

第五章

提言

「地域移行（退院促進）の意義と役割および具体的方法」

提言「地域移行（退院促進）の意義と役割および具体的方法」

「精神障害者の地域移行支援に、保健所が果たすべき役割」

柳 尚夫

兵庫県淡路県民局 洲本健康福祉事務所（洲本保健所）

Ⅰ. 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（以下コーディネーター）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こし、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、20年度からは、事業全体を調整する役割として「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の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こして
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

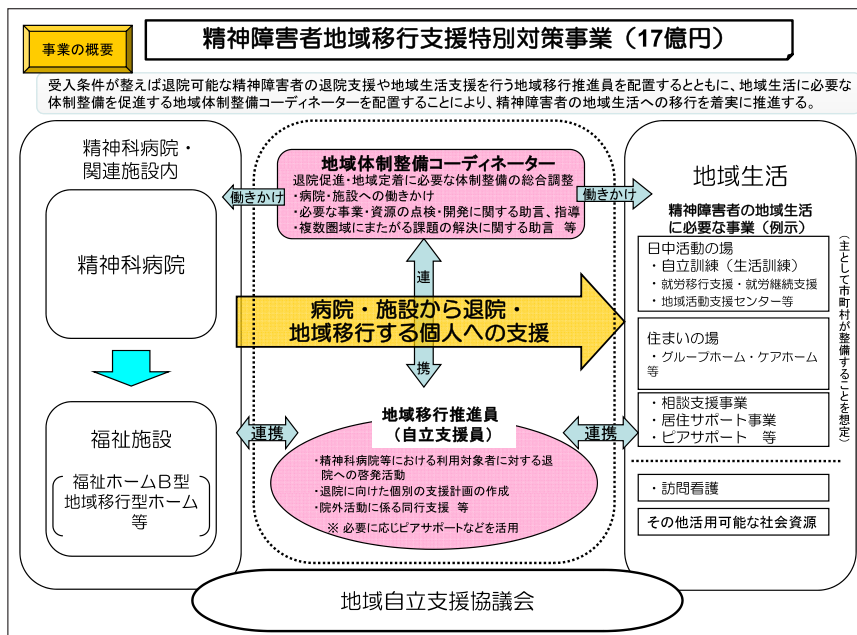
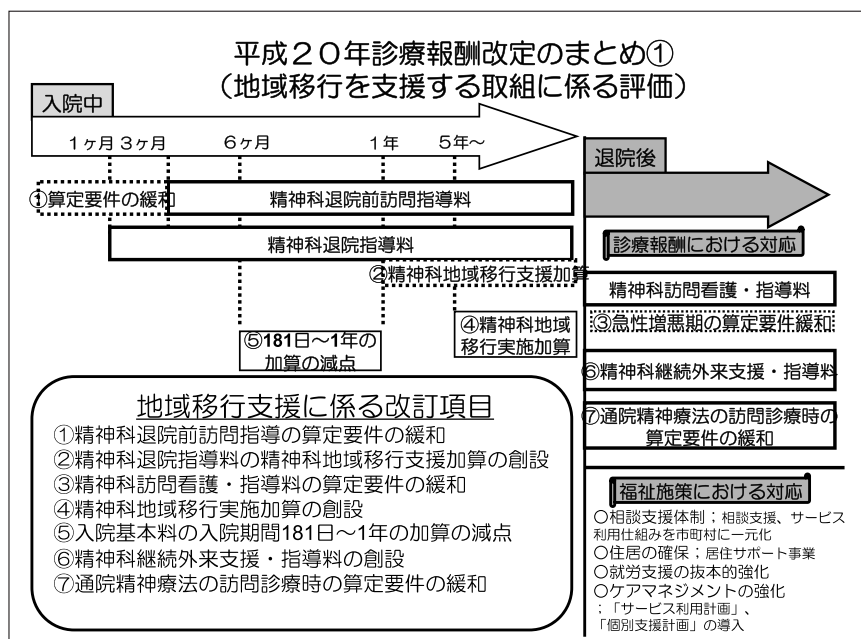


表 4



2) 病院の体制に合わせた具体的アプローチ

① 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、退院促進委員会や地域移行支援室の設置や長期入院患者の退院計画目標設定等地域移行加算（表5）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。しかし、病院の独自努力で退院ができていくという認識から、事業協力が得られにくい事がある。また、

表 5

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科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科の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。

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

コーディネーターも、既に退院促進が進んでいるという理由から、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、本制度で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に向けて、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。

② 退院促進に取り組む意欲は見られるが、社会的入院が多い病院

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があまり無い事が多い。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。組織的に退院促進に取り組む病院に変化していく様に支援を行う事が重要である。

③ 退院促進の取り組みがほとんどされていない病院

社会的入院患者を病院が世話をする（治療でなく）ことが患者のためであるという誤解をしていたり、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もある。これらの病院では、病院長を含めて、職員の退院促進に関する意識を変える必要である。「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」の再認識がなければ、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、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様に働きかけることが必要である。

