



神奈川県

平成 28～29 年度 調査研究報告書

『精神科病院の長期入院患者を
退院支援につなぐためのしくみづくりに関する研究』

平成 30 年 3 月

神奈川県精神保健福祉センター

目 次

はじめに	p 1
第 1 章 平成 28 年度～平成 29 年度調査研究事業概要	p 2
第 2 章 実施方法及び結果	p 5
1 取組概要	p 5
2 会議の開催	p 7
3 長期入院患者の実態調査	p 10
4 個別支援	p 12
5 人材育成	p 12
6 地域診断	p 14
第 3 章 考察	p 15
1 取組全体について	p 15
2 会議の開催	p 15
3 長期入院患者の実態調査	p 16
4 個別支援	p 17
5 人材育成	p 18
6 地域診断	p 18
第 4 章 今後に向けて	p 19
1 今後の各地域での精神障害者の地域移行の促進のために	p 19
2 地域移行支援（個別給付）につなげるためのしくみづくり	p 22
3 ピアサポーターの有効性	p 22
資料編	p 23
I 調査票 A	p 24
II 調査票 B	p 25
III 調査票 C	p 26
IV 平成 29 年度 県西障害保健福祉圏域地域診断	p 27
（附）平成 28 年度長期入院患者の実態調査の結果	p 30

はじめに

平成 26 年 4 月の改正精神保健福祉法の施行に伴い、同年 3 月「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が告示され、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へと精神障害者の保健・医療・福祉に関わるすべての関係者が目指す方向性が出されました。

平成 28 年度には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととされ、今年度（平成 29 年度）、厚生労働省は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」を予算化し、参加自治体の取組のバックアップを始めました。

平成 30 年度からの第 5 期障害福祉計画の国の基本指針では、『精神病床における長期入院患者の地域生活への移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心として地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進が必要』と、医療計画、介護保険事業（支援）計画と連動して策定するようにとされました。

本県でも担当課が連携して第 5 期障がい福祉計画、第 7 次保健医療計画の策定を終える予定です。

神奈川県精神保健福祉センターでは、昨年度から、本県における地域移行・地域定着支援推進に向けた取組「地域につなげようプロジェクト」を行ってきました。精神科病院の長期入院患者の地域移行の取組を関係機関が協力して行うことが、地域で精神障害者を支えるためのしくみづくりにつながるという理念のもと、地域の関係機関の方と協働して行ってきたプロジェクトです。昨年度には、中間まとめとして報告書を作成しましたが、今年度は、2 年間の取組の経過やこのプロジェクトを行う中で、一歩でも前進出来たこと、課題と感じたこと等を報告させて頂き、精神障害者が地域の一員として当たり前で生活できる地域づくりのための一助となりますよう期待しています。

本報告書が、地域で精神障害者の地域移行に携わる皆様方の参考となり、さらに各地域での地域移行の取組が促進されますと幸いです。

終わりにになりましたが、本調査にご協力いただいた県西障害保健福祉圏域の関係機関の皆様、調査研究委員の皆様にご心からお礼申し上げます。

平成 30 年 3 月
神奈川県精神保健福祉センター
調査・社会復帰課

第1章 平成28年度～平成29年度調査研究事業概要

1 背景

神奈川県では平成16年度に退院促進支援事業を開始し、ピアサポーターの養成、ピアサポーターによる病院訪問等の活動を行い、精神障害者の地域移行の促進を図っている。しかし、地域移行・地域定着支援の個別給付件数は伸びておらず、病院や地域がそれぞれに退院支援を行っていても、それらが長期入院患者数の削減につながる取組に発展していないのが現状である。

平成24年度に、地域移行支援と地域定着支援が障害福祉サービスとして個別給付化されたことに伴い、県は広域的な地域体制整備支援を中心に取り組むこととなったが、県の保健福祉事務所(保健所)が市町村業務である障害福祉サービスにどう関わればよいのか等、個別支援に係る役割が見えにくくなったこともあり、地域における地域移行の取組が進まない要因のひとつと考えられた。

2 目的

今後、精神障害者の地域移行を促進していくためには、医療・保健・福祉・介護等多分野にわたる幅広い緊密な連携が求められる。神奈川県精神保健福祉センターでは、精神保健福祉分野での広域調整の役割を果たす保健福祉事務所の機能を活用し、地域移行の促進のための取組を行うことが有効ではないかとの仮説のもと、「地域につなげようプロジェクト」を立ち上げた。ひとつの障害保健福祉圏域の関係機関の協力を得て、実際に長期入院患者を地域移行支援につなげる取組を進めることとした。そのプロセスを評価・検証していき、今後、他地域においても地域移行支援の取組が進められるよう地域支援体制のあり方について考察を行った。

3 調査対象地域

県西障害保健福祉圏域

4 実施時期

平成28年9月～平成30年3月

5 実施内容

長期入院患者を地域移行支援(個別給付)につなげる取組を行うため、会議を開催し、精神科病院へのアンケート調査及び聞き取り調査を行い、その結果を関係機関と情報共有しながら、対象者選出について検討した。また、会議で地域課題等を抽出した上で検討し、地域の実情に合わせた人材育成の取組を行った。その経過を評価・検証することで、地域支援体制のあり方について考察を加えた。

(1) 会議の開催

ア 県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議

取組の目的の共有や、意見交換、評価を行うため、県西障害福祉圏域における精神科病院、小田原保健福祉事務所及び同足柄上センター、市町、相談支援事業所、精神保健福祉センター、合計20機関(事務局含む)を構成員とした会議を開

催した。

イ 部会

小田原保健福祉事務所管内（小田原市、箱根町、真鶴町、湯河原町）に住所地のある長期入院患者を地域移行支援（個別給付）につなげるための取組や地域課題について意見交換を行うため、小田原保健福祉事務所管内の関係機関、合計 13 機関（事務局含む）を構成員とした会議を開催した。

（2）長期入院者の実態調査

県西障害保健福祉圏域における精神科病院 3 ヶ所を対象に、圏域の市町村に住所地のある長期入院患者数の数的調査を行い、小田原保健福祉事務所管内に住所地のある長期入院患者の個別リストの作成を行った。地域の関係機関が病院内に出向き、このリストをもとに精神保健福祉士からの聞き取り調査を行った。

（3）個別支援

地域移行支援（個別給付）を開始することを目指し、聞き取り調査の中から地域の関係機関が面接可能な長期入院患者の選出を行い、病院の協力を得て、地域の関係機関が入院患者に面会し、継続支援につなげた。

（4）人材育成

平成 28 年度は、精神障害者の生活を支える支援体制づくりのために、関係機関職員の精神障害者への理解の促進を図るための研修会を行った。

平成 29 年度は、各関係機関の役割を共有し、精神障害者をチームで支えられるよう連携の強化を図るための研修会を行った。

（5）地域診断

県西障害福祉圏域の社会資源を把握し、基礎資料を作成した。

6 結果概要

地域で具体的な取組について協議するためには、地域の長期入院者の実態把握が必要不可欠であり、保健福祉事務所が所管域の精神科病院とのつながりの中で、精神科病院の長期入院患者数の把握を行うことは有効であることがわかった。

具体的に市町ごとの人数を調査し、その中から地域移行支援（個別給付）の対象者をいかに選出にしていくかについては、関係機関と協議しながら可能な形を模索した。

病院内の調整、各機関の役割の整理や調整等、時間を要する事柄が多く、長期入院患者との面接までは実施したものの、期間内で長期入院患者を地域移行支援（個別給付）につなぐことはできなかった。

しかし、長期入院患者が希望する生活が送れるように地域の関係機関が一体となって支援体制づくりを継続していくことの意義については関係機関と確認できた。

7 調査研究体制

(1) 倫理的配慮

長期入院患者の調査においては精神科病院名及び入院患者名が特定されないようにコード化して集計する。

(2) 調査研究委員会の開催

調査研究事業の実施及び報告に関する意見や助言をいただく。

平成 28 年度	第 1 回	9 月 1 日 (木)
	第 2 回	3 月 3 日 (金)
平成 29 年度	第 1 回	9 月 13 日 (水)
	第 2 回	1 月 17 日 (水)

(3) 平成 28 年度～29 年度調査研究委員

氏名	所属	職
中越 章乃	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科	助教
丸 香奈恵 (平成 28 年度)	医療法人聖医会 相模台クリニック	院長
高屋 淳彦 (平成 29 年度)	医療法人財団青山会 福井記念病院	院長
石川 孝行	相談支援事業所 びーな' S	所長
井上 初男	ほっとステーション平塚	ピアサポーター
鈴木 隆	藤沢市障がい福祉課	課長補佐
片岡 光枝	県平塚保健福祉事務所	保健予防課長
長瀬 明美	県がん・疾病対策課	副主幹
高橋 友加子	県障害福祉課	主査

(4) 事務局

山田 正夫	県精神保健福祉センター	所長
星野 美保	〃	調査・社会復帰課長
石井 利樹	〃	調査・社会復帰課長補佐
玉置 司	〃	調査・社会復帰課 専門福祉司
鈴木 圭子	〃	調査・社会復帰課 専門福祉司
川本 絵理	〃	救急情報課 副技幹

第2章 実施方法及び結果

1 取組概要

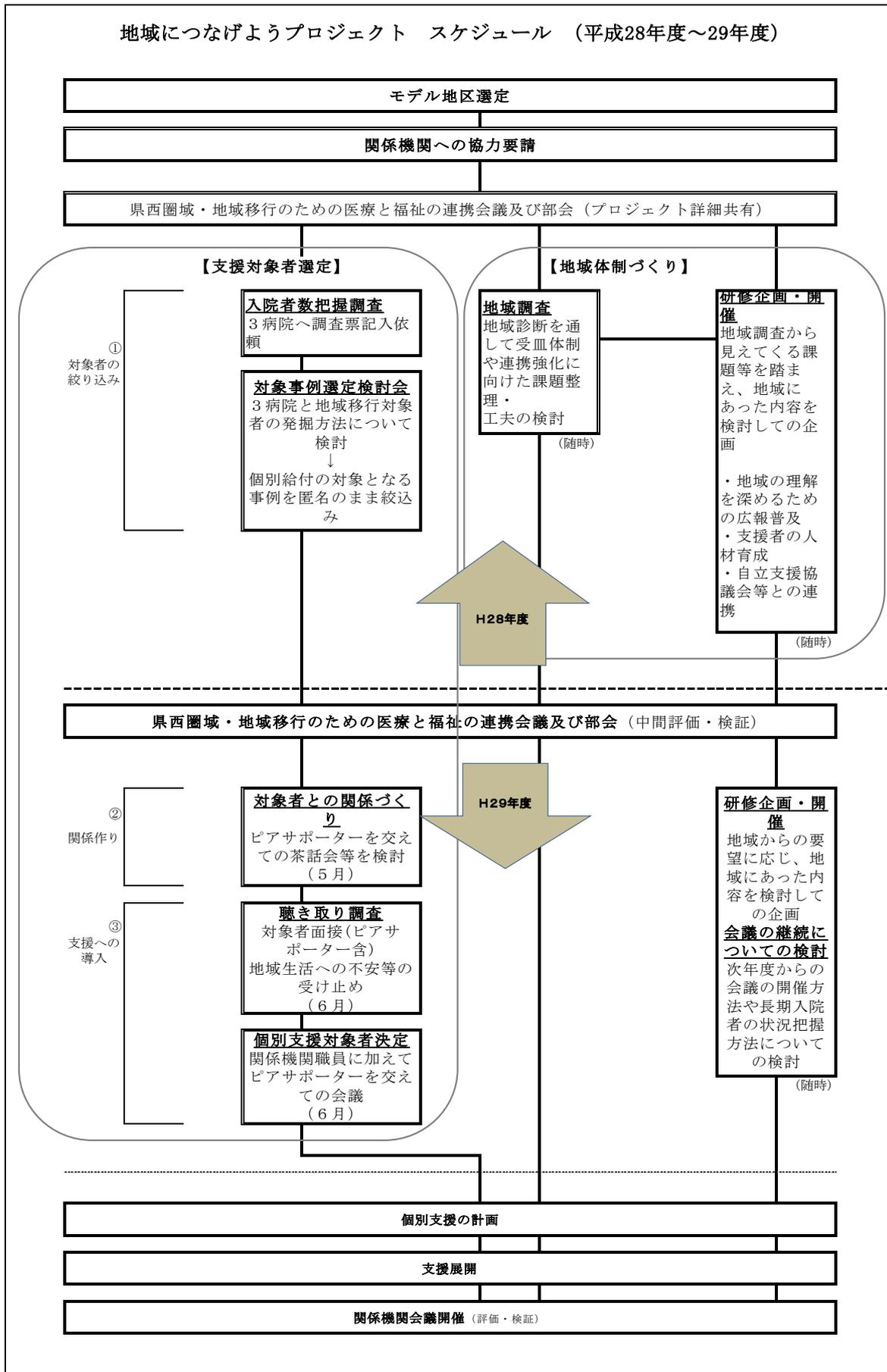
取組みの前段階として、県西障害保健福祉圏域を対象地域として選定し、関係機関への協力要請を行った。

平成28年9月に、「第1回県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」を開催し、取組を開始した。具体的な取組みについては部会で検討をした。この検討の結果をもとに長期入院患者の実態調査、地域診断、研修等を実施した。個別支援については、当初は、平成28年度内に地域移行支援（個別給付）対象者の選出を行い、平成29年度に実際に地域移行支援（個別給付）を行うことで、成果や課題について評価・検証を行う予定であった。しかし、対象事例の選出にあたり、時間を要したため、平成28年度内には地域移行支援（個別給付）対象者の決定に至らなかった。そのため平成29年度当初に計画を見直した。具体的なスケジュールは図1のとおりである。

平成29年度は、長期入院患者の実態調査について、前年度に引き続き聞き取り調査を行った。個別支援については、当初は、なるべく多くの入院患者に参加してもらい、ピアサポーターとの茶話会やピアサポーターに協力してもらいながら意向調査を行い、検討会を通して個別支援の対象者を選出するという方法を想定していたが、病院との調整が整わず、結果としては、病院主催のピアサポーターとの交流会に地域の行政職員が同席させてもらい、個別支援の対象者については、病院から紹介された2名の入院患者と行政職員が面接を行い、このうち1名については今後も継続的に支援を行う方向となった。

