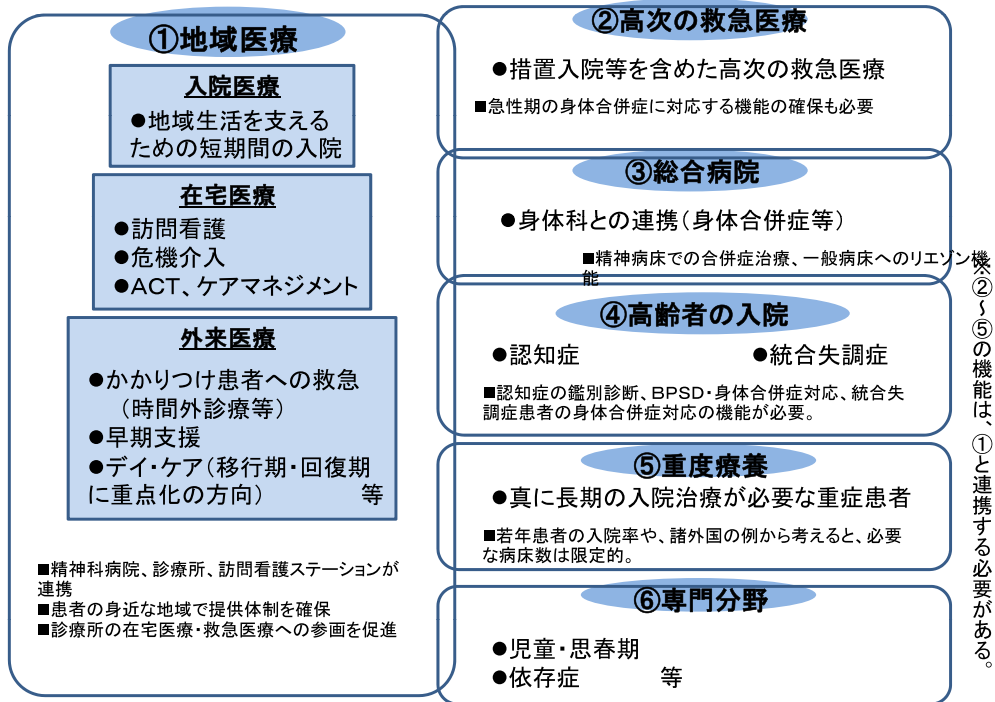
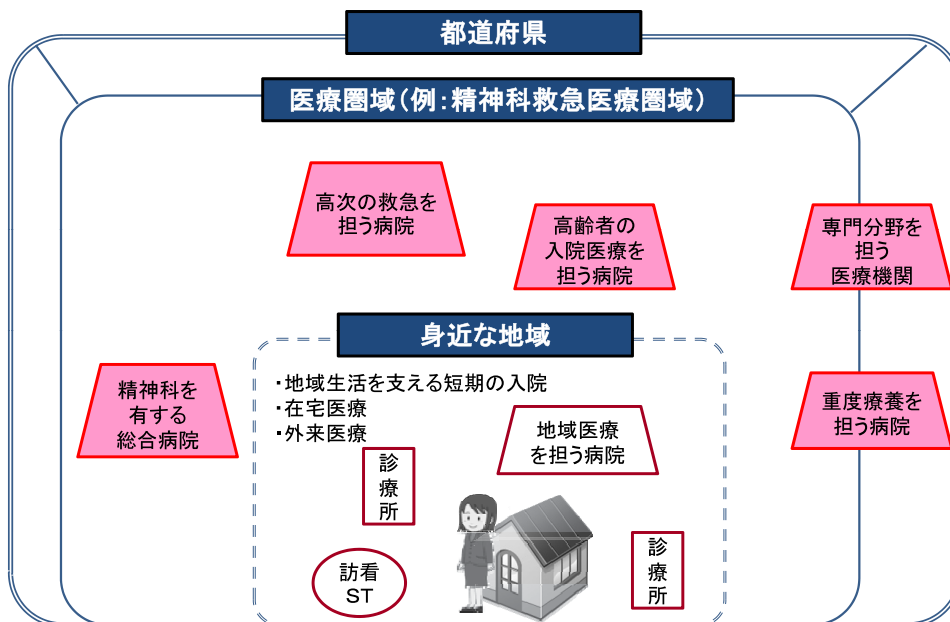


精神科医療機関の機能分化(イメージ)



地域における医療機能の確保(イメージ)



- ◆それぞれの機能に応じて身近な地域・医療圏域(又は都道府県)毎に医療機能を確保
- ◆各医療機関が連携して住民への医療を提供
- ◆1つの医療機関が複数の機能を有することもある

