

平成29年度地域保健総合推進事業

# 精神障がい者を 地域で支えるための 保健所の役割に関する実践事業

報告書

アンケート調査結果及び取り組み事例



平成30年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 中原 由美 (福岡県粕屋保健所)



## はじめに

平成 29 年 2 月に出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」には、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、措置入院の適切な運用や措置入院者の退院後の医療等の継続支援について記載されました。あわせて 29 年度国の新規事業で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業が行われています。精神障がい者の地域支援体制の構築には関係機関の重層的な連携による支援体制が必要で、それらをコーディネートすることは地域保健の中核機関としての保健所の重要な役割です。

そこで、今回、保健所の警察官通報の対応状況や地域支援体制の現状や課題を把握し、地域精神保健活動において保健所が果たすべき役割の整理を行い、全国保健所に発信することで、保健所の地域精神保健活動の積極的な取り組みの普及を図ることとしました。

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、措置診察や措置入院に至る割合等には大きな地域差があることが指摘されましたが、今回の調査結果から、警察官通報の対応状況においても、地域差があることがわかりました。また、退院後の医療等の継続支援についての準備状況も進んでいないことがわかりました。今後国が示す予定である措置入院の運用に関するガイドラインや退院後支援のガイドラインの内容を踏まえ、各自治体においては、人員体制の強化や精神保健担当職員の専門性の向上も含めた体制整備が図られることを期待します。

今回のアンケート調査では、管内精神科病院の現状を把握していただくために、精神保健福祉資料（630 調査）を活用した設問も作成しました。そのため、回答作業には多くの時間を要したことと思います。大変お忙しい中、労力を要するアンケートにもかかわらず、多くの回答をいただき、心より感謝いたします。

平成 30 年 3 月

平成 29 年度地域保健総合推進事業

精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業

分担事業者 中原 由美（福岡県粕屋保健所）



平成29年度地域保健総合推進事業 精神障がい者を地域で支えるための  
保健所の役割に関する実践事業報告書（アンケート調査結果及び取り組み事例）

<b>第1章 精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割（提言）</b> .....	1
1. 精神科長期入院患者減少への働きかけが成功していない現実を直視する	1
2. 全国保健所において、地域移行支援体制の構築が必要	1
3. 措置診察体制の都道府県格差の人権に配慮した改善	2
4. 措置入院後支援としての地域移行・地域定着支援体制づくり	2
5. アウトリーチ体制づくり	3
<b>第2章 「御荘病院」を「御荘診療所」に転換して</b> .....	4
1. 病床を閉鎖してみえた風景から“保健所に望むこと”	4
2. 御荘病院の取り組み事例	6
（1）はじめに	6
（2）現在の精神科医療体制	7
（3）現体制のメリット	8
（4）課題・デメリット	8
（5）振り返り、何が大切だったか	9
（6）今後の展望	9
（7）さいごに	9
<b>第3章 研究の概要</b> .....	10
1. 研究のねらい	10
2. 研究班組織	10
3. 事業内容	10
<b>第4章 取り組み事例</b> .....	11
1. 平成28年度研修受講後の取り組み事例	11
（1）福井県丹南保健所	11
（2）兵庫県明石市保健所	13
（3）福岡県田川保健所	16

2. 保健・医療・福祉の連携による地域移行への取り組み(埼玉県).....	18
3. 措置入院患者の地域移行への取り組み(兵庫県).....	21
<b>第5章 アンケート調査</b> .....	<b>25</b>
1. 調査の目的.....	25
2. 調査の方法.....	25
3. 調査の期間.....	25
4. 調査対象と回答率.....	25
5. 調査結果.....	26
<b>I 保健所の概要</b> .....	<b>26</b>
(1) 回答保健所の所在地(ブロック別).....	26
(2) 回答保健所の設置主体.....	27
(3) 回答保健所の管内人口.....	28
(4) 回答保健所の管内精神科病院の状況(平成29年4月1日時点).....	28
(5) 管内の精神病床数(平成29年4月1日時点).....	29
<b>II 入院患者の状況</b> .....	<b>30</b>
(1) 入院患者数(各年次の6月30日現在)(入院形態別).....	30
(2) 1年以上入院患者数(入院形態別).....	32
(3) 新規入院患者退院率(各年次の6月30日現在)全疾患.....	34
(4) 新規入院患者退院率(各年次の6月30日現在)認知症治療病棟.....	35
<b>III 警察官通報対応について</b> .....	<b>36</b>
(1) 通報の対応の有無.....	36
(2) 事前調査における面接の実施状況.....	40
(3) 措置診察要否の判断の仕方.....	42
(4) 警察官通報の有無と措置診察不要もしくは措置入院非該当となった件数.....	44
(5) 措置診察不要後の対応について.....	46
<b>IV 地域支援体制について</b> .....	<b>56</b>
(1) 措置入院事例の退院後支援計画作成について.....	56
(2) 退院前後の支援体制の検討準備状況.....	68
(3) 措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制.....	73
(4) 管内の地域移行体制の実施状況.....	74
(5) 地域移行体制づくりの課題.....	75
(6) 管内の地域移行/地域定着の実績.....	78

(7) アウトリーチ体制の有無と連携について	81
(8) 自由記載	87

<b>第6章 考察</b>	<b>105</b>
1. 警察官通報対応について	105
2. 事前調査における面接の実施状況について	105
3. 措置診察要否の判断の仕方について	105
4. 措置診察不要後の対応について	105
5. 措置入院事例の退院後支援計画作成について	106
6. 措置入院事例の退院前後の支援体制の検討準備状況について	106
7. 措置入院事例以外の退院支援としての地域移行体制について	106
8. 管内の地域移行体制の実施状況について	106
9. おわりに	106
<b>第7章 資料（調査票）</b>	<b>107</b>





# 第1章 精神障がい者を地域で支えるための 保健所の役割（提言）

## 1. 精神科長期入院患者減少への働きかけが成功していない現実を直視する

今回調査でも、入院患者数は年間約2,000人程度の減少が見られるが、地域移行制度を利用した退院は、微増しているものの400人弱（28年度）しかいないことから、患者の減少の多くは死亡や転院によるものと推測される。

また、新規入院の退院率も低いままで改善は見られず、新規入院患者の1年時点での退院率は85%以下で、残りの15%以上は長期入院に移行していると推測され、新たな長期入院患者が年間45,000人程度生まれている現状は変わっていない。さらに、認知症の新規退院率に至っては、1年時点で50%にも至っていないことから、認知症による入院患者の半分以上が長期入院患者となっている。

このように、平成26年の精神保健福祉法改正以降も、精神科長期入院患者の減少への働きかけは、成果をほとんど出していないことが、今回の調査でも明らかになった。全国の保健所は、26年法改正後、長期入院患者の削減に効果的な働きかけがほとんどできていない現実を厳しく受けとめるべきである。

## 2. 全国保健所において、地域移行支援体制の構築が必要

地域移行支援体制は、多くの保健所で十分には行われていない。今回調査で回答のあった267保健所での28年度地域移行の実績は、申請数は718件で、1保健所当たりの平均は2.7件、また退院数は395件で1保健所当たりでは1.5件にすぎない。

一方、1年以上入院患者数について集計可能な回答を寄せてくれた保健所は81しかないが、その81保健所だけでも1年以上の入院患者数は全体で36,300人で、1保健所当たり448人になり、その内任意入院者は19,293人で1保健所当たり238人となることから、現在のペースで地域移行を進めれば、長期入院患者の解消に、任意入院患者だけでも150年以上、全入院患者では300年以上かかることとなる。勿論、全ての患者の退院に地域移行が使われるわけではないが、国全体の統計でも年間2,000人程度の入院患者の減少はしているが、それが全て長期入院患者の退院としても、現在18万人いる長期入院患者の解消に90年掛かることになる。

また、今回調査では、地域移行の取り組みができていると答えた保健所は19.1%にすぎず、74.7%は不十分なので取り組みつつあるという回答であり、4.3%の保健所だけが取り組む予定がないと答えていることから、地域移行の体制づくりはこれからの課題であるという認識を多くの保健所が持っている。

さらに、28年度から国の「精神障害者にも対応した地域包括ケア体制構築支援事業」が始まっており、29年度には一部の都道府県がモデル地域を設定して、地域移行支援に取り組み成果を上げつつある。

しかし、この国事業に参加している自治体は全国で9県と4市にすぎず、保健所でかかわっているのも20カ所以下である。30年度から、できるだけ多くの自治体と保健所が本事業に参画し、全国の保健所で、地域移行申請及び退院実績が、現在の10倍以上になる事が必要である。

### 3. 措置診察体制の都道府県格差の人権に配慮した改善

今回調査でも措置診察実施の判断の体制や、事前調査の実施についても、保健所間に違いがあることが確認された。国が、今後の精神保健福祉法改正と措置入院運用ガイドライン作成のために行った各種調査でも、各都道府県や政令市特別区によって、その体制に違いがあることは明らかになっている。措置入院制度そのものは、精神障害者の強制入院制度であり、人権上の配慮が国際的にも強く求められている。

従って、各自治体の人員体制等を理由に、人権侵害にあたるような運用は、本来許されない制度である。来年度以降予定されている精神保健福祉法改正とそれに伴って作成されるガイドラインを十分に理解し、都道府県担当部局と調整の上、全国の保健所は人権に十分配慮した体制づくりに取り組む必要がある。

### 4. 措置入院後支援としての地域移行・地域定着支援体制づくり

今回調査では、措置入院患者の退院前後の支援体制については、地域移行・定着支援の実績があるので活用するのが15.5%で、実績がなく体制が不十分であるので強化して活用するのが23.7%で、併せて約40%の保健所が地域移行定着支援を活用しようと考えている。また、42.1%の保健所は現時点では分からないと法改正やガイドラインが示されていない現状で、判断を保留している。

一方、少数ではあるが8.2%の保健所は、他の制度での対応を考えていると答えている。28年に廃案となった改正法の国会審議において、監視ではなく支援をする事や、本人の同意を前提とするというような人権上の配慮の必要性が強調され、参議院での付帯決議にもあげられている。勿論、措置入院から直接地域に退院となる事例への対応として、独自の支援制度の検討が必要かもしれないし、国ガイドラインでも盛り込まれる予定である。

しかし、措置入院患者のうちの統合失調症や感情障害等の精神障害者の多くは、医療保護や任意の入院形態を経て最終的な退院をする。措置入院という形態で入院治療を始めた患者であっても、措置解除された後に、任意や医療保護入院処遇を受けている患者に、社会的防衛という視点での監視を続けることは明らかに人権侵害である。

そのため、人権に配慮した形で入院中から退院後への継続的支援を行うためには、措置入院を経ていない他の患者にも適応される総合支援法に基づく「地域移行・地域定着支援」制度を本人の同意を得て活用する事が、適切である。そのため、全国の保健所は、措置入院後支援体制整備のためにも、地域移行・地域定着の体制整備を早急に行う事が必要である。

## 5. アウトリーチ体制づくり

平成 30 年度から国は、今までの精神障害者地域生活広域調整等事業の地域生活支援事業に位置づけられていたアウトリーチ事業の制度を見直し、地域生活支援促進事業として、各自治体が活用しやすいように基準緩和をするとともに、新たに保健所等の多職種チームによるアウトリーチ活動を目指している。

今回調査では、ACT のような既に医療の多職種チームが地域で活動しているのは、29 保健所（9.5%）にすぎず、ACT と保健所の連携が十分にできているのはその半分強の 14 保健所にすぎない。しかし、回答した保健所の中で、地域の訪問看護ステーションが精神科訪問を行っているのが 65.1%で、訪問看護を実施している精神科病院があるのが 59.9%であることから、訪問看護を中軸にした多職種によるアウトリーチ体制を保健所が中心となって作ることは、多くの保健所で可能であると思われ、国制度を活用したアウトリーチ体制づくりに、多くの保健所が取り組む事が期待される。

## 第2章 「御荘病院」を「御荘診療所」に転換して……

(公財)正光会 御荘診療所 長野 敏宏

※当事業班がお願いして執筆いただきました。

### 1. 病床を閉鎖してみえた風景から “保健所に望むこと”

149床の精神科病床を要した「御荘病院」を「御荘診療所」に転換して保健所に望むことは、「医療」「福祉」の充実、変革から「保健」の重要性が明確になってきたと考えている。

まずは、「精神保健」の重要な機能として「心の健康づくり」「予防」「権利擁護」を期待したい。

#### 「心の健康づくり」「予防」の重要性

現時点では統合失調症、躁うつ病などの内因性といわれる精神病群の一次予防は難しい。しかし、ベースとなるご本人の心が健康であることはその疾病のコントロールを明らかに良好にする。また、発達障害や知的障害などがベースにある場合は、特に幼少時から2次障害を起こさない環境調整は極めて有効である。また、心の変調に早期に気づいての早期介入も欠かせない。市町村保健師や教育との連携協働により、最低30年単位（生まれてから成人を超え、精神疾患の好発年齢を乗り切るまで）の予防、早期介入（従来型の精神科治療につなげることでは決してない）の体制を構築してほしい。もちろん、その後のストレス過多の年代、更年期、老年期も同様、「保健・予防」が極めて重要である。いうまでもないが、保健所の役割が「医療につなげる」ことが中心になっていないかの点検を続けてほしい。

#### 権利擁護

ご本人の地域生活が途切れるギリギリの瀬戸際にいる保健所の一番大切な役割は、ご本人の権利を守ることである。医療や社会・家族等に不信感を抱き、孤立し、クライシスのリスクが高い方と日常から丁寧に信頼関係を築き、クライシスの時にしっかりとご本人の言葉に耳を傾け、しっかりと状況を見立て、不要な非自発入院を無くしてほしい。入院加療不可避な場合も、その後の治療のモニタリング、退院後の（ご本人の信頼と同意を得られるような）支援を粘り強く続けてほしい。常にご本人の味方の立場にすることが大切である。

## 課題を分析し、新たなしくみづくりができる力

精神保健医療福祉のみならず、他医療福祉、教育や経済などあらゆる地域生活全体を俯瞰して、課題を分析し、新たなしくみづくりができる力をつけてほしい。精神疾患を患っても、皆さん、精神保健医療福祉の中で生きたい訳では決していない。地域社会全体の中で、皆さんが生きやすくなるようなしくみづくりが不可欠である。それが「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」であろう。

少し辛口になるが、現在の保健所の体制では「虫の目」の力も極端に弱くなっているし、「鳥の目」とその視点を活かした政策づくりの力も見えてこない。また、「魚の目」トレンドを見る力も追い付いていない。世界の状況も見ようとされているだろうか。欧米は、欧州は、アジア諸国は？地域のトレンドと世界のトレンドをつなげて考えないと適切な変革は難しいと考えている。遅れ・偏っている狭い日本の状況だけで今後を考えることには限界がある。日本では、医療も福祉も機能分化が推進されている。その結果、機能分断を起こしている。それぞれの未熟さからその隙間も目立つし、全体をマネジメントする力を持つところがなくなっている。このままでは細切れの精神保健医療福祉体制になりかねない。相談支援だけでその隙間は決して埋まらない。保健所の役割は精神保健医療福祉において全く色あせていない。

## 今、一番重要なこと

縮小してきた現体制、人材育成の延長線上には今後のあるべき「精神保健」はない。その重要性を証明し、予算をとり、人財を確保、育成していかなければならない。諸外国と比しても徹底的に少ない精神保健医療福祉の公的セクターが果たさなければならぬ役割は大きい。日本の現行制度では医療・福祉は民間で大部分のことが実践できるが、保健においては公的セクターでなくてはできないことが多い。

また、ご本人からみれば、県、政令市の保健師も市町村の保健師も同じ、協働して体制を構築してほしいと切に願う。

## 現在の体制で望むとすれば

まず、もう少し医療福祉の現場、ご本人の生活の場の中に保健師はじめ保健所スタッフの顔が見えるようにしてほしい。どの現場にも入れる立場にある専門職は保健所以外にはない。現場に居られる時間があまりに短くないだろうか。「虫の目」をしっかり持ってほしい。

「地域包括ケアシステム」の本当の実現に向けて、まずはイメージをしっかりつくってほしい。ご本人の生活の風景をしっかり目に浮かべ、必要な時はご本人の意志で速やかに使えるように医療福祉等の資源が機能しているか点検し、隙間をしっかり埋めていっていただきたい。目指すべきところのイメージが貧弱では、何も変わらない。

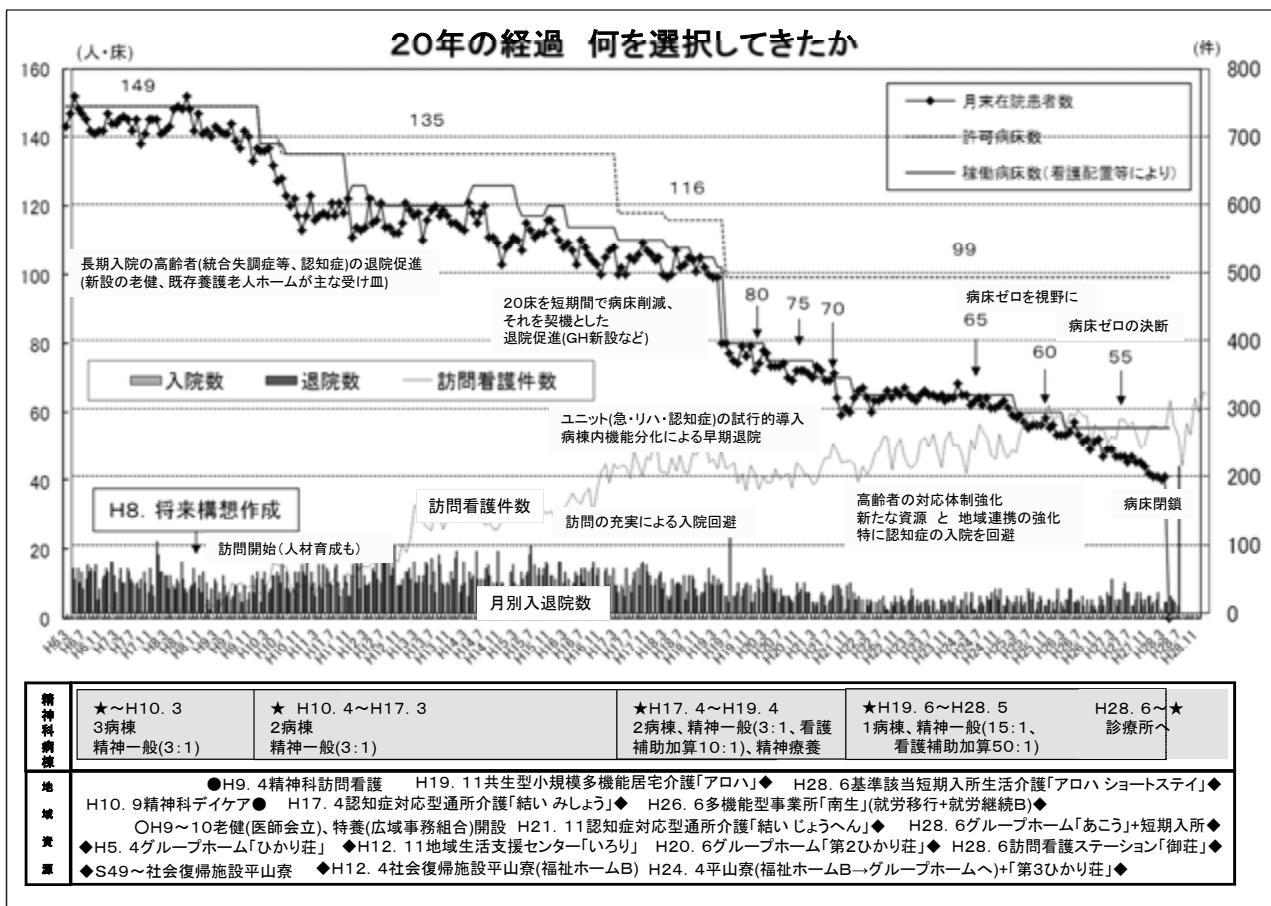
「権利擁護」に真剣に取り組んでほしい。都市部で、あまりに23条通報件数などが多いところでは急には難しいかもしれないが、まず、ご本人に必ず会って、耳を傾けてから、判断をしていただきたい。地域格差が一番あってはならないのが「権利擁護」だと思う。

## 2. 御荘病院の取り組み事例

### (1) はじめに

「御荘精神病院」は昭和 37 年、愛媛県南宇和郡愛南町（当時御荘町）に設立された。当時は近くの精神科病院の通院に片道 3 時間以上を要し、座敷牢なども散見される状況にあったという。その後も、御荘保健所保健婦による活発な訪問活動以外の社会資源はなく、入院ニーズが必然的に高くなり 149 床まで増床している。ただ、長期入院者の課題は早々から精神科医はじめ関係者に捉えられ、昭和 49 年には共同住居「社会復帰施設平山寮」の活動が開始された。その後、家族会による小規模作業所の設立や、保健所を中心とした様々な住民関係機関ネットワーク活動が盛んにおこなわれた。それらを基盤として、精神病院の変革に、平成 8 年から取り組みはじめた。将来の必要病床数を急性期 50 床と見込み、地域生活の中での支援の充実に地域のあらゆる資源と連携協働しながら取り組み、不要となった病床を少しずつ閉鎖した。病床数の推移等は下図に示す。様々な課題をひとつずつ丁寧に解決しながら、平成 28 年 5 月末、ようやく病床を閉鎖した。ただし、本来なら急性期病棟 3 床と長期入院者で現時点では他の資源で支えることができない方の 10 床は必要であったと考えているが、その部分は現行制度下では運営不可能と判断せざるを得なかったため、宇和島病院との連携でその機能は補っている。

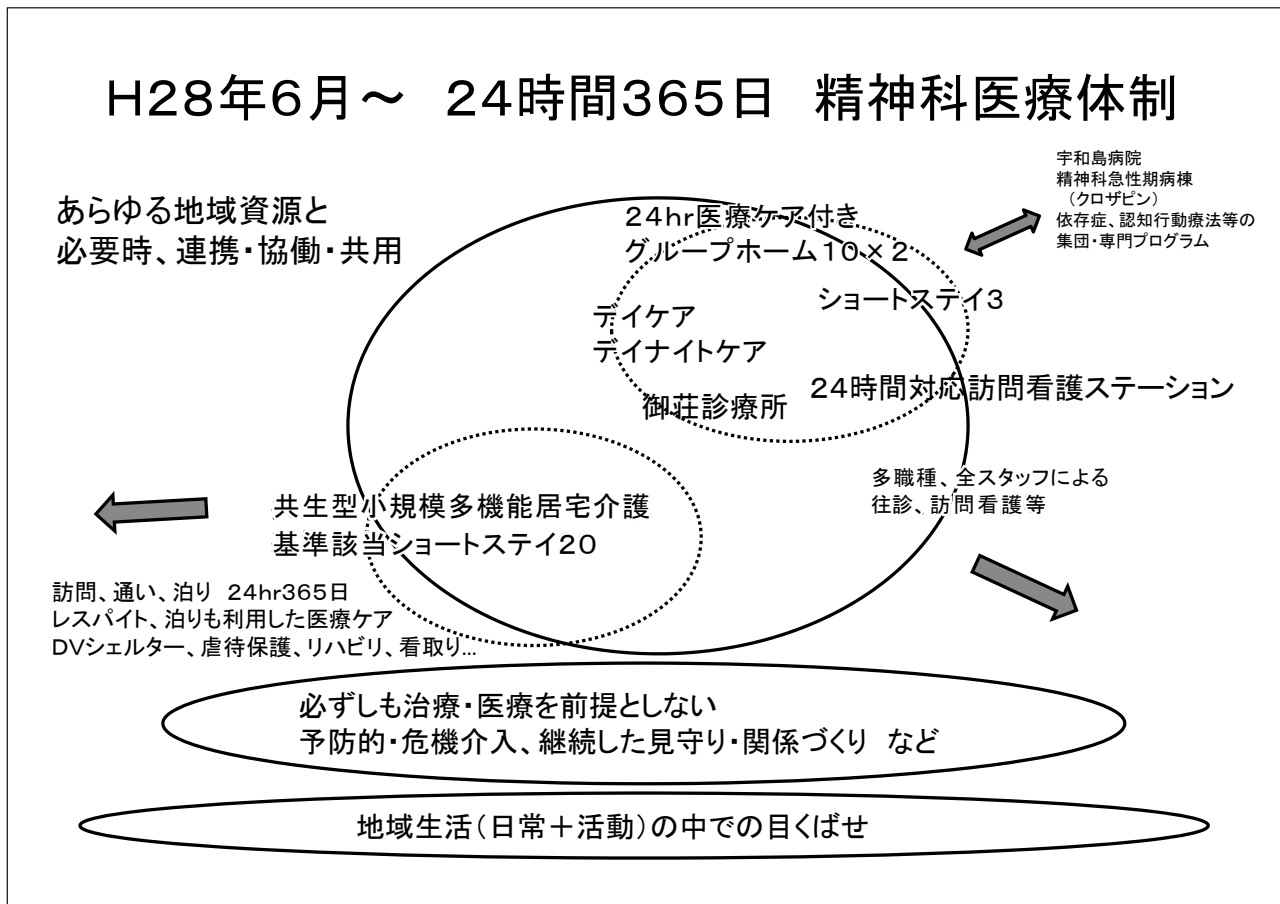
【図1 20年の経過】



## (2) 現在の精神科医療体制

現在の体制を図2に示す。重要なことは多々あるが「緊急訪問・往診も含めた24時間365日体制であること」が肝になっている。現行診療報酬制度のみでは到底体制維持は難しく、障害者総合支援法や介護保険法の事業の中に、精神科看護師や精神保健福祉士、作業療法士などを配置することで福祉と精神科医療を統合し取り組んでいる。従来なら精神科病院で入院加療していたような、著しいせん妄や幻覚妄想、身体疾患等伴う高齢者は小規模多機能居宅介護や（介護）ショートステイで受け入れたり、地域支援で関わっているスタッフが2名ずつ、つきっきりでサポートすれば治療可能な統合失調症や躁うつ病の方は診療所に隣接した（障害）ショートステイで治療まで行う。診療所隣接の3床の（障害）ショートステイは3床の急性期病床に近いイメージで考えている。

【図2 精神科医療体制】



### (3) 現体制のメリット

何よりも、すべての資源を「ご本人の同意に基づき利用していただくもの」にしたことである。これまでも医療保護入院など非同意の治療は極力避けていたつもりであるが、それでも現在に比べるとそれを避ける努力が不足していたことを感じている。「だまさない、ごまかさない」を徹底していくと、ご本人との治療関係は間違いなく良くなる。

次に、どなたにも何時でも、すべての資源を見ていただける状況になった。精神科医療は、意図せずとも閉鎖性は強い。それが、世間の偏見を助長したり、ご本人の医療へのアクセスを阻害していた。常にオープンな状況は、予測以上に医療福祉の質と地域住民からのアクセスを向上させると感じている。

長期入院を余儀なくされていた方々で、診療所併設のグループホームに移行した方は20名。ご本人からすると望む自宅等に帰れている訳ではないので「入院している」と考えられている方もおられるが、個室や食事、開放、環境の変化だけで、明らかに精神症状が改善してきている。ただ、ご本人の本当の希望を叶えるためには次の取り組みが必要となることも見えてきた。病棟での取り組みでは見えなかった風景だと思う。

地域との風通し、連携はさらに良くなった。常に、他法人や行政、多職種と日常的に入り混じって、共に支援にあたることができている。

客観的な評価はできていないが、旧精神科病棟を有していた時に比べて、圧倒的にメリットの方が多いと感じている。

### (4) 課題・デメリット

急性期病棟3床を持てなかったことが最大のデメリットである。宇和島病院は同法人内であるので、比較的円滑に連携はできているし、宇和島病院内への定期的な、なじみのスタッフによる訪問支援なども行っている。しかし、ご本人に対するスタンスや治療観など、どうしても埋まらない溝があるといわざるを得ない。ご本人の不安も大きい。現在、月1~2件の入院加療はどうしても避けられない。今後は支援の深化を目指したいが、入院ゼロにはまだまだ時間がかかると言わざるを得ない。

精神科病棟がある時に比べると、圧倒的に財源が不安定である。精神科診療所に関しては、在宅医療や精神保健福祉士による連携機能などへの診療報酬は、従来からほとんど改善されていない。24時間対応型訪問看護ステーションによりかろうじて体制を維持しているが、今後の診療報酬改定は強く望まれる。はじめから入院させずに、重症の方を支えようとするには、現在の「入院ありき」「入院を要した方が重症」という在宅の診療報酬では成り立たない。また、介護保険では徐々に評価されてきているが、福祉の中への医療専門職配置に対するインセンティブが、障害者総合支援法ではほとんど評価されていないといっても過言ではない。「疾病と障害」が常に存在する精神障害者の支援において、医療と福祉が、連携ではなく統合された体制が不可欠である。今後も十分な制度の議論と改定が必要であろう。



## (5) 振り返り、何が大切だったか

まず何よりも、「地域で支える為に」という理念先行で、時間をかけて変革してきたことである。ひとつひとつの小さな判断も、その理念に沿って行われるかどうかがとても大切になる。人口や病院経営を第一要因として取り組んできた訳では決していない。

そして、精神障害者を排除しない地域づくり活動を、保健所はじめ、あらゆる関係機関、なにより様々な立場の住民と、長年継続的に行ってきたことである。病床閉鎖時も大きなコンフリクトや不安は聞かれなかった。現体制にソフトランディングできた一番の要因であろう。

徹底的に地域で支える精神科医療体制への転換を、病床閉鎖までに目途を立てていたことも大切だった。全看護師による訪問看護をスタートさせてから 20 余年、様々な経験と失敗、学習を重ねて現在がある。専門職の精神科病棟での経験や知識は、地域の中での支援ではほとんど役に立たない。むしろ弊害になることも多いと思う。専門職の育成、変革には時間がかかる。もちろん私自身、医師も含めて。

## (6) 今後の展望

はっきりと言えるのは「脱施設化」は精神科医療保健福祉の初歩、自動車教習所でいうと第一段階に過ぎないということを思い知らされている。現在は、以下のようなことを考えて行動している。主なものだけ紹介する。

急性期病棟 3 床（人口万対 1）をどう持つか。明らかに総合病院の中に設置すべきだと強く考えている。身体合併症をはじめ多様な状態に対応しなければならない。精神科医療が他医療と別で考えられる状況を必ず打破したい。

持続可能性を高めなければならない。現行の個別報酬を積み上げた財源では、本来の機能を損なうと考えている。諸外国が、公的包括予算になっていることはとても意味のあることだと思う。ベースとなる包括予算と個別報酬の組み合わせにより、体制の安定性と質の向上を図るような財源体制が不可欠であろう。特に日本では急激な人口減少が始まっている。財源の構造変革を実現しないと、地域での精神科医療の発展はないだろう。ある一定以上の経験がないと、ノウハウも理念も進化・深化しない。財源が急速に縮小しながらの、入院医療中心から地域医療への転換は難しいと言わざるを得ない。

そして、なによりご本人の立場からいくと、とても及第点に到達しているとはいえない医療福祉の質の向上を図りたい。従来の精神科医療から学ぶだけでは全く足りない。実践し、自ら考え、学び、また実践する。あきらめずに続けていきたい。

## (7) さいごに

私たちは御荘保健所と共に歩みはじめ、保健所統廃合により一旦距離ができた。距離ができてからの 10 年間はひたすら医療の変革、福祉資源づくりに打ち込んだ。その後、再度、保健・保健所の重要性を強く認識している。あり方は摸索中だが、今後も宇和島保健所と協働しながら実践を重ねていく。精神疾患を患っただけで長期入院を余儀なくされる可能性のある国ではいけないと強く考えている。

## 第3章 研究の概要

### 1. 研究のねらい

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正では、措置入院者の退院後支援の仕組みの整備が規定される予定である。併せて平成29年度、国の新規事業で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業が行われる。精神障がい者の地域支援体制の構築には関係機関の重層的な連携による支援体制が必要で、それらをコーディネートすることは地域保健の中核機関としての保健所の重要な役割である。

そこで、保健所管内の地域支援体制の現状や課題を把握し、保健所が果たすべき役割を整理し、全国保健所に発信することで、保健所の積極的な取り組みを普及させる。

### 2. 研究班組織

役名	氏名	所属
分担事業者	中原 由美	福岡県粕屋保健所所長
事業協力者	宮崎 英明	富山市保健所保健予防課長
	遠藤 浩正	埼玉県東松山保健所所長
	向山 晴子	杉並区杉並保健所所長
	清水 光恵	兵庫県伊丹保健所所長
	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所所長
	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター所長
	竹之内 直人	愛媛県心と体の健康センター所長
	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
アドバイザー	宇田 英典	全国保健所長会会長
	倉橋 俊至	全国保健所長会副会長

### 3. 事業内容

- 1 研究班会議の開催
- 2 全国保健所へのアンケート調査
- 3 積極的な取り組み事例の調査
- 4 事例集の作成

# 第4章 取り組み事例

## 1. 平成28年度研修受講後の取り組み事例

### (1) 福井県丹南保健所

平成29年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長協力事業  
精神障がい者地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業 事例調査

## 福井県丹南圏域

### 保健・医療・福祉が連携した退院支援体制づくり

福井県丹南圏域では、精神障害者が治療中断することなく安定した生活を送ることができるよう、精神科病院と地域の関係機関が連携し、入院中から退院後の支援体制を構築できるよう取り組みを開始した。地域移行・定着やピアサポーターの養成や雇用に対する意識は低い状況にあるため、まずはその導入・促進に向けて、地域の現状や課題を共有するところから始めている。

1

### 福井県丹南圏域

#### 1 福井県丹南圏域の基礎情報

<b>基本情報</b>	
市町村数 (H29年11月末)	5市町村
人口 (H29年11月末)	183,280人
精神科病院の数 (H29年11月末)	2病院
精神科病床数 (H29年11月末)	378床 (198+180)
	3か月未満: 33人 (9.5%)
	3か月以上1年未満: 39人 (11.2%)
	1年以上: 276人 (79.3%)
	うち65歳未満: 124人
	うち65歳以上: 152人
入院精神障害者数 (H28年6月末)	→348人
退院率 (H28年6月末)	入院後3か月時点: 66.7%
	入院後6か月時点: 81.5%
	入院後1年時点: 81.5%
	基幹相談支援センター: 2
	一般相談事業所数: 5
	特定相談事業所数: 16
障害福祉サービスの利用状況 (H29年11月末)	地域移行支援サービス: 0人
	地域定着支援サービス: 0人
(自立支援)協議会の開催頻度 (H29年)	全体会議 1回/年、運営会議 6回/年
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の有無と数	障害保健福祉圏域 無 0カ所
	市町村 無 0カ所

※H29年12月時点

2

### 福井県丹南圏域

#### 2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要 (全体)

丹南健康福祉センターにおける地域精神保健福祉業務

【目的】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、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図る。

<p>&lt;通報等危機介入&gt; H27年度:39件 H28年度:52件</p> <p>&lt;定例精神保健相談&gt; 2回/月(嘱託医) H27年度:33件 H28年度:43件</p> <p>&lt;保健師による精神保健相談&gt; H28年度(延) 訪問 125件 面接 114件 電話1047件 コーディネート 455件</p> <p>&lt;精神保健福祉事例検討会&gt; 4回/年(アドバイザー:嘱託医) HC、市町職員の実質向上</p> <p>&lt;悩みごと相談会&gt;*自費対象 2回/年 H28年度:延22件</p>	<p>&lt;精神保健福祉連絡会議&gt;</p> <p>①緊急支援会議 1回/年 メンバー:警察・消防・医療機関等 通報および緊急対応状況や事例に関する意見交換の実施</p> <p>②精神保健福祉関係機関との連携支援 (研修会) 2回/年 H28年度 ・事例検討(地域移行支援) ・依存症の方と家族に対する支援 ・地域移行実践研修の広達・GW H29年度 ・障害者相談と医療との連携 ・地域移行・退院支援について(予定)</p>	<p>&lt;自立支援協議会への参加&gt;</p> <p>・全体会議 1回/年 ・運営会議 6回/年 ・専門部会(暮らし・育つ・働く) ・相談支援事業所等連絡会 ・障害支援事業所等連絡会</p> <p>&lt;H29年度新規事業&gt;</p> <p>①治療中断予防のための支援体制づくり事業(ワーキング)</p> <p>②地域移行・定着支援モデル事業(ワーキング)</p>
---	---	--

3

### 福井県丹南圏域

#### 3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場

関係機関の役割	協議会の名称 設置経緯	協議の場:未設置	協議の場:未設置	治療中断予防のための支援体制づくりワーキング	地域移行・定着支援ワーキング
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議の場:未設置				
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議会の名称 設置経緯	協議の場:未設置	病院、相談支援事業所、訪問看護ST、HC	H29年度3回予定	H29年度2回予定
	協議の内容		関係機関が活用できる情報共有ツールの作成、活用方法の検討等	地域移行の現状や課題の整理、取組内容の検討等	地域移行対象者に関する情報整理が必要
	協議の結果としての課題や成果		作成ツールの有効性やニーズとの合致状況等見直し・改善が必要		

4

### 福井県丹南圏域

#### 4 圏域の取組における強みと課題

特徴(強み)

