

【論文】

精神科病院からの地域移行における多職種協働の実際

—長野県の実践から—

Multi-professional collaboration in transition from psychiatric hospital to community
-From Nagano Prefecture's efforts-

松本真由美（日本医療大学）

要旨

2006年度から国が実施した精神科病院からの地域移行の開始以前から、長野県は県独自の事業として地域移行に取り組み、多くの退院者を生み出してきた。本研究では、長野県が地域移行を全国に先駆け実施し、成果をあげることができた要因と、その後の多職種協働の展開過程について明らかにすることを目的とする。

長野県の実践の特徴は、①知的に障がいのある人々の地域移行を経て、精神に障がいのある人々へと発展した点、②福祉系事業所、当事者団体、行政機関の良好な関係性、③コーディネーターが中心となり多職種協働を実現し、入院者に寄り添う支援を実現できた点である。

しかし、2012年度以降は国の補助金事業が個別給付化したことで地域移行が衰退した点は長野県においても同様である。長期入院者の恒久的な窮状を解決するためには、国が大がかりな改革を再び実施するよう、精神科病院からの退院の必要性を各方面が明確に示すことが重要である。

Keywords：精神科病院、地域移行、多職種協働、地域移行体制整備コーディネーター、権利擁護

1. 研究の背景

(1) 精神科病院からの地域移行

精神科病院では何十年にもわたる長期入院者がいて、著しい人権侵害につながっている（日本弁護士連合会 2021）。国は2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、入院医療中心から地域生活中心へと地域移行に向け明確に舵を切り、受入れ条件を整えば退院可能な約70,000人について10年後の解消を図ることを目標とした。以後、2006年の精神障害者退院促進支援事業では障害者自立支援法の地域生活支援事業の一環として精神障害者の退院促進を事業として位置づけ、2008年からは国の障害保健福祉施策の重点事業として精神障害者地域移行支援特別対策事業を設けた。2009年度には17億円の費用を投じ、全国規模で地域移行支援事業を展開した。

これまで先進的に地域移行を進めてきた地域としては大阪府と三鷹市をあげることができる。大阪府は2000年から社会的入院解消研究事業を大阪府として事業化し、以後、2003年には国のモデル事業に指定され、地域移行推進員や地域体制整備コーディネーターを配置し、ピアサポーターも活用した退院の実現に向け、取り組んできた（大阪府こころの健康総合センター2013）。また、東京三鷹市の「巣立ち会」は共同作業所から始まった地域の事業所であるが、入院者を退院に導くために、日中活動の場と住居の確保、緊急・非常時の24時間体制、ピアサポーターによるアウトリーチを整え、17年間で159人の退院を実現できた（田尾 2010）。

上記の代表例に加え、本稿で注目したいのは長野県である。

(2) 長野県の医療圏域と精神科病床の特徴

長野県は 10 医療圏域を持ち、長野県北信（長野（長野市）、北信）、東信（上小（上田市）、佐久）中
信（大北、松本（松本市）、木曽）、南信（諏訪、上
伊那、飯伊）の 4 つに分かれる。単科の精神科病院
と精神科病棟を持つ総合病院をあわせ 31 病院があ
る。2022 年 4 月時点の総病床数は 4,536 床（全国
の精神科病床数は 308,667 床）（長野県 2022）で、
長野市が約 3 割、松本市が約 2 割、上田市が約 1 割
を占める。

長野県の都道府県別人口十万人あたりの精神科病
床における入院者数を示したのが表 1 である（国立
精神・神経医療研究センター 2017）。全国平均と比較

すると、1 年未満の入院者数は 65 歳未満、65 歳以
上共に下回っている。2017 年の全国平均と比べ、入
院者数は多くない。また、表 2 の精神科病院の退院率
と新規入院者の平均在院日数では、前者が全国平均を若干
上回り、後者は下回っている。表 3 の年齢区分では国
立精神・神経医療研究センター（以下、NCNP）が
公開する精神保健福祉資料（以下、630 調査）と長
野県に個別に請求した 630 調査結果から全国平均と
長野県の数値を抽出した（国立精神・神経医療研究
センター 2019、長野県 2021）。75 歳以上の入院者が
若干少なく、若年者がやや多く、ほぼ平均並である。
表 4 の在院期間も全国平均と長野県の分布は近い値
を示している。

表 1 人口十万人あたりの精神病床における入院者数（2017 年）

	精神病床に おける 3 ヶ 月未満入院 者数（65 歳 以上）施設 所在地	精神病床に おける 3 ヶ 月未満入院 者数（65 歳 未満）	精神病床にお ける 3 ヶ月か ら 12 ヶ月未 満入院者数（65 歳 以上）	精神病床にお ける 3 ヶ月か ら 12 ヶ月未 満入院者数 （65 歳未 満）	精神病床に おける 12 ヶ 月以上入院 者数（65 歳 以上）	精神病床にお ける 12 ヶ月 以上入院者数 （65 歳未満）
全国平均(人)	17.443	19.224	29.578	18.693	83.590	50.796
長野県(人)	9.271	12.487	16.461	11.447	46.213	28.428

出典：国立精神・神経医療研究センターの 2017 年度のデータから一部を抽出

表 2 精神科病院の退院率と新規入院者の平均在院日数（2017 年度）

	精神病床における入 院後 3 ヶ月時点の退 院率	精神病床における入 院後 6 ヶ月時点の退 院率	精神病床における入 院後 12 ヶ月時点の 退院率	精神病床における 新規入院者の平均 在院日数
全国平均	64%	81%	88%	127
長野全県	69%	84%	90%	114

