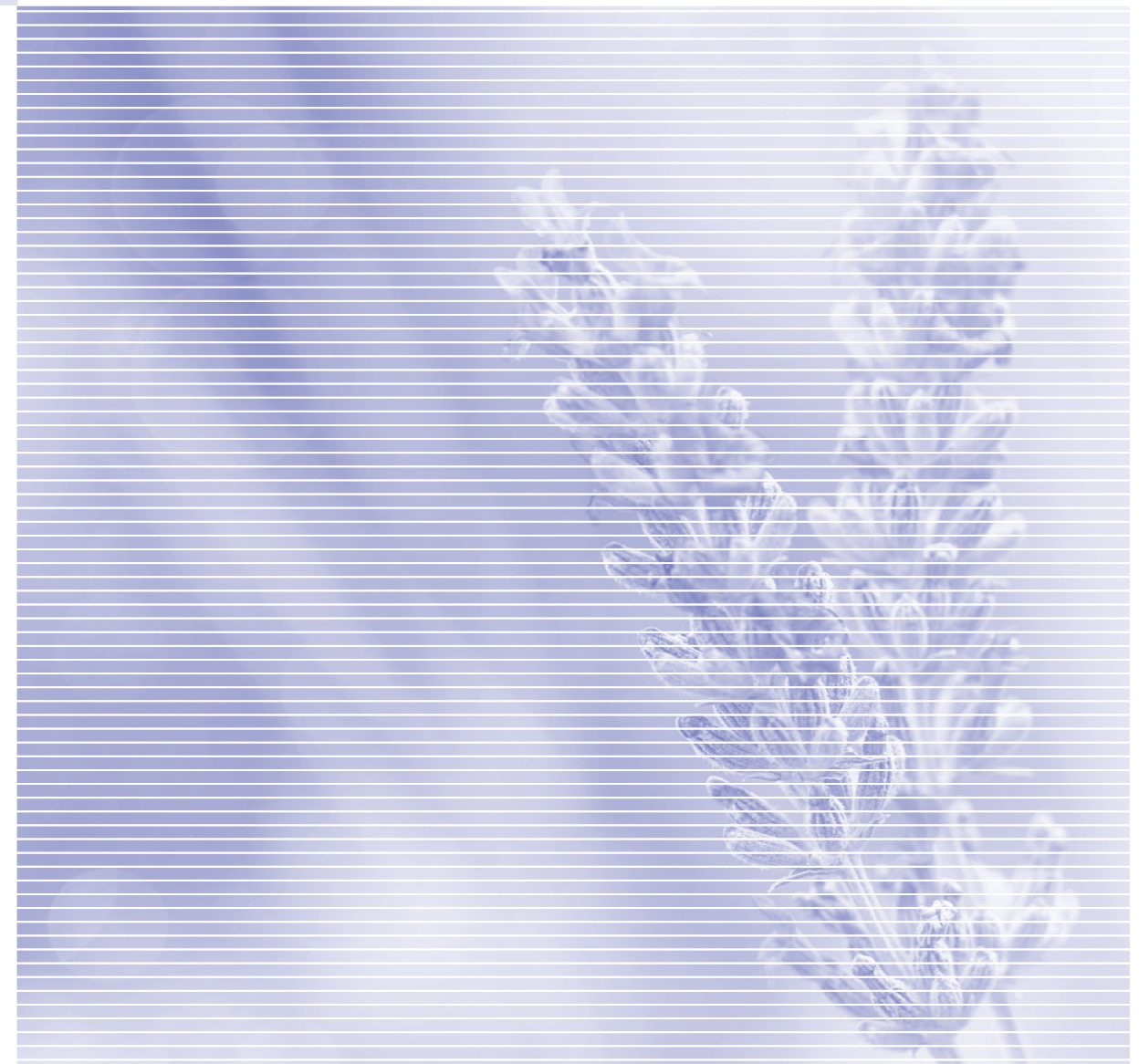


平成26年度地域保健総合推進事業
改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究 報告書

改正精神保健福祉法に取り組むための 保健所ガイドライン



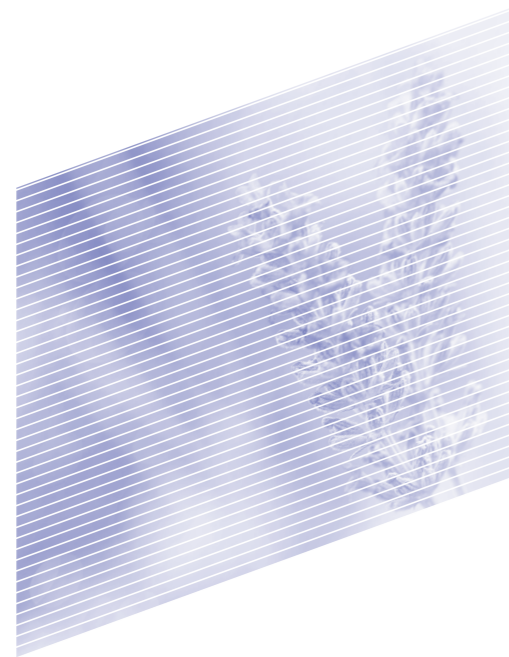
平成27年 3月

一般財団法人 日本公衆衛生協会
分担事業者 中原 由美 (福岡県嘉穂・鞍手保健所)

平成26年度地域保健総合推進事業 改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究 報告書

平成27年3月

一般財団法人
日本公衆衛生協会



はじめに

平成 26 年 4 月に改正精神保健福祉法（以下、改正法）が施行されました。改正法は、精神科病院からの早期退院、地域移行を進め、長期入院や社会的入院の解消を進めること、この目標を達成するため、病院等での「退院後生活環境相談員の設置」、「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整備」を規定し、さらに保健所の役割として医療機関との連携の強化を示しています。

全国保健所長会では、25 年度、改正法の施行に向け、「精神保健福祉法改正後の保健所の役割についての全国保健所長会意見」を発出し、また、保健所での具体的取り組み内容について、「改正精神保健福祉法施行に向けての保健所の取り組み（提案）」を全国保健所に発信し、各保健所での取り組みをお願いしました。

そこで、本研究班では、全国保健所を対象に法施行後の保健所の取り組み状況や課題についてアンケート調査を行い、その結果を踏まえ、保健所での取り組みの普及・普遍化を目的としたガイドラインを作成しました。

なお、保健所設置主体や地域状況により、このガイドラインが全保健所に完全に当てはまるものではありませんが、今回提示する考え方や手法が、「精神障害者が入院ではなく地域で当たり前暮らす」地域づくりのために、できるだけ多くの保健所で活用される事を期待しています。

今回のアンケート調査では、アンケートを回答することで、管内精神科病院の現状を把握できるよう、入院届出台帳案や平均在院日数計算票を添付し、保健所に提出されている「入院届」「入院診療計画書」「退院届」「病院報告」「精神科病院月報」など各種書類を活用して回答いただく設問を作成しました。そのため、回答作業には多くの時間を要したことと思います。大変お忙しい中、労力を要するアンケートにもかかわらず、多くの回答をいただき、心より感謝いたします。

平成 27 年 3 月

平成 26 年度地域保健総合推進事業
改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究
分担事業者 中原 由美（福岡県嘉穂・鞍手保健所）

目 次

改正精神保健福祉法に取り組むための保健所ガイドライン 平成26年度地域保健総合推進事業改正精神保健福祉法における 保健所の役割に関する研究報告

第一部 改正精神保健福祉法に取り組むための保健所ガイドライン	1
第1章 公衆衛生視点での地域分析とは	3
1. 公衆衛生視点での地域分析とは	3
2. パワーポイント資料	4
第2章 改正精神保健福祉法に対応するための保健所機能について(提言)	11
1. 地域精神保健福祉体制整備のための保健所活動の基盤づくり	11
(1) 精神科病院を始め関係機関及び患者や家族への改正法・指針の周知	11
(2) 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析	11
(3) 地域移行推進協議会の開催と運営	11
(4) 市町村障害福祉計画の進捗管理と体制づくり	11
(5) 相談支援事業者への働きかけ	12
(6) ピアサポーター養成及び雇用体制づくりへの支援	12
2. 圏域内精神科病院への具体的働きかけ	12
3. 病院への働きかけの具体例	12
(1) 医療保護入院の入退院状況の把握	12
(2) 退院後生活環境相談員の活動状況の把握	13
(3) 精神科病院実地指導の効果的運用	13
(4) 認知症への対応	13
第3章 改正精神保健福祉法に対応した保健所の役割に関するガイドライン	14
■ 本ガイドラインの位置づけ	14
1. 法改正の背景と保健所への期待	14
2. 保健所の役割と設置主体による違い	14
3. ガイドラインの位置づけと構成	14
4. 国施策との整合性	14
■ 提言への対応	16
1. 地域精神保健福祉体制整備のための保健所活動の基盤づくり	16
(1) 精神科病院を始め関係機関及び患者や家族への改正法・指針の周知	16
① 考え方	16
② 具体的方法	16
③ 目標設定と評価	16

(2) 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析	17
① 考え方	17
② 具体的方法	17
③ 目標設定と評価	17
(3) 地域移行推進協議会の開催と運営	18
① 考え方	18
② 具体的方法(参考資料2)	18
③ 目標設定と評価	18
(4) 市町村障害福祉計画の進捗管理と体制づくり	19
① 考え方	19
② 具体的方法	19
③ 目標設定と評価	19
(5) 相談支援事業者への働きかけ	19
(6) ピアサポーター養成及び雇用体制づくりへの支援	19
① 考え方	20
② 具体的方法	20
③ 目標設定と評価	20
2. 病院への働きかけの具体例	20
(1) 医療保護入院の入退院状況の把握	20
(2) 退院後生活環境相談員の活動状況の把握	21
(3) 精神科病院実地指導の効果的運用	21
(4) 認知症への対応	21
■ 資料	22
1. 医療保護入院患者の管理台帳(案)	22
2. パワーポイント資料	23
第4章 住民等から保健所によくある質問	27
1. 精神障害者への誤解・偏見	27
2. 統合失調症患者の非自発的入院について	28
3. 精神障害者に対する不安について	29
4. 家族や周囲の人の人権について	30
5. 主治医から退院と言われた場合について	31
6. 医療保護入院の長期入院について	32
7. 措置入院や医療保護入院等の非自発的入院の基準について	33
8. フル装備の外来治療と療養病床の長期入院との医療費の比較	34
9. 向精神薬の効果、薬物療法中心の治療について	35
10. 地域生活にあたる地域住民の理解への支援について	36
11. 退院支援委員会で話し合われた内容の開示について	36

12. 退院後生活環境相談員の役割について	37
13. 再入院の必要性について	37
14. 家族が地域移行に踏み切れない場合について	38
15. 精神障害者の金銭管理について	38
16. パワーポイント資料	39

第二部 改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究結果..... 43

第1章 研究の概要..... 45

1. 研究のねらい	45
2. 研究班組織と検討経過	45
(1) 研究班組織	45
(2) 事業内容	46

第2章 アンケート調査結果..... 47

1. 調査の目的	47
2. 調査の方法	47
3. 調査の期間	47
4. 調査対象と回答率	47
5. 回答保健所の基本属性	48
(1) 回答保健所の所在地(ブロック)	48
(2) 回答保健所の設置主体	49
(3) 回答保健所の管内精神科病院数(平成26年4月1日時点)	50
6. 管内に精神病床を有する病院がある保健所(253)の調査結果	51
(1) 台帳管理の有無	51
(2) 病院の基本属性	52
① 病院の所在地(ブロック)	52
② 病院の種類と設置主体	53
③ 病院の精神病床数(平成26年4月1日時点)	54
(3) 新規医療保護入院患者(平成26年4月1日～9月末)について	55
① 新規医療保護入院患者数の内訳(平成26年4月1日～9月末)	55
② 認知症患者の割合	58
③ 新規医療保護入院患者の退院直後の処遇(平成26年4月1日～9月末)	59
(4) 平成25年度との比較	62
① 平均在院日数(上半期:4月～9月)	62
② 新規入院患者数(上半期:4月～9月)	63

(5) 退院支援委員会について	65
① 退院支援委員会の開催状況(平成26年4月1日～9月末)	65
② 退院支援委員会の開催例数等	67
③ 精神科病院からの出席要請の有無	69
④ 開催例数の把握方法	70
⑤ 退院支援委員会への参加の働きかけ	71
(6) 退院後生活環境相談員の状況	72
① 退院後生活環境相談員の選任状況の確認	72
② 実地指導の際、確認予定の有無	73
③ 退院後生活環境相談員の活動状況の確認	74
④ 実地指導の際、確認の予定	75
(7) 保健所間連携について(全ての回答保健所281)	76
① 入院届写しの送付の有無	76
(8) ピアサポーターの養成について	78
① ピアサポーター養成の有無	78
② ピアサポーター養成の実施主体	79
③ ピアサポーター養成への保健所の関与の状況	80
④ ピアサポーター養成への保健所の具体的関与の内容	80
(9) 地域移行支援制度への申請について	81
(10) アウトリーチ体制について	82
① アウトリーチチームの設置状況	82
(11) 精神科病院実地指導について	84
① 精神科病院実地指導への保健所の関わり	84
② 実地指導の保健所長の同行状況(平成26年度)	86
③ 精神科病院実地指導への保健所の関わりと保健所長の同行状況	87
④ 実地指導の強化体制について(平成26年度)	89
⑤ 強化している具体的内容	90
7. 地域移行の推進への取り組みについて(自由記載)	91
(1) 保健所の取り組み	91
① 関係機関との連携会議や事例検討会等の開催	91
② 関係機関への働きかけ、支援	95
③ 病院への働きかけ、支援	98
④ ピアサポーターの養成、支援	100
⑤ 入院患者への働きかけ、支援	101
⑥ 家族への働きかけ、支援	102
⑦ 住民等への普及啓発	102
⑧ その他	102
(2) 病院等関係機関の取り組み	104
8. 調査票	106

第3章 平成26度改正精神保健福祉法への対応研修実施報告	112
1. 平成26度「改正精神保健福祉法への対応研修」の目的及び概要	112
(1) 目的	112
(2) 開催の概要	112
(3) 参加者	113
(4) 研修の概要と内容	114
① 研修1日目(2月16日 月曜日)	114
② 研修2日目(2月17日 火曜日)	114
2. ニーズとディマンド	115
(1) 目的	115
(2) グループディスカッションの内容	115
(3) 方法	115
(4) 注意点	115
3. SWOT分析	116
(1) 目的	116
(2) 方法	116
(3) 結果	116
(4) グループワークのまとめ	117
① Aグループ	117
② Bグループ	117
③ Cグループ	117
④ Dグループ	118
⑤ Eグループ	118
⑥ Fグループ	118
⑦ Gグループ	119
⑧ Hグループ	119
第4章 考察	120
1. 管内に精神病床を有する病院がある253保健所の取り組み状況について	120
(1) 台帳管理の有無について	120
(2) 退院支援委員会の開催状況(開催例数)の把握について	120
(3) 退院支援委員会への保健所の参加状況について	120
(4) 退院支援委員会への参加の働きかけについて	121
(5) ピアサポーターの養成について	121
(6) 地域移行支援制度への申請について	121
(7) 精神科病院実地指導への保健所の関わりについて	121
(8) 実地指導の保健所長の同行状況について	121

2. 253保健所から回答を得た、855の精神科病院について	122
(1) 入院診療計画書入院期間について	122
(2) 退院後の処遇について	122
(3) 新規全入院患者における新規医療保護患者の割合について	122
3. 管内に精神病床を有する病院のない 28 保健所の取り組み状況について	122
(1) 退院支援委員会への保健所の参加状況について	122
(2) 退院支援委員会への参加の働きかけについて	123
4. 保健所間連携について(全ての回答保健所281)	123
(1) 入院届写しの送付の有無について	123
5. 参考資料	123
(1) 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	123
(2) 精神保健福祉法改正後の保健所の役割についての全国保健所長会意見	123
(3) 改正精神保健福祉法施行に向けての保健所の取り組みについて(提案)	123
(4) 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性	123
第5章 研究班からの提言	124
1. 都道府県及び指定都市	124
2. 精神保健福祉センター	125
3. 国	125

第一部

改正精神保健福祉法に取り組むための 保健所ガイドライン

第1章 公衆衛生視点での地域分析とは

1. 公衆衛生視点での地域分析とは

古い公衆衛生活動の教科書によると、課題解決型地域保健活動の過程には「問題発見」、「地域診断」、「対策の樹立」、「実施」、「評価」の5段階があるとのことである。

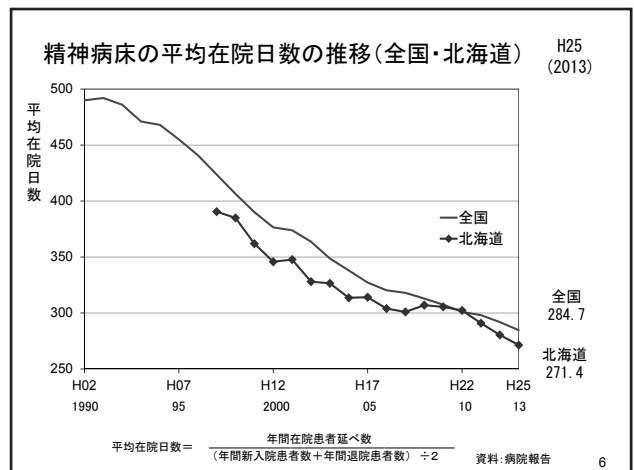
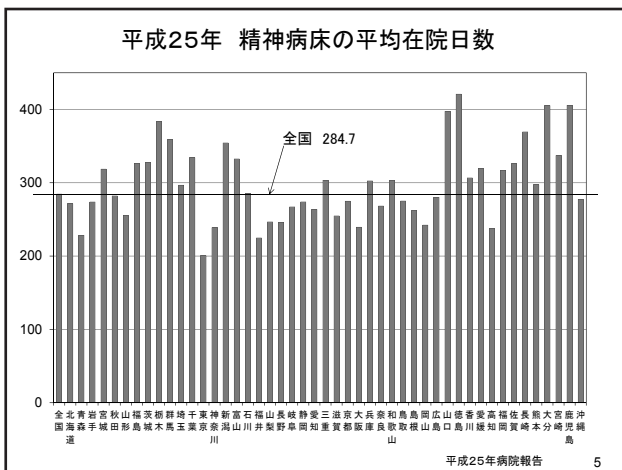
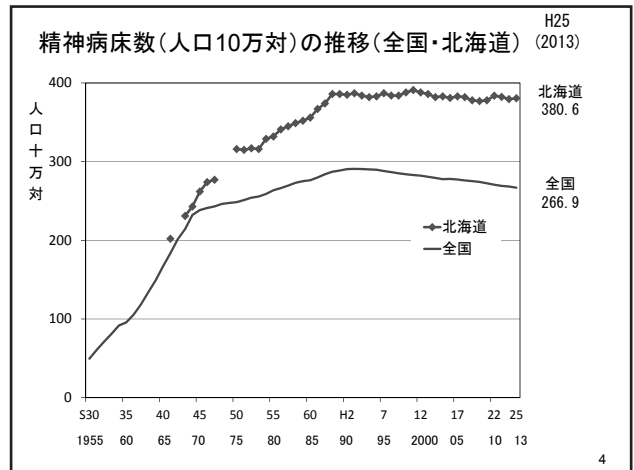
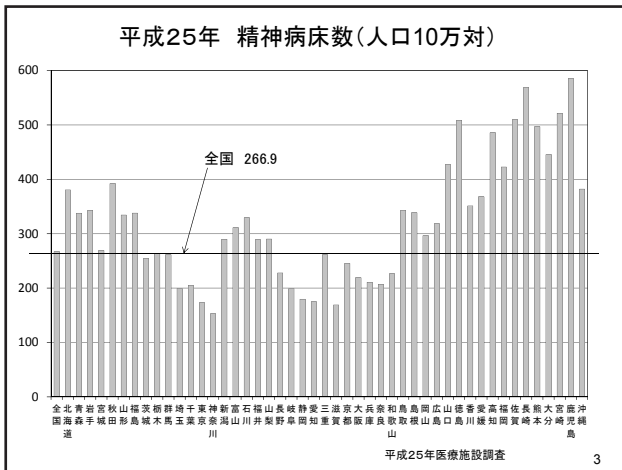
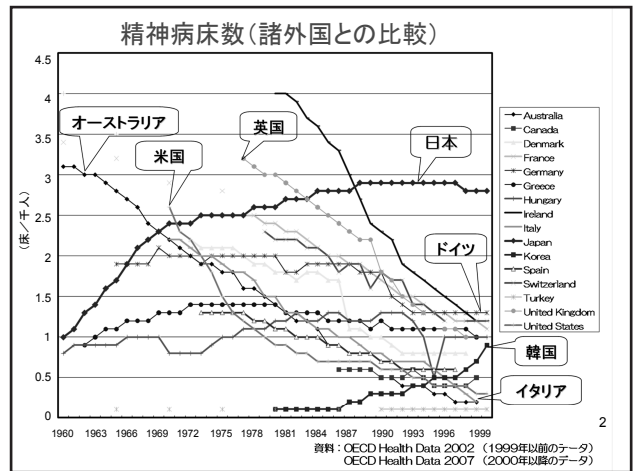
これを臨床医学に置き換えると、主訴、診断、治療計画、治療、評価になるが、必ずしも主訴が病気の本態に直結するとは限らないため、主訴を入りにしつつも、病態を正しく見極め、正確な診断のもとに計画的に対応する必要がある。地域保健活動においても、地域住民の「主訴」は多彩かつ多様であり、しばしば問題をより深刻化させる要望・要求として表出することがあり、「問題発見」や「地域診断」には慎重さが求められる。

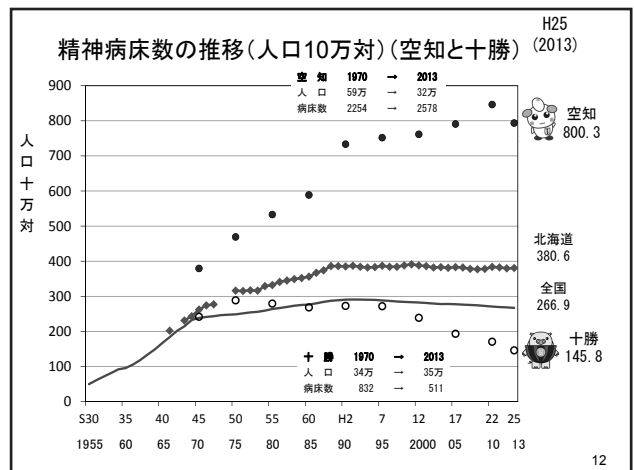
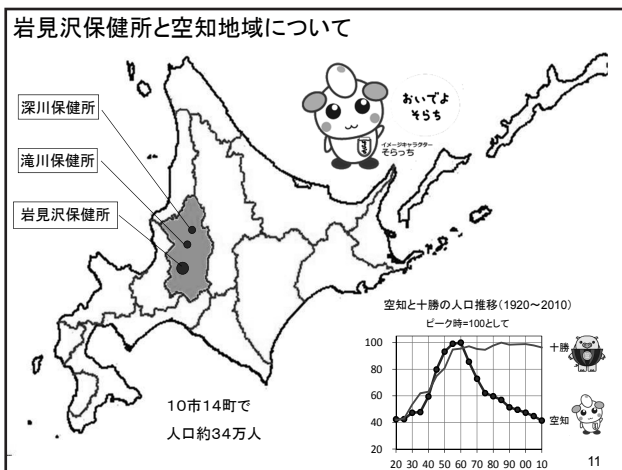
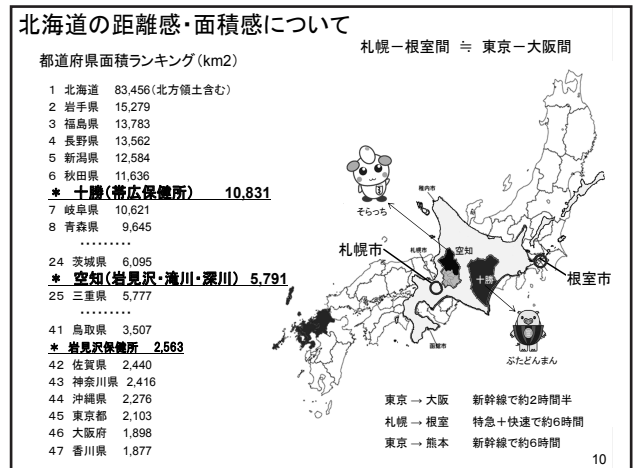
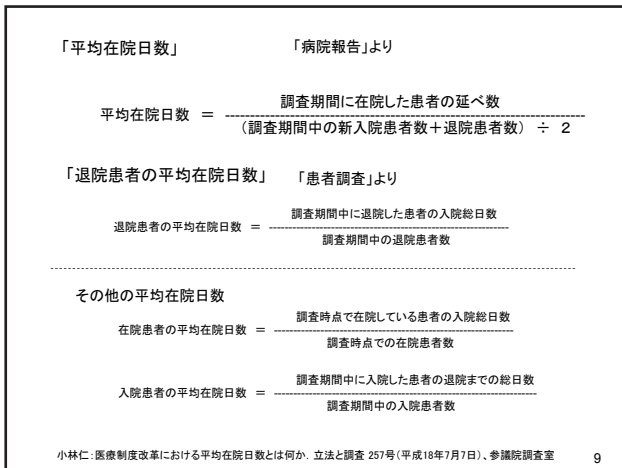
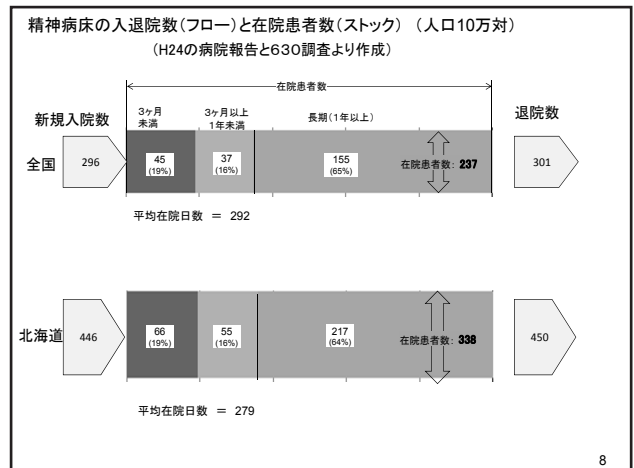
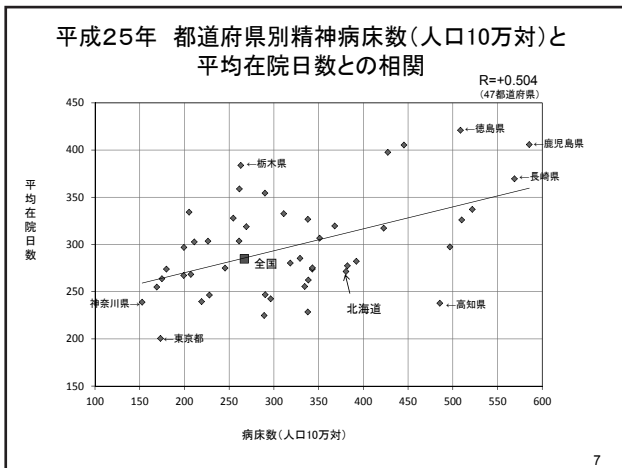
一方、「問題発見」や「地域診断」に先だって「地域のあるべき姿」を思い描くところから始める「地域づくり型地域保健活動」が提唱されているが、慎重かつ正確な地域診断が求められるという点では「課題解決型」も「地域づくり型」も異なるものではない。

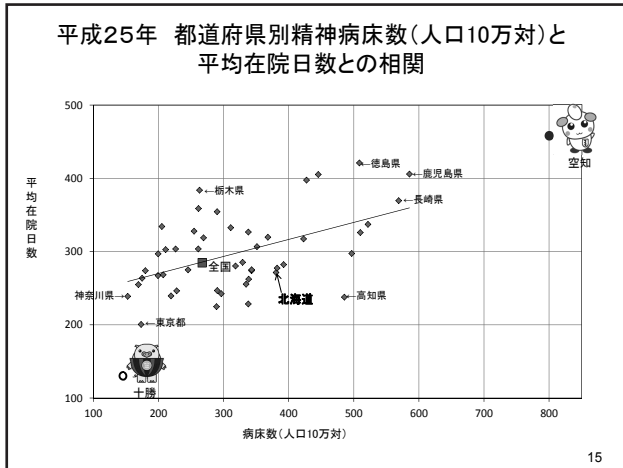
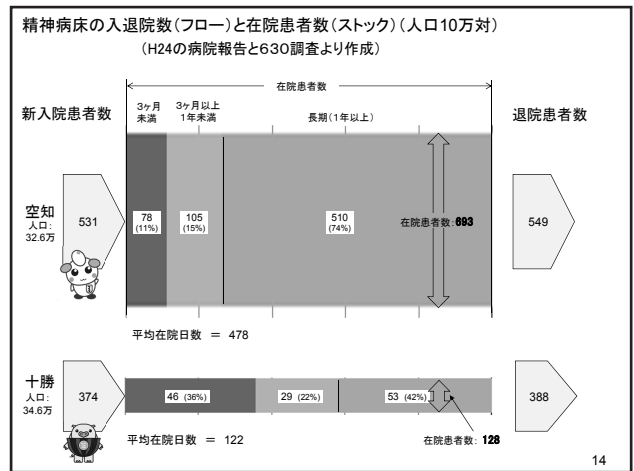
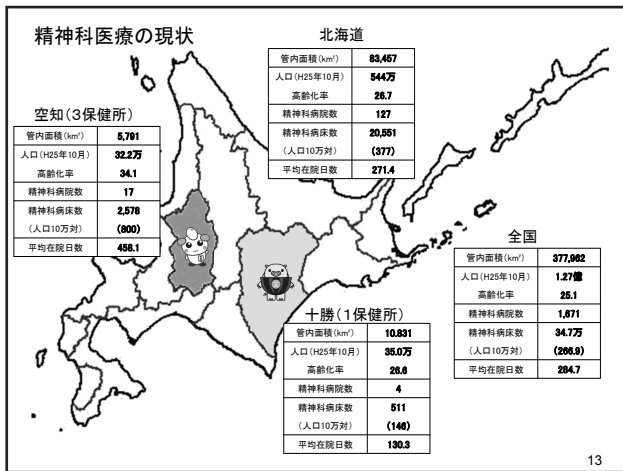
さて、地域精神保健活動においては、「精神障がい者の精神科病院への収容」が地域住民の「主訴」であることも多いが、収容という形の対応はむしろ問題をこじらせることも少なくない。このため、「緊急時」に適正な対応を行いつつも、地域や障がい者の状況を把握し、地域の「あるべき姿」を思い浮かべながら必要な活動を積み上げ、評価していく必要がある。

公衆衛生視点での地域分析とは、この一連のプロセスにおける情報収集・診断・評価・進行管理作業であり、全ての公衆衛生・地域保健活動の基礎となるものであるが、とりわけ主訴と問題点との乖離が予想される地域精神保健活動においては、より重要性が高いと考えられる。

2. パワーポイント資料







人口規模がほぼ同様の空知と十勝の精神保健福祉等資源の概要

	空知	十勝
人口	32.2万	36.0万
入院患者数	2,200	407
外来患者数	7,291	7,592
精神科標榜診療所数	7	9
訪問看護実施病院数 (精神患者について実施)	10	4
訪問看護実施診療所数 (精神患者について実施)	2	1
訪問看護ステーション数	18	14
うち精神科対応数	9	6
地域活動支援センター数	9	25
グループホーム・ケアホーム数	27	14
相談支援事業所数	28	12
就労支援事業所数	63	37
家族会・家族連合会数	8	5
アルコール支援団体数	4	6
摂食障害関係団体数	0	4
回復者クラブ等数	10	10
精神科救急医療体制整備事業実績 (H24年度)		
相談件数	48	21
外来対応のみ	21	22
入院対応	35	19

神話1

入院患者を減らすと外来が増える
在宅医療体制がないから退院できない

↓

外来患者数は十勝と空知でほぼ同じ
在宅医療を支える体制は空知のほうが充実

神話2

社会資源が無いから退院できない

↓

使える(はず)の資源は空知のほうが多い

神話3

入院先がない患者への時間外対応が増える

↓

主治医以外の時間外対応は空知のほうが多い

十勝の地域精神保健福祉活動の歴史

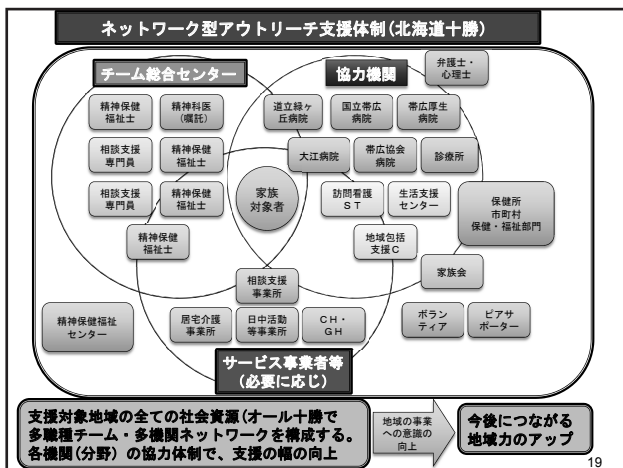
- * 1970年代前半、病院PSWが十勝管内5保健所(当時。現在は1)に「保健所精神衛生連絡会議」の開催を働きかける
- ↓ 支援下宿の運営と資源開発 1996年から精神科病床減少傾向
- * 1994年 生活支援会議
- * 1999年 精神障害者ケアマネジメント会議(月2回)
- * 2000年 ル・コント氏(マティソンモデル提唱者)講演
- * 2004年 障害者全体の社会モデルを志向
- * 2006年 帯広市自立支援協議会のなかで、生活支援会議と精神障害者ケアマネジメント会議が開催されるようになる

花園大学社会学部福祉学三品教授資料より(一部改変)

十勝で行われたアウトリーチ推進事業(H24-25)

- * 2012年8月開始
- * 実施機関: 十勝障がい者総合相談支援センター
- * チーム体制: ネットワーク型
- * 特徴
 - ・対象者ごとに数名からなるチームを結成
 - ・協力機関が適宜チームに参加
 - ・対象者の特性に応じたチームリーダーを任命
 - ・頻回訪問を避けるために、計画的な支援が行われた

花園大学社会学部福祉学三品教授資料より(一部改変)



十勝の取り組みが示唆すること

- * 地域の社会資源が増えることで、精神科病床は減少
- * オープンシステムにより、専門職の情報・意識共有と対象者への効果的な支援 → 豊かな生活の実現
- * 地域資源の量と質の向上により、退院促進が容易になる
- * 今後は、早期介入も念頭に入れた医療・生活支援が必要

→ アウトリーチ、ACTなど

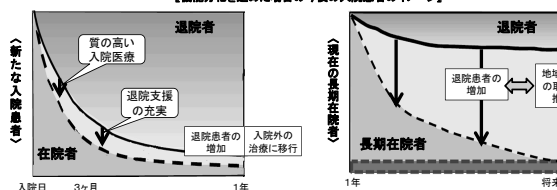
精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

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)

改変

- 精神疾患患者の**状態**や**特性**に応じた**精神科病床の機能分化**を進める。
- 地域生活支援を強化するため、アウトリーチ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】

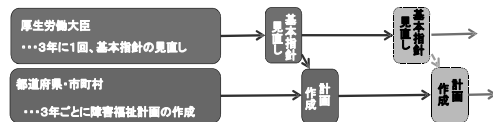


以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

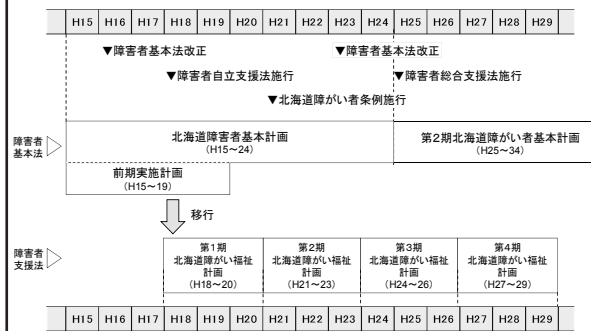
障害福祉計画について

- 基本指針(厚生労働大臣)では、障害福祉計画の計画期間を3年としており、これに即して、都道府県・市町村は3年ごとに障害福祉計画を作成している。

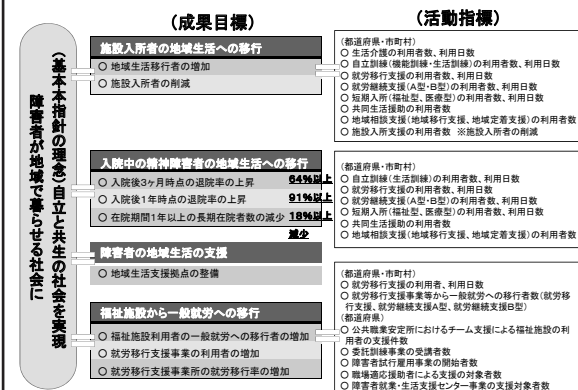
第1期計画期間 18年度～20年度	第2期計画期間 21年度～23年度	第3期計画期間 24年度～26年度	第4期計画期間 27年度～29年度
平成23年度を目標として、地域の実情に応じた数値目標及び障害福祉サービスの見込量を設定	第1期の実績を踏まえ、第2期障害福祉計画を作成	つなぎ法による障害者自立支援法の改正等を踏まえ、平成26年度を目標として、第3期障害福祉計画を作成	障害者総合支援法の施行等を踏まえ、平成29年度を目標として、第4期障害福祉計画を作成



障害者基本計画と障害福祉計画について(北海道)



第4期障害福祉計画における成果目標と活動指標の関係



1 入院後3ヶ月時点の退院率 成果目標は64%以上

$$= \frac{\#1 \text{のうち、前年6月～8月に退院した患者数の合計}}{\text{前年6月1ヶ月間の新入院患者数}\#1}$$

2 入院後1年時点の退院率 成果目標は91%以上

$$= \frac{\#1 \text{のうち、前年6月～当年5月に退院した患者数の合計}}{\text{前年6月1ヶ月間の新入院患者数}\#1}$$

注1: 前年6月30日に入院した患者が当年6月1日に退院した場合など、入院後1年までに退院しても「入院後1年時点の退院」から漏れる患者があることに注意。「入院後3ヶ月時点の退院」も同じ。

3 退院率(1年以上群) 長期在院者: 在院期間が1年以上の在院者

$$= \frac{\text{長期在院者における当年6月1ヶ月間の退院患者数} \times 12}{\text{当年6月30日現在の長期在院者数}}$$

精神保健福祉社の改革研究ページ(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)より

25

4 入院後1年時点の残留率

$$= \frac{\#1 \text{のうち、当年6月1日の残留患者数}}{\text{前年6月1ヶ月間の新入院患者数}\#1}$$

注2: 前年6月30日に入院した患者が当年6月2日に退院した場合など、入院後1年未満で退院しても「入院後1年時点の残留患者」になる場合があることに注意。

5 (在院期間1年以上)長期在院者数の減少 成果目標は(3年間で)18パーセント以上減少

長期在院者数の減少率(3年間)

$$= \frac{\text{退院数(1年以上群)} \times 3 - \text{新たに長期在院へ移行する数} \times 3}{\text{長期在院者数}} \geq 18\%$$