● 地域医療体制

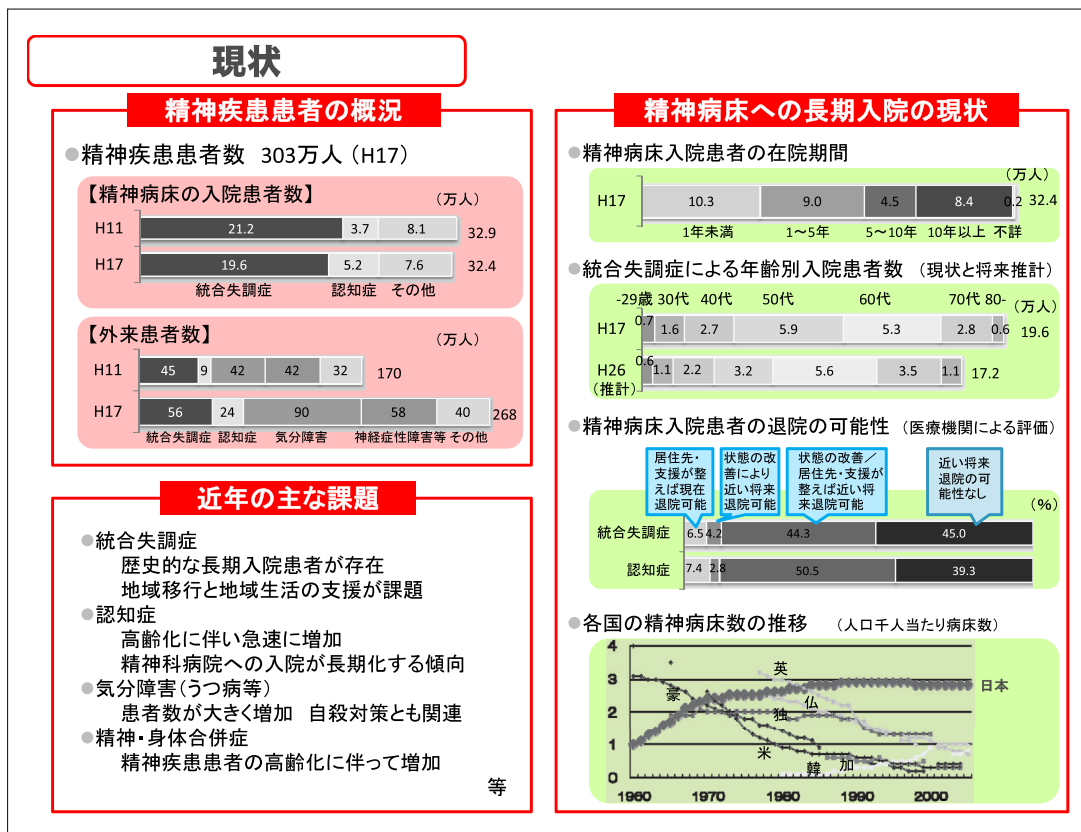
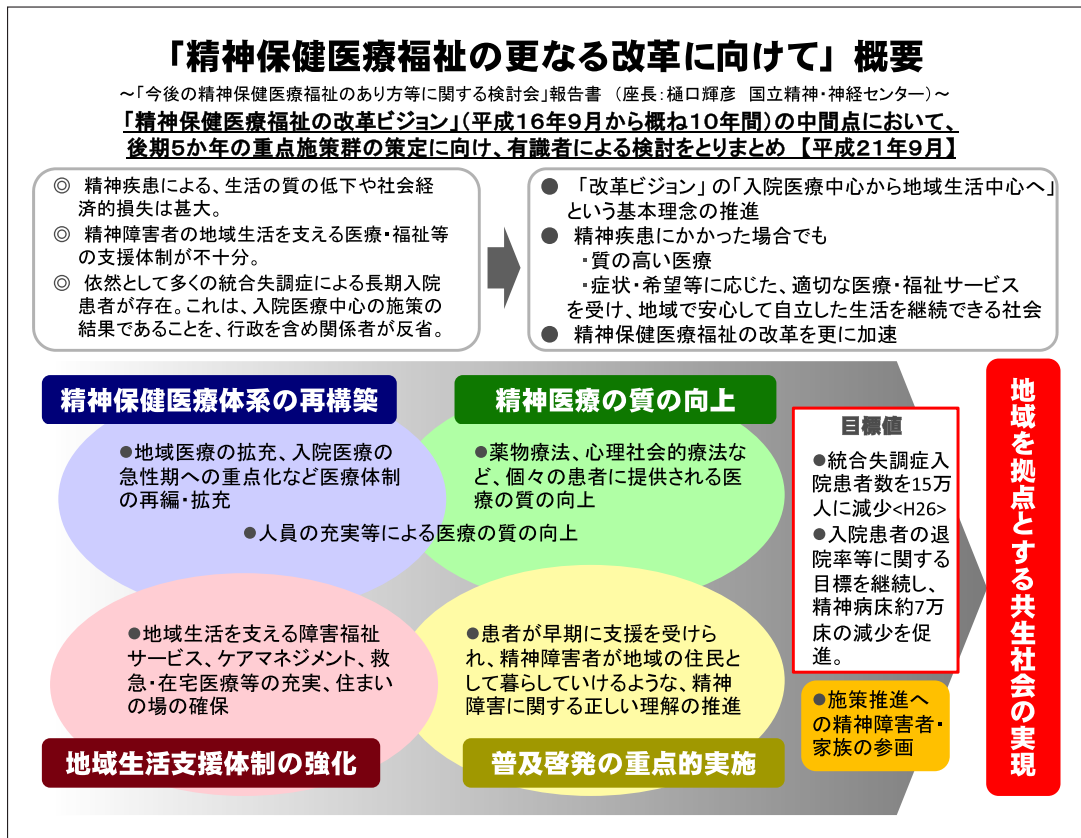
- － 精神疾患患者の地域生活を支援するための、地域医療体制の整備・確保が重要。
- － 精神科病院・診療所・訪問看護ステーションが、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実し、身近な地域で、医療提供体制を確保。
- － 精神科病院による在宅医療の充実、診療所による在宅医療・救急医療への参画、訪問看護ステーションによる精神科訪問看護の普及を促進。
- － 精神科病院、診療所、訪問看護ステーションの密接な連携の構築。
- － 精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけについて検討。医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制及び地域的単位の設定の具体的なあり方について検討。

