

平成28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29年 3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 中原 由美 (福岡県糸島保健所)

はじめに

平成 26 年 4 月に精神障害者の地域移行を促進するために、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。

全国保健所長会においては、25 年度に改正法における保健所での具体的取り組み内容について提案し、26 年度には各ブロックでの保健所連携推進会議や全国保健所長会研修会において、その内容について周知、意見交換を行い、27 年 2 月には、「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）」を全国保健所に発信し、各保健所での取り組みをお願いしているところです。

また、本研究班では、26, 27 年度と改正法施行後の保健所の取り組み状況や課題の把握、保健所ガイドラインの作成、先駆的事例の収集等を行ってきました。しかし、従来の保健所が病院に働きかけるやり方のみでは地域移行は進んでいないという現状を踏まえ、28 年度は障害者総合支援法上の個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすという視点での研修を実施し、研修終了後の積極的な取り組み事例を収集するとともに、地域移行の目標設定や進捗管理に活用できる評価シートを作成し、保健所での実践活動の普及を図ることとしました。

今回の研修会では、地域での取り組みに即つなげるよう、保健所等行政機関・管内精神科病院・管内相談支援事業所がチームで参加することとし、全国 3 か所で開催、206 名もの方に参加いただきました。本研修会で使用したスライド資料については、日本公衆衛生協会のホームページにて、PPT ファイルでダウンロードできるようにしています。ぜひ、ご活用いただき、各地域における精神障害者の地域移行の取り組みが推進されることを期待しています。

平成 29 年 3 月

平成 28 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（福岡県糸島保健所）

平成 28 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 目次

第 1 章 研究の概要	1
1. 研究のねらい	1
2. 研究班組織と検討経過	1
(1) 研究班組織	1
(2) 事業内容	1
第 2 章 研修会実施報告	2
1. 本研修会の特徴	2
2. 対象者	2
3. 研修の概要とプログラム	2
(1) 研修日時と場所	2
(2) 神戸会場の研修プログラム	3
(3) 福岡会場の研修プログラム	4
(4) 東京会場の研修プログラム	5
第 3 章 研修内容	6
1. 精神医療の動向	6
2. 地域移行を進めるための仕組み作り 保健所と事業者のピアの協働	31
3. ピアサポートって何？	52
4. ピアサポートって何？	63
5. 相談支援事業所の活動の実際	70
第 4 章 受講後アンケート調査のまとめ	77
1. 調査の概要	77
2. 調査結果	77

第5章 研修終了後の取り組み事例報告	83
1. 千葉県柏市保健所	83
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	83
(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み	83
(3) 取り組みの概要	83
2. 神奈川県小田原保健所(小田原保健福祉事務所足柄上センター)	86
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	86
(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み	86
(3) その他	86
(4) 取り組みの概要	86
3. 長野県佐久保健所	88
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	88
(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み	88
(3) 取り組みの概要	88
4. 兵庫県尼崎市保健所	90
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	90
(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み	90
(3) 取り組みの概要	90
5. 福岡県糸島保健所	92
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	92
(2) 取り組みの概要(予定を含む)	92
(3) ロードマップ	94
6. 熊本県水俣保健所	95
(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて	95
(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み	95
(3) 取り組みの概要	95
(4) 各機関の取り組み	96
第6章 地域移行評価シート	98
I 基本データ把握と分析	100
■ 評価方法及び評価点数	100
(1) 現状評価	100
(2) 取り組み成果評価	102

II 退院支援委員会	104
■ 評価方法及び評価点数	104
(1) 開催状況	104
(2) 外部援助事業者の参加状況	105
III 入院患者退院意欲喚起	106
■ 評価方法及び評価点数	106
(1) 啓発	106
(2) 退院意欲の確認	106
(3) 退院意欲喚起の成果	107
IV 地域連携会議運営	107
■ 評価方法及び評価点数	107
(1) 協議会の運営	107
(2) 実務者会議の運営	108
V ピアサポーター活動	110
■ 評価方法及び評価点数	110
(1) 養成	110
(2) 仕事の内容と量	111
(3) 雇用の状況	111
VI 市町村体制	112
■ 評価方法及び評価点数	112
(1) 地域相談事業者への働きかけ	112
(2) 地域移行給付	113
(3) 障害福祉計画	113
第7章 研究のまとめ	114
1. 地域保健総合推進事業発表会抄録	114
2. 地域保健総合推進事業発表会資料	116

第1章 研究の概要

1. 研究のねらい

平成26年4月に精神障害者の地域移行を促進するために、改正精神保健福祉法が施行された。全国保健所長会においては、様々な方法で保健所の取り組みを促してきた。

本研究班においては、平成26年度に保健所が取り組むためのガイドラインを作成し、27年度には保健所での先駆的取り組み事例調査や地域移行評価シート案を作成、全国の保健所に提示し、あわせて保健所職員を対象に研修会を行ったところである。

そこで、28年度は27年度に作成した地域移行評価シート案の項目や点数化についてのさらなる検証及び新たな評価指標の検討を行い、地域の取り組み状況が見える化できる入力シートを作成し、全国保健所に配付する。

また、保健所職員等を対象に地域移行に取り組むための実践的研修を実施し、保健所での精神障害者の地域移行の取り組みの普及・普遍化を図っていく。

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	福岡県糸島保健所 所長
事業協力者	山口 靖明	福島県県中保健所 所長
	城所 敏英	東京都島しょ保健所 所長
	向山 晴子	杉並区杉並保健所 所長
	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所 所長
	竹之内直人	愛媛県心と体の健康センター所長
アドバイザー	大塚 俊弘	国立精神・神経医療研究センター上級専門職
	山之内芳雄	国立精神・神経医療研究センター精神保健計画研究部長
	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

- 1 研究班会議の開催
- 2 保健所職員等を対象とした研修会の開催
- 3 地域移行評価シートの作成
- 4 研修会参加者へ取り組み状況調査の実施

第2章 研修会実施報告

1. 本研修会の特徴

- 個別給付「地域移行支援」利用者を増やすためのノウハウを学ぶことが目的
- 地域での取り組みに即つながらよう、保健所等行政機関・管内精神科病院・管内相談支援事業所の職員がチームで参加
- 本研修会で作成したロードマップをそのまま地域で実践

2. 対象者

- 保健所等行政機関の職員
- 管内の精神科病院や相談支援事業所の職員

3. 研修の概要とプログラム

(1) 研修日時と場所

会場	開催日時	開催場所	参加者
神戸会場	2016年9月20～21日	(三宮)神戸市勤労会館 308号室	77名
福岡会場	2016年9月29～30日	福岡県精神保健福祉センター 研修室	76名
東京会場	2016年10月11～12日	サンパール荒川 第2、3集会室	53名

(2) 神戸会場の研修プログラム

1 日目		
12:30～13:00	受付	
13:00～13:10	オリエンテーション	
13:10～13:50	①講義1	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所精神保健計画研究部 山之内 芳雄 部長 「日本の精神保健の現状と課題」
13:50～15:05	②講義2	兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長 「地域移行での保健所の果たすべき役割」
15:05～15:20	休憩	
15:20～16:50	③講義3	社会福祉法人 かるべの郷福祉会 ピアサポーター 西村 鉄平 氏 社会福祉法人 かるべの郷福祉会 管理者・相談支援専門員 中川 祐一 氏
16:50～17:30	④全体質疑	

2 日目		
9:00～9:10	オリエンテーション	【進行】兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長
9:10～10:10	①GW1	(説明と議論) 「参加者の保健所の評価(自保健所の管内分析)」
10:10～11:10	②GW2	「相談支援事業所の積極的協力を得るには」 ・なぜ、事業所は地域移行に慎重なのでしょう？ ・誰がどの事業所にどのように働きかけるのか？
11:10～12:00	③GW3	「ピアサポーターの養成と雇用を確保する」 ・管内のピアの活動状況は？ ・個別支援をしていますか？ ・雇用されていますか？
12:00～13:00	昼休み	
13:00～14:00	④GW4	「自分たちの保健所及び地域の戦略を立てましょう」
14:00～15:00	⑤GW5	「自分の保健所管内での地域移行体制づくりの具体的スケジュールを作ろう」
15:00～16:00	⑥発表と全体質疑	

(3) 福岡会場の研修プログラム

1 日目		
12:30～13:00	受付	
13:00～13:05	オリエンテーション	
13:05～13:45	①講義1	国立精神・神経医療研究センター 大塚 俊弘 上級専門職 「精神医療の動向」
13:45～15:00	②講義2	兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長 「地域移行での保健所の果たすべき役割」
15:00～15:10	休憩	
15:10～16:40	③講義3	(医療法人)敬愛会 生活支援センターほおずき 今井 綾子 氏 (医療法人)敬愛会 生活支援センターほおずき 谷 友紀子 氏
16:40～17:10	④全体質疑	

2 日目		
9:00～9:10	オリエンテーション	【進行】兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長
9:10～10:10	①GW1	(説明と議論) 「参加者の保健所の評価(自保健所の管内分析)」 「精神科病院の評価をしてみよう—まず1病院と協力を」 ・あなたの管内の病院には、地域移行対象者は何人いますか？
10:10～11:10	②GW2	「相談支援事業所の積極的協力を得るには」 ・なぜ、事業所は地域移行に慎重なのでしょう？ ・誰がどの事業所にどのように働きかけるのか？
11:10～12:00	③GW3	「ピアサポーターの養成と雇用を確保する」 ・管内のピアの活動状況は？ ・個別支援をしていますか？ ・雇用されていますか？
12:00～13:00	昼休み	
13:00～14:00	④GW4	「自分たちの保健所及び地域の戦略を立てましょう」
14:00～15:00	⑤GW5	「自分の保健所管内での地域移行体制づくりの具体的スケジュールを作ろう」
15:00～16:00	⑥発表と全体質疑	

(4) 東京会場の研修プログラム

1 日目		
13:00～13:30	受付	
13:30～13:40	オリエンテーション	
13:40～14:20	①講義1	厚生労働省社会・援護局 傷害保険福祉部精神・障害保健課 鶴田 真也 課長補佐 「日本の精神保健の現状と課題」
14:20～15:30	②講義2	兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長 「地域移行での保健所の果たすべき役割」
15:30～15:40	休憩	
15:40～16:40	③講義3	社会福祉法人 かるべの郷福祉会 管理者・相談支援専門員 中川 祐一 氏 社会福祉法人 かるべの郷福祉会 ピアサポーター 藤本 武宏 氏
16:40～17:00	④全体質疑	

2 日目		
9:00～9:10	オリエンテーション	【進行】兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長
9:10～10:10	①GW1	(説明と議論) 「参加者の保健所の評価(自保健所の管内分析)」 「精神科病院の評価をしてみよう—まず1病院と協力を」 ・あなたの管内の病院には、地域移行対象者は何人いますか？
10:10～11:10	②GW2	「相談支援事業所の積極的協力を得るには」 ・なぜ、事業所は地域移行に慎重なのでしょう？ ・誰がどの事業所にどのように働きかけるのか？
11:10～12:00	③GW3	「ピアサポーターの養成と雇用を確保する」 ・管内のピアの活動状況は？ ・個別支援をしていますか？ ・雇用されていますか？
12:00～13:00	昼休み	
13:00～14:00	④GW4	「自分たちの保健所及び地域の戦略を立てましょう」
14:00～15:00	⑤GW5	「自分の保健所管内での地域移行体制づくりの具体的スケジュールを作ろう」
15:00～16:00	⑥発表と全体質疑	

第3章 研修内容

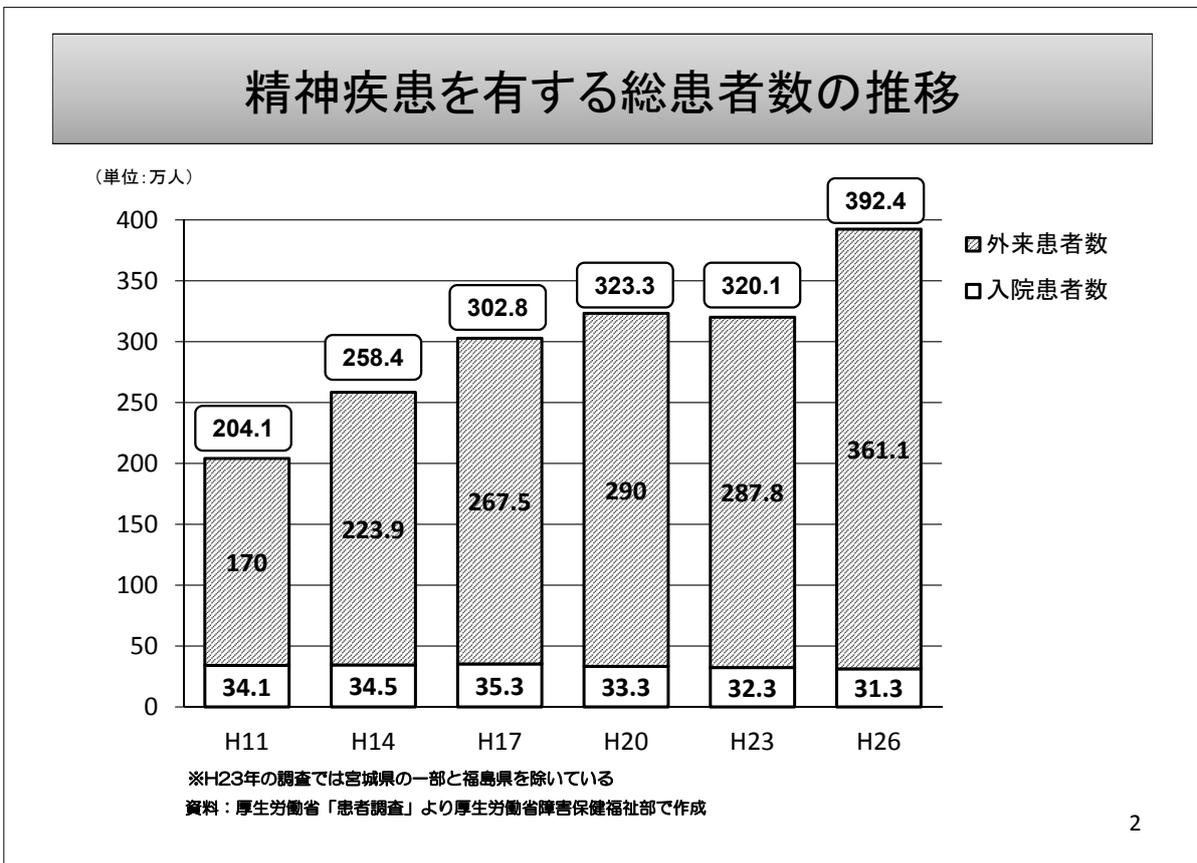
1. 精神医療の動向

精神医療の動向

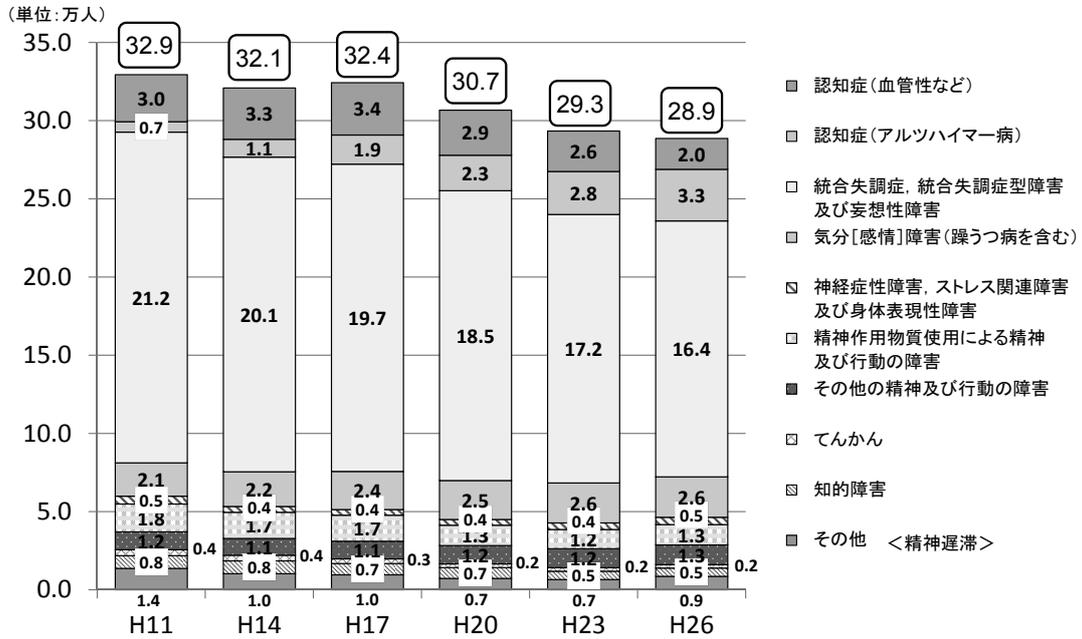
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所

20160929保健所長会

1



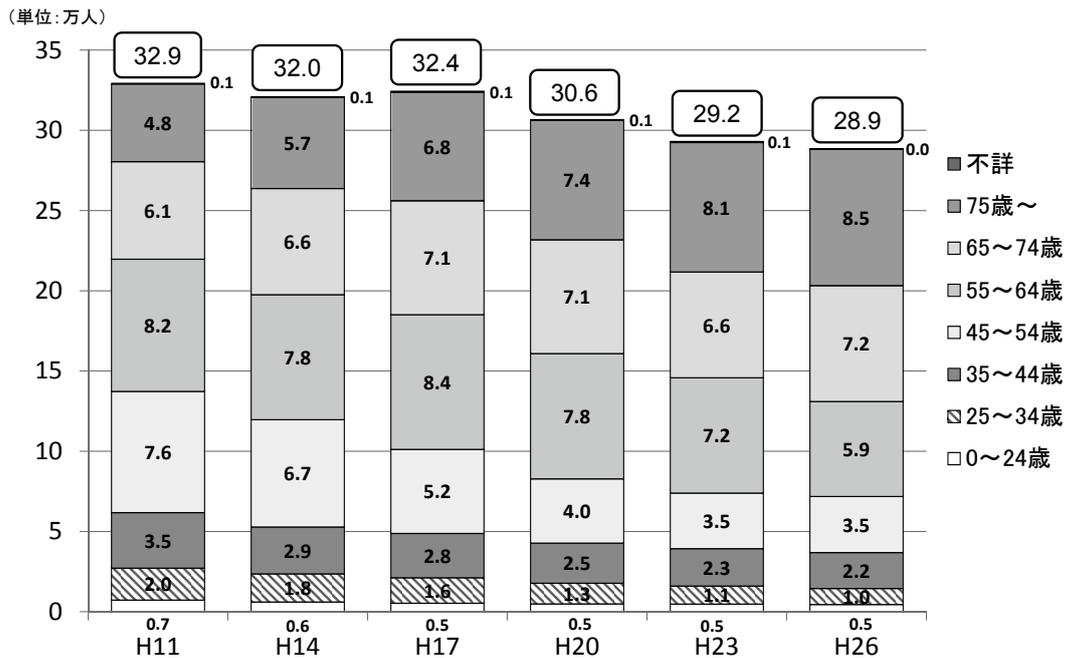
精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

3

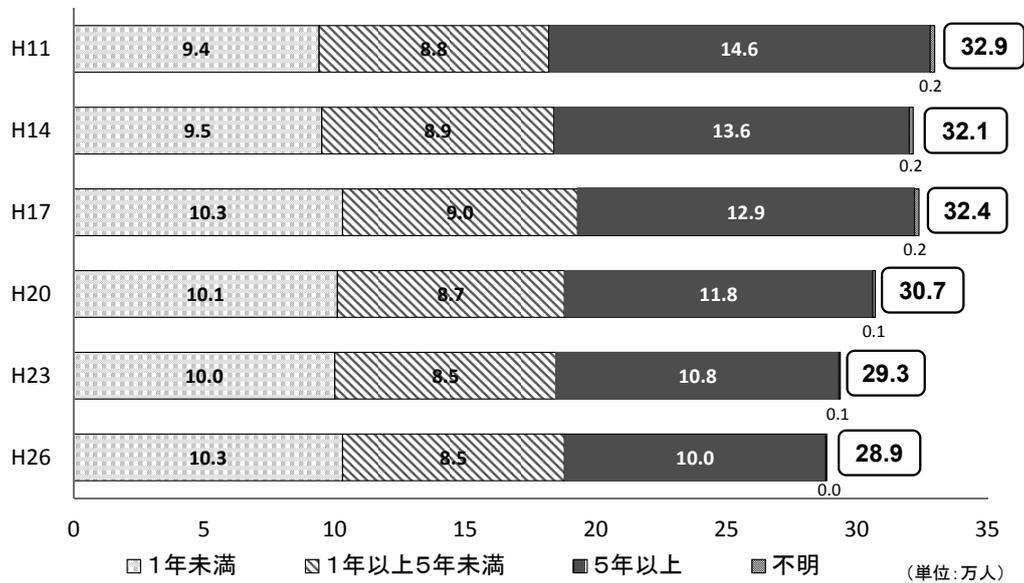
精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

4

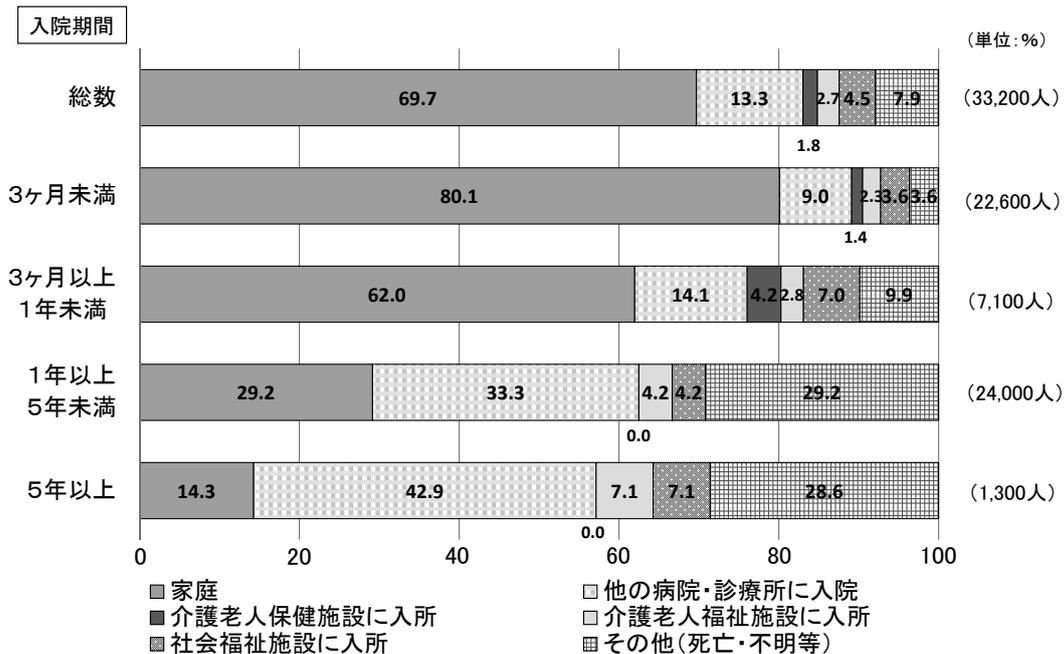
精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

5

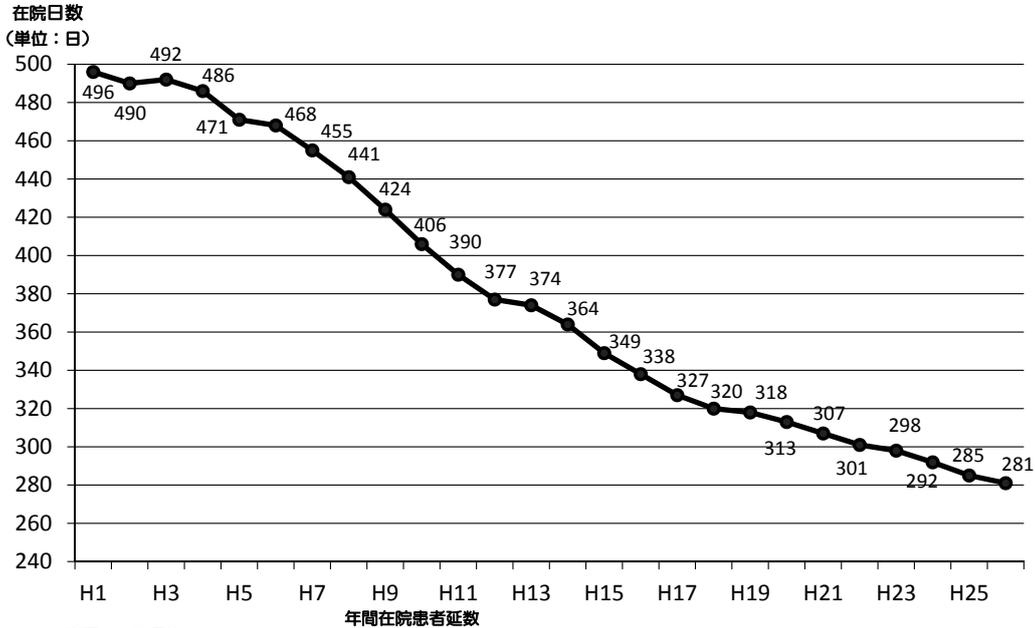
平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

6

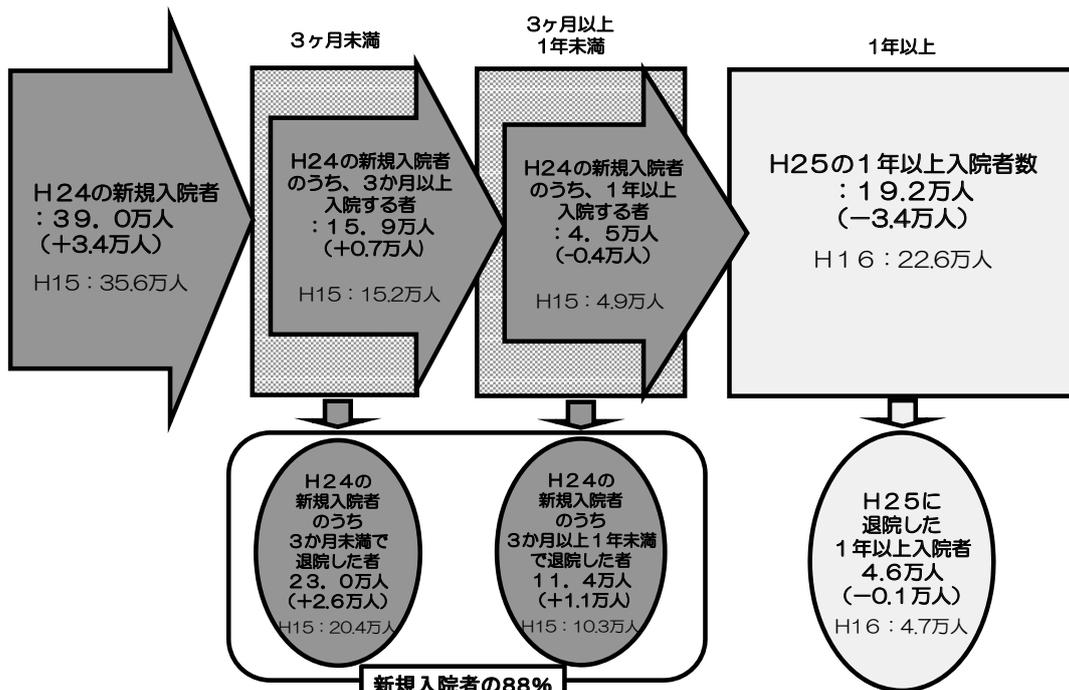
精神病床における退院患者の平均在院日数の推移



資料：厚生労働省「病院報告」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

7

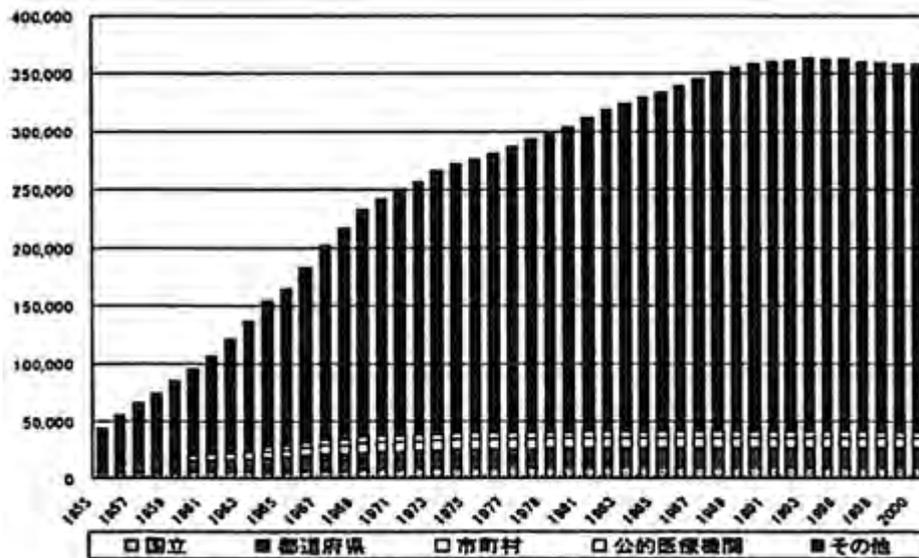
精神病床における患者の動態



資料：平成25年厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調より推計

8

図1.精神病床数の長期推移

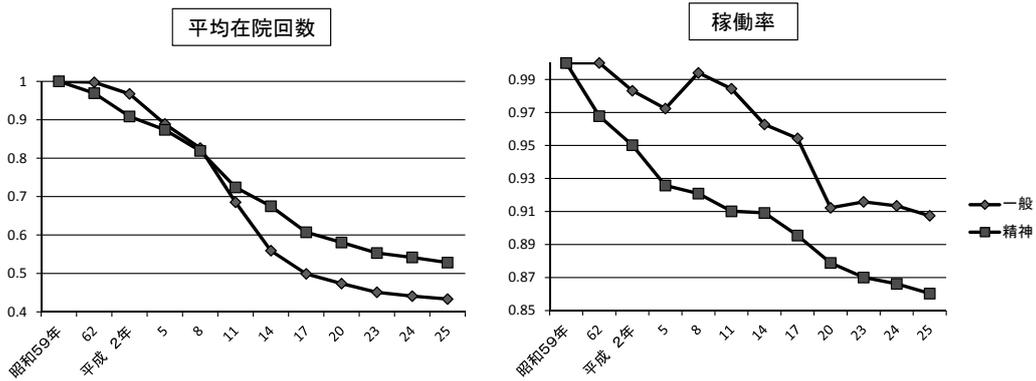


資料:精神保健福祉社調べ

出典: 日本訪問看護財団資料 (2006)