- 地域の精神科病院、訪問看護、障害福祉事業所等が集まりやすく、研修の企画運営など積極的な協力的体制がある。
- 自立支援協議会の活動が充実しており、相談支援専門員を始めとする関係職員の連携や資質向上に向けた取組が充実している。

課題

- 地域関係者における入院中からの早期介入や関係者間の情報伝達が不十分であり、より効率的・効果的な支援ができるよう体制を構築する必要がある。
- 地域移行・定着支援の取組が進まない状況にあるため、その原因や課題を整理し、支援方法や支援体制の明確化を図る必要がある。(地域のサービス不足、支援者のアセスメント力の差がある等)

5

### 福井県丹南圏域

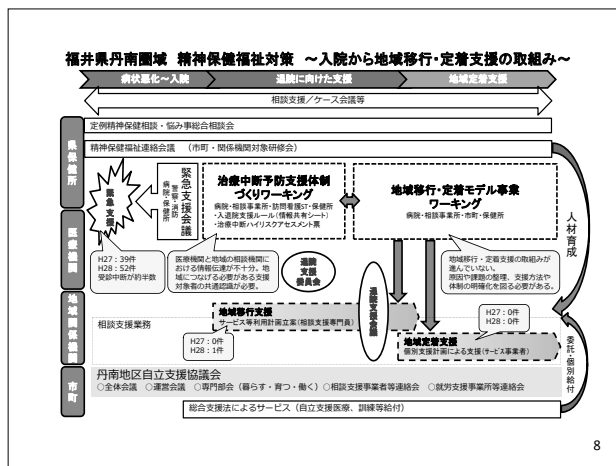
#### 5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた指標の推移

NO	指標	平成26年度	平成27年度	平成28年度
①	1年以上の精神科病院在院患者数(人) (各年6月30日現在)	273	276	276
②	各年度 地域移行支援利用者数(実人数)(人)	1	0	1
③	②のうち、退院した者の数(実人数)(人)	1	—	1
④	ピアサポーターの養成者数(実人数)(人)	—	—	—
⑤	④のうち、活動している者の数(実人数)(人)	—	—	—

【記入上の留意点】  
②について ※利用年度の翌年度以降に退院した者については、利用年度に計上して下さい。  
※退院後に再入院となった者については、退院した者(1人)として計上して下さい。  
⑤について ※平成年度以降に、実際の活動を開始した者については、平成年度へ計上して下さい。

6

福井県丹南圏域		
<b>6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた平成29年度取組スケジュール</b> 平成29年度の目標		
1. 精神科病院と地域の関係機関が入退院支援で活用できる情報共有ツールを作成すること。 ※治療中断ハイリスクアセスメント票・精神障害者連絡票(福井県入退院支援ルール精神版) 2. 丹南圏域における地域移行・定着支援に関する現状と課題を整理すること。		
時期(月)	実施内容	担当
H29年8月	精神保健福祉連絡会議(第1回研修会:医療機関と相談機関の連携)	丹南健康福祉センター(保健所)健康増進課
H29年9月	治療中断予防のための支援体制づくりワーキング① 地域移行・定着支援ワーキング①	
H29年10月	治療中断予防のための支援体制づくりワーキング②	
H30年1月	治療中断予防のための支援体制づくりワーキング③ 地域移行・定着支援ワーキング②	
H30年3月	精神保健福祉連絡会議(第2回研修会:地域移行・退院支援に関する事)	



## 班員コメント

ピアサポーターによる目立った活動は行われていないものの、その下支えとなる精神障害者の地域移行の推進について、サービス事業者など資源が少ないという不利があるものの、伝統的に病院と良好な関係を築いていることから、地域移行について医療機関の理解を得やすいという強みを生かすとともに、事例検討を含めた研修会を精神保健福祉機関と年2回開催し、人材育成や地域移行の機運醸成に力を入れている。

## (2) 兵庫県明石市保健所

平成29年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長協力事業  
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業 事例調査

### 明石市

#### 精神障害者の地域移行・地域生活支援強化への取り組み

明石健康福祉事務所は、兵庫県東播磨圏域の地域事務所で管内は明石市1市である。H26年度、地域移行・地域生活支援のシステムづくりを目的とした連絡会を開始。H27年度、関係機関や精神科病院等に実態調査を実施。H28年度、地域移行支援実務者会議を定期的に開催。NPO法人主催のピアサポーター養成講座への支援や、精神科病院での従事者研修会の開催、退院情報連絡票を作成。H29年度、地域移行実務者会議で長期入院の地域移行支援対象者を選定、地域移行支援を申請し、関係者と共に支援することで自宅退院が実現。また、ピアサポーターによる管内精神科病院での地域生活報告会を開催。NPO法人によるピア団体も設立。H30.4よりピア団体として仕事を委託予定。

1

### 明石市

#### 1 明石市の基礎情報

基本情報		
市町村数 (H29年12月末)	1市	
人口 (H29年12月1日現在：推計人口)	296,438人	
精神科病院の数 (H29年12月末)	2病院	
精神科病床数 (H29年12月末)	679床	
入院精神障害者数 (H28年6月末)	3か月未満：288人 (49%)	
	3か月以上1年未満：90人 (15%)	
	1年以上：212人 (36%)	
	うち65歳以上：127人	
退院率 (H28年5月末)	入院後3か月時点：44.5%	
	入院後6か月時点：91.4%	
	入院後1年時点：98.4%	
相談支援事業所数 (H29年10月末)	基幹相談支援センター：1	
	一般相談事業所数：8	
障害福祉サービスの利用状況 (H29年11月)	特定相談事業所数：26	
	地域移行支援サービス：1人	
(自立支援) 協議会の開催頻度 (H29年)	地域定着支援サービス：2人	
	4回/年	
精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の有無と数	障害保健福祉圏域	-
	市町村	有 5カ所

※H29年12月時点

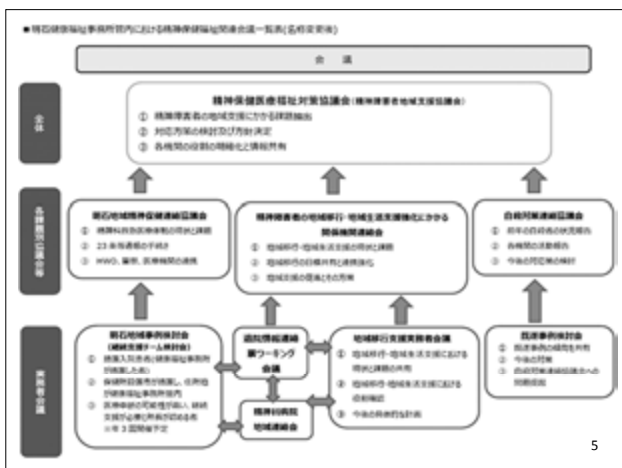
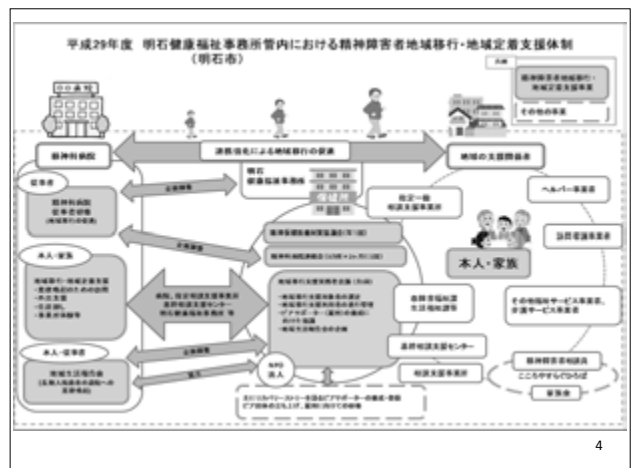
2

### 明石市

#### 2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要 (全体)

- 1) 個別支援：地区担当制
- 2) 地域移行支援実務者会議 (月1回)
- 3) 精神科病院地域連絡会 (管内病院と近隣市病院の3カ所で、各2ヶ月に1回)
- 4) 地域事例検討会 (継続支援チーム検討会)
- 5) 精神科病院従事者研修会
- 6) ピアサポーター養成への支援
- 7) 精神科病院における地域生活報告会
- 8) 自立支援協議会本部・くらし部会等への参画
- 9) 精神障害者家族会支援
- 10) 地域精神保健連絡協議会 (年1回)
- 11) 精神保健医療福祉対策協議会 (年1回)
- 12) 退院情報連絡票作成と評価 (圏域：2保健所、3市2町、4精神科病院、相談支援事業所、訪問看護事業所等)

3



### 明石市

#### 3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場

関係機関の役割	
協議体の名称	地域移行支援実務者会議 (平成29年度地域移行支援実務者会議設置要領)
設置根拠	精神科病院、市障害福祉課、市基幹相談支援センター、相談支援事業所、圏域コーディネーター、保健所
構成メンバー	精神科病院、市障害福祉課、市基幹相談支援センター、相談支援事業所、圏域コーディネーター、保健所
開催頻度 (28,29年度実績)	月1回
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援にかかる現状と課題の共有</li> <li>・地域移行支援対象者の選定と退院に向けた支援等進捗状況の把握</li> <li>・ピアサポーター養成に向けた協議</li> <li>・地域生活報告会の企画</li> </ul>
協議の結果としての課題や成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成果 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援を利用して退院ができ、支援を通して関係機関の連携が深まったこと</li> <li>・関係機関の取り組みについて情報共有ができること</li> </ul> </li> <li>・課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院からの働きかけのみでは、対象者の家族の退院への理解が得にくいこと</li> <li>・対象者の退院状況が見つけづらいこと</li> <li>・支援者のマンパワー不足</li> </ul> </li> </ul>

6

関係機関の役割		
市町村ごとの 保健・医療・福祉 関係者による 協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神科病院地域連絡会 (平成29年度精神科病院地域連絡会実施要綱)
	構成メンバー	精神科病院（医師、看護師、精神保健福祉士）、保健所
	開催頻度 (28,29年度実績)	3精神科病院毎に2ヶ月に1回実施
	協議の内容	・ 措置入院患者、医療中断者、医療中断ハイリスク者、地域移行支援利用者等の情報共有及び 支援の方向性を確認する。 ・ 地域移行支援対象者のリストアップと院内面接の実施
	協議の結果としての 課題や成果	・ ハイリスク者等に入院中から定期的に面接し、関係を構築し退院後の支援につなぐことが できた。 ・ 精神科病院における研修ニーズ等を把握することにより、従事者研修や地域生活報告会の効 果的な実施につながった。

関係機関の役割		
市町村ごとの 保健・医療・福祉 関係者による 協議の場	協議体の名称 設置根拠	明石地域事例検討会 (明石地域事例検討会運営要綱)
	構成メンバー	精神保健顧問、警察署、刑務所、精神科病院、市、市基幹相談支援センター、保健所
	開催頻度 (28,29年度実績)	年2～3回
	協議の内容	・ 本人や家族が治療の必要性を認めない者を、適正な精神科医療につなぐための方策の検討 ・ その他精神保健福祉対策を必要とする者で、警察署、市、保健所等において検討する必要がある と思われる対象者の処遇の検討 ・ 明石管内における課題や関係機関の連携方策等
	協議の結果としての 課題や成果	・ 複数機関で関わりのあるケースについて情報共有し、顧問医から助言をえて、支援方針を決 めることができた。 ・ 関係機関が、積極的に発言することによりスモールアップの場になった。

関係機関の役割		
市町村ごとの 保健・医療・福祉 関係者による 協議の場	協議体の名称 設置根拠	明石地域精神保健連絡協議会 (明石地域精神保健連絡協議会設置要綱)
	構成メンバー	医療機関、警察署、市総合安全対策担当等、刑務所、保健所
	開催頻度 (28,29年度実績)	年1回
	協議の内容	・ 管内における精神保健医療体制について ・ 管内における精神保健福祉対策の状況について ・ 精神障害者の地域移行・地域生活支援事業について
	協議の結果としての 課題や成果	課題 ・ 本協議会で主に緊急時の体制についてトップの了解が得られるため、連携が円滑になる。

関係機関の役割		
市町村ごとの 保健・医療・福祉 関係者による 協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神保健医療福祉対策協議会 (精神保健医療福祉対策協議会設置要綱)
	構成メンバー	医師会、医療機関、警察署、市連合まちづくり協議会、精神障害者家族会、社会福祉協議会、 市、県精神保健福祉センター、保健所（精神保健顧問含む）の所長
	開催頻度 (28,29年度実績)	年1回
	協議の内容	・ 精神障害者の地域移行にかかる課題抽出 ・ 対応方策の検討及び方針の決定 ・ 各機関の役割の明確化と情報共有
	協議の結果としての 課題や成果	課題 ・ 診療所との連携や、今後の協議会のあり方

特徴(強み)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保健所が参集した地域移行支援実務者会議を定例化したこと</li> <li>2. 地域移行支援実務者会議で候補者をリストアップし、地域移行支援を活用した長期入院者の 退院支援を関係者で実施できたこと</li> <li>3. 自立支援協議会本会・部会・ワーキングへ参画し、保健所としての意見が反映されたこと</li> <li>4. 精神科病院地域連絡会を定期的に開催することで、入院中から退院に向けた支援が円滑に進むこと</li> <li>5. 基幹相談支援センターに地区担当があり、一般相談支援事業所の後方支援ができること</li> <li>6. 圏域で統一した精神科退院情報連絡票を作成したため、円滑な情報の連携ができること</li> <li>7. 第5期障害者福祉計画に重点施策として関係機関との連携強化、入院中の精神障害のある人の実態 把握の取り組み、地域における住まいの確保の支援、ピアサポート活動の支援等が示された。</li> </ol>	
課題	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. H30中核市移行に伴う精神障害者の地域移行支援担当課が不明確である。</li> <li>2. 長期入院者の退院に向けて本人の意欲喚起と共に病院・地域が協力して家族の理解を図る必要が ある。</li> <li>3. 地域移行支援を委託する指定一般相談支援事業所の確保と充実強化が必要である。</li> <li>4. 退院後の受け皿(施設、住居)についての実態を把握し、充実させることが必要である。</li> <li>5. 精神障害者が地域で孤立することなく、安心して生活できるよう住民や地域団体等への啓発が必要で ある。</li> </ol>	

NO	指 標	平成26年度	平成27年度	平成28年度
①	1年以上の精神科病院入院患者数(人) (各年6月30日現在)	223	225	212
②	各年度 地域移行支援利用者数(実人数)(人)	0	0	0
③	②のうち、退院した者の数(実人数)(人)	0	0	0
④	ピアサポーターの養成者数(実人数)(人)	—	12	12
⑤	④のうち、活動している者の数(実人数)(人)	—	0	4

【記入上の留意点】  
③について ※利用年度の要年度以降に退院した者については、利用年度に計上して下さい。  
※退院後に再入院となった者については、退院した者(1人)として計上して下さい。  
⑤について ※養成年度以降に、実際の活動を開始した者については、養成年度へ計上していません。

6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた平成29年度の取組スケジュール		
平成29年度の目標		
1. ピアサポーターの活用(雇用)を視野に入れた地域移行支援システムの構築 2. H30.4の中核市移行に向けて、地域移行支援事業等をスムーズに引き継ぐ		
時期(月)	実施内容(地域移行支援実務者会議で、支援の進捗状況を報告し、意見交換を実施)	支援担当
H29年4月	対象者のリストアップ	病院・保健所 病院・保健所 病院・市・保健所 病院・保健所・市・一般相談支援事業所・障害者基幹相談支援センター 訪問看護ステーションヘルパー事業所・一般相談支援事業所・病院・保健所
H29年5月	対象者に退院の意思確認・初回面接	
H29年6月	外出支援、障害区分認定調査、地域移行支援申請	
H29年7月	カンファレンス、補佐人選定	
H29年8月	補佐人決定、一般相談支援事業所と契約	
H29年9月	試験外泊・地域活動支援センターやデイケアへ体験通所	
H29年10月	外泊中に、地域活動支援センターやデイケアに通所、自宅の環境整備	
H29年11月	退院前カンファレンスの実施	
H29年12月	自宅へ退院し、地域定着支援を利用	

6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた平成29年度の取組スケジュール		
時期(月)	実施内容	担当
H29年4月	地域移行支援実務者会議の開催(月1回)	保健所
H29年5月	精神科病院地域連絡会の開催(3カ所:2ヶ月に1回)	保健所・病院
H29年6月	自立支援協議会くらし部会(年2回)、ワーキング(年3回)へ参画	障害者就労・生活支援センター、基幹相談支援センター
H29年7月	地域精神保健連絡協議会・地域事例検討会の開催	保健所
H29年9月	自立支援協議会本部への参画(年4回) 第5期障害者福祉計画策定にかかる精神障害者の地域移行の推進について市へ意見書を提出	市 保健所
H29年10月	家族会運営委員会出席 自立支援協議会くらし部会ワーキング主催研修会(年3回)の開催	保健所 基幹相談支援センター
H30年2月	県保健所での地域移行支援連絡会終了	保健所
H30年3月	精神保健福祉対策協議会の開催 地域事例検討会の開催	保健所 保健所

## 班員コメント

- ・医療機関、相談支援センター、社会福祉協議会、警察署、刑務所、行政など多機関が連携した協議の場を複数設置し、課題の共有や多角的な支援に努めている。
- ・地域移行支援利用数は、個別給付の実績ではゼロ(平成26-28年度)だが、給付を利用しない地域移行は行われている。
- ・ピアサポーターは、雇用にはまだ至っていないが、「語り部活動」として、大学や市内外の病院等で当事者の立場から地域移行について貴重な情報を発信している。

### (3) 福岡県田川保健所

平成29年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業  
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業 事例調査

## 田川圏域

# 田川保健所における取り組み

田川圏域では、個別の事例検討を行う中で、地域支援の現状を把握して課題を抽出。研修会や会議を通して、行政や医療、地域の関係機関との連携の強化を図ることで、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

1

### 田川圏域

#### 1 田川圏域の基礎情報

基本情報	
市町村数 (H29年10月末)	8市町村
人口 (H29年10月末)	128,380人
精神科病院の数 (H29年10月末)	6病院
精神科病床数 (H29年10月末)	1,759床
入院精神障害者数 (H27年6月末)	3か月未満: 303人 (17.8%)
	3か月以上1年未満: 293人 (17.2%)
	1年以上: 1,105人 (65.0%)
	うち65歳未満: 355人 うち65歳以上: 750人
入院率 (H27年6月末)	入院後3か月時点: 38.2%
	入院後6か月時点: 71.8%
相談支援事業所数 (H29年11月1日現在)	入院後1年時点: 81.8%
	基幹相談支援センター: 0 一般相談事業所数: 16 特定相談事業所数: 26
障害福祉サービスの利用状況 (H29年10月)	地域移行支援サービス: 1人
	地域定着支援サービス: 5人
(自立支援) 協議会の開催頻度 (H29年)	1回/年
精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の有無と数	障害保健福祉圏域 有 (○) 〇カ所 市町村 有 (○) 〇カ所

※H29年12月時点

2

### 田川圏域

#### 2 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要 (全体)

- 各市町村で田川地区における地域生活拠点等の設置を平成32年度末の設置に向けて検討予定とのことである。
- 保健福祉事務所では、毎年精神保健福祉部会を開催。平成28年度には田川市より地域生活支援拠点等の整備についての説明を行ってもらい、現状の情報共有を図った。平成29年度には精神保健福祉センターより精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について説明をもらい現在の精神保健福祉の動向について周知を図った。

3

### 田川圏域

#### 3 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場

関係機関の役割		
市町村ごとの 保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置経緯	①田川市障害者協会支援協議会 (田川市) ②田川地区地域自立支援協議会 (香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町)
	構成メンバー	①民生・児童委員協議会連合会、社会福祉協議会、知的障害福祉協会、発達障害者支援センター及び障害者就業・生活支援センター、地域活動支援センター、医師会、障害者団体連絡協議会、障害児及び家族団体、教育事務所、福岡県立大学、公共職業安定所、保健福祉事務所、児童相談所、商工会議所 ②市町村、保健福祉事務所、児童相談所、障害者支援施設、相談支援事業所、公共職業安定所、民生・児童委員代表者会、人権擁護委員協議会、身体障害者福祉連合会
	開催頻度 (28,29年度実績)	全体会 1回/年
	協議の内容	①就労支援部会及び相談支援情報交換会等の活動報告及び活動予定について ②田川地区地域自立支援協議会幹事会の実績報告、各町村の障害福祉計画経過報告
障害保健福祉圏域ごとの 保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議の結果としての課題や成果	取組状況等について情報共有ができたと思われる。
	協議体の名称 設置経緯	
	構成メンバー	
協議の結果としての課題や成果	開催頻度 (28,29年度実績)	
	協議の内容	

4

### 田川圏域

#### 4 圏域の取組における強みと課題

特徴 (強み)
1. 郡部は合同で自立支援協議会を行っているが、その際、田川市がオブザーバーとして参加していることから、田川地区での行政担当者及び相談支援事業所間の連携はとりやすいと思われる。

課題
1. 地域生活支援拠点等が整備されていない。 2. 精神障がいのある方への対応に不安を抱えている支援機関が多く、精神障がいに対応できる相談支援事業所は少なく一部の事業所への負担が大きくなっている。 3. 地域移行支援サービス及び地域定着支援サービスの利用が少ない。 4. 地域活動支援センターにピアスタッフはいるが、事業所内での活動にとどまっておらず、地域との連携には至っていない。 5. 精神保健福祉部会との連携が充分にとれていない。

5

### 田川圏域

#### 5 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた指標の推移

NO	指標	平成26年度	平成27年度	平成28年度
①	1年以上の精神科病院在院患者数(人) (各年6月30日現在)	1,171	1,105	1,075
②	各年度 地域移行支援利用者数(実人数)(人)	0	0	1
③	②のうち、退院した者の数(実人数)(人)	0	0	0
④	ピアサポーターの養成者数(実人数)(人)	0	0	0
⑤	④のうち、活動している者の数(実人数)(人)	0	0	0

【記入上の留意点】  
③について ※利用年度の翌年度以降に退院した者については、利用年度に計上して下さい。  
※退院後に再入院となった者については、退院した者(1人)として計上して下さい。  
⑤について ※養成年度以降に、実際の活動を開始した者については、養成年度へ計上して下さい。

6



## 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた 平成29年度の取組スケジュール

### 平成29年度の目標

1. 個別の事例検討を行う中で、地域支援の現状を把握して課題を抽出する。
2. 研修会や会議を通して、行政や医療、地域の関係機関との連携の強化を図る。

時期(月)	実施内容	担当
H29年8月 10月 H29年4～12月末	福岡県田川保健所運営協議会 精神保健福祉部会 相談支援専門員の情報交換会 出席 ケース会議20件	守係長 黒石 係全員
H30年1月 2月	精神障がい者地域支援関係機関研修会 精神障がい者地域支援関係機関会議	黒石 黒石

7

## 班員コメント

研修終了後に、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ている。

また、ピアの雇用に向けた関係機関への働きかけとして、相談支援事業所にピアの活動内容や今後の活動方針に関する聞き取りを行っており、今後は必要に応じ、ピアの活動への保健所の関与も考えている。

研修会や会議を通して、行政や医療、地域の関係機関との連携の強化を図ることを目標としている。

8

## 2. 保健・医療・福祉の連携による地域移行への取り組み（埼玉県）

平成29年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業  
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業 事例調査

### 利根圏域（利根(南)副次圏域）

## 保健・医療・福祉の連携による地域移行への取り組み

埼玉県利根保健医療圏（利根(南)副次圏）域では、「埼玉北自立支援協議会（地域移行・地域定着支援部会）」を協議の場として、行政（市町村、保健所）・精神科医療機関・相談支援事業所が参画し、事例を通じた「移行・定着」の啓発と利用に向けた意識づけが進んでおり、関係者は事例検討を通じて連携の強化を図っている

1

### 利根（利根（南）副次）圏域

#### 1 利根圏域（利根(南)副次圏域）の基礎情報

基本情報	
市町村数（H29年11月末）	4市2町
人口（H0年0月末）	396,816人
精神科病院の数（H29年11月末）	4病院（うち認知症専門2病院）
精神科病床数（H29年6月末）	913床（うち認知症専門病床240床）
入院精神障害者数（H29年6月末）	3か月未満：2,809人（22.3%） 3か月以上1年未満：2,238人（17.8%） 1年以上：268人
※全県値（H29年6月末）	うち65歳未満：84人 うち65歳以上：182人
退院率（H29年6月末）	入院後3か月時点：50.3% 入院後6か月時点：77.2% 入院後1年時点：86.9%
※全県値（H29年6月末）	基幹相談支援センター：0 一般相談支援事業所：5 特定相談支援事業所：19
障害福祉サービスの利用状況（H28年10月）	地域移行支援サービス：2人 地域定着支援サービス：12人
（自立支援）協議会の開催頻度（H28年）	※6回/年
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の有無と数	市町村 〇、無1カ所（4市2町）

※H29年0月時点

2

### 利根（利根（南）副次）圏域

#### 2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（全体）

自立支援協議会  
地域移行・定着支援部会

相談支援事業所  
行政  
医療機関  
保健所  
障害福祉サービス事業所

幸手保健所  
地域移行支援担当者会議

保健所  
相談支援事業所  
医療機関  
行政  
ピアサポーター

地域システムづくり

地域移行に熱心に取り組んだ医療機関は394床→231床

3

### 利根（利根（南）副次）圏域

#### 3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場

関係機関の役割	協議体の名称 設置根拠
市町村ごとの 保健・医療・福祉関係者による 協議の場	埼玉北地区自立支援協議会（下記同様） 構成メンバー 開催頻度（28,29年度実績） 協議の内容 協議の結果としての課題や成果
障害保健福祉 圏域ごとの 保健・医療・福祉関係者による 協議の場	埼玉北地区地域自立支援協議会地域移行・地域定着支援部会 構成メンバー 管内市町（4市2町）福祉担当者・管内精神科病院（向法人内施設）相談員・就労継続支援B型施設職員・管内相談支援事業所 開催頻度（28,29年度実績） 協議の内容 協議の結果としての課題や成果

4

### 利根（利根（南）副次）圏域

#### 4 圏域の取組における強みと課題

特徴（強み）

1. 保健所は、イニシアティブをとって、医療機関に地域移行の働きかけ及び関係機関との事例検討を行っている。
2. それぞれの医療機関は、その特性（急性期・回復期等）を生かして、地域と連携している。
3. 相談支援事業所は、相談支援体制を強化するために自立支援協議会を活用している。
4. 措置入院患者など保健所が医療導入したあとのフォローアップを相談支援事業所に依頼できる。
5. 市町行政は、地域相談についての行政の責任とその重要性を理解し、積極的に給付決定している。
6. ピアサポートは、日常的なピアサポート、社会活動としてのピアサポート、雇用も含めた役割をもったピアサポートと、それぞれの活躍が進んでいる。入院患者への意欲喚起に向けた茶話会を実施している。

課題

1. 保健所は、地域診断を行ってこの圏域で求められている「良質かつ適切な精神医療体制の方向性について」の医療機関との話し合いの場が不足している。
2. 4市2町で行っている市町の委託相談及び自立支援協議会が、1市と3市2町に分離するため、圏域を統括する保健所の役割がより重要となることから、協議の場の充実が必要。
3. 精神障害者にも対応した包括ケアシステムの構築にむけて、高齢者の保健・福祉・医療分野との連携を推進する必要がある。
4. 市町の地域相談及び障害福祉サービスの数値目標についての議論が不足している。
5. 医療と保健・福祉の現場に即した連携研修を行うことでそれぞれのサービスの質の向上が期待できるが、現在のところ未実施。

5

### 利根（利根（南）副次）圏域

#### 5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた指標の推移

NO	指標	平成26年度	平成27年度	平成28年度
①	1年以上の精神科病院入院患者数(人) (各年6月30日現在)	138	183	141
②	各年度 地域移行支援利用者数(実人数)(人)		6	9
③	②のうち、退院した者の数(実人数)(人)		1	5
④	ピアサポーターの養成者数(実人数)(人)		8	10
⑤	④のうち、活動している者の数(実人数)(人)		4	3

【記入上の留意点】  
③について ※利用年度の翌年度以降に退院した者については、利用年度に計上して下さい。  
※退院後に再入院となった者については、退院した者(1人)として計上して下さい。  
⑤について ※養成年度以降に、実際の活動を開始した者については、養成年度へ計上していません。

6

利根(利根(南) 副次) 圏域

**6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた平成29年度の取組スケジュール**

平成29年度の目標

1. 地域移行・地域定着支援事業を勧めるために、協議会で継続的に事例検討会を行い、事業の活用や連携について検討を行う。
2. ピアサポーターの役割を確認しながら、長期入院精神障害者と交流を図り意識付けを行う
3. 障害福祉サービスの地域移行支援件数の増加

時期(月)	実施内容	担当
H29年4～3月	自立支援協議会部会にて連携を図る	相談支援事業所、 埼玉県市町 保健所
H29年5～2月	精神障害者地域生活連絡会開催	
H29年9、12月	ピアサポート講座の実施	受託事業所 相談支援事業所 保健所
H29年11、1月	ピアサポーターを活用した精神科病院内での茶話会(2回)	受託事業所
H30年2月	地域移行等をテーマにした地域包括職員向けの研修会	保健所

7

利根(利根(南) 副次) 圏域

**7 まとめ**

1. 埼玉県利根圏域(利根(南) 副次圏域において、保健・医療・福祉が連携した地域移行への取り組みについて報告した。
2. 同地域では、自立支援協議会(地域定着支援部会)を協議の場として、行政(市町村、保健所)・精神科医療機関及び相談支援事業所が参画して地域移行支援に取り組むとともに、事例検討を通じて連携の強化を図っている。
3. こうした取り組みにより、同地域における地域移行支援利用者は着実に増加傾向がみられている。またピアサポーター養成も進んでいる。
4. 今後は、「入院で治す」精神医療から、「地域の中で病を抱えながら暮らす」あり方が求められる\*、その意味でも地域移行への取り組みはますます重要性を高めていこうと思われ。
5. 今回の事例検討から、今後、地域の実情を勘案しつつ保健所のもつ特性を活かしながら、地域の各機関・団体等との連携をさらに深め、地域移行が定着するよう取り組み必要性が示唆された。

\* H30/1/30 全国保健所長会研修会における伊藤順一郎先生(メンタルヘルス診療所しっぽろあーれ院長・前国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰研究部部長)の講演より引用

8

平成29年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業  
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業 事例調査

**【補追】東松山保健所管内**

## 民間病院における「地域移行機能強化病棟」の取り組み

埼玉県東松山保健所管内の精神科病院である東松山病院(田巻龍生院長)では、平成28年10月より、地域移行機能強化病棟を開設し、入院患者の地域移行に向けた取組を精力的に取り組んでいる。ここでは「取組の経緯」「現状の成果と課題」「今後の展望と地域(行政等)への期待」などについて、病院関係者からの聞き取りを行ったので、以下のとおり報告する。

9

東松山保健所管内

**1 東松山保健所管内の基礎情報**

基本情報	
市町村数 (H29年12月末)	1市6町1村
人口 (H29年12月1日)	212,279人
精神科病院の数 (H29年11月末)	3病院
精神科病床数 (H29年6月末)	723床
	3か月未満: 2,809人 (22.3%)
	3か月以上1年未満: 2,238人 (17.8%)
	1年以上: 470人
入院精神障害者数 (H29年6月末)	うち65歳未満: 215人
	うち65歳以上: 255人
※全県値 (H29年6月末)	入院後3か月時点: 50.3%
	入院後6か月時点: 77.2%
	入院後1年時点: 86.9%
	基幹相談支援センター: 1
	一般相談事業所数: 6
	特定相談事業所数: 15
障害福祉サービスの利用状況 (H29年10月)	地域移行支援サービス: 3人
	地域定着支援サービス: 5人
(自立支援) 協議会の開催頻度 (H30年)	全体会: 2回/年、幹事会5回/年
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け	障害保健福祉圏域: ①・無
障害保健福祉圏域	市町村: ②・無
保健・医療・福祉関係者による協議の有無と数	1カ所

※H29年0月時点

10

東松山保健所管内

**2 地域移行機能強化病棟導入までの経緯**

昭和36年4月、初代院長・中島三之丞氏により「東松山病院」開院  
昭和60年12月 精神療養病棟「耕心館」を開設し、農業リハビリテーションを開始

【課題】

- ・「耕心館」施設の老朽化・空床への対応
- ・今後、地域に必要とされる精神科病院の機能とは何かを模索

【病院としての取り組み】

平成26年 田巻龍生氏(現院長)が赴任(社会福祉法人巢立ち会の取り組みを参考にして、スタッフが研修に行くなど地域移行に取り組んできた)

院内に「地域移行プロジェクトチーム」を設置し、地域移行に向けた病院の取り組みのあり方などの検討を開始・継続  
院内での勉強会などを通して職員の意識の醸成をはかる

- ・「受け皿」としてのデイケア及びグループホームの開設に着手
- ・入院中、「地域プログラム」をOTとして立ち上げた。

11

東松山保健所管内

**3 地域移行機能強化病棟に取組んで(現状の成果と課題)**

平成28年10月 地域移行機能強化病棟(60床)を開設

【退院実績】(平成29年12月末現在) 26人

退院後の再入院率: 全国平均の約1/3程度

退院後 精神障害者生活訓練施設「友人館」で日常生活への円滑な移行に向けての訓練

病院が開設したグループホームやアパートで生活の場を確保

日中活動の場 デイクア  
就労継続支援B型

12

## 4 今後の展望・地域（行政等）への期待

## 【今後の課題と展望】

- ☆生活の場の確保
- ☆日中生活の場（就労）の充実（バラエティに富んだ就労の場の確保）

農業を中心としたリハビリテーションの展開を目指している  
（休耕地の活用をして、質の高い農作物の生産を目指す）

## 【病院の将来像として】

病院としての「地域移行」への取り組みを明確化することにより、これからの「地域における精神科医療のあるべき姿」を明示し、職員（PSW等）が「誇りを持って働く場」を創造していく

## 【地域（行政等）への期待】

- ・熱意のあるNPO法人を誘致して、精神障害者のグループホームや就労継続支援事業所をつくってほしい。病院からの退院の受け皿ができれば、地域移行も一層円滑に進むのではないかな。

13

## 5 まとめ

1. 今回、埼玉県利根（利根（南）副次）圏域における「保健・医療・福祉の連携による地域移行支援への取り組み」の関連報告として、東松山保健所管内における「民間病院における「地域移行機能強化病棟」の取り組みについて報告した。
2. 病院が、今後、地域において必要とされる精神科病院の機能とは何か、を模索する中で、地域移行機能強化病棟を開設し、入院患者の地域移行に取組む状況を知ることができた。
3. また成果と課題、地域（行政等）への期待を把握することができ、私たち保健所にとって今後の地域精神保健医療福祉のあり方を考えるきっかけにもなったことは有意義であった。
4. 解決すべき課題は多いと思われるが、地域の実情を勘案しつつ保健所の持つ特性を活かし、地域の関係機関・団体と一層緊密な連携を図りながら、精神障がい者が「地域で安心して暮らし、この国に生まれた幸福を享受する」ための環境整備に取り組む必要性が示唆された。

14

### 3. 措置入院患者の地域移行への取り組み（兵庫県）

兵庫県伊丹保健所／兵庫県精神保健福祉センター  
清水 光恵

#### 兵庫県の措置入院者等継続支援チームの活動

#### （１）兵庫県における措置入院後の地域移行（継続支援チーム）の制度化

兵庫県では平成 27 年に洲本市で、親族 5 名が近隣在住の 40 歳男性に殺害された。

この男性は過去に 2 回の措置入院歴があったが、退院後、医療が中断されていた。事件を受けた兵庫県精神保健医療体制検討委員会で、措置入院後の医療継続や関係機関の連携の必要性などについて審議され、平成 28 年 4 月より、「措置入院者等継続支援チーム」が設置されることとなった。これは、措置入院後の地域移行・地域定着を支援するための体制整備の一環であったと言える。

#### （２）伊丹保健所における継続支援チームの活動

構 成 員	保健所長、保健師、顧問医(精神科医)
対 象 者	管内の措置入院患者、その他、病識が低く医療中断の可能性が高いことが予測される者など
支援内容	①対象者の入院中から、継続支援チーム検討会議を定期的に催し、対象者の個別対応方針を決定し、支援状況に応じた方針の修正等を行う ②精神障害者地域支援協議会等を活用し、関係機関と連携する ③県継続支援連絡会等を活用し、精神保健福祉センターと連携する ④対象者の転居の際の移管先への引継ぎ等を行う

#### （３）取り組みを特に工夫した事例の紹介

A 氏 60 歳台 男性 B 市在住 入院時診断：妄想性障害の疑い

##### ① 措置入院までの概要

既往歴として、近所とのトラブルをきっかけに、警察の介入後、精神科病院に応急入院したことがある（診断名は妄想性障害だが投薬は睡眠薬程度）。今回は、近隣の女性へのストーカー行為を複数件起こし、逮捕、鑑定を経て措置入院となった。鑑定での診断はアルコール性精神障害（入院後の精神科病院実地審査での指定医診察によれば、妄想性障害で、統合失調症性の思考障害を併せ持つ）。事例は、今回の逮捕につながったストーカー行為の対象女性とは結婚予定だと主張し、入院への強い不満を述べた。

