

精神障害者地域生活移行支援特別対策事業対象者の  
地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査

報告書

平成 22 年 3 月 31 日

社会福祉法人桑友



## はじめに

「入院医療から、地域における保健・医療・福祉へ」

平成14年にまとめられた社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書『今後の精神保健医療福祉施策について』において、我が国の精神保健福祉の基本的な考え方が示されました。その後、国に精神保健福祉対策本部が設置され、平成16年『精神保健医療福祉の改革ビジョン』が提示されました。

「受入条件が整えば退院可能な約72,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。」が謳われ、社会的入院の解消に向けた取組みが全国的に実施されるようになりました。

『精神保健医療福祉の改革ビジョン』も、提示から6年が経過しました。「受入条件が整えば退院可能な約7万2千人」はどうなったのでしょうか。各都道府県で地域移行に関する支援を利用し、地域での生活を開始した方は、現在どのような生活を送っているのでしょうか。このような調査はこれまででなされてきませんでした。本研究では、精神障害者地域移行支援特別対策事業、あるいは精神障害者退院促進支援事業を利用して地域生活を始めた方の現在の生活実態を明らかにし、退院後の地域生活を継続的に送るための支援のあり方を提言することを目的としています。

「入院医療から、地域における保健・医療・福祉へ」という基本的な方針は、長期入院者をただ退院させれば良いということではないはずです。退院後の安定した生活を継続させることが、本来の地域移行であると考えます。送り出す側の医療のあり方、それを受け止める地域社会資源のあり方、それらをよく機能させるための施策のあり方について見直す時期にきたと言えます。

退院を促進するヒント、退院後の安定した生活を継続させるためのヒントは、事業を利用した方々、支援者の中にあると考え、予後調査をすることで、よりよい支援のあり方について提言させていただくこととしました。

当法人は、島根県松江市にある精神障害者支援事業所です。昭和63年、共同作業所の運営からスタートし、現在では、就労支援として障害福祉サービス事業所、障害者就業生活支援センター、生活支援として地域活動支援センター、住居支援として生活訓練施設、グループホーム等を運営しております。

私が病院勤務の時代、患者の家族の方数人から、「我が子が精神分裂病と告げられ、広島に原爆が落ちた時以上に大きな絶望感に襲われた。」とお聞きし、その当時の家族や当事者にとって、精神病が如何に大変な障壁であるかを知りました。地域で作業所を開設する決意をしたとき、原爆投下後一番先に芽吹いたのが桑の木であることを知り、「桑の木のように再び元気を取り戻して、自ら芽吹いて欲しい。」という願いを込め「桑友」と名づけました。

本研究は、藍野大学学長の高橋清久先生を始めとする事業検討委員会にてご意見をいただきながら調査を進めてまいりました。また、全国各地の精神障害者地域移行支援特別対策事業実施事業所の皆様に調査へのご協力をいただきました。ここに深くお礼申し上げます。

本研究が、少しでも今後の精神保健福祉の発展に寄与することができれば幸いです。

平成22年3月

社会福祉法人桑友 理事長

武田 文夫

## 調査研究事業プロジェクト実施体制

### 統括責任者

武田文夫 社会福祉法人桑友 理事長

### 事業検討委員

伊藤弘人 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部  
伊藤未知代 横浜市総合保健医療センター地域精神保健課 生活訓練係  
岩上洋一 特定非営利活動法人じりつ 埼葛北障がい者生活支援センターふれんだむ  
江原良貴 財団法人江原積善会 積善病院  
大熊由紀子 国際医療福祉大学大学院  
大塚淳子 社団法人日本精神保健福祉士協会  
門屋充郎 特定非営利活動法人全国相談支援専門員協会  
末安民生 社団法人日本精神科看護技術協会  
○ 高橋清久 学校法人藍野学院 藍野大学 学長  
野中猛 日本福祉大学 社会福祉学部保健福祉学科  
松原三郎 医療法人財団松原愛育会松原病院（社団法人日本精神科病院協会）  
八幡智子 大阪府こころの健康総合センター 地域支援課  
山根寛 社団法人日本作業療法士協会  
山本純子 社会福祉法人富山県精神保健福祉協会 ゆりの木の里

（五十音順・敬称略）

※ ○：事業検討委員長

### 倫理委員会

○ 伊藤順一郎 国立精神・神経センター 精神保健研究所  
上野容子 東京家政大学 文学部 心理教育学科  
川崎洋子 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会  
酒井重義 株式会社ウイングル コーポレートデザイン本部 法務グループ

（五十音順・敬称略）

※ ○：倫理審査委員長

### プロジェクトメンバー

西村由紀 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 理事  
本橋優子 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 研究事務局  
坂本晃 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 研究事務局  
東海林崇 株式会社浜銀総合研究所 経営コンサルティング部  
山本将司 株式会社浜銀総合研究所 経営コンサルティング部

### インタビュー調査 調査員

大内佑子 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 研究事務局  
竹澤洋美 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 研究事務局  
望月利明 サイメディ社会福祉士事務所

# 目 次

第Ⅰ部 精神障害者地域移行支援特別対策事業の概要 .....	1
第1章 事業の推移 .....	1
第2章 予後調査の必要性 .....	2
第Ⅱ部 研究目的・概要 .....	3
第1章 研究目的・概要 .....	3
第2章 研究全体の倫理確認 .....	4
第Ⅲ部 実態調査 .....	5
第1章 調査概要 .....	5
第2章 調査項目 .....	7
第3章 調査結果 .....	9
第1節 事業を実施している事業所と支援者の概要 .....	9
第2節 地域生活移行者の概要 .....	18
第3節 地域生活移行者の退院時と現在の状況 .....	21
第4章 考察 .....	42
第Ⅳ部 事例調査 .....	44
第1章 調査概要 .....	44
第2章 調査項目 .....	46
第3章 調査結果と考察 .....	47
第1節 調査対象 .....	47
第2節 長期入院に至る経緯 .....	49
第3節 支援中の課題への対応 .....	52
第4節 支援内容の変化 .....	56
第5節 再入院に至る理由 .....	60
第6節 住まいの変化 .....	63
第7節 今後必要とされること .....	68
第Ⅴ部 精神障害者の地域生活移行に向けた考察 .....	71
第Ⅵ部 今後の課題 .....	75
資料集 .....	76
資料 1-1 第1回事業検討委員会議事録 .....	76
資料 1-2 第2回事業検討委員会議事録 .....	84
資料 1-3 研究等倫理審査結果報告書 .....	88
資料 2-1 予後調査質問紙 調査票A .....	89
資料 2-2 予後調査質問紙 調査票B .....	91
資料 2-3 予後調査質問紙 調査票C .....	93
資料 2-4 質問紙調査結果 記述式回答 (事業受託の経緯・プラス面・マイナス面、事業への意見) ...	97
資料 2-5 質問紙調査結果 記述式回答 (利用者別 地域生活継続のために必要な支援) .....	128
資料 2-6 質問紙調査結果 その他項目の内訳 .....	146
資料 2-7 長期入院者のクロス集計表 .....	157

## 第 I 部 精神障害者地域移行支援特別対策事業の概要

### 第 1 章 事業の推移

「精神障害者地域移行支援特別対策事業」は、「精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である患者に対して、活動の場を与え、退院の為の訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進すること」を目的とした事業である。

都道府県、及び指定都市が実施主体となり、一部事業を相談支援事業所等の運営主体に委託をして実施するものである。

事業の経過を整理すると以下ようになる(図表1-1-1)。事業名称の変化があるが、基本的な目的は同じであると考え、本研究では、同じ事業として捉える。なお文言の統一のため、これらの事業を本文中では、「地域移行支援特別対策事業」と表現し、単に「事業」として表記している場合も、同事業を指す。同様に、同事業の利用者を、「事業利用者」「利用者」、事業の実施に係る支援者を「事業支援者」「支援者」、事業を利用して退院した利用者を「地域生活移行者」と表記する。

図表1-1-1 地域移行支援特別対策事業の推移<sup>1</sup>

年度	内容
平成14年	障害者基本計画「重点施策実施5か年計画」(新障害者プラン)にて「精神障害者施策の充実として、社会的入院患者(約72,000人)の退院・社会復帰を目指す」という数値目標が盛り込まれた。
平成15年	モデル事業として、16都道府県(含む1政令指定都市)により実施される。
平成16年	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」提示。 10年間で約72,000人の社会的入院の解消を目標とするとされた。 モデル事業として、28都道府県(含む3政令指定都市)により実施される。
平成17年	モデル事業として、29都道府県(含む5政令指定都市)により実施される。
平成18年	モデル事業を前身とし、精神障害者退院促進支援事業として国策化される。 障害者自立支援法の施行に伴い、都道府県地域生活支援事業として、26都道府県により、148圏域(圏域網羅率 = 148/385=38.4%)で実施される。
平成19年	42都道府県により、236圏域(236/389=60.7%)で実施される。
平成20年	体制整備に関する一歩前進した施策を講ずることとし、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に名を変え、仕組みを強化して実施される。 45都道府県により、295圏域(295/386=76.4%)で実施される。
平成21年	47都道府県により、337圏域(337/389=86.6%)で実施される。

<sup>1</sup> 厚生労働省『精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績』より作成した。平成21年度については、「見込み」を含んでいる。

「圏域網羅率 [%] = 実施圏域数 ÷ 全圏域数 × 100」

## 第 2 章 予後調査の必要性

地域移行支援特別対策事業は、約72,000人とされる社会的入院者の退院、地域生活への移行、定着を目的としている。これまでの事業の成果を図表1-2-1に示した。

事業の開始から6年が経過し、支援における様々な課題も出てきているいま、残された4年間で一人でも多くの社会的入院者を地域に導くこと、事業利用者の退院後の地域生活を安定したものとし、再入院を防ぐことが求められる。そのためには、本事業の成果、課題の把握を主眼とした予後調査が行われるべきと考えられる。

しかし、これまで地域移行支援特別対策事業を利用して退院した地域生活移行者が、その後どのような生活をしているのかはあまり知られていない。おそらく、支援者が個人別に支援をする過程の中で把握していると考えられるが、全国的に現状が把握されていないのが実情である<sup>2</sup>。

図表1-2-1 地域移行支援特別対策事業の実績<sup>3</sup>

年度	事業利用者[人]	地域生活移行者数[人]	地域生活移行率[%]
15年度	226	72	31.9
16年度	478	149	31.2
17年度	612	258	42.2
18年度	786	261	33.2
19年度	1508	544	36.1
20年度	2021	745	36.9
計	5631	2029	36.0

※平成15～17年度まではモデル事業として実施された。

※退院者数については、当該年度内に退院した方の数であり、年度を越えて退院した方の数は含まれていない。

<sup>2</sup> 平成21年度に入り、大阪府などが自治体単位で把握しようとする動きはでてきている。

<sup>3</sup> 厚生労働省『精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績』より作成した。

「地域生活移行率 [%] = 地域生活移行者 ÷ 利用者 × 100」

事業で支援した方のうち、どれ位の方の地域生活移行につながったのかを示す目安として算出した。

## 第Ⅱ部 研究目的・概要

---

### 第1章 研究目的・概要

精神保健医療福祉の改革ビジョンの提示から6年が経過し、残された4年で改革を更に進めるために「精神障害者退院促進支援事業」は平成20年度から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に名をかえ、仕組みを強化して実施されている。

同事業による地域生活移行者も地域生活を開始して数年が経過し、今後は、そのような地域生活移行者が、地域で安定して継続的に生活を送るための支援体制を整備することが課題となっている。そこで本研究では、以下を目的とする。

目的1 精神障害者地域移行支援特別対策事業を利用して地域生活を始めた方の現在の生活実態を明らかにする。

目的2 退院後、地域生活を継続的に送るための支援のあり方を提言する。

以上の目的を達成するために、2つの調査を実施する。

調査1 実態調査・・・質問紙の郵送による悉皆調査

調査2 事例調査・・・インタビューによる事業所への聞き取り調査

「調査1 実態調査」では、全国の事業所に対し、質問紙を配布し、①事業所の概要、②事業による支援を受けて退院に至った地域生活移行者の概要、③地域生活移行者の退院時と現在と状況について調査した。

「調査2 事例調査」では、実態調査で得られた内容をより詳細に確認し、特に質問紙調査では明らかにできなかった「支援の変化」の要因を明らかにすることを目的として実施した。

なお、以上の調査は、いずれも事業所の支援者に対する調査とし、利用者への調査は調査倫理面、対象事業所の作業負荷への配慮から行わないこととした。

また、「調査2 事例調査」については、本人が自分のことを調査員に話してよいと同意した地域生活移行者のみを対象とし、同意書を提出いただいた。



## 第2章 研究全体の倫理確認

本研究を実施するにあたり、研究倫理の面から問題がないか、研究責任者である武田理事長が、当法人の設置する審査倫理委員会（委員長 国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎氏）に諮り、確認を行った。その結果は以下の通り<sup>4</sup>である（図表 2-1-1）。

条件付き承認となったため、必要な条件について対応した後、研究を実施した。

図表 2-1-1 審査倫理委員会の結果

結果：条件付き承認

内容：

実態調査（調査1）に関して

①本調査結果は、個人情報に秘するものの、事例として提示するという研究の趣旨に鑑み、調査対象者となる精神障害者本人に同意を頂く際に渡す説明書に

- 1) 調査の具体的内容（半構造化面接の内容）
  - 2) 拒否をしても支援者との関係は変わらない
  - 3) 一度同意しても途中で拒否してもよい
  - 4) 同意撤回に関する連絡先
  - 5) 研究内容についての問合せ先
- 上記5点を記載・提示すること。

②本人に渡す同意書の控えにも同意撤回に関する連絡先、研究内容についても問合せ先を明記すること。また、同意撤回書の雛形も作成し、併せて本人に渡すこと。

③本人に書いて頂く同意書の宛先は、インタビュー調査を受ける本人の支援者の所属する施設の長と共に、研究責任者の名前（桑友理事長）を併記すること。

事例調査（調査2）に関して

- ①各事業所に提示する文書については噛み砕いた表現に修正すること。
- ②揭示文書には調査内容についての具体的な説明も加えること。
- ③当該調査を実施していること、及び調査内容、連絡先等を桑友のホームページに掲載すること。
- ④質問紙に加筆し（「わからない」という項目を入れるなど）、この調査のために、対象者から情報を入手するための後追い調査は行わないことを明確にしておくこと。

<sup>4</sup> 詳細については、「資料 1-3 研究等倫理審査結果報告書」を参照されたい。

## 第Ⅲ部 実態調査

---

### 第1章 調査概要

実態調査は、地域移行支援特別対策事業を実施した経験を有する全国の事業者を対象とした質問紙調査とした。事業への取組状況や、平成18年4月から平成21年11月末までの間に地域移行支援特別対策事業を利用して地域生活を始めた方についての状況を質問項目に沿って回答していただくこととした。その概要を以下に示す。

なお、調査は、事業者名や個人名、地域名等個人の特定につながる情報は収集しないことを原則として実施した。

調査期間：平成21年12月23日～平成22年1月29日

調査対象：平成18年4月から平成21年11月末の間において地域移行支援特別対策事業の実施経験を有する366事業者（以下、対象事業者）。

調査手順：以下の手順で実施した。

①質問項目原案作成

研究事務局にて質問項目の原案を作成した。

②質問項目の検討

事業検討委員会にて質問紙の原案を提示し、質問項目に関する意見を収集した。

③質問項目修正

事業検討委員会での意見を踏まえ、研究事務局にて質問項目を修正した。

④質問項目仮決定

東京近郊の事業検討委員に、事務局会議に参加いただき、内容の精査を繰り返し、質問項目を仮決定した。

⑤調査倫理

研究責任者である武田理事長が、当法人の設置する倫理委員会（委員長 国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎氏）に諮り、条件付き承認<sup>5</sup>を受けた。

⑥プレ調査の実施

東京近郊の事業所4か所にてプレ調査を実施し、設問の順番、内容、所要時間、留意事項について確認を行った。

⑦質問項目確定

プレ調査の結果を踏まえ、事務局にて依頼状、調査手順書、質問紙を修正し、内容を確定した。

⑧質問紙送付先の調査

都道府県に本研究の目的を説明し、対象事業者を調査した。

---

<sup>5</sup> 詳細については、「資料1-3 研究等倫理審査結果報告書」を参照されたい。

⑨質問紙調査の発送

全対象事業者に、以下の資料を送付した。

- ・依頼状
- ・調査手順書
- ・質問紙
- ・アンケート実施揭示資料

⑩質問紙の記入、返送

対象事業所にて、質問紙に記入を頂き、同封の返信用封筒にて返送いただいた。

⑪質問紙の受領、電子化

対象事業所より返送された質問紙を受領し、集計可能な書式に電子化を行った。

⑫集計作業の実施

電子化を行った質問紙の入力結果を用いて、集計作業を実施した。

## 第2章 調査項目

実態調査の調査項目を以下に示す。詳細は、資料 2-1、資料 2-2、資料 2-3 を参照されたい。  
調査は、事業所の職員が記入することを前提とし、対象となる利用者への個別の追跡調査等は実施せず、現状で把握している限りの情報を記入することを原則とした。

### (1) 法人・事業所調査：調査票 A

回答対象：事業の担当者。

調査内容：事業所の事業実施状況に関する以下の設問。

#### ①事業の実施状況

以下の人数を年度別に聞いた。

- ・事業で支援した利用者数。
- ・地域生活移行者数。

※ここで、平成 18 年度以前に退院された方は調査対象外とした。

#### ②事業実施体制

所属するすべての地域移行推進員（自立支援員）について、以下の事項を聞いた。

「性別」「年代」「勤続年数」「勤務形態」「専門資格の有無」

#### ③研修受講状況

事業所にて事業の実施にあたり地域移行推進員に受講させた平成 18 年度以降の研修について、役に立ったもの上位 3 つに関して、「年度」「実施主体」「研修名」を聞いた。

#### ④地域体制整備コーディネーターとの連携状況

平成 20 年度～21 年度、地域体制整備コーディネーターとの連携の有無について聞いた。

#### ⑤事業受託経緯

事業所が事業を受託した経緯について聞いた。

#### ⑥事業実施のプラス面

事業を実施したことによる法人・事業所にとってのプラス面について聞いた。

#### ⑦事業実施のマイナス面

事業を実施したことによる法人・事業所にとってのマイナス面について聞いた。

### (2) 事業を活用して退院された方一覧表：調査票 B

回答対象：事業の担当者。

調査内容：地域生活移行者の基本的情報。

「性別」「支援開始時年齢」「支援年度」「退院年度」「主たる疾病」

「退院時における精神保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳の保有状況」

(3) 事業を活用して退院された方個別調査：調査票 C

回答対象：地域生活移行者の支援担当者。

調査内容：地域生活移行者の支援時、現在の状況等。

調査票 B から無作為に選択した 10 人について記入していただいた。

①精神科への入院状況

「事業による支援開始時の入院時期」「事業による支援開始時期」

「事業による支援開始後の退院時期」「事業による支援開始までの総入院回数・期間」

「事業による退院後の再入院の有無」

再入院ありの場合は、以下についても聞いた。

「退院からの経過期間」「入院日数」「入院事由」「入院形態」

②現在の状況

「地域生活移行者の状況を把握しているか否か」「現在の状況」

「(死亡している場合) 死亡理由」

③住まいの状況

退院時と現在の住居形態を聞いた。

④収入の状況

退院時と現在の収入の状況について聞いた。

⑤支援の状況

地域生活に係る支援について、以下の事項を聞いた。

「入院時に体験的に利用した支援」「退院時に利用した支援」「現在利用している支援」

⑥地域生活移行者を取巻く支援環境

地域生活移行者を取巻く支援環境について、以下の事項を聞いた。

「地域生活移行者の方の生活圏に存在する支援」

「現在はないが本来は地域生活移行者のためにあつたらよいと考えられる支援」

⑦必要な支援に関する意見

地域生活移行者が地域生活を継続していくために必要な支援に関する見解を聞いた。

### 第3章 調査結果

#### 第1節 事業を実施している事業所と支援者の概要

本節では、地域移行支援特別対策事業を実施した事業所の概要と利用者の状況を整理する。

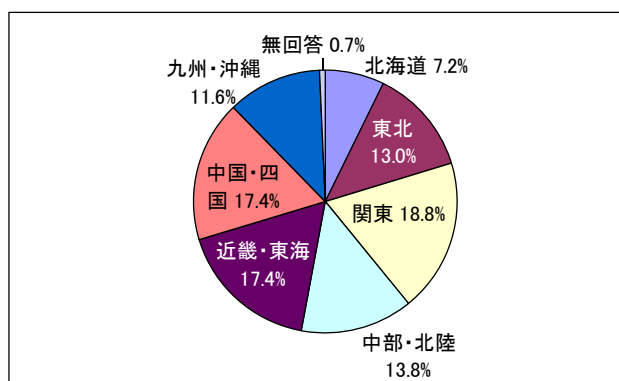
##### 第1項 回収状況

本研究事業は平成18年度から平成21年度までに地域移行支援特別対策事業を実施した全ての事業所に対し質問紙を配布した。結果として138事業所(37.7%)の事業所から回答を得ることができた(図表3-3-1a)。図表3-3-1bに示すように、全国から偏りなく回答を得ることができた。

図表 3-3-1a 回収率

調査対象事業所数	366
回収数	138
回収率	37.7

図表 3-3-1b 地域別回収状況



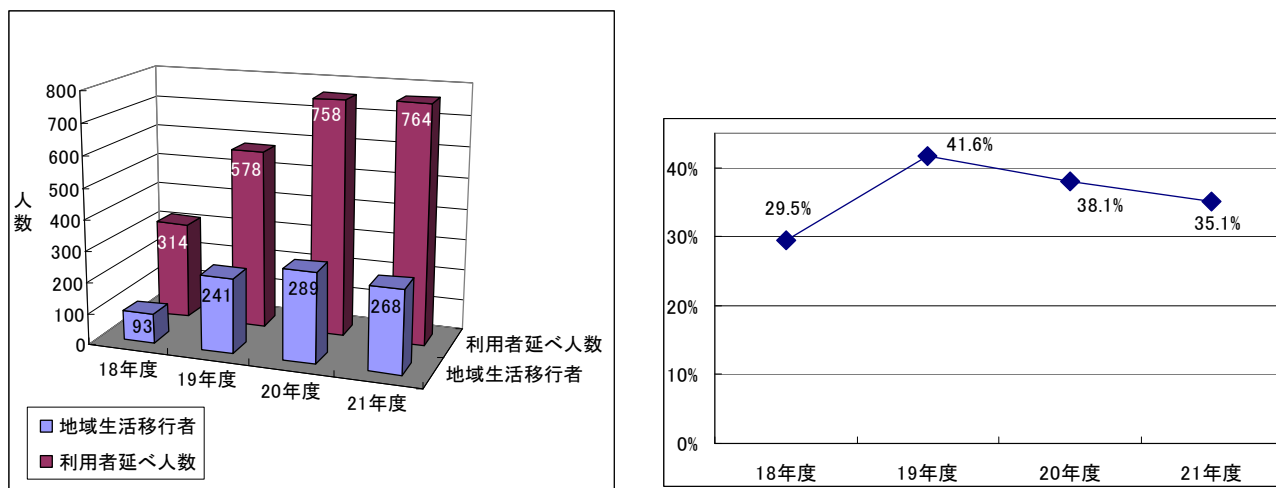
エリア	都道府県の内訳	事業所数	割合 [%]
北海道	北海道	10	7.2
東北	青森、秋田、山形、岩手、宮城、福島	18	13.0
関東	東京、埼玉、茨城、栃木、群馬、千葉、神奈川	26	18.8
中部・北陸	山梨、長野、新潟、石川、福井、富山、岐阜、静岡、愛知	19	13.8
近畿・東海	大阪、京都、奈良、和歌山、三重、滋賀、兵庫	24	17.4
中国・四国	岡山、広島、山口、島根、鳥取、徳島、愛媛、高知、香川	24	17.4
九州・沖縄	福岡、熊本、佐賀、大分、鹿児島、長崎、沖縄	16	11.6
無回答	-	1	0.7
合計		138	100.0

第2項 事業の実施状況

①事業で支援した各年度<sup>6</sup>中の利用者延べ人数、地域生活移行者数、地域生活移行率<sup>7</sup>

事業を利用した年度ごとの延べ人数<sup>8</sup>は、平成18年度は314人であったのに対し、平成21年度は11月末までの時点で764人になっている。一方、地域生活移行者は、平成18年度は93人であるのに対し、平成21年度は11月末までの時点で268人となっている。地域生活移行率でみると、平成18年度29.5%、翌19年度41.6%と上昇し、その後は平成20年度38.1%、平成21年度では35.1%と低下傾向となっている（図表3-3-2）。

図表3-3-2 年度ごと利用者延べ人数、地域生活移行者数、地域生活移行率



		18年度	19年度	20年度	21年度	合計
利用者延べ人数	人数	315	579	756	764	2414
地域生活移行者		93	241	288	268	890
地域生活移行率	割合 [%]	29.5	41.6	38.1	35.1	36.9

②事業所別の利用者と地域生活移行者の状況

年度ごとに一つの事業所で支援する利用者の延べ人数と地域生活移行者を集計した（図表3-3-3a）。図表中、「A～B」と表記した項目は、「A以上B未満」ということを表している。

人数で見ると、利用者数、地域生活移行者数ともに、「1人以上5人未満」、「5人以上10人未満」とした事業所の数は、年々増加している。

割合で見ると、事業開始当初の平成18年度では、「受託せず」（63.0%）、「0人」（9.4%）を合わせると70%以上となっており、事業所、利用者ともに少なかったが、年々事業を実施する事業者も増え、平成21年度では、11月末時点ながら「1人以上5人未満」の利用者を支援する事業所が44.9%を占めている。地域生活移行者についても、平成21年度「1人以上5人未満」とした事業所の割合が、58.7%と半数を上回るまでになった。

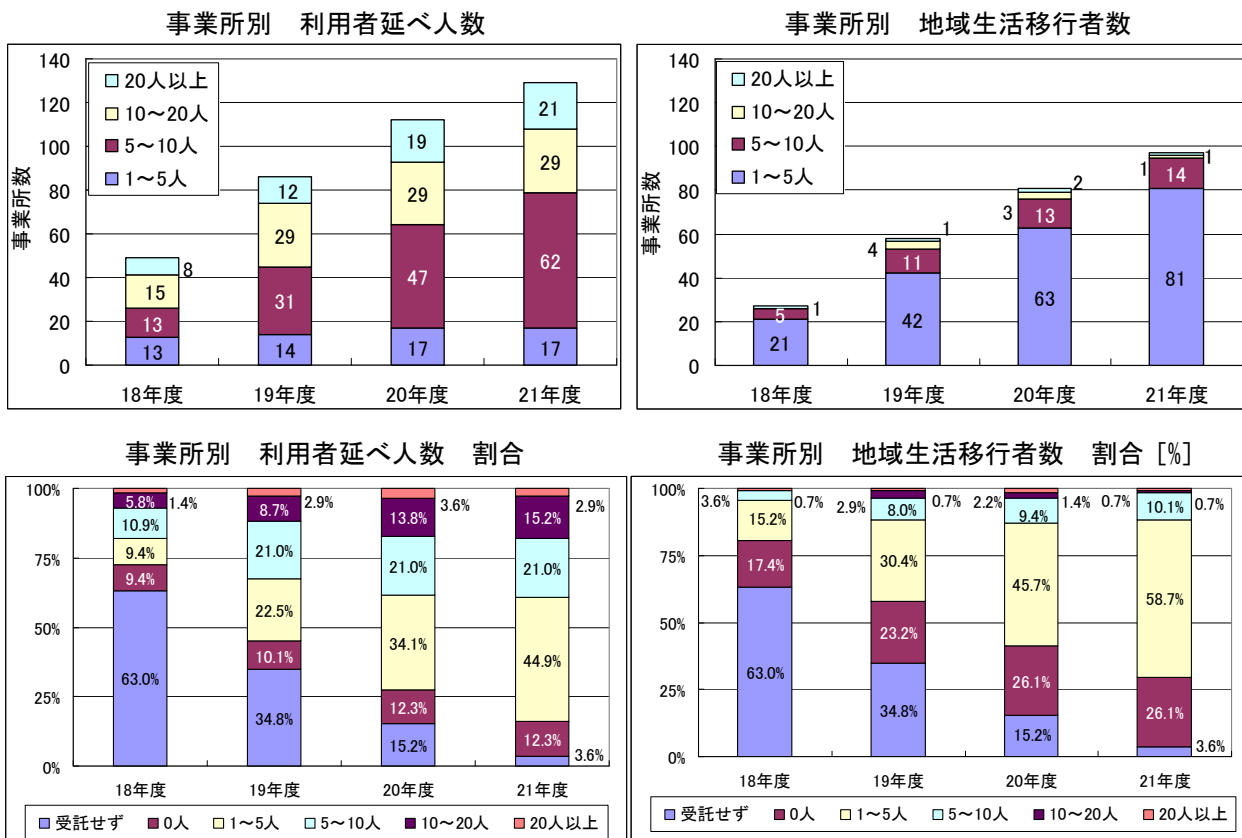
<sup>6</sup> 平成21年度は11月末日時点の数値である。以下、平成21年度は同様である。

<sup>7</sup> 「地域生活移行率 [%] = 地域生活移行者 ÷ 利用者 × 100」

事業で支援した方のうち、どれ位の方の地域生活移行につながったのかを示す目安として算出した。

<sup>8</sup> 年度ごと延べ人数としたのは、年度をまたいで利用している利用者があるためである。年度をまたいで利用した方は、年度ごと別々にカウントしていることに留意されたい。

図表 3-3-3a 事業所別 年度ごとの利用者延べ人数と地域生活移行者数と割合



事業所別 利用者延べ人数(集計表)

	18年度	19年度	20年度	21年度	18年度	19年度	20年度	21年度
	事業所数				割合 [%]			
受託せず	87	48	21	5	63.0	34.8	15.2	3.6
0人	13	14	17	17	9.4	10.1	12.3	12.3
1~5人	13	31	47	62	9.4	22.5	34.1	44.9
5~10人	15	29	29	29	10.9	21.0	21.0	21.0
10~20人	8	12	19	21	5.8	8.7	13.8	15.2
20以上	2	4	5	4	1.4	2.9	3.6	2.9
合計	138	138	138	138	100.0	100.0	100.0	100.0

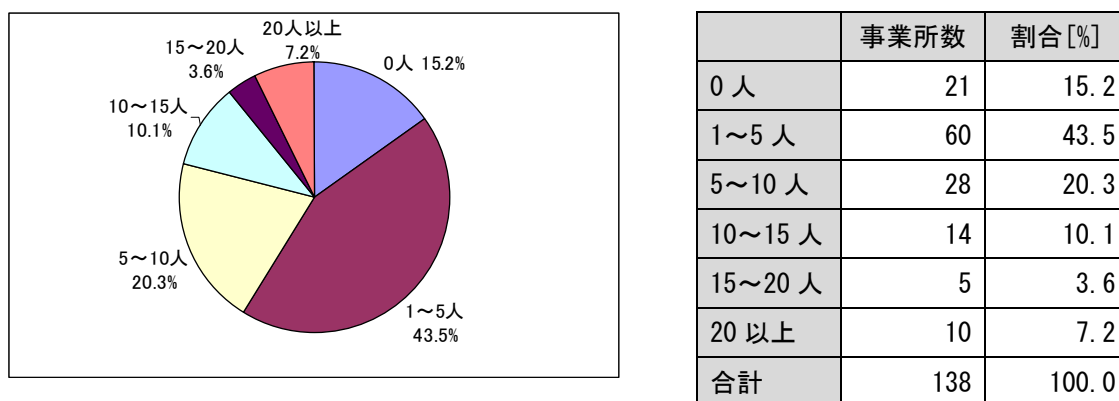
事業所別 地域生活移行者数(集計表)

	18年度	19年度	20年度	21年度	18年度	19年度	20年度	21年度
	事業所数				割合 [%]			
受託せず	87	48	21	5	63.0	34.8	15.2	3.6
0人	24	32	36	36	17.4	23.2	26.1	26.1
1~5人	21	42	63	81	15.2	30.4	45.7	58.7
5~10人	5	11	13	14	3.6	8.0	9.4	10.1
10~20人	0	4	3	1	0.0	2.9	2.2	0.7
20以上	1	1	2	1	0.7	0.7	1.4	0.7
合計	138	138	138	138	100.0	100.0	100.0	100.0



平成 18 年度から平成 21 年度 11 月末までの事業所別の合計実績をみると、全体の傾向として、地域生活移行者が「1人以上5人未満」とする事業所が 43.5%であった(図表 3-3-3b)。また、地域生活移行率を「25～50%」とする事業所が 33.3%と最も多かった。その一方、「0%」という事業所も存在した(15.2%)。これには、平成 21 年度、初めて事業を受託し、事業登録はしているが利用者の受入れをまだしていない事業所等が含まれている。また、複数の事業所を持っており、利用登録が重複している場合は、集計の都合上、いずれか一方の事業所の数値のみを算出している。このようなケースで実績を算出していない事業所も「0%」に含めている。「100%」達成している事業所は 11.6%であった(図表 3-3-3c)。

図表 3-3-3b 事業所別 事業による地域生活移行者数(平成 18～21 年度)



図表 3-3-3c 事業所別 地域生活移行率(平成 18～21 年度)

	0%	25%未満	25～50%	50～75%	75～100%	100%	合計
事業所数	21	20	46	28	7	16	138
割合 [%]	15.2%	14.5%	33.3%	20.3%	5.1%	11.6%	100.0

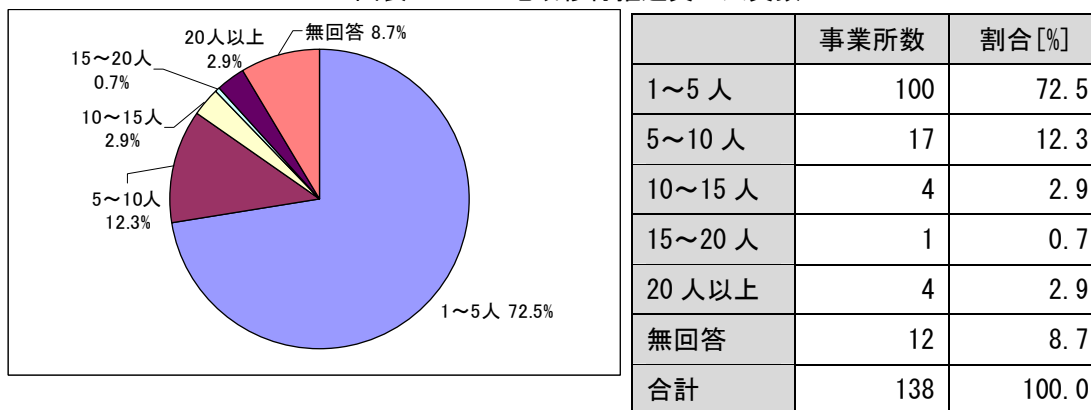
第3項 事業の実施体制(地域移行推進員(自立支援員))

各事業所における事業の実施体制、地域移行推進員の属性等について示す。

①人員数

地域移行支援特別対策事業を実施する事業所の72.5%が「1人以上5人未満」地域移行推進員を配置している(図表3-3-4)。

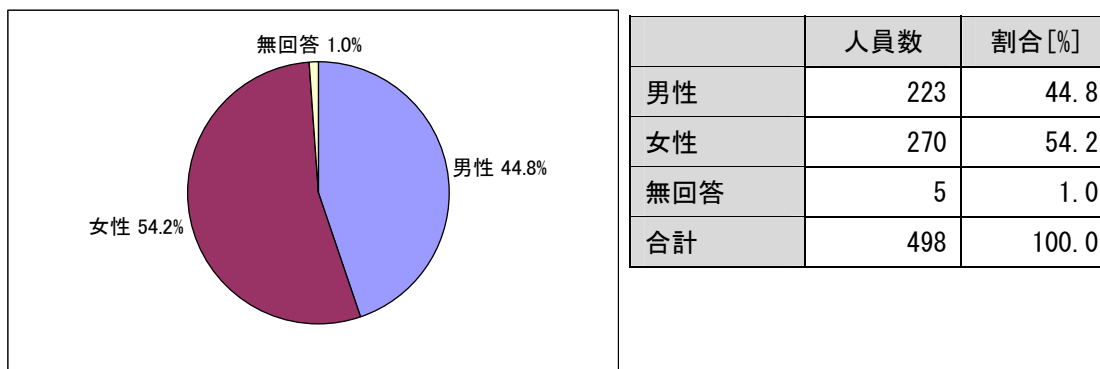
図表 3-3-4 地域移行推進員の人員数



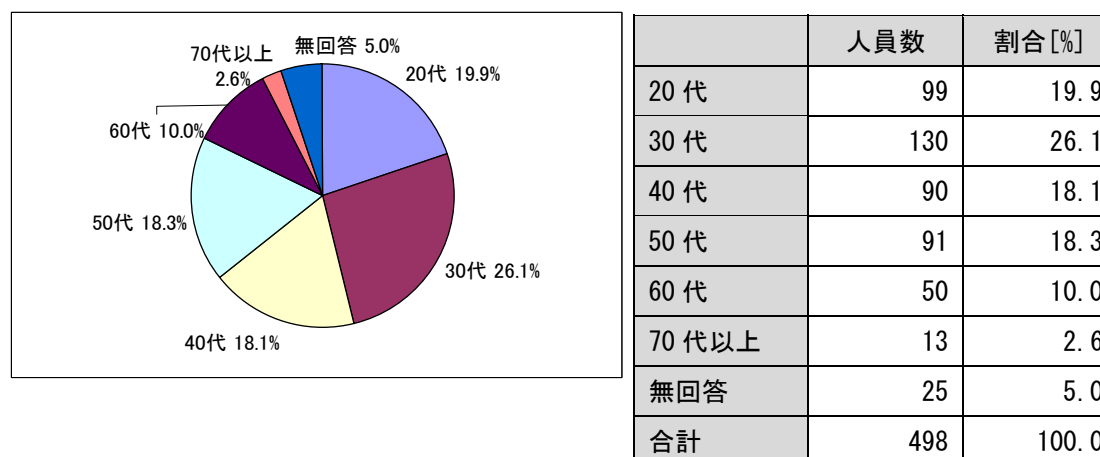
②地域移行推進員の属性

地域移行推進員498人のうち、54.2%が女性であった(図表3-3-5a)。また、年代は30代が最も多かった(26.1%)(図表3-3-5b)。勤続年数は「1年以上5年未満」の方が多かった(47.6%)(図表3-3-5c)。

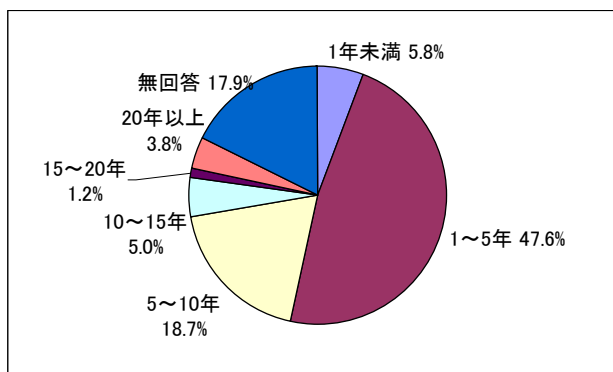
図表 3-3-5a 地域移行推進員の性別



図表 3-3-5b 地域移行推進員の年代



図表 3-3-5c 地域移行推進員の勤務年数

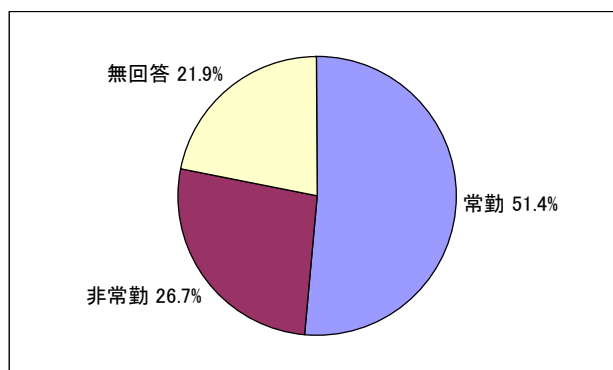


	人員数	割合 [%]
1年未満	29	5.8
1~5年	237	47.6
5~10年	93	18.7
10~15年	25	5.0
15~20年	6	1.2
20年以上	19	3.8
無回答	89	17.9
合計	498	100.0

③地域移行推進員の勤務状況

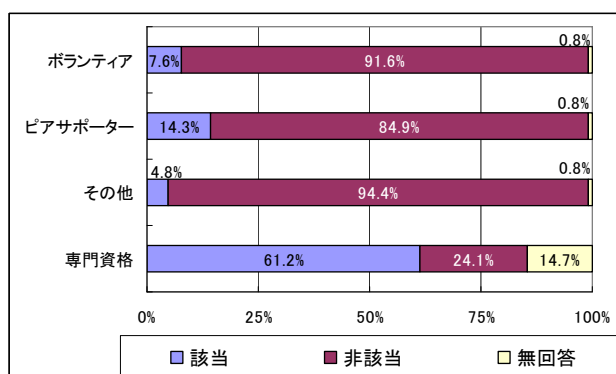
地域移行推進員の 51.4%が常勤職員であり、61.2%が専門職資格<sup>9</sup>を保有していた（図表 3-3-6a）（図表 3-3-6b）。

図表 3-3-6a 地域移行推進員の勤務形態



	常勤	非常勤	無回答	合計
人員数	256	133	109	498
割合 [%]	51.4	26.7	21.9	100.0

図表 3-3-6b 地域移行推進員の勤務形態と専門職資格の保有状況



		ボラン ティア	ピア サポーター	その他	専門 資格
該当	人員 数	38	71	24	305
非該当		456	423	470	120
無回答		4	4	4	73
合計		498	498	498	498
該当	割 合 [%]	7.6	14.3	4.8	61.2
非該当		91.6	84.9	94.4	24.1
無回答		0.8	0.8	0.8	14.7
合計		100.0	100.0	100.0	100.0

<sup>9</sup> 専門職資格に関しては、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、臨床心理士、看護師、保健師、作業療法士、社会福祉主事任用資格者のいずれかを有する場合、有資格者として回答していただいている。

④ピアサポーターを配置している事業の状況

ピアサポーターを配置している事業所は11事業所(8.0%)であった(図表3-3-6c)。それらの事業所では、地域移行推進員全員に対し、「25%~50%」の割合でピアサポーターを配置することが多いようである(図表3-3-6d)。

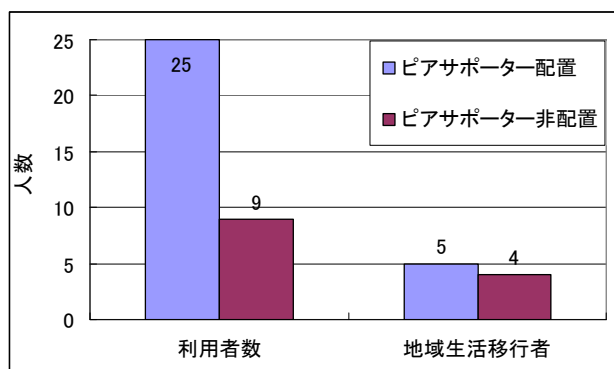
ピアサポーターを配置している11事業所と、配置していない事業所で支援実績を比較した。平成18年度から平成21年11月までの利用者数、地域生活移行者の平均値、中央値を比べると、ピアサポーターを配置している事業所の方が、利用者数(平均値;52.7人、中央値;25人)、地域生活移行者(平均値;15.3人、中央値;5人)ともに配置していない事業所と比べて、値が大きかった。

ピアサポーターの配置と事業実績との因果関係まではわからないが、ピアサポーターを配置している事業所は、ピアサポーターを配置していない事業所よりも、地域生活移行を実現しているという結果が示された。

図表 3-3-6c 事業所別地域移行推進員に占めるピアサポーターの割合

	なし	配置割合					不明	合計
		25%未満	25~50%	50~75%	75~100%	100%		
事業所数	126	2	5	2	1	1	138	
割合[%]	91.3	1.4	3.6	1.4	0.7	0.7	100.0	

図表 3-3-6d 事業所別 事業による利用者数と地域生活移行者数(平成18~21年度)  
(ピアサポーターの配置による比較)



※グラフでは、中央値で比較を行った。

事業所	事業所数	割合 [%]	支援状況			
			利用者数	地域生活移行者数	利用者数	地域生活移行者数
			平均値		中央値	
ピアサポーター配置	11	8.0	52.7	15.3	25	5
ピアサポーター非配置	126(110)	91.3	15.9	6.4	9	4
不明	1	0.7	-	-	-	-
合計	138	100.0	-	-	-	-

※ピアサポーター非配置である事業所における、利用者数、地域生活移行者数の平均値、中央値算出については、平成21年度から事業を開始したばかりで支援実績の少ない16事業所の数値を除いて算出している。

第4項 地域移行推進員として受講した研修（役に立った研修）

地域移行推進員が受講した平成18年度以降の研修のうち、参考になったものとして、「地方自治体」「支援機関連絡会」「財団法人精神障害者社会復帰促進協会」による研修であったという回答が多かった（図表3-3-7）。具体的には地方自治体による研修として、「精神障害者地域移行支援関係職員研修会」「精神障害者退院促進強化事業研修」等、「支援機関連絡会」によるものとしては、「特定非営利活動法人北海道ケアマネジメントネットワーク」による「地域移行推進員・関係スタッフ研修会」、「財団法人精神障害者社会復帰促進協会」によるものとしては、「退院促進支援事業関係者研修会」が挙げられた。

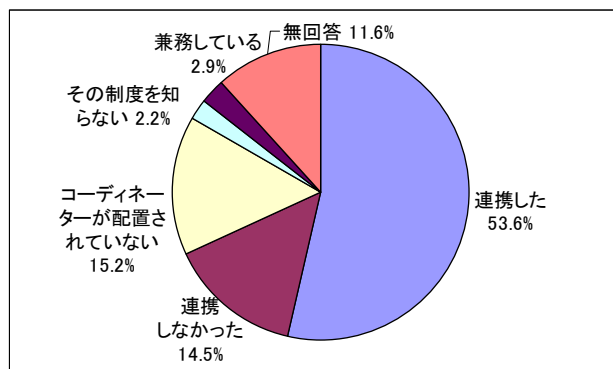
図表3-3-7 地域移行推進員として受講した研修（役に立った研修）

	事業所数	割合[%]
厚生労働省	13	9.4
地方自治体	55	39.9
社会福祉協議会	2	1.4
精神保健福祉協会	3	2.2
精神保健福祉センター	24	17.4
保健福祉事務所	4	2.9
健康福祉センター	1	0.7
こころの健康センター	6	4.3
保健所	5	3.6
病院協会	3	2.2
相談支援事業所	4	2.9
病院	2	1.4
支援機関連絡会	34	24.6
社団法人日本精神保健福祉士協会	7	5.1
財団法人精神障害者社会復帰促進協会	25	18.1
障害者社会復帰支援事業所	13	9.4
教育機関	2	1.4
学会	1	0.7

(5) 地域体制整備コーディネーターとの連携

平成 20～21 年度において、地域体制整備コーディネーターと 1 ケースでも「連携して支援した経験がある」とした事業所は 53.6%であった。また、地域体制整備コーディネーターが配備されていたとしても「連携しなかった」とする事業所は 14.5%存在し、地域体制整備コーディネーター自体が「配備されていない」地域の事業所は 15.2%であった（図表 3-3-8）。

図表 3-3-8 地域体制整備コーディネーターとの連携



	事業所数	割合 [%]
連携した	74	53.6
連携しなかった	20	14.5
コーディネーターが配属されていない	21	15.2
その制度を知らない	3	2.2
兼務している	4	2.9
無回答	16	11.6
合計	138	100.0

## 第2節 地域生活移行者の概要

本節では、質問紙調査に回答した事業の支援を利用して退院した地域生活移行者の基本属性を整理する。

### 第1項 調査実施率

調査票B票では調査票Aで回答した事業所が支援した地域生活移行者全数に関する調査を行った。

記載された地域生活移行者の合計は、829人であった。図表3-3-2で示した地域生活移行者数は、890名であったので、調査票A票に記入した地域生活移行者に対応する情報をB票に記入しただけなかったことになる。また一部、事業を利用して退院後、再度事業による支援を受けて退院された方もおり、A票に重複してカウントされている場合もある。

平成18年度から平成21年度の地域生活移行者を、およそ2,047人<sup>10</sup>であると仮定すると、調査のカバー率は40.5%程度であると考えられる（図表3-3-9）。

図表 3-3-9 調査実施率

調査対象者母集団(推定値)	2047
記載された人数	829
調査実施率[%]	40.5

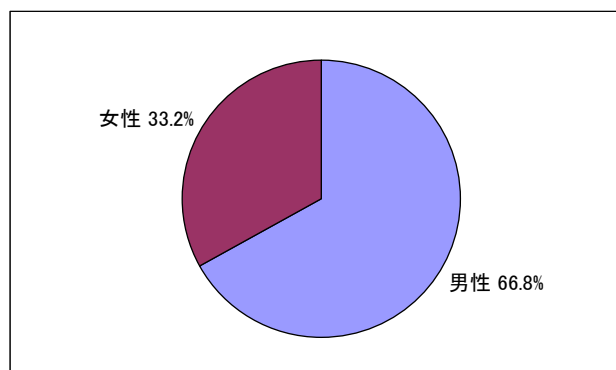
### 第2項 地域生活移行者の属性

性別は男性が66.8%であり、女性が33.2%であった（図表3-3-10a）。支援開始年齢は50代が最も多く36.2%であり、次いで40歳代が22.3%であった（図表3-3-10b）。また、支援年度は平成19年度が42.3%、平成20年度が50.2%となっていた（図表3-3-10c）。

主たる疾病は83.4%が統合失調症であった（図表3-3-10d）。なお、統合失調症との合併症状がある方は2.9%（統合失調症である691人中21人）であった。

精神保健福祉手帳の保有状況は、2級保有者が46.8%と最も多かった。また、退院時に手帳を保有していなかった方も、34.7%存在した。（図表3-3-10e）。身体障害者手帳や療育手帳の保有者は3%未満であり、基本的には精神障害のみの方が大多数を占めた。

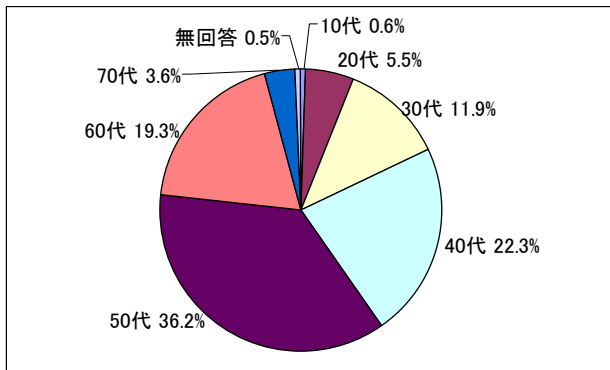
図表 3-3-10a 地域生活移行者の性別



	人数	割合[%]
男性	554	66.8
女性	275	33.2
合計	829	100.0

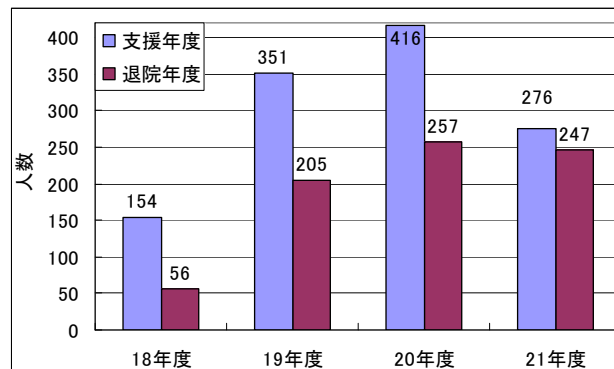
<sup>10</sup> 厚生労働省によると、平成20年度までの地域移行支援特別対策事業における地域生活移行者は、1,550人である。本研究の質問紙調査は、平成21年11月末時点の数値であるため、ここでは仮に前年度数値745人の2/3(≒497)を加算し、2,047人とした。

図表 3-3-10b 支援開始時年齢



	人数	割合 [%]
10代	5	0.6
20代	46	5.5
30代	99	11.9
40代	185	22.3
50代	300	36.2
60代	160	19.3
70代以上	30	3.6
無回答	4	0.5
合計	829	100.0

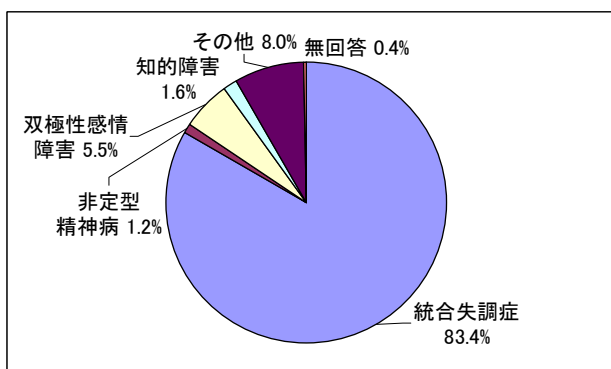
図表 3-3-10c 支援年度と退院年度



	支援年度		退院年度	
	人数	割合 [%]	人数	割合 [%]
18年度	154	18.6	56	6.8
19年度	351	42.3	205	24.7
20年度	416	50.2	257	31.0
21年度	276	33.3	247	29.8