● 地域における精神保健体制

- － 市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担と密接な連携で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援を行えるよう、連携体制の明確化と充実を図るべき
- － 支援の質、機能の底上げのため、市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と強化について検討すべき
- － 在宅の未受診者や受診中断者等への訪問診療を含む支援体制の強化
- － 行政機関と医療機関等の連携による、多職種チームでの危機介入等の支援体制の整備

IV 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて－基本的考え方と具体像－

(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書より)



1 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

外来・在宅医療

- ◆地域生活を支える医療の充実

- ◆医療機関の機能の改革の円滑化

入院医療

急性期

- ◆入院医療の再編・重点化
- ◆医療機能の充実と適切な評価

長期の療養

- ◆地域生活支援体制の整備
- ◆地域移行の促進
- ◆病床数の適正化

改革の具体像

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）
- 重症者の在宅での包括的支援の確保

- 疾患等に応じた医療の充実
- ・気分障害
- ・依存症
- ・児童思春期

- 早期支援体制の充実

- 地域医療体制・高次の医療体制の確保

- 「4疾病5事業」への位置づけの検討
- 医療従事者の確保
- 保健所・精神保健福祉センターの機能強化

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

- 統合失調症入院患者数の目標値 19.6万人<H17>→15万人<H26>の目標により精神病床（認知症はH23年度までに設定）約7万床の減少を促進

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

2 精神医療の質の向上

基本的考え方

- ◆薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆医療従事者の資質向上
- ◆実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1 精神保健医療体系の再構築 に掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保（認知症、身体合併症、気分障害等）

等

精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

3 地域生活支援体制の強化

基本的考え方

- ◆ 相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆ 地域における支援体制づくり
- ◆ 居住系の福祉サービスの確保
- ◆ 精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
ー退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
ー対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

- グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
- 公営住宅への入居促進
- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
- 民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
ー精神科救急医療システムの機能強化
ー精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
ー精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
ー訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
ー訪問看護の普及促進
ー重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化

4 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかけがいのことへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

基本的考え方

- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

改革の具体像

- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

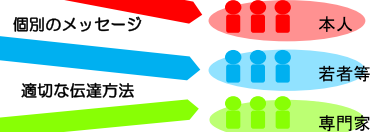
- ◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証
※目標値については別途設定

国民一般を対象とした啓発



ターゲットを明確化した啓発

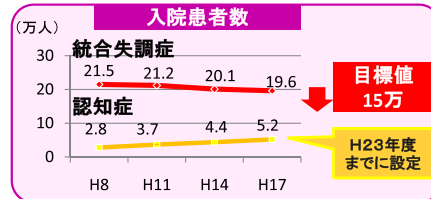
(例)



5 目標値の設定

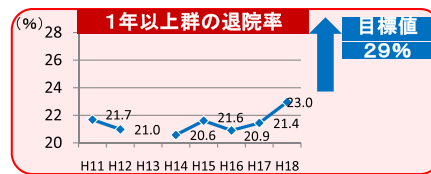
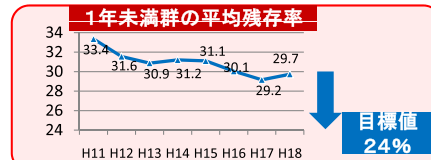
I 新たな目標値

- 統合失調症による入院患者数： **約15万人**
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

- 精神病床入院患者の
- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
 - ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床

※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

該当プログラム

地域体制整備コーディネーター・行政担当者全国研修(帯広会場・広島会場)

『講義 I 「精神障害者の地域移行」 ―現状と課題―』

〔資料2〕講義

精神障害者の地域移行支援とは

田村 綾子

(日本精神保健福祉士協会)

プロフィール

H2年より、神奈川県内の精神科病院でPSWとして16年間勤務。H18年より、社団法人日本精神保健福祉士協会に生涯研修制度実施担当特命理事として勤務。

精神障害者地域移行支援に関連して以下の事業に従事している。

- ・H15～16年度 神奈川県精神障害者退院促進モデル事業協力病院PSWとして参加
- ・H18年度 社団法人日本精神保健福祉士協会「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究」
- ・H19～20年度神奈川県精神保健福祉士協会「神奈川県精神障害者退院促進強化事業～退院のしくみ作りに関する調査研究事業」
- ・H19年度 社団法人日本精神保健福祉士協会「良質な相談支援を支える地域のしくみ作りに関する人材養成研修プログラム開発事業」
- ・H20年度 社団法人日本精神保健福祉士協会「精神障害者の円滑な地域移行を推進する地域体制整備コーディネーター等の人材養成研修プログラム開発事業」
- ・H21年度 財団法人精神障害者社会復帰支援協会「精神障害者地域移行支援事業の実際から見えた、地域生活を安定的に支える方策と人材の育成について」

