

平成 25 年度地域保健総合推進事業
全国保健所長会協力事業

精神科医療と地域ケアの 連携推進事業

報告書

平成 26 年 3 月

(一財) 日本公衆衛生協会

分担事業者 山田全啓 (奈良県葛城保健所)

はじめに

平成 24 年度、第 6 次医療計画策定に精神疾患分野が追加されたことや、障害者総合支援法における地域移行・地域定着事業の見直し、さらには平成 25 年度の精神保健福祉法改正や精神科医療確保指針の策定を踏まえて、精神科医療のネットワーク化や地域ケアとの連携が一層重要となってきた。このことから地域ケア（保健所等）側からの精神科医療への関与（質の確保、ネットワーク化、自立支援ケア計画作成など）とともに、精神科医療側からの地域ケアに対する意向も踏まえた精神科医療と地域ケアの連携づくりを推進し、保健所の精神保健対策の機能強化につなげることを目的に以下の 3 事業を実施した。

1. 精神科医療ネットワーク化推進事業

精神科医療ネットワーク推進事業においては、全国 494 カ所の保健所を対象に、精神保健福祉法改正後の保健所精神保健福祉対策に関する調査を実施した。即ち、精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策の機能強化を目的として、保健所の精神保健対策、地域移行の進捗状況、管内精神保健サービスの充足度、精度改正後の課題（自由記載）について調査した。さらに、これらの調査結果をもとに、精神科医療と地域ケアの連携フォーラムを開催し、医師、精神保健福祉士、保健師、看護師、障害福祉関係職員等、約 220 人が参加し連携を深めた。

2. 医療計画精神疾患分野評価事業

医療計画精神疾患分野評価事業では、平成 24 年は、医療計画精神疾患分野案について本庁の計画と保健所の圏域計画に記載状況や意識調査を実施したが、25 年度は、策定された計画について、実際に保健所の役割記載状況を調査し、5 年後の医療計画改定への提言を行った。さらに、昨年、630 調査の活用状況が低率であったことと、保健所では使用しづらいとの意見が多く寄せられたことから、25 年度は、630 調査の保健所活用方法について検討した。

3. 精神科医療地域ケアパスの構築事業

精神科医療地域ケアパスの構築事業においては、24 年度策定した認知症地域ケアパス試案の改善を行った。即ち、連携シート、連絡ノート、記録帳の 3 部構成の試案に、25 年度は予防と社会資源一覧を追加し、認知症患者の各病期に対応した適切な支援が受けられるように工夫した。さらに 25 年度、新たに統合失調症の地域ケアパスの活用状況調査を実施した。即ち、当事者の目標を可視化することにより、主治医、支援者が同じ情報を共有して支援することができるツールとしての活用方法を検討した。

以上の調査研究を実施いたしました。

本報告書が、日々保健所で精神保健対策に取り組まれている担当者や、医療計画策定や地域連携体制構築等に取り組まれる皆様方に、ご参考にしていただければ幸いです。

最後になりましたが、事業実施にあたり、日本公衆衛生協会 篠崎英夫理事長様、全国保健所長会 佐々木隆一郎会長様をはじめ、調査にご協力いただきました全国保健所長様、そして研究班員の皆様方に厚く御礼を申し上げます。

平成 26 年 3 月

平成 25 年度 地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）
「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」

分担事業者 山田全啓
（奈良県葛城保健所長）

目次

I 事業概要

1. 分担事業名	_____	1
2. 事業目的	_____	1
3. 研究組織	_____	1
4. 事業実施経過	_____	2
5. 研究方法	_____	4
6. 事業結果	_____	6
7. 考察	_____	9
8. 結語	_____	10

II 事業報告

1. 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策強化に関する調査	_____	1 1
1) 保健所精神保健対策調査	_____	1 2
2) 先駆的取り組み事例	_____	2 7
3) アンケート様式	_____	3 9
2. 医療計画精神疾患分野調査（都道府県計画）	_____	4 5
3. 精神保健福祉資料（630 調査）の保健所活用方法の検討	_____	5 6
1) 630 調査の保健所における活用報告	_____	5 7
4. 精神科医療と地域ケアの連携フォーラム開催	_____	6 4
1) 基調講演	_____	6 7
2) 研究班報告	_____	9 0
3) パネルディスカッション	_____	9 6
5. 認知症地域ケアパス改善案	_____	1 3 7
6. 統合失調症患者退院支援・地域連携パス調査	_____	1 5 3

I 事業概要

1. 分担事業名

精神科医療と地域ケアの連携推進事業

2. 事業目的

平成24年度医療計画の見直し、障害者総合支援法における地域移行・地域定着支援事業の実施をはじめ、平成25年度精神保健福祉法改正や精神科医療確保指針の策定を踏まえて、精神科医療のネットワーク化や地域ケアとの連携等が重視され、地域ケア（保健所等）側からの精神科医療への関与（質の確保、ネットワーク化、自立支援ケア計画作成など）とともに、精神科医療側からの地域ケアに対する意向も踏まえた精神科医療と地域ケアの連携づくりが重要となっている。

このため、(1)精神科医療ネットワーク化推進事業、(2)医療計画精神疾患分野評価事業、(3)精神科医療と地域ケア連携強化のための地域連携パスの構築事業の3事業を行い、保健所の精神保健対策の機能強化を図る。

3. 研究組織

【分担事業者】

山田 全啓 奈良県葛城保健所長

【分担協力者】

本保 善樹	東京都北区保健所長
高岡 道雄	兵庫県加古川保健所長
宇田 英典	鹿児島県伊集院保健所長
野上耕二郎	佐賀県伊万里保健所長
福井貴実子	富山県砺波厚生センター保健予防課地域保健班長
辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター次長兼精神医療センター医長
橋爪 聖子	滋賀県彦根保健所地域保健福祉課副主幹
後藤 基行	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部研究員
大塚 俊弘	長崎県県央保健所長
加納 紅代	富山県厚生部健康課主幹
森 隆夫	日本精神科病院協会常務理事（あいせい紀年病院理事長）
山下 俊幸	京都府立洛南病院長
柿木 達也	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院認知症疾患医療センター長
鈴木 孝太	山梨大学医学部社会医学講座准教授

【助言者】

竹島 正	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部長
車谷 典男	奈良医科大学地域健康医学講座教授

【オブザーバー】

松尾 伸子	東京都目黒区保健所 保健予防課 保健相談係長
藤原恵美子	兵庫県庁健康福祉部高齢社会課 主幹・高年保健福祉係長兼務
片山 聡子	厚生労働省社会援護局精神・障害保健課

4. 事業実施経過

	班会 議	会議・作業			報告・発表
		精神科医療ネットワーク化推進事 業担当 G	医療計画精神疾患分野評価事業 担当 G	精神科医療地域ケアパスの構築 事業担当 G	
5月					日本公衆衛生学会 (三重)抄録作成 ①医療計画調査 ②認知症調査
6月	◎ 東京	第1回全体会議 5/16 地域保健総合推進事業ヒアリング			
7月	● 東京 7/7	第1回班会議 (1)研究方針 (2)精神科医療ネットワーク化推進 事業 ①保健所精神保健対策機能強化調 査 ②精神科医療と地域ケアの連携フ ォーラム (3)今回の精神保健福祉法改正を受 けての保健所の役割強化 (4)地域移行・包括ケア推進のため の保健所機能強化	(1)研究方針 (2)■ <u>医療計画精神疾患分野評価 事業</u> ①医療計画精神疾患分野評価 ②630 調査の保健所活用方法につ いて	(1)研究方針 (2)地域ケアパス構築事業 ①認知症地域ケアパス試案改善 ②統合失調症地域ケアパス調査	
8月		■ <u>保健所精神保健対策機能強化 調査の実施</u> ①全国保健所 (494 カ所) 8月中 旬にメール送信し、9月上旬に回 収未回答は督促の上、2週間程度 で回答を求める。		■ <u>統合失調症地域ケアパス調査</u>	
9月		入力・集計・分析			
10月					10月23日～25日日 本公衆衛生学会(三 重)発表
11月	◎ 東京	第2回全体会議(中間報告) ①保健所精神保健対策機能強化調 査集計 ②法改正後の保健所機能強化(案) ③地域移行・包括ケア推進のため の保健所機能強化(案)	(1)医療計画評価中間報告 (2)630 調査の保健所活用方法中 間報告	①認知症地域連携パス改善案 ②統合失調症地域連携パス調査	
12月	● 奈良	第2回班会議 (1)調査結果の検討 (2)精神科医療と地域ケアの連携 フォーラム内容の検討と開催案内 (3)法改正後保健所機能強化(案) (4)地域移行・包括ケア推進のため の保健所機能強化強化(案)	(1)医療計画評価結果の検討 (2)630 調査の保健所活用方法の 検討	(1)地域連携パス報告書案作成 (認知症・統合失調症)	中間報告会(公衆衛 生協会)
1月		(1)研究報告書概要版作成		(1)統合失調症地域連携パスモデ ル事業報告書案作成	地域保健総合推進 事業発表会原稿提 出

2月	● 神戸 2/8	第3回班会議 (1) 報告書案の検討 (2) ■精神科医療と地域ケアの連携 フォーラム開催	(1) 報告書案の検討	(1) 報告書案の検討	
3月	◎ 東京	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">地域保健総合推進事業発表</div> 報告書作成・印刷作業			地域保健総合推進 事業発表会 3/3, 4 研究費支出支払期 限 3/14 事業実績報告書、 総括・分担研究報告 書提出 総合研究報告書提 出 概要版WEB登録

5. 研究方法

I. 精神科医療ネットワーク化推進事業

平成24年度医療計画精神疾患分野記載をはじめ、障害者総合支援法における地域移行・地域定着支援事業の見直し、平成25年度の精神保健福祉法改正、精神科医療確保指針策定等を踏まえて、精神障害者の地域移行を目指した精神科医療のネットワーク化や地域ケアとの連携等が重視されていることから、全国保健所を対象にアンケートによる現状把握や、先駆的取り組み事例（専門医療機関のネットワーク化）や地域連携パス等の収集を行い、保健所の精神保健対策の機能強化を図る。

1) 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策に関する調査

- ア) 調査対象：全国494カ所の保健所を対象としてアンケート調査を実施した。
- イ) 調査方法：保健所はメール調査とした。未回答者には再度メールで督促した。
- ウ) 調査期間：平成25年10月～平成25年11月
- エ) 調査内容：①保健所基本情報、②保健所精神保健事業実施状況、③地域の精神保健福祉サービス充足状況、④地域移行実績（申請件数、退院件数、申請者を出している病院数、相談支援対応事業所数）、⑤精神科医療確保指針に関する医療等提供体制、⑥退院支援・地域連携パス活用状況、⑦認知症対策、⑧精神保健福祉資料（630調査）活用状況、⑨自由記載（法改正後の保健所機能強化・相談支援事業個別給付やアウトリーチ事業の保険点数化後の保健所機能強化等）

2) 精神科医療と地域ケアの連携フォーラム開催

- ア) 開催時期：平成26年2月8日（土）14:00～16:50
- イ) 開催場所：兵庫県医師会館
- ウ) 対象：都道府県精神・障害担当課、保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関、訪問看護ステーション、地域生活支援センター、相談支援事業所、地域包括支援センター等（約220人）
- エ) 内容：
 - 【基調講演】 「改正精神保健福祉法の施行と今後の動向」
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
法令企画係長 福田夏樹
 - 【研究班報告】 平成25年度地域保健総合推進事業報告
分担事業者 奈良県葛城保健所長 山田全啓
 - 【パネルディスカッション】
テーマ：「精神科医療と地域ケアの連携を目指して」
パネラー ○京都府立洛南病院長 山下俊幸
○社会福祉法人巣立ち会理事長 田尾有樹子
○NPO 法人自立支援センターふるさとの会相談室ふらっとコーディネーター 的場由木
○長崎県県央保健所長 大塚俊弘
— ディスカッション —
コメンテーター：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部長 竹島 正
コーディネーター：奈良県立医科大学地域健康医学講座 教授 車谷 典男

II. 医療計画精神疾患分野評価事業

24年度事業評価の課題であった医療計画精神疾患分野の具体的記載事項を調査するとともに、精神保健福祉資料（630 調査）が保健所で活用しづらいとの意見が多く寄せられたことから保健所における活用方法について検討する。

1) 医療計画精神疾患分野評価

24年度は改定中の医療計画案についてのアンケート調査を行い、本庁と保健所との記載状況に差があることを明らかにしたが、今回は、医療計画（完成版）について、各都道府県ホームページからダウンロードし、計画そのものを読み解くことにより、保健所の役割記載状況を調査し、記載すべきと考える項目について次期計画までに提言を行う。

2) 630 調査の保健所活用について

24年度保健所調査において、圏域医療計画策定にあたり 630 調査の活用状況を調べたところ、12.1%しか活用されていなかったことから、今後、保健所における 630 調査の活用普及を目的として、モデル保健所において、保健所・医療機関ごとに分析し、どのような活用方法があるかについて研究する。

III. 精神科医療地域ケアパスの構築事業

精神科医療と地域ケアの連携を推進する方策として、精神科病院において、入院患者一人一人に、入院形態・健康保険・検査・投薬等治療内容・QOL・患者への説明内容等を記載し、退院後の通院治療内容・自立度等を地域ケアと情報共有する精神科医療・地域ケアパスの活用を推進する。

24年度に作成した認知症に関する精神科医療地域ケアパス試案の改善を行い、認知症医療地域ケアパスの普及を図る。また統合失調症に関し退院支援を行う精神科医療地域ケアパス試案を作成する。

1) 認知症に関する精神科医療地域ケアパス試案の改善

平成 24 年度研究班で策定した認知症パスモデルについて、兵庫県立西播磨病院認知症疾患医療センターで改善案を検討する。

2) 統合失調症の退院支援を行う精神科医療地域ケアパス調査

保健所精神保健対策機能強化調査で回答のあった施設から統合失調症パスモデルを収集し、退院支援・地域連携パス試案を検討する。

IV. 研究班会議

東京 1 回、奈良 1 回、神戸市 1 回

6. 事業結果

I. 精神科医療ネットワーク化推進事業

1) 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策に関する調査

回収率 51.0% (252 カ所/494 カ所)。基本情報では、障害福祉圏域自立支援協議会設置 51.4% (保健所参加率 69.9%) 市町村自立支援協議会設置 86.1% (保健所参加率 86.5%) 精神科病院実地指導保健所参加率 79.6% (職種：保健師 44.6%、事務 21.0%、精神保健福祉士 18.5%、医師 5.1%) であった。

保健所事業実施状況をみると、地域移行・地域定着支援事業 72.9%、緊急時相談体制 54.3%と実施率が高かった。地域移行のための社会資源の現状評価では、“十分” “やや十分” “ふつう” の合計でみると、デイケア事業が 70.6%と最も多く、次いで緊急時の相談体制 54.2%、精神科病院相談指導體制 54.0%、地域移行地域定着支援事業 44.4%の順に評価が高かった。精神障害者の医療確保等の現状評価をみると、退院時ケース会議が 69.7%と最も高く、次いで措置入院患者の退院支援・医療福祉調整 62.5%、未治療患者保健所訪問支援 55.9%、精神科救急体制 52.3%、人権啓発 49.6%、保健所精神保健推進協議会設置 46.5%の順であった。

各種サービス実施状況及び主観的充足度と地域移行実績について相関関係をみた。即ち、主観的充足度では、“十分” “やや十分” “ふつう” の合計とそれ以外の 2 値に分けてクロス集計を行った。有意相関項目をみると、退院支援・地域ケア連携パス作成、デイケア事業の充実、保健所精神保健推進協議会設置、精神科医療・地域ケア連携等と相関があった。アウトリーチ推進事業については正相関と逆相関がみられた。一方、地域移行ピアサポーター養成は 2 値に分けた結果からは有意ではないものの、検出力不足による可能性があること、各段階別実施・充足度状況と相関がみられたことから、今後ピアサポーターの育成が充足すると地域移行が進む可能性が示唆された。

結論として、相関が必ずしも因果関係を示すものではないが、これらの事業やサービスが充足することで、何らかの地域移行を促進する可能性が示唆された。

地域移行の課題については、患者側の要因として“長期入院による生活能力や意欲の低下”をはじめ“身体合併症をかかえる”といった意見があった。地域側の要因として、“グループホーム、デイケア、ケアホーム、居場所といった社会資源が不足している”といった意見や、“個別給付後の相談支援事業所の病院への働きかけが不十分”との意見も見られた。いずれにしても、保健所は、入院中・退院時ケース会議や地域移行生活支援検討会、市町村自立支援協議会、圏域協議会等に積極的に参加し、医療と地域ケアのコーディネーター役を担うべきと考える。

精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策機能強化について、“保護者制度廃止に伴う公的機関の役割強化”、“地域移行支援に向けた医療と福祉サービスの連携強化とサービス利用計画の策定支援”、“市町村の生活支援強化と保健所の危機管理対応とコーディネーター的役割強化”、“未治療・治療中断者や人格障害、発達障害、自殺未遂者等の重複障害事例への対応”“保健医療圏ごとの精神保健対策の評価・進捗管理”等が保健所の機能強化として挙げられていた。

2) 精神科医療と地域ケアの連携フォーラム

ア) 基調講演

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課法令企画係長福田夏樹先生から“改正精神保健福祉法の施行と今後の動向”と題して講演があった。改正の概要について、まず精神障害者医療確保指針策定や、保護者制度廃止、医療保護入院の見直し、精神医療審査会に関する見直し等の主要項目について説明があり、次いで精神科病院からの退院・地域移行を促進し、社会的入院解消をさらに進めていくために、都道府県の障害者福祉計画に明確な目標設定と、PDCA cycle の導入及び評価進捗管理を行うこと、病院管理者の責務として退院後生活環境相談員の選任、地域援助事業者との連携、医療保護入院者退院支援委員会設置など新たな改正点について説明があった。

質疑では、“退院促進と居住支援”“保護者制度の廃止”“退院後生活相談員の配置基準”“精神障害者の支援区分”について質問があった。

イ) 研究班報告

分担事業者の奈良県葛城保健所長山田全啓先生から“平成25年度地域保健総合推進事業報告”と題して事業班の研究報告の概要説明があった。主として精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策調査結果から、地域移行実績と地域の保健医療サービスの充足状況との関係について、デイケアの充実、地域連携パス作成、アウトリーチ推進事業、保健所精神保健推進協議会開催、ピアサポーター養成、精神科医療・地域包括ケア連携推進等のサービスや事業が、精神障害者の地域移行を促進的に作用している可能性が示唆されたことが報告された。

ウ) パネルディスカッション

精神障がい者のための医療と地域ケアの連携を目指してをテーマに、座長の車谷典男先生、助言者の竹島正先生の進行の下、4人のパネリストによる講演と質疑が行われた。

京都府立洛南病院長山下俊幸先生は“洛南病院における退院支援・地域移行の取組と地域連携パス調査”と題して病院の診療状況、退院支援の取り組みや地域移行の課題、研究班で取り組んでいる統合失調症地域連携パス調査結果を受けて課題と試案について説明した。

社会福祉法人巣立ち会田尾有樹子理事長は、“巣立ち会の地域移行支援を通して”と題して、22年間の巣立ち会の歩みのなかで、グループホーム等居住支援、就労支援・自律訓練事業、相談支援事業、ピアサポート事業、早期支援等に取り組んできたことを述べた。巣立ち会を利用して退院した213名の分析や意識調査から、退院した感想では“退院して良かった”または“どちらかという良かった”と回答した方が91%に上ることや、地域生活の満足度では、“満足している”または“どちらかという満足している”と回答した方が77%と高いことから、地域移行の重要性について説明した。

自立支援センターふるさとの会保健師的場由木理事は、“生活困窮者への居住支援と生活支援の取り組みから”と題して、ふるさとの会利用者1,238名の分析から、福祉事務所と連携した生活困窮者居住支援の重要性について述べた。利用者のなかには、精神障害者、認知症、要介護、がん等の疾患等を抱えた方もおられ四重苦の中で支援する難しさや生活保護でない場合の体制づくりがないなど、社会サービス、社会資源のネットワーク化が求められると述べた。

長崎県県央保健所大塚俊弘所長は、“精神科医療と地域ケアの連携における保健所の役割”と題して、長崎県の精神保健福祉対策に長年携わった経験から、保健所が直面している現状と課題について述べた。そのなかで保健所職員が持つべき支援技術、即ち、ケースマネジメント技術や自助組織育成及び援助技術、ボランティア団体育成技術等について、職員が体験する場がない現状を指摘した。今後保健所が担うべき役割について、未治療精神障害者等処遇困難事例への対応、市町村への技術支援、関係機関の連携体制構築、自助組織育成、計画策定実施評価等が挙げられた。

質疑は、“居住支援の際に福祉事務所との連携はスムーズにできるのか”、“民間でできないところを行政で補填していただきたい”“未治療者、24条通報、自殺防止、ピアサポーター養成等は公的機関の役割”“地域移行に関して保健所の役割が明確ではない”“100万人を管轄する大規模保健所で十分な精神保健サービスが実施できるのか”と言った意見や、“保健所職員が減員されているなかで十分な対応ができていない”との意見があった。さらに、病院側と自立支援事業所との温度差や見解の相違もみられ、入院医療に関する these と antithese の対立のなかで議論が白熱したが、やはり精神障害者本人の病状やQOLを中心に判断すべきとの結論に至った。ディスカッションに十分な時間ではなかったが、地域移行に向けて精神保健福祉法が大きく動き出す前夜の議論としては、病院側と地域側の思いを率直に意見交換できたことから非常に有意義であった。

II. 医療計画精神疾患分野評価事業

1) 医療計画精神疾患分野評価

医療計画において、すべての都道府県は何らかの形で精神保健福祉領域における保健所の役割について言及していた。医療連携について記載のあったのは 35 都道府県 (74.5%)、具体的な実践・施策内容の記載は 31 カ所 (65.9%) であった。内訳は「相談」が 22 カ所 (46.8%) と最多であった。次いで「うつ・自殺対策」13 カ所 (27.7%)、「訪問支援」12 カ所 (25.5%)、「地域移行・社会復帰」並びに「普及・啓発」11 カ所 (23.4%)、「専門医療」8 カ所 (17.0%)、「精神科救急」「その他」6 カ所 (12.8%)、「技術指導・人材育成」5 カ所 (10.6%)、「児童精神医療」4 カ所 (8.5%) であった。策定された各都道府県の医療計画からは、保健所の役割としての医療連携に対する記述に比べ、地域保健医療福祉に直接関連する領域での言及が少なかった。

今後の次期医療計画改定に向けて、重点的な政策目標である精神障害者の地域生活を維持する上での保健所の意義と役割として、「訪問支援」や「社会復帰」などの面で、市町村や民間との連携も含め、より具体的に論じられるよう情報提供を進めていく必要がある。

2) 630 調査活用方法に関する検討

今回の保健所アンケート調査で“保健所で 630 調査を活用している”が 29.2%と低率で、“今後保健所単位の分析を希望する”が 61.9%と高かったことから、630 調査の保健所における活用方法について検討した。

保健所ごとの分析項目は、①精神科実地指導、②地域移行・地域定着の取組み、③保健医療計画進捗把握(地域の精神科医療資源情報)の視点で検討した。

①精神科実地指導については、精神科病院立ち入り調査に際して、あらかじめ疾患分類別の在院患者数、入院形態別の在院患者数、新入院患者の期間別残存率、疾患分類別の退院患者数、入院形態別・在院日数別在院患者数を分析することにより、病院に適切な指導が可能と考えられた。

②地域移行・地域定着の取組みについては、保健所精神保健推進会議等で、退院先別の退院患者数、在院日数別の退院患者数、入院形態別・在院日数別の退院患者数、精神科デイケアの疾患分類別・年齢別患者数、精神科訪問看護の疾患分類別・年齢別患者数を提示し、分析評価を行った。

③保健医療計画進捗把握については、二次医療圏域会議において、入院形態別の在院患者数、市町別の在院患者数、疾患分類別の在院患者数、月平均新入院・退院患者数、精神科病院数(単科、応急入院指定、医療観察法指定)、精神科病床数(一般、療養、認知症、急性期、合併症、精神科救急)、これらのデータの分析活用が可能と考えられた。

ただ、保健医療計画進捗管理や精神科実地指導には、年次別・病院別の 630 調査データが必要であった。また、「平均在院日数」、「精神科病院概要」、「精神保健福祉手帳所持者数」、「自立支援医療費受給者数」、「地域援助事業者」などのデータは 630 調査からは入手できないため、都道府県調査(病院調査、患者調査等)からの情報を加える必要がある。

III. 精神科医療地域ケアパスの構築事業

1) 認知症に関する精神科医療地域ケアパス試案の改善

24 年度策定した連携パスを改善し、①予防、②早期受診・鑑別診断・早期治療を目指した連携シート、③在宅療養を支援するご家族や関係機関の連携を目指した連絡ノート、④本人・家族の日常生活や緊急時の情報共有を目指した記録帳、⑤社会資源一覧の 5 部構成とした。

標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。オレンジプランで示された標準的認知症ケアパスの作成には社会資源の整理が必要である。標準的な認知症ケアパスの概念図をもとに「予防」を追加し、それぞれの社会資源ごとに分類を行い、具体的な名称や特徴を整理するために社会資源整理表を作成した。整理票には医療機関やそれ以外の社会資源、フォーマル及びインフォーマルなサービスすべての名称、特徴、連絡先を記入するようにした。整理票は、利用者がいつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいかについてホームページ上に公開し、具体的な機関名やケア内容等があらかじめ認知症の人とその家族に一目でわかるようにした。

2) 統合失調症の退院支援を行う精神科医療地域ケアパス調査

統合失調症の地域連携パスとしては、中長期入院者の退院支援、措置入院後の複雑困難例の退院支援、救急入院後の病診連携、頻回入院者の地域生活支援（訪問看護、ホームヘルプなど複数のサービスを利用している場合）、身体合併症事例（精神科病院と一般病院との連携）などである。すでに実施しているものとしては、医療観察法における指定通院事例がある。

本研究における保健所調査では、5 か所（京都府山城北、香川県中讃、山梨県峡東、福岡県粕屋、福岡県筑紫）及び富山県砺波厚生センターで統合失調症地域連携パスの作成及び利用がなされていることが明らかとなった。

そこで、パス作成の経緯や利用状況について再調査(必要に応じて活用状況の聞き取り調査)を行い、パスの意義や実施上の課題を明らかにし、今後のパスの作成・普及や地域のネットワーク化にどのように寄与することができるかについて検討した。調査結果から、「情報の共有化」「ケア会議の開催」「パスの利便性」「関係者間の顔の見える関係づくり」を考慮し、「安定性、継続性」「家族への支援」「地域住民への理解の促進」等を目指した目標設定の必要性が示唆された。

<地域連携パスの意義>

【目標化】病棟内で目標が明確な業務の組み立てを行う。

【言語化】多職種チーム内で課題や情報が共有化され、パスを介して治療方針や支援内容が言語化される。

【可視化】利用者への可視化、即ち本人・家族用のパスを作成し提示することにより、課題や支援目標の視覚化が可能になり、理解を得やすくするとともに、信頼関係が形成され、協働関係を築くことができる。

【個別化】類型化できない課題の抽出により、個別支援がより豊かになる。

【相対化】他機関との比較が可能になり、臨床実践の自己検証が可能になる。

【システム化】院内の機能分化やシステム化をけん引するツールになる。

7. 考察

今回の保健所調査によると、地域移行実績の経年的推移について、22年から24年にかけて低下していた。これは、24年からの制度改正により、地域移行の相談支援事業が個別給付化され民間の相談支援事業所に移行したことによると考えられる。また、相談支援事業所数はこの3年で2倍に増加していることから、おそらく計画相談事業で忙殺されておりとても精神障害者の対策に手が回っていないことや、精神科病院への働きかけが不十分ではないかとの要因が推測される。今後、圏域自立支援協議会、保健所精神保健対策推進会議や地域移行支援会議、退院時ケース会議等を通じて、精神科病院と相談支援事業所をうまく繋いでいくことが保健所の役割であり、コーディネーターとしての役割は今後とも重要であると考えられた。

地域移行には地域の保健医療福祉サービスの体制整備が必要であるが、今回の調査では一様に事業実施や地域充足度は不十分と言わざるを得ない。保健所の事業実施状況では、退院支援・地域ケア連携パス作成、アウトリーチ推進事業、地域移行ピアサポーター養成といった事業が低調であることから、今後強化する必要がある。また、地域サービス充足度をみると、やはり退院支援・地域ケア連携パス作成、アウトリーチ推進事業、グループホーム等居宅系入所施設整備等のサービスや社会資源が不足していることから、同様に体制整備を図る必要がある。

精神障害者の医療確保等の現状評価では、法34条移送制度、多職種アウトリーチチーム人材養成、薬物・発達障害・思春期・高次脳機能障害等の専門医療機関等が不十分であるとの結果であったことから、精神障害者が適切な医療につなげることができるよう、地域の危機管理体制や専門医療機関の整備が求められる。

さらに、地域の主観的サービス充足度と地域移行実績のクロス集計から、デイケア、アウトリーチ推進事業、保健所精神保健推進協議会設置、地域連携パスの作成、精神科医療と地域ケアの連携推進、ピアサポーターの養成といったサービス・事業・体制が充実しているほど、地域移行が推進されているとの結果が得られた。例えば、病院デイケアが充実している地域では、交流会等を通じて退院後の生活がイメージし易いことと、退院後もデイケアに通所することで、病状把握ができ、障害者にとっても安心して地域移行できるのではと推測される。ピアサポーター養成についても、同様に同じ障害をもった方からの支援は、心の支えや自信にもつながり効果的に作用するのではと推測される。保健所精神保健推進会議の開催や、地域連携パスの作成、精神科医療と地域ケアの連携推進については、何れも関係機関の連携が進んでいる地域で共通して言えることであり、

パスの作成をとっても背景に関係機関連携と合意を得る十分なプロセスがあって初めて成り立ることである。以上のことから、今後、地域の体制整備に際し、これらの事業やサービスを優先的・重点的に取り組む必要があると考える。

精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策の機能強化については、“予算やマンパワーの充実が必要だと考える”等、現状の体制が不十分であるとの意見があったが、一方で、“今後、公的機関の役割が重要になってくる”との意見が多く、とりわけ保護者制度が廃止されたことについては、“保護者の負担軽減につながるものの、障害者本人に不利益が生じないようにこれまで以上に家族の同意を得る際に慎重に対応する必要がある”との意見がみられた。さらに“未治療者や治療中断者、多重障害者等対応困難事例については、保健所の訪問支援や危機介入の体制を強化する必要がある”、“対応困難事例が増えていることから、事例検討会、自立支援協議会、保健所精神保健推進会議等を通じて関係機関の連携が益々重要になってくる”といった意見や、“入院医療から地域生活への移行の推進について保健所の機能強化の方向性を示して欲しい”といった具体的方針を求める声があった。

障害者総合支援法に基づく相談支援事業導入やアウトリーチ事業の保険適応後の保健所精神保健対策の機能強化については、“地域で身近に関わる市町村で包括的な支援が行われるよう関係課の人材養成やスキルアップを図ることが保健所の役割である”との意見や、“前述同様、治療契約の難しい人へのアウトリーチは行政の関与を求められることは間違いなく、そのためにはマンパワーの充実は不可欠である”との意見もみられた。

平成 24 年度作成された都道府県医療計画精神疾患分野調査では、医療連携や相談事業の記載が最も多かったが、それ以外の事業については、25%以下にとどまった。うつ・自殺対策は昨今の話題として比較的多くの記載があったが、精神科救急の事前調査等は極めて低く、現状業務量と比較して残念な結果であった。訪問支援や地域移行・社会復帰についても 25%程度であり、法 24 条通報が急激に増加している現状や地域移行が推進される中でより充実した記載が必要であると思われた。以上、5 年後の次期保健医療計画改正に向けて提言したい。

精神保健福祉資料（630 調査）の保健所活用について、活用している保健所は 3 割程度と低率であり、保健所ごとの分析が必要との回答が 6 割を占めたことから、今回活用方法について検討した。精神科病院実地指導、地域移行・地域定着の取り組み評価、保健医療計画進捗把握等に活用可能であることが明らかになった。今回、国立精神・神経医療研究センターのご協力で分析いただいたが、今後、各都道府県に病院ごと、保健所ごとに分析し提供するシステムが必要と考えられた。さらに、地域移行・地域定着の取り組み評価や保健医療計画進捗状況の把握は、630 調査から得られる地域障害福祉サービスは病院併設事業に限定されていることから、市町村障害福祉サービスの情報も追加して評価する必要がある。何れにしても、都道府県や保健所に 630 調査の活用の重要性や活用方法について一層啓発することが求められる。

認知症地域ケアパスの改善については、24 年度作成したパスに予防を含む社会資源整理表を追加した。認知症の人の状態に応じた適切なサービスを提供するため、介護保険法定サービスをはじめ、自治体独自のサービス、民間サービス、地域住民によるサービス等認知症を支える様々なサービスを整理した。今後、患者・家族が利用し易いように、それぞれの地域でデータベース化しホームページ等で公開されることが求められる。

統合失調症地域連携パスについては、全国保健所調査からパス使用はわずか 5 ヶ所で、ほとんど活用されていない現状が明らかになった。しかし、今後、統合失調症においても地域移行が進む中で、院内パスと地域パスを繋ぐ必要がある。即ち、障害者の到達目標を可視化し、障害者自身をはじめ主治医、支援者が目標を共有することにより支援方法の標準化と統合が可能となることから、今後活用が広がることを期待する。

8. 結語

1. 保健所調査により精神保健福祉法改正後の保健所機能強化及び地域移行促進要因を明らかにした。
2. 平成 24 年度策定された医療計画精神疾患分野における保健所の役割記載状況を明らかにした。
3. 630 調査を保健所毎に分析し保健所の活用方法について検討した。
4. 認知症地域ケアパスの改善と統合失調症地域連携パス調査を実施し策定意義を明らかにした。
5. 精神科医療と地域ケアの連携フォーラムを開催し多職種連携強化を図った。

Ⅱ 事業報告

1. 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策強化に関する調査
 - 1) 保健所精神保健対策調査

精神保健福祉法改正後の保健所精神保健福祉対策に関する調査

1. 目的

精神保健福祉法改正案が平成 25 年 4 月国会に上程され、6 月に改正が成立いたしました。精神障害者の地域生活への移行を促進するため「医療保護入院の見直し」、「精神障害者医療確保指針の策定」、「保護者制度の廃止」などの規定が盛り込まれ、施行は平成 26 年 4 月 1 日からとなっています。改正法施行後の保健所の精神保健福祉対策の重点化とともに第 6 次改定医療計画精神疾患分野記載の認知症施策に関し、保健所ではどのような取り組みが必要かを検討するために、実態の把握及び方向性等に関する意見等について調査する。

2. 対象及び方法

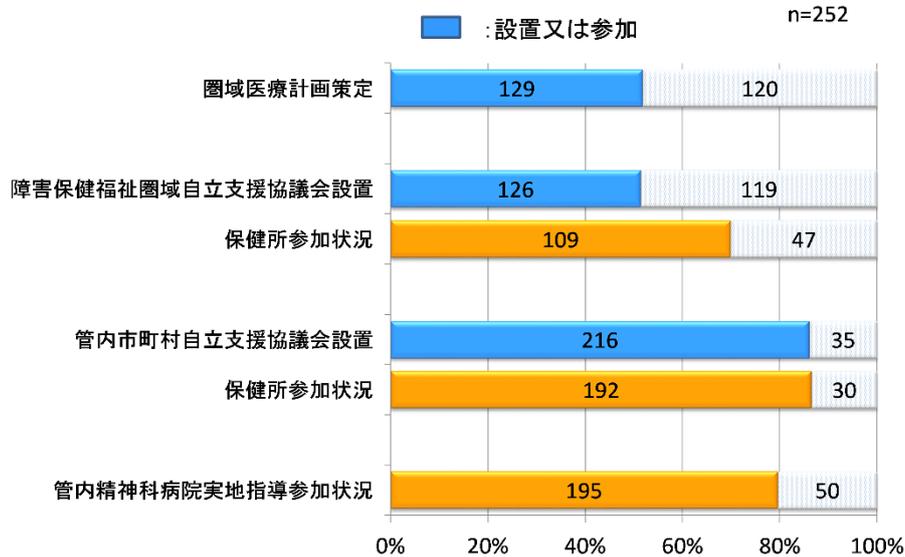
平成 25 年 9 月～11 月に、全国 494 ヶ所の保健所の精神保健担当者を対象に、電子メールで調査用紙を配布し、同様に電子メールで回収した。調査内容は、①保健所管内の基本情報（圏域医療計画策定、自立支援協議会設置、精神科病院実地指導）、②保健所精神保健事業（地域連携パス策定、精神科病院相談指導体制、地域移行・地域定着事業、アウトリーチ推進事業、緊急時相談体制、デイケア事業、ピアサポーター養成）、③前記事業の管内充足状況評価、地域移行の実績（申請件数、退院件数、地域移行申請病院数、相談支援対応事業所数）、④精神科医療確保状況評価（早期退院目標、退院時ケース会議参画、措置入院患者退院支援、未治療者への訪問支援、移送制度、アウトリーチチーム人材養成、精神科専門医療機能確保（アルコール、薬物、発達障害、思春期、高次脳機能障害）、合併症対応病院との連携、救急体制、治療標準化、病床転換方策、精神保健推進会議設置、G-P ネット、医療と包括ケアの連携、人権啓発等）、⑤地域連携パス策定、⑥認知症対策（医療計画記載状況、保健所認知症事業）、⑦精神科ネットワークづくり、⑧自由記載等である。

3. 結果

(1) 保健所の基本情報

保健所管内の基本情報では、圏域医療計画策定は 51.8%、圏域自立支援協議会設置 51.4%（保健所参加率 69.9%）、市町村自立支援協議会設置 86.1%（保健所参加率 86.5%）、精神科病院実地指導保健所参加率 79.6%（職種；医師 6.9%、保健師 60.4%、精神保健福祉士 25.0%、事務職 28.5%）であった。

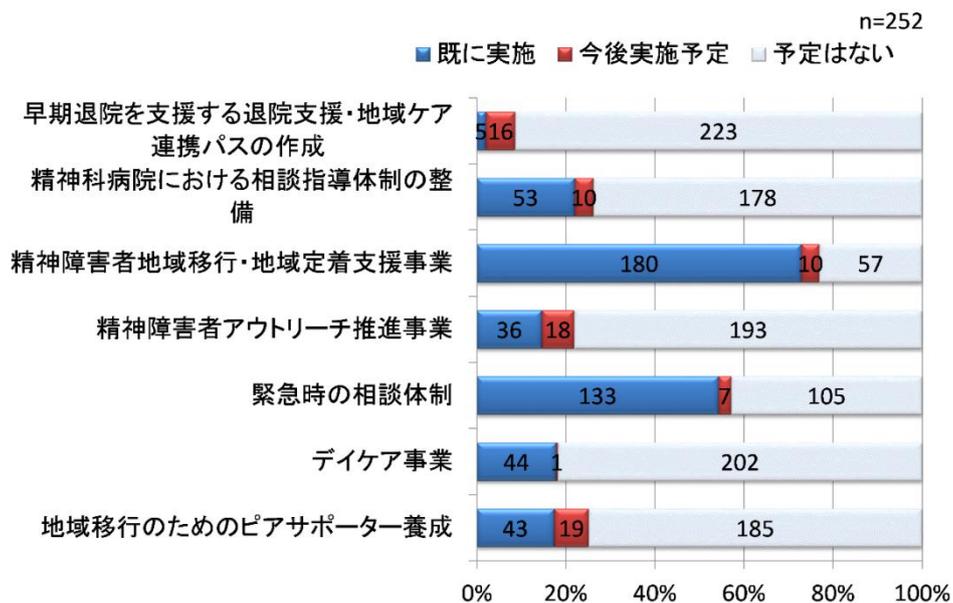
保健所管内の基本情報



(2)保健所精神保健事業の実施状況

保健所の精神保健事業の実施状況は、精神障害者地域移行・地域定着支援事業（72.9%）、緊急時相談体制（54.3%）、精神科病院における相談指導體制の整備（22.0%）の順であった。ピアサポーター養成は17.4%と低くかったが今後実施予定が19施設みられた。地域ケアパス作成は、5カ所（2.0%）と極めて低かった。

保健所精神保健事業実施状況

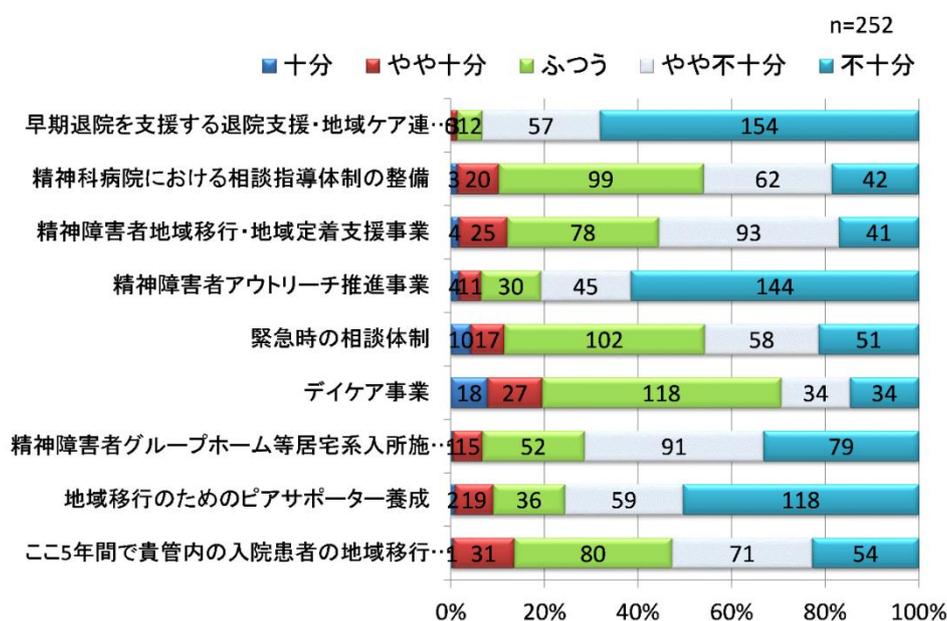


(3)保健所管内精神保健福祉サービスの現状評価

保健所管内の精神保健福祉サービスの現状評価を回答者の主観的評価で調査した。“十分”“やや十分”“ふつう”までの合計で評価すると、デイケア事業（70.6%）が最も充足感が高く、次いで緊急時の相談体制（54.2%）、精神科病院における相談指導体制の整備（54.0%）、地域移行・地域定着事業（44.4%）の順であった。一方、地域連携パス運用、アウトリーチ推進事業、ピアサポーター養成、グループホーム等は不十分との回答が多かった。

ここ5年間で入院患者の地域移行が進展しているかについては、47.3%がふつう以上進展していると回答していた。

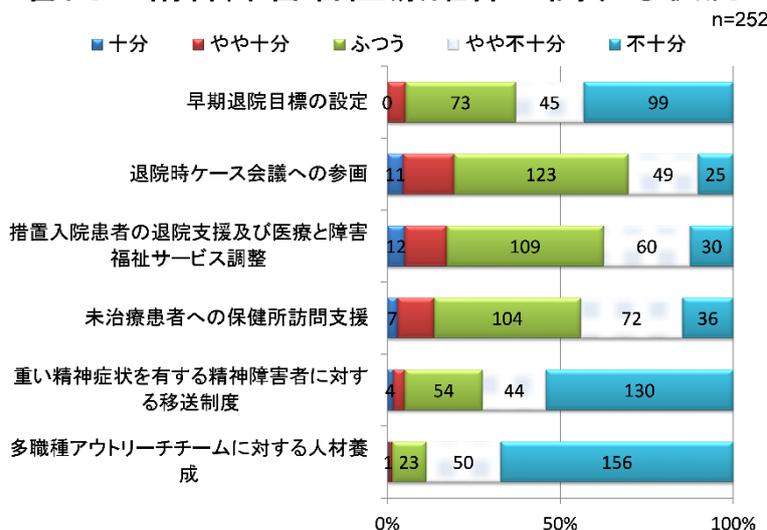
保健所管内精神保健福祉サービスの現状評価



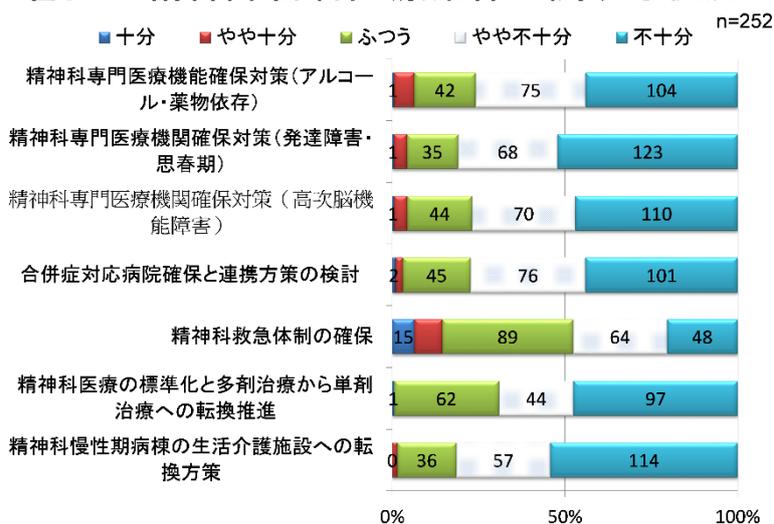
(4)保健所管内精神障害者の医療確保に関する現状評価

保健所管内の精神障害者の医療確保に関する現状評価について、“十分”“やや十分”“ふつう”の合計で評価すると、最も充足感がある項目は、退院時ケース会議への参画（69.7%）、次いで措置入院患者の退院支援及び医療と障害福祉サービス調整（62.5%）、未治療者への保健所訪問支援（55.9%）、精神科救急体制の確保（52.3%）、人権啓発の取り組み（49.6%）、保健所管内精神保健推進会議設置（46.5%）の順であった。一方、薬物、思春期、高次脳機能障害等専門医療機関確保や合併症対応医療機関確保、病床転換等は低い評価であった。

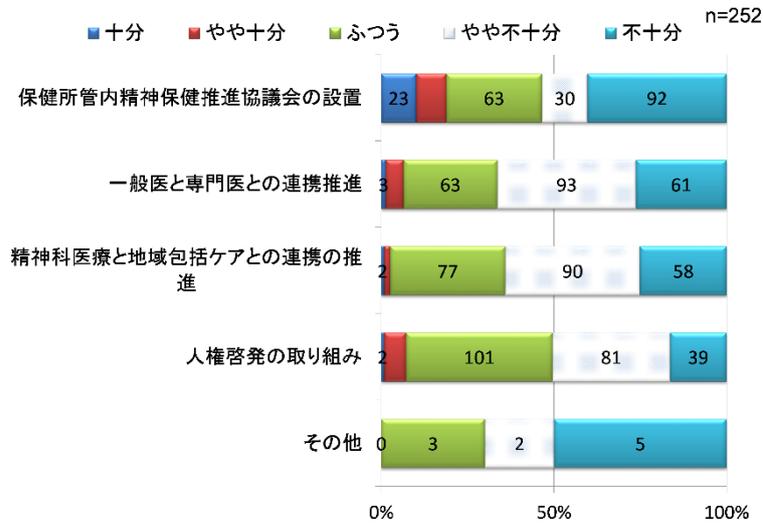
管内の精神障害者医療確保に関する状況



管内の精神障害者医療確保に関する状況



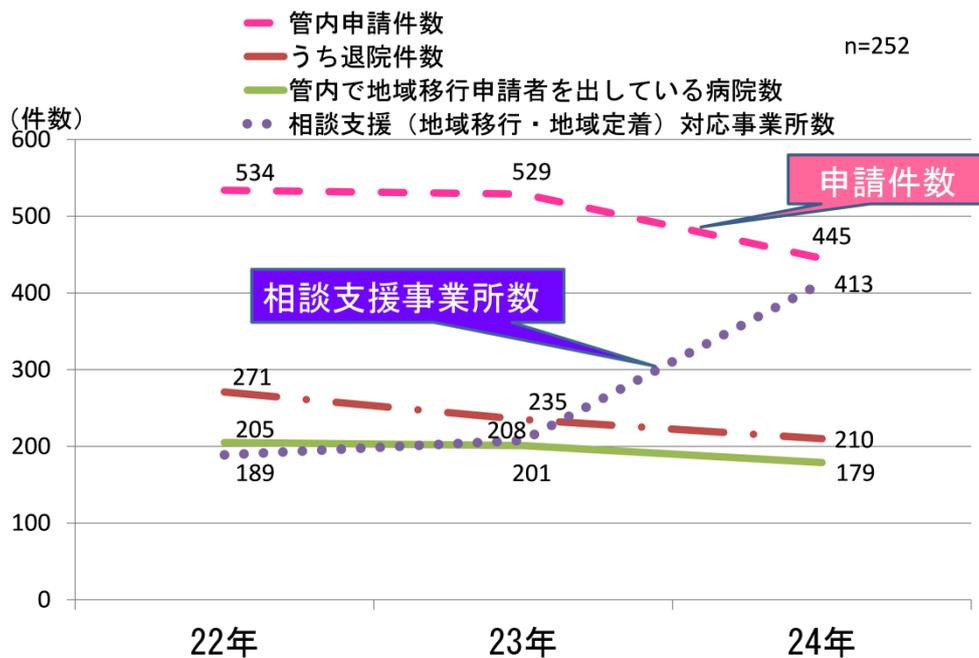
管内の精神障害者医療確保に関する状況



(5)保健所管内地域移行実績の経年的推移

保健所管内の地域移行実績の3年間の経年的推移について、管内申請件数、退院件数、管内地域移行申請者を出している病院数、相談支援対応事業所数に分けてみると、申請件数では、22年(534件)から24年(445件)へと減少していた。退院件数も、申請病院数もなだらかに減少していた。一方、相談支援対応事業所数は、22年(189カ所)から24年(413カ所)へと著明に増加していた。

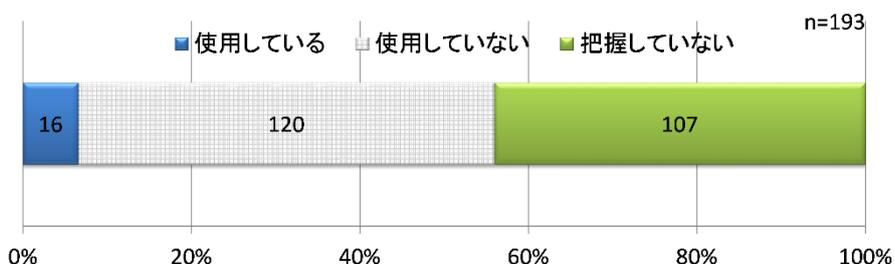
地域移行支援事業実績の推移



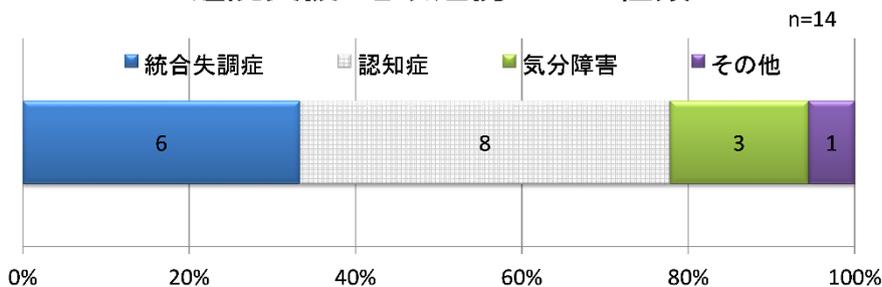
(6)保健所管内精神科病院の退院支援・地域連携パス使用状況

保健所管内の精神科病院の退院支援・地域連携パスの使用状況について、使用していると回答した保健所は、16カ所（6.6%）と少なかった。使用しているパスの種類は、認知症8カ所、統合失調症6カ所、気分障害3カ所の順であった。

管内精神科病院の退院支援・地域連携パスの使用状況

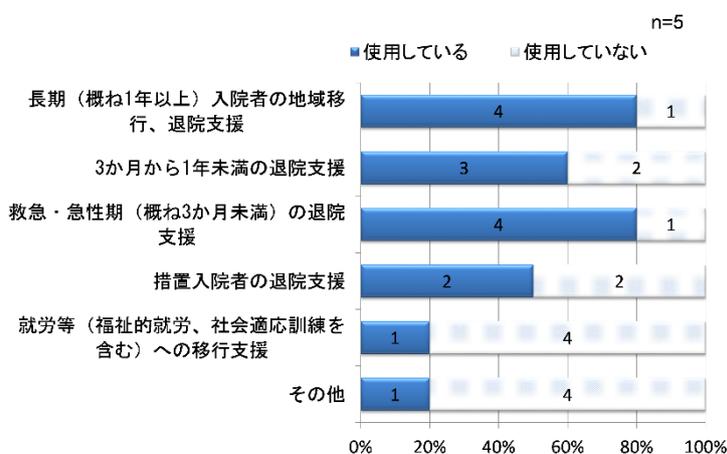


退院支援・地域連携パスの種類



統合失調症のパスの使用目的をみると、概ね3ヶ月以内の救急・急性期の退院支援や概ね1年以上の長期入院患者の地域移行・退院支援を目的としたパスが活用されていた。また、中には措置入院患者の退院支援を目的としたパスもみられた。