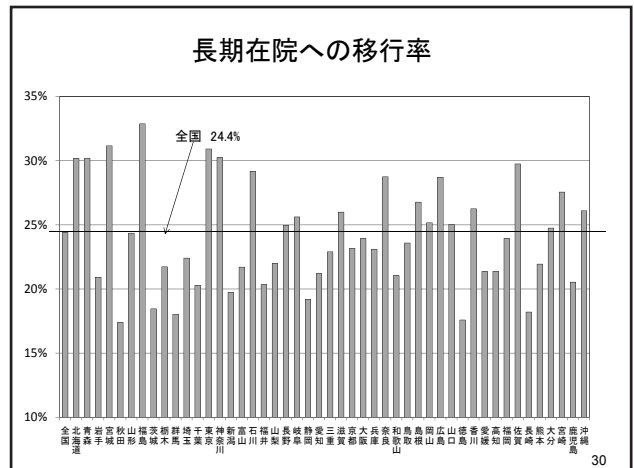
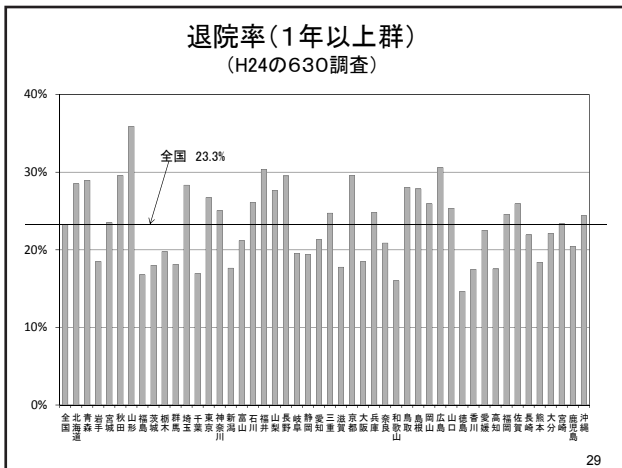
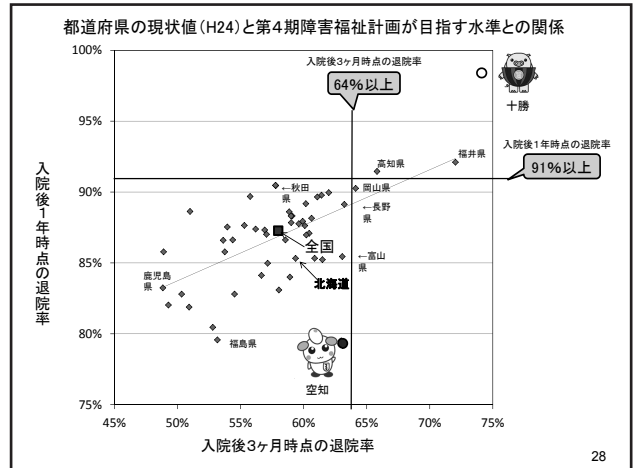
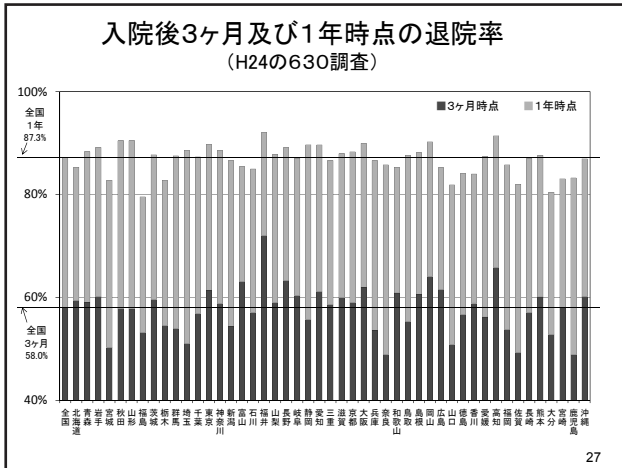
長期在院者数の減少率(1年間)

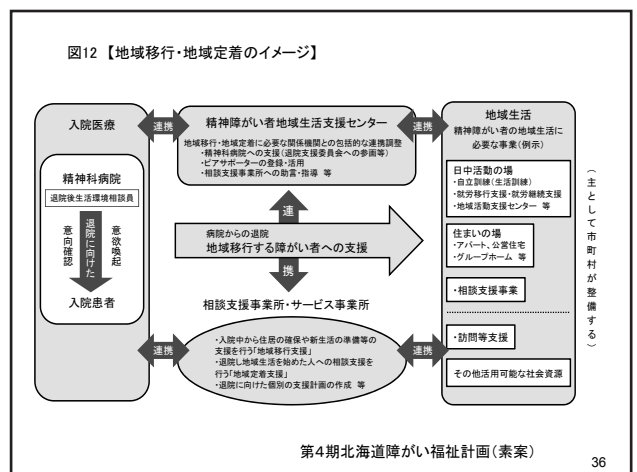
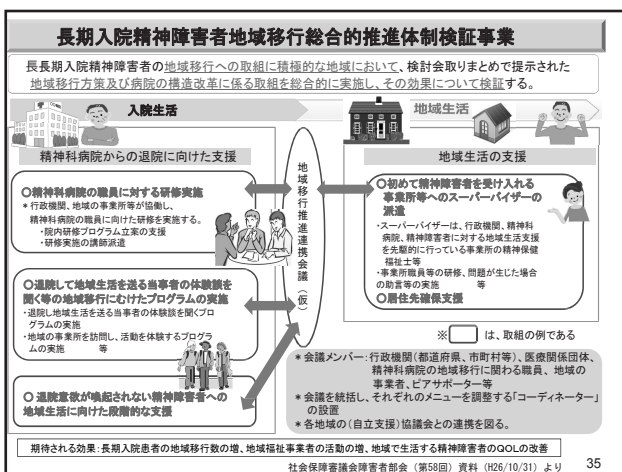
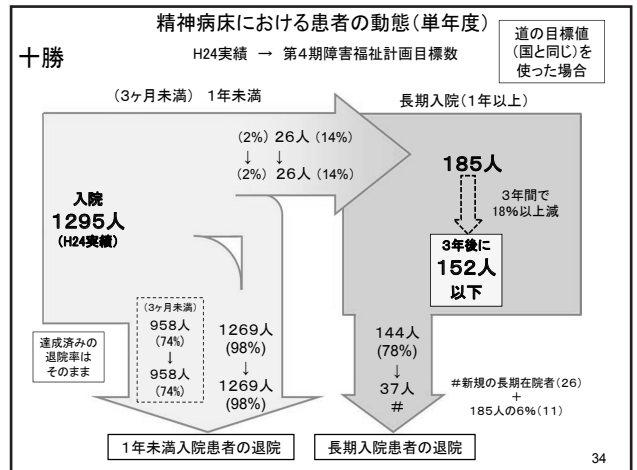
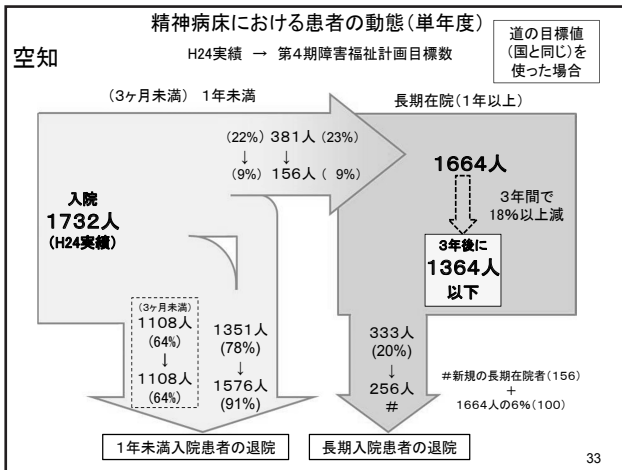
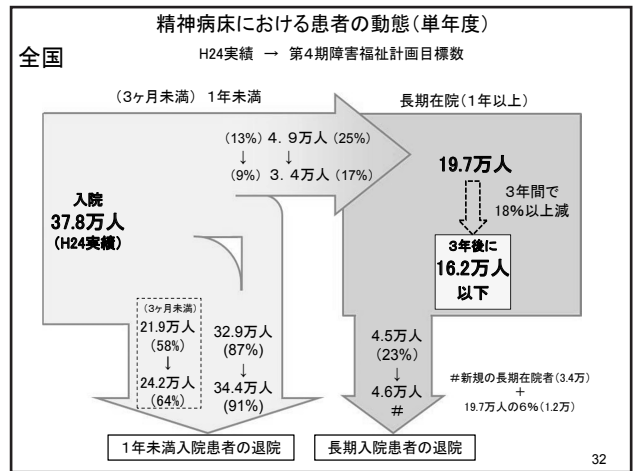
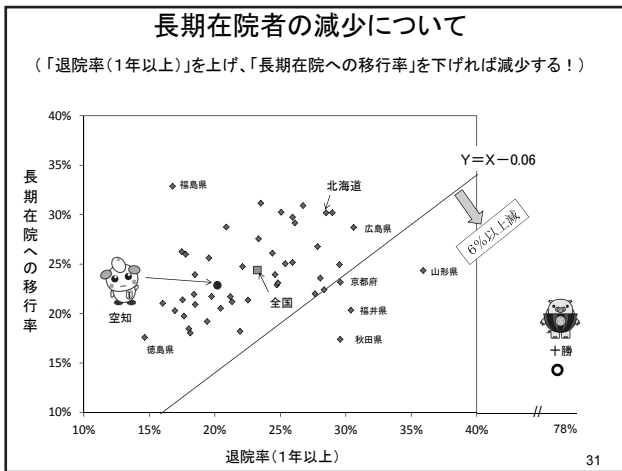
$$= \text{退院率(1年以上群)} - \text{長期在院への移行率} * \geq 6\%$$

ただし、長期在院への移行率 = $\frac{\text{H24の新入院患者数} \times \text{入院後1年時点の残留率}}{\text{長期在院者数}}$

注2のとおり、「入院後1年時点の残留患者数」は「長期在院に移行する患者数」よりやや多いことになる。このため、「長期在院への移行率」は、実際に「長期在院」に移行する患者(の年)よりやや多くなる。

26





空知地域の保健所の取り組みについて

- * もともと、空知地域では福祉関係施設が充実していた
- * 保健所は、17もある精神科病院の「調整」に追われてきた
- * 地域協議も、自殺予防などの「事業」が中心だった

↓

- * 近年、相談・就労支援事業所が充実してきた
- * 今後は、就労支援も含め地域の「生きる場づくり」が必要
- * 当面は、アウトリーチやACTの構築を前提条件にはしない

37

空知における精神障がい者の就労の場の拡大に向けた検討について

- * 人口減少防止のため、地域の人口吸引向上が急務
- * 人口流出防止・流入促進をめぐる地域間競争が激化する
- * 精神保健福祉法改正により、退院促進が強化される

↓

- * 地場産業において更なる付加価値向上と雇用創出が必要
- * 地場産業において障がい者の就労の場拡大は可能か？
- * 精神障がい者の雇用・就労の場拡大の課題は何か？

38

<提案中>

地の利を生かせ！ ○○発 新しい農業のあり方を探る

～消費者との結びつきを強化した「アグリビジネス」の展開～

目的

- * 地域農業の付加価値向上と雇用の創出
- * アグリビジネスの新しい芽を育み、農村地域の所得・雇用を拡大
- * 農作業などにおける障がい者(とくに精神)の就労の場の拡大

↓

成果目標

- * 検討の場の設置と課題の整理
- * モデル事業の実施と情報発信
- * (とくに精神)障がい者への農業就労に取り組む就労支援事業所の増加

39

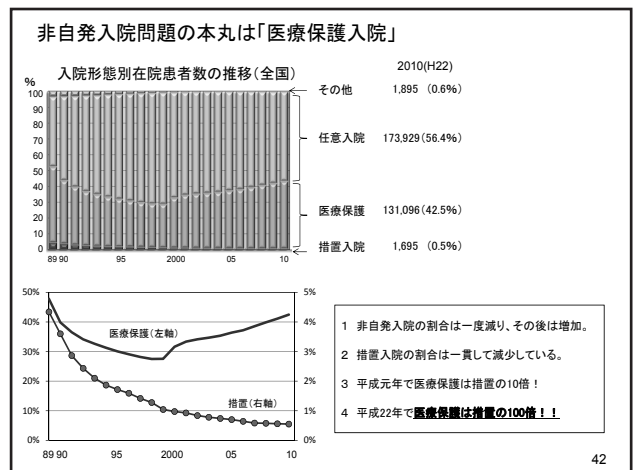
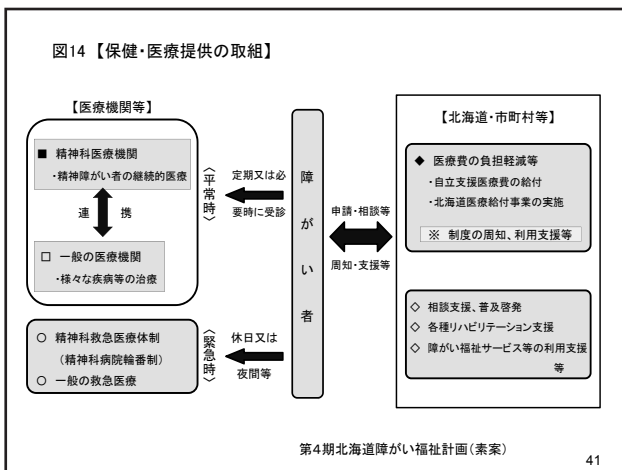
<続き>

平成27年度	平成28年度	平成29年度
<ul style="list-style-type: none"> 障がい者(とくに精神障がい者)の農業就労の場の拡大の検討委員会設置 アンケート調査 先進地視察 	<ul style="list-style-type: none"> 障がい者を雇用している農業者などへのヒアリング調査 モデル事業実施 <ul style="list-style-type: none"> ・従事可能な作業の検討 ・テスト就労実施 ・就労支援体制の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 働く場を提供することによる「社会貢献」への評価検討 パネルディスカッション開催

地域における「ソーシャルファーム」構想との連携も検討

ソーシャルファームとは、障がい者または労働市場で不利な立場にある人に働く場を提供することを目的とした社会的企業のこと (Social Firm: Firmは会社の意味)。
<http://www.socialfirms.jp/>

40



第2章 改正精神保健福祉法に対応するための 保健所機能について（提言）

全国保健所長会・地域保健の充実強化に関する委員会

平成27年2月23日

全国保健所長会・地域保健充実強化に関する委員会では、昨年度に精神保健福祉法の改正の準備についてまとめ、平成26年2月に皆さんにお送りしたところです。同年4月に法が施行され、全国保健所の対応の実態について中原研究班で全国保健所対象のアンケートも実施し、現状について把握しました。その結果も参考に、委員会でさらに検討し、全国保健所に以下の機能充実を提言する事といたしました。全国の保健所におかれましては、地域精神保健の向上に向けて、今回の法改正を効果的に活用されるためにも、この提言をご活用いただくようお願いいたします。

1. 地域精神保健福祉体制整備のための保健所活動の基盤づくり

（1）精神科病院を始め関係機関及び患者や家族への改正法・指針の周知

「入院中心から地域生活中心」という法改正の本来趣旨を周知する。特に病院の体制の変更や入院患者の地域移行制度利用の権利を明確に伝える。

（2）保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析

病院報告、精神保健福祉法による入退院届、措置入院関連書類、630調査等の情報（平均在院日数、入退院率、推定される入院期間（以下、「推定入院期間」という）と実際の入院期間、地域移行利用率等）を病院毎、及び管内全体として分析し、管内医療機関の改正法への対応状況を客観的指標として把握する。

（3）地域移行推進協議会の開催と運営

圏域内での地域移行を推進するための連携会議を保健所が主導で実施する。この会議には、圏域内の精神科病院、市町村、地域移行支援事業者が参加し、具体的な地域移行の推進方策を検討し、実績について、地域移行制度を使った退院例数、平均在院日数、長期入院者割合の減少、新規長期入院患者の発生数等の客観的指標を使って効果を評価する。

（4）市町村障害福祉計画の進捗管理と体制づくり

27年度からの第4期障害福祉計画における地域移行関連体制（地域移行地域定着支援、グループホーム整備、相談支援、就労支援、ピアサポーター養成と活用等）を各市町村の自立支援協議会に保健所も参加し、進捗管理を行う。

(5) 相談支援事業者への働きかけ

地域移行支援事業者が、圏域内に支援事例を引き受けられるように、事業者への働きかけと支援（特に病院との調整とピアサポーターの活用、人材と人件費の確保）を行う。

(6) ピアサポーター養成及び雇用体制づくりへの支援

精神障害者の雇用促進と生活支援の担い手づくりとして、地域移行・地域定着の個別支援を担えるピアサポーターを養成し、各種の活動に従事できる体制づくりを市町村や相談支援事業所と一緒に保健所が取り組む。

2. 圏域内精神科病院への具体的働きかけ

改正法への対応で必要と思われる項目を整理した。

- 新たな長期入院患者を作らないための働きかけ
- 長期入院患者の地域移行への働きかけ
- 認知症の長期入院防止への働きかけ
- 改正法や医療指針への正しい対応を即すための精神科病院実地指導

*政令指定都市など保健所以外の障害福祉部門や精神保健福祉センターにおいて精神保健福祉法関連の事業が所管されている市型保健所における留意点

保健所が、精神保健福祉センター等の関係組織と連携して、上記の活動基盤や病院への働きかけが自治体として実施されているかどうかの評価を行うことが望ましい。

3. 病院への働きかけの具体例

(1) 医療保護入院の入退院状況の把握

- ① 入退院届を病院毎に台帳管理し、入院患者の入院期間が1年を超えない努力をしているか、常に把握する。
- ② 推定入院期間が、当初から長期（3か月を超える）である場合は病院に確認し、必要な指導を行う。
- ③ 推定入院期間を超えた事例は、20日以内に退院支援委員会を開催しているか確認する。
- ④ 退院支援委員会が開催されている場合も、開催状況や内容が適切かを確認する。具体的には、本人、家族の参加、外部援助事業者や保健所の参加がされているか。また、会議が単に入院期間延長の決定をする会議に終わっていないか等を確認する。
- ⑤ 医療保護入院の退院後の処置の確認をする。自宅への退院がどの程度の割合か。退院後の処置が、任意入院への変更であれば、任意入院から退院しているかの確認を行う。

(2) 退院後生活環境相談員の活動状況の把握

- ① 相談員の配置状況と担当患者の数や退院意向の確認について把握する。
- ② 退院支援委員会の開催頻度や開催手順などの把握。開催に当たって、外部援助事業者や保健所の参加の基準の確認をする。
- ③ 長期入院（1年以上で、任意入院を含む）の退院支援委員会の開催を働きかける。

(3) 精神科病院実地指導の効果的運用

- ① 実地指導権限を保健所に付与し、保健所長が必ず同行する体制をつくる。
- ② 入退院届、病院報告（平均在院日数）、630調査の内容を前年度や前々年度と比較し、病院の退院支援の実績が上がっているかを明らかにし、改善指導を行う。
- ③ 退院支援委員会の記録をチェックし、外部参加者の状況等を把握し、会議が形骸化しないような助言を行う。
- ④ 病棟で患者面接を行い、地域移行制度の周知状況を把握（患者がその権利を知っているか確認）したり、退院意向のある患者の把握をする。
- ⑤ 指導年度内に改善計画を提出させ、翌年度実地指導での改善を必須条件とする。
- ⑥ 地域移行推進のために、病院の地域移行連携会議への積極的参加を指導する。

(4) 認知症への対応

- ① 推定入院期間が、当初から長期になっていないかを確認。
- ② 推定入院期間での退院を目指した家族や介護保険関係者（ケアマネ等）への働きかけが重要である。具体的には、家族や施設等関係者と治療目標を明確にし（例えばBPSDの改善）、期間をできるだけ短く（2か月以内）することを目指した入院である事を入院時に明確にする。
- ③ 入院中から、家族への認知症の理解のための教育プログラムや、外泊時の対応支援（OTや看護の外泊時訪問）等で、家族の対応力向上に努める。

第3章 改正精神保健福祉法に対応した保健所の役割に関するガイドライン

■ 本ガイドラインの位置づけ

1. 法改正の背景と保健所への期待

精神保健福祉法の改正は、日本では多くの精神障害者が長期入院しており、平成16年に改革ビジョンが出されたにもかかわらず、その現状が改善されていないことから、効果的な改革を目指したものである。法改正に併せて、医療指針や診療報酬改定も行われ、「新規入院を原則1年未満にする」「長期入院患者の地域移行の促進」をするために仕組み作りが保健所の役割として求められている。指針においても、「関係機関との調整等、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」（参考資料1）を取ることが保健所に求められている。

2. 保健所の役割と設置主体による違い

精神障害者の地域移行のためには、病院と地域の連携協力が必要であり、病院と市町村そして地域援助事業者に、指導や支援ができるのは保健所だけである。特に病院の地域移行への取り組む支援のための権限や情報は保健所が既に持っており、今回の改正で強化された。勿論、設置主体によって保健所の持つ権限や情報は違っており、特に多くの市型保健所は、精神科病院実地指導権限を持っていない。しかし、市型保健所においても、同じ市組織内の障害福祉や生活保護部門との連携がとれば、地域移行のための総合的な支援ができる可能性がある。

3. ガイドラインの位置づけと構成

全国保健所長会では、地域保健充実強化委員会より平成27年3月に「改正精神保健福祉法に対応するための保健所機能について（提言）」を出しているが、その提言を全国の保健所に活用していただくために、具体的な方法を提示することが必要と考え、研究班の調査研究を基に、ガイドラインを作成した。従って、ガイドラインは、提言の内容に沿って、項目毎に、①考え方、②具体的方法、③目標の設定と評価に分けて記載している。また、「病院への働きかけの具体例」の部分は、その名の通り具体的方法を既に記載しているので、そのものをガイドラインの内容と考え加筆しない。尚、保健所設置主体や地域状況により、このガイドラインが全保健所に完全に当てはまるものではないが、今回提示する考え方や手法が、「精神障害者が入院ではなく地域で当たり前暮らし」地域づくりのために、できるだけ多くの保健所で活用される事を期待している。

4. 国施策との整合性

厚生労働省は、27年度予算にて「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」（参考資料2）を実施予定である。この事業で提案されている「地域移行推進連携会議（仮称）」を始め、その内容は、このガイドラインの内容と多くの点で一致しており、今後検証後に国から示されるであろう保健所の役割とガイドラインとは、整合性があると考えている。

<参考資料1>

「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」

(厚生労働省告示第六十五号 平成26年3月7日) から抜粋

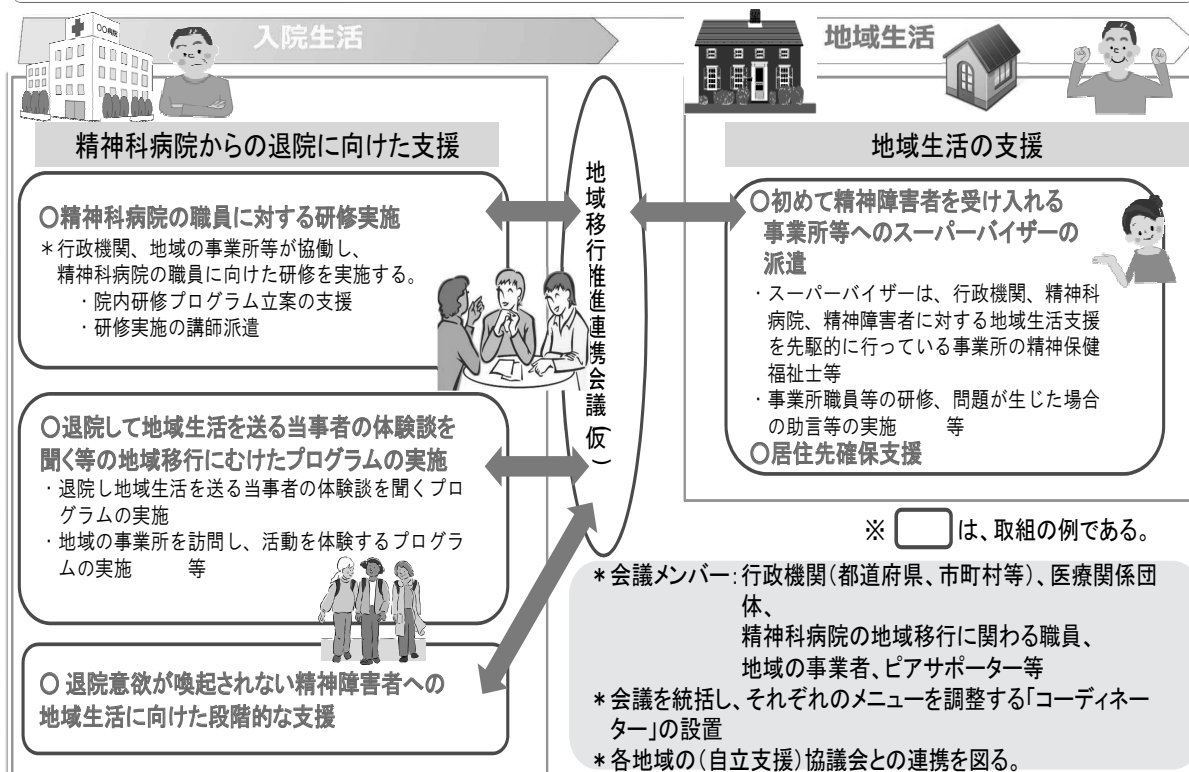
保健所の役割

精神障害者が適切な医療を継続的に受けることができるよう、精神障害者及びその家族に対する相談支援、精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整等、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様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。

<参考資料2>

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果: 長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

■ 提言への対応

1. 地域精神保健福祉体制整備のための保健所活動の基盤づくり

(1) 精神科病院を始め関係機関及び患者や家族への改正法・指針の周知

「入院中心から地域生活中心」という法改正の本来趣旨を周知する。特に病院の体制の変更や入院患者の地域移行制度利用の権利を明確に伝える。

① 考え方

病院職員の多くは、精神保健福祉法改正の子細な内容を理解していない可能性がある。「新規入院患者の入院期間を原則1年以内にする」や「1年以上の長期入院患者への地域移行の支援」が病院の努力義務である事を十分理解する事は重要である。

また、患者には地域移行支援を利用する権利がある事や、家族の支援がなくてもこの制度で退院支援が受けられることを全入院患者に周知することが必要である。

さらに、家族に対しては保護者制度の廃止に伴って、家族の負担軽減が図られた一方、医療保護入院においても、家族が病状の安定した患者本人の退院に反対する権利はない事を十分に理解してもらう必要がある。

② 具体的方法

病院職員に対しては、職員研修等の位置づけで、病院にて研修実施をする。入院患者には、「院内説明会」等の形を取り、できればピアサポーターの協力も得て、退院意欲の喚起と地域移行制度の活用を啓発する。入院患者全員が理解するためには、月1回以上の定例化が望ましい。家族へは、地域移行申請の際に、制度説明と家族の協力依頼をするに当たって、改正法の趣旨を説明する。

③ 目標設定と評価

管内の全ての病院で、改正法への理解研修が行われること。研修実施に当たっては保健所職員等が講師をすることが理想であるが、病院独自で実施される場合にも、その内容を把握する必要がある。

患者への研修である「院内説明会」は全病院で定期的の実施され、ピアサポーターの活用がされていることが必要である。

(2) 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析

病院報告、精神保健福祉法による医療保護入退院届、措置入院関連書類、630 調査等の情報（平均在院日数、入退院率、入院推計期間と実際の入院期間、地域移行利用率等）を病院毎及び管内全体として分析し、管内医療機関の改正法への対応状況を客観的指標として把握する。

① 考え方

精神科患者の入院に係わる情報を保健所は既に持っているか、少し工夫をすれば入手することが可能である。精神科病院にも、その機能や退院支援の取り組み状況は大きく違っており、後述の「病院への働きかけの具体例」で示す働きかけにおいても、それぞれの病院の実態に合わせるアプローチが効果的である。これらの病院の体制を分析するための客観的資料を病院毎に整理し、評価する事が必要である。

② 具体的方法

- A) 病院報告は、精神科のみならず全病院が、毎月の入退院、在院、外来患者数の報告を医事情報として提出している。この資料から、平均在院日数が計算でき、任意入院患者を含む全患者の退院の実数がわかる。外来患者数も、地域支援の指標となる。
- B) 医療保護入退院届から、病院の新規入院患者の1年未満での退院目標設定への対応が理解できる。退院届の転機から、実際の地域への退院実績も分析できる。
- C) 630 調査は、各個票から病院の在院患者の状況や、6月の1か月ではあるが、入院患者の退院時期や、1年後残留率がわかる。

③ 目標設定と評価

- A) 平均在院日数は、最低、国平均を下回る事や、少なくとも前年の平均在院日数を毎年下回る事が必要である。
- B) 想定入院期間は、1年を超えるものは原則受け入れられない。全ての入院患者の想定入院期間が3か月以内が理想である。
- C) 1年後残留率0を目指す。

(3) 地域移行推進協議会の開催と運営

圏域内での地域移行を推進するための連携会議を保健所が主導で実施する。この会議には、圏域内の精神科病院、市町村、地域移行支援事業者が参加し、具体的な地域移行の推進方策を検討し、実績について、地域移行制度を使った退院例数、平均在院日数、長期入院者割合の減少、新規長期入院患者の発生数等の客観的指標を使って効果を評価する。

① 考え方

地域移行の支援を効果的に実施するためには、病院と地域移行支援事業者が必ず参加する圏域の会議を行う必要がある。圏域の関係機関が一堂に会する会議の設定は、保健所以外には困難であり、保健所の広域機能が期待される。

② 具体的方法(参考資料2)

まず、病院から退院候補患者リストの提出を求める。一方、院内説明会の定例実施の調整を会議で行い、院内説明会でリストに挙げられた患者を中心に、地域移行制度の理解を深め、地域移行申請の勧奨をする。申請者の地域移行支援の状況を検討し、退院に向けての課題があれば、会議で解決策の検討を行う。解決策として、関係者の理解不足があれば研修を企画し、関係機関の役割分担等を検討する。住居等の社会資源の課題は、既存の社会資源の情報の交換をし、資源の不足状況は市町村の自立支援協議会等に解決を依頼するとともに、次期障害福祉計画への反映を提案する。

③ 目標設定と評価

連携会議は、定例的（できれば月1回程度）に開催され、管内全病院から地域移行サービスの支援を活用して退院する事が、最低限目標となる。地域移行が軌道に乗れば、まずは1年以上の退院を希望する全入院患者の地域移行の達成を目指し、次に1年以上入院患者の全員退院を支援する。最終的には、1年以上入院になる可能性のある患者全てに対して地域移行制度での支援を行う。また、地域定着支援によって、再入院を防ぐ事も、評価目標とする。

(4) 市町村障害福祉計画の進捗管理と体制づくり

27年度からの第4期障害福祉計画における地域移行関連体制（地域移行地域定着支援、グループホーム整備、相談支援、就労支援、ピアサポーター養成と活用等）を各市町村の自立支援協議会に保健所も参加し、進捗管理を行う。

① 考え方

地域移行支援例が増えるに従って、地域相談支援事業者や住居、活動の場等が不足する可能性がある。このような支援を作り出すのは、市町村が運営する自立支援協議会の役割であり、協議会を運営する市町村と支援事業者が検討し、新しいサービスの創設運営を図ることになる。

② 具体的方法

自立支援協議会に保健所が参加し、地域移行を進めるに当たって、課題となる地域社会資源の不足内容を具体的に協議会に提案し、その解決を促す。後述のピアサポーターの養成や活用については、保健所が積極的役割を果たすことを前提に、関係機関の協力を依頼する。

③ 目標設定と評価

地域移行の制限要因となっている不足資源を創設運営できるようになること。例えば、今まで実績のない相談支援事業者が、地域移行支援を行ったり、公立住居でのグループホームが設立されたり、公的保証人制度の創設等である。

(5) 相談支援事業者への働きかけ

地域移行支援事業者が、圏域内に支援事例を引き受けられるように、事業者への働きかけと支援（特に病院との調整とピアサポーターの活用、人材と人件費の確保）を行う。

(6) ピアサポーター養成及び雇用体制づくりへの支援

精神障害者の雇用促進と生活支援の担い手づくりとして、地域移行・地域定着の個別支援を担えるピアサポーターを養成し、各種の活動に従事できる体制づくりを市町村や相談支援事業所と一緒に保健所が取り組む。

① 考え方

連携会議が効果的に運用されると各病院から多数の地域移行支援申請者が出る。それらの申請者の支援を行う事業者の多くは、計画相談に追われているために、職員を地域移行支援に裂くことが困難である。保健所は、地域移行に事業者が参入できるような環境整備を行う必要がある。

② 具体的方法

地域移行业の指定を受けている事業者を中心に、圏域内事業者の実態把握をする。人材不足の課題として財政的問題が挙げられる場合には国補助金の活用等を提案する。また、個別支援員については、資格要件がないことから、ピアサポーターの活用を提案し、養成についての支援を申し出、実際に協働して取り組む。

③ 目標設定と評価

圏域内の地域移行支援ができるだけの体制を確保する。精神保健福祉士の確保だけでなく、ピアサポーターが養成され、個別支援員として雇用される体制を作る。

<参考資料3>

【地域生活支援事業費補助金】 相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制確保

1. 事業概要

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の5の規定に基づく地域援助事業者が退院支援体制の確保に要する費用の一部について、補助を行い、医療保護入院者の地域生活への移行を促進する。

（参考）医療保護入院者数	133,096人（平成23年6月30日現在）
1ヶ月の新規医療保護入院者数	12,484人（平成22年6月実績）

（出典：精神保健福祉資料平成23年度6月30日調査）

2. 補助内容

相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制を確保するため、通常必要となる職員以外の職員の配置に必要となる賃金や諸経費等について助成

3. 創設年度 平成26年度

4. 実施主体 市町村

5. 補助率（負担割合） 1/2以内（国1/2以内、都道府県1/4以内）

2. 病院への働きかけの具体例

（1）医療保護入院の入退院状況の把握

- ① 入退院届を病院毎に台帳管理し、入院患者の入院期間が1年を超えない努力をしているか、常に把握する。

- ② 想定入院期間が、当初から3か月を超えている場合は病院に確認し、必要な指導を行う。
- ③ 想定入院期間を超えた事例は、20日以内に退院支援委員会を開催しているか確認する。
- ④ 退院支援委員会が開催されている場合も、開催状況や内容が適切かを確認する。具体的には、本人、家族の参加、外部援助事業者や保健所の参加がされているか。また、会議が単に入院期間延長の決定をする会議に終わっていないか等を確認する。
- ⑤ 医療保護入院の退院転帰の確認をする。自宅への退院がどの程度の割合か。転帰が、任意入院への変更であれば、任意入院から退院しているかの確認を行う。

(2) 退院後生活環境相談員の活動状況の把握

- ① 相談員の配置状況と担当患者の数や退院意向の確認について把握する。
- ② 退院支援委員会の開催頻度や開催手順などの把握。開催に当たって、外部援助事業者や保健所の参加の基準の確認をする。
- ③ 長期入院（1年以上で、任意入院を含む）の退院支援委員会の開催を働きかける。

(3) 精神科病院実地指導の効果的運用

- ① 実地指導権限を保健所に付与し、保健所長が同行できる体制をつくる。
- ② 入退院届、病院報告（平均在院日数）、630調査の内容を前年度や前々年度と比較し、病院の退院支援の実績が上がっているかを明らかにし、改善指導を行う。
- ③ 退院支援委員会の記録をチェックし、外部参加者の状況等を把握し、会議が形骸化しないような助言を行う。
- ④ 病棟で患者面接を行い、地域移行制度の周知状況を把握し（患者がその権利を知っているか確認）たり、退院意向のある患者の把握をする。
- ⑤ 指導年度内に改善計画を提出させ、翌年実地指導での改善を必須条件とする。
- ⑥ 地域移行推進のために、病院の地域移行連携会議への積極的参加を指導する。

(4) 認知症への対応

- ① 想定入院期間が、当初から長期になっていないかを確認。
- ② 想定入院期間での退院を目指した家族や介護保険関係者（ケアマネ等）への働きかけが重要である。具体的には、家族や施設等関係者と治療目標を明確にし（例えばBPSDの改善）、期間をできるだけ短く（2か月以内）することを目指した入院である事を入院時に明確にする。
- ③ 入院中から、家族への認知の理解のための教育プログラムや、外泊時の対応支援（OTや看護師の外泊時訪問）等で、家族の対応力向上に努める。

2. パワーポイント資料

630からわかること

2013. 10. 2

兵庫県洲本保健所 柳尚夫

個票1 基礎情報

1. 病院区分

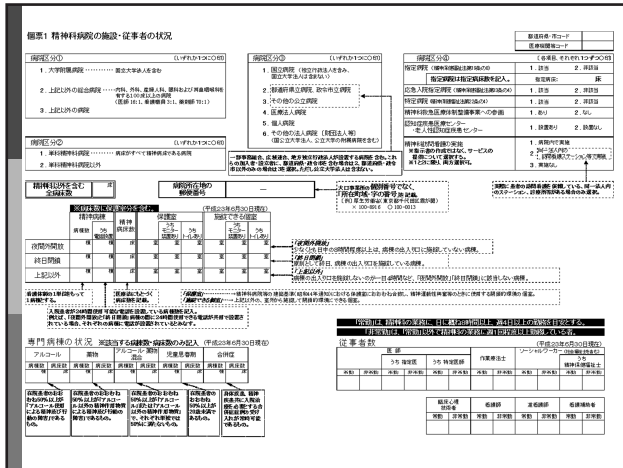
④精神科訪問看護の実施・・・アウトリーチの資源としての可能性がある

2. 病床の開放の状況

- 1) 開放病棟がない・・・急性期のみ以外あり得ない
- 2) 専門病棟・・・病院の性格が分かる
- 3) 従事者・・・

医師(常勤医と非常勤の数: 責任のある医療)

OT、PSW・・・地域移行の本来の担い手



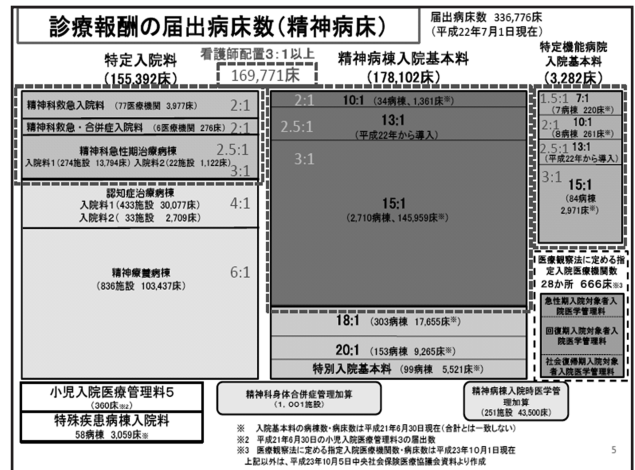
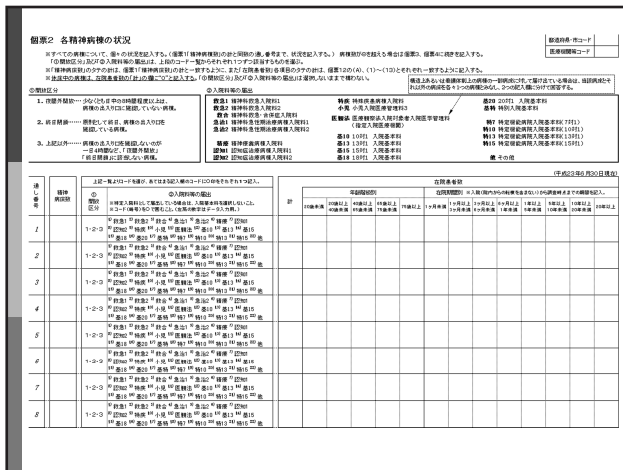
個票2 病棟の状況

1. 入院料: 病棟の特性と看護単位

新しい指針で、どの病棟に変更するのか

2. 在院患者数: 病棟毎の年齢階級別と在院期間別がわかる

- ① 1年(5年)以上入院患者数と割合
- ② 高齢者割合もわかる



個票5 認知症治療病棟の状況

1. 1年前の入院患者の残存率がわかる
残存率の高い病院では、その改善を行う必要がある
2. 自宅復帰率を含めた転帰がわかる
本当に、地域へ帰っているのか、単に転院や死亡による退院しかないかが分かる

個票5 認知症治療病棟の状況
※「個票2-4」各精神科病棟の状況において、「認知 認知症治療病棟」のみ、「認知 認知症治療病棟」にのみ記入する。転院のみ下表を記入。

平成22年6月1日 月間(30日間)で、認知症治療病棟に入院(病内からの転科を含まない)した患者について記入すること。

内訳	平成22年						平成23年					
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	1月	2月	3月	4月	5月	
	平均22年6月1日 月間(30日間)の入院患者数											
認知症治療病棟												
グループホーム・ケアホーム施設												
在宅												
合計												

平成22年6月1日 月間の入院患者数 = 各月の合計 + 平成23年6月1日の残存患者数となる。

入院患者が病棟の病床より転院した場合は、転院した病棟に転院した患者数を記入。

平均22年6月1日 月間(30日間)の入院患者数
平均23年6月1日 月間(30日間)の残存患者数

個票7・8 デイケア等の状況

1. サービスの内容
2. どの程度異動しているのか(新規利用者)
新規利用者少なく、同じ人がずーと使っているか?
3. 抱え込んでいないか
延べ数を実数で割ると一人当たりの利用日がわかる...毎日利用に近くない?
GH等の入居者数と利用者の数が同じとか
4. どんな人(疾患と年齢)が使っているデイケア?

