

平成 2 7 年度

精神保健担当者向け
改正精神保健福祉法への対応研修

主催:改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究班

日本公衆衛生協会

平成 2 8 年 2 月 1 5 日～ 1 6 日

東京都北区北とぴあ

**精神保健担当者向け改正精神保健福祉法への対応研修
日程表(開催場所：北とぴあ)**

テキスト
ページ

研修１日目（２月１５日：月曜日）

時刻	プログラム	研修内容	担当	時間数
13:00	オリエンテーション	オリエンテーション		15
13:15	基調講演	精神保健福祉法改正後の地域精神保健医療の課題と保健所への期待	鶴田	60
14:15	休憩			10
14:25	講義①	全国保健所調査から見た課題と保健所として取り組むべき方向性（研究班報告）	中原	60
15:25	講義②	地域移行を進めるために 保健所を中心とした取り組み	柳	75
16:40	全体質疑	１日目の内容に関する質疑応答		20

1 P

24 P

50 P

研修２日目（２月１６日：火曜日）

時刻	プログラム	研修内容	主担当	時間数
9:00	オリエンテーション	オリエンテーション		10
9:10	演習	精神障害者の地域移行推進計画策定	大塚	130
11:20	発表	精神障害者の地域移行推進計画策定		60
12:20	昼食			60
13:20	意見交換・助言	精神障害者の地域移行推進計画策定		70
14:30	全体質疑	２日目の内容に関する質疑応答		45
15:15	閉会	アンケート記入		15

【基調講演】

「精神保健福祉法改正後の地域精神保健医療の課題と保健所への期待」

講師

鶴 田 真 也

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課 課長補佐

平成28年2月15日（月）

精神保健福祉法改正後の 地域精神保健医療の課題と保健所への期待

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課 課長補佐
鶴田 真也₁

本日の内容

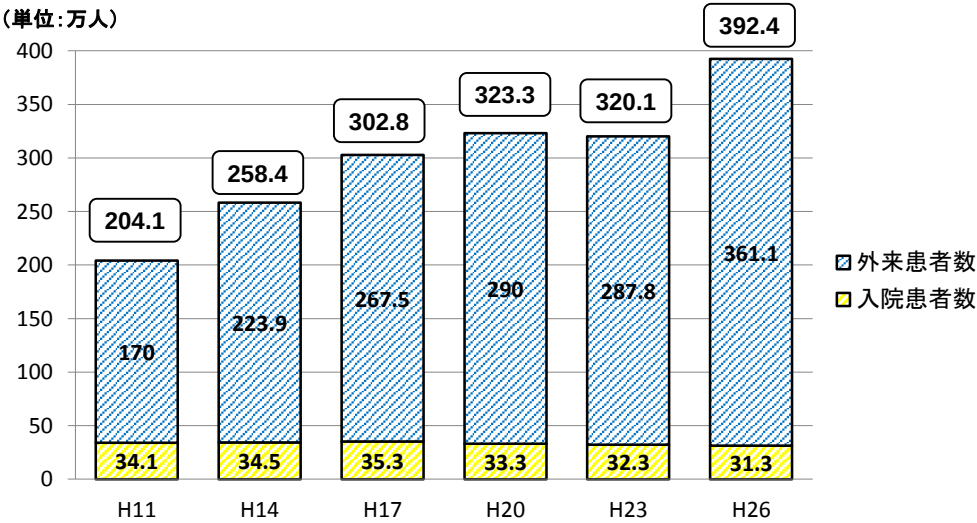
1. 精神保健医療の現状について
2. 長期入院精神障害者の地域移行について
3. 障害者部会における議論について
4. 中医協における議論について
～地域移行関係を中心に～
5. これからの精神保健医療福祉のあり方に関する
検討会について

2

1. 精神保健医療の現状について

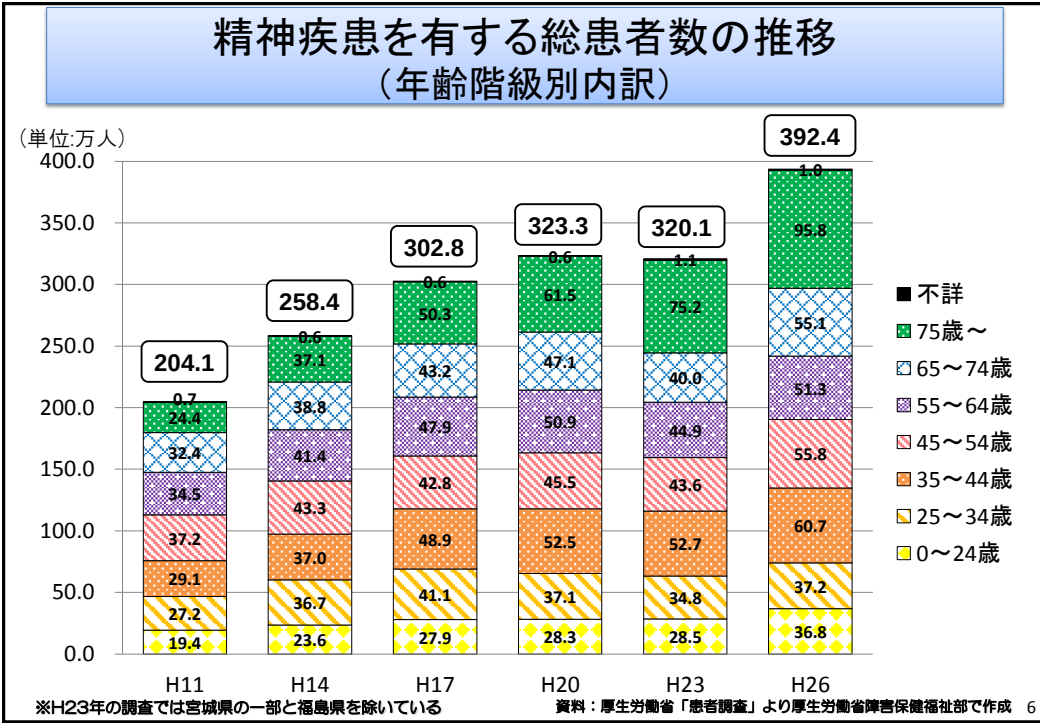
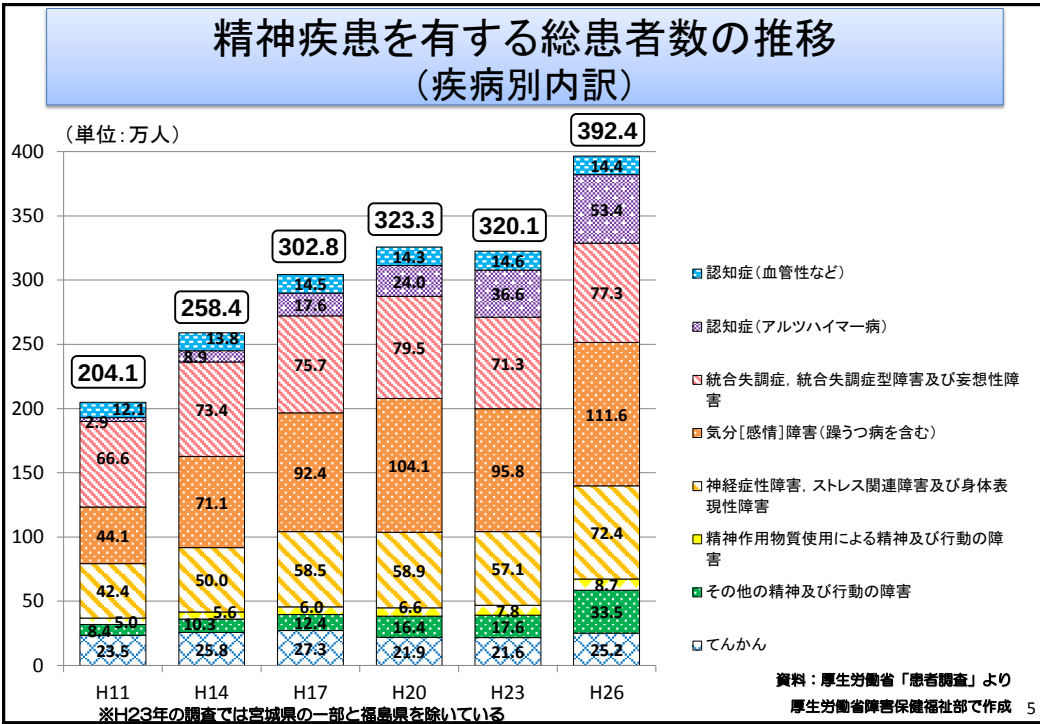
3

精神疾患を有する総患者数の推移

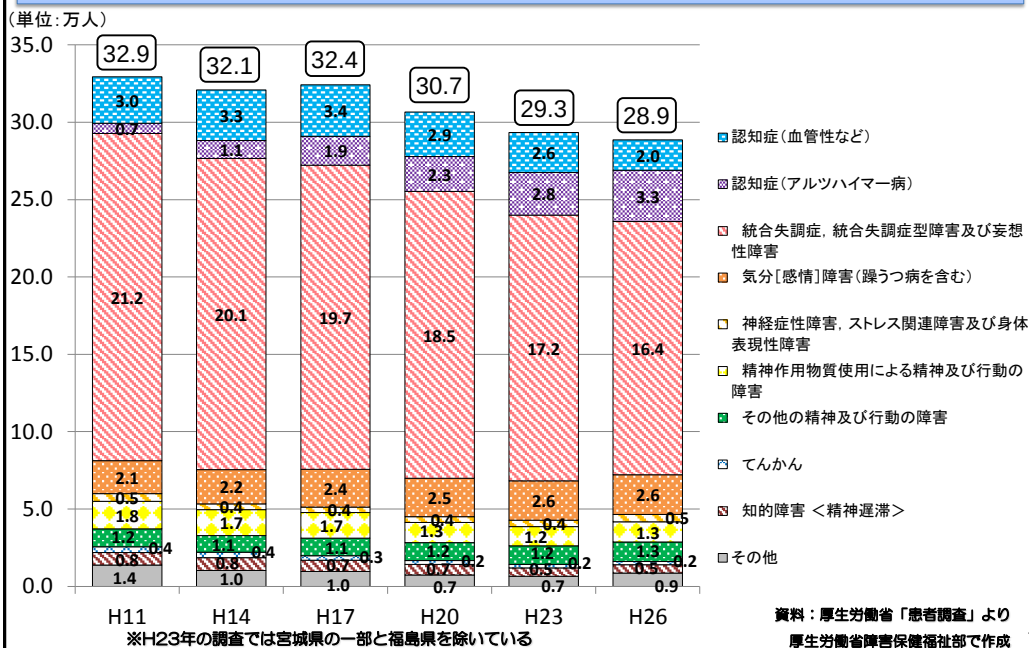


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

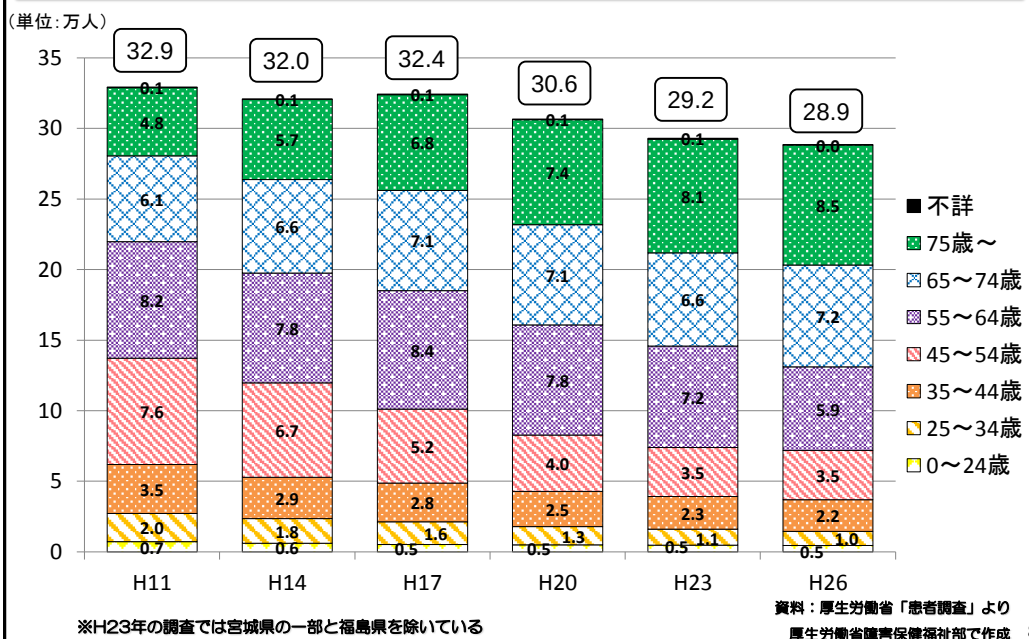
4



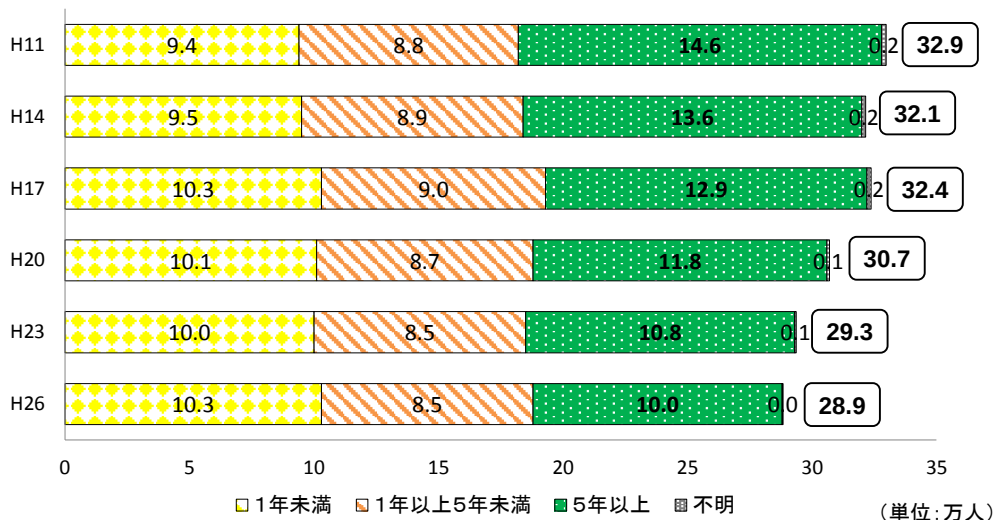
精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)



精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)



精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)



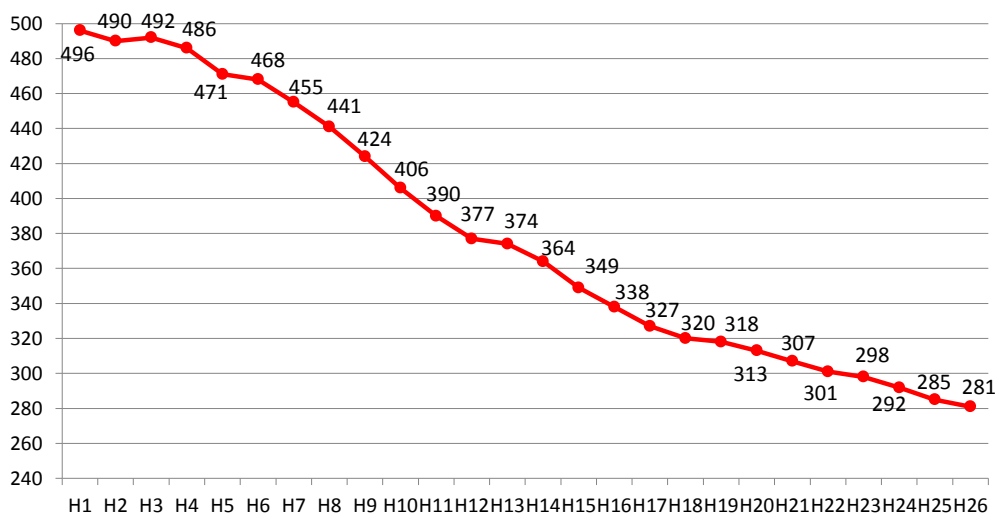
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

9

精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

在院日数
(単位: 日)

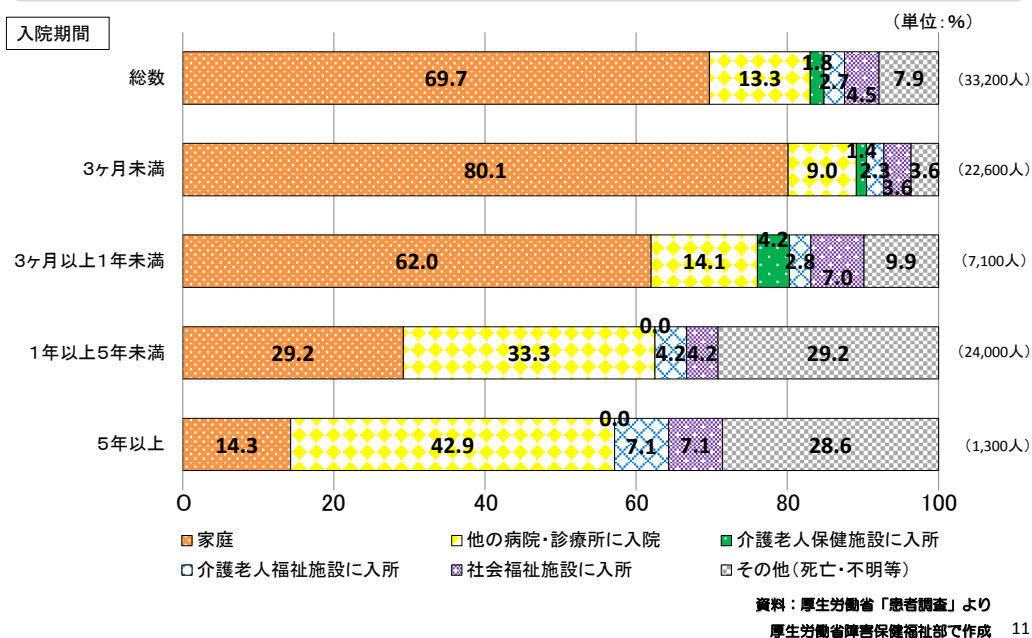


※平均在院日数= $\frac{1}{2} \times \frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