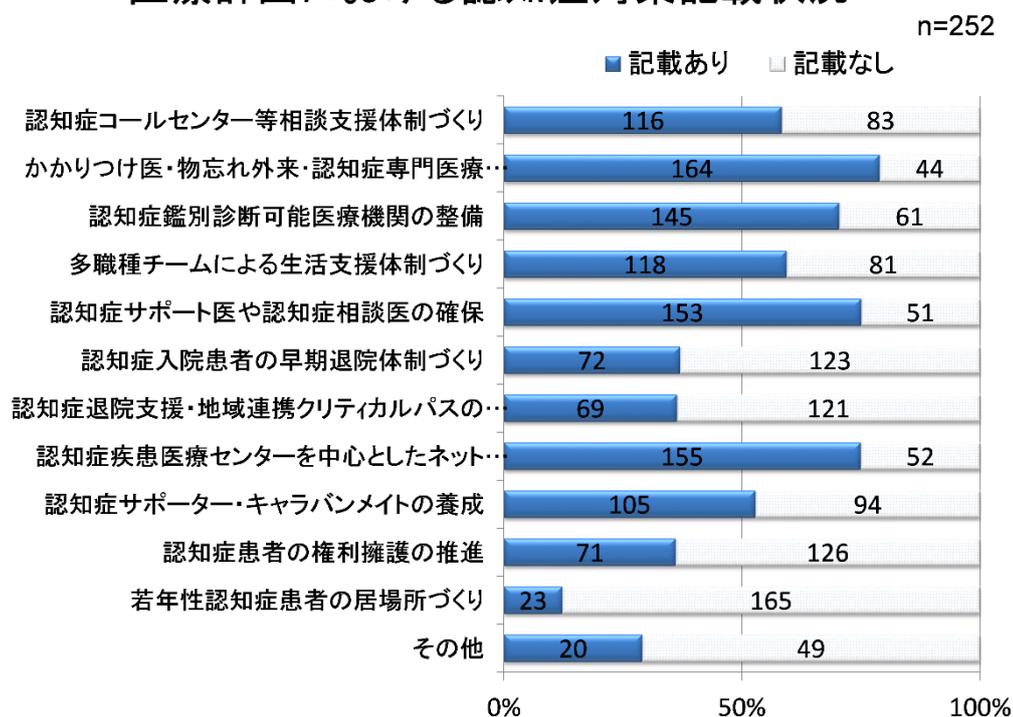
統合失調症地域連携パスの使用状況



(7)認知症対策調査

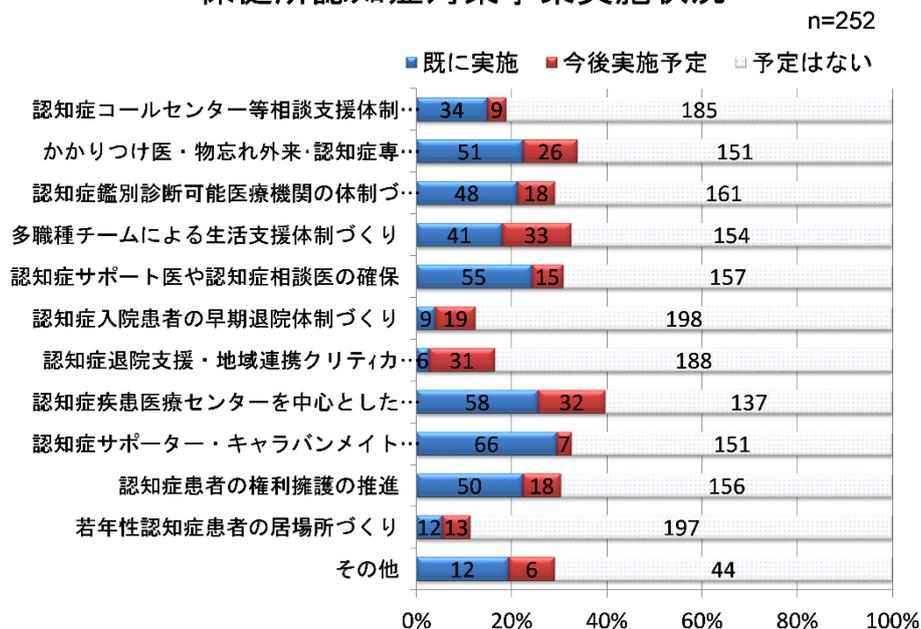
医療計画における認知症対策の記載状況をみると、かかりつけ医・物忘れ外来・認知症専門医療機関連携（78.8%）と最も多く、次いで認知症サポート医や認知症相談医の確保（75.0%）、認知症医療センターを中心としたネットワークづくり（74.9%）、認知症鑑別診断可能医療機関の整備（70.4%）、多職種チームによる生活支援体制づくり（59.3%）、認知症コールセンター等相談支援体制づくり（58.3%）の順に記載が多かった。一方、若年性認知症患者の居場所づくり、地域ケアパスの作成、早期退院の体制づくり等の記載は少なかった。

医療計画における認知症対策記載状況



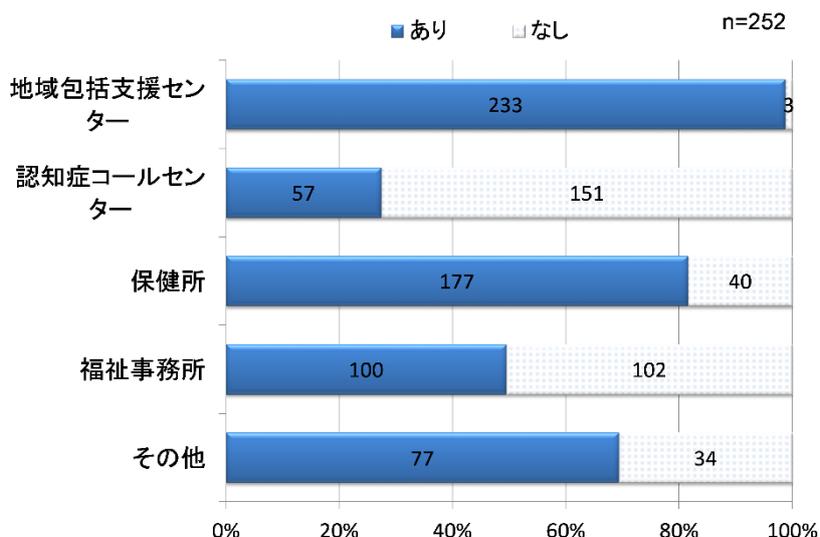
保健所の認知症対策の実施状況についてみると、いずれの項目も30%以下であり、とくに地域連携パス活用、早期退院体制づくり、若年性認知症患者の居場所づくりが低値であった。また、保健所認知症等相談支援ネットワーク会議の開催状況も、30カ所（12.0%）と低値であった。

保健所認知症対策事業実施状況



保健所管内の認知症相談窓口は、地域包括支援センター（98.7%）が最も多く、次いで保健所（81.6%）、福祉事務所（49.5%）、認知症コールセンター（27.4%）の順であった。

管内認知症相談窓口

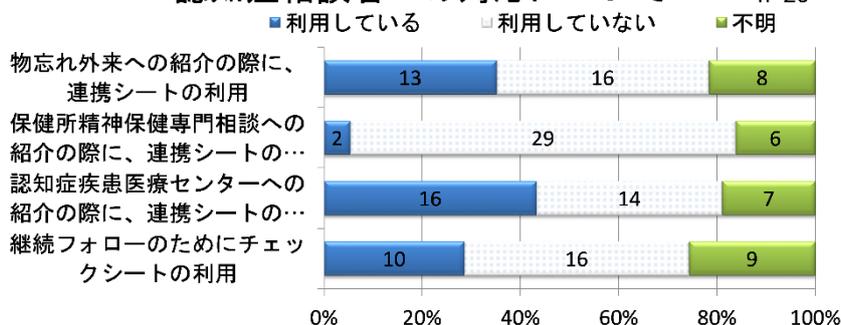


保健所管内の認知症相談・紹介・連携シート（ノート）やチェックシートの活用状況について、活用していると回答した保健所は、26カ所（10.7%）であった。使用目的をみると、物忘れ外来への紹介や認知症疾患医療センターへの紹介の際に比較的多く使用されていた。

管内認知症相談・紹介・連携シート（ノート）や
チェックシートの作成状況 n=252



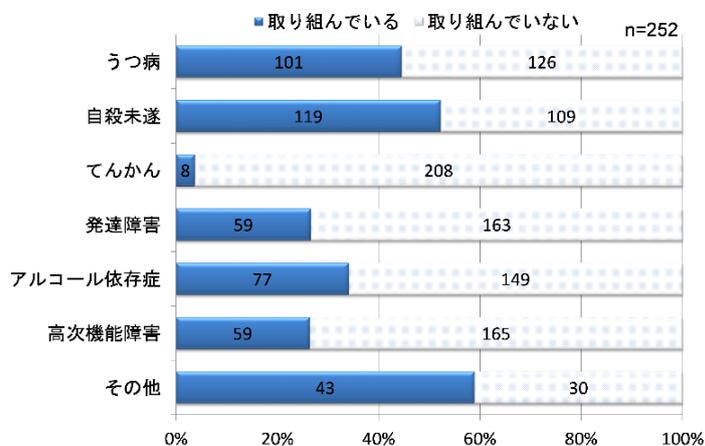
認知症相談者への対応について n=26



(8)保健所管内相談支援ネットワークづくりの取り組み状況

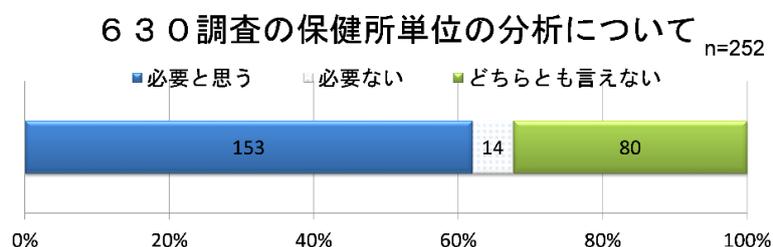
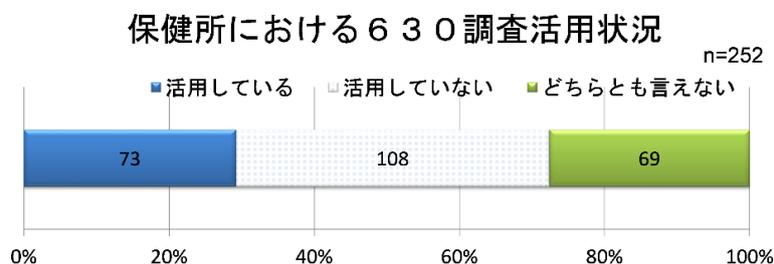
保健所管内相談支援ネットワークづくりの取り組み状況をみると、自殺未遂（52.2%）と最も多く、次いでうつ病（44.5%）、アルコール依存症（34.1%）、発達障害（26.6%）、高次脳機能障害（26.3%）であった。その他では、ひきこもり13カ所、自殺対策10カ所、薬物依存症2カ所、DV、発達障害、地域移行、メンタルヘルス、精神科救急がそれぞれ1カ所ずつみられた。

保健所相談支援ネットワークづくりの取り組み



(9)保健所における精神保健福祉資料（630 調査）の活用状況

保健所における精神保健福祉資料（630 調査）の活用状況をみると、29.2%が活用していると回答した。一方、保健所単位の分析の必要性について61.9%が必要であると回答した。



(10)地域移行の課題

- 長期入院による生活能力や意欲の低下がみられ、身体合併症も抱える
- 病院の意識に温度差がある
- 入院中・退院時ケース会議、地域移行生活支援検討会への積極的参画
- 地域のグループホーム、デイケア、ケアホーム、居場所といった社会資源が不十分
- 個別給付後は相談支援事業所の病院への働きかけが不十分（人材養成）
- 地域移行のための圏域協議会、自立支援協議会等を通じた保健所のリーダーシップ
- 精神障害者への誤解、偏見の解消のためインフォーマルな組織と連携したアンティスティグマキャンペーンの展開が必要

(11)精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策の機能強化について（自由記載）

- 保護者制度廃止に伴う公的機関の役割強化（市町村長同意規定の明確化、入退院届、権利擁護、人材養成等）
- 地域移行支援に向けた医療と福祉サービスの連携強化とサービス利用計画の策定支援
- 精神科病院の地域移行推進と退院後の生活環境相談や指導の実施状況把握
- 市町村生活支援強化と保健所の危機管理対応とコーディネーター的役割強化
- 措置入院、医療観察法制度の入院患者の地域移行支援の強化
- 精神科病院実地指導の標準化（地域移行充実と医療保護入院適正化）
- 地域移行に向けた医療機関や、相談支援事業所等障害福祉サービスとの連携会議開催と調整機能の強化を図る

- 病院が急性期にシフトするなかで、保健所に受診勧奨や入院支援が求められる可能性がある
- 未治療・治療中断でキーパーソンがいない人で多問題家族や、人格障害、発達障害、自殺未遂者、認知症等重複障害事例の場合の対応
- アルコール、薬物、発達障害、児童・思春期等専門的治療を要する場合の対応
- 地域生活困難者で福祉施設の利用ができない場合の支援
- 保健医療圏ごとの医療計画に沿った精神科医療提供体制の評価・計画的推進が求められる
- 地域移行に関する関係機関の役割分担と課題を明確にする必要がある
- 圏域ごとの630調査結果の分析が必要である
- 退院支援・地域ケア連携パスの導入等の必要性
- ピアサポーターの養成
- 保健所の組織人員体制の整備（精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理士、作業療法士等）
- 移送制度の体制整備

(12)障害者総合支援法に基づく相談支援事業（地域移行・地域定着）導入やアウトリーチ事業の保険点数化後の保健所精神保健対策の機能強化について（自由記載）

- 相談支援事業所や市町村自立支援協議会との連携強化やコーディネート機能強化
- 精神科病院への働きかけや患者交流・面接・支援と事業の質確保（精神科病院実地指導）
- 未受診者対応や家族不在でサービスの申請や契約に至らない精神障害者への支援強化
- フォーマル、インフォーマルな社会資源の開拓と人材養成
- 地域移行支援のためのピアサポーターの養成とアウトリーチ事業定着に向けた多職種ネットワークづくり
- 地域移行支援事業が個別給付化しても圏域マネージャーとしての役割は重要である
- 行政の関与が後退するのではないかと危惧する
- 退院後は給付が打ち切られてしまうため、退院後の支援はボランティア活動のようにになっている
- 地域における相談支援事業所の調整・整備・人材養成が必要（知的・身体の計画相談で手一杯であり、精神にまで手がまわっていない状況）
- 病院からのアウトリーチと保健所からの訪問との連携調整が必要
- 精神保健福祉分野においても地域に必要なサービス量を数量化し、過不足があれば調整する必要がある
- ピアサポーターによる地域移行に関する院内説明会を定期的で開催している
- 地域におけるアウトリーチ支援の評価を行い、定着・基盤整備を行う（ゲートキーピング）。
- ケース会議への参画による相談、助言、連絡調整を行う
- 市町村、機関相談支援センター、指定一般相談支援事業所、圏域自立支援協議会から課題を吸い上げ共有し、圏域全体の調整、連携促進を図る
- アウトリーチが地域で整備されることで、現在増加している24条通報等が減少することを期待したい
- 法改正後は、退院後生活環境相談員が配置され、医療保護入院者退院支援委員会が開催される予定であり、退院促進が制度として強化される

4. 考察

(1) 地域移行の要因分析（クロス集計）

今回、保健所の精神保健事業の実施状況評価や、管内の精神保健福祉事業の充足度について担当者の主観的評価を調査し、地域移行実績との関係を分析した。評価は“十分”“ほぼ十分”“ふつう”とそれ以外に区分し、保健所管内の地域移行の申請件数、申請者のうち退院者数、地域移行申請者を出している病院数、地域移行対応相談支援事業所数の3年間の合計と相関をみた。保健所事業実施状況では、退院支援地域ケア連携パス作成が有意（ $p < 0.05$ ）に正相関を認めた。アウトリーチ推進事業については、相談支援事業所数とは正相関するものの、地域移行退院件数とは逆相関した。

保健所管内の精神保健福祉サービスの充足状況では、デイケア事業と有意（ $p < 0.05$ ）に相関した。

地域移行ピアサポーターの養成は、各段階別実施・充足度状況評価との相関をみると、申請件数、退院件数、申請病院数と有意（ $p < 0.05$ ）に相関した。

精神保健福祉サービスと地域移行実績との関係(1)

サービス等の項目	実施・充足状況 (%)	クロス集計有意相関項目
【保健所事業実施状況】	実施状況	
1, 退院支援・地域ケア連携パス作成	2.1	地域移行申請病院数 1*
2, 精神科病院相談指導体制	22.0	n.s.
3, 地域移行・地域定着支援事業	72.9	n.s.
4, アウトリーチ推進事業	14.6	相談支援事業所数 1* 地域移行退院件数 2*
5, 緊急時の相談体制	54.3	n.s.
6, デイケア事業	17.8	n.s.
7, 地域移行ピアサポーター養成	17.4	※
【地域移行のための社会資源現状評価】	充足度	
1, 退院支援・地域ケア連携パス作成	6.6	n.s.
2, 精神科病院相談指導体制	54.0	n.s.
3, 地域移行・地域定着支援事業	44.4	n.s.
4, アウトリーチ推進事業	19.2	n.s.
5, 緊急時の相談体制	54.2	n.s.
6, デイケア事業	70.6	地域移行申請件数 1*
7, グループホーム等居宅系入所施設整備	28.6	n.s.
8, 地域移行ピアサポーター養成	24.4	※

1:高評価ほど多い、2:高評価ほど少ない

40%以上

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$

※各段階別実施・充足度状況との相関で申請件数、退院件数、申請病院数と相関($p < 0.05$)

精神障害者の医療確保等の現状評価では、保健所精神保健推進協議会設置、精神科医療と地域包括ケアの連携推進と有意（ $p < 0.05$ ）な正相関があった。

精神保健福祉サービスと地域移行実績との関係(2)

サービス等の項目	実施・充足状況 (%)	クロス集計有意相関項目
【精神障害者の医療確保等の現状評価】	充足度	
1, 早期退院目標設定	37.1	n.s.
2, 退院時ケース会議	69.7	n.s.
3, 措置入院患者退院支援・医療福祉調整	62.5	n.s.
4, 未治療患者保健所訪問支援	55.9	n.s.
5, 法 34 条移送制度	27.5	n.s.
6, 多職種アウトリーチチーム人材養成	11.2	n.s.
7, アルコール・薬物依存専門機関確保	24.2	n.s.
8, 発達障害・思春期専門機関確保	19.1	n.s.
9, 高次脳機能障害専門機関確保	23.1	n.s.
10, 合併症対応病院確保・連携方策	22.7	n.s.
11, 精神科救急体制確保	52.3	n.s.
12, 医療標準化・単剤治療転換	30.9	n.s.
13, 慢性期病棟の生活介護施設転換	18.6	n.s.
14, 保健所精神保健推進協議会設置	46.5	相談支援事業所数 1*
15, 一般医・専門医連携推進	33.6	n.s.
16, 精神科医療・地域包括ケア連携推進	35.9	地域移行申請病院数 1* 相談支援事業所数 1*
17, 人権啓発	49.6	n.s.

1:高評価ほど多い、2:高評価ほど少ない

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$

40%以上

以上の分析から、退院支援・地域ケア連携パスの作成、地域移行ピアサポーター養成、デイケア事業、保健所精神保健推進協議会設置、精神科医療と地域包括ケア連携推進については実施または充実していればいほど地域移行が有意に高かった。アウトリーチ推進事業についても一部相関がみられた。ただ、相関することが即ち因果関係を直接証明するものではないが、正相関したこれらのサービス等については、地域移行に何らかの促進的に働いている可能性が示唆された。

地域移行の阻害要因・促進要因

在院長期化の直接的理由 (河野・竹島ら)	地域移行の関連要因 (サービス) $p < 0.05$
<ul style="list-style-type: none"> ● 患者自身の理由 <ul style="list-style-type: none"> 症状が改善せず (48.8%) 症状不安定 (36.0%) 身体疾患 (13.2%) 生活能力が回復せず (44.0%) ● 社会的理由 <ul style="list-style-type: none"> 家族の受け入れの問題 (51.5%) 退院先が見つからず (21.3%) ● その他 (3.5%) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <b style="color: red;">阻害要因 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ● デイケアの充実 ● アウトリーチ推進事業 ● 地域連携パス作成 ● ピアサポーターの養成 ● 精神保健推進協議会設置 ● 精神科医療・地域包括ケアの連携 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <b style="color: blue;">促進要因の可能性？ </div>

(2) 地域移行の課題

保健所アンケート調査では、保健所の約半数が、“ここ5年で地域移行が進展している”と回答していた。一方、地域移行の課題も多い。調査結果から平成22年～平成24年にかけて、相談支援事業所が約2倍に増加しているにも係らず、地域移行件数や退院件数、地域移行申請を出している精神病院数等が減少していることが分かった。これは、相談支援事業が個別給付化されたことによる制度改正の影響が大きいと思われるが、一方で、相談支援事業所の精神科病院への働きかけが不十分ではないかとの意見もみられる。申請主義である以上、病院や相談支援事業所の情報提供や働きかけがないと機能しない。今後、26年4月1日からの改正精神保健福祉法施行により、精神科病院に退院後生活環境相談員の選任、地域援助事業者の紹介、医療保護入院者退院支援委員会の開催等義務付けられることから、地域移行が病院側からも一層推進されることが期待される。

地域側の課題として社会資源の不足が挙げられる。相談支援事業所においても増加しているものの、身体・知的障害の計画相談で手いっぱいである精神に手が回らないとの意見もある。マンパワー不足の解消が課題である。さらに、地域の受け皿として、グループホーム、ケアホーム、居場所、デイケアといった社会資源が不足している現状がある。今後、フォーマルなサービスのみならず、インフォーマルな地域サービスも含めて支援体制の充実が望まれる。

保健所の役割としては、精神科病院と、市町村や相談支援事業所をつなぐコーディネーター的役割と人材養成が重要である。さらに、圏域自立支援協議会や保健所精神保健推進会議等を通じて、地域移行状況評価や地域のサービスや社会資源の体制整備を図っていく必要がある。地域移行の評価としては、630調査を積極的に活用し、保健所ごとの分析や精神科病院ごとの分析を通して、情報提供や進捗状況評価を行うことが求められる。

(3)精神保健福祉法改正後の保健所機能強化について

今回の精神保健福祉法改正の主要項目の一つに保護者制度の廃止がある。保護者制度廃止に伴い、精神障害者に治療を受けさせる義務がなくなり、医療保護入院においても家族等のいずれかの者の同意でよいことになった。このことから、精神障害者を医療につなぐために公的機関の役割が一層重要になってくると思われる。今後、市町村長同意の判断基準の明確化をはじめ、精神科病院実地指導の標準化、医療保護入院の適正化を図るとともに、さらに、未治療者、治療中断者、多重障害等処遇困難者等について保健所等公的機関の受療支援が求められる。そのためには、保健所からのアウトリーチ機能の強化や病院のアウトリーチチームとの連携強化が必要である。昨今、法 24 条通報が全国的に増加している現状をみると、精神障害者の独居、家族の高齢化、キーパーソン不在、長期未受診等の状況がみられることから、保健所の訪問支援を通じて早期介入が一層求められる。

以上、法改正後の保健所の役割としては、圏域の精神保健マネージャーとして、地域サービスの調整、社会資源の連携、人材養成、地域移行評価を行うとともに、公的機関として民間でできない訪問等個別支援を担うことになる。

5. 結語

1) 地域移行の課題

- ・地域の社会資源が不十分（グループホーム、デイケア、ケアホーム、居場所）
- ・個別給付後は相談支援事業所の病院への働きかけが不十分（人材養成）
- ・病院の意識に温度差
- ・地域移行生活支援検討会等を通じた保健所のリーダーシップ

2) 精神保健福祉法改正等による保健所機能強化

- ・保護者制度廃止に伴う公的機関の役割強化（市町村同意規定の明確化）
- ・地域移行支援に向けた医療と福祉サービスの連携強化とサービス利用計画策定支援
- ・精神科病院の地域移行推進と退院後の生活環境相談や指導の実施状況把握
- ・市町村生活支援強化と保健所の危機管理対応とコーディネーター的役割強化

3) 保健所は管内精神保健推進会議等により、デイケアをはじめ、訪問支援、相談支援等地域のサービスの調整を図るとともに、ケース会議や検討会議に積極的に関わり地域連携パス普及を含む精神科医療と地域ケアの連携を推進するとともに、ピアサポートの養成に取り組む必要がある。

4) 保健所は、630 調査等を用いて精神科病院の現状を把握するとともに、精神保健推進会議等の資料として積極的に評価活用し、圏域保健医療計画に反映させる必要がある。

Ⅱ 事業報告

1. 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策 強化に関する調査 2) 先駆的取り組み事例

- 三重県津保健所
- 松山市保健所
- 長野県長野保健所

保健所精神保健福祉調査における先駆的取り組み事項 調査票

保健所名	三重県津保健所	記入者所属・氏名	保健衛生室 地域保健課 濱 幸伸
先駆的取り組み事項	精神障がい者地域移行・地域定着支援事業～津圏域の取り組み～		
取組の経緯・理由	<p>平成 18 年度から平成 19 年度は、個別支援及びネットワークの構築に取り組む。</p> <p>平成 20 年度に地域移行支援協議会を立ち上げ、以後月 1 回開催している。</p> <p>平成 21 年度からは、入院患者、病院スタッフとピアサポーターの交流（ピア交流）を病院と計画して実施を始めた。</p> <p>平成 22 年度からは、3 病院合同で地域にある社会資源の見学会（施設見学会）を計画して開催している。</p> <p>また、病院からの希望による病院内地域移行支援事業勉強会も開催した。</p> <p>平成 24 年度には、啓発講演会を開催し、民生委員や地域住民への普及啓発を行った。</p> <p>平成 25 年地域移行支援協議会は、津市自立支援協議会のワーキンググループとしての位置づけとなり「精神障がい者地域移行支援ワーキング」へ移行した。</p>		
具体的内容・事業概念図・連携図等があれば添付下さい。	<p>平成 18 年度（10 月から）から平成 23 年度の実績は、事業登録者数 67 名、退院者 44 名、支援中止・中断者 11 名であった。</p> <p>平成 21 年度から平成 23 年度の退院者 26 名の概要については、退院支援機関は、6 か月未満 14 人、6 か月から 1 年未満 11 名、1 年半以上 1 名であった。退院先は、自宅 4 名、アパート 7 名、グループホーム・ケアホーム 6 名、宿泊型自立訓練施設 8 名、高齢者専用賃貸住宅 1 名であった。ピア交流参加者は 9 名であった。</p> <p>退院した人の中には、退院をめざし個別支援を受けることを決めるまでに 1 年以上かかった者もいる。その間、ピア交流や施設見学会等に参加してもらい気持ちを固めていくことができた。個別支援までの取り組みであるピア交流や施設見学会は定着してきている。また、施設見学会への参加者は増加しており、特に病院スタッフの参加が増加している。</p> <p>地域移行支援協議会での地域課題の検討及び委員へのアンケート調査などからは、対象者の高齢化、家族、地域の理解、退院支援の在り方、ピアサポーターへの期待、社会資源の不足等が出てきており、検討が求められている。</p> <p>平成 25 年度からは、地域移行支援協議会の中心的な役割を担っていた地域体制整備コーディネーターの配置が廃止された。さらに、地域移行支援協議会についても、同年度より津市自立支援協議会の中の「精神障がい者地域移行ワーキング」へ移行している。</p>		
当該事項に関する保健所の役割	<p>平成 24 年度までは、地域体制整備コーディネーターへの助言・協働を行い地域移行支援に取り組んできた。</p> <p>平成 25 年度は、地域体制整備コーディネーターの不在により具体的な支援がしづらい状況にあるのが実情。その中で、精神障がい者地域移行ワーキング会議や病院チャレンジ会（地域のピアサポーターと入院患者の交流会）、社会資源見学会の実行運営委員への参加を行っている。</p>		
期待する成果・目標設定	<p>今後も推進すべき精神障がい者の地域移行支援をコーディネーターに対する予算が確保されない中どのように展開させていくかが課題となっています。</p>		
備考	<p>津市が所管する津市障がい者相談支援センターに配置されていた地域体制整備コーディネーターに対する予算が確保されない中、その機能が平成 25 年度より失われています。システムの核となるコーディネーターの不在により、稼働しにくいのが実情です。</p> <p>自立支援協議会の中の一つのワーキングとしての精神障がい者地域移行支援という位置づけになり、現在は、入院患者の社会資源見学会のみが残された形となっています。その社会資源見学会も今後は、市が委託する形で地域の事業所に事務が移管される見通しです。</p>		

※ 本調査票は自由に引き延ばしてご使用下さい。また、追加資料があれば添付下さい。

※ 本調査票は報告書に掲載させていただくことをご了承下さい。

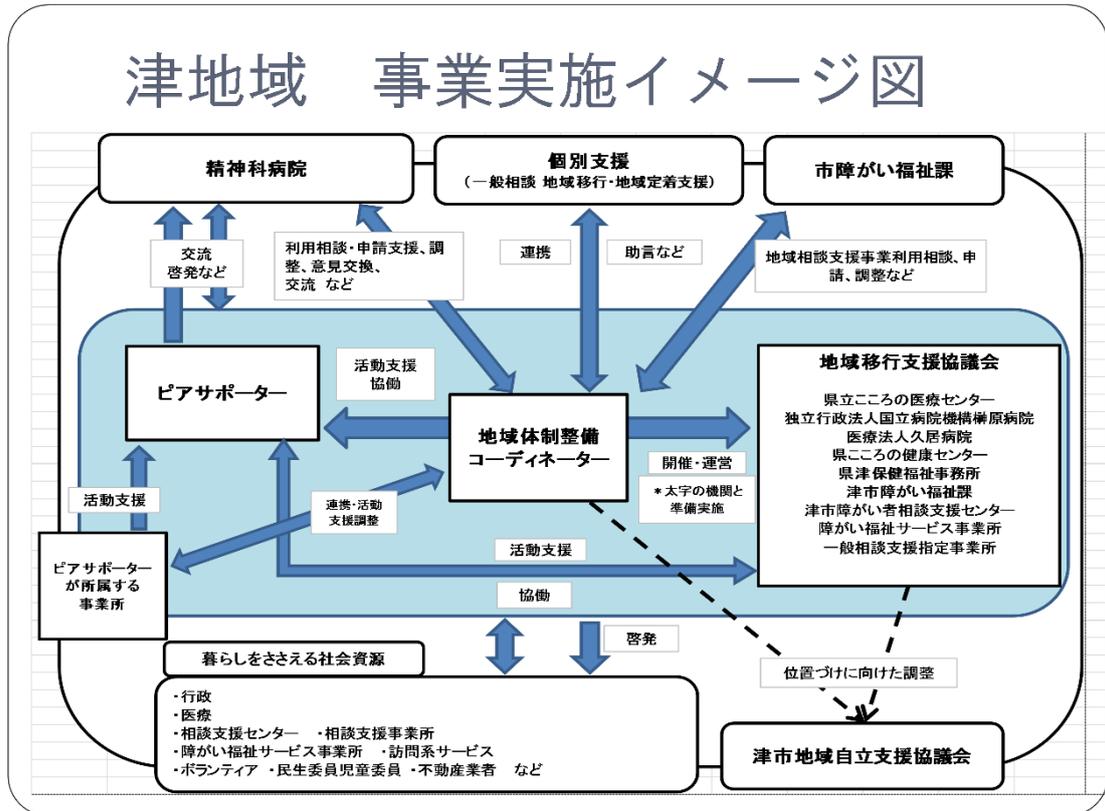
精神障がい者地域移行・地域定着支援事業 ～津圏域の取り組み～

社会福祉法人夢の郷 大貫 綾
津保健福祉事務所 西村 美哉

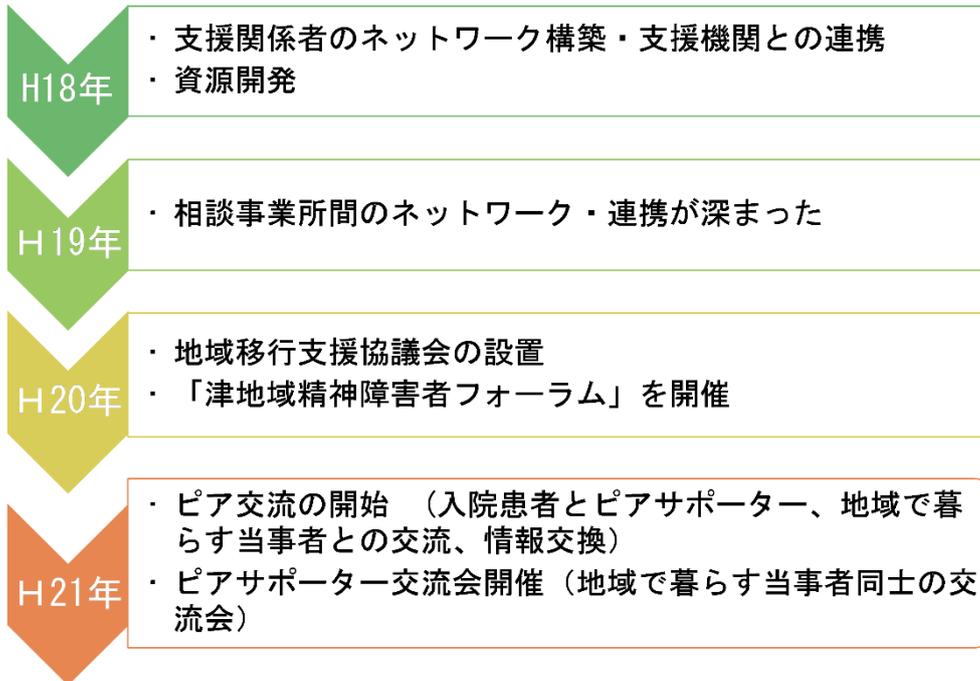
三重県精神障がい者地域移行支援事業経過と実績

年 度		H15	H16	H17	H18 (10月～)	H19	H20	H21	H22	H23
国事業名		精神障害者退院促進支援事業 (モデル事業)			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	精神障害者地域移行・地域 定着支援事業			
委 託 先	桑名員弁	四季の里	四季の里	四季の里	北勢会	北勢会	北勢会	北勢会	北勢会	北勢会
	四日市				四季の里	四季の里	四季の里	四季の里	四季の里	四季の里
	鈴鹿亀山				居仁会	居仁会	居仁会	居仁会	居仁会	居仁会
	津				ジェイエイ みえ会	ジェイエイ みえ会	ジェイエイ みえ会	ジェイエイ みえ会	ジェイエイ みえ会	ジェイエイ みえ会
	松阪多気				夢の郷	夢の郷	夢の郷	夢の郷	夢の郷	夢の郷
	伊勢志摩 (伊勢市・ 度会郡・ 志摩市・ 鳥羽市)				愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会
	伊賀 (伊賀市・ 名張市)				愛恵会	愛恵会	伊勢ふるさと 会	伊勢ふるさと 会	伊勢ふるさと 会	伊勢ふるさと 会
	紀北				愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会	愛恵会
	紀南				名張育成園	上野病院 名張育成園	伊賀市社協 名張育成園	伊賀市社協 名張育成園	伊賀市社協 名張育成園	伊賀市社協 名張育成園
					-	紀南会	紀南会	紀南会	紀南会	紀南会
					紀南会	紀南会	紀南会	紀南会	紀南会	紀南会
登録者数(人)	11	15	15	134	265	168	147	139	162	
退院者数(人) / [累計]	4	6	8	34	96 [130]	66 [196]	64 [260]	56 [316]	56 [372]	
みえ障がい者福祉プラン 第2期計画 目標値(累計)	-	-	-	34	130	190	250	310	360	
備 考				事業マニュアル 作成		入院患者意向 調査実施(11 月・12月)	事業ハンド ブック 作成			

津地域 事業実施イメージ図



津圏域 地域移行支援事業の流れ (H18~H21)



こころの医療センターのピア交流<チャレンジ会>

時期	開催頻度	参加者	内容
平成21年9月～	毎月1回	A病棟 工房T&T 夢の郷 保健師 地域移行	病棟内のサークル活動に参加 Q&A形式でピアサポーターに 話をしてもらう 等
平成21年11月 ～	毎週1回	同上	カラオケ、クリスマス会など
平成22年4月～	毎月1回	同上	病棟を出て料理体験、グランド ゴルフなど。一緒に楽しむ体験 をする。
平成22年8月～	毎月1回	ABCD病棟 工房T&T 夢の郷 保健師 地域移行	作業療法室で茶話会 ・自己紹介（今日の一言：好き な食べ物、好きなおせちの具） ・身近なテーマでグループワー ク→発表・共有

榊原病院のピア交流

時期	開催頻度	参加者	内容
平成21年9月～ 平成23年12月	月1回 地域の2事業 所が隔月交替 で参加	入院者 工房T&T 夢の郷 地域移行など	院内喫茶での個別交流
平成24年7月～	月1回	入院者 看護師 OT CW ピアサポーター コーディネーター	「あおぞら会」 茶話交流 (ドリンクバー形式) ・何でも言って良い場 ・地域での暮らしにつ いて聞きたいことなど

津地域 地域移行支援事業の流れ（H22～H24）

H22年

- ・ピア交流継続
- ・施設見学会の開催
- ・病院内地域移行支援事業勉強会開催
- ・三重県精神障がい者地域移行支援事業ハンドブックができる

H23年

- ・ピアサポーターとの協働（2名登録→交流、体験発表等の活動）
- ・交流会、見学会の継続（事業利用者が増加）
- ・協議会委員にアンケート実施

H24年

- ・個別支援が一般相談事業所で行われることとなった（個別給付化）
- ・ピアサポーターとの協働（3名登録→交流、体験発表、協議会への参加など）
- ・交流会、見学会の継続
- ・啓発講演会の開催

社会資源見学会

主催	協力機関	内容
夢の郷 アンダンテ （地域移行支援協議会で企画）	・県障害福祉室 ・県こころの健康センター ・津保健福祉事務所 ・津市障がい福祉課 ・こころの医療センター ・榊原病院 ・久居病院 ・障害福祉サービス事業所等（2か所） （平成23年度～3か所）	・ピアサポーター、地域で暮らす当事者との交流 ・ピアサポーターの体験発表 ・事業所見学 ・昼食会 ・地域移行支援協議会メンバー紹介 ・福祉制度等紹介（津市障がい福祉課）など

社会見学会参加者 (平成22年～平成24年)

こころの医療センター	平成22年度	平成23年度	平成24年度
入院者	3	2	4
看護師	1	1	7
作業療法士	1	1	1
CW	1	1	1
その他	0	0	0
合計	6	5	13

久居病院	平成22年度	平成23年度	平成24年度
入院者	3	3	1
看護師	1	0	1
作業療法士	2	1	1
CW	0	1	2
その他	0	0	0
合計	6	5	5

柳原病院	平成22年度	平成23年度	平成24年度
入院者	4	5	4
看護師	1	1	1
作業療法士	0	1	1
CW	1	1	1
その他	0	0	2
合計	6	8	10

地域移行支援事業勉強会

内容	参加者
①県障害福祉室より事業等説明 ・ 施策の歴史 ・ 改革ビジョン ・ 地域移行支援事業の流れ ・ 三重県地域移行支援事業の目的 ・ 精神科医療の変化 ・ ピアサポートの周知 ②病院スタッフと事業所職員との意見交換・情報交換（小グループにて）	・ 県障害福祉室 ・ 病院スタッフ （Ns, OT, PSW, 事務職員など） ・ 津圏域地域移行支援協議会構成員 ・ 県内事業受託事業所

津圏域の実績

年度	登録者数		支援 中止・中断	退院
	新規	継続を含む 利用者数		
H18(11月～)	6	6	1	2
H19	12	15	2	8
H20	11	14	2	8
H21	11	13	1	8
H22	10	16	1	6
H23	17	29	4	12
計	67	93	11	44

平成21～23年度退院者（26名）

支援期間	人数	退院先（人）
6ヶ月未満	14	自宅（4）
		GH(3)
		宿泊型自立訓練（4）
		アパート（3）
6ヶ月～1年未満	11	アパート（4）
		CH(2)
		宿泊型自立訓練（4）
		高専賃（1）
1年半以上	1	CH(1)

地域課題の検討

- 対象者の高齢化
- 家族、地域の理解の促進
- 退院支援のあり方
- ピアサポーターへの期待
- 社会資源の不足 等



課題と今後の方向性

- ピアサポーターへの期待は大きい。
- 必要な取り組みを継続していくためには、各関係機関の協力が不可欠。
- ネットワークの核となっている地域移行支援協議会は、平成25年度から津市自立支援協議会のワーキンググループとしていく予定。
- 今後の協議会では、地域課題の意見交換を充実させ、津市へ障がい者支援についての提言が行っていただけることを目指していく。



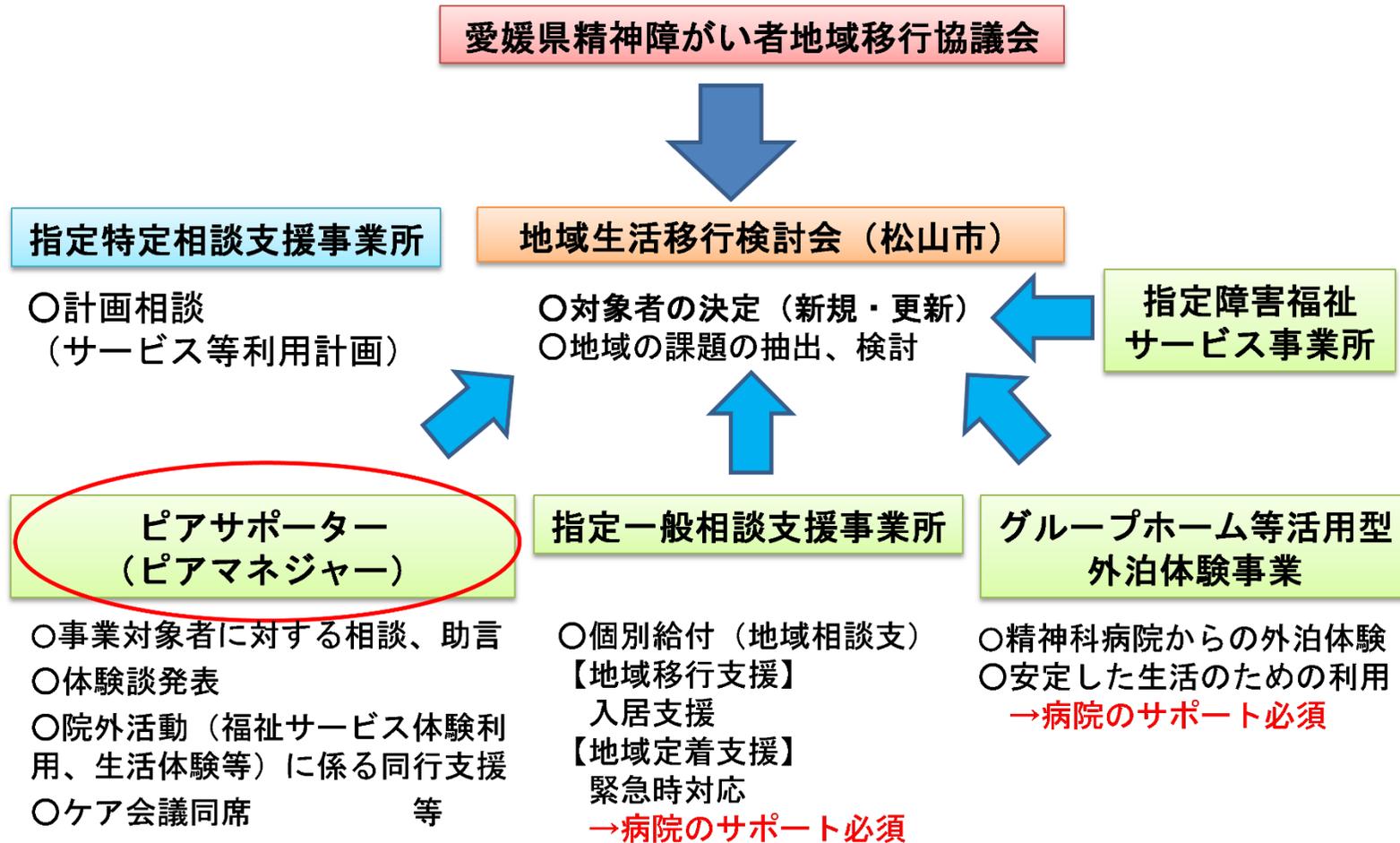
保健所精神保健福祉調査における先駆的取り組み事項 調査票

保健所名	松山市保健所	記入者所属・氏名	保健予防課 玉井 崇仁
先駆的取り組み事項	松山市障害者地域移行・地域定着支援事業における地域移行・地域定着支援ピアサポーターの配置		
取組の経緯・理由	<p>松山市では、長期入院等を経験した後に地域で生活をしている方が、入院中や地域生活の不安が強い方に関わることを目的に地域移行・地域定着ピアサポーターの登録を行っている。地域移行・地域定着推進において、ピアサポーターが同じ立場で気持ちを共有し助言することで、地域生活移行への動機づけや安定した地域生活を送るための一助となると考えている。</p> <p>また、ピアサポーターが地域で役割を担うことで、地域生活の自信や生きがいとなることを期待している。</p>		
具体的内容・事業	<p>松山市障害者地域移行・地域定着支援事業における地域移行・地域定着支援ピアサポーターの配置 ※概念図・関連図等は別添資料を参照</p> <p>【実績】</p> <p><平成24年度></p> <p>①地域移行・地域定着ピアサポーター登録人数 33名 (実活動者21名)</p> <p>②地域移行・地域定着ピアサポーター活動実績 79回</p> <p>③地域移行・地域定着支援事業対象者</p> <p>地域移行支援対象者 20名 (うち退院者9名)</p> <p>地域定着支援対象者 19名</p> <p><平成25年度>H25.12.31時点</p> <p>①地域移行・地域定着ピアサポーター登録人数 37名 (実活動者24名)</p> <p>②地域移行・地域定着ピアサポーター活動実績 136回</p> <p>③地域移行・地域定着支援事業対象者</p> <p>地域移行支援対象者 24名 (うち退院者12名)</p> <p>地域定着支援対象者 30名</p> <p>【地域移行・地域定着ピアサポーター活動内容】</p> <p>○地域移行推進のための動機づけ支援媒体づくり</p> <p>○事業対象者に対する相談、助言</p> <p>○公共交通機関利用や地域生活に必要な助言・サポート</p> <p>○体験談発表</p> <p>○院外活動（福祉サービス体験利用、生活体験等）に係る同行支援</p> <p>○ピア相談の実施</p> <p>○ケア会議同席 等</p>		
当該事項に関する保健所の役割	<p>地域移行・地域定着ピアサポーターの登録・報償費の支払い等</p> <p>地域移行・地域定着ピアマネージャー等連絡会の開催 (地域移行推進のための動機づけ支援媒体づくり)</p> <p>地域移行・地域定着ピアサポーター意見交換会の開催</p>		
期待する成果・目標設定	<p><期待する成果></p> <p>退院可能な長期入院患者の地域移行がさらに進み、安定した地域生活を継続できること。</p> <p><目標設定></p> <p>地域移行支援事業を活用して退院できる長期入院患者 10名/年</p>		
備考			

※ 本調査票は自由に引き延ばしてご使用下さい。また、追加資料があれば添付下さい。

※ 本調査票は報告書に掲載させていただくことをご了承下さい。

平成25年度地域移行・地域定着支援事業体制図



保健所精神保健福祉調査における先駆的取り組み事項 調査票

保健所名	長野県長野保健所	記入者所属・氏名	健康づくり支援課 保健衛生第一係 小岩 和枝
先駆的取り組み事項	長期入院者の地域移行支援 ～個別状況調査から退院支援～ (2013年版 精神保健福祉白書に記載あり)		
取組の経緯・理由	<p>長野県では平成15年度から保健所(保健福祉事務所)におけるモデル事業を経て、平成19年度から民間事業者に委託し「精神障害者地域移行コーディネーター(現:地域生活支援コーディネーター)」を障害者総合支援センターに配置し、現在は県内4か所に配置されている。平成19年度策定の「長野県障害者プラン後期計画」では、平成23年度までに230人の長期入院患者の退院を目指した。コーディネーターの活動および関係機関が協働した成果としてコーディネーターが支援した退院者数は356人(平成23年度末)となり、目標値を越えた。</p>		
具体的内容・事業 概念図・連携図等があれば添付下さい。	<p>平成22年度、管内精神科病院5病院を対象に長期入院患者の個別状況調査を実施し、退院可能者として82人の回答が得られた。調査後、管内精神科病院にコーディネーターと保健所保健師が訪問し、退院可能者の状況把握と個別支援を進めるとともに、病院の地域移行支援の取り組みや事業に対する意見の聴取を行った。病院からの要望に基づき、コーディネーターが新たな対象者と初回面接する際に保健師が同席したところ、地域移行施策として公的機関職員が面会に来たことが当事者の退院意欲を刺激したり、家族や病院スタッフの退院に対する不安軽減につながった事例もみられた。42人の退院可能者が把握された地域(1市1町)では、地域自立支援協議会に精神部会が立ち上がり、「どんな支援があればこの方たちが地域に戻れるか」を念頭に置いた相談支援体制整備、資源づくりの検討が始まった。これ以後、コーディネーターと保健師による精神科病院訪問と関係する地域自立支援協議会へ出席して、地域の受け入れ体制について検討する機会の提案等を継続している。</p>		
当該事項に関する保健所の役割	<p>保健所はこれまでに培った地域移行に関するノウハウを市町村に伝えながら、市町村が地域移行を進められるようバックアップを行うことが必要だと考える。医療機関に対しては、緊急対応を含めた病院全体の方針を尊重しなければならないので、無理のない地域移行推進への配慮が必要である。管内関係機関に対しては、年1回「圏域地域移行支援連絡会」を開催し、管内の積極的・先駆的な取り組みの活動報告、グループ討議、トピックスに関する研修を行うことで、長期入院者の姿を知り、関係者同士の顔つなぎを深める機会としている。また、地域自立支援協議会へ参画し、長期入院者の状況を伝えることで、関係者の事業推進意欲を高め、地域移行支援の実現を目指している。</p>		
期待する成果・目標設定	数値目標(第6次長野県保健医療計画) ・1年未満入院者の平均退院率 H29: 81.2% (全県) ・在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(人口10万対) H29: 1.9人(全県)		
備 考			

※ 本調査票は自由に引き延ばしてご使用下さい。また、追加資料があれば添付下さい。

※ 本調査票は報告書に掲載させていただくことをご了承下さい。

平成25年9月23日

全国保健所長様

全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎
地域保健総合推進事業 分担事業者 山田 全啓

「精神保健福祉法改正後の保健所精神保健福祉対策に関する調査」(依頼)

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、地域保健総合推進事業「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」にご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、精神保健福祉法改正案が平成25年4月国会に上程され、6月に改正が成立いたしました。精神障害者の地域生活への移行を促進するため「医療保護入院の見直し」、「精神障害者医療確保指針の策定」、「保護者制度の廃止」などの規定が盛り込まれ、施行は平成26年4月1日からとなっています。改正法施行後の保健所の精神保健福祉対策の重点化とともに第6次改定医療計画精神疾患分野記載の認知症施策に関し、保健所ではどのような取り組みが必要かを検討するために、実態の把握及び方向性等に関するご意見等について調査することといたしました。

つきましては、ご多用と存じますが、別添調査票にご記入いただき、恐れ入りますが、10月18日(金)までに、下記宛て、電子メールで、ご返送頂きますようお願いいたします。

記

1. ご回答者： 保健所精神保健担当者にご回答をお願いします。
2. 締め切り： 10月18日(金)
3. ご回答送付先アドレス： E-mail： A070520@office.pref.nara.lg.jp
(奈良県葛城保健所 所属メールボックス 宛て)

お問い合わせ先

奈良県葛城保健所 所長 山田全啓
〒635-8508 大和高田市大中 98-4 (高田総合庁舎内)
TEL (0745)22-1701 FAX (0745)22-8460

精神保健福祉法改正後の保健所精神保健福祉対策に関する調査票

－保健所における認知症等相談・支援・連携体制づくり－

注1) ご回答は精神保健担当の皆様をお願いします。

注2) 以下の水色の空欄には文字を、黄色の空欄は、該当する設問のセルをクリックした後、右の「▼」をクリックして該当するものを選んでください。

保健所名	
ご回答者職名	
ご回答者氏名	
ご連絡先(E-mail)	

F1, 貴保健所の状況についてお答えください。

- | | | |
|-------------------------------|------|--|
| 1) 圏域医療計画を策定していますか | 1) | |
| 2) 障害保健福祉圏域で自立支援協議会が設置されていますか | 2) | |
| 2)-1「設置」の場合、保健所は参加していますか | 2)-1 | |
| 3) 管内市町村自立支援協議会が設置されていますか | 3) | |
| 3)-1「設置」の場合、保健所は参加していますか | 3)-1 | |
| 4) 貴管内の精神科病院実地指導に参加していますか | 4) | |
| 4)-1「参加」の場合、主としてどのような職種ですか | 4)-1 | |

【入院患者の地域生活移行について】

質問1, 貴保健所の下記事業実施状況について、以下の回答欄から選んで下さい。

1. 既に実施 2. 今後実施予定 3. 予定はない

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| 1, 早期退院を支援する退院支援・地域ケア連携バスの作成 | 1 | |
| 2, 精神科病院における相談指導体制の整備 | 2 | |
| 3, 精神障害者地域移行・地域定着支援事業 | 3 | |
| 4, 精神障害者アウトリーチ推進事業 | 4 | |
| 5, 緊急時の相談体制 | 5 | |
| 6, デイケア事業 | 6 | |
| 7, 地域移行のためのピアサポーター養成 | 7 | |

質問2, 貴保健所管内の入院患者の地域移行について現状評価を下記から選んでください。

1. 十分 2. やや十分 3. ふつう 4. やや不十分 5. 不十分

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| 1, 早期退院を支援する退院支援・地域ケア連携バスの作成 | 1 | |
| 2, 精神科病院における相談指導体制の整備 | 2 | |
| 3, 精神障害者地域移行・地域定着支援事業 | 3 | |
| 4, 精神障害者アウトリーチ推進事業 | 4 | |
| 5, 緊急時の相談体制 | 5 | |
| 6, デイケア事業 | 6 | |
| 7, 精神障害者グループホーム等居宅系入所施設整備 | 7 | |
| 8, 地域移行のためのピアサポーター養成 | 8 | |
| 9, ここ5年間で貴管内の入院患者の地域移行は進展していますか | 9 | |

具体的に

--

質問3, 貴保健所管内の地域移行事業の実績を把握していますか

把握状況

(質問3で「把握している」と回答した方にお尋ねします。)

質問3-1, 把握している場合に以下の件数を可能な範囲でご回答ください。

- ア. 管内申請件数
- イ. うち退院件数
- ウ. 管内で地域移行申請者を出している病院数
- エ. 相談支援(地域移行・地域定着)対応事業所数

22年	23年	24年	
			件
			件
			件
			件

【精神障害者の医療確保について】

質問4, 平成25年9月19日に「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」において指針案が示されたところですが、下記事項についての貴保健所管内の現状及び取り組みについて、解答欄から選んでください。