個票7 精神科病院の精神科デイケア等の状況
※精神科デイケア等を実施している病棟で、厚生労働省の定める施設基準に適合している施設についてのみ下表を記入。

保険診療の請求を行っているサービスの、平成23年6月1日 月間(30日間)の状況を記入。

実施日数	延べ利用者数	利用実人員 平均22年6月1日 月間(30日間)の利用実人員	利用実人員の居住地				
			在宅	グループホーム・ケアホーム施設	高齢者福祉施設	その他	不詳
精神科ショートケア							
精神科デイケア							
精神科ナイトケア							
精神科ダイナミックケア							
重症認知症患者 デイケア							

重症認知症患者デイケアの請求を行っている施設を記入。

6月1日 月間(30日間)の新規利用者の数を記入。

実用実人員は、新規利用者の数を記入し、転院した患者は、転院した病棟に記入する。

障害者支援施設、高齢者福祉施設、介護施設に転院した患者は、グループホーム。

個票9 精神科病院の精神科デイケア等の性・年齢別実人員
※精神科デイケア等を実施している病棟で、厚生労働省の定める施設基準に適合している施設についてのみ下表を記入。

「精神科ショートケア」「精神科デイケア」「精神科ナイトケア」「精神科ダイナミックケア」のいずれかを
利用した者について、平成23年6月30日あるいは直前のサービス実施日(1日)の状況を記入。
【平成22年6月30日サービス実施日の場合、直前のサービス実施日(1日)の状況を記入。重症認知症患者デイケアは除く。】

疾患名	性別	年齢別の患者数										
		20歳未満		20歳以上の40歳未満		40歳以上の55歳未満		55歳以上75歳未満		75歳以上		
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
F00 アルツハイマー病型認知症												
F01 血管性認知症												
F02-F09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害												
F1 F10 アルコール使用による精神及び行動の障害												
F1 覚せい剤による精神及び行動の障害 アムネシア、覚せい剤中毒、覚せい剤中毒後遺症 覚せい剤中毒後遺症												
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害												
F3 気分(感情)障害												
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害												
F5 生理的障害及び身体的要因(関連した行動)の障害												
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害												
F7 精神遅滞(知的障害)												
F8 心理的発達上の障害												
F9 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒的障害 [注]児童不安障害の除外												
その他												
合計												

「疾患名」欄は、F10以下を記入してF00を除く。F00は「認知症」の疾患名を記入する。F00以外の疾患名は、F00-F09の範囲に記入する。F00-F09の疾患名は、F00-F09の範囲に記入する。F00-F09の疾患名は、F00-F09の範囲に記入する。

6月30日 月間(30日間)の新規利用者の数を記入。新規利用者および新規入院患者は、「合計」欄に「0」を記入する。

個票10 在院患者の処遇

1. 措置はいるの?
2. 医療保護の処遇・開放の処遇あり
3. 任意入院の処遇・開放の処遇か?
閉鎖病棟は、本来ではないが、個別解放は必要
実地指導で現状を確認
4. 本人の意思による開放以外の処遇
実地指導で確認
5. 保護室、身体拘束
本来、任意入院ではあり得ないし、医療保護等でも最小に

個票10 精神科病院在院患者の処遇

(A)~(E)は、各(欄別)精神科病院在院患者の状況の(A)~(E)の男女合計、
〔欄別12〕在院期間、有給休暇付在院患者数の(A)~(E)と同様になっている。

病棟計とは、内院の1階層外敷地(1フロア)以内の(計)の患者の入院20時~一室する。
任意入院計とは、内院の1階層外敷地(1フロア)以外の敷地以外(計)の患者の入院20時~一室する。

(平成29年6月30日現在)	計	所滞			看護員の 確保患者数	身体的拘束を 行っている患者数	
		任意入院	任意入院	任意入院			
合計	(A)						
在院患者	措置入院	(B)					
	医療保護入院	(C)					
	計	(D)					
	任意入院	原因経過 入院					
		原因経過 入院					
原因経過 入院							
原因経過 入院							
その他の入院	(E)						

「措置入院」措置入院は、犯罪行為等による被害を及ぼすおそれがある者を、裁判官の命令により、強制して入院させることとする。

「医療保護入院」精神科疾患を患っている者が、本人の意思によらずに入院させられることとなる。医療保護入院は、本人の意思によらずに入院させられることとなる。

「原因経過」原因経過とは、本人の意思によらずに入院させられることとなる。原因経過は、本人の意思によらずに入院させられることとなる。

「その他の入院」その他の入院とは、本人の意思によらずに入院させられることとなる。その他の入院は、本人の意思によらずに入院させられることとなる。

個票11・12 在院患者の状況

1. 病名がわかる
2. 認知症・任意入院患者は、原則として0か少数
3. 統合失調症の高齢者の割合・・・地域移行対象者
統合失調症の任意入院患者・・・地域移行対象者
4. 年齢階級別・入院期間別・入院形態別のクロスがあるので、地域移行対象者が、明らか

個票11 精神科病院在院患者の状況

(A)~(I)は、各(欄別)精神科病院在院患者の状況の(A)~(I)の男女合計、
〔欄別12〕在院期間、有給休暇付在院患者数、(A)~(I)の男女合計と同様になっている。

病名	性別	年齢階級別患者数																
		20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 60歳未満	60歳以上 70歳未満	70歳以上	措置入院 患者数	任意入院 患者数	その他の入院 患者数	措置入院 患者数	任意入院 患者数	その他の入院 患者数						
F00 アンチパーキンソン病																		
F01 虚脱症																		
F02~09 上記以外の診断を伴った精神科病																		
F1 アラニーアミン欠損症																		
F2 統合失調症																		
F3 統合失調症																		
F4 統合失調症																		
F5 統合失調症																		
F6 統合失調症																		
F7 統合失調症																		
F8 統合失調症																		
F9 統合失調症																		
その他																		
合計	(A)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	

個票12 在院期間・年齢別の在院患者数

(A)~(I)は、各(欄別)精神科病院在院患者の状況の(A)~(I)の男女合計、
〔欄別12〕在院期間、有給休暇付在院患者数、(A)~(I)の男女合計と同様になっている。

病名	性別	在院期間別患者数																
		1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	20年以上	合計							
合計																		
在院入院	措置入院																	
	任意入院																	
医療保護入院	措置入院																	
	任意入院																	
その他																		

個票13・14・15 外来・入院状況

1. 外来受診・・・少ない病院は、入院抱え込み型
2. 訪問診療・往診・訪問看護・アウトリーチの可能性
3. 昨年6月1ヶ月の入院患者の状況：
新規入院患者への治療状況と1年以上の新長期入院がわかる・・・でも1ヶ月なので、限定的データ
4. 新入院する患者の疾患状況と年齢層と医療形態
5. 新規の長期入院(1年以上)に移行する患者の属性

個票13 精神科病院の外来・入院状況

すべて、精神科の外来患者数を記載。

病名	性別	平成29年6月1～5日				平成29年6月1～5日				平成29年6月1～5日								
		初診	再診	再診	再診	初診	再診	再診	再診	初診	再診	再診	再診					
合計																		

下表については、平成29年6月1～5日間に新たに入院した患者についての状況を記入してください。

病名	性別	平成29年6月1～5日				平成29年6月1～5日				平成29年6月1～5日								
		初診	再診	再診	再診	初診	再診	再診	再診	初診	再診	再診	再診					
合計																		

個票14 精神科病院平成22年6月入院患者の状況

「個票13 精神科病院の外来・入院状況」において、平成22年6月1ヶ月間に新たに入院した患者についての状況を記入すること。

病名	性別	年齢別入院患者数				入院期間		入院理由		その他
		20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 70歳未満	70歳以上	短期入院 患者数	長期入院 患者数	入院患者 数合計	入院患者 数合計	
F00 アルコール依存症										
F01 虚言妄想症										
F02-09 上記以外の気分障害・器質性精神障害										
F1 F10 アルコール使用による精神及び行動の障害										
F2 統合失調症、統合失調症類似障害及び妄想性障害										
F3 気分障害										
F4 神経症性障害、2つ以上の神経症及び身体表現性障害										
F5 主観的障害及び身体行動の障害、2つ以上の神経症										
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害										
F7 精神遅滞(知的障害)										
F8 心身障害性障害										
F9 0未満及び未成年者に限定する行動異常の障害、 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害										
その他										
合計		00								

「病名」欄上「F」を付している10個の器質性精神障害、
器質性精神障害以外の病名については、主たる病名
のみの記入すること。

(N)は、「個票13 精神科病院の外来・入院状況」の「平成22年
6月1ヶ月間の入院患者数」の(N)と同数となっていること。

個票15 平成23年6月1日残留患者の状況

「個票13 精神科病院の外来・入院状況」において平成22年6月に入院し、平成23年6月1日に
退院しないままに入院を継続している(残留している)患者についての状況を記入すること。

病名	性別	年齢別入院患者数				入院期間		入院理由		その他
		20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 70歳未満	70歳以上	短期入院 患者数	長期入院 患者数	入院患者 数合計	入院患者 数合計	
F00 アルコール依存症										
F01 虚言妄想症										
F02-09 上記以外の気分障害・器質性精神障害										
F1 F10 アルコール使用による精神及び行動の障害										
F2 統合失調症、統合失調症類似障害及び妄想性障害										
F3 気分障害										
F4 神経症性障害、2つ以上の神経症及び身体表現性障害										
F5 主観的障害及び身体行動の障害、2つ以上の神経症										
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害										
F7 精神遅滞(知的障害)										
F8 心身障害性障害										
F9 0未満及び未成年者に限定する行動異常の障害、 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害										
その他										
合計		00								

「病名」欄上「F」を付している10個の器質性精神障害、
器質性精神障害以外の病名については、主たる病名
のみの記入すること。

(Z)は、「個票13 精神科病院の外来・入院状況」の「平成23年
6月1日の残留患者数」の(Z)と同数となっていること。

個票16 退院した患者の状況

- 1ヶ月の退院患者数
ほとんど退院しない病院もある
- 退院者の属性(病名・年齢・入院期間)
- 入院転帰と入院期間のクロス
死亡退院しかない病院もある
自宅に帰っているのか
長期入院患者は、退院しているか
退院とは言っても、他科への転院ばかり・転床

個票16 平成23年6月1ヶ月間に退院した患者についての状況を記入すること。 ※入院形態変更は退院に含めない。

病名	性別	年齢別退院患者数					入院期間別退院患者数				
		20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 70歳未満	70歳以上	75歳以上	短期入院	10日未満	10日以上 30日未満	30日以上 90日未満	90日以上
F00 アルコール依存症											
F01 虚言妄想症											
F02-09 上記以外の気分障害・器質性精神障害											
F1 F10 アルコール使用による精神及び行動の障害											
F2 統合失調症、統合失調症類似障害及び妄想性障害											
F3 気分障害											
F4 神経症性障害、2つ以上の神経症及び身体表現性障害											
F5 主観的障害及び身体行動の障害、2つ以上の神経症											
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害											
F7 精神遅滞(知的障害)											
F8 心身障害性障害											
F9 0未満及び未成年者に限定する行動異常の障害、 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害 成人に限定する行動異常の障害											
その他											
合計		00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

「病名」欄上「F」を付している10個の器質性精神障害、
器質性精神障害以外の病名については、主たる病名
のみの記入すること。

(S)は、右上の「入院期間別退院」の【1】～【9】の計と同数となっていること。
【1】～【9】の計と同数となっていること。
【1】～【9】の計と同数となっていること。
【1】～【9】の計と同数となっていること。

まとめ

1. 病院の入退院状況、入院患者の属性がわかる
2. 病院がどのような患者を入院させているのか
3. 本当に地域に退院させているのか?
4. 地域移行の対象者は、どの病棟に何人いるのか
5. 病院は、退院させた患者を抱え込んでいないか
6. この病院を今後どのように、機能分化が可能なのか
7. 経年的にデータをみて、病院が改善しているか判断

平均在院日数

その期間の在院患者延べ数

平均在院日数 = $\frac{\text{期間の新入院患者数} + \text{期間の退院患者数}}{2}$

100床のほぼ満床の病院で、1年間に150人の入院と退院があるとすると

$$\text{平均在院日数} = \frac{100 \times 365}{(150 + 150) \div 2} = 243.3$$

第4章 住民等から保健所によくある質問

1. 精神障害者への誤解・偏見

Q 精神障害者への誤解・偏見はメンタルヘルスに関心が高まっているなか、以前よりも改善しているのではないのでしょうか？

A

精神障害者への誤解・偏見は改善している面もあれば、逆に悪化している面もあることが報告されています。精神障害に関する誤解・偏見を修正する難しさがあります。日本の場合は、他の先進国とは異なる歴史的な背景（精神科特例、ライシャワー事件や低金利融資を契機とした民間精神科病院における大增床）もあり、世界の動向に遅れる原因となっています。

具体的には以下の様な状況があります。

	1997年	2009年
○ 肯定的態度 (%)		
・精神疾患は誰でも罹る可能性あり	51.8	76.6
・幻聴・妄想あっても社会生活可能	23.6	29.0
・普段は社会人として行動可能	38.2	39.4
・信頼できる友人になれる	28.0	35.7
○ 否定的態度 (%)		
・精神障害者は怖い	34.2	44.5 ↑
・家族の精神障害者を知られたくない	20.9	32.7 ↑
・傷害事件を起こすので精神科病院は必要	36.0	42.8 ↑

出典 アンチスティグマ国際会議抄録 2013年 精神医学 2013年

このような現状から、保健所においても今後、精神保健に関しては積極的な普及啓発を行う必要があると考えられます。

2. 統合失調症患者の非自発的入院について

Q 統合失調症患者は病識を持たないため、治療のためには医療保護入院など非自発的入院もやむを得ない場合が多いと考えられているようですが、実際そうなのですか？

A

統合失調症などの精神病急性期にある方は、自分の病気について認識できない状態にあることが多いとされています。しかし一方、自分はずっとの状態ではないと感じていることも多く、これを「病感」と呼んでいます。この「病感」が治療の動機づけにつながると考えられます。統合失調症が重い状態で受診した新規の患者さんも、実は今自分は混乱している、それ以前の自分に戻りたいと感じていることも稀ではありません。統合失調症を「精神病エピソード」として捉え、一時は混乱するがやがて通り過ぎ、病前の自分を取り戻すことができるとする統合失調症の長期展開モデル（チオンピ）を念頭に説明する場合を考えてみます。このモデルで統合失調症を説明し、どこが病気なのかよく話せば、わかりあえることがかなり多いのです。そうすれば医療保護入院ではなくて任意入院で治療できます。

分かりあって入院するのと分からなくて入院するのは大違いです。自分のどこが問題なのか分からないのに入院させられたら怒って何とか退院しようとしみます。これは当然で、それを鎮めるために余分の薬や拘束的処遇が必要となります。医療保護入院が必要な患者さんは確かにいますが、むしろ外来で経過を見てそれから入院する方が良い場合があります。薬を服用して1～2週間待ち、服薬前よりは良くなったと感じるようになったとき、「もっと良くなるために入院しましょう」と勧めることができます。

統合失調症に罹った人も基本的には健康で、当たり前の人であり、「精神病エピソード」の間だけが病気なのであって、回復すれば病気でも病人でもないとする考え方は本人やご家族に「夢」や「希望」を与えることができます。「世界保健レポート2001年版 主題：メンタルヘルス 副題：新しい知見、新しい希望」では「新しい知見」により精神病は治療可能であるとし、「新しい希望」が生じていることを発信しています。

（佐藤光源* 講演 「分裂病の医療モデルと治療ガイドライン」東京都精神病院協会誌 別冊 第17回東精協学会特集 2002年 から多くを引用）

*教授：東北福祉大学大学院 元日本精神神経学会会長

3. 精神障害者に対する不安について

Q 実際に当該患者から暴力等を受けた側からすると、たとえそれが病気に起因した行為だとしても、恐怖体験は残っており、退院後色々な支援が付くといっても正直怖いのです。もし再度暴力を受けるようなことがあったらどうするのですか？

A 将来の犯罪行為の危険性がある人を強制収容したり強制的な治療を受けさせたりすることを「保安処分」と呼びますが、わが国においては保安処分はありません。いくつかの国では性犯罪者に対する保安処分が制度としてありますが、精神障害者に対する保安処分を制度化している国はありません。

したがって、精神症状が改善しており粗暴行為も全くなくなっている患者さんに対して、また同じような暴力をふるうかもしれないので退院をさせないということはありません。

4. 家族や周囲の人の人権について

Q 家族に対しさんざん迷惑をかけている精神障害者をどうして強制的な入院をさせることができないのですか？ 本人の人権を守ると保健所の方は言うが、家族や周囲の人の人権をどう考えているのですか？

A

わが国は国連の『国際人権規約』を批准していますが、同規約では、逮捕又は抑留によって個人の自由を奪うためには、司法機関（裁判所等）が合法か否かを判断しなければならないことになっています。

外出が自由にできない精神科病院への入院は抑留に該当し、諸外国では病状が悪化し判断力が低下しているため、必要な治療を拒否している精神障害者については、裁判所が強制的な入院の可否を判断し入院命令をかけるという仕組みになっていますが、日本では、裁判所が関与する制度とはなっていません。

そのため、精神保健福祉法という法律の中で、措置入院、医療保護入院といった強制的な入院の適用について決めてあります。法の規定を破って精神科病院に精神障害者を強制的に入院させることはできませんし、精神科病院が法の規定に反する強制入院を引き受けた場合、刑法 220 条の逮捕・監禁罪に問われることにもなり得ます。

なお、迷惑行為が幻覚・妄想等の精神症状に影響された自傷・他害行為であれば、措置入院の対象となりますので、精神保健指定医の診察を保健所に申請してください。

また、迷惑行為が幻覚・妄想等の精神症状による行動障害の可能性がある場合は、保健所としては精神科医療機関の受診に向けた支援を行います。そこで、精神保健指定医の診察の結果、継続的な治療が必要な状態であるにもかかわらず、患者さんが外来治療や入院治療を拒否されるようであれば、医療保護入院が適用されます。

5. 主治医から退院と言われた場合について

Q 家族としてはやっとの思いで医療保護入院させ、まだ疲労から回復しておらず受け入れができないのに、主治医からは3か月で退院と言われ困っているがどうしたらよいのでしょうか？

A

法的には、病院の管理者は、病状が外来治療で対応できるまでに回復した患者さんが退院を希望されれば、速やかに退院させなければならないことになっており、家族の受け入れ体制が整っていないという理由で退院の時期を延ばすことはできません。

一方で、成人した患者さんであれば、家族には同居や介護をする義務はありませんので、受け入れが出来ないのであれば、その旨を主治医や病院にしっかりと伝えると良いでしょう。

家族との同居が出来ない場合は、患者さんは主治医や担当スタッフで相談の上、単身生活をする、グループホームを利用する等、退院後の居住場所を決めていくこととなります。

6. 医療保護入院の長期入院について

Q 家族としては、長期間入院させて欲しいのですが可能でしょうか？

A

医療保護入院（精神保健指定医の診察の結果入院治療が必要と判断されたが本人の同意が得られず、家族等の同意をとって強制的に入院させる入院形態）の場合、法的には、“重度かつ慢性”という最重症度の患者さんを除いて、1年以上の長期入院は認められていません。なお、“重度かつ慢性”の基準については、現在国の方で策定中です。

精神医学的な観点から言えば、地域社会から隔絶され、外出等の自由が制限された精神科病院に長期に入院すると、意欲の低下や社会的な生活技能やコミュニケーション能力の低下など、病気や障害が悪化することが分かっています。例えば足を骨折して手術をした患者さんがリハビリテーションも受けず病室で寝て過ごしていると筋力が回復せず歩けなくなるのと同様だと考えてください。精神科の病気は脳機能が不調になった状態ですから、薬で脳神経を安定させた後は出来るだけ早く日常生活に戻り、他人とのコミュニケーション、買い物や余暇活動、仕事や家事等をしてしながら、様々な脳の機能を使うことでリハビリテーションを行うことが必要なのです。したがって、特殊な事例を除いて、入院期間は長くとも3か月以内にするのが、精神科医療の現場での常識となっています。

7. 措置入院や医療保護入院等の非自発的入院の基準について

Q 感染症などのように、入院や退院の基準が必要なのでしょうか？

A

措置入院や医療保護入院等の非自発的入院については、精神保健福祉法において入院の基準は設定されています。

退院の基準はなく、症状改善の評価は専ら治療を行っている精神科医師の判断に任されていますが、その判断については、毎年都道府県が行う精神科病院実地指導の際に実施される入院患者の病状実地審査や12月毎に病院に提出が義務づけられている定期病状報告書の精神医療審査会での審査、さらには入院患者さんからの退院請求や処遇改善請求時の精神医療審査会の審査等によって第三者の精神保健指定医や法律家等がその妥当性を随時チェックする仕組みとなっています。

また、医療保護入院については、原則1年を超える入院は認められていませんので、精神科医が恣意的な判断で不必要な入院を継続させることは難しくなっています。

8. フル装備の外来治療と療養病床の長期入院との医療費の比較

Q 国は精神障害者の地域移行を推進していますが、療養病床に長期入院してもらうのと、フル装備の外来治療（デポ剤月2回、デイナイトケア週5回、訪問看護週3回など）を比較した場合、トータルでかかる医療費はどちらが安いですか？

A

フル装備の外来治療を提供している患者さんと、療養病床に入院中の患者さんにかかる医療費を比較すると、外来治療の単価の方が同等もしくは高くなるということもあり得ますが、療養病床で対応出来る程度の安定した患者さんには、フル装備の外来治療は必要ない方が大部分であると考えられます。

地域移行の推進と医療費の関係に関して言えば、入院医療費として一人当たり安価で広く分配されている今日のわが国の精神科医療費が、病床を削減することで、一般医療並の人員配置をした高度な入院医療と、通院医療及びアウトリーチ系の医療への再分配に寄与するものであり、単に医療費を削減するためという視点で考えるべきものではありません。

9. 向精神薬の効果、薬物療法中心の治療について

Q 精神科の薬は身体に悪いので飲まない方が良いのではという質問をよく聞きますが、本当に向精神薬は精神疾患に効果があるのでしょうか？ また、薬だけでは治らないような気もしますし、薬のせいで病状が悪くなることもあるという話も聞きますが、薬物療法中心の治療というのは問題ないのでしょうか？

A

精神科の病気は、しばしば“こころの病”という言葉で表され、“こころの病”という響きから、気分の持ちようやストレス解消をすることで予防できたり改善できる病気だと考えている方が少なくありませんが、それは大きな誤解です。精神科の病気の多くは、脳神経の機能障害であることが分かっています。脳の中では神経と神経の間で情報をやりとりする神経伝達物質（脳内ホルモン）というものが分泌されていますが、この神経伝達物質（脳内ホルモン）の分泌や調整機能が障害を起こすと、幻覚妄想、抑うつ気分、不安や焦燥といった様々な精神症状が出現すると考えられています。みなさんには精神科の病気も内科の病気と同じように考えていただくとう理解しやすいかと思います。

したがってお薬に関しても、内科のお薬と同じように考えてください。薬によって幻覚妄想、抑うつ気分、不安など、様々な症状が改善することは間違いありません。ただし、お薬を飲みさえすれば病気がすっかり治るというものでもありません。例えば糖尿病になれば、血糖降下剤やインスリンによる薬物療法が必要ですが、糖尿病そのものが治るわけではなく、食生活に気をつけるなどの生活上の制約や、適度な運動に努めるといった療養姿勢が求められます。精神科の病気も同じように、薬の服用だけではコントロールできない症状もありますので、精神療法、作業療法、療養を支える仲間作り等々、薬物療法以外の治療・リハビリや支援を受ける必要もでてきます。

また、薬には副作用もありますし、薬との相性もありますので、その人に合う薬が見つかるまでに何回も薬を変えないといけないことも起こります。

しかしながら、精神科の病気は脳神経の機能障害である以上、薬物療法は非常に重要な役割を担っていますので、“薬に頼らない”という姿勢は、保健所としては推奨できません。

10. 地域生活にあたる地域住民の理解への支援について

Q 精神障害者の当事者が地域生活を望んだ際には、地域住民の理解を得るために医療機関や支援事業所等は支援をしてくれるのでしょうか？

A

重大な反社会的な行為を繰り返してきた患者さんのように、地域住民の理解が得られないと、地域移行が困難となるケースについては、必要に応じて医療機関や地域援助事業者等が支援をすることになります。

ただし、精神科病院入院中の患者さん全てについて、退院に向けて地域住民の理解が必要なわけではありません。多くの患者さんは地域生活へ自力で適応できますし、幻覚妄想等の精神症状が完全にはコントロールできなかつたり、意欲低下やコミュニケーション能力の低下があるような患者さんでも、医療機関や地域援助事業者等の適切なサポートがあれば地域住民に迷惑をかけることなく地域生活が維持できます。

11. 退院支援委員会で話し合われた内容の開示について

Q 退院支援委員会で話し合われた内容について、ホームヘルパーや福祉サービス事業所等の地域の支援者から情報開示を求められた場合、開示してもらえるのでしょうか？ また、その際に必要な手続きがあるのでしょうか？

A

当該患者の同意があれば、情報開示は可能です。病院によっては、情報開示を求める文書を必要とするところもあるでしょう。

そもそも退院支援委員会には、病院の要請があれば地域援助事業者は積極的に参加しなければならないことになっていますので、当該患者の退院後の地域ケアを担当する地域援助事業者であれば、退院支援委員会に出席できるよう患者さんや病院側に働きかけるという方法もあるでしょう。

1 2. 退院後生活環境相談員の役割について

Q 退院後生活環境相談員は、患者さんが退院した後も相談にのってくれるのでしょうか？

A

退院後生活環境相談員の役割としては、入院中の患者さんの退院に向けた相談支援や退院後の患者さんの支援を担う地域援助事業者等の紹介や連絡調整をすることとなっており、患者さんの退院後の支援については同相談員の役割とはなっていません。

患者さんの退院後のケアについては、当該患者の病態や状況に応じて、医師や訪問看護師、精神保健福祉士等の病院スタッフ、地域援助事業者や市町村や保健所の職員、ピアサポーター等が役割を分担して行うことになります。

なお、病院によっては、退院後生活環境相談員を担当していた精神保健福祉士や看護師等のスタッフが、退院後も引き続き担当者として相談対応してくれる場合もあります。

1 3. 再入院の必要性について

Q 病識が不十分だったり、在宅支援サービスを拒否される患者さんについては、地域内での支援が困難となります。患者本人やその家族に病気や治療の必要性や、地域生活を継続するために何が必要かなど気付いてもらう機会として再入院が必要ではないでしょうか？

A

その通りです。患者さんやそのご家族が病気を自分のものとして主体的に関わる姿勢が極めて重要です。そのためには、病識が不十分だからといって入院を長期化させるのではなく、患者さんご本人がやりたいことにトライしてもらい、上手くいかなかったらやり方を変更してもらおうといった働きかけが必要です。患者さんが服薬継続や福祉サービスの利用を望まないのであれば、成功率は低いことは伝えた上で、本人の希望通りのプランを選択することは問題ありません。その結果、再入院が複数回になっても、それは患者さんの選択ですし、多くは繰り返す中でベターな選択に変化していくものです。入院治療が不必要なのではなく、患者さん本人が望んでいない入院治療を漫然と長期間行うことが問題なのです。他人から押しつけられた治療に甘んじている限り、自分の病気を直視し、治療、リハビリ、療養に主体的に取り組む姿勢など生まれるはずがありません。

1 4. 家族が地域移行に踏み切れない場合について

Q 欲求不満耐性が低く、幻覚妄想などの精神症状が出現していない状態でも、同居している家族への暴力が激しいため、家族の負担が大きく、地域移行に踏み切れない患者さんの場合、どのように考えたらよいのでしょうか？

A

幻覚妄想、病的興奮等の精神症状に左右されていない暴力行為であれば、そもそも精神保健福祉法の対象とならない可能性もあります。精神疾患そのものではなく、本人のパーソナリティーの問題であれば、法的責任能力はあるはずですので、暴力行為は傷害事件として司法化されるべきです。ただ、対象者が同居の家族に限定していて、家族も警察沙汰にすることに消極的な場合は、なかなか事件化されないこともあり、この場合は、保健所としては、家族に事件化することの重要性を根気よく説明するしかありません。しかも、このようなケースであれば、一旦、幻覚妄想等で精神科病院に入院となると家族は退院を強く拒否されますが、保健所としても、精神科病院としても、家族が拒否するからといって、精神症状が軽快し、本人が退院を希望しているのであれば、退院させないという選択肢はありません。家族が同居を拒否している退院希望患者として、単身生活やグループホームの利用等を検討する必要があるでしょう。

1 5. 精神障害者の金銭管理について

Q 金銭管理ができないが、成年後見人制度利用対象者ではなく、日常生活自立支援事業の利用も拒否している精神障害者に対してどのような対応をすれば良いでしょうか？

A

このままだと経済的に破綻することが目に見えていたとしても、この状況であれば、地域援助事業者、市町村、保健所のいずれも効果的な対応はとれないと思われます。経済的破綻となった時点で、生活保護受給等も含め、検討するしかないでしょう。借金がある場合は、生活保護の受給にもハードルとなりますので、弁護士や司法書士等の専門家のアドバイスを受けながらの検討が必要かもしれません。

16. パワーポイント資料

【参考資料】

精神科入院治療に関する諸情報

～ 精神保健福祉法の適正運用、および
標準的精神科治療における入院治療のあり方について ～

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

◆ わが国の精神障害者の 非自発的入院と国際人権規約

- 先進国諸国において、司法の判断がなされないまま、精神障害者を本人の意思に反して強制的に入院させることが出来るのは日本だけ。
- 他国では、裁判所 Court が有期間の入院命令を出し、その命令に従って入院措置が行われるという形になっており、精神保健指定医の判断で措置入院や医療保護入院が決定してしまうわが国の制度は『国際人権B規約』（自由権規約）違反であると海外から批判されてきた。
- 1987年の精神衛生法 → 精神保健法への改正の際に、Court 機能を持つ機関として「精神医療審査会」を設置することで、国際的な批判をかわしてきたが、入院の決定に Court の関与がないこと自体が国際的には特異的。

★ 国際人権B規約（市民的及び政治的権利に関する国際規約、1979年批准）
第9条（身体の自由・安全についての権利と逮捕拘留の要件）

- 4 逮捕又は拘留によって自由を奪われた者は、Court がその抑留が合法的であるかどうかを速滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、Court において手続をとる権利を有する。

◆ 医療保護入院とは

精神保健福祉法 第33条

精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちのいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 1 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第20条の規定による入院（措置入院）が行われる状態にないと判定されたもの
- 2 …… 略 ……

★ 指定医の診察によって初めて成立し得る入院形態であり、
精神保健指定医以外には権限がない。

にも関わらず、
保健所内で、若しくは保健所職員と指定医以外の関係者の間で、
「この人は医療保護入院だね」といった会話をよく聞く。

保健所には、措置診察をさせる権限はあっても、医療保護入院をさせる権限はない。
受診援助をする権限はあっても、
入院治療が選択されるか通院治療が選択されるかはあくまでも指定医の判断。

行政職であり精神障害者の人権を守る立場にもある保健所職員が、
非自発的な入院の判断に関わる発言をすることはタブーと言っても過言ではない。

「保健所に頼んで入院させてもらおう」という風潮には乗らない姿勢が重要！！

◆ 措置入院とは

精神保健福祉法 第29条

都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する二人以上の指定医の診察を経て、……、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

にも関わらず、
措置診察してもらって指定医に対して、
「この人には家族等が居ないので、何とか措置入院にできませんかね？」
と頼み込んでくる保健所職員と時々出会う。

行政職であり精神障害者の人権を守る立場にもある保健所職員が、
法を無視した強制入院を依頼する（しかも何の悪びれた様子もなく）
なんてことはあってはならない。

Court が関与しない強制入院があるわが国の特殊性を良く理解した上で、
法に基づいた厳密な運用に心がけることが重要！！

◆ アルコール依存症患者や酩酊者の 精神保健福祉法上の取扱い

★ アルコール症者及び酩酊者の入院取扱いについて

昭和63年11月11日 健医精発第41号
各都道府県衛生主管部局長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知

- 1 アルコール依存症者については、精神症状を有する場合に精神保健法を適用すること。
- 2 酩酊者又は酔者については、家族等からの入院依頼があった場合、精神的診察が可能となった時点で精神保健法の適用の可否を判断すること。
なお、それ以前の医療行為については、医療法に基づいた一般医療に準じて行うこと。

- アルコール依存症患者について精神科救急医療で取り扱うべき範囲は、幻覚妄想等の精神症状を有する場合や離脱せん妄を呈した場合に限られるべきである。それ以外は、医療法に基づいた一般医療に準じて対応するべきであり、酩酊時の迷惑行為等に関しては、精神科医療の中で取り扱われるものではなく、むしろ「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」等による適切な司法化が優先されるべきである。

◆ 診察の結果措置非該当となる代表的な事例

- パーソナリティ障害で精神科通院中であるが、薬物療法の頓挫的状況となる幻覚妄想や精神運動興奮等の精神症状はなく、精神療法が中心。欲求不満耐性が著しく低く、思い通りにならないとすぐに暴力行為に及びことを繰り返しているが、判断能力の低下はなく、心神耗弱や心神喪失といった状態ではない。
今後とも他害行為のおそれは大いにあるが、精神症状によるものとは言えないので措置入院には該当しないと判断された。
- 統合失調症で精神科通院中であるが、薬物療法により幻覚妄想や思考障害は完全にコントロールされている。友人とケンカになり、エスカレートして、近くにあった刃物を手に取り相手を威嚇した。
幻覚妄想に支配された行動ではなく、判断能力の低下もない。心神耗弱や心神喪失といった状態ではなく、ケンカの延長なので、精神保健福祉法の適用外であると判断された。
- 老年期の一人暮らしの女性。数年前より「近所の者からガスを吹きかけられる」「監視されている」といった妄想が出現し、そのため近隣に対し、そのような行為はやめるよう執拗に訴え、時には声を荒立てることもあるが、暴力行為や器物破壊行為はない。隣人からの連絡を受けた警察官が本人に注意をしたが、近隣の迷惑行為は持続。隣人の申請により精神保健指定医が措置診察。
頑固な妄想はあるが基本的には穏和な女性で、治療が必要な状況であるが、他害行為はないと判断され、措置非該当となった。
- アルコール依存症で精神科通院中であり、飲酒の上、暴力行為を起こして警察に保護された。酔いが覚めた状態で精神保健指定医が診察したところ、幻覚妄想や意識の覚醒等の精神症状はない。
飲酒の上での同様の行為を繰り返すおそれは大いにあるが、精神保健福祉法の適用外であると判断された。

◆ よく耳にする精神科入院医療に関する誤解

- 幻覚妄想が消えないと退院できない ✕
 - ・幻覚妄想が持続していても、睡眠、食事の確保が出来ていて、社会的逸脱行動がなければ、外来治療で対応できる。
 - ・デイケア、テイクアウトケア、訪問看護を使えば、かなりの症状が重い人も在宅ケアが可能である。
- 精神科の疾患の多くは慢性疾患なので入院期間は長期化する。 ✕
 - ・身体の慢性疾患と同様、治療計画やリハビリ計画は数ヶ月、数年の長期プランとなるが、入院治療でしか提供出来ないものは、その一部に過ぎない。
 - ・長期入院は、社会生活技能の低下等、治療阻害要因となり、四半世紀前から、大学病院等での研修医教育の現場では、「3ヶ月を超えると、半年、1年コースになるよ」と言われていた。

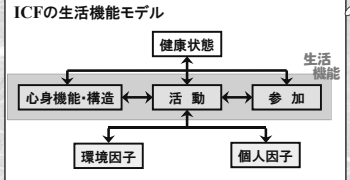
◆ よく耳にする精神科入院医療に関する誤解

- 生活障害に対するリハビリと地域生活に向けた準備(自炊、買い物訓練等)に時間を要する。 ✕
 - ・障害者の地域支援のコンセプトは、ICIDH から ICF に変更がなされてから15年が経過している。
 - ・“train-place”model から “place-train” approach へのシフトが時代の流れ。
- 家族の引き取りがないと退院できない ✕
 - ・家族との同居は再発や症状悪化の要因となりうる。
 - ・病气への理解や、患者の問題行動への対処技能に乏しい家族との同居は、病状を悪化させる。
 - ・家族による過度の介護は、患者の自立や社会的活動を阻害することもある。
 - ・欧米では、成人した精神障害者が親と同居していることは不適切とみなされる。

◆ WHO「国際生活機能分類(ICF)」(2001年)

International Classification of Functioning, Disability and Health

ICFの生活機能モデル



矢印が双方向になっているのが特徴。個人の機能障害が原因で能力障害が生じ、その結果、社会参加が制限されるといった「医学モデル」に基づいた考え方はない。医学モデルと社会モデルの統合。

※ ICIDH(国際障害分類) ~2000年

機能・形態障害 → 能力障害 → 社会的不利

- エレベーターのないビルの5階に美味しいレストランがあったとする。車いすの人がその食事が食べられないのは、下半身が不自由なその人に責任があるのか？
→ エレベーターがないことが問題である。
- 病气の影響で作業が長続きしない精神障害者が仕事に就きたいのに雇ってくれる会社がない。作業が長続きしない障害者に責任があるのか？
→ 会社への補助制度や障害者をサポートする仕組みが不十分なのが問題である。

◆ ICF で考えるリハビリテーション

- ICIDH 的リハビリ
 - ・重度の肢体不自由がある障害者に対して、自力で入浴出来るような訓練を行う。
 - ・自炊が出来ない精神障害者に対して、退院準備のために、繰り返し調理訓練を行う。

厳しい入浴訓練の毎日に、本人は疲れ果て、失敗体験を繰り返したあげく、自信も意欲も低下してしまう。自力で入浴出来ないのは、障害者本人の努力不足なのではない。入浴を援助してくれるヘルパーを導入すれば、解決する。訓練に費やした時間を新たな介護用品制作のアイデアを考える時間等に使いまわせばよい生産的。

自炊をしていない健康者は多く、自炊が出来ないことが、自立を妨げているわけではない。退院後は、配食サービスを受けるか、安くて美味しい定食屋さんを見つけられれば良い。外食の方が、引きこもりを防いだり、対人交流や社会体験の場も増えるので、リハビリとしても有効。

◆ EE(感情表出)研究 Expressed Emotion study

患者の人格や行動に対して過度に批判的な態度や、患者に対して情緒的に巻き込まれ過ぎ(過保護で自己犠牲的な態度)を示す家族と同居している患者の再発率が高い。過度に批判的だったり、情緒的に巻き込まれ過ぎという特有の情緒反応を示す家族を、「高EE (high EE) の家族」、そのような情緒反応を示さない家族を「低EE (low EE) の家族」と呼ぶ。

★ 統合失調症の9ヶ月後の再発 Vaughn C & Leff J (1976)

EE	顔と顔をつき合せている時間	薬物療法
低EE (13%)	顔と顔をつき合せている時間	規則的 (12%)
		不規則 (15%)
高EE (51%)	週に35時間未満 (28%)	規則的 (15%)
	35時間以上 (69%)	不規則 (42%)
		規則的 (53%)
		不規則 (92%)

◆ 医療保護入院患者の推定入院期間からみる精神科病院の特徴

- 全患者が6ヶ月以内
 - ・療養病棟より、治療病棟に投資がなされている「精神科治療施設らしい」医療機関。「治してなんぼ」の病院。
- 1ヶ月~12ヶ月まで偏りなく広く分布している
 - ・必ずしも地域移行や地域内処遇に積極的とは言えないが、初発の患者は短期間での退院を、慢性化した患者に対しては従来からの療養介護中心の医療を提供している、まじめなベテラン精神科医が経営している病院。
- 12ヶ月近くの患者がほとんど、12ヶ月を超えも平気で出でくる
 - ・今日の標準的な精神科医療サービスとは乖離した医療がなされている可能性、精神科での本格的なトレーニングを受けてない医師が経営している可能性もある。
- 法改正後推定医療期間が伸びた
 - ・退院支援委員会の開催を減らしたいという意図。
 - ・管理者が非精神科医であったり、人権擁護や違法意識の低い医師である場合もあれば、まじめな精神科医ではあるが精神科医の確保が出来ず、会議や書類を減らしたい一心で延ばすという場合もある。

◆ 精神科病院実施指導での働きかけの実際

① 任意入院患者

- 当該患者が入院形態について理解しているかの確認
 - ・病棟内を一人でばらけて巡回し（複数で徒党を組んで回ると病院スタッフがついて回る場合がある）、患者に「あなたの入院形態は何ですか？」とたずねてみる。
 - ・答えられない場合は、スタッフに入院形態を確認し、任意入院であれば、同意書を当該患者に見せて、自署したことを確認する。
 - ・退院についてどう考えているか確認する。
 - ・退院希望があるのに、主治医から認めてもらえない、家族が許可しない、と訴える場合は、任意入院とは原則希望時には退院できるという入院形態であること（指定医による72時間以内の退院制限は可）、家族の許可は不必要であることなどを解説し、主治医と相談してみるようにすすめる。
 - ・患者が任意入院をよく理解していないと判断されたら、病棟スタッフに患者の理解力について質問をしたり、看護記録を見るなどして、任意入院が適用されるだけの判断能力があるか検討し、必要に応じて同行している指定医に判断を求める。
 - ・判断能力の著しい低下や、退院希望があるのに病状不安定なため許可が出せない状況が持続していれば、入院形態の変更の検討を促す。

