

# 鳥取県

モデル圏域 西部圏域

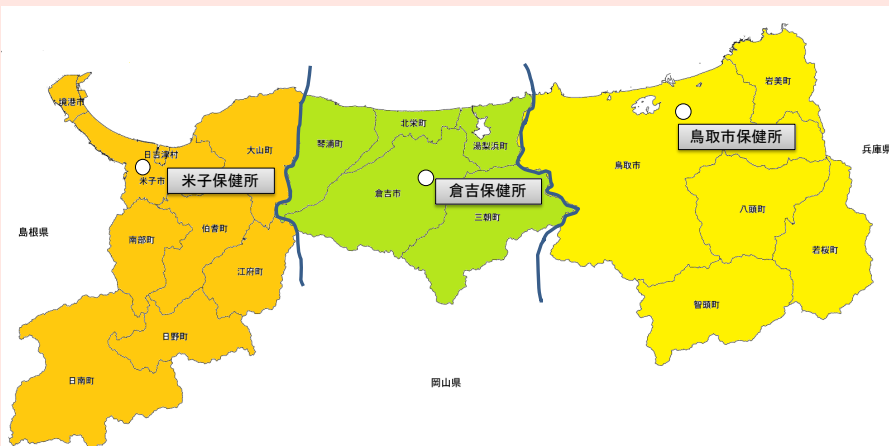
## 鳥取県における地域包括ケアシステム構築に向けた取組

鳥取県では、地域移行推進会議（代表者会議）、地域移行連絡会（実務者会議）等を通して、関係機関との「顔の見える関係」が構築されており、精神障がい者の地域移行・地域定着に向けた取組を連携して進めています。

平成30年度からは、西部圏域をモデル圏域とし、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、精神障がい者を地域全体で支える仕組みの構築に向けて取り組んでいます。

## 1 県又は政令市の基礎情報

### 鳥取県



### 取組内容

#### 【人材育成の取組】

- ・退院支援や訪問看護に携わる専門職等のスキルアップを図るための研修の実施
- ・ピアサポーターを養成するための研修の実施

#### 【精神障がい者の地域移行の取組】

- ・事例検討会による関係者同士の顔の見える関係づくり
- ・地域で支える仕組みを構築するため協議の場の設置
- ・地域と精神科病院入院患者との交流
- ・ピアサポーターによる退院支援

### 基本情報（都道府県等情報）

#### <基本情報入力シート>

自治体名（記入してください）

鳥取県

（※「■網掛け」部分及び「●」部分に半角数字で入力してください）

障害保健福祉圏域数（R2年6月時点）	3	か所		
市町村数（R2年6月時点）	19	市町村		
人口（R2年5月時点の推計）	552,471	人		
精神科病院の数（R2年6月時点）	11	病院		
精神科病床数（R2年6月時点）	1,792	床		
入院精神障害者数 （R1年6月時点）	合計	1,433	人	
	3か月未満（%：構成割合）	311	人	
		21.7	%	
	3か月以上1年未満 （%：構成割合）	296	人	
		20.7	%	
	1年以上（%：構成割合）	826	人	
57.6		%		
うち65歳未満		292	人	
	うち65歳以上	534	人	
退院率（H30年6月時点）	入院後3か月時点	46.9	%	
	入院後6か月時点	62.8	%	
	入院後1年時点	78.8	%	
相談支援事業所数 （R2年4月時点）	基幹相談支援センター数	3	か所	
	一般相談支援事業所数	19	か所	
	特定相談支援事業所数	58	か所	
保健所数（R2年6月時点）	3	か所		
（自立支援）協議会の開催頻度（R1年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	全体会2/部会8	回/年	
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	有 (未開催)		
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（R1年9月時点）	都道府県	有	1	か所
	障害保健福祉圏域	有	3 / 3	か所/障害圏域数
	市町村	有	2 / 19	か所/市町村数

## 2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（全体）

鳥取県では、精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムを構築し、地域共生社会を実現するため、保健・医療・福祉等の関係者と連携し、精神科病院からの長期入院患者の地域移行を促進するとともに、退院後における地域で支える仕組みの構築に向けて取組を進めている。