出典：国立精神・神経医療研究センターの 2017 年度のデータから一部を抽出

表 3 精神科病院入院者数と年齢区分の関係（2019 年度）

都道府 県	総数	年齢区分別入院者数					
		20 歳未満	20～40 歳未満	40～65 歳未満	65～75 歳未満	75 歳以上	不明
全国平 均(人)	272,096	2,488	17,539	87,832	68,915	95,318	4
割合		0.91%	6.45%	32.28%	25.33%	35.03%	0.00%
長野県 (人)	3971	79	329	1329	993	1241	0
割合		1.99%	8.29%	33.47%	25.01%	31.25%	0

出典：全国値は NCNP の 2019 年度のデータから抽出し、長野県は 630 調査による

表 4 精神科病院入院者数と在院期間の関係 (2019 年度)

	総数	3ヶ月未満	3ヶ月~1年未満	1~5年未満	5~10年未満	10~20年未満	20年以上
全国 (人)	272,096	58,998	47,120	81,207	35,701	26,953	22,110
割合	100%	21.7%	17.3%	29.8%	13.1%	9.9%	8.1%
長野県 (人)	3971	1014	661	1116	503	369	308
割合	100%	25.5%	16.6%	28.1%	12.7%	9.3%	7.8%

出典：全国値は NCNP の 2019 年度のデータから抽出し、長野県は 630 調査による

これらの特徴は、地域移行を行っていた 2000 年代のデータではないが、現在の長野県が全国の中でも入院者数、退院率、入院者の年齢区分、在院期間等がほぼ平均的で、典型的な一都道府県と考えられる。

(3) 地域移行における多職種協働

長野県は全国に先駆け 2003 年から精神障がい者長期入院者退院支援事業を開始し、2007 年の全国の精神科病院からの退院実績では全国 2 位、2008 年は全国 1 位となり、地域移行数で目を見張る成果が示されている（社団法人日本精神保健福祉士協会 2009）。また、社団法人日本精神保健福祉士協会（2008）が発行した『精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント』の中で、長野県は「官主導の体制のもとに民との協働を工夫している」地域として特筆された。2008 年に国が実施した精神障害者地域移行支援特別対策事業では地域移行を実施する関係者間のネットワークの構築が強調され、「既存のインフォーマル・フォーマルなネットワークを活用し、構成する関係機関の職員が共通基盤に立って課題の共有化を図り、課題解決のための目的を明確にした後、解決方法を検討する。」と記されており（社団法人日本精神保健福祉士協会 2008）、長野県はこれら関係機関の協働が保たれ、退院の実績を示すことができた地域と考えられる。

ここで協働とは何かを整理したい。協働の定義は分野を問わず一様ではないため、支援の事例から定義づけた史（2021）に注目したい。史は「既存の制

度的支援のしくみ、方法、または、あらゆる利用可能な資源、ないし当事者自らの力を柔軟かつ創造的に組み合わせることによって、新たなサービスを創出・実施することを通して実現する支援戦略」とした。当事者参加も含めた関係者間の動的、創造的営みとした点で、既存のネットワークをつなぐだけではない概念を示したと言える。

また、多職種協働については、副田（2018）が「多様な問題の改善、ニーズ充足支援のために、異なる諸機関が合意できる目標を設定し、その共通目標達成のために責任を持ってともに作業していくこと」と定義づけている。多職種協働の考えは Graham ら（1999）によれば 1940 年代以前からあり、1970 年代以降はソーシャルワークのテキストに協働の語が記述されていることを指摘している。日本においては医療と福祉を一体的に提供する必要がある介護現場において 2000 年代から盛んに使用されるようになった（片山 2001）。

これらの定義から、本論では史（2021）と副田（2018）を参考に多職種協働の操作的定義として「共通の目的を達成するために、異なる諸機関が既存のしくみ、方法、社会資源、当事者も含めた関係者を主体的に組み合わせ、必要なサービスを創造する動的な活動」とする。

長野県の場合、早くから多職種協働を実現できた地域と考えられることから、地域移行において多職種協働が成立・展開できた点を明らかにすることが、今後の全国各地の精神科病院からの地域移行にとって示唆が得られると推測する。

2. 研究の目的

そこで、本研究では、長野県が地域移行を全国に先駆け実施でき、成果をあげることができた要因、その後の地域移行における多職種協働の展開過程について明らかにすることを目的とする。

3. 研究方法

(1) 聞き取り調査対象と取得した資料

2016年に事前調査として長野県自立支援協議会の当事者委員を訪ね、長野県の地域移行について情報提供を受けた。その中で、長野県における地域移行のキーパーソンは行政機関の担当者A氏、コーディネーターら、当事者会代表者E氏であることが予測でき、2019年にE氏への聞き取り調査を実施した。続いてA氏への聞き取り調査を行う予定だったが、コロナ事情により遅れ、2021年に実施した。その際、A氏から紹介を得た3名のコーディネーターのB氏、C氏、D氏に聞き取り調査する機会を得た。

なお、分析では前述のNCNPの630調査結果を用いたが、一般に公開されている「精神保健医療福祉に関する資料」を利用したものである（NCNP 2019）。

また2017年度の人口十万人あたりの指標値もNCNPの公表データによる（NCNP 2017）。2019年度に統一できなかったのは、公開中の資料で最新のものが2017年だったことによる。長野県の630調査については、長野県総務部情報公開・法務課に令和元（2019）年度の630調査結果の開示請求を行

なった。令和3年2月2日に公文書一部開示決定通知書が届き、公開可能な内容については紙面に複写された。これらの公開情報の結果については、前述の1.（2）に示した通りである。

