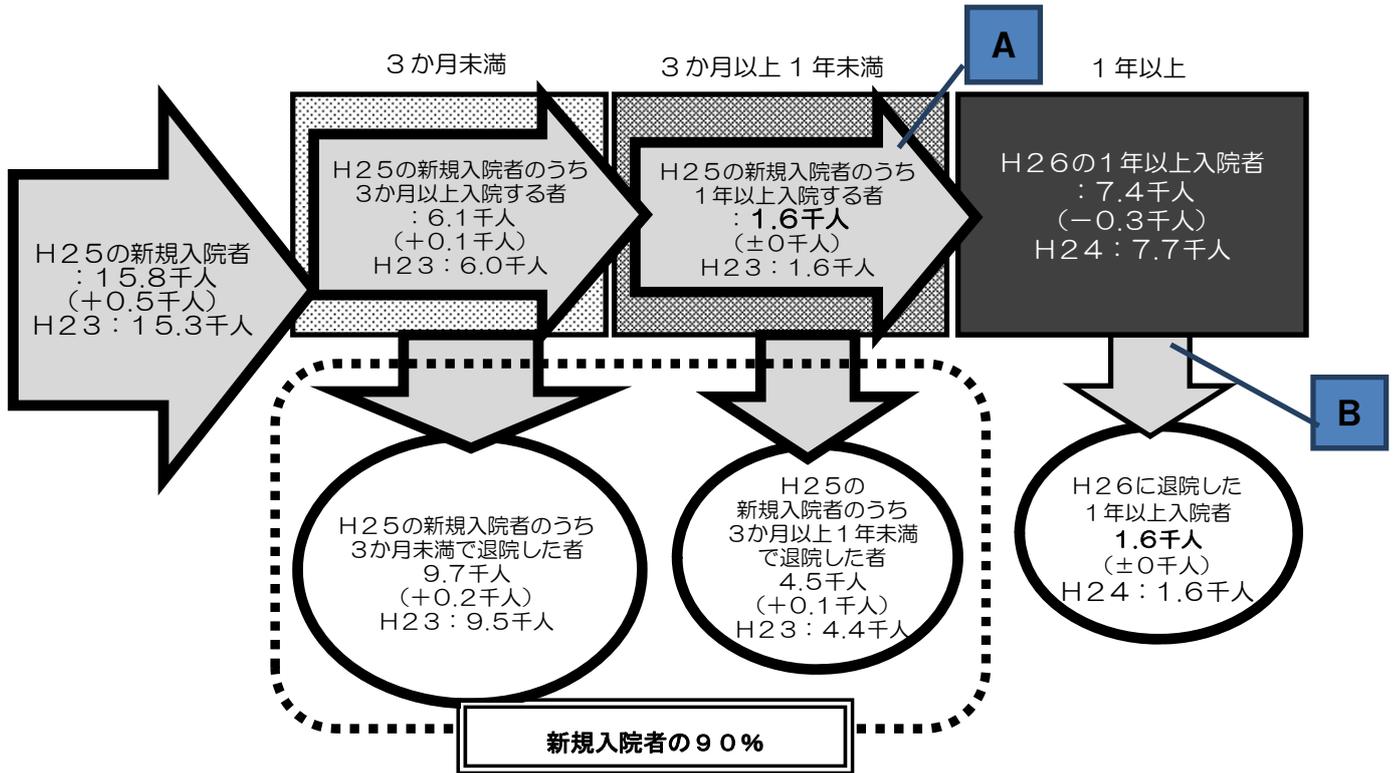


精神障害者の地域移行を支援するための体制づくりについて

1 現状：愛知県の精神科入院患者動態

- 愛知県では毎年約 16,000 人の新規入院があり、そのうちの約 1 割が、新たな長期入院（ニューロングステイ）になっている。**矢印A**
- 愛知県では長期入院者のうち毎年約 1,600 人の退院者がある。**矢印B**
- トータルすると長期入院者の総数は 7,400 人で大きな変化がない。



(データ出典：厚労省「精神保健福祉資料」平成 24 年度、平成 26 年度より推計)

