

平成21年度障害者保健福祉推進事業
障害児者の地域生活への移行を促進するための調査研究事業
精神障害者の地域移行推進のための保健所の役割に関する研究報告書
別刷

精神障害者の地域移行 推進のための 保健所マニュアル

平成22年3月

全国保健所長会

精神障害者の地域移行推進のための保健所マニュアル

目次

■マニュアルの活用について	1
1. 作成の目的	1
2. 内容について	1
3. 活用方法	1
4. 今後の課題	1
I. 本事業の概要	2
1. 事業の経過	2
2. 背景	2
3. 本事業の目指すもの（20、21年度）	3
4. 地域定着に向けた事業の展開（2010年度から）	3
II. 都道府県の役割	4
1. 都道府県による実態把握	4
2. 方向性の明確化と事業評価	4
3. 各機関の役割の明確化	5
4. 課題を施策に反映させるシステム作り	6
5. 本事業の周知徹底	7
III. 保健所の役割と地域体制整備コーディネーターとの協働のあり方	8
1. 本事業における地域体制整備コーディネーターと保健所の役割	8
2. 地域体制整備コーディネーターと保健所の具体的な活動	9

3. 保健所が本来の精神保健業務として果たすべき役割	14
4. 市型保健所が本事業を行う利点	16

IV. 地域体制整備コーディネーターの役割

1. 地域体制整備コーディネーターの実施体制	19
2. 地域体制整備コーディネーターの役割	20
3. 基本的認識の合意	21
4. 地域移行推進員への支援	21
5. 阻害要因を見直す	22
6. ピアサポーターへの期待	23
7. 地域自立支援協議会の活用（社会資源開発のための手立て）	23
8. 関係機関の役割	25

V. 参考資料等

1. ご活用いただける参考資料の掲載ウェブサイト等の紹介	28
2. 精神障害者地域移行・地域定着支援事業と障害福祉サービスについて	31
3. 語句の解説	33



■マニュアルの活用について

1. 作成の目的

全国の保健所が「精神障害者地域移行支援特別対策事業(以下、本事業)」推進のために、地域体制整備コーディネーターと協働しながら、本事業に積極的な役割を果たすことができるように、本マニュアルを作成した。

2. 内容について

「本事業の概要」「本事業の都道府県の役割」「保健所の役割と地域体制整備コーディネーターとの協働」そして「地域体制整備コーディネーターの役割」について、整理し記載をしている。内容としては、本事業に保健所が取り組むにあたって、必要となる基本的事項と、保健所が果たすべき役割について記述するとともに、保健所長を始め保健所職員が、保健所が本来持っている機能や情報を活用できるように具体的な提案を行っている。

3. 活用方法

まずは都道府県の単位で、本事業への取り組みと保健所の役割について、精神保健福祉センターも参加して、検討をしていただくことが肝要であり、その検討に当たっては、本マニュアルを参考にさせていただきたい。そして、特に平成22年度からの地域定着支援事業の要素も含めた、新たな取り組みの方針を定めるとともに、新たな保健所の役割について、本マニュアルを参考に定めていただければ幸いである。さらに、都道府県単位での研修に際しては、本マニュアルをテキストとして活用いただくことをお勧めする。

4. 今後の課題

本マニュアルは、基本的な考え方を示したものであり、事例等がまだ不十分である。

今後は、全国の保健所における、地域移行の具体的な活動事例を収集し、保健所が本事業を推進するにあたって、より参考となるように、改訂を加える必要がある。

特に、地域移行に加えて、地域定着支援事業への取り組みが、平成22年度から保健所に求められており、この分野の活動は、全国的にも未経験の分野である。全国保健所長会としても、新たな事業の枠組みに対応できるように、その手法の開拓に取り組むとともに、全国の保健所への本事業に関しての情報発信と効果的活動の普及に、更なる努力をし、二冊にあったマニュアル改訂を加えたいと考えている。

I. 本事業の概要

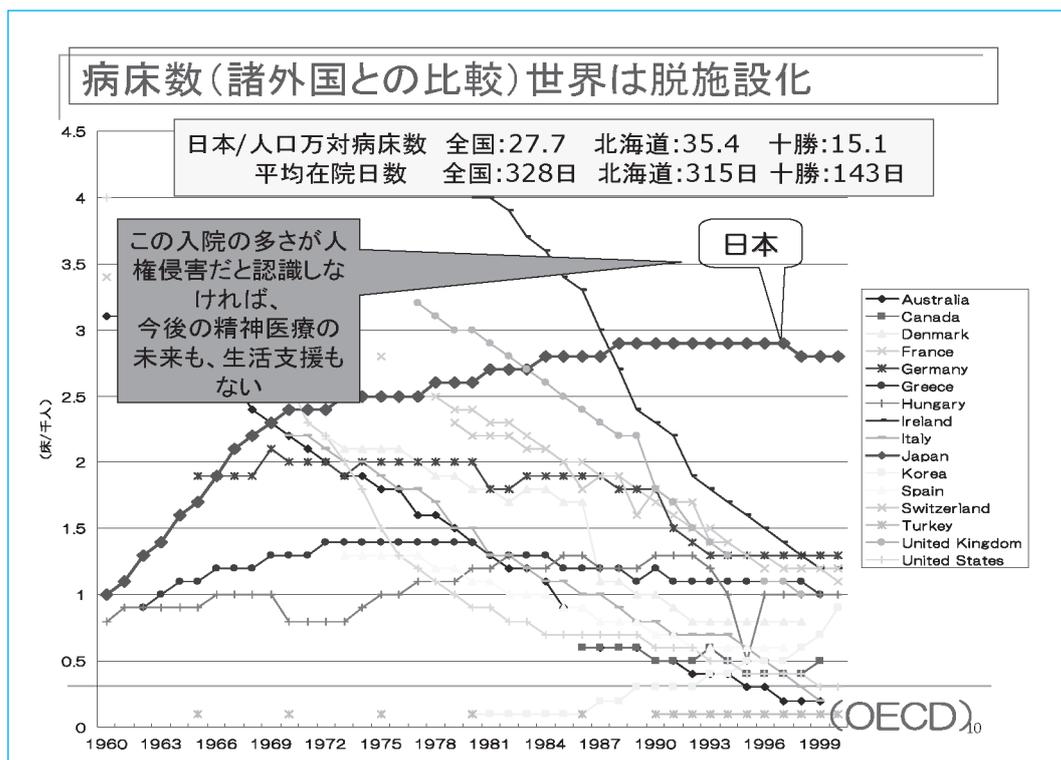
1. 事業の経過

本事業の始まりは、大阪府における大和川病院事件を受けて、大阪府精神保健福祉審議会で、「社会的入院は、人権侵害であり、その状態を改善する行政責任」が求められ、府単独での社会的入院の解消を目指した平成 12（2000）年からの「精神障害者社会的入院改称研究事業」に端を発する。その後、平成 15（2003）年に国事業として取り上げられ、全国的な事業となり、退院促進から地域移行というより広い概念での事業となり、平成 20 度からは地域移行支援特別対策事業となった。さらに、平成 22 年度からは、地域定着支援も加わる形で、さらに充実した事業に発展している。

2. 背景

日本の精神科医療の特異性は、その平均在院日数の長さや人口当たりの病床の多さであり、OECD 諸国との比較では、在院日数で 4~50 倍、病床で 3~20 倍である。平均在院日数の長さの背景には、社会的入院と考えられる長期入院患者の存在があり、国としても、平成 26 年度までに、7 万床の病床の削減を計画に盛り込んでいる。

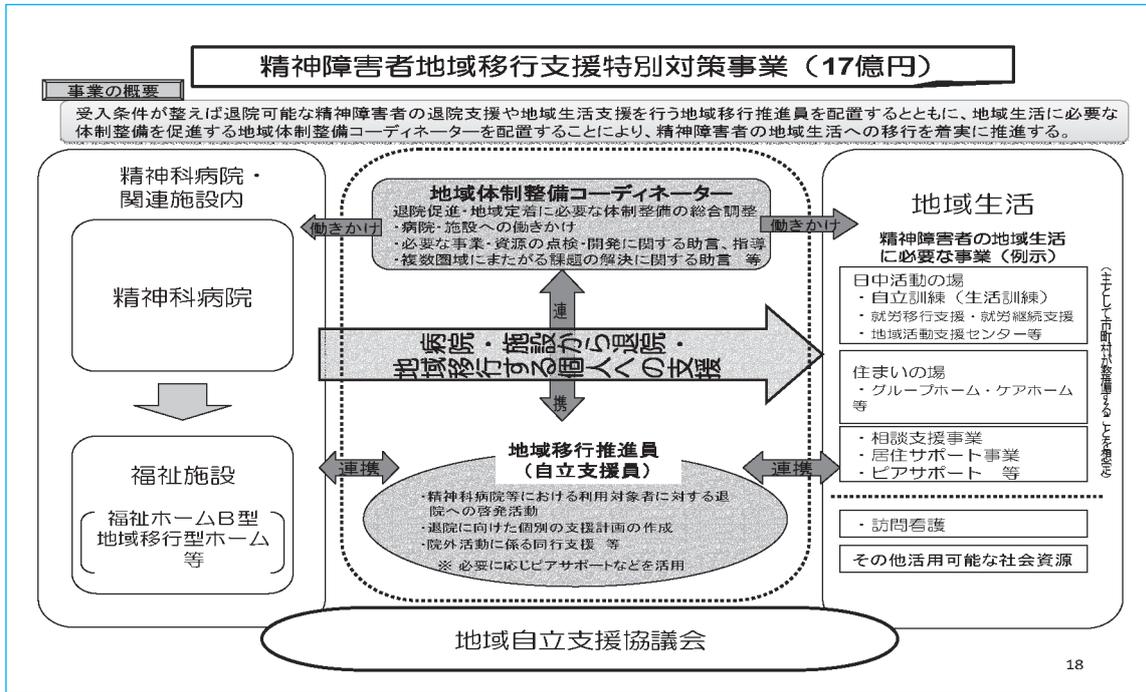
一方、WHO からも、数度にわたって入院患者の処遇に関する勧告を受けており、その対応として精神保健関連法の改正を行ったが、実態はあまり改善していない。しかし、一部の地域（北海道十勝圏域）では、平均在院日数を国平均の半分以下にすることで、人口当たりの病床数も、国平均の半分近くまで減らすことに成功しているように、国内での成功事例も、報告されており、地域移行を達成することで、平均在院日数の短縮と病床の減少が、全国的な取り組みとなることが国として求められている。