この他、A氏らから提供された長野県の地域移行に関わる資料も分析の対象とした。

(2) 調査方法と内容

聞き取り調査は、いずれも調査対象者の所属先で実施した。事前に調査対象者に調査内容を示し、半構造化面接を行った。聞き取り調査内容は調査対象者により異なるが、表5に示すように各々が行ってきた具体的な活動と課題を中心に聞き取った。A・B・C氏は2時間程度のグループ面接を実施し、D・E氏は個別に各1時間ほど面接した。A氏・B氏・C氏がグループ面接となったのは同一圏域についての情報提示であり、グループで実施することで互いの意見を補足しあい、適切に情報収集できる利点を優先した。D氏は先の3氏とは別圏域の担当者であり、E氏は全県にわたる当事者会の関係者であり、各々単独で実施した。

長野県の地域移行の取組みの1期と3期は聞き取り調査で得られた情報に基づき記述し、2期は収集した資料から概要をまとめた。聞き取り調査の分析はICレコーダーに記録したものを文字化し、文字起こし後の文書を調査対象者に送付し、内容の確認を得た。

表5 対象者に関する基本情報と面接状況

面接対象者	担当業務	面接日時	面接時間	聞き取り調査内容
A氏	元長野県行政職員	2021年10月17日	1時間42分	ポストチャレンジ制度、地域移行の仕組みと実績、行政機関と地域事業所と当事者団体のつながり、当事者団体の育成、地域移行の課題
B氏	地域生活支援コーディネーター	同上	同上	精神科病院の長期入院者の現況、地域移行の実施状況、入院者への権利擁護、圏域の課題
C氏	地域移行支援専門員	同上	同上	
D氏	地域生活支援コーディネーター	2021年10月18日	1時間28分	精神科病院の長期入院者の現況、地域移行の実施状況、入院者への権利擁護、圏域の課題
E氏	NPO法人X会役員	2019年6月11日	1時間27分	当事者団体設立の経緯、行政機関の施策や制度構築への貢献、行政機関や地域事業所との連携

(3) 倫理的配慮

調査対象者には研究の目的、内容、研究発表と文書化等研究の概要を説明し、県名を表記することと個人が特定される可能性があることへの同意を得た。市町村名や事業所名等固有名詞をあげることで地域移行の現実がより認識されやすくなる利点がある一方、個人が特定される可能性があるため、本稿では固有名詞の代わりに記号を用い、個人名を A~E、事業所名は Q、V、X、地域名は a~c で表記した。

また、聞き取り調査対象者から聞き取り調査の IC レコーダーへの録音記録の了承を得た。一連の調査は日本医療大学研究倫理委員会の承認を得ている(承認番号 29-2)。

4. 結果：長野県の地域移行の取組

以下、長野県の地域移行を 3 期に分けて記述する。3 期に区分したのは、本研究は地域移行支援事業に焦点化したものであり、事業の前後についても明らかにする必要があったことによる。

聞き取り調査で得た情報については文頭で調査対象者を示し、複数の調査対象者が想定される場合は文末にカッコで示し、入手した資料の情報は参考文献名を記した。

(1) 第 1 期：地域移行支援事業開始前

1) 知的障がい者²⁾ 入所施設および精神科病院からの地域移行

以下は A 氏からの聞き取り調査をまとめたものである。

長野県の地域移行の始まりは、知的に障がいのある人々の地域移行を進めた 2002 年からである。当時の田中康夫知事は現場重視、県民目線の施策の推進のため、職員がやりたい仕事や所属したい部署に応募する「ポストチャレンジ制度」を設けたそうである。当時、長野県精神保健福祉センターに所属していた A 氏は、県障がい福祉課に精神障がい者の福祉専門員が配置されていない現状や、精神科病院の長期入院問題や地域生活支援策の改善を提案した。その結果、長野県が先行して地域移行を実現させた

い県立西駒郷知的障がい者入所更生施設の地域移行に取り組む新部署へと異動になった。

2003 年から県職員を中心とした西駒郷基本構想策定委員会と地域の民間施設の関係者を中心とした 4 つのワーキンググループ、また、県民、利用者、家族、障害者団体との懇談を行い、様々な課題や必要な施策等の具体的な検討を開始することとなった。しかし、当初、家族からは、基本構想は理想論であり、予算について示されていないことが指摘され、改めて予算を伴った具体的な県独自の基本構想を策定、公表するに至ったそうである。また、地域移行は全県内に受け入れ先が必要なため、10 圏域ごとに障がい保健福祉圏域調整会議(現自立支援協議会)が設置された。西駒郷の地域移行に関する予算や体制の整備は県庁の社会部だけでなく他部署の理解や支援もあったという。特に、①障がい者グループホーム等整備事業に約 3 億円、②障がい者総合支援センター事業に約 2.5 億円を得て、10 圏域すべてに障がい者総合支援センターを設置し、グループホーム、通所授産施設、障がいのある人々のためのヘルパー事業所を増加し、社会資源の充実が図られた(福岡 2007)。また、障がい者総合支援センターは地域生活を支える 3 障がい対応のものとし、4 種のコーディネーター(障がい児療育、知的、身体、精神)が置かれ、各居住施設や事業所との協働により、地域移行が進められた。

精神に障害のある人々の地域移行については、2003 年に県独自の精神障がい者長期入院者退院支援事業を佐久圏域の 2 病院が実施し、4 人中 2 人が退院に至ったそうである。A 氏によれば、入院当初こそ退院を願った入院者たちが、入院生活の長期化に連れ、退院への意欲や希望をなくして生きてきたと言う。入院者が人としての権利を奪われ、次第に自らも入院生活が当たり前のものであり内在化していったと考えられよう。入院者に地域生活について知らせ、本人の思いに寄り添い、退院を実現させ、権利を回復する過程には多くの時間を要したことが A 氏から語られた。