1. 十分 2. やや十分 3. ふつう 4. やや不十分 5. 不十分

1, 早期退院目標の設定	1	
2, 退院時ケース会議への参画	2	
3, 措置入院患者の退院支援及び医療と障害福祉サービス調整	3	
4, 未治療患者への保健所訪問支援	4	
5, 重い精神症状を有する精神障害者に対する移送制度	5	
6, 多職種アウトリーチチームに対する人材養成	6	
7, 精神科専門医療機能確保対策(アルコール・薬物依存)	7	
8, 精神科専門医療機関確保対策(発達障害・思春期)	8	
9, 精神科専門医療機関確保対策(高次脳機能障害)	9	
10, 合併症対応病院確保と連携方策の検討	10	
11, 精神科救急体制の確保	11	
12, 精神科医療の標準化と多剤治療から単剤治療への転換推進	12	
13, 精神科慢性期病棟の生活介護施設への転換方策	13	
14, 保健所管内精神保健推進協議会の設置	14	
15, 一般医と専門医との連携推進	15	
16, 精神科医療と地域包括ケアとの連携の推進	16	
17, 人権啓発の取り組み	17	その他
18, その他()	18	

【地域連携パスについて】

質問5, 貴保健所管内の精神科病院は、退院支援・地域連携クリティカルパスを使用していますか

1. 使用している 2. 使用していない 3. 把握していない

(質問5で「使用している」と回答した方にお尋ねします)

質問5-1, パスの対象疾患・障害は以下のどれですか

- 1. 統合失調症
- 2. 認知症
- 3. 気分障害
- 4. その他()

1	
2	
3	(その他)
4	

(質問5で「**使用していない**」と回答した方にお尋ねします)

質問 5-2, 退院支援・地域連携クリティカルパスの策定を予定していますか。

- 1, 予定あり() 2, 予定なし

(パスの種類)

--	--

(問 5-1 で「**統合失調症のパスを使用している**」と回答した方にお尋ねします)

質問 5-3, どのような場合に統合失調症の連携パスを使っていますか(複数回答可)。

- 1, 長期(概ね 1 年以上)入院者の地域移行、退院支援
- 2, 3 か月から 1 年未満の退院支援
- 3, 救急・急性期(概ね 3 か月未満)の退院支援
- 4, 措置入院者の退院支援
- 5, 就労等(福祉的就労、社会適応訓練を含む)への移行支援
- 6, その他()

1		
2		
3		
4		
5		(その他)
6		

(問 5-1 で「**統合失調症のパスを使用していない**」と回答した方にお尋ねします)

質問 5-4, どのような場合に統合失調症の連携パスが必要と感じていますか(複数回答可)。

- 1, 長期(概ね 1 年以上)入院者の地域移行、退院支援
- 2, 3 か月から 1 年未満の退院支援
- 3, 救急・急性期(概ね 3 か月未満)の退院支援
- 4, 措置入院者の退院支援
- 5, 就労等(福祉的就労、社会適応訓練を含む)への移行支援
- 6, その他()
- 7, 必要性を感じていない。

1		
2		
3		
4		
5		(その他)
6		
7		

【認知症対策について】

質問6, 医療計画における精神疾患編の認知症対策について記載されている項目を全て選んでください(複数回答可)。

- 1, 認知症コールセンター等相談支援体制づくり
- 2, かかりつけ医・物忘れ外来・認知症専門医療機関連携体制づくり
- 3, 認知症鑑別診断可能医療機関の整備
- 4, 多職種チームによる生活支援体制づくり
- 5, 認知症サポート医や認知症相談医の確保
- 6, 認知症入院患者の早期退院体制づくり
- 7, 認知症退院支援・地域連携クリティカルパスの作成
- 8, 認知症疾患医療センターを中心としたネットワークづくり
- 9, 認知症サポーター・キャラバンメイトの養成
- 10, 認知症患者の権利擁護の推進
- 11, 若年性認知症患者の居場所づくり
- 12, その他()

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		(その他)
12		

質問7, 質問6の施策等で保健所における実施状況について、以下の回答欄から選んでください。

1. 既に実施 2. 今後実施予定 3. 予定はない

- 1, 認知症コールセンター等相談支援体制づくり
- 2, かかりつけ医・物忘れ外来・認知症専門医療機関連携体制づくり
- 3, 認知症鑑別診断可能医療機関の体制づくり
- 4, 多職種チームによる生活支援体制づくり
- 5, 認知症サポート医や認知症相談医の確保
- 6, 認知症入院患者の早期退院体制づくり

1	
2	
3	
4	
5	
6	

7, 認知症退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	7	
8, 認知症疾患医療センターを中心としたネットワークづくり	8	
9, 認知症サポーター・キャラバンメイトの養成	9	
10, 認知症患者の権利擁護の推進	10	
11, 若年性認知症患者の居場所づくり	11	その他
12, その他()	12	

質問8, 貴保健所では認知症等相談支援ネットワーク会議を設置していますか

1, 設置している 2, 設置していない

(質問8で「設置している」と回答した方にお尋ねします。)

質問8-1, 貴保健所の相談支援ネットワーク会議の構成機関を選んでください(複数回答可)。

1, 医師会	1	
2, 市町村	2	
3, 地域包括支援センター	3	
4, 社会福祉協議会	4	
5, 保健所	5	
6, 福祉事務所	6	
7, 認知症疾患医療センター	7	(その他)
8, その他()	8	

質問9, 貴管内の認知症相談窓口の設置場所を選んで下さい(複数回答可)。

1, 地域包括支援センター	1	
2, 認知症コールセンター	2	
3, 保健所	3	
4, 福祉事務所	4	その他
5, その他()	5	

質問10, 貴管内の認知症相談・紹介・連携シート(ノート)やチェックシートの作成状況について選んで下さい。

1, 作成済み 2, 検討中 3, 未作成 4, 不明

(質問10で「作成済み」と回答した方にお尋ねします。)

質問10-1, 認知症相談者への対応について以下の項目に回答して下さい。

ア, 物忘れ外来への紹介の際に、連携シートを利用していますか

イ, 保健所精神保健専門相談への紹介の際に、連携シートを利用していますか

ウ, 認知症疾患医療センターへの紹介の際に、連携シートを利用していますか

エ, 継続フォローのためにチェックシートを利用していますか

【その他】

質問 11, 貴保健所では、認知症以外で相談・支援ネットワークづくりに取り組んでいますか(複数回答可)。

1, うつ病	1	
2, 自殺未遂者	2	
3, てんかん	3	
4, 発達障害	4	
5, アルコール依存症	5	
6, 高次脳機能障害	6	
7, その他()	7	(その他)

質問 12, 精神保健福祉資料(630調査※)について、以下の質問にご回答ください。

ア, 貴保健所では、630調査を活用していますか

イ, 630調査は、現在県単位で集計していますが、今後、在宅医療が推進されるなかで、保健所単位の集計分析が必要と思われるか

※630調査とは、厚生労働省が毎年6月30日付けで都道府県等に報告を依頼した、精神科病院、精神科診療所当、精神障害者社会復帰施設等、精神科デイ・ケア等、精神科訪問看護、都道府県等の関連事務の現況に関する資料をまとめたものです。

【自由記載】

質問 13, 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健対策の機能強化についてのご意見を記入下さい。

質問 14, 障害者総合支援法に基づく相談支援事業(地域移行・地域定着)導入やアウトリーチ事業の保険点数化後の保健所精神保健対策の機能強化についてのご意見を記入下さい。

※統合失調症の退院支援・地域連携クリティカルパスを使用している方は、お手数をおかけしますが、一部電子ファイルを惠与下さい。

※調査は、恐れいりますが、10月18日(金)までに、電子メールで、E-mail: A070520@office.pref.nara.lg.jp (奈良県葛城保健所 所属メールボックス)宛て、ご回答いただきますようお願いいたします。また、送付に際して、回答ファイルの「〇〇」保健所に、貴保健所名をご記入下さい。

Ⅱ 事業報告

2. 医療計画精神疾患分野における保健所の役割 記載状況調査（都道府県計画）

都道府県医療計画における保健所の役割の記載について

研究分担者 山田 全啓（奈良県葛城保健所）

研究協力者 後藤 基行（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者 竹島 正（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：【研究目的】平成 24 年度に策定された各都道府県の医療計画における保健所の役割についての記述内容を分析し、その傾向を把握することを目的とした。【研究方法】各都道府県の医療計画の保健所に関する記述を収集し、精神保健医療福祉に関して保健所にどのような言及がなされているか分析した。【結果及び考察】医療計画において、すべての都道府県が精神保健医療福祉における保健所の役割について言及していた。そのうち、保健所と他機関との連携について記述があったのは 35 箇所（74.5%）であった。具体的な施策内容の言及があったのは 31 箇所（66%）であって、「相談」が最も多く 22 箇所（46.8%）であって、「うつ・自殺対策」13 箇所（27.7%）、「訪問支援（アウトリーチ）」12 箇所（25.5%）、「地域移行・社会復帰」並びに「普及・啓発」11 箇所（23.4%）であった。すなわち、保健所が精神保健医療福祉の連携を担う主要な機関であることの認識は高かったものの、多くの都道府県において、記載内容は業務の現状記載にとどまっていた。【結論】保健所の精神保健福祉業務は、障害者総合支援法、精神保健福祉法改正などの大きな変化を迎えている。さらには、児童虐待防止法、ホームレス特別措置法、障害者虐待防止法、刑の一部執行猶予法、アルコール健康障害対策基本法、生活困窮者自立支援法など、精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律が次々に生まれている。今回の医療計画見直しにおいては、このことも視点に置いた検討が必要であろう。そのためにも、警察官通報の増加実態の分析を含めた地域精神保健福祉及び関連領域のモニタリングが望まれる。

A. 目的

医療法第 30 条の 3 第 1 項の規定に基づく医療提供体制の確保に関する基本方針が、平成 24 年 3 月 22 日に改正された。これによって、医療計画の記載事項として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の 4 疾病に、新たに精神疾患を追加し、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の 5 事業並びに在宅医療（5 疾病・5 事業及び在宅医療）に係る医療連携体制に関する事項を医療計画に定めることとされた。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（以下、運営要領）によると、保健所及び市町村は、地域における精神保健福祉の中心的な行政機関として、地域社会との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の早期治療の促進ならびに社会復帰および自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うことが期待されている。また全国保健所長会は、保健所は特に医療行政を中核的に担いながら、保健福祉を担う市町村と協同していくといった重層的な関係を再構築していくことが地域保健の充実強化に必要であると提言している（平成 19 年度地域保健総合推進事業「医療制度改革の推進に関する研究」）。

本研究は、医療法の基本方針、並びに医療計画の記載内容が変更されたことを踏まえ、都道府県の精神保健医療福祉領域における保健所への期待を明らかにするため、医療計画中の精神保健医療福祉分野における保健所の役割についての記述を分析し、その傾向を把握することを目的とする。

B. 方法

平成 24 年度に策定された各都道府県の医療計画を分析対象とした。はじめに、医療計画のうち、「精神疾患」「精神疾患の医療連携体制」等として独立した章における保健所に関する記述を収集した。次に、それらの独立した章に対し、「保健所」のキーワードで一括検索を行った。

その後、特に保健所による精神保健医療福祉への実施体制や政策的な内容記述があるものをエクセルの表に抽出し、その文章の記載内容から精神保健医療福祉における保健所の役割を分類した。ただし、その際に保健所について統計部分やごく簡便な言及しかなかった箇所は省略した。採用した分類は、1=保健所と他機関の連携、2=相談、3=訪問支援（アウトリーチ）、4=児童精神医療、5=技術指導・人材育成、6=精神科救急、7=地域移行・社会復帰、8=専門医療、9=うつ・自殺対策、10=普及・啓発、11=その他の 11 項目であったが、これは、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課作成の「医療計画（精神疾患）について」（平成 24 年 4 月 27 日）等を参考にしつつ、実際の医療計画の記述に適合するように整理したものである。

なお、いくつかの記述の中には、一つの文章中に上記項目に 2 つ該当する内容があるケースもあったため、その場合は一つの文章であっても 2 つとしてカウントした。記述の中には項目への振り分けの判断が困難なものもあり、その場合は適宜文脈から解釈した。

C. 研究結果

精神保健福祉の分野における医療計画では、統計のみでの言及や、上記項目にも該当しないようなごく簡単な記述も含めると、すべての都道府県が精神保健医療福祉における保健所の役割について言及していた。このうち、施策内容として、保健所を含めた行政組織・各医療機関の「連携」について記載している都道府県は 35 箇所（同 74.5%）であった。

記載内容から保健所の役割を分類した結果、具体的な施策内容の記述があったのは、31 箇所（65.9%）であった（表 1、図 1）。

保健所の役割で最も多かったのは「保健所と他機関の連携」で 35 箇所（74.5%）であり、次いで「相談・情報提供」22 箇所（46.8%）、「うつ・自殺対策」13 箇所（27.7%）、「訪問支援（アウトリーチ）」12 箇所（25.5%）、「地域移行・社会復帰」並びに「普及・啓発」11 箇所（23.4%）などであった。これらのほか、「人権や処遇に配慮した適切な入院医療確保のため、精神医療審査会の審査や保健所による精神科病院実地指導の充実」（岩手県）、東日本大震災に関するこころの健康への支援として「PTSD 等のこころの問題については、長期的な取組が必要とされることから、みやぎ心のケアセンターの基幹センター、石巻及び気仙沼地域センターにおいて、引き続き保健所、市町村、関係機関、団体と連携し、被災者等に対する支援体制の充実」（宮城）、「精神保健福祉センターと保健所が共同して、学校等における事件や事故後の精神的な二次被害の拡大を防止するため、Crisis Intervention

Team(CIT)通称こころのケアチームの派遣事業を実施」(滋賀県) などがあつた。

D. 考察

平成 24 年 10 月に各都道府県衛生主管部(局)長宛てに出された医療計画医政局指導課長等通知等では、精神疾患対策において保健所は医療連携に主導的立場となることが期待されているが、多くの都道府県においてその役割を重視する内容の記載があつた。

項目別では、従来から保健所の役割とされてきた「相談」を半数近くの都道府県が保健所の役割に記載していたが、これは保健所業務の実態を踏まえてのことと思われる。また、「うつ・自殺対策」がおよそ 3 割の自治体で記載されたのは、近年の自殺対策の普及を踏まえてのことであろう。地域精神保健福祉活動の中核的業務である「訪問支援(アウトリーチ活動)」は約 4 分の 1 の都道府県で記載があつた。近年の警察官通報等の増加を踏まえると、「相談」、「訪問支援(アウトリーチ活動)」が地域における危機介入と連動して捉えておく必要があろう。

保健所の精神保健福祉業務は、障害者総合支援法(2012)、精神保健福祉法改正(2013)などにより大きな変化を迎えている。さらには、児童虐待防止法(2000)、ホームレス特別措置法(2002)、障害者虐待防止法(2011)、刑の一部執行猶予法(2013)、アルコール健康障害対策基本法(2013)、生活困窮者自立支援法(2013)など、精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律が次々に生まれている。次回の医療計画見直しにおいては、このことも視点に置いた検討が必要であろう。そのためにも、警察官通報の増加実態の分析を含めた地域精神保健福祉及び関連領域のモニタリングが望まれる。

E. 結論

平成 24 年度に策定された各都道府県の医療計画における保健所の役割についての記述内容を分析し、その傾向を把握した。

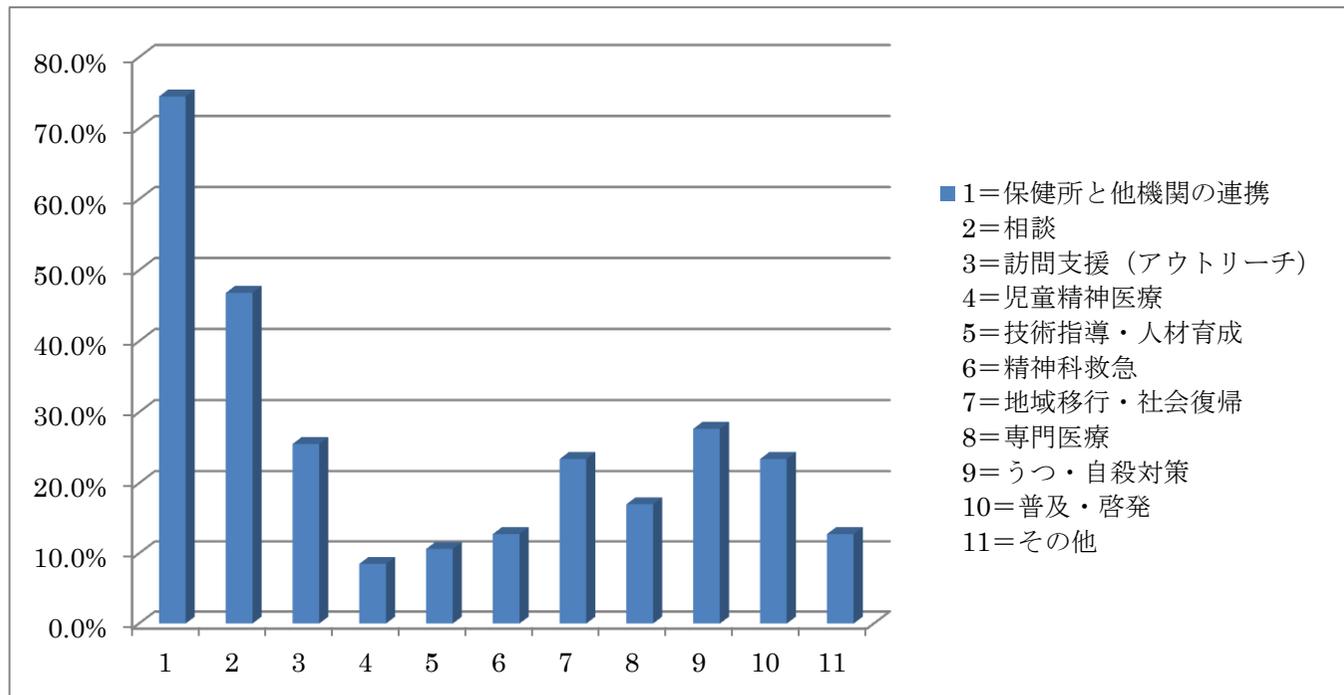
医療計画では、保健所が精神保健医療福祉の連携を担う主要な機関であることの認識は高かったものの、記載内容は業務の現状記載にとどまっていた。次回の医療計画見直しにおいては、障害者総合支援法の成立、精神保健福祉法改正、精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律が次々に生まれていることを踏まえた検討が必要であろう。そのためにも、警察官通報の増加実態の分析を含めた地域精神保健福祉及び関連領域のモニタリングが望まれる。

表1 都道府県別:平成24年度『医療計画』における保健所の役割

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
都道府県数	35	22	12	4	5	6	11	8	13	11	6
割合	74.5%	46.8%	25.5%	8.5%	10.6%	12.8%	23.4%	17.0%	27.7%	23.4%	12.8%

項目 1=保健所と他機関の連携、2=相談、3=訪問支援（アウトリーチ）、4=児童精神医療、5=技術指導・人材育成、6=精神科救急、7=地域移行・社会復帰、8=専門医療、9=うつ・自殺対策、10=普及・啓発、11=その他

図1 都道府県別:平成24年度『医療計画』における保健所の役割



都道府県『医療計画』中『精神疾患分野』における『保健所』をキーワード検索すると 330件 ヒット。うち、 実施体制や政策的な内容記述があるものを抜粋=108件、重複含めると136件				1=相談、2=訪問支援(アウトリーチ)、3=児童精神医療、4=技術指導・人材育成、5=精神科救急、6=地域移行・社会復帰、7=専門医療、8=うつ・自殺対策、9=普及・啓発、10=その他		
管理	PDF	都道府県	小カテゴリー	内容	保健所の役割①	保健所の役割②
				・統計部分や、ごく簡便な言及は省略。 ・「保健所の役割」においては、1=相談・情報提供は数が多いため、複数に当てはまる場合は1以外を優先。 ・組織の「連携」は言及が非常に多く、そのみの箇所は省略 ・PDFは全780頁		
1	6	北海	【精神疾患の予防・アクセス】	精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている人への相談支援の充実のため、住民にとって身近な市町村や保健所における 相談機能の強化 に努める必要が	1	
2	7	北海	(児童精神医療)	幼児健診 は、発達障がい等子どもの心の問題の早期発見にも資する機会であることから、市町村からの受診勧奨を徹底するとともに、健診担当部局と医療機関・保健所等の関係機関が連携した健診後の 保健指導や相談支援 等の取り組みが重要です。	3	1
3	7	北海	【うつ病】	医療機関と保健所・市町村及び 自殺対策 に取り組む民間団体等が 連携 し、道民に対する 啓発 を行うなど、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。	8	
4	10	北海	【精神疾患の予防・アクセス】	北海道立精神保健福祉センターにおいて、保健所や市町村等身近な地域において 相談支援 に従事する職員の専門性の向上を図るため、 自殺対策、ひきこもり、依存症 等の支援に関する技術支援や研修を実施します。	7	8
5	10	北海	【精神疾患の予防・アクセス】	低次脳機能障がいの 当事者・家族が身近な地域で支援 を受けられるよう、 保健所における相談機能の強化や相談窓口の周知 を図るなど、支援体制の充実を図ります。	6	1
6	35	青森	精神保健福祉センターにおける普及啓発	精神保健に関する普及啓発として、精神保健福祉センター、 保健所では、地域住民への講演・交流会等を開催 しています。	9	
7	46	青森	療連携体制の圏域	医療資源に限られており、そのため、保健所、市町村や地域保健福祉機関での早期支援のための 連携 を強化するとともに、保健医療福祉関係者の 人材育成 等に取組むことも重要で	4	
8	47	青森	急医療体制の構築	平日における 精神医療相談窓口 としては、各保健所・医療機関において対応している	1	
9	61	岩手	(精神科医療体制の整備)	人権や処遇に配慮した適切な入院医療確保のため、精神医療審査会の審査や 保健所による精神科病院実地指導 の充実を図ります。	10	
10	76	宮城	精神保健・医療提供体制の現状と課題 (1)相談・普及体制について	市町村や保健所、精神保健福祉センターでは、 電話や面接、家庭訪問 等によりこころの問題や精神疾患に関する本人や家族、関係者の相談に応じているほか、うつ病や精神疾患に関する教室や講演会、研修会などを行っています。	1	
11	78	宮城	(6)専門医療の確保について	アルコールや薬物問題、社会的ひきこもり については、各保健所において、精神科医師や精神保健福祉士等による本人や家族、関係者を対象とした 専門相談や保健師による相談、医療機関の紹介 等が行われています。	7	1
12	81	宮城	精神保健・医療体制の整備と充実 (1)精神疾患の早期発見・早期治療に向けた相談・普及体制の充実・強化	こころの健康を保持し、うつ病等のこころの不調を早期に気づき、適切に対処するために、市町村や保健所、精神保健福祉センターは、医療機関等の協力を得て、あらゆる世代の住民に向けた精神疾患に関する 正しい知識の啓発普及 に努めます。 住民が利用しやすいよう相談機関や医療機関に関する情報提供を行うとともに、市町村や保健所、精神保健福祉センターにおける本人や家族、関係者への 相談体制 を充実・強化していきます。	9	1
13	81	宮城	(2)入院患者の退院促進について	圏域毎に精神科病院や精神科診療所、市町村、事業所*1、保健所等が役割や 連携 のあり方について検討を行い、支援体制整備を図るほか、保健サービス(保健所や市町村保健師の訪問 等)や障害福祉サービスとともに、精神科病院や精神科診療所においても往診や訪問看護、デイケア等、患者の状況に合わせた医療が提供できるよう推進します。	2	
14	81	宮城	(3)精神科救急医療体制の整備について	精神科救急 については、精神科病院・診療所、救命救急センター、救急指定病院等と、警察や消防、市町村、保健所等地域の関係機関との、十分な 連携・協力 の下、初動体制を含めて役割分担を行い、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制を整備します。	5	
15	82	宮城	(6)専門医療の確保について	アルコールや薬物 等の依存症に関する支援については、医療機関や関係団体(断酒会、AA、仙台ダルク等)と連携し、市町村や保健所における 相談や啓発普及 を充実させるとともに、研修やJ)事例検討等により対応する関係職員の質の向上を図り、医療が必要な方を治療に繋ぐ仕組みづくりを推進していきます。 社会的ひきこもりについては、関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもり対策にとって必要な情報を広く提供するひきこもり地域支援センターや保健所、精神保健福祉センターなどによる 相談支援の充実 を図ります。	7	1
16	83	宮城	東日本大震災に関するこころの健康への支援	PTSD等のこころの問題については、 長期的な取組が必要とされる ことから、みやぎ心のケアセンターの基幹センター、石巻及び気仙沼地域センターにおいて、引き続き保健所、市町村、関係機関、団体と連携し、被災者等に対する支援体制の充実を図ります。 市町村や保健所、関係団体等による被災者への 訪問活動や相談支援、普及啓発活動 など、被災者のこころのケア対策の充実を推進します。	2	1

17	86-87	秋田	①精神障害者及び精神保健に関する状況	県内の保健福祉関係機関及び関係団体において、心の健康の保持・増進及び精神疾患・障害者に対する正しい知識の普及啓発を図るとともに、保健所、市町村及び精神保健福祉センターにおいて、 精神保健福祉相談及び訪問指導 等を実施しています。	2	1
18	90	秋田	④うつ病	精神保健福祉に関わる相談対応としては、市町村、保健所及び精神保健福祉センターにおいて、 精神保健福祉相談及び訪問指導 等を実施しています。	2	1
19	122	福島	1 予防・アクセス	保健所や心のケアセンター、産業保健推進センター等の 相談支援 等で医療的なケアが必要と思われる事例については精神科医療機関の受診を働きかけるほか、一般の医療機関においても精神疾患の兆候がある方には精神科医療機関の受診を促す等の早期発見のための仕組みが求められます。	1	
20	151	茨城	推進方策	県と市町村は、精神保健福祉センターや保健所、保健センター等で実施する精神保健相談について、ホームページや広報誌への掲載等様々な方法で周知を図るとともに、実施にあたっては精神科医の協力を得るなど 相談体制 の充実に努めます。	1	
21	156	茨城	推進方策	退院可能な精神疾患患者の退院への支援及び地域生活の継続のための支援を促進するため、各保健所に 精神障害者地域移行支援連絡協議会 を設置し、市町村、精神科病院、相談支援事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等との連携体制を整備します。	6	
22	157	茨城	(3)精神科救急医療体制【現状と課題】	ア精神障害のために自らを傷つけあるいは他人に危害を加えてしまう症状(自傷他害行為)の精神疾患患者に対し、精神保健福祉法に基づく入院措置を行うため、平日昼間(8:30～17:15)については各保健所を窓口とし、	5	
23	157	茨城	(3)精神科救急医療体制【現状と課題】	ウ医療機関の紹介や受診指導等を行う 精神医療相談 については、平日昼間については各保健所で実施していますが、今後、休日及び夜間にも対応を拡大する必要があります。	1	
24	159	茨城	イ推進方策	(ウ) 精神医療相談 については、引き続き、各保健所で実施するとともに、休日及び夜間など対応時間の拡大を図ります。	1	
25	163	茨城	ウ医療観察法制度による医療	専門領域 において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、他の精神科医療機関や保健所、精神保健福祉センター、市町村、関係機関や関係団体等と 連携 していること。	7	
26	164	茨城	薬物依存症	精神保健福祉センター、保健所、依存症回復施設等との 連携 体制をもつ。	7	
27	196	群馬	注1	アウトリーチ(訪問支援) の提供では、保健所、こころの健康センター、相談支援事業所等との 連携 も推奨される。	2	
28	218	千葉	施策の現状・課題	精神保健に関する相談は、これまで保健所や精神保健福祉センター*での 電話や来所による相談や訪問 により応じています。	2	1
29	220	千葉	[こころの健康づくりの推進]	保健所や精神保健福祉センターにおける相談支援機能の充実に図ります。 町村における 相談支援機能 の充実に図るために、精神保健福祉センターや保健所による 技術指導・支援 を推進します。	4	
30	231	東京	日常診療における課題	区市町村や保健所などの 相談機関 が相談に適切に対応するとともに、地域の医療機関と円滑に調整し、早期に適切な医療につないでいく 連携 の仕組みづくりが必要です。	1	
31	234	東京	2地域生活支援の強化	都立(総合)精神保健福祉センターにおいて、区市町村・保健所等と 連携 して実施している アウトリーチ支援 について、支援関係機関とのネットワーク構築のノウハウも含め、より身近な地域へ支援技術の普及を図っていきます。	2	
32	234	東京	《依存症・薬物関連問題》	都保健所において、予防のための 普及啓発活動 や、当事者・家族への支援等を行っています。	7	9
33	249	神奈	(1)予防	メンタルヘルスやうつ病を内容とする 普及啓発 は、精神保健福祉センターや保健福祉事務所(保健所)、市町村等により進んできていますが、統合失調症、依存症等も含め、さらに進める必要があります。	9	
34	249	神奈	(2)治療・回復・社会復帰(地域生活)	保健福祉事務所(保健所)、市町村等の 訪問支援活動 を保健・医療・福祉の観点から充実に図る必要があり、また、退院に向けた支援を入院中から強化する必要があります。	2	
35	289	石川	<予防・アクセス>	保健所及び市町の訪問相談件数(人口10万対:石川県127.6、全国232.8)は全国に比べ少ない状況④保健所及び市町等は、一般住民や障害者の在宅・就労生活を最も身近に支える立場にあることから、精神疾患の理解や予防に関して 普及啓発 を行い、 在宅生活支援 を適切に実践していくことが必要であり、そのための 力量形成(スキルアップ) が不可欠である。	6	9
36	301	石川	(2)対策<予防・アクセス>	いこころの健康センター及び保健所は、行政や民間相談機関などの各種相談窓口から、必要に応じて 専門相談機関(精神科医対応) へ 適切に繋がる ようにするために、日頃から地域のさまざまな相談窓口機関が相談に関する情報を相互に共有できる 連携体制 の整備を図る。 ウこころの健康センター及び保健所は、地域の精神障害者やその家族等からの相談及び市町または各種相談支援機関からの 困難事例 期から、保健所、市町、相談支援事業所、福祉サービス事業所、福祉サービスター等との 連携 により、住居の確保、家事援助、精神障害者保健福祉手帳の取得など在宅生活に必要なサービス調整を図り、社会生活に円滑に移行するための 退院支援 を推進する。	7	
37	301	石川	①入院患者の早期退院の推進	イ患者の状態に応じて適切な医療が提供できるよう、各地域において、医療機関、在宅支援機関、地域包括支援センター、市町、保健所等が 連携 し、情報の共有化や役割分担をしながら対応できる 医療連携 体制のあり方について、引き続き検討する。	6	
38	302	石川	②再入院防止に向けた在宅医療支援のための連携強化	イ患者の状態に応じて適切な医療が提供できるよう、各地域において、医療機関、在宅支援機関、地域包括支援センター、市町、保健所等が 連携 し、情報の共有化や役割分担をしながら対応できる 医療連携 体制のあり方について、引き続き検討する。	6	
39	325	山梨	回復・社会復帰	患者が治療を中断することなく状態が安定し、 地域での生活 を安心して続けるためには、医療機関、訪問看護ステーション、薬局及び保健所、市町村等が 連携 して支援の充実に図る必要があります。	6	
40	328	山梨	地域の支援体制の整備	病院や保健所、市町村が 連携 し相談支援の充実やグループホームなどの住まい、集いの場、就労先などを確保し、 地域での自立した日常生活及び社会生活に移れるよう支援体制 の充実に図るとともに、地域での生活の定着を目指します。	6	

41	362	岐阜	今後の施策】	患者・家族や精神科救急情報センター等からの問合せに、医療機関や障害福祉サービス事業所が地域で連携して対応できるよう、入院医療からの地域移行と、社会生活の定着を支援するとともに、各圏域において市町村、保健所及び関係機関が協議会等で対策を検討します。	6	
42	364	岐阜	【基本的な計画事項】	市町村、保健所、精神保健福祉センターが連携し、総合的な自殺予防対策を推進します。	8	
43	364	岐阜	課題	神障がい者は増加する傾向にあり、市町村を基礎とした重層的な相談支援体制の確立を図る中で、保健所及び精神保健福祉センターは、精神科の医療機関や相談支援事業所等と連絡調整を行いながら、相談体制を強化する役割を果たす必要があります。	1	
44	365	岐阜	【今後の施策】	岐阜県自殺総合対策協議会や各圏域の協議会等を中心に、市町村と保健所は関係機関や団体等と連携して、精神障害者が住み慣れた身近な地域で、メンタルヘルス相談や障害福祉サービス、基本的な医療支援を受けられる体制を構築していきますb	6	
45	366	岐阜	予防・アクセス	・保健所や市町村等が行う精神保健福祉相談や、内科医等かかりつけ医がうつ病患者を発見したときの連携体制の構築を通して、うつ病等精神疾患の予防に努めます。	1	
46	385	愛知	【体系図の説明】	市町村、保健所、精神保健福祉センターは、それぞれの機関の役割に応じた精神保健福祉相談等を行い、医療圏内の精神保健福祉関係機関と連携を図ります。	1	
47	388	愛知	現状	県の保健所は、地域精神保健福祉活動の中心機関として県民のこころの健康に関する相談、訪問指導を行っています。	1	2
48	388	愛知	課題	市町村を基礎とした重層的な相談支援体制の確立を図る中で、保健所及び精神保健福祉センターは、市町村を支援する役割を十分に果たす必要があります。	1	
49	389	愛知	現状	○自殺やうつ病、ひきこもりなど県民の心の悩みに幅広く対応するため、「メンタルヘルス相談窓口」を県の保健所と精神保健福祉センターに設置し、さまざまな相談に応じています。	1	8
50	395	愛知	課題	○心と体の健康センターにおける相談や保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の件数は、人口10万人対では全国平均を上回っていますが、保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の件数は、全国平均を下回っています。地域における相談の場の提供と相談事業の周知が必要です。	1	
51	416	三重	予防	○受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、精神保健福祉センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制を作り、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。	1	
52	417	三重	③うつ病に対する医療支援	○うつ病は、自殺を図った人の多くが罹患しているといわれていることから、精神科医療機関と一般医療機関、保健所等関係機関、民間団体等の連携により、患者の早期発見、早期治療や社会復帰等のための取組を促進することが必要です。	8	
53	419	三重	取組方向2:精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築	各保健所圏域において「地域精神保健福祉連携会議」を設置して、多様な精神疾患に関する問題に対し、関係機関等が連携してネットワークを構築し、各地域の状況、特性に応じた総合的な取組を行います。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)	6	
54	428	滋賀	①児童思春期の精神疾患	○ひきこもりや虐待の背景に精神疾患が存在することも多く、学校などでもこころの健康への関心が高まっており、教育機関や青少年関係相談機関、児童施設等と精神科医療機関や保健所などとの連携が重要となります。	3	
55	428	滋賀	⑤災害や事件・事故後のこころのケア	精神保健福祉センター*では、保健所と共同して、学校等における事件や事故後の精神的な二次被害の拡大を防止するため、「CrisisInterventionteam(CIT*)通称こころのケアチーム」の派遣事業を実施しています。	10	
56	429	滋賀	キ地域精神保健福祉	各保健所では、福祉事務所や相談支援事業所などと連携し、精神疾患に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、地域の自助グループに対する協力や家族支援など、精神障害者の地域移行や地域生活を支援しています。	6	
57	431	滋賀	(1)うつ病対策の充実	救急告示病院に搬送された自殺未遂者などで精神科医療が必要な場合に、適切な治療や支援を受けられるようかかりつけ医や精神科医療機関、保健所、市町などとの連携を推進します。	8	
58	432	滋賀	(5)専門的な精神科医療の充実 ア児童思春期の精神疾患	教育機関や青少年関係相談機関、児童施設等と精神科医療機関や保健所などとの連携を推進し、学齢期におけるメンタルヘルス*の充実を図ります。	3	
59	433	滋賀	(7)地域福祉の向上と地域精神保健福祉活動	保健所や福祉事務所、相談支援事業所および医療機関等との連携のもと、在宅の精神障害者をはじめ、その家族に対する相談支援・訪問活動の充実を図ります。	6	2

60	439	京都	予防・アクセス	・精神疾患患者が急増しており、京都府精神保健福祉総合センター及び京都市こころの健康増進センター（以下「精神保健福祉センター」という。）や保健所等の心の健康相談機能の向上、職場におけるメンタルヘルス相談など、ライフステージに応じた「心の健康づくり」の充実が必要です。	1	
61	440	京都	★ 予防・アクセス ①ライフステージに応じた「心の健康づくり」の充実	・精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談を充実するとともに、地域保健の拠点である保健所において、精神保健福祉センターの技術支援を受けつつ、地域・職域連携推進会議や障害者自立支援協議会等を活用して、産業保健や学校保健との連携体制を構築	3	1
62	440	京都	②早期相談・早期診断に向けた取組	・ゲートキーパー養成研修、気軽に話ができる居場所づくり等を進めるとともに、精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談の充実、地域で相談に応じる「こころの健康推進員」の養成、夜間・休日の電話相談の充実等により、身近な相談体制を整備	7	1
63	441	京都	③患者・家族の視点に立った支援	・患者・家族が地域で孤立せず、患者・家族同士のピアサポートを受けられるよう、精神保健福祉センター、保健所等において、精神疾患ごとの特性に応じて、相談支援や患者・家族教室を行うとともに、患者・家族会による「交流の場」を支援	10	1
64	442	京都	(入院を要する精神科救急医療の体制整備)	・移送体制の確保について、移送制度を運用しやすいものとするよう国に要望するとともに、保健所の体制の問題も含めて引き続き検討	5	
65	444	京都	★うつ病	・うつ病に関する正しい理解が促進されるよう、精神保健福祉センター、保健所、学校教育等による啓発を充実・うつ病の早期相談・早期受診を促進するため、精神保健福祉センター、保健所等による心の健康相談、働く人のメンタルヘルス相談、京都府自殺ストップセンターの相談を強化するほか、かかりつけ医のうつ病対応力向上研修、健康診断を活用したうつ病スクリーニング等を実施	8	1
66	451	京都	発達障害	・発達障害者の早期発見・早期療育のため、保健所において発達クリニックを実施するほか、年中児スクリーニング(5歳児健診)及び事後支援(ソーシャルスキルトレーニング(SST)、ペアレントトレーニング、保育所・幼稚園の巡回支援等)に取り組む市町村を拡大	7	
67	456	大阪	精神保健に関する機関の現状 (ア)保健所等	保健所等は地域における中心的な行政機関として、市町村、医療機関、社会福祉関係機関、家族会および当事者団体等と緊密に連携をはかりながら、こころの健康に関する相談支援や知識の普及、情報提供を行うとともに、精神疾患患者の早期治療の促進など、地域住民の精神的健康の保持向上をはかるための諸活動を行っている。	1	9
68	457	大阪	(イ)精神疾患の早期発見・早期治療のための相談体制の充実および地域連携の推進	精神疾患を発症した患者が早期に精神科受診に結びつくために、住民への啓発のみならず、保健所等を中心とした地域相談支援体制の充実、かかりつけ医と精神科専門医との連携および医療機関における地域連携を推進する。	9	1
69	458	大阪	b・メンタルヘルス(こころの健康づくり)の推進	メンタルヘルスの普及啓発においては住民に身近な市町村の果たす役割が大きいと、今後も保健所等において、市町村の啓発活動を支援しながら地域の医療機関および薬局、当事者団体や自助組織等とも協働し、地域の実情に応じたきめ細かな啓発活動を行っていく。	9	
70	458	大阪	(イ)アクセス a・こころの健康に関する相談支援の充実	府民が適時適切に精神科の治療を受けるためには、相談支援や医療情報の提供体制の整備が重要であり、今後も、保健所等における専門職によるこころの健康相談(相談・訪問)や、早期に適切な専門医療が受けられるような健康危機介入、精神保健福祉センターにおける高度な専門相談等の充実をはかる。 また、保健所等においては、精神保健福祉法第27条(申請等に基づき行われる指定医の診察等)、同第34条(医療保護入院等のための移送)などの適正運用に努め、人権を尊重した危機介入を行う。 患者と同様に様々な課題を抱えている家族への支援は重要であることから、精神保健福祉センターおよび保健所等において家族会等との連携をはかりながら家族支援の充実をはかる。 増加傾向にあるひきこもりや薬物依存、発達障がいなどの事例に適切に対応するため、精神保健福祉センターによる保健所や市町村、地域関係機関等への技術支援のより一層の充実を促す。	10	
71	459	大阪	b・精神科未受診者や治療中断者への対応(アウトリーチ支援の充実)	精神疾患が疑われる場合でも、他の疾病に比べ病識の欠如等の理由により精神科未受診者や治療中断者が多い。これらの方々を適切に医療に繋げるため、精神科医療機関からの往診をはじめ訪問言語ステーション、保健所、相談支援事業所等の連携によるアウトリーチ支援の充実をはかる。	2	
72	462	大阪	b・地域移行・地域定着支援の推進	大阪府では精神障がい者の人権上大きな問題となっている社会的入院の解消をはかるため、平成12年度から保健所等に自立支援促進会議を設け、市町村、精神科医療機関、福祉サービス事業所等が連携して大阪府精神障がい者退院促進支援事業に取り組んできた。大阪府では、長期入院患者のさらなる退院促進をはかるため保健所による精神科病院への働きかけとともに、市町村および相談支援事業所等、地域の関係機関への協力・支援を行う。	6	
73	472	大阪	(3)今後の方策 ア. 地域精神科医療の連携における保健所機能の強化	住民に身近な機関である保健所の相談支援機能を充実させるとともに、地域の精神科医療機関等の情報を集約し相談者のニーズに応じたよりきめ細やかな情報提供を行うための機能を強化する。 保健所においてはできるだけ入院によらない受療支援を行う一方で、一定期間の入院治療が必要なものに対しては急性期医療を中心とした適正な医療の提供が行われるよう精神科医療機関等と連携をはかりながら受療から退院までの一貫した支援を行う。 地域における関係機関の連携を強化するため、保健所において自立支援促進会議等の実績を踏まえ、市町村や関係機関等の参画を得た地域連携に係る新たな連携協議の場を設定するなどして地域の医療情報の共有をはかる。また、自殺対策への取組み、かかりつけ医との連携等、他機関と協働して必要な措置を講じる。	5	8

74	473	大阪	ウ、アウトリーチ支援(訪問支援)体制の確立	長期入院者の退院促進をはかる観点からアウトリーチ支援体制の確立は特に重要であり、今後、精神科診療所、訪問看護ステーション、薬局、保健所、市町村、民間の相談支援事業所の地域関係機関が密接に連携し、できるだけ入院によらない医療の提供や保健、福祉、医療が連携し患者の状況に合わせて包括的支援を行っていく。 精神科未受診者や治療中断者の方々を適切に医療に繋げるため、精神科医療機関からの往診をはじめ訪問看護ステーション、保健所、相談支援事業所等の連携によるアウトリーチ支援の充実をはかる。	2	
75	497	奈良	(3)地域精神保健福祉活動	保健所、精神保健福祉センター、市町村において、精神疾患の早期発見・早期治療の促進、精神保健福祉ニーズに応えるための相談や訪問、精神疾患に対する正しい知識の普及などを推進しています。 ①保健所 保健所は、地域住民を対象として心の健康づくりを推進して精神疾患の予防を図るとともに、精神保健福祉相談等を実施し、適切な医療へのつなぎを行っています。	1	9
76	500	奈良	③アルコール依存症	県では、アルコール問題に関する正しい知識を普及し、患者・家族に専門医や自助グループの存在の認知を深めることを通して治療を始める契機を提供を図るとともに、保健所においても治療等への相談を行っています。	7	
77	501	奈良	2)[アクセス]症状が出て精神科医に受診できる機能	i)保健所や市町村、精神科救急医療情報センター等による、住民の相談体制ii)精神科医療機関と保健所、精神保健福祉センターとの連携による、相談業務の支援体制	1	
78	503	奈良	(2)精神科専門医療へのアクセスを改善するための相談充実	・保健所、市町村による訪問相談の充実を行います。	2	
79	504	奈良	(6)専門医療、身体合併症(専門的な疾患)への対応	・保健所によるアルコール依存症の治療相談の充実を行います。	7	
80	511	奈良	(3)こころの健康づくり	精神保健福祉センター、保健所等における精神保健福祉相談等の充実を行います。	1	
81	518	和歌	(1)予防・アクセス	身近な地域における相談体制の充実を図るため、統合失調症やアルコール依存症、認知症等の精神疾患の発症、再発に対し、保健所において精神保健福祉士や保健師による相談や訪問活動を常時行うとともに、精神科医による「こころの健康相談」を実施しています。	1	
82	519	和歌	(1)予防・アクセス	●精神疾患の予防を推進するために県精神保健福祉センターや保健所において、住民を対象とした講演会や交流会、精神保健福祉ボランティアの学習会等を開催しています。精神疾患の理解の深化のために、今後更なる普及啓発の取り組みが重要です。	9	
83	524	和歌	(3)長期入院者の地域移行の強化	●本県の精神科病院の平均在院日数は、全国と概し、はるかに長いことから早期の退院や長期入院者の地域移行に向けて、各精神科病院に対し、精神科地域移行実施加算の届出がなされるよう積極的に働きかけます。また、精神科病院診療所、障害福祉サービス事業所や保健所等と連携体制を整備し退院支援に努めます。	6	
84	553	岡山	地域生活の支援	○保健所において、ACTおかやま事業と連携した地域精神保健活動等を実施し、地域の情報提供による適切な対応により、緊急の入院等の未然防止を図ります。	9	
85	554	岡山	医療観察法対象者	岡山県精神科医療センターに指定入院医療機関を整備するとともに、保護観察所等と指定通院医療機関、保健所、精神保健福祉センター、市町村等が連携し、対象者の社会復帰の支援を行っています。	10	
86	566	広島	①予防・アクセス	保健所、市町、精神保健福祉センターによる相談件数は多い状況ですが、訪問件数が少なくなっています。相談及び訪問は、ストレスや悩みを抱えている人々に対して「発症予防の支援をする効果が期待され、より一層医療機関と行政が連携した支援体制の充実が求められます。	1	
87	567	広島	②治療・回復・社会復帰	保健所、市町、精神保健福祉センターによる相談及び訪問指導は、退院後の患者の生活を支え、再入院予防等の効果が期待されますが、保健所、市町、精神保健福祉センターにおける訪問指導件数も少ない状況で、退院した人の生活を支える支援体制が十分ではありません。	2	
88	569	広島	施策の方向①発症の予防及び早期発見・治療のための普及啓発と身近な地域で医療やサービス支援を受けられる体制の整備	保健所、市町における相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を推進します。	6	1
89	569	広島	④うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療の提供	保健所、市町の関係職員へうつ病・自殺の情報提供し、研修を充実させ、相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を図ります。	6	8
90	589	徳島	(5)うつ病の医療	精神保健福祉センター、保健所を中心に、相談、家族教室、研修会を実施するとともに、職域と連携したうつ病対策、学校保健との連携による心の健康教育、ゲートキーパーの養成などにも取り組んでいます。かかりつけ医研修は39名、薬剤師研修会は151名が受講しており、今後、精神科医と一般かかりつけ医等による会議や研修会の開催など、連携の強化が必要です。	4	8
91	598	徳島	自殺予防対策	県では、当団体と連携、支援しながら県下の自殺予防相談体制を充実することにより、保健所(年間約7,000件)、精神保健福祉センター(自殺予防センターを設置)(年間約3,400件)に順次相談体制を整備してきました。	1	8

92	618	香川	3精神保健福祉体制の現状 (1)相談体制の整備、普及啓発活動	精神保健福祉センター、保健所、市町等において、こころの健康に関する問題の 相談体制 を整備したり、精神障害者をはじめ家族等が、 地域で安定した日常生活 が送ることができるよう、 当事者グループや家族会等の活動の支援 に努めるとともに、関係機関と 連携 し、普及啓発活動を行っています6	6	1
93	622	香川	6精神障害者が安心して暮らせる地域づくり	(2)精神保健福祉センターや保健所において、関係機関と連携し、思春期における様々な問題への対策や、アルコール依存症対策等を実施するとともに、こころの健康に関する 普及啓発活動 を行います。	9	
94	623	香川	うつ病関連	(6)精神保健福祉センター、保健所、市町等の関係機関において、うつ病等のこころの健康に関する問題を、気軽に 相談 できる体制の整備に努めますb (7)「こころの健康展」や「精神保健福祉大会」等の行事や精神保健福祉センター、保健所、各市町等による普及啓発活動を通じて、 うつ病等の精神疾患に対する正しい理解を推進 しますb	8	
95	655	高知	2 医療提供体制 (1)治療・回復・地域生活	県及び市町村は、精神科医療機関が福祉保健所や保健所と連携し退院可能な精神障害者の 退院を促進し、地域生活に定着 するための取組を進めます。	6	
96	656	高知	(4)認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な医療の提供	県は、県中央部の基幹型認知症疾患医療センターとすべての福祉保健所圏域ごとに地域型認知症疾患医療センターを設置するとともに、 認知症の患者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続 できるよう認知症疾患医療センターと地域のサポート医やかかりつけ医が連携することで、県民が身近な地域で専門医療を受けることのできる体制を強化します。	6	
97	656	高知	(5)専門医療の提供	県は、 高次脳機能障害のある人と家族が地域で安心して生活 できるよう、高次脳機能障害相談支援センターと専門医療機関及び市町村、福祉保健所などの支援ネットワークの構築に取り組みます。	7	
98	662	福岡	【医療機能と医療連携】	○保健所及び精神保健福祉センターでの 精神保健福祉相談 において、必要に応じて精神科受診を勧めています。	1	
99	665	福岡	(3)精神科医療体制(精神科救急) 【現状と課題】	本県では、平日昼間における保健所及び精神科病院等の 連携 による 救急対応 のほか、平成10年度から、夜間及び休日に精神疾患が急発、急変した者に対する速やかな医療及び保護の提供を目的として、北九州・福岡・筑豊・筑後の4ブロックにおいて、ブロック内の精神科病院の当番制により24時間365日福岡県精神科救急医療システムを運用しています。	5	
100	715	長崎	※16子どもの心の診療ネットワーク事業	平成23年度に厚生労働省が創設した事業。 子どもの心の診療拠点病院 を定め、教育機関、児童相談所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、保健所、福祉施設、警察、地域の病院などと協力し、子どもの心のケアを実施	3	
101	720	長崎	(6)精神疾患を原因とする 自殺の予防 等にむけた医療体制の構築	○精神疾患を原因とする自殺未遂者等へ、適切な医療を提供するため、地域保健機関等(市町、保健所、精神保健福祉センター等)やかかりつけ医を含む一般医療機関と精神科医療機関の 連携 を推進します。	8	
102	721	長崎	目標	○身体合併症を有する患者や専門的な医療を必要とする患者へ適切な医療を提供するため、地域において一般医療機関、精神科医療機関、介護・福祉サービス、消防本部、保健所等の 関係機関からなる協議の場 を設け、 連携強化 を図ります。	10	
103	735	熊本	○うつ病に係る相談や診療体制	・ うつ病 は気づきにくい病気であることから、早期発見のためには、うつ病の疑いのある人やその家族などがより身近なところで相談できるよう、保健所や市町村等におけるうつ病に関する 相談機能充実 が求められています。	8	1
104	738	熊本	○うつ病に係る相談や診療体制の充実	○うつ病に係る相談や診療体制の充実 うつ病に関する相談機能を充実させるため、保健所や市町村等の相談機関のスタッフや産業保健 スタッフの資質の向上のための研修 の充実や関係機関等との 連携 の推進を図ります。	4	
105	741	熊本	主な医療機能と医療機関等に求められる事項 【予防・アクセス期】	<市町村・保健所等の職員> ・精神疾患の 普及啓発 や予防活動に努めること <本人、家族等の周囲にいる者、内科等のかかりつけ医及び市町村・保健所等の職員> ①精神疾患が疑われる場合 ・適切な精神科医療機関での受診につなげること ②精神疾患の急発、急変時 ・精神科救急情報センター等の 精神科救急 の相談窓口につなげること ・身体治療を優先する場合は救急隊へ通報を行うこと ・自傷他害のおそれがある場合は、警察等への通報を行うこと	5	9
106	753	大分	〔課題〕 (1)精神疾患全般	依存症(アルコール、薬物、ギャンブル等)からの回復には、ピアカウンセリングや専門的な治療プログラムを受けることも必要ですが、家族等が早めに保健所や県精神保健福祉センターや医療機関等に 相談 することが大事です。	1	
107	776	鹿児島	うつ病等の早期発見・早期治療の推進	○精神保健福祉に関する市町村・保健所・精神保健福祉センター等での 相談・訪問支援 等の充実強化を図ります。	2	1
108	776	鹿児島	ウ 自殺 対策への取組	○保健所や市町村等において、ゲートキーパー(気づき、傾聴、つなぎ、見守る人)の養成研修を実施するなど、早期に適切な対応ができる 人材の養成 に努めます。	4	8

Ⅱ 事業報告

3. 精神保健福祉資料（630 調査）の保健所活用方法の検討

1) 630 調査の保健所における活用調査報告

精神保健福祉資料（630 調査）の保健所における活用調査報告

1. 目的

630 調査により、精神科病院ごとに①入院患者の状況、②退院患者の状況、③在宅療養支援のためデイケア・訪問看護等の状況、などの情報が把握でき、保健所の地域活動である精神科実地指導や地域定着への取組みの参考資料として活用することが可能である。また医療計画改定時の精神科医療の現状と課題、目標設定に不可欠な資料と考えられる。しかし 630 調査のまとめが都道府県単位であるため本庁が保健所単位で分析しない限り、保健所での自主的な活用は困難である。

今後、より身近な保健所単位での情報把握や分析、目標の設定に不可欠な資料となると思われることから、今回、630 調査を保健所単位で抽出・分析し、地域活動や実地指導、さらには圏域保健医療計画の進捗管理に役立てるためのデータ活用方法について調査検討する。