3. 本事業の目指すもの（20、21年度）

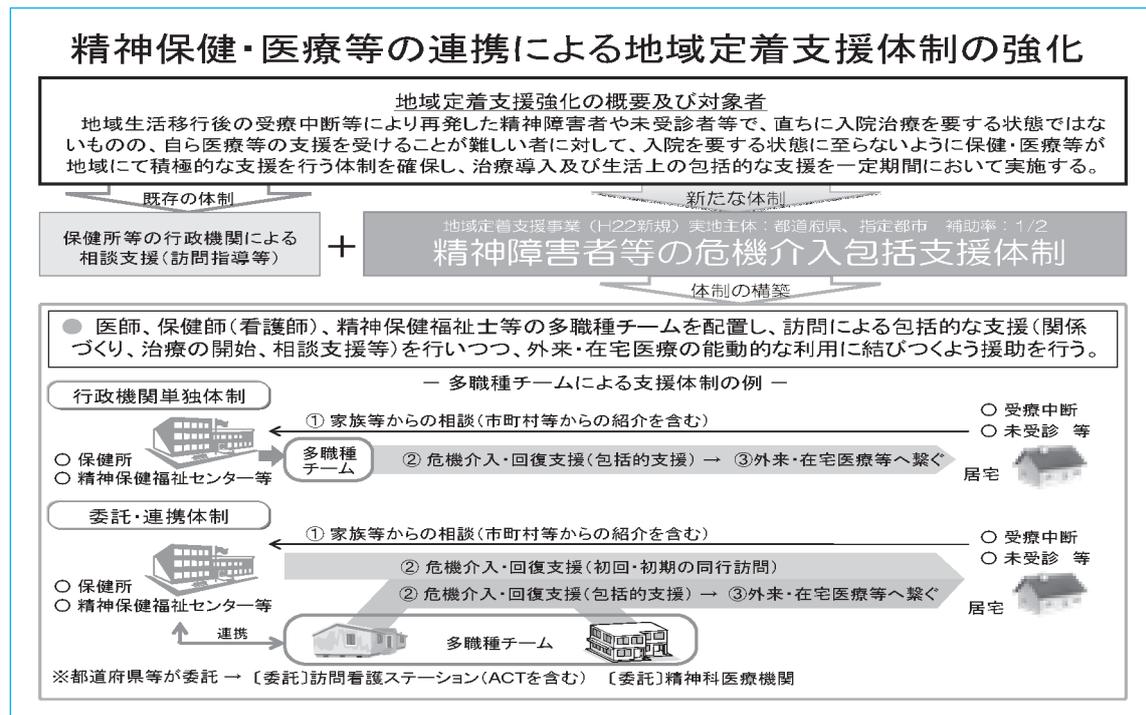
国では、本事業の更なる積極的展開のために、地域移行推進員（以前の自立支援員）に加えて、地域体制整備コーディネーターを設置し、保健所との協働が求められている。



18

4. 地域定着に向けた事業の展開（2010年度から）

国では、平成22年度からは、地域移行に加えて、地域定着支援を目指した事業の強化が打ち出されている。その中には保健所の役割も明確に示されている、本事業における保健所が果たすべき役割は、さらに重要となっている。



Ⅱ. 都道府県の役割

本事業を進めていくためには、都道府県の担当部局は庁内の関係部局（生活保護部局、医療計画策定部局など）及び各関係機関との連携、総合調整が重要であり、そして何より担当部局として事業に対する姿勢を示すことがとても重要である。

それは一つの事業でありながら、決して担当部局のみで完結するものではなく、医療、保健、福祉と、すべてに係る事業であるためである。

1. 都道府県による実態把握

まず、医療、保健、福祉に係る実態の把握が事業を進める上で必要不可欠である。特に医療の現状を把握する必要がある。多くの都道府県はこれまでなかなか精神科病院内の現状把握について積極的に行ってこなかった。まして受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（以下、退院可能精神障害者という。）については触れてこなかった、または触れられなかった状況である。しかし、本事業を推進する上でこのことについては避けては通れなくなった。言い換えれば、この事業により初めて、もしくはようやく触れられるきっかけが作られたと考えることができるのである。

新たに本事業のために実態調査を実施することが、精神科病院内の現状を把握する手段として、最も効率よく有効であろう。その理由として、改めて病院側に全入院患者の病状等の現状把握をしてもらい、なぜ入院治療を行う必要があるのかを再確認してもらう機会を作ることにより、以下のような様々な効果が期待できるからである。

- ①退院可能精神障害者が存在する場合、地域移行を阻害している要因を把握することができる。言い換えれば、どのような課題を解決すれば地域移行ができるのかポイントの把握が出来る。
- ②直接的な調査のため都道府県としての本事業における姿勢を示すことができる。
- ③医療側から本事業へ対する意見や、保健福祉施策等への思いを直接吸い上げることができる。
- ④実態調査が医療側の意識改革の一助になる可能性がある。

調査項目としては年齢、診断名、入院期間、地域移行を阻害している要因として本人の要因、家族の要因、地域状況と施策の要因、入院時に関わった機関、生活保護受給の有無などを確認することによりの確な現状を把握できると考えられる。

また、その他実態を把握する手段として既存の各種調査、資料の分析（精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）、実地指導の資料）などが有効である。しかし現状では既存の調査、資料を有効活用しきれていない状況が見られる。一つの方法としてそれら資料の提出先を保健所とすることで圏域の実態把握を行うことも有効である。

このように各種資料を元に地域移行を推進していくための前段階として、実態を把握するとともに地域移行を阻害している要因が何かを把握する必要がある。そしてこれらの情報は委託事業所、保健所等関係機関へ情報提供され共有されるべきである。

2. 方向性の明確化と事業評価

実態を把握し、地域移行を阻害している要因を把握する。そしてそれらを踏まえ「何を目的、目



標に事業を展開するのか」を示す必要がある。ただ地域移行者数のみに特化し、それだけの事業とするのか。保健、福祉も関わる総合事業として取り組むのか。本事業は先述したように、医療、保健、福祉の総合事業だと考えるべきである。

本事業を通して、以前から言われているように「医療側は地域生活を支える資源が少ないため退院させられない」、地域側は「病院が患者を抱え込んでいる」という相互批判があることから、それぞれの立場の機関が「地域移行」という切り口で相互理解を深めることが重要である。

地域移行者数のみに特化せず、医療、保健、福祉がそれぞれの状況を理解し合い、尊重し、地域移行という切り口で地域生活支援体制を見直すきっかけにする必要がある。本事業は退院可能精神障害者の地域移行のみではなく、新たな退院可能精神障害者を生ませないという視点を含ませることが重要である。

また、そのような方向性を出すことにより、評価指標が変化し、多軸による本事業の評価をしやすくするという効果も生まれる。

事業評価の例として、

- ①本事業によるネットワーク、関係者の拡がりの状況
- ②関係者（医療機関、市町村、障害福祉サービス事業所など）の意識変化
- ③新たな社会資源の創設や取り組みの状況
- ④事業利用者、家族からの評価
- ⑤管内市町村サービス（居住系、訪問系、日中活動系サービス）の実績
- ⑥当事者との協働の状況
- ⑦平均在院日数、平均残存率、退院率の変化
- ⑧本事業による地域移行者数以外に病院の自助努力による地域移行者数

など直接的な地域移行者数のみの結果だけではなく、事業を通しての波及効果を評価軸に加え、総合的かつ経年的に事業効果を判断する必要がある。

3. 各機関の役割の明確化

次に「どの機関が何を担うのか」を示す必要がある。多くの都道府県が本事業の一部または全部を委託し、事業展開をしている。事業展開する圏域が異なるなど委託事業所の役割は都道府県で多少変わってくる。しかしほぼすべての都道府県で委託事業所の役割については要綱で定めていると思われる。重要なのは、その他の機関の役割をどのような形で明確化するかである。都道府県の役割、保健所の役割、市町村の役割などについて要綱に記載し、または図1のように図式化し明確にすることが求められる。

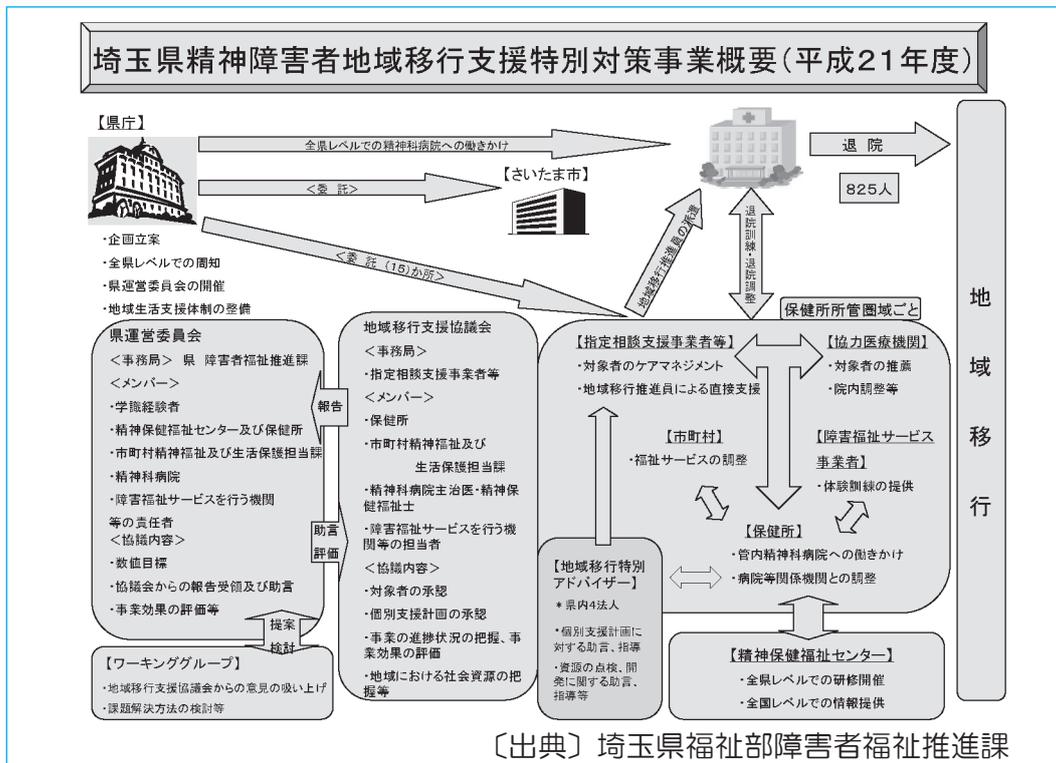
特に委託事業所と協働で本事業を推進していく上で、積極的な事業参加を求めたい保健所の役割については是非要綱に示したいところである。

保健所の役割としては、退院可能精神障害者への直接的な支援ではなく、以下のような地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整を担うことを特に期待したい。

- ①圏域の市町村、病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対する周知等、本事業の円滑な実施のための体制整備に向けた調整
- ②病院、施設等の関係機関に対する本事業への参加等必要な協力の要請
- ③地域の資源に係る情報提供、資源開発等に関する病院、施設等からの要請への対応
- ④関係者と協働した研修、シンポジウム等の企画、調整など地域移行に向けた普及啓発の推進

そのための予算として、障害者自立支援対策臨時特例交付金の有効活用が考えられる。事業圏域ごとによる計画の提出を求め圏域の状況に応じた独自の活動を支援する必要がある。

図 1



4. 課題を施策に反映させるシステム作り

地域移行を進めていると、改めて多くの課題があることに気づく。その課題解決に向け協議する場の確保とともに、施策として解決しなければならない課題については、施策に反映させるシステム自体をつくる必要がある。よりよい地域生活支援体制づくりを目指すために、如何に地域での課題を速やかに吸い上げて調整し、必要に応じ施策に反映させることができるかが求められる。

その一つの場合である本事業に係る圏域単位や都道府県単位の協議会を中心に、市町村地域自立支援協議会、都道府県自立支援協議会やその他付属機関などと連携し、必要に応じて施策に反映させる必要がある。また速やかに課題解決を図るためのワーキンググループなどを立ち上げることも有効と考えられる。

そのような課題解決に向け、各都道府県または各事業圏域で独自に課題解決に向けた調整、施策化が進んでいる。

例として

- ①一人暮らしを体験するためのアパートの借り上げ
 - ②宿泊体験を行う際の費用弁償
 - ③地域移行後の地域定着に向けた支援の延長
 - ④ボランティアの養成や当事者の活用
 - ⑤不動産会社への賃貸物件紹介に関する意識調査
- など創意工夫をしながら独自の事業が報告されている。



5. 本事業の周知徹底

先述したように、本事業は医療、保健、福祉分野に係る事業であるため庁内外の関係部局並びに関係機関との協力体制を構築することが重要である。そのためにもまず事業の推進の必要性を訴え、理解を求める必要がある。