続く 2004 年は 4 病院でモデル事業を実施し、

2005 年は 8 病院に拡大し、退院者数も 2 ケタに増加した(社団法人日本精神保健福祉士協会 2008)。

2) 地域生活を支える社会資源

①地域の福祉系事業所

地域の社会資源として欠かすことができないのが福祉系の事業所である。長野市には 1988 年から活動を継続する「Q 社会福祉法人」がある。以下は Q 社会福祉法人の 2020 年のパンフレットからの要約である。

「長野市は 1970 年代から精神に障害のある人々の地域生活の実現に向け活動を継続している「Q 社会福祉法人」がある。1970 年代は精神に障害のある人々を支える制度・政策は限られ、地域で暮らす人々が日中活動できる場は保健所や精神衛生センターのデイケアやわずか 4 箇所の共同作業所だけで、仮に精神科病院から退院できても十分な日中活動の場が得られなかった。そこで、地域で当たり前暮らすことを実現するために、1988 年に家族・精神保健福祉ボランティアらが中心となり「V 会」を発足させ、精神に障害のある人々の働く場としての喫茶「V」の開設や、共同住居の建設に着手するなど、全国でも先駆的な取組を行った。2003 年に「V 会」が Q 社会福祉法人となり、日中活動の場と居住の場を整えた。2007 年から県の退院支援事業の委託を受け、その後は、就労継続支援 B 型をはじめ、全 13 事業所を運営し、地域移行した人々が安心して暮らせる環境作りに尽力している。2017 年には高齢入居者に対応した 24 時間 365 日世話人が常駐するバリアフリーのグループホームを新築し、現在もめざましい発展を遂げている。」とあり、精神に障害のある人々のための社会資源が拡大していく様子が把握できる。

②当事者活動

続いて、当事者活動であるが、地域で生活する精神に障害のある人々にとって、精神疾患を経験した仲間とのつながりは何にも代えがたいものである。長野県には NPO 法人 X 会がある。以下の説明は、X 会のスタッフである E 氏の聞き取り調査から得た情報と E 氏から入手した資料による。資料名は文末

に示した。

「NPO 法人 X 会は、2003 年に現 X 会会長が当事者会の立ち上げを計画し、当時、精神保健福祉センター職員だった A 氏らが協力し設立に至ったという。設立までの過程で、会長は関連施設を訪ね、趣旨説明を行い、賛同が得られた 7 施設の代表による月 1 回の準備会を経て、2004 年 4 月に長野市精神障害「当事者 X 会」を設立するに至った(NPO 法人 X 会 2022)。」

X 会は 2007 年に法人格を取得し、地域活動支援センターを運営し、電話・面接相談活動、精神障害の普及啓発に向けた当事者講師活動、政策提言活動、ピアサポート推進等を行っている。精神科病院からの地域移行の面では 2005 年長野県が単独事業として実施した「ピアサポート事業」の委託先となり、地域移行支援のための登録ピアサポーターが地域移行推進員を担い、コーディネーターと組み、精神科病院を訪問し、当事者の視点から退院を支援してきたという。長野県の登録ピアサポーターは聞き取り調査時現在 100 名以上で、その統括を行っているのが、2010 年に設立された「長野県ピアサポートネットワーク」であり、X 会のスタッフが兼務し、県内の 17 の当事者会の連合会としての役割も担っている。また、2014 年からは、長野県の「障がい者支え合い活動支援事業」を「長野県ピアサポートネットワーク事業」が委託され、精神障害に関する普及啓発活動、長期入院者の地域移行、退院後間もない人たちの相談支援等を実施している。また、「若者向け心のバリアフリー事業」にも協力し、当事者講師として高校へ出向き、体験を通じた講演を行っているとのことだった。

X 会および長野県ピアサポートネットワークは設立時から行政機関とつながりがあり、長野県ピアサポートネットワークの例会に精神保健福祉センター職員が出席し、また、コーディネーターの研修にピアサポーターが講師を担うなど、互いに良好な協力関係が保たれているとの発言があった。

③行政機関

地域移行がすみやかに進むためには、地域の受け

皿が重要なことに加え、事業所等のハード面の整備が必要であり、行政機関のリーダーシップに負うところが大きい。以下の精神保健福祉センターの活動についてはA氏から、長野県精神保健福祉審議会についてはE氏の聞き取り調査から得た情報による。

長野県精神保健福祉センターは全国に先駆け精神保健福祉ボランティア養成に取組み、1987年にボランティア団体や1988年に家族会の設立、その延長線上に前述の「V会」の設立を支援してきた。「V会」は職親事業所、共同作業所から発展したもので、当事者会や「V会」の事務局を減免で社会福祉総合センター内に置くなどの便宜が図られたのは行政機関のバックアップによる。また、1990年代の国や県からの助成が限られた時代に、長野県精神保健福祉センター主導での共同住居の設置、増設を実施し得たことは行政機関が予算化しなければなし得ないことである。

さらに、長野県の精神保健や福祉を取り巻く課題を協議し、県の施策等に反映させるために、精神保健に関する学識経験者や精神保健福祉事業従事者らで構成される長野県精神保健福祉審議会において、他都道府県ではほとんど行われていなかった当事者委員の参画を1994年から実現させている。初代の当事者委員は長野県精神障害者家族会連合会会長に委嘱し、続いてNPO法人X会の会長を加え、現在はX会の事務局長が参画し、当事者の代表として、たとえば、身体拘束をはじめ、精神科病院の中の理不尽な体験をできるだけ客観的に伝えることに腐心しているとのことだった。

(2) 第2期 地域移行支援事業期

第2期は関連資料を元にまとめ、資料名は文末に示した。

第2期は地域移行最盛期である。2007年は県単独事業として「精神障害者退院支援コーディネーター設置等事業」を国の実施に先駆け開始し、4圏域の障がい者総合支援センターに専任のコーディネーターが配置された(雨宮 他 2008年)。

