

精神障がい者の地域移行に向けた多職種・多機関連携推進事業について

1 事業目的と主な内容

本県における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」体制整備推進を目指し、令和2年度から令和4年度までは西部圏域限定の国モデル事業として、令和5年度からはモデル事業で得られた成果やノウハウを他圏域にも展開し、全県的に精神障がい者の地域移行支援体制整備を推進する「多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業」（以下「本事業」という。）として、次の2事業を委託実施してきたところ。

（1）医療連携体制整備等委託事業

＜委託先等＞ 基幹的精神科医療機関／3圏域（※東部：明和会、中部：仁厚会、西部：養和会）

＜主な事業内容＞ ※ピアサポーターは（2）での配置も可

- ・ 医療等コーディネーターの配置、ニーズアセスメントを踏まえた支援計画の立案及び評価の実施、通過型グループホーム等への体験入居に係る調整等の実施。
- ・ ピアサポーターの配置※により、対象者への個別訪問等による継続したアウトリーチの実施。

（2）住宅確保支援等委託事業

＜委託先＞ 通過型グループホーム等／3圏域（※上記（1）と同じ。）

＜主な事業内容＞

- ・ 福祉等コーディネーターの配置、対象者の地域移行に向けた体験入居受入れ、住宅確保支援体制整備等を実施。

2 事業財源

1／2 国庫補助（※R2～R4モデル事業は10／10国庫補助）

3 事業の現状

医療機関の地域連携室等に配置されたコーディネーター（精神保健福祉士等）と地域の福祉事業所（GHや相談支援事業所）などとの連携強化が図られ、またGH等においても支援対象者の地域へ戻りたい気持ちを確認し、寄り添った支援を行うことで、地域での生活に向けた訓練や環境づくりなどが進み、支援対象者の一部は一人暮らしをするに至った。

これらのことから、本事業の実施により、医療と福祉の連携、福祉と地域の連携が一定程度進み、連携体制が構築できたものと史料。

さらに、受託法人からも、事業の形骸化や役割は終えているといった事業の見直しを求める声やピアサポーターのさらなる活用に関する声も上がってきているところ。

なお、県の財政当局からは、「地域移行者数の増加等の実績が上がっておらず、十分な原因分析、抜本的な事業の見直し等も図られていない」として、事業の廃止について言及されている。

4 データから見る本事業の成果

○ 県版630調査（退院者）から見える動向（R4～R6前年度退院可能者数・退院者数/圏域×年度）

各圏域において、入院期間が1年以上の在院患者であって、条件が整えば退院することが可能な患者のうち、翌年度までに退院ができた患者は下表のとおり。

	令和4年度			令和5年度			令和6年度		
	前年度退院可能とされた者	退院者	割合	前年度退院可能とされた者	退院者	割合	前年度退院可能とされた者	退院者	割合
東部圏域	53	3	5.7%	48	9	18.8%	41	12	29.3%
中部圏域	30	8	26.7%	22	5	22.7%	22	7	31.8%
西部圏域	88	25	28.4%	102	27	26.5%	73	26	35.6%
全県	171	36	21.1%	172	41	23.8%	136	45	33.1%

- 本事業との因果関係はデータからは不明であるが、本事業を全県に拡大した令和5年度以降、前年度に退院可能とした患者の退院が全圏域で伸びていることがわかる。特に東部圏域で伸びが著しい状況。
- 長期入院の患者に対しての、コーディネーター等による双方向の支援の効果があると考えられる。

○ 県版630調査（退院者）から見える動向（R6退院者数/退院先×入院期間）

入院期間 退院先	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	合計
家庭復帰等	3	3	3	0	0	0	9
グループホーム等の施設	5	0	5	0	2	1	13
高齢者福祉施設	5	1	1	0	0	0	7
転院	2	0	1	1	1	0	5
死亡	3	0	1	2	3	0	9
その他	1	0	1	0	0	0	2
計	19	4	12	3	6	1	45

- 前年度に退院可能とされ令和6年度中に退院した者（45名）のうち、約65%にあたる29名が家庭復帰等の地域への退院となっている。その中でもグループホームへの退院が約45%を占める。
- 地域への退院となった者のうち、約45%にあたる13名が、入院期間2年未満の患者であった。
- 入院期間が3年を超えるとグループホーム等の施設や転院、死亡退院が主となる。
- 5年以上の入院期間の場合は、退院よりも転院や死亡退院が多くなり、地域移行には繋がりがなくなる。
- 早期にコーディネーター等が支援介入することで、地域移行に繋がる可能性が高くなると考えられる。

5 課題と今後の方向性

【支援体制】

- 精神障がい者の地域移行に関する医療と福祉の連携は、本事業の推進により一定程度進んだが、本人の病状、家族の意向や生活環境などにより、その実現が大きく変わるため、本人や家族の現状等を踏まえたニーズアセスメントを行った上で、支援を実施する必要がある。
- そのため、精神障がい者の地域移行には、引き続き医療と福祉の双方向のコーディネートが重要。
- 現在委託をしている法人（明和会、仁厚会、養和会）の入院患者のみが支援対象になっているが、それ以外の医療機関の入院患者に対しても、同様の取り組みを推進し、県全体で地域移行に関してのネットワーク化を図り、精神障がい者のスムーズな地域移行を進めていく必要がある。
- また、ピアサポーターは、長期入院患者やグループホーム利用者にとって、より身近な当事者であることから、ピアサポーターの活動を支援し、長期入院患者等の不安の解消、身近な相談などに繋げていくことも必要。
- 医療や福祉サービスに繋がっていない段階からアウトリーチ（訪問）による支援も行うなど、地域で安心して暮らすことができる環境づくりにも必要がある。これにより、体調悪化による入院となった場合であっても、スムーズな地域移行に繋げることができると思う。

【受け入れ先づくり、普及啓発】

- 長期入院患者の退院先が、主としてグループホームであることから、地域移行の受け入れ先としてグループホームの整備を進める必要がある。
- また、地域移行を進める上では、受け入れ先となる地域の理解も必要となる。

今後の事業の方向性

- 医療と福祉の連携に関して、多職種・多機関による連携体制の構築は一定程度進んだことから、本事業フレームでの体制構築の役割は終了したものとする。
- 今回構築できた連携体制が持続可能な体制として、継続していくためにはどのようにするべきかを当初予算に向けて検討する。（保健所や市町村との連携のあり方、既存事業「地域移行・地域定着に向けた会議」の拡充など）
- また、地域移行した後、地域で安心して住み続けることができるようにするため、体験ホームの利用やグループホームの整備などのハード面、精神障がい者の孤独孤立を防ぐ仕組みなどのソフト面の受け皿づくりに必要な施策も併せて検討する。