## ② 事例の特徴と方針

既往歴もあるが、一貫して病識を全く欠いていたこと、入院への強い不満を示していたこと、過去にも医療が中断していたことなどから、退院後は医療中断の可能性が極めて高いと考えられたため、通常よりも一層丁寧な地域移行と医療継続を目指した。また、兵庫県の継続支援制度発足後、初期の事例であったため、関係職員の教育という意義もあった。

## ③ 工夫した点

### i 構成員の増員

医療中断の予防策の検討のため、通常の構成員に加えて、別途、精神科医と精神保健福祉センター職員に参加を求めた。また事例は、家庭や就業上の問題、近隣とのトラブルなどから、入院前から地域社会で非常に孤立していたが、このことは精神障害の増悪や問題行動へのリスクを高めると予想された。退院後の患者を地域で日常的に支援することを予め準備するため、相談支援事業所相談員にも当初から参加を依頼した。

### ii 事例のきめ細かい理解

主治医によるレジメと心理検査結果の提出及び、検査を実施した心理職も会議に出席することなどを依頼し、豊富な情報量と他職種の参加による多角的な事例の理解と支援を目指した。

## ④ 検討会議の実際

### i 会議の開催

本事例については、約1年間に渡り7回開催した（通常よりもかなり多い）。

### ii 事例についての理解の共有

保健師による事前聞き取り、主治医のレジメ、WAIS等の資料を検討すると、本事例における妄想的な思考の背景には発達障害の傾向が強く疑われたが、先述のようにそれまでの数々の診断の場で発達障害の可能性は完全に不問に付されていた。しかし本人の支援には本人の特性の十分な理解が必要と考え、まずは主治医をはじめ検討会の構成員とともに、事例を生活史、経過、現症、検査所見等から、総合的に理解し直す作業を行った。

### iii 主治医の見立てと支援の変化

主治医は当初、出身医局の教授らのカンファレンスでは発達障害が顧慮されていなかったことや、事例が高齢で発達歴が不詳なことなどから発達障害の診立てに否定的だったが、臨床所見と検査結果との相関についての説明などに首肯するようになり、遂には発達障害を積極的に疑うようになった。また、事例の諸々の特性をよく見極め、それに合った支援を模索するなど、優れた支援を実践するようになっていった。

#### **iv 支援の具体的方法の考案と実践**

臨床所見を丁寧に観察する、心理検査の結果を読み込む、地域社会や家族の状況を詳しく評価する、薬物療法の効果をネガティブなものも含めて正しく評価する、などの地道な作業を重ね、本事例に必要な支援を参加者全員が自らの立場から考案した。それに基づいて主治医や病院スタッフは入院中の患者に治療と支援を実践し、その結果を会議で報告することにより、方針をさらに練り上げた。

#### **v 医療保護入院への切替え、外出、外泊への道筋づくり**

入院後、措置症状はほどなく消退したため、医療保護入院への切替えや、外泊、退院に向けたスケジュールを検討した。ところで、精神科患者の触法行為の予防は、もとより精神科医療の目的ではない。しかし、患者自身が地域社会で安心・安全な生活を送るためには、何が問題行動となるかについて患者自身も認識することが必要と考え、本事例ではストーカー行為についても本人と主治医とで議論をしてもらった。

#### **vi 退院後の方針づくり**

本事例で問題となった「妄想」は、薬物療法抵抗性である反面、周囲の説得や本人の心掛け等のためか、入院後は発展や新たな発生を認めなかった。また、措置入院の引き金となった激しい興奮も、入院後はほどなく消退した。本事例の支援は、入院・薬物療法よりも長期的には地域社会で生きるための知恵や技能のサポートであると思われた。こうしたサポートを必要とする患者は少なくなく、医師のマンパワーと、本人の医療の必要性などを考慮すると、長期的には本人の支援は主治医から相談事業所へ役割を（一部）移行することになると考えられた。また、知的水準や十分な職業歴を考慮し、本人の生活行動の安定や孤立の回避のためにも、時機を見て、比較的ルーチンワーク的で対人交渉が少ない仕事に再び従事してもらうことが望ましいことなどが議論された。

### **⑤ 本事例への関わりから学んだこと**

#### **i 多職種参加による事例のきめ細かい理解**

事例の支援方針を立てるには、事例の詳細な理解が不可欠であり、精神科医、精神保健福祉センター職員等によるきめ細かい検討が参考になった。その際、心理検査結果の検討は非常に有益だった。一般に、心理検査や心理職は、措置入院者の治療や理解にこれまで十分活用されてこなかったかもしれない。しかし、行政による地域移行支援や継続支援など、比較的短時間短期間の関わりで患者の特性を理解し、かつそれに合った支援を立案することが求められるような場では、大きな活躍が期待できると考えられた。

#### **ii 関係職員の教育**

本事例のような措置症状における重症度が比較的低い事例に、上記のような丁寧な支援をすることは、保健所にとって負担が過大であるという意見があるかもしれない。関東など、地方によっては措置入院数が非常に多いことなども考慮すると、全ての事例に濃厚に関わるのは現実的には困難であろう。兵庫県でも当伊丹保健所でも、多くの事例で通常は「伊丹保健所における継続

支援チームの活動」(12 ページ参照) で示したような簡素化された形で支援が行われている。しかし典型例や困難事例など、特定の事例において一度深く綿密に関わっておくと、関係職員は事例の理解や支援の方法を学ぶことができ、他の事例にも自信を持って接することができるようになるようである。本事例は関係職員の教育という意味で大きな意義があったと考えられる。

### **iii 相談支援事業所の参加の意義**

本事例はたまたま発達障害の特性が認められたが、発達障害に限らず、近年の措置入院患者には、薬物中毒、パーソナリティ障害など、従来の医療モデルのみでは対応の困難な事例が増加しているという印象である。こうした事例では退院後に地域で生活する患者を日常的に支えることが重要だと思われる。本事例では相談支援事業所相談員が第1回目から検討会議に参加してくれたことで、事例の理解と事例との信頼関係の構築に成功した。相談員は退院後の現在も事例と相談を継続し、良好な関係を維持できている。

### **iv 開かれた病院へ**

本事例の入院先の病院は、それまで地域移行・地域定着の活動には必ずしも積極的ではなかった。しかし県として継続支援チームが制度化されたことにより、措置入院者に対してはルールとして、病院と多機関・多職種との連携が必須となった。このことが病院が外部からの支援を受け容れるきっかけとなり、医療環境の改善にもつながると期待できる。



# 第5章 アンケート調査 .....

## 1. 調査の目的

- 改正法等で保健所に求められる対応についての現在の保健所の取り組み状況及び課題を把握する。
- 設問に、現時点での国の考え方（厚生労働省科学研究で作成中のガイドラインの内容）や現状の制度を盛り込み、保健所への周知を図る。
- 各保健所が、保健所に提出されている各種書類を活用し、管内病院の現状、取り組み状況を把握する。

## 2. 調査の方法

- 全国保健所長会一斉メール配信、メール回収

## 3. 調査の期間

- 平成29年9月28日～11月（全国481保健所）

## 4. 調査対象と回答率

- 全国保健所の481保健所を対象に調査を行い、304保健所から回答を得た。回答率は、63.2%であった。

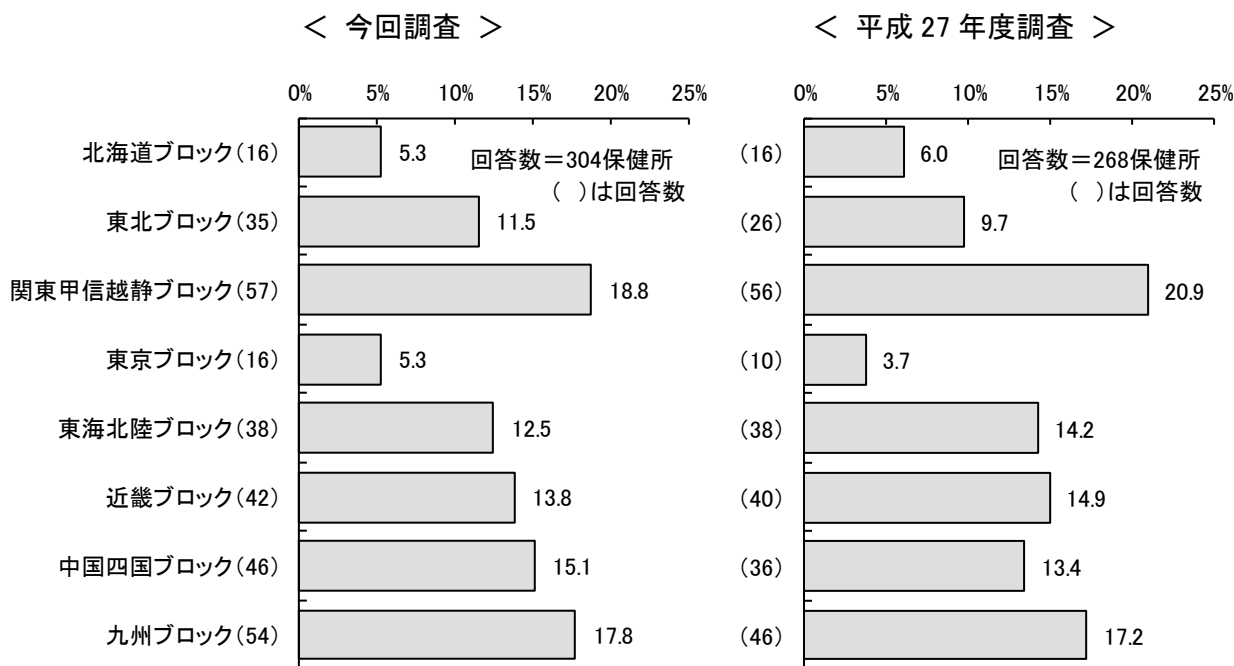
	A: 配信数	B: 回答保健所数	回答率(B/A)
都道府県	363	241	66.4%
指定都市	41	15	36.6%
保健所政令市、中核市	54	34	63.0%
特別区	23	14	60.9%
合計	481	304	63.2%

## 5. 調査結果

### I 保健所の概要

#### (1) 回答保健所の所在地（ブロック別）

図表 5-1 回答保健所の所在地(ブロック別)



※平成 27 年度調査は、「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 28 年 3 月）の調査結果。以下同様

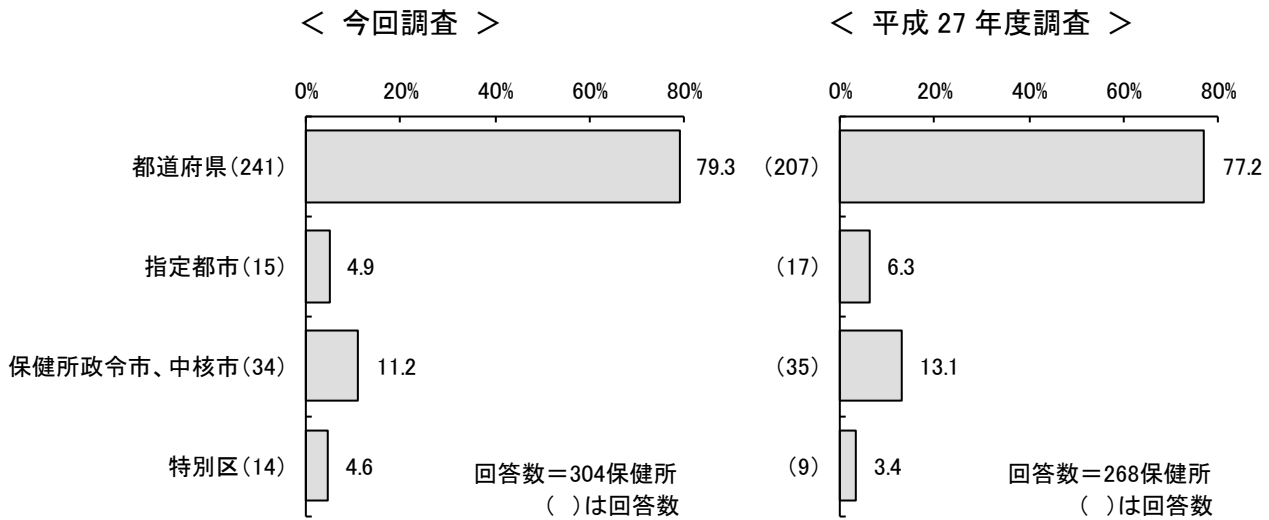
図表 5-2 回答率／ブロック別

	A:全保健所数	B:回答保健所数	回答率(B/A)
北海道ブロック	30	16	53.3%
東北ブロック	47	35	74.5%
関東甲信越静ブロック	109	57	52.3%
東京ブロック	31	16	51.6%
東海北陸ブロック	64	38	59.4%
近畿ブロック	63	42	66.7%
中国四国ブロック	56	46	82.1%
九州ブロック	81	54	66.7%
合計	481	304	63.2%

ブロック別にみた回答率では、「中国四国ブロック」「東北ブロック」の回答率が高くなっている。

## (2) 回答保健所の設置主体

図表 5-3 回答保健所の設置主体



図表 5-4 全保健所及び回答保健所の比率／設置主体別＜今回調査＞

	全保健所数	比率	回答保健所数	比率
都道府県	363	75.5%	241	79.3%
指定都市	41	8.5%	15	4.9%
保健所政令市、中核市	54	11.2%	34	11.2%
特別区	23	4.8%	14	4.6%
合計	481	100.0%	304	100.0%

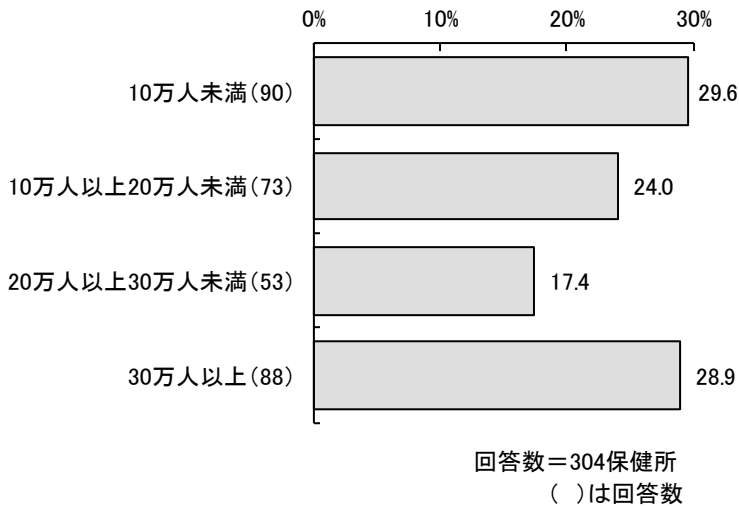
図表 5-5 全保健所及び回答保健所の比率／設置主体別＜平成27年度調査＞

	全保健所数	比率	回答保健所数	比率
都道府県	364	74.9%	207	77.2%
指定都市	47	9.7%	17	6.3%
保健所政令市、中核市	52	10.7%	35	13.1%
特別区	23	4.7%	9	3.4%
合計	486	100.0%	268	100.0%

全国 481 保健所の設置主体別の比率と回答保健所の設置主体別の比率を比較してみると、回答保健所では、「都道府県」型、「保健所政令市、中核市」型の比率が高く、「指定都市」型、「特別区」型の比率が低くなっている。

### (3) 回答保健所の管内人口

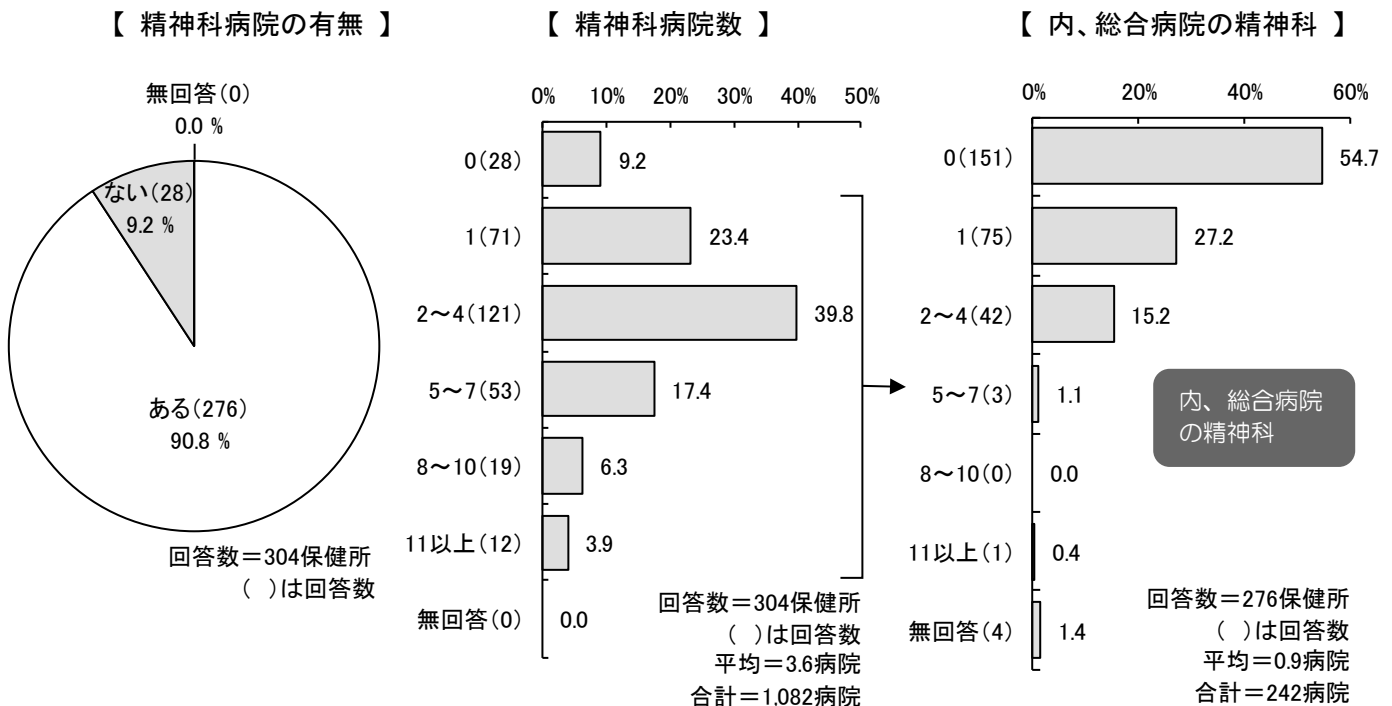
図表 5-6 回答保健所の管内人口



回答保健所の管内人口は、「10 万人未満」「30 万人以上」が約 3 割、次いで「10 万人以上 20 万人未満」24.0%、「20 万人以上 30 万人未満」17.4%となっている。

### (4) 回答保健所の管内精神科病院の状況 (平成 29 年 4 月 1 日時点)

図表 5-7 回答保健所の管内精神科病院の状況

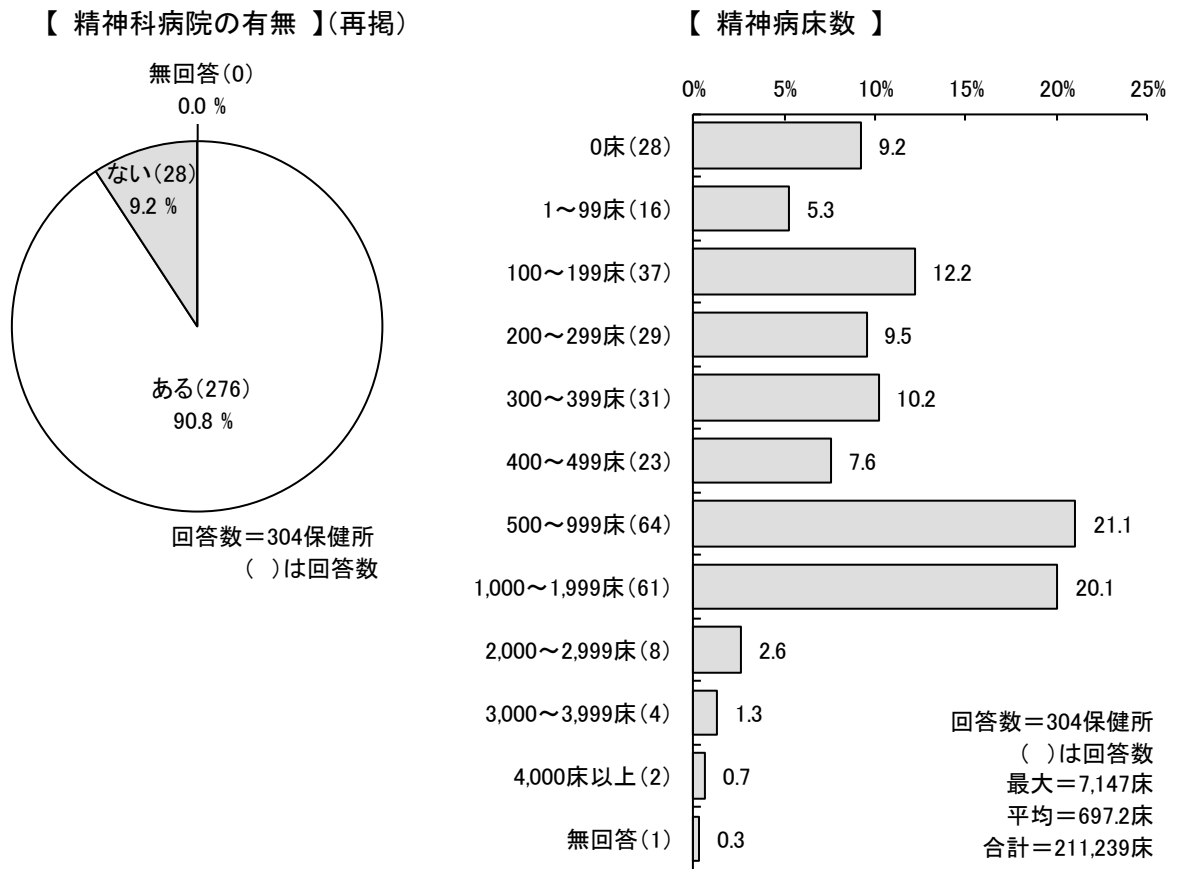


管内に精神科病床を有する病院が「ある」保健所が 276 保健所、管内に精神科病床を有する病院が「ない」保健所が 28 保健所である。

回答保健所の管内精神科病院の平均は 3.6 病院、合計 1,082 病院である。内、総合病院の精神科は平均 0.9 病院、合計 242 病院で、回答保健所の管内精神科病院の内、総合病院の精神科の占める割合は 22.4%である。

(5) 管内の精神病床数（平成29年4月1日時点）

図表 5-8 管内の精神病床数



平成29年4月1日時点の回答保健所の管内の精神病床数は、最大7,147床、平均697.2床となっている。

平成28年度厚生労働省「医療施設調査・病院報告」によると、平成28年10月1日現在の全国の精神病床数は334,258床である。今回の調査回答での精神病床数の合計は211,239床で、全国の精神病床数の63.2%に相当している。

## Ⅱ 入院患者の状況

### (1) 入院患者数（各年次の6月30日現在）（入院形態別）

図表 5-9 入院患者数(入院形態別)

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
平成 26 年	合計(人)	921	72,029	90,521
	平均(人)	3.9	305.2	386.8
平成 27 年	合計(人)	872	70,473	90,307
	平均(人)	3.7	297.4	384.3
平成 28 年	合計(人)	726	69,336	88,780
	平均(人)	3.1	296.3	379.4

年次推移をみると、いずれの入院形態においても入院患者数は減少している。

入院患者数（各年次の6月30日現在）（入院形態別）をブロック別にみると、東京ブロックの措置入院、保健所1か所あたりの平均患者数は他ブロックと比較し非常に多い。

なお、東京ブロックでは数値入力があった回答は2か所であった。

図表 5-10 入院患者数(入院形態別)／ブロック別

【北海道ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
平成 26 年	合計(人)	27	4,406	6,505
	平均(人)	2.1	338.9	500.4
平成 27 年	合計(人)	18	4,261	6,617
	平均(人)	1.4	327.8	509.0
平成 28 年	合計(人)	24	4,388	6,376
	平均(人)	1.8	337.5	490.5

【東北ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
		66	6,945	8,569
		2.1	224.0	276.4
		56	6,775	8,454
		1.8	218.5	272.7
		50	6,872	8,081
		1.7	221.7	260.7

【関東甲信越静ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
平成 26 年	合計(人)	194	12,782	13,640
	平均(人)	5.4	355.1	378.9
平成 27 年	合計(人)	182	12,708	13,074
	平均(人)	5.1	353.0	363.2
平成 28 年	合計(人)	191	12,735	12,738
	平均(人)	5.3	353.8	353.8

【東京ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
		157	826	0
		52.3	413.0	-
		116	888	0
		38.7	444.0	-
		0	0	0
		-	-	-

【東海北陸ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
平成 26 年	合計(人)	69	7,665	7,861
	平均(人)	2.7	294.8	302.3
平成 27 年	合計(人)	90	7,719	7,590
	平均(人)	3.3	285.9	281.1
平成 28 年	合計(人)	77	7,850	7,704
	平均(人)	2.9	290.7	285.3

【近畿ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
		77	10,650	10,800
		2.3	322.7	327.3
		72	10,485	10,645
		2.2	317.7	322.6
		49	10,545	10,508
		1.5	319.5	318.4

【中国四国ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
平成 26 年	合計(人)	147	11,436	14,970
	平均(人)	3.4	266.0	348.1
平成 27 年	合計(人)	155	11,179	14,760
	平均(人)	3.6	260.0	343.3
平成 28 年	合計(人)	138	10,735	14,517
	平均(人)	3.2	249.7	337.6

【九州ブロック】

		① 措置入院	② 医療保護入院	③ 任意入院
		184	17,319	28,176
		3.5	333.1	541.8
		183	16,458	29,167
		3.5	316.5	560.9
		197	16,211	28,856
		3.9	317.9	565.8

(2) 1年以上入院患者数(入院形態別)

図表 5-11 1年以上入院患者数(入院形態別)

		回答保健所数	①全体	②任意	③認知症
平成 26 年	合計(人)	82	37,962	20,086	4,321
	割合(%)		100.0	52.9	11.4
平成 27 年	合計(人)	82	37,035	19,804	4,268
	割合(%)		100.0	53.5	11.5
平成 28 年	合計(人)	81	36,300	19,293	4,330
	割合(%)		100.0	53.1	11.9

※集計可能なサンプルのみ



図表 5-12 1年以上入院患者数(入院形態別)／ブロック別

【北海道ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
平成 26年	合計(人)	7	5,656	3,016	656
	割合(%)		100.0	53.3	11.6
平成 27年	合計(人)	7	5,543	3,010	549
	割合(%)		100.0	54.3	9.9
平成 28年	合計(人)	7	5,530	2,969	590
	割合(%)		100.0	53.7	10.7

【東北ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
	合計(人)	8	3,064	1,962	233
	割合(%)		100.0	64.0	7.6
	合計(人)	8	2,935	1,892	196
	割合(%)		100.0	64.5	6.7
	合計(人)	8	2,923	1,846	224
	割合(%)		100.0	63.2	7.7

【関東甲信越静ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
平成 26年	合計(人)	8	3,415	1,827	447
	割合(%)		100.0	53.5	13.1
平成 27年	合計(人)	8	3,351	1,768	433
	割合(%)		100.0	52.8	12.9
平成 28年	合計(人)	8	3,203	1,685	382
	割合(%)		100.0	52.6	11.9

【東京ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
	合計(人)	0	0	0	0
	割合(%)		-	-	-
	合計(人)	0	0	0	0
	割合(%)		-	-	-
	合計(人)	0	0	0	0
	割合(%)		-	-	-

【東海北陸ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
平成 26年	合計(人)	7	2,007	1,010	149
	割合(%)		100.0	50.3	7.4
平成 27年	合計(人)	7	1,965	961	140
	割合(%)		100.0	48.9	7.1
平成 28年	合計(人)	7	1,957	929	157
	割合(%)		100.0	47.5	8.0

【近畿ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
	合計(人)	19	6,349	3,074	825
	割合(%)		100.0	48.4	13.0
	合計(人)	19	6,148	3,055	863
	割合(%)		100.0	49.7	14.0
	合計(人)	19	6,188	3,027	853
	割合(%)		100.0	48.9	13.8

【中国四国ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
平成 26年	合計(人)	18	7,606	3,545	1,089
	割合(%)		100.0	46.6	14.3
平成 27年	合計(人)	18	7,397	3,463	1,150
	割合(%)		100.0	46.8	15.5
平成 28年	合計(人)	17	7,042	3,292	1,127
	割合(%)		100.0	46.7	16.0

【九州ブロック】

		回答 保健所数	① 全体	② 任意	③ 認知症
	合計(人)	15	9,865	5,652	922
	割合(%)		100.0	57.3	9.3
	合計(人)	15	9,696	5,655	937
	割合(%)		100.0	58.3	9.7
	合計(人)	15	9,457	5,545	997
	割合(%)		100.0	58.6	10.5

※集計可能なサンプルのみ

### (3) 新規入院患者退院率（各年次の6月30日現在）全疾患

図表 5-13 新規入院患者退院率 全疾患

		①3ヶ月	②6ヶ月	③1年
平成 26 年	平均(%)	55.8	76.3	84.6
平成 27 年	平均(%)	54.3	74.9	83.8
平成 28 年	平均(%)	55.6	76.5	85.0

図表 5-14 新規入院患者退院率 全疾患／ブロック別

#### 【北海道ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成 26 年	平均(%)	61.0	70.5	80.1
平成 27 年	平均(%)	57.6	75.8	81.6
平成 28 年	平均(%)	64.3	78.0	86.3

#### 【東北ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		54.0	77.7	85.0
		50.7	73.3	81.7
		50.9	78.5	88.9

#### 【関東甲信越静岡ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成 26 年	平均(%)	58.0	79.3	87.1
平成 27 年	平均(%)	60.3	79.3	87.7
平成 28 年	平均(%)	61.3	79.0	86.4

#### 【東京ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-

#### 【東海北陸ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成 26 年	平均(%)	63.6	83.2	89.0
平成 27 年	平均(%)	57.5	78.1	85.9
平成 28 年	平均(%)	61.4	81.6	88.2

#### 【近畿ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		56.2	80.9	89.4
		58.3	80.3	87.1
		56.4	79.8	87.3

#### 【中国四国ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成 26 年	平均(%)	53.2	71.9	82.0
平成 27 年	平均(%)	49.5	70.2	80.7
平成 28 年	平均(%)	50.5	70.6	79.4

#### 【九州ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		52.2	72.9	81.3
		52.0	72.3	82.7
		52.8	73.7	83.1

年次推移でみて、いずれの時期の退院率も大きな変化はなかった。

(4) 新規入院患者退院率（各年次の6月30日現在）認知症治療病棟

図表 5-15 新規入院患者退院率 認知症治療病棟

		①3ヶ月	②6ヶ月	③1年
平成26年	平均(%)	24.3	38.5	48.8
平成27年	平均(%)	24.2	38.7	47.6
平成28年	平均(%)	22.2	37.5	49.4

図表 5-16 新規入院患者退院率 認知症治療病棟／ブロック別

【北海道ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成26年	平均(%)	33.9	36.4	43.9
平成27年	平均(%)	27.7	35.3	37.3
平成28年	平均(%)	12.0	18.6	29.8

【東北ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		17.3	30.0	41.0
		13.4	26.0	33.0
		8.7	24.0	32.2

【関東甲信越静岡ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成26年	平均(%)	24.2	39.1	56.8
平成27年	平均(%)	27.7	43.6	50.8
平成28年	平均(%)	21.7	38.6	51.3

【東京ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-

【東海北陸ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成26年	平均(%)	32.2	54.7	62.9
平成27年	平均(%)	28.5	49.9	64.6
平成28年	平均(%)	33.6	55.2	72.0

【近畿ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		16.2	29.7	32.5
		19.6	36.5	39.4
		19.5	29.8	38.5

【中国四国ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
平成26年	平均(%)	22.4	39.4	47.5
平成27年	平均(%)	23.0	37.1	46.8
平成28年	平均(%)	19.6	34.8	44.8

【九州ブロック】

		① 3ヶ月	② 6ヶ月	③ 1年
		27.2	37.5	50.7
		27.9	40.0	50.9
		28.4	43.0	57.0

年次推移でみて、いずれの時期の退院率も大きな変化はなかった。

また、全疾患の退院率（図表5-13）と比較すると、いずれの時期の退院率も低かった。

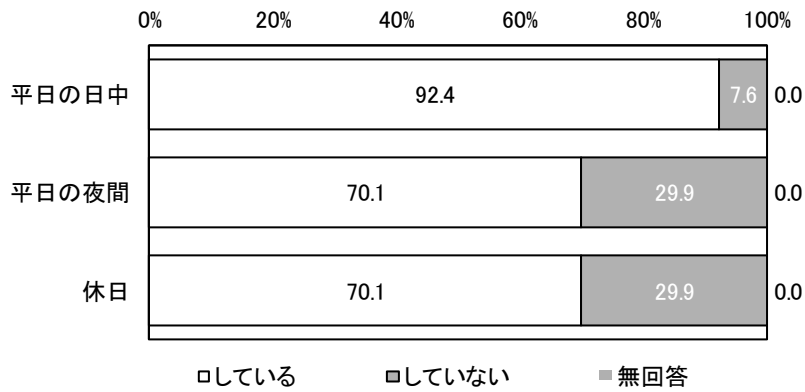
### Ⅲ 警察官通報対応について

#### (1) 通報の対応の有無

Q10 貴所にて通報の対応をしていますか。  
それぞれ、あてはまる番号を回答してください。

#### ① 通報受理

図表 5-17 通報の対応の有無【 通報受理 】



回答数=304保健所

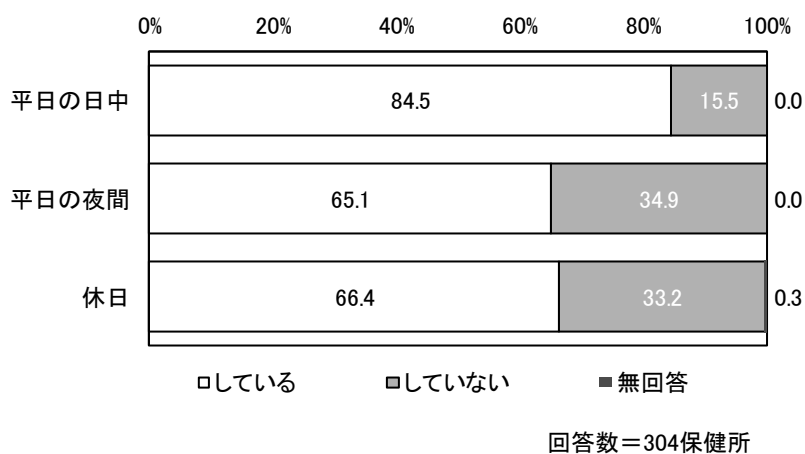
図表 5-18 通報の対応の有無【 通報受理 】／設置主体別

上段 数 下段 %	合計	平日の日中			平日の夜間			休日		
		している	していない	無回答	している	していない	無回答	している	していない	無回答
全 体	304 100.0	281 92.4	23 7.6	0 0.0	213 70.1	91 29.9	0 0.0	213 70.1	91 29.9	0 0.0
都道府県	241 100.0	232 96.3	9 3.7	0 0.0	186 77.2	55 22.8	0 0.0	186 77.2	55 22.8	0 0.0
指定都市	15 100.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0	9 60.0	6 40.0	0 0.0	9 60.0	6 40.0	0 0.0
保健所政令市、中核市	34 100.0	26 76.5	8 23.5	0 0.0	17 50.0	17 50.0	0 0.0	17 50.0	17 50.0	0 0.0
特別区	14 100.0	11 78.6	3 21.4	0 0.0	1 7.1	13 92.9	0 0.0	1 7.1	13 92.9	0 0.0

通報受理については、平日の日中は92.4%の保健所が対応をしているが、平日の夜間及び休日に対応しているのは70.1%であった。

## ② 事前調査

図表 5-19 通報の対応の有無【事前調査】



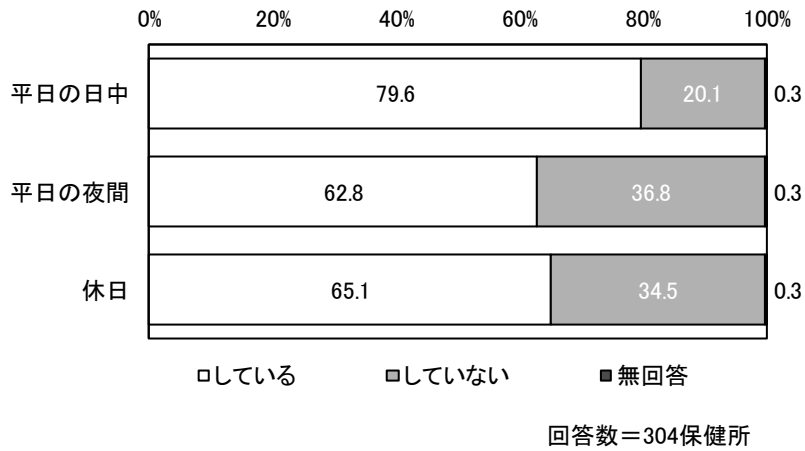
図表 5-20 通報の対応の有無【事前調査】／設置主体別

上段 数 下段 %	合計	平日の日中			平日の夜間			休日		
		している	していない	無回答	している	していない	無回答	している	していない	無回答
全体	304 100.0	257 84.5	47 15.5	0 0.0	198 65.1	106 34.9	0 0.0	202 66.4	101 33.2	1 0.3
都道府県	241 100.0	232 96.3	9 3.7	0 0.0	182 75.5	59 24.5	0 0.0	185 76.8	55 22.8	1 0.4
指定都市	15 100.0	8 53.3	7 46.7	0 0.0	7 46.7	8 53.3	0 0.0	6 40.0	9 60.0	0 0.0
保健所政令市、中核市	34 100.0	17 50.0	17 50.0	0 0.0	9 26.5	25 73.5	0 0.0	11 32.4	23 67.6	0 0.0
特別区	14 100.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0

