

2 章 . 分担研究報告

精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討

- 市町村行政を中心とした地域移行のためのシステムづくりに関する調査 -

研究分担者： 吉田光爾¹⁾

研究協力者：○瀧本里香²⁾，山下真史²⁾

1) 昭和女子大学人間社会学部

2) 日本社会事業大学研究科大学院

要旨

【目的】本研究では精神障がい者の退院支援（地域移行支援）や地域生活を継続するための支援を行う上で、行政機関がどのようなシステム作りが必要なのかその要因を探り、特に進んでいると思われる地域の実態を把握し具体的な内容を明らかにすることを目的に行った。

【方法】前年度に行った『市町村行政による精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活支援システム構築に関する実態調査』での質問紙調査の回答からシステム作りのために必要とされる項目の検討のため因子分析を行った。その実施度を元に訪問先地域を選定し、選定された地域の精神保健担当部署職員とその地域の地域移行等を行っている事業所の職員らに訪問半構造化インタビュー調査を行った。（2016年3月～2017年2月）

【結果と考察】前年度の調査から、システム作りのための6因子を抽出した。また、自治体の人口規模や精神科病床数などもその実施度に影響がある可能性が示された。実施度と人口、また質問紙調査外からも先駆的な地域などを考慮し、訪問先は8地域（10市）インタビュー対象者20名であった。訪問調査からは、地域のシステム作りを行うに当たり、行政機関が医療機関や地域事業所などのコーディネートをを行うシステムを独自に作っていることや、医療機関や事業所と協力し長期入院者数などの把握を積極的に行っていることなどが多くの地域で挙げられた。

A. 研究の背景と目的

長期入院をしている精神障がい者の地域移行が進まない中、地域移行支援や地域定着支援の実施も低調である。都道府県事業から総合支援法内の個別給付による支援となり支援の主管は市町村となっている。昨年度本研究の一環として行った、市町村行政の担当部署への調査の結果からも地域移行・定着支援の低調さが明らかになっており、また同時に市町村行政によるシステム作りも思うように進んでいない状況が明らかになった。しかし、事業所調査からは市町村のシステムづくりの実施度によってその地域の退院支援数に影響

があることも示されており、本研究においては、昨年度行った市町村調査を基に、どのような市町村で精神障がい者の地域移行が進んでいるのか、またそれを推進するための市町村行政によるシステム作りにおいて必要な因子は何なのかを明らかにするとともに、実際にその要因を含むシステム作りが進んでいる市町村へ訪問調査を行うことで、より具体的なシステム作りのための示唆を得ることを目的とする。

B. 方法

1) 退院支援・地域生活支援のシステム作り

のための要因分析

1)-1 市町村の類型化

どのような市町村で地域移行などが進んでいるのかをまず概観するため、各市町村の地域移行支援実施数（実数）と精神科病床数、人口規模を変数としてクラスター分析を行った。

1)-2 システム作りのための因子抽出

上記に加え、実際にどのような実施項目が有用であるのか、H27年度に行った『市町村行政による精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活支援システム構築に関する実態調査』で行ったシステム構築の実施度調査（0:実施せず 1:実施しているが不活発 3:活発に実施）の37項目のうち「個別支援への関わり」の6項目を除いた31項目に関し、行政機関の関与度（1:委託・後方支援 2:協働・共催 3:行政主体）を調整した値で因子分析（主成分因子法 パリマックス回転）を行い、因子を抽出した。

2) 訪問調査

2)-1 対象者

因子分析の結果から各因子の実施度の高い市町村を選出。選出された市町村行政機関の精神保健担当部署の地域移行支援等を担当している職員にインタビューを依頼。同地域の地域事業所の職員・ピアサポーターにも可能であれば同席をしていただけるよう依頼をし、同意を得られた場合はグループインタビューを行った。また、既にシステム作りを先駆的に行っているとされている地域を訪問先に追加した。

2)-2 方法

インタビューガイドを作成し、半構造化インタビューを行い、地域の基本情報、システムの概要等を含め帰納的に内容の分析を行った。インタビューの主な内容は以下のとおりである。

