

島根県

二次医療圏域の特徴をふまえた地域生活への移行をめざして

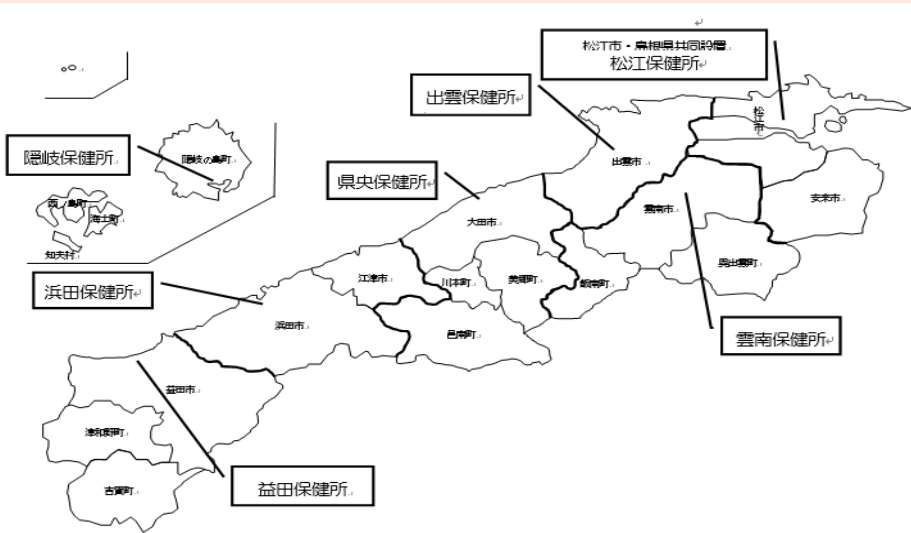
島根県では、平成12年度の厚生科学研究事業「長期入院者の在宅支援推進事業」「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」を皮切りとして、平成19年度から「島根県精神障害者地域生活移行支援事業」を、平成23年度からは県内2圏域において「精神障がい者アウトリーチ推進事業」、平成26年度からは二次圏域の地域性に応じた地域生活支援事業として、全県的に取り組んでいる。

令和元年度に、精神科病院医療連携促進事業・クロザピン治療支援事業を検討し、令和2年度から事業開始したが、新型コロナウイルス感染症の院内流行を懸念され実績がない。市町村の協議の場は、設置に向けて支援を行った結果、19市町村中15市町村で設置された。令和3年度から、圏域モデル事業に取り組み、全県への波及も目指しているが、新型コロナウイルス感染拡大もあり、計画どおりに取り組みが進まない状況にある。

基本情報（都道府県等情報）

1 県又は政令市の基礎情報

島根県



主な取組内容

【会議】

- ・ 県、各圏域における会議の開催
- ・ 市町村における協議の場の設置に向けた支援

【人材育成・多職種連携支援体制】

- ・ 研修企画検討会の開催
- ・ 全県研修会の開催
- ・ 圏域研修会の開催

【ピアサポーターの活用】

各圏域におけるピアサポーターの養成及び活用

【その他、精神障がい者の地域移行の取組】

- ・ 精神科訪問看護を通じた地域移行の推進
- ・ 圏域の特性に応じた事業の展開

障害保健福祉圏域数（R4年4月時点）	7	か所		
市町村数（R4年4月時点）	19	市町村		
人口（R4年6月1日時点推計人口）	659,560	人		
精神科病院の数（R3年6月時点）	15	病院		
精神科病床数（R3年6月時点）	2,253	床		
入院精神障害者数 （R3年6月30日時点）	合計	1,929	人	
	3か月未満（％：構成割合）	405	人	
		21.0	％	
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	399	人	
		20.7	％	
1年以上（％：構成割合）		1,125	人	
		58.3	％	
	うち65歳未満	374	人	
	751	人		
退院率（R3年6月時点）	入院後3か月時点	66.8	％	
	入院後6か月時点	81.7	％	
	入院後1年時点	88.6	％	
相談支援事業所数 （基幹相談センターはR4年4月、その他はR2年9月時点）	基幹相談支援センター数	9	か所	
	一般相談支援事業所数	56	か所	
	特定相談支援事業所数	107	か所	
保健所数（R4年4月時点）	7	か所		
（自立支援）協議会の開催頻度（R3年度） ただし、コロナ感染予防の為、未開催	（自立支援）協議会の開催頻度	1	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（R4年4月時点）	都道府県	有	1	か所
	障害保健福祉圏域	有	7 / 7	か所/障害圏域数
	市町村	有	15 / 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）