※利用者の支援年度は、複数年にわたる場合がある。

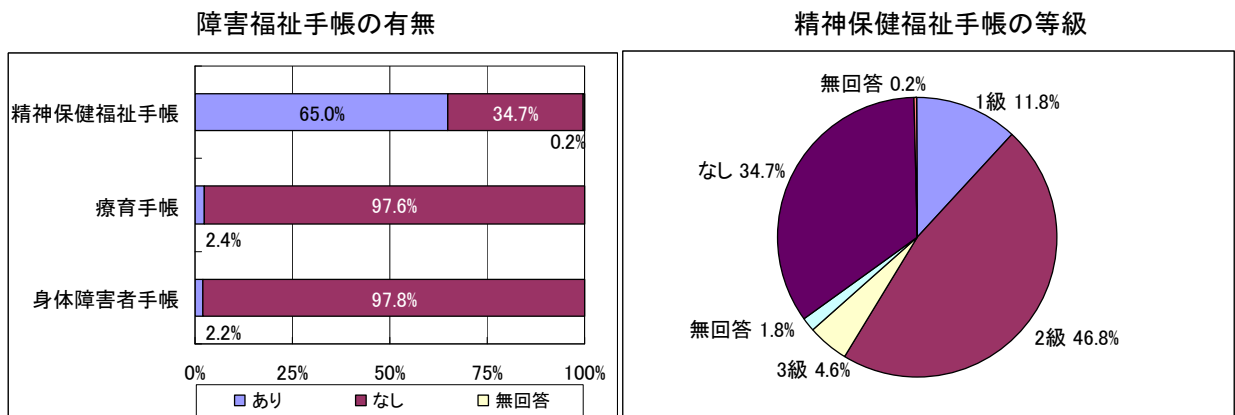
図表 3-3-10d 主たる疾病



	人数	割合 [%]
統合失調症	691	83.4
非定型精神病	10	1.2
双極性感情障害	46	5.5
知的障害	13	1.6
その他	66	8.0
無回答	3	0.4
合計	829	100.0



図表 3-3-10e 退院時の障害福祉手帳の有無等



		精神保健福祉手帳					療育手帳	身体障害者手帳
		1級	2級	3級	無回答	計		
あり	人数	98	388	38	15	539	20	18
なし		288					809	811
無回答		2					0	0
あり	割合	11.8	46.8	4.6	1.8	65.0	2.4	2.2
なし		34.7					97.6	97.8
無回答		0.2					0.0	0.0
	[%]							

### 第3節 地域生活移行者の退院時と現在の状況

本節では、回答した事業所の支援によって退院した地域生活移行者の個別ケースの内容を示す。

#### 第1項 調査実施率

調査票Cでは、調査票Bにおいて記載された地域生活移行者から、各事業所 10 ケース以内<sup>11</sup>を無作為で抽出し、当該ケースについて回答してもらった。その結果、今回の調査母集団に対する調査実施率は 63.9%であった。また、調査対象者全体に対する調査実施率は 25.9%であった（図表 3-3-11）。

図表 3-3-11 調査実施率

調査対象母集団(推定値)	2047
調査実施母集団(B票)	829
記載された人数(C票)	530
調査実施率	63.9%
調査対象者全体に対する調査実施率	25.9%

#### 第2項 地域生活移行者の入院状況

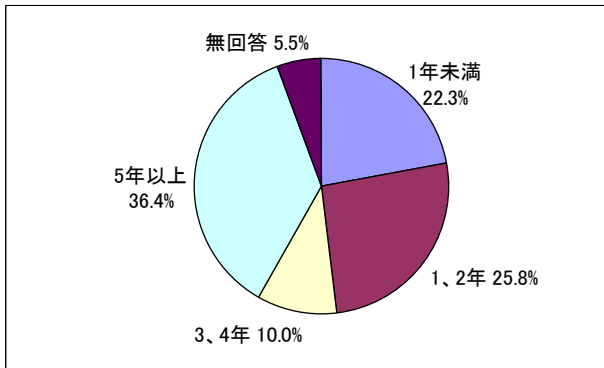
##### ①入院経歴

支援開始までの直近の入院期間は、「5年以上」の方が 36.4%と4分の1以上を占めた。一方、2年以内である「1年ないし2年」(25.8%)、「1年未満」(22.3%)を合算すると 48.1%と約半数程度に及ぶ（図表 3-3-12a）。また、初めて入院してから支援開始までの総入院期間は、「5年以上」が 56.8%となっている一方で、「1年ないし2年」(17.9%)、「1年未満」(5.1%)となっており、入院が長期にわたる方も半数以上を占めつつも、2年以内の方も4分の1程度は存在するという結果となった（図表 3-3-12b）。

初めて入院してから支援開始までの延べ入院回数は「1回ないし2回」が最も多く 31.5%、次いで「3回ないし4回」が 27.2%であった（図表 3-3-12c）。

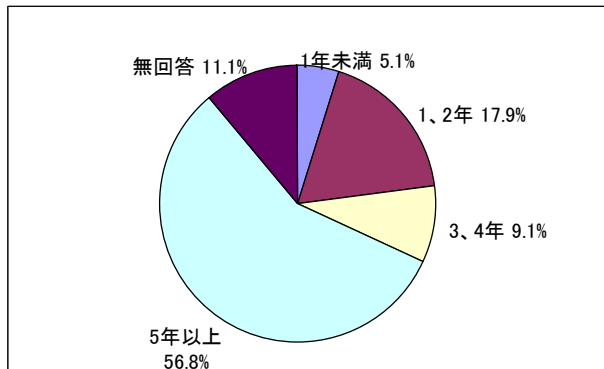
<sup>11</sup> 利用者が10ケース以内の事業所は悉皆調査とした。10ケース以上の事業所については、無作為抽出による10ケースについて回答していただいた。

図表 3-3-12a 支援開始時の入院の入院期間



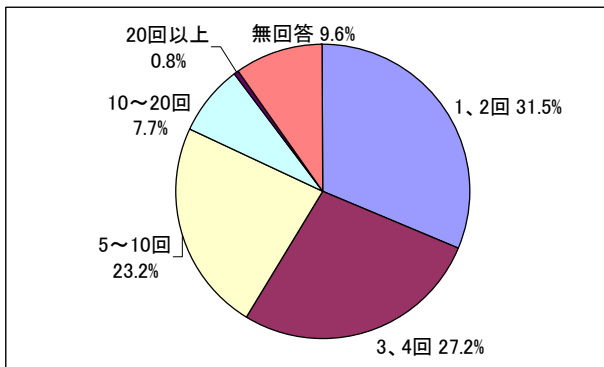
	人数	割合 [%]
1年未満	118	22.3
1、2年	137	25.8
3、4年	53	10.0
5年以上	193	36.4
無回答	29	5.5
合計	530	100.0

図表 3-3-12b 初めて入院してから支援開始までの総入院期間



	人数	割合 [%]
1年未満	27	5.1
1、2年	95	17.9
3、4年	48	9.1
5年以上	301	56.8
無回答	59	11.1
合計	530	100.0

図表 3-3-12c 初めて入院してから支援開始までの延べ入院回数

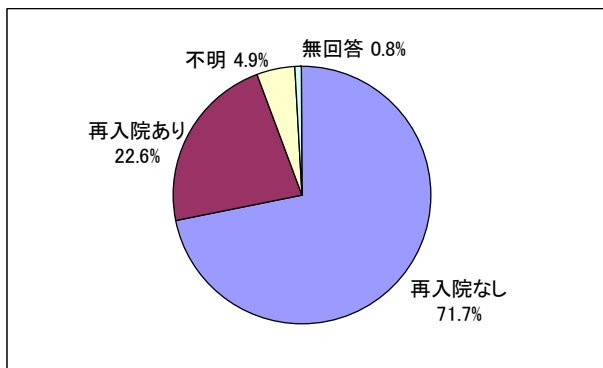


	人数	割合 [%]
1、2回	167	31.5
3、4回	144	27.2
5～10回	123	23.2
10～20回	41	7.7
20回以上	4	0.8
無回答	51	9.6
合計	530	100.0

②地域生活移行後の再入院経験

地域生活移行後、再入院経験がない地域生活移行者は 71.7%であった。一方、再入院した方は 22.6%であった。事業所側で状況が把握できない地域生活移行者は 4.9%であった（図表 3-3-13）。

図表 3-3-13 退院後の再入院経験



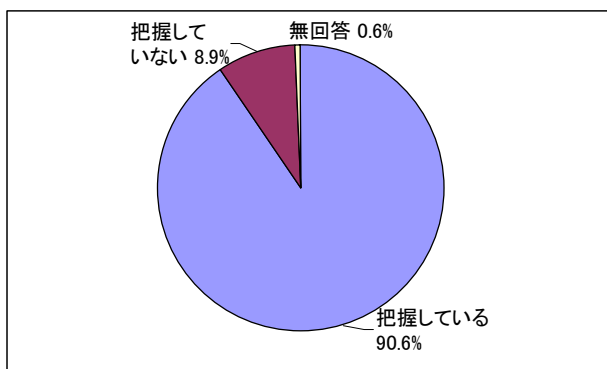
	人数	割合 [%]
再入院なし	380	71.7
再入院あり	120	22.6
わからない	26	4.9
無回答	4	0.8
合計	530	100.0

第3項 地域生活移行者の現在の状況

①地域生活移行者の把握状況

90.6%の地域生活移行者について、支援者は現在も状況を把握している。一方、8.9%の方については把握していないとの回答であった（図表 3-3-14）。ただし、「状況を把握している」というレベルが回答者にとって異なる点に留意されたい。

図表 3-3-14 地域生活移行者の把握状況

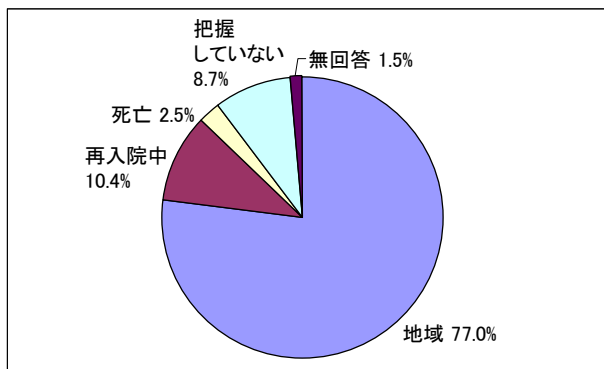


	人数	割合 [%]
把握している	480	90.6
把握していない	47	8.9
無回答	3	0.6
合計	530	100.0

②地域生活移行者の現状

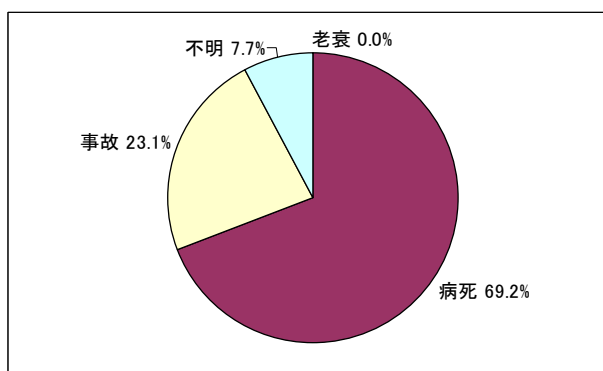
現在も、入院以外の生活を送っている地域生活移行者は 77.0%であった。一方、調査時点において再入院中の方が 10.4%、死亡している方が 2.5%となった（図表 3-3-15a）。なお、死亡した理由は病死が 69.2%、事故（自傷を含む）が 23.1%であった（図表 3-3-15b）

図表 3-3-15a 現在の状況



	人数	割合 [%]
地域生活	408	77.0
再入院中	55	10.4
死亡	13	2.5
把握していない	46	8.7
無回答	8	1.5
合計	530	100.0

図表 3-3-15b 死亡理由



	人数	割合 [%]
老衰	0	0.0
病死	9	69.2
事故(自傷含む)	3	23.1
不明	1	7.7
合計	13	100.0

第4項 地域生活移行者の住まいの状況

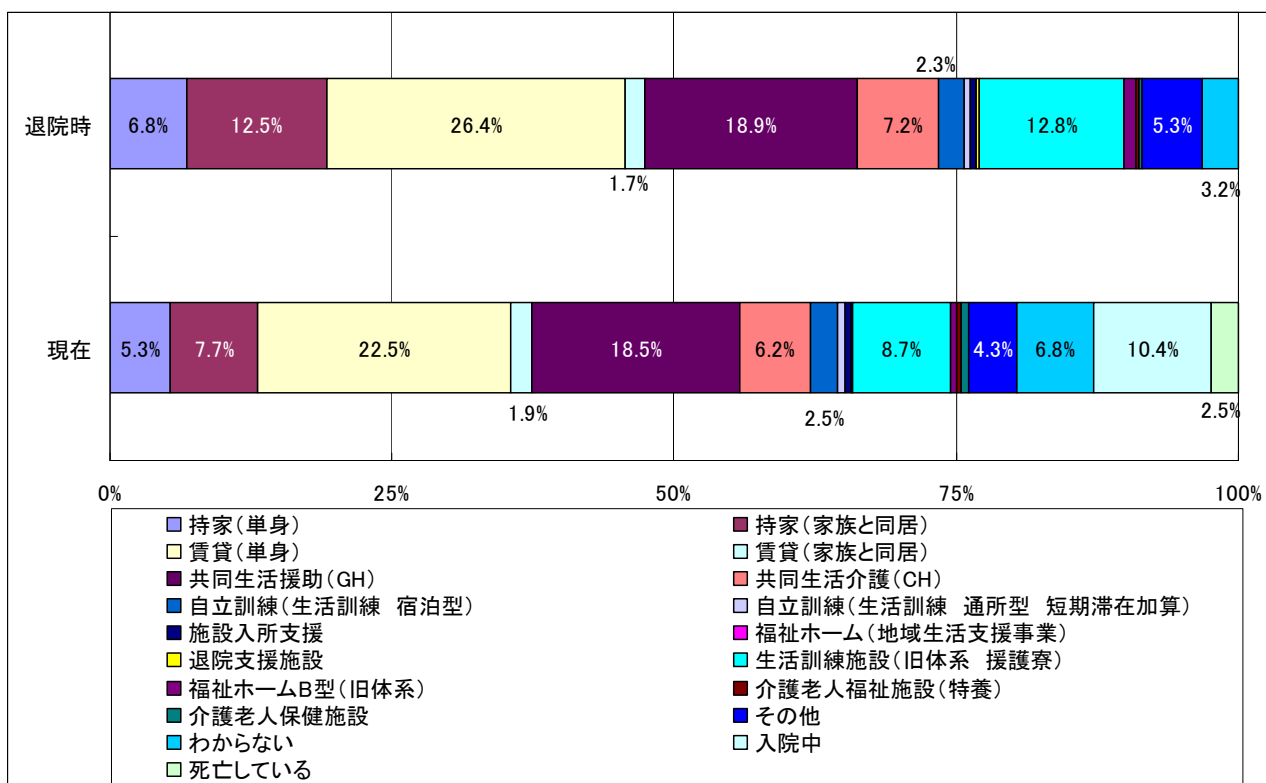
①退院時の住まいと現在の住まいの比較

退院時の住まいとしては賃貸住宅に単身で居住する割合が26.4%と最も多かった。次いで、共同生活援助（GH）が18.9%と続き、共同生活介護（CH）（7.2%）と合わせると26.1%となり、支援付きのグループホーム、ケアホームへの退院が多い。次いで多いのが生活訓練施設（旧体系 援護寮）で12.8%であった。

現在の状況を見てみると、賃貸住宅に単身で居住する割合が22.5%となり、退院時と同じであった。次いで、共同生活援助（GH）が18.5%と続き、共同生活介護（CH）（6.2%）と合わせると24.7%となる。現在においても退院時と同程度の割合であった（図表3-3-16）。

その他の住まいとしては、退院時も現在も、「救護施設」、「共同住宅」が多く挙げられた。その他、「高齢者住宅」「老人介護施設」等高齢者専用の住居が散見される。

図表 3-3-16 退院時の住まいと現在の住まい



	退院時		現在	
	人数	割合[%]	人数	割合[%]
持家（単身）	36	6.8	28	5.3
持家（家族と同居）	66	12.5	41	7.7
賃貸（単身）	140	26.4	119	22.5
賃貸（家族と同居）	9	1.7	10	1.9
共同生活援助（グループホーム）	100	18.9	98	18.5
共同生活介護（ケアホーム）	38	7.2	33	6.2
自立訓練（生活訓練 宿泊型）	12	2.3	13	2.5
自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算）	3	0.6	3	0.6
施設入所支援	3	0.6	3	0.6
福祉ホーム（地域生活支援事業）	0	0.0	0	0.0
退院支援施設	1	0.2	1	0.2
生活訓練施設（旧体系 援護寮）	68	12.8	46	8.7
福祉ホームB型（旧体系）	6	1.1	3	0.6
介護老人福祉施設（特養）	1	0.2	2	0.4
介護老人保健施設	2	0.4	3	0.6
その他	28	5.3	23	4.3
わからない	17	3.2	36	6.8
入院中	-	-	55	10.4
死亡している	-	-	13	2.5
合計	530	100.0	530	100.0

（その他の内訳）

	退院時	現在
救護施設	7	6
共同住宅	6	5
養護老人ホーム	3	0
高齢者住宅	2	1
高齢者円滑入居賃貸住宅	1	1
老人介護施設	1	1
認知症GH	1	1
宿所提供施設	1	1
生活保護施設	1	1
低額所得者向け住居	1	1
病院が社会復帰のために借りている住居に単身生活	1	0
妹宅の別棟	1	0
病院付設の共同住宅	1	1
一緒に退院した方と賃貸同居	0	2

②退院時から現在への住まいの変化

全体の傾向としては、「変化なし」が73.2%であった。変化があったものとしては、賃貸(単身)への変更が3.0%、共同生活援助(GH)への変更が全体の2.8%と大きかった。

個別に見ていくと、退院時の住まいとして多かった賃貸(単身)140人のうち、37人が住まいを変更した。共同生活援助(GH)、共同生活介護(CH)に変更した方がそれぞれ3人、2人となっている。賃貸住宅で家族との同居に変更した方が2人であった。その他、苦情による他の賃貸住宅への変更が1人見られた。なお、14人が入院中、7人が死亡していた。

共同生活援助(GH)、共同生活介護(CH)についてはあまり変更がなく、変更があった25人のうち持家(単身)、賃貸(単身)にそれぞれ2人が変更になっていた。その他11人が入院中であり、3人は死亡している。

生活訓練施設(旧体系 援護寮)については68人中23人に変更があった。持家と賃貸を合わせた単身への変更は5人であり、家族との同居への変更は2人であった。また、共同生活援助(GH)共同生活介護(CH)にはそれぞれ5人、1人の変更であった(図表3-3-17a)。一方、3年以上にわたって生活訓練施設を利用している方もいるようである(図表3-3-17b)。

図表3-3-17a 退院時から現在への住まいの変化

現在の 住まい  退院時の 住まい	変化なし	持家(単身)	持家(家族と同居)	賃貸(単身)	賃貸(家族と同居)	共同生活援助(GH)	共同生活介護(CH)	自立訓練(生活訓練 宿泊型)	自立訓練(生活訓練 通所型 短期)	施設入所支援	福祉ホーム(地域生活支援事業)	退院支援施設	生活訓練施設(旧体系 援護寮)	福祉ホームB型(旧体系)	介護老人福祉施設(特養)	介護老人保健施設	その他	わからない	入院中	死亡	合計
		人数	25	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8
持家(家族と同居)	40	0	4	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	10	1	66
賃貸(単身)	103	0	0	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14	7	140
賃貸(家族と同居)	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	9
共同生活援助(GH)	83	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	2	100
共同生活介護(CH)	30	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	38
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12
自立訓練(生活訓練 通所型 短期)	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
施設入所支援	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
福祉ホーム(地域生活支援事業)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
退院支援施設	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
生活訓練施設(旧体系 援護寮)	45	1	1	4	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	1	68
福祉ホームB型(旧体系)	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6
介護老人福祉施設(特養)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
介護老人保健施設	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
その他	19	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	1	28
わからない	15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	17
合計	388	3	1	16	4	15	3	2	1	1	0	0	1	0	1	1	4	21	55	13	530
割合(%)	69.4	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	22.2	0.0	100.0
持家(家族と同居)	60.6	0.0	6.1	1.5	6.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	1.5	3.0	3.0	15.2	1.5	100.0
賃貸(単身)	73.6	0.0	0.0	0.7	1.4	2.1	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7	10.0	5.0	100.0
賃貸(家族と同居)	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	22.2	0.0	100.0
共同生活援助(GH)	83.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	7.0	2.0	100.0	
共同生活介護(CH)	78.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	2.6	0.0	2.6	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.5	2.6	100.0	
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	91.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	100.0
自立訓練(生活訓練 通所型 短期)	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
施設入所支援	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
福祉ホーム(地域生活支援事業)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
退院支援施設	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
生活訓練施設(旧体系 援護寮)	66.2	1.5	1.5	5.9	1.5	7.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	2.9	8.8	1.5	100.0
福祉ホームB型(旧体系)	50.0	0.0	0.0	16.7	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	100.0
介護老人福祉施設(特養)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
介護老人保健施設	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
その他	67.9	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	14.3	3.6	3.6	100.0
わからない	88.2	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.0	100.0
合計	73.2	0.6	0.2	3.0	0.8	2.8	0.6	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.2	0.8	4.0	10.4	2.5	100.0



図表 3-3-17b 退院後の経過年数別の現在の住まい

		1年未満	1～2年	2～3年	3年以上	無回答	合計
持家(単身)	人数	12	8	2	3	0	25
持家(家族と同居)		15	17	8	0	0	40
賃貸(単身)		50	33	15	4	0	102
賃貸(家族と同居)		4	1	1	0	0	6
共同生活援助(GH)		34	30	14	2	3	80
共同生活介護(CH)		17	9	1	2	1	29
自立訓練(生活訓練 宿泊型)		8	2	1	0	0	11
自立訓練(生活訓練 通所型 短期滞在加算)		1	0	0	0	1	1
施設入所支援		1	0	1	0	0	2
福祉ホーム(地域生活支援事業)		0	0	0	0	0	0
退院支援施設		0	1	0	0	0	1
生活訓練施設(旧体系 援護寮)		16	23	2	1	3	42
福祉ホームB型(旧体系)		2	0	0	1	0	3
介護老人福祉施設(特養)		1	0	0	0	0	1
介護老人保健施設		1	0	0	1	0	2
その他		15	2	2	0	0	19
合計			177	126	47	14	8
持家(単身)	割合 [%]	48.0	32.0	8.0	12.0	0.0	100.0
持家(家族と同居)		37.5	42.5	20.0	0.0	0.0	100.0
賃貸(単身)		49.0	32.4	14.7	3.9	0.0	100.0
賃貸(家族と同居)		66.7	16.7	16.7	0.0	0.0	100.0
共同生活援助(GH)		42.5	37.5	17.5	2.5	3.6	100.0
共同生活介護(CH)		58.6	31.0	3.4	6.9	3.3	100.0
自立訓練(生活訓練 宿泊型)		72.7	18.2	9.1	0.0	0.0	100.0
自立訓練(生活訓練 通所型 短期滞在加算)		100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0
施設入所支援		50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	100.0
福祉ホーム(地域生活支援事業)		-	-	-	-	-	-
退院支援施設		0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
生活訓練施設(旧体系 援護寮)		38.1	54.8	4.8	2.4	6.7	100.0
福祉ホームB型(旧体系)		66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0
介護老人福祉施設(特養)		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
介護老人保健施設		50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
その他		78.9	10.5	10.5	0.0	0.0	100.0
合計			48.6	34.6	12.9	3.8	2.2

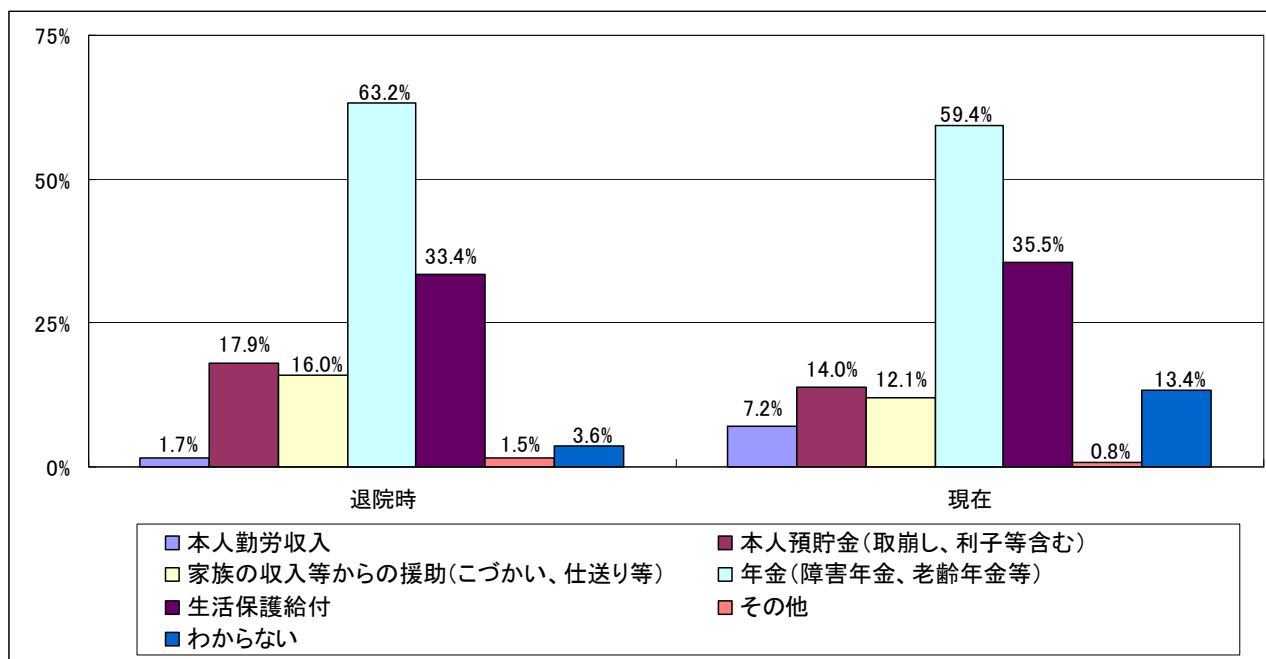
第5項 地域生活移行者の経済状況

①退院時と現在の収入源の比較

退院時の収入源は年金（障害年金、老齢年金等）が63.2%と最も多い。次いで生活保護給付が33.4%であった。また、本人預貯金（取崩し、利子等含む）は17.9%であった。

現在の状況では年金（障害年金、老齢年金等）が59.4%と最も多い、次いで、生活保護給付が35.5%であった。また、本人預貯金（取崩し、利子等含む）は14.0%であった。ただし、収入の状況がわからないとする地域生活移行者も13.4%存在した（図表3-3-18）。

図表 3-3-18 地域生活移行者の収入源の状況

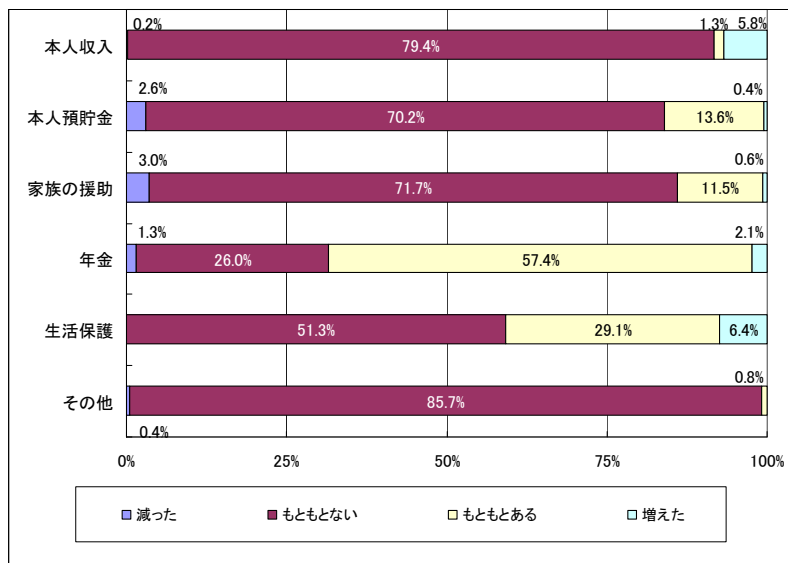


	退院時		現在	
	人数	割合[%]	人数	割合[%]
本人勤労収入	9	1.7	38	7.2
本人預貯金（取崩し、利子等含む）	95	17.9	74	14.0
家族の収入等からの援助（こづかい、仕送り等）	85	16.0	64	12.1
年金（障害年金、老齢年金等）	335	63.2	315	59.4
生活保護給付	177	33.4	188	35.5
その他	8	1.5	4	0.8
わからない	19	3.6	71	13.4

②退院時と現在の収入源の変化

大部分が退院時と同じであったが、収入源として、本人収入が増えたとする地域生活移行者が5.8%存在した。また、生活保護受給に関しても6.4%が増えたとしている(図表3-3-19)。

図表 3-3-19 退院時から現在への収入の変化



	減った	もともとない	もともとある	増えた	減った	もともとない	もともとある	増えた
	人数				割合[%]			
本人収入	1	421	7	31	0.2	79.4	1.3	5.8
本人預貯金	14	372	72	2	2.6	70.2	13.6	0.4
家族の援助	16	380	61	3	3.0	71.7	11.5	0.6
年金	7	138	304	11	1.3	26.0	57.4	2.1
生活保護	0	272	154	34	0.0	51.3	29.1	6.4
その他	2	454	4	0	0.4	85.7	0.8	0.0

※集計の都合上、退院時、あるいは現在の収入源が不明とされた71人は対象外としている(分母は、530人である)

③現在の収入源の内容

収入源の内容としては、公的(年金、生活保護)のみの方が55.8%と最も多かった。また、支援者が把握していないとする方も13.4%存在した(図表3-3-20)。

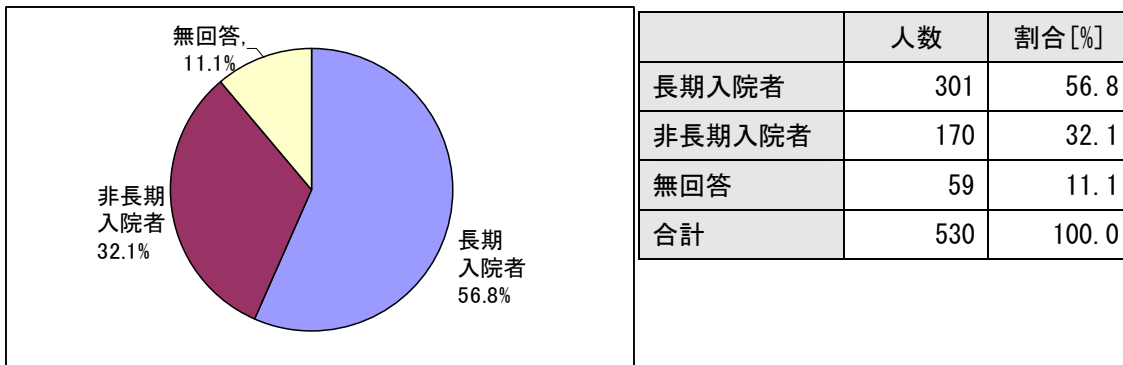
図表 3-3-20 収入源の組合せ

	本人収入 + 本人預貯金 + 公的	本人収入 + 本人預貯金	本人収入 + 家族の援助 + 公的	本人収入 + 公的	本人収入	本人預貯金 + 家族の援助 + 公的	本人預貯金 + 家族の援助	本人預貯金 + 公的	本人預貯金	家族の援助 + 公的	家族の援助	公的 + その他	公的	その他	不明
人数	6	1	4	26	1	3	2	56	6	38	17	3	296	1	71
割合[%]	1.1	0.2	0.8	4.9	0.2	0.6	0.4	10.6	1.1	7.2	3.2	0.6	55.8	0.2	13.4

第6項 長期入院生活を与える地域生活への影響

530人の地域生活移行者を、支援開始時における総入院期間が5年以上に及ぶ方「長期入院者」(301人)と、5年未満の方「非長期入院者」(170人)に分類し、長期入院を与える地域生活への影響を分析する<sup>12</sup>。総入院期間が把握されていない59人については、本分類において「無回答」として取り扱う(図表3-3-21)。

図表 3-3-21 入院歴の内訳

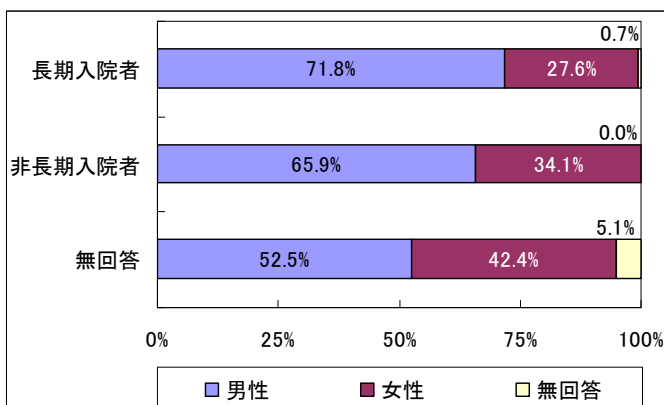


①長期入院者の属性

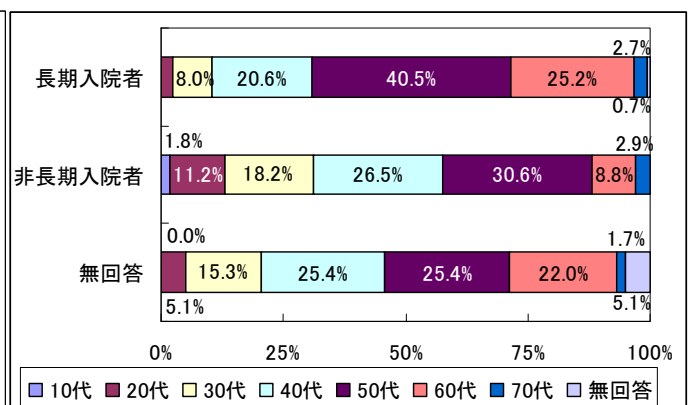
地域生活移行者を入院歴で分類し、「性別」、「年代」、「主たる疾病」、「障害福祉手帳の有無」等の属性について比較を行った。

特徴的な差異が見られたのは、「年代」についてであった。長期入院者は、「50代」「60代」の占める割合が多いという特徴が見られた(図表3-3-23)。その他の項目については、特に大きな特徴は見られなかった(図表3-3-22、図表3-3-24～図表3-3-28)。

図表 3-3-22 性別(入院期間による比較)

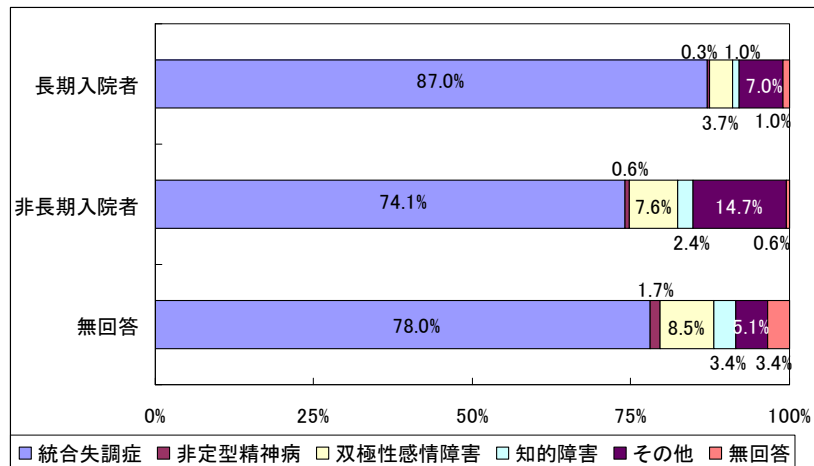


図表 3-3-23 年代(入院期間による比較)

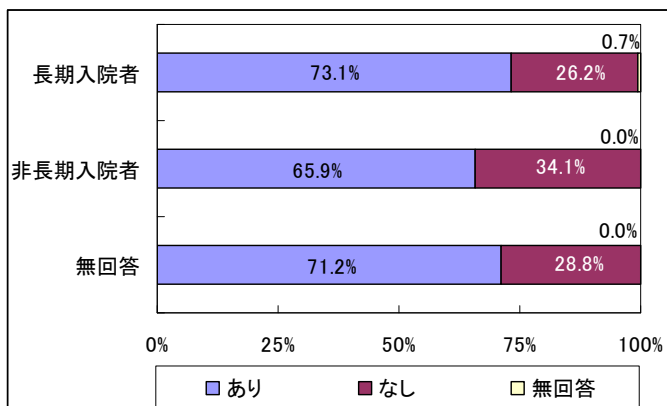


<sup>12</sup> 本文には紙面の都合上グラフのみ表示する。集計表については、巻末の「資料2-7 長期入院者のクロス集計表」を参照されたい。

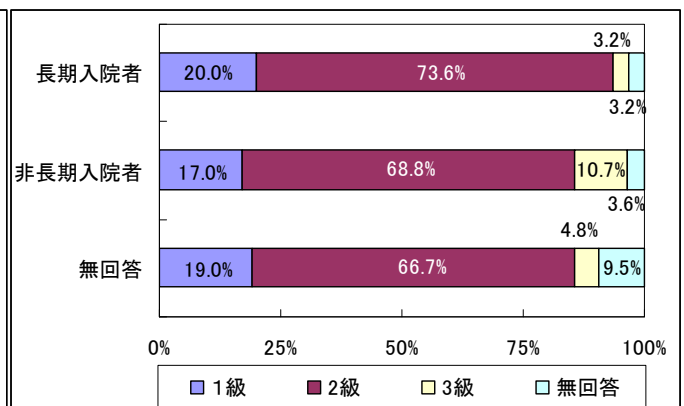
図表 3-3-24 主たる疾病(入院期間による比較)



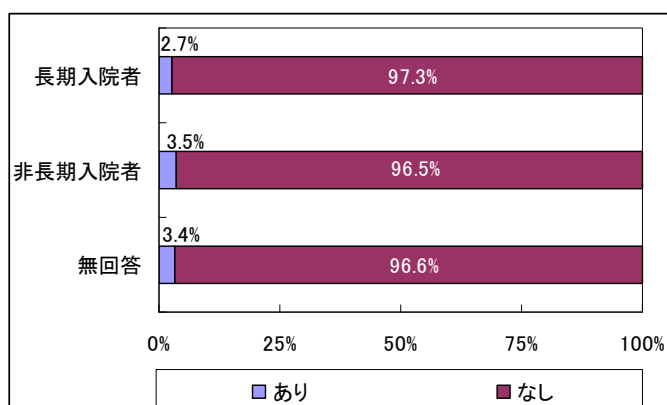
図表 3-3-25 精神保健福祉手帳の有無  
(入院期間による比較)



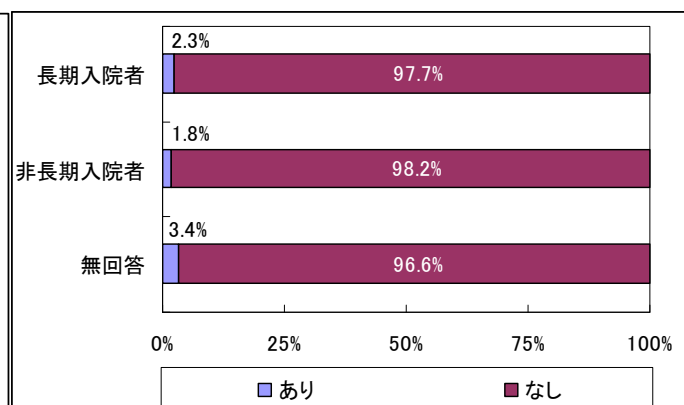
図表 3-3-26 精神保健福祉手帳の等級  
(入院期間による比較)



図表 3-3-27 療育手帳の有無  
(入院期間による比較)



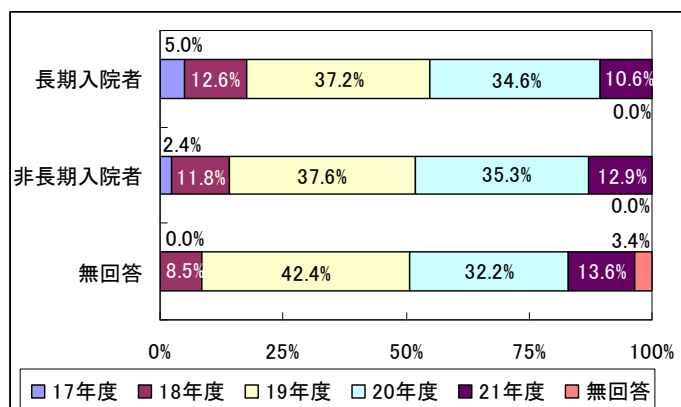
図表 3-3-28 身体障害者手帳の有無  
(入院期間による比較)



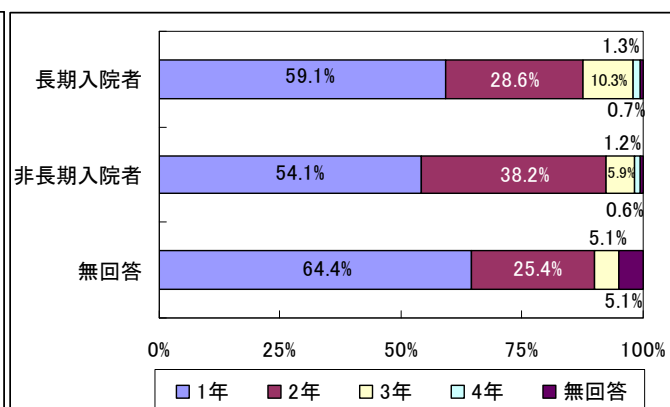
②事業による支援

「事業による支援開始年度」、「延べ支援期間」、「退院年度」、「退院年度」について比較を行った(図表 3-3-29～図表 3-3-31)。長期入院者と非長期入院者との間で大きな差は見られない。延べ支援期間において、長期入院者が1年で支援を終了する割合が若干多いという結果が得られているが、3年かかる場合も10.3%あることから、入院期間による影響とは一概には言い切れない。ケースバイケースであると判断される(図表 3-3-30)。

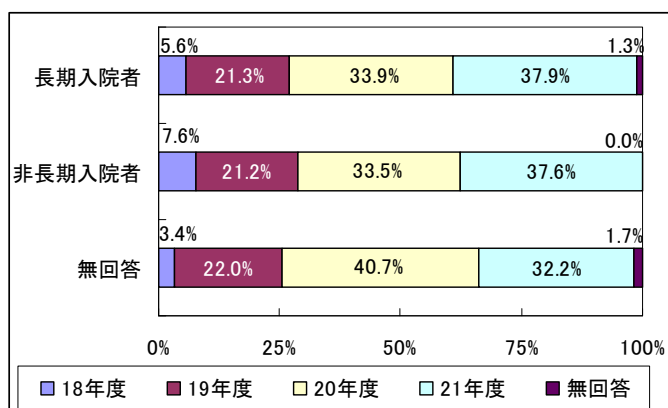
図表 3-3-29 事業による支援開始年度  
(入院期間による比較)



図表 3-3-30 事業による延べ支援期間  
(入院期間による比較)



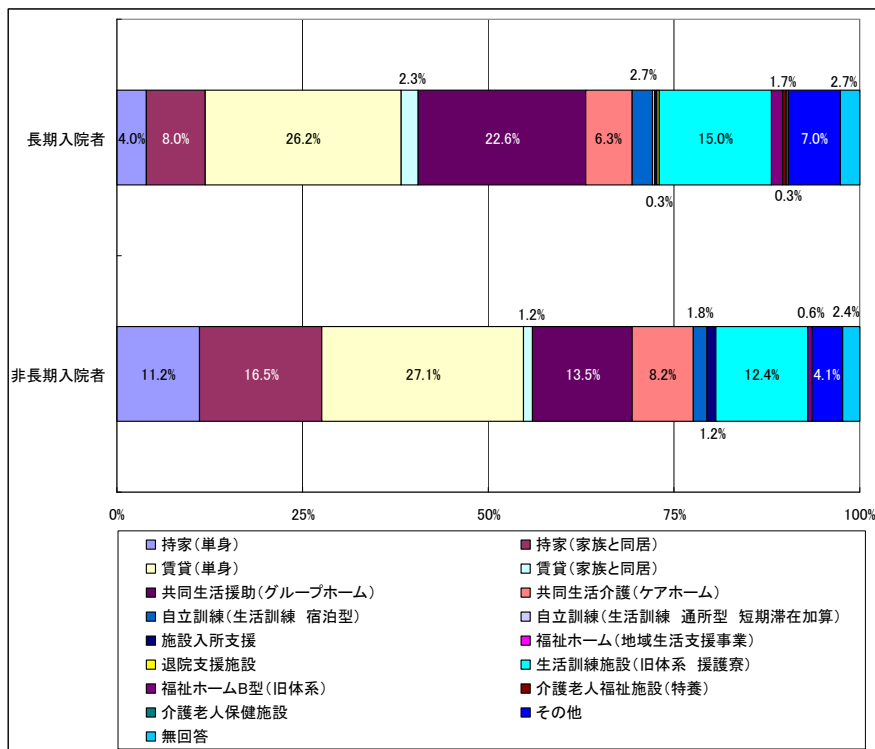
図表 3-3-31 事業による退院年度  
(入院期間による比較)



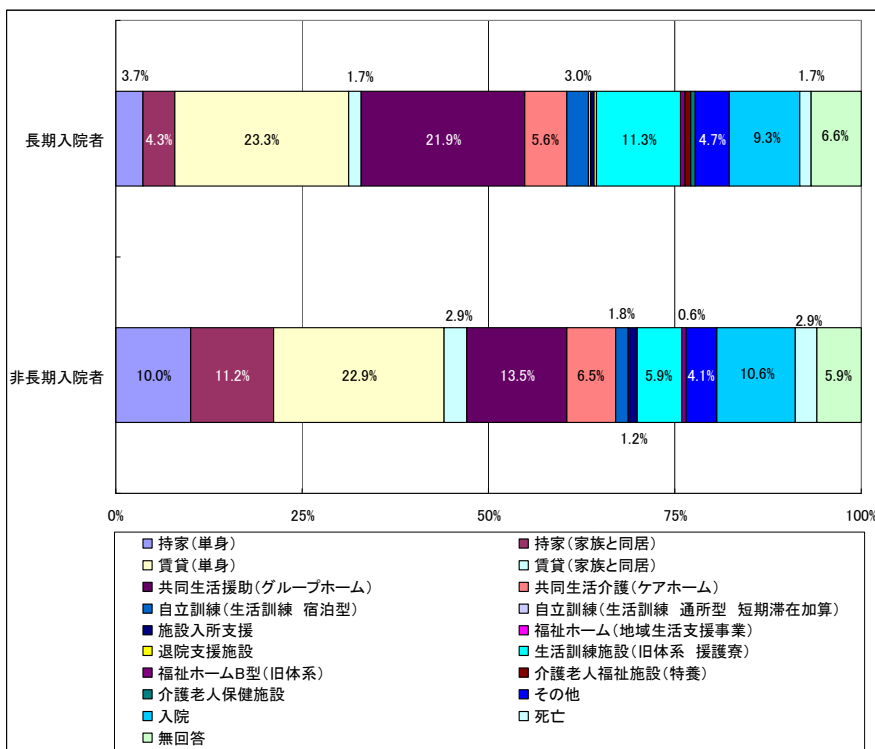
③長期入院者の住まい

住まいに関しては、長期入院者において、「グループホーム(22.6%)／ケアホーム(6.3%)」の割合(28.9%)が高く、生活訓練施設の割合(15.0%)も高いという特徴が見られた。長期の入院生活による生活スキルの課題解決のために利用されていることが推察される(図表 3-3-32、図表 3-3-33)。一方、非長期入院者については、持家(単身)11.2%、持家(家族と同居)16.5%と持家への退院が多い。

図表 3-3-32 退院時の住まい(入院期間による比較)



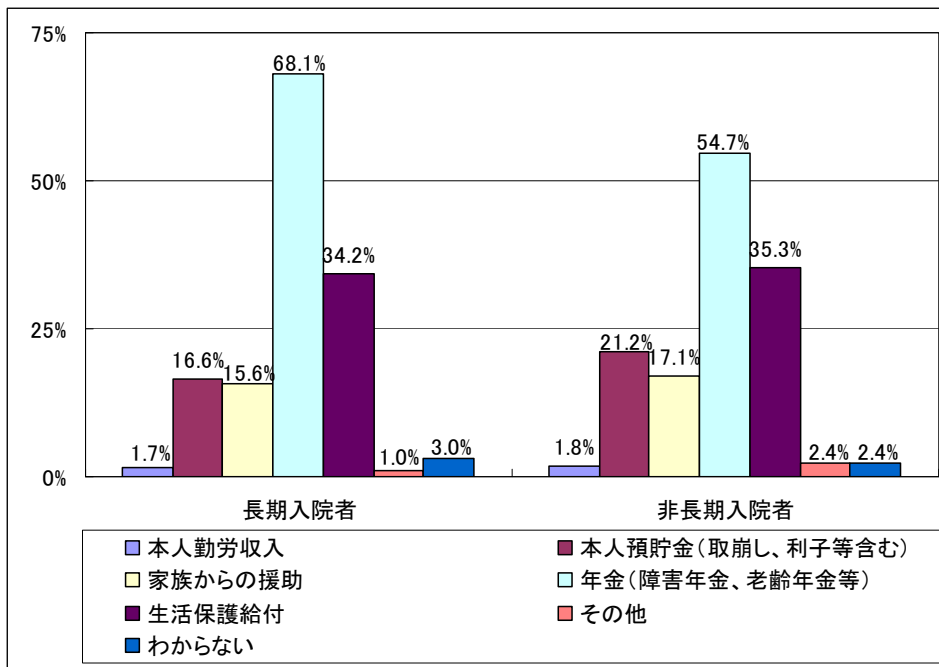
図表 3-3-33 現在の住まい(入院期間による比較)



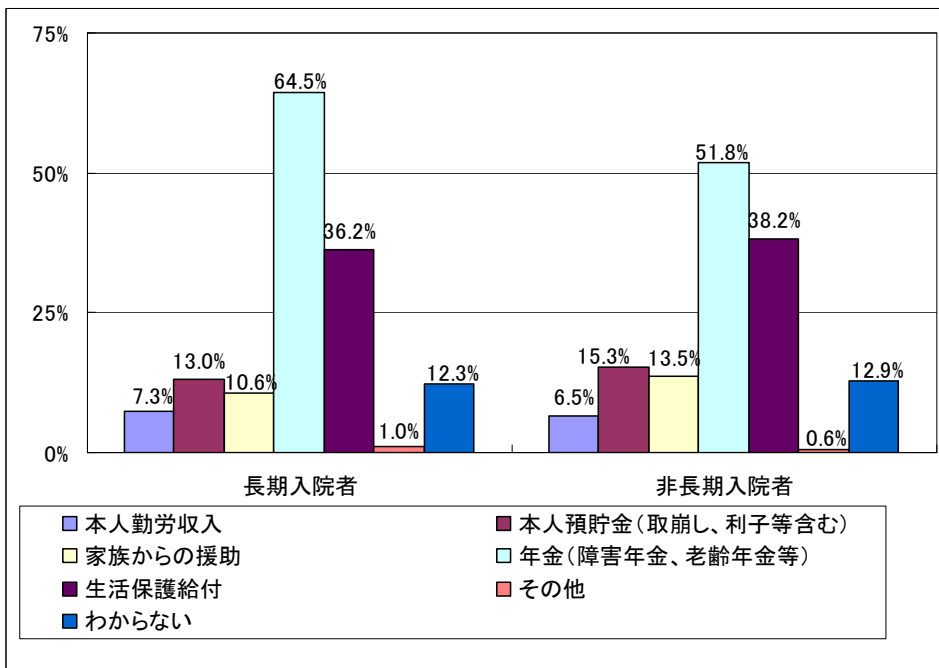
④長期入院者の経済状況

経済状況についても概ね傾向が一致しており、大きな差はないが、長期入院者の方が、年金の受給率が高い。一方、「本人預貯金」、「家族からの援助」は、長期入院者の方が低い割合となっている。この傾向は、現在においても変わらない(図表 3-3-34、図表 3-3-35)。

図表 3-3-34 退院時の経済状況(入院期間による比較)



図表 3-3-35 現在の経済状況(入院期間による比較)





⑤長期入院と再入院の関係性

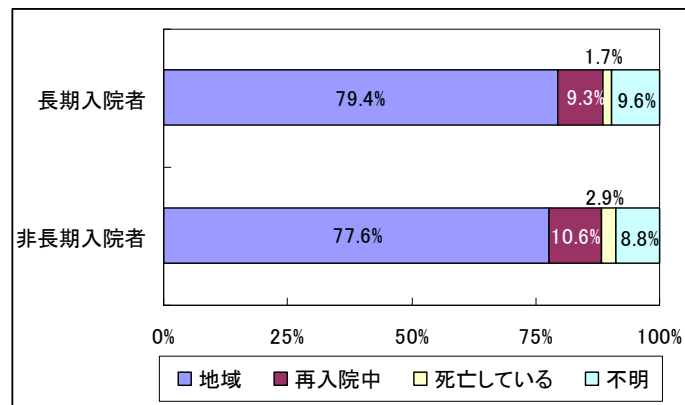
現在の状況を比較すると、支援開始までの入院期間によらず、傾向は一致している(図表 3-3-36)。「再入院の有無」についても大きな差はなかった(図表 3-3-37)。