退院支援について現在の体制・システムについて、含まれる機関やスタッフについてや現体制が出来上がってきた経過について（中心となった機関、スタッフ、出来事など）。

医療機関の参加・協力、行政の役割について。また、連携の在り方など

現在のシステムをうまく機能させている要因

ピアサポーター（ピアスタッフ）など当事者の活動やその効果について

自立支援協議会、また地域独自の連絡会等について教えてください

当事者の方や家族の意見をどのように取り入れているのか

今後、より良いシステムを構築していく上で大切なものは何か

2)-3 期間

2016年3月より2017年2月まで。

2)-4 倫理的配慮

インタビュー対象者には調査内容を説明した上、録音等記録を取る旨を含め書面にて同意を頂いた。また個々のインタビュー内容については公表の際個人が特定されないように配慮をした。

日本社会事業大学倫理審査委員会にて承認を得た。(No. 15-1005 2016年2月28日)

C. 結果

1) 市町村の類型化

図1で示すように、クラスター分析を行った結果、4つのグループに類型化された。

グループ1は人口が比較的多く政令市や中核市が含まれ、精神科病床（人口10万対）も多い群であるこのグループは地域移行・定着支援の実施度も比較的高い群であった。グループ2は人口が少なく10万人以下が大半をしめ、精神科病床も少ないか、もしくは無い市町村であった。この群は地域移行・定着支援

の実施がなかった。グループ3は人口も少なく精神科病床が無い市町村であるが地域移行・定着支援の実施はある群であった。グループ4は人口20万人程度の中規模の市が多く、精神科病床数もグループ1同様多いが、地域移行・定着支援の実施度は低かった。(表1)

社会資源等のグループ間の比較を行ったところ、人口10万人対の精神科デイケア数や訪問看護ステーション数はやはり病床数の多い1,4グループで多いが、精神科病床が無いが地域移行支援等の実施度の高いグループ3では地域活動支援センター型($p=.014$)や自立訓練を行っている施設数($p=.005$)が他グループに比べて有意に多かった。また、自立支援医療の利用者数($p=.014$)や精神保健福祉手帳の所持者数($p=.001$)でグループ1が有意に多かった。(表2)

3) システムづくりのための因子

設定したシステム作りのための支援37項目のうち、個別支援への関わりに関する6項目と《不活発に実施》を含めても実施が2%に満たなかった1項目を除き、30項目の実施度に関与度で加重し因子分析(主成分因子法・プロマックス回転)を実施したところ、固有値1以上の9因子が認められた。そのうち、スクリープロットからと因子寄与率を積算して80%以内となる6因子を抽出した。

(表3)

第1因子は『事業の評価をするシステム作り』(内容・質・登録者数・利用者数による評価共)や『当事者や家族が事業の評価に参加できる仕組みづくり』など、行政だけでなく多角的な評価のためのシステム作りや、目標値や課題・評価を共有するという項目が含まれ、【多角的な評価と共有】とした。第2因子は『病院管理者・職員への退院支援等事業の説明を行う』『病院へ地域移行・定着・居住支援等事業のポスターやチラシを配布』や、医療機関内で長期入院者へ働きかけを行う『ピアサポーターの育成』に関わる項目も含まれ、

【医療機関への働きかけ】とした。第3因子は地域での『自立支援協議会での部会の開催』や『専門職向けの勉強会や研修会の開催』など、地域移行・定着に向けた【研修・連携作り】とした。第4因子は専門職や地域の民生委員への研修という項目と『精神障害者への理解を促進させる講演・シンポジウムなどを行う』という項目が含まれ、【普及啓発・理解の向上】とした。第5因子は当事者・家族が企画運営にも参加するという項目で構成され、単に意見を聴くためにメンバーに加えるだけでない、【当事者の主体的参加の促進】とした。第6因子は公営住宅への優先入居等が含まれ【公的な居所対策】とした。

4) 市町村の類型化グループとシステムづくりのための因子との関連(表4)

類型化グループ毎の因子に関わる項目の平均点を比較したところ、第3因子の【研修・連携作り】でグループ毎の平均点に差が見られ($p=.02$)、第1グループが他のグループより得点が高い傾向が見られ、第2グループが特に平均点が低く、第1グループとの多重比較でも明らかに有意差が見られた。また、【医療機関への働きかけ】の因子でもグループ間に差がある傾向が見られ($p=.07$)、第1グループの平均点が他のグループに比べ高く第2グループが他のグループよりも低いという結果であった。