資料：厚生労働省「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

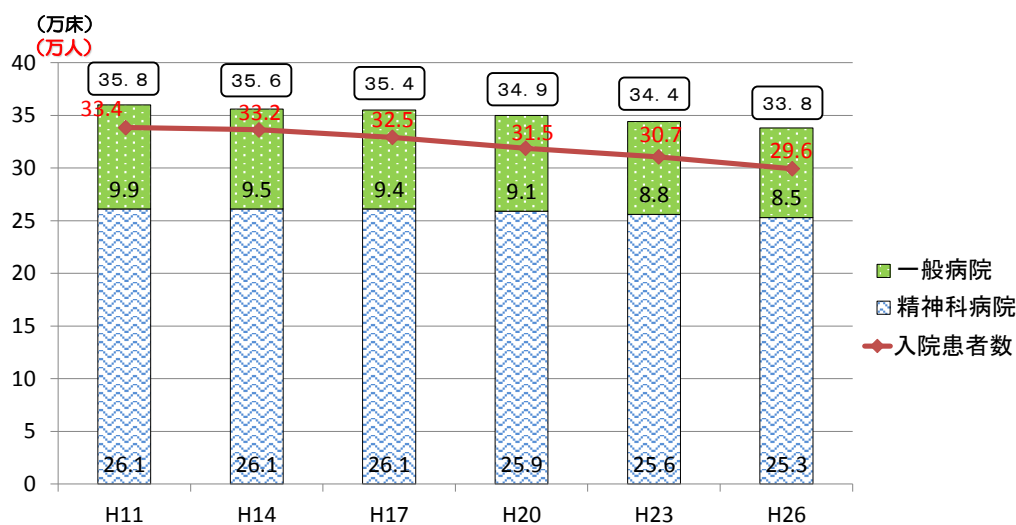
10

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



11

精神病床数及び精神病床における入院患者数の推移



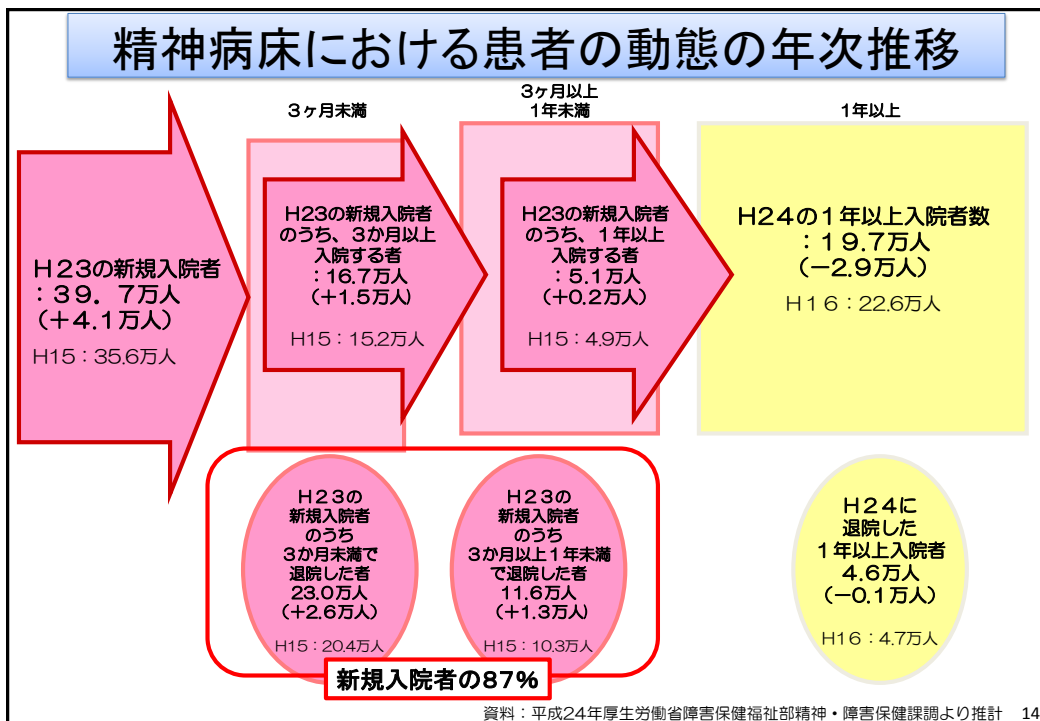
※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

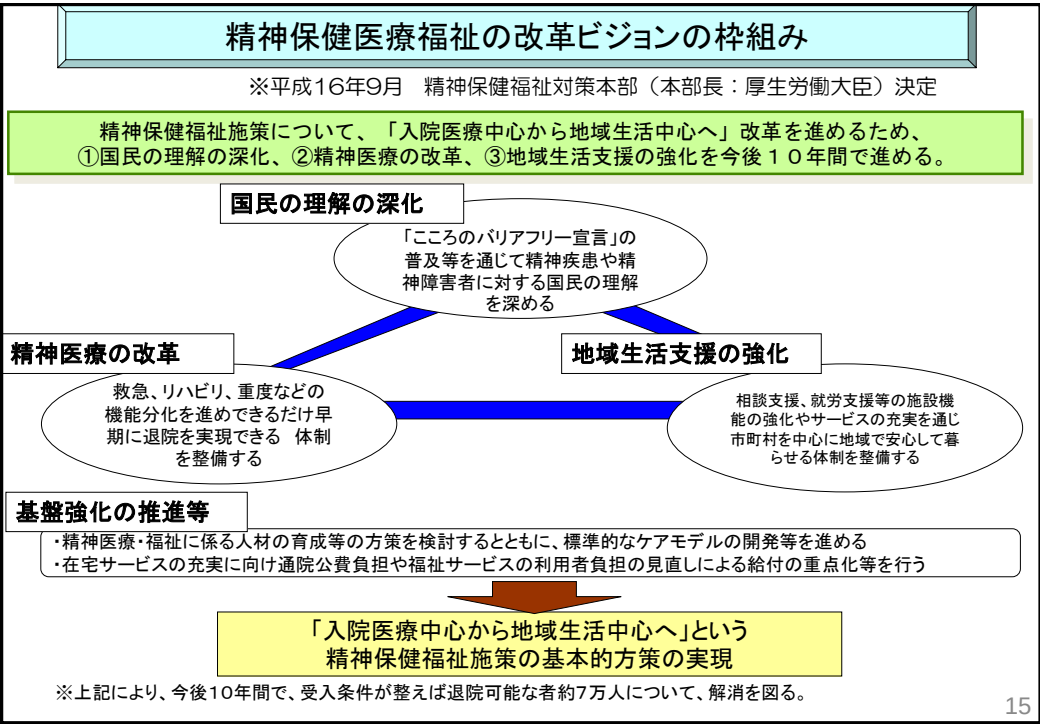
資料: 厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より
 厚生労働省障害保健福祉部で作成

12

2. 長期入院精神障害者の地域移行について

13





良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ(多職種のチームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

17

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」
「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減すると
いった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

＜病院資源のグループホームとしての活用について＞

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めるとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップと」の支援とし、基本的な利用期間を設ける」等

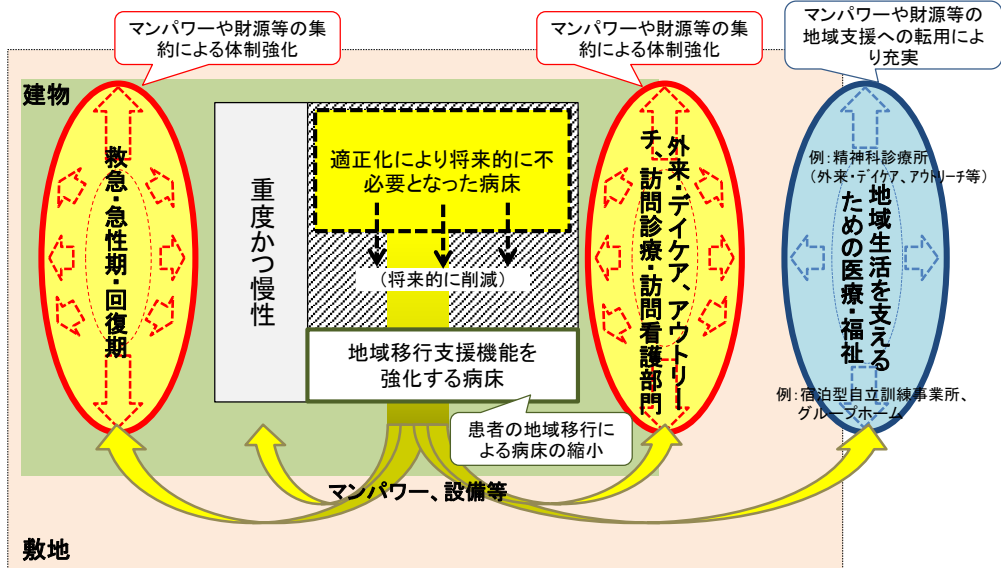
※※あくまでも居住の場合としての活用は否との強い意見があった。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

18

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

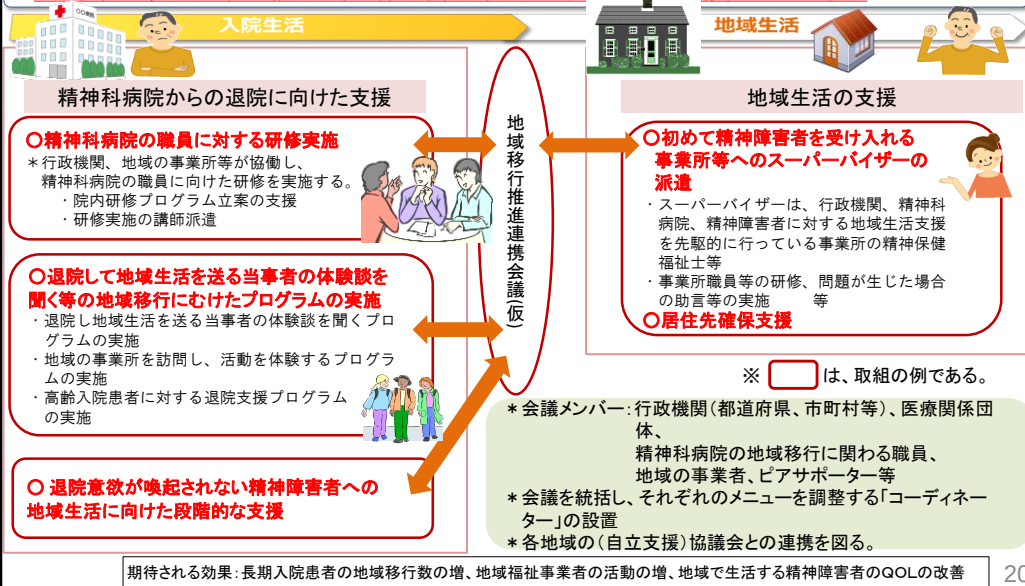


19

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

【新規】平成27年度予算 124,836千円（※社会福祉施設等施設整備費 61,387千円を含む。）

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



20

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行の利用者数)
 - 25年度 0名
 - 26年度 8名うち2名退院
 - 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 25年 71.7% 26年 71.3%
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 25年度 0名 26年度 12名
- (関係者の意識変容)
 - ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
 - ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究(分担事業者:中原由美)」からの報告

21

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定期的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(26年6月)	370床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	43.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	92.6%



【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年
 - 地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年
 - 県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年
 - 地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年
 - 県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

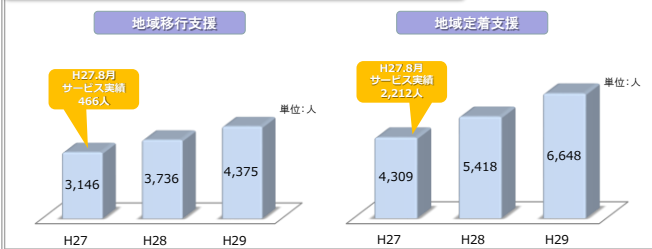
- (地域移行・定着の利用者数: 22年4月～26年3月末)
 - 地域移行: 28名うち24名は退院(1名は再入院するも退院)
 - 地域定着: 26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 21年: 249名(67.7%) → 24年: 215名(59.6%) → 26年: 189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 22年: 9名 → 25年: 11名
- (関係者の意識変容)
 - ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究」からの報告

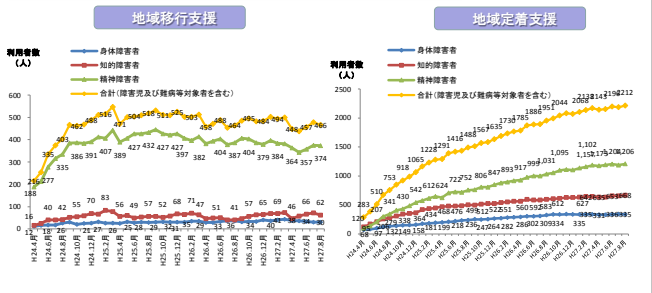
22

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の利用者数実績等

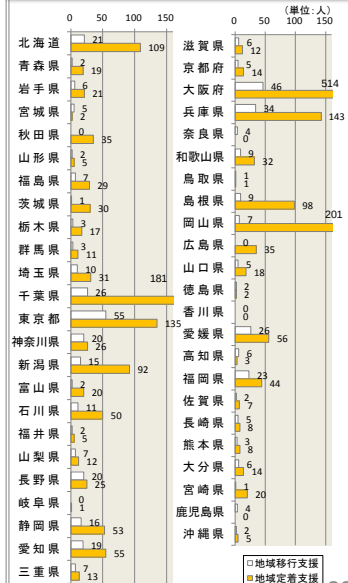
◆ 第4期障害福祉計画における見込量



◆ 障害別利用者数の推移(H24.4～H27.8)



◆ 都道府県別利用者数(H27.8)



難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピンやmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

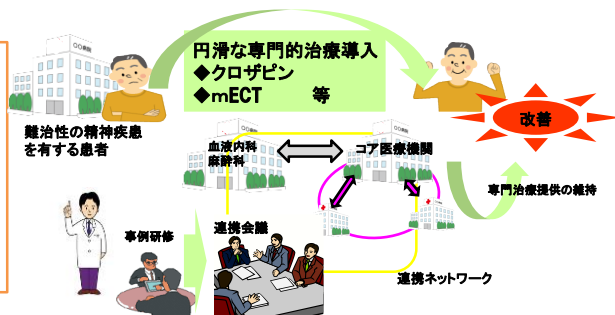
現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないといわれている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

クロザピン(CLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。
(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)**で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・痙攣性イレウス

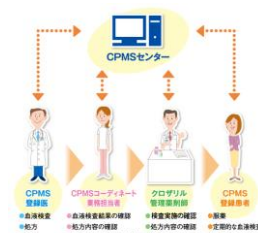
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。



出典: CPMS運営主体のホームページより

25

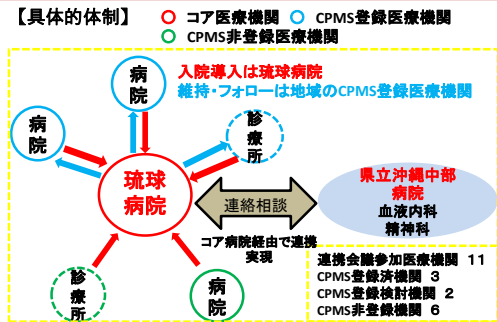
沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報(平成25年6月現在)】

人口	1,414,120	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%
入院後1年時点の退院率	86.8	%
平均在院日数	274.1	日

【具体的体制】



【沖縄県の役割】

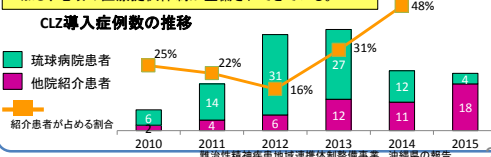
- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整
- 【琉球病院(コア医療機関)の役割】
- CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率(一般精神病床)	63.2	%
入院後1年時点の退院率(一般精神病床)	90.4	%
平均在院日数(一般精神病床)	201	日

(参考: 国立病院機構 琉球病院の基本情報)

【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。



3. 障害者部会における議論について ～精神障害者に対する支援について～

29

障害者総合支援法施行3年後の見直しについて (社会保障審議会障害者部会 報告書概要／平成27年12月14日)

障害者総合支援法（H25.4施行）の附則で、施行後3年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとされている。これを受けて、社会保障審議会障害者部会で平成27年4月から計19回にわたり検討を行い、今後の取組についてとりまとめた。（次期通常国会に関係法律の改正案を提出予定）

1. 新たな地域生活の展開

(1) 本人が望む地域生活の実現

- 障害者が安心して地域生活を営むことができるよう、地域生活支援拠点の整備を推進（医療との連携、緊急時対応等）。
- 知的障害者や精神障害者が安心して一人暮らしへの移行ができるよう、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力・生活力等を補う支援を提供するサービスを新たに位置付け。
あわせて、グループホームについて、重度障害者に対応可能な体制を備えたサービスを位置付け。また、障害者の状態とニーズを踏まえて必要な者にサービスが行き渡るよう、利用対象者を見直すべきであり、その際には、現に入居している者に配慮するとともに、障害者の地域移行を進める上でグループホームが果たしてきた役割や障害者の状態・ニーズ・障害特性等を踏まえつつ詳細について検討する必要。
- 「意思決定支援ガイドライン(仮称)」の作成や普及させるための研修、「親亡き後」への備えも含め、成年後見制度の理解促進や適切な後見類型の選択につなげるための研修を実施。

(2) 常時介護を必要とする者等への対応

- 入院中も医療機関で重度訪問介護により一定の支援を受けられるよう見直しを行うとともに、国庫負担基準について重度障害者が多い小規模な市町村に配慮した方策を講ずる。

(3) 障害者の社会参加の促進

- 通勤・通学に関する訓練を就労移行支援や障害児通所支援により実施・評価するとともに、入院中の外出に伴う移動支援について、障害福祉サービスが利用可能である旨を明確化。
- 就労移行支援や就労継続支援について、一般就労に向けた支援や工賃等を踏まえた評価を行うとともに、就労定着に向けた支援が必要な障害者に対し、一定の期間、企業・家族との連絡調整等を集中的に提供するサービスを新たに位置付け。

30

2. 障害者のニーズに対するよりきめ細かな対応

- (1) 障害児に対する専門的で多様な支援
 - 乳児院や児童養護施設に入所している障害児や外出が困難な重度の障害児に発達支援を提供できるよう必要な対応を行うとともに、医療的ケアが必要な障害児への支援を推進するため、障害児に関する制度の中で明確に位置付け。
 - 放課後等デイサービス等について、質の向上と支援内容の適正化を図るとともに、障害児支援サービスを計画的に確保する取組として、自治体においてサービスの必要量の見込み等を計画に記載。
- (2) 高齢の障害者の円滑なサービス利用
 - 障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで支援してきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援できるよう、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを実施するなど、障害福祉制度と介護保険制度との連携を推進。
 - 介護保険サービスを利用する高齢の障害者の利用者負担について、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方についてさらに検討。
- (3) 精神障害者の地域生活の支援
 - 精神障害者の地域移行や地域定着の支援に向けて、市町村に関係者の協議の場を設置することを促進するとともに、ピアサポートを担う人材の育成等や、短期入所における医療との連携強化を実施。
- (4) 地域特性や利用者ニーズに応じた意思疎通支援
 - 障害種別ごとの特性やニーズに配慮したきめ細かな対応や、地域の状況を踏まえた計画的な人材養成等を推進。