なお、平成29年度は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業のモデル地域にも指定されたことにより、国が派遣する広域アドバイザーによる研修会を神奈川県障害福祉課と共催で行った。

図1 平成29年度当初時点のスケジュール



2 会議の開催

(1) 県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議

県西障害保健福祉圏域（以下、県西圏域）における 20 機関（事務局含む）の構成員を対象とした会議を開催し、取組の目的の共有や、意見交換、評価を行いながら進めた。会議の実施状況は表 1 のとおり、構成員は表 2 のとおりである。

表 1 県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議 実施状況

	日にち	内容	出席者からの意見
第 1 回	平成 28 年 9 月 7 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> 平成 28 年度精神保健福祉センター地域移行推進の取組みについて 意見交換 今後の進め方 (出席者 23 名)	<ul style="list-style-type: none"> 病院内の実態を関係機関に知ってほしい (病院) 病院内での地域移行の理解不足がある (病院) 入院患者の個別リスト化は、個人情報の観点から問題のない形をとるべき (保健福祉事務所・市)
第 2 回	平成 29 年 2 月 14 日 (火)	<ul style="list-style-type: none"> 平成 28 年度精神保健福祉センター地域移行推進の取組みについての報告 今年度のふりかえりと今後の進め方について (出席者 25 名)	<ul style="list-style-type: none"> 病院ではリスクの心配が先立ち、進めていきにくい (病院) →リスクに対してはピアサポーターが力になれる (ピア) 個別給付につなぐ役割をどこが担うのかが不明 (行政) 市町と事業所が連携し、入院中からアプローチしていきたい (市)
第 3 回	平成 29 年 5 月 31 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> 昨年度のふりかえりと今後の進め方について 各所の地域移行に関する取組について 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について (出席者 27 名)	<ul style="list-style-type: none"> 病院内で、地域移行に向けた院内研修等の取組が始まった (病院) 市町の自立支援協議会で精神部会の立ち上げを開始した (市) 圏域自立支援協議会で、精神障害者の地域移行を議題に上げる予定 (相談支援事業所) 入院患者が、退院までのプロセスを知らず、退院後の生活イメージも出ていない (ピア)
第 4 回	平成 29 年 9 月 27 日 (水)	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業研修会 (神奈川県障害福祉課及び曾我病院主催) (出席者 34 名)	(グループに分かれて) <ul style="list-style-type: none"> 各機関の強み、課題、素朴な疑問を出し合い、顔の見える関係づくりを進めた

第5回	平成30年 2月14日 (水)	・地域につなげようプロジェクトについて (出席者23名)	・病院内の実態が関係機関に周知できた(病院) ・課題はあるが、関係機関とで共有し、継続して検討していきたい(病院) ・個別給付の支援事例を1ケースから始め、病院内の理解を促進したい(病院) ・個別給付の実績を積みたい(相談支援事業所) ・圏域の関係機関で協議ができたことが成果(保健福祉事務所) ・継続して取り組んでいきたい(保健福祉事務所)
-----	-----------------------	-------------------------------------	--

表2 県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議 構成員

	機関名
精神科病院 (3機関)	曾我病院
	国府津病院
	北小田原病院
相談支援事業所 (4機関)	自立サポートセンタースマイル
	相談支援センターエール
	おだわら障がい者総合相談支援センター
	曾我病院相談支援事業所
市町 (10機関)	小田原市障がい福祉課
	南足柄市福祉課
	中井町福祉課
	大井町介護福祉課
	松田町福祉課
	山北町福祉課
	開成町福祉課
	箱根町健康福祉課
	真鶴町健康福祉課
	湯河原町保健センター
県 (2機関)	小田原保健福祉事務所保健予防課
	小田原保健福祉事務所足柄上センター保健予防課
【事務局】	精神保健福祉センター

(2) 部会

小田原保健福祉事務所管内における13機関（事務局含む）の構成員を対象とした会議を開催し、地域特性の把握、人材育成支援及び長期入院者の実態調査の検討を行った。

会議の実施状況は表3のとおり、構成員は表4のとおりである。

表3 部会 実施状況

	日にち	内容	出席者からの意見
第1回	平成28年 9月28日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院者の調査について ・地域支援体制づくり ・今後の進め方について (出席者12名)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内の地域移行への理解不足がある(病院) ・退院の目処が立っていない入院患者にアプローチすることは患者の病状悪化のリスクがある(病院) ・個別給付の利用のしくみがわかりにくい(病院) ・自立支援協議会で精神障害者の課題を検討する場がない(市) ・普及啓発のための研修会が必要(保健福祉事務所・市)
第2回	平成28年 12月14日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域診断の進め方について ・長期入院者の実態調査について (出席者19名)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者の実態が把握できてよかった(市) ・聞き取り調査では、地域からの違う視点でみるきっかけとなった(病院) ・書面ではわからないので、実際に入院患者に会ってほしい(病院) ・入院患者にとって必要なのは、ツールではなく、体験である(ピア)
第3回	平成29年 5月31日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院者を地域につなげるための具体的取組について ・意見交換 ・今後の進め方について (出席者22名)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別リストによって入院患者の状況がわかってよかった(ピア) ・個別給付に向けた関わりを、退院後に関わる人が行えるとよい(相談支援事業所) ・個別リストの中に地域からの働きかけが可能な人がいる(病院) ・少しでも可能性がある入院患者がいれば取組みたい(市)

第4回	平成29年 11月8日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院者を地域につなげるための方策について ・部会のまとめ (出席者21名)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別給付の申請を前提としたケア会議を開催してはどうか(病院) ・申請のタイミングが不明瞭なため個別給付につなぐためのガイドライン等を作成してはどうか(市) ・個別給付につなげるためのアセスメントシートを作成してはどうか(相談支援事業所) ・自立支援協議会の精神部会で課題を共有していく(市) ・検討の場の設定をし、進捗管理、状況調査、研修会の企画等を継続していく(保健福祉事務所)
-----	-----------------------	--	---

表4 部会 構成員

	機関名
精神科病院 (3機関)	曾我病院
	国府津病院
	北小田原病院
相談支援事業 (4機関)	自立サポートセンタースマイル
	相談支援センターエール
	おだわら障がい者総合相談支援センター
	曾我病院相談支援事業所
市町 (4機関)	小田原市障がい福祉課
	箱根町健康福祉課
	真鶴町健康福祉課
	湯河原町保健センター
県	小田原保健福祉事務所保健予防課
【事務局】	精神保健福祉センター

3 長期入院患者の実態調査

対象地域管内の3ヶ所の精神科病院における平成28年10月1日時点の長期入院患者数を把握するとともに、地域移行支援(個別給付)につなげられる可能性のある対象者の状況を把握するための基礎資料として、精神科病院3箇所に調査票A(p.24参照)及び調査票B(p.25参照)を送付し、回収した。調査日程は表5のとおりである。

表5 調査票A及び調査票Bの調査日程

日にち	調査内容
平成28年9月30日	各病院へ調査票Aを送付
平成28年10月14日まで	各病院から調査票Aを回収
平成28年10月18日	各病院へ調査票Bを送付
平成28年12月12日まで	各病院から調査票Bを回収

地域移行支援（個別給付）対象者選定に向けての聞き取り調査の対象者は、上記基礎資料をもとに小田原保健福祉事務所管内（小田原市、箱根町、真鶴町、湯河原町）に住所地のある65歳未満の方とした。年齢構成では65歳以上の長期入院患者の方が多かったが、まずは、障害福祉サービスを利用して退院支援を行うためのしくみづくりを検討するため65歳未満の方の状況を確認することとした。

調査方法は、各病院に事前に調査票C（p.26参照）を配布し、それをもとに各病院で聞き取りを行った。聞き取りに参加した機関は小田原市障がい福祉課、おだわら障がい者総合相談支援センター、小田原保健福祉事務所保健予防課、精神保健福祉センターである。その日程は表6のとおりである。それぞれ、平成28年度の状況と平成29年度の状況の変化についての聞き取りも行った。

表6 聞き取り調査の日程

年度	回数	日にち	病院
平成28年度	第1回	平成28年11月17日	A病院
	第2回	平成28年11月29日	A病院
	第3回	平成28年12月8日	B病院
	第4回	平成29年1月25日	C病院
平成29年度	第5回	平成29年6月29日	A病院
	第6回	平成29年7月25日	C病院
	第7回	平成29年11月15日	B病院

数的調査の結果、平成28年10月1日の管内の3病院の総病床数は1,000床、総入院患者は858人であった。うち1年以上の入院者は576人（67.1%）であった。そのうち65歳未満の方は207人（35.9%）であった。調査の詳細な結果はp.30～p.50に掲載した。

注：長期入院者の定義を1年以上として調査した。他科への転棟や転院等で、現在院期間は1年未満であるが、トータル入院期間が1年以上となっている患者についても、地域移行支援（個別給付）の対象として検討するために、そのような患者7名を含んだ数字とした。

小田原保健福祉事務所管内（小田原市、箱根町、真鶴町、湯河原町）に住所地のある 65 歳未満の方の長期入院患者は 98 人で、この方たちを対象に個別の状況について聞き取り調査を行った。

4 個別支援

長期入院患者の実態調査から地域移行支援（個別給付）につなげるための取組として、地域の関係機関が面接可能な長期入院患者の選出のための検討を行った。A 病院から地域の関係機関との面接が可能である入院患者の紹介を得て、地域の関係機関として、小田原市障がい福祉課、小田原保健福祉事務所、精神保健福祉センターが病院に出向き、2 名の入院患者との面接を実施した。1 名についてはその後すぐに、A 病院の判断により地域移行支援（個別給付）につなげることとなったため、もう 1 名について継続的に地域の関係機関が面接を行う予定となった。

5 人材育成

平成 28 年度は、部会の中で、精神科病院での長期入院患者の高齢化や地域で生活する高齢者と精神障害者の同居世帯の支援が課題であり、介護保険事業所など高齢福祉分野の支援者の理解も必要との意見が出されたため、支援者への普及啓発を目的に高齢福祉分野にも幅広く声をかけ、地域のニーズに沿った内容で研修会を開催した。

平成 29 年度は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業の研修会として、県障害福祉課との共催で研修会を開催した。

概要は表 7 のとおりである。

表7 研修の概要

平成 28 年度	日にち	平成 29 年 2 月 6 日 (月) 13 時 00 分から 15 時 30 分
	内容	県西圏域関係機関研修 「精神障害者の生活を支えるための医療」 講師 管内クリニック 院長 「当事者の立場から」 講師 委託事業所 登録ピアサポーター
	参加人数	73 人
	場所	小田原合同庁舎 3 階 3 E F 会議室
	対象者	県西圏域内の保健福祉事務所・同センター、市町精神保健福祉担当等、相談支援事業所、地域活動支援センター、社会福祉協議会、共同生活援助事業所、精神科病院・クリニック、地域包括支援センター、居宅介護事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等の職員、民生委員
平成 29 年度	日にち	平成 29 年 9 月 27 日 (水) 13 時 00 分から 17 時 00 分
	内容	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業研修会 「実行性のある地域移行・地域定着支援を推進するために」 講師 神奈川県担当広域アドバイザー 金川 洋輔 氏 (地域生活支援センター サポートセンターきぬた)
	参加人数	48 人 (うち会議構成員は 34 人)
	場所	小田原合同庁舎 4 階多目的室
	対象者	県西圏域内の保健福祉事務所・同センター、市町精神保健福祉担当、相談支援事業所、地域活動支援センター、共同生活援助事業所、精神科病院職員、他関係機関職員

6 地域診断

県西圏域の社会資源について把握するとともに、当事者向けの地域生活のイメージ作りための視覚的な資料を作成するため、県西圏域内の市町と保健福祉事務所、同センターに基礎情報調査票を送付し、回収してとりまとめた。

部会における検討の中で、ピアサポーターより、「資料よりも体験の方が大事」との意見が出されたこともあり、当事者向けの資料については作成しないこととした。

実施日程については表8のとおり、基礎情報のとりまとめ結果はp.27～p.29に掲載した。

表8 基礎情報調査の日程

年度	基礎情報調査票送付	基礎情報調査票回収
平成28年度	平成28年12月6日	平成28年12月12日
平成29年度	平成29年10月12日	平成29年11月30日

さらに、部会において、地域の特性や強みについて意見交換を行い、地域課題についても共有した。

第3章 考察

1 取組全体について

精神障害者の地域移行を促進していくためには、医療・保健・福祉・介護等多分野にわたる幅広い緊密な連携が求められるが、精神保健福祉分野での広域調整の役割を果たす保健福祉事務所の機能を活用し、地域移行の促進のための取組を行うことが有効ではないかとの仮説を立てた。

この調査研究では、精神保健福祉センターが保健福祉事務所の機能をモデル的に代替し、精神科病院における精神障害者の長期入院患者の実態を明らかにし、関係機関と協議しながら取組を行った。その結果、出席した関係機関職員の意識の変化がみられた。

当初は、地域移行支援（個別給付）は難しいという発言が各関係機関からあがったが、研修会を通しての理解の促進、ピアサポーターの発信による意識の変化もあり、取組後半は、前向きな意見交換が出来るようになった。

「県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」の最後の会議開催にあたり、構成員にこれまでの取組を振り返るアンケートを実施し、各関係機関からの意見、感想をまとめ、会議で共有した。アンケートでは、期間内でできなかった課題解決に向けた具体的な取組についての意見が出たが、取組については概ね評価された。

各機関から、精神障害者の地域移行をテーマとしつつ、精神障害者が暮らしやすい地域づくりに視点をあてた継続的な取組の必要性について意見があがっており、2年間にわたる今回の取組は、県西圏域の関係機関が精神障害者の地域移行の課題を一緒に考え、それぞれが出来る役割を意識し、動き出すための土壌作りとなった。

以下、取組の柱ごとに考察を加えたい。

2 会議の開催

(1) 「県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」

会議開催の前には、3ヶ所の精神科病院に出向き、趣旨説明を行った。また、なるべく多くの関係機関が出席できるよう日程調整を丁寧に行った。そのため、会議の開催自体は円滑に行うことができ、事前の調整がより効果的な会議の運営につながることを実感した。

会議を通して、県西圏域の関係機関で地域の特性や課題について共有できたことについては各機関から評価された。課題については即時に解決するものではなく、今後の地域での取組に引き継ぐこととなった。