5) 訪問調査

5)-1 訪問先の概要(表5)

因子分析の結果得られた6因子の各市町村の実施度の平均点をだし、得点の高い市町村を抽出。もとの質問紙から実施度にばらつきがないかなども確認し、訪問先を選出した。また、類型化の結果から人口の多い市町村では地域移行支援等の実施が多く、人口の少ない小規模の市町村では実施度が低かったが、全国的に見ると、人口が5万人を切る市町村が7割程をしめており、小規模の市町村でも

可能なシステムを考案しないといけない必要性があるため、小規模の市町村で実施度の高い自治体も選出し、3市含む1圏域を追加した。更に、調査外であっても先駆的な退院支援の取り組みを行っていると思われる1市を追加し、8ヶ所(7市1圏域)に訪問調査を行った。うち、政令市は3ヶ所、中核市が2ヶ所であった。

調査は各行政機関の精神保健福祉の担当者を中心に、地域事業所の職員やピアスタッフと医療機関の精神保健福祉士、計20名にインタビュー調査を行った。行政機関のスタッフのみの地域は3ヶ所であった。

5)-2 訪問調査結果

訪問インタビュー調査の内容を帰納的に分析し、市の取り組みや、効果的なシステムの要因と考えられるものを以下にまとめた。(各地域の概要は表6～表9に示す。)

【長期入院者の把握と地域での共有】

圏域内の医療機関に1年以上入院していて、各市に住民票のある患者数の把握をし、地域の連絡会等でその情報を共有している。これにより、行政機関が状況を把握するだけでなく、実際に支援に入る事業所でもどこに関わらなければいけない患者がいるのかが把握できる。「こんなにいるということが改めてわかった」と、という意見も聞かれたように、具体的な数が見えてくると、それに対する支援の在り方を検討しやすくなる。また、全ての医療機関に1年以上の入院者のリストを出してもらったところ、地域移行の対象とするかの検討を行うのが追いつかないほどで、全国的には数の上がらない地域移行支援であるが、支援に結びつく方が増えているという市もあった。

【医療機関への積極的働きかけ】

行政機関の職員が、直接地域移行支援等の

説明に医療機関へ訪問を行っており、特に病院長に直接説明をするなど、地域事業所ではできない働きを行政機関が行うことで、地域事業所の支援が院内に入りやすくしている。また、自立支援協議会とは別に独自の精神保健福祉関連の連絡会を設け、全市の医療機関に参加してもらうなどして、医療機関と地域事業所との結びつきを強めている。このような独自の連絡会は1市を除きほぼすべての訪問先で行われていた。

【地域のコーディネート機能の充実】

地域移行支援が個別給付化される前は体制整備コーディネーターが配置されることになっていたが、個別給付化後廃止されている。今回の訪問先の全ての市・圏域では似たような地域のコーディネート機能を担う役割が設定されており、2ヶ所では都道府県事業としてコーディネート機能が行われていた。コーディネート機能としては医療機関と地域事業所を繋ぐ役割だけでなく、困難事例への対応や、市外・圏域外のケースへの対応も重要な役割として行われていた。基幹相談支援センターなどが委託を受けて行っている市が5ヶ所であったが、保健所が地域コーディネートの役割を担っている地域や、市で独自の連絡会や推進会議などを再編し、あえてコーディネーターの役割をおかなくても統合されたシステムとして機能していくように始めている市もあった。特に小規模な市の集まった圏域では入院している医療機関が市をまたいでいたりすることも多く、これまで地域の精神保健福祉を担ってきた保健所が地域移行支援に関してもコーディネート機能を担うことで医療機関と地域事業所をつなぐだけでなく、これまで接点の少なかった医療機関と各市町村の担当部署とをつなぐ役割も担っている。

【プレ支援・モチベーション喚起】

(本研究では地域移行支援を契約する前の支

援をプレ支援と呼ぶ)