### 1 地域移行推進会議（代表者会議）の開催

各圏域の保健・医療・福祉の各分野の責任者（精神科病院、相談支援事業所、市町村等）が、精神障がい者の地域生活を推進するための支援体制の構築に向けて、課題を整理・検討。

### 2 地域移行連絡会（実務者会議）の開催

支援の充実と関係者のスキルアップ、連携強化を図るため、各圏域で実務担当者（精神科病院ソーシャルワーカー、市町村等）が個別課題等の整理・検討、事例研究等を実施。

### 3 地域と病院との交流

精神科病院に入院中の精神障がい者と地域住民やボランティア（地域移行推進ボランティア等）との交流の場を提供することにより、入院患者の地域での孤立を防ぐとともに、退院意欲を高める。また、地域における精神障がい者への理解の促進を図る。

## 2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（全体）

### 4 地域移行支援強化研修会

退院支援や訪問看護に携わる専門職等のスキルアップを図るため、以下の研修を開催。

- ・精神障がい者地域移行・地域定着支援関係者研修会
- ・精神科訪問看護管理者・従事者研修会

### 5 障がい者に対応した地域で支える仕組み構築支援事業

精神障がい者に対応した地域全体で支える仕組みの構築を進めるため、西部圏域をモデル圏域とし、広域アドバイザーや県密着アドバイザーの支援を受けながら以下の取組を実施。

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- ・入院中の精神障がい者の地域生活支援に係る事業の実施
- ・ピアサポーターを養成するための研修の実施

### 3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の経緯

- 平成15年度 西部圏域で長期在院患者退院促進モデル事業を実施  
 ～  
 平成17年度
- ・長期入院患者の個別支援に取り組む
- 通常の支援では退院が困難な患者に対し、多職種多機関が協力して退院を促進
- ・精神保健ボランティアから「自立支援員」（後の地域移行推進員）を養成
- 3人の退院に成功
- 平成18年度 精神障害者退院促進支援事業として全県で実施  
 平成19年度 強化事業推進プロジェクト会議発足
- ・医師、看護師、精神保健福祉士、各保健所、精神保健福祉センター、県庁主管課で構成
  - ・人材育成と事業全体の底上げを目的
- 平成20年度 地域移行支援事業に移行  
 平成24年度 高齢入院患者地域支援事業を4病院で開始  
 平成25～27年度 高齢入院患者地域支援事業を3病院で継続  
 平成30年度 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業及び  
 ～  
 支援事業を実施

## 4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する取組の成果・効果

## ＜令和元年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	目標値 (R1年度当初)	実績値 (R1年度末)	具体的な成果・効果
保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	①地域移行推進会議(代表者会議) ②地域移行連絡会(実務者会議) ③関係機関協議(コアメンバー会議)	①圏域ごとに設置済 ②圏域ごとに設置済 ③モデルとして西部圏域に設置済	・圏域ごとに、保健・医療・福祉の関係者と、精神障がい者の地域移行に向けた課題を共有し、方向性を確認しながら取組を進めることができた。
地域移行支援強化研修会の開催数と受講者数	<開催回数> ①開催回数 ・精神科病院関係者、相談支援事業所等職員3日 ・訪問看護1日 ②参加者数 H30年度より増 H30年度:113名(病院等100人、訪問看護13人)	<開催回数> ①開催回数 ・病院関係者、相談支援事業所等職員3日 ・訪問看護1日 ②参加者数 R1年度:85名(病院等58人、訪問看護27人)	・地域移行支援の実践例の紹介などを通じて、病院、相談支援事業所等職員の支援方法等についての理解を深めることができた。 ・訪問看護に従事する専門職等の地域生活支援に果たす役割と業務の実際、他機関との連携についての理解を深めることができた。
在院期間1年以上の長期入院患者数の減少	<R2年度末時点> 65歳未満:279人以下 65歳以上:571人以下	<R1年6月時点> 65歳未満:292人 (H30年6月時点:330人) 65歳以上:534人 (H30年6月時点:575人)	・65歳未満:対前年△38人 ・65歳以上:対前年△41人