長野県が専任のコーディネーターを配置したあと

に国は17億円の予算をかけ、精神障害者地域移行支援特別対策事業を実施し、地域体制整備コーディネーターの配置を全国に促しており(日本精神保健福祉士協会 2009)、先行した長野県の取り組みが評価されてのことと考えられる。厚生労働省によれば、コーディネーターは①精神障害者の退院支援に関わる様々な職種の役割を明確化し、②地域移行推進員が作成する個別支援計画へのスーパーバイズを行い、③病院・施設への働きかけや必要な事業・資源の点検・開発に関する助言、指導及び複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言を行う役割と定め、コーディネーターを地域移行の要として重視した。また、コーディネーターが保健所、市町村と協働し、地域自立支援協議会の開催等により、保健・医療・福祉の連携強化を図り、地域移行体制の構築を図ることが想定された(日本精神保健福祉士協会 2009)。これらから、コーディネーターは、医療機関と地域機関の協働を築く架け橋であり、かつ、地域移行の中心的役割を担ったと言える。

長野県では、保健所が実施する精神障がい者地域生活支援協議会があり、さらにコーディネーターがエリアネットワーク会議を開催し、医療機関、保健所、障害福祉サービス事業所、市町村の担当者が集まり、事例検討等を通して、退院支援に関する方法や課題を共有する実務者レベルの会議を複数実施してきた(長野県 2022)。

このように、コーディネーターをはじめとする地域移行に携わる関係者間の関りが保たれており、これまでの聞き取り調査と長野県の資料から想定された地域移行支援機関関係図を次頁のように整理できる。長野県の特徴は県と圏域の自立支援協議会が地域移行の課題の抽出や事例検討を行い、実働の中心はコーディネーターが担い、関係機関と協働し、円滑な地域移行の実施がなされた点である。

2011年度の国の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」で支給された全補助金額は約6億円であり、長野県は全国で10番目に多い予算を獲得し(厚生労働省 2011)、コーディネーターを配置する圏域を増やしてきた。また、各圏域に地域自立支援協議

会を設置し、地域移行支援部会を設けた。コーディネーター配置後は、地域移行者数が 50 人以上に増

加し、成果がうかがえる。2006 年からの長野県の退院者の実績は表 6 の通りである（長野県 2014）。

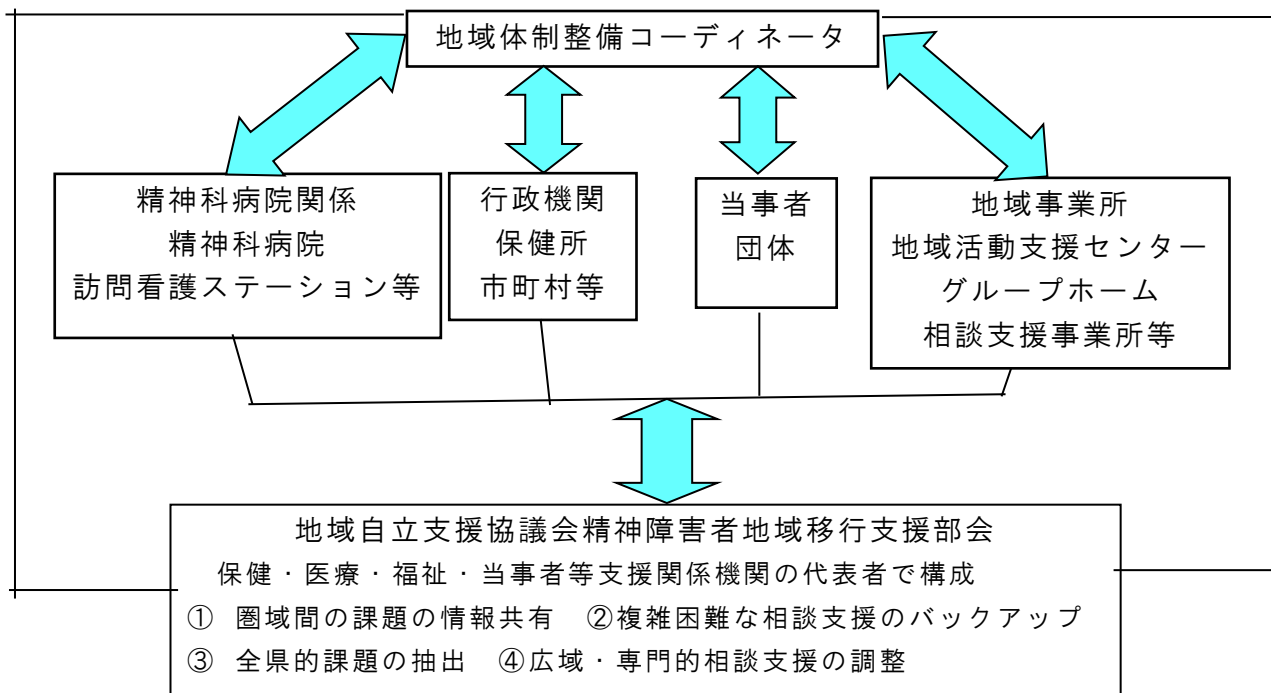


図 地域移行支援機関関係図

（杉田（2011）による長野県自立支援協議会精神障害者地域移行支援部会資料を参考に著者が作成）

表 6 国の退院支援事業・地域移行支援事業を利用した長野県の退院者の実績

年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
退院者	14 人	51 人	71 人	53 人	67 人	100 人	87 人