2 目標

(1) 第 4 期愛知県障害福祉計画のねらいと目標値

- 新たな長期入院の予防と、既存の長期入院の解消によって、長期在院者の総数を約 1,100 人減らすことが、県の障害福祉計画における達成目標となっている。

ねらい	第 4 期 県障害福祉計画の目標 (平成 29 年度目標値)	平成 26 年度における県の現状 (目標達成のための必要値)
(A)ニューロングステイの予防 = 矢印Aを細く	(1)入院後 3 か月時点の退院率を 64%以上とする (2)入院後 1 年時点の退院率を 91%以上とする	(1) 61% (+3%の上昇) (2) 90% (+1%の上昇)
(B)長期入院の解消 = 矢印Bを太く	※数値目標は示されていない。	H26年に退院した 1 年以上入院者 推計約 1,600 人 (-)
(A)+(B)により長期在院者の総数を減らす	(3)在院期間 1 年以上の長期在院者を平成 24 年よりも 18%以上減少させる	(3) 長期在院者数 7,401 人 (6,277 人以下にする) ∴約 1,100 人の減少を目指す

(2) 入院中の精神障害者の福祉サービスに対するニーズ調査結果

- 精神科病院に6か月以上入院している人のうち、早期退院に向けて福祉サービスを利用することが望ましい人の数を把握するため、アンケート調査を実施。
- 平成27年9月、県内の全精神科病院（53病院）に調査票を送付し、38病院が回答（回答率＝72%、病床数ベースでは県内の全精神科病床の70%に相当）。
- 調査の結果、早期退院のために、下表に示す3種類の福祉サービスの利用ニーズを有する人（利用中・申込中を含む）は、1,000人強と推計される。

福祉サービスの種類	早期退院に向けて 利用ニーズのある者 (内1年以上入院者数)	データ捕捉率(70%)を 考慮して補正した 全県の推計値 (内1年以上入院者数)
(障害者) 地域移行支援	332人 (272)	474人 (389)
(高齢者) ケアマネジメント	345人 (276)	493人 (394)
グループホーム	353人 (296)	504人 (423)
上記いずれか1つ以上の利用 ニーズを有する者の数	745人 (605)	1,064人 (864)

3 取組の現状と課題

(1) 現行制度の中での地域移行支援の位置づけ

- 制度としての「地域移行支援」（狭義の地域移行支援）は、障害者総合支援法に規定されている障害福祉サービスの中の1つのメニューである。

精神障害者の地域生活移行に向けた主な支援制度（**広義の地域移行支援**）のあらまし

領域	根拠法令	支援内容	支援対象	支援者
福祉 (障害)	障害者総合支援法	○障害者相談支援（総合相談） 各種福祉サービスの利用申請の支援等	障害のある人や家族	市町村（又は市町村から委託された相談支援事業者）
		○計画相談支援 地域移行支援を含む各種福祉サービスの利用計画案の作成等	障害福祉サービスの利用申請をした障害者	指定特定相談支援事業者
		○地域移行支援（ 狭義の地域移行支援 ） 地域移行支援計画の作成、訪問相談、同行支援等 ○地域定着支援 地域生活に移行後も、安定して地域で暮らせるよう継続的な相談の実施等	精神科病院入院中の精神障害者で支給決定を受けた者（1年以上の入院者、または1年未満であっても特に支援が必要な者）	指定一般相談支援事業者
福祉 (高齢)	介護保険法	○ケアマネジメント 介護サービスを利用するための「介護サービス計画（ケアプラン）」及び介護予防支援サービスを利用するための「介護予防支援計画書」の策定等 ※障害福祉サービスと介護保険サービスで共通するホームヘルプサービス等については、介護保険給付が優先。介護保険ではカバーできない自立訓練（生活訓練）や就労移行支援などは、障害者自立支援も併給可能。	主に65歳以上（特定の疾患については40歳以上）の要介護・要支援者	介護支援専門員（ケアマネージャー）、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）
医療	精神保健福祉法	○退院後生活環境相談員（病院スタッフとして退院支援を担当するPSW等）の選任 ○地域援助事業者の紹介 ○医療保護入院者退院支援委員会の開催	医療保護入院者	精神科病院管理者（退院後生活環境相談員）