○ 自由な外出が保障されているかの確認

- ・患者に昼間の外出は自由に出来るか、夜間の外出はどのような手続きで可能となるかについてたずねてみる。
- ・特定の日以外での外出が認められていなかったり、希望時にいちいち主治医の許可がないと外出できないということであれば、スタッフに確認し、任意入院者の処遇に関する改善を指導する。
- ・任意入院患者が入院している閉鎖病棟においては、患者から外出要望が出された際に、任意入院患者か医療保護患者かをスタッフが速やかに識別できる仕組みがあるかどうかスタッフに確認する。

② 医療保護入院患者

○ 推定入院期間が長い患者の病状の確認

- ・入院届の推定入院期間が長期（特に6ヶ月を大きく超えている）の患者については、直接患者と面接する。診療録や看護記録に妥当な理由となる記載があるか確認する。主治医に理由をたずねる。スタッフに病状を確認する。あるいは、同行の指定医の意見を聞くか、病状実地審査の対象者とするといった対応を行う。
- ・推定入院期間が3ヶ月を超える患者ばかりの病院については、管理者に対し、精神科医療の水準が低い病院と思われることへの危惧がないか、専門性と技術力をくすぐりながら、たずねてみる。

③ 入院患者の処遇に関わる構造上の問題

- 複数部屋の扉の鍵
 - ・外から施錠できるが部屋の中からは開錠できない構造の複数人数部屋は、複数の患者を隔離できる構造であるので、速やかな構造変更を指示する。
- 夜間のみ男性病室と女性病室の間を開鎖する病棟の電話の位置
 - ・夜間等に男性患者の居室区画と女性患者の居室区画の行き来を出来なくする病棟については、夜間、男女のいずれかが電話設置場所に行けない構造となっている場合がある。その場合は速やかな構造変更を指示する。
- 閉鎖病棟における単独外出のルート
 - ・任意入院患者がいる閉鎖病棟の場合、当該患者が外出希望時のルートについて確認する。閉鎖病棟からの出口が看護室から著しく遠い、あるいは、外出するまで開錠すべき扉が何重もあるなどのため、病棟の外に出ることが容易でないような構造であれば、構造変更を指示する。
- 隔離室入室中の患者の電話
 - ・隔離室に入室中の患者が、退院請求の電話をする際の手順については、必ず確認する。格子の外に電話をひいてあったり、携帯電話を使用したり、人権擁護、違法意識の高い病院では色々と工夫している。

第二部

改正精神保健福祉法における 保健所の役割に関する研究結果

第1章 研究の概要

1. 研究のねらい

改正精神保健福祉法の施行に向け、全国保健所長会においては、「精神保健福祉法改正後の保健所の役割についての全国保健所長会意見」を発出し、また、保健所での具体的取り組み内容については、「改正精神保健福祉法施行に向けての保健所の取り組み（提案）」を全国保健所に発信し、各保健所において実施に向け検討をお願いしている。

そこで、これらの取り組みの普及・普遍化を目的とし、改正精神保健法施行後の保健所の取り組み状況や課題について、アンケート調査による実態把握を行い、その結果を踏まえ、保健所ガイドラインの作成を行う。

2. 研究班組織と検討経過

(1) 研究班組織

役名	氏名	所属
分担事業者	中原 由美	福岡県嘉穂・鞍手保健所 所長
事業協力者	相田 一郎	北海道岩見沢保健所 所長
	城所 敏英	東京都島しょ保健所 所長
	本保 善樹	東京都北区保健所 所長
	笹井 康典	枚方市保健所 所長
	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所 所長
	毛利 好孝	姫路市保健所 所長
	中本 稔	島根県浜田保健所 所長
	中里 栄介	佐賀県唐津保健所 所長
	大塚 俊弘	長崎県県央保健所 所長
	藤内 修二	大分県中部保健所 所長
	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター 所長
	佐藤 純	京都ノートルダム女子大学 准教授
加藤 千鈴	福岡県健康増進課こころの健康づくり推進室 企画主幹	
アドバイザー	宇田 英典	全国保健所長会 会長
	倉橋 俊至	全国保健所長会 副会長

(2) 事業内容

- ・ 保健所連携推進会議参加者へのアンケート調査
- ・ 全国保健所対象のアンケート調査
- ・ 保健所職員向け研修会の開催
- ・ 保健所ガイドラインの作成
- ・ 上記実施のための班会議

第2章 アンケート調査結果

1. 調査の目的

- 全国保健所長会が平成24年度に提示した「改正精神保健福祉法施行に向けての保健所の取り組み（提案）」の具体的取り組み内容について、改正法施行後の保健所の取り組み状況を把握する。
- 「入院届」「入院診療計画書」「退院届」「病院報告」「精神科病院月報」など保健所に提出されている各種書類を活用し、各保健所が改正法施行後の管内病院の現状、取り組み状況を把握する。
→アンケートを回答することで得られた管内精神科病院の状況を実地指導等での病院の指導に活用する。

2. 調査の方法

全国保健所長会一斉メール配信、メール回収

3. 調査の期間

平成26年10月24日～12月（全国490保健所）

4. 調査対象と回答率

全国保健所の本所490保健所を対象に調査を行い、281保健所から回答を得た。回答率は、57.3%であった。

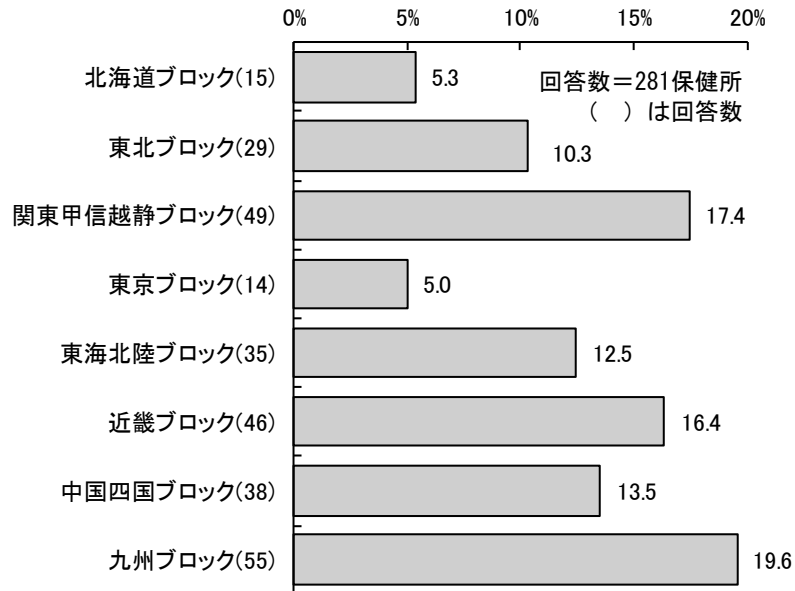
保健所種別	配信数	回収数	回答率
都道府県	365	218	59.7%
指定都市	51	20	39.2%
保健所政令市、中核市	51	30	58.8%
特別区	23	13	56.5%
合計	490	281	57.3%

※富山県新川厚生センターは魚津支所を、和歌山県新宮保健所は串本支所を、奈良県吉野保健所は奈良県内吉野保健所を含む回答となっている。

5. 回答保健所の基本属性

(1) 回答保健所の所在地（ブロック）

図表 2-1 回答保健所の所在地(ブロック)



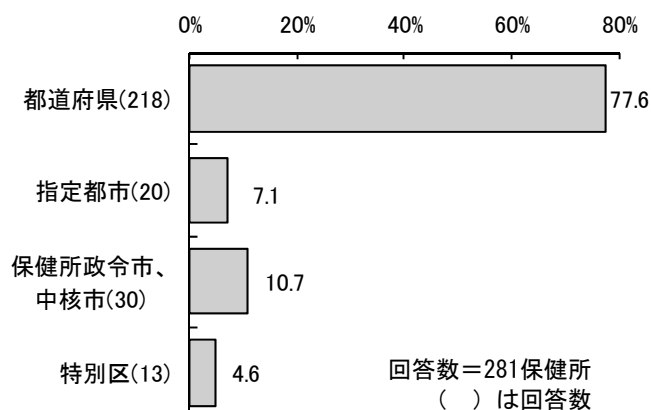
図表 2-2 回答保健所の所在地

保健所種別	全保健所数	回答保健所数	回答率
北海道ブロック	30	15	50.0%
東北ブロック	50	29	58.0%
関東甲信越静岡ブロック	114	49	43.0%
東京ブロック	31	14	45.2%
東海北陸ブロック	64	35	54.7%
近畿ブロック	64	46	71.9%
中国四国ブロック	56	38	67.9%
九州ブロック	81	55	67.9%
合計	490	281	57.3%

ブロック別にみた回答率では、西日本の回答率が高かった。

(2) 回答保健所の設置主体

図表 2-3 回答保健所の設置主体



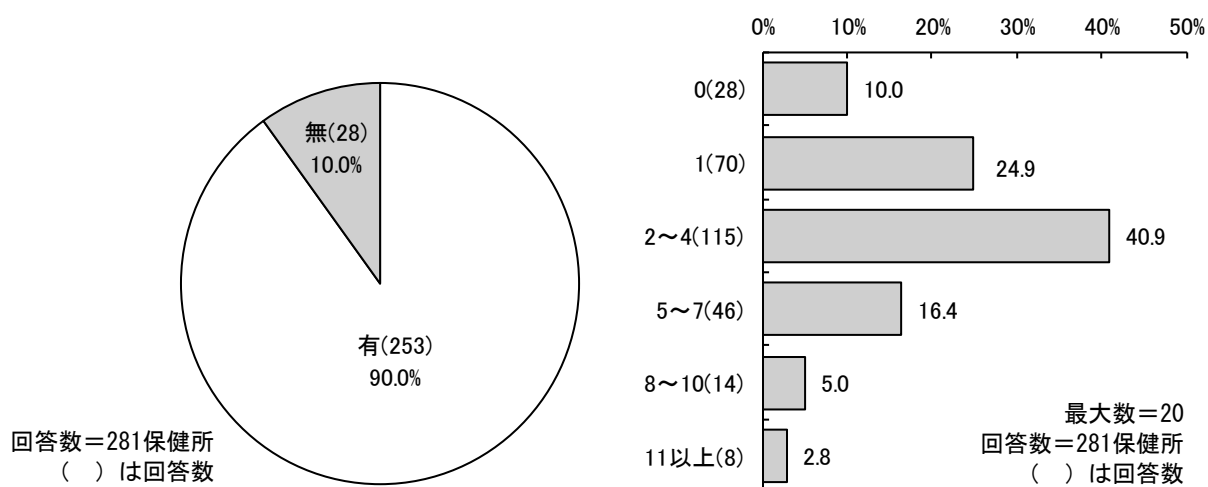
図表 2-4 全保健所及び回答保健所の設置主体別比率

	全保健所数	比率	回答保健所数	比率
都道府県	365	74.5%	218	77.6%
指定都市	51	10.4%	20	7.1%
保健所政令市、中核市	51	10.4%	30	10.7%
特別区	23	4.7%	13	4.6%
合計	490	100%	281	100%

全国 490 保健所の設置主体別の比率と回答保健所の設置主体別の比率を比較してみると、回答保健所では、「都道府県」型の比率が高く、「指定都市」型の比率が低くなっていた。「保健所政令市・中核市」型、「特別区」型はほぼ同じ比率となっていた。保健所における精神保健業務については、設置主体により業務内容に差がみられるため、今回の全体の調査結果を見る際には留意が必要である。

(3) 回答保健所の管内精神科病院数（平成26年4月1日時点）

図表 2-5 回答保健所の管内精神科病院数



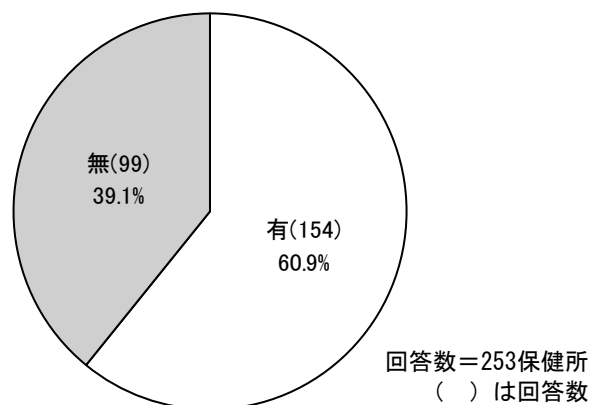
管内に精神病床を「有」する病院がある保健所が 253 保健所、管内に精神病床を有する病院が「無」い保健所が 28 保健所であった。

管内に精神病床を有する病院がある保健所の管内病院数は、平均で 3.5 病院、最大は 20 病院であった。

6. 管内に精神病床を有する病院がある保健所（253）の調査結果

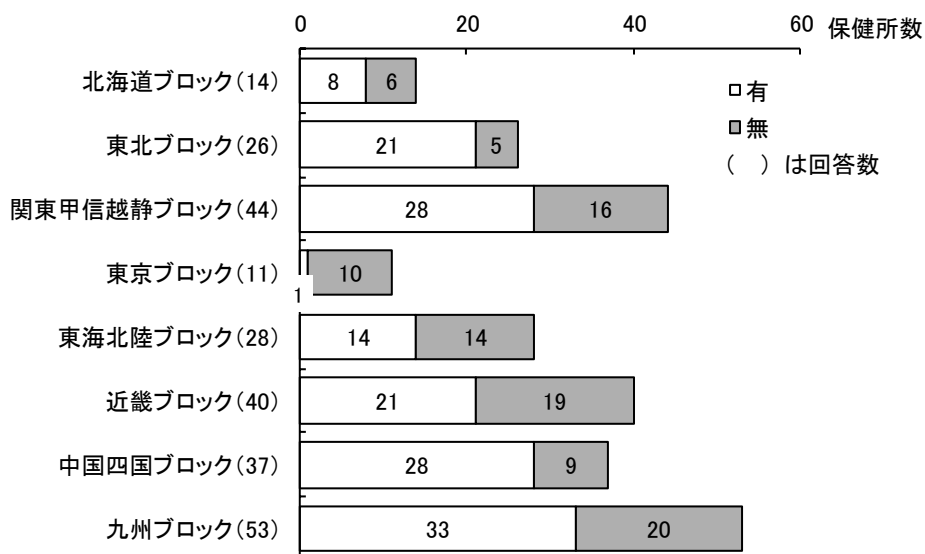
（1）台帳管理の有無

図表 2-6 台帳管理の有無



60.9%の保健所が管内精神科病院の医療保護入院患者について、台帳管理を行っていた。今回は台帳の内容についてまで把握を行っていないが、病院の地域移行への取り組み状況の把握が行える内容となっているか確認する必要がある。本報告書、第一部 第3章 改正精神保健福祉法に対応した保健所の役割に関するガイドラインに台帳案を掲載しているので、参考にいただきたい。(22 ページ参照)

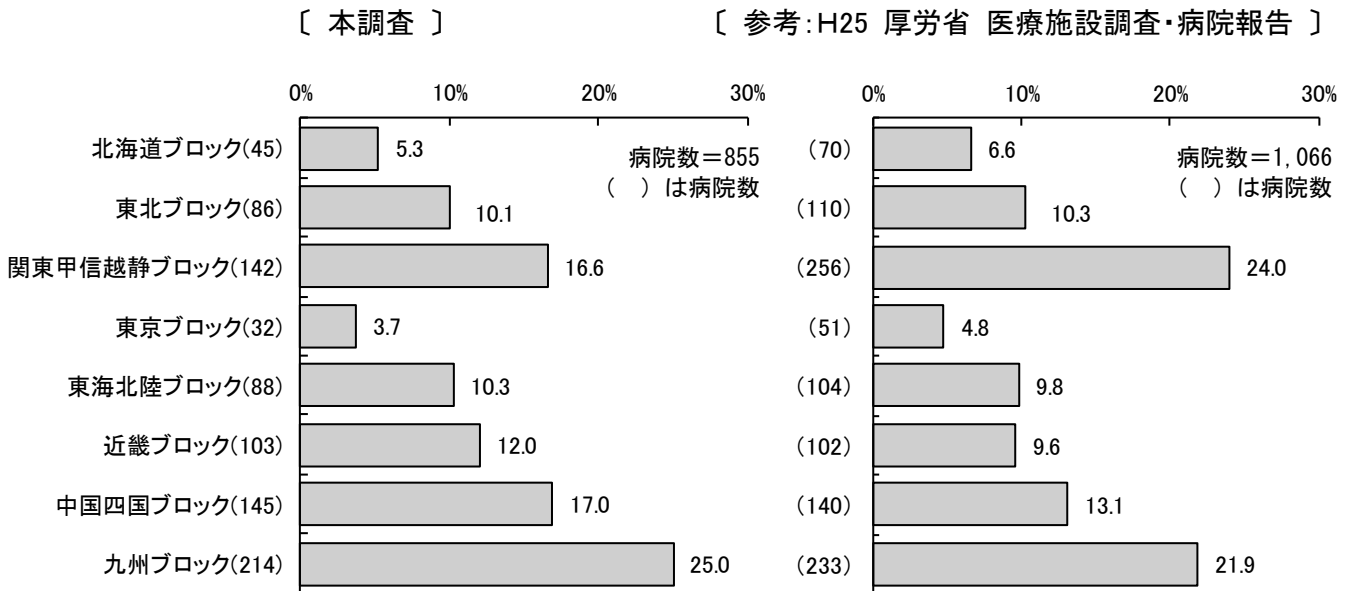
図表 2-7 台帳管理の有無【ブロック別】



(2) 病院の基本属性

① 病院の所在地(ブロック)

図表 2-8 病院の所在地(ブロック)

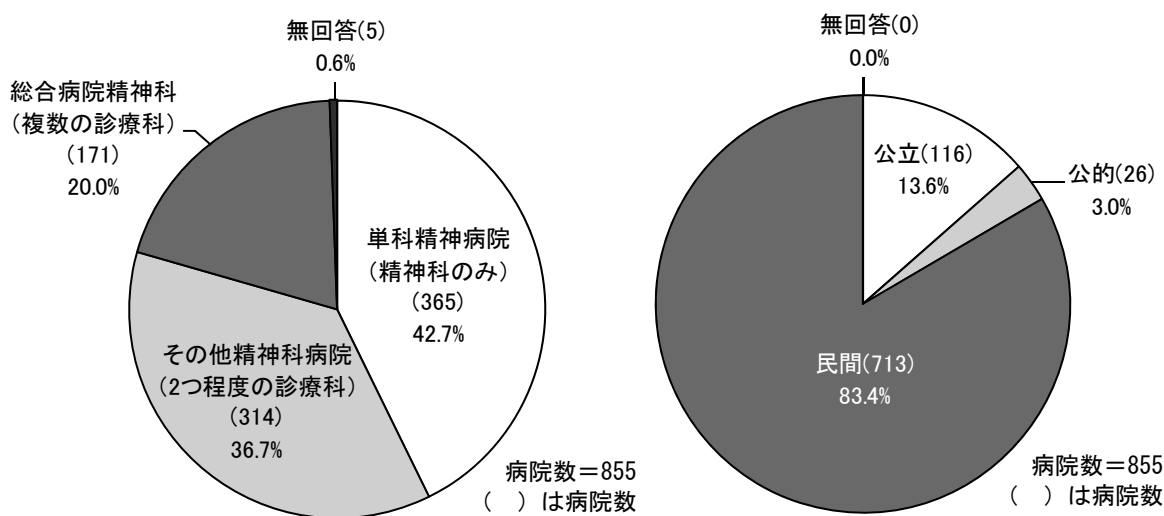


平成 25 年の厚生労働省「医療施設調査・病院報告」による全国 1,066 の精神科病院^{※)} 数をブロック別にみると、「北海道ブロック」6.6%、「東北ブロック」10.3%、「関東甲信越静岡ブロック」24.0%、「東京ブロック」4.8%、「東海北陸ブロック」9.8%、「近畿ブロック」9.6%、「中国四国ブロック」13.1%、「九州ブロック」21.9%となっている。本調査の回答で得られた病院数 855 のブロック別割合と比較してみると、本調査の回答で得られた病院の所在地は東海北陸、近畿、中国四国、九州の割合が若干高くなっている。

※) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」による精神科病院とは、精神病床のみを有する病院

② 病院の種類と設置主体

図表 2-9 病院の種類と設置主体



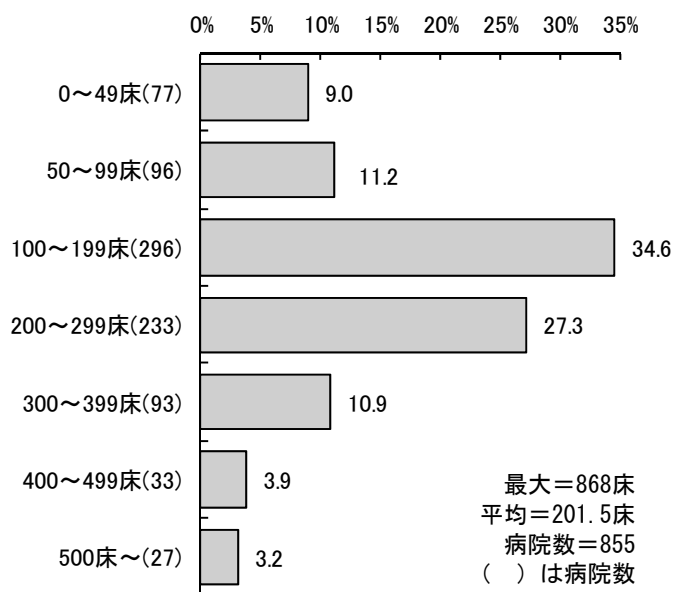
図表 2-10 病院の種類と設置主体【ブロック別】

上段 数 下段 %	合計	単科 精神病院	その他 精神科病院	総合病院 精神科	無回答
全体	855 100.0	365 42.7	314 36.7	171 20.0	5 0.6
北海道ブロック	45 100.0	7 15.6	22 48.9	16 35.6	0 0.0
東北ブロック	86 100.0	34 39.5	39 45.3	13 15.1	0 0.0
関東甲信越静岡ブロック	142 100.0	79 55.6	35 24.6	28 19.7	0 0.0
東京ブロック	32 100.0	5 15.6	8 25.0	19 59.4	0 0.0
東海北陸ブロック	88 100.0	47 53.4	25 28.4	16 18.2	0 0.0
近畿ブロック	103 100.0	66 64.1	17 16.5	20 19.4	0 0.0
中国四国ブロック	145 100.0	58 40.0	56 38.6	29 20.0	2 1.4
九州ブロック	214 100.0	69 32.2	112 52.3	30 14.0	3 1.4

ブロック別にみると、病院の種類比率にかなり違いがあり、「北海道ブロック」や「東京ブロック」では総合病院精神科の比率が他のブロックに比べ大きく、「関東甲信越静岡ブロック」「東海北陸ブロック」「近畿ブロック」では単科精神病院の比率が他のブロックに比べ大きかった。

③ 病院の精神病床数(平成26年4月1日時点)

図表 2-11 病院の精神病床数



1 病院あたりの精神病床数は最大で 868 床、最小で 2 床となっていた。

平成 25 年の厚生労働省「医療施設調査・病院報告」によると、平成 25 年 10 月 1 日現在の全国の精神病床数は 339,780 床。今回の調査回答での精神病床数の合計は 172,243 床、全国の精神病床の 50.7%となっており、今回の病院調査の結果については、全国の精神病床の約半数の状況と言えるであろう。

(3) 新規医療保護入院患者（平成26年4月1日～9月末）について

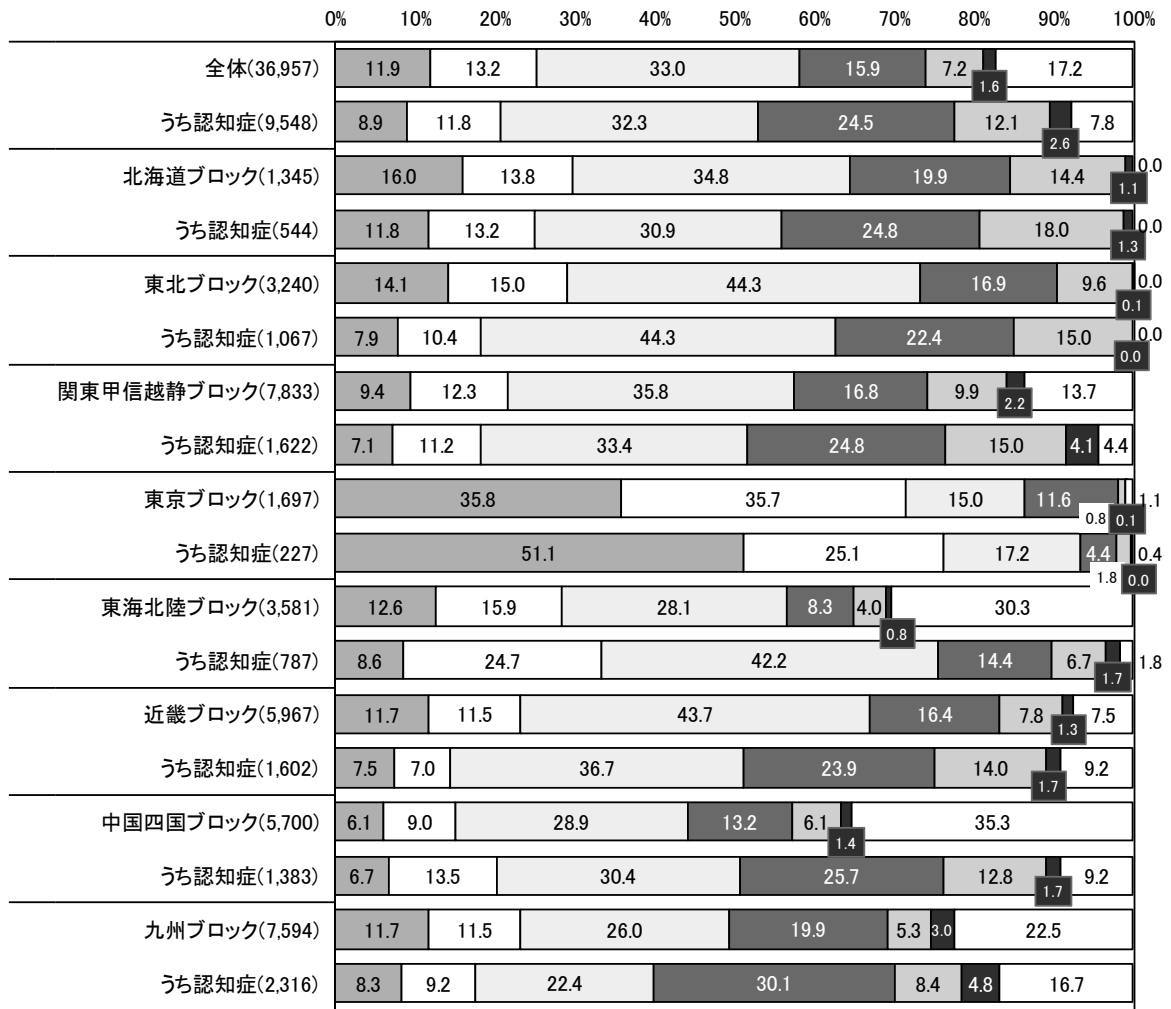
① 新規医療保護入院患者数の内訳（平成26年4月1日～9月末）

図表 2-12 新規医療保護入院患者の状況【全体】

		新規 医療保護 入院患者数 (人)	割合 (%)	うち、認知症 患者数(人)	割合 (%)	新規医療保護 入院患者に占める 認知症患者の 割合(%)
新規医療保護入院患者数		36,957	100.0	9,548	100.0	25.8
入院計画 期間別 内訳	①2か月未満	4,405	11.9	853	8.9	19.4
	②2か月～3か月未満	4,883	13.2	1,129	11.8	23.1
	③3か月～4か月未満	12,200	33.0	3,080	32.3	25.2
	④4か月～7か月未満	5,866	15.9	2,335	24.5	39.8
	⑤7か月～1年未満	2,649	7.2	1,154	12.1	43.6
	⑥1年以上	607	1.6	250	2.6	41.2
	⑦その他	6,347	17.2	747	7.8	11.8

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、原則として1年未満の期間を設定することとなっているが、今回調査の回答があった平成26年4月1日～9月末までの新規医療保護入院患者36,957人の入院計画期間で「1年以上」と記載があったものが1.6%あった。また、そのうち認知症患者9,548人でみた場合、2.6%が1年以上の入院期間となっていた。当初の入院計画期間としては『原則1年未満』を徹底していく指導が必要である。

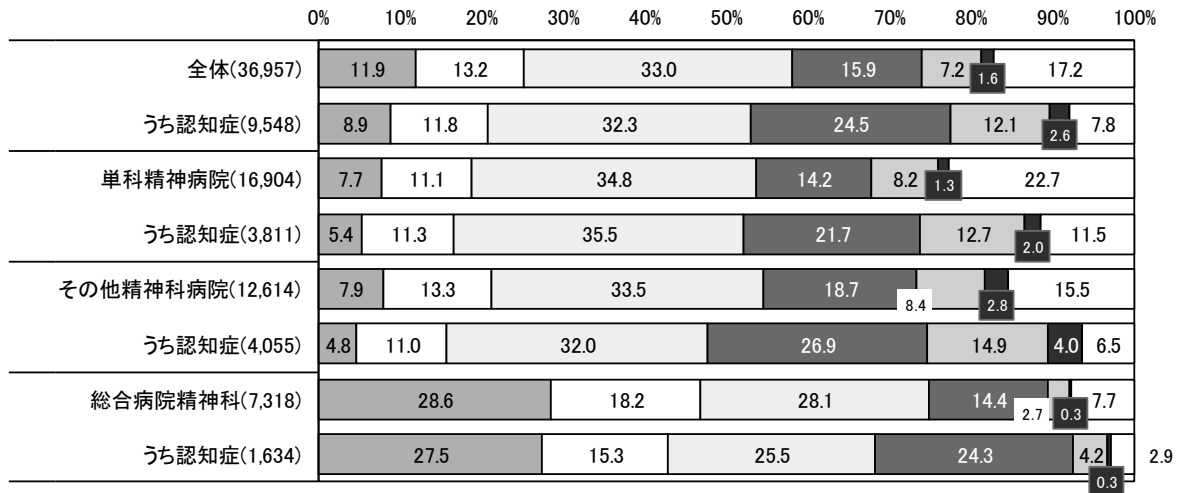
図表 2-13 新規医療保護入院患者の状況【ブロック別】



()は新規医療保護入院患者数 □2か月未満 □2か月～ □3か月～ ■4か月～ □7か月 ■1年以上 □その他
3か月未満 4か月未満 7か月未満 ～1年未満

ブロック別では、新規入院患者全体及びそのうち認知症患者の1年以上の入院期間となっていた割合は、関東甲信越静、九州で他のブロックに比べ大きくなっていました。

図表 2-14 新規医療保護入院患者の状況【 病院の種類別 】

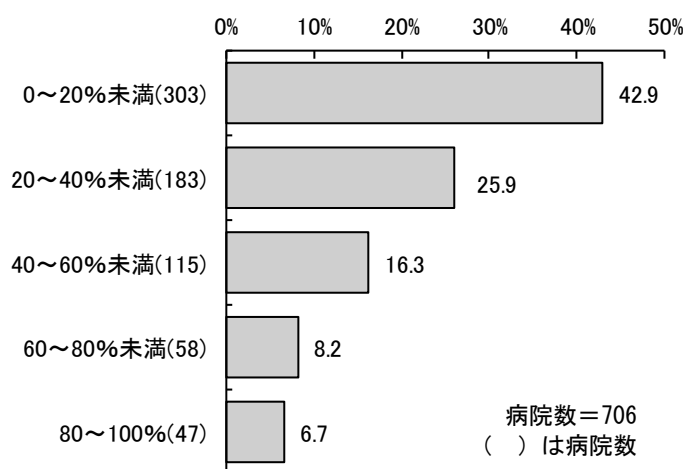


()は新規医療保護
入院患者数

□2か月未満 □2か月～
3か月未満 □3か月～
4か月未満 □4か月～
7か月未満 □7か月
～1年未満 ■1年以上 □その他

② 認知症患者の割合

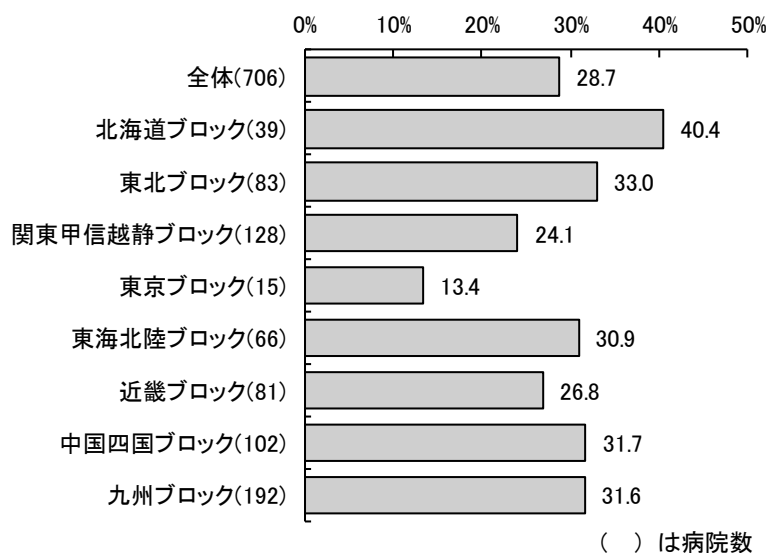
図表 2-15 認知症患者の割合



※算出可能サンプルのみ集計

今回調査の回答があった平成 26 年 4 月 1 日～9 月末までの新規医療保護入院患者のうち認知症患者の割合を病院単位でみた場合、「0～20%未満」の病院が 42.9%と最も多かった。一方「80～100%」が認知症患者である病院も 6.7%あった。

図表 2-16 認知症患者の割合【ブロック別】



※算出可能サンプルのみ集計

今回調査の回答があった平成 26 年 4 月 1 日～9 月末までの新規医療保護入院患者のうち認知症患者の占める割合をブロック別に見た場合、「北海道ブロック」では 40.4%、「東京ブロック」では 13.4%とかなり地域差が大きかった。

③ 新規医療保護入院患者の退院直後の処遇(平成26年4月1日～9月末)

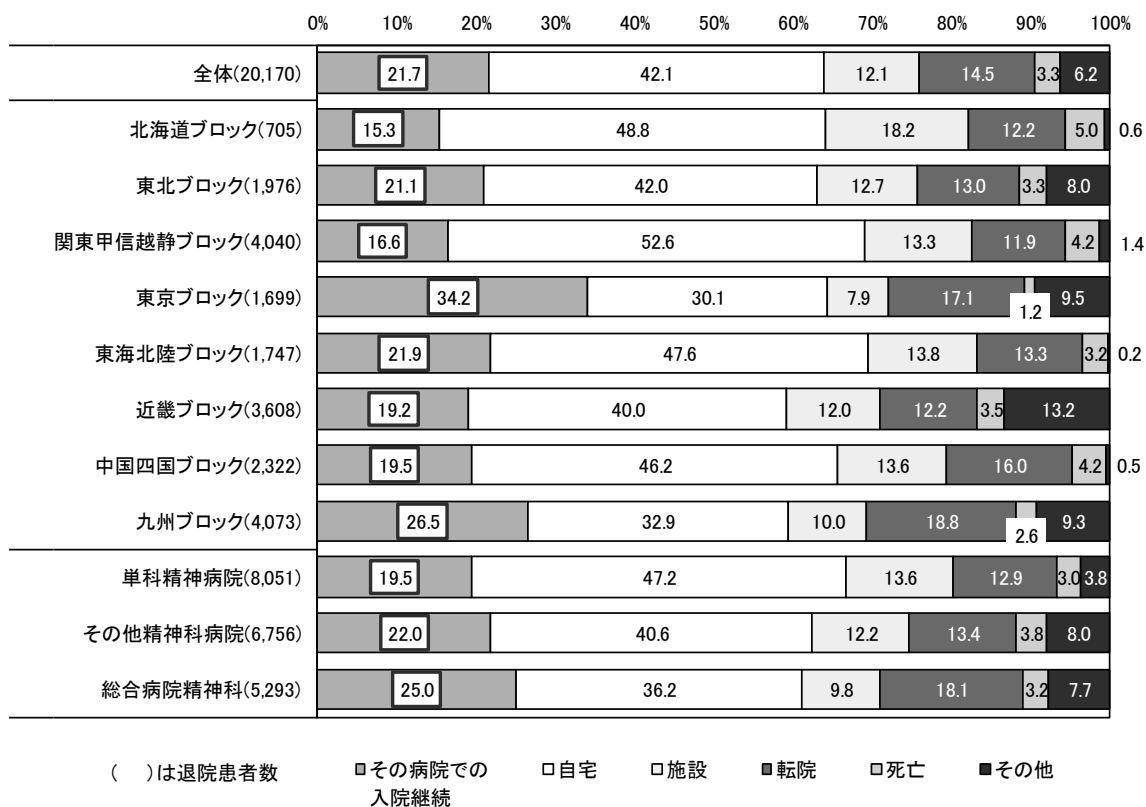
図表 2-17 退院直後の処遇【全体】

		合計 (人)	割合 (%)
退院患者数合計		20,170	100.0
処 遇 別 内 訳	①その病院での入院継続 (任意、措置、他科)	4,382	21.7
	②自宅	8,494	42.1
	③施設	2,446	12.1
	④転院	2,923	14.5
	⑤死亡	674	3.3
	⑥上記以外のその他	1,251	6.2

図表 2-18 退院直後の処遇【病院の種類別】

		単科 精神病院		その他の 精神科病院		総合病院 精神科	
		合計 (人)	割合 (%)	合計 (人)	割合 (%)	合計 (人)	割合 (%)
退院患者数合計		8,051	100.0	6,756	100.0	5,293	100.0
処 遇 別 内 訳	①その病院での入院継続 (任意、措置、他科)	1,570	19.5	1,483	22.0	1,324	25.0
	②自宅	3,800	47.2	2,741	40.6	1,915	36.2
	③施設	1,096	13.6	824	12.2	518	9.8
	④転院	1,042	12.9	908	13.4	957	18.1
	⑤死亡	241	3.0	258	3.8	172	3.2
	⑥上記以外のその他	302	3.8	542	8.0	407	7.7

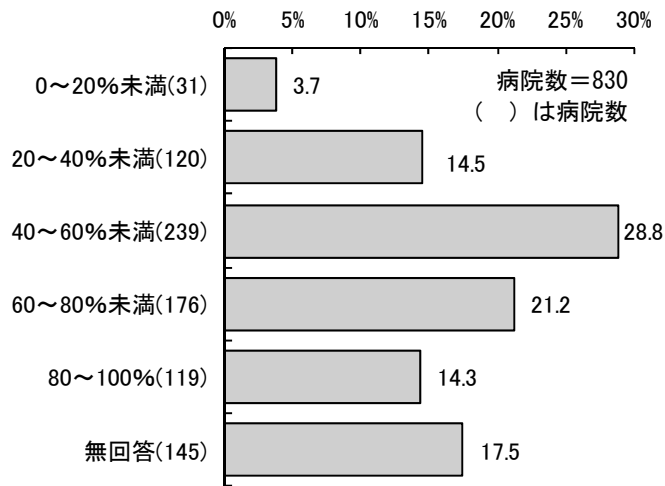
図表 2-19 退院直後の処遇【ブロック別・病院の種類別】



平成 26 年 4 月 1 日～9 月末までの新規医療保護入院患者における 9 月末までの 20,170 人の退院患者の処遇について、「その病院での入院継続」が 21.7%、「自宅」42.1%、「施設」12.1%、「転院」14.5%、「死亡」3.3%、「その他」6.2%と、「自宅」に次いで、「その病院での入院継続」が多かった。また、ブロック別では、東京ブロック 34.2%、九州ブロック 26.5%と「その病院での入院継続」の割合が大きかった。