<https://nippon.zaidan.info/seikabutsu/2006/00270/contents/0009.htm>

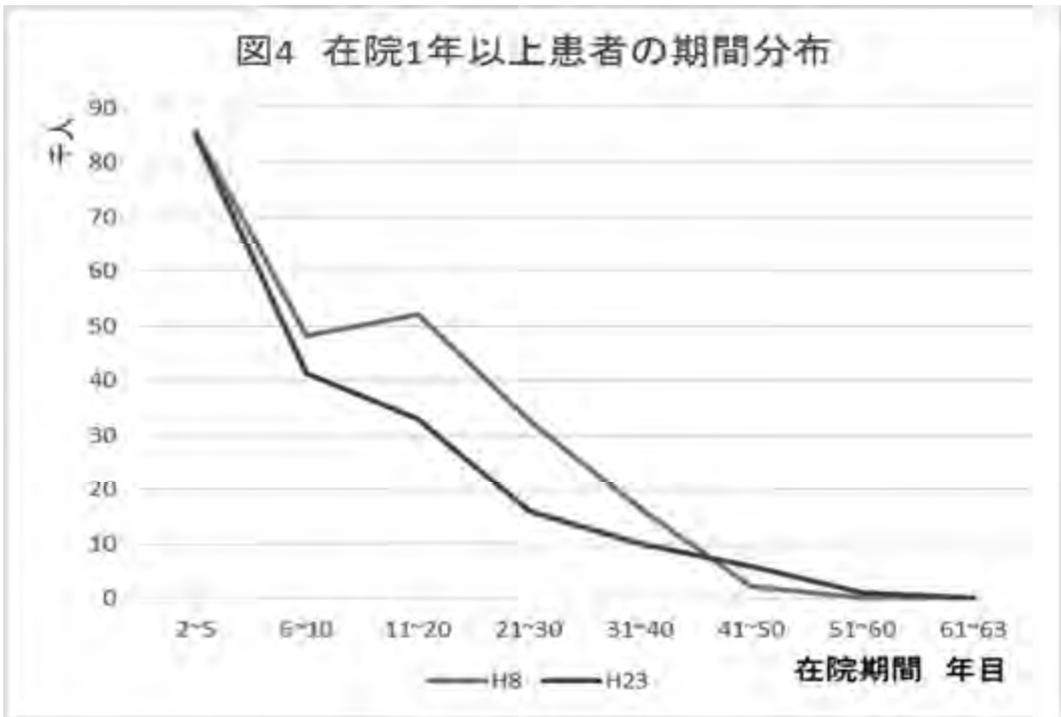
精神病床は稼働率が下がってきている



平均在院日数は一般病床のほうが減少している

稼働率は精神病床のほうが減少している

急性期化して稼働率が減っている、
だけではなさそう



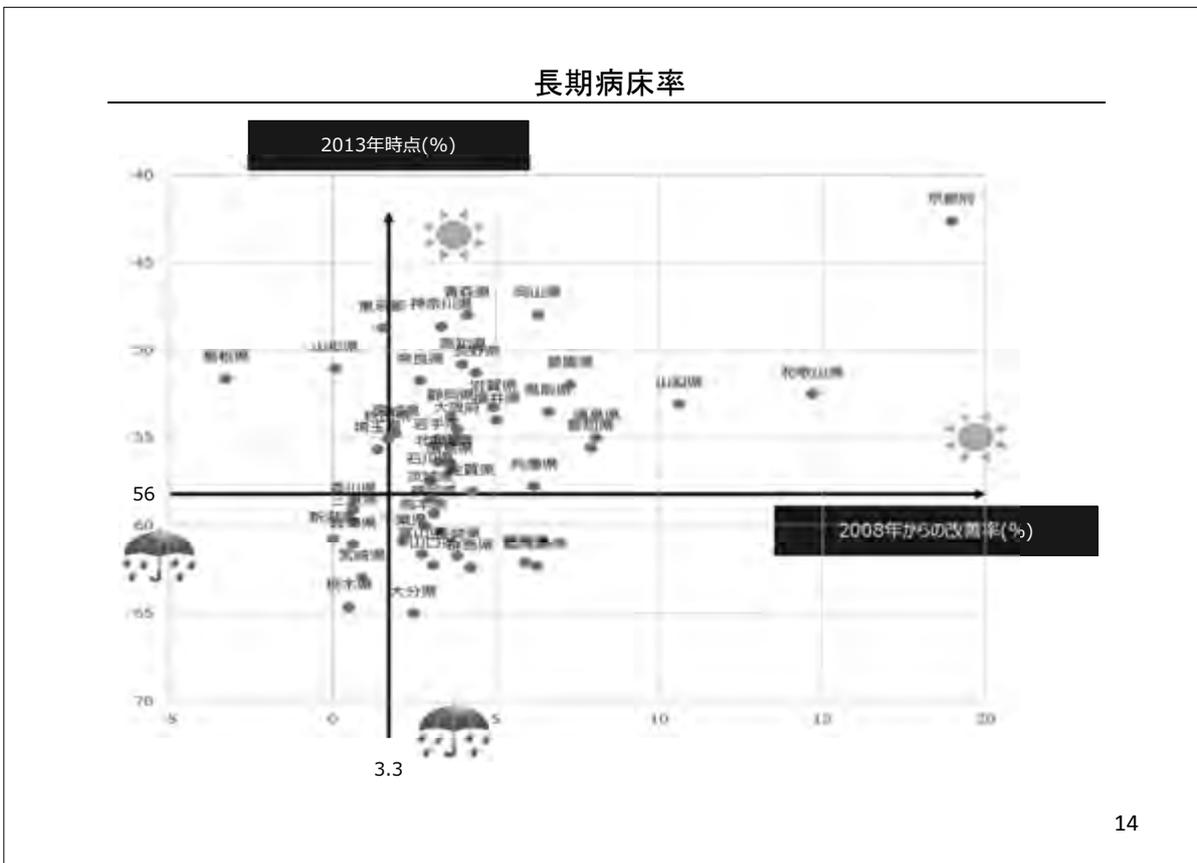
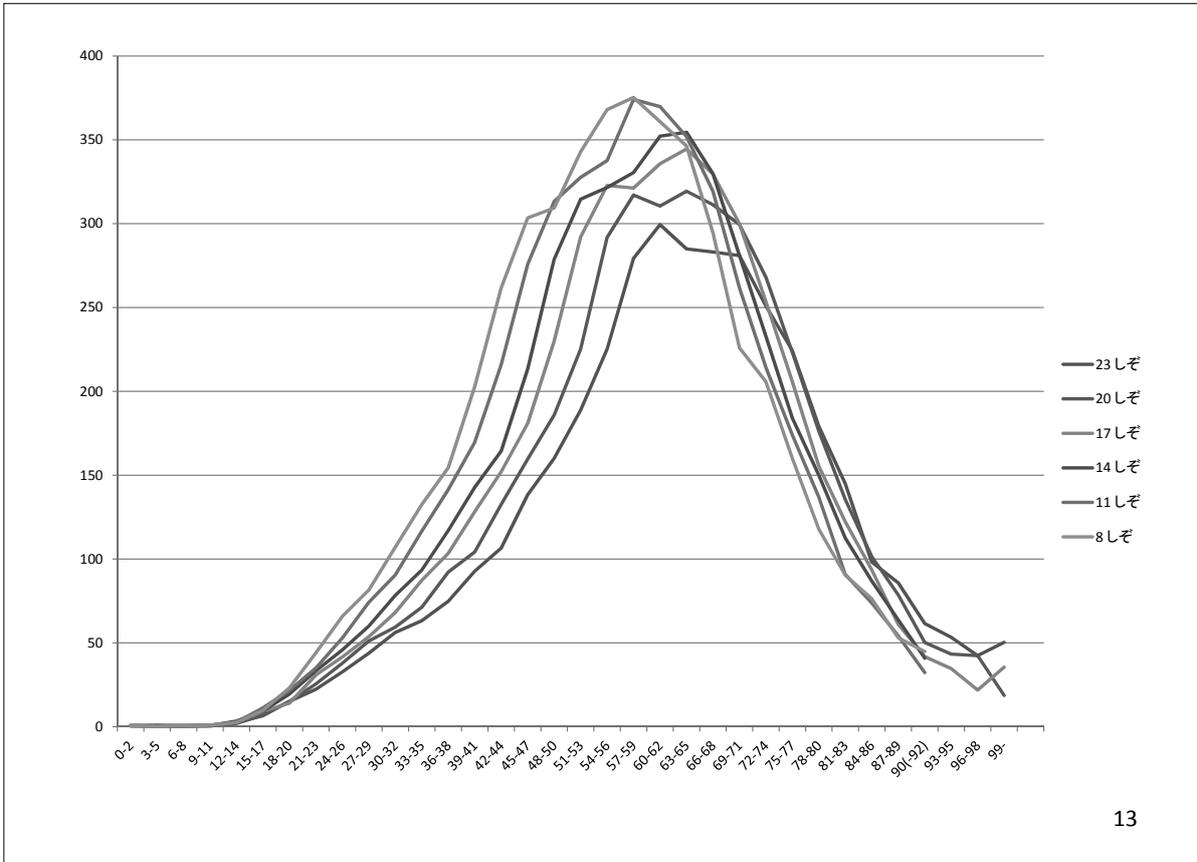
平成8,平成23年患者調査(特別集計)

11



平成8,平成23年患者調査(特別集計)

12



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

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

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

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

(2)保護者制度の廃止

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

(3)医療保護入院の見直し

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

(4)精神医療審査会に関する見直し

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

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 検討規定

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

15

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)①

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

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

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

16

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)②

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

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

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

17

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)③

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

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

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

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

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

18

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（概要）

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

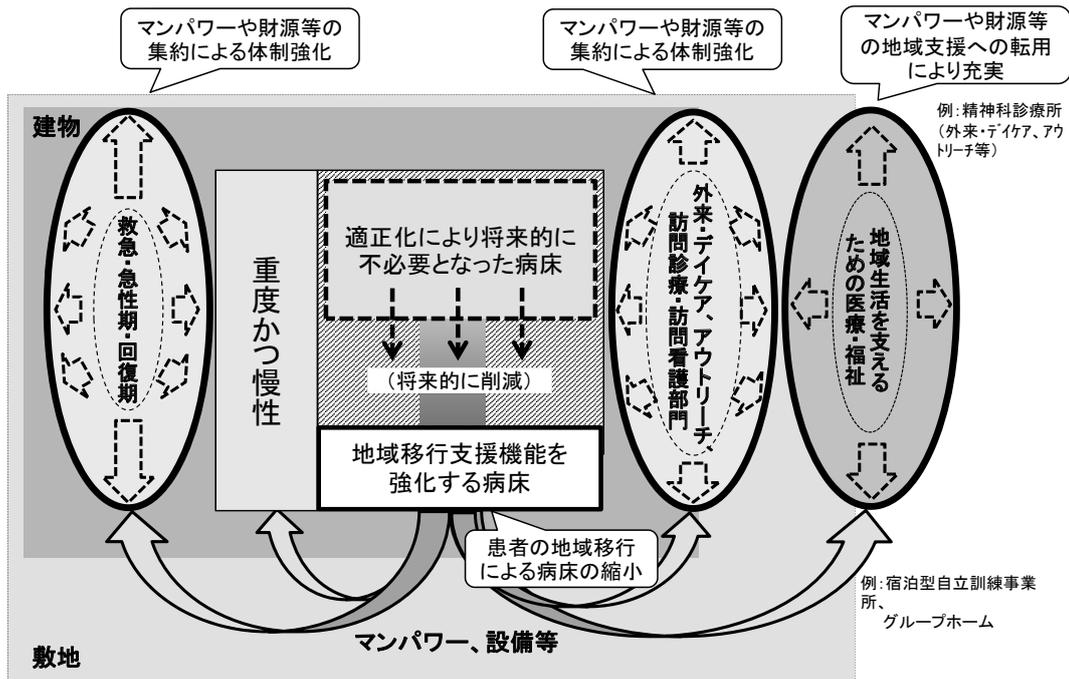
＜病院資源のグループホームとしての活用について＞

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

19

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

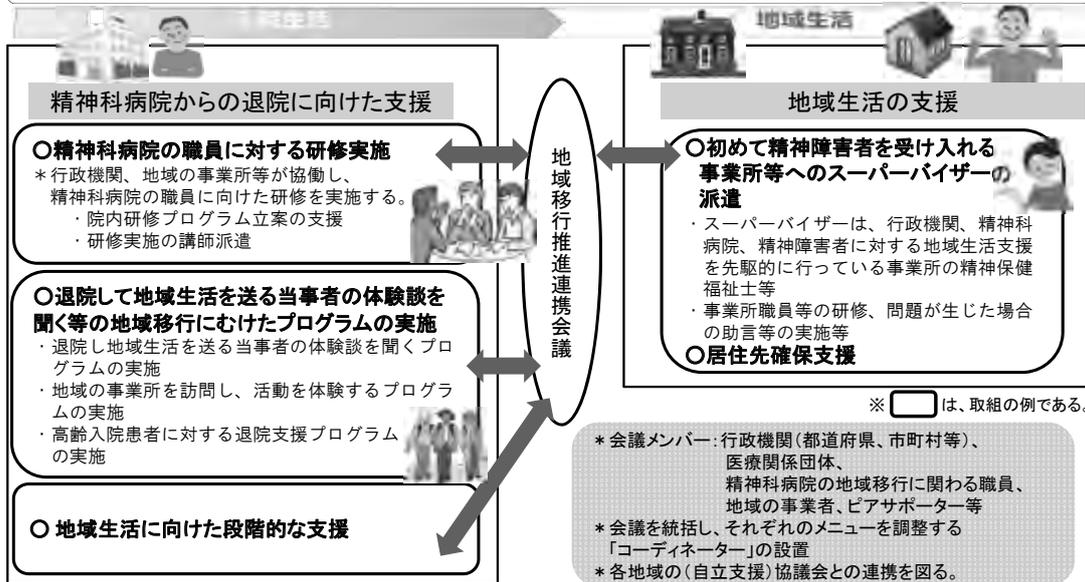


20

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

平成28年度予算案 75,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 31,387千円を含む。)

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

熊本市の取組 ～協議会の部会を活用したネットワーク強化と人材育成の取組～

○精神科病院・相談支援事業所等の実務者による連携会議(精神障がい者地域移行支援部会)を月1回開催し、アドバイザーの協力を得て研修会の企画・実施、事例検討、入院患者意向調査等を実施。さらに、連携会議(地域移行支援協議会)を年度末に1回開始し、事業の評価等を実施。これらの連携会議における検討結果を障がい者自立支援協議会へ報告し、施策への反映を図る。

【熊本市の実施圏域の基礎情報】 ※1平成26年6月時点 ※2平成27年7月時点

熊本市圏域(二次医療圏)		(うち検証事業参加)			
圏域人口(平成27年4月)	739,015人				
精神科病院の数※1	20病院			(18病院)	
精神科病床数※1	3,251床			(3,151床)	
3か月未満	634人(23%)	641人(23%)	※2		
入院精神障害者数3か月以上1年未満	457人(16%)	449人(16%)	※2		
※1	1年以上	1,709人(61%)	1,649人(60%)	※2	
相談支援事業所数(平成27年3月)	一般相談19	(9)			
	特定相談37	(12)			
保健所	1か所				
(参考)熊本市 利用者数の推移	H24.4	H25.4	H26.4	H27.4	
(※精神障害者に限る)	地域移行支援	0	1	1	0
	地域定着支援	0	0	0	0

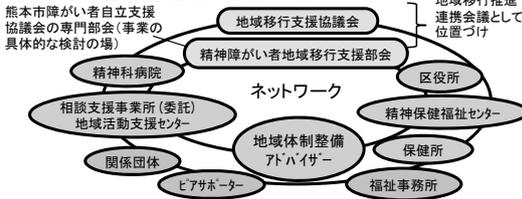
【地域移行に関する事業への取組の経緯】

○平成17年度～
精神科病院と地域生活支援センター等による検討会を開始。退院可能者ニーズ調査、社会資源ホームページの作成、ケアマネジメント実施報告、普及啓発研修会等を実施。平成25年度より検討会を自立支援協議会の部会に位置付ける。

○平成20～23年度
精神障害者地域移行支援特別対策事業として、地域移行推進員による個別支援を実施(対象者数:延39名、退院者数:18名、地域移行推進員数:14名)

○平成24～26年度
補助事業として、地域体制整備アドバイザーの配置(平成25年度より単費)、ピアサポートの活用、高齢入院患者地域支援事業、地域移行支援協議会の設置を実施。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

○精神科病院職員等に対する研修(検証事業)
連携会議参加者(精神科病院・相談支援事業所の福祉職、行政関係者等)を対象に、福祉制度や社会資源、地域移行の理念、医療と福祉の連携、多職種連携等に関する研修及び情報交換を年4回程度実施する。

○熊本県が主催する地域移行支援研修会への協力
平成27年度は熊本県が医療と福祉の連携に関する研修会を開催し、研修企画チームに熊本市も参加。精神科病院や相談支援事業所において地域移行を推進するための中核人材を育成する。

○体験談プログラムの実施(検証事業)
精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との個別面接・体験談発表・レクリエーション等を通して交流し、地域生活への関心や退院への意欲を高めるよう支援する。また、精神科病院職員向けの研修への派遣依頼に対してピアサポーターを派遣し、体験談発表や事業の啓発を行う。

○高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)
事業実施病院の長期入院高齢患者に対し多職種チームによる退院支援を実施し、連携会議において経過報告・事例検討を行う。

【地域生活の支援】

○スーパーバイザーやピアサポーターの派遣(検証事業)
関係機関からの相談や講師派遣依頼時に、スーパーバイザーを派遣する(地域体制整備アドバイザー3名で対応)。また、デイケア・地域活動支援センターへピアサポーターを派遣し、利用者との日常生活に関する意見交換を行い再発予防を図る。

【その他】
○長期入院者への意向調査(検証事業)
平成27年度は、精神科病院の長期入院者に対する意向調査(抽出調査)を実施。結果を分析し、施策への提言や事業計画へ反映させる。
※前回は平成17年度に意向調査を実施。

静岡県の実施圏域の基礎情報

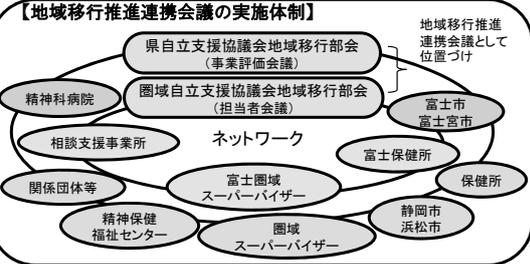
- 病院、相談支援事業所、市町、保健所等関係機関からなる圏域自立支援協議会地域移行部会と事業実施医療機関、県が連携し、地域移行の現状と課題を共有し、課題の解決のため事業の効果的な実施に取り組む。
- 病院内に地域移行について検討する多職種によるプロジェクトチームを発足し、定期的に地域移行について検討。圏域内の動きや法制度等の情報共有を図り、医療と福祉、行政が連携した地域移行支援に取り組む。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】 ※平成27年7月時点

富士圏域(富士市・富士宮市)		うち検査事業参加	
圏域人口(平成27年4月)	380,963人		
精神科病院の数	5病院(1病院)		
精神科病床数	994床(184床)		
入院精神障害者数※	3か月未満 189人(22%) 3か月以上1年未満 162人(19%) 1年以上 509人(59%)	46人(34%)※ 23人(17%)※ 65人(49%)※	
相談支援事業所数(平成27年3月)	一般相談4(3) 特定相談16(3)		
保健所	1か所		
(参考)静岡県利用者数の推移	H24.4 H25.4 H26.4 H27.4		
国保連	地域移行支援 5 9 19 12		
データ	地域定着支援 8 17 29 42		

- 【地域移行に関する事業への取組の経緯】
- 平成24～26年
精神障害者地域移行・地域定着支援事業(高齢入院患者地域移行支援事業)
 - 平成26年
圏域内の現状把握と課題解決に向け、圏域内の精神科病院(5病院)に対するアンケート調査実施。官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。地域移行を推進するために圏域ごとに必要な事項を検討し、各圏域で平成27年度までの目標(例:ピアサポート体制の構築、社会資源の周知強化)や実施事項を示したロードマップを作成。

- 【精神科病院からの退院に向けた支援】
- 退院に向けた意欲喚起(検証事業)
職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意欲した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。
 - 精神科病院職員に対する研修の実施(検証事業)
院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。また、圏域の他病院も企画会議に参加し意見交換することで、圏域全体の地域移行の意識を高め、地域移行促進を図る。
 - 高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)
病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援業務を行う専門スタッフとして退院支援員を設置し、退院支援を行う。
 - 退院者の体験談を聞くプログラムの実施(検証事業)
実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。
 - 地域自立支援協議会で家族支援部会の実施
富士市の自立支援協議会に出席した当事者や家族の声を直接聞き、不安や問題解決を図る。



- 【地域生活の支援】
- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験(検証事業)
地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
・賃貸住宅の見学
・食事をし、テレビを見る、家事体験(掃除洗濯等)をする等の日中体験
・作業療法としての調理活動
・外泊体験

大阪府の取組 ～「病院が押し出す力」と「地域から引っ張る力」双方向からの取り組みで地域移行を推進～

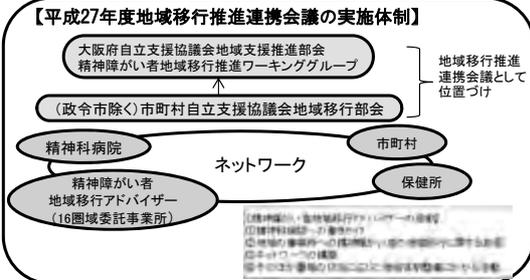
- 大阪府では、これまで実施してきた精神障がい者の地域移行にかかる取り組みを総合的に実施し、その効果について検証します。
- 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行ワーキンググループにおいて各市町村の状況を集約し、大阪府と市町村の役割を明確にし、府域全体でさらなるレベルアップを図るとともに、精神障がい者地域移行推進のネットワーク構築を旨とします。

【大阪府の実施圏域の基礎情報】

府内16圏域(大阪市・堺市を除く)		うち検査事業参加	
圏域人口(平成27年7月1日推計)	5,313,128人		(5,313,128人)
精神科病院の数(平成27年7月)	50病院		(50病院)
精神科病床数(平成27年6月30日)	15,791床		(15,791床)
入院精神障害者数(平成27年6月30日)	3か月未満 3,884人(23%) 3か月以上1年未満 2,821人(17%) 1年以上 9,906人(60%)		
相談支援事業所数(平成27年6月)	一般相談167 特定相談310	17 17	
保健所	16か所		
(参考)大阪府利用者数の推移	H24.4 H25.4 H26.4 H27.4		
国保連	地域移行支援 34 42 43 43		
データ	地域定着支援 103 405 443 494		

- 【地域移行に関する事業への取組の経緯】
- 平成12年度より様々な長期入院精神障がい者対策事業を実施
 - 平成24年度:精神障害者地域移行・地域定着支援事業により16圏域に地域体制整備コーディネーター、退院促進ピアサポーターを配置。
 - 平成25年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業)により地域相談支援マネージャーを、精神障害者地域移行・地域定着支援事業により退院促進ピアサポーターをそれぞれ16圏域に配置。
 - 平成26年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業等)により16圏域に地域相談支援マネージャー、退院促進ピアサポーターを配置。
- ※地域体制整備コーディネーター、地域相談支援マネージャーはいずれも相談支援事業所に委託

- 【精神科病院からの退院に向けた支援】
- 精神科病院職員に対する研修(検証事業により大阪精神科病院協会に委託)
①長期入院者地域移行の取り組みの視点からの講義と積極的な取り組みを行っている5病院の実践報告を行う(全体研修)。
②精神障がい者地域移行アドバイザー等と連携を図り、地域移行支援の流れや精神科病院から退院した患者の体験を聞く等、病院ごとの研修(院内研修)を実施(各病院年2回)
 - 入院者退院支援委員会推進事業(大阪府地域医療介護総合確保基金により実施)
精神科病院が地域関係機関職員(地域援助事業者)を招聘して医療保護入院者の退院支援委員会を開催した場合に、報償費、旅費に対して一定の補助を行う。



- 【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)
- 体験談プログラム
精神科病院から退院し地域で暮らしているピアサポーターが、病院に向き、自らの体験を入院患者に話し、当事者同士で意見交換できる場を提供。
 - 病棟訪問プログラム
ピアサポーターが定期的(1～2月に1回)に、ピアサポーターコーディネーター等と病棟を訪問し自由に入院患者と会話する時間を持ち、レク活動を行ったりする。
 - 事業所体験プログラム
入院患者がピアサポーター等と外出して地域の社会資源を見学、活動内容を体験し、利用者や交流を図る。院内交流会の1コマとして実施または、施設見学会として別枠で実施するなど、病院により実施方法は異なる。

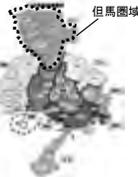
- 【地域生活の支援】
- スーパーバイザーの派遣(検証事業により16圏域事業所に委託)
「精神障がい者地域移行アドバイザー」を各圏域に配置し、地域からの精神科病院への働きかけに加え、精神科病院が企画する退院支援プログラムへの支援やアドバイスをを行う。
新たに地域移行の働きかけを行う事業所(基幹相談支援センターなど)や市町村自立支援協議会などに対して、これまでのノウハウをもとにアドバイスをし、地域移行を推進する体制の強化を図る。

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2,134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行の利用者数)
 - 25年度 0名
 - 26年度 8名うち2名退院
 - 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 25年度 71.7% 26年 71.3%
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 25年度 0名 26年度 12名
- (関係者の意識変容)
 - ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
 - ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27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)」からの報告

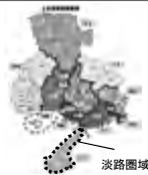
25

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定期的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(26年6月)	370床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	43.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	92.6%



【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決案の提案を行い、地域移行の取組を促す。
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
 - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年
 - 地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年
 - 県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWIによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年
 - 地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年
 - 県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

- (地域移行・定着の利用者数: 22年4月～26年3月末)
 - 地域移行: 28のうち24名は退院(1名は再入院するも退院)
 - 地域定着: 26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 21年: 249名(67.7%) → 24年: 215名(59.6%) → 26年: 189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 22年: 9名 → 25年: 11名
- (関係者の意識変容)
 - ピアサポーターの一部はPSWIの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27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」からの報告

26

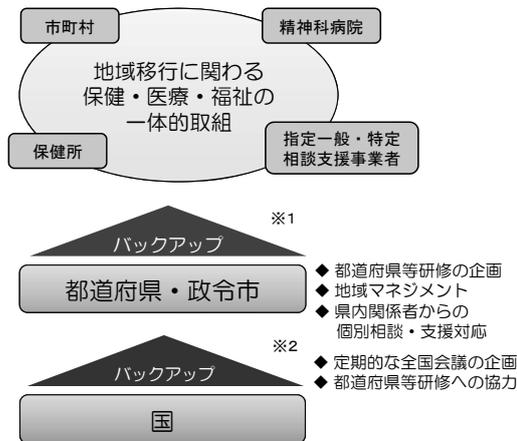
ポイント

- 関係者による協議の場の設置と運営
- ピアサポーターの活躍の場の拡大
- 地域移行に取り組む人材の育成
- 地域移行に関する目標値の設定

27

精神障害者の地域移行の推進

○長期入院精神障害者の地域移行推進のため、都道府県等(都道府県・政令市)の実践的な取組を共有するとともに、他の都道府県等とのネットワーク形成を支援することにより好事例の横展開を図る
 ○都道府県等において、関係者による協議の場の設置、ピアサポーターの活躍の場の拡大、地域移行に取り組む人材の育成、市町村支援の強化等に関する取組を推進する