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、時には地域移行支援員（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、患者の退院後の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、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。

3. 市町村への働きかけ

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) 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、自立支援法で、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、本事業で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ず、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である。

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で長期入院をし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から、退院後の生活への支援においても重要な役割である。国からは、各市町村に生活保護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て、取り組むこと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（表6参照）

地域社会資源は、全ての障害者に開かれていることと当事者のニーズに合ったサービスが利用できることが原則である。しかし、精神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6

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、地域での共同利用の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。勿論、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、入院している病院系列の資源だけが、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、住居系、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。このような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は、ネットワーク内で検討され、制度化されていないものは、自立支援会議で地域独自の制度として検討される必要がある。

4) 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恒常的に行えるようにすることが必要である。

Ⅲ. 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。さらに、この権限を保健所長に移譲している都道府県もある。

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を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、法を守っているかということのチェックと違い、環境整備が行われているかの評価を行うには、病院運営における質的な評価が必要である。つまり、表7のように、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。また、退院促進に向けてのシステムづくりができているかを評価することが必要である。

表7

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

特に、実地指導では、職員に直接質問できることから、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ができ、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、以下のような630調査等の活用が必須となる。

2) 精神保健福祉資料（いわゆる630調査）の活用（表8）

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、個々病院の現状把握のための資料としても活用される事は、地域精神保健福祉対策上当然であろう。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、平均在院日数が簡単に求めることができ、資料として活用できる。

表8

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

① 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諸国の最も長い国の3倍以上で、最も短い国に比べると30倍にもなる。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。

② 長期以上入院患者割合

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。

③ 一年後残存率（グラフ 1）

入院が1年を越えると、さらなる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。

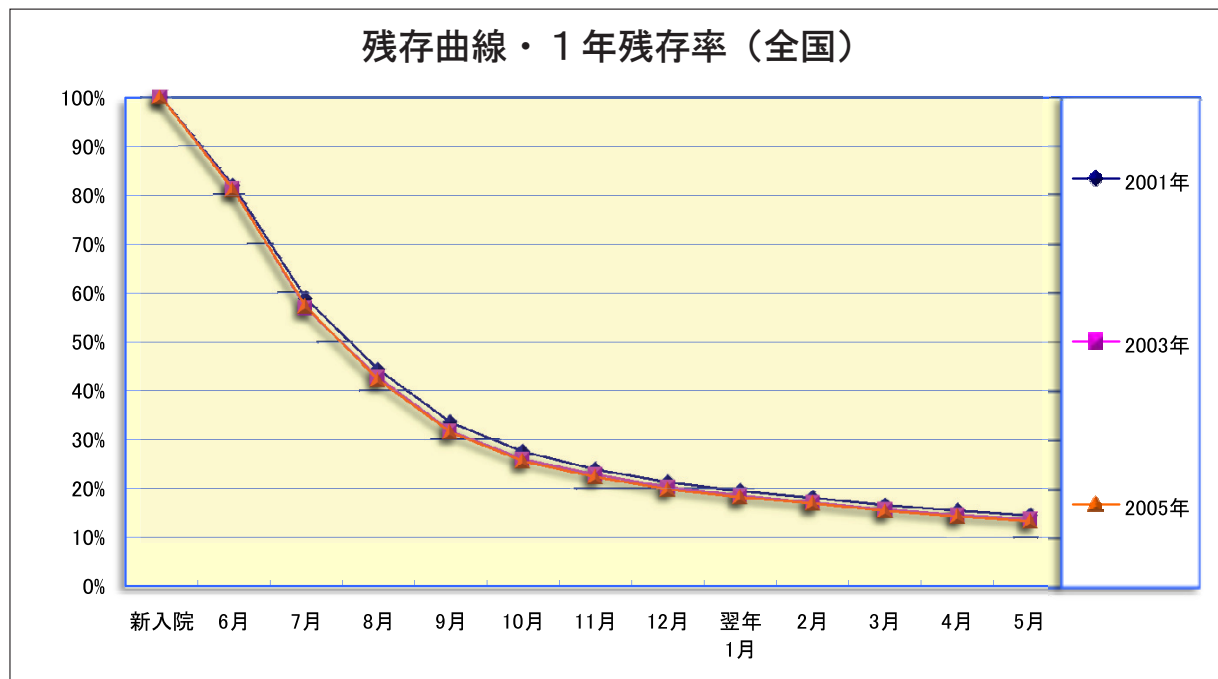
④ 入院患者の疾患別、入院形態別、入院期間別数の現状

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、そして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、入院へ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。

グラフ 1



提言「地域移行（退院促進）の意義と役割および具体的方法」

「十勝・北海道の事業展開と委託事業者としての役割・課題」

三上 雅丈
(帯広生活支援センター)

平成12年に大阪で始まった退院促進支援事業は平成15年に国が事業化した。北海道は平成16年精神障害者地域生活支援事業の名称でモデル事業（釧路・十勝）退院促進（地域移行）事業が始まった。