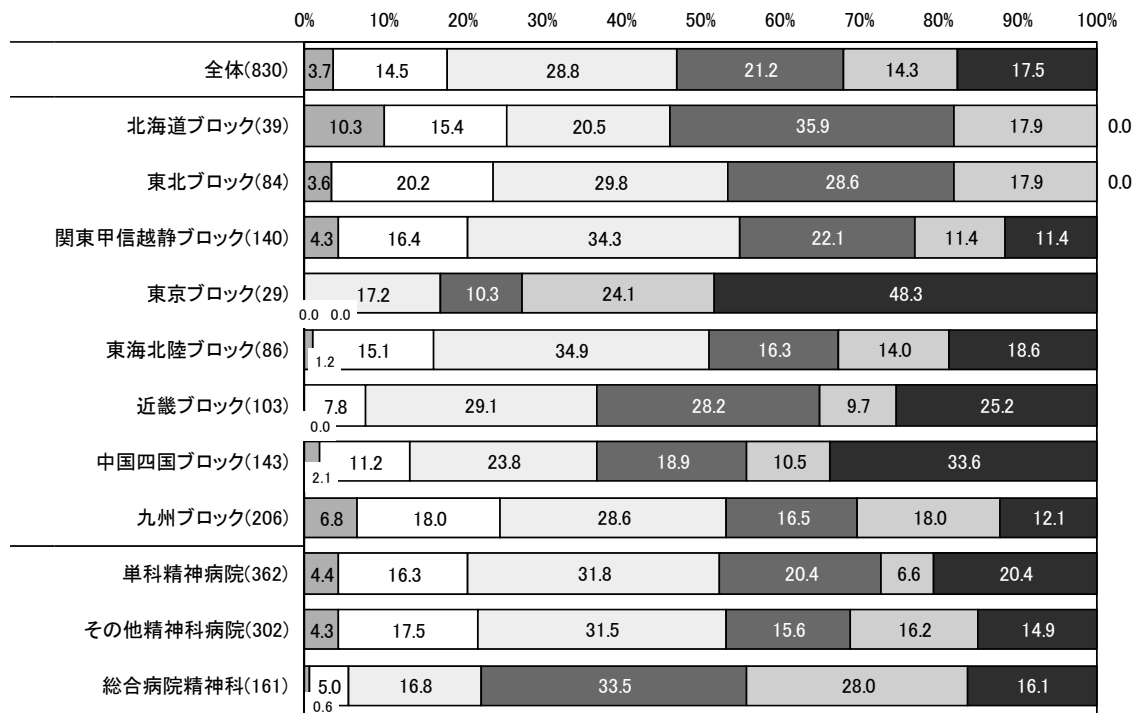
また、医療保護入院から任意入院等へ入院形態を変更して入院が継続している患者についても、引き続き情報を把握しながら、地域移行の推進に向けた保健所の関与が必要であると思われた。

図表 2-20 退院した割合



※算出可能サンプルのみ集計

図表 2-21 退院した割合【ブロック別・病院の種類別】



()は退院患者数

0~20%未満
 20~40%未満
 40~60%未満
 60~80%未満
 80~100%
 無回答

平成 26 年 4 月 1 日～9 月末までの新規医療保護入院患者が 9 月末までに退院した割合について、病院単位でみると、「40～60%未満」の患者が退院している病院が 28.8%と最も多かった。

また、ブロック別でみると、「0～20%未満」しか退院していない病院が北海道ブロックでは 10.3%、九州ブロックでは 6.8%と他地域に比べ、多くみられた。

病院種類別にみると、「80～100%」の患者が退院している病院の割合は、単科精神病院 6.6%、その他の精神科病院 16.2%、総合病院精神科 28.0%とやはり総合病院精神科では短期で退院している傾向がみられた。

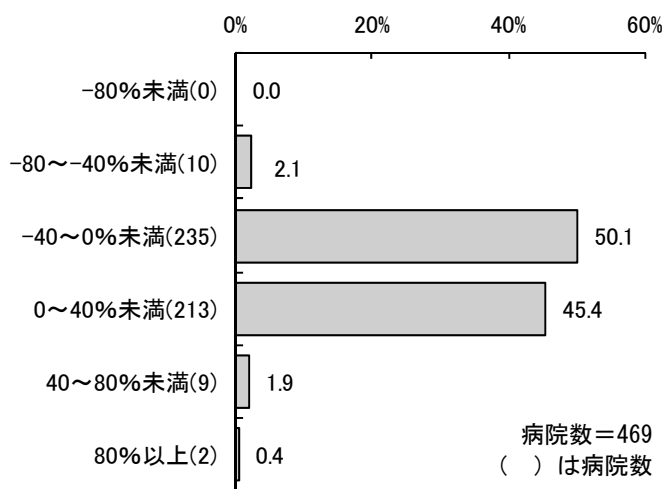
(4) 平成 25 年度との比較

① 平均在院日数(上半期:4月～9月)

図表 2-22 平均在院日数(上半期:4月～9月)

	平均日数	最大日数	最少日数
平成 25 年度上半期:4月～9月	421.9	3,771.8	16.3
平成 26 年度上半期:4月～9月	407.8	2,000.0	16.8

図表 2-23 平成 25 年度から平成 26 年度の短縮率



※算出可能サンプルのみ集計

平成 26 年度上半期（改正法施行後 6 か月間）の平均在院日数について、平成 25 年度上半期と比較してみたが、平成 25 年度 421.9 日、平成 26 年度 407.8 日とほとんど違いはなかった。

また、平成 25 年度と平成 26 年度の平均在院日数の比較が可能であった全国 469 病院について、平均在院日数の短縮率を計算[※]してみると、26 年度の平均在院日数が 25 年度の平均在院日数に比べ短縮していた病院が 52.2%、短縮していなかった病院が 47.7%とほぼ同じ割合であった。病院単位で見れば、大きく短縮しているところもあるが、全体としてみた場合、まだ半年間では平均在院日数の短縮までには至っていないことがわかった。

※) 今回の短縮率計算方法：(26 年度 - 25 年度) / 25 年度

図表 2-24 平均在院日数【 病院の種類別 】

	全体	単科 精神病院	その他の 精神科病院	総合病院 精神科
平成 25 年度上半期:4 月～9 月	421.9	440.1	524.8	157.5
平成 26 年度上半期:4 月～9 月	407.8	435.4	492.6	158.6
短縮率	0.3	1.0	-1.0	2.2

② 新規入院患者数(上半期:4月～9月)

図表 2-25 新規入院患者数【 全体 】

	新規 全入院 患者数 (人)	うち、 新規医療 保護入院 患者数(人)	新規全入院 患者における 新規医療保護 入院患者の割合 (%)
平成 25 年度上半期:4 月～9 月	75,782	29,672	39.2
平成 26 年度上半期:4 月～9 月	82,908	32,297	39.0

今回の法改正によって、全入院に占める医療保護入院患者の割合に変化があったかどうかをみるため、平成 25 年度、平成 26 年度上半期のそれぞれ新規全入院患者数、そのうち新規医療保護入院患者数を比較してみた。その結果、医療保護入院患者の割合は平成 25 年度 39.2%、平成 26 年度 39.0%と全く変化がなかった。

医療保護入院患者の割合については、全体の入院患者数が減少した上で、非自発的入院である医療保護入院患者の割合が増加するのであれば、入院医療が必要な方は病状が重篤な方という、今回の法改正の趣旨にあったものであると思う。一方、全体の患者数は変わらない状況で、医療保護入院患者の割合が減少する場合は、本来医療保護入院となるべき方が、任意入院になっていないかを考える必要がある。

今回の法改正により、医療保護入院制度の変更があったが、今後、非自発的入院である医療保護入院患者数の動向については、各保健所において、管内の病院の状況をきちんと把握していき、適正な入院形態になっているか確認することが重要である。

図表 2-26 新規入院患者数【 単科精神病院 】

	新規 全入院 患者数 (人)	うち、 新規医療 保護入院 患者数(人)	新規全入院 患者における 新規医療保護 入院患者の割合 (%)
平成 25 年度上半期:4 月～9 月	33,644	13,204	39.2
平成 26 年度上半期:4 月～9 月	37,181	15,011	40.4

図表 2-27 新規入院患者数【 その他の精神科病院 】

	新規 全入院 患者数 (人)	うち、 新規医療 保護入院 患者数(人)	新規全入院 患者における 新規医療保護 入院患者の割合 (%)
平成 25 年度上半期:4 月～9 月	27,057	10,411	38.5
平成 26 年度上半期:4 月～9 月	29,197	11,164	38.2

図表 2-28 新規入院患者数【 総合病院精神科 】

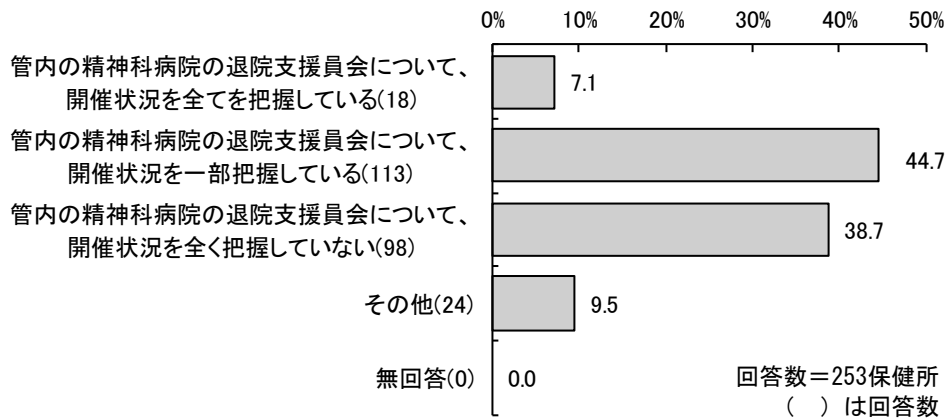
	新規 全入院 患者数 (人)	うち、 新規医療 保護入院 患者数(人)	新規全入院 患者における 新規医療保護 入院患者の割合 (%)
平成 25 年度上半期:4 月～9 月	14,766	5,932	40.2
平成 26 年度上半期:4 月～9 月	16,196	6,001	37.1

～ 管内に精神病床を有する病院がある 253 保健所について ～

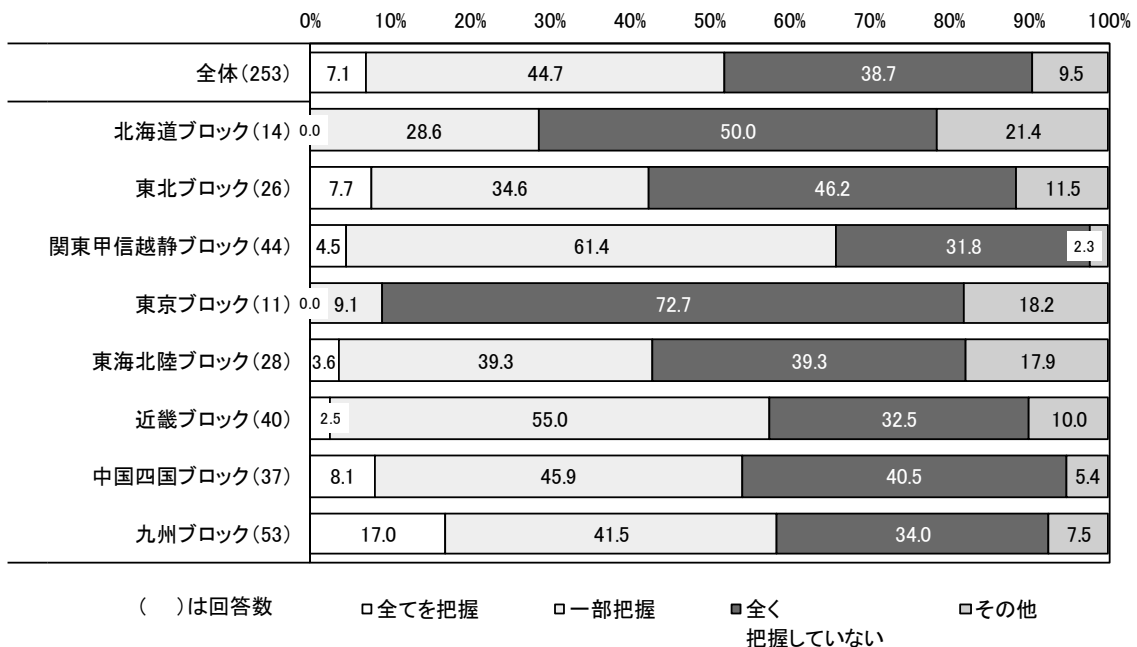
(5) 退院支援委員会について

① 退院支援委員会の開催状況(平成26年4月1日～9月末)

図表 2-29 退院支援委員会の開催状況



図表 2-30 退院支援委員会の開催状況【ブロック別】



管内の精神科病院の退院支援委員会の開催状況の把握については、「全てを把握」もしくは「一部把握している」と回答した保健所は 51.8%と半数は超えていたが、「全く把握していない」と回答した保健所も約 4 割あった。

その他として、『実地指導で確認した、確認する』との回答が多くみられたが、実地指導での把握のみであれば、リアルタイムな状況把握はできないため、各保健所において、随時状況把握ができる仕組みづくりを検討する必要があると思われる。

ブロック別では、東京ブロック・北海道ブロック・東北ブロックで「全く把握していない」と回答した割合が大きかった。

◆ 「その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

- 都道府県本庁で任意に調査を実施しているが、保健所としては把握していない。
- 各病院から提出された入院診療計画書にて、退院支援委員会の開催を予定しているか否かの情報は把握している。しかし実際開催されたかは把握していない。
- 実地指導で開催されていることは確認した。
- 実地指導で確認する。
- 定期病状報告等で知る機会はあるが、積極的な把握はしていない。
- 入院計画期間を超えたケースはないが、任意で開催される可能性のある退院支援委員会については把握していない。

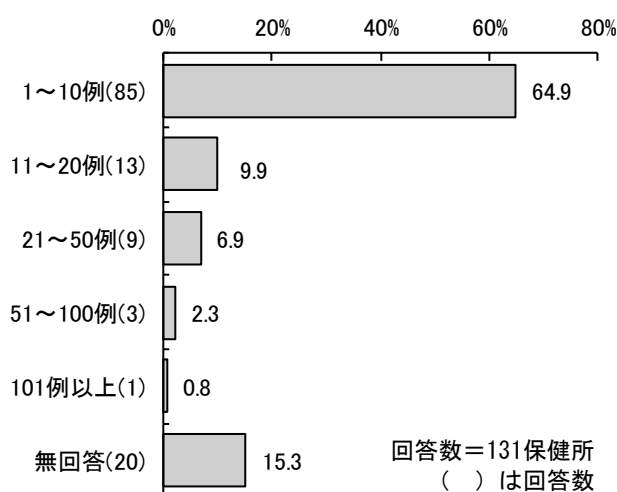
■ 「全てを把握している」あるいは「一部把握している」保健所（131）

② 退院支援委員会の開催例数等

図表 2-31 開催例数等

	合計(例)	平均(例)
①保健所が把握している退院支援委員会の開催例数	1,146	10.3
②①のうち、保健所が参加している開催例数	74	0.6
③①のうち、地域支援事業者が参加している開催例数	85	0.8

図表 2-32 把握している開催例数



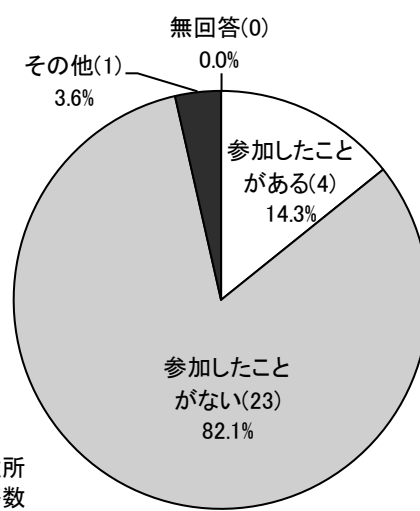
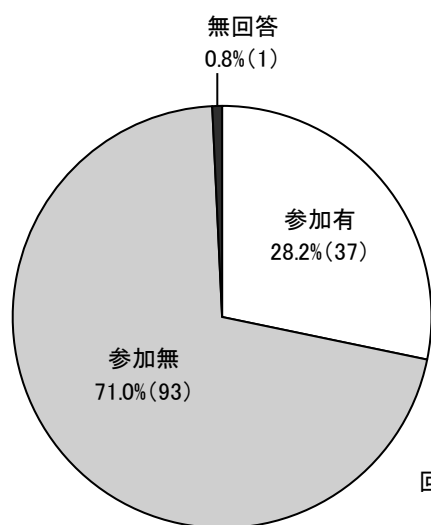
全てあるいは一部開催状況を把握していると回答した131保健所で、開催例数の回答のあった111保健所の把握している開催例数は4月～9月末の6か月間で合計1,146例、1保健所あたり平均10.3例であった。そのうち保健所が参加している開催例数は74例、1,146例の6.5%、地域支援事業者が参加している開催例数は85例、1,146例の7.4%しかなかった。

地域移行を推進していくためには、保健所や地域支援事業者が退院支援委員会に参加するような働きかけが必要である。

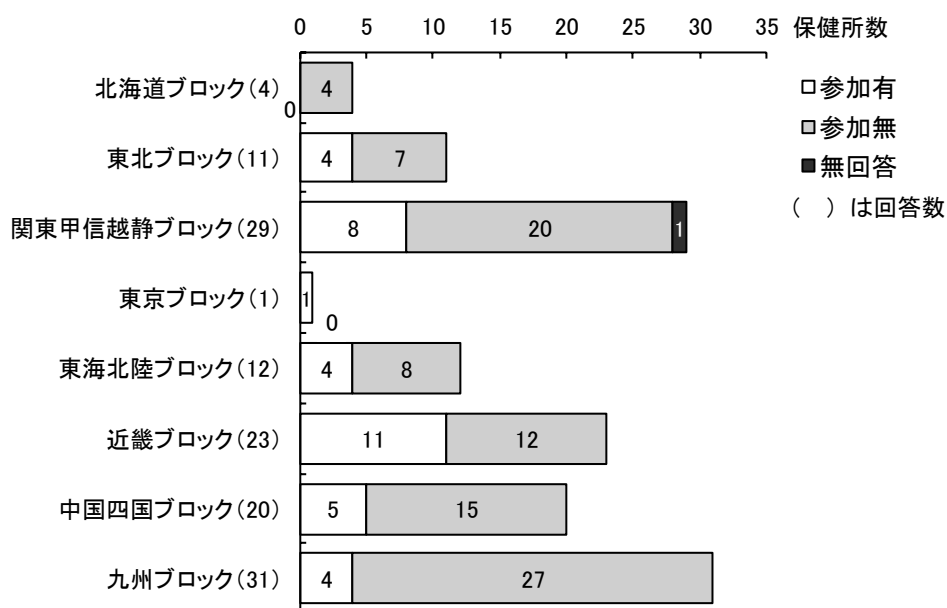
図表 2-33 保健所参加の有無

〔 精神病床を有する病院がある保健所 〕

〔 精神病床を有する病院がない保健所 〕



図表 2-34 保健所参加の有無【ブロック別】



管内に精神病床を有する病院が“あり”、開催状況を把握している 131 保健所の参加の有無について、ブロック別にみると、近畿ブロックでは「参加有」が 47.8%と他のブロックに比べ、参加している割合が大きかった。

管内に精神病床を有する病院が“ない” 28 保健所のうち、退院支援委員会に「参加したことがある」は 14.3% (4 保健所)、「参加したことがない」は 82.1% (23 保健所) である。

“参加したことがある” 保健所の参加例数は、「1 件」が 3 保健所、「9 件」が 1 保健所となっている。

“参加したことがない” 23 保健所全てにおいて、管外の精神科病院から「出席要請がない」との回答である。

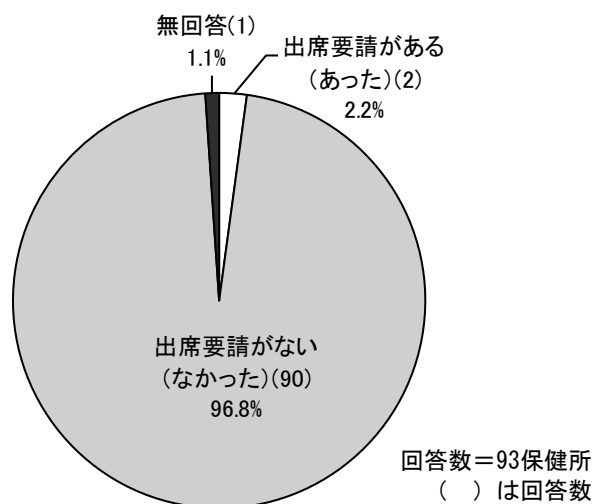
◆ 「その他」の具体的な内容

- 患者退院時のケア会議（病院ケースワーカー、町村担当者等）に出席。

■ 退院支援委員会に「参加していない」保健所（93）

③ 精神科病院からの出席要請の有無

図表 2-35 精神科病院からの出席要請の有無

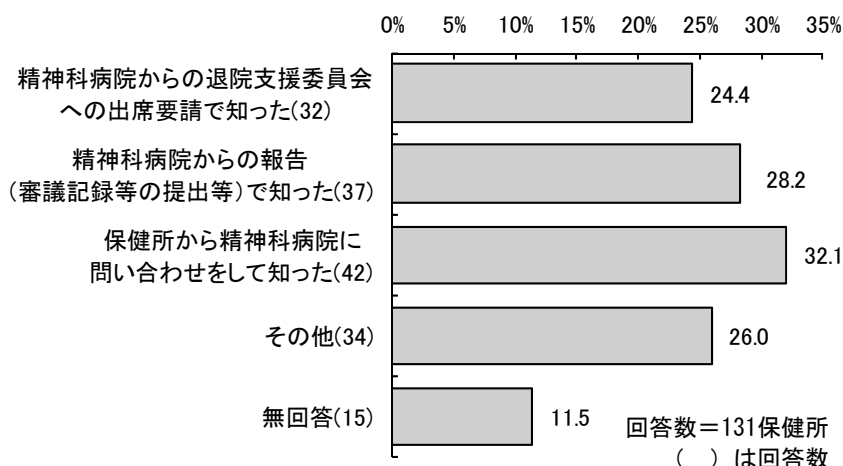


管内に精神病床を有する病院が“あり”、退院支援委員会に参加していない 93 保健所のうち、精神科病院からの「出席要請がある (あった)」が、参加していない保健所は 2 保健所のみで、参加していない理由のほとんどは『出席要請がない』ためであった。

■ 「全て把握している」あるいは「一部把握している」保健所（131）

④ 開催例数の把握方法

図表 2-36 ①-1 開催例数の把握方法(複数回答)



開催例数を把握している 131 保健所の把握方法については、「保健所から精神科病院に問い合わせをして知った」という積極的な回答が 32.1%と最も多かった。

また、「その他」の具体的な内容は以下のとおりであるが、『病院との定期的な連絡会』『病院へのヒアリング』など、こちらも積極的な回答が多数みられた。一方、『実地指導での確認』という回答も多く、実地指導での確認だけでなく、随時情報確認ができる方法を各保健所において検討する必要があると思われた。

◆ 「4 その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

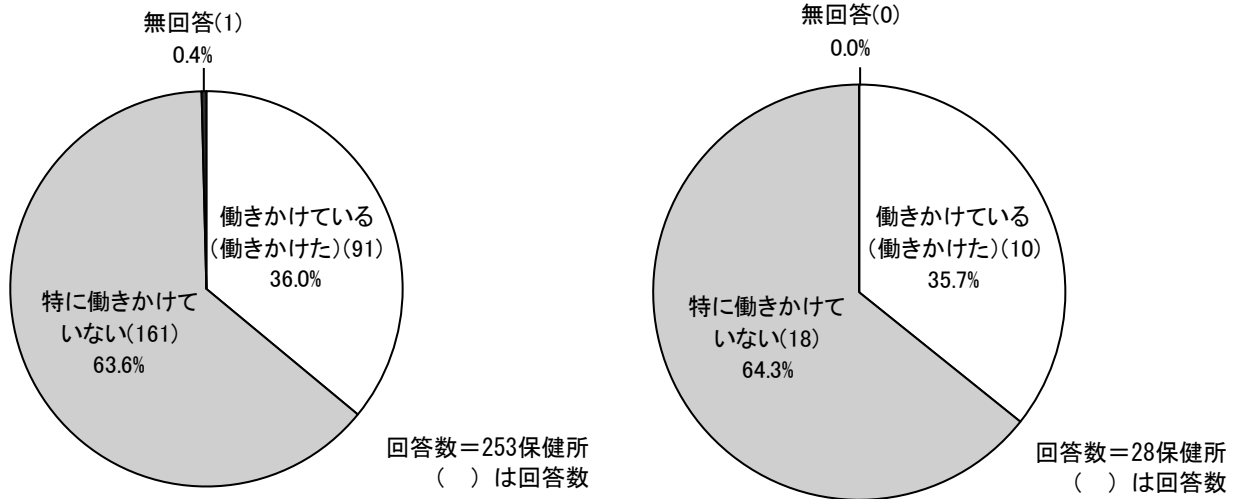
- 精神科病院実地指導において把握。
- 都道府県主催の研修会開催のための事前アンケートで知った。
- 精神保健福祉法改正後に管内精神科 P S W に退院支援委員会の開催方法、問題となっていることについて、ヒアリングを行った。
- 地域移行支援委員会等の関係機関会議で把握。
- 入院患者本人からの報告。
- 病院 P S W と保健所 P H N で定期的に連絡会を持っている。
- 病院からの開催方法等の問い合わせによって知った。

⑤ 退院支援委員会への参加の働きかけ

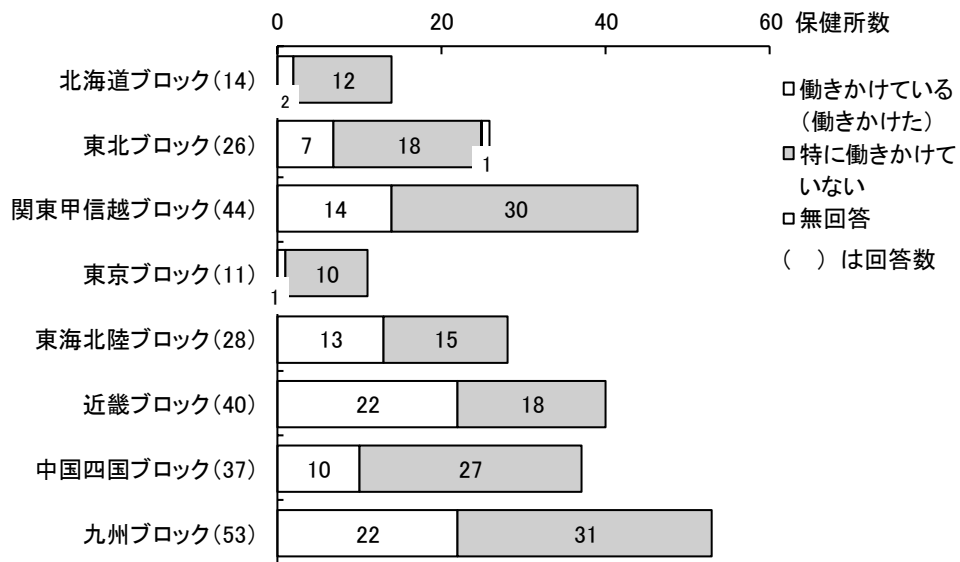
図表 2-37 退院支援委員会への参加の働きかけ

〔 精神病床を有する病院がある保健所 〕

〔 精神病床を有する病院がない保健所 〕



図表 2-38 退院支援委員会への参加の働きかけ【 ブロック別 】



管内に精神科病床を有する病院がある 253 保健所の退院支援委員会への参加の働きかけの有無については、働きかけを行っている保健所は 36.0%の 91 保健所であった。働きかけを行っている 91 保健所でも参加ありは 27.5%の 25 保健所でしかなかったが、働きかけを行っていない 161 保健所の参加ありは 7.5%の 12 保健所でしかなかった、今後保健所が参加していくためには、病院に対し、より積極的な働きかけを行っていく必要がある。

ブロック別にみると、退院支援委員会へ参加している割合が他のブロックに比べ大きかった近畿では、働きかけを行っている割合も他のブロックに比べ大きかった。

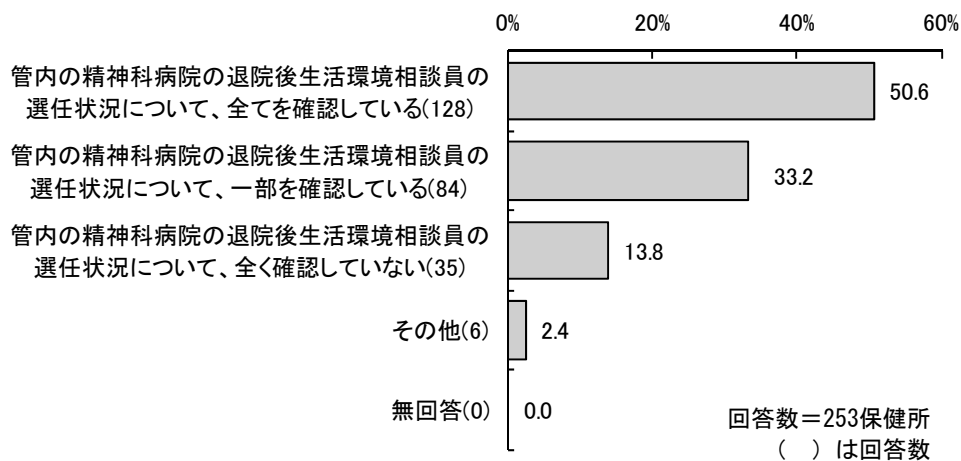
管内に精神病床を有する病院が“ない”28保健所の管外精神科病院に対する退院支援委員会への参加の働きかけについては、35.7%が働きかけを行っており、これは管内に精神病床を有する病院がある保健所の働きかけを行っているとの回答36.0%とほぼ同じ結果であった。

働きかけを行っている10保健所での参加ありは2保健所で、働きかけを行っていない18保健所の参加ありも2保健所でしかなく、今後保健所が参加していくためには、病院に対し、より積極的な働きかけを行っていく必要がある。

(6) 退院後生活環境相談員の状況

① 退院後生活環境相談員の選任状況の確認

図表 2-39 退院後生活環境相談員の選任状況の確認



退院後生活環境相談員の選任状況の確認については、全部もしくは一部確認していると回答した保健所は83.8%とほぼ確認が行われていた。

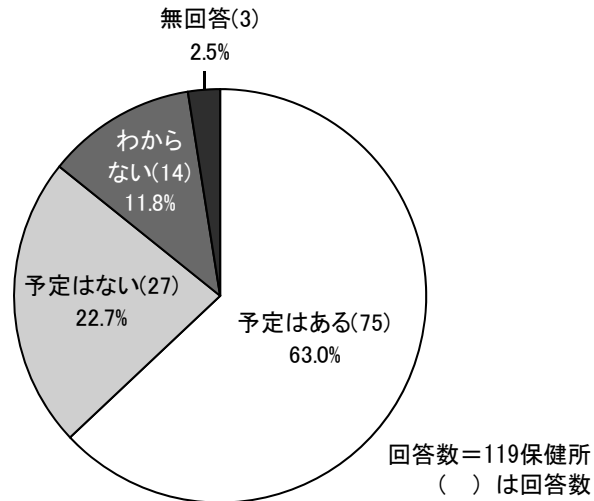
◆ 「その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

- 都道府県として任意に調査を実施しているが、保健所としては把握していない。
- 入院届に添付される入院診療計画書にて選任の状況確認実施。
- 精神科病院実地審査・実地指導時に把握。精神保健福祉専門部会での把握。

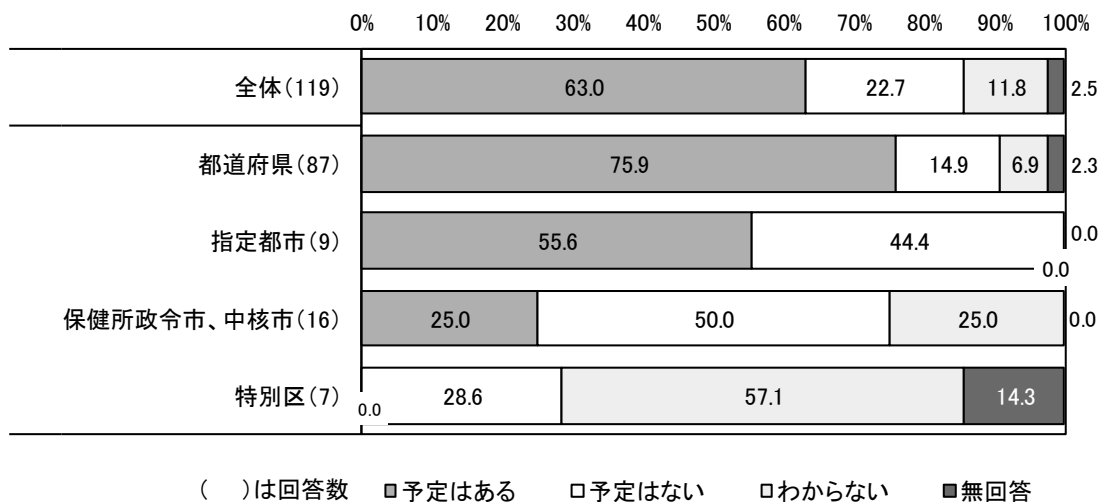
■ 「一部確認している」あるいは「全く確認していない」保健所（119）

② 実地指導の際、確認予定の有無

図表 2-40 実地指導の際、確認予定の有無



図表 2-41 実地指導の際、確認予定の有無【保健所設置主体別】

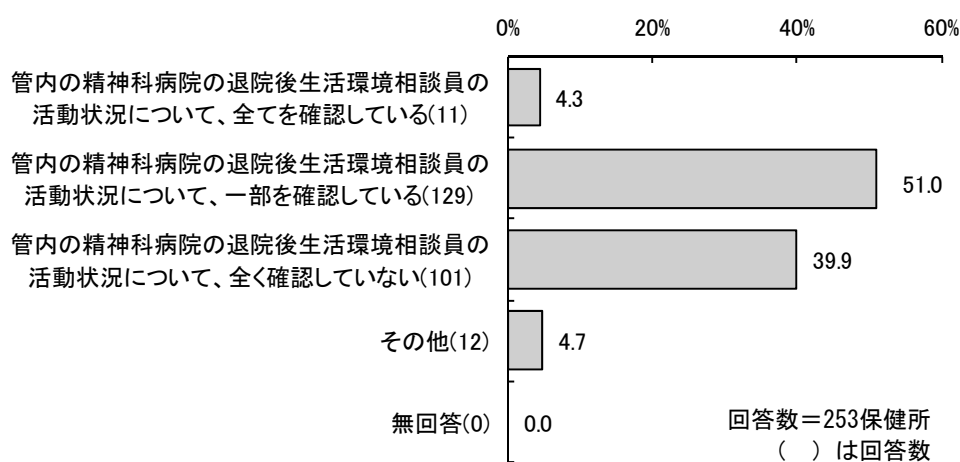


確認が不十分な 119 保健所について、実地指導の際の確認の予定の有無については、75 保健所、63.0%が「予定はある」との回答だった。

保健所設置主体別にみると、「予定がある」割合は、都道府県型 75.9%、政令指定都市型 55.6%、保健所政令市・中核市 25.0%と、実地指導の権限が保健所にある割合が高い順番になっており、実地指導の権限が保健所にあるということが情報確認につながっていた。

③ 退院後生活環境相談員の活動状況の確認

図表 2-42 退院後生活環境相談員の活動状況の確認



退院後生活環境相談員の活動状況の確認については、全部もしくは一部確認していると回答した保健所は 55.3%と約半数の保健所で何らかの確認は行われていた。

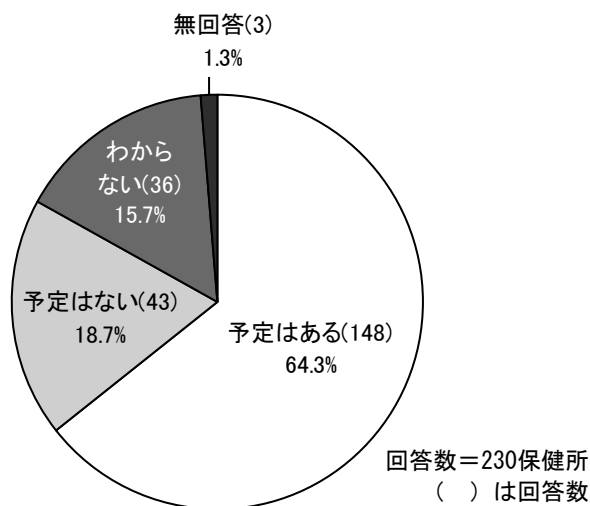
◆ 「その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

- 精神科病院実地指導において確認。
- ケース連絡の際に状況を聞いている。
- 都道府県として任意に調査を実施しているが、保健所としては把握していない。
- 関係機関会議等の機会に、活動状況について何うようにしている。
- 精神科病院の状況調査が都道府県庁により実施され、結果が保健所に報告される予定になっている。

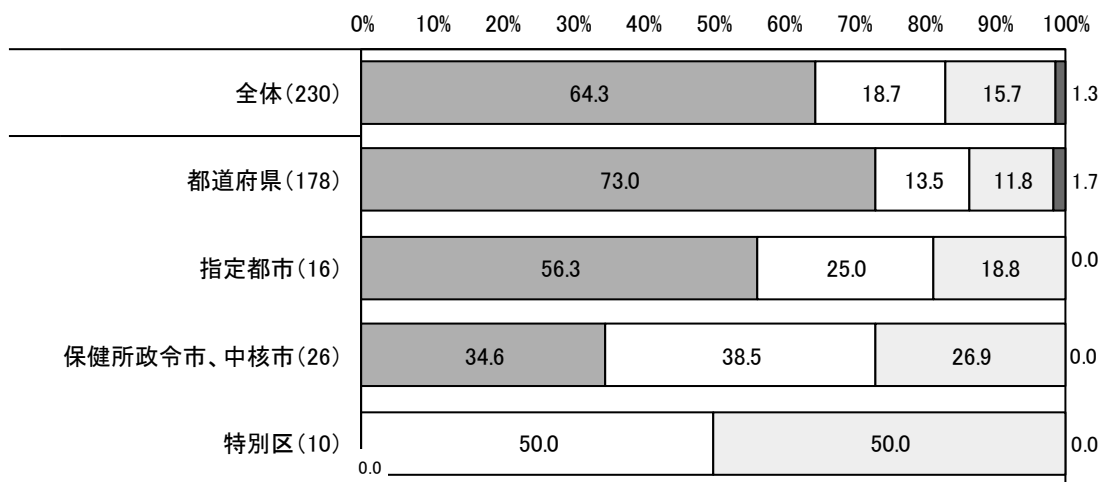
■ 「一部確認している」あるいは「全く確認していない」保健所（230）

④ 実地指導の際、確認の予定

図表 2-43 実地指導の際、確認の予定



図表 2-44 実地指導の際、確認予定の有無【保健所設置主体別】



()は回答数 ■予定はある □予定はない □わからない ■無回答

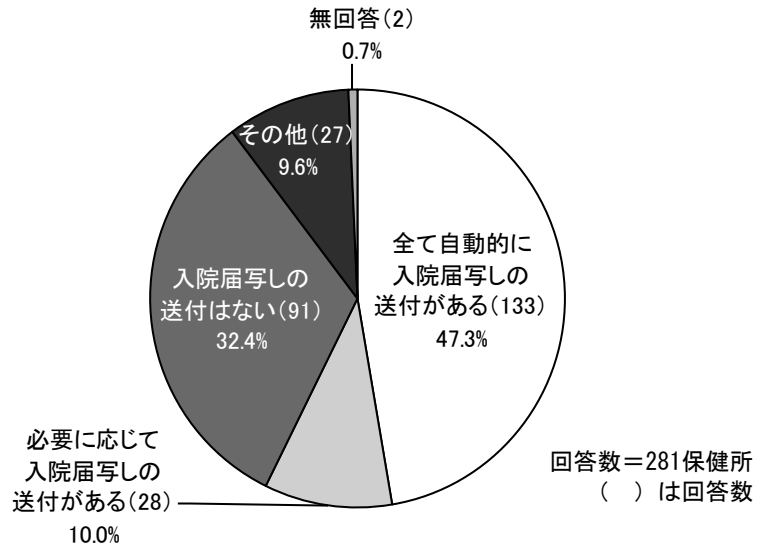
確認が不十分な 230 保健所について、実地指導の際の確認の予定の有無については、148 保健所、64.3%が「予定はある」との回答だった。

保健所設置主体別にみると、「予定がある」割合は、都道府県型 73.0%、政令指定都市型 56.3%、保健所政令市・中核市 34.6%と、実地指導の権限が保健所にある割合が高い順番になっており、実地指導の権限が保健所にあるということが情報確認につながっていた。