3. 質の高いサービスを持続的に利用できる環境整備

- (1) 利用者の意向を反映した支給決定の促進
 - 主任相談支援専門員(仮称)の育成など、相談支援専門員や市町村職員の資質の向上等に向けた取組を実施。
- (2) 持続可能で質の高いサービスの実現
 - サービス事業所の情報公表、自治体の事業所等への指導事務の効率化や審査機能の強化等の取組を推進。
 - 補装具について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合など、個々の状態に応じて、貸与の活用も可能とする。
 - サービス提供を可能な限り効率的なものとすること等により、財源を確保しつつ、制度を持続可能なものとしていく必要。 31

検討の方向性①

(基本的な考え方)

- 医療・福祉や行政機関など精神障害者を取り巻く様々な関係者が、本人の意向を尊重し、精神障害の特性を十分に理解しつつ、連携・協働して精神障害者の地域移行・地域生活の支援の取組を強化するため、以下のような取組を進めるべきである。

(ピアサポート)

- 地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を養成する研修を含め、必要な支援を行うべきである。

(医療と連携した短期入所)

- 精神障害者の地域生活の支援と家族支援の観点から、短期入所について、医療との連携を強化すべきである。

(地域生活を支援する拠点とサービス)

- 精神障害者の地域移行や地域定着を支援するためにも、平成27年度に実施している地域生活支援拠点に関するモデル事業の成果も踏まえつつ、地域で生活する障害者に対し、地域生活を支援する拠点の整備を推進すべきである。その際、グループホームにおける重度者への対応の強化、地域生活を支援する新たなサービスとの連携、医療との連携、短期入所による緊急時対応等を総合的に進めることにより、グループホーム、障害者支援施設、基幹相談支援センター等を中心とする拠点の機能の強化を図る必要がある。
- 一人暮らしを希望する精神障害者の地域生活を支援し、ひいては精神障害者の居住の場の確保につながるよう、障害者の日常生活を適切に支援できる者による定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の生活力等を補い、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに位置付けるべきである。なお、その際には、医療との連携や情報技術の活用など、効果的・効率的な実施方法を検討する必要がある。
- 精神科病院の入院者の退院意欲を喚起するため、医療と福祉の連携に向け、相談支援の取組の充実や、意思決定支援の質の向上や普及に取り組むとともに、地域移行に向けたサービスの体験利用の活用を推進すべきである。

検討の方向性②

(市町村等の役割)

- 住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が中心となり、当事者を含め、医療と福祉の双方を含む様々な関係者が情報共有や連携体制を構築する場として、市町村に精神障害者の地域移行や地域定着を推進するための協議の場の設置を促進するとともに、都道府県・保健所・市町村が適切かつ重層的な役割分担をしながら協働して取り組むための体制を構築すべきである。その際、地域移行後に想定される精神障害者の居住地についても留意することが望まれる。
- 都道府県障害福祉計画に記載される精神障害者の長期在院者数の削減目標を、市町村障害福祉計画に記載される障害福祉サービスのニーズの見込量に反映させる方法を提示すべきである。

(人材の資質向上)

- 精神障害者の特性とそれに応じた適切な対応方法について、研修の標準化や実地研修の活用など、必要な知識・技術を持った福祉に携わる人材の育成を推進すべきである。
例えば、今なお障害福祉サービスで十分な対応ができていない高次脳機能障害のある者(児童を含む。)について、支援拠点機関の実態や支援ニーズに関する調査、有効な支援方法やそれを担う人材養成の研修の在り方についての研究を進める必要がある。

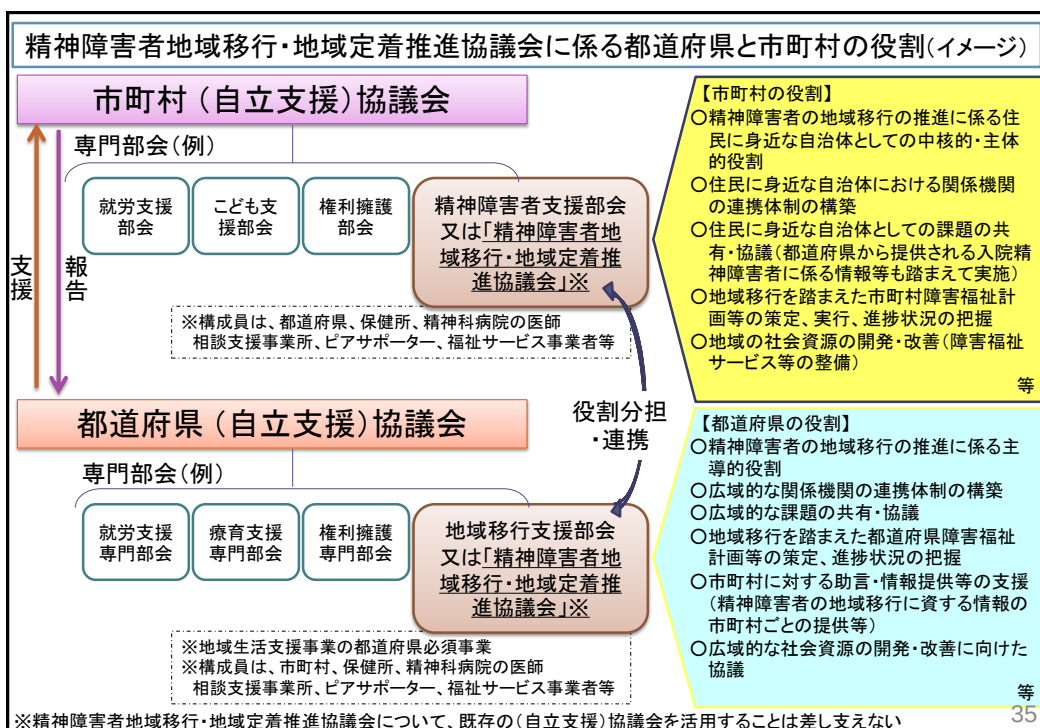
33

精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割 ○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進	○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築 ○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施) ○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善 ○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備) ○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	○精神科病院からの地域移行の推進 ○圏域における医療・福祉・介護の連携推進	○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理 ・圏域における入院患者の実態把握、課題分析 ・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して) ・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村支援(助言、情報提供等) ○個別事例の広域調整
都道府県 (47都道府県)	○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割 ○広域的な医療・福祉・介護の連携推進	○広域的な関係機関の連携体制の構築 ○庁内関係部局(医療、福祉・介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働 ○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議 ○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等) ○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

34



4. 中医協における議論について ～地域移行関係を中心に～

長期入院患者の地域移行を図るために求められる病床の機能

- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床では、地域移行をより一層進めるため、地域移行への支援や訓練に必要な職種の重点的な配置や、より実際の地域生活につながる内容となるよう充実を図った訓練等の実施を検討することとされている。

急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において
地域移行機能を強化する方策（「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」より抜粋）

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討。

- スタッフの配置等
 - ・ 地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
 - ・ 病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を実施
- 外部との交流
 - ・ 保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進
- 訓練等の実施
 - ・ 計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成等により可能な限り早期に退院できるよう支援
 - ・ 適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等自己管理のための訓練の実施。
 - ・ リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）において、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等地域生活の実践的なプログラム等を積極的に実施
 - ・ 地域生活を送る精神障害者と同程度にデイケアを受けられる機会の確保
- その他
 - ・ 退院後に利用可能な障害福祉サービスや介護保険サービスの検討と準備

急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなる。

37

地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点

【課題】

- ・ 1年以上の長期入院患者は、依然として約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）に上っている。なお、長期入院患者の疾患は統合失調症が多いが、75歳以上の長期入院患者においては、認知症の割合も増じてきている。
- ・ 1年以上の長期入院患者のうち、14%は「退院可能」とされているほか、退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。
- ・ 長期入院精神障害者の地域移行を進めるためには、地域移行への支援等に必要な職種を厚く配置するほか、患者に対して、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施することが必要とされ、地域移行が進めば、病床は適正化され、将来的に削減できると考えられる。

【論点】

- ・ 精神疾患患者の地域移行を一層推進するため、地域移行に必要な職種を重点的に配置し、患者の地域移行に必要な取組を徹底して実施するとともに、長期入院患者数や病床数を適正化する病棟への評価を設けてはどうか。

38

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

骨子【Ⅲ－３（１）】

第１ 基本的な考え方

長期入院の精神疾患患者の地域移行をより一層進めるため、精神保健福祉士等の重点的な配置により集中的な退院支援を行うとともに、精神病床数の適正化に取り組む精神病棟に対する特定入院料の新設や、精神科地域移行実施加算の充実を行う。

第２ 具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料の新設

- (1) 精神保健福祉士等、退院支援を行う職種を重点的に配置した上で、地域生活を念頭に置いた訓練や居住先の確保等の退院支援を重点的に実施する精神病棟の評価を設ける。なお、精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神病薬加算を設ける。

- (新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点（１日につき）
 (新) 重症者加算 1 60点（１日につき）
 (新) 重症者加算 2 30点（１日につき）
 (新) 非定型抗精神病薬加算 15点（１日につき）

39

精神科重症患者早期集中支援管理料に係る課題と論点

【現状と課題】

- ・ 長期入院後の退院患者や、入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対しては、多職種が協働し、訪問支援、緊急時対応等を通じて早期に集中的な支援を行うことで、地域移行、地域定着を進めることが重要であり、平成26年度診療報酬改定においては、精神科重症患者早期集中支援管理料を設けてその取組を評価した。
- ・ 実施する医療機関における24時間の往診体制の確保や、患者が共同生活援助（グループホーム）・就労系サービス等の障害福祉サービスを同時に利用していないこと等が要件とされている。
- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出は平成26年7月現在で7の保険医療機関にとどまっており、またその算定回数もきわめて少ない。検証調査によれば、当該管理料の届出を行っていない理由としては、チームを構成する人員が不足している、24時間の対応体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等が挙げられた。
- ・ 一般に、精神疾患の患者の夜間の往診、訪問診療、訪問看護は限定的である。また、長期入院患者の退院にあたっては、障害福祉サービスを活用することが想定されている。

【論点】

- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料については、往診・訪問診療と訪問看護を組み合わせることで夜間体制を確保するとともに、患者が障害福祉サービスとを同時に利用できることとするなど、長期入院後の退院患者等への集中的な支援の普及を図るよう見直しはどうか。

40

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

骨子【Ⅲ－３（２）】

第１ 基本的な考え方

集中的な支援を必要とする精神疾患患者に、多職種協働の訪問支援や緊急時対応等のより一層の普及を図る観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料における対象患者の要件（障害福祉サービスの同時利用等）や、施設基準上の医師や看護師の 24 時間対応に係る要件を緩和する。

第２ 具体的な内容

１．算定要件等について

- (1) 長期入院後の患者だけではなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- (2) 同一建物居住者の場合について、これまで設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

41

５．これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会について

42

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の開催について

- 平成25年の精神保健福祉法の改正の附則において、同法の施行後3年(平成29年4月)を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされている。

【検討規定】

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

- また、平成26年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療の在り方の更なる検討を行う必要がある。

＜主な検討事項(案)＞

●は附則規定事項

- 医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
- 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
- 精神病床のさらなる機能分化
- 精神障害者を地域で支える医療の在り方
- 精神疾患に係る医療体制の在り方 等

＜検討スケジュール案＞

- ・ 平成28年1月7日 第1回検討会を開催
- ・ 平成28年夏頃 意見取りまとめ

43

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 構成員

伊澤雄一	精神保健福祉事業団体連絡会代表
伊藤弘人	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長
岩上洋一	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
江藤 修	千葉県福祉推進課長
太田匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
荻原喜茂	一般社団法人日本作業療法士協会副会長
籠本孝雄	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事 兼 精神科部会部会長
柏木一恵	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
河崎建人	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
神庭重信	九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授
吉川隆博	一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事
久保野恵美子	東北大学大学院法学研究科教授
佐竹直子	一般社団法人日本総合病院精神医学会理事
澤田優美子	日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程
白川教人	全国精神保健福祉センター長会会長
田川精二	公益社団法人日本精神神経診療所協会理事
近森正幸	社会医療法人近森会近森病院院長
千葉 潜	医療法人育仁会青南病院理事
中板育美	公益社団法人日本看護協会常任理事
長野敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事
中原由美	全国保健所長会(福岡県糸島保健福祉事務所長)
野沢和弘	毎日新聞論説委員
◎樋口輝彦	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長
平田豊明	千葉県精神科医療センター病院長
広田和子	精神医療サバイバー
船津定見	佐賀県健康福祉本部長
本條義和	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事長(みんなねっと)
松田晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松本純一	公益社団法人日本医師会常任理事
○山本輝之	成城大学法学部教授

(◎：座長○：座長代理)
(50音順、敬称略)
(以上、30名)

44

保健所への期待

- 関係者による協議の場の設置と運営支援
- ピアサポーターの活躍の場の拡大
- 地域移行に取り組む人材の育成

【講演①】

「全国保健所調査から見た課題と保健所
として取り組むべき方向性（研究班報告）」

講師

中 原 由 美

福岡県糸島保健所 所長

全国保健所調査から見た課題と保健所として取り組むべき方向性 (研究班報告)

「改正精神保健福祉法への対応研修」平成28年2月15日(月)
福岡県糸島保健所 中原 由美

1

改正精神保健福祉法における 保健所の役割に関する研究

■分担事業者

中原 由美 (福岡県糸島保健所長)

■事業協力者

相田 一郎 (北海道岩見沢保健所長)

山口 靖明 (福島県県中保健所長)

城所 敏英 (東京都島しょ保健所長)

本保 善樹 (東京都北区保健所長)

向山 晴子 (東京都多摩小平保健所長)

永井 仁美 (枚方市保健所長)

柳 尚夫 (兵庫県豊岡保健所長)

竹之内直人 (愛媛県心と体の健康センター 所長)

大塚 俊弘 (長崎県県央保健所長)

■アドバイザー

宇田 英典 (全国保健所長会 会長)

倉橋 俊至 (全国保健所長会 副会長)

2

事業実施目的

平成26年4月に改正精神保健福祉法が施行された。全国保健所長会においては、様々な方法で、保健所に対し、改正法への取組を促したが、未だ保健所の取組格差は大きい。

そこで、27年度はガイドラインで示した項目を参考に保健所の取組状況について再度実態把握を行うとともに、先駆的取組事例の調査を実施する。その結果を踏まえ、保健所が果たすべき役割を全国の保健所に提示し、取組の普及・普遍化を図っていく。

3

～全国保健所へのアンケート調査～

◆調査目的

○保健所の取組状況、先駆的取組事例の把握

○「入院届」「入院診療計画書」「退院届」「病院報告」「精神科病院月報」「定期病状報告」など保健所に提出されている各種書類を活用し、**各保健所が改正法施行後の管内病院の現状、取組状況を把握する**



アンケートを回答することで得られた管内精神科病院の状況を実地指導等での病院の指導に活用する

4

～全国保健所へのアンケート調査～

- ◆調査対象 全国保健所 486か所
- ◆調査方法 全国保健所長会会員一斉メールにて
自記式調査票を送付。メールにて回収。
- ◆調査時期 平成27年10～11月
- ◆回収状況 268保健所（回収率55.1%）

5

～全国保健所へのアンケート調査～

- ◆調査内容
 - 昨年度と比較のため、昨年度同様の項目
 - ・入院患者の状況
 - ・退院支援委員会の参加状況
 - ・医療保護入院の全入院患者数及び新規患者数
 - ・管内市町村の地域移行支援制度申請数
 - ・ピアサポーターの養成
 - 管内病院の平均在院日数
(昨年度は計算して日数を回答→今年度は変化を
把握しているか、**把握している場合の変化の状
況、保健所の働きかけの有無**)

6

～全国保健所へのアンケート調査～

◆調査内容

○長期入院患者の状況

（新たな質問、定期病状報告で把握した情報を基に回答及び1年以上入院者への保健所の取組状況）

○長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業及び同様の取組の実施状況

（新たな質問、今年度新規事業である本事業の実施状況 など）

○先駆的取組事例

（新たな質問、先進的取組をしている病院及び保健所の支援状況）

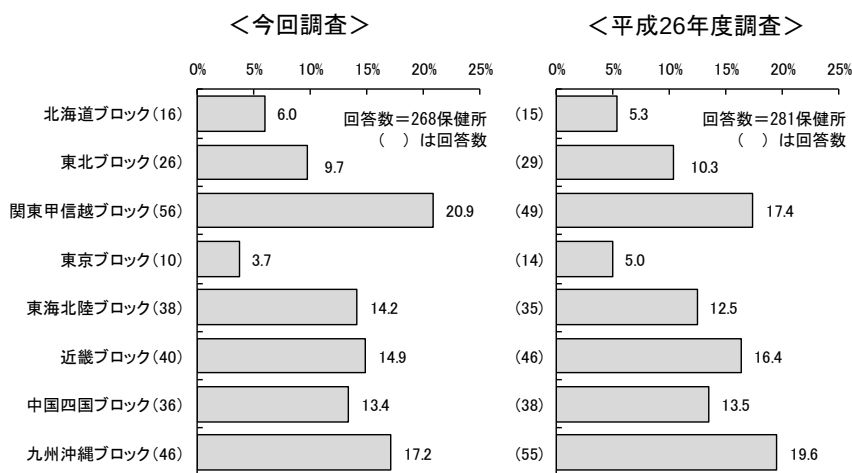
7

アンケート調査結果抜粋

～保健所の取組状況～

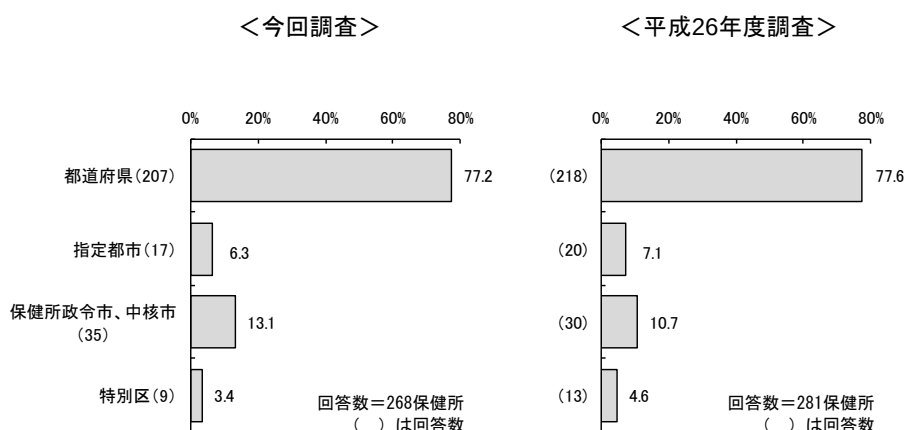
8

回答保健所の所在地（ブロック）



9

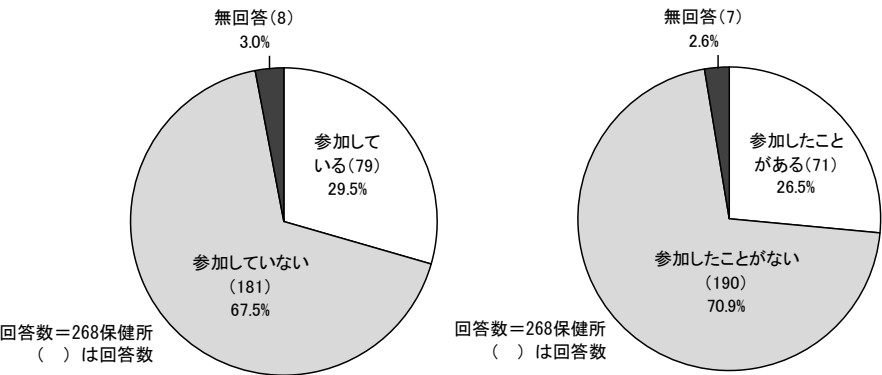
回答保健所の設置主体



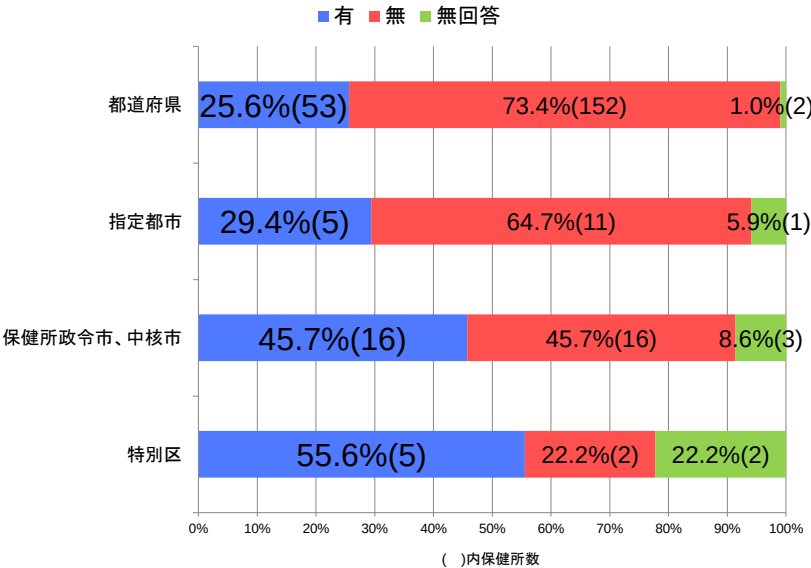
10

退院支援委員会への保健所の参加の有無 (回答保健所数 268)

