年間の取組の中で、4 カ所の相談支援事業所が 83 名の患者の地域移行支援を行ない 71 名の患者を退院させた。またピアサポーターを雇用し当事者と共に働くことで、職員自身が当事者の力やリカバリーを信じるようになる等の意識の変化がみられた。

（表 3）相談支援事業所の地域分担（令和 2 年度現在）

事業所名	主な担当地域	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
生活支援センター ほおずき	豊岡市、香美町 新温泉町	→						
かるべの郷 ドリーム相談所	養父市、朝来市	→						
相談スペース ポッシュ	朝来市						→	
相談スペース on	新温泉町						→	

健康福祉事務所（保健所）と相談支援事業所が協働し、ピアサポーター養成講座を毎年開催している（表 4）。令和 2 年度から、ピアサポーターを雇用する事業所が 2 カ所から 4 カ所となり、新規ピアサポーターが年々増加した（表 5）。

相談支援事業所が雇用したピアサポーターは、入院患者の意欲喚起や個別面接、地域移行支援、患者が退院した後の地域生活を支える地域定着や、自立生活援助の担い手として活躍している。

令和 2 年度は、但馬圏域で 23 名のピアサポーターが雇用された（表 6）。

ピアサポーターのフォローアップとして、相談支援事業所毎でピアサポーターミーティングを月 1 回ずつ、健康福祉事務所（保健所）が圏域研修会を年 1 回実施している。

（表 4）ピアサポーターの養成状況

年 度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
受講者数	10 人	18 人	13 人	7 人	4 人	14 人	18 人
新規雇用者数	4 人	12 人	4 人	0 人	1 人	5 人	6 人



ピアサポーター養成講座…講師はピアサポーターと相談支援事業所職員、保健所職員

(表5) ピアサポーターの雇用状況 (実際に活動したピアを計上)

年度		H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
生活支援センター ほおずき	雇用	4人	7人	7人	7人	6人	8人	7人
	うち新規	4人	5人	0人	0人	0人	5人	1人
かるべの郷 ドリーム相談所	雇用		5人	8人	5人	6人	6人	6人
	うち新規		5人	5人	0人	1人	0人	1人
相談スペースポッシュ 相談スペースon	雇用							4人
	うち新規							4人
但馬圏域	雇用	4人	12人	15人	12人	12人	14人	17人
	うち新規	4人	10人	5人	0人	1人	5人	6人

(表6) 令和2年度 但馬圏域ピアサポーターの状況 (年齢、性別)

年齢	生活支援センター ほおずき		かるべの郷 ドリーム相談所		相談スペースポッシュ 相談スペースon	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
30代	1		1		2	
40代		1	1			1
50代	2	3	1	1	1	
60代				1		
70代			1			
計	3	4	4	2	3	1

雇用されたピアサポーターは、単年度ごとに相談事業所が非常勤で雇用契約を結んでいる。ピアサポーターの中には、就労継続支援B型事業所や他の仕事と併用している人もいる。数年間ピアサポーターを務めた後に「60歳になったので定年退職する」と言って退く人や、就労が決まり辞めていく人もいて、相談支援事業所はその人の事情や希望をききながら雇用している。

健康福祉事務所(保健所)は、相談支援事業所の雇用状況を把握しながら、ピアサポーター養成講座を企画実施している。

支援事業所の意見

◇地域移行事業に取り組むにあたって

- ・職員数が少ないため計画相談で手一杯になっており地域移行事業に着手する余力がなかった。
- ・ピアサポーターがどのように働けるのか、調子を崩すことがないのか、指導やフォローが事業所でできるのか不安が強かった。
- ・長期入院患者が退院するのは非常に困難だと考えていた。

◇地域移行事業を開始して

- ・退院後に地域で療養する患者が生活の中で力を取り戻していく姿を目の当たりにし長期入院患者もサポートを入れて地域で生活できることが理解でき、仕事のやりがいを感じた。
- ・ピアサポーターが患者支援に有用であることがわかった。
- ・ピアが活動する中で成長する姿を見て患者の回復を信じられるようになった。
- ・相談員を増員し事業所規模を増大した。

◇相談支援事業所間の連携

- ・ピアサポーターの活用方法など先行する事業所から助言を得ている。
- ・ピアサポーターのフォローアップ研修を共催している。

◇今後の課題

- ・グループホームから自宅やアパート等へ移行させること
- ・在宅療養するにあたり、不足している地域資源を拡充していくこと
- ・ピアサポーターの雇用体制の充実

○地域定着支援の様子



ピアサポーターが家庭訪問し、症状との付き合い方や生活の困り事、楽しみについて話をききます。

○ケース宅で個別支援会議



ケース宅（アパート）でご本人を交えて個別支援会議を行ないました。

○ピアサポーターのフォロー（研修・交流会）

【R2 研修テーマ】

ピアがやりたい活動を考えよう
グループワークで「やりたい活動」を考えて発表しました。



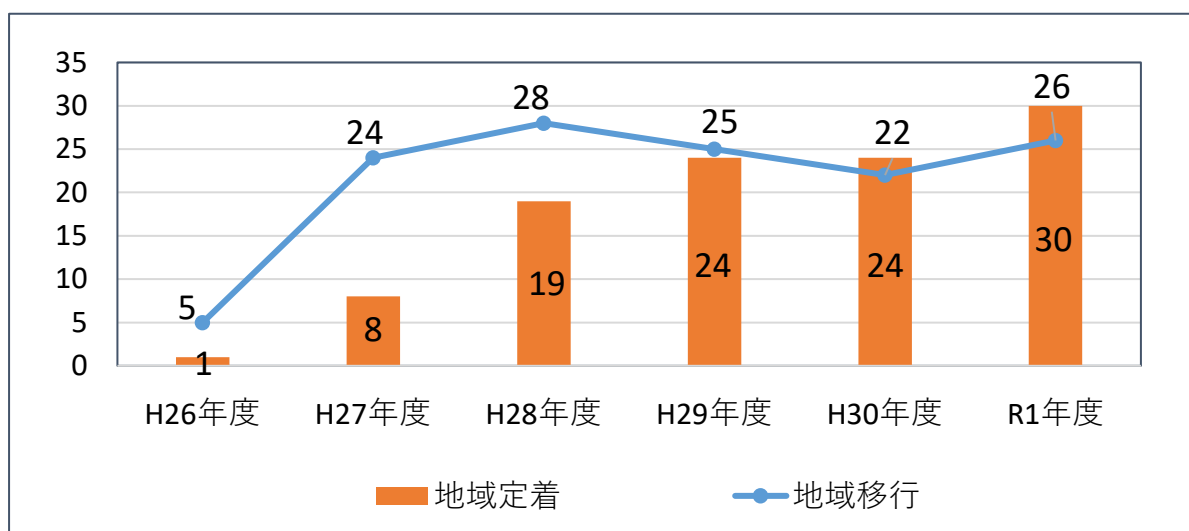
3 市町

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムづくりの担い手である市町へ事業協力を求め、平成 27 年度から年 2 回の圏域協議会と月 1 回の戦略会議に市町障害福祉担当課が参画している。市町が申請窓口となっている地域移行と地域定着の利用件数は、この事業を開始した H26 年度から増加した。

また、各市町の精神障害者が利用できる福祉サービスについても、グループホームや就労継続支援事業所、障害者相談支援事業所、精神科訪問看護に取組む訪問看護ステーションを中心に増加し、障害者が暮らしやすい地域づくりがすすんでいる（表 7）。精神障害者が暮らしやすい地域づくりを推進するためには、地域の課題やニーズを障害者福祉計画への反映につながる市町の動きが重要であり、圏域協議会や戦略会議はその貴重な機会となっている。

地域移行・地域定着利用実件数の推移（但馬圏域）

単位：人



（表 7）各市町の精神障害者が利用できる福祉サービス量の変化

項目	H26年3月末	R2年3月末
グループホーム（カ所） *（ ）精神障害者の入居対応をしているGH	7（2）	14（5）
地域活動支援センター（カ所）	10	12
就労継続支援A型（カ所）	2	5
就労継続支援B型（カ所）	17	26
障害者相談支援事業所（カ所）	11	22
訪問看護ステーション（カ所） *精神科訪問看護/総数	2/13	6/13
ピアサポーター（人）	4	17

市町の意見

◇地域移行事業を開始して

- ・担当部署に正規職員が雇用された。
- ・主担当である障害福祉担当課と健康課や高齢担当課との連携が深まった。
- ・精神病院入院患者の実態を知ることができた。
- ・長期入院患者の状況を含めた精神障害者の課題を、自立支援協議会の部会で関係者と共有しやすくなった。

◇意識の変化

- ・家族から相談を受けた時に、地域移行制度を勧めるようになった。
- ・戦略会議に参加し医療機関と連携を取りやすくなった。

◇今後の取り組み

- ・住民への普及啓発にピアサポーターが主体的に取り組むこと
- ・ピアサポーターが実施する障害者の生活支援メニューの創設
- ・障害者の住居支援

4 地域住民等への精神保健福祉の普及啓発

市町や家族会、相談支援事業所と協働し、平成 27 年度からピアサポーターを活用した啓発研修に取り組んだ。主に民生委員や精神障害者家族会、不動産事業者等を対象に実施し、当事者の気持ちや体験談を伝えることで障害者の理解を促進し、患者の回復力を感じ、共に地域で暮らすことの必要性を感じてもらえる機会となった（表 8）。

（表 8）地域住民に対する精神保健福祉の普及啓発

年度	内 容	参加者
H25	○映画上映会：「人生、ここにあり！」 （内容）1980 年代のイタリア…法律により精神病院の撤廃がすすみ、多くの精神障害者が退院し新たな事業を立ち上げ奮闘する実話ストーリー	319 人
	○但馬地区精神保健福祉研修会 「精神に障害のある人や、その家族が地域で生き生きと暮せる社会」 講師：鳥取県立精神保健福祉センター 所長	210 人
H26	○但馬地区精神保健福祉研修会 「晴れときどき曇りときに雨～いろいろあっていいんだよ」 講師：公立豊岡病院精神科部長	88 人
H27	○各地区民生委員研修（14 カ所） 「精神障害者の地域生活や地域移行・地域定着事業について」 講師：ピアサポーター、保健所保健師	540 人
	○但馬地区精神保健福祉研修会 「当事者が希望をもって暮らせる地域をめざして」 講師：豊岡健康福祉事務所長、ピアサポーター	188 人

H28	○各地区民生委員研修 (3カ所) 「精神障害者の地域生活や地域移行・地域定着事業について」 講師：精神障害者ピアサポーター、保健所保健師	85人
	○但馬地区精神保健福祉研修会 「精神障害者があたり前に暮らせる地域をめざそう」 シンポジスト：ピアサポーター、相談支援事業所、病院 PSW、市担当者 コーディネーター：豊岡健康福祉事務所長	173人
H29	○但馬地区精神保健福祉研修会 「ここから休まる居場所があり、働ける所がある地域を目指そう」 シンポジスト：ピアサポーター、就B通所者、就B管理者、障害者就労受け入れ事業所、社協職員、町担当者	162人
	○研修：障害者・高齢者・生活困窮者等の居住支援研修会 「障害者の居住支援の取り組みと支援体制の充実」 講師：NPO 法人おかやま入居支援センター理事	53人
H30	○但馬地区精神保健福祉研修会 「精神障害者や家族がいきいきと暮らせる地域をめざそう」 講師：豊岡健康福祉事務所長 シンポジスト：ピアサポーター、医療機関、地域活動支援センター 断酒会、市担当者	122人
R1	○但馬地区精神保健福祉研修会 「精神障害者の住む・語る・つながるを考えよう」 シンポジスト：生活支援センター、ピアサポーター、訪問介護事業所 グループホーム、区長、豊岡市社会福祉課	172人