● 検討組織

- (1) 島根県障がい者自立支援協議会退院支援部会（島根県精神障がい者地域生活移行・地域定着支援検討会）
- (2) 精神障がい者地域生活移行・地域定着支援圏域会議（各二次医療圏域）
- (3) 自立支援協議会等（各市町村）

● 検討内容

- (1) 多職種協働の支援体制づくり
- (2) 関係機関における協議の場の醸成
- (3) 長期入院患者の地域移行強化事業の推進 他

● 令和3年度取組概要

- (1) 多職種協働による地域移行の強化を目指した関係者研修会(日精看委託)
- (2) ピアサポーター活用事業の実施
- (3) 普及啓発事業
二次医療圏域の保健所が中心となって、市町村や医療機関、地域活動支援センターや相談支援事業所等の関係機関等が顔の見える関係づくりがすすむよう意見交換や研修会を開催
- (4) 当事者及び家族会等の自主的活動を通じた普及啓発事業
- (5) 医療機関連携事業は実績なし

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

年 度	取組の経緯
平成12年度～14年度	厚生科学研究事業「長期入院者の在宅支援推進事業」(出雲保健所)
平成15年度～17年度	厚生科学研究「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」(出雲保健所)
平成19年度	地域移行推進モデル事業
平成20年度	精神障害者地域移行支援特別対策事業
平成21年度～24年度	地域体制整備コーディネーター配置
平成22年度～26年度	精神障害者地域移行・地域定着支援事業
平成23年度～25年度	精神障害者アウトリーチ推進事業(出雲圏域、浜田圏域)
平成23年度～	精神障がい者の参加による地域住民との交流事業
平成26年度～	障害者総合支援法地域生活支援事業として、二次医療圏の特性を生かした圏域の取組を強化
平成30年度～	各圏域が各市町村の協議の場の設置に向けた支援を開始 (県はパイロット的に、1市に対する支援を開始)
令和2年度～	島根県精神科病院医療連携促進事業・クロザピン治療支援事業開始 新要項によるピアサポーター等活用事業(個別支援・集団支援)開始
令和3年度～	構築支援事業 出雲圏域でモデル事業開始

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

＜R3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 (R5年度)	実績値 (R3年度末)	具体的な成果・効果
①長期入院患者の減少	755人	1,125人 (R3・6時点)	<ul style="list-style-type: none"> ・協議会の開催(県、各圏域) ・地域移行研修の開催(県1回、各圏域) ・精神科病院との検討会の実施(各圏域) ・個別ケース検討会の実施(各圏域) ・クロザピン治療連携体制構築事業(R2～) ただしコロナ渦において実績なし
②市町村における協議の場の設置数の増加	19市町村	15市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・新精神保健福祉資料の情報提供 ・市町村担当者会議の開催(圏域)
③入院後3か月時点の退院率 6か月時点の退院率 1年時点の退院率	71% 86% 92%	66.8% 81.7% 88.6% (R3・6時点)	<ul style="list-style-type: none"> ・①, ②の実施(再掲) ・地域基盤の整備 ・ピアサポーターの活用
④退院後1年以内の地域における平均生活日数	316日	316日 (R3・6時点)	<ul style="list-style-type: none"> ・①, ②の実施(再掲) ・地域基盤の整備 ・ピアサポーターの活用

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)】

- 約10年前から県、圏域で協議の場を設置しており、特に圏域においては保健所が中心となり、地域の特性に応じた取組が展開できる体制にある。
- 近年、早期に退院ができる取組が定着しており、結果が出ている。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する視点別の認識(取組)	
		行政側	医療側
地域移行の強化による長期入院患者の減少	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個別・集団支援の特徴を生かしたピアサポーター活動の推進 ■ クロザピン治療の体制整備 ■ 病院の取組の好事例を横展開できるための仕組みづくり 	行政側	検討会の開催等、予算確保
		医療側	検討会への参加、連携事業の有効活用
		事業者側	検討会への参加、ピアサポーター活動支援
		関係機関・住民等	検討会への参加、当事者意見の提示
地域定着にむけた取組の強化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 市町村の協議の場の設置と、協議の場の醸成 ■ 圏域好事例の普及 	行政側	検討会の開催、研修会の開催
		医療側	検討会等への参加等
		事業者側	検討会等への参加、研修会の開催等
		関係機関・住民等	検討会等への参加等