2. 調査方法

1) 保健所データの抽出方法

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課の了承を得て、平成 23 年度 6 月 30 日調査のデータベースから国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部の協力により従来の県一括データから保健所管内施設の郵便番号を用いて精神科病院を特定し、保健所単位ごとの集計とする。

2) 調査項目の検討

保健所ごとの分析項目は、①精神科実地指導、②地域移行・地域定着の取組み、③保健医療計画進捗把握(地域の精神科医療資源情報)の視点で検討する。即ち、①については、疾患分類別の在院患者数、入院形態別の在院患者数、新入院患者の期間別残存率、疾患分類別の退院患者数、入院形態別・在院日数別の在院患者数、②については退院先別の退院患者数、在院日数別の退院患者数、入院形態別・在院日数別の退院患者数、精神科デイケアの疾患分類別・年齢別患者数、精神科訪問看護の疾患分類別・年齢別患者数、③については入院形態別の在院患者数、市町別の在院患者数、疾患分類別の在院患者数、月平均新入院・退院患者数、精神科病院数(単科、応急入院指定、医療観察法指定)、精神科病床数(一般、療養、認知症、急性期、合併症、精神科救急)、これらのデータの分析活用について検討する。

3) 活用方法

保健所管内の精神科病院、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、地域生活支援センター、患者家族会、社会福祉協議会、警察、市町等から構成される「心のケア連絡会議」において、地域移行・地域定着に向けての受け皿整備等について協議する。保健医療計画の進捗管理については、圏域協議会において協議を行う。また実地指導に関しては、所内打ち合わせ会議において 630 調査の資料を活用する。

3. 調査結果

別添 1 「精神科実地指導に係るデータ分析」、別添 2 「地域移行・地域定着に係るデータ分析」、別添 3 「保健医療計画進捗管理に係るデータ分析」

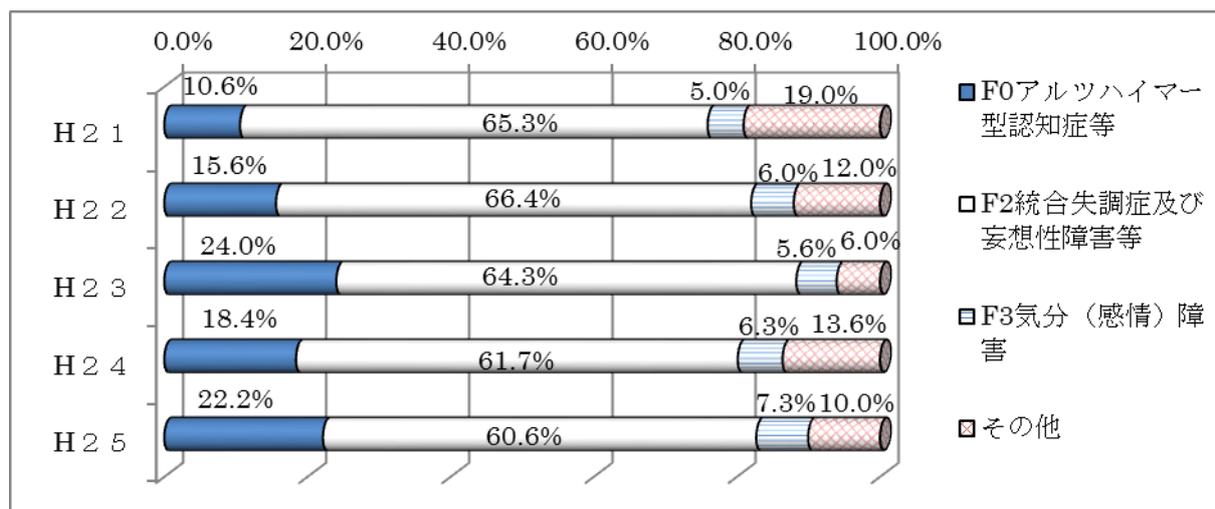
4. 考察

保健医療計画進捗管理や精神科実地指導には、年次別・病院別の 630 調査データが必要であった。保健所単位のデータ分析は、情報公開を前提とする「心のケア会議」などの関係者の協議の場では活用できたが、協議資料として「平均在院日数」、「精神科病院概要」、「精神保健福祉手帳所持者数」、「自立支援医療費受給者数」、「地域援助事業者」などのデータは 630 調査からは入手できなかった。

(別添1)

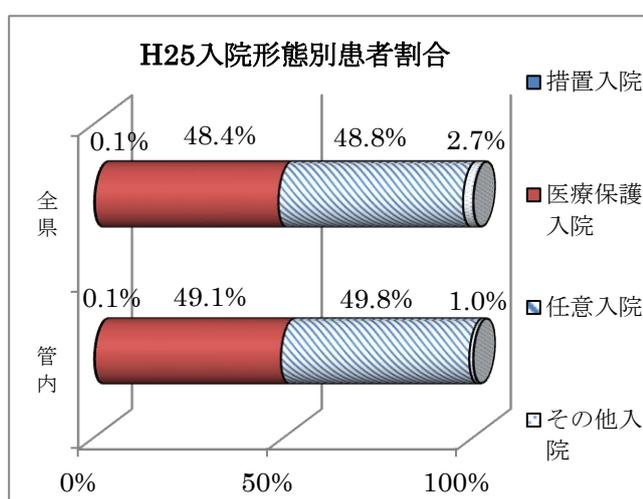
I. 精神科実地指導に係るデータ分析

1. 疾患分類別の在院患者数(割合)

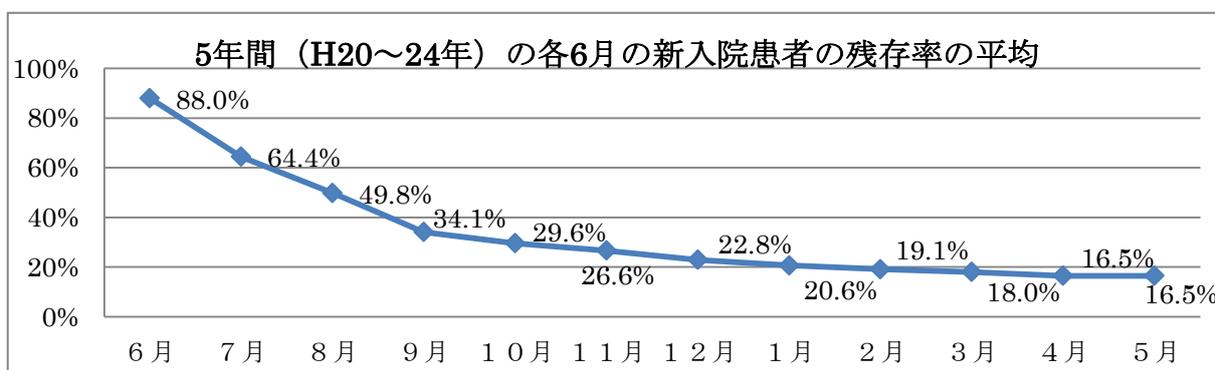


2. 入院形態別の在院患者数(割合)

	H23	H24	H25
措置入院	1	1	1
医療保護入院	376	354	379
任意入院	395	397	384
その他入院	9	8	8
管内計	781	760	772
県計	10,760	10,792	10,568

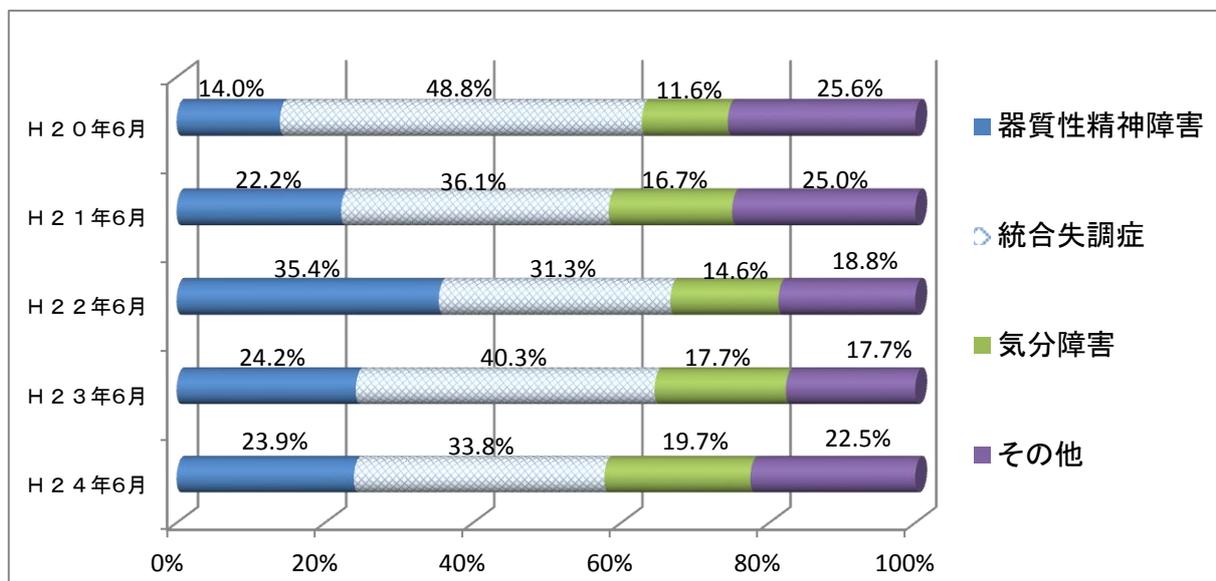


3. 新入院患者の期間別残存率

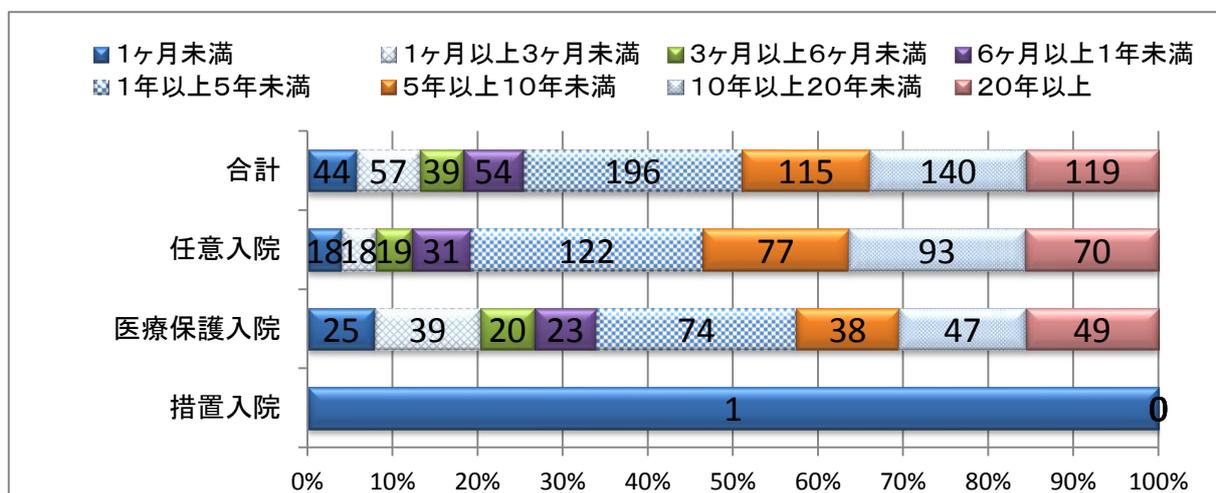


4. 疾患分類別の退院患者数(割合)

	H20年6月	H21年6月	H22年6月	H23年6月	H24年6月
器質性精神障害	6	8	17	15	17
統合失調症	21	13	15	25	24
気分(感情)障害	5	6	7	11	14
その他	11	9	9	11	16
計	43	36	48	62	71



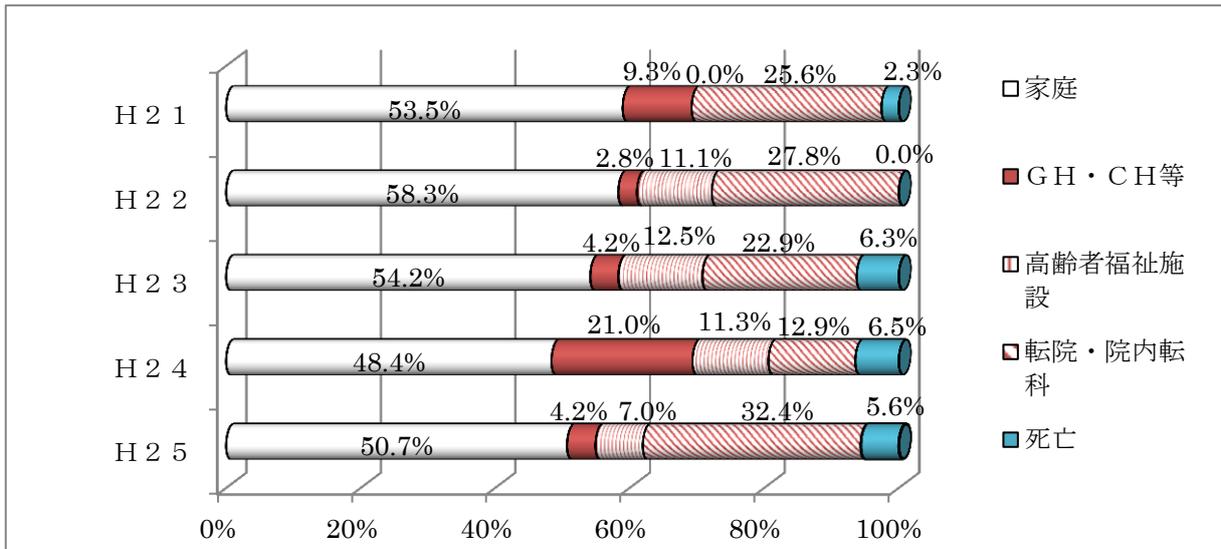
5. 入院形態別・在院日数別の在院患者数(H23年6月30日現在)



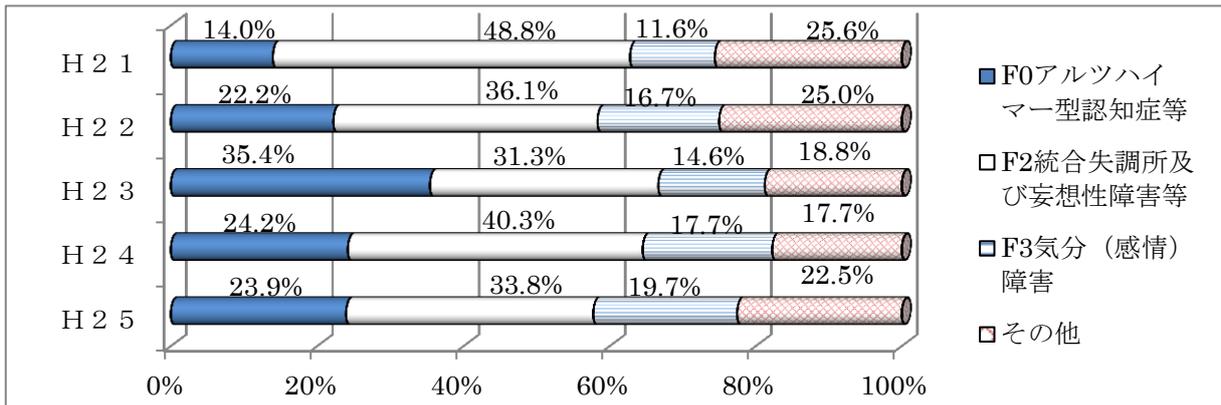
(別添2)

II. 地域移行・地域定着に係るデータ分析

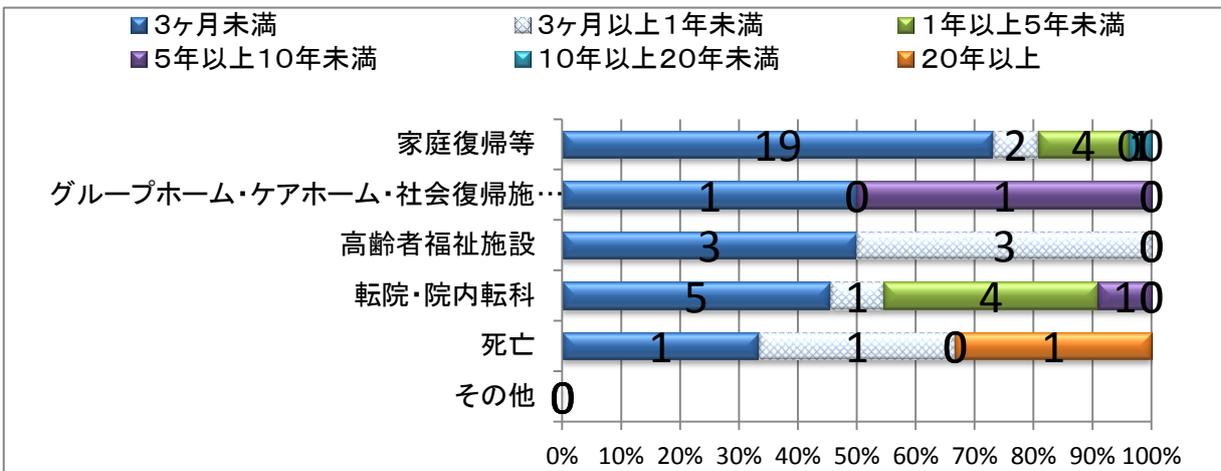
1. 退院先別の退院患者数(割合)



2. 疾患分類別の退院患者数(割合)



3. 退院先別・在院日数別の退院患者数(H23年6月退院患者62人退院先)



4. 精神科デイケアの疾患分類別・年齢別患者数

	20歳 未満	20～40 歳未満	40～65 歳未満	65～75 歳未満	75歳 以上	計	
						人	%
アルツハイマー型認知症等			3			3	3.7
統合失調症及び妄想性障害等		25	33	5		63	76.8
気分(感情)障害			4	1		5	6.1
その他		4	7			11	13.4
計	0	29	47	6	0	82	100.0

5. 精神科訪問看護の疾患分類別・年齢別患者数

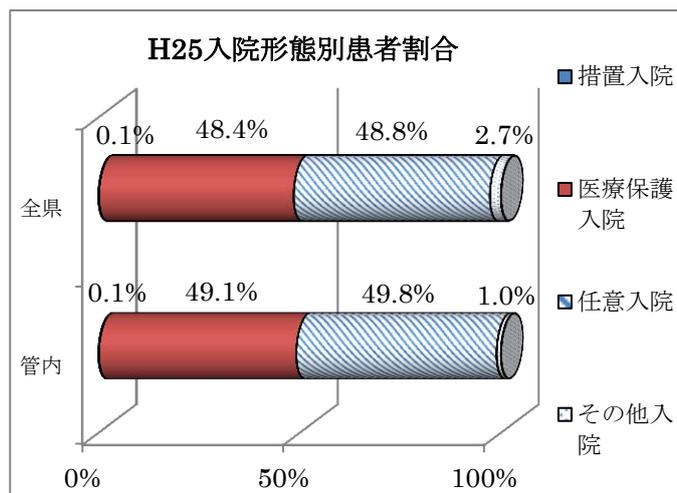
	20歳 未満	20～40 歳未満	40～65 歳未満	65～75 歳未満	75歳 以上	計	
						人	%
アルツハイマー型認知症等			1	2	1	4	3.4
統合失調症及び妄想性障害等		18	45	11	2	76	66.1
気分(感情)障害		3	3	4	5	15	13.1
その他		8	6	5	1	20	17.4
計	0	29	55	22	9	115	100.0

(別添3)

Ⅲ. 保健医療計画進捗管理に係るデータ分析

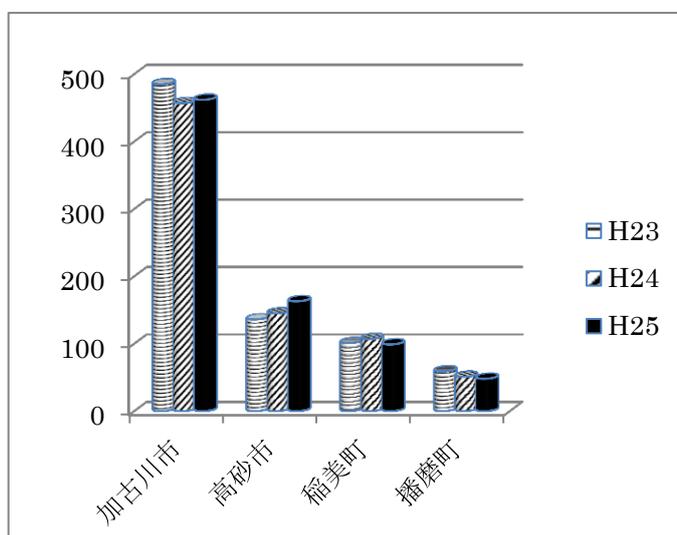
1. 入院形態別の在院患者数(割合)

	H23	H24	H25
措置入院	1	1	1
医療保護入院	376	354	379
任意入院	395	397	384
その他入院	9	8	8
管内計	781	760	772
県計	10,760	10,792	10,568

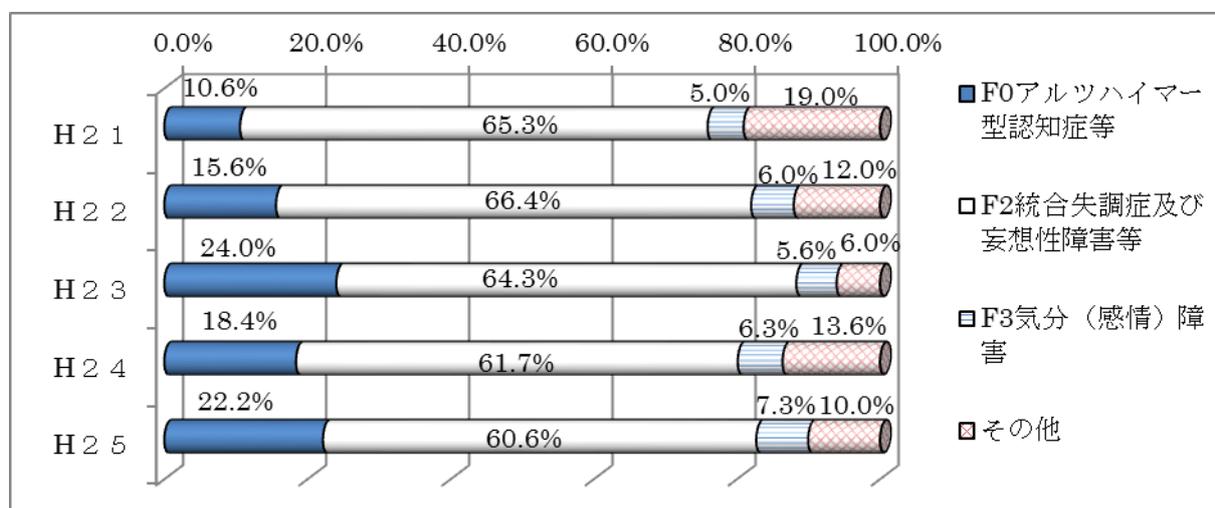


2. 市町別の在院患者数

	H23	H24	H25
加古川市	485	457	462
高砂市	136	145	163
稲美町	101	107	99
播磨町	59	51	48
管内計	781	760	772
県計	10,760	10,792	10,568



3. 疾患分類別の在院患者数(割合)



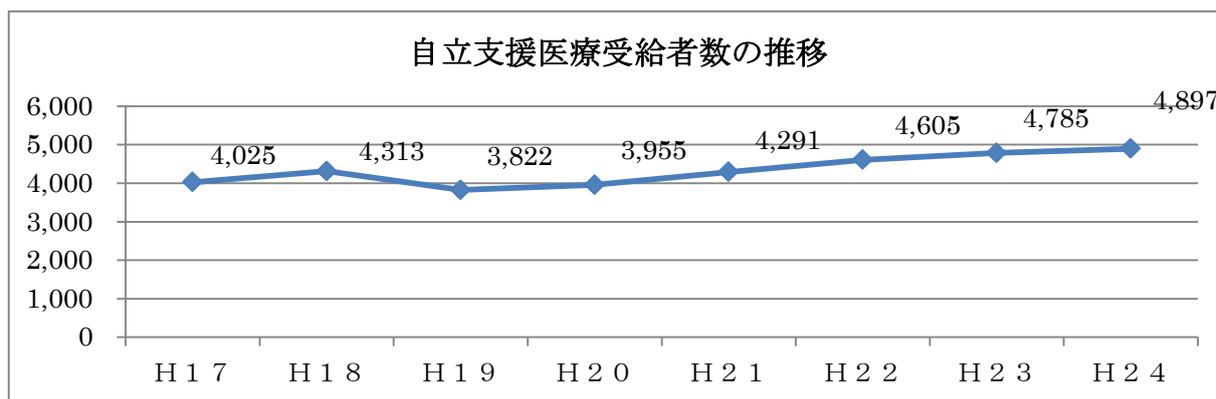
4. 月平均の新入院・退院患者数及び精神科病院・病床数

	24年度
病床数	783
月末在院患者数平均	759.6
月平均新入院患者数	52.7
月平均退院患者数	51.7
月平均外来患者数	3320.7

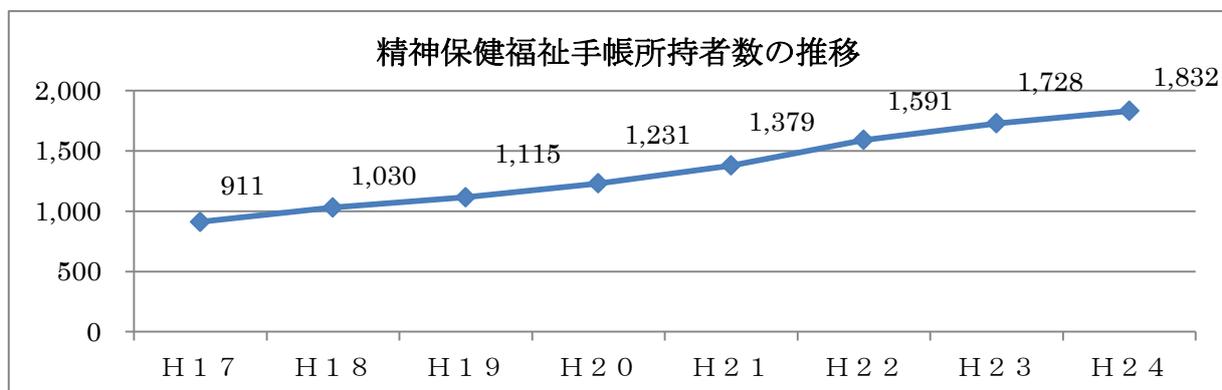
病院区分	25年度
精神科単科	2
応急入院指定	2
医療観察法指定	外来2
精神科救急	2
合併症治療施設	なし

病床区分	25年度
精神科病床一般	452
精神科急性期	45
精神科療養	227
認知症治療	59
終日閉鎖	557

5. 自立支援医療受給者数



6. 精神保健福祉手帳所持者数



Ⅱ 事業報告

4. 精神科医療と地域ケアの 連携フォーラム開催



平成26年2月8日(土)

兵庫県医師会館

プログラム

14:00～16:50

14:00～【開 会】

全国保健所長会副会長 宇田英典

14:03～【基調講演】

演題：「精神保健福祉法改正を踏まえた今後の精神保健医療対策の動向」

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

法令企画係長 福田夏樹

14:53～【研究班報告】

平成 25 年度地域保健総合推進事業報告

分担事業者 奈良県葛城保健所 山田全啓

15:07～【パネルディスカッション】

テーマ： 「精神科医療と地域ケアの連携を目指して」

コーディネーター：奈良県立医科大学地域健康医学講座教授 車谷 典男

コメンテーター：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

精神保健計画研究部長 竹島 正

パネリスト：

○ 京都府立洛南病院長

山下 俊幸

○ 社会福祉法人巣立ち会理事長

田尾 有樹子

○ NPO 法人自立支援センターふるさとの会相談室ふらっと

コーディネーター 的場 由木

○ 長崎県県央保健所長

大塚 俊弘

16:47～【閉 会】

日本精神科病院協会 常務理事 森 隆夫

25年度精神科医療と地域ケアの連携フォーラム開催要領

1. 目的

平成25年6月13日精神保健福祉法の一部改正があり、平成26年4月1日から「保護者制度の見直し」や「医療保護入院の見直し」等が実施される予定である。同時に、精神障害者医療確保指針が検討され、「精神病床の機能分化」や「精神障害者の居宅における保健医療福祉サービスの提供」等について記載し、精神障害者の長期入院解消と、地域移行・地域定着を一層推進することとなった。

全国保健所長会研究班では、精神障害者の予防から治療、在宅療養に至る一連の経過を関係機関の連携のもと円滑に支援する方法について検討し、特に退院後、関係機関が連携し地域で見守りをすることで精神障害者が地域で生活することを可能にするための医療・介護連携について協議してきた。

今回、これらの知見に基づいて、精神障害者を地域で支えるために、実際に、保健医療福祉関係者が一同に会して理解と認識と連携を深め、より良い支援体制を構築することを目的として、本フォーラムを開催する。

2. 主催： 地域保健総合推進事業 精神科医療と地域ケアとの連携推進事業 研究班

後援： 全国保健所長会、日本公衆衛生協会、日本精神科病院協会

3. 日時： 平成26年2月8日（土） 14:00～16:50

4. 場所： 兵庫県医師会館2階大会議室（〒651-8555 兵庫県神戸市中央区磯上通6丁目1番11号）

5. 対象： 都道府県精神担当課、保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関、訪問看護ステーション、地域生活支援センター、相談支援事業所、地域包括支援センター等 関係者（約250人）

6. 内容：

1) 開会挨拶 全国保健所長会副会長 宇田英典

2) 基調講演

テーマ：「精神保健福祉法改正を踏まえた今後の精神保健医療対策の動向」

演者： 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 企画法令係長 福田夏樹
座長 兵庫県加古川保健所長 高岡道雄

3) 研究班報告 分担事業者 奈良県葛城保健所長 山田全啓

4) パネルディスカッション

テーマ：「精神科医療と地域ケアの連携を目指して」

パネラー： ○京都府立洛南病院長 山下俊幸

○社会福祉法人巣立ち会理事長 田尾有樹子

○NPO 法人自立支援センターふるさとの会相談室ふらっとコーディネーター 的場由木

○長崎県県央保健所長 大家俊弘

— ディスカッション —

コメンテーター： 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部長 竹島 正

コーディネーター： 奈良県立医科大学地域健康医学講座教授 車谷 典男

5) 閉会挨拶 日本精神科病院協会 常務理事 森隆夫

7. 参加申し込み

参加希望の方は、平成26年2月4日（火）までに、別添申し込み用紙により、下記宛E-mail又はFAXでお申し込み下さい。

申し込み先
地域保健総合推進事業 精神科医療と地域ケアとの連携推進事業班 事務局 宛
〒635-8508 奈良県大和高田市大中98-4 奈良県葛城保健所 山田全啓
電話 0745-22-1701 FAX 0745-23-8460
E-mail: A070520@office.pref.nara.lg.jp (所属メール)

1) 基調講演

テーマ：「改正精神保健福祉法の施行と今後の動向」

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

精神・障害保健課 法令企画係長 福田夏樹

座長 兵庫県加古川保健所長 高岡道雄

改正精神保健福祉法の施行と 今後の動向

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

精神保健福祉法の改正

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
* 配偶者、親権者、扶養義務者、後见人又は保佐人。該当者がいない場合は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
 - ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
 - ・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
 - ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

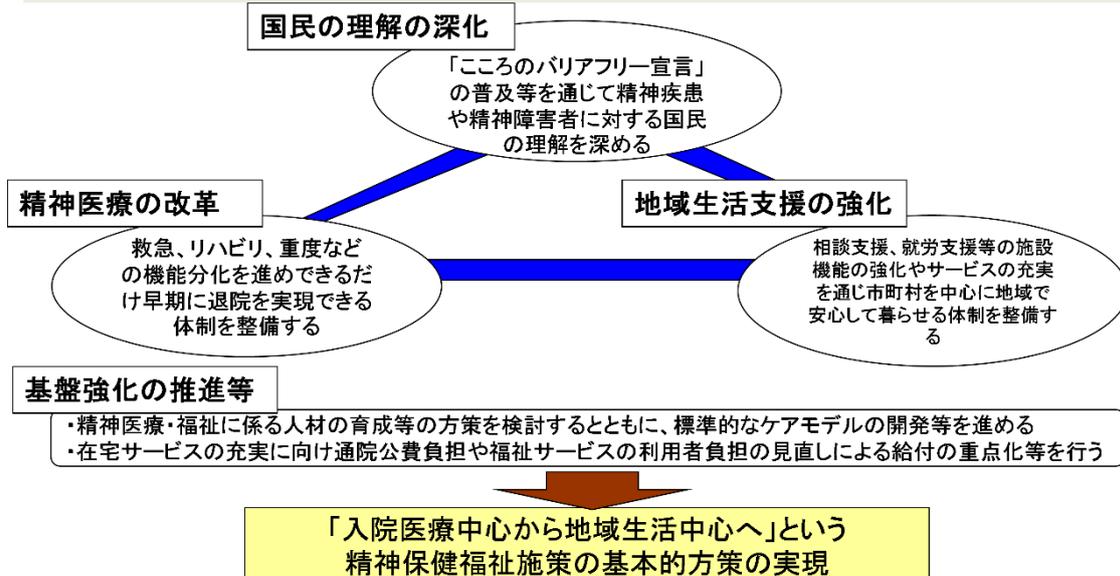
3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



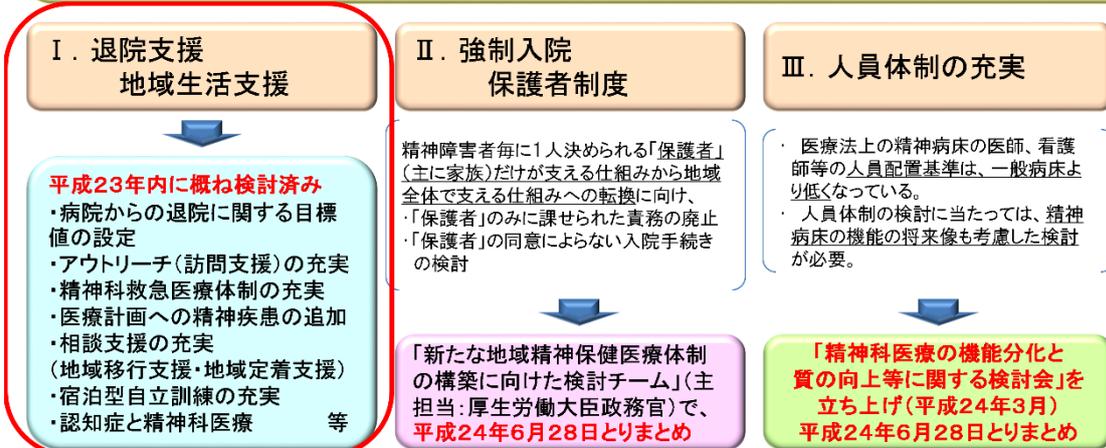
※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

精神保健医療福祉の充実に関する検討

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(平成22年6月29日閣議決定)(抜粋)

(4) 医療

- 精神障害者に対する**強制入院**、強制医療介入等について、いわゆる「**保護者制度**」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する**退院支援**や**地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- **精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。



精神医療福祉に関する取組(改訂版)

○ 平成22年閣議決定を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について検討を進め、以下の取組を行っている。

(★)「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。

I 地域移行、社会的入院の解消に向けた、病院からの退院に関する明確な目標値の設定

取組1 第3期障害福祉計画(都道府県)における**明確な目標値の設定**

II 地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備

◆医療面での支え

取組2 できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う**アウトリーチ(訪問支援)の充実**

取組3 夜間・休日の**精神科救急医療体制の構築**

取組4 医療機関の機能分化・連携を進めるため**医療計画に記載すべき疾病への追加**

◆福祉・生活面での支え(従来の障害福祉サービスの基盤整備に加え新たな取り組みとして)

取組5 退院や地域での定着をサポートする**地域移行支援、地域定着支援の創設**

取組6 **地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施**

◆認知症の方に対する支え

取組7 入院を前提とせず**地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備**

取組1

第3期障害福祉計画(都道府県)における
病院からの退院に関する明確な目標値の設定

- 精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めていくため、退院のさらなる促進に係る要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。

【着眼点1】1年未満入院者の平均退院率

→ 改革ビジョン以来の目標値(76%)を達成するためには、現在より7%相当分引き上げることが必要であり、「平成26年度における平均退院率を、現在より7%相当分増加させる」ことを指標とする。

【着眼点2】5年以上かつ65歳以上の退院者数

→ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにするためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要であり、第3期計画期間では「平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、現在よりも20%増加させる」ことを指標とする。

【基本指針の見直しに関する参考資料】

第55回社会保障審議会障害者部会 資料3

(参考①)第4期(H27~H29)計画に係る基本指針(案):主なポイント

<計画の作成プロセスに関する事項>

PDCAサイクルの導入
「成果目標」「活動指標」の見直しと明確化、各年度の
中間評価、評価結果の公表等

<個別施策分野①:成果目標に関する事項>

福祉施設から地域生活への移行促進
(継続)

精神科病院から地域生活への移行促進
(成果目標の変更)

地域生活支援拠点等の整備
(新規)

福祉から一般就労への移行促進
(整理・拡充)

<個別施策分野②:その他>

障害児支援体制の整備
(新規)

計画相談の連携強化、研修、虐待防止等

(参考③) 成果目標と活動指標の関係
(成果目標)

第55回社会保障審議会障害者部会 資料3

(活動指標)

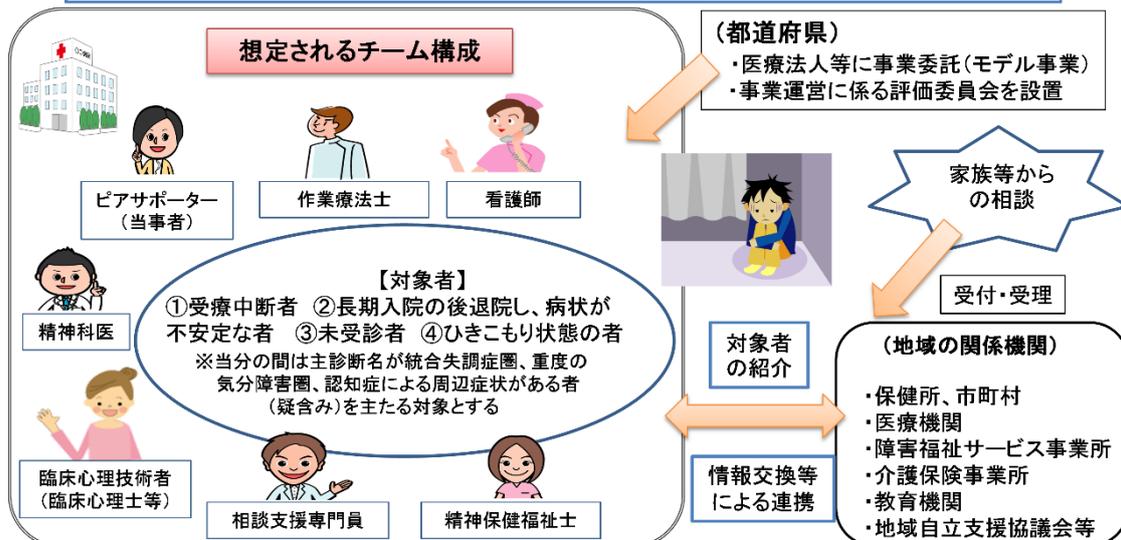


取組2

精神障害者アウトリーチ推進事業(平成23年度～)のイメージ

平成25年度予算額
6.8億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



【特徴】・医療や福祉サービスにつなげていない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

取組3

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

平成23年9月30日

【現状と課題】

- ① 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ② 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ③ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ④ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況(平成22年度は暫定値)

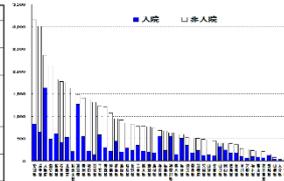


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【今後の対策】

【1】都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
 - 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
 - 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日でも対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 等

【2】身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル: 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
 - 並列モデル: 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 等

【3】評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

取組4

医療機関の機能分化・連携を進めるため 医療計画に記載すべき疾病への追加

- 精神疾患の患者数が、現行の「4疾病」の患者数よりも多くなっていること等を踏まえ、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、**地域において求められる医療機能、各医療機関等の機能分担や連携体制を明確化、各都道府県における精神疾患に関する医療提供体制の整備を進める。**

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2) 医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

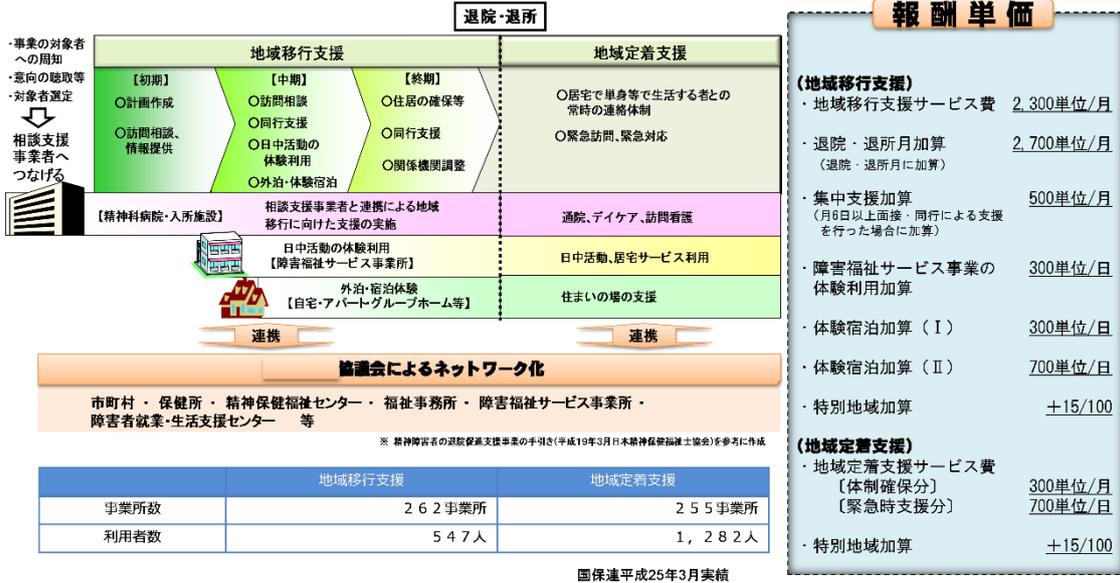
- ① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ③ 症状が多岐にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制を構築すること。
- ⑤ 医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

取組5

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

- 地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。
- 地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



取組6

宿泊型自立訓練の地域移行・地域支援機能の強化

改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは**宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスやショートステイの事業等を組み合わせ実施しやすくするとともに、新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を組み合わせ実施すること**等により、病院・入所施設からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

～H24.3.31

H24.4.1～

改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

精神障害者生活訓練施設、知的障害者通勤寮など旧体系施設

(昼夜を通じた社会復帰のため訓練等)

※旧体系施設については、平成24年4月から新体系へ移行

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点等から**宿泊型自立訓練の規制を見直し**

- 標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等
 - ・長期入院していた者等の減額単価(162単位)の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
 - ・支給決定プロセスの見直しに伴い、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- 短期入所を行う場合の要件緩和(空床の利用)
 - ・宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、基準を見直し。
- 看護職配置加算の創設
 - ・医療的な支援を充実させるため、看護職員の配置を評価する加算を創設。

宿泊型自立訓練

(夜間における地域生活のための訓練等)
※看護職の配置を評価

+ 事業者の選択により、次のサービスを組み合わせ実施

日中活動サービスの実施

(自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型など)

ショートステイの実施

(再入院の予防・悪化時の受け入れなど)

地域移行支援・地域定着支援の実施

(新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など)

連携

★相談支援の充実

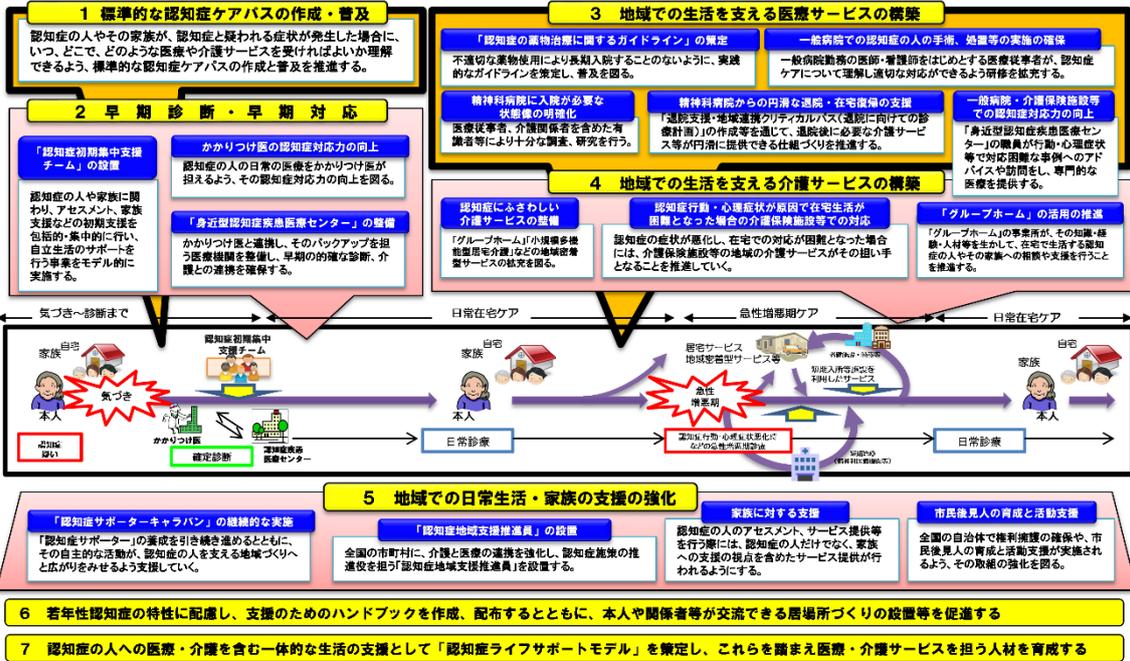
- ・ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画を重視
- ・相談支援体制の強化(地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)など

取組7

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標—ケアの流れを変える—

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らしていることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。



精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）
- 精神科病床の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神科医療の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神科病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的にいき、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神科病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



- 3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 3か月～1年未満について、医師は現在の精神科病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 重度かつ慢性について、調査研究等を通じて患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。
- 精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

- 現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。
医師は現在の精神科病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。
さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

○厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

第41条 厚生労働大臣は、精神障害者の障害の特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(以下この条において「指針」という。)を定めなければならない。

2 指針に定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病床(病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。)の機能分化に関する事項
- 二 精神障害者の居宅等(居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。)における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項
- 三 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
- 四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

(略)

18

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会

1. 趣旨

第183回国会で成立した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律により新たに策定することとされた精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(厚生労働大臣告示。以下「指針」という。)に記載すべき内容等について、有識者、関係者の参集を得て検討を行う。

2. 検討事項

(1) 以下の指針の内容に関する事項

- ①精神病床の機能分化に関する事項
- ②精神障害者の居宅等における保健医療サービスおよび福祉サービスの提供に関する事項
- ③精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
- ④その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

(2) その他精神保健医療福祉に関する事項

19

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定予定。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に推進する。結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。
- 急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員は一般病床と同等の配置を目指す。
- 在院期間が1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

20

検討会における精神病床の転換に関する議論の経緯について

- 長期入院患者に対する医療の提供のあり方を含む精神科医療のあり方について、「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で、議論を行った。
 - 第6回、第7回の検討会で、精神病床の居住系施設への転換について議論が行われ、賛否両論ありながらも、検討を行うことについては、各構成員の意見が一致した。
- ※ 従前から精神病床の転換は、病院による患者の囲い込みを招き、地域生活への移行を阻害するとの意見もある。

第6回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等検討会 岩上構成員提出資料
(抜粋の上、太字下線部分を加工)

- ・重度かつ慢性以外の入院期間が1年を超える長期在院者への支援
長期在院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえたうえで、病棟転換型居住系施設、例えば、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換について、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とは言えないまでも、病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬことには大きな違いがある。

- 指針において、以下下線部分の記載を追加し、当該記載に基づく検討課題については、検討会の下に議論を行うための場を設け、本年、検討予定。

【精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案(抜粋)】(平成25年12月18日とりまとめ)

- ・機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。結果として、精神病床は減少する。また、こうした方向性を更に進めるため、地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等での適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療体制の整備及び充実並びに地域医療連携を推進する。
- 治療中断者等が地域で生活するために必要な医療を受けられるようアウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を推進する。
- 在宅の精神障害者の症状の急な増悪等に対応できるよう24時間365日対応できる医療体制の確保や身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保等により、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で必要と認められた身体疾患に対する医療について適切に提供できるよう、一般の医療機関との連携を強化する。
- 保健所や精神保健福祉センター等における相談や訪問支援を通して、早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備と関係機関の連携を進める。
- 障害福祉サービス事業を行う者等と医療機関との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

22

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

23

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、また、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮する。
- 自殺(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりを推進する。

24

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」における議論

【保護者制度の見直し】

- 家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっており、本人と家族の関係が様々で必ずしも保護者が本人の利益保護を行えるとは限らない等の理由から、原則として削除する。

【医療保護入院制度の課題】

- 精神障害者の入院には、任意入院、措置入院、医療保護入院の形態が設けられている。
- このうち、自らが病気であるという認識をもたない患者等に対して行われている現行の医療保護入院は、
・保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり入院が長期化しやすい、
・本人の意思に反した判断となるため、本人と保護者の間にあつれきが生まれやすく保護者の負担となっている、

といった問題があり、特に精神障害当事者や家族から長く見直しが求められてきた。

【今後の方向性】

- 医療保護入院について、保護者の同意によらず、精神保健指定医の判断での入院とする一方、
 - ① 早期退院を目指した手続きとする
 - ② 入院した人は自分の気持ちを代弁する人を選べることとする等、入院後の手続きを強化することにより、権利擁護を図る。

26

◆医療保護入院時に保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかどうかとの論点

- 医療におけるインフォームドコンセントが重要視される中、患者に寄り添う家族の承諾なしに、医師のみの判断で同意能力のない者への医療が提供できるのか？
- 一般の医療において、同意能力のない者の代諾の役割は家族が担っている。
- 患者の権利擁護の観点から、指定医1名の診断のみで強制的入院が許されるか？
- 措置入院が指定医2名、医療保護入院が指定医1名の診断となることの妥当性。
- 保護者制度は、監禁罪との関係で、その違法性を阻却するために制度化された。

検討

- 検討チーム・作業チームでは、保護者による同意を削除する以上、**精神保健指定医1名の診断のほかに誰かの同意が必要ではないか**との意見があった。
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、別の精神保健指定医による診断が必要とする意見（すなわち、精神保健指定医2名による診断が必要とする意見）
 - ・ 入院してから一定期間内に、別の精神保健指定医又は別の医師（病院の管理者等）による診断が必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、地域支援関係者の同意又は関与を必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断のほかに、裁判所による承認が必要とする意見^(※1)
- これに対しては、以下のような意見があった。
 - ・ 入院の判断を厳しくするよりも、入院をさせた上で適切な医療を提供し、早期に退院させることを目指すべき。
 - ・ 医療に関しては医師が全責任を負っており、その法的責任を免れることはできず、医師以外の誰かの同意がなければ入院させられないということはない。
 - ・ 新たに誰かの同意を必要とすれば、入院の必要性がある場合でも、保護者が同意しなければ適切な医療に結びつかないという医療保護入院の制度的課題を解決できない。
 - ・ 現に医療保護入院者数が年に14万人に上っている現状、精神保健指定医や地域支援関係者の確保の面から、こうした仕組みの導入は現実的ではない。

27

医療保護入院の手続きについて改正精神保健福祉法の規定

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告書（平成24年6月28日）

- 医療保護入院について、**保護者の同意によらず、精神保健指定医1名の判断での入院とする。**一方で、
 - ① 早期退院を目指した手続きとする
 - ② 入院した人は自分の気持ちを**代弁する人を選ぶ**こととする等、入院後の手続きを強化することにより、権利擁護を図る。

「改正精神保健福祉法」（平成25年6月13日成立）

- 医療保護入院における**保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意と、精神保健指定医1名の判断を要件とする。**また、精神科病院の管理者に、**退院促進のための体制整備を義務づけた。**

* 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長

※「代弁者」について

「検討チーム」の報告では、**入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする「代弁者（アドボケーター）」を選ぶことができる仕組みを導入すべき、**とされたが、「代弁者」の実施主体、活動内容等について様々な意見があることから、今回の法改正には盛り込まず、具体化に向けた調査・研究を行っていくこととした。

28

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族になる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
- ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等

- 医療保護入院者の退院促進に関する措置は、医療保護入院が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう講じるもの。
- 本措置は、法令上は医療保護入院者のみを対象として講じる義務が課されているものであるが、その他の入院形態の入院患者の早期退院のためにも有効な措置であることから、任意入院者等の医療保護入院者以外の入院形態による入院者にも同様の措置を講じることにより退院促進に努めていただきたい。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途と勘案し、医療保護入院における在り方、入院中の処遇、退院等に加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

精神科病院の管理者の責務(1)

- 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置

第33条の4 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、**精神保健福祉士**その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、**退院後生活環境相談員を選任**し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

退院後生活環境相談員の選任

1. 退院後生活環境相談員の責務・役割

- (1) 退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たすことが求められること。
- (2) 退院に向けた取組に当たっては、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関を含む院外の機関との調整に努めること。
- (3) 医療保護入院者の支援に当たっては、当該医療保護入院者の意向に十分配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。
- (4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること。

2. 選任及び配置

- (1) 退院に向けた相談を行うに当たっては、退院後生活環境相談員と医療保護入院者及びその家族等との間の信頼関係が構築されることが重要であることから、その選任に当たっては、医療保護入院者及び家族等の意向に配慮すること。
- (2) 配置の目安としては、退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当すること(常勤換算としての目安)とし、医療保護入院者1人につき1人の退院後生活環境相談員を入院後7日以内に選任すること。兼務の場合等については、この目安を踏まえ、担当する医療保護入院者の人数を決めること。