庁内でポイントとなる関係部局は生活保護部局である。本事業は障害福祉部局が中心に展開しているが、本事業利用者には生活保護受給者の人も少なくない。本事業と生活保護部局が行っている事業の協力体制の構築が必要であり、庁内の生活保護部局に理解を求める必要がある。その他、医療計画策定部局や障害福祉計画策定部局、精神科病院を所管している部局などとも連携し、情報の共有化を図っておくことが求められる。

また、医師会や精神科病院協会等医療機関の所属団体、または各職能団体（看護師、作業療法士、精神保健福祉士など）への周知など、関係機関等へ理解を求め協力体制を広げていくことも役割の一つである。

保健所においては、圏域内の医療機関、市町村の障害福祉部局や生活保護部局、障害福祉サービス事業所などへの事業周知を行い、事業の理解を求めるとともに協力体制を構築し、意識改革を図ることが重要である。都道府県は全圏域にまたがる関係機関への事業周知の役割を持ち、保健所は圏域内の関係機関への事業周知の役割を持ち、それぞれが事業の必要性を訴えることにより、関係機関に問題意識が芽生え、協力体制が構築できる。

Ⅲ. 保健所の役割と地域体制整備コーディネーターとの協働のあり方

1. 本事業における地域体制整備コーディネーターと保健所の役割

(1) 退院促進事業の課題と本事業への発展

平成 12 年度に、大阪府の事業として始まり、後に国事業となった「退院促進事業」には、「①事業で退院できる患者の数が少ない」の他、表 1 のような多くの課題があった。これらの課題は、本事業にも当てはまり、その解決のためには、表 2 のような発想と事業目標の転換が必要である。つまり、「本事業で何人の患者を退院させるのか」から、「事業を通じて多くの変化を起し、退院できる体制づくりを行う」に目標を転換することで、そのためには、病院から地域、当事者、そして保健所までが変わる必要がある。また、これらの課題の解消を目指して、平成 20 年度からは、事業全体を調整する役割として「地域体制整備コーディネーター」が、導入された。

表-1. <退院促進事業の課題>

- ①事業で退院できる患者の数が少ない
- ②協力しない病院が一部にあり、病院の理解が十分ではない
- ③市町村(特に生活保護担当)の協力が不十分
- ④地域社会資源の状況把握や、資源整備ができていない
- ⑤患者や家族の理解が不十分
- ⑥病院所在地と退院先とが距離がある場合の調整が困難

表-2. <事業目標の転換>

事業で何人退院 退院させるのか	→	事業を通じて多くの変化を起して 退院できる体制づくりを行う
--------------------	---	----------------------------------

- ①病院の変化(地域資源のことを知るようになる)
職員の意識変化(退院するのが当たり前)
病院完結型支援 → 地域利用型支援
- ②地域の変化
長期入院患者も地域住民と捉える
- ③当事者の変化
病院より地域生活はよいという実感
- ④保健所の変化
入院支援 → 退院支援と地域定着

(2) 地域体制整備コーディネーターの役割と限界

地域体制整備コーディネーターには、課題解決の取り組みが求められるが、全てを直接実施することは不可能である。表 3 の 1 のイメージのように、「退院促進は、病院本来の役割」であり、「地域の受け入れ体制づくりは、自立支援協議会・自治体とサービス提供事業者の役割」と明確にし、それらを調整する役割である。しかしながら、調整が中心的役割といっても、求められる主な活動

だけでも、表 3 の 2 のように多様で、圏域の全ての病院、自治体、事業者に働きかけをして、病院の退院促進と、不足している資源づくりへの働きかけまでの広範な活動を行うことは、委託を受けた一事業者（地域体制整備コーディネーター）だけでは、困難である。

表-3. 体制整備コーディネーターの役割

1. イメージ
 (退院促進 + 地域受け入れ) × コーディネート
 病院の努力 自立支援協議会 体制整備コー
 市町村・事業者 ディネーター
 保健所
2. 具体的内容
 ①病院への働きかけ
 ②市町村や地域資源への働きかけ
 ③必要な事業・資源の点検・開発
 ④複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言

(3) 保健所の果たすべき役割と地域体制整備コーディネーターとの協働の必要性

地域体制整備コーディネーターが役割を果たすために、多くの関係機関との連携が不可欠であるが、特に保健所は連携するという受け身の姿勢ではなく、積極的に協働するという姿勢で、一緒に事業に取り組む事が求められる。その理由としては、本事業の目的が、保健所が本来果たすべき「地域精神保健福祉の推進」と合致しているだけでなく、保健所しか持っていない機能（地域診断や医療機関への監視指導）を発揮して始めて、地域体制整備コーディネーターが役割を果せるからである。

一方、全国の都道府県の中で、地域体制整備コーディネーターを民間事業者等に委託せず、保健所がその役割を果たすとしている自治体が平成 21 年度は、半数を超えている。これらの自治体の保健所は、保健所本来の役割に加えて、地域体制整備コーディネーター機能を担うことになる。現状では、保健所は地域体制整備コーディネーターそのものの役割か、そのパートナーとしての役割かは別として、本事業の中心的な役割を担う点では、違いはない。

2. 地域体制整備コーディネーターと保健所の具体的な活動

(1) 病院への働きかけ

①働きかけの考え方

退院促進事業の課題として、表 1 に「②協力しない病院が一部にあり、病院の理解が十分ではない」をあげているが、圏域内の全ての病院に本事業協力を働きかけることは当然である。その理由としては、本事業は、全ての社会的入院患者を対象としていることから、どの病院に入院している患者にも本事業利用の機会は平等に与えられるべきであり、社会的入院が 0 であるという病院（日本国内では、非常にまれ）以外は、全ての病院が本事業対象となるからである。その場合に、普段から管内の病院として関係性が既に構築されている保健所が、地域体制整備コーディネーターと一緒に働きかければ、病院の協力と理解が得られ易いはずである。また、働きかける場合には、各病院の退院促進の取り組み実態に合わせたアプローチが必要である。その判断には、退院促進に関す

る組織的取り組みの状況（表 4「平成 20 年度診療報酬改定での地域移行を支援する取り組み」参照）や入院期間や入院形態に基づく社会的入院患者の状況等が参考となる。それらの情報は、毎年実施される「精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）」等から得ることができることから、保健所の参加協力は不可欠である。

表-4 20年度診療報酬改定 地域移行を支援する取組に係る評価

- 1) **精神科地域移行支援加算200点(退院時1回)**、
入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。
- 2) **精神科地域移行実施加算 5点(1日につき)**
当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。
22年度から10点に増額
- 3) **精神科退院前訪問指導料、 入院中に3回**
- 4) **精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 550点 → 575点**

②病院の体制に合わせた具体的アプローチ

a：組織的な退院促進に取り組んでいる病院

このような病院では、「①退院促進委員会や地域移行支援室の設置」や「②長期入院患者の退院計画目標設定等、地域移行加算」（表 4）に当てはまるような努力が行われており、平均在院日数が短く、長期入院患者割合も低いはずである。一方、病院の独自努力で多くの患者は退院ができていくという認識から、本事業への協力が得られにくい例もある。また、地域体制整備コーディネーターも、既に退院促進が進んでいる病院という理由から、あえて働きかけない傾向にある。しかし、このような病院の多くも、長期入院患者は0ではなく、病院の客観的データの把握は最低限必要である。その上で、病院の努力だけでは退院を果たせていない患者の課題を病院と共有化し、新たな取り組みの提案を行うことで、協力を得られる様に工夫をするべきである。例えば、ホスピタリズム等によって、退院意欲を失っている患者がいる場合に、本事業によりピアサポーターからの働きかけを提案することもできる。また、身体障害を伴った高齢患者の退院のために、介護保険制度利用の情報の提供をする事もできる。一方、このような先進的病院との協働を通じて、病院としての取り組みの可能性を地域体制整備コーディネーターや保健所が認識し、取り組みの不十分な他の病院に伝える大切な情報として活用することが重要である。

b：退院促進に取り組む意欲は見られるが、社会的入院者が多い病院

最も本事業の協力が得られやすい病院群である。意欲はあっても、院内の体制や地域との連携についての知識や経験をあまりもてていない事が多い。このような病院に対しては、本事業を利用して、今まで退院が困難と病院が考えていた患者の退院を経験し、他の社会的入院患者の退院の可能

性に気づく事で、本事業外での病院の独自努力での退院患者の増加が期待できる。本事業を通じて、組織的に退院促進に取り組む病院に変化していくように、支援を行う事が重要である。

C：退院促進の取り組みがほとんどされていない病院

これらの病院では、「社会的入院患者の長期入院は仕方がない」とか、「患者のためである」という間違った認識を持っていたり、地域社会資源が、以前に比べれば整備されつつあるという地域の実情をほとんど知らない場合が多い。従って、病院長を含めて、職員の意識を変え、退院促進は病院として当然の役割であるという認識を持ってもらう必要がある。「社会的入院の放置は人権侵害である」ことや、「病院が介護施設ではなく、治療施設であること」の再認識を持たなければ、今後の精神科医療制度の改正の中で、精神科病院として存続し得ないことを理解してもらい、病院そのものが変化するために、本事業を活用してもらうように働きかけることが必要である。

③診療報酬上の更なる地域移行への充実に関する周知

平成22年度の診療報酬改定では、医療の質の改善や、精神科医療の専門分化、精神科地域移行実績加算の引き上げなどが、行われている。このような国の診療報酬上の改訂等も、保健所として把握し、医療機関への働きかけの資料とすることが必要である。

平成22年診療報酬改定の概要<精神科関係>

急性期入院医療・身体合併症対応の充実	外来医療
<ul style="list-style-type: none"> ●入院基本料13:1 の創設 ●入院基本料10:1 の在院日数要件の緩和等 ●入院基本料加算、精神科救急入院料、救急・合併症入院料、急性期治療病棟入院料の入院早期の引き上げ ●精神科急性期治療病棟の対象病院の拡大 ●身体合併症管理加算の引き上げ <p>専門医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ●児童・思春期精神科 ……加算の引き上げ ●強度行動障害 ●重度アルコール依存症 ●摂食障害 <p style="text-align: right;">} 加算の創設</p> <p>認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症治療病棟の急性期への重点化 ●認知症治療病棟退院調整加算 の新設 	<p style="text-align: center;">精神療法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●通院・在宅精神療法 病院・診療所の点数を統一 30分以上のものを引き上げ ●認知療法・認知行動療法 診療報酬上の評価を新設 <p style="text-align: center;">精神科デイ・ケア等</p> <ul style="list-style-type: none"> ●早期(1年以内)の加算の導入 ●食事提供加算の包括化 <p style="text-align: center;">認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症専門診断管理料 の新設 ●認知症患者地域連携加算 の新設
慢性期入院医療	在宅医療
<ul style="list-style-type: none"> ●精神療養病棟入院料の重症度別評価の導入 ●精神科地域移行実施加算の引き上げ ●抗精神病薬の投与が2種類以下の場合の、非定型抗精神病薬加算の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護ステーションにおける、重症患者への「複数名訪問看護加算」の新設 ●往診料の引き上げ

(2) 入院患者やその家族への働きかけ

①入院患者

入院患者への働きかけは、病院の役割である。しかし、長期入院のために、退院に不安感を持っている患者に対して、退院後の生活のイメージや良さをわかってもらうには、地域が協力した働きかけが効果的である。「院内説明会・茶話会」の形で、先に本事業等で退院をして地域生活をして