「再入院の回数」を比較すると、3回の再入院経験があるのは、非長期入院者のみである(10.3% ; 3人)(図表 3-3-38)。

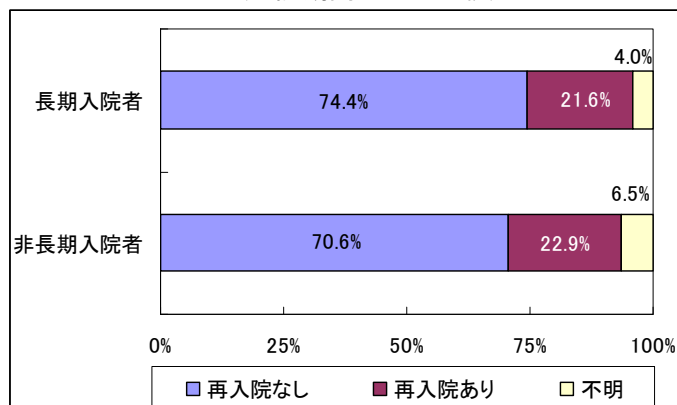
「退院から再入院までの期間」も、概ね一致している。長期入院者が「1年以上」経過してから再入院する割合が、非長期入院者に比べて12.8ポイント大きいのが、非長期入院者の「無回答者」の割合も12.8%あり、その影響も考えられる(図表 3-3-39)。

「再入院における入院期間」は、長期入院者の方が短期間で退院する傾向が見られるが、これについても「無回答者」の割合が20%以上あり、一概に判断できない(図表 3-3-40)。

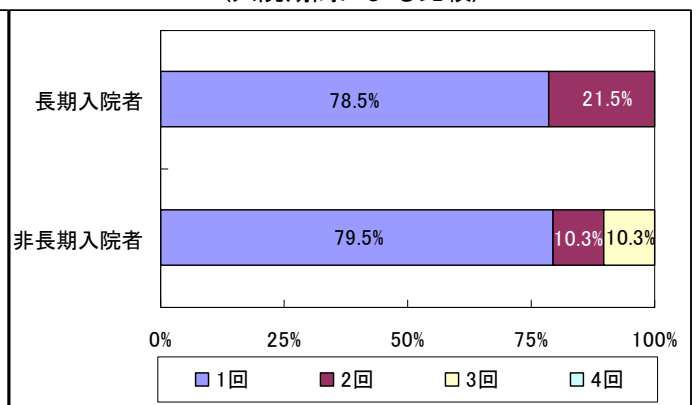
図表 3-3-36 現在の状況(入院期間による比較)



図表 3-3-37 再入院の有無  
(入院期間による比較)

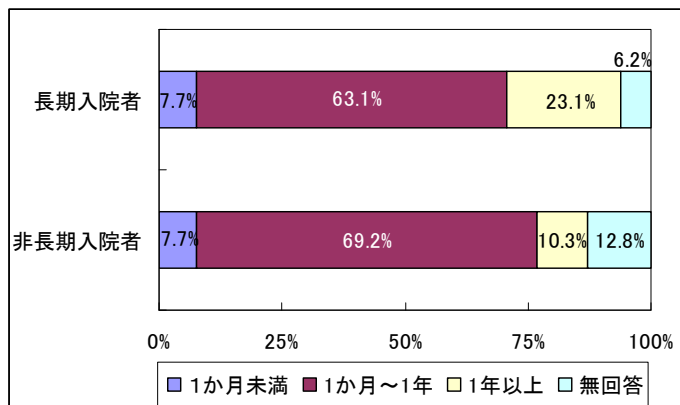


図表 3-3-38 再入院の回数  
(入院期間による比較)

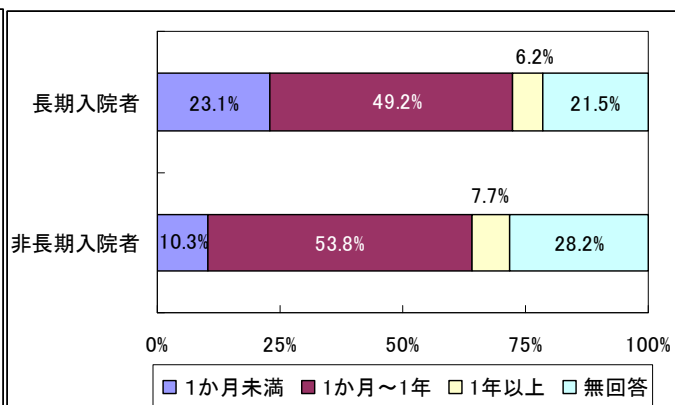


「再入院における入院事由」と「再入院における入院形態」については、長期入院者の方が、非長期入院者よりも、「病状悪化による入院」、「医療保護」入院の割合が少ないという結果が得られた(図表 3-3-41、図表 3-3-42)。

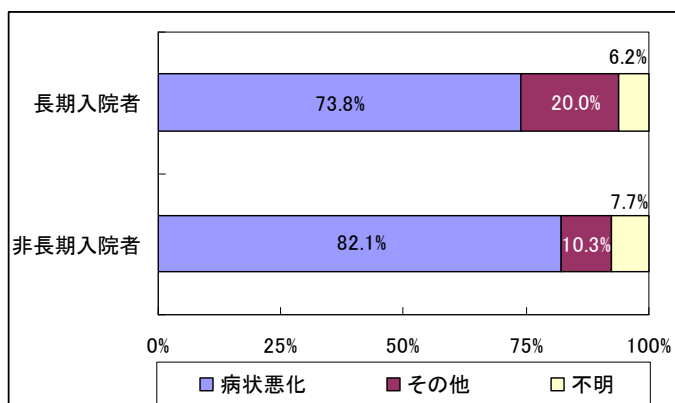
図表 3-3-39 退院から【初回】再入院までの期間  
(入院期間による比較)



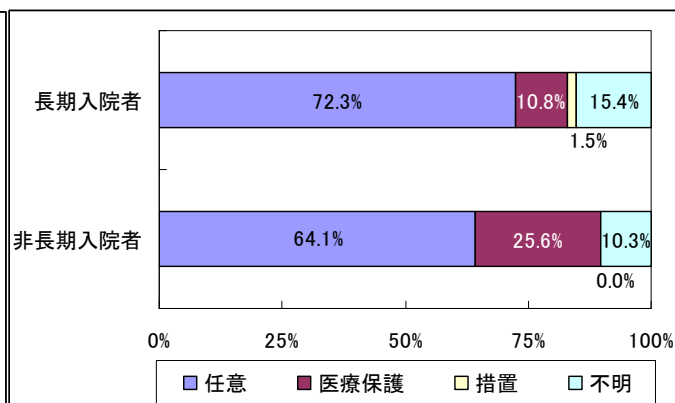
図表 3-3-40 【初回】再入院における入院期間  
(入院期間による比較)



図表 3-3-41 【初回】再入院における入院事由  
(入院期間による比較)



図表 3-3-42 【初回】再入院における入院形態  
(入院期間による比較)



本研究では、長期入院者と非長期入院者において、属性、支援期間、経済状況、地域生活移行後の生活への大きな差異は見られなかった。

ただし、長期入院者において、グループホーム/ケアホーム、生活訓練施設を利用する割合が高いという点、地域生活移行後については、長期入院者の方が、非長期入院者に比べ、「病状悪化による入院」、「医療保護」入院となる割合が低いという結果が見られた。

しかしながら、各設問に解答した支援者が把握していないケースも多いことから、これをもって長期入院者と非長期入院者の地域生活移行後の傾向に差はないとは言いきれない。また、それと同時に、長期入院者の方が病状悪化となる割合が少ない、あるいは多いとも一概には言えない。入院せず、長きにわたり家族の支援を受けていたケースや、病状の安定等条件が整いつつも、退院の契機を逸し、結果として長期入院となったケース等様々なケースがあることに注意されたい。

第7項 地域生活に係る支援

①体験利用の活用状況

体験利用として活用が多かったのは「相談支援事業所の相談支援」であった（54.5%）。それに「地域活動支援センター」（42.3%）、「デイケア」（42.1%）が続いた。地域移行支援特別対策事業の多くが相談支援事業所を中心に活動していることもあり、相談支援業務を活用する例が多かった。また、日中活動の場としてデイケア、地域活動支援センターが続いていると言える。

その他、「グループホーム/ケアホーム」の利用も24.5%と約4分の1の地域生活移行者が体験利用していた。退院時にグループホーム/ケアホームを住まいとした地域生活移行者がほぼ同程度いることから、退院する際には体験利用したことが推察される。

また、「精神保健福祉センター/保健所の相談」の体験利用も多かった（24.3%）

②退院時の利用

退院時に活用されているのは、体験利用と同じく「相談支援事業所の相談」（58.5%）であった。また、「家族による支援」も56.2%と高い値を示した。その他では、「精神科医療に関する支援」として、「訪問看護」（42.1%）、「デイケア」（37.9%）が利用されていた。「地域活動支援センター」の利用も37.5%であった。

③現在の利用状況と退院時からの変化

現在の利用状況は、退院時と比べて全体的に利用割合が減っている。最も多い「相談支援事業所の相談支援」では43.0%と退院時と比べて15.5ポイント減少している。同様に「家族の支援」では14.7ポイントの減少、「訪問看護」では9.6ポイント、「デイケア」では8.1ポイントの減少となっている（図表3-3-43）。

図表 3-3-43 地域生活にかかわる支援

	体験的	退院時	現在	体験的	退院時	現在
	利用	利用	利用	利用	利用	利用
	人数			割合[%]		
<b>インフォーマルな支援</b>						
近隣住民の支援	-	29	38	-	5.5	7.2
家族の支援	-	298	220	-	56.2	41.5
民生委員の支援	-	26	16	-	4.9	3.0
その他のインフォーマルな支援	-	51	49	-	9.6	9.2
<b>精神科医療に関する支援</b>						
デイケア	223	201	158	42.1	37.9	29.8
ナイトケア	24	40	31	4.5	7.5	5.8
ショートケア	21	13	9	4.0	2.5	1.7
通院作業療法	78	36	20	14.7	6.8	3.8
訪問看護	82	223	172	15.5	42.1	32.5

その他の精神科医療支援	40	44	33	7.5	8.3	6.2
相談支援に関する項目						
相談支援事業所の相談支援	289	310	228	54.5	58.5	43.0
相談支援事業所サービス利用計画作成	68	85	58	12.8	16.0	10.9
精神保健福祉センター/保健所の相談	129	134	64	24.3	25.3	12.1
その他市区町村等の実施する相談支援	55	71	43	10.4	13.4	8.1
障害福祉に関する項目						
居宅介護	9	52	49	1.7	9.8	9.2
行動援護	2	3	2	0.4	0.6	0.4
生活介護	10	17	16	1.9	3.2	3.0
自立訓練(生活訓練 通所型)	23	24	21	4.3	4.5	4.0
自立訓練(生活訓練 訪問型)	0	4	1	0.0	0.8	0.2
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	19	-	-	3.6	-	-
自立訓練(生活訓練 通所型 短期滞在)	1	-	-	0.2	-	-
グループホーム/ケアホーム	130	-	-	24.5	-	-
就労移行支援	4	1	5	0.8	0.2	0.9
就労継続支援A型	0	0	3	0.0	0.0	0.6
就労継続支援B型	52	48	47	9.8	9.1	8.9
その他障害者自立支援法による給付事業	11	23	27	2.1	4.3	5.1
地域活動支援センター	224	199	166	42.3	37.5	31.3
その他都道府県・自治体事業	7	12	13	1.3	2.3	2.5
生活訓練施設(旧体系 援護寮)	79	-	-	14.9	-	-
入所授産施設(旧体系)	1	-	-	0.2	-	-
通所授産施設(旧体系)	14	10	5	2.6	1.9	0.9
小規模通所授産施設(旧体系)	20	20	15	3.8	3.8	2.8
福祉工場(旧体系)	0	0	0	0.0	0.0	0.0
その他の障害福祉支援	25	21	16	4.7	4.0	3.0
介護(高齢者分野)に関する項目						
通所介護(デイサービス)	1	2	4	0.2	0.4	0.8
訪問介護・看護	4	10	9	0.8	1.9	1.7
その他の介護支援	4	5	3	0.8	0.9	0.6
その他の項目						
移動支援	-	23	12	-	4.3	2.3
居住サポート	-	15	8	-	2.8	1.5
地域福祉権利擁護事業	-	34	34	-	6.4	6.4
成年後見制度	-	11	10	-	2.1	1.9
その他	-	11	15	-	2.1	2.8
わからない	19	27	95	3.6	5.1	17.9

第8項 地域生活移行者を取り巻く支援環境とあったらよい支援

地域生活移行者の方の生活圏に存在する支援、現在は無いが本来は地域生活移行者のためにあったらよいと考えられる支援に関する回答結果を示す。

地域生活移行者の生活圏に存在する支援は、支援者が把握している範囲で回答している。また、地域生活移行者の生活圏ということで、地域生活移行者が生活している範囲を想定しており、2次医療圏や市区町村と比べると、狭い範囲と考えられる。そのため、2次医療圏や市域全体では、整備されているが、本研究で定義している「生活圏」では、整備されていないとすることがあるので留意されたい。

現在存在する支援の割合が低く、あったらよい支援として挙げられるものとして、「居住サポート」が挙げられる。地域では23.0%が存在する支援であるとしているのに対し、17.4%があったらよい支援として挙げられている（図表3-3-44）。

全体としては、「相談支援事業所の相談支援」（79.4）、「デイケア」（74.0%）、「訪問看護」（73.8%）、「地域活動支援センター」（72.3%）が7割を超えて存在する支援としてあった。

次に、「精神保健福祉センター/保健所の相談」（67.5%）、「居宅介護」（63.2%）、「地域福祉権利擁護事業」（61.3%）、「成年後見制度」（60.4%）が挙げられた。以降、「相談支援事業所サービス利用計画作成」（59.1%）、「グループホーム/ケアホーム」（52.3%）、「就労継続支援B型」（58.9%）、「通所介護（デイサービス）」（55.7%）、「訪問介護・看護」（56.4%）、「移動支援」（50.6%）と続いた。

図表 3-3-44 地域生活移行者を取りまく支援環境とあったらよい支援

	支援 存在する	よい あったら	支援 存在する	よい あったら
	人数		割合[%]	
<b>精神科医療に関する項目</b>				
デイケア	392	23	74.0	4.3
ナイトケア	168	55	31.7	10.4
ショートケア	116	50	21.9	9.4
通院作業療法	208	15	39.2	2.8
訪問看護	391	15	73.8	2.8
その他の精神科医療支援	37	27	7.0	5.1
<b>相談支援に関する項目</b>				
相談支援事業所の相談支援	421	10	79.4	1.9
相談支援事業所サービス利用計画作成	313	17	59.1	3.2
精神保健福祉センター/保健所の相談	358	9	67.5	1.7
その他市区町村等の実施する相談支援	162	8	30.6	1.5

障害福祉に関する項目				
居宅介護	335	8	63.2	1.5
行動援護	165	15	31.1	2.8
生活介護	229	16	43.2	3.0
自立訓練(生活訓練 通所型)	168	38	31.7	7.2
自立訓練(生活訓練 訪問型)	53	60	10.0	11.3
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	73	49	13.8	9.2
自立訓練(生活訓練 通所型 短期滞在加算)	46	41	8.7	7.7
グループホーム/ケアホーム	277	42	52.3	7.9
就労移行支援	247	27	46.6	5.1
就労継続支援 A 型	147	55	27.7	10.4
就労継続支援 B 型	312	14	58.9	2.6
その他障害者自立支援法による給付事業	30	10	5.7	1.9
地域活動支援センター	383	23	72.3	4.3
その他都道府県・自治体事業	60	16	11.3	3.0
生活訓練施設(旧体系 援護寮)	189	18	35.7	3.4
入所授産施設(旧体系)	26	19	4.9	3.6
通所授産施設(旧体系)	100	16	18.9	3.0
小規模通所授産施設(旧体系)	100	8	18.9	1.5
福祉工場(旧体系)	16	31	3.0	5.8
その他の障害福祉支援	29	14	5.5	2.6
介護(高齢者分野)に関する項目				
通所介護(デイサービス)	295	5	55.7	0.9
訪問介護・看護	299	2	56.4	0.4
その他の介護支援	89	8	16.8	1.5
その他の項目				
移動支援	268	29	50.6	5.5
居住サポート	122	92	23.0	17.4
地域福祉権利擁護事業	325	10	61.3	1.9
成年後見制度	320	7	60.4	1.3
その他	20	14	3.8	2.6
わからない	60		11.3	

## 第4章 考察

調査結果から明らかになった事実として、地域移行支援特別対策事業を活用して退院した地域生活移行者のうち現在に至るまで再入院のなかった地域生活移行者は 71.7%であり、再入院経験がある地域生活移行者（現在入院している方も含む）は 22.6%であったことである。この数値が大きいか小さいかは判断が分かれるところであるが、そういった事実が判明したことは意義があると言える。ただし、地域生活移行者の病状等を見ると、大多数の主たる疾病が統合失調症（83.4%）であり、支援開始時における総入院期間は、5年以上の方が 56.8%いる一方で、2年以内の方も 23.0%いるなど、長期入院に至る方もいれば、長期でない方も事業の対象となって退院しているという結果が得られた。

これらのことから考察すると、制度が発足して間もないこともあるため、比較的病状の安定している入院患者が事業利用者として選ばれて事業が推進されていることが推察される。

地域生活移行者の生活の場面を考えると、賃貸住宅に単身で入居するパターンが最も多かった（26.4%）。持家での単身生活と合わせると単身生活者は全体の3割を超えることになる（33.2%）。また、家族との同居者を合わせると5割弱（47.4%）となった。一方、共同生活援助（グループホーム）や共同生活介護（ケアホーム）といった複数の方と共同生活を営む住まい<sup>13</sup>に退院した方は4割強（44.1%）存在した。この傾向は、退院時から現在に至るまでの間にそれほど大きな変化はなく、共同生活援助（グループホーム）や共同生活介護（ケアホーム）などの利用もさほど大きく変化はしていない。

また、長期入院者（5年以上入院）と非長期入院者（5年未満入院）の退院した先の住まいの状況を考えると、長期入院者はグループホームやケアホームに退院する割合が非長期入院者より多く、逆に、非長期入院者は持家（単身・家族との同居）への退院が多かった。このことから、入院期間と退院先の住まいとに関連があることが示唆された。

地域移行支援特別対策事業の最終的なゴールをどこに持っていくかによるが、仮に「地域社会で生活をする」ということを考えるのであれば、持家や賃貸住宅で、在宅サービスを受けながら生活していくことが想定される。現時点でこのような生活を送っているのは5割弱であり、残りの4割強は何らかの入所による支援を受けているとすることができる。

もう一つの視点として、地域移行支援特別対策事業を実施する事業者が支援終了後も地域生活移行者を把握しているかどうかもポイントであった。法令等によれば、地域移行支援特別対策事業を実施する事業者は6か月間のフォロー義務はあるがそれ以降は地域に支援の中心を委ねることになる。結果から見えてきたのは、そういった期間を経た後も地域生活移行者の状況を把握している事業者が多いということであった。結果としては約9割（90.6%）がその状況を把握しているということであった。その理由としてはいくつか考えられるが、後述するインタビュー調査の中では、地域に引き継いだ後の中心となる事業所として同じ事業所内の相談支援事業所が担っていることが大きいと考えられる。

<sup>13</sup>自立訓練（生活訓練 宿泊型）、自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算）、施設入所支援、生活訓練施設（旧体系 援護寮）、福祉ホームB型（旧体系）、介護老人福祉施設、介護老人保健施設

最後に地域生活を送る上での支援体制について考察する。調査結果を見るとインフォーマルな支援として「家族の支援」が6割弱（56.2%）となっている。どの程度家族が支援にかかわっているかについては、調査結果からは判断できないが、少なくとも家族が地域生活移行者の生活を考える上で何らかのかかわりを持っているとすることができる。

精神科医療にかかわる部分としては、デイケアと訪問看護を活用する例が多かった（それぞれ、37.9%、42.1%）。精神科の受診とともに、日中活動の場、あるいは、生活の場の確認（みまもり）を医療の視点から実施していると考えられる。なお、デイケアについては体験利用として入院中に試しに実施している割合も多かった（42.1%）。

相談支援に関する項目を見ると、相談支援事業所の相談支援を利用している割合が多かったと言える（58.5%）。ただし、相談支援事業所によるサービス利用計画作成は16.0%に留まっているのが現状であった。

障害福祉に関する支援、介護の視点からの支援については、地域活動支援センターの利用割合が多かった（37.5%）。また、地域活動支援センターについては体験利用での活用例も多いと言える（42.3%）。それ以外の項目についてはそれほど多くないのが現状である。

全体を通してみると、支援の形態としては精神科の受診を軸として、日中活動の場であるデイケアや地域活動支援センターなどでの支援で地域生活を支えていると捉えることができる。就労系の支援<sup>14</sup>については1割未満となっていることから考えると、まずは、「地域で生活することに慣れる」、「生活のリズムをつくる」といったことが支援活用の主眼になっていることが推察される。

また、支援全体のコーディネートは相談支援事業所が中心を担っていることが考えられる<sup>15</sup>。支援全体をコーディネートし、利用者の支援を支えていることが推察されるが、サービス利用計画を作成してまでの支援に至っていないのが現状であると言える。

いずれにしても、家族の支援は一つのキーポイントとなっているとすることができる。

<sup>14</sup> 就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型

<sup>15</sup> そうでない場合は、入所先事業所ということになると推察される。



## 第IV部 事例調査

### 第1章 調査概要

事例調査は、地域移行支援特別対策事業を実施した経験を有する事業所を対象とし、平成18年4月から平成21年11月末までの間に地域移行支援特別対策事業を利用して地域生活を始めた方の状況についてインタビュー調査を実施した。

調査にあたり、個人名、地域名等個人の特定につながる情報は伺わないことを原則とし、報告書類にもそれら情報を記載しないことを前提として、地域生活移行者本人自署による同意書を得たケースについて調査を実施した。

調査は、事業所の方が回答することを前提とし、対象となる利用者への直接的調査等は実施せず、現状で把握している限りの情報を伺うこととした。

調査期間：平成21年12月17日～平成22年1月19日

調査対象：地域移行支援特別対策事業を実施している、本調査への協力が得られた以下の都道府県に存在する事業所。

- ①岩手県
- ②埼玉県
- ③東京都
- ④三重県
- ⑤島根県

調査手順：以下の手順で実施した。

①調査設計(案)の作成

研究事務局にて調査設計(案)を作成した。

②調査内容の検討

事業検討委員会にて調査設計(案)を提示し、内容や手法について意見を収集した。

③調査内容の修正・仮決定

事業検討委員会での意見を踏まえ、研究事務局にて調査内容を修正した。

調査項目は実態調査の内容に準じるものとし、質問紙からより深掘りして調査すべき項目について聞き取りをすることとした。

④調査倫理

研究責任者である武田理事長が、当法人の設置する倫理委員会（委員長 国立精神・神経センター精神保健研究所 伊藤順一郎氏）に諮り、条件付き承認<sup>16</sup>を受けた。

⑤調査実施エリア別調査員の選定・調査依頼

調査実施エリア別に、調査員を選定し、各エリアにて調査に協力可能な事業所向けに調査依頼を行った。

<sup>16</sup> 詳細については、「資料1-3 研究等倫理審査結果報告書」を参照されたい。

⑥同意書の取得

調査協力が得られた事業所にて、対象となる事業利用者に本研究への同意書を取得していただいた。同意書の取得後、事業利用者が調査後に協力を辞退したい場合にも備え、『「調査研究への協力に関する同意書」撤回書』も用意した。

⑦プレ調査の実施

東京近郊の事業所にてプレ調査を実施し、設問の順番、内容、所要時間、留意事項について確認を行った。

⑧調査内容確定

プレ調査の結果を踏まえ、事務局にて依頼状、調査手順書、同意書、調査の内容を確定した。

⑨調査実施

調査員が現地に伺い、調査対象者の支援担当職員の方にインタビューを実施した。

⑩結果のまとめ

調査の結果得られた内容をまとめた。

## 第2章 調査項目

事例調査の調査項目は、実態調査の調査内容に準じている。

各事例について、地域生活移行者の退院から現在までの状況、今後の希望等を詳細に聞くことで、質問紙調査では得ることのできない内容について明らかにすることを目的としている。

調査内容を以下に示す。

①地域生活移行者の基本情報（疾病名、障害福祉手帳の状況）

②経済状況

現在の収入源。特に障害年金と生活保護受給の退院時からの変化の状況とその理由

③住まいの状況

退院時から現在に至るまでの変化の状況とその理由

④事業の利用状況

長期入院に至った経緯、事業利用の経緯、個別支援会議の人選など

⑤支援終了から現在に至るまでの状況変化

再入院の有無とその要因

⑥地域生活のために

退院時から現在に至るまでの支援内容の変化（インフォーマル含む）

地域定着に必要な社会資源の内容

### 第3章 調査結果と考察

本章では、インタビューを実施した施設と、ケースの属性、得られた結果について示す。結果については、得られた情報を以下の観点で整理する。

- ① 長期入院に至る経緯
- ② 支援中の課題への対応
- ③ 支援内容の変化
- ④ 再入院に至る理由
- ⑤ 住まいの変化
- ⑥ 今後必要とされること

#### 第1節 調査対象

##### 第1項 調査対象施設

インタビュー調査は協力が得られた5都県12事業所に対し、地域移行支援特別対策事業により地域生活を開始した計34ケースについて実施した(図表4-3-1)。

図表4-3-1 インタビュー調査実施先とインタビューケース数

都道府県	法人	主な実施事業	ケース数
岩手県	社会福祉法人	相談支援事業所	3
	社会福祉法人	自立訓練(生活訓練)宿泊型	2
埼玉県	特定非営利活動法人	相談支援事業所	3
	社会福祉法人	相談支援事業所	3
東京都	医療法人	相談支援事業所	2
	社会福祉法人	相談支援事業所	3
	地方公共団体	相談支援事業所	3
	社会福祉法人	相談支援事業所	3
	社会福祉法人	相談支援事業所	3
三重県	社会福祉法人	相談支援事業所	3
	社会福祉法人	相談支援事業所	3
島根県	社会福祉法人	相談支援事業所	2
	医療法人	相談支援事業所	1
合計:5都県	-	12事業所	34ケース

第2項 調査対象者の属性

インタビュー調査を実施したケースの属性を示す(図表 4-3-2)。  
結果として、質問紙調査で得られた属性とほぼ類似した構成となった。

図表 4-3-2 インタビュー調査のケース属性

性別	男性	女性								
	26	8								
年齢	30代	40代	50代	60代						
	5	9	10	10						
主たる疾病	統合失調症	双極性感情障害	非定形精神病	その他	左記のうち重複障害					
	30	2	1	1	(5)					
直近入院期間	1年未満	1、2年	3、4年	5～10年	10～20年	20～30年	30年以上			
	10	9	2	2	6	3	2			
総入院期間	1年未満	1、2年	3、4年	5～10年	10～20年	20～30年	30年以上	不明		
	1	10	3	6	5	3	3	3	3	
総入院回数	1、2回	3、4回	5～10回	10～20回	20～30回	無回答				
	12	11	6	3	1	1				
障害福祉手帳の有無	精神保健福祉手帳					療育手帳	身体障害者手帳			
	1級	2級	3級	不明	合計					
4	17	2	3	26	1	1				
退院年度	18年度	19年度	20年度	21年度						
	0	6	17	11						
再入院の有無	再入院なし	再入院あり								
	30	4								
住まい	持家(単身)	持家(家族同居)	賃貸(単身)	賃貸(家族同居)	グループホーム	ケアホーム	自立訓練(生活訓練) 宿泊型	自立訓練(生活訓練) 通所型短期滞在加算	生活訓練施設	入院中
	3	1	13	1	10	2	2	1	1	-
現在	2	1	14	1	9	3	3	0	0	1

単位：[人]

## 第2節 長期入院に至る経緯

インタビュー調査から得られた長期入院に至る経緯を、以下のように「家族」「本人」「疾病」「病院」「地域」に関する要因に大別した。回答された頻度では、「家族の拒否・反対」が最も多く、次いで「怠薬による再入院」という疾病に関する要因が続き、その他、「病状の不安定」「本人の退院意欲の喪失」「退院後の住まい」が同程度となっていた。これらの要因は、ケース別に影響の大小はあるにせよ、多数の長期入院者に該当するものだと考えられる(図表 4-3-3)。

図表 4-3-3a 長期入院に至る経緯の分類(家族による要因)

分類	分類の説明
家族	「家族の拒否・反対がある(12件)」等家族に関する記述がある場合、本分類とした。
具体的事例	
本人は退院希望するも高齢の父親が「体力的にサポートは困難である」と自宅に戻ることに難色を示していた。その他に退院後の行き先となる選択肢が無かったため退院できずにいた。	
家族の受入れができない状況であった。 病状は安定し、本人も退院したい気持ちはあったが、家族の反対を受け入れる形で入院していた。	

図表 4-3-3b 長期入院に至る経緯の分類と回答頻度(本人による要因)

分類	分類の説明
本人	「本人が退院意欲を喪失している(6件)」等の記述がある場合、本分類とした。
具体的事例	
約20年間の入院。 疾病の特性で、2か月ごとのペースでうつになり、その時期はほとんど動けず布団の中にあるような状態を繰り返していた。自信や意欲がなくなってしまったことと、60代という年齢的な要素もあり、なかなか退院に結び付かなかった。	

図表 4-3-3c 長期入院に至る経緯の分類と回答頻度(疾病による要因)

分類	分類の説明
疾病	「急薬による再入院の繰返し(9件)」「病状が不安定である(6件)」等、疾病や障害に関する記述があった場合、本分類とした。
具体的事例	
<p>幻覚、被害妄想にて初診後入院。その後、一度退院するも調子を崩し、3年後に再入院。以降、幾度にもわたり入退院を繰り返す。</p> <p>退院時、自宅に戻るも急薬傾向にあり、調子を崩して再入院となることが多かった。</p>	
<p>19歳から40年近く、およそ半分は入院生活をしてきた。両親は死亡し、兄弟は他県に行って交流はほとんどない。病状が不安定で激しいために入院が長引いていた。</p> <p>退院するたびに、急薬して病状悪化し、再入院というサイクルを繰り返していた。</p>	

図表 4-3-3d 長期入院に至る経緯の分類と回答頻度(地域による要因)

分類	分類の説明
地域	「退院後の住まいがない(5件)」等の記述がある場合、本分類とした。 ただし、事例に示すように、家族から同居を断られた結果、退院先がなくなり、入院継続が余儀なくされている。
具体的事例	
<p>本人は退院希望するも高齢の父親が「体力的にサポートは困難である」と自宅に戻ることに難色を示していた。その他に退院後の行き先となる選択肢が無かったため退院できずにいた。</p>	

回答された内容から、長期入院に至る要因の因果関係を整理すると、以下のようになると考えられる(図表 4-3-4)。

① 入院

病状悪化等の理由で入院する。

② 入院中

以下の事由が複合的に関連し、結果、長期入院に至る。

ア) 家族

退院後のトラブルを懸念し、退院拒否や反対が大きく、入院を継続することを病院に依頼する。あるいは、そもそも、家族に連絡がとれない場合がある。

イ) 疾病・病院

病院としては、病状が不安定な場合、入院を継続する。

病状が安定した場合でも、家族から退院を拒否された場合は、受入先がない以上、入院を継続せざるを得ない。

ウ) 本人

入院期間が長期となると、本人も退院意欲を失う。

家族からの退院拒否という意向を汲み、入院継続を受け入れることもある。

エ) 地域

家族が受入れを拒否した場合、その他の住居を選定することとなるが、地域での支援体制が充分でない。

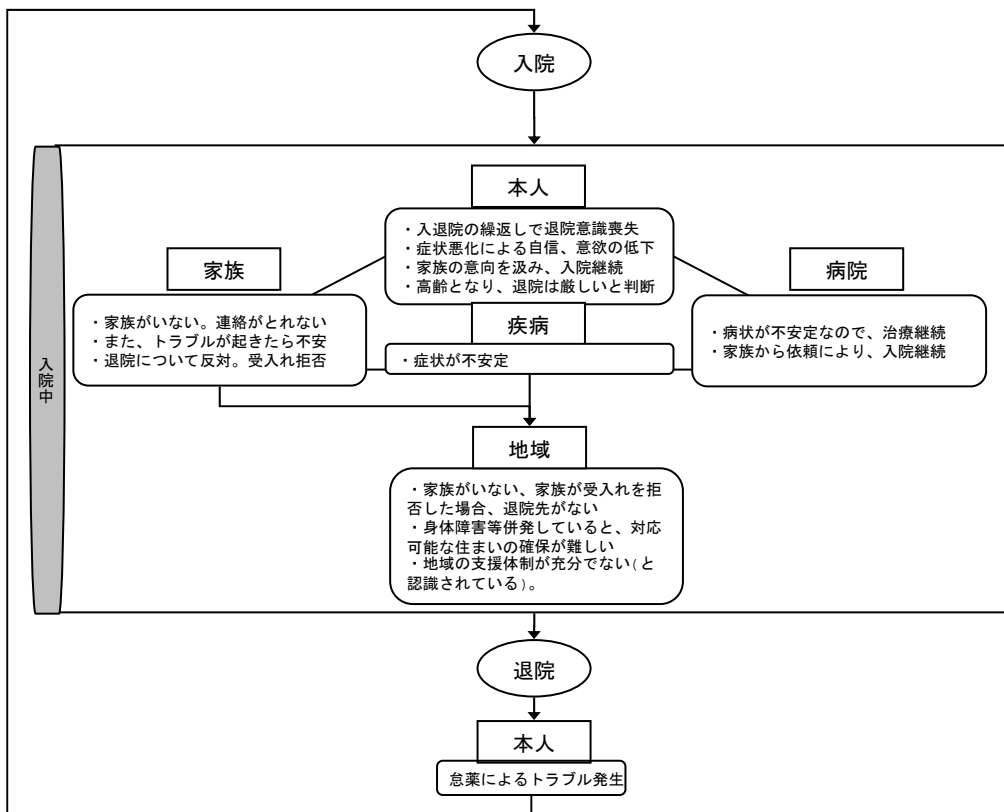
③ 退院

条件が整い、退院に至る。

④ 地域生活・再入院

退院後の怠薬、病状悪化、トラブル発生等により、再入院となる。

図表 4-3-4 長期入院のイメージ図





### 第3節 支援中の課題への対応

インタビュー調査から得られた「支援中の課題」について以下に示す。

長期入院の要因となっていた「家族の拒否・反対」や「本人の退院意識の喪失」に関するものに加え、「生活スキル」や、「金銭管理の訓練」等地域生活に向けた準備や、「保証人の確保」「ニーズに合致した居住設定」といった住まいの準備に関する課題が挙げられた。

図表 4-3-5 に具体的な事例とあわせて、分類を示す。家族に関しては、地域活動支援センターへの見学等、地域の社会資源や支援体制を見てもらうことで、退院後の不安が解消され、協力を得られることがあるようである。また、本人の退院意欲については、本人の趣味趣向を聞き、それができる自由があるのが地域生活であることを説明することが効果的だとのことである。また、あまりにも現実との間にギャップがあると問題なので、地域での生活を開始した当事者との交流の場があると、現実検討に有効であるということが聞かれた。

生活スキルや、金銭管理の訓練に関しては、こづかい帳等訓練的な支援や、それができない場合は、ヘルパー等支援者による代替的な手段が活用されている。

居住設定については、家族がいない場合や家族からの協力が得られない場合は、保証人の確保が課題となるが、保証人会社を活用するなどして対応している。家族との関係が良好な場合は、家族との同居ができたり、一緒に賃貸住宅を探してくれたり、協力が得られることで、地域生活への前進につながる。

実際には様々なケースが存在しているものと思うが、34 ケースの結果をみると、どれも支援者の特性にあわせて、支援者が協力、工夫しながら課題に対応していると言える。医療、地域社会資源、行政等が本事業をきっかけとして、連携を強化し、支援体制ができたことは本事業の一つの成果と言える。

図表 4-3-5a 支援中の課題への対応(家族に関するもの)

分類	分類の説明
家族	「家族の調整(7件)」に関する記述がある場合、本分類とした。
具体的事例	<p>退院の話が浮上した当初は、両親が以前にしていたように全てを自分たちでみなければならぬと思いき、大きな負担になると考え、退院に反対していた。しかし、支援機関全体で支援していくことを理解してもらおうと、地域活動支援センターの見学にも両親が来られて、安心感をもった様子で反対はなくなった。</p> <p>家族との関係性の向上を図り、退院してもらっては困るという態度から、外泊を幾度も繰り返すうちに、退院後もサポートが受けられる体制があることを納得していただく。</p> <p>現在は、退院決定時よりも協力的な対応となり、グループホームへの退院後、本人宛に面会にも来てくれる状況となった。</p>

図表 4-3-5b 支援中の課題への対応(支援を始める準備に関するもの)

分類	分類の説明
支援を始めるための準備	「退院意欲や、不安解消(5件)」、「支援拒否や、支援者との信頼関係づくり(6件)」等支援を始めるための準備に関するものは、本分類とした。
具体的事例(退院意欲・不安解消)	
<p>20年間入院していたため、積極的に退院したいという方ではなく、「自信がない」「意欲がない」という傾向があった。本人に、退院後の生活の方が、現在よりも自由で、楽しいというイメージを持っていただけのように心がけた。例えば、この方の場合、あまり外出される方ではないため、住まいが一つのポイントであった。そこで、支援者としては住まいに関する希望を聞き取り、それに合った住まいを見つける等、自分だけの空間、今よりも快適な空間というように退院後の良いイメージを持ってもらうよう支援した。他には、入院中の規則的な生活から、自分のペースで暮らせる生活(好きな時にテレビを見て、好きな食べ物を食べて、好きな時にお風呂に入れるということ)になるということもあったと思う。</p>	
<p>病棟内でひきこもりになっていた利用者を、看護師が地域主導のグループワークに参加させた。最初は本人の意思に反するものであり、しぶしぶ出てきた様子であった。しかし、グループワークに参加する中で、少しずつ本人の興味の対象(海外旅行・パソコン)が明らかになり、それができるような病棟外での活動や、退院後の生活を提案することで、支援を受けることへの動機付けにつながった。</p>	
具体的事例((支援拒否)支援者との信頼関係づくり)	
<p>利用者と支援員との間でのコミュニケーションが図れるようになるまでに時間を要した。病棟看護師に協力をしてもらい人間関係作りを行っていった。</p> <p>退院に対する不安が強くなっていたので時間がかかった。</p> <p>社会資源の見学(スーパー・食堂等)に出かけたが、出かける時点になると「行かない」ということもあり、少しずつ前進していくよう心がけた。</p> <p>退院後はほぼ毎日電話がかかってくるが、日中は支援員・夜間は病院と分担して対応した。</p>	

図表 4-3-5c 支援中の課題への対応(地域生活に向けた準備に関するもの)

分類	分類の説明
地域生活に向けた準備	「現実検討(1件)」「病態管理(6件)」「服薬管理(1件)」「生活スキルの訓練(5件)」「金銭管理(5件)」「単身生活への慣れ(2件)」「身体疾患の安定(1件)」等地域生活に向けた準備に関するものは、本分類とした。
具体的事例(現実検討)	
現実検討に課題があり、自分の抱える問題に気付きにくい(軽度の知的障害が疑われた)ため、月1回グループワークに参加をしてもらい、退院経験者との交流の機会を持った。そこで先輩の話を聞き、退院後の生活に対しての現実的な認識が持てるよう配慮した。	
具体的事例(病態管理・服薬管理)	
退院後、作業所に通わず突飛な行動(突然の遠方への墓参りによる無断外泊など)が頻出した。そのため再退院後は、訪問看護と病態管理のための定期的な入院をプログラムに組み込んだ。	
<p>「叫び」への対応は、普通のアパート賃貸ではなく、マンションを賃貸し、叫び声が響かないよう、『縮声器』を使うことで対応した。</p> <p>※『縮声器』は、拡声器とは逆の効果を持つ道具。</p> <p>口元にあてて叫ぶと、音量を話し声程度に低める効果がある。</p>	
<p>精神疾患に加え、身体疾患を安定させる。</p> <p>受診、服薬管理を訪問看護にて支援する。</p>	
服薬継続のために頻回にサポート・問い掛けを行う。	
具体的事例(生活スキルの訓練)	
<p>部屋を片付けられない</p> <p>不安から、物(トイレトペーパーやパソコンなど)を大量に備蓄する傾向があり、それが片付けられない1つの要因であった。現在は保健師からヘルパーによる支援になっているが、やってみると意外と本人自身居心地良く生活することができているようである。</p>	
具体的事例(金銭管理)	
計画的にお金を使うことができず、持ち金を全部使ってしまい生活に困ることがあったため、グループホームの職員が一時的に預かり、週2回に分けて本人に現金を渡すようにした。	
長期入院にて本人の金銭感覚や管理といったことが難しくなっていたため、こづかい帳をつけての金銭管理を行い、今ではやりくり、及び貯金もできるようになった。	

図表 4-3-5d 支援中の課題への対応(住まいの準備に関するもの)

分類	分類の説明
住まいの準備	「保証人の確保(2件)」、「ニーズに合致した住居設定(2件)」等住まいの準備に関するものについて、本分類とした。
具体的事例	
<p>(支援のコーディネート)</p> <p>当初、家族との同居を希望していた本人であったが、家族への暴力を考慮し、生活訓練施設での体験利用を行い、生活訓練施設でなくても単身生活できる能力を持ち合わせていることを確認し、単身アパートに退院となった。</p> <p>(家族の支援)</p> <p>アパート探しに同行するなどして、本人や家族に支援機関が支援して支えることを示した。そうすることで、家族に、事業利用者が退院することへの理解が得られるようになった。また、病院の精神保健福祉士等の計らいもあり、結果として、家族がアパートの保証人になってくれることとなり、不動産会社とのやり取りも良好にできた。</p> <p>(施策の支援)</p> <p>家族から協力が得られたのは、市より居住サポートが受けられること(何か問題が発生した場合には市がフォローしてくれる体制の存在)も要因となっていた。</p> <p>家族が保証人になることを見込めなかったため、アパート賃貸のための保証人を探す必要があったが、最終的に保証人会社を活用することとなった。</p> <p>本人が単身生活を望んでいたため、住居を探す必要があった。身体的な不自由さも若干あったため苦慮したが、アパート2階ではあるものの、賃貸アパートを探すことができた。</p>	

#### 第4節 支援内容の変化

退院時と現在での支援内容の変化について以下に示す。

支援が変化する理由は、「本人の意思」「病状の影響」「環境の変化」「支援者の提案」の4つに大別できた。本人の希望がある場合、それが優先されて取り入れられることとなるが、社会資源の存在を知らないケースや、自らは希望を言い出さないケースもあるため、支援者が利用者の状況、状態にあわせ、必要な支援の提案を行っている(図表 4-3-6a)。

図表 4-3-6a 支援内容の変化(本人の意思によるもの)

分類	分類の説明
本人の意思	本人の希望やはたらきかけ等により、支援の変化を行う場合、本分類とした。
具体的事例	
<p>&lt;デイケアの利用開始&gt; 退院後に日中暇だということで、本人がデイケアの希望を利用した。 本人が保健師に相談し、保健師の同行により体験利用を行い、その後、正式利用に至った。</p>	
<p>&lt;全体的な支援の減少&gt; 一人でできることが増えてきたので支援することが減ってきている。</p>	
<p>&lt;インフォーマルな支援(相談相手、話し相手)&gt; 外出が好きな方で病院やゲームセンター等にて知り合った方と友人になり自宅に招くなどの交流を持っている。</p>	

図表 4-3-6b 支援内容の変化(病状の影響によるもの)

分類	分類の説明
病状の影響	病状の安定、悪化により、支援を変化させる場合、本分類とした。
具体的事例	
<p>&lt;地域支援室による支援終了&gt; 病院で ACT 的なサービスを行っていたが、訪問看護だけで充分となったためにサービスを終了した。</p>	

図表 4-3-6c 支援内容の変化(環境の変化によるもの)

分類	分類の説明
環境の変化	家族や、入所先通所先の事業所、法律等、環境的な要因は、本分類とした。
具体的事例	
<p>&lt;ショートステイの利用終了&gt; 退院直後に買い物途中で骨折したことで、遠方から支援に来ている家族が疲れたため、ショートステイを使った。その後は必要なくなった。</p>	

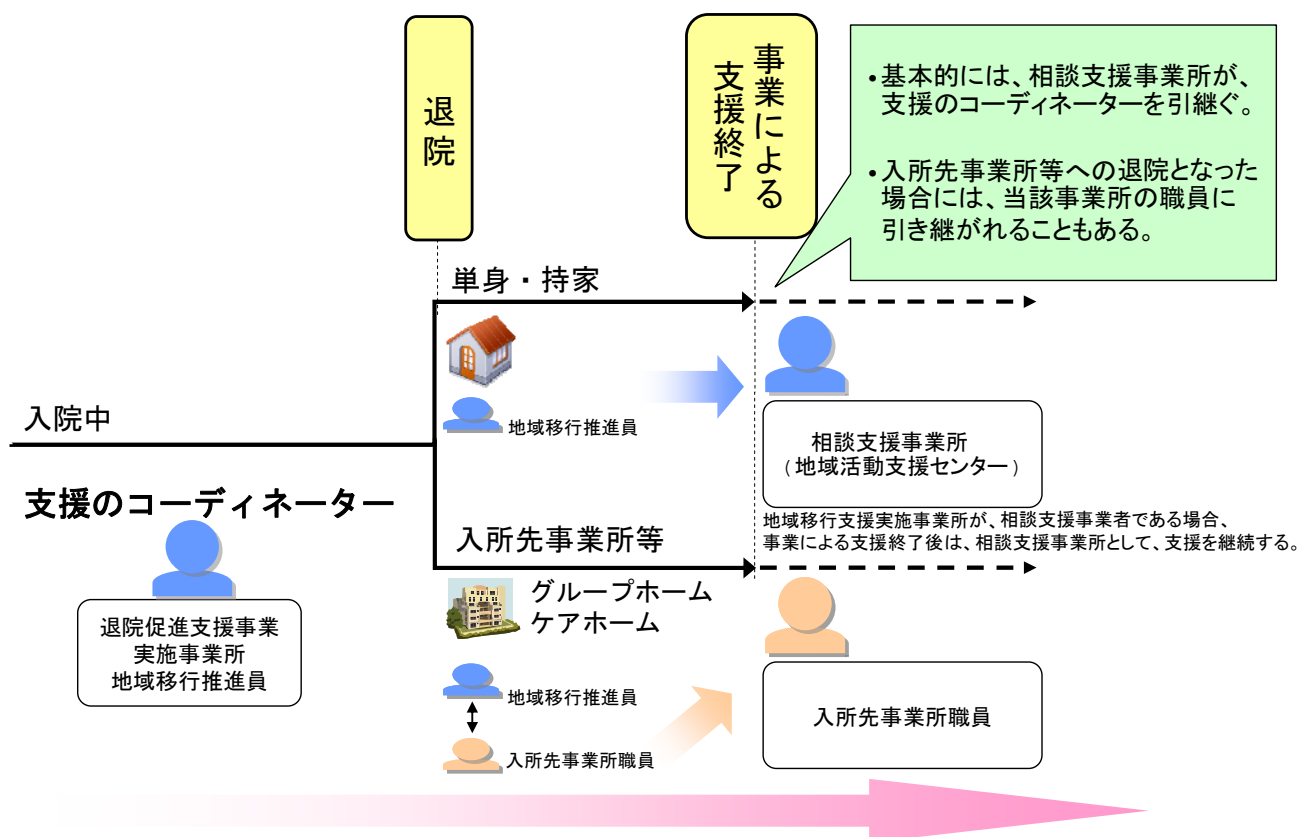
図表 4-3-6d 支援内容の変化(支援者の提案によるもの)

分類	分類の説明
支援者の提案	本人の生活状況や、特性から支援者が支援内容の変更を提案する場合、本分類とした。しかし、場合によっては、提案した支援が本人に断られる場合もある。
具体的事例	
作業能力が高いため、作業を通じて社会性を身につけていくことが有効と考え、通所授産（その後就労継続B）の利用を勧めた。	
現在のところ変化は無いが、介護ヘルパーの導入を勧めており、本人もいずれは、と考えている。（現在は、なるべく人と関わりたくないという本人の希望が優先されている）	

地域移行支援特別対策事業では、入院中から、退院して地域生活を開始した後も、地域生活を安定させるための支援が様々な方面から提供されている。しかし、大切なのは主となり支援を調整していく「コーディネーター」の存在である。インタビュー調査から得られた事業利用中と、事業終了後の支援のコーディネーターの変化について以下に示した。基本的には、事業利用中は事業実施事業所の地域移行推進員が中心となり、終了後は相談支援事業所の職員がその役目を引き継ぐというケースが多い。ただし、そもそも、事業を実施している事業者のほとんどが、相談支援事業所であるため、利用者の退院先が事業所の担当地域内である場合は、相談支援事業による支援として、担当者そのまま支援が継続するケースも多い。ただし、グループホームや、ケアホーム等入所先事業所、作業所等通所施設を利用している場合は、それら支援機関の担当スタッフに支援の中心を引き継ぐこともあるという(図表 4-3-7)。また、高齢の場合は、地域包括支援センターに引き継ぐケースもある。

地域移行支援特別対策事業で支援した事業所が地域生活移行後もそのまま支援を引き継ぐということは、支援者側からみると引継ぎの負担が少なく、利用者からみても信頼関係のできた支援による安心感や、継ぎ目のない支援を受けることができるというメリットが考えられる。

図表 4-3-7 地域移行支援特別対策事業後の支援の引継ぎ



そういったメリットがある一方、「地域移行支援特別対策事業でどこまでやるのか」「地域生活へ移行するとはどういうことか」といった支援者としての引際(フェーディング)のタイミングが不明確なことに戸惑いも聞かれた(図表 4-3-8)。また、支援終了までは、地域移行支援特別対策事業者が中心となって支援をコーディネートすることが多いが、終了後は、中心となる機関が不明確とのことであった。そのため、支援のコーディネートの機能性を考慮し、地域移行支援特別対策事業での支援を継続するケースもあるとのことであった。

引継ぎのタイミングについては、各自治体において、退院後の期間で制限が設けられていることもあり、定められた支援期間を過ぎて支援する場合、定期的に都道府県に相談、かつケア会議でのアセスメントをもって支援延長の了解を得ている。

図表 4-3-8 地域移行支援特別対策事業の終了、引継ぎに関する具体的事例

具体的事例
作業所が試験利用であることもあり、正式な利用になって安定するまでは支援を続ける。また、その間に相談先を複数利用できる状態になるよう支援する。その両方が達成された時、支援終了となるのではないかと考えている。
この方は予後がまったく見えないため、この方の事業による支援の終了は未定である。個別支援会議の中で、生活が安定したか、精神的に安定しているか等を検討したうえで終了とし、その後地域活動支援センターや居住サポートを利用しながらやっていければよいと考えている。
現在支援継続中。順当に行けば近々終了予定だが、支給決定地である自治体担当部署において初のケースであることから不慣れであり、サービス利用計画が定着して終了するかが未定であるため、延長申請中である。 サービス利用計画の定着には、まだ課題があり、次へ繋げることをかなり意識していかないと次の展開が見え辛く、支援終了しにくくなる。
一年半経ってもまだ支援終了できていない事例である。 役所は「公的サービス入れても本人が使いきれない。」 「受け入れてくれる事業所はないですよ。役所は探せません。」と積極的な関わりをあまり持たない。今は相談の軸に関しては通所中の作業所がしっかり受けてくれている。支援終了してもよいのだろうが、当事業所が抜けると、単発の訪問看護で関われなくなるためまだ抜けられない。 どこかで少しずつ移行し、書類上は事業による支援終了とする。だが実質的に関係は続いていくだろう。



## 第5節 再入院に至る理由

インタビュー調査を行った34ケースのうち、地域移行支援特別対策事業による退院後の入院経験を有する地域生活移行者は4人いた。うち、1人は現在も入院中である。

図表4-3-9aは、支援開始時までの総入院期間が20年以上ある60代男性の事例である。賃貸住宅で単身生活を開始して3か月半後に、いわゆる休息のための再入院があった。入院日数は、23日間であり、現在は退院し、地域生活を再開している。この入院経験は、本人にとって、不調時の乗り越え方を考える良い機会になったと言われている。

図表4-3-9a 再入院の原因 具体的事例①

年代	60歳代	性別	男性
主な疾病	双極性感情障害	合併症	なし
直近入院期間	19年5か月	総入院期間	21年4か月
総入院回数	4回	手帳の有無	精神保健福祉手帳2級
退院時の住まい	賃貸単身	現在の住まい	賃貸単身
再入院理由	いわゆる休息入院		
内容	<p>再入院は1回あり（地域生活期間3か月半、入院日数23日）。</p> <p>この方は、周りに対して「申し訳ない」等恐縮される方で、調子が悪く通院ができない時には訪問看護の方に来てもらったりしていた。</p> <p>今回の入院は23日間と比較的短期であり、いわゆる休息入院であった。</p> <p>この体験は、何かあったら臨時の外来受診ができること、一時的な入院が可能であるということを知ってもらうという点で、本人にとっても対処法、乗り越え方を考える良い機会となった。</p>		