## 5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた現時点における強みと課題

## 【特徴(強み)】

1. 県全体の規模が小さく、個別ケースの退院支援や会議、研修会を実施する中で、関係機関との「顔の見える関係」が構築されている。
2. 県内の3保健所が圏域ごとに保健・医療・福祉等の関係者と連携を取りながら、地域の実状に合わせた事業(事例検討会、病院訪問等)を展開している。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する役割(取組)	
長期入院者数の更なる減少 (地域生活への移行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・西部圏域をモデル圏域として、以下の取組を行う。</li> <li>①地域支援者(市町村、相談支援事業所等)が病院を訪問し、入院中早期から退院に向けた支援を実施</li> <li>②長期入院者が退院後の生活をイメージできるよう、地域の支援者とともに「働く場所」「活動の場所」「住む場所」の見学及び交流を実施</li> <li>③地域移行を支援するピアサポーターの養成</li> <li>・他圏域への取組のノウハウ等の共有</li> </ul>	行政	協議の場の設置、ピアサポーター養成研修の実施(外部委託)、関係者間の連絡調整等
		医療	病院訪問、見学・交流会に係る連絡調整等
		福祉	病院訪問、見学・交流会への参加等
		その他関係機関・住民等	

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (R1年6月時点)	目標値 (R2年度末時点)	見込んでいる成果・効果
在院期間1年以上の長期入院者数の減少(65歳未満)	292人	279人以下	長期入院者数の減少(地域生活への移行)
退院率(3・6・12ヶ月)	3M:46.9% 6M:62.8% 12M:78.8%	3M:69% 6M:84% 12M:90%	退院率の上昇

※指標設定が困難な場合は、代替指標や定性的な文言でも構いません。

## 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた今年度の取組スケジュール

時期(月)	実施する項目	実施する内容
R2年8月 ～R3年3月	地域で支える仕組み構築に向けた取組(西部圏域)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置(2～3か月ごと)</li> <li>・地域支援者による病院(退院可能入院患者)訪問(随時)</li> <li>・見学、交流会の開催(2か月ごと)</li> </ul>
R3年2月頃	他圏域への取組のノウハウ等の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行推進会議等の場を活用して、西部圏域のモデル事業のノウハウ等を共有</li> </ul>



## モデル圏域から自治体全体への展開に向けた方針

## 自治体全体への展開に向けた方向性

- ・西部圏域のモデル事業のノウハウ等について、他圏域へ地域移行推進会議等の場を活用して提供する。
- ・その後、圏域ごとに地域移行推進会議等において、地域の実情に応じた取組内容を検討する。

## &lt;自治体全体への展開に向けた具体的な取組方針&gt;

## 1年目(令和2年度)

地域移行推進会議等の場を活用して、西部圏域のモデル事業のノウハウ等を共有

## 2年目(令和3年度)

圏域ごとに地域移行推進会議等において、地域の実情に応じた取組内容を検討の上、実施に向けて関係機関と調整

## 3年目(令和4年度)

各圏域の実情に応じた取組を進め、その内容を評価・検討

# 鳥取県

## 西部圏域

### 更なる連携強化による地域移行の推進 ～長期入院者のいそどりある人生を応援～

鳥取県西部圏域では・・・

平成15年度から退院促進モデル事業を開始しました。その後、推進会議（代表者会議）、連絡会（実務者会議）の開催を継続しながら、啓発教材の作成、当事者サポーター・地域移行推進ボランティアの養成、入院患者への地域移行支援説明会等、様々な取組を展開してきました。

その中で、医療機関と地域との顔の見える連携は構築されていますが、更なる連携強化を図るため、平成30年度から当該事業を実施しています。今までの取り組みをもとに、地域移行のますますの浸透・定着を目指していきます。

## 1 圏域の基礎情報

## 基本情報

## &lt;基本情報入力シート&gt;

鳥取県西部圏域

(※「■網掛け」部分及び「●」部分に半角数字で入力してください)