はじめに～本講義の目的・内容

目的

- ・全国の精神障害者地域移行支援事業実施概況を知る。
- ・精神障害者の地域移行支援の従事者としての視点を再確認する。
- ・精神障害者地域移行支援における、各自の役割を再確認する。

内容

- ・(社)日本精神保健福祉士協会における調査研究事業の概要を知る
- ・精神障害者の社会的入院について～歴史を振り返りながら考える
- ・医療機関との連携のあり方を考える
- ・精神障害者地域移行支援における基本的視点について再認識する

保健福祉に関する窓口業務が移管される平成14年度を契機に、精神科病院の実情を地域関係者に知らせる取り組みが必要と考え、約400名の入院患者と外来患者、デイケア利用者等の概況を全職種合同で調査した。特に入院患者の「退院可能性」について、各職種の専門的視点からアセスメントし、入院患者ご本人の希望も各職種が改めて尋ねる形で確認した。

結果として、医師が「精神医学的視点」から判断し「退院可能な患者」と位置づける患者に対して、精神保健福祉士である自分たちは生活能力や社会資源の有無等により「退院困難」と判断していた事実が見えてきた。

一方、本調査を定期的に毎年開催することで、「退院を希望する」と聞いておきながら、その後の具体的支援が行えないままに1年を経過する入院患者の存在も気になってきた。

1. 実践の紹介～私が精神科病院で取り組んだこと

1) 入院患者実態調査を実施

精神保健福祉法の改正により、市町村に精神

2) 関係機関連絡会議を開催

市町村・保健所・社会復帰施設・家族会・当事者会など、さまざまな関係者に、院内の実態

を知ってもらう目的と、院内各職種が周辺地域の機関等を知り、要望を聞く機会として年に1回、関係機関連絡会議を病院主催で実施した。

これにより、病院・地域の双方が相互理解を進め退院促進に取り組む連携の礎を作り始めた。

QUESTION !

- あなたの地域の入院患者の実態把握は？
→退院を希望している方は何人くらいいますか？
→その方たちについての病院内での具体的な検討は？
- 各機関との連携・協働体制の構築はどのくらい？
→事業内容や特色は？（得意分野、利用方法、混み具合など）
→窓口になるのは誰か？（・・・誰に話すと早い？）
→相互の情報交換の機会はあるか？（型通りの会議のみならず・・・）
- 従来の取り組みで限界を感じていることは何でしょう？
→職場の内部の課題ですか？
→地域の課題ですか？
→それらを、地域内の各機関が共通認識していますか？

A. TAMURA

2. 精神障害者の社会的入院とは

1) 社会的入院の要因について

「精神医療の領域では向精神薬の進歩により、薬物投与によって症状が軽減され退院が可能になっても、家庭や職場、住む家等々社会的諸条件に阻まれて退院できない“社会的入院”が顕著になった」と述べられている（柏木昭『改訂精神医学ソーシャルワーク』p. 29 岩崎学術出版社1993年）。退院を阻む社会的諸条件とは、たとえば、制度的要因、家族状況、精神障害の特性によるもの、治療環境上の理由、社会・経済的要因など様々に考えられる。しかし、いずれにしても入院患者本人に「非」があるわけではないにも関わらず、退院できない状況に置かれていることを関係者一同が自覚すべきである。特に精神保健福祉士は、国家資格化の目的を再確認した上で、社会的入院を自ら考えて定義づけし、その解消のために努めなければならない。

日本に特殊な事情と言える、国策としての精神科病床の増床や、精神障害者を医療の対象としか位置づけてこなかった法制度体系にも目を向け、社会的入院・長期入院者を生みだしてしまった背景を、関係者一同が共通認識しておくことが重要である。

2) 精神科医療に関連して

日本では何ら手立ての無い中で、精神科病院が社会復帰支援に取り組んできた歴史がある。そこでの努力の蓄積から学ぶべきものもある一方、医療だけで社会復帰支援を進めることは「病院中心の地域医療」であって、地域での市民生活を支援することになりにくい。

一方、精神病患者を「危険視」する社会の目が強硬に向けられると、病院は「管理」を強めざるを得ず、開放化の阻害要因の1つになる恐れを有する。つまり、社会の無理解が患者を精神科病院に押し留めている可能性もあり、理解の促進は重要である。また、精神科病院が、いわゆる「精神科特例」により少ない人手で運営されることにより、集団管理のシステム強化という弊害を生む。こうした「精神的な栄養失調」が、患者の意欲も希望も殺ぐことに繋がっている可能性も認識しつつ患者の意欲喚起にも取り組みたい。