個別給付化に伴い、地域移行支援等利用する本人と契約してから支援を開始する形式になっているが、実際に本人から利用したいと申し出る方ばかりではなく、利用を決める前から、病棟に出向くなどして地域事業所の職員やピアサポーターが地域生活の様子を伝えるなどしてモチベーションの喚起を行ったり、実際に外出同行したりしてイメージを持ってもらったりする支援を訪問先の地域全てで行っている。都道府県事業の地域移行支援として実施しているピアサポーターの医療機関への派遣事業を活用している市もあるが、市独自の事業として、モチベーション喚起に時間のかかる人などの退院支援を地域事業所に委託して行っている市もあった。いずれの市でも、プレ支援は重要な支援の一つと位置づけられている。また、プレ支援において、ピアサポーター（ピアスタッフ）は非常に効果的であり「私たちがいくら言っても伝わらないこと（地域生活のこと）も、ピアさんが直接会って話すと全然違う。」などという意見が多く聞かれた。

D. 考察

(1) 市町村の人口規模・精神科病床数による違い

今回の分析、訪問調査から一口に市町村と言っても人口100万を超える政令市と5万人を下回るような小規模な市町村とを同一のシステムで考えてよいのかという課題が浮かんだ。地域移行支援の実施が進んでいる市には政令市や中核市が多く含まれ、また、精神科病床数も比較的多い地域であった。市内に精神科病院が複数あり、入院者の把握や訪問もし易い地域では支援が行いやすいということも考えられる。また、近くで長期入院者の存在を感じることで行政や地域にも地域移行を進めなければいけないという意識付けにもなるであろう。しかし、現実にはそのような都市部ではなく、人口5万人を下回る市町村

が全国の70%近くをしめている。遠方の病院に入院している方の把握などはこれまでされてきておらず、実際今回の訪問調査でも、市外に入院している長期入院者の把握ができていた所は少なかった。市の財政的にも独自の事業やシステムづくりを行うことに障壁はあるであろう。市の規模や圏域の状況などに合わせたシステム作りが必要とされる。

(2) 地域のコーディネートと保健所の機能の活用

今回の訪問調査からも地域のコーディネート機能は重要であることが明らかになってきている。特に、以前の制度の時から課題として上がっていた市外病院の入院患者への支援や市外住所の方などへの支援など、圏域をまたいだ支援などにもその機能を発揮する必要があるであろう。しかし、前述したように都市部の市であれば、一つの市でコーディネート機能を有することができるかもしれないが、小規模な市町村では、市独自にそのようなシステムを作るのは困難が予想される。富山県砺波圏域で厚生センター（保健所）を中心に地域移行の連絡会が行われているように、小規模の市町村の多い地域では、地域移行等のシステムを構築し、地域をコーディネートしていく上で保健所は重要な役割を果たす事ができるのではないだろうか。政令市や中核市においても、市として保健所機能を有しているため市内の機関同士の連携が取りやすいということもある。地域移行の課題は障害福祉の側面だけでなく、対象者が入院患者であるという医療施策的な側面や地域の精神保健福祉の状況を把握し向上を図る保健の側面も併せ持つ。地域移行支援自体の給付事務等個々のケースは市町村で扱うとしても、システム作りを考えていくときに、市町村行政や保健所、医療機関など、機関を超えた柔軟な枠組みが重要であろう。

(3) プレ支援の重要性と当事者の参加

支援が比較的進んでいる地域である今回の

訪問先のような地域ほど既に退院できる人たちは退院しており、後は「退院へのモチベーションを持ってもらうだけでも年単位で時間がかかる。」というような方たちが未だに取り残されてしまっている。そのような方たちに対し、意欲喚起のためのプレ支援は重要であり、訪問したすべての市で行っていた。しかし、政令市や中核市のように大きな市では市独自の事業として行われていたが、都道府県事業のピアサポート事業の一環として行われているところや事業所が生活相談の枠組みの中で行っていることが多いようであった。また、プレ支援ではピアの活動が効果的であるとのことだったが、プレ支援部分をすべてピアサポーターやピアスタッフに任せればよいというわけでもない。ピアスタッフの方からも、病院へ入っていくための病院の窓口となる職員との調整や、病棟で病棟看護師たちとの打ち合わせなどは、ちゃんと専門職でやってほしいという意見もあった。ピアサポーターらがより活動しやすくするようなマネジメントや、その後の地域移行支援につないでいく役割もプレ支援の中では重要であろう。また、退院支援や地域移行支援の中で当事者の参加というと病院訪問のピアサポーター等がすぐに思い浮かばれるが、それだけではなく、要因分析からも出てきたように連絡会や協議会に参加し、当事者の視点から意見述べ、システム作りにも参加することも重要であろう。積極的に企画運営にまで参加している地域は少なかったが、「支援者」が作ったシステムの中で当事者が活動するというのではなく、「(病棟でのプログラムなどを考える際に)対等に意見を言えて、それを聴いてもらえるのがいい」とピアスタッフをしている方からの言葉があったように、他の支援者にはできないことをしてくれる仲間として、当事者に参加してもらえるような体制作りも都道府県との連携も含め求められる。