※1 障害者総合支援法第2条第2項第1号 第2条第2項 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。
 第1号 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

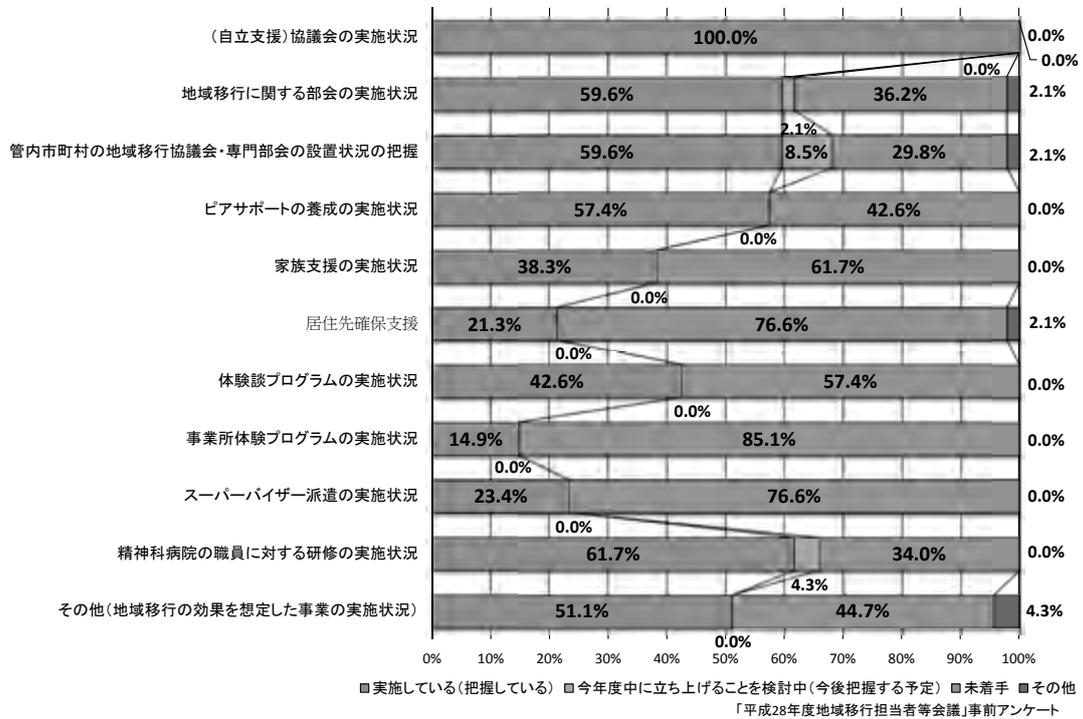
※2 障害者総合支援法第2条第3項 第2条第3項 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

○平成28年3月2日「中核的人材育成研修フォローアップ会議」(44自治体、161名の参加)
 <プログラム>
 【報告】テーマ「自治体における人材育成・地域移行の取組」(熊本県、沖縄県、相模原市)
 【講義】「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組」(兵庫県豊岡保健所 所長 柳 尚夫 氏)
 【講義】「岡山県における多職種アウトリーチチームを活用した地域マネジメントの試み」(岡山県精神保健福祉センター 所長 野口 正行 氏)
 【演習】「実効性のある地域移行支援と人材育成の進め方」(特定非営利活動法人 じりつ 代表理事 岩上 洋一 氏)
 【演習】「次年度の人材育成・地域移行の取組」
 資料掲載ホームページ：
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044473.html>

○平成28年6月30日「精神障害者の地域移行担当者等会議」
 <プログラム>
 【報告】「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取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」
 【発表】「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会(協議会の専門部会を含む)の設置の進め方と課題」
 【講義】「保健所を中心とした地域移行の取組」
 「ピアサポーターとしての活動の実際」
 【演習】「実効性のある地域移行支援を推進するために」

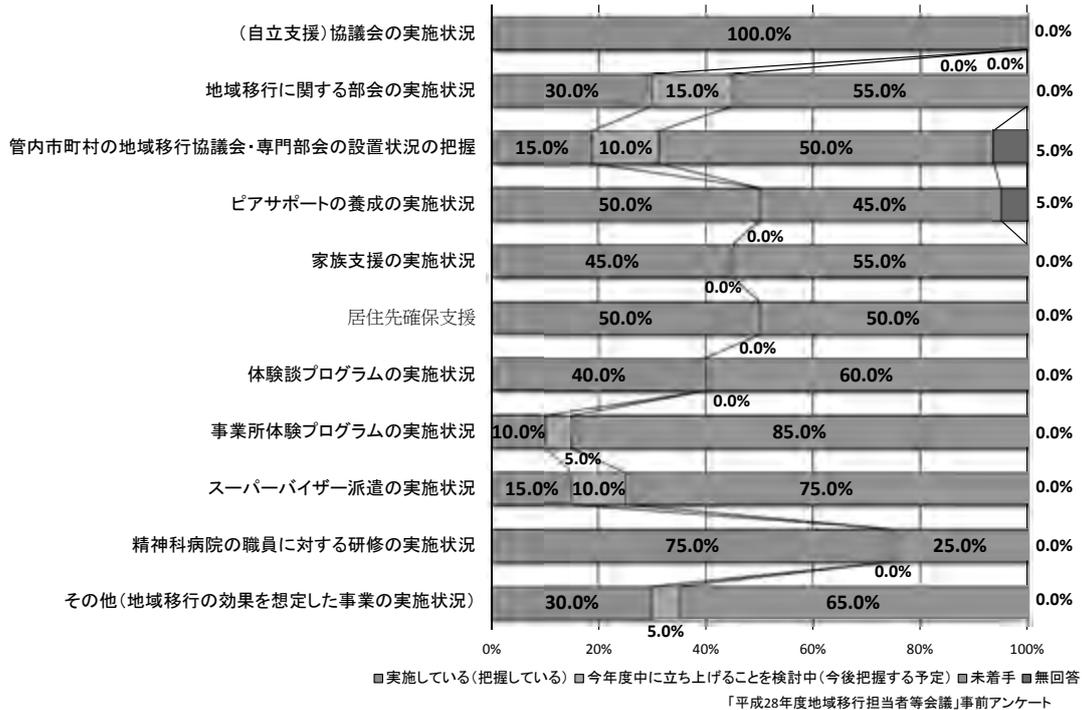
28

都道府県における地域移行に関連した事業等実施状況 (n=47)



29

政令指定都市における地域移行に関連した事業等実施状況 (n=20)



30

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

趣旨

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日(2.(3)については公布の日(平成28年6月3日))

31

地域生活を支援する新たなサービス（自立生活援助）の創設

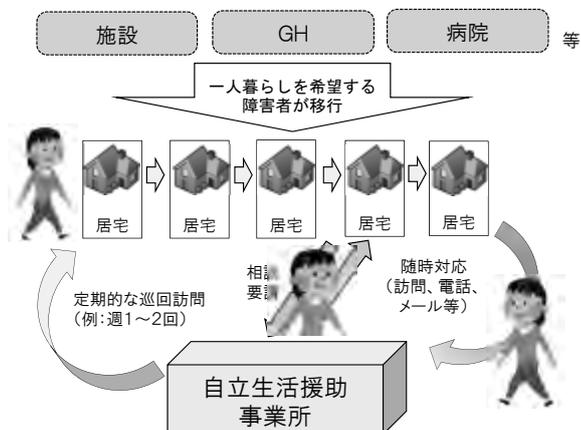
- 障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが行われているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。
- このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する（「自立生活援助」）。

対象者

- 障害者支援施設やグループホーム等を利用していた障害者で一人暮らしを希望する者等

支援内容

- 定期的に利用者の居宅を訪問し、
 - ・ 食事、洗濯、掃除などに課題はないか
 - ・ 公共料金や家賃に滞納はないか
 - ・ 体調に変化はないか、通院しているか
 - ・ 地域住民との関係は良好か
 などについて確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。
- 定期的な訪問だけでなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行う。



32

精神保健福祉法に基づく指針と医療計画について

	精神保健福祉法に基づく指針 (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)	医療計画 (精神疾患の医療体制の構築に係る指針)
概要	本指針においては、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者(国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう。)が目指すべき方向性を定める。	本指針では、「第1 精神疾患の現状」で精神疾患の疫学や、どのような医療が行われているのかを概観し、「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。
多様な精神疾患等に係る記載内容	「多様な精神疾患・患者像への医療の提供」として、下記の疾患等について記載。 1 児童・思春期精神疾患 2 老年期精神障害等 3 自殺対策 4 依存症 5 てんかん 6 高次脳機能障害 7 摂食障害 8 その他必要な医療 ア 災害医療 イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療	児童精神医療(思春期を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保すること等を求めている。また、精神科救急医療、身体合併症、うつ病及び認知症についての記載を求めている。

33

難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピンやmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

平成27年度予算：8,686千円 → 平成28年度予算(案)：4,800千円

現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

- 都道府県とコア医療機関は、協働して、
- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
 - ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
 - ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開
- ②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展
- ④精神病床における平均在院日数の短縮化

34

クロザピン(CLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)**で、**本邦での頻度は約1%**。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

- CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。
- クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。
- 日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。
- 医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。



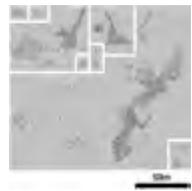
出典: CPMS運営主体のホームページより

沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と**血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現**。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が**沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる**。
- 入院導入を琉球病院で行い、**最も副作用が出やすい時期を安全に経過させる**ことで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報(平成25年6月現在)】

人口	1,414,120	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%
入院後1年時点の退院率	86.8	%
平均在院日数	274.1	日



【沖縄県の役割】

- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

【琉球病院(コア医療機関)の役割】

- CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

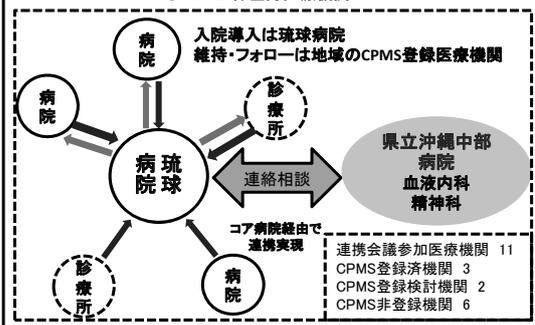
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率(一般精神病床)	63.2	%
入院後1年時点の退院率(一般精神病床)	90.4	%
平均在院日数(一般精神病床)	201	日



(参考: 国立病院機構琉球病院の基本情報)

【具体的体制】

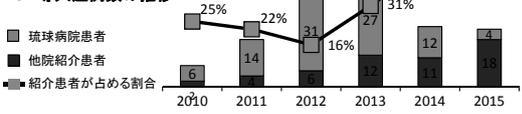
- コア医療機関 ○ CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

CLZ導入症例数の推移



難治性精神疾患地域連携体制整備事業 沖縄県の報告

千葉県の取り組み ～クロザピン・サターンプロジェクト～

- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発生する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

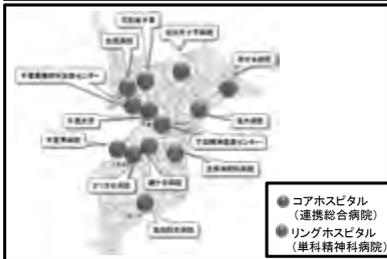
人口	6,207,990	人
面積	5,158	km ²
市町村の数	54	自治体
単科精神科病院の数	40	病院
精神病床数	12,936	床

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】
院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】
コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

【千葉大学】
各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決

【県】
医療計画等の医療政策へ反映



【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】
精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】
大病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

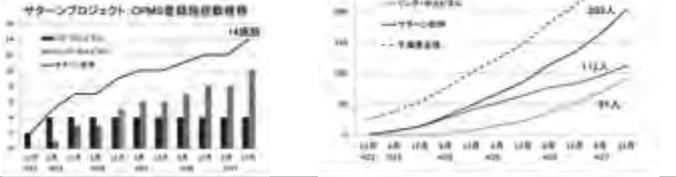
【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

- ・ 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- ・ 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当者から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- ・ 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

CPMS登録施設: 14施設
CPMS登録患者数: 203名



千葉県からの報告

37

依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)

依存症患者(アルコール、薬物、ギャンブル)が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と依存症治療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

平成27年度予算: 120万円 → 平成28年度予算(案): 110万円

現状と課題

依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が十分に浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、住民への普及啓発に加えて医療機関等を含めた関係者間の連携を構築していく必要がある。また、早期支援の観点からは、依存症に対応することのできる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

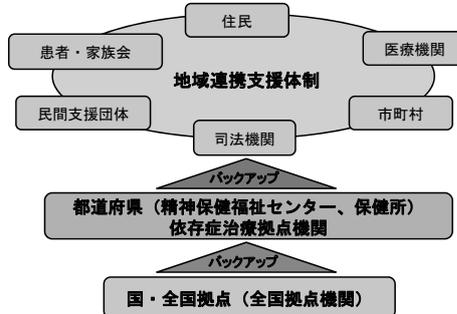
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県(精神保健福祉センター、保健所)・依存症治療拠点機関】

依存症治療拠点機関を設置し、都道府県との協働によって、依存症に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点(全国拠点機関)】

各依存症治療拠点機関で得られた知見を集積し、共通した有効な依存症支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各治療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①効果的な依存症に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②依存症者の早期発見・早期支援の実現

【H27】全国拠点機関: 久里浜医療センター(薬物依存症は国立精神・神経医療研究センターに委託)
依存症治療拠点機関: 神奈川県・神奈川県立精神医療センター、岐阜県・各務原病院、大阪府・大阪府立精神科医療センター、岡山県・岡山県精神科医療センター、佐賀県・肥前精神医療センター

38

依存症者支援のための大阪アディクションセンター ～切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備～

○依存症支援に関しては、治療や相談を担う資源や、医療・関係団体等の相互連携体制の不足などの課題がある。この課題解決のために、特に治療機関が少ない薬物依存症について、治療プログラムテキストを作成し、アルコールの治療のノウハウを生かした試みを行うこととなった。さらに府内全体を網羅する、切れ目なく支援するための関係機関によるネットワークとして、大阪アディクションセンターを組織し、医療機関、司法機関、当事者団体、行政機関等が依存症対策に主体的に取組み、連携を強めることを通じて、相乗効果を発揮し、より有効なシステムとして機能するよう目指す。

【大阪府の基本情報（平成27年5月現在）】

人口	8847838	人
面積	1904.96	km ²
市町村の数	43	自治体
単科精神科病院の数	62	病院
精神病床数	19489	床
入院後3ヶ月時点の退院率	37.9	%
入院後1年時点の退院率	89.9	%
平均在院日数	435	日



関係機関の連携の現状

- 各機関が作るネットワークが府内に点在
→例)・アルコール専門病院と保健所と断酒会
- ↓
- ①核となる機関がなければネットワークが形成されない。
- ②ネットワークが形成されず、十分な支援が届かない依存症者が多く存在する。

従来のネットワークで構築した関係機関同士の顔の見える関係や、情報共有の方法を生かしつつ、個々のネットワークに頼るのではなく、大阪全体を網羅する、切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備を行う。

新たな体制の構築

大阪アディクションセンターの設立

- 今まで地域で培ってきたネットワークのノウハウを生かしつつ、大阪府全体を網羅できる体制を整備
- 自助グループ、リハビリ施設、司法、医療、行政など、依存症に携わっている機関等が各々が主体的に役割を果たすネットワーク
- どここの機関につながっても適切なサービスを受けることができる連携体制
- それぞれの機関の強みなどを共有、アイデアを提供、不足なところは具体的な提案をしていける組織体

【今後の方向性】

薬物依存症についての支援策を蓄積し、それをギャンブル依存症やその他依存症に応用することで、支援を拡大する

依存症治療拠点機関設置運営事業 大阪府からの報告

摂食障害治療支援センター設置運営事業(モデル事業)

平成27年度予算：18,901千円 → 平成28年度予算(案)：13,486千円

摂食障害患者が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と摂食障害治療支援センターの協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、若年女性に多く発症することを踏まえると、住民への普及啓発に加えて地域・行政等を含めた関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

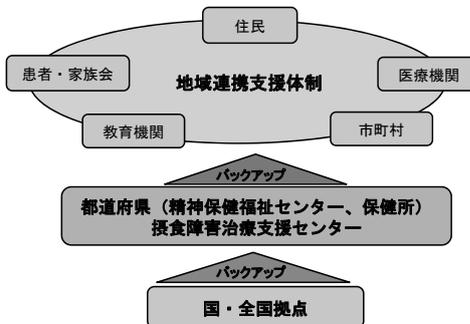
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会が多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県・摂食障害治療支援センター】

摂食障害治療支援センターを設置し、都道府県との協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点(摂食障害基幹センター)】

各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各センターへの技術的支援を行う。



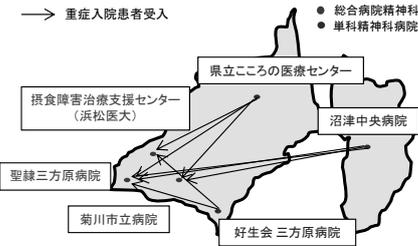
期待される成果

- ①効果的な摂食障害に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②摂食障害への早期発見・早期支援の実現

静岡県の取組み ～身体管理マニュアル普及・研修による医療提供体制の充実～

- 摂食障害治療支援センター(浜松医科大学医学部附属病院:以下浜松医大)が、①**身体・栄養管理に関する実践的なマニュアルの作成と配布**、②**他病院への実践的な研修**、③**重症患者の受入**を行うことにより、新たに2つの総合病院精神科において重症患者の受入を開始し、3つの単科精神科病院においても摂食障害患者の受入を開始し、県内における摂食障害患者への医療提供体制の充実を実現。
- それぞれの病院と静岡県の協働によって、医療機関・保健所・市町・教育機関・患者・家族等との地域連携支援体制の構築を進め、早期発見・早期支援体制の実現を目指す。

【静岡県医療圏の基本情報】



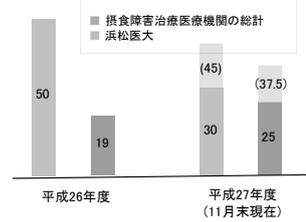
- 静岡県では、専門の治療を実施するために必要な設備をもつ総合病院精神科は西部に3つのみであった。
- この3つの総合病院精神科全てに実践的な研修を行い、重症患者の入院治療を可能とした。
- 県西部、中部、東部に入院治療に対応可能な単科精神科病院を実践的な研修により整備し、早期に治療できる体制を整備した。

(平成27年9月現在)	西部	中部	東部	
人口	1309	1165	1208	千人
市町村の数	8	7	20	自治体
単科精神科病院数	13	7	12	病院
総合病院数 (精神科閉鎖病棟あり、児童病棟除く)	4(3)	1(0)	1(0)	病院

【各事業主体の役割】

- 静岡県**
◆ 圏域毎の相談・支援体制の構築、摂食障害対策推進協議会の企画運営、市町、教育委員会、関係機関等との連絡調整、県民に向けた広報
- 浜松医大(摂食障害治療支援センター)**
◆ 身体合併症での重症患者入院に対応、身体管理マニュアルの普及・実践的研修の実施、摂食障害治療医療機関への技術支援・相談、県民への普及啓発、摂食障害患者及び家族への相談・支援等
- 摂食障害治療医療機関(総合病院精神科 2箇所・単科精神科病院 3箇所)**
◆ 身体管理マニュアルに準拠した入院治療の実施、摂食障害患者及び家族への相談・支援等、摂食障害治療支援センターへの患者紹介及び逆紹介

【浜松医大及び摂食障害治療医療機関の受入患者推移】



- ・ 実践的な身体管理マニュアルを配布し、実際に治療にあたるチームへの研修を行うことにより、単科精神科病院における入院患者数は増加傾向。
- ・ 重度の身体合併症は、2つの総合病院精神科で緊急入院を引き受けることにより、単科精神科病院における負担の軽減、安心感の醸成に寄与。

※()内数字は、年度開始8ヶ月の傾向が継続した場合の見込み入院件数

摂食障害治療支援センター設置事業 静岡県からの報告

41

てんかん地域診療連携体制整備試行事業(モデル事業)

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるように、都道府県とてんかん診療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

平成27年度予算：7百万円 → 平成28年度予算(案)：9百万円

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、地域住民に対する普及啓発、てんかん患者・家族への相談支援の充実、医療従事者への情報提供や研修の充実を推進する必要がある。また、てんかん医療には、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など複数の診療科が関わるため、診療科の垣根を越えた集学的治療連携体制の構築を目指す必要がある。

事業概要

【地域】

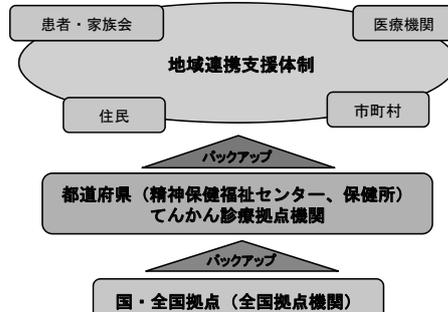
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

【都道府県(精神保健福祉センター、保健所)・てんかん診療拠点機関】

てんかんの治療を専門的に行っている医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。

【国・全国拠点(全国拠点機関)】

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を蓄積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



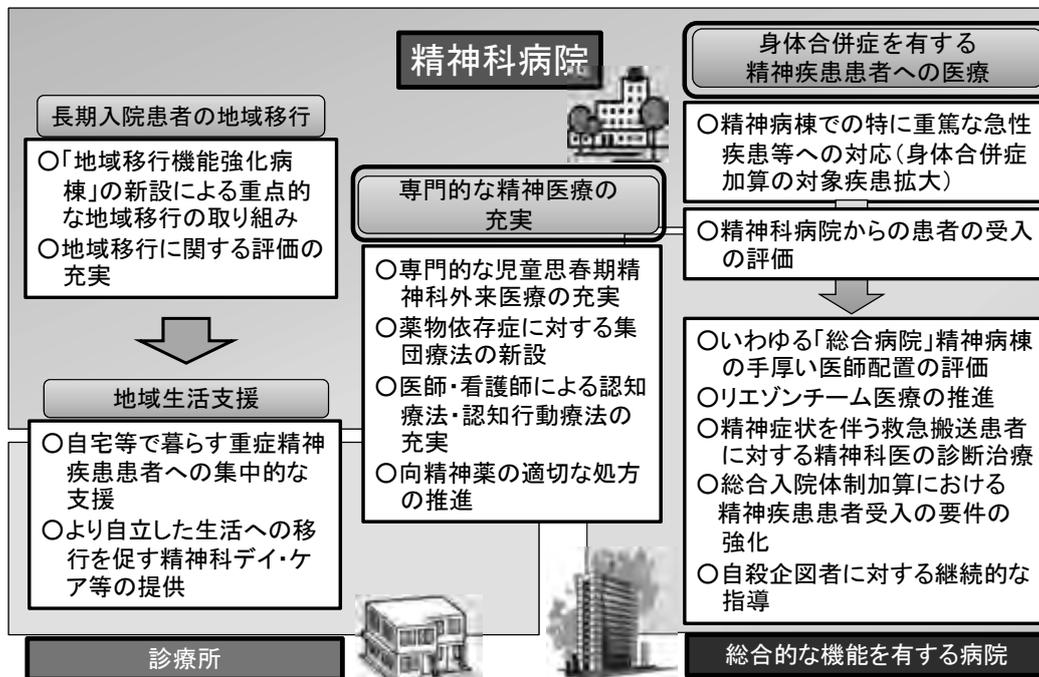
期待される成果

- ① 地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
- ② てんかん診療における地域連携体制モデルの確立

【H27】てんかん診療拠点機関：宮城県/東北大学病院、栃木県/自治医科大学附属病院、神奈川県/日本医科大学武蔵小杉病院、新潟県/国立病院機構新潟中央病院、静岡県/国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、鳥取県/鳥取大学医学部附属病院、岡山県/岡山大学病院、広島県/広島大学病院

42

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①



43

質の高い精神医療の評価②

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

- 一般病院において、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れや、精神症状を併せ持つ救急搬送患者に対し精神科医が診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神疾患診療体制加算

- 1 精神科病棟の求めに応じ、身体合併症に対する入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合 1,000点(入院初日)
- 2 身体疾患又は外傷と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診療した場合 330点(入院初日から3日以内に1回)

[施設基準]

- (1) 許可病床数が100床以上であり、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

- 難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)及び二類感染症患者療養環境特別加算の対象を精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)にも拡大する。

44

質の高い精神医療の評価③

いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価

- 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- (1)入院患者数が16又はその端数を増すごとに1以上の医師が配置されていること。
- (2)病床数が100床以上の病院であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜していること。
- (3)精神病床の数が病床数の50%未満かつ2病棟以下であること。
- (4)精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (5)第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。
- (6)精神科医が、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を、毎月5名以上、到着後12時間以内に診察していること。
- (7)入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

- 精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算の対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

[追加する疾患・病態]

間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患 等

質の高い精神医療の評価④

精神科リエゾンチームのさらなる普及

- チームを構成する看護師や精神保健福祉士等の要件を緩和するとともに評価を充実する。

現行	改定後
精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)	精神科リエゾンチーム加算 300点(週1回)
<p>[施設基準]</p> <p>(1)以下の3名以上から構成される 精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア 5年以上の経験を有する専任精神科の医師 イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(1)以下の3名以上から構成される 精神科リエゾンチームが設置されていること。 ア 5年以上の経験を有する専任の精神科医師 イ <u>精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師</u> ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等。<u>ただし、当該チームが診察する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。</u></p>

自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

- 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 救急患者精神科継続支援料 入院中の患者 435点(月1回) 入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。

質の高い精神医療の評価⑤

薬物依存症に対する集団療法の評価

- 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。
(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。

専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

- 専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設する。

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

- (新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)**

- (新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合 1,200点(初診から3ヶ月以内に1回)**

[施設基準]

- (1)①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
 (2)専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
 (3)精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
 (4)診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること。

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の開催について

- 平成25年の精神保健福祉法の改正の附則において、同法の施行後3年(平成29年4月)を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされている。

【検討規定】

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

- また、平成26年7月に取りまとめた「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」を踏まえた精神科医療の在り方の更なる検討を行う必要がある。

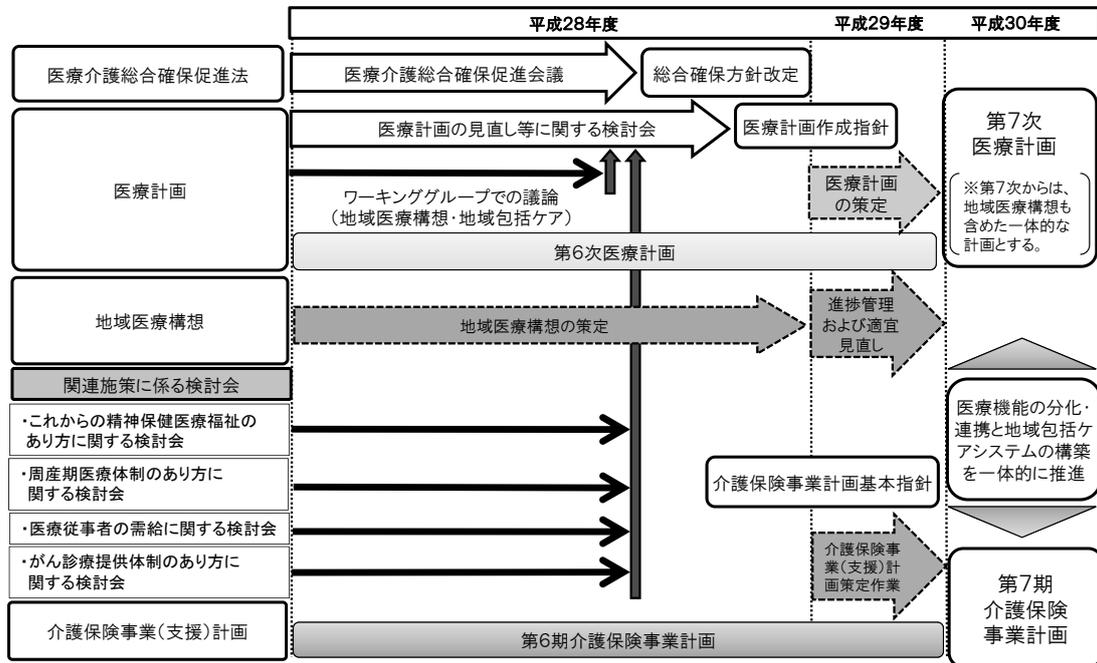
<主な検討事項(案)> ●は附則規定事項

- 医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
- 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
- 精神病床のさらなる機能分化
- 精神障害者を地域で支える医療の在り方
- 精神疾患に係る医療体制の在り方 等