精神科医療のみで行えることには限界があり、そこを共通認識し、過度の期待をかけるよりは地域と連携した支援展開を目標にできるとよい。

3. 医療機関との連携

1) 「退院可能」の判断について

精神障害者地域移行支援を展開しようとするとき、多くの精神科医は「精神疾患により入院している方が、退院可能かどうかは医師が判断することである。」という。そのとおりである。そこで、精神医学的な精密な診断のために、私たち関係職種にもできることを考えたい。例えば、本人の持つ潜在的な部分も含めた生活力や地域生活支援体制に関する情報伝達をすることは、診察場面だけでは見えない本人の健康な面や力を知り、また地域の支援体制があることにより障害を持ちながらも地域生活は可能であることを医師がより詳細かつ正確に知る機会となる。結果として、医師は、より厳密に精神科医療の側面からの退院可否を検討することができるとは思われる。

なお、本人の周囲に「この人の退院希望を一緒にしてお手伝いしたい」と熱意を有する関

係者が存在することは、医療関係者にとっても心強く、意識変化の喚起にもなる。

2) 「入院」と「地域生活」をつなぐ

本来「入院」とはその人の暮らしに生じた非日常的な事態であり、退院支援を考える際は、いかに「日常」につなぐことができるか？という工夫も有意義である。たとえば、地域の施設利用者が入院した時の職員や仲間の面会、地域の情報が随時、病院内（入院患者・家族・職員）に提供されている、機関をこえて地域の精神障害者からの相談を受ける仕組み、機関概要の積極的なアピールや利用状況の情報提供の機会、医療機関と地域機関や住民との交流目的での場や機会の設定や提供、ボランティアの出入りなどが従来行われていると、地域移行支援も事業としての特殊な位置付けでなくとも展開されやすいと言える。

こういったことが従来から成されていると敷居が低くなりやすい一方、「守秘義務の徹底・個人情報保護」は精神保健福祉士の誠実な実践の中では当然成し得ることであると再認識し、これを多職種・非専門職にも理解しやすい方法で浸透させる配慮が求められる。

保健所の保健師が、「精神疾患を持つ人」の地域生活に、予防や治療継続を支援しながらかわることと、相談支援事業所等の精神保健福祉士が「精神障害を抱えて暮らす人々」の地域社会での市民としての暮らしを支援することの協調体制もポイントの1つである。

QUESTION !

- ・「入院しなければならぬ」「入院していなければならぬ」状態とは？
 - ・医学的に本当に必要でしょうか？
 - ・他の方策は、検討されていますか？
 - ・ご本人も含めて、関係者の共通認識はどうでしょう？
- ・院内の『空気』になっている入院者、そこにスポットライトを当てられるのは誰でしょう？
 - ・「もうちょっと様子をみましょう」とは、いつまでか？
 - ・「今度、相談しましょう」は、いつ巡ってくるか？
- ・「問い直す目」と「柔軟に聴く耳」を持っていますか？
 - ・なぜ「まだ駄目」なのでしょう？
 - ・何を「訓練」しなければ地域で暮らせないのでしょ？
- ・一歩、踏み出すために必要な「しかけ」とは？

例：行政機関のバックアップ、成功例をきっかけにする、達成感の共有がチームワークを強化

A. TAMURA

4. 精神障害者地域移行支援の基本的視点

1) 社会的入院者の存在に対する共通認識の構築

数多くの精神科病院に、「入院治療」の必要性からのみ厳密に診断されれば、退院可能な患者は存在している現実を、精神科医療と保健福祉の専門職一人ひとりが認識し、のみならず国民すべてに知らせる意義を認識したい。精神科病院には、尋ねられれば「退院したい」と答える患者、「退院したい」気持ちを口にしなくなってしまった患者、「退院したい」と言っても周囲に聞き流されている患者等が存在していることは、地域移行支援事業を展開した地域の各所から関係者の口を通して明らかになってきている。

このことを認識することは、精神科病院を責めているわけではなく、そこでは国策の不備を補い「不採算部門」でありながらも、社会復帰支援の地道な取り組みが長年行われてきた実態を前提としている。新たに地域移行支援に携わる関係者は、こうした医療機関の実践から多くを学び、参画できるところから協働していくことが求められる。この協働は、医療機関側も、自らの取り組みのみでは限界があることを認識することによって成り立つ。

ある研修会でのこと・・・

40年近く入院していたAさん。

「退院して、一人暮らしを始めて1週間くらいしたときのことです。晩御飯を食べながら、急に涙がこみ上げて・・・泣けて泣けて仕方がなかったんです」と話し出す。

「なぜ、もっと早く、こういうこと（＝退院促進支援事業）をやってくれなかったんだろう・・・って」「もっと早くに退院できていたら、僕の人生は全然違っていたと思うと、悔しくて悲しくて、涙が止まりませんでした・・・」



2) 入院患者一人ひとりに見合った支援の再検討

患者調査などによる数字上の把握のみではなく、入院患者一人ひとりについて多職種による検証を行い、最も望ましい治療環境や療養形態、

利用サービスを検討することが、「社会的入院という人権侵害」の事態改善には必要である。

そのための社会資源が十分ではないことが、地域移行を進める時の歯止めとなっている現実も注視しなければならない。「社会資源」とはフォーマル・サービスのみを指すものではない。また、フォーマル・サービスのみで支援が成り立つものでもない。支援者には柔軟な発想と新たな資源創出という創造力も求められる。また、資源の不備を理由に地域移行支援を先延ばしすることは、新たな社会的入院者を生むことにもつながりかねない。