(4) 今後の課題

長期入院者の把握や地域との共有、医療機関との連携強化はこれまでも重要視されてきたことであり、今回の分析や調査からも重要な要因であることが明らかになった。しかし、先駆的に支援を行っている地域ですら、市内、または圏域内の全ての医療機関と連携ができている訳ではなく、医療機関ごとの差がまだまだあるとどこの地域の担当者は話していた。「医療機関としては地域移行支援を利用するメリットがあまり感じられない。」という意見もあった。一方、医療側の制度である退院支援委員会等が始まっているが、地域事業所の職員が「忙しくなるかと思っただけでそうはならなかった。」と言うように、地域事業所や行政の職員に声がかかる事は多くはない。地域移行に向けた様々な支援や制度が行われることは良いことではあるが、複雑になればなるほど、一つ一つの支援の利用率が下がったり、重複して同様の会議やカンファレンスが行われたりという事が起こってくる。そのような状況を防ぎ、より効果的に支援を行い、地域移行を促進するため、行政の立場から正確な長期入院者の現状の把握と共有、地域の支援体制の量質共の評価は必要不可欠であり、地域を俯瞰してみる、福祉、医療、保健の垣根を越えたシステムの構築が求められている。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

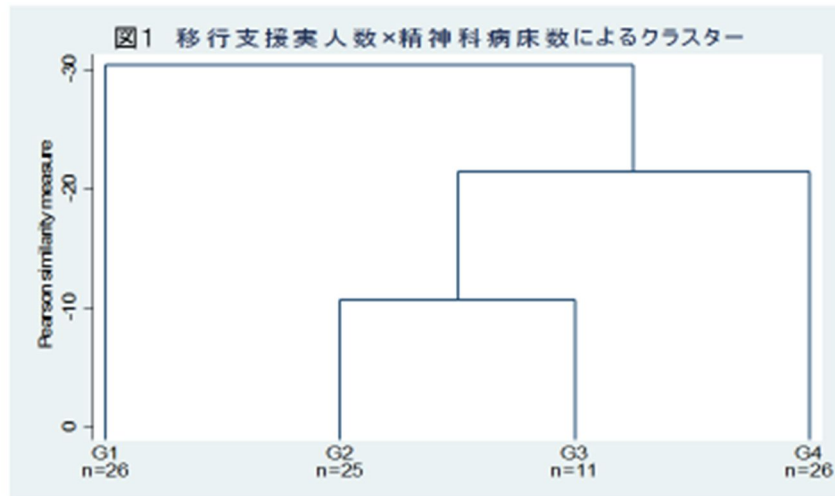


図1 移行支援実人数×精神科病床数によるクラスター
人口10万人対の移行支援実人数と精神科病床数でクラスター分析
を行い(ウオード法)、4グループに分けた。

表1

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		
市町村数	26		25		11		26		
人口10万人対		sd		sd		sd		sd	p値
H25年地域移行 利用実人数	2.3	2.6	0.0	0.0	3.6	4.0	0.6	1.1	0.0001*
H25年地域定着 利用実人数	3.8	5.3	1.7	6.5	2.0	6.1	0.7	2.2	0.0002*
精神科病床数	426.0	433.3	49.5	123.2	0.0	0.0	445.1	368.5	0.0001*
人口(千人)	465.7	614.0	51.9	42.3	111.6	98.5	204.3	255.1	0.0001*
政令市数	4		0		0		2		
特別区数	0		0		0		3		
中核市数	7		0		0		0		
自立支援医療 利用者数	1633.0	690.7	1317.3	429.4	1271.4	327.1	1199.2	254.3	0.0114*
精神保健福祉 手帳所持者数	757.0	332.0	548.1	198.2	566.2	191.8	537.4	170.6	0.0019**
担当職員数	1.5	1.6	4.7	4.4	4.9	4.9	3.7	4.1	0.029*

