

指定一般相談支援事業所(地域相談支援)と精神科病院の職員が
協働して地域移行に向けた支援を行うための
研修カリキュラム及びガイドライン等の開発

報 告 書

平成29(2017)年3月



公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
Japanese Association of Psychiatric Social Workers

指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して
地域移行に向けた支援を行うための
研修カリキュラム及びガイドライン等の開発
報 告 書

目 次

第 1 部	平成28年度 障害者総合福祉推進事業の概要	1
第 1 章	本事業の概要	3
1	本事業への取り組みの背景と目的	3
第 2 章	事業実施体制	5
1	検討委員会の設置	5
2	事業担当者の選任	6
第 3 章	本事業の取り組み方法	7
1	地域移行推進ガイドラインの検討	7
2	研修プログラム及びテキスト等の検討	9
第 4 章	新たな人材養成研修の構築	12
1	研修の名称	12
2	研修の目的	12
3	対象	12
4	研修プログラム	13
5	実施上の留意点	15
第 2 部	医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の 地域移行推進ガイドライン.....	17
	はじめに	19
第 1 章	精神障害者の地域移行をめぐる動向	20
1	長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義	20
2	地域移行を推進するための国の施策	25
第 2 章	地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築	32
1	地域移行の進め方	34
2	地域移行推進における関係機関・関係者の役割	46
	コラム 市町村（圏域）における連携体制の構築	55

第3部 地域移行を推進する人材養成研修 研修テキストと解説…………… 61

第3部の活用について……………	63
【講義1】精神障害者の地域移行をめぐる動向① ～精神科医療の現状～……………	64
【講義2】精神障害者の地域移行をめぐる動向② ～地域移行支援について～……………	81
【講義3】体験談から地域生活について考える……………	94
【講義4】地域移行推進における関係機関・関係者の役割……………	95
【講義5】退院意欲を取り戻すための支援……………	114
【講義6】地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築……………	127
【演習】病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方……………	139

資料 地域移行を推進する人材養成研修 事前・事後アンケート結果…………… 143

1 モデル研修に関するアンケート調査結果のポイント……………	145
2 調査の枠組み……………	147
3 アンケート結果 回答者の基本属性……………	147
4 アンケート結果 精神障害者の地域移行に対する意識の変化……………	151
5 事後アンケート結果……………	158
6 自由記載の分類と内容……………	159
7 調査票……………	195

第 1 部

平成28年度 障害者総合福祉推進事業の概要

第1章 本事業の概要

1 本事業への取り組みの背景と目的

(1) 長期入院精神障害者を取り巻く現状と課題

2004（平成16）年に精神保健医療福祉の改革ビジョンが示され、「“入院医療中心” から“地域生活中心” へ」というスローガンの下、この間様々な精神保健医療福祉施策が打ち出され、10余年が経過した。懸案となっていた社会的要因による精神障害者の入院長期化の解消策としては、精神障害者地域移行支援・地域定着支援事業やその後の障害者総合支援法の下での地域相談事業への取り組みが各地で行われてきた。

相談支援事業所等の外部支援者が精神科病院と連携を取りながら、退院と地域における生活や活動の場の確保等の支援を行うことにより、長期入院中の病院から地域に移行することができた精神障害者も一定数存在した。しかしながら、第3期及び第4期障害福祉計画のサービス見込量と実績をみると、地域移行支援の利用者は見込み量に対して実績が大きく届かない状況が続いており、2014（平成26）年度において見込み量約9千人に対して約千人の実績、2015（平成27）年度において見込み量約3千人に対して約500人の実績と低位にとどまっている。なお、利用者数実績の内訳では精神障害者が8割を超えている。

一方、毎年新規に精神病床に入院する人のうち1割強が1年以上の長期入院に移行するという状況が続く中、結果として1年以上の長期在院者が全体の約3分の2を占めるという状況に、大きな変化はこの間みられない（2014（平成26）年患者調査で約64%、約18万5千人）。また、精神病床における年齢階級別の在院患者数の推移をみると、65歳以上の割合が1999（平成11）年ではほぼ3分の1であったものが、2014（平成26）年には約54%となっており、在院患者の高齢化が進んでいる。

このような状況の中、2014（平成26）年4月に改正精神保健福祉法が一部を除き施行され、いわゆるニューロングステイの解消策として、病院による医療保護入院者の退院促進の取り組みが始まった。また、法律の規定に基づき告示された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供に関する指針」においても、新たに入院する精神障害者は原則1年未満で退院する体制を確保することとされている。

一方、長期入院精神障害者の課題については、厚生労働省に置かれた「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」において2014（平成26）年7月に今後の方向性が取りまとめられ、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①病院スタッフからの働きかけの促進等の「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む。以下同じ。）」、②地域移行後の生活準備に向けた支援等の「本人の意向に沿った移行支援」、③居住の場の確保や地域生活を支える医療の充実等の「地域生活の支援」を徹底して実施することとされた。また、病院の構造改革の一環として、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支援機能を強化する方策が検討され、地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置すること、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すること、地域移行に向けた訓練や支援を積極的に行うこと等が提唱された。この方策を受けるかたちで、2016（平成28）年度診療報酬改定では「地域移行機能強化病棟入院料」が新設され、長期入院精神障害者の地域移行推進に伴う一定の病床削減を要件とする病棟が誕生した。

障害者福祉施策に目を転じると、2013（平成25）年4月に施行された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）の附則において、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、見直し事項の一つに「精神障害者に対する支援の在り方」が挙げられた。見直しの検討を進めていた社会保障審議会障害者部会は2015（平成27）年12月に「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」として報告書を取りまとめた。「精神障害者に対する支援について」では、「精神障害者の地域移行・地域生活の支援を進めるためには、精神障害の特性が地域において正しく理解される必要がある。このため、住民と医療・保健・福祉の関係者が精神障害者に対する理解を深めるとともに、支援に向けた連携体制を構築する必要がある。あわせて、相談機能の強化や人材育成が重要である。」との現状・課題を踏まえ、「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」であり、「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」と、今後の取り組みの方向性が示された。

(2)本事業の目的

以上のような現状を踏まえ、今後精神障害者の地域移行をさらに推進していくためには、市町村または圏域（以下、「市町村等」という。）を単位として、医療・保健・介護・福祉等多分野にまたがる幅広くかつ緊密な連携が求められることになる。

障害者総合支援法に基づく地域移行支援を担う指定一般相談支援事業者については、指定を受けている事業所数は多く、厚生労働省の障害者相談支援事業の実施状況等の調査の結果では、2016（平成28）年4月時点において3,357事業所であった。しかしながら、個別給付化後の利用実績から勘案すると、これまでに精神障害者の地域移行支援を経験したことのない事業所が多いことがうかがわれる。また、精神科病院に従事する職員も外部の支援者と協働して地域移行に取り組んだ経験が少ないことも懸念される。

このため、公益社団法人日本精神保健福祉士協会は、指定一般相談支援事業者及び精神科病院の職員を対象に、両者の連携を図るとともに地域移行の推進を担う人材を養成するための研修カリキュラム（プログラムとテキスト）と、効果的な地域移行支援と市町村等における連携体制の構築を目的とした地域移行推進ガイドラインを開発し、それらを全国的に普及することを通じて、精神障害者の自立と社会復帰の促進に資することを目的に本事業に取り組むこととした。

第2章 事業実施体制

1 検討委員会の設置

本事業の実施にあたっては、障害当事者、学識経験者、医療関係者、障害福祉サービス事業従事者、行政担当者が構成する検討委員会を3回開催し、事業実施の企画、研修カリキュラム及び地域移行推進ガイドライン等について具体的内容の検討を行った。

(1) 検討委員会の開催

【検討委員会の開催】

第1回	2016年 9月 9日	場所：ビジョンセンター東京
第2回	2016年11月18日	場所：ビジョンセンター東京
第3回	2017年 2月 4日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター

(2) 検討委員

【事業担当者等】

(敬称省略)

氏 名	所 属	県 名
伊藤未知代	公益財団法人横浜市総合保健医療財団 横浜市総合保健医療センター	神奈川県
岩上 洋一	特定非営利活動法人じりつ	埼玉県
大屋 未輝	独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	新潟県
田村 綾子	学校法人聖学院 聖学院大学	埼玉県
遠藤 謙二	医療法人友愛会 千曲荘病院	長野県
吉川 隆博	東海大学	神奈川県
彼谷 哲志	特定非営利活動法人あすなろ あすなろ相談支援事業所	兵庫県
渡辺由美子	市川市役所 南八幡メンタルサポートセンター	千葉県

2 事業担当者の選任

公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員から7人の事業担当者を選任し、事務局職員が事務の実務及び経理を担当し、事業担当者会議を開催するとともに、事業担当者による地域移行支援推進ガイドラインの執筆、実際の研修プログラム、研修テキスト及び解説書の作成、モデル研修の運営等を行った。

(1) 事業担当者会議の開催

【 事業担当者会議の開催 】

第1回	2016年 9月 9日	場所：ビジョンセンター東京
第2回	2016年10月21日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター
第3回	2016年12月 2日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター
第4回	2017年 1月24日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター

(2) 事業担当者等

【 事業担当者等 】

(敬称省略)

役 名	氏 名	所 属	県 名
事業責任者	水野 拓二	公益財団法人復康会 鷹岡病院	静岡県
事業担当者	有野 哲章	社会福祉法人蒼溪会 山梨県立あゆみの家	山梨県
事業担当者	岩尾 貴	石川県 健康福祉部 障害保健福祉課	石川県
事業担当者	菅原小夜子	特定非営利活動法人こころ	静岡県
事業担当者	山本めぐみ	公益財団法人 浅香山病院	大阪府
事業担当者	雄谷江利子	医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院	東京都
事業担当者	木太 直人	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	東京都
事業担当者	植木 晴代	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	東京都
事業担当者	露崎 葉子	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	東京都
経理責任者	坪松 真吾	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	東京都
経理担当	大仁田映子	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	東京都

第3章 本事業の取り組み方法

1 地域移行推進ガイドラインの検討

主に検討委員会において、本協会がこれまで取り組んだ以下の厚生労働省の障害者保健福祉推進事業の報告書等を参考としながら、地域移行推進ガイドラインの構成やその内容について検討を重ねた。

【参考とした報告書等】

- ① 「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究」報告書（平成18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」）
- ② 精神障害者の退院促進支援事業の手引き（平成18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」）
- ③ 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～（平成20年度障害者保健福祉推進事業）
- ④ 退院後生活環境相談員養成研修テキスト（平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修） 厚生労働省

【医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる 長期入院精神障害者の地域移行推進ガイドラインの構成】

はじめに

第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向

1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義

これまでの精神保健医療福祉施策の動向、地域移行施策の取り組み状況、長期入院精神障害者が地域に移行し生活することの意義等について解説

- (1) これまでの精神保健医療福祉施策の動向
- (2) 障害者総合支援法における地域移行支援
- (3) 長期入院精神障害者が地域に移行し生活することの意義

2 地域移行を推進するための国の施策

- (1) 地域移行支援（障害者総合支援法）
- (2) 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（精神保健福祉法）
- (3) 精神科地域移行実施加算、地域移行機能強化病棟入院料、精神科退院指導料・地域移行支援加算（診療報酬）

第2章 地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

1 地域移行の進め方

(1) 導入期

- ① 本人との出会いと支援関係の形成
- ② 退院後生活のイメージづくり
- ③ 病院職員と地域支援者の連携

(2) 初期

- ① 障害福祉サービスの利用手続き
- ② サービス担当者会議の実施

(3) 中期・後期

- ① 地域移行支援計画の開始とケア会議の実施
- ② 地域移行に向けた病院内プログラムと病院外での体験
- ③ 退院後のサービス等の利用調整

(4) 退院後の地域生活支援

- ① 緊急時の支援体制
- ② モニタリングの実施
- ③ 退院後に活用できる支援

2 地域移行推進における関係機関・関係者の役割

(1) 行政担当者

- ① 保健所
- ② 市町村

(2) 市町村（自立支援）協議会

(3) 障害者相談支援事業と基幹相談支援センター

- ① 障害者相談支援事業
- ② 基幹相談支援センター

(4) 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者

- ① 相談支援専門員
- ② ピアサポーター

(5) 居宅介護支援事業所（介護支援専門員）

(6) 精神科病院

- ① 主治医
- ② 病棟の看護師等
- ③ 作業療法士
- ④ 薬剤師
- ⑤ (管理) 栄養士
- ⑥ 臨床心理技術者
- ⑦ 精神保健福祉士

■コラム 市町村（圏域）における連携体制の構築

1 地域移行部会を市町村の協議会に設置する意義

※市町村、保健所、基幹相談支援センター及び精神科病院の地域移行支援担当者で構成

2 連携にあたっての留意事項

※人材育成研修は、直接的に地域移行支援に携わる従事者を対象とした研修なので、「コラム」に位置付けて、個別ケースがうまくいかない時の課題解決の仕組みとして、1つのモデルを提示

2 研修プログラム及びテキスト等の検討

前述の文献レビュー及びグループインタビューの結果を受けて、研修プログラム及びテキストの構成等について検討を重ね、概ね以下のような枠組みでモデル研修を開催することとした。

(1) 地域移行を推進する人材養成モデル研修の枠組み

① モデル研修の位置づけ

本事業の到達課題は、地域移行推進ガイドラインの作成とガイドラインに基づいた地域移行の推進を担う人材を養成するための研修を今後全国で展開していくための研修プログラム及びテキスト等の作成にある。そのため、試行的に作成したプログラム・テキストによるモデル研修を開催し、受講者の感想・意見及び事前・事後のアンケート実施による効果測定を踏まえ、最終的な研修プログラム及びテキスト等を作成する。

② 対象

次の機関・事業所等の職員を対象に研修案内を送付することとした。

【 対 象 】

■ 診療報酬における「地域移行機能強化病棟入院料」の施設基準届出をしている次の精神科病院及び近隣する病院の職員（病棟配置の精神保健福祉士・看護師・作業療法士、退院支援部署の精神保健福祉士等）

- ・ 京ヶ峰岡田病院（愛知県額田郡幸田町坂崎石ノ塔8）
- ・ 公益財団法人浅香山病院（大阪府堺市堺区今池町3丁3-16）

■ 上記病院が所在する市町、所管保健所及び隣接市の精神保健福祉担当職員

- ・ 幸田町、西尾市、岡崎市、西尾保健所（県）、岡崎市保健所（中核市）、安城市
- ・ 堺市各区の保健センター（堺、ちぬが丘、中、東、西、南、北、美原）、堺市心の健康センター

■ 上記病院の近隣の障害者基幹相談支援センターの精神保健福祉士等

- ・ 岡崎市障がい者基幹相談支援センター
- ・ 堺市各区の障害者基幹相談支援センター（堺区、中区、東区、西区、南区、北区、美原区）、堺市総合相談情報センター

■ 上記病院近隣の指定一般相談支援事業所の相談支援専門員及びピアサポーター

- ・ 愛知県 10か所
- ・ 大阪府 39か所

③ 構成

研修の受講者のうち、相談支援事業所の相談支援専門員等は精神科病院における医療等の取り組みの実際に明るくないものが含まれる一方で、精神科病院の職員には障害者総合支援法に基づく地域における支援の実際に明るくないものが含まれる。そのため、まずは精神科医療機関と地

域の支援事業所等の職員が顔を合わせて、双方の役割や機能に関する理解を深める機会とするため、講義ごとにグループに分かれて講義の内容を確認しあう「シェアリング」の時間を設ける。また、精神障害の当事者による体験談を聞くことが、実際の精神障害者の生活を学ぶ機会となるため、講義として取り入れることとする。一連の講義を聞いた上で、最後に演習を組んで、グループによる地域移行支援の場面を想定したロールプレイ体験や地域移行に関するディスカッションを行う構成とする。

【 講義で取り上げる内容 】

- 精神障害者の地域移行をめぐる動向～精神科病院の現状～
- 精神障害者の地域移行をめぐる動向～地域移行支援について～
- 体験談から地域生活について考える
- 地域移行推進における関係機関・関係者の役割
- 退院意欲を取り戻すための支援
- 地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

【 研修のポイント 】

- 各講義ごとにシェアリングの時間を設けて、講義終了後に5～6人のグループに分かれて講義内容について振り返りを行う
- 精神障害当事者に自らの体験や想いを語ってもらう講義を盛り込む
- 最後に、精神障害者の地域移行支援を実際に学ぶ機会として、グループによる地域移行支援の場面を想定したロールプレイ体験や地域移行に関するディスカッションを行う演習の時間を設ける

(2)モデル研修の開催

【 モデル研修の開催 】

■第1回 大阪会場

日 時 2016年12月26日、27日

場 所 公益財団法人浅香山病院 B館2階 講義室（大阪府堺市）

■第2回 愛知会場

日 時 2017年1月6日、7日

場 所 京ヶ峰岡田病院 サニー2階・作業療法室C（愛知県額田郡幸田町）

(3)研修プログラム、研修テキスト及び解説書の作成

①研修受講者に対する事前・事後のアンケートの実施

2回のモデル研修を開催するにあたり、受講者の地域移行支援に関する理解、地域移行支援への取り組み意欲、地域の社会資源等に対する理解の向上等の視点から、研修効果を評価することを目的として、受講者に対して事前・事後のアンケートを実施した(143ページ～)。

②モデル研修の実施を踏まえた研修プログラム、研修テキスト及び解説書の作成

受講者に対するアンケートの結果を踏まえ、実務担当者の分担により実施したモデル研修を基に研修プログラムの時間枠等の変更、研修テキストの修正を行った上で、解説書を作成した。研修プログラム及びテキスト等については、検討委員会の校閲を経て完成とした。

第4章 新たな人材養成研修の構築

1 研修の名称

『地域移行支援を推進する人材養成研修』とする。

2 研修の目的

市町村及び障害保健福祉圏域等において、地域移行の推進を担う人材を養成するための研修とする。

また、実際の支援場面でこれまで出会うことが少なかった地域における精神障害者の生活支援の従事者と精神科医療機関の職員が顔を合わせる機会となることから、グループでの演習等を通じて支援ネットワークづくりの端緒となることを企図した研修とする。

3 対象

本研修は、地域における精神障害者の生活支援の従事者と精神科医療機関の職員を対象として行う。

【 地域における精神障害者の生活支援の従事者 】

- 指定一般相談支援事業所の職員（相談支援専門員、ピアサポーター等）
- 基幹相談支援センターの職員（相談支援専門員等）
- 市町村の障害福祉相談窓口担当者
- 保健所の精神保健福祉担当職員（精神保健福祉相談員、保健師等）

【 精神科病院の職員 】

- 精神保健福祉士（地域移行機能病棟、退院支援部署等）
- 看護職員
- 作業療法士
- 臨床心理技術者
- その他退院支援にかかわる職員

4 研修プログラム

本研修プログラムについては、1.5日での実施を標準プログラムとした。開始時刻や時間配分等は開催地域の特性等を踏まえて柔軟に改変して活用してほしい。

本プログラムは1日目の開始時間を13時30分、2日目の開始時間を9時30分として作成している。

〔1日目〕

スケジュール	時間数	プログラム	内容
13:30～13:35	5分	開講式 オリエンテーション	
13:35～14:20	45分	講義1 「精神障害者の地域移行をめぐる 動向① ～精神科医療の現状～」	主に地域の支援者（相談支援専門員等）を想定した講義。 精神障害者の特性を踏まえ、精神科医療の現状（入院期間の短期化傾向、長期在院精神障害者の疾患別割合、高齢化の課題、病院の構造改革など）について知識を深める。
14:20～15:05	45分	講義2 「精神障害者の地域移行をめぐる 動向② ～地域移行支援について～」	主に精神科病院の職員を想定した講義。 精神科医療の状況を踏まえ、障害者総合支援法における「地域移行支援」の内容を中心に、国の施策や意義について確認する。
15:05～15:15	10分	休憩	
15:15～14:40	25分	シェアリング	グループ内での自己紹介、講義1・講義2への感想・意見交換
15:40～16:25	45分	講義3 「体験談から地域生活について考える」	ピアサポーター等の当事者から入院体験や現在の地域生活の感想、専門職に望むことを聞く。 ※講師2人の場合：15～18分×2人の体験談発表の後、フロアとの質疑応答（9～15分） 講師1人の場合：30～35分の体験談発表の後、フロアとの質疑応答（10～15分）
16:25～16:30	5分	休憩	
16:30～16:55	25分	シェアリング	講義3への感想・意見交換・全体共有
16:55～17:00	5分	事務連絡	