1. 十勝の背景

十勝は以前から退院を促進し、地域で支えるために必要な社会資源を開発してきた地域でもある。退院へのハードルが高かった頃、病院で自炊、洗濯等生活をするための訓練をしたり、家族の扶養が退院への大きなウエイトを占めていたが、本人のできないことを社会で補うことを考え、地域での生活ができるように支援をしてきた。まずは1年365日3食、食事付きの共同住居から始めた。医療機関のソーシャルワーカー5人が運営し、通院先は変えずに利用できることとした。このオープンシステムと呼ばれる考え方はその後の社会資源に共通する考え方となった。その後も日中過ごす場としての共同作業所、自助グループ活動の支援等、利用者のニーズに応えるためだったり、精神科病院に入院している人が1人でも多く退院できるように条件整備のために社会資源を開発してきた。もう一つ、地域移行・生活支援に関しては昭和59年に開設された音更リハビリテーションセンター（援護寮とデイケア）も大きな役割を果たしてきた。長期の入院患者を受入、地域移行させていった。

帯広生活支援センターは平成9年に帯広ケア・センター（当時の精神保健福祉法上の通所授産施設）に付置する形でスタートした。地域で暮らす障害者ニーズを大切にしながら相談・訪問・生活支援を中心に活動を行ってきた。十勝精神保健協会が大阪での退院促進支援事業の取り組みの講演会を開催したのは、平成13年であった。そのころ

十勝・帯広では障害者ケアガイドラインに基づくケアマネジメントも始まっており、ケアマネジメントの手法で生活支援をしていた。医療機関からは、住むところを探して欲しい・退院後、訪問してほしい・作業所を見学してほしい等といった、依頼などがあり、マネジャーはアセスメントをして、ケア計画を立てていた。しかし、入院中からケアマネジメントを使って退院支援の依頼はなかった。

2. 北海道の精神障害者地域生活支援事業の経過

国が退院促進支援、事業を制度化したのが、平成15年で、北海道は1年遅れの平成16年度から2年間釧路・十勝の2圏域でモデル事業としてスタートさせた。その準備として、先に述べたように大阪から講師を呼んで講演会を開催した。

平成15年度は、北海道は事業化しなかったのが、十勝では、保健所と生活支援センターの独自事業として社会復帰促進事業を行い、北海道が事業化したときには帯広生活支援センターも手を挙げる準備とした。この時は、保健所の保健師1名と支援センターの精神保健福祉士2名がケアマネジャーの体制をとった。A医療機関から3名の対象者があがり、本人とアセスメントをとり、支援チームを作り退院を支援した。この経験が退院促進支援事業に当事者の力が必要であるという思いと、当事者グループからも「我々も是非、入院している仲間の退院を支援する力になりたい。」という熱い思いを受け当事者支援員という形でチームの一員とすることにした。今、現在、北海道はピアサポーターとして予算化している。

平成16年度からのモデル事業は、保健所担当係長と相談しながら進めていった。最初に行ったことは、入院ベットのある医療機関の管理者への

事業説明である。当時は単科・総合病院合わせて5か所あり、すべての医療機関を訪問した。やはり、地域の問題として取り組むためには、オール十勝で行う必要があると考えた。5つの医療機関は多少の温度差はあるもの協力しましょうと言ってくれた。ただ、「1人の入院患者さんを退院させることは、ベットが空くことにもなり経営的には大変なのだ。」という意見や「病院として退院を進めている人はいるのだが、家族が頑として退院に反対して進んでいない人もいる。」という話もあったが、すべての入院施設がある医療機関から対象者を出してくれた。これは、以前からあった、医療機関、作業所・通所施設、住居資源等を含めた関係性やネットワーク構築あったのが大きかった。

事業の進め方としては、基本は大阪の退院促進支援事業を参考に行われた。その当時は地域体制整備コーディネーター・地域移行推進員という名称ではなく、支援員の名称を使っていた、このモデル事業の時から当事者をスタッフにしている。当事者支援員は、まず事業説明会を開催し、その後、公募した。履歴書・志望動機を書いてもらい、面接をして10名の当事者支援員を委嘱（この時は保健所所長名）した。その後2日間にわたり研修をした。研修のプログラムは精神障害者地域生活支援事業（退院促進）の説明、プライバシー保護、守秘義務について、活動のシュミレーション、活動報告・その他書類の書き方、困った時の対応について等である。

次に入院中の人に向けての説明会を順次行っていた。方法としては、病院の中の調整役（精神保健福祉士や保健師）にお願いする。医療機関によっては開放病棟の人全員を対象に説明会を行ったり、病院によっては対象となりそうな数名を対象に説明会を開いた。この時にピアサポーターもいっしょに行きメッセージを送り地域の風を届けた。

地域移行支援協議会は医療機関・保健所・帯広市・その他関係機関にお願いをして構成した。ここでは、対象となった人の個別の検討・情報交換が行われた。さらに年2回北海道・精神保健福祉センターも含めた協議会が行われ、事業経過・課題・今後の事業展開等が話題となった。この2年間のモデル事業で対象として4つの医療機関から8人の対象者があがり、退院を支援した。