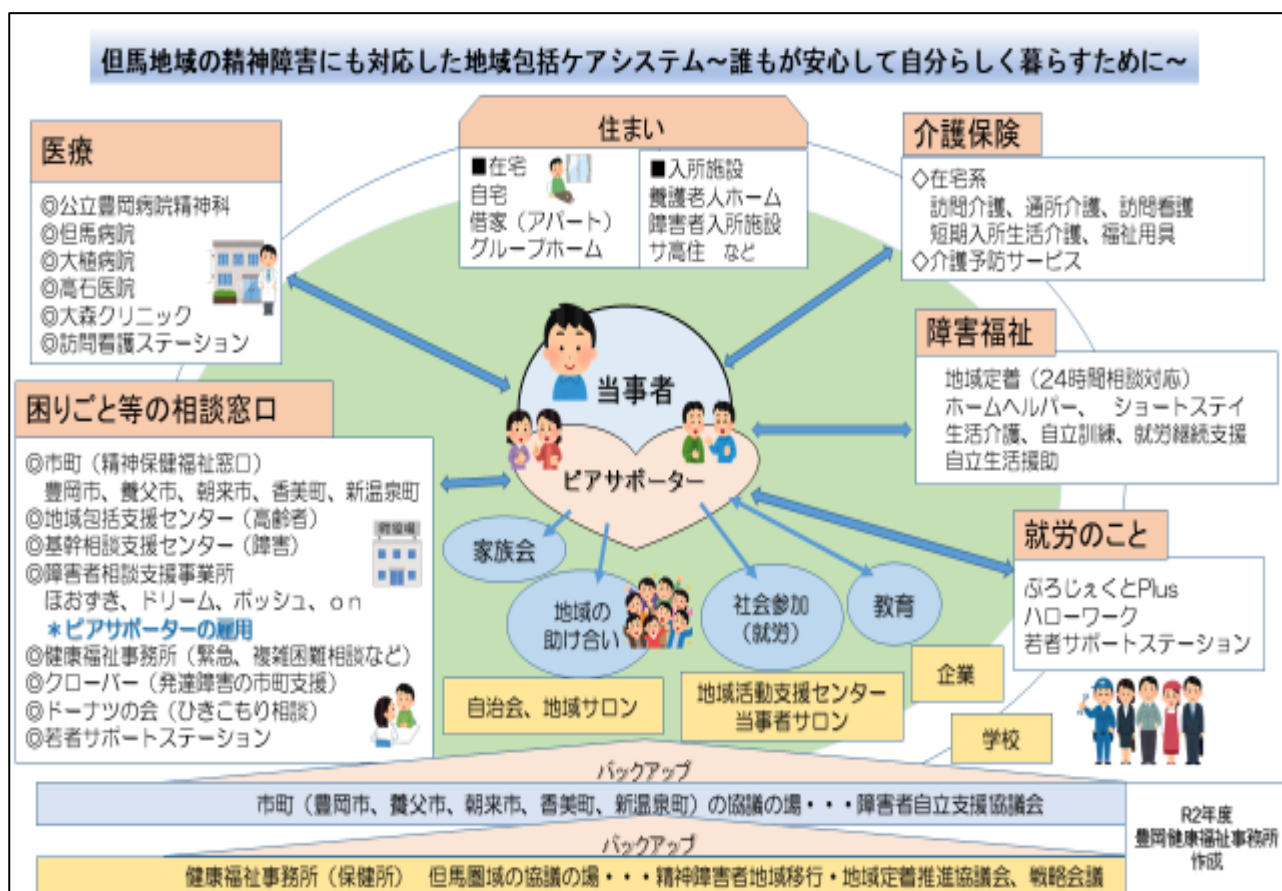
市町職員が感じる地域の変化

- ◇不動産業者の対応の変化
相談支援事業所の支援を受けているケースであれば入居相談にのってもらえるようになった。
- ◇地域で暮らす精神障害者への偏見の是正
地域サロン等の住民組織において、精神障害者という理由で参加を拒否されることがなくなった。
- ◇障害者への理解の浸透
精神障害の有無でなく「地域に入ってきた若者を大切にしたい」と考え、見守り、声かけ、差し入れを支援してくれる地域がでてきた。
- ◇まだまだ理解は困難
精神疾患のある人の住まい確保や、家族や住民から理解を得ることについては困難なケースもある。

IV 事業評価（精神障害者が安心して暮らせる地域になったか）

- 1 但馬圏域の精神科医療機関、相談支援事業所、市町と協働し、ピアサポーターを活用した長期入院者の退院支援に取組み、成功事例を積み上げたことにより、「精神障害者は回復して地域で生活できる」と関係者が思うようになった。
- 2 ピアサポーターの養成と活用は、当事者に勇気と希望を与え、「精神障害と上手く付き合いながら生活しよう」という意識変化をもたらし、地域であたりまえに暮らすことへの大きな力となっている。
- 3 但馬地域の中に、グループホームや就労継続支援事業所、障害者相談支援事業所、精神科訪問看護など、精神障害者が安心して地域で暮らすために必要なサービスが増加した。
- 4 一部の不動産業者の意識の変化により、支援を受けている精神障害者はアパートが探しやすくなった。障害者への理解がすすみ、精神障害の有無でなく「地域に入ってきた人を大切にしたい」と考え、見守り、声かけ、差し入れを支援してくれる地域がでてきた。

本事業の取組により、但馬圏域は「精神障害者が安心して暮らせる地域」を目指し、国が示している「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に近づいてきていると評価できる。



V 地域移行支援申請者の状況

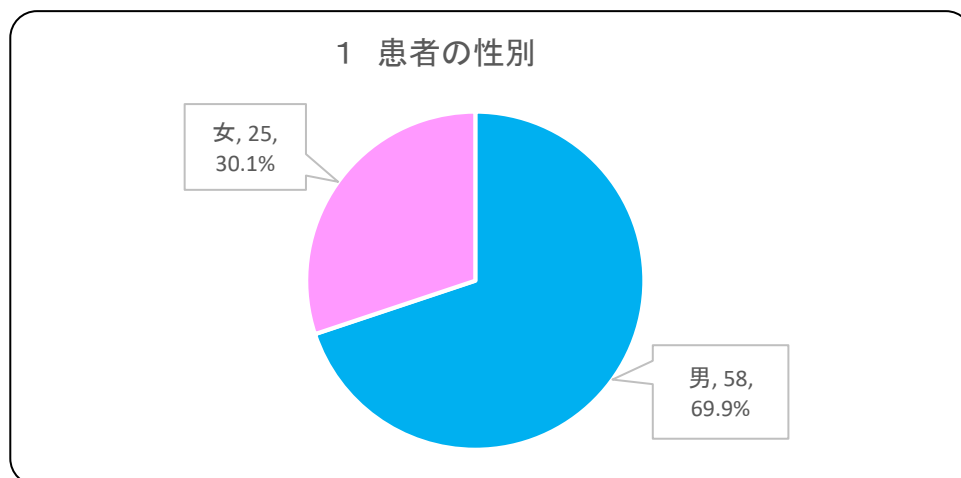
当圏域における平成 26 年 4 月から令和 2 年 3 月までの 6 年間の地域移行支援の申請者は 83 名であった。これらの申請者を令和 2 年 9 月までフォローした結果を分析したところ、地域移行申請者の傾向が見られたのでここに報告する。

なお、再入院者の中には地域移行支援を複数回利用した者もいるが、ここでは初回の利用のみを計上している。

1 地域移行申請者について

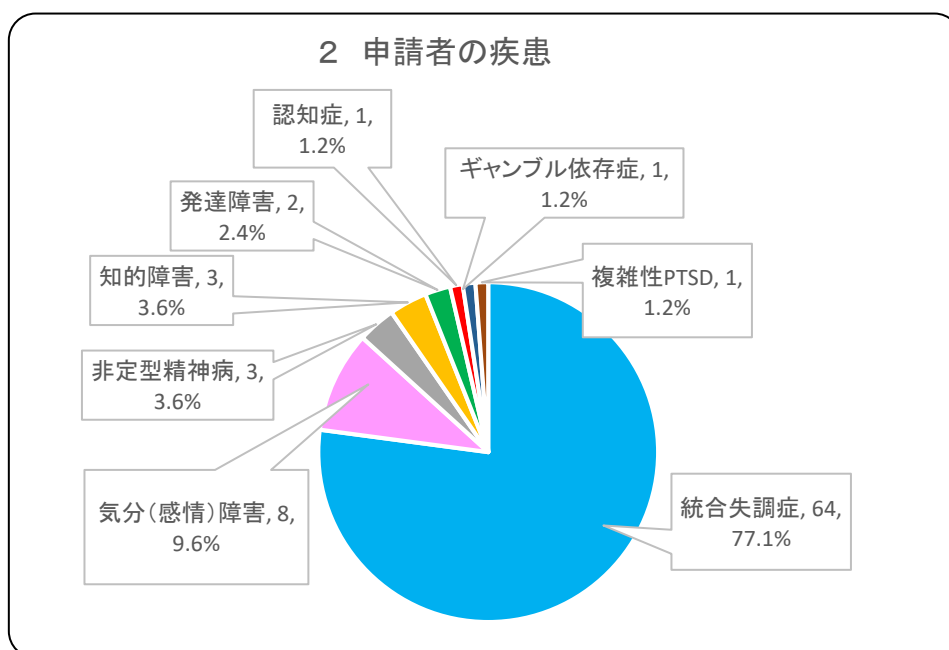
1) 性別

地域移行支援の申請者は 83 名で、男性が 58 名 (69.9%)、女性が 25 名 (30.1%) である。



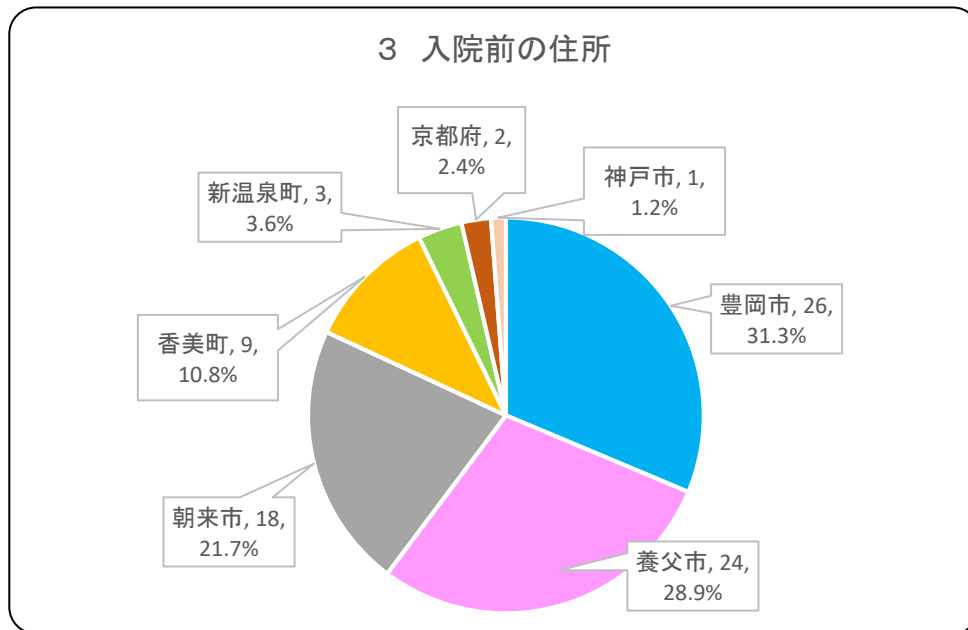
2) 申請者の疾患

統合失調症 64 名 (77.1%)、気分障害 8 名 (9.6%) の順に多い。知的障害 3 名 (3.6%)、発達障害 2 名 (2.4%) もいる。



3) 入院前の住所

豊岡市 26 名 (31.3%)、養父市 24 名 (28.9%) 朝来市 18 名 (21.7%) 香美町 9 名 (10.8%) 新温泉町 3 名 (3.6%) であり、他圏域の患者も 3 名いる。