〔2日目〕

スケジュール	時間数	プログラム	内容
9:30～10:30	60分	講義4 「地域移行推進における関係機関・関係者の役割」	関係機関の役割について整理を行う。 特に精神科病院の職員にとっては実際にかかわっている地域の機関や事業所が具体的にどのようなものがあるかを知らない人がいると思うので、各職種の説明や、担うべき役割などコンパクトに講義する。
10:30～10:50	20分	シェアリング	講義4への感想・意見交換・全体共有
10:50～11:00	10分	休憩	
11:00～11:40	40分	講義5 「退院意欲を取り戻すための支援」	長期入院や支援者の支援姿勢の結果として入院患者の退院意欲が低下しているという認識を確認したうえで、ピアサポーターの協力や具体的な意欲喚起の方法を提示する。
11:40～12:00	20分	シェアリング	講義5への感想・意見交換・全体共有
12:00～13:00	60分	昼休憩	
13:00～14:00	60分	講義6 「地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院患者の高齢化、家族への説明など地域移行の阻害要因に焦点を当てて説明する。 ・ 直接的に地域移行支援に携わる従事者を対象とした研修なので、個別ケースがうまくいかない時の課題解決の仕組みとして、1つのモデルを提示する。
14:00～14:15	15分	シェアリング	講義6への感想・意見交換・全体共有
14:15～14:25	10分	休憩	
14:25～15:55	90分	演習 「病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方」	ガイドラインに基づいて現状を客観的に把握して取り組むべき課題を明確化する。
15:55～16:25	30分	全体共有、まとめ	グループ発表、講評等
16:25～16:30	5分	閉講式	

5 実施上の留意点

(1) 講義・演習等の講師

講義及び演習を担当する講師は、主に精神保健医療福祉領域の支援経験を有する精神保健福祉士等が担うことを想定している。

講義3「体験談から地域生活について考える」の講師については、ピア活動等に参加している精神障害当事者が望ましい。

(2) 演習(グループワーク)の進め方

本研修は、比較的少人数での運営が可能となるように、演習(グループワーク)では各グループにファシリテーターをつけずに、演習の講師が全体の進行管理を担うこととしている。

グループは、地域の支援者と精神科病院の職員の双方が必ず入るように留意し、5～6名で構成することを標準とする。また、演習を円滑に進めるために各講義後のシェアリングと演習は同じグループメンバーで行うようにする。

各演習の進行についての詳細は、第3部(61ページ～)を参照のこと。

(3) 会場のレイアウト

スムーズな研修運営とするため、会場のレイアウトは演習用のアイランド(島)型として、受講者は指定したグループで講義も受けるかたちを取る。

第 2 部

医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の 地域移行推進ガイドライン

はじめに

本冊子を手にくださった皆さまのなかには、現在あるいはこれまでに支援した当事者の顔や名前が思い浮かぶ方も少なくないと思います。地域生活を目指す精神障害者の支援は、既に長い年月に渡って繰り広げられてきました。しかし、未だにその歩みは加速されなくてはなりません。

2014（平成26）年4月の改正精神保健福祉法の施行に伴い、同年3月には「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」が告示されました。その前文では、精神障害者が地域社会の一員として安心して生活できるようにすることを目指して、「入院医療中心の精神医療から、精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へ」と精神障害者の保健・医療・福祉に関する施策の方向性を定めることが示されています。

精神障害者の地域移行支援の推進は、2004（平成16）年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」という。）以降、継続されており、公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「本協会」という。）も、精神保健福祉士の専門職団体としての活動の中心に据えて取り組んで参りました。

この実績を基盤として、本協会は2016（平成28）年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業を受け、「地域移行推進ガイドライン」及び「地域移行を推進する人材養成研修カリキュラム」を作成しました。

周知のように改正精神保健福祉法により、医療保護入院者の退院促進に関する措置として、病院管理者が退院後生活環境相談員を選任し、退院支援に向けた環境整備等について地域援助事業者と早期に連携を図ることが明記されています。また、「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」では検討課題とされた地域の受け皿づくりのあり方等に関して、長期入院精神障害者に対する支援の具体的方策、病院の構造改革の方向性が示されました。「改革ビジョン」から10年以上を経てもなお1年以上の長期在院患者は18万人にのぼり、また5年以上入院している者の約7割は、転院や死亡等による退院となっている現状があります（2014（平成26）年患者調査より/厚生労働省障害保健福祉部資料）。改正精神保健福祉法の成果は今後検証されることとなりますが、精神保健医療福祉関係者はこの現実に向き合い、精神疾患や障害のある人にかかわるすべての支援者が連携し、あらゆる資源や方策を駆使して精神障害者の地域移行支援を推進する決意を新たにすることが求められているといえます。

本協会がこのたび作成したガイドラインは、そのための具体的な道筋や方法についてわかりやすく記載しています。身近な市町村（圏域）単位において、すべての関係者が、より実効性のある連携体制の構築と協働により精神障害者の地域移行支援活動を担うための一助となることを願っております。有効にご活用いただき、また新たな人材を養成するためにカリキュラムに基づく研修を継続的に各地で実施していただければ幸いです。

末筆ながら、本事業の実施にあたり有識者と本協会構成員で構成する事業検討委員会及び事業担当者会議に参画くださった有識者の皆さまにこころより感謝申し上げます。

2017（平成29）年3月

第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向

1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義

(1) これまでの精神保健医療福祉施策の動向

2004（平成16）年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推し進めていくため、こころの病に対する国民の理解の深化や精神医療改革、地域生活支援の強化などを10年間で進め、精神保健福祉施策体系の再編と基盤強化により、受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人については、精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化で10年後の解消を図ることを目標とされ、その目標達成により約7万床相当の病床数の減少の促しになるとも考えられました。この方向性に沿って数々の精神保健医療福祉に関する検討会が開催され、「医療と福祉の連携」をもとに、長期入院の退院促進、新たな長期入院の予防（早期介入、早期治療、早期退院）、地域定着支援（地域生活が続けられる支援、地域づくり）などの施策が行われてきました。

精神科医療においては精神科救急医療システムの広がりや精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟等の整備が進み、「早期介入、早期受診、早期退院」の取り組みから、近年の新規入院者のうち約9割は1年以内に退院し、平均在院日数も徐々に短くなっています。また、補助金事業としての退院促進支援事業や地域移行支援事業やその後の障害者総合支援法の下での地域相談支援への取り組みが各地で行われ、地域支援者等と精神科病院が連携をとりながら、退院と地域における生活や活動の場の確保等の支援を行うことにより、地域生活へ移行する長期入院精神障害者は確実に増えています。しかしながら新規入院の1割は1年以上の長期入院に移行する現実もあり、結果として長期入院精神障害者は約20万人も存在し、依然としてこの10年では大きな変化は見られない結果となっています。

こうした現状を踏まえ、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、2013（平成25）年6月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）が改正され、一部を除き2014（平成26）年4月1日より施行されるにあたり、同年3月に「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（平成26年厚生労働省告示第65号）」（以下、「指針」という。）を定めました。指針では、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療の改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わるすべての関係者が目指すべき方向性として、急性期の精神障害者を対象とする精神病床においては医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指すこと、新たに入院する精神障害者は原則1年未満で退院する体制を確保すること等が記載されています。また、この法改正では、保護者制度の廃止に伴う医療保護入院のあり方などについても検討され、医療保護入院者を中心として退院促進のための措置を講ずることを精神科病院の管理者に義務づけたことで退院後生活環境相談員が選任され、退院支援に向けた環境整備等については地域援助事業者等と早期に連携を図ることも明記されました。また、精神障害者の権利擁護を推進するための精神医療審査会に関する見直しなどがなされています。

国は、指針に定められている「1. 精神病床の機能分化に関する事項 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」ために、2014（平成26）年3月に「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」を設置しました。

この検討会の基本的考え方は、「①長期入院患者本人の意向を最大限尊重しながら検討する。②地域生活に直接移行することが最も重要な視点であるが、新たな選択肢も含め、地域移行を一層推進するための取り組みを幅広い観点から検討する。」こととされました。

2014（平成26）年7月、この検討会の取りまとめとして、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が示されました。そこでは、長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像が次のように共有されました。

【長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像】

- ①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」「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。
- ②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し、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐため、精神科救急・急性期について、一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約するとともに、地域生活を支えるための医療を充実し、併せて、回復期及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者の病床について、それぞれその機能及び特性に応じた人員配置及び環境を整備すること。
- ③②の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となる。

このような経過を踏まえ、2016（平成28）年の診療報酬改定により精神障害者に対する質の高い医療の提供、精神障害者の退院の促進及び地域生活支援のため、本人の意向を踏まえ、多職種が連携してチームで支援することを基本とし、病床削減を条件とした「地域移行機能強化病棟入院料」が新設され、全国で20か所を超える精神科病院が施設基準の届出を行っています（2016（平成28）年10月1日現在）。

(2)障害者総合支援法における地域移行支援

2010（平成22）年12月、障害者総合支援法とのつなぎ法として、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法が改正されました。この法改正では、相談支援の充実が掲げられ、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関であって、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設として「基幹相談支援センター」を設置できることとともに、従来、法文の明記がなかった自立支援協議会を設置することも規定されました。また、サービス利用計画作成の対象者の大幅な拡大、支給決定プロセスの見直しが行われました。さらには、地域移行及び地域定着のための相談支援として、障害者支援施設等の施設に入所している障害者や精神科病院に入院している精神障害者の地域相談支援が個別給付事業として創設されました。

2012（平成24）年6月に「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法の法律名称が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に変更されました。相談支援については、前述した2010（平成22）年の改正障害者自立支援法の内容が引き継がれています（自立支援協議会の名称については、地域の実情に応じて定められるよう弾力化されました）。

長期入院精神障害者の地域移行に関する施策の経過ですが、2003（平成15）年4月に開始された精神障害者退院促進支援事業は、2008（平成20）年4月に精神障害者地域生活移行支援特別対策事業として、国の補助金事業として実施されてきました。これが、2012（平成24）年4月、障害者自立支援法の地域相談支援として規定されました。

地域移行支援を推進するためには、①相談支援体制の整備、②権利行使支援としての周知、③医療と福祉の連携、④意思表示の支援が極めて重要となります。

① 相談支援体制の整備

地域移行支援を推進する上では、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談支援、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えることが重要です。相談支援体制が整わないなかで、地域移行支援だけが推進されることはありません。相談支援体制を整えるなかで、地域移行支援の重要性を確認して共通認識を持つとともに、地域移行支援を推進するための仕組みと人材育成の体制を整備する必要があります。例えば、市町村の委託による一般的な相談支援のなかで地域移行支援を行っている事例がありますが、個別給付の対象者に一般的な相談支援でかわるということは、一般的な相談支援でしかかわれない対象者への相談支援に支障が生じていることになります。このような認識を持って個別給付の活用を推進する必要があります。また、基幹相談支援センターや地域移行支援に精通している事業所が新たに地域移行に取り組む事業所へのアドバイザー役を担う等の推進体制を整えていくことも重要です。

② 権利行使支援としての周知

入院している精神障害者に「地域移行支援、つまり退院のための支援が受けられる」ということを周知することは最も重要な権利行使支援の一つです。国、都道府県、精神科病院の管理者は地域

移行支援が受けられることを入院しているすべての人に説明する必要があると考えます。

③医療と福祉の連携

地域移行支援は、指定一般相談支援事業所が、入院している病院と退院後の居住系と通所系の障害福祉サービス事業所等との連携の上で行われています。しかし、実際に、地域移行支援に取り組んでいない相談支援事業所、精神科病院にとっては、制度やそれぞれの機関・事業者のこともよくわからないため、連携して支援することに慣れていません。協議会等が活用されている事例もありますが、地域移行支援を推進するための部会の設置、実務者向けの研修会、連携のための事例検討会の実施が有効であると考えられます。

④意思表示の支援

長期に入院している精神障害者が、退院を希望して地域移行支援を利用するという意思表示に至るには相当の支援と時間を要します。地域移行支援を活用、推進するためには、退院の動機づけが極めて重要な支援です。しかしながらこの時点での相談支援は個別給付の対象ではありません。地域移行支援へのニーズを自覚してもらうためには、退院の意思表示ができる前、迷っている段階、例えば、「退院することは決められないけれど、退院したらどこに住むのか知りたい」「退院はしたくはないけれど、どんな暮らしをしているのか見てみたい」という状況にある人への意思表示の支援がとても重要であると言えます。

(3)長期入院精神障害者が地域に移行し生活することの意義

たとえ精神障害があったとしても、入院生活が当たり前でなく、地域社会で暮らすことが普通の姿であり、「入院が必要なほど病状が悪い時には入院治療し、良くなれば退院して地域での生活に戻る」ことが本来の流れでなければなりません。入院当初から退院を諦めている人はいません。入院が長期化したことで、地域社会とのつながりが遮断され、精神科病院では他の患者や職員以外との交流に乏しかったり、決められたルールや日課に従ったりといった受動的で非日常的な生活が常態化されていきます。

そのようななかで、元の生活がどうだったのか、自分らしい生活とは何かと考えることもなくなり、地域社会での自分自身の居場所や役割、存在自体が薄まっていきます。そして、家族構成すら変わってしまい地域生活を送っていた生活環境の多くも変わっていくなかで、いつからか退院して生活することや人生の夢や希望を諦めてしまったのか、諦めなければ日々を過ごしていくことができなかったのかと考えると想像を絶します。

「退院に対する意欲が感じられない」「退院を諦めてしまっている」「退院後の生活に不安が強い」「退院を応援してくれる人がいない」という状況でも我々支援者は退院支援を諦めず、本人の意向、気持ちをじっくり聞き、葛藤や心の揺れにつきあいながら、ねばり強く働きかけ、本人が望む生活の実現に向けて取り組むことが大切です。精神科病院では様々な地域移行について取り組みがなされていますが、地域定着を見据えた支援には、地域支援者等と協働して推し進めることがより効果的です。地域社会の生活場面において起こる様々なできごとのなかで、できないことは支援サービスを利用し、支えてもらいながらも自分で考えて、悩み、決断し、実行するという当たり前の生活

を取り戻し、住民として地域で生活することが、長期入院精神障害者が地域に移行し生活する意義になります。

2 地域移行を推進するための国の施策

(1) 地域移行支援(障害者総合支援法)

それまで国の補助事業として取り組まれてきた「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」は、障害者自立支援法(現在の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」(「障害者総合支援法」))の改正により、新たに他障害の施設入所者等も対象に加えた「地域相談支援」(地域移行支援、地域定着支援)として法律に定められるとともに、「地域相談支援給付費」が規定されたことにより、2012(平成24)年4月から個別給付の対象となりました。

① 地域移行支援の対象者

- ・ 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院、矯正施設等又は保護施設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

長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象としています。1年未満の入院者については、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とする者や地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など)を対象とします。

② 地域移行支援の実施者

地域移行支援は都道府県知事(指定都市市長、中核市市長)が指定する一般相談支援事業を行う者(以下、「指定一般相談支援事業者」という。)により実施されます。指定一般相談支援事業者は管理者(兼務可)と相談支援専門員を1人以上置かなければなりません。

③ 指定一般相談支援事業者の従事者が行う地域移行支援業務

指定一般支援事業者の従事者(主に相談支援専門員)が行う地域移行支援の業務は次の通りです。

■ 地域移行支援計画の作成

ア. 利用者に面接した上でのアセスメントの実施

利用者について、その心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握

イ. アセスメントと支援内容の検討に基づく地域移行支援計画案の作成

利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、地域移行支援の目標及びその達成時期並びに地域移行支援を提供する上での留意事項等の記載

ウ. 計画作成会議の開催(利用者に係る精神科病院の担当者等を招集して行う会議)

エ. 地域移行支援計画の作成

■地域生活に移行するための活動に関する支援

- ア. 住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談
- イ. 外出の際の同行
- ウ. 障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援)の体験的な利用支援
- エ. 体験的な宿泊支援
- オ. その他の必要な支援

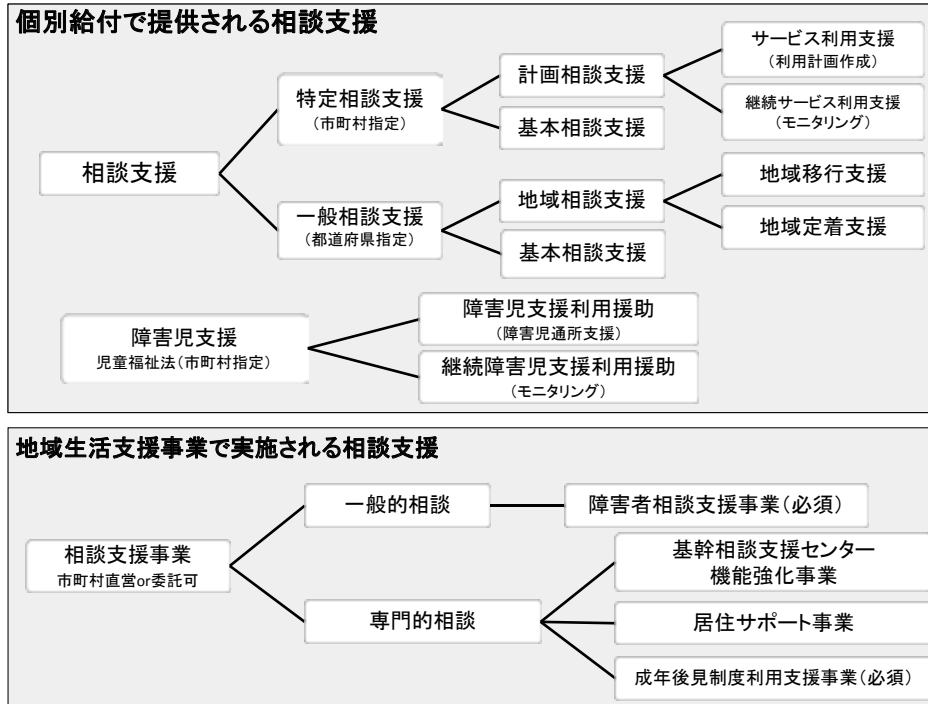
従事者が利用者に対してこれらの支援を行うにあたっては、おおむね週に1回以上、利用者との対面により行わなければならないとされています。また、市町村、障害福祉サービス事業者等や、退院や退所後の地域生活に関係する機関との連絡調整等を行うことも求められています。

※特定相談支援事業と一般相談支援事業との関係について

■障害者の相談支援体制について

- ・ 障害者総合支援法に基づく相談支援には、市町村などから指定を受けた相談支援事業者が実施する「基本相談支援」「計画相談支援」「地域相談支援」さらに、市町村が地域生活支援事業として実施する「相談支援事業」があります。(次ページの図参照)
- ・ 地域生活支援事業の市町村が担う「相談支援事業」のうち、必須事業である「障害者相談支援事業」は指定特定もしくは指定一般相談支援事業者に委託が可能とされています。
- ・ 「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する様々な問題につき、障害者や障害児の保護者または障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、あわせてこれらの者と市町村及び障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を行います。これは指定特定・指定一般相談支援事業者がともに基本的に行う相談とされています。
- ・ 「計画相談支援」は指定特定相談支援事業者が行うものです。総合支援法上のサービスを利用する場合には、サービス等利用計画の作成が必要となりますが、「計画相談支援」とは「基本相談支援」を行い、サービス等利用計画を作成し、定期的なモニタリングを実施することを指します。
- ・ 「地域相談支援」は指定一般相談支援事業者が行います。この事業には「地域移行支援」と「地域定着支援」があります。このサービスについては、別途記載します。

【 障害者の相談支援体制 】

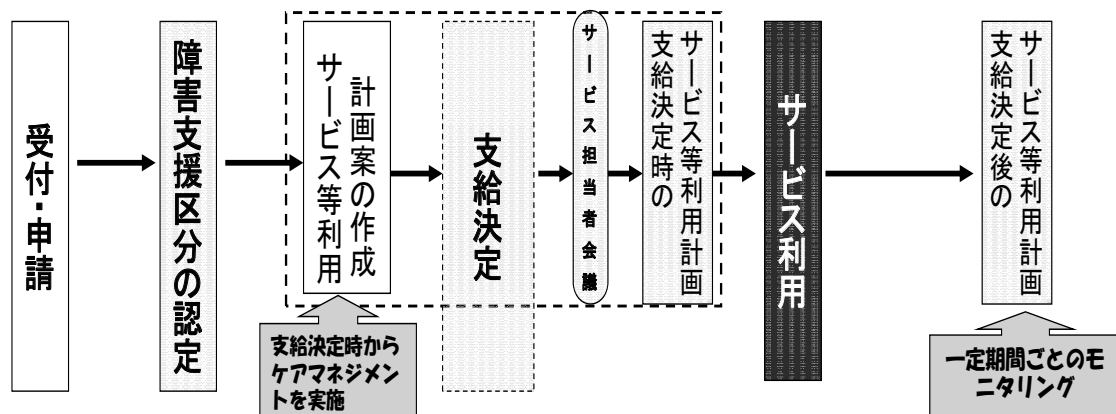


資料：『行政説明「障害者福祉における相談支援の充実に向けた取組について」』,厚生労働省,
第123回市町村職員を対象とするセミナーより抜粋

■支給決定・給付決定のプロセス

- ・「計画相談支援」に関する申請から利用までの流れは下図のようになります。
- ・「地域移行支援」の給付決定を希望する場合は、「計画相談支援」の申請にあわせて「地域相談支援」の申請も必要となります。「地域相談支援」の利用については、制度上、障害支援区分の認定調査は必要ですが、障害支援区分そのものは不要となっています。しかし、退院後の障害福祉サービス等を利用する場合に備え、障害支援区分が出るよう申請しておくことが推奨されます。