この会議を通して、圏域自立支援協議会とのつながりができたことはひとつの成果といえる。神奈川県では障害保健福祉圏域ごとに圏域自立支援協議会を運営する地域生活ナビゲーションセンターが置かれており、この会議に地域生活ナビゲーションセンターの出席を求めることで、精神保健福祉分野での地域課題を圏域自立支援協議会に伝えていくことが出来た。県西圏域自立支援協議会では、精神障害者の地域移行支援事例検討会を2回開催することにつながった。今まで精神保健福祉分野の課題検討が行われることの少なかった圏域地域自立支援協議会と精神科病院に

おける長期入院患者の現状と課題についての情報共有ができたことには意義があった。

また、ピアサポーターが地道に病院訪問を行い、長期入院患者の退院意欲の喚起を継続している地域であり、ピアサポーターが今までの経過の中から課題と感じていることを発信し、それに支援者が耳を傾けて意見交換が出来た意義が大きいと感じている。

(2) 部会

部会ではより具体的な取組の検討を行ったが、会議の構成員である医療機関や市町、相談支援事業所の状況は様々であり、地域移行に関する認識も様々であった。そのため、地域移行支援（個別給付）に向けた取組を行っていくということについての合意には意見交換が必要であった。その中で、取組を行うのであれば、地域移行支援（個別給付）を目指していくべきではないかという市の立場からの意見が後押しとなり、方向性が明確になった。

退院の可能性について病院職員と一緒に考え、その上で相談支援事業所につなぐという支援対象者の選出のしくみづくりの検討をひとつの目標としたが、なかなか合意には達せなかった。治療方針の決定は病院の主治医が行うため、地域との協働の取組を病院内で理解してもらう必要がある。地域移行支援（個別給付）は退院のための準備として利用できるサービスであること等、病院内の多職種のさらなる理解の促進、さらに病院内の支援チームと地域の関係機関が連携して取組めるような体制づくりが必要である。

また、部会では地域定着支援についても同時に考えていくべきとの意見も出たが、具体的な対象者がいない中では、地域定着支援についての協議は具体性に欠くことから、一人ひとりの対象者の中から見えた課題を、地域課題として検討をしていくことの意義をあらためて感じた。

長期入院患者の地域移行には、時間がかかることも関係機関が実感した。継続して検討を続けていくことが必要であることも認識した。それには市町だけでは困難との意見も出され、保健福祉事務所が体制整備の役割を持つ意義を確認することができた。

精神障害者の地域課題について検討し、具体的に取組む、そしてその取組を検証し、また次の取組につなげるというこの一連のサイクルを関係機関で共有することが、地域の関係機関の活性化につながるということを感じた会議体であった。

3 長期入院患者の実態調査

実態調査の取組に対しては、3ヶ所全ての精神科病院が快く協力してくれたが、これは平成27年度からの小田原保健福祉事務所足柄上センターの取組が布石となっていると思われた。

数的調査では、1年以上の長期入院患者のうち、65歳未満の方が36%、65歳以上の方が64%であるという結果であった。今回の取組の目的が、障害福祉サービスとしての地域移行支援（個別給付）につなぐということであったため、65歳以上の方

の課題については対象外としたが、実態調査の結果については、介護保険福祉分野との連携を図る上での基礎情報として有効活用が可能であろう。

65歳以下の方の状況については、具体的な全体像の把握が行えた。そして、市町ごとの人数を明確にし、その方たちをリスト化し、具体的な検討を行う中で、地域課題についても話されることとなった。

病院からも、具体的な数の把握ができた、一人一人の方の課題の確認をあらためて行えた、他病院の取組を知ることができたと前向きな感想が出されている。地域の関係機関からは、長期入院患者の直面している問題を知ることができたとの感想が出ている。

4 個別支援

地域移行支援（個別給付）対象者を広く検討していくために、長期入院患者の実態調査で対象となった98人について、病院に長期入院患者の個別リスト（調査票B）の作成を依頼した。個人情報観点から市町名はなしとし、年齢も10代ごとの幅を持たせ、一人ずつコード化した形式でのリストとした。個別リストの検討では、病院内で地域の関係者と個に焦点をあてた検討が行えた。地域移行支援対象者を選出していくためのプロセスを構築し、フロー図等による可視化を目指したが、このプロセスの構築については難航した。

当初は、地域移行支援（個別給付）の対象者を広く考え、ピアサポーターとの交流会などゆるやかな地域関係機関との関わりを経て、病院職員と地域の関係機関が協働して、地域移行支援（個別給付）対象者を選出していく取組をイメージして提示したが、病院との調整には時間を要した。病院の精神保健福祉士には院内での調整に尽力いただいたが、当初の想定どおりには進まず、合意点を探りながら取組を進めていくこととなった。

長期入院患者の退院に向けた取組として、地域の関係機関と検討しながら地域移行支援（個別給付）につなげていくという目的は、各関係機関と共有できたと感じたが、長期入院患者の具体的な支援となると、各機関の担当者同士の検討だけでは決定はできないので、組織的な合意が必要であることを痛感した。

そのためにも、保健福祉事務所が中心となり、協議の場を設置することで、担当者レベルではなく、組織的な動きとなる必要があると思われる。

当該圏域では、それまで相談支援事業所に地域移行支援（個別給付）の実績がなかった地域であったが、市の担当課が相談支援事業所に働きかけをしたこともあり、取組とは別に、個別給付の実績が生まれ、相談支援事業所に個別給付のノウハウの蓄積が始まったことは大きな成果である。

5 人材育成

部会の中で地域課題について話し合い、それを解決していくための手段の一つとして研修会を開催した。

平成28年度は、地域内で2名の講師を依頼したため、地元ならではの具体的な内容として参加者も共感できた部分が多かったようである。部会で地域課題を話し合う中で、介護保険福祉分野との連携が必要との意見が出ていたため、同分野の関係職員へ周知を行ったところ、多くの参加があり、今後、精神障害者を地域の多機関で連携して支援していくための基盤づくりの一助となったと思われた。目的に応じて、講師、対象者、内容を検討することで、より効果を上げることができると考えられた。

平成29年度は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業として、地域移行促進のための研修会を行った。地域移行支援の実績のあるアドバイザーから長期入院患者の地域移行支援（個別給付）の実例の紹介なども含め、具体的な講義をしてもらった。その結果、地域移行に対する理解が深まり、グループワークでは、今後の地域のネットワークづくりにつながるような機関同士の理解を深める機会となった。また、この研修会で得られた知識や体験等を地域の具体的な取組として根付かせていくことが必要であると考えられた。

6 地域診断

部会の中で、地域課題のほか、地域性や各機関が持つ強みについて共有したことで、今後の取組や連携強化につながった。この地域ならではの共通の話題を通し、支援者として一丸となって取り組んでいく意識づけとなった。

また、県西圏域の社会資源について把握するとともに、課題等の検討に活用できるよう、保健福祉事務所、市町の協力のもと地域状況の基礎資料（p.27～p.29）を作成した。あわせて、当事者向けの社会資源の資料の作成を検討したところ、ピアサポーターから『ツールより体験の方が大事』との意見が出されたこともあり、当事者向けの資料の作成は見合わせた。しかし、最後の部会では、今後、ツールも必要ではないかとの意見が出ており、今後の地域の関係機関での検討課題となった。

基礎資料の作成により、地域状況を俯瞰でき、また、これを毎年更新することで、地域の変化の把握が可能となる。そのうえで、社会資源の社会資源の整備に関する現状と課題の分析を行っていくことが今後は必要であると考えられる。

第4章 今後に向けて

1 今後の各地域での精神障害者の地域移行の促進のために

第5期神奈川県障がい福祉計画において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場を保健福祉事務所・同センター及び市保健所（以下、保健福祉事務所等）に平成32年度までに11か所設置するという成果目標が設定されることとなった。保健福祉事務所等管内にて、病院における長期入院患者の地域移行を切り口に、地域における精神障害者の生活の支援体制づくりを進めていくことが求められる。

平成29年度から、精神保健福祉資料（630調査）で患者住所地・医療機関所在地ベースで1年以上入院患者数が65歳未満と65歳以上の数として確認できるようになった。そのため、今後は、よりスムーズに数的な状況を把握することが可能となる。しかし、地域移行に向けた取組を進めるためには、さらに具体的な状況の把握が必要となると思われる。

本取組の結果を踏まえると、保健福祉事務所が各病院に調査依頼をすることで、より詳細な内訳や個別の状況の聞き取りも可能となると考えられる。

今後、各地域において、保健福祉事務所が所管の精神科病院の長期入院患者数を把握し、市町村、相談支援事業所とともに検討を行い、具体的な支援の展開を図る必要があるが、本取組がひとつのパッケージ案として、取組の推進に活用されれば幸いである。また、当所としても、次年度以降、地域における取組を支援する際に活かしていきたいと考えている。図2、図3は、そのパッケージ案として示したものである。

図2 長期入院患者の実態調査と地域移行支援（個別給付）に向けた取組

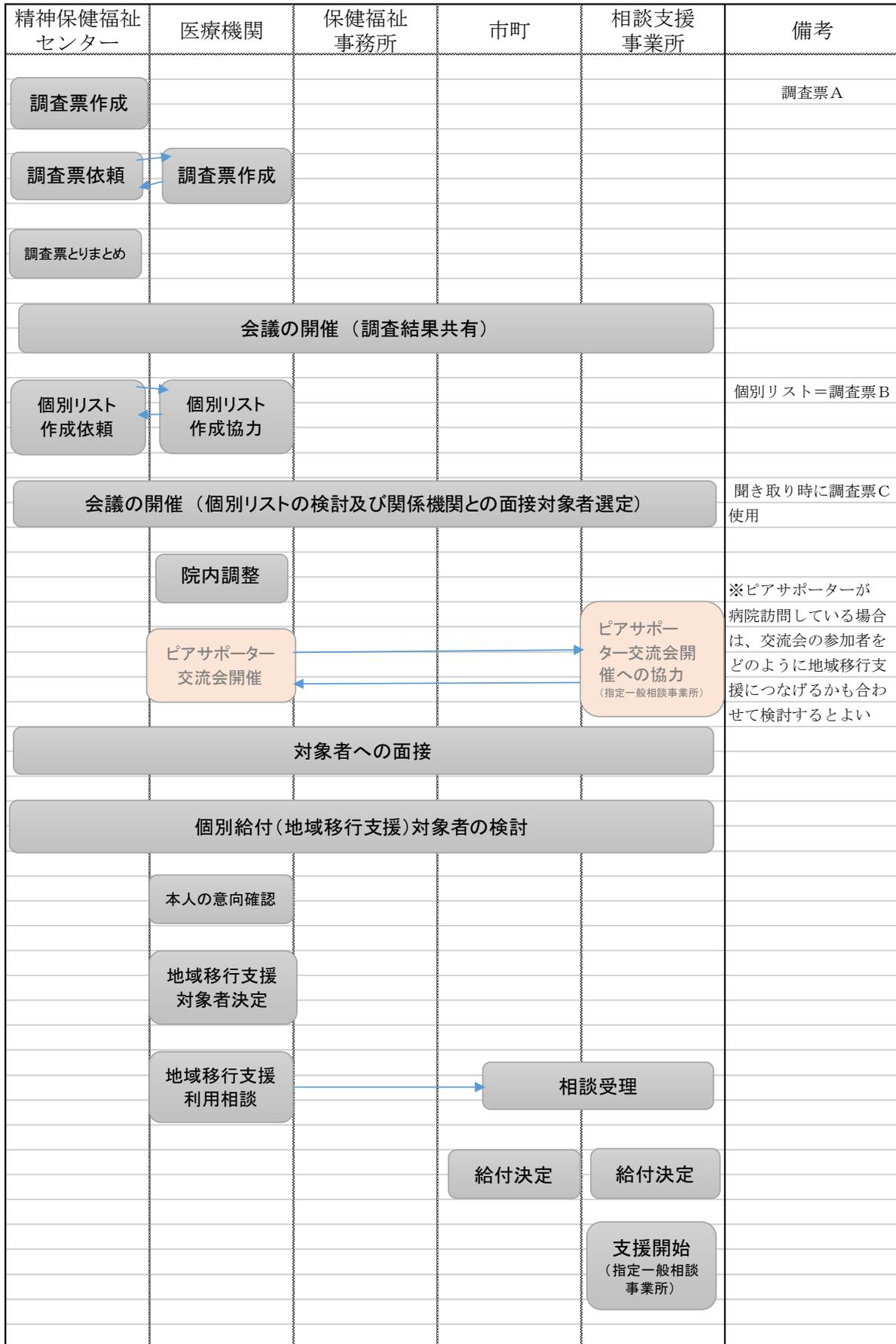


図 3

取組の進め方の提案 (おすすめレシピ♪)

- 1 事前の調整を行う
 - ・関係機関に取組目的やスケジュール等の説明
 - ・会議出席者の調整
- 2 会議を開催する
 - ・取組方法の検討や共有
- 3 地域の特性や課題の共有を行う
 - 3-1 即時に解決するものでない課題は今後の地域での取組に引き継ぐ
 - 3-2 地域生活ナビゲーションセンターの出席を求め、精神保健福祉分野での地域課題を圏域自立支援協議会に伝えていく
 - 3-3 病院訪問の実績のあるピアサポーターからの意見発信に、支援者が耳を傾けて意見交換する
- 4 地域移行支援（個別給付）に向けた取組についての合意を図る
- 5 支援者みんなが連携して取組めるような体制づくりを図る
 - ・病院内の支援チームと地域の関係機関の連携体制
- 6 地域移行支援（個別給付）対象者選出をする
 - ・長期入院患者の市町村ごとの人数を明確にする
 - ・その方たちをリスト化する
 - ・具体的な検討を行う
- 7 対象者支援の中から見えた課題を地域課題とする
- 8 地域移行支援対象者を選出できたら成果を共有する
 - ・プロセスをフロー図にする
- 9 担当者レベルから組織レベルへの合意を図る

2 地域移行支援（個別給付）につなげるためのしくみづくり

地域移行支援（個別給付）を利用して、長期入院患者の退院支援を行うことのメリットは、入院中から地域の相談支援事業所が本人に関わることができ、地域生活をスムーズに送れるように支援できることである。

しかし、実際には、なかなか地域移行支援（個別給付）を利用しての退院支援が進まない。

病院や事業所のみでの努力ではなかなか退院できなかつた方や退院に不安を感じている方など必要な入院患者には、本人が望めばすぐに利用できるような地域の支援体制が整えられていることが必要である。

