

令和3年度地域保健総合推進事業

---

精神障害者地域生活支援のための  
ピアサポーター養成における保健所の役割及び  
中核市保健所の精神保健の役割に関する研究

---

報告書



令和4年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 柳 尚夫 (兵庫県豊岡保健所)



## はじめに

国は、今年度から地域移行・定着支援や自立生活援助、そして計画相談等の相談支援や就労継続Bの福祉就労にピアサポート加算を始めた。精神障害者当事者の活動に経済的な位置づけをしたことは、欧米のようにピアサポーターを専門職として発展させる基盤づくりとしての大きな一歩と言える。また、ピアサポート研修の標準化は、ピアサポーターの資格制度化に繋がるという期待を抱かせる。しかしながら、国からの制度運営をする都道府県や指定都市への説明は不十分であり、令和5年度までの経過措置期間に、全国の都道府県や指定都市が研修を実施できるかは、課題が多い。さらに、各地域で加算を活用して多くのピアサポーターが雇用されるかは、さらに多くの課題がある。

それに加えて、一昨年度から始まった新型コロナウイルス感染症の国内感染の波によって、精神科病院における入院患者への退院意欲喚起や地域移行支援の活動は、「感染拡大防止」を理由に、多くの制限が加えられることとなり、地域移行支援サービスの利用実績は2019年8月に790件の少ないながらもピークを迎えたのが、第1波の2020年4月には457件と落ち込み、その後は、600件台まで回復したが、2021年は500件台に再度落ち込んで回復の兆しはない。

パンデミック対策は「感染拡大防止」と「人権への配慮」をバランスよく行うことが大切であることが、「新型インフルエンザ等行動計画」にもうたわれているが、精神障害者に関しては、任意入院患者の外出制限は人権への配慮として基本的にはできないはずだが、感染拡大防止の名の下に当たり前に実施されており、その対応はこれからも保健所の課題である。

2021年10月15日には、日本弁護士連合会から「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」が出され、日本の精神障害者の人権が守られていないことが指摘されており、国家賠償請求訴訟も起こされている。精神障害者の人権を守る事を業務としている保健所として、感染対策とのバランスを取りながら人権擁護の視点で精神保健業務に取り組む事が今強く求められている。

このような状況下で、今年度は新型コロナウイルス感染症対策で多忙な保健所からアンケート調査では50%近い回答を得ることができ、その中で感染対策に配慮しながらも、精神保健対策に取り組む保健所の努力の成果についても把握することができたことは、有意義であった。

また、昨年度末に検討会が報告書を出した「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業」において、市町村の役割の明確化がうたわれており、特に日本の人口18%を占めようとしている中核市における保健所の精神保健業務のあり方は、今後日本の精神保健施策の方向に大きな影響があると思われる。当研究班では、昨年度に続き中核市における精神保健業務の検討をするにあたり、4中核市保健所の所長に新たに参画をしていただき、その課題分析にも取り組んだ。

本報告書がこれらの課題の解決に少しでも寄与できる事を祈っている。

令和4年3月

令和3年度地域保健総合推進事業

精神障害者地域生活支援のためのピアサポーター養成における保健所の役割

及び中核市保健所の精神保健の役割に関する研究 柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所）



---

<b>I 研究概要</b> .....	<b>1</b>
1 研究のねらい.....	3
2 研究班組織.....	3
3 事業内容.....	4
<b>II 保健所調査</b> .....	<b>5</b>
第1章 調査の概要.....	7
1 調査の背景と目的.....	7
2 調査の対象及び概要.....	7
3 調査対象と回答率.....	8
第2章 調査結果.....	9
1 保健所の概要.....	9
(1) 回答保健所の所在地(ブロック別).....	9
(2) 回答保健所の設置主体.....	10
(3) 回答保健所の管内人口.....	11
(4) 回答保健所の管内精神科病院の状況(2021年4月1日時点).....	12
2 地域移行の実績(2020年度、2021年度上半期).....	14
(1) 地域移行支援利用実績の把握.....	14
(2) 地域移行支援利用実人員数.....	15
(3) 国の資料分析.....	19
3 新型コロナウイルス感染者が減少している中での管内状況について(2021年11月現在).....	21
(1) 定期的な意欲喚起の活動や必要な事例への個別面接.....	21
(2) 地域移行、地域定着の実績がある相談支援事業所の把握.....	22
(3) ピアサポーターの雇用.....	26
4 新型コロナウイルス感染症の影響について.....	29
(1) 地域移行支援の状況.....	29
(2) 今年度の実地指導の内容(予定を含む).....	33
(3) 入院患者への外出制限.....	35
(4) ピアサポート加算の認知状況.....	37
第3章 調査票.....	39

### III 中核市保健所の精神保健の課題等「中核市に期待される役割とは」..... 43

＜座談会のまとめ＞ .....	45
1 背景と目的 .....	45
2 座談会要旨 .....	45
(1) 報告書全般について.....	45
(2) 報告書の内容についての意見交換.....	45
3 まとめ.....	46
4 謝辞.....	46
座談会「中核市に期待される役割とは」.....	47
～「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書を拝読して～.....	47
1 開催日.....	47
2 開催方法.....	47
3 出席者.....	47
4 座談会内容.....	48
(1) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」報告書を拝読して参集.....	48
(2) 「にも包括」報告書への思い.....	50
(3) 平時の精神保健の対応:見守り.....	52
(4) 有事における精神保健の対応:緊急対応.....	55
(5) 人材育成の在り方を探る.....	61
(6) 精神保健の優先度を高めるために.....	66

### IV ピアサポーター養成研修実施事例..... 69

＜ピアサポート養成研修をとりまく動向＞ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定の概要.....	71
1 ピアサポートの専門性の評価 .....	71
2 就労継続支援B型 .....	72
＜兵庫県ピアサポーター養成研修実施事例報告＞ .....	74
1 令和3年度 兵庫県精神障害者地域移行促進人材養成研修実施要項.....	74
(1) 目的 .....	74
(2) 実施主体 .....	74
(3) 研修対象者 .....	74
(4) 研修日程、研修会場及び研修内容.....	74
(5) 受講申し込み.....	74
(6) 受講決定 .....	75
(7) 受講料 .....	75
(8) 研修修了の認定方法 .....	75

2 令和3年度ピアサポート養成研修実施状況(神戸会場:全県対象)	76
(1) 障害当事者の参加者について障害種別ごとの人数	76
(2) 事業所管理者等の参加人数	76
(3) 当事者が単独(雇用・利用事業所職員の参加無し)の参加人数及び修了状況	76
(4) 当事者の単独参加があった場合、配慮した点	76
(5) 研修の進行にあたって配慮した点、課題に感じた点	76
(6) 研修全体について配慮した点、課題に感じた点	77

<兵庫県ピアサポーター養成研修但馬圏域報告> ..... 78

1 圏域単位でのピアサポーター養成講座の意義	78
2 研修内容について	78
3 参加状況について	78
4 国基準の研修の効果	78
5 研修の成果	79
6 今後の方向について	79
7 但馬圏域ピアサポーター養成講座の新聞報道	79

**V 結果のまとめと考察** ..... **81**

1 結果のまとめ	83
(1) 全国保健所アンケート結果と国統計の分析	83
(2) 地域移行・地域定着支援、自立生活援助の利用実績と新型コロナウイルス感染症の関係	83
(3) 地域移行・地域定着支援の新型コロナウイルス感染症の影響	83
(4) 新型コロナウイルス感染症の人権侵害への対応	83
(5) 全国のピアサポート研修実施状況とピアサポート加算の保健所の理解	83
(6) ピアサポート研修の実施例	84
(7) 中核市における精神保健福祉対策の課題	84
2 考察	84
(1) 新型コロナウイルス感染症の影響	84
(2) 保健所の精神保健分野における新型コロナウイルス感染症への対応の課題	84
(3) 精神障害者地域移行のこれから	85
(4) ピアサポートの推進における保健所の役割	85
(5) 中核市の精神保健福祉活動のこれから	85



# I 研究概要



## 1 研究のねらい

精神障害者を地域で支えるための支援強化のために、国は地域移行・定着及び地域生活援助に2021年度からピアサポート体制加算を設定した。この養成研修を実施するのは、都道府県又は指定都市で、いくつかの必須の要件があり、地域における保健所の調整力が必要である。

一方、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策のために精神障害者の外部との接触や外出が制限されることで、地域移行・定着に負の影響が出ており、これらへの保健所の取り組み状況の把握が必要である。併せて、増えつつある中核市保健所における措置診察や精神科病院実地指導等を含めた中核市の精神保健業務のあり方について明確にすることを目指す。

## 2 研究班組織

役名	氏名	所属
分担事業者	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所 所長
事業協力者	遠藤 浩正	埼玉県鴻巣保健所 所長
	向山 晴子	東京都中野区保健所 所長
	稲葉 静代	岐阜県岐阜保健所 所長
	中原 由美	福岡県宗像・遠賀保健所 所長
	川原 明子	福岡県嘉穂・鞍手保健所 所長
	山口 文佳	鹿児島県鹿屋（兼）志布志保健所 所長
	松岡 太郎	豊中市保健所 所長
	岡本 浩二	川口市保健所 所長
	野村由美子	青森市保健所 所長
	長井 大	鳥取市保健所 所長
アドバイザー	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター
	岩崎 香	早稲田大学人間科学部
	名雪 和美	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
	吉野 智	PwCコンサルティング合同会社（元厚生労働省）
	堀 裕行	岐阜県健康福祉部長
	清古 愛弓	東京都葛飾区保健所

### 3 事業内容

#### ○班会議の開催

##### ■ 第1回班会議

【日 時】令和3年6月29日（火）10：00～12：00

【方 法】オンライン（Zoom）

【議 題】

1. 今年度研究の趣旨説明（計画書）
2. 自己紹介と班員の保健所や近隣の状況報告
3. 「ピアサポーター加算要件に対応した養成講座」の紹介
4. 調査についての検討
5. 研修について
6. 今後の研究計画

##### ■ 第2回班会議

【日 時】令和3年11月17日（水）10：00～12：00

【方 法】オンライン（Zoom）

【議 題】

1. 今年度の研究方針の確認
  - 1) アンケートについて
  - 2) 中核市の精神保健課題
  - 3) ピアサポーター研修の課題
  - 4) 研究班員の所属自治体の対応の実態
  - 5) 報告会や報告書の内容の確認  
令和3年12月20日の中間報告会  
令和4年3月7日の地域保健総合推進事業の報告会（東京）
  - 6) 今後の今年度のスケジュール
2. 来年度の研究班の体制について
3. その他

##### ■ 第3回班会議

【日 時】令和4年1月17日（月）9：30～11：30

【場 所】AP東京八重洲 W会議室（10階）

【方 法】オンライン（Zoom）を含むハイブリッド開催

【議 題】座談会「中核市に期待される役割とは」

## II 保健所調査



## 第1章 調査の概要

### 1 調査の背景と目的

- 新型コロナウイルス感染症の第5波が終わったものの第6波に向けての医療体制の準備や、市型保健所ではワクチン接種業務で多忙である。一方、精神科病院における外出・外泊の禁止や外部援助者との面会の制限を継続している病院も多く、地域移行・定着の全国の実績は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の状況に回復せず、低調なままである。一方、今年度から、ピアサポーター（以下、ピアと略）の国基準研修を受講したピアを雇用する事業所への加算が始まり、研修は都道府県が実施する事になっているが、まだまだその周知も実施できていない状況である。
- このような状況の中、新型コロナウイルス禍、そして新型コロナウイルス感染症の感染拡大後の「精神障害者支援における保健所の役割について」分析する役割の当研究班としては、できるだけ保健所に負担をかけないように質問を絞るとともに、全国で第5波が終了した時期にアンケートを実施した。
- 中核市保健所の精神保健の役割については、令和3年3月にまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の報告を受けた形で、研究班に参加している中核市保健所長を中心に、課題の検討を行うため、今回のアンケートには中核市に関する質問をあえて入れていない。

### 2 調査の対象及び概要

調査対象	全国 471 保健所
調査方法	●全国保健所長会一斉メール配信、メール回収 ※再依頼 1 回
調査期間	●2021 年 11 月 10 日～12 月 22 日
有効回収数 及び 有効回収率	●対 象 数        471 ●有効回収数        232 ●有効回収率        49.3 %
調査の内容	●保健所の概要 ●新型コロナウイルス感染者が減少している中での管内の状況について（2021 年 11 月現在） ●新型コロナウイルス感染症の影響について

### 3 調査対象と回答率

- 全国の 471 保健所（1 支所から回答が別途あったことから、独立した保健所の扱いをした）を対象に調査を行い、232 保健所から回答を得た。回答率は 49.3%で、前回より 13.1%ポイント高かった。
- 2019 年度までの精神保健関連の保健所調査では、60%近い回答率を得てきたが、2020 年度より新型コロナウイルス禍で全国の保健所が業務多忙な状況であることから、前回の回答率は 36.2%と低く、今回の回答率も約 50%に留まった。
- 設置主体別にみた回答率では、「保健所政令市、中核市」「都道府県」が 5 割を超えている。
- ブロック別にみた回答率では、「近畿ブロック」「中国四国ブロック」「東海北陸ブロック」で 5 割を超えている。

図表 1 回答率／設置主体別

	A: 配信数	B: 回答保健所数	回答率(B/A)
都道府県	355(内、支所 1)	179(内、支所 1)	50.4%
指定都市	26	9	34.6%
保健所政令市、中核市	67	37	55.2%
特別区	23	7	30.4%
合計	471	232	49.3%

図表 2 回答率／ブロック別

	A: 配信数	B: 回答保健所数	回答率(B/A)
北海道ブロック	30	13	43.3%
東北ブロック	49	21	42.9%
関東甲信越静ブロック	110	42	38.2%
東京ブロック	31	10	32.3%
東海北陸ブロック	50	27	54.0%
近畿ブロック	63	45	71.4%
中国四国ブロック	57	38	66.7%
九州ブロック	81(内、支所 1)	36(内、支所 1)	44.4%
合計	471	232	49.3%

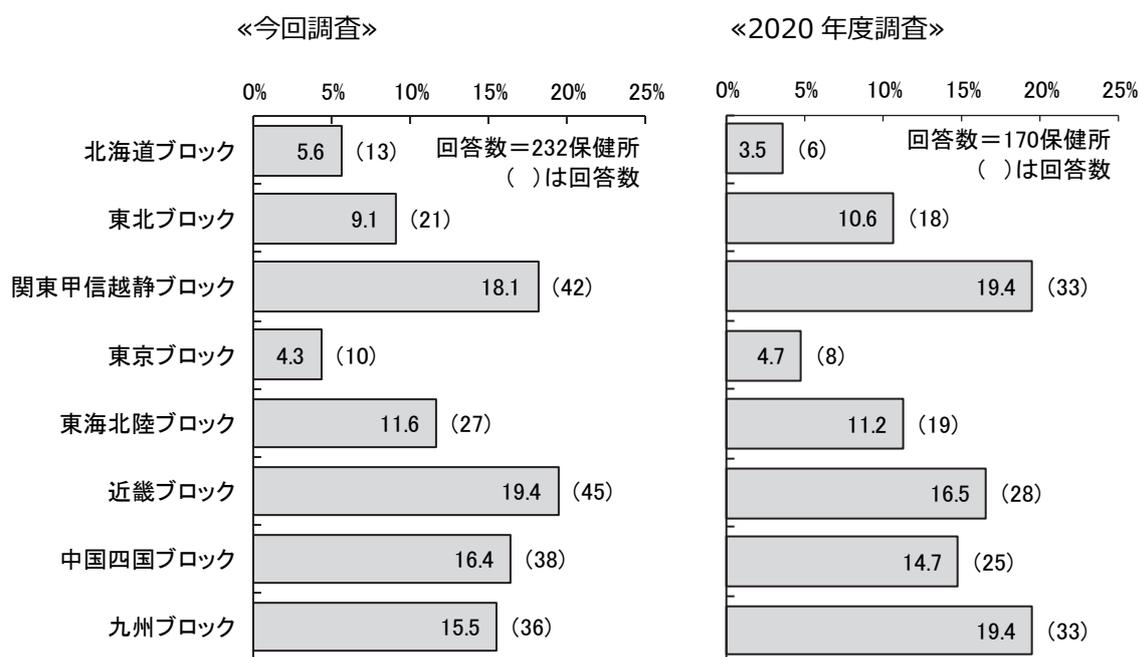
## 第2章 調査結果

### 1 保健所の概要

#### (1) 回答保健所の所在地（ブロック別）

全ブロックで2020年度調査より、回答保健所は増えている。特に「近畿ブロック」は1.6倍、「中国四国ブロック」は1.5倍以上回答保健所数が増加している。また、回答率が50%を超えているのは、東海北陸、近畿、中国四国ブロックである。

図表 3 回答保健所の所在地／ブロック別



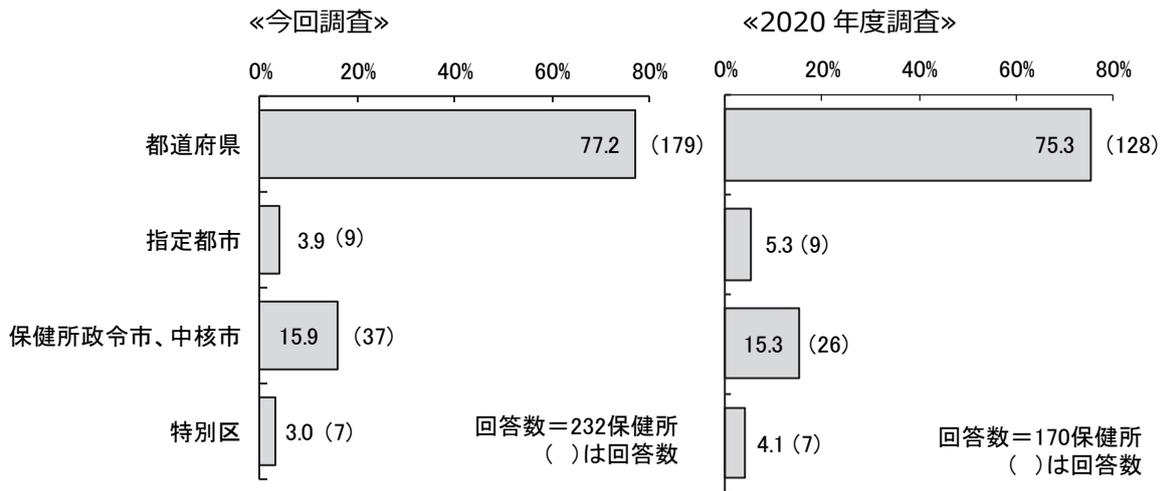
図表 4 全保健所及び回答保健所の比率／ブロック別 「今回調査」

	全保健所数	比率	回答保健所数	比率
北海道ブロック	30	6.4%	13	5.6%
東北ブロック	49	10.4%	21	9.1%
関東甲信越静岡ブロック	110	23.4%	42	18.1%
東京ブロック	31	6.6%	10	4.3%
東海北陸ブロック	50	10.6%	27	11.6%
近畿ブロック	63	13.4%	45	19.4%
中国四国ブロック	57	12.1%	38	16.4%
九州ブロック	81	17.2%	36	15.5%
合計	471	100%	232	100.0%

## (2) 回答保健所の設置主体

設置主体別の回答率は、「保健所政令市、中核市」が55.2%と最も高く、「都道府県」が50.4%とそれに次いでいる。「指定都市」は34.6%、東京都「特別区」は30.4%であるが、保健所の精神保健業務の位置づけが、県型や中核市と違うことが影響していると思われる。

図表 5 回答保健所の設置主体



図表 6 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	355	75.3%	179	77.2%
指定都市	26	5.5%	9	3.9%
保健所政令市、中核市	67	14.3%	37	15.9%
特別区	23	4.9%	7	3.0%
合計	471	100.0%	232	100.0%

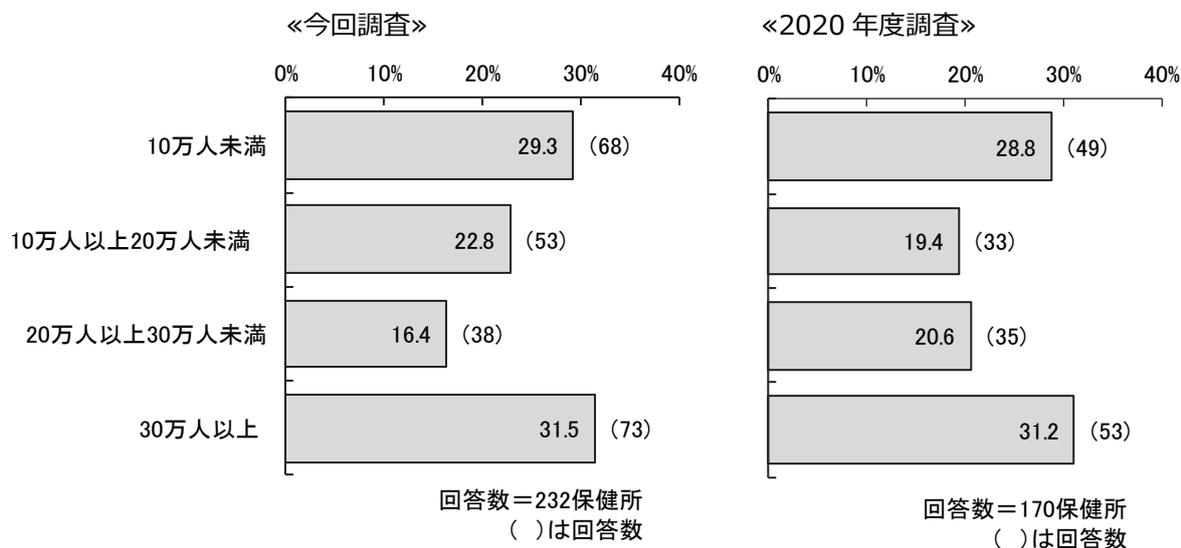
図表 7 回答率／設置主体別 (再掲)

	A: 配信数	B: 回答保健所数	回答率(B/A)
都道府県	355	179	50.4%
指定都市	26	9	34.6%
保健所政令市、中核市	67	37	55.2%
特別区	23	7	30.4%
合計	471	232	49.3%

### (3) 回答保健所の管内人口

回答保健所の管内人口は、「30万人以上」が31.5%、次いで「10万人未満」29.3%、「10万人以上20万人未満」22.8%、「20万人以上30万人未満」16.4%となっている。

図表 8 回答保健所の管内人口



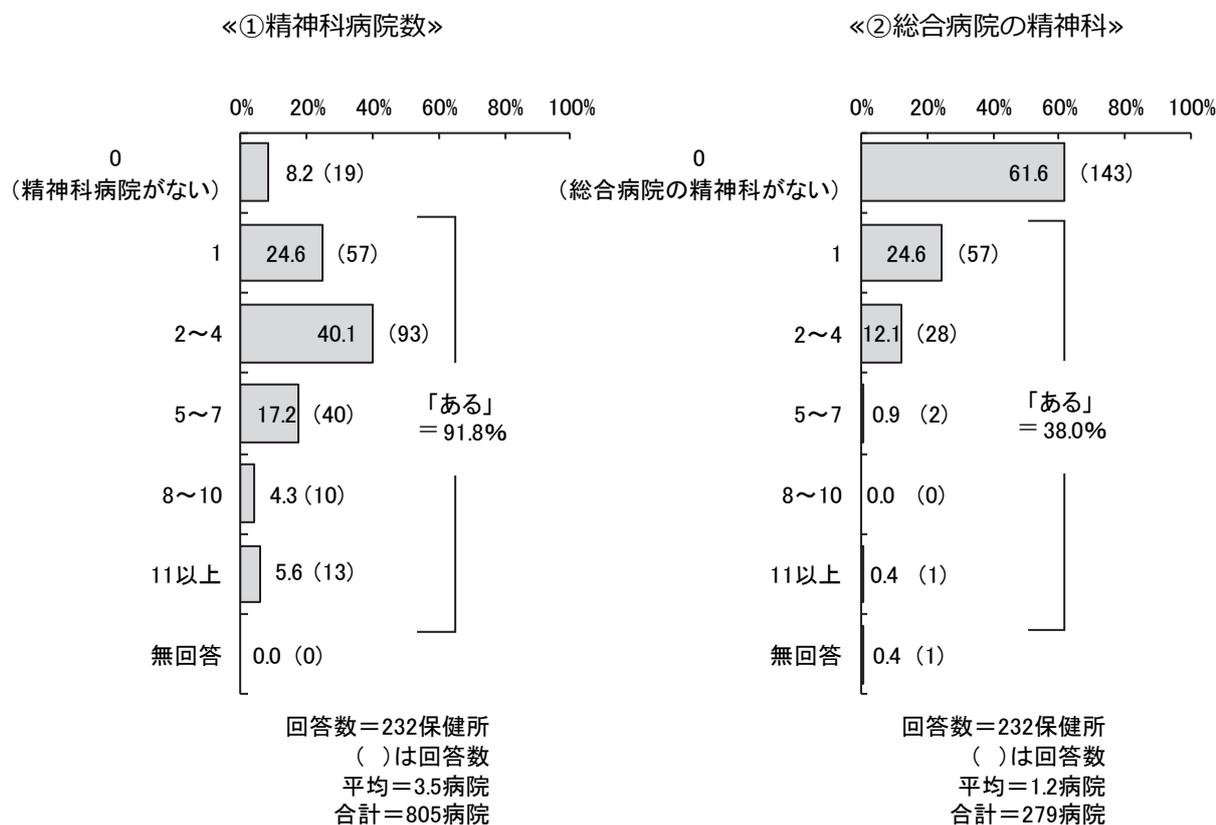
(4) 回答保健所の管内精神科病院の状況 (2021年4月1日時点)