【 支給決定・給付決定のプロセス 】



資料：「障害支援区分の認定を含めた支給決定のあり方について」,厚生労働省,社会保障審議会障害者部会(第70回)
資料より抜粋

(2)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 (精神保健福祉法)

精神保健福祉法の改正に伴い「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」が2014（平成26）年4月1日に告示されました。この指針のなかには次の通り地域移行支援に関連した事項が盛り込まれています。

①精神病床の機能分化に関する事項

■入院医療から地域生活への移行の推進

- ・精神病床の機能分化にあたっては、それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供すること等により精神障害者の退院の促進に取り組む。
- ・病院内で精神障害者の退院支援にかかわる者は、精神障害者に必要な情報を提供した上で、精神障害者本人の希望等も踏まえながら、できる限り早い段階から地域の相談支援専門員や介護支援専門員等と連携しつつ、精神障害者に対する働きかけを行うとともに、精神障害者が地域で生活するための必要な環境整備を推進する。
- ・退院後の生活環境の整備状況等を踏まえつつ、入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携し、精神障害者に対する入院医療の継続の必要性について、随時検討する体制を整備する。

■重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の、入院期間が一年以上の長期入院精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保等

- ・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時時点で一年以上の長期入院をしている者については、退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進し、あわせて、当該長期入院精神障害者の状態に合わせた医療を提供するための体制を確保する。
- ・当該体制の確保のため、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時時点で一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取り組みを推進する。
- ・当該長期入院をしている者に対しては、原則として行動の制限は行わないこととし、精神科病院内での面会や外出支援等の支援を通じて、障害福祉サービスを行う事業者等の外部の支援者との関係をつくりやすい環境や、社会とのつながりを深められるような開放的な環境を整備すること等により、地域生活に近い療養環境の整備を推進する。

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

■福祉サービスの提供等

- ・地域移行・地域定着支援サービスの充実を図るため、市町村が単独または共同して設置する協議会における地域の関係機関等の連携及び支援体制の整備に関する機能を強化するとともに、市町村における基幹相談支援センターの整備を目指す。

(3)精神科地域移行実施加算、地域移行機能強化病棟入院料、精神科退院指導料・地域移行支援加算(診療報酬)

精神科医療に関する診療報酬のうち、長期入院精神障害者の地域移行に関連する項目についてその概要を示します。なお、診療報酬点数は1点につき10円となります。

①精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取り組みを計画的に進めることにより、入院期間が5年を超える入院患者のうち、退院した患者(退院後3月以内に再入院した患者を除く)の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1日につき20点を1年間算定するものです。

算定の対象となる患者は、精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1の入院基本料に限る)、特定機能病院入院基本料(15対1の精神病棟入院基本料に限る)、精神療養病棟入院料を算定している病棟に入院している者です。

この加算を算定するための施設基準には、病院に地域移行推進室が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていることや、地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること等が規定されています。

②地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料は2016(平成28)年4月の診療報酬改定で新設された項目です。1年以上入院している患者や入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟です。入院料は1日につき1,527点で精神療養病棟入院料(1,090点)と比較して高く設定されています。

また、この病棟には2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていることが施設基準に規定されています。

■退院支援相談員の業務

・病棟の退院支援相談員（主に精神保健福祉士を想定）は次の業務を行うこととなります（アからエまでは必須）。

ア. 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

- a) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。
- b) a)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。
- c) a)及びb)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。
- d) 退院に向けた相談支援を行うにあたっては、主治医、当該患者の治療にかかわる者及び相談支援事業者または居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整にかかわる者との連携を図ること。

イ. 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、退院支援委員会を、患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。

ウ. 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ. 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。作成した退院支援計画の内容を患者またはその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者またはその家族等に文書で説明すること。

③精神科退院指導料・地域移行支援加算

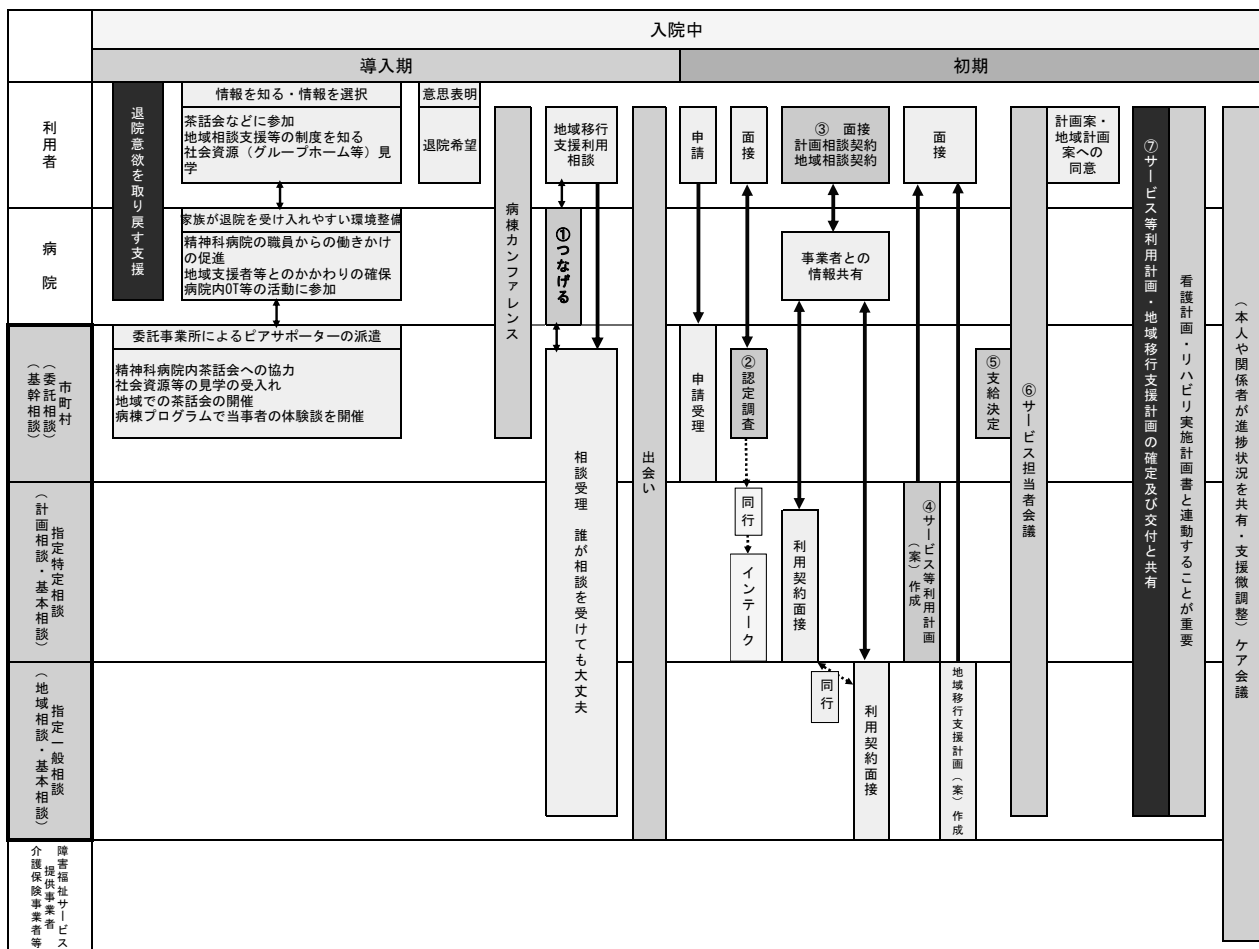
精神科退院指導料は、1月を超えて入院している精神疾患患者またはその家族等に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が協働して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービスまたは福祉サービス等に関する計画を策定し、文書で退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービスまたは福祉サービス等について医師が説明を行った場合に320点を算定します（入院中1回に限る）。

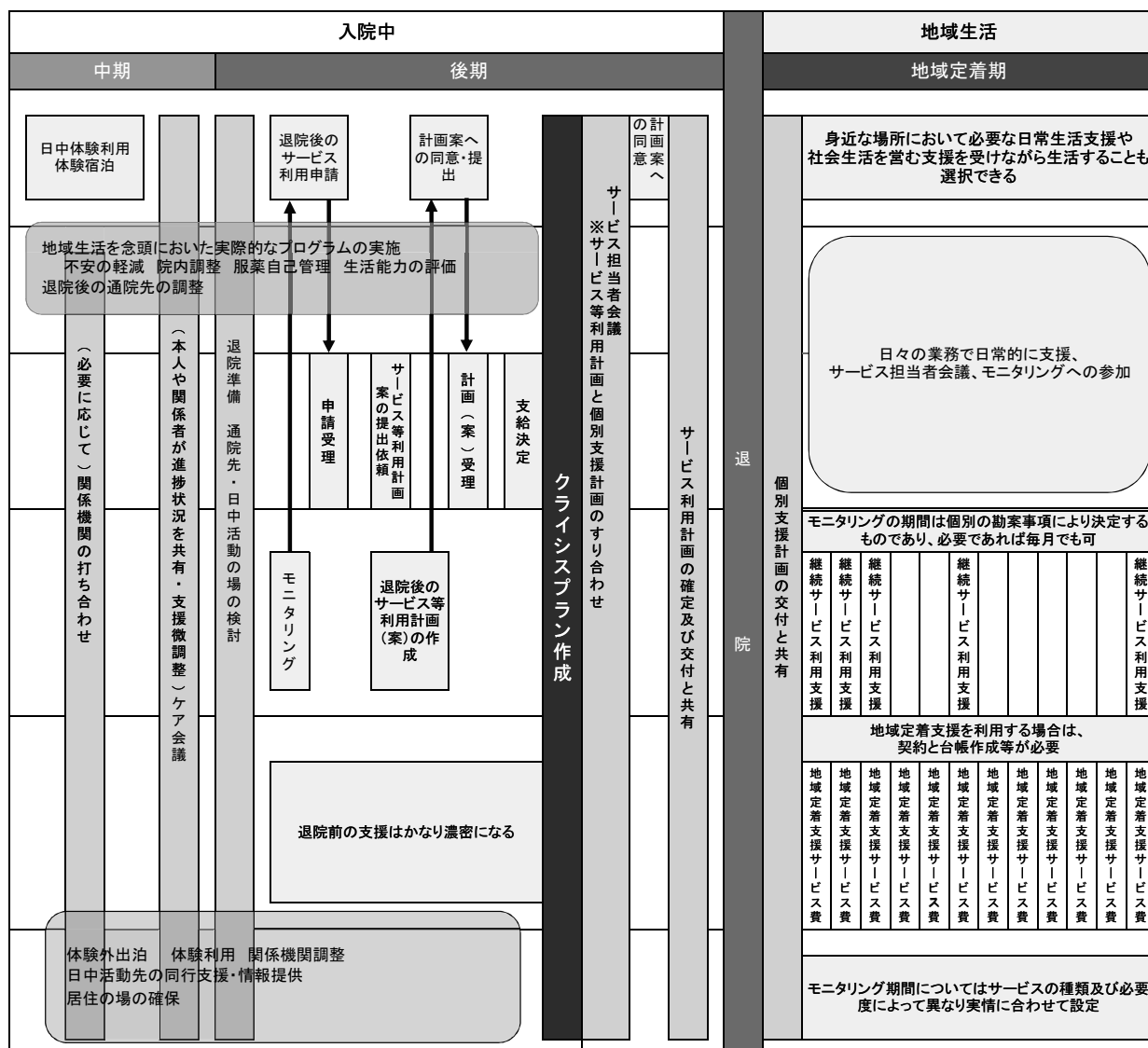
また、地域移行支援加算は、入院期間が1年を超える精神疾患患者またはその家族等に対して、計画に基づき必要な指導を行った場合で、患者の退院時に1回に限り200点を算定するものです。

なお、退院支援委員会には、患者の同意が得られない場合を除き、指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境にかかわる者に必ず出席を求めることとされています。

第2章 地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

【地域移行の進め方（全体の流れ）】

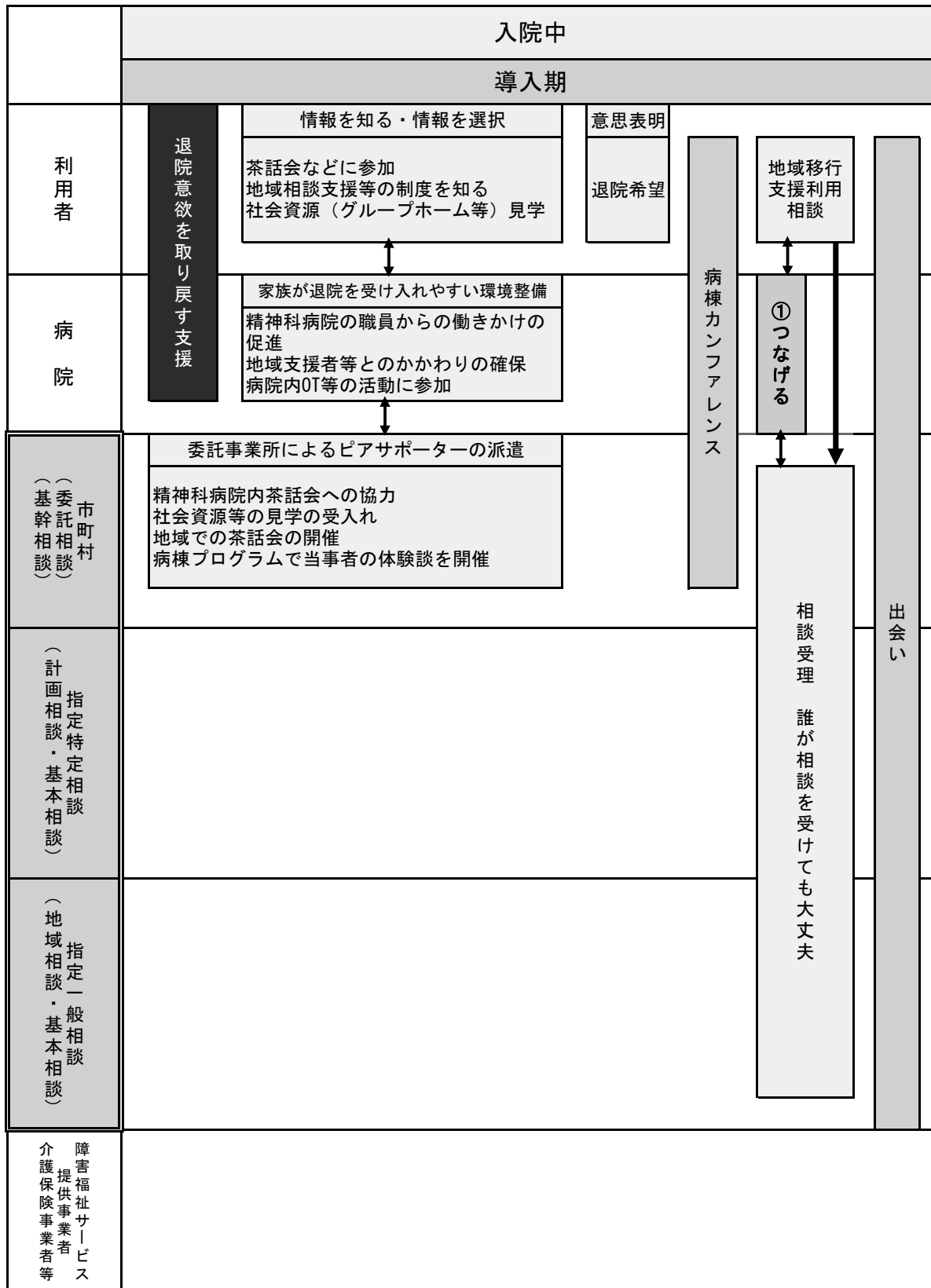




1 地域移行の進め方

(1) 導入期

本人が退院希望をし、地域相談支援のサービス申請をするまでを導入期とします。



①本人との出会いと支援関係の形成

導入期は、地域支援者等(市町村の障害福祉担当職員、基幹相談支援センター、委託相談事業所の相談支援専門員、ピアサポーター等)が、入院中の本人とどのように出会うかが大切です。

精神科病院での入院が長期化すると、本人は「退院したくない」「病院だけが自分の居場所だ」など、様々な気持ちを抱えています。地域支援者等は「退院」を強く持ち出すのではなく、まずは「あなたの味方です」という気持ちで入院している本人へ丁寧にあいさつすることが大事になります。

入院が長期化することで、本人・家族・病院職員は退院することを諦めてしまうこともあります。退院への働きかけが疎かになると、本人の退院意欲を低下させる要因になります。入院前と同じ環境への退院が難しい場合でも、病院職員が、粘り強くどんな環境や支援があれば退院できるのかを考え続け、あきらめない姿勢を持ち続けてください。そして地域支援者等は、病院職員と一緒に考える存在になりましょう。

本人の退院意欲が低下している場合、本人のライフストーリーや現在の希望などを丁寧に聞き、退院したくない理由をしっかりと受け止めましょう。その上で、本人が本当の希望を自発的に話せるような関係づくり・場づくりを行います。入院が長期化することで、退院後の生活に不安が伴うと予測されます。葛藤する本人に寄り添い、本人の変化の可能性を信じ、粘り強く働きかけることが必要です。また本人を支える周囲の人や環境に働きかける視点を持つことも大切です。

②退院後生活のイメージづくり

具体的な手立てを考えてみます。

退院に関するサービス等の情報を本人へ届けることが必要です。地域移行支援・地域定着支援をはじめ、居住のこと、所得補償のこと、生活支援のことなどの情報が必要です。その際に、パンフレットやポスターなどを活用して、本人・家族が理解しやすいように工夫する必要があります。

それぞれの関係機関の役割を明確に伝え、退院後の生活全般について多職種が協働して相談に応じられることを明示することが必要です。

精神科病院は、地域の支援者が病棟に入りやすい環境を整えましょう。地域支援者等と本人が顔を合わせ一緒に活動できる場をつくることは非常に大切です。例えば、院内茶話会等を開き、本人が地域支援者等やピアサポーターとかかわり、信頼関係を構築していくことは大切です。ピアサポーターの体験を聞くことで、本人も退院後の生活のイメージがしやすくなり、自信にもつながります。同時に、病院スタッフにとっても退院への理解が深まり、支援のモチベーションを保つきっかけになるでしょう。

ご本人の退院意欲を取り戻すために、地域の活動に参加することも有効な方法です。ご本人と、日中の活動の場である就労継続支援事業所や地域活動支援センター等や、住まいの場であるグループホーム等の見学をする機会があると、より地域生活をイメージしやすくなります。また地域で茶話会などを開き、顔見知りの仲間が増えることで、退院後の生活の不安解消にもつながると思います。地域活動に参加することで、病棟の看護師や作業療法士などの理解促進にもつながります。