そのためには、幅広い対象者への周知や意向の確認、意欲喚起の働きかけ等を病院と地域が協力して行うことが望まれる。

病院への実態調査から、地域移行支援（個別給付）の対象者の選定を行うことについては、地域の関係機関で役割分担をしながら、事例の積み上げをする中でしくみとして確立することが必要であると思われる。

3 ピアサポーターの有効性

神奈川県では、地域移行・地域定着支援事業を相談支援事業所に委託し、各事業所が養成したピアサポーターと精神科病院への訪問を実施し、長期入院患者の退院意欲の促進を図っている。県西障害保健福祉圏域でも、ピアサポーターが数年にわたり、定期的に病院訪問を行っている。しかし、以前からピアサポーターより、「いつだれが入院患者本人に退院について話をするのが曖昧である。」との意見が上っており、地域移行支援（個別給付）につなぐためのしくみがないことが課題であった。

会議にピアサポーターが参画することで、この課題をよりの確に明示することができた。また、ピアサポーターの当事者性が会議で発揮されることで、関係機関職員は、誰のための協議なのかということに常に立ち返ることができた。

今後の保健福祉事務所の協議の場に、ピアサポーターの参画が有効であることをこの取組を通して実感した。

また、ピアサポーターと長期入院患者の交流会を見学させてもらうことで、ピアサポーターが長期入院患者を勇気づけ、退院への希望を持てるようにする非常に大きな力を持っていることを実感させられた。病院のスタッフからも、ピアサポーターにしかできない支援だとの声があがっていた。今後、まだ、ピアサポーターとの交流会を実施していない病院にもピアサポーターが訪問し、多くの長期入院患者に退院意欲の喚起が行えるようになることが望まれる。

集団への意欲喚起を行うことについては、ピアサポーターも経験を積み、スキルアップもしてきており、各病院もそれぞれ工夫し、内容も充実してきている。次の段階として、長期入院患者の退院に向けた個別的な支援に関わるなど、今後のピアサポーターの活動拡大の可能性にも期待したい。

資料編

- I 調査票 A
- II 調査票 B
- III 調査票 C
- IV 平成 29 年度県西障害保健福祉圏域地域診断

『地域につなげようプロジェクト』入院者数把握調査

調査票A

(平成28年10月1日時点でのご回答をお願いします)

医療機関名	A病院			B病院			C病院				
病床数	床										
入院患者数	任意入院者	①、患者総数							人		
		②、うち在院1年超							人		
		③、②のうち65歳未満							人		
		④、その他(※1)							人		
		③④の 居住地別 内訳 (※2)	小田原市	③	人	④	人				
			箱根町	③	人	④	人				
			真鶴町	③	人	④	人				
			湯河原町	③	人	④	人				
			南足柄市	③	人	④	人				
			中井町	③	人	④	人				
	大井町		③	人	④	人					
	松田町		③	人	④	人					
	山北町	③	人	④	人						
	開成町	③	人	④	人						
	医療保護入院者	①、患者総数							人		
		②、うち在院1年超							人		
		③、②のうち65歳未満							人		
		④、その他(※1)							人		
		③④の 居住地別 内訳 (※2)	小田原市	③	人	④	人				
			箱根町	③	人	④	人				
真鶴町			③	人	④	人					
湯河原町			③	人	④	人					
南足柄市			③	人	④	人					
中井町			③	人	④	人					
大井町	③		人	④	人						
松田町	③		人	④	人						
山北町	③	人	④	人							
開成町	③	人	④	人							
医療保護入院者の 退院支援委員会 開催状況	平成27年度	対象とした患者数							人		
		延べ開催回数							回		
	平成28年度 (4月～9月)	対象とした患者数							人		
		延べ開催回数							回		
入院加療継続の 必要性以外にも 退院を困難とさせて いる要因が存在する 患者数 (上記入院患者数③ ④に計上いただいた 患者数を合算した人 数のうち数)	任意入院者 _____人	居住地別 内訳	小田原市					人			
			箱根町					人			
			真鶴町					人			
			湯河原町					人			
			南足柄市					人			
			中井町					人			
			大井町					人			
			松田町					人			
			山北町					人			
			開成町					人			
	医療保護入院者 _____人	居住地別 内訳	小田原市					人			
			箱根町					人			
			真鶴町					人			
			湯河原町					人			
			南足柄市					人			
			中井町					人			
			大井町					人			
			松田町					人			
			山北町					人			
			開成町					人			

※1…他科転棟・院などで、現在院期間は1年未満であるが、トータルの入院期間が長期になっている等、院内で特に退院支援の必要性が感じられる患者数を計上してください。

※2…計上いただいた方について後日、個人情報伏せした形でのリスト化をお願いする予定です。

『地域につなげようプロジェクト』個別患者調査票 病院名【A・B・C病院】 入力日【平成28年10月1日時点】

No	退院に向けた検討材料						担当 ケース ワーカー (記入式)						
	性別	年齢	病名 (記入式)	入院 形態	在院期間 ○年○ヶ月 (記入式)	退院 見通		帰住 先	本人 意向	家族 意向	医療 判断	左記「医療判断不可」の場 合の理由・その他 自由記載	
1	<ul style="list-style-type: none"> 男性 女性 	<ul style="list-style-type: none"> 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 	(記入式)	<ul style="list-style-type: none"> 医療保護 任意 	○年○ヶ月 (記入式)	<ul style="list-style-type: none"> 有 無 不明 	<ul style="list-style-type: none"> 有 無 	<ul style="list-style-type: none"> 有 無 	<ul style="list-style-type: none"> 協力的 不安有 不明 	<ul style="list-style-type: none"> 検討可能 検討不可 	自由記載	(記入式)	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

吹き出し部分は、プルダウンの内容

調査票B

No.	年齢	才	備考欄										
入院している病棟	急性期治療	精神一般開放	精神一般閉鎖	精神療養開放	精神療養閉鎖	認知症治療	その他 () 病棟						不明
入院回数	1回	2~4回	5~9回	10回以上	詳細不明	30年以上	詳細不明						不明
通算入院期間	1~5年	5~10年	10~15年	15~20年	20~30年	30年以上	詳細不明						不明
協力者	なし	あり:	配偶者	兄弟姉妹	兄弟姉妹の配偶者	子ども	甥・姪	後見人等	その他 ()				不明
本人の収入	なし	あり:	生活保護	障害年金	援助金	その他 ()	複数選択可						不明
退院のために使える預貯金	なし	あり:	およその金額 ()										不明
障害者手帳取得	なし	あり:	身体 () 級	療育 () 級	精神 () 級						複数選択可	不明	
障害支援区分	未申請	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6				不明	
要介護認定	未申請	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				不明
本人の退院希望先	なし	あり:	自宅	アパートを借りる	グループホーム	その他 ()						不明	
合併症	なし	あり:	病名 ()										
ADL 移動	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 移乗	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 食事	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 整容	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 更衣	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 排泄	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							
ADL 入浴	自立	準備のみ必要	見守り	部分的援助	大部分を援助	全面援助							

該当する部分に
○をつける

付与されている代理権
()

調査票

自由記載

本人の希望等

IV 平成 29 年度 県西障害保健福祉圏域地域診断

県西圏域について

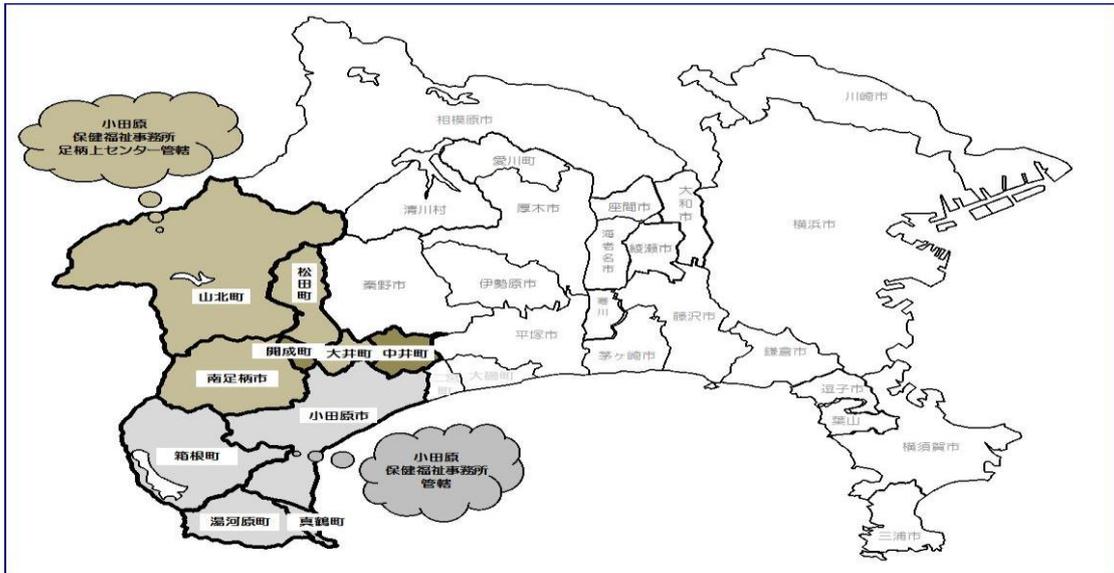
神奈川県西部、2市8町で構成されている。

小田原保健福祉事務所管轄：小田原市・箱根町・真鶴町・湯河原町、

小田原保健福祉事務所足柄上センター管轄：南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町

古くは万葉からの史跡が点在し、自然豊かで風向明媚な環境という点は共通だが、丹沢や箱根を中心とした山間部、相模湾に面した温暖な地域など市町それぞれの特徴は大きく異なる。小田原市内には江戸時代の農政家である二宮尊徳の生誕地があり、その教えである「積小為大」の精神は周辺地域に広く根付いている。

※積小為大・・・「小さな努力の積み重ねが、やがて大きな収穫や発展に結びつく。
小事をおろそかにして、大事をなすことはできない。」



基礎情報

市町名		面積 (平方 km)	世帯数	人口※1 (人)	高齢化率※2 (%)	精神障害者 手帳交付数※ 3	自立支援医療 件数 ※3
県西圏域全体		635.06	153,026	343,838	30.5	1,922	4,463
小田原保 福	小田原市	113.79	86,183	192,856	28.7	1,135	2616
	箱根町	92.86	6,850	11,562	36.8	31	89
	真鶴町	7.04	3,453	7,109	39.9	40	97
	湯河原町	40.97	12,674	24,547	40.6	159	363
足柄上セ ンター	南足柄市	77.12	17,630	42,641	30.5	234	528
	中井町	19.99	3,720	9,580	32.7	38	105
	大井町	14.38	6,710	16,891	27	87	191
	松田町	37.75	4,807	10,993	32.2	70	140
	山北町	224.61	4,229	10,296	36.5	60	140
開成町	6.55	6,770	17,363	25.4	68	194	

※1 H29. 1. 1 時点 ※2 H29. 1. 1 時点 ※3 1 級～3 級の合計数 H28. 4. 1 時点

精神科病床数および入院者数

	所在地	病床数	入院者数	備考
A 病院	小田原市	399	371	平成 29 年 11 月 25 日 399 床→385 床へ
B 病院	小田原市	341	255	
C 病院	小田原市	260	213	

平成 29 年 10 月 1 日時点

精神科併設病院数および精神科診療所数

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター						
	市町	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
精神科併設病院数		1							1		
精神科診療所数※		12	1		2	2	2	1	1		1

※一般の人が利用できる一般精神科診療所

事業所

<相談支援事業所>

管轄	数	所在地	職員	計画 相談数	地域移行 支援の 指定 (○×)	地域定着 支援の 指定 (○×)	地域移行個 別給付件数 (H26 年度)	地域移行個 別給付件数 (H27 年度)	地域移行個 別給付件数 (H28 年度)	地域移行個 別給付件数 (H29 年度 4～10 月)
小田原保健福祉事務所	15	小田原市	2	51	○	○				
		小田原市	3	13	○	○				
		小田原市	5	154	×	○				
		小田原市	2	0	×	×				
		小田原市	2	2	○	○			1	
		小田原市	5	206	○	○				
		小田原市	2	120	○	○				1
		小田原市	3	1	×	×				
		小田原市	2	61	×	×				
		小田原市	3	64	○	×				
		小田原市	6	47	×	×				
		小田原市	2	12	×	×				
		小田原市	4	104	○	○				
		小田原市	2	0	×	×				
小田原市	1	1	×	×						
足柄上センター	4	南足柄市	1	12	×	×				
		南足柄市	3	170	○	○				
		南足柄市	2	65	×	×				
		松田町	1	180	×	×				

〈その他の事業所〉

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
就労継続支援 A型事業所	1									
就労継続支援 B型事業所	16			1	5	1	1	2	1	4
就労移行支援 事業所	4				2					1
地域活動 支援センター	5	1	1	1						
共同生活援助 事業所	13				2		1			
居宅介護 事業所	29	1		1	5		1	1		1

精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーション

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	3			1	1	1	1			2

デイケア・ナイトケア

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	2				1					

家族会

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1					1 (休会中)				

ボランティアグループ

管轄	小田原保健福祉事務所				足柄上センター					
	小田原	箱根	真鶴	湯河原	南足柄	中井	大井	松田	山北	開成
数	1	1		1						

(附)平成 28 年度長期入院患者の実態調査の結果

- 1 医療機関における長期入院患者の現状
- 2 調査結果 1
小田原保健福祉事務所管内の住所地のある長期入院患者
- 3 調査結果 2
本人に退院の意向ありの長期入院患者
- 4 調査結果 3
本人に退院の意向なしの長期入院患者
- 5 調査結果 4
本人の退院意欲が不明の長期入院患者
- 6 調査結果概要

1 医療機関における長期入院患者の現状

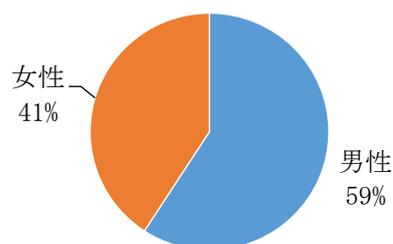
平成 28 年 10 月 1 日時点の 3 医療機関の入院者の合計は 858 名であり、任意入院者が 292 名 (34.0%)、医療保護入院者が 566 名 (66.0%) であった。1 年以上の長期入院患者数は 576 名 (67.1%)、1 年未満の入院者数は 282 名 (32.9%) であった。年齢別では 65 歳未満が、207 名 (35.9%)、65 歳以上が 369 名 (64.1%) であった。また、1 年以上入院している 65 歳未満で県西障害保健福祉圏域に住所地のある患者数は 131 名 (15.3%) であった。そのうち、小田原保健福祉事務所管内に住所地のある患者数は 98 名 (11.4%) であった。98 名の患者について個別の状況の調査を行った。