○ただし、「地域生活移行に向けた支援」（広義の地域移行支援）は、他の障害福祉サービスや、高齢精神障害者を対象とした介護サービス・介護予防支援サービスの利用調整、精神科病院が実施する各種退院支援策、地域生活を支える通院診療・訪問看護・デイケアをはじめとする医療の提供、さらに地域の連携体制整備等も含む広い概念。

（２）現在の地域移行支援体制の問題点

- 平成 19～23 年度までは、「退院促進事業」等の名称で、県の委託を受けた相談支援事業者が、地域移行のための個別ケース支援と地域の連携支援を一元的に担っていたため、事業体系がごくシンプルだった。
- しかし、平成 24 年度以降、地域移行支援を一元的に担う機関が消滅し、個別ケース支援は複数の相談支援事業所が、また地域の連携支援は、保健所、地域アドバイザー（※1）、基幹相談支援センター（※2）等が担うこととなり、互いの役割が未整理のまま曖昧化している。
- 同時に、相談支援制度が複雑化し、どのように制度を利用すればよいのか、局外者に分かりづらい状況が生まれている。
- 狭義の地域移行支援が、障害者総合支援法に基づく個別給付の対象となったことから、必然的に地域移行支援の中心的役割も、市町村及び地域自立支援協議会（※3）に移行することとなったが、地域移行支援は圏域単位の広域調整が必要であり、単独市町村では往々にして実施単位として小さすぎる。またそのノウハウも乏しい。
- 以前は明確な県の「事業」だったため、投下した費用に見合う成果が必然的に求められたが、個別給付化した現状は、支援実績を挙げることに、十分な動機付けが働かない構造になっている。そのため潜在的ニーズや、指定一般支援事業の増加（H27 年 10 月現在、160 事業所）に比べ、サービス利用実績が十分に上がっていない。

障害福祉サービスの利用状況 (H26 年 7 月～H27 年 5 月審査分)

サービス種別	給付実績
地域移行支援サービス（精神）	89 人
地域定着支援サービス（精神）	186 人

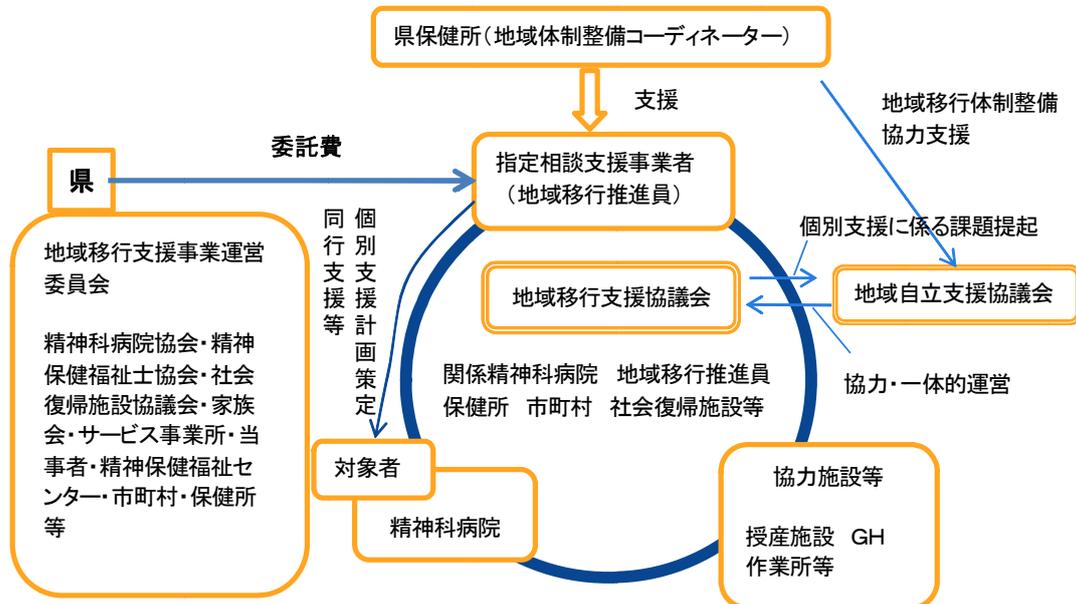
参考：H19～23 年度の旧退院促進事業（各圏域 1 事業所に委託）実績

年度	H19	H20	H21	H22	H23	合計
利用者数	37 人	69 人	21 人	18 人	19 人	164 人
退院者数	7 人	32 人	12 人	4 人	8 人	63 人