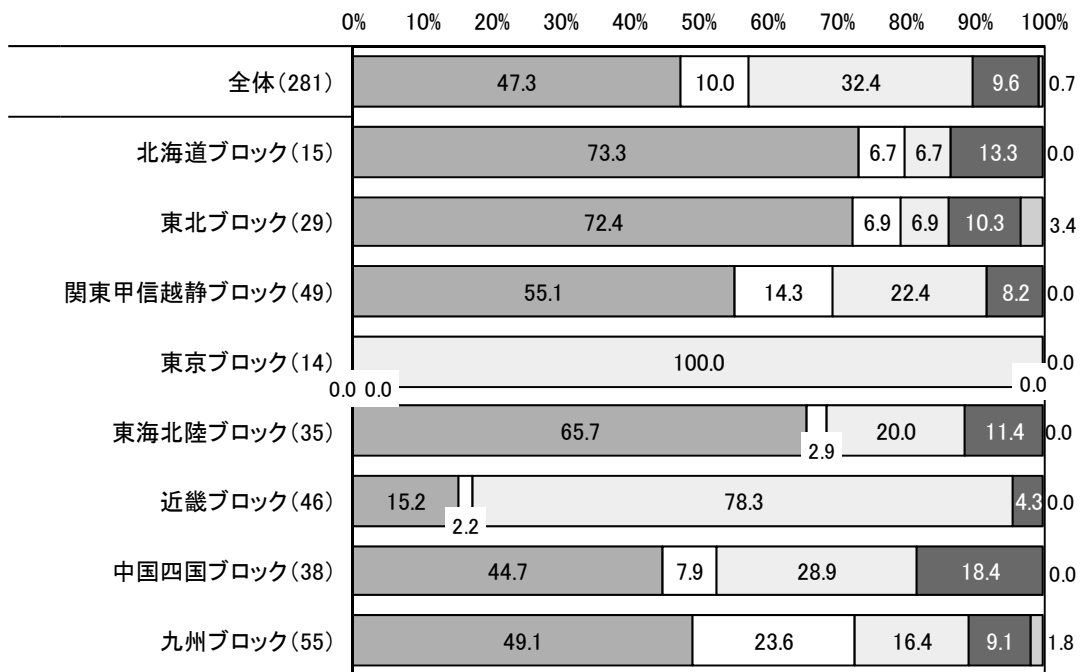
(7) 保健所間連携について (全ての回答保健所 281)

① 入院届写しの送付の有無

図表 2-45 入院届写しの送付の有無



図表 2-46 入院届写しの送付の有無【ブロック別】



()は回答数
 □全て自動的に入院届写しの送付がある □必要に応じて入院届写しの送付がある □入院届写しの送付はない □その他 □無回答

入院患者が地域に戻ってきた際の保健所の関与を考えた場合、入院中から保健所が関与することが望ましい。そのためには、病院所在地保健所あるいは医療機関から患者住所地保健所への入院届等の情報提供が望まれるが、今回の調査では、32.4%の保健所が入院届写しの送付はないと答えている。しかし、その他の回答にもあるように、患者住所地保健所がそもそも提出先になっているため、写しの送付は必要ないとの回答もあり、本回答については、再度詳細な内容で確認をする必要がある。

また、ブロック別にみると、「入院届写しの送付はない」との回答が6.7%~100%と大きな差があった。この結果も踏まえ、まずは、都道府県単位で、患者住所地保健所が入退院情報をどの程度把握できているのか、また、どのように把握しているのかを再度確認し、患者住所地保健所が入退院情報を把握するための仕組みづくりを検討していく必要がある。

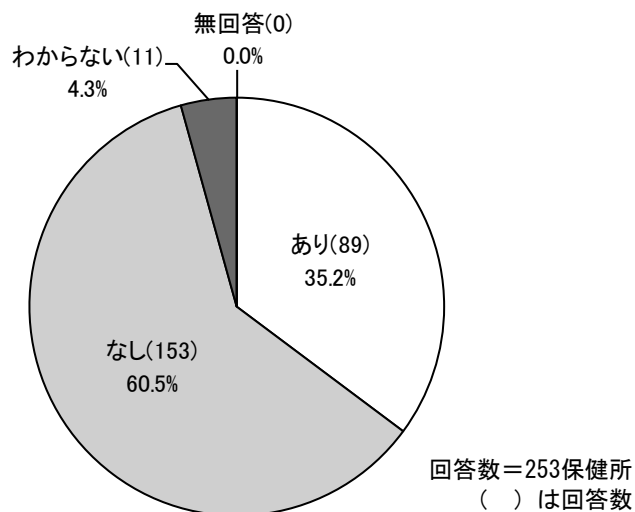
◆ 「その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

- 全て自動的に入院届（原本）の送付がある。
- 提出先を患者住所地の管轄保健所としている。
- 県所管の保健所からは全て入院届写しの送付はあるが、政令市からはない。
- 必要に応じ、担当者間のケース連絡はあり。
- 精神保健福祉センターより患者住所地保健所へ送付している。
- 管外精神科病院の一部は入院届が当所に届き、当所から該当市の精神保健福祉センターへ送送している。
- 病院所在地保健所の判断による。

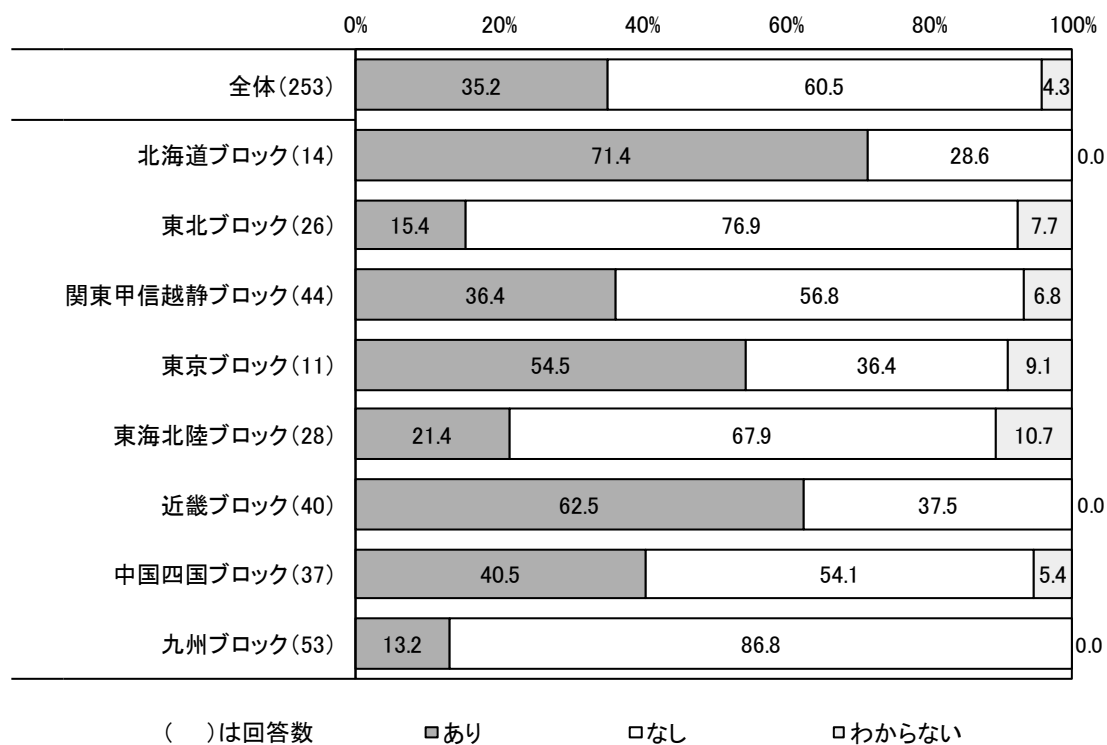
(8) ピアサポーターの養成について

① ピアサポーター養成の有無

図表 2-47 ピアサポーター養成の有無



図表 2-48 ピアサポーター養成の有無【ブロック別】



35.2%の89保健所管内でピアサポーターの養成が行われていた。

ブロック別にみると、71.4%の保健所管内で養成が行われている北海道ブロックから、13.2%の保健所管内でしか養成が行われていない九州ブロックと、かなりの地域差がみられた。

ピアサポーター養成の実施主体は、地域生活支援事業者等が最も多かった。

精神障害者の地域移行を推進していくためには、ピアサポーターの関与も必要であり、今後保健所管内でピアサポーターの養成が進んでいくよう保健所の積極的な働きかけも必要である。

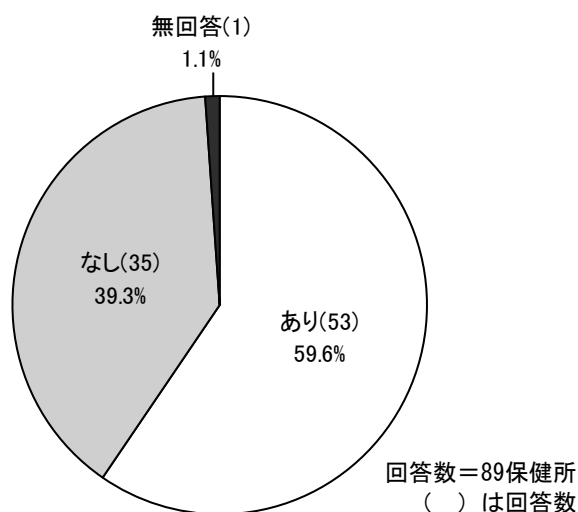
■ 管内でピアサポーター養成が「あり」の保健所（89）

② ピアサポーター養成の実施主体 *一部抜粋、同一内容については集約。（ ）内は、その件数である。

- 保健所（15）
- 都道府県（10）
- 市町村（4）
- 精神保健福祉センター（7）
- 医療機関（2）
- 家族会（1）
- 社会福祉協議会（1）
- 地域生活支援事業者、地域生活支援センター、地域活動支援センター、相談支援事業所（38）
- 社会福祉法人、NPO法人（8）
- その他（2）

③ ピアサポーター養成への保健所の関与の状況

図表 2-49 保健所の関与の状況



保健所管内でピアサポーターの養成が行われている 89 保健所の、保健所の関与の状況については、59.6%の 53 保健所が関与しているとの回答であった。

関与の具体的内容については、『養成研修への参加、協力』が最も多く、その他にも『ピアサポーターの登録・派遣』『保健所事業でのピアサポーターの活用』や『養成後の活動支援、活動場所の提供』など積極的な関与が行われていた。

■ 管内でピアサポーター養成が「あり」、保健所の関与が「あり」の保健所（53）

④ ピアサポーター養成への保健所の具体的関与の内容

*一部抜粋、同一内容については集約。()内は、その件数である。

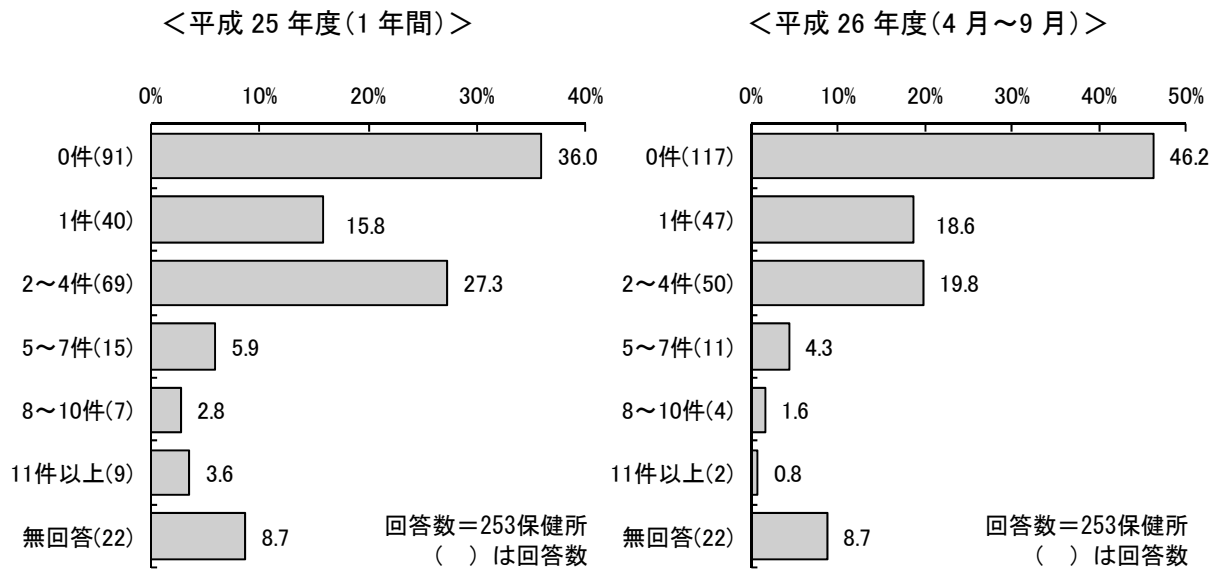
- 実施主体 (3)
- 共催事業所 (1)
- 補助金交付 (1)
- ピアサポーターの養成研修への参加、協力 (23)
- 事業者への企画、運営に関する支援 (4)
- ピアサポーターの登録、派遣 (3)
- ピアサポーター養成後の活動支援、活動場所の提供 (9)
- 保健所事業でのピアサポーターの活用 (3)
- 院内交流会の企画支援 (2)
- 医療機関へピアサポーターの情報提供 (1)
- 当事者への情報提供 (1)
- その他 (2)

(9) 地域移行支援制度への申請について

図表 2-50 地域移行支援制度への申請

	合計(件)	平均(件)	最大件数
①平成 25 年度(1 年間)	528	2.3	26
②平成 26 年度(4 月～9 月)	291	1.3	14

図表 2-51 申請件数



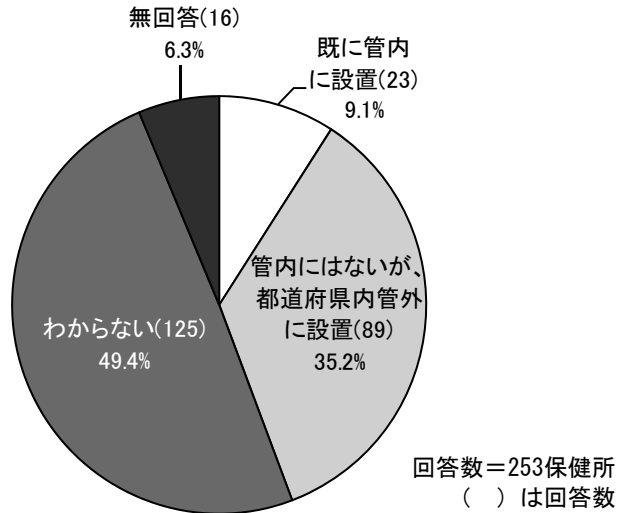
管内市町村における障害者総合支援法による地域移行支援サービスへの新規申請件数について、平成 25 年度（1 年間）では 1 保健所管内平均 2.3 件、平成 26 年度上半期（6 か月間）では 1 保健所管内平均 1.3 件であり、本制度の利用が進んでいない現状がわかった。

まずは、各保健所において、本制度利用に際し、どこに問題があるかを関係機関で情報共有し、利用促進に向けた対応を検討していく必要がある。

(10) アウトリーチ体制について

① アウトリーチチームの設置状況

図表 2-52 アウトリーチチームの設置状況



管内でのアウトリーチチームの設置状況については、約半数がわからないという回答であった。既に管内に設置されている場合の具体的な内容については、以下のとおり様々であった。

■ アウトリーチチームを「既に管内に設置」している保健所 (23)

*一部抜粋、同一内容については集約。()内は、その件数である。

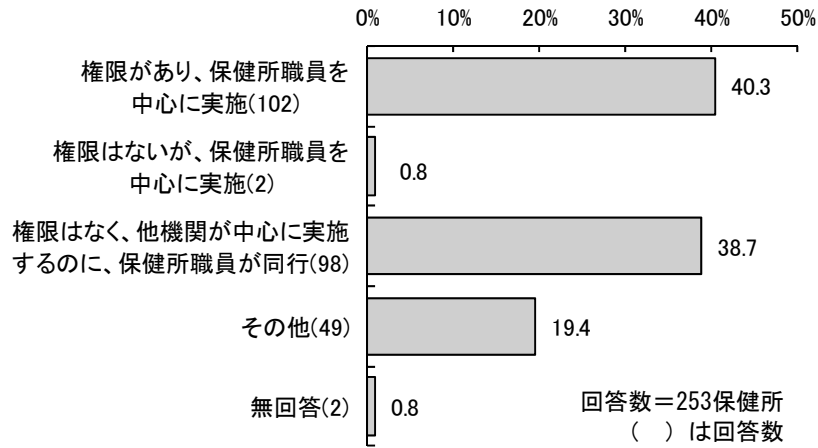
- モデルとして1チームあったが、診療報酬化に伴い運営はしていない。
- 精神障害者アウトリーチ事業を外部団体に委託して実施。
- 管内の精神科病院で震災対応型アウトリーチを実施している (県が事業を委託)。
- 国の補助事業 (精神障害者アウトリーチ推進事業 (震災対応型)) により、県からNPO法人に委託して実施している。
- 私立病院にて実施のACTチーム。
- 県精神科救急情報センターにて、県内一括でアウトリーチ事業を行っている。
- 都道府県での運営。
- 地区を担当する専門職 (保健師、社会福祉士) の配置がある。
- 精神科病院にて実施 (精神科重症患者早期集中支援管理料は算定していない)。
- 平成 25 年度で国のモデル事業が終了後、保健所管内において県の地域生活支援事業として引き続き実施している。

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定している診療所。
- 「未治療・治療中断等の精神障害者に対するアウトリーチ支援事業」を平成 26 年度よりモデル実施。平成 27 年度以降は本格実施を予定。
- 精神障がい者アウトリーチ推進事業（モデル事業）の継続。(3)
- 病院内に地域医療推進センターを設置し、チームでアウトリーチを実施している。
- 精神科重症患者早期集中支援管理料算定をとっていないが、通院患者や、通院できない患者等に対して、医師、P S W、O T、看護師が訪問看護を行っている。
- 国の補助金で県が医療機関に委託。
- 精神保健福祉センター、民間診療所。
- 管内の一つの病院では、退院前後に訪問看護等の検討を行ったり、病院の担当者が訪問している。
- 診療所 1 か所が A C T を実施している。
- チームの設置はないが、必要に応じて対応する。

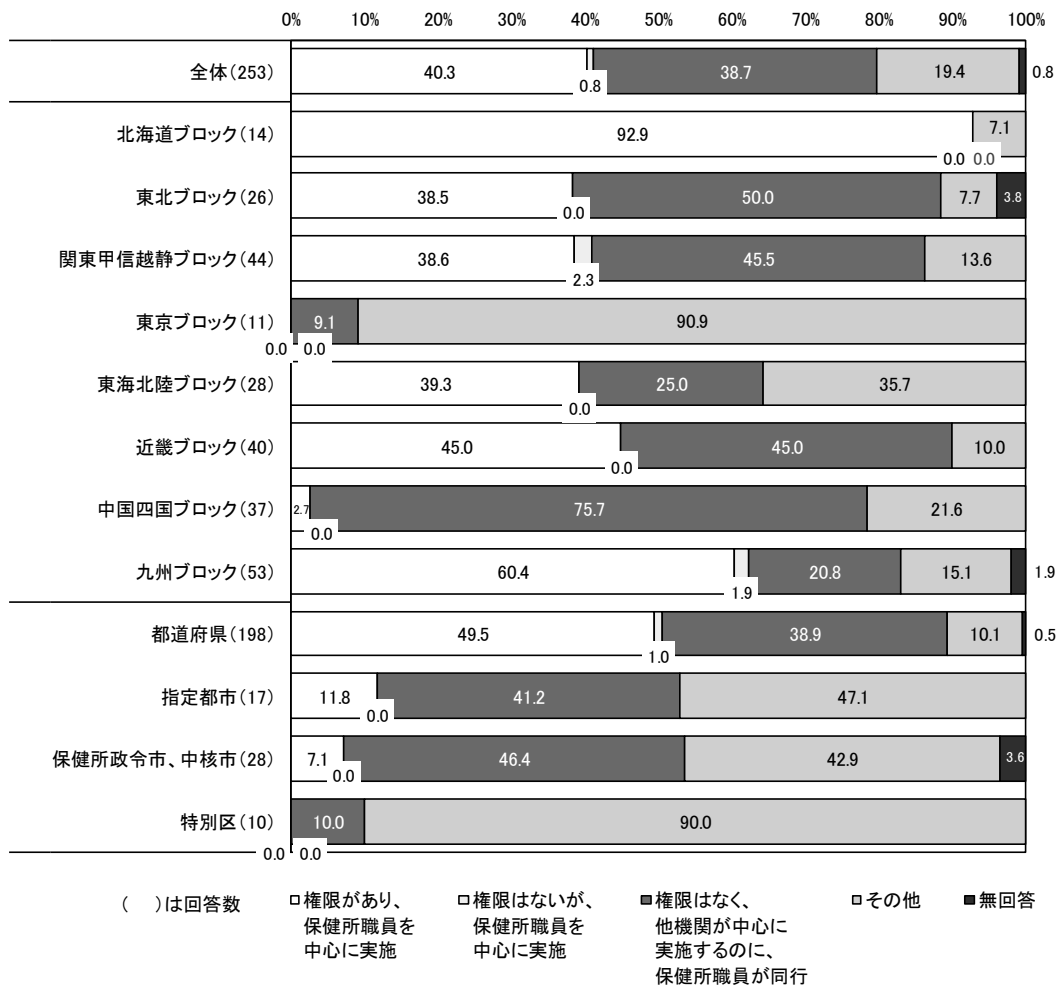
(11) 精神科病院実地指導について

① 精神科病院実地指導への保健所の関わり

図表 2-53 精神科病院実地指導への保健所の関わり



図表 2-54 精神科病院実地指導への保健所の関わり【ブロック別・設置主体別】



全体では、「保健所に権限があり保健所職員を中心に実施」40.3%、「権限はないが保健所職員を中心に実施」0.8%、「権限はなく他機関が中心に実施するのに保健所職員が同行」38.7%と多くの保健所が何らかの形で関与していた。また、ブロック別にみると関与の仕方に地域差があることがわかった。

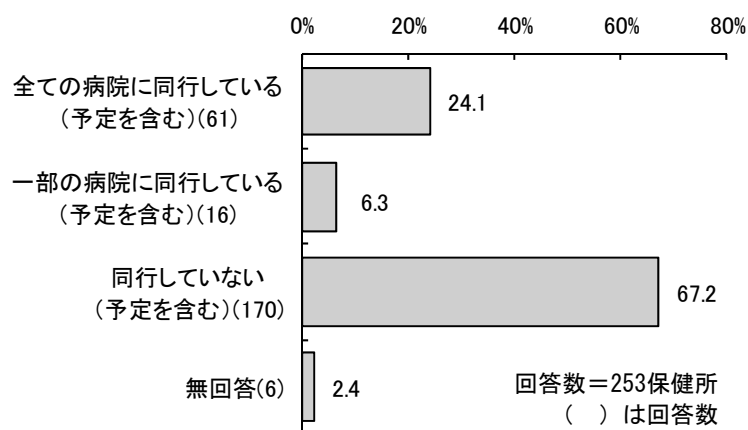
保健所設置主体別にみた場合、保健所が関与しているのは、都道府県89.4%、指定都市53.0%、保健所政令市・中核市が53.5%、特別区10.0%であり、今後特に、市型・特別区保健所が関与できるよう国や本庁に対し、働きかけをしていく必要がある。

◆ 「その他」の具体的な内容 *一部抜粋、同一内容については集約。

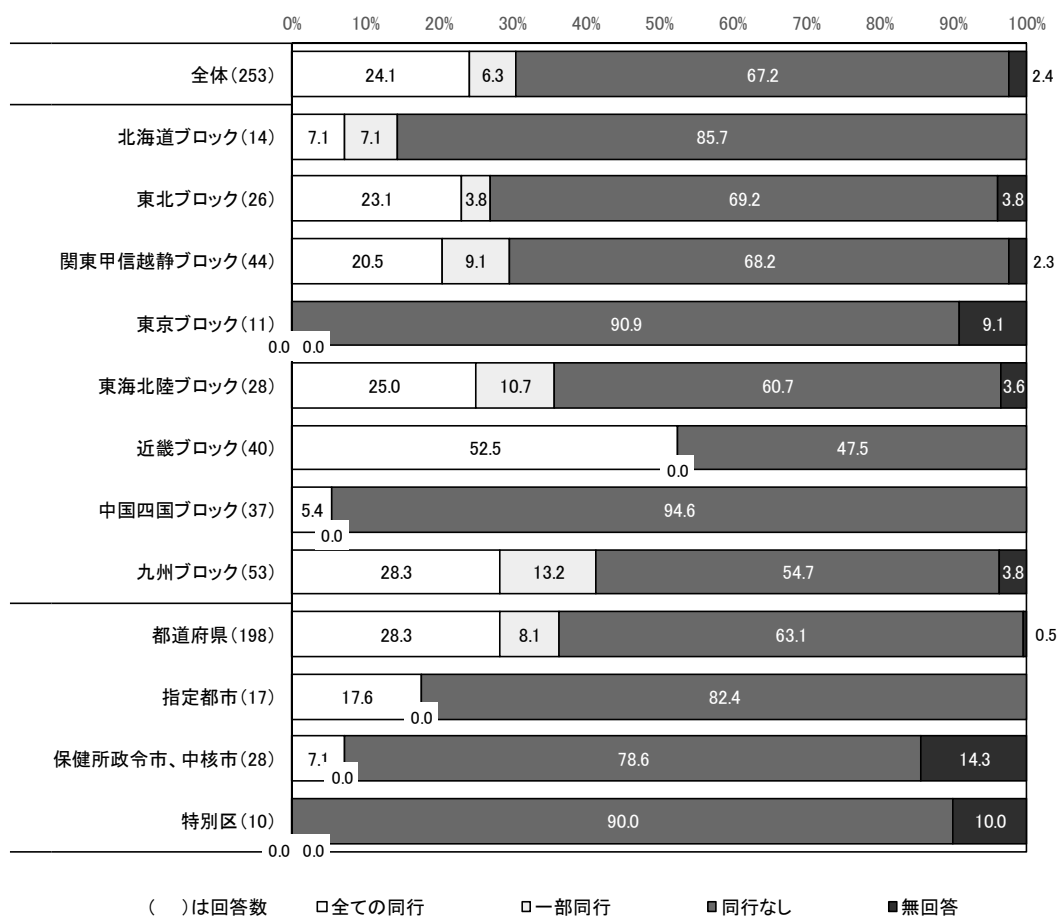
- 権限がなく、他機関の現地指導にも同行していない。
- 本庁実施。
- 保健所内に本庁機能を置いているため、保健所職員に権限があり、保健所職員中心に実施している。
- 本庁の医療安全の担当部署が実施しており、保健所職員の同行・立合いはない。
- 本庁の精神保健の担当部署が実施し、保健所職員が同行。
- 精神保健福祉法に基づくものは県保健所が実施し、医療法に基づくものを当市保健所が実施しており、現地指導は合同で行っている。そのため、各法に基づく部分に対し、権限がある事になる。
- 県保健所実施。
- 本庁職員が中心に実施。保健所職員は患者聞き取り調査で協力のため同行。
- 本庁担当課、保健所が共同実施し、事務主体は本庁担当課にて行っている。
- 当所は支所型保健所であり、現地指導は本所型保健所が対応している。

② 実地指導の保健所長の同行状況(平成26年度)

図表 2-55 実地指導の保健所長の同行状況



図表 2-56 実地指導の保健所長の同行状況【ブロック別・設置主体別】



実地指導への保健所長の同行については、全体では 67.2%が同行していないとの回答であった。ブロック別にみると、近畿では半数以上の保健所が全て同行しているとの回答で、他ブロックに比べ、保健所長の積極的な関与がみられた。

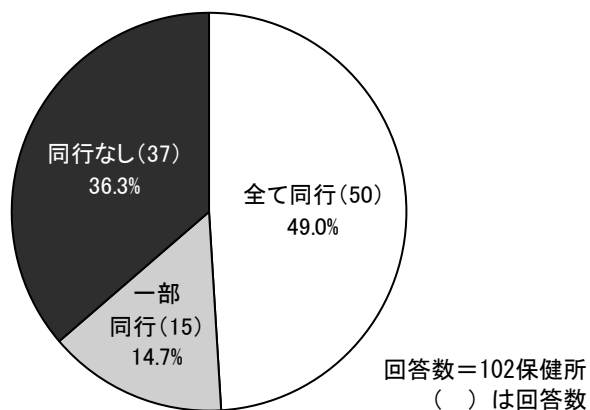
また、設置主体別では、当たり前だが、実地指導の権限がある割合が高い都道府県型で保健所長の同行が最も多かった。

③ 精神科病院実地指導への保健所の関わりと保健所長の同行状況

図表 2-57 精神科病院実地指導への保健所の関わり【保健所の権限別】

	合計	全ての病院に同行している(予定を含む)	一部の病院に同行している(予定を含む)	同行していない(予定を含む)	無回答
全体	253 100.0	61 24.1	16 6.3	170 67.2	6 2.4
権限があり、保健所職員を中心に実施	102 100.0	50 49.0	15 14.7	37 36.3	0 0.0
権限はないが、保健所職員を中心に実施	2 100.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
権限はなく、他機関が中心に実施するのに、保健所職員が同行	98 100.0	11 11.2	1 1.0	86 87.8	0 0.0
その他	49 100.0	0 0.0	0 0.0	45 91.8	4 8.2

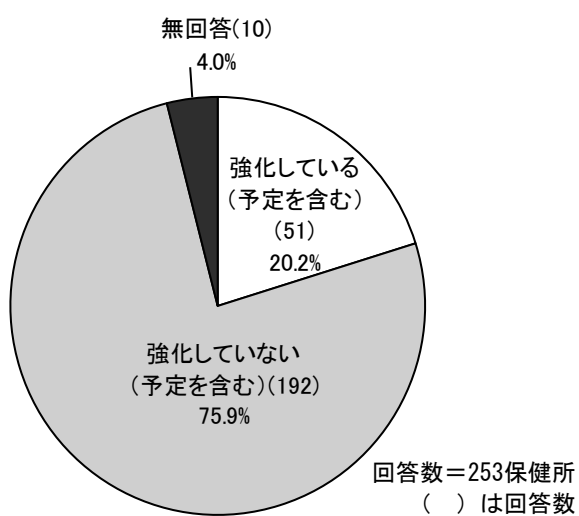
図表 2-58 権限がある保健所での、保健所等の同行



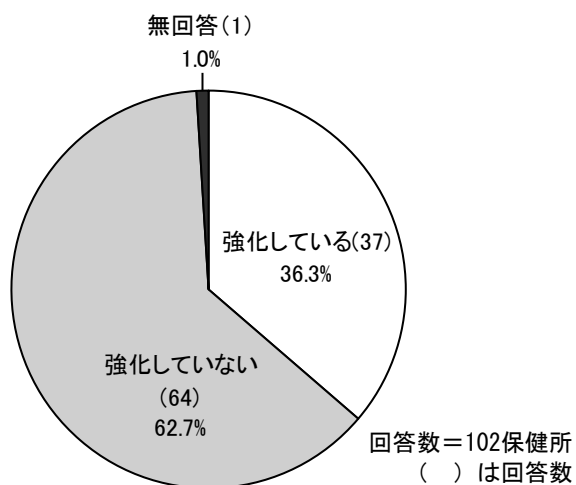
保健所に実地指導の権限がある 102 保健所においても、36.3%の 37 保健所が同行していないとの回答であった。医療法における病院立入検査との整理をしつつ、保健所長の積極的な同行が望まれる。

④ 実地指導の強化体制について(平成26年度)

図表 2-59 実地指導の強化体制



図表 2-60 権限がある保健所での、実地指導の強化体制



全体 253 保健所では 20.2% の 51 保健所、保健所に実地指導の権限がある 102 保健所では 36.3% の 37 保健所が「強化をしている」との回答であった。

「強化をしている」具体的内容としては、『法改正関連事項についての重点的指導』が最も多く、次いで、『保健所長の同行』となっていた。

■ 今年度、実地指導体制を「強化している」保健所（51）

⑤ 強化している具体的内容 *一部抜粋、同一内容については集約。（ ）内は、その件数である。

- 保健所長権限での実地指導の実施。(1)
- 保健所長の同行。(14)
- 障害福祉課精神保健福祉対策監の同行。(1)
- 実地指導担当職員の強化。対応する職員数の増。(5)
- 実地審査に保健所職員が同席。(1)
- 指定医を公的機関に勤務する指定医に限定。(10)
- 実地審査の指定医を、病院長クラスに依頼。(1)
- 立入検査との重複箇所を聞き取り事項から削除。医療法における病院の立ち入り調査と同日実施。(2)
- 精神保健福祉法に係る事務等の詳細な検証時間をさらに確保。保健所職員と病院職員（精神保健福祉士等）との間で法改正に関する情報交換の時間を設定。(3)
- 医療保護入院者の退院促進のための体制整備に関する設問の追加。法改正関連事項について重点的な指導を実施。(17)
- 預り金などの管理状況などの事前調査を実施。(2)
- 入院患者及び職員への面接を強化。(1)
- 例年は指定医1名が、同日に実地審査・実地指導を実施していたが、今年度2名の指定医により、それぞれ実地審査、実地指導を担当し実施。(1)
- 毎年保健所職員2名が入院者に直接（8名程度）面接しているが、今年度から退院後生活環境相談員から説明を受けたかを確認。(1)
- 行動制限の実施状況等、例年指導が重なっている事項について、重点的に確認。(1)
- 精神保健福祉センター所長の同行と本庁担当課と連携を取りながら実施中であり、今後も継続していく予定。(1)

7. 地域移行の推進への取り組みについて（自由記載）

保健所で頑張っていることや、管内の精神科病院で、今回の法改正後に新たに取組んでいることがあれば自由にご記入ください。

（1）保健所の取り組み

① 関係機関との連携会議や事例検討会等の開催

- 地域移行の推進に向けて、ネットワーク会議で関係者と検討を予定している。就労の場拡大を目的に、地域の産業である農業と就労支援事業所をつなげる事業を企画している。
- 地域生活支援事業を社会福祉法人への委託により実施しているが、対象者の地域移行にあたっての検討の場面に保健所保健師等が積極的に参加している。
- 当所では、通報等により入院となった精神障がい者が、退院後も適切な医療を受けながら、安心して生活を営めるよう医療機関や市町村等とネットワークの構築を図るため、月1回担当者会議を開催している。なお、病棟の改築により平成26年5月1日から55床となっている。
- 地域の支援者のネットワークを維持強化するために、毎月第3水曜日に、管内の県立病院を会場として連絡会を開催。
- 退院促進、地域移行の推進。必要時、相談支援事業所にも連絡し、退院に向けたケア会議等、積極的に取り組んでいる。
- 平成25年度は、県の検討部会の構成メンバーとなり、地域移行・地域定着の関係機関の実態調査をした。平成26年度は、実態調査を基に、地域移行・地域定着サービスをすすめるのには、関係機関の連携の下に支援を行うという観点から、支援体制整備を目的に、精神科病院・指定一般相談支援事業所・市委託相談支援事業所・市地区保健福祉センター・県障がい福祉課・県精神保健福祉センター等で連絡会を開催する。
- 管内の各精神科病院と地域の関係機関（地域援助事業者等）の連絡会を開催（年2～3回）し、病院と地域の顔の見える関係づくりを図る。
- 全県で「精神科病院と地域機関の連絡会（情報交換や事例検討）」に取り組んでいるが、当所管内では精神科病院が主催して、地域連絡会を開催している。そこで、精神科病院と相談して、長期入院者の事例検討を実施するよう働きかけている。
- 平成25年度から、精神科病院と保健所の連絡会を全県的に実施している。
- 今年度より、「市精神障がい者の地域生活を考える関係機関連絡会」を開催し、支援者、関係機関等の社会資源を育成し、地域における支援ネットワークの構築を目指している。
- 精神障害者に対する地域生活への移行に向けた支援の充実を図るため、措置入院からの退院支援における関係機関との連携について試行的に取り組んでいる。
- 地域移行支援連絡協議会を開催し、各関係機関が連携できる体制づくりに取り組んでいる。
- 地域の社会資源が少ないので、関係機関と協力して精神障害者の地域移行への体制づくりを課題とすることが必要と考えている。精神障害者の支援をする事業所の数も少なく、地域支援事業者や訪問看護ステーションが精神科に特化したものがなく、支援についてのとまどいや病状悪化時の対応への不安を抱えている現状がある。当所への相談や通報等で係わるケースについては、医療機関や支援事業所、市の保健福祉部門との支援検討会の開催により、多機関連携をすすめている。

る。また、連絡協議会や支援機関対象の研修会により、市や事業所の支援とネットワークづくりに取り組んでいる。

- 平成 24 年度以降、精神保健福祉担当保健師がコーディネーター役となり、圏域の病院及び相談支援事業所、市町村等からなる協議会（連絡会）を年 2 回開催するとともに、圏域を 3 地域に分けて地域毎に情報交換会を開催している。
- 地域移行に関する課題共有のために、管内の相談支援専門員・市町担当者等と管内全ての精神科病院に出向き、病院職員との意見交換を実施した。管内の精神科病院・相談支援機関・市町等と連絡会議を開催している。
- 本市では地域移行・定着の利用率が低いことから、事業を有効に活用できるように、本市自立支援協議会に地域移行・定着に関する部会が本年設置され、保健所も部会メンバーとして参加し、モデルケースに関わり、問題点等を発見していく役目を担っている。
- 医療保護入院にかかわる台帳の整理。関係機関ネットワークの構築。
- 当保健所精神保健福祉連絡協議会でのテーマに 2 年継続して「地域移行」を取り上げ、退院先の確保を地域全体の課題として取り上げた結果、今年度新規グループホームオープン運びとなった。地域移行支援協議会は全て精神科病院を会場に行われており、地域支援者と病院関係者の連携強化につながっている。
- 管内には、圏域の自立支援協議会、地域精神保健福祉研究会等、精神保健福祉分野について協議される場や、関係機関が管内の福祉状況や市町の懸案事項、それぞれが抱える問題等について話し合う場が確保されている。当所もその場に参加し、管内の全体状況を把握し、情報収集、情報共有を図り、横のつながりに努めている。お互いに会う機会が多く、顔の見える安心感があり、困難ケースについても相談しやすく、また未受診者を含む複雑困難ケースについては、行政、医療機関、警察、支援機関等々どこかの機関が把握していることが多く、連携して対応することが可能なベースがある。その上で、ケア会議への参加等、管内関係機関からの S O S に迅速に対応するよう取り組んでいる。
- 圏域地域体制整備連絡会を開催し、医療と福祉と行政の連携を促進するための研修会を実施。
- 今年度、圏域自立支援協議会の部会として、「地域移行・定着部会」を発足し、今後課題等について協議し、推進していく予定。なお、平成 19～23 年度に地域移行支援事業として 8 名の方が地域移行し、ほぼ地域定着している。
- 精神科医療機関と地域支援事業者の連携を実現する環境づくりをねらいとして、今年度中をめどとして、自立支援協議会に地域移行専門部会を立ち上げる準備を進めている。
- 自立支援協議会を活用した精神障害者の地域サービス体制づくり。医療保護入院患者及び長期入院患者への退院支援に関する保健所・地域活動支援センター等と医療機関との連携状況の把握とデータベース化。
- 都が開催している地域移行の圏域会議等に参加。
- 管内関係機関情報ネットワーク連絡会において退院促進について当テーマとしてとりあげている。
- 管内病院精神保健福祉士、看護師、相談支援事業者、市担当者を対象に、管内関係者連絡会を開催。内容：①法改正に伴う病院の体制について確認。②病院における入院患者状況の把握、退院支援に向けての取り組み、退院後の支援等の現状や課題について意見交換を実施。支所において、毎月、関係機関連絡会を実施。

- 当保健所管内では精神保健福祉の関係機関で構成する「地域精神保健福祉業務連絡会」を開催している。構成機関は医療機関、障害福祉サービス事業所、警察、社会適応訓練協力事業所、社会福祉協議会、精神障害者家族会、ボランティアグループ、労働関係機関、行政機関等。この協議会で新法についての勉強会、アウトリーチについての勉強会等を行っている。
- 精神障害者の地域移行については、管内の自立支援協議会の地域生活支援部会や基幹型障害者支援センターが運営する地域移行・地域定着促進連絡会を中心に取り組んでいる。
- 当所管内では、定例（隔月開催）で関係者連絡会を開催し、情報交換や勉強会、事例検討を実施している。〔内容〕平成26年4月から施行された改正精神保健福祉法について。地域移行促進のための退院生活環境相談員の役割と退院支援委員会について。関係機関の連携について。
- 管内及び近隣の精神科病院、行政機関、相談支援機関の参加による、関係機関連絡会議を開催し、情報共有と今後の方向性について検討した。
- 関係者の各種会議において、法改正の目的や具体的内容を説明し、地域移行に向けての関係機関の連携、協力を求めている。
- 今年度当保健所にて開催する『精神保健福祉関係機関連絡会議』においては、地域移行をテーマに取り上げる予定である。精神障がい者の地域移行・地域定着について、関係者で問題点や推進方法等を検討していく予定。メンバーは、相談支援事業所や地域活動支援センター職員、管内精神科病院ワーカー、保健所職員の予定。
- 県が主催する地域移行・地域定着支援研修に、医療機関（退院後生活環境相談員）、相談支援事業所、障がい者基幹相談支援センター、市担当課、保健所でチームを作り参加した。
- 保健所が実施した地域移行支援事業終了後、引き続き事業の充実・拡大を図るために、医療機関、相談支援事業所、行政等が参加する精神障害者支援会議を定期的に開催している。地域での支援経過のある対象者の入院に際して、連携シートを活用しながら、病院に情報提供を行い、退院時の支援調整を図っている。また、退院時カンファレンスの充実のため、アセスメントシートの作成を現在検討している。
- 大阪府の北ブロックといった、地域を限定した上で、圏域を超えて保健所・病院・相談支援事業所・市町村担当課との連絡会議の開催。
- 保健所圏域の保健医療ネットワークの活用。
- 退院後地域での生活が定着していけるよう、精神障がい者支援をする医療と福祉の関係機関を対象に定例で会議を設け、連携を深めている。
- 管内精神保健福祉関係機関職員連絡会を開催し、地域移行を議題として報告や協議の実施。管内の地域自立支援協議会において精神科病院在院患者調査から分析した各市町村からの入院者の状況の報告、などの取り組みを実施してきた。
- 同ブロックの保健所と連携し、ブロック管内の相談支援マネージャー・相談支援事業所・基幹相談支援センター・精神科病院ケースワーカー・各市町村担当課を対象に連絡会を開催予定。その中で、各病院より法改正後の状況を共有予定。
- 地域移行・地域定着推進については、協議会開催支援や地域移行戦略会議の定例開催。
- 病院、相談事業所、保健所の3者が集まり、地域移行を具体的にすすめる戦略会議の実施。
- 個別給付後も、多機関参加ピアの戦略会議にて、地域移行のケースについて検討。