※1 年以上の入院患者数には、他科への転棟・転院等で、現在院期間は 1 年未満であるが転院以前の入院期間を合わせると長期入院になっている患者も含む。

2 調査結果 1 小田原保健福祉事務所管内に住所地のある長期入院患者 (N=98)

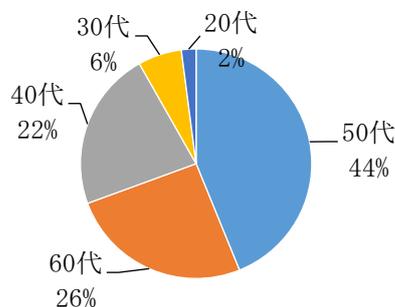
(1) 性別

性別は、女性が 40 名 (40.8%)、男性が 58 名 (59.2%) である。

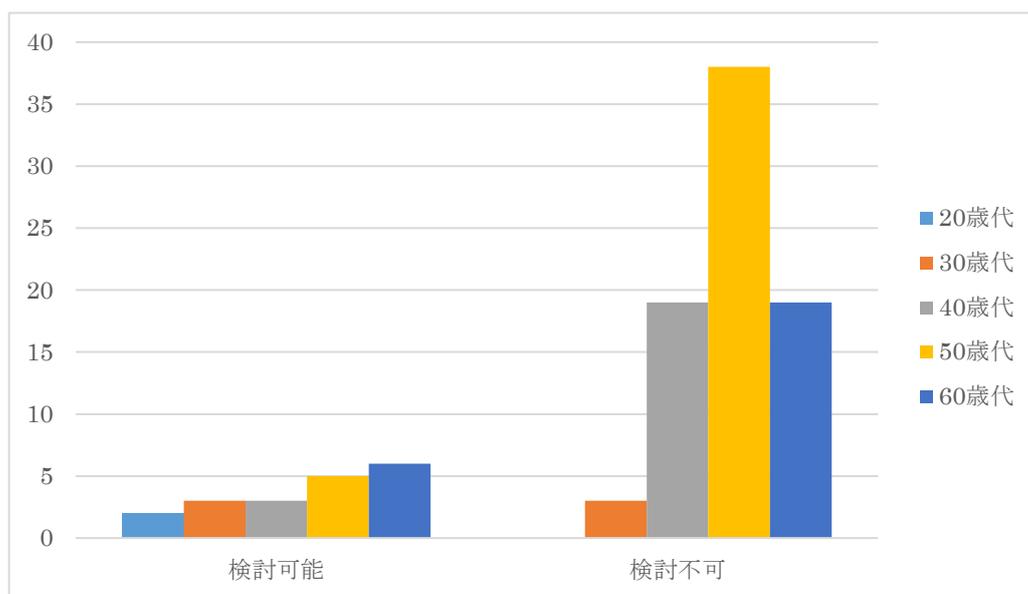


(2) 年齢別

年齢は、20 代が 2 名 (2%)、30 代が 6 名 (6.1%)、40 代が 22 名 (22.4%)、50 代が 43 名 (43.9%)、60~64 歳が 25 名 (25.5%) であり、50 代が約半数、50 代と 60 代を合わせると、7 割であった。

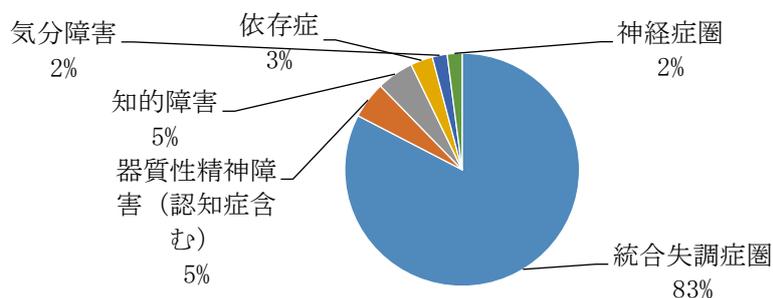


医学的な判断別に年齢別に表したグラフが以下である。

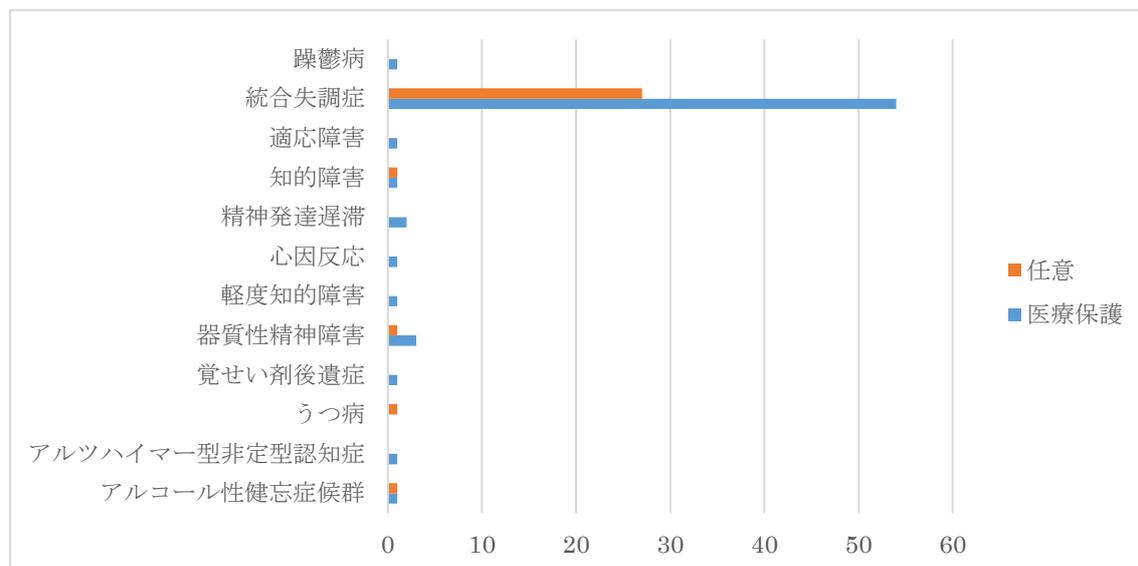


(3) 主たる病名

統合失調症圏が 81 名 (82.7%)、器質性精神障害が 5 名 (5.1%)、知的障害が 5 名 (5.1%)、依存症 3 名 (3.1%)、気分障害 2 名 (2%)、神経症圏 2 名 (2%) であった。

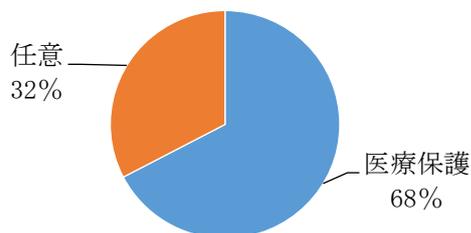


病名別に入院形態別に表したグラフが以下である。



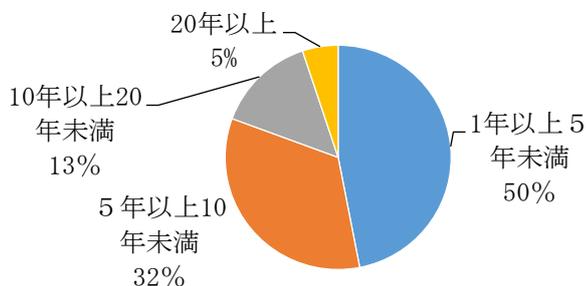
(4) 入院形態別

医療保護入院が 67 名 (68.4%)、任意入院が 31 名 (31.6%) であった。



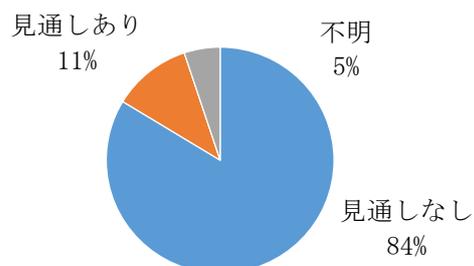
(5) 入院期間別

1年以上5年未満が 49 名 (50%)、5年以上10年未満 31 名 (31.7%)、10年以上20年未満 13 名 (13.3%)、20年以上 5 名 (5%) であった。

