

# 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業」における保健所マニュアル

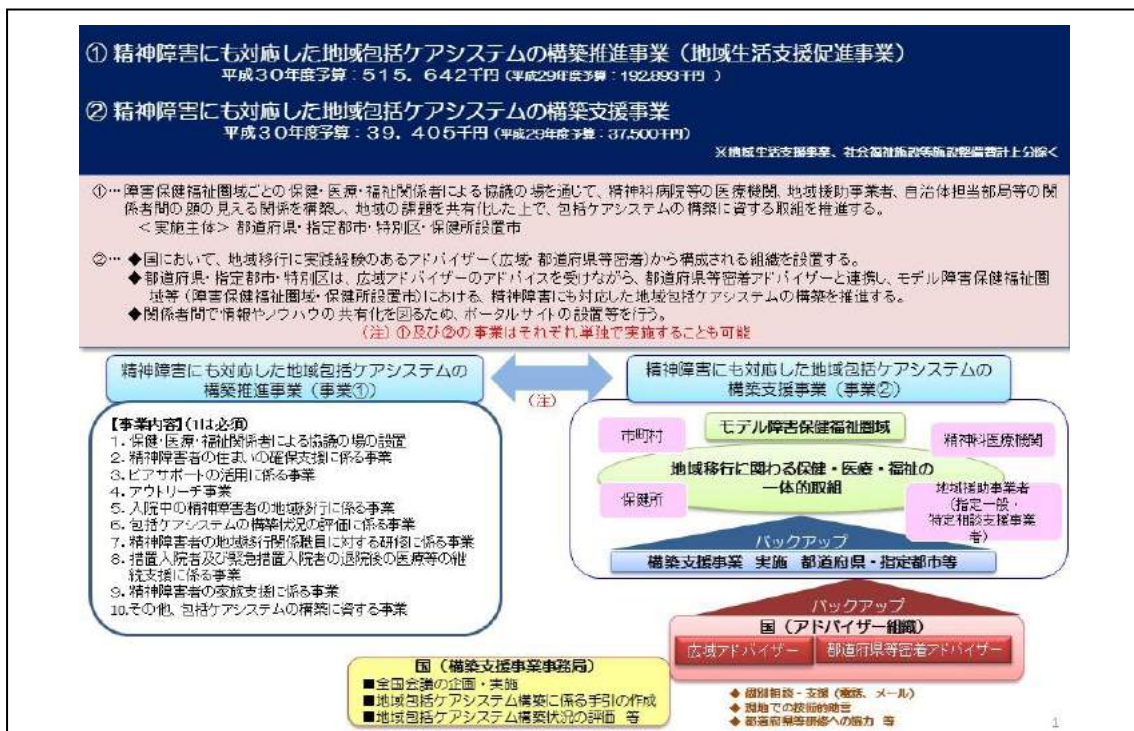
2018. 8. 29

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会

国は平成 29 年度より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指した下記事業を展開しています。平成 30 年度には、18 自治体（11 県 5 市 2 区）が本事業の支援事業に参加しており、推進事業には、さらに多くの自治体に参加しています。その中で、本事業の推進のためには、保健所の積極的な参画が不可欠であるにもかかわらず、保健所の役割が病院や相談支援事業所に理解されていなかったり、保健所が自分たちに求められている役割を十分には認識していないために、事業が進まないという事態が、多くの自治体で見受けられています。

そこで、本事業において保健所が行うべき役割を明確にするために、地域保健の充実強化に関する委員会として、具体的な方法論を記載したマニュアルを提案することにしました。なお、このマニュアルは、全国保健所長会平成 30 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）で作成されたものです。

また、このマニュアルでは、主に県型保健所や中核市保健所を想定しており、特に、精神保健業務を市精神保健福祉センターに集約している指定都市において、当てはまらない部分が多くあります。しかし、保健所を精神保健福祉センターと読み替えることで、多くの部分は対応可能と考えています。



保健所が行うのは、以下の 5 項目です。取り組みを始めてみましょう。また、すべての項目の取り組みが難しい場合でも、できる項目から始めてみましょう。その後の展開で取り組みが難しいと思われた項目もうまく進み始めることもあります。

## I 概論

### 1. 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析

圏域内に複数の精神科病院があれば、地域移行に最も協力してもらえそうな病院を選択し、協力を呼びかける。そのために、病院の入院患者の状況について精神保健福祉資料（以下、「630調査」）データを使って分析する。

### 2. 相談支援事業者への働きかけ

地域相談事業者として許可を得ている事業者の中で、病院との調整を保健所が行うこととピアサポーターの養成は事業所と協力して保健所が行うことを条件に、地域移行・地域定着支援を実際に行う事業所を最低 1 か所選択し、具体的調整を行う。相談支援事業者が引き受けるのに慎重な場合は、ピアサポーターを雇用・活用することによって、専門職の業務負担の軽減をした上での地域相談を提案する。