Q5 2021 (令和3) 年4月1日時点の病院数・病床数をお教えてください。

- ① 管内精神科病院数 (精神科病床を有する病院)
- ② ①の内、総合病院の精神科
- ③ 管内精神科病床数

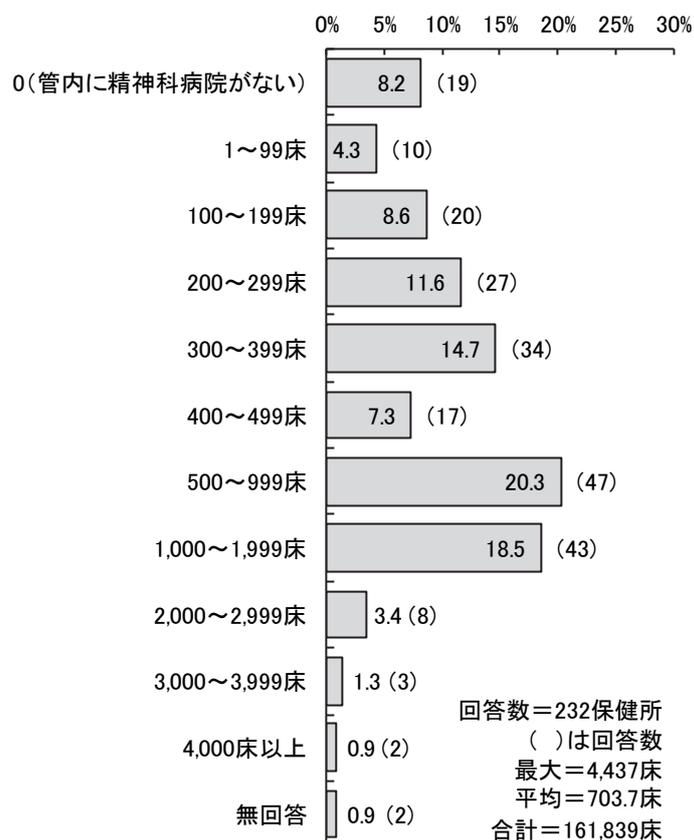
今回調査における精神科病床を有する病院数は 805 病院で、総合病院の精神科病床を持つ医療機関数 279 を減ざると 526 病院となる。『医療施設動態調査』によると令和3年3月末現在の精神科病院数の 1,055 病院の 49.9%にあたる。今回の保健所のアンケート回答は、全国の精神科病院の約半分の状況を反映していると思われる。

図表 9 回答保健所の管内精神科病院の状況



厚生労働省『医療施設動態調査』によると、2021年3月末現在の全国の精神病床数は324,202床である。今回の調査回答での管内の精神病床数の合計は161,839床で、全国の精神病床数の49.9%に相当しており、病床という視点でも今回の調査は、全精神科病床の約半分の状況を反映していると思われる。

図表 10 ③管内の精神科病床数



## 2 地域移行の実績（2020年度、2021年度上半期）

Q6	管内の精神障害者の地域移行支援の2020年度利用実績を把握していますか。
Q6-1	【「1 はい」の場合】地域移行支援利用実人員数をお教え下さい。
Q6-2	【「2 いいえ」の場合】市町村の担当課への依頼等で把握可能ですか。
Q7	管内の精神障害者の地域移行支援の2021年度上半期の利用実績を把握していますか。
Q7-1	【「1 はい」の場合】地域移行支援利用実人員数をお教え下さい。
Q7-2	【「2 いいえ」の場合】市町村の担当課への依頼等で把握可能ですか。

※地域移行支援利用実人員数は、2020年度はQ6-1とQ6-2の回答を合算、2021年度上半期はQ7-1とQ7-2の回答を合算しています。

### （1）地域移行支援利用実績の把握

2020年度の実績の把握率は、88.4%と2019年度よりは4ポイント低いものの9割近くの保健所が把握している状況は、保健所の地域移行に対する認識の高さを反映しているものと思われる。

図表 11 地域移行支援利用実績の把握



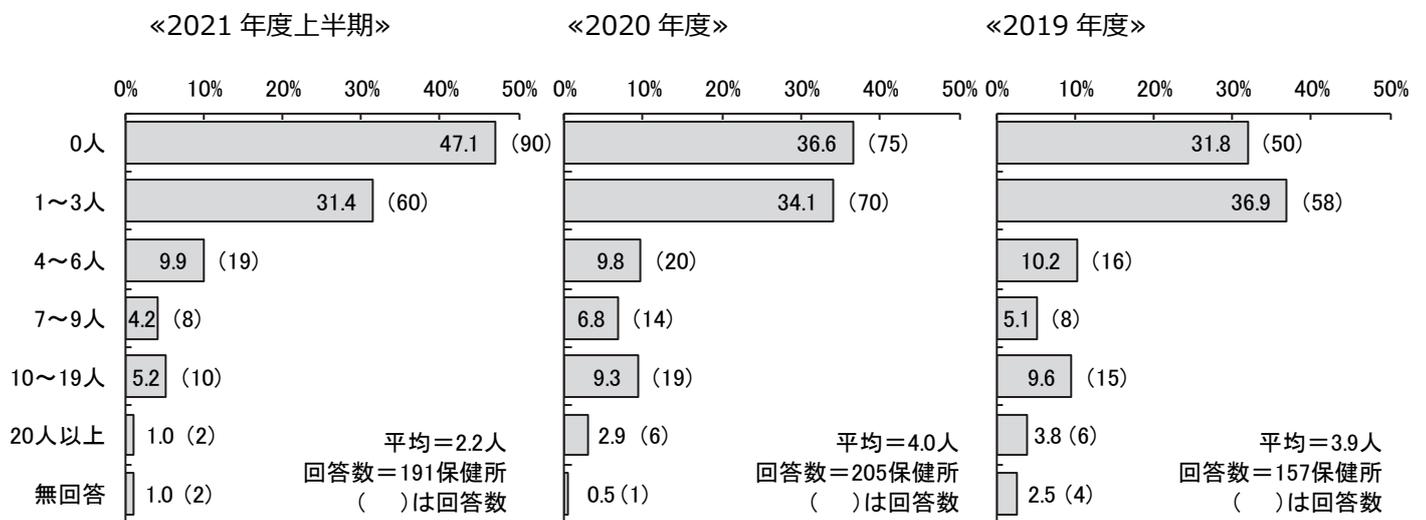
## (2) 地域移行支援利用実人員数

本研究班では、一貫して保健所が把握している管内の地域移行実績の実数を調査しており、2015年度から2020年度まで非常に少しずつではあるが、その実績は確実に上がっている。

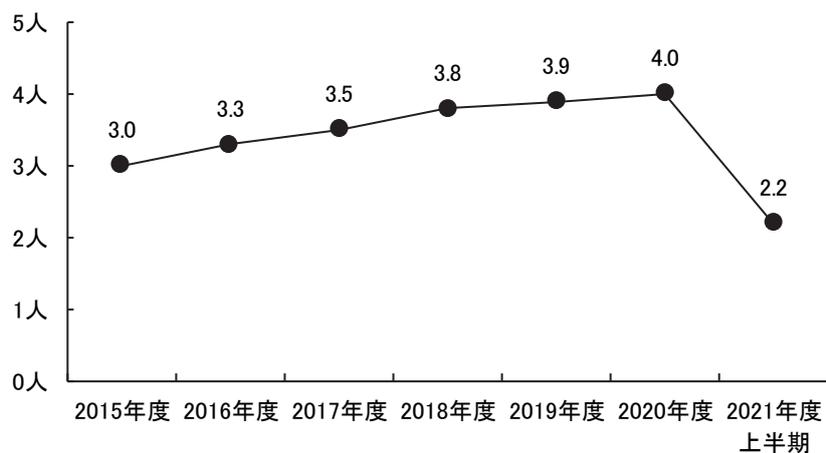
また、2021年度の上半期は、2.2人と通年に換算すると4.4人となるので、2021年度も年度末にはさらに実績が上がる事が予想される。

一方、国の地域移行申請数は、図表17のようにほぼプラトーかやや減少していることから、実績そのものが上昇しているのではなく、保健所の地域移行への関与が高まった等の理由で把握率が上昇していると思われる。

図表 12 地域移行支援利用実人員数



図表 13 平均地域移行支援利用実人員数の推移



※H27~29 (2015~2017) 年度は、「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報告書」の地域移行申請数

※H30 (2018) 年度は、「令和元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」の地域移行申請数

実績把握している保健所の内、県型保健所の 72 保健所(45.6%)で、中核市の 3 保健所(9.1%)では地域移行実績がないが、指定都市や特別区保健所は全て地域移行実績がある。

一方、管内人口の多い保健所では、把握している保健所の内、10 人以上の実績がある保健所が比較的多く、特別区と指定都市でそれぞれ 4 保健所(57.2%)が、中核市で 12 保健所(36.4%)がそれにあたる。

図表 14 地域移行支援利用実績の把握（2020 年度）と地域移行支援利用実人員数

		地域移行支援利用実績の把握				地域移行支援利用実人員数								平均利用実人員数(人)
		合計	はい	いいえ	無回答	合計	0人	1 ~ 3人	4 ~ 6人	7 ~ 9人	10 ~ 19人	20人以上	無回答	
全体		232	205	27	0	205	75	70	20	14	19	6	1	4.0
		100.0	88.4	11.6	0.0	100.0	36.6	34.1	9.8	6.8	9.3	2.9	0.5	
設置主体別	都道府県	179	158	21	0	158	72	57	15	8	4	1	1	2.0
		100.0	88.3	11.7	0.0	100.0	45.6	36.1	9.5	5.1	2.5	0.6	0.6	
	指定都市	9	7	2	0	7	0	2	0	1	2	2	0	24.1
		100.0	77.8	22.2	0.0	100.0	0.0	28.6	0.0	14.3	28.6	28.6	0.0	
	保健所政令市、 中核市	37	33	4	0	33	3	11	4	3	10	2	0	7.6
		100.0	89.2	10.8	0.0	100.0	9.1	33.3	12.1	9.1	30.3	6.1	0.0	
特別区	7	7	0	0	7	0	0	1	2	3	1	0	11.4	
	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	14.3	28.6	42.9	14.3	0.0		

※上段：回答数、下段：%

都道府県別の状況では、平均支援実績が大きく伸びた県（太字・下線）を見てみると新潟県では、昨年は2保健所で実績0であったが、今回は5保健所が全て実績を上げており、両年回答している十日町保健所は0から3人に、新規の上越保健所は6人を報告している。また、千葉県でも、昨年は3保健所で5人にすぎないが、今年度は5保健所で44人をあげており、特に山武保健所は3から18人に伸ばしている。長野県では、昨年3人と回答した松本保健所が15人に、今回回答した長野市保健所が14人を報告している。愛知県では今回回答した名古屋市が114人をあげて実績の平均が大きく増えた。これらの県では地域移行の体制が県全体で進みつつある事がうかがえる。

一方、実績平均が下がっている県では、一部実績が下がった市があるが、今年度は回答率が高まった反面、実績の無い保健所からの回答が増えた事が影響している。

図表 15 地域移行支援利用実人員数の平均／都道府県別

	今回調査		2020年度調査	
	回答数	平均人数	回答数	平均人数
北海道	10	1.9	6	2.5
青森県	4	7.8	3	8.0
岩手県	2	4.5	2	2.5
宮城県	0		1	1.0
秋田県	1	0.0	1	0.0
山形県	4	1.0	1	0.0
福島県	4	0.5	5	0.4
<b>新潟県</b>	<b>5</b>	<b>2.6</b>	<b>2</b>	<b>0.0</b>
茨城県	2	0.0	2	1.0
栃木県	0		4	5.0
群馬県	6	0.0	1	0.0
埼玉県	6	4.2	4	5.8
<b>千葉県</b>	<b>5</b>	<b>8.8</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
神奈川県	2	8.0	5	4.4
山梨県	2	3.5	2	4.0
<b>長野県</b>	<b>4</b>	<b>7.8</b>	<b>3</b>	<b>1.0</b>
静岡県	4	5.0	4	3.3
東京都	10	9.5	7	6.6
富山県	4	1.5	2	3.0
石川県	0		1	13.0
福井県	3	0.0	1	0.0
岐阜県	4	0.8	2	1.5
<b>愛知県</b>	<b>12</b>	<b>14.5</b>	<b>9</b>	<b>5.6</b>
三重県	0		3	3.0
滋賀県	5	2.0	1	15.0
京都府	6	2.0	3	0.3
大阪府	11	2.0	6	1.7
兵庫県	15	5.1	10	8.3
奈良県	2	1.5	0	
和歌山県	4	1.8	3	4.7
鳥取県	3	6.3	3	4.3
島根県	2	2.0	4	2.8
岡山県	7	7.9	2	10.0
広島県	4	1.0	2	4.0
山口県	3	0.3	2	0.0
徳島県	5	1.6	4	1.8
香川県	3	0.0	2	0.5
愛媛県	4	8.5	4	11.5
高知県	4	2.8	2	6.0
福岡県	8	2.9	9	4.1
佐賀県	2	1.5	1	4.0
長崎県	3	0.0	5	1.2
熊本県	7	0.6	5	1.4
大分県	5	4.2	5	4.0
宮崎県	3	0.7	3	3.7
鹿児島県	3	1.0	3	0.3
沖縄県	1	0.0	0	
全体	204	4.0	153	3.9

※単位：人

1か月のサービス利用の給付実績であるので、今回調査の保健所が把握している年間の実績とは当然違うが、実際の給付実績であるので、利用者数を一定反映している。

地域移行支援では、第5波の時期である2021年9月と第2波と第3波の間の小康期の2020年11月の比較で、1割以上の利用者減は26都府県で（網掛け・斜体）、1割以上の増は11道県で（太字・下線）で、新型コロナウイルスの感染者数の多い首都圏、中京、関西圏、福岡で減少している傾向があり、感染者数の少ない郡部の一部で利用者が増加をしているという傾向があるように見え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大との関連がうかがえる。

一方、地域定着の利用実績の比較では、16県が減少しているが、その減少数はわずかで、殆どの都道府県は増加をしており、地域としても新型コロナウイルス感染症の影響は見られない。

図表 16 福祉サービス利用実績比較（2021年9月と2020年11月）／都道府県別

	計画相談支援		地域移行支援		地域定着支援			計画相談支援		地域移行支援		地域定着支援	
	2021年 9月	2020年 11月	2021年 9月	2020年 11月	2021年 9月	2020年 11月		2021年 9月	2020年 11月	2021年 9月	2020年 11月	2021年 9月	2020年 11月
北海道	11,962	8,252	<b>29</b>	24	186	180	滋賀県	2,637	2,325	2	4	9	7
青森県	2,968	2,432	<b>17</b>	13	37	32	京都府	3,903	3,317	7	10	113	98
岩手県	2,709	2,233	5	7	22	19	大阪府	21,106	18,231	19	31	1016	917
宮城県	3,764	3,023	<b>8</b>	2	49	35	兵庫県	9,446	7,652	26	41	121	128
秋田県	2,621	1,808	0	1	77	67	奈良県	2,268	1,596	0	3	0	0
山形県	2,310	1,443	<b>1</b>	0	15	12	和歌山県	2,328	1,771	<b>11</b>	9	54	49
福島県	3,406	2,448	2	5	58	57	鳥取県	1,579	1,417	5	5	0	1
茨城県	6,166	3,934	0	1	42	38	島根県	2,924	2,397	<b>8</b>	6	102	106
栃木県	3,680	2,670	3	6	27	24	岡山県	3,596	2,877	21	22	251	268
群馬県	2,980	2,316	2	4	28	34	広島県	5,577	4,620	2	5	57	56
埼玉県	9,109	6,540	<b>27</b>	20	129	109	山口県	2,955	2,155	1	2	23	24
千葉県	9,748	6,988	31	50	140	147	徳島県	1,677	1,084	2	5	1	2
東京都	17,108	13,742	107	118	337	322	香川県	1,656	1,334	0	1	3	4
神奈川県	9,885	7,911	16	23	40	38	愛媛県	3,500	2,928	16	16	73	78
新潟県	5,146	4,062	5	7	98	98	高知県	1,475	1,182	<b>12</b>	6	11	11
富山県	2,200	1,458	<b>2</b>	1	49	46	福岡県	12,205	9,399	19	25	98	92
石川県	2,801	2,337	7	16	60	64	佐賀県	1,932	1,350	3	3	9	7
福井県	2,203	1,543	0	2	8	14	長崎県	3,726	2,853	<b>5</b>	1	30	18
山梨県	1,720	1,341	3	7	34	31	熊本県	4,365	3,026	<b>4</b>	3	10	11
長野県	4,621	3,577	16	21	185	188	大分県	2,983	2,511	8	12	58	71
岐阜県	3,866	3,198	1	6	8	5	宮崎県	2,834	2,216	4	4	57	45
静岡県	6,574	5,520	17	18	127	131	鹿児島県	4,538	3,682	8	17	9	12
愛知県	12,113	10,467	36	60	156	140	沖縄県	4,507	3,977	8	8	0	0
三重県	3,432	2,849	1	7	7	9	全体	236,809	185,992	527	658	4,024	3,845

※出典は、厚生労働省HP「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」

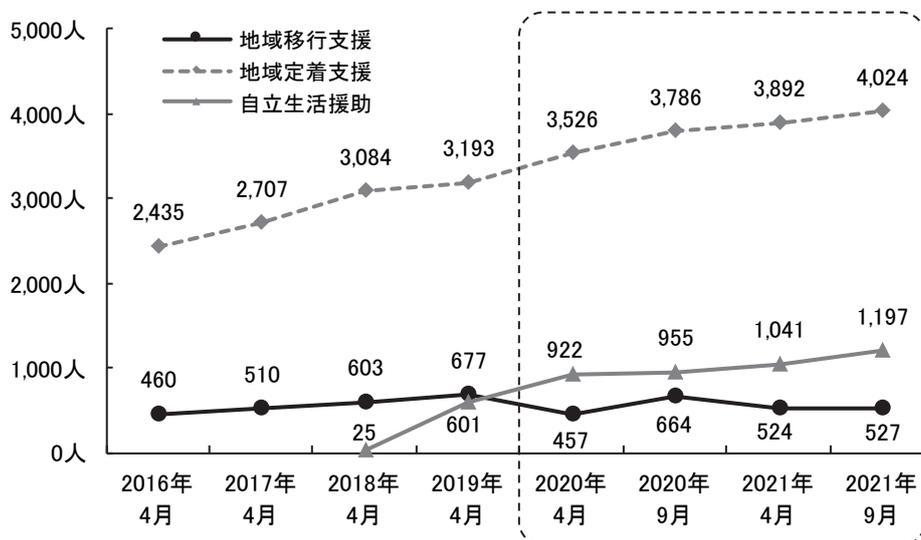
### (3) 国の資料分析

国の障害福祉サービスの給付実績に基づく資料を経年的に整理した。地域移行・定着は2011年から個別給付として、福祉サービスに組み込まれた。今回2016年からの経過を見ると在宅で一人暮らしをする精神障害者の相談支援をする地域定着については、2016年の2,435件が2021年4月に3,892件、9月には4,024件と少しずつではあるが利用実績は伸びている。しかし、入院患者の退院支援である地域移行支援は、2019年4月までは、ほんの少しずつ増加していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の影響で、2020年4月に457件に落ち込み、その後500件台から多くなっていない。2021年1月から9月の実績を詳しく見ても、9月段階では利用件数が回復する様子はない。また、在宅での自立生活支援のより濃厚な支援の自立生活援助は2018年から始まったサービスであるが、2021年には1,000件台に達している。

さらに詳しく見るために、図表18、図表19は、新型コロナウイルス感染症の第1波から第5波での国内感染者数と地域移行・定着支援及び自立生活援助のサービスの利用状況を同期させたものを示している。入院患者を対象としたサービスである地域移行は、第1波の影響で700件台から400件台に落ち込み、その後600件台まで回復したが、第3波が始まった2021年1月から再び500件台まで下がり、その後は第4波、第5波まで利用は増えなかった。

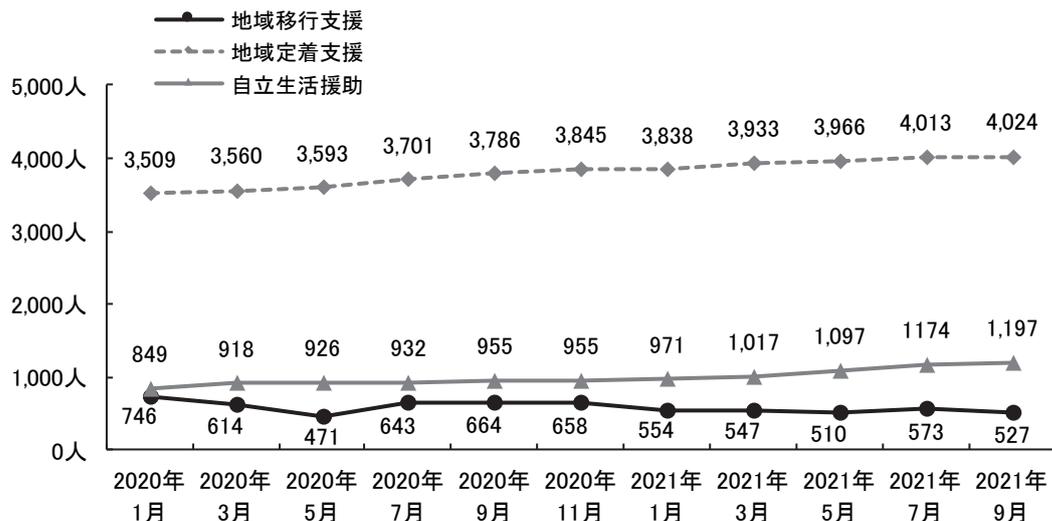
一方、地域生活をしている当事者が利用する地域定着と自立生活援助は、新型コロナウイルス感染症の流行の影響を受けることなくサービス利用が伸びている。

図表 17 地域移行・定着支援、自立生活援助サービスの利用者数の推移  
(2016年4月～2021年9月)



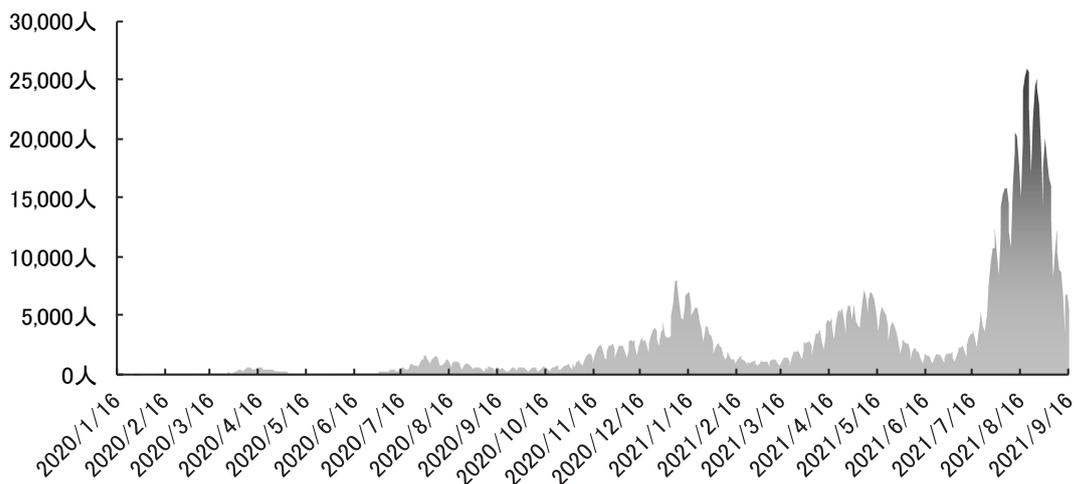
※出典は、厚生労働省HP「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」のデータを集約したものです。

図表 18 地域移行・定着支援、自立生活援助サービスの利用者数の推移  
(2020年1月～2021年9月)



※出典は、厚生労働省HP「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」のデータを集約したものです。

図表 19 日本の新型コロナウイルス感染者数の推移  
(2020年1月～2021年9月)



年月日	2020/1/16	2/16	3/16	4/16	5/16	6/16	7/16	8/16	9/16	10/16	11/16	12/16
人数	1	1	16	558	56	42	619	1,015	543	633	949	2,990