Kruskal - Wallis順位検定

表2 クラスターグループ毎 社会資源数 (人口10万あたり)

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		
市町村数	26		25		11		26		
		Sd		Sd		Sd		Sd	P値
相談支援事業所	4.9	3.0	9.7	5.5	5.1	7.4	3.9	3.4	0.0001**
地活1	0.9	1.0	0.8	2.2	1.9	2.9	0.7	0.9	0.0142*
GH	8.0	15.1	9.1	18.4	6.7	10.9	4.8	5.0	0.3953
居宅介護	14.8	15.9	7.0	5.5	7.3	6.4	7.3	8.7	0.0682
公共賃貸住居	0.0	0.1	0.0	0.0	0.8	2.6	0.3	1.5	0.8880
就労継続	8.4	6.4	10.0	9.2	6.1	7.6	5.1	4.8	0.1011
自立訓練	1.2	1.3	0.5	1.2	2.0	5.2	1.0	1.6	0.0053**
訪問看護	3.3	2.7	0.1	0.3	0.8	0.6	1.5	1.5	0.0001**
デイケア	1.5	1.1	0.0	0.0	0.4	0.6	1.3	1.5	0.0001**

Kruskal - Wallis順位検定

表3

		Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
1 多 角 的 な 評 価 と 共 有	事業の評価をするシステム作り（内容・質による評価）	0.93	0.03	-0.02	-0.06	-0.14	-0.02
	事業の評価をするシステム作り（登録者数・利用者数による評価）	0.90	0.00	0.11	-0.02	-0.09	-0.03
	事業のガイドラインの作成	0.87	-0.20	-0.05	-0.12	0.04	0.06
	当事者・家族が事業の評価に参加できる仕組み作り	0.81	0.07	-0.08	-0.05	0.03	0.01
	評価を地域事業所・病院等と共有・課題の振り返りを行う	0.63	-0.21	0.31	0.03	0.34	-0.19
	各事業の数値を含む目的・目標の地域事業所・病院等との共有	0.54	0.05	0.49	-0.08	0.12	-0.06
	地域福祉計画等、事業計画に数値目標を設定	0.43	0.29	0.06	0.13	-0.01	-0.05
2 医 療 機 関 へ の 働 き か け	病院へ地域移行・定着・居住支援等事業のポスターやチラシを配布	-0.17	0.80	0.09	-0.09	0.04	0.00
	病院管理者・職員への退院支援等事業の説明を行う	0.02	0.77	0.03	0.13	-0.04	0.04
	当事者を協議会・連絡会等の参加メンバーとして加えている	0.09	0.69	-0.34	-0.06	0.34	0.08
	ピアサポーター・スタッフ育成のための研修会・勉強会を開催	-0.09	0.57	0.05	0.09	0.15	0.20
	事業の対象者の選定・紹介など事業所や病院との橋渡しを行う	0.27	0.42	0.07	0.35	-0.11	-0.08
3 研 修 ・ 連 携 作 り	自立支援協議会（以下協議会）で地域移行・定着等の部会を開催	-0.11	-0.09	0.71	0.26	0.18	0.13
	精神障害者退院促進事業（生活保護自立支援プログラム）との連携作り	0.12	0.18	0.54	-0.11	-0.07	0.14
	専門職向けの勉強会・研修会の開催	-0.05	0.27	0.44	0.39	0.02	-0.12
4 普 及 啓 発	民生委員への支援協力依頼・精神保健に関する研修を行う	-0.16	-0.03	0.06	0.91	0.00	0.14
	精神障がいへの理解を促進させる講演・シンポジウムなどを行う	0.09	0.12	0.36	0.54	-0.11	-0.14
5 当 事 者 の 主 体 的 参 加	当事者を協議会・連絡会・各種事業等の企画運営メンバーとしている	-0.11	0.23	0.14	-0.08	0.92	-0.16
	家族を協議会・連絡会・各種事業等の企画運営メンバーとしている	0.03	-0.03	-0.01	-0.03	0.91	-0.04
	家族を協議会・連絡会等の参加メンバーとして加えている	-0.02	-0.16	0.14	0.26	0.43	0.39
6 公 的 な 居 所 施 策	公営住宅への優先入居できるシステム作り	-0.24	0.01	0.15	0.07	-0.09	0.89
	住居に関する他の行政部署との連携	0.28	0.11	-0.09	0.10	-0.08	0.73
	ピアスタッフやサポーター雇用のための予算算定	0.12	0.34	0.28	-0.35	0.00	0.45