### 3. ピアサポーター（ピアと略）養成及び雇用体制づくりへの支援

入院患者への退院意欲喚起と地域移行・地域定着の個別支援を担えるピアを養成し、支援に従事できる体制づくりを市町村や相談支援事業所と一緒に保健所が取り組む。相談支援事業所がピアを非常勤職員として雇用するよう働きかける。

### 4. 圏域内精神科病院への働きかけ

病院の管理者（病院長、理事長等）に協力依頼をする。病院に入院中の長期入院患者の中で、病院の努力だけではなかなか退院できない患者を退院できるように、保健所と相談支援事業所が取り組むので、協力して欲しいと依頼する。

※平成 26 年 4 月施行の改正精神保健福祉法で、「退院後生活環境相談員の設置」、「地域援助事業者の紹介」、「医療保護入院者退院支援委員会の整備」は病院管理者の責務となっている。

### 5. 地域移行推進の会議開催と運営

圏域内での地域移行を推進するための連携会議を保健所が開催する。この会議には、圏域内の精神科病院、市町村、地域相談事業者が参加し、具体的な地域移行の推進方を検討し、個別事例についても検討し、地域移行を進めるのに課題があれば、検討し解決する。会議は、保健所長や病院長を始めトップが参加し、基本方針や目標設定（地域移行で退院を目指す患者数）を決定する年 1, 2 回の協議会と病院からは看護と P S W が参加し、地域相談事業所や保健所、市町村の担当者が参加する月 1 回の実務者会議の二層構造にする。

## II.各論

### 1. 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析

#### 1) 導入編（開始から半年まで）

- ①病院報告で、在院患者数と年間の入退院患者数から、平均在院日数を計算する
- ②28年までの630調査で、1年以上入院患者の年齢別、入院形態別の数を把握する
- ③29年以降の630調査では、1年以上入院患者の年齢階層別、入院形態別は、エクセルデータをソートして把握する
- ④圏域内で地域移行申請数、退院者の件数（市町村や病院に問い合わせ）を把握する
- ⑤地域移行機能強化病棟の有無（病院問い合わせ）を把握する

これらのデータから、病院ごとの地域移行の対象者数を推定する。対象者は、本来は、1年以上入院患者全員だが、疾病別では、認知症患者は介護保険サービスの視点でのアプローチが必要で、地域移行制度以外の退院支援で対応する。地域移行支援は、まずは外出などが自由にできる任意入院患者の支援を先行させる方が、導入としてはスムーズである。勿論、医療保護入院も対象で、病状が安定していて病院が退院可能であると判断していれば、入院形態にはとらわれない。

なお、管内に精神科病床がない地域では、管内の患者の入院先病院がどこであるかを630調査で分析し、その病院を所管する保健所との連携を図る。

#### 2) 継続編（半年から2年目）

- ①地域移行申請数、制度利用した退院者数
- ②入院患者数及び1年以上入院患者数の増減

基本的には、導入期と同じだが、地域移行を進める中で、障害福祉計画上の目標に対して、地域移行申請数や退院数が十分かを分析する。さらに、1年以上入院患者数が実際に減っているのかを確認する。地域移行を進めても、新たな1年以上入院患者が生まれていると長期入院患者数が減少しない。病院の協力を得て、その原因を分析する。

#### 3) 展開編（3年目以降）

- ①長期入院中の入院形態の分布の把握
- ②病床数の推移や病棟運用の変更の把握

地域移行が進むと当然病床に空きが出てくるので、病院では休床にしたり、病床を削減したりする。病床の運用状況を把握しておく必要がある。

#### 4) 保健所長の役割

保健所にある統計や資料を担当職員に提供する。保健所長に配布されている全国保健長会や研究班等の外部資料<sup>\*</sup>を渡すとともに、所内の関係部門が持つ資料（病院報告は医事部門）を精神保健担当者に提供するように指示をする。さらに、全国的には保健所現場に提供されている都道府県の担当部門や精神保健福祉センターが持っている資料（630調査や精神医療審査会資料）が保健所に提供されていなければ、県所長会等から提供するように働きかけることも必要である。資料分析の助言をすることも責務である。

※参考

改正精神保健福祉法施行に向けて保健所の取り組みについて（提案）

[http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai\\_chihokenjyu\\_H25\\_tmp06.pdf](http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H25_tmp06.pdf)

改正精神保健福祉法に対応するための保健所機能について（提言）

[http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai\\_chihokenjyu\\_H26\\_tmp03.pdf](http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H26_tmp03.pdf)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>