年月日	2021/1/16	2/16	3/16	4/16	5/16	6/16	7/16	8/16	8/20	9/16
人数	7,028	1,305	1,130	4,518	5,248	1,696	3,420	14,981	25,975	5,490

※出典は、厚生労働省HP「オープンデータ：新規陽性者数の推移（日別）」のデータを集約したものです。

※2020年1月～2021年9月までの、新型コロナウイルス感染者数のピークは2021/8/20の25,975人

### 3 新型コロナウイルス感染者が減少している中での管内状況について（2021年11月現在）

#### （1）定期的な意欲喚起の活動や必要な事例への個別面接

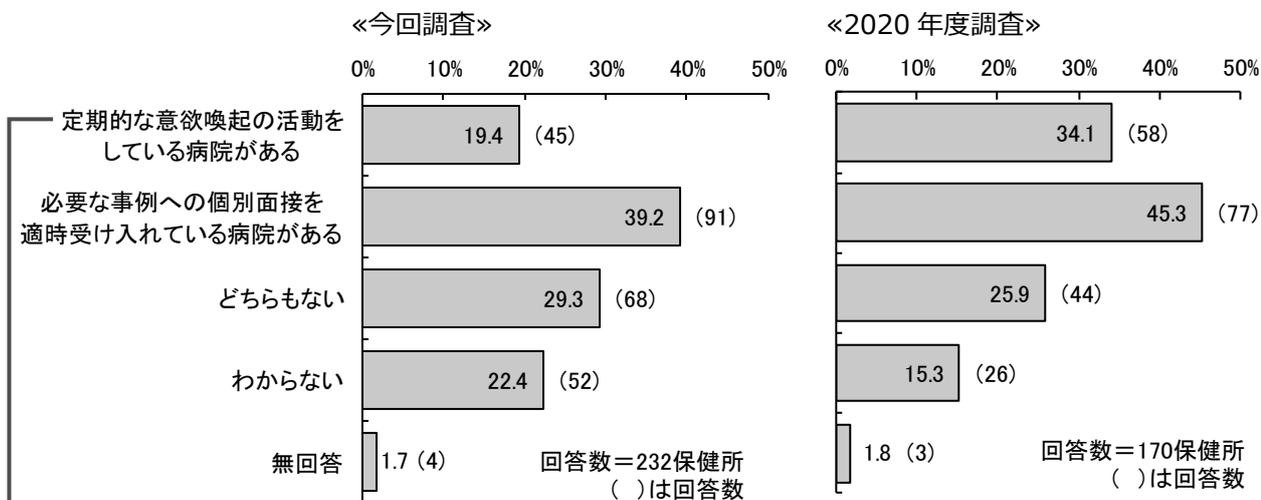
Q8 現在（11月時点）外部援助者等（ピアを含む）による定期的な意欲喚起の活動や、必要な事例への個別面接を適時受け入れている病院はありますか。（あてはまるものに○）  
 ※意欲喚起とは、外部援助者等（ピアを含む）による病棟内でのグループワークや面会活動等です。

Q8-1 定期的な意欲喚起の頻度をお教え下さい。

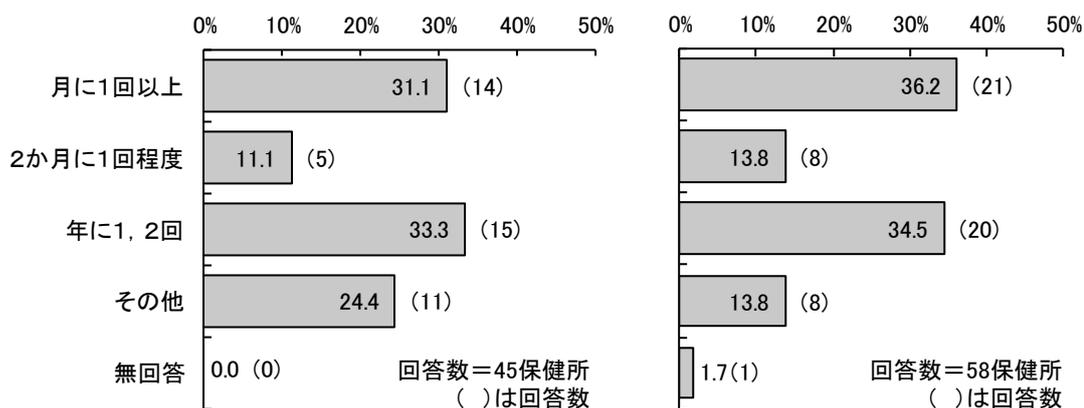
2020年度調査において、2019年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前の状況についての同様の質問において、「定期的な意欲喚起活動をしている病院がある」のは58保健所34.1%であり、今回の45保健所19.4%は、大幅な減少である。同様に「必要な事例への個別面接を随時受け入れている病院がある」は、昨年77保健所45.3%に対し、今回は91保健所39.2%でか所数は増えているが割合としては6.1ポイント下がっている。

一方、「どちらもない」保健所は昨年44保健所25.9%に対し、今回68保健所29.3%と保健所数も率も増加しており、2021年11月時点で、意欲喚起活動は新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の状況には戻っていないと思われる。

図表 20 入院患者意欲喚起支援等受け入れ状況（複数回答）



図表 21 意欲喚起の頻度



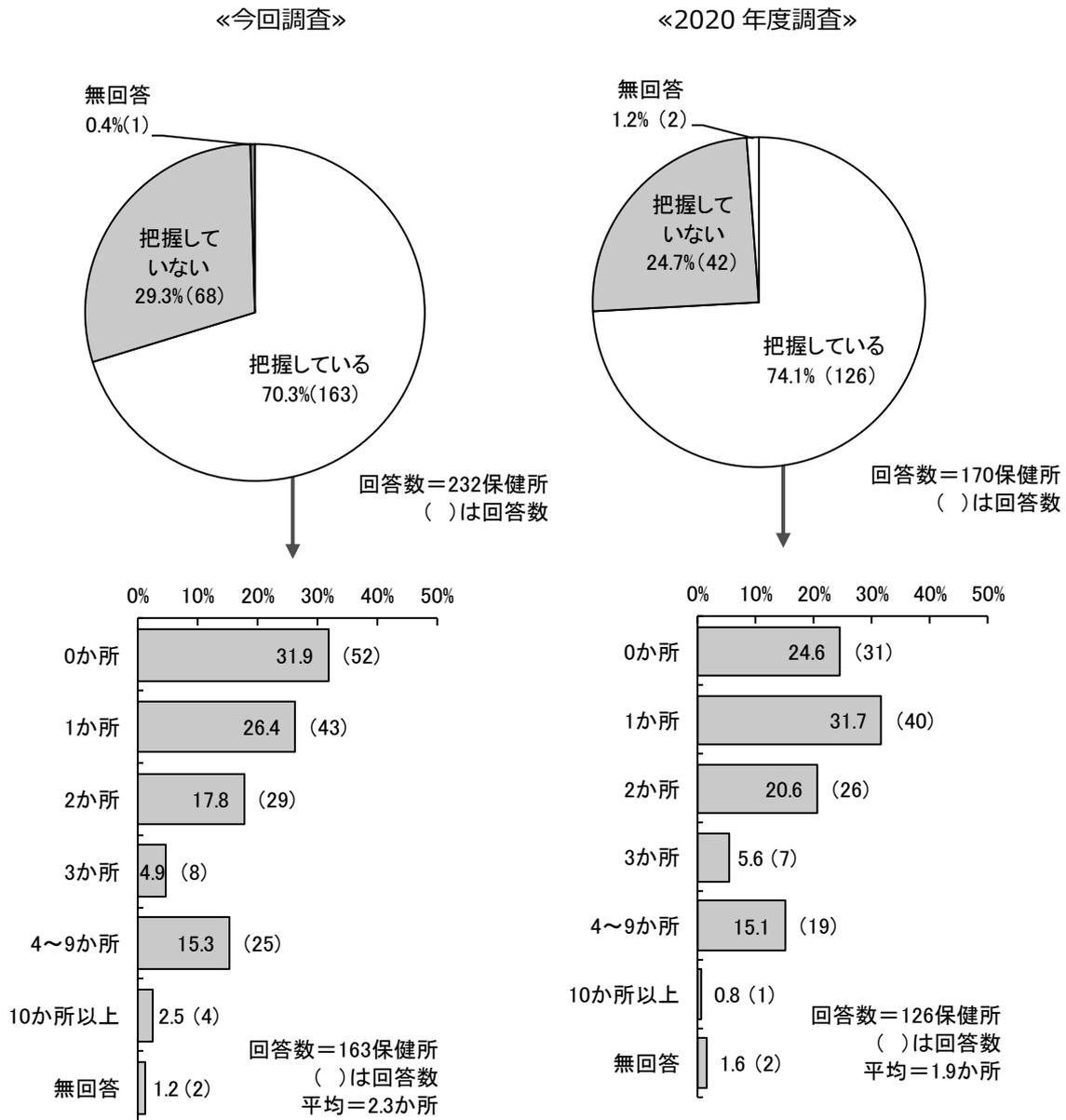
## (2) 地域移行、地域定着の実績がある相談支援事業所の把握

Q9 2020年度から2021年9月末現在までに地域移行、地域定着の実績がある相談支援事業所を把握していますか。それは何か所ですか。  
 ① 地域移行支援 ② 地域定着支援

### ① 地域移行支援

地域移行支援実績のある相談支援事業所を「把握している」保健所は、今回調査では163か所(70.3%)で、2020年度調査の126保健所(74.1%)に比べ保健所数は増えているが、割合としては3.8ポイント減少している。両年の回答保健所が違っているため、単純な比較はできないが、7割を超える保健所が相談支援事業所の地域移行支援実績を把握できている事は重要である。

図表 22 実績がある相談支援事業所の把握とそのか所数①地域移行支援



相談支援事業所の把握は、最も低い県型が69.3%で、最も高い特別区が85.7%でほぼ7割以上の設置主体間の差は大きくない。しかし、実績のある相談支援事業が管内にない保健所は、指定都市や特別区には0で、中核市でも2保健所7.7%に過ぎないが、県型では50保健所40.3%が実績のある事業所がないと答えており、事業所の育成が課題である。

一方、指定都市や中核市や特別区では、合わせて4保健所が実績のある事業所が「10か所以上」あり、平均のか所数も大きな差があることから、地域資源が都市部では恵まれていることがわかった。

図表 23 ①相談支援事業所の地域移行支援について

		実績がある事業所の把握				実績がある事業所のか所数								平均か所数
		合計	把握している	い把握していない	無回答	合計	0か所	1か所	2か所	3か所	4～9か所	10か所以上	無回答	
全 体		232	163	68	1	163	52	43	29	8	25	4	2	2.3
		100.0	70.3	29.3	0.4	100.0	31.9	26.4	17.8	4.9	15.3	2.5	1.2	
設置主体別	都道府県	179	124	54	1	124	50	35	22	7	8	0	2	1.1
		100.0	69.3	30.2	0.6	100.0	40.3	28.2	17.7	5.6	6.5	0.0	1.6	
	指定都市	9	7	2	0	7	0	1	1	0	3	2	0	14.3
		100.0	77.8	22.2	0.0	100.0	0.0	14.3	14.3	0.0	42.9	28.6	0.0	
	保健所政令市、中核市	37	26	11	0	26	2	6	4	1	12	1	0	3.9
		100.0	70.3	29.7	0.0	100.0	7.7	23.1	15.4	3.8	46.2	3.8	0.0	
	特別区	7	6	1	0	6	0	1	2	0	2	1	0	4.2
		100.0	85.7	14.3	0.0	100.0	0.0	16.7	33.3	0.0	33.3	16.7	0.0	

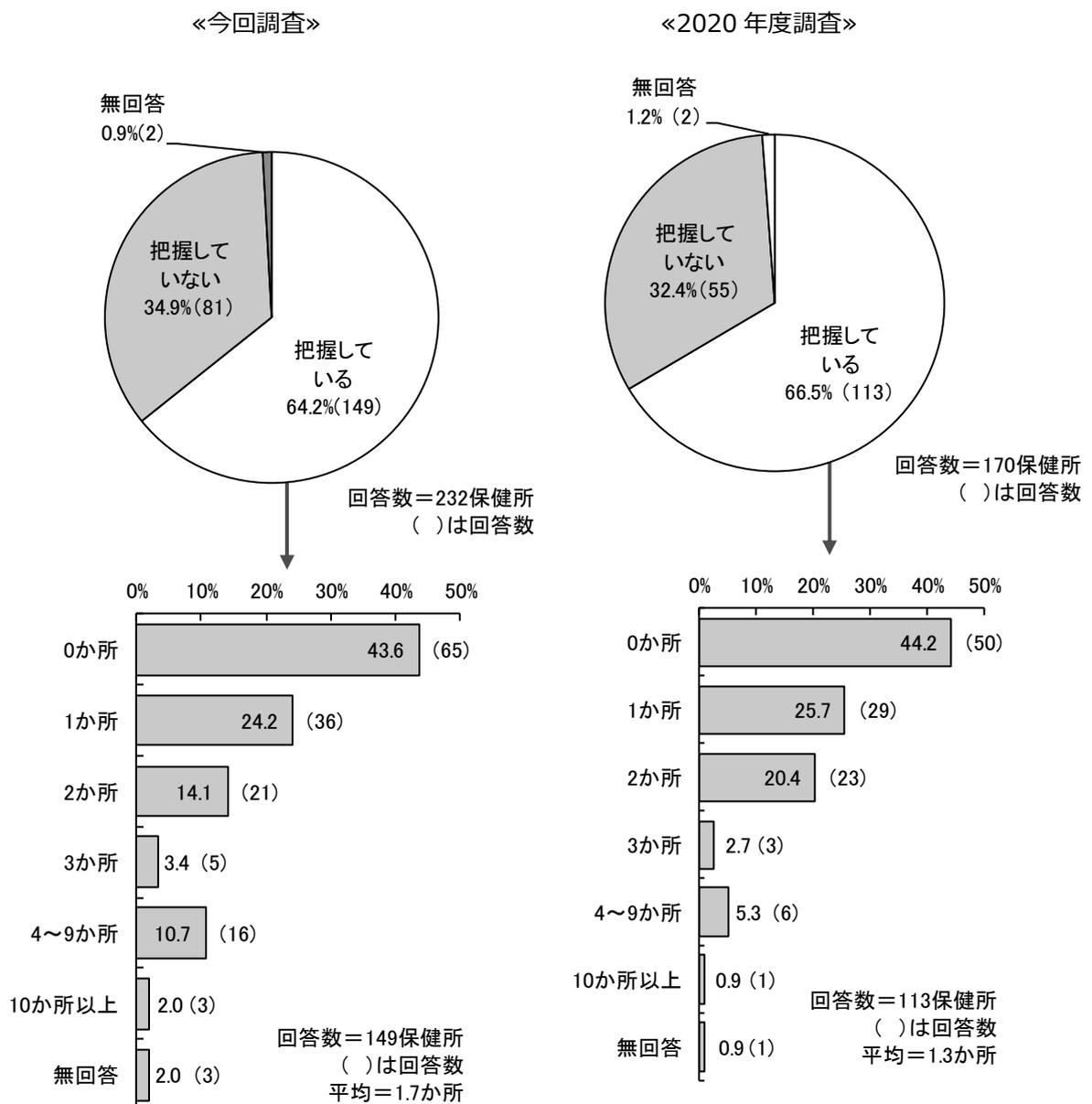
※上段：回答数、下段：%

## ② 地域定着支援

地域定着支援の実績のある事業所の把握については、今回調査で 149 保健所（64.2%）と地域移行支援と同様に保健所数は増えているが割合は 2.3 ポイントとほんの少し下がっている。2020 年度調査と同じく、地域定着支援事業所の保健所把握率は地域移行支援事業所よりやや低い傾向は変わらない。

さらに、「把握している」保健所でも、実績のある事業所が「0 か所」であるのが 65 保健所（43.6%）もあり、利用実績が移行に比べて 8 倍近い定着支援サービスでありながら、実績のある事業所が無い保健所が 4 割以上あるのは、利用実績の地域偏在が大きい可能性が高い。

図表 24 実績がある相談支援事業所の把握とのか所数②地域定着支援



設置主体別に比較すると把握率が県型の 62.6%に対し特別区は 85.7%と 23.1 ポイントの差があり、地域移行より大きい。また、地域移行では指定都市や特別区では無かった実績のある事業所が「0 か所」の保健所が、それぞれ 1 保健所 14.3%、3 保健所 50.0%あるのは、このサービスを実施している事業所が偏っていることによると思われる。

図表 25 ②相談支援事業所の地域定着支援について

		実績がある事業所の把握				実績がある事業所のか所数								平均か所数
		合計	把握している	い把握していない	無回答	合計	0か所	1か所	2か所	3か所	4～9か所	10か所以上	無回答	
全体		232	149	81	2	149	65	36	21	5	16	3	3	1.7
		100.0	64.2	34.9	0.9	100.0	43.6	24.2	14.1	3.4	10.7	2.0	2.0	
設置主体別	都道府県	179	112	65	2	112	54	31	15	3	6	0	3	1.0
		100.0	62.6	36.3	1.1	100.0	48.2	27.7	13.4	2.7	5.4	0.0	2.7	
	指定都市	9	7	2	0	7	1	0	1	0	3	2	0	10.0
		100.0	77.8	22.2	0.0	100.0	14.3	0.0	14.3	0.0	42.9	28.6	0.0	
	保健所政令市、中核市	37	24	13	0	24	7	4	4	2	6	1	0	2.5
		100.0	64.9	35.1	0.0	100.0	29.2	16.7	16.7	8.3	25.0	4.2	0.0	
	特別区	7	6	1	0	6	3	1	1	0	1	0	0	1.3
		100.0	85.7	14.3	0.0	100.0	50.0	16.7	16.7	0.0	16.7	0.0	0.0	

※上段：回答数、下段：%

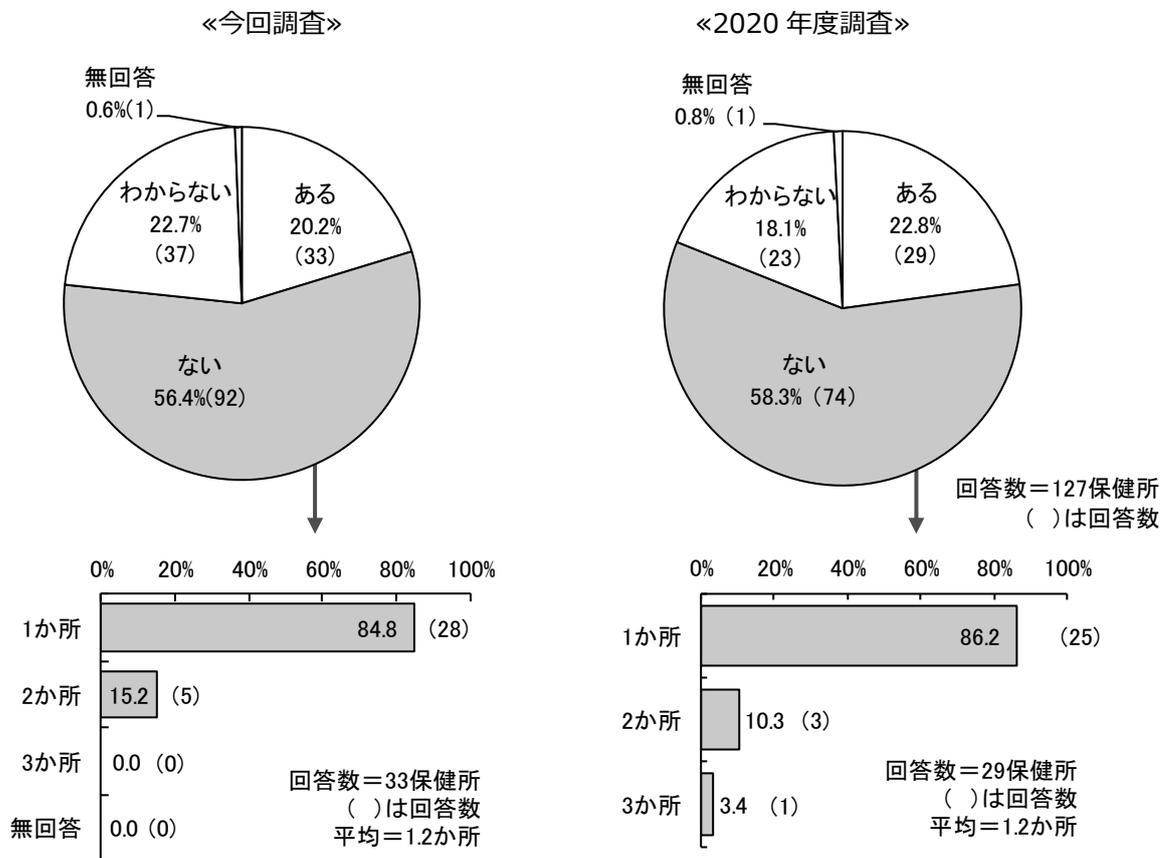
### (3) ピアサポーターの雇用

Q9で①②のどちらかで【1 把握している】を選ばれた方に伺います。  
 Q10 地域移行、地域定着事業で、ピアの雇用（常勤、非常勤を問わず）をしている事業所はありますか。

相談支援事業所の地域移行・定着支援の状況を把握している保健所管内でピアサポーター（以下、「ピア」という）を雇用している相談支援事業所が「ある」と答えているのは、33 保健所（20.2%）で、昨年の29 保健所（22.8%）と比較すると保健所数は増え、割合としては2.6ポイント下がっている。個別の保健所を見てみると12 保健所が両年とも雇用ありと答えており、3か所が昨年度は「ない」と答えているが今年度雇用ありと回答しており、新たに雇用事業所が増えた可能性がある。残りの18 保健所は昨年アンケートへの回答がないため、新たに雇用されたかは不明である。従って、今回の調査ではピアの雇用が広がっているという明確な結果は得られなかった。

一方、現時点で少なくとも33 保健所はピアの事業所での雇用が把握されているので、国基準の研修の実施について都道府県等に働きかけ雇用されているピアに国基準の研修終了者としての資格が取れる配慮が必要である。

図表 26 ピアサポーター雇用の把握とそのか所数



ピアの雇用状況の把握が、指定都市では不明が多い。ピアサポート加算のためのピアサポート養成は都道府県と指定都市が障害者ピアサポート研修事業として実施する事となっているが、加算には常勤換算の 1/2 人の雇用が要件となっていることから、現状の雇用体制を指定都市が把握する必要があるが、現状ではまだ十分把握できていない。都道府県では、県庁レベルでの把握とともに、保健所単位での状況把握がなければピアサポート加算が実際に広がらないと思われるが、雇用している事業所がある保健所は 23 (18.5%) に過ぎず、制度活用のためには事業所への啓発が必要である。

図表 27 ピアサポーターの雇用

		ピアの雇用を行っている事業所					雇用を行っている事業所数					平均か所数
		合計	ある	ない	わからない	無回答	合計	1か所	2か所	3か所	無回答	
全体		163	33	92	37	1	33	28	5	0	0	1.2
		100.0	20.2	56.4	22.7	0.6	100.0	84.8	15.2	0.0	0.0	
設置主体別	都道府県	124	23	79	21	1	23	19	4	0	0	1.2
		100.0	18.5	63.7	16.9	0.8	100.0	82.6	17.4	0.0	0.0	
	指定都市	7	1	0	6	0	1	1	0	0	0	1.0
		100.0	14.3	0.0	85.7	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	保健所政令市、 中核市	26	8	10	8	0	8	7	1	0	0	1.1
		100.0	30.8	38.5	30.8	0.0	100.0	87.5	12.5	0.0	0.0	
	特別区	6	1	3	2	0	1	1	0	0	0	1.0
		100.0	16.7	50.0	33.3	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	

※上段：回答数、下段：%

今回調査の斜体は、2020年度調査に引き続きピアの雇用事業所がある保健所である。太字・下線は昨年はピア雇用事業所がないと回答していたが、今年度はあると答えており、ピアの雇用が進んだと思われる。網掛けは、昨年度アンケート自体に回答がなかった保健所がほとんどで、一部は新規に雇用が始まった可能性がある。