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (令和4年4月)	目標値 (令和4年度末)	見込んでいる成果・効果
① 市町村の協議の場の設置数	15市町村	19市町村	地域基盤の充実
② モデル圏域の取組の紹介	未実施	年1回実施	地域基盤の充実
③ ピアサポーター活動	5圏域	現状維持	地域基盤の充実・退院後支援の強化

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
R4年5月～	■構築支援事業 圏域モデル事業 圏域関係者との協議	圏域モデル事業の関係者と今年度計画等の協議
6月～	■圏域モデル事業 広域AD、密着AD 合同意見交換会	前年度取組の振り返り、課題共有、今年度計画(案)協議
8月～	■ピアサポーター養成ニーズ把握	ピアサポーター養成研修の基礎資料を収集
9月	■地域移行・地域定着関係職員研修会	Webにより開催(1月にも2回目を開催)
11月	■県自立支援協議会退院支援部会	地域移行・地域定着、ピアサポーター養成研修について協議
12月	■圏域モデル事業 広域AD、密着AD 合同意見交換会	関係者の市町村担当者会議等の開催(各圏域毎)
通年	■市町村の協議の場の設置と協議の場の醸成	例年実施の事業については引き続き行う (ピアサポーター活用、啓発等)

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

出雲圏域は、県立精神科病院の移転も相まって、長期入院患者の退院支援、地域生活支援に厚生科学研究を活用し、平成12年度から17年度の6か年モデル事業に取り組んだ経過がある。この後も圏域の保健医療福祉ネットワークを活用したアウトリーチ支援事業も実施し、ピアサポーターによる入院患者等への支援も定着している。

モデル圏域では現状と課題を明らかにし、今後の取組を検討すると共に、他圏域には、取り組みを進めるための有効な理論や、手法、システム等を波及する。また、モデル圏域の実践活動へも他圏域からの視察や事業参加を行い、県全体の取組を推進する。若手スタッフの人材育成の機会としても位置づける。

<自治体全体への展開に向けた具体的な取組方針>

1年目(令和3年度)

モデル圏域

6月

- ・地域密着アドバイザーと共に圏域の現状と課題を明らかにすると共にアドバイザーの役割を確認する。
- ・圏課題解決のための計画・評価指標作成
- ・圏域内の保健師医療福祉関係機関との共通認識の確認

7月～計画に基づく協議・研修等の開催
2月 1年目の取組の振り返り評価

全県事業

にも包括研修の開催(R4.1.22、23)
ピアサポーター養成プログラム(基本版)作成の検討

2年目(令和4年度)

- ・モデル圏域の取組(2年目)
- ・市町村の協議の場の未設置市町村への支援
- ・県の会議及び研修において、モデル圏域の取組紹介
- ・ピアサポーター養成研修の検討

3年目(令和5年度)

モデル圏域の取組3年目
モデル圏域の取組を参考に他圏域においても、地域ニーズに対応した取組を展開する。

島根県 出雲圏域

更なる連携強化やネットワーク拡大 による地域移行支援の推進 地域のケア力向上

島根県出雲圏域では・・・

平成12年度の厚生科学研究事業をモデル的に実施し、平成19年度より「出雲市精神障がい者退院支援事業」に取り組むことで、多くの長期入院患者の退院や基盤整備を進めてきました。

その後、病院職員対象の研修会や地域と医療の交流実習、定期的な事例検討などにも取り組み、顔の見える関係性は構築しつつあります。しかしながら、対象者の高齢化や複合的な退院困難理由、問題行動含む事例の多様化等情勢も変化する中で、更なる連携強化を図り、地域全体のケア力の向上や地域移行支援の推進を目指し、本事業を実施します。

1 圏域の基礎情報

市町村数（R4年4月時点）		1		市町村
人口（R4年6月時点推計人口）		172,653		人
精神科病院の数（R4年4月時点）		4		病院
精神科病床数（R3年4月時点）		460		床
入院精神障害者数 （R2年6月30日時点） 【630調査】	合計	324		人
	3か月未満（％：構成割合）	72		人
		22.2		％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	66		人
		20.4		％
	1年以上（％：構成割合）	186		人
57.4			％	
うち65歳未満		76		人
	うち65歳以上	110		人
退院率（H29年度） 【精神保健福祉資料（NDBベース）】	入院後3か月時点	66.0		％
	入院後6か月時点	86.0		％
	入院後1年時点	86.0		％
相談支援事業所数 （R4年5月時点）	基幹相談支援センター数	0		か所
	一般相談支援事業所数	16		か所
	特定相談支援事業所数	34		か所
保健所数（R4年4月時点）		1		か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R3年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	2		回／年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	有・無		
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（R4年4月時点）	障害保健福祉圏域	有・無	1 / 1	か所／障害圏域数
	市町村	有・無	1 / 1	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）