昨今、精神障害者のためのサービス・施設もかつてに比べれば構築されてきているが、これらを支援者の都合で安易に利用者に結びつけてしまわぬよう、常に利用者の希望を中心に据えたケアマネジメントを行わなければ、「社会的施設入所」とでも呼ぶべき事態を引き起こす懸念もある。

5. 地域生活への移行後の支援を視野に

1) “退院”はゴールではない

そもそも、支援者一同は退院を支援する際、利用者のその後の暮らしをイメージしているはずである。退院という一つの区切りは、その方の「今日からの新しい暮らし」のスタートを意味する。そこで、利用者の“暮らし”が、いかに豊かなものになるかを利用者とともに考えながら支援体制を組み立てていくことになる。ここで、支援者の不安除去のために、例えば「平日はデイケア通所、夜間は支援センターで夕食、土日も支援センターで過ごし、月に1～2回は訪問看護とヘルパーを派遣」といった、いわゆる「サービス漬け」の支援で包囲してしまわないように留意したい。「精神障害者生活」を支

援するのではなく、利用者が一市民として、その街でいかに豊かに暮らせるかを考えるとき、専門職のできることとともに専門職が程良く手放していくことも必要なのではないだろうか。

2) 精神科医療機関に求められること

精神保健福祉法による定義からも明らかなように、多数の精神障害者は精神疾患を抱えている。市民生活をより良く送るためにも、症状の安定は不可欠であり精神科医療に期待される役割は大きい。

遠隔地にあつて通院に労力がかかることや、夜間・休日、緊急時の即応が難しい状況では、特に慢性疾患を抱えて安心して暮らすことができにくい。「いつでも受けられる医療」「的確な診断と治療」「在宅に届けられる医療」がこれまで以上に望まれる。これらの体制を整備するためには、行政責任によって、精神科医療への手厚い施策を講じることも必要であろうし、地域住民の特性に見合った精神科専門医療に関するニーズを、関係者が各医療機関に情報提供する必要がある。

まとめ

精神障害者の地域移行支援は、精神科医療関係者にとって見れば今に始まった取り組みではない。しかし、特別対策事業の中で行政責任が明確になり全国で展開されていることは、換言すれば、どこに入院していても入院患者にとって「退院」への期待を持つことが許されるようになったことを意味する。

現在、精神科医療機関を離れた私も一精神保健福祉士として、各地での実践に学ぶことから新たな知見を得、課題を共有しつつ一人でも多くの方の望む暮らしの実現に向けて尽力したい。

参考資料

- 『精神障害者地域移行支援特別対策事業～地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト～』社団法人日本精神保健福祉士協会 平成21年3月
- 田村綾子「“社会的入院”の概念と要因」『精神保健福祉』通巻53号 へるす出版社 2003年3月
- 相川章子・田村綾子・廣江仁「かかわりの途上で一こころの伴走者、PSWが綴る19のショートストーリー」へるす出版新書2009年1月

参考資料

平成18年障害者自立支援調査研究プロジェクト事業
「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、
ツール等に関する調査研究」報告より

調査1 一実施状況の調査

- 対象 : 都道府県及び政令指定都市の障害保健福祉主管部局
62自治体（47都道府県＋15政令市）
- 方法 : 質問紙を郵送し、自記式で返送
- 調査期間: 平成18年12月～平成19年1月
- 回収率 : 75.8%（62中47回収）

調査2 一先進地の工夫に関する調査

- 対象者 : ①自治体担当者 ②事務局精神保健福祉士（以下P SW）
③病院P SW ④利用者の少人数グループ
- 対象地区: 岩手県・福島県・埼玉県・三重県・岡山県・香川県・長崎県・
大阪市
- 方法 : 本協会構成員による、対面式の聞き取り
- 調査期間: 平成19年2月
- これらの結果を元に、「手引きVer.1」※を作成するにあたり、
北海道・東京都・千葉県・大阪府にも聞き取り調査を実施した。
※「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」（主に自治体職員向け）作成

A. TAMURA

平成19年精神障害者退院促進支援強化事業
「精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント～」

- ・ 平成18年度に退院促進支援事業は、ほぼ全国都道府県において実施
- ・ 事業開始当初は、モデル圏域で取り組み、次第に全圏域での展開へ
- ・ 退院促進支援事業をより積極的に進めるために求められること
⇒各機関の意識的取り組み
⇒自立支援員（地域移行推進員）の多様なかわり
⇒地域体制整備をコーディネートする役割の存在※
※平成20年度障害保健福祉関係予算から
精神障害者地域移行支援特別対策事業（新規）17億円
⇒全国各地の精神障害者の退院促進支援に関する取り組みから国事業に限らない好事例
を選定し、現地調査を踏まえ、個別支援提供者および地域体制整備コーディネ
ーターに有益な知見をまとめた。
都道府県担当課に配布、本協会HPにも掲載中。
- ※ 事業運営のために企画検討会を設置（社団法人日本精神科病院協会、社団法人日本精神神経科
診療所協会、社団法人日本精神科看護技術協会、社団法人日本精神保健福祉士協会、社会福祉
法人全国精神障害者社会復帰施設協会、特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議
会、全国保健所長会、全国保健師長会、全国精神保健福祉センター長会、福祉事務所（生活保
護関係）、学識経験者（3人））
⇒事例に関する情報集約や選定、手引き内容等の協議に関与する役割