## 2. 相談支援事業所への働きかけ

### 1) 導入期

保健所が、地域相談の制度や報酬について十分に理解をし、地域移行支援が入院患者の権利擁護として重要である一方、採算という点でも十分成り立つことを説明できるように準備する。圏域内に地域移行・定着支援の実績のある事業所があれば、その事業所の担当者から支援の実態や課題をヒアリングし、ピアを活用した新しい取り組みでの地域移行の協力を取り付ける。もし、実績のある事業所がなければ、許可を取っている事業所の中で、精神障害者支援に経験のある（職員に精神保健福祉士がいる）事業所を選び、同様に協力を依頼する。圏域内に最低1カ所の実働できる相談支援事業所を確保する。

協力のめどが立てば、保健所と相談支援事業所の役割分担と連携体制について調整をする。事業所の役割は、①実務者会議への出席、②ピアを活用した入院患者の退院意欲喚起、③地域移行希望者の相談と申請手続き、④支援計画づくりと退院に向けて個別支援である。なお、意欲喚起のための費用は総合支援法からは出ないので、保健所が委託費で支払うか、相談支援事業所に地域移行支援の先行投資と考えて、協力をしてもらうのかは、調整が必要である。保健所が費用負担する場合には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」の予算や保健所の精神保健関連予算から捻出する等の工夫が必要である。

### 2) 維持期

意欲喚起の働きかけで、新たな申請者が常に出続けることは理想であることから、各病院の体制や患者層の変化に合わせて、意欲喚起の手法についても検討が必要である。

ピアが個別支援について一定の責任を持った活動ができるように相談支援事業所と検討することも必要である。相談支援事業所の中には、ピアだけで事業所の見学等の同行支援を任せていたり、地域定着の訪問をピアだけで行っているが、責任のある活動をすることでピアがより意欲を持って仕事として活動をする。そのためにも、ピアのOJTやフォロー研修には保健所も積極的に参加し助言をする。また、ピアが支援にかかわる事例のピアが参加する検討会は最低月に1回は必要であり、事例の支援状況を共有化するためにも、保健所職員も参加し、ピアとの信頼関係を構築する。

### 3) 展開期

地域移行が既存のグループホーム（以下GHと略）への退院が中心となっている場合には、GHの空き部屋がなくなると退院が滞ってしまう。その場合には、既にGHに入所している当事者のアパート等への移行を進める「自立生活援助」を取り組むように働きかけたり、病院から直接アパートに退院する事を目指し、住居支援の質を高めるように事業所に働きかける。

### 4) 保健所長の役割

相談支援事業所においても、担当者だけでなく管理者の理解を得るために、保健所長が管理者に直接会って説明をすることもある。また、病院内の退院意欲喚起のピアの報償費などの予算を獲得する調整を行う。（参考 毎月実施の場合 3～5万円程度／病院／年）

### 3. ピアサポーターの養成及び雇用体制づくりへの支援

#### 1) 導入期

協力相談支援事業所と共同で、養成講座を実施する。養成講座は、先進地域の事例を参考にピア活動に最低限必要な内容を短期（半日 2 回）に習得できるようにする。先行地域のピアに講師依頼するのも効果的である。養成講座への参加者は、広報や新聞やポスターなどを使って広く公募するとともに、管内の病院や診療所の外来患者や就労継続 A や B 事業所の通所者から適切な人材を医療機関や事業所から推薦してもらうように働きかける。

養成講座の中でグループワークを取り入れ、参加者のピアとしての適性を判断する。講座修了時に、相談支援事業所が雇用条件等の説明を行い、後日の採用面接によって採用を決める。地域移行の同性支援等を考慮して、適性のある応募者から男性 2～3 名、女性 2～3 名の計 4～6 名は採用をすると利用者とピアの相性にも配慮して、支援担当のピアの決定ができる。ピアの採用が決まれば、ピアを含めた事業所職員と保健所職員で、病院内での入院患者意欲喚起の働きかけの企画案を作成し、協力病院と実施に向けて検討をする。

#### 2) 継続期

ピアによる意欲喚起を各病院で実施する。長期入院患者が多くみられる病院では、対象となりそうな患者に病院職員に呼びかけてもらって、自主的に 10 人から 20 人程度の患者を病棟内のデイルームや作業療法室等を使って、地域移行支援の制度を説明する（院内説明会）。対象者が非常に多い病院では、病棟毎に実施することも検討する。説明会は、単発で終わるのではなく定例的に、できれば毎月実施する。内容は、地域移行制度だけでなく、退院後の住居（GH を含む）、経済的な支援、生活支援（ホームヘルプ等）、日中活動の場（地域活動支援、就労継続等）、地域定着などのサービスの利用について、具体的に説明をする。これらの制度を利用者の立場からピアが説明をする。平均在院日数の比較的短い病院においては、入退院を繰り返す事例や、家族の介護力低下による入院事例などは、入院期間が 3 ヶ月程度でも対象となるが、入院期間が短いことからタイムリーに支援する必要があることから、ピアを含めた個別の面接で地域移行支援を提案する。

移行支援の申請することを患者が了解すれば、病院関係者に報告して家族の意向調整をし、申請手続きに入る。市町村には、給付決定遅延によって本人の退院意欲がそがれることがないように、速やかな（1 週間以内）支給決定をしてもらう。