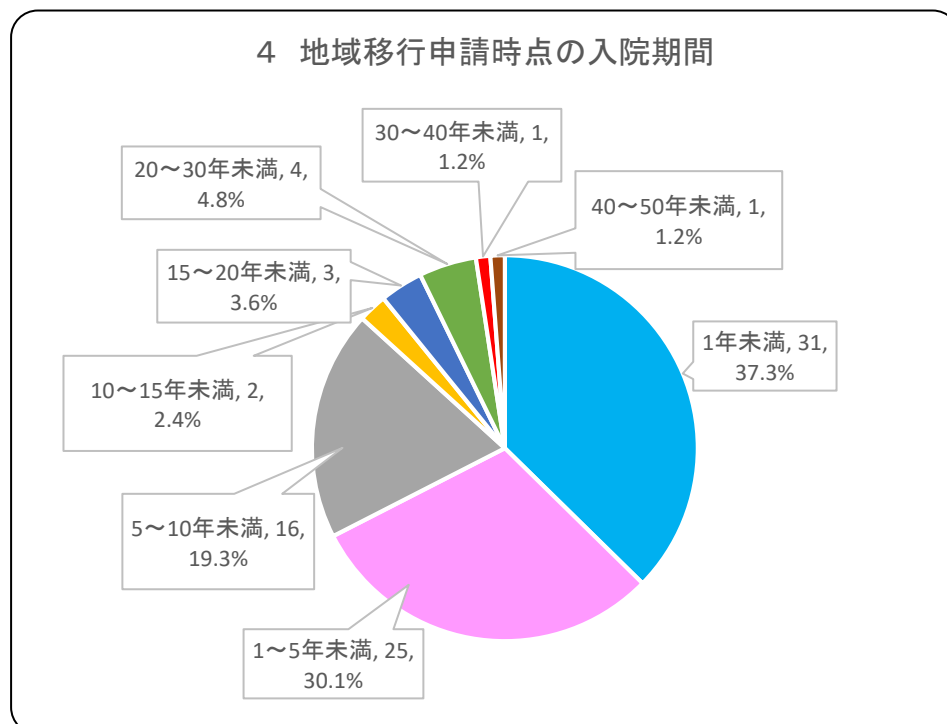


4) 地域移行申請時点の入院期間

1 年未満 31 名 (37.3%)、1～5 年未満 25 名 (30.1%)、5～10 年未満 16 名 (19.3%) と入院期間が短いほど多い。

一方、10 年以上も 11 人 (13.2%) いる。

※身体疾患治療のため短期間退院していた患者については通算の入院期間としている。



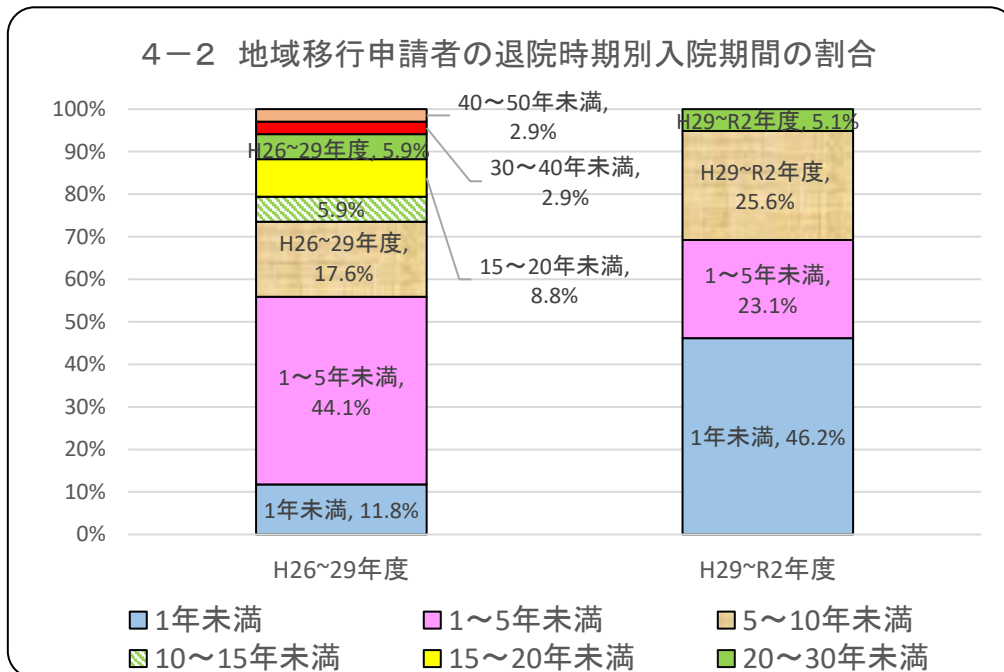
4-1) 調査期間の前半と後半の比較

地域移行支援事業を行った6年間で3年間ずつ前半、後半で分けて見ると、前半申請者が34名で、そのうち1～5年未満が15名(44.1%)と一番多い。5～10年未満が6名(17.6%)、10年以上が9名(26.5%)となっており、合計すると1年以上が約9割を占めている。

後半は申請者が39名で、そのうち1年未満が18名(46.2%)と一番多い。10年以上は2名(5.1%)であった。

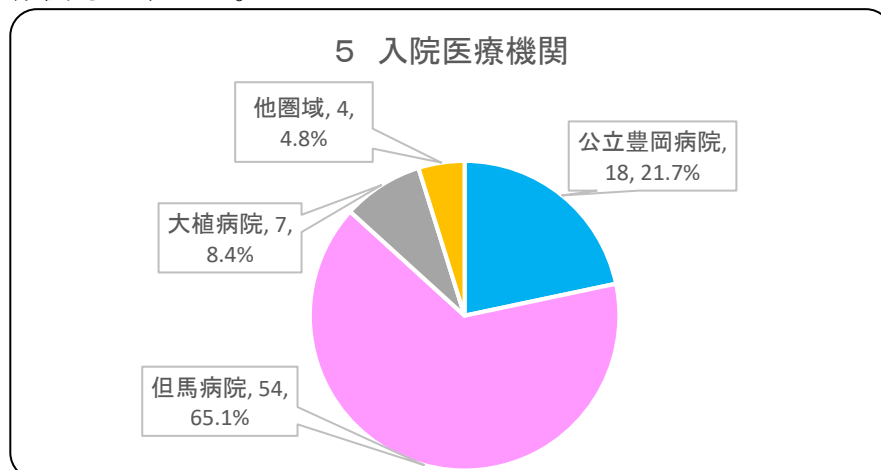
前半は1年以上の割合が多く、後半は1年未満の割合が多い。これは、取組み当初は入院1年以上の長期入院患者の解消を事業の中心において取組み、退院できる状態であった社会的入院患者が前半の3年間に多く申請して退院したためである。

一方、後半の3年間は特に総合病院への働きかけにより、退院後の生活支援の充実や、短期間で入退院を繰り返すことを防ぐことを目指し、入院1年未満の患者にも地域移行支援の申請を促したことから、急性期の患者が多く入院する医療機関からの申請の増加がみられたためである。



5) 入院医療機関

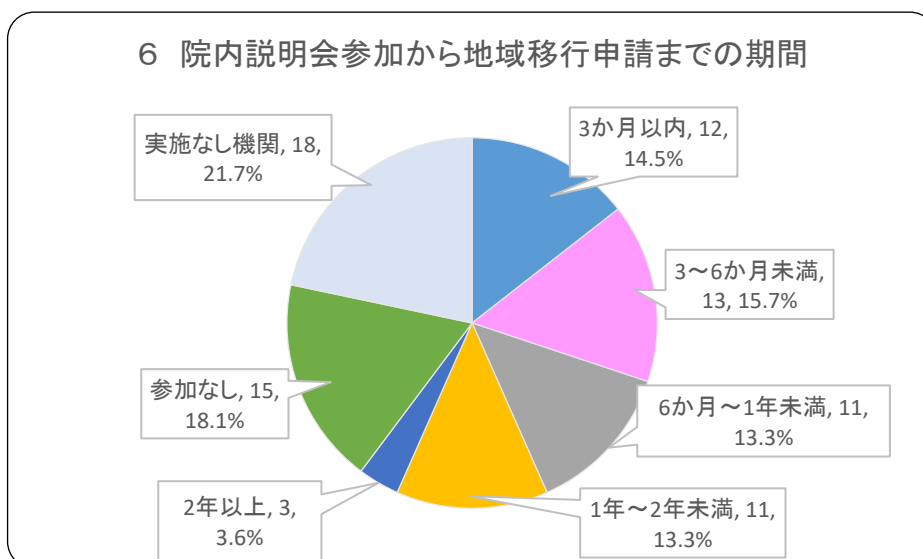
但馬病院 54名(65.1%)、公立豊岡病院 18名(21.7%)、大植病院 7名(8.4%) 他圏域の機関も4名いる。



6) 院内説明会参加と地域移行申請との関係

3～6か月13名（15.7%）が一番多い。次いで、3か月以内12名（14.5%）、6か月～1年11名（13.3%）で1年未満が4割以上を占めるが、1年以上も14名（16.9%）いることから、関わり始めてから退院する事への決断に一定の期間を要する患者もいることがわかる。残りの33名（39.8%）は、病院スタッフの働きかけでピアサポーターとの面接から申請に至っている。

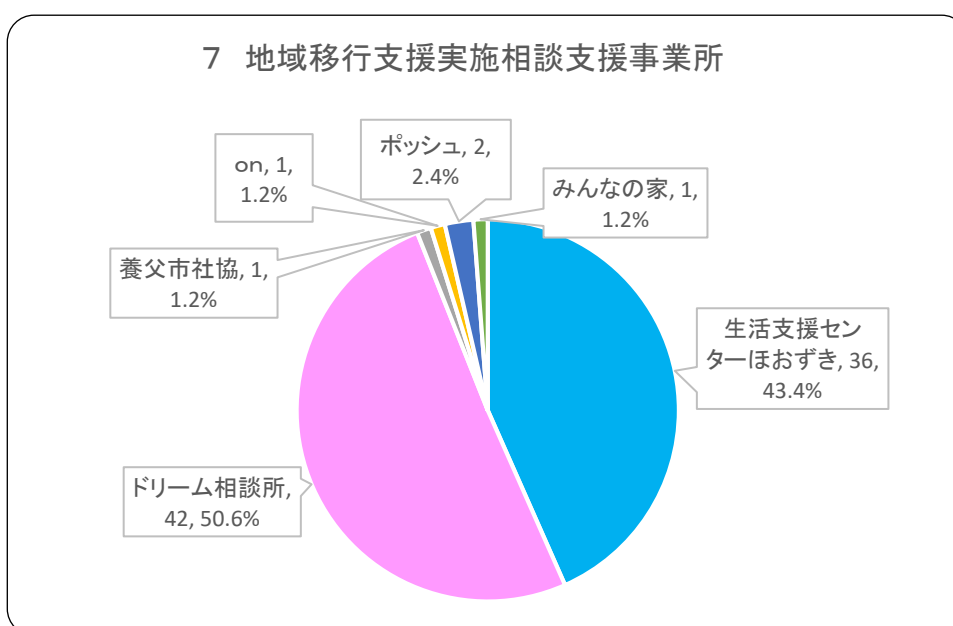
院内説明会に参加した者は約6割を占めているため、病院内での意欲喚起の重要性がわかる。



7) 実施相談支援事業所

かるべの郷ドリーム相談所が42名（50.6%）、生活支援センターほおずきが36名（43.3%）でほとんどを占める。その他4か所の事業所が支援をしている。

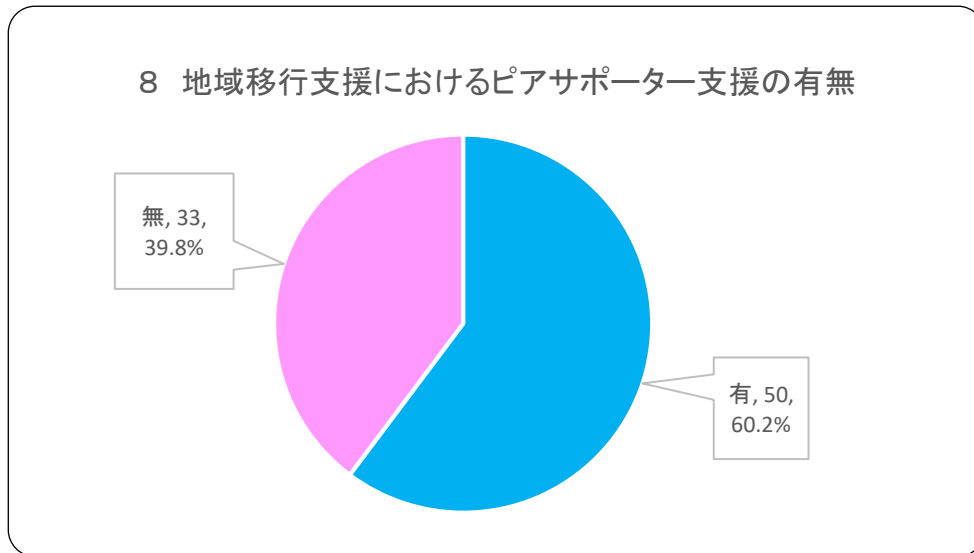
※「みんなの家」は鳥取県内の相談支援事業所であり、鳥取県内の医療機関の入院患者が利用した。