平成27年（4月～9月末）までの退院支援委員会の参加状況 平成26年度の退院支援委員会の参加状況

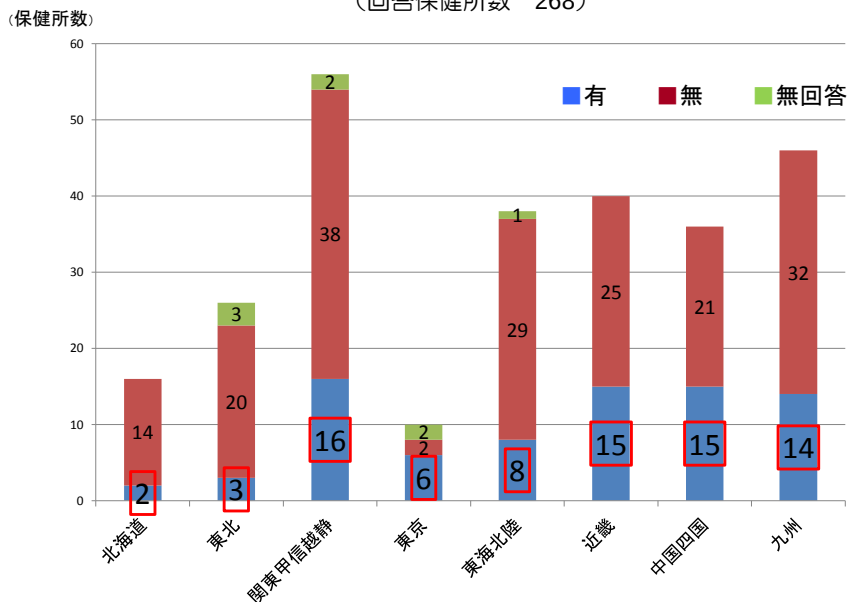


退院支援委員会への保健所の参加の有無 (回答保健所数 268)



退院支援委員会への保健所の参加の有無

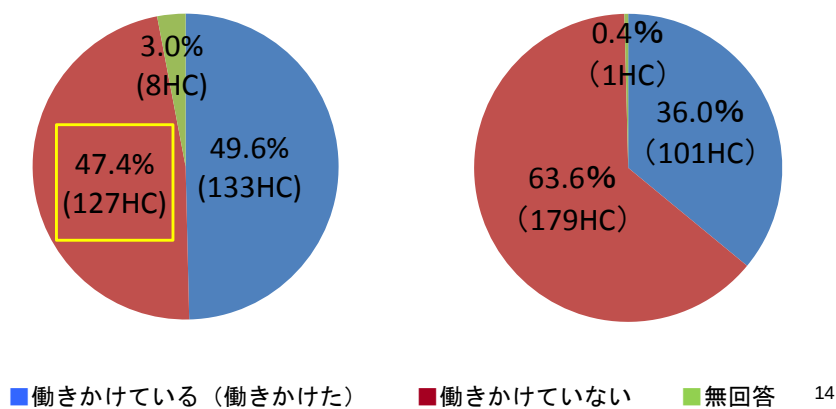
(回答保健所数 268)



13

退院支援委員会への参加の働きかけ

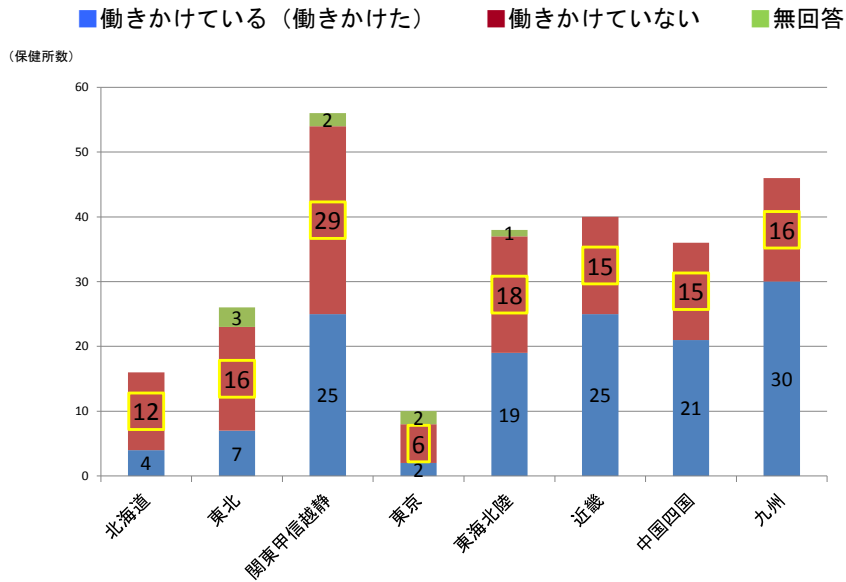
<今回調査 回答保健所数 268> <平成26年度調査 回答保健所数 281>



14

退院支援委員会への参加の働きかけ

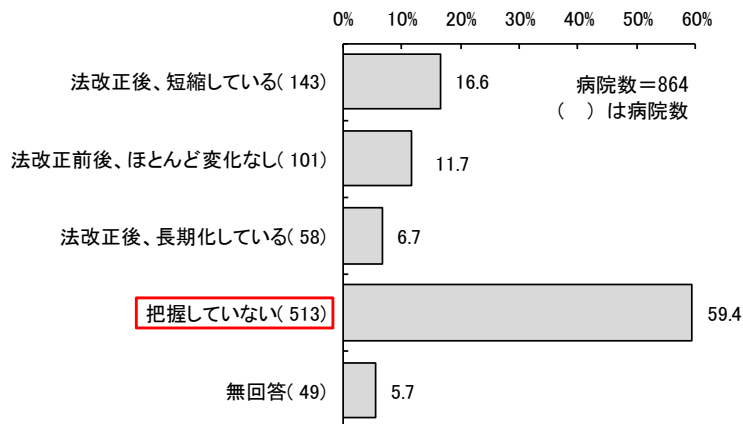
(回答保健所数 268)



15

法改正前と改正後の在院日数の変化

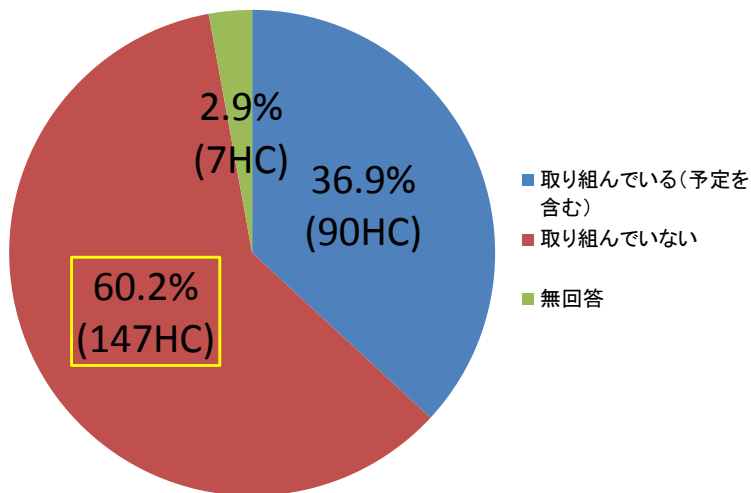
～ 244 保健所から回答を得た、864 の精神科病院について ～



16

平均在院日数短縮に向けての取り組み

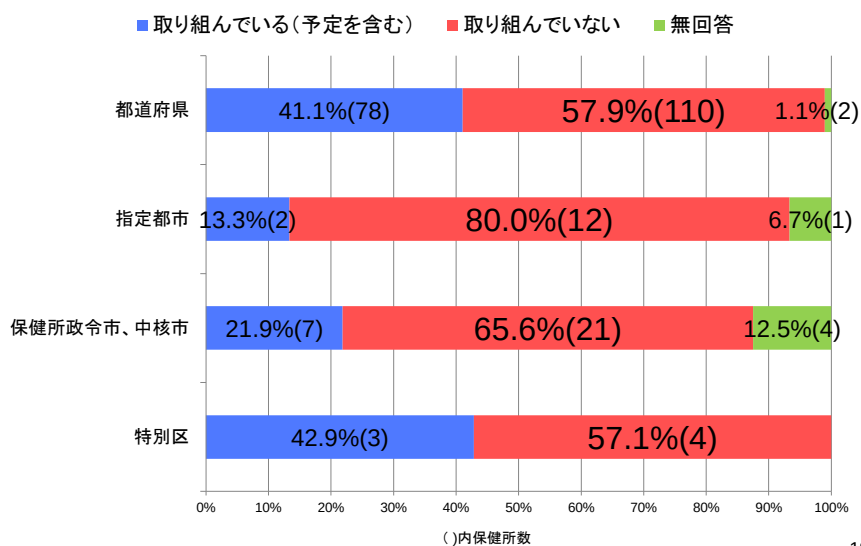
(回答保健所数 244)



17

平均在院日数短縮に向けての取り組み

(回答保健所数 244)

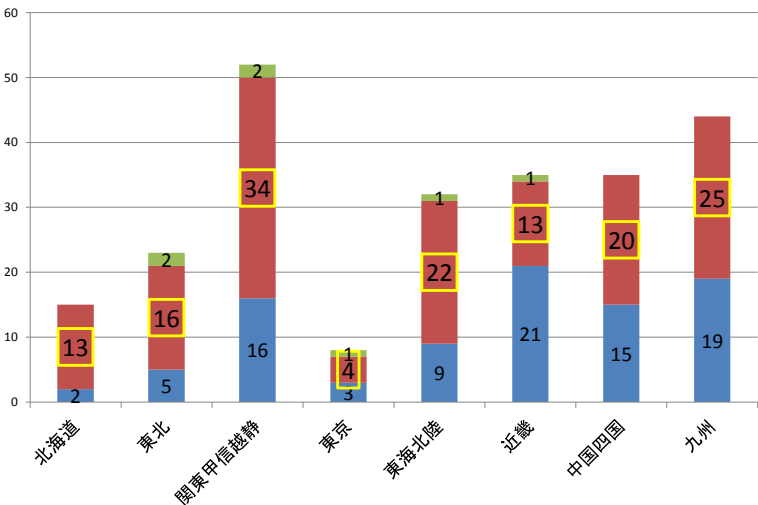


18

平均在院日数短縮に向けての取り組み

(回答保健所数 244)

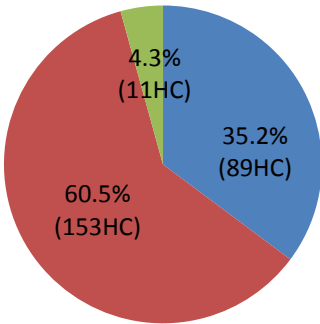
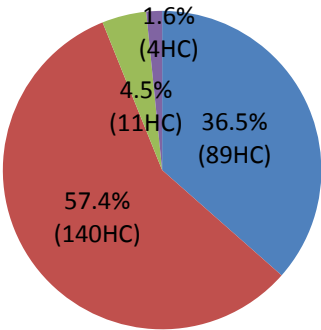
(保健所数) ■ 取り組んでいる（予定を含む） ■ 取り組んでいない ■ 無回答



19

ピアサポーターの管内での養成について

<今回調査 回答保健所数 244> <平成26年度調査 回答保健所数 253>



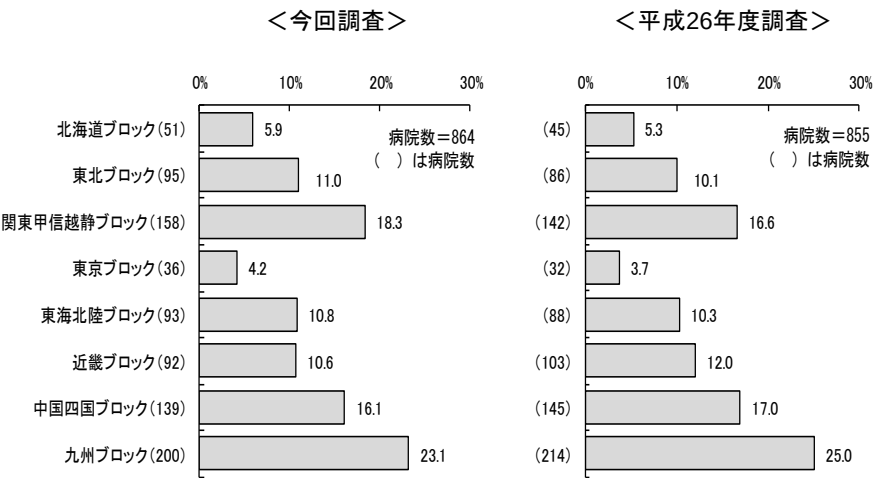
■ 養成している ■ 養成していない ■ わからない ■ 無回答

20

回答保健所268のうち 管内に精神科病院をもつ244HCに 回答いただいた864病院について

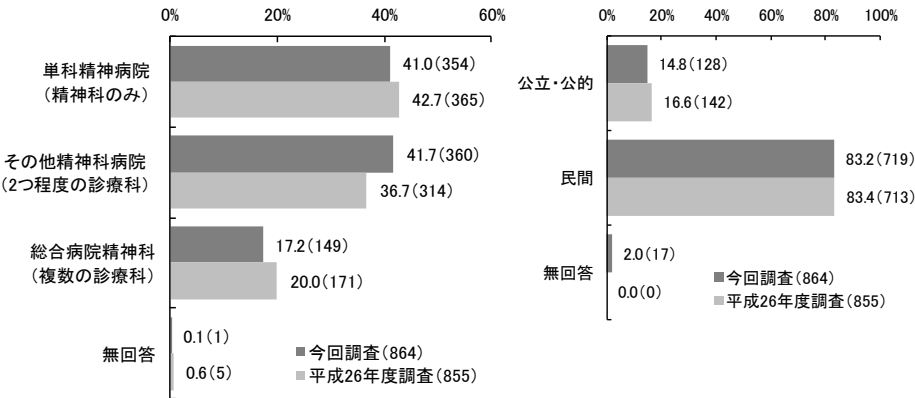
病院の所在地（ブロック別）

～ 244保健所から回答を得た、864の精神科病院について ～



病院の種類と設置主体

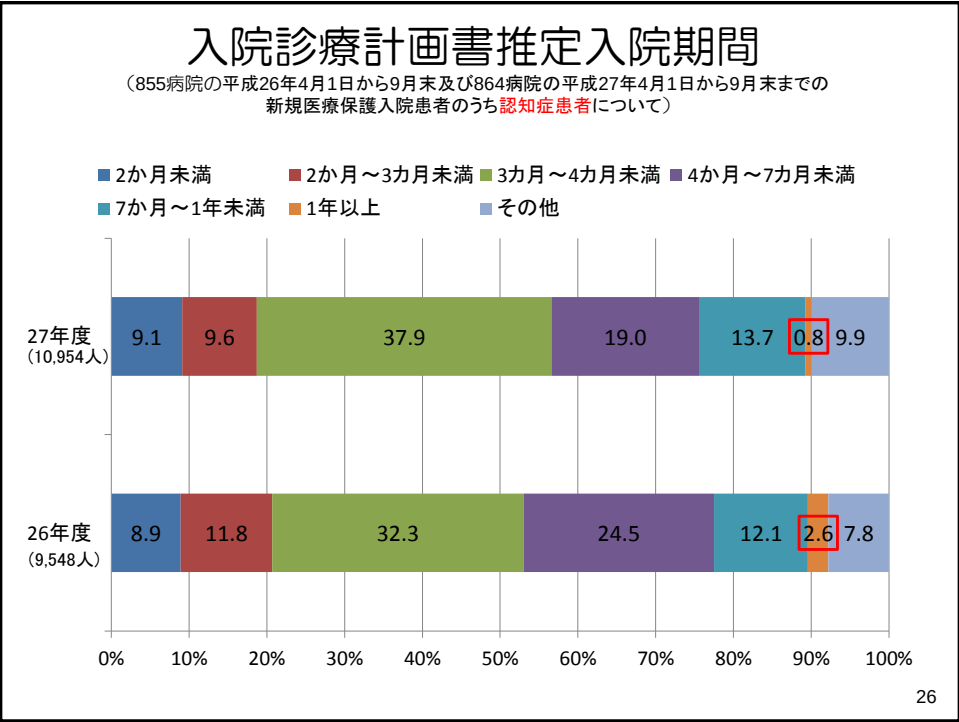
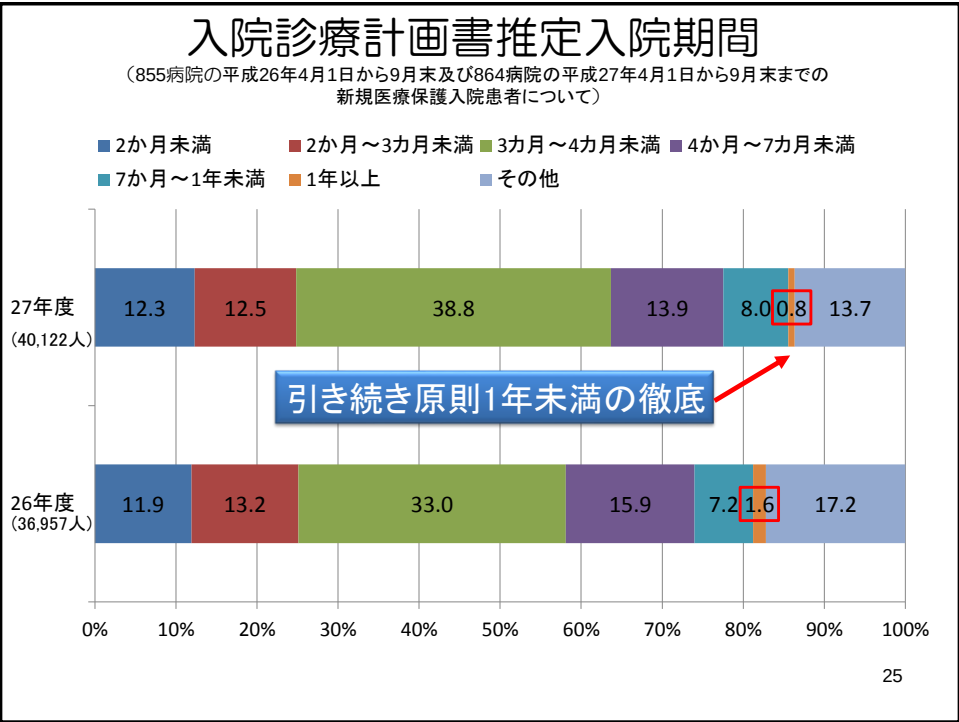
～ 244保健所から回答を得た、864の精神科病院について ～