一方、ピアの雇用が把握されている地域は偏っており、北海道、大阪、兵庫県で、57%を占めており、地域格差が大きい。

図表 28 ピアサポーターの「雇用ある」の回答保健所

2020年度調査	今回調査
北海道：倶知安保健所	北海道：渡島保健所
北海道：深川保健所	北海道：倶知安保健所
北海道：市立函館保健所	北海道：深川保健所
岩手県：盛岡市保健所	北海道：稚内保健所
福島県：福島市役所障がい福祉課	北海道：釧路保健所
埼玉県：さいたま市保健所	群馬県：伊勢崎保健所
神奈川県：平塚保健福祉事務所	埼玉県：鴻巣保健所
神奈川県：鎌倉保健福祉事務所	千葉県：印旛保健所
静岡県：静岡市保健所	静岡県：東部保健所
東京都：みなと保健所	<b>東京都：葛飾区保健所</b>
愛知県：衣浦東部保健所	岐阜県：関保健所
三重県：伊勢保健所	滋賀県：草津保健所
滋賀県：長浜保健所	滋賀県：長浜保健所
大阪府：岸和田保健所	大阪府：岸和田保健所
大阪府：枚方市保健所	大阪府：豊中市保健所
兵庫県：伊丹保健所	大阪府：枚方市保健所
兵庫県：豊岡健康福祉事務所	大阪府：寝屋川市保健所
兵庫県：朝来健康福祉事務所	大阪府：吹田市保健所
兵庫県：神戸市保健所	兵庫県：宝塚健康福祉事務所
兵庫県：尼崎市保健所	兵庫県：伊丹保健所
兵庫県：あかし保健所	兵庫県：豊岡健康福祉事務所
島根県：雲南保健所	兵庫県：朝来健康福祉事務所
徳島県：吉野川保健所	兵庫県：洲本保健所
香川県：中讃保健所	兵庫県：神戸市健康局保健所
高知県：高知市保健所	兵庫県：あかし保健所
福岡県：宗像・遠賀保健福祉環境事務所	兵庫県：西宮市保健所
大分県：北部保健所	<b>兵庫県：加東健康福祉事務所</b>
鹿児島県：川薩保健所	<b>鳥取県：鳥取市保健所</b>
鹿児島県：出水保健所	岡山県：美作保健所
	広島県：東部保健所
	徳島県：徳島保健所
	愛媛県：四国中央保健所
	高知県：高知市保健所

## 4 新型コロナウイルス感染症の影響について

### (1) 地域移行支援の状況

Q11 新型コロナウイルス感染症の影響で、地域移行支援がしづらくなっている状況は回復していますか。

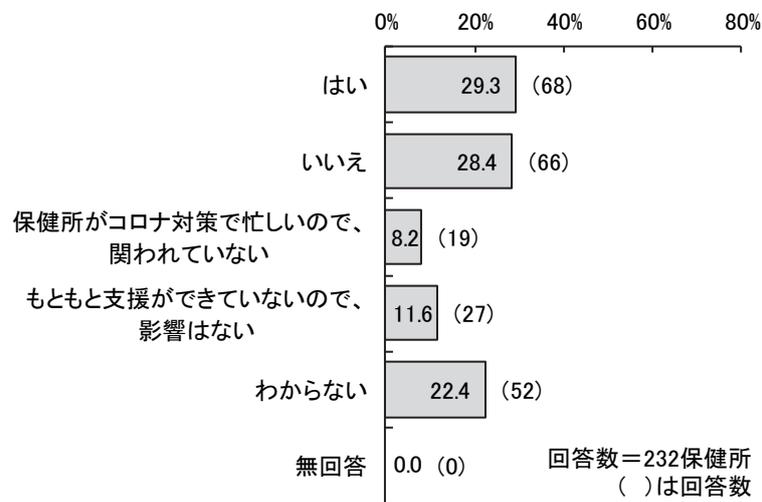
Q11-1 【「1 はい」の場合】どのような状況か、具体的にお教えてください。

Q11-2 【「2 いいえ」の場合】どのような状況か、具体的にお教えてください。

2020年度調査では、“しづらくなっていますか”という質問に対し、111保健所(65.3%)が「はい」と回答しており2020年11月～12月の時点では地域移行支援が新型コロナウイルス感染症の影響で2/3の保健所管内でしづらくなっていた。(図表30)

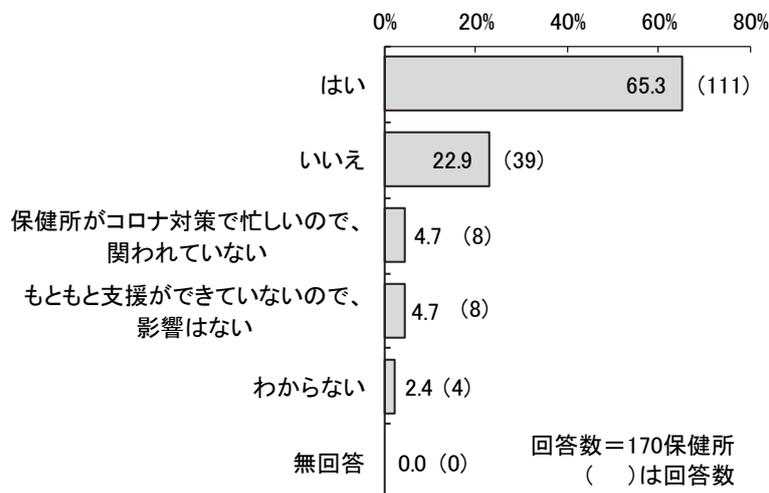
今回は“しづらくなっている状況は回復していますか”という質問に対して、回復したのが68保健所(29.3%)に対して回復していないのが66保健所(28.4%)とほぼ同数である。また「わからない」と「保健所がコロナ対策で忙しいので、関わっていない」を合わせると71保健所(30.6%)が状況把握ができていない。従って、回復している保健所管内はまだ1/3にも満たない状況と思われ、第6波の2022年当初には、再度地域移行がしづらくなっている可能性も高い。

図表 29 地域移行支援がしづらくなっている状況の回復 «今回調査»



図表 30 地域移行支援や措置事例の退院支援などのしづらさ «2020 年度調査»

Q 新型コロナウイルス感染症の影響（意欲喚起拒否、面会制限等）で10月現在、保健所及び相談支援事業所にとって、地域移行支援や措置事例の退院支援などがしづらくなっていますか。



回復の状況は、設置主体毎に差があるとは思えないが、「保健所がコロナ対策で忙しいので、関わっていない」のが市型保健所ではなく、全て県型保健所であるのは職員数が少なく新型コロナウイルス感染症による影響が、精神保健業務にも及んでいることが推測される。

図表 31 地域移行支援がしづらくなっている状況の回復

		合計	はい	いいえ	保健所がコロナ対策で忙しいので、関わっていない	もともと支援ができていないので、影響はない	わからない	無回答
全体		232	68	66	19	27	52	0
		100.0	29.3	28.4	8.2	11.6	22.4	0.0
設置主体別	都道府県	179	52	52	19	25	31	0
		100.0	29.1	29.1	10.6	14.0	17.3	0.0
	指定都市	9	2	2	0	0	5	0
		100.0	22.2	22.2	0.0	0.0	55.6	0.0
	保健所政令市、中核市	37	11	11	0	2	13	0
		100.0	29.7	29.7	0.0	5.4	35.1	0.0
特別区	7	3	1	0	0	3	0	
	100.0	42.9	14.3	0.0	0.0	42.9	0.0	

※上段：回答数、下段：%

以下、具体的な状況の記載は、誤字脱字は修正し、複数の要素が入っている場合は主旨で分類をし、抜粋して掲載している。

## « 「1 はい」の場合、地域移行支援のしづらさの回復状況 »

### ① 面会・外出・体験・会議等の緩和(40件)

- ▶ グループホームや施設の体験利用に消極的な時期が続いたが、再開しつつある。
- ▶ 一時期はコロナ対策のため院内面接不可や面接の人数制限がある病院があったが、最近はある程度受け入れられるようになった。
- ▶ 病院の外出・外泊、面会制限がなくなり、入院中に退院先への見学ができる等、コロナ流行前の状況に回復している。
- ▶ 面会のしづらさなど改善しつつある。精神科病院と地域機関の連絡会の開催もできている。管内で作成した地域移行DVDを活用し、院内や地域の方々へ啓発活動行っている。
- ▶ 事業所の見学や会議開催等の制限が緩和され、徐々に支援の状況が回復してきている。
- ▶ 病院における対象者の面接や事例検討会の開催の制限が少なくなり、改善されてきた。

### ② オンライン化の導入・設備の充実等(13件)

- ▶ 感染警戒レベルに応じて、支援者が院内に入れない、施設利用の体験の受け入れ見合わせなどがあるが、WEB面会など方法が工夫され、コロナ流行中も改善が図られている。
- ▶ 支援がしづらい状況は継続しているが、事業所側が試行錯誤しリモートを利用して施設見学等を行ったり、施設職員と面談し地域移行に向けた支援を行っている。
- ▶ 病院に出向いての取組は見合わせているが、研修等をオンラインで開催するなどコロナ禍でできる取組を行っている。

### ③ 緩和しているが困難さはある(7件)

- ▶ コロナ感染症が落ち着き、関係機関の緊張は緩和しているが、対面支援時の配慮や制限等は継続している。
- ▶ 少しずつ回復しているが、まだ影響は残っており、外出泊や施設見学に制約が生じ、退院準備や退院調整に困難がある。

### ④ その他(8件)

- ▶ コロナ禍であっても、感染状況を考慮して関係機関同士が情報共有しながら、必要な支援を行っている。
- ▶ 退院前の会議など必要な支援については、感染対策して実施可能な病院が多い。しかし、コロナ増加時期には保健所のマンパワー不足で支援が十分に行えない。
- ▶ 地域移行支援事業について圏域には中核市があり、県から中核市保健所に事業委託しており、新型コロナウイルス感染症が無ければ、当保健所から担当が会議出席としていたが、書面開催の方式となっており状況が見えづらい。一部の病院では、見学を見合わせているという情報あり。今年11月以降、コロナ患者数が減少し、発生がここしばらくゼロとなっていることから、グループホーム見学等が可能となり回復傾向にあるのではないかとと思われる。

**① 面会制限等がある(17 件)**

- ▶ 病院内での面会等が制限されている状況。
- ▶ 入院中の患者への面会や、院外施設の見学なども感染対策上制限された状況が続いているため。
- ▶ 対面での面会が制限されている。特別なことがないと病院職員以外の関係者が病院内に入れない。
- ▶ 医療機関において、入院患者との面会制限や専門職同士のケア会議の開催について制限がある。
- ▶ 面会の中止が継続、電話面接等、病院職員、本人交えたケースカンファレンスなどが開きづらい。
- ▶ 必要なカンファレンスさえできない状況は改善されたが、本人との面接が WEB であったり時間制限があったり、感染対策は継続されている。

**② 外出、外泊、退院支援が困難(9 件)**

- ▶ 院内の面会制限、外出・外泊の中止などで、退院支援が難しい。
- ▶ 昨年度から、依然として、退院前に外出や外泊を十分行うことができず、入院中に事業所を体験利用することなども困難な状況が続いている。
- ▶ 面会制限、外出制限あり、退院が予定されている患者でないと積極的な支援が行われていない。

**③ 外部の出入りが制限(9 件)**

- ▶ 外部の人間が病棟に入ることへのハードルが未だ高い。
- ▶ 他施設や医療機関等外部からの出入りが制限されており、研修会等事業企画に支障が出ている。

**④ 支援者の訪問が困難(9 件)**

- ▶ ピアサポーターの病院訪問や患者との同伴外出が限られていたため、影響を受けたところがある。
- ▶ 医療機関では現在も感染拡大防止対策として、ピアサポーターを含む支援者に対しても入院患者の面会制限等が継続されているため。

**⑤ 交流が困難(6 件)**

- ▶ リモート対応などで非対面式の面談などを行っているが、集団での交流会は依然実施できない状況にある。
- ▶ 入院患者と地域支援者との交流会が、従来の参集型で開催できない。

**⑥ 地域移行支援が困難(4 件)**

- ▶ 患者との面会や施設の見学、体験の実施ができず、地域移行を活用しづらい状況が続いている。特に、隣県に接しているため県外医療機関との調整がしづらい状況が続いている。

**⑦ 意欲喚起の活動が困難(2 件)**

- ▶ 現在も定期的な意欲喚起の活動が行えない状況。

**⑧ その他(11 件)**

- ▶ 外出・面会制限の病院が多いため、定期のかかわりや新規相談につながりにくい状況になっています。

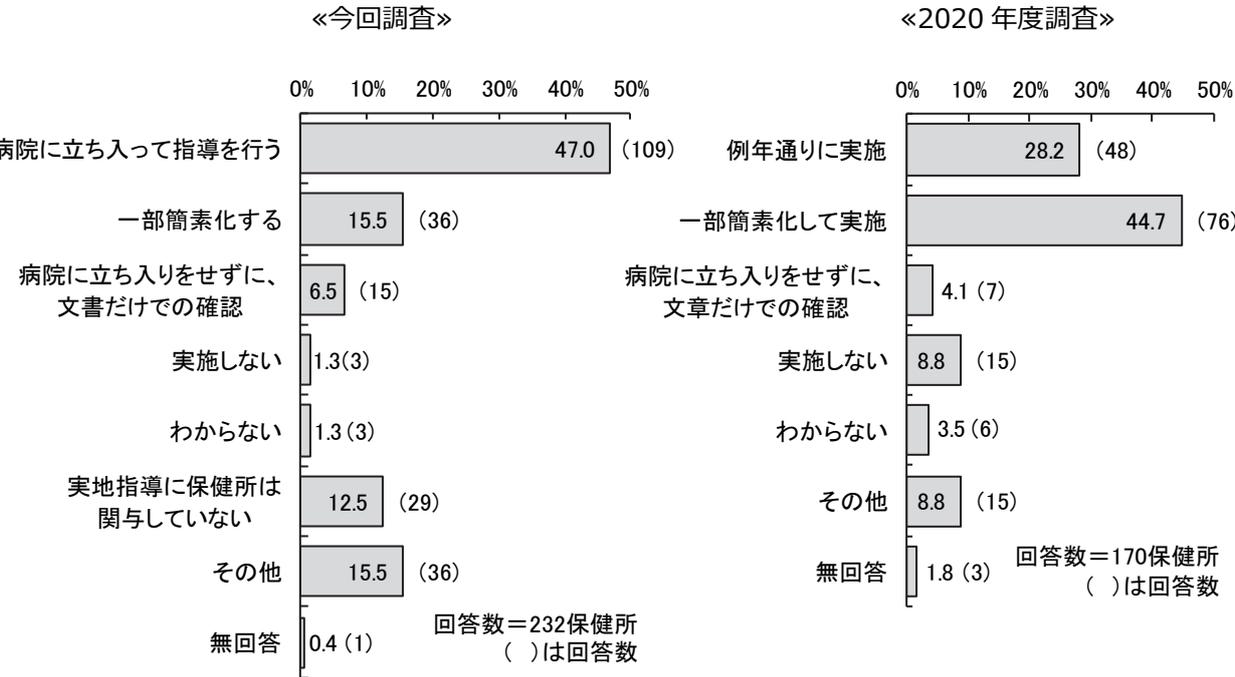
## (2) 今年度の実地指導の内容（予定を含む）

Q12 昨年度同様に、国からは精神科病院実地指導を簡素化するような指示は出ていませんが、今年度の実地指導の内容（予定を含む）をお教え下さい。

昨年度と質問を変えているので単純比較できないが、2020年度調査の「例年通りに実施」と「一部簡素化して実施」を合わせて124保健所（72.9%）が、今回調査は「病院に立ち入って指導を行う」と「一部簡素化する」を合わせて145保健所（62.5%）となったが、多くの保健所は一部簡素化してでも実地指導を行う事がわかった。

一方、「実施しない」は、15保健所（8.8%）から3保健所（1.3%）と減少したが、昨年度は4特別区保健所と熊本県が「実施しない」と答えていたが、今年度は文書指導に変更していることも影響しているが、非常に少なくなっていることは評価できる。「実地指導に保健所は関与していない」は、今年度加えた選択肢で、中核市と特別区及び県型保健所でも権限が与えられていない保健所が当てはまる。「その他」のうち14保健所は精神科病院が管内に無く、中核市等で権限がない8保健所が含まれる。

図表 32 今年度の実地指導の内容（予定を含む）（単数回答）



図表 33 今年度の実地指導の内容（予定を含む）

		合計	病院に立ち入って指導を行う	一部簡素化する	病院に立ち入りをせず に、文書だけの確認	実施しない	わからない	実地指導に保健所は関与 していない	その他	無回答
全体		232	109	36	15	3	3	29	36	1
		100.0	47.0	15.5	6.5	1.3	1.3	12.5	15.5	0.4
設置 主体別	都道府県	179	92	31	12	1	0	14	28	1
		100.0	51.4	17.3	6.7	0.6	0.0	7.8	15.6	0.6
	指定都市	9	5	3	0	0	0	1	0	0
		100.0	55.6	33.3	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0
	保健所政令市、 中核市	37	12	2	3	1	2	10	7	0
		100.0	32.4	5.4	8.1	2.7	5.4	27.0	18.9	0.0
	特別区	7	0	0	0	1	1	4	1	0
		100.0	0.0	0.0	0.0	14.3	14.3	57.1	14.3	0.0

※上段：回答数、下段：%

以下、その他の記載は、誤字脱字は修正し、複数の要素が入っている場合は主旨で分類をし、抜粋して掲載している。

« その他の内容 »

① 管内に精神科病院・精神科病床がない(15 件)

- ▶ 管内に精神科病棟を有する病院がない。
- ▶ 精神科病床がない。

② 所管ではない・権限がない(14 件)

- ▶ 支所が管轄している。
- ▶ 毎年県庁と保健所で実施指導をしていたがコロナがあり本年は県庁のみ対応。
- ▶ 実地指導の権限がない。
- ▶ 本庁担当課が実施(病院に立ち入って指導を行う)保健所は、同行して地域移行等を含めた病院の状況を把握している。

③ 中核市保健所(4 件)

- ▶ 中核市のため不明。
- ▶ 中核市保健所につき、実地指導については、県の方針に従い、県に協力する形で病院に直接、同行している。

④ その他(3 件)

- ▶ 基本的に立ち入り指導を実施するが、病院がコロナ禍において面接を制限している等を理由として簡素化を強く希望した場合には文書による確認等簡素化している。

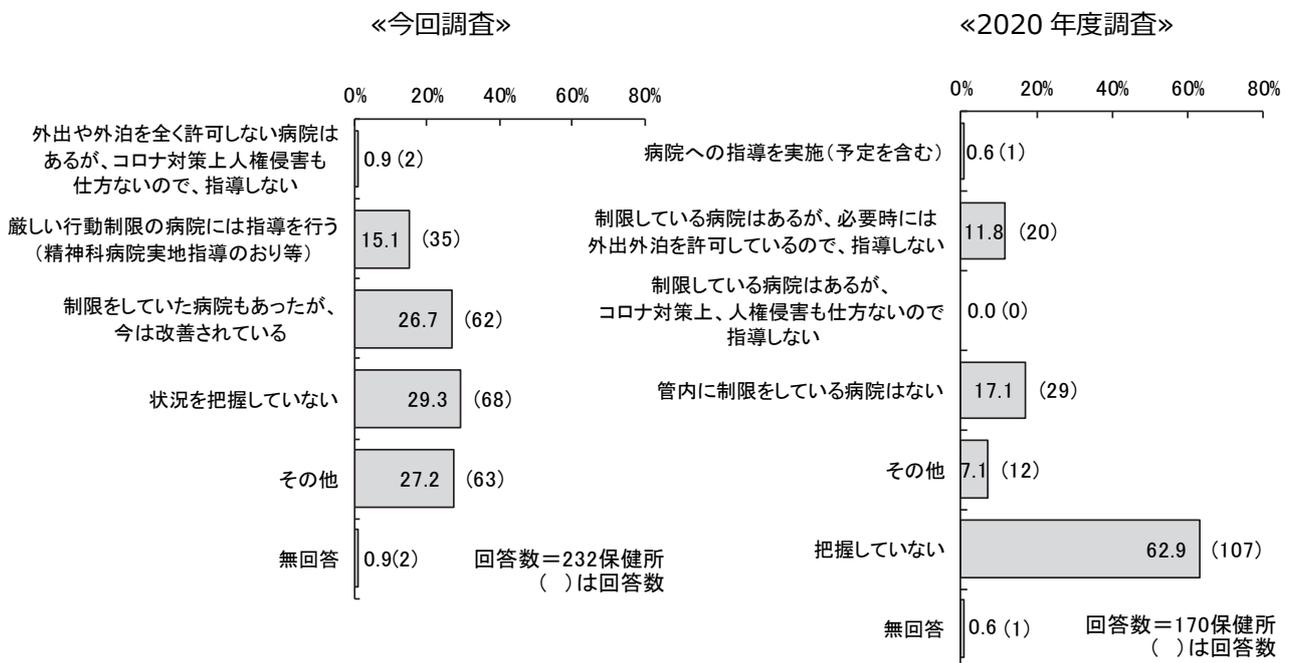
### (3) 入院患者への外出制限

Q13 任意入院患者にコロナを理由に、一律の厳しい外出制限（全く外出をさせない等）をすることは、人権侵害に当たると厚生労働省は指導していますが、コロナの精神科病院でのクラスターも減少していますが、貴保健所管内の状況はいかがでしょうか。

（兵庫県担当部局から厚生労働省への精神科病院実地指導に関する質問で、新型コロナウイルス感染症対策といえども任意入院患者を一律に外出・外泊等の制限を行うことは精神保健福祉法上の人権の侵害に当たると確認をしている）

「外出や外泊を全く許可しない病院はあるが、コロナ対策上人権侵害も仕方ないので、指導しない」と2保健所が答えているが、個別に見ると1保健所は政令市で実地指導権限を有しておらず、もう1つの保健所も総合病院の精神科病床があるのみで、精神保健福祉法において精神科病院における入院患者の人権を守ることを目的とした実地指導の理解が不十分な例外的な保健所であった。しかし、新型コロナウイルス感染症の患者の増加が影響しているにしろ68保健所（29.3%）が「状況を把握していない」のは、課題である。

図表 34 入院患者への外出制限（単数回答）



※2020年度調査は、令和2年度調査におけるQ14とQ14-1を合わせて、再集計した結果である。

以下、具体的な状況の記載は、誤字脱字は修正し、複数の要素が入っている場合は主旨で分類をし、抜粋して掲載している。

## ≪ 制限内容 ≫

### ① 管内に精神科病院・精神科病床がない(14件)

- ▶ 管内に精神科病院がない。
- ▶ 対象医療機関がない。

### ② 厳しい外出制限は実施されていない(14件)

- ▶ コロナを理由に一律の厳しい外出制限を行っている病院はない。
- ▶ 精神科病院実地指導のおり確認している。厳しい行動制限の病院はない。

### ③ 状況に応じて柔軟に対応されている(9件)

- ▶ コロナのフェーズによって、柔軟に対応している。
- ▶ 感染警戒レベルに応じて外出制限はあるが、状況や必要に応じて外出・外泊はできている。
- ▶ 面会制限等があったが、デイケアや外出など感染対策に留意し対応されていた。

### ④ 慎重に制限している(8件)

- ▶ 現在行動制限しているが、今後のコロナの状況で再検討することを確認している。
- ▶ 必要な外出や外泊は、最低限認めている。
- ▶ 必要な外出外泊は改善傾向のようだが、一部、外出外泊に慎重な病院がある。

### ⑤ 必要に応じ指導する(7件)

- ▶ 病院全体の対応方針を確認した上で不適切な行動制限に関しては指導を行う予定。
- ▶ 実地指導で該当するケースがあれば確認を行っている。

### ⑥ 指導の権限がない(5件)

- ▶ 外出・外泊制限をしている病院を把握していたが、指導の権限がない(県から権限移譲していないため何も対応していない)。
- ▶ 中核市保健所につき、県の方針に従い対応している。

### ⑦ 指導はしていない(4件)

- ▶ 医療機関によって制限の程度、期間等に差がある。特に指導は行っていない。
- ▶ 外出制限はあるが、総合病院の感染対策の一環であるため、指導等はしない方針である。

### ⑧ お願いの状況(2件)

- ▶ あくまで「お願い」レベルであり法律に抵触する制限ではない。各病院の工夫により、状況もさらに改善されている。
- ▶ ケース支援連携として関与する立場としては、お願いに留まる現状がある。必要時「指導」は都の主管部と連携する。

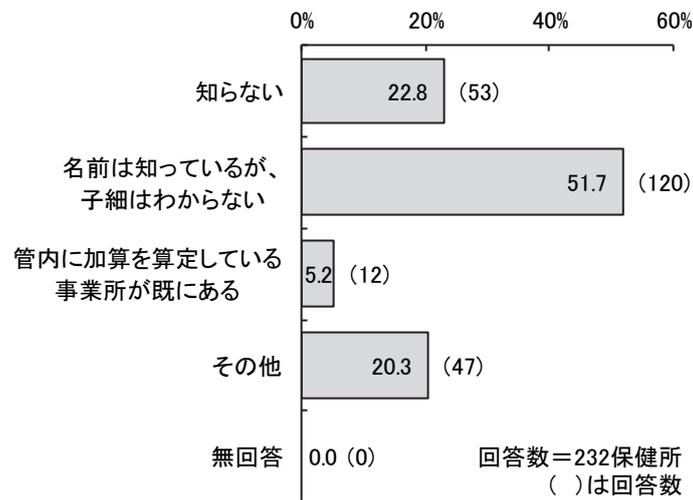
#### (4) ピアサポート加算の認知状況

Q14 2021年度から新たに、地域移行・定着支援等の外部援助事業所にピアサポーターが支援に係わるとピアサポート加算が認められましたが、ご存じですか。

ピアサポート加算について「知らない」は53保健所(22.8%)あり、「名前は知っているが、子細はわからない」が120保健所(51.7%)である。「管内に加算を算定している事業所が既にある」のは12保健所(5.2%)で制度が始まって8か月経った時点で制度がまだまだ浸透していない状況がうかがえる。「その他」の多くは、制度理解はしているが管内に加算事業所はないという回答であった。