③病院職員と地域支援者の連携

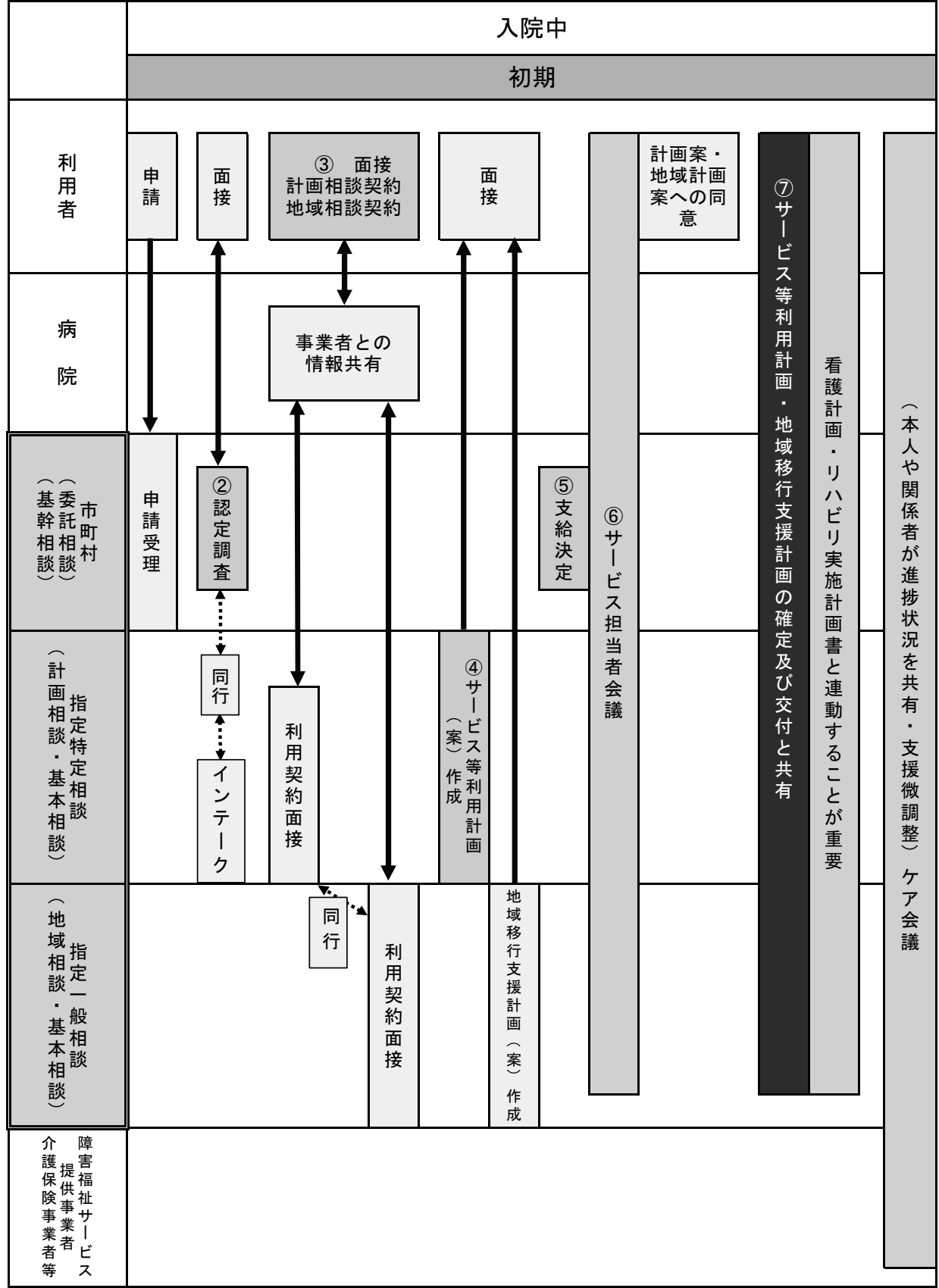
病院職員と地域支援者等が、退院支援をともに行うことで、両者の共通理解を図ることができます。入院治療が終われば、退院して地域生活に戻るのは当たり前のことです。本人が望む地域で生活できるように、制度やサービスの理解、障害者の権利について、研修会や事例検討会などを取り入れて、病院職員と地域支援者等が共通理解を深めることも大切です。

このようなプロセスを、精神科病院の職員だけではなく、本人の地域生活を支える家族や地域支援者等とともに取り組むことが望ましいでしょう。病棟プログラム等を通じて、普段から地域支援者が病棟に入りやすく、本人に社会資源の情報が届きやすい環境を整えることが大切です。精神科病院の職員と地域支援者等が同じ場面で本人の退院について話し合い、本人や家族の思いを皆で共有できる場にしていきましょう。

家族への支援を丁寧にすることも忘れてはいけません。本人に対し数年前に悩んでいた苦勞でも、昨日のことのように感じています。本人と同じく、情報を届け理解していただくことで、安心して退院を受け入れる協力を求めています。

(2)初期

本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでを初期とします。地域移行支援計画の作成を通し、具体的な方針を立てていきます。



①障害福祉サービスの利用手続き

本人が申請してから支給決定されるまでに、おおむね1か月程度かかります。精神科病院側はこの1か月の時期を見越して、支援していく必要があります。また市町村は、なるべくスムーズに支給決定できるよう検討しておきましょう。

例えば、前ページのチャートを制度上の厳密な流れでいうと②で調査し、③で指定特定相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所と契約になります。入院している本人が自ら制度を知り、自ら申請する人はほとんどいないと考えられるため、精神科病院の職員が支援して本人が市町村に利用申請を行います。

申請した段階では、退院後の明確な居住先が決まっていなくても構いません。ある程度グループホームや一人暮らしなど方針を持っていたとしてもよいのですが、最終的にどこに退院して住むのかは、体験宿泊や体験利用を通して本人の意向により具体的な生活の方針が決まります。申請の段階で大切なのは、「本人の退院したい気持ち」です。本人がより退院へのモチベーションを上げていく効果が期待できるので、地域移行支援やサービス等利用計画の申請は、本人から市区町村窓口にてかけてもらうことが望ましいです。また、65歳以上の入院患者であらかじめ退院後に介護保険サービスの利用が見込まれている場合は、障害福祉サービス利用申請時に介護保険サービスの利用について、担当課に相談をしておくことも重要です。

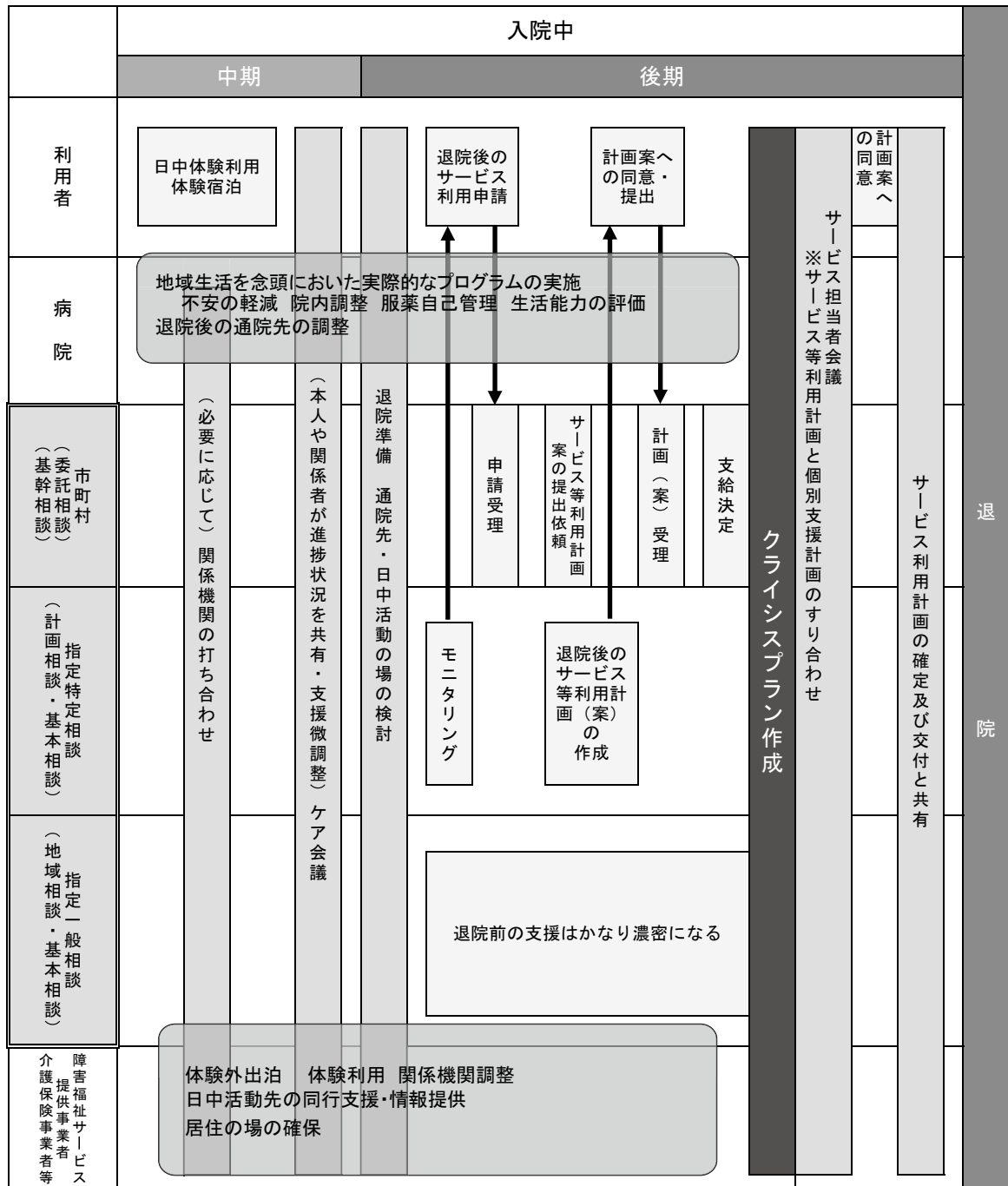
②サービス担当者会議の実施

サービス担当者会議は、本人・家族、病院関係者、指定特定相談支援事業所（計画相談を担当）・指定一般相談支援事業所（地域移行支援を担当）の相談支援専門員、もしくは地域移行推進員、障害福祉サービス提供事業者などに参加してもらいます。指定特定相談支援事業所の相談支援専門員が会議を進行するとともに、本人の意見に基づいて作成したサービス等利用計画（案）を提示し、本人の意向、総合的な支援の方針、中長期的な支援目標、本人・家族、関係者の役割を確認し今後の進め方について合意形成を図ります。

指定一般相談支援事業者が作成する地域移行支援計画（参考資料1、44ページ）は、今後の具体的な動きを本人へ提示します。そして作成した計画は、指定一般相談支援事業所が本人へ説明し、同意、交付が義務づけられています。また、精神科病院の看護計画や退院支援計画、リハビリテーション実施計画書等との連動が重要であり、地域と精神科病院が一体的に動ける計画を作成しましょう。自宅の環境整備、病棟での作業療法やSSTなどへの参加も、本人の無理のない範囲で他者との交流を促進し、具体的で実効性のある計画になるよう心がけます。

(3)中期・後期

地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先などを決めていくのが中期・後期になります。



①地域移行支援計画の開始とケア会議の実施

中期・後期は、地域移行支援計画を実行していきます。指定一般相談支援事業所の担当者は、月に2回以上本人と会って支援していきます。電話のみでの対応は認められていません。

地域移行支援の経過のなかで本人の病状の変化や不安の増大、支援内容の変更が必要な時、退

院へのモチベーションが低下した時、維持が必要な時、地域移行支援の関係者の理解と調整が必要なタイミングでケア会議を開催します。ケア会議での本人を中心とした関係者との協議によって必要な見学や体験等を決めていきます。こうした協議を通じて主となるマネジメントの役割は病院の退院後生活環境相談員等から地域の相談支援専門員へ徐々に移っていきます。

②地域移行に向けた病院内プログラムと病院外での体験

精神科病院は作業療法などのプログラムも地域生活を念頭において実施していきます。

例えば家電製品の使い方や調理の練習、公共交通機関を利用したり、買い物をしたりする等の練習も行います。心理教育プログラムではS S T等を通じてS O Sの出し方や相談相手など具体的な対処方法を考えます。「お薬カレンダー」等を用いて内服の自己管理を行い習慣にしていくこと、また退院後の生活に必要なサービスの書類作成や手続きを一緒に行っていきます。どのような工夫でセルフケア能力を高めていく支援ができるのか、本人と一緒に考えていきます。

地域移行支援としては、障害福祉サービスの事業所を本人と一緒に見学したり、体験したりすることで、具体的な退院後の生活のイメージをつくることが重要です。

まずは、本人の楽しみを見出しながら、外食したり家電量販店に必要な物の下見に行ったりして、生活のイメージを少しずつ高めていきます。また交通機関の利用が心配な方は一緒に利用してみることも大切です。病院の精神保健福祉士や看護師も同行することで、病院でも実際に行える支援が見えてくることもあります。

退院後どこに住むのかは、本人にとっても関係者にとっても考えなければならない重要事項の一つです。

例えば、グループホームや宿泊型自立訓練施設などで、体験宿泊を利用することができます。最初は1泊くらいからはじめ、自信がついてきたら2泊・3泊と延ばしてみましょう。病棟の生活とは違うので、食事の準備や服薬、お金のことなど生活面がどこまでできるかアセスメントすることができます。体験宿泊等を通じて、一人暮らしが良いのか、グループホームのようなところが良いのか決めていきます。また自宅へ戻ることを希望している場合、自宅の状況を確認する必要があります。片づけを一緒に行い、住みやすい環境に整備していくことも大切な支援になります。一人暮らしを希望している場合は、不動産屋さんに一緒に行って物件を探し、その物件の周りを歩いてスーパーやバス停の位置なども確認する必要があるでしょう。そして退院間近には、アパートの契約手続きを一緒に行えるよう支援します。また必要な日用品や家電製品を購入する手続きも必要になります。

日中活動先に考えられる就労継続支援事業所や自立訓練事業所などに体験利用をしてみること、本人の希望とする作業内容なのか、集中して利用できるのか等もアセスメントできます。この体験はできないことを発見するために行うのではなく、本人のストレングスを見出し、できる可能性を見つけることが大切です。ホームヘルパーや訪問看護などのサービスを利用するかどうするか考えるきっかけになります。事業所と情報を共有しながら本人と事業所の支援者との関係を構築していきます。

③退院後のサービス等の利用調整

指定特定相談支援事業所は、退院後のサービス利用の計画を念頭に、本人に市町村へ申請手続きの支援を行います。退院後の地域生活に必要なフォーマル・インフォーマルサービスを含んだサービス等利用計画（案）をサービス担当者会議で提示し、本人の意向に沿った支援計画となるよう必要な修正や確認を行っていきます。また、サービス提供事業所の個別支援計画とすり合わせることも大切になります。

病院は、退院後の通院先の調整をしていきましょう。入院している精神科病院に外来通院する場合、受付から診察までの手順を確認しておくこともできます。また入院とは別の医療機関に通院する場合は、交通手段や初診日、紹介状の準備、自立支援医療の手続きや情報の共有などが必要になってきます。退院後も本人が安心して通院できるよう支援します。

病院と指定一般相談支援事業所は、本人と協力してクライシスプラン（参考資料2、44ページ）を作成することが有効であると考えます。クライシスとは、本人にとって危機的な状況です。クライシスプランは、入院中に作成することが望ましいです。クライシスプランがあることで、本人の安心にもつながるとともに、地域支援者等の適切な支援につながります。まずクライシスとは、どのような状況なのか本人と確認します。ここで注意すべきことは、クライシスは支援者が心配な状況とは限らないことです。周囲の人にとってはささいなことでも、本人にとっては心配なこともあります。クライシスな状況を乗り越えることで、本人が地域で安心して生活していく自信が深まります。

退院が目前に迫ると、本人が不安や心配で揺れる可能性もあります。そこに一番寄り添える看護師をはじめとした病棟スタッフの力が、退院への安心感を与えます。

退院はゴールではありません。退院後、落ち着いて地域生活ができるよう支援していくことがスタートになります。

		地域生活												
		地域定着期												
利用者	退 院	個別支援計画の交付と共有	身近な場所において必要な日常生活支援や社会生活を営む支援を受けながら生活することも選択できる											
病院														
(基幹相談) (委託相談) 市町村			日々の業務で日常的に支援、サービス担当者会議、モニタリングへの参加											
(計画相談・基本相談) 指定特定相談			モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可											
(地域相談・基本相談) 指定一般相談			地域定着支援を利用する場合は、契約と台帳作成等が必要											
障害福祉サービス 提供事業者等 介護保険事業者等			継続サービス利用支援	継続サービス利用支援	継続サービス利用支援			継続サービス利用支援					継続サービス利用支援	
			地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	
			モニタリング期間についてはサービスの種類及び必要度によって異なり 実情に合わせて設定											

①緊急時の支援体制

緊急時に支援が必要な事態が生じた場合に備えて、地域定着支援が利用できます。地域定着支援は、常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な際は速やかに利用者の居宅訪問や電話などにより状況把握を行い、本人の状況に応じて支援を適切に行います。また地域定着支援台帳（参考資料3、45ページ）を作成しておく必要があります。地域定着支援で行う夜間など時間外の対応を適切に行うために、クライシスプランを活用して本人と緊急時支援の内容をよく話し合っておくことが重要です。また、医療機関とも情報共有を図っておくことでより適切な緊急時対応が可能になると考えられます。

②モニタリングの実施

指定特定相談支援事業者は計画相談支援によるモニタリングを、退院後3か月は毎月実施し、地域生活に慣れていけるよう見守ります。また本人の生活状況に応じて、必要なサービス等の調整を行っていきます。その後は、本人の状況を厚生労働省の定める基準に照らし合わせ、毎月、3か月、6か月ごとにモニタリングを実施することができます。また、本人の状況によっては2か月ごと、4か月ごとの実施も可能です。

モニタリングを重ねていくことはとても重要な支援です。例えば、夜間になると寂しくなることが多いので対応策を考える。外食が増えてお金がかかるので、ホームヘルパーを利用するか検討する。このように入院中の生活だけではわからない部分を、モニタリングを通じて再調整していきます。

③退院後に活用できる支援

医療サービスとして精神科訪問看護や精神科デイケアがあります。障害福祉サービスとして、居宅介護（ホームヘルプサービス）や自立訓練、地域定着支援など様々なサービスがあります。また2018（平成30）年度から新たな障害福祉サービスと位置づけられる自立生活援助なども、退院後の本人を支える有効な支援になると考えられます。

なお、65歳以上では介護保険サービスの利用が優先されます。その場合は、居宅介護支援事業者によるケアプランの作成が必要となります。介護保険サービスにない地域定着支援等の障害福祉サービスは利用できます。

こうした地域資源を活用して地域移行支援を進めるには、支援を実施する市町村でどのようなサービスがあるか、日頃から確認しておくことが大切になります。

【参考資料 1 地域移行支援計画の例】

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名：さん

作成年月日

サービス等利用計画の到達目標

(1)長期目標(内容及び期間等)

...

(2)短期目標(内容及び期間等)

...