#### 3) 発展期

個別支援として、週に 1 回程度の面接を通じて、本人の意向を確認しつつ、退院の準備支援をする。退院後の住まいはどの地域を希望していて、退院先は自宅なのかアパートを探すのか、GH や養護老人ホームなのかを本人希望を確認しつつ、見学や外泊体験を行う。経済的問題や活動の場の確保、生活支援などを計画相談も活用して本人の意向を確認しながら準備をする。ピア支援での退院では「あなたの支援によって退院できた」と感謝されることで、ピアの活動へのモチベーションはさらに高まる。地域移行支援で関係性ができたピアが地域定着支援にも係わることで、退院後の不安軽減もできる。

## 4. 病院への働きかけ

### 1) 導入期

管内の精神科病院を保健所長が個別に訪問し、理事者や病院長に面会をし、地域移行のための保健所や相談支援事業所の活動への協力を依頼する。管内の精神科病院が多数ある場合には、病院を集めて説明会を実施する。その場合でも病院管理者の出席を求め、病院管理者が参加できる環境（夕方の実施等）への配慮をする。説明では、①地域移行制度の意義（病院の努力だけでは、退院に向けての環境調整が困難な患者や、本人の退院意欲が低い患者への支援を保健所、市町村、相談支援事業所が協力して行う制度）②病院に求めている協力内容（ピアによる意欲喚起、説明会、個別支援の受け入れ、院長及び職員の会議への出席、地域移行対象者のリストアップ）を伝える。

理想は全病院の協力だが、まず管内病院のうち最低1病院の協力を得ることを目指す。

### 2) 継続期

患者向けの意欲喚起や個別支援がスムーズに行えないようであれば、まず実務者会議で課題解決の検討を行う。また、実務者会議には2, 3人の病院職員しか出席しないので、広く病院職員の制度理解が必要であれば、病院職員向けの研修会を保健所が行う。研修では、保健所職員だけでなくピアも講師をすると病院職員のピアへの理解が進む。

### 3) 展開期

一部の病院での地域移行が進めば、管内全病院に働きかける。協力が得られにくい病院には、病院が協力すべき法的根拠を説明し理解を求める。根拠は、精神保健福祉法の第4条で、病院の設置者には連携をする努力義務がある事を説明する。それでも協力が得られない病院には、精神科病院実地指導において、地域移行対象者が多数いる実態を把握すれば、4条の違反として行政指導の対象とすることもできる。

一方、地域移行が進み始めた病院では、当初退院が困難と考えていた医療保護入院や重度かつ慢性と言われている長期入院患者を支援の対象とし、退院後の支援体制の強化に取りかかる。さらに、統合失調症の入院患者が減少した病院において、認知症患者を受け入れる場合には、医療環境として、混合病棟での患者トラブル等による事故増加が予想されるなど、認知症の専門治療環境が適切であることから、専門病棟の設置や国が目標としている2か月以内に50%以上の退院を目指すように要請する。

### 4) 保健所長の役割

病院を始め各関係機関のトップへの働きかけを行う。病院の医師への説明を始め職員研修も保健所長が一部を受け持つと効果的である。一方、医療法による医療監視や精神保健福祉法による実施指導の機会を活用し、病院の患者の社会復帰努力を定期的に評価する。

## 5. 地域移行推進の会議開催と運営

### 1) 導入期

保健所から、関係機関に連絡をして実務者レベルの準備会を行う。まず、参加者は協力病院の看護師と PSW、協力相談支援事業所のスタッフと保健所職員。定例（月 1 回）の会議日程を決め、会議での協議内容とその準備を各機関に説明する。

病院には、地域移行候補者リスト（10～30 名程度）と院内説明会の定例候補日と院内で利用可能な場所などを会議までに病院内で検討し資料の提出をお願いする。相談支援事業所は、ピアの雇用状況と院内説明会の準備状況を報告する。まずは、院内説明会の実施準備を実務者会議で進める。定例会では、対象者リストに上がった患者の退院に向けた準備状況、院内説明会への参加状況、地域移行申請の有無などを把握し、関係機関での進捗管理をする。実務者会議が軌道に乗れば、トップが参加する協議会を開催する。

### 2) 継続期

意欲喚起の働きかけの手法や効果について常に検討し、地域移行申請者が増えて、個別支援に入った場合には、個別支援の進捗管理をする。支援申請をして、給付決定がスムーズに行われているかを評価し、時間がかかるようであれば、申請者の出ている市町村の担当部局（障害福祉部門）の職員の会議への参加を保健所から要請する。