<検討スケジュール案>

- ・ 平成28年1月7日 第1回検討会を開催
- ・ 平成28年夏頃 意見取りまとめ

医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール (別紙) 医療計画の見直し等に関する検討会H28.5.20



2. 地域移行を進めるための仕組み作り 保健所と事業者のピアの協働

地域移行を進めるための仕組み作り 保健所と事業者とピアの協働

①

2016. 9. 21
全国保健所長会精神保健研修(神戸)
兵庫県豊岡保健所
柳尚夫

1

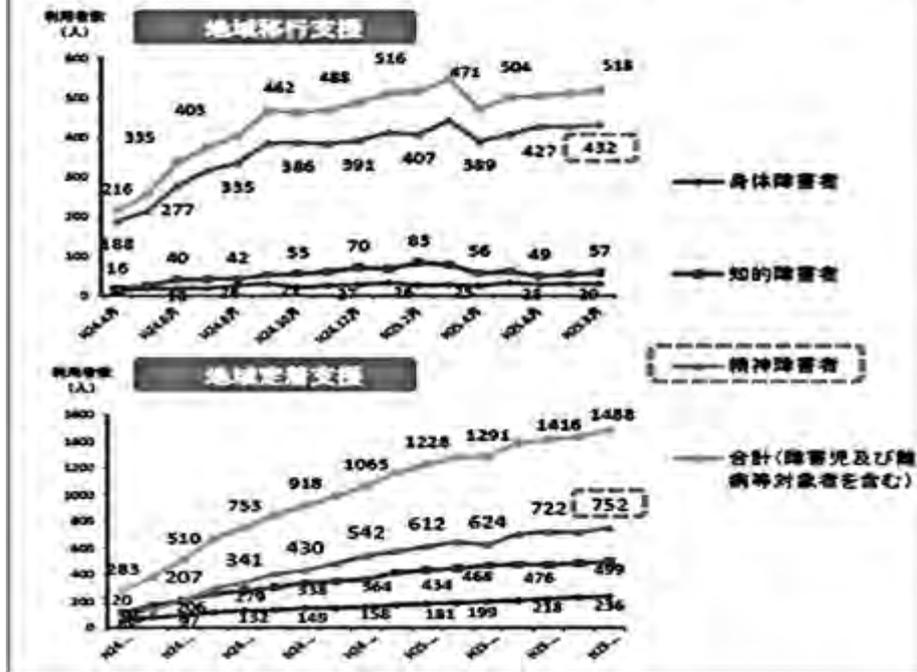
地域移行・地域定着支援は必須

②

1. 地域相談支援は、1年以上入院患者に取って、利用する権利があるサービス(オプションではない)
2. その地域にこのサービスがないとするとそれは、障害者の権利侵害になる(市町村の責任)
3. 指定を受けながら、実質的に地域相談支援を行っていない相談支援事業者は、社会的責任を果たしていない
4. 病院だけの努力では、退院支援が困難な長期入院患者全てを支援するためのサービスで、病院は対象者にそのことを説明する義務がある

2

◆ 障害別利用者数の推移 (H24.4～H25.8)



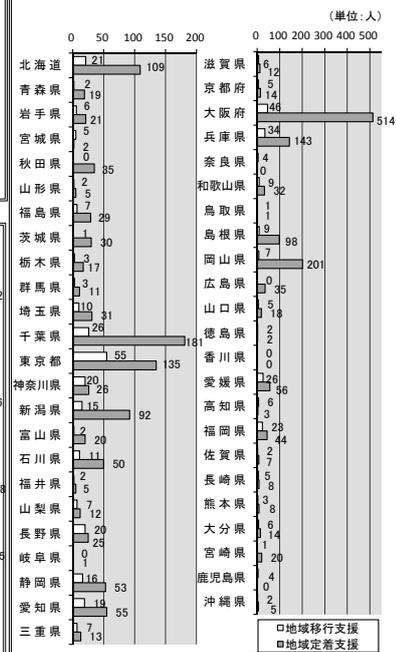
3

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の利用者数実績等

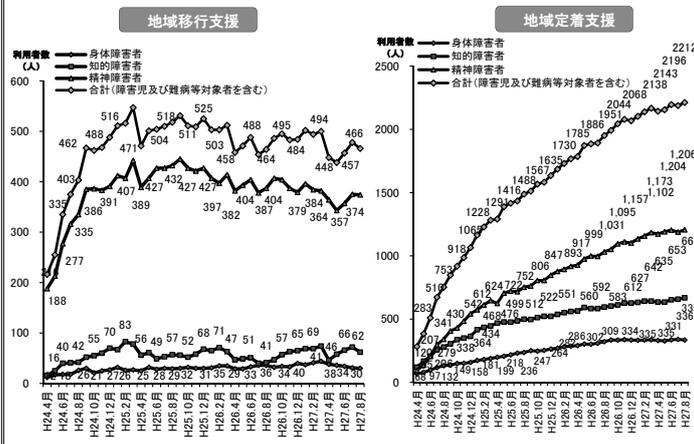
◆ 第4期障害福祉計画における見込量



◆ 都道府県別利用者数(H27.8)



◆ 障害別利用者数の推移 (H24.4～H27.8)



4

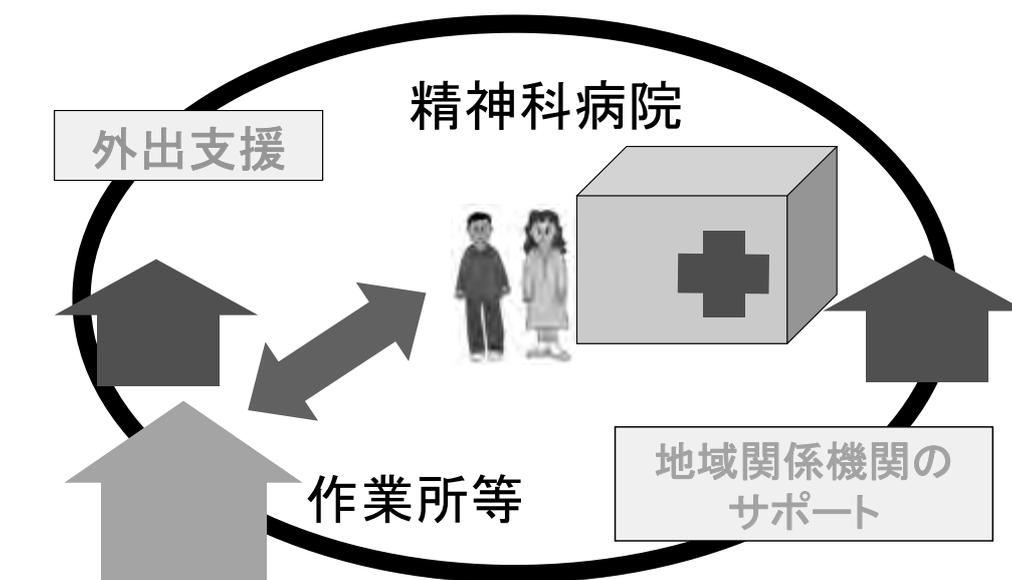
1. 地域移行の歴史

- 平成9 大阪大和川病院事件
- 10 大阪府精神保健福祉審議会答申で「社会的入院」は「人権侵害」と表現
- 12～ 大阪府退院促進事業開始
- 15～17 国・モデル事業化(改革ビジョン)
- 18～19 国・退院促進支援事業
- 20～21 地域移行支援特別対策事業
- 22 地域移行・地域定着支援事業
- 24 自立支援法による個別給付化

5

退院促進支援事業

自立支援員が、週に1回程度病院を訪問し作業所などに同伴通所して入院患者をマンツーマンで支援する



6

2. 成果 12～19年度の事業実績(大阪府)

支援人数	245名
退院して支援終了	151名
支援継続	38名
退院にいたらず支援中止	56名

総入院期間	
10年以上	40%
2～5年	21%

退院後の住まい	
家族と同居	18%
独り暮らし	32%
グループホーム	20%

7

3. 大阪の経験から考えた

地域移行の課題と解決策

<課題>

1. 病院の働きかけでは、対象者があまり出てこず、患者の退院意欲も低く、退院までに時間が掛かる
2. 支援員の確保が困難で、無資格の支援員では効果的な働きかけができない

<解決策> 北海道と米国のマディソンから

1. 保健所が、積極的に対象者把握の努力をする
2. 支援員としてピアサポーターを養成し採用する

8

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定期的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を整えることで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(26年6月)	370床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	43.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	92.6%



【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年**
地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年**
県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年**
地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年**
県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)**
- ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)**
- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決方策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)**
- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)**
- ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)**
- ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
 - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)**
- ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末)**
地域移行：28名うち24名は退院(1名は再入院するも退院)
地域定着：26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)**
21年：249名(67.7%)→ 24年：215名(59.6%)→ 26年：189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)**
22年：9名 → 25年：11名
- (関係者の意識変容)**
ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27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」からの報告

9

1. 地域移行への取り組み

平成15年 退院促進モデル事業実施1年のみ
その後、地域移行事業は未実施

平成21年 保健所から、病院及び障害者支援センターに、地域移行支援事業の実施を働きかけ、その準備とピアサポーター養成講座の共同実施をした

平成22年度 ピアサポーターを中心とした精神障害者地域移行・地域定着支援事業を実施

10

2. 22～25年度のピア活動

1. ピアの養成

9～12名がピアサポーター登録し、契約して活動

2. ピア活動の成果(H26.3月末現在)

①支援の成果

延べ40名(実28名)を対象、延べ23名(実22名)が退院(2回支援/2回退院が1名)

島内3病院全てから、本事業で退院

②ピアの支援者として、当事者としての成長

活動当初は、支援者として不安があったが、当事者としても自己管理の能力の向上に自信を持ちつつある。

11

3. 淡路島での経験で分かったこと

1. 保健所が事務局をする協議会(1,2回/年)と実務者会議(1/月)を設定し、運営する
2. 会議の参加、院内説明会の実施等、地域移行への協力を病院に了解してもらう
3. 地域移行に取り組む相談支援事業者を見つけ、地域移行の個別相談を担うピアサポーター養成に協働で取り組み、ピアサポーターを支援員として雇用・活用してもらう

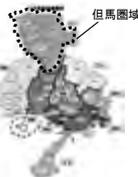
12

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2,134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行の利用者数)
 - 25年度 0名
 - 26年度 8名うち2名退院
 - 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 25年度 71.7% 26年 71.3%
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 25年度 0名 26年度 12名
- (関係者の意識変容)
 - ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
 - ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27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)」からの報告

13

精神科医療機関の状況



【精神科医療機関と病床数、平均在院日数(平成26年)】

	病床数	平均在院日数
①A病院	65床	78日
②B病院	287床	920日
③C病院	250床	618日
④D診療所		
⑤E診療所		

【20年以上の入院患者の割合】

13.7%
(平成26年精神保健福祉 資料)

全国平均 11.0%
(平成24年精神保健福祉 資料)

14

兵庫県内精神科病院 居住市町村別在院患者数 (平成26年6月30日現在・他県への入院患者は含まず)

	1年未満 入院患者数	1年以上 入院患者数	入院患者計	人口万対の 入院患者数
豊岡市	27	91	118	14.4
養父市	41	81	122	50.8
朝来市	59	115	175	56.5
香美町	9	35	44	24.4
新温泉町	3	29	32	21.3
但馬地域	138	351	489	27.9
兵庫県	3738	6661	10399	18.8

15

1. 但馬の取組み

平成26年

- 1) 病院への説明(管理者、スタッフ)
- 2) 全3病院での院内説明会の実施
- 3) 北但地域でのピアの養成
- 4) 月1回の戦略会議の実施

平成27年

- 1) 南但でのピアの養成と相談事業の実施
- 2) 市町村の戦略会議への参加
- 3) 養護老人ホームへの働きかけ

平成28年

- 1) ピアサポーターの戦略会議への参加

16

2. ピアサポーター養成・活用

1)ピアサポーター養成講座の実施(1回/年)

保健所と相談支援事業者で共同開催

ピアサポーターを2事業所で13名雇用

2)ピアの雇用後の研修

院内説明会、定期的ピアミーティング(1/月)

個別支援の実施におけるOJT

先駆的地域への研修等(淡路)、

県の研修への参加、県内及び圏域内交流会参加

17

3. 実績(実数)平成25年度地域移行0

	リストアップ者 実数	地域移行 申請者実数	支援退院者実数 (地域移行利用)	地域定着 申請者実数
平成26年度	39	5	2(1)	1
平成27年度	59	24	25(13)	8
平成28年度 5月末	40	13	3(1)	9

18

但馬圏域の精神科入院患者の推移 (630調査による)

	25年	26年	27年	28年
全入院患者数	519	529 (+10)	499 (-30)	447 (-52)
1年以上入院患者数	372	377 (+5)	354 (-23)	334 (-20)

19

27年度退院患者の退院先

	養護老人 ホーム	自宅	アパート	グループ ホーム	身体 障害者 施設	合計	ピア支援 (再掲)
地域移行 利用	1	2	1	7	2	13	9
地域移行 利用せず	3	7		2		12	
合計	4	9	1	9	2	25	

20

3. 支援事業者の確保

21

1. 指定一般相談事業者(都道府県指定)
地域相談(地域移行・地域定着)の指定の事業者
2. 地域移行推進員:資格職種を問わない(ピアでも可能)
3. なぜ指定を受けても、実績がないのか?
 - ①事業者がやり方が分からない(知識不足)
 - ②病院から、対象者把握の協力がえられない
 - ③手間のかかる仕事で、経営的に難しい(思い込み)
 - ④計画相談で忙しいので、手が回らない、人材不足
4. 地域移行支援は、ピアとやれば経営的には成り立つ事を説明して、参画を呼びかける

21

指定一般相談支援事業者(支援内容)

22

○地域移行支援

入所施設に入所している障害者、又は精神科病院に入院している精神障害者について、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等を行った場合は、地域移行支援サービス費が支給される。

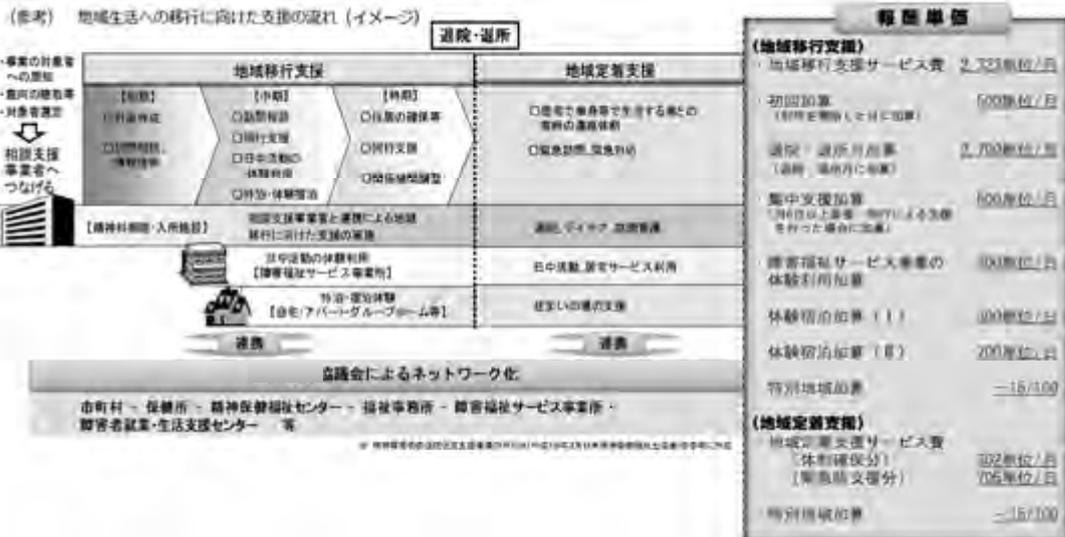
○地域定着支援

居宅で単身等で生活する障害者であって、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者について、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に緊急訪問や緊急対応等の各種支援を行った場合は、地域定着支援サービス費が支給される。

22

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

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



23

4. 病院への協力依頼

24

1. 病院の理事者や病院長に、地域移行への協力を依頼する(改正法では、協力の義務がある)
2. 責任者が協議会に、看護とPSWが実務者会議に、参加することの了解を得る
3. 地域移行対象者の把握と退院意欲喚起の取組みへの協力依頼をする(対象者リストづくりと院内説明会や患者個別面接の実施の了解)
4. 病院職員(医師を含む)の理解のための研修の要望があれば、それに応えた研修を各病院毎に実施する

24

病院職員は、地域移行に協力してくれるか

25

1. 看護職の理解を得るのが重要
前:長年お世話をしてきた患者を世間の荒波に出すなんて
<地域移行で退院後に病院で発表会をしてもらおうと>
後:あんなにいい顔で、いきいきした顔を見て、うれしい
あの人退院できるのなら、退院可能な人はもつといる
2. PSWは、退院後環境生活調整委員として、病院の窓口
担当患者の退院の意向は、把握しているはず
退院支援委員会を開催し、地域移行に結びつける
3. 病院長の考え方も変わる(実績を上げれば)
医師や看護師が進めても退院を拒否していた人がこの制度
で、どんどん退院しているのは、素晴らしい

25

5. ピアサポーター養成

26

1. 相談支援事業所と協働で、講座を開催する事を決める
2. 事業所で、ピアサポーターを最低賃金以上の時間給で
非常勤職員として雇用する事を受け入れてもらう
3. 講座参加者を広く公募する(条件は明確にして)
4. 半日2回程度の簡単で、基本的内容だけの研修を行い、
参加者の適正をGW等での発言で見極める
5. ピアサポーター採用面接を行い適切な人材を雇用する
6. ピアは、2名のペアで活動し、院内説明会や個別支援
を行う。
7. 支援方法や課題についての定例会議を最低月に1回以上
行うとともに、フォローアップ研修を行う。

26

ピアサポーター

27

1. ピアサポーターとは

- ①精神障害者で、地域生活していて、仲間の支援を仕事にしたいと思っている人
- ②養成は保健所と相談支援事業者が協働で行い、事業者が、非常勤職員や就労継続Aで、最低賃金以上で雇用
- ③ピアの強みを生かして、入院患者の退院意欲を引き出せる(精神科病院内の定期的な説明会)
- ④地域移行申請後は、複数のピアで、地域移行の個別支援を行う(相談の報酬で、ピアの人件費はまかなえる)

27

6. 支援会議の運営

28

1.保健所が、組織づくりをする

病院、市町村、相談事業者を入れて会議を圏域単位で実施する

2. 会議の構造、参加者、頻度、内容

- ①**協議会** 病院長を含む組織のトップで構成し2回/年
地域移行目標の設定(1年以上入院患者の解消目標)
 - ②**連携会議** 実務者レベル(毎月)、対象者把握(院内説明会運営)、個別支援内容、退院のための課題の解決
- ### 3. 保健所は、データを持って効果を分析し、評価する

28

7. 地域移行支援サービスを利用できる人

29

1. 対象者
 - ①長期入院患者(1年以上)
 - ②支援がなければ1年以上の入院になる可能性がある人、
 - ③入退院を繰り返しており、退院後支援が必要な人
2. 病院が退院可能だと言っているが、中々退院できない人
医療保護でも可だが、任意入院は全員対象
3. 本人の意見(本人申請)
 - ①退院したいと言っている人
 - ②働きかければ「退院したい」と言いそうな人・・・意欲喚起
4. 年齢は関係ない
5. 家族の有無、住居の有無、経済的な要素は関係ない
6. 生活能力もADLも、生活支援や介護で補えるので関係ない

29

8. 対象者把握

30

1. 協力的な病院なら、対象を病院が推薦
2. 院内説明会を定期的にして、募集する
3. 1年以上入院患者全員(630調査データで把握)
任意入院患者が優先だが、医療保護でも十分可能
4. 対象患者に、個別面接をする
5. 退院支援委員会の対象になっている人で、入院延長になった人
6. これらをまとめて、圏域の地域移行対象者リストを作る
病院に任せきりにしないで、協議会で検討する

30

9. 対象が出てこない時の対応

31

関係者が思い込んでいる誤解

1. 本人が退院したくないと言っている→意欲喚起が必要
2. 家族が反対している→地域移行申請には、家族の了解は不要、退院に反対する権利は、家族にはない現在のいい状況を家族に見てもらいましょう
3. 幻聴や妄想の症状がある→症状があっても地域で暮らしている人は多いし、対応をピアが相談に乗ります
4. 住むところがない→GHやアパート探しや体験もします
5. 生活能力が低い→地域定着や訪問通所サービス等一人ぐらし困難 各種の支援があります
6. 高齢です→養護老人ホームやサービス付き住宅利用

31

地域移行の目標設定や進行管理の指標は

32

【評価項目】

基本データ把握と分析

- 1) 現状評価
 - ①平均在院日数 ②一年以上入院患者割合(630調査)
 - ③医療保護入院推定入院期間 ④新規定期病状報告数
- 2) 取り組み成果評価
 - ①年間地域移行申請数及び退院患者数
 - ②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

退院支援委員会

- ①開催状況
- ②外部援助事業者の参加

入院患者退院意欲喚起

- ①啓発
- ②退院意欲の確認

32

【地域連携会議運営】

- 1) 協議会の運営
 - ①病院の責任者の参加 ②地域移行数値目標の設定
- 2) 実務者会議の運営
 - ①開催頻度 ②参加状況と機関 ③地域移行対象者のリストアップ ④地域移行課題の問題解決能力
- 3) ピアサポーター活動
 - ①養成 ②仕事の内容 ③雇用の状況
- 4) 市町村体制
 - ①地域相談事業者への働きかけ ②地域移行給付
 - ③障害福祉計画

地域移行支援の効果的な実施方法

<条件>

1. ピアサポーターを養成し、雇用していること
2. 保健所が、連携会議等を効果的に運営していること
3. 病院が、対象患者のリストアップと事業者の院内への受け入れに協力的
4. 病院毎に、一人ではなく、数人以上の地域移行申請者がいること(患者が多いほど効率のいい支援ができる)
5. アパート等への退院が一定できること(退院月加算)
6. GHや福祉施設への受け入れが可能なこと

【経営上の試算】

10人の支援: 3万円×10人=30万円/月 360万円/年

まとめ

35

1. 地域移行を進める調整は、保健所にしかできないピアの養成にも、保健所は係わる必要がある
2. 地域移行事例は、630調査で、1年以上入院患者全員であるので、日本中では20万人いる
3. 利用者は多数いるので、最初は退院しやすい事例から支援をして、ピアと事業所、病院に成功体験をさせる
4. 事業者には、多数の支援をすると効率もよく、ピアがやる気を持てるだけでなく、障害者雇用にもなる
5. 地域移行が進むと患者、家族、病院、事業者、行政のみんながハッピーになる

35

参考文献

- 1) 精神障がいピアサポーター
活動の実際と効果的な養成・育成プログラム
相川章子著 中央法規 2600円
- 2) 障害者地域相談のための実践ガイドライン(第3版)
支援の三角点設置研究会
- 3) 精神障がい者ピアサポート専門員養成のための
テキストガイド(第3版)
一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会

36

統合失調症への見方を変えよう

「うつ」が「心の風邪」なら、

「統合失調症」は、「心の糖尿病」と考えませんか

＜共通点＞

- ①発病は、遺伝的素因とストレス(食事・運動)
- ②完治しないが、慢性疾患として管理可能
- ③でも、自己管理は難しく管理能力が必要
- ④服薬は多くは必要だが、なしでも可能例あり
- ⑤病識不十分で、失敗すること多いが、
必ずしも強制的入院が必要ではない
- ⑥服薬管理の支援がある(食事療法・運動療法など)

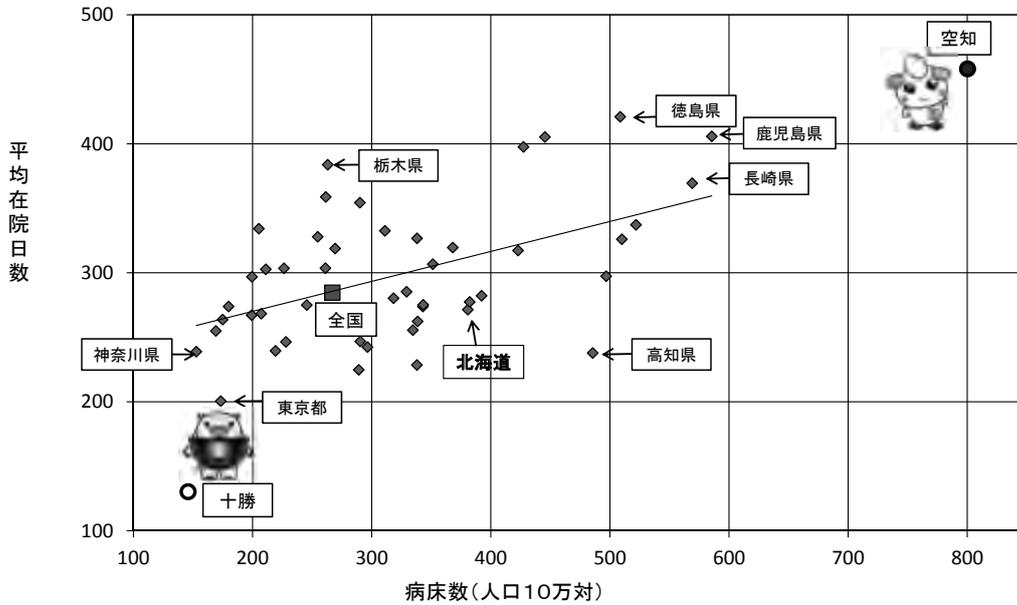
37

精神科医療の現状



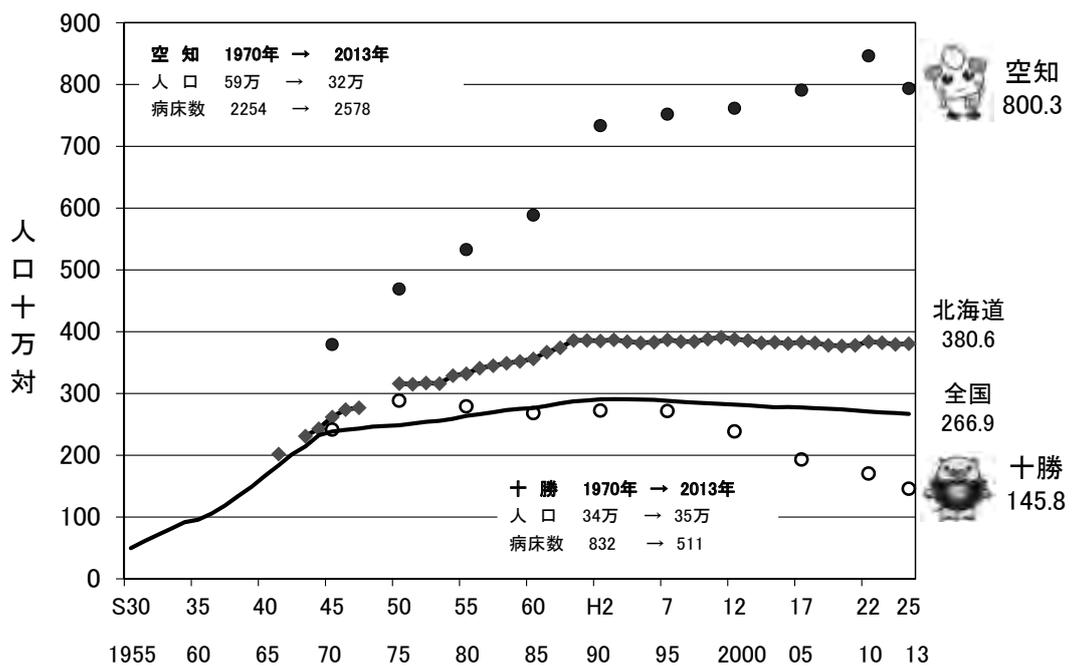
38

平成25年 都道府県別精神病床数(人口10万対)と平均在院日数との相関



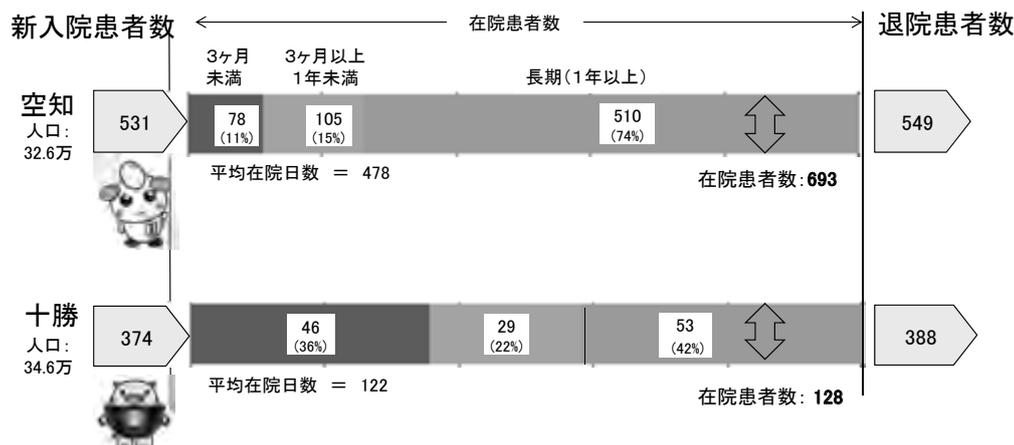
39

精神病床数の推移(人口10万対)(空知と十勝) H25 (2013)