いる先輩が、時には地域移行推進員（ピアサポーター）として、自分の経験や地域の資源の様子を経験的に語ることで、長期入院者に安心感や情報を提供する機会となる。

②入院患者の家族

長期入院をしている患者の家族には、面会等にもほとんど来院せず、地域家族会の存在さえ知らない場合もある。そのような家族は、患者の退院に抵抗感を示す場合が多い。原因としては、入院前の患者の病状への対応に困った経験や、退院後の生活支援への負担感がある。家族に対して、患者の退院後生活を地域で支える体制があることの説明や、自宅以外の退院の可能性などを提示し、退院に同意と協力を得ることが必要であり、病院だけでなく、地域体制整備コーディネーターや保健所が第三者の立場から、助言協力することも必要である。しかしながら、精神科病院入院患者であっても、特に任意入院患者については、退院をするにあたって家族の理解が必要なわけではなく、退院にあたって家族の同意を必須の項目ではないことも、明確にしておく必要がある。

（3）市町村への働きかけ

地域体制整備コーディネーターの役割にあげられているが、保健所は市町村支援が本来の業務であり、連携もとりやすいことから、この分野にも協働で取り組むことが必要である。

①地域自立支援協議会の設置と運営への支援

精神保健福祉法によって、障害者の地域生活支援は、市町村の役割となっている。そして、障害者自立支援法により、地域自立支援協議会は、市町村が相談支援事業を行う中で、障害者ニーズに対応したサービス提供ができるように調整をする役割が与えられている。社会的入院は、地域の受け皿の不足が大きな要因であるとする、本事業を活用して社会的入院患者が退院するためには、地域社会資源の整備が不可欠である。どのような地域資源が必要であるかを個別の退院事例を通じて、明確にし、地域での資源づくりを働きかけるのが自立支援協議会であり、その中心的役割を市町村が担わねばならないが、保健所は市町村が積極的に取り組めるように、支援することが必要となる。

②生活保護担当部局へのアプローチ

家族がなく生活保護を受給し長期入院となっている患者にとっては、生活保護担当のワーカー以外に、退院を働きかけるキーパーソンは、見あたらない。ワーカーは、定期的に患者面接を行っており、退院となれば、住居費や生活費の支給から生活の相談までを行うこととなり、退院後の生活への支援においても重要な役割をもつ。国からは、各市町村に生活保護受給者（事例）の退院数値目標の設定も求められており、障害福祉担当部局と連携した取り組みを積極的に働きかける事が必要である。

③障害者保健福祉計画での目標設定

市町村の障害福祉計画は、現在長期入院中の精神障害者が退院して、地域生活をする事を前提とした地域資源整備目標が設定されていない事が多い。都道府県が、本事業を通じて病院から退院可能患者数等を把握した場合には、障害福祉計画への反映を申し入れることも重要である。



(4) 地域社会資源への働きかけ

地域社会資源は、全ての障害者に関われていることおよび当事者のニーズに合ったサービスを利用できることが原則である。しかし、精神障害分野の社会資源には、医療法人、社会福祉法人、NPO 法人、家族会などと設立母体が異なる場合が多く、相互の情報交換さえ行われていないこともある。「地域資源の共同利用の原則」を確立し、地域移行するために必要な地域のサービスは、どの病院から退院しても利用できる体制づくりが必要である。

表-5. 地域資源づくりと資源間の調整

- ①地域資源集やマップの作成を通じての情報の公開と交換
- ②地域資源の役割分担と連携
- ③不足しているサービスの分析
- ④相談事例の対応成功事例の分析と普遍化

①地域資源集やマップの作成を通じての情報の公開と交換

まず、精神障害者を支える地域社会資源の現状の把握が必要である。そのためには、複数のサービス提供組織が一堂に会して、自分たちのサービス内容を公開し、圏域内の全ての資源を網羅したマップや資源集づくりを通じて、地域で共同利用を可能とするための基盤づくりやネットワーク化を目指す必要がある。もちろん、地域自立支援協議会の活動として、既に既存のネットワークが存在すれば、それを活用することができる。

②地域資源の役割分担と連携

本事業での退院事例の支援計画づくりを通じて、必要と思われる地域サービスの調整が可能となる。本事業導入前には、入院している病院と同法人内の資源だけが、退院後に利用できるサービスとして検討されていた可能性が高い。精神障害者を地域で支えるためには、居住系、訪問系、通所系の各種のサービスが必要であるが、それを一法人で全てそろえることは困難であり、そのために退院できなかった事もあるであろう。しかし、本事業では、資源間ネットワークを活用し、設立法人の別に関わりなく必要なサービスが提供されるように計画をし、利用することができるはずである。勿論、そのためには、資源間の役割分担と連携の手法についての、ネットワーク内での意見調整や合意が必要である。

③不足しているサービスの分析と創造

地域資源の共同利用ができたとしても、地域で必要とされながら存在しないサービスや、例え存在するサービスでも、量的不足や、質的な課題があり利用者ニーズに合っていないこともある。このように、地域として不足しているサービスの分析は、本事業で退院を進める中で確認することができる。顕在化したニーズに対して、新たなサービスを提供することについて、ネットワーク内で検討を行い、制度化されていないものは、自立支援協議会で地域独自の制度としての創設を検討する必要がある。

④本事業での対応成功事例の分析と普遍化

本事業で、退院に成功した患者が利用できたサービスは、本事業の利用なく病院の独自努力で退院する患者にも、利用できるはずである。そのためには、本事業の成功事例の分析と、その普遍化を行うことで、資源利用の共有化が常に行えるようにすることが必要である。

3. 保健所が本来の精神保健業務として果たすべき役割

(1) 適正な医療の提供と医療の質の向上の責任

都道府県や指定都市には、精神保健福祉法に基づいて、適正な精神科医療の確保の責任があり、そのための精神科病院への指導監督等の徹底が求められている。これらの目的で最低年 1 回以上実施すべき、精神科病院実地指導（以下、実地指導）に保健所精神保健福祉職員の参加も定められている。現状では、7割以上の保健所が精神科病院実地指導に参加しており、その半分近くは保健所が実施主体となっている事がわかっている。

①実地指導における地域移行への働きかけ

実地指導では、精神保健福祉法に基づく適正な医療の提供が行われているかについて指導監督するのはもちろんであるが、「社会復帰に向けた様々な環境整備を積極的に推進していく」ことの指導も含まれている。つまり、病院の環境整備（退院促進の努力）もその指導監督の対象である。しかし、法の遵守に関するチェックと違い、環境整備が行われているかに関する評価を行うには、病院運営における質的な評価が必要である。表 6 にあるように、「病棟の機能分化で、病棟毎の役割の明確化とそれに伴う平均在院日数の短縮化が目指されているか」、「退院促進に向けてのシステムづくりができてきているか」などを評価することが必要である。

特に、実地指導では、職員に直接質問することができ、病院の退院促進に向けての取り組み状況や職員の認識や課題を把握することが可能である。さらに、入院患者の面接も行えるので、退院意向のある患者で本事業の適応になる患者の把握もできる。

また、指導の中で、退院促進の努力不足を指導項目に挙げることもでき、特に本事業に協力をしていない病院には、本事業活用を促すことも必要である。しかし、その場合には、客観的資料が必要であることから、表 7 のようないわゆる 630 調査等の活用が必須となる。

表-6 精神科病院実地指導の活用

- ①病棟毎の機能の評価（急性期病棟、療養病棟、認知症治療病棟等）
- ②開放化の状況と患者の社会参加への制限
- ③退院促進の病院の体制
 - 病院の質を高める実地指導を行う
 - 病院の退院促進の成果の評価：組織とデータ
- 2) 精神医療審査会資料の活用
 - ①患者からの処遇に関する不服申請のチェック
 - ②実地診察を通じての処遇変更への働きかけ



②精神保健福祉資料（いわゆる「630 調査」）の活用

病院の退院促進の努力の結果は、毎年行われる 630 調査結果によって、客観的データとして得ることができる。この調査は、全国の精神科病院が協力をして厚生労働省に提出している貴重な資料であり、国の精神保健福祉施策の基礎データとしてだけでなく、地域精神保健福祉対策上、個々の病院の現状把握のための資料としても活用される事は当然必要であろう。また、保健所が定期的に報告を求めている病院報告からは、平均在院日数を簡単に求めることができ、資料として活用することができる。

表-7 病院報告、630調査の活用
 それぞれの病院のデータを評価する
 ①平均在院日数(入退院数から得られる数字)
 ②長期以上入院患者割合
 ③一年後残存率
 ④入院患者の疾患別、入院期間別数の現状
 ⑤全国のデータとの比較
 ⑥地域移行にデータを生かす
 病院内の長期入院患者の存在→事業対象者

a：平均在院日数（入退院数から得られる数字）

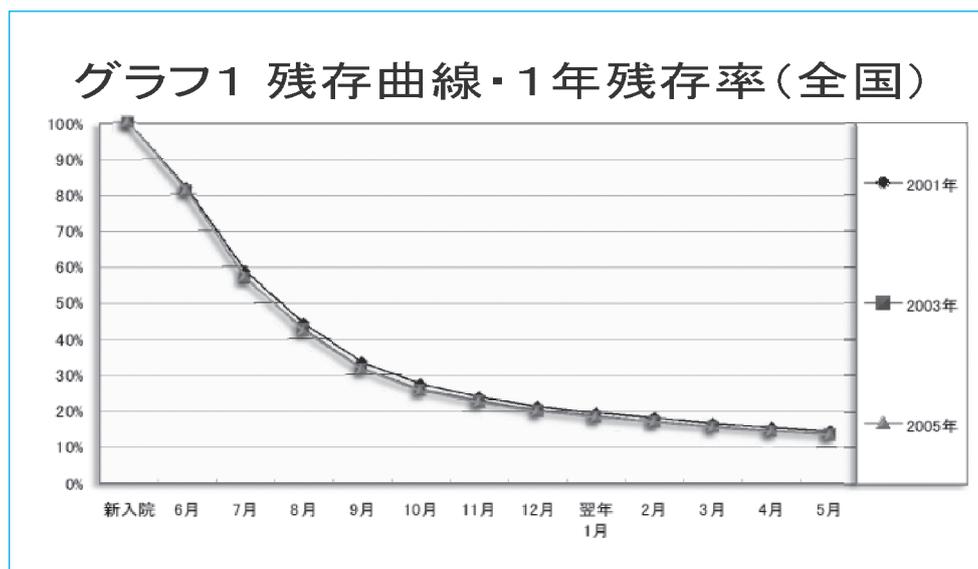
最も分かり易く病床数に対して、入退院が実際にどの程度行われているかを示す指標である。日本の平均在院日数は、OECD諸国の最も長い国と比較しても4倍以上となっている。OECD諸国の最も長い平均在院日数が3ヶ月であることから、それ以上の病院は全て、在院日数短縮の努力が必要であり、まして、国平均を上回る医療機関には、在院日数の短縮に対して相当の改善努力が求められる。

b：5年以上長期入院患者割合

どの程度の入院期間以上を長期と考えるかの明確な基準はないが、診療報酬上の精神科地域移行実施加算の対象としているのは、入院期間が5年を超える患者の数であることから、5年以上患者割合をまず注目する事が必要であろう。また、20年以上の超長期入院患者は、高齢化の課題もあり、早急に本事業の対象とすべき患者である。

c：一年後残存率（グラフ1）

入院が1年を越えると、さらに長期入院化する傾向にあり、新たな長期入院者となるという指摘があることから、新規入院患者をできるだけ1年以内に退院させる努力が必要である。1年前の6月中の入院患者の残存状況は、新規入院患者に対しての治療と退院への働きかけの指標となり、1年時点でできるだけ0%に近い数字を目標とすべきである。



③入院患者の疾患別、入院形態別、入院期間別数の現状

現在病院に入院している患者の全体像がわかる指標であり、本事業対象患者数の推計ができ、一方では、病院の退院促進努力の結果が反映される資料である。

(2) 入院に関わった患者の退院支援

保健所は、家族や地域住民、まれに患者本人からの依頼によって、入院の支援を行うことがある。しかし、入院後退院に向けての支援が十分にできているとは言い難い。一方、医療観察法によって入院治療を受けている患者に関しては、入院当初から、保健所職員を始め地域の関係者が、病院に出向いてのカンファレンスの実施がされ、退院前には、支援計画がつけられることで、スムーズな退院と治療継続が行われている例も多い。保健所では、このような経験をできるだけ、精神保健福祉法によって入院している多くの患者に活用する事が必要であり、せめて、入院時の支援を保健所が行った患者の、退院までの支援を本来の業務として位置づけることが、社会的入院解消における保健所の使命である。