3. 退院後生活環境相談員として有するべき資格

- ①精神保健福祉士
- ②看護職員(保健師を含む。)、作業療法士、社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者(ただし、平成29年3月31日までの間については、研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。)

4. 業務内容

- (1) 入院時の業務
医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。
 - ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
 - ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり(地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等)
- (2) 退院に向けた相談支援業務
 - ア 医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じるほか、退院に向けた意欲の喚起や具体的な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努めること。
 - イ 医療保護入院者及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録をすること。
 - ウ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること。

- (3) 地域援助事業者等の紹介に関する業務
- ア 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
 - イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
 - ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。
- (4) 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務
- ア 医療保護入院者退院支援委員会の開催に当たって、開催に向けた調整や運営の中心的役割を果たすこととし、充実した審議が行われるよう努めること。
 - イ 医療保護入院者退院支援委員会の記録の作成にも積極的に関わることが望ましいこと。
- (5) 退院調整に関する業務
- 医療保護入院者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。
- (6) その他
- 定期病状報告の退院に向けた取組欄については、その相談状況等を踏まえて退院後生活環境相談員が記載することが望ましいこと。

5. その他

- (1) 医療保護入院者が退院する場合において、引き続き任意入院により当該病院に入院するときには、当該医療保護入院者が地域生活へ移行するまでは、継続して退院促進のための取組を行うことが望ましいこと。
- (2) 医療保護入院者の退院促進に当たっての退院後生活環境相談員の役割の重要性に鑑み、施行後の選任状況等を踏まえて、退院後生活環境相談員として有すべき資格等の見直しを図ることも考えられるため、留意されたいこと。

精神科病院の管理者の責務(2)

- 地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携

第33条の5 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、一般相談事業者若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第16項に規定する**特定相談支援事業**（第49条第1項において「特定相談支援事業」という。）を行う者、介護保険法第8条第23項に規定する居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者として厚生労働省令で定めるもの（次条において「**地域援助事業者**」という。）を紹介するよう努めなければならない。

地域援助事業者の紹介

1. 地域援助事業者の紹介の趣旨・目的

地域援助事業者の紹介は、医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行することができるよう、精神科病院の管理者の努力義務とされているものであり、必要に応じて紹介を行うよう努めること。

2. 紹介の方法

- (1) 地域援助事業者の紹介の方法については、書面の交付による紹介に限らず、例えば、面会による紹介（紹介する地域援助事業者の協力が得られる場合に限る。）やインターネット情報を活用しながらの紹介等により、医療保護入院者が地域援助事業者と積極的に相談し、退院に向けて前向きに取り組むことができるよう工夫されたいこと。
- (2) 紹介を行う事業者については、必要に応じて当該医療保護入院者の退院先又はその候補となる市町村への照会を行うほか、精神保健福祉センター及び保健所等の知見も活用すること。

3. 紹介後の対応

地域援助事業者の紹介を行った場合においては、退院後生活環境相談員を中心として、医療保護入院者と当該地域援助事業者の相談状況を把握し、連絡調整に努めること。

4. 地域援助事業者による相談援助

- (1) 地域援助事業者は、医療保護入院者が障害福祉サービスや介護サービスを退院後円滑に利用できるよう、当該地域援助事業者の行う特定相談支援事業等の事業やこれらの事業の利用に向けた相談援助を行うこと。
- (2) 医療保護入院者との相談に当たっては、退院後生活環境相談員との連携に努め、連絡調整を図ること。
- (3) 相談援助を行っている医療保護入院者に係る医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請があった場合には、できる限り出席し、退院に向けた情報共有に努めること。

精神科病院の管理者の責務(3)

○ 退院促進のための体制整備

第33条の6 精神科病院の管理者は、前2条に規定する措置のほか、厚生労働省令で定めるところにより、必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならない。

38

医療保護入院者退院支援委員会

1. 医療保護入院者退院支援委員会の趣旨・目的

医療保護入院者退院支援委員会(以下「委員会」という。)は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置。

2. 対象者

- ① 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの
- ② 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの
- ③ 在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの

※当該推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に委員会での審議を行うこと。

※入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載する推定される入院期間については、既に当該医療保護入院者の病状を把握しており、かつ、1年以上の入院期間が見込まれる場合(例えば措置入院の解除後すぐに医療保護入院する場合等)を除き、原則として1年未満の期間を設定すること。

※入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象としない場合は、具体的な理由(例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等)を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。

※既に推定される入院期間経過時点から概ね1ヶ月以内の退院が決まっている場合(入院形態を変更し、継続して任意入院する場合を除く。)については、委員会での審議を行う必要はないこと。

※平成26年3月31日以前に医療保護入院した者に対しては、病院の管理者が必要と認める場合に限り、委員会を開催することが可能(経過措置)。

3. 出席者

- ①主治医(主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医も出席)
- ②看護職員(当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
- ③退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤医療保護入院者本人(本人が出席を希望する場合)
- ⑥医療保護入院者の家族等(本人が出席を求めた場合であって、出席を求められた者が出席要請に応じるとき)
- ⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者(⑥と同様)

※③が②にも該当する場合は、その双方を兼ねることも可能であるが、その場合には、④の者であって当該医療保護入院者の診療に関わるものを出席させることが望ましい。

※⑦としては、入院前に当該医療保護入院者が通院していた診療所や退院後に当該医療保護入院者が診療を受けることを予定する医療機関等も想定。当該医療保護入院者に対し退院後生活環境相談員がこれらの者に対し出席を要請しなくてよいか確認する等、当該医療保護入院者の退院後の生活環境を見据えた有意義な審議ができる出席者となるよう努めること。

4. 開催方法

- (1)当該病院における医療保護入院者数等の実情に応じた開催方法で差支えない。

【例】月に1回委員会を開催することとし、当該開催日から前後2週間に推定される入院期間を経過する医療保護入院者を対象として、出席者を審議対象者ごとに入れ替えて開催
・推定される入院期間の経過する医療保護入院者がいる日に委員会で審議

- (2)開催に当たっては、十分な日時の余裕を持って審議対象となる医療保護入院者に委員会の開催について通知し(通知例:別添様式1)、通知を行った旨を診療録に記載すること。

当該通知に基づき3中⑥及び⑦に掲げる者に対する出席要請の希望があった場合には、当該希望があった者に対し、⑦委員会の開催日時および開催場所、①医療保護入院者本人から出席要請の希望があったこと、②出席が可能であれば委員会に出席されたいこと、③文書による意見提出も可能であること、を通知すること。

5. 審議内容

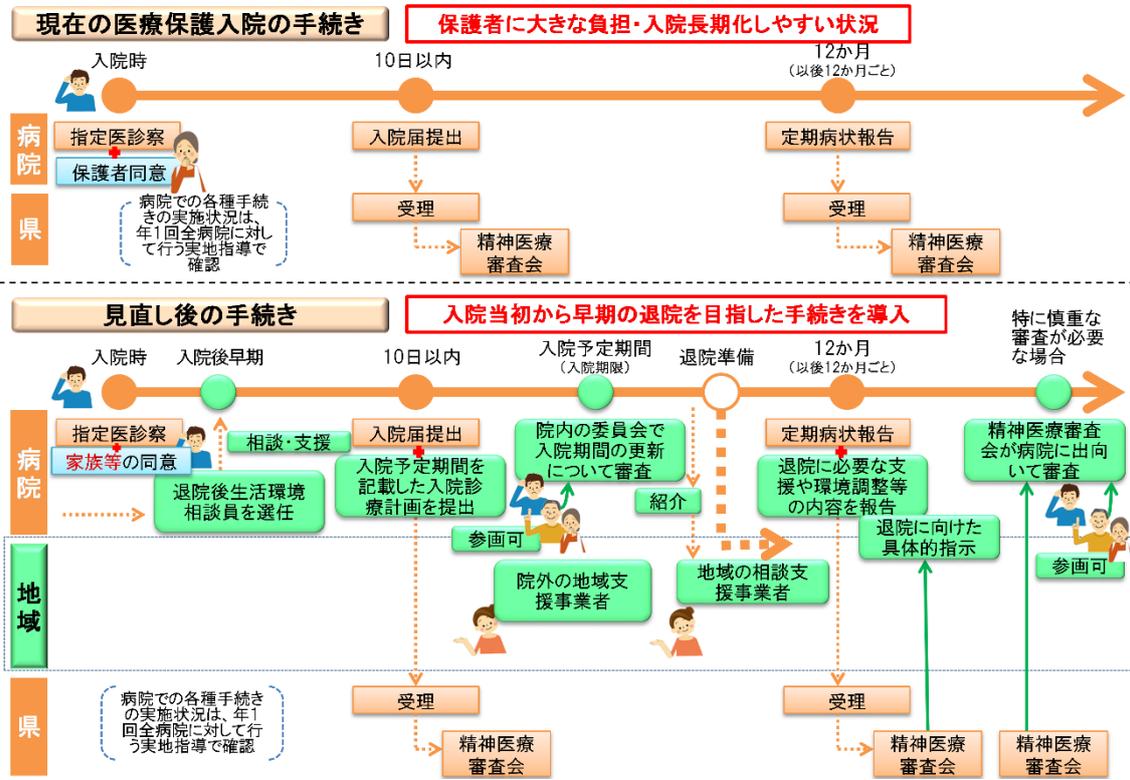
委員会においては、以下の3点その他必要な事項を審議

- ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組

6. 審議結果

- (1)委員会における審議の結果については、別添様式2(医療保護入院者退院支援委員会審議記録)に記載して記録するとともに、診療録には委員会の開催日の日付を記録することとする。
- (2)病院の管理者(大学病院等においては、精神科診療部門の責任者)は、医療保護入院者退院支援委員会の審議状況を確認し、医療保護入院者退院支援委員会審議記録に署名すること。また、審議状況に不十分な点がみられる場合には、適切な指導を行うこと。
- (3)審議終了後できる限り速やかに、審議の結果を本人並びに当該委員会への出席要請を行った③⑥及び⑦に掲げる者に対して別添様式3により通知すること。
- (4)委員会における審議の結果、入院の必要性が認められない場合には、速やかに退院に向けた手続をとること。
- (5)医療保護入院者退院支援委員会審議記録については、定期病状報告の際に、当該報告から直近の審議時のものを定期病状報告書に添付すること。

医療保護入院手続きの見直し(新旧の模式図) ※イメージ



各種様式等の作成・見直し

- 医療保護入院における家族の同意に関する運用の考え方 (+Q&A)
- 家族等の同意書
- 医療保護入院者退院支援委員会審議記録
- 退院後生活環境相談員
- 地域援助事業者
- 医療保護入院退院支援委員会
- 医療保護入院者の入院届
- 医療保護入院者の定期病状報告書
- 入院診療計画書 (医療法施行規則)

精神医療審査会に関する見直し(1)

① 精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

第14条 精神医療審査会は、その指名する委員5人をもって構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

2 合議体を構成する委員は、次の各号に掲げる者とし、その員数は、当該各号に定める員数以上とする。

- 一 精神障害者の医療に関し学識経験を有する者 2
- 二 精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者 1
- 三 法律に関し学識経験を有する者 1

45

精神医療審査会に関する見直し(2)

② 精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

(退院等の請求)

第38条の4 精神科病院に入院中の者又はその**家族等**(その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合にあつては、その者の居住地を所管する市町村長)は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

46

改正精神保健福祉法の施行事項

精神医療審査会の負担の軽減・機能強化

※平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）研究班の研究結果を受け、精神医療審査会運営マニュアルを改正

○退院等の請求について

- ・意見聴取等への予備委員の活用
- ・書面による意見聴取の活用
- ・意見聴取の必要性の整理（例. 同一案件について複数の者から請求があった場合）

○定期の報告等の審査について

- ・事前の書類審査による疑義事項の明確化

ご静聴ありがとうございました。



厚生労働省 精神・障害保健課

2) 研究班報告

平成 25 年度地域保健総合推進事業報告

分担事業者（奈良県葛城保健所長）

山田 全啓

事業目的及び内容

平成25年度精神保健福祉法の改正方針や平成24年度医療計画の見直し並びに障害者総合支援法における地域移行・地域定着支援事業の見直しを踏まえて、精神科医療のネットワーク化や地域ケアとの連携等が重視され、地域ケア（保健所等）側からの精神科医療への関与（質の確保、ネットワーク化、自立支援ケア計画作成など）とともに、精神科医療側からの地域ケアに対する意向も踏まえた精神科医療と地域ケアの連携づくりを推進する。

1. 精神科医療地域ケアパスの構築事業

- (1) 認知症に関する精神科医療地域ケアパス試案の改善
- (2) 統合失調症の退院支援を行う精神科医療地域ケアパス試案の作成

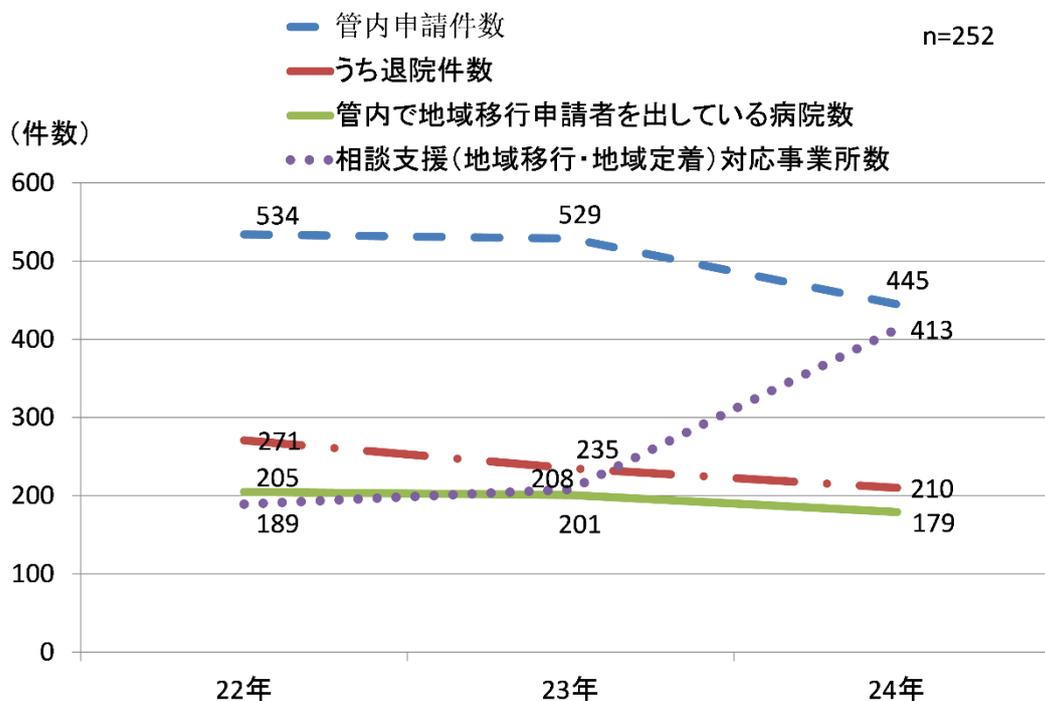
2. 精神科医療ネットワーク化推進事業

- (1) 精神保健福祉法改正後の保健所精神保健福祉対策に関する調査
- (2) 精神科医療と地域ケアの連携フォーラム開催

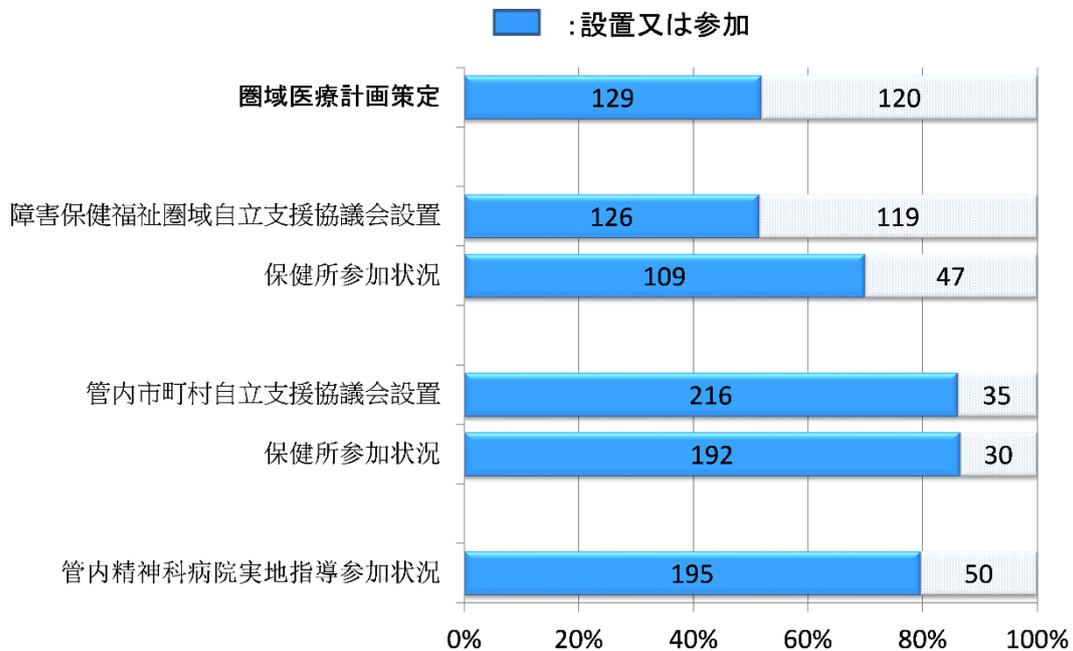
3. 医療計画精神疾患分野評価事業

- (1) 医療計画精神疾患分野評価
- (2) 630調査の活用方法についての検討

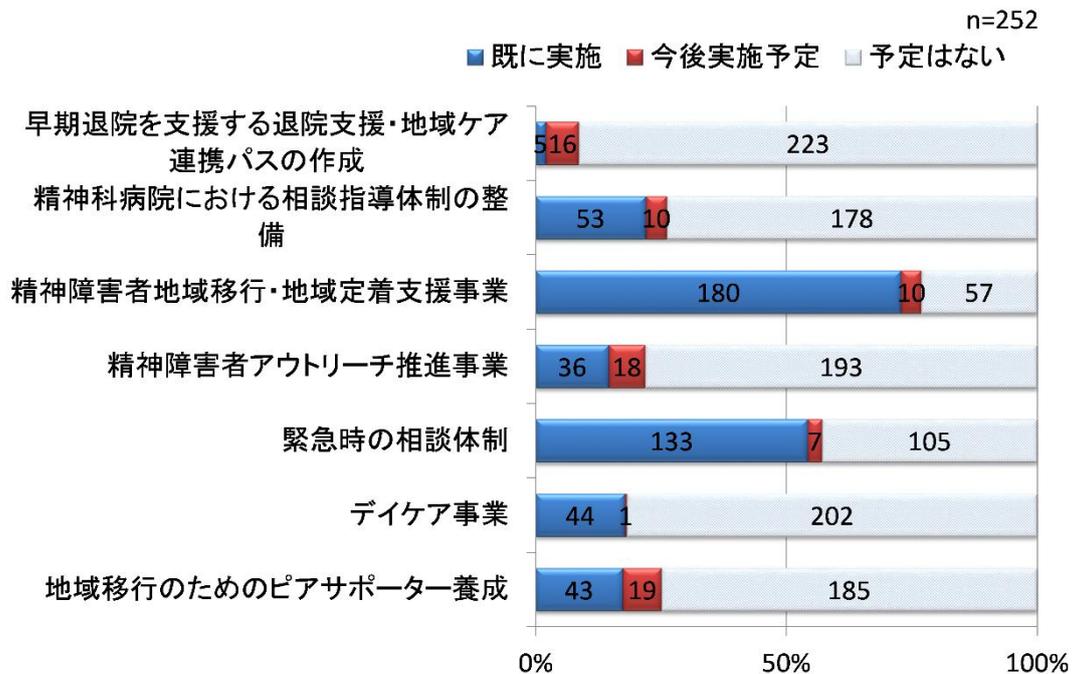
地域移行事業実績の推移



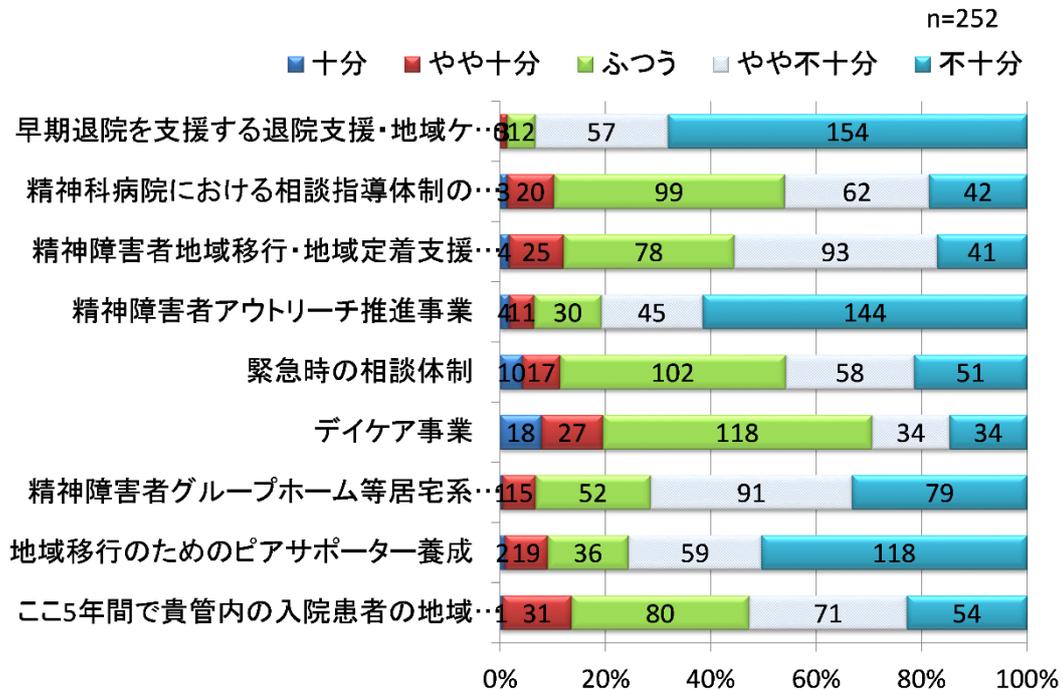
保健所管内の基本情報



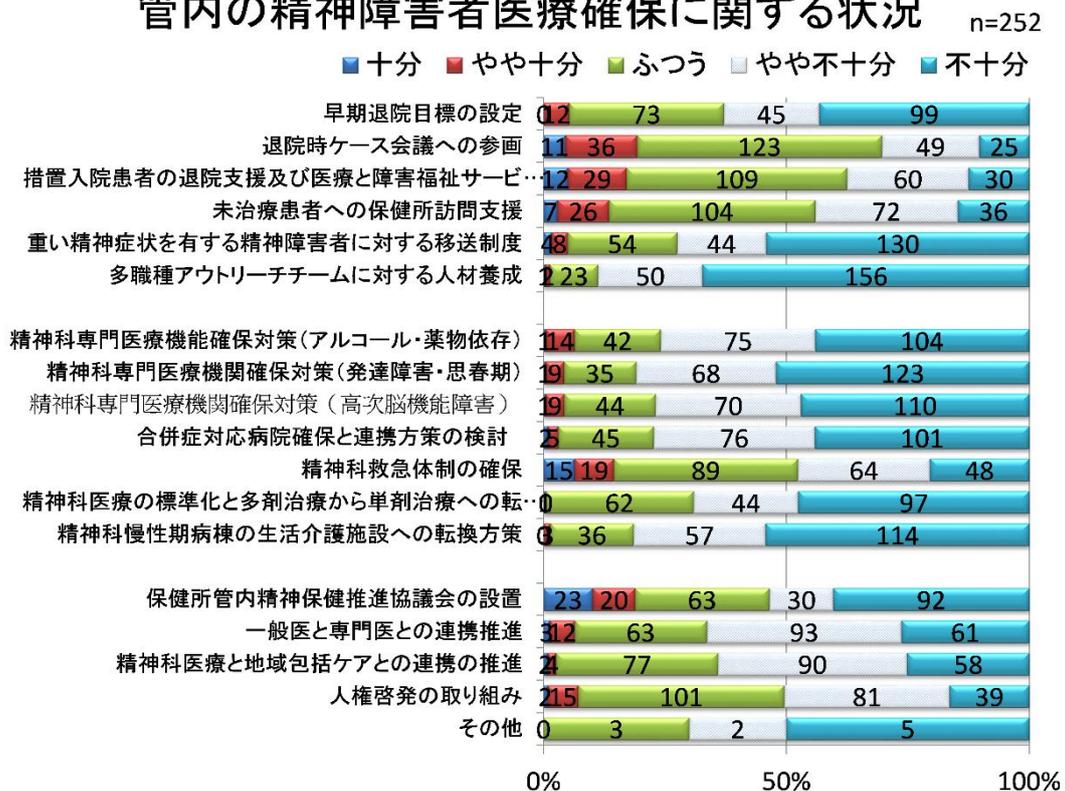
保健所精神保健事業実施状況



保健所管内精神保健福祉サービスの現状評価



管内の精神障害者医療確保に関する状況



地域移行の阻害要因・促進要因

在院長期化の直接的理由 (河野・竹島ら)	地域移行の関連要因(サービス) p<0.05
<ul style="list-style-type: none"> ● 患者自身の理由 <ul style="list-style-type: none"> 症状が改善せず (48.8%) 症状不安定 (36.0%) 身体疾患 (13.2%) 生活能力が回復せず (44.0%) ● 社会的理由 <ul style="list-style-type: none"> 家族の受け入れの問題 (51.5%) 退院先がみつからず (21.3%) ● その他 (3.5%) <p style="text-align: center;"> 阻害要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● デイケアの充実 ● アウトリーチ推進事業 ● 精神保健推進協議会設置 ● 精神科医療・地域包括ケア連携推進 ● 地域連携パス作成 ● ピアサポーターの養成 <p style="text-align: center;"> 促進要因の可能性？</p>

まとめ

1. 地域移行の課題

- ・地域の社会資源が不十分(グループホーム、デイケア、ケアホーム、居場所)
- ・個別給付後は相談支援事業所の病院への働きかけが不十分(人材養成)
- ・病院の意識に温度差
- ・地域移行生活支援検討会等を通じた保健所のリーダーシップ

2. 精神保健福祉法改正等による保健所機能強化

- ・保護者制度廃止に伴う公的機関の役割強化(市町村同意規定の明確化)
- ・地域移行支援に向けた医療と福祉サービスの連携強化とサービス利用計画策定支援
- ・精神科病院の地域移行推進と退院後の生活環境相談や指導の実施状況把握
- ・市町村生活支援強化と保健所の危機管理対応とコーディネーター的役割強化

3. 保健所は管内精神保健推進会議等により、デイケアをはじめ、訪問支援、相談支援等地域のサービスの調整を図るとともに、ケース会議や検討会議に積極的に関わり地域連携パス普及を含む精神科医療と地域ケアの連携を推進するとともに、ピアサポートの養成に取り組む必要がある。

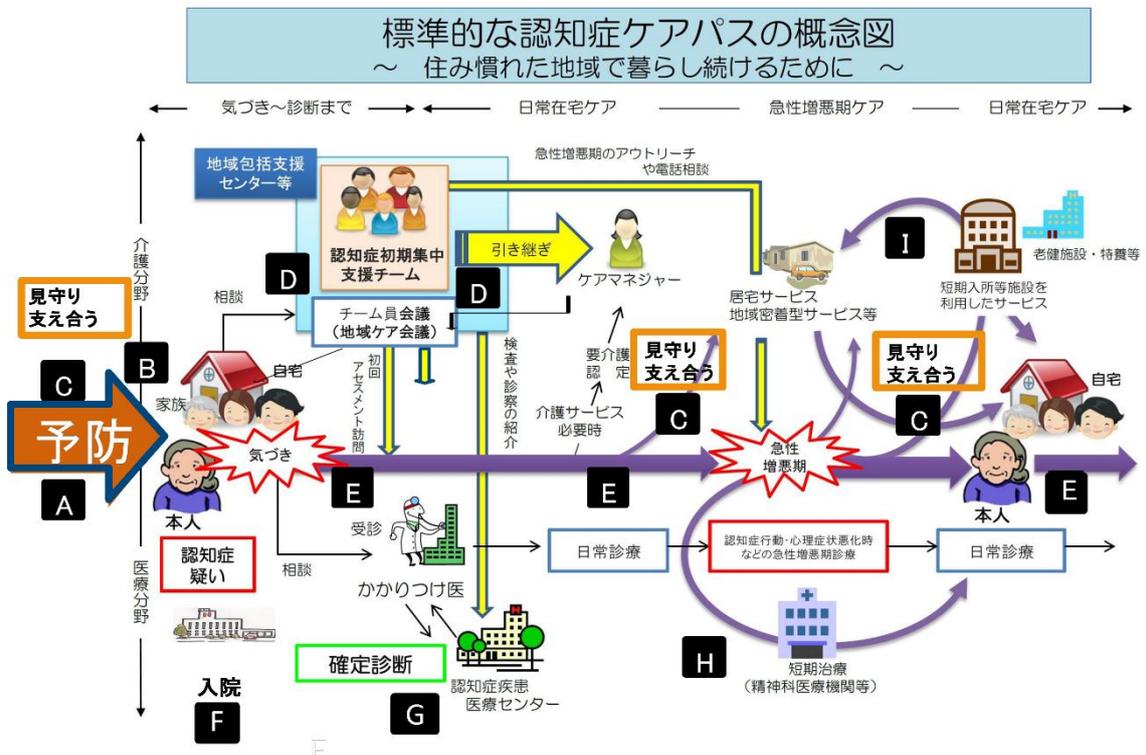
4. また、保健所は、630調査等を用いて精神科病院の現状を把握するとともに、精神保健推進会議等の資料として積極的に評価活用し、圏域保健医療計画に反映させる必要がある。

認知症地域連携パス(シート)



Hyogo Prefectural Rehabilitation Hospital at Nishi-Harima

Tatsuya Kakigi, MD, PhD



3) パネルディスカッション

テーマ： 「精神科医療と地域ケアの連携を目指して」

コーディネーター： 奈良県立医科大学地域健康医学講座

教授 車谷 典男

コメンテーター： 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

精神保健計画研究部長 竹島 正

パネリスト：

○ 京都府立洛南病院長

山下 俊幸

○ 社会福祉法人巣立ち会理事長

田尾 有樹子

○ NPO 法人自立支援センターふるさとの会相談室ふらっと

コーディネーター 的場 由木

○ 長崎県県央保健所長

大塚 俊弘



本日のアウトライン

- 1) 洛南病院の診療概要
- 2) 退院支援の取組状況
- 3) 当院の地域移行における課題
- 4) 研究班による地域連携パス調査結果
- 5) 今後の課題と試案の提示

これまでの取組

- 昭和20年6月 開院 京都府立精神病院
- 昭和25年9月 京都府立洛南病院
- 昭和60年11月 現病棟竣工式
-
- 平成14年4月 デイケア開設
- 平成14年7月 府南部精神科救急システム開始
- 平成15年10月 協力型臨床研修病院に指定
- 平成18年5月 思春期外来開始
- 平成18年6月 精神科救急入院料(スーパー救急)
- 医療観察法指定通院医療機関
- 平成22年7月 急性期治療病棟入院料(認知症)
- 平成23年10月 認知症疾患医療センター(地域型)
- 平成25年3月 電子カルテ導入(空床情報提供)
- 平成25年5月 若年性認知症外来及びデイケア

Kyoto Prefectural Rakunan Hospital
京都府立 洛南病院

3

病院概要

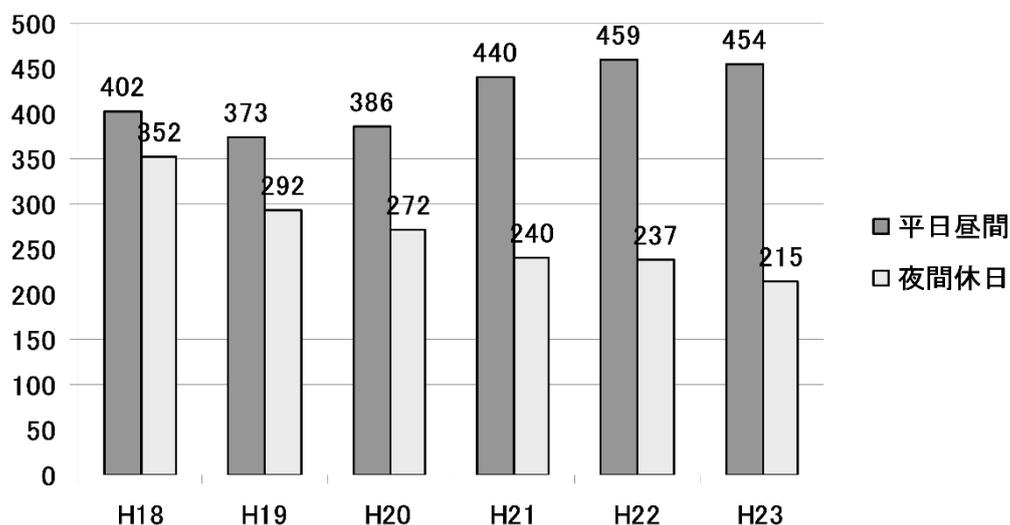
	平成25年3月末現在
病床数	256
入院:6病棟	救急(男)36、救急(女)36、認知症34 一般(男)50、一般(男女)49、開放51
医師数	14(内指定医11)+レジデント3
当直体制	1名+22時まで1名/金、土、日は2名
年間入院数	662
夜間、休日入院数	204
1日平均入院患者数	189
1日平均外来患者数	153
年間措置入院者数	40
年間応急入院者数	40
平均在院日数	103.8

Kyoto Prefectural Rakunan Hospital

京都府立 洛南病院

4

新入院患者数(時間帯別)



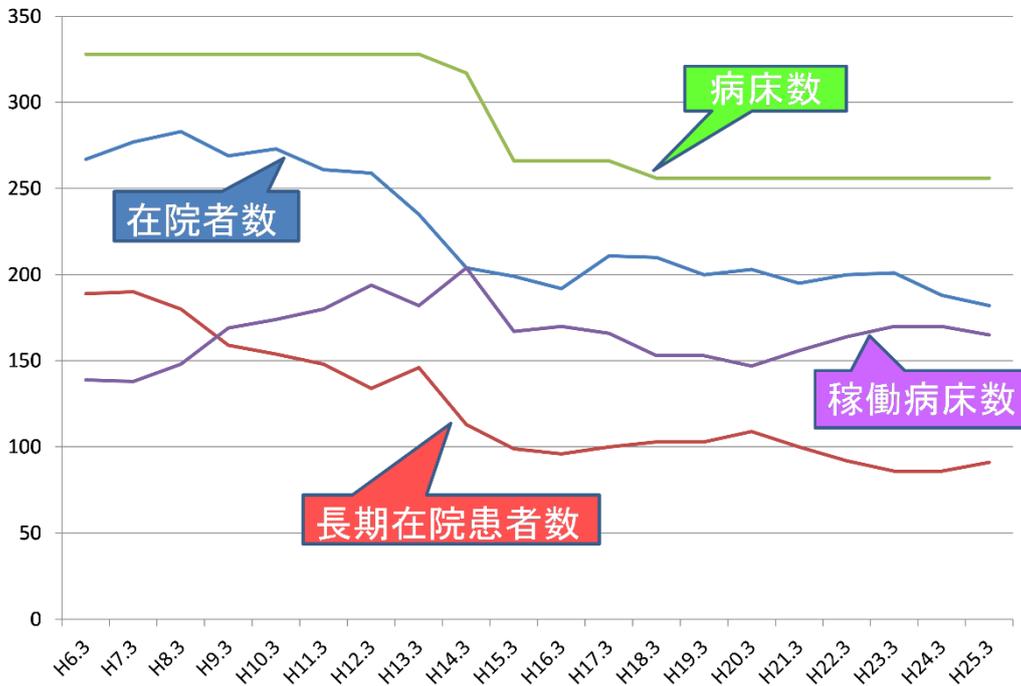
Kyoto Prefectural Rakunan Hospital
京都府立 洛南病院

5

病床と在院患者の動向

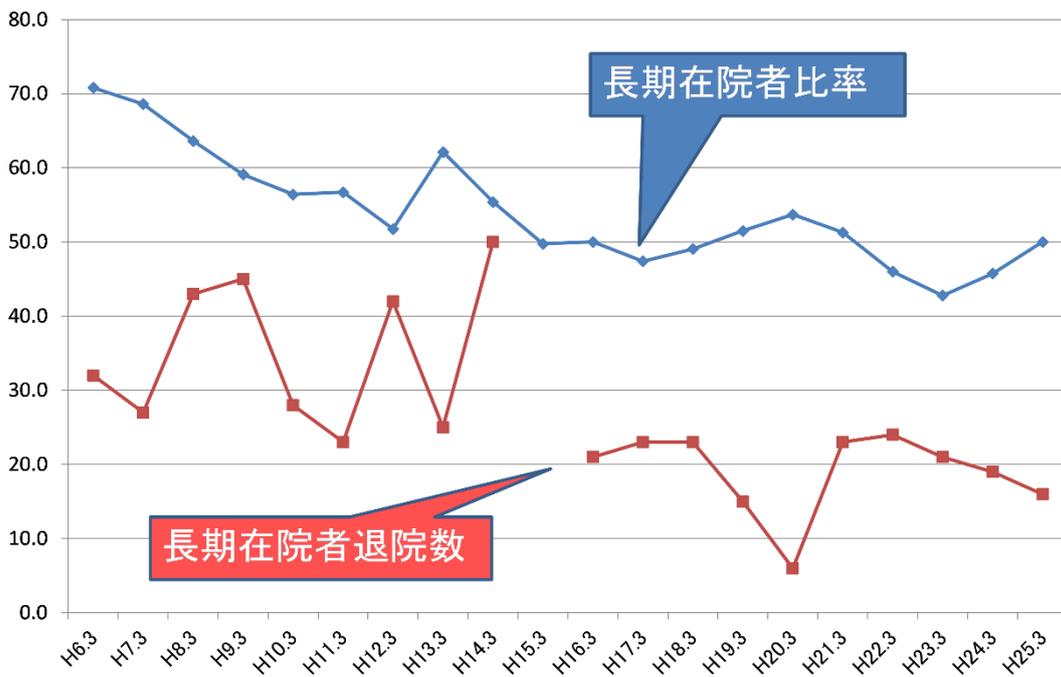
調査時期	在院者数	長期在院者数	長期在院者比率	長期在院者退院数	病床数	病床削減数	稼働病床数	年間入院者数	平均在院日数
H6.3	267	189	70.8	32	328	0	139	353	283.6
H7.3	277	190	68.6	27	328	0	138	365	282.5
H8.3	283	180	63.6	43	328	0	148	418	252.7
H9.3	269	159	59.1	45	328	0	169	485	205.9
H10.3	273	154	56.4	28	328	0	174	558	178.8
H11.3	261	148	56.7	23	328	0	180	559	174.5
H12.3	259	134	51.7	42	328	0	194	535	178.2
H13.3	235	146	62.1	25	328	0	182	509	180.2
H14.3	204	113	55.4	50	317	11	204	463	173.5
H15.3	199	99	49.7		266	62	167	600	120.3
H16.3	192	96	50.0	21	266	62	170	619	117.6
H17.3	211	100	47.4	23	266	62	166	703	111.6
H18.3	210	103	49.0	23	256	72	153	742	101.6
H19.3	200	103	51.5	15	256	72	153	754	99.3
H20.3	203	109	53.7	6	256	72	147	665	112.4
H21.3	195	100	51.3	23	256	72	156	658	113
H22.3	200	92	46.0	24	256	72	164	680	104.8
H23.3	201	86	42.8	21	256	72	170	696	106.6
H24.3	188	86	45.7	19	256	72	170	669	105.9
H25.3	182	91	50.0	16	256	72	165	662	103.8

病床と在院患者の動向



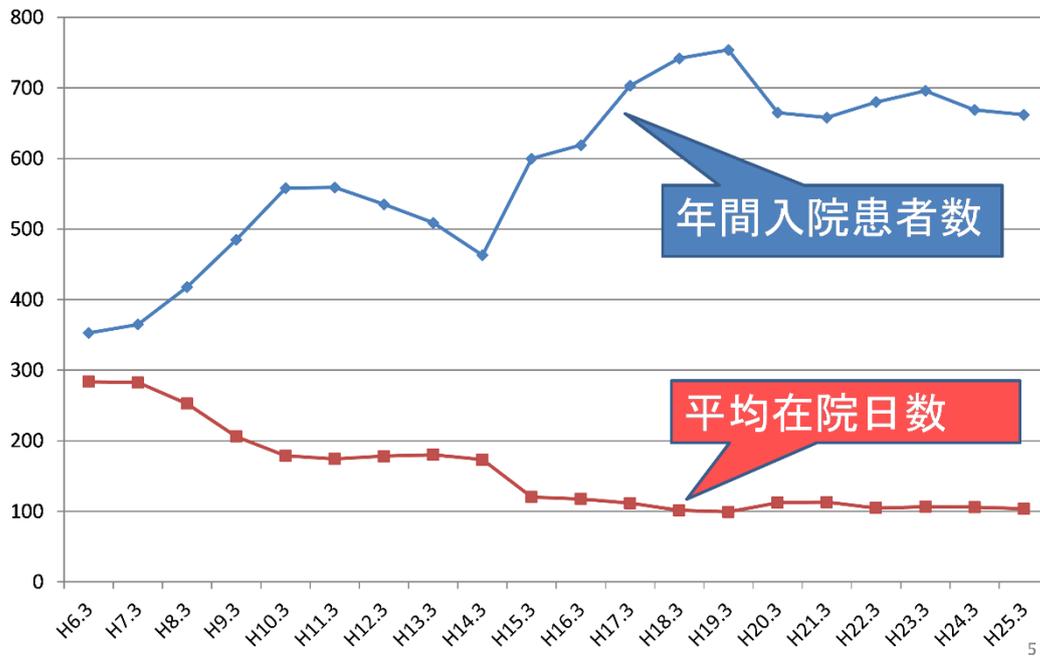
7

長期在院者の動向



8

年間入院患者数と平均在院日数



平成23年4月～25年12月の取組状況

	人数	平均年齢	入院期間
自宅	15	50.3	3.1
GH/CH	4	59.0	12.0
病院	22	66.9	6.4
高齢者施設	2	75.0	6.0
死亡	2	66.5	27.0

地域移行支援事業利用者 3名(平成23年度)

当院の地域移行における課題

▼地域移行、地域定着(事業)がなかなか利用できていない

- ・利用期間に限られるため、ある程度退院が目前にきている状況の方しか候補にあげられない。
- ・候補者が全くいないわけではないが、退院に向けて本格的に動きだせてない状況(病状含めて様子を見ている段階)

▼マンパワーが十分でない

- ・退院支援でいくつかのケースを平行して動かしていると、新規ケースまで手が回らない。
- ・救急病棟の仕事をしながら、慢性期病棟の退院支援に取り組むだけの時間がない。

11

▼本人や家族の希望がほとんどない中で、退院に向けての取り組みを促すには関係スタッフの意志統一が必要。少なくとも主治医の意向は絶対。そうでないとケースは動かない。

・本人は「このまま洛南病院にるのがいい」、家族は「できる限り病院に置いておいてほしい」と思っているので、そこを動かすことは大変。

・本気で取り組んだら退院が実現しそうなケースでもそこまで至らずに終わってしまう。

▼地域側、受け入れる場所がないと退院できないケース

・独居は無理でも、ケア付きの施設(グループホーム、特養等)であれば退院できるようなケースもあるが、そういった施設の数不足している。

・特に65歳以上の人の場合は、介護保険施設(特養等)に申請することになるが、病院に入院中の人は緊急性が低いと判断されるため、申し込みをしても順番が回ってくることはない。

12

地域連携パス調査結果

- 保健所精神保健対策機能強化調査(本研究班)
 - 回収率 51.0%(252/494か所)
 - 地域連携パス作成 2か所
 - 2か所に質問紙調査
- 文献調査で把握
 - 1か所

13

パス施行質問紙調査結果

- 目的:病院と地域との円滑な連携、システム化、安心して地域生活ができる
- 作成経過:平成15年度～、平成21年度～、保健所が主体、厚生労働科学研究、モデル地区ワーキンググループ
- 対象者:47.6歳36事例、30から50歳代14事例、
 - 包括的ケアの必要な精神障害者(基本的に統合失調症の方)
 - 地域移行支援事業対象者
 - 地域で独居生活となる者、家族調整(受入拒否、と問題家族等)が難しい者
- 実施地域:保健所管内、精神科病院

14

パス施行成果(1)

- 病棟スタッフが地域での退院支援を理解する機会になり、入院中から在宅・地域での生活を意図した支援への意識の変化があった。
- 地域のスタッフが、退院決定前から病院に要望を伝えることにより、医療機関への理解が深まった。
- 医療機関から保健所に、退院予定の有無にかかわらず、家族支援や地域受け入れ調整等を含む退院支援の相談やカンファレンスの依頼が増加した。
- 各病院との情報交換により、地域における自らの病院の役割を見直す機会になった。

15

パス施行成果(2)

- 地域支援者の連携が手薄にならず、病院の訪問看護や市町・保健所の訪問、地域の居場所利用、相談支援など支援が継続できるため再発が少ない
- 情報の共有化がスムーズ
- 医療機関と地域の視点のずれが明確となる

16

課題(1)

- ・ 15～17年度にモデル事業として地域連携クリティカルパスを作成、試行したが、医療機関で活用はされなかった。その理由として
- ・ ①医療機関では、院内パスがなく地域連携クリティカルパスの有効性が理解されなかった。
- ・ ②地域連携クリティカルパスの使用時期が曖昧であったことや枚数が多いことから院内のスタッフの協力が得られなかった。
- ・ ③医療機関で地域連携クリティカルパスを推進する担当者が明確でなかった。医師の協力が得られにくかった。
- ・ 医療機関内の連携及び医療機関と地域の連携を本人・家族を主体とした関係者が共通認識のもと退院支援が実践できる仕組みづくりが必要
- ・ ①既存の地域連携クリティカルパスの見直し(院内パスとの整合性)とカンファレンスシートの連動による支援体制の構築
- ・ ②病棟での退院支援の主務者を明確にする。病棟と医療連携室等医療機関内での連携強化および退院支援の体制づくり

17

課題(2)

- ・平成24年度から地域移行・地域定着支援事業が市町の地域相談支援となり、事業の利用者が減少。そのため拡がらない。(24年度は1病院3事例のみ)
- ・A病院では、院内パス(急性期パスや退院支援パス)と地域連携パスがあり、パス作成のための労力が負担
- ・地域で気がかりなケースなど地域から病院への連携のツールとしてパスの利用がない(地域にその意識が欠けている)
- ・モデルでしていた病院は、キーパーソンであるワーカーにパスを使用しようという意識があるが、保健所が管内の他の病院への波及ができていない
- ・24年度は地域相談支援の周知等が中心となり、クリニカルパスについて研修や検討する機会がなかった。
- ・異動や退職等保健所職員が変わり、クリニカルパスについて承知している者が少ない。
- ・病院側も院内だけで正確なアセスメントができない(例えば退院後、自宅の施設ができるか、自分でスケジュール管理できるか等)退院後の生活のどの部分がどの程度可能かの評価難しい。病院内だけの訓練では限界がある。

18

地域連携パス目標設定試案Ver1.0

達成目標	視点
住む場	住居の確保、保証人、家賃、家財
活動の場	デイケア、作業所、自助グループ、就労
食事	外食、買物、献立、調理、片付け、食事量
清潔保持	入浴、更衣、整容、洗濯、布団の片づけ
掃除、整理整頓	掃除、ゴミだし、郵便物の整理
生活リズム	起床、就寝、睡眠時間、食事時間、スケジュール管理
コミュニケーション	意思表示、連絡、相談
金銭管理	保管、計画性、金融機関の利用
危機管理	戸締まり、火の始末、急病
移動	歩行、自転車、バイク、自動車、電車、バス、交通ルール
生活費等の確保	生活保護、年金、自立支援医療、手帳、工賃、給与
病気の理解	通院継続、服薬管理
家族支援	家族の協力、家族関係、家族会
地域参加	あいさつ、自治会、地域行事

19

ご清聴ありがとうございました。



Kyoto Prefectural Rakunan Hospital

京都府立 洛南病院

20

巣立ち会の地域移行支援を通して

社会福祉法人巣立ち会
田尾有樹子

<http://sudachikai.eco.to/>



巣立ち会の地域移行支援



巣立ち会の歩み

- 1992.6 三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
- 1993.4 巣立ち共同作業所・巣立ちホームが正式に認可される
- 1996.4 巣立ち工房・巣立ちホーム調布が正式に認可される
- 1998.7 巣立ちホーム調布第2正式に認可される
- 2000.8 調布市にてこひつじ舎事業開始
- 2002.10 巣立ち会 社会福祉法人格取得 巣立ち共同作業所が小規模授産施設となり、「巣立ち風」に名称変更
- 2003.1 巣立ちホーム調布第3 事業開始
- 2003.4 こひつじ舎・巣立ちホーム調布第3が正式に認可される
- 2005.4 巣立ちホーム調布第4 事業開始
- 2005.6 三鷹市精神障がい者地域自立支援事業(ピアサポート事業)を受託
- 2005.8 東京都H17年度精神障害者退院促進支援モデル事業を受託
- 2005.10 巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006.3 巣立ちホーム調布第5 事業開始
- 2006.10 巣立ちホーム調布第6 事業開始／8か所のグループホームを障害者自立支援法のグループホームに移行
- 2007.4 3か所の通所事業を障害者自立支援法の就労継続支援B型事業所に移行
- 2008.7 指定相談支援事業「野の花」設立
- 2009.2 うつ病復職支援ルポゼ立ち上げ(こひつじ舎内)
- 2009.6 早期介入・早期支援ユースメンタルサポートCOLOR立ち上げ
- 2011.9 巣立ち風新築・移転
- 2012.9 シンフォニー(自立訓練・ルポゼ、COLORを移転)竣工
- 2014.10 こひつじ舎新築・移転予定

3



巣立ち会の理念

»» 自尊心をもって生きる

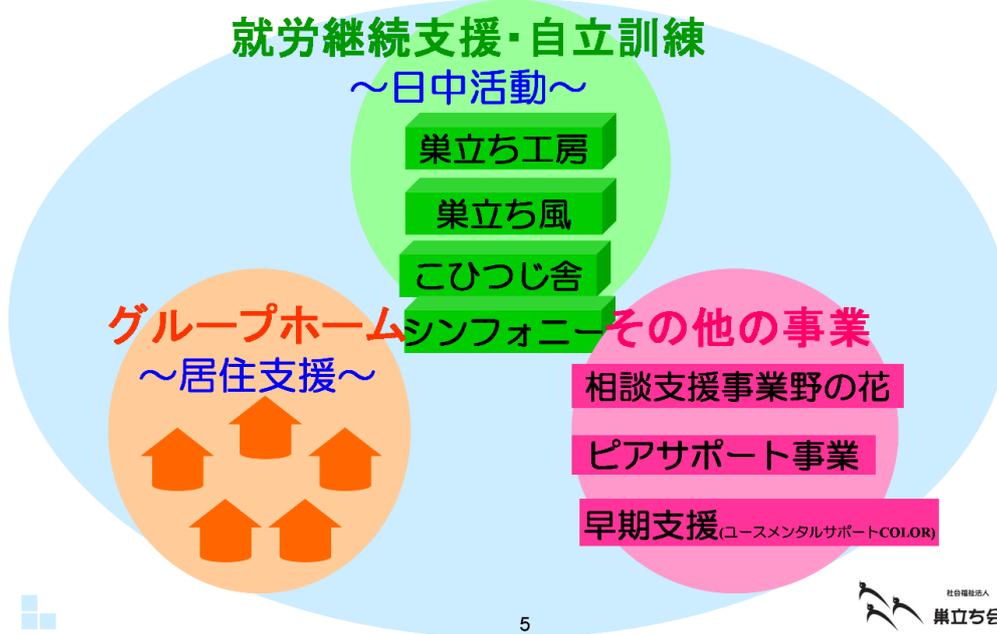
»» 助け合える仲間がいる

»» 地域で安心して生きがいをもって生活する

4



巣立ち会事業の全体図



5

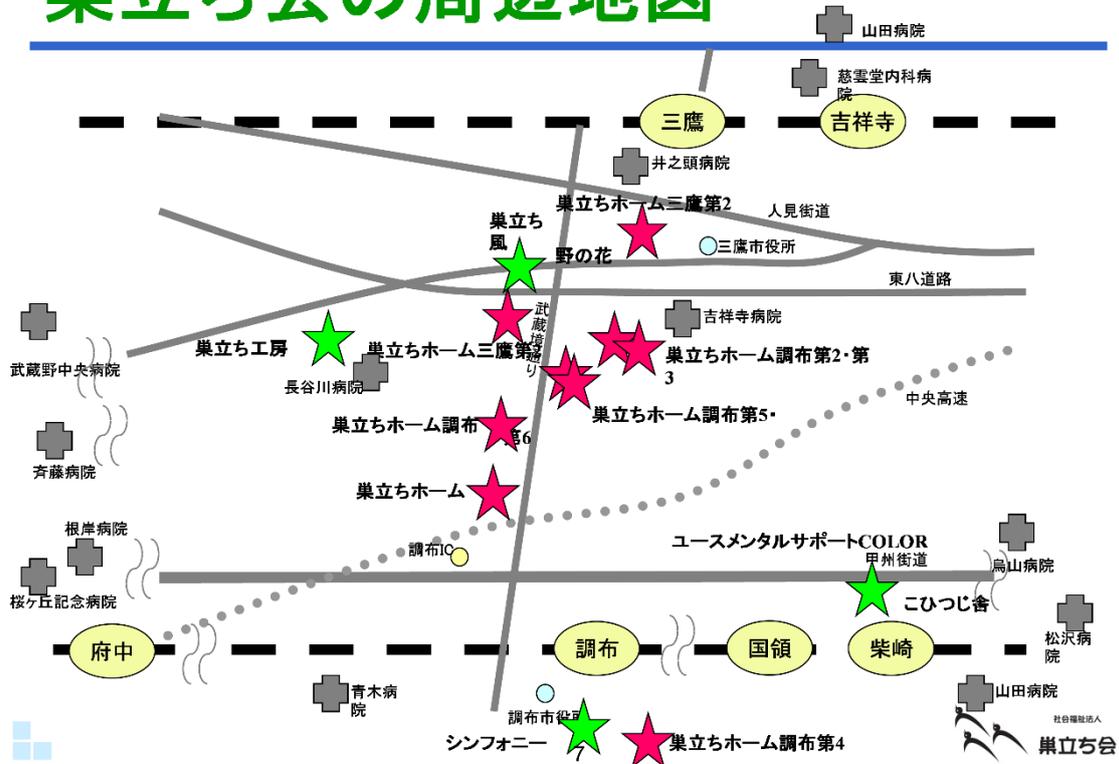
巣立ち会の活動の原点

- **利用者のニーズ**に手が届くように
 - **地域で生活**をしてこそ人足りえる
- 施設処遇は、人間の生きる前提ではない

これらの発想が活動の原点

6

巣立ち会の周辺地図



巣立ち会の通所事業所

2013. 8.31現在

名称	定員	利用者	体験利用者	合計	平均年齢	生保受給率
巣立ち風	40名	95名	13名	108名	55.1歳	49.4%
巣立ち工房	20名	43名	2名	45名	54.4歳	57.7%
こひつじ舎	40名	89名	5名	94名	44.8歳	37.2%
シンフォニー	40名	48名	1名	49名	32.8歳	0%
合計	140名	275名	21名	296名		