8) 地域移行支援におけるピアサポーター支援の有無
有が 50 名で 6 割を占める。

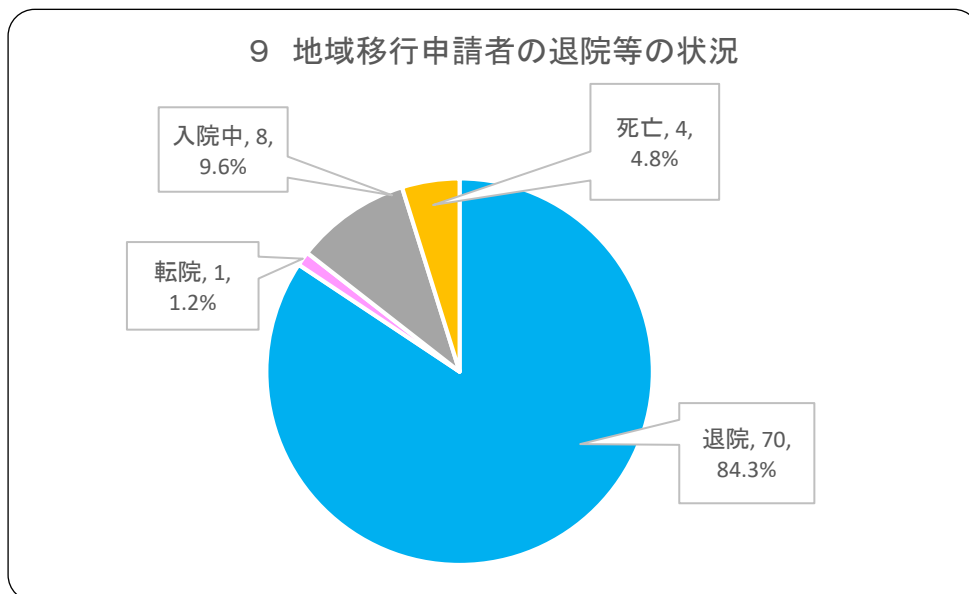
退院意欲喚起の院内説明会や個別面接にはピアサポーターが関与していることが多く、地域移行支援申請者もピアサポーター支援を受入れる患者が多い。

申請者の中でピアサポーター支援を希望しない患者や、施設入所支援の方針が概ね決まっている事例では、ピアサポーターの導入をしていない。



9) 退院等の状況

70 名 (84.3%) が退院した。転院が 1 名 (1.2%)、退院せず現在も入院中が 8 名 (9.6%)、支援中や、施設入所の待機中に死亡した者も 4 人 (4.8%) いる。



9-1) 入院中の 8 名について

5 名は継続支援中。支援期間の平均は 1 年 9 か月で、現在も支援継続して退院を目指している。支援中断は 3 名で、ケースの背景、理由を次ページに記載する。

※下記の入院期間、年代は令和2年9月時点。

- ◇ケース1：70代男性。入院期間7年10か月。支援期間1年9か月。本人は自宅への退院を希望したが、家族の受け入れが悪く実現できず、グループホームへの退院を勧めたが本人が納得しなかった。支援中に症状悪化して退院支援を見合わせている間に退院意欲が低下した。
- ◇ケース2：40代女性。入院期間6年10か月。支援期間トータル12か月。退院支援を2回行った。グループホームへの退院が決まりかけた時に、家族から退院するなら関わりを拒否したいと言われる。退院が近づくと不安が強くなり症状悪化。支援中断の間に次第に退院の意欲が低下した。
- ◇ケース3：70代男性。入院期間31年。支援期間12か月。本人は自宅への退院を希望したが家族の反対にあい、施設を探している間に次第に退院の意欲が低下した。
- ◇退院に至らず具体的な退院支援が中断中の3名についてみると、本人の希望と現実が一致せず調整をしていた間や、退院前の不安による病状変化へ対応している間に退院への意欲が低下している状況である。

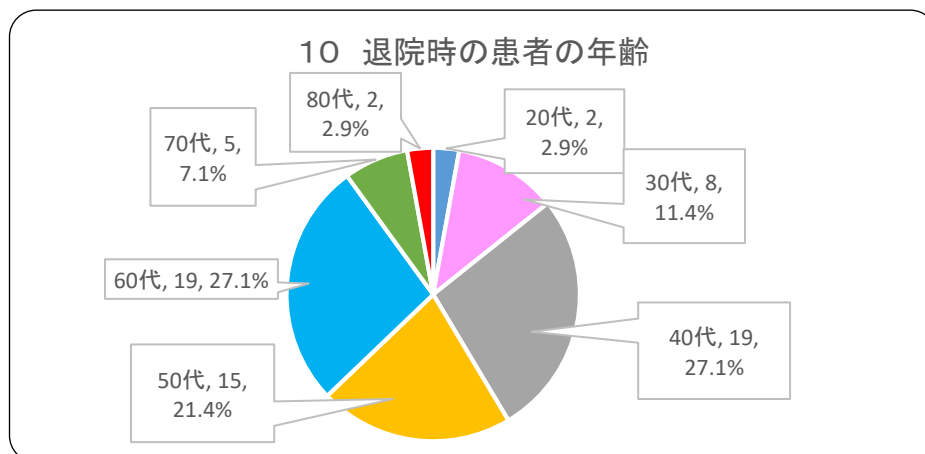
9-2) 死亡者4名について

- ・1名は退院支援中の自殺である。精神疾患を抱えていること自体が自殺のハイリスクであると認識し、支援者間の連携や患者が相談しやすい状況を作ることが必要である。しかし、周囲が努力をしても避けられない死があることも事実である。
- ・3名は退院支援終了後の死亡である。精神症状の悪化や身体疾患の併発により本人の退院への意欲の低下や年齢による身体機能の低下等がおこり、一旦退院支援を中止した。その後状態が回復せず死亡に至っている。中には養護老人ホーム入所待機中の患者もいた。いずれのケースも無念であったと思われる。このことから、患者の生命は有限であることを再認識し少しでも早く退院に向けた支援を進めていくことが必要である。

2 退院者(70名)について

1) 退院時の年齢、性別

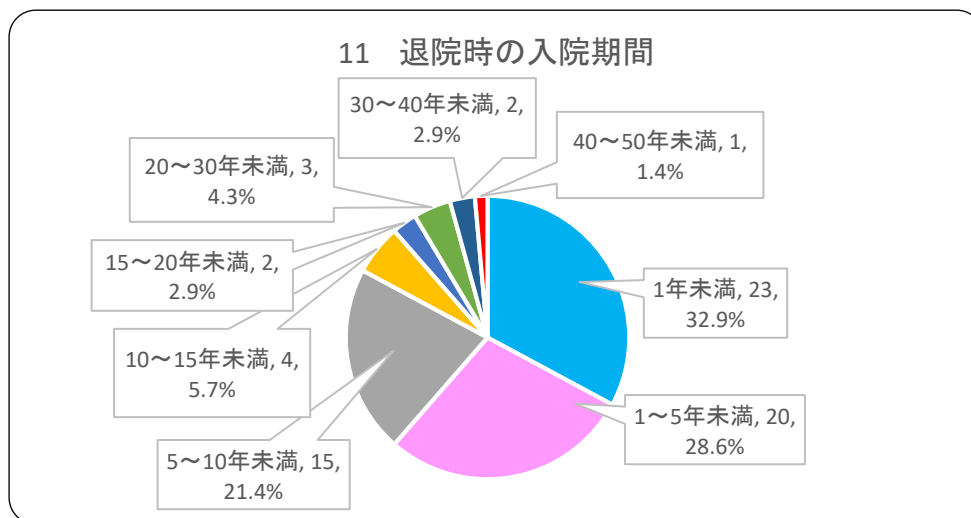
60代19名(27.1%)、70代以上7名(10.0%)で、60代以上が約4割である。40代19名(27.1%)、50代15名(21.4%)が次いで多い。高齢者の退院支援が困難であるという意見があるが、何歳になっても支援次第で退院できることがわかる。性別は、男性48名(68.6%)、女性22名(31.4%)で地域移行申請者の男女比と大きな差はない。



2) 退院時の入院期間

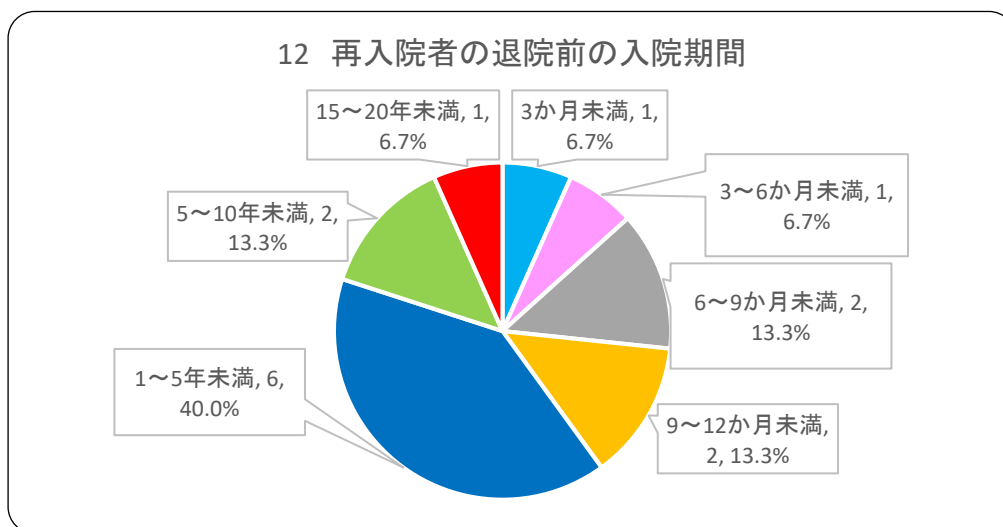
1年未満が23名(32.9%)、1～5年が20名(28.6%)と多く、約6割を占める。30年以上40年未満が2名(2.9%)、40年以上も1名(1.4%)おり、数十年の入院患者も退院が可能であることがわかる。

地域移行支援は、長期入院患者の解消を目的に始まった制度であるが、1年未満の入院患者に入院当初から退院を見据えた支援を行うことで、長期入院を防ぐことができるため、重要であることがわかる。



3) 申請時点の入院期間別退院率

入院期間別に退院率をみると10年以上の入院患者を支援して退院できなかった事例は1名のみである。入院期間が1年未満と10年以上の退院率が高いことがわかる。長期入院でも地域移行申請すれば退院できることがわかる。