4. 市型保健所が本事業を行う利点

市型保健所は、県型保健所と違って、精神科病院実地指導の権限が無いなど、630 調査資料を県から提供を受けなければならないなどと病院の情報を得にくい状況である。しかし、同じ市の行政組織内に、さまざまな精神障害者地域移行に関連する担当課があり、当然のことながら、職員の移動等も含めて、それらの課と、極めて連携をとりやすい立場にある。以下、市型保健所が本事業を行うにあたっての利点について整理した。



（１）福祉事務所との連携

①「生活保護精神障害者退院促進計画」の活用

全国福祉事務所長会議（平成 18 年）の資料によれば、精神障害者退院促進における福祉事務所の役割として、以下のことが述べられている。

- ・退院可能精神障害者数のうち、2 割程度が生活保護を受給しているとされることから、生活保護行政においても、適切な受け入れ先の確保、個々の退院阻害要因の解消や退院に向けた指導援助を行うための自立支援プログラムの導入などにより計画的に退院促進を進めていくことが必要。
- ・平成 19 年度中に、各福祉事務所において、平成 23 年度における退院可能精神障害者数の減少目標値を盛り込んだ「生活保護精神障害者退院促進計画」を策定し、当該目標を達成するための所要の対策を実施。
- ・各福祉事務所における退院促進の取り組みを支援するため、セーフティーネット支援対策等事業費補助金のメニューとして「精神障害者退院促進事業」を創設し、各福祉事務所に精神障害者退院促進推進員等を配置するための費用や、関係団体へ退院促進事業の実施を委託する費用等について補助を行う。

また、この資料の中で、実施体制整備において、精神保健福祉担当課との連携が謳われており、福祉事務所にとっても、保健所との連携は必須である。

しかしながら、退院促進の重要性や技術的ノウハウが生活保護担当者の中に十分周知されているとは言いがたい状況である。

このような状況の下、保健所の精神保健担当者が福祉事務所の生活保護担当課に積極的に働きかけることで、生活保護精神障害者退院促進を図ることができるであろう。具体的な働きかけの方法として、保護課職員向けに精神疾患全般についての研修をすることにより、精神疾患への理解を深めてもらう。さらに、社会的入院が人権侵害であることの啓発による効果は高いものがあると思われる。市型保健所職員は、生活保護担当者と同じ市職員ということもあり、連携が容易である。

②生活保護法による医療扶助運営要領における指定医療機関に対する指導

生活保護法による医療扶助運営要領について（昭和 36 年 9 月 30 日 社発第 727 号 厚生省社会局通知・改正 平成 20 年 6 月 6 日社援発第 0606003 号による改正まで）第 6「指導及び検査」に、すべての指定医療機関への指導が定められている。それは、病院に対して、生活保護受給中入院患者の早期退院を直接働きかけることができるチャンスである。

市型保健所においては、ともに市職員という立場から保健所や保健センターの医師・保健師等が指定医療機関指導への協力を求められることが多く、連携して「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」の把握が容易である。

③高齢者保健福祉担当課と障害保健福祉担当課との連携

中核市等においては、養護老人ホームへの措置入所を実施している（老人福祉法）。養護老人ホームは退院後の高齢者の受け皿として重要であり、高齢者保健福祉担当課との連携を密にすることで、高齢者の退院が適切に行われる。

一方、障害福祉担当課においては、グループホーム利用のために必要な自立支援給付関係の申請受付、審査会等を行っている。市町村によっては、65 歳以上の退院者について、介護保険優先で

あるからとの理由で、介護保険で自立となっても自立支援給付の申請を受け付けない場合がある。この場合、退院してもグループホームの利用ができないことや、自宅に退院してもホームヘルプの利用ができないなどと、退院を阻害する要因となる。そのため、障害福祉担当課への積極的働きかけと啓発が必要となるが、市型保健所の場合は比較的容易である。

（２）地域活動支援センターⅠ型・相談支援事業所への働きかけ

市町村は地域活動支援センターⅠ型や相談支援事業所に運営費を補助しているため、指導監督権も併せ持っている。医療法人が運営する地域活動支援センター等では、利用者が医療法人への通院患者に偏りがちであるため、他医療機関への通院患者の割合を一定以上になるように運営マニュアルを設定したり、地域活動支援センター等が所有する居室を宿泊訓練のために他医療機関入院患者に供用してもらえるように、市町村が間に入って調整することが可能である。

（３）その他

市型保健所では、個人情報の問題もあるが、生活保護受給者等の世帯状況の確認が容易であるため、精神保健担当者による情報の収集と、家族支援を通じて退院の働きかけを、進めやすい利点がある。

また、民生委員・児童委員協議会との連携も密であるため、市職員である保健所職員の働きかけに対し、民生委員の理解も得られやすい。地域におけるリーダー的存在である民生委員が退院受け入れに積極的になれば、退院に向けての地域の理解も得られやすいであろう。民生委員向けの精神保健講座を行うと、「初めて聞きました。日ごろの活動の役に立ちます。」といった感想も多く聞かれ、日ごろから精神障害者の生活保護受給者と関わりが深い、なかなか精神疾患について話を聞く機会のない民生委員には、研修会は歓迎されるであろう。また、市型保健所に限らず、保健所が養成した精神保健福祉ボランティアも含めた支援者の理解を深めることで、受け入れ側の地域づくりが可能となるであろう。

当事者への働きかけの例としては、筆者の勤務する市型保健所では、地理的に市内の全精神科病院の精神保健福祉士が毎月集まることが可能なため、以前より毎月連絡会議をもっている。今後、会議出席者の協力を得ながら、入院中の当事者、退院後の当事者向けにWRAP（Wellness Recovery Action Plan：元気回復行動プラン）の研修会を行う計画である。

IV. 地域体制整備コーディネーターの役割

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、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、都道府県の実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。

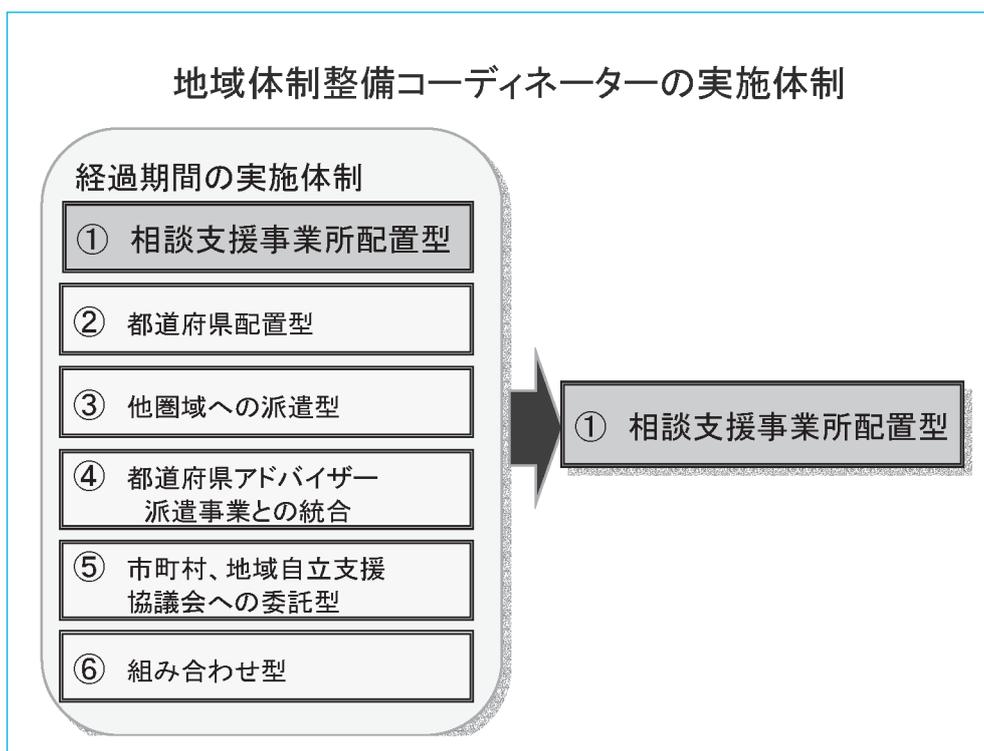


図-1

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、第三者としての地域体制整備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地域体制整備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、都道府県が地域体制整備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地域体制整備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役割を果たす地域体制整備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、経過的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。

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・関与に関する助言・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、前節の「保健所の役割と地域体制整備コーディネーターとの協働のあり方」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、昭和29(1954)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、昭和33(1958)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助言と支援フォローアップ」がある。地域体制整備コーディネーターは、ケアマネジャーの役割を担って、地域移行推進員が、「対象者本人の思いを尊重すること」「ストレングス視点で支援すること」「様々な人と機関と協働すること」「社会資源を幅広くとらえること」を実践できるよう、対象者へのかかわりの助言や介入、個別支援計画作成のサポート、個別支援会議の設定等を行う。

地域体制整備コーディネーターは個別支援会議をマネジメントする。個別支援会議は、社会的入院者へ地域移行に向けた総合的な支援のための中核を担うことになる。この個別支援会議では、①必要な関係者が集まる。②本人のニーズに添った支援を検討する。③すぐにできる支援と時間を要する支援を分けて検討する。④すぐにできる支援の役割分担を行う。⑤対象者の現状の課題を共有する。このような個別支援会議を通して、関係者のネットワークをつくり、地域移行支援体制の質を高めることになる。個別支援計画では、退院はゴールではない。退院後、どのような生活をしたかが目標となる。退院は、そのためのプロセスとして位置づけることが重要である。

地域移行推進員への支援

- ・ かかわりの助言や介入
- ・ 個別支援会議の設定
- ・ 課題の一般化
- ・ 本人の思いを尊重しましょう
- ・ ストレングスに気づきましょう
- ・ 個別支援計画の有効性を高めましょう
- ・ 限界は出発点です
- ・ みんなで地域移行支援に取り組んでいきましょう
- ・ 個別支援計画作成のサポート
- ・ 環境の調整

	「かたち」のある資源	「かたち」のない資源
公的でない社会資源	(例) 家族、恋人、友人、お金、テレビ、パソコン、将棋、ゲーム、体育館、電車、コンビニ、スーパー、ファミレスなど	(例) 自分の夢や目標、これまでの経験、恋愛、友人の励まし、プライド、宗教活動、安心できる人間関係など
公的な社会資源	(例) 地域活動支援センター、病院、ホームヘルプサービス、訪問看護、グループホーム、救護施設、包括支援センターなど	(例) ノーマライゼーション理念、サポートネットワーク、社会資源に関する情報の共有化、行政の公的責任など

図-2 日本精神保健福祉士協会（国重）改変

5. 阻害要因を見直す

社会的入院者の退院阻害要因として、「本人の意欲がない」「家族が拒否している」「社会資源の不足」が挙げられている。しかし、それらが果たして本当に阻害要因なのか、もう一度見直す必要がある。

「本人の意欲がない」と言われている人の中には「まわりを見たら、5年、10年入院している人がいて自分の番はまわってこないと思っていた」「退院したいと言ったら、『待っていてください』と言われて待っていました」「15年目で退院をあきらめて、病院で一生暮らそうと友達と約束しました」という人などがいる。また、「退院したら絵が好きなので個展を開きたい」という人も、入院中には絵を描くことをあきらめていた。退院意欲がない人の多くは、環境に合わせている人、あきらめている人、不安が大きい人であって、夢や希望を封印している人ではないかと思われる。