＜日常生活圏域を基本に、市町村を基盤とした支援体制の構築＞

本人の困り事に寄り沿ったニーズや、構成要素について地域課題を把握し、重層的な連携体制による「地域共生社会」を実現するための仕組みづくりを推進

圏域

出雲地域精神保健福祉協議会

医療の連携と在宅支援に関する部会

自死総合対策に関する部会

子どもの心の診療ネットワーク会議

出雲圏域精神保健包括支援会議

健康長寿しまね推進会議心の分科会

精神科救急医療体制整備事業

連携

出雲市

出雲市施策推進協議会（障がい者自立支援協議会）

ネットワーク会議
就労支援
医療
防災

運営会議

サービス調整会議

専門部会

- ①つながる
- ②くらし
- ③じりつ
- ④こども
- ⑤ささえる
- ⑥そうだん

地域移行WG

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 出雲圏域

年度		
H12～14	厚科研「長期入院患者(社会的入院)の在宅支援推進事業」	
H15～17	厚科研「精神障がい者の在宅支援ネットワークの構成に関する企画研究」	
H16	【新】 ①生活サポーター派遣事業 ②地域支援員派遣事業 ③心の健康づくり取り組み隊 ④精神科救急支援チーム(精神保健包括支援チーム) ⑤地域と病院の交流実習	状態安定し、住居等があれば退院可能な人を対象に関わり始めた時期
H17	【新】 ①こころの健康教室 ②メンタルヘルスレターの発行	退院に消極的な人も対象に、支援の継続性を重視した時期
H19～	精神障がい者退院支援事業(県委託) 出雲市精神障がい者退院支援事業	危機介入等の支援が必要で、複合的問題を抱える人を対象に、個別支援チームにより支援した時期
H23～	精神障がい者アウトリーチ推進事業(県モデル)～25年度	
H24	精神障がい者地域生活移行・地域定着圏域会議 精神障がい者地域生活移行・地域定着支援事業(5病院)→H25年度から4病院へ 自立支援ボランティア・ピアサポーター等活用事業	
H26	出雲圏域精神保健包括支援会議 地域移行の手引き完成	
H27	『高齢の精神障がい者への支援に関するアンケート調査』実施	
H30	ガイドラインに基づいた措置入院者への支援開始	
R1	『地域移行支援・地域定着支援にかかる実態調査』実施	
R3	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 モデル事業開始	

4 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3年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (令和2年)	実績値 (令和3年)	具体的な成果・効果(令和3年度)
①長期入院患者数 (令和2年精神保健福祉資料630調査)	186人	— (不明)	<ul style="list-style-type: none"> • 医療の連携と在宅支援に関する部会開催 • 病院職員に対する研修事業（4病院） • 医療と地域の交流実習の実施（9機関での実施、45人参加） • 個別ケース検討会の実施
②地域移行支援利用者数 (令和2年実績 出雲市資料)	12人	10人	<ul style="list-style-type: none"> • 措置入院患者の退院後支援（R3年度：14人/入院者31人） • 精神保健包括支援会議（3回） • 精神科救急医療体制整備圏域会議開催（1回）
③地域定着支援利用者 (令和2年実績 出雲市資料)	76人	94人	<ul style="list-style-type: none"> • ピアサポーターの活用（R3年度実績なし） • ①の実施（再掲）

5 圏域の強みと課題

【特徴（強み）】

- H19年度からモデル事業を実施し、多くの長期入院者の退院や基盤整備に取り組まれており、各種事業や個別支援を通じて、精神保健分野での顔の見える関係性が出来ている。
- 精神科医療機関におけるアセスメントの工夫や、入院早期からの多機関・多職種での情報共有等に努めている。