住居の課題では、GH や養護老人ホーム等の施設の受け入れ状況や空き情報の把握や、公営住宅を含むアパートの受け入れ等を検討し、改善案を出す。

経済的問題では、生活保護の受給や障害者年金などの制度利用の課題を検討する。他のサービスについては計画相談を前提に、サービスの開発や実際の利用上の課題があれば検討を加える。精神科訪問看護が地域に十分あるのか検討を行い、十分でなければ訪問看護ステーションに働きかけるか、精神科病院が訪問を始めるように働きかける。

地域移行が進む中で、地域に必要な退院後の生活に必要なサービスの分析と調整を行い、不足しているサービスは、どのように作り出すかは、市町村の自立支援協議会等に対して提案をして、検討してもらう。

### 3) 発展期

協議会でも設定した目標が達成できたかを評価し、新たな目標設定をし、もし、地域移行進捗が目標に達していないようであれば、その課題を分析し、対策を立てる。特に、地域移行・定着に必要な社会資源の目標設定を市町村の障害福祉計画に、記載され実現するように働きかける。

### 4) 保健所長の役割

協議会での司会等の進行に一定の役割を果たし、会議で出された課題を関係機関調整や働きかけを通じて解決し、課題解決型会議として機能させることで、関係機関の地域移行への意欲を高める。



## Q & A

### Q1. 保健所や病院が地域移行に取り組まなければならない根拠法は何か

精神保健福祉法で精神障害者の社会復帰への配慮の項目で、入院患者が相談支援事業を利用できるように配慮したり、事業者と連携することが病院の設置者に努力義務が課せられている。また、国や地方公共団体（保健所や市町村）は病院設置者と協力して、社会復帰促進に勤めることが義務づけられている。従って、病院が入院患者への情報提供やサービス利用に協力しなければ、法違反になる。さらに、保健所（国や地方自治体）も病院と協力して社会復帰の努力をしなければ、法違反であり行政の不作为が問われる。

.....

#### <精神保健福祉法 平成 26 年施行>

#### 精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮 第四条

医療施設の設置者は、その施設を運営するに当たっては、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、当該施設において医療を受ける精神障害者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービスに係る事業（以下「障害福祉サービス事業」という。）、同条第十六項に規定する一般相談支援事業（以下「一般相談支援事業」という。）その他の精神障害者の福祉に関する事業に係るサービスを円滑に利用することができるように配慮し、必要に応じ、これらの事業を行う者と連携を図るとともに、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。

2 国、地方公共団体及び医療施設の設置者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない

.....

### Q2 相談支援事業所が地域移行に取り組まない理由はなにか

理由として、①経験がない、②病院の協力が得られない、③計画相談等で忙しくて人員を割けない、④手間が掛かる割に収入が少ないなどが考えられる。これらへの対処や説得方法は、①今後、先進事例の見学や経験のある専門職の助言を受ける（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）②病院の協力は保健所が介在してしっかりと確保する ③そのためにピアを保健所と一緒に養成し、雇用する事で職員の負担は少なく、障害者雇用ができる ④29年度まででも、地域移行支援は一人当たり3万円/月の収入はあり、ピアの賃金を支払っても十分採算性は高いが、30年度からさらに給付費アップしている（参考資料1）。なお、退院後の地域定着支援において、24時間の電話での緊急対応が

負担であると考える事業所もいるが、実際に地域定着を行っている事業所では、夜間等の時間外での電話はほとんどなく、当初心配していたような負担感は感じていないという意見が多い。

### Q 3 ピアを雇用しないやり方はないのか

あり得るし、対象者がピアの支援を断ったり、事業所がピアによる支援が向いていないと判断すれば、事業所職員だけの個別支援を行う事例はもちろんある。しかし、その場合には個別支援を全て職員が行う事になり、事例の背景によって支援内容は異なるが、病院内での定期的面接から、体験外泊の同行や地域資源見学や住居が決まった場合の生活道具等の購入など、時間が掛かる支援が沢山ある事から、多数の事例への支援が困難となる。そのため、地域移行を職員だけで行うためには、新たな職員雇用が必要になる。従って、ピア活用なしに支援を行うなら、職員を増員する必要がある、専門職の新規雇用は、事業所にとってハードルが高い。さらに、入院患者の意欲喚起や個別支援での退院への不安軽減に、ピアは効果的な役割を果たせることから、専門職だけの支援より効果的である。なお、地域移行給付における支援員には公的資格規定がないのは、ピアの活用を可能にする配慮である。

### Q4 ピアサポーターの養成・雇用は、必須か

保健所が中心となって進めてきたかつての『退院促進事業』においては、地域の当事者が入院者と交流し退院意欲を高める病院内説明会（院内茶話会等）の効果が確認されるなど、一定の効果が得られたが、結果としては地域移行の件数が伸びなかった。

その対策として同事業が総合支援法の個別給付化され、相談支援事業者が関与することで、地域移行の件数が増えることが期待されたが、実際には件数増加にはつながらなかった。