- 地域移行支援について、福祉分野と相談支援事業所と協働で体制整備を検討している。地域自立支援協議会としても取り組んでいる。
- 管内精神科病院、市町村福祉担当・保健担当、相談支援事業とで地域移行連絡会を開催し、管内関係機関の連携強化と地域移行支援・定着支援を進めている。
- 地域移行に向けた病院と相談支援事業所との連携強化に向けた会議を3回／年開催する予定。
- 自立支援協議会の精神障害者部会で地域移行に関して情報やビジョンの共有を図っている。
- 圏域会議並びにケース検討に力を入れている。
- 地域移行のケア会議に出席し、進捗状況の確認や情報提供等を行う。管内の精神保健福祉関係者を構成員として、ネットワーク会議を主催し、地域移行の現状や課題について共有し、地域移行の促進につながる取り組みについて検討し、実践する。
- 保健福祉事務所管内において「精神障害者地域移行・地域定着支援事業西讃圏域協議会」を設置し、地域移行を推進している。
- 社会復帰推進連絡会の中でテーマに取り上げ管内及び周辺の精神科病院、管内保健師等が参集し医療保護入院患者の退院促進、地域移行の現状、課題、関係機関の役割・連携、今後の取り組みについて検討している。
- 市自立支援協議会と当所の社会復帰促進事業関係者会議の効率的運用に向けて、地域課題の共有や解決に向けた各機関の機能・役割について、各会議で具体的に検討を進めている。
- 「県精神障害者地域定着支援事業」において、60歳代で初回治療にのった。統合失調症患者や、病識の乏しい同疾患患者に対して、処遇プランを作成し、関係者が連携して病状悪化時の早期介入が出来るよう取り組みを行っている。病院と地域支援者の連携を図るための会議を開催している。
- 地域課題の抽出を行い、関係機関の役割や今後の支援の方向性等について考えることを目的に、病院職員、相談支援事業所、行政等の関係機関を対象とした関係機関会議を、今年度も継続して実施している。
- 精神障害者が住み慣れたところで安心して生活できるよう、地域支援体制の整備を図ることを目的に、平成19年度から地域支援事業を実施している。精神障害者への支援方法の検討や課題の整理を関係者の会議で行い、地域住民への更なる理解を目指した講演会も継続して実施している。また、法改正に伴い管内精神科病院の退院後生活環境相談員の連絡会を当所主催で実施している。病院の現状を情報交換することで、課題を整理し、精神障害者の地域生活への移行を促進することを目的に実施している。
- ①ワーキンググループ会議（管内の精神科医療機関及び相談支援事業者が出席）で管内の地域移行支援に係る問題点を共有。②関係機関の連携強化を図るため、上記①をもとに地域支援関係者研修会で啓発及び地域支援関係機関会議で対策を検討。
- 地域支援実務者会議を開催。長期入院精神障害者が地域移行した実例の支援を振り返り、各々の支援者の役割を再認識した。
- 精神障がい者の支援を行っている医療機関従事者・社会復帰施設関係者・居宅介護事業所・行政関係者（保護課・地域保健福祉課・健康課）が精神保健・医療・福祉に関する情報交換や学習会を行い、関係者の技術向上及び連携の充実を図るために定期的に地域精神保健医療福祉交流会を開催している。

- 地域移行支援に関わる関係機関が相互に情報を共有し、ニーズに応じたサービスの提供が可能なネットワーク体制の構築を目的に精神障害者ネットワーク連絡会を定期的で開催している。
- 精神科病院、相談支援事業所、当事者を交えた連絡会の開催。
- 県の委託を受けて、地域移行支援協議会を実施している。
- 地域で暮らす障がい者について、必要時に関係者とのケース会議を開催し対応を共有している。
- 今年度から地域移行支援協議会の作業部会を立ち上げ、管内における地域移行・地域定着推進体制について検討を開始した。
- 関係機関の担当者が集まり、事例検討を行う予定である。
- 今年度、精神障害者地域移行支援の関係者による連絡会を開催し、次年度、精神障害者地域移行支援協議会を開催予定。
- 今年度中に保健所を事務局に地域移行支援協議会を設置予定。
- 平成 2 年度より関係機関との地域移行支援事業担当者連絡会議（研修会・事例検討会）を実施。今年度は、地域支援協議会を設置予定。
- 関係機関との地域移行・地域定着推進連絡会の開催。
- 「圏域精神障害者地域移行・地域定着推進会議」を今年度より設置。市町の関係部局担当者、精神科病院（病棟の地域移行担当看護師等及び精神保健福祉士）、相談支援事業所の相談支援専門員等で構成。また、推進会議の中で、①受入条件を整えば退院可能な患者の概況調査（管内精神科病院に対し調査）、②精神障害者に係る社会資源マップの作成、③医療・福祉の連携シートの作成について、各市町障害者自立支援協議会専門部会等との連携を図りながら、進めていく予定。
- 精神保健福祉専門部会を立ち上げ、設置（平成 26.9）。
- 従来から実施している連絡会議、精神科病院長との意見交換会、自立支援協議会精神保健福祉部会等で地域移行の推進に関する情報提供・意見交換等を行っている。
- 地域自立支援協議会精神部会や個別支援ケース検討会等において、支援方策の検討や地域の課題について情報共有し、関係機関のネットワーク強化に努めるとともに、地域移行・地域定着支援に取り組んでいる。

② 関係機関への働きかけ、支援

- 委託先、相談・支援事業所のバックアップ。精神科病院及び市町との調整。
- 事業委託先の地域生活支援センターとの打合せを密にし、進捗、管理、評価のあり方についての助言を行っている。
- 障がい福祉圏域連絡会において、「精神障がい者地域移行・地域定着推進事業」の説明を行った。「精神障がい者を地域で支える社会資源情報誌」を発行した。
- グループホーム空き情報を把握し、精神科病院、相談支援事業所、市町村等へ情報提供している。
- 近隣の 3 保健所による合同研修会を開催した。対象は退院後環境調整相談員を中心にした医療機関職員。小グループに分かれ法改正後の不都合事例や退院支援委員会の開催状況等について情報交換を行い、また、医療保護入院届などの法定提出についての説明会や意見交換を行った。
- 地域移行支援等事業が県から事業所へ委託事業となっている。事業所の後方支援を含め、今後の協議会の運営について、県も交えて話し合いを行っている。

- 地域相談支援事例のサポート（導入時のマネジメント等）。
- 県の地域生活支援コーディネーター事業が今年度で終了するが、地域の体制整備が不十分なため、来年度も管内にコーディネーターを配置するよう市町村に働きかけた。その結果市町村の地域生活支援事業として、コーディネーターが配置される予定となった。
- 「入院中心から地域生活中心」という法改正の趣旨の理解や地域精神保健福祉体制整備を促進するため保健所職員及び精神保健福祉関係者との合同研修の実施。
- 市役所職員（特に保健福祉分野、窓口関係）が、精神障がい者の理解を深め、気負わず対応し、円滑なサービスが提供できるよう、『精神障がいの知識と対応の仕方』について、市役所職員全体に研修を開催している。今年度の開催が好評であったため、次年度以降も研修等で啓発を続けたい。
- 地域自立支援協議会において法改正理解に関する伝達研修や、「第4次障がい福祉計画」における、地域移行の目標値設定に関しての助言対応等を実施。
- 市の自立支援協議会への参画。
- 市町村が開催している自立支援協議会へ参画することにより、これまで保健所が培ってきた地域移行のノウハウを伝えている。
- 地域体制整備コーディネーターの役割・機能が基幹相談支援センターに引き継がれるように、市や基幹相談支援センターに働きかけている。
- 相談支援事業所、居宅支援事業所へ法改正について説明。地域の社会資源情報の整理。
- 市町や病院関係者、当事者・家族会等を対象に研修会を開催、法改正の周知に努めている。
- 自立支援協議会精神障害者部会などにおいて、介護保険関連の事業所を含む関係機関に対し、精神保健福祉法改正に関する研修会を実施し、併せて精神科医療機関の取り組みを紹介するなど、地域移行の周知を行っている。また、地域移行をすすめていくために、課題や社会資源一覧の整理をはじめたところである。
- 圏域自立支援協議会・地域移行支援部会において地域移行推進のための協議を重ねている。今回の法改正後から2か月に1度、部会を開催してケースの検討を中心に進めている。出席者は病院P S W、相談支援事業所職員、市町村の精神保健担当職員及び障害福祉担当職員、保健所職員等。今後の部会の活動としてはグループホーム等のニーズ調査や部会構成員を対象とした研修の実施を予定している。今年度は、管内の精神科病院で実施している職員研修（障害者の人権、患者処遇など）に外部講師として参加し、精神障害者の人権や地域移行促進の必要性についての講義を1回（予定ではあと1回）おこなっている。
- 精神科病院、相談支援事業所、市町、訪問看護ステーションの実務者対象の研修会開催（事例検討会、社会資源の勉強会、地域課題の検討）。
- 圏域における地域体制整備。①住まいの確保。県居住支援協議会、自立支援協議会へメンバーとして参加・協力。②訪問看護ステーションが取り組む精神科訪問看護の実状把握と質の向上。③精神障がい者を支援するボランティア団体への運営協力や助言。
- 管内の医療機関と連携し地域定着支援関係者研修会を開催した。
- 地域移行推進協議会、研修会を保健所主催で開催し、支援者の連携強化、スキルアップに努めている。認知症疾患医療センターの体制整備に向けて管内の精神科病院と保健所が協働して関係機関との連携の推進や相談体制の整備を行っている。

- 自立支援協議会の部会や関係者会議等を開催し、地域移行に関する勉強会や情報交換を実施している。法改正について、保健所・市町・各精神科病院が集まり、勉強会や事例検討を実施した。
- 保健所が管内の市町、精神科病院、地域生活支援事業所等と開催している精神保健連絡会において、法改正の概要や趣旨、精神障害者地域移行の重要性について意見交換や情報提供を行い、理解を深めている。
- 長期入院患者及び地域で生活している精神障がい者が年をとっても安心して暮らせるため、精神保健福祉分野と介護保険分野のネットワークの強化を図るため研修会を実施。
- 障害者及びその家族、児童民生委員、身体・知的障害者相談員、ボランティア、市町村等を構成員として、“高幡圏域の障害者が地域で暮らすためのネットワーク会議”として、保健所が事務局となって平成 12 年度より実施している。年度ごとに、取り組みテーマを設定し、会議や研修会を実施している。平成 26 年度は、「障害者の地域移行を切り口に障害者が地域で暮らすための支援を考える」をテーマとして、会議の中で協議し、年度末に精神障害者の地域移行について研修会を実施する計画を予定している。
- 地域の実態把握のため法改正後の取り組みについて管内精神科病院、市町、相談支援事業所へアンケート調査した。その結果を精神障害者地域支援事業関係機関会議で説明し資料として渡した。精神障害者地域支援事業関係機関会議で、地域移行推進のための課題抽出や事例検討を繰り返し行っている。
- 精神ネットワーク協議会（精神障害者支援に携わる保健・福祉・医療関係者の情報交換や勉強会：事務局が保健所）で地域移行の勉強会を実施。
- 関係者に法改正の主旨の理解と、入院患者の地域移行・地域定着についての理解を促す目的の研修会を開催した。
- 精神障がい者の地域生活を支援し、社会参加と自立を促進するために必要なサービスを総合的に提供していく体制を整備する目的で、平成 17 年度から関係機関による「障がい者自立生活体制検討会」を開始し、ニーズ調査や普及啓発のための研修会、社会資源のホームページ作成等を行った（平成 25 年 5 月から、当検討会は「障がい者自立支援協議会」の部会として位置づけ）。平成 2 年度からの 4 年間は、県の委託を受けて精神障害者地域移行支援特別対策事業に係る地域移行支援会議を設置し（年 3 回開催）、地域移行推進員による個別支援について協議・検討を行った。平成 24 年度からは、「熊本市精神障害者地域移行支援事業」として 4 事業（地域体制整備アドバイザー配置事業、高齢入院患者地域支援事業、ピアサポート活用事業、地域移行支援協議会）を実施し、地域移行を推進。今回の法改正に伴い、市長同意の医療保護入院者について、状況確認は行うこととしたが、新たな事業は実施していない。
- 地域移行支援に関わる職員が集まり、定期的に会議を開催している。平成 25 年度には、地域移行支援に関するアンケート調査を実施し、平成 26 年度には、精神科病院の看護師に対して、地域移行支援についての研修会等を実施している。
- 各市町の精神担当保健師、障害福祉担当者へのヒアリングを行うなどして、「地域移行・地域定着推進会議」設置に向けた地域内の実態把握等に取り組んでいる。
- 今年度内に県が開催する説明を受けて、関係機関と協働し地域移行に取り組みたい。また、今年度の精神科病院実地審査・実地指導の重点事項に医療保護入院者の退院促進があげられているので、実地主体の保健所に協力し地域移行の取り組みに努めたい。

- 平成 25 年度においては、管内精神科病院にて病院スタッフを対象に精神障害者地域移行研修会を実施した。平成 26 年度においては、当所にて地域援助事業者等を対象に精神障害者地域移行研修会を実施した。
- 地域移行・地域定着に関する研修会を実施。対象：管内市町村担当者・精神科病院に従事する病棟看護師及び訪問看護師。

③ 病院への働きかけ、支援

- 地域移行推進事業の病院との打合せには、今年から保健師も入ることとした。
- 今回の法改正に係る精神障害者の地域移行推進について、現場での課題等を確認するため、精神科病院実地指導の際に病院職員（主に精神保健福祉士）と情報交換する時間を設けた。
- 法改正をきっかけに新たに取り組んでいることは特にない。法改正前に引き続き、退院前のケア会議開催の働きかけ及びケア会議への参加等に取り組んでいる。
- 保健所では、入院等受診支援時において、退院後の地域生活を考え、必要に応じて退院時の関係者によるケース会議の開催を病院に働きかけている。
- 法改正施行時に、管内病院の医療保護入院関連事務がスムーズに遂行されるように、5 年分の各病院毎医療保護入院形態での患者の在院期間に関する統計を作成し、各精神科入院病床を有する管内病院の担当者に配布した。
- 「医療圏域自立支援協議会専門部会 地域移行部会」（管内 8 市町＋管外 4 市町）を平成 26 年 2 月に設置。当保健所が事務局となり、圏域スーパーバイザーとともに 9 月末現在までに 2 回の地域移行部会を開催。地域移行部会における主な取り組みは、現状と課題を明らかにし、①管内精神科病院の協力を得て「医療機関入院患者調査（平成 26 年 4 月 1 日現在）」を実施し、市町別、病院別の患者数を把握し関係機関に情報提供を行った。②入院患者への地域移行の普及啓発として、啓発用ポスターを作製配布し管内の精神科病院に掲示した。③医療従事者への地域移行の普及啓発として、病院職員説明会を精神科 2 病院で実施予定。④ピアサポーターへの支援として、ピアサポート研修会を開催した。
- 今年度の取り組みとして、管内精神科病院を対象に改正法における対応についてアンケート調査を実施。精神保健福祉機関長等連絡会議で現状と課題について協議した。担当者レベルの退院支援連絡会も開催している。また、病院立入検査時に実態を把握し助言を行っている。
- 管内精神科病院 6 か所に出向き、法改正後の取り組み等聞き取り調査を行った。
- 26 年 5 月に地域移行について相談支援事業所と病院にアンケート調査を行い、現状を把握し、それをもとに、精神保健福祉推進協議会で、対応について協議をした。
- 保健所主催会議や他機関主催の会議の会議にて、法改正の説明を行ったり、精神科病院関係者から法改正後の状況や課題について確認を行っている。
- 保健所が受診に関わったケースについては、病院に随時状況を把握し、退院に際しての協力、ケア会議へ出席するようにしている。
- 管内精神科病院スタッフに対して、今回の法改正を含めた「法の理解」の研修会の実施。病院側の法改正に関する対応や疑問について、質問を受け付け、法的理解についてや、必要に応じて府の見解等を確認し伝達を行い、病院側のスムーズな法改正対応を支援。
- 病院連絡会の開催（各病院間の連携、院内茶話会や職員研修会、家族向けアンケートの実施、長期在院患者面接など）。

- 実地指導の機会などに医療機関への働きかけを行っている。
- 管内全ての精神科病院の職員と入院中の患者に対して地域移行を進めていくために、基幹相談支援センターや市役所と協力して、地域相談支援マネジャーを支援する形で働きかけを行っている。
- 26年4月から、病院精神保健福祉士と保健所保健師が定期的に会議を持ち医保入院患者の状況確認や困難ケースの相談等を行っている。来年度からは県民局事業として長期入院患者や相談支援事業所の実態調査や、地域移行に関しての病院スタッフ研修会等を行い地域移行支援システムの整備等を強化していく計画である。
- 管内病院の退院調整委員会には、対象者が管内管外を問わず、本人の了解があれば可能な限り出席し、退院後の支援を見据えて意見を述べ検討している。入院届出台帳を活用し、支援のタイミングを明確にしていく予定。
- 管内精神科病院との業務連絡会を開催。
- 圏域で取り組むため、保健所間調整を行い、病院と調整しながら、退院支援委員会の開催支援や退院に向けて課題を明らかにしながら関わっている。
- 病院ごとに定期的に事例検討を行い地域移行支援に繋げるための検討を行っている。
- 圏域自立支援協議会と共催で管内の精神科病院に出向き、入院時早期からの患者の退院促進の取り組みや地域事業者や地域移行ボランティアの活用についての意見交換会を開催している。
- 圏域内の地域移行支援、地域定支援に係る現状把握のための医療機関への訪問調査を実施するとともに、その結果を踏まえて、医療機関及び地域活動支援センター、相談支援事業所及び行政機関等と、情報共有や意見交換を行った。
- 平成12年度から長期入院患者の退院支援に継続して取り組んでいる。また、3か年のアウトリーチ支援のモデル事業で培ったチーム支援として、困難事例の包括支援会議を継続し、多機関多職種の視点での地域支援が継続出来ている。法改正にあたっては管内4病院においての勉強会や地域移行の各段階に応じた専門職個々の役割を確認出来るシートの作成などを行った。
- 医療機関職員対象に法改正及び地域移行に関する制度の周知、普及啓発に努めている。
- 高齢入院患者地域移行支援事業を、管内の精神科病院に委託して実施しているため、保健所は支援、指導を実施している。また、精神科病院と月1回定期的に連絡会を開催し精神障害者の地域移行について、事例を通じて検討、支援している。
- 個別事例について、行政の介入した事例や治療中断の可能性の高い事例の入院・退院時に行われる院内のカンファレンスに参加させてもらい、退院後の地域の関わりについて話し合っている。
- 管内の精神科医療機関を対象に、精神障害者に対する適切な医療や退院後の地域を含めた生活支援を行うために、法改正の内容等についての勉強会を開催した。
- 相談支援事業所と精神科病院職員を対象に研修会を実施している。保健所職員が、各病院に対し、年に1回、説明に行っている。
- 医療機関における退院時カンファレンスに出席し、地域や施設へのつなぎや対応を共有している。
- 管内の3医療機関と行政、相談支援事業所、地域包括等の地域支援機関との連絡会を各病院毎に年1回開催している。また、今年度から入院期間が長く統合失調症等の患者を主に診ている医療機関と、市（支援機関含む）との連絡会を開催している。その中で、市側が当該病院の一年以上の入院者リストを示し、病院と検討を行った。

- 実地指導時。①各精神科病院毎の「精神病床の平均在院日数の推移」や「在院期間別入院患者の割合」について、県・圏域との比較をデータで示す。②各精神科病院における長期入院者の地域移行への取り組み状況の把握。③医療保護入院者退院支援委員会について、体制や開催状況などを把握する。④退院後生活環境相談員の職種・選任方法及び配置方法などの把握。⑤ピアサポート活用事業の紹介。
- 平成 25 年度より「那覇市地域移行・定着支援連絡会議」を開催し、管内の医療機関（精神科病院）に対し「地域移行」について働きかけ、入院から地域へ押し出す力を推進するための協議を進めている。平成 26 年度も引き続き連絡会議を開催し、管内の医療機関（精神科病院）とともに「地域移行システム」の構築を図っているところである。

④ ピアサポーターの養成、支援

- ピアサポーターの養成と、活動の場（病院での体験発表、社会資源見学会での案内役等）の提供。ブログでの情報発信。
- ピアサポーターの養成はしていないが、ピア活動の充実に向けて、県の委託先事業者と一緒に、地域の当事者の声を聞き、当事者が求めている活動の場を検討している。
- ピアサポーター養成研修も保健所が主体となって 3 年間継続しており、受講生がピアサポートグループを立ち上げ、保健所が会場提供及びアドバイザーとして支援している。このグループ代表が、長期入院者のもとを訪れ、退院への動機づけを高めるためのメッセージを送る取り組みも開始している。
- ピアサポーターによる病院への働きかけ。
- 委託事業所を中心にピアサポーターによるグループ支援及び個別支援に取り組んでいる。今後、精神科病院よりピアサポーターによる個別相談会を検討・実施する予定。
- 事業周知及びピアサポーター活動の周知。ピアサポーター活用のための関係機関との調整。
- 語り部会でのピアサポーターの育成と活動計画。
- 法改正以前からの取り組みとして、地域活動支援センターとともにピアサポーター育成や活動の支援を実施。
- 今年度は市町や相談支援事業所に働きかけや調整を行い、ピアの地域移行推進員の雇用を実現するとともにその育成を支援している。また、新たな地域移行推進員の発掘を行っている。
- ピアサポーターの養成、フォローアップの実施、先進地ピアとの交流会などピアサポーターの資質の向上を図り、院内説明会の定例化に向けて、病院職員や入院患者の意識変化を促すなど、仕組みづくりに取り組んでいる。
- 入院患者や家族、関係者に地域生活をイメージしてもらうためのピアサポーターによる院内報告会の実施。管内のピアサポーター養成に向けた関係機関への働きかけ。
- ピアサポーターや自立支援ボランティアの養成研修を開催し、その活用を図るため精神科病院の協力を得て院内で実践研修を実施している。
- 精神障害者の地域移行・地域定着を推進するために、平成 25 年度からピアサポーターの養成事業を、平成 26 年度から派遣事業を実施している。
- ピアサポートの力に注目し、ピアサポーター養成づくりに向けて管内の精神障害者支援体制を整理し、その中でピアサポーターを活用できる場面について話し合っている。

- 地域生活移行動機づけ支援として、地域移行のために使えるサービスや地域生活のイメージを持ってもらうため、動機づけ支援普及媒体（冊子、DVD）づくりをピアサポーターらと実施、勉強会等で活用している。

⑤ 入院患者への働きかけ、支援

- これまで県が平成 18 年度に実施した「県精神科病院入院患者調査」で把握している退院可能な精神障害者への支援について、精神科病院と情報を共有し、県の委託先事業者と退院に向けての支援を行っている。
- 地域移行支援事業が平成 24 年度から実施中であるが、今年度は管内精神科病院の長期入院者を対象に、管内市のバスを借し切り、隣接圏域にある事業所見学及び昼食会を実施する予定にしている。
- 地域生活イメージビデオ作成。精神障害者の地域移行を積極的に進めるため、長期入院者や病院スタッフ・地域支援者等が地域で自立した生活を送っている精神障害者の生活をするすることで退院の意欲が喚起できるよう、視覚資料を作成し普及啓発を行う予定。
- 当保健所では、退院後の地域支援が必要なケースに対し、入院中の面会や院内ケース会議に保健所職員が出席し、退院後の定期訪問に繋がられるよう努めている。ケースによっては、退院直後は隔週で訪問し、地域生活の状況を見ながら訪問間隔を決定している。
- 地域活動支援センターに配置されている地域相談支援マネジャー（大阪府独自事業）やピアサポーターとともに管内精神科病院へ出向いて入院者に直接働きかける取り組み（院内交流会や院内茶話会）の企画、実施。
- 精神科病院や相談支援事業所、市町と連携して、地域移行制度利用を目指した面会活動を複数入院者に実施。
- こころの健康に関する地域関係機関連絡会議（事務局：保健所）が中心となって、管内精神科病院及び地域活動支援センター等地域の事業所の協力のもと病棟訪問活動を行い、長期入院者の地域移行への動機づけや体制整備を行っている。また上記会議の代表が、市の自立支援協議会の地域移行・地域定着部会に参画（保健所担当課も構成機関として参画）し、精神障害者の地域移行及び地域生活支援にとって必要な制度の構築をめざして協議しており、その中で長期入院者の地域移行支援システム構築のための検討や、入院中の精神障害者や地域で自立生活をめざす精神障害者が体験入居出来て且つ地域で不安定となった精神障害者が再入院しなくても済むよう一時休憩出来るような「体験居室事業」をモデル実施し、市事業化をめざしている。
- 入院中の精神障害者で病状が安定しており、受入れ条件が整えば退院可能な方に対し、地域生活を行っているピアサポーター2 名による体験談を語っていただく地域生活報告会を平成 24 年度から実施している。平成 26 年度も実施にあたっては、病院長や精神保健福祉士に事前調整・打合せを行った。精神保健福祉士がちらしを作成し、入院患者に周知を行い、参加を勧奨する等病院の協力が得られた。
- 管内の精神科病院にピアサポーターと同行し、入院患者向け、病棟スタッフ向けの茶話会を行っている。また、地域の社会資源体験ツアーと企画し、入院中の方が利用できるようにしている。「ちいきせいかつつうしん」を発行し、病棟に掲示している。
- ピアサポーターによる地域活動懇談会（地域での暮らしについて語る会）を各医療機関毎に開催し、職員への普及啓発及び入院患者への退院への意欲の喚起に努めている。

- 入院経験のある当事者や精神保健福祉ボランティア等とともに、希望のあった精神科病院を訪問し、医療従事者や入院中の当事者を対象として、退院に向けての取り組みや、地域での生活の喜びや苦勞を語り合うことで、退院への動機づけを高める。
- 地域移行・地域定着の推進のため、各精神科病院及び障害福祉サービス事業者等に、ピアサポーターらとともに、地域生活移行動機づけのための、病院職員、長期入院患者に対して勉強会等開催している。また、退院への不安の軽減を図り、安心して退院してもらうため、また、地域生活が安定して送れるよう、精神障がい者地域生活チャレンジ事業を創設し、グループホーム等への外泊体験や日中活動等（生活訓練、就労継続支援B型、ヘルパー等）の体験、再入院防止のためのショートステイ事業を、各障害福祉サービス事業所の協力をもらいながら、実施している。
- 平成26年度は内容はまだ検討中であるが医療機関向けに「出前講座」を実施する予定。次年度以降も引き続き取り組んでいく予定であり、障がい福祉課などの関係機関とも連携しながら進めていきたい。

⑥ 家族への働きかけ、支援

- 地域移行に向けて、地域の下地を作るために。家族教室の定期開催に向けて、地域移行部会のメンバーが主体となり、毎月打合せを行いながら企画運営している。
- 法第23条通報が頻回にされる障害者に対して、退院前から医療機関との連携を図り、退院後の通院同行や家族との面接などを定期的に行うことによって、再発の防止に取り組んでいる。

⑦ 住民等への普及啓発

- 地域住民の精神障害への理解を深めるために年数回、各市町の会場にて精神科医師による講演会を開催。
- 平成25年度は市民向けに「出前講座」を開催し、市民へ普及啓発を図るとともに意見交換を行った。

⑧ その他

- 医療保護入院等の統計は、市内全体のものしかなく、区の集計はない状況。管内の医療機関は総合病院だが、内科の医療相談室とは別に精神科だけケースワーカーが配属されている。25年にケースワーカーが1名から2名に増員したが、26年の大きな変化は特に把握していない。外来で医療保護入院制度の改正や生活環境相談員のポスター掲示はあるが、どの程度機能しているか把握できていない。病院との関係は調査権限はなく、ケースワークの一貫としての相談機関の関わりのみ。
- 改正精神保健福祉法により、地域生活を支える精神医療への実現により重きを置かれている。このことから、保健所では、改正法施行前から市区町村長同意による医療保護入院者への保健師による面会実施に係る体制整備について検討を始め、今年1月より面会運用を開始している。
- 保健所は精神保健事業の主たる所管部門ではないため、区役所にある障害福祉課の対応について記入。医療保護入院患者さんの退院状況については、入院医療計画書の予定入院期間を越えて入院しているか否かのチェックがされていないことが分かった。病院側も、入院以前に区保健師の関わりのあるケースがないため、区保健師に退院促進検討会開催の情報を提供してははいないという状況。早期の退院と同時に医療保護入院自体を回避する入口の部分にも取り組む必要があると考える。認知症で注目されているユマニチュードや、フィンランドのオープンダイアログも多

少参考になると思う。病院の検査について、東京都区部では都区間協定により東京都福祉保健局が行う役割分担となっている。ここを変えていくのはかなりのエネルギーを要すると思う。保健所長によっては、現状維持を望む場合もかなりあるでしょう。各保健所が独自判断で病院にアプローチし、実績を作っていくことから始める進め方はありそうだ。

- 県所長会から県への要望として、精神科病院実地指導に管轄保健所が関与していく。また、医療保護入院に関する統計作業等について、統一した実施体制が取れるよう指示を出す、などをあげている。
- 精神保健福祉法の警察官通報が特例条例により、県から権限移譲され対応しているが、処遇に関し、警察署とトラブルになることがある。精神保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）等の窓口申請の増加や警察官通報件数が増加している現状である。地域移行は必要なことであるがマンパワーが不足している。
- 自身の判断能力が日常的に低下しており、家族が不在で市長同意となっている方について、市長申立による成年後見制度の利用の支援を実施。
- 自殺未遂者対策として、G-P ネット（かかりつけ医、救急病院と精神科医療連携）の準備に圏域として取り組んでいる。
- 治療中断を予防して症状悪化を防ぐため、平成2年度に「浜田圏域治療中断予防システム」を関係機関で共通認識している。今後、このシステムを、地域移行の推進（精神障害者が退院後に地域において安心して暮らせるための支援体制づくり）として改変していくよう、取り組んでいく予定である。法改正に伴った動きとしては、現在関係機関に現場の状況や課題を調査中である。調査結果をまとめ、今後の取り組みを決定する。
- 措置入院患者、医療観察法処遇中の患者について、退院前に関係者によるケース会議を行っている。
- 在宅の未治療者、ひきこもり者に対して、精神保健福祉センターと保健所職員でチームを組んで訪問支援に取り組んでいる。
- 管内の精神科病院（1病院）において、地域における精神科医療を後方支援し訪問相談体制を強化することにより早期に適切な支援につなげることを目的に、病院職員を無料で派遣する「訪問相談事業」を平成26年5月から開始している。
- 長期入院から地域移行した当事者へのききとり調査の実施。医療保護入院者の入退院届からの状況調査。
- 今年度から、市長同意で入院した医療保護入院者に対して、各区役所の精神保健福祉相談員が速やかに本人と面会を実施し病状の確認等を行っている。
- 緊急時の対応で関わったケースについては、在宅移行時もスムーズにいくように入院中から家族や医療機関と連絡を取り支援している。
- 管内の精神科病院は、経営上のこともあり、積極的に地域移行については取り組んでいない。
- 地域移行支援の窓口となる市町村や事業所からサービスを希望する入院患者へ情報提供、啓発などの場がない。病院とも行政、事業所から積極的には事業の説明などしていない現状、本人申請にいたる前提の働きかけは地域からはできていない。法改正後の特段の取り組みはないが、地域精神保健連絡会、幹事会、圏域の障害者自立支援協議会、精神障害当事者、地域家族会、医療機関、福祉サービス提供事業所、市町との交流会は継続して行っている。以上、保健所では制度の紹介のみ。

- 管内 2 病院の医療保護入院者の状況把握。

(2) 病院等関係機関の取り組み

- 県内のモデル病院として管内で 1 か所、高齢入院患者地域支援事業を実施している。昨年 2 件の地域移行の取り組みが行われ、施設等への移行が行われた。今年度は新たに 3 件の事例に取り組み、既に 1 件在宅に移行することができた。
- 病院独自の「退院支援フローチャート」を作成。今後、スタッフ向けに研修会を開催し、他職種が連携、役割分担をしながら退院を目指す。*新規入院患者の入院時ケア会議の開催。入院後すぐに、主治医、担当看護師、精神保健福祉士等が集まり、治療方針や、退院の時期等を話し合う。
- 改正精神保健福祉法に義務づけられていない入院患者においても、定期病状報告提出時に必ず退院支援委員会を開催し、本人や家族へも出席を求めている。
- 管内の精神科病院では、院内の多職種連携について協議する会議を月 1 回開催している（平成 25 ～）。看護部長、各病棟看護師、精神保健福祉士で構成。平成 25 年度はその会議において院内多職種連携フロー図が作成されている。
- 退院支援をスムーズに進めるため、病院が家族や行政機関、相談支援事業所の関わりを重視する傾向になっている。このため、病院でのケース会議開催が増えている。退院支援として、高齢者に介護保険取得を積極的に勧める病院が出てきている。病床削減の流れを見据え、病棟再編に動き出す病院が出てきている。
- 法改正以前から、管内の一病院で、長期入院者の退院への意欲喚起等のため、地域支援者を交えたグループワークを実施。保健所職員や基幹相談支援センタースタッフ、ピアサポーターが毎回参加している。
- 管内の精神科病院において退院支援委員会の開催を行っている。
- 精神科病院では、改正精神保健福祉法施行以前に、医療保護入院した患者に対しても退院支援委員会を開催して治療の振り返りを行い機会としたり、家族へ退院に向けた意識づけの啓発・向上を図っているところもある。また、支援者の参加調整は手間ではあるが、退院支援委員会を患者も交えて療養生活を振り返る機会として、前向きに捉えているとの発言もあった。
- 精神科単科病院の院内で開催される地域移行支援対象者選定会議の定着化を推進するため、保健所と地域生活支援センターが参画し、医療機関と地域と一緒に地域移行に向けた検討できる場を持っている。
- 昨年より長期入院患者の地域移行促進委員会を院内で開催されていることを把握。保健師の会議の参加を依頼するとともに、長期入院患者の生活力の評価を行い、OT と連携し生活能力向上及び地域での生活に興味を持てるような作業療法を取り入れるように依頼。また、退院意欲向上のため、相談支援事業所とピアサポーターとの交流ができるよう一緒に考えている。
- 法改正について、病院職員全員や入院患者・家族に地域移行制度などの周知にとり組み始めた。退院支援委員会を開催し、退院に向けて関係者とともに支援をしようとしている。また、訪問看護事業を開始し、関係者と調整しながら、退院患者や、通院患者等の病状管理・生活支援にとり組み始めた。
- 退院後環境生活相談員として活動できるよう、PSW の業務を見直した。地域移行支援委員会と退院支援委員会、療養病棟の退院支援委員会をどう関連づけていくか保健所も参加して検討して

いる。Dr.参加のカンファレンスが持ちにくかったが、病院が主導的に関係者を集め、Dr.参加で開催できるようになった。

- 高齢者の精神障害者の退院促進について、国のモデル事業を管内の病院が受けた為昨年～今年にかけて関係機関が関わり行った。
- 病院における地域移行の推進。①個別支援に繋がるためのアセスメント、ケアプランの作成の推進（院内勉強会等）、②入院中から長期入院患者が地域を意識できる機会の提供（地域体験を目的とした当所独自の事業）。
- 精神科病院を中心とした地域支援ネットワークを強化するため、管内の精神科病院毎に地域の関係機関との定例連絡会議を行っている。
- 管内の一精神科病院において、高齢入院患者地域支援事業に登録申請をし、地域移行を推進している。
- 管内の病院では、以前より社会的入院・長期入院者の退院に取り組んでいたが、精神保健福祉法改正後、地域社会における治療についての意識をさらにいっそう高め、行政をはじめ居宅支援事業所やケアマネージャーなどの介護関係者とも、カンファレンス等で連携を強化している。
- 管内精神科病院で、地域のピアサポーターと協働した病院学習会を開催（地域で生活する当事者からの体験発表、交流。地域の社会資源の紹介等）。
- 管内1病院で、新たに精神保健福祉士の配置。
- 病院によっては、「地域移行支援委員会」を設置し、対象者のピックアップや退院に向けた取り組み方針等を多職種間で検討しているところもある。

8. 調査票

**改正精神保健福祉法における
保健所の取組に関する調査**

以下の設問について、「改正精神保健福祉法における保健所の取組」を十分理解されている方が、ご回答ください。

○回答は、シートの上欄に直接、ご入力ください。

○その際、様式は変更しないようお願いいたします。

○追加シートに記載された場合は、調査票Aのシートへ戻っていただきますようお願いいたします。

回答後は、お手数ですが、(株)コモン計画研究所のメールに添付して、送付ください。

(株)コモン計画研究所 メールアドレス: plhc2014@common.jp

●あなたのお名前と、メールアドレスをお教えください。

回答者氏名	
問合せ先メールアドレス	

I 貴保健所の概要

1 保健所名

2 保健所コード

3 所在地(都道府県)

4 所在地(市・区)

5 設置主体
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 都道府県

2 指定都市

3 保健所政令市、中核市

4 特別区

6 管内人口(平成26年4月1日時点)
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 10万人未満

2 10万人以上20万人未満

3 20万人以上30万人未満

4 30万人以上

7 管内精神科病院数(精神病床を有する病院)(平成26年4月1日時点)
※ない場合、必ず「0」を入力してください。

➔
クリック

「0」の場合は、次のシート
「調査票B」へお進みください。

～ここからは、管内に精神病床を有する病院がある保健所の方が回答してください。～

8 貴保健所では、管内精神科病院の医療保護入院患者について、台帳管理をしていますか。
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 あり

2 なし

「2」なしの場合、シート「入院届出台帳イメージ」を活用いただくことで、以下の真間の患者数等について把握することができ、管内精神科病院の法改正後の状況を確認することに役立ちます。

➔
クリック

必要に応じて入院届出台帳イメージのシートを活用してください。

Ⅱ 平成26年4月1日～9月末までの新規医療保護入院患者について

ここからは、貴保健所の管内にある精神病床を有する精神科病院 か所、それぞれについて、入院届、入院診療計画書および退院届を確認しながら、一覧表に入力してください。6か所以上の病院がある場合は、追加シートにも入力してください。

1 各病院の分類

(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

	NO	1	2	3	4	5
1 単科精神科病院(精神科のみ)						
2 その他精神科病院 (精神科を含む2つ程度の診療科をもつ)						
3 総合病院精神科(複数の診療科をもつ)						
1 公立 (国都道府県市町村)						
2 公的 (日本赤十字病院・労災病院・済生会 社会保険病院・厚生年金病院)						
3 民間						

2 各病院の精神病床数(平成26年4月1日時点)

(数字を入力してください。)

精神病床数														

3 各病院の新規医療保護入院患者数(うち、認知症患者数)

※期間内で、同じ患者が再入院した場合は、それぞれカウントしてください。

※いない場合は、必ず「0」を入力してください。

平成26年4月1日～9月末までの 新規医療保護入院患者数														
うち、認知症患者数														

4 新規医療保護入院患者の入院計画期間別の内訳

※合計は、3の新規入院患者数と一致します。0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 (か月)

入院計画期間別内訳	NO	入院計画期間												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
①2か月未満														
うち、認知症患者数														
②2か月～3か月未満														
うち、認知症患者数														
③3か月～4か月未満														
うち、認知症患者数														
④4か月～7か月未満														
うち、認知症患者数														
⑤7か月～1年未満														
うち、認知症患者数														
⑥1年以上														
うち、認知症患者数														
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)