事前調査については、平日の日中は84.5%の保健所が対応をしているが、平日の夜間は65.1%、休日は66.4%が対応している状況であった。

### ③ 措置診察

図表 5-21 通報の対応の有無【措置診察】



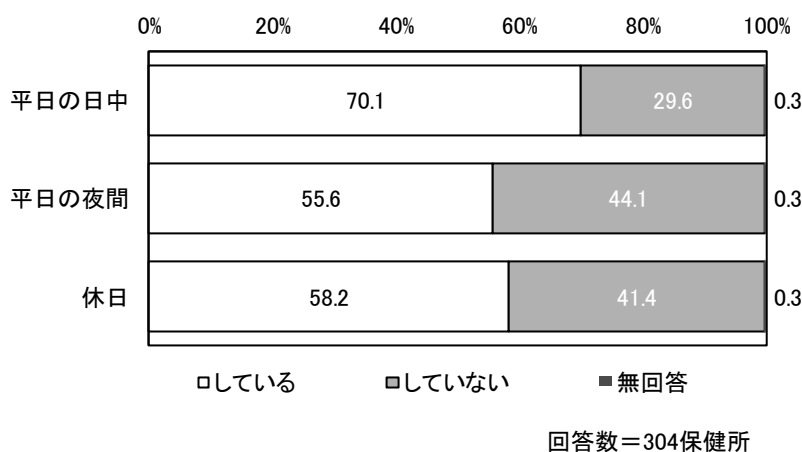
図表 5-22 通報の対応の有無【措置診察】／設置主体別

上段 数 下段 %	合計	平日の日中			平日の夜間			休日		
		している	していない	無回答	している	していない	無回答	している	していない	無回答
全体	304 100.0	242 79.6	61 20.1	1 0.3	191 62.8	112 36.8	1 0.3	198 65.1	105 34.5	1 0.3
都道府県	241 100.0	226 93.8	15 6.2	0 0.0	177 73.4	64 26.6	0 0.0	184 76.3	57 23.7	0 0.0
指定都市	15 100.0	10 66.7	5 33.3	0 0.0	9 60.0	6 40.0	0 0.0	8 53.3	7 46.7	0 0.0
保健所政令市、中核市	34 100.0	6 17.6	27 79.4	1 2.9	5 14.7	28 82.4	1 2.9	6 17.6	27 79.4	1 2.9
特別区	14 100.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0

措置診察については、平日の日中は79.6%の保健所が対応をしているが、平日の夜間は62.8%、休日は65.1%が対応している状況であった。

④ 移送

図表 5-23 通報の対応の有無【移送】



図表 5-24 通報の対応の有無【移送】／設置主体別

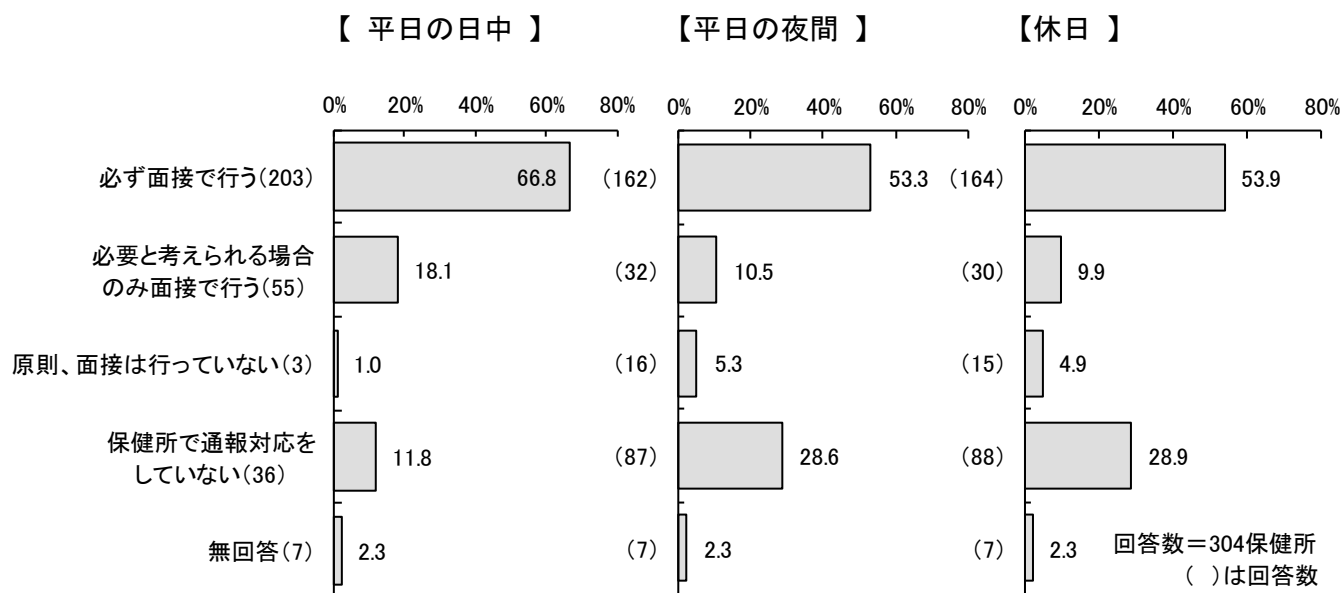
上段 数 下段 %	合計	平日の日中			平日の夜間			休日		
		している	していない	無回答	している	していない	無回答	している	していない	無回答
全体	304 100.0	213 70.1	90 29.6	1 0.3	169 55.6	134 44.1	1 0.3	177 58.2	126 41.4	1 0.3
都道府県	241 100.0	200 83.0	41 17.0	0 0.0	156 64.7	85 35.3	0 0.0	164 68.0	77 32.0	0 0.0
指定都市	15 100.0	10 66.7	5 33.3	0 0.0	9 60.0	6 40.0	0 0.0	8 53.3	7 46.7	0 0.0
保健所政令市、中核市	34 100.0	3 8.8	30 88.2	1 2.9	4 11.8	29 85.3	1 2.9	5 14.7	28 82.4	1 2.9
特別区	14 100.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0	0 0.0	14 100.0	0 0.0

移送については、平日の日中は 70.1%の保健所が対応をしているが、平日の夜間は 55.6%、休日は 58.2%が対応している状況であった。

## (2) 事前調査における面接の実施状況

Q11 措置診察の要否の判断は、原則、被通報者との面接を行い決定すべきですが、事前調査はどのように行っていますか。それぞれ、あてはまる番号を回答してください。

図表 5-25 事前調査における面接の実施状況



事前調査における面接の実施状況について、必ず面接で行っている保健所は、平日の日中66.8%、平日の夜間53.3%、休日53.9%であった。

ブロック別にみた場合、必ず面接で行っているのは、平日の日中では、東北85.7%、九州83.3%、中国四国73.9%、の順に多かった。また、関東甲信越静と近畿は平日日中と平日夜間及び休日の対応の差が大きく、それぞれの割合は、関東甲信越静64.9%、36.8%、36.8%、近畿71.4%、11.9%、11.9%となっていた。



図表 5-26 事前調査における面接の実施状況／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	平日の日中				平日の夜間				休日			
		必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない	必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない	必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない
全体	304 100.0	203 66.8	55 18.1	3 1.0	36 11.8	162 53.3	32 10.5	16 5.3	87 28.6	164 53.9	30 9.9	15 4.9	88 28.9
北海道 ブロック	16 100.0	6 37.5	8 50.0	0 0.0	2 12.5	5 31.3	8 50.0	1 6.3	2 12.5	5 31.3	8 50.0	1 6.3	2 12.5
東北 ブロック	35 100.0	30 85.7	2 5.7	0 0.0	1 2.9	30 85.7	2 5.7	0 0.0	1 2.9	30 85.7	2 5.7	0 0.0	1 2.9
関東甲信越 静ブロック	57 100.0	37 64.9	11 19.3	0 0.0	9 15.8	21 36.8	5 8.8	3 5.3	28 49.1	21 36.8	4 7.0	3 5.3	29 50.9
東京 ブロック	16 100.0	0 0.0	0 0.0	2 12.5	14 87.5	0 0.0	0 0.0	1 6.3	15 93.8	0 0.0	0 0.0	1 6.3	15 93.8
東海北陸 ブロック	38 100.0	21 55.3	14 36.8	0 0.0	3 7.9	21 55.3	8 21.1	5 13.2	4 10.5	21 55.3	8 21.1	5 13.2	4 10.5
近畿 ブロック	42 100.0	30 71.4	10 23.8	0 0.0	1 2.4	5 11.9	1 2.4	4 9.5	31 73.8	5 11.9	1 2.4	4 9.5	31 73.8
中国四国 ブロック	46 100.0	34 73.9	7 15.2	1 2.2	4 8.7	35 76.1	6 13.0	1 2.2	4 8.7	36 78.3	5 10.9	1 2.2	4 8.7
九州 ブロック	54 100.0	45 83.3	3 5.6	0 0.0	2 3.7	45 83.3	2 3.7	1 1.9	2 3.7	46 85.2	2 3.7	0 0.0	2 3.7

※無回答を省略している

図表 5-27 事前調査における面接の実施状況／設置主体別

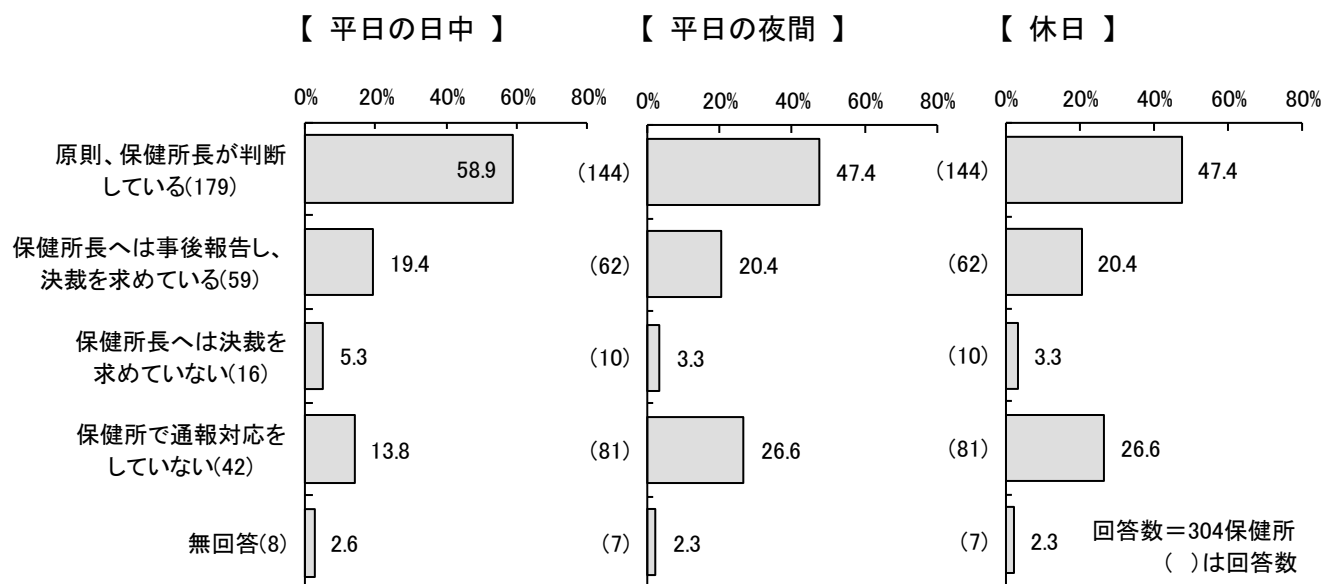
上段 数 下段 %	合計	平日の日中				平日の夜間				休日			
		必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない	必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない	必ず面接で行う	必要と考えられる 場合のみ面接で行う	原則、面接は 行っていない	保健所で通報対応 をしていない
全体	304 100.0	203 66.8	55 18.1	3 1.0	36 11.8	162 53.3	32 10.5	16 5.3	87 28.6	164 53.9	30 9.9	15 4.9	88 28.9
都道府県	241 100.0	184 76.3	47 19.5	1 0.4	9 3.7	150 62.2	28 11.6	12 5.0	51 21.2	151 62.7	26 10.8	12 5.0	52 21.6
指定都市	15 100.0	7 46.7	4 26.7	0 0.0	3 20.0	5 33.3	1 6.7	3 20.0	5 33.3	5 33.3	1 6.7	2 13.3	6 40.0
保健所政令 市、中核市	34 100.0	12 35.3	4 11.8	1 2.9	11 32.4	7 20.6	3 8.8	0 0.0	18 52.9	8 23.5	3 8.8	0 0.0	17 50.0
特別区	14 100.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	13 92.9	0 0.0	0 0.0	1 7.1	13 92.9	0 0.0	0 0.0	1 7.1	13 92.9

※無回答を省略している

### (3) 措置診察要否の判断の仕方

Q12 措置診察要否の判断は、自治体における実施機関において、協議・検討の機能を確保し、組織的に判断することが適当ですが、判断はどのように行っていますか。

図表 5-28 措置診察要否の判断の仕方



措置診察要否の判断の仕方について、原則保健所長が判断しているのは、平日の日中は58.9%、平日の夜間及び休日は47.4%であった。

ブロック別に見た場合、関東甲信越静及び近畿は平日日中と平日夜間及び休日の対応の差が大きく、それぞれの割合は関東甲信越静 54.4%、26.3%、26.3%、近畿 28.6%、2.4%、2.4%であった。

図表 5-29 措置診察要否の判断の仕方／ブロック別

上段 下段	数 %	合計	平日の昼中					平日の夜間					休日				
			原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている	保健所長へは決裁をしていない	保健所で通報対応をしていない	判断している	原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている	保健所長へは決裁をしていない	保健所で通報対応をしていない	判断している	原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている
全 体		304 100.0	179 58.9	59 19.4	16 5.3	42 13.8	144 47.4	62 20.4	10 3.3	81 26.6	144 47.4	62 20.4	10 3.3	81 26.6			
北海道 ブロック		16 100.0	8 50.0	6 37.5	0 0.0	2 12.5	8 50.0	6 37.5	0 0.0	2 12.5	8 50.0	6 37.5	0 0.0	2 12.5			
東北 ブロック		35 100.0	26 74.3	6 17.1	0 0.0	1 2.9	21 60.0	11 31.4	0 0.0	1 2.9	21 60.0	11 31.4	0 0.0	1 2.9			
関東甲信越 静岡ブロック		57 100.0	31 54.4	12 21.1	4 7.0	10 17.5	15 26.3	13 22.8	4 7.0	25 43.9	15 26.3	13 22.8	4 7.0	25 43.9			
東京 ブロック		16 100.0	0 0.0	1 6.3	2 12.5	13 81.3	0 0.0	1 6.3	1 6.3	14 87.5	0 0.0	1 6.3	1 6.3	14 87.5			
東海北陸 ブロック		38 100.0	26 68.4	6 15.8	2 5.3	4 10.5	26 68.4	6 15.8	2 5.3	4 10.5	26 68.4	6 15.8	2 5.3	4 10.5			
近畿 ブロック		42 100.0	12 28.6	17 40.5	6 14.3	5 11.9	1 2.4	10 23.8	1 2.4	29 69.0	1 2.4	10 23.8	1 2.4	29 69.0			
中国四国 ブロック		46 100.0	34 73.9	6 13.0	2 4.3	4 8.7	33 71.7	7 15.2	2 4.3	4 8.7	33 71.7	7 15.2	2 4.3	4 8.7			
九州 ブロック		54 100.0	42 77.8	5 9.3	0 0.0	3 5.6	40 74.1	8 14.8	0 0.0	2 3.7	40 74.1	8 14.8	0 0.0	2 3.7			

※無回答を省略している

図表 5-30 措置診察要否の判断の仕方／設置主体別

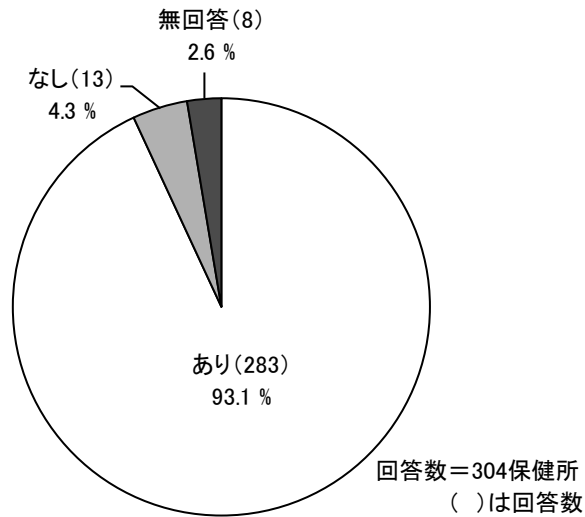
上段 下段	数 %	合計	平日の昼中					平日の夜間					休日				
			原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている	保健所長へは決裁をしていない	保健所で通報対応をしていない	判断している	原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている	保健所長へは決裁をしていない	保健所で通報対応をしていない	判断している	原則、保健所長が判断している	保健所長へは事後報告し、決裁を求めている	保健所長へは決裁を求めている
全 体		304 100.0	179 58.9	59 19.4	16 5.3	42 13.8	144 47.4	62 20.4	10 3.3	81 26.6	144 47.4	62 20.4	10 3.3	81 26.6			
都道府県		241 100.0	171 71.0	53 22.0	7 2.9	9 3.7	137 56.8	56 23.2	2 0.8	46 19.1	137 56.8	56 23.2	2 0.8	46 19.1			
指定都市		15 100.0	4 26.7	2 13.3	4 26.7	5 33.3	3 20.0	2 13.3	4 26.7	6 40.0	3 20.0	2 13.3	4 26.7	6 40.0			
保健所政令 市、中核市		34 100.0	4 11.8	3 8.8	3 8.8	17 50.0	4 11.8	3 8.8	3 8.8	17 50.0	4 11.8	3 8.8	3 8.8	17 50.0			
特別区		14 100.0	0 0.0	1 7.1	2 14.3	11 78.6	0 0.0	1 7.1	1 7.1	12 85.7	0 0.0	1 7.1	1 7.1	12 85.7			

※無回答を省略している

(4) 警察官通報の有無と措置診察不要もしくは措置入院非該当となった件数

Q13	平成 28 年度の警察官通報の有無
Q14	Q13 のうち措置診察不要もしくは措置入院非該当となった件数

図表 5-31 警察官通報の有無



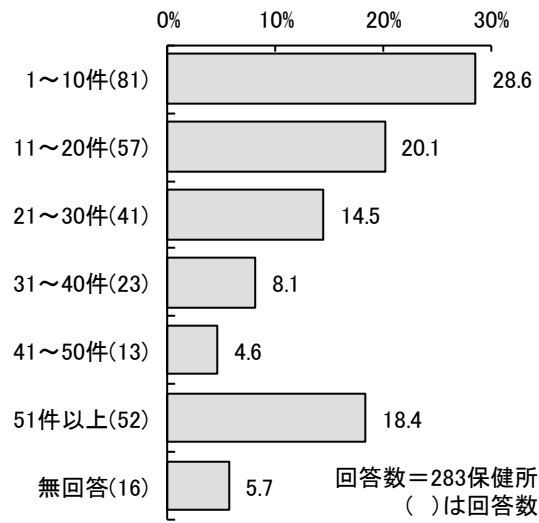
図表 5-32 警察官通報件数／措置診察不要もしくは措置入院非該当となった件数

警察官通報件数		A+B: 内、措置診察不要件数及び措置入院非該当件数		
		A:措置診察不要件数	B:措置入院非該当件数	
合計(件)	10,662	7,571	5,737	1,834
平均(件)	39.9	28.4	21.5	6.9

※集計可能なサンプルのみ (267 保健所)

集計可能であった 267 保健所の回答で、平成 28 年度の警察官通報件数は 1 保健所あたり平均 39.9 件であった。

図表 5-33 警察官通報件数



回答のあった 283 保健所の警察官通報件数の分布状況を見ると、1~10 件が 28.6%と最も多かった。また、51 件以上と回答した保健所は 18.4%であった。

## (5) 措置診察不要後の対応について

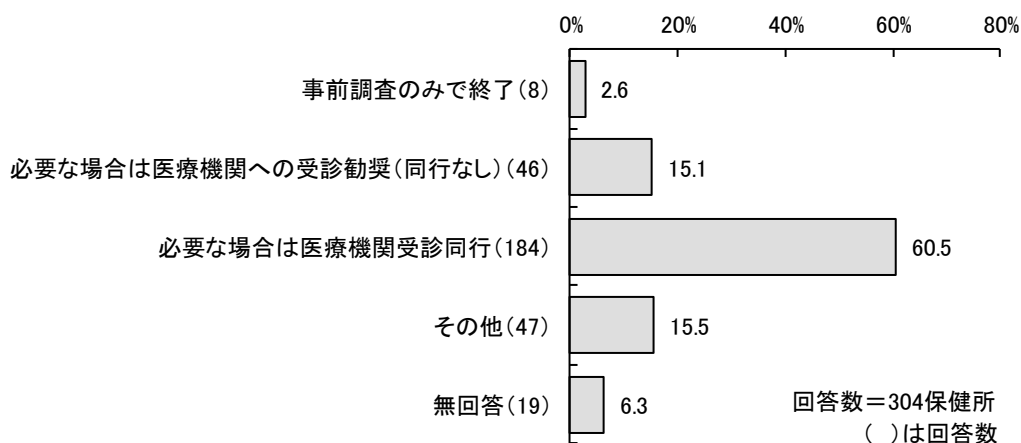
Q15 措置診察不要と判断した場合でも、その後の支援が必要と認められる場合は、精神保健福祉法 47 条に基づき相談指導を積極的に行うことが望ましいとされています。そこで措置診察不要後の対応について、どこまで対応を行っているかお尋ねします。

※ケースバイケースだと思いますが、通常行っている対応を1つ選択してください。

### ① 被通報者の帰住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と同じ場合

図表 5-34 被通報者の帰住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と **同じ場合** の措置診察不要後の対応

#### 【 被通報者への対応 】



措置診察不要後の対応について、被通報者の帰住先を管轄する保健所が通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と同じ場合は、事前調査のみで終了 2.6%、必要な場合医療機関受診同行 60.5%であった。

### ◆ 「その他」の具体的対応

#### 1. 医療機関等への受診を勧奨または同行(10件)

- 医療機関への受診を勧奨し、必要な場合は受診支援を行う。
- 必要な場合は、関係機関と連携しながら受診支援を行う。
- 必要な場合は、医療機関への受診勧奨を行い、他の相談機関へつなぐ等。
- 必要な場合は医療機関への受診勧奨を行い、本人もしくは家族の了解を得て、帰住先を管轄する保健所にケース連絡をする。

- 必要な場合は受診勧奨や市町等の支援につなぐことがある。
- 必要に応じて、医療機関への受診勧奨・調整、同行受診を行っている。また、相談機関への相談勧奨を行っている。
- 保護をしていない。後日書面のみでの通報は事前調査のみで終了することが多いが、保護しての通報は、必要な場合は医療機関受診同行している。
- 相談機関紹介、関係機関への情報提供や支援引継ぎ。必要な場合は医療機関への受診勧奨（同行なし）、医療機関受診同行による対応もあり。
- 「2. 必要な場合は医療機関への受診推奨（同行なし）」「3. 必要な場合は医療機関受診同行」を事例の状況に合わせて実施。通報前の地域での過ごし方によっては、市町保健師と協働で支援する。
- 「2. 必要な場合は医療機関への受診推奨（同行なし）」「3. 必要な場合は医療機関受診同行」の支援を含め、必要な場合は地域移行に準じた支援を行っている。

## 2. 支援・情報提供を行っている(12件)

- 事前調査後、必要により支援を行っている。
- 本人の希望があれば、必要な支援をする。
- 被通報者の医療継続の支援及び家族を含めた生活の支援を行っている。
- 関わりがある事例は継続フォローを実施している。
- 相談指導。
- 相談歴のあるケースについては改めて支援の再開・継続を行っている。
- 必要に応じて区役所等が相談支援を行っている。
- 必要に応じて支援機関や地区担当保健師に情報提供を行っている。
- 23条通報を基に、ミニカンファレンスを実施、対応方針を検討。関係機関と連携し、措置入院、医療保護入院者等を中心に支援。
- 被通報者や家族へ医療機関や相談機関を紹介。
- 被通報者への受診勧奨をはじめ、家族支援、医療機関や福祉サービスの調整等を面接や電話相談、家庭訪問をしながら支援。
- 受診同伴（必要時）だけでなく、継続支援が必要と判断した場合は、市や関係機関と連携を取りながら相談支援を行っている。

## 3. 都や県が対応(8件)

- 当保健所は経由のみのため、受理した県保健所から情報提供があれば対応している。
- 警察官通報対応は経由事務のみのため、通報時の対応は県保健所が行っている。
- 平日の日中の警察官通報は保健所を経由し、東京都精神保健医療課で受理される。そのため、保健所では受理後の情報は把握していない。(2件)

- 23 区は通報の経由事務のみで、具体的な判断・対応は都が一括して実施しているため結果の詳細不明。その後の対応も個別ケース（今まで保健師の関わりがあれば対応）による。
- 通報業務は県が対応しており、必要に応じて受診勧奨や保健所への対応依頼がある。保健所では平日開庁時間に面接や受診援助等の対応を行う。
- 群馬県では、通報については精神科救急情報センターが集中対応している。必要な場合には、医療機関への受診勧奨や、保健所の相談の紹介や主治医や保健所へ情報提供してくれる。(2 件)

#### 4. ケースごとに対応(6 件)

- ケースによっては、家庭訪問等でフォローします。
- ケースバイケースで上記「1. 事前調査のみで終了」「2. 必要な場合は医療機関への受診推奨（同行なし）」「3. 必要な場合は医療機関受診同行」いずれの場合もある。(2 件)
- 基本は上記「1. 事前調査のみで終了」の対応を行うが、必要に応じて上記「2. 必要な場合は医療機関への受診推奨（同行なし）」または「3. 必要な場合は医療機関受診同行」の対応を行う。
- 通常というほどケース数がなく、ケースバイケースで対応している。
- 23 条通報後の処遇は不明なため、家族や警察からの相談があった際に対応している。

#### 5. 事例がない・対応していない(5 件)

- 事案がない。
- 措置診察を行っていない。
- 措置診察不要と診断した際、連絡がないので対応できていない。
- 保健所では通報対応していません。(2 件)

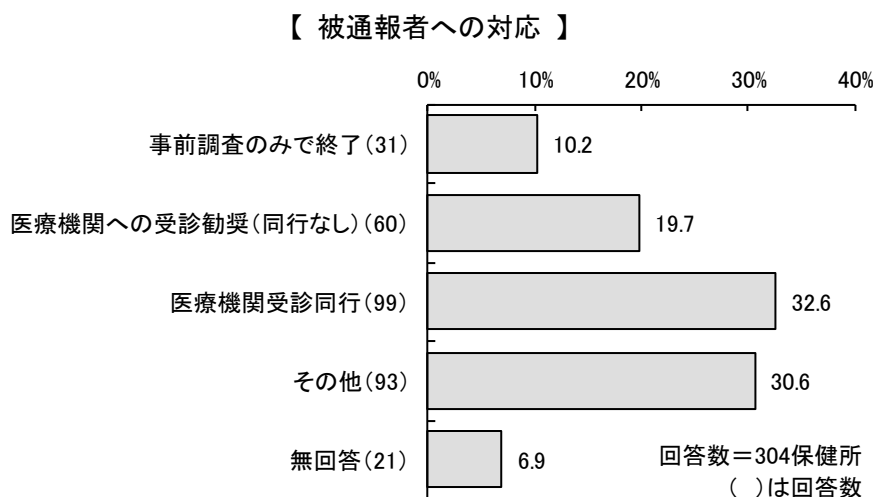
#### 6. 常に措置診察を実施している(3 件)

- 主治医がいて、主治医が措置診察不要と意見を出した方以外、精神症状を有する方は措置診察を実施しているので、質問事項の該当者なし。
- 警察官通報の場合、診察不要とするケースはなく、必ず措置診察につなげるため、本質問には該当しない。(2 件)



② 被通報者の帰住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と異なる場合

図表 5-35 被通報者の帰住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と異なる場合の措置診察不要後の対応



措置診察不要後の対応について、被通報者の帰住先を管轄する保健所が通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と異なる場合は、事前調査のみで終了 10.2%、必要な場合医療機関受診同行 32.6%であった。

◆ 「 その他 」 の具体的対応

1. 管轄保健所に引き継ぐ(29件)

- 管轄する(帰住先)保健所へ連絡する。(2件)
- 帰住先の保健所(管轄保健所)へ支援を引き継ぐ。(3件)
- 被通報者の帰住先を管轄する保健所(管轄保健所)へ情報提供を行う。(5件)
- 道本庁担当課を通じて、管轄保健所へ情報提供する。
- 帰住先保健所への情報提供、事前調査のために市町への問合せ実施。場合により、市町への情報提供。
- 帰住先管轄保健所への対応依頼。事後通報で病院へ搬送されていた場合は病院への聞き取り。
- 基本的には帰住先を管轄する保健所が対応。帰住先が異なる保健所が臨場した場合は「3. 医療機関受診同行」。
- 被通報者の家族と今後について相談等を行う。必要に応じて、被通報者の帰住先を所管する保健所に情報提供。
- 被通報者の帰住先を管轄する保健所と連携を図り、必要な対応を行う。

- 被通報者もしくは保護者等の了解を得て、管轄の保健所に情報提供か、管轄保健所への相談を勧める。
- 必要に応じて、管轄保健所への相談勧奨を行っている。
- 必要時には受診勧奨及び帰住先を管轄する保健所への相談を勧めている。
- 本人の希望や必要性に応じて、被通報者の帰住先を管轄する保健所につなぐ。
- 本人の了解を得て、本人の帰住先を管轄する保健所に情報提供を行っている。
- 本人等の了解をとり、帰住地（生活地）の保健所等、支援機関に連絡をとり支援を依頼している。
- 被通報者を管轄する保健所に受診勧奨を依頼する。
- その後の支援が必要と判断すれば、被通報者の居住する担当部署へ連絡調整を行う（家族が居れば、本人と共に受診勧奨と受診調整を行う）。
- 「2. 医療機関への受診勧奨（同行なし）」の回答にプラスして、必要時帰住先管轄保健所に情報提供している。
- 被通報者や家族へ帰住先の相談機関を紹介。
- 本人を管轄する自治体に連絡し対応してもらうが、自治体が関わっておらず家族の入院希望があれば、医療機関へのつなぎをしている。
- 本人、家族の状況により、帰住先の保健所とも連絡を取りながら、対応する。
- 主治医または住所地の保健所に相談を促す。

## 2. 医療機関等への受診を勧奨または同行(20件)

- 必要な場合には、受診勧奨、受診援助を行う。
- 管内医療機関への受診勧奨（必要に応じて同行）を行います。
- 必要に応じて医療機関への受診同行を行う。（5件）
- 必要な場合は、管轄する医療圏内の政令指定都市にある医療機関へ、受診同行することがあります。
- 県内の医療機関までは同行し受診支援はするが、本人の帰住先の医療機関までは同行しない。
- 被通報者が、近隣の医療機関を受診する場合は同行するが、帰住先で受診する場合は、受診勧奨のみで同行しない。
- 本人及び家族の意向により、県内であれば医療機関へ受診同行。県外であれば、受診勧奨。
- 状況に応じ医療機関受診同行を行うとともに、帰住先を管轄する保健所に状況を連絡し、今後の支援を依頼する。
- 全てのケースにおいて受診勧奨を行い、管内の医療機関受診を希望する場合は受診に同行している。管外の医療機関受診を希望する場合は、状況に応じて受診同行を行うか、管轄する保健所又は市へ情報提供を行う。
- 必要な場合は医療機関への受診勧奨を行い、本人もしくは家族の了解を得て、帰住先を管轄する保健所に連絡（情報提供）をする。（2件）

- 必要に応じ、医療機関受診同行を行うとともに、帰住先を管轄する保健所に連絡（情報提供）し、今後の支援を依頼。（2件）
- 警察官から相談を受けた場合や、警察官が患者を保健所まで連れてきた等の場合は、必要に応じて医療機関受診同行。
- 通報受理保健所からの情報があれば、医療機関への受診・相談支援を実施。
- 受診する病院へ連絡し、当事者や家族へ受診勧奨する。その後の経過については家族や病院からの連絡にて確認する。

### 3. 事例がない・対応していない(16件)

- 平成28年度は対象者なし。
- 事案がない（対象者がいない）。（4件）
- これまで事例なし。事例が発生した場合、必要であれば、「3. 医療機関受診同行」の対応になると考える。
- 必要な場合は受診同行すると考えるが、28年度は帰住先が県外の事例がなかった。
- 措置診察を行っていない。
- 保健所では通報対応していません。（5件）
- こころの健康センターで行っているため詳細不明。
- 該当ケースがありませんでした。必要時は帰住先管轄保健所と連絡を取りながら対応したいと考えます。
- 診察不要と判断した際、連絡がないので対応できていない。

### 4. 支援・情報提供を行っている(12件)

- 関わりがある事例は継続フォローを実施している。
- 必要な場合は情報提供を行う。
- 必要時、市の担当部署と連絡し対応する。
- 必要時、情報共有。
- 本人及び家族に了解を取り、関係機関へ繋ぐ等。
- 面接調査実施。
- 要請があれば対応。
- 状況を確認し、生活実態が管轄内であれば支援。
- 23条通報後の処遇は不明なため、家族や警察からの相談があった際に対応している。
- 大津市に在住される時にケースカンファレンスに参加。
- 久留米警察通報は、事前調査を久留米市保健所で実施し、判断を当所。フォローは、久留米。
- 通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市からの連絡及び要請により、対応している。

## 5. 都や県が対応(9件)

- 県が対応しているため、対応については回答できない。
- 上記に同じく県が、必要に応じて対応している。
- 東京都で対応している。
- 23区は通報の経由事務のみで、具体的な判断・対応は都が一括して実施しているため結果等不明。
- 平日の日中の警察官通報は保健所を経由し、東京都精神保健医療課で受理される。そのため、保健所では受理後の情報は把握していない。
- 警察官通報対応は経由事務のみのため、通報時の対応は県保健所が行っている。
- 当市での情報がある場合は提供し、通報受付後は、県のみで対応。
- 群馬県では、精神科救急情報センターが対応。(2件)

## 6. ケースごとに対応(9件)

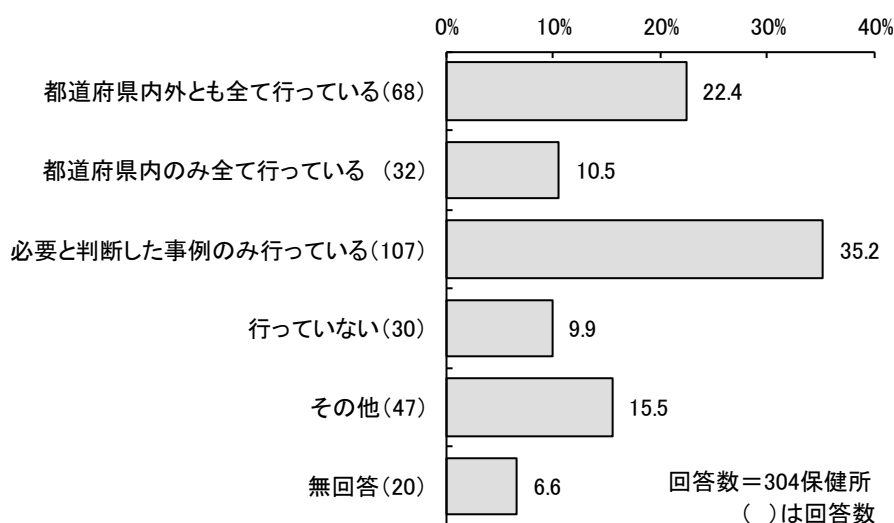
- 基本は「1. 事前調査のみで終了」の対応を行うが、必要に応じて「2. 医療機関への受診勧奨(同行なし)」又は「3. 医療機関受診同行」の対応を行う。
- 事例により「1. 事前調査のみで終了」「2. 医療機関への受診勧奨(同行なし)」「3. 医療機関受診同行」の対応を行うために、対応を一つ選択することはできない。
- 通常というほどケース数がなく、ケースバイケースでの対応をしている。
- ケースの状態によっては家族等に連絡し、引き取りと病院受診を依頼している。
- 被通報者の状況に応じて対応。本人や家族による受診が可能であれば「2. 医療機関への受診勧奨(同行なし)」の対応であり、それが難しく、近隣の医療機関であれば受診同行も検討する。
- 被通報者の状態によって対応は異なる。
- 遠方居住者で早期医療介入が必要であれば受療援助、中核市ケースは中核市HC引継ぎ。
- 帰住先が違って必要に応じた対応を行っている。一律の対応ではない。
- 帰住先が、同一障害福祉圏域内の保健所設置市であれば、保健所設置市へ引継ぐ。その他については、状況に応じ対応。