3. 平成18年からの精神障害者地域生活支援事業

障害者自立支援法が成立し、精神障害者地域生活支援センターは新体系に移行することになった。帯広生活支援センターは、地域活動支援センターI型、指定相談支援事業所、精神障害者地域生活支援事業（退院促進）の3事業を行うこととなった。道内の生活支援センターも基本的にはこの3事業を行うこととなった。この時、北海道は精神障害者地域生活支援事業の要綱・要領の中にピアサポーターを位置づけて、予算化した。相談支援が市町村の委託が進まない中で、地域活動支援センターの補助金と精神障害者地域生活支援事業の委託費で精神障害者地域生活支援センターの補助金とほぼ同額となり、スタッフを減らすことなく、ほっと一息ついたのであった。

事業の方法としては、モデル事業のやり方とほぼ変わらずに進めてきた。事業の流れは、医療機関で対象者を選び、主治医の意見書・本人、家族の同意書等の書類を用意してもらい、地域生活移行支援協議会に持ち込んでもらう、そこで対象とすることがどうか決定し、通知する。これまでに、推薦された人でお断りした人はいない。次に担当のケアマネジャーを決めることになる。これまでに、生活支援センターのスタッフの他に保健所の保健師、相談支援事業所の相談支援専門員がケアマネジャーの役割を果たしてきた。平成20年度からは地域移行推進員が専従となったので原則、地域移行推進員が担当している。その後、病院職員との打ち合わせを行い、本人と会いアセスメントを行い、地域生活を考え、退院に向けた計画をたて、実行していくことになる。平成21年度は国の精神障害者地域移行特別対策事業を47都道府県が実施している。

4. 委託事業者としての役割・課題

委託事業であるから、要綱・要領に沿って条件が整えば退院できる人の退院を支援していくことが大きな役割である。それには、個別支援・地域づくりとピアサポーターの三つが主な役割と考える。

地域移行も都道府県により、方法、予算も様々であるが、北海道の場合、基本的には、地域移行

推進員がケアマネジャーとなり医療機関のスタッフ等必要なチームを組み支援をしていくこととなる。対象者をだしてもらうために、医療機関・行政との連携が重要になる。全国では、地域移行推進員やピアサポーターが病棟に自由に入出できる医療機関から、まだ、敷居の高い医療機関まで様々である。今回の研修のなかでも、院内茶話会、DVDなどの映像をつかった説明会、ピアサポーターの報告会等それぞれの地域で工夫しながら行っている報告があった。入院が続いている人に地域での暮らしや情報を伝え、退院したい気持ちをくみ取り、意欲を高めることが求められている。基本的にはケアマネジメントの手法を使い、支援していくこととなる。アセスメントをしながら、対象者のニーズ、課題を協議会にあげていき、共有化し、地域の課題としていくことが求められる。また、退院後の地域生活も視野にいれ、市町村、相談支援事業所、福祉サービス事業所と連携し、安心して生活し、定着していくことが大切であると考え。

地域体制整備コーディネーターの仕事として、厚生労働省は4つの役割を示している。

1. 病院地域への働きかけ
2. 必要な事業・資源の点検・開発に関する助言・指導
3. 複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言
4. 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

対象者がいなければ、事業としては成り立たな

い。まずは、医療機関との関係作り、それぞれの地域で現状は違うと思うが、関係機関それぞれ持っている強みを生かして連携していくことが必要ではないか。その為には、各種地域情報、福祉サービス事業所等、地域の診断を行い、協議会等の中で安心できる環境・地域作りに向けて、課題を整理をニーズを満たすために資源開発の意識を持ちながら、必要なものは作り出すことも検討しなければいけない。

ピアサポーターは地域移行・地域定着に必要な人材である。同じ体験をした仲間として寄り添う支援をしたり、回復したモデルとしても大きな役割を果たしている。その為には、研修プログラムの制度化、彼らが安心して活動出来る為の財源を含めた環境づくりが必要と感じている。今後ピアサポーターが活躍できる場が全国に波及し、広がることは間違いないのではないかと。

対象者は一市民であるので、彼らが住みたい、戻りたい地域の市町村役場との連携は不可欠である。事例を通して、地域の課題として認識してもらうことも必要と考える。

地域移行は地域の課題であるので、問題の一般化、普及啓発のための活動も大切な役割である。研修会、講演会、ピアサポーターの報告会等を行いながら訴えていくことも必要と考える。

最後に、誰もが住みよい地域作りをめざし、地域移行が進むよう、関係機関と連携し、できることから始めていくことが大切であると考え。

参考資料

Q&A



Q:誰でも利用できるの？

A:主治医の推薦が必要になりますが、まずは病院のスタッフ（主治医・看護師・保健師・ソーシャルワーカー）などにご相談下さい。

Q:ピアサポーターってどんな人？

A:同じような病気や障害など様々な経験をして、現在地域で生活している人です。事業を利用している間に一緒に外出したり、相談に乗ったり…退院に向けて応援してくれます。