巣立ち会の居住支援

名称	利用者	定員(居室数)
巣立ちホーム	6名	6
巣立ちホーム三鷹第2	23名	28
巣立ちホーム調布	5名	5
巣立ちホーム調布第2	6名	6
巣立ちホーム調布第3	6名	6
巣立ちホーム調布第4	11名	15
巣立ちホーム調布第5	6名	7
巣立ちホーム調布第6	3名	6
居住支援	48名	48
合計	110名	127

平成25年5月1日

9



グループホームなど新築物件8件の状況

	巣立ちホーム	巣立ちホーム調布	巣立ちホーム調布第2	巣立ちホーム調布第3	巣立ちホーム調布第5・6	巣立ちホーム三鷹第2	巣立ちホーム三鷹第2	巣立ちホーム三鷹第2
建築年	H16.2	H17.9	H10.6	H15.1	H18.3	H21.5	H22.11	H24.4
居室数	6	5	6	8	13	8	7	9
家賃	52万円	42万円	53万円	58万円	102万円	62万円	55万円	69万円
一部屋の家賃	65,000	63,000	65,000	60,000	69,000	69,000	69,000	69,000
家主	地域の地主	元郵便局長 地域の地主	以前、職親と民生委員の経験あり	地域の地主	地元で事業をしている 元民生委員	地元で事業をしている。 地主。	地元で事業をしている。 地主。	地主 巣立ち風の家主
建ててもらう経緯	利用者が建設中のアパートの不動産屋と交渉したことがきっかけ	東京都の用地買収の人を通しての情報	以前、職親を依頼したことがある	第2の家主の親戚	東京都の用地買収の人を通しての情報	古くからの理事長の知り合い。 巣立ち会の支援者	兄妹が古くからの理事長の知り合い	理事長の古くからの知り合い



平成17・18・19・20・21・22・23・24年度の退院者の現状

	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	
対象者	41名	50名	48名	56名	42名	31名	29名	28名	
退院者	17名	24名	13名	20名	24名	11名	15名	11名	
中断者	1名	9名	3名	6名	6名	4名	7名	3名	
退院者	平均年齢	48.8歳	51.0歳	48.5歳	51.2歳	48.3歳	47.6歳	53.5歳	50.5歳
	男女比	13:4	17:7	8:5	13:7	17:7	8:3	11:4	3:8
	平均入院期間	4373日	3671日	3313日	3771日	5083日	3367日	13434日	3498日
	退院までの期間	7.8ヶ月	6.1ヶ月	12.8ヶ月	11ヶ月	12.9ヶ月	9.3ヶ月	8.1ヶ月	10.3ヶ月
	生保護受給者	10名	15名	6名	10名	10名	7名	5名	6名

巣立ち会の退院促進支援の特徴

- 1 住居支援に力を入れている
- 2 入院中からトレーニングを行う
(日中活動の場への通所)
- 3 利用者と一緒に支援を行っている
(ピアサポート)
- 4 NOと言わずに、対象者として受け容れる(多くの条件を付けない)
- 5 24時間対応窓口を設定している。

病院を出た経験から思うこと

- 病院の中ではリハビリは勿論リハビリテーションも十分に出来ない
- 病院の中で見るより当事者はずっとたくましい
- 医療職のパターンリズムは根深い

**病院にいたころよりもっと多くの人が
退院できると気付いた！**

目からうろこが落ちた感じ！

病院職員は気づいていない！

13



改めて地域移行体制整備事業を受けて

- 1 まだまだ退院できる人が東京でさえ、大勢病院に入院している 病院は宝の山
- 2 かなりが高齢になってきている →退院は急務な課題
- 3 リハビリテーションは地域で行なう
→生活訓練は病院の中で行なうには限界がある
- 4 人の人生は管理できない
利用者は生きる力を持っている
もっと彼らの力に注目を
- 5 利用者個人を変えることを期待するより、利用者を受け入れられる環境作りが重要
- 6 病院職員の意識変化の必要
- 7 地域の福祉関係者の力が付くこと
- 8 社会資源(地域関係者の連携協力を含めて)の構築
- 9 重要なのは退院後のフォロー

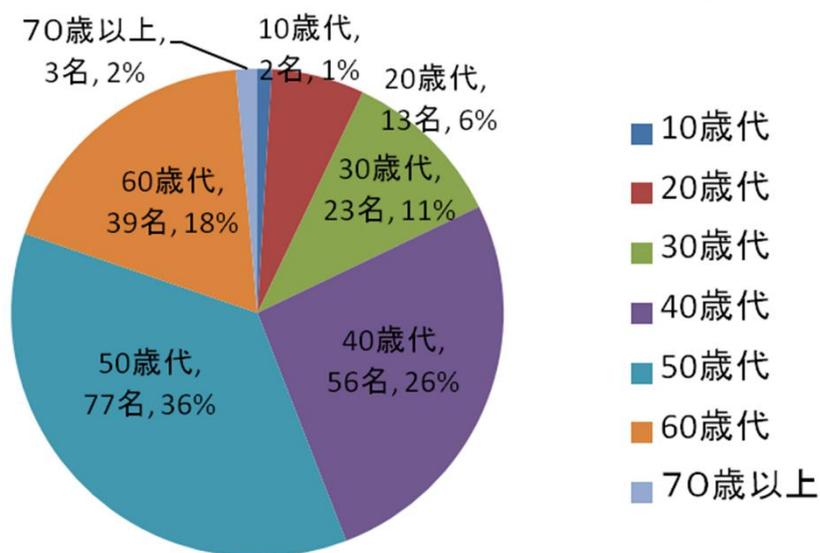


巣立ち会を利用して退院した 利用者213名についての分析

15

利用開始時の年齢層

2013.03.31 現在

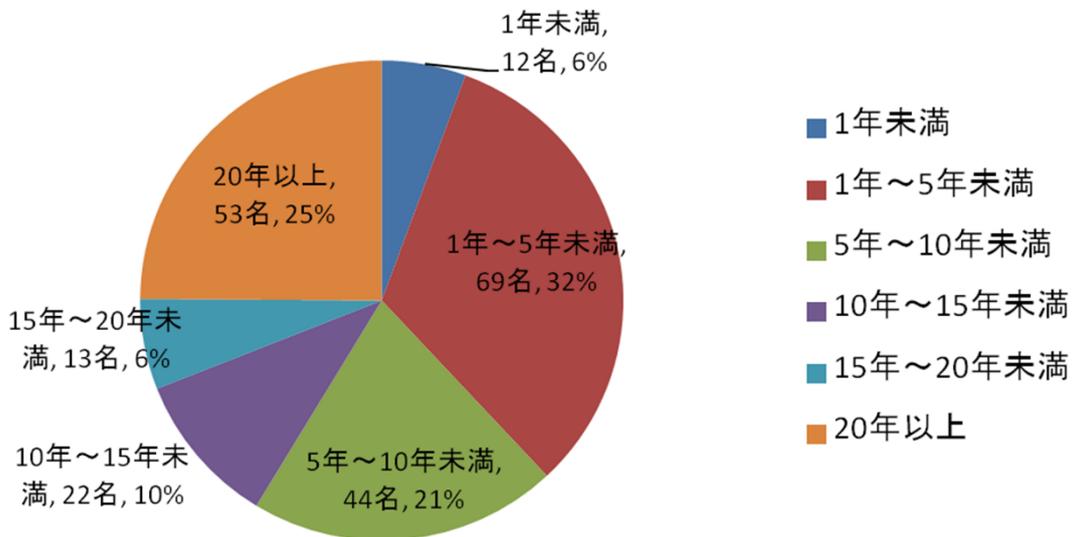


n=213

16

総入院期間

2013.03.31 現在



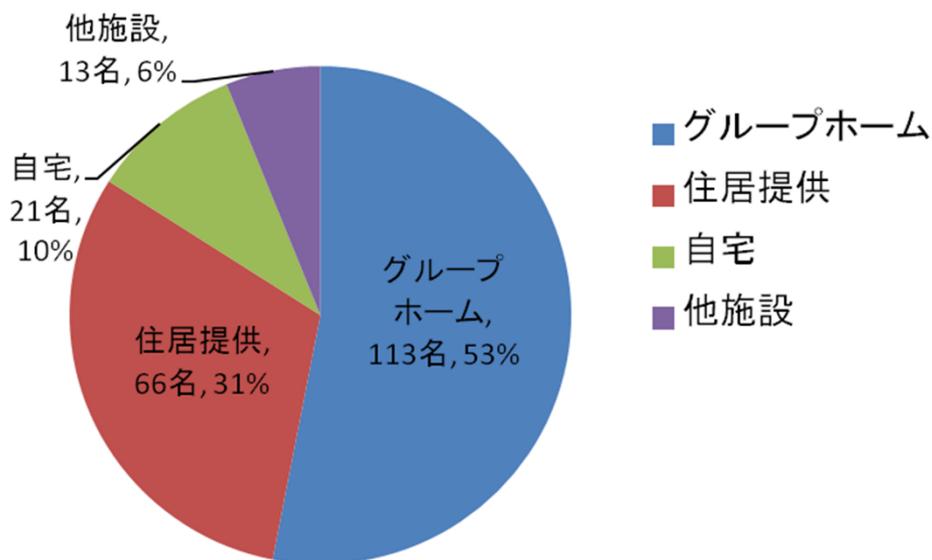
n=213

17



住居支援者の居住先

2013.03.31 現在



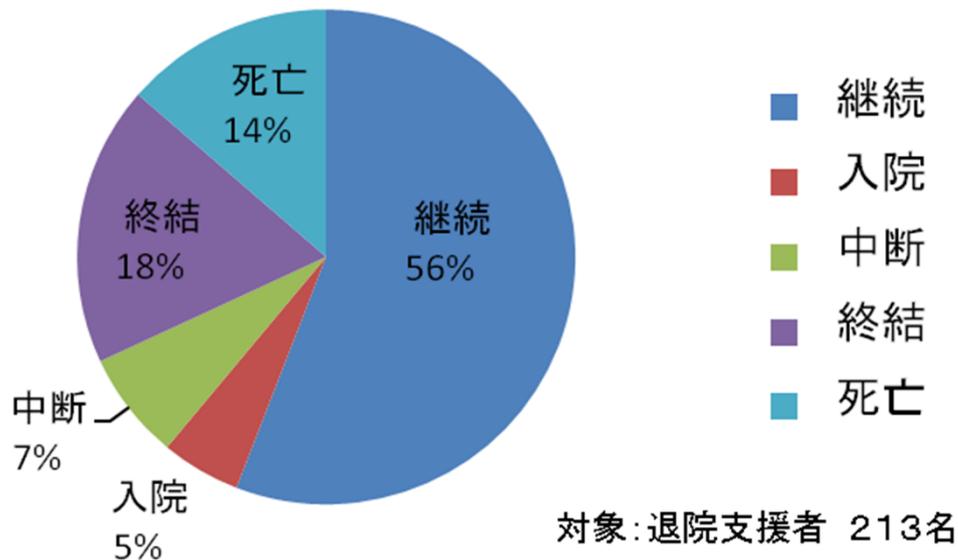
n=213

18



対象者の現在の状況

2013.03.31 現在



19

社会福祉法人
巢立ち会

退院支援から継続利用119名

- **平均入院期間**
4,371日 (11年11ヶ月)
- **平均利用期間**
3,034日 (8年3ヶ月)
- **現在の平均年齢 57.8歳**
 - 男性79名、女性40名
 - 統合失調症 103人(87%)

社会福祉法人
巢立ち会

死亡者の平均寿命(N=29)

男性(N=20)

59.8歳 (24年日本平均79.9歳)

女性(N=9)

60.2歳 (24年日本平均86.4歳)

精神保健福祉法改正における
諸々の問題



医療保護入院の 入院時の 家族同意の問題



23



精神保健福祉法の一部 改正する法律に対する 付帯決議



24



医療保護入院者の 退院促進の問題

25



「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」の中で
病棟転換型居住施設について

26



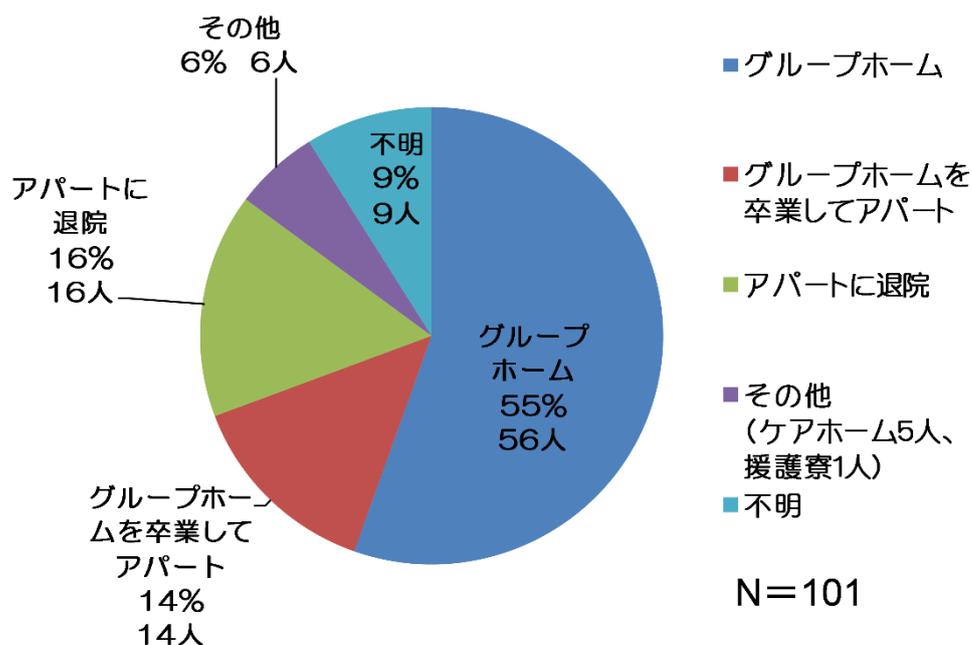
退院後の生活と住まいについてのアンケート

巢立ち会が退院支援をし、現在地域で生活している101名を対象にアンケートを行った

27

社会福祉法人
巢立ち会

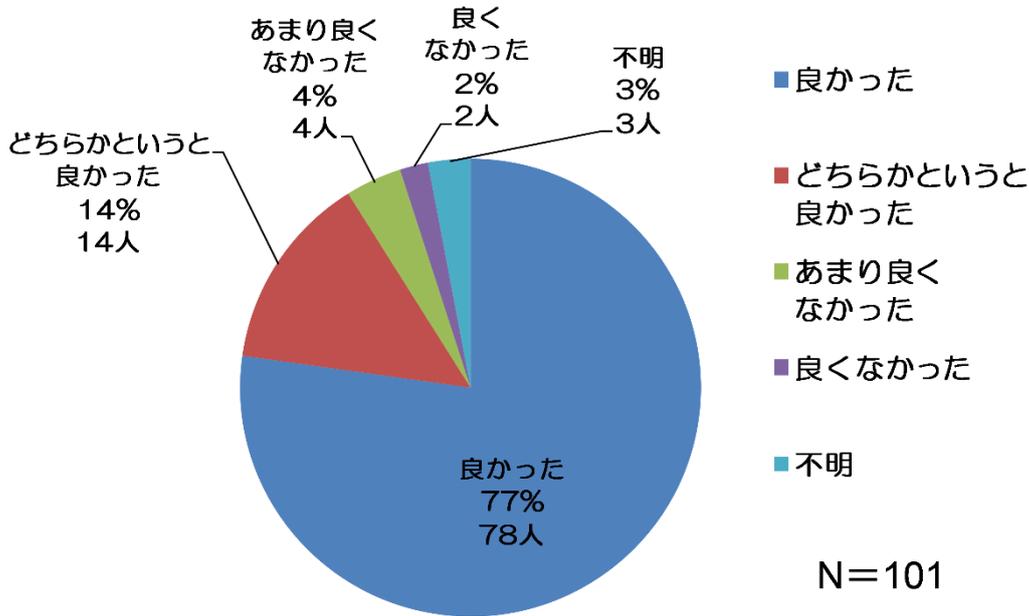
退院後の住まい



28

社会福祉法人
巢立ち会

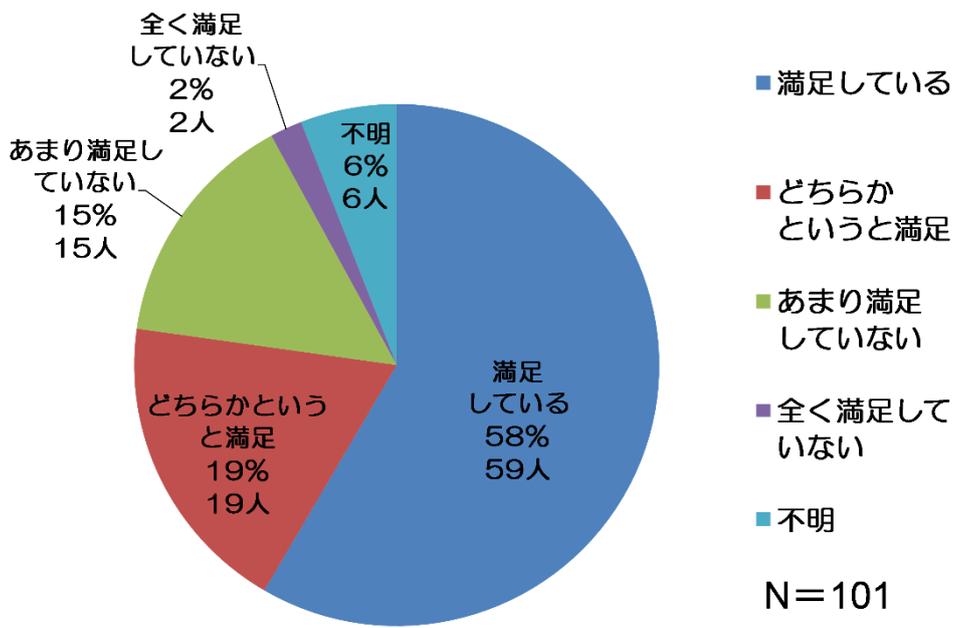
退院した感想



29



地域生活の満足度



30



退院してよかった理由

- ・ 自由がある。:91人
- ・ 好きなものを食べられる。:75人
- ・ 好きな時にお風呂やトイレに入れる。:74人
- ・ 工賃や給料がもらえるようになった。:70人
- ・ プライバシーがある。:69人
- ・ 好きなテレビが見られる。:69人
- ・ 好きな時に好きなところへ外出できる。:68人
- ・ 病院のルールにしばられなくてよくなった。:65人
- ・ 自分のことは自分で決められる。:64人
- ・ 自由に使えるお金が増えた。:56人

31

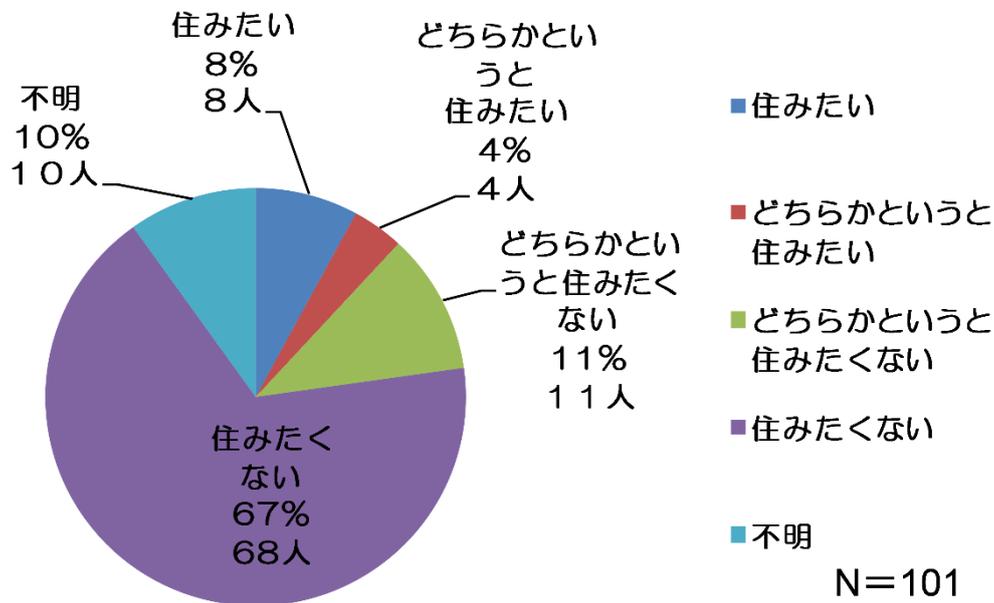


退院してよかった理由

- ・ 良く眠れるようになった。:51人
- ・ 仕事ができるようになった。:49人
- ・ 友人、助け合える仲間ができた。:48人
- ・ 生活にはりあいがある。:48人
- ・ 病気や症状がよくなった。:46人
- ・ 人として成長できていると感じる。:45人
- ・ わずらわしい人間関係から解放された。:39人
- ・ 将来に希望を持てるようになった。:37人
- ・ 他人の見る目や態度が変わった。:33人
- ・ 家族との関係がよくなった。:31人



病院内居住施設について



33

社会福祉法人
巢立ち会

住みたい理由

- 医師や看護師など、知っているスタッフが近くにいると安心だから: 13人
- 外来やデイケア、ナイトケアなどに通うのに近くて楽だから: 10人
- 病院の敷地内にいると安心できるから: 7人
- 入院している友人と離れたくないから: 3人

34

社会福祉法人
巢立ち会

住みたくない理由

- 退院した気がしないから:55人
- 自由がない気がするから:49人
- 監視されている気がするから:45人
- 寝る場所が変わっても、病院の枠から抜けていないと思うから:43人
- 病院の生活パターンとあまり変わらないから:43人
- 社会に出て世界を広げたいから:36人
- 病棟での人間関係を引きずりたくないから:31人
- 周りの人から退院したと思われたいから:21人
- 場所が不便だから:21人
- その他:8人

35

今後の精神保健医療 福祉に向けて

いぬえちゅうりゅうりゅうりゅうりゅうりゅう

36

精神科医療と地域ケアの連携を目指して

生活困窮者への居住支援と 生活支援の取り組みから

2014年2月8日

NPO法人 自立支援センターふるさとの会
保健師 的場 由木

法人概要

活動エリア
東京都台東区、墨田区
荒川区、豊島区、新宿区

事業所数: **33か所**

従業員数: **271名**
(常勤77名、非常勤194名)

年間事業規模
平成24年度 **10億6百万円**

[事業目的]
認知症になっても
がんになっても
障害があっても
家族やお金がなくても
地域で孤立せず
最期まで暮らせるように



ふるさとの会 関連法人

NPO法人 自立支援センター ふるさとの会
(1999年認証)
ボランティアサークルふるさとの会
(1990年設立 夏祭り・越年事業等)
有限会社ひまわり
(2002年設立 介護事業)
株式会社ふるさと
(2007年設立 建物清掃・ケア付き保証人事業)
有限責任事業組合 新宿・山谷ネットワーク
(2008年設立 就労支援・相談事業)
NPO法人 すまい・まちづくり支援機構
(2009年認証 企画起業支援事業)
更生保護法人 同歩会
(2009年認可 更生保護相談事業)
合同会社ふるさと
(2010年設立 資金調達・経営支援事業)

ふるさとの会 利用者像

- 支援対象者
単身の生活困窮者・孤立した生活困難者
- 利用者数 **1,238**人(2013年11月現在)
- 居住形態 独居**830**人 共同居住**408**人(2:1の割合)
- 疾病・障害別分類
 - 精神障害 **242**人
 - 要介護 **282**名
 - 認知症 **136**名(疑い含む)
 - がん **50**名
- 「四重苦」を抱える人 **112**名

精神疾患を有している利用者の 住まい状況

精神疾患を有している利用者全体 242名

- ①グループホーム(障害者総合支援法) 35名
- ②共同居住(緊急的な居住の確保) 88名
 - 二種社会福祉事業宿泊所
 - 自立援助ホーム
 - 就労支援ホーム・自立準備ホーム
- ③独居 119名

利用前の居所の状況

<安定した生活基盤のない居所>

- 帰住先がないために医療機関に長期入院となっている要介護高齢者・精神障害者
- 刑事施設出所後に帰住先のない人たち
- 路上やネットカフェ、カプセルホテルでの生活
- シェルターなどの一時的な緊急保護施設に避難している人たち

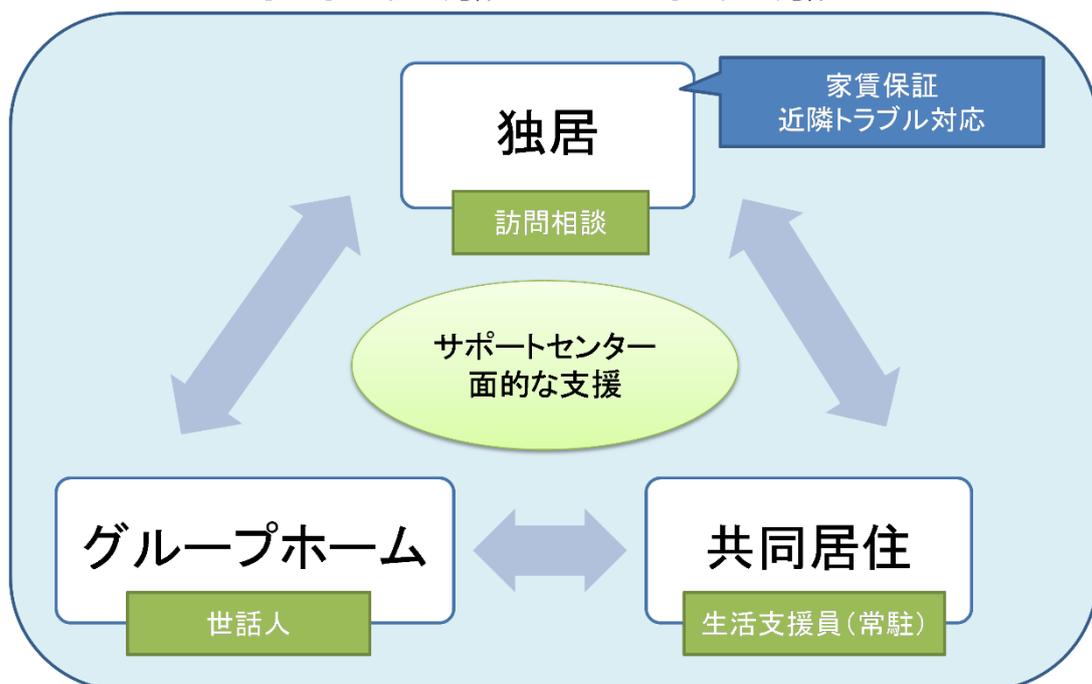
<経済的困窮>

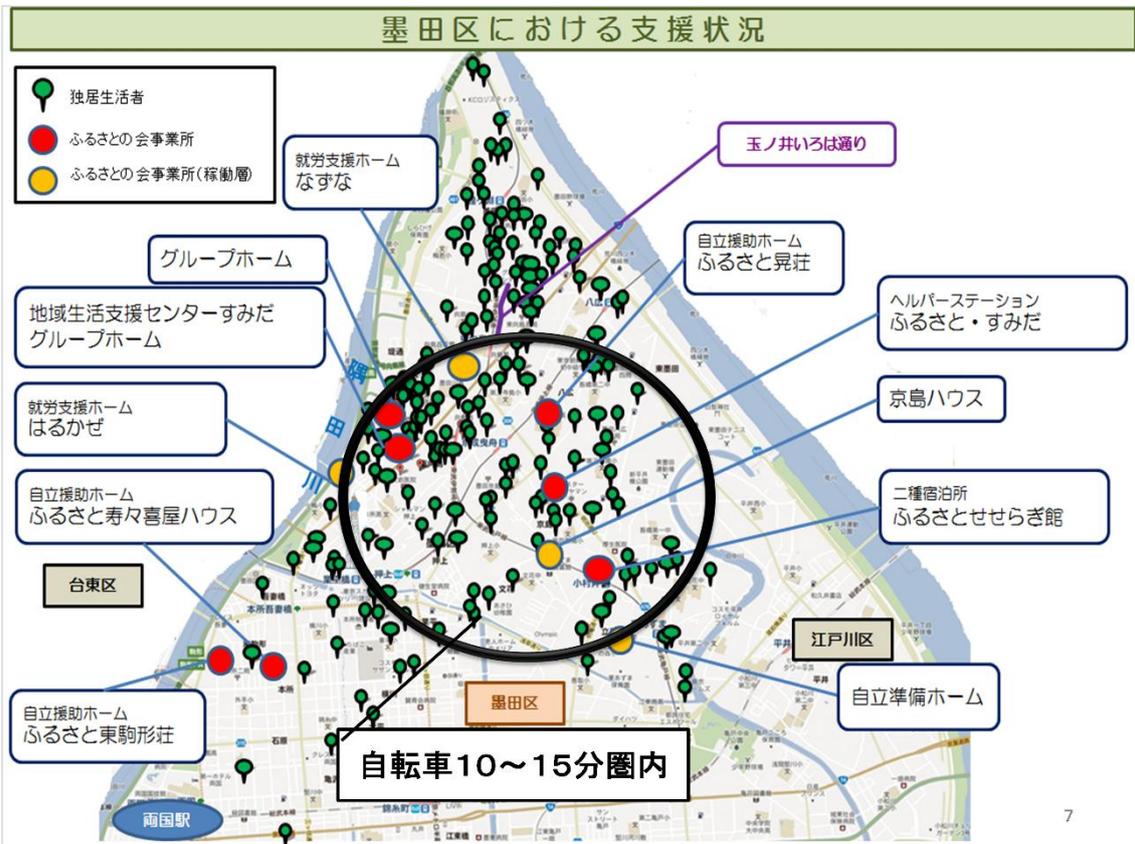
- ・ 無収入/低所得
- ・ 生活保護受給

<家族状況>

- ・ 家族が健康問題を抱えている
- ・ 音信不通・死別

居住支援と生活支援





7

~誰でも気軽に立ち寄れる どんな相談もできる~

まちカフェふるさと OPEN!

木のぬくもりに囲まれたカフェで、
おいしいコーヒーを飲みに来ませんか? ☆

コーヒーサービス無料!
どなたでもお気軽にお立ち寄りください。
(独)福祉医療機構より補助金を受けて運営しています)





営業時間: 11:00~15:00
営業日: 月・火・木・金(祝日は除く)
 住所: 新宿区大久保1-10-22平田ビル1F
 (JR山手線・新大久保駅・都営大江戸線・東新宿駅から徒歩10分)
 TEL: 03-6205-5528 FAX: 03-6205-5529
 E-Mail: info-machicafe@hurusatonokai.jp

医療と地域ケアの連携体制

地域にある既存の専門機関(専門職)によるサービス

- * 在宅医療(病院・クリニック・薬局)・居宅介護・通所サービス・法律相談等の専門機関
- * 地域包括支援センター・福祉事務所・保健所・社会福祉協議会・消防署・警察署等の公的機関



安心生活の土台づくり (非医療専門職による支援)

	グループホーム	独居	共同居住
日常生活支援 ・安心した人間関係 ・生活が生活として成り立つ	世話人による相談	訪問相談 近隣トラブル対応	24時間の生活支援 給食の提供
	共同のイベント等による仲間づくり・役割関係づくり		
居住支援 ・安定した住まいの確保	居室＋交流室	家賃保証 アパート確保支援	自立援助ホーム 宿泊所

社会サービス・社会資源のネットワーク化

地域ケア連携をすすめる会

運営委員長 浅草病院医師 本田徹
副委員長 三井記念病院相談員 尾方欣也
ふるさとの会理事 滝脇憲
事務局 友愛会理事長 吐師秀典
山友荘責任者 油井和徳

所属一覧

【在宅診療・看護・介護・薬局等】

かとう医院(事務長)、浅草病院(医師、看護師、MSW)、亀戸中央通りクリニック(コーディネーター)、塩川内科(院長)、川崎メンタルクリニック(院長、PSW)、入谷歯科(部長)、スズキ鍼灸整骨院(院長)、コスモ薬局(代表取締役)、げんきケアサービス(代表取締役、相談員)、アイ・サポート(代表取締役)、あさくさ地域包括センター(介護係長代行)、マルコ食品(管理責任者)、ヘルパーステーションふるさと(ケアマネージャー)

【病院・診療所】

信愛病院(MSW)、賛育会病院(MSW)、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター(患者支援調整官)、浅草寺病院(MSW、看護師)、椿診療所・永寿綜合病院(医師)、社会保険中央病院(看護師)

【行政・福祉事務所】

東京都保護課(指導担当係長)、城北労働福祉センター(管理係長)、新宿区福祉事務所(相談係長、生活福祉第一係長)、東京ソーシャルワーク(代表)、墨田区福祉事務所(CW)、日本堤消防署(救急係長)

【山谷地域NPO】

訪問看護ステーションコスモス(理事長、看護師、ケアマネージャー)、友愛会(理事長、主任)、山友会(代表理事、相談員)、ふるさとの会(代表理事)

【大学・研究機関】

国立社会保障・人口問題研究所(室長)、国立精神・神経センター精神保健研究所(精神保健計画部長)、東京女子医大看護学部(准教授)





住み慣れた地域で暮らし続けたい

支援付き住宅

既存住宅ストックを活用した
共同居住

頻度の高い日常生活支援 (30%以上の人に求められている支援)

支援内容
困った時、寂しい時の相談
病気になったとき相談、受診予約、通院同伴
制度利用についての相談、手続きの支援
食事の準備
居住環境の保持(掃除, ゴミ出し, 室温・換気)
日常的な金銭管理
服薬管理

**情緒的, 情動的, 手段的ソーシャル・サポートを,
統合的・連続的に提供すること=家族的支援**

平成23年10月10日 ふるさとの会シンポジウム
「生活困窮者の心の健康問題と日常生活支援」
東京都健康長寿医療センター研究所 粟田圭一氏 講演資料より

生活支援員の育成体制

生活支援員：ほとんどの職員が非専門職

①ケア研修(40分×39項目)

②対人援助勉強会

③全体研修・講演会等

ケア研修 監修:保健師

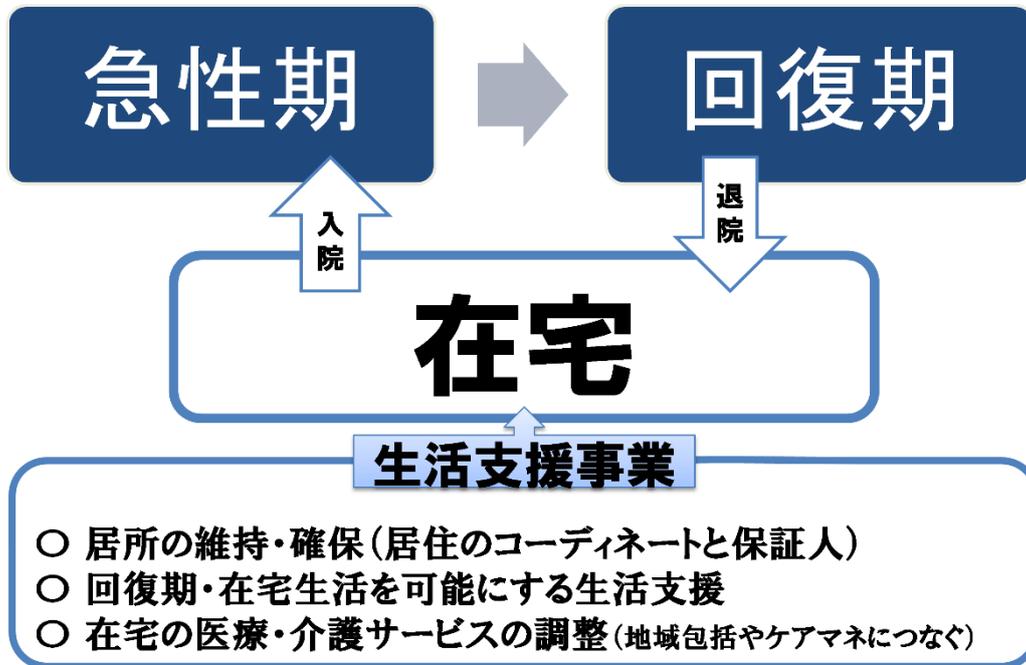
誰でもが生活支援を行うことができる

- 目的:
- ①日常生活支援に必要な幅広い「**基礎的知識**」の習得
 - ②緊急時に必要なアセスメントと「**初期的対応**」ができるようにする

I 制度理解	II 対象者理解	III コーディネート	IV 生活支援
生活保護	高齢者に多い疾患	カンファレンス	介護基礎知識①外出移動
ホームレス自立支援法	糖尿病/高血圧	アセスメントの方法	介護基礎知識②食事
介護保険	脳血管疾患/高次機能障害	ケアとアート	介護基礎知識③排泄
障害者自立支援	知的障害/発達障害	社会サービス機関との連携	介護基礎知識④保清・着替え
就労支援	認知症		感染症対策
更生保護	アディクション		金銭管理
多重債務	統合失調症		喫煙対応・防災
権利擁護	気分障害/不安障害/PTSD		応急処置・救急搬送
個人情報保護・守秘義務	育ちの支援/人格障害		体調不良時の対応・計測
	摂食障害/解離性障害		医療的ケアの範囲
	自殺のリスクと対応		服薬管理
	性の理解		
	緩和ケア		
	HIV/肝炎		
	結核		
	虐待/暴力		
	路上生活		
	刑事施設出所者		



適切な医療の利用が可能な在宅生活



今後に向けた課題

【情報共有と意思決定】

- ・医療情報・生活状況などの個人情報 のやりとり
 - ・意思決定プロセス
- ⇒生活保護の場合には、福祉事務所が情報共有や意思決定の拠点になっているため、比較的スムーズな連携が可能となっている。生活保護ではない場合の体制づくりが必要。

精神科医療と地域ケアの連携 における保健所の役割



長崎県

県央保健所 所長（県央振興局保健部 部長）
福祉保健部 医療監

大塚 俊弘

◆ 行政医師としての職歴

- | | | |
|-----------------|------|--|
| ○ 精神保健福祉センター 所長 | 4年 | (平成11～14年度) |
| ● 県健康政策課 医療監 | 2年 | (平成15～16年度) |
| ● 県医療政策課 課長 | 2年 | (平成17～18年度) |
| ○ 中央児童相談所 所長 | 6年 | } 5機関兼務所長
長崎こども・女性・
障害者支援
センター
(平成19～22年度) |
| ○ 婦人相談所 所長 | 6年 | |
| ○ 精神保健福祉センター 所長 | 6年 | |
| ○ 身体障害者更生相談所 所長 | 6年 | |
| ○ 知的障害者更生相談所 所長 | 6年 | |
| ● 県央保健所 所長 | 10ヶ月 | |

◆ 地域精神保健福祉における保健所の役割

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（厚生労働省部長通知，最終改正 平成26.1.24）

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、障害福祉サービス事業所等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

【業務】

- 1 企画調整（現状把握及び情報提供、保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進）
- 2 普及啓発（こころの健康づくり、精神障害に対する正しい知識、家族・障害者に対する教室）
- 3 研修
- 4 組織育成（自助グループ、職親会、ボランティア団体）
- 5 相談
- 6 訪問指導
- 7 社会復帰社会復帰及び自立と社会参加への支援
（保健所デイケア、紹介、社会資源の整備促進及び運営支援、手帳の普及）
- 8 入院等関係事務
- 9 ケース記録の整理及び秘密の保持等
- 10 市町村への協力及び連携（在宅精神障害者の生活を支えるための情報提供、技術的協力、支援）

◆ 保健所の役割の変遷（主に精神科地域リハビリテーションにおける）

- 地域保健法施行前（～平成8年頃）＝“保健所デイケア時代”
 - ・ 作業療法／集団療法的支援サービスの提供
（作業療法、レクレーション療法、SST等の普及等）
 - ・ 家族教室の実施、家族会の育成
 - ・ 在宅患者、退院患者への訪問・服薬支援 [直接的地域定着支援活動]
- 地域保健法施行後～障害者自立支援法施行前（平成9～17年頃）＝“小規模作業所時代”
 - ・ 保健所デイケア機能の市町村、地域資源への移譲
（小規模作業所設置に向けた支援や運営支援、市町村でのデイケアサービス実施に向けた支援等）
 - ・ 当事者ミーティングの実施、当事者会の育成
 - ・ 在宅患者、退院患者支援における精神科病院との連携
（病院デイケア、訪問看護利用に向けた支援、医療サービスとの連携、病院PSW・訪問看護との連携等）
 - ・ 在宅患者、退院患者支援における精神障害者地域生活支援センター等との連携
（ケースマネジメント技法の普及、地域のPSWとの連携等）
- 障害者自立支援法施行後（平成18年～）＝“医療機関、障害福祉サービス事業所時代”
 - ・ 病状管理および相談支援関連事業の移譲の最終段階
（→ 医療機関、市町村[相談支援事業]、障害福祉サービス事業所）
 - ・ 入院等関係事務中心
 - ・ 地域移行・地域定着支援事業・・・ 仲介業務中心であり直接ケアには携われない

◆ 保健所職員が持っているべき支援技術

① 行政職員として期待される技術

- 相談・訪問技術
- 法定事務遂行技術
- 監視・監督技術
- 関係機関との調整・折衝技術
- 情報収集・分析／計画策定・実施技術
- 普及啓発技術
- 研修企画技術

今後さらなる技術力の向上
が期待されている事項

② 精神保健福祉専門職として期待される技術

- 個人精神療法的支援技術（支持的精神療法、認知行動療法等）
- 集団精神療法的／作業療法的支援技術
（SST、作業療法、心理教育的家族療法、ミーティングのファシリテイト技術等）
- 疾病管理技術（服薬指導、疾患教育／心理教育等）
- ト라우マ体験者支援技術
- ケースマネジメント技術
- 自助組織育成および援助技術
- ボランティア団体等育成および援助技術

… いずれも技術を習得するための体験の場が少なくなっている

◆ 地域精神保健福祉における 保健所が置かれている状況・問題点

- これまで担ってきた直接サービス業務の多くが他機関に移っている
- 精神保健福祉専門職としての技術習得につながる体験の場がない
- 組織育成、社会資源の開拓や育成といった、いわゆる地域づくりを体験する場がない
- 市町村合併および相談支援事業所等の技術向上、さらには医療機関地域連携機能の向上の結果、調整・仲介・斡旋等のケースマネジメント関連技法を体験する場がない
- 保健所に特化した行政職員としての技術力の向上を期待されているが、精神保健福祉専門職としての経験が少ないため、医療や福祉の実情にあった企画立案が出来る職員が少なくなっている
- 未治療精神障害者等、処遇困難事例への対応が期待されているが、精神障害者支援に携わる機会が全般的に減少しているため、処遇困難ケースへの対応技術の維持が困難となっている

◆ 長崎県県央保健所での取組例

2市3町を管轄、
管内人口は約27万人
(県内人口の約2割)

- 地域移行・地域定着支援事業（平成18年～23年度）
 - ・保健所が実施主体（圏域コーディネーター）として実施。
 - ・管内には民間単価精神科病院12施設、長崎県病院企業団精神医療センター、および精神科病棟がある国立長崎医療センター、合計14施設がある。
 - ・精神医療センターには、スーパー救急、児童・思春期ユニット、医療観察病棟あり。
 - ・先駆的な相談支援事業所 [← 地域生活支援センターから移行]（市社会福祉協議会）がある。
 - ・実施病院は3～5施設/年、実施患者数は3～7名/年
 - ・関連業務として、精神医療センター、相談支援事業所と協働で地域連携パスを作成し、試行を行ったが、それ以上の展開はなかった。
- ひきこもり対策事業（平成14年度～）
 - ・県下で最初の事業。
 - ・集団療法的支援サービス『家族教室』（H15～） 自助的支援サービス『家族のつどい』（H16～）
 - ・居場所の確保『当事者のつどい』（H16～）
 - ・家族会結成（H18）
 - ・長崎県ひきこもり対策推進事業（H22～）を支える社会資源の整備
(家族会、体験談を語る当事者等)
 - ・家族会県連合会の結成（H24）
 - ・「ひきこもり地域支援センター」（H25～）
精神保健福祉センターと各保健所のサテライト方式
- 発達障害者支援事業（平成26年度～予定）
 - ・成人に対する集団精神療法的サービス（SSTの実施等）？

◆ これからの地域精神保健福祉において 保健所が担うべき役割とその対策

- ◎ 未治療精神障害者等処遇困難事例への対応
- ◎ 十分な支援が届いていない障害者への対応
- ◎ 病院実地指導等監視・監督業務の有効活用
- 保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進
- 市町村への技術支援、研修会の企画
- 自助組織の育成
- 医療機関、障害福祉サービス事業所等、地域の関係機関との連携
- 在宅精神障害者への支援

← いずれにしても、
直接ケアが体験できる場の確保が課題。
・希少障害へのデイケア的支援
・研修派遣や人事交流 等々

Ⅱ 事業報告

5. 認知症地域ケアパス改善案調査

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院
認知症疾患医療センター長
柿木達也

1) 標準的な認知症ケアパスの推進 成 24 年 6 月 18 日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について」が発表された。今後 5 年間で目指すべき 7 つの認知症施策が柱となっている。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

一番最初に述べられているのが標準的な認知症ケアパスの作成・普及です。そこで認知症ケアパスでは、「認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成と普及を推進する」とし、認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。

標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。

標準的な認知症ケアパスについては、今後、国としてその調査・研究を行うが、概念図のとおりである。なお、国が行う標準的な認知症ケアパスの調査・研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。地域ごとの認知症ケアパスでは、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。」とされています。

平成 25 年 9 月の認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会による「認知症ケアパス作成のための手引き」では、「「認知症ケアパス」という言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」の報告書に則り、「認知症ケアパス」を「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」とします。また、認知症の人を支えるさまざまなサービス（介護保険法定サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地

域住民によるサービス等)を総称し、「社会資源」とします。」とされている。

平成25年度の事業では、これらの報告書に基づき平成24年度 of 精神科医療と地域ケアの連携推進事業報告書の内容を改定する作業を行った。

2) 標準的な認知症ケアパス作成のためのツール

オレンジプランで示された標準的認知症ケアパスの作成には社会資源の整理が必要である。その際もつとも気を使うのは情報共有の確認である。情報を共有することへの同意の意思を確認するためにアンケートを作成した。アンケートを送付し名称、特徴、情報共有の可否を1件ずつ行った。情報共有可とされた資源について整理を行った。

それらを標準的な認知症ケアパスの概念図をもとに「予防」を追加し、それぞれの社会資源の分類をA～Iとした。それぞれの社会資源の分類の具体的な名称や特徴を整理するために社会資源整理表を用いた。そこに名称、特徴、連絡先などを具体的に書き込み整理できるようにした。そして社会資源にあたる医療機関やそれ以外の社会資源、フォーマル、インフォーマルなどをすべて整理するようにした。

整理した情報は共有の仕方を検討した。冊子にするもの、インターネット上に公開するもの、情報共有する範囲などを検討した。利用者がいつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにした。

介護保険事業所における認知症のパスを示す方が利用者の安心へとつながると考え介護保険事業所認知症ケアパス概念図を作成した(資料7)。また、認知症疾患医療センターとかかりつけ医の連携を行う場合に、かかりつけの主治医を明確に、認知症疾患医療センターとの連携の在り方を図式化して患者が分かり易くした(資料8)。

資料1 標準的な認知症ケアパスの概念図をもとにした社会資源の分類

資料2 標準的認知症ケアパスに基づいた社会資源整理表

資料3 医療機関(診療所)情報共有アンケート

資料4 医療機関(病院)情報共有アンケート

資料5 医療機関(歯科)情報共有アンケート

資料6 社会資源情報共有アンケート

資料7 標準的ケアパスの概念図に基づいた介護保険事業所認知症ケアパス

資料8 認知症疾患医療センターとかかりつけ医とのケアパスに基づいた認知症療養計画書

認知症ケアパス 社会資源整理表					
ケアパス項目	内容	内容の詳細	資源名称	場所・住所・連絡先	電話番号
A	予防	① 認知症 介護予防事業			
		② 認知症 予防啓発資料			
		③ 資源	予防教室		
			体操教室		
			ウォーキングができる場所		
④ 独自の取り組み	体育館・公園・プール など				
B	気づき	① 認知症啓発事業			
		② 認知症啓発資料			
		③ 気づきの後の 相談先資源			
		④ 独自の取り組み			
C	見守り 支え合う				
D	介護分野 相談先	① 地域包括 支援センター			
		② 居宅介護 支援事業所			
E	医療分野 相談先	かかりつけ医			
F	病院 (入院)	合併症入院の受け入れ がある病院（アンケート から）	総合病院		
			病院		
G	医療 認知症 センター	鑑別診断・治療方針 など			
H	精神科 医療 機関など	精神科病院			
		精神科クリニック			
		物忘れ外来			
I	介護 サー ビス	居宅サービス	訪問サービス	訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導	
			通所サービス	通所介護 通所リハビリテーション	
			短期入所サービス	短期入所生活介護 短期入所療養型介護	
			入居型居宅サービス	特定施設入居者生活介護	
		その他	福祉用具貸与		
			特定福祉用具購入		
			住宅改修		
		施設サービス	介護老人福祉施設		
			介護老人保健施設		
		地域密着型サービス	介護療養型医療施設		
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
			夜間対応型訪問介護		
			認知症対応型通所介護		
小規模多機能型居宅介護					
認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者向けグループホーム）					
地域密着型特定施設入居者生活介護（介護型有料老人ホーム）					
地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）					
複合型サービス					

認知症医療連携情報アンケート（診療所用）

資料3

< 情報共有について >

< 1/2枚 >

◎いただきました情報は、医師会・地域包括支援センター・県の関係機関（認知症疾患医療センター・健康福祉事務所等）に提供し、情報提供のための冊子やホームページで使用いたします。

※すべての項目で共有可能な場合は、こちらに○を入れて下さい。 → 可

※項目毎の確認は、どちらかに○を入れて下さい。 → 情報共有の可否 ↓

< 基本情報をご記入下さい。 >

医療機関名 _____

医療機関名読み (カタカナ) _____

郵便番号 _____

住所 _____

代表電話番号 _____

FAX番号 _____

ホームページ // 無 ・有 (_____)

< 該当するものに○を入れてください。空欄にはご記入下さい。 >

①認知症に特化した診療枠を設けていますか。	あり	なし	可・否
①で「あり」の場合に、外来診療科名をご記入下さい。	(_____)		可・否

(例：もの忘れ外来)

※認知症に特化した外来の有無に関わらず、以下の設問にお答え下さい。

②認知症の診断・治療を行いますか。		行う	行わない	可・否									
②で「行う」の場合に、実施検査の項に○を入れてください。													
実施検査項目	問診	神経学的診察	血液検査	MMSE	HDS-R	神経心理検査	頭部MRI	頭部CT	脳血流シンチ	心筋シンチ	脳波	髄液検査	可・否

③認知症の相談・指導を行いますか。		行う	行わない	可・否	
③で「行う」の場合に、お聴きします。					
ア、相談・指導の対応方法をご記入下さい。（複数解答可）		診察時に行う			可・否
		その他 (_____)			可・否
イ、対応日に○を入れて下さい。		月・火・水・木・金・土・日			可・否
ウ、対応時間をご記入下さい。		～			可・否
		～			可・否

※情報共有の可否に○を入れて下さい。

④行動障害・精神症状（BPSD）についてお聴きします。			
ア、BPSDの治療・指導を行いますか。	行う	行わない	可・否
イ、BPSDが目立つ方の対応が可能ですか。	対応可	対応不可	可・否
⑤心療内科と連携していますか。	連携あり	連携なし	可・否
⑥神経内科と連携していますか。	連携あり	連携なし	可・否
⑦精神科と連携していますか。	連携あり	連携なし	可・否
⑧認知症専門医療機関へ紹介していますか。	紹介している	紹介していない	可・否
⑧で「紹介している」の場合、どのような時に紹介しますか。			
			可・否
⑨訪問診療をしていますか（認知症の診療を含む）。	訪問診療あり	訪問診療なし	可・否

※認知症ケア連携についてお尋ねします。

⑩認知症ケアパス(*)を普及させるためのツール（連携ノートなど）に、興味をお持ちですか。			
（ * 認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ ）		あり	なし
			可・否

⑪先生は認知症サポート医ですか。	サポート医（お名前：	サポート医 ではない	可・否
	サポート医（お名前：		
⑫先生は、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講されましたか。			
		受講済み（お名前：	未受講
			可・否

< 認知症ケアパス(*)についてのご意見をお願いいたします。 >

			可・否
--	--	--	-----

ご協力ありがとうございました。

認知症医療連携情報アンケート（病院用）

資料4

<情報共有について>

< 1/2枚 >

①いただきました情報は、医師会・地域包括支援センター・県の関係機関（認知症疾患医療センター・健康福祉事務所等）に資料提供し、情報提供のための冊子やホームページで使用いたします