今後、制度の活用を進めるには、保健所が加算への理解を深め、養成講座に参加する当事者と事業所を地域で掘り起こしていく必要がある。

図表 35 ピアサポート加算の認知状況



図表 36 ピアサポート加算の認知状況/ピアサポーターの雇用別

		合計	知らない	名前は知っているが、子細はわからない	管内に加算を算定している事業所が既にある	その他	無回答
			割合 (%)	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
全体		232	53	120	12	47	0
		100.0	22.8	51.7	5.2	20.3	0.0
ピアサポーターの雇用別	ある	33	5	14	6	8	0
		100.0	15.2	42.4	18.2	24.2	0.0
	ない	92	16	54	1	21	0
		100.0	17.4	58.7	1.1	22.8	0.0
	わからない	37	11	14	1	11	0
		100.0	29.7	37.8	2.7	29.7	0.0

※上段：回答数、下段：%

一方、2021年8月時点で、福井県が都道府県の障害福祉担当部局を対象に行った調査の結果では、33都府県が回答しており、今年度実施予定が6、来年度以降実施予定が7、実施予定なしか検討中は15となっている。研修実施は都道府県と指定都市が行うことになっているため、指定都市の実施予定は把握できていない。本事業は2021年度からの新規で、3月段階で自治体への説明があったため、事前に情報収集をして県独自に準備を行っていた自治体を除くと予算計上ができなかったと思われる。また、研修事業の内容説明そのものも厚生労働省から委託研究を受けた研究者から2021年度になってから行われたので、各自治体の準備は難しかったと思われる。しかし、2023年度末までは国基準と同じでなくても、既存のピアサポーター研修を国研修と見なしていいという経過措置が設けられているが、3年間の経過期間中に、全都道府県及び指定都市が国基準の研修を実施しなければ、見なし研修でピアサポート体制加算を算定していた事業所が加算をとれなくなり、ピアサポーターの雇用への影響も懸念される。

研究班の班員の一部に県型保健所では、県担当部門へのインタビューを依頼したところ、2県が既に今年度実施済みでそのうちの兵庫県では保健所での研修も実施している。その他に2県が来年度以降に実施予定である事がわかったが内容は不明であり、保健所に役割は求めている。

一方、班員の中核市保健所では、3保健所が数年前からピアサポート研修を既に実施しており、1市は県と調整して見なし研修としているが、他の2市は当面市独自研修を継続する予定である。

以下、具体的な状況の記載は、誤字脱字は修正し、複数の要素が入っている場合は主旨で分類をし、抜粋して掲載している。

## « その他ピアサポート加算の状況 »

### ① 知っているが、加算算定事業所はない(29件)

- ▶ 加算については知っているが、管内に加算を算定している事業所はない。(21件)
- ▶ 知っているが管内の事業所にはまだピアはいない。

### ② 検討中・配置予定(8件)

- ▶ 管内に加算を算定しようと検討している事業所がある。
- ▶ 研修を受講予定の事業所があり、研修終了後ピアサポーターを配置予定。

### ③ 知っているが、算定事業所を把握していない(4件)

- ▶ 知っているが、管内に加算を算定している事業所があるかはわからない。

### ④ 研修参加のみ(2件)

- ▶ 養成講座には参加したが、まだ加算申請までは至っていない。

### ⑤ 詳細を知っている(2件)

- ▶ 加算が認められたことや内容についても把握している。

### ⑥ その他(2件)

- ▶ 加算の対象となるピアサポーターの養成が行われていない。

## 第3章 調査票

### 令和3年度 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

貴保健所の精神保健担当者が回答するように、所長からご指示下さい。

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 単数回答です。あてはまる選択肢番号をプルダウンするか、直接番号を記載してください。                            |
| <input type="checkbox"/> | 複数回答です。あてはまる <b>選択肢の○をプルダウン</b> してください。                              |
| <input type="checkbox"/> | 数字を記載してください。   |
| <input type="checkbox"/> | 文字を記載。スペース内に表示されていなくてもセルには入力内容が保存されています。<br>※その他に該当する場合等、内容をご記入ください。 |

回答後は、お手数ですが、(株) コモン計画研究所宛のメールに添付し、送付して下さい。

(株) コモン計画研究所 メールアドレス：[phc2021@comon.jp](mailto:phc2021@comon.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	<input type="text"/>
問合せ先メールアドレス	<input type="text"/>

#### I 貴保健所の概要について

##### 1 貴保健所の基本属性

Q1 保健所名

Q2 所在地（都道府県）

Q3 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

Q4 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

Q5 2021（令和3）年4月1日時点の病院数・病床数をお教えください。

※ない場合は、必ず「0」を入力して下さい。

- |                         |                      |    |
|-------------------------|----------------------|----|
| ① 管内精神科病院数（精神科病床を有する病院） | <input type="text"/> | 病院 |
| ② ①の内、総合病院の精神科          | <input type="text"/> | 病院 |
| ③ 管内精神科病床数              | <input type="text"/> | 床  |

## 2 地域移行の実績（2020、2021上半期）

Q6 管内の精神障害者の地域移行支援の2020年度利用実績を把握していますか。

- 1 はい
- 2 いいえ

Q6-1 【「1 はい」の場合】地域移行支援利用実人員数をお教え下さい。

地域移行支援利用実人員数  人

※ない場合は、必ず「0」を入力して下さい。

Q6-2 【「2 いいえ」の場合】市町村の担当課への依頼等で把握可能ですか。

1 はい →地域移行支援利用実人員数  人

2 いいえ ※ない場合は、必ず「0」を入力して下さい。

Q7 管内の精神障害者の地域移行支援の2021年度上半期の利用実績を把握していますか。

- 1 はい
- 2 いいえ

Q7-1 【「1 はい」の場合】地域移行支援利用実人員数をお教え下さい。

地域移行支援利用実人員数  人

※ない場合は、必ず「0」を入力して下さい。

Q7-2 【「2 いいえ」の場合】市町村の担当課への依頼等で把握可能ですか。

1 はい →地域移行支援利用実人員数  人

2 いいえ ※ない場合は、必ず「0」を入力して下さい。

## II コロナ感染者が減少している中での管内状況について（2021年11月現在）

### 3 定期的な意欲喚起の活動や必要な事例への個別面接

Q8 現在（11月時点）外部援助者等（ピアを含む）による定期的な意欲喚起の活動や、必要な事例への個別面接を適時受け入れている病院はありますか。（あてはまるものに○）

※ 意欲喚起とは、外部援助者等（ピアを含む）による病棟内でのグループワークや面会活動等です。

- 1 定期的な意欲喚起の活動をしている病院がある
- 2 必要な事例への個別面接を適時受け入れている病院がある
- 3 どちらもない
- 4 わからない

Q8-1 定期的な意欲喚起の頻度をお教え下さい。

- 1 月に1回以上
- 2 2か月に1回程度
- 3 年に1, 2回
- 4 その他

#### 4 地域移行、地域定着の実績がある相談支援事業所の把握

Q9 2020年度から2021年9月末現在までに地域移行、地域定着の実績がある相談支援事業所を把握していますか。それは何か所ですか。

① 地域移行

- 1 把握している →  か所
- 2 把握していない

② 地域定着

- 1 把握している →  か所
- 2 把握していない

①②のどちらかで【1 把握している】を選ばれた方に伺います。

Q10 地域移行、地域定着事業で、ピアの雇用（常勤、非常勤を問わず）をしている事業所はありますか。

- 1 ある →  か所
- 2 ない
- 3 わからない

### Ⅲ 新型コロナウイルスの影響について

#### 5 地域移行支援の状況

Q11 新型コロナウイルス感染症の影響で、地域移行支援がしづらくなっている状況は回復していますか。

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 保健所がコロナ対策で忙しいので、関わっていない
- 4 もともと支援ができていないので、影響はない
- 5 わからない

Q11-1 【「1 はい」の場合】どのような状況か、具体的にお教えてください。

Q11-2 【「2 いいえ」の場合】どのような状況か、具体的にお教えてください。

## 6 今年度の実地指導の内容（予定を含む）

Q12 昨年度同様に、国からは精神科病院実地指導を簡素化するような指示は出ていませんが、今年度の実地指導の内容（予定を含む）をお教え下さい。

- 1 病院に立ち入って指導を行う
- 2 一部簡素化する
- 3 病院に立ち入りをせずに、文書だけの確認
- 4 実施しない
- 5 わからない
- 6 実地指導に保健所は関与していない
- 7 その他：具体的に

## 7 入院患者への外出制限

Q13 任意入院患者にコロナを理由に、一律の厳しい外出制限（全く外出をさせない等）をすることは、人権侵害に当たると厚生労働省は指導していますが、コロナの精神科病院でのクラスターも減少していますが、貴保健所管内の状況はいかがですか。

- 1 外出や外泊を全く許可しない病院はあるが、コロナ対策上人権侵害も仕方ないので、指導しない
- 2 厳しい行動制限の病院には指導を行う（精神科病院実地指導のおり等）
- 3 制限をしていた病院もあったが、今は改善されている
- 4 状況を把握していない
- 5 その他：具体的に

## 8 ピアサポート加算の認知状況

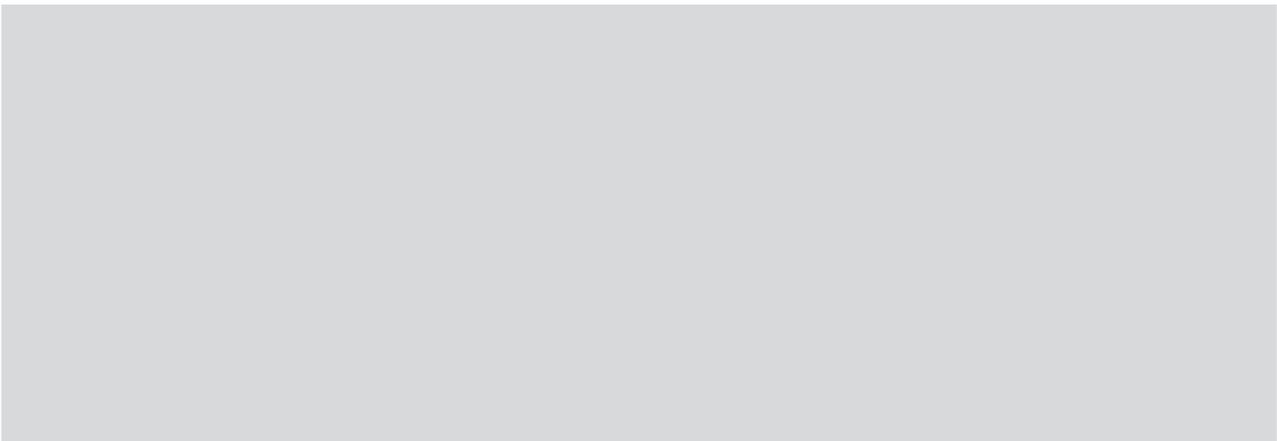
Q14 2021年度から新たに、地域移行・定着支援等の外部援助事業所にピアサポーターが支援に係わるとピアサポート加算が認められましたが、ご存じですか。

- 1 知らない
- 2 名前は知っているが、子細はわからない
- 3 管内に加算を算定している事業所が既にある
- 4 その他：具体的に

これで調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

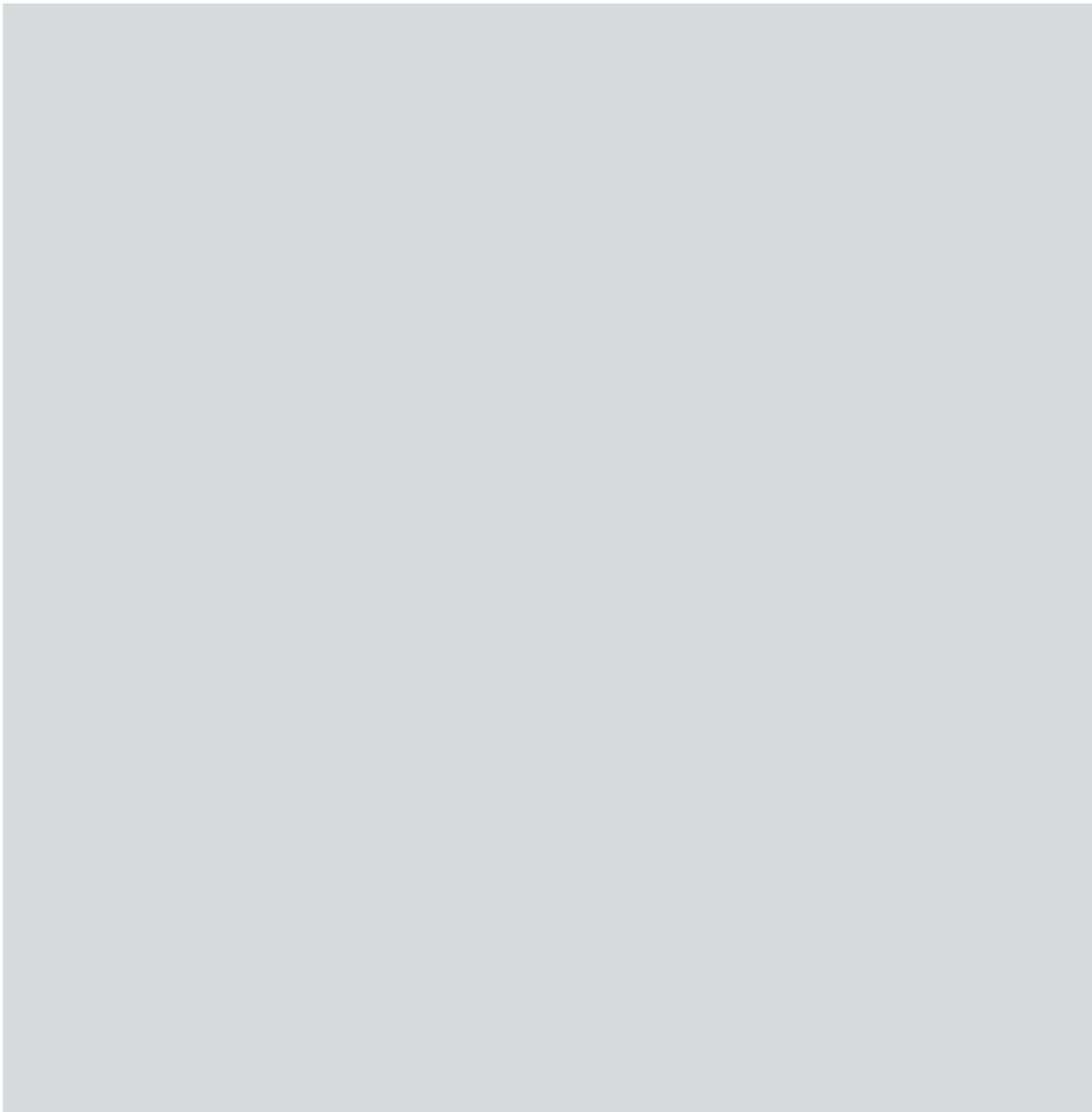
回答後は、お手数ですが、(株) コモン計画研究所宛のメールに添付し、送付して下さい。

(株) コモン計画研究所 メールアドレス：[phc2021@comon.jp](mailto:phc2021@comon.jp)



### **III 中核市保健所の精神保健の課題等**

**「中核市に期待される役割とは」**





## <座談会のまとめ>

分担事業者 柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所）

事業協力者 稲葉静代（岐阜県岐阜保健所）

### 1 背景と目的

令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書が公表された。これを踏まえ、市町村と保健所の2つの役割を持つ中核市に期待されるるところとその課題を明らかにするために、座談会形式にて意見交換を行った。

### 2 座談会要旨

#### （1）報告書全般について

##### ① 作成に関わったメンバーから

まず、報告書の中で、中核市に関わりがあるポイントとして3点示された。1点目は、地域包括ケアシステムの実施主体は市町村であり重層的な連携（保健センターや基幹相談支援センターを中心とした各市町村の中での連携）による支援体制の構築。2点目は緊急時対応を見据えた平時からの見守りが地域でシームレスに行われる必要があること。3点目は、保健と福祉が同一の組織で完結する中核市の強みであること。全体として「平時の医療体制」の重要性や救急にならないような予防体制も盛り込まれ、「在るべき姿」としてはまとまっている。しかし、実現させるためには、法律上の位置付け、予算および人員の裏付けなどが必要である。

##### ② 中核市の立場から

ほとんどの市町村が「（精神障害者も含めた）地域包括ケアシステム推進基本方針」等を策定している中で、改めて『にも』が入れられているのは違和感を覚えるが、現実として「精神障害は保健（の所管）」と別扱いにする自治体もある。

報告書の趣旨は理解できるが、精神科医療の課題として、一般的に「医療」というと、基本的には都道府県が医療体制を構築するという位置付けであり、中核市は中途半端な位置にある。医療計画においても、通常の医療は2次医療圏単位で考えられるが、精神科医療は県全体で検討されるため、地域的なバランスをとることが難しい仕組みとなっている。

#### （2）報告書の内容についての意見交換

##### ① 平時からの見守り～緊急対応～退院後 シームレスな関わり

参加中核市における平時の取り組みはさまざまであった。平時からの先進的な取り組みをしている市からは、精神病院との2か月に1度の連絡会及び困難課題（自殺未遂者のフォロー、大人の発達障害など）に対する平時からのミーティングが紹介され、今後は開業医との連携を深めていくことが課題であると発表された。

緊急時対応では、3市は23条通報に関する県保健所の調査に同行もしくは結果待ちであった。精神科病院の实地指導と措置権限を併せ持つことで、実効性のある対応ができるのではないかと

という提案もあった。しかし、各中核市における精神科医療リソースには大きな差があつてなかなか進まない。精神科病院の量・質ともに均てん化は課題である。

1市は県から措置診察および関連する一連の権限移譲を受け対応していた。「中核市移行する当時、措置のことについては、市が躊躇していた時期もあったが、地域住民のことを考えた時に、やっぱりそれは市がやる方向で考えるべきではないかという議論が出て、人的交流も行い備えてきた」ということであった。

ともかく、「市民にとって何がベストか」を考えると中核市の役割は大きい。しかし、中核市の精神科医療事情は均一ではないし、夜間緊急対応を伴う案件でもあるので、ボトムアップからの議論は進みにくい。国から「中核市はこう在るべき」「この範囲でやるべき」など、基準や指示を提示し、法的根拠や予算の裏付けがないといつまでたっても進まない。

## ② 人材育成

県型保健所よりも中核市保健所において、精神保健福祉士が正職員として採用されていることが多い可能性があることが示唆された。精神分野における人材育成はOJTが基本であるため、精神保健福祉士と同行してケース対応することが効果的である。報告書には、市町村の支援として、県型保健所や精神保健センターへの役割が記載されているが、できる中核市は積極的に人材育成を進めていくことができるようである。

措置診察をして入院させることばかりに追われず、その人たちをどのように支援すればその生活が地域に定着していけるのかという活動に携われれば、それこそが人材育成になる。それは県型保健所でも中核市保健所でも同じである。

## 3 まとめ

精神障害者の地域包括ケアを考える時、「市民にとって何がベストか」という視点に立つと中核市の役割は大きい。国には、精神科医療の均てん化の仕組みづくりと、中核市に対して指示を出し、法的根拠や予算措置をすることが求められている。精神保健の問題は局地的なものではなく、社会にとって重要であるという啓発が必要である。

## 4 謝辞

この座談会にご参加いただきました皆様、座談会記録をお引き受けくださった社会保険研究所企画部次長小嶋理恵様並びに関係の皆様へ深謝いたします。

## 座談会「中核市に期待される役割とは」

～「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書を拝読して～

### 1 開催日

2022年1月17日（月）

### 2 開催方法

ハイブリッド型座談会

### 3 出席者

（敬称略・五十音順）

氏名	保健所種別・所属等
稲葉 静代	県型保健所・岐阜県岐阜保健所長
岡本 浩二	中核市・川口市保健所長
岡本 秀行	中核市・川口市保健所／精神保健福祉士・精神保健福祉相談員
厚生労働省 精神・障害保健課	
長井 大	中核市・鳥取市保健所長
酒嶋 里美	中核市・鳥取市保健所／保健師
中原 由美	県型保健所・福岡県宗像保健所長
野口 正行	岡山県精神保健福祉センター所長
野村由美子	中核市・青森市保健所長
笹原まい子	中核市・青森市保健所／精神保健福祉士
波田野隼也	中核市・青森市保健所／精神保健福祉士
堀 裕行	衛生部長会代表・岐阜県健康福祉部
松岡 太郎	中核市・豊中市保健所長
柳 尚夫	県型保健所・兵庫県豊岡保健所長

## 4 座談会内容

### (1) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」報告書を拝読して参集

#### 稲葉(座長)

今回の座談会の司会を務める岐阜県岐阜保健所の稲葉です。昨年度、私は精神保健の緊急対応を行っている中核市の事例報告を書かせていただいた際、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以下、「にも包括」という)について、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」(以下、「検討会」という)がまとめた報告書(以下、「報告書」という)を読みました。ぜひ、関係する皆さまでこの報告書を拝読し、報告書の内容と関連する「中核市に期待される役割」をメインテーマにして、中核市の役割を実践するにはどのような環境整備が必要かを提言する目的で、座談会を開催したいと思います。

それでは、出席者の皆さまに自己紹介をお願いします。まずは、報告書作成に携わった先生方からよろしくお願いします。

#### 柳

研究班の分担研究者をしている兵庫県豊岡保健所の柳です。国も精神保健における市の役割を重要視しています。市の中でも最も力があると見てもよい中核市が、どのような形で精神保健業務の質を高めていくのか。保健所長会のスタンスでいえば、中核市保健所にどのような役割を担っていただくのが一番いいのか、ということについて合意点探しができればいいと思っています。

私どもの保健所には、コロナの自宅療養者が80人ほどいますが、精神の業務は通常通り実施しています。地域移行も、地域定着も、全部実行しています。院内説明会も毎月必ず開催しています。「コロナ禍においても、精神の業務は今まで通りやらないといけない」というスタンスです。今日はどうぞよろしくお願いいたします。

#### 中原

福岡県宗像保健所の中原です。当事業班(柳班)の班員でもありますが、検討会の委員にも入らせていただいています。検討会の協議の話なども後ほどさせていただきたいと思っています。私どもの保健所では、50~100人のコロナ患者がいる状況ですが、精神保健係に保健師が配置されているので、精神の対応は引き続きしっかりと実施されています。

#### 堀

全国衛生部長会の会員で、岐阜県健康福祉部の堀です。中原先生、野口先生と検討会に途中から参加させていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

#### 野口

岡山県精神保健福祉センターの野口です。中原先生、堀先生と一緒に、委員として検討会に参加させていただきました。そのほか、厚労科研の方で、藤井千代先生(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部部長)の研究班の分担班で自治体班の研究を進めさせていただいています。よろしくお願いいたします。

## 稲葉

続きまして、中核市の先生方また同席する職員の方にごあいさついただきたいと思います。  
まずは、中核市所長会代表の松岡先生、お願いします。

## 松岡

豊中市保健所の松岡です。よろしくお願いいたします。豊中市は大阪府にある4番目の中核市です。中核市となってもうすぐ10年、私が所長を拝命して8年目が終わろうとしています。中核市の所長会代表とご紹介いただきましたが、地域保健総合推進事業の中で「中核市保健所の課題と可能性についての研究」という、いわゆる松岡班の班長を昨年度から拝命しております。

コロナについては、メンタル不調を訴える方が明らかに増えています。できるだけ早く収束してほしいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

## 岡本(浩二)

川口市保健所の岡本です。松岡先生が紹介された松岡班にも属させていただいています。川口市は今、中核市になって4年目が終わろうとしています。人口が60万人を超えており、中核市の中では船橋市に次いで人口の多い市です。折しもオミクロン株が爆発的な勢いで増えていますが、精神保健については、業務が滞らない程度には進められています。今日は、精神保健福祉士の岡本秀行と一緒に参加させていただいております。

## 岡本(秀行)

川口市保健所の岡本と申します。私は精神保健福祉士(MHSW: Mental Health Social Worker)として、疾病対策課の精神保健係で精神保健業務を担っています。コロナ禍になってからメンタルヘルス不調者が多く、特に女性と若年層の方の相談支援が非常に増えており、その対策について検討を進めています。中核市の課題について、皆さんと一緒に考えさせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

## 野村

青森市保健所の野村です。私も松岡班の一員です。保健所長になってから7年目ですが、半年間は副所長だったので、現在は9年目に突入するところです。青森市も隣の弘前市もコロナ患者が多く、保健師たちがそちらに注力しているため、なかなか精神保健の対応ができていません。4名の精神保健福祉士が頑張ってくれていますが、コロナ後に精神保健業務に難渋するだろうと思っています。今日は同席させていただいている精神保健福祉士が2名おりますので、紹介させていただきます。