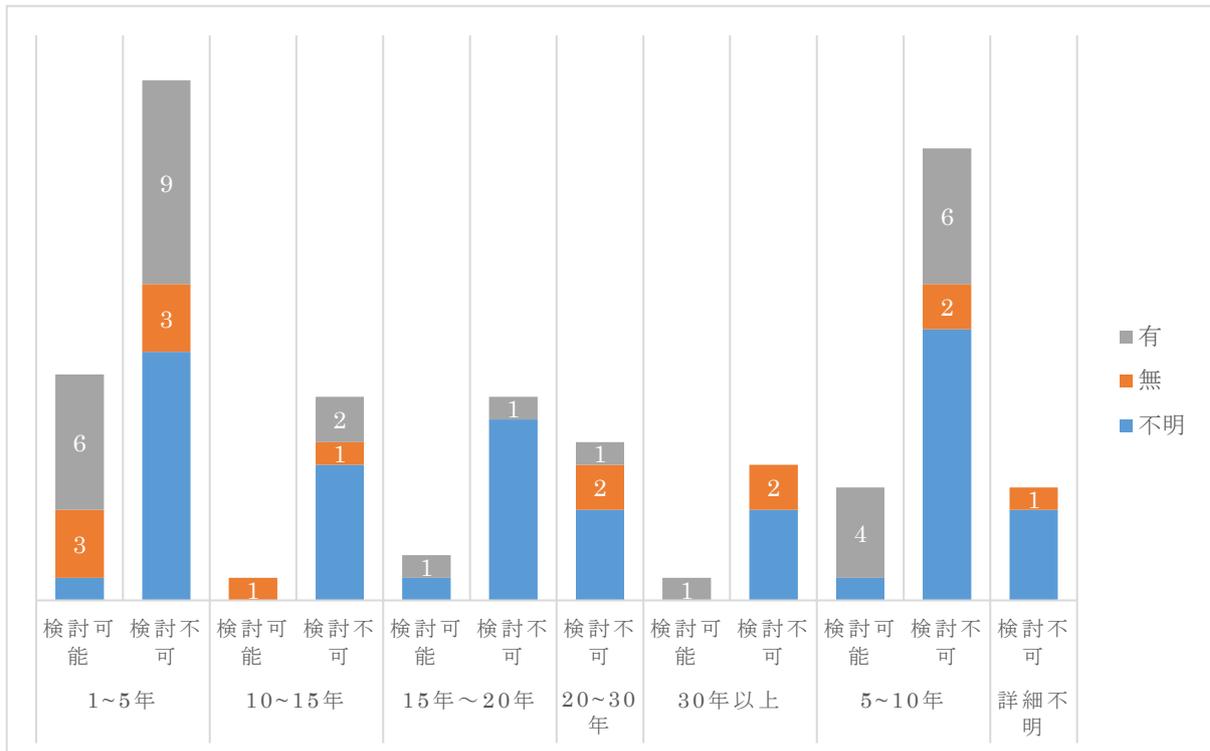


(6) 退院の見通しの有無

退院の見通しありが 11 名 (11.2%)、退院の見通しなしが 82 名 (83.7%)、不明が 5 名 (5.1%) であった。

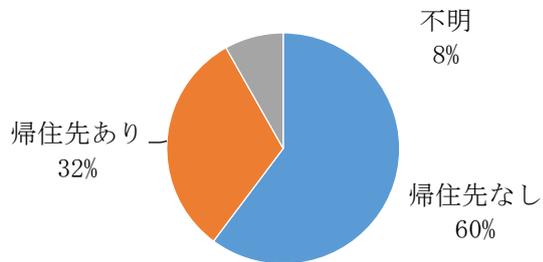


入院期間別に医師の判断別とし、さらに本人の退院意向の有無について表したグラフが以下である。



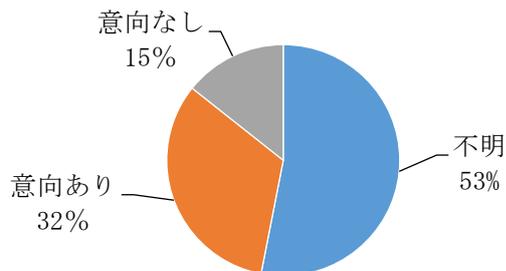
(7) 帰住先の有無

帰住先ありが 31 名 (31.6%)、帰住先なしが 59 名 (60.2%)、不明が 8 名 (8.2%) であった。

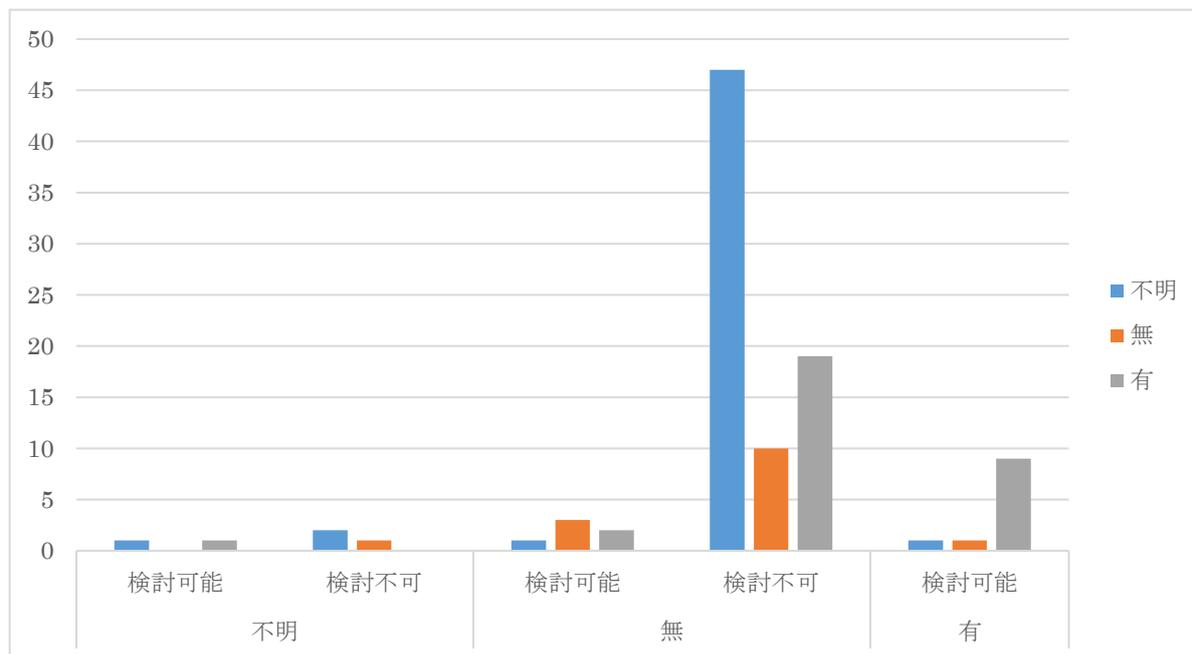


(8) 本人の退院意向の有無

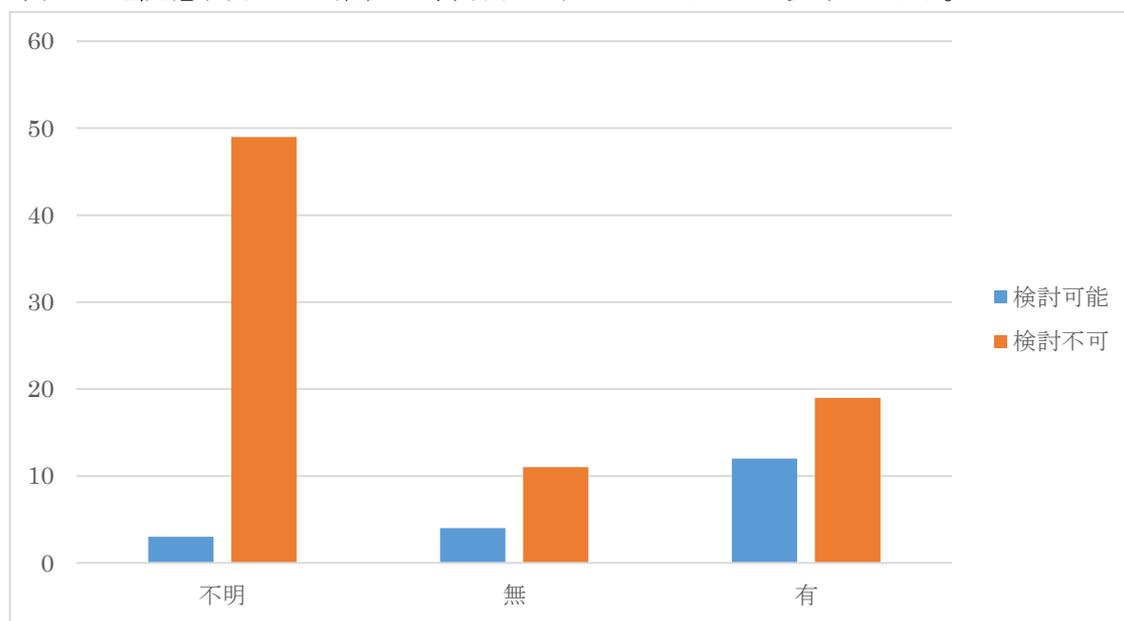
本人に退院の意向がある 31 名 (31.6%)、本人に退院の意向がない 15 名 (15.3%)、本人の意向が不明 52 名 (53.1%) であった。



本人の退院意向別に主治医の判断別とし、退院の見通しの有無についてのグラフが以下である。

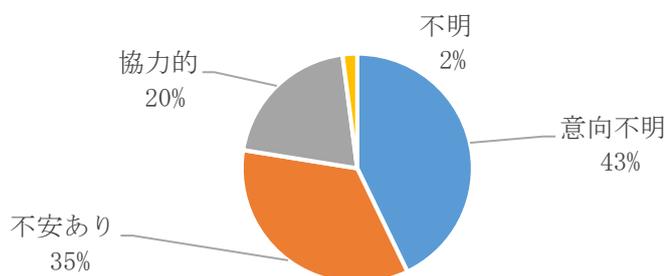


本人の退院意向別に主治医の判断別に表したグラフが以下である。



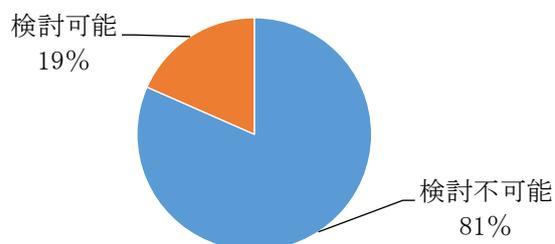
(9) 家族の意向

家族が協力的 20 名 (20.4%)、家族に不安あり 34 名 (34.7%)、家族の意向なし 2 名 (2%)、家族の意向不明 42 名 (42.9%) であった。



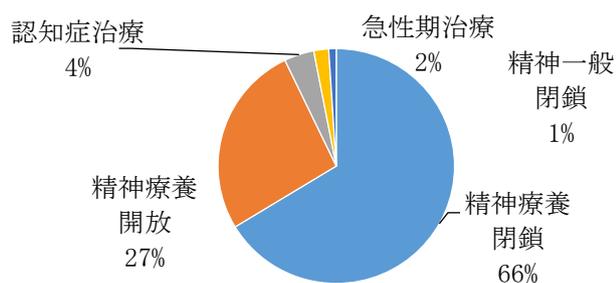
(10) 退院についての医学的判断

退院についての主治医の判断については、検討可能が 19 名 (19.4%)、検討不可が 79 名 (80.6%) であった。



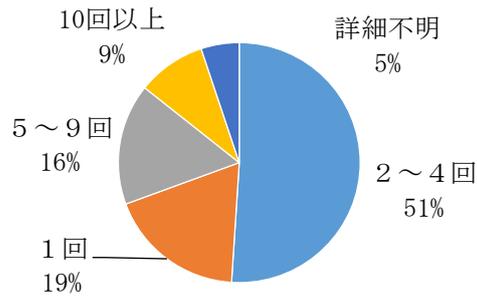
(11) 入院病棟

現在の入院病棟は、精神療養閉鎖病棟が 66 名 (67.3%)、精神療養開放が、25 名 (25.5%)、認知症治療病棟が 4 名 (4.1%)、急性期治療病棟 2 名 (2%)、精神一般閉鎖病棟が 1 名 (1%) であった。



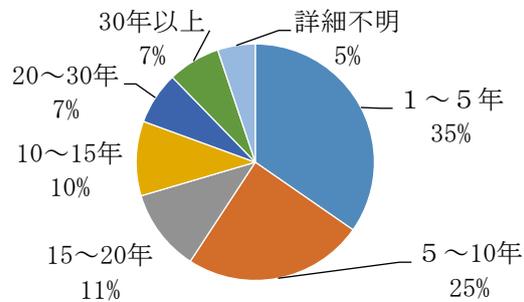
(12) 今までの入院回数

今までの入院回数は、1 回が 18 名 (18.3%)、2～4 回が 50 名 (51%)、5～9 回が 16 名 (16.3%)、10 回以上が 9 名 (9.2%)、詳細不明が 5 名 (5.1%) であった。

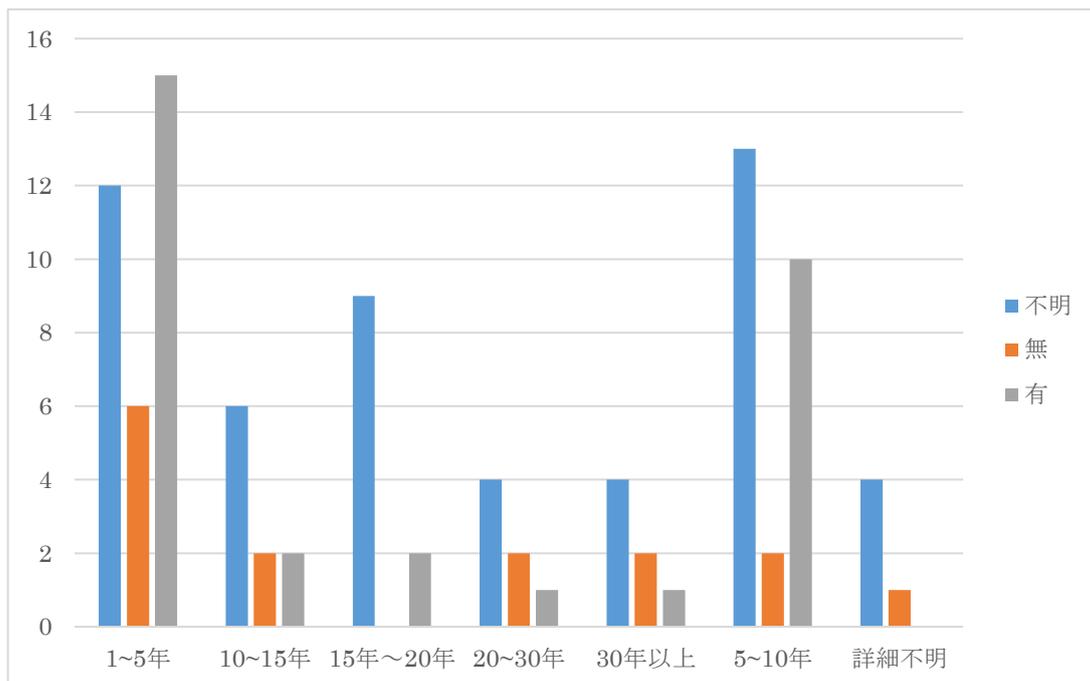


(13) 通算の入院期間

他病院での入院期間も含めての通算の入院期間は、1～5年未満が33名（33.7%）、5～10年未満が25名（25.5%）、10～15年未満が10名（10.2%）、15～20年未満が11名（11.2%）、20～30年未満が7名（7.1%）、30年以上が7名（7.1%）、詳細不明5名（5.1%）であった。

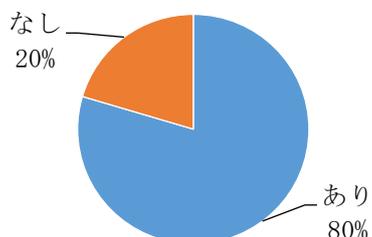


通算の入院期間別に本人の退院意向の有無別に表したグラフは以下のものであった。どの期間にも不明が多く、本人への聞き取りが今後必要であることがうかがえた。



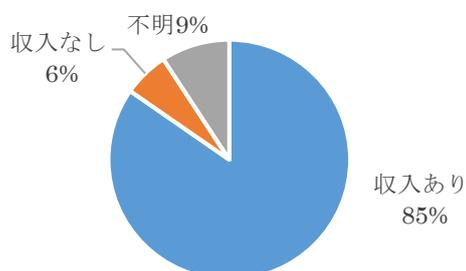
(14) 協力者の有無

本人の協力者ありが 79 名 (80.6%)、なしが 19 名 (19.4%) であり、協力者の内訳は親 29 名 (36.7%)、配偶者 3 名 (3.8%)、子ども 2 名 (2.5%)、兄弟姉妹 34 名 (43%)、甥・姪 2 名 (2.5%)、後見人 5 名 (6.3%)、その他友人等 4 名 (5.1%) であった。



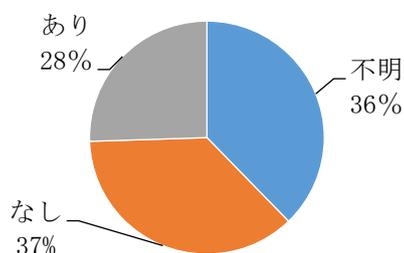
(15) 本人の収入の有無

経済状況について、本人に収入があるが 83 名 (84.7%)、なしが 6 名 (6.2%)、不明が 9 名 (9.2%) であった。収入の内訳は、障害年金を受給者が 58 名 (59.2%)、生活保護中が 21 名 (21.4%)、神奈川県精神障害者入院医療援護金を受給中が 41 名 (41.8%) その他 (遺族年金) が 1 名 (1%) であり、重複して収入を得ている方が 32 名 (32.7%) であった。



(16) 退院のために使える預貯金の有無

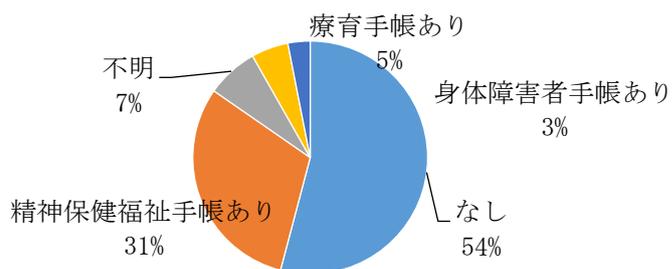
あり 27 名 (27.6%)、なし 36 名 (36.7%)、不明 35 名 (35.7%) であった。



(17) 障害者手帳の取得の有無

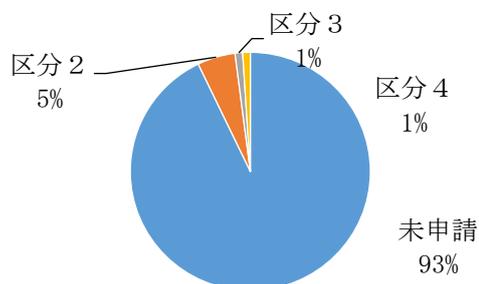
精神障害者手帳取得者が 30 名 (30.6%)、療育手帳取得者が 5 名 (5.1%)、身体障害者手帳取得者が 3 名 (3.1%)、手帳取得なしが 53 名 (54.1%)、不明が 7 名