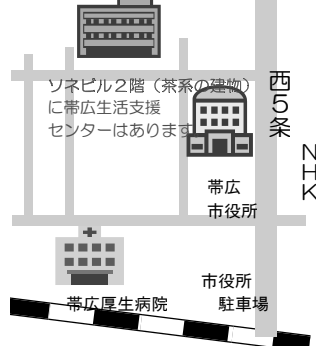
Q:お金はかかるの？

A:費用はかかりません。ただ、外出する時の交通費や飲食代は基本的に実費負担になりますので、詳しい内容はご相談下さい。

Q:続けられる自信がないのですが…

A:不安になった時は病院のスタッフに相談して下さい。
もし、やめてもまた始めることができます。

自転車を止める場所はありません。
車は当事業所が認めた時のみ止められます



この事業は、北海道から委託を受け、帯広生活支援センターが実施している事業です。

- ・実施主体 北海道
- ・問い合わせ先 帯広生活支援センター
(平日 8:45～19:00
土日祝 8:45～17:00)
- 電話：0155-23-6703



地域生活移行支援事業 のお知らせ



平成22年1月版



外出したいけど、一人では自信がないなあ…。



退院後どこに住んだらいいだろう…

今のお金で退院後生活できるかなあ…。自分でやりくりできるかなあ…。



ごはんのことが心配だな。退院したらやっていけるかなあ。

地域生活移行支援事業

とは、入院が続いている人に対して、退院後の希望を聞きながら、退院に向けてお手伝いする事業です。

どんなことをしてくれるの？

1



事業の利用希望者に担当のスタッフが病院へ会いに行き、お話を聴きます。

2



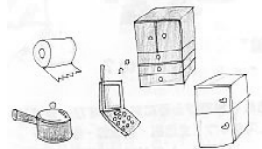
退院後の生活の希望を聴き、病院スタッフ（看護師、ソーシャルワーカーなど）と今後について考えて行きます。

3



希望によっては、作業所やグループホームなどピアサポーターなどと一緒に見学に行きます。

4



退院が決まったら、住居や生活に必要なものの買い物。各種手続きを一緒に行き、生活の準備をします。

5



退院後も、安心して生活出来るよう関係のある人が引き続き生活を応援します

その他

定期的・必要のある時に病院や関係の人が集まって、退院後の生活が充実するよう話合う機会をもうけています

提言「地域移行（退院促進）の意義と役割および具体的方法」

「精神障害者の地域生活への移行支援を国民の課題として取り組むために」

岩上 洋一

(特定非営利活動法人じりつ)

はじめに

筆者は、2002（平成14）年から埼玉県精神障害者退院促進モデル事業とし精神障害者の地域移行支援に取り組み始めた。2008（平成20）年からは、精神障害者地域生活移行支援特別対策事業に取り組み、この間、49人の退院に携わってきた。

また、厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究事業プロジェクト）では、2008（平成20）年度「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」委員、「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」検討委員、2009（平成21）年度「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」委員、「精神障害者の地域移行支援対策事業対象者の地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査研究事業」委員、及び本調査研究事業である「精神障害者等の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業」委員を務めてきた。

本稿では、このような経験を通して、地域移行をすすめるための私見を述べようと思う。

基本的認識の合意 地域移行支援は国民の課題

地域移行（退院促進）を推進していくためには、「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。

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

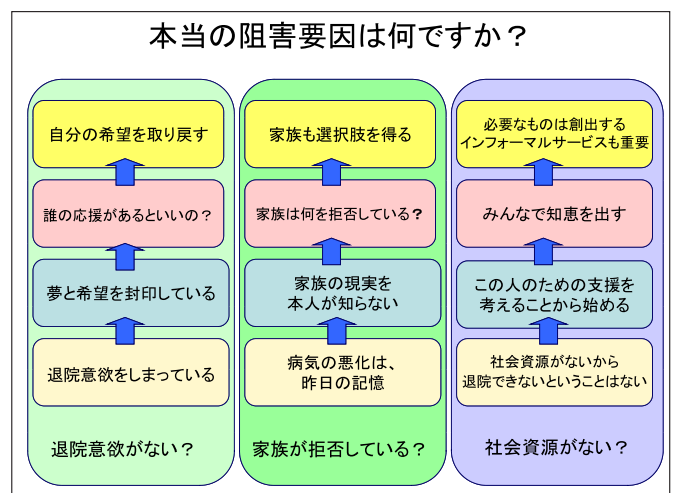
費の国庫補助規定を設けている。また、1958（昭和33）年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分けた。以後、精神科病院の設立ブームが起こったのは周知のとおりである。

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顧みら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たい。

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を可能にするのである。

阻害要因を見直そう



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、本当に阻害要因なのか、もう一度見直す必要があるのではないだろうか。