本当の阻害要因は何ですか？



図-3



「家族が拒否している」ことについては、家族にとっての本人の病気の悪化は、例えば、それが20年前のことであっても、昨日のことのように記憶に残っている。加えて、家族は、入院を継続するのか、家族が引き取るのか以外には選択肢がないものと思込んでいる。なかには、医療機関には家族が引き取れない事情を説明しているが、本人にはその実情を伝えていないこともある。

「社会資源の不足」については、確かに絶対数の不足がある。しかし、本当に社会資源がないと退院できないのだろうか。多くの先人は、そのような状況のなか、住むところや働くところを見つけ、または新たに創出し、サポートしてくれる人も探して育ててきている。「グループホームに空き室がない」から退院できないという発想は、「措置する」と同様の発想であって、いうなれば「措置退院」（造語）ではないだろうか。

退院意欲がない人には気持ちに寄り添うこと、家族が拒否している場合は何を拒否しているのかを理解すること、社会資源の不足では、まずは、この人のための支援を考えることから始めることにしている。知恵を出しあい、インフォーマルサポートも活用し、必要なサービスは創出することが必要である。

このように、もう一度、阻害要因について見直してみると、退院に向けた新たな手立てを導くことができると思う。

6. ピアサポーターへの期待

本事業では、ピアサポーターの活躍がクローズアップされている。ピアサポーターとのわかりあいは、社会的入院者の退院に向けた勇気となり、地域移行への足がかりとなる。しかし、ピアサポーターの役割は、都道府県、委託事業所によってさまざまである。

例えば、北海道は、地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員に加えて、ピアサポーターを必置としている。また、地域によって、ピアサポーターが地域移行推進員を兼ねている場合、地域移行推進員とは別に登録制のピアサポーターとして多岐にわたって活動している場合、事業所の職員として雇用されたうえで当事者性を生かしている場合などがある。

ピアサポーターが活躍する時代となったが、その位置づけ、育成方法、役割分担については、早急に整備する必要がある。危惧することは、精神障害者への就労支援が行き届いていれば一般就労できる人を、安易にピアサポーターとして囲い込んでしまっていないかということである。

地域体制整備コーディネーターには、ピアサポーターの育成についても、中心的な役割を担うことが期待されている。

7. 地域自立支援協議会の活用（社会資源開発のための手立て）

障害者自立支援法の施行後、障害がある人を支援する仕組みとして、相談支援事業、地域自立支援協議会が中核となっている。相談支援事業を担う相談支援専門員は、個別支援会議を通して、ネットワークで本人のニーズに添った支援を行い、従来は置き去りにされていた「課題」を地域の課題として抽出する。この課題は、地域自立支援協議会で検討される。

精神障害者の地域移行についてもこの仕組みを活用したい。地域自立支援協議会に取り込まれることによって、地域移行を生活支援の課題のひとつとして、現実的な課題として取り組むことができる。

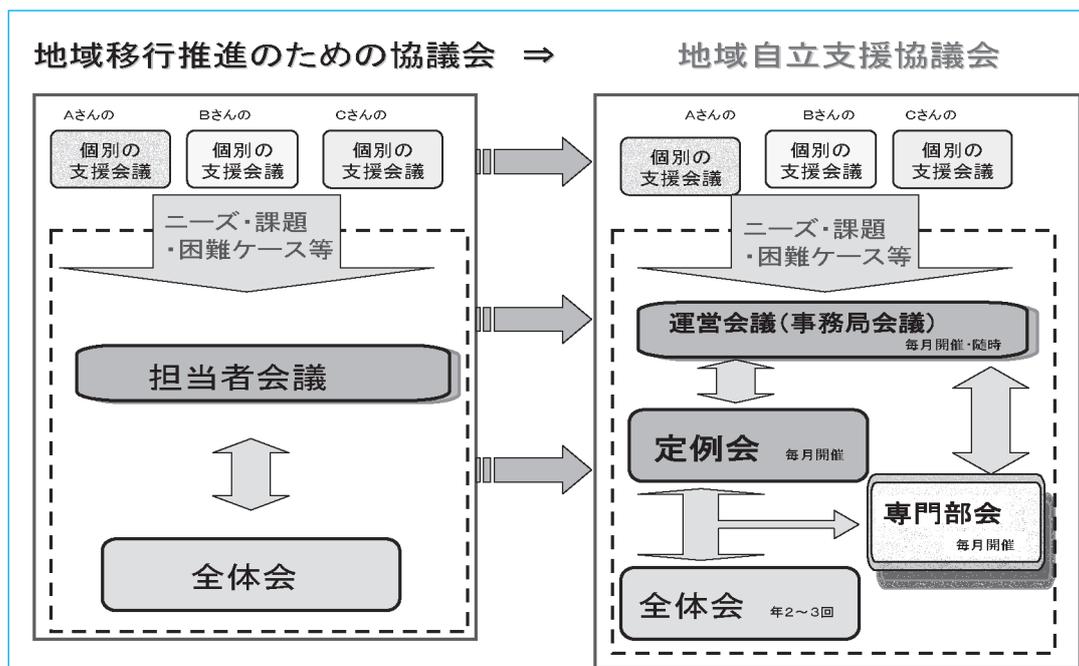


図-4 厚生労働省改変

地域自立支援協議会の手法は、精神障害者への支援においては、特別に新しいことではない。従来から個別支援から抽出された課題を通して、「新たなプログラム」「新たなサービス」「新たな事業」「新たな施策」を生み出してコミュニティをつくってきた。例えば、この人への支援の積み重ねと課題の解決のために、家族会、小規模作業所、共同住居、ボランティアグループ、訪問介護、ピアサポーターなどをつくってきた。一方、日々の業務に追われて、埋没してしまった課題もある。地域自立支援協議会とは、個別支援から地域課題を抽出して施策化するための手立てであり、そのための仕組みである。

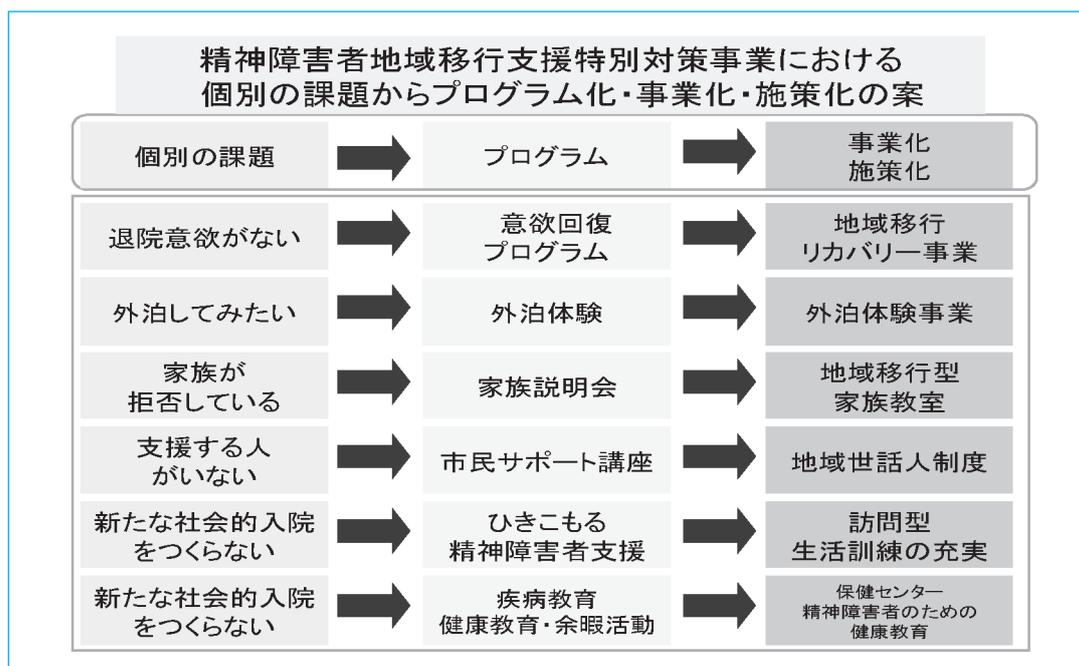


図-5

ここでは、本事業における個別の課題を地域自立支援協議会で検討して、プログラム化・事業化・施策化していく例（あくまで試案）を示してみた。

例えば、「退院意欲がない」という人がいれば、「食べたい物」「行きたい所」を考える「意欲回復プログラム」を実施する。そして、懐にしまっていた夢と希望を少しずつ呼び起こす。次に、病院の外に出て、実際に食べたい物を食べ、行きたいところに行ってみる「地域移行のためのリカバリー（自分を取り戻す）事業」を実施する。付添い人としての「ピアサポーター派遣事業」も必要になるかもしれない。

例えば、「退院のイメージがつかれない」という人がいれば、病院の中に「退院準備プログラム」をつくる。しかし、すべての医療機関で「退院準備プログラム」を実施することはできないため、どの医療機関に入院していても受けられる「地域で行う退院準備講座」を事業化する。

例えば、「家族が拒否している」ため退院できないというのであれば、「家族説明会」や「地域移行型の家族教室」を実施する。

このように「この人」を支援していく上で抽出された課題を、地域の課題としてプログラム化・事業化・施策化していくことが、予算の計上も伴って必要かつ重要なことである。

また、すぐには解決できないことについては、地域自立支援協議会において解決に向けた検討を重ねることになる。このように、地域自立支援協議会を活用することが、地域移行支援を進めるうえでの重要な鍵となる。

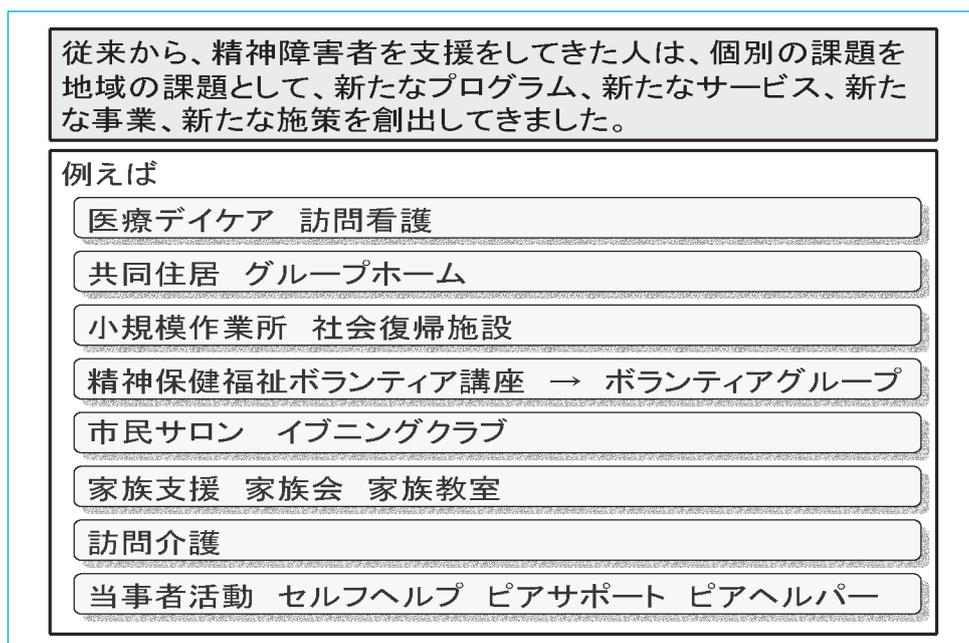


図-6

8. 関係機関の役割

今後、退院促進、地域移行を有効にすすめていくためには、それぞれの機関の役割を明確にするとともに、都道府県ごとに地域移行をすすめる組織をつくる必要がある。

地域体制整備コーディネーターは、都道府県の担当課に地域状況を報告して、都道府県の地域移行推進のための仕組みづくりに協力する。

ここで一般的なモデルを示しておきたい。まず、社会的入院者のいる医療機関には、組織内に退院促進をすすめるための多職種で構成されるプロジェクトチームをつくっていただく。同様に、地域体制整備コーディネーターは、関係者と地域移行チームを組織する。医療機関のチームと地域のチームは、個別支援会議を実施して、退院支援・地域移行の支援体制を整える。この個別支援会議