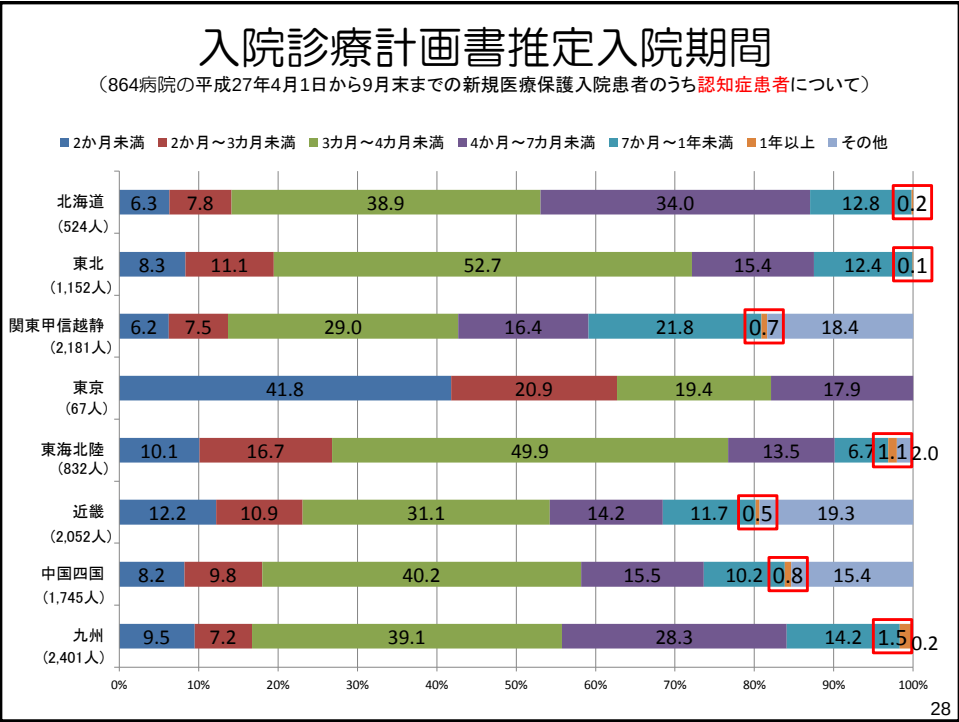
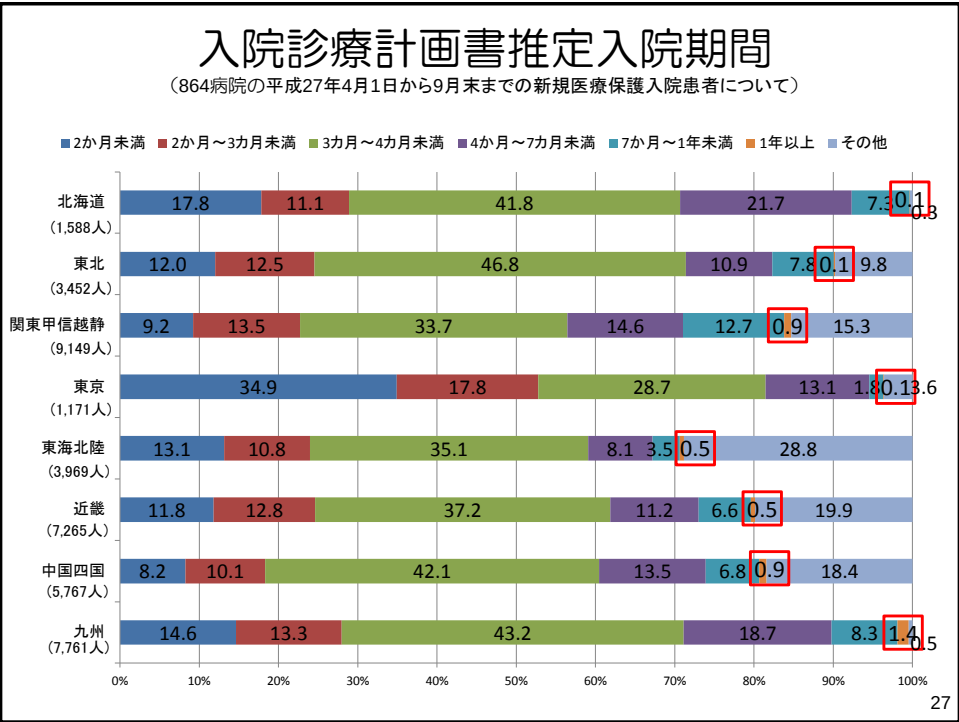


平成25年度、26年度、27年度 4～9月新規入院患者数の比較

平成25,26年度 回答保健所数253保健所から回答を得た855の精神科病院
平成27年度 回答保健所数244保健所から回答を得た864の精神科病院

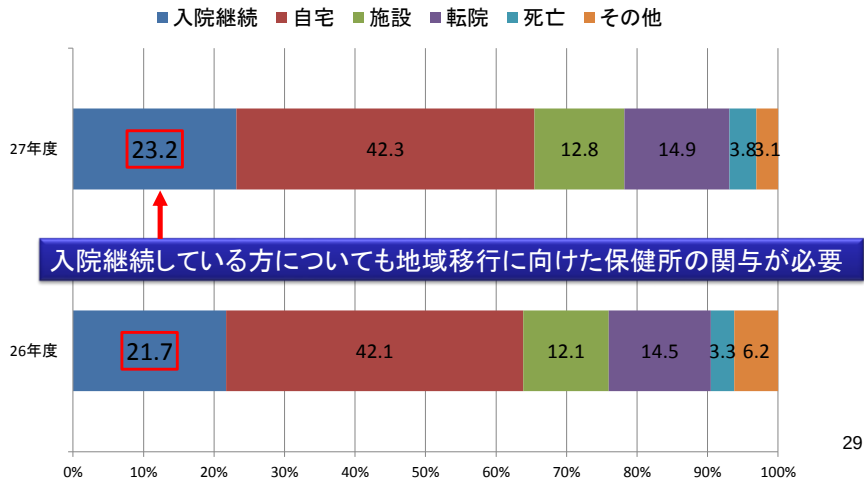
	新規 全入院 患者数 (人)	うち、 新規医療 保護入院 患者数(人)	新規全入院 患者における 新規医療保護 入院患者の割合 (%)
平成25年度上半期:4月～9月	75,782	29,672	39.2
平成26年度上半期:4月～9月	83,702	33,744	40.3
平成27年度上半期:4月～9月	80,906	40,122	49.6





退院後の処遇

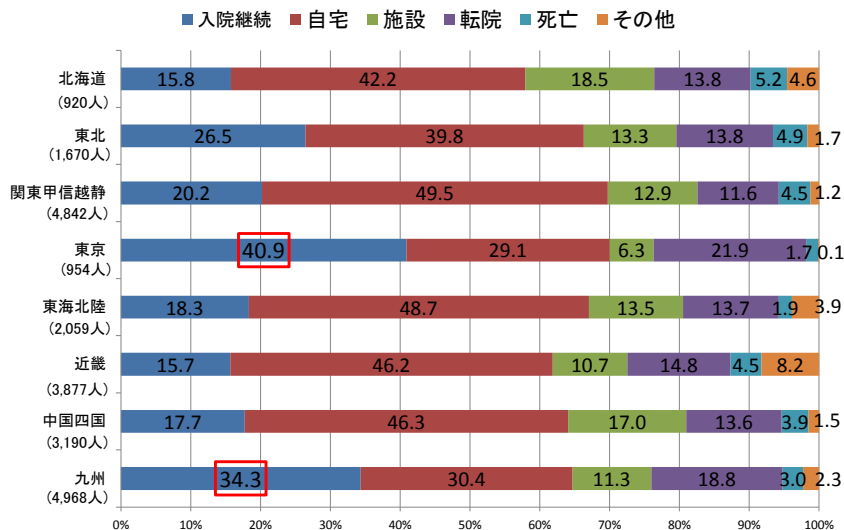
(855病院の平成26年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの20,170人の退院患者及び
864病院の平成27年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの22,480人の退院患者について)



29

退院後の処遇

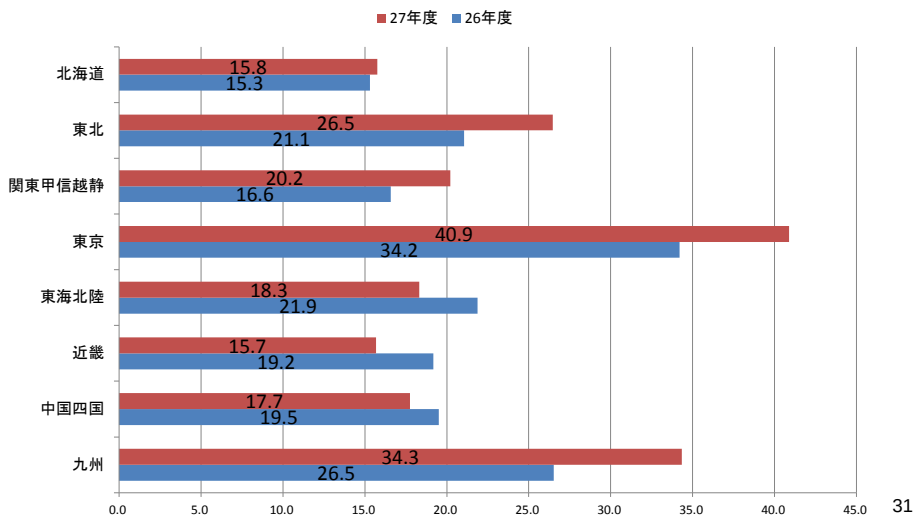
(864病院の平成27年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの22,480人の退院患者について)



30

退院後の処遇で入院継続となった割合

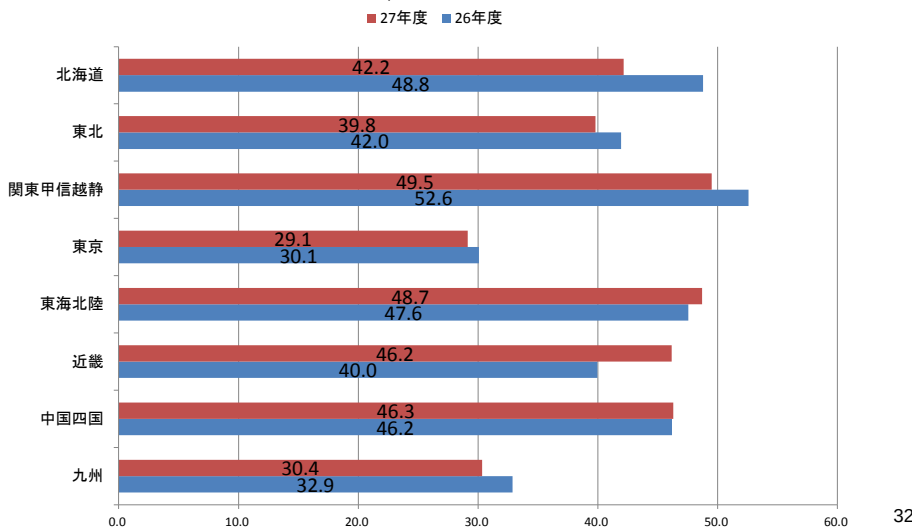
(855病院の平成26年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの20,170人の退院患者及び
864病院の平成27年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの22,480人の退院患者について)



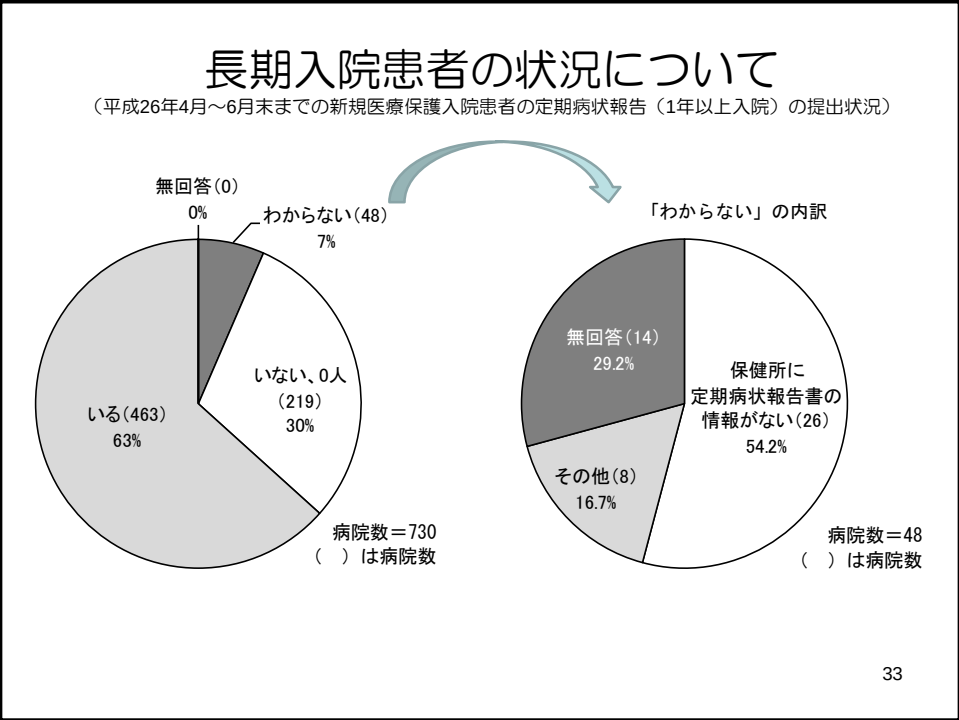
31

退院後の処遇で自宅となった割合

(855病院の平成26年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの20,170人の退院患者及び
864病院の平成27年4月1日から9月末までの新規医療保護入院患者における
9月末までの22,480人の退院患者について)



32

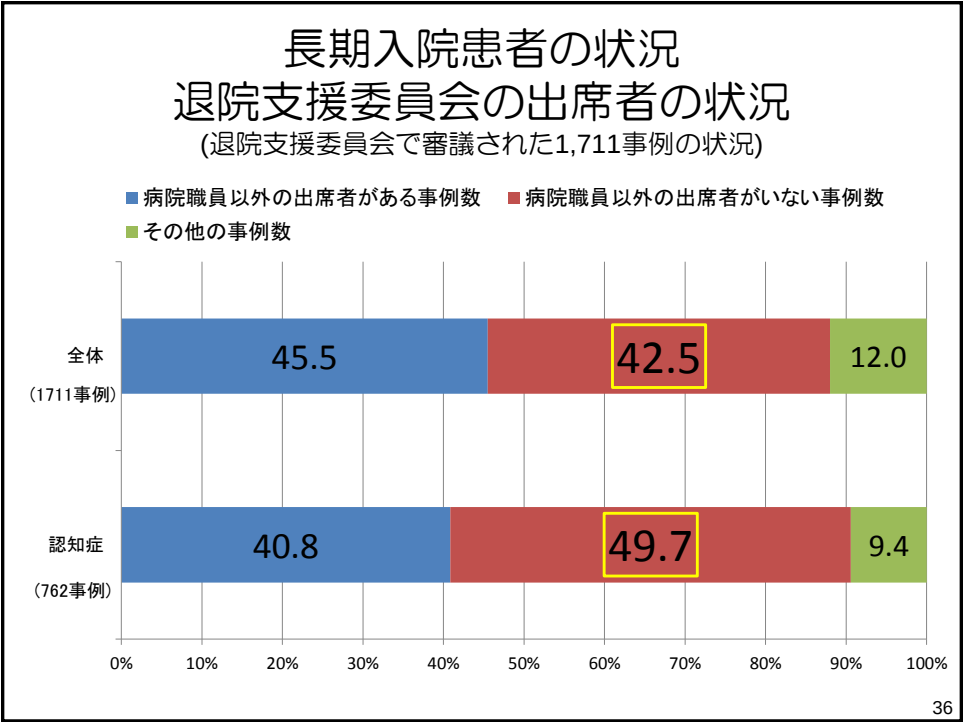
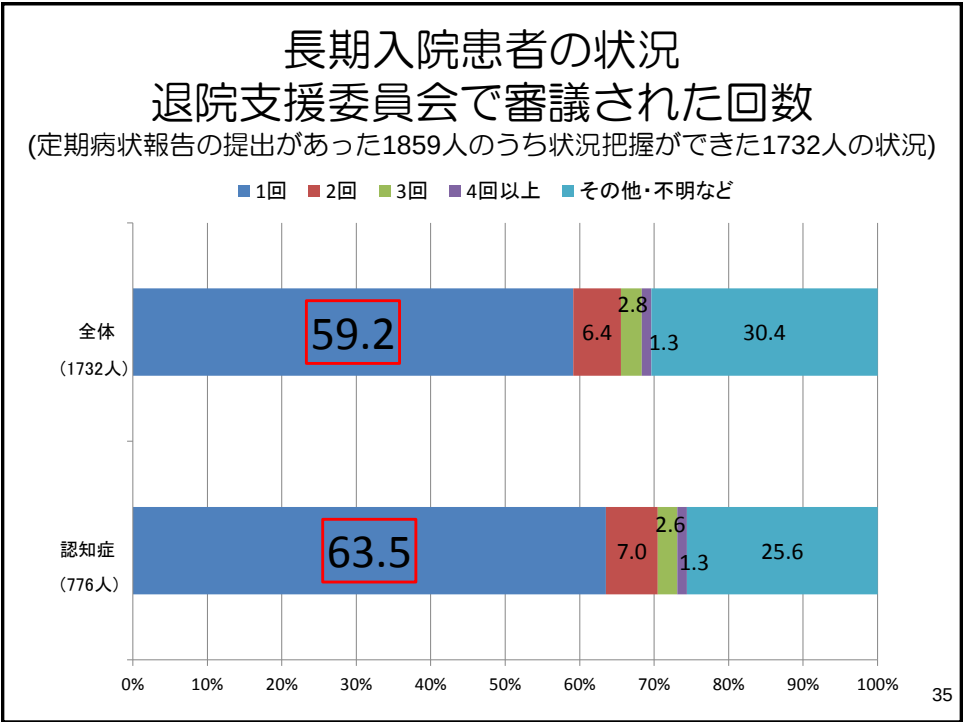