## 7. 措置診察を実施している(3件)

- 主治医がいて、主治医が措置診察不要と意見を出した方以外、精神症状を有する方は措置診察を実施しているので、質問事項の該当者なし。
- 警察官通報の場合、診察不要とするケースはなく、必ず措置診察につなげるため、本質問は該当しない。帰住先が管内か管外かによって対応は変わらない。
- 当所では、警察官通報は全て措置診察することとしているため、該当の選択肢はない。

図表 5-36 被通報者の帰住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県  
あるいは保健所設置市と異なる場合の措置診察不要後の対応

【 被通報者の帰住先を管轄する保健所(自治体)への情報提供 】



異なる場合に被通報者の帰住先保健所（自治体）への情報提供は都道府県内外とも全て行っている 22.4%、都道府県内のみ行っている 10.5%、必要と判断した事例のみ行っている 35.2%、行っていない 9.9%であった。

◆ 「その他」の具体的対応

1. 支援・情報提供を行っている(27件)

- 必要と判断し、かつ本人の了解が得られた場合に行っている。(2件)
- 必要と判断し、本人または家族等の同意が得られた場合に情報提供を行っている。(5件)
- 本人の希望や必要性に応じて行う。
- 基本的には全てにしよう努めているが、本人や家族の了解を得たうえで情報提供しているので全てではない。
- 帰住先が、同一障害福祉圏域内の保健所設置市であれば、保健所設置市へ引継ぐ。その他については、状況に応じ対応。
- 福岡市内のみ実施。
- 市内の各区保健センターへは情報提供を行っているが、市外については行っていない。
- 中核市HCとは協定に基づきすべて情報提供、遠方居住者は事例性を鑑み判断。
- 本人への支援を実施している行政や障害福祉サービス提供事業所等に情報提供を行っている。
- 県内は全て行っている。帰住先が県外の場合は、当所が判断しなおかつ同意があれば、管轄保健所又は自治体へ情報提供。

- 県設置保健所については、事務処理要領で住所地を管轄する保健所が措置対応をすることになっている。政令市及び県外のケースについては、本人及び家族の了解を得て、ケース連絡を行っている。
- 県内のみ、かつ、必要と判断した事例のみ行っている。
- 県内は全て、県外は必要と判断した事例に対して行っている。(4件)
- 県内は全て行っているが、県外は必要と判断され、かつ本人又は家族の同意がある場合に行っている。(2件)
- 県内事例は全て行っているが、当保健所は県外事例の対応なし。県外事例があれば、情報提供予定。
- 都道府県内で同じ県型保健所のみ。
- 県外へはケースの同意があった場合に行っている。
- 本人又は家族の同意が得られれば「1. 都道府県内外とも全て行っている」の対応を原則としている。しかし、帰住先が県外の被通報者で、本人及び家族の両方から同意が得られなかった事例があったため、上記「5. その他」を選択している。

## 2. 事例がない・対応していない(12件)

- 平成28年度は対象者なし。
- これまでそのような事例がない。(7件)
- 事例なしだが、あった場合「1. 都道府県内外とも全て行っている」で対応。
- 平成28年度に事例はないが、上記「1. 都道府県内外とも全て行っている」「2. 都道府県内のみ全て行っている」「3. 必要と判断した事例のみ行っている」の対応を状況に応じて実施し、居住地のある保健所へ情報提供し、つなぐ。
- 該当ケースがありませんでした。原則、全てのケースを情報提供したいと考えます。
- 措置診察を行っていない。

## 3. 都や県、他が対応(10件)

- 群馬県では、通報業務については精神科救急情報センターが集中して実施。(3件)
- 県保健所での対応のため詳細不明。
- 東京都で対応している。
- 23区は通報の経由事務のみで、具体的な判断・対応は都が一括して実施しているため結果等不明。
- 平日の日中の警察官通報は保健所を経由し、東京都精神保健医療課で受理される。そのため、保健所では受理後の情報は把握していない。
- 警察官通報対応は経由事務のみのため、通報時の対応は県保健所が行っている。
- 通報の対応は行っていない(県保健所が対応)。(2件)

#### 4. 措置診察を実施している(2件)

- 警察官通報の場合、診察不要とするケースはなく、必ず措置診察につなげるため、本質問は該当しない。通報に対応した場合、県内のものは全て、県外のものが必要に応じ情報提供を行っている。
- 当所では、警察官通報は全て措置診察することとしているため、該当の選択肢はない。

## IV 地域支援体制について

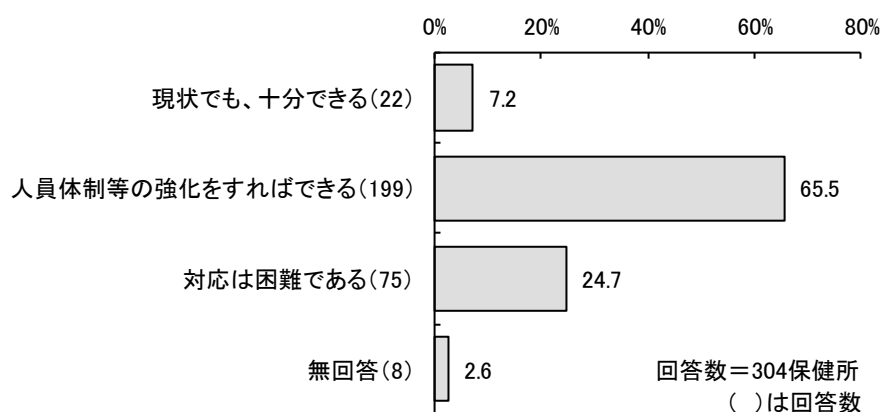
### (1) 措置入院事例の退院後支援計画作成について

Q16 国が措置入院事例の退院後支援計画作成を措置した保健所に求めています。貴保健所での対応可能性についてお答え下さい。  
尚、措置入院中か措置解除後の早い時期の作成を求め、遠隔地への入院では電話やインターネットでの会議への参加も可能としています。

「2 人員体制等の強化をすればできる」を選択した場合、どのような強化が必要ですか。

「3 対応は困難である」を選択した場合、その理由をお教え下さい。

図表 5-37 措置入院事例の退院後支援計画作成について  
【 保健所での対応可能性 】



措置入院事例の退院後支援計画作成について、現状でも十分に対応できる 7.2%、人員体制等の強化をすればできる 65.5%、対応は困難である 24.7%であった。



図表 5-38 措置入院事例の退院後支援計画作成について

【 保健所での対応可能性 】／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	現状でも 十分できる	人員体制等の強化 をすればできる	対応は困難である	無回答
全 体	304 100.0	22 7.2	199 65.5	75 24.7	8 2.6
北海道ブロック	16 100.0	3 18.8	7 43.8	5 31.3	1 6.3
東北ブロック	35 100.0	0 0.0	27 77.1	6 17.1	2 5.7
関東甲信越静ブロック	57 100.0	4 7.0	36 63.2	16 28.1	1 1.8
東京ブロック	16 100.0	0 0.0	10 62.5	6 37.5	0 0.0
東海北陸ブロック	38 100.0	3 7.9	21 55.3	13 34.2	1 2.6
近畿ブロック	42 100.0	6 14.3	28 66.7	8 19.0	0 0.0
中国四国ブロック	46 100.0	5 10.9	29 63.0	11 23.9	1 2.2
九州ブロック	54 100.0	1 1.9	41 75.9	10 18.5	2 3.7

ブロック別にみると、現状でも十分に対応できるとの回答が多かったのは、北海道 18.8%、近畿 14.3%であった。また、対応は困難であるとの回答が多かったのは、東京 37.5%、東海北陸 34.2%であった。

◆ 「人員体制等の強化をすればできる」を選択した場合、どのような強化が必要か。

1. 精神保健福祉士・専門職、専任職員の配置・増員による強化(97件)

- プランニングできる能力や関係機関との調整、ネットワークづくり、退院後の生活支援（定期的なモニタリング含む）の一連の業務ができる人員の確保。
- 岩手県では精神保健を担当するのは保健師であり、精神保健福祉士の配置等はない。現状では措置入院者が少ないものの、他業務もあるなか退院後支援計画の作成まで対応するには、専門職の配置が必要と考える。
- 技術的には可能と考えるが、求められる程度によっては担当職員の増員が必要。
- 業務を担う正規職員の配置。

- 業務量によっては対応が困難な場合があるので、必要であれば担当者を増やすことを検討した方がよいと考える。
- 業務量増に対応するための保健師等の人員確保。
- 経験豊富な相談員の増員。
- 計画作成や調整会議開催に向け必要となる頻回な調整に対応できるよう、保健師等の増員が必要。
- 現行の職員数（担当者数）では、困難。人員の増加が必要。その際に精神保健福祉士が配置できれば、なお良い。
- 現在、精神担当の保健師が別業務（難病）と兼務であり、精神業務のみの担当保健師を配置する。
- 現在の人員体制では対応が難しいため、精神保健福祉士等の配置により強化を行う。
- 現在は保健師が他業務と併せて担当している。精神保健相談員等の人員増と専任できる体制が必要である。
- 現状でもマンパワーが不足している。精神保健福祉業務担当者の増員。
- 現状で保健師が欠員状態であるため、現在の業務をさらに増やすには人員確保が必要。
- 個別支援計画を策定し、入院中から退院後継続的な支援を強化するための保健師等の人材の確保。協議会運営のための、事務局としての人材確保。
- 支援計画を立てるにあたり専門の職員として精神保健福祉士の配置が必要。
- 常勤の専門職種（保健師、精神保健福祉士等）の確保。
- 人員の確保、可能であれば専属で対応可能な職員の配置。
- 人員の増員（精神保健福祉士等専門職の配置）。
- 人員増及び精神保健専任とする。
- 制度について理解し、実践できる人材の確保。専任が望ましい。
- 精神の担当者を増やす。
- 精神科病院や地域の支援機関との連絡調整ができる精神保健福祉士、又は精神障害者支援の経験がある保健師。
- 精神業務担当者の増員（保健師、精神保健福祉士等）。
- 精神疾患に関する知識や技術をもち、適切な支援に繋ぐことができる職員の配置。
- 精神保健にある程度経験のある人材の配置（対外的な連絡調整力が必要）。
- 精神保健の担当部署において他業務（感染症対応等）も所管しており、緊急対応が必要な案件が発生した場合等にはそちらに人員を割かれてしまうことに加え、警察官通報や措置入院件数が多いため、措置入院者退院支援を専任で担当する職員がいないと、対応が難しい。
- 精神保健を担当する職員の増員。（2件）
- 精神保健業務を2名で担当しており、通常業務だけで多忙というのが現状である。保健師増員が必要と考える。
- 精神保健福祉士、保健師の配置。
- 精神保健福祉士など、専門職（有資格者）の配置、増員。（7件）
- 精神保健福祉士の正規職員としての配置。

- 精神保健福祉士の配置は必須で、作業療法士や臨床心理士が配置できればさらに強化できる。
- 精神保健福祉士は、配属されていないので、精神保健に精通した保健師等の増員が必要。
- 精神保健福祉士等の専門職員を専従で配置すること。(2件)
- 精神保健福祉相談員の増員。
- 精神保健福祉相談員やそれを支援する職員の増員。
- 精神保健福祉相談員を現状の2名から5名に増員。
- 精神保健福祉担当の専任職員の増員(現在、専任職員は1名のみで、通報等の緊急対応の人員確保にも苦慮している。加えて、管内には精神科救急医療施設がないため入院病院が遠隔地であるため)。
- 精神保健福祉担当者の増員により、訪問や直接的支援に人員をあてることができれば可能。
- 精神保健福祉担当職員の増員。
- 精神保健福祉分野の専門職の増員。
- 精神保健分野に精通した力量のある専門職が専任で対応できる体制。
- 専門に担当できる職員の配置(追加)。(3件)
- 専門職1人体制の職場のため、日常業務でも必要時、専門職以外の協力を得ている状態のため、措置入院事例の退院後支援計画の作成は専門職でないと対応は厳しいと思われる。措置入院者が増加すれば、1人に対して6ヶ月の長期的な対応が必要なため、人員体制の強化は必要だと考える。
- 専門職の配置、増員。(6件)
- 措置業務に従事する人口を増やすことで、対応可能。
- 措置件数や支援期間が長期化するケースが増加する場合は、専門職員の増員が必要と考える。
- 措置入院や退院支援計画の作成に携わる人員の増員が必要。
- 措置入院事例の退院後支援計画作成を専任とする職員(精神保健福祉士等)の配置。
- 措置入院者の支援を行う専従者を設置すれば可能。
- 相談員の増員。
- 相談支援(ケアマネジメント)のスキルを有する職員の増員。
- 相談対応できる職員の増員。
- 対応する職員(精神保健福祉相談員等)の増員。
- 対応できる専門職の複数配置。
- 対応職員として、保健師、精神保健福祉士等の専門職の増員による強化が欠かせない。
- 退院後、支援計画の立案にあたって、必要な情報収集、アセスメントができるような専門職の配置とその業務に専任できる勤務体制を確保すること。精神科医療及び福祉資源の活用に精通した専門職を保健所に置くこと。
- 退院後の継続的な支援体制構築のための専門職員の増員。
- 退院後支援計画書の作成のために精神保健福祉相談員に精神保健福祉士などの有資格者を配置する。退院後の個別支援のために保健師を増員する。

- 退院支援計画作成に係る精神保健福祉士の配置。保健師の増員。
- 担当職員（専門職）の補充。
- 担当職員増員、専門職員配置。
- 直接支援にあたる保健師が欠員であるため職員補充が必要。
- 当県では、国に先行して「鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアル」を策定し、既に対応を行っているが、職員体制（保健師配置）が十分とはいえず、今後保健師の確保（増員）が必要。
- 当所は精神専任が1名であり、緊急対応や日常業務で手が一杯な状況にある。精神保健福祉士等人員の増員があれば可能。
- 保健師、精神保健福祉士等精神保健福祉の専門職の人員の増員、配置。（8件）
- 保健師の増員が必要。（6件）
- 保健師の増員または精神保健福祉士の配置。
- 保健師の他、専任の精神保健福祉士の配置をするなどして体制強化する。
- 保健師や精神保健福祉士の増員。（2件）
- 保健師等の職員の増員が必要。
- 保健所に精神保健福祉士や保健師の配置増（当所では昨年度の実績により、1.8人の増がなければ地域支援が不十分になるとの試算になった）。
- 保健所への精神保健福祉士の配置、あるいは精神担当保健師の増員。
- 保健所管内の精神保健に関わるニーズ（相談、調査、退院支援等）を考慮すると、4人のPSWが必要と試算されるが、実際には2人の行政職と1人のPSWで対応しているのが現状。最低限、試算通りの人の強化（質、量ともに）が必要。
- 保健所及び措置入院先の病院のケースワーカー等の人員増及び資質向上。

## 2. 職員の配置・増員による強化(51件)

- ケース数にもよるが、現状より負担増が予想され、従事年数等を考慮した、バランスの良い人員配置が必要。
- サービス調整を行うこととなるが、地域のサービス内容を理解している人材の配置が必要。
- タイムリーな対応が必要だと考えるが、関係機関も含めて、既に別件で日程が埋まっていることが多く、調整が難しいことが多い。人が増えれば、対応できる部分もあると考える。
- タイムリーに対応するための人員増加。
- マンパワーの確保。
- マンパワーの増加。
- 業務量に応じた人員の配置。
- 緊急対応だけでなく、通常事業も行っているためすべての措置入院患者に対してきめ細やかに計画策定・支援を行うのには人員体制が不足。人員の確保が必要と思われる。

- 係員の増員が必要。(2件)
- 経験が多い職員を配置するなど、人員増が必要と考える。
- 計画作成、継続した支援体制のための人員増。
- 現状の措置件数であれば対応可能だが、件数が多くなった場合、現在の人員体制では困難が予想されるため、班員の配置人員を増やすなどの対応が必要。
- 今以上の業務増になることが想定されるので、人員増が必要。
- 作成した計画を実行するための人員体制。
- 支援計画内容に応じた人員体制の強化。
- 従来から計画は保健師業務として立案していますが、所定の様式に沿ったものを立案するようになると時間が今まで以上にかかるので、その分人員増が必要。
- 職員の増員が必要。(6件)
- 職種、雇用形態を勘案したうえでの人員増。
- 人員増が必要。(14件)
- 人員体制の強化。(3件)
- 措置した病院が遠方(車で90分以上)であるケースが多く、その多くが3か月以内に措置解除となっている状況から、複数の対象者がいる場合、対応する職員の人数確保が必要。
- 退院後支援計画の作成を精神保健福祉センターで行われる想定だが、もし保健所で行う場合、業務量が増える分、対応する職員の人員増加が必要。
- 担当職員の増員。(4件)
- 病院との退院前面談・会議の調整や、定期的な地域支援、事務作業の増加のための人員。
- 離島であるので、本土地区の病院等との会議におけるシステム作りと支援計画の作成のための技術や知識をもった人員の追加。
- 宮崎県は1事例あたりの業務量を153時間程度と試算しており、その業務量に見合うだけの人員確保が必要である。
- 保健所の人員体制の増員。

### 3. 研修等、人材育成による強化(40件)

- ケースワークについてOJTが必要である。
- 育成支援、体制整備。
- 技術向上のための研修の強化が必要。
- 経験が浅く学習が必要である。
- 計画作成のノウハウについての研修等。
- 圏域自治体の精神担当職員の精神疾患に関する知識や技術の向上。
- 研修会での専門的知識を習得する等の体制強化が必要。
- 研修体制の強化、整備。(3件)

- 現状（東京都）の仕組みの中では、措置入院患者の情報把握ができていないため対応も一部にとどまっている。また、区の保健相談に係る保健師等専門職の配置状況が少なく、年齢は若年層の割合が多く経験不足の職員も多い状況があり、人材の確保や育成の強化が必要である。
- 国や都道府県による研修の実施（参加必須とする）。
- 困難事例に対応するための職員のスキルアップ。
- 作成にあたり、職員の経験が不足しているため、研修会等の機会が必要と考える。
- 支援を実施する専門職員の研修。
- 支援等に対応できるよう、研修等による人材育成。
- 実務研修等による対応力の強化。
- 職員のスキルアップが必要。（3件）
- 職員の経験不足のため研修等も必要。
- 職員研修の充実。（2件）
- 新任の職員への研修。
- 精神保健担当者のスキルアップ、スーパーバイズ機能等。
- 専門性のある職員の育成。
- 専門能力習得のための人材育成体制が必要である。
- 措置事例は処遇困難事例の場合が多いが、経験年数等から対応できる保健師が少なく、ケースが多数または重複した場合、細やかな対応が難しい。経験や知識を重ね経験力を高めていくために、研修や事例検討等の学ぶ機会を増やしていく。
- 措置入院事例の退院後の支援について経験不足なので、支援技術の習得が必要。
- 退院後支援計画が作成できるよう、系統立った研修の継続実施と時間内受講。
- 退院後支援計画の作成に必要な行程や立案すべき内容が明示されていない現時点では、「現状でも十分にできる」とは言い難い。支援計画の内容の明示と研修会が必要。
- 退院後支援計画の作成をはじめ、調整や実施、評価ができる人材の確保と育成。
- 退院後支援計画作成についての職員研修やシュミレーションを行い、他業務に支障がないか調整する必要がある。
- 退院後支援計画作成のノウハウの獲得。
- 退院後支援計画策定のための研修会の開催。
- 担当する職員の知識（退院支援計画の策定）、介入、調整能力の向上。
- 担当者の経験年数により、退院後支援計画の内容に差が生じないように、計画作成のための研修を開催するなどし、担当者の計画作成等の技術の向上を図る必要があると考える。
- 適切な支援計画を作成するためには、職員に研修の機会が必要と思われる。
- 人員体制や対応する職員の知識や技術の向上の機会を確保するなどの強化が必要。
- 当面は精神保健福祉士を中心に実施予定であるが、保健所職員の増員や育成は必要である。

#### 4. 業務や体制の見直しによる強化(27件)

- 「しんどい」「つらい」「死にたい」というキーワードがあると、すべて精神担当にまわされるのが現状。また、思春期、認知症といった相談も、まずは精神担当が担っている。担当が担っている業務を、まずは精査することが必要。そのうえで、事務職、相談員の拡充が必要と思われる。
- インターネット会議に使用する機材整備。
- より専門的に対応できる職員の体制強化。
- 愛知県の場合、自殺（アルコール含む）対策、ひきこもり対策、啓発事業等をこころの健康推進グループが担当しており、毎年業務が増加している。その中で、措置入院事例の退院後支援計画を作成するためには、この業務を確実に実施できる相談員を確保したうえで、こころの健康推進グループの体制を見直す必要がある。
- 遠隔地における退院支援計画作成のための会議を電話やインターネットでする場合、個人情報の流出予防などセキュリティの強化のための、新たなシステムの構築が必要。
- 遠隔地への会議参加が可能になるツールの設置（保健所、医療機関とも）。措置保健所と、帰住先保健所の役割の明確化。
- 求められる支援体制を構築するために、職種・経験を考慮した人材配置と組織体制の整備による連携強化を行う。
- 強制的に関わりがもてる仕組み。
- 現在の人員配置は、精神難病班となっており、精神のみを特化しての人員体制ではないため、業務の見直しや経験のあるスタッフの配置を含めた人員体制の整備が必要。
- 現在行っている退院後支援の蓄積及び分析を通じた実施手法等の検討。
- 今以上の業務増になることが想定されるので、事業の見直し（必要時スクラップ）が必要。
- 仕事分担等の見直し等。
- 実際、平成29年4月から退院後支援計画を作成し、対応しているが、調整会議や訪問、計画作成に時間を要するため、専門職が増員とならないのであれば仕事量の調節が必要と考える。
- 相談支援業務担当部署との業務分担。
- 増員が困難な場合には、他業務（事業）を削減し、対応時間を捻出する必要がある。
- 体制強化があまり望めないのであれば他の事業の縮小、訪問相談等の絞り込みをせざるを得ない。
- 対応人数を増やすか、業務を集中化させる。
- 退院後ケアアセスメントの仕組みの整備（定期的かつ効率的なケア会議の場の設定）。
- 担当者が困難事例を相談できる体制。
- 中核市である秋田市保健所分の事務の一部（権限移譲されていない部分）を当保健所で担当しているため、2保健所間の役割についての調整が必要。
- 中核市保健所との業務分担の明確化。
- 市町村との役割分担の明確化、協力体制の強化。退院後支援計画のひな形作成。
- 当保健所が対応した措置入院者の内、87.5%（H28年度）が同一障害福祉圏域内の保健所設置市に住所を有している。設問にある「退院後支援計画の作成を措置した保健所に求める」ことは人

員体制等の強化により不可能ではないが、退院後支援計画は帰住地を管轄する保健所主導で作成することが、効果的及び効率的な退院後支援が提供されると考える。

- 入院病院が遠隔地である場合の体制整備が必要。(2件)
- 独立した組織及び専従職員の確保。
- 例えば精神保健福祉センターの職員を増員し、府下全域の措置入院患者の支援コーディネートを専門部署を設置する。

## 5. 関係機関との協力による強化(17件)

- こころの健康センター(精神保健福祉センター)からの技術的支援。
- 医療機関において、患者や家族に対する疾病教育を行ったり、犯罪への親和性がありそうな場合に心理検査を行い、支援体制を組む際の参考にできる協力(体制づくり)が必要。元々暴力的な性格であったり、犯罪・暴力に親和性が高い場合、訪問等の支援の際、警官の同行が必要。
- 遠隔地の措置入院先の病院と日ごろの関係がないため、本人の情報をより適切に得るために連携体制の構築が必要。
- 関係機関との連携体制、精神科医師等からのアドバイス等での保健所保健師支援体制。(2件)
- 関係機関に対して、個人情報の観点から情報提供に関し、慎重に対応しているところである。こうした機関との連携強化を考える時、法的な裏付けが必要ではないかと考える。専門的な知識をもった職員の配置が必要である。
- 関係機関の理解と協力。
- 関係機関への取り組み目的の説明、協力依頼。
- 行政と民間の相談機関等によるアウトリーチ支援の強化。退院後通院先病院、診療所との連携の強化。
- 若い保健師が多く、県や精神保健福祉センターからのサポート体制が必要。
- 触法患者に対する支援について、地域生活定着支援センター・保健所・市町村との役割整理。
- 精神保健福祉センター等との協働。
- 措置入院先の病院との調整など。
- 退院後の支援計画を作成するにあたっての地域の社会資源や支援体制等の情報が不足する。
- 単なる計画でなく、うまく稼働させるための都道府県レベルでのシステムの統一と、帰住先での実態に合わせた計画になるような情報を入手する機能の強化が必要。
- 保健所単独でなく地域支援として取り組むべき。
- 精神担当保健師1名で、通常相談支援業務、措置入院フォローアップ、自殺未遂者支援事業等を実施しており、現状からは措置入院の動きに沿ってタイムリーに支援計画を作成(入院中の本人や家族にも会い、アセスメントする必要がある)することは困難である。まずは、複数担当制とし人員を強化するとともに、精神保健福祉センター等の技術支援も必要と考える。



## 6. 予算確保による強化(13件)

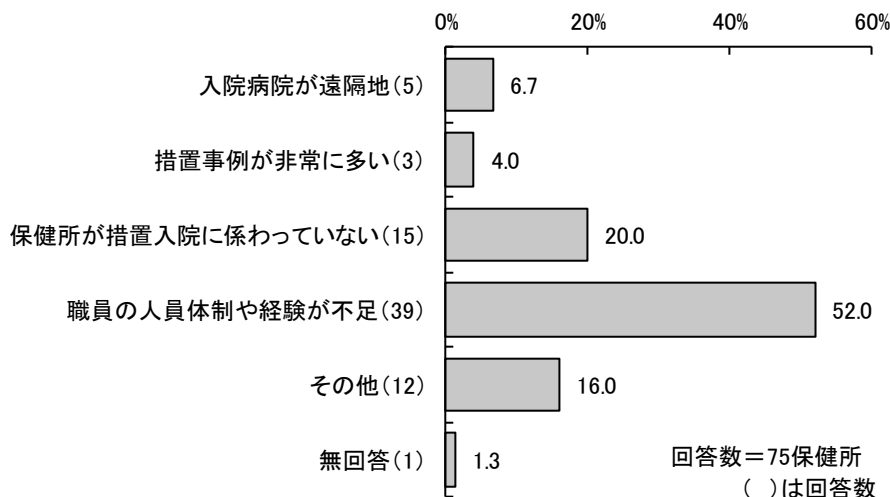
- 遠隔地に面会に行く時は旅費などの予算も必要。
- 業務に係る予算人員増。
- 支援を実施する職員が円滑に業務を遂行できるようハード面の整備及び事業費(旅費等)の確保。
- 事業実施に必要なとなる十分な予算措置。
- 人材確保(財政的支援は必須)。
- 対応する職員(精神保健福祉相談員等)の増員、及びそれに伴う人件費の補填。
- 入院中の病院訪問や受診同行などに伴う旅費。協議会の委員報酬。
- 予算(旅費等)の確保、増加。(6件)

## 7. その他(5件)

- ハード面の充実(公用車増、ネット会議等に対応できる設備)。
- また、機動力をアップするためにナビ付公用車等ハード面の充実が望ましい。
- 国から、退院支援計画作成に係るガイドラインを示す。
- 精神障害者アウトリーチ支援事業など地域医療の充実と、グループホーム開設増をはじめ精神障害者福祉サービス全般の充実が必要である。
- 地域関係者の理解も必要。

## ◆ 「対応は困難である」を選択した場合の理由

図表 5-39 措置入院事例の退院後支援計画作成について  
【「対応は困難である」理由】



対応は困難である理由で多かった回答は、職員の人員体制や経験が不足 52.0%、保健所が措置入院に係わっていない 20.0%であった。

## ◆ 「その他」の具体的内容

### 1. 計画策定の内容と作成について(5件)

- どのような計画の作成を求められているか現段階で不明であり、回答できない。
- 支援計画の具体的内容やフォローや終了に関する判断基準が不明確。限られた人員の中でタイムリーな対応ができるか不安。
- 退院後支援をするにあたり、市ごとに支援格差があり、協力体制が組みにくく、計画に実行性がないためやる意味がない。
- 措置を行っていない保健所単独ではなく、措置権者である県と協力して作成することが妥当と考える。
- 地域移行・地域定着の充実を図ってきたところであり、措置入院者に限って、保健所が前面に出て関わる別の仕組みをつくることは避けるべきと考える。措置入院者の9割は旭川市民であり、措置解除後の支援は旭川市保健所の管轄となる。計画は保健所だけで作成することは無理であり、医療機関側の人員体制、地域とのケア会議の開催も必要となる。当所は年間約30件の措置入院を扱っており、保健師等の増員は必須である。

## 2. 措置入院が他の市町村、管轄外(5件)

- 当市では、各区保健センターに継続支援チームを設置し、退院後支援計画の作成を行っているところです。退院後支援計画については、対象者が市内に居住の場合は、居住地の保健センターが関わっておりますが、それ以外の対象者については、事案発生地の保健センターが関わっているため、市外で発生した事案であり、入院病院が遠隔地である場合は、所管の保健所と調整の上、必要と判断すれば、対応を行うこととしています。
- 入院患者も精神科病院も中核市保健所管内がほとんどであるため、中核市保健所との連絡調整が必要である（措置入院の権限は県であるが、退院後の支援は中核市保健所が対応）。
- H28年度は、措置入院34件中16件が久留米市在住。措置機関と居住地が異なり、運用上の問題あり。
- 措置権限を有していないため。
- 北区保健所は精神保健福祉法の保健所長経由事務のみ所管している組織であるため。

## 3. 病院・医療機関との連携(2件)

- 入院病院との連携に課題があり、患者主体の計画策定が困難。
- 医療機関の主治医の指示に基づき退院支援員等が主となって作成し、保健所職員は参画する形が望ましいと考える。

## 4. その他(2件)

- 刑務所からの住所不定の措置入院者が多数おり、支援計画は困難である。
- 退院後の支援計画を作成するにあたっての地域の社会資源や支援体制等の情報が不足する。

## (2) 退院前後の支援体制の検討準備状況

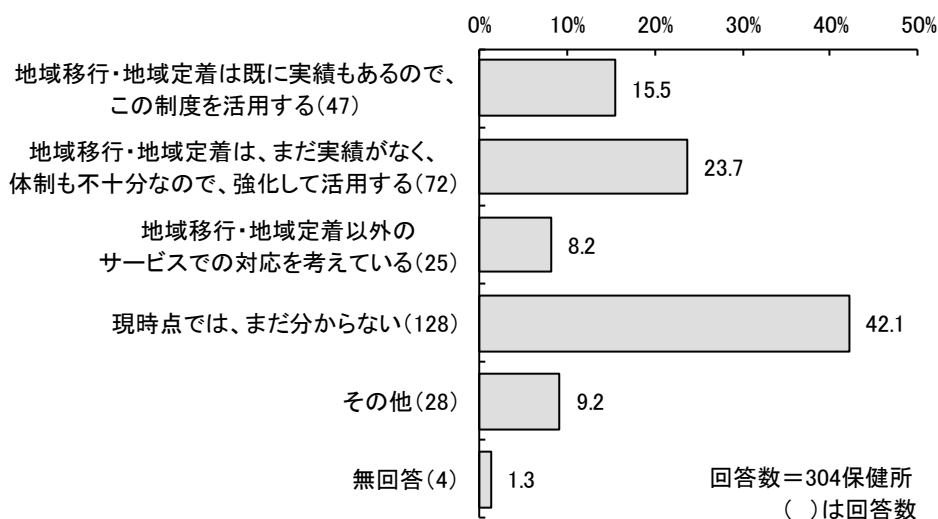
Q17 措置事例も、精神障害(統合失調症や感情障害)では、医療保護や任意入院を経て退院する事例が多くみられます。

退院前後の支援体制は、既に制度化されている地域移行/地域定着がありますが、どのような支援を検討準備していますか。

「3 地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている」を選択した場合、想定している具体的なサービスをお教え下さい。

「5 その他」を選択した場合、具体的内容をお教え下さい。

図表 5-40 退院前後の支援体制の検討準備状況



措置入院事例の退院前後の支援体制の検討準備状況で多かった回答は、「現時点では、まだ分からない」42.1%、「地域移行・地域定着は、まだ実績がなく、体制も不十分なので、強化して活用する」23.7%、「地域移行・地域定着は既に実績もあるので、この制度を活用する」15.5%であった。

図表 5-41 退院前後の支援体制の検討準備状況／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	地域移行・地域定着は既に実績もあるのに、この制度を活用する	地域移行・地域定着は、まだ実績がなく、体制も不十分なので、強化して活用する	地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている	現時点では、まだ分からない	その他	無回答
全 体	304 100.0	47 15.5	72 23.7	25 8.2	128 42.1	28 9.2	4 1.3
北海道ブロック	16 100.0	6 37.5	3 18.8	2 12.5	4 25.0	1 6.3	0 0.0
東北ブロック	35 100.0	5 14.3	5 14.3	2 5.7	19 54.3	2 5.7	2 5.7
関東甲信越静ブロック	57 100.0	8 14.0	15 26.3	3 5.3	26 45.6	5 8.8	0 0.0
東京ブロック	16 100.0	2 12.5	5 31.3	1 6.3	5 31.3	3 18.8	0 0.0
東海北陸ブロック	38 100.0	5 13.2	12 31.6	2 5.3	16 42.1	3 7.9	0 0.0
近畿ブロック	42 100.0	7 16.7	5 11.9	7 16.7	16 38.1	6 14.3	1 2.4
中国四国ブロック	46 100.0	7 15.2	11 23.9	3 6.5	22 47.8	2 4.3	1 2.2
九州ブロック	54 100.0	7 13.0	16 29.6	5 9.3	20 37.0	6 11.1	0 0.0

ブロック別にみて、地域移行・地域定着の制度を『活用する』との回答は、北海道 56.3%、東海北陸 44.8%、東京 43.8%、九州 42.6%、関東甲信越静 40.3%、中国四国 39.1%、東北 28.6%、近畿 28.6%であった。

◆「地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている」場合、想定している具体的なサービス

1. 関係機関との連携・情報共有(11件)

- カンファレンス等で関係機関の情報共有・連携強化に努める。
- 関係者によるケア会議。
- 支援センター、市町担当課、就労支援等必要な機関が集まり支援を検討している。

- 社会資源も多く、京都市内に比較的アクセスも良いため、既にある福祉サービスと病院と地域の関係機関の連携で対応を考えている。
- 障がい者支援センターの精神障がい者生活支援コーディネーターや、相談支援事業所、保健所及び町村の保健師等が連携して個別支援計画を立てて、支援している。
- 措置入院になった事例については退院方向になった際に、ケース検討会を開催し、関係機関で情報共有を図っている。
- 地域における相談支援事業所や町保健師との協力体制を強化する。
- 地域支援ネットワークを活用した相談支援の実施。
- 地域資源の発掘（訪問看護、訪問介護など）、困難事例の検討など地域の関係者と行っている。また、一般相談支援事業所が計画相談を退院支援として行っている。
- アウトリーチ支援。
- こころの健康センター（精神保健福祉室：保健所兼務）が主体となり、地域の基幹相談支援センター等関係機関と連携しながら支援体制を検討する。

## 2. サービスの利用(9件)

- ヘルパーや日中活動系サービスなど。
- 障害者総合支援法におけるその他のサービスの利用及び訪問看護等の利用。(2件)
- 障害者総合支援法による障害福祉サービスの利用検討。
- 退院時カンファレンス、訪問看護サービス利用など。
- 訪問看護ステーション、相談支援センター、福祉サービス事業所などケースに応じ対応。
- 訪問看護の利用や障害福祉サービス事業所の利用を考えている。必要に応じて地域移行・地域定着サービスの利用も考える予定。
- 訪問看護や保健所からの訪問・連絡など。
- 訪問看護及び障害福祉サービス。

## 3. 保健所の支援(4件)

- これまで実施してきた通常の退院支援サービス。
- 通常の相談支援の中で対応している。
- 保健所の精神保健活動として支援。必要に応じて、地域移行・地域定着支援を活用する。
- 保健所職員による通常の支援（訪問、面接、電話等）の実施、訪問看護の導入や障害者総合支援法のサービスの導入。