図表4-3-9bは、総入院期間が1か月程度の30代男性の事例である。賃貸住宅で単身生活を開始し、16か月後、大量服薬と糖尿病の悪化により、服薬調整と生活立直しを目的として再入院することとなった。入院日数は、24日間であり、退院後は、訪問看護を導入し、服薬管理の徹底がなされている。現在この方は地域生活を継続している。

図表4-3-9b 再入院の原因 具体的事例②

年代	30代男性	性別	男性
主な疾病	残遺型精神病	合併症	薬物後遺症、 軽度知的障害、 脳梗塞による歩行障害、 視力低下、糖尿病、 ジストニア
直近入院期間	1か月	総入院期間	1か月
総入院回数	1回	手帳の有無	精神保健福祉手帳3級
退院時の住まい	賃貸単身	現在の住まい	賃貸単身
再入院理由	任意入院		
内容	退院後16か経過後、大量服薬と糖尿病悪化のため、24日間服薬調整と生活立直しを目的として入院した。		

図表 4-3-9c は、総入院期間、回数ともに把握されていないが、長期入院の 50 代女性の事例である。本人の強い希望で事業利用を開始し、地域での単身生活を開始するも、実に 4 回の再入院となり、現在も入院中である。

初回の入院は、訪問看護が休みとなる期間の服薬管理を懸念しての入院であった。連休中の服薬管理を課題とする意見は、他ケースのインタビューにおいても聞かれている。

2 回目の入院は、他の疾患のための検査入院に付随したものであるが、3、4 回目の入院は、いずれも水中毒による入院であった。訪問看護で服薬管理を行うこととしていたが、持家に単身居住ということもあり、徹底できなかったという。

図表 4-3-9c 再入院の原因 具体的事例③

年代	50 歳代	性別	女性
主な疾病	統合失調症	合併症	胃癌
直近入院期間	約 2 年半	総入院期間	不明
総入院回数	不明	手帳の有無	精神保健福祉手帳 1 級
退院時の住まい	持家単身	現在の住まい	持家単身(現在入院中)
再入院理由	すべて、本人の希望による入院である。 1 回目：服薬管理のための任意入院。 2 回目：胃の検査をするための絶食を目的とした入院(胃癌あり) 3 回目：水中毒 4 回目：水中毒(現在も入院中)		
内容	1 回目は、お盆で訪問看護が休みになり、服薬管理ができなくなるため任意入院。 2 回目は、胃の検査が予定されており、検査のための絶食をするための入院。精神科にて絶食し、検査は別の総合病院で行った。 3 回目は、退院時から水のことは言われていたが、なかなか自分でコントロールできず、「胸が苦しい」などの訴えがあり、本人より入院を希望した。 4 回目も水中毒による入院であり、中毒で意識低下の状態となり救急で入院となった。 訪問看護で服薬管理を行うこととしていたが、持家に単身居住ということもあり、徹底できなかった。		

図表 4-3-9d は、総入院期間 6 年の 60 代男性の事例である。

退院からしばらくして、作業所に通わず、突然の遠方への墓参りによる無断外泊等突飛な行動が見られ、それに伴う服薬中断による生活の乱れもあって、病状が悪化した事例である。

いわゆる休息入院として、ストレスケア病棟に 2 泊 3 日程度の入院となった後、ケア会議にて、以後、訪問看護と病態管理のための定期的な入院をプログラムに組み込むこととした。現在は、アパートにて地域生活を継続中である。

図表 4-3-9d 再入院の原因 具体的事例④

年代	60 歳代	性別	男性
主な疾病	統合失調症	合併症	糖尿病の疑い
直近入院期間	6 年	総入院期間	6 年
総入院回数	1 回	手帳の有無	精神保健福祉手帳 2 級
退院時の住まい	グループホーム	現在の住まい	アパート
再入院理由	1 回目：怠薬、病状悪化による入院（いわゆる休息入院） 2 回目：病態管理のための定期的入院		
内容	退院後、作業所に通わず突飛な行動（突然の遠方への墓参りによる無断外泊等）が頻出し、それに伴う、服薬中断、生活の乱れにより病状が悪化した。 退院後、3 か月経過後、いわゆる休息入院として、2 泊 3 日程度の短期入院となった。 以後、訪問看護と病態管理のための定期的な入院をプログラムに組み込んだ。		

長期入院の要因として、「怠薬による再入院の繰返し」が挙がっていたように、ここでも、再入院の理由として、怠薬による病状悪化が多く見られた。地域生活を継続する上で、服薬管理が重要であるということは支援者においても認識されており、管理が一人では困難な方について、連休中や、通院、通所のない日の怠薬を懸念する意見は複数の事業所で聞かれた。

ただ、再入院は、必ずしも悪いことではなく、調子が優れない場合の対処方法の会得、一時的に入院ができることでの安心感、地域生活における自身の課題の明確化につながるなど、生活の立て直しを行う重要な場所、意義のある期間であるというケースも確認することができた。

## 第6節 住まいの変化

インタビュー調査を行った34ケースにおける住まいの変化について示す。

### 第1項 退院時の住居設定プロセス

退院時の住居設定については、家族が協力できる状況にあれば、家族と同居ということになるが、連絡が取れない場合や、同居を拒否された場合は単身生活、あるいは入所事業所への入所となる。

持家・賃貸住宅の単身生活は、本人の希望によるところが大きい。生活スキルがないと判断される場合、支援者から生活訓練施設等での訓練が勧められるが、それが本人から拒否されるケースもあるようである。また、親が同居したいと願っていても、本人が自身の生活で精一杯であるために、高齢となった親と同居ができないケースもあった(図表4-3-10)。

一方、入所先事業所では、「生活訓練」の場としての利用や、身体疾患に対応した住環境、単身生活に向けたステップの場として活用されている(図表4-3-11)。

図表4-3-10 退院時の住居設定に関する具体的事例(単身生活)

具体的事例
父親との2人暮らし→(父親の死後)単身→入院→施設体験→(現在)単身 事業活用の中で、施設等へつなげる支援を考えており、平成20年度から施設を体験することで体験先の事業所に外泊体験手当がつくようになったこともあり、本人の負担なく体験利用が可能であった。何度か体験利用をしたが、最終的に主治医がどうしたいかと尋ねたところ、自宅へ戻ることを希望し、自宅での単身生活となった。
支援者としては、一人での生活は難しいと考えられるため、入所施設の利用を勧めたが、本人の拒否が強い。飲酒が好きで、以前の仲間と飲むのが好き。
入院前も単身住まい。 実家はA市内にあり、ご両親も在住。退院時の住居探しの際、初めは公営住宅を探していたが、ことごとく抽選ではずれてしまい、退院に間に合わないため、民間住宅を探すことになった。 住宅探しは両親、コーディネーターで探し、最終的に本人に見てもらう形で探した。 両親は協力的な分、求める要求水準も高く、住居探しはなかなか進まなかった。 また、市の援護担当の方から、手帳は厚生年金1級を持っているが、住宅改修等をしていく場合、上限が通常の半額以下しか出ない(手すりをつけるくらいしか手当てを出せない)ということが示され、金銭的な面でも制約があった。 身体に障害があるため、住居はバリアフリーである必要があり、かつ家賃は低めでという条件で住居探しは困難を極めたが、なんとか現在の住居を借りることができた。
ずっと賃貸(単身)。 両親はおらず、身内としては兄弟がいるが遠方であるため、支援を期待できない。
自宅には一人暮らしの父がおり本人が戻ることを希望していたが、本人自身のことで精一杯で父を世話する余裕がないとのことで単身アパート生活に至る。 父とは電話にて交流有り。父の世話は近くに住む本人姉がしている。

図表 4-3-11 退院時の住居設定に関する具体的事例(グループホーム、ケアホーム、生活訓練)

具体的事例容
<p>自宅には父がいたが高齢のため本人の受入れは困難であることと、関係職員より「生活訓練」の要望があり、自立訓練事業所を利用することとなる。</p> <p>その後父死亡。現在空いている自宅は、兄が時々様子を見に訪れその際本人とも面会している。本人としては、いつかは自宅へ戻ることを目標としている。</p>
<p>義姉(本人実兄[既に他界]の妻)が関わっている方。</p> <p>実兄弟もいるが関わりなし。実家へ戻るにも家族の受入れが難しい。</p>
<p>利用者自身の本音は、ひとり暮らしでの気ままな生活を望んでいたが、グループホームをワンステップとしてから独居をすることを目指して、グループホームに入所する。</p>
<p>兄夫婦が実家を継いだため、自宅に戻りにくくなりケアホーム入居となる。</p>
<p>両親はおらず、同居や世話を受けられる親族はいないためグループホームへの入所で生活訓練を行うこととなる</p>
<p>入院前は持ち家に単身居住していた。</p> <p>退院後はグループホームへ入居。身内が近くにいなくなったことや金銭管理の難しさ、身体疾患などにより、ひとり暮らしは困難であると判断されるため、退院後はグループホームでの生活となった。</p>
<p>家族も随分前は本人を支えていたが時間の経過とともに疲弊しきってしまい、今では自宅に戻ってほしくない。病院を出れば家族に迷惑をかけるので、できれば一生病院にいてほしいと思っていた。</p> <p>このような経緯があり、自宅には戻ることでできず、グループホームへの入所となった。</p>
<p>本人は、退院するなら実家が良いと希望していたが、家族の拒否が強かった。</p> <p>病院生活が長く、生活スキルの課題も多いため、自立訓練事業所への退院を説得する必要があった。</p>

第2項 退院時と現在の変化

退院時と現在の住まいに変化があった地域生活移行者は、5人であった(図表4-3-12)。  
29人の地域生活移行者は、現在も退院時の住まいで地域生活を継続している。

図表4-3-12 住まいの変化 (退院時と現在の比較)

現在 退院時	変化なし	持家 単身	持家 同居	賃貸 単身	賃貸 同居	ホーム グループ	ホーム ケア	宿泊型 自立訓練	通所短滞 自立訓練	施設 生活訓練	入院中	合計
持家 単身	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
持家 同居	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
賃貸 単身	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13
賃貸 同居	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
グループ ホーム	9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
ケア ホーム	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
自立訓練 宿泊型	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
自立訓練 通所短滞	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
生活訓練 施設	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
入院中	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	29	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	34

図表 4-3-13a に示した具体的事例①は、近隣住民からの苦情により単身アパートから別の単身アパートに移った事例である。退院によるアパート生活から2か月目から苦情が始まり、6か月後に引っ越しとなっている。

図表 4-3-13a 住まいの変化 具体的事例①

	退院時	現在
住まい	賃貸単身	賃貸単身
理由	<p>苦情による引っ越し。            アパートに退院したが、2か月後より病的症状による近隣住民からの苦情のため引っ越しを行うこととなり、苦情から6か月後に新居に移った。            隣や下の住人が利用者を怖がり家主や不動産仲介業者に連絡したのが原因である。            ECT(電気けいれん療法)後の利用者がボーっとしていることや居室内で立眩みのため尻もちをついたことが迷惑行為と受け取られた。            女性の住人より、「地域生活移行者が侵入してきた」と家主や、不動産会社に連絡が入ったこともあったという。</p>	
備考	-	

図表 4-3-13b に示した具体的事例②は、グループホームの期限切れによる引越しであり、もともとひとり暮らしが可能な方であったことと、本人の希望もあり、現在はアパートに住んでいる。その際、アパート探しまでは、グループホームの職員が主に支援し、アパート暮らし開始後からは、相談支援事業所が支援を引き継いでいるという。

図表 4-3-13b 住まいの変化 具体的事例②

	退院時	現在
住まい	グループホーム	賃貸単身
理由	<p>ケア付グループホーム(通過型)は期限切れで退所し、現在はグループホーム近くにアパートを借りて住んでいる。</p>	
備考	<p>訓練的な要素の少ない、やんわりした支援のあるグループホーム等、ほぼひとり暮らしでもやっていける人の、ゆるやかな見守り、ケアができる支援があると良い。</p>	

図表 4-3-13c に示した具体的事例③は、生活訓練施設からケアホームに移った事例である。生活スキルにおける課題の訓練のために生活訓練施設を利用していたが、社会性を養うために始めた通所授産での作業を契機として活動的になったため、ケアホームに移ることとなった。この方は、将来的に郷里での生活を希望しており、その希望に向けた支援が望ましいと考えられるが、その地域には通所施設を始めとする支援がないため、転居の目途が立っていないという。

図表 4-3-13c 住まいの変化 具体的事例③

	退院時	現在
住まい	生活訓練施設	ケアホーム
理由	<p>食事はもちろん、必要な物を買うことができない等の課題があり、生活全般の支援が必要であったため、生活訓練施設を利用していた。</p> <p>作業能力が高く、作業を通じて社会性を身につけていくことが有効と考え、通所授産（その後就労継続B）を利用するようにしたため、生活訓練施設からケアホームへの移行となった。</p>	
備考	<p>退院時は本当に自立できるが不安であったが、生活訓練施設利用中にどんどん活動的になり、作業に精を出すようになった。現在は、通所先の就労継続Bで稼ぎ頭となっている。本人は、自宅のある郷里（遠方）に戻りたいと考えているが、その地域には通所施設を始めとする支援がなく、転居の目途は立っていない。</p> <p>生活スキルにおいて課題があることから単身生活も厳しい状態である。</p>	



## 第7節 今後必要とされること

地域生活移行者に今後必要とされる支援（現在、地域生活移行者の生活圏にはないが、本来はあったらいいと思われる支援）として挙げられた内容をまとめると、図表 4-3-14 のようになる。これらは、生活を（満足ながらも）維持するための、いわば「本来的な支援」と、現状では満足できず、もう少し夢のある生活に変える「生活の質を向上させるための支援」に大別される。

病院までの交通の便が不便である場合や、高齢となり、通院が困難な方においては、往診や、送迎サービスといった支援が必要であり、グループホーム等住まいに関するものとしては、期限のないグループホーム、夫婦で入所することの可能なグループホーム、訓練的な要素の少ないゆるやかな「みまもり」のあるグループホーム等が必要とされている。また、日々の生活を有意義に、より豊かにするために、のびのびと仕事のできる場所や、市民参加型活動等が挙げられた。生活スキルがある程度高い方の場合、ボランティアなどの活動を通して地域になじんでいくことも期待できるので、そういった市民参加型での活動の場が望まれている（図表 4-3-15）。

いずれにしても、入院中から利用者に関わり、退院へと導いた支援者から、この様に地域生活移行者の状況、事情に合わせた実に多様な支援が求められている。退院はゴールではなく、あくまで地域生活の入り口であることを考えると、ここに挙げられたような、地域生活を支え、自分らしい生活を送ってもらうための支援づくりが今後必要とされる。

図表 4-3-14 あったらいいと思われる支援

内容	分類		件数
	本来的な支援	生活の質を向上させるための支援	
往診	○		2
送迎サービス・訪問サービス	○		4
無期限グループホーム	○		1
夫婦で入れるグループホーム	○	○	1
ゆるやかな、「みまもり」のあるグループホーム	○	○	1
仕事ができる場所	○	○	2
インフォーマルなサポート	○	○	1
気楽に相談できる場所	○	○	2
交通費割引制度	○	○	1
家族を支援できるサービス	○		1
退院後のステップ	○	○	1
地域に定着するための市民参加型活動	○	○	1
居場所、集いの場	○	○	2
畑仕事のできる場所		○	1
動物の飼えるところ		○	1

図表 4-3-15 あったらいいと思われる支援(具体的事例)

往診
入院先に現在も通院しているが、距離が遠く、タクシーを利用してヘルパーと一緒に通院している。そうするとそれなりの料金が発生してしまう。
送迎サービス・訪問サービス
高齢のため、今後何かと通所するのにその手段がないため送迎サービスが必要となってくると考えられる
交通網の整備。病院まで遠く、定期的に通院するには不便であるので良い通院手段があればと思う。
訪問型の自立訓練により、訪問看護やホームヘルパーではできない支援を行いたい。
無期限グループホーム
現在、通過型のグループホームに住んでいるが、退院後3年くらいで(ルールは比較的ゆるやかだが)退所しなくてはならない。通過型でないグループホームがあると良いと思う。
夫婦で入れるグループホーム
二人だけの生活から、地域社会に参加できればよい。二人で入れるグループホームがほしい。
ゆるやかな、「みまもり」のあるグループホーム
訓練的な要素の少ない、やんわりした支援のあるグループホーム等、ほぼひとり暮らし独居でもやっていける人の、ゆるやかな見守り、ケアができる支援システムがほしい。
仕事ができる場所
就労継続支援事業 B 型から就労移行支援事業を利用し、また、グループホームを退所する為の訓練中でもある。 のびのびと仕事ができる環境があれば望ましい。寧ろピアサポーターをしてもらいたいと考えている。
田舎であるため、通所施設が全くない。居住地周辺に作業所がほしい。
インフォーマルなサポート
支援に関わるスタッフ以外に、仲間や友人がいればよいと思う。 この方は通院時、自分のいた病棟に行って職員や患者さんと交流は持っている。 それが一つの支えになっていると思う。 近くにこの方と同様に退院した方などもいるので、交流を持つことができれば安心感につながるのではないかと思う。
気楽に相談できる場所
支援センターにて他者との交流もあり、友人との行き来もしているが、その他に気軽に相談する場所も必要かと思われる。
地域移行支援特別対策事業の支援終了後も、本人が相談できる窓口やコーディネーターがあるといいと思う。 現在生活しているグループホーム以外にもそういうところがあると良いと思う。
交通費割引制度
電車好きなので電車が割引になる制度があるとよい。交通機関割引に関して(身体・知的障害者は、移動に介護者が必要になることが多いのでその割引とのことだが)3 障害が一緒になれば精神障害者が利用できないものも使えるようになる可能性も高くなる。

家族を支援できるサービス
<p>地域生活移行者の家族に注目した支援。</p> <p>退院後の地域生活移行者へのケアに対する家族の不安に対処することで、退院自体がスムーズに行くことが多い。家族の不安は、地域にある資源を紹介し、「自分達がすべてやらなくてもいいんだ。」と感じてもらえることで解消されることが多い印象である。</p>
退院後のステップ
<p>具体的には言えないが、この方のように能力の高い方の場合には特に、退院がゴールになるのではなく、退院した後の生活にもステップがあるとよいと思う。</p> <p>自分らしい生活を送ってもらえるようになってほしい。</p>
地域に定着できるための市民参加型活動
<p>このケースのようにADLが非常に高い方の場合、退院後にそれほどの支援は必要としない代わりに、ボランティアなどの役割・仕事を通して地域に定着できるような、市民参加型の活動（それについての情報提供）があればよいと思う。高齢者サービスにはのらない年齢だが、高齢の精神障害者が参加できるような市民参加型活動。</p>
居場所、集いの場
<p>フリースペース(居場所、集いの場)のようなところがあったらよい。社会性を身につけてもらいたい。支援者から見ると、金銭面、栄養面、日中の過ごし方等様々な部分での生活の見直しが必要と考えられるが、本人に必要と感じてもらえないケースである。</p> <p>支援を押し付けず、見守りの目を増やししながら、その人らしくありのままの生活を送れるように支援していく。</p>
<p>ショートケアのような日中時間を過ごすところ。</p> <p>※市の意向により、地域活動支援センターが設置されていない。</p>
畑仕事のできる場所
<p>畑仕事が好きな方なので、実際に作業ができる環境があるとよい。</p> <p>畑自体はすでにあるものの、まだ整備されていないので、環境整備が必要である。</p>
動物の飼えるところ
<p>動物が好きな方なので、動物と関わることで社会参加が出来るような場所。</p> <p>動物が飼えるような施設があるといい。</p> <p>懸案事項としては、以下が考えられる。</p> <p>①急に本人の状態が悪くなり何が起こるか分からない。</p> <p>②他の利用者が嫌がる可能性。</p> <p>③実際に動物を飼っているところもあるが、それがいわゆる「アニマルセラピー」的なものであるのか、メンバーに世話を無理やりさせているものなのか判らないところがあるし、周囲にもどう映るのか判らない。後者に関しては過去障害者等に「掃除などをやらせていた」という負の遺産からくるイメージ的なものもあるだろう。</p> <p>④現在入居している場所は通過型なのでずっと動物を飼っていくわけにはいかない。</p>

## 第V部 精神障害者の地域生活移行に向けた考察

### ① 地域生活移行者の生活実態

地域生活移行者のうち7割以上がそのまま地域生活を継続し、再入院することなく生活していた。これまで退院できないと考えられていた方々が、実際に地域で生活していることを考えると、この事業の一つの成果であると考えられる。

また、それらの地域生活移行者の住まいについても考えるべきポイントが浮かび上がってきた。いわゆる在宅（持家や賃貸に単身または家族同居により生活すること）で生活している方は5割弱であり、いわゆる施設（グループホーム、ケアホームや生活訓練施設など複数の方共同生活を送ること）は4割強であった。

また、支援内容については、受診を中心として、いくつかの組合せの中で地域生活移行者の生活を維持するための支援がなされているということが出来る。一つが「デイケア」「訪問看護」といった医療に係る支援であり、もう一つが「地域活動支援センター」といった日中の活動の場である。これらの支援を支えるものとして「相談支援」を活用している例も多かった。また、これらの活動と合わせて「家族による支援」も56.2%が活用しており、家族のかかわり方の重要性も改めて明らかになったと言える。

以上のような、地域生活移行者の生活実態を明らかにすることができた。

### ② 「地域移行支援特別対策事業」への提言に向けて

#### ア 事業利用者の選抜と効果測定について

今回の調査から、都道府県により事業の取り組み状況が様々であることが確認された。このことは、地域の中での地域生活移行の進捗状況と関連があるためと推察される。つまり、ある地域では地域生活移行が進んでいないため、退院をすることの「きっかけづくり」を事業目的の一つと捉え、数多くの入院患者にアプローチしていこうとしている場合もあれば、ある程度地域生活移行が進んでいる地域では、これまでなかなか退院できなかったいわゆる「困難事例」に着目して、事業を展開している場合もあった。いずれにしても、地域の実情に即した事業展開が行われている。

このような地域による実施方法の違いは、地域移行支援特別対策事業の効果を見えにくくしている一つの側面であると言える。ある地域では、「きっかけづくり」が主眼であることから、そのアウトプット変数として「数」を出すことを目的として実施し、ある地域では対象者を「困難事例」といった「質」を絞って実施しているという事実は、この事業が数値として出てくる部分だけでは表現できないことを表している。この事実は、今後の支援のあり方について提言するにあたり、重要なポイントであると言える。今回の調査結果からは「事業効果」をどのように捉えることがよいかということと言及することはできないが、「事業効果」について議論を深めていくことは重要である。

平成16年の『精神保健医療福祉の改革ビジョン』に示された「受入条件を整えば、退院可能な約72,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること」とした原点に立ち返り、「受入条件」が整うこと、「退院・社会復帰」を図ること、すなわち、入口（事業の対象となる人）と出口（何をもって社会復帰か）を再度確認することが必要ではないかと考えられる。

今後の支援のあり方を考える上で、重要なポイントの一つである。

## イ 家族による支援の位置づけについて

また、もう一つの視点として、家族の捉え方がある。今回の調査結果からもインフォーマルな支援として家族がかかわっていると回答が退院時 56.2%、現在 41.5%となっている。家族がどの程度支援にかかわっているかは本調査からは判断できないが、少なくとも約半数の家族が支援にかかわっているという事実があることが明らかになった。また、退院できない理由として多いのも、「家族の理解が得られない」「家族が理解してくれない」といったことから、今後地域移行支援特別対策事業を進めていくにあたり、「家族支援」がないことを理由に退院が諦められることがないようにしなければならない。

「家族による支援」がなくとも、地域生活移行を実現できるよう支援のあり方を見直ししていくと同時に、障害者の家族に対する支援も充実していくことが必要であると考えられる。

## ウ 関係機関との協力関係の構築について

ある地域から次のような話も聞かれた。

「病院の中には地域移行支援特別対策事業に非常に協力的なところもあればそうでないところもあります。また、意図してかどうかはわかりませんが、どう考えても退院できそうにない事例のみを任せてくるところもあります。これは、特殊な例だとは思いますが、病院の理解を得ることに大変な労力を割いていることも事実です。」

この話は多くの地域移行支援特別対策事業を行う事業者が感じているのではないだろうか。どの地域でも協力的な病院とそうでない病院が存在し、そうでない病院が多い地域では事業者がそれらの病院に地道な活動を行っているのが実態であると言える。無論、良い悪いということではなく、ここで言いたいのは、地域移行支援特別対策事業者がどこまでの仕事を担うべきかということを考える必要があるということである。ある地域では、事業所単位で病院への茶話会や病棟看護師との勉強会、院長との話合いなどを通じて事業の裾野を広げる活動を行っている。また、ある地域では、このような病院への事業の推進は都道府県が中心に行っている場合もある。このような違いは、地域差と言えればそれまでだが、どのような方法が効果的かを考える必要があると考えられる。すなわち、地域移行支援特別対策事業は病院と支援事業者、地域の社会資源、行政等といった相互関係の中に成り立つものであるから、その相互関係をスムーズに構築できる体制について考える必要があると言える。

## エ 実施事業者が考える事業効果について

本研究事業における質問紙調査の中で、各事業所に事業受託による事業所にとってのプラス面とマイナス面、事業への意見を自由記述で回答していただいた。その内容をまとめると次のようなポイントが示唆できる<sup>17</sup>。内容は、記述数の多いものを中心に整理している。

### ○事業を受託してみたのプラス面

- 1 医療機関（特に精神科病床を持つ病院）、及びその関係者と連携をとることができた。
- 2 地域関係機関（行政、地域社会資源等）、及びその関係者と連携をとることができた。
- 3 地域生活移行に向けた手ごたえ、積極的に取り組むきっかけとなった。

<sup>17</sup> 具体的な記述内容は「資料 2-4 質問紙調査結果 記述式回答（事業受託の経緯・プラス面・マイナス面、事業への意見）」を参照されたい。

1については、これまであまり入り込んでいくことが難しかった医療機関と事業所側から接点を持って入り込んでいけるようになったとする事業所が多かった。また、実際に医療機関のスタッフと話をすることで、病院と地域資源との考え方の違いに改めて気付かされたとの声も複数あった。

2についても同様に、これまで単独で動くことが多かった者が、地域資源とのつながりができ、ネットワークが広がったとの話が多く記載されていた。また、そのネットワークの広がりや延長線上に、自立支援協議会を軸とした支援体制のシステム化が実行されていた地域もあるようである。

3は実際に事業を活用して、いわゆる社会的入院者を退院させることで、患者が喜んでいるという手ごたえを感じ、その後、長期入院者の地域生活移行に積極的に取り組むきっかけとなったとの回答も多かった。それに付随する形で、事業による地域移行支援の経験を通して、事業所職員のモチベーションが引き出され、事業所職員全体のスキルアップにつながったとの声も多かった。

### ○事業を受託してみたのマイナス面・意見

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 人員体制と人件費に見合う予算    |
| 2 | 病院ソーシャルワーカーとの棲み分け |
| 3 | 単年度では完結しない現実      |
| 4 | 事業そのものの位置づけ       |
| 5 | その他               |

1については、回答したほぼすべての事業所が記載している内容である。すなわち、今の受託金額だと専任で事業にあたるのが困難な場合が多く、本気でがんばろうとすれば、経営的にはマイナスになってしまうのが現実であるとのことである。また、困難事例を抱えるようになると対応が難しくなるとのことであった。加えて、ピアサポーター等への人件費や経費支払いも必要だと考える事業所もある。

2は実際に病院内で退院に向けたプログラムを実施しているところも多くあり、そういった活動と事業との棲み分けを考える必要があるとの意見である。病院内で実践していれば、こちらから入り込みにくくなるとの意見もあった。これは先述の「ウ」で示した内容とも関連してくると言える。

3も多くの事業所が記載していた内容である。事業を単年度で実施している地域が多いが、支援自体は年度単位で完結するものではないので、支援のあり方に苦慮することが多いとのことである。すなわち、翌年度の事業は再度プロポーザルを行い決定することになるので、事業の継続性が保証されない中で支援を行うことになるということである。

4は都道府県や市町村等の行政が事業そのものをどのような位置づけで捉えているか見えないということであった。事業終了後、行政のスタンスが曖昧になり、支援体制から引いてしまうのではないかとの不安がある。また、事業を開始してすぐの地域では、事業目的がよくわからないため、各機関の役割がよく見えないとの記載も多く見られた。これは「ア」で示した内容とも関連してくる内容である。

5の「その他」として、対象者の選抜方法、県外の社会資源の利用、フォローアップの考え方について指摘があった。

以上に記述した事業所が考える事業受託によるプラス面、マイナス面、事業への意見を考察すると、平成 18 年度からこれまでの取組みは、事業を地域で実践していくための「きっかけ」として一定の効果があったといえる。「きっかけ」から発展的に地域社会のシステムを構築し、地域社会として地域生活移行を推進していこうというコンセンサスが得られた地域があることも事実である。その一方、人員配置面での事業所の不安、負担は大きいということがうかがわれた。また、事業自体のコンセプトが十分に練られていない地域も見られ、それが実践する側の不安や混乱のもとになっていると推察される。

『精神保健医療福祉の改革ビジョン』の提示から 6 年が経過した今、これら事業所の不安、負担を解消し、プラス面を伸ばしていくことが重要であると考えられる。本研究の成果が今後の地域移行支援を行う上で、少しでも参考になれば幸いである。

## 第VI部 今後の課題

---

本研究を終えるにあたり、以下に挙げる項目が今後の課題として捉えることができると考えられる。

本研究は「実態調査」であり、地域移行支援特別対策事業の効果を科学的に解明したわけではない。したがって、今後はそういった効果を測定し、地域移行支援特別対策事業の意義を明らかにしていくことが課題と言える。そのためには、考察でも述べたように、何が「効果」として測定すべき指標なのかを定義する必要があると考えられる。

今回の調査は地域移行支援特別対策事業を利用して「地域生活移行した方」を調査対象とした調査であった。言い換えると地域移行支援特別対策事業を利用して「地域生活移行できなかった方」は調査対象とはしていない。つまり、地域生活移行に成功した方だけの調査であるため、地域生活移行を進める上で重要な情報となる「退院に至らなかったケース」の調査は実施されていない。今後、地域生活移行の支援のあり方を検討する上では、そのようなケースに関する調査も必要であると考えられる。

今回の調査では倫理的側面と時間的制約から、地域生活移行者に対する追跡調査は実施していない。そのため、「退院時」と「現在」の2点のみの定点調査となっている。本人の生活の状況を臨床的に把握するためには、生活状況がある程度短いスパンで追っていく必要があると考えられる。そうすることで、「支援内容をなぜ変化させたのか、せざるを得なかったのか」といった問いに答えることができると考えられる。

最後に、本研究では本人への直接的な調査を行っていない。そのため、地域生活を送るようになって本当に充実した生活を送っているかどうかを判別することができないというのが現状である。倫理的な側面もあり、大規模な調査を実施することはできないと考えられるが、本人の意向を把握することに関しては、今後の課題と言える。



## 資料集

### 資料 1-1 第 1 回事業検討委員会議事録

#### 第 1 回事業検討委員会 議事録

日 時 2009 年 8 月 10 日 (月) 16:00～18:30

場 所 日本財団 第 8 会議室

出席者 伊藤 弘人、伊藤 未知代、岩上 洋一、江原 良貴、大熊 由紀子、大塚 淳子、末安 民生、高橋 清久、武田 文夫、彦良 昌子 (八幡 智子の代理)、野中 猛、山根 寛、山本 純子  
※門屋 充郎、松原 三郎は欠席。

(敬称略・50 音順)

オブザーバー

稲葉 好晴 (厚生労働省 社会援護局 障害保健福祉部 障害福祉課)

吉田 寛治 (厚生労働省 社会援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課)

(敬称略)

事務局

西村 由紀、本橋 優子、東海林 崇、山本 将司

次 第

1. 開催挨拶
2. 自己紹介
3. 委員長選任
4. 議事
  - ① 研究事業概要及びスケジュールの説明
  - ② 調査設計書(案)の説明
  - ③ 報告書構成(案)の説明
  - ④ 協議
  - ⑤ その他
5. 事務連絡
6. 閉会挨拶

配布資料

- 資料① 平成 21 年度障害者保健福祉推進事業申請書
- 資料② 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績一覧表(平成 21 年 6 月現在)
- 資料③ 研究スケジュール
- 資料④ 報告書章立て(案)
- 資料⑤ 研究概要説明書
- 資料⑥ 調査設計書(案)

## 議事録

### [自己紹介]

<高橋 清久>

地域移行の実態をきちんと捉えることが、障害者自立支援法の中身、今後の福祉・行政のあり方を決める上での大きな指針となると思う。

<伊藤 弘人>

地域移行の重要性は研究としても話題となっている。しかし、同時に倫理的側面に十分に配慮して研究を実施する必要があると思う。

<岩上 洋一>

勤務先では 48 人の方が退院された。この地域移行を、国民の課題として取り組めたらいいと思っている

<伊藤 未知代>

当事業所でも生活訓練終了後の地域生活移行・定着について調査している。今回、地域移行支援においても支援終了後の地域定着について調査すると伺い、関心を持っている。

<江原 良貴>

退院後、グループホーム等の支援施設へ進む人たちがいるが、そこが別の病棟のような感じになっている状況があることを歯がゆく思っている。

<大塚 淳子>

地域移行支援による退院後、再入院してしまうことを、中断・失敗と捉えるのではなく、少しでも社会参加できたと考えると同時に支援で何が足りなかったのかを検討するチャンスだと思う。

<末安 民生>

精神障害があると公表した上で就職したい人を支援する活動を長年行っている。その経験から地域移行も長く続けていかないと困難は増えるばかりだろうと思う。

<小西 靖浩>

事業変更後、地域移行と病院での地域移行をみて社会復帰施設は重要な役割を期待されていると感じている。

<野中 猛>

退院後の精神障害者を地域で受ける体制を作るために地域保健を 30 年やり続けている中で人材育成が一番重要だと感じている。

< 多良 昌子 >

大阪府では精神障害者社会復帰促進協会が厚生労働省の自立支援プロジェクトを受け、事業を利用して退院された方の調査を始めている。

< 山根 寛 >

社会資源から地域一般へシフトする方法は難しくはないが、抵抗勢力が多すぎると思う。この研究で当たり前のことが当たり前に言える・できる方向に向かってほしいと思う。

< 山本 純子 >

病院から出て、地域の施設にとどまっている人が多いのが現状。施設から次のステージへどう進めていくのが現場としての地域移行の課題として取り組んでいる。

< 大熊 由紀子 >

地域移行した後に、認知症の人がひっぱりこまれたらどうしようというところを心配している。

[委員長選任]

武田理事長より、高橋 清久氏が委員長として指名された。

[議事]

### 【研究事業概要、及びスケジュールについての説明】

#### ①説明(東海林・武田)

< 研究目的 >

地域移行支援特別対策事業を利用して退院した方が今どのような生活をしているのかを明らかにしていく。

< 実態調査 >

調査対象：全国の事業所利用を終了して退院した 2,000 人

調査方法：質問紙

実施手順：(各都道府県のどこの事業所に地域生活移行者が何人いるかというデータを持っている)

事業所単位で配布→各事業所の中で退院した人を調べ調査票に記入してもらう。

< 事例調査 >

調査対象：研究に同意して頂いた実態調査の協力者 10 人程度 (人数は要議論)

対象地域：全国広範囲では予算の都合上困難。留意抽出し、5 地域 (各地域 2 人)

実施手順：桑友、メンタルケア協議会から計 2 人を調査員として選抜し、インタビューを実施する。

### <インフォームドコンセント>

- ・ 桑友にて研究倫理審査委員会を立ち上げてもらう(9月末以降)。調査項目、内容を検討し、審査を経て、調査を開始する予定。委員は現時点未確定。
- ・ 実態調査については、本人に対するインタビューを行わないことを念頭において質問紙を設計する。すなわち、本人同意ではなく、調査を行っている事業所単位での調査を公開する。その中には、調査を拒否できる文言を入れる。ご本人のプライバシー・調査に対する倫理をクリアしたい。
- ・ 事例調査については、ご本人の同意書をとってから調査を開始する。同意書の文面については精査し、ご本人に確約のサインを頂く予定。サインを頂いた方のみインタビューを実施。

### <調査項目>

- (1)「支援終了時」どんな生活をしていたか?
- (2)現在の状態(支援終了時と違い、入院している可能性もある)
- (3)「希望の状態」今後、どういう生活をしたいのか

上記3点を軸に構成したいと思っている。また、支援終了時と現在の状態を比較することで、現在の生活の満足感を類推できるのではないかと考えている。

質問紙では聞けない内容もあることから、実態調査では、「支援終了時の生活」と「現在の状態」を聞き、「現在の状態」と「希望の状態」をインタビューで聞いていきたいと思う。

※実態調査で聞く項目については、大阪府の調査において本人に聞かずとも、各事業所が記入できる項目ということで実施している内容。但し、都道府県によっては把握している内容が異なる可能性がある。

### <調査スケジュール>

- ・ 実態調査、事例調査ともに項目案を本日中に確認していただき、意見を頂戴する予定。
- ・ プレ調査終了後、確定版を委員に送付。
- ・ 倫理委員会立ち上げが9月下旬予定のため、インタビューのプレ調査については本人にご了承をいただいた人に行う予定。

#### ②質疑応答

- ・ 事業所というのは？病院からの事業所？自宅に戻ってから関わる事業所なのか？  
⇒地域移行支援特別対策事業を受けた事業所を対象としている（東海林）。

### 【精神障害者地域移行支援特別対策事業についての説明】

#### ①説明(吉田)

#### ②質疑応答

- ・ (地域移行支援特別対策事業の変更点の項目より) 地域体制整備コーディネーターを24年度までの期限付きで全都道府県においてほしいということなのか？また、全圏域に定義はあるのか？  
⇒できるだけ早く配置してほしいということでお願いしている。全圏域の定義は無い。

## 【研究事業概要、調査計画書等を踏まえた協議】

- ・地域移行支援事業に事業終結期限(退院後何か月で契約終了)があることを考慮すると、15 年度からの地域生活移行者数の合計 2,000 人の中でも調査票がとれない人もいるのではないかな？
- ・研究目的として、退院後の生活実態を明らかにすることで、退院後地域で安定して継続的に生活を送るための支援のあり方を提言すると目的に挙げている一方で支援終了時の状況、現在の状態、希望の状態を調べることで何かがわかると説明している。明らかにしたいことと、調査研究で明らかにできることとが一致するかどうかはしっくりこない。

⇒目的「1. 現状把握」「2. 地域定着を安定させるために必要なことは何かを今後の施策へ提言する」

⇒何が足りないのかということ、どうやって捉えるのかがわかりづらい。

⇒当事者に希望を聞き、希望と現実との間にギャップがあれば、希望をかなえるにはどのような支援が必要かと考えることで捉えようとしていると思う。

- ・この調査が全員に実施できたとしても、今の状態がわかるだけであり、退院直後と現在の状態との間で、大きなギャップが生じている理由はあられもない。ギャップが生じている理由を聞こうとするならば、その状態にある人たちを抽出して直接インタビューするしかない。

- ・退院直後・契約期間内は支援・サポートがあるから意外にできる人が多いが、契約終了後は、サポートがないために再入院してしまうケースが多い。この調査で掴めるのか？

- ・サポートが終了した後に、どのような体制を整えれば地域定着が安定するのが重要。施設から出ることが地域移行の始まりであり、最終的には地域に生活の場がもてるかどかが重要。生活の場がもてない場合は、どのような経緯でもてないのかという点が洗い出せないと目的は達成できないと思う。

⇒質問項目の中身において(資料⑥)、支援終了時から現状までの経過については、調査設計の段階では、現在の状態に至るまでの入院回数・期間など流れを聞く項目はある。但し、現在までに支援の中身が変わったのか？生活状態がどう変わったのかという視点を想定していなかった。

(理由)今回、あくまで、事業を委託されている事業所を対象に聞こうと想定していたので、その間のことまでを質問紙という形態で聞けるのかという不安があったため。

その点をインタビューで聞きたいと設定していた。

- ・事業の対象になった方を全てフォローできるのか？

⇒委託先については、所属した事業所が持っている。古い方については、委託先の事業者がそこから追跡で所在を追わないといけないという作業がある。どの位追跡ができるかということについてはまだわからない。大阪では、それができるという結論に至っているが、全ての都道府県でできているとは思えない。

⇒事業所に依頼する段階で、できるだけフォローしてくださいと伝えるのはどうか？

※追えるかどうかの問題。退院した後の現状で、具体的な問題点が把握できるかどうか？

※上記を 10 人で把握するのは困難である。

- ・生活支援は下記の 2 点
  - (1)生活を(満足ながらも)維持するための支援のあり方。
  - (2)現状では満足できず、もう少し夢のある生活に変えたい。
    - どんな夢のある生活に変えたいのかを支援するあり方。
    - この 2 点を明らかにできないと、生活を支援するという事にならない。
    - (多くの人が退院できない中で)なぜ退院できたのかと過去を問い、退院できた理由がわかれば、退院できない人の問題点を捉える。現在はどのようにして生活が維持できているのかと問い、将来については、どんな夢をもっているのかと問う。これらを踏まえた上での項目を作成する必要があるが、質問紙にするのかどうかは要検討。
- ・長期の社会的入院が長い人は我慢強い人も多く、たとえ、退院して明らかに満足できない生活でも充分だという可能性も高い。すなわち希望がないからといって満足しているとは限らない。
- ・希望を持てる人の中には充実した生活を送っている人も多いのではと思う。この希望の状態をどう捉えるかがとても重要。
- ・希望の状態は質問紙ではとれないと思う。長年のデイケア生活(ある意味社会的生活)状況の中では環境依存から新しい希望の生活は思いつかない。イメージできない中では現状維持を望む。
- ・ADL だけ聞いている項目が多い。統合失調症の方の様に、幻聴・幻覚と付き合いながら地域に住んでいる人も多い。そういう方の精神症状も聞いたらいいと思う。統合失調症を抱えている方たちも地域に住めるという説がでてくればいい。
- ・今の質問紙・インタビューの項目ではとれそうな情報をとるという方向であり、それでは意味がない。とりたい情報をとるという工夫が必要である。

#### <実態調査について>

- ・実態調査の段階を当事者に広げることにはできるのか？
  - ⇒①予算上の問題 : 2,000 人悉皆ではなく、標本抽出という形で予算上少し問題あるかもしれない。
  - ②調査倫理上の問題 : 調査票の本人配布の仕方が問題。事業所→所在を確認し、調査票を渡してもらう流れになる。事業所から本人に説明して同意を得ることや、回収率も問題。
  - ・現在の事業所に関わっている人、事業所とは関わっていない人の比率というのはどれくらいか？
    - ⇒把握できていない。
  - ・事業所ダイレクトではなく、病院から事業所という流れにしてはどうか？
    - ⇒検討したい。

- ・終了時については、どの事業所も情報は持っているが、現在の状態（終了から何年も経っている）を把握するのは都道府県によって差がでてくる。
- ・病院にお願いしても答えられないと思う。事業所から「この人は事業としての支援が数年前に終わりましたが病院ではどうですか？」と病院に聞くのが一番手っ取り早い。
- ・医療機関を通して事業所を委託するのは今事業からするとどうなのか？県から委託を受けているのは支援事業所。事業所で把握できる情報を集めるとというのが事業としてはいいのではないか？もし、医療機関にお願いするというのであれば、余計な負担をかけるということになるので、内容を絞った調査票にし、把握できる範囲で把握した方がいいのではないかと思う。
- ・実態調査においては、回収率の低い状態で生活状況をきいても使いようがない。最低限の質問をし、回収率のパーセンテージを挙げていく方向を考えてみてはどうか？

#### <事例調査>

- ・事例調査のインタビューで実態調査の項目も聞けるのが一番。アンケートではどこまで聞けるのかが疑問。但し、この膨大な項目量を本人に聞けるのかは疑問。本人が答えられる範疇の中で聞かれて、自分達の役に立つ・自分達をサポートしようしていると感じる聞き方・項目に絞る。

⇒大阪でのプレ調査にて項目案を実施したところ、多くの時間はかからなかった。

- ・事例調査を拡大する

案①質問紙→インタビューの 2 段階。

質問紙では広い質問、深い内容についてはインタビューで聞く。

案②インタビュー数を圧倒的に増やす

- ・調査目的と仮説がしっくりこない。予算上の問題で 5 地域にしても、事業所に数名集めてグループミーティングがいいかも。
- ・地方の田舎、都会の官庁街ではお金も資源も違う。そういう観点から全国的に行うのではなく、各地域の要素を抽出するのがいいのではないか。
- ・政府が行った調査、紙(項目)で聞ける範囲以外の実際にどうなっているかと聞く調査にはポイントがあると思う。鳥取が今年度研究している項目などを参考するといいと思う。

⇒プレ調査を実施しているので、項目は知ることができると思う。

- ・インタビューについて、初対面では情報が得にくい。地域で顔なじみの支援者に集まってもらって話を伺う方がいいのでは？
- ・自立支援に関しての経験・関わっている経験がある、意見が言える人がいいのでは？
- ・顔馴染みやお世話になった人がインタビューする場合、気を遣って本音を言えないこともある。
- ・お世話になった人ではなく、「誰にも言いません」という条件で調査員が聞く方が、本音を知ることができるのではないか？
- ・調査員がきくという時点でバイアスを無くすことは無理。むしろ、第 3 者がきちっと決めて構造化に近い状態で聞くしかないと思う。
- ・自立支援が終了した人に「退院に関する支援はどうでした？」と聞くと本音を話すかもしれない。

【検討事項】

・調査項目再検討

実態調査で最低限を聞いた上で、事例調査で詳細について聞ける様に調査設計を再検討。

事例調査：把握したい事項①定着しなかった事例の理由②定着した人のニーズ、希望

※質問紙またはインタビューで聞くかを検討

・調査の依頼方法(病院へ直接依頼、または事業所に依頼)

・インタビュアー候補の選出方法検討



資料 1-2 第 2 回事業検討委員会議事録

第 2 回事業検討委員会 議事録

日 時 2010 年 3 月 25 日 (木) 16:00～18:00

場 所 日本財団 第 8 会議室

出席者 伊藤 弘人、伊藤 未知代、岩上 洋一、江原 良貴、高橋 清久、武田 文夫、野中 猛  
※大熊 由紀子、大塚 淳子、門屋 充郎、末安 民生、松原 三郎、八幡 智子、  
山根 寛、山本 純子は欠席。

(敬称略・50 音順)

オブザーバー

吉田 寛治 (厚生労働省 社会援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課)

(敬称略)

事務局

西村 由紀、坂本 晃、東海林 崇、山本 将司

次 第

1. 開催挨拶
2. 議事  
報告書(案)について
3. 事務連絡
4. 閉会挨拶

配布資料

資料① 報告書(案)

資料② 平成 21 年度退院促進支援事業関係者全国研修会 資料  
(財団法人精神障害者社会復帰促進協会)

議事録

【第Ⅲ部 実態調査について】

①説明 (東海林)

②質疑応答

- ・ 30%の回収率について、母集団を代表していると言うには少ないが、短期間に膨大な量の調査に協力いただいたことを考えると、まずまずの結果である。(伊藤)
- ・ 回答したグループと回答していないグループを比較し、どのような特徴があるのかを検討することは重要である。(野中、伊藤)

⇒厚労省のデータで事業の利用者数と実際に移行した数が出ているので、協力いただけただけのグループと協力をいただけなかったグループの比較を行う際は参考にされたい。(高橋)

- ・再入院ありの対象について、これまで入退院を繰り返しているかどうかによって傾向が変わると思う。(岩上)
  - ・再入院の理由も貴重なデータである。(高橋)
  - ・C 票について、回答者が回答対象を選ぶことで、良い結果の人を選ぶ等回答内容が歪む可能性がある。(江原)
- ⇒11 人以上の利用者がいる場合には、調査票 (p77、p78) の中で無作為抽出をお願いした。また、11 人以上の利用者を出している事業所はあまり多くない。しかし、利用者が 10 人以下でも、事業所を利用している全ての利用者を回答しなかった事業所もあるため、良い結果のみを回答した可能性は否定できない。(東海林)
- ・「調査対象母集団 (推定値)」は「利用者」人数の合計と合わせた方が良い。(伊藤)
  - ・A 票の人数の合計と B 票の合計が合わないのはなぜか。(伊藤)
- ⇒A 票は延べ人数であり、実態としては B 票の方が正しい数字である。また再入院時に改めて支援した場合にダブルカウントした例もあった。(西村)
- ・結果がかなり良いが、地域によって違いがあるのではないか。(江原)
  - ・地域による特徴について、地域移行のステージによって異なる可能性がある。パターンごとの分類をしていただけるとありがたい。手帳の等級との関連等。(伊藤)
  - ・地域に分けると、利用者の入院年数 (短期、長期) の背景等が少しは明らかになるかもしれない。(野中)
  - ・本事業が行われた成果として重要なのは、支援のネットワークができた事であると思う。(野中)
  - ・入院期間が短い人は支援しやすいということもある。(野中)
  - ・医療機関との関係性の中でずいぶん違ってくる。(岩上)
  - ・入院期間について、各グループの特徴はないか。(高橋)
- ⇒B 票と C 票をひもづけて分析を行ってみる。(東海林)
- ・入院期間の特徴と、再入院の有無で分析できるのであれば、再入院にどのような要因があるのか明らかになる。重要であると思う。(伊藤)
  - ・退院後の住居も再入院に関係あると思う。単身で再入院した人、家族と同居で再入院した人等。(野中、岩上)

#### 【第IV部 事例調査について】

##### ①説明 (東海林)

##### ②質疑応答

- ・インタビューをした時点は退院後どのくらいの方か。支援を続けていくと、利用者の要望が変わって行く。退院後はまだ公的サービスが欲しい時期であり、そのうち支援を必要としなくなっていく。その変化が見たい。サービスを減少させていくためのサービスが大切である。(野中)
  - ・5つの県の選定はどうか (高橋)
- ⇒利用者との関係を持ちやすいこと。利用者と良好な関係をつなげていることが前提となるかもしれない。(野中)
- ⇒事業を利用して数を出しているところが多く選ばれている。大阪府は本年度同様の調査を実施しているため、意図的に調査対象外とした。(東海林)
- ・長期入院の方もいるが、退院後の暮らしはどうか。単身か、グループホーム (以下、GH) か等。

再入院した数はあまり多くはないので、どうしたら地域生活が安定して送れるのかがわかるとよい。(江原)

- ・質問紙調査と同様に、長期の方がどのように生活されたか、どのように支援が変わって行ったかがポイントとなるか。(東海林)

- ・長期入院者の後追い調査を継続してできると貴重である。(野中)

⇒ 2、3 年後やると、GH から出た人を追うことができる。(岩上)

⇒ 長期的な地域生活支援のニーズが見えてくる。ピアサポート等。(野中)

⇒ ピアサポートについては、地域移行推進員のピアサポートがどの程度の実績を挙げているのか、

⇒ そのクロスができれば見たい。(吉田)

- ・長期入院の特徴はあるか。例えば、10 年以下と 10 年以上を比較した場合、特徴的なことはあるか。支援内容、住まいの状態等。(高橋)

⇒ 「長期」の指標はないが、広く 5 年以上としてみるとよいのではないか。また、20～30 年の入院になると高齢者である。介護保険との絡み、支援のあり方がわかるとよいと思う。(吉田)

## 【第 V 部 考察、第 VI 部 今後の課題について】

### ① 説明 (東海林)

### ② 質疑応答

- ・実績を多くあげていると、軽いケースばかり対象としているように見えてしまうが、ある県は、病院や地域との関係が非常に良い。また、県がこの事業を通じて相談支援事業を強化しようという意図があり、支援員もコーディネーターも各圏域の相談支援事業所に全てつけており、人員が多い。病院との関係が良く、行政の人も含めた支援体制ができている。(西村)

- ・病院との関係が良いというところを強調した方がよいのではないか。実際、病院にコーディネーターが入れないということは話としてある。コーディネーターは病院、地域と連携をとろうとしており、その実績や達成感等を次に調査すれば良いのではないか。(高橋)

- ・各都道府県ごとに、この事業がどういう意味をもったのかということが明らかになると良い。地域ごとにいろいろな事業が様々な展開をしている。(野中)

- ・「資料 2-4 質問紙調査結果記述式回答(事業受託のプラス面・マイナス面・事業への意見)」をまとめ、考察に盛り込めるとよい。うまくいっている事業所の特徴などもまとめられるとよいのではないか。(岩上)

- ・必ず退院者の数字で批判される。事業をやったことで、退院者数以外の効果があったということも必要である。(野中)

- ・最初は統一した案を出してくれるという話だったができず、結局各県に任せるようになった。当初からはかなり変化がある。事業のおかげで、精神科病院側も最終的には退院促進の流れになってきている。(江原)

- ・病院、地域、社会福祉施設等どこにいるかを問わず、退院した方を継続して見ることができる支援員(コーディネーター)がいるということが大切であるというのは間違いない。資料 2-4 のプラス面の内容を踏まえて考察を書いていただきたい。(伊藤)

- ・「事業終了により、地域に移行していく時に、地域の相談支援事業所が役割を引き継いで支援していく。」というのをもう 1 回考察で取り上げてもらえるとよい。これは施策の流れでもある。(岩上)