※すべての項目で共有可能な場合は、こちらに○を入れて下さい。 →

可

※項目毎の確認は、どちらかに○を入れて下さい。 →

情報共有の
可否
↓

<基本情報をご記入ください。>

医療機関名 _____

医療機関名読み（カタ） _____

郵便番号 _____

住所 _____

代表電話番号 _____

FAX番号 _____

ホームページ // 無 ・有 (_____)

<該当するものに○を入れてください。空欄にはご記入下さい。>

①認知症に特化した診療枠を設けていますか。	あり	なし	可 ・ 否
①で「あり」の場合に、外来診療科名をご記入下さい。	(_____)		可 ・ 否
(例：もの忘れ外来)			

※認知症に特化した外来の有無に関わらず、以下の設問にお答え下さい。

②認知症の鑑別診断・治療を行いますか。													行う	行わない	可 ・ 否
②で「行う」の場合、診療科はどちらですか。													(_____)		可 ・ 否
②で「行う」の場合、実施検査の項に○を入れてください。															
実施検査項目	問診	神経学的診察	血液検査	MMSE	HDS-R	神経心理検査	頭部MRI	頭部CT	脳血流シンチ	心筋シンチ	脳波	髄液検査			可 ・ 否
/															

③認知症の相談・指導を行いますか。													行う	行わない	可 ・ 否
③で「行う」の場合に、お聴きします。															
ア、相談・指導を行う部署はどちらですか。													(_____)		
													(_____)		可 ・ 否
イ、相談・指導の対応方法をご記入下さい。（複数回答可）													電話相談	面談相談	
													その他 (_____)		可 ・ 否
ウ、相談の連絡先(電話番号)をご記入下さい。															可 ・ 否
エ、相談対応日に○を入れて下さい。													月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
													月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		可 ・ 否
オ、対応時間をご記入下さい。													～		
													～		可 ・ 否

※情報共有の可否に○を入れて下さい。

④行動障害・精神症状（BPSD）の治療・指導を行いますか。	行う	行わない	可・否
④で「行う」の場合、診療科はどちらですか。			
(科)	(科)	(科)	可・否
⑤心療内科の標榜がありますか。	標榜あり	標榜なし	可・否
⑥神経内科の標榜がありますか。	標榜あり	標榜なし	
⑦精神科の標榜がありますか。	標榜あり	標榜なし	
⑧心療内科との連携を希望しますか。	希望する	希望しない	可・否
⑨神経内科との連携を希望しますか。	希望する	希望しない	
⑩精神科との連携を希望しますか。	希望する	希望しない	
⑪認知症専門医療機関との連携を希望しますか。	希望する	希望しない	可・否
⑫行動障害・精神症状（BPSD）が目立つ方の入院受け入れが可能ですか。	入院可	入院不可	可・否
⑫で「入院不可」の場合に、お聴きします。			
ア、家族の付き添いがあれば、入院受け入れ可能ですか。	入院可	入院不可	可・否
イ、「家族の付き添い」以外に、入院受け入れに必要なこと をお選び下さい。 (複数回答可)	精神科医の病院への往診がある 認知症疾患医療センター職員 (医師・作業療法士・看護師)の 病院への訪問がある。		可・否
ウ、ア・イ以外で「入院受け入れに必要なこと」は何ですか。			
			可・否
⑬訪問診療をしていますか（認知症の診療を含む）。	訪問診療あり	訪問診療なし	可・否

※認知症ケア連携についてお尋ねします。

⑭認知症ケアパス(*)を普及させるためのツール（連携ノートなど）に、興味をお持ちですか。	あり	なし	可・否
(* 認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ)			
⑮先生は、認知症サポート医ですか。	サポート医（お名前： サポート医（お名前： サポート医（お名前：	サポート医 ではない	可・否
⑯先生は、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講されましたか。	受講済み（お名前： 受講済み（お名前： 受講済み（お名前：	未受講	可・否
< 認知症ケアパス(*)についてのご意見をお願いいたします。 >			
			可・否

ご協力ありがとうございました。

認知症の方に対する歯科診療についてのアンケート

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）に基づき認知症ケアパス作成に向けた取り組みをしているところです。（認知症ケアパスには、医療機関や歯科医院も含めた社会資源の掲載を行う予定です。）

つきましては、認知症の方への歯科診療が可能な歯科医院を社会資源一覧表へ掲載しますので、当アンケートに御協力いただきますようお願い申し上げます。

●下記の該当する方に○をお願いいたします。

① 認知症の方の歯科診療について（診療できます・診療は難しいです）

② ①で「歯科診療ができます」と御回答いただいた歯科医院は、下記についても該当する方に○をお願いいたします。

（掲載を承諾します・掲載を承諾しません）

※社会資源一覧表への掲載を承諾していただいた歯科医院について、ご回答ください。

認知症の方への対応がどの程度であれば可能か、来院時に気を付けてほしい点など診療時の対応について、下記に御記入いただきますようお願いいたします。

--

◎歯科医院の基本情報

よみがな 歯科医院名	
住所	〒
電話・FAX	TEL FAX
診察時間	
休診日	
ホームページ	なし・あり (http://)

介護保険サービス提供事業所 御中

市町村高齢福祉担当課長

平成 年度 認知症ケアパス作成における社会資源の整理について（ご依頼）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、保健福祉行政につきまして、格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨年国から示された認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の中にもある認知症ケアパスの作成の一環として、市内にある社会資源の整理を行い、医療も含めた社会資源マップ作成に向けた取り組みをしているところです。

つきましては、認知症ケアパス作成に向けた社会資源の整理における介護保険サービス提供事業所の社会資源一覧表への掲載について、ご理解、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、社会資源一覧表への掲載するにあたり、施設の概要及び特徴などを合わせて把握したいと思っておりますので、別紙の回答欄へご記入いただき同封の返信用封筒にて、

月末までに御返送ください。また、一覧表への掲載が不可である事業所におきましても、施設概要及び特徴についてはご回答いただきますようお願い申し上げます。

※認知症ケアパスは、認知症の人が認知症を発症した時から、生活障害の進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ決めておくものです。それにより、認知症と疑われる症状が発生した時に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどのような支援を受けることができるのかを理解いただくため、標準的な認知症ケアパスの概念図に基づき、A～Jまでの各段階で利用できる社会資源をまとめるものです。

【問い合わせ先】

市町村地域包括支援センター担当：

市町村高齢福祉担当：

TEL () —

FAX () —

認知症ケアパス作成における社会資源について（回答）

認知症ケアパス作成のための、社会資源一覧への掲載について該当する方に○をお願いいたします。

- ・ 掲載を承諾します
- ・ 掲載を承諾しません

※下記の表へ詳細をご記入ください。

※サービス内容については、該当するものに☑をつけ、定員等もご記入ください。

サービス事業所名		
住所	〒	
電話・FAX	TEL	FAX
回答者名		
サービス内容	居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）（定員 名） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア）（定員 名） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ）（定員 名） <input type="checkbox"/> 短期入所療養型介護（ショートステイ）（定員 名） <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（定員 名） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ） <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売（ ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援
	施設サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（定員 名） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（定員 名） <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（定員 名）
	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（登録定員 名） （通い 名、宿泊 名） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（利用定員 名） <input type="checkbox"/> 定期巡回型随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型居宅生活介護（入居定員 名） <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者介護（定員 名） <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 （定員 名）

●認知症について気になる方の相談先として、対応が可能ですか。あてはまる方に○をお願いいたします。

認知症の相談に （ 対応できます ・ 対応は難しいです ）

●施設概要及び特徴など(パンフレット・資料などがありましたら同封をお願いします。)

★認知症予防や気づき、見守り支え合うことに関して活動している教室や場所、活用できる社会資源で知っているものがあれば記載をお願いします。

- ・ 体操教室

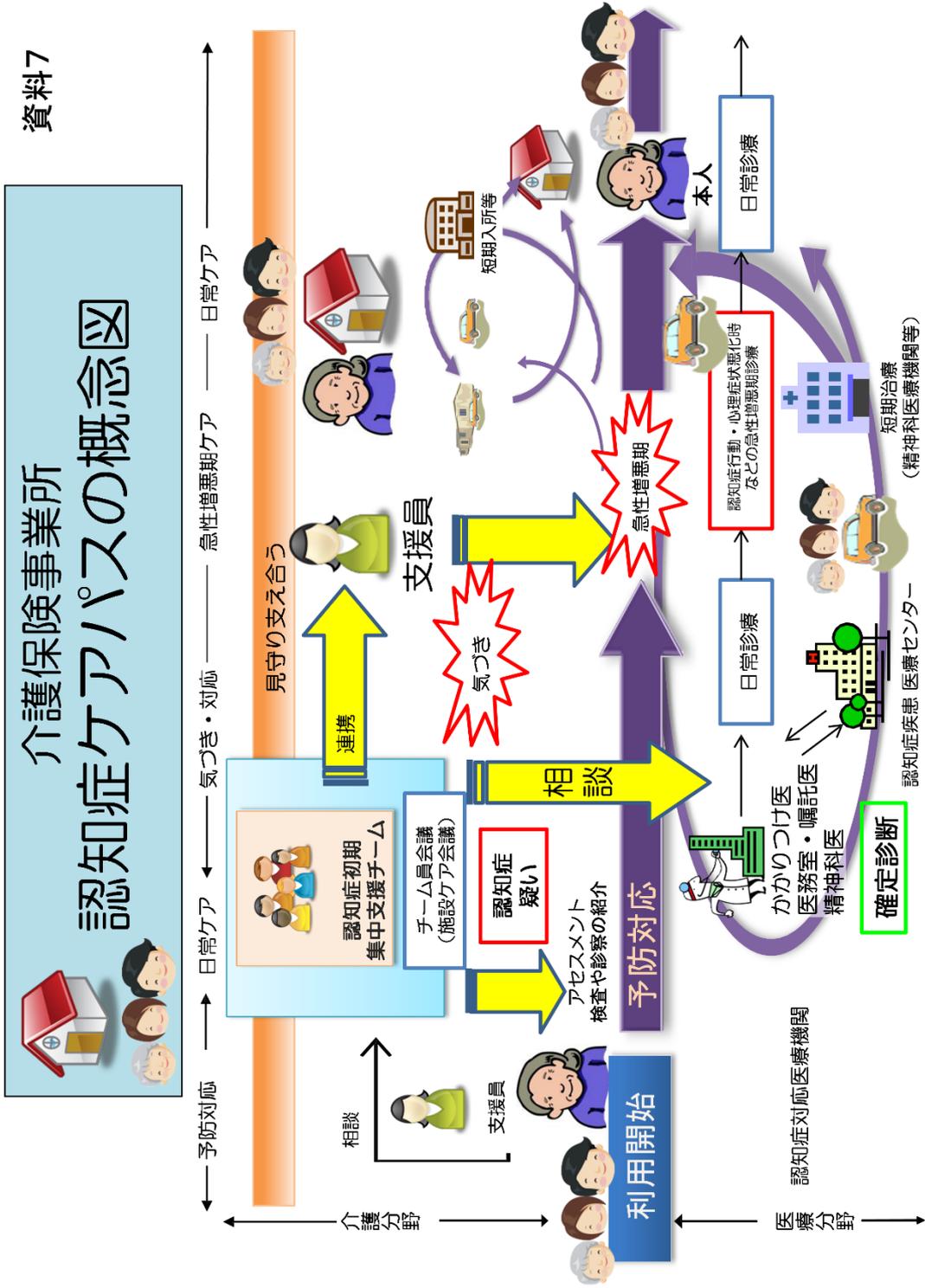
- ・ 安全にウォーキングができる場所

- ・ 公園、体育館、プールなど

- ・ 地域でのつどい場など

- ・ 認知症に関連する取り組みについて実施しているもの

- ・ その他、認知症の方が利用できる社会資源などで把握できているものがあればご記入をお願いします。



平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」

もの忘れの診断・治療の流れ (認知症療養計画書)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇子 様

ID: 〇〇〇〇

かかりつけ医: 〇〇医院

〇〇 〇〇先生

生年月日: 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

年齢: 〇〇 歳

性別: 女 認知症疾患医療センター担当医師: 〇〇 〇〇〇

資料 8

紹介・予約	初診～1ヶ月	かかりつけ医	次回の検査	かかりつけ医
 <p>〇〇医院</p> <p>かかりつけ医からのご紹介</p>  <p>診察日のご予約をお取りします</p>	 <p>診断・治療開始</p>  <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <p>各種検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 脳MRI・CT <input checked="" type="checkbox"/> SPECT <input checked="" type="checkbox"/> 神経心理検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 自律神経機能検査 <input checked="" type="checkbox"/> 嗅覚検査 </div>	 <p>〇〇医院</p> <p>診察・お薬の継続</p> 	<div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;"> <p>検査日</p> <p>平成 26 年 4 月 1 日</p> <p>説明日</p> <p>平成 26 年 4 月 8 日</p> </div> <p>前回受診時からの変化を評価します 必要時、お薬の調整などを行います</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <p>各種検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 脳MRI・CT <input type="checkbox"/> SPECT <input checked="" type="checkbox"/> 神経心理検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 自律神経機能検査 <input checked="" type="checkbox"/> 嗅覚検査 </div>	 <p>〇〇医院</p> <p>診察・お薬の継続</p>  <p>緊急時はかかりつけ医に連絡してください。 病状に変化のあった時は、かかりつけ医と認知症疾患医療センターで連携をとります。</p> 
診断結果	アルツハイマー型認知症、慢性虚血性脳血管障害、ビタミンB12欠乏			
＜これからの治療計画＞				
もの忘れなど	少し物忘れが出てきています 周囲の支援を受けながら活気のある生活を維持しましょう			
生活のしづらさ	生活がしづらい部分は家族や周囲の人の支援を受け安心して快適な生活をおくりましょう			
行動・心理症状	意欲が低下しがちです 介護サービスなどを利用しながら活動性を維持しましょう			
医療連携・介護サービス	かかりつけの先生と相談してくすりをきちんと服用し、介護サービスを利用しましょう			
ご家庭で気をつけること	バランスのよい食事を心がけ、運動や楽しみを取り入れ生き生きとした生活をめざしましょう			
介護認定:	※検査結果は別紙をご参照ください			
説明を受けた方の署名:				

Ⅱ 事業報告

6. 統合失調症患者退院支援・地域連携パス調査

平成 25 年度 精神科医療と地域ケアの連携推進事業
分担事業者（奈良県葛城保健所長） 山田全啓

研究協力報告書
地域連携パスの現状と課題、試案の作成に関する研究

研究協力者 山下 俊幸（京都府立洛南病院）
福井貴実子（富山県砺波厚生センター保健予防課地域保健班長）
加納 紅代（富山県厚生部健康課主幹）
松尾 伸子（東京都目黒区保健所 保健予防課 保健相談係長）

目的

精神科医療と地域ケアの連携を推進することは、「入院生活中心から地域生活中心へ」と今後一層進めていくためにきわめて重要な課題である。今回の精神保健福祉法改正議論においては、医療保護入院患者が1年以内に退院できるようにすることが医療機関に求められるようになった。そこで、本研究では、精神科医療と地域ケアの連携を推進するためのツールとしての統合失調症を中心とした地域連携パスの現状と課題を明らかにするとともに、試案の検討を目的とした。

方法

1) 文献調査を元にパスの使用状況を明らかにするとともに、その意義や課題について検討する。
2) 本研究班が実施する保健所調査を元に地域連携パスの実施状況を明らかにするとともに、実際に使われているパスを入手する。3) パスを使用している保健所に対して、二次調査を行い、パスの使用状況や今後の課題について、より詳しく調査する。4) 調査結果で明らかとなった地域連携パスを元に、地域連携パスの試案作成に向けた検討を行う。5) 研究者の所属する公立精神科病院における在院1年以上長期入院者の退院支援の現状を明らかにし、地域移行に向けた課題について検討する。

結果

1) メディカルオンラインとインターネットにより文献調査を行ったが、統合失調症を中心とした地域連携パスは1医療機関によるもののみであった（資料1）。他の医療機関で試案を作成していたところがあり、直接確認したところ、まだ完成していないとの回答であった。統合失調症を中心とした地域連携パスではないが、認知症の地域連携パスや地域生活における連携パスなどは利用しているところがあった。

地域連携パスの意義については、下記のようなことが考えられていた。目標化；病棟内で目標が明確な業務の組み立てを行う、言語化；多職種チーム内で課題や情報が共有化され、パスを介して治療方針や支援内容が言語化される、利用者への可視化；本人・家族用のパスを作成し提示することにより、課題や支援目標の視覚化が可能になり、理解を得やすくするとともに、信頼関係が形成され、協働関係を築くことができる、個別化；類型化できない課題の抽出により、個別支援がより豊かになる、相対化；他機関との比較が可能になり、臨床実践の自己検証が可能になる、システム化；院内の機能分化やシステム化をけん引するツールになる、などであった。

一方、課題としては、批判的な意見として、類型化、非個別化、画一化、煩雑化、脱落化、合理化、孤立化などが指摘されていた。また、精神科診療において、パスを実施するうえでの課題も指摘されていた。一般医療では、「急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を策定し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるもので、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医

療を受けることができるようにするもの」とされているが、精神科診療においてはこのような役割分担が行われていない現状がある。病診連携や病病連携は限定的であり、医療機関と地域の社会資源との連携もなお限定的である。というものであった。

なお、統合失調症の地域連携パスに加えて、以下のように様々なパスモデルが検討されていた。統合失調症の就労支援、統合失調症の地域生活定着支援、身体合併症を有する精神疾患、自殺未遂者支援、プライマリケア医を受診した軽症うつ病、うつ病の復職支援、プライマリケア医を受診した初期認知症、BPSD を伴う認知症、認知症の地域生活支援などであり、すでに試みられているものもある。

2) 保健所調査では管内で地域連携パスが使われていると回答した保健所は、6ヶ所あったが、パスを取り寄せて内容を確認したところ、デイケア利用に関するもの、院内の連携パスなどが含まれていて、地域連携パスが使われていたのは2ヶ所であった(資料2)。

3) 上記の2ヶ所の保健所に対して、追加の調査票を送付し、下記のとおりのおりの回答を得た(資料3)。

(1) パス施行質問紙調査結果

目的：病院と地域との円滑な連携、システム化、安心して地域生活ができる

作成経過：平成15年度～、平成21年度～、保健所が主体、厚生労働科学研究、モデル地区ワーキンググループ

対象者：47.6歳36事例、30から50歳代14事例、包括的ケアの必要な精神障害者(基本的に統合失調症の方)、地域移行支援事業対象者、地域で独居生活となる者、家族調整(受入拒否、と問題家族等)が難しい者

実施地域：保健所管内、精神科病院

(2) パス施行成果

- ・病棟スタッフが地域での退院支援を理解する機会になり、入院中から在宅・地域での生活を意図した支援への意識の変化があった。
- ・地域のスタッフが、退院決定前から病院に要望を伝えることにより、医療機関への理解が深まった。
- ・医療機関から保健所に、退院予定の有無にかかわらず、家族支援や地域受け入れ調整等を含む退院支援の相談やカンファレンスの依頼が増加した。
- ・各病院との情報交換により、地域における自らの病院の役割を見直す機会になった。
- ・地域支援者の連携が手薄にならず、病院の訪問看護や市町・保健所の訪問、地域の居場所利用、相談支援など支援が継続できるため再発が少ない
- ・情報の共有化がスムーズ
- ・医療機関と地域の視点のずれが明確となる

(3) 課題

- ・15～17年度にモデル事業として地域連携クリティカルパスを作成、試行したが、医療機関で活用はされなかった。その理由として、①医療機関では、院内パスがなく地域連携クリティカルパスの有効性が理解されなかった。②地域連携クリティカルパスの使用時期が曖昧であったことや枚数が多いことから院内のスタッフの協力が得られなかった。③医療機関で地域連携クリティカルパスを推進する担当者が明確でなかった。医師の協力が得られにくかった。
- ・医療機関内の連携及び医療機関と地域の連携を本人・家族を主体とした関係者が共通認識のもと退院支援が実践できる仕組みづくりが必要、①既存の地域連携クリティカルパスの見直し(院内パスとの整合性)とカンファレンスシートの連動による支援体制の構築、②病棟での退院支援の主務者を明確にする。病棟と医療連携室等医療機関内での連携強化および退院支援の体制づくり
- ・平成24年度から地域移行・地域定着支援事業が市町の地域相談支援となり、事業の利用者が減

少。そのため拡がらない。(24年度は1病院3事例のみ)

- ・A病院では、院内パス(急性期パスや退院支援パス)と地域連携パスがあり、パス作成のための労力が負担

- ・地域で気がかりなケースなど地域から病院への連携のツールとしてパスの利用がない(地域にその意識が欠けている)

- ・モデルでしていた病院は、キーパーソンであるワーカーにパスを使用しようという意識があるが、保健所が管内の他の病院への波及ができていない

- ・24年度は地域相談支援の周知等が中心となり、クリニカルパスについて研修や検討する機会がなかった。

- ・異動や退職等保健所職員が変わり、クリニカルパスについて承知している者が少ない。

- ・病院側も院内だけで正確なアセスメントができない(例えば退院後、自宅の施設ができるか、自分でスケジュール管理できるか等)退院後の生活のどの部分がどの程度可能かの評価難しい。病院内だけの訓練では限界がある。

4) 2ヶ所の保健所から送付された地域連携パス及び文献調査から得られた連携パスを元に地域連携パス目標設定試案を作成した。(資料4)

5) 研究者の所属する公立単科精神科病院においては、約20年前よりいわゆるアパート退院などの退院支援に取り組んできた。その結果、70.6%あった長期入院患者の比率は最大で42.8%まで低下し、近年は概ね50%前後を推移している。これに並行して平均在院日数も283.6日から最大で99.3日まで減少した。しかし、近年は100日前後で推移している。過去3年間で見ると45名のうち一般病院への転院が22名と最も多く、自宅15名、グループホーム/ケアホーム4名であった。高齢者施設への入所は、2名と極めて少なかった。退院といっても合併症による一時的な転院が多いのが現状である。近年は長期入院者の比率や平均在院日数が横ばいである。(資料5)

退院支援に向けた課題としては、以下のようなことが挙げられた。

(1) 地域移行、地域定着(事業)がなかなか利用できていない

- ・利用期間が限られるため、ある程度退院が目前にきている状況の方しか候補にあげられない。

- ・候補者が全くいないわけではないが、退院に向けて本格的に動きだせてない状況(病状含めて様子をみている段階)

(2) マンパワーが十分でない

- ・退院支援でいくつかのケースを平行して動かしていると、新規ケースまで手が回らない。

- ・救急病棟の仕事をしながら、慢性期病棟の退院支援に取り組むだけの時間がない。

(3) 本人や家族の希望がほとんどない中で、退院に向けての取り組みを促すには関係スタッフの意志統一が必要。少なくとも主治医の意向は絶対。そうでないとケースは動かない。

- ・本人は「このまま病院にいるのがいい」、家族は「できる限り病院に置いておいてほしい」と思っているため、そこを動かすことは大変。

- ・本気で取り組んだら退院が実現しそうなケースでもそこまで至らずに終わってしまう。

(4) 地域側、受け入れる場所がないと退院できないケース

- ・独居は無理でも、ケア付きの施設(グループホーム、特養等)であれば退院できるようなケースもあるが、そういった施設の数不足している。

- ・特に65歳以上の人の場合は、介護保険施設(特養等)に申請することになるが、病院に入院中の人は緊急性が低いと判断されるため、申し込みをしても順番が回ってくることはない。

考察

統合失調症を中心とした、地域連携パスについて、文献調査、保健所調査を行い、現状と今後の課題を明らかにした。また、公立精神科病院の退院支援の現場から見た、地域移行についての課題も明らかにした。

地域連携パスを円滑に実施するためには、現状では多くの課題があるが、一般医療ではすでに行われていることでもあり、可視化や標準化は精神科医療においても避けて通れないことといえる。おりしも、平成26年4月の診療報酬改訂では急性期の統合失調症と気分障害の急性期治療パスが導入されることとなり、パスそのものについての理解はこれまで以上に広がりつつある。それにとともに、地域連携パスについても注目されることになるだろう。今後は、パスを活用することで、情報を共有化し、連携や地域のネットワーク化が促進されるような効果も期待できると考えられる。

しかし、現場でパスを生かしていくためには、なぜ地域連携パスを作成するのかという、目的の明確化、共有化が重要と考える。先行研究によれば、「様々な職種の人が集まり、議論して作成する過程が重要である」「大切なのは、地域連携クリティカルパスありきではなく、地域の援助職たちが目標を共有し、日々の業務の良好なフィードバックがなされること」と指摘されている。さらに、「連携パスや情報共有ツールを作成すること自体は難しいことではないが、これを実際の臨床場面で普及、定着させることは至難の業である。連携パスを定着させようとする強い意志を持つ地域のリーダーと事業の中核となってその人を支えるチームが必須である」とも指摘されており、このような指摘を踏まえた取り組みが必要と考える。また、医療機関において退院支援に関わるメディカルスタッフのマンパワーの確保や保健所職員が異動により替わることで継続性が維持できないことも大きな課題である。

今後、パスを作成し活用していくためには、マンパワーを確保するとともに日ごろから地域連携会議や地域ネットワークが存在していることが重要といえる。地域ネットワークが存在しないところでは、保健所と医療機関が協力し、パスをツールとして、結果として、地域ネットワークの構築にもつなげていく必要があると考える。この点では、コーディネート機能を持つ保健所の果たす役割は大きく、今後の積極的な展開に期待したい。

参考資料、文献

- 1) 東京足立病院 統合失調症地域連携パス(案)
- 2) 兵庫県立光風病院 統合失調症地域医療連携クリティカルパス「地域医療連携手帳(案)」
- 3) のぞえ総合心療病院 統合失調症地域連携クリティカルパス(パス・ノート)
- 4) 精神科クリティカルパス論 精神医療, No.62, 2011
- 5) 特集「精神疾患地域連携クリティカルパス」 日本社会精神医学雑誌, vol22, No.2, 2013

(資料1) 東京足立病院 統合失調症地域連携パス(案)

(資料2) 富山県砺波厚生センター 地域連携パス
香川県中讃保健所 地域連携パス

(資料3) 質問紙調査回答

(資料4) 地域連携パス目標設定試案

(資料5) 洛南病院資料

統合失調症地域連携パス(案)

資料1

患者氏名: (男・女) 生年月日(年 月 日) 年齢 歳 住所:

主治医: 病名:

	退院前1ヶ月(年 月 日)	退院時(年 月 日)	通院1ヶ月(年 月 日)	通院3ヶ月(年 月 日)	通院6ヶ月(年 月 日)
アウトカム	本人の希望				
	治療目標・振り返り	<input type="checkbox"/> 服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) <input type="checkbox"/> 精神・身体状態 (安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄) <input type="checkbox"/> 内科検査 <input type="checkbox"/> 本人家族への病状説明と治療確認	<input type="checkbox"/> 服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) <input type="checkbox"/> 精神・身体状態 (安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄) <input type="checkbox"/> 内科検査 <input type="checkbox"/> 本人家族への病状説明と治療確認	<input type="checkbox"/> 服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) <input type="checkbox"/> 精神・身体状態 (安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄) <input type="checkbox"/> 内科検査 <input type="checkbox"/> 本人家族への病状説明と治療確認	<input type="checkbox"/> 服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) <input type="checkbox"/> 精神・身体状態 (安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄) <input type="checkbox"/> 内科検査 <input type="checkbox"/> 本人家族への病状説明と治療確認
生活の振り返り	身の回り	<input type="checkbox"/> 外出・泊計画評価 <input type="checkbox"/> 食事管理(食事量/飲水) <input type="checkbox"/> 清潔面(着替え/洗濯/入浴/整理) <input type="checkbox"/> 金銭管理	<input type="checkbox"/> 食事管理(食事量/飲水) <input type="checkbox"/> 清潔面(着替え/洗濯/入浴/整理) <input type="checkbox"/> 金銭管理	<input type="checkbox"/> 食事管理(食事量/飲水) <input type="checkbox"/> 清潔面(着替え/洗濯/入浴/整理) <input type="checkbox"/> 金銭管理	<input type="checkbox"/> 食事管理(食事量/飲水) <input type="checkbox"/> 清潔面(着替え/洗濯/入浴/整理) <input type="checkbox"/> 金銭管理
	人との交流	<input type="checkbox"/> 生活状況の確認(1日の過ごし方など) <input type="checkbox"/> 各種プログラムの導入・評価 (作業療法/デイケア/院外施設) <input type="checkbox"/> 家族友人との交流 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 生活状況の確認(1日の過ごし方など) <input type="checkbox"/> 各種プログラムの導入・評価 (作業療法/デイケア/院外施設) <input type="checkbox"/> 家族友人との交流 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 生活状況の確認(1日の過ごし方など) <input type="checkbox"/> 各種プログラムの導入・評価 (作業療法/デイケア/院外施設) <input type="checkbox"/> 家族友人との交流 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 生活状況の確認(1日の過ごし方など) <input type="checkbox"/> 各種プログラムの導入・評価 (作業療法/デイケア/院外施設) <input type="checkbox"/> 家族友人との交流 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡
タスク	治療	<input type="checkbox"/> 服薬自己管理 <input type="checkbox"/> 服薬相談 <input type="checkbox"/> 内科検査 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心理面接/カンファレンス実施(/)	<input type="checkbox"/> 通院(回 /) <input type="checkbox"/> 内科検査(/) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> カンファレンス実施(/)	<input type="checkbox"/> 通院(回 /) <input type="checkbox"/> 内科検査(/) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> カンファレンス実施(/)	<input type="checkbox"/> 通院(回 /) <input type="checkbox"/> 内科検査(/) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> カンファレンス実施(/)
	身の回り	<input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 住まい <input type="checkbox"/> 外泊(/)(/)(/) <input type="checkbox"/> 退院前訪問(/)(/) <input type="checkbox"/> ヘルパー/訪問看護の導入・計画	<input type="checkbox"/> ヘルパー(回 /) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回 /)	<input type="checkbox"/> ヘルパー(回 /) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回 /)	<input type="checkbox"/> ヘルパー(回 /) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回 /)
	人との交流	<input type="checkbox"/> 作業療法・集団精神療法・SST・デイケア体験 <input type="checkbox"/> 退院後の生活 (家事・病院()・保健所・作業所・支援センター・就労)	<input type="checkbox"/> 退院後の生活 (家事・病院()・保健所・作業所・支援センター・就労)	<input type="checkbox"/> 退院後の生活 (家事・病院()・保健所・作業所・支援センター・就労)	<input type="checkbox"/> 退院後の生活 (家事・病院()・保健所・作業所・支援センター・就労)
	その他/備考				
支援者○キーパーソン	主治医 TEL:	訪問看護 TEL:	調子を崩す危機サイン:		
	精神保健福祉士 TEL:	ケアマネージャー TEL:			

カンファレンス用サマリー (ケア会議・ケース検討会)

作成日 年 月 日

ふりがな			男 女	生年月日	年 月 日生 (歳)	
氏 名						
住 所			連絡先	自宅： - -	その他： - -	
診断名	本疾患名：		保険区分	国保(一・家), 健保(本・扶), 生保, その他()		
	合併症：					
自立支援医療	有 ()・無申請中・不明	障害者年金	有 (級)・無申請中・不明	精神保健福祉手帳	有 (級)・無申請中・不明	
発症年月日	年 月 日	今回入院年月日 退院予定年月日	年 月 日 年 月 日	入院形態	任意・医療保護 その他 ()	
家族構成 及び 家族の状況			・今回入院のきっかけ、問題点 ・施設が係わったきっかけ ・地域が係わったきっかけ			
			治療内容 通院・服薬 状況			
キーパーソン						
事例の特徴						
主治医の意見						
本人が目指す目標						
カンファレンスの目的 (連絡調整の目的)	1 医療の継続・緊急時の連絡の調整 2 家族調整 3 経済的援助 4 人間関係性の援助 5 生活技能の援助 6 仲間作りの援助 7 住む場の援助 8 就労援助 9 その他 ()		(状況)			
他支援者の係わりの同意	有 (本人・家族())・無		病院名・施設名	_____		
訪問の同意	有 (本人・家族())・無		市町村名など	記載者名：		

○病院の看護サマリーとの併用も可能。但しその場合は、不足している項目を記入。

記載要領

（ケア会議・ケース検討会）

ふりがな					日
氏名	精神科疾患名を記入	その他疾患名を記入	女	(歳)	
住所					
診断名	本疾患名:	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上の区分を記入	区分	国保(一・家), 健保(本・扶), 生保, その他()	
	合併症:				
自立支援医療	有() 申請中・不明	級)・無	精神保健福祉手帳	有(級)・無 申請中・不明	
発症年月日	年 月 日	今回入院年月日 退院予定年月日	年 月 日 年 月 日	入院形態	任意・医療保護 その他()
家族構成 及び 家族の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・誰と暮らしているか。 ・本人と係わりのある兄弟姉妹などの家族の状況、ケースとの関係など記入 		<ul style="list-style-type: none"> ・今回入院のきっかけ、問題点 ・施設が関わったきっかけ ・地域が関わったきっかけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院になぜ入院となったか、治療の自己中断・環境の変化など、その要因と思われる事項を記入 ・施設や地域では施設や地域が係わることになったきっかけを記入 	
	ケースを支援するにあたり、中心となる人		治療内容 通院・服薬 状況	通院回数: 服薬回数: 薬剤名:	
キーパーソン					
事例の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・病状悪化を招く要因と考えられる状況や注意が必要な症状 ・病識の有無や病状で気をつける点 ・必要に応じて病歴、生活歴、係わりの経過、収入等について記入 				
主治医の意見	主治医の治療方針を記入				
本人が目指す目標					
カンファレンスの目的 (連絡調整の目的)	1 医療の継続・緊急時の連絡の調整 2 家族調整 3 経済的援助 4 人間関係性の援助 5 生活技能の援助 6 仲間作りの援助 7 住む場の援助 8 就労援助 9 その他()		(状況)	<ul style="list-style-type: none"> ・1~9の該当項目に○を付ける ・状況欄にはその理由等必要があれば記入 	
他支援者の係わりの同意	有(本人・家族())・無		病院名・施設名		
訪問の同意	有(本人・家族())・無		市町村名など	記載者名:	

○病院の看護士との併用も可能。但しその場合は、不足している項目を記入。

支援者の訪問の同意が得られたかについて記入

ケースの状況(ケア会議・ケース検討会)

様式2

富山県砺波厚生センター

本人の目標

- 1.
- 2.

作成日: 年 月 日
作成者:

状態	前回の状態(年 月 日)	現在の状態	アセスメント・課題	
アウトカム	チェック項目			
1 医療の継続	病気の理解 有り・なし 服薬 できる・できない 通院 できる・できない	病気の理解 有り・なし 服薬 できる・できない 通院 できる・できない		
1-2 緊急時の連絡	緊急時の判断 可・不可 緊急時の連絡先 有り・なし 誰に連絡するか理解 有り・なし	緊急時の判断 可・不可 緊急時の連絡先 有り・なし 誰に連絡するか理解 有り・なし		
2 家族の理解や協力	家族の病気の理解 有り・なし 本人と家族の関係 良・過保護・放任 家族にキーパーソンが 有り・なし 家族への病状説明 可・不可	家族の病気の理解 有り・なし 本人と家族の関係 良・過保護・放任 家族にキーパーソンが 有り・なし 家族への病状説明 可・不可		
2-2 周囲の理解や協力	本人と周囲の関係 良・不良	本人と周囲の関係 良・不良		
3 経済的支援に関する社会的制度の活用	医療制度の利用 有り・なし・申請中 (自立支援医療・高額療養費) 年金制度利用 有り・なし・申請中 (障害年金・厚生年金・国民年金) 人権保護制度の利用 有り・なし・申請中 (成年後見制度・地域福祉権利擁護) 生活に関する制度利用 有り・なし・申請中 (生活保護・傷病手当・失業保険・障害者手帳)	医療制度の利用 有り・なし・申請中 (自立支援医療・高額療養費) 年金制度利用 有り・なし・申請中 (障害年金・厚生年金・国民年金) 人権保護制度の利用 有り・なし・申請中 (成年後見制度・地域福祉権利擁護) 生活に関する制度利用 有り・なし・申請中 (生活保護・傷病手当・失業保険・障害者手帳)		
4 相談相手	相談できる家族 有り・なし 相談できる友人 有り・なし 相談できる医療スタッフ 有り・なし 相談できる同僚 有り・なし 相談できる上司 有り・なし	相談できる家族 有り・なし 相談できる友人 有り・なし 相談できる医療スタッフ 有り・なし 相談できる同僚 有り・なし 相談できる上司 有り・なし		
5 生活に必要な技能	金銭管理 可・不可 生活リズム 整・不整 家事など 可・不可 身だしなみ、清潔の保持 可・不可 近隣とのかかわり 可・不可	金銭管理 可・不可 生活リズム 整・不整 家事など 可・不可 身だしなみ、清潔の保持 可・不可 近隣とのかかわり 可・不可		
6 集う場への参加	デイケア、作業所、支援センターなどに参加 有り・なし 自助グループへの参加 有り・なし 自治会、青年会、婦人会などへの参加 有り・なし 趣味の会、講演会への参加 有り・なし	デイケア、作業所、支援センターなどに参加 有り・なし 自助グループへの参加 有り・なし 自治会、青年会、婦人会などへの参加 有り・なし 趣味の会、講演会への参加 有り・なし		
7 住む場の確保	住む場所 有り・なし 住居費を準備することが 可・不可 町内(自治会)の規則を守る 可・不可 町内(自治会)の役割を担う 可・不可	住む場所 有り・なし 住居費を準備することが 可・不可 町内(自治会)の規則を守る 可・不可 町内(自治会)の役割を担う 可・不可		
8 社会的役割	身の回りのことができる 可・不可 家庭内で自分のこと以外の役割 有り・なし 作業所や自立訓練施設への通所 有り・なし 地域の行事への参加 有り・なし 就業(常勤、パート、社適利用など) 有り・なし	身の回りのことができる 可・不可 家庭内で自分のこと以外の役割 有り・なし 作業所や自立訓練施設への通所 有り・なし 地域の行事への参加 有り・なし 就業(常勤、パート、社適利用など) 有り・なし		

ケースの状況(ケア会議・ケース検討会)

本人の目標

- 1.
- 2.

・該当するものを囲む
・必要な項目、把握出来ている項目のみ
チェック

作成日: 年 月 日
作成者:

状態	前回の状態(年 月)	現在の状態	アセスメント・課題
アウトカム			
1 医療の継続	病気の理解 有り・なし 服薬 できる・できない 通院 できる・できない	病気の理解 有り・なし 服薬 できる・できない 通院 できる・できない	・事実に基づき考えられる点をアセスメントし課題があれば特記する
1-2 緊急時の連絡	緊急時の判断 可・不可 緊急時の連絡先 有り・なし 誰に連絡するか理解 有り・なし	緊急時の判断 可・不可 緊急時の連絡先 有り・なし 誰に連絡するか理解 有り・なし	
2 家族の理解や協力	家族の病気の理解 有り・なし 本人と家族の関係 良・過保護・放任 家族にキーパーソンが 有り・なし 家族への病状説明 可・不可	家族の病気の理解 有り・なし 本人と家族の関係 良・過保護・放任 家族にキーパーソンが 有り・なし 家族への病状説明 可・不可	
2-2 周囲の理解や協力	本人と周囲の関係 良・不良	本人と周囲の関係 良・不良	
3 経済的支援に関する社会的制度の活用	医療制度の利用 有り・なし・申請中 (自立支援医療・高額療養費) 年金制度利用 有り・なし・申請中 (障害年金・厚生年金・国民年金) 人権保護制度の利用 有り・なし・申請中 (成年後見制度・地域福祉権利擁護) 生活に関する制度利用 有り・なし・申請中 (生活保護・傷病手当・失業保険・障害者手帳)	医療制度の利用 有り・なし・申請中 (自立支援医療・高額療養費) 年金制度利用 有り・なし・申請中 (障害年金・厚生年金・国民年金) 人権保護制度の利用 有り・なし・申請中 (成年後見制度・地域福祉権利擁護) 生活に関する制度利用 有り・なし・申請中 (生活保護・傷病手当・失業保険・障害者手帳)	
4 相談相手	相談できる家族 有り・なし 相談できる友人 有り・なし 相談できる医療スタッフ 有り・なし 相談できる同僚 有り・なし 相談できる上司 有り・なし	相談できる家族 有り・なし 相談できる友人 有り・なし 相談できる医療スタッフ 有り・なし 相談できる同僚 有り・なし 相談できる上司 有り・なし	
5 生活に必要な技能	金銭管理 可・不可 生活リズム 整・不整 家事など 可・不可 身だしなみ、清潔の保持 可・不可 近隣とのかわり 可・不可	金銭管理 可・不可 生活リズム 整・不整 家事など 可・不可 身だしなみ、清潔の保持 可・不可 近隣とのかわり 可・不可	
6 集う場への参加	デイケア、作業所、支援センターなどに参加 有り・なし 自助グループへの参加 有り・なし 自治会、青年会、婦人会などへの参加 有り・なし 趣味の会、講演会への参加 有り・なし	デイケア、作業所、支援センターなどに参加 有り・なし 自助グループへの参加 有り・なし 自治会、青年会、婦人会などへの参加 有り・なし 趣味の会、講演会への参加 有り・なし	
7 住む場の確保	住む場所 有り・なし 住居費を準備することが 可・不可 町内(自治会)の規則を守る 可・不可 町内(自治会)の役割を担う 可・不可	住む場所 有り・なし 住居費を準備することが 可・不可 町内(自治会)の規則を守る 可・不可 町内(自治会)の役割を担う 可・不可	
8 社会的役割	身の回りのことができる 可・不可 家庭内で自分のこと以外の役割 有り・なし 作業所や自立訓練施設への通所 有り・なし 地域の行事への参加 有り・なし 就業(常勤、パート、社適利用など) 有り・なし	身の回りのことができる 可・不可 家庭内で自分のこと以外の役割 有り・なし 作業所や自立訓練施設への通所 有り・なし 地域の行事への参加 有り・なし 就業(常勤、パート、社適利用など) 有り・なし	

・左記の状況の説明を必要時記入
・検討が必要な項目はなるべく記載
・必要のない項目については、空欄のままでよい

支援者役割表(ケア会議・ケース検討会)

本人の目標

- 1.
- 2.

作成日： 年 月 日

作成者：

支援者 アウトカム	小目標	本人	家族	病院	社会復帰施設	厚生センター	市町村	その他
1 医療の継続								
1-2 緊急時の連絡								
2 家族の理解や協力								
2-2 周囲の理解や協力								
3 経済的支援に関する社会的制度の活用								
4 相談相手								
5 生活に必要な技能								
6 集う場への参加								
7 住む場の確保								
8 社会的役割								

支援者役割表(ケア会議・ケース検討会)

(①退院前)

様式3

- 本人の目標
- 1.
 - 2.

作成日：H22年 4月27日

作成者：〈ケース1〉第1回個別支援会議

支援者 アウトカム	小目標	本人	家族	病院	社会復帰施設	厚生センター	市町村	その他
1 医療の継続								
1-2 緊急時の連絡								
2 家族の理解や協力								
2-2 周囲の理解や協力								
3 経済的支援に関する社会的制度の活用								
4 相談相手								
5 生活に必要な技能								
6 集う場への参加								
7 住む場の確保								
8 社会的役割								

支援者役割表(ケア会議・ケース検討会)

(②退院後)

様式3

- 本人の目標
- 1.
 - 2.

作成日：H22年 4月27日
 作成者：〈ケース1〉第1回個別支援会議

支援者 アウトカム	小目標	本人	家族	病院	社会復帰施設	厚生センター	市町村	その他
1 医療の継続								
1-2 緊急時の連絡								
2 家族の理解や協力								
2-2 周囲の理解や協力								
3 経済的支援に関する社会的制度の活用								
4 相談相手								
5 生活に必要な技能								
6 集う場への参加								
7 住む場の確保								
8 社会的役割								

記載要領

様式3

支援者役割表(ケア会議・ケース検討会)

本人の目標

- 1.
- 2.

・様式2で出された課題から出てきた目標を記入

・支援者の欄は、ケースにより変更

作成日： 年 月 日

作成者：

支援者 アウトカム	小目標	本人	家族	病院	社会復帰施設	厚生センター	市町村	その他
1 医療の継続								
1-2 緊急時の連絡								
2 家族の理解や協力								
2-2 周囲の理解や協力								
3 経済的支援に関する社会的制度の活用								
4 相談相手								
5 生活に必要な技能								
6 集う場への参加								
7 住む場の確保								
8 社会的役割								

・左記の目標を達成するため、各機関が何をするかを記載
・必要な項目のみ記入

精神保健福祉地域連携クリニカルパス実施要領

1 目的

この要領は、病院と地域が一体となって包括的チームケアを推進することを目的に用いる「精神保健福祉地域連携クリニカルパス」について必要な事項を定め、もって、精神障害者の安全・安心な地域生活に資するものとする。

2 定義

この要領において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 精神保健福祉地域連携クリニカルパス（以下「地域連携パス」という。）：
包括的チームケアを推進するためのツール（手法）であり、医療モデルではなく、地域生活をイメージした生活モデルのアウトカム（期待される成果）を中心に作成したものをいう。
対象者の基本的事項（氏名、年齢、住所等）及び過去の病歴などが記載されるフェースシート（第1号様式）及び項目毎の目標設定・達成率アセスメント経過表（第2号様式）、地域連携パスから構成される。
- (2) 包括チームケア：
地域と病院が一体となって対象者を介護、支援する様々な対応。
- (3) 対象者：包括的ケアに必要な精神障害者。（基本的には統合失調症の者）
- (4) 使用者：対象者に関わる全ての者。（病院関係者及び地域関係者）
- (5) 病院関係者：医師、薬剤師、看護師、作業療法士、ケースワーカー、栄養士、臨床心理士等。
- (6) 地域関係者：区市町担当者、生活保護担当者、相談支援専門員、地域移行推進員、施設関係者、ボランティア等。

3 地域連携パスの作成

- (1) 地域連携パス使用の決定は、包括的チームケアが必要と感じた者が、ケア会議開催時等に全員の合意で決める。
- (2) 作成の時期は、原則として対象者の退院の目途がつく頃から退院まで、また地域においては包括チームケアを必要とする場合とする。
- (3) 地域連携パスの作成は、原則として病院関係者にあつてはケースワーカーが、地域関係者にあつては保健師又は相談支援事業所相談支援専門員が中心となり、病院及び地域の関係者と協議しながら行う。

4 ケア会議の開催及び目的

ケア会議の開催及び目的は次の各号に掲げるとおりとし、対象者に関係する病院関係者、地域関係者が参加し、必要に応じて開催するものとする。

- (1) 対象者の退院の目途がついた時
退院時の達成目標を設定するとともに、退院に向けての課題の整理を主な目的とする。
- (2) 地域で対象者が問題を発生させた又は症状が悪化した時
対象者の症状分析及び改善策の検討を主な目的とする。
- (3) その他、地域ケアサービスの評価と支援方法の決定を行う時、また終了決定する時など

5 地域連携パスの活用

地域連携パスは、概ね次の各号に掲げる方法等により活用するものとする。

- (1) 対象者の退院の目途がついたとき、対象者及び病院、地域の関係者が参加し、ケア会議を開催し、地域連携パスを使用し、退院時の達成目標の設定を行い、退院に向けての課題を整理する。
- (2) 病院においては、地域連携パスを用いて、各項目の現在の達成率をアセスメントし、目標達成のための支援計画を立案し、実施する。その際、各項目についての担当者、いつまでに何を支援するのかという到達目標を明記する。
- (3) 退院が決定した場合にあつては、地域の担当者が、地域連携パスに基づき、ケアアセスメントし、具

体的な支援計画の立案、ケアマネジメントを行う。

- (4) 退院後のモニタリングは、当分の間、原則1か月毎に目標達成率や課題の検討について、地域連携パスを用いて定期的に行う。
- (5) 病状悪化等で再入院が必要になったとき、地域連携パスで地域生活をアセスメントし、入院時に情報提供を行う。

6 アウトカムマネージャーの役割

アウトカム管理の責任は、原則として病院関係者にあつては、ケースワーカーが、地域関係者にあつては、保健師又は相談支援事業所相談支援専門員が行う。

- (1) 支援方法の統一と役割分担、パス使用終了時の条件を確認する。
- (2) 多職種をコーディネートしてアウトカム管理項目に基づいて、各担当が地域連携パスに記入し、実施したことを確認する。
- (3) 全てのアウトカム確認項目にかかる達成状況について、実施状況を確認する。
(進捗状況の確認と評価)
- (4) 達成できていない項目について、その実施時期・実施方法・対策などをケア会議等で協議し、目標の再設定を行う。
- (5) アウトカムから逸脱した（バリエーション）内容を収集し、関係者と要因を分析する。
- (6) パス使用終了をケア会議で決定して、告げる。

7 その他

病院と地域が一体となって包括的チームケアを推進するために、地域連携パスの様式及び取り扱い等については、関係者と協議のうえ、改正することができるものとする。

ふりがな 氏 名	生年月日 (年齢)	(歳)	家 族 構 成	キーパーソン:
住 所 連絡先				
家族氏名 (保護者等)	(続柄)			
住 所 連絡先				
手帳所持	無・有 精神 (級)・身体 (級)・知的()			
病 名	医療機関名			
発病当時 初回入院	初診 (病院) 初回 年 月 日～ 年 月 日 (入 院形態 入院)	直近の入院 今回の入院	直近入院 年 月 日～ 年 月 日 (病院、 入院) 回目 今回入院 年 月 日～ (入院)	

関係者所属氏名

職 種	入院中		退院後	
	氏 名	氏 名	所 属	連絡先 (TEL)
主治医				
担当Ns				
PSW				

退院後の生活

	内 容	備 考
住 居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定	
同 居 者 の有無等	<input type="checkbox"/> 同居者あり (誰 :) <input type="checkbox"/> 一人暮らし ・頼れる親族等の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 :)	
生活費等	<input type="checkbox"/> 就労による収入 <input type="checkbox"/> 家族の収入 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 障害年金 (級) <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	
退院後の生 活プラン等	障害者福祉サービス等の利用予定 <input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護・家事援助・行動援護) <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 居場所 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> その他 生活プラン (週間スケジュール) 等	
	移動手段 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他	
医療等	通院 : (/ 月・週) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 医療保険 : <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 治療 : 内服薬 (種類 ・回数)・注射 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/ 月・週) <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング	

第2号様式②

項 目	目 標	医療機関 (月 日)			地 域 (月 日)		
		現状	担当	備 考	現状	担当	備 考
1) 住居の確保							
2) 日中活動ができる							
3) 服薬管理ができる							
4) 病気への留意ができる							
5) 食事	献立						
	購入・外食						
	調理						
	片付け						
6) 清潔の保持	入浴						
	更衣						
	整容						
	洗濯・物干し						
	布団の片付け、シーツ交換						
7) 掃除・整理整頓	部屋・その他(トイレなど) の掃除						
	ゴミの分別						
	整理整頓						
8) 生活リズムの獲得	起床・就寝時間						
	食事時間						
	スケジュール管理						
9) コミュニケーションがとれる	通信機器が使える						
10) 屋外移動	交通手段が使える						
	交通安全が守れる						
11) 金銭管理	銀行・郵便局などの利用						
12) 危機管理	戸締り						
	火元						
	連絡						
13) 経済面での支援制度の利用							
14) 家族支援							
15) 地域との調整							

第2号様式①

項目	目標	(月 日)			(月 日)		
		現状	担当	備考	現状	担当	備考
1) 住居の確保							
2) 日中活動ができる							
3) 服薬管理ができる							
4) 病気への留意ができる							
5) 食事 献立 購入・外食 調理 片付け							
6) 清潔の保持 入浴 更衣 整容 洗濯・物干し 布団の片付け、シーツ交換							
7) 掃除・整理整頓 部屋・その他(トイレなど) の掃除 ゴミの分別 整理整頓							
8) 生活リズムの獲得 起床・就寝時間 食事時間 スケジュール管理							
9) コミュニケーションがとれる 通信機器が使える							
10) 屋外移動 交通手段が使える 交通安全が守れる							
11) 金銭管理 銀行・郵便局などの利用							
12) 危機管理 戸締り 火元 連絡							
13) 経済面での支援制度の利用							
14) 家族支援							
15) 地域との調整							

ふりがな 氏 名	生年月日 (年齢)	(歳)	家 族 構 成
住 所 連絡先			
家族氏名 (保護者等)	(続柄)		
住 所 連絡先			
手帳所持	無・有 精神 (級)・身体 (級)・知的()		キーパーソン:
病 名	医療機関名		
発病当時 初回入院	初診 (病院) 初回 年 月 日～ 年 月 日 (入 院形態 入院)	直近の入院 今回の入院	直近入院 年 月 日～ 年 月 日 (病院、 入院) 回目 今回入院 年 月 日～ (入院)

関係者所属氏名

職 種	入院中	退院後		
	氏 名	氏 名	所 属	連絡先 (TEL)
主治医				
担当Ns				
PSW				

退院後の生活

	内 容
住 居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 未定
同 居 者 の有無等	<input type="checkbox"/> 同居者あり (誰 :) <input type="checkbox"/> 一人暮らし ・頼れる親族等の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 :)
生活費等	<input type="checkbox"/> 就労による収入 <input type="checkbox"/> 家族の収入 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 障害年金 (級) <input type="checkbox"/> 生活保護
退院後の生 活プラン等	障害者福祉サービス等の利用予定 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護・家事援助・行動援護) <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 居場所 <input type="checkbox"/> その他 生活プラン (週間スケジュール) 等 例) 月 火 水 木 金 土 日 お弁当 移動支援 お弁当 移動支援 お弁当 移動支援 妹の訪問 家事援助 家事援助 家事援助
通院・訪問看護 などは曜日も 記入。	通院・訪問看護などは曜日も記入。
医療等	治療: <input type="checkbox"/> 内服薬 (種類 (抗精神薬、眠剤等) や回数 (を記入) <input type="checkbox"/> 注射 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/ 月・週) <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング

該当するもの
□を塗りつぶす。

具体的な名称、大家な
ど詳細わかれば記入。

氏名・連絡先などを記入。

具体的な事業所名など、決定
していれば記入。サポートマ
ップ・居場所マップなど参
照。

インフォーマルなサー
ビスや余暇活動なども
あれば入れる。

退院時点の到達目標
5段階で表示

達成度の評価をした月日を記入。

項目	目標	医療機関 (月 日)			地 域 (月 日)		
		現状	担当	備 考	現状	担当	備 考
1) 住居の確保							
2) 日中活動ができる							
3) 服薬管理ができる							
4) 病気への留意ができる							
5) 食事	献立						
	購入・外食						
	調理						
	片付け						
6) 清潔の保持	入浴						
	更衣						
	整容						
	洗濯・物干し						
	布団の片付け、シーツ交換						
7) 掃除・整理整頓	部屋・その他 (トイレなど) の掃除						
	ゴミの分別						
	整理整頓						
8) 生活リズムの獲得	起床・就寝時間						
	食事時間						
	スケジュール管理						
9) コミュニケーションがとれる	通信機器が使える						
10) 屋外移動	交通手段が使える						
	交通安全を守れる						
11) 金銭管理	銀行・郵便局などの利用						
12) 危機管理	戸締り						
	火元						
	連絡						
13) 経済面での支援制度の利用							
14) 家族支援							
15) 地域との調整							

第2号様式①

医療機関で退院までに経過を追って評価する時には、2号様式を利用。
入院後落ち着いた時期、退院の目途がついた時期、退院時など

項目	目標	入院後〇ヶ月（月 日）			退院前（月 日）		
		現状	担当	備考	現状	担当	備考
1) 住居の確保							
2) 日中活動ができる							
3) 服薬管理ができる							
4) 病気への留意ができる							
5) 食事	献立						
	購入・外食						
	調理						
	片付け						
6) 清潔の保持	入浴						
	更衣						
	整容						
	洗濯・物干し						
	布団の片付け、シーツ交換						
7) 掃除・整理整頓	部屋・その他（トイレなど）の掃除						
	ゴミの分別						
	整理整頓						
8) 生活リズムの獲得	起床・就寝時間						
	食事時間						
	スケジュール管理						
9) コミュニケーションがとれる	通信機器が使える						
10) 屋外移動	交通手段が使える						
	交通安全を守れる						
11) 金銭管理	銀行・郵便局などの利用						
12) 危機管理	戸締り						
	火元						
	連絡						
13) 経済面での支援制度の利用							
14) 家族支援							
15) 地域との調整							

	時 期	退院の目的がつかう時期(導入期)	退院前	退院時	退院後
地域連携クリニカルパスの期待される成果の確認項目 確認項目(基本バージョン)	共通事項	<p>アセスメント(入院前と現状)</p> <p>到達目標の設定(患者も含めて)</p> <p>退院までのスケジュール作成</p> <p>担当病棟及び各部門の調整</p> <p>院内カンファレンス(支援の評価及び修正)</p>	<p>アセスメント(現状)</p> <p>到達目標の修正</p> <p>ケア会議(患者・家族・関係者)</p>	<p>連携パスにより引き続き</p> <p>退院サマリー</p>	<p>目標の見直し・修正</p> <p>各関係職種との連絡調整</p> <p>定期的な訪問</p> <p>ケア会議</p>
達成目標(アウトカム)⇨課題	項 目	具体的な支援計画と確認			
1. 医療を継続して受けることができる 一自発的な通院ができる	<p>3)服薬管理ができる</p> <p>4)病気への留意ができる</p>	<p>服薬の必要性の理解度確認</p> <p>症状コントロール/治療意識の獲得</p> <p>治療方法の検討</p> <p>行動範囲の指示/許可</p> <p>退院の保障</p> <p>本人への説明・意思確認</p> <p>病状及び行動観察</p> <p>通院の必要性と通院方法の確認</p>	<p>服薬自己管理確認</p> <p>外泊時の症状コントロール</p> <p>病状悪化時のサインの気づきと対処方法</p>	<p>退院後受診日の確認</p> <p>最終服薬指導</p>	<p>服薬状況の確認</p> <p>症状確認とセルフケア能力の確認</p> <p>生活環境変化による適応の有無確認</p> <p>早期警告サインのコントロール</p> <p>通院状況の確認</p>
2. 生活の具体的なイメージを持ち、主体的に生活する	<p>2)日中活動ができる</p> <p>5)食事の管理ができる</p> <p>6)清潔の保持ができる</p> <p>7)掃除・整理整頓</p> <p>8)生活リズムの獲得</p> <p>9)コミュニケーションがとれる</p> <p>10)屋外移動ができる</p> <p>11)金銭管理ができる</p> <p>12)危機管理ができる</p> <p>15)地域との調整</p>	<p>外出許可及び外出時の行動の確認(口頭)</p> <p>試験外泊及び外泊時訪問</p> <p>小遣い銭の使用状況確認</p> <p>SSTIによる日常生活指導・学習</p> <p>作業療法への参加と場面評価</p> <p>スケジュール作成指導(週間・1日)</p>	<p>スケジュールの確認</p> <p>退院後の生活イメージの確認</p> <p>危機管理、突発事項への対処</p>		<p>金銭管理の確認</p> <p>日常生活状況とスキルの確認と評価</p> <p>日常生活指導</p> <p>日課、週間、月間スケジュールの確認</p> <p>今後の希望や生活目標の確認</p>
3. 住環境を整えられる	<p>1)住居の確保</p>	<p>退院先の検討</p> <p>住む場所の情報提供</p> <p>退院後の住居の確認</p>	<p>住環境の整備</p>		<p>住環境の課題の確認、整備</p>
4. 退院後のサポート体制(日中活動の場を含む)を整えられる	<p>2)日中活動ができる</p> <p>3)服薬管理ができる</p> <p>4)病気への留意ができる</p> <p>5)食事の管理ができる</p> <p>7)掃除・整理整頓</p> <p>9)コミュニケーションがとれる</p> <p>10)屋外移動ができる</p> <p>11)金銭管理ができる</p> <p>12)危機管理ができる</p> <p>13)経済面での支援制度の利用</p> <p>14)家族支援</p> <p>15)地域との調整</p>	<p>関係機関との連絡調整</p> <p>経済的支援の情報提供と問題解決</p> <p>生活支援に関わる社会資源の情報提供</p> <p>日中活動の場の情報提供</p> <p>家族の意向確認、理解度の確認、協力依頼</p>	<p>退院後のサポート体制の検討</p> <p>関係機関の見学</p> <p>関係者との顔合わせ</p> <p>福祉サービス、生活支援サービスの検討</p> <p>家族教育と調整</p> <p>自立支援医療の申請</p> <p>障害認定調査</p>		<p>支援者、相談者の紹介(誰に何を)</p> <p>サービスの見直し・修正</p> <p>近所や民生委員などの紹介・調整</p> <p>日中の居場所や過ごし方の確認</p> <p>家族の支援の確認</p> <p>家族教室・家族会の紹介</p> <p>家族の相談</p>

* ケースの状況に応じて支援計画は具体的に確認項目も追加修正を行う。

達成目標と時期の比較

	今治保健所	富山県砺波厚生センター	東京武蔵野病院	三船病院
達成目標	<p>1医療を継続して受けることができる(病気の理解も含む)服薬・通院・病状変化の管理</p> <p>2家族の理解や協力を得ることができる</p> <p>3経済的支援に関する社会制度を活用することができる</p> <p>4相談相手を持つことができる</p> <p>5生活に必要な技術を身につけることができる</p> <p>6集う場に参加することができる</p> <p>7住む場所を確保できる</p> <p>8自分なりの社会的役割を持つことができる</p>	同様	<p>十分に準備を整え、安心して退院することができる</p> <p><中間アウトカム></p> <p>1症状管理</p> <p>自分の早期警告サインを言語化できる</p> <p>入院前の精神状態を理解し言語化できる</p> <p>退院を阻害しうる症状の再燃がない</p> <p>2衝動コントロール</p> <p>治療が必要な自傷行為がない</p> <p>3生活スキル</p> <p>安定した地域生活を送るための方法を理解できる</p> <p>目標をもって外泊訓練を行える</p> <p>4家族調整</p> <p>家族が患者の早期警告サインを言語化できる</p> <p>家族が患者の症状に関連するストレスを理解し対処する</p>	<p>①症状②環境③教育</p> <p>④行動計画⑤服薬⑥検査⑦退院計画 ⑧活動⑨家族の項目ごとに時期ごとの達成目標を設定 アウトカム管理の確認項目も設定</p>
時期	<p>I 期 退院決定から退院までの時期</p> <p>II 期 退院後</p>	<p>I 期入院から症状が安定するまで</p> <p>II 期退院準備期</p> <p>III 退院後</p>	<p>退院13日前～退院当日</p> <p>退院後はなし</p>	<p>導入期(1～4週)</p> <p>支援期(5～20週)</p> <p>退院期(21～24週)</p>
患者・家族用パスの特徴	<p>I 期 入院中から準備できること</p> <p>第1部で 目標や課題、自分の調子や生活を自己チェックできる</p> <p>治療初期、回復前期、回復後期の3段階でチェック</p> <p>第2部で 退院後の暮らしに活用できるサービスを紹介</p> <p>II 期 自宅で安心した生活が送れるように</p> <p>8つの達成目標ごとの確認と説明</p>		<p><退院までのご案内></p> <p>退院予定日</p> <p>退院2週間前～退院日までの経過ごとに治療計画を簡単に記述</p>	<p>各時期ごとに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明指導 ・治療 ・検査 ・生活 ・その他 <p>について簡単に記述</p>

地域連携バスアセスメント記載要領

項目	目標	現状	備考
地域生活する上での達成目標	退院時点の目標を5段階で表現する。 基準 1:自立 2:ほぼ自立 3:時々助言、援助があればできる 4:常に助言、援助があればできる 5:助言、援助があっても難しい ケースの能力・状態に応じた達成可能な目標にする。 施設入所などで不要な項目は斜線に。	現状をアセスメントして、5段階で記入する。 1:自立(問題なし) 2:ほぼ自立 3:時々問題が生じ、助言、援助が必要 4:たびたび問題が生じ、常に助言、援助が必要 5:助言や援助があってもできず、強力な働きかけが必要	具体的な状況、問題の内容や支援の詳細や特記事項

目標設定・達成率アセスメントのチェック項目

項目	視点(チェック項目)
生活の場	1)住居の確保 退院先が自宅か施設(介護寮・グループホーム・ケアホーム・自立訓練・生活訓練事業所)か借家・アパートによって確認すべきことが違う 自宅:○実際住めるような状況かどうかの確認(スペースやライフラインなど) 施設、借家、アパート:○保証人になってくれる人がいるか(身内にいなくても保証人協会など利用可) ○収入、貯金はどれくらいあるか(支度金、敷金、家賃など) ○精神保健福祉手帳を持っているか(公営住宅の優遇措置制度が受けられる場合あり)例:多度津町の場合、単身でも入居可。 ○生活必需品の確保(冷蔵庫や洗濯機など)
	2)日中活動ができる デイケアやナイトケア、地域の居場所、地域活動支援センター、自立訓練(生活訓練)事業所、就労継続支援事業所などに参加して、日中活動ができるかどうか。 インフォーマルな活動も含む(趣味の集まりや友人と集う、喫茶店に行くなど)。ケースの意向や状態・能力を考慮して検討する。
健康	3)服薬管理ができる 医師の指示通りに服薬ができる(家族やホームヘルパーなどが確認すればきちんと服薬できる場合は80%とし、備考に記載)。 4)病気への留意ができる 通院の継続、セルフケアができるか(病状悪化時に頓服を服用したり、必要時に安静がとれたり、受診を早めたり、連絡ができるなど) 合併症のコントロールや予防
	5)食事の管理ができる 献立 購入・外食 調理 片づけ ○栄養面を考慮して(ワンパターンや偏食にならない)メニューを考えられる。 ○食材の購入ができる。家族やホームヘルパーの助言や手伝いがあればできる場合は80%とし、備考に記載。外食の場合も、備考に記載。 ○調理が困難な場合は、惣菜やお弁当、インスタント食品でも可。 ○食器、残飯などが片づけできるか
日常生活	6)清潔の保持ができる 入浴 更衣 整容 洗濯・物干し 布団の片づけ、シーツ交換 ○適度な入浴が行えるか ○適度な更衣が行えるか(季節やTPOに応じた衣類、寝巻のまま過ぎさないなど) ○歯磨きや洗顔、整髪、髭そり、化粧など、身だしなみに気をつけることができるか ○洗う、干す、たたむができるか ○布団の片づけやシーツ交換ができるか(万年床にならないか)
	7)掃除・整理整頓 部屋、その他(トイレなど)の掃除 ゴミの分別 整理整頓 ○自室やその他(トイレや風呂台所など)の掃除ができるか ○ゴミの収集日を確認して、分別して出せるか ○郵便物や領収書など、大切なものと不要なものが整理して保管できるか
日常生活	8)生活リズムの獲得 起床・睡眠時間 食事時間 スケジュール管理 ○適切な起床・就寝が行える。睡眠時間の確保。昼夜逆転にならないか ○適切な時間に食事を摂ることができるか ○生活(一日、週単位)のスケジュール管理が行えるか
	9)コミュニケーションがとれる 通信機器が使える 必要に応じて他者とコミュニケーションがとれるか。意思表示の手段や意思伝達の程度に問題がないか(報告や連絡ができるか) 他者からの意思伝達の理解に問題はないか(理解力はあるか)。対人関係での困難さ(関係者や近所づきあいなど)の程度。 電話や携帯電話のかけ方、受け方
社会生活技能	10)屋外移動 交通手段が使える 交通安全を守れる 近距離の移動は徒歩か、自転車か、自転車に乗れるか。バイクや車の免許の有無、所有の有無、実際に運転可能か バスや電車の利用方法を知っているか、実際に利用可能か 交通ルールがわかっているか、危険な行為がないかの確認
	11)金銭管理 銀行・郵便局などの利用 生活費を計画的に使えるか、年金や生活保護費などの受給方法がわかるか キャッシュカードやATMの使用方法、入金や出金ができるか 金銭管理が困難な場合は、日常生活自立支援事業の紹介と調整
	12)危機管理 戸締り・火元 連絡 戸締りや火の後始末ができるか、タバコの後始末などに注意ができるかの確認 困った時に相談、連絡ができる相手がいるか、相談できるか
その他	13)経済面での支援制度の利用 年金・手帳・自立支援医療の確認 生活保護や成年後見制度、医療費や保健、雇用や就労に関する支援の必要性の確認
	14)家族支援 家族の病気の理解やかわり方の状況を把握し、家族の支援(心理教育や家族会の紹介など)の必要性の確認
その他	15)地域との調整 あいさつやゴミ出しのマナーなど、近所や自治会との付き合いができるか

氏の支援計画（中讃地域連携クリニカルパス）

No 1

退院までに改善すべき 問題点 (長期目標)					
月	7月	8月	9月	10月	11月
短期目標					
Dr					
CW (PSW)					
Ns					
OT					
薬剤師等					
推進員					

月	12月	1月	2月	3月
短期目標				
Dr				
CW (PSW)				
Ns				
OT				
薬剤師等				
推進員				

中讃地域連携クリニカルバス(退院支援計画例)

達成目標 (アウトカム)	1. 医療を継続して受けることができる— 自発的な通院ができる 2. 生活の具体的なイメージを持ち、主体的に生活する。 3. 住環境を整える 4. 退院後のサポート体制 (日中活動の場を含む)を整えられる			
時期	退院の目的がつかう時期(導入期)	退院前	退院時	退院後
共通事項	○アセスメント(入院前と現状) } 連携バスを使用 ○到達目標の設定(患者も含めて) ○院内カンファレンス(支援計画の立案、評価、修正) ○本人の希望/不安・課題の明確化	○アセスメント(現状) ○到達目標の修正 ○退院前ケア会議(患者・家族・関係者)	○連携バスを使用し、地域に引き継ぐ	○アセスメント(現状) ○目標の見直し・修正 ○各関係機関の連絡調整 ○地域ケア会議(患者・家族・関係者)
Dr	○診察:行動範囲の時期/許可 ○治療方法の検討 ○症状コントロール/治療意識の獲得を促す ○服薬の必要性の理解度確認 ○退院の保証(いつ頃を目途に退院を告知) ○本人への説明・意思確認 ○家族の意向確認、理解度の確認、協力依頼 ○退院先の検討	○診察:行動範囲の時期/許可 ○外泊時の症状コントロール確認 ○病状悪化時のサインの気づきと対処方法	○最終服薬指導 ○退院後受診日の確認 ○本人・家族への退院時指導・確認	○診察 ○服薬状況の確認 ○通院状況の確認 ○症状確認とセルフケア能力の確認 ○病状及び行動観察 ○症状コントロール/治療意識の獲得を促す ○服薬自己管理確認
PSW	○退院までのスケジュール作成 ○担当病棟及び各部門の調整 ○関係機関との連絡調整 ○本人への説明・意思確認 ○家族の意向確認、理解度の確認、協力依頼 ○退院先の検討(住む場所の情報提供) ○経済的支援の情報提供と問題解決 ○生活支援に関わる社会資源の情報提供 ○日中活動の場の情報提供	○退院後の生活イメージの確認 ○担当病棟及び各部門の調整 ○関係機関との連絡調整 ○経済的問題の解決 ○退院先の住居の確認 ○住環境の整備、必要物品の確認 ○関係機関の見学	○退院手続き ○本人・家族への退院時指導・確認 ○退院後の個別支援計画確認	○関係機関との連絡調整
看護部門 病棟 担当看護師	○病状及び行動観察 ○症状コントロール/治療意識の獲得を促す ○外出の許可及び行動を口頭で確認 ○試験外泊及び外泊時訪問 ○小遣い銭使用金額把握 ○心理状況の把握 ○スケジュール管理の確認(日課、週間予定)	○病状及び行動観察 ○症状コントロール/治療意識の獲得を促す ○服薬自己管理確認 ○試験外泊及び外泊時訪問 ○小遣い銭使用金額把握 ○外泊時の過ごし方、食生活確認 ○危機管理や、突発事項への対処の仕方 ○心理的サポート		(訪問看護時及び外来看護) ○病状及び行動観察 ○症状コントロール/治療意識の獲得を促す ○服薬自己管理確認
SST	○学習会 ○作業療法活動への参加(調理活動への参加) ○作業療法場面での評価 ○スケジュール作成指導(日課、週間予定)	○学習会 ○作業療法参加(調理技術の定着) ○作業療法場面での評価	○退院後作業療法参加日程の調整	○作業療法参加 ○作業療法場面での評価
院外関係者 全体 保健所 役場		○退院後サポート体制の検討 ○地域関係者との顔あわせ ○福祉サービス、生活支援サービスの検討 ○退院後の個別支援計画立案 ○家族教育と調整 ○自立支援医療の申請 ○障害認定調査		○服薬状況の確認 ○通院状況の確認 ○症状確認とセルフケア能力の確認 ○日常生活状況とスキルの確認評価 ○日常生活指導 ○今後の希望や生活目標の確認 ○スケジュール作成指導・管理の確認 ○住環境の課題確認、整備 ○支援者、相談者の紹介 ○モニタリング ○近所や民生委員などの紹介・調整 ○日中の居場所や過ごし方の確認 ○家族の支援の確認、家族の相談 ○家族教室・家族会の紹介

N氏の支援計画(退院までの院内クリニカルパス)

作成月日 H21年10月26日

退院までに解決すべき課題	<ul style="list-style-type: none"> * 1 医療の中断を防ぐー 自発的な通院を行う * 2 生活の具体的なイメージを持ち、主体的に生活する。 * 3 住環境を整える * 4 退院後のサポート体制 (日中活動の場を含む) 				退院までに解決すべき課題	<ul style="list-style-type: none"> * 1 医療の中断を防ぐー 自発的な通院を行う * 2 生活の具体的なイメージを持ち、主体的に生活する。 * 3 住環境を整える * 4 退院後のサポート体制 (日中活動の場を含む) 		
目標	9月	10月	11月	12月	目標	1月	2月	3月
役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ●服薬自己管理 ●試験外泊(2泊3日) 	<ul style="list-style-type: none"> ●服薬自己管理(2日→3~7日) ●試験外泊(2泊3日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○自己管理:服薬/小遣い銭 ○試験外泊(2泊3日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○自己管理:服薬/小遣い銭 ○試験外泊 	役割分担			
Dr	<ul style="list-style-type: none"> ●診察:行動範囲の時期/許可 ●退院の保証 ●治療方法の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●診察:行動範囲の時期/許可 ●退院の保証 ●治療方法の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ○診察:行動範囲の指示/許可 ○退院の保証 	<ul style="list-style-type: none"> ○診察:行動範囲の指示/許可 ○退院の保証 	Dr	<ul style="list-style-type: none"> ○診察:行動範囲の指示/許可 ○退院の保証 	<ul style="list-style-type: none"> ○診察:行動範囲の指示/許可 	<ul style="list-style-type: none"> ○診察:行動範囲の指示/許可
PSW	<ul style="list-style-type: none"> ●退院までのスケジュール作成 ●担当病棟及び各部門の調整 ●関係機関との連絡調整 ●本人への説明・意思確認 	<ul style="list-style-type: none"> ●担当病棟及び各部門の調整 ●関係機関との連絡調整 ○経済的問題の解決 ○自宅訪問、片付け 	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的問題の解決 ○担当病棟及び各部門の調整 ○関係機関との連絡調整 ○家族の考えを聴取 ○退院後の生活イメージの確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○担当病棟及び各部門の調整 ○関係機関との連絡調整 ○社会資源・福祉サービスの紹介 ○関係者との顔合わせ 	PSW	<ul style="list-style-type: none"> ○担当病棟及び各部門の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○担当病棟及び各部門の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○担当病棟及び各部門の調整
看護部門 病棟 担当看護師	<ul style="list-style-type: none"> ●病状及び行動観察 ●外出の許可及び行動を口頭で確認 ●心理状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ●病状及び行動観察 ●外出の許可 ●出金額の確認 ●外出の許可及び行動を口頭で確認 <ul style="list-style-type: none"> → 自宅での過ごし方 → 食生活 ●外泊時自宅訪問 ●小遣い銭使用金額把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状及び行動観察 ○外出の許可 ○外出時・外泊時の行動を相談 <ul style="list-style-type: none"> → 自宅での過ごし方 → 食生活 ○外泊時自宅訪問 ○小遣い銭使用状況把握 ○心理的サポート 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状及び行動観察 ○外出の許可 ○外出時・外泊時の行動を相談 <ul style="list-style-type: none"> → 自宅での過ごし方 → 食生活 ○外泊時自宅訪問 ○小遣い銭指導 ○心理的サポート 	看護部門 病棟 担当看護師	<ul style="list-style-type: none"> ○病状及び行動観察 ○外出の許可 ○外出時・外泊時の行動を相談 <ul style="list-style-type: none"> → 自宅での過ごし方 → 食生活 ○外泊時自宅訪問 ○小遣い銭指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状及び行動観察 ○外出の許可 ○外出時・外泊時の行動を相談 <ul style="list-style-type: none"> → 自宅での過ごし方 → 食生活 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状及び行動観察 ○外出の許可
SST	●学習会	●学習会	●学習会	●学習会	SST			
OT	<ul style="list-style-type: none"> ●作業療法活動への参加 ●作業療法場面での評価 	<ul style="list-style-type: none"> ●作業療法参加(調理活動へ拡大) ●スケジュール作成指導 ●作業療法場面での評価 	<ul style="list-style-type: none"> ○作業療法参加(調理技術の定着) ○スケジュールの確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○作業療法への参加 ○スケジュールの確認 	OT	<ul style="list-style-type: none"> 個別計画作成 / 前月評価 ○スケジュールの確認 	<ul style="list-style-type: none"> 個別計画作成 / 前月評価 ○スケジュールの確認 	
院内関係者 保健所 役場		カンファレンス:支援の評価及び修正	カンファレンス:支援の評価及び修正	カンファレンス:支援の評価及び修正	院内関係者 保健所 役場	<ul style="list-style-type: none"> ○情報提供 ○情報提供 ○サービス立案 		

様

関係機関への連絡の同意について（お願い）

病院では、退院がまじかになった方に対して退院から地域の生活が円滑に実施できるように、関係者が集まり同一方向での支援を実施しています。

今回、関係者間の情報の共有のための同意をいただき、関係者の協力を得たいと考えています。主旨をご理解いただき、下記の「同意書」への署名をお願いします。

なお、知りえた情報については他言しませんので、念のため申し添えます。

平成 年 月 日

病院
ケースワーカー

関係機関への連絡の同意について

私は、退院についての関係者の支援を受けるために、関係者間での私の個人情報と連絡・共有することに同意します。

平成 年 月 日
氏名

病院
ケースワーカー 様

様 【安心して生活を送るための道のり～退院前～】

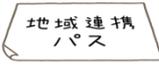
病気とうまく付き合いながら安心して生活を送るために、入院中から退院に向けて準備しておくことや退院後の生活について考えておくことは大切です。一緒に考えていきましょう。

心身の調子がある程度安定してくると、回復期です。自分の心身の調子や自分の生活状況について確認しておきましょう。

また、病気のことや不安なこと、心配なことがあればいつでもスタッフに伝えてください。

退院目標：十分に準備を整えて、安心して退院することができる。

退院予定日：平成 年 月 日

	退院の目途がいたら	退院前
治療 説明・指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○主治医より今後の治療についてお話があります。 ○主治医より症状悪化時の対処方法についてお話があります。 ○主治医、薬剤師よりお薬についての説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ○症状の自己管理（セルフケア）の方法を身につけていきましょう。 ○服薬の自己管理を始めましょう。 
生活と住まい 	<ul style="list-style-type: none"> ○ケースワーカーや受持ち看護師と一緒に、入院前と現状の生活状況等について確認しながら、退院までの到達目標を決めます。 ○退院後の生活をイメージしながら具体的な生活についてお話していきましょう。 ○作業療法や SST で退院後の生活訓練や学習をしていきましょう。 (金銭管理や食事の管理、コミュニケーションの取り方など) ○主治医と相談して外出ができます。 (状況に応じて、スタッフ・家族と一緒に) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院先を決めます。(主治医やケースワーカーと相談しましょう) ○試験外泊や体験入所など退院先での生活に慣れる準備をします。 ○外泊先の様子を病院スタッフや地域の保健師等が訪ねて確認します。 ○困った時に相談できる人を決めておきましょう。 
サポート	<ul style="list-style-type: none"> ○家族の方に退院後の治療や生活についてお話があります。 ○生活に必要なサービスや制度・施設等を紹介します。自分の生活に合わせて上手に制度やサービスを利用しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後の支援をする地域の関係者が集まり、病院で会をします。(退院前ケア会議) ○退院時には地域連携パスで病院から地域に引き継ぎします。  <ul style="list-style-type: none"> ○退院後の福祉サービスを受けるために障害認定調査を行います。 ○自立支援医療の申請をします。

様の担当者 主治医： 看護師： 精神保健福祉士： 作業療法士：
 栄養士： 薬剤師： ケースワーク：

様 【安心した生活を送るための道のり～退院後～】

退院後	
<p>治療 説明・指導</p> 	<p>○通院や服薬を指示どおりにします。 ○定期的に保健師や相談員が訪問して通院や服薬状況の確認をします。</p> 
<p>生活と住まい</p> 	<p>○生活に目標を持って、日常生活のリズムを整えていきます。 ○日課や週間、月間スケジュールを一緒に考えましょう。 ○日中の居場所や過ごし方などを紹介します。役割を持ってメリハリのある生活を心がけましょう。 ○ホームヘルパーや訪問看護など必要なサービスを活用しながら、生活に必要な技能を向上させていきましょう。 ○ストレスをためないようにし、心配事や困った時は相談しましょう。</p>
<p>サポート</p>	<p>○生活を支援してくれる関係者や施設を紹介します。 ○目標やサービスの見直しをするために関係者が集まり、会をします。 (地域ケア会議) ○近所づきあいや地域の行事など徐々に参加してみましよう。 ○家族の方が気になることや困ったことがあればいつでもご相談ください。</p>

支援者連絡先：

職 種	所 属	氏 名	連絡先 (TEL)
主治医			
PSW			
保健師			
ホームヘルパー			

病気のことや生活のこと、気になることや不安や困ったことがあれば

いつでも声をかけてください。



1. 作成の目的			
精神障害者の地域医療の推進を目指した退院支援のための企画立案研究(平成15～17年度) 精神障害者が適切な医療を受けながら安心して地域生活が営めるよう、関係者がお互いの役割を認識し、どの時期にどのような支援をするのかの共通理解を得て、地域総体としてよりよい支援が提供されるよう、クリティカルパスによって、システム化を図る。			
2. 作成の時期、作成主体、作成協力者			
平成15年度～17年度 精神障害者の地域医療の推進を目指した退院支援のための企画立案研究(厚生労働科学研究費補助金)を実施 主体：砺波厚生センター 協力者：精神科医療機関(5)、富山県心の健康センター、市町(4)、県庁担当課、富山医科薬科大学、金沢医科大学、通所授産施設(2)、共同作業所、地域生活支援センター、家族会(3)、自助グループ(2)			
<1年目> 精神障害者(統合失調症)が地域で安心して生活を送るための <u>8つのアウトカムを抽出</u> 方法 ①療従事者及び授産施設通所者・自助グループメンバーへのフォーカスグループインタビュー ②既往患者・家族等及び保健医療従事者に対する聞き取り調査 ① ワークショップによる聞き取り調査の分析			
<2年目> 8つのアウトカムをみとすための <u>クリティカルパスの作成、施行と評価</u> 方法：検討会議・ワークショップ			
<3年目> クリティカルパスの見直しと <u>システム化</u> (地域連携クリティカルパス運用フロー図の作成と関係機関への周知)			
3. 対象者(具体的に)			
地域連携クリティカルパスの試行(平成16～17年度)活用事例 36 事例 男性20事例、女性16事例、平均年齢 47.6歳 退院前カンファレンス 24事例実施			
<関係者からの聞き取り調査> (1)地域連携クリティカルパスの効果 ①相手の考え方や役割が理解できた、自分の役割が認識できた等の関係者間の理解を深めることができた ②退院後の生活を見越した支援ができた、日頃の関わりだけではみえない本人の課題に気づいた等の支援の展開方法に変化がみられた ③患者・家族の思いや希望が今まで以上に把握できた、家族支援の視点をさらに意識して支援の組み立てができるようになった等の患者・家族主体の支援過程が展開できた ④本人や家族が安心感を獲得できた、本人が自分の希望や気持ちを表現できるようになった等の本人・家族に良い変化がみられるようになった ⑤関係機関及びスタッフの質の向上が図られた			
			パス活用事例の状況
	男性	女性	計
20歳代	0	1	1
30歳代	4	3	7
40歳代	7	5	12
50歳代	6	5	11
60歳代	1	2	3
70歳代	2	0	2
合計	20	16	36

<p>(2)カンファレンスの効果</p> <p>①患者が自分の役割を理解し、家族の協力も得やすくなった</p> <p>②連携のある支援を展開できた</p> <p>③関係者間の人間関係が良好になった</p> <p>(3)課題</p> <p>①地域連携クリティカルパスを有機的に活用できるようにする必要がある。</p> <p>②全スタッフがパスを利用することの意義や方法を理解する必要がある</p> <p>③現行パスシートの形式をみなおす必要がある</p> <p>④パスの適応範囲について再検討する必要がある</p>
<p>4. 実施医療機関数、実施地域</p>
<p>実施地域：管内（砺波市、南砺市、小矢部市）</p> <p>管内の精神科医療機関 5（公的病院2、民間単科病院3）</p>
<p>5. 平成23年度以後の実施状況（事例数、事例概要等）</p>
<p>18～20年度</p> <p>修正版クリティカルパス（患者・家族用）とカンファレンス（ケア会議・ケース検討会）シート（様式1：カンファレンス用サマリー、様式2：ケースの状況、様式3：支援者役割表）を作成する。カンファレンスシートについては、厚生センターが主体となり、年間10回余り開催するケア会議で活用した。</p> <p>21～23年度</p> <p>地域移行支援事業の実施により、本人、家族が地域での生活を開始するに上での目標を明確にする上で、関係者が共通認識のもと支援できるように、「個別支援計画書(様式4)」「ケア計画書(様式5)」「週間予定表(様式6)」を作成し、カンファレンスシートと共に活用した。</p> <p>また、「砺波管内精神障害者地域共生支援事業運営フロー図」を作成し、地域移行支援事業の対象者が入院時から地域移行が円滑に行われるよう体制を作った。</p> <p>24年度～</p> <p>退院支援に関する検討会の取り組み</p> <p><メンバー></p> <p>管内の精神科病院の病棟師とケースワーカー、障害者サービス事業者、市関係者(福祉・保健)、厚生センター保健師</p> <p><内容></p> <p>(1)退院支援連絡会議：支援体制の構築を図る</p> <p>(2)退院事例検討会</p> <p><結果></p> <p>(1)病棟スタッフが地域での退院支援を理解する機会になり、入院中から在宅・地域での生活を意図した支援への意識の変化があった。</p> <p>(2)地域のスタッフが、退院決定前から病院に要望を伝えることにより、医療機関への理解が深まった。</p> <p>(3)医療機関から厚生センターに、退院予定の有無にかかわらず、家族支援や地域受け入れ調整等を含む退院支援の相談やカンファレンスの依頼が増加した。</p> <p>(4)各病院との情報交換により、地域における自らの病院の役割を見直す機会になった。</p>
<p>6. 実施による成果</p>
<p>(1)15～17年度にモデル事業として地域連携クリティカルパスを作成、試行したが、医療機関で活用はされなかった。その理由として下記が考えられる。</p> <p>①医療機関では、院内パスが運用されていなく地域連携クリティカルパスの有効性が理解されなかった。</p>

<p>②地域連携クリティカルパスの使用時期が曖昧であったことや枚数が多いことから院内のスタッフの協力が得られず、活用されなかった。</p> <p>③医療機関で地域連携クリティカルパスを推進する担当者が明確でなかった。医師の協力が得られにくかった。</p> <p>(2)モデル事業後(18年度～)のカンファレンスシートの作成は、地域移行支援事業に活用され、新たに地域定着までを意図したシートを追加した。</p> <p>①モデル事業により、医療機関と地域とを「つなぐ」必要性が理解され、ケースを共通認識するためのシートが作成された。</p> <p>②地域連携クリティカルパスのアウトカム指標をもとに作成したシートの使用により、本人・家族が地域で継続して生活するための目標が具体的になり、関係者が共通認識のもと支援できた。</p> <p>さらに24年度には、退院支援に関する検討会を新たに設け、退院支援に関わる病院スタッフをメンバーにし検討したことから、退院支援について地域の関係者との相互理解が得られ、医療機関内の意識変化に繋がった。</p> <p>①退院支援における医療機関の役割の再認識につながった。</p> <p>②地域との円滑な連携のために、院内パスの見直し及び活用の検討がされた。</p> <p>③厚生センターの役割が理解され、退院の予定の有無に限らず困難事例の相談が増加した。</p>
<p>7. 課題</p> <p>(1)医療機関内の連携及び医療機関と地域の連携を本人・家族を主体とした関係者が共通認識のもと退院支援が実践できる仕組みづくりが必要。</p> <p>①既存の地域連携クリティカルパスの見直し(院内パスとの整合性)とカンファレンスシートの連動による支援体制の構築</p> <p>②病棟での退院支援の主務者を明確にする。病棟と医療連携室等医療機関内での連携強化および退院支援の体制づくり</p>
<p>8. 今後の取組(予定を含む)</p> <p>(1)退院支援連絡会議の継続 退院支援連絡会議で、医療機関では多職種合同の定期的なカンファレンスの開催や家族支援の取り組みが再構築されていることが報告からされていることから、地域の関係者と医療機関の主要スタッフ(医師、師長、ワーカー等)を交えた連絡会議を継続する。</p> <p>(2)改正精神保健福祉法の円滑な施行 現在の課題を医療保護入院の見直しと照らし合わせ、医療保護入院に限らず、地域での医療機関の役割を明確にした退院支援の仕組みづくりを行う。さらに、管内医療機関連絡会を活用し医療機関への周知を図るとともに医療機関個々の相談に対応していく。</p>
<p>9. 実施状況、達成状況 (H15～17年度の評価)</p> <p>1) 情報の共有化 <input checked="" type="checkbox"/>達成できた <input type="checkbox"/>概ね達成できた <input type="checkbox"/>どちらともいえない <input type="checkbox"/>あまり達成できなかった <input type="checkbox"/>達成できなかった</p> <p>2) 本人や家族の参画 <input type="checkbox"/>実施できた <input checked="" type="checkbox"/>概ね実施できた <input type="checkbox"/>どちらともいえない <input type="checkbox"/>あまり実施できなかった <input type="checkbox"/>実施できなかった</p> <p>3) ケア会議の開催 <input type="checkbox"/>実施できた <input checked="" type="checkbox"/>概ね実施できた <input type="checkbox"/>どちらともいえない <input type="checkbox"/>あまり実施できなかった <input type="checkbox"/>実施できなかった</p> <p>4) 利便性 <input type="checkbox"/>達成できた <input checked="" type="checkbox"/>概ね達成できた <input type="checkbox"/>どちらともいえない <input type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p>

<input type="checkbox"/> 達成できなかった 5) 安定性、継続性（継続的な使用） <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 概ね達成できた <input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった <input type="checkbox"/> 達成できなかった
6) 関係機関、事業者等の理解促進 <input type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 概ね達成できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった <input type="checkbox"/> 達成できなかった
7) 関係者間の顔の見える関係づくり <input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 概ね達成できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり達成できなかった <input type="checkbox"/> 達成できなかった
8) 家族への支援 <input type="checkbox"/> 実施できた <input type="checkbox"/> 概ね実施できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input checked="" type="checkbox"/> あまり実施できなかった <input type="checkbox"/> 実施できなかった
9) 地域住民への理解の促進 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 概ね達成できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input checked="" type="checkbox"/> あまり達成できなかった <input type="checkbox"/> 達成できなかった
10) その他（自由記載）

ご協力ありがとうございました。

地域保健総合推進事業 精神科医療と地域ケアとの連携推進事業班地域連携パスに関する調査票

(香川県中讃保健所)

1. 作成の目的
病院と地域の連携が円滑に行えるよう「地域連携クリニカルパス」を作成、活用し、病院と地域が一体となった包括的チームケアが推進することで、精神障害者が安心して生活を送れるようになることを目的とする。
2. 作成の時期、作成主体、作成協力者
作成時期：平成 21 年度～平成 22 年度 作成主体：香川県中讃保健福祉事務所 作成協力者：①モデル地区ワーキンググループ（パスモデル案の作成） ・管内精神科医療機関 1 ヶ所 （医師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士） ・モデル町の保健師 ②地域移行圏域部会ワーキング（試行しながら改訂） 管内の市町保健師、福祉職員、病院ケースワーカー、看護師、施設職員、地域移行推進員、精神保健福祉センター
3. 対象者（具体的に）
・包括的ケアの必要な精神障害者（基本的に統合失調症の方） ・地域移行支援事業対象者 ・地域で独居生活となる者、家族調整（受入拒否、と問題家族等）が難しい者
4. 実施医療機関数、実施地域
実施医療機関数 H21 年度 1 病院（モデル案を試行） H22 年度 4 病院（地域移行支援事業で使用） H23 年度 3 病院（ " ） 2 施設（地域定着で使用） H24 年度 1 病院（ " ） 実施地域 管内
5. 平成 23 年度以後の実施状況（事例数、事例概要等）
平成 23 年度～24 年度 ＜地域移行支援事業対象者 6 事例＞ A 病院：①50 歳代男性 統合失調症 院内の退院支援パスと併用して連携パスを活用し、グループホームに退院 B 病院：①60 歳代男性 統合失調症 グループホームに退院 ②50 歳代女性 統合失調症 アパートに退院 C 病院：①40 歳代男性 知的障害 神経症 知的障害者施設入所 ②50 歳代男性 躁うつ病 グループホームに退院 ③30 歳代女性 統合失調症 グループホームに退院 ＜地域定着支援事業対象者＞23 年度で終了 D 事業所：①30 歳代女性 知的障害 適応障害 B 病院入退院 グループホーム入所 ②50 歳代男性 躁うつ病 C 病院通院 自宅 現在も保健所が訪問継続 ＜上記以外で包括的ケア必要な対象者＞ A 病院：①40 歳代女性 覚せい剤後遺症 独居 生活保護通院・服薬中断、地域住民とのトラブルで、保健所・警察で入院支援。退院前にパスを利用し、地域関係者と支援会議を

<p style="text-align: center;">開催</p> <p>②30 歳代男性 統合失調症 パスを利用し退院支援していたが、母の拒否にて中止 ③20 歳代女性 統合失調症 入院時より急性期パス、3 ヶ月後より退院支援パスと併用して地域連携パス利用し、支援会議を開催、自宅へ退院</p> <p>平成 24 年度～25 年度</p> <p>＜地域移行支援事業対象者 3 事例＞</p> <p>C 病院：①60 歳代男性 統合失調症 退院前から支援会議でパスを使用退院し、救護施設入所 ②50 歳代男性 コルサコフ症候群 高次脳機能障害あり支援会議でパスを使用退院しケアホームに入所 ③50 歳代男性 統合失調症 支援会議でパスを使用 自宅に退院予定であるが、家族問題で延期</p>
<p>6. 実施による成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域支援者の連携が手薄にならず、病院の訪問看護や市町・保健所の訪問、地域の居場所利用、相談支援など支援が継続できるため再発が少ない ・情報の共有化がスムーズ ・医療機関と地域の視点のずれが明確となる
<p>7. 課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 24 年度から地域移行・地域定着支援事業が市町の地域相談支援となり、事業の利用者が減少。そのため従来事業利用者に地域連携パスの利用をしていたがそれができないため拡がらない。(平成 24 年度は 1 病院 3 事例のみ) ・A 病院では、院内パス(急性期パスや退院支援パス)と地域連携パスがあり、パス作成のための労力が負担 ・地域で気がかりなケースなど地域から病院への連携のツールとしてパスの利用がない(地域にその意識が欠けている) ・モデルでしていた病院は、キーパーソンであるケースワーカーにパスを使用しようという意識があるが、保健所が管内の他の病院への波及ができていない ・平成 23 年度までは、地域移行支援特別事業圏域部会を毎月開催し、その中でクリニカルパスの研修等してきたが、平成 24 年度は地域相談支援の周知等が中心となり、クリニカルパスについて研修や検討する機会がなかった。 ・異動や退職等保健所職員が変わり、クリニカルパスについて承知している者が少ない。 ・病院側も院内だけで正確なアセスメントができない(例えば退院後、自宅の施設ができるか、自分でスケジュール管理できるか等)退院後の生活のどの部分がどの程度可能かの評価難しい。病院内だけの訓練では限界がある。
<p>8. 今後の取組(予定を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携クリニカルパス推進事業として予算化していた時より、保健所スタッフや管内医療機関、関係職員のモチベーションや必要性の意義などの周知徹底ができていない状況があるため、再度、研修等普及啓発が必要であるが具体的な計画はできていない。
<p>9. 実施状況、達成状況</p> <p>1) 情報の共有化</p> <p>■達成できた□概ね達成できた□どちらともいえない□あまり達成できなかった □達成できなかった</p> <p>2) 本人や家族の参画</p> <p>□実施できた□概ね実施できた■どちらともいえない□あまり実施できなかった □実施できなかった</p>

<p>3) ケア会議の開催</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>実施できた<input type="checkbox"/>概ね実施できた<input type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり実施できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>実施できなかった</p>
<p>4) 利便性</p> <p><input type="checkbox"/>達成できた<input checked="" type="checkbox"/>概ね達成できた<input type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>達成できなかった</p>
<p>5) 安定性、継続性（継続的な使用）</p> <p><input type="checkbox"/>達成できた<input type="checkbox"/>概ね達成できた<input type="checkbox"/>どちらともいえない<input checked="" type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>達成できなかった</p>
<p>6) 関係機関、事業者等の理解促進</p> <p><input type="checkbox"/>達成できた<input type="checkbox"/>概ね達成できた<input checked="" type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>達成できなかった</p>
<p>7) 関係者間の顔の見える関係づくり</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>達成できた<input type="checkbox"/>概ね達成できた<input type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>達成できなかった</p>
<p>8) 家族への支援</p> <p><input type="checkbox"/>実施できた<input type="checkbox"/>概ね実施できた<input checked="" type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり実施できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>実施できなかった</p>
<p>9) 地域住民への理解の促進</p> <p><input type="checkbox"/>達成できた<input type="checkbox"/>概ね達成できた<input checked="" type="checkbox"/>どちらともいえない<input type="checkbox"/>あまり達成できなかった</p> <p><input type="checkbox"/>達成できなかった</p>
<p>10) その他（自由記載）</p>

ご協力ありがとうございました。

地域連携パス目標設定試案Ver1.0

達成目標	視点
住む場	住居の確保、保証人、家賃、家財
活動の場	デイケア、作業所、自助グループ、就労
食事	外食、買物、献立、調理、片付け、食事量
清潔保持	入浴、更衣、整容、洗濯、布団の片づけ
掃除、整理整頓	掃除、ゴミだし、郵便物の整理
生活リズム	起床、就寝、睡眠時間、食事時間、スケジュール管理
コミュニケーション	意思表示、連絡、相談
金銭管理	保管、計画性、金融機関の利用
危機管理	戸締まり、火の始末、急病
移動	歩行、自転車、バイク、自動車、電車、バス、交通ルール
生活費等の確保	生活保護、年金、自立支援医療、手帳、工賃、給与
病気の理解	通院継続、服薬管理
家族支援	家族の協力、家族関係、家族会
地域参加	あいさつ、自治会、地域行事

病院概要

	平成25年3月末現在
病床数	256
入院:6病棟	救急(男)36、救急(女)36、認知症34
	一般(男)50、一般(男女)49、開放51
医師数	14(内指定医11)+レジデント3
当直体制	1名+22時まで1名/金、土、日は2名
年間入院数	662
夜間、休日入院数	204
1日平均入院患者数	189
1日平均外来患者数	153
年間措置入院者数	40
年間応急入院者数	40
平均在院日数	103.8

Kyoto Prefectural Rakunan Hospital

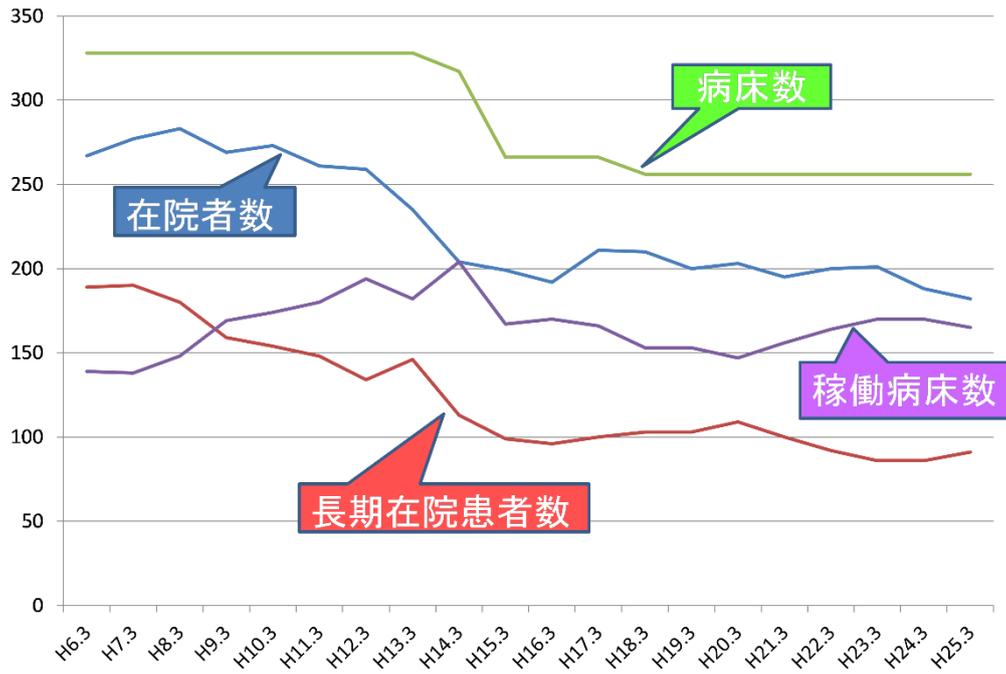
京都府立 洛南病院

1

病床と在院患者の動向

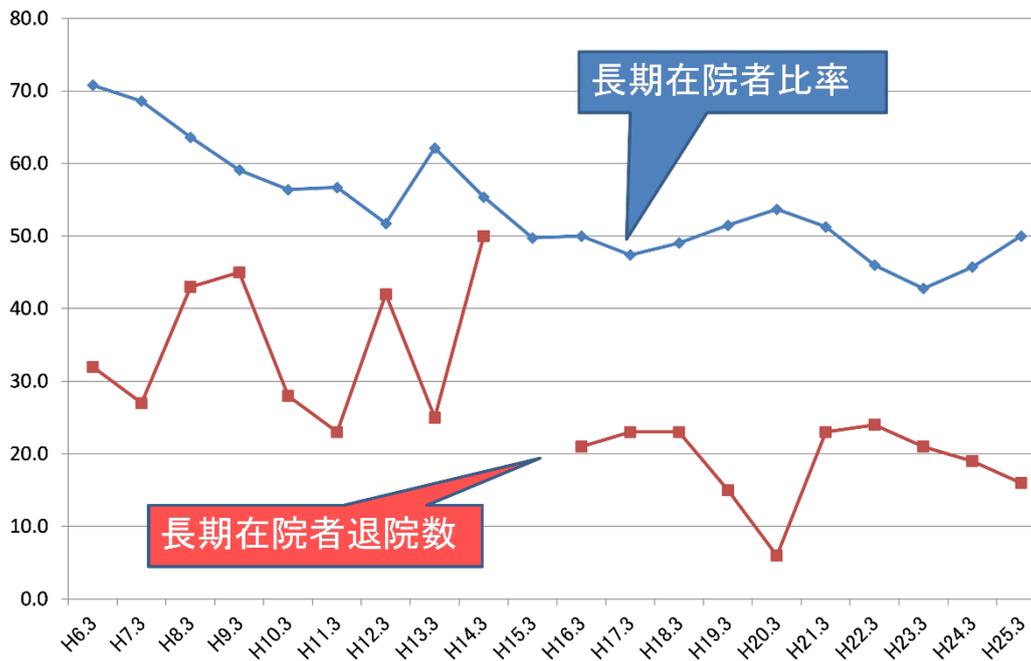
調査時期	在院者数	長期在院者数	長期在院者比率	長期在院者退院数	病床数	病床削減	稼働病床数	年間入院者数	平均在院日数
H6.3	267	189	70.8	32	328	0	139	353	283.6
H7.3	277	190	68.6	27	328	0	138	365	282.5
H8.3	283	180	63.6	43	328	0	148	418	252.7
H9.3	269	159	59.1	45	328	0	169	485	205.9
H10.3	273	154	56.4	28	328	0	174	558	178.8
H11.3	261	148	56.7	23	328	0	180	559	174.5
H12.3	259	134	51.7	42	328	0	194	535	178.2
H13.3	235	146	62.1	25	328	0	182	509	180.2
H14.3	204	113	55.4	50	317	11	204	463	173.5
H15.3	199	99	49.7		266	62	167	600	120.3
H16.3	192	96	50.0	21	266	62	170	619	117.6
H17.3	211	100	47.4	23	266	62	166	703	111.6
H18.3	210	103	49.0	23	256	72	153	742	101.6
H19.3	200	103	51.5	15	256	72	153	754	99.3
H20.3	203	109	53.7	6	256	72	147	665	112.4
H21.3	195	100	51.3	23	256	72	156	658	113
H22.3	200	92	46.0	24	256	72	164	680	104.8
H23.3	201	86	42.8	21	256	72	170	696	106.6
H24.3	188	86	45.7	19	256	72	170	669	105.9
H25.3	182	91	50.0	16	256	72	165	662	103.8

病床と在院患者の動向



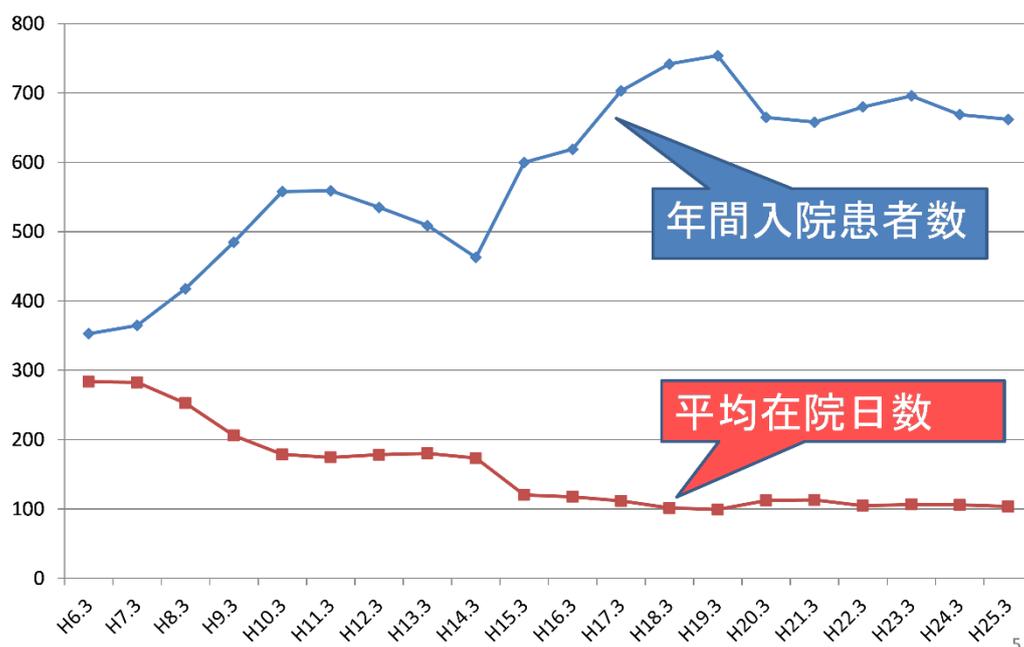
3

長期在院者の動向



4

年間入院患者数と平均在院日数



平成23年4月～25年12月の取組状況

	人数	平均年齢	入院期間
自宅	15	50.3	3.1
GH/CH	4	59.0	12.0
病院	22	66.9	6.4
高齢者施設	2	75.0	6.0
死亡	2	66.5	27.0

地域移行支援事業利用者 3名(平成23年度)

平成 25 年度 地域保健総合推進事業
全国保健所長会協力事業

「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」

平成 26 年 3 月発行

発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会
分担事業者 山田全啓（奈良県葛城保健所長）

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1 丁目 29 番 8 号
電話 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605