その理由の一つとしては、相談支援事業者の人員不足が挙げられてきたが、中原班としては、その解決方法として、相談支援事業者が地域移行支援職員として、複数のピアサポーターを非常勤雇用し、同事業を展開することが、地域移行件数の増加につながることを発見し、その方法を広く全国の保健所に普及してきた。本マニュアルは、相談支援事業者が地域移行支援職員として、複数のピアサポーターを非常勤雇用し展開する精神障害者地域移行事業の具体的な進め方について示したものである。したがって、このやり方で最も重要なのは、相談支援事業者によるピアサポーターの雇用であり、そのために優先されるのは、相談支援事業者へ分かりやすい説明を行い協力をとりつけることと、ピアサポーターの養成である。

### Q 5 ピアに向いている人というのはどのような人か

精神障害者で、仲間を支援することを仕事にしたいことが最低条件である。しかし、経験的にピアとして望ましい要素というと①病状が安定しており、自分の障害を受け入れている②仕事をする意欲がある③今までに他の患者に助けてもらったり助けたりというよう

な経験がある等である。就職するのに主治医の許可がいらぬようにピアの活動にも許可を求める必要はないが、採用が決まれば多くのピアは、主治医に報告をし、ほとんどの主治医は喜び応援をしてくれる。郡部では、訪問等に車での移動が必要になるので、運転免許があり普段から運転をしている方が仕事はしやすい。入院経験はある方が入院患者の辛さへの共感性は持ちやすいが、必ずしも必要ではない。相談支援事業所は、自分の利用者を雇用したがる傾向にあるが、公募を原則とした方が優秀な人材が確保しやすいので、管内の病院や診療所に、ポスターを貼ってもらったり、精神科医に「外来通院患者で、安定していて社会的能力は高いのに、就職となるとなぜか長続きしない患者さんにピア養成講座を進めていただけますか」と依頼すると適切な人材をリクルートできる可能性が高い。

#### **Q6 ピアの養成を保健所がする方法は**

養成講座をすることは、業務量としても予算的にも大変と考えがちであるが、淡路・但馬地域で行っているのは、半日 2 回の短期講座であり、当事者を対象とした疾病教育等の教室を行うのと労力や予算に大きな差はない。回数の多い講座は運営側だけでなく、受講者にも負担が大きく途中で脱落者を多く出すことになるので、推奨しない。本来ピア支援は個別性も高く、知識と言うより経験から学ぶことが多いことから、講座に時間と労力をかけるのではなく、活動を始めてからの OJT に力を注ぐ必要がある。従って、養成講座は、ピアに適性のある参加者を講座を通じて見いだすことに力点をおき、知識を詰め込むのではなく、基本的概念（例えばリカバリー）を説明し、グループワークの中で自分の体験について発言してもらうことで、その参加者のピアへの適性を見定めるようにする。講師としては、先進地のピアに講師として経験を語ってもらうことが有効であるし、2 年目以降は、既に活動している地元のピアを講師として講座を進めることができる。プログラム等は、資料 2 を参考にすること。

#### **Q7 ピアの養成は保健所が行うのではなく、精神保健福祉センターの役割ではないか、また相談支援事業所に任せればいいのか**

圏域内で一定数必要なピアサポーター（6 名以上）を確保するためには、勤務後の通勤等も考えると地元での講座の開催が必要となることから、県に 1 カ所での開催では地元の当事者の参加が得にくい。

また、相談支援事業所が単独で養成講座をすると自分の事業所に関係する当事者に偏ってしまって、広く適切な人材を求めることができにくい傾向がある。また、雇用後に事業所への不満等を持った場合に、ピアが相談する相手として保健所が機能するためには、養成からフォローアップにかかわる必要がある。さらに、ピアとの共同作業を経験すると保健所職員の精神障害者感がポジティブに変化するという効果もある。

## Q8 ピアの雇用はどうすればいいのか、また事業所の採算は合うのか

相談支援事業所が、養成講座参加者を中心にピアの採用面接を行い、適性のある人材を事業遂行上必要と思われる人数採用する。その後、雇用契約を取り交わし、最低賃金を保障して非常勤職員として雇用をする。通勤等の交通費等もちろん支払われる。アルバイトで雇用するのと何ら変わらない。障害年金や生活保護をもらっている当事者は、その限度額について考慮が必要である。安全に働くために、体調不良時には無理をせずに、事前に連絡をして仕事を休むことを推奨する。そのためにも、担当を二人のペアで行い、もし、ピアが体調不調で休んでも支援に穴が空かないようにする。ピアが、入院した場合にも、退院して働けるようになれば、復職をさせる。

なお、採算の例は、参考資料1のスライド5と6で、1事例の7ヶ月にわたる地域移行支援の事業所が得た収入（323460円）とピア2名に支払った賃金合計（66000円）が比較されている。もちろん、支援にはPSW等のスタッフもかかっているので、その差額が全て純益ではないが、ピアの賃金を地域移行支援で事業所が得られる収入で十分に支払うことは可能である。

## Q9 国は、ピアサポーターについてどのような姿勢か

平成26年の精神保健福祉法改正時に、大臣通知として、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が出されているが、その中でも、「ピアサポートの促進」や「ピアサポーターの養成」が明記されている。また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」でも、ピアの養成や活用は求められている。

.....