表4 行政によるシステム構築度（実施度×関与度）の状況

実施せず=0

実施しているが不活発×委託・後方支援=1

活発に実施×委託後方支援 ・ 実施しているが不活発×共同共催または行政主体=2

活発に実施×協働共催または行政主体=3

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		
市町村数	26	sd.	25	sd.	11	sd.	26	sd.	p値
1. 多角的な評価と共有	0.82	0.93	0.49	0.52	1.16	0.96	0.93	0.96	0.35
2. 医療機関への働きかけ	1.06	0.99	0.39	0.53	0.53	0.57	0.62	0.60	0.07 ⁺
3. 研修連携作り	0.92	0.83	0.32	0.54	0.64	0.94	0.76	0.68	0.02 [*]
4. 普及啓発	1.15	1.03	0.83	1.00	0.95	1.08	1.13	1.00	0.61
5. 当事者の主体的参加	0.62	0.81	0.77	1.00	1.12	1.07	0.77	0.74	0.43
6. 公的な居所施策	0.55	0.92	0.24	0.47	0.60	0.72	0.39	0.53	0.65

表5 訪問調査先概要 訪問期間 H28年3月～H29年2月

都道府県	市	人口 (万人)	インタビュー対象者 (20名)
1 神奈川県	川崎市 政	147.8	川崎市健康福祉局職員 (2名) 生活支援センター職員
2 福岡県	北九州市 政	96.7	北九州市保健福祉局職員 北九州市精神保健福祉センター職員 (2名) 社会復帰センター職員 (2名)
3 愛媛県	松山市 中	51.5	松山市保健所 保健予防課 担当職員
4 兵庫県	西宮市 中	48.9	西宮市障害福祉課職員 障害者相談支援センター職員 (2名)
5 大阪府	茨木市	28.0	茨木市障害福祉課職員
6 神奈川県	横浜市 旭区 政	372.8 (24.9)	旭区福祉保健センター職員 生活支援センター職員 区内精神科病院職員 NPO法人ピアスタッフ (2名)
7 東京都	調布市	22.6	調布市障害福祉課職員
8 富山県	砺波圏域 南砺市 小矢部 砺波市	5.5 3.1 4.9	砺波圏域 地域移行連絡会参加者 砺波厚生センター保健予防課職員 (2名)

表6

		対象者の把握・共有	医療機関への働きかけ
神奈川県	川崎市	× 630調査の結果等は確認しているが、市として調査は行っていない	▲ 全病院に参加してもらった地域移行の連絡会を行っていたが、現在、システムの変更に伴いまだ行えていない。
福岡県	北九州市	▲ 5年に1回障害者調査として、市独自に調査しているが、1年以上の入院患者数等は630調査などを利用している	● 市内の病院には移行支援についてチラシ等を配るほか、実地指導・監査の際に長期入院者への働きかけを促している。
愛媛県	松山市	● 市内の全病院で1年以上の入患者数等の把握をしている	● 各病院の院長などに地域移行支援についての説明を訪問して行ったりしている。
兵庫県	西宮市	● 市内の全病院で1年以上の入患者数等の把握をしている	● 連絡会にすべての病院に入ってもらい、現状等の確認や地域移行について情報交換をしている。
大阪府	茨木市	▲ 把握していない。府で行っている。	▲ (府の退院促進事業で行っている)
神奈川県	横浜市(旭区)	× 把握できていない	× 日頃の仕事の中での関わりはあるが、地域移行に関わる積極的な働きかけは行えていない。
東京都	調布市	× 把握できていない 把握すると体制整備には言われている	● 市の連絡会に全病院入ってもらって、情報交換をしている。直接の働きかけは都の体制整備の法で行っている。 ● 病院長も含まれる機関長会議などで、長期入院者数等を伝え、地域移行を促している
富山県	砺波圏域	● 圏域内の病院から1年以上の入院患者と退院した方の概要を調査している	● 圏域の地域移行連絡会に全病院に参加してもらっている