課題	課題解決に向けた取り組み方針	課題・方針に対する役割（取組）	
地域移行支援の強化による長期入院者の減少	<ul style="list-style-type: none"> ○クライシスプラン等ツールを用いた地域と医療の連携強化 ○地域移行支援のイメージや各機関の役割を明確化し、入院早期から支援出来る仕組みづくり ○ピアサポーターの登録増加、活動推進 	行政側	検討会や学習会の開催、交流の場設定 必要なツール等の作成、ピアの有効活用
		医療側	検討会等への参加、ピアサポーターの有効活用
		事業者側	検討会等への参加、ピアサポーター活動支援
		関係機関・住民等	検討会等への参加、当事者意見の提示
地域定着にむけた取組の強化	<ul style="list-style-type: none"> ○市と圏域における協議の場の連携、効果的な検討 ○病状悪化時の対応等医療と地域の支援のつなぎ ○家族支援の充実 	行政側	検討会や研修会等の開催、協議の場の運営
		医療側	検討会等への参加、家族指導等の取り組み
		事業者側	検討会等への参加、家族指導等の取り組み
		関係機関・住民等	検討会等への参加

課題解決の達成度を測る指標	現状値	目標値 (令和5年度末)	見込んでいる成果・効果
①長期入院患者数 (令和2年精神保健福祉資料630調査)	186人	減少	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域移行の強化
②地域移行支援利用者数 (令和2年実績 出雲市資料)	12人	12人	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域移行の強化
③地域定着支援利用者 (令和2年実績 出雲市資料)	76人	79人	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院後支援の強化、地域基盤の充実

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
R4年4月	■ 出雲市(福祉推進課)との打ち合わせ(4月、5月)	・事業説明、アドバイザー会議参画依頼 今年度事業について説明、意見確認
6月	■ 広域AD、密着AD合同意見交換会(9月、12月、3月)	・前年度の取組の振り返り、地域課題の共有、 R4年度取り組み方針(案)を協議
7月	■ 包括支援会議の事例様式の見直し ■ 個別事例からあがった地域課題の整理(~9月) ■ リムラッド等にて圏域内入院患者の状況について整理(~9月)	
8月	■ 出雲圏域精神保健福祉協議会の開催	
9月	■ 第一回医療の連携と在宅支援に関する部会の開催 ■ 包括支援会議の開催(1月、3月)	
10月	■ 医療機関看護師向け研修、地域と医療機関職員の交流実習の実施(~12月頃まで) ■ 家族のニーズについて外来や訪問看護師へ聞き取り	
11月	■ 包括支援会議での事例研修会開催(詳細未定)	
12月	■ 第二回医療の連携と在宅支援に関する部会の開催	

※新型コロナウイルス感染拡大のため、7月以降の項目実施できず。

年次計画

目指す方向性

- 従来の「地域移行」の取り組みや支援ネットワークを生かし、医療保健福祉関係者の顔の見える関係性を促し、市を基盤とした実務的に連携可能な体制
- 治療方法が多様化し退院可能者が増加する中で、地域で支えられるケア力の向上
- クライシスプランやガイドライン等を活用した早期の支援介入や、「在宅生活を支える」視点でのネットワーク構築
- 家族が困ったときに相談やサービス利用しやすい体制づくり、家族相談の充実

1年目(令和3年度)

<地域移行支援に限定しない ニーズ把握、課題の抽出>

①安定した「在宅生活」を支えるための支援

- ・クライシスプランの普及、活用
- ・ガイドラインによる支援にかかる評価
- ・病棟看護師が社会資源を知るための工夫
- ・ピアの活動周知

②連携先の視点での困り感を知る場づくり(見えにくい部分のニーズ把握)

- ・訪看や相談支援専門員等地域支援者が日頃の支援で困ったことを語る場+学習会
- ・市町村保健師のニーズ把握

2年目(令和4年度)

<市と協働し、 課題や役割の整理>

①市と連携し、課題と今後の方向性の整理

- ・市と保健所が抱える課題の整理
- ・市、保健所が開催している会議にて連携できる部分の整理

②多職種での意見交換や交流の促進、所属を超えた同職種での横連携

- ・地域関係機関実習、医療機関実習において横の連携の強化に向けた方法、内容の検討

③退院支援に限定しない、在宅生活を支える中でのニーズ把握、就労支援との連携

- ・包括支援会議(事例検討会)の個別事例からあがった地域課題の整理
- ・包括支援会議にて地域課題を意識した提案ができるよう事例概要様式の検討
- ・精神科外来看護師や訪問看護師など、地域の関係者からの聞き取り

3年目(令和5年度)

<日常生活圏域における 顔の見える関係性>

①市を基盤とした重層的連携

- ・支援ニーズに応じて、医療と地域が実務的に連携できる支援体制
- ・家族も含めた相談機能の充実

②効果的な協議の場の連携

- ・各分野で課題解決に向け、主体的な関わりを促すための役割認識