## 笹原

青森市保健所保健予防課の精神保健福祉相談チームでチームリーダーをしている精神保健福祉士の笹原と申します。

## 波田野

同じく青森市保健所保健予防課の精神保健福祉相談チームの波田野と申します。岡本秀行さんや野口先生とは普段いろいろとやり取りをさせていただいています。柳先生とも、個別のケース対応をさせていただいています。

## 長井

鳥取市保健所の長井です。初めてお目にかかる方もいらっしゃると思います。どうぞよろしくお願いいたします。この研究班（柳班）には、今年度から、中核市ということで声を掛けていただき、参加させていただいております。

鳥取市は、中核市とはいえ、とても小さな市です。人口 20 万人以上が中核市の要件なのですが、2015 年に廃止された特例市から移行しており、人口は 18 万 5,000 人ほどです。特殊な中核市といえますので、どこまでお話しできるか分からない面もありますが、精神保健に関しては、「措置」などの事務、県が持っている権限は条例で市に移譲されています。また、市の管轄する 2 次医療圏の 4 町があります。4 町の保健所関連の事務も、地方自治法による、いわゆる「委託」という形で中核市の保健所が行っています。率直に申し上げると、県の時代からやっていることを、そのまま中核市で継続している状態です。同席している保健師を紹介させてください。

## 酒嶋

鳥取市の保健医療課、心の健康支援室で保健師をしている酒嶋です。どうぞよろしくお願いいたします。

## （２）「にも包括」報告書への思い

### 稲葉

先生方、どうもありがとうございました。それでは、議論に入らせていただきたいと思えます。まず、検討会メンバーの中原先生に、報告書の概要や報告書に込めた思いをお話いただき、続いて堀先生、野口先生に、それぞれのお立場から追加コメントをいただきたいと思えます。

### 中原

令和 3 年 3 月 18 日に出された報告書の概要を説明します。報告書は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素として、住まいの確保やピアサポーターの養成、ご家族の支援、人材育成なども取り上げており、それぞれが細かく検討されています。今回は、その中から保健所、中核市保健所の取り組みに関することをご紹介します。

大きなポイントは 3 つです。報告書 5 ページの一番下に書かれていますが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実施主体について、「市町村において推進する必要がある」と明記されています。市町村が実施主体ですから、6 ページの「重層的な連携による支援体制の考え方と構築」という項目では、「精神保健は市町村保健センターを中心にし、精神障害を有する方等の福祉は基幹相談支援センターを中心として、相互に連携した体制の構築を進めていく」と示されています。そして、9 ページでは「重層的な連携による支援体制」における各機関の具体

的な役割を明確化するため、「市町村、保健所や精神保健福祉センターは次のような役割を担ってください」と詳細な内容が記載されています。市町村が実施主体となることで、地域格差の是正もしっかりやっていくという狙いが見えます。そこが、最も大きなポイントだと私は思っています。

2つ目のポイントは、15 ページに記載されているように、危機的な状況に陥ったときに的確に対応できるように平時から障害者の方の状況を把握しておくということ。市町村や保健所は、緊急時に「この人は、福祉で対応できるのか、あるいは入院医療が必要なのか、危機管理的な対応が必要なのか」の判断ができるように把握しておくということです。平時から精神障害者の方が地域でどのようなサービスを受けているのか、どのような生活を送っているのかを把握しておき、危機等の状況に応じて、「措置に該当するのか」「かかりつけ医に相談するのか」あるいは「精神科の診療チームを派遣するのか」といったシームレスな対応ができるようにしておく必要があります。

3つ目のポイントは、精神「保健」の部分と精神障害を有する方々の「福祉」の部分の連携についてです。私たち県型保健所の場合、福祉は市町村がやることなので、まず県と市町村という自治体組織間の連携を進めていくしかありません。けれども、中核市の場合は、同じ組織の中で連携が可能です。もっとも、私は中核市の保健所で働いた経験がないので、県型保健所とはかなり違いがあるのかもしれませんが、同じ組織の中で「保健」と「福祉」の連携が可能な点が、中核市の強みといえるのではないのでしょうか。

これはあくまで私個人の意見なのですが、「保健」は積極的に住民の間に飛び込んでいけるイメージがあり、「福祉」は受容的なイメージがあります。「保健」と「福祉」の連携という意味では、精神保健を担う保健所が積極的に活動し、福祉の人がそれをフォローする体制がうまく構築できれば良いと思っています。両方の機能を、県型保健所よりは容易に連携させられそうな中核市の保健所は、シームレスなサービスができる「にも包括」の構築に積極的に携わっていただきたいと期待しています。

## 堀

私は年度の途中から、県の立場で検討会に参加しました。コロナ対応で大変な時期だったので正直とても困惑しましたが、報告書については「在るべき姿」としてよくまとめられたと思っています。ただし、これを実現していくには、幾つもの壁があると思います。

1つは、法律上の位置付けがないことです。報告書の内容を実現するためには、市町村の業務がどんどん増えていきます。昨年、一昨年のコロナ対応では、市町村に「10万円を市民に給付する」「ワクチン接種を行う」など、いろいろな業務が指示されました。そうした事態が起こっても、体制をしっかりと維持できるだけの法律上の位置付けですとか、予算上の位置付け、人をきちんと確保できる策を巡らさないと、なかなか難しいと思います。また、県としても、市町村をしっかりと支援できる体制をつくらないと「にも包括」を実現していくのは厳しいと感じています。

## 野口

精神保健福祉センターの立場で検討会に参加しました。精神保健に関しては、これまで自治体の役割について議論されることがあまりありませんでした。その点から見ても、今回、自治体

の役割がしっかりと議論されたことは、とても良かったと思います。また、市町村が中心となる方向で報告書がまとまったことも評価しています。ただし、人も予算もつかず、なんとなく市町村がやる、といった努力義務のようになっては意味がありません。法律に明文化しなければなりません。法制化する方向で私も発言させていただきましたが、法律上の検討はまだこれからです。それが課題だと認識しています。

また、市町村が中心になって受け入れるにしても、バックアップする体制をどうつくるかが大きな課題です。保健所と精神保健福祉センターが重層的にバックアップする形になりましたが、実際問題として、保健所も精神保健福祉センターも行政改革により人員体制が非常に厳しい状態です。予算上の制約があって脆弱な状態でやらざるを得ない。この点が検討会で明らかになり、十分な体制をつくらないと機能しないという認識が進んだのは良かった点かもしれません。

いずれにしても、保健所と精神保健福祉センターのバックアップがあることにより、市町村が安心して相談を受けられるようになります。市町村だけで抱え込まないようにしないとけません。そのためのバックアップ体制に何が必要かを今後も継続して考えていきたいと思えます。

さらに、「平時の医療体制」の重要性、救急にならないような予防体制をつくるという点が盛り込まれたのも非常に良かったと思います。

## 稲葉

ありがとうございました。3名の先生方から、報告書が作成された経緯やそれに対する思いなどをお話しいただきました。ここからは、市町村で保健所機能も兼ね備えている中核市に焦点を当てて議論したいと思えます。

### (3) 平時の精神保健の対応：見守り

## 稲葉

中核市保健所・県型保健所の先生方に、報告書をどのように受け止めていらっしゃるかを、お伺いしたいと思います。

報告書 16 ページの大項目「2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」の中の「(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制」に、『『本人の困りごと等』への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点が重要』と書かれています。

これまでの発言を踏まえて、平時の対応についてどのような準備をされているのか、医療への準備や患者の困りごとへの対応など、お話いただける市があればお願いいたします。

## 野村

特別なことではないのですが、平時にはいろいろな相談を受けています。対病院、対組織に関して言えば、管内の6つの精神病院が対象です。トータル病床は1,084床。それぞれ150~300ほどの病床を抱えています。その精神科の職員、主に精神保健福祉士の方と意見交換をしま

がら、連絡会を2か月に1回開催しています。特に難しいと思われる身体拘束の問題、自殺未遂の方をどのようにフォローするのかという問題、大人の方の発達障害の問題などについては、平時からディスカッションを継続しています。

難しいのは、精神科のクリニックとの連携です。薬の処方の内容がバラバラで、情報共有がなかなかできません。また、コロナ禍でも感じましたが、感染症があるとクリニックは患者を受け入れてくれません。これまでに受け入れてくれたクリニックはたったの1か所だけです。必ずしも、私たちが望んでいるような連携にはなっていません。

精神科の先生方がよく「内科的疾患等の身体の合併症を持っている患者をどう判断すればいいか、僕たちも分からない」と話されます。そのあたりのことを、内科の先生たちと勉強会を行うなどして対処していく方法がないか、それが当面の課題です。精神科の病院には内科や外科を抱えている所もありますが、ない所が多く、精神科の先生だけで判断されています。いろいろなやり方で多くの関係者とコミュニケーションを取りながら、患者さんを少しでも良い状態にもっていかれたらと思っています。

## 稲葉

ありがとうございました。先生、1つ確認したいのですが、平時のカウンセリングというのは、保健所で対応されているということですか。

## 野村

保健所に来ていただいている対面の対応と、また一方では電話などで相談があればそのような形で対応しています。

## 稲葉

ありがとうございます。2か月に1回病院と連絡会議をしている点、発達障害にも対応している点、クリニックとの連携が課題であるという点、身体合併の問題点など、医療の現場を非常によく把握されていらっしゃる后感銘しました。他の中核市は、いかがでしょうか。

## 松岡

豊中市の松岡です。大雑把な話で恐縮ですが、1つは「精神障害にも」の「にも」に、基礎自治体としてはすごく違和感を覚えます。どういうことかと申し上げると、そもそも、ほとんどの市町村が「地域包括ケアシステム推進基本方針」を策定しています。豊中市でも平成28年度末につくりました。その時、既に「精神障害者、疾病を持つ方をすべて包括して」という文言を入れています。多分、多くの基礎自治体は地域包括ケアシステムの中に、障害者を入れることは当然のように意識していると言申し上げたいです。

それから「精神科医療」についてですが、「医療」となると、中核市は非常に中途半端な位置に置かれます。基本的には都道府県が医療体制を構築するという位置付けになっているので、私は、大阪府が行っている業務の隙間を探し、中核市ができることの範囲を見つけ出し、そこを手当てするというやり方を取っています。いい意味でも、悪い意味でも、メインな部分は大阪府が決めるため、中核市の難しさ、もどかしさを感じることがあります。

## 岡本(浩二)

私は、まだ精神障害者まで取り込んだ形の地域包括ケアにはなっていないと思います。どうしても要介護者や高齢者中心の地域包括ケアになっていて、実際にはまだまだなのではないでしょうか。こういう言い方が適切かどうかは分かりませんが、特に精神保健、精神障害となると、否応なく精神保健係の方に声が掛かります。地域包括ケアは、本来、街づくりに直結するもので、いろいろな組織や専門家が連携しないといけないのに、どうしても精神障害という部分に焦点が当たり、全部精神保健係に来てしまっている、というのが現実だと思います。

中核市の保健所ができる以前は市の障害福祉課が、また今もそうですけれども地域保健センターが日常的な業務として精神保健に携わってきました。精神保健福祉士の雇用について、「新たに保健所ができて人員が強化された」という言い方がされますが、もともと障害福祉課に配属されていた人が継続して勤務しています。

川口市には、基本的に精神を扱う病院は2病院しかありません。1病院が精神単科の病院で、もう1病院は精神病床なのですが、認知症に特化した病院という形になっています。単科の病院が198床、認知症の治療ベッドが240床というのが実態です。先ほど青森市の野村先生が6病院あると言われましたが、川口市は中核市とはいっても数的には少ないです。人口当たりの病床数も非常に少ない。中核市の保健所でもかなり異なる部分があるのではないかと思います。

## 稲葉

ありがとうございました。「重要な点は県が決めて中核市は決められた枠組みの中でやらないといけない」というご発言がありました。

堀先生が公務のために退出されるお時間が近づいていますので、精神科医療、精神科病床における県の役割とこれからどのようにしていくのかについて、お考えをお聞かせいただけますか。

## 堀

これを議論するには、別途、精神科の関係者と話し合う場を設定する必要があります。私が所属している岐阜県もそのような場がなかったため、現在検討しているところです。これは当県に限らず、全国的なテーマと言えるのではないのでしょうか。公的病院よりも、民間病院で精神業務を担っている所が非常に多いと思われ、どのように行政と民間病院との間で話を進めるのが課題だと思います。

また、県と中核市との関係についてですが、精神に限らず、コロナ対応が始まってからも、その関係は非常に難しいです。微妙なバランスの中で、いろいろな業務をやられていると思います。特に「県と県庁所在地との関係が難しい」という話をよく聞きます。当県もご多分に漏れず、コロナ対応で厳しい状況だったのですが、知事と市長が話をされ「コロナ対応を一緒にやっていく」と合意し、合同の本部をつくりました。実は私も岐阜市と併任しているため、岐阜市と、日々、情報共有しながら仕事を進めています。

精神の分野については、権限移譲の話もありました。仮に急性期部分を県が担うとしても、予防の部分、慢性期、長期化したときの地域移行は、基礎自治体の方で担わざるを得ないと思います。急性期の部分だけ抜けるのは、患者さんのためにも望ましくありません。いかに、県と中核

市との間で一緒にやっていける体制をつくるかが課題です。私たちも、岐阜市との間でどのような体制でやっていくのか、まさに協議の場をつくり始めたところです。

## 柳

議論するときは、医療計画について議論していただいた方が良いと思います。

「にも包括」については、もともと国が介護保険を高齢者だけとし、総合支援法が障害者支援としており、この2つを地域でどう融合させるのかという状況で、「精神だけでも」という考えから「にも」が入っています。しかし「身体・知的障害者についてはどう対処するのか」という問題が残っているのです。このように国の法的な整備なり、考え方の整理がされていない状態で、市町村にポンと対応を任されても、確かに混乱が生じるのは無理からぬことです。

今後、トータルに障害者と高齢者を入れた地域包括ケアをどう構築するのかという議論をしていただかないと、全体像が明確にならないというのが現状です。

## (4) 有事における精神保健の対応：緊急対応

### 稲葉

昨年度の当研究班（柳班）の報告書では、精神の緊急対応を実施している複数の中核市の事例について報告しました。皆さんの保健所ではどのようにされているのでしょうか。実質的にどこの保健所が対応するのか、また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条（相談指導等）による対応につながる場合など、一連の動きを教えてくださいたいと思います。別の言い方をすれば、先ほど引用した報告書の16ページの「精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点」について、議論をお願いしたいと思います。

平時の見守り、緊急対応、措置解除、退院してから地域で見守る、といった精神障害者へのシームレスなフォローの流れを描くなら、現在は流れの途中に位置する「緊急対応」だけ県が担っている状態が、多くの中核市で常態化しているのかもしれませんが。これは、中核市の精神保健の医療環境により「緊急対応」の受け皿になれるのか、なれないのかという事情もあると思います。

野村先生の青森市のように、6精神病院を抱えて1,000病床以上あるケースもあれば、岡本先生の川口市のように、精神単科の病院と認知症に特化した病床を合わせても450床にも満たないケースもあります。一口に中核市といっても、いろいろ事情が異なります。

### 長井

鳥取市の場合、一番の問題は新規の患者さんを医療につなげたいと思っても、予約がなかなか取れないことです。医療機関によっては、新規の予約待ちが2週間から2か月かかります。メンタルの患者さんは非常に増えていますが、受け皿がなく、なかなか十分な対応ができていないかもしれません。

鳥取市保健所には、保健医療課に主に医療の急性期対応をしている保健師が7名います。平時の対応についてですが、慢性期や日常生活のフォロー等、相談に乗るのは市の旧保健センター一部門です。地区担当制を取っており、保健師が全部で35名ほどいます。担当地区が決まって

いるので、地区担当の保健師が連絡を取り合って対応しています。場合によっては、保所の医療対応をする保健師と、旧保健センターの保健師が連携しながら相談や訪問に応じています。

## 柳

今回、ご参加いただいている4市の中核市の中でも鳥取市は措置権限もあり、実施指導もされています。中核市として医療で何をやっているのか、2つの権限があるかないかで、立ち位置がだいぶ異なると思います。議論の進め方としては、その点に焦点を当てた方がかみ合うかもしれませんね。

## 稲葉

そうですね。それでは鳥取市以外はどうか。

## 松岡

豊中市では、調査、面接、立ち合いまで行っています。そして、指定医の調整以降は大阪府のこころの相談センターにお願いしています。

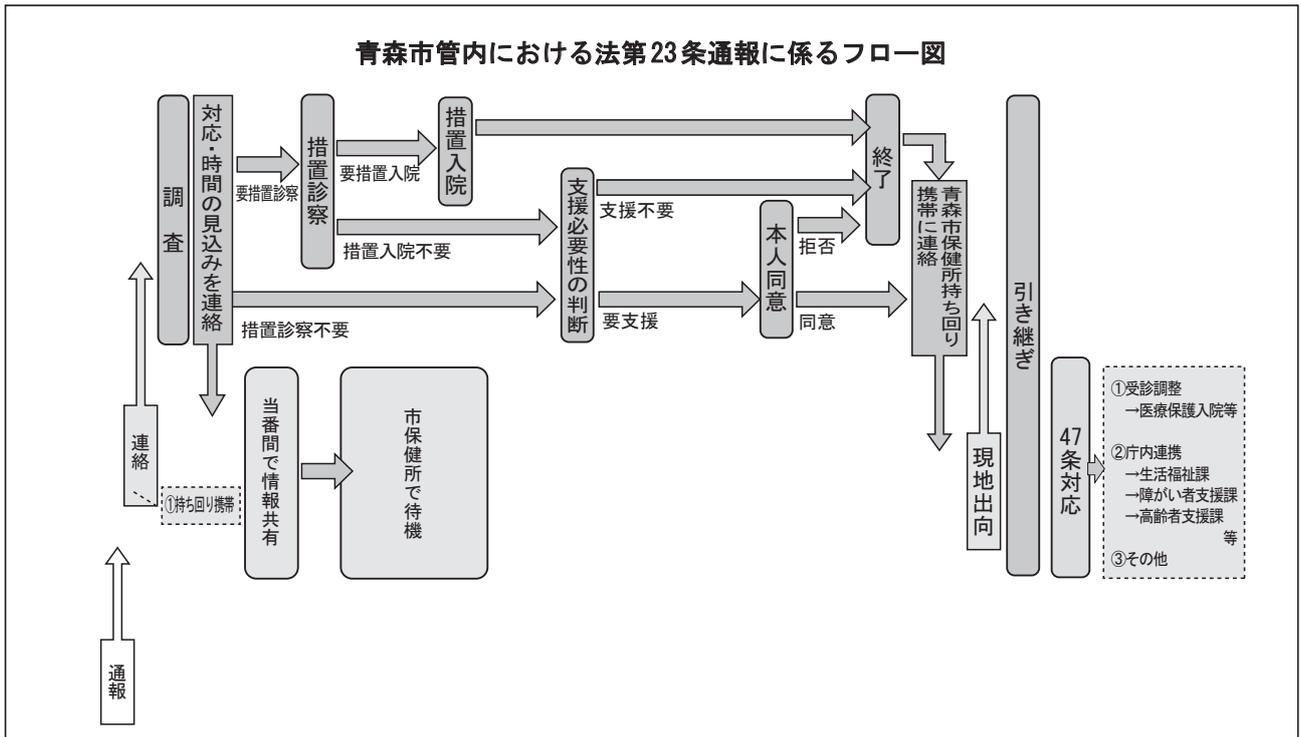
## 岡本(浩二)

川口市は、基本的には通報を受ける業務だけで、調査は県の保健所が行うという形になっています。実施指導は県庁が行っており、保健所がそれに同行しています。保健所ができた時は、通報があったときの調査に同席するという役割もありましたが、人が変わると対応も変わり、「制度としてこうなっている」とはなかなか言いづらいです。埼玉県には、中核市保健所は3つありますが、3つの保健所と県保健所の対応も微妙に異なるため、あまり標準化されていません。

## 野村

青森市に措置権限はありません。スライドをご覧ください。警察からの「通報」は、私たちの所と県の保健所に来ます。私たちと県の保健所は当番制で回しています。出向かず、市の保健所で待機します。措置の診察が必要になったときは、県の保健所が診察してくださる先生を探します。1人しか医師が見つからないときは、緊急的な措置入院とさせていただきます。措置入院が不要であれば、支援が必要かどうかの判断をして、ご本人が「面倒を見てほしい」と言えば、精神保健福祉法第47条につなげていきます。この時点で青森市保健所の精神保健福祉士が出向くことになります。市の保健所は実施指導はしていませんが、医療法に基づく病院等立ち入り検査のとき、例えば虐待の傾向はないかなどを確認させていただいています。

図表 37 青森市管内における法第 23 条通報に係るフロー図



**稲葉**

どうもありがとうございます。岐阜県でも、野村先生が出していただいたスライドに近いスキームでやっています。平時の見守りは市町村で対応していますが、緊急措置、措置診察及び措置入院は県で、措置退院後のフォローは県と市町村で担っています。

検討会の報告書を踏まえたシームレスな流れで患者さんを診ていくということにはまだ至っていないですね。先ほど松岡先生がおっしゃった「大阪府が一元的に措置を行う」というのは、某県でも今までは中核市に隣接する保健所が対応していましたが、県に集中化することになったと聞いております。とはいえ、「通報から現地に到着するまで2時間もかかる」など、本当に緊急通報に対する体制として集中化がいいのかと議論になることもあるようです。

これについて、何かご意見ある方はいらっしゃいますか。

**野村**

夜間救急の問題が出てくると思います。夜間救急はシステムとしてはあるのですが、「私は診られない」と言う先生がいたり、時間がかかったりすることもあります。制度の中身を高めていかなければと思っています。

**稲葉**

ありがとうございます。措置権限については「大変だから受けない」という考え方もあるようですが、「大変だからこそ、できるようにするためにどのような条件整備が必要なのか」といった方向の議論になればいいのと思います。「県 vs 中核市」の対立構造になるのはおかしいわけで、住民目線でどうすればシームレスに対応できるか、というところを考えたいと思います。

## 松岡

稲葉先生と一緒に意見です。結局、「住民にとって何がベストなのか」を考えるしかないと思います。住民にとってベストならば、それは中核市が引き受けるべきだと思います。ただし、今のところ、業務内容によっては「まだまだ勉強しないと対応ができない」場合もありますから、県に教えてもらうことも必要かもしれません。とはいえ、いろいろ勉強しながら中核市が全部引き受ける、というのが基本と思っています。

## 岡本(浩二)

稲葉先生が言われるようにシームレス重視です。基本的には、全部をシームレスにやるのが望ましいと考えるのですが、われわれの所はまだ日が浅く、経験値が積み上がっていない面もあります。県からの権限移譲を受けるに当たっては、ヒト、モノ、カネがセットで降りてこないといけないと思います。ただ「移譲します」と言われても、多分受け切れないでしょう。セットにして降ろすという点を県がどう判断されるか、というところがポイントだと思います。

## 稲葉

ありがとうございます。『にも包括』報告書への思い」のところで堀先生、野口先生がおっしゃっていたように、法的な整備や予算といった面で裏付けされないと、県としても権限移譲の話の中核市にできないということがあります。オンラインで傍聴されている厚労省の方、ご発言があればお願いできたらと思うのですが、いかがでしょうか。

## 厚労省

精神保健に関する体制について、昨年の検討会でもいろいろとご議論いただきました。あるべき姿は示されたとしても、ご議論いただいている中核市の在り方、精神保健の分野は、医療、精神、福祉といろいろな分野が絡み合う中、各自治体によって保健と福祉の関係もさまざまです。昨年来、いろいろな課題をご指摘いただいています。「市の在り方を法令上位置付けてほしい」と言われていますが、市の状況はさまざまです。なかなか歯切れのいい返事ができませんが、市の在り方、現状をお聞かせいただきながら、考えていきたいと思っています。

## 長井

鳥取市は、中核市に移行して4年になります。中核市移行を検討する初期段階で、措置権限について市が躊躇した時期もありました。けれども、地域の住民のことを考えれば、やはり市がやる方向で考えるべきではないか、という意見が出てきました。そして、中核市になる前の県の保健所の時代から、権限移譲を受けるための準備として、派遣で来ていた保健師が実際の業務に携わりながら、措置権限を持つ中核市移行に備えてきました。酒島さんは県の保健師ですが、市に派遣という形で来ています。措置についてのノウハウや技術等、on the job で引き継ぎをしながら対応しています。

## 稲葉

ありがとうございます。先ほど、岐阜県の堀先生も「自分は岐阜市の併任があるからできる」とお話しされていましたが、人の行き来がないと、ノウハウや業務に込める思いがなかなか伝

わりにくいかもしれませんが。しかし、それ以前に、「それは中核市の仕事ではないから」と言われてしまうと、人の行き来もできませんね。

私が非常に参考になると思ったのは、児童相談所の設置に関し、厚労省が法令を変えずに参酌基準を出して対処したケースです。中核市等が児童相談所設置市に移行することを積極的に検討してほしい、という内容の通知が令和3年7月に出されています。