(7.1%)であった。複数の手帳を取得している方は0名であった。



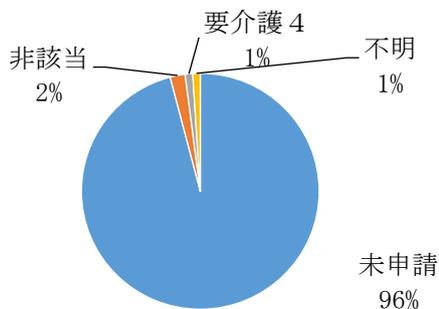
(18) 障害支援区分

区分2が5名(5.1%)、区分3が1名(1%)、区分4が1名(1%)、未申請91名(92.9%)であった。



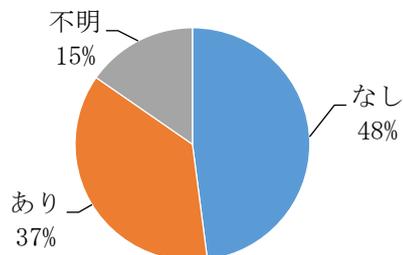
(19) 要介護認定

要介護4が1名(1%)、非該当2名(2%)、未申請94名(95.9%)、不明1名(1%)であった。



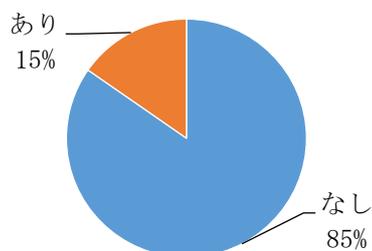
(20) 本人の退院希望先の有無

本人の退院希望先があるが 35 名 (35.7%)、なしが 47 名 (48%)、不明が 16 名 (16.3%) であった。



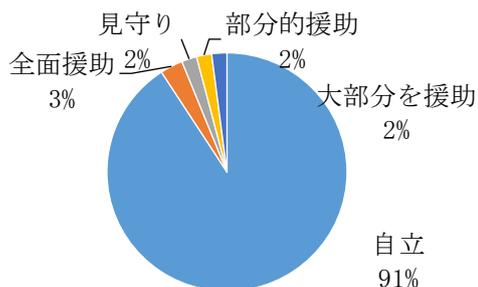
(21) 合併症の有無

合併症なしが 82 名 (83.7%)、合併症ありが 16 名 (16.3%) であった。



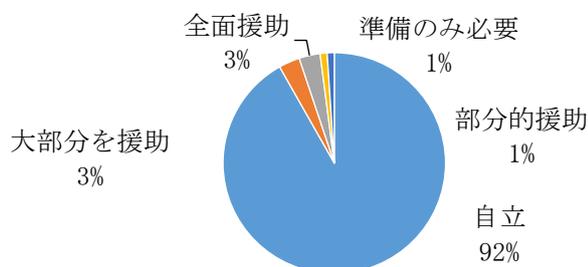
(22) 移動

自立が 89 名 (90.8%)、見守りが必要が 2 名 (2%)、部分的援助が必要が 2 名 (2%)、大部分援助が必要が 2 名 (2%)、全面的に援助が必要が 3 名 (3%) であった。



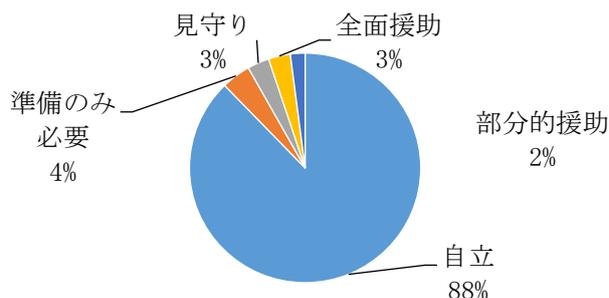
(23) 移乗

自立が 90 名 (91.8%)、準備のみ支援が必要が 1 名 (1%)、部分的援助が必要 1 名 (1%)、大部分援助が必要が 3 名 (3.1%)、全面的に援助が必要が 3 名 (3.1%) であった。



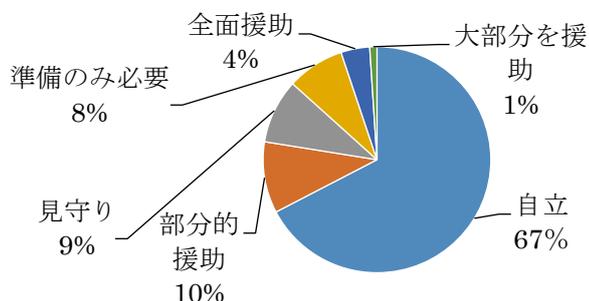
(24) 食事

自立が 86 名 (87.8%)、見守りが必要が 3 名 (3%)、準備のみ支援が必要が 4 名 (4.1%)、部分的援助が必要が 2 名 (2%)、全面的に援助が必要が 3 名 (3%) であった。



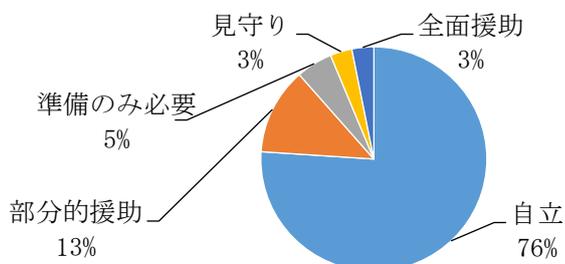
(25) 整容

自立が 66 名 (67.3%)、見守りが必要が 9 名 (9.2%)、準備のみ支援が必要が 8 名 (8.2%)、部分的援助が必要が 10 名 (10.2%)、大部援助が必要が 1 名 (1%)、全面的に援助が必要が 4 名 (4.1%) であった。



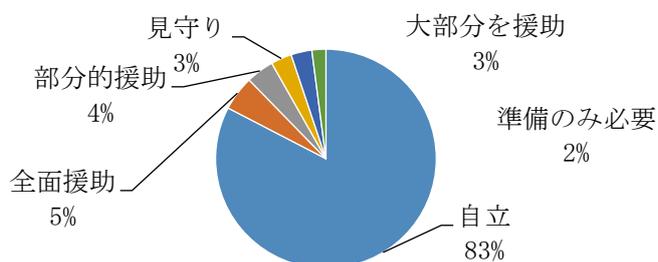
(26) 更衣

自立が 73 名 (74.5%)、見守りが必要が 3 名 (3%)、準備のみ支援が必要が 5 名 (5.1%)、部分的援助が必要が 12 名 (12.2%)、大部援助が必要が 2 名 (2%)、全面的に援助が必要が 3 名 (3.1%) であった。



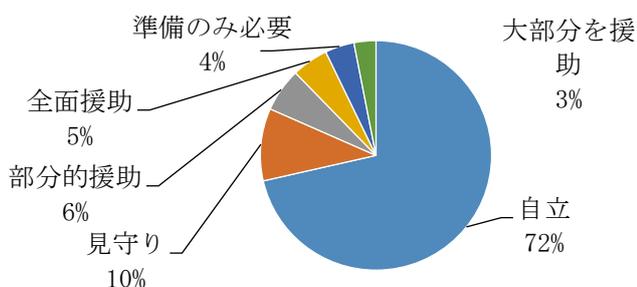
(27) 排泄

自立が 81 名 (82.7%)、見守りが必要が 3 名 (3.1%)、準備のみ支援が必要が 2 名 (2%)、部分的援助が必要が 4 名 (4.1%)、大部援助が必要が 3 名 (3.1%)、全面的に援助が必要が 5 名 (5.1%) であった。



(28) 入浴

自立が 54 名 (55.1%)、見守りが必要が 19 名 (19.4%)、準備のみ支援が必要が 6 名 (6.1%)、部分的援助が必要が 10 名 (10.2%)、大部援助が必要が 3 名 (3.1%)、全面的に援助が必要が 6 名 (6.1%) であった。

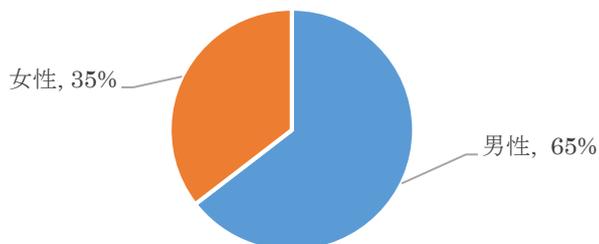


3 調査結果2 本人に退院の意向ありの長期入院患者 (N=31)

本人に退院の意向があるとの回答は 98 名中 31 名 (31.7%) であった。その方たちの内訳は以下のものであった。

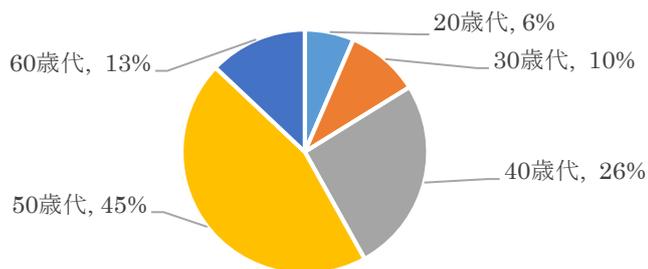
(1) 性別

性別は、男性が 20 名 (65%)、女性が 11 名 (35%) である。



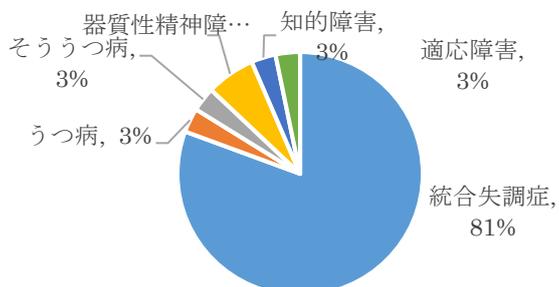
(2) 年齢別

年齢は、20代が 2 名 (6%)、30代が 10 名 (10%)、40代が 8 名 (26%)、50代が 14 名 (45%)、60~64 歳が 4 名 (13%) であった。



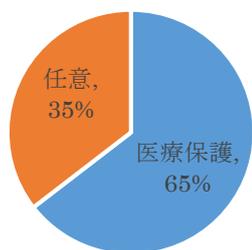
(3) 主たる病名

統合失調症圏が 25 名 (81%)、器質性精神障害が 2 名 (7%)、うつ病 1 名 (3%)、そううつ病 1 名 (3%)、適応障害 1 名 (3%)、知的障害 1 名 (3%) であった。



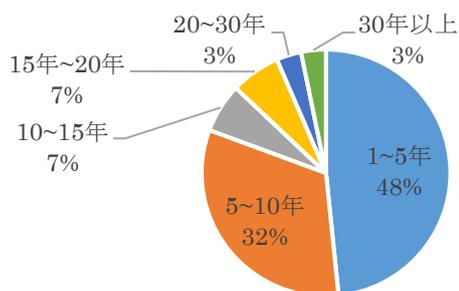
(4) 入院形態別

医療保護入院が 20 名 (65%)、任意入院が 11 名 (35%) であった。



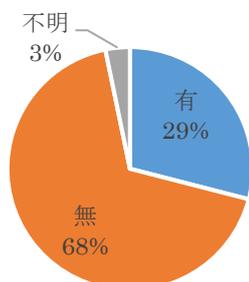
(5) 通算の入院期間別

1 年以上 5 年未満が 15 名 (48%)、5 年以上 10 年未満 10 名 (32%)、10 年以上 15 年未満 2 名 (7%)、15 年以上 20 年未満 2 名 (7%)、20 年以上 30 年未満 1 名 (3%)、30 年以上 1 名 (3%) であった。



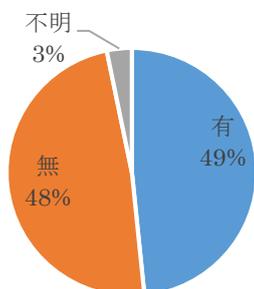
(6) 退院の見通しの有無

退院の見通しありが 9 名 (29%)、退院の見通しなしが 21 名 (68%)、不明が 1 名 (3%) であった。



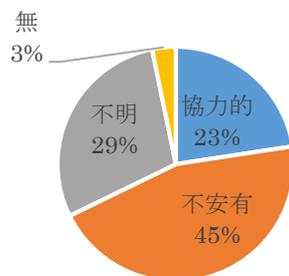
(7) 帰住先の有無

帰住先ありが 15 名 (49%)、帰住先なしが 15 名 (48%)、不明が 1 名 (3%) であった。



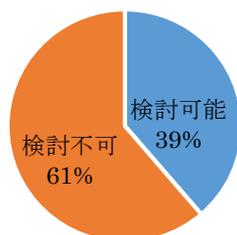
(8) 家族の意向

家族が協力的が 7 名 (23%)、家族に不安ありが 14 名 (45%)、家族の意向なしが 1 名 (3%)、家族の意向不明 9 名 (29%) であった。



(9) 退院についての医学的判断

退院についての主治医の判断については、検討可能が 12 名 (39%)、検討不可が 19 名 (61%) であった。

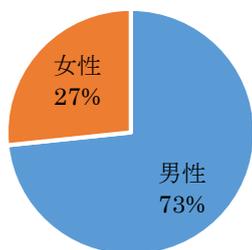


4 調査結果 3 本人に退院の意向なしの長期入院患者 (N=15)