A. TAMURA

平成20年度全国都道府県の事業実施状況調査 及び 地域体制整備コーディネーター養成研修プログラム開発

- 調査時期：平成20年10～11月
- 調査対象：47都道府県庁地域移行支援事業担当課
- 調査概要：事業実施状況，利用者の現状，地域体制整備コーディネーター配置状況，研修実施状況・ニーズなど

～平成20年度概況～

- 事業実施は、都道府県内全域での実施が全体の約60%（26か所／43）
- 事業の委託は、約80%（35件／44）
- 委託先は、指定相談支援事業者が約50%、地域活動支援センターが25%（18件・9件／35（複数回答））
- 地域体制整備Co.の配置は、65%（28件／43）
- 地域体制整備Co.の主管は、都道府県が約60%（17件／28）
- 地域体制整備Co.の所属先は、指定相談支援事業所が11件，地域活動支援センターが6件，都道府県が15件，区市町村が3件（／28件（複数回答））
- 地域体制整備Co.の職種は、精神保健福祉士が17件，保健師が14件，社会福祉士が4件，臨床心理士が3件，作業療法士・看護師が各2件（／28件（複数回答））

～平成21年度事業実施予定～

- 「事業実施予定」と「実施方向で検討中」の合計は、100%（44件）
- 地域体制整備Co.配置予定は、約80%（36件／44）

A. TAMURA

事業実施・推進の課題

～前出『H20年度都道府県調査結果』より

「大きな課題」「やや課題」と回答されたもの（回答数44自治体）

- 退院後の住まいの確保（89%・11%）
- 財源の確保（73%・25%）
- 地域の理解・協力の促進（63%・31%）
- 家族の理解・協力の促進（61%・36%）
- 退院後の生活面の支援体制の整備（55%・43%）
- 体験宿泊先の整備・確保（48%・43%）
- 退院後の経済面の保障制度の整備（47%・50%）
- 協力医療機関の理解・協力の促進（45%・43%）



この中に、いわゆる「地域の課題：はないか？」

A. TAMURA

該当プログラム

地域移行推進員・関係スタッフ研修 『講義Ⅱ「精神障害者の地域移行支援とは」』

地域体制整備コーディネーター・行政担当者全国研修（帯広会場）

『講義Ⅲ「地域移行事業の全国の動きー昨年の調査研究プロジェクトの報告ー」』

地域体制整備コーディネーター・行政担当者全国研修（広島会場）

『講義Ⅲ「地域生活移行支援の基本的視点ー昨年の調査研究プロジェクトの報告を踏まえてー」』

〔資料3〕講義

「地域体制整備コーディネーターの役割と課題」 「地域移行支援におけるそれぞれの役割」

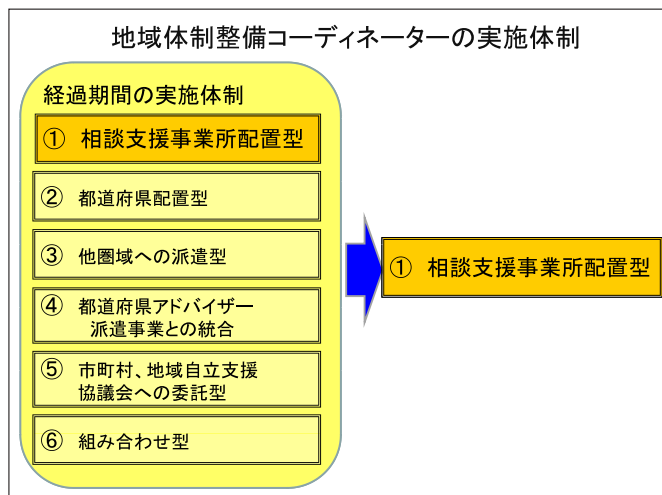
岩上 洋一

(特定非営利活動法人じりつ
埼玉北障がい者生活支援センターふれんだむ)

1. 地域体制整備コーディネーターの実施体制

厚生労働省は、精神障害者地域移行支援特別対策事業（以下、本事業）における地域体制整備コーディネーターの実施体制については、相談支援事業所への配置を想定している。

しかし、実際は、地域移行推進員の配置方法と同様に、都道府県状況によって異なっている。ここでは、地域体制整備コーディネーターの実施体制として考えられる、①相談支援事業所配置型、②都道府県配置型、③他圏域への派遣型、④都道府県アドバイザー派遣事業との統合型、⑤市町村、地域自立支援協議会への委託型、⑥組み合わせ型について説明する。



① 相談支援事業所配置型

本事業を委託している相談支援事業所に、地域体制整備コーディネーターをあわせて配置する方法である。既に、精神障害者の地域生活移行、地域生活支援についての実績があり、地域自立支援協議会でも一定の役割を担っていることが望まれる。