そうした通知もあって、一部の特別区で児童相談所が設置されるようですので、全国の中核市でも同じように児童相談所の設置について議論されているのではないのでしょうか。それは精神の問題と同じで、日頃からの見守り、緊急時の対応、その後もシームレスに見ていくためには、さまざまな組織が一体となり、連携しやすい中核市、政令市といった所が対応した方が理想的ではないか、という考えから出てきたと思うのです。

例えば、参酌基準のようなものを出すことによって、「このような条件を満たしている中核市はやっていただきたい」という示し方もあると思うのですが、国としてどのようにお考えでしょうか。

## 厚労省

ありがとうございます。1つのアイデアとして、そうした考え方はあると思います。

## 柳

権限の話ですが、中核市は保健、福祉だけではなく、医療分野についてある程度の権限を持っています。例えば、中核市の医療監視には病院の医療監視も含まれているのですが、精神科病院の実地指導の権限はありません。他の医療分野の権限に比べて、精神はアンバランスではないかと思います。

「にも包括」が実現し、精神障害者、入院している人も、地域にいる人も、当たり前支援するようになった場合、特に急性期の一部では医療の質をある程度担保しなければなりません。中核市は医療計画で権限を持たないにしろ、医療の質をどうしていくのか、という観点から中核市も権限を持つようにすることは、トータルな地域の精神保健医療を担っていくためには必須ではないかと思います。もともと県の保健所でも、精神科病院実施指導をきちんと行っている所はほとんどないので、病院の質の担保がきちんとできているわけではありません。実は、技術移転をしようとする以前に、ノウハウを整理し、中核市独自でやられた方が圧倒的に質の高い医療を地域で提供できるのではないのかと思っています。

発想の転換として、ある意味では県より力のある中核市が、精神、福祉保健の権限は持つけれども医療は全然持たないというのではなく、セットで持つと考えたら素晴らしい仕事ができるのではないかと、中核市が精神障害者も含んだ地域包括ケアのリーダーシップを取れるのではないかと思っています。岡本先生、松岡先生もそう思われるのではないのでしょうか。すごく期待しています。

## 稲葉

野口先生、医療のお立場から何かコメントはありますか。

## 野口

岡山県の状況を見ると、審査に入っているから都道府県が強いかという点必ずしもそうではありません。医療機関との付き合い方に苦労しているのが現実です。また急性期をしっかりとやって中心となる病院があっても、それに他の民間病院が依存してしまい、パワーダウンしてしまう可能性があるなど、全体としての精神科病院の質の均てん化は課題です。さらには、保健所主催の圏域での協議の場に、私も参加して、警察や医療機関と話し合いをしていますが、医療機関側から医師が参加せず、精神保健福祉士の方のみということが多いです。これでは医療機関が積極的に圏域の精神保健の体制整備に協力しているとはいえない。圏域における自治体と医療機関との関係をどのようにうまくやっていくかは課題だと感じています。センターとしても、医療機関とのつなぎをもう少し強力にやっていかなければならないと思っています。

## 岡本(浩二)

先ほどの柳先生のお話をお聞きして思ったのですが、中核市と県は、精神のみならず、医療計画自体もかなり中途半端かなという気がします。それでも、医療計画は2次医療圏ごとです。でまだ近いと思いますが、精神になると、全県という形なので非常に遠い感じがします。そのあたりが難しいところです。つまり、通常の医療さえ中核市と県の関係は難しい面があるのに、全県で対応しなければいけない精神はもっと難しいので、その辺が進まない1つの原因となっていると思います。

## 稲葉

例えば、基準があいまいなために、川口市は2病院しかなく、1つは単科の精神科病院、もう1つは認知症に特化した病床になっているという話がありましたが、そのような体制で、どれだけ緊急時に対応できるのか、受け皿になり得るのかという問題が出てきます。平時の精神における病診連携なども、その病院と地域のクリニックだけでやっていけるのかと、非常に懸念される場所があります。

厚労省から、精神に関する参酌基準をお示しいただけるのであれば、「にも包括」もずいぶん進むのではないかと思います。中核市側で自発的にそうしたものをつくっていくというのは、なかなか難しいことですよ。

## 松岡

はい、そうですね。いろいろご指摘いただいているように、中核市といっても、中核市になってからの年数や規模などさまざまです。中核市の中でも、いろいろな考え方があることが、私どもの研究班のアンケート調査でも分かっています。60 いくつもの中核市が、統一したものを出せるとは考えにくいですね。むしろ厚労省から、基準を示していただく方がありがたい、というのが私の率直な意見です。

## 稲葉

ありがとうございます。今日、ご出席いただいている先生方は、住民目線でどうあるべきかをお考えいただいているので、緊急対応を含めてシームレスにやれるように、なるべく権限を持つのが良いという考え方ではないかと思います。

権限を持つことについて、松岡先生が「中核市になった年数やキャリアも重要」とおっしゃいましたが、鳥取市は4年目で動いています。中核市に移行するとき、権限も全部引き受けて対応すると覚悟を決めている所もあります。ですので、「やる気」の問題もあるかと思えます。

## (5) 人材育成の在り方を探る

### 稲葉

ピアサポーターについても議論したいところですが、それは柳先生のところで進めていただいているので、ここでは割愛させていただきます。最後に、人材育成の議論を進めたいと思います。人事交流をしている場合もありますが、市町村がどのようにして精神対応のノウハウを身に付けていけるのか、野口先生、ご意見をいただけますか。

### 野口

岡山県でも、中核市には精神対応を頑張っていただいています。保健所に精神保健班があり、一緒に相談しながらやっています。われわれとしては、都道府県の保健所と同じように、相談を受けながら、バックアップしていく1つの保健所と考えています。

「相談を受ける」「事例検討を行う」「研修を行う」が基本です。中核市についても他の保健所と同じく、センター主催の事例検討会に事例を出してもらい、一緒に考えたり、要望に応じてこちらが講師を派遣したり、複数の職員が出向いて一緒に研修をしたり、センター主催の県全体での研修に参加してもらったりします。また、アウトリーチ支援で同じ事例に対して、同行訪問をするみたいな形でOJTを行うなど、幾つかのやり方を組み合わせながら、人材育成をしています。いろいろな仕掛けを使いながら対応しています

### 中原

人材育成については、検討会で、それこそ市町村の職員だけでなく、保健所も精神保健福祉センターも入って議論がありました。最初に野口先生がおっしゃったように、「人を育てて、人数も確保して、予算もきちんと確保しないといけない」といった話もありました。保健所については、毎年、厚労省に「人材育成確保をお願いします」と全国保健所長会要望を提出しています。一時期、措置のガイドラインが出された時、「精神保健福祉士を配置できるような予算を取りましたから、あとは自治体でよろしく」といった話がありましたが、ふたを開けてみると、「都道府県、自治体任せで、現実にはなかなか人を確保できなかった」ということがありました。その時、それぞれの自治体、都道府県も、中核市も、精神保健にどれだけの人を確保するのか、自分の自治体がどれだけ精神保健に力を注ぐのか、それこそ強い意志を持って対応しないと、人材育成は難しいと思いました。

ちなみに、福岡県には中核市が1か所、久留米市保健所があります。福岡県は特殊で、指定都市が2市、中核市、そして県となっています。指定都市については、いろいろな意味で、常に喧々諤々やっています。対して、中核市は他とも仲良くやっています。「にも包括」の人材育成についても、市町村の研修会と一緒に参加してもらいますし、近隣の保健所が情報や意見交換をするときにも久留米市保健所から来てもらっています。人材育成については保健所単位で、着実にやっていかないとはいけません。

そして重要な点は、精神保健福祉センターが県全体の精神保健従事者の研修をしてくださっているのですが、予算やパワーをきちんと持っていただけるとより良いと思います。

## 柳

ご出席いただいている川口市の岡本（秀行）さんや青森市の笹原さん、波田野さんといった優秀な精神保健福祉士が中核市にはいますけど、県型保健所で精神保健福祉士を採用しているのは少ないです。兵庫県の精神保健福祉センターに2人、本庁に数人いますが、保健所に精神保健福祉士という人材がいるのは、中核市の方が手厚く、優秀です。人材育成の議論において、保健師はどちらかというとジェネラルな職種なので活動的な人たちとみられます。実際、地域活動をしながら、いろいろと支援や助言ができたりします。制度的には、保健師が精神保健福祉士とセットで活動するのが1つの理想形だと考えています。

そうした視点から見ると、もちろん小さな市にも精神保健福祉士にいてほしいですが、規模の大きい中核市にはより精神保健福祉士の活躍の場があり、必要性もあると思います。精神保健の中の精神障害者に特化しない形での、例えば思春期の問題とか、母子の問題とか、「にも包括」に近い、いろいろな人のメンタルヘルスをカバーする職種として精神保健福祉士を位置付ければ、中核市で大活躍してもらえるとすごく期待しています。私は非常に優秀な精神保健福祉士に多く出会ってきましたし、ポジティブな評価をしていくべきだと思っています。

## 稲葉

ありがとうございます。精神保健福祉士の話が出ましたので、まず川口市の岡本さん、お願いいたします。

## 岡本(秀行)

精神保健福祉士を採用している中核市は増えてきていると思います。川口市では、精神保健福祉士と保健師がペアになって仕事をしています。人材育成というわけではありませんが、私とペアになる保健師は、精神保健の業務は未経験の人ばかりです。しかし、1年間一緒に仕事をすると、皆さん、すぐに相談対応ができるようになっていきます。

人材育成という点では、もちろん研修という手法も有効だと思いますが、一番有効な人材育成は「ケーススタディ」だと思います。ケーススタディでしっかり精神保健の業務を担えるようになった人材が、未経験の方たちや他の職種の方と一緒にケースを支援していくプロセスの中で、お互いに成長し、育成されていくのだと考えています。

例えば、「にも包括」では、市町村の方が精神保健を担っていくことが検討されていますが、県型保健所の方が市町村の方と一緒に訪問し、支援する経験を重ねていくことにより、市町村の保健師さんたちがしっかりと精神保健の業務に携われるようになると思います。中核市の中で保健師さんが精神保健の業務をどのように担っているのか、その在り方は今後、県から市町村を中心とした業務へと精神保健が転換していく過程において、指導・教材としても活用できるのではないかと思います。

一方、精神保健福祉士は、中核市に採用されると、非常に異動先が限られてしまう点がネックになっています。川口市の場合、精神保健福祉士の勤務先は保健所と障害福祉課の2か所しかなく、その中だけで定期的な人事異動、キャリアアップというのは難しい環境です。そうした環

境で、精神保健福祉士がスキルをどう上げていくのかが、中核市における精神保健福祉士の課題だと思っています。

## 稲葉

ありがとうございました。青森市の笹原さん、波田野さんはいかがですか。

## 波田野

青森市では、保健師とペアで精神保健業務をやっているわけではないのですが、母子保健や成人保健、感染関連業務において、一緒に対応していただくことはあります。必要に応じてこちらからアドバイスをしたり、一緒に訪問したりという状況です。保健師さんたちに対して所内の勉強会などを行うときもありますので、精神保健福祉士が保健所に配置されることで、保健所に必ず良い影響があると思います。

## 笹原

波田野が話した通り、保健師と一緒に動くことにより、共に成長していけると思います。今、青森市の精神保健福祉士は、4名で精神保健と自殺対策と両方兼務で行っている状態です。人員的にはきつい中で対応しているのですが、それでも保健師と一緒に精神保健に携わっていただければいいと思います。

## 稲葉

保健師でいらっしゃる鳥取市の酒嶋さんは、いかがですか。

## 酒嶋

先ほど、鳥取市の体制について、こころの健康支援室と地区担当の保健師がいるという話がありましたが、こころの健康支援室の保健師の方がいろいろなノウハウを持っているので、一緒に活動することで、多くを得られると思っています。

鳥取市は周辺の4町も管轄していますので、町の保健師さんともいろいろな相談に乗ったり、場合によっては一緒に訪問したりということを日常業務として行っています。精神保健福祉士はいないのですが、保健師同士で研鑽を積んでいるところです。

## 稲葉

ありがとうございました。中原先生、柳先生の所には精神保健福祉士は何名ずついらっしゃるのでしょうか。

## 柳

豊岡保健所には、精神保健福祉士は1人もいません。先ほどお伝えしたように、県型保健所で精神保健福祉士を配置している県は圧倒的に少なく、数字を全部把握してはいませんが、中核市の方が精神保健福祉士を多く雇用していると思います。

豊中保健所は大阪府から移管しており、大阪府のときに精神保健福祉士がいたので、そのまま異動したとみられます。もともとあった県型保健所に精神保健福祉士がいなければ、移管した後には雇用することはありません。ですから、川口市の岡本さんのお話から察するに、埼玉県に

も精神保健福祉士はいたのだと思います。もともとの県型の人材の状況によって、雇用される職種に違いがあるのだと思います。もっとも中核市になったことを契機に、精神保健福祉士を多めに配置している地域はあります。

## 中原

福岡県の県庁保健所には精神保健福祉士の採用枠はないので、精神保健福祉士がいるのは精神保健福祉センターだけです。ただ、昔は保健師が精神保健福祉士の資格を持っていることが多く、数としては計数されませんが、潜在的にはいます。実際、年配の保健師の方が地区分担されていることにより、市町村にお願いしているメンタルヘルスも地域全体で見るという訓練ができています。そうした方々は、仕事の内容としては、精神保健福祉士と同様の仕事をしてくださっています。

## 野口

岡山県は、精神保健センターも含めて、精神保健福祉士の配置はまったくありません。ずっと採用をお願いしているのですが、残念ながら認められていないというのが現状です。一つには、中原先生が言われたように、精神保健が自治体の中で重要だと位置付けられていないからだと考えます。「コロナ禍で心の健康が大事だ」と言われますが、予算は付きません。「大事だから現場で何かやってください」的な話なので、精神保健の意義に対する自治体の理解は、十分とはいえません。

少し話がそれるかもしれませんが、私としては、住民全体の普及啓発も大切ですが、むしろ自治体のリーダーのみなさんに精神保健の普及啓発をするのが必要だと思っています

精神保健福祉士については、保健所にも、センターにもきちんと雇用していただきたいです。病院との関係や相談支援事業所との関係を考えると、やはり職種横断的に同じ職種でできるというのは非常に強みです。若い保健師さんたちと話をしていると、小さなお子さんがいると緊急対応に出ることが厳しく、疲弊して辞めてしまうという現状があります。精神保健福祉士のように、精神に特化している人がいて、保健師と協力して対応するという体制が今後ますます必要ではないかと思います。

## 稲葉

ありがとうございます。松岡先生の所には、精神保健福祉士は何名いらっしゃるのでしょうか。

## 松岡

精神保健係の保健師2名と、精神保健福祉士4名の正職員だけで対応しています。今までのお話を聞いて、「うちは非常に恵まれている」と初めて認識しました。

精神保健福祉士は、市役所全体の中でいわゆるソーシャルワーカー、社会福祉職のグループに属しています。そのため、突如、人事異動で福祉部、子ども未来部等へ異動してしまうということがありました。代わりの精神保健福祉士が配属されたのですが、配属先が市役所ではなく保健所だったので、最初は戸惑われたという笑い話のような出来事までありました。

市役所では普通に行われる人事異動により、精神保健福祉士が簡単に異動させられるというのは、保健所長としては深刻な課題だと考えていましたが、そもそも4名も配置してもらえること自体、ありがたい話だったのですね。

## 柳

行政のトップの方の話ですけど、先日、精神に関する研修会を人口1万人ちょっとの新温泉町でさせていただいた時、町長も参加してくれました。町長は、「SDGsの『すべての人に健康と福祉を』の『すべての人』の中に、精神障害者が絶対に抜けてはいけない」と話されました。実は、僕が来る前までは、精神障害者のための作業所が1か所しかないような所だったのですが、今は就労継続Bが3つぐらいできたりとか、訪問看護が実施されていたりとか、どんどん進んでいます。

SDGsの問題は、日本は障害者の人権条約を批准していながら、先ほど岡本先生もおっしゃったように、精神だけ一般医療の中に入らない、地域医療構想にも入らない、精神障害者は入院したらほったらかし、という国際的に見たらあり得ない、と言われかねない状況が何十年も放置されています。それは、政治の在り方としては良くないとは思いますが、野口先生がおっしゃったように、誰が悪いということではなく、日本という社会が今後も継続していくために必要なものとして、都道府県も、市町村も、われわれも、みんなの問題として捉え直さなければならぬと思っています。

新温泉町は高齢化率40%ですが、それ故にこそというか、「精神障害者は、元気な働き手なのです」と、地域の高齢者に精神障害者を理解していただくことに努めています。雪かきや農業など、彼らにできることはたくさんあり、地元の農業組合の人が「彼らに草刈りをしてもらって助かった」といった話をしてくださいました。

「にも包括」では、ただ「福祉サービスを」というだけではなく、「本当はいろいろな精神障害者の人たちを活用しないと日本の社会はもう維持できない」「彼らも仲間」といった見方を誰もが当たり前にする仕組みづくりを、中核市に率先してやっていただきたいと思います。

## 稲葉

柳先生、どうもありがとうございます。うちの保健所について言えば、非常勤の精神保健福祉士が1名いますが、本人の事情とはいえ、日中の限られた時間しか勤務できないという現実があります。

報告書には、「保健所が市町村に人材育成のための支援を行う」と書かれています。措置の緊急対応のノウハウは持っているので、その部分の人材育成としてノウハウは一緒にOJTでやりながらならお伝えできます。しかし、この報告書の根底に流れる「シームレスな平時からの対応での関わりが大事」という部分については、人材育成は中核市であれば自力で行えるし、実際に行っていらっしゃると思いますので、あまり心配することはないと正直思います。ただ、予算や法的根拠は必要なことなので、国にぜひお願いしたいと思います。

## (6) 精神保健の優先度を高めるために

### 稲葉

先生方から、何か追加でご発言はありますか。

### 岡本(浩二)

コロナ禍において、保健所が夜間対応をどこまでできるのかが問われましたが、精神も同じ状況だと思います。埼玉県の場合、休日夜間は県の緊急対応の通報受付の窓口で一元化されていますが、緊急夜間対応を中核市レベルでやるとなると大変です。その点が、権限委譲の事前の検討においてネックになったと記憶しています。その辺の体制の構築が一番難しいところだと思います。

### 稲葉

まさにおっしゃる通りです。うちの保健所でも、コロナ対応をやりながら緊急対応している精神の保健師が数人辞めてしまいました。今、「大阪のクリニックに火を付けて 24 人を道連れにして亡くなった」とか、「東大赤門で受験生が刺された」と、メンタルヘルスに関係するとみられる悲惨な事件が起こっています。言い方は良くないかもしれませんが、「コロナ」ということで、莫大なお金と人が手当てされるのに、これほど悲惨で痛ましい事件が起こっても、精神保健にはどうしてもっと予算も人も付かないのだろうと、悲しくさえなります。今日は厚労省の方にも傍聴いただいているので、現場の声を聴いていただければと思います。

「中核市の精神保健はどう在るべきか」といったテーマは、さらに議論を重ね、制度を変えていくほどに深掘りしなければならないかもしれないと思いました。

それでは、そろそろまとめに入らせていただきます。「にも包括」の報告書を拝読して、今回は座談会を開催させていただきました。コロナ禍で大変な時期ですけれども、コロナの患者さんにかかる時間よりも、精神の患者さんにかかる、平時からの見守り、緊急対応、退院後のフォロー、そうしたシームレスな流れにかかる時間の方がもっと長いわけで、患者さんに寄り添う地域密着型の体制を整備すべきだと思います。それには、やはりヒト、モノ、カネ、そして根拠となる法律なども必要です。

現状は膠着状態であり、ボトムアップでは体制をつくり上げにくいということがよく分かりました。国から「こうした予算措置をします」「法的根拠を示します」と示していただかないと、結局、一番しわ寄せがいくのは住民であり、第一線で通報を受ける職員たちではないかと思えます。

しかし、一方で、厚労省の方がおっしゃるように、一律に中核市といっても実にさまざまです。ですから、少なくとも参酌基準だけは示していただけるように、基準探しの取り組みはお願いできないものかと思った次第です。

人材育成についてですが、「県型保健所が市町村に技術移転する」「精神保健福祉センターが技術的な指導をする」ということが報告書に書かれていますが、一般的に中核市においては、県型保健所よりも人的リソースが豊富であるといえるかもしれません。柳先生が言われるように、精神保健福祉士を採用している県は少ないようですが、それは見方を変えれば、やはり住民と一番近いところにいる自治体が技術的なもの、ノウハウを持っている方が望ましいという在り

方を示唆しているのかもしれませんが。そう見れば、人的リソースが豊富で、住民に近い所にいる中核市は、自らの力で人材育成をした方がよいのではないかと思いました。

座談会では、報告書にある「平時からの見守り」「緊急対応」という精神保健のシームレスな流れの一部を取り上げて議論しました。また「人材育成」にも焦点を当てて、意見交換をさせていただきました。実に有意義で示唆に富む意見を拝聴できました。追加でご発言があればどうぞよろしく願いいたします。

## 松岡

2点、お伝えしたいことがあります。1点目は、私の研究班で行った中核市の調査で分かったことですが、中核市は本当にバラバラです。精神保健に対する捉え方も対応の仕方も、それぞれの中核市に独自のものがあります。その理由はいろいろあると思います。厚労省の方が傍聴されているので、あえて申し上げますが、国から「中核市はこう在るべき」「この範囲でやるべき」など、そうした上から提示される基準や指示が、これまでに少ないのが一因ではないかと思えます。議論された緊急時の措置についても、「中核市になるのであれば、なる時点から自力でやってください」と言われていれば、話は簡単だったかもしれません。厚労省には、ぜひ中核市にいろいろな指示を出していただきたいと願います。

2点目は、中核市がどのように変わっていきけるかは、市長、首長、保健所長の覚悟次第だと思えます。いろいろな可能性があるという点では、所長よりもむしろ市長の覚悟がより重要と感じています。

## 柳

今日の座談会が、報告書を読んで「中核市に期待する役割」ではなく、「市町村に期待する役割」だったなら、と考えてみました。そうすると、「市町村」には人口500人、1,000人以下から横浜市のように400万人まで存在するわけです。松岡先生が言われるように、もし「スタンダードとしてここまでやってほしい」というものが示されなければ、人口20万人以上の中核市でさえバラバラといわれるのに、全国がバラバラになり、どこも効率的な動きができなくなるかもしれません。何をやるにしても、スタンダード、基準、指標、指示といったものがなければ、組織も人も動けません。そのように考えていくと、国にはせめて中核市に一定の方向付けをしていただきたいと、松岡先生と同じ意見になります。

それから、緊急対応と人材育成の話ですけれども、保健所の保健師さんも緊急対応ばかりしていると精神は面白くないという捉え方をし、辞めていきます。ところが、精神障害者を支援する仕組みづくりとか、長期入院している患者を退院させることに成功して「本当の自分の人生はこれからだ」と思えるようになった人たちの支援に携わると、保健師さんをはじめとする職員は、こちらが驚かされるほどモチベーションが上がります。鹿児島県の話ですが、もう辞めようと思っていた新人の保健師さんが、「地域移行の仕事始めてから、私は辞めないと決めました」とうれしそうに話していました。人というのは、措置をして入院させることより、その人たちをどのように支援すればその生活が地域に定着していけるのかという活動に携われば、それこそが人材育成になると思うのです。そうした支援活動がセットでないとなかなかうまくいかない、と感じます。これは中核市の保健所であろうが、県型の保健所であろうが一緒だと思います。

仕事の一番大事な部分を的確にこなしていくには、やや強権的な仕事も必要です。その人を守るためにある措置というのは、押し込めているのではなく、治療を適切にやるための枠組みです。そのように理解した中で、どのように精神保健の仕事を整理していくかを考えられなければ、緊急対応を何か違った意味合いで捉えるかもしれません。その捉え方がうまくいけば、普段の対応もうまくいき、措置ケースも減ります。稲葉先生がおっしゃった最近のあのよう痛ましい事件を起こす直前の状態になっては難しいですが、多くのケースは対応できると思います。その辺の基盤づくりの話ができればよいと思います。

## 稲葉

ありがとうございます。うちの保健所管内には、岐阜市を含めると 80 万人もいるのですが、精神保健対応の保健師は 3 名だけです。自治体によって人員の採用は決められていますが、例えば厚労省の方で、「人口がこれぐらいだったら精神対応の人員はこれぐらい必要です」というような目安を決めていただけると、とてもありがたいです。

## 野口

精神業務について、本当に大変な状況だと改めて思いました。自治体に勤務して感じるのは、精神というのは、ごく少数の特定の人、特定の問題のようにイメージされていて、「多くの人には関係ない問題だ」といった通念があるように思います。そうした点からも、「にも包括」は地域共生社会を目指しているわけですから大きな意味があると思います。メンタルヘルスの問題には、非常にいろいろな人が関わっています。地域共生社会の報告書など見ると、さまざまな課題が複合化し、制度の隙間になっている問題は、ほとんど精神が関わっています。地域のいろいろな社会問題には常に精神の問題が背景にあるといった視点から、精神保健の重要性を啓発していく必要があります。