40

精神病床の入退院数(フロー)と在院患者数(ストック)(人口10万対) (H24の病院報告と630調査より作成)



41

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	35.0万	
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	
アルコール関係団体数	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

42

3. ピアサポートって何？

ピアサポートって何？

(peer support)

当事者にしかできない仕事

2016. 6. 7

但馬地域ピアサポーター養成講座 2016

兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫

(参考資料)精神障がい者ピアサポート専門員

養成のためのテキストガイド第3版

一般社団 障がい者福祉支援人材育成研究会

1

今日の予定

13:30 オリエンテーション

13:35~14:00 講義1

14:00~14:20 GW1 自己紹介

14:20~14:30 休憩

14:30~14:50 講義2

14:50~15:00 リカバリーストーリー発表(2名)

15:00~15:20 GW2 感想と自分のストレングス

15:20~15:30 休憩

15:30~15:50 講義3

15:50~16:00 自分の守り方と守秘義務体験

16:00~16:20 GW3 本日の感想と疑問

2

1. ピアって何？

- 1) 同じ病気や障害を持つ仲間
 - 2) 同じ体験をしているので、共感しやすい
 - 3) Aさんの経験がBさんの参考になる
 - 4) ピアだからこそ当事者の求めている事がわかる
 - 5) 相談や支援を受ける側も、安心できるし、気安く頼める
- 今回の講座では、精神障害者地域移行・地域定着支援事業の個別支援ピアサポーターの養成を目指している
-

3

2. ピアサポーターとは(P5,6)

- 1) 精神障害者の仲間として、支援をする
 - 2) 当事者の気持ちや不安を理解し、共感する
 - 3) 利用者の視点で社会資源等の情報を提供する
 - 4) 他の障害者のリカバリーのモデルとなる
 - 5) 保護するのではなく、パートナーシップ(対等の関係で)問題解決、意思決定、ゴール設定などができるように、手伝う
- * 国が、精神障害分野でのピア活動を認めている
実際の活動は、現在活動中の先輩が報告します
-

4

ピアサポート専門員とは(P12～18)

- 1) 精神障害当事者で、ピアスタッフとして働いているメンバーが中心の一般社団法人を作った
 - 2) アメリカのピアスペシャリスト制度を参考に、日本独自の制度作りのための資格認定を目指している
 - 3) 但馬のピアサポーターの中にも、この研修に参加したメンバーもいますが、現時点では、但馬での活動では、専門員資格とは、別です
今回は、参考資料としてテキストガイドを使います
-

5

3. ピアサポーターの具体的役割

- 1) 病院内で、入院患者さんに情報を提供する
(院内説明会・個別面接で、退院意欲を高める)
 - 2) 退院したいと思った患者さんの話を聞き、地域移行制度の利用を選択してもらう
 - 3) 地域移行支援の利用が決まれば、その人が退院できる様に、一緒に考え行動する
(週1回程度、6ヶ月以内の病院への訪問と同行)
 - 4) 退院後の生活の準備を手伝う
 - 5) 退院後は地域定着支援で、定期訪問をする
-

6

4. ピアサポーターの要件(P19)

- 1) 精神疾患を持っている(できれば支援を受ける人と同じ病気の経験がある)
 - 2) 自分の精神疾患の経験を生かして活動する意欲と能力がある
 - 3) 精神疾患を自己管理し、自分を守れる
 - 4) 人を助けたいと願っている
 - 5) 自分の役割に関する訓練を受けたことがあり職場のルールが守れる
-

7

5. ピアサポーターの働き方

- 1) 2回の養成講座修了後、希望者は応募し、面接を受けて、一部の人を採用される
 - 2) 相談支援事業所(ほうずき、ドリームワークス)や保健所のパートタイムの職員になる
 - 3) 最低賃金は保証される(時給800円)が給料は働いた時間分だけ
 - 4) 個別支援をする場合には、二人がペアになって支援をするし、職員と一緒に動くことも多い
 - 5) 就職後、研修と定例的なピア会議がある
-

8

GW1 自己紹介と参加動機

1) 自己紹介

名前、自分の病気(簡単にいえる範囲)

住所(市、町)、自分の特技

2) なぜ、ピアサポーター養成講座に参加したのか 動機やきっかけ

3) ここまでの話で、疑問やこれから知りたいこと

9

ピアサポーターの 基本的理念(第2章)

10

1. リカバリーへ(マーク・レーガン)

統合失調症などの重い精神の病をもっていても、人は立ち直る事はできます。人として尊重され、希望を取り返し、社会で生活し、自分の目標に向かって挑戦しながら、かけがえのない人生を歩むこと、それが「リカバリー」です。

11

2. リカバリーの構成要素(P8)

- 1) 自己決定が前提として欠かせない
 - 2) 個別的でその人中心のありようである
 - 3) エンパワメントの過程である
 - 4) ストレングスに注目
 - 5) 仲間の支えが欠かせない
 - 6) 尊厳が重要な要素
 - 7) 自分の人生に責任をとる
 - 8) 希望の存在が最も重要
-

12

3. ストレングス(強み)(P9~11)

- 人は、みんなストレングスを持っている
 - 潜在的な能力
 - ① 関心や願望・・・退院したい気持ち
 - ② 性格・・・・・・明るい、慎重
 - ③ 技能才能・・・・・・車の運転ができる
 - ④ 環境・・・・・・家がない、生活保護
 - ⑤ 経験・・・・・・入院経験、働いたことがある
-

13

先輩ピア1・2

- 先輩のリカバリーストーリーを聞いてみよう
-

14

GW2 リカバリーとストレングス

1. 「私のリカバリーストーリー」を聞いて、
どう思いました？
 2. あなたのストレングス(強み)は
何ですか？
-

15

ピアサポーターの心得 (第3章)

16

1. ピアサポーターの義務(P45～47)

- 1) 守秘義務を守る
 - 2) 適切な言葉遣い
 - 3) 職場における適切な服装
 - 4) 支援対象者を助けるという気持ちを持って働く
 - 5) 職場の同僚や、スタッフの援助を受け入れる
 - 6) 適切な境界(バウンダリー)を保つ
 - 7) 自分の体調管理をし、不調を管理者に伝える
-

17

2. 守秘義務(P45)

- 1) 支援対象者のプライバシーを守る
 - 2) 守秘義務にも例外はある
 - 3) 職員に秘密にしないといけない内容は、言わない
でもらう・・・支援対象者に、職員には報告する
義務がある事を事前に伝える
-

18

3. 境界(バウンダリー)

- 1) 体 : 疲れたら休む
 - 2) 感情: 相手の感情に無理に合わせない
 - 3) 責任: 他人が追うべき責任まで引き受けない
 - 4) 時間: 時間の使い道は自分で決める
 - 5) お金: 支援対象者にお金を貸さない
 - 6) 性的: 自分の性を自分で守る
 - 7) 距離: 支援対象者とは、支援中は、個人的関係にはならない
-

19

4. 自己管理の工夫(P91,92)

元気回復プラン(wrap)

- 1) 日常生活管理プラン
 - 2) 引き金に対処プラン
 - 3) 注意サインに対処するプラン
 - 4) 調子が悪くなった時のプラン
 - 5) クライシスプラン(危機状況)
 - 6) クライシスを脱した時のプラン
-

20

GW3・4 守る&疑問・質問

ピア3:

守秘義務について(バウンダリー)

ピア4:

先輩ピアの自分の守り方

- 1) 自分がしんどい時、どうして自分を元気づけますか
 - 2) 今日の講座での疑問点や質問を話し合いましょう
-

4. ピアサポートって何？

ピアサポートって何？

(peer support)

当事者にしかできない仕事

2016. 6. 20

但馬地域ピアサポーター養成講座 2016
兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫

1

今日の予定

- 13:30 オリエンテーション
- 13:35～13:50 講義1
- 13:50～14:00 院内説明会の先輩ピアの報告
- 14:00～14:30 地域移行と地域定着の実際
- 14:30～14:40 休憩
- 14:40～15:00 GW1 先輩活動への感想や質問
- 15:00～15:20 説明 ピアサポーターの採用について
- 15:20～15:30 休憩
- 15:30～15:50 GW2 働いた経験や働く不安について
- 15:50～16:00 GW3 研修への疑問と感想
- 16:00～16:20 全員発表 ピアとしての夢

2

1. ピアの可能性(P6)

- 1)ピアサポーター
- 2)ピアスタッフ
- 3)ピアカウンセラー
- 4)ピアヘルパー
- 5)ピアスペシャリスト
- 6)ピアサポート専門員

- 今回の講座では、精神障害者地域移行・地域定着支援事業の個別支援ピアサポーターの養成を目指している
-

3

2. ピアサポーターの具体的役割

- 1)病院内で、入院患者さんに情報を提供する
(院内説明会で、皆の退院意欲を高める)
 - 2)退院したいと思った患者さんの話を聞き、地域移行制度の利用を選択してもらう
 - 3)地域移行支援の利用が決まれば、その人が退院できる様に、一緒に考え行動する
(週1回程度、6ヶ月以内の病院への訪問と同行)
 - 4)退院後の生活の準備を手伝う
 - 5)退院後は地域定着支援で、定期訪問をする
-

4

3. 院内説明会（退院意欲喚起）

- 1) 但馬内の精神科病床のある病院（但馬病院、大植病院、公立豊岡病院）で、1回／月で説明会を実施
- 2) 個々患者さん対象に、話を聞いて、退院したいと言う気持ちを引き出します

先輩の体験（ピア1名）

5

4. 個別支援（地域移行・地域定着）

長期（1年以上）入院患者や、支援がないと1年以上の入院になってしまいそうな患者、入退院を繰り返している患者さんを退院に向けて支援します。

退院後の生活の準備の相談に乗ったり手伝ったりします。具体的には、住むところ、活動の場、支援機関（利用できる所）などを体験する同行をします。

利用者には自己負担のない個別給付制度なので、できるだけ必要な方に利用してもらって、多くの方に地域での生活を取り戻してもらいましょう。

6

先輩ピアからの説明

個別支援(地域移行・地域定着)

- 1) 地域移行の支援の実際 ピア2名
- 2) 地域定着の支援の実際 ピア1名

7

GW1. ピア活動への先輩への質問

- 先輩の活動発表を聞いて、疑問点があれば出し合ってください。何でもいいです。

- ピアの立場から答えてもらいます

8

4. ピアサポーターの雇用の仕方

- 1) 2回の養成講座修了後、希望者は応募し、面接を受けて、一部の人を採用される
- 2) 相談支援事業所(ほおずき、ドリームワークス)や保健所のパートタイムの職員になる
- 3) 最低賃金は保証される(時給800円)が給料は働いた時間分だけ

ほおずき、ドリームワークスからの説明

9

5. 周りとの関係の整理

- 1) 家族との関係
- 2) 相談をしている支援者との関係
- 3) 主治医との関係

10

GW2. ピアとして働く事について

- 今までの働いた経験について話してみよう
 - 雇用される事への疑問や不安について話し合ってみよう
-

11

GW3. 研修への疑問や感想

- 何でもいいから、2日間の研修に関しての疑問があれば出して見ましょう
 - なければ、研修に対しての感想を述べて下さい
-

12

6. 全員発表

- ピアとして、どんな活動がしたいですか？
夢でもいいから語りましょう

5. 相談支援事業所の活動の実際

日本公衆衛生協会
精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修 2016/09/29 福岡会場

ピアサポーターと取り組む 地域移行支援 ～相談支援事業所の活動の実際～

医療法人 敬愛会 生活支援センターほおずき
相談支援専門員 谷 友紀子

1

生活支援センターほおずき
(地域活動支援センターⅠ型・相談支援事業所)

- 所在地：兵庫県豊岡市
- H17年 地域生活支援センター開設
(但馬地域初の社会復帰施設)
- 医療法人だが、精神科医療機関はない。
- 但馬北部1市2町から受託
- グループホーム、ショートステイ、就労継続支援B型、自立訓練（生活訓練）の多機能型事業所「ほおずき寮」併設



2

但馬で今の仕組みができるまで（H26年度まで）

- ①長期入院患者の顔が見えない。
- ②障害福祉計画で地域移行の目標値を設定しても具体的な対象者が分からない。
自立支援協議会においても取り組むべき課題が明確化できない。
- ③病院と地域の機関がお互いの役割について認識不足、うまく連携できていない。
【H24年度～県の委託事業（地域移行・地域定着支援事業）】
- ④ピアサポーター養成をしてきたが、活動の場は啓発事業の体験発表にとどまっていた。
- ⑤保健所から病院に働きかけたが、院内説明会（地域生活報告会）開催は年1回がやっと。
- ⑥病院と保健所・ほおずきが考える地域移行対象者像にギャップがある。

地域移行が進まないもどかしさ…

3

H26年度以降の変化



4

ほおずきで行った地域移行支援の状況

	H26年度			H27年度												H28年度			支援後の状況
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
A(30代・女)																			アパート(定着支援)
B(50代・女)																			施設入所
C(60代・女)																			入院中(一旦終了)
D(70代・男)																			養護老人ホーム
E(50代・男)																			死亡
F(40代・女)																			身障施設入所
G(50代・女)							P												GH
H(50代・男)								P											GH
I(60代・男)									P										GH→自宅(定着支援)
J(40代・女)																			GH
K(40代・男)											P								自宅
L(50代・男)												P							GH
M(60代・男)													P						自宅(定着支援)
N(40代・男)															P				<支援中>
O(50代・男)																P			<支援中>
P(40代・男)																	P		<支援中>

※P：ピア支援あり

※色の薄い部分は個別支援が始まる前から院内説明会や個別面接で関わっていた期間

5

地域移行にかかる報酬 ～Hさんの場合～

(単位:円)

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	合計
計画相談	計+特地 18,530	—	—	モ+特地 15,070	モ+特地 15,070	計+特地 18,530	—	67,200
地域相談	—	移+特地 +初回 31,710	移+特地 26,710	移+特地 +集中 31,710	移+特地 +集中 31,710	移+特地 26,710	移+特地 26,710	175,260
								242,460

※ 計:計画 / モ:モニタリング / 特地:特地加算 / 移:地域移行 / 初回:地域移行初回加算 / 集中:地域移行集中支援加算(月6回以上支援)

上記の他、ほおずきに併設の多機能施設にて体験宿泊（GH利用）や体験利用（就B）をされ、加算がついています。
(体験はいずれも体験開始から3ヶ月以内に15回まで可能)

地域相談	10月	11月	合計
体験利用加算	5回 15,000	7回 21,000	12回 36,000
体験宿泊加算(I)	4回 12,000	11回 33,000	15回 45,000
			81,000

6

地域移行支援におけるピア支援の状況 ～Hさんの場合～

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	合計
ピア支援回数	2	3	3	4	3	1	3	19回
ピア支援延べ時間	8.5	17.5	5.5	25.0	17.5	1.0	7.5	82.5時間
ピア賃金 (※交通費別)	6,800	14,000	4,400	20,000	14,000	800	6,000	66,000円

※支援時間には、ほおずき⇄病院の移動時間も含まれています。

※対象者に対してピアは2人ペアで担当しており、支援時間は2人の延べ時間です。

※賃金は時給800円で計算

7

ほおずきにおけるピアサポーターの雇用について

- ・H26年度 養成講座受講者から募集→4名登録（男性2名、女性2名）
※県の委託事業の中から活動費をまかなう
 - ・H27年度 ピア4名のうち2名が他で就職
養成講座受講者から募集→新たに5名登録し、計7名（男性2名、女性5名）
※H27年10月より7名を準職員として雇用契約（時給800円＋交通費）
- <雇用に至るまで> 専門職でなくなぜピア？／人件費は？／そんなに任せる仕事はないのでは？／かえってフォローが大変では？…等
- ・現在の状況
 - ・運転できるピアサポーターは公用車を使って訪問活動
 - ・昨秋からの一人当たりの平均勤務時間：約13時間/月（最長：約32時間/月）
 - ・上記の時間以外に、民生委員向け研修、啓発事業、看護学生講義、地域のサロン等から依頼を受けて活動する時間もある。

8

ピアサポーターの力を活かすための配慮

～それぞれのピアの持ち味が活かされるよういかにマネージメントするか？～

- ①支援対象者がどのような人で、どのピアが合いそうか？
- ②そのピアの中でどうペアを組むか？
- ③ピアとしての役割や目的を明確にする
- ④報告を受け、フォローが必要であればタイムリーに行う
- ⑤ピアが支援に関する悩み・責任を抱え込まないように、ピア定例会や個別に相談できるようにしておく
- ⑥ピア自身のセルフコントロールの力が維持・向上されるようサポートする

一緒に悩み、考え、支援対象者も一緒に喜びあう

9

ピアサポーターの活動の効果（1）

①入院患者等

院内説明会では事業所スタッフの話よりも、ピアの経験話の方が明らかに興味をもって聞いたり、質問が出る。

「退院したら働かなあかんと思っただけど、焦らなくていいと分かりホッとした」

「悩んでいるのは自分だけじゃないと分かった」

（地域移行支援で退院していった元入院患者がゲストスピーカーとして話）「自分も『自由になりたい！』と思えてきた」

「（ピアと一緒に付き添ってくれて）少しずつ自信がついて、一人でバスに乗れるようになった」

「薬ってやっぱりのんでおいた方がいいんですね」

「（ピアの関わりによって）生活が180度変わった」

②病院スタッフ

（院内説明会でピアの話を聞いた患者さんたちが的確な質問をされ、多くが退院希望の意思を示されたのを目の当たりにして）「長年看てきた私たちは何をしてきたんだろう」

「あの患者さんがこんなにいい顔をしているなんて」

「病院がいくら退院を促してもその気にならなかった人が地域移行できたことはすごい」

10

ピアサポーターの活動の効果（２）

③家族

「病気になっても、あんな風に元気にやっていたらいいんだ」

「地域移行という制度で、こんな風に支援してもらって本当にありがたい。またこうして家で生活できるようになるとは夢にも思わなかった」

④周囲の人々

「精神障害に対するイメージが変わった」

「勇気をもらった」

⑤ピアを雇用した事業所

ピアとして対象者の思いに寄り添う姿と相手の反応に手ごたえ

2人ペアを組み、ピアだけで訪問や同行支援～相談員だけではできないきめ細かい支援が可能に

「相談する人－相談受ける人」から「共に協力しながら働く」関係へ

その人の可能性を実感→他の精神障害者の力やリカバリーをより信じて支援

⑥ピアサポーター自身

「病気の経験が人のために活かせるとは思ってなかった」

「入院経験はないけど病院デイケアに20年通所。デイケアを出てはあらずきでピアサポーターを始めて社会が広がり、前より自分が元気になってきた」

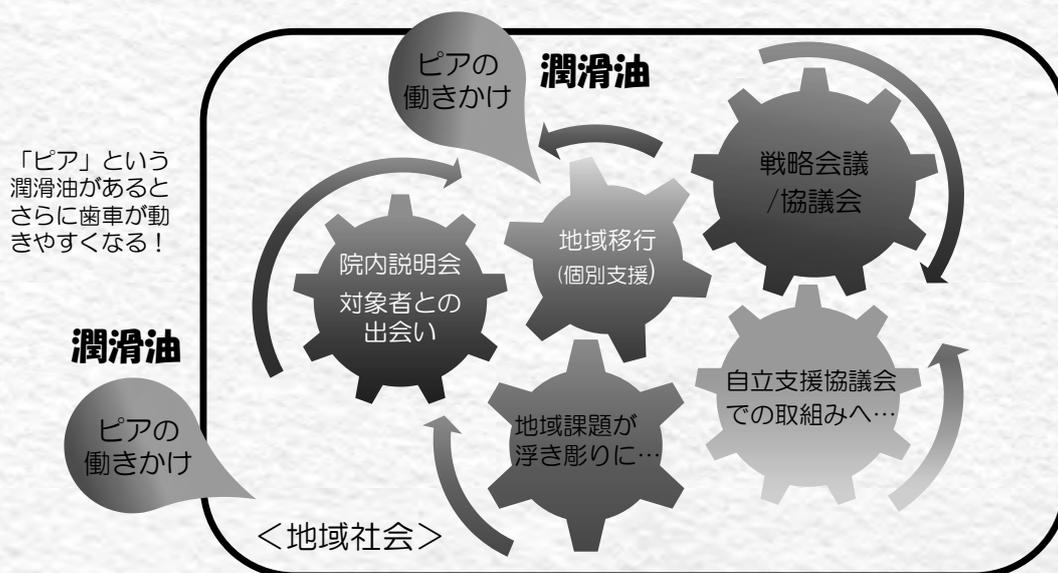
自分のリカバリーを実感

他所のピアサポーターとの研修や交流で刺激

だんだん自律したグループへ変化

11

H26年度以降の変化～ピアの働き～



12

最後に…

- ピアサポーターは地域移行（定着）支援の潤滑油
- 地域社会に変化をもたらすものは…
ピアサポーター、退院していく精神障害者、それを支える支援体制
- 有効なピア活動には、フォロー体制、スキルアップのための
仕掛けが不可欠。
相談支援事業所だけでなく保健所と協働

13

ご清聴
ありがとう
ございました



～ひとりでも多くの方が
自分の人生を取り戻せる
支援体制が広がりますように～

14

第4章 受講後アンケート調査のまとめ

平成 28 年度「精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修」受講後、アンケート調査を実施し、集計し結果をまとめたものである。

1. 調査の概要

調査日 : 平成 29 年 1 月 20 日～2 月 3 日
 対象者数 : 73 名
 回答者数 : 39 名
 (県保健所 27 名、市・特別区保健所 6 名、精保センター5 名、本庁 1 名)

2. 調査結果

1 下記の項目で研修会受講後に行ったことに○、近日中に行う予定のものに△をつけてください。また、その他にも研修内容を活用した取り組みがあれば記載してください。

受講後の実施内容	行った	行う予定
復命報告会 (回覧のみの復命は含まない)	13	3
研修内容を盛り込んだ事業計画の作成	6	6
ピア養成の取り組み	6	7
病院への働きかけ	24	1
相談支援事業所への働きかけ	18	0
関係者会議の開催	3	6

2 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて、具体的な内容を記載してください。

No	具体的内容
①	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 市内精神科病院実地指導時の働きかけ。 ▪ 市担当部長への働きかけ。 ▪ 老健施設長への相談支援所開設依頼 3 か所。 ▪ 先進事例の紹介等講演会の開催。
②	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 月 研修参加者(相談支援事業所、病院等)で、今後の取り組みについての打合せ。 ▪ 11 月 管内 1 か所の精神科病院で職員向けの研修会(報告会)。 ▪ 12 月 管内の自立支援協議会の部会における報告。 ▪ 12 月 所内で経過について所長に説明。 ▪ 1 月 自立支援協議会のワーキンググループにおいて、来年度からのピア養成等についての検討。 ▪ 2 月 管内関係機関を集めて、ピアによる地域移行支援に関する研修会を開催予定。
③	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内の入院設備があり長期入院患者が在院している 4 医療機関を訪問し保健所との意見交換会を開催。現状把握や退院阻害要因、地域移行に向け医療機関と地域で連携して取り組めることについて協議した。

No	具体的内容
④	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10月の地域移行支援協議会で研修報告し、管内病院の平均在院日数推移の周知、ピアサポーター雇用について打診した。 ▪ 11月には、庁内関係部署で地域移行推進について協議（生活支援課の退院促進事業とも連携）。 ▪ 同月、県より地域移行支援事業を委託されている相談支援事業所と行政で協議（病院説明会はまずは地域活動支援センターのプログラムの一環で実施する予定となる）。 ▪ 12月に病院内で地域移行支援協議会を開催し、職員に向けて地域活動支援センターのメンバーに体験談を語っていただく。 ▪ 1月に庁内幹部職員含めて病院の院長・事務長等へ、次年度の事業説明（ピアの病院説明会等や地域生活支援拠点施設を体験宿泊の場を利用する予定など）。 ▪ ピアの養成については、県事業を利用するか市独自で運営するかは来月検討し、次年度から養成講座を開始予定。
⑤	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ピアサポート事業を実施予定（2月）。 ▪ 管内の精神科病院の長期入院患者を対象にピアによる体験発表と意見交換を実施。
⑥	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 所内で研修内容について話し合い、ピア活用に向けて取り組み計画を作成。
⑦	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 係内で復命報告を実施し、管内の現状の確認や今後の取り組みについて協議した。 ▪ 病院内の職員研修に保健所職員が出向き、地域移行支援事業について、現状や取り組み状況を説明し、病院スタッフと意見交換を実施した。
⑧	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ピアサポーターの登録及び雇用について、市内委託事業所で検討を再度実施した。 ▪ 個別支援に結びつかない入院患者への退院意欲喚起を目的として、相談支援事業所・病院と少人数でのグループワークを計画。 ▪ ピアの養成、事業について市内地域の通所事業所やデイケアに説明を行った。
⑨	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 平成28年10月に開催した精神障害者地域支援会議で管内の地域移行の現状及び研修の報告を行った。 ▪ 今年度中に研修参加病院でモデル的に地域移行の取り組みを行う予定で、平成29年1月保健所長が病院に出向き、病院長等関係者に協力依頼を行った。 ▪ 今後、担当者レベルで打合せ、平成29年2月頃に病院スタッフ（病棟看護師等）を対象とした院内研修会を複数回実施予定である。 ▪ 相談支援事業所も同行しての院内研修会を予定していたが、今年度中の協力は業務の都合で難しく、来年度以降に再検討予定である。
⑩	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 所内で報告会を開催し、今後について検討した。 ▪ 関係者会議において、地域移行の取り組み先進事例について、病院・相談支援事業所・市町村それぞれの立場から報告してもらった後、グループワークを行い、各機関の現状について情報共有するとともに、地域移行への取り組みを推進するための具体的な方法について協議を行った。
⑪	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内の地域移行・地域定着に協力的な病院で院内研修を実施し、職員の「地域移行に関する知識向上、意欲向上」を目指した。具体的には、管内の地域移行の状況を示したほか、他病院のノウハウの紹介を行った。 ▪ 今後は管内の研修未実施の病院でも同様の研修を実施し、支援にあたる実務者に地域移行の現状と重要性について、理解を深めてもらう予定。
⑫	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 圏域自立支援協議会「地域移行・地域定着専門部会」の事業として、ピア養成の取り組みの下地作りを目的に「ピア交流会」を開催した。 ▪ また、啓発研修「地域移行定着にピアの強みを活かす～ピアとともに取り組む仕組みを創ろう～」開催予定。
⑬	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 保健所が年数回開催している精神保健福祉連絡会議（研修会）において、管内関係機関を対象に伝達研修を開催予定（2/21）。 ▪ 研修内容について報告し、その内容を踏まえてグループワーク、意見交換を行うこととしている。 ▪ まずは、精神保健福祉の動向と地域移行に関する基本的な知識の理解、他県の取り組みを学んでもらい、今後管内地域での取り組みにつなげていきたいと考えている。
⑭	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内精神障害者地域移行推進連絡会議にて、管内で取り組んだ地域移行に向けた取り組みと個別ケースを通しての課題等について意見交換を行い、今後の方向性を協議した。 ▪ 当所が実施した県下の精神科病院19病院に対する入院患者の現状調査の実施を行った。 ▪ 圏域内精神科病院への患者面接及び院内の退院支援プログラム等の取り組み状況等の聞き取り調査を行った。