出典：「長野県の精神障害者の地域移行の課題について（長野県 2014）」による

その後、長野県自立支援協議会精神障害者地域移行支援部会は 2011 年に県内の 31 病院に対し、1 年以上入院者のうち退院可能な対象者の支援状況調査を実施した（杉田 2011）。その結果、27 病院の地域移行該当者は 447 名で、平均年齢が 63 歳、在院期間は平均 11 年で最長 55 年、退院後の住まいの希望は高齢者関連施設が多いことがわかった。調査結果を踏まえ、コーディネーターと登録ピアポーターは居住支援を中心に医療機関、行政機関、福祉系事業所との協働を進め、自立生活体験事業を使い、精神科病院に入院中からグループホーム利用体験を進め

た（杉田 2011）。

しかし、地域移行に積極的な病院がある反面、退院は空き病床を作り、病院経営を圧迫するため、消極的な病院もあったことを A 氏、B 氏、C 氏は指摘しており、長野県の精神科病院が一丸となって地域移行に取り組んでいたのではない。

また、障害者自立支援法下では総じてサービスの低下が生じ、廣瀬（2008）によれば、福祉系事業所の報酬単価は月ごと方式から日割り方式になり、入院や帰省等で利用者が増減すれば、事業所の減収となって跳ね返った。また、障害者程度区分は精神に

障害のある人々の生活のしづらさを反映しがたく、実際の生活能力よりも低く認定される傾向があった（廣瀬 2008）。福祉系事業所の運営は厳しく、また、地域移行の面でも 2012 年度は全体の事業費予算が 3 億 3,000 万円にまで減じられた（伊澤 2012）。

(3) 第 3 期 地域移行支援事業終了後

以下は、A 氏、B 氏、C 氏、D 氏の発言と、入手資料から得られた情報である。発言者名、資料名は文末に示した。

2011 年から実施された精神障害者地域移行・地域定着支援事業は 2012 年 6 月に国が実施した行政刷新会議の事業仕分けで抜本的改善を求める事業に分類され、廃止された（医療介護 CBnews2012）。廃止の主な理由はコーディネーターの配置後も退院者数が伸び悩んだ点である。2006 年から 2010 年の 5 年間で事業を利用して退院した全国の地域移行者数は 3,199 名で（厚生労働省 2012）、地域移行を目指す約 70,000 人の 5%にも満たない。

2013 年障害者総合支援法の施行後、地域移行は個別給付となり、各地で事業継続が困難となり、全国でも単独事業実施は 3 都府県に限られ、その一つが長野県であった。しかし、長野県においてさえ従前通りとはいかず、D 氏によれば、コーディネーターの配置は 4 カ所に縮小された。さらに、D 氏によれば、2014 年度末に県のコーディネーター事業が廃止され、以後は、10 圏域の障がい者総合支援センター等のコーディネーターや相談支援専門員が役割を引き継いだという。

以下、長野県内の 2 圏域の事情について記述する。

1) a 圏域の場合

2013 年度以降は、a 圏域内の c 市はコーディネーターを民間事業所に委託し、地域移行支援専門員を 1 名配置し、地域移行を継続したが、登録ピアサポーターの継続が困難となった（A 氏）。また、精神科病院には c 市外に住所地がある人も入院しているため、退院後、地元に戻ることを希望する場合、地元社会資源がなく、退院後の本人の望む生活の実現

が難しい場合が生じた（B 氏）。

さらに、精神科病院の医療スタッフには地域情報がなかなか届かず、引き続き医療スタッフが地域移行に後向きの場合が見られた（B 氏）。コーディネーターが付く地域移行の長所は入院者の希望に寄り添いながら、入院者の権利を擁護し、地域生活の試しができることであるが、病院によっては医師の決定や病院都合を優先する傾向があった（B 氏）。

また、c 市の場合、地域移行支援の指定を受ける相談支援事業所が 17 箇所あるが、個別給付となったことで、利用者ごとの報酬となり、地域移行のための専任職員の確保が難しく、地域移行を進めにくくなった面があるという（A 氏）。

一方でグループホームや就労系の事業所の運営に民間会社が参入し、訪問看護ステーションの数が増加した。しかし、都会のように利用者間の距離が近く、移動が短時間で出来る場合とは異なり、遠距離の移動が効率を下げているという（C 氏）。

2) b 圏域の場合

以下は、D 氏の発言による。

8 市町村 7 精神科病院がある b 圏域の場合、b 圏域外にある精神科病院に入通院している人たちがいて、コーディネーターの対象病院は近隣市町村に及ぶそうである。地域移行が始まった 2000 年代に比べ、各病院の協力度はあがった感触はあるが、病院にいればバリアフリーで、行事や楽しみがあり、地域生活より安心安全と考える医療スタッフもいるため、入院者の自己決定と権利の尊重を伝えきれない面があると言う。

現在の課題は高齢者を受け入れるグループホームが少なく、世話人らが精神疾患に不慣れな場合は受け入れにつながりにくいことから、精神に障害のある人々との交流や精神疾患についての理解を深める勉強会を検討しているそうである。また、入居時の保証人の確保や、死亡退院の回避が切実な課題となっている。自宅退院では必要に応じ、ヘルパーや訪問看護師を手配できることを伝え、利用を促すことを試みている。圏域内で医師が往診する病院はなく、

表 7 長野県の精神科病院に 1 年以上入院している 65 歳以上の入院者数

年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
人数	1,365 人	1,376 人	1,437 人	1,448 人

出典：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業自治体情報シート

また、2000 年代に地域移行に携わったスタッフが世代交替する時期に来ており、今後の地域移行の継承が必要とのことだった。

b 圏域では特に入院者の高齢化が問題となっていたが、表 7 は長野県の精神科病院に 1 年以上、かつ 65 歳以上の入院者数を示したものである（長野県 2019～2022）。65 歳以上の入院者の漸増傾向がみられる。