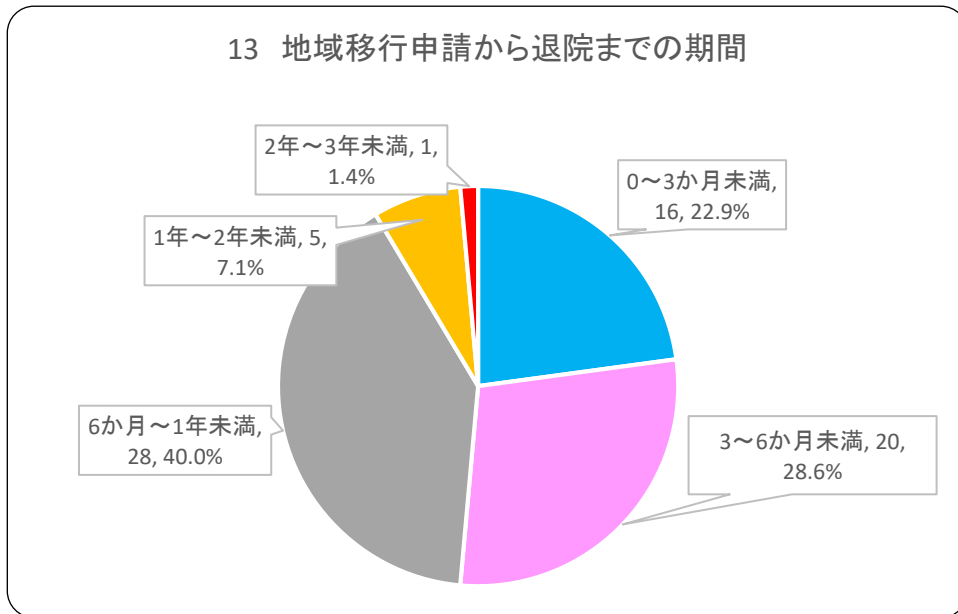
12-2 申請時点の入院期間別退院者

入院期間	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20～30年未満	30～40年未満	40～50年未満	合計
地域移行申請者	32	24	16	2	3	4	1	1	83
上記の内退院した者	31	17	12	2	3	3	1	1	70
退院率	96.9%	70.8%	75.0%	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%	100.0%	84.3%

4) 地域移行申請から退院までの期間

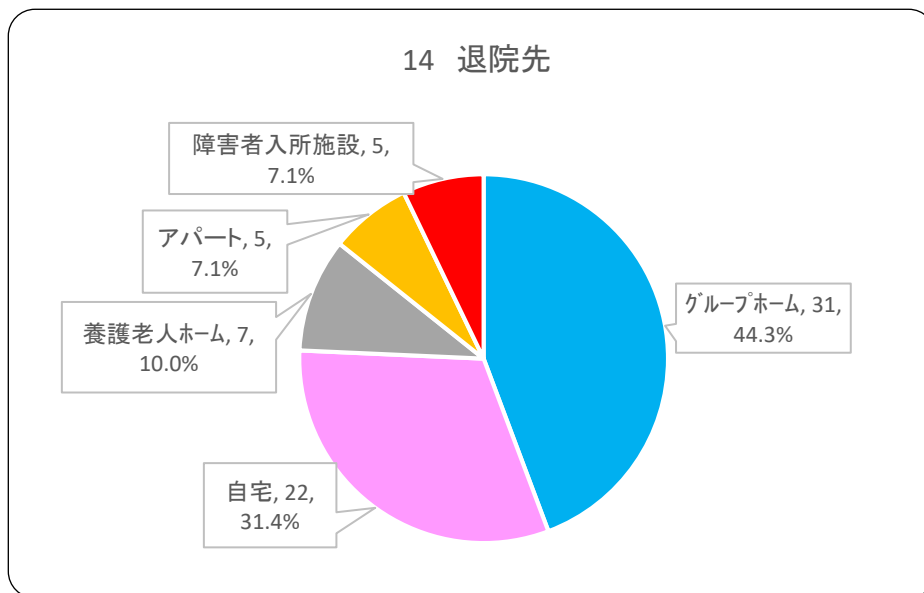
3か月未満16名(22.9%)、3～6か月20名(28.6%)で申請から6か月以内に退院している者が約5割を占めている。1年以上の者も6名(8.5%)いるが割合は低い。2年～3年未満の1名については、支援中断を経て、二度目の支援で退院したため、トータルの支援期間が長くなっている。

1回の申請の有効期間は6か月であるが、9割の申請者は1年以内の2回までの申請で退院している。一方、申請を複数回行うことで退院できる患者もいるため、患者の状況に応じた継続的な対応が必要である。



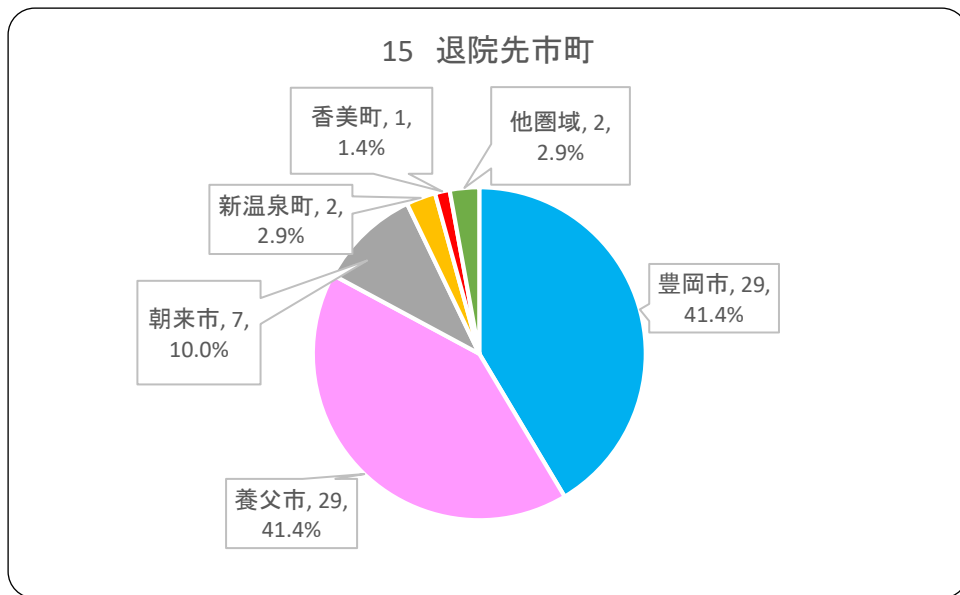
5) 退院先

グループホーム31名(44.3%)が一番多い。次いで自宅22名(31.4%)、養護老人ホーム7名(10.0%)の順に多い。アパート、障害者入所施設はともに5名(7.1%)である。



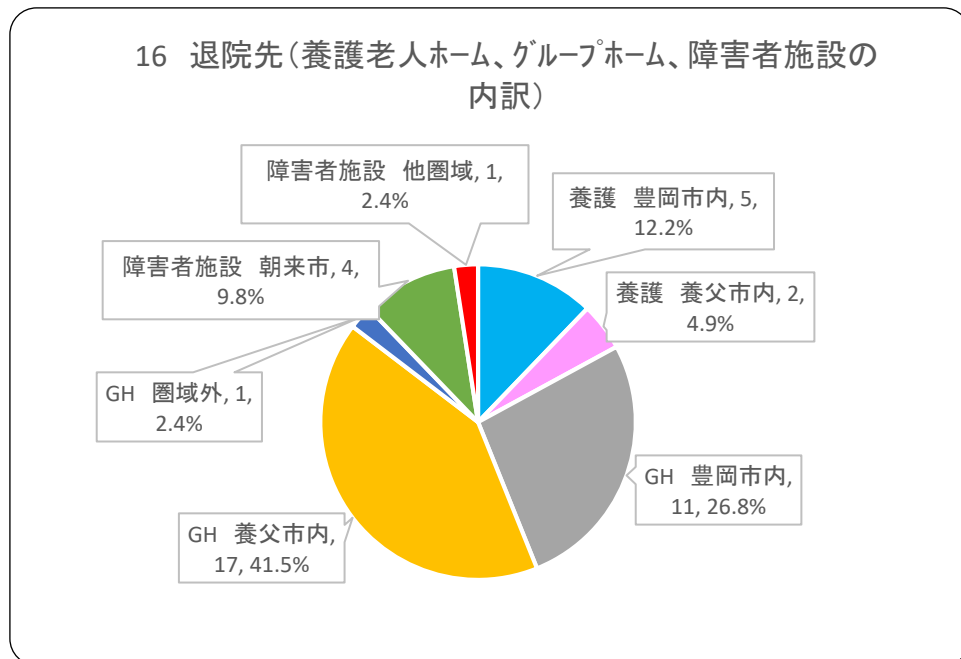
6) 退院先の市町

豊岡市、養父市ともに 29 名 (41.4%) である。朝来市 7 名 (10.0%) 新温泉町 2 名 (2.9%) 香美町 1 名 (1.4%) となっている。



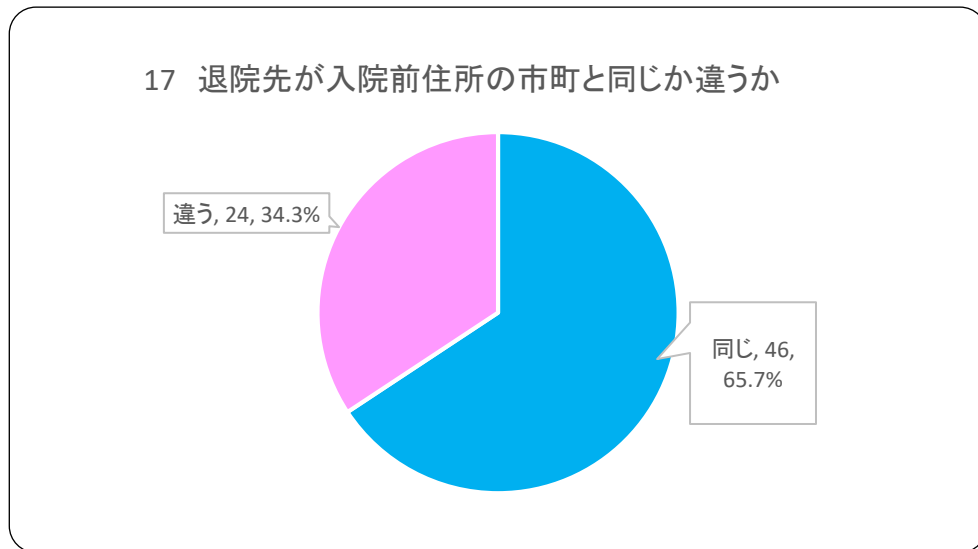
7) 退院先の施設 (市町別)

自宅、アパート以外の養護老人ホーム、グループホーム (略 GH)、障害者入所施設に退院した者については、養父市内のグループホームが一番多く 17 名 (41.5%)、次いで豊岡市内のグループホームが 11 名 (26.8%) となっており、グループホームがある地域への退院が多くなっている。



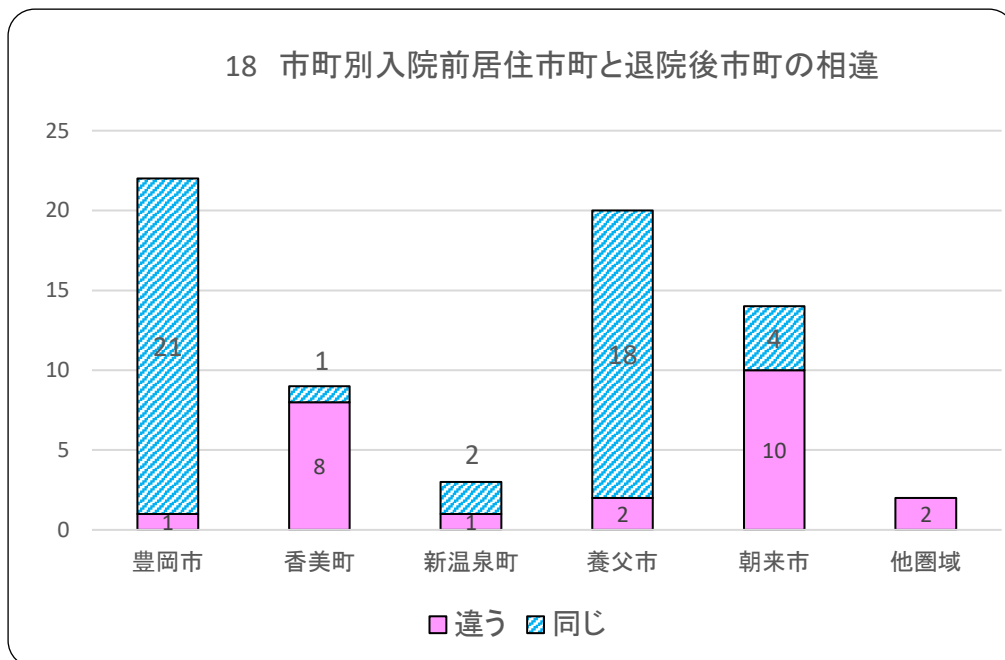
8) 退院先と入院前住所の比較

同じ市町への退院が 46 名 (65.7%)、違う市町への退院が 24 名 (34.3%) である。グループホームをはじめ施設整備の状況に市町間の格差があるため、およそ 1/3 の患者は入院前の市町に戻ることができていない。