長期入院患者の状況について

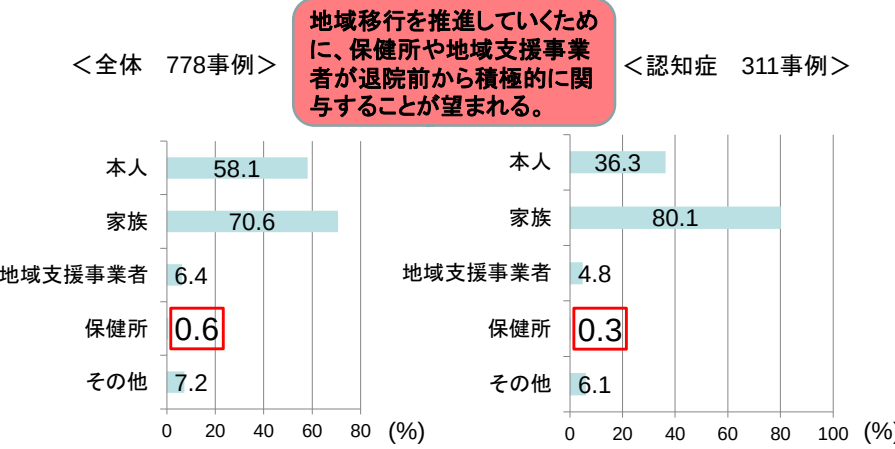
(平成26年4月～6月末までの新規医療保護入院患者で定期病状報告(1年以上入院)の提出状況)

	新規入院 患者数	定期病状報 告書の提出 があった人数	長期化 の割合	新規入院 患者のう ち、認知 症患者数	定期病状報 告書の提出 があった人 のうち認知症 患者数	長期化 の割合
全 体	18,783	1,859	9.9	5,198	809	15.6
北海道ブロック	761	69	9.1	209	28	13.4
東北ブロック	1,631	166	10.2	545	90	16.5
関東甲信越ブロッ ク	4,358	462	10.6	1,066	176	16.5
東京ブロック	131	0	0.0	14	0	0.0
東海北陸ブロック	1,861	163	8.8	434	57	13.1
近畿ブロック	3,078	266	8.6	887	123	13.9
中国四国ブロック	2,947	322	10.9	863	136	15.8
九州ブロック	4,016	411	10.2	1,180	199	16.9
単科精神病院	9,014	877	9.7	2,430	351	14.4
その他精神科病院	6,914	887	12.8	2,132	415	19.5
総合病院精神科	2,836	94	3.3	636	42	6.6

34

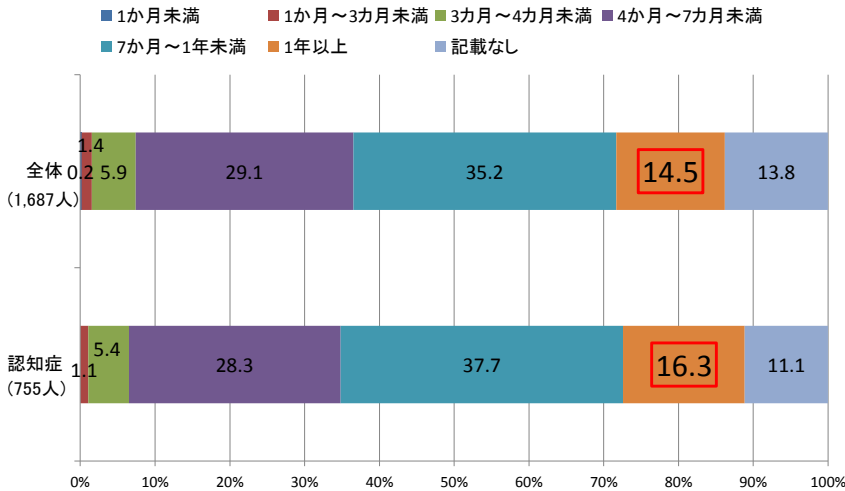


長期入院患者の状況 退院支援委員会の病院職員以外の出席者の状況 (退院支援委員会に病院職員以外の出席があった778事例の状況)



37

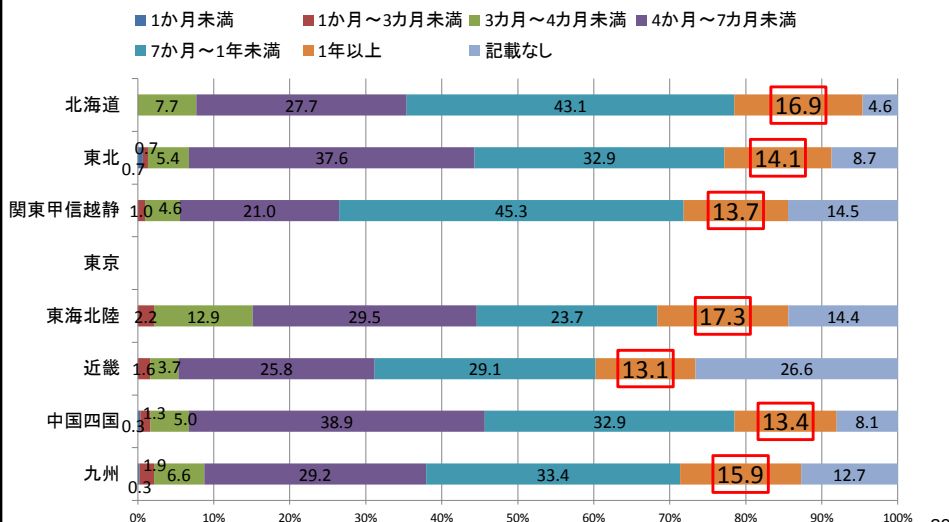
退院支援委員会審議録に記載されている 継続が必要な場合の推定入院期間 (定期病状報告の提出があった1859人のうち状況把握ができた1687人の状況)



38

退院支援委員会審議録に記載されている 継続が必要な場合の推定入院期間

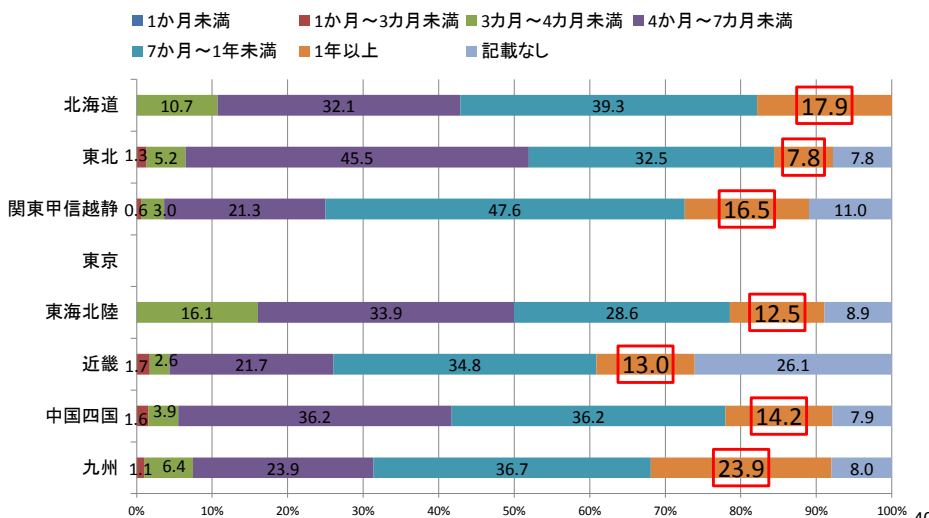
(定期病状報告の提出があった1859人のうち状況把握ができた1687人の状況)



39

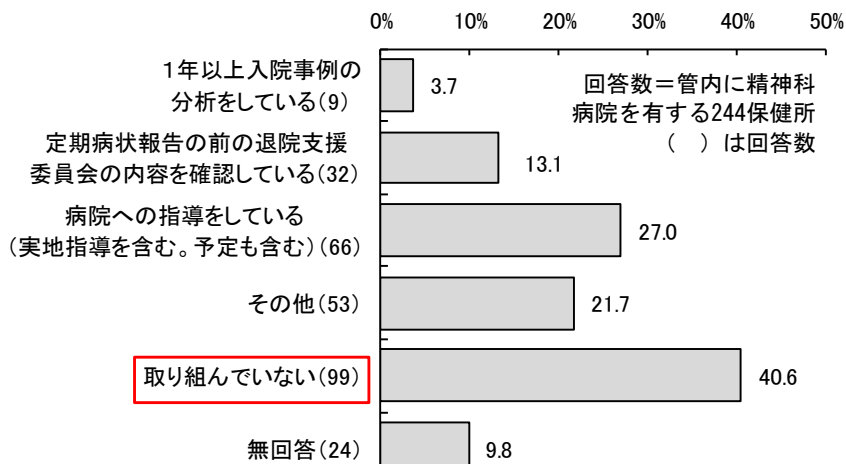
退院支援委員会審議録に記載されている 継続が必要な場合の推定入院期間

(定期病状報告の提出があった認知症患者809人のうち状況把握ができた755人の状況)



40

1年以上退院が困難な事例に対しての取り組み



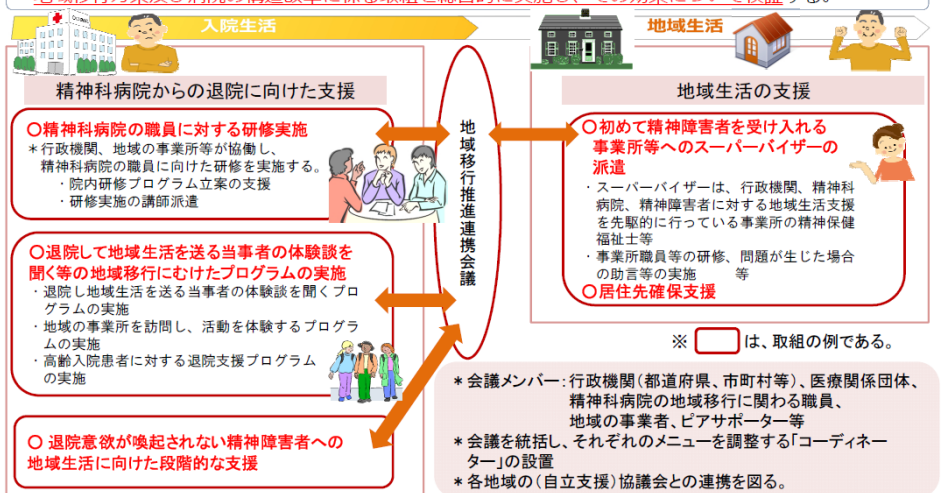
41

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

参考1

平成28年度概算要求 105,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 61,387千円を含む。)

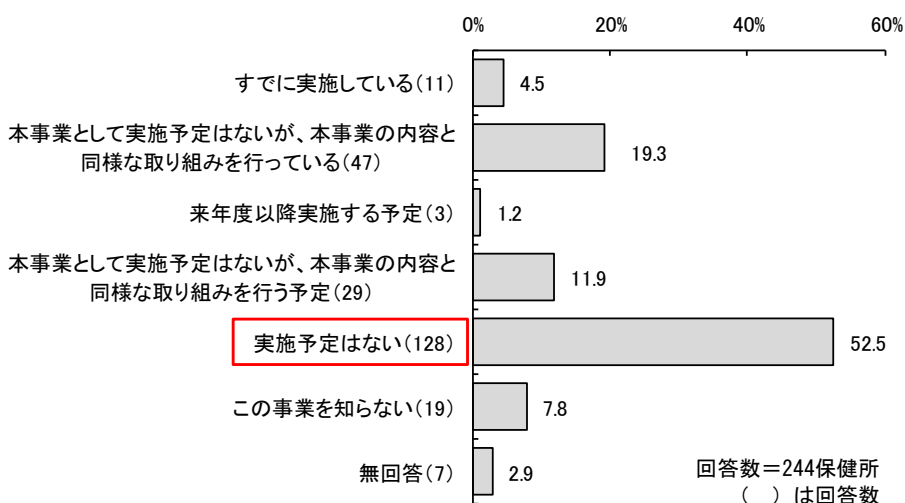
長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果: 長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

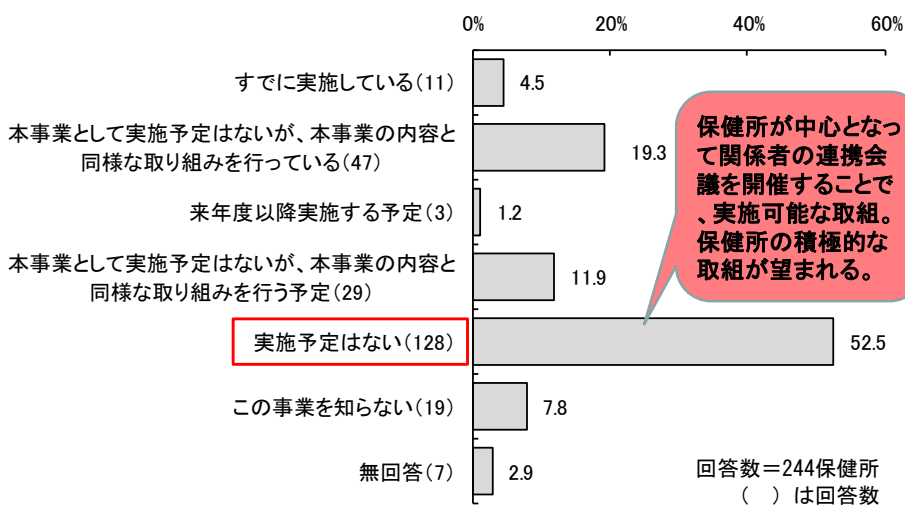
42

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制 検証事業実施の状況



43

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制 検証事業実施の状況



44

～先駆的取組事例調査～

◆事例候補

- 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業及び同様の取組をしている保健所
- 以下の病院またはそれを支援している保健所
 1. ほとんど1年以内に退院させている病院
 2. 原則、退院支援委員会に地域支援事業者や保健所がきちんと参加している病院
 3. 平成26年3月31日以前に医療保護入院した患者や任意入院患者についても、退院支援委員会を開催している病院
 4. 平均在院日数が、明らかに短縮していると思われる病院

45

～先駆的取組事例調査～

◆調査内容

- 地域移行を効果的に進めるための各主体の役割
- 地域移行取組の経緯
- 効果指標
 - ・ 地域移行の利用者数
 - ・ 1年以上入院患者割合
 - ・ ピアサポーターの活動者数
 - ・ 関係者の意識変容

等

◆厚生労働省への事例提供

今年度から来年度にかけて行う法見直しの参考として、調査で把握した事例提供を行う

46

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～															
○但馬圏域（二次医療圏）では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的な達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。 ○病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。															
【但馬圏域の基本情報】 <table> <tr> <td>人口（平成26年2月）</td><td>173,172人</td></tr> <tr> <td>面積</td><td>2,134km²</td></tr> <tr> <td>市町村の数</td><td>5自治体</td></tr> <tr> <td>精神科病院の数（26年6月）</td><td>3病院</td></tr> <tr> <td>精神病床数（26年6月）</td><td>588床</td></tr> <tr> <td>入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）</td><td>42.9%</td></tr> <tr> <td>入院後1年時点の退院率（26年6月）</td><td>90.5%</td></tr> </table> 	人口（平成26年2月）	173,172人	面積	2,134km ²	市町村の数	5自治体	精神科病院の数（26年6月）	3病院	精神病床数（26年6月）	588床	入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	42.9%	入院後1年時点の退院率（26年6月）	90.5%	【地域移行の取組の経緯】 25年度 地域移行申請数は、0（ゼロ） 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催（1回/月）について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める
人口（平成26年2月）	173,172人														
面積	2,134km ²														
市町村の数	5自治体														
精神科病院の数（26年6月）	3病院														
精神病床数（26年6月）	588床														
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	42.9%														
入院後1年時点の退院率（26年6月）	90.5%														
【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】 （都道府県） ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施 （保健所） ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案 ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議（1回/月）の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施 ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施 ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握 （精神保健福祉センター） ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施 （市町村） ・精神障害に対応できる相談支援員の確保 ・住まいや生活支援の体制整備 （精神科病院の医師等の医療関係者） ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定 ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力 （相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者） ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用 ・ピアサポーターを活用した地域移行地域定着支援の実施	【効果】 （地域移行の利用者数） 25年度 0名 26年度 8名うち2名退院 27年度 13名うち4名退院（9月時点） （1年以上入院患者割合 630調査より） 25年 71.7% 26年 71.3% （ピアサポーターの活動者数） 25年度 0名 26年度 12名 （関係者の意識変容） ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自ら意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している 平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究（分担事業者：中原由美）」からの報告														

まとめ ～少なくともここは～ ○保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析 ○退院支援委員会参加のための病院への働きかけ ○推定入院期間1年以上と提出された場合の病院への指導 ○退院後処遇「入院継続」となった（任意入院等へ切り替わった）患者さんの情報把握 ○地域連携会議の開催と運営

改正精神保健福祉法に対応するための 保健所機能について（提言）から

（全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会：平成27年2月23日）

- 保健所の持っている精神保健関連情報の整理と分析
病院報告、精神保健福祉法による入退院届、措置入院関連書類、630調査等の情報（平均在院日数、入退院率、推定される入院期間と実際の入院期間、地域移行利用率等）を病院毎、及び管内全体として分析し、管内医療機関の改正法への対応状況を客観的指標として把握する。

49

改正精神保健福祉法に対応するための 保健所機能について（提言）から

（全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会：平成27年2月23日）

- 地域移行推進協議会の開催と運営
圏域内での地域移行を推進するための連携会議を保健所が主導で実施する。この会議には、圏域内の精神科病院、市町村、地域移行支援事業者が参加し、具体的な地域移行の推進方策を検討し、実績について、地域移行制度を使った退院例数、平均在院日数、長期入院者割合の減少、新規長期入院患者の発生数等の客観的指標を使って効果を評価する。