2013 年に精神保健福祉法が改正され、2014 年度から医療保護入院者の退院に向けた退院後生活環境相談員と退院支援委員会が新たに設置された。退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が在院する精神科病院に 1 名以上の配置が義務づけられ、医療保護入院者の早期の治療・退院を支援するコーディネーターの役割を持つが、担当者の権利擁護の視点が十分でなく、地域事業者との連携に苦慮し、また、医療保護入院者退院支援委員会への本人参加が少ない等課題が多い（日本精神保健福祉士協会 2020）。

5. 考察

(1) 長野県が地域移行を円滑に進められた要因

第 1 期の情報から、長野県が地域移行に早くから取り組めた要因は、知的に障害のある人々の地域移行が先行モデルとなり、精神に障害のある人々の地域移行に発展できたことが考えられる。具体的には、知的障がいのある地域移行の場合、行政機関が主導し、一般市民、当事者、家族、支援団体の意見を聞く機会を設けたこと、県内の 10 圏域ごとに地域移行を担う障がい保健福祉圏域調整会議を設置し、関係者間のつながりを築いたこと、予算を獲得し、10 圏域ごとに障がい者総合支援センターを設置し、ハード面を整備できたこと、これらの成果が精神科病院からの地域移行にも応用できたと考えられる。

また、福祉系事業所、当事者団体、行政機関が日

頃から協力関係にあり、精神科病院入院者の地域生活の実現に向け、多様な人材が協働できる体制があったことも大きい。

(2) 地域移行における多職種協働の展開過程

長野県の場合、地域移行における既存のしくみとしては、①地域自立支援協議会をはじめ主要な会議が全体を統括し、②社会資源としては居住の場、日中活動や就労の場、相談支援の場を整備し、③これらを機能させるソフト面として、コーディネーターを中心に位置づけてきた。

地域自立支援協議会地域移行支援部会は地域全体の協働のしくみを作る上で関係者が柔軟に意見交換できる重要な場であったし、他にも保健所が実施する精神障がい者地域生活支援協議会やコーディネーターが開催するエリア会議も設けられていた。社会資源については「Q 社会福祉法人」をはじめ、主要な法人が事業所を創出し、2016 年からは高齢者の地域移行を進めるために精神科病院との連携強化と、地域包括支援センターや介護系事業所に会議や研究会への参加を促している（長野県 2022）。これらの体制構築は 2017 年に厚生労働省が設置した「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とも連動する。

さらに、コーディネーターであるが、長野県のコーディネーターが地域移行において重要な役割を果たすことができたのは、国の事業以前に県が独自にコーディネーターを位置づけ、地域移行に携わる専任の立場として比較的自由に動くことができたことによる。また、国の事業の後ろ盾や県や圏域の自立支援協議会の協力があり、精神科病院への出入りが保障されていた点も大きい。その他、福祉系事業所、当事者団体、保健所とのつながりも保ち、互いに協力できる関係を築いていた。また、国の事業終了後

も、コーディネーターを県の障がい者総合支援センターの所属とすることができたことは、コーディネーターの貢献が評価されていたからと考えられる。

他都道府県が長野県同様に地域移行を進められるかは個々の地域事情があり一様ではないが、コーディネーターかそれに代わる人材を配置することは地域移行の成否に関わることが今回の調査から明らかとなった。

しかし、退院者数の伸び悩みから国の事業は打ち切れ、コーディネーターも廃止になったことは地域移行にとって大きな損失である。何十年にも渡る入院者の地域移行に時間がかかるのは当然のことで、即時的に数値に反映できるものではない。本来は、国が行った隔離・収容政策にこそ問題がある。隔離・収容政策とは精神に障害のある人々を危険視し、差別し、一人ひとりのあたり前の地域生活を奪い、精神科病院に強制的に入院させるために整えた一連の法や制度をいう（松本 2022）。隔離・収容政策の結果、入院者が精神科病院に超長期にわたり取り残された（古屋 2021）。これらの影響は現在も続き、長期入院問題は未だ解決していない。長期入院を強いられた人々を救済するのは国の責任であり、事業廃止どころか、長期入院者の地域移行のための更なる方策を早急に整える必要がある。

(3) 多職種協働の意義：操作的定義の振り返り

本稿では多職種協働を「共通の目的を達成するために、異なる諸機関が既存のしくみ、方法、社会資源、当事者も含めた関係者を主体的に組み合わせ、必要なサービスを創造する動的な活動」とした。長野県の場合は、2000年以降、地域移行に向け、関係者間の会議を設け、当事者も含めた関係者を主体的に組み合わせ、必要なサービスを創造してきたと言える。また、入院者に対しコーディネーターらが寄り添い、本人が人生の選択肢を主体的に選び取ることができるよう支援し、多くの退院者を輩出できた。これらの取組は多職種協働の例として評価できる。

(4) 今後の地域移行

これまで見てきたように、長野県は精神科病院の概況においては平均的な地域であり、地域移行を進める上でもとから有利な条件があったわけではない。しかし、地域移行のしくみづくりを担った行政担当者 A 氏や、審議会の度に精神障害のある人々の立場に寄り添い発言できる当事者 E 氏、また、地域移行の中心に位置づくコーディネーター B・C・D 氏の存在は大きく、これらのキーパーソン抜きに地域移行を語ることはできない。長野県の事例は、今後も地域移行を進める上で大きなヒントとなり、全国各地で応用可能である。