9) 入院前住所と退院先市町の比較

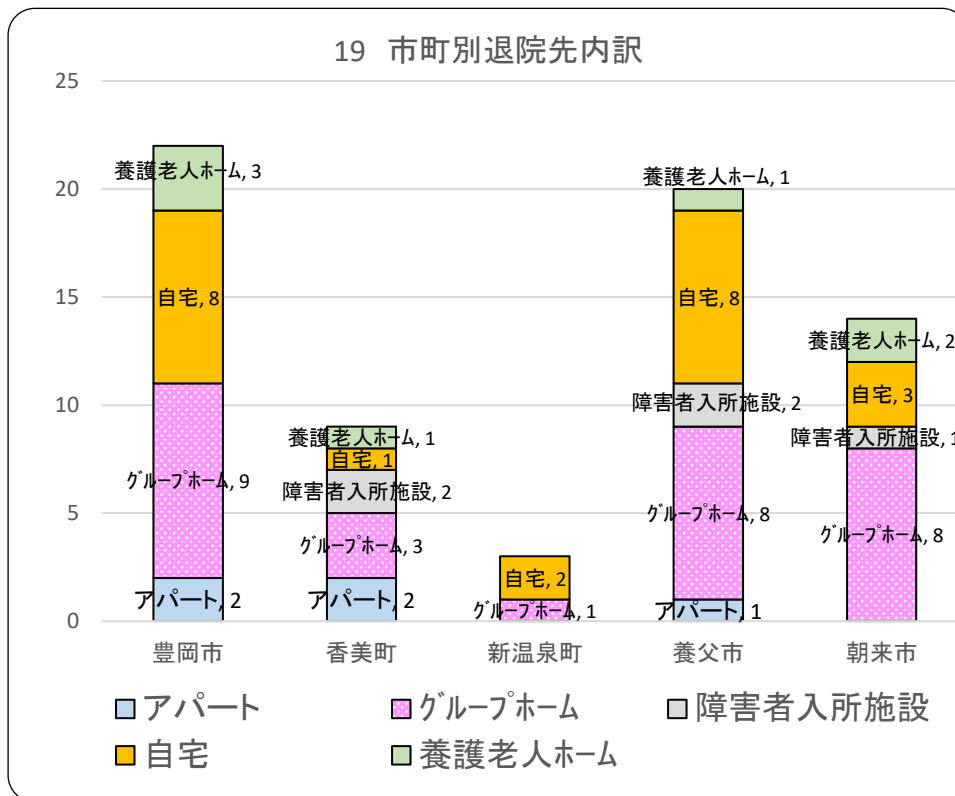
患者が入院前の市町に戻ることができているかは市町間に差がある。同じ市町に戻ることができているのは、豊岡市 91.3%、養父市 90.0%、新温泉町 66.7%、朝来市 28.6%、香美町 11.1% である。



10) 入院前居住市町別退院先内訳

豊岡市と養父市が自宅とグループホームの割合が同率程度である。朝来市はグループホームの割合が高いが他市のグループホームの入所である。

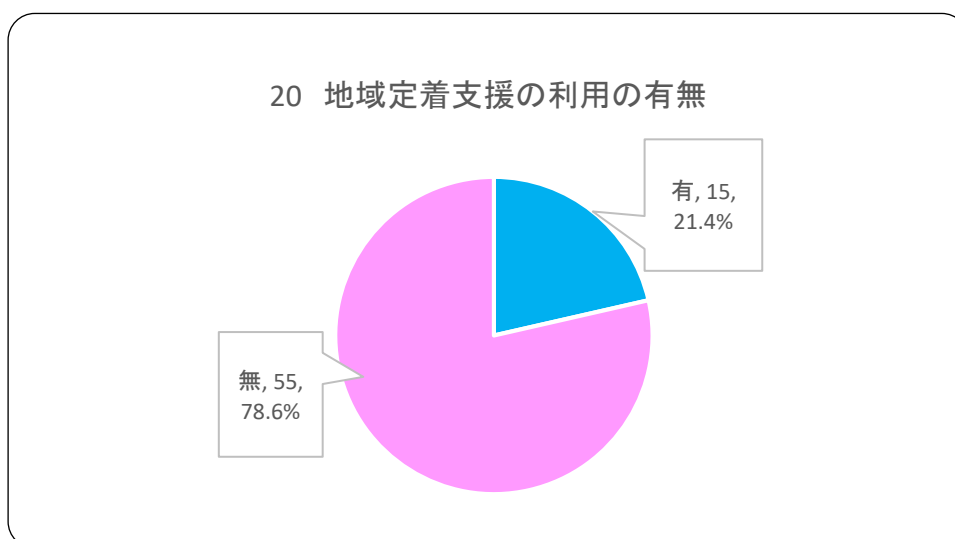
市町は自身の自治体出身の入院患者数や入院先、入院期間の状況を把握し、退院の受け入れのために必要な地域資源整備を行う必要がある。



11) 退院後の地域定着支援利用

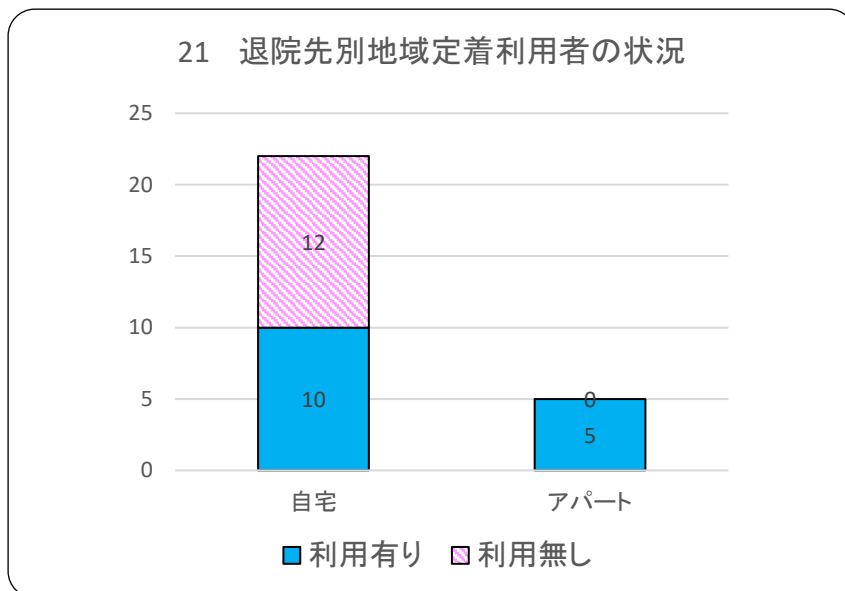
有りが15名(21.4%)、無しが55名(78.6%)である。

※地域定着支援はグループホームや入所施設、養護老人ホームに退院した43名については制度上利用できない。



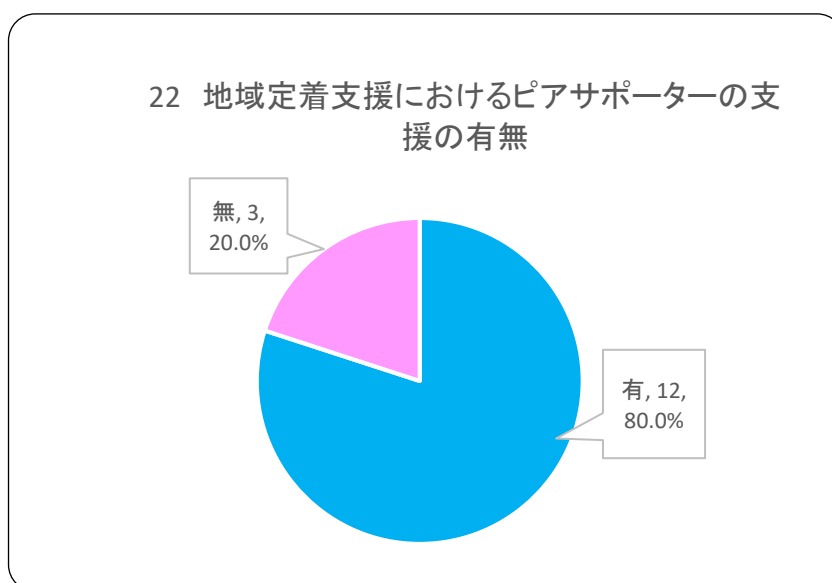
12) 退院先による地域定着支援の利用割合

退院後、地域定着支援を利用したのは15名で退院先は、自宅10名、アパート5名である。自宅への退院者22名中10名、アパートへの退院者5名は全員が利用している。自宅で同居者がいても高齢や障害等で緊急時の対応が見込めない場合は積極的に当制度の利用を勧めている。



13) 地域定着利用者のピアサポーター支援の有無

支援有り12名(80.0%)、無し3名(20.0%)である。地域定着支援でのピアサポーター支援については8割が利用しており、地域移行支援時から継続して関わることで、患者の安心につながっている。



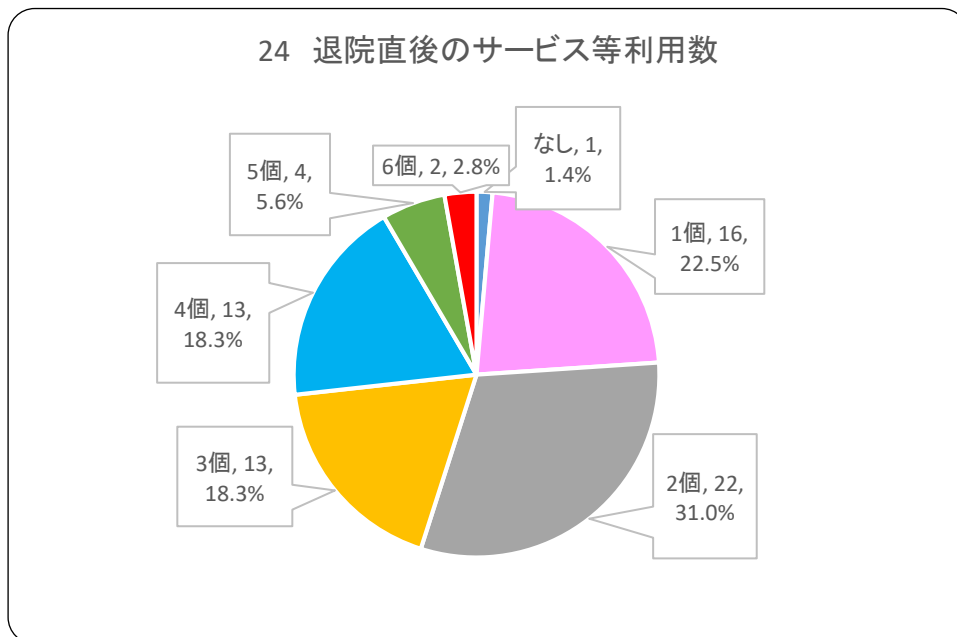
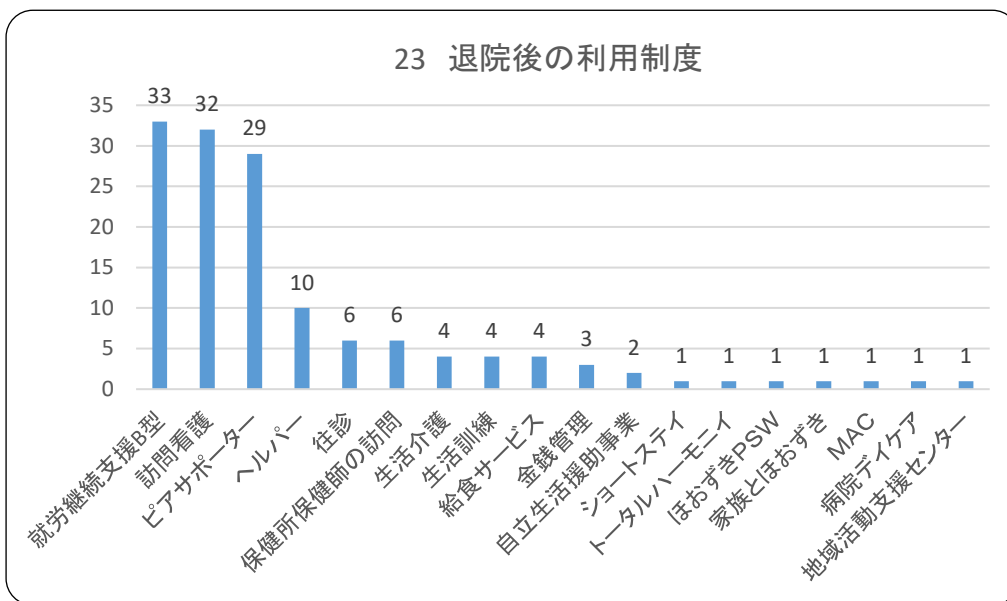
14) 退院直後に利用した制度