- ・ 考察で家族による支援について記述しているが、今、家族会では「家族を治療資源にしないでください」とよく言われる。家族自身も大変で、家族への支援が欲しいと声を挙げている。家族がもっと支援してくれないと支えられないというふうに伝わらないように配慮すべきである。家族への支援や、家族の協力が得られなくても退院できるように支援していくことが必要ではないか。
  - ・ GH を長期入院と変わらない施設であり問題であるというような表現は言い過ぎかもしれない。実際問題ではあるのだが、ここではそこまで言いきる事はできないのではないか。
  - ・ 統計上、就労移行を利用する人が少ないということがある。本当はもう少し就労支援を利用する人がいてもいいと思う。抱込み支援というのが今後の課題となっていると数字から見れば言えるのではないか。(岩上)
  - ・ 地域移行支援をやって就労移行推進をやらなかった。相談支援事業にきちんと移行できればよかったが、そこが切れてしまっているところがある。二重のお金を使っているにも関わらず当事者、や支援が分断されてしまったという状況である。(野中)
- ⇒サービス利用計画の問題があった。(吉田)
- ⇒障害者自立支援法の見直しでもその点は議論となった。(高橋)
- ⇒個別の特別支援計画が作成できるようということは、障害者自立支援法案の中にある。別の制度に自立支援が変わった時に相談支援の強化をどうするかというところから議論していくところである。
- ・ もの足りなさは移行をできなかった部分である。これは一つのステップとして次につなげていければと思う。(高橋)

## 資料 1-3 研究等倫理審査結果報告書

(様式 2)

社会福祉法人桑友 研究等倫理審査結果報告書

平成 21 年 9 月 28 日

申請者

武田 文夫 様

社会福祉法人桑友倫理委員会

委員長 伊藤 順一郎

研究名：精神障害者地域移行支援特別対策事業対象者の地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査研究

研究責任者 武田文夫 所属 社会福祉法人 桑友 役職 理事長

下記の研究等を平成 21 年 9 月 28 日の委員会で審査した結果を次の通り報告します。

審査結果	承認	条件付き承認	変更の勧告	不承認	非該当
条件、変更すべき内容、不承認の理由					
<p>調査 1</p> <p>①本調査結果は個人情報に秘するものの、事例として提示するという研究の趣旨に鑑み、調査対象者となる精神障害者本人に同意を頂く際に渡す説明書に</p> <p>1)調査の具体的内容(半構造化面接の内容) 2)拒否をしても支援者との関係は変わらない 3)一度同意しても途中で拒否してもよい 4)同意撤回に関する連絡先 5)研究内容についての問い合わせ先</p> <p>上記5点を記載・提示すること。</p> <p>②本人に渡す同意書の控えにも同意撤回に関する連絡先、研究内容についても問い合わせ先を明記すること。また、同意撤回書の雛形も作成し、併せて本人に渡すこと。</p> <p>③本人に書いて頂く同意書のあて先は、インタビュー調査を受ける本人の支援者の所属する施設の長と共に、研究責任者の名前(桑友理事長)を併記すること。</p> <p>調査 2</p> <p>①各事業所に提示する文書については噛み砕いた表現に修正すること。</p> <p>②揭示文書には調査内容についての具体的な説明も加えること。</p> <p>③当該調査を実施していること、及び調査内容、連絡先等を桑友のホームページに掲載すること。</p> <p>④質問紙に加筆し(「わからない」という項目を入れるなど)、この調査のために、対象者から情報を入手するための後追い調査は行わないことを明確にしておくこと。</p>					

## 資料 2-1 予後調査質問紙 調査票A

## 調査票 A 法人・事業所調査

本調査は**法人・事業所を対象とした調査**です。

「精神障害者地域移行支援特別対策事業」または旧「精神障害者退院促進支援事業（退促事業）」を**ご担当された方または当該業務を管理する立場の方**がお答えください。

なお、設問中の「事業」とは平成 20 年度、平成 21 年度は「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、平成 18 年度、平成 19 年度に関しては都道府県・政令市が実施する旧「精神障害者退院促進支援事業（退促事業）」をさします。**なお、平成 17 年度以前に退院された方については調査対象外とします。**

ご多用のところ恐縮ではございますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

平成 21 年 12 月 社会福祉法人桑友 理事長

1 事業の**実施状況**についてお伺いします。

事業で支援した各年度中の利用者延べ人数、支援を利用して各年度中に地域生活を始めた方の人数をお答えください。

	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度
① 事業で支援した各年度中の利用者延べ人数	人	人	人	人
② 事業を利用して各年度中に地域生活を始めた人数	人	人	人	人

※平成 21 年度は 11 月末日までの実績をお答えください。

2 事業の**実施体制**についてお伺いします。

以下の表に貴事業所に所属する**すべての「地域移行推進員（自立支援員）」**のプロフィールをご記入下さい。

なお、地域移行推進員は地域により「(サブ) コーディネーター」等の呼び方があります。

	①性別	②年代	③勤務年数	④勤務形態等(複数選択可)					⑤ 専門資格	
	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
A	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
B	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
C	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
D	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
E	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
F	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
G	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
H	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
I	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
J	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
K	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
L	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
M	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
N	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無
O	男 女	歳代	年	常勤	非常勤	ボランティア	ピアホーカー	その他	有	無

※③勤務年数は貴事業所での勤務年数（雇用された年数）をお答えください。

※⑤の専門資格とは、次のいずれかの資格を有することを指します。

精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、臨床心理士、看護師、保健師、作業療法士、社会福祉主事任用資格者

※人数が上記枠より多い場合は当調査票の余白（裏面等）にご記入ください。

- 3 貴事業所にて事業の実施にあたり地域移行推進員に受講させた平成18年度以降の研修について、役に立ったもの上位3つをお答えください。

	年度	実施主体	研修名
例)	20	〇〇県保健福祉センター	地域生活移行支援研修会
1			
2			
3			

※なお、ご自身が講師役となった研修も含まれます。その場合は研修名の後ろに「講師役」とご記入ください。

- 4 平成20年度～21年度、貴事業所は地域体制整備コーディネーターと1ケースでも連携して支援した経験はありますか？ 以下から該当する項目をお答えください。

1.連携した 2.連携しなかった 3.コーディネーターが配置されていない 4.その制度を知らない

- 5 貴法人・事業所が事業を受託した経緯についてお答えください。

- 6 事業を実施したことによる貴法人・事業所にとってのプラス面についてお答えください。

- 7 事業を実施したことによる貴法人・事業所にとってのマイナス面についてお答えください。

- 8 皆様の事業に対するご意見を自由にお書き下さい。

以上で、調査票 A 「法人・事業所調査」は終了です。ご協力ありがとうございました。

次に調査票 B 「事業を活用して退院された方一覧表」をご記入ください。

調査票 B、調査票 C をご回答のうえ、本調査票とあわせてご返送ください。

## 資料 2-2 予後調査質問紙 調査票 B

## 調査票 B 事業を活用して退院された方一覧表

本調査は法人・事業所の方にご記入いただく調査です。

なお、設問中の「事業」とは平成 20 年度、平成 21 年度は「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、平成 18 年度、平成 19 年度に関しては都道府県・政令市が実施する旧「精神障害者退院促進支援事業（退促事業）」をさします。なお、平成 17 年度以前に退院された方については調査対象外とします。

ご多用のところ恐縮ではございますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

平成 21 年 12 月 社会福祉法人桑友 理事長

- 貴事業所が事業を活用して退院された全ての方の基本情報についてお伺いします。以下の一覧表をご記入ください（本調査票はこの設問のみになります）。

番号	性別	支援 開始時 年齢	支援年度 (複数可)	退院 年度 [平成]	主たる疾病	退院時の手帳の有無		
						精神保健 福祉手帳	療育手帳	身体手帳
1	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
2	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
3	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
4	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
5	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
6	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
7	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
8	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
9	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
10	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
11	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
12	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
13	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
14	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
15	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
16	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
17	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
18	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
19	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
20	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		

裏面にもケース記載欄があります。



番号	性別	支援 開始時 年齢	支援年度 (複数可)	退院 年度 [平成]	主たる疾病	退院時の手帳の有無		
						精神保健 福祉手帳	療育手帳	身体手帳
21	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
22	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
23	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
24	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
25	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
26	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
27	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
28	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
29	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
30	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
31	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
32	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
33	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
34	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
35	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
36	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
37	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
38	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
39	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
40	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
41	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
42	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
43	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
44	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
45	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
46	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
47	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
48	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
49	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		
50	男 女	歳	18 19 20 21	年度		( 級)		

51 ケース以上のケースがありましたら、大変お手数ですが、本一覧表をコピーしていただき、ご記入ください。

以上で、調査票 B 「事業を活用して退院された方一覧表」は終了です。ご協力ありがとうございました。  
次に、調査票 B にリストアップされた方々から無作為で 10 名選び、調査票 C 「事業を活用して退院された方個別調査」をご記入ください。  
調査票 A、調査票 C をご回答のうえ、本調査票とあわせてご返送ください。

## 資料 2-3 予後調査質問紙 調査票 C

## 調査票 C 事業を活用して退院した方個別調査

本調査は事業を利用して退院された方を担当した事業所職員の方にお答えいただく調査です。

**調査はわかる範囲でお答えいただき、利用者に関き取り等の調査をする必要はありません。**

なお、担当された職員の方がいない場合は内容を把握している方がお答えください。

貴事業所で「精神障害者地域移行支援特別対策事業」または旧「精神障害者退院促進支援事業（退促事業）」（以下、事業）を活用して、退院された方（以下、**退院者**）を調査票B「事業を活用して退院された方一覧表」から10名選んで、1人につき本調査票1部ずつお答えいただけます。

**退院者が10名以下の場合** → 調査票Bに記載された全ての退院者についてご回答いただけます。

**退院者が11名以上の場合** → 調査票Bの中から10名を無作為で選んでください。

無作為に選ぶ方法としては、例えば、さいころをふって選ぶ等の手法があります。

ご多用のところ恐縮ではございますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

平成21年12月 社会福祉法人桑友 理事長

本調査票の退院者の「調査票B」の番号をご記入ください。

番

## 1 この退院者の精神科への入院状況についてお伺いします。

① 事業による支援開始時の入院はいつから始まりましたか？

昭和・平成 年 月

② 事業による支援開始はいつからですか？

平成 年 月

③ 事業による支援開始後、いつ退院しましたか？

平成 年 月

④ **初めて入院してから支援開始（上記設問②）までの**総入院回数と延べ入院期間をお答えください。

総入院回数 回 延べ入院期間 年 か月

⑤ **退院後（上記設問③以降）**から現在までに精神科に再入院をしましたか？

1. 再入院なし 2. 再入院あり 3. わからない

⑥ ⑤で「2. 再入院あり」と回答した退院者にお伺いします。事業を利用して退院した後の精神科への再入院について、次の表をご記入ください。6回以上の場合は5回目までと直近の入院、5回以下の場合は直近の入院を「直近」欄にそれ以前のものを各回数の欄にご記入ください。

	退院から経過期間	入院日数	入院事由	入院形態
1回目	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明
2回目	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明
3回目	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明
4回目	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明
5回目	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明
直近	か月	日	1. 病状悪化 2. その他 3. 不明	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. 不明

※「退院後からの経過期間」は「退院から1回目まで」「退院から2回目まで」…のように退院からの各入院までの経過期間をご記入下さい。

## 2 この退院者の現在（平成21年11月末日）の状況についてお伺いします。

① 現在も状況を把握していますか？

1. 把握している 2. 把握していない

② ①で「1. 把握している」と回答した退院者についてお伺いします。

**現在の状況はどうか？**

1. 入院以外の生活 2. 入院中 3. 死亡した

③ ②で「3. 死亡した」と回答した退院者についてお伺いします。

**死亡理由をお答えください。**

1. 老衰 2. 病死 3. 事故(自傷他害含む) 4. 把握していない

裏面にも設問がございます。

1/4

3 この退院者の**住まいの状況**についてお伺いします。あてはまるもの**1つ**選んで○をつけて下さい。

① **退院時（設問1③）**の住まいをお伺いします。不明の場合は「99. わからない」を選択して下さい。

- |                          |                     |                     |              |
|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| 1. 持家（単身）                | 2. 持家（家族と同居）        | 3. 賃貸（単身）           | 4. 賃貸（家族と同居） |
| 5. 共同生活援助（GH）            | 6. 共同生活介護（CH）       | 7. 自立訓練（生活訓練 宿泊型）   |              |
| 8. 自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算） | 9. 施設入所支援           | 10. 福祉ホーム（地域生活支援事業） |              |
| 11. 退院支援施設               | 12. 生活訓練施設（旧体系 援護寮） | 13. 福祉ホームB型（旧体系）    |              |
| 14. 介護老人福祉施設（特養）         | 15. 介護老人保健施設        | 16. その他（具体的に        | ）            |
| 99. わからない                |                     |                     |              |

② **現在**の住まいをお伺いします。不明の場合は「99. わからない」を選択して下さい。

- |                          |                     |                     |              |
|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| 1. 持家（単身）                | 2. 持家（家族と同居）        | 3. 賃貸（単身）           | 4. 賃貸（家族と同居） |
| 5. 共同生活援助（GH）            | 6. 共同生活介護（CH）       | 7. 自立訓練（生活訓練 宿泊型）   |              |
| 8. 自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算） | 9. 施設入所支援           | 10. 福祉ホーム（地域生活支援事業） |              |
| 11. 退院支援施設               | 12. 生活訓練施設（旧体系 援護寮） | 13. 福祉ホームB型（旧体系）    |              |
| 14. 介護老人福祉施設（特養）         | 15. 介護老人保健施設        | 16. その他（具体的に        | ）            |
| 99. わからない                |                     |                     |              |

4 この退院者の**収入の状況**についてお伺いします。あてはまるもの**全て**選んで○をつけて下さい。

① **退院時（設問1③）**に得ていた収入をお伺いします。不明の場合は「99. わからない」を選択して下さい。

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 本人勤労収入（福祉的就労含む）        | 2. 本人預貯金（取り崩し、利子等含む） |
| 3. 家族の収入等からの援助（こづかい、仕送り等） | 4. 年金（障害年金、老齢年金等）    |
| 5. 生活保護給付                 | 6. その他（具体的に          |
| 99. わからない                 |                      |

② **現在**の収入をお伺いします。不明の場合は「99. わからない」を選択して下さい。

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 本人勤労収入（福祉的就労含む）        | 2. 本人預貯金（取り崩し、利子等含む） |
| 3. 家族の収入等からの援助（こづかい、仕送り等） | 4. 年金（障害年金、老齢年金等）    |
| 5. 生活保護給付                 | 6. その他（具体的に          |
| 99. わからない                 |                      |

5 地域生活に係る支援についてお伺いします。全ての**（ ）に次の記号をご記入ください**。

**利用した場合は○、利用しなかった場合は×**をつけてください。

なお、入院期間中に体験的に利用した支援を全く把握していない場合は「99. わからない」を○してください。

① 次の支援の中で、**入院期間中に体験的に利用した支援**について、全ての**（ ）**に記号を記入してください。

- |                          |                               |                           |                   |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>【精神科医療に関する項目】</b>     |                               |                           |                   |
| （ ）ディケア                  | （ ）ナイトケア                      | （ ）ショートケア                 | （ ）通院作業療法         |
| （ ）その他の精神科医療支援（具体的に      |                               | ）                         |                   |
| <b>【相談支援に関する項目】</b>      |                               |                           |                   |
| （ ）相談支援事業所の相談支援          | （ ）相談支援事業所の相談支援の中でのサービス利用計画作成 |                           |                   |
| （ ）精神保健福祉センター/保健所の相談     |                               | （ ）その他市区町村等の実施する相談支援（具体的に |                   |
| ）                        |                               |                           |                   |
| <b>【障害福祉に関する項目】</b>      |                               |                           |                   |
| （ ）居宅介護                  | （ ）行動援護                       | （ ）生活介護                   | （ ）自立訓練（生活訓練 通所型） |
| （ ）自立訓練（生活訓練 訪問型）        |                               | （ ）自立訓練（生活訓練 宿泊型）         |                   |
| （ ）自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算） |                               | （ ）グループホーム/ケアホーム          | （ ）就労移行支援         |
| （ ）就労継続支援A型              |                               | （ ）就労継続支援B型               |                   |
| （ ）その他自立支援法による給付事業（具体的に  |                               |                           |                   |
| ）                        |                               |                           |                   |
| （ ）地域活動支援センター            |                               | （ ）その他都道府県・自治体事業（具体的に     |                   |
| ）                        |                               |                           |                   |
| （ ）生活訓練施設（旧体系 援護寮）       | （ ）入所授産施設（旧体系）                | （ ）通所授産施設（旧体系）            |                   |
| （ ）小規模通所授産施設（旧体系）        |                               | （ ）福祉工場（旧体系）              |                   |
| （ ）その他の障害福祉支援（具体的に       |                               |                           |                   |
| ）                        |                               |                           |                   |
| <b>【介護（高齢者分野）に関する項目】</b> |                               |                           |                   |
| （ ）通所介護（デイサービス）          | （ ）訪問介護・看護                    | （ ）その他の介護支援（具体的に          |                   |
| ）                        |                               |                           |                   |
| 99. わからない                |                               |                           |                   |

- ② 次の支援の中で、**退院時に利用した支援**について、全ての ( ) に記号を記入してください。  
なお、住まいに関する支援はのぞきます。

[インフォーマルな支援に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 近隣住民の支援	<input type="checkbox"/> 家族の支援	<input type="checkbox"/> 民生委員の支援
<input type="checkbox"/> その他のインフォーマルな支援 (具体的に )		
[精神科医療に関する項目]		
<input type="checkbox"/> ディケア	<input type="checkbox"/> ナイトケア	<input type="checkbox"/> ショートケア
<input type="checkbox"/> 通院作業療法	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> その他の精神科医療支援 (具体的に )		
[相談支援に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 相談支援事業所の相談支援	<input type="checkbox"/> 相談支援事業所の相談支援の中でのサービス利用計画作成	
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター/保健所の相談	<input type="checkbox"/> その他市区町村等の実施する相談支援 (具体的に )	
[障害福祉に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 生活介護
<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練 通所型)	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型
<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> その他自立支援法による給付事業 (具体的に )	
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> その他都道府県・自治体事業 (具体的に )	
<input type="checkbox"/> 通所授産施設(旧体系)	<input type="checkbox"/> 小規模通所授産施設(旧体系)	<input type="checkbox"/> 福祉工場 (旧体系)
<input type="checkbox"/> その他の障害福祉支援 (具体的に )		
[介護(高齢者分野)に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 通所介護(ディサービス)	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護	<input type="checkbox"/> その他の介護支援 (具体的に )
[その他の項目]		
<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 居住サポート	<input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に )		
99. わからない		

- ③ 次の支援の中で、**現在利用している支援**について、全ての ( ) に記号を記入してください。  
なお、住まいに関する支援はのぞきます。

[インフォーマルな支援に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 近隣住民の支援	<input type="checkbox"/> 家族の支援	<input type="checkbox"/> 民生委員の支援
<input type="checkbox"/> その他のインフォーマルな支援 (具体的に )		
[精神科医療に関する項目]		
<input type="checkbox"/> ディケア	<input type="checkbox"/> ナイトケア	<input type="checkbox"/> ショートケア
<input type="checkbox"/> 通院作業療法	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> その他の精神科医療支援 (具体的に )		
[相談支援に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 相談支援事業所の相談支援	<input type="checkbox"/> 相談支援事業所の相談支援の中でのサービス利用計画作成	
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター/保健所の相談	<input type="checkbox"/> その他市区町村等の実施する相談支援 (具体的に )	
[障害福祉に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 生活介護
<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練 訪問型)	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型
<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> その他自立支援法による給付事業 (具体的に )	
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> その他都道府県・自治体事業 (具体的に )	
<input type="checkbox"/> 通所授産施設(旧体系)	<input type="checkbox"/> 小規模通所授産施設(旧体系)	<input type="checkbox"/> 福祉工場 (旧体系)
<input type="checkbox"/> その他の障害福祉支援 (具体的に )		
[介護(高齢者分野)に関する項目]		
<input type="checkbox"/> 通所介護(ディサービス)	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護	<input type="checkbox"/> その他の介護支援 (具体的に )
[その他の項目]		
<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 居住サポート	<input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に )		
99. わからない		

裏面にも設問がございます。

3/4

- 6 利用者を**取り巻く支援環境**についてお伺いします。**( )に次の記号をご記入ください。**  
 次の支援の中で、**退院者の方の生活圏に存在する支援に○、現在は無いが本来は利用者のためであったらよいと考えられる支援に◎**をつけてください。

なお、生活圏の支援を全く把握していない場合は「99. わからない」を選択してください。

**[精神科医療に関する項目]**

- ( )ディケア ( )ナイトケア ( )ショートケア ( )通院作業療法 ( )訪問看護  
 ( )その他の精神科医療支援 (具体的に )

**[相談支援に関する項目]**

- ( )相談支援事業所の相談支援 ( )相談支援事業所の相談支援の中でのサービス利用計画作成  
 ( )精神保健福祉センター/保健所の相談 ( )その他市区町村等の実施する相談支援 (具体的に )

**[障害福祉に関する項目]**

- ( )居宅介護 ( )行動援護 ( )生活介護 ( )自立訓練(生活訓練 通所型)  
 ( )自立訓練(生活訓練 訪問型) ( )自立訓練(生活訓練 宿泊型)  
 ( )自立訓練(生活訓練 通所型 短期滞在加算) ( )グループホーム/ケアホーム ( )就労移行支援  
 ( )就労継続支援 A 型 ( )就労継続支援 B 型  
 ( )その他自立支援法による給付事業 (具体的に )  
 ( )地域活動支援センター ( )その他都道府県・自治体事業 (具体的に )  
 ( )生活訓練施設(旧体系 援護寮) ( )入所授産施設(旧体系) ( )通所授産施設(旧体系)  
 ( )小規模通所授産施設(旧体系) ( )福祉工場 (旧体系)  
 ( )その他の障害福祉支援 (具体的に )

**[介護(高齢者分野)に関する項目]**

- ( )通所介護(デイサービス) ( )訪問介護・看護 ( )その他の介護支援 (具体的に )

**[その他の項目]**

- ( )移動支援 ( )居住サポート ( )地域福祉権利擁護事業 ( )成年後見制度  
 ( )その他 (具体的に )

99. わからない

- 7 最後に、この退院者が地域生活を継続していくために必要な支援に関するご見解をご記入ください。

以上で、この退院者にかかわる調査票 C は終了です。ご協力ありがとうございました。  
 他の退院者にかかわる調査票 C、及び調査票 A、調査票 B とあわせてご返送ください。  
 よろしくお願いたします。

## 資料 2-4 質問紙調査結果 記述式回答 (事業受託の経緯・プラス面・マイナス面、事業への意見)

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
	<p><b>1. 事業対象者について</b></p> <p>○事業対象者について</p> <p>今回の入院は約4年だったが、通算すると23年の入院歴のある事業対象者を生活訓練施設の入所へ結びつけることができた。</p> <p>○家族について</p> <p>具合が悪くなる度に家族に怒鳴り散らしていた事実と向き合い、家族に対して申し訳なかったという思いを強く持つことができた。「薬は自分の調子を安定させるために必要なもの」という意識を持つようになった。</p> <p>○自分を見つめる</p> <p>プログラム開始時「自由さがあるからグループホームに行きたい。」と本人は話していたが、プログラムを行うなかで、自分に必要なものは何かということを真剣に考えるようになり、「続けて行うこと」の大変さや難しさを理解することもできた。</p>		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
	<p><b>2. 事業全体について</b></p> <p>○連携について</p> <p>今まで関わりの少なかった病棟の看護師と一緒に事業を行うことで、お互いの業務を理解し、連携が取れるようになった。</p> <p>○事業の必要性についての共有</p> <p>院内退院促進チーム会議を通して退院して地域で暮らすことの大切さを共有することができ、来年度に向けて、院内でどのように周知をしていけばいいかをチームとして検討することができるようになった。</p> <p>○当事者活動</p> <p>プログラムの中でたくさんの当事者の体験談を聞く機会を設けた。この体験談を通して色々な話をして、退院を応援したいと思う当事者がたくさんいることがわかった。</p> <p>○家族会の活動</p> <p>家族会に参加している人は、建設的な意見を持つことができている様子を見ることができた。家族会の持つ力を再確認する機会となった。</p>		
<p>今年度から県内全圏域で実施することとなり、当圏域においては当保健所が実施主体となった。</p>	<p>今年度から事業を開始した為、現時点での評価は尚早と考えます。</p>	<p>今年度から事業を開始した為、現時点での評価は尚早と考えます。</p>	

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
県内の旧精神障害生活支援センターが委託された	病院関係者との連携体制ができた。 事業所職員のスキルアップにつながった		今後、病院からより一層の困難なケースの退院が進められると、受入れが間に合わない(資源・人材ともに)
本県では、地域移行支援後の担い手として、地域生活支援センターが挙がっており、年度初めに県との契約にて事業を受託している。	研修を平成 19～21 年と継続に行ってきたことにより、精神保健福祉士のみでなく、看護職やその他の職種にも事業が広まり、協力者が増えてきたこと	事業は受託したがマンパワーが増えておらず、手間のかかる支援に時間を割かれる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県では、緊急雇用対策と合わせて、事業が拡大してきたが、新しく雇う人員のハードルが高く(経験者、日雇い労働者なみの賃金)法人が採用してくれなかった。</li> <li>・できれば、ピアサポーターに予算をつけてあげたい。自腹で喫茶店への勧誘をしてくれる方もいるが、予算がつかないので、気の毒である。</li> </ul>
県民局圏域に他の事業所がなく、県内でも精神科病院が多い地区で、この事業実施が求められたため	法人内職員に事業を利用した地域移行支援が行われる事例を見る機会が提供できたこと(関係者会議、ケア会議実施によるネットワークづくり)	法人に多サービスがあるため、狭い領域で支援が完結してしまう	支援の必要性はわかるも民間の事業所が精神科病院へ入っていくことは地域性や病院の考え方によって大きく異なることに改めて気付かされた。多くの精神科病院に精神保健福祉士が配置され、多機能になっている現状では、地域移行支援員との住み分けについて、精神科病院や管轄する自治体が充分理解できていないように感じられた。支援員の雇用に必要な委託費は低額のように思われる。
マディソンモデル活用事業の頃から、退院支援に関する取組みがあったため、当圏域で事業がスタートされるあたり、手を挙げるに至った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に関する課題の掘起しができる。</li> <li>・少しずつではあるが、対象者を地域につなげることができる。</li> </ul>		精神障害者の地域移行に関して、本事業で行える範囲には限界がある。一方で、本事業を利用すれば退院につなげることができるという手応えもあるため、一般の指定相談支援事業所などが積極的に地域移行に取り組む



事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
圏域に地域活動支援センター I 型が 1 か所しかなく、複数の市町村から相談支援事業の業務を委託されているため	実施したケースがないため不明	実施したケースがないため不明	<p>ことのできるような制度改正を期待する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方では諸事情により他病院へ入っていったりすることが難しい。</li> <li>・ 市町村により周知の方法に温度差がありすぎる。</li> <li>・ 委託している事業所以外は、同一法人内でも事業に対する理解が著しく低い。</li> </ul>
当時、事務局は地域活動支援センターが行うこととされており、圏域内に他にセンターがなかったこともあり、依頼されました。	実際に長期入院されていた方が退院して地域で暮らしている姿を見た時。今まで、退院に対する具体的イメージができていない方が、何事も事業所見学・体験をすることによって、退院が自分のことだという自覚が出てきた時この事業があったからできたことだと思いました。	通常業務との兼務になるため、対象者となる方への支援が充分にできず、支援者の都合になってしまうこと。	平成 24 年度で終了してしまう事業のためどこまでやるのか、今後について不安があります。また、事業終了後は自立支援協議会につなげていこうという動きがありますが、当圏域においては精神に関しては厳しいと思います。
			本県では事業を委託はしておらず、保健所の精神担当で行っておりコーディネーターは担当保健師となっています。また、地域移行推進員は県で委嘱した者を病院に派遣しております。他の事業も担当していることから本事業に専念することは時間的に難しい状況です。また、長期入院患者を対象とし、退院できても数か月で再入院するケースがほとんどです。地域の受入体制もまだ充分ではない状況です。
事業所の管轄地域に大学病院があり、その	ケースのことで、関係機関と連絡をとりあう	支援員がケースにかかりつきりになる時期	

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
精神科に7年半入院している対象者がいたので、他法人の他事業所が始めたが、その事業所が年度途中で閉鎖になり、事業とケースを引き継いだ。	ことで、他のケースについても連携しやすくなった	もあり、他の業務、支援にマンパワー不足による支障もでた。	
県精神保健福祉センターから委託による	居宅介護事業所とのつながりが広がった。院内へ出かける機会が増えた	他の業務が繁忙になった	病院からすれば、地域の NPO 法人に入院患者が地域で生活可能かどうか、見立てたり意見されたりするのは不本意ではないかと思えます。院内 SW の仕事の一部を一緒にやらせて頂きたいという姿勢を示しても、やはり院内の情報を開示するか否かは病院の判断なので、病院との関係を良好にすればこの事業がうまくいくか、という疑問です。
県健康課より、県下すべての地域活動支援センターと精神科病院に対し事業の説明会が行われ、厚生センターと共同して事業を推進するようすすめられた	平成 21 年 11 月に受託契約をしたばかりで、まだ関わったケースがないためわからない	平成 21 年 11 月に受託契約をしたばかりで、まだ関わったケースがないためわからない	事業の実施はこれからなので、よいアドバイスをお願いします。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業所の役割や責任として受託すべきと判断</li> <li>・市の意向</li> </ul>	委託料	他の事業所も含め、支援状況の割に会議が多すぎる (月 1 回)	当市では事業の初年度であり、各々の役割がこなせていないのは仕方がないが、事業の全体像が見えてこない。対象者が明確ではない、地域体制整備コーディネーターの役割、効果が分りにくい、通常の事業外の退院支援とどう違うのか分らない。当市における長期入院の医療的課題、福祉的課題を明確にし、事業で何をを目指すのかの議論を今さらする必要もないかもしれないが、市の担当者やコ

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			ーディネーターがもう少し機能していく必要がある。
県からの依頼	これまで以上に病院との連携が深まった。病院（医師、看護師、ケースワーカーなど）がどのように病気や退院、地域生活について考えておられるかについて双方が突っ込んだ意見交換をもてるようになった。	現状では特にありません。今後の補助金での裏付けがいつまで担保されるのか心配ですが。	事業の対象になる、病院のエリアが限定されている。当法人の場合、所在地からしてそれとは異なる地域の病院に対象者が多い。このままで行くと来年度は対象者が0も考えられる。
県の説明会で受諾をした	病院と関連施設との連携が密になり、その後の関係事業がスムーズになった	地域活動支援センターに配属の職員が兼務で行っており片手間ではできないため人手不足が起きてくる	該当者は病院が家族の理解を求め説得し選出しているが、本来の社会的入院者（長期になる人々）を適切に導く方法をもっと積極的に取り組む何かがあると思う。医療費がかさむ国保の事業者（市町村）が病院や家族に働きかけることも必要である。
保健所より地域移行支援事業の対象者を紹介されたため	長期在院の問題を本人や病院の職員（医師、看護師、精神保健福祉士など）そして家族などみんなの問題とし、退院に向けてのネットワークを構築することができた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院に向けての本人への動機付けに時間がかかる</li> <li>・専門スタッフを確保しなければならない</li> <li>・事業補助が少なすぎる</li> <li>・家族や地域の受入れに時間がかかる</li> </ul>	
県では精神障害者地域生活支援センターの設置年によって2事業所ずつ実施してきた。当施設の設置が16年と県内でも最後の方だったので、最終の回で実施。当施設でこの事業が県内全域移行事業を実施したことになった。	病院との連携がいろんな面でスムーズにいくようになった		地域の社会資源が少なすぎる。退院させたいがグループホームがない等。国や県のきちんとした計画のもとでグループホーム・旧作業所等、すぐ利用できる資源を準備しての事業ならすごく有効になると思うし、社会的入院の人達も地域で生活できるようになると思う。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
県が今年度より、民間法人へ委託する方針へ転換した。当事業者(所)が受託法人として選定された理由はわかりません。	スタッフ全員が、自立支援事業に関して知識を得ようと努力している	市町村委託事業が主たる業務になっているため、県委託とのバランスのとり方が難しい。細かい事を言うと、家賃・水光熱費の按分等。	「退院したい」と思う当事者がいれば、事業があってもなくても相談支援事業所とすれば、支援を行うべきコトなので『あるから行う。ないから行わない。』という考えは一切有りません。
平成 19 年度より準備を自立支援協議会内にて始めていた。	地域活動支援センターの動き方を病院に対して示すことができた	予算が想像以上にかかり、本事業を行うことで赤字が出る。	病院側は事業を知らないことがまだまだ多いことがある(本県では平成 20 年度より開始されたため)友好的な関係を保ちつつ本事業を進めていくには、それぞれ負担がかかる気がする
市より委託	他の関係機関と連絡する回数が増えた	人員の確保が難しくなった	本事業をきっかけに、長期入院されている方々へ退院への動機づけとして広がっていくと良いのではないかと。病院に出向く回数が増えることで、互いにプラスになっているのではないかと。
保健所からの依頼	職員の資質の向上と本事業への理解	本来の業務への影響	
平成 20 年 4 月、県からの打診があり、地域移行支援事業を受託する。	他の医療機関との連携が強くなった	事業申請等の書類の処理が多くなった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が少ない(Co、の広報活動が消極的)</li> <li>・他の業務とのスケジュール調整が難しい</li> <li>・実績と対価のミスマッチ</li> </ul>
	病院(医療)と関わりを持てたことで様々な知識を得ることができた。	訪問や同行などで時間がかかり他の業務に支障が出た	
県からの依頼を受理	支援対象者が未だ不在のためプラス面は不明だが、対象者が入院時から病院との連携がとれやすくなると思われる		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
県からの依頼があったため	地域移行に向けて意識が高まった		
県より県内 9 圏内の相談支援事業所に対して事業を委託された	精神以外の身体・知的の事業所、その他の社会資源をはじめとして人的ネットワークの拡がりがあり、当地域のみならず、他地域との交流が図れたことにより当地域以外の資源も利用できた。	金銭面で若干の持出しがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の推進には地域住民の精神障害に対する偏見の解消が必要だが、少しずつ住民に、精神病や障害者について分っていただく機会を作っていかなければならない。</li> <li>・グループホームやケアホーム等の社会資源の充実を図っていかなければならない</li> </ul>
圏域のなかで支援センター、また精神科の病院が町内にあり条件が揃っていたため	病院との協力関係が密になり連携が深まっている。また、情報交換がしやすくなっている		<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算の減額は避けてほしい。</li> <li>・プロポーザル審査方式は各年ではなく複数年としてほしい</li> </ul>
A 市（人口 6 万、障害支援センター 1 か所）、B 市（人口 4 万支援センターなし）、そこで法人持出しで支援事業を開始。県としては人口 10 万エリアの中心である A 市を考えていたが、当市は単独事業としてスタートしたため受託となった。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 元々、地域密着小規模多機能事業を展開し、障害者自立支援法と同時に障害分野も再編成していたのでユニバーサルケアの目標がより充実している。</li> <li>2. 現場スタッフ（高齢・障害・児童）へのプラスの影響がある。</li> </ol>	仕事が増えた（本当の意味ではマイナスではないが）忙しくなった	取組みの遅れている地域は、本事業が終了した後、継続してとりくむ姿勢と裏づけがなければ断ち切れてしまう（特に行政の姿勢）そのための支援システムを県単位でも構築していく必要があると思われる。
精神障害者を対象とした地域活動支援センター（作業所からの移行は除く）が当事業所しかなかったため	病院の中に地域の事業所が入るきっかけとなった	現状の予算ではセンター職員が兼務となってしまうため外に出ることが難しい	他市との取組みを勉強できる機会があればなるべく参加するようにしていますが苦労話など聞くと参考になります。地域をこえた支援者の交流も必要かと思います
県より打診があったため	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収入が増える</li> <li>・他の機関との連携が深まる</li> <li>・イメージアップ</li> </ul>		推進員の人数、予算、事業の期限をもっと増やしてほしい
平成 18 年度に県立保健所で事業開始され、平成 19 年度より当初が委託を受けるように	長期入院者の問題を掘り起こしできる。地域の職員が病院に入りこむことで病院側の職	事務処理が煩雑である。面接調整や支援計画策定に時間がとられる。他の業務に影響が出	地域におけるケアマネジメント機関としての相談支援事業所や自立支援協議会の位置

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
なった	員の意識の変化が現れた。個別支援計画を立てての計画的な支援体制が確立できた	てしまう。	づけと予算、マンパワー等の充実がないとこの事業は継続できていかないのではないか
圏域振興局（保健所）からの推薦を受けた	関係機関との連携を深めることができた		
同一法人に 369 床の精神科単科病院がある。年 1 回の院内研修発表で長期入院患者の退院へのアプローチ等が取り上げられていた。院内だけでは難しい問題に協力して取り組む事で、更に退院に対する考えやアプローチの仕方に幅が広がるのではないかと考えた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この事業を通して同一法人の各部署の横のつながりが強化された。</li> <li>・改めて社会的入院についての問題を病院関係者と共有できた。</li> <li>・自立支援協議会を通して関係者にもこの事業の取組みを周知できた。</li> </ul>	この事業は労力と時間を要する。	
健康福祉センターより依頼あり			
県担当課より県内全センターへ委託との方針が示されたため	他機関との連携が深められる。市町村担当者の理解の場。経験年数の少ないスタッフの勉強となる。		
			(平成 20 年度から県の委託を受けていますが実施件数はありません。)
県単独精神障害者退院促進支援事業を利用したため			
平成 19 年 8 月から「精神障害者地域移行支援のあり方に関するモデル事業」を開始する。地元家族会の NPO 法人に事業を委託し、関係機関会議を毎月開催することとなった。平成 20 年より保健所が実施主体となる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携による地域づくりが実施され、関係組織職種との連携強化が図れた。</li> <li>・精神科病院の病院長、施設責任者に事業の趣旨、実務者会議の意義について理解が得られた。</li> <li>・社会資源マップの作成を通して社会資源の整理見直し、問題点の抽出ができた。</li> </ul>	会議の企画、運営（事例検討含む）において関係機関から活発な意見が出ないため、保健所からかなりの働きかけや介入が必要な状況であり、会議の開催のために多くの力を使っている。	
県においては業務委託を管内の「指定相談支	・現在のところ関係機関との連携の強化にな		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
援事業所」とすることとあり、平成 20 年 7 月から委託契約となった。	<p>っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会資源が明らかになり、議論の糸口ができた。</li> </ul>		
平成 16 年に県から事業開始に伴い受託を依頼されたため	医療法人、その他の機関とのネットワークがより強化されたこと	人件費を確保するまでの予算はないことから実質的には兼務で担っており、マンパワーが不足。特に専門職種はコーディネーターの配置がないことからコーディネーター的な役割を担うため、業務が集中することから負担増大している。	実施しながら感じるのは、やはりしっかりと視点を持って丁寧にやっていく活動であるにもかかわらず、県の予算確保が困難なため市町村受託事業職員がすべて兼務で担う現状であり、この事業に投じるエネルギーはセーブせざるを得ない。しっかり効果を出すためには、やはり実施の体制や予算等、県の実情でない所で国として示せない物でしょうか？
精神障害者地域生活支援センター（旧法）であったので、新体系に移ったときに県より委託がきた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院とのつながりが強化された。</li> <li>・入院から関わるので退院後の支援がスムーズに行える。</li> </ul>		
県指定の相談支援事業所のため。	多少の収益がある。	この事業に人手がとられてしまう。	事業所として積極的に事業を行うメリットはないと思う。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に精神障害者関係の施設が当施設のみである。</li> <li>・相談支援生活支援等の委託施設である。</li> </ul>	生活支援、介助等の福祉計画、及び地域生活に対応するための計画、実践を行う。	限られたスタッフの活動になるため、活動範囲や内容が多く時間的、精神的余裕が持てない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の生活支援の条件の第一は医師、病院との連携にある。</li> <li>・指導者、推進員の資質の向上。</li> <li>・地域住民の理解。</li> </ul>
地域体制コーディネーターの役割を県の保健福祉事務所が受け持っているが、今年度から相談支援事業者も一緒にその役割をになうこととなった（全県下で）。			

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
近隣に精神科病院が多く、相談支援事業者として地域移行の一役を担いたいと考えたため。	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者数は少なかったが、近隣病院と連携できたこと。</li> <li>発展して、市のモデル事業を受託することができたこと。</li> <li>自立支援員に恵まれ、当法人職員として継続してもらえたこと。</li> </ul>	事務量（事業受託や報告等）が増えた。	<p>単年度でなく継続年度での事業受託が必要と思います。</p> <p>(対象者にとっても事業所にとっても)</p>
多くの精神障害者の方が長期に渡る社会的入院を余儀なくされている現状が重大な問題であるという認識のもと、当法人では「地域の中で自分の生活のスタイルを自分で決めていける暮らしができる」ことを基本理念とし、その活動の一つに専任の職員を配置し、より地域移行が進められるよう事業の受託に至った。	医療機関と連携が取れやすくなり、個別ケースに関するだけでなく地域移行の仕組み作りを共に考えることができた。	課題として、コーディネーターが配置されていないため、支援センター職員が自立支援員のバックアップを行っているが、支援センター自体の業務のやりくりには負担が生じる。そのため、コーディネーターの配置が必要であると思われる。	<p>地域移行を進めるにあたり、長期入院者の高齢化に伴う受け皿不足が課題となっている。</p> <p>加えて医療機関の経営的な問題などが複雑に絡んでいるように思われる。</p> <p>事業自体が円滑に進むよう、現場での取組みを併せて制度面からのサポートを期待したい。</p>
県として地域活動支援センター委託を決めていたから。	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期入院者と関わることで、抱える問題や課題など学ぶことが多かった。</li> <li>行政や関係機関とのネットワークができた。</li> </ul>	委託料が安すぎて人を十分に割けない。自立支援員の人件費、経費くらいは保障すべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業者への経済的補助が低すぎて、法人の持出しとなるため、思うようには動けない。</li> <li>県によって位置づけが全く異なることもあり、不全感も感じる。</li> </ul> <p>事業所として担当したのは1ケースのみで、今も継続中で退院には至っていない。</p>
本県は地域移行支援特別対策事業と圏域のコーディネート事業を包括的に委託している。	精神障害相談支援スタッフを増やすことができた。	病院、地域、市町村との連携に少なからず歪みが生じている。	病院との連携において、まだかなりのPRが必要と考える。
			医療機関（特に公立）に精神保健福祉士を充実させ、病院の中に同じ機能を持たせること



事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			の方が社会的入院は解消され、地域移行が促進されるのではないかと感じています。どうしてもわざわざ病院の外から支援をしなければいけないのか…やりづらいという思いが強くあります。外の風を送り込まなければならぬような閉鎖的な病院がまだまだ多いのでしょうか…。
県への受託希望をし、県内 10 事業所に委託された。入所施設他、多機能型事業があったため。	病院との連携ができて、入所や就労、地域活動センター等で利用がスムーズにできたこと。		委託事業なので、事業が一時（4月から6月の間）途絶えるために、支援をできなくなる。できれば継続して支援できるとよいと考えます。
本事業の受託以前より、相談支援事業所として平成 18 年 10 月より運営していた。本事業は、相談支援事業所であることが条件であり、年度ごとの随意契約であるが、当法人の支援体制と委託する行政の考えが合致し、平成 19 年 5 月より受託となる。平成 20 年度、平成 21 年度においても事業を継続している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用の拡充や当事者が対象者を支援し、活動できる場が確保された事。</li> <li>・精神障害者が地域へ移行する機会が増えたこと。</li> </ul>	高度な専門知識を持った人材が必要であるにも関わらず、運営費における人件費の確保が難しいため、人材確保が難しい状況。	本事業の実施は、精神障害者の地域移行に有効であると言えるが、医療的側面においても地域移行を進めやすい（病院から出しやすい）施策が必要だと思う。
事業を開始するにあたり、当法人以外で事業を引き受けてくれる機関がなかった。	行政との連携が以前よりも増えた。		
県の実施する事業には、協力すべきと考えたから	病院との関わりが増えたこと	事業に関わる職員が、本来の業務を行う時間が減ったこと	本県では、病院の協力がなかなか得られず、うまくいっていない。また、予算も少ないことから、事業を進めるにあたっても制約が多い。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
県では保健所管内で1か所の事業委託を進めてきたが、当事業所が所在する保健所管内には3か所の障害者相談支援事業受託法人がある中で、当法人は精神科病院を運営していない。管内の3病院と連携が図りやすいただろうと思われたため、保健所が県に推薦したものである。	精神科医療機関や保健所との連携がとりやすくなり、ネットワークが強化された。ピアサポーターとの会議を通じて、当事者の声を直接聞くことができる機会が増え、共同する機会も増えたこと	委託費が低額の為、資格や経験のある人材を選任の推進員として配置することができず、委託相談支援事業の職員にその分の負担がかかっていること	病院が自ら地域移行を進めていく意志をもつことがスタートラインと思われるが、市事業から病院にお願いして協力してもらっているという関係になってしまっていることは、筋としてはおかしいと思う。【逆なのは？】
平成18年度はM法人、平成19、20年度はI法人が事業を受託した。平成21年度の受託について公募があった際に、当初はどの法人からも受託の希望がなかったため、当法人が公募に応募し、受託する事になった。	もともと知的障害がベースの法人であったため、精神障害分野の関係機関とつながりを持てるようになった	委託費の不足分を法人が持出しをしなければならぬ	事業が展開して数年が経過し、ハード面(グループホーム・ケアホーム)の不足を感じる
市内では精神障害者の生活支援の活動の実績と歴史のある法人であったこと、事業開始前より、法人独自で当事者と専門職とで、市内の医療機関と連携して、長期入院者の退院支援の取組みを行っていたことが評価されたことを背景に受託。	精神障害のある人がもともと行っていた支え合いの一部が仕事として認められ雇用できた。 このことは、精神障害者の働く場のバリエーションの広がりにつながり、市内の働く場が拡充した。	事務的なこと、様々な調整など、労力がさかれるが、そのための人員を雇う予算がないためマンパワーが足りなくなる。	
精神保健福祉の事業に係わる唯一の事業所であるため。	病院との連携が緊密になったこと。 訓練給付事業への接続が容易になったこと。	事業担当職員を3人配置しているが、人件費の裏付けが1.5人分しかない。	事業を公平、着実にやるためには、人件費の裏付けが必要。 3人分の人件費を確保してもらいたい。
当院は、数年後に他の県立病院と統合する予定で、それに伴い精神科病棟は廃止となり地域移行を進めていく上で県からの勧めもあり受託しました。	多少ではありますが、社会的入院という問題が発生することとなった背景を職員が認識することができたことです。	公的機関という点から様々な制約があり、推進員が1人増えても仕事量はむしろ増えてしまったこと。	この事業に参加して良かったことは、些少ではあっても職員の意識が変化したことです。 この事業をきっかけとして、人権(個人の自由を束縛していること)について仕事をして

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			いく上で真剣に職場で議論することができたと思います。退院後6か月後までの支援ということですが、6か月はあくまでもおおよその平均値であり、地域定着の為には、6か月を超えても支援体制を維持できるように【必要であれば】なればと思います。また、3月に退院した場合、3月で打ち切りとなってしまうのでせめて、そこからの6か月についてきちんと支援ができればと思います。
県からの委託を受けて開始	入院中の当事者、家族～支援者方法がありということを知ることができた		必要かつ重要な事業であると思うが、安心して退院できる場所が少ない。入院していると病院の生活がよくなり退院をしづらくなる傾向がみられたのである程度病状が落ち着いたら退院にむけて、できるだけ早期に退院の意識づけを開始した方がよいと思う。
精神科病院を運営する医療法人が、設置運営する相談支援事業所である。	他地区の情報や人との交流が活発となった。	専任職員を配置していないので、本来業務との関係で多忙となった。	
法人運営の理念に障害者の地域生活支援があり、これまでも身体障害の分野を中心に実施してきた。 3 障害一元化に伴い、障害の垣根を取り払い、地域のネットワーク構築を含め、受託した。	協力病院との関係強化。 地域のネットワーク強化。	事務量の増加。	地域活動支援センターの役割を明確にさせていただけると、連携がスムーズになると思います。
圏域に1か所、県から事業委託されることになっており、当圏域には指定相談事業所が2か所あるが、内1か所は、身体中心の事業所	病院（医療従事者、特に病棟看護師）との連携がとりやすくなった。医療従事者が身近な存在となった。	支援センターの人員的な面で、不足となった（この事業と支援センターでの従来の事業を兼務しているため。）	①もっともっと、社会的入院者を地域へ戻すためには、自立支援員の身分保障含め、予算的配慮が必要である。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
であるため、従来から精神障害者地域生活支援センターを運営していた当事業所への委託となった。	入院患者を「地域で支える(様々な支援を駆使して)」という意味合いが病棟内に広まった。		②病院に対する事業の意義をもっと細部にわたり浸透させる説明が必要。 ③社会資源等の充実を地域で担える予算が必要(地域に出たくても行き場がない為)。 ④地域への啓発。
私共のNPO法人は、B型の就労支援の事業所として活動しています。同じ地域にある活動支援センターが移行支援の事業を断ったので、私達の事業所が受けることになりました。	当事者が自立支援員になってよいということが最初に、この事業に興味を持ったことです。そして、この事業の説明を当事者に行い、講座を受講した人を地域移行推進員にしました。また、病院に対しても距離が縮まり良かったと考えています。		地域移行の事業は、当事者・家族・病院スタッフと行政と全てが関わり、今後の精神障害者や入院中の患者さん、現在の利用者にとって色々な支援が考えられる良い事業だと思います。今後はピアサポートをもっと充実して、それぞれのやりがいも含めて活動をしていきたいと考えています。
20年度県の募集で応募し受理されたため	病院に入院中から関わる事で、今までより退院後の支援をトータル的に捉える事ができる様になった		
地域生活支援センターとして従来より退院支援に関わっていたため	ネットワークの広がり、この事業をしていなければ会えなかった方とのつながりが増えた	今のところ大きなマイナス面はありません。	これまでの病院内での退院支援に推進員が入ることで得られるメリットが今一歩強調されていない。
圏域の主管行政と相談支援事業所で受託について協議する場をもった上で、申請をあげた当事業所に事業受託の決定がなされた	事業を通して担当者のスキルアップにつながった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県の要件を満たす人材確保が困難</li> <li>・事業担当者が極めて多忙である</li> </ul>	
県健康対策者より依頼があったため。	地域自立支援協議会に関わるようになった。	担当者への指導・助言。	
市健康福祉局より委託の打診があったため。	病院や関係機関、地域に対して、精神障害について広く普及することができた。	事業に対するバックアップ体制として、自立支援員以外の職員が関与するため、他職員の負担が増した。	精神障害者の社会的入院は、深刻な問題であり、一人でも多くの地域生活移行者を出すためにはこの事業を更に強化して欲しい。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
当法人は医療法人でないため、医療機関とのつながりが弱い。精神障害者は、医療とのつながりが重要なため、この事業を受託することにより医療機関との連携につながることを期待した。	他福祉関係施設との繋がりができた。	普段の業務の時間がこの事業に費やされてしまった。	
精神科病床数が非常に多く、特に精神に障害がある方々の社会資源が少ない地域で、平成 21 年度から全域で事業を実施することを保健所から情報収集し、精神を主とする当法人がプロポーザルを経て事業を受託。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院や圏域内外市町村との連携も強化。</li> <li>・当法人の広報・啓発</li> <li>・これまで以上の専門職の配置による支援内容の充実。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動経費の一部負担。</li> <li>・地域で生活している精神に障害のある方やその家族の相談が受けられないこと。</li> </ul> <p>(実際には、センターに来所し、相談されていく方もいる。その都度対応している)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に活動することで、精神科病院に長期入院されている方々の実態が明らかになってきた。</li> </ul> <p>圏域内には数多くの方々が入院していることから、この事業を使って退院し、地域で生活できるような支援が必要であると思う。精神保健福祉に関心のある市民でも、長期入院患者の多さを知った時に非常にショックを受けていた。地域で誰もが安心して生活できるまちづくりをしていくうえでも、本事業の必要性を強く感じる。また、精神科病院で働いているスタッフにもいい刺激になるのではないかと思う。</p>
県より依頼があり、理事、当施設長が依頼を受けたため。	各圏域、各病院との連絡が取りやすくなった。	人手不足	市の協議会(市町村で行っている地域移行)と合わせてやるともっと良い結果が出せそうなのは。
県実施のモデル事業として実施(平成 20 年度より)	地域移行支援体制の拡充のためにどのように取り組んでいくか、実施要綱を作り、意識の高揚を図り、それに基づいてケース検討会等が実施できた。	本事業の稼働量が多く、他の相談業務と並行して行えなかったため、業務量が増大した。	病院を始め、本事業の取組みが地域の中で浸透されていない関係機関、特に病院との連携が必須であることを痛感している。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>①新人職員の「なぜあの患者はずっと入院しているのだろう」という言葉をきっかけに、直接対象者と入院中から関わり、そこから「社会的入院」について考える機会を持ちたいと考えた。</p> <p>②同法人の精神科病院が従来より地域移行に取り組んだ実績があり、理解・協力が可能であった。</p>	<p>①本人の自立を支援する共通目的が得られ協力体制がとりやすかった。 (協力病院はじめ行政や他機関との連携強化につながった)</p> <p>②病棟職員が地域の社会資源に興味を持ち、以前より患者をつなげることが多くなった。</p> <p>③事業所や協力病棟のアピール(宣伝)につながった。</p>	<p>①時間と労力を費やし、業務にしわ寄せがあった。</p> <p>②事業所の負担が大きく目的達成のため職員が無理をしやすい。</p>	<p>事業利用を機会に、期間中5人中3人、その後1人退院につながり、それぞれが地域で暮らしている。退院の可能性がある人の働きかけには効果的な事業であると思われる。事業を通して見えてきた課題を地域で取り組んでいきたい。</p>
<p>地域移行支援特別対策事業のケアマネジメント従事者として、県下の地域生活支援センターに委託されたため。</p>	<p>病院との連携がとりやすくなった。</p>	<p>事業の対象として、適当か疑問を感じるケースがあり、非常に時間をとられることがある。 委託費と実際にかかる時間、費用の面でバランスがとれていないと感じる。</p>	
<p>2002年度より法人独自で取り組んでいた。「市生涯福祉事業計画」では、退院可能な精神障害者数を163と定めており、この事業を実施することで地域の機関と連携を図りながら進めることが可能と考えた</p>	<p>個別支援を通してみえてきた地域の課題や街づくりについて、関係機関と議論する機会を持つことができた。</p>	<p>全てのコーディネータが問う事業を含め、3～4事業をせざるを得ず、事業の意義を感じつつ、マンパワーを十分に確保することが難しい。</p>	
<p>旧法の地域生活支援センターが移行したため精神障害者支援を行う上で問題がないと判断されたため</p>	<p>・地域の複数の病院関係・関係機関と連携し問題を共有化できたこと</p> <p>・事例を通してスタッフの力量の向上につながった</p>	<p>限られたスタッフでの地域活動支援センター業務の兼ねあいが難しい</p>	<p>・事業所利用者への支援業務と並行して行うため、事業運営への影響がないとは言えない。支援開始から退院まで一つの事例に費やす時間、経費は予想以上にかかる。仕事量にみあった委託料を望む。</p> <p>・病院関係者だけではなく第三者が介入することによって、問題の共有化と社会の新しい</p>