を通して抽出された課題は、市町村の地域自立支援協議会の専門部会等で検討される。

市町村は、相談支援事業所と協力して個別支援、家族調整、環境調整を行う。また、サービス利用計画の作成、福祉サービスの利用と調整、地域啓発や地域づくり、地域移行の目標数値を含めた障害福祉計画の策定を行う。

都道府県の役割として、保健所は、管内状況を把握して、630調査を活用して医療機関への働きかけを行う。精神保健福祉センターは、シンクタンクとして都道府県内の状況を分析して、地域移行推進のための効果的な戦略をたてる。また、人材育成のための研修機能を担うことになる。

都道府県担当課は、都道府県自立支援協議会の部会として、官民共同の精神障害者地域移行推進会議、下部組織としてこれも官民共同の地域移行支援プロジェクトチームを組織する。

社会的入院者の退院を促進した医療機関は身を削って病床を削減している。一方で、都道府県が新たに認知症高齢者のための精神病床を認可している現状がある。また、都道府県によっては、本事業と生活保護の自立支援プロジェクトや精神科病院実地指導との協働がなされていない。民間の委託事業所、精神科医療機関に努力を求めるだけでなく、まずは都道府県が縦割り行政の弊害を打破して、横断的で効果的な地域移行支援を行う仕組みを構築する必要がある。都道府県は、本事業の担当課、精神科病院実地指導の担当課、病床管理（医療計画策定）の担当課、生活保護の担当課、自立支援協議会の担当課による地域移行推進のための組織をつくり、地域移行推進計画（試案：都道府県ごとに地域移行の目標数値に加えて、生活保護、自立支援協議会との連携、実地指導及び病床管理を含めた総合的な地域移行推進のための計画）を策定する必要がある。

これはあくまでひとつのモデルである。繰り返しになるが、地域体制整備コーディネーターには、地域移行を推進するための対象地域の仕組みづくりに加えて、都道府県の仕組みづくりへの参画も求められているのである。

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。

地域体制整備コーディネーターには、医療機関や関係機関への働きかけとともに、「退院したいこの人の個別支援会議」を実施することで、関係者のネットワークをつくり、地域の支援体制の質を高めることが求められている。実は、このことが、障害者が地域で暮らすための最も有効な手立てとなるであろう。そのうえで、ここで示したいいくつかの方法論や考え方を、地域状況に合わせて活用していただきたい。

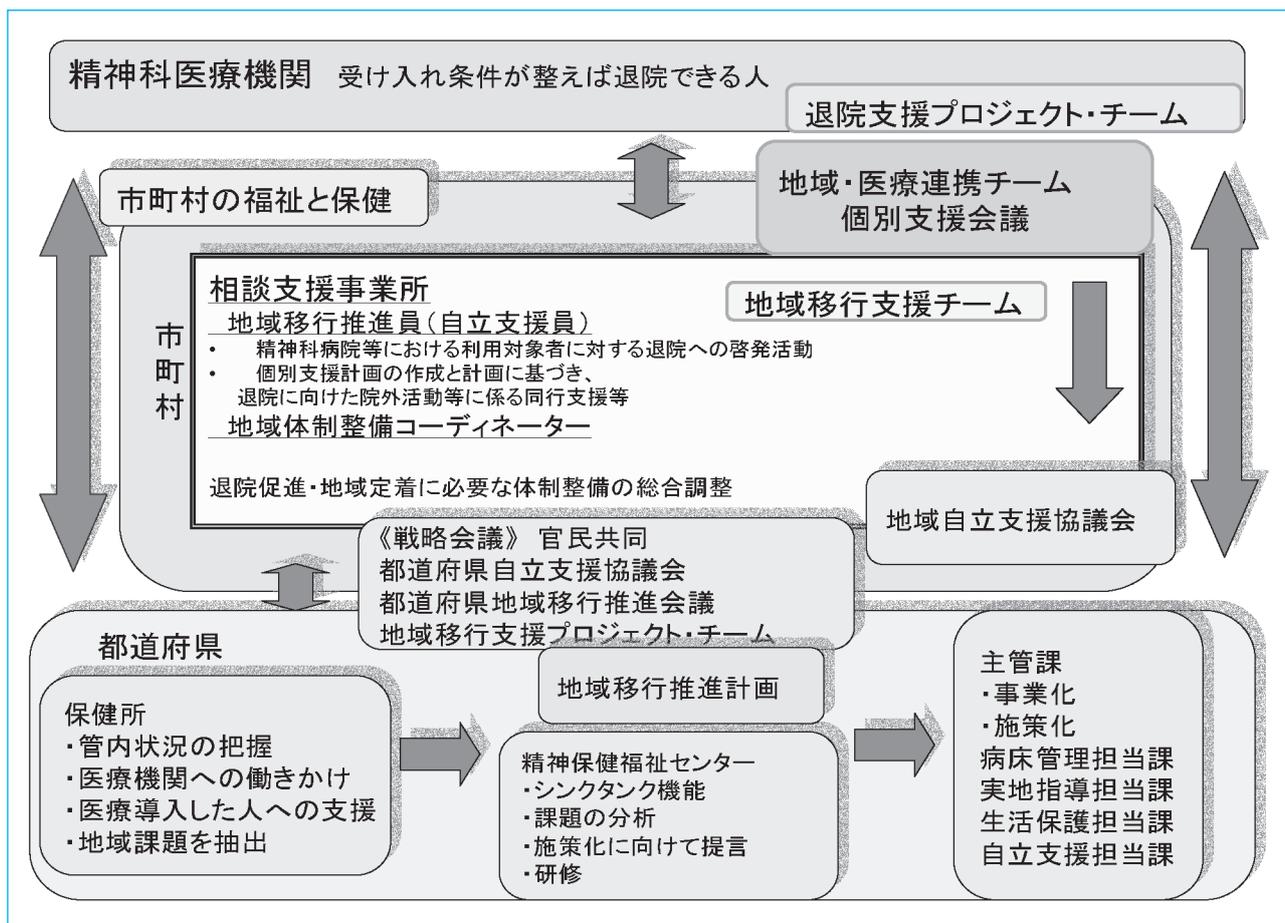


図-7

参考文献

- ・岩上洋一：地域をつむぐ社会的入院者の退院支援。精神保健福祉.36(1):25-28.2005
- ・岩上洋一：地域を拓く！精神障害者の地域生活支援—旧精神障害者地域生活支援センターふれんだむの取り組みから—。ソーシャルワーク研究.32(4):73-78.2007
- ・自立支援協議会の運営マニュアルの作成・普及事業企画編集委員会編：自立支援協議会の運営マニュアル。財団法人日本障害者リハビリテーション協会:2008
- ・日本精神保健福祉士協会編：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.2009
- ・岩上洋一：地域移行支援は地域の課題—精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して。精神医療.57:23-27.2010

V. 参考資料等

1. ご活用いただける参考資料の掲載ウェブサイト等の紹介

●精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html>

本ウェブサイトでは、精神保健福祉の改革に関する研究概要および通称「630調査」と呼ばれる「精神保健福祉資料」も確認できます。本調査は、精神保健福祉施策推進の資料とするため、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が毎年6月30日付けで都道府県・指定都市への報告依頼をする形で実施しており、2008年度分まで現在公表済みです。統計数値をもとにわかりやすくグラフなどを作成した「目でみる精神保健医療福祉」も掲載されています。

●厚生労働省の障害者地域移行支援事業関連施策等は全国障害保健福祉関係主管課長会議等の資料に掲載されることもあり、当該行政資料等は WAMNET の下記 URL で確認できます。

<http://www.wam.go.jp/ca70/ca70b10.html>

●厚生労働省では平成 18 年度から障害者自立支援調査研究プロジェクト事業を補助金事業として実施しており、精神障害領域の地域移行、退院促進、相談支援、地域生活支援に関する事業もあります。平成 18 年度は事業一覧のみ、19 年度以降は各事業報告概要等（PDF 版）が下記 URL にて確認可能です。

<障害者自立支援調査研究プロジェクト 平成18年度採択事業一覧>

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/s-fukushi/project-ichiran.html>

<平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）>

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/other/jiritsu02.html>

<平成20年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）>

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/other/jiritsu05.html>

当該年度のみ精神障害者地域移行支援関連事業を幾つか抽出し参考までに概要を掲載します。

	事業名と概要	実施主体および URL
1	精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業 市町村・保健所・精神保健福祉センターの三つの行政機関での精神保健福祉相談内容に関する実態調査と、保健所地域移行支援事業実態調査、保健所地域移行ワークショップ開催等	全国保健所長会 TEL03-3352-4281 FAX03-3352-4605 http://www.phcd.jp/
2	精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討 退院困難要因の明確化、早期に医療的介入から福祉的介入をミックスした地域移行のための効果的介入方法の開発、退院後の地域生活定着の為に有効なデイケア活用を可能とする連携パス案開発等	社団法人日本精神科看護技術協会 TEL 03-5796-7033 info@jpna.or.jp
3	精神患者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究	社団法人日本作業療法士協会