## ◆ 「その他」の具体的内容

### 1. ケースごとに対応(10件)

- ケースバイケースで必要なサービスで対応する（地域移行・地域定着は場合により活用する）。
- ケースごとに支援方法は検討しており、地域移行・地域定着支援も必要であれば利用する。
- 事例によって対応が異なる。
- 事例に適した支援を検討（本人や家族がどうしたいかを中心に検討）。
- 地域移行・定着だけでなく他サービスの利用も含めて、本人の希望や支援者の意向も踏まえて検討する。
- 地域移行・地域定着も含めた障害福祉サービスの活用については、本人や支援関係者との個別ケース検討会議の中で検討し、計画していく。
- 退院時のケースの状況、住まいによって地域移行の活用や福祉サービスを使いわけると。
- 福祉サービスの利用ができるケースであれば相談支援事業所等へつなぎ、サービス導入も調整するが、福祉サービスを必要としないケースの場合、保健所や市町等からの訪問支援や訪問看護による支援体制を検討する。
- 地域移行・地域定着も使用するが、それだけでは足りないことも考えられるので、各種サービスを複数組み合わせる必要があると考えている。
- 地域移行・地域定着にこだわらず、ニーズに対して迅速かつ柔軟に対応するため、利用可能なサービスを効率的に組み合わせる。

### 2. 支援体制が不十分である(4件)

- 現在の支援（保健所が医療機関・市町村と連携し支援体制を整え、退院支援を実施）を継続する。当管内では地域移行・地域定着を活用した措置事例の実績はなく、指定を受けている事業所も1ヵ所しかいないため、マンパワーが不足し体制が不十分。制度の活用については検討が必要。
- 実績はあるが、体制が十分ではない。
- 地域移行・地域定着のサービスを実施している事業所が新規対象者の受け入れ困難な状況があり、計画相談を活用しての対応になっている。
- 地域移行・地域定着は市町村ごと、病院ごとに格差があり、保健所が支援をして変化するものもなく、限界を感じる。

### 3. 検討中(3件)

- 「大阪府措置入院者退院後支援モデル事業」に参画し、入院中から地域のサービスにスムーズにつながるシステムを検討中。
- アウトリーチチームを中心とした検討や評価を行いながら、事例から出された地域の課題を整理している。

- 「1. 地域移行・地域定着は既にも実績があるので、この制度を活用する」「3. 地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている」を含めての支援を検討している。

#### 4. 検討準備はしていない(3件)

- 措置から（医療保護入院等を経て）地域移行・定着の実績は少ない（長期入院から退院に向けた利用はあるが）。当県では、措置フォローアップとして各保健所が主体となり、H28年度から措置入院時からの支援を開始しており、関係機関と連携をとりつつ、対象者と入院中から関わり、本人や家族の病気の受け止めや希望も考慮し、退院後の通院や訪問看護の調整を病院と共に行い、保健所や市町の保健師の関わりを経て、退院後に相談支援事業所へつないでいく事例が多い（新規ケースについては）。検討準備としては現段階では特別行っていることはない。
- 次年度より中核市へ移行するため、現行の県保健所と体制が異なる。
- 保健所で業務を所管しておりません。

#### 5. その他(6件)

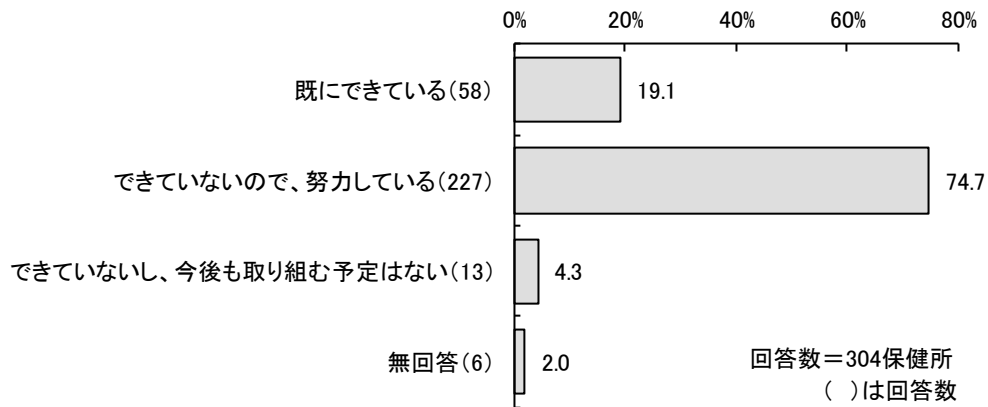
- 個別給付ではなく、基本面談の範囲で地域移行を支援していく。
- 地域移行、地域定着の受給条件が合致せず、通常サービスでの対応となることが多い。
- 地域移行支援の強化も必要であるが、地域移行支援を経ずに退院し、地域生活の支援が必要となるケースも多いため、地域移行、定着にとどまらず地域生活支援体制の充実が必要と考える。
- 地域移行・地域定着は長期入院者を対象としたサービスなので、入院期間が短い措置入院の場合早急に対応可能なシステムが必要だと考えている。
- 措置事例として退院前後の支援を考えていく。
- 地域や病院との連携強化（例：制度として実績は無いが、市村や地域・病院等の支援者と連携して、いわゆる地域定着できるよう支援を行っている）。



### (3) 措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制

Q18 改正法では、措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制づくりも求められていますが、貴保健所の体制はどうですか。

図表 5-42 措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制



図表 5-43 措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制／ブロック別

上段 下段	数 %	合計	既にできている	努力している できていないので、 取り組む予定はない	できていないし、今後 も取り組む予定はない	無回答
全体		304 100.0	58 19.1	227 74.7	13 4.3	6 2.0
北海道ブロック		16 100.0	5 31.3	10 62.5	1 6.3	0 0.0
東北ブロック		35 100.0	4 11.4	26 74.3	2 5.7	3 8.6
関東甲信越静岡ブロック		57 100.0	9 15.8	46 80.7	2 3.5	0 0.0
東京ブロック		16 100.0	1 6.3	13 81.3	2 12.5	0 0.0
東海北陸ブロック		38 100.0	6 15.8	31 81.6	0 0.0	1 2.6
近畿ブロック		42 100.0	15 35.7	26 61.9	0 0.0	1 2.4
中国四国ブロック		46 100.0	11 23.9	31 67.4	3 6.5	1 2.2
九州ブロック		54 100.0	7 13.0	44 81.5	3 5.6	0 0.0

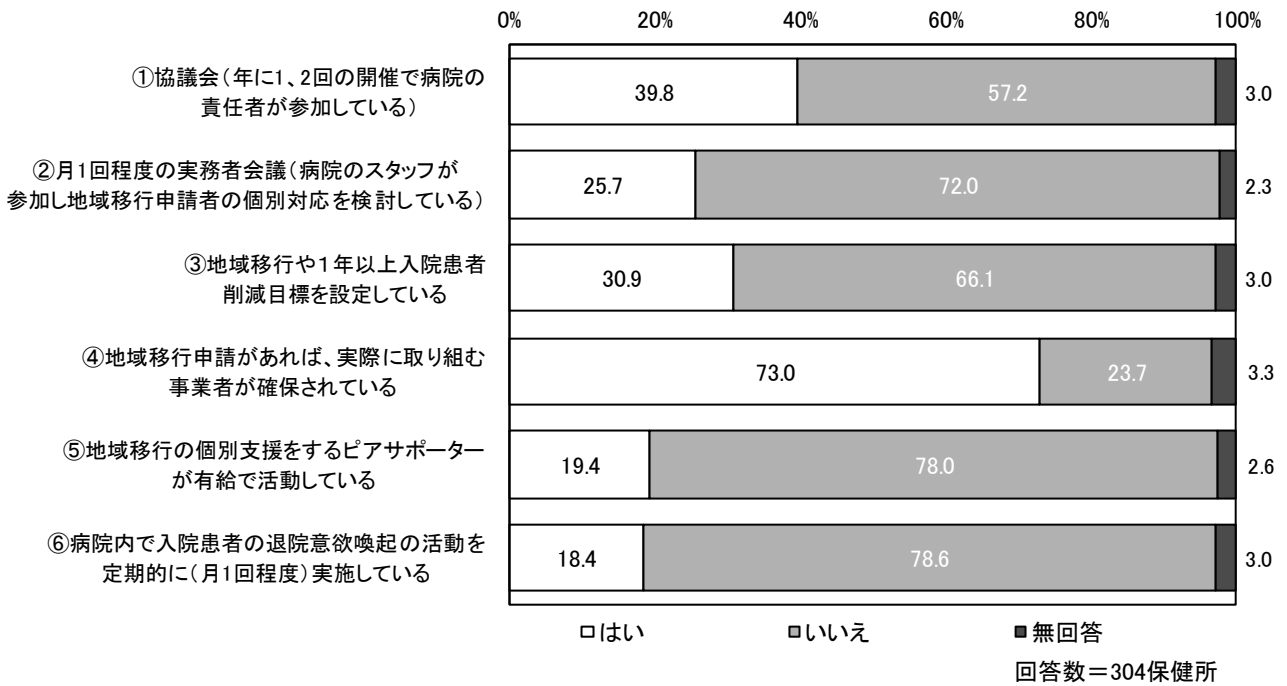
措置入院事例以外の退院支援としての地域移行体制について、「できていないので、努力している」74.7%、「既にできている」19.1%であった。

ブロック別にみて、「既にできている」との回答が多かったのは、近畿35.7%、北海道31.3%、中国四国23.9%であった。

#### (4) 管内の地域移行体制の実施状況

Q19 管内の地域移行体制の内容について、各項目ができているかどうかをお教え下さい。

図表 5-44 管内の地域移行体制の実施状況



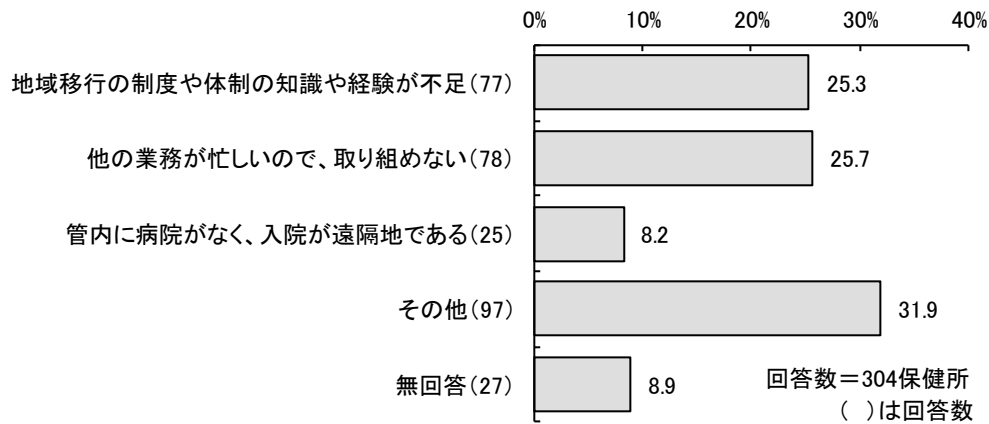
管内の地域移行体制について、④「事業者が確保されている」73.0%、①「病院の責任者が参加する協議会を開催している」39.8%、③「地域移行や1年以上入院患者削減目標を設定している」30.9%、②「月1回程度の実務者会議を開催している」25.7%、⑤「地域移行の個別支援をするピアサポーターが有給で活動している」19.4%であった。

(5) 地域移行体制づくりの課題

Q20 地域移行体制づくりが困難となっている場合、どのような課題がありますか。  
①②③について、それぞれ主なもの1つずつ、回答してください。

① 保健所の体制

図表 5-45 地域移行体制づくりの課題【保健所の体制】

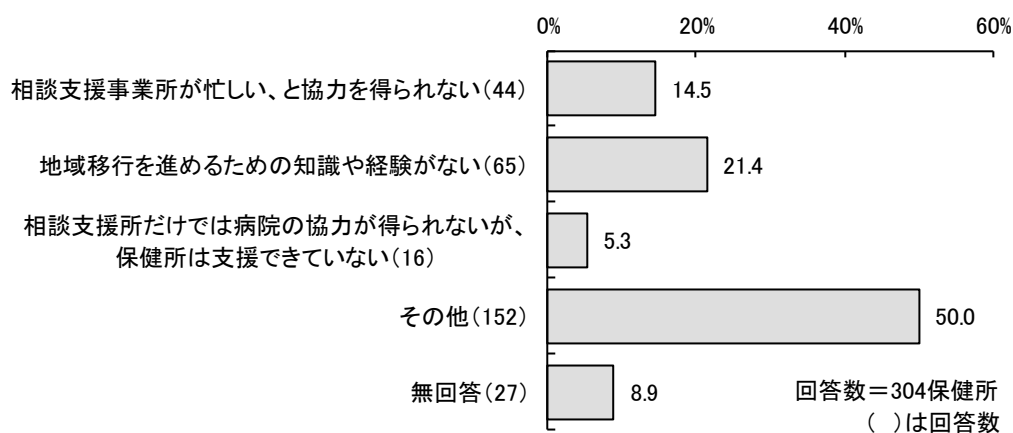


図表 5-46 地域移行体制づくりの課題【保健所の体制】／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	地域移行の制度や体制の知識や経験が不足	他の業務が忙しいので、取り組めない	管内に病院がなく、入院が遠隔地である	その他	無回答
全体	304 100.0	77 25.3	78 25.7	25 8.2	97 31.9	27 8.9
北海道ブロック	16 100.0	2 12.5	2 12.5	2 12.5	5 31.3	5 31.3
東北ブロック	35 100.0	10 28.6	8 22.9	3 8.6	11 31.4	3 8.6
関東甲信越静岡ブロック	57 100.0	14 24.6	21 36.8	1 1.8	20 35.1	1 1.8
東京ブロック	16 100.0	2 12.5	4 25.0	8 50.0	1 6.3	1 6.3
東海北陸ブロック	38 100.0	11 28.9	10 26.3	2 5.3	12 31.6	3 7.9
近畿ブロック	42 100.0	6 14.3	10 23.8	6 14.3	11 26.2	9 21.4
中国四国ブロック	46 100.0	11 23.9	12 26.1	1 2.2	20 43.5	2 4.3
九州ブロック	54 100.0	21 38.9	11 20.4	2 3.7	17 31.5	3 5.6

② 相談支援事業所の協力が十分でない

図表 5-47 地域移行体制づくりの課題【相談支援事業所の協力が十分でない】

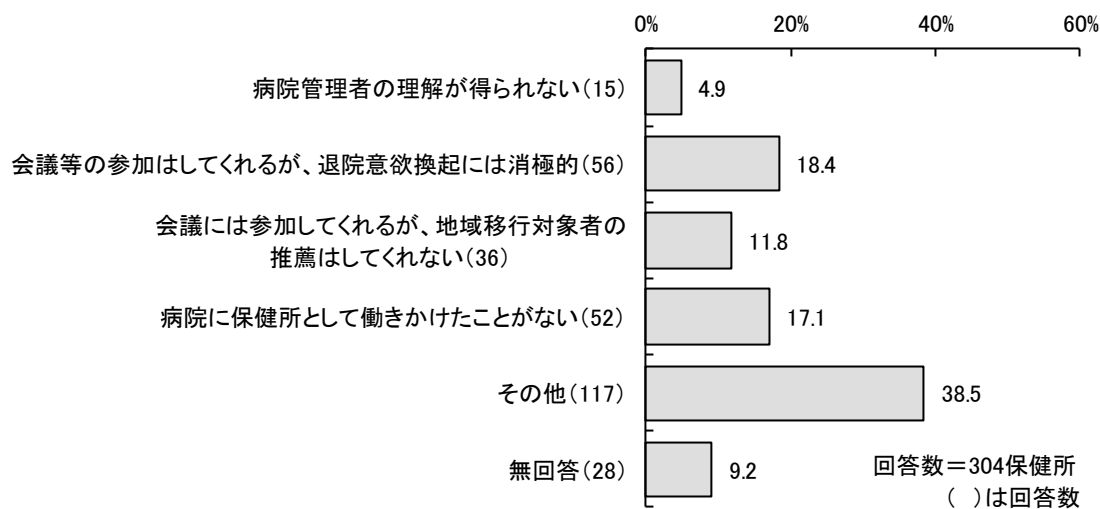


図表 5-48 地域移行体制づくりの課題【相談支援事業所の協力が十分でない】／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	相談支援事業所が忙しい、 と協力を得られない	地域移行を進めるための 知識や経験がない	相談支援所だけでは病院 の協力が得られないが、保 健所は支援できていない	その他	無回答
全体	304 100.0	44 14.5	65 21.4	16 5.3	152 50.0	27 8.9
北海道ブロック	16 100.0	2 12.5	4 25.0	0 0.0	6 37.5	4 25.0
東北ブロック	35 100.0	3 8.6	2 5.7	2 5.7	24 68.6	4 11.4
関東甲信越静岡ブロック	57 100.0	7 12.3	15 26.3	3 5.3	31 54.4	1 1.8
東京ブロック	16 100.0	6 37.5	2 12.5	2 12.5	5 31.3	1 6.3
東海北陸ブロック	38 100.0	4 10.5	10 26.3	0 0.0	21 55.3	3 7.9
近畿ブロック	42 100.0	5 11.9	6 14.3	1 2.4	21 50.0	9 21.4
中国四国ブロック	46 100.0	5 10.9	8 17.4	3 6.5	29 63.0	1 2.2
九州ブロック	54 100.0	12 22.2	18 33.3	5 9.3	15 27.8	4 7.4

### ③ 病院の協力

図表 5-49 地域移行体制づくりの課題【 病院の協力 】



図表 5-50 地域移行体制づくりの課題【 病院の協力 】／ブロック別

上段 数 下段 %	合計	病院管理者の理解が得られない	会議等の参加はしてくれるが、退院意欲喚起には消極的	会議には参加してくれるが、地域移行対象者の推薦はしてくれない	病院に保健所として働きかけたことがない	その他	無回答
全体	304 100.0	15 4.9	56 18.4	36 11.8	52 17.1	117 38.5	28 9.2
北海道ブロック	16 100.0	1 6.3	6 37.5	2 12.5	2 12.5	2 12.5	3 18.8
東北ブロック	35 100.0	1 2.9	4 11.4	3 8.6	6 17.1	16 45.7	5 14.3
関東甲信越静岡ブロック	57 100.0	3 5.3	14 24.6	8 14.0	8 14.0	23 40.4	1 1.8
東京ブロック	16 100.0	0 0.0	1 6.3	0 0.0	8 50.0	5 31.3	2 12.5
東海北陸ブロック	38 100.0	2 5.3	3 7.9	3 7.9	13 34.2	14 36.8	3 7.9
近畿ブロック	42 100.0	2 4.8	6 14.3	4 9.5	3 7.1	18 42.9	9 21.4
中国四国ブロック	46 100.0	3 6.5	4 8.7	7 15.2	5 10.9	26 56.5	1 2.2
九州ブロック	54 100.0	3 5.6	18 33.3	9 16.7	7 13.0	13 24.1	4 7.4

(6) 管内の地域移行／地域定着の実績

Q21 管内の地域移行／地域定着の実績をお教え下さい。

① 管内の地域移行利用者数及び退院者数

図表 5-51 管内の地域移行利用者数等

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26 年	合計(人)	266	571	327
	割合(%)		100.0	57.3
平成 27 年	合計(人)	265	541	295
	割合(%)		100.0	54.5
平成 28 年	合計(人)	267	718	395
	割合(%)		100.0	55.0

※集計可能なサンプルのみ

図表 5-52 管内の地域移行利用者数等／設置主体別

【都道府県】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26 年	合計(人)	219	359	215
	割合(%)		100.0	59.9
平成 27 年	合計(人)	219	348	214
	割合(%)		100.0	61.5
平成 28 年	合計(人)	219	452	279
	割合(%)		100.0	61.7

【指定都市】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		9	133	66
			100.0	49.6
		9	103	36
			100.0	35.0
		9	113	40
			100.0	35.4

【保健所政令市、中核市】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26 年	合計(人)	27	70	40
	割合(%)		100.0	57.1
平成 27 年	合計(人)	27	73	39
	割合(%)		100.0	53.4
平成 28 年	合計(人)	27	103	48
	割合(%)		100.0	46.6

【特別区】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		11	9	6
			100.0	66.7
		10	17	6
			100.0	35.3
		12	50	28
			100.0	56.0

図表 5-53 管内の地域移行利用者数等／ブロック別

【北海道ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26年	合計(人)	14	28	12
	割合(%)		100.0	42.9
平成 27年	合計(人)	14	22	6
	割合(%)		100.0	27.3
平成 28年	合計(人)	14	41	12
	割合(%)		100.0	29.3

【東北ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		31	45	32
			100.0	71.1
		30	38	29
			100.0	76.3
		30	69	48
			100.0	69.6

【関東甲信越静岡ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26年	合計(人)	46	153	85
	割合(%)		100.0	55.6
平成 27年	合計(人)	45	146	60
	割合(%)		100.0	41.1
平成 28年	合計(人)	47	194	97
	割合(%)		100.0	50.0

【東京ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		12	13	10
			100.0	76.9
		11	19	7
			100.0	36.8
		13	53	29
			100.0	54.7

【東海北陸ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26年	合計(人)	33	32	19
	割合(%)		100.0	59.4
平成 27年	合計(人)	33	41	26
	割合(%)		100.0	63.4
平成 28年	合計(人)	31	46	31
	割合(%)		100.0	67.4

【近畿ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		39	163	75
			100.0	46.0
		39	147	80
			100.0	54.4
		39	153	79
			100.0	51.6

【中国四国ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
平成 26年	合計(人)	41	78	60
	割合(%)		100.0	76.9
平成 27年	合計(人)	42	66	43
	割合(%)		100.0	65.2
平成 28年	合計(人)	43	89	57
	割合(%)		100.0	64.0

【九州ブロック】

		回答 保健所数	地域移行 利用者数(精神)	その内 退院者数
		50	59	34
			100.0	57.6
		51	62	44
			100.0	71.0
		50	73	42
			100.0	57.5

② 管内の地域定着利用者数

図表 5-54 管内の地域定着利用者数／設置主体別

		全体	都道府県	指定都市	保健所政令市、 中核市	特別区
平成 26 年	合計(人)	1,023	663	122	219	19
	平均(人)	3.7	3.0	11.1	7.3	1.4
平成 27 年	合計(人)	1,260	810	170	243	37
	平均(人)	4.5	3.6	14.2	8.1	2.6
平成 28 年	合計(人)	1,562	1,013	192	304	53
	平均(人)	5.5	4.5	16.0	9.8	3.8

図表 5-55 管内の地域定着利用者数／ブロック別

		全体	北海道 ブロック	東北 ブロック	関東甲信越静 ブロック	東京 ブロック
平成 26 年	合計(人)	1,023	5	110	363	19
	平均(人)	3.7	0.4	3.7	7.3	1.3
平成 27 年	合計(人)	1,260	10	118	401	39
	平均(人)	4.5	0.8	3.9	8.0	2.6
平成 28 年	合計(人)	1,562	63	130	439	54
	平均(人)	5.5	4.8	4.2	8.8	3.6

		全体	東海北陸 ブロック	近畿 ブロック	中国四国 ブロック	九州 ブロック
平成 26 年	合計(人)	1,023	56	117	225	128
	平均(人)	3.7	1.8	2.9	5.4	2.4
平成 27 年	合計(人)	1,260	93	167	294	138
	平均(人)	4.5	2.7	4.2	6.7	2.6
平成 28 年	合計(人)	1,562	138	217	364	157
	平均(人)	5.5	3.9	5.4	8.1	3.0

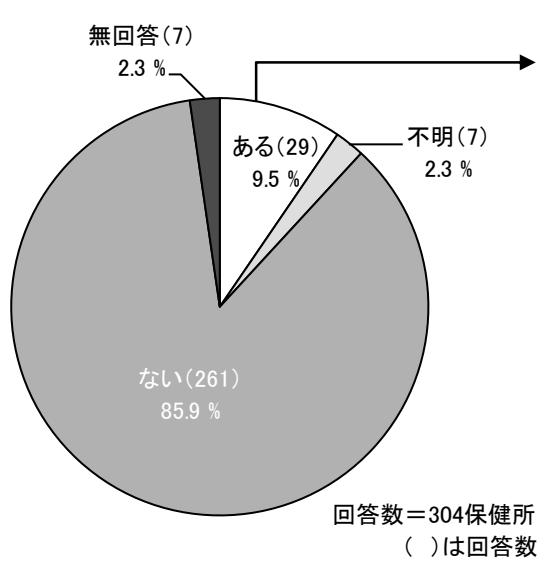


(7) アウトリーチ体制の有無と連携について

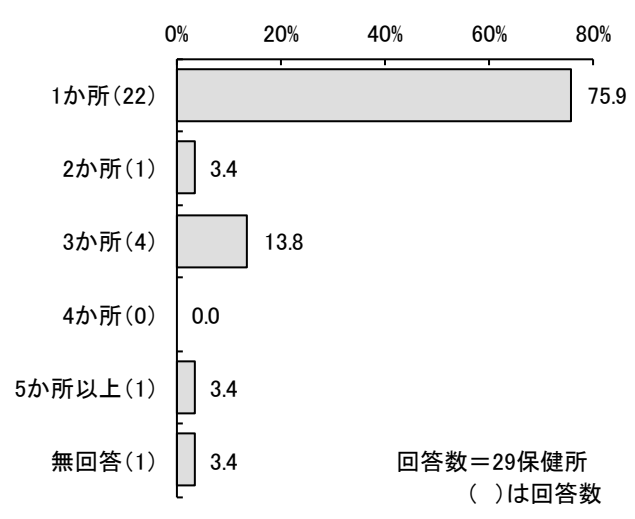
Q22 貴保健所管内のアウトリーチ体制の有無について、あてはまる番号を入力してください。  
 また、「1 ある」場合、その機関と在宅精神障害者支援における保健所との連携について、総体的にみて、あてはまる番号を入力してください。

① ACT

図表 5-56 ACTの有無



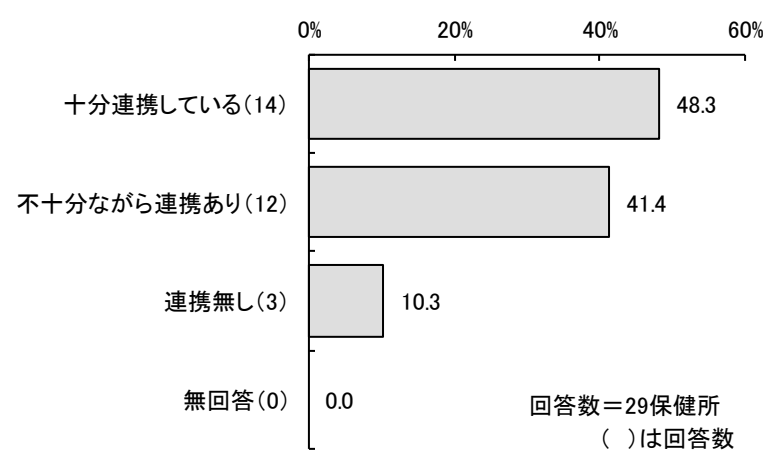
図表 5-57 か所数



管内のアウトリーチ体制について、ACTがある9.5%、ない85.9%であった。

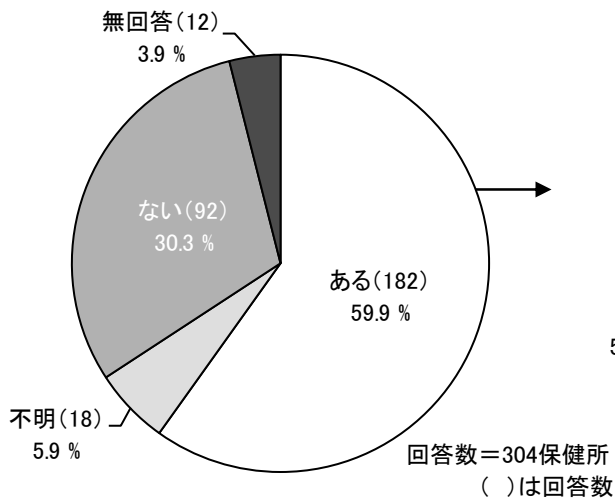
また、ACTがあると回答した29保健所については、「十分連携している」が14保健所、「不十分ながら連携あり」が12保健所であった。

図表 5-58 ACTと保健所との連携

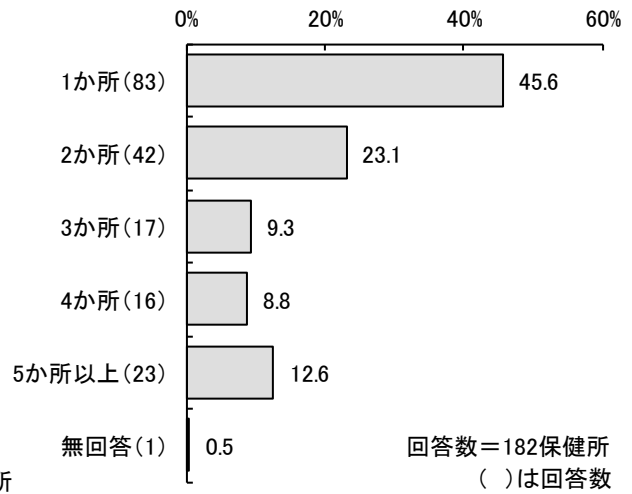


② 訪問看護(病院)

図表 5-59 訪問看護(病院)の有無



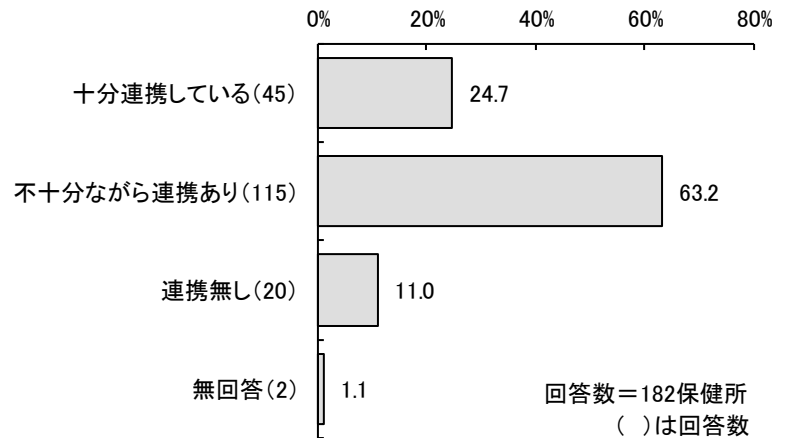
図表 5-60 か所数



図表 5-61 訪問看護(病院)と保健所との連携

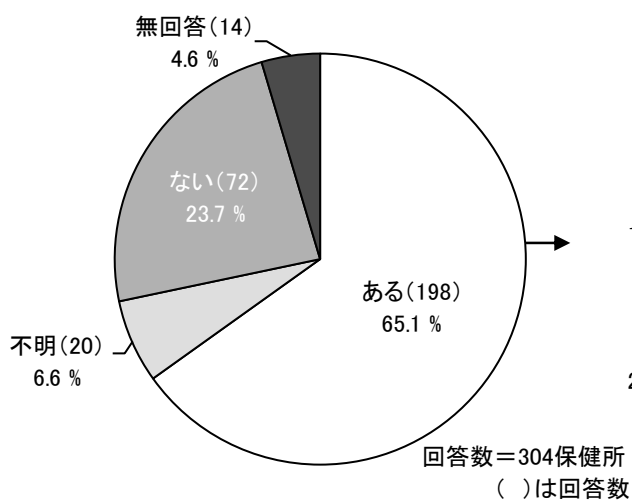
管内のアウトリーチ体制について、訪問看護(病院)がある59.9%、ない30.3%であった。

また、訪問看護(病院)があると回答した182保健所については、「十分連携している」が45保健所、「不十分ながら連携あり」が115保健所であった。

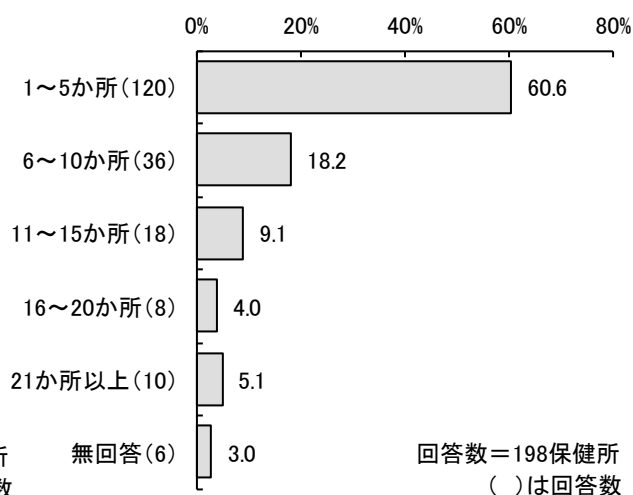


### ③ 訪問看護ステーション(精神科訪問)

図表 5-62 訪問看護ステーション(精神科訪問)の有無



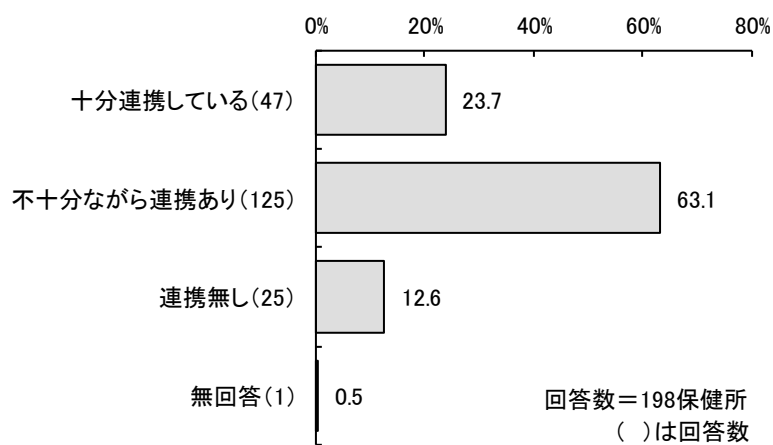
図表 5-63 か所数



図表 5-64 訪問看護ステーション(精神科訪問)と保健所との連携

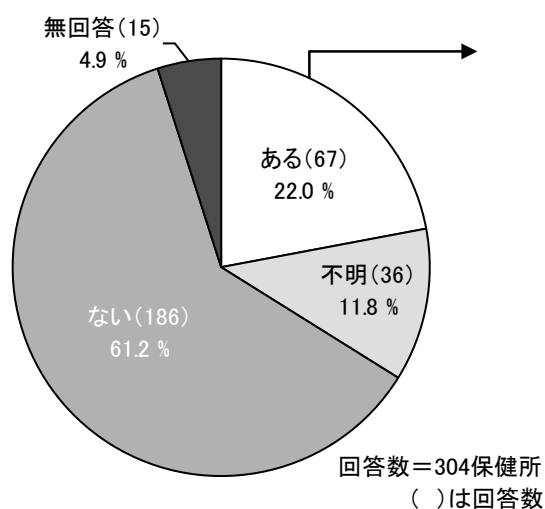
管内のアウトリーチ体制について、訪問看護ステーション(精神科訪問)がある65.1%、ない23.7%であった。

また、訪問看護ステーション(精神科訪問)があると回答した198保健所については、「十分連携している」が47保健所、「不十分ながら連携あり」が125保健所であった。

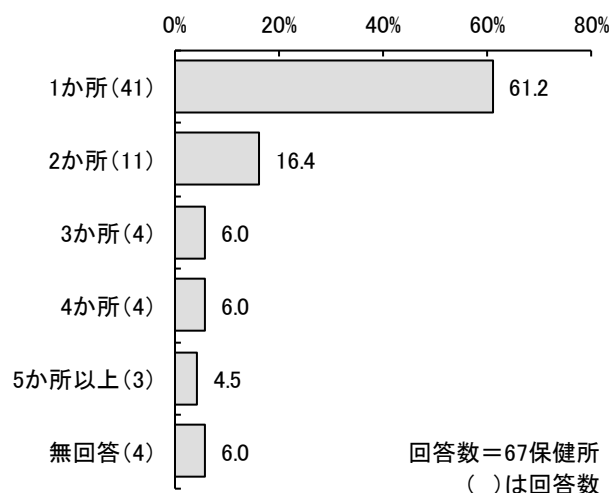


#### ④ 訪問をしてくれる診療所(精神病患者)

図表 5-65 訪問をしてくれる診療所(精神病患者)の有無



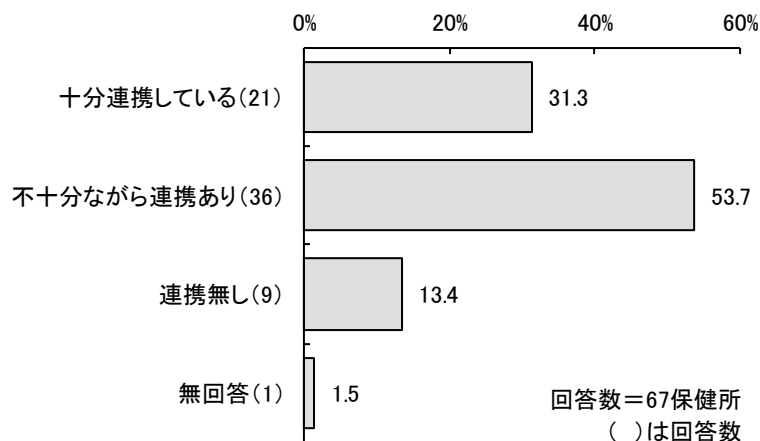
図表 5-66 か所数



図表 5-67 訪問をしてくれる診療所(精神病患者)と保健所との連携

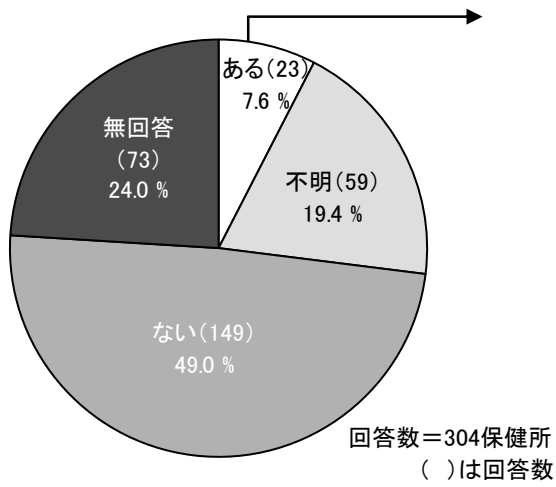
管内のアウトリーチ体制について、訪問をしてくれる診療所(精神病患者)がある22.0%、ない61.2%だった。