「本人の意欲がない」と言われている人は、実は、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、退院したい気持ちを封印していることが多い。もう一度、一人ひとりの思いに寄り添うことから始めてみてはどうだろうか。

「家族が拒否している」ことについては、家族にとって、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、昨日のことのような記憶である。家族は、入院を継続するか、家族が引き取る以外に選択肢がないと思い込んでいることも多い。なかには、医療機関には、「引き取れない」事情を説明しているが家族が、本人にはその実情を伝えていないこともある。「家族が何を拒否している」のかがわかると、新たな手立てが見えてくるのではないだろうか。

「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から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、働くところを見つけ、新たにづくり、サポートしてくれる人を探し、育ててきたのではないだろうか。まずは、この人のための支援を考えることから始めて、知恵を出しあい、インフォーマルサポートも利用し、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のではないだろうか。

社会的入院の全員が対象者

医療機関は、退院支援を自らの責任であると考えているため、精神障害者地域生活移行支援特別対策事業（以下、本事業）、特に対象者の選定に困惑していることが多い。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る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がある。

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よう。

ピア・サポーターの時代

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・サポーターとのわちあい、社会的入院者の勇気となり、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。

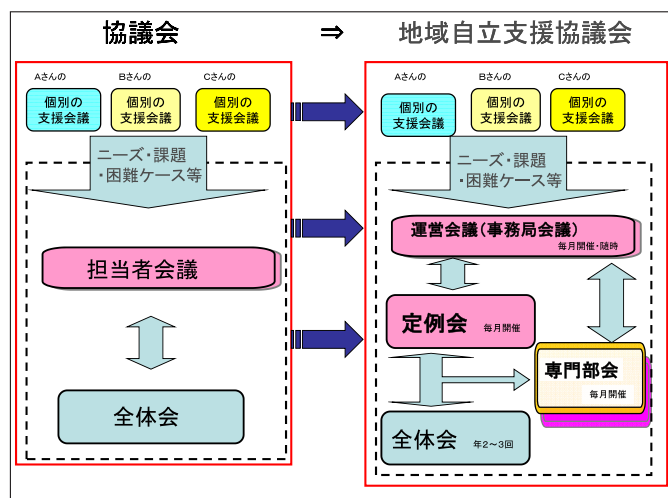
ピア・サポーターが活躍する時代となったが、その位置づけ、育成方法、役割分担については、早急に整備する必要がある。危惧することは、精神障害者への就労支援が行き届いていれば一般就労できる人を、安易にピア・サポーターとして囲い込んでしまっていないかということである。このことについても点検が必要であろう。

地域自立支援協議会の活用

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1つとして、現実的な課題として取り組むことがで

きる。



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のである。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。

「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は、地域の課題としてプログラム化・事業化・施策化していくのである。もちろん、予算の計上も必要となるであろう。

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、精神障害者の地域移行支援を進めるうえでの重要な鍵となる。

精神障害者地域移行支援特別対策事業における 個別の課題からプログラム化・事業化・施策化の案		
個別の課題	プログラム	事業化 施策化
退院意欲がない	意欲回復プログラム	地域移行リカバリー事業
外泊してみたい	外泊体験	外泊体験事業
家族が拒否している	家族説明会	地域移行型家族教室
支援する人がいない	市民サポート講座	地域世話人制度
新たな社会的入院をつくらない	ひきこもる精神障害者支援	訪問型生活訓練の充実
新たな社会的入院をつくらない	疾病教育 健康教育・余暇活動	保健センター 精神障害者のための健康教育

ここで、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、

相談支援事業と地域活動支援センターの機能分化

厚生労働省は、相談支援事業所を精神障害者地域生活移行支援特別対策事業の委託事業所として想定している。2006（平成18）年の障害者自立支援法の施行に伴い、精神障害者地域生活支援センターから移行した相談支援事業所と地域活動支援センターは、早急に機能分化を進める必要がある。身体障害者、知的障害者の支援を中心に支援してきた相談支援事業所は、3障害に対応して、精神障害者の地域移行支援を担っている事業所も増えてきている。

精神障害者を中心に支援してきた相談支援事業所は、未だ地域活動支援センターの来所者を対象としている場合があるが、相談支援事業所には、

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。

都道府県主管課は、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（私案：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。

国の役割

厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究事業プロジェクト）において、2008（平成20）年度の日本精神保健福祉士協会が受託した「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」、2009（平成21）年度の全国保健所長会が受託した「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」、北海

道地域ケアマネジメントネットワークが受託した本調査研究事業である「精神障害者等の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業」において、地域移行推進員、地域体制整備コーディネーター、保健所職員への研修プログラムが開発され、実務に携わる人材を育成してきたと考える。