<大臣指針>

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成二十五年法律第四十七号）の施行に伴い、及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）第四十一条第一項の規定に基づき、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針を次のように定めたので、同条第三項の規定に基づき公表し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の施行の日（平成二十六年四月一日）から適用する。

厚生労働大臣 田村 憲久

### 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針

本指針は、次に掲げる事項を基本的な考え方とする。

① 精神医療においても、インフォームドコンセント（医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意することをいう。以下同じ。）の理念に基づき、精神障害者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害者に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、精神障害者本人の同意なく入院が行われる場合においても、精神障

患者の人権に最大限配慮した医療を提供すること。

② 精神疾患の発生を予防し、発症した場合であっても早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する知識の普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害者が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図ること。

③ 精神障害者同士の支え合い等を行うピアサポートを促進するとともに、精神障害者を身近で支える家族を支援することにより、精神障害者及びその家族が、それぞれ自立した関係を構築することを促し、社会からの孤立を防止するための取組を推進すること。

国及び地方公共団体は、相互に連携を図りながら、必要な人材の確保と質の向上を推進するとともに、本指針の方向性を実現するため、必要な財源の確保を図る等の環境整備に努め、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者は、本指針に沿った精神医療の提供を目指す。

#### 四 人材の養成と確保

2 ピアサポーターは、精神障害者やその家族の気持ちを理解し支える支援者であることを踏まえ、ピアサポーターが適切に支援を行えるよう、必要な研修等の取組を推進する。

.....

#### Q10 ピアサポーターの養成講座のカリキュラム例は 参考資料 3

#### Q11 意欲喚起とは何か、どのようにすればいいか

長期に入院をしている患者の中には、病院職員が聞いても「退院したくない」と答える患者は少なくない。原因は「ホスピタリズム」であり、永年の入院生活への適応を強いられてきた結果である。退院への希望をピアが聞くだけで、「退院したい」と言う場合もある。また、長期入院の間に地域移行支援を含めて多くの医療福祉サービスが始まっていることを患者はほとんど知らなかったり、自分が使えると思っていなかったりするので、制度の内容を利用者の視点でピアが紹介することで、「自分もこの制度を使えば退院できるかもしれない」と思ってもらうことが重要である。また、患者の中には、退院の条件に、①病的症状が完全に消える、②退院後仕事ができる、③家族の了解が必要、④家事や生活能力がなければ退院できない、⑤生活費がないと言うような思い込みをしている患者が多くいるので、①症状があっても地域生活は可能、②福祉的就労がある、③家族の了解は不要、④ホームヘルパーや施設がある、⑤生活保護や障害者年金がある等を実際の体験者のピアが説明することで、入院患者の誤解が解かれて退院したいと考えが変わる可能性が高い。

地域移行に成功した事例が出れば、その退院者が入院していた病院で、退院後の生活について、映像を交えて話してくれると患者だけでなく看護職の地域生活への理解が深まる。

#### **Q12 地域移行対象者リストはどのようにつくってもらえばいいか**

退院への可能性について、まずは任意入院の患者を病院に評価してもらう。評価軸として、主治医から①病状、看護から②生活能力、本人から③退院意向、家族から④退院受け入れを簡単に（例えば、○△×）評価してもらい、全てが○の患者は、すぐに地域移行申請が可能である。①②が○か△であれば、③④が×でも地域移行の対象となる。このような簡単な基準で患者評価を病院がして、20人程度のリストを病院から提出してもらって、意欲喚起の対象者とする。

#### **Q13 地域移行の進行管理票など参考資料はあるか**

##### **参考資料4**

#### **Q14 病院からは、退院可能な患者は既に退院していると言われている**

多くの病院は、患者の退院支援に多大なる努力をしているのが現状であり、多くの病院は、自分たちの努力だけでは退院させることができない患者を退院できない患者と位置づけている。その現状を前提として、地域移行は、そのように病院の努力だけでは退院できない患者の支援を外部の相談支援事業所が協力して行う事業と言える。一方、保健所では入退院届けや630調査を分析することで、その病院において長期入院患者が何人いるかも把握していることから、それらの数字を病院に示しながら、病院に対して、保健所と相談支援事業所が協力して取り組むことを受け入れてもらう。地域移行が進み、退院事例が出てくると病院関係者は、この事業の有用性を評価するようになる。