退院直後の支援、サービスについてはほとんどの者が何らかのサービスを利用している。利用しなかった1名については、退院後すぐに再入院となっているためである。

利用したサービスの数については、2個22名(31.0%)、3個、4個がそれぞれ13名(18.3%)、6個という者も2名(2.8%)いる。

就労継続支援B型33名(46.5%)、訪問看護32名(45.7%)ピアサポーター29名(40.8%)の順に多い。ヘルパー10名(14.1%)、往診、保健所保健師の訪問が6名(8.5%)である。自立生活援助事業2名(2.8%)もいる。

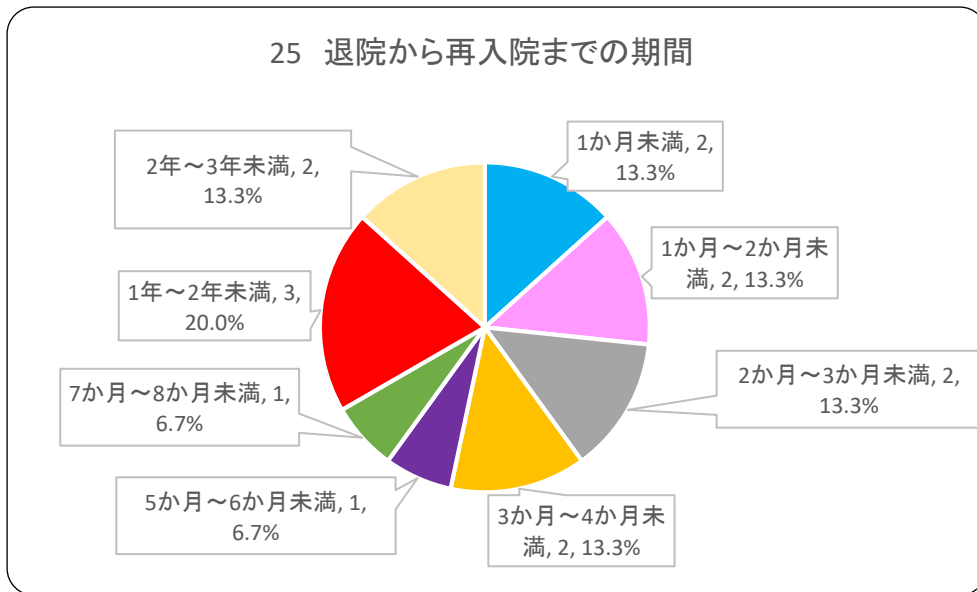
ピアサポーターは地域定着支援のような制度上のサービス以外に、グループホーム利用者への訪問など、制度外の支援も行っている。



15) 再入院者

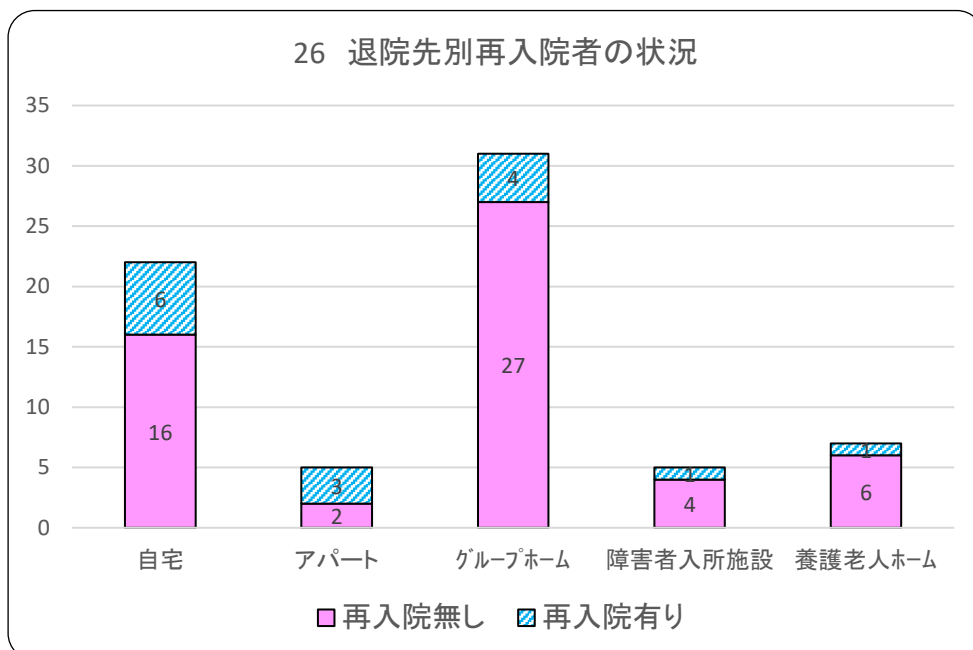
追跡期間は半年から5年半と患者により幅があるが、退院後令和2年9月までに再入院した者は15名で退院者全体の21.1%であった。退院後3か月以内の再入院が6名で全体の4割を占めている。このことから、退院早期の継続したきめ細かい支援の必要性がわかった。

退院後1年～3年未滿に再入院となった者が3名(33.3%)いる。地域生活に慣れた時期と思われても、不安定になることも十分考えられるため、再入院を防ぐ支援が求められる。



16) 退院先別の再入院率

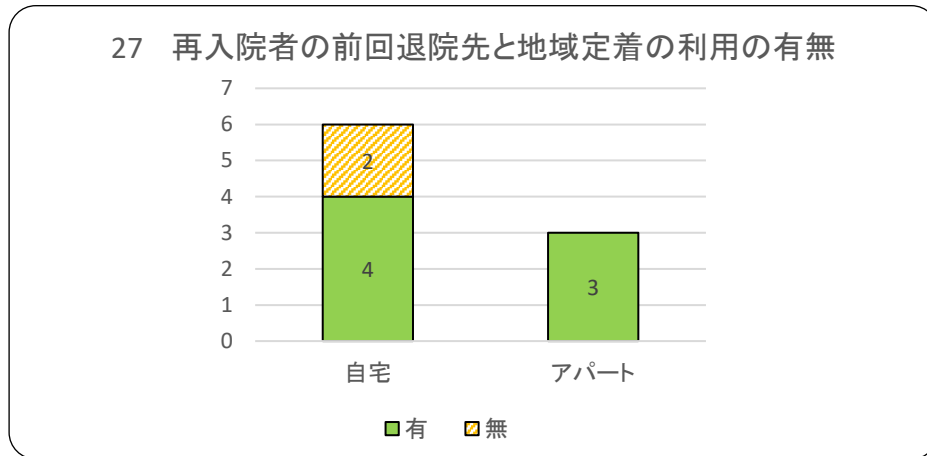
再入院者の割合が多かったのはアパートで5名中3名(60.0%)であり、次に多いのは自宅の22名中6名(27.3%)である。グループホーム、施設入所支援の居住系サービスの利用者や養護老人ホーム入所者にも再入院者はいるが、再入院率は43名中6名(14.0%)と低いことがわかった。



17) 再入院者の前回退院先と地域定着の利用の有無

自宅に退院し、再入院となった6名の中で地域定着を利用していた者は4名である。アパートに退院し、再入院となった3名は全員が地域定着を利用していた。

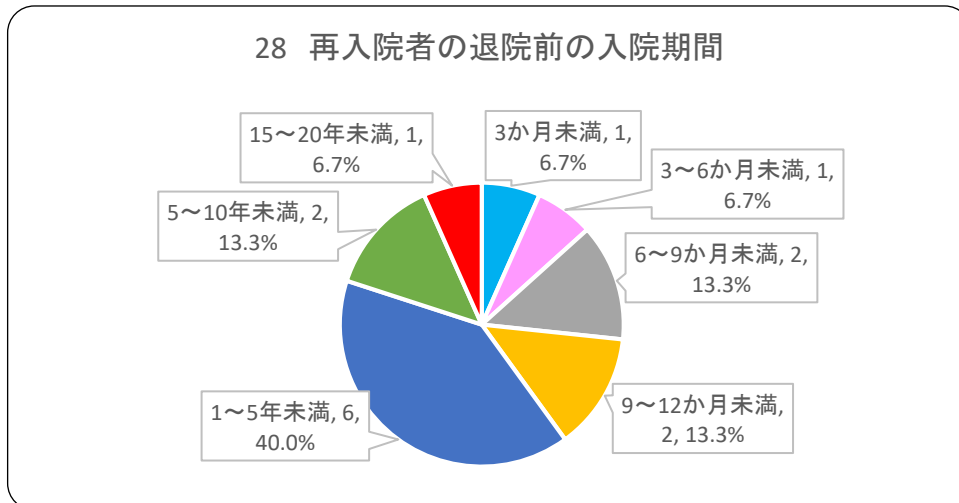
アパートへの退院者への危機介入については地域定着のみでは不十分なのかもしれない。



18) 再入院者の退院前の入院期間と再入院率

再入院者の退院前の入院期間は1年未満が4割、1～5年未満が4割を占める。5～20年未満が2割であり、10～15年未満と20年以上の入院者で再入院した者はいなかった。

数十年という入院期間の者であっても、支援が適切であれば退院後の生活や病状が不安定になるということではないということが分かった。



28-2 退院前の入院期間別再入院率

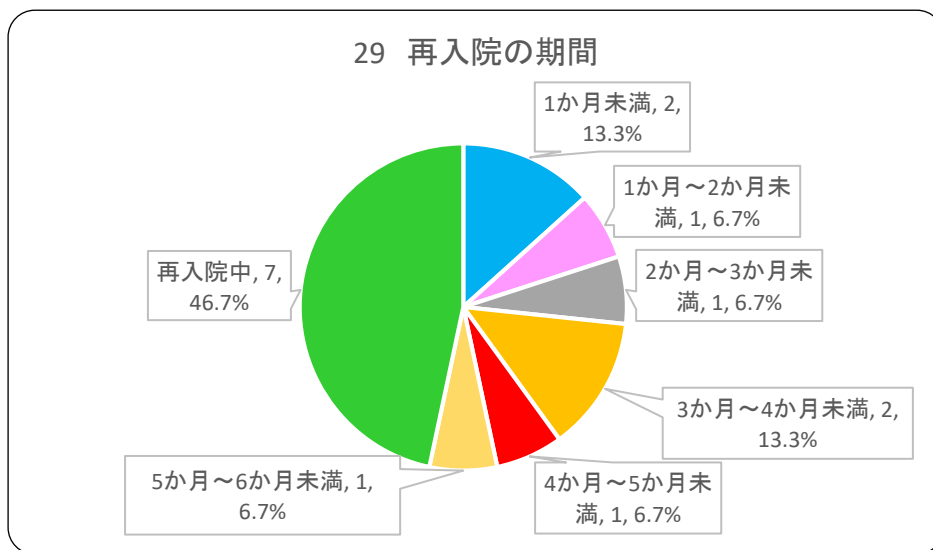
	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20年以上	合計
退院前入院期間	23	20	15	4	2	6	70
上記の内の再入院者	6	6	2	0	1	0	15
再入院率	26.1%	30.0%	13.3%	0.0%	50.0%	0.0%	21.4%