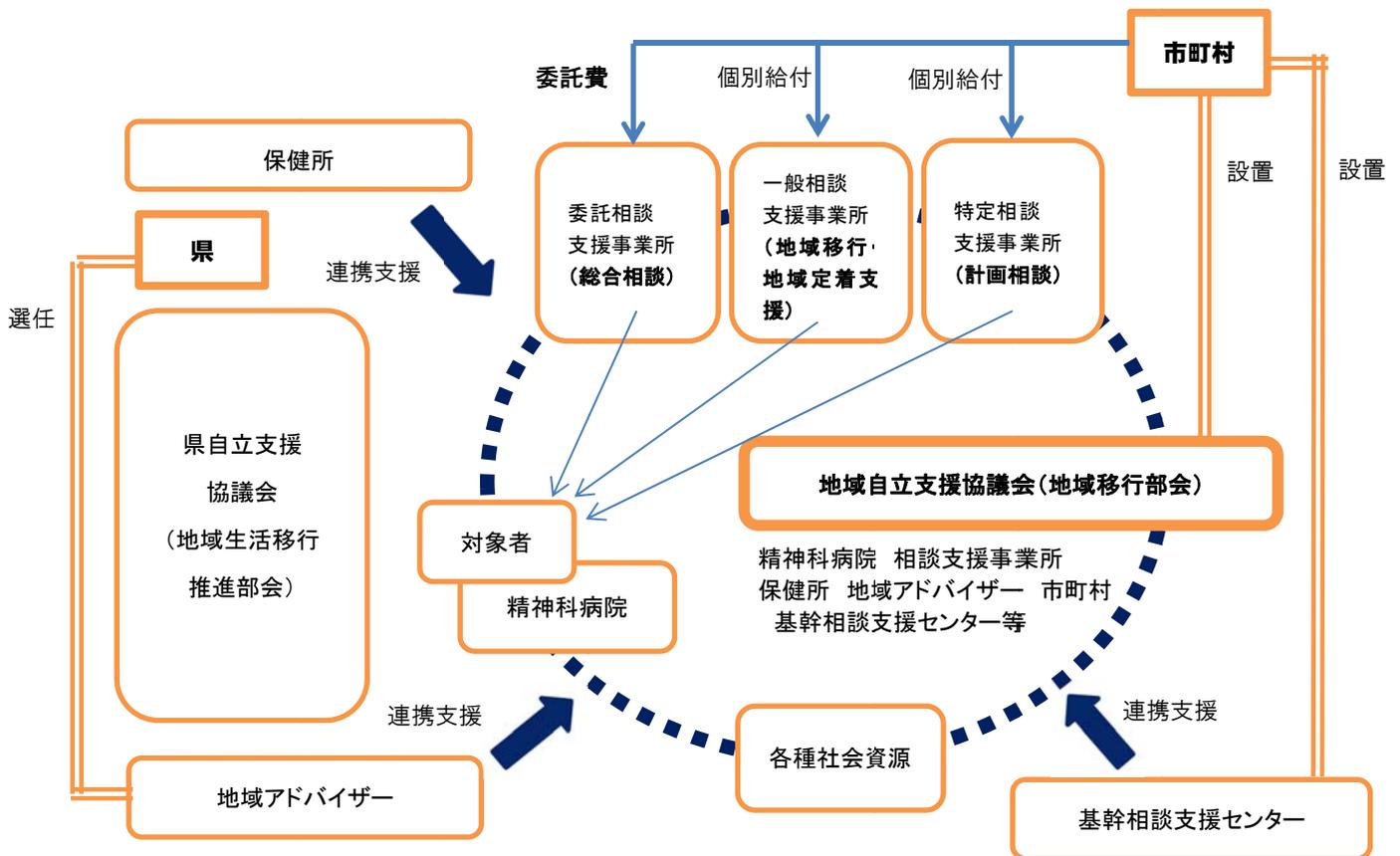
- （※1）**地域アドバイザー**： 県要綱に基づき、名古屋を除く 11 圏域に配置された専門職（各圏域 1 名）。「地域自立支援協議会の充実強化に向けた指導・調整」、「広域的課題の解決に向けた支援」、「地域の社会資源の点検・開発に関する援助」等を役割としている。
- （※2）**基幹相談支援センター**： 障害者総合支援法に基づき、市町村が設置。県内では、名古屋市を含む 22 市町村が設置済み。地域における相談支援の中核として、「地域移行・地域定着の促進への取組み」や「地域の相談支援体制強化への取組み」等を役割としている。
- （※3）**地域自立支援協議会**： 障害者総合支援法に基づき、関係機関が情報を共有し、地域の実情に応じた障害者支援体制の整備について協議を行うために市町村が設置。