本事業における国の今後の役割は、エンジンとなる都道府県に、地域移行を推進するための仕組みをつくるよう働きかけることである。国は、都道府県の本事業の担当課、精神科病院実地指導の担当課、病床管理の担当課、生活保護の担当課、自立支援協議会の担当課の職員と民間の委託事業者の代表を集めて、都道府県ごとの仕組みをつくること及び地域移行推進計画を策定することを提唱する必要がある。この会議（研修）は、年2回以上実施し、年度ごとに計画と結果の提出を求めて効果測定を行うものとしたい。いずれにしても、都道府県内の縦割り行政の弊害を打破して、総合的に地域移行を推進するための手立てを打つ段階にきている。

もちろん、国には、その使命として、本事業に留まらず、社会的入院の解消、精神障害者の社会的復権をはかるために、現状のパラダイムを変換するための政策を実現することを期待したい。

おわりに

「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もと、全国各地で地道な活動が展開されている。退院した人からは「退院して大変なこともあるけれど生きています」「自由があるって幸せです」という多くの声が寄せられている。

社会的入院者の退院促進、地域移行は、誰か一人の頑張りでできることではない。さまざまな人と機関の協働によるネットワークが必要であり、そこでは新たな生活支援が創出されている。このような仕組みを各地域でつくっていかなければならない。

本稿では、そのための考え方、方法論、そして若干の提言をさせていただいた。

「社会的入院者の退院支援、地域移行は、国民

の課題である」ことの解決にむけて、「何ができるのか」、「何をすべきなのか」を問われているのは私たち自身である。

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（2008）「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
- ・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

おわりに

～希望するすべての障がい者が地域で暮らせる社会の
実現めざして～

「おわりに」

～希望するすべての障がい者が地域で暮らせる社会の実現めざして～

大久保 薫

(社会福祉法人あむ 南9条通サポートセンター／)
(北海道地域ケアマネジメントネットワーク 理事)

平成22年1月のある日のこと、北海道が平成21年4月から配置した「地域生活移行支援コーディネーター」が、自治体から委託を受けている相談支援事業所のひとつを訪れた。初めてのことである。打合せの内容は次のようなものであった。全道に配置されたコーディネーターは6人で、知的障害者、身体障害者等を対象に、エリアを分けて所在する入所施設等に訪問し、希望する入所者の地域移行を推進している。しかし、広いエリアを一人のコーディネーターでカバーするのは困難であるし、何より退所に至るまでの細やかな支援や退所後の支援、様々な関係者との連絡、調整など、地元の相談支援機関等との連携が不可欠であるので、ぜひ協力してほしいとのことであった。

北海道の「北海道障がい福祉計画」(平成21年～平成23年)は、そのテーマを「希望するすべての障がい者が地域で暮らせる社会の実現」とし、地域移行の数値目標を入院中の退院可能精神障害者地域移行者数1,718人、それ以外の入所者の地域移行者数2,366人としている。少しずつは進んでいるものの目標にはまだまだ及ばない。しかし、数字上は大きな前進がないとしても、知的障害分野、身体障害分野に比べ精神障害分野の地域移行は随分進んでいると感じる。この取り組みに関して、精神障害分野は組織的である。精神障害以外の分野の地域移行に対する取り組みは、全体とするとまだ「掛け声」の段階といってもよいかもしれない。

もうひとつ、地域移行を促進する根拠、その拠り所の明確さも際だつ感がある。「病院は暮らしの場所ではない。治療の場所だ」のような明快なメッセージを、知的障害、身体障害等の分野は持ち合わせているだろうか。人間が暮らすのであるから、「治療の場所」ではなくて「暮らしの場所」がふさわしいのは当然である。その意味で、知的障害者や身体障害者、或いは重症心身障害児(者)等の入所施設とはどのような「場所」であるのか。今日的な意味、役割を問い直し、当事者、家族、関係者、さらには一般市民も了解可能にする必要がある。

本報告書全体を通して明らかにしたように、各都道府県での地域移行推進員や地域体制整備コーディネーターの配置状況や業務内容にはバラつきがある。これは、それぞれの地域での精神障害者をめぐる福祉、医療等の歴史の違いでもあるし、行政を含めた支援者側の意識や連携の歴史の違いでもある。この歴史の違いを無視したところに、地域移行の推進はない。一方、各章で論じてきたように、精神障害者の地域移行を推進するための取り組みを単に所謂「退院促進」のみに特化した取り組みとして位置づけるのではなく、今日的には障害のある人、あるいは生活者一人ひとりが地域で自分らしく暮らすためにどうあるべきかという延長線上でとらえるべきと考える。

精神障害者の地域移行は、そう易々とは進まないかもしれない。そこには相当の覚悟と気概が必要になってくるかもしれない。だからこそ、しっかりと思想に根ざした理論と方法が必要になってくる。一方では、生活者が一人ひとり違うように地域もそれぞれに違う。違いを認め尊重し合う中でこそ、地域移行も進んでいくはずである。

本報告書は、一律の研修プログラムや研修テキストを提示するものではない。しかし、「精神障害者の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成」に関する基本的な指針は指し示すことができたと考えている。各都道府県で研修を企画する際に、本書を活用し講義の組み立て方や演習展開の参考にしていただきたい。特に、この問題を全ての障害のある人の自分らしい暮らしのあり方という視点で捉え直した上で、どのように研修を組み立てていくか、或いはどのように研修の中に盛り込むかについて、工夫をしていただきたい。