さん自身がすることを矢印の下に書き込みます

さんの期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安					
				月	月	月	月	月	月

同意日

H年 月 日

利用者名

指定一般相談支援事業所

相談支援専門員(地域移行推進員)

印

印

【参考資料2 クライシスプラン】

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 危機かな(ピンチかな)と思った時に (クライシスプラン) </div>	
利用者氏名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> さん 作成年月日 </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">私の調子が悪くなる前は(サインは)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p style="margin-top: 0;">サインかなと思ったら・・・</p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <div style="text-align: center; padding: 10px;">私のすること</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="text-align: center; padding: 10px;">周りの人に<u>してほしい</u>こと</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="text-align: center; padding: 10px;">周りの人に<u>ほしくない</u>こと</div> </div>	
同意日 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">年 月 日</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 主担当: _____ 主治医: _____ 行政: _____ その他: _____ </div> <div> 連絡先: _____ 連絡先: _____ 連絡先: _____ 連絡先: _____ </div> </div>

【 参考資料3 地域定着支援台帳 】

地域定着支援計画兼台帳							
利用者氏名		住所	〇〇〇市 〇〇町 〇〇番地		電話番号		
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分			計画作成担当者		
地域相談支援受給者証番号		指定一般相談支援事業者名			利用者同意署名欄		
計画案作成日	平成 年 月 日	支給有効期限	平成 年 月 日迄				
心身の状況							
置かれている環境	<input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 障害・疾病・高齢等の家族と同居 <input type="checkbox"/> 退院・退所直後及び地域生活不安定 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
長期で目指す姿	平成 年 月頃						
短期で目指す姿	平成 年 月頃						
短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	提供 期間	支援 担当者	私（本人）の役割	支援者等の役割	その他 支援上の留意事項等	評価 時期
緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者		連絡先		その他	

2 地域移行推進における関係機関・関係者の役割

(1)行政担当者

①保健所

保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、各関係機関と緊密に連携し、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と経済活動への参加の促進を図る等の役割を担っています。また、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域の精神障害者に対する支援施策を実施することとしており、市町村の精神保健福祉業務が円滑に実施できるように専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要とされています。

保健所には、①圏域内市町村の精神障害者の現状の把握と市町村が計画策定等に必要なデータの提供、②精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が連携する体制を構築できるよう、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置、③管内精神科病院へ地域移行推進の働きかけが、円滑にできるようにコーディネートする、④他市町村とのつながりを広域的に働きかけなど、広域の仕組みをつくる役割が期待されます。

②市町村

障害福祉サービスや生活に関する相談窓口や地域における生活支援などの基本的なサービスは、住民に最も身近な自治体である市町村が担っており、かつて都道府県及び保健所を中心に行われていた精神保健福祉行政の実施主体は、市町村へ移されてきました。

障害者基本法において、市町村は、障害者の状況等を踏まえ、当該市町村における障害者の施策に関する基本的な計画を策定しなければならないとされています。また、障害者総合支援法では、市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画を定めるものとするとしています。国の基本指針（平成26年厚生労働省告示第231号）では、入院中の精神障害者の地域生活への移行について、入院中心医療から精神障害者を支えるための精神医療への改革の実現を目指すという方針を踏まえ、精神障害者を地域で支える環境を整備するため、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を設定します。

「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（平成26年厚生労働省告示第65号）」では、市町村は、その実情に応じて、都道府県及び保健所と協力しながら、心の健康づくりや精神保健に関する相談への対応に努める。また障害福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、地域包括支援センターで高齢者の相談に対応すること等によりこれらのサービスの利用に関する相談に対応するとあります。

市町村では地域生活支援事業における障害者相談支援事業を必須事業として実施しています。障害者相談支援事業は市直営で実施しているところや指定一般相談支援事業所等に委託して行っているところなど、市町村によって様々ですが、いずれにしても市町村は、当該市町村における入院中の精神障害者の現状を把握するとともに、精神障害者の地域移行に関する相談支援体制整備を含めた方策を計画し、それぞれの市町村で具体的に進めていく役割があります。そのためには、①都道府県・保健所と連携し、当該市町村における精神科病院に入院している精神障害者の実態の把握、

②精神障害者の地域生活支援のための福祉サービス提供体制の整備、③当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場の設置、④（自立支援）協議会等を活用し、市町村を単位とした地域移行推進チームの設置、⑤介護保険、生活保護担当部局など庁内関係機関との協力体制の確立、などが必要となります。

（2）市町村（自立支援）協議会

市町村（自立支援）協議会（以下、「協議会」という。）は、障害者総合支援法第89条の3第1項に規定され、障害者本人、家族、福祉、医療、教育、雇用等の地域の関係者が相互の連絡を図ることにより、地域における支援体制の課題について情報を共有し、関係機関の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制について協議し、支援体制の地域サービスの基盤整備を図ることを目的に設置される機関です。

市町村は、市町村障害福祉計画を定め、または変更しようとする場合において、あらかじめ、協議会の意見を聴くよう努めなければならないと規定されています。協議会の主な機能は、地域における障害者等への支援体制に関する課題の共有、地域における相談支援体制の整備状況や課題・ニーズ等の把握、地域における相談支援従事者等の質の向上を図るための取り組み、個別支援事例への支援のあり方に関する協議・調整、専門部会の設置・運営等が挙げられます。

地域移行を進めるためには、市町村や相談支援事業者およびサービス提供事業者らが協議会の機能を活用することで、都道府県・保健所・医療機関等と連携し、当該市町村の住民が精神科病院に何人入院しているか等の実態を把握し、①地域移行の目標値を設定、②課題解決に向けた協議、③地域移行推進に向けた仕組みづくり等を協議し、計画立案、実行、評価を行うことが求められます。また、地域移行を具体的に実行していく地域移行推進チームを市町村ごとに設置することが望ましいと考えます。この際、具体的な協議を進める委員については、できる限り実務者レベルで構成されることで、具体性のある協議とそれに基づいた実効性の高い取り組みにつながりやすくなるでしょう。（コラム：市町村（圏域）における連携体制の構築、55ページ～）

（3）障害者相談支援事業と基幹相談支援センター

①障害者相談支援事業

障害者総合支援法では、先にも述べたように市町村は地域生活支援事業における障害者相談支援事業を必須で直営または適切な指定一般相談支援事業者等への委託により実施しなければなりません。（2016（平成28）年4月時点で90%の市町村が委託により実施）

障害者相談支援事業は個別給付費ではなく直営あるいは委託費で実施される事業です。そのため、指定特定相談支援事業者が実施する基本相談支援や計画相談支援では対応しにくい、個別給付につながる前の相談、あるいは個別給付にはつながらない相談等繰り返しの訪問、継続的な面接や同行支援に対応できる相談支援事業です。そのため、地域移行に関わる支援において、個別給付では手が届かないニーズへの対応に活用できる相談支援事業と言えます。

②基幹相談支援センター

市町村または市町村が委託するもの（社会福祉法人、特定非営利活動法人等）は、地域の中核的な役割を担う拠点として、基幹相談支援センターを設置できるとされています。また、2016（平成28）年7月『「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ』においても、相談支援が円滑に効果的に提供できる体制を構築していくために、基幹相談支援センターを有効に活用することが重要であることが示されています。（2016（平成28）年時点で27%（473市町村・534か所）が設置。（「障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果について」社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室））

基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて障害種別にかかわらず、①各種ニーズに対応しながら総合的、専門的な相談支援の実施、②権利擁護や虐待防止にかかわる支援、③地域の相談支援体制を強化するために、相談支援事業者へのスーパービジョン、人材育成、様々な相談機関とのネットワークづくり、④地域移行・地域定着支援の体制整備を行う役割を担っています。さらに、これらの活動から顕在化した地域課題を解決するために、（自立支援）協議会を機能させ、地域ネットワークの強化、資源の創出等に取り組んでいくことも期待されています。また、地域全体を包括的、俯瞰的に捉え、誰もが安心、安全に暮らし続けることのできる地域づくりを官民協働で取り組んでいくためには、より質の高い専門性が求められます。

そのなかで、基幹相談支援センターの役割の一つである地域相談支援の推進、特に精神障害者の地域移行については地域格差も大きく、全般的に進まない状況にあります。地域移行・定着支援そのものは指定一般相談支援事業所が担いますが、地域相談支援をめぐる地域課題は指定一般相談支援事業所単独で解決できるものではありません。基幹相談支援センターが相談支援の体制を構築するなかで、地域相談をめぐる課題を解決していく役割は非常に大きいものといえます。

そこで、基幹相談支援センターは、まず、委託の相談支援事業者とともに、入院している精神障害者の状況を把握し、地域移行へのニーズを明らかにしていくことから始まります。そして、これらのニーズを地域課題化し、地域移行が十分に推進されていないことの共通認識を持ち、そのことを検討する場を設置することへ働きかけていくことが重要となります（例：協議会のなかに部会として位置づける等）。

個別の取り組みとして、入院している精神障害者へ地域移行に関する情報を届けると同時に、ニーズが発生した場合には、入院している精神障害者と指定特定相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所をつなげ、地域移行への取り組みを具体的に実施できるよう働きかけていくことも重要となります。しかし、日頃、精神科病院と連携していない相談支援事業者はどのように取り組んでいいのか具体的なイメージを持たず、大きな不安を抱えています。そこで、地域移行にかかわることができる相談支援事業所の拡大を目的として、一緒に地域移行支援に取り組むことも必要となります。

精神科病院に対しても地域の情報を届け、地域で支える体制があることを共有し、より一層の地域移行への取り組みを展開していくことへとつなげていきます。

さらに、より質の高い支援を展開できるように人材育成を目的とした研修企画等も重要となります。

このように、基幹相談支援センターは、地域移行が円滑に進めることができる地域の仕組みづくりをコーディネートする役割を担っています。

（4）指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者

「計画相談支援」を担う「指定特定相談支援事業者」と「地域移行支援」を担う「指定一般相談支援事業者」については、同一事業所が双方の指定を受けることが可能であるため、実際の支援場面においては、同一事業所の同じ相談支援専門員が「計画相談支援」と「地域移行支援」を行うことが多く見受けられます。

別事業所もしくは別の相談員がそれぞれ「計画相談支援」と「地域移行支援」を担当する場合がありますが、連携を図り、「サービス等利用計画」及び「地域移行支援計画」双方の計画のすり合わせを確実に行うとともに、その計画に沿って地域移行を進めていくことが肝要です。

①相談支援専門員

実務につくためには、それまでの所定の相談支援業務や直接支援業務の経験年数と「相談支援従事者初任者研修」の受講が必須となります。地域移行を担う指定一般相談支援事業者は配置基準を満たしていれば、相談支援専門員が作成する地域移行支援計画に基づいて相談支援専門員ではない指定地域移行支援従事者が支援を実施することができます。基本相談支援を基盤としてサービス等利用計画を作成したり、地域移行支援計画を作成する相談支援専門員は地域移行や地域生活を維持する際の要となる専門職です。

なお、具体的な支援の方法は、「第2部 第2章 1 地域移行の進め方」（34ページ～）に示されていますのでそれを参考にしてください。

②ピアサポーター

2014（平成26）年に国が示した「長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策」では、退院に向けた意欲の喚起のなかに、外部の支援者等とのかかわりの確保として“ピアサポート”という言葉が出てきます。つまり、地域移行をより推進していくためには、当事者性をいかした支援が必要であることを示しています。しかし、制度としてこのことに取り組む当事者の方々の名称は整理されていません。ここでは、まずピアとは「仲間、対等、同等のもの、同僚、同輩」、ピアサポートは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」、そして、そのために支援を行う人をピアサポーターとします。

多くの地域移行の対象となる人たちは、退院したいという思いにふたをしてしまっている方、自らが退院して暮らすことの具体的なイメージを持てず、退院することへ一歩踏み出す勇気を持つことができない方、退院したい気持ちはあるが職員に伝えてもいいのかと不安を抱いている方等々、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えています。しかし、それらに対する様々な思いを必ずしも病院の職員に言葉で伝えることができるとは限りません。さらに、その思いに病院の職員がどれだけ気づくことができ、共感することができるか、それには大きな限界があります。そこで、同じような経験をした者同士のかかわり合いが大きな力を発揮することになります。

ピアサポーターは、同じような精神疾患を経験しているからこそ、退院に向かっていく中で生じる様々な不安や葛藤を、リアリティーをもって共感することができます。さらに、専門職では気づけない視点や助言をすることも可能です。これは、一歩先行く先輩として具体的な地域で暮らしていくことのロールモデルとして、多くの安心感を届けることができます。具体的な支援として、

例えば、精神科病院に相談支援専門員などと一緒に出向き、院内茶話会などの機会をつくり、入院している精神障害者との交流を通して、退院後の生活イメージの具体化や、居住先や日中活動の場の見学等への同行等を行うことで、退院後の生活の不安を解消する手立てとなります。つまり、ピアの存在は、精神科病院での生活が長期化し本来の暮らす場所から長く遠ざかっている人にとって、大きな力となり希望を見出すことにつながります。

しかし、ピアサポーターとしてその役割を担っていくためには、他の専門職と同様に研修が必要となります。しかし、全国的にはまだまだピアサポーターを養成する研修が実施できる体制が整備されているところは少ない状況があります。今後、多くのピアサポーターの方々とともに地域移行を進めていくためには、その体制整備を図り、養成だけにとどまることなく雇用の創出のバランスをとりながら進めていく必要があります。その活躍の場として、指定一般相談支援事業所等に雇用され、地域移行支援に取り組んでいくことが期待されます。また、これらの課題を、基幹型相談支援センター（委託）が中心となって取り組む、あるいは市町村協議会で地域課題として検討する等の具体的な取り組みが求められます。

(5)居宅介護支援事業所（介護支援専門員）

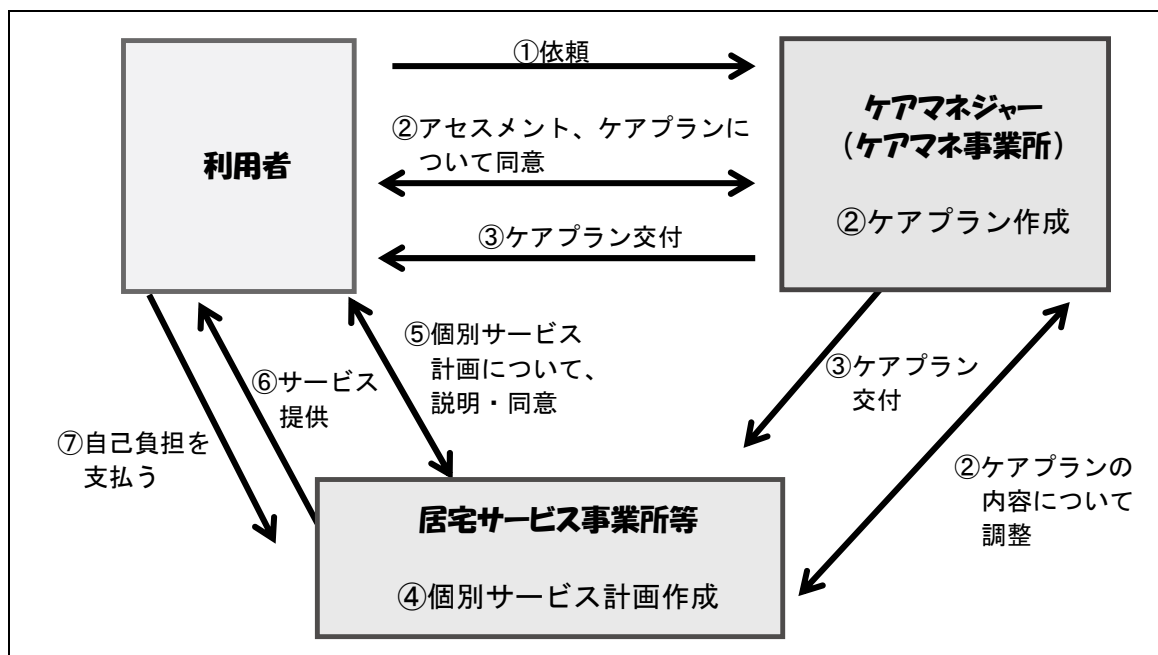
居宅介護支援事業所は、居宅（軽費老人ホーム、有料老人ホーム等を含む）において介護が必要な高齢者等について、介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう次のような「居宅介護支援」を行う事業所です。

- ・ 本人の依頼を受けて、本人の心身の状況、置かれている環境、本人や家族の希望等を勘案し、利用する介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの種類及び内容等を定めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する。
- ・ 作成した居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるように、居宅サービス事業者等との連絡調整等を行う。
- ・ 本人が地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設への入所が必要な場合には、それらの施設への紹介等を行う。

そして、実際に居宅介護支援を行う職種が介護支援専門員で、通称ケアマネ（ケアマネジャー）とも呼ばれています。介護支援専門員は、居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所（地域包括支援センター）にいるほか、特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設にもいますが、施設の介護支援専門員はその入所者について主に施設サービス計画を作成します。

精神科病院に入院している65歳以上の精神障害者のなかには、介護保険のサービスを必要とする人も多いので、その方々の地域移行を進めていく上では、相談支援専門員は介護支援専門員との連携が欠かせなくなります。

【 居宅介護支援における業務の流れ（イメージ） 】



資料：「介護・高齢者福祉 施策情報 介護職員・介護支援専門員 2. 介護支援専門員」をもとに作成
(厚生労働省ウェブサイト 2017年2月23日)

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf)

[Roukenkyoku/0000114687.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf)

(6)精神科病院

①主治医

主治医は病院内のチーム（以下、「チーム」という。）のなかで中心の役割を果たします。治療方針をはじめ、担当する患者本人にかかわる多くのことは主治医の指示によって行われています。入院時における入院形態の決定や入院後の治療にかかわること、退院までの進め方についてや、退院の決定など治療を行うなかでの大きな判断は主治医の許可がないと進めることはできません。急性期の時期を過ぎ、少し入院が長くなってきてしまった本人に対して、どのように地域移行を進めていくのかは主治医をはじめとしたチーム全体で話し合う必要があります。特に地域移行機能強化病棟においては毎月退院支援委員会を開催し、当該病棟に入院している本人の進捗を確認します。その時、主治医からは主に治療経過と今後の見通しについて意見が出されます。今の病状、退院後の経過予想、処方内容についてなど主に治療に関することが話されます。各職種から出された課題に基づきチームとして地域移行のプログラムを進めるなかで、入院中の患者に自傷や他害を含む様々な（本人とチームにとって）「好ましからざる行動」が起こることがあります。そのことがその後の入院をさらに長引かせることのないよう、チーム内に起こる陰性感情や混乱などを最小限に抑え、治療効果を維持するために主治医の果たす役割は大きいといえます。あくまでも治療を優先しつつ、本人の希望を聞き、可能な範囲でそれを受け入れるという態度を表明することが医師の対応の基本となります。こうした日々の意見交換を通じて主治医と患者の関係が改善され、チームの本人や治

療に対する相互理解が深まる結果に至ることもあります。

②病棟の看護師等

多くの精神科病院は本人受け持ち制をとっているため、本人には担当看護師がついています。さらに病棟内をチーム分けしているところなどはチームの担当の看護師もいることになります。看護師は24時間365日、常に本人の傍にいて観察し、療養上の世話をチームでしていることが特徴です。看護師のアセスメントはチームのなかで情報を得たものであり、受け持ち看護師個人ではなく多様な支援者（同じチーム内の看護師、主治医、作業療法士、精神保健福祉士、栄養士、看護助手など）の視点を含んでいます。また看護師としての医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることができるのが看護師の強みといえます。日常の様子を把握しているからこそ、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きく、日頃病棟内で見える患者の様子から退院の可能性を探り、できるかできないかのアセスメントをし、できない部分は患者とともに一緒にやってみながら自立を支援していきます。入院が長くなったことによって退院意欲とともにADL（日常生活動作）も落ちてしまわないように日々の病棟生活のなかでも患者の状態を観察し、適切な声かけを行っていきます。地域移行をはじめたことが不安になってきた患者にも寄り添い、チームに本人の様子や気持ちを伝え、支援のスピードを再検討したり、時には延期したりという患者本人に負担のないかたちを検討することもあります。地域支援者等も本人とのかかわりをはじめるとあって、まず本人の担当看護師から情報を得ることも有効であるといえます。

③作業療法士

何らかの疾患や障害があると、特に精神疾患の増悪においては生理機能、身体機能、認知機能の低下により人はそれまで特に緊張もせず、なんの苦もなく行っていたことが自然にできないような状態になります。このような状態は本人自身の生活のしづらさを引き起こして自己評価の低下など心理的問題を引き起こすとともに、家族を含めた周囲との社会的関係性に支障をきたすことにもなります。

作業療法士はこのような状態に対して様々な“作業”を手段として用い、本人の退院後の生活に向けた支援を行います。地域移行にかかわる作業療法の範囲としては日常生活活動に関するADL訓練、家事、外出等のIADL訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、などがありその人に応じたプログラムを考えます。まずは病院近隣への外出を行い、徐々に買い物や外食等を行いながら活動範囲を広げ、交通機関を使った外出や社会資源の見学などその人のペースで個別に行うこともありますが、何人かのグループで活動することもあります。グループの方が参加しやすい人もいれば個別でないと参加できない人もいますので日頃のかかわりのなかでどちらの方がその人にとって負担が少ないかを考えます。入院生活のなかではあまり体験できない自由な時間（とはいえまだ入院中なので制限はあるのですが）を持つことで退院について消極的だった本人もだんだんと外に目が向いていくことが実感できます。その後具体的に退院の話が進んでいくと、住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者とともにやっていきます。準備には様々な活動があるため時には看護師、精神保健福祉士も同行したり分担したりすることがあり、チーム全体で本人の地域移行を支援していくことに

なります。退院準備をしていくなかでの作業療法は退院後の生活支援に向けて問題解決能力、現実検討力の維持を図るための作業を用いることが中心になります。この時期は、本人が置かれている環境において最大限の適応的生活が可能となるように、生活上での問題解決への相談支援や家族を含めた周囲の人たちに対する相談支援も含めた環境調整が必要になります。

④薬剤師

薬剤師は医師の指示のもとに処方薬剤を調剤する業務だけでなく、薬剤の専門家として服薬の必要性を患者にわかりやすく説明し、本人自身が自主的に服薬を継続できるようになることを目標として服薬指導を行います。服薬指導は地域移行する本人に限られたことではなく、入院中の本人も対象になります。わかりやすく薬の話をするだけでなく、服薬の意義を説明するとともに副作用に対する本人の不安も傾聴し、あわせて剤型等の情報を提供し、本人の希望に沿った剤型の選択ができるように支援していきます。飲み忘れを防ぐための工夫（一包化する、おくすりカレンダーを使う、おくすりボックスを使う、日付を入れる等）について本人やチームと検討することもあります。患者のなかには「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ人もいますので、薬剤師と話すことで本人の本音や副作用が出ていることが明らかになる場合もあります。薬剤師は聞き取った患者の声を医師にフィードバックすることにより、薬物治療の効果や安全性を高める役割を果たしています。

⑤（管理）栄養士

栄養士は給食関係の業務だけでなく、医師の指示により栄養指導を行うことも大きな業務の一つです。精神障害の有無にかかわらず、人は身体疾患に対する健康管理が必要です。一部の精神疾患では生活習慣病になりやすいといわれており、その予防と早期発見、早期治療、治療継続の必要性は高いと考えられます。そこで内服による治療とあわせて食事療法のための指導を栄養士がすることになります。