50

今後の予定 ～地域移行評価シートの作成～

(1) 評価項目

① 病院毎の評価項目

平均在院日数、1年以上入院患者の減少数、退院支援委員会の状況、退院意欲喚起の取組 など

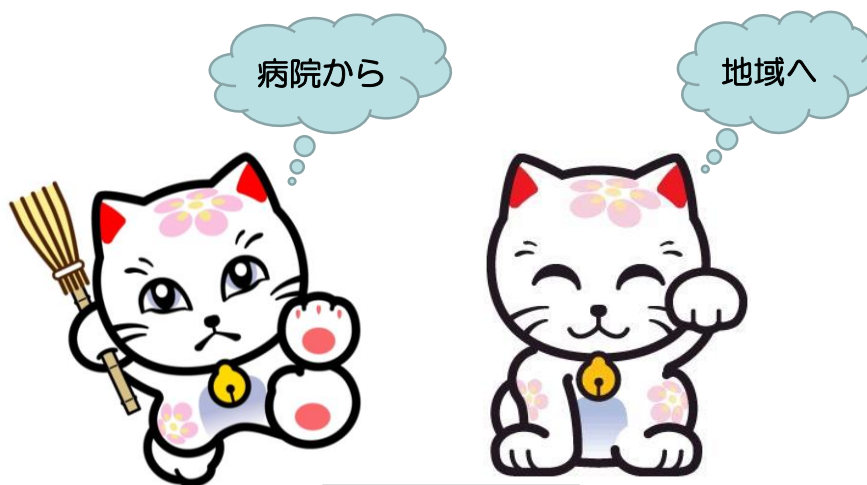
② 圏域全体の評価項目

地域連携会議の運営状況、ピアサポーターの活動状況、市町村体制 など

(2) 評価方法

それぞれの評価項目について、全国平均や障害福祉計画での目標値等を参考に点数化

アンケートのご協力、そして
ご清聴ありがとうございました。



福岡県宮若 追い出し猫

52

【講演②】

「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組み」

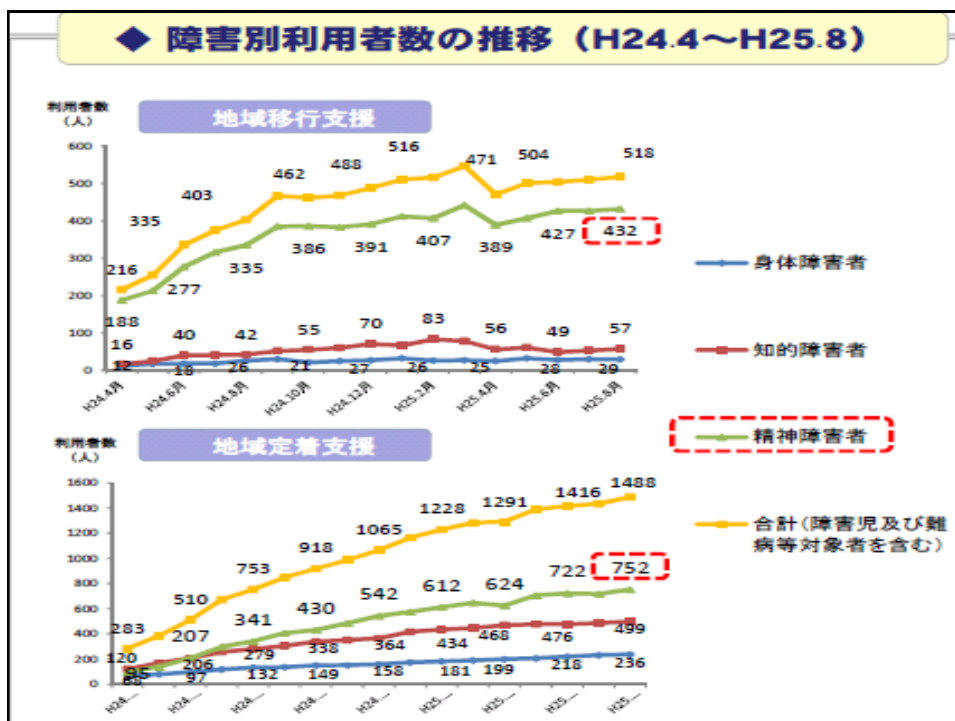
講師

柳 尚 夫

兵庫県豊岡保健所 所長

地域移行を進めるために 保健所を中心とした取り組み

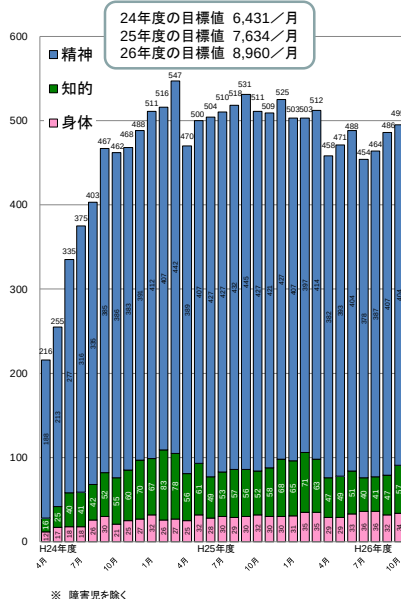
兵庫県豊岡保健所
柳尚夫



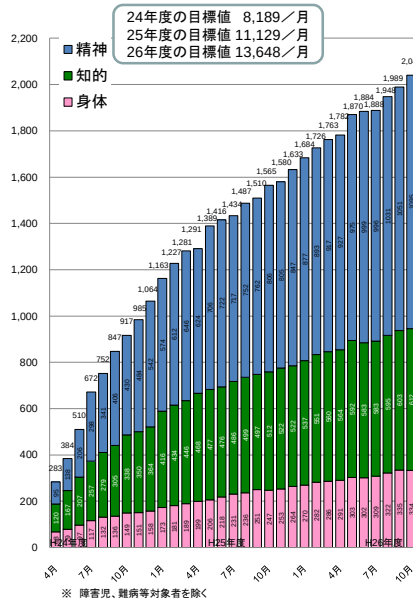
相談支援の利用状況（平成24年4月～）

国保連集計

地域移行支援



地域定着支援



3

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域（二次医療圏）では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定期的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口（平成27年9月）	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数（26年6月）	3病院
精神病床数（26年6月）	370床
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	43.9%
入院後1年時点の退院率（26年6月）	92.6%



【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- （都道府県）
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- （保健所）
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理、共有するとともに、地域の課題解決方策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握（精神保健福祉センター）
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施（市町村）
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備（精神科病院の医師等の医療関係者）
 - ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
 - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施（相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者）
 - ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年
 - ・地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年
 - ・県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年
 - ・地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年
 - ・県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

- （地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末）
 - ・地域移行：28名うち24名は退院（1名は再入院するも退院）
 - ・地域定着：26名（地域移行を利用し、退院した者以外も含む）（1年以上入院患者割合 630調査より）
 - ・21年：249名（67.7%）→ 24年：215名（59.6%）→ 26年：189名（55.6%）
 - （ピアサポーターの活動者数）
 - ・22年：9名 → 25年：11名
 - （関係者の意識変容）
 - ・ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究」からの報告

I. 淡路島の取組み

- 人口14万人（高齢化率 約30%）
 - 精神科の病床を持つ病院・・・3病院
 - ①私立単科精神病院 243床
 - ②県立総合病院の精神科 45床
 - ③私立療養型病院の精神科病床 85床計 373床
 - ④精神科診療所・・・1、訪問看護St・・・1
- 1年以上入院患者割合 （630調査より）
- 21年:249名(67. 7%)
 - 24年:215名(59. 6%)
 - 26年:189名(55. 6%)

5

1. 地域移行への取組み

平成15年 退院促進モデル事業実施1年のみ
その後、地域移行事業は未実施

平成21年 **保健所**から、病院及び障害者支援センターに、地域移行支援事業の実施を働きかけ、その準備として ピアサポーター養成講座の共同実施をした

平成22年度 ピアサポーターを中心とした精神障害者**地域移行・地域定着**支援事業を実施

6

2. 22～25年度のピア活動

1. ピアの養成

9～12名がピアサポーター登録し、契約して活動

2. ピア活動の成果（H26.3月末現在）

①支援の成果

延べ40名（実28名）を対象、のべ23名（実22名）
が退院（2回支援/2回退院が1名）

島内3病院全てから、本事業で退院

②ピアの支援者として、当事者としての成長

活動当初は、支援者として不安があったが、当事者としても自己管理の能力の向上に自信を持ちつつある。

7

3. 地域移行支援事業実績（H22-25）

年度	対象者数	退院者	中断	継続	定着
H22	7	4	1	2	
H23	10 (新8)	5 (再入院1)	2	3	2
H24	11 (新6再2)	6	1 他県退院	4	20
H25	12 (新7再1)	8	0	4	26
合計	40 (実28)	23 (再入院1)	4 (入院中1)	13 (現4)	

8

4. 総合支援法による地域相談

地域相談(地域移行・地域定着)としての個別給付

- ① 1年以上入院患者や1年以上の入院になってしまう可能性のある人が利用できる制度であり、患者の権利
- ② ピア活動を個別給付として支援できる
地域移行推進員の資格は問わない
- ③ 患者による申請なので、申請するための十分な患者向けのPRが必要・・病院内説明会等必要
- ④ 兵庫県内に地域移行対象者は、6千人以上いる

9

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的な達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- ・(都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施(保健所)
- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
- ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
- ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
- ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握(精神保健福祉センター)
- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- ・ピアサポーター養成研修を実施(市町村)
- ・精神障害者に対応できる相談支援員の確保
- ・住まいや生活支援の体制整備(精神科病院の医師等の医療関係者)
- ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
- ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力(相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
- ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

- (地域移行の利用者数)
 - 25年度 0名
 - 26年度 8名うち2名退院
 - 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - 25年 71.7% 26年 71.3%
- (ピアサポーターの活動者数)
 - 25年度 0名 26年度 12名
- (関係者の意識変容)
 - ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
 - ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域医療福祉推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究(分担事業者:中原由美)」からの報告

37

Ⅱ.但馬の取組み

H26

- 1) 病院への説明(管理者、スタッフ)
- 2) 全3病院での院内説明会の実施
- 3) 北但地域でのピアの養成
- 4) 月1回の戦略会議の実施

H27

- 1) 南但でのピアの養成と相談事業の実施
- 2) 市町村の戦略会議への参加
- 3) 養護老人ホームへの働きかけ

11

1. ピアサポーター養成・活用

- 1) ピアサポーター養成講座の実施
保健所と相談支援事業者で共同開催
ピアサポーターを2事業所で13名雇用
- 2) ピアの雇用後の研修
院内説明会、定期的ピアミーティング(2/月)
個別支援の実施におけるOJT
先駆的地域への研修等(淡路)、県の研修
への参加、県内及び圏域内交流会参加

12

2. 実績（平成25年度は地域移行0）

	リスト アップ者 数	地域移 行申請 者	退院者 (地域移行 制度利用)	地域定 着申請 者数
平成 26年度	39名	8名	3名 (2名)	1名
平成 27年 10月末	53名 (新規23 名)	12名	17名 (7名)	2名

13

厚生労働省のHPの対象者

○地域移行支援

- ・障害者支援施設等に入所している障害者
- ・精神科病院に入院している精神障害者（1年以上の入院者を原則に市町村が必要と認める者）

○地域定着支援

以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。

- ・居宅において単身で生活する障害者
- ・居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者

指定一般相談支援事業者(支援内容)



○地域移行支援

入所施設に入所している障害者、又は精神科病院に入院している精神障害者について、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等を行った場合は、地域移行支援サービス費が支給される。

○地域定着支援

居宅で単身等で生活する障害者であって、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者について、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に緊急訪問や緊急対応等の各種支援を行った場合は、地域定着支援サービス費が支給される。

地域移行の要素・課題の分析



要素と課題

1. 誰が対象か
2. 誰が支援するのか
3. どこに退院するのか
4. 再入院させないためにはどうすればいいのか
5. 支援する人たちの連携や調整はどうするのか
6. 家族への対応はどうすればいいのか
7. 地域移行の目標設定や進行管理の指標は
8. 地域移行は、儲かるのか
9. 病院職員は、地域移行に協力してくれるか

誰が対象か(Ⅰ)利用できる人



1. 対象者

①長期入院患者(1年以上)

②支援がなければ1年以上の入院になる可能性がある人、

③入退院を繰り返しており、退院後支援が必要な人

2. 病院が退院可能だと言っているが、中々退院できない人

医療保護でも可だが、任意入院は全員対象

3. 本人の意見(本人申請)

①退院したいと言っている人

②働きかければ「退院したい」といいそうな人・・・個人面接

4. 年齢は関係ない(認知症の高齢者は介護保険優先)

5. 家族の有無、住居の有無、経済的な要素は関係ない

6. 生活能力もADLも、生活支援や介護で補えるので関係ない

誰が対象か(Ⅱ)対象者把握



1. 協力的な病院なら、対象を病院が推薦

2. 院内説明会を定期的にして、募集する

3. 630調査で、1年以上入院患者数を把握

任意入院患者が優先だが、医療保護でも十分可能

4. 対象患者に、個別面接をする(西宮市は制度化)

5. 退院支援委員会の対象になっている人で、入院延長になった人

6. これらをまとめて、圏域の地域移行対象者リストを作る

誰が対象か(Ⅲ)なぜ対象者が出てこないか



病院のいいわけ、この患者さんは

1. 本人が退院したくないと言っている
(ホスピタリズムだから、当たり前)
2. 家族が反対している → 地域移行申請には、家族の了解は不要、退院に反対する権利は、家族にはない
強く反対するのは、障害者虐待
3. 幻聴や妄想の症状がある → 症状があっても地域では暮らせるし、入院していてもどうせ直せない
4. 以前、暴力があった → いつのことですか？

誰が支援するのか(Ⅰ)事業者

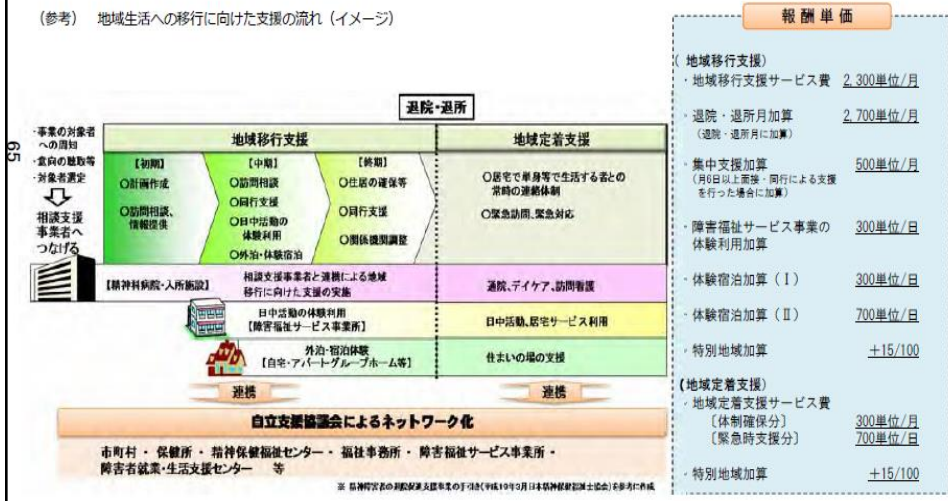


1. 指定一般相談事業者(都道府県指定)
地域相談(地域移行・地域定着)の指定の事業者
2. 地域移行推進員:資格職種を問わない(ピアでも可能)
3. なぜ指定を受けても、実績がないのか？
 - ①事業者がやり方が分からない(知識不足)
 - ②病院から、対象者把握の協力がえられない
 - ③手間のかかる仕事で、儲からない(思い込み)
 - ④計画相談で忙しいので、手が回らない、人事不足
4. 市町村は、サービス提供の義務がある

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

- 地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。
- 地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

（参考） 地域生活への移行に向けた支援の流れ（イメージ）



誰が支援するのか（Ⅱ）ピアサポーター

1. ピアサポーターとは

- ①精神障害者で、地域生活していて、仲間の支援を仕事にしたいと思っている人
- ②養成は保健所と相談支援事業者が協働で行い、事業者が、非常勤職員や就労継続Aで、最低賃金以上で雇用
- ③ピアの強みを生かして、入院患者の退院意欲を引き出せる（精神科病院内の定期的な説明会）
- ④地域移行申請後は、複数のピアで、地域移行の個別支援を行う（相談の報酬で、ピアの人件費はまかなえる）

どこに退院するのか



1. 本人の意向を原則尊重して、支援していく
自宅、アパート、グループホーム、施設（養護老人ホーム、
救護施設、障害者施設）、自宅
2. 間違い
家がないので退院できない、家族が受け入れない
→ アパートやグループホーム
3. 課題
保証人問題 → 自治体で、保証人制度を創設
GH不足 → 障害者計画、空家対策、公営住宅の活用

再入院を防ぐには



1. 地域移行で、退院後の生活の準備をする
退院後の通いの場を見学しておく
地域の当事者の友人を作っておく（ピアが橋渡し）
2. 地域定着で、退院直後の不安を解消する（ピア）
3. 地域定着では、**24時間365日**の連絡ができる
パニックになれば、緊急時支援を使う（ピア）
4. 支援のネットワーク化
地域定着、生活支援（ホームヘルパー等）、訪問看護、
計画相談をつなげる

支援をする人達の連携と調整は



1. 保健所が、組織づくりをする
病院、市町村、相談事業者を入れて会議を圏域単位で実施できるのは、保健所しかない
2. 会議の構造、参加者、頻度、内容
 - ① **協議会** 病院長を含む組織のトップで構成し2回/年
地域移行目標の設定(1年以上入院患者の解消目標)
 - ② **連携会議** 実務者レベル(毎月)、対象者把握(院内説明会運営)、個別支援内容、退院のための課題の解決
3. 保健所は、データを持って効果を分析し、評価する

家族への対応



1. 家族が反対しているから退院できないか？
 - ① 地域移行申請は、本人申請(家族同意は不要)
 - ② 改正精神保健福祉法では、保護義務者規定を廃止したため、家族に退院後の受診等の支援義務はない
 - ③ 患者の権利(自分の除くところに住む)を侵害する行為であれば、障害者虐待に当たる
 - ④ 病院の中には、家族への説得に積極的でない場合もあるので、保健所が家族説得を引き受けるのも必要