No	具体的内容
⑮	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内精神科病院における復命研修会を開催 ※福岡研修にて配布された資料を使用して説明。 ▪ 市自立支援協議会 相談支援部会と地域精神障がい者地域移行支援協議会 地域生活支援会議の合同会議。 ▪ ピアサポーター研修会。
⑯	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 研修会後出席者に依頼し、管内の実務者を集めた検討会にて復命報告を行った。また、連絡協議会においても管内の取り組みについて意見交換を行った。中でも医療機関に対して具体的に現状の提示を行ったことで地域移行（定着）支援についてこれまで抱いていなかったような疑問等が出てきた。 ▪ 今後は他圏域の相談支援事業所、相談支援専門員を招き、他圏域の取り組みや具体的な地域移行の進め方について研修会を行う予定。
⑰	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ピアサポーターとともに、地域の就労継続支援（B型）、地域活動支援センターを視察、ピア目線での冊子を作成予定（退院支援後の対象者の日中活動の場を支援にあたるピアサポーターが把握し対象者に紹介しやすくするため）。
⑱	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 退院可能者リストから課題分析を行い、図式化し、課題等の共有を図った（所内及び地域移行連絡会議にて報告）。 ▪ 病院での事業報告会を実施するにあたり、所内で事業実施状況及び把握できた課題等話し合った。 ▪ また、病院での報告会では、病院長、事務長、看護部長、病棟 PSW、相談支援事業所、健康福祉事務所長、地域保健課長、担当者で実施できた。 ▪ 相談支援事業所のピアサポーターが活動する事業等には当所からも積極的に参加し、活動状況等共有できるように工夫した。 ▪ 病院職員研修にて長期入院から退院したピアサポーターのインタビューを含めた事例発表を行い、多職種で地域移行に向けて検討してもらった。その際、管内の別の精神科病院にも声掛けを行い、参加してもらった。 <p>【今後の取り組み予定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ピアサポーターの養成及び支援について、2月に他院のスタッフ及びNPO法人（1か所）にスーパーバイズしてもらえるように企画調整している。 ▪ 管内の他の精神科病院への地域移行に関する意見交換会を企画予定。
⑲	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 実地指導における630調査結果を用いた指導。 ▪ 一緒に研修受講した病院・事業所職員と県庁の保健師・担当者と意見交換を実施。 ▪ 先進事例の取り組みとして研修内容を管内各関係機関に復命（予定）。 ▪ 研修内容及び今後の取り組み等について県の担当者会議で報告。
⑳	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 病院から対象者リストを挙げてもらい、退院に向けて地域移行戦略会議を開催し、病院、地域の関係機関による検討を行った（研修前から予定していた）。 ▪ 地域精神保健福祉連絡協議会（保健所管内の関係機関の代表者会議）の議題に地域移行を取り上げ、研究会アドバイザーの国立精神・神経医療研究センター大塚俊弘先生に出席願ひ、助言をいただいた。
㉑	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 所内チームと課長での会議にて復命を行った。 ▪ 管内2病院にて、院内研修会を行った。 ▪ 3月に地域移行関連の関係者会議にて研修内容を説明予定。
㉒	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 研修に参加したチームで、法人病院の幹部職員、地域精神保健福祉連絡協議会代表、相談支援センター職員を交えての研修報告、意見交換並びに宿泊型自立訓練施設への地域移行に向けた会議を2回開催した。 ▪ 地域生活支援連絡会（地域のネットワーク会議）において研修参加報告を実施。
㉓	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 院内茶話会から保健所による面接を経て、地域移行支援（個別給付）につなげるための戦略会議を実施した（実ケース2件・計3回実施）。 ▪ その結果、1件について地域移行支援に着手し、1件は申請中である。 ▪ 相談支援事業所（1か所）にピア雇用についての説明を行った。 ▪ 例年実施している地域移行に関する病院職員向け研修会に、院長（そのほかの医師）・看護部長の研修参加を強く働きかけ、地域移行支援に関する理解促進に努めた（現在3病院で実施済み、2病院で院長が出席。1病院で看護部長の出席）。
㉔	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 市内関係機関、病院、保健所担当者等を対象とした研修会を開催した。
㉕	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 市自立支援協議会の地域移行・継続支援部会での病院訪問や病院調査に合わせて、本研修内容の情報共有を行い、現在も継続して活動している。

No	具体的内容
②⑥	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 所内でロードマップを作成し、所長に説明を行った。 ▪ 相談支援事業所、精神科病院へのヒアリングを実施した。 ▪ 実際に長期入院となっている精神障害者の地域移行に向けた事例検討会を実施した（2例）。 ▪ 先駆的に地域移行に取り組んでいる相談支援事業所からの研修を実施予定（H29.2月）。
②⑦	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 今年度から実施している地域移行についての連絡会で本研修の報告をした。 ▪ 退院させたい事例検討を行い、支援目標、長期目標を決め具体的な退院支援について検討できた。
②⑧	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 当センターの教育研修事業として地域移行・地域定着支援研修会を実施するため実行委員会を1回開催。ピアサポーターが地域移行支援や地域定着支援に必要であることを盛り込みたかったが、日程等の事情により今年度開催を見合わせるようになった。次年度に向けて準備を進めていく。
②⑨	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 当事者が集まり、交流や研修する場を行政主導から、自主開催のグループ活動へとシフトし、精神保健福祉センターと地域活動支援センターでサポートしている。2か月ごとの開催で継続中。
③⑩	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 市内の相談支援事業所向けに、研修報告会を行った。 ▪ 他圏域の関係者に対し、研修報告会を行った。
③⑪	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 平成26年度より相談支援事業所、ピアサポーター、病院、市町と協働し地域移行・地域定着支援にかかる体制整備を進めている。 ▪ 現在、ピアサポーターは、2事業所で15名雇用されている。 ▪ 当所では、今年度12月よりピアサポーターのアウトリーチによる個別支援を開始し、ピアサポーターを2名、週2日の勤務で雇用している。医療にかかっているが家に引きこもりがちな人5名を対象とし、ピアサポと保健所職員で1～2週ごとに家庭訪問を行っている。また、週1回ミーティングをし、対象者の望に添った支援方策を検討している。 ▪ ・ピアサポーターのフォローとして、相談支援事業所が実施する定例会に当所も出席し、ピアサポーターが活動をする上での課題や活動計画、悩み等の話し合いを行っている。
③⑫	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内各市の在院患者調査報告を分析し、管内市役所の精神担当者に対して説明。 ▪ 精神障がい者部会ができていない市に対しては、部会の立ち上げについて促している。 ▪ 精神障がい者部会が立ち上がっている市役所については、部会のための事前関係者会議に参加し、病院への働きかけ等について検討している。 ▪ 管内病院職員に対して地域移行についての研修を行った。
③⑬	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 管内精神科病院の精神保健福祉士を集め連絡会を開催予定。 内容：630調査からデータ分析し、各病院の長期入院者への取り組みについて情報交換を行う。
③⑭	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 平成28年11月14日に県精神保健福祉センター主催で本研修とほぼ同様の研修が開催されたため、管内相談支援事業所とともに参加。グループワークにて当保健所管内の地域移行について検討する機会をもつことができた。
③⑮	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 病院の退院支援グループに参加。移行支援サービスの説明を実施。 ▪ 移行支援を検討する会（病院、相談支援センター等で構成）にて復命報告と今後の方針について検討。

3 まだ新たな取り組みが行われていない場合、その理由を記載してください。

- ・実地指導等で、630調査結果等を活用した病院の実態（長期入院患者の年齢層・入院形態等）を病院責任者やスタッフに示し、地域移行支援事業の理解を求めていこうと考えていたが、630調査結果を外部に出すことに確認が必要とのことで、準備期間が必要となったため。
- ・ピアの養成等について、予算がない。
- ・研修に参加したチームが法人内で調整した中では、スタッフとしてピア相談員を「雇用」することに関しては時期尚早との意見があった。また、ピア相談員を養成した後の役割や病院等への派遣の調整、年度内であったため予算の確保等の課題があった。
- ・ピア推進員の整備は進んでいない。課題としては、現在は地域移行ケース数が少なく、ピア推進員の候補はいるがマッチングができていない。今年度のピアサポーター養成講座は、本研修前に実施済みであったため、来年度は、ピア推進員の養成を主眼に置いて、関係機関への募集案内周知を行う。

- ・精神保健福祉センターという立場上、事業計画の作成や病院や支援事業所への直接的な働きかけが難しいため研修（人材育成）の部分を担当している。
- ・今年度の地域移行・地域定着支援事業の年間計画が既に決まっているため、途中で研修内容を盛り込むことが難しかった。当所の地域移行・地域定着支援事業がピアを雇用して地域移行支援に活用するというレベルに達していない。
- ・各病院、相談事業所、当保健所とも担当者レベルで検討できても、トップを巻き込むことは難しく積極的な取り組みについては具体的にならない。
- ・保健センターレベルでの地域移行活動は、まだ行われていない。地域移行活動を行うなら、PSW や保健師を巻き込まないといけないが、その準備ができていない。
- ・県精神保健福祉センター主催で研修会が開催されたため、保健所単位では事業所向けに働きかけは行わなかった。
- ・予算や日程の問題、既存の「アパート暮らし体験事業」の見直しにより、研修後から計画を実施することができなかった。来年度に向けて内容を再度検討し、計画を立てているところ。

4 本研修と一緒に参加した病院や事業所で新たな取り組みがあれば、その内容を記載してください。

- ・平成 29 年度から管内 1 病院において、院内説明会（ピアの参加も含む）が開催できるよう、計画中。
- ・本研修へ参加した結果かどうか確認していないが、一緒に参加した医療機関にて、長期入院患者が多い精神療養病棟担当 PSW が増員（1 名→2 名）となっている。
- ・地域活動支援センター内で、ピア活動希望のメンバーを募集。
- ・病院の家族教室に地域活動支援センターのメンバーが体験発表。
- ・病院の清掃員として、平成 28 年 12 月末より雇用を開始している。
- ・病院・事業所：ピア活用に向け、地域移行・定着制度利用を促進しており、取り組んだケースについて管内連絡会で年度内に報告予定。
- ・退院支援事例について、参加病院から保健所への連絡や相談が増えた。
- ・ピアサポーターの登録について、市内事業所で検討を再度実施した。
- ・個別支援に結びつかない入院患者への退院意欲喚起を目的として、少人数でのグループワークを実施予定。市内登録ピアサポーターも参加する。
- ・ピアサポーターの雇用について相談支援事業所と検討を行った（実施可能性、障壁等について）。
- ・研修参加病院では、今年度中に入院患者 1 名について地域移行支援（個別給付）を申請し、退院支援を行う予定である（初めての申請・利用である）。
- ・事業所利用者で発足したピアグループによる事業所スタッフ向けの研修（ピアについてもっと知ってもらおう！）の提案。
- ・医療機関から患者との交流会参加の依頼あり。
- ・他圏域のピアグループとの交流会実施予定。
- ・圏域での精神障害者地域移行・地域定着支援事業協議会を開催予定。
- ・各参加者がそれぞれの職場において報告会を実施した。
- ・参加された事業所が指定一般相談支援事業所の指定を受けられた。また、参加されていなかった事業所においても 4 月に指定一般相談支援事業所の指定を受ける予定であり、管内の相談支援専門員が地域移行（定着）支援をすすめるために具体的に動き出している。
- ・ピアサポーターによる院内説明会を定例実施中であるが、参加者が固定化してきたため、病棟内でオープン参加型の院内説明会の回数を増やした。
- ・退院可能者リストを提出してもらった。
- ・次年度以降、モデル事業として実施できるよう、一緒に研修受講した病院・事業所職員と県庁の保健師・担当者と意見交換を実施。
- ・病院で、院内職員研修を開催し、ピアサポーターから病院訪問の取り組みや、当事者としての体験を伝えた。

- ・2017年2月1日に障害者総合支援法内の施設として、宿泊型自立訓練施設がオープンした（宿泊型20床、短期入所4床）。
- ・研修に参加した病院より地域移行支援希望ケースが2ケースあがり、地域移行の戦略会議を実施した。
- ・研修に参加した相談支援事業所に、地域移行支援を受けてもらうことができた（管内初）。
- ・研修に参加した基幹相談支援センターと、協力相談支援事業所を開拓し、ピア雇用についても説明を行った（看板はあったが、ケース実施がなかった事業所）。
- ・今年度、茶話会に参加しているケースを地域移行支援につなげられるように、病院側と話し合いを行った。
- ・自立支援協議会内の地域移行・継続支援部会主催のピアサポーター養成研修の受け入れ先として、医療機関内での活動を進めている。
- ・東京都体制整備事業の一環として、地域生活支援センター所属のピアサポーターの養成補助及び、医療機関でのピアサポーターの参加する退院支援プログラムの運営サポート。
- ・地域移行機能強化病棟の退院支援委員会に参加し、地域移行支援を進める中でのピアサポーターの支援の有効性についても検討課題に取り上げながら進めている。
- ・研修後、地域定着の利用につながったケース、1名。
- ・精神科病院の職員研修会での伝達研修は、本研修と一緒に参加した者の所属する病院で実施。
- ・在院患者調査で地域移行支援が必要な患者が多かった管外の病院に対して、直接働きかけるようになった。
- ・研修後2件移行支援に申請あり。

5 その他（ご意見等があればご記入願います。）

- ・ピアサポーターの養成・ピアの雇用の取り組みについては、必要なことだと思うが、積極的に取り組む意向の相談支援事業所がなかなかない。県レベルでのモデル事業等での取り組み・実績がなければ、担当者が研修を受けた程度での取り組みは難しい。
- ・部会で、630調査結果（個人情報かわからないような形で）や病院、市町村の地域移行・地域定着の取り組み状況調査結果等について報告した際、複数の病院長から反発があった。病院長の理解がないと、本事業に取り組むづらい。精神科病院協会や県医師会の理解を得る働きかけと同時に、県の方針（病院との関係が悪化することが懸念されるが、どこまで本気で取り組むのか）を示していただきたい（本庁と調整してほしい）。
- ・管内の相談事業所のうち精神障害者の対応に尽力されている事業所は少なく、日常の業務に追われている印象。新たな取り組み（ピアサポーター養成等）について協力を依頼する前に事業所としてマンパワーの確保が必要だと考えられる。また、要請にあたり、保健所として支援の仕方がよく理解できていない。研修後の他地域での実践状況を知りたい。
- ・長期入院者の退院にあたっては、生活保護の制度上の問題、施設受け入れの問題等も大きい。個々の病院や地域関係者のみで対応できない部分も大きい。その中で今できることは何か考えていく必要がある。
- ・地域移行を進めるにあたって、事業所の負担が大きく、マンパワーをカバーする意味合いでピアを活用するにも、ピアの養成・能力アップにつながる研修等が昨年度より減り、ピアへのフォローについても事業所の負担が大きくなっている。
- ・ピアの雇用による地域移行の個別給付の実施、病院からの多くの対象者の選出など、実際に働きかけてみたが、うまくいかない。一挙に大量に地域移行というのは難しいのだろうか、と感じている。
- ・65歳以上の高齢の長期入院者が8割近くを占めており、別の戦略が必要ではないかと感じている。
- ・地域移行については、地区の退院率などの全国との比較などの現状までは各機関と共有できるが、今後どうするかなどの積極的かつ主体的な意見交換は深まらない。通知目標は理解されても病床数が比較的多い地区であることからあまり困っていないことや、少しずつ改善しているので、話をしても、緊急性がある事業にはなりにくいことから、事業を進めにくい。

第5章 研修終了後の取り組み事例報告

1. 千葉県柏市保健所

(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- 10月 地域移行支援協議会で研修報告し、管内病院の平均在院日数推移の周知、ピアサポーター雇用について打診した。
- 11月 庁内関係部署で地域移行推進について協議（生活支援課の退院促進事業とも連携）。県より地域移行支援事業を委託されている相談支援事業所と行政で協議（病院説明会はまずは地域活動支援センターのプログラムの一環で実施する予定となる）。
- 12月 病院内で地域移行支援協議会を開催し、職員に向けて地域活動支援センターのメンバーに体験談を語っていただく。
- 1月 庁内幹部職員含めて病院の院長・事務長等へ、次年度の事業説明（ピアの病院説明会等や地域生活支援拠点施設を体験宿泊の場を利用する予定など）。
- 2月 ピアの養成については、県事業を利用するか市独自で運営するか検討。次年度から養成講座を開始予定。
- 3月 次年度事業計画作成予定。

(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み

- 地域活動支援センター内で、ピア活動希望のメンバーを募集。
- 病院の家族教室に地域活動支援センターのメンバーが体験発表。

(3) 取り組みの概要

1. 地域移行支援協議会の取り組み

第1回	5/18(水)	① 事業所・委員自己紹介 ② 精神障害者地域移行支援事業の動向 ・遠隔地退院支援事業について ・ピアサポートの活用について ・地域移行・地域定着協力病院について ③ 生活保護受給者の退院促進事業 ④ 柏市の課題と協議会の目的について ⑤ 今後の予定
第2回	7/20(水)	① 今後の予定 ・社会資源ツアー ・病院での協議会開催 ・船橋圏域との合同開催 ② 事例検討(3事例)

福祉サービス 事業所見学会	10/5(水) 10/7(金)	2日間に分け、2事業所を見学 計28名が参加
第3回	10/25(火)	① 事業所見学会の報告 ② 船橋圏域との合同開催 ・船橋市地域活動支援センターオアシスの実践 （オアシスカフェ）について講演 ・グループワーク ③ 今後の予定について ④ 精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修 報告
第4回	12/2(金)	初石病院開催(病院職員向け勉強会と共催) ① ピアによる講演「地域の暮らしを考える」 ・たんぼぼセンターを利用しているピア6名が講演 ② 質疑・感想 ③ 各委員より事業紹介
病院訪問	2/6(月)	手賀沼病院訪問
	2/14(火)	初石病院訪問 ・柏市内の精神科病院での実情 ・地域移行支援の制度や柏市での実績 ・地域移行支援協議会の今後の取組 (ピア活動など) ・地域生活支援拠点施設の紹介
第5回	3/15(水)	① 今年度のふり返し ② 次年度の協議会について

2. 平成 28 年度第 4 回柏市精神障害者地域移行支援協議会出席者

	所属	職種
1	千葉県精神保健福祉センター相談指導課	精神保健福祉相談員
2	医療法人社団柏水会初石病院	精神保健福祉士
3	医療法人社団柏水会初石病院	看護師長
4	医療法人社団柏水会初石病院	訪問看護師
5	医療法人社団健仁会手賀沼病院	精神保健福祉士
6	社会福祉法人よつばサポートセンターよつば	相談支援専門員
7	NPO 法人権利擁護あさひ	相談支援専門員
8	社会福祉法人青葉会発達障害支援室シャル	
9	社会福祉法人青葉会発達障害支援室シャル	
10	社会福祉法人ワーナーホームたんぼぼセンター	
11	社会福祉法人ワーナーホームたんぼぼセンター	相談支援専門員
12	社会福祉法人ワーナーホームたんぼぼセンター	相談支援専門員
13	柏市 保健予防課	精神保健福祉士
14	柏市 保健予防課	精神保健福祉士
15	柏市 生活支援課	ケースワーカー
16	柏市 生活支援課	精神保健福祉士
17	柏市 障害者相談支援室	
18	柏市 障害者相談支援室	精神保健福祉士

※たんぼぼセンターピアスタッフ 6 名

※病院スタッフ 35 名

2. 神奈川県小田原保健所（小田原保健福祉事務所足柄上センター）

（1）研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- 病院から対象者リストを挙げてもらい、退院に向けて地域移行戦略会議を開催し、病院、地域の関係機関による検討を行った（研修前から予定していた）。
- 地域精神保健福祉連絡協議会（保健所管内の関係機関の代表者会議）の議題に地域移行を取り上げ、研究会アドバイザーの国立精神・神経医療研究センター大塚俊弘先生に出席願い、助言をいただいた。

（2）本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み

- 病院で、院内職員研修を開催し、ピアサポーターから病院訪問の取り組みや、当事者としての体験を伝えた。
- 別の病院では、地域移行機能強化病棟入院料の適用が始まった。

（3）その他

- ピアの雇用による地域移行の個別給付の実施、病院からの多くの対象者の選出など、実際に働きかけてみたが、うまくいかない。一挙に大量に地域移行というのは難しいの难道かと感じている。
- 65歳以上の高齢の長期入院者が8割近くを占めており、別の戦略が必要ではないかと感じている。

（4）取り組みの概要

1. 地域の状況

神奈川県西部の1市5町（人口約11万人）を管轄している。管内の精神科病院・病床は1施設・290床である。なお、神奈川県小田原保健福祉事務所足柄上センターは、旧足柄上保健所（保健福祉事務所）が平成26年4月1日に小田原保健所（保健福祉事務所）に統合され小田原保健福祉事務所足柄上センターと改称されているが、精神障害者地域移行の取り組みは基本的には足柄上センターの独立した取り組みである。

2. 取り組みの経過

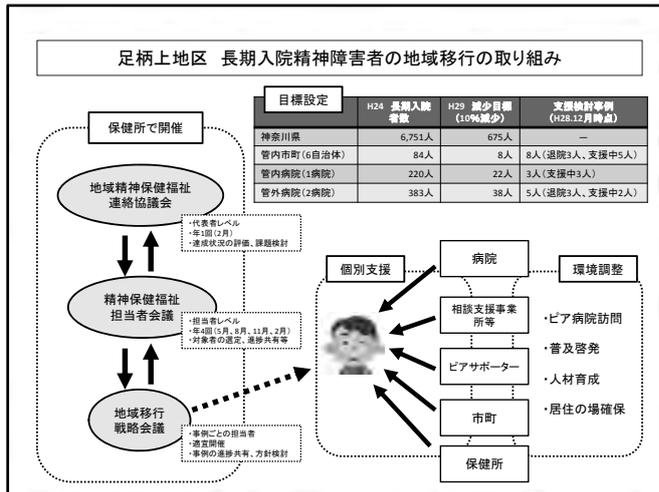
足柄上センター管内の精神科病院・病床は1施設・290床であり、そこに220人が長期入院となっている。また小田原保健所管内には他に2つの精神科病院に383人が長期入院となっており、合計すると603人の長期入院者が存在する。管内市町については平成24年の630調査からみた神奈川県の長期入院者6,751人から管内市町人口で按分した84人の10%に相当する8人を、また管内病院については院内の長期入院者220人の10%に相当する22人を、それぞれ平成29年までに退院させ地域に移行させるという目標を立て、平成27年度から個別支援と環境調整の取り組みを開始している。

退院へ向けた環境調整では、ピアサポーターによる管内病院への病院訪問が継続して行われているが、今年度は管内病院が職員向けの研修会を開催して、ピアサポーターによる病院訪問への理解を深める取り組みが進められている。また、退院へ向けた個別支援では、地域

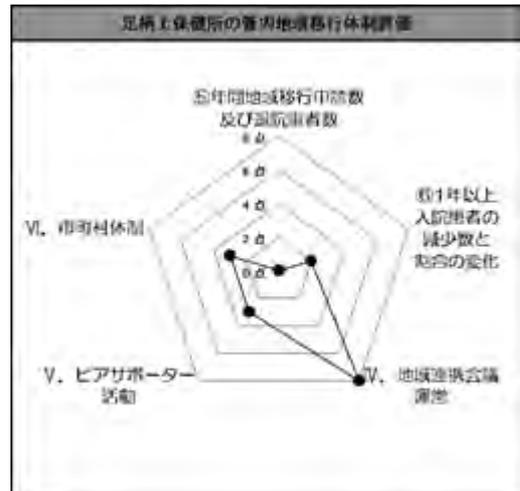
移行戦略会議の中で個別支援の方針等が検討されているが、対象者の中に高齢者が含まれていたこともあって、病院、市町、訪問看護ステーション、社会福祉協議会に加え、地域包括支援センターにも関与してもらうなど幅広い連携が図られている。

また、平成28年12月には、小田原保健所管内の1精神科病院が地域移行機能強化病棟入院料の承認を受けるなど、病院側でも地域移行へ向けた取り組みが始まっている。(図1)

【 図1 】



【 図2 】



3. 取り組みの評価

地域移行評価シートで見ると、地域連携の進んでいることがよくわかり、足柄上センターの取り組みの結果と思われる。個別支援により退院に至ったケースは平成27年度1人、平成28年度1人であるが、この2人は地域移行申請をしていないので評価図には反映されていない。しかしながら取り組みの成果は着実に上がっており、今後のさらなる成果が期待される。(図2)

4. 今後の課題

相談支援事業所によるピアの雇用はまだ実現しておらず、地域移行へ向けた個別給付も始まっていない。また、管内の精神科病院は高齢者中心の病院であり、病院で最期を迎える患者さんも多く、地域移行といっても難しいとのことだが、そうした状況にも対応した戦略も必要だろう。

3. 長野県佐久保健所

(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- 10月 研修参加者（相談支援事業所、病院等）で今後の取り組みについての打合せ
- 11月 管内1か所の精神科病院で職員向けの研修会（報告会）
- 12月 管内の自立支援協議会の部会における報告
- 12月 所内で経過について所長に説明
- 1月 自立支援協議会のワーキンググループにおいて、来年度からのピア養成等についての検討
- 2月 管内関係機関を集めて、ピアによる地域移行支援に関する研修会を開催予定

(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み

- 平成29年度から管内1病院において、院内説明会（ピアの参加も含む）が開催できるよう、計画中。

(3) 取り組みの概要

1. 地域の状況

長野県東部の佐久市、小諸市をはじめとする2市5町4村（人口約21万人）を管轄している。管内の精神科病院・病床の合計は2施設・330床であり、1年以上の長期入院患者数は2病院合計で106人である。

2. 取り組みの経過

長野県佐久保健所における精神科病院長期入院者に対する退院支援、地域移行・地域定着の取り組みの経過をまとめると、

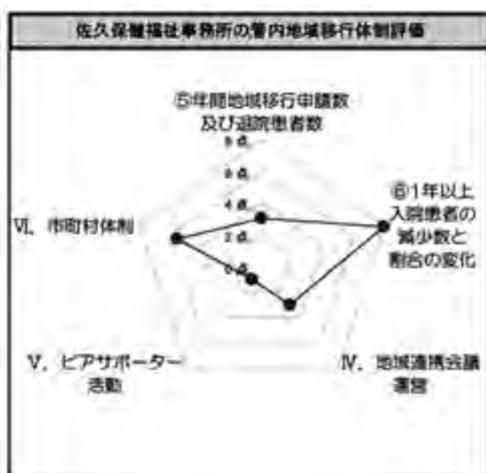
- ①H14～： 管内3病院（当時は3病院であったとのこと）でニーズ調査を実施。
- ②H15～16： 県内のモデル地域として支援員による退院支援「長期入院者退院支援事業」を実施。
- ③H17～18： 「長期入院者退院支援事業」を全県で実施。
- ④H19～26： 「精神障害者退院支援コーディネーター（県予算）」が配置されて地域移行支援の実施。
※この「精神障害者退院支援コーディネーター」というのは、入院中の精神障害者に対し、退院に向けた支援計画を作成し、関係機関との連携調整を図りながら退院支援することを目的として、全国に先駆けて長野県で配置されたものとのこと。
- ⑤H27： 「上記コーディネーター（市町村予算）」の配置は継続せず廃止となる。精神障害者自立支援協議会の精神障がい者地域生活支援検討会を設置し、地域移行支援に取り組む。

⑥H28： 「上記検討会」から、「地域移行・地域定着部会」として新たに、地域移行支援に取り組む。

ということになり、様々な組織的な取り組みがなされてきた経緯がある。しかしながら、個別給付制が導入されてからの支援の取り組みはこれからというところのようである。

3. 取り組みの評価

地域移行評価シートで見ると、1年以上入院患者の減少数と割合の変化が大きく、地域の連携体制がしっかりしているなど、これまでの取り組みを踏まえた全般的な状況としては大変良好な地域ということのようであるが、ピアサポーター活動などの個別給付制導入後の支援体制の整備はこれからというところで、3人の長期入院者への個別支援に取り組んでいるとのことであるが、まだ退院には至っていない。組織を立て直し、事業計画を策定中とのことと、今後の取り組みが期待される。



4. 今後の課題

管内の相談支援事業所は6施設で、そのうち2施設が研修会にも参加していたとのことと、ピアサポーターの雇用も検討しているとのこと。新たな体制での個別支援の強化が課題と思われる。

4. 兵庫県尼崎市保健所

(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- ピアサポーターの登録及び雇用について、市内委託事業所で検討を再度実施した。
- 個別支援に結びつかない入院患者への退院意欲喚起を目的として、相談支援事業所・病院と少人数でのグループワークを計画。
- ピアの養成、事業について市内地域の通所事業所やデイケアに説明を行った。

(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み

- ピアサポーターの登録について、市内事業所で検討を再度実施した。
- 個別支援に結びつかない入院患者への退院意欲喚起を目的として、少人数でのグループワークを実施予定。市内登録ピアサポーターも参加する。
- ピアサポーターの雇用について相談支援事業所と検討を行った（実施可能性、障壁等について）。

(3) 取り組みの概要

1. 地域移行支援事業 リーフレット会議の開催の内容

- ①【尼崎市版】地域移行支援（個別給付）リーフレットについて
- ②『ピア』活性に向けて 意見交換等
- ③その他・情報共有等

2. 平成 28 年度 尼崎市精神障害者地域移行・地域定着支援事業協議会 第 3 回

- ①事業報告
- ②個別給付 ケース報告
- ③市の現状に関して（尼崎市保健所より）
- ④来年度の協議会に期待すること、望むこと（各機関より）

3. 「扉の会」グループによるプログラム

【 目 的 】 退院意欲の底上げ（自尊心や希望を引き出す）

【 内 容 】

- 自分のやってみたいことをグループで話し合い、「どうしたらできるか」、「できるためには何が必要か（物や人、手段など）」、「今できていること」に分け、やってみたいことを実現するための計画をつくり、実行してみる。（例えば・・・お寿司を食べたい！という場合）「どうしたらできるか」→出前をとる、食べに出かける、病院の人をお願いする、など。
- 「何が必要か」→移動手段（車か、バスか）、お金、など。
- 「今できていること、できそうなこと」→お金は貯めてる、移動で疲れないように運動など、といったように計画を立ててみる。