薬剤師同様わかりやすく患者に説明し、理解できるように工夫しながら指導を行っていきます。食材が書かれたカードを使って一日の献立を考えたり、スーパーなどで売っているお惣菜のカードをつくり、三食の食事ではどのメニューを選ぶか、栄養やカロリーを考えながら献立を立てたりするプログラムも行います。地域移行を進めるなかで退院して一番良かったことは？と患者に聞くと「好きなものが食べられること」という患者が多くいます。入院中は三食とも決まった給食を食べ、おやつにも制限がある入院生活では好きなものを食べるという当たり前のことができない状況です。特に退院直後の本人は栄養面などを一切考えず、好きなものを好きに食べるという人もいますが、なかには「お金がなくなったら困る」と極端に節約し毎食おにぎりだけという人もいます。極端な食事が健康に良くないことを伝えながら、具体的にどのような食事をとればいいのかを本人と一緒に栄養士も考えます。また合併症の治療も行っている本人については、入院中はカロリー計算された食事が出てきましたが、退院後は本人が気を付けるしかないのが実情です。個人で制限された食事を続けるのは大変なので、最近では治療食の宅配弁当などを利用する患者も出てきました。このように栄養士は主治医をはじめとした医療チームの一員として、患者の健康を守るために退院後の患者にもかかわりを持っていきます。

⑥臨床心理技術者

臨床心理技術者は、医師とは異なる学問的背景から患者の特性、心理的特徴を明らかにします。臨床心理技術者は、医師の指示を受けて患者の特性を客観的な尺度から明らかにするための各種心理テストを施行したり、治療標的を絞った上で、医師の診察よりも時間をかけた心理療法による治療介入を行います。

例えば、ウェクスラー成人知能検査(WA I S)では知能の高低のみならず、各種作業能力、発達的な認知の質について多くの示唆を与えます。心理検査の結果は、医師の診察中に観察されたことや作業療法中の様子の報告などと擦り合わせることで、職種間で患者の状態理解を深める上で役立てることができます。

適応がある場合には、認知行動療法等、エビデンスの高い心理療法を行うことにより、認知や行動の変容を通じ、患者が疾患と上手につき合い、心理社会的ストレスを減じる力をつける援助をします。

⑦精神保健福祉士

精神保健福祉士は入院当初から本人の気持ちを聴き、早期にアセスメントを行い、入院前にかかわっていた機関や人とのつながりを持ちながら、退院を阻害しうる社会的な課題の解決をすることで早期退院、必要のない長期入院の解消を目指していきます。必要性の乏しい長期入院をしている本人に対しても定期的な面接を継続して行うことで退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながったりしていくこともあります。

入院が長期になった本人のなかには退院することを望まない人もいます。退院する先がないことが理由であったり、家族が退院を反対したりしているからとか、ただ単に「ずっと病院にいたい」という人もいます。病院はずっといる場所ではないから病気が良くなったら退院しようと言ってもなかなか納得せず、地域移行のプログラムへの参加を拒否する人もいます。長期入院になってしまった患者のなかには入院中になんの働きかけもされなかったということではなく、病院内のチームのメンバーからの働きかけを何らかの理由によって拒み続けていた患者もいます。

しかし、ここ最近地域移行の必要性が大きく取りざたされ「地域移行機能強化病棟」も開設されました。1年以上入院している患者を地域に退院させることを目的に新設されたこの病棟では毎月の退院支援委員会で本人の地域移行に向けた活動についての進捗を報告します。そこで主治医をはじめとした看護師、作業療法士、薬剤師等の意見も聞きながら患者一人ひとりの方向性を確認していきます。

この病棟の精神保健福祉士は「退院支援相談員」として機能することになりますが、患者の個別性も大事にしながら、なかなか退院に気持ちが向かない本人のために病棟や作業療法のプログラムのなかで、地域の相談支援事業所を招いて交流したり、時には一緒に外出をしたりして、地域の方と顔なじみの関係をつくり、そのなかから退院したいという患者が出てくるよう工夫をこらして支援していきます。しかし、退院後生活環境相談員だけがこれらすべての関係調整をしていては一人で抱え込み疲弊や孤立感を生む原因にもなりかねません。精神保健福祉士と退院支援相談員は病院と地域をつなぐ窓口として多職種や本人と家族等の隙間を埋め、さらに制度や障害福祉サービスと本人をつなげる共通の目的・役割があります。また目下の課題としては必要性の乏しい入院が長期化しないように医療保護入院者退院支援委員会を通じて退院への取り組みを推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担うことになります。

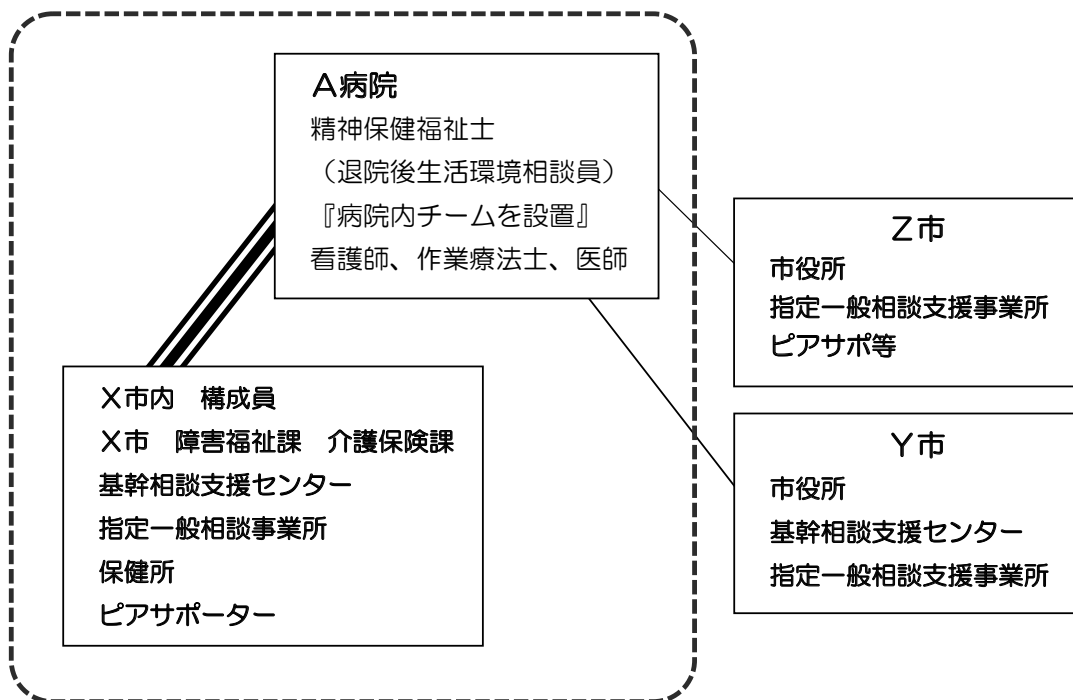
コラム Colum

市町村（圏域）における連携体制の構築

▶ 1 地域移行部会を市町村の協議会に設置する意義

- ・ これまでなぜ地域移行支援は進まず、必要性の乏しい長期入院が解消されなかったのでしょうか。
- ・ 精神障害者の福祉施策は、制度化の面で歴史的な浅さがあります。障害者支援が制度化されるまでは「精神病患者」として捉えられており、「障害者」として福祉の対象にはされてきませんでした。また、精神科特例によって、一般科医療に比べて少ない人員で治療にあたり、支援にあたる人材不足もありました。さらには、これまで医療分野と福祉分野それぞれで従事者研修や検討が行われてきましたが、分野横断的な研修が行われておらず、連携が不十分でした。
- ・ そこで、地域移行支援を進めるにあたって下図で示すような地域移行部会を市町村の自立支援協議会の機能を活用して、精神科病院とその病院のある市区町村（障害福祉課・介護保険課等）、基幹相談支援センター、指定一般相談事業所、保健所、ピアサポーター等がメンバーとなって、地域移行部会を設置することを提案します。

【 地域移行部会の設置図（案） 】



- ・ それでは、前ページの【地域移行部会の設置図(案)】について解説します。
- ・ なぜ、A病院とA病院のある市区町村を中心に設置するのか。A病院には、X市以外のY市やZ市の方も入院しています。当然X市役所からは、「なぜX市なのに、Y市やZ市のこともやらないといけないのか」という意見が出るのが予想されます。
- ・ しかし、このような考え方をしてはいかがでしょうか。
- ・ 『A病院に入院している長期入院の患者の課題は、X市の地域課題』
- ・ やや突飛な考え方かもしれませんが、保健所圏域でチームをつくったとしても、圏域外の入院患者の支援についての課題は出てきます。精神科病院からは、「地域移行について、市のどこに相談すれば支援してくれるの?」「市によって窓口が、福祉課だったり、基幹相談だったりして困ってます」などの声が聞かれます。
- ・ そこで、精神科病院がどのように地域移行を進めるのか迷った時は、まずは地元の「地域移行部会」に安心して相談できる体制をつくりましょう。患者本人の希望を踏まえた上で、支援の検討を行います。そこには、当然Y市の方の相談や検討も行います。「Y市に帰って生活する方法はあるのか」「A病院近くのX市で生活した方が良いのか」「地域移行支援を利用した方が良いのか」などを協議します。それぞれの機関だけで考えて支援に行き詰まったとしても、地域移行のメンバーが集まって考えることで支援のアイデアが増え、本人の退院の可能性が広がります。必要に応じ、Y市の福祉課や基幹センターなどをチームの会議に呼んで、一緒に検討することも必要です。
- ・ 病院がないY市やZ市も、日頃から地域移行について協議する場を市町村に設置しておくことは必要です。

▶ 2 連携にあたっての留意事項

- ・ 地域移行部会を設置するにあたっての留意事項です。
- ・ 地域移行部会の役割は、
 - ① 病院への働きかけ
 - ② 地域への働きかけ
 - ③ ネットワークへの働きかけ
- ・ 地域移行部会の役割は、①病院への働きかけ、②地域への働きかけ、③ネットワークへの働きかけの3つです。地域移行部会の構成メンバーは、地域の実情に応じて構成する必要がありますし、どのような人に集まってもらうと地域移行支援が進むのか、メンバーの所属、名前をイメージしてみましょう。自分たちの市町村で地域移行を妨げている課題を見つけ、課題に対する手立

てを考えていくことも大事な作業になります。

- 例) 個別のケースから支援方法を共有する
- 例) 我が町の住民が何人入院しているのか把握する
- 例) (自立支援) 協議会等に働きかけを行う

【精神科病院の役割】

- ・ 個々の精神科病院の職員や相談支援専門員、各精神科病院や事業所のみでは解決できない問題も、チームで話し合うことで解決策を見出すことができます。
- ・ 精神科病院は、入院中の精神障害者の基本情報は常に把握してください。
- ・ 精神障害者本人の住所地の市町村はどこか。またその市町村には何人ぐらいの方が入院しているのか。65歳以上の方は何人入院していて、65歳未満の方が何人入院しているのか。1年以上の方が何人入院していて、1年未満の方が何人ぐらい入院しているのか。家族の状況や支援者の有無、なぜ入院が長くなっているのか。このような情報を把握してください。
- ・ そして、精神科病院内にチームをつくってください。
- ・ 支援を進めるにあたって、担当している精神保健福祉士や看護師が窓口になることが一般的です。地域移行支援に関して精神科病院内で周知し、理解を深めていくために、精神科病院内チームをつくってください。この精神科病院内チームが中心となって、精神科病院職員の理解を深めるための研修会を企画し、地域の支援者に講師になってもらう方法も有効です。支援について精神科病院内でうまく進まない時は、精神科病院内チームが必要なアドバイスをすることができる仕組みをつくってください。もしも精神科病院内チームだけで解決できない時は、地域移行推進チームに相談し解決を図りましょう。

【市町村の役割】

- ・ 2016（平成28）年12月22日に開催された第5回「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料には、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築イメージがあり、そこには、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者の協議の場の設置について示されています。市町村単位でも、精神障害者の生活支援をさらに考えていく必要が求められています。
- ・ 市町村の自立支援協議会を活用して、地域移行部会が機能できる下支えを構築してください。入院中の患者の半分は65歳以上です。障害福祉担当課だけではなく、介護保険の担当や生活保護担当なども必要に応じ参加してもらえるように、役所内の周知を行ってください。65歳以上の患者については、退院するまでの部分は障害福祉サービスである地域移行支援を利用し、退院後の生活は介護保険が利用できるよう協力体制を庁内につくっておく必要があ

ります。

- ・ 自分たちの市区町村の住民が、どこ精神科病院に何人ずつ入院しているのか把握してください。その数値を障害者福祉計画や社会資源の開発につなげる根拠としてください。

【障害者相談支援事業・基幹相談支援センターの役割】

- ・ 障害者相談支援事業に従事する相談支援専門員は、入院している精神障害者に会いに病院へ出向いてください。そして地域移行支援に関する情報を届けてください。長い入院生活によって、退院に不安を抱えている精神障害者については、退院意欲を喚起する支援を行ってください。退院意欲が低下し、地域移行支援の申請をするまでのかかわりは病院内の取り組みだけでは困難です。病院の外からの取り組みが必要です。指定一般相談支援事業所につなぎ、地域相談が円滑に進むように進捗を見守る役割も必要です。
- ・ 地域移行部会で体制整備のための協議を活性化していくためには、基幹相談支援センターの役割が必要です。
- ・ 基幹相談支援センターは地域移行支援の体制整備のために、各病院の管理者への働きかけの他にも、他市町村とのつながりを広域的に働きかけ、広域の仕組みをつくる役割が期待されます。その際、保健所にも基幹相談支援センターと連携し地域関係者が病院へスムーズに働きかけられるためのコーディネートの役割が期待されます。

【指定特定相談事業所・指定一般相談事業所の役割】

- ・ 指定特定相談事業所、指定一般相談支援事業所は、地域相談支援の相談があった時にいつでも支援できる体制を準備しましょう。現在地域で生活している人への計画相談支援に追われ忙しいとしても、地域移行支援ができる人員体制の確保と業務バランスが必要になります。

【ピアサポーターの役割】

- ・ ピアサポーターは、入院されている精神障害者への退院意欲や自分の希望を語る力を取り戻す支援、推進チーム内への働きかけ、精神科病院の職員への理解促進などの役割があります。特に長期入院している精神障害者にとっては、生活者としての身近なモデルになります。

【参考文献】**■第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向****1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義**

- ・「平成27年 厚生労働省 医療と福祉の連携を推進する都道府県における中核的人材育成テキスト」, 厚生労働省, 第2章より
- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 平成27年
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2014年

■第2章 地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築**2 地域移行推進における関係機関・関係者の役割****(1)行政担当者、(2)市町村（自立支援）協議会**

- ・「我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成27年度版」, 日本公衆衛生協会, 2016年, pp63-63
- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 2014年
- ・「精神保健福祉白書2014年度版」, 中央法規, 2013年, pp71-72
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン」, 社団法人支援の三角点研究会, 2011年, pp50-52

(3)障害者相談支援事業と基幹相談支援センター

- ・「障害福祉関係主管課長会議資料」, 厚生労働省, 2010年10月31日
- ・「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ」, 厚生労働省, 2015年7月19日
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年

(4)指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者

- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「障害者地域相談のための実践ガイドライン」, 一般社団法人支援の三角点設置研究会, 2014年
- ・「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」, 一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会, 2015年
- ・「第2回チイクラフォーラム&全国ネット巡回フォーラム資料 ピアの時代を見据えて」, 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク

(5)居宅介護支援事業所（介護支援専門員）、(6)精神科病院

- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 2014年

第 3 部

地域移行を推進する人材養成研修 研修テキストと解説

第3部の活用について

以下では、地域移行推進ガイドラインを基本として、各地で地域移行を推進する人材養成研修を開催する際に活用されることを想定して作成した研修テキスト（パワーポイント）を掲載している。また、講義や演習で使用する研修テキストには、各スライドに対応する解説を付している。

以下に、第1部の研修プログラムを一部再掲する。

研修テキストについては、公益社団法人日本精神保健福祉士協会のウェブサイト上でダウンロードを可能としているので、あわせてご活用いただきたい。

【 地域移行支援を推進する人材養成研修プログラム 】

プログラム	時間数
講義1 「精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～」	45分
講義2 「精神障害者の地域移行をめぐる動向②～地域移行支援について～」	45分
シェアリング	25分
講義3 「体験談から地域生活について考える」	45分
シェアリング	25分
講義4 「地域移行推進における関係機関・関係者の役割」	60分
シェアリング	20分
講義5 「退院意欲を取り戻すための支援」	40分
シェアリング	20分
講義6 「地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築」	60分
シェアリング	15分
演習 「病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方」	90分
全体共有、まとめ	30分

【 講義1 】

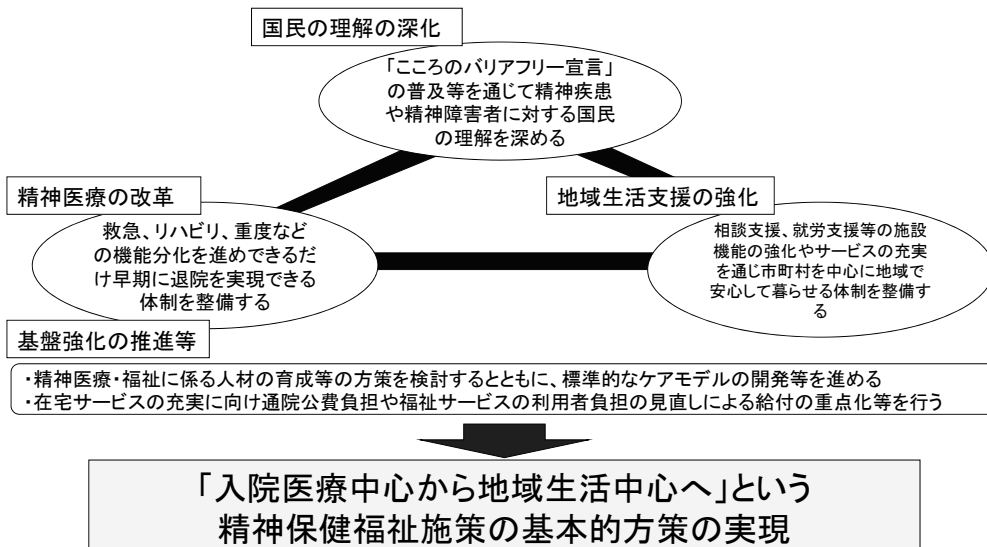
精神障害者の地域移行をめぐる動向① ～精神科医療の現状～

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

精神保健福祉施策の改革のビジョンの枠組み

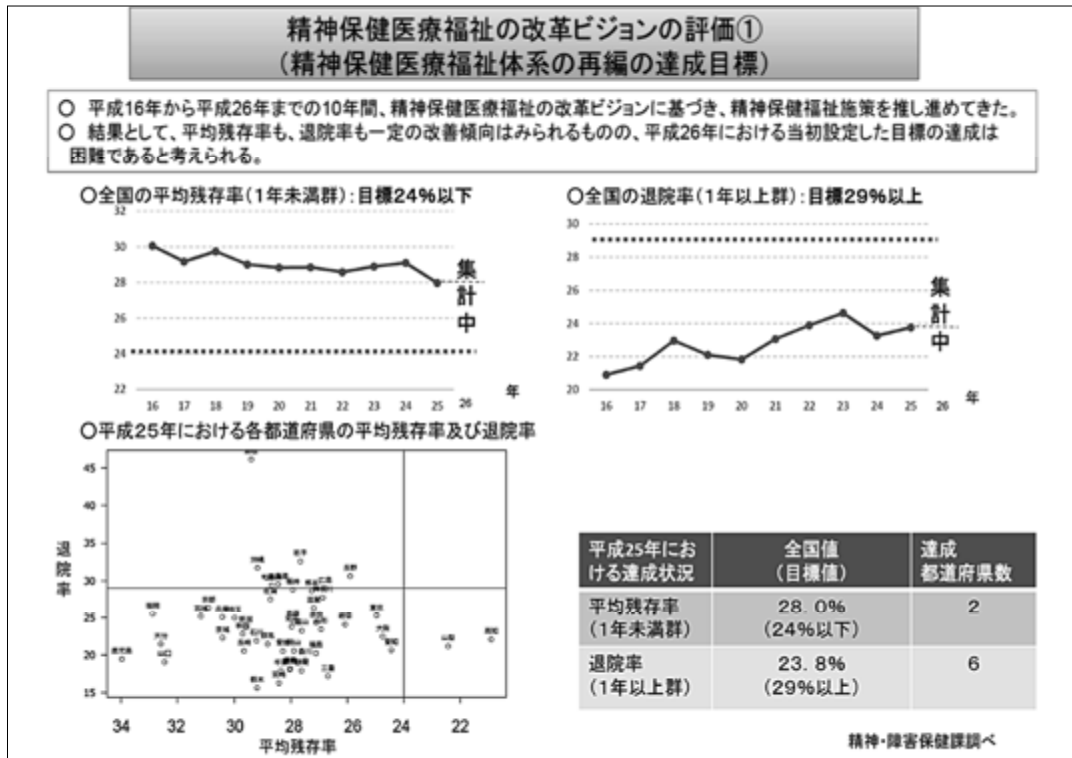
精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