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			風が入ることで関係職員、対象者の意識の変容がみられた。
入院患者への働きかけだけでなく、地域への働きかけを積極的に行うことで、地域住民の障害への理解を深めることで、障害を持たれた方も安心して生活できる街づくりのきっかけとなれば、と考え、受託を申しこみました。	病院、関係機関との連携がとりやすくなった		単年度の受託なので、継続的な支援が行いにくい。複数年関わることで退院となったケースが多いので、受託期間等見直しが必要かもしれない。 他の地域の取組みなど知る機会があれば良い。
他に障害者相談支援事業所がなかった為	病院と連携をとりやすくなった。精神科病棟への訪問もしやすくなった		
今年度は、一部を事業所に委託しており協力して事業実施している。次年度からは事業所への委託を検討中			
地域の特色として単科精神病院が多く集まっており、事業受託以前より退院支援についてはGH、地域生活支援センター、作業所などで積極的に行ってきた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援の実態を法人全体としてしる事ができた。</li> <li>・病院との連携強化</li> <li>・病院内（医師・看護師）への啓発となっている</li> </ul>	委託料が少ない。 単年度事業のため運営が不安定	事業委託の意義は強く感じているが、事業単独では退院支援は進まない。病院（特に医療スタッフ）の理解と協力、積極的な関わりや地域の受け皿、受入体制の整備が不十分なために、退院支援は進まない。
平成 19 年年度初めに県より委託依頼があり、平成 19 年 10 月より実施	医療機関を含め、地域関係機関とのネットワークの強化につながった	特にありません	要綱に記載されている内容【支援機関等】が都道府県ごとに違うため統一をしてほしい。 また、都道府県ごとに事業が規定されており、県外へ事業の実施ができない。
以前より退院支援プロジェクトを行っていたため県からの依頼により事業受託となっている	県、各保健福祉事務所・市町村等とケース検討会を実施する契機をつくる事ができる。ピアサポーターの活動促進、相談支援事業所等	事務作業量が多くスタッフの負担が大きい。 地域移行推進員がコーディネート、マネジメント、ケースワーク他のプログラムの立案等	都道府県により取組みが異なっている。本県では病院内に地域移行推進員を置く形をとっているため病院内で動いていく事はやり

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
	への謝金を支払う事ができ、病院単独の退院支援では困難なところを強化できた	も行っている。	やすいが、支援の内容は病院内のみでやっている形とさほど変わらない。病院、事業所へ委託という事での取組みのみでなく、行政に積極的な活動、取組みを求めたい。
平成 18 年 6 月、県と当法人が共同で行った調整「条件を整えば退院が可能な精神障害者」の実態調査をきっかけに、長期入院患者の退院を積極的に取組む動機付け、及び気運ができた。このことにより県が当法人に委託した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院だけの取組みでは功を奏すことのできなかった方がこの事業で地域へ戻ることができた事例があったこと。</li> <li>・社会資源など様々な分野の連携や人脈が培われたこと。</li> <li>・何が不足しているのかなどの課題の抽出がしやすくなったこと。</li> </ul>	委託事業は仕事が増えるだけで、経費の応分の配分がなされていない。結局法人には何も残らないので特に経費面ではマイナスと思われる。	障害者が地域で安心して暮らすための周辺整備が同時に進まなければ事業期間だけのものになってしまう。何故長期入院者がおられ、社会資源の何が不足しているかをチェックする、例えば社会資源情報ステーションのようなものが必要と考えます。社会資源を上手に使い切れてないことや制度が眠っていることがないよう願うものです。
県からの委託	平成 17 年度より ACT 事業を行っており、連動しながら成果を出すことにつながった。		もっと予算をつけて拡大して欲しい。半永久的に行って欲しい。
事業が制度としてスタートして、利用を希望する対象者がいたので申請した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①地域事業所・スタッフ・ピアサポーターなどと病院との交流が深まり、互いに役割を理解しあうきっかけとなった。</li> <li>②地域移行、地域生活支援システム構築に向けて、病院、地域が連携していく気運が高まった。</li> <li>③病院・地域の連携が深まり、事業を利用せず退院していく患者さんへの支援もスムーズになりつつある。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・違う立場の事業所、職種が理解し合い、事業を進めていけるようになるのはまだまだ時間がかかる。関係職員に、連携、協働に関する知識、技術が必要と思われるが、きちんと理解しているスタッフは少ない。全スタッフに対して研修が必要（特に医師）。</li> <li>・医師の意識を変えていくには、まだまだ時間がかかるのではないかと感じる。</li> <li>・退院後も医療・福祉で囲い込むことでゴールを考えている人が多いと感じる。地域生活支援を進めていく上で、コミュニティソーシ</li> </ul>



事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			<p>ヤルワーカー事業等、他の事業ともリンクすることも考えなければならない。</p> <p>・高齢者サービスとの連携は必須だが、利用しにくい現状がある。</p>
圏域ごとに実施する事業として、当センターが手を挙げ委託を受けた。	<p>他機関、他事業所との関係がより密になった。</p> <p>新たな機関、事業所との関係作りができた。</p>		
市から地域活動支援センターに対して、相談支援事業とリンクさせて、退院に関するコーディネーターの業務を委託された。	医療機関をはじめとする人とのつながり＝ネットワークが構築されつつあること。	市に委託という形なので仕方がないかもしれないが、もっと事業所や支援員の自由裁量の幅をもたせてくれればと思う。数字や段取り的なものに重きを置きすぎ。	ケースによっては、医療機関のワーカーが地域に出ること、地域の社会資源のことなどをもっと知っていれば、医療機関が中心となって実施できることもかもしれないと思う。
本県の地域生活支援事業における研修事業を3年間行っていたという実績から、市の地域移行支援事業におけるコーディネーターとして当事業所が事業を受託。	市内の精神科の医療機関や各支援センター、行政など今までより密な連携が増えたと思う。	業務量に見合った予算的措置がきちんと確保されないこと。	当市の地域生活支援事業の体制は、当事業所と5つの支援センター（サテライト）で、一つの支援センターという体制になっています。その中で、コーディネーターが当センターに配置され、地域移行推進員が各支援センター（サテライト）に配置される体制になっています。
かねてより精神障害者の長期入院の問題を放置しておくことは人権侵害だとの思いがあったため。	担当をした地域移行推進員の”力”がついた。	委託にあたり、指定相談支援事業所の指定を受け、市町村の相談支援事業を必須要件としていたため、業務の量が膨大に増えた。	
相談支援事業所として、これまでも退院支援を行っていたため、この制度ができたので引続き事業をさせていただいている。	<p>病院とのネットワークがより充実した。</p> <p>新しい資源の必要性を感じ、開拓への意識が向くようになった。自立支援協議会の活性化につながった。</p>	限られた財源の中での人材不足、兼務業務となっている。	<p>社会的入院患者がどの病院にいるのかケースの把握ができない。病院側の送り出すところの事業に対する理解を求めている。</p> <p>退院後、居宅や経済面への支援(例えば市営</p>

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			住宅への入居)などや財政面からのサポートもあれば移行しやすいのではないかと思います。
本県は保健所を地域体制整備コーディネーターとして位置付けている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業を通して関係機関のネットワークが構築された。</li> <li>・事業を通して地域の課題が見えてきた。</li> <li>・関係者が、社会的入院や長期入院について考える機会となった。</li> </ul>	ケア会議・関係者会議・協議会と会議に費やされる時間が多くなり、対象者や地域移行推進員・家族との面会や連絡調整という本来の業務に支障がでた。	当保健所は精神保健福祉法の通報業務も行っており、コーディネーターでありながら会議に参加できないという状況も発生した。社会的入院という問題について広く住民に知らしめる機会となった。
医療法人の運営する事業所であり、地域移行支援特別対策事業委託前より併設病院入院者の退院促進・地域移行への取組実績があったため。	地域移行推進員配置のための人件費が確保できた。 医療機関との関係づくりの中で明確なポジションが確立できた。市町村職員等との現場レベルでの連携が強化できた。	地域移行推進員の負担増。	
本県で平成 19 年度から「社会復帰促進（生活支援）事業」を実施することになり、委託事業者の募集があったので応募し、委託を受けることが決定した。（当事業所としては、この事業をきっかけに精神障害者の地域生活支援をより充実させたいという思いがあった）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院その他の関係機関との連携が進んだ。</li> <li>・入院者の地域移行支援の進め方について、経験の中から、地域で必要な支援について考えることができた。</li> </ul>	一般の相談支援事業と別に協議会開催や報告等があるため多忙であった。	本県では、（当初は期間の限定が無かったが）各地域で2年間ずつ実施することになった。当事業所では初年度からの実施のため、事業としては実質1年半の実施で終了し、今年度は事業を自立支援協議会の中で位置づけるための取組みを行っているところである。対象者によっては支援を継続中で退院に至っていないケースもあり、また、今後の地域移行について関係者が合意を作っていくためにも、期間はもっと必要だったのではないかと思います。
区内には5か所の単科精神病院があり、当事業所を設立時（2004年）より、長期に入院し	各病院によって、この事業の受入状況は異なりますが、地域で生活している当事者の人達	生活支援センターの通常業務として、退促事業が組み込まれていないので、事業所として	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での受入体制を作る地域体制コーディネーターをきちんと位置づけて欲</li> </ul>

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>ている患者さん達への支援が課題となっていました。この事業の打診があった時、病院と地域との交流がなされること、ピアの人たちとの交流によって、地域での生活に関心が持たれ、地域での自分らしい生活への一歩となる支援ができればと願って受託しました。</p>	<p>が長期に入院している仲間に関心を持ち、各病院へ出かけ交流を持つことができています。また、閉鎖的な病院が少しずつ地域を受け入れ始めています。</p>	<p>は、地域のネットワークづくりや継続したきめの細かい生活支援のあり方の検討など、全体として取組むには負担が多い面がある。</p>	<p>しい。 ・ピアの人達を自立支援員として位置づけ、身分保障をして欲しい。</p>
<p>平成 16 年 8 月に精神障害者地域生活支援センターとして開所したところ、県担当者より事業についての依頼があった。開所したばかりの事業所であったが、同法人内にある生活訓練施設の入退所手続きを長が行ってきた中での経験を生かせると考え、県担当者の方の勧めもあり、受託した。</p>	<p>事業を通じて、地域移行支援の必要性や長期入院患者さんの実態を知ることができた。また、関係機関とのつながりもこれまで以上にできた。</p>	<p>強いて言えば、兼務スタッフの仕事量の増加が挙げられる。</p>	
<p>県の事業にて、県の出先機関が協力するのは当然。</p>	<p>長期入院者を退院させて、精神障害者の社会復帰に貢献できたこと。 また、県内の医療費の削減に協力できたこと。</p>	<p>人的稼働力の減少。</p>	<p>今後も管内の関係機関と連携を深めて、この事業を進めていきたい。</p>
<p>今まで地域の精神科病院と退院に向けての取組みを連携して行ってきており、受入れもスムーズであった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院精神保健福祉士から院内の退院に向けての意識が進んだ。</li> <li>・制度の裏付から各機関の協力が得易くなった。</li> </ul>	<p>予算が少なく、実施期間も突然終了し、協議会に参加してもらった機関から今後の期待が高まっていたため苦しくなった。</p>	<p>ピアサポートの活用が望まれる。そのための予算化をして欲しい。</p>
<p>県からの依頼</p>	<p>より、病院関係者や地域の福祉関係者と連携を持つことができた。</p>	<p>職員数に対する仕事量が増えた。</p>	<p>病院から退院したい方の人数が少ない。また多くても地域でそれだけの人を受け入れる準備ができていない現状がある。具体的にグループホームが地域に少ない。また障害者を</p>

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
			受け入れるアパートも少ない。
市より委託され、生活支援センターとして、精神保健福祉の分野において非常に意義のある事業であると考え、受託する。	生活支援センターと病院との関係性が、地域移行支援特別対策事業を通し、できつつある。	生活支援センターの業務負担が増えた。	
県の保健所が本業を担当する。当事務所は平成 20 年度より実施。	保健所管内の保健・福祉・医療の関係職員との連携強化につながっている。	特にありません。	精神障害者に対する充実した支援体制を構築することを目的に自立支援機関会議を設置し、協議を行っている。今回地域における精神障害者の地域生活に必要な社会資源の整備を実施。相談者に統一した情報提供ができることで関係機関のスタッフより役に立っているとの成果がある。
県の精神担当者と協議して取り組んだ	圏域内の精神科病院との連携が強化され、本事業のケース以外においても、きめ細やかな相談・支援体制ができつつある。	当市は医療機関数が多く、専任スタッフを配置して実施した結果、経費負担が増え、他事業費から補填している。	退院を困難にしている要因が複雑にからみ、一つのケースに長期間を要している。病院自体が支援に行き詰っていたり、単独のかかわりではうまく進まないケースが、本事業の対象として挙がっており、支援自体はもちろん、退院への目途が立ちにくく、困難なものがほとんどである。
圏域内に、本来事業を受託すべき相談支援事業所が未設置のため、県事業であることから、暫定的に保健所相談員がコーディネーターの役割を担っている。	本事業における実務担当の動きがよくわかる。	兼務のため、業務量が多く負担感が大きい。複数のケースに対応できない。	
県が各圏域 1 事業所ずつ委託先を決定。	精神科病院等関係機関との連携がさらに取りやすくなった。	事業量が多く、十分な対応ができない面もある。	人的不足（県圏域 1 人体制でコーディネーターと推進員の役割を担っている状態。）
本県モデル事業として平成 17～19 年度より	圏域の精神障害者関係機関のネットワーク		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
各障害保健福祉圏域で1事業所ずつの公募により受託。	医療機関、医師との連携が日常相談業務での連携をスムーズにしている。		
県精神科病院協会理事である当事業所の管理者が、理事会にて受託決定したとのことから。	以前は一医療法人内の事業所であることから、他院との関係を築きにくかったが、事業を通じて、他院へ入り易くなったように思う。またスタッフの意識改革につながる点もある。	事務作業が大変。	
地域に長期入院者を抱える病院が多くある一方で、地域と病院の連携が取れておらず、調整のニーズがあったため。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の病院の意識の変化</li> <li>・病院・行政・地域の間でネットワークができてきた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員を多く雇用できるだけの事業費ではないので、負担が大きい</li> <li>・仕事量の増加</li> </ul>	入院・治療の必要性はなくなったが、退院を家族や地域住民が反対したり、施設でも受け入れたがらない患者が多く、調整や受入体制の整備に多くの時間と労力をかける必要がある。その過程で、ネットワークというソフト面での社会資源が生まれているので、費用対効果だけで図れる事業ではないと考えている。少々の支援で退院できてしまう人よりも、時間はかかるが関わるべき人に支援が届くことが大事ではないか。
県からの要請にて受託。	対象者への個別的、積極的な関わりが持てるため、長期入院者の地域移行につながった。	手続き書類等が煩雑であるため、書類整備に時間をとられてしまう。	手続き書類等を簡素化して頂きたい。
精神科病院協会の推薦により受託。圏域5HPが協力HPとなり実施。	保健所の協力により、各病院、精神保健福祉士等の連携がとれ、相談支援事業所としても、今事業にとどまらない、広域的な活動が容易となった。	地域活動支援センターも実施しているが、人的に不足し、活動支援センターの活動がうまくできないことがあった。	広域(圏域)で実施することにより、各地域、それぞれの特長を知ることができた。各市にある自立支援協議会(検討中も含め)へ退院を阻害する要因を伝え、家族と本人と病院だけの問題としてはいけないことを強く感じた。

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
精神科病院への事業の説明と対象者の選出依頼を行い、精神科病院から対象者の選出、事業の申込がなされた。	地域支援を行う際の病院関係者（医師、看護師、精神保健福祉士）、市の職員、福祉事務所、地域移行推進員尾連携が図れ、それぞれが担う役割について明確になり、互いに理解しながら同じ目的に向かって支援できた。		病院における「地域移行支援」を必要とする事例の申し込みが少ない状況である。病院関係者への事業への理解と適応事例の提出をしていただける方策を検討中であり、良策があればご指導願いたい。
従来より、精神障害者地域生活支援センターを市から委託を受け、運営してきた経緯から。	医療機関との連携が従来より強まった点が大きい。	マイナス面というわけではないが、本格的に取り組もうとするとかなりの業務量になる。人員的に厳しい。	せめて常勤のコーディネーターを1人配置できるだけの予算がつけばと思っています。
実施主体が県であり、圏域を各保健所ごとでもつことになった。	地域の精神保健福祉に関する連携がとりやすくなった。 社会資源の開拓に少しずつ役立っている。	特にありません。	
	精神科病院との関わりが増加。	この事業自体かなりの労力を要するもののため、予算的なものが足りない部分もある。	
県がする地域移行支援特別対策事業とし委託を受け、毎年県との契約で実施。			本来は、病院側の方が積極的に活動していくのではないのでしょうか。
県からの委託。	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関との連携の強化。</li> <li>広域で様々な社会資源の利用を視野に入れた退院の支援が可能になった。</li> <li>費用面での助成。</li> </ul>	特に無し。	
H19年度から県内にて実施されるにあたり、当施設にて事業受託をし活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者自立支援法移行後、事業運営費減少傾向の中、新たな事業費の確保となった。</li> <li>病院や地域関係者に退院や長期入院患者へのアプローチに関して少しずつではあるが理解をもってもらえるようになってきた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>業務多忙となり、相談支援業務等との兼ね合いが難しくなった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在は事業費がある事業であるが、今後も継続して事業費の確保ができるのか不透明。</li> <li>予想以上に困難なケースや連絡調整に時間を要することが多く、事業所にて抱えこんでしまう可能性が大きいと感じている。</li> </ul>
病院の老朽化に伴い、病院を建替えること	予算の面で専属の地域移行推進員を配置で	単年度で終わりであるため、事業の予算に頼	都道府県によって事業への取り組み方や予算

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>となった。その際に精神科病床数を 100 床削減することとし、100 人の地域移行を目標に取り組み始めたため、事業の力を借りて行うこととした。</p>	<p>きたり、体験宿泊や試験通所など地域事業所の協力を得ることができた。</p>	<p>っていた部分や地域移行推進員の役割を来年度以降、病院独自でどのように行っていくか、事業に頼り切っていた分、職員の成長が滞ってしまったように思われる。</p>	<p>に差があるように思われる。また、前回の退院促進支援事業の反省が今回の特別対策事業に活かされていない。</p> <p>事業も大事であるが、国は精神病院のあり方にテコ入れをして、病院の考え方を変えさせるようなことをしなければ、患者を出したがない病院がまだまだたくさんあるように思う。</p>
<p>県立病院が平成 24 年に移転開院するのにもない、医療観察病棟もあって地域の受け皿づくりが必要となった。H18 年頃より、当所に打診があったが、精神保健福祉士等のマンパワーがなく断っていたが、H19 年に 1 人増としたことをきっかけに受託することとした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県に対し、直接意見・情報交換できることで、地域の課題や考え方を施策に反映しやすくなった。(課題をクリアしていく中で、信頼関係が強くなった)</li> <li>・先駆的な実践を求められるため、普段やらないような事を率先して行い、当所が福祉実験の場となり知識、人脈が集積した。</li> </ul>	<p>マンパワーがとられ、他の本来業務に支障が出た。</p>	
<p>平成 18 年度 (平成 18. 10. 1～平成 19. 3. 31) 平成 19 年度 (平成 19. 4. 1～平成 20. 3. 31) は、県の依頼で 3 圏域の事業を受託。平成 20 年度及び平成 21 年度は、指名型プロポーザル方式の事業者選定に企画書及び見積書を提出し、2 圏域で選定され受託。</p>	<p>① 2 市 3 町の「障害者地域活動支援センター事業」または「精神障害者地域生活相談支援事業」を受託していることから、利用者の入退院をはじめ、地域生活全般に関わる情報共有が密接に図ることが可能となり、相談支援が連携して行うことができる。</p> <p>② 病院関係者をはじめ各種時業務等、社会資源の発掘及び連携が容易となった。</p> <p>③ 各種研修の機会が多く、職員のスキルアップにつながった。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. プロポーザル方式による事業者選定のため、県のサジ加減一つでせっかく確保した職員の処遇に右往左往しなければならない事態が起こる。</li> <li>2. 他の事業職員と勤務体制が異なる場合 (平日のみ出勤と土・日出勤等) があり、職員の満足度の低下につながる恐れがある。</li> </ol>	

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>市内 2 つ目の支援センターとして事業委託までに 7 年の実績があったこと、平成 17 年の試行事業の委託を受ける前年より、市の検討会議に委員として加わっていること、公設民営であるが、市の精神保健福祉センターに併設されており、精神保健福祉センタースタッフの協力が得られやすい等が受託に至った理由として考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまで、日常的には関わりがあまりなかった協力病院とのつながり、連携を事業、自立支援員の関わりを通して図ることができた。</li> <li>・事業を通じて、医療機関のみならず、地域生活を支える関係機関とのつながりを作り出すことができた。</li> <li>・長期入院の問題も含めて精神障害者の地域生活支援について、地域全体の課題として捉えていく視点の拡がりにつながった。</li> </ul>	<p>マイナス面ということではないが、負担増となっている面について。事業の中で自立支援員が対象者への支援を担い、また、病院等とのコーディネートを図っていくことの他に、支援センタースタッフが関係機関とのコーディネート、事業全体の円滑な運営を担っていくことが求められ、その点では相談支援と地域活動支援センター等の本体事業に加えて、負担増となり、その中で並行して地域体制整備コーディネーターとしての役割を果たすことは困難な面が感じられる。</p>	<p>事業の見通しがなかなか立ちにくい中で、特に単年度ごとの事業契約である為、自立支援員等人的な体制として不安定さをあわせもちながらの事業運営とならざるをえない困難さがある。</p>
<p>県内の地域活動支援センター I 型に委託。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院との連携がとりやすくなった。</li> <li>・地域の人たちとの協力を得やすくなった。</li> <li>・地域移行支援協議会が立ち上がり、行政の方々と共に精神分野の課題について取り組める(理解していただける)場が構築できた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務量が増えた。というより個別支援(対象者への)に時間と労力をかけてしまうことで、本来の業務である(相談支援事業、地活 I 型)が手薄になってしまう。専任でやれるスタッフはいないので全て兼務。</li> </ul>	<p>本県の場合はまだ、地域移行推進員を地活のスタッフのみがしているの、今後、地域のボランティアの方やピアサポーターが活動できるような仕組みを作っていきたいと思います。</p>
<p>本県では H19、20 年度と事業が実施されたが、その実施内容については受託した法人に一任されている状態であった。事業には行政が責任を持って関わり効率的、体系的な運用をとおして県内の医療・福祉が推進されるべきだと痛感し、提言すべく 20 年度より受託した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①家族、本人の孤立感が軽減し、安心して地域移行に踏み切れた。</li> <li>②医療機関からもコーディネーターとしての P S W の派遣、協力があり、医療機関との連携強化が図られた。</li> <li>③当事業所は通過点。地域に出て暮らすことを意識した支援であることを再認識した。</li> <li>④施設としての役割が地域や家族に理解され支援の幅をさらに広げていくことができ</li> </ul>	<p>業務が増えること以外、特にマイナス面はない。</p>	<p>退院促進及び地域移行推進は、本来病院や事業所がその運営理念のもとに当然取り組むべき事業であると考え。しかし、取組みには経済原則に縛られ、相当の温度差が出ている現実がある。</p> <p>国の事業として予算化され、地方に事業としておりてきたことで、広範囲に事業の周知が図られ、関係者間では意識改革が少しずつ進んでいると実感できる。</p>



事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
	た。 ⑤訪問型自立訓練のサービス提供へと事業が拡大した。		精神障害者の地域での生活の安定と継続の 為にも、この事業に重要な役割を果たす相談 支援事業所の支援スキルの向上と経済的基 盤安定の措置が講じられることを望みます。
当時の担当がいらないため不明ですが、法人の 意向と合致したためと思われます。	・法人にとっては長期入院者を地域移行する きっかけになった。 ・長期入院者を社会的な問題と捉えるようにな った	業務の負担増加	同法人内で地域移行の支援を行っているが、 最終的に退院日、退院先を決定するのは病院 側の意向が強い。同法人のグループホーム等 へ退院、日中はDCや訪看の利用と地域移行 とは言いがたいケースもある。長期入院者が 退院することへの不安は本人も病院も強く 体験的に外泊できる施設が多くあると良い。
	① 病院の内部に奥深く足を踏み入れる中 で ・入院患者の実態の把握ができた ・精神保健福祉士との関係性の強化と共に看 護師との関わりが生まれ、より病院とのつな がり深まって来ている。共同・連携の機会 が飛躍的に増加した。 ②ピアサポーターの活動の活性化が図られ ている。	活動を推進する拠点事業所として地活セン ターの当該事業への力の注ぎ具合が難しい。 事業配分（エネルギーの注ぎ方）が難しい	事業委託費の増加による支援力の増強が必 要。支援活動の周知を広げるためのプロバガ ンダの必要性
平成 15 年度のモデル事業より県から委託を 受けている。当圏域における唯一の精神障害 関係の相談事業所であり、また、精神科病院 を有している地域で医療精神保健とも連携 しながら支援活動を実施してきている	病院や県、市町村、福祉サービス事業所等の 各関係機関と連携を図り、地域移行を進める 中で、社会福祉法人としての目的を遂行し、 各機関ともお互いに連携を図りやすくなっ た。		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>入退院支援は相談支援事業として当然実施するものと考えてはいるが、現状の相談支援事業の委託費ではマンパワー不足で動きがとれない。よって、安定した事業費が必要だった。(単価制ではなく年間通した安定した事業費)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院ごとの考え方、ルール等がわかってきた。</li> <li>・病院職員との「顔が見える」関係を築けてきている。</li> <li>・自立支援協議会への反映。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業費がもつとないと常勤複数体制で業務できない。メインのコーディネーターが急に倒れたら破綻する可能性は否めない。結果事業によってできてきたネットワーク、関係性(病院・不動産・行政等)を後の世代にどのように引き継いでいくかが大きな課題。このままだと個人所有のネットワークになりかねない。</li> <li>・病院の急性期化に伴い、転院者が多く出ている現状。後方転送された人を年間何百万の支援で数人退院していても間に合わない。病院の経営安定化のためにやっている事業ではないので「後方転送させない」という考え方が、病院・事業者共にないと危険。</li> <li>・「人を処遇できる」と勘違いしている行政職員への教育・圧力をもっとしっかりしないと効率は下がる一方。</li> </ul>
<p>県庁からの事業へ協力依頼があり、社会的入院の退院支援は国民の課題という認識から事業を受託した</p>	<p>事業所として何が大切かという原点に帰ることができた。精神障害者の社会的復権に力を注ぐこと、個別の計画をたてて地域に移行することに力を注ぐことで、他の事業にも「その人の望む支援をする」という大切なことが普及した</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床を削減すること</li> <li>・医療機関が退院後の生活支援をしないこと、このことが伴わないと新たな社会的入院が生れる。</li> </ul>
<p>必要だと思えたから</p>	<p>国が声だけ上げていることが分った。都道府県の姿勢にバラつきがある、というこ</p>	<p>地活事業との支援量、支援体制にバラツキが出て、整合性を持たせられなくなった。</p>	<p>これは、精神科入院患者のための事業なのか、少なくとも知的施設に対し、このような</p>

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
	とが分った		取組みを目標値含め進めている感は本県の場合ない。行政施策として、何をもって「地域生活移行」といっているのか、改めての検証が必要。
地域基盤整備のツールになる(事業者同士・病院との関係・ピアサポーター) 地生支センターの本来の事業である。受託してよかった	病院の中に入れて、文化がわかった。看護師・作業療法とか医師とのつながりができた。地域事業者とのつながり、連携の強化(受入先) 当事者の活躍の場	忙しい→どんどん増えてきた。しかし、要領はよくなった。連携をとるのに日程調整が難しい。他区の方への支援が問題になる(他の事業所なのに一と言われる)	<行政>区わけなどに関係なくやらせてほしい。保健と福祉の連携をスムーズにやってほしい。グループホームとヘルパーなど。それぞれ役割意識が強すぎる。主役は当事者。その間をつなぐ事業になりうる。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「長期在院への支援」がもともとの法人理念にあったため。</li> <li>・センター事業(相談支援事業)の支援の中で、退院した方々が病院からセンターを紹介されても定着する率が低かった。そのため入院中からの関係作りのため、退院支援のプログラムを独自に行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院との関係が濃密となり、支援がしやすくなる。(退促以外においても)</li> <li>・他のセンターとのやりとりも多いため、連携がしやすい(退促以外においても)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市から委託を受けている相談支援事業と都から委託を受けていく退促のコーディネート事業とがほとんど絡むことなく動いていること。</li> </ul>	
障害者自立支援法の成立によって、精神障害者地域生活支援センターの事業が廃止されたために、平成18年10月より受託した。	医療機関との連携がスムーズに行われた。	市からの相談業務を受託しているため、地域定着支援に重点があり、地域移行は医療機関からの依頼に頼っている。	障害者自立支援法の相談事業と一緒に事業を受託しているので、地域での支援がスムーズに行うことができる。長期入院をなくし、少しでも病状が良い時は地域での生活を支援して行いたい。その為には病状悪化時の適切な支援体制が必要。
事業を通して地域移行の支援技術や地域連携の方策を習得することを目指した。	市、保健福祉事務所、管内医療機関、管内障害者相談支援センター、福祉サービス事業所等の連携が深まった。		

事業受託経緯	プラス面	マイナス面	意見
<p>県障害者福祉課からの要請</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中から対象者と契約的に関わりを始め、関係作りができることで、地域生活を支援する上でのサービス調整が行いやすい。</li> <li>・地域生活の支援をする上で、多数の関係機関のサービス利用をする場合に、サービス調整をする上で中心となるものが明確になり、関わる関係機関に周知、共有ができやすい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業は期限もあり終了となるが、それ以降もフォロー、モニタリングの必要なケースが多い。</li> <li>・病状や生活が不安定なケースが多くなれば対応ができない。</li> </ul> <p>結局はそういったケースのみに時間をとられ、また時間外対応をせざるをえなくなるということが恒常的になり、それで成り立つことが当たり前となっていく。</p>	<p>結局は地域での受け皿の量、質を確保することが重要であり、システムの問題である。これらのことをこの事業だけで考えるのは無理がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住施設を持っていることもあり、退院支援をすでに行っていたため。</li> <li>・医療との連携をさらに深めていける可能性が（期待が）あった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関（特に主治医）との連携が図れるようになった。</li> <li>・法人を利用している当事者への可能性の発掘（ピアサポーターとしての）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人（単独）で行動するため、法人内の職員へ情報伝達が十分にできていない。</li> <li>・組織内での退院支援事業の認識不足</li> </ul>	

## 資料 2-5 質問紙調査結果 記述式回答 (利用者別 地域生活継続のために必要な支援)

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
若年障害者の集まりがあると仲間作りができて良い
自分の体調に対する理解が充分でなく、治療中断になる可能性が非常に高い。不調になっていることに気づかず、突発的な行動や閉じこもりがちになる可能性あり。精神科訪問看護による服薬管理状況や体調の変化など確認が必要と思われる。身寄りが遠縁の親戚しかおらず、関わりが少ないので、一人暮らしにはマネジメントが欠かせない。
1人で行動することが多く、滅多に他者と話さない為、何を考えているのかわかりづらい。但し、尋ねや問い掛けには反応し、意思表示をする。身の回りのことも自立しており、家事支援はほとんど必要ないと思われる。 兄が家族支援の中心、いろいろ相談にのってくれる反面、病状不安定時の行動が許せなく、高圧的な態度で関係がこじれることも。一人暮らしにマネジメントの受入れを快くしてくれる可能性は低く、精神科訪問看護で精神保健福祉士による生活の見守りが必要と思われた。
長期入院により、就労や対人交流という社会的な関わりがかなり乏しい人で統合失調症により、陰性症状が顕著で、デイケア利用しても、ほとんど何もしない。一人暮らしのイメージはあるが、具体的にどのように自分が準備していくかは思いつかない様子。その為、一人暮らしには、かなりの支援(サービス)が必要と思われ、マネジメントが欠かせない。
現在、本人宅の近くにある日中活動の場所は、就労継続支援 B 型 1 か所のみとなっている。本人がこの先事業所を変更したり、就労したりした後も、ゆるやかに柔軟につながり続けることのできる場(地域活動支援センター等)が本人が無理なく通える場所に必要と思われる。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 犯罪行為に対する、行政・司法・警察などとの連携</li> <li>・ 自らの生きづらさ等について、仲間とともに取り組むためのプログラム(SST、当事者研究など)</li> <li>・ 発達障害に関する支援スキル</li> </ul>
<p>(I) 日中外出して楽しめるような場所、楽しめること</p> <p>本人は日中活動を希望しませんが、日々退屈さを感じています。これはデイケア、デイサービスを利用していても感じているものです。単なる福祉や介護のサービス利用だけでなく、本人が楽しいと思うことをやったり楽しめる場所に行ったりする機会が増えると良いのではないかと感じており模索しているところです。</p> <p>(II) 話し相手、相談相手、人と周囲の支援者との関係づくり</p> <p>本人は話好きな性格ですが、相手の好き嫌いがはっきりしています。そのため相談できる人とできない人がいます。しかし、相談できる人は近くにいなかったり、電話を所持していないため、困ったときにすぐに相談できません。そのことが大きなストレスとなっています。本人との相性もありますが、この人になら話したい、話しても良いかなと本人が思えるような人が必要なのではないかと感じています。</p>
<p>地域で生活＝施設かグループホーム、ケアホームのサポートが必須。また、地域に移行しなければならないが、家族の了解を得られないので進められない現状は不当であり、本人の人権侵害でもある。入院による医療は終了したら通院に移行して当然である。この概念を家族教育すべき(強行に)</p> <p>兄弟などに代替りしようとこの役割は何らかの形で担わなければならない</p>
この地域には男性用のグループホームが一つもありません。この方は個人の共同住居に住んでいます。もっと環境の整った住居があればと思います。
他市の管轄地に有るグループホームに入居されたので、その後のことは詳しくはわからない
いつでも相談できる環境があれば、特に問題はないように思う。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
現在ある社会資源を組み合わせれば問題がないと考えられる
かなり離れた地域(生まれ育った地域)に戻ったケース。人格変化が進んでしまっていたため、希望していた単身生活からグループホームの生活へと移らざるを得なくなりました。自立支援員訪問時には「死にたい」「やるべきことは全部やった」「病院に戻りたい」等の悲観的な言葉が聞かれた。
長期入院により社会生活能力、自己管理能力が不足している点があり、社会生活能力向上のためには、情報提供、自己管理能力向上には家族以外の人間との関係作りが、ご本人には有効だと考える。具体的には、セミナーやイベント等の情報提供を行い、無理のない程度に参加を促し、参加して頂く。その中で遠ざかっていた社会との繋がりを引き寄せ、他者との交流から、現在の自己を見つめ直すきっかけ作りを支援していく。この点が、ご本人の地域生活継続のための支援の最初の一步であり、根幹に位置するものだと思う。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科デイケア等の活動場所の提供</li> <li>・就労継続支援等の生きがい作りの場の提供</li> <li>・病状安定のため訪問看護、ヘルパーの導入</li> <li>・家族との関係調整</li> </ul>
退院して2年が経過したが、再入院もなく病院デイケアの利用や通院は自主的に行われている。 今後も家族の支援や病院・地活センターなどの見守りがあれば地域生活可能なケースと思われる
退院後、社会適応訓練を利用しながら保健所のサポートを受け週5日程度就労している。 人との関わりをあまり持たないが、過去に通院中断あり、医療スタッフや職場等の見守りがあればよい
施設入所しながら、遠方に住む兄の協力で外泊もできており家族の支援協力が入院中に比べ良好である。 施設に入所しているうちからグループホームやケアホームの体験利用などを通して、もう一段階上の自立した生活を目指して訓練をすすめることも必要かと思うが、同時に本人のやる気もうまく引き出せればよいと思う。
自宅が、かかりつけ病院の隣の圏域にあり通所している地活センターへも交通費がかさむため、通院やセンター通所にかかる交通費の助成制度 etc があればよい。 高齢になってくれば、駅まで歩くのも遠いので、移動支援も必要になってくるのか？
単身生活を希望していたが、生活の訓練をするために、隣の圏域の救護施設へ入所となったケースである。退所後は、地元の圏域へ戻りたいと希望しているが、家族もなく住む家がないので、居住サポート事業の充実を望む
アパートでの単身生活を希望していた。なかなかアパートが見つからず苦慮していたが、理解のある大家に会い、無事契約となった。現在も見守りをしていただいている。福祉サービスの利用に関しては拒絶感はほとんどないので、利用可能なサービスについてはどんどん紹介したい。ただし、兄弟からの経済的詐取が危惧されるので、今後も見守りは継続して必要と思われる
地元でのアパート単身生活を希望していたが、生活能力 etc 考慮し生活の訓練をするため隣の圏域の救護施設へ入所となったケースである。 生まれ育った地元へ帰ることを目標としているが、施設退所時点で単身生活が難しい場合にグループホームやケアホームなど、住まいの場の確保が急がれる
退院後より就労・通院も自主的に行われているが、地元への退院ではないため、土地勘を身につけるため主に外出支援を行っているところである。息子との関係が思わしくなく、本人の年金を息子があてにして使う傾向があり、本人の生活を守るためには権利擁護や成年後見制度の利用が望ましいと思われるが、本人に利用の意志なし、今後も見守りが必要と考える。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
生活していくためにはお金は絶対に必要です。この方の自立した経済基盤を作るための支援はしていかななくてはなりません。今は親からの援助がありますが、今後、援助がなくなったらどうするか生保などの制度があるという情報を伝えたり事前に相談に行くなどして本人にも意識をしてもらう必要があると思います。あと服薬管理も基本的にはできていますが怠れないように見守りが大事です。
仲間同士で語りあえるサロンのような場が必要。近所に就労の場所がほしい。何かあった時に相談にのってくれ、すぐ訪問してくださる相談支援事業所が必要
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活訓練施設を出て、地域でアパート生活ができるような支援が必要。2年間の生活訓練の評価により独居可能かどうかの判断、次の住居等を検討すること。</li> <li>・家族の協力、支援を得るよう、説明、説得を行うこと。</li> <li>・地域移行支援事業では終了したケースなのでだれが上記のことを中心にすすめていくか？これからが本当の地域移行支援だとも思われる</li> </ul>
60才なので何とか養護老人ホームに入所できたが、介護保険は非該当なので、デイサービス(介護保険)の利用はできない。また、老人ホームなのでデイや通院通所の精神の医療福祉が得られない状況。養護老人ホーム入所で精神科のサービスが受けられるような整備が必要ではないかと考える。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在服薬の管理のために週一回保健所保健師・役場保健師・訪問看護師で訪問し、精神科デイケアに週4～5回通い、生活のリズムができてきている。引続き服薬管理を行っていくことで本人なりの生活が送れると思う。服薬管理の担い手の課題として、訪問看護を増やすことやデイケアでの管理を今後は勤めていきたいと考えている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・この地域生活移行者は本人の預貯金を取崩し生活しているため生活保護申請を勧めるも、一度申請しすぐに取り消しをする。経済状況切迫しているため再三生活保護申請を勧めている。</li> <li>・また、井戸水が使えず業者へ修理依頼するも、本人がトラブルを起こし修理できないのでそのための支援。</li> <li>・精神科医療については、病院受診し定期通院は必要なしとの診断だが、身体的な面も心配なので往診必要と考える。</li> </ul>
家族がしつこく支援をしているのでやさしい声かけができないため、本人も家族の気を引くために色々嫌がることをしてしまう。家族が本人を受け入れるようになるための支援を行う。
最終的には自宅へ戻るよう支援をする。家族にわがままを言ってよくケンカになるので家族の話を聞けるゆとりが持てるようになるように支援を行う。
この人の場合、家族の継続的支援が大切と考えています。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢によるADLの低下から引きこもりがちな対象者に対し、積極的な訪問型の支援体制を整える必要がある。また孤立した生活にならないよう、他者との接点を得られる機会があると良いと思われる。</li> <li>・この方は持ち家だったので単身生活への練習がスムーズに行えたが、自宅がない方が単身生活を体験できる場(退院準備要アパートなど)があると良い。</li> </ul>
病気や服薬への理解を深める機会を得る。
居住地特例の適用を受け、現在の住所地(居住地)の自治体の単独事業の福祉サービスの利用に制限がある。
本人の意欲が高く、必要以上の支援はいらないが、加齢とともに居宅等の支援が必要となるだろう。現在、活動支援センターⅢ型、Ⅰ型を併用して生活を維持している。
母子2人暮らしで、高齢な母と2人暮らしの為、居宅支援はかかせない。しかし、多数の支援はストレスを高じさせてしまう為、工夫が必要と考える。
日中活動の場を多様化し、充実させることが必要。
糖尿病があるので、食事管理が重要です。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
地域生活移行者が新たなことに取り組む時、見守りと適切な支援を行える同性の支援者。継続して複数体制で関わるとよい。
生活能力は高い方なので、単身での生活に問題はないが、友達作りが苦手なので、地域の施設などに通い、信頼関係が築けている支援者や同じ悩みを話せる仲間が増えれば地域生活は安定すると思われる
自分の思っている事と、周りの支援者に上手く伝えたり、説明する事が困難な方なので、自宅にひきこもらず定期的に通所できる場とコミュニケーションのとれる支援者の継続的な見守り支援。この事業を利用し、退院され院内茶和会などに出席され、退院できた喜びと少しの言葉と笑顔と涙で表現されていたのを見て今後も自分の体験を Hp スタッフ、いまだ入院されている方々に語れる場などが増えれば、ご本人の自信にもつながるのではないかと感じた。
介護保険を利用しながら、地域のインフォーマルな支援も受けて生活している。通院先に近い場所に居宅を構え、デイケア・ナイトケア・訪問看護を利用。今後、ご本人の ADL に応じて高齢者サービスへの移行は必要と考えている。
精神症状が比較的重い方であるため、生活に密着した濃厚な支援が必要である。同一法人のケアホーム、生活介護、相談支援を利用して、日々支援を受けることで生活が支えられている。
精神的な不調を訴えることがあり、地域生活を継続していくために医療は欠かせない。服薬や医療上のアドバイス、生活上の問題については、訪問看護や相談支援事業所が相談にのっている。地域での生活が安定してくるにつれ、訪問看護や相談支援事業所のかかわる頻度は減少してくると思われる。頻度は減っても安心して相談できる場所としての役割は大きいだろう。日中の活動場所としてデイケア、通所施設を利用している。就労の希望があるので、働く場所を探すことも地域生活を継続させる上で重要である。
身体機能の低下の防止
服薬を継続させる事。 病状が悪化した時に周囲が気づいて医療へ早めにつながること
家族が本人にとって最も安心できる存在となっているので、家族が相談したい時にサポートできることが必要。地域における仲間がいないので、仲間を作っていける機会をゆくゆくは作って行けるとよい。【家族以外の人とのつながりがない】
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事のコントロールの面や、情報保障に関する支援が必要。</li> <li>・一つひとつの物事に一生懸命に取りくむあまり焦ってしまいがち。制止するのではなく優勢順位をつけて整理すること、見直しをつけることが必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・手続などが増えると混乱イライラすることが増える。その都度早めに相談、確認できる環境が必要。</li> <li>・基本は単身生活で問題なく通院、生活も行っているが、上記の場合が、家族との調整が必要な場合がある。</li> <li>・相談先と日中活動の場が安定していれば、地域生活を継続していけると考える。</li> </ul>
障害の有無にかかわらず本人の理解
継続的な訪問による、見守りがあれば本人の変化を察知することができると思います。
40 年近くの入院生活後の援護寮退院の方で現在も援護寮で自分なりに地域の中に溶け込んでおられます。援護寮で周囲には先輩の方々を見本にして自分のペースで自分の状況を受けとめながら、一人暮らしを目指しています。援護寮の自立プログラムで料理・買物を具体的に練習しながら自立、アパート暮らしの体験から両親とは断絶の中、地域の支援センターと繋がる中でのアパート一人暮らしを目標に見守っていく。
ケアホームがあれば、将来介護支援が必要になっても障害者の施設で地域生活を送ることができる。
ドロップイン型の地域活動支援センター I 型があれば日中活動の場として活用できる。
保健センターの相談は実施されているが、ニーズに対応できる人員の増加等の処置が必要 (某市の相談体制の充実)
将来的にもヘルパー援助が必要となるためケアホームがあれば将来も障害者の施設で生活ができる。



利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
ケアホームがあれば、一般の高齢者下宿に入ることなく障害者の施設で地域生活ができたと思われる。 ケアホームの整備が必要。
この地域生活移行者が住んでいる町は高齢化率 35%を超えた高齢社会を象徴とする町の一つであり、全体的にマンパワーや施設等の不足があり、地域で支えていくことに限界があります。必要な支援として「訪問看護」「デイケア」「相談援助」「交通機関」「ホームヘルプサービス」等が挙げられます。また、閉鎖的な地域であることから周辺住民の理解が得られず、集会や勉強会等を重ねながら地域の人々の心を溶かしていく必要があります。大きな都市では講演会や様々な人からの情報交換がありますが、地方ではそのような機会が乏しく、また、人付き合いが深い分だけ病気を理解してもらい、その人を受け入れてもらう為に大きなエネルギーを要します。
困っていることをなかなか言い出せずに我慢してしまい、結果として病状悪化につながってしまっていたため、保護的な環境のもと信頼できるスタッフにいつでも相談でき、また、スタッフも本人の変化をすぐに察知できるような関係づくりができれば地域での生活を長く続けていけるのではないかと思います。
あまり病識なく、怠薬による病状悪化で入院を繰り返しています。また、他者をあまり受け入れようとしないうえ、限定的な人間関係の中で、服薬の確認など、病状を悪化させないための訪問支援や、家族・医療スタッフとの橋渡しとなるような支援が継続的に必要だと思います。
生活の中での楽しみをご本人と一緒に探す、体験する支援。
継続的にかかわれる支援者。
ご本人の不安をタイムリーに受け止め、介入できる支援体制。
病状悪化時、施設職員の不安な点における精神科病院との必要時の連携。
・支援者側の役割分担と支援の枠組みの設定…ご本人の依存傾向を増やさないよう支援者側の準備が必要と思われる。 ・支援のネットワーク、連携の強化…本人への支援のみならず、支援者の疲弊を防ぐためにも支援者同士で支え合う必要がある。
現在、この利用者はピアスタッフとして院内、地域で主に体験発表等を行い活躍している。 この活動もご本人の自信につながっていくよう、支援者も応援していきたい。
我々の支援の領域外でご結婚され、幸せな生活を送っている様子。当事者同士の結婚のため、それぞれが支援の力を借りながら、生活を維持されていくことを応援したい。
生活訓練施設を経て、アパートに一人暮らしを始めた時に、気軽に生活等の相談ができる場所が近隣にあると良いと思う。
入院中から退院支援中にかけて、本人を取り巻く病院内のスタッフと良い協力関係を築くことができた。 今後もこの協力体制を生かして支援していきたい。
この方は軽度知的障害があり、支援の積み重ねがしにくいという特性があった。今後も本人のペースに合わせて、かつ本人が希望する生活を送ることができるよう、支援者側の関わり加減の調整が必要と感じた。
精神と知的の重複障害で、知的の障害側面が全面に出ていることによって、精神と知的どちらの支援も使って支援した。今後も両方の支援を取り入れて、本人の生活を支えていくことが良いのではと考える。
定期的な訪問支援：過去の悪化の経緯から、生活が乱れる傾向があるので、部屋の様子 etc 確認することも必要と考える。
家族関係が希薄な方の為、身近で支援してくれる協力者が必要。また、それにかわるスタッフの存在等。
・家族、本人が支援サービスの利用を全く利用していない。服薬中断リスク大であるが、見守り中。 ・医療の継続が重要。病院と連携し、中断した時に働きかけができる関係づくり。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
・就労希望であるが、病識 (-)、相談機関へまずつなぐこと。
生活スキルは高いがこだわりが強く、1回サービスを利用しなくなるとその後継続しなくなる傾向有り。 仲間とつながる機会への参加も少なく、他者とのつながりも薄い。訪問看護の継続、見守りながらの声かけ等の支援を続けたい。
現在グループホームに住んでいるが、今後はアパートへの移行を考えているため、相談支援事業所とグループホームが協力し合いながらサポートし、地域生活の継続支援を行いたい。
単身生活が継続できており、最近仲間作り等の当事者活動の参加もできている。 ”とにかく話し相手になってほしい”という希望から、訪問看護(週1回)と相談支援事業所の相談訪問(週1回)が主な(話し相手)支援になっている。ボランティアにも協力をもらったり等新しいサービスを検討したい。
体調次第で目が見える日と不安定な日があるため、日によって行動範囲の制限がある。使いやすいガイドヘルパー(もしくはボランティア)が今後あると良い。身体障害の相談を主とする事業所との連携も必要。
生活訓練施設からもともと住んでいた地域への地域移行が課題となっている。 身寄りが無く、単身での生活が前提となるが、服薬管理、通院継続と、不安を受け止めるための訪問は欠かせないと考える。 訪問看護、ヘルパーのみならず、地活、行政機関の訪問など手厚い支援体制が必要になると関係機関の見解は一致している。 また、年齢、家族状況、障害のための住居探しは困難である。グループホームは地域にあるが、満室であることもある。本人も拒否しているため利用は考えていない。
本人が希望しても自立訓練など期限が定められているため利用できなくなるおそれがある。そのため、本人の力に合わせ、必要なサービスを継続して利用できるような制度が必要と考える。これらを行う上では行政とも連携し、本人の状況の把握もしっかりと行う必要がある。
・家族【長男】と同居、日常生活のあらゆる状況において、長男の協力を得ている。長男自身も精神に障害を抱えているため【ここ数年は落ち着いている】、本人だけでなく家族への支援が必要不可欠。長男の家事、心理面での負担が増してくることが予想されるため、生活面での負担軽減、居宅介護、地域住民の見守り、支援員の定期的な訪問、訪問看護、複数の関係機関の関わり、福祉サービスの利用等、行政、病院、支援センター等、地域で支えるネットワークづくり、さらにインフォーマル【地域住民とのつながり】の活用も重要となる。
生活の場として現在家族と同居している為、家族支援を得る事ができる。 日中活動の場として授産施設、支援センターで相談、助言が可能である。
グループホームがこの地域にほしい。アパートを借りる場合の保証人の問題の解決策がほしい。
新しいことへ【場面】踏み出す時や不慣れな場面への対応が困難であるため、身近に相談できる人が必要。 現在はグループホームの他の利用者【入居者】、世話人、通所先のメンバー、職員がその役割を果たしている。
生活技術全般での支援
家族の高齢化を考え、グループホームやケアホームが必要である
ひとり暮らしのため今後訪問サービスの導入が必要である
高齢化によるADLの低下をサポートできるケアホーム等の24時間支援体制のある住居
生活訓練施設を対処した後のグループホーム/ケアホーム
家族と同居している環境下では、服薬管理・生活リズムの安定・通院継続が保たれている。しかし、家族支援が得られなくなった場合、直接的な支援サービス(衣・食・住・疾病管理等)を導入する必要がある。現時点で、家族・本