#### **Q15 家族が反対しているので、地域移行を申請できないし、退院させられないと病院が言うがどうすればいいか**

地域移行申請は本人申請であり、家族の同意は制度上は必要ではない。もし、任意入院患者であれば、本人が退院したいと言えば、病院は原則退院させねばならないし、家族の了解そのものが法的には不要である。しかし、了解をしてもらう方が退院はスムーズにできるので、家族説明をすることには意義はある。だが一方、家族の反対があるので、退院ができないと病院関係者が思い込んでいる場合には、家族には退院を拒否する権利は現在の精神保健福祉法上はなく、強く反対する場合には障害者差別解消法上は、家族による虐待や人権侵害となることを説明する。病院が家族との関係性（入院時に長期入院を家族から依頼されて引き受けてしまった場合など）で、病院だけでは家族への説明が困難な場合には、保健所が家族に対して、当事者の権利を説明する。また、平成26年に改正された精神保健福祉法は家族負担をできるだけかけず、精神障害者を社会が支援することを目指したもので、その一環として、市町村が給付する地域移行制度で安心して退院してもらえるように支援することも説明する。可能な限り家族の了解を得られるように努めるが、それでも家族が拒否する場合には、家族の支援を求めることなく、アパートの賃貸契約には保

証人制度を活用したり、日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用して金銭管理を支援するなど、地域が支援する方向で、地域移行を進めていく。

#### **Q16 630 調査のデータは、どのように手に入れればいいのか**

630 調査を精神保健福祉施策を推進する保健所として活用することは、必要であり、多くの都道府県ではその資料を保健所と共有している。さらに、29 年度からは、病院所在地別、住所地別の 1 年以上入院患者数が、65 歳未満と以上に分けて、HP 上で公表されている。

#### **Q17 保健所業務が忙しい中で、地域移行の調整や会議にまで手が回らないのでは**

保健所における業務の優先順位にかかわることであり、重要な点である。

精神障害者の地域移行を進めることは、国の精神保健施策の最重要課題で、精神保健福祉法上も地方自治体に求められている役割であり、障害福祉計画にも明確な自治体別の目標が設定されている。さらに、退院が可能と思われる入院患者が、支援を受けられないために、地域生活を送る事なく死亡退院をする事は、人権上許されることではなく、2014 年に日本が批准した「障害者の人権条約」上も問題視されている。従って、このような活動を保健所が、業務の中で優先するのは当然であり、他業務との調整を行って取り組むべき業務である。また、措置入院患者への支援のガイドラインが出されているが、措置入院患者への監視ではなく支援が求められている。また、措置入院患者の多くは、医療保護入院や任意入院を経て退院することが多いが、入院患者の退院支援を行うべき『地域移行支援』は、措置入院を経て退院しうる患者にとっても、有効な支援体制であり、人権上の配慮としても、措置入院経験者を差別的に扱わない配慮として、地域移行支援が広く活用されていることが重要である。

#### **Q18 年 1, 2 回の協議会や月に 1 回の実務者の会議は必要か**

協議会では、保健所、市町村、病院、相談支援事業所の責任者が、地域移行を進めるための役割の確認や年間の目標（その年度中に地域移行支援によって長期入院患者を何人削減するかというような）設定や、課題に向けて解決方針を決めることが必要である。特に病院において、管理者の理解なしには、地域移行にかかわる活動（意欲喚起や個別支援）が行えない。

実務者の会議は、実際に地域移行が進行すると各事例の退院に向けての課題や阻害因子が明確となり、それらをタイムリーに解決していくためには、最低月に 1 回の会議が必要である。勿論、例え月に 1 回の会議を重ねていても、退院の阻害因子にあたる課題の解決がされないのであれば、開催する意味はない。逆に、地域移行に関しての地域での課題が全て解決され、関係者の基本理解が十分で、長期入院患者の削減が障害福祉計画値をはるかに上回るのであれば、会議の頻度を数ヶ月に 1 回としても差し支えはない。

**Q19** 65歳以上の長期入院患者の退院後の住まいは、どう考えればいいのか

長期入院によって高齢化した患者の場合には、家族も高齢化して自宅への退院が困難な事例が多い。アパートでの単身生活や障害者のグループホームへの退院をまず検討する。一方、養護老人ホームも受け入れ可能な施設である。全国に60000床以上あり、入所者の死亡等によって、空きが生まれることがある。市町村の措置によっての入所となり、市町村の高齢者支援の担当部門が窓口となる。住む家がなく、支援する家族がなく、収入が少ないことが入所要件となることから、精神科病院からの退院者には要件を満たしている方も多し。施設は、二人部屋が多いが、個室の施設も増えてきている。施設に対して、国からも精神科病院の地域移行への協力の指導が行われている。施設には看護師が常勤しているので、服薬管理の支援もできる。退院後の住まいを選択するのは本人であり、地域移行の支援の過程で、アパートや施設の見学をしてもらって、本人の希望を優先して住まいを決定することが大切である。

ADLに障害があり身体介護が必要な事例では、介護保険施設も検討するが、永年精神科病院に入院した患者を地域に移行するにあたっては、できるだけ地域生活を楽しめる住居に移行できるように配慮することが望まれる。