本人に退院の意向がないとの回答は 98 名中 15 名 (15.3%) であった。その方たちの内訳は以下のものであった。

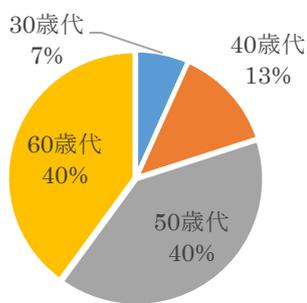
(1) 性別

性別は、男性が11名（73%）、女性が4名（27%）である



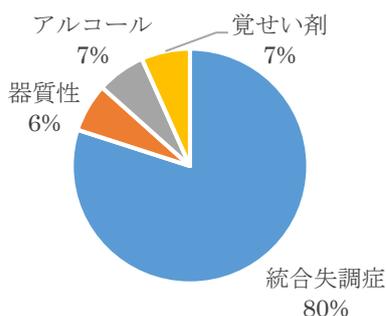
(2) 年齢別

年齢は、30代が1名（7%）、40代が2名（13%）、50代が6名（40%）、60代が6名（40%）であった。



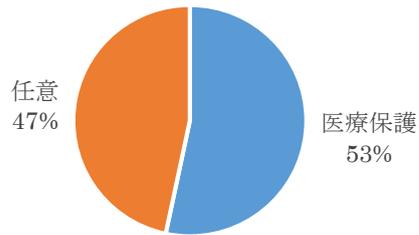
(3) 主たる病名

統合失調症圏が12名（80%）、器質性精神障害が1名（6%）、アルコール性健忘症候群が1名（7%）、覚せい剤後遺症が1名（7%）であった。



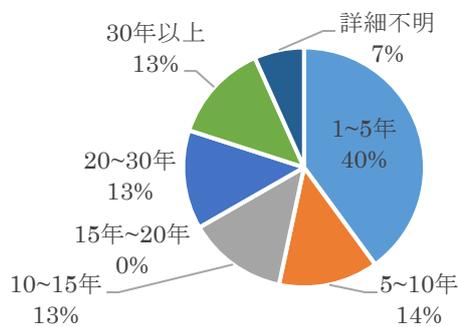
(4) 入院形態別

医療保護入院が8名（53%）、任意入院が7名（47%）であった。

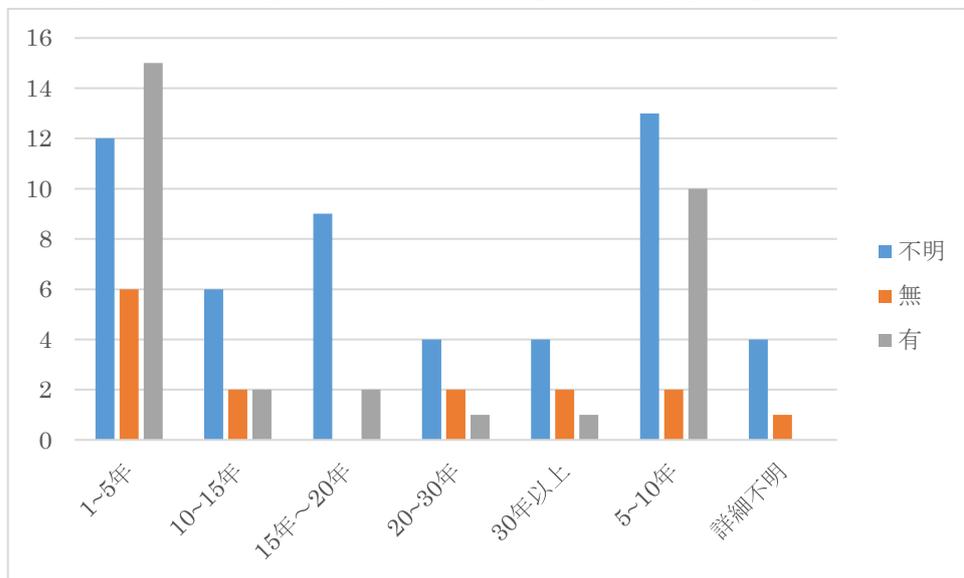


(5) 通算の入院期間別

1年以上5年未満が6名（40%）、5年以上10年未満が2名（14%）、10年以上15年未満が2名（13%）、20年以上30年未満が2名（13%）、30年以上が2名（13%）、詳細不明が1名（7%）であった。

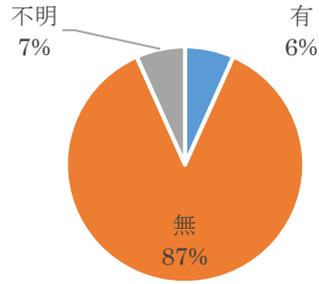


通算の入院期間別に本人の退院意向の有無別に表したグラフは以下のものであった。どの期間にも不明が多く、本人への聞き取りが今後必要であることがうかがえた。



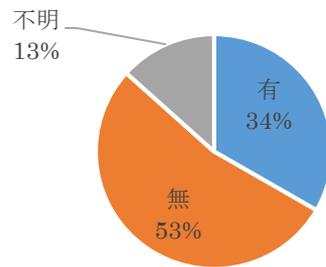
(6) 退院の見通しの有無

退院の見通しありが1名（6%）、退院の見通しなしが13名（87%）、不明が1名（7%）であった。



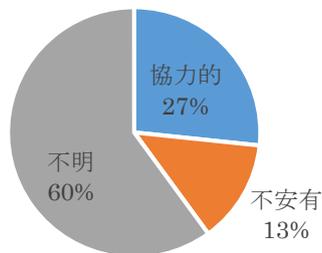
(7) 帰住先の有無

帰住先ありが5名(34%)、帰住先なしが8名(53%)、不明が2名(13%)であった。



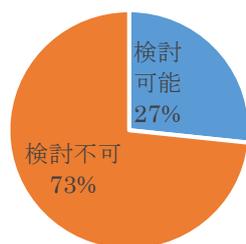
(8) 家族の意向

家族が協力的4名(27%)、家族に不安あり2名(13%)、家族の意向不明9名(60%)であった。



(9) 退院についての医学的判断

退院についての主治医の判断については、検討可能が4名(27%)、検討不可が11名(73%)であった。

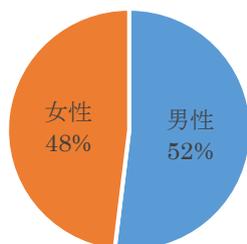


5 調査結果 4 本人の退院の意向が不明の長期入院患者 (N=52)

本人の退院の意向が不明との回答は 98 名中 52 名 (53%) であった。その方たちの内訳は以下のものであった。

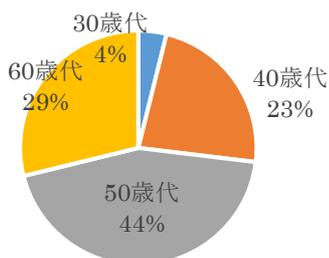
(1) 性別

性別は、男性が 27 名 (52%)、女性が 25 名 (48%) である。



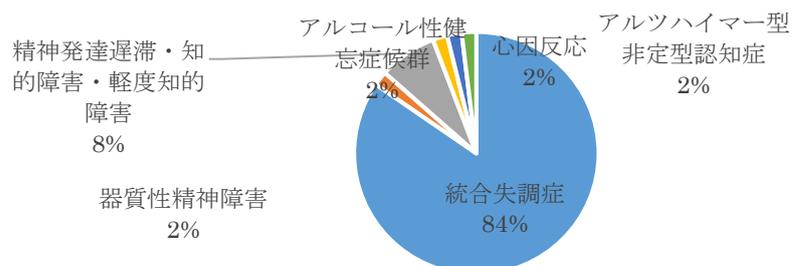
(2) 年齢別

年齢は、30 代が 2 名 (4%)、40 代が 12 名 (23%)、50 代が 23 名 (44%)、60 代が 15 名 (29%) であった。



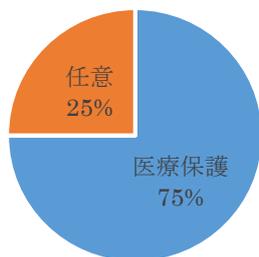
(3) 主たる病名

統合失調症圏が 44 名 (84%)、知的障害が 4 名 (8%)、器質性精神障害が 1 名 (2%)、アルコール性健忘症候群が 1 名 (2%)、心因反応が 1 名 (2%)、アルツハイマー型非定型認知症が 1 名 (2%) であった。



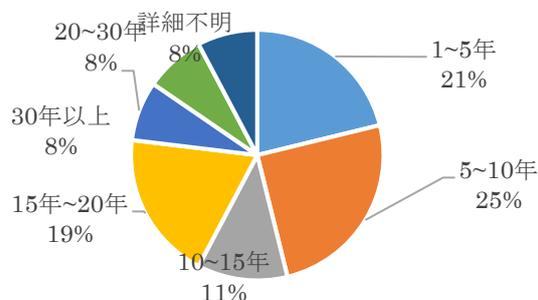
(4) 入院形態別

医療保護入院が 39 名 (75%)、任意入院が 13 名 (25%) であった。



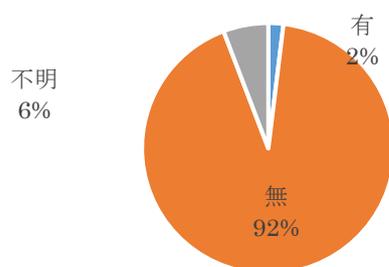
(5) 通算の入院期間別

1 年以上 5 年未満が 11 名 (21%)、5 年以上 10 年未満が 13 名 (25%)、10 年以上 15 年未満が 6 名 (11%)、15 年以上 20 年未満が 10 名 (19%)、20 年以上 30 年未満が 4 名 (8%)、30 年以上が 4 名 (8%)、詳細不明が 4 名 (8%) であった。



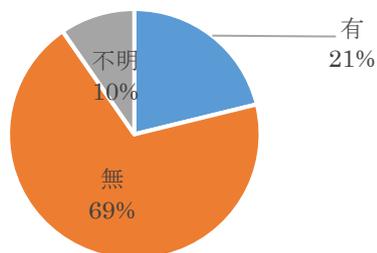
(6) 退院の見通しの有無

退院の見通しありが 1 名 (2%)、退院の見通しなしが 48 名 (92%)、不明が 3 名 (6%) であった。



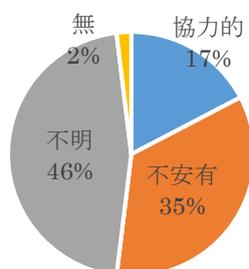
(7) 帰住先の有無

帰住先ありが 11 名 (21%)、帰住先なしが 36 名 (69%)、不明が 5 名 (10%) であった。



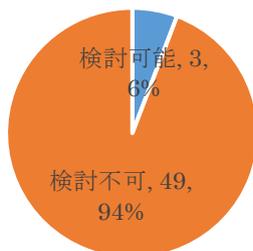
(8) 家族の意向

家族が協力的 9 名 (17%)、家族に不安あり 18 名 (35%)、家族の意向なしが 1 名 (2%)、家族の意向不明が 24 名 (46%) であった。



(9) 退院についての医学的判断

退院についての主治医の判断については、検討可能が 3 名 (6%)、検討不可が 49 名 (94%) であった。



6 調査結果概要

本調査の対象者 98 名の男女比は 6 対 4 で、男性の方が多かった。年齢は、50 代以上が 68 名であり 7 割となっている。1 年以上の長期入院患者の年齢別にみても 65 歳以上が 6 割以上であり、入院患者の高齢化が進んでいる結果であった。

病名は、統合失調症が 8 割を超えていたが、他様々な病名の方がいた。中でも知的障害の方が 5 名いて、その後の病院職員への聞き取りの際にも、知的障害者施設からの入院であったが、退院先が探せないという現状があることが把握できた。

入院形態別にみると、任意入院が 3 割以上であり、任意入院で長期化している方への退院支援のアプローチを検討することが、地域移行に向けての取組のひとつとなることがうかがえた。

帰住先については、帰住先のない方が 6 割いて、退院支援にあたっては、住居の確保が課題となっていることがうかがえた。聞き取りの中では、自宅があっても空家となっていて、生活を送るにはかなりの準備が必要な家屋もあるようであった。

本人に退院の意向があるかないかの設問には、本人に退院の意向があるが 31 名であり、そのうち医学的判断も退院支援の検討が可能な方が 12 名であった。さらに退院の見通しがあるが 9 名であった。全対象者の 9.2 パーセントの方が本人に退院の意欲があり、実際に退院の可能性があるということが把握できた。つまり、長期入院患者のわずか 1 割弱の方しかスムーズな退院支援を行えない状況であり、1 年以上の入院患者になると何らかの支援困難な課題があることを示唆する結果となった。

本人の意向については、半分が不明であり、本人への働きかけが今後さらに進むことを期待したい。

家族の意向については、不明が 4 割強であった。支援者が家族との連絡を密にし、家族の意向の把握をすることから本人の退院支援の取組につながる糸口がみつかる可能性を感じた結果であった。

退院についての医学的判断により退院支援の検討不可の場合は、その理由についても自由記載をお願いしたが、病状の重い方が大半であった。

今までの入院回数については、2 回から 4 回が半数であり、10 回以上が 1 割弱であった。他院を含めての入院期間は、1 年から 10 年が 6 割、10 年以上が 3 割強であり、20 年以上が 7 名、30 年以上が 7 名であった。長く家族や地域から離れて入院生活を送っている患者像が浮き彫りとなった。しかし、入院期間別に医師の判断別にした上での本人の意向の有無のグラフ (p. 34) を見ると、どの入院期間にも検討可能の方は存在し、さらに本人の退院意欲がある方もいることがわかった。また、20 年以上の入院者にも退院の意向がある方が 1 名、30 年以上の入院者にも退院の意向のある方が 1 名いた。両名とも任意入院であったので、入院が長くなっても退院をあきらめていない方への支援を検討することもひとつの切り口であると思われる。

協力者については、親ではなく兄弟姉妹の代になっている方が多く、聞き取りの中では、退院支援としての協力者としては負担を感じている家族が多いことが把握できた。家族以外の協力者としては、後見人の選任がなされていることも把握できた。

本人の収入については、有が8割強で、6割の方が障害年金を受給していた。また4割の方が、神奈川県制度である精神障害者入院医療援護金の受給要件を満たし、受給している現状が把握できた。

精神障害者手帳取得者は3割であった。障害支援区分は未申請が9割以上と最も多く、地域移行支援を利用し、地域の社会資源や制度につなぐ動きが少ないことを示唆する結果となった。

要介護認定については、1名が要介護4に該当していた。他2名は、申請したが非該当であった。病院職員への聞き取りでも、要介護状態ではあるが、年齢的に若く申請ができないという方が存在することが把握できた。

本人の退院希望先の有無については、3割強があると回答した。具体的な場所については、自宅が多かったが、聞き取りの中では実際にはすでに自宅がない方や自宅があっても住める状態でない方もいた。自宅以外ではアパートとの回答が次に多く、民間アパートや病院所有のアパートをイメージしていることがうかがわれた。退院に向けての病院スタッフの関わりの中で、グループホームを目指している方もいた。また、実際には退院先となりえない場所をイメージしている方もいた。

合併症の有無は有が2割弱であったが、いずれも地域生活に大きな支障をきたす病気ではなかった。

ADLについては、移動、移乗、食事の面で自立している方が9割程度であるが、排泄、更衣、入浴、整容の順に自立度が下がっている。とくに整容の部分では、入院中、他人と会う機会が少なく、整容に意識が向かない環境にあることが背景にあることが考えられる。今後、地域の支援者との交流が活発に行われるようになると、入院患者の整容面での自立度の変化が見られるのではないかと感じた結果であった。

平成 29 年度神奈川県精神保健福祉センター調査研究事業報告書

発行日 平成 30 年 3 月

発行 神奈川県精神保健福祉センター

〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷 2 - 5 - 2

電話 045-821-8822