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
人も地域サービス利用は希望していないため、今後を見通したサービス導入への理解を深める支援(機会)を要する。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院の継続</li> <li>・生活訓練の継続</li> <li>・訪問看護の継続</li> <li>・就労継続等のサービス導入</li> <li>・退院までの移動支援</li> </ul>
本人は最終的に自宅に帰ることを希望しているが、そのためにはまず病識の獲得が不可欠である。糖尿病・統合失調症のコントロールのため自ら治療への積極的参加が求められる。また病識のなさから福祉サービスの利用を拒むが今後自宅で生活する際、家事援助や通院手段の確保等が必要となってくる。
対象者の年齢が高く、本人や家族の意向を配慮して養護老人ホームへの入所となった。(単身生活に対する不安が強かったため) もっと共同生活やグループホームなど地域で共同生活が送れる住環境が整えば対象者の生活の幅が広がっていたのではないかと考えています。
養護老人ホームに入所中であり特になし。(家族・病院・相談支援のフォローも充実している。)
この地域生活移行者は生まれ育ったところと違った所のアパートに退院されました。金銭の債権者からの取立ての恐怖から不安感がなかなかとれず、退院後も時々その訴えがあっています。退院後8か月、隣近所との付き合い方や社会生活に慣れない事が多く、地域住民とのつながりが必要だと思います。
あまり押しつけにならないゆるやかなサービスが必要。見守りと本人の話し易い(相談しやすい)場所の提供のみ。
生活能力は高く、自立した安定した生活を送っている、定期的な通院、及び服薬を継続することができれば、ほぼ問題のないケースである。
ヘルパー週3回以上、訪問看護週1回以上、高齢で認知症も少しずつ進行しているので将来的には老人系の施設を検討する必要あり。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的、及び継続した訪問看護。</li> <li>・週2回以上のホームヘルパー</li> <li>・もし調子が崩れた時には「ACT」が必要!</li> </ul>
定期的、継続的なホームヘルパー及び訪問看護、ACTによる危機対応。
病状が不安定になりやすいケースなので、単なる訪問看護だけではなく「ACT」が絶対必要である。ACT=本人のニーズに合わせた精神科医療のデリバリーと生活支援等を含めた福祉的サービスのミックス!
定期的、継続的なホームヘルパー及び訪問看護、本人のニーズに寄りそった支援体制の確立。
定期的、継続的なホームヘルパー、定期的に通所することのできる地域活動支援センター等の居場所(現在通所している地域活動支援センターが本人にとってもよく合っているし、そこでの人間関係も拡がりつつあるので、そこを核に地域生活を継続して欲しい)
定期的、継続的なホームヘルパー及び訪問看護、通院援助(移動支援)、デイサービス、もし危機状況になった場合はACT!
定期的、継続的なホームヘルパー及び訪問看護、何か困ったとき、不安になったときに相談にのってくれたり対応してくれる存在。
精神・知的両方にまたがるサービスが必要。
重度の障害があり、家族の負担が大きい。将来を見越して(グループホームの入所等)、訪問型訓練が必要。
今ケースにおいては、退院後の生活に対する漠然とした不安、恐怖心がありながらも退院に対しての自信がなく、入

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
<p>院が長期化した経過があります。</p> <p>支援導入で退院してからは、元々生活のレベルが高い人なので、社会資源的なところでは、現行のサービスで本人なりの生活は送れています。</p> <p>ただ、本人から外に出るといことは、慣れた環境以外簡単ではなく、結果的に自閉的な生活を送らざるを得ない状況になっています。</p> <p>地域（近隣）の受入体制等、インフォーマルな部分での関わりがなく、本人としては、周りに対する恐怖心を過剰に感じている印象を受けます。</p> <p>地域に対する啓発活動など、もう少し充実すればと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族への助言、心理的サポート（訪問看護）</li> <li>・ 作業所への通所</li> <li>・ 本人への助言、心理サポート（訪問看護）</li> </ul> <p>精神・知的両サービスが必要であるため、その連携を継続していくこと。</p> <p>同居家族の力量が低いため、家族サポートが必要。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 色々な機関がチームとして関わる。</li> <li>・ 年齢が若いので、本人の成長をイメージした支援。</li> <li>・ 生活していく中で起きるさまざまな出来事に心身共に対応できるよう支援。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母親（高齢要介護5）、弟（うつ 母親の介護のため同居）の3人暮らしのため、独居になったときの生活支援。</li> <li>・ 家族の関係機関への情報提供、共有。</li> <li>・ 公共の交通機関が不便な地域に住居があるため、移動時の支援。</li> </ul>
<p>医療機関の抱え込みをなくすこと。</p>
<p>持家はあるものの、居住環境の整備が充分とは言えず、家族基盤も弱いため、定期的な訪問が必要だと思われる。ホームヘルプや訪問看護等で自宅においての生活、服薬管理をサポートしつつ、日中の居場所として通っていけるところでのストレス発散や生活技術の獲得などの支援体制が必要かと思われる。</p> <p>また、家族関係が不穏になった場合など、緊張避難的に利用できるような宿泊施設の必要性も感じられる。</p>
<p>定期的、継続的に通っていける授産施設での支援に加え、不安定になったときなどの相談支援でほぼ安定した暮らしをされている。</p> <p>本人、母親ともに親なき後を心配されているので、必要であれば、グループホーム、ケアホーム等での体験利用や宿泊訓練のできる施設などでのショートステイの利用、ホームヘルプの紹介などは時期をみて情報提供することも考えられる。</p>
<p>できること、できないこと、やってみたいこと等が本人の中ではっきりとしており、現実と大きく相違ないことから、本人の希望する支援を取り入れること、またそれに向けて準備していく支援ということで本人には満ち足りた支援になるようである。</p> <p>本人の不穏時、緊急時などの連絡先、対応方法を支援者らがしっかり把握しておくことが必要である。</p>
<p>就労意欲が高いので、相談できる事業所が欲しい。</p>
<p>見守りサポート事業・定期的に訪問してもらえるサービスが欲しい。</p>
<p>娘さんと二人暮らしのため、日中はデイナイトケアを利用。支援者が一人の為娘さんの負担が大きい。見守りサポートの様なサービスがあれば心強い。</p>
<p>単身で子どもと生活していきたいので、生活を支えていくサポート体制が必要。特に経済面のサポート。</p>
<p>家族との折り合いが悪く、ショートステイの利用の為の計画をしている。将来的には一人で暮らしていきたい。その</p>

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
ための自立訓練ができる場が必要。また一人暮らしのためのお金が問題である。
家族関係(妹が施設入所)のため、施設入所を希望されているが妹との関係が悪く、入所が進んでいない。選択肢が少ないため制限がある。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、自家を改装しグループホームを出てひとり暮らしをする計画である。</li> <li>・障害年金の増額が望まれる。</li> <li>・24時間相談、支援できる体制が必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害年金の総額。</li> <li>・日中の活動場所(年齢に応じて地域の人と交流しながら楽しめる場所)</li> </ul>
経済面での不安を軽減するため今後も権利擁護を活用し、出費を抑えられるよう支援する。また本人のニーズに応じて、生活の幅が広がるよう支援する。
退院後も治療継続することが不可欠ですが、交通の便が悪く通院継続の支障となることがあります。移動支援の柔軟な活用ができれば通院に限らず日中活動においても利用しやすくなり、地域生活の継続につながると考えます。
病院の敷地内のグループホームに住み、病院内のデイナイトケアに毎日通っている。本人も退院したいというより、開放的な病棟に移ったとの認識であり、医療機関や福祉機関の囲い込みにならないよう気をつける必要がある。ひとりで生活するには障害年金が足りない。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間相談</li> <li>・支援のできる体制。</li> <li>・病院デイケアや障害福祉事業所を利用せず、日中は友人に会ったり買物をしたりして過ごしている方である。</li> </ul>
退院先としてグループホームを希望していたが、質・量的に本人の希望に合うグループホームに空室がなかった。グループホーム、ケアホームがあると、援護寮以外の地域生活の可能性が広がったと考えられる。 現在、援護寮のため、退寮先を含め新たな支援方法をさぐっていく必要があると思われる。
地域活動支援センターで軽作業を行っているが、退院時には限られた資源の中からの選択となった。 現在は1人暮らしのため、緊急時の支援体制のネットワークづくりが必要。 また、継続して各利用サービスの機関の連携が必要だと思われる。
家族や本人からは、相談支援事業所や日中過ごす場において相談するということがほとんどなく、本人が訪問看護において訴えることが多い。 そのため、訪問看護において表面化したニーズを地域支援者につなげていけるようにする必要がある。 場合によっては、家族に対しての支援が必要になる。
退院して3か月だが、定期的に関係機関で見直しが必要(本人の困り事、ニーズの発見、連携)。
入院中に本人の故郷の病院に転院し、そこからの支援を受けて単身アパート生活になったケースです。
病院デイケアと訪問看護において医療面の見守りを行い、生活面の見守りは施設スタッフがやっている。1年ほど前から股関節を患い、リハビリ等も行っているが、あまり効果がない様子。ゆくゆくはグループホーム等の共同住居での生活を希望しているが、治療の経過次第である。精神状態は安定しているため、今後は身体的な治療が主になると思われる。
状態悪化時の変化がわかりやすい方なので、施設スタッフの日常的な見守りと定期的な訪問看護で今の所大きな問題はない。
環境の変化を嫌い、関係作りに時間を割いたが、少しずつ表情も明るくなり、自発的な発言も増え、周囲の利用者にも馴染んでいっている。今後もグループホームにて見守りの中で生活したいとの希望あり。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
自らに自信がなく、訪問時には良い返事をするも、その後断りをいってくるのが何度もあったが、新しい生活にも慣れた様子で、笑顔も見られるようになった。日常的な支援は今後も必須と考えられるので見守りを継続したい。
訓練施設での生活に順応している。今後も見守りを続けたい。
1人暮らしのため、今後も日中の居場所・訪問看護等の見守りが必要。
母親と二人暮らし、母亡き後の生活支援必要。
1人暮らしでアパートに暮らしている現状の日中の居場所(デイケア)、訪問看護等の見守りが今後必要。
日中の生活の場、見守りの体制の継続。 現在、グループホームに入所し、近くにある病院のデイナイトケアに通所中。
本人は就労希望はあるが、正規的就労は難しい。就労支援、訓練が必要。
72歳になるので介護支援が必要になってくる。 (現在、高齢者生活支援施設入所中)
現在生活訓練施設に入所中だが、多飲水傾向があり、今後も日中の見守りが必要なケースである。
1人暮らしアパートでトライアル雇用挑戦中。就労に結びつく支援で本人の夢をかなえさせたい。
現在、両親と同居して、親の保護があるが、親亡き後の支援が大切。
短時間ではあるが一般就労できているので、引続き相談にのっている事業所を中心にネットワークが必要。
家族の支援を含めた地域のネットワーク
地域の協力体制を組織化することが必要。
障害の重複を受け入れてくれる入所施設がほしい
身近な支援者
サービスがあってもマンパワー不足等で使えない。必要量がない。空きがない等問題あり。
食事付。見守りのある住まい。 サービスがあってもマンパワー不足等で利用できなかつたり、必要な量を使えない。空きがない等問題あり。
・自立訓練訪問型 ・身近な日中活動の場 ・送迎付の地活など サービスがあってもマンパワー不足等で利用できなかつたり、必要な量を使えない。空きがない等問題あり。
家族の協力を得ることが困難な方のため、医療・保健・福祉の総合的な支援が今後とも必要と思われる。
御本人と家族間における関係だけでは、退所後の生活(自宅)のイメージがお互いにできないことも考えられるため、地域を巻き込んだ支援体制をあきらかにし、ご本人が体調を崩してもフォローできる体制を明確にする必要がある。 病院とご本人、家族だけの関係でとどまらない地域づくりが必要。 障害者自立支援法で3障害一元化とはいうものの、障害福祉サービスを受け易い環境ではない。
保健所を中心とした地域に接した機関との連携や交流をもっと深めていきたい。 精神科病院から退院した患者は、その病院のデイ、ナイトケアに参加し、訪問看護を受け…というのが、当院の主な流れであったが、結局退院しても、当院スタッフのみの関わりだけになってしまっている。 退院した患者を当院だけが抱え込むのではなく、保健所など地域の機関を利用し、地域全体で、その患者を支えていけるような体制づくりをしていきたい。 また、該当患者が生活保護だったため、福祉事業所とのやりとりも課題だった。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
気分変動と心氣的訴えが多く、依存心が強く、また家族が退院に消極的で、退院に結びつかず、長期入院されていた患者さんである。今回、支援事業を通して、行政をはじめ諸機関の幅広い支援体制が可能であり、また退院に向けて多くのスタッフが関わっていることが本人や家族への安心感や不安軽減につながり、まずは当院併設のグループホーム生活から開始することになった。
そのため、退院に向けて利用した支援は当院内での支援体制の範囲内で行えた。
今後、グループホーム生活から地域生活へ移行する場合、帰る家は無く、兄弟との同居も困難であり、住居の確保や生活保障等の面で行政機関、地域活動センター、民生委員等地域を巻き込んだ支援体制が必要になってくる。
グループホーム入所中は、家族との関わりを強め、外来、外泊を重ねることで、家族・地域の理解が深められたらと思う。
孤独を感じる一方で、他者との関係を作りづらい方。時間をかけて関係性を作っていく支援が必要と思われま
現在援護寮入寮中。
目標はグループホームである。
グループホームでの生活も、生活支援（特に掃除）が必要と思われる。
グループホームにもホームヘルプサービスの利用ができる制度作りが必要と思われる。
* CHに入居しているが、洗濯や掃除に援助が必要。ホームでもヘルパーを利用できればQOLが高まる。
* ひきこもりがちなので、迎えに来て外出同行してくれるような（ピアガイドヘルパー？）サービスがあるとより生活を楽しめるのでは。
継続した相談者
今利用できている福祉サービスなどを継続し、定期的な本人の見守り体制と連携をとりながら継続していく。
病院・GH世話人、地区保健師の支援体制の連携。
病院からの訪問看護、地区保健師による訪問者の見守り
相談支援事業所・地区保健所・家族・病院ワーカーによる定期的なケア会がしばらくは要する。 (本人の病状が不安定・高齢の家族と同居)
生活介護施設で生活自立訓練の支援の継続。
援護寮から対処時の支援体制（地域との支援体制づくり）
病院、GH管理者、地域活動支援センターの連携により、生活訓練や就労訓練に向けた支援体制。
病状安定後の本人の社会的自立を目指した支援（例えば就労支援）
クライアントは退院して最初の頃は週4日ほどワークホームそら（就労継続B型）に通所していた。しかし、しばらくしてから、家の外での全ての刺激が苦痛になると言って通所を中断している。そのため、地域活動支援センターアップでは、生活サポート、病院からは訪問看護を使い、他職種が協力して、様々な目でクライアントの生活に触れていて、変化があった時は迅速に対応したいと思っている。できることならずっと家にいるのではなく、ワークホームそらに通所できるようになればと思う。
趣味が写真撮影の方である。現在、ガイドヘルパーを利用して外出して行っているが、徒歩かバス利用、タクシー利用でヘルパーの分も料金負担となるため、なかなか遠出して紅葉や景色を撮りたいという希望は叶わない。 一緒に車に乗せて出かけられるようなピアの存在やボランティアの存在がもっと社会的に認知されればと思う。
病状（妄想）を残しながらも地域移行できた方であるが、日中活動につながっていない。そこに関しては本人の拒否が強く、日中はGHで臥床がちな生活が続く。自分の好きな買い物に関しては時々1人で出かける。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
<p>今後は、本人の興味の持てるような日中活動につながるような支援が必要。</p>
<p>症状の訴えが多く、また訴えの内容が日内変動する。16歳時の発症で入院をしているため、社会性もない。本来ならばケアスタッフのいるケアホーム対象の患者であるが、生活圏にケアホームが存在しない、また、グループホームも不足しており、空きがないため共同住居で支援している。なんとか毎日訪問系で本人を支えているが、支援スタッフも本人に振り回され疲れてしまっている。</p> <p>本人自身も退院して3か月疲れが出始めているのが伺え、いわゆる休息入院も検討中。ケアホームをもっと運営しやすくするような法制度の整備を望む。</p>
<p>31年という入院生活からの地域移行ということもあり、まだ地域生活にはなじんでいない感じがする。日中、何をしたいのかさえもわからない、まさに浦島太郎状態であるこの対象者に、今後失った時間を取り戻すべく支援を提供していくことが必要と思われる。</p>
<p>病院の支援には全くのってこなかった患者である。病院内の規則も守らず、消灯時間を過ぎての帰院も毎日、強制退院勧告をしても退院しない、一見すると病院にいななくても生活できる患者のように見えるが、本人なりに対人コミュニケーションや地域生活に不安があったのだと思う。しかし、その部分に介入しようとしても、本人が受け付けない、まったく病院としてはお手上げの患者。</p> <p>事業で関わることで、地域関係者の支援に一瞬のってきたと思えば、すぐに拒絶してしまった。最終的には保健所も交えた協議のもと、病院として強制退院という措置をとり、困った本人がようやく相談支援事業所の支援に援助を求め、居住サポートを受け民間アパートを借り、生活を始めたが、現在はまた誰の支援も受け付けられない生活を送っている。これからは、このような広汎性発達障害を持つ方の支援が重要になってくると思われる。</p>
<p>既存のサービスは色々あるが、多くが通所・入所型のサービスで、アウトリーチサービスはヘルパー、訪問看護しかない。</p> <p>通所、入所サービスは(利用に際して)利用者がその施設のルールに合わせなければならず、そこで利用の中断が起こりやすい。</p> <p>今後は個別ニーズに柔軟。</p>
<p>介護保険サービスも含め、医療法人が運営する福祉サービスを受けながら地域生活を送られているが、医療法人以外の社会福祉法人等が運営する福祉サービスの導入や地域住民の見守りや声かけが必要ではないかと思われる。</p>
<p>本人はもともと能力の高い人であったが、病状の不安定などから長期入院となっていたケース。家族からの支援を充分受けていたものの、その家族を支える機能が病院にはなく、そのような場合の家族を支える、受け止める相談機関・家族会などが必要である。</p>
<p>1人暮らしへの退院希望と同じく「仲間が欲しい」という希望もあったケース。仲間ができるような場所、サークル等を紹介してくれる相談機関(相談支援事業所があったり保健所の関わりがあるが)があれば、今の生活よりもより豊かになるのではないかと考える。</p>
<p>生活リズムをつくることを目的に入院中よりデイケアを利用していたが、生活能力は高く、デイケアに適さない方だと思われるので、本人に就労意欲もあることから、就労に向けたサポートを行っていく必要があるのではないかと思われる。</p>
<p>持ち家があり、家族との生活を望んでいて退院されたケース。退院当時は生活のリズムを整えるという目的からデイケアに通所していたが、本人の働きたいという希望から、地域活動支援センター(旧体系:小規模通所授産施設)へ通われている。支援導入時からの本人の希望を一緒にとものすることを念頭に支援をしてきたが、地域生活を継続するうえで、本人のニーズを一緒に考えていく、またチャレンジする気持ちを応援する支援者の存在は今後も必要と考える。</p>



利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院なし)
病識が乏しい面があるので、本人自身が病状悪化のサインを把握し、早期の段階で SOS を出すことができるように支援者側からの働きかけや声かけが必要ではないかと思われる。
障害者を 24 時間 365 日支える体制づくりの重要な資源として短期入所事業が大きな役割を果たすが、その利用の範囲は実施主体である市町村によって異なっている。 本人理由 (生活の疲れ、孤独や不安の解消等) による短期入所を認めてない市町村も多い為、利用範囲の拡大を未実施の市町村に働きかける必要がある。
サービス利用計画作成を導入することで退院先の相談支援事業所との連携ができたことが有効だった。
魅力的な人柄ではあるが過去の経緯では飲酒・服薬中断で「あっ」という間に崩れたとのこと。日頃から人と関わり、声かけや話 (雑談) をしていくと自分で修正できるタイプ。今までは家族のみがその役割を負っていたとのことなので、本人が気軽に話せる距離関係の見守りがあれば充分生活していける方。
「知的障害 (IQ50) で一人暮らしは無理」と行政機関から決めつけられて来た方。ヘルパー・訪問看護・作業所の柔軟で手厚い支援の中で生活できている。作業所は精神対応だが、知的作業所は養護学校からの流れでないと受け入れてもらえないため対応してもらっている。その作業所は地活Ⅱ型へ移行希望だが、区が 1200 万円しか出さないとしているため移行できずにいる。1200 万円でⅡ型に移行すれば職員減で現状の本人支援 (金銭管理・服薬管理・来所対応・訪問) ができなくなるであろう見込みとなっている。支援法前の作業所支援と同様のものが地活Ⅱ型にないと厳しい。
高齢に向かっていくにつれて膝の痛み等を訴えている。日常生活は十分にやれているが、買物同行 (見守り・本人の生活の張り) や通院同行があればなおプラスだと思われる。精神障害者を受入可能なケアホームは未だなく、求められている。
サービス利用計画作成の対象期間が退院後になっているため、引き継ぎをスムーズにするため、支給後もアフターフォローとして関わり続けた (6 か月~12 か月)。在宅支援であるホームヘルパーや訪問看護が共有する時間はケア会議を定期的に関開く事で解消したが、ホームヘルパー自身への個別相談 (愚痴等) が必要なことが出てきた。また、ケア会議出席へのホームヘルパーや訪問看護への補償がないため各事業所に持ち出しで対応してもらった。
障害者福祉施策の整備
施設見学通所ピアサポーターが有効だった。市町村との連携。
作業所など施設見学・家族調整・ピアサポーターの話は有効であった
ピアサポーターの話が有効であった
施設見学・ショートステイ利用・社会資源など外出同行支援
家族支援が有効だった
施設見学・ショートステイ利用・社会資源など外出同行支援ピアサポーターが有効だった
支援者から見ると、金銭面、栄養面 (健康面含む)、日中の過ごし方等、様々な部分での生活の見直しが必要と感じられるが、本人が必要と感じてもらえないケース。 緊急時の体制を整え、支援を押し付けず、見守りの目を増やしながらかその人らしく、ありのままの生活を送れるように支援。
今までに 6 回の入退院がある方で、その原因となるものは、家族 (異性) 関係がうまくいかないことが多い。(DV により女性施設に入所したこともあり)。 退院後も、同じような環境の連鎖の中で、うまく生活していけるように、本人、支援者 (キーパーソンの方、同居人) への支援を行いながら、連鎖のリスクを軽減していくことが必要。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院あり)
精神科治療が発症と思われる時期からかなりの期間が経過し、外界とのかわりが少ない為、対人スキルの新たな獲得が難しい。体力的に就労、作業所利用など対外活動が望めず、アパートでの一人暮らしには家事支援中心が望ましい。家族は兄弟の関わりがあり、一人暮らしへの支援を計画する際には、協力を依頼する必要がある。
退院後、1か月内に再入院。現在まで退院の見通しは立っていない。
人口10万エリアですが、取組が遅延としていますので、支援体制づくりが必要
本人、糖尿病という病を抱えているので一人暮らしでの食事療法を支援して下さる機関が必要
アルコール依存の人で、依存から一人では抜けられないのでその関係の施設を利用すべきだと考える。
自己中心的になり、自立訓練に行って支援を受けるよう促しをしてるので、気持ちが乗らなく行こうとしないことが多々ある。何事でも本人のやる気を起こさせる支援をしていく。
自己中心で生きて行こうとするので、人の話を聞けるようになる必要がある。
障害の受容ができていないので、まずは障害受容をして服薬をきちんとすることが大切。
家族が休息、リフレッシュできるような支援が必要。
養護老人ホーム入所後、医療機関の変更や、生活保護受給者でなくなったため、GWの関わりが切れたこと、当事業の利用終了が重なり、退院後のフォローが手厚く行えない状況であった。退院後も定期的な関わりを持ち、丁寧な引継ぎが必要だったと考えられる。
病状悪化の原因が不明であり、医療と地域支援のさらなる連携が必要。
下肢に障害があり、移動が困難なことが多い。移動における支援の充実と環境整備と多様な日中活動を過ごせる場が必要。
金銭管理が必要です。 この他にも、幅広いフォローが必要と思われます。
・面倒を見ていた母親が県外に引越していた。受入れは拒否的なものの支援終了後も足繁く面会されている。本人母親もお互いの近くに住みたいという思いもあることからまず、入院中から遠方に退院支援できるシステムが必要。 ・再入院の原因の一つに、金銭管理の問題からくる生活の破綻による症状の悪化があったため、市社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業、日常的な金銭管理サービスの強化。 ・日中、買い物に行ったり外出することが好きな方だったため日常的にサービスにつながる方ではなく孤立していた。アウトリーチし、包括的に医療や福祉サービスを提供してもらえ ACT 的な社会資源があれば地域での生活を継続できたのでは
ホームヘルプサービスの受給決定もしていたが、病気【精神科でない】の悪化により元の病院へ入院、その後死亡した。
ドロップイン型の地域活動支援センター I 型があれば日中活動の場として活用できる。
この地域生活移行者は家族【兄】との関係は良好で家族支援はあるのが、退院後、市役所【地域定着支援事業による同行支援】や病院【買物支援、栄養指導、デイケア】の支援を受けていた。徐々に支援を減らしていった結果、怠業による妄想が出現し再入院となった。グループホームと医療、行政との連携不足が大きかったと思います。今後は訪問看護を入れつつグループホームの管理者や行政との情報の共有をしっかりと図っていく必要があると思う。
身体面の不調に対するタイムリーな判断、支援 (受診援助等)
・支援者側の役割分担と支援の枠組みの設定 ・各関係機関の支援のネットワーク

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院あり)
<p>・連携の強化</p> <p>→本人は社会的なルール等理解がなく平気で踏み越えていく傾向があるため、支援する上での枠組み作り、支援者同士の精神的な支え合いも必要と考える。</p> <p>・家族会の活用…この利用者は家族との同居を家族に拒否され入退院を繰り返してきたという経過がある。家族も今後本人と折り合いをつけてやっていくために、家族が自分の思いを話せる場所があると良いのではと考える。</p>
<p>・病状の変化に対応した医療サービスの提供。医療サービスを円滑に利用するために(悪化しすぎないうちに入院できる)家族、近隣者、本人が相談できる機関の確保。</p>
<p>この地域生活移行者の場合、乳がんを併発している稀なケースである。</p> <p>精神疾患の退院促進を行うと同時に抗がん治療もすすめていくこととなる。</p> <p>そのため、活動ペースが限定されることとなり、行動支援を伴う支援が中心となる。</p> <p>また、同居をしている家族の中に次男(小学生)がおり、母親の生活が次男にどのような影響がでるか見守りが必要である。</p>
<p>キーパーソンである兄の強い要望で自宅への退院となったが、数か月後、急病になり兄が亡くなり精神的・日常的拠りどころを失ったこと、残された家族の十分な見守りができなくなったことで、精神症状悪化し再入院となった。退院後の生活は、病院関係者より、本人の生活能力、家族環境等から、施設入所が妥当であり、本人もそれを望んでいた経緯があった。 今回のケースから退院後、事業利用期間終了後の継続支援、地域が支えていくためのネットワークづくり、家族支援、医療機関との情報の共有、連携、緊急時の対応等が大切であること再認識した。</p>
<p>病識がないので退院は難しい</p>
<p>以前は家族と同居していたが現在は1人になり生活への不安がある。食事作りなどの居宅介護、支援センターでの活動への参加。生活の場としてグループホームへの入居も考えられる。</p>
<p>疲れた時に一旦休息できる現在の通院先【入院していた病院】</p> <p>→家族の安心につながり地域生活継続への理解を得やすい。</p>
<p>地域移行支援推進員【自立支援員】の関わり方【外出等をはじめとするきめ細やかな対応】</p> <p>→事業終了に伴い体調不良となった。【体調不安定】</p>
<p>生活訓練施設を対処した後のグループホーム/ケアホーム</p>
<p>積極的な訪問治療が行える機関(ACT等)が必要</p>
<p>・定期的な作業療法、地域支援センター等での通所が必要</p> <p>・病状の安定</p>
<p>本人の希望はアパート等で仕事をしながら一人暮らしをすることである。そのために現在、就労移行支援事業を利用しているがこの方のお住まいの地域には障害者を受け入れてくれる就労の場が少なく、今後開拓していく必要がある。また金銭管理ができず、たまに衝動行動も見られるため近隣住民を含めて見守り体制を築いていく必要がある。</p>
<p>高齢ということもあり援護寮退寮後の生活、住まいの場に課題がある。本人は生まれ故郷に戻りたいという希望があるが、すでに生家はなく家族も高齢で故郷に利用できる資源も少ない。あと一年で退寮となるため早めにケアプランを作成し、まずは住まいの場を確保する必要がある。</p>
<p>現在は入院中でなかなか再び退院するきっかけがつかめないでいるが再入院になったのは、不安感が強くなり不眠・多弁傾向となったためである。そのきっかけの一つに、一人部屋の生活に慣れていなく夜間や休日の過ごし方がわからなかった事もあったのでは、と考えられる。地域生活を継続していくために、地域での相談事業や仲間と寄り添える場所が不足している。その為の支援が必要であったと思う。</p>

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院あり)
本人は精神障害と身体障害の重複障害をもっており、24 時間体制の包括支援が必要な方である。そのような支援体制を求めた時病院に頼らざるを得ないのが現状で、地域ではまだこのような方が安心して暮らせる環境が整っていない。今後どう整備を進めていくか課題である。
支援全体を通して退院に不安を感じ生活の変化を拒絶しておられたため、社会資源の体験利用を拒否されていた。しかし実際に施設見学を行ったことで「退院してみようかな」という思いの変化が認められた。入院中から地域生活を想定したスキルの維持・向上に取り組む必要性を感じています。(院内だけでなく、院外での練習など)
医療機関、及び一施設(一法人)でのかかえこみをなくし、各機関が役割を決めて連携していくこと＝サービス利用計画やケアプランとはまた違うものとして考えている。
高齢者対応の事業所の年齢枠を広げて受け入れていただけるとよい。
日中、作業をしていて過ごせるような場所で平日はすごされ、土日もしっかり休むといったある程度決まった生活スタイルの確立が必要。生活能力も決して低くはないものの、全てを自分でやろうとすると大きなストレスになってしまうため、グループホーム、ケアホーム、ないしヘルパーの力を借りて自力で困難な部分を手伝ってもらいながらも、地域で暮らしているんだという実感が得られることが本人にとって重要なことであると思われる。
病識や障害受容についてはあいまいだが、社会性や生活スキルはとても高いものを持ってみえるので、フォーマルな支援だけでは本人になじみきらないところがある印象。 施設なども自由度の高い利用方法の開発や、地域と施設の間間色の濃い部分のある支援の必要性を感じられる。
飲酒の可能性は常にあるものの、本人と何度も話し合い、ご家族も巻き込んで支援を継続している現状において、概ね生活は安定していると考えられる。
アパートの1人暮らしで、訪問看護、ヘルパー派遣等で日常の見守りしているが、低温火傷等の入院があり、今後も見守りが必要。
突然、亜昏迷になってしまうことがあるので、ACTが必要と考える。
アルコール依存の傾向があったが、自助グループに繋げることができなかったので、アディクション専門の支援が必要と感じた。
・居住サポート。 ・本人の選択できるような昼の居場所が複数必要。
・24時間支援体制 ・緊急医療体制 ・アクト等チーム支援 ・移動サービス サービスがあってもマンパワー不足で利用できなかったり、必要な量を使えない、空きがない等の問題あり。
金銭管理や人間関係等で地域生活に困難があると思われた方ですが、現状の社会資源をうまく利用しながら比較的安定して暮らされています。引き続き、身まもりの支援が必要と考えられます。
SOS を出しづらく、また、周囲の仲間や支援者との関係の中で調子を崩す方。ゆっくりしたペースで本人にプレッシャーをかけない支援が必要です。
高齢の為、どこかへ日中通所するのは、ご本人も望んでいない。訪問サービスやご本人と一緒に外出同行してもらえ る支援が充実すると良いと思う。話し相手の役割。
糖尿病を他疾患でもっているため、食事バランス(朝・昼)を管理、見守りしてもらえると、地域で長く生活ができ ると思います。ケアホームに入居のため、ホームヘルパーの支援も入れられず。

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院あり)
<p>家族調整が必要なケース。</p> <p>家族を包括的に捉えて支援する機関があれば(もしくはうまく連携をとっていければ)、より快適な生活や病状安定が望める。</p>
<p>①障害の特性(行動化の頻発、衝動的、対人操作等)を考え、サポート体制を整えること、多くの機関が関わり、情報支援を密にし、役割を明確に示すこと。本人参加、ケア会議を開き、方針を合体共有していくこと。</p> <p>②働きたい希望があるので、地域生活が安定定着してきたら、就学支援等を本人ペースで計画を立てていければ良いと思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中断しないための訪問看護、デイケア。</li> <li>・病院、グループホーム管理人、地区保健師の連携。</li> </ul>
<p>共同住居ということで、グループホームと違いヘルパーを利用することができる。</p> <p>今後はヘルパーの利用申請を行い、病院の訪問看護師が相談支援事業所の訪問などとあわせ、訪問型を中心に生活を支えていく予定。現在、病院ソーシャルワーカーが行っているケアマネジメントを徐々に相談支援事業者に移行させていくことが必要だと思われる。</p>
<p>対象者の過去のトラウマから家族が退院に対して不安を抱えていたケース。家族をサポートする機能(家族会等)が病院にない場合、事業または地域において、家族をサポートしていくか、存在の家族会に繋げるか等が必要である。</p>
<p>家族での生活を希望していたが、本人、家族を含めて知的障害があったケース。家族にも本人を支えるだけのゆとりがなく、自宅退院ではない旧法でいう援護寮やグループホーム、ケアホームなどでの家族から離れての生活を体験してみることも必要である。</p>
<p>本人の混乱を回避するため、支援者側で支援体制の組み立て等を行ってきたが、「自分で決めたい」という本人の思いに寄りそい、本人主体で進めていくことができるような関わりや視点が支援者側に必要ではないかと思われる。</p>
<p>他県転居のため</p>
<p>パーキソニズムにて再入院中</p>
<p>外出同行による退院準備のイメージ化。訪問看護・コーディネーターによる訪問。病棟担当者看護職員との密な連絡。時間をかけた本人ペースの支援。</p>
<p>社会資源の見学、ピアサポーターの話が有効だった</p>

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (再入院の有無がわからない方)
気楽に寄りあえる場があればよいと思います。
支援開始当初、対象者が 10 代であり、退院後も年齢の離れた方の中で過ごすことが多かった。同世代の友人が作れば、生活がより豊かになるのではないと思われる。
病院と地域の社会資源が連携を深め、ケアマネジメントを活用することが必要。
生活リズムを守る為の通所先
相手によって発言内容を変えたり、大きさに伝えたりするので、支援者間の情報共有が必要。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の安定</li> <li>・家族の協力、及び施設職員の支援 (本人の思いに添った支援)</li> <li>・状態に応じた各種サービスの導入</li> </ul>
地域のネットワークが必要。(ソーシャルサポートネットワーク)

利用者別 地域生活継続のために必要な支援 (亡くなった方)
ホームヘルプサービスの受給決定もしていたが、病気【精神科でない】の悪化により元の病院へ入院、その後死亡した。
ケアホームがあれば、将来介護支援が必要になっても障害者の施設で地域生活を送ることができる(現在亡くなっている)。
残念ながら去年の正月に餅をのどにつまらせて死亡。何回か危機があったにもかかわらず、入院を回避することができたケース。そういう意味において、この方に「ACT」は絶対に必要だったと思う。
<p>心筋梗塞で死亡。</p> <p>長期入院のため、本人の現状の能力と本人が思っている能力、またはイメージする生活とのギャップがあった。</p> <p>実際には、本人の急激な退院意欲のために、まわりの支援体制、本人生活訓練が整わないまま退院してしまった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・独居のため、寂しさ、不安感を補うための見守り、話し相手などボランティア、近隣との交流があったら良かった。</li> <li>・精神科以外での健康面でのチェック支援。</li> </ul>

## 資料 2-6 質問紙調査結果 その他項目の内訳

## 1. 「体験的に利用」した支援

## 1-1 「体験的に利用」 その他の精神科医療支援の内訳

	人数
作業療法	10
再発予防プログラム	8
ACT	6
精神保健福祉士による相談支援	3
受診同行	1
院外作業	1
服薬自己管理	1
スポーツ大会	1
血糖コントロール	1
断酒会	1
地域生活移行者のミーティング会への参加	1

## 1-2 「体験的に利用」 その他市町村等の実施する相談支援の内訳

	人数
訪問	11
デイケア	6
ケア会議参加	5
同行支援	4
福祉サービス	2
生活保護担当	2
日常生活自立支援事業 (安心センター)	2
ヘルパー	1
社会福祉協議会	1
保健師	1
福祉事務所	1

## 1-3 「体験的に利用」 その他障害者自立支援法による給付事業の内訳

	人数
自立支援費	4
自立支援医療	2
自立支援ボランティア	1
通院公費	1
移行支援	1
補装具	1

## 1-4 「体験的利用」 その他都道府県自治体事業の内訳

	人数
生活教室	3
作業所	1
日中一時支援	1

## 1-5 「体験的利用」 その他障害福祉支援の内訳

	人数
作業所	14
救護施設	2
日中の居場所見学	1
配食サービス	1
歩行の練習、杖の選び方アドバイス	1

## 1-6 「体験的利用」 その他の介護支援の内訳

	人数
小規模多機能施設	1
デイケア	1



## 2. 「退院時に利用した」支援

## 2-1 「退院時利用」 その他のインフォーマルな支援の内訳

	人数
アパート大家	6
ピアサポーター	4
不動産業者	4
親戚	3
友人	3
社会福祉協議会	2
ボランティア活動	2
入所先仲間（ピア）	1
不動産屋同行	1
家主による家財提供等（食器棚等）	1
グループホーム世話人	1
英会話教室	1
家族会運営の宿泊施設	1
交番の警官	1
住居の保証人サービス	1
食堂の利用を通しての生活面のサポート	1
見守り支援	1

## 2-2 「退院時利用」 その他の精神科医療支援の内訳

	人数
通院	21
ACT	6
再発予防プログラム	4
精神保健福祉士による相談支援	3
自立支援医療	2
退院前訪問	2
往診	1
24H 電話相談	1
アパート見学	1
看護師（施設の）、 病院精神保健福祉士（入院時）	1
退院病院での集まり	1
地域支援室	1
同行支援	1

## 2-3 「退院時利用」 その他市町村等の実施する相談支援の内訳

	人数
訪問	13
保健師	9
ケア会議参加	4
福祉サービス	4
生活保護	2
デイケア	2
福祉事務所	2
生活支援センター	1
日常生活支援事業	1

## 2-4 「退院時利用」 その他障害者自立支援法による給付事業の内訳

	人数
自立支援医療	10
精神通院公費	7
通院医療	2
家事援助	2
自立支援費	1
生活教室	1

## 2-5 「退院時利用」 その他都道府県自治体事業の内訳

	人数
生活教室	3
訪問指薬	2
救護施設	1
出張デイケア	1
精神障害者小規模作業所	1
相談窓口	1
日中一時支援	1
配食サービス	1

## 2-6 「退院時利用」 その他障害福祉支援の内訳

	人数
共同作業所	12
救護施設にて食事提供	1
救護施設の日中作業	1
配食サービス	1
就労サポートセンター	1
自立生活アシスタント	1
センター経営の有限会社	1
地域移行推進員の同行支援	1

## 2-7 「退院時利用」 その他の介護支援の内訳

	人数
施設内生活介護	1
小規模多機能施設	1
地域包括支援センター	1
デイケア	1
配食サービス	1

## 2-8 「退院時利用」 その他の内訳

	人数
配食サービス	5
作業療法・通所の移動同行	1
自立支援員(当事者)による訪問支援	1
生活保護	1
日中の居場所	1
ヘルパー	1
保健所保健師(精神担当・結核担当)・保護課職員	1

## 3. 「現在利用している」その他の支援

## 3-1 「現在利用」 その他のインフォーマルな支援の内訳

	人数
親戚	2
友人	5
ボランティア	5
当事者会、交流会	2
入所先仲間（ピア）	1
不動産大家	6
グループホーム・作業所等の支援 （金銭面中心に生活全般）	3
交番の警官	1
住居の保証人サービス	1
生活指導員・支援員（ボランティア）、 看護師	2
保健師の訪看	1
見守り支援	1
民間宅配弁当サービス	1

## 3-2 「現在利用」 その他の精神科医療支援の内訳

	人数
通院	19
ACT	2
精神保健福祉士による相談支援	2
AA 教室	1
栄養指導	1
外来断酒会	1
看護師（施設の）、 病院精神保健福祉士（入院時）	1
区により委託され病院が実施する 就労移行プログラム	1
ケア会議	1
自立支援医療	1
病院内プログラム	1

## 3-3 「現在利用」 その他市町村等の実施する相談支援の内訳

	人数
訪問	10
福祉サービス	6
保健師訪問	3
デイケア	2
買物支援 食事の献立作り	1
女性相談員	1
生活保護	1

## 3-4 「現在利用」 その他障害者自立支援法による給付事業の内訳

	人数
精神通院公費	11
自立支援医療	9
自立支援費	4
ケアホームの食事サービス	1
家事援助	1
障害年金	1
生活サポート	1

## 3-5 「現在利用」 その他都道府県自治体事業の内訳

	人数
救護施設	2
デイケア	2
出張デイケア	1
配食サービス	1
社会適応訓練	1
就労・生活支援センター	1
自立支援サービス	1
自立生活アシスタント	1
精神障害者小規模作業所	1
訪問指薬	1

## 3-6 「現在利用」 その他障害福祉支援の内訳

	人数
共同作業所	7
家事援助	1
救護施設内の日中作業	1
救護施設の食事提供	1
施設入所	1
自立生活アシスタント	1

## 3-7 「現在利用」 その他の介護支援の内訳

	人数
施設内生活介護	1
地域包括支援センター 在宅支援センター	1
配食サービス	1

## 3-8 「現在利用」 その他の内訳

	人数
配食サービス	4
宅配弁当	2
ピアグループ	2
自治体単独事業	1
自治体職員・保健師の訪問	1
生活資金貸付	1
日中の居場所	1
ヘルパー	1

## 4. 「生活環境に存在する」、または「ほしい」その他の支援の内訳

## 4-1 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他の精神科医療支援の内訳

	存在する	ほしい
通院	20	0
往診	7	11
ACT	2	12
相談支援	2	0
AA 教室	1	0
心理面接	1	0
地域支援室	1	0
精神科救急対応病院	0	1

## 4-2 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他市町村等の実施する相談支援の内訳

	存在する	ほしい
個別相談	9	0
グループワーク	7	0
精神保健相談	3	0
訪問	3	0
基幹型支援センター	2	0
社会福祉協議会	2	0
電話相談	2	0
地域包括支援センター	1	0
生活保護	1	0
ピアサポーター相談	1	0
一般相談	0	1
就労相談事業所	0	1

## 4-3 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他障害者自立支援法による給付事業の内訳

	存在する	ほしい
短期入所・ショートステイ	4	2
通院	3	0

## 4-4 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他都道府県自治体事業の内訳

	存在する	ほしい
相談、訪問、キャラバン隊	10	0
社会適応訓練	8	0
自立生活アシスタント	8	0
ふれあいサロン	5	0
地域生活支援センター 就労・生活支援センター	4	0
生活教室	3	0
患者会	2	0
精神障害者小規模作業所	2	0
公的保証人	1	6
自治体デイサービス	1	0
職親訓練・配食サービス	1	1
デイケア	1	0
日中一時支援	1	3
短期入所の利用範囲の拡大	0	1

## 4-5 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他障害福祉支援の内訳

	存在する	ほしい
共同作業所	7	0
福祉ホーム	4	0
就労サポートセンター	1	0
ショートステイ	1	0
住居	0	7
単身生活を体験する場	0	2

## 4-6 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他の介護支援の内訳

	存在する	ほしい
配食	8	0
デイケア	3	0
居宅介護支援	2	0
移動支援	1	0
地域包括センター	1	0
高齢精神障害者の受入れが可能な老人ホーム	0	3



## 4-7 「生活環境に存在する」、または「ほしい」 その他の内訳

	存在する	ほしい
配食サービス	7	0
自治体単独事業	6	0
社会福祉協議会の福祉移送サービス	3	0
ヘルパー	1	0
コミュニケーション支援事業	1	0
日常生活用具給付等事業	1	0
ピアサポート	0	3
クラブハウス・フリースペース	0	2
ACT	0	1
家族会	0	1
生活保護	0	1
相談というより話相手となるヘルパー	0	1

## 資料 2-7 長期入院者のクロス集計表

## ①性別

		男性	女性	無回答	合計
長期入院者	人数	216	83	2.0	301
非長期入院者		112	58	0.0	170
無回答		31	25	3.0	59
長期入院者	割合 [%]	71.8	27.6	0.7	100.0
非長期入院者		65.9	34.1	0.0	100.0
無回答		52.5	42.4	5.1	100.0

※割合の分母は、「長期入院者」301人、「非長期入院者」170人、「無回答」59人である(以下同様)。

## ②年代

		10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	無回答	合計
長期入院者	人数	0	7	24	62	122	76	8	2.0	301
非長期入院者		3	19	31	45	52	15	5	0.0	170
無回答		0	3	9	15	15	13	1	3.0	59
長期入院者	割合 [%]	0.0	2.3	8.0	20.6	40.5	25.2	2.7	0.7	100.0
非長期入院者		1.8	11.2	18.2	26.5	30.6	8.8	2.9	0.0	100.0
無回答		0.0	5.1	15.3	25.4	25.4	22.0	1.7	5.1	100.0

## ③主たる疾病

		統合 失調症	非定型 精神病	双極性 感情障害	知的障害	その他	無回答	合計
長期入院者	人数	262	1	11	3	21	3	301
非長期入院者		126	1	13	4	25	1	170
無回答		46	1	5	2	3	2	59
長期入院者	割合 [%]	87.0	0.3	3.7	1.0	7.0	1.0	100.0
非長期入院者		74.1	0.6	7.6	2.4	14.7	0.6	100.0
無回答		78.0	1.7	8.5	3.4	5.1	3.4	100.0

## ④精神保健福祉手帳の有無

		あり	なし	無回答	合計
長期入院者	人数	220	79	2	301
非長期入院者		112	58	0	170
無回答		42	17	0	59
長期入院者	割合 [%]	73.1	26.2	0.7	100.0
非長期入院者		65.9	34.1	0.0	100.0
無回答		71.2	28.8	0.0	100.0

## ⑤精神保健福祉手帳の等級

		1 級	2 級	3 級	無回答	合計
長期入院者	人数	44	162	7	7	220
非長期入院者		19	77	12	4	112
無回答		8	28	2	4	42
長期入院者	割合 [%]	20.0	73.6	3.2	3.2	100.0
非長期入院者		17.0	68.8	10.7	3.6	100.0
無回答		19.0	66.7	4.8	9.5	100.0

## ⑥療育手帳の有無

		あり	なし	合計
長期入院者	人数	8	293	301
非長期入院者		6	164	170
無回答		2	57	59
長期入院者	割合 [%]	2.7	97.3	100.0
非長期入院者		3.5	96.5	100.0
無回答		3.4	96.6	100.0

## ⑦身体障害者手帳の有無

		あり	なし	合計
長期入院者	人数	7	294	301
非長期入院者		3	167	170
無回答		2	57	59
長期入院者	割合 [%]	2.3	97.7	100.0
非長期入院者		1.8	98.2	100.0
無回答		3.4	96.6	100.0

## ⑧事業による支援開始年度

		17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	無回答	合計
長期入院者	人数	15	38	112	104	32	0	301
非長期入院者		4	20	64	60	22	0	170
無回答		0	5	25	19	8.0%	2.0%	59
長期入院者	割合 [%]	5.0	12.6	37.2	34.6	10.6	0.0	100.0
非長期入院者		2.4	11.8	37.6	35.3	12.9	0.0	100.0
無回答		0.0	8.5	42.4	32.2	13.6	3.4	100.0

## ⑨事業による延べ支援期間

		1年	2年	3年	4年	無回答	合計
長期入院者	人数	178	86	31	4	2	301
非長期入院者		92	65	10	2	1	170
無回答		38	15	3	0	3	59
長期入院者	割合 [%]	59.1	28.6	10.3	1.3	0.7	100.0
非長期入院者		54.1	38.2	5.9	1.2	0.6	100.0
無回答		64.4	25.4	5.1	0.0	5.1	100.0

## ⑩事業による退院年度

		18年度	19年度	20年度	21年度	無回答	合計
長期入院者	人数	17	64	102	114	4	301
非長期入院者		13	36	57	64	0	170
無回答		2	13	24	19	1	59
長期入院者	割合 [%]	5.6	21.3	33.9	37.9	1.3	100.0
非長期入院者		7.6	21.2	33.5	37.6	0.0	100.0
無回答		3.4	22.0	40.7	32.2	1.7	100.0

## ⑪退院時の住まい

	長期 入院者	非長期 入院者	無回答	長期 入院者	非長期 入院者	無回答
	人数			割合[%]		
持家（単身）	12	19	5	4.0	11.2	8.5
持家（家族と同居）	24	28	14	8.0	16.5	23.7
賃貸（単身）	79	46	15	26.2	27.1	25.4
賃貸（家族と同居）	7	2	0	2.3	1.2	0.0
共同生活援助（グループホーム）	68	23	9	22.6	13.5	15.3
共同生活介護（ケアホーム）	19	14	5	6.3	8.2	8.5
自立訓練（生活訓練 宿泊型）	8	3	1	2.7	1.8	1.7
自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算）	1	0	2	0.3	0.0	3.4
施設入所支援	1	2	0	0.3	1.2	0.0
福祉ホーム（地域生活支援事業）	0	0	0	0.0	0.0	0.0
退院支援施設	1	0	0	0.3	0.0	0.0
生活訓練施設（旧体系 援護寮）	45	21	2	15.0	12.4	3.4
福祉ホーム B 型（旧体系）	5	1	0	1.7	0.6	0.0
介護老人福祉施設（特養）	1	0	0	0.3	0.0	0.0
介護老人保健施設	1	0	1	0.3	0.0	1.7
その他	21	7	0	7.0	4.1	0.0
わからない	8	4	5	2.7	2.4	8.5
合計	301	170	59	100.0	100.0	100.0

## ⑫退院時の経済状況

	長期 入院者	非長期 入院者	無回答	長期 入院者	非長期 入院者	無回答
	人数			割合[%]		
本人勤労収入	5	3	1	1.7	1.8	1.7
本人預貯金（取崩し、利子等含む）	50	36	9	16.6	21.2	15.3
家族からの援助	47	29	9	15.6	17.1	15.3
年金（障害年金、老齢年金等）	205	93	37	68.1	54.7	62.7
生活保護給付	103	60	14	34.2	35.3	23.7
その他	3	4	1	1.0	2.4	1.7
わからない	9	4	6	3.0	2.4	10.2

## ⑬現在の住まい

	長期 入院者	非長期 入院者	無回答	長期 入院者	非長期 入院者	無回答
	人数			割合[%]		
持家（単身）	11	17	0	3.7	10.0	0.0
持家（家族と同居）	13	19	9	4.3	11.2	15.3
賃貸（単身）	70	39	10	23.3	22.9	16.9
賃貸（家族と同居）	5	5	0	1.7	2.9	0.0
共同生活援助（グループホーム）	66	23	9	21.9	13.5	15.3
共同生活介護（ケアホーム）	17	11	5	5.6	6.5	8.5
自立訓練（生活訓練 宿泊型）	9	3	1	3.0	1.8	1.7
自立訓練（生活訓練 通所型 短期滞在加算）	1	0	2	0.3	0.0	3.4
施設入所支援	1	2	0	0.3	1.2	0.0
福祉ホーム（地域生活支援事業）	0	0	0	0.0	0.0	0.0
退院支援施設	1	0	0	0.3	0.0	0.0
生活訓練施設（旧体系 援護寮）	34	10	2	11.3	5.9	3.4
福祉ホームB型（旧体系）	2	1	0	0.7	0.6	0.0
介護老人福祉施設（特養）	2	0	0	0.7	0.0	0.0
介護老人保健施設	2	0	1	0.7	0.0	1.7
その他	14	7	2	4.7	4.1	3.4
わからない	20	10	6	6.6	5.9	10.2
入院中	28	18	9	9.3	10.6	15.3
死亡している	5	5	3	1.7	2.9	5.1
合計	301	170	59	100.0	100.0	100.0

## ⑭現在の経済状況

	長期 入院者	非長期 入院者	無回答	長期 入院者	非長期 入院者	無回答
	人数			割合[%]		
本人勤労収入	22	11	5	7.3	6.5	8.5
本人預貯金（取崩し、利子等含む）	39	26	9	13.0	15.3	15.3
家族からの援助	32	23	9	10.6	13.5	15.3
年金（障害年金、老齢年金等）	194	88	33	64.5	51.8	55.9
生活保護給付	109	65	14	36.2	38.2	23.7
その他	3	1	0	1.0	0.6	0.0
わからない	37	22	1	12.3	12.9	1.7

## ⑮現在の状況

		地域	再入院中	死亡している	不明	合計
長期入院者	人数	239	28	5	29	301
非長期入院者		132	18	5	15	170
無回答		37	9	3	10	59
長期入院者	割合	79.4	9.3	1.7	9.6	100.0
非長期入院者	合	77.6	10.6	2.9	8.8	100.0
無回答	[%]	62.7	15.3	5.1	16.9	100.0

## ⑯再入院の有無

		再入院なし	再入院あり	無回答	合計
長期入院者	人数	224	65	12	301
非長期入院者		120	39	11	170
無回答		36	16	7	59
長期入院者	割合	74.4	21.6	4.0	100.0
非長期入院者	合	70.6	22.9	6.5	100.0
無回答	[%]	61.0	27.1	11.9	100.0