市町村数 (R2年6月時点)		9			市町村	
人口 (R2年5月時点)		229,513			人	
精神科病院の数 (R2年6月時点)		5			病院	
精神科病床数 (R2年1月時点)		757			床	
入院精神障害者数 (R1年6月時点)	合計	601			人	
	3か月未満 (%:構成割合)	149			人	
		24.8			%	
	3か月以上1年未満 (%:構成割合)	131			人	
		21.8			%	
	1年以上 (%:構成割合)	321			人	
53.4				%		
うち65歳未満		104			人	
	うち65歳以上	217			人	
退院率 (H30年6月時点)	入院後3か月時点	44.4			%	
	入院後6か月時点	57.4			%	
	入院後1年時点	77.8			%	
相談支援事業所数 (R2年6月時点)	基幹相談支援センター数	1			か所	
	一般相談支援事業所数	5			か所	
	特定相談支援事業所数	29			か所	
保健所数 (R2年6月時点)		1			か所	
(自立支援)協議会の開催頻度 (R1年度)	(自立支援)協議会の開催頻度	45 (部会等含む)			回/年	
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	有				
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況 (R2年6月時点)	障害保健福祉圏域	有	1	/	1	か所/障害圏域数
	市町村	有	2	/	9	か所/市町村数

## 2 精神障害にも対応した地域包括ケアの構築支援事業 実施前の課題・実施後の効果等

## ＜令和元年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	目標値 (R1年度当初)	実績値 (R1年度末)	具体的な成果・効果
協議の場で次年度のピアサポーター養成に向けた検討を行う。			達成でき、次年度に向けて予算を確保した。ピアサポーターの重要性と人材不足を再認識した。
協議の場で、退院可能者への地域支援者訪問を実際に行った市町村から、支援の経過を話してもらう。			達成でき、市町村のスキルアップに繋がった。事業を隣接する圏域に拡大できた。
退院率(3・6・12ヶ月)	3M:67.4% 6M:82.7% 12M:89.4%	3M:44.4% 6M:57.4% 12M:77.8% (H30.6時点)	退院率はR1年度実績値が出てから評価する。

## 3 圏域の強みと課題

## 【特徴(強み)】

平成15年度から退院促進モデル事業に取り組み、長年取り組みを継続する中で、地域移行を推進する基盤、顔の見える関係が構築できている。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する役割(取組)	
平成19～22年度にピアサポーターの養成を実施したが、現時点で活動している者が少ない。活動の場が限定的。	地域移行を進めるうえで、ピアサポーターの役割は大きい。 ・新たなピアサポーターを養成する。 ・養成後の活用等について関係機関と検討する。	行政	体制整備
		医療	ピアサポーターの活用
		福祉	ピアサポーターの活用
		その他関係機関・住民等	ピアサポーターの理解
「退院可能者への地域支援者訪問」事業のさらなる浸透と定着が必要。	地域支援者が早期に医療機関と連携を図れる体制づくり ・退院可能者への地域支援者訪問 ・退院を阻害している要因を探る	行政	体制整備
		医療	入院早期から退院に向けた支援
		福祉	早期からの医療との連携
		その他関係機関・住民等	精神障がい者の理解の促進
課題解決の達成度を測る指標	現状値 (今年度当初)	目標値 (R2年度末)	見込んでいる成果・効果
ピアサポーター養成者数	登録5人実働3人	10人	2～3年かけて30人養成(男女同数程度)
地域移行を困難にしている要因調査の実施、分析	不明	実態把握	実態把握し今後の取り組みに活かす
退院率(3・6・12ヶ月)	3M:44.4% 6M:57.4% 12M:77.8% (H30.6時点)	3M:69% 6M:84% 12M:90%	退院率の上昇
地域支援者訪問対象患者の退院者数	4人(H30年度) 0人(R元年度)	5人	1医療機関あたり年1人退院

## 4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた今年度の特別に考える必要がある事項について

考えられる事項	想定される次期 (方向性判断の必要性が 考えられれる次期)	実施する内容
<p>新型コロナウイルスの影響で、会議や研修会の延期もしくは中止、地域交流会や地域支援者病院訪問の実施方法の変更や一時休止が予想される。</p>	<p>県内での陽性患者発生～流行期、圏域内患者発生時</p>	<p>会議等の通常開催が困難な場合は、書面開催またはWeb会議等を模索する。 地域交流会では密を避ける体制(人数制限等)とし、未参加者に対しても映像等で広く周知する。 病院訪問の受け入れが困難になる状況に備え、オンラインでの面会体制を検討する。</p>