19) 再入院の期間

再入院者 15 名のうち再度退院したのは 8 名 (53.3%) で全員が 6 か月以内に退院している。再入院中が 7 名 (46.7%) である。

再入院中の 7 名については、2 名が退院に向けて支援中。5 名は、退院の意欲喚起等の支援中である。

再入院中の者の再入院期間は、1 年未満が 3 名、2 年～3 年未満が 3 名、4 年～5 年未満が 1 名となっており、再入院した場合も長期入院になる可能性があることがわかる。再入院した直後から退院を見据えた支援をして、6 か月以内の退院を目標とする必要がある。



3 令和 2 年 4 月～9 月の地域移行申請者について

1) 申請者数 : 11 名

2) 退院者数 : 7 名

3) 申請時の入院期間 : 6 か月以内が 9 名 (81.8%)、2 年が 1 名 (9.1%)、29 年が 1 名 (9.1%) である。

4) 特徴 : 急性期病院の患者からの申請が多い。6 名 (54.5%)

入退院を繰り返す患者が利用することで、再入院を減らすことを目的とする申請が増えている。

VI 現状分析のまとめ

1 圏域の状況

高齢化した過疎地域で、人口当たりの精神科病床数は、35.1床/万人と全国平均(25.9床/万人)より35%も多い。当圏域は、多数の長期入院患者を抱えながら、地域移行支援を活用した退院支援が全く行われていなかったが、2014年の精神保健福祉法の改正をきっかけに退院支援の体制ができつつある。

2 取組の経過

健康福祉事務所(保健所)から法改正の趣旨(長期入院の解消と在宅生活の支援)を関係機関に周知するとともに、2012年から国制度として個別給付化されている「地域移行・定着支援」を入院患者が当たり前使えるように、病院、相談支援事業所、市町が参加する協議の場を提案した。会議は、トップの会議(2回/年)と実務者会議(1回/月)を定期開催することを軸に体制作りを取組んだ。特徴的な取組としては、健康福祉事務所(保健所)と相談支援事業所が協働でピアサポーターを養成したこと及び、ピアサポーターを最低賃金以上の時間給で非常勤雇用し、地域移行・定着支援の担い手として活用したことである。

3 事例から学べること

50年近く入院して高齢になった者や、入退院を繰り返す者、家族が同居を受け入れなかった者などが、地域移行・定着制度等を利用して当たり前退院し、地域生活を送っている。

4 取り組みによる圏域の変化

月1回の実務者会議(戦略会議)の中で、精神科医療機関からは退院可能な患者のリストを毎年50~100名提出してもらい、退院支援について検討した。2015年からの地域移行申請者は毎年22~28人あり、制度利用で退院した患者が10~15人はいる。地域移行制度を使わず退院する患者数も増えており、結果として2020年までの6年間で入院患者が約100人、1年以上入院患者は約70人減少した。

ピアサポーターを活用して地域移行・定着に取り組む相談支援事業所は、2014年の1カ所から4カ所に増えた。圏域内の5市町の中で地元事業所がないのは1町だけで、その町の住民への支援は4事業所がカバーしている。雇用されて活動しているピアサポーターも4人(2014年)から17人(2020年)に増えている。

圏域の精神障害者が利用できる社会資源は、退院する患者の増加に対応するために増加した。特に住居ではグループホームが2カ所から5カ所に増え、アパートの入居相談に対応してくれる宅建業者も増えた。また、医療的ケアでは精神科訪問看護に対応する訪問看護ステーションが2カ所から6カ所に増え、訪問看護を実施する精神科医療機関が1カ所増えた。

5 地域移行申請者の状況

2014年4月から2020年3月までの6年間に、圏域内の精神科医療機関に入院中の患者で地域移行支援の申請者は83名である。

その属性は、性別では男7割女3割で、疾患別では約8割が統合失調症、1割が気分障害である。入院期間では、1年未満37.3%、1~5年未満30.1%、5年以上32.5%である。前半3年間では1年以上入院者が多いが、後半3年間では1年未満入院者が多く、長期入院者中心から入退院を繰り返す患者へと支援対象が変化している。

申請者の6割は、集団での意欲喚起の場である「院内説明会」が申請へのきっかけとなっており、残りの4割は個別面接等の個別支援から申請に至っている。6割がピアサポーターの支援を受けている。

退院者は70名(84.3%)で、入院中で支援継続が5名(6%)、入院中で支援終了3名(3.6%)、死亡4名(4.8%)、他圏域への転院1名(1.2%)である。

6 退院者の状況

退院者70名を2020年9月まで観察した結果を分析した。退院者の年齢は、40代19名(27.1%)と50代15名(21.4%)で約半分を占めているが、60代19名(27.1%)と70才以上7名(10%)の60才以上の高齢者も4割近くを占める。

入院期間では、1年未満が23名(32.9%)と最も多いが、10年以上も11名(15.7%)おり、長期入院者も退院につながることができている。入院期間別で申請者に対する退院率を見ると、1年未満と10年以上の入院期間の患者の退院率が高く9割を超えている。

退院先はグループホームが31名(44.3%)と最も多く、自宅22名(31.4%)、養護老人ホーム7名(10%)と続いている。アパートと障害者施設はそれぞれ5名(7.1%)である。

入院前の自治体に帰れたのは46名(65.7%)で、グループホームが整備されている自治体では9割以上が同じ自治体に帰ることができているが、整備されていない自治体では、帰ることができる割合は低い。

退院後の地域定着支援は、アパート等に単身で住む場合は全例(5名)活用している。また自宅退院22名のうち、同居家族が高齢等で支援困難な場合には活用できるため10名(45.5%)が活用している。地域定着支援利用者15名の内12名(80%)はピアサポーターが支援に加わっている。

退院後にすぐに再入院した1名を除いて、他は何らかのサービスを利用しており、53名(75.7%)は2つ以上のサービスを利用している。利用者が多いのは、就労継続支援B型(47.1%)、訪問看護(44.3%)、ピアサポーター(41.4%)である。

7 再入院の状況

観察期間中に再入院したのは15名(21.1%)である。退院後の再入院までの期間は、3ヶ月以内は6名と4割を占める。3ヶ月から1年までに4名(26.7%)が、残りの5名は退院後1年以上経過してから再入院している。

再入院は、アパート3/5(60%)、自宅6/22(27.3%)、障害者施設1/5(20%)、養護老人ホーム1/7(14.3%)、グループホーム4/31(12.9%)の順に少なくなる。

再入院者のうち自宅4/6とアパート3/3は地域定着支援を利用していたという状況から、地域定着支援が再入院を必要とする緊急対応の役割を果たし切れていない可能性がある。

退院前の入院期間では、1年未満が6/23(26.1%)、1~5年未満が6/20(30%)と高く10年以上が1/12(8.3%)と低い。

再入院後に再度退院した者は8/15(53.3%)で、残りは現在も再入院中である。再入院中の7名の内2名は退院支援中であり、残りの5名は退院意欲喚起を再度行っている。退院できた8名は全て6ヶ月以内に退院しており、再入院時点の早期から再退院の支援を開始し、短期での退院を目指す必要がある。

Ⅶ 考察

地域移行・定着支援事業に取組み7年目に入り、前年度までの6年間の支援の分析を試みた。83名の地域移行支援を申請した入院患者の84%が退院できていることがわかり、現在までの活動の成果を確認することができた。

申請者や退院者の属性を分析する中で、10年を超える超長期の入院患者でも意欲喚起を丁寧に行い、地域移行制度の利用を決断してくれさえすれば9割は退院でき、再入率も8.3%と低いこともわかった。また、退院者の4割は60才を超えており、高齢者でも退院ができていることもわかった。

一方、退院先はグループホーム、養護老人ホーム、障害者施設という「施設系」が6割を占め、自宅は3割、アパートへの退院は1割にも満たない。そのため、グループホームをはじめとする施設整備が十分でない市町では、入院前の自治体に退院できる率は低く、市町間の地域資源整備状況が退院への選択肢に影響を与えており、格差の是正が必要である。退院後の支援は複数取り入れられているが、就労継続支援B型、訪問看護に次いで、ピアサポーターの支援が多く入っているのは当圏域の特徴である。

再入院率は21%と決して高くなく、そのうちの半分以上は再退院をしている。一方、再入院率はアパートが3/5件(60%)と高く、退院後の支援に課題がある。しかし、グループホーム等への適応や自宅退院が困難な事例を現状ではアパート退院させている傾向があり、今後、グループホームのサテライトとしてのアパート活用や、短期間のグループホーム入所後にアパート生活へ移行する等の工夫が必要と思われる。

Ⅷ 精神障害者福祉に係る残された課題・今後の展望

1 医療機関

- ①職員が長期入院を解消させるという意識を持ち続けること。
- ②地域移行の積極的な活用
- ③入退院を繰り返す患者支援の検討
- ④入院時から地域支援者と退院に向けての支援開始
- ⑤長期入院している認知症患者の退院促進

2 相談窓口

- ①相談支援員の精神障害者対応力の拡大（スタッフの充足を含めて）
- ②自立生活援助等のサービスメニューの拡大
- ③高齢福祉、介護保険、障害福祉等多機関の連携強化

3 住居

- ①グループホーム入居者の地域移行
- ②不動産事業者の精神障害者の入居支援に関するさらなる理解促進

4 精神障害者の社会参加

- ①ピアサポーターの活動分野の拡大
- ②住民への普及啓発
- ③助け合い、支え合える地域の拡大

5 就労

- ①精神障害者が自分の能力を活かして働ける場の拡大
- ②働きながら生きがいを見つけられるしくみづくり
- ③経済的に自立できる程度の収入が得られるしくみづくり

お わ り に

2014年の精神保健福祉法の改正により家族の保護義務規定が無くなり、精神障害者支援を家族に負担させるのではなく、社会が担うという方針が打ち出され、改正法の運営指針にピアサポーターの活用が明記された。ちょうどその時期に、兵庫県但馬圏域の豊岡保健所の所長に就任し、圏域内の朝来保健所と一緒に、圏域の精神保健医療福祉の体制を法の趣旨に合うように変えることを両保健所の職員と合意し、取り組み始めた。

2017年からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業」が、当圏域の活動も参考となって国事業として始まり、全国での展開が期待されている。

当圏域が、精神障害者が当たり前に暮らせる地域へと少しでも変化したのか、現状を分析し課題を明確するために、今回の分析を行った。

分析することで、この6年間の成果は明確になった一方、残された課題も沢山あることがわかった。特に、精神障害者の退院促進を進めることで空いた病床に、認知症患者が入院させられ、新たな長期入院患者が生まれていることは最大の課題であり、認知症対策として別の戦略を立てる必要性があると認識している。

これまでの活動に、精神科医療機関を始め、相談支援事業所を含む障害福祉関係者、市町村の担当者が協力を超えて、協働（ともに取り組む）して下さったことに深く感謝するとともに、これからさらに高い目標設定に向かって一緒に挑戦して下さるようお願いしたい。

さらに、これからの活動には、当事者でもあるピアサポーターの活動は今までもまして重要である。2021年度からの国の障害福祉サービスの改訂の中に、地域移行・定着支援や自立生活援助に「ピアサポート体制加算」が加わったことで、日本においてもピアサポーターが国が認める資格として位置づけられたことは大きく、ピアサポーターの精神障害者の地域生活支援における役割はさらに大きくなることが期待される。

但馬圏域は、ピアサポーターと協働しての精神障害者の地域生活を支える仕組み作りで先進的地域であると自負しており、この報告書でその一端を証明できたと考えているが、日本のトップランナーとなるにはさらなる努力が必要であり、この報告書をその一里塚としたいと考えている。

2021年3月

兵庫県豊岡保健所長
柳 尚夫

兵庫県豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所）地域保健課
〒 668-0025 兵庫県豊岡市幸町 7-11
TEL 0796-26-3672

兵庫県朝来健康福祉事務所（朝来保健所）地域保健課
〒 669-5202 兵庫県朝来市和田山町東谷 213-96
TEL 079-672-6870