4. 29年2月現在の感想

- 平成28年度「精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修」受講後、自治体ごとに協議会や病院への意欲喚起を実施しているが、病院の負担も大きくなっていることもあり、圏域内の連携により、より有効な入院患者への働きかけを行っていきたい。
- 意欲喚起という点については、退院のイメージをもてない長期入院患者に生活の希望をもってもらえるような意欲喚起の底上げの取り組みが必要と考えている。
- 最後に、ピアサポーターの養成は徐々に行いつつあるが、登録のあり方やピアサポーターを地域移行支援事業で活躍できる仕組みづくりにおいてもさらなる検討が必要と感じている。地域の様々な機関を巻き込み、事業を展開していきたい。

5. 福岡県糸島保健所

(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- 所内でロードマップを作成し、所長に説明を行った。
- 相談支援事業所、精神科病院へのヒアリングを実施した。
- 実際に長期入院となっている精神障害者の地域移行に向けた事例検討会を実施した（2例）。
- 先駆的に地域移行に取り組んでいる相談支援事業所からの研修を実施予定（H29.2月）。

(2) 取り組みの概要（予定を含む）

1. 啓発事業

- 地域住民（民生委員、区長中心）への講座を行い、精神障害者への偏見を少なくする。
- 小中学校への啓発事業で、幼少期からの教育にて偏見をなくす。

2. 現状調査、社会資源調査

- 相談支援事業所（一般の3ヶ所＋特定で精神を対象としている1ヶ所）の地域移行・地域定着の取り組み状況の把握。
- 精神科医療機関（2ヶ所）の地域移行・定着への取り組み状況の把握。
- B病院が院内で実施している社会復帰準備グループと社会復帰フォーラム見学・参加（相談支援事業所と同行）。
- 地域の社会資源を把握するための施設見学、ピアサポーターの発掘。

3. スキルアップ研修

- 12月と1月の定例ケース検討会にて長期入院者の事例を2病院から出してもらい、地域で長期入院者を支援するためのフォロー体制について検討する。
- 地域移行・地域定着制度について理解するための研修会を実施する。
- 地域移行の成功事例をレクチャーしてもらおう（相談支援事業所より）。

4. 関係者会議

- 病院SWと相談支援事業所の役割を明確にする。
- 管内の2病院長が参加する精神保健福祉部会において地域移行の取り組みについて検討することで、目標を共有する。
- 市の福祉計画に、地域移行・定着の目標数をあげてもらおう。

5. ピア活動の推進

- 相談支援事業所にピアを雇用することのメリット（黒字）を示し、雇用してもらおう。
- ピアによる講話を実施することで、ピアの役割の大きさを認識してもらおう。
- ピアサポーターによる院内説明会を実施する（最終目標としては、2病院毎月実施）。
- ピアサポーターの養成研修会（毎年1回、相談支援事業所と精保センターと協働実施）。

6. 地域で生活する精神障害者の居場所づくり

- 共同作業所にて、当事者による精神障害者交流会の事前打合せを毎週開催する。
- 管内に地域活動支援センターのⅠ型をつくる。

7. 実際に地域移行制度を活用した取り組み

- 長期入院患者のピックアップと情報提供を依頼。
- 1事例先行事例として取り組む（制度を申請して実施）。
- GH 入居者からの話しの場や GH や地域の福祉サービス事業所（地活や就労支援事業所）の見学ツアーを実施し、地域での生活の実際を知り、退院意欲の向上を図る。

(3) ロードマップ

●目的●

病院が生活の場となっている長期入院精神障害者が、地域で生活することの楽しさを思い出し、地域でのびのびと生活することができる

<計画案>

	H28.12	H29.1	H29.2	H29.3	H29年度～	目標	評価指標
啓発	地域住民に対する啓発・小中学校への啓発					地域住民が精神障害者を偏見なく見守ることができる	【企画評価】対象が適切であったか 【実施評価】啓発回数、参加者数、小中学校の利用数 【結果評価】偏見の有無のアンケート結果、苦情等の数の推移
社会資源調査	相談支援事業所(3ヶ所+1ヶ所)の地域移行・地域定着への取組状況の把握 精神科医療機関(2ヶ所)の地域移行・地域定着への取組状況の把握 B病院のデイ利用者による院内説明会に参加(相談支援事業所と同行) 地域の社会資源の把握(施設まわり)					・保健所が、精神科病院・相談支援事業所の取組状況を把握し、支援することができる ・保健所が社会資源を把握している	【企画評価】〃 【実施評価】チェック項目は適切か、ヒアリングの方法は適切か 【結果評価】社会資源名簿の整理ができたか、保健所の役割が周知されたか、サービスの充足率、(利用者やスタッフが充足していると感じているかアンケート等)
研修	定例ケース検討会にて検討(12月と1月) 地域移行・地域定着制度の理解 地域移行の成功事例のレクチャー(相談支援事業所から)					精神科病院・相談支援事業所が地域移行・地域定着制度を理解し、活用できる	【企画評価】〃 【実施評価】講師、内容、方法、時間等は適切であったか 【結果評価】制度の理解度が高まったか、取組に前向きになったか(アンケート)
会議	病院SWと相談支援事業所の役割の明確化 精神保健福祉部会において長期入院者の地域移行を検討す 市の福祉計画に地域移行・地域定着の目標数を設定してもらう					各関係機関が自らの役割を認識し、全うすることができる	【企画評価】〃 【実施評価】部会での検討内容、方法、市への働きかけの方法は適切であったか 【結果評価】市が目標値を設定したか、役割を明確にしたパンフレット・ガイドライン等が整備されたか
ピア活動	相談支援事業所にピアを雇用することによるメリット(黒字になる)を示し、採用を依頼 ピアによる講話等でピアの役割の大きさを認識する ピアサポーターによる院内説明会(最終目標としては、毎月実施する) ピアサポーターの養成研修会(毎年1回、相談支援事業所・精保センターと)					ピアサポーターが相談支援事業所に採用され、地域移行に取り組むことができる	【企画評価】〃 【実施評価】院内説明会の方法、回数、内容、ピアの活用は適切であったか 【結果評価】ピアサポーターの人数、ピアの雇用数、ピアへの意識向上(アンケート)
事業化・施策化	共同作業所にて、当事者による精神障害者交流会の事前打ち合わせを毎週開催する。ピアの発掘+居場所づくり 管内に地域活動支援センター1型をつくる					精神障害者が地域で安心して生活することができる	【企画評価】〃 【実施評価】参加者数、方法、場所は適切か 【結果評価】当事者の意識は変化したか、居場所だと思えるか(アンケート)
地域移行制度の活用	長期入院患者のピックアップと情報提供を依頼 1事例先行事例として取り組む(制度を申請して実施) GHや福祉事業所(地活、就労支援事業所等)の見学ツアーを実施 GH入居者の生活を知る機会も設ける(院内説明会の中で実施する等検討する)					地域移行、地域定着制度を活用した退院支援を地域で協働して取り組むことができる	【企画評価】〃 【実施評価】長期入院者のピックアップ数、更新頻度等 【結果評価】地域移行した人数、申請数、1年以上長期入院割合、平均在院日数、退院率等

6. 熊本県水俣保健所

(1) 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて

- 研修会の出席者に依頼し、実務者を集めた検討会にて復命報告を行った。また、連絡協議会において取り組みについて意見交換を行った。
- 中でも医療機関に対して具体的に現状の提示を行ったことで地域移行（定着）支援についてこれまで抱いていなかったような疑問等が出てきた。
- 今後は他圏域の相談支援事業所の相談支援専門員を招き、他圏域の取り組みや具体的な地域移行の進め方について研修会を行う予定。

(2) 本研修と一緒に参加した病院や事業所での新たな取り組み

- 研修に参加した事業所が指定一般相談支援事業所の指定を受け、不参加事業所においても 4 月に指定を受ける予定であり、管内の相談支援専門員が地域移行（定着）支援をすすめるために具体的に動き出している（別添資料参照）。

(3) 取り組みの概要

1. 平成 28 年度 水俣・芦北地域精神保健福祉連絡協議会

議題

- (1) 熊本県及び水俣・芦北地域の精神保健福祉 ①管内の現状 ②自殺対策
- (2) 水俣・芦北地域精神保健福祉連絡協議会会則の改正
- (3) 地域移行（定着）支援 ①管内の現状及び各機関の取り組み ②今後の方針

2. 平成 28 年度 第 3 回 水俣・芦北地域精神障がい者地域移行（定着）支援検討

内容

- (1) 管内の現状
- (2) 精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修（9/29～30 実施）（報告）

3. 平成 29 年 2 月現在の感想

- 平成 28 年度「精神障害者の地域移行に取り組むための実践研修」受講後、実務者で集まる機会や県内の先進地域等の話を聞く研修会を実施した。そういった取り組みを行う中で、初めは地域移行について、「対象者はいない」等の意見があった医療機関でも「検討会を来年度も継続し、もっとサービスの事を知ってもらいたい」といった意見等があり、少しずつ管内での体制作りに向けて地域一丸となって取り組むことができるようになってくるかなと考えている。
- 管内では指定一般相談支援事業所が 1 ヶ所立ち上がったばかりで、まだ実績も 0 なので、まずは関係者で情報共有を行いながら、まずは 1 例出せるよう今後も話し合いを続けていきたいと考えている。

(4) 各機関の取り組み

	精神障がい者の地域移行(定着)支援について どういった支援を実施していますか	精神障がい者の地域移行(定着)支援について の課題
A 病院	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援を行うにあたって個別対応で済むケースも多く、地域移行支援事業を利用して退院に至ったケースは現状ではない。ただ、必要に応じて行政機関、相談支援事業所、就労支援事業所と連絡調整を図っており、地域移行支援事業で行う退院支援と内容的には変わらないと思われる。また、退院後においても関係者と連携を図ったり、当院からも精神科訪問看護を実施し地域生活を支えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院は長期入院者の高齢化及び認知症患者の割合が明らかに増えてきている。この方々の退院支援は ADL 等の面から施設入所の方向ですすすめることが多いが、長期間での入所待ちとなることが大半で中々、退院支援は進まないのが現状。また、認知症患者が増えているため、地域移行支援事業につなげられる対象者自体も少なくなっている。
B 病院	<ul style="list-style-type: none"> 入院当初より、退院後に向けて主治医、看護師、相談室、ご家族等々と相談。また、本人の病状を見て、現実検討能力が出てきた時点で、本人の焦りに気をつけながら、患者の日常生活や服薬管理、通院(移動手段等含)の援助の必要性についてや入所施設、デイケア、訪問看護、行政サービスの紹介、市町村窓口の紹介、ハローワーク、就労支援相談事業所等の紹介を実施している。通院患者についても、同様の支援を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ①精神障がい者福祉サービス等の一般市民への周知、浸透が進んでおらず、家族もなじみがなくサービス導入に積極的ではない。また一般市民の偏見もあるように感じる。 ②精神障がい者分野としての専門性が必要とされることもあるが、福祉サービスの内容、(例えば通院同行、服薬管理、住まい、食事サービス等)どの事業所がどの程度担えるのか、また費用はどのくらい必要かが、あまりわからない。
C クリニック	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所に相談しながらケース会議への出席、受診の相談を受けている(不十分とは思うが)。 必要によっては福祉課その他必要機関の協力を得てる。 	<ul style="list-style-type: none"> 体制面での困難があり、外来で十分に関わりの時間が取れていない。
水俣公共職業安定所 (ハローワーク水俣)	<ul style="list-style-type: none"> 職業相談、職業紹介、職場適応、職場定着支援の実施 個別求人開拓、職場見学、職場実習の実施 担当者による就職準備～就職～定着までトータルでサポート トライアル雇用、各種助成金制度 職業訓練に関する相談 関係機関と連携し、職業評価、ジョブコーチ支援、リワーク支援 など 	<ul style="list-style-type: none"> 急増する精神障がい者の雇用がなかなか進まない。 就労に際しての留意事項、配慮事項の把握(症状に波がある方もあり、障がいの状態把握が困難) 障がいの開示、非開示 職場定着支援
支援センターA	<ul style="list-style-type: none"> 多機能施設であり、退院後の生活の場としてグループホームでの支援を行っている。日中の活動の場としては、生活介護、生活訓練といった退院後の生活の安定に向けた訓練事業やB型事業での就労訓練など、段階を踏みながら、本人の将来のニーズに合わせ支援している。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設から家族の元に帰る方はかなり少なく、退所後一人暮らしをする方の住宅の保証人、アフターフォローも各所に連携を取ることが大切な課題と考えている。通院が中断しないように、福祉サービスの導入等、様々な期間で見守りが必要と思います。
A 市 健康高齢課	<ul style="list-style-type: none"> 水俣保健所や市福祉課等の関係機関との同行訪問や情報共有を行う等、連携を図りながら、本人及び家族が安心して地域で生活を継続できるよう支援を行っています。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神障がい者の地域定着支援についての課題として、精神障がい者の方に対する地域住民の正しい理解が必要であり、そのために、さらなる普及啓発活動を進めていく必要がある。

	精神障がい者の地域移行(定着)支援について どういった支援を実施していますか	精神障がい者の地域移行(定着)支援について の課題
A 町 住民生活課	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて家庭訪問を実施。 関係機関と情報共有し、連携を取りながら支援を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> これまで支援等に関わったことのない地域で生活する精神障がい者の情報が把握できていない。急性期になって警察署や保健所から情報をもらい把握することが多い。可能な場合は、退院時など関係機関と情報共有ができると対象者の必要な支援へすぐに対応できると考える。
A 町 福祉課	<ul style="list-style-type: none"> 障がい福祉サービス(地域移行支援・地域定着支援)においては、まだ実績がありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 本町では、障がい福祉サービス(地域移行支援・地域定着支援)の実績がまだありませんので、今後は、相談支援事業所を中核に据え、医療機関等と連携を図った上で、障がい福祉サービス(地域移行支援・地域定着支援)の実績や事例等を積み重ねていくことが必要であると考えられます。
熊本県芦北福祉事務所	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給者のうち精神科病院入院患者について、年2回の病状調査等により、地域生活の可否を検討しているが、現状では実際に地域移行につながった事例はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の地域生活を支援する者がいない等、地域の受け皿が不十分な点。
熊本県水俣保健所	<ul style="list-style-type: none"> 精神障がい者の地域移行(定着)に向けた体制整備を行うために医療機関・相談支援事業所・市町と連携して地域移行(定着)支援検討会を今年度は4回実施。また、地域移行(定着)支援に関する研修会にも参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> 今年度、10月より石碓の里相談支援事業所が指定一般相談支援事業所となり、地域移行(定着)支援が管内事業所でも可能となった。現時点では地域移行(定着)支援の実績が0のため、今後も医療機関や相談支援事業所と連携し、少しでも制度の利用が進むよう支援していく必要がある。

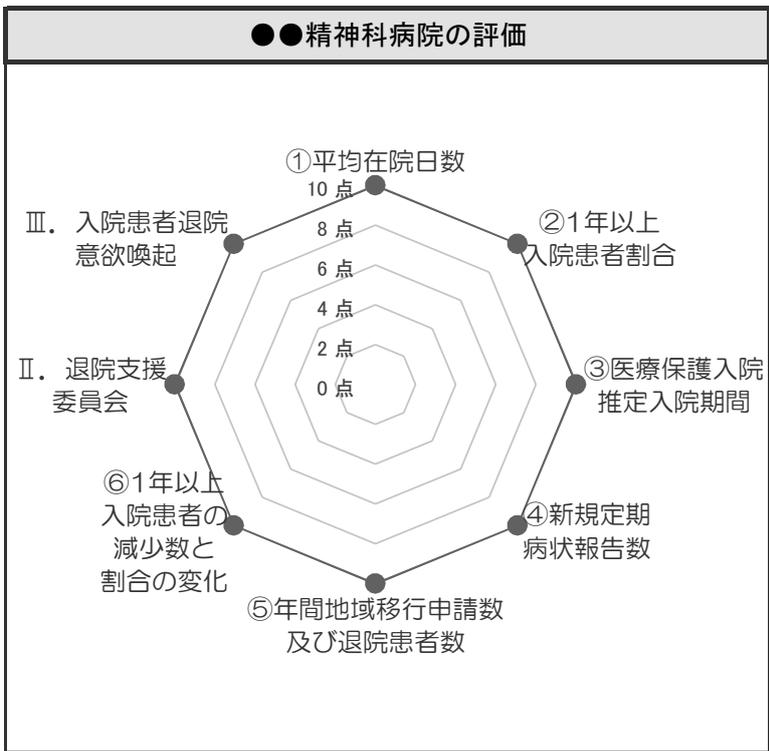
第6章 地域移行評価シート

※この評価シートは日本公衆衛生協会ホームページから、エクセルファイルにてダウンロードできます。

●●精神科病院の評価

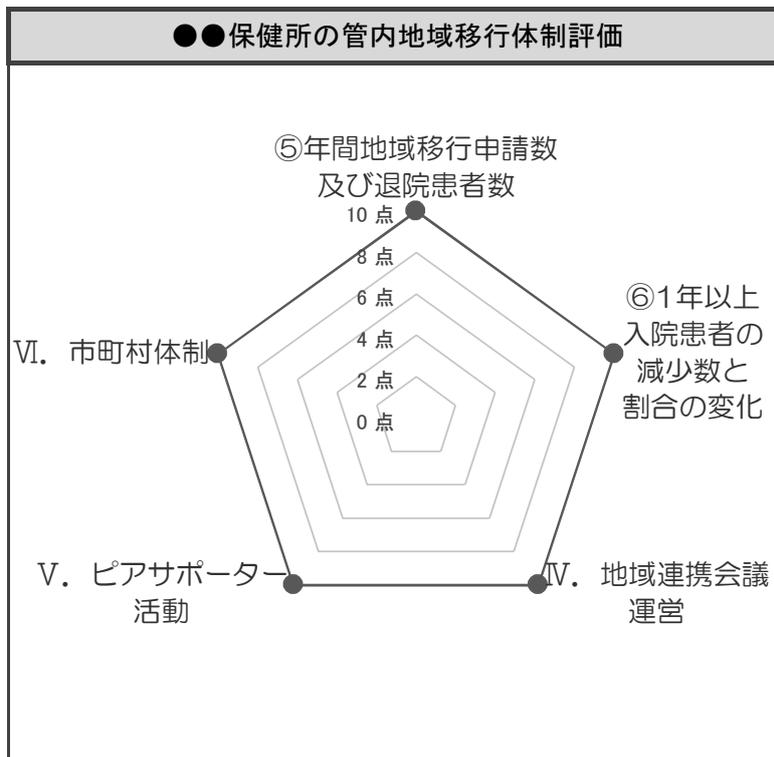
I. 基本データ把握と分析	
(1) 現状評価	
① 平均在院日数	10 点
② 1年以上入院患者割合	10 点
③ 医療保護入院推定入院期間	10 点
④ 新規定期病状報告数	10 点
(2) 取り組み成果評価	
⑤ 年間地域移行申請数及び退院患者数	10 点
⑥ 1年以上入院患者の減少数と割合の変化	10 点

II. 退院支援委員会	10 点
III. 入院患者退院意欲喚起	10 点



●●保健所の管内地域移行体制評価

(2) 取り組み成果評価 ★病院評価の再掲	
⑤年間地域移行申請数及び退院患者数	10点
⑥1年以上入院患者の減少数と割合の変化	10点
IV. 地域連携会議運営	10点
V. ピアサポーター活動	10点
VI. 市町村体制	10点



I 基本データ把握と分析

病院名を入力してください。 ▶病院名 ●●精神科病院

I 基本データ把握と分析

(1) 現状評価

①平均在院日数（病院報告：平成27年度）	48 日	10 点
②1年以上入院患者割合（630調査：平成27年度）	5.0 %	10 点
③医療保護入院推定入院期間（入院届：平成27年度）		10 点
H27年度 医療保護入院推定入院期間 ※入院時の入院推定期間を月数で出し、その平均の期間	2 か月 20 日	10 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input type="checkbox"/> 年以上の推定入院期間が、1例でもある		点
④新規定期病状報告数（定期病状報告：平成27年4月～12月）	0.0 %	10 点
計算式：新規病状報告が出た数／医療保護入院した患者数		

■ 評価方法及び評価点数

(1) 現状評価

① 平均在院日数

【考え方】

全国平均が平成24年度に300日を割っている。先進諸国の平均在院日数は、20日を割っているが、当面の目標は、単科精神科病院で100日、総合病院では50日を割ることを目標として、点数化した。

【評価点数】

～50日未満…………… 10点	～400日以下…………… 4点
～100日以下…………… 9点	～500日以下…………… 3点
～150日以下…………… 8点	～600日以下…………… 2点
～200日以下…………… 7点	～700日未満…………… 1点
～250日以下…………… 6点	700日以上…………… 0点
～300日以下…………… 5点	

② 1年以上入院患者割合

【考え方】

平成 22 年度 6 3 0 調査では、1 年以上入院患者割合は、全国で 66% である。本来は、重度かつ慢性以外は、1 年を超えない入院であるべきなので、目標は、5% 以下と考える。

【評価点数】

～ 5% 以下	10 点	～65% 以下.....	4 点
～15% 以下	9 点	～75% 以下.....	3 点
～25% 以下	8 点	～85% 以下.....	2 点
～35% 以下	7 点	～90% 未満.....	1 点
～45% 以下	6 点	90% 以上.....	0 点
～55% 以下	5 点		

③ 医療保護入院推定入院期間

【考え方】

推定入院期間は、1 年を超えない原則。さらに、入院期間を 1 年未満とするためには、精神科医療の常識として初期の想定は 3 か月未満である。その病院のほとんど (95%) の推定入院期間がどの範囲に入るかで、評価する。

【評価点数】

3 か月未満.....	10 点	9 か月未満.....	4 点
4 か月未満.....	9 点	10 か月未満.....	3 点
5 か月未満.....	8 点	11 か月未満.....	2 点
6 か月未満.....	7 点	12 か月未満.....	1 点
7 か月未満.....	6 点	12 か月以上.....	0 点
8 か月未満.....	5 点		

※1 年以上の推定入院期間が 1 例でもある場合、評価点数は 0 点とする。

④ 新規定期病状報告数

【 考え方 】

平成 26 年 4 月から 12 月までに医療保護入院した患者数を分母に、平成 27 年 4 月から 12 月までに、この時期に新規に定期病状報告が出た数を分子にした割合。

本来は、0%であるはず。

なお、1 年未満の死亡退院は分母から引くことが理想だが、できなければそのまま。医療保護入院としては、退院扱いでも、任意入院継続となって、1 年を超えている患者数の把握も必要。

● 計算式：新規病状報告が出た数 / 医療保護入院した患者数

【 評価点数 】

0%	10 点	～10%以下.....	4 点
～1%以下	9 点	～20%以下.....	3 点
～2%以下	8 点	～30%以下.....	2 点
～3%以下	7 点	～40%未満.....	1 点
～4%以下	6 点	～40%以上.....	0 点
～5%以下	5 点		

(2) 取り組み成果評価

(2) 取り組み成果評価		
⑤年間地域移行申請数及び退院数（市町村への申請数と病院からの報告）	20 %	10 点
計算式：年間地域移行申請数（実数） / 1年以上入院患者数		
⑥1年以上入院患者の減少数と割合の変化	25.0 %	10 点
計算式：（平成26年度－平成27年度） / 平成26年度×100		

⑤ 年間地域移行申請数及び退院患者数

【 考え方 】

地域移行を活用して、多くの患者が退院することが必要。

1 年以上入院患者（平成 26 年 630 調査）の何%が平成 26 年度中に地域移行申請をしたかを一つの指標にする。1 年以上入院患者を 5 年で 0 にすることを目標にすると年間 20%の地域移行申請は必要になる。

● 計算式：年間地域移行申請数（実数） / 1年以上入院患者数

【 評価点数 】

20%以上	10 点	～4%以下.....	4 点
～20%未満	9 点	～3%以下.....	3 点
～15%以下	8 点	～2%以下.....	2 点
～10%以下	7 点	～1%以下.....	1 点
～8%以下	6 点	0%.....	0 点
～5%以下	5 点		

⑥ 1 年以上入院患者の減少数と割合の変化

【 考え方 】

地域移行申請を使うだけでなく、病院の努力で長期入院患者の減少を果たしていることも評価できる。

● 計算式：(平成 26 年度－平成 27 年度) / 平成 26 年度×100

【 評価点数 】

25%以上	10 点	～0%以下.....	4 点
～25%未満	9 点	～-2%以下.....	3 点
～20%以下	8 点	～-4%以下.....	2 点
～15%以下	7 点	～-6%以下.....	1 点
～10%以下	6 点	～-8%以下.....	0 点
～5%以下	5 点		

II 退院支援委員会

II 退院支援委員会		10 点
(1)開催状況		5 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください		
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保護入院の推定入院期間終了前後20日以内の完全実施		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 定例的な開催(例:第2、4水曜日の午後)が行われている		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 長期入院の患者などの任意の対象者に、退院支援委員会を開催している実績がある		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> それらを定期的に組織的に行っている場合		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 1年以上入院患者全員を対象に行っている場合		1 点
(2)外部援助事業者の参加状況		5 点
①本人家族の参加		1 点
★以下、該当するボタン1つに、チェックを入れてください		
<input type="radio"/> 本人家族の参加がまったくない		
<input checked="" type="radio"/> 本人家族の参加を原則としている場合		
<input type="radio"/> 上記以外の場合		
②外部援助事業者の参加		4 点
退院支援委員会への外部援助事業者の参加割合	100.0 %	4 点

■評価方法及び評価点数

(1) 開催状況

【 評価点数 】

医療保護入院の推定入院期間終了前後 20 日以内の完全実施.....	1 点
定例的な開催 (例: 第 2、4 水曜日の午後) が行われている.....	1 点
長期入院の患者などの任意の対象者に、 退院支援委員会を開催している実績がある	1 点
それらを定期的に組織的に行っている場合	1 点
1 年以上入院患者全員を対象に行っている場合	1 点

(2) 外部援助事業者の参加状況

① 本人家族の参加

【 評価点数 】

本人家族の参加がまったくない	0 点
本人家族の参加を原則としている場合	1 点
上記以外の場合	0 点

② 外部援助事業者の参加割合

【 評価点数② 】

0% (参加が0なら)	0 点
20%以下 (20%までの参加)	1 点
50%未満 (50%未満の参加)	2 点
100%未満 (過半数の参加や参加を原則としている)	3 点
100% (全例に参加)	4 点

Ⅲ 入院患者退院意欲喚起

Ⅲ 入院患者退院意欲喚起		10 点
(1) 啓発		3 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください		
<input checked="" type="checkbox"/> 入院患者に、地域移行制度を個別説明している		2 点
<input checked="" type="checkbox"/> ポスターなどの展示物での啓発をしている		1 点
<input type="checkbox"/> 何もしていない		点
(2) 退院意欲の確認		3 点
★以下、該当するボタン1つに、チェックを入れてください		
<input checked="" type="radio"/> 外部援助事業者等による定期的な説明会の実施(1/月程度)		
<input type="radio"/> 年に数回の実施		
<input type="radio"/> 不定期の実施		
<input type="radio"/> 外部援助事業者等からの働きかけを受け入れていない		
(3) 退院意欲喚起の成果		4 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください		
<input checked="" type="radio"/> この1年間に、院内説明会参加者から10名以上の地域移行申請者がいるか、10名以上の退院者がいる		
<input type="radio"/> 10名未満の地域移行申請か、退院者がいる		
<input type="radio"/> 申請者も退院者もない		

■ 評価方法及び評価点数

(1) 啓発

【 評価点数 】

入院患者に、地域移行制度を個別説明している	2 点
ポスターなどの展示物での啓発をしている	1 点
何もしていない	0 点

(2) 退院意欲の確認

【 評価点数 】

外部援助事業者等による定期的な説明会の実施 (1/月程度)	3 点
年に数回の実施	2 点
不定期の実施	1 点
外部援助事業者等からの働きかけを受け入れていない.....	0 点

(3) 退院意欲喚起の成果

【 評価点数 】

この1年間に、院内説明会参加者から10名以上の地域移行申請者がいるか、10名以上の退院者がいる	4点
10名未満の地域移行申請か、退院者がいる	2点
申請者も退院者もない	0点

IV 地域連携会議運営

保健所名を入力してください。		▶保健所名	●●保健所
IV 地域連携会議運営			10点
(1)協議会の運営			3点
①病院責任者の参加			2点
①病院責任者の参加の有無			1点
★以下、該当するボタン1つにチェックを入れてください。			
<input checked="" type="radio"/> 協議会への参加がある			
<input type="radio"/> 協議会への参加がない			
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 病院の責任者(理事者や院長)が構成員になっている場合			1点
②地域移行数値目標の設定			1点
★以下、該当するボタン1つにチェックを入れてください。			
<input checked="" type="radio"/> 地域移行(長期入院患者の退院)の数値目標が設定できている			
<input type="radio"/> 設定できていない			