精神障害者の地域移行をしっかりと推進しつつ、その取り組みを狭めずむしろ拡大するために、本書が、知的障害者や身体障害者等の地域移行の推進に関わっている全ての当事者、支援者等との連携にも活用していただければ幸いである。

参考資料

1. 委員会体制

中央企画委員会

委員長	門 屋 充 郎	十勝障がい者支援センター	北 海 道
委 員	三 上 雅 丈	帯広生活支援センター	北 海 道
委 員	岩 上 洋 一	埼葛北障がい者生活支援センターふれんだむ	埼 玉 県
委 員	田 村 綾 子	日本精神保健福祉士協会	東 京 都
委 員	国 重 智 宏	多摩在宅支援センター円	東 京 都
委 員	吉 田 展 章	藤沢市地域生活支援センターおあしす	神奈川県
委 員	相 馬 妙 子	かながわ障がいケアマネジメント従事者 ネットワーク (KCN)	神奈川県
委 員	柳 尚 夫	兵庫県淡路県民局 洲本健康福祉事務所 (兵庫県洲本保健所)	兵 庫 県
委 員	金 子 百合子	地域生活支援センターまほろば	広 島 県
委 員	矢 田 朱 美	地域生活支援センターふあっと	島 根 県
委 員	大久保 薫	南9条通サポートセンター	北 海 道
委 員	戸 田 健 一	千歳市障がい者総合支援センター Chip	北 海 道
委 員	林 健 一	あさかげ生活支援センター	北 海 道
事務局	高 橋 沙 織	北海道地域ケアマネジメントネットワーク	北 海 道

協力／厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

帯広班委員会

委員長	三 上 雅 丈	帯広生活支援センター	北 海 道
委 員	門 屋 充 郎	十勝障がい者支援センター	北 海 道
委 員	長 村 麻 子	十勝障がい者支援センター	北 海 道
委 員	波多野 聖 子	十勝障がい者支援センター	北 海 道
委 員	丸 瀬 恵	帯広生活支援センター	北 海 道
委 員	橋 本 達 志	こころのリカバリー総合支援センター	北 海 道
委 員	奥 貫 あい子	千歳地域生活支援センター	北 海 道
委 員	元 井 昭 紀	南空知地域生活支援センターりら	北 海 道
委 員	大久保 薫	南9条通サポートセンター	北 海 道
委 員	戸 田 健 一	千歳市障がい者総合支援センター Chip	北 海 道
委 員	林 健 一	あさかげ生活支援センター	北 海 道

広島班委員会

委員長	金 子 百合子	地域生活支援センターまほろば	広島県
委員	長谷部 隆 一	地域生活支援センターさ・ポート	広島県
委員	西 井 徹	さくら相談支援事業所	広島県
委員	原 田 葉 子	地域生活支援センターふれあい	広島県
委員	垣 尾 泰 弘	ワークセンターなかよし	広島県
委員	垣 中 友 子	モルゲンロート	広島県

関東班委員会

委員長	田 村 綾 子	日本精神保健福祉士協会	東京都
委員	行 實 志都子	文京学院大学	埼玉県
委員	岩 上 洋 一	埼玉葛北障がい者生活支援センターふれんだむ	埼玉県
委員	国 重 智 宏	多摩在宅支援センター円	東京都
委員	吉 田 展 章	藤沢市地域生活支援センターおあしす	神奈川県
委員	相 馬 妙 子	かながわ障がいケアマネジメント従事者 ネットワーク (KCN)	神奈川県
委員	井 上 大 輔	丹沢病院	神奈川県

2. 委員会開催経過

中央企画委員会

	開催日	開催場所
第1回	平成21年8月28日	日本精神科看護技術協会
第2回	平成22年2月4日～5日	ホテルセンチュリー21広島
第3回 (編集会議)	平成22年3月30日	北海道総合研究調査会 会議室

帯広班委員会

	開催日	開催場所
第1回	平成21年9月2日	帯広市保健福祉センター
第2回	平成21年10月3日	十勝障がい者サポートハウス イランカラプテ
第3回	平成21年10月28日	十勝障がい者サポートハウス イランカラプテ

広島班委員会

	開催日	開催場所
第1回	平成21年11月26日	地域生活支援センターまほろば
第2回	平成22年1月28日	地域生活支援センターまほろば
第3回	平成22年2月3日	広島市東区地域福祉センター

関東班委員会

	開催日	開催場所
第1回	平成21年9月11日	四谷ルノアール貸会議室
第2回	平成21年10月9日	四谷ルノアール貸会議室
第3回	平成21年11月11日	四谷ルノアール貸会議室
第4回	平成22年1月7日	四谷ルノアール貸会議室
第5回	平成22年3月5日	四谷ルノアール貸会議室