しかし、長野県においても 2012 年の個別給付化後、さらにはコロナ禍により地域移行が変化したことは否めない。コーディネーターの配置の減少により、彼らが精神科病院に出向いて退院を希望する人を掘り起こす丁寧な関わりは困難になり、報酬に見合わないため地域移行に消極的な一部の相談支援事業所、地域移行に後ろ向きな一部の精神科病院等の事情を突破し、県独自に地域移行を進めることはもはや苦難である。古屋（2015）は「現実的に長期入院患者の地域移行を推進しようとするならば、病院と地域を統合し、同じ目標に向けて効果的な支援要素を共有し、保健・医療・福祉・介護を結ぶ包括的な地域移行戦略が必要とされている。」と指摘しており、このような大掛かりな改革は国が再び旗を振らなければ実現できない。大池（2018）は「現場の課題を圏域ごとに設置された自立支援協議会を通して、県や国などに働きかけていく必要があると強く思っている。」と述べており、今後は特に高齢長期入院者の地域移行を見据えた抜本的な改革に向け、長野県を含む各都道府県の行政機関や関係機関が退院の必要性について国に明確に示すことが重要である。

6. まとめと今後の課題

長野県が実施した地域移行支援の全体はその人らしい暮らしを実現するための多職種協働による創造的な過程であった。仮に、支援ののちに本人が入院生活の継続を選択したとしても、それは本人が主体的に選び取ったものへと変化するはずである。高齢

長期入院者の地域移行は容易ではない。本来、生きられたはずの人生に少しでも近づけるよう、今後も、多職種協働で進める必要があり、これまで示した長野県の実践は他の地域の参考になるものと思われる。

今回は一部の関係者への聞き取り調査と得られた資料からの分析であり、特に、地域移行を体験したご本人や、精神科病院関係者への聞き取り調査を実施できなかった。今後の課題としたい。

注) 長野県では「障害」の表記を「障がい」とすることから、本稿でも行政機関や事業所が示す表記に準じた。

謝辞

本研究の聞き取り調査では Q 社会福祉法人元理事長の大池ひろ子氏をはじめ、多くの方々にご協力いただいたことを記し、心から感謝申し上げます。なお、本研究は平成 30～令和 4 年度科学研究費基盤 (C) (課題番号 18K02113) をもとに実施した。

引用文献

- 廣瀬明彦 (2008) 「障害者自律支援法施行後の「グループホーム」ー地域移行は進むのかー」『花園大学社会福祉学研究紀要』第 16 号, 111-119.
- 福岡寿 (2007) 『長野県地域生活移行の取り組み』障害保健福祉関係主管課長会議資料, 1-9.
- 古屋龍太 (2015) 『精神障害者の地域移行支援 退院環境調整ガイドラインと病院・地域統合型包括的連携クリニカルパス』中央法規.
- 古屋龍太 大島巖 (2021) 『精神科病院と地域支援者をつなぐみんなの退院促進プログラム 実施マニュアル&戦略ガイドライン』ミネルヴァ書房.
- Graham, J.R. Barter, K. (1999) Collaboration : A Social Work Practice Method. Sage Journals, vol.80, 6-13.
- 伊澤雄一 (2012) 『特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会編 地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン』, 1-110.

介護医療 CBnews (2012) 「精神障害者の地域定着事業、見直し不十分 厚労省が行政レビュー」 [2012 年 6 月 14 日.]

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2011) 『平成 23 年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業費』未公開資料

厚生労働省 (2012) 『精神障害者の「地域移行」について～精神障害者地域移行・地域定着支援事業の位置付け～』, 1-9.

国立精神・神経医療研究センター(2019) 『入院人口 10 万人あたりの精神病床における入院者数』 NDB 平成 29 年度 (2019/08/29 公開) <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> [2022.8.16]

国立精神・神経医療研究センター(2020) 『精神保健福祉に関する資料. 630 調査・令和元年度』(令和元年度 (2020/03/31 公開) <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> [2022.8.16]

松本真由美 (2022) 「第 4 章 精神障害者の生活実態 1.精神科医療の特異性」『精神保健福祉の原理』 弘文堂, 103-121.

長野県 (2014) 『長野県の精神障害者の地域移行の課題について』

長野県 (2019～2022) 『長野県精神障がい者地域生活支援の推進に向けて 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業自治体情報シート』1-7.

長野県 (2021) 『令和元年長野県の精神保健福祉資料 (630 調査)』 長野県総務部情報公開・法務課
日本弁護士連合会 (2021) 『精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議』第 63 回日本弁護士連合会人権擁護大会, 1-20.

NPO 法人 ポプラの会 <http://www.poplar-nagano.sakura.ne.jp/popura-ayumi.html> [2023.8.5]

大池ひろ子 (2018) 『病院と地域の新たな連携に必要なもの～地域の取り組みから～』病院・地域精神

- 医学会第 60 回長野松本大会シンポジウム資料,
1-6.
- 大阪こころの健康総合センター(2013)『精神障がい者の地域移行・地域定着支援事業の新たな歩みに期待して(大阪府精神障がい者退院促進支援事業12年間のまとめをもとに)』.大阪府こころの健康総合センター, 1-52.
- 史邁(2021)『協働モデル 制度的支援の「狭間」を埋める新たな支援戦略』晃洋書房.
- 副田あけみ(2018)『多機関協働の時代 高齢者の医療・介護ニーズ、分野横断的ニーズへの支援』 関東学院大学出版会.
- 杉田義夫(2011)『これまでの活動の報告』長野県自立支援協議会精神障害者地域移行支援部会資料』,
1-19.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会(2008)『精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント』社団法人日本精神保健福祉士協会,
1-216.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会(2009)『精神障害者地域移行支援特別対策事業～地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト～』 1-115.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会 精神医療・権利擁護委員会(2020)「精神障害者の退院支援における退院後生活環境相談員と地域援助事業者の現状と課題」調査報告書. 1-9.
- 社会福祉法人絆の会(2020)『～精神障害がある方の地域生活を支援する会～.絆の会パンフレット』 1-4.
- 田尾有樹子(2010)「退院・地域移行 巣立ち会からの発信」『精神医療』No57, 48-52.