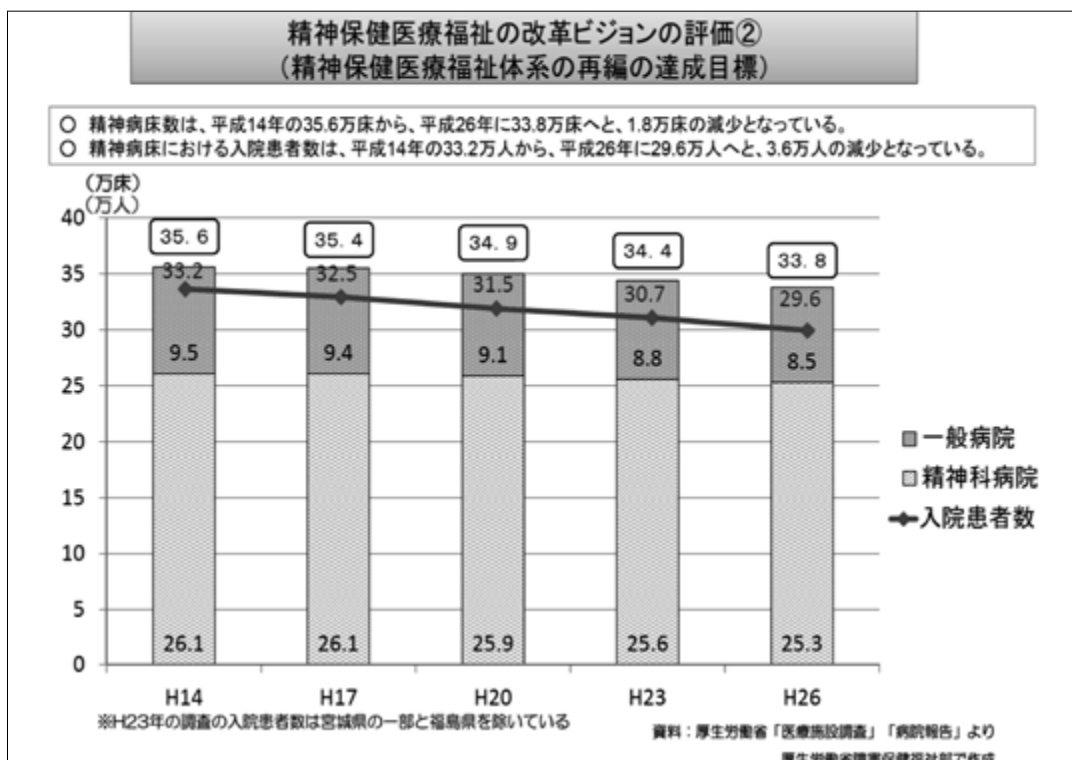
2

- ・ 病院勤務者向けというより、指定一般相談支援事業所等の参加者に精神科医療の政策動向や現状などを集約している内容となっていることを説明
- ・ 平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の内容の説明と確認



3

- ・ スライド2に基づいて精神保健福祉施策を推し進めてきたが、平成16年からの10年間について、資料より平均残存率、退院率の改善はみられるが目標達成は困難な現状を説明する

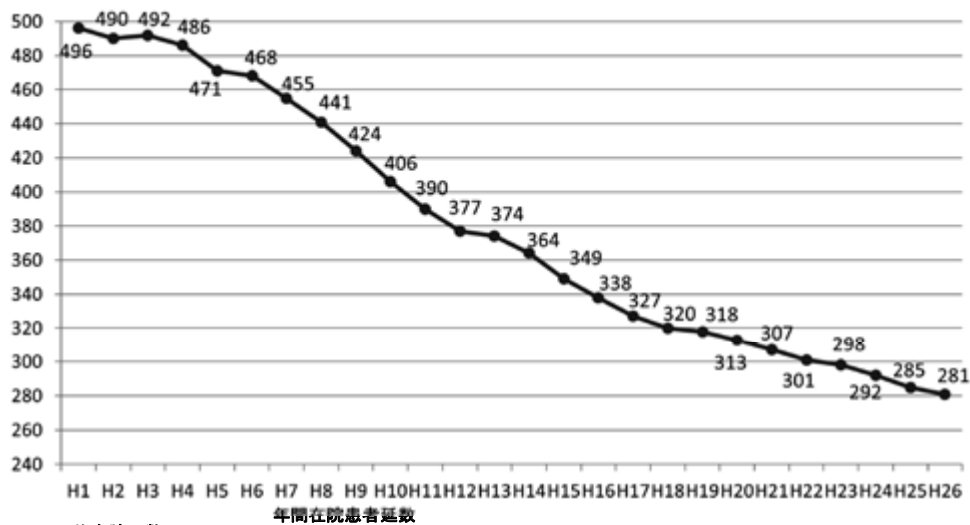


4

- ・ 平成14年約36万床からの推移として平成26年度34万床で約2万床(1.8)万床減少し、入院患者数も3.6万人減少とはなっていることを説明する

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)



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

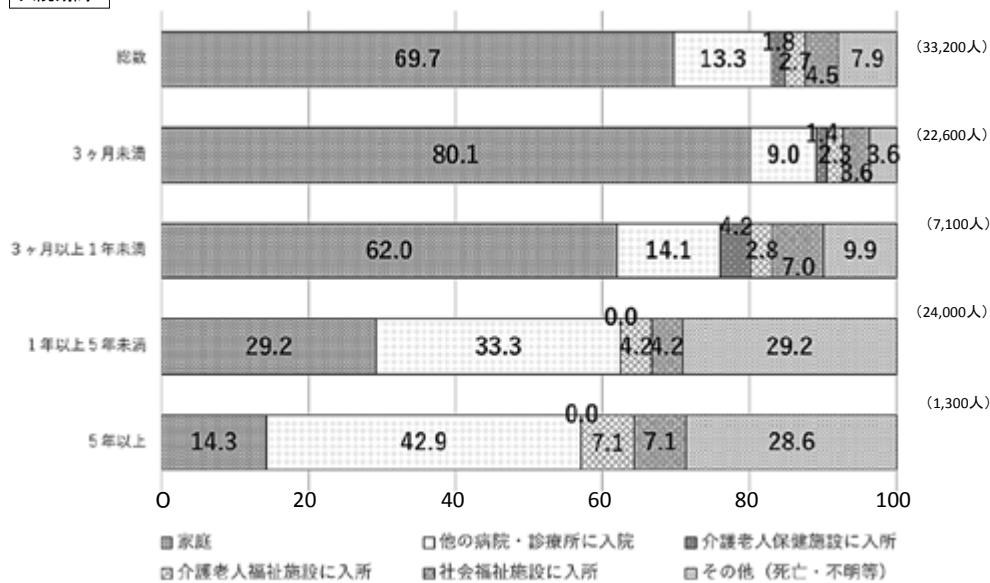
5

- ・ビジョンが示されてから平均在院日数は減少傾向にあることをスライドで説明する
- ・それでも平均281日あることを伝える

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

(単位:%)



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

6

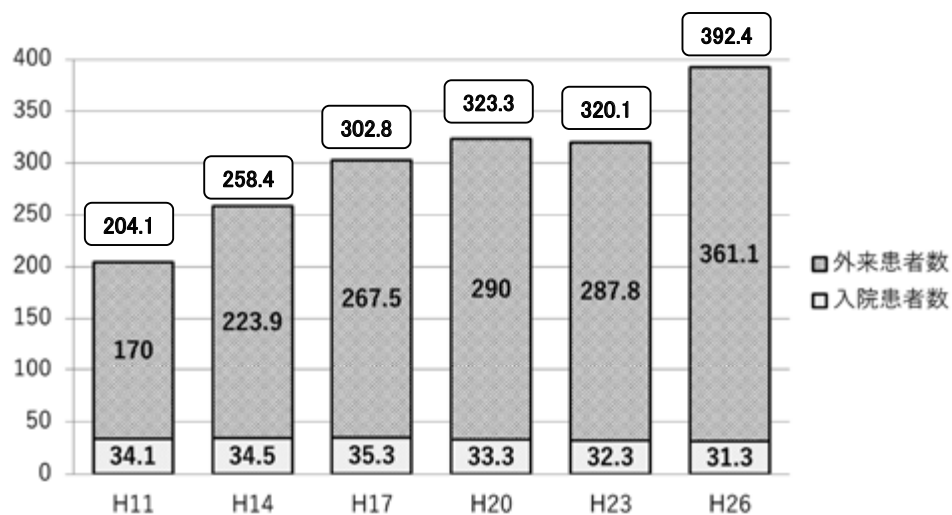
- ・退院後の行き先として、長期になれば在宅への退院が難しいこと、施設や死亡が増えていくことをスライドで説明する

精神保健医療福祉の現状について

7

精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)

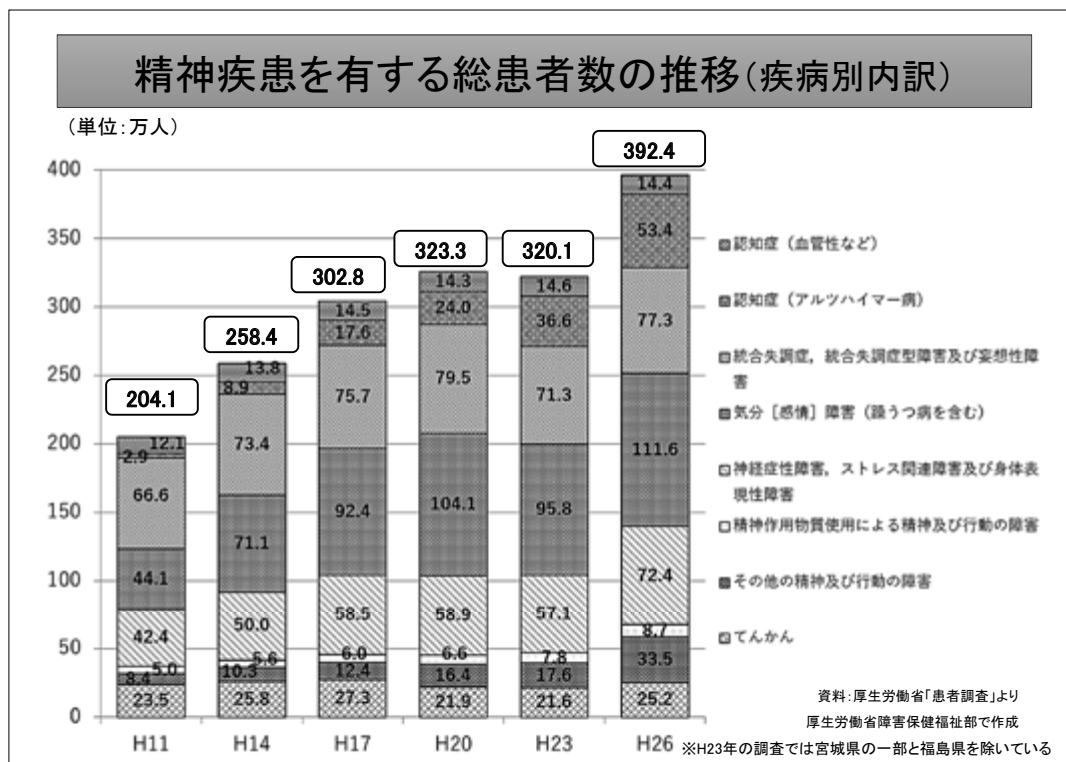


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

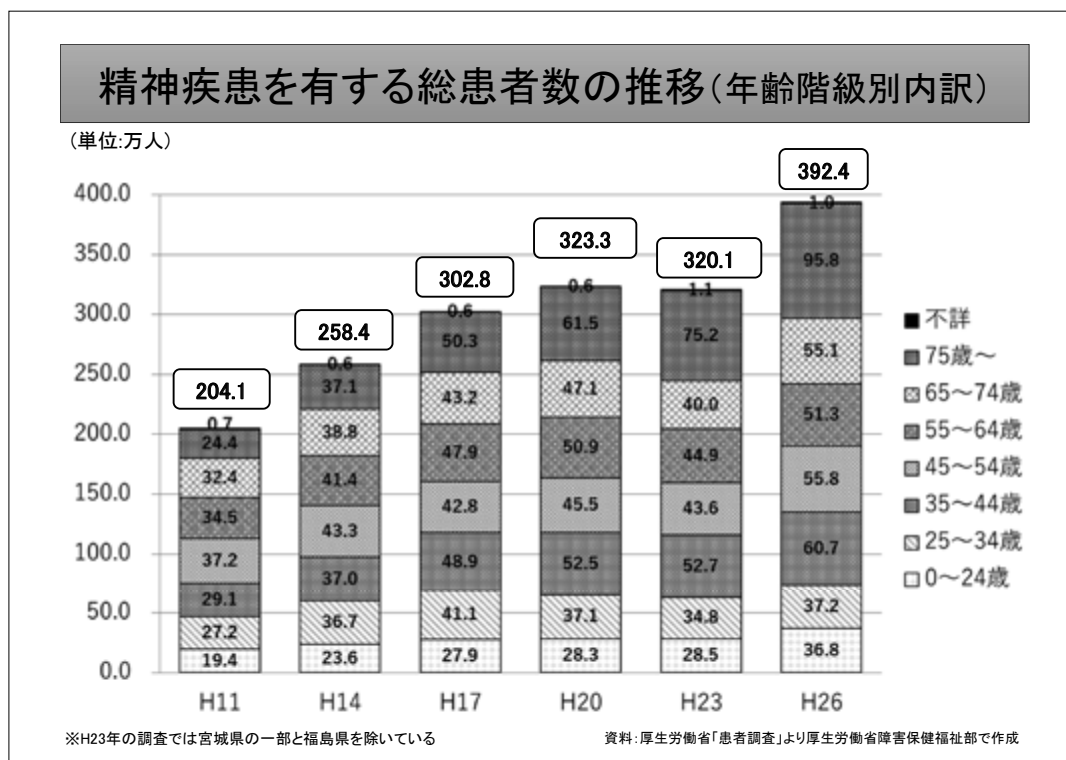
8

- ・ 入院は減少しているが外来患者数が大幅に増え、全体では約400万人であることを説明する



9

- ・ 全体で約400万人いて、認知症関係が増加していることにも着目するよう説明する

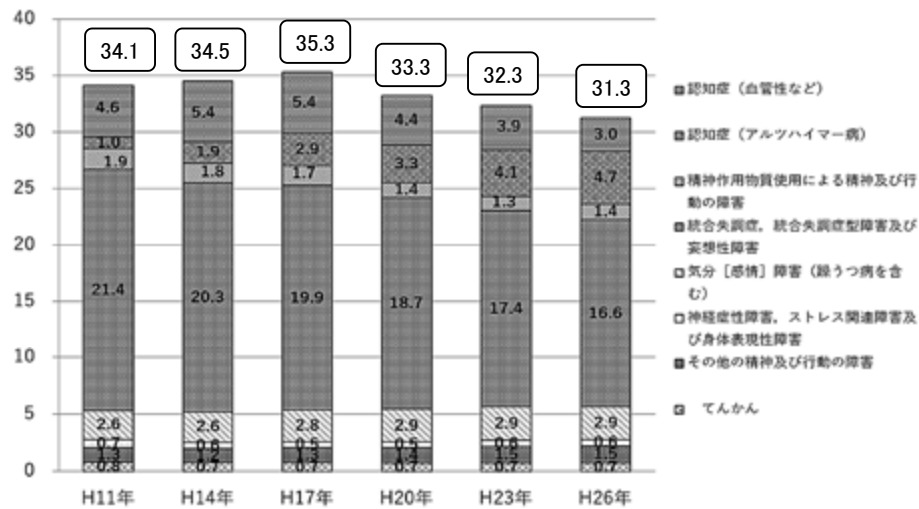


10

- ・ 入院外来患者全体数で55歳以上の割合が約半分を占め、65歳以上の割合も増えていることを説明する

精神疾患を有する入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

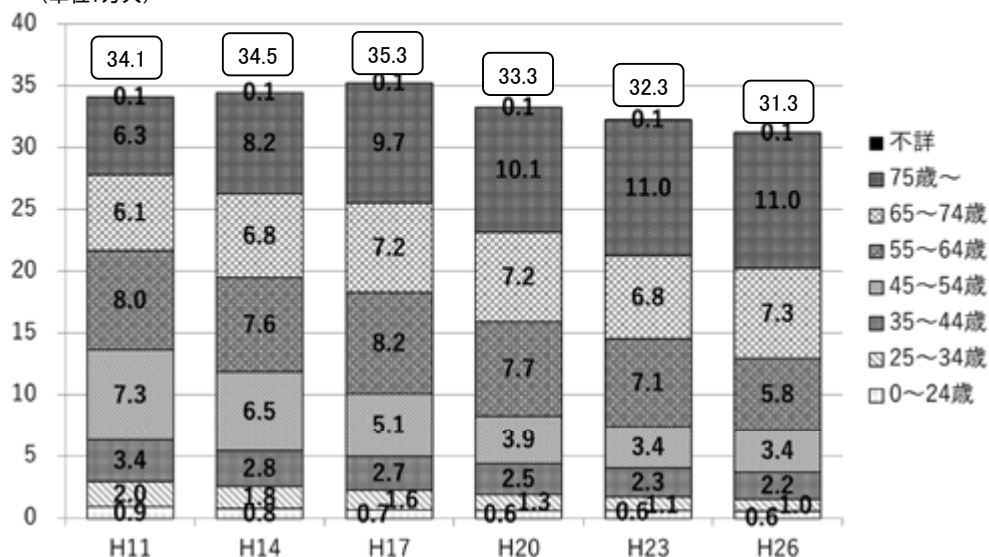
資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

11

- 精神疾患を有する入院患者の疾患別の説明を行い、唯一、認知症(アルツハイマー病)が増加していることを説明する

精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

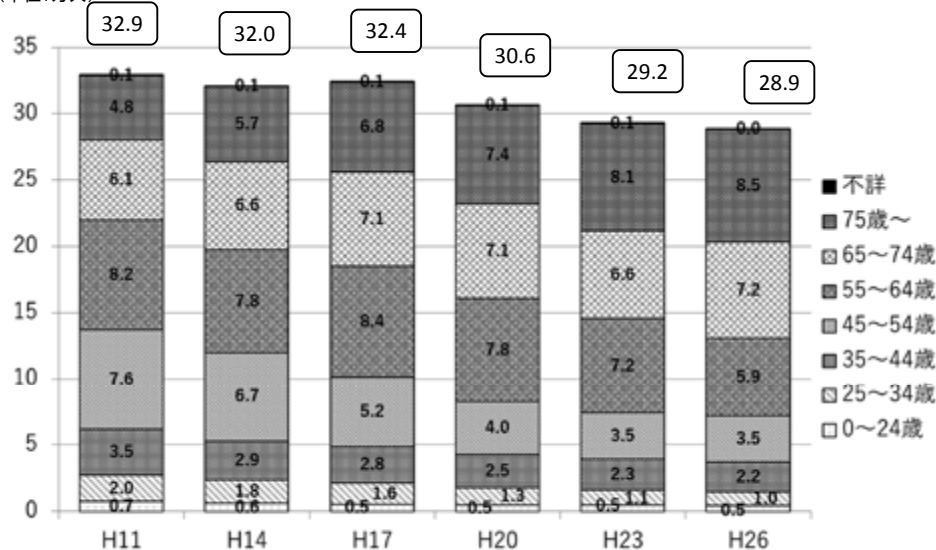
資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

12

- スライド11に関連付けし、入院患者の高齢化が進み65歳以上の人が増加していることを説明する

精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位: 万人)