精神の問題は、社会を支える仕組みにとって、基礎的で非常に重要な問題です。明確な位置付けと制度的な体制、予算、人員等を整えることが、安心安全な地域づくりにつながるというストーリーを訴えていこうと関係者（国立精神・神経医療研究センターの藤井千代先生など）とも相談しています。ぜひ、精神保健福祉センター長会と保健所長会とで協力しながら、精神の問題を局地的な問題とせず、大きな社会問題として優先度を上げていけるようにしたいと思っています。

## 稲葉

どうもありがとうございます。こういう時代なので、本当に精神保健の優先度を高めたいですね。本日は、コロナ対応でお忙しい中、この座談会にご出席いただき、また活発なご意見をいただき、どうもありがとうございました。

## IV ピアサポーター養成研修実施事例



# ＜ピアサポート養成研修をとりまく動向＞

## 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定の概要

令和3年2月4日

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム  
ピアサポート加算に関する厚労省説明資料

### 1 ピアサポートの専門性の評価

【自立生活援助、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援】

- ・ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で、加算により評価する。

※就労継続支援B型についても、基本報酬の報酬体系の類型化に伴い、就労支援の実施に当たってのピアサポートの活用を評価する（後掲）。

≪ピアサポート体制加算【新設】≫ 100単位／月（体制加算）

※ピアサポート体制加算の算定要件

- (1) 地域生活支援事業の「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置していること（併設する事業所（計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援に限る。）の職員を兼務する場合は兼務先を含む業務時間の合計が0.5人以上の場合も算定可。）。

障害者又は障害者であったと都道府県又は市町村が認める者※

※「都道府県又は市町村」は、自立生活援助、地域移行支援及び地域定着支援は都道府県、指定都市又は中核市、計画相談支援及び障害児相談支援は市町村。

管理者又は①の者と協働して支援を行う者なお、令和6年3月31日までの間は、経過措置として、都道府県又は市町村が上記研修に準ずると認める研修を修了した①の者を常勤換算方法で0.5人以上配置する場合についても本要件を満たすものとする。（②の者の配置がない場合も算定可。）

- (2) (1)の者により、事業所の従業員に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること。
- (3) (1)の者を配置していることを公表していること。

## 2 就労継続支援B型

「利用者の就労や生産活動等への参加等」をもって一律に評価する報酬体系におけるピアサポートの専門性の評価（一部再掲）

地域生活や就労を続ける上での不安の解消、生産活動の実施に向けた意欲の向上などへの支援を充実させるため、ピアサポートによる支援を実施する事業所に対して新たに報酬上の評価をする。

《ピアサポート実施加算【新設】》 100 単位／月

「利用者の就労や生産活動等への参加等」をもって一律に評価する報酬体系において、各利用者に対し、一定の支援体制（※）のもと、就労や生産活動等への参加等に係るピアサポートを実施した場合に、当該支援を受けた利用者の数に応じ、各月単位で所定単位数を加算する。

※地域生活支援事業として行われる「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を修了した障害者（障害者であったと都道府県、指定都市又は中核市が認める者を含む。）と管理者等を配置し、これらの者により各事業所の従業員に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年 1 回以上行われていること。

\*令和 6 年 3 月 31 日までの間は、都道府県、指定都市又は中核市が上記研修に準ずると認める研修でも可とするなどの経過措置を設ける

図表 38 ピアサポートの専門性の評価

## ピアサポートの専門性の評価

○ ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、研修等の一定の要件を設けた上で評価。

**(新) ピアサポート体制加算 100 単位/月**

- (※ 1) 計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援で算定可能。
- (※ 2) 就労継続支援 B 型についても、基本報酬の類型化に伴い、就労支援の実施に当たってのピアサポートの活躍を別途評価。
- (※ 3) 身体障害、知的障害においても同様に評価。

経験者としての視点で、リカバリー体験を活かした助言や共に行動する支援。



不安への共感、  
外出同行で安心感を与える



医師や薬との  
付き合い方の  
助言 等



制度説明や利用  
方法の助言



電話相談



家族への面接



事業所内研修

図表 39 基本報酬の報酬体系

### 現行

● 「平均工賃月額」に応じた報酬体系

平均工賃月額	基本報酬
4.5万円以上	649単位/日
3万円以上 4.5万円未満	624単位/日
2.5万円以上 3万円未満	612単位/日
2万円以上 2.5万円未満	600単位/日
1万円以上 2万円未満	589単位/日
5千円以上 1万円未満	574単位/日
5千円未満	565単位/日

従業員配置7.5：1、定員20人以下の場合の単位

### 見直し後

#### 基本報酬の報酬体系の類型化

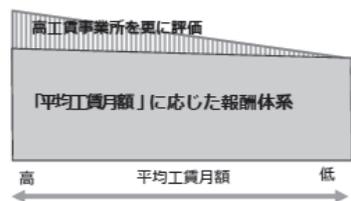
● 「平均工賃月額」に応じた報酬体系 (※)

- ・高工賃を実現している事業所を更に評価
- ・よりきめ細かく実績を反映するため8段階の評価を導入

平均工賃月額	基本報酬
4.5万円以上	702単位/日
3.5万円以上4.5万円未満	672単位/日
3万円以上3.5万円未満	657単位/日
2.5万円以上3万円未満	643単位/日
2万円以上2.5万円未満	631単位/日
1.5万円以上2万円未満	611単位/日
1万円以上1.5万円未満	590単位/日
1万円未満	566単位/日

従業員配置7.5：1、定員20人以下の場合の単位

基本報酬



基本報酬

● 「利用者の就労や生産活動等への参加等」をもって一律に評価する報酬体系【新設】

定員	基本報酬
20人以下	556単位/日

従業員配置7.5：1の場合の単位

新たな加算の創設

- 【地域協働加算】(新設) 30単位/日  
利用者の多様な働く意欲に応えつつ、就労を通じた地域での活躍の場を広げる取組として、就労や生産活動の実施にあたり、地域や地域住民と協働した取組を実施する事業所を評価。
- 【ピアサポート実施加算】(新設) 100単位/月  
就労を続ける上での不安の解消、生産活動の実施に向けた意欲の向上などへの支援を充実させるため、ピアサポートによる支援を実施する事業所を評価。

「利用者の就労や生産活動等への参加等」  
をもって一律に評価する報酬体系 (新設)

基本報酬

地域協働加算 (新設)  
ピアサポート実施加算 (新設)

加算

(※) 令和3年度の基本報酬においては、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、「平均工賃月額」に応じた報酬体系において前年度(令和2年度)実績を用いなくてもよいなどの柔軟な取扱いを実施。

# <兵庫県ピアサポーター養成研修実施事例報告>

## 1 令和3年度 兵庫県精神障害者地域移行促進人材養成研修実施要項

### (1) 目的

自ら精神疾患の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の精神疾患のある障害者の支援を行うピアサポーター及びピアサポーターの活用方法を理解した障害福祉サービス事業所等の管理者等の養成を図ることにより、精神障害者が、グループホーム、居宅等での地域生活に円滑に移行できるように支援するとともに、障害福祉サービス等における質の高いピアサポート活動の取り組みを実施することを目的とする。

### (2) 実施主体

兵庫県の委託を受けて、公益社団法人兵庫県精神福祉家族会連合会（ひょうかれん）が実施します。

### (3) 研修対象者

障害福祉サービス事業書、支援事業所等で現に雇用されている（研修終了後、雇用予定の者含む）ピアサポーター及び所属事業所の管理者等。

### (4) 研修日程、研修会場及び研修内容

#### <基礎研修（2日間 440分）>

豊岡会場	豊岡地区コミュニティセンター	5月20日（木）、5月21日（金）
神戸会場	兵庫県福祉センター	6月3日（木）、6月4日（金）

#### <専門研修（2日間 540分）>

豊岡会場	豊岡地区コミュニティセンター	6月16日（水）、6月17日（木）
神戸会場	兵庫県福祉センター	7月8日（木）、7月9日（金）

### (5) 受講申し込み

提出書類：受講申込書

申込方法：郵送のみ（FAX、Eメールなどでの受付は致しません）

申込期間：令和4年19日（月）～5月7日（金）必着

申込先：豊岡会場 兵庫県豊岡健康福祉事務所

神戸会場 公益社団法人兵庫県精神福祉家族会連合会

## (6) 受講決定

両会場とも申込者多数の時は選考する場合があります。

## (7) 受講料

かかりません。会場までの交通手段はご自身で確保してください。

## (8) 研修修了の認定方法

各カリキュラム終了後、修了証書を発行いたします。

※尚、この研修は国が規定する「障害者ピアサポート研修事業」実施要項に則って行うものであり、終了後届け出により算定できるピアサポート体制加算に必要な研修です。

図表 40 精神障害者地域移行促進人材養成事業 資料

精神障害者地域移行促進人材養成事業（新規）	
1	<p>事業目的、効果等</p> <p>自ら精神疾患の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の精神疾患のある障害者の支援を行うピアサポーターの養成を図ることにより、精神障害者が、グループホーム、居宅等での地域生活に円滑に移行できるように支援するとともに、障害福祉サービス等における質の高いピアサポート活動の取組を実施することを目的とする。</p>
2	<p>事業内容（国庫 1 / 2）</p> <p>地域生活支援事業実施要綱に基づき、障害者ピアサポート研修事業を実施する。</p> <p>①実施主体：兵庫県（兵庫県精神福祉家族会連合会等に委託）</p> <p>②対象：障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等で現に活動しているピアサポーター</p> <p>③研修内容：基礎研修カリキュラム（2日間440分） 専門研修カリキュラム（2日間540分） フォローアップ研修カリキュラム（2日間540分） 各カリキュラム定員15名</p> <p>* 専門研修の受講者は基礎研修の修了者、フォローアップ研修の受講者は専門研修の修了者とする。</p>
④	<p>修了証書の交付等</p> <p>: 研修修了者に対して氏名、生年月日、修了した研修の課程、修了年月日を記載した修了証書の交付するとともに、研修修了者の名簿を作成し管理する。</p>
3	<p>事業実施期間</p> <p>令和3年度から3箇年</p>
4	<p>予算額（国庫 1 / 2）</p> <p>783千円</p>

## 2 令和3年度ピアサポート養成研修実施状況（神戸会場：全県対象）

### （1）障害当事者の参加者について障害種別ごとの人数

障害種別	身体	知的	精神	発達	難病	高次脳
修了	4人		19人	1人		

### （2）事業所管理者等の参加人数

事業所種別	一般 相談支援	特定 相談支援	就労継続 A型	就労継続 B型	その他
修了	2人	5人	2人	3人	

### （3）当事者が単独（雇用・利用事業所職員の参加無し）の参加人数及び修了状況

	申込	修了
基礎・専門研修	8人	8人

### （4）当事者の単独参加があった場合、配慮した点

- ・障害への合理的配慮（今回、視覚障害のある人に大きく印刷した資料を別に配布した）。
- ・心理的に単独参加では安心して参加できない方の場合、この研修が適切かどうか考える必要がある。
- ・本研修は職業としてのピアサポーター、ピアスタッフの研修であるので、ピアサポートを紹介する入門研修があってもよい（国の推進事業でも同様の意見が出ていた）。

### （5）研修の進行にあたって配慮した点、課題に感じた点

#### 【導入時】

- ・当事者の講師・ファシリテーターは、ピアサポート専門員や厚労科研の講師ファシリテーター研修を受講しており、研修のイメージ像を合わせることが比較的容易だった。
- ・5月～7月の開催のため、準備期間が短く、厚労科研の資料そのままで行わざるを得なかった。
- ・精神障害との重複障害を事前に把握していなかった。

#### 【講義】

- ・厚労科研のスライド資料を活用でき、実施要項に沿った研修の統一感を出すことができた。
- ・講師がイメージしづらいスライドもあり、今後、兵庫県で独自の講義資料を作成する必要がある。話し合いと作り込みの場を継続することが課題。
- ・県独自で作り込みをするならば、講師ファシリテーター等の研修企画の人員確保が課題。

### 【グループワーク】

- ・事前にグループワークの狙いや対処を話し合っていたので、受講者の多様性（経験や職場、疾患）を上手く吸収しつつ場づくりを担うことができた。
- ・ファシリテーターが1人であり負担が大きい場面もあった。協働を分かりやすく示すためにも当事者、専門職のペアによるファシリテートがよい。

### （6）研修全体について配慮した点、課題に感じた点

- ・初年度の実施でもあり、厚労科研の枠組みに沿って実施し、次年度以降に活かすよう意識した。
- ・ファシリテーターが地域移行などのピアであり、通所系に勤務するピアサポーターの葛藤を理解しづらい場面もあった（集団での支援場면을想像しづらい等）研修企画側の多様性が課題。
- ・重複や障害以外の障害種別の参加もあり、障害種別を問わない研修にシフトしていくためにも、精神以外の障害種別の当事者が企画に関わる体制が求められる。

# ＜兵庫県ピアサポーター養成研修但馬圏域報告＞

## 1 圏域単位でのピアサポーター養成講座の意義

但馬圏域では、2014年から地域移行・定着支援に精神障害当事者がピアサポーターとして雇用されて従事している。ピアサポーターの養成は、2014年から年1回は実施しており、圏域の豊岡・朝来保健所と圏域内で地域移行・定着相談を実施している3相談支援事業所が協働で開催してきた。2021年時点では、3事業所で14名のピアサポーターが活動しており、国基準の研修を多くのピアサポーターは受講を希望している事より、2021年度は県担当課と調整をし、県研修として全県対象として神戸会場の研修と但馬会場での研修の2か所で実施した。

## 2 研修内容について

研修内容は、国基準に沿った時間数と内容で実施した。企画の段階から兵庫県内の事業所に勤務し、国研修の作成にも関わってきた当事者であり精神保健福祉士である仮谷氏や柳氏に協力をしてもらい、講師としても講義を受け持ってもらった。保健所職員がグループ演習等でファシリテーターをし、精神科医でもある保健所長が一部の講義を受け持った。

## 3 参加状況について

参加者は、当事者21名、専門職13名で、当事者の内5名は基礎研修のみの参加で、残りの当事者16名と専門職13名は、基礎と専門の両研修を終了し、それぞれ知事名の修了証書を受け取っている。参加者の内14名は、既にピアサポーターとして地域移行・定着支援に従事している当事者であるが、近隣市からの参加や、就労継続B事業所の当事者・職員、そして一般就労をしているがピアサポーターとしての活動を目指している当事者も少数参加した。

## 4 国基準の研修の効果

基礎研修440分、専門550分と4日間にわたる長時間研修であったが、基礎研修だけで終了した5名以外は全カリキュラムを修了した。内容そのものは、リカバリー、ストレングス等今まで圏域で実施してきた研修と大きく変わらない事から、経験のあるピアサポーターにとっては自分たちの活動の意義の再確認や課題の整理として役立った。それに加えて、専門職が同じ受講生として参加したことで、対等の関係での協働についての意識の共有化ができた。特に、普段当事者が入院患者や地域住民に対して語る事が役割の「リカバリーストーリー」を専門職も自分の経験を基に語る課題では、その難しさを体験すると同時に自身の当事者性に気づききっかけとなった。

## 5 研修の成果

ピアサポーターとして、国が認める研修を終了したことは、個々のピアが今後プライドを持って業務に携わる大きな糧となった。又、今回研修終了者を雇用している事業所の中で、1相談支援事業所ではピアサポーターを常勤換算で1/2人分の業務につかせる事で、体制加算を2021年7月より取っており、事業収入の増に繋がっている。

## 6 今後の方向について

今後は、圏域でできるだけ多くの当事者が、仕事としてだけでなくボランティア活動や日頃の相互支援活動などで当事者同士が相互支援する活動に参加できるようなピアサポーター研修を開始し、その中から専門職としてピアサポーター活動に従事を希望する当事者は雇用を予定している事業所が費用負担をして、神戸で来年度からも開催予定の国基準研修に参加してもらう予定である。

## 7 但馬圏域ピアサポーター養成講座の新聞報道

地元紙（神戸新聞）の但馬欄ではあるが、研修当日に参加者の了解を得て記者の取材を受けた。比較的大きい紙面で報道してくれた。但馬では、ピアサポーターの活動を少なくとも年に1回以上は、テレビや新聞等のマスコミに取り上げられるように、積極的に働きかけている。ピアサポーターも、報道されることで、社会的評価が高まることを歓迎している。

図表 41 但馬圏域ピアサポーター養成講座の新聞報道

2021年(令和3年)6月25日 金曜日

精神疾患経験者によるピアサポート

仲間で支える「地域移行」

国が仕組み制度化 豊岡で研修会

但馬では先駆的に取り組み

サポーター13人が活躍

経験語り一緒に学ぶ

立ち直り 家族や友人の存在大きく

神戸新聞

研修では、ピアサポーター本人と専門職の支援者が一緒に語り合う場面もあった＝豊岡市立野野町

精神疾患経験者によるピアサポート

自由の精神療養の経験を生かして、別の患者と地域での生活を営む「ピアサポーター」。厚生労働省は、21の同年年度、育成や活用を促める仕組みを制度化した。サポーターによる支援効果は顕著であり、但馬圏域では6月中旬、全国でもいち早く研修を開始。サポーターも支援者が学びを深めた。

（但馬新聞）

国が仕組み制度化 豊岡で研修会

精神疾患経験者は、地域移行が難しく、急性期が長くて長期入院を余儀なくされるケースが多かった。ピアサポーターは、精神疾患を経験した当事者が「仲間」になり、交流を促す。患者が病院を出て地域で暮らす「地域移行」の取り組みに欠かせない存在で、患者の相談に乗って不安を取り除いたり、通院や買い物の付き添いなどをし、支援した時間や円に充てて資金を受け取る。

サポーターの支援を受けることで、専門職による支援では得られない安心感や自信が得られ、5月に研修会。6月に専門職の研修会。当事者や専門職のスタッフ約30人が参加し、豊岡市立野野町にある「ピアサポーター養成カリキュラム」を学ぶ。21年度からはカリキュラムに習った研修の成果への補助金や、サポーターを雇用した事業所への給付加算が導入される。国の制度を受け、兵庫県も但馬の会場で実施。但馬圏域で

但馬では先駆的に取り組み

豊岡市立野野町にある「ピアサポーター養成カリキュラム」を学ぶ。21年度からはカリキュラムに習った研修の成果への補助金や、サポーターを雇用した事業所への給付加算が導入される。

サポーター13人が活躍

但馬では先駆的に制度化された。豊岡市立野野町にある「ピアサポーター養成カリキュラム」を学ぶ。21年度からはカリキュラムに習った研修の成果への補助金や、サポーターを雇用した事業所への給付加算が導入される。

経験語り一緒に学ぶ

この日は豊岡市立野野町にある「ピアサポーター養成カリキュラム」を学ぶ。21年度からはカリキュラムに習った研修の成果への補助金や、サポーターを雇用した事業所への給付加算が導入される。

立ち直り 家族や友人の存在大きく

この日は豊岡市立野野町にある「ピアサポーター養成カリキュラム」を学ぶ。21年度からはカリキュラムに習った研修の成果への補助金や、サポーターを雇用した事業所への給付加算が導入される。



## V 結果のまとめと考察



## 1 結果のまとめ

### (1) 全国保健所アンケート結果と国統計の分析

アンケート調査には、49.3%と半分近くの保健所から新型コロナウイルス禍にもかかわらず回答に協力が得られた事から、全国の保健所の精神保健業務への意欲が感じられる。特に、設置主体別では中核市から、ブロックでは近畿以西の保健所の回答率が高かった。

### (2) 地域移行・地域定着支援、自立生活援助の利用実績と新型コロナウイルス感染症の関係

国の障害福祉サービスの利用状況では、地域定着支援、自立生活援助は新型コロナ感染症の広がりに関わりなく 2016 年から 2021 年まで増加を続けている。しかし、地域移行支援は第 1 回の緊急事態宣言（2020 年 4 月）の発出時に大きく 400 件台まで落ち込み、その後一時的に 600 件台まで回復するものの 2021 年 1 月の第 3 波以降は、500 件台の低い件数を続けている。又、都道府県別では、首都圏、中京、近畿、福岡県等の新型コロナの感染者の多い都市部での落ち込みが目立っている。

### (3) 地域移行・地域定着支援の新型コロナウイルス感染症の影響

退院への意欲喚起を院内での実施を受け入れている病院の数も割合も減少しており、新型コロナウイルス感染症は、地域移行支援の活用に大きな影響を与え、まだ継続している。さらに、昨年度に 2020 年 10 月時点で地域移行支援がしづらくなっているという保健所は 2/3 あるが、今年度調査で、2021 年 10 月時点で回復しているというのは 1/3 以下であり、影響は継続していることを保健所は実感している。

### (4) 新型コロナウイルス感染症の人権侵害への対応

全国の精神科病院実地指導権限を持つ保健所では、精神科病院実地指導は、一部簡素化している保健所もあるが、実施したかする予定としており、その機会に人権上の課題も指導を行うはずである。

### (5) 全国のピアサポート研修実施状況とピアサポート加算の保健所の理解

ピアサポート加算のためのピアサポート研修の実施体制が殆どの都道府県及び指定都市でできていないので、これらの関連情報が、保健所にまで伝わっていないのが現状であり、多くの保健所は制度を知ってはいるが、具体的な内容まで理解はできていない。ピアサポーターの活動を経済的に評価する画期的な制度であるが、全国への普及の仕組みはこれからであり、保健所の理解促進も進める必要がある。

## (6) ピアサポート研修の実施例

兵庫県では、全県と但馬圏域の2か所で国基準研修が既に実施された。新型コロナウイルス感染症の影響もあり、全県研修の参加者は予定数より少なかったが、圏域開催となった但馬圏域では、既に活動実績のあるピアサポーターの多くが研修を終了し、1事業所が7月から加算を算定している。

## (7) 中核市における精神保健福祉対策の課題

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム推進事業」のあり方検討会からは、「市町村の役割の明確化」の必要性は記載されているが、人口規模では指定都市に次ぐ中核市に求められる役割については、国からの具体的指示はなく、結果的に中核市によってその取り組み状況は非常に幅があることがわかった。中核市保健所としても、国からの法的財政的位置づけが明確化されない中では、中核市が足並みをそろえて精神保健福祉の役割を担うという事は、現状では考えにくいという事が確認された。

## 2 考察

### (1) 新型コロナウイルス感染症の影響

精神障害者の中でも、入院患者への影響が最も大きく、その対応が課題となっている。本来精神科といえども入院医療を受けている患者への感染治療ができず、医療機関に基本的に求められる感染予防体制もできない精神科病院が多数存在し、多くのクラスターが発生し、患者の転院を行政に求めても、受け入れ体制には限界がある中で、不幸な転帰を取った入院患者がいると推測される。一方、感染対策上の過剰な対応で、全入院患者に外出も外泊も面会も一切認めないという感染対策とはいえ過剰な人権侵害事例も多数発生した。これらへの対応は、2020年に比較すると変異株の弱毒化や入院患者及び職員へのワクチン接種によって、2021年には一部改善されたが、新型コロナウイルス感染症の患者数が増えると繰り返し、同様の混乱が起きている。

### (2) 保健所の精神保健分野における新型コロナウイルス感染症への対応の課題

精神科病院への感染症体制指導を本来は医療法に基づく指導で当然行われてきており、入院患者の人権上の指導も、多くの保健所が精神科病院実地指導として毎年行っていることである。今後のパンデミック対策が新型コロナウイルス感染症の収束後には求められるが、精神科病院における精神医療と感染対策の両方の指導を行う権限を持っている保健所が今回の経験を活かして、実効性のある指導体制を確立することが求められる。

### (3) 精神障害者地域移行のこれから

全国の保健所が新型コロナウイルス感染症で多忙な中でも、地域移行事例の把握に努めていることが今年度アンケートでもうかがえた。しかし、実績としては低下しており、ポストコロナでの活動の活性化が期待される。

### (4) ピアサポートの推進における保健所の役割

残念ながら、殆どの都道府県が研修に取り組んでいない現状で、保健所にも十分な情報が行き渡っていない。2023年度末までの経過措置の中で、全国規模での研修等の実施は国が責任を持って行うことが望まれる。

### (5) 中核市の精神保健福祉活動のこれから

結果的には、国が平成26年改正から実施できていない精神保健福祉法の改正や、市町村の役割の明確化の具体的指示無しには、中核市の役割の標準化は困難であり、国の動向を注視するしかない。



令和3年度 地域保健総合推進事業

精神障害者地域生活支援のためのピアサポーター養成における保健所の役割及び  
中核市保健所の精神保健の役割に関する研究 報告書

---

発行日：令和4年3月

編集・発行：日本公衆衛生協会

分担事業者 柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所）

〒668-0025 兵庫県豊岡市幸町7-11

電話：0796-23-1001（代表）FAX：0796-24-4410

---