また、訪問してくれる診療所(精神病患者)がある67保健所については「十分連携している」が21保健所、「不十分ながら連携あり」が36保健所であった。

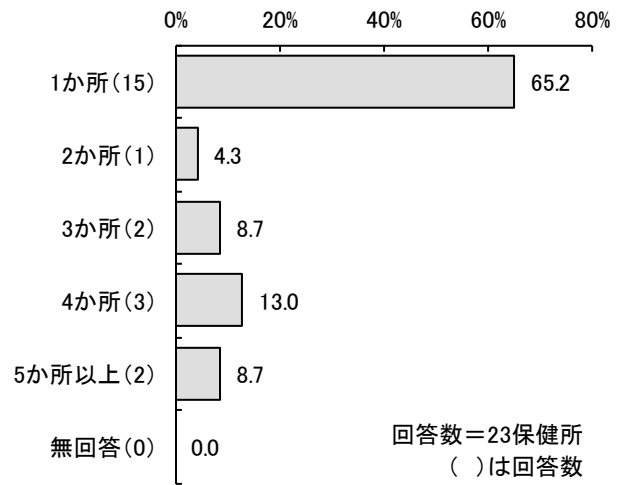


⑤ その他

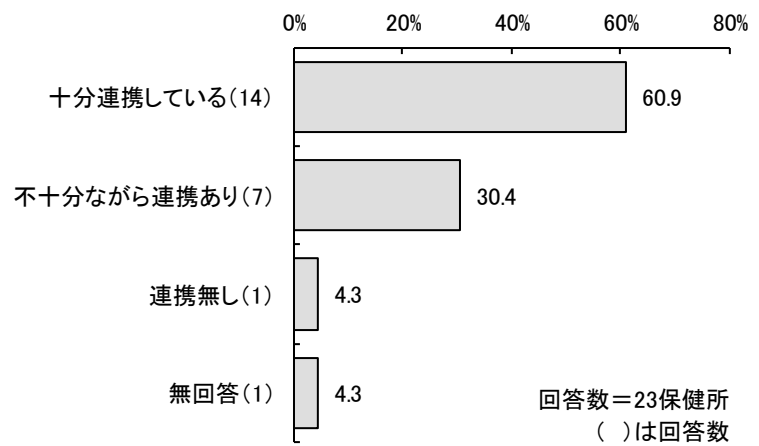
図表 5-68 その他アウトリーチ体制の有無



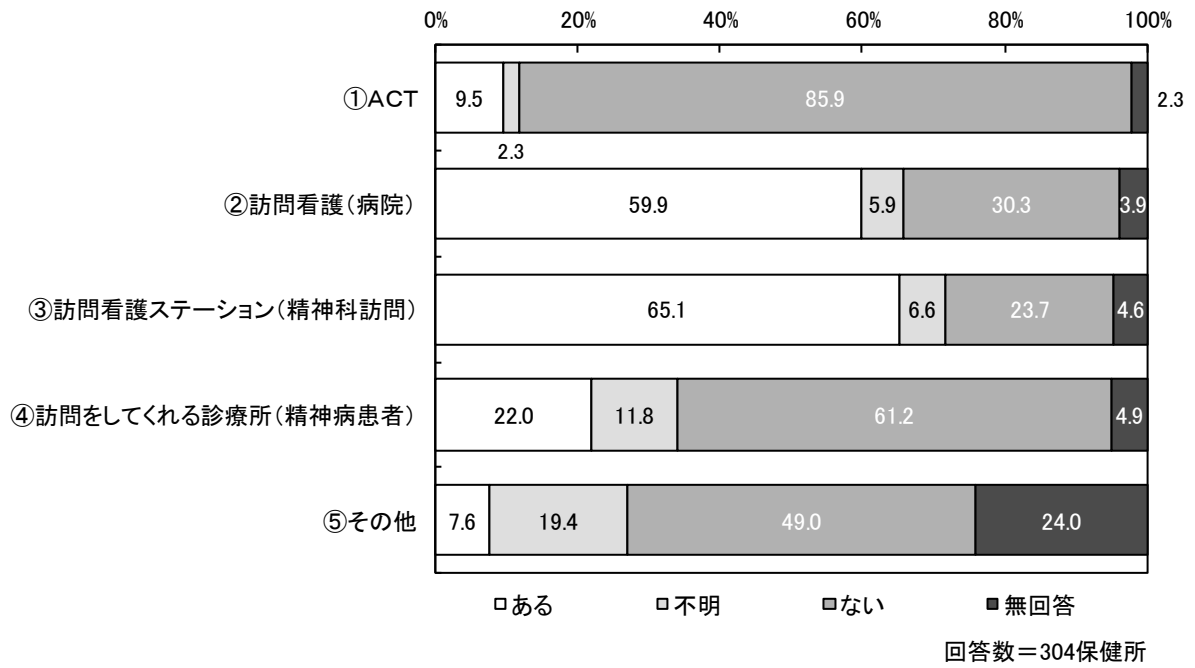
図表 5-69 か所数



図表 5-70 その他と保健所との連携



図表 5-71 【アウトリーチ体制の有無のまとめ】(再掲)

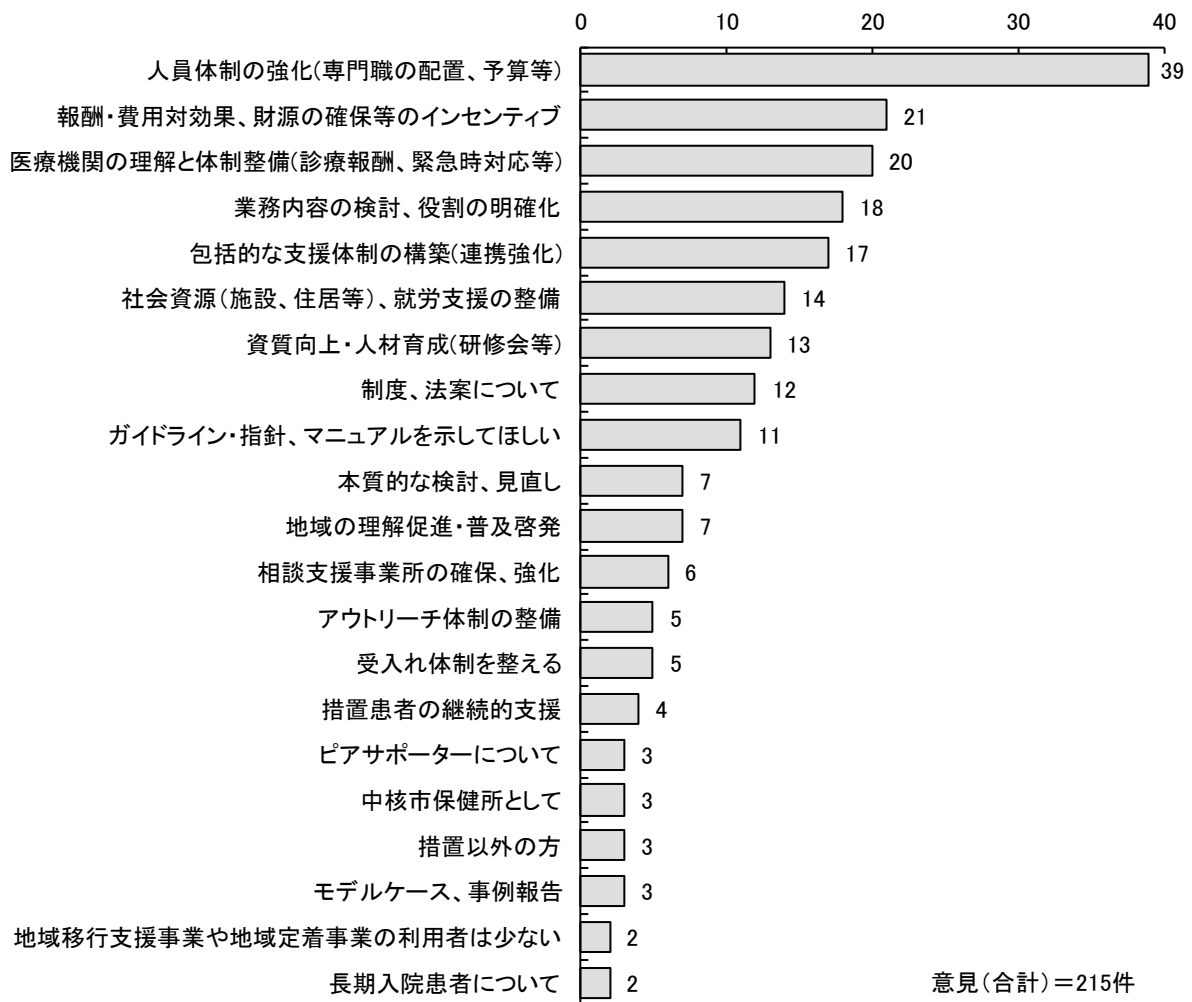


(8) 自由記載

Q23 今後、措置患者を含む精神障害者の地域支援（地域移行・地域定着等）を進めるに当たっての国や都道府県や全国保健所長会に求めることや、制度の在り方について、ご意見があれば、自由に記載してください。

以下は、今後、措置患者を含む精神障害者の地域支援（地域移行・地域定着等）を進めるに当たっての国や都道府県や全国保健所長会に求めることや、制度の在り方に関する自由記載 215 件を分類し、カウントしている。基本的に原文どおりである。

図表 5-72 自由記載の分類



## 1. 人員体制の強化(専門職の配置、予算等)(39件)

- 地域支援体制を充実させるため、職員の増員に必要な財源措置を講じること。
- 茨城県は保健所に精神保健福祉士を配置することが難しいと聞いているが、是非配置をお願いしたい。
- 過去数年で様々な精神保健福祉に関連する保健所業務が増加しているが、マンパワーとしては増員されずにおり、各理念は理解できるが新たな業務に対してのマンパワー確保のための方策を講じていただきたい。
- 群馬県の場合は、措置入院の対応はこころの健康センター・精神科救急情報センターで実施している。措置入院により入院した場合は、退院前に支援会議等を開催し、保健所が参加しているが、本人の希望により支援会議を開催しない場合もある。全数できればよいのだが、マンパワー不足等の状況があり難しい課題である。(2件)
- 県として人員体制の確保が優先。
- 現在保健所には、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても調整機能的な役割を担うことが期待されているところであるが、以前に比べて保健所数が減って対象区域が増えていることや、職員数の減少から1人にかかる業務負担量が多くなっていることから、精神保健福祉担当者の配置の増員に対する更なる補助を訴えていただきたい。
- 国として、退院後の医療等の継続支援に向けて指針を示し、予算化して、実施可能な体制整備がないと行うことは難しい。いずれにしても人員体制の確保が図られない限り実施は難しいと考える。
- 今後の精神障がい者の地域包括ケアシステムの構築やその実現にあたり、保健所の人員や更なる力量の向上が必要と思われます。まずは、現状の業務に加え、業務量の増大が予想され、国に対して人員措置をお願いしたい。
- 滋賀県は、保健所精神保健担当が保健師1名と少ない。とにかく人員増を望む。
- 人員体制の強化なしには進めることができない事業であるので、どの保健所においても人員が満たされるような体制をつくっていただきたい。
- 人件費の確保をお願いしたい。
- 精神保健に精通した職員を増員しないと対応が難しい。
- 精神保健福祉士等の専門職を配置するための人件費等予算の確保を国、県に求めてほしい。
- 専任の職員の配置が必要である。
- 全国の自治体における精神保健福祉士の採用促進及び精神保健福祉業務(通報対応)に特化した組織体制の構築を推進していただきたい。
- 措置患者については、保健所ごとに患者数に差があるため、各保健所が同じように退院後支援計画書作成に取り組めるか不安あり。県に1人専門員等を配置していただけるとありがたい。
- 措置患者へのフォローを徹底するのであれば、保健所にも精神保健福祉士を配置されたい(滋賀県では未配置)。精神科医師の往診についても、積極的に実施していただけるような体制をつくっていただきたい。
- 相談支援事業所の一人あたりの受け持つ計画相談の件数が多く、地域移行・地域定着を受託するゆとりがない。マンパワー不足がある。



- 対応する職員確保のための手立てをして欲しい。
- 退院後の支援体制を整えるためには、保健師や精神保健福祉士など専門職のマンパワーの確保が不可欠である。
- 退院後支援を行うのに必要な人員の配置が必要。しかし、地域で活動できる専門職が不足している。
- 退院後支援計画の作成を行うにあたり、専任者の設置をして欲しい。
- 地域支援体制強化のための精神障害者支援の人材確保（行政だけでなく、生活支援センターやサービス提供事業者等を含めて）。
- 通報及び措置入院の対応、医療及び地域支援のための社会資源等は、地域によって大きく異なっており、保健所の人員増が難しいことも予想される。新制度の導入にあたっては、地域の実情を踏まえ、柔軟な対応ができるものとしてほしい。
- 適正な人員配置と予算措置が必要。
- 当事者が地域移行制度を利用する気持ちになるような働きかけを行う人や予算がない。
- 病院・相談支援事業所のいずれも、マンパワー不足で地域移行に力を入れたくても入れられない現状もあるかと思しますので、地域移行専門員等を設置しやすくする仕組みづくりも、必要ではないかと思えます。
- 保健所が、継続的に地域支援ができるためには、人員の確保と資質の向上等の体制が必要である。
- 保健所では、23 条通報が増える中、対応する保健所職員の増が必要。また、措置入院者の退院後支援計画の作成、支援には現行の体制では人員不足であり、精神保健福祉士も必要と思われる。
- 保健所には措置入院患者に対し、入院中に退院後支援計画を作成し、地域生活支援の中核を担うことが求められている。そのための業務量の増大が確実となり、担当する職員の資質向上も必要となる。人員の増員と共に、質の確保が重要と考える。
- 保健所の人員体制の強化。
- 保健所の精神保健福祉担当者の守備範囲は年々広がっており、また支援事例も複雑困難な事例が多く、研修に参加する余裕もなく事例対応に追われている現状がある。マンパワーの確保は喫緊の課題であり、制度として確保できるような体制が必要。
- 保健所職員（精神保健担当）の人員増の予算措置。
- 保健所設置市においても、精神保健福祉士の配置に要する経費について地方財政措置を講じていただきたい。
- 本事業の推進には、県や市町における関係機関連携、家族や近隣等の受け入れ態勢整備、調査等にも多くの時間を要すると考えられます。人材確保が必須です。
- 離島保健所等で措置入院先の病院が遠隔地の場合は、面接に係るマンパワーと費用の確保は必要。
- 病態としては医療保護観察対象の方と同じような方が多いと思われる。人権に配慮しつつも、医療保護観察に近い人員体制を検討していただきたい。
- 地域包括ケアシステムの構築や、精神保健福祉法改正に対応するための人員確保。
- 入院形態に関わらず、本人の安全、安心、安寧な生活のため、適切な支援が適切に受けられる制度にしてほしい。そのため、必要な人材が確保できるような財政措置も併せてお願いしたい。

## 2. 報酬・費用対効果、財源の確保等のインセンティブ(21件)

- 医療機関に、アウトリーチについて意見を伺うと「人員確保が難しい」という声や、「往診してみても会えなかった場合の人件費に困っている」という話がある。アウトリーチに関する診療報酬の見直しも検討していただき、取り組んでいる医療機関への支援を充実させていただきたい。
- 過疎地域におけるサービス事業所の報酬について（移動時間も一部認めてもらいたい）・・・当地域では、自動車でも往復3時間かかる地域もあり、事業所の負担や本人の負担（交通費）が大きく、必要なサービスが組みづらい。
- 現在、精神障害者の地域生活を支援するために、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が強く求められています。しかし、現在の保健所の体制では、既存の業務で手一杯であり、同システムの中核的役割を担うことは困難と感じています。同システムが有効に機能するには、保健所の精神保健福祉業務の思い切った体制強化が不可欠であり、そのための財源措置を行っていただくことを強く要望します。
- 個別給付の地域移行支援サービスは、事業所にとって事務量や時間がかかり利用しづらい状況がある。
- 財政的支援。
- 支援者の充実に向けた体制整備と予算措置。
- 事業所の確保を図るために十分な報酬を設定するよう要望する。また、大阪市の場合、長期入院病院が管内にはなく遠方にある。地域移行先の事業所が通常の事業の実施地域以外の遠隔地にある場合、計画相談支援や地域移行支援どちらも支援員等の交通費が利用者の負担とされているため、利用が困難になっているケースがある。交通費については、報酬算定において「遠隔地支援加算」といった項目を新たに設けて加算する等、利用者・事業者双方の負担とならない制度としていただきたい。
- 自立支援協議会精神保健福祉部会での意見として、地域移行、地域定着の報酬が見合わない。
- 障害支援区分の改善等に対する障害福祉サービスの加算、障害支援区分が改善した場合や就労継続支援から就労移行支援の利用、グループホームから自宅や賃貸住宅等への移行など支援効果が認められる場合に障害福祉サービス等報酬上の評価をするなどの動機づけが必要である。
- 診療報酬による病院への担保が必要である。
- 人的資源や事業予算の確保、関連するノウハウ等体制づくりを十分行っていただきたい。
- 精神障害者が地域移行・地域定着するためには、医療機関と障害福祉サービスを担う市町や関係支援機関との連携が必要であり、地域支援が行いやすいように、精神科病院が退院後も協力しやすい体制を整えるとともに、地域で精神障害者を支える体制の整備が必要であり、そのために必要な診療報酬や財源等に国が十分措置をする必要がある。
- 退院をすすめる医療機関やコーディネートする相談支援事業所等に診療報酬等インセンティブがないと前進しないのではないかと。
- 退院後支援計画の作成及び調整会議の開催に係る指針の作成、並びに各都道府県の実施状況等に係る情報提供。地域移行・地域定着の更なる活用に向けた基準及び報酬の見直し。
- 地域移行・地域定着について、病院や相談支援事業所に意見を求めたところ、次のような意見を得た。地域移行支援事業はコストが低い割には、労力が高く、実績につなげにくいというのが

最大の難点。長期入院の患者に対して地域移行を考えた場合、月1回の面会と外出で退院につながられるかといえば相当無理があり、支援員が週1回、足を運んだとしても、退院につながらないケースが多い。密な関わりを行おうとすれば、マンパワーを要し、他の業務を圧迫しての支援になるので、相談支援事業所からすればメリットはないと思われる。採算無視で支援を行ったとしても、退院につながるケースは少ないのが現状。→費用対効果という点で、大きな課題があるように思われる。

- 地域移行で地域の受け皿を拡充するための援助。
- 長期入院患者の地域移行・定着については、以前より必要性が叫ばれているが、なかなか進展しない現状であるため、その理由を精査し改善に向けての対応が必要である。例えば、計画相談、地域相談の報酬を上げる。
- 長期入院患者の問題は国策の誤りが引き起こした結果であるのに、病院や事業所の努力に委ねているだけでは解消は進まない。医療費に比べ地域支援にかかる予算が少なすぎるし、制度上も民間の自助努力に任せる構造。地域移行・地域定着支援は退院の意思や意欲を示せないと申請やサービス利用につながらない。契約までの退院意欲喚起も制度化が必要。また、報酬単価が低いいため、熱心な事業所ほど赤字が増える構造になっている。財政基盤の弱い市町村は支給抑制がかかる。
- 東京都（特に特別区）は、措置患者を含む精神障害者が非常に多いため、地方と同一の体制では十分な支援をすることが難しい。支援者の育成や補助金の交付等について、地域の実情に見合った体制づくりのための配慮をお願いしたい。
- 当管内には実施事業所が少なく、増えない現状がある。24時間対応や緊急時対応のできる人材（事業所）もなく、そこに実施した分の報酬しかつかないとすると、手をあげる事業所はない。新規参入を誰の責任で進めるのか、事業所や自治体のみでの努力だけでは進まないと思われる。
- 個別給付に関しては、現状においては相談支援事業所の協力は得られているが、ケースが増えた場合の受け入れは困難になるため、事業所に対する報酬の引き上げなども考慮してほしい。

### 3. 医療機関の理解と体制整備（診療報酬、緊急時対応等）（20件）

- 精神障がい者が地域で生活できるようにするために、医療機関内の多職種が退院支援の取り組みを強化することと、市町村の役割を明確化すること。
- 県障害福祉課からも県精神科病院協会等の機会を活用するなどして、精神科病院管理者へ丁寧な説明と働きかけをしてほしい。
- 国から医療機関宛てに、地域移行（定着）の必要性や医療機関としての役割等を周知していただきたい。
- 初回治療時の患者指導に対する評価、多くの場合、初回治療効果に比べ再発時の治療効果が期待できないのが現状である。地域移行や地域定着の支援の対象者が多くならないためにも、初回治療後の治療が継続できるような支援が重要である。そのためには初回治療時の本人や家族等への教育に対して保険診療上の評価をするなどの動機づけが必要である。
- 精神科病院の責任者への働きかけが必要（未だ、1年以上の入院は長期入院であるとの認識が共有されていない）。
- 精神科病院の理解と協力がないと難しい。

- 精神障がい者の地域移行や地域定着について、医療機関の管理者や地域住民の意識改革が急務である。
- 精神障害者の自立支援に向けて、非常に大切な事業であると思います。効果的に進めていくためには、病院現場の理解と体勢整備が必要です。
- 退院促進・地域移行・地域定着が一向に進まないのは、諸々原因がありますが、それはもう周知のことだと思います。精神科病院のみを悪者にするつもりはありませんが、やはり診療報酬の見直しや思い切った改革で精神科医療全体の底上げと質アップを図らないと、医療の協力はもらえないと思います。
- 地域移行・定着支援は現場レベルで協力していても、病院長の理解や病院スタッフの充足がネックで進まないため、トップでの関与も重要。
- 地域移行を推進することで、病院の経営面についてもメリットがあるような診療報酬体制等が望まれる。
- 地域移行を促進するにあたって、病院への診療報酬の上乗せ。
- 地域定着を図るためには、各地域における緊急時の医療・福祉サービス体制整備が必要である。
- 長期入院者の地域移行について、病院管理者の理解を得るための働きかけの一つとして、長期入院者の退院による病院のメリット（例えば診療報酬加算等）が示せると良いと思われる。
- 病院管理者の理解の促進や指定一般相談支援事業所の指定の推進。病院独自で退院支援が進んでいるところもあり、制度へ結びつかない。
- 平成 26 年度の一部法改正により医療保護入院者の入院期間の短縮化は見られるが、1 年以上長期入院者の地域移行については病院側が消極的であること、地域の支援（事業所等）が不足していること双方により進まない現状がある。1 例ずつ試行的に実施していきたいと思うが、積極的に退院させようという姿勢のない病院もあり、診療報酬上の魅力的な特典を設けるとか、国から精神科病院長あての通知などによる喚起を行っていただきたい。
- 無床診療所のバックベッド確保状態が悪くなった時の安易な入院は避けなければならないが、短期間の入院治療を受けることで早期に退院できるように、状態の変化を早期にキャッチし医療につなげることのできるような支援体制が必要である。そのためには、無床診療所とバックベッドとしての有床診療所や病院との連携も重要である。
- 〈都道府県〉精神障がい者の地域支援を進めるためには、精神科病院との調整が不可欠と考える。自治体としての方針を明確にし、病院団体等にその方針を理解させる取り組みが必要。
- 地域移行で退院後に症状が悪化した時に入院ができる体制整備の必要性（現状では、限られた人数で 24 時間体制を何日も実施しスタッフが疲弊する）。
- 本人が関わりを拒否した場合、全く関わらず措置入院を繰り返すことも想定されるが、その場合の体制はどうするのか。また、通院治療しているにも関わらず措置入院になる事例が相当数あるが、個人情報保護のため医療機関と連携を取りにくい実態がある。

#### 4. 業務内容の検討、役割の明確化(18件)

- 1. 支援する職員が、「自分の管轄の外」に行ったから、終わりではなく、つなげる意識をもつ。  
2. 病院の退院支援会議へは、保健所長は出席しづらい。個別ケースで、病院内で話し合っている。  
これを、何とか、障害者自立支援法の中に、正式に構成員や、内容、目標を明記し、必要な事業を行うように、仕組みをつくる。3. 精神保健福祉法で、1次予防、2次予防、3次予防を、明記し具体的に推進する。
- 630 調査については、東京都にお尋ねください。
- Q17 以降については、県の保健所が主体となって推進しており、秋田市独自ではまだ行っていない。今後、県の保健所との役割分担等を検討していくことになる。
- 案では、中核市（保健所設置自治体）は協議会を設置し、個別ケース検討会議も開催するとあるが、退院支援計画の作成は都道府県で、しかも「計画を交付する」とあり、実際の運用では、無理がある。
- 管内には総合病院の精神科1病院のみで、近郊にも限られているため、患者は遠隔地の精神科の単科病院に入院となる場合が多い。措置入院については23条通報の経由事務のみであるため、体制整備にあたっては都との協議が必要。
- 緊急措置入院を経て措置入院不要となった事例については、ガイドラインに基づいた退院支援の対象とはならないことを望む。理由としては、そのような事例こそ、抱える課題は複雑で支援が必要であることも多く、関わってはいるが、アセスメントや介入に時間を要することも多く、枠組みがない中での臨機応変な動きがとれる方が対応しやすいため。
- 精神障害者への効果的かつ効率的な包括的支援体制整備の一環として、市型保健所に対する措置入院の権限委譲にかかる法整備を推進いただきたい。精神保健の領域で適応障害（人格障害や発達障害）の支援の方向性をご教示願いたい。（相談を受けても対応できる支援体制<サービス、施設、教育など>がない）。また、保健所の役割（権限）の範囲が明確でなく、制度のイメージがつかめないため、ご教示願いたい。
- 設問 Q8 入院患者数と Q9 新規入院患者退院率については、東京都で対応している内容のため保健所として把握しておらず。
- 措置患者の地域支援以前に、各機関からの通報のあり方を見直す必要があると感じている（矯正施設の長からの通報で、覚せい剤使用による服役後の方についての退所時の通報は必要なのか疑問がある。特に依存ではなく薬物使用で服役した場合、症状がない方でも通報があり、刑務官は「事務連絡程度」の認識だった。また通報書に記載される情報の精度が、通報元によって大きく異なる現状がある）。また、精神科救急対応の際にも、医療資源の少ない地域では受入れ先の調整に時間がかかり、圏域をまたいで2時間以上の移送が必要となることもしばしば。措置診察にしても、2人の診察医と入院先を別に調整することが困難な地域である。現在精神保健対応をしている保健師も、自宅から離れて平日のみ勤務地に居住しているものもいる中で、警察からの通報は保護することなく保健師の臨場を求められる状況にある。地方ではこういった現状もあることを御理解をいただきたい。
- 措置入院の後、医療保護入院に移行する例が多いが、医療保護入院に移行するかどうか関係者で検討するのか、また、計画を交付するまでの必要があるのか等、まだまだ検討が不十分である。保健所長間での議論の他、実際に現場で対応している保健師とも是非、議論をしていただきたい。

- 措置入院決定と告知を行う保健所に対して、強く反感をもつ事例があります。そのような事例に対して、適切な退院支援計画を策定するのは困難と予測されます。事例によって、退院支援計画は別の機関が策定することを望みます。
- 退院後支援計画は措置した保健所ではなく、帰住先を管轄する保健所が退院後の支援は行うので、帰住先を管轄する保健所が作成すべきと思う。
- 地域で受け容れる条件（生活スキル、住宅、経済的基盤、就労、支援者等）が整わないため退院に至らないケースも少なくない。このような生活基盤を整備する方が先だと考えるが、それは保健所ができることではない。また、疾病の特性から治療への反応が不良で病状が安定せず、そもそも退院できない患者もいる。このように多くの要因が絡んでいることから保健所の取り組みにも限界があるうえ、他の業務の方が優先度も高いため、地域移行・定着に関する業務は後回しになる傾向がある。
- 地域支援については、地域移行支援等が障害福祉サービスの一つであることの周知の徹底。
- 東京都と特別区の役割の明確化。設問Ⅱ入院患者情報の回答について東京都に確認したところ、情報提供にあたっては医療機関の確認がとれていないため回答できないとの返答がありました。東京都からは平成 26 年 6 月 30 日現在の都内精神科医療機関における入院者数のみ情報提供を受けています。
- 福岡県では、久留米市・大牟田市の本措置は、県保健所が実施し、市と連携し退院後の方針を検討している。今後、取り扱い保健所が退院支援計画を策定する場合、市の分もそのまま担当するのであれば、係内の人数は増えない状況で、益々業務量は増え、管轄地域の計画や支援も煩雑になりかねないため、措置業務の整理をしてほしい。
- 保健所の現状として人は増えないが業務量が増えている。措置入院後の支援も交付金対応で人件費が付いているというものの、県の考え方によって精神保健担当者の人員強化にはつながらない。保健所の精神保健業務は公衆衛生活動の一環として地域づくり、危機介入が主となり、病状不安定者支援は既存のサービスに安定してつながるまでの限定的な支援とならざるを得ない。保健所業務は精神保健だけでないで、保健所業務全体の中の精神保健業務の位置づけや体制整備を明確にしてほしい。
- 保健所設置市が増えているため、支援の継続性の点からも、警察官通報に関する知事の権限や義務を保健所設置市長にも拡大してほしい。

## 5. 包括的な支援体制の構築(連携強化)(17 件)

- 医療サービスと福祉サービスのマネジメントを行うところが、現状では別であることが多く、その連携も不十分である。措置患者の退院支援を検討する際には、医療対応と福祉サービスの連動が不可欠であるが、1 か所でのマネジメントは不可能な状況である。今後、精神保健の地域での協議の場が設定されることによる連携強化に期待したいところである。
- 医療だけではなく、生活視点を取り入れた地域連携パス（医療と地域共通）があると連携しやすい。
- 関係職種による支援強化チームを各都道府県の精神保健福祉センターに設置する。支援に時間を要すること、マンパワーの確保と地域支援に関する知識が必要であること等から、精神保健福祉士、保健師、社会福祉士等で構成するチームを設置し、各保健所の支援を強化する。

- 県としては、法改正、国からの指針等が出ることを待ち、県内の警察機関を含む関係機関と検討していきながら、その対応策を講じていく予定であり、当地域も関係者と連携し対応していく。なお、現在は措置入院患者が退院する場合は、連絡をとり、通院医療機関との連絡や必要時家庭訪問を実施している。
- 高齢化が進む中で、介護部門と連携できる仕組み、ルールづくりが必要。
- 自治体により、体制、人員、力量等にばらつきがある。保健所機能の明文化や強化、法に基づき省をまたぐ関係機関においても連携をとりやすい体制整備がないと実施は困難であると考ええる。
- 精神科病院スタッフが主体的となり、地域移行・定着支援ができる体制づくり。
- 精神障がい者の地域移行支援においては、保健所だけでなく、医療機関や地域の事業所、サービス提供を担う市町村等の連携が不可欠であるが、取り組みの必要性や具体的な支援の方法に関する共通認識を得るのが難しいのが現状である。
- 精神分野に限らずすべての分野において、従来の縦割り、課題解決型ではなく、皆が何を目指しているのかということを通認識でき、組織横断的な包括的な支援体制を構築し、いかに、困っている人やその家族に寄り添うことができるか、ということが大事だと考えます。
- 措置患者が他都市に転居した際にも、統一した支援ができるようにレベルアップの方法についてご検討いただきたい。
- 措置患者を含む精神障害者及び家族支援や、地域支援体制の強化のため、精神保健福祉関係職員等に対する研修や困難事例等の検討を行い、協働に向けた連絡会議などを通して管内の関係機関との連携を図っているところであるが、地域支援（地域移行・地域定着等）の推進について、不十分であるのが現状である。精神障害者をめぐる制度の充実、マンパワー不足の解消が望まれる。
- 措置患者等の状態、家庭環境は様々であることから、一律に退院後支援計画を作成しフォローするのではなく、入院先医療機関の意見等を踏まえ、患者の環境等を総合的に勘案し、真に必要な者に対し計画を作成し支援していくような取り扱いが望ましい。
- 措置入院患者こそ丁寧な地域移行支援が必要。医療観察法における他職種チームによる医療や教育、入院中からの地域支援者の関与～地域移行の手法に学ぶべきと考える。受け入れ側の地域の体制の構築、保健所の予算、人材、力量を高めることは必要だが、医療機関の退院支援のあり方も重要であると考ええる。
- 関係機関部署の連携強化が必要（自治体内でも、地域移行・地域定着事業と未治療・治療中断相談の対応部署の相違がある）。
- 県境レベルでは、県を超えた隣接都道府県での情報交換や調整が必要となるため、ブロック別の研修会等が必要。
- 地域移行・地域定着支援は市町村の障がい者支援サービスとの連携が重要。市町村に対して、地域移行・地域定着支援の重要性をさらに意識してもらえるような働きかけが必要。
- 転出入が多く、継続した関わりがもちにくいこと、入院先の病院が遠く連携がとりにくいこと、件数が多いこと等都市部の特徴に配慮した体制づくりを検討していただきたい。

## 6. 社会資源(施設、住居等)、就労支援の整備(14件)

- グループホームなど退院後の住居が不足している。
- グループホームは、潜在的ニーズもある中、供給を充たしていない。公営住宅や民間アパートについても保証人がいないことでの入居困難あり。また、グループホームからアパート等への移行が難しい。保証人問題や定着支援との関係が深く、退院支援がシステム化できない。
- 拡大資源：利用者が地域で真に自立して生活できるための就労環境や、各種社会資源の一層の充実が必要。
- 居住の場が整えば退院できる人がどれくらいいるのか、各自治体が実態把握し、取り組むべき内容を明らかにする機会が必要。
- 社会資源（施設等）の整備が必要。
- 住まいの確保も必要。
- 退院後の住まいの確保が円滑に行えるようなシステムをつくる。
- 退院後の地域の社会資源の整備。小豆では、精神障害に対応したグループホームや短期入所施設が少ない。また、就労移行支援事業所や就労継続支援A型がない。
- 地域定着に必要な住居や仕事。
- 低家賃で入居できる住居の確保。
- 当区は人口規模が小さく社会資源も限られている。
- 入院中の精神障害者の地域支援を進めていくためには、制度の充実だけでなく受け皿となる施設（生活訓練事業所やグループホーム等）の拡充も必要だと思います。
- 本人も家族も高齢化して一人暮らしが難しくなっている事例が増加しており、居住の場に補助金を出すことや、優先的に入居できるなどの制度が必要。当事者の意見、要望を国レベルでもっと発信できるようにしてほしい。
- 離島であり、社会資源が少ない中で、地域での支援体制においても難しい面が多い。

## 7. 資質向上・人材育成(研修会等)(13件)

- このことに従事する者は有資格者であり、かつ専任で対応するのが望ましい。
- 越境措置患者の退院後の支援体制についての整備。措置患者の地域支援を推進するための人材育成。
- 支援にあたる職員の資質向上のために、研修会等、制度について学ぶ機会を提供していただきたい。
- 職員の研修機会の確保。
- 人材育成。
- 地域の医療機関の質の向上と訪問診療の充実。支援者向けの教育の充実と育成のための仕組みづくり。福祉サービスの拡充。
- 病院と地域をつなぐ人材の確保と育成。



- 病院管理者の理解の促進や指定一般相談支援事業所の指定の推進及びスキルアップの向上を目指した取り組みが必要。
- 保健所職員に対しても地域移行（定着）支援について学べる機会を設けてもらいたい。
- 支援のあり方や支援計画策定等スキルアップのための研修会等が必要。
- 保健所に求められている退院支援計画の策定や関係機関等との調整機能を十分発揮するため、人材の充実や専門性向上を図る研修会の実施など、国の技術的・財政的支援が必要である。
- 国に求めること。措置入院の要否を判定する精神保健指定医の資質の向上。
- 全国所長会に求めること。事前調査を行う保健所職員の資質の向上を図るため、事例検討を含めた研修会の企画。措置診察の要否を判定するための事前調査票様式の作成。