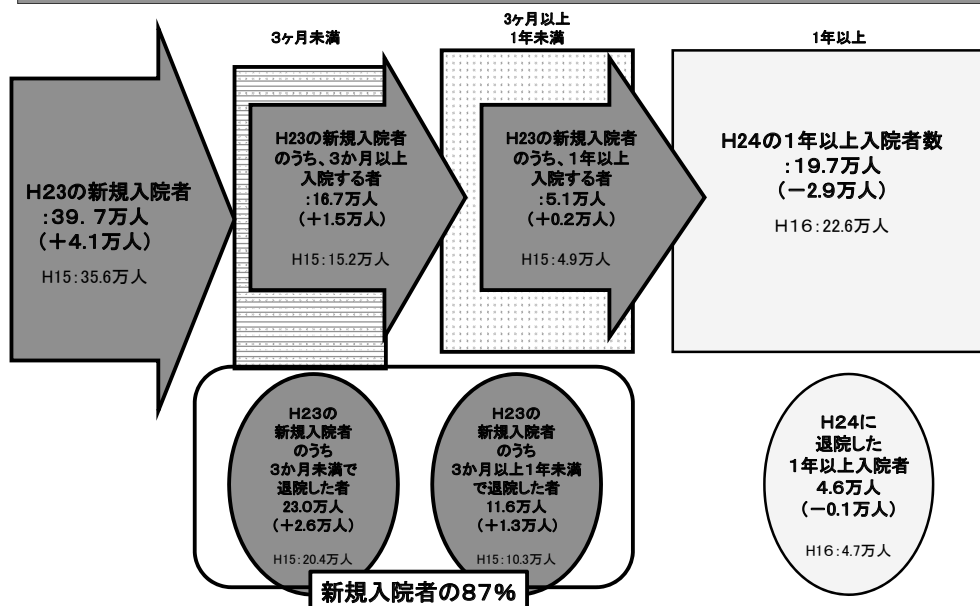
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

13

- ・精神病床においても精神疾患を有する年齢階級別内訳同様に推移していることを説明し、参加者の所属と照らし合わせて考えてみるよう伝える

精神病床における患者の動態の年次推移

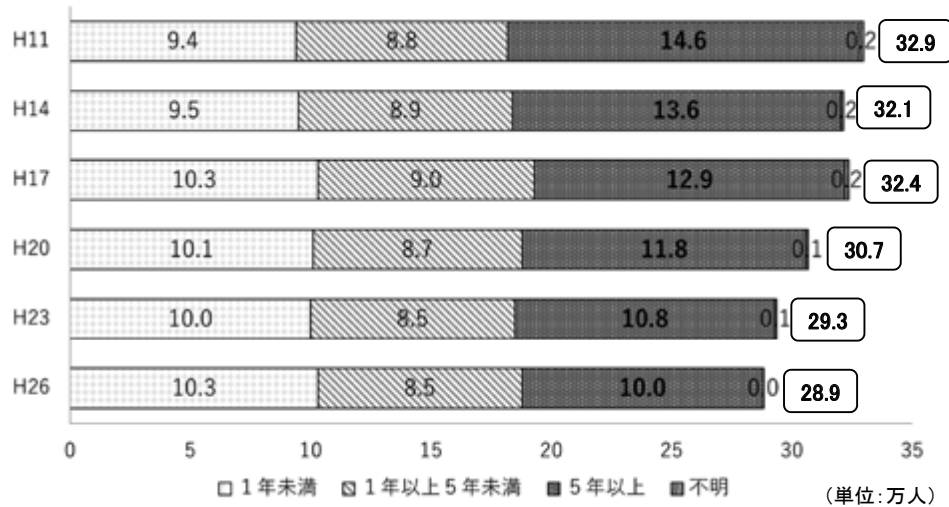


資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

14

- ・新規入院者の6割が3か月以内で退院し、全体では新規入院者の9割が1年以内に退院しているが、その反面1割の人が長期入院に移行していることを伝える

精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)



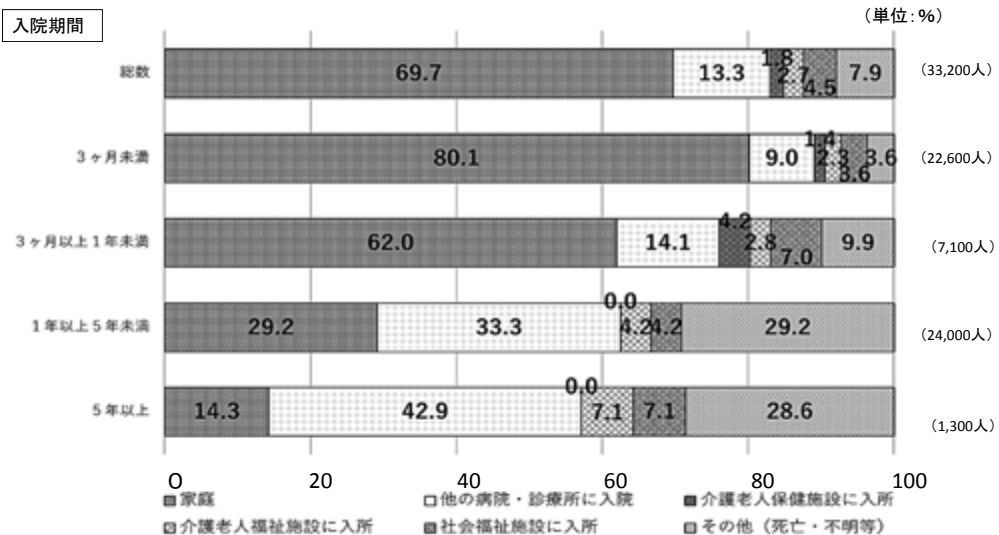
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

15

- ・ 全体的に患者数は減っているものの、5年以上が減って1年未満が増加していることを伝える
- ・ 5年以上の減については死亡退院も年間約2万人いる現状を伝える

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



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

16

- ・ 退院後の行き先として、入院期間が長期になるほど在宅への退院が難しいこと、そのため高齢施設への退院や身体合併による転院や死亡が増えていくことを伝える

長期入院精神障害者の地域移行について

17

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要 厚生労働省資料 (平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 改正法の概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族になる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 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。

18

- ・精神保健福祉法改正の概要について説明する
- ・改正のポイントとして新たな長期入院をうまない(新規入院患者は1年以内の退院を目指す)よう改正になっていることを示す
- ・また、退院後生活環境相談員の役割についても説明を加える

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」を重視して実施。
- 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につれて、その置き換えが必要。

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（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生まれない人に対しては、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こととし、必要な移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保障する」、「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しての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等

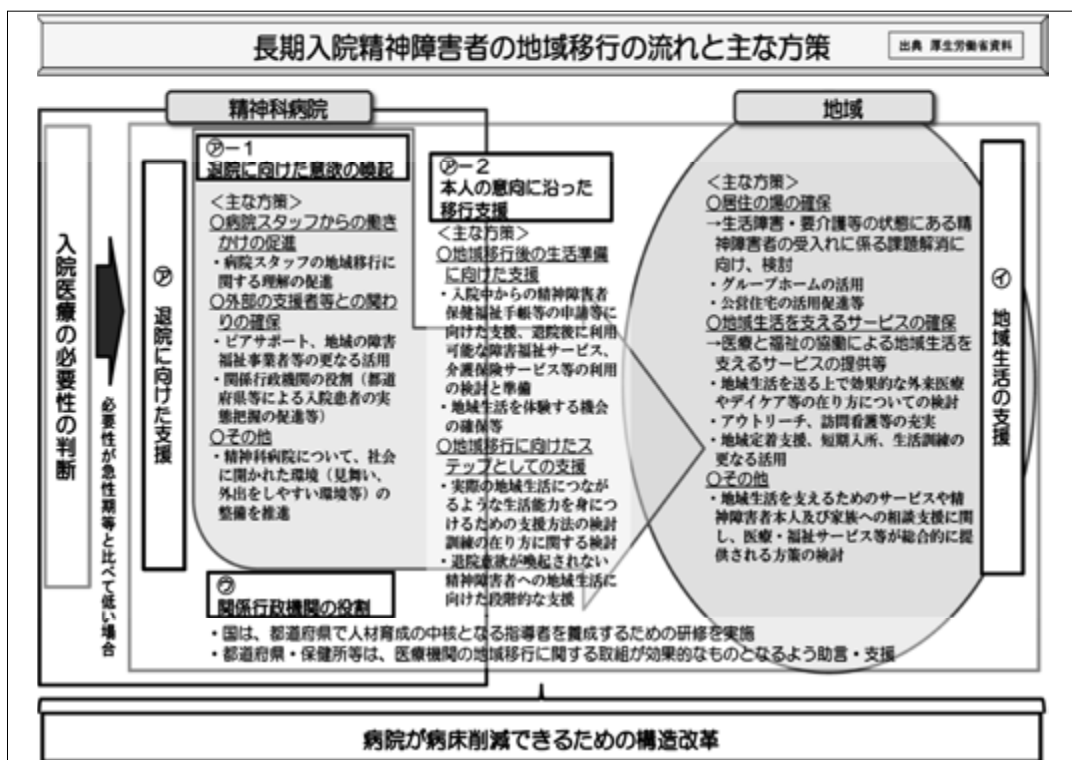
※※例えば、居住の場としての活用は否との違い、見直しがあった。

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より、治療機能を果た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。

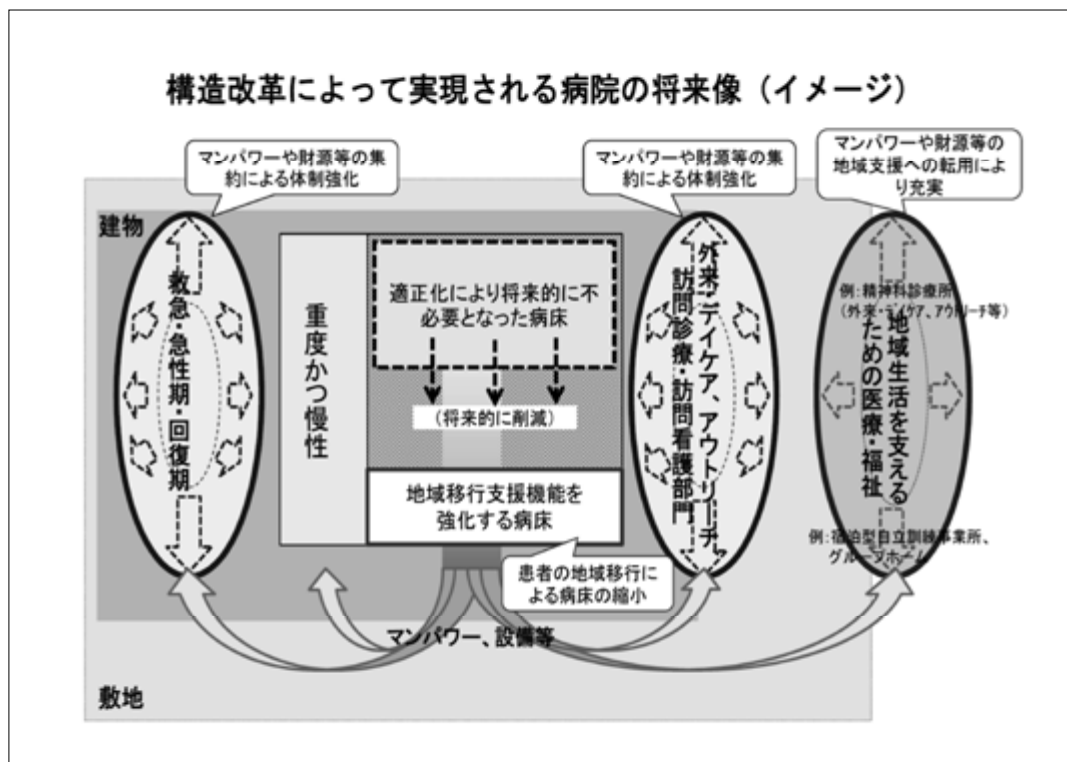
19

- ・精神医療が良質かつ適切な医療提供ができれば長期入院を防ぐことにつながるため、病院の構造改革が必要である
- ・スライド内の1, 2, 3, について順次説明する



20

- ・病院での取り組み、地域の取り組み、行政の役割について説明する



21

- ・ 構造改革によって実現される病院の将来像についてイメージを説明する

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

●(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点(1日につき)

[施設基準]

1. 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が 15:1 以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
2. 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が 40 を超える場合は3名以上)配置されていること。
3. 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の 90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)
4. 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の 1.5%に相当する数以上であること。
5. 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
6. 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
7. 平成 31 年度までに新規の届出を行うこと。

●精神科地域移行実施加算の評価(10点→20点)

22

- ・ 地域移行機能強化病棟について説明する

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取りまとめより

精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状

- ・最近の新規入院者は3か月で約6割、1年以内に9割が退院している。1割の人は長期入院になり、1年以上の長期入院精神障害者は約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）であり、そのうち毎年約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が1年以上の長期入院に移行している。
- ・長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、65歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。（1年以上の入院者の51%は65歳以上）
- ・死亡による退院が増加傾向となっている。（年間1万人超の長期入院精神障害者が死亡により退院）

新たな地域精神保健医療体制のあり方についての論点整理より

○精神病床数（入院患者数）の変化をみると、平成14年の35.6万床（33.2万人）から、平成26年に33.8万床（29.6万人）へと、1.8万床（3.6万人）減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。

○厚生労働科学研究（平成24～27年度）において、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案の取り扱いを検討する必要がある。

（対応の方向性）

○「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち約4割は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。

23

- ・重度かつ慢性については取扱いに注意し、6割に該当する人にこそ地域移行に向けて手あつきの医療（人材、財源）を提供し、自分らしく地域で暮らすことの実現を目標とすることが重要であることを補足する

・あなたの地域の精神科病院には、
何人の長期入院患者がいますか？

・あなたの勤める精神科病院には、
何人の長期入院患者がいますか？

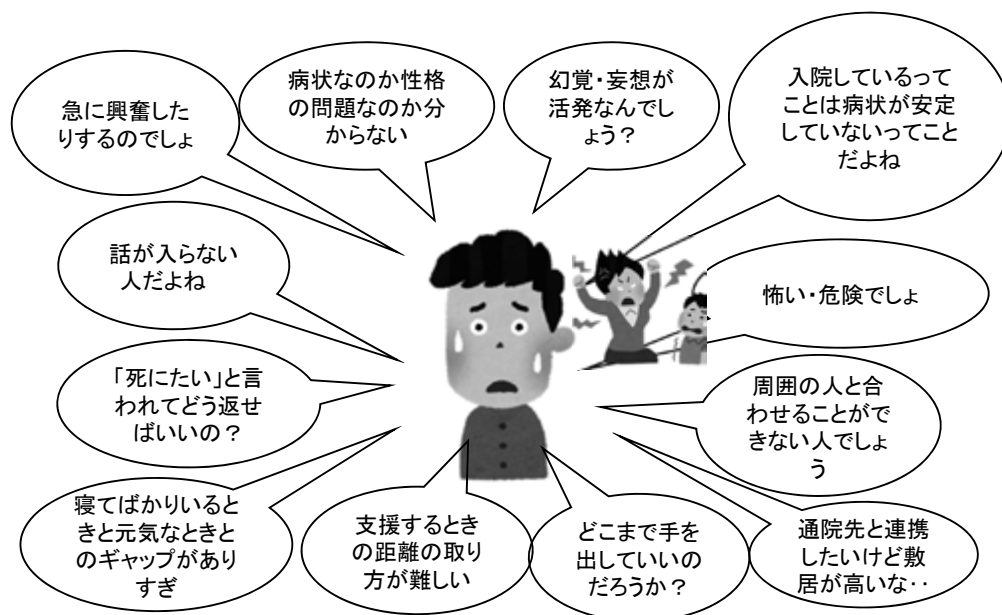
24

- ・参加者が所属する医療機関や事業所、自治体に1年以上の長期入院患者が何人いるかを参加者に確認する
- ・政策動向を知り、参加者個々の所属等の実態を把握するような働きかけと、医療と福祉と行政が協働した動きが大切であると説明する

長期精神障害者のイメージ

25

長期精神障害者の対応に不安を感じたりしていませんか？



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より
筆者一部加筆

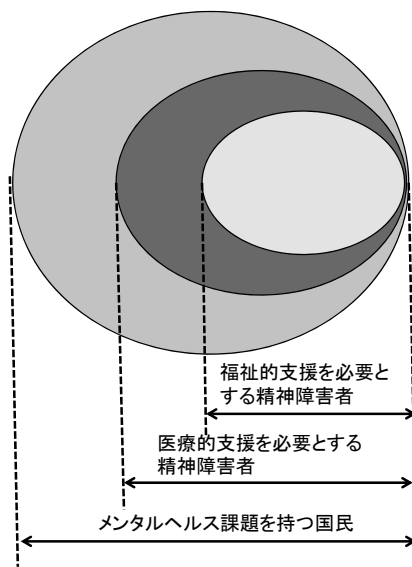
26

- ・イメージは精神障害者と接する機会が少ない事業所職員や地域支援者などからよく聞かれることを講師の体験も交えながら一つひとつ読み上げ、出ている内容はマイナスのイメージが先行していることが多いこと、このことが世間一般のイメージと直結している場合が多いと説明する

精神障害者の特性について

27

精神障害者の定義



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

精神保健福祉法

➤この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

医療にかかっている精神障害者は約400万人！

障害者基本法

➤身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

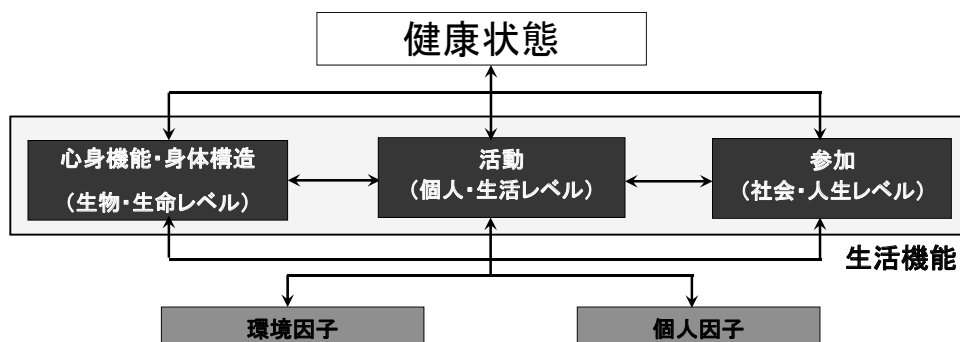
障害福祉サービス等を利用している精神障害者は約16万人

28

- ・ わが国では精神障害者の定義が2つあり、医療的支援を必要とする精神障害者数に対して、実際の障害福祉サービス等は利用者がまだまだ少なく、福祉的支援を必要としている精神障害者の潜在的ニーズが高いことを示す

精神障害者の障害特性の理解のために ～国際生活機能分類(ICF)の活用～

ICFの目的 「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」



- 生活機能の3レベル(心身の働き、生活行為、家庭・社会への関与・役割)は相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」・「個人因子」からも影響を受ける。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

29

- ・ 生活機能分類(ICF)の生活機能構造モデルを示し、3つのレベル及び健康状態・個人因子・環境因子がそれぞれ影響しあって、障害の状態が現れていることを理解してもらう

精神障害者の障害特性理解のためのポイント①

- ・ 生活に必要な体験の不足、歪みがある
- ・ 集中力、記憶力、整理能力、計画能力、問題解決能力など、社会機能(統合的な認知機能)の障害がある
- ・ 状況や人への依存性が高い(限局された依存関係)
- ・ 要素的な障害や問題への対処はあまり効果がない
- ・ 個々の差が大きい(同じ疾病?)

30

- ・ 多くの精神障害者に共通する障害特性を例示しながら確認する

精神障害者の障害特性理解のためのポイント②

- ・ 疾病と障害が分かちがたく併存し、病状が障害に影響する。このため日常生活および社会生活において障害の現われ方に波がある。

例) 昨日やれていたことが今日はできない。

- ・ 社会的障壁が活動制限や参加制約の要因となって、本人の生きづらさ、生活のしづらさにつながっている。

例) 精神障害者に対する誤解や偏見、理解の低さ

- ・ 過度の自信喪失、自己肯定感の低下が認められる場合がある。
- ・ 二次的な障害である長期間にわたり刺激の少ない環境にいたことによる施設症(感情の平板化、意欲の低下、従順さ、等)と区別する。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

31

- ・ 多くの精神障害者に共通する障害特性を例示しながら確認する

支援のポイント

- ・ まず出会ってください 出会いが理解の第一歩です
- ・ 一人ひとりが豊かな個性を持った人です
- ・ 精神障害者がその人ではなく、その人がたまたま精神疾患にかかり生活のしづらさ等の障害を持ったということ。
- ・ 自らの力をより発揮し、できないことが支援を受けることで自分らしく生きていくことができることを認めることが大切です
- ・ 支援や対応の仕方に正解はありません。
- ・ 障害があっても、高齢になっても、適切な環境で成長、変化できることに確信をもち、その人なりの自立を支援してください。
- ・ 1人で抱え込まず、他の支援者や機関とチームを組んで支援するという意識を持ちましょう。連携、協働していくことで答えが見えてきます。
- ・ 苦手に思えることも視点を変