## ⑰再入院の回数

		1回	2回	3回	4回	合計
長期入院者	人数	51	14	0	0	65
非長期入院者		31	4	4	0	39
無回答		13	2	0	1	16
長期入院者	割合	78.5	21.5	0.0	0.0	100.0
非長期入院者	合	79.5	10.3	10.3	0.0	100.0
無回答	[%]	81.3	12.5	0.0	6.3	100.0

※割合の分母は、再入院経験のある「長期入院者」65人、「非長期入院者」39人、「無回答」16人である(以下同様)。

## ⑱退院から【初回】再入院までの期間

		1か月未満	1か月～1年	1年以上	無回答	合計
長期入院者	人数	5	41	15	4	65
非長期入院者		3	27	4	5	39
無回答		1	12	2	1	16
長期入院者	割合	7.7	63.1	23.1	6.2	100.0
非長期入院者	合	7.7	69.2	10.3	12.8	100.0
無回答	[%]	6.3	75.0	12.5	6.3	100.0

## ⑱【初回】再入院における入院期間

		1か月未満	1か月～1年	1年以上	無回答	合計
長期入院者	人数	15	32	4	14	65
非長期入院者		4	21	3	11	39
無回答		4	5	3	4	16
長期入院者	割合	23.1	49.2	6.2	21.5	100.0
非長期入院者	割合	10.3	53.8	7.7	28.2	100.0
無回答	[%]	25.0	31.3	18.8	25.0	100.0

## ⑳【初回】再入院における入院事由

		病状悪化	その他	不明	合計
長期入院者	人数	48	13	4	65
非長期入院者		32	4	3	39
無回答		14	2	0	16
長期入院者	割合	73.8	20.0	6.2	100.0
非長期入院者	割合	82.1	10.3	7.7	100.0
無回答	[%]	87.5	12.5	0.0	100.0

## ㉑【初回】再入院における入院形態

		任意	医療保護	措置	不明	合計
長期入院者	人数	47	7	1	10	65
非長期入院者		25	10	0	4	39
無回答		11	5	0	0	16
長期入院者	割合	72.3	10.8	1.5	15.4	100.0
非長期入院者	割合	64.1	25.6	0.0	10.3	100.0
無回答	[%]	68.8	31.3	0.0	0.0	100.0



平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業  
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

---

平成 22 年 3 月 発行

編集兼発行所

社会福祉法人桑友

〒690-0064 島根県松江市天神町 93

TEL : 0852-60-1858 FAX : 0852-60-1835

E-mail : [info@soyu.or.jp](mailto:info@soyu.or.jp) WEB : <http://soyu.or.jp/>

---

# 精神障害者地域生活移行支援特別対策事業対象者の 地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査

(概要版)

---

平成22年3月

社会福祉法人 桑友

当報告資料（以下、概要版）は、厚生労働省「平成21年度障害者保健福祉推進事業」において実施された同名の調査報告書（以下、本報告書）をもとに作成されています。本研究の詳細は平成22年3月に報告された本報告書を御参照ください。

# 目次

1. 研究目的・研究枠組	・・・2
2. 調査結果	
2-1. 利用者延べ人数、地域生活移行者数、地域生活移行率の推移	・・・3
2-2. 事業所別利用者数、地域生活移行者数の推移	・・・4
2-3. 事業の実施体制	・・・5
2-4. 地域生活移行者の基本情報	・・・6
2-5. 地域生活移行者の入院経歴	・・・7
2-6. 地域生活移行者の現在の状況	・・・8
2-7. 地域生活移行者の住まいの変化	・・・9
2-8. 地域生活移行者の支援内容の変化	・・・11
2-9. 長期入院の与える地域生活移行への影響	・・・12
2-10. 支援の引継ぎ	・・・13
3. 考察	・・・14

注)

以下、説明の都合上、「精神障害者退院促進支援事業」「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を合わせて「地域移行支援特別対策事業」と表記する。同事業の利用者を「利用者」、退院し、地域生活を開始した方を「地域生活移行者」と表記している。また、集計結果の図表は、四捨五入の都合上、割合の合計値が100%にならないことがある。

# 1. 研究目的・研究枠組

## <背景>

- ・「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の提示から5年が経過し、支援における様々な課題も出てきている。
- ・残された5年間で一人でも多くの社会的入院者を地域に導くこと、事業利用者の退院後の地域生活を安定したものとし、再入院を防ぐことが求められる。

☞そのためには、本事業の成果、課題の把握を主眼とした予後調査が行われるべきと考えられる。

## <目的>

- ①地域移行支援特別対策事業を利用して地域生活を始めた方の現在の生活実態を明らかにする。
- ②退院後、地域生活を継続的に送るための支援のあり方を提言する。

## <研究枠組>

調査対象：平成18年～21年11月の間、地域移行支援特別対策事業を実施していた、または現在実施している事業所。

### 実態調査

質問紙の郵送による(366事業所)全国悉皆調査

※事業所内における調査対象者の選定に関しては、10件無作為抽出で実施

<調査内容>

- ①事業所の概要
- ②地域生活移行者の基本情報  
年齢、性別、疾病名、障害手帳の有無、入院歴 等
- ③地域生活移行者の退院時と現在と状況  
経済状況、住まい、支援内容 等

### 事例調査

調査員による(5都県12事業所34ケース)個別インタビュー調査

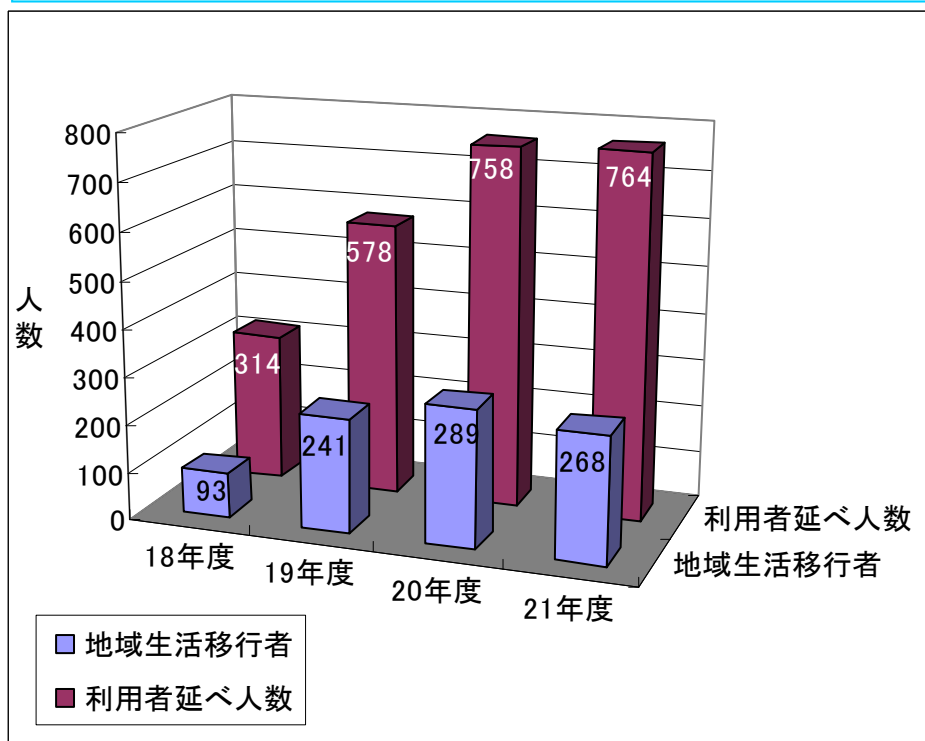
<調査内容>

- ①地域生活移行者の基本情報
- ②経済状況
- ③住まいの状況
- ④事業の利用状況
- ⑤支援終了から現在に至るまでの状況変化
- ⑥退院時から現在に至るまでの支援内容の変化

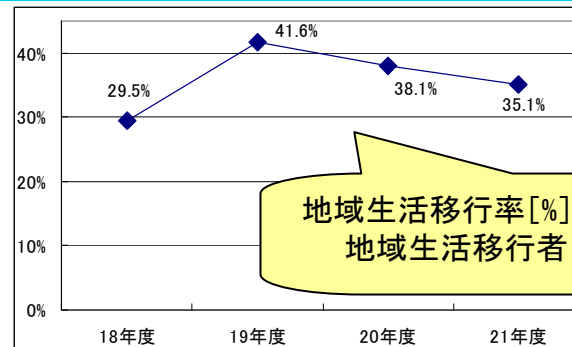
# 2-1. 利用者延べ人数、地域生活移行者数、地域生活移行率の推移

- ・「利用者数」「地域生活移行者数」ともに、年々増加している。  
 「利用者延べ人数」：平成18年度;314人 ⇒ 平成21年度11月末;764人  
 「地域生活移行者数」:平成18年度;93人 ⇒ 平成21年度11月末;268人
- ・「地域生活移行率」は、平成18年度29.5%、翌19年度41.6%と上昇後、低下傾向となっている。
- ・「事業所別地域生活移行者数(平成18~21年度11月末時点までの実績)」は、「1~5人」が最大(60事業所;43.5%)となった。

利用者延べ人数と地域生活移行者数の推移

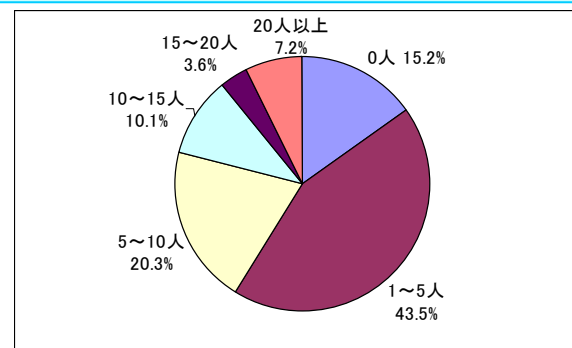


地域生活移行率の推移



$$\text{地域生活移行率}[\%] = \frac{\text{地域生活移行者}}{\text{利用者}} \times 100$$

事業所別 事業による地域生活移行者数 (平成18~21年度11月末)

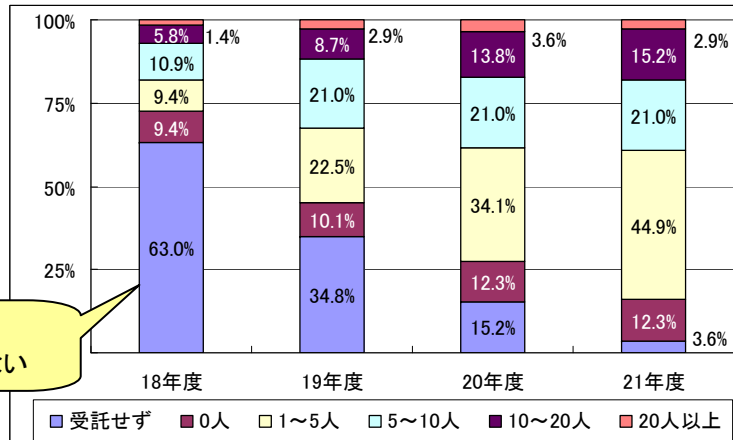
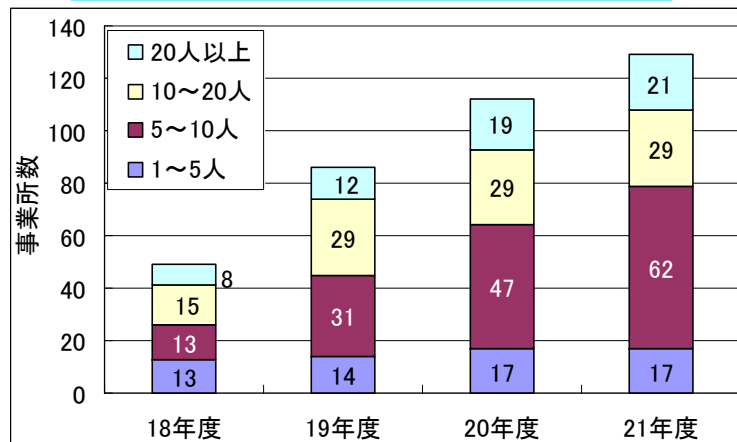


回収率:37.7% (138 事業所 / 366事業所)

## 2-2. 事業所別利用者延べ人数、地域生活移行者数の推移

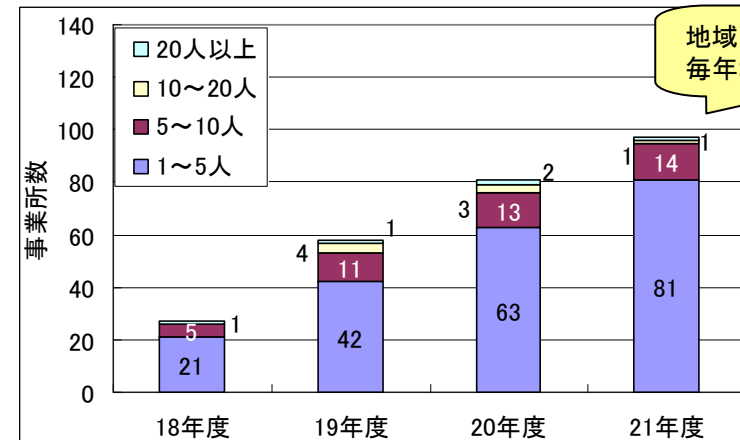
- ・平成18年度は、事業を受託していない事業所や、受託しつつも利用者の受入れのない事業所が存在していた。
- ・年々、実施する事業者が増え、平成21年度では、11月末時点ながら「1人以上5人未満」の利用者を支援する事業所が44.9%となった。
- 地域生活移行者についても、平成21年度「1人以上5人未満」とした事業所の割合が、58.7%と半数を上回るまでになった。

事業所別 利用者延べ人数の推移

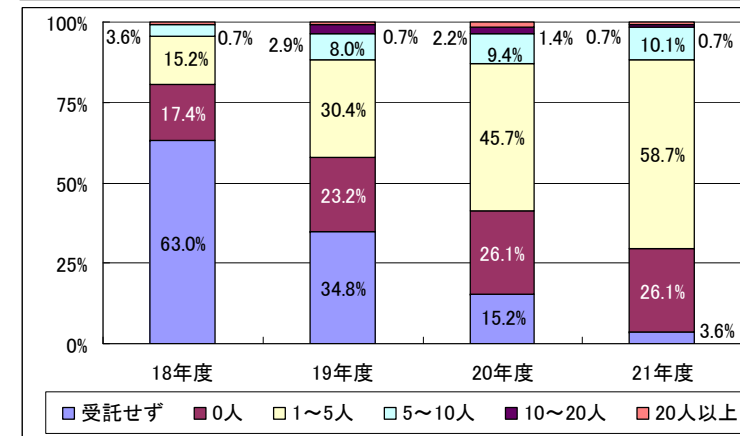


事業開始当初は、実施事業所が少ない

事業所別 地域生活移行者の推移



地域生活移行者数は、毎年増加している

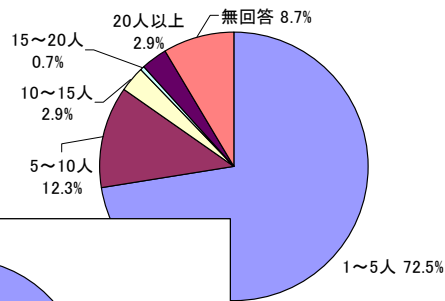


## 2-3. 事業の実施体制

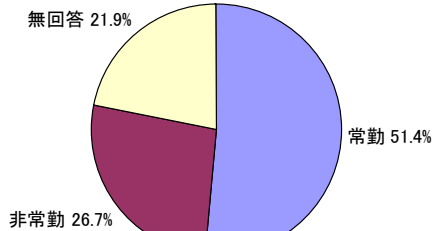
- ・事業所の72.5%が「1人以上5人未満(地域移行推進員)」という体制であった
- ・地域移行推進員の51.4%が常勤職員であり、61.2%が専門職資格を保有している。
- ・ピアサポーターを配置している事業所は11事業所(8.0%)であった。
- ・ピアサポーターを配置している事業所の方が、支援実績が多く、地域生活移行者数も多い。

事業の実施体制(地域移行推進員)

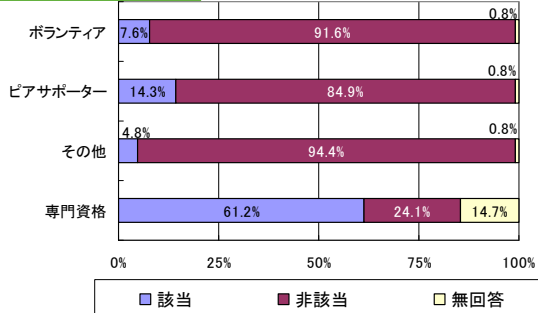
地域移行推進員の人員数



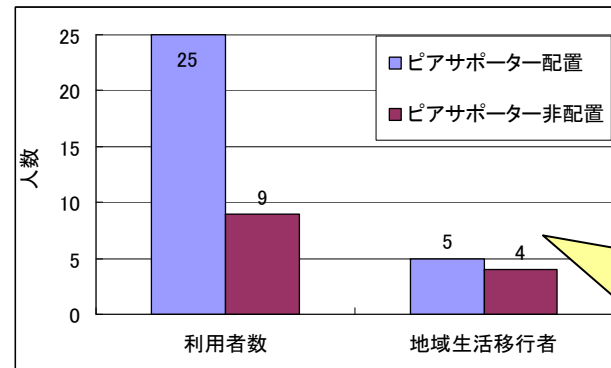
勤務形態



属性等



ピアサポーターの配置による、事業実績の比較



ピアサポーターを配置している事業所は、支援実績が豊富である。

※グラフは各事業者の支援実績の中央値を比較している

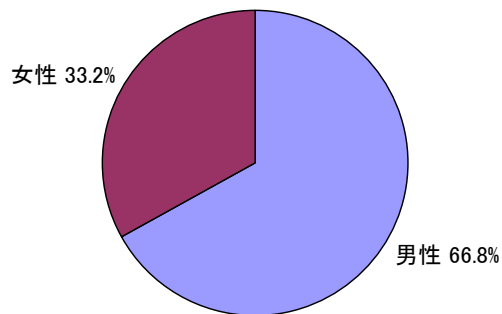
事業所	事業所数	割合 [%]	支援実績(平成18~21年度11月末)			
			利用者数	地域生活移行者数	利用者数	地域生活移行者数
			平均値		中央値	
ピアサポーター配置	11	8.0	52.7	15.3	25	5
ピアサポーター非配置	126	91.3	15.9	6.4	9	4
不明	1	0.7	-	-	-	-
合計	138	100.0	-	-	-	-

平成18~21年度までの事業実績(利用者数、地域生活移行者数)の平均値と、中央値を算出し、ピアサポーターを配置している事業所とそうでない事業所で比較した。グラフでは、中央値を用いて比較している。

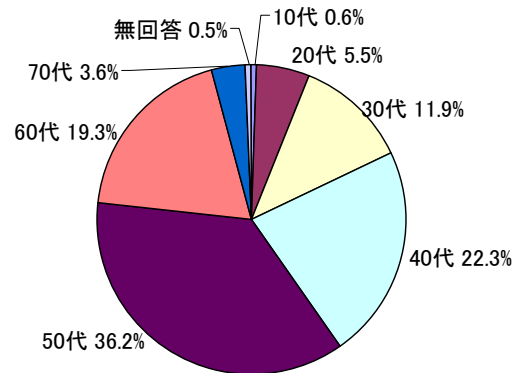
## 2-4. 地域生活移行者の基本情報

- ・「性別」は男性が66.8%であり、女性が33.2%であった。
- ・「支援開始時の年齢」は50代が最も多く36.2%、次いで40歳代が22.3%であった。
- ・「主たる疾病」は83.4%が統合失調症であった。
- ・「精神保健福祉手帳」は、65.0%の方が保有し、2級の保有者が多かった。  
「身体障害者手帳」や「療育手帳」の保有者は3%未満であり、基本的には精神疾患のみの方が大多数を占めた。

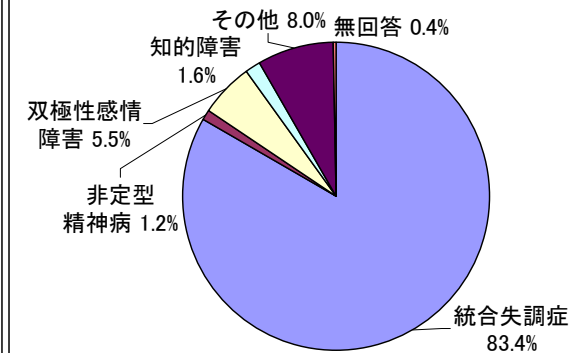
性別



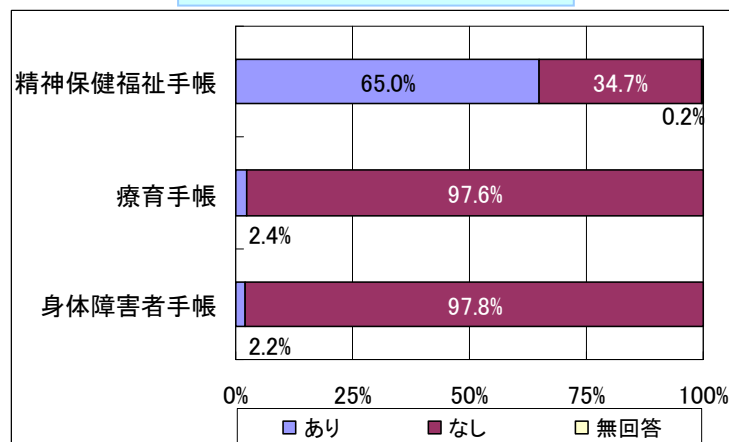
年代



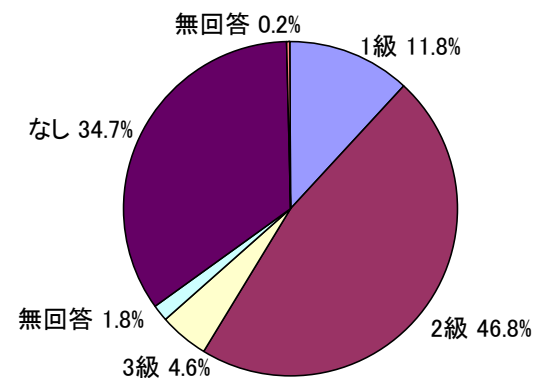
主たる疾病



障害福祉手帳の有無



精神保健福祉手帳の等級





## 2-5. 地域生活移行者の入院経歴

入院が、5年以上の長期に及ぶ方が半数以上を占める中、そうでない方も3割程度存在する。

・「支援開始までの直近の入院期間」は、「5年以上」とする方が36.4%と4分の1以上を占めた。

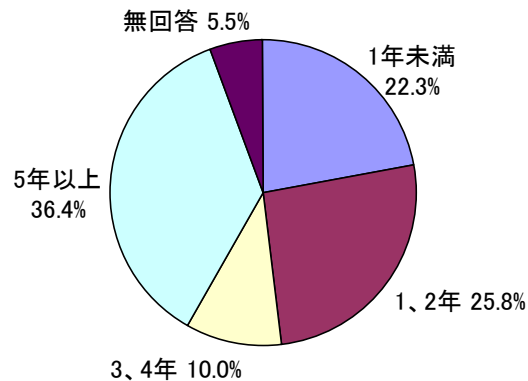
一方、「1年ないし2年」(25.8%)、「1年未満」(22.3%)を合算すると48.1%と約半数程度に及ぶ。

・「支援開始までの総入院期間」は、「5年以上」が56.8%となっている。

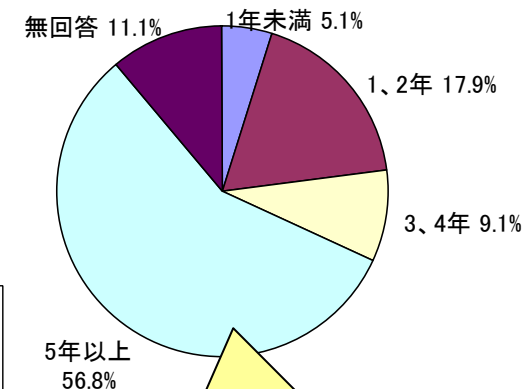
一方、「1年ないし2年」(17.9%)、「1年未満」(5.1%)となっており、合算すると23.0%となる。

・「支援開始までの総入院回数」は「1回ないし2回」が最も多く31.5%、次いで「3回ないし4回」が27.2%であった。

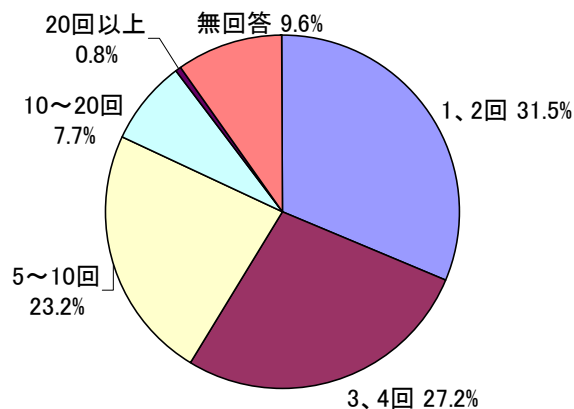
支援開始までの直近の入院期間



支援開始までの総入院期間



支援開始までの総入院回数

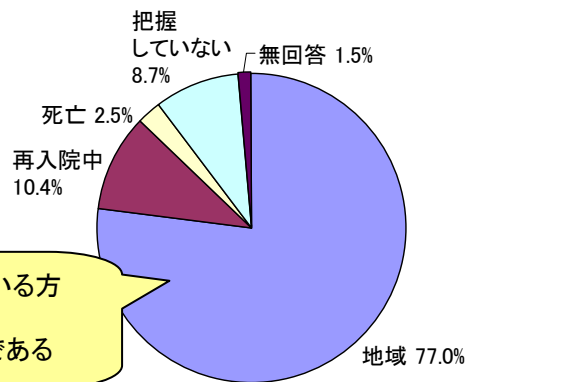


総入院期間「5年以上」の方が半数以上であるが、「5年未満」の方も3割程度存在する

## 2-6. 地域生活移行者の現在の状況

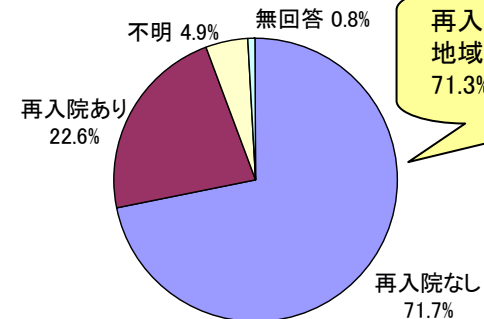
- ・現在も、「入院以外の生活を送っている地域生活移行者」は77.0%(408人)であった。  
調査時点において「再入院中」の方が10.4%(55人)、「死亡している(病死;69.2%、事故;23.1%)」方が2.5%(13人)であった。
- ・地域生活移行後、再入院することなく、地域生活を継続している方は71.7%(380人)、再入院した方は22.6%(120人)であった。
- ・90.6%の地域生活移行者について、支援者は現在も状況を把握している。

現在の状況



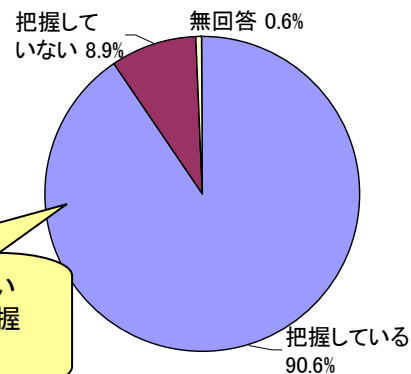
現在、地域で生活をしている方は、77.0%である  
再入院中の方は、10.4%である

再入院の有無



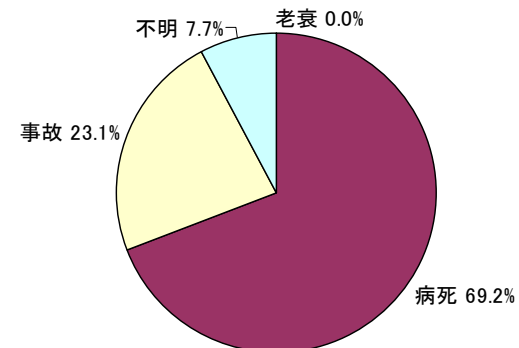
再入院することなく、  
地域生活を継続している方が  
71.3%である。

地域生活移行者の把握状況



90.6%の地域生活移行者について、  
支援者は現在も状況を把握  
している

(亡くなっている場合の)死因

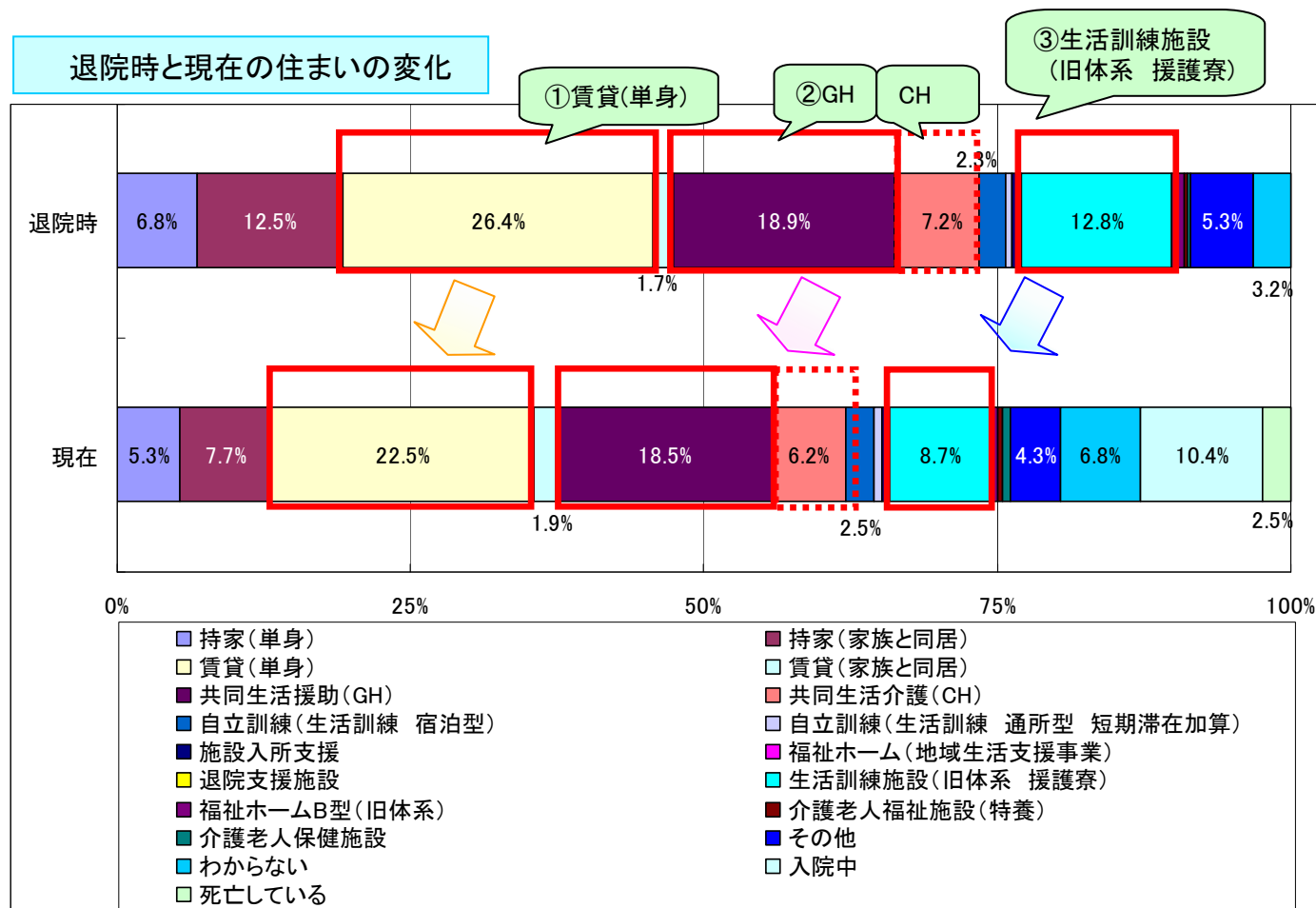


## 2-7. 地域生活移行者の住まいの変化①

退院時と現在の「住まい」の傾向は概ね一致している。

①賃貸(単身)、②共同生活援助(グループホーム)、③生活訓練施設の順となっている。

※共同生活援助(グループホーム)は、「GH」、共同生活介護(ケアホーム)は、「CH」と略す。



＜退院時＞

- ①賃貸住宅に単身で居住する割合が26.4%と最も多い。
- ②GHが18.9%と続き、CHの7.2%と合わせると26.1%となり、支援付きのGH/CHへの退院が多い。
- ③次いで多いのが生活訓練施設で12.8%であった。

↓ 現在も、傾向は変わらない

＜現在の住まい＞

- ①賃貸住宅に単身で居住する割合が22.5%と最も多かった。
- ②GHが18.5%と続き、CHの6.2%と合わせると24.7%となる。
- ③次いで多いのが生活訓練施設で8.7%であった。

# 2-7. 地域生活移行者の住まいの変化②

退院時と現在の「住まい」の変化については、「変化なし」が73.2%(388人)であった。  
変化があったものとしては、「賃貸(単身)」「GH」への変更が多い。

退院時から現在への住まいの変化

現在の住まい \ 退院時の住まい	変化なし	持家(単身)	持家(家族と同居)	賃貸(単身)	賃貸(家族と同居)	共同生活援助(GH)	共同生活介護(CH)	自立訓練(生活訓練 宿泊型)	自立訓練(生活訓練 通所型短期)	施設入所支援	福祉ホーム(地域生活支援事業)	退院支援施設	生活訓練施設(旧体系 看護寮)	福祉ホームB型(旧体系)	介護老人福祉施設(特養)	介護老人保健施設	その他	わからない	入院中	死亡	合計
持家(単身)	25	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	0	36
持家(家族と同居)	40	0	4	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	10	1	66
賃貸(単身)	103	0	0	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14	7	140
賃貸(家族と同居)	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	9
共同生活援助(GH)	83	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	2	100
共同生活介護(CH)	30	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	38
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12
自立訓練(生活訓練 通所型 短期)	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
施設入所支援	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
福祉ホーム(地域生活支援事業)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
退院支援施設	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
生活訓練施設(旧体系 看護寮)	45	1	1	4	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	1	68
福祉ホームB型(旧体系)	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6
介護老人福祉施設(特養)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
介護老人保健施設	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
その他	19	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	28
わからない	15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17
合計	388	3	1	16	4	15	3	2	1	1	0	0	1	0	1	1	4	21	55	13	530
持家(単身)	69.4	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	22.2	0.0	100.0
持家(家族と同居)	60.6	0.0	6.1	1.5	6.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	1.5	3.0	3.0	15.2	1.5	100.0
賃貸(単身)	73.6	0.0	0.0	0.7	1.4	2.1	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7	10.0	5.0	100.0
賃貸(家族と同居)	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	22.2	0.0	100.0
共同生活援助(GH)	83.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	7.0	2.0	100.0
共同生活介護(CH)	78.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	2.6	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.5	2.6	100.0	
自立訓練(生活訓練 宿泊型)	91.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	100.0
自立訓練(生活訓練 通所型 短期)	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
施設入所支援	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
福祉ホーム(地域生活支援事業)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
退院支援施設	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
生活訓練施設(旧体系 看護寮)	66.2	1.5	1.5	5.9	1.5	7.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	2.9	8.8	1.5	100.0
福祉ホームB型(旧体系)	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	100.0
介護老人福祉施設(特養)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
介護老人保健施設	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
その他	67.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	3.6	3.6	100.0
わからない	88.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.0	100.0
合計	73.2	0.6	0.2	3.0	0.8	2.8	0.6	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.2	0.8	4.0	10.4	2.5	100.0

賃貸(単身)への変更が16人  
GHへの変更が15人

現在も、退院時と変わらない住まいで生活されている方が73.2%(388人)

<賃貸(単身)からの変更>  
退院時の住まいとして多かった賃貸(単身)140人のうち、37人が住まいを変更した。

- ・GH/CHへの変更が5人。
- ・賃貸(家族同居)への変更が2人。
- ・その他、苦情による他の賃貸住宅への変更が1人。
- ・14人が入院中、7人が死亡していた。

<GH/CHからの変更>  
退院時GH/CHとした138人のうち、25人が住まいを変更した。

- ・単身への変更が4人。
- ・その他11人が入院中であり、3人は死亡していた。

# 2-8. 地域生活移行者の支援内容の変化

## <体験利用の活用状況>

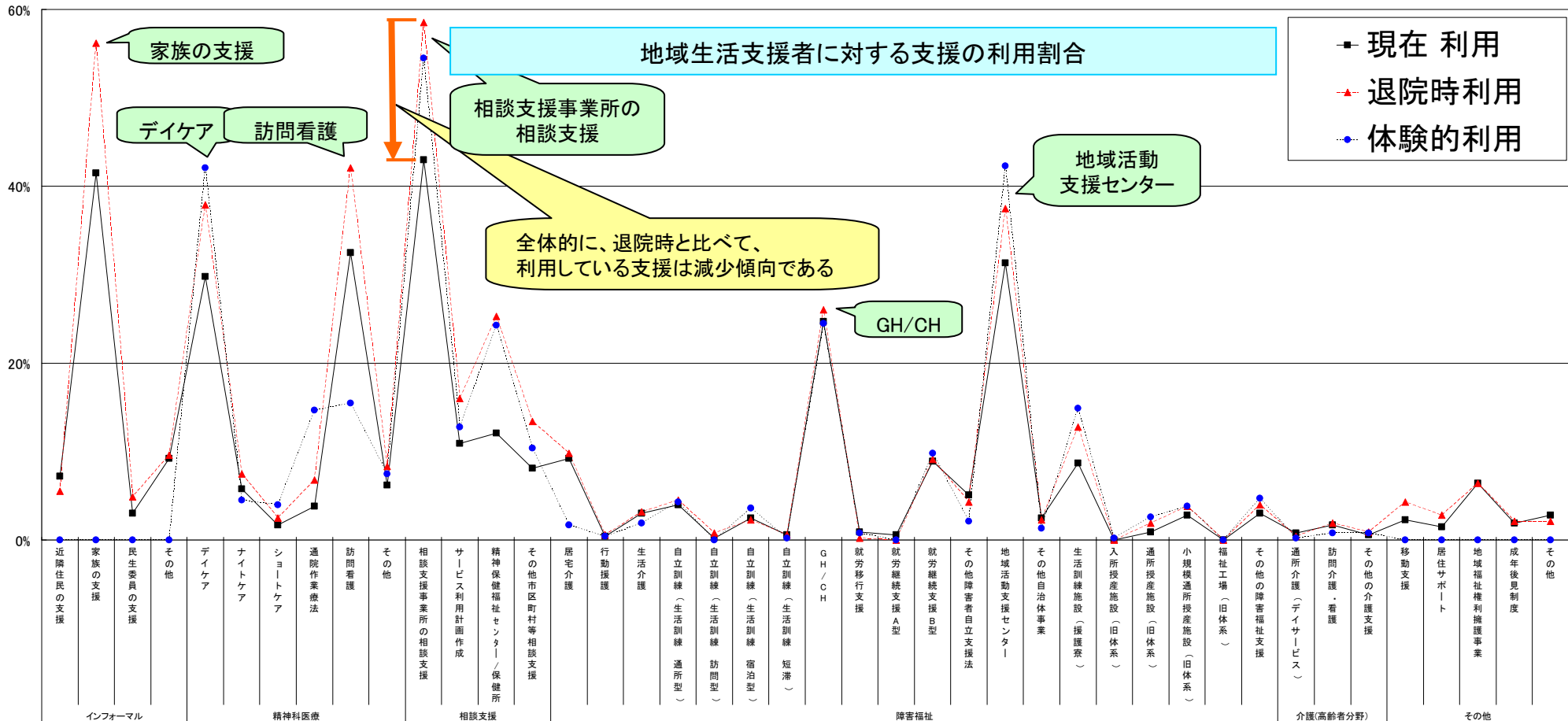
①「相談支援事業所の相談支援」(54.5%)、②「地域活動支援センター」(42.3%)、③「デイケア」(42.1%)が続いた。

## <退院時の利用>

①「相談支援事業所の相談」(58.5%)、②「家族による支援」(56.2%)、  
③「精神科医療に関する支援」である「訪問看護」(42.1%)、④「デイケア」(37.9%)、⑤「地域活動支援センター」(37.5%)が多かった。

## <退院時と現在の利用状況の変化>

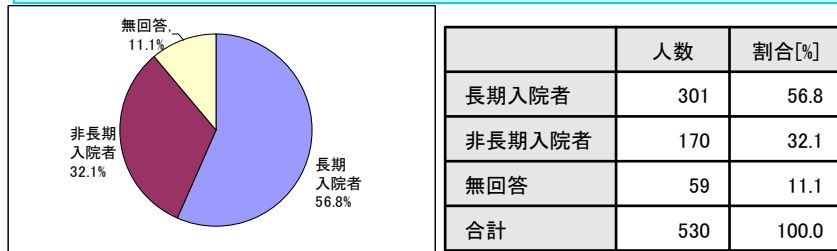
全体的に、利用状況は減っている。最も多い「相談支援事業所の相談支援」では43.0%と退院時と比べて15.5ポイント減少している。同様に「家族の支援」では14.7ポイント、「訪問看護」では9.6ポイント、「デイケア」では8.1ポイントの減少となっている。



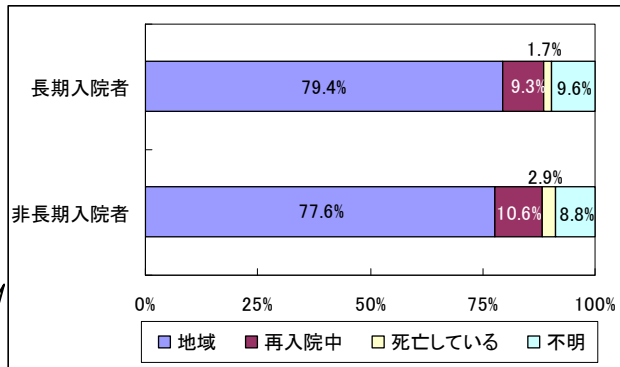
# 2-9. 長期入院の与える地域生活移行への影響

・長期入院者と非長期入院者において、地域生活移行後の生活への大きな差異は見られなかった(属性、支援期間、経済状況についても同様)。  
 ・ただし、長期入院者において、GH/CH、生活訓練施設を利用する割合が高いという特徴が見られた。  
 ※しかしながら、各設間に解答した支援者が把握していないケースも多く、これをもって長期入院者と非長期入院者の地域生活移行後の傾向に差はないとは言い切れない。

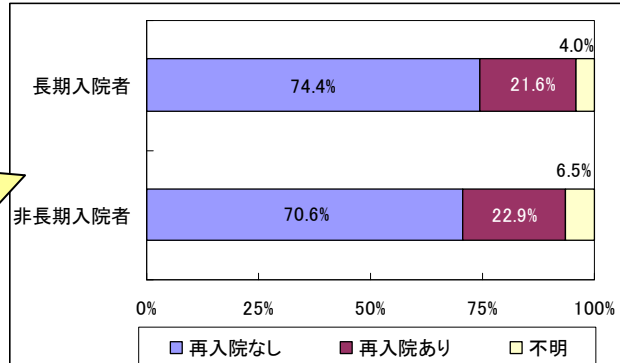
長期入院者(支援開始までの入院期間が5年以上)



長期入院者の現在の状況

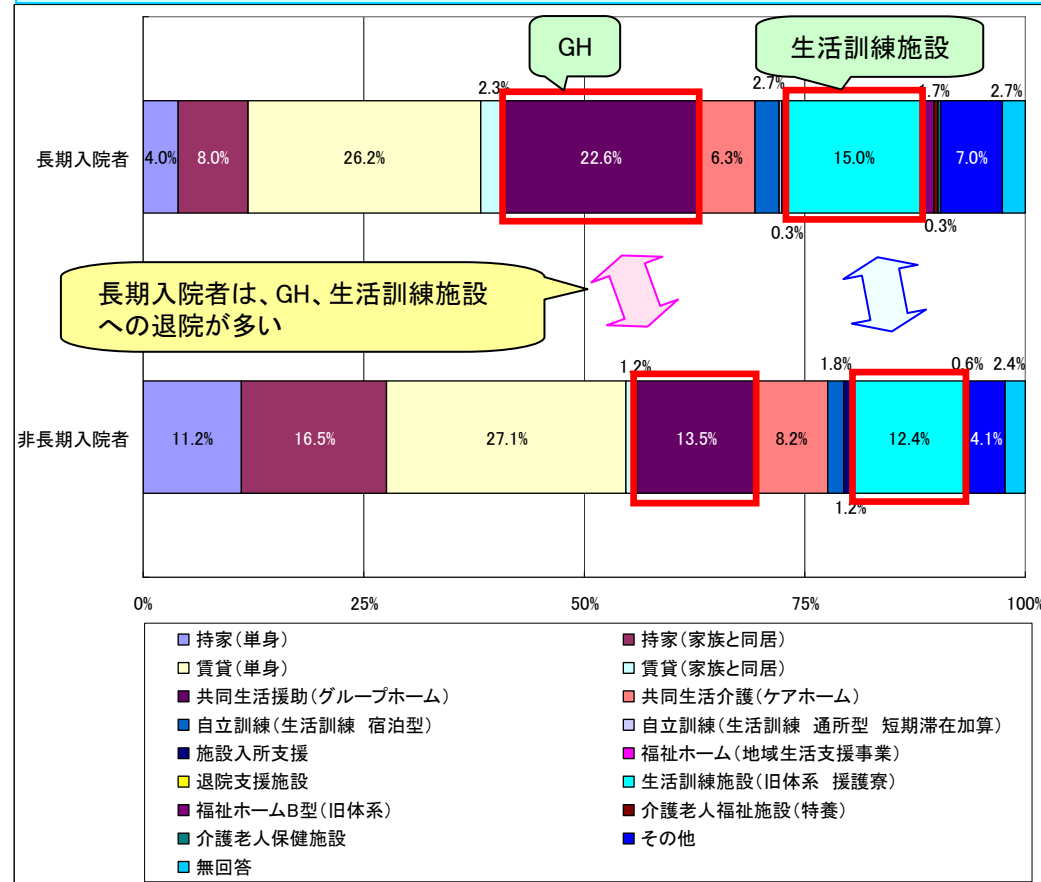


長期入院者の再入院の有無



支援までの入院期間によらず、地域生活移行後の状況は、概ね一致している

退院時の住まい(支援開始までの入院期間による比較)

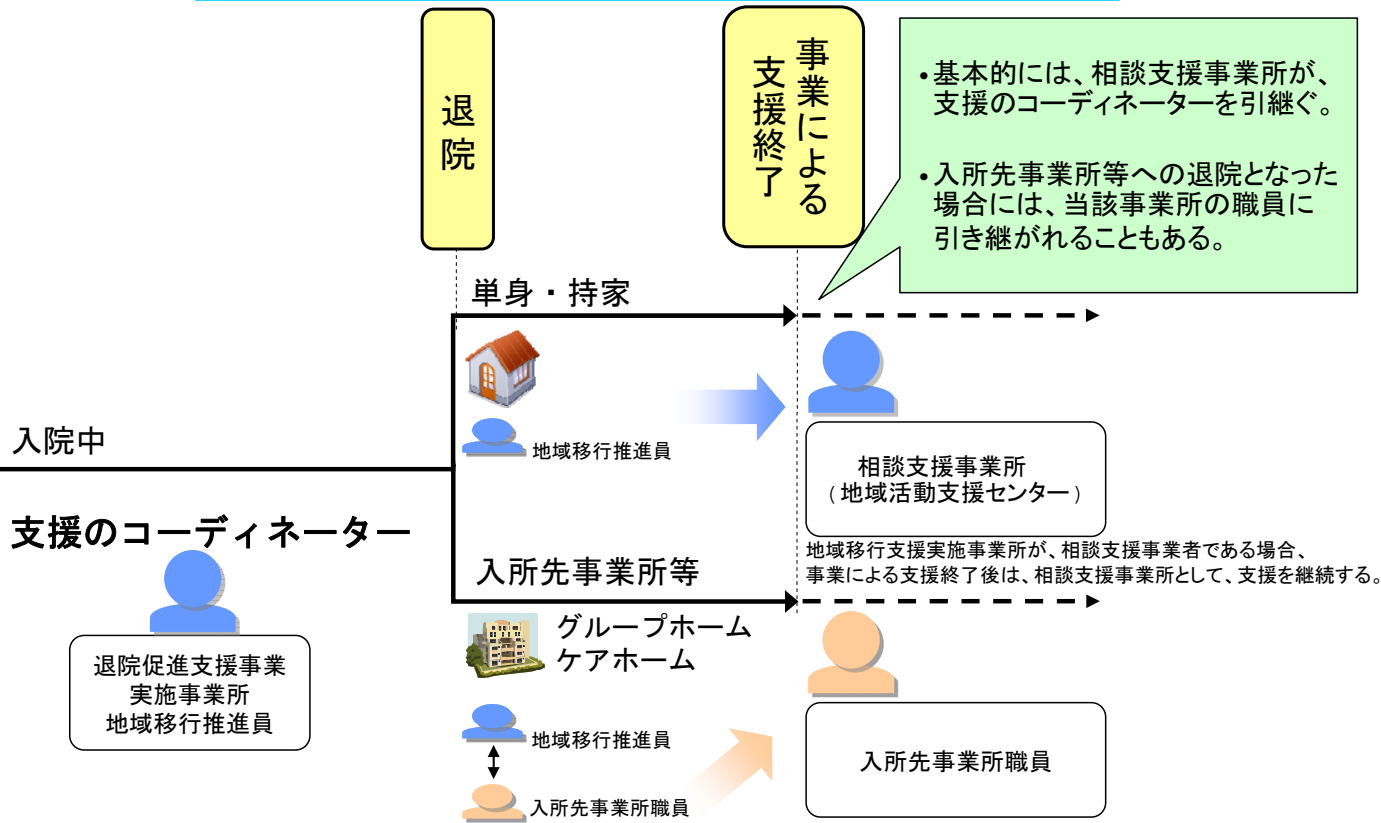


長期入院者は、GH、生活訓練施設への退院が多い

## 2-10. 支援の引継ぎ

事業による支援中は、事業実施事業所の地域移行推進員が中心となり、事業による支援終了後は相談支援事業所の職員がその役目を引き継ぐというケースが多い。ただし、そもそも、事業を実施している事業者のほとんどが、相談支援事業所であるため、利用者の退院先が事業所の担当地域内である場合は、相談支援事業による支援として、担当者そのまま支援が継続するケースも多い。

### 地域移行支援特別対策事業による支援終了後の引継ぎ



### <メリット>

- 【支援者】**  
引継ぎの負担が少ない。
- 【利用者】**
- 信頼関係のできた支援による安心感がある。
  - 事業終了が支援の継ぎ目となることなく、一貫した支援を受けることができる。

### <支援における課題>

- 「地域移行支援特別対策事業でどこまでやるのか」「地域生活へ移行するとはどういうことか」といった支援者としての引継ぎ(フェーディング)のタイミングが不明確。
- 事業終了後は、中心となる機関が不明確である場合もある。そのため、支援のコーディネーターの機能性を考慮し、事業での支援を継続するケースもある。



# 3. 考察

## ①事業利用者の選抜と効果測定について

地域により、事業の実施方法が異なるため、事業効果を見えにくい。

「利用者」「地域生活移行者数」という数値として出てくる部分だけでは事業の評価をすべきでない。

## ②家族による支援の位置づけについて

本研究において、インフォーマルな支援として家族がかかわっていると回答が退院時56.2%、現在41.5%となっている。

家族がどの程度支援にかかわっているかは本調査からは判断できないが、少なくとも約半数の家族が支援にかかわっている。

今後、事業を進めていくにあたり、「家族による支援」がなくとも、地域生活移行を実現できるよう支援のあり方を見直ししていくと同時に、障害者の家族に対する支援も充実していくことが必要であると考えられる。

## ③関係機関との協力関係の構築について

地域移行支援特別対策事業は病院と支援事業者、地域の社会資源、行政等といった相互関係の中に成り立つものである。

その相互関係をスムーズに構築できる体制について考える必要がある。

## ④実施事業者が考える事業効果について

### ■事業を受託したことによる、事業者としてのプラス面

- (1) 医療機関(特に精神科病床を持つ病院)、その関係者と連携
- (2) 地域関係機関(行政、地域社会資源等)、その関係者と連携
- (3) 地域生活移行に向けた手ごたえ、積極的に取り組む「きっかけ」となった

### ■事業を受託したことによる事業者としてのマイナス面・意見

- (1) 人員体制と人件費に見合う予算
- (2) 病院ソーシャルワーカーとの棲み分け
- (3) 単年度では完結しない現実
- (4) 事業そのものの位置づけ





桑の木のように再び元気を取り戻して、  
自ら芽吹いて欲しい。

平成21年度障害者保健福祉推進事業報告書（概要版）  
（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

**精神障害者地域生活移行支援特別対策事業対象者の  
地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査**

平成22年3月 発行

編集兼発行所

社会福祉法人桑友

〒690-0064 島根県松江市天神町93

TEL : 0852-60-1858

FAX : 0852-60-1835

E-mail : info@soyu.or.jp

WEB : <http://soyu.or.jp/>