表7

		地域のコーディネート機能
神奈川県	川崎市	● (市単事業) 市の精神保健福祉センターに体制整備担当を配置 市委託の地域生活支援センターと協働して地域コーディネート機能を担う
福岡県	北九州市	● (市単事業) 市が委託する相談支援センターで地域移行支援に関する地域コーディネート機能を担う
愛媛県	松山市	● (保健所事業) 保健所の保健予防課が体制整備的な役割を担って、地域のコーディネートを行っている
兵庫県	西宮市	● (市単事業) 地域移行に関わるシステムを市独自で再編し、地域移行推進会議、同事務局会議を設置し地域全体の計画、評価、啓発や課題の改善等を行う。
大阪府	茨木市	▲ (府事業) 「精神障がい者地域移行アドバイザー」を相談支援事業所に委託し地域のコーディネートや医療機関への働きかけを行う役割を担っている。
神奈川県	横浜市(旭区)	● (市単事業) 市内6カ所の精神障害者生活支援センターが体制整備の役割を担ってきたが、各区に基幹相談支援センターが設置されたのを機にそちらに地域移行支援における地域のコーディネート機能も持たせるようになった。
東京都	調布市	▲ (都事業) 都事業として地域移行体制整備支援事業がある。その中で、都内6カ所の事業所に地域移行促進事業を委託している。
富山県	砺波圏域	● (保健所事業) 砺波厚生センターで旧制度の体制整備コーディネーターを担っていたが、個別給付後は制度化されていないが、同様の機能を担っている。

表8

自立支援協議会地域移行部会や独自の連絡会		
神奈川県	川崎市	● 自立支援協議会に精神障害者の地域移行・定着部会あり
福岡県	北九州市	● 精神保健福祉連絡会議を設置し課題解決や協議をする場とし、北九州市精神障がい者地域移行連携協議会では各機関の連携をはかるための研修を企画運営している。
愛媛県	松山市	● 20年ほど前から地域生活移行検討会を行っている。地域移行の対象者も月に一回定例会で検討を行っている。
兵庫県	西宮市	● 精神障害者地域移行連絡会・地域移行推進会議（+事務局会議）等を行い対象者の選定等もを行っている。
大阪府	茨木市	？
神奈川県	横浜市 (旭区)	● 基幹相談支援センター・生活支援センター・区の担当者と地域移行等の役割分担などについて話し合う会議を持っている。市の地域移行部会は3障害合同。精神関連機関すべてが揃う、旭区ハートネット4/yがある。
東京都	調布市	● ネットワーク連絡会(精神関連の機関・家族等)があり、研修等もを行っている。自支協には精神のWGあり障害の特徴に沿った課題について協議している。
富山県	砺波圏域	● 砺波厚生センターが主催の地域移行連絡会を開催し、圏域の関係機関がすべて揃い課題を話し合う

表9

プレ支援（地域移行支援を契約する前の支援） モチベーション喚起等		
神奈川県	川崎市	● まだ退院に前向きでない方には市委託の生活支援センターが支援を行うことになっている
福岡県	北九州市	● ピアサポーターが病院のプログラム等に入って活動している
愛媛県	松山市	● ピアサポーターやピアマネージャーらと動機づけ支援プロジェクトなどを行っている
兵庫県	西宮市	● 推進会議等で上がった長期入院者にはすべて面会し、必要な方には働きかけを行っている
大阪府	茨木市	▲ 府事業として行っている
神奈川県	横浜市 (旭区)	● 市の独自事業（退サポ事業）として個別給付を使わなくても支援を行えるようになっている。またピアグループが定期的に病院訪問を行っている
東京都	調布市	▲ 都事業として行っている
富山県	砺波圏域	▲ 県事業としてピアサポーターが体験を伝えるなど病院に入って活動している