地域移行支援体制概念図

<参考：H19～23年度 旧退院促進事業時代の実施体制>



<現在の実施体制>



(3) 現在の取組み内容： 2つのポイントと3つの取組み

○医療と福祉双方の関係者を対象に、合同研修会を継続開催。

(実績：平成26～27年度に計4回開催。県内の全圏域から延べ413名が参加。

内1回は、各地域の連携強化の中心となる、保健所、地域アドバイザー、基幹相談支援センターの3機関に受講対象を絞り、各機関の役割分担をテーマに開催。)

○県障害者自立支援協議会地域生活移行推進部会と連動しながら、「グループホーム整備促進制度」によるグループホームの整備支援を引き続き進める。

2つのポイント	3つの取組み
(1)長期入院者の地域移行・地域定着を促進するための 医療と福祉の連携強化	(1)医療と福祉双方の関係者を対象とする合同研修会を開催する
	(2)医療と福祉の連携の結節点となる、保健所・地域アドバイザー・基幹相談支援センター等の各機関の役割を整理し、地域移行をコーディネートする仕組みを地域に作る
(2)主として長期入院者の退院を可能とするための 受け皿づくり	(3)グループホームの積極的整備を図る

(4) 現在の課題を踏まえた今後の地域移行支援体制整備(案)

■精神保健分野と障害福祉分野の県レベルでの連携強化

○精神保健分野と障害福祉分野とが連携のとれた施策を進めるために、

①地方精神保健福祉審議会において、地域移行を円滑に進めるため、精神障害福祉に関する事項も含めて、精神科病院からの退院支援のあり方等について検討を行う体制を整える。

②県障害者自立支援協議会(地域生活移行推進部会)において、精神障害福祉に関する議題を検討する場合は、こころの健康推進室職員等、精神保健分野の職員が出席する。

■「コア機関チーム」の育成と研修体制の再編

○地域をサポートし、地域移行支援の取組を先導する、保健所・地域アドバイザー・基幹相談支援センターから成る「コア機関チーム」を、研修を通じて各圏域に育成する。

○コア機関チームには、主に医療関係者からの照会(どこに相談すればよいか)に応じられる情報提供機能を持たせる。

○地域移行支援研修会を、「コア機関チーム研修」と「医療・福祉連携合同研修」に再編成し、今後も継続的に開催する。(将来的に「コア機関チーム研修」は自立的な「コア機関チーム会議」に移行し、また「医療・福祉連携強化研修」は各地域単位で開催することを目指す。)

○既設の「保健所精神保健福祉推進協議会」(県保健所主催)と「障害保健福祉圏域会議」(県福祉相談センター主催)を、地域移行に関する広域的課題を検討する場と位置づけ、コア機関チームや各市町の地域自立支援協議会と情報共有を図る。

■市町村主体の取組みの支援

○地域自立支援協議会が、市町村を単位とした地域づくりの核となれるよう、その体制強化を県として支援する(コア機関チームによる個別の支援に加え、全県的・長期的な観点に立って、その方策を県自立支援協議会等で検討する)。

○市町村が主体的に地域移行に取り組めるよう、県が目標値を示す。

○地域移行・地域定着支援制度に乗らない退院支援についても、現制度を補完するものとして、その位置づけと評価の方法を明確化する。

■今後の地域移行支援体制整備のイメージ