## 8. 制度、法案について(12件)

- 改正精神保健福祉法については、現在のところ改正に至っておらず、地域移行についても保健所が核となった体制ではなく、民間に委嘱されている状況であり、限られた地域資源の中でどう展開させていくかということについて、協議会での議論も不十分ではないかと思われる。精神科病床数の減少や入院患者の高齢化等精神科医療での課題も多くあり、医療と地域がどう連携をとっていきべきか、今後の方向性について国や県に示していただきたい。
- 現在検討されている措置患者への退院後支援の枠組みは、医療観察法のスキームに近く、支援が患者本人の希望や思いをどこまで汲んだものになるのかという強い危惧がある。支援とはいえ「退院後支援計画」をつくらなければ退院できず、入院期間が長引く恐れがある。本来の医療は本人にとって望ましい治療であるべきだが、治安維持の側面を医療が担わされることは、精神科医療への偏見を招き、患者本人のプライバシーも著しく侵害する可能性がある。地域移行・地域定着については、これまで、医療機関、市町村（自立支援協議会等）、相談支援機関等が協力して、対応の充実を図ってきたところであり、措置入院者に限って、保健所が前面に出てかかわる別の仕組みをつくることは避けるべきと考える。入院形態によって対応を変えることは措置入院者への無用の偏見を生む危険もあり、また措置入院から医療保護入院等に切り替わった際の支援体制をどうするのかの問題も発生すると思われる。そのため改正法案については、その点を踏まえて慎重に内容を検討していただきたい。※（Q12 補足）保健所は、平日の日中の通報受付、事前調査等は行いますが、措置診察要否の判断は、本庁（保健福祉センター）が行っているため、(1) の回答は空欄にしています。
- 生活困窮者が利用できる障害福祉制度が必要である。
- 精神障がい者にとっては地域移行・地域定着支援サービスそのものが利用しにくい。病院、PSW、計画相談を立てる人等の介入があり、地域移行の利用までに様々な介入と支給決定に時間がかかり、もっとシンプルにできないかと思う。また精神障がい者に対応した地域包括支援を目指すべきと考えるが、措置患者のマネジメントは保健所、その他は障がい者総合相談支援センターとなるのか……。地域全体をマネジメントできるコーディネーターを位置づけ、予算を確保する必要がある。
- 精神障害者の地域支援においては、入院中はもちろん地域移行や定着の段階においても権利擁護が制度として保障されていなければ、支援という名の管理や監視に陥る恐れは否定できないと思います。病状や障害により権利主張や意思決定が困難な場合も多く、地域移行や定着の過程でも本人の意思が十分に尊重されなかったり、支援者側のプランの押しつけとなることも考えられる

ため、地域支援のあり方を考える際には、併せて権利擁護についても制度化されるべきです。今回の廃案となった精神保健福祉法改正案でも措置入院者の退院後支援は議論になっていますが、懸案事項であった権利擁護については見送られています。

- 精神特有の不安に対するサービスの制度化。
- 措置患者等に対しての地域支援を行政の責任によって行うとするなら、法的な拘束力がある程度必要ではないかと考える。ある程度の拘束力がなければ、すべての患者を支援の対象とすることは難しい。その一方で「支援は必要としない」「支援をして欲しくない」という意見も尊重されてもいいのではないかと考える。しかし、支援を拒否した場合に、明らかに支援が必要であると判断される場合には、法的な拘束力による支援を開始するなど臨機応変な対応ができれば良いと考える。さらに、あまりに過度な対応は、他のケース対応との公平性の観点からもいかなものかと考える。さらに、どのケースについても、それぞれに応じた対応を行うべきだと考える。また、法改正により書類等がやたらに増え、事務が煩雑にならないように、ケースワークに時間を割けるように配慮をお願いしたい。
- 地域移行・地域定着支援が制度として使いにくい部分がある。現実的には、通常業務の中で、退院支援も行われており、地域での状況を正確に把握するための指標として、地域移行・地域定着支援の数を目標にするのは、難しい。
- 地域移行等制度の事業所条件や利用条件等を、利用しやすくしていただきたい。
- 地域支援（地域移行・地域定着）は、制度が複雑なので簡素化していただきたい。
- 平成 19 年度から退院促進支援事業、地域移行・地域定着支援事業を保健所主体ですすめてきましたが、制度化後、地域移行・地域定着利用が進んでいない。保健所としても、地域移行に対して事業化や予算もなくなり、積極的に関わっていない現状があります。利用者数を増やすためにも、制度の簡便化や周知など、国、県、保健所、市町村がもっと積極的にすすめていく必要があると思います。
- 地域包括ケアシステムに関する実施事業について、実施主体の多くが都道府県になっており、保健所設置市でも実施できるようにしてほしい。措置入院に関しては、現状の県対応のままでよいと考えるが、地域支援に関しては、特にアウトリーチチーム体制整備や措置入院患者の退院に向けての（初回を含む）計画作成などは、住み慣れた地域での対応が望ましいと考える。

## 9. ガイドライン・指針、マニュアルを示してほしい(11件)

- 措置患者の退院支援計画作成において、医療観察法制度（社会復帰調整官）のリスクアセスメントの方法や、地域処遇における支援のノウハウ等について、参考にすることができる研修会を開催してほしい。
- 〈国〉今回の法改正に伴う措置患者の地域支援については、指針を早期に示すこと。
- 1. 平成 29 年度 630 調査の様式が大きく変更され、これまで使用していた保健所長会から示された情報を基にした集計ができなくなった。新様式に対応した、集計分析の方法について示唆を受けたい。2. 国は、措置入院者事例の退院支援計画策定を保健所に求めている。入院期間が短く、退院となる場合の対応や医療保護入院に変わる場合の取り扱い等の考え方を示して欲しい。
- ガイドラインや Q&A を示してほしい。

- より具体的な内容を盛り込んでほしい。例えば、支援計画の対象期間や精神保健福祉法としての支援の終了期間等（医療観察法では、退院処遇の対象期間は3年間とあるように期間を定めてほしい）。
- 管内体制の整備のため、法改正に伴う措置入院患者退院後の支援に関するガイドラインを早めに示していただきたい。
- 協議会や実務者会議の開催等については、人員体制や対応事例が少ないための経験不足を含めて課題が多い。説明会や研修、相談窓口がほしい。
- 措置患者については、退院後支援計画書の作成マニュアル、ガイドライン等の作成を国に求める。
- 措置入院患者の中には、人格障害や薬物依存症などフォローが困難なケースもあり、精神科医療ができることが限定されるケースも多いが、地域支援でできることが限定的であることからガイドラインが必要と感じる。
- 当保健所では実例がないが、矯正施設の長からの通報で、事実上意味のない軽度な疾患での通報が見られ、対応に苦慮することがある。全国保健所長会に本県保健所長会から国への要望事項として本年度上程して却下されたが、なお重要なテーマであると考えるので対応していただきたい。
- ガイドライン等マニュアルを作成してほしい。研修会を開催してほしい。

## 10. 本質的な検討、見直し(7件)

- 精神保健法第23条（警察官通報）について、精神症状の程度というよりは情報提供書的な要素で書面で送付されてきたり、取り扱う警察官により通報内容にばらつきがある。法第23条通報の基準や統一的な対応など、保健所レベルでは実施できない内容と考えられるので、全国所長会と警察官所管組織で検討願いたい。
- 県庁所在地を管轄する長野保健所は平成18年度に通報件数が倍増し、以来その状態を維持している。通報件数の増加は少し遅れて全県に広がった。その平成18年度の長野保健所の通報の概要をまとめたものを見ると、診断名に統合失調症を含む者は47%に過ぎなかった。統合失調症の者は、治療をきちんと受けている者ほど、通報が少なかった。一方、統合失調症でない者は、治療を受けていても通報になっていた。統合失調症は医療（薬物）の効果があり、医療を継続することが有効である。しかし、通報・措置入院の者の中には、パーソナリティーの偏り・発達障がい・知的障がい・家族機能の脆弱さがベースにある等、医療や福祉サービスでは対応できないものが少なからずある。つまり、現行の医療・保健福祉サービスをいくら集めても、通報例の半分には効果が期待できないという結果であった。このまま、ひたすら医療や保健に背負わせるのは、将来に禍根を残すことになるかと心配している。「現行制度では対応できない」ということを共通に認識し、本質的な検討をするべき時ではないか。その参考に、以下について、諸外国の状況を教えてほしい。①医療と保健福祉サービスでは対応できない部分（当事者の考え、信念、こだわり、自殺や他殺の予告がある、家族関係の問題等）についての社会的な対応について。②統合失調症及びその状態の患者が受診拒否している時に、誰が、どのように病院に連れて行っているか。③強制入院及び退院の、決定の手順・仕組み。
- 今回の見直しは、相模原事件を契機として理解しているが、この事件が措置入院後の対応を検討することによって解消されるものではないという認識がある。むしろ、警察の対応や検察官が精神障害者であれば、治療最優先という考えをもち、予断をもって対していると感じるケースが現実に存在していることから、医療機関や保健所を含む関係機関に、社会防衛的な機能を

強制的にもたせる方向に進んでいることに危惧を感じる。保健所が適正な判断と関わりをもつことの重要性を否定するものではないが、精神障害に関する誤った認識や予断や偏見を解消するべく、司法関係機関との十分な連携と相互の理解を行うことを強く要請するものである。とりわけ検察との関係に留意していただきたい。

- 精神科医によって「入院を続けることが必要」と判断される患者を地域移行させることはするべきではない。入院が必要な人を地域に戻すことで、地域や家庭が不安定～破壊されることは容易に想像できる。人格障害・知的障害は、医療に限界があり、精神保健福祉法の対象者として地域で支援していくことは、困難と感じている。
- 措置入院者の退院後支援計画作成については、統合失調症など治療可能なものではないもの（発達障害や薬物などで一過性の興奮等をきしたもので緊急避難的に短期入院したもの等）に対しても作成が義務付けられるのか。支援の必要性があるのか、疑問を感じるケースもある。
- 退院後支援計画の作成対象について、緊急措置入院者は対象から除外してもらいたい。
- 地域移行できる人は、既に地域に帰っているのではないだろうか。これからは、長期入院患者を退院させることは意識しつつも、新規入院患者を長期入院にさせない取り組みの方が重要であるように最近感じる。

## 11. 地域の理解促進・普及啓発(7件)

- 現在でも自宅退院を反対、あるいは自宅退院をするにあたって過度な要求をしてくる住民があり、今後も更なる地域（住民）の理解促進・普及啓発が必要。
- 住民：住民に対する障がい者差別解消の理念の普及。
- 精神疾患の治療と生活支援の理解や、措置入院の目的や該当事例に関する一般住民や行政、警察機関等の理解が必要。
- 地域の受け皿（サービス）だけでなく、地域住民の理解の問題もあり、簡単には理解は得られない。また、病状により再入院したり、防犯の観点からもフォローが必要になるケースがあり、事業者などの支援体制を充実させないと移行させただけになってしまう恐れがある。
- 地域や家族の中に精神障害に対する偏見があるので、さらに普及啓発の強化が必要。退院後地域に帰る場所が少ないため病院も患者も退院に消極的になりがちであり、今後も意識を上げる取り組みが必要。
- 地域支援の重要性について、地域援助事業者や市町村にも十分に示して欲しい。
- 今後、地域包括力、ってどれほど進展するでしょうか?現場では、患者さん退院を試みてもGHは満杯、アパートは貸してもらえず、途方にくれます。生活支援をする以前の問題でつまづいているのが実際です。これらの一番の根本原因は、偏見と無知です。国民全体も、家族も当事者も支援者も全員の、です。

## 12. 相談支援事業所の確保、強化(6件)

- 精神を専門とする相談事業所が少なく、業務が手一杯で地域移行、地域定着事業が実施できない現状があり、理想はあっても、地域の社会資源不足で対応できない。
- 精神障害者のための地域移行・地域定着に向けた保健・医療・福祉の包括ケア体制について、関係者の理解が十分とはいえない。市町村では、精神障害者にとって重要な医療を生活の一部ではなく、生活と切り離して考える傾向がある。相談支援事業所の体制やレベルに差があり、相談支援体制の強化は必要である。
- 地域移行・地域定着の制度はあっても、市町村・相談支援事業所が多忙であり、実際に制度を活用できる体制がとれないため、事業実施方法の工夫・人材育成が必要と思われる。
- 地域移行を阻む問題として、本人・家族・病院・地域の受け入れ体制等の問題があることから、課題は、①長期入院者の退院への意欲喚起と家族の理解、②地域の受け入れ体制の整備、③地域住民への啓発の必要性の3点であると考え。特に地域移行を支援する指定一般相談支援事業所の増加を図る必要があり、新規開設や受託する事業所のマンパワー確保のための補助金等の仕組みがほしい。また、ピアサポーターの養成と雇用される仕組みを国レベルで提示してほしい。
- 地域移行支援を行う指定一般相談事業所の計画策定職員の数が少なく、利用計画の処理に追われ、地域移行の業務の受け入れができていない。特定相談支援事業所のあり方の見直しが必要である(病院内に設置の義務付けまたは、地域移行専門の事業所)。
- 地域移行定着を扱う相談支援事業所の体制強化が必要。

## 13. アウトリーチ体制の整備(5件)

- ACT などアウトリーチ体制の整備。
- 地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備(アウトリーチ、訪問看護、精神科訪問診療、巡回精神ホームヘルプ等の充実)。
- 保健的アプローチを含め、アウトリーチがモデル事業としてではなく、どこの地域でも普遍的に取り組めるような制度になると良い。精神科病院が地域移行に積極的に取り組むための医療のあり方、地域包括ケアシステムの推進(病床削減、病院からのアウトリーチができる仕組み)。
- 訪問看護は充足してきたが、往診する医療機関が少ない。地域移行については、市町村の力量、体制がまだ不十分。
- 本区には精神科病床を有する病院は1か所のみで、通常、入院できる病院は遠隔地(交通機関を利用して2時間以上かかる)にあるため、個別支援計画作成及び関係者会議等で訪問する業務が一日がかりである。入院中からの早期支援・退院への地域移行を切れ目なく行うための体制整備が重要と考える。

## 14. 受け入れ体制を整える(5件)

- 制度を整えることは大事であるが、対応する機関の受け入れ体制は整っていない状況である。
- 他府県で入院している場合、措置入院者が退院後のサポートを受けやすいように、本人帰住地近隣の医療機関に転院する仕組みを整える。

- 地域での生活を身近に体験できる場の確保。
- 地域移行支援は入院期間が1年以上の入院者を中心に、1年未満の入院者であっても支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象とするとされていますが、退院後の生活環境調整には入院中からの支援が必要であることから、措置入院者や医療保護入院者は入院期間に関わらず対象とすることが望ましい。
- 夜間、休日の対応について、スタッフのいない夜間や休日に不安定となり、消防や警察に再三電話をかけるケースもあるため夜間休日の支援体制も課題の1つです。

## 15. 措置患者の継続的支援(4件)

- 支援が必要だと思われる措置患者(治療中断リスクが大きい、未治療など対象は絞る)へ継続的に支援できるような何らかの仕組みがあればよい(例:半年の観察期間を法で定める、支援の経過は関係機関へ必ず報告をする等)。措置患者へ介入を拒否される場合の対応は、各保健所の努力だけでは限界を感じる。
- 障害者総合支援法と介護保険法との適用地域で生活する精神障害者も、高齢化に伴い受けているサービスが、障害者総合支援法から介護保険法に基づくサービスに移行され、その適用関係について通知も出されているが、65歳を機に支援を中心的に担っていた人が変更したり、サービス内容の変化が病状の悪化につながり、地域生活の大きな障害となっている現状がある。
- 退院と共に転入、転出になるケースに対して、スムーズな引継ぎが行える体制。全国一律の支援の質の統一。
- 退院後、入退院を繰り返すことなく、地域で安心して生活できるよう、平成25年度からアウトリーチ体制構築事業、平成28年度から地域移行・地域定着事業などの取り組みを進めていますが、1人暮らしや家族関係が悪化している場合は、自宅に戻って生活すること自体が困難なケースも少なくありません。今後、改正精神保健福祉法が施行され、今以上の支援を提供するためには、支援体制の整備された生活の場や支援を行う人員を増やすことが不可欠です。

## 16. ピアサポーターについて(3件)

- ピアカウンセラーの養成については、当事者団体からも取り組みを進めてもらいたいとの意向が示されている。ただ、一保健所で取り組むには体制上課題が多いことから、京都府としてどのように取り組むか検討が必要。
- ピアサポーターの活用について、ピアサポーターの研修や受け入れに、事業所に余裕がなく取り組みを希望する事業所がない。個別給付の地域移行支援サービスは、事業所にとって事務量や時間がかかり利用しづらい状況がある。
- ピアサポーターの養成・活用に関する事業の財源確保が重要だと思われる。

## 17. 中核市保健所として(3件)

- (本アンケートについて) 以下の問いは、当市で該当しないため回答していません。Q8 の1年以上入院患者数の認知症に関しては認知症治療病棟がない。Q9 の新規入院者退院率の認知症病棟も同様。Q10 の警察官通報対応の措置診療、移送に関しては中核市保健所に権限がない。現状としては、平日の日中は同行、平日の夜間、休日は対応していない。Q12 措置診察要否の判断の権限は、中核市にない。Q20 地域移行支援を市の福祉部署と一体的に実施しており、質問にあるような課題はない。(意見) 当市は中核市保健所であり、都道府県設置保健所と違い市町村としての役割も合わせて精神保健業務を実施しています。貴会には、中核市保健所の現状に合った業務要領やガイドラインの作成・進言をお願いしたいと思います。
- 当所は中核市保健所として開設し1年未満のため、昨年以前の状況は県保健所が把握していること、措置対応は県保健所が実施しており当所は実施していないこと、精神障害者の地域支援等は市障がい福祉課で所管し、当所では実施していないことから、回答できない設問は空欄になっていますので御了承ください。
- 当保健所は中核市保健所であり、警察官通報は受け付けはするが、県保健所に進達し、受理からの対応は県保健所が行っている。精神障がい者の適切な医療体制(措置入院等)を協議する「精神障害者支援地域協議会・代表者会議」は、県の設置が望ましいと考える。

## 18. 措置以外の方(3件)

- 措置入院者につきましては、件数も少ないこともあり概ねフォローできていると考えます。一方、措置非該当の方や、本人や家族から支援を望まれない方にどうアプローチするかといった課題もあると考えます。
- 措置入院者を含む精神障害者の地域支援については、本人や家族の同意が必要であるため、対象者の一部については支援が難しい。具体的には、本人・家族の拒否が強い場合、本人・家族の同意を得ずに“見守る”という形骸化した支援計画を作成し、関係機関で共有するのみになると思われる。また、一部の暴力的・犯罪親和性が高い者については、司法での対応が必要な場合も考えられ、対応を分ける必要があると思われる。
- 例えば、通院や服薬を中断し、明らかに状態が悪いにも関わらず、受診や服薬は拒否し、家族等周囲の対応は困難を極めているが、措置レベル(自傷他害)の状況にはなく、34条(移送)の適応にもならないようなケースなどについては、現在の法制度下では、何かの問題が起こるまで、(保健所や警察等も)手が出せない(対応できない)場合があり、そういったケースを確実に医療に結び付けられる仕組みづくりが必要だと思う。

## 19. モデルケース、事例報告(3件)

- 地域移行・定着の制度については、事業所のマンパワー不足により、支援者の積極的な制度利用が難しい現状である。より具体的な取り組むモデルや事業成果の教示があれば、各機関への働きかけをより積極的に行えるのではないかと考える。
- 府内でも自治体によって取り組みに差がある。取り組みが進んでいない自治体の意識を高めるため、先進的な取り組みをしている自治体に好事例を報告してもらうような場が必要。

- 地域支援（地域移行・地域定着支援事業）が地域により偏りがある。病院、障害福祉サービス事業所との連携など課題が多い。先進事例の紹介や連携が図られている地域との情報交換の機会など病院・障害福祉サービス事業所や市町村との気運の醸成が図られるように希望する。

## 20. 地域移行支援事業や地域定着事業の利用者は少ない(2件)

- 退院調整の会議等を行い、地域で安全安心に暮らしていくため支援者が支援する体制にはなっているが、地域移行支援事業や地域定着事業の利用者は少ない。
- 地域移行支援制度の利用実績はないが、通常病院における退院支援や介護保険制度による支援等、地域移行給付以外の対応により退院支援を行っている現状にある。

## 21. 長期入院患者について(2件)

- Q20の質問項目にもあるように病院が地域移行対象者を推薦し相談支援事業所につなげば、地域移行の推進が図れると考えていた。ところが実際に進めてみるとかつて死ぬまで精神科病院に入院できると思い入院した長期入院の本人・家族にとっては入院していることが安心・安全であり、“退院”は逆に安心・安全を脅かすものだということがわかった。そのためオートマチックに動くシステムの構築だけでは、長期入院者の退院が促進できない現実があり、まずは退院することが当たり前と考える本人・家族への関わりや教育が必要だと感じている。
- 精神科で長期に入院している人は、地域に移行するのが難しい人が多い。そのような人に対しては、精神科の病院を改組し、医療費の安い、医師や看護職の少ないケア付き住宅のような形にするのが良いのでは。



## 第6章 考察

アンケート調査の回答率は、都道府県保健所 66.4%、指定都市保健所 36.6%、保健所政令市・中核市保健所 63.0%、特別区保健所 60.9%と指定都市保健所の回答率が低かったが、全体では 63.2%と比較的良好であった。保健所における精神保健業務については、例えば都道府県保健所や指定都市保健所では保健所の業務として行われている取り組みが、中核市保健所や特別区保健所では、その取り組みを本庁で実施しているため保健所の取り組みとならない等、保健所設置主体により業務内容に差がある。そのため、全体の調査結果を見る際には、保健所の業務であるのに取り組みができていないのか、保健所の業務とされていないから取り組みができていないのかといった観点も必要であり、調査結果では、必要に応じ、設置主体別の結果も掲載した。

### 1. 警察官通報対応について

通報受理については、平日の日中は 92.4%の保健所が対応をしているが、平日の夜間及び休日に対応しているのは 70.1%であった。事前調査については、平日の日中は 84.5%の保健所が対応をしているが、平日の夜間は 65.1%、休日は 66.4%であった。保健所設置主体別にみた場合、特別区保健所での対応は、通報受理は平日日中 78.6%、平日夜間・休日 7.1%、事前調査・措置診察は平日日中・平日夜間・休日いずれも 0%と保健所はほとんど対応していない状況であった。

### 2. 事前調査における面接の実施状況について

必ず面接で行っている保健所は、平日の日中 66.8%、平日の夜間 53.3%、休日 53.9%であった。ブロック別にみた場合、必ず面接で行っているのは、平日の日中では、東北 85.7%、九州 83.3%、中国四国 73.9%、の順に多かった。また、関東甲信越静と近畿は平日日中と平日夜間及び休日の対応の差が大きく、それぞれの割合は、関東甲信越静 64.9%、36.8%、36.8%、近畿 71.4%、11.9%、11.9%となっており、その主な理由は夜間・休日は通報対応をしていない保健所が多いためと考えられる。

### 3. 措置診察要否の判断の仕方について

原則保健所長が判断しているのは、平日の日中は 58.9%、平日の夜間及び休日は 47.4%であった。ブロック別に見た場合、平日の夜間・休日に通報対応をしない保健所が多い関東甲信越静及び近畿は事前調査の面接実施状況と同様に平日日中と平日夜間及び休日の対応の差が大きく、それぞれの割合は関東甲信越静 54.4%、26.3%、26.3%、近畿 28.6%、2.4%、2.4%であった。

### 4. 措置診察不要後の対応について

被通報者の帰住先を管轄する保健所が通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と同じ場合は、事前調査のみで終了 2.6%、必要な場合医療機関受診同行 60.5%であった。異なる場合

は、事前調査のみで終了 10.2%、必要な場合医療機関受診同行 32.6%であったが、その他 30.6%の記載で、管轄保健所に引き継ぐ、近隣の医療機関を受診する場合は同行する等積極的な対応が多くみられた。また、異なる場合に被通報者の帰住先保健所（自治体）への情報提供は都道府県内外とも全て行っている 22.4%、都道府県内のみ行っている 10.5%、必要と判断した事例のみ行っている 35.2%、行っていない 9.9%であった。措置非該当となった場合でも、支援が必要と思われる事例について確実に支援が行えるよう、本人や家族の了承を得て、帰住先保健所（自治体）へ情報提供を行うよう各自治体において規定づくり等を検討することが必要であると考え。

## 5. 措置入院事例の退院後支援計画作成について

現状でも十分に対応できる 7.2%、人員体制等の強化をすればできる 65.5%、対応は困難である 24.7%であった。対応が困難である理由は職員の人員体制や経験が不足 52.0%、保健所が措置入院に係わっていない 20.0%であり、人員体制の強化及び育成が必要である。

## 6. 措置入院事例の退院前後の支援体制の検討準備状況について

現時点ではわからない 42.1%、現制度にある地域移行・地域定着はまだ実績がなく、体制も不十分なので強化して活用する 23.7%、地域移行・地域定着の制度を活用する 15.5%であったが、制度としてある地域移行・地域定着の活用を積極的に行うことが重要である。

## 7. 措置入院事例以外の退院支援としての地域移行体制について

できていないので努力している 74.7%、既にできている 19.1%であり、体制整備は急務であると考え。

## 8. 管内の地域移行体制の実施状況について

事業者が確保されている 73.0%、病院の責任者が参加する協議会を開催している 39.8%、地域移行や 1 年以上入院患者削減目標を設定している 30.9%、月 1 回程度の実務者会議を開催している 25.7%、地域移行の個別支援をするピアサポーターが有給で活動している 19.4%であった。これらの項目については、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た際に、全国保健所長会が保健所に取り組みを促したものである。

## 9. おわりに

今後、措置入院患者を含む精神障害者の地域支援を進めるにあたっては、まずは、精神保健福祉業務を担当している保健所においては、全国保健所長会が保健所に取り組みを促している項目を着実に実施していく必要がある。

また、人員体制の強化や精神保健担当職員の専門性の向上、市・区が設置する保健所の精神保健業務についての権限及び業務の再考も必要である。これらについては、必要に応じ、国や自治体等に提言を行うことを検討する。

# 第7章 資料 (調査票)

## 精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する調査

### <調査の目的>

- 改正精神保健福祉法が、早ければ平成30年4月から施行される予定です。
- その内容は、犯罪防止という役割は明確に否定され、修正された法案や参議院での付帯決議事項では、当事者の意向と人権を尊重した支援体制を推進し、入院患者だけでなく、医療保護等の他の入院形態での入院患者にも支えるために、地域移行と退院後の支援の体制づくりが求められています。
- 衆議院での議論がこれら行われ、退院後支援のガイドラインも検討中であることから、新たに求められる保健所の役割は、まだ確定はしていませんが、ガイドライン案等から現時点で分かっている保健所に求められている役割を中心に、精神科病院入院中患者への地域移行/地域定着の支援体制の準備状況、地域での訪問支援(アウトリーチ体制づくり)、全国の保健所の体制や課題について、調査分析することを目的としています。
- あわせて、現時点での全国の保健所の通報対応状況について把握することとしていきます。

○以下の設問について、「精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割」について、十分理解されている方が、ご回答下さい。  
 ○回答は、シートのセル内に直接、入力して下さい。  
 ○その際、様式は変更しないようお願いいたします。  
 回答後は、お手数ですが、(株)コモン計画研究所のメールに添付し、送付して下さい。  
 (株)コモン計画研究所 メールアドレス: plhc2017@common.jp

●あなたのお名前と、メールアドレスをお教え下さい。

回答者名	
問合せ先電子メールアドレス	

## I 貴保健所の概要

Q1 保健所名

Q2 所在地(都道府県)

Q3 所在地(市・区)

Q4 設置主体

1 都道府県 3 保健所政令市、中核市

2 政令指定都市 4 特別区

Q5 管内人口

1 10万人未満 3 20万人以上30万人未満

2 10万人以上20万人未満 4 30万人以上

Q6 管内精神科病院数 ★平成29年4月1日時点  病院

(精神科病床を有する病院)  病院

※不在の場合は、必ず「0」を入力して下さい

Q7 管内精神科病床数 ★平成29年4月1日時点  床

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

## II 入院患者情報

◆管内病院の630調査で回答してください。630調査が保健所にない場合は、本庁にお尋ねください。

Q8 入院患者数 ★各年次の6月30日現在

(1)入院形態別 一 個票12で確認してください

	①措置入院 ※個票12	②医療保護入院 ※個票12	③任意入院 ※個票12
26年	人	人	人
27年	人	人	人
28年	人	人	人

(2)1年以上入院患者数 一 任意入院は個票12

	一 認知症は個票2	二 認知症は個票2	三 認知症は個票2
①全体	人	人	人
26年	人	人	人
27年	人	人	人
28年	人	人	人

◆管内病院の630調査で回答してください。630調査が保健所にない場合は、本庁にお尋ねください。

Q9 新規入院患者退院率 ★各年次の6月30日現在

(1)全床即一全疾患は個票13 認知症治療率は個票5  
 で確認し、退院率計算表を活用ください

	①3ヶ月 ※個票13	②6ヶ月 ※個票13	③1年 ※個票13
26年	%	%	%
27年	%	%	%
28年	%	%	%

(2)認知症治療病棟

	①3ヶ月 ※個票5	②6ヶ月 ※個票5	③1年 ※個票5
26年	%	%	%
27年	%	%	%
28年	%	%	%

### Ⅲ 警察官通報対応について

**Q10** 貴所にて通報の対応をしていますか。それぞれ、あてはまる番号を回答して下さい。

- 1 している      2 していない

	(1)平日の 日中	(2)平日の 夜間	(3)休日
①通報受理			
②事前調査			
③措置診断			
④移送			

**Q11** 措置診断の要否の判断は、原則、被通報者との面接を行い決定すべきですが、事前調査はどのような行っていますか。それぞれ、あてはまる番号を回答して下さい。

- 1 必ず面接で行う      3 原則、面接は行っていない  
2 必要と考えられる場合のみ面接で行う      4 保健所で通報対応をしていない

(1)平日の 日中	(2)平日の 夜間	(3)休日

**Q12** 措置診断要否の判断は、自治体における実施機関において、協議・検討の機能を確保し、組織的に判断することが適当ですが、判断はどのように行っていますか。

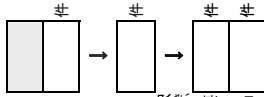
それぞれ、あてはまる番号を回答して下さい。

- 1 原則、保健所長が判断している      3 保健所長へは決裁を求めていない  
2 保健所長へは事後報告し、決裁を求めている      4 保健所で通報対応をしていない

(1)平日の 日中	(2)平日の 夜間	(3)休日

**Q13** 平成28年度の警察官通報の有無

- 1 あり      2 なし      「1 あり」の場合：警察官通報件数



**Q14** Q13のうち措置診断不要もしくは措置入院非該当となった件数とその内訳をお教え下さい。※ない場合は、「0」を記入し、※あてはめてください。

措置診断不要	措置入院非該当

**Q15** 措置診断不要と判断した場合でも、その後の支援が必要と認められる場合は、精神保健福祉法47条に基づき相談指導を積極的に行うことが望ましいとされています。そこで措置診断不要後の対応について、どこまで対応を行っているかお尋ねします。※ケースバイケースだと思いますが、通常行っている対応を1つ選択して下さい。

(1)被通報者の居住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と同じ場合

- 1 事前調査のみで終了  
2 必要な場合は医療機関への受診勧奨（同行なし）  
3 必要な場合は医療機関受診同行  
4 その他

「4. その他」の場合の具体的な対応

(2)被通報者の居住先を管轄する保健所が、通報を受理した都道府県あるいは保健所設置市と異なる場合

- ①被通報者への対応  
1 事前調査のみで終了  
2 医療機関への受診勧奨（同行なし）  
3 医療機関受診同行  
4 その他

「4. その他」の場合の具体的な対応

②被通報者の居住先を管轄する保健所(自治体)への情報提供

- 1 都道府県内外とも全で行っている
- 2 都道府県内のみ全で行っている
- 3 必要と判断した事例のみ行っている
- 4 行っていない
- 5 その他

「5 その他」の場合の具体的対応

#### IV 地域支援体制について

**Q16** 国が措置入院事例の退院後支援計画の作成を措置した保健所に求めています。貴保健所での対応可能性についてお答え下さい。尚、措置入院中か措置解除後の早い時期の作成を求め、遠隔地への入院では電話やインターネットでの会議への参加も可能とされています。

- 1 現状でも、十分できる
- 2 人員体制等の強化をすればできる
- 3 対応は困難である

貴保健所では、対応はできますか。

「2 人員体制等の強化をすればできる」を選択した場合、どのような強化が必要ですか。

「3 対応は困難である」を選択した場合、その理由をお答え下さい。

- 1 入院病院が遠隔地
- 2 措置事例が非常に多い
- 3 保健所が措置入院に係わっていない
- 4 職員の人員体制や経験が不足
- 5 その他

「5 その他」を選択した場合、具体的内容をお答え下さい。

**Q17** 措置事例も、精神障害(統合失調症や感情障害)では、医療保護や任意入院を経て退院する事例が多くみられます。退院前後の支援体制は、既に制度化されている地域移行/地域定着がありますが、どのような支援を検討準備していますか。

- 1 地域移行・地域定着は既に実施もあるので、この制度を活用する
- 2 地域移行・地域定着は、まだ実績がなく、体制も不十分なので、強化して活用する
- 3 地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている
- 4 現時点では、まだ分からない
- 5 その他

「3 地域移行・地域定着以外のサービスでの対応を考えている」を選択した場合、想定している具体的なサービスをお答え下さい。

「5 その他」を選択した場合、具体的内容をお答え下さい。

**Q18** 改正法では、措置入院事例以外の入院患者の退院支援としての地域移行体制づくりも求められていますが、貴保健所の体制はどうか。

- 1 既にできている
- 2 できていないので、努力している
- 3 できていないし、今後取り組み予定はない

**Q19** 管内の地域移行体制の内容について、各項目ができていくかどうかをお答え下さい。

- 1 はい
  - 2 いいえ
- ①協議会(年に1,2回の開催で病院の責任者が参加している)
  - ②月1回程度の実務者会議  
(病院のスタッフが参加し地域移行申請者の個別対応を検討している)
  - ③地域移行や1年以上入院患者削減目標を設定している
  - ④地域移行申請があれば、実際に取り組み事業者が確保されている
  - ⑤地域移行の個別支援をするピアサポーターが有給で活動している
  - ⑥病院内で入院患者の退院意欲喚起の活動を定期的(月1回程度)実施している

**Q20** 地域移行体制づくりが困難となっている場合、どのような課題がありますか。  
 ①ある②ない③について、それぞれ主なもの1つずつ、回答してください。

①保健所の体制

- 1 地域移行の制度や体制の知識や経験が不足
- 2 他の業務が忙しいので、取り組めない
- 3 管内に病院がなく、入院が遠隔地である
- 4 その他

②相談支援事業所の協力が十分でない

- 1 相談支援事業所が忙しい、と協力を得られない
- 2 地域移行を進めるための知識や経験がない
- 3 相談支援所だけでは病院の協力が得られないが、保健所は支援できていない
- 4 その他

③病院の協力

- 1 病院管理者の理解が得られない
- 2 会議等の参加はしてくれるが、退院意欲換起には消極的
- 3 会議には参加してくれるが、地域移行対象者の推薦はしてくれない
- 4 病院に保健所として働きかけたことがない
- 5 その他

**Q21** 管内の地域移行/地域定着の実績をお教え下さい。

※把握していない場合は、管内市町村に確認し、回答をお願いします。

	(1)地域移行利用者数 (精神)	(2)その内退院者数	(3)地域定着利用者数
26年	人	人	人
27年	人	人	人
28年	人	人	人

**Q22** 貴保健所管内のアウトリーチ体制の有無について、あてはまる番号を入力して下さい。  
 また、「1」ある場合、その機関と在宅精神障害者支援における保健所との連携について、総体的にみて、あてはまる番号を入力して下さい。

	①アウトリーチ体制の有無 1 ある 2 不明 3 ない	② か所数	③保健所との連携について 1 十分連携している 2 不十分ながら連携あり 3 連携無し
(1)ACT			

↓「1」ある場合、ACTの名前をお教え下さい。

--

	①アウトリーチ体制の有無 1 ある 2 不明 3 ない	② か所数	③保健所との連携について 1 十分連携している 2 不十分ながら連携あり 3 連携無し
(2)訪問看護(病院)			
(3)訪問看護ステーション(精神科訪問)			
(4)訪問をしてくれる診療所(精神病患者)			
(5)その他			

**Q23** 今後、措置患者を含む精神障害者の地域支援(地域移行・地域定着策)を進めるに当たっての国や都道府県や全国保健所長会に求めることや、制度の在り方について、ご意見があれば、自由に記載して下さい。

～ これで調査は終わります。ご協力ありがとうございました。～

回答後は、お手数ですが、(株)コモン計画研究所のメールに添付し、送付して下さい。  
 (株)コモン計画研究所 メールアドレス: [prtc2017@common.jp](mailto:prtc2017@common.jp)

平成29年度地域保健総合推進事業  
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業  
報告書（アンケート調査結果及び取り組み事例）

平成30年3月発行

日本公衆衛生協会

分担事業者 中原 由美（福岡県粕屋保健所）

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8

TEL 03-3352-4281

FAX 03-3352-4605