「×」の場合は、「3 新規医療保護入院患者数」と一致していません。確認してください。

5 平成26年4月1日～9月末までの新規医療保護入院患者における、9月末までの退院患者の退院直後の処遇について人数をお教えください。(数字を入力してください。)

	NO	1	2	3	4	5
退院後の処遇	その病院での入院継続 (住居、措置、他科)					
①						
②	自宅					
③	施設					
④	福祉院					
⑤	死亡					
⑥	上記以外のその他(不明の場合も含む)					
合計		0	0	0	0	0

Ⅲ 退院支援委員会について

1 貴保健所管内の精神科病院における、退院支援委員会の開催状況をお教えください。

(平成26年4月1日～9月末まで)

※入院計画期間を超えたケースがなく、開催されていない場合は把握も含めてください。(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

- 管内の精神科病院の退院支援委員会について、開催状況を全てを把握している
- 管内の精神科病院の退院支援委員会について、開催状況を一部を把握している
- 管内の精神科病院の退院支援委員会について、開催状況を全く把握していない
- その他

→ [4 その他] を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

1-1 1で、「1」全て把握している「2」一部把握している」を選択した場合、以下の①②③の開催例数について、お教えください。

※例数がない場合、必ず「0」を入力してください。(数字を入力してください。)

① 貴保健所が把握している退院支援委員会の開催例数(合計)	
② ①のうち、貴保健所が参加している例数	
③ ①のうち、地域援助事業者が参加している例数	

1-1-1で、「2 一部確認している」「3 全く確認していない」を選択した場合、
 実地指導の際に確認する予定はありますか。
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 予定はある
 2 予定はない
 3 わからない

2 貴施設では、精神科病院での退院後生活環境相談員の活動状況の確認をしていますか。
 (医療保護入院患者と家族等との相談記録、地域援助事業者の紹介実績など)
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の活動状況について、全てを確認している
 2 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の活動状況について、一部を確認している
 3 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の活動状況について、全く確認していない
 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

1-1-1で、「2 一部確認している」「3 全く確認していない」を選択した場合、
 実地指導の際に確認する予定はありますか。
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 予定はある
 2 予定はない
 3 わからない

1-2 1-1で、「0 原施設の参加例数が0(参加していない)の場合、
 精神科病院からの出席要請はありますか(ありましたか)。
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 出席要請がある(あった)
 2 出席要請がない(なかった)

1-3 1で、「1 全て把握している」「2 一部把握している」を選択した場合、
 開催例数の把握の方法をお教えください。
 (あてはまる番号、すべてにチェックを入れてください。)

1 精神科病院から退院支援委員会への出席要請で知った
 2 精神科病院からの報告(審議記録等の提出等)で知った
 3 保健所から精神科病院に問い合わせをして知った
 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

2 貴施設では、保健所や地域援助事業者の退院支援委員会への参加を
 精神科病院に対して働きかけていますか(働きかけましたか)。
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 働きかけている(働きかけた)
 2 特に働きかけていない

IV 退院後生活環境相談員の状況

1 貴施設では、精神科病院での退院後生活環境相談員の選任状況の確認は
 していますか。
 (あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の選任状況について、全て確認している
 2 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の選任状況について、一部確認している
 3 管内の精神科病院の退院後生活環境相談員の選任状況について、全く確認していない
 4 その他

「4 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

V 平成25年度の入院患者との比較について

ここからは再度、貴保健所の管内にある精神科病院 か所、それぞれについて、病院報告および精神科病院月報(精神科健康月報など)を確認しながら、一覧表に入力してください。
6か所以上の病院がある場合は、追加シートにも入力してください。

参考：平均在院日数の計算式

$$\text{平均在院日数} = \frac{4 \sim 9 \text{月の入院患者延べ数}}{1/2 \times (4 \sim 9 \text{月の新入院患者数} + 4 \sim 9 \text{月の退院患者数})}$$

クリック

必要に応じて平均在院日数の計算のシートを活用してください。

1 平均在院日数(平成25年度と平成26年度の上半期:4月～9月)

(数字を入力してください。)

	NO	1	2	3	4	5
①	平成25年度 上半期:4月～9月の 平均在院日数					
②	平成26年度 上半期:4月～9月の 平均在院日数					

2 新規入院患者数(平成25年度と平成26年度の上半期:4月～9月)

(数字を入力してください。)

※ いらない場合、必ず「0」を入力してください。

※ ②のうち、新規医療保護患者数は、Ⅱの3の新規入院患者数と一致します。

入力は不要です。

	NO	1	2	3	4	5
①	平成25年度 上半期:4月～9月の 新規全入院患者数 うち、新規医療保護患者数					
②	平成26年度 上半期:4月～9月の 新規全入院患者数 うち、新規医療保護患者数	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)

VI 保健所間連携について

1 管内住民が都道府県内の管外精神科病院へ入院した場合、病院所在地の保健所から患者住所地保健所(貴保健所)への入院届写しの送付はありますか。

(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

- 1 全て自動的に入院届写しの送付がある
- 2 必要に応じて入院届写しの送付がある
- 3 入院届写しの送付はない
- 4 その他

→ 「4 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

VII ピアサポーターの養成について

1 管内でのピアサポーター養成はありますか。

(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

- 1 あり
- 2 なし
- 3 わからない

→ 1-1 「1 あり」を選択した場合、①実施主体と②保健所の関与の状況の2つにお答えください。

①実施主体

②保健所の関与の状況

(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

- 1 あり
- 2 なし

→ 「1 あり」を選択した場合、具体的な関与の内容を入力してください。

Ⅷ 管内市町村における地域移行支援制度への申請

- 1 保健所の今年度の実地指導における精神障害者の地域移行支援制度（障害者総合支援法による地域移行支援サービス）への新規申請件数をお教えください。

※市町村にお伺い合わせいただく場合がありますが、お願いいたします。

	件
① 平成25年度（1年間）	
② 平成26年度（4月～9月）	

Ⅸ アウトリーチ体制について

- 1 アウトリーチチームの設置についてお教えください。
（それぞれあてはまる番号1つ選んで、入力してください。）

- 1 既に管内に設置
2 管内にはないが、都道府県内管外に設置
3 わからない

→ 「1 既に管内に設置」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

（例）精神障害者早期回復支援管理運営定している病院、精神障害者アウトリーチ推進事業のモデルの継続、国の補助金による都道府県での運営など

Ⅹ 精神科病院実地指導について

- 1 保健所の精神科病院実地指導について、保健所の関わりについてお教えください。
（あてはまる番号1つ選んで、入力してください。）

- 1 権限があり、保健所職員を中心に実施
2 権限はないが、保健所職員を中心に実施
3 権限はなく、他機関が中心に実施するのにより、保健所職員が同行
4 その他

→ 「4 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

- 2 保健所の今年度の実地指導について、保健所長の同行についてお教えください。
（あてはまる番号1つ選んで、入力してください。）

- 1 全ての病院に同行している（予定を含む）
2 一部の病院に同行している（予定を含む）
3 同行していない（予定を含む）

- 3 保健所の今年度の実地指導の強化体制について
（あてはまる番号1つ選んで、入力してください。）

- 1 強化している（予定を含む）
2 強化していない（予定を含む）

→ 「1 強化している」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。

（例）保健所長の同行、指定医を公的機関に勤務する指定医に限定するなど

Ⅺ 精神障害者の地域移行の推進について

保健所で頑張っており組んでいることや、管内の精神科病院で、今回の法改正後に新たに組み組んでいることがあれば自由にご記入ください。

～ これまで調査は終わりました。ご協力ありがとうございました ～

回答後は、お手数ですが、(株)コモン計画研究所のメールに添付して、送付ください。

(株)コモン計画研究所 メールアドレス: pbc2014@common.jp

～ これで調査は終わります。ご協力ありがとうございました。～

II 退院支援委員会について

- ～ 管内に精神科病院がない場合は、以下の設問にお答えください。～
- 1 貴保健所管外の精神科病院の退院支援委員会に参加したことがありますか。
(平成28年4月1日～9月末まで)
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)

1	参加したことがある	参加例数	
2	参加したことがない		
3	その他		
- 「3 その他」を選択した場合、具体的な内容を入力してください。
- 1-1 1で、「1 参加したことがある」を選択した場合、参加例数をお教えてください。
(数字を入力してください。)
- 1-2 1で、「2 参加したことがない」を選択した場合、管内住民が入院している
管外の精神科病院からの出席要請はありますか。
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)
- 1 出席要請がある
 - 2 出席要請がない

III 保健所間連携について

- 1 管内住民が都道府県内の管外精神科病院へ入院した場合、病所所在地の保健所から
患者住所地保健所(貴保健所)への入院届写しの送付はありますか。
(あてはまる番号1つ選んで、入力してください。)
- 1 全て自動的に入院届写しの送付がある
 - 2 必要に応じて入院届写しの送付がある
 - 3 入院届写しの送付はない

回答後は、お手数ですが、(株)コモン計画研究所のメールに添付して、送付ください。
(株)コモン計画研究所 メールアドレス: phc2014@common.jp

第3章 平成26年度改正精神保健福祉法への 対応研修実施報告

1. 平成26年度「改正精神保健福祉法への対応研修」の目的及び概要

(1) 目的

平成26年4月に施行された改正精神保健福祉法は、精神科病院からの早期退院、地域移行を進め、長期入院や社会的入院の解消を図るため、病院等での「退院後生活環境相談員の設置」、「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整備」を規定し、さらに保健所の役割として医療機関との連携の強化を示している。

本研修会では、施行後10か月が経った現状での全国保健所の取り組み状況や課題について情報交換を行い、保健所が役割を果たすためには、どのような課題解決が必要かを参加者とともに検討する。

(2) 開催の概要

開催日時	平成27年2月16日(月)11時～17時 平成27年2月17日(火)9時～16時
場 所	〒114-8503 東京都北区王子1-11-1「北とぴあ」
参加者数	55名
内 容	精神保健福祉法改正の基本的理解 改正法に対応した保健所の役割 病院、地域支援事業所、市町村への働きかけ 参加者の地域での病院や地域への支援の現状と課題の分析
対 象 者	保健所の精神保健担当者 精神保健福祉センターの職員
主 催	一般財団法人 日本公衆衛生協会
講 師	諸富 信夫 (厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課課長補佐) 柳 尚夫(兵庫県豊岡保健所長) 中原 由美(福岡県嘉穂・鞍手保健所長) 相田 一郎(北海道岩見沢保健所長兼滝川保健所長) 大塚 俊弘(長崎県県央保健所長)

(3) 参加者

No.	氏名	県・市・町	所属	役職	職種
1	三上 扶貴子	青森県	弘前保健所	主査	保健師
2	大森 美紀	岩手県	精神保健福祉センター	主任保健師兼精神保健福祉相談員	保健師
3	佐藤 明子	仙台市	精神保健福祉総合センター	主任	心理
4	伊藤 京子	山形県	置賜保健所	精神保健福祉専門員	保健師
5	梶熊 勇斗	山形県	村山保健所	主事	一般行政
6	田仲 富美子	群馬県	東部保健福祉事務所	技師長	保健師
7	横山 創	埼玉県	坂戸保健所	主任	精神保健福祉士
8	高田 直人	さいたま市	保健所精神保健課	主任	精神保健福祉士
9	小田桐 文武	さいたま市	こころの健康センター	主事	精神保健福祉士
10	小林 恵理香	川越市	保健所	副主任	精神保健福祉士
11	渡邊 知明	千葉県	市原保健所	精神保健福祉相談員	精神保健福祉相談員
12	滝口 敬	千葉県	市川保健所	精神保健福祉相談員	精神保健福祉相談員
13	羽場 建護	相模原市	健康福祉局福祉部精神保健福祉課	主任	社会福祉
14	野口 慶太郎	横浜市	健康福祉局障害企画課	職員	社会福祉
15	佐藤 綾香	山梨県	峡東保健所	技師	精神保健福祉士
16	武井 美憲	静岡県	熱海保健所	福祉課長	事務
17	市川 のぞみ	静岡県	熱海保健所	福祉課主査	保健師
18	稲 寿美代	静岡県	東部保健所	精神保健福祉班長	保健師
19	石川 美絵	静岡県	精神保健福祉センター	主任	精神保健福祉士
20	中村 その子	浜松市	障害保健福祉課	グループ長	保健師
21	岡本 加寿子	浜松市	精神保健福祉センター	精神保健福祉士	精神保健福祉士
22	松本 清美	東京都	中部総合精神保健福祉センター	広報援助課計画調査係主任	保健師
23	西山 直美	東京都	多摩立川保健所	地域保健第二係長	保健師
24	片岡 幸子	八王子市	保健所	主査	保健師
25	沼尾 恵美	新宿区	保健所	保健師	保健師
26	藤代 陽子	杉並区	保健所保健予防課	保健指導担当係長	保健師
27	越坂 裕子	富山県	中部厚生センター	地域保健班長	保健師
28	武田 広子	富山市	保健所	主任	精神保健福祉士
29	佐野 隆司	愛知県	豊川保健所	主任	精神保健福祉相談員
30	佐々木 はるみ	愛知県	精神保健福祉センター	課長補佐	相談員
31	能見 悦代	豊田市	障害福祉課	担当長	保健師
32	佐藤 周	滋賀県	精神保健福祉センター	精神保健福祉士	事務職
33	田中 満美	京都府	乙訓保健所	精神保健福祉相談員	技師
34	松本 直美	大阪市	こころの健康総合センター	保健副主幹	保健師
35	吉田 智子	大阪府	こころの健康総合センター	ケースワーカー	ケースワーカー
36	明石 清美	大阪府	和泉保健所	精神保健福祉相談員	ケースワーカー
37	二星 奨太	兵庫県	洲本健康福祉事務所	職員	事務職
38	松阪 美幸	姫路市	保健所南保健センター	係長	保健師
39	笹川 智司	奈良市	保健所	精神保健福祉相談員	精神保健福祉士
40	森口 陽之	下関市	保健所	主任	精神保健福祉相談員
41	武田 真紀	香川県	東讃保健福祉事務所	主任技師	精神保健福祉相談員
42	堤香 奈子	福岡県	粕屋保健福祉事務所	主任技師	保健師
43	原 雪子	福岡県	北筑後保健福祉環境事務所	技術主査	保健師
44	神ノ田 詩織	北九州市	小倉北区役所	精神保健福祉相談員	保健師
45	佐々木 多佳子	長崎県	西彼保健所	専門幹	保健師
46	一ノ瀬 由紀子	長崎県	長崎こども・女性・障害者支援センター	係長	保健師
47	琴岡 日砂代	長崎県	長崎こども・女性・障害者支援センター	係長	作業療法士
48	高橋 真理	熊本県	水俣保健所	主任技師	保健師
49	中川 優馬	宮崎県	都城保健所	技師	保健師
50	儀保 恵美子	沖縄県	北部福祉保健所	主任保健師	保健師
51	漢那 豪太郎	沖縄県	障害福祉課	主査	事務
52	横目 信子	沖縄県	八重山保健所	地域保健班精神保健チーム	保健師
53	國吉 香代子	沖縄県	総合精神保健福祉センター	主幹	保健師
54	比嘉 丞	沖縄県	南部福祉保健所	主査	相談員
55	本村 しのぶ	沖縄県	中部福祉保健所	主任保健師	保健師

(4) 研修の概要と内容

① 研修1日目(2月16日 月曜日)

時刻	プログラム	研修内容	方法	主担当	時間数
11:00	オリエンテーション	オリエンテーション	PLS	柳	15
11:15	基調講演	精神保健福祉法改正後の地域精神保健医療の課題と保健所への期待	ML	諸富	75
12:30	昼 食				60
13:30	講義 ①	改正法に対応した保健所の果たすべき役割 I (病院への働きかけ)	ML	柳	60
14:30	講義 ②	全国保健所調査から見た課題	ML	中原	45
15:15	休 憩				15
15:30	グループワーク①	参加者の保健所の評価 (自保健所のアンケートを分析)	SGD	TF	45
16:15	全体質疑	1日目の内容に関する質疑応答	PLS	柳	45

② 研修2日目(2月17日 火曜日)

時刻	プログラム	研修内容	方法	主担当	時間数
9:00	オリエンテーション	オリエンテーション	PLS	柳	15
9:10	事例報告①	北海道からの報告 地域社会資源の評価と働きかけ (障害福祉計画を含む)	ML	相田	60
10:10	事例報告②	精神科病院実地指導での働きかけと精神保健福祉センターとの連携	ML	大塚	60
11:10	事例報告③	ピアサポーターへの保健所の支援の必要性	ML	柳	45
12:00	昼 食				60
13:00	グループワーク②	自分たちの保健所及び地域分析 ①それぞれの課題(データ分析機能、病院への働きかけ、地域移行のための組織化、地域社会資源への働きかけ) ②プラス要因	SGD	TF	60
14:00	グループワーク③	自分の保健所管内での地域移行体制づくり今後の取り組み ①阻害要因と課題 ②具体的取り組み目標設定	SGD	TF	60
15:00	全体質疑	2日目の内容に関する質疑応答	PLS	柳	45
15:45	閉 会	アンケート記入	PLS	柳	15

※ PLS : 全体会議、SGD : グループ討議、ML : 講義、TF : タスクフォース

2. ニーズとディマンド

(1) 目的

- ① 精神障害者が住み慣れた地域で暮らすうえで、どのようなニーズがあり、どのようなディマンドがあるのかについて、意見を出し合う。
- ② 上記メンバーの考えを相互理解したうえで、グループとしての意思統一を図る。
- ③ SWOT分析への準備・基礎作業とする。

(2) グループディスカッションの内容

精神保健福祉に関わりのある全てのステークホルダー[※]について、データ分析機能、病院への働きかけ、地域移行のための組織化、地域社会資源などを考慮して、現状、課題、あるべき姿などの項目を列挙して整理する。必ずしも、肯定的な意見だけでなく、これまでの精神保健福祉施策の経緯を踏まえて、様々な立場に立脚した意見を出していく。

※) 全てのステークホルダーとは、地域住民、行政機関、医療機関、サービス事業者、医療保険者、警察など、地域で精神保健福祉に関わる人々や関係機関を指す。

(3) 方法

- ① グループ内で、司会進行、発表係と書記係の計3名を決定する。
- ② 各個人がこれまでの業務上の経験、現在の現場の状況から、できるだけたくさんポストイットに記入する。
- ③ グループ内で話し合いながら、各自が書いたポストイットを、模造紙に貼る。
- ④ グループ内で話し合いながら、似たものをまとめてグルーピングする。
- ⑤ グルーピングしたものにそれぞれタイトルを付ける（キーワードの抽出）。
- ⑥ 各グループの保健所名を決める。ユニークな保健所名を1つ考え、模造紙に書く。

(4) 注意点

- ① 1枚のポストイットには、項目1つのみ記載する。
- ② 主語（誰が）を、明記する。
- ③ 少数意見も必ず残す（怪しげな意見であっても）。
- ④ 誰が読んでも理解できるように、具体的な内容を書く。
- ⑤ 少し離れた場所から見えるように、大きな文字で書く。

3. SWOT分析

(1) 目的

目指すべき地域社会の姿を実現するために（今回は具体的に、自分の保健所管内で地域移行を進めるための体制をつくる上で）、促進要因は何か、阻害要因は何か、そして促進要因を最大限活用するとともに、阻害要因を克服するためには、どのような戦略が必要になるのかを考える。

(2) 方法

自分の保健所管内での地域移行を進める体制づくりをよりよく行うために、

- ① 組織あるいは地域の内部の促進要因 (Strengths)
- ② 組織あるいは地域の外部の促進要因 (Opportunities)
- ③ 組織あるいは地域の内部の阻害要因 (Weaknesses)
- ④ 組織あるいは地域の外部の阻害要因 (Threats)

として考えられるものを列挙する。

次に促進要因を最大限活用するとともに阻害要因を克服して、地域移行を進めるための体制づくりには、どのような戦略が必要になるのかを議論する。

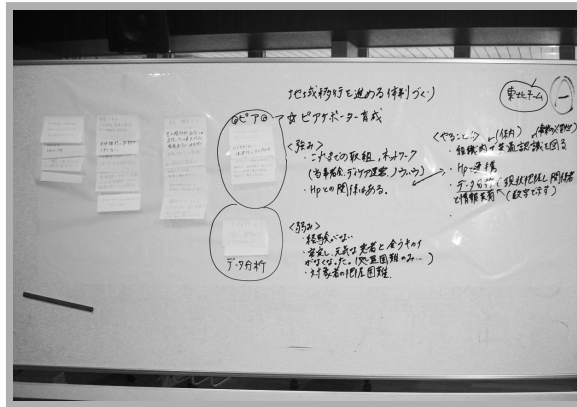
(3) 結果

Strengths (強み)	Opportunities (機会)
Weaknesses (弱み)	Threats (脅威)

(4) グループワークのまとめ

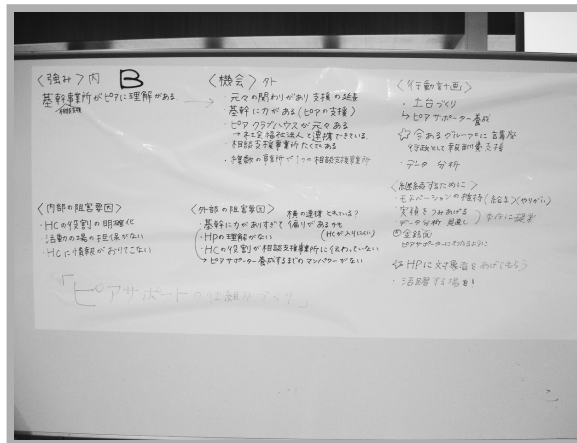
① Aグループ

<現状把握、実地指導、ピアサポート、本庁と保健所の連携について>



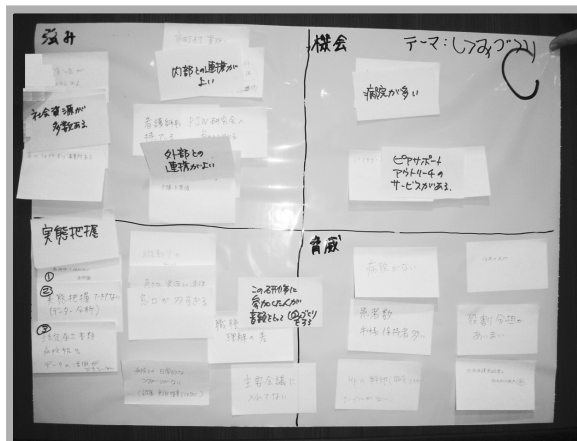
② Bグループ

<ピアサポートの仕組みづくりと継続について>



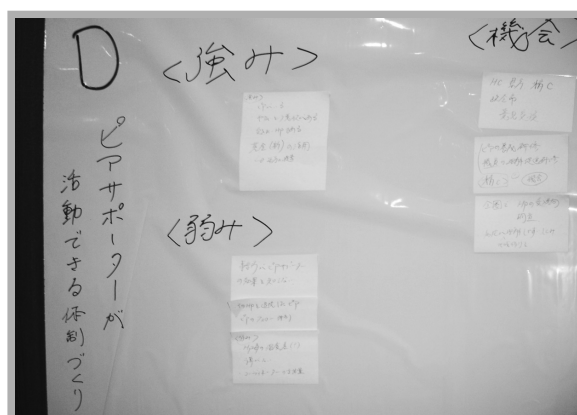
③ Cグループ

<ピアサポートの活用、病院へのアプローチ、仕組みづくり>



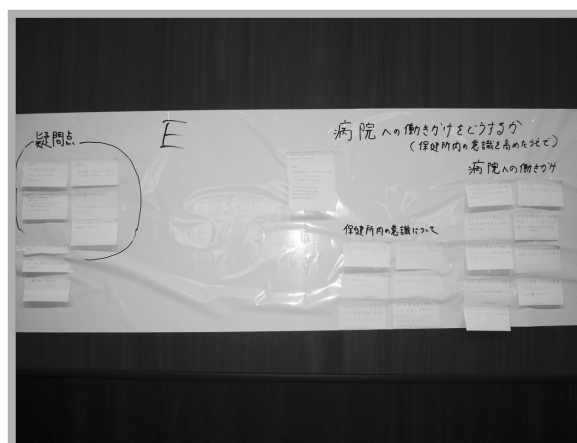
④ Dグループ

<データ分析、ピアサポート活動、実地指導について>



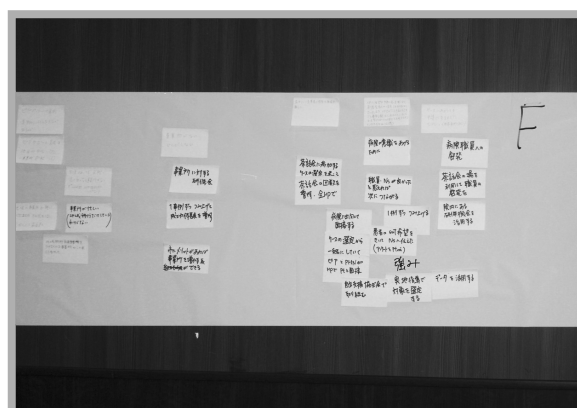
⑤ Eグループ

<保健所と病院の意識を変えることについて>



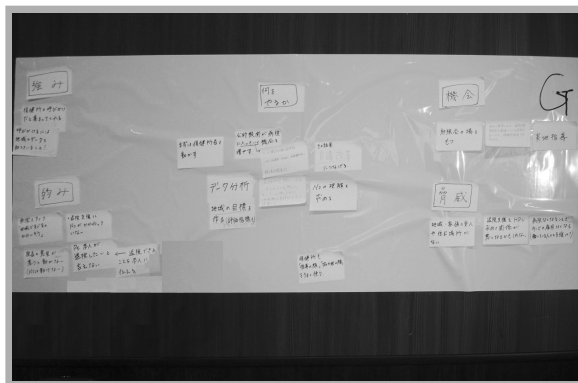
⑥ Fグループ

<個別給付を利用できるように相談事業所を変える>



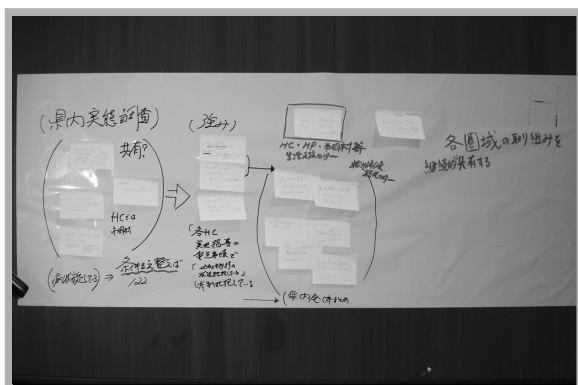
⑦ Gグループ

<病院への働きかけ>



⑧ Hグループ

<把握した対象者の退院に向けた取り組みについて>



第4章 考察

アンケート調査の回答率は、都道府県保健所 59.7%、指定都市保健所 39.2%、保健所政令市・中核市保健所 58.8%、特別区保健所 56.5%と指定都市保健所の回答率が低かったが、全体では 57.3%と比較的良好であった。ただし、保健所における精神保健業務については、保健所設置主体により業務内容に差がみられるため、全体の調査結果を見る際には留意が必要であり、調査結果では、必要に応じ、保健所設置主体別の結果も掲載した。

調査内容は、管内に精神病床を有する病院がある保健所については、全国保健所長会が提案した具体的取り組み内容についての取り組み状況を選択項目での回答とし、また保健所に提出されている入退院届や入院診療計画書、病院報告等を活用して、管内の各病院の平成 26 年 4 月 1 日～9 月末までの新規医療保護入院患者の状況や退院支援委員会の開催状況及び平成 25 年度の入院患者との状況比較について回答を求めた。自由記載は精神障害者の地域移行の推進について、保健所や管内病院での取り組みについてとした。管内に精神病床を有する病院のない保健所については、退院支援委員会への参加状況や参加の働きかけ、保健所間連携を選択項目での回答とした。

1. 管内に精神病床を有する病院がある 253 保健所の取り組み状況について

(1) 台帳管理の有無について

全体では 60.9%の保健所が管内精神科病院の医療保護入院患者について、台帳管理を行っていた。今回は台帳の内容についてまで把握を行っていないが、病院の地域移行への取り組み状況の把握が行える内容となっているか、今後検証を行う必要がある。

(2) 退院支援委員会の開催状況（開催例数）の把握について

全てを把握 7.1%、一部を把握 44.7%と半数以上の保健所が何らかの把握をしていたが、全く把握していない保健所が 38.7%あった。その他の回答として、「実地指導で確認した、確認する」との回答がみられたが、実地指導での把握のみであれば、リアルタイムな状況把握はできないため、各保健所において、随時状況把握ができる仕組みづくりを検討する必要がある。

また、開催例数の回答のあった 111 保健所の把握している開催例数は 4 月～9 月末の 6 か月間で合計 1,146 例、1 保健所あたり平均 10.3 例であった。そのうち保健所が参加している開催例数は 74 例、1,146 例の 6.5%、地域支援事業が参加している開催例数は 85 例、1,146 例の 7.4%しかなかった。地域移行を推進していくためには、保健所や地域支援事業者が退院支援委員会に参加するような働きかけが必要である。

(3) 退院支援委員会への保健所の参加状況について

開催状況を全てあるいは一部把握している 131 保健所の参加状況では、71.0%の 93 保健所が参加していなかった。退院支援委員会に参加していない 93 保健所のうち、精神科病院からの「出席要請がある（あった）」が、参加していない保健所は 2 保健所のみで、参加していない理由のほとんどは「出席要請がない」ためであった。

(4) 退院支援委員会への参加の働きかけについて

全体 253 保健所の退院支援委員会への参加の働きかけの有無については、働きかけを行っている保健所は 36.0%の 91 保健所であった。働きかけを行っている 91 保健所でも参加ありは 27.5%の 25 保健所でしかなかったが、働きかけを行っていない 161 保健所の参加ありは 7.5%の 12 保健所でしかなかった、今後保健所が参加していくためには、病院に対し、より積極的な働きかけを行っていく必要がある。

(5) ピアサポーターの養成について

35.2%の 89 保健所管内でピアサポーターの養成が行われていた。ブロック別にみると、71.4%の保健所管内で養成が行われている北海道ブロックから、13.2%の保健所管内でしか養成が行われていない九州ブロックと、かなりの地域差がみられた。ピアサポーター養成の実施主体は、地域生活支援事業者等が最も多かった。

精神障害者の地域移行を推進していくためには、ピアサポーターの関与も必要であり、今後保健所管内でピアサポーターの養成が進んでいくよう保健所の積極的な働きかけも必要であろう。

(6) 地域移行支援制度への申請について

管内市町村における障害者総合支援法による地域移行支援サービスへの新規申請件数について、平成 25 年度（1 年間）では 1 保健所管内平均 2.3 件、平成 26 年度上半期（6 か月間）では 1 保健所管内平均 1.3 件であり、本制度の利用が進んでいない現状がわかった。

まずは、各保健所において、本制度利用に際し、どこに問題があるかを関係機関で情報共有し、利用促進に向けた対応を検討していく必要がある。

(7) 精神科病院実地指導への保健所の関わりについて

全体では、保健所に権限があり保健所職員を中心に実施 40.3%、権限はないが保健所職員を中心に実施 0.8%、権限はなく他機関が中心に実施するのに保健所職員が同行 38.7%と多くの保健所が何らかの形で関与していた。しかし、保健所設置主体別にみた場合、保健所が関与しているのは、都道府県 89.4%、指定都市 53.0%、保健所政令市・中核市 53.5%、特別区 10.0%であり、今後特に、市型、特別区保健所が関与できるよう国や本庁に対し、働きかけをしていく必要がある。

(8) 実地指導の保健所長の同行状況について

全体では 67.2%が同行していないとの回答であった。ブロック別にみると、近畿では半数以上の保健所が全て同行しているとの回答で、他ブロックに比べ、保健所長の積極的な関与がみられた。設置主体別では、当たり前だが、実地指導の権限がある割合が高い都道府県型で保健所長の同行が最も多かった。しかし、保健所に実地指導の権限がある 102 保健所においても、36.3%の 37 保健所が同行していないとの回答であった。医療法における病院立入検査との整理をしつつ、保健所長の積極的な同行が望まれる。

2. 253保健所から回答を得た、855の精神科病院について

(1) 入院診療計画書入院期間について

今回調査の回答があった平成26年4月1日～9月末までの新規医療保護入院患者36,957人の入院計画期間で1年以上と記載があったものが1.6%あった。また、そのうち認知症患者9,548人でみた場合、2.6%が1年以上の入院期間となっていた。当初の入院計画期間としては「原則1年未満」を徹底していく指導が必要である。

(2) 退院後の処遇について

平成26年4月1日～9月末までの新規医療保護入院患者における9月末までの20,170人の退院患者の処遇について、「その病院での入院継続」が21.7%、「自宅」42.1%、「施設」12.1%、「転院」14.5%、「死亡」3.3%、「その他」6.2%と、自宅に次いで、その病院での入院継続が多かった。また、ブロック別では、東京ブロック34.2%、九州ブロック26.5%と入院継続の割合が大きかった。

医療保護入院から任意入院等へ入院形態を変更して入院が継続している患者についても、引き続き情報を把握しながら、地域移行の推進に向けた保健所の関与が必要である。

(3) 新規全入院患者における新規医療保護患者の割合について

今回の法改正によって、全入院に占める医療保護入院患者の割合に変化があったかどうかをみるため、平成25年度、26年度上半期のそれぞれ新規全入院患者数、そのうち新規医療保護入院患者数を比較してみた。その結果、医療保護入院患者の割合は平成25年度39.2%、26年度39.0%と全く変化がなかった。

医療保護入院患者の割合については、全体の入院患者数が減少した上で、非自発的入院である医療保護入院患者の割合が増加するのであれば、入院医療が必要な方は病状が重篤な方という、今回の法改正の趣旨にあったものである。一方、全体の入院患者数は変わらない状況で、医療保護入院患者の割合が減少する場合は、本来医療保護入院となるべき方が、任意入院になっていないかを考える必要がある。

今回の法改正により、医療保護入院制度の変更があったが、今後、非自発的入院である医療保護入院患者数の動向については、各保健所において、管内の病院の状況をきちんと把握していき、適正な入院形態になっているか確認することが重要である。

3. 管内に精神病床を有する病院のない28保健所の取り組み状況について

(1) 退院支援委員会への保健所の参加状況について

参加したことがある保健所は14.3%の4保健所、参加したことがない保健所は82.1%の23保健所であり、やはり多くの保健所が参加していなかった。参加したことがない23保健所全てにおいて、管外の精神科病院から「出席要請がない」との回答であった。

(2) 退院支援委員会への参加の働きかけについて

管外精神科病院に対する退院支援委員会への参加の働きかけについては、35.7%が働きかけを行っており、これは管内に精神病床を有する病院がある保健所の働きかけを行っているとの回答36.0%とほぼ同じ結果であった。働きかけを行っている10保健所での参加ありは2保健所で、働きかけを行っていない18保健所の参加ありも2保健所でしかなく、今後保健所が参加していくためには、病院に対し、より積極的な働きかけを行っていく必要がある。

4. 保健所間連携について（全ての回答保健所281）

(1) 入院届写しの送付の有無について

入院患者が地域に戻ってきた際の保健所の関与を考えた場合、入院中から保健所が関与することが望ましい。そのためには、病院所在地保健所あるいは医療機関から患者住所地保健所への入院届等の情報提供が望まれるが、今回の調査では、32.4%の保健所が入院届写しの送付はないと答えている。しかし、その他の回答で、「患者住所地保健所がそもそも提出先になっているため、写しの送付は必要ない」、「精神保健福祉センターより患者住所地保健所へ送付している」との回答もあり、本回答については、再度詳細な内容で確認をする必要があると思われた。

また、ブロック別にみると、「送付なし」との回答が6.7%~100%と大きな差があった。この結果も踏まえ、まずは、都道府県単位で、患者住所地保健所が入退院情報をどの程度把握できているのか、また、どのように把握しているのかを再度確認し、患者住所地保健所で入退院情報を把握するための仕組みづくりを検討していく必要がある。

5. 参考資料

(1) 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

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiishahukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf

(2) 精神保健福祉法改正後の保健所の役割についての全国保健所長会意見

http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H25_tmp05.pdf

(3) 改正精神保健福祉法施行に向けての保健所の取り組みについて（提案）

http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H25_tmp06.pdf

(4) 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>

第5章 研究班からの提言

1. 都道府県及び指定都市

精神保健福祉法改正の趣旨を理解し、効果的に精神科病院入院患者の地域移行ができるように、本庁関係課（障害福祉、医事、高齢者保健福祉、生活保護等）及び精神保健福祉センターと保健所代表が参画する地域移行推進を目的とした会議等を組織し、都道府県及び政令指定都市内の地域移行の進捗管理と評価を行う。

- ① 都道府県は、地域移行の申請及び退院状況を経時的に把握し、進展していない市町村や所管保健所への助言指導を行う
- ② 都道府県は、保健所・市町村、病院、相談支援事業所等職員を対象に、改正法の理解と地域移行推進のための研修会を計画的に実施するとともに、保健所単位での研修会実施の支援を行う
- ③ 都道府県は医療計画において、平均在院日数や長期入院患者の削減の具体的な数値目標を記載するとともに、精神科基準病床数については、これらの数値目標が達成された前提とした病床数に改める
- ④ 都道府県及び指定都市は、精神科病院実地指導の精神保健指定医を、中立性と公平性を保つためにも、公的立場を持つ指定医（例えば精神保健福祉センターや国公立等公的病院に所属する）を選定するよう努める
- ⑤ 都道府県及び指定都市は、居住地と病院所在地が異なる患者の入退院情報が、地域移行事業に結びつくよう関係者間で体制整備を行う
- ⑥ 都道府県は、精神障害者就労支援の視点からも、ピアサポーターの養成を各保健所管内で行えるような財政的、技術的支援を行うとともに、都道府県レベルでのピアサポーターの養成や交流のための研修を実施するとともに、ピアサポーターの資格制度化の検討を行う
- ⑦ 都道府県は、退院後の住居の確保のために、公営住宅のグループホーム使用や公的保証人制度の確立に取り組むとともに、病院転換型のグループホーム運営については、国が示す条件の厳格な適応を前提としての指導を行う
- ⑧ 都道府県は、地域において退院支援のための相談支援員等の人材確保のために、国補助金（地域生活支援事業費補助金 相談支援事業所等における退院支援体制確保）の活用を市町村に奨励する

2. 精神保健福祉センター

都道府県立精神保健福祉センターは、都道府県レベルの地域移行検討の会議等に積極的に参画するとともに、保健所が取り組む地域移行の戦略的展開に技術的専門的支援を行う。

指定都市立精神保健福祉センターにおいても、都道府県立精神保健福祉センター等と連携しつつ、市内における地域移行の戦略的展開を支援する。

- ① 医療保護入院における入退院届の整理分析を行い、新規入院患者の1年以内の退院目標を達成させ、1年を超える病状報告が提出された場合には、病院の退院支援の体制等を厳格に確認し改善指導を併せて行う等の医療審査会での厳格な審査を行う
- ② 入退院届や630調査等の精神保健における資料を都道府県、指定都市、保健所、病院単位で分析し、地域精神保健の指標とするとともに、保健所に地域精神保健分析評価のための客観的データとして提供する
- ③ 精神保健福祉法改正の趣旨や、患者の人権保護、地域移行の取り組み、ピアサポーターの養成等の各種研修を積極的に行う

3. 国

改正法の3年後の再改正に当たっては、日本の精神科医療保健福祉が、国際的人権基準に準拠したものになるよう努力する。

- ① 医療法に基づく精神科基準病床の算定法を現在の入院状況を前提とせず、改正法の趣旨である「精神障害者が地域で暮らす」体制や長期入院患者の地域移行目標の達成を前提として見直す
- ② 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の実施に当たっては、全国での実施を目指すとともに、できるだけ早急に検証実績を上げて、全保健所圏域で実施できる体制整備を行う
- ③ 「重症かつ慢性」の定義を早急に確立するとともに、「重症かつ慢性」の患者の地域移行支援の体制づくりを平行して行う。これらの患者を受け入れる病床として公的病院や指定医療機関を選定する
- ④ 病床転換型グループホームの設置運用について、検討会で求められた基準を遵守するように、都道府県及び医療機関を指導する
- ⑤ 精神科医療、保健、福祉に関わる人材を育成し、確保するための環境整備を行う

改正精神保健福祉法に取り組むための 保健所ガイドライン

平成26年度地域保健総合推進事業
改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究
報告書

平成27年3月発行

一般財団法人 日本公衆衛生協会
分担事業者 中原 由美(福岡県嘉穂・鞍手保健所)

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281
FAX 03-3352-4605