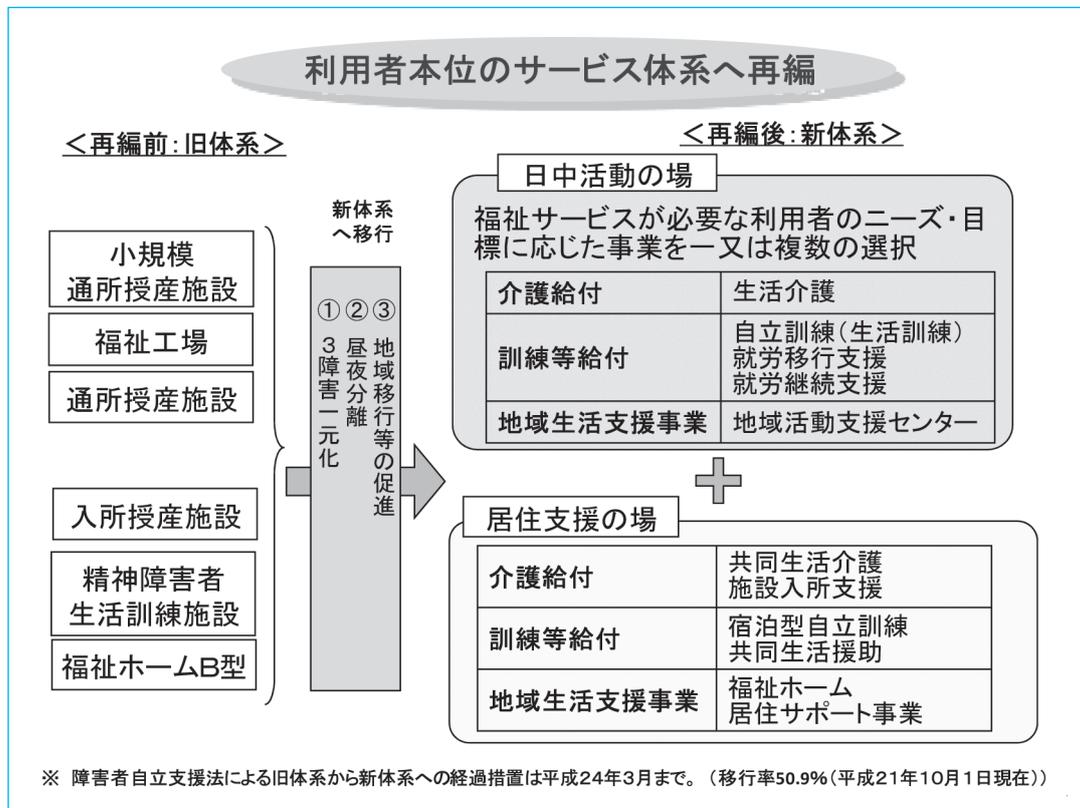


	精神科病院入院患者の地域移行時期の医療体制（訪問看護やデイケア・外来 OT 等）と市町村等地域支援体制（自立支援法のサービス等）のあり方及び医療と地域の連携のあり方に関し、試行全例で退院促進プログラム（退院後の生活を想定した、作業療法、心理教育、家族支援、情報提供等）と入院中から地域の支援者が参加するケア会議が実施され、症状改善、生活能力改善、支援満足度における有効性の報告等	TEL03-5826-7871 FAX03-5826-7872 報告書希望者は必要部数等を FAX にて送信すると送付可能
4	精神障害者の円滑な地域移行を推進する地域体制整備コーディネーター等の人材養成研修プログラム開発事業 全国の精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施状況と地域体制整備コーディネーター配置状況や今後の計画および精神障害者の地域移行支援に関する圏域の政策課題について概況調査と、18 年度以降の実施状況の経過の把握、研修ニーズの調査、研修プログラムのシラバスを検討し、テキスト、演習課題の作成等	社団法人日本精神保健福祉士協会 http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20090331/20090331.html TEL03-5366-3152 FAX 03-5366-2993 上記 URL からダウンロード可能
5	障害者地域生活移行フォローアップ事業 地域移行の円滑実施システムの構築、地域生活移行阻害要因分析と課題の明確化、地域生活移行フォローアップ・グループホームフォローアップ・移行システム検証等の各事業、DVD 作成等	北海道（北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課） hofuku.shohuku1@pref.hokkaido.lg.jp
6	精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する研究 聴き取り調査結果と、障害者ケアマネジメントの手法を用いた地域生活移行支援と退院後の地域の支援体制作りの取り組みを勧めている退院支援コーディネーターの活動の効果と課題の検証等	長野県精神障害者地域移行支援研究会 長野県精神保健福祉センター内 TEL026-227-1810 FAX026-227-1170
7	精神障がい者の自立支援に係る調査研究事業 退院可能と判断された患者の 3 年後の動向調査、入院継続者の退院阻害要因と再入院の要因分析、困難事例に対する必要な支援のための包括的地域生活支援プログラムの検討等	熊本市障がい保健福祉課 （熊本市地域生活支援研） shougaihokenfukushi@city.kumamoto.lg.jp TEL096-328-2313
8	精神障害者及び障害者の地域移行に関する実践的研究事業 居住確保と地域資源のネットワーク構築、啓発事業（参画型の住民コンプライアンス抽出調査と市民への成果の発信）、地域移行・定住・共生に必要な三障害共通ニーズの明確化等	財団法人正光会 http://www.shokokai-grp.or.jp/index_2.html TEL0895-74-0111 FAX0895-74-0113
9	精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業 地域移行支援員の業務分析、効果的支援手法等の調査研究、精神障害者のリハビリ促進プログラムの実践と評	社会福祉法人巣立ち会 TEL0422-34-2761 sudachi-kaze@sudachika

	<p>価、地域住民への障害者地域生活移行に関する普及啓発・コンサルティング活動等</p>	<p>i.eco.to</p>
10	<p>会津若松市における退院促進・地域支援のための地域精神保健福祉ネットワークの構築と、精神科病院機能強化の実践研究 医療機関の退院支援組織を教育・退院活動・急性期・外来支援の4部門に再編、行政と連携したエコマップ作成、ピアサポーター養成、訪問型生活訓練、効果的ケア会議技術等</p>	<p>社会福祉法人会津療育会 TEL0242-39-2271 jimur-agasse@agasse.or.jp</p>

2. 精神障害者地域移行・地域定着支援事業と障害福祉サービスについて

1) 旧体型（精神障害者社会復帰施設）から新体系（障害福祉サービス）への再編 平成23年度末(平成24年3月末)までに新体系福祉サービスへ移行(経過措置期間)。



2) 精神障害者が活用できる障害福祉サービス(個別給付)の種類と内容

利用者数(精神障害者)は平成21年11月国保連データによる

	事業名	内 容	利用者数
居住系支援	共同生活援助(クラブホーム)	主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。	9,464
	共同生活介護(ケアホーム)	主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の生活介護等を行い、日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、関係機関と連絡調整を実施。	4,295
	宿泊型自立訓練	日中一般就労や障害福祉サービスを利用している者に、食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施。個別支援計画の進捗状況に応じ、昼夜を通じた訓練を組合せる。	259
	施設入所支援	夜間における入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等を実施生活介護の利用者は、利用期間の制限なし自立訓練及び就労移行支援の利用者は、当該サービスの利用期間に限定。	240
居宅系支援	居宅介護	居宅における入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、その他生活全般にわたる援助。(通院等介助や通院等乗降介助も含む)	24,945
	短期入所	当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行う(障害程度区分1以上)	645
	行動援護	行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護。外出時における移動中の介護。排せつ及び食事等の介護その他の行動する際に必要な援助。障害程度区分3以上で行動関連項目合計8点以上	15

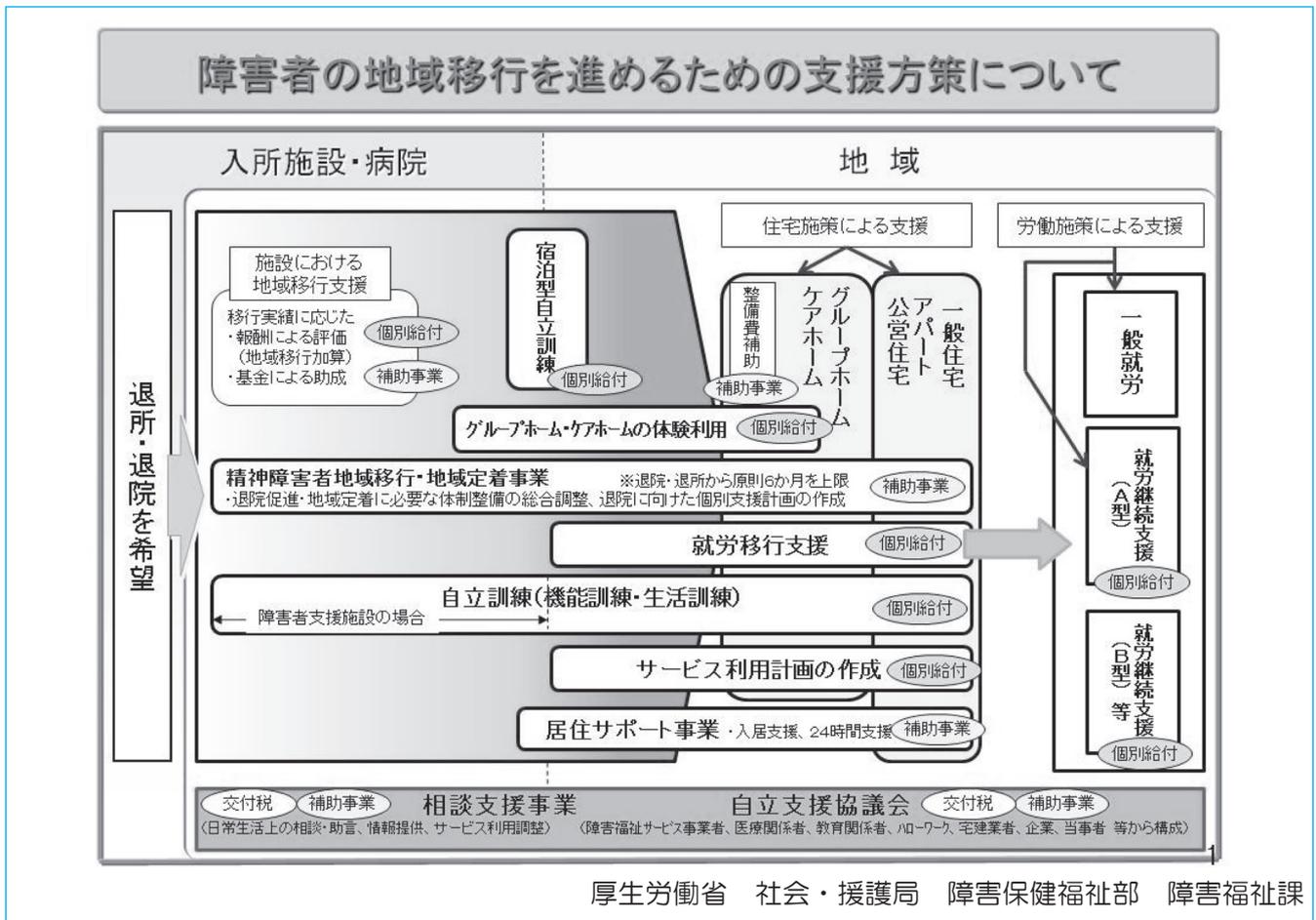
日中活動系支援	生活介護	主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護や、日常生活上の支援、生産活動の機会等の提供。	1,085
	自立訓練 (生活訓練)	食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施。通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせる。	2,879
	就労移行支援	一般就労等への移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適性に合った職場探し、就労後の職場定着のための支援等を実施。通所によるサービスを原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、職場訪問等によるサービスを組み合わせる。	4,433
	就労継続支援 A	通所により、雇用契約に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者について、一般就労への移行に向けて支援。	2,063
	就労継続支援 B	通所により、就労や生産活動の機会を提供（雇用契約は結ばない）するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者は、一般就労等への移行に向けて支援。	22,120

3) 地域生活支援事業

相談支援事業(障害者相談支援事業、居住サポート事業、成年後見制度利用事業等)、地域活動支援センター、コミュニケーション支援事業、移動支援事業、福祉ホーム等

4) 障害者の地域移行を進めるための支援方策について

病院等からの地域移行を進めるための障害福祉サービス利用可能時期の概要。居住地特例等のあり、個別詳細については、市区町村と相談が必要。



厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課



3. 語句の解説（本マニュアルでの使い方を含む）

1) 精神障害者地域移行支援特別対策事業

本報告書では、本事業として表現しており、平成 20、21 年度の2年間の事業であった。この事業は、当初「退院促進事業」という名称で呼ばれていたが、「地域移行」という表現に変化し、今後は、「地域定着」という要素が加わることになる。

2) 630調査

630 調査とは、正式名称を「精神保健福祉資料」といい、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（平成 18 年からは障害福祉課との連名）が毎年 6 月 30 日付で都道府県・指定都市 に報告を依頼している調査である。

3) ピアサポート

ピアとは、仲間という意味で、本報告書では、精神障害当事者を指している。一般的には、仲間同士の支え合いを指しているが、本報告書では、退院して在宅でいる精神障害者が、地域支援推進員の役割や、その補助的役割をになって、精神障害者の地域移行に関わる活動を指している。北海道を始め一部の地域で、既に活動の実績があり、今後その広がりが期待されている。

平成21年度障害者保健福祉推進事業
障害児者の地域生活への移行を促進するための調査研究事業
精神障害者の地域移行推進のための保健所の役割に関する研究報告書 別刷

精神障害者の地域移行推進のための保健所マニュアル

発行日 平成22年3月30日

発行者 全国保健所長会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8

公衛ビル内

電話 03-3352-4281(代)

印刷 (株)ニッポンパブリシティ



精神障害者の地域移行
推進のための
保健所マニュアル