ただし、相談事業所が主に同一法人の地域生活移行支援を行っている場合などは、第三者と

してのコーディネーターの配置を検討する必要がある。

② 都道府県配置型

都道府県配置型には2つの方法がある。第1の方法は、既存の職員をコーディネーターとして配置する方法であり、精神保健福祉センター、保健所の専門職員がコーディネーターとなることが想定される。第2の方法は、都道府県が地域移行推進員について、一括して雇用する事例があるが、同様に、都道府県がコーディネーターを一括して雇用して配置する方法である。

③ 他圏域への派遣型

本事業を委託している相談支援事業所のコーディネーターを他圏域に派遣する方法である。新たに精神障害者の地域生活の移行支援を始める圏域、あるいは課題の多い圏域には、スーパーバイザー、アドバイザー、アシスタント等の必要とされるコーディネーターの派遣が期待できる。

④ 都道府県アドバイザー派遣事業との統合型

障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業における都道府県相談支援体制整備事業（アドバイザー派遣事業）に地域体制整備コーディネーター事業を統合して実施する方法である。障害がある人への支援として総合的なコーディネート機能が期待できる。

⑤ 市町村、地域自立支援協議会への委託型

市町村や地域自立支援協議会に本事業の一部や、地域移行推進員（自立支援員）と地域体制整備コーディネーターを委託して実施する方法である。

⑥ 組み合わせ型

①から⑤を組み合わせる方法である。地域体制整備コーディネーターの役割が多岐にわたるために、都道府県と相談支援事業所が

役割を分担して実施する方法などがある。例えば、④の都道府県の地域体制整備コーディネーターが地域体制整備に軸足をおき、医療機関への働きや人材育成のための研修を行い、①の相談支援事業所の地域体制整備コーディネーターが個別支援を行う地域移行推進員のアドバイザーに軸足をおいて協働して実施するなどがある。

以上のように、地域体制整備コーディネーターの実施体制について、都道府県は様々な工夫を行っている。しかし、今後の政策の動向も視野に入れると、ここ数年求められてきた相談支援の充実等を踏まえて、①相談支援事業所配置型による地域体制整備コーディネーターの実施体制を整備する必要がある。保健所は、本来業務としての地域移行支援と地域体制整備コーディネーターとしての役割を担っていることが考えられるが、地域体制整備コーディネーターとしての役割は、経過措置として位置づけて、相談支援事業所の機能強化にも力を注いでおく必要があるといえる。

2. 地域体制整備コーディネーターの役割

地域体制整備コーディネーターは、「病院・施設等への働きかけ、必要な事業・資源の点検・開発に関する助言・指導、複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言等といった退院・退所・地域定着に向けた必要な体制整備の総合調整を担当する」等、多岐にわたる役割を期待されている。「地域移行推進員が作成する個別支援計画への助言と支援フォローアップ」やこの事業を通してみえてくる「地域の課題を抽出すること」も重要な役割である。

病院・施設への働きかけ、対象者・家族への働きかけについては、柳尚夫の提言部分（第五章）に詳細が書かれているので参照されたい。医療機関は、退院支援を自らの責任で行うことを前提としているので、本事業、特に対象者の選定に困惑していて、医療機関は、いくつかの手立てがあれば退院できる人は、自らの責任で退院を支援すべきだと考えている。このため、そのような社会的入院者を本事業の対象からはずす傾向にある。

しかし、社会的入院者の退院支援には、相当のマンパワーが必要であり、医療機関に社会的入院者の退院支援を担うだけのマンパワーは期待できない。つまり、いくつかの手立てで退院可能な人への支援も行き届かないのが現状である。このような状況をふまえると、本事業では、すべての社会的入院者を対象者として考え、そのうえで、医療機関と地域機関の役割分担を考えることが賢明といえる。

3. 基本的認識の合意

地域体制整備コーディネーターは、その活動地域において、地域移行（退院促進）を推進していくための基本的な合意を形成する必要がある。

歴史を紐解けば、1954（昭和29）年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち要入院者は35万人で、当時の病床（約3万床）はその10分の1にも満たないとしている。同時期に改正された精神衛生法では、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費の国庫補助規定を設けている。また、1958（昭和33）年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分けた。以後、精神科病院の設立ブームが起こったのは周知のとおりである。

結局、その後30年かけて、この要入院者35万人という社会防衛思想を基盤とした数字を、国家の庇護のなかで国策として追い求めてきてしまったのである。私たち国民は、知らず知らずのうち頷かされてきた責任を一人ひとりの課題として背負う必要があるのではないだろうか。

ここでは、精神科医療機関が担ってきた責任と役割を真摯に受け止め、社会的入院と地域移行支援を国民の課題、地域の課題としてとらえなおすことを提案し、「地域生活への移行支援は、国民の課題である」という基本的認識の合意が必要である。

このような基本的認識の合意によって、さまざまな人と機関の協働が可能となる。

4. 地域移行推進員への支援

地域体制整備コーディネーターの役割の一つに、「地域移行推進員が作成する個別支援計画への