地域移行の目標設定や進行管理の指標は

【評価項目】

基本データ把握と分析

1) 現状評価

- ①平均在院日数、②一年以上入院患者割合(630調査)
- ③医療保護入院推定入院期間 ④新規定期病状報告数

2) 取り組み成果評価

- ① 年間地域移行申請数及び退院患者数
- ② 一年以上入院患者の減少数と割合の変化

退院支援委員会

- ① 開催状況
- ② 外部援助事業者の参加

入院患者退院意欲喚起

- ① 啓発
- ② 退院意欲の確認

【地域連携会議運営】

1) 協議会の運営

- ①病院の責任者の参加、②地域移行数値目標の設定

2) 実務者会議の運営

- ①開催頻度、②参加状況と機関、③地域移行対象者のリストアップ、④地域移行課題の問題解決能力

3) ピアサポーター活動

- ① 養成、② 仕事の内容、③ 雇用の状況

4) 市町村体制

- ① 地域相談事業者への働きかけ② 地域移行給付
- ③ 障害福祉計画

地域移行支援はうまくすると儲かります



<条件>

1. **ピアサポーターを養成し、雇用活用していること**
 2. 保健所が、連携会議等を効果的に運営していること
 3. 病院が、対象患者のリストアップと事業者の院内への受け入れに協力的
 4. 病院毎に、**一人ではなく**、数人以上の地域移行申請者がいること(患者が多いほど効率のいい支援ができる)
 5. アパート等への退院が一定できること(退院月加算)
 6. **GH**や福祉施設への受け入れが可能なこと
- 10人の支援: $3\text{万円} \times 10\text{人} = 30\text{万円/月}$ **360万円/年**

病院職員は、地域移行に協力してくれるか



1. 看護職の理解を得るのが重要

前: 長年お世話をしてきた患者を世間の荒波に出すなんて
<地域移行で退院後に病院で発表会をしてもらおうと>

後: あんなにいい顔で、いきいきした顔を見て、うれしい

あの方が退院できるのなら、退院可能な人はもっといる

- ### 2. **PSW**は、退院後環境生活調整委員として、病院の窓口 担当患者の退院の意向は、把握しているはず 退院支援委員会を開催し、地域移行に結びつける

まとめ



1. 地域移行を進める調整は、保健所にしかできない
ピアの養成には、保健所は係わる必要がある
2. 地域移行事例は、630調査で、1年以上入院患者全員
であるので、日本中では20万人いる
3. 利用者は多数いるので、最初は退院しやすい事例から
支援をして、ピアと事業所、病院に成功体験をさせる
4. 事業者には、多数の支援をすると効率もよく、職員がやる
気と生きがいを持てるだけでなく、障害者雇用にもなる
5. 地域移行が進むとみんながハッピーになる

参考文献

1) 精神障がいピアサポーター

活動の実際と効果的な養成・育成プログラム

相川章子著 中央法規 2600円

2) 精神病院を捨てたイタリア捨てない日本

大熊一夫著 岩波書店 2520円

3) 精神障がい者ピアサポート専門員養成のための テキストガイド(第3版)

一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会

様式 2：地域移行評価表

【評価項目】

1. 基本データ把握と分析
 - 1) 現状評価
 - ① 平均在院日数（H27 年）
 - ② 一年以上入院患者割合（H27 年 630 調査）
 - ③ 医療保護入院推定入院期間（H26 年度）
 - ④ 新規定期病状報告数（H27 年 4 月～12 月）
 - 2) 取り組み成果評価
 - ① 年間地域移行申請数及び退院患者数
 - ② 一年以上入院患者の減少数と割合の変化
2. 退院支援委員会
 - ① 開催状況
 - ② 外部援助事業者の参加
3. 入院患者退院意欲喚起
 - ① 啓発
 - ② 退院意欲の確認
4. 地域連携会議運営
 - 1) 協議会の運営
 - ① 病院の責任者の参加
 - ② 地域移行数値目標の設定
 - 2) 実務者会議の運営
 - ① 開催頻度
 - ② 参加状況と機関
 - ③ 地域移行対象者のリストアップ
 - ④ 地域移行課題の問題解決能力
5. ピアサポーター活動
 - ① 養成
 - ② 仕事の内容
 - ③ 雇用の状況
6. 市町村体制
 - ① 地域相談事業者への働きかけ
 - ② 地域移行給付
 - ③ 障害福祉計画

【評価方法及び評価点数】

1.基本データ把握と分析

このデータは、各病院毎に分析をしてください。圏域評価は、簡単にするなら、病院の点数の平均を取ってください。

1)現状評価

総合病院の精神科では、当たり前 200 点は取れるはずです。単科精神病院でも、200 点は取れる病院はあります。マイナスの病院は、せめて 0 点までまずは目指しましょう。

日本の平均的精神科病院は、平均在院日数 270 日で、一年以上入院患者割合が 60%で、推定入院期間は、6 ヶ月までがほとんどで、新規入院の定期病状報告は 8%くらいでしょうから、合計は「0 点」になります。平均在院日数が 800 日で、一年以上入院患者割合が 81%で、入院推定期間は、ほぼ 6 ヶ月未満ではあるが、12%は定期病状報告が出ていれば、「-80 点」となります。

<①平均在院日数>

(考え方) 全国平均が平成 24 年度に 300 日を割っている。先進諸国の平均在院日数は、20 日を割っているが、当面の目標は、単科精神病院で、100 日、総合病院では 50 日を割ることを目標として、点数化してみた。

300 日以下を基本とする

250～300 日 0 点

～50 日未満 50 点

50～100 日 40 点

100～150 日 30 点

150～200 日 20 点

200～250 日 10 点

300～400 日 -10 点

400～500 日 -20 点

500～600 日 -30 点

600～700 日 -40 点

700 日以上 -50 点

<②一年以上入院患者割合>

(考え方) 平成 22 年度 630 調査では、1 年以上入院患者割合は、全国で 66%である。本来は、重度かつ慢性以外は、1 年を超えない入院であるべきなので、目標は、5%以下と考える。

55～65%	0 点		
～5%	60 点	65～75%	－10 点
5～15%	50 点	75～85%	－20 点
15～25%	40 点	85～90%	－30 点
25～35%	30 点	95%～	－50 点
35～45%	20 点		
45～55%	10 点		

<③医療保護入院推定入院期間>

(考え方) 入院想定期間は、1 年を超えない原則。さらに、入院期間を 1 年未満とするためには、精神科医療の常識として初期の想定は 3 ヶ月未満である。
その病院のほとんど (95%) の推定入院期間がどの範囲に入るかで、評価する。

3 ヶ月	50 点	8 ヶ月	－10 点
4 ヶ月	30 点	9 ヶ月	－20 点
5 ヶ月	20 点	10 ヶ月	－30 点
6 ヶ月	10 点	11 ヶ月	－40 点
7 ヶ月	0 点	12 ヶ月	－50 点

さらに、もし、1 年以上の推定入院期間があるなら、上記の点数に加算する

1 名でも －10 点 新規医療保護入院患者数の 10% 以上 －30 点

<④新規定期病状報告数>

26 年 4 月から 12 月までに医療保護入院した患者数を分母に、27 年 4 月から 12 月までに、この時期に新規に定期病状報告が出た数を分子にした割合。

本来は、0 % であるはずですが。

0%	50 点	5～10%	－10 点
1%	40 点	10～20%	－20 点
2%	30 点	20～30%	－30 点
3%	20 点	30～40%	－40 点
4%	10 点	40～50%	－50 点
5%	0 点	50%～	－60 点

尚、1 年未満の死亡退院は分母から引くことが理想ですが、できなければそのまま。医療保護入院としては、退院扱いでも、任意入院継続となって、1 年を超えている患者数の把握も必要です。

2) 取り組み成果評価

<①年間地域移行申請数及び退院患者数>

(考え方) 地域移行を活用して、多くの患者が退院する事が必要。

1 年以上入院患者 (H26 年 630 調査) の何%が H26 年度中に地域移行申請をしたかを一つの指標にする。1 年以上入院患者を 5 年で 0 にすることを目標にすると年間 20%の地域移行申請は必要になる。

式) 年間地域移行申請数 (実数) / 1 年以上入院患者数

地域移行申請には、1 年未満入院例も入れてよい

20%以上	40 点
10～20%	30 点
5～10%	20 点
3～ 5%	10 点
3%未満	0 点
0	-50 点

<②一年以上入院患者の減少数と割合の変化>

(考え方) 地域移行申請を使うだけでなく、病院の努力で長期入院患者の減少を果たしている事も評価できる。

1 年以上入院患者数の減少割合

(26 年度 - 27 年度) / 26 年度 × 100 = %

20～25%	40 点	0～ 5%	0 点
15～20%	30 点	-5～ 0%	-10 点
10～15%	20 点	-10～-5%	-20 点
5～10%	10 点	-10%～	-30 点

2.退院支援委員会

<①開催状況>

- ① 医療保護入院の推定入院期間終了前後 20 日以内の完全実施 10 点、
これが守られない例あり 0 点
10%以上の違反 -10 点という形で、違反割合 (%) にマイナス点をつける
- ② 定例的な開催 (例: 第 2、4 水曜日の午後に開催) が行われている場合
には、10 点
- ③ 義務ではないが、長期入院の患者などの任意の対象者に、退院支援委員会を開催してい
る実績があれば、10 点、
それらを定期的に組織的に行っている場合には、20 点、
1 年以上入院患者全員を対象に行っていれば 30 点加算

<②外部援助事業者等の参加>

- ① 本人家族の参加は、まったくなければ -30 点、
本人家族の参加を原則にしている場合には、10 点、
その間の例は 0 点
- ② 外部援助事業者の参加が 0 なら、-30 点、
20%までの参加 -20 点、
35%までの参加 -10 点、
50%程度の参加は 0 点、
過半数の参加や参加を原則としているのは、10 点、
全例に参加は、20 点

3.入院患者退院意欲喚

<①啓発>

- 入院患者に、地域移行制度を個別説明している場合には、10 点
- ポスターなどの展示物での啓発 0 点
- 何もしていない -30 点

<②退院意欲の確認>

- 外部援助事業者等による定期的な説明会の実施 (1 / 月程度) 20 点
- 年に数回の実施 10 点
- 不定期の実施 0 点
- 外部援助事業者等からの働きかけを受け入れていない -30 点

4.地域連携会議運営

1)協議会の運営

<①病院の責任者の参加>

協議会への参加があれば 10 点 なければ 0 点

病院の責任者（理事者や院長）が構成員になっている場合は、10 点加算

<②地域移行数値目標の設定>

地域移行（長期入院患者の退院）の数字目標が設定できている 10 点
なければ 0 点

(参考)

地域移行目標 国 26 年度 8960／月、人口換算では、7.5／月／10 万人
長期入院患者の退院目標は、1 年以上入院患者数を何年でゼロにするかで、
計算する 400 人を 5 年で退院目標なら、80 人

2) 実務者会議の運営

圏域に、精神科病院がない場合にも、地域移行事例についての受け入れの会議や、圏域の患者が入院している他圏域での会議に、参加している場合には、その会議の内容で評価ください。

<①開催頻度>

地域移行の具体的内容を話し合う実務者会議の開催がなければ 0 点、それ以上なら開催頻度が点数になる。月 1 回定例実施なら、12 点。月 2 回実施なら 24 点。

<②参加状況と機関>

(病院)

全病院が参加している場合	10 点、
半分の病院が参加している場合	5 点、
病院の参加がない場合	0 点

(相談支援事業者)

地域相談の事業者が参加している場合	10 点
一部の参加事業者がある場合	5 点
事業所参加がない場合	0 点

(市町村)

市町村の地域移行等障害福祉担当部局からの参加があれば、10 点、
なければ 0 点

＜③地域移行対象者のリストアップ＞

地域移行対象者のリストが、全病院から提出されていれば 10 点、
一部の病院からだけ出ているなら 5 点、まったくなければ 0 点

＜④地域移行課題の問題解決能力＞

地域移行遂行に障害となっている課題を会議において、解決できた課題が
26 年度以降いくつあるかで、評価をする。1 項目が解決できるごとに 5 点加算。2 項目（例：地域相談事業者が、参入した。患者への地域移行説明をピアがすることを病院が受け入れた）なら、10 点

5.ピアサポーター活動

＜①養成＞

ピアサポーターの養成をしている	10 点
毎年実施	10 点加算
していない	0 点
単独機関でなく、複数の関係機関での養成	10 点加算

＜②仕事の内容と量＞

不定期の語り部活動	0 点
病院への院内説明会	10 点
個別支援活動	10 点加算
その他の当事者支援	10 点

＜③雇用の状況＞

ボランティア活動	0 点
非常勤での勤務	10 点
最低賃金を上回った時間給	10 点加算
常勤勤務	30 点

6.市町村体制

<①地域相談事業者への働きかけ>

- 国制度使って、事業者に補助をしている 10 点
- 市町村内に活動している地域相談事業者がある 10 点

<②地域移行給付>

給付実績が、人口 10 万・月あたりに換算した数字が、点数となる

- 人口 10 万の地域で、月 10 人の受給あり 10 点
- 5 万の人口地域で、月 10 人なら 20 点
- 40 万の人口地域で、月 4 人なら 1 点

(国 26 年度目標 8960／月で、10 万人 7.5 人だが、実績は、500 弱／月)

- 給付決定を申請後 1 ヶ月以内に行っている 10 点
- 給付実績が分からない場合は -50 点
- 給付実績がない場合は 0 点

<③障害福祉計画>

- 地域移行の数値目標を設定している 10 点
- 地域移行後の住居等のサービス計画が記載されている 10 点

様式 2 - 1 地域移行評価表回答

() 圏域

() 病院

1. 基本データ把握と分析

1) 現状評価	計	点
---------	---	---

- ①平均在院日数が () 日で、 () 点
- ②一年以上入院患者割合が () %で、 () 点
- ③推定入院期間は、 () 点
- ④ () %は定期病状報告が出ている () 点

2) 取り組み成果評価	計	点
-------------	---	---

①年間地域移行申請数

年間地域移行申請数（実数） () で、
1 年以上入院患者数 () 人の () %で、 () 点

②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

1 年以上入院患者数 26 年度 () 人 27 年度 () 人
計算式に当てはめると減少割合は () %で、 () 点

※27 年度 630 調査結果がまだの場合は回答できない

2. 退院支援委員会	計	点
------------	---	---

①開催状況 () 点

②外部援助事業者等の参加

本人、家族の参加状況 () 点
外部援助事業者の参加状況 () 点

3. 入院患者退院意欲喚起	計	点
---------------	---	---

①啓発 () 点

②退院意欲の確認 () 点

4. 地域連携会議運営	計	点
-------------	---	---

1)協議会の運営

- ① 病院の責任者の参加状況 () 点
病院責任者が構成員の有無 () 点 小計 () 点
② 地域移行数値目標の設定の有無 () 点

2)実務者会議の運営

- ① 開催頻度() か月に()回 ()点
- ② 参加状況と機関
病院()点、相談支援事業者()点、市町村()点
小計()点
- ③ 地域移行対象者のリストアップ ()点
- ④ 地域移行課題の問題解決能力
解決できた課題()項目 ()点
(内容)
○
○
○
○

6.	ピアサポーター活動	計	点
----	-----------	---	---

- ①養成 () 点
- ②仕事の内容 () 点
- ③雇用の状況 () 点

7.	市町村体制	計	点
----	-------	---	---

- ①地域相談事業者への働きかけ () 点
- ②地域移行給付
人口 () 万人で、月 () 人の受給 () 点
- ③障害福祉計画 () 点

様式 2 参考 但馬圏域の例で計算すると

Ta 病院

1. 基本データ把握と分析

1)現状評価

平均在院日数が 800 日で、	－50 点
一年以上入院患者割合が 8 1 %で、	－20 点
入院推定期間は、ほぼ 6 ヶ月未満ではあるが、	10 点
12%は定期病状報告が出ている	－30 点

2)取り組み成果評価

①年間地域移行申請数

26 年度は、全体で 8 例で、377 人の 2%	0 点
27 年度は、既に 9 例退院、支援中 9 例なので、年度末までには 5%を超える予定	20 点が目標

②一年以上入院患者の減少数と割合の変化

27 年度 630 調査が、まだなので、

2. 退院支援委員会

開催状況 20 日以内	0 点
不定期、不十分	0 点
家族本人	0 点
外部援助事業者	－20 点

3. 入院患者退院意欲喚起

ポスター	0 点
院内説明会	20 点

4. 地域連携会議運営

1)協議会の運営

① 病院の責任者の参加	10 点+10 点	20 点
② 地域移行数値目標の設定	10 点	27 年度 70 人の地域移行目標

2)実務者会議の運営

① 開催頻度	月一回	12 点
--------	-----	------

② 参加状況と機関 10+10+10=30 点

③ 地域移行対象者のリストアップ 10 点

④ 地域移行課題の問題解決能力 5 項目 25 点

院内説明会の定例実施

ピア養成講座の実施と雇用

地域相談事業者の増加 (1 カ所から 2 カ所)

協議会への病院責任者の参加

地域移行目標設定

5. ピアサポーター活動

1) 養成 10+10+10=30 点

2) 仕事の内容 10+10+10=30 点

3) 雇用の状況 10+10=20 点

6. 市町村体制

1) 地域相談事業者への働きかけ 10 点

2) 地域移行給付 現時点で 9 件、17 万 5 点+10 点=15 点

3) 障害福祉計画 10 点

但馬圏域の結果です。

Ta 病院 (単科病院) を例に、

現状評価 -90 点

成果 0 点

退院支援員会 -20 点

退院意欲喚起 20 点

地域連携会議 107 点

ピアサポーター 80 点

市町村 35 点

【参考】兵庫県但馬圏域の取組～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域（二次医療圏）では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口（平成26年2月）	173,172人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数（26年6月）	3病院
精神病床数（26年6月）	588床
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	42.9%
入院後1年時点の退院率（26年6月）	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

25年度 地域移行申請数は、0（ゼロ）
 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催（1回/月）について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- （都道府県）
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- （保健所）
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議（1回/月）の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- （精神保健福祉センター）
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- （市町村）
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- （精神科病院の医師等の医療関係者）
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- （相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者）
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活用した地域移行地域定着支援の実施

【効果】

（地域移行の利用者数）

25年度 0名
 26年度 8名うち2名退院
 27年度 13名うち4名退院（9月時点）

（1年以上入院患者割合 630調査より）

25年 71.7% 26年 71.3%

（ピアサポーターの活動者数）

25年度 0名 26年度 12名

（関係者の意識変容）

- ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
- ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自ら意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究（分担事業者：中原由美）」からの報告

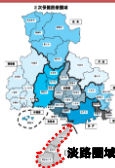
1

【参考】兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域（二次医療圏）では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定例的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口（平成27年8月）	135244人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数（26年6月）	3病院
精神病床数（26年6月）	370床
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	43.9%
入院後1年時点の退院率（26年6月）	92.6%



【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- （都道府県）
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- （保健所）
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- （精神保健福祉センター）
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- （市町村）
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- （精神科病院の医師等の医療関係者）
 - ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
 - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- （相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者）
 - ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活用した地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

平成21年

地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。

平成22年

県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。

平成24年

地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。
 地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援

平成25年

県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

（地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末）

地域移行：28名うち24名は退院（1名は再入院するも退院）
 地域定着：26名（地域移行を利用し、退院した者以外も含む）

（1年以上入院患者割合 630調査より）

21年：249名（67.7%）→ 24年：215名（59.6%）→ 26年：189名（53.3%）

（ピアサポーターの活動者数）

22年：9名 → 25年：11名

（関係者の意識変容）

ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究」からの報告

MEMO_____

[illegible]