■ 評価方法及び評価点数

(1) 協議会の運営

① 病院の責任者の参加

【 評価点数 】

協議会への参加がある	1点
協議会への参加がない	0点
病院の責任者(理事者や院長)が構成員になっている場合.....	1点加算

② 地域移行数値目標の設定

【 考え方 】

長期入院患者の退院目標は、1年以上入院患者数を何年でゼロにするかで、計算する。

【 評価点数 】

地域移行（長期入院患者の退院）の数値目標が設定できている..... 1点
 設定できていない..... 0点

(2) 実務者会議の運営

(2)実務者会議の運営		7 点
①1年間の実務者会議開催数	12 回	2 点
②参加状況と機関		3 点
★以下、該当するボタン1つにチェックを入れてください。		
▼病院		1 点
<input checked="" type="radio"/> 全病院が参加している <input type="radio"/> 一部の病院が参加があるか、病院の参加がない		
▼相談支援事業所		1 点
<input checked="" type="radio"/> 地域の全ての事業者が参加している <input type="radio"/> 一部の参加事業者か、事業所参加がない		
▼市町村		1 点
<input checked="" type="radio"/> 市町村の地域移行等障害福祉担当部局からの参加がある <input type="radio"/> 市町村の参加はない		
③地域移行対象者のリストアップ		1 点
<input checked="" type="radio"/> 地域移行対象者のリストが、全病院から提出されている <input type="radio"/> 一部の病院からだけ出ているか、まったく提出がない		
④地域移行課題の問題解決能力		1 点
例：地域相談事業所が参入した。患者への地域移行説明をピアがすることを病院が受け入れたなど		
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください		
<input checked="" type="checkbox"/> 実務者会議において、解決できた課題が年度内に1項目以上ある		

圏域に、精神科病院がない場合にも、地域移行事例についての受け入れの会議や、圏域の患者が入院している他圏域での会議に、参加している場合には、その会議の内容で評価してください。

① 開催頻度

【 評価点数 】

地域移行の具体的内容を話し合う実務者会議の開催はない.....	0 点
実務者会議の開催数が 1～11 回の場合	1 点
実務者会議の開催数が 12 回以上の場合	2 点

② 参加状況と機関

【 病院：評価点数 】

全病院が参加している	1 点
一部の病院があるか事業所の参加がない	0 点

【 相談支援事業者：評価点数 】

地域の全ての事業者が参加している	1 点
一部の病院があるか事業所の参加がない	0 点

【 市町村：評価点数 】

市町村の地域移行等障害福祉担当部局からの参加がある.....	1 点
市町村の参加はない	0 点

③ 地域移行対象者のリストアップ

【 評価点数 】

地域移行対象者のリストが、全病院から提出されている.....	1 点
一部の病院からだけ出ているか、まったく提出がない.....	0 点

④ 地域移行課題の問題解決能力

【 考え方 】

地域移行遂行に障害となっている課題を会議において、解決できた課題が平成 26 年度以降いくつあるかで、評価をする。

【 評価点数 】

実務者会議において、解決できた課題が年度内に 1 項目以上ある.....	1 点
まったくない	0 点

V ピアサポーター活動

V ピアサポーター活動		10 点
(1) 養成		3 点
養成		1 点
★以下、該当するボタン1つにチェックを入れてください。		
<input checked="" type="radio"/> ピアサポーターの養成をしている <input type="radio"/> ピアサポーターの養成をしていない		
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 毎年実施		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 単独機関でなく、複数の関係機関での養成		1 点
(2) 仕事の内容と量		4 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 不定期の語り部活動		0 点
<input checked="" type="checkbox"/> 病院への院内説明会		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援活動		2 点
<input checked="" type="checkbox"/> その他の当事者支援		1 点
(3) 雇用の状況		3 点
雇用の状況		3 点
★以下、該当するボタン1つにチェックを入れてください。		
<input type="radio"/> ボランティア活動 <input type="radio"/> 非常勤での勤務 ★非常勤の場合、下記に該当する場合、チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 最低賃金を上回った時間給		
<input checked="" type="radio"/> 常勤勤務		点

■ 評価方法及び評価点数

(1) 養成

【 評価点数 】

ピアサポーターの養成をしている	1 点
毎年実施	1 点加算
単独機関でなく、複数の関係機関での養成	1 点加算
ピアサポーターの養成をしていない	0 点

(2) 仕事の内容と量

【 評価点数 】

不定期の語り部活動をしている	0 点
病院への院内説明会をしている	1 点
個別支援活動をしている	2 点
その他の当事者支援をしている	1 点

(3) 雇用の状況

【 評価点数 】

ボランティア活動	0 点
非常勤での勤務	1 点
最低賃金を上回った時間給	1 点加算
常勤勤務	3 点

VI 市町村体制

VI 市町村体制		10 点
(1) 地域相談事業所への働きかけ		2 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 国制度を使って、事業者に補助をしている		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村内に活動している地域相談事業者がある		1 点
(2) 地域移行給付		6 点
地域の人口を万人単位で入力(四捨五入)		10 万人
1か月あたり、地域移行給付があるのは何人ですか		5 人
給付実績が、人口1万人/月あたりに換算した数字が、点数となる		5 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 給付決定を申請後1か月以内に行っている		1 点
<input type="checkbox"/> 給付実績が分からない		点
<input type="checkbox"/> 給付実績がない		点
(3) 障害福祉計画		2 点
★以下に該当する場合は、チェックを入れてください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 地域移行の数値目標を設定している		1 点
<input checked="" type="checkbox"/> 地域移行後の住居等のサービス計画が記載されている		1 点

■ 評価方法及び評価点数

(1) 地域相談事業者への働きかけ

【 評価点数 】

国制度を使って、事業者に補助をしている	1 点
市町村内に活動している地域相談事業者がある	1 点

(2) 地域移行給付

【考え方】

給付実績が、人口1万/月あたりに換算した数字が、点数となる

【評価点数の一例】

人口10万の人口地域で、月10人の受給あり	10点
人口40万の人口地域で、月4人の受給あり	1点

【評価点数】

給付決定を申請後1か月以内に行っている	1点
給付実績がわからない	-5点
給付実績がない	0点

(3) 障害福祉計画

【評価点数】

地域移行の数値目標を設定している	1点
地域移行後の住居等のサービス計画が記載されている.....	1点

第7章 研究のまとめ

1. 地域保健総合推進事業発表会抄録

分担事業者：中原由美（福岡県糸島保健所長）

事業協力者：山口靖明（福島県県中保健所長）、城所敏英（東京都島しょ保健所長）、向山晴子（杉並区杉並保健所長）、柳尚夫（兵庫県豊岡保健所長）、竹之内直人（愛媛県心と体の健康センター所長）、

助言者：大塚俊弘（国立精神・神経医療研究センター上級専門職）

山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター精神保健計画研究部長）

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）

要旨：本研究班では、26、27年度と改正精神保健福祉法施行後の保健所の取り組み状況や課題の把握、保健所ガイドラインの作成、先駆的事例の収集等を行ってきたが、保健所の取り組み格差は大きく、改正精神保健福祉法が目的とする地域移行の実績はあがっていない。そこで、従来の保健所が病院に働きかけるやり方のみでは地域移行は進んでいないという現状を踏まえ、28年度は、保健所職員を中心とした地域関係機関の職員等を対象に障害者総合支援法上の個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすという視点での研修を実施した。保健所は本研修会で学んだノウハウを活かし、具体的な戦略をもって地域の関係機関へ働きかけを行うことが必要である。

A. 目的

平成26年4月に精神障害者の地域移行を促進するための改正精神保健福祉法が施行され、全国保健所長会においては、様々な方法で保健所の取り組みを促してきた。

本研究班では、保健所の取り組み状況や課題の把握を行うとともに、平成26年度には保健所が取り組むためのガイドラインを作成、27年度には保健所での先駆的取り組み事例調査や地域移行評価シート案を作成し、あわせて保健所職員を対象に研修会を行った。しかし、従来の保健所が病院に働きかけるやり方のみでは地域移行は進んでいないという現状を踏まえ、28年度は障害者総合支援法上の個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすという視点での研修を実施し、研修終了後の積極的な取り組み事例を収集するとともに、地域移行の目標設定や進捗管理に活用できる評価シートを作成し、保健所での実践活動の普及を図ることとした。

B. 方法

1 研修会の開催

保健所職員等を対象に全国3か所で研修を行った。

2 研修会参加者への取り組み状況調査

(1) 調査対象

研修会参加者への研修終了後3~4か月後のフォローアップ調査の結果から地域で取り組みを始めたと思われる保健所

(2) 調査方法

電子メールもしくは電話による聞き取り

(3) 調査内容

現在取り組んでいる具体的内容

3 地域移行評価シートの作成

地域移行の目標設定や進捗管理に活用できる評価シートを作成した。

C. 結果と考察

1 研修会の開催

(1) 本研修会の特徴

保健所が病院に働きかける従来のやり方のみでは地域移行は進んでいないという現状を踏まえ、障害者総合支援法上の個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすという視点で、そのためのノウハウを学んでもらう内容とした。このノウハウは、兵庫県の但馬圏域で実績を上げていて、国が平成28年度全国精神保健担当者研修で行った内容でもある。但馬圏域の実績としては、27、28年度は、既に「地域移行支援」申請が24件/年度あり、1年以上入院患者数も、2年間で43人減少している。この数字は、国が今後4年間で全国で39,000人の1年以上入院患者を減少させる目標を、人口割りでも、長期入院患者を分母としても、数字上は既にクリアしている。

なお、このノウハウで、国が全国の都道府県での地域移行への取り組みを支援する事業が29年度に準備されている。

(2) 対象者

地域での取り組みに即つながらよう、保健所等行

政機関・管内精神科病院・管内相談支援事業所がチームで参加することとした。

(3)開催場所・日時及び参加者数

会場	開催日時	開催場所	参加者
神戸	2016年 9月20～21日	神戸市勤労会館 308号室	77名
福岡	2016年 9月29～30日	福岡県精神保健福祉センター研修室	76名
東京	2016年 10月11～12日	サンパール荒川 第2、3集会室	53名

(4)研修内容

- ア 地域移行を進めるための保健所が果たすべき役割を学ぶ
- イ 管内精神科病院の地域移行の取り組み状況を知る
- ウ 相談支援事業所の積極的協力を得るための方策を学ぶ
- エ ピアサポーターの養成と雇用について学ぶ
- オ 保健所及び地域の戦略をたて、保健所管内での地域移行体制づくりの具体的スケジュールをつくる

2 研修参加者への取り組み状況調査

現在調査実施中

3 地域移行評価シートの作成

(1)評価項目(表1)

病院ごとの評価項目として、平均在院日数等の現状、1年以上入院患者の減少数等の取り組み成果、退院支援委員会の状況や退院意欲喚起の取り組み状況を設定した。

また、地域連携会議の運営状況やピアサポーターの活動状況、市町村体制を評価項目として設定した。

(2)評価方法

それぞれの評価項目について、全国平均や障害福祉計画での目標値等を参考に、点数化した。

(3)見える化

評価項目ごとに数値の入力や選択項目のチェックをすることで、病院の評価及び保健所管内の地域移行の体制評価がレーダーチャートで表示できるようにした。

D. 結論

実績をあげる地域移行を実践するためには、保健所・相談支援事業所・ピアサポーター・病院が協働して取り組みを行う地域の仕組みづくりが必要であり、関係機関が協働して成功事例を経験することで、地域での取り組みが加速される。

今年度本研究班では、障害者総合支援法上の個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすとい

う視点で、実績を上げている地域の取り組みのノウハウを学ぶ実践研修を実施した。保健所は本研修会で学んだノウハウを活かし、具体的な戦略をもって地域の関係機関へ働きかけを行うことが必要である。

E. 今後の計画

研修会資料や収集した積極的な取り組み事例、地域移行評価シートを全国の保健所に提示し、保健所での実践活動の普及を図る。

F. 発表

第76回日本公衆衛生学会総会（鹿児島）にて発表予定。

(表1)

1	基本データ把握と分析
	(1) 現状評価
	①平均在院日数（平成27年度）
	②1年以上入院患者割合（平成27年度 630調査）
	③医療保護入院推定入院期間（平成26年度）
	④新規定期病状報告数（平成27年4月～12月）
	(2) 取り組み成果評価
	①年間地域移行申請数及び退院患者数
	②1年以上入院患者の減少数と割合の変化
2	退院支援委員会
	(1) 開催状況（入院期間終了前後20日以内の開催率）
	(2) 外部援助事業者の参加（選択肢）
3	入院患者退院意欲喚起
	(1) 啓発
	(2) 退院意欲の確認
4	地域連携会議運営
	(1) 協議会の運営
	①病院の責任者の参加
	②地域移行数値目標の設定
	(2) 実務者会議の運営
	①開催頻度
	②参加状況と機関
	③地域移行対象者のリストアップ
	④地域移行課題の問題解決能力
5	ピアサポーター活動
	(1) 養成
	(2) 仕事の内容と量
	(3) 雇用の状況
6	市町村体制
	(1) 地域相談事業者への働きかけ
	(2) 地域移行給付
	(3) 障害福祉計画

2. 地域保健総合推進事業発表会資料

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

平成29年3月6日 地域保健総合推進事業発表会

■分担事業者

中原 由美（福岡県糸島保健所長）

■事業協力者

山口 靖明（福島県県中保健所長）

城所 敏英（東京都島しょ保健所長）

向山 晴子（杉並区杉並保健所長）

柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所長）

竹之内直人（愛媛県心と体の健康センター 所長）

■アドバイザー

大塚 俊弘（国立精神・神経医療研究センター上級専門職）

山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター精神保健計画研究部長）

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）

【目的】保健所での精神障害者の地域移行の取り組みを
普及し、精神障害者の地域移行を促進する

26年度

保健所の取り
組み状況や
課題の把握

保健所ガイド
ラインの作成

保健所職員
対象の研修会
の開催（病院
への働きかけ
・地域分析）

27年度

保健所の取り
組み状況・
長期入院患者
の状況の把握

先駆的取り組
み事例の収集

保健所職員
対象の研修会
の開催（地域
移行推進計画
策定）

28年度

～平成27年度研究班の提言から～

現状評価

- ①2016年の精神保健福祉法改正によって、精神保健福祉改革の進展が目指されたが、現時点では顕著な変化は生まれていない
- ②地域移行については、地域相談という障害者総合支援法の個別支援制度の活用は低調である
- ③診療報酬の改正等の影響もあり、長期入院患者の解消を目指した努力を行っている病院も一部見られる
- ④一部の自治体では、地域移行の戦略づくりや評価に不可欠な630調査の結果が病院を管轄する保健所に共有されていない実態があり、改善する必要がある
- ⑤地域移行支援を行うべき事業所は、計画相談に関する事業が多忙であり、地域移行支援の経験が乏しいことから、地域移行支援に積極的に取り組まない状況である

～平成27年度研究班の提言から～

現状評価

- ⑥長期入院患者の退院やその後の生活に対する不安を軽減させ、退院への意欲喚起を行うためには、ピアサポーターの活動は必須であるが、その養成や雇用についての経験が十分にはない。ピアサポート活動を地域移行の個別支援までに進展させているのは、一部の地域に過ぎない
- ⑦地域移行・地域定着に関わる個別給付は、市町村事業であるが、市町村の担当者だけでは、精神科病院に戦略的に働きかける事で、地域移行のための病院と地域との連携体制構築を行うのは困難である
- ⑧地域移行が市町村事業となったことで、積極的な働きかけを行わない保健所が一部に存在する

◆ 地方自治体として

主体的に展開でき、実績をあげられる
精神障害者地域移行推進事業があるか？

地方自治体として目指すべきものは…

- ・退院促進支援事業、高齢入院患者地域支援事業といった従来からの補助事業の単なる焼き直しは効果がない。
- ・従来からの補助事業にはない、新たな枠組みが必須。
- ・これまでの事業で得られた経験や、事業の中で持ち上がった課題の解決につながる事業を統合できたら望ましい。
- ・成果が数字として出せるものであるべき。

保健所が病院に働きかける従来のやり方のみでは地域移行は進まない

昨年度調査での先進的事例である兵庫県の実績の特徴

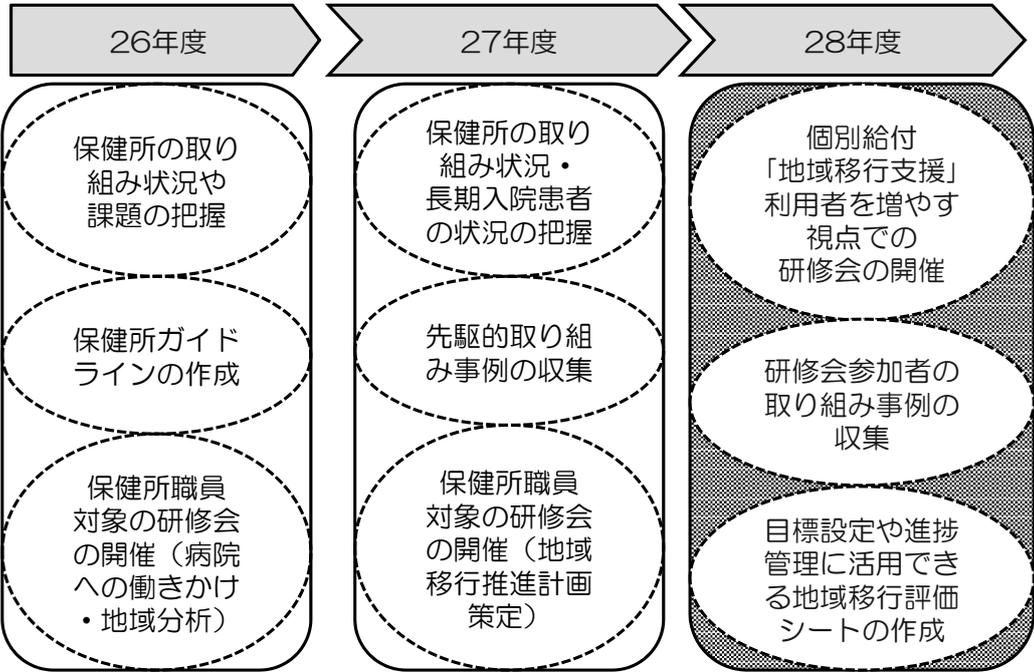
- 実働部隊は、相談支援事業者
(経済的誘導効果を強調)
- ピアサポーターの雇用
(人員確保と当事者の働く場の確保の一挙両得)
- 評価指標は、個別給付利用者の数
(法定個別給付事業と補助金メニューの統合)

兵庫県但馬圏域の実績（実数）
平成25年度地域移行〇

26年度から個別給付「地域移行支援」利用者を増やす視点での取り組みを行った結果

	リストアップ者実数	地域移行支援申請者実数	支援退院者実数 (地域移行支援利用)	地域定着支援申請者実数
平成26年度	39	5	2(1)	1
平成27年度	59	24	25(13)	8
平成29年 1月10日現在	65	24	15(9)	15

【目的】保健所での精神障害者の地域移行の取り組みを普及し、精神障害者の地域移行を促進する



～研修会の開催～

◆本研修会の特徴

- 個別給付「地域移行支援」利用者を増やすためのノウハウを学ぶことが目的
- 地域での取り組みに即つながらう、保健所等行政機関・管内精神科病院・管内相談支援事業所の職員がチームで参加
- 本研修会で作成したロードマップをそのまま地域で実践

◆日時 平成28年9月～10月 1日目午後、2日目

◆場所 神戸 福岡 東京

◆参加者 神戸 77名 福岡 76名 東京 53名

～研修会の内容 1日目～

- 1) 講義 「精神医療の動向」
- 2) 講義 「地域移行での保健所の果たすべき役割」
- 3) 講義 「相談支援事業所の活動の実際」
地域移行を進めるための仕組み作り
～保健所と事業者とピアの協働～

- 関係者にとって個別給付「地域移行支援・地域定着支援」は必須であり、地域移行を進める調整は保健所にしかできない
- ピアの養成にも、保健所は関わる必要がある
- 病院への協力依頼の具体的内容を提示する
- 相談支援事業者には、ピアとやれば経営的には成り立つ事を説明し、参画を呼びかける
- 多数の支援をすると効率もよく、ピアがやる気を持てるだけでなく、障害者雇用にもなるということも説明する

～講義2ではピア養成講座のノウハウも紹介～

ピアサポートって何？

(peer support)

当事者にしかできない仕事

2016. 6. 7

但馬地域ピアサポーター養成講座 2016

兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫

(参考資料)精神障がい者ピアサポート専門員

養成のためのテキストガイド第3版

一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会

10

～講義3 神戸の例～

地域移行を進めるための仕組み作り
～保健所と事業者とピアの協働～

相談支援事業所の活動の実際



社会福祉法人 かるべの郷福祉会
かるべの郷ドリーム相談所
相談支援専門員 中川 祐一
ピアサポーター 西村 鉄平

ピアサポーターの雇用形態の紹介

- ・ 雇用形態：かるべの郷ドリーム相談所のパート職員
- ・ 賃金：時給800円+交通費(時給は10月に変更予定)
- ・ 期間：6ヶ月更新

支援員の確保が困難でも、支援員としてピアサポーターを養成し雇用することで経営的にも成り立つことを事例で紹介

地域移行にかかる報酬 ～事例の紹介

(円)

	8月	9月	10月	11月	12月	合計
収入 (一般相談支援)	55,710	62,710	31,710	46,710	27,000	213,840
加算内訳	・地域移行基本 ・初回加算 ・体験利用加算 (8回) ・特地加算	・地域移行基本 ・集中支援加算 ・体験利用加算 (7回) ・特地加算	・地域移行基本 ・集中支援加算 ・特地加算	・地域移行基本 ・集中支援加算 ・体験宿泊加算 (5回) ・特地加算	退院・退所 月加算	
ピアサポーター 報酬(2名分)		7,200	5,600	12,400	3,200	28,400
働いた時間 (2名分)		9時間	7時間	15.5時間	4時間	36時間
働いた内容		・定期訪問 ・カンファレンス ・自宅訪問	・定期訪問	・定期訪問 ・外泊の準備 ・買い物	・退院荷物 運び ・近所あい さつ	

～研修会の内容 2日目～

1)GW1

- ・ 参加者の保健所の評価(自保健所の管内分析)
- ・ 精神科病院の評価をしてみよう—まず1病院と協力を
- ・ あなたの管内の病院には、地域移行対象者は何人いますか？

2)GW2

- ・ 相談支援事業所の積極的協力を得るには

3)GW3

- ・ ピアサポーターの養成と雇用を確保する

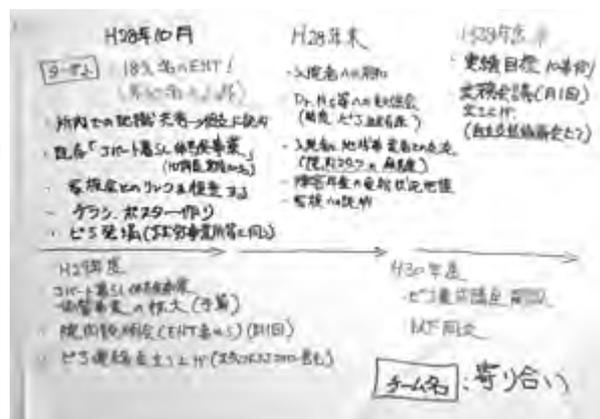
4)GW4

- ・ 自分たちの保健所及び地域の戦略を立てましょう

5)GW5

- ・ 自分の保健所管内での地域移行体制づくりの具体的なスケジュールを作ろう

～GWで作成したロードマップの例～



研修終了後の取り組み事例の収集

1 下記の項目で研修会受講後に行ったことに○、近日中に行う予定のものに△をつけてください。また、その他にも研修内容を活用した取り組みがあれば記載してください。
<input type="checkbox"/> 所内復命報告会 ※回覧のみでの復命は含みません。勉強会のイメージです。 <input type="checkbox"/> 研修内容を盛り込んだ事業計画の作成 <input type="checkbox"/> ピア養成の取り組み <input type="checkbox"/> 病院への働きかけ <input type="checkbox"/> 相談支援事業所への働きかけ <input type="checkbox"/> 関係者会議の開催（担当者レベルの情報交換会 等も含む） （その他 <input type="checkbox"/> ）
2 研修終了後の所内あるいは管内での新たな取り組みについて具体的な内容を記載してください。 （例えば 所内でロードマップを作成し所長に説明を行った 研修参加チームで検討会議を開催した 相談支援事業所とピア雇用についての説明を行った ピア養成講座を開催した など） ※ 差支えなければ、取り組み内容がわかる資料（事業計画書、所内説明資料、会議レジュメ 等）を送付してください。
3 未だ新たな取り組みが行われていない場合、その理由を記載してください。
4 本研修と一緒に参加した病院や事業所で新たな取り組みがあれば、その内容を記載してください。

目標設定や進捗管理に活用できる 地域移行評価シートの作成・見える化

(1) 評価項目

① 病院毎の評価項目

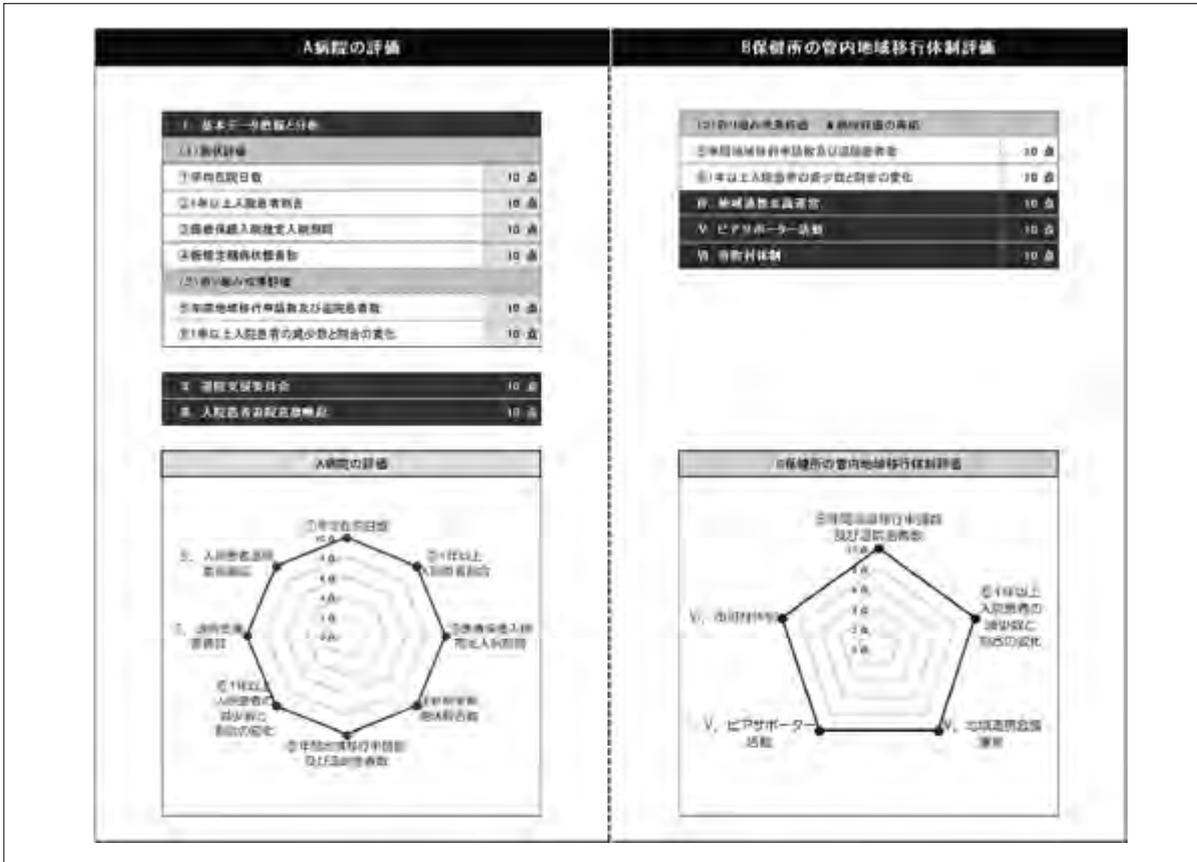
平均在院日数、1年以上入院患者の減少数、退院支援委員会の状況、退院意欲喚起の取組 など

② 圏域全体の評価項目

地域連携会議の運営状況、ピアサポーターの活動状況、市町村体制 など

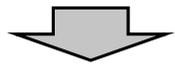
(2) 評価方法

それぞれの評価項目について、全国平均や障害福祉計画での目標値等を参考に点数化



～まとめ～

実績をあげる地域移行を実践するためには、保健所・相談支援事業所・ピアサポーター・病院が協働して取り組みを行う地域の仕組みづくりが必要であり、関係機関が協働して成功事例を経験することで、地域での取り組みが加速される



- 今年度本研究班では個別給付化された「地域移行支援」の利用を増やすという視点での研修を実施した
- 保健所は、本研修会で学んだノウハウを活かし、具体的な戦略をもって地域の関係機関へ働きかけを行うことが必要である

平成28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29年3月発行

日本公衆衛生協会

分担事業者 中原 由美(福岡県糸島保健所)
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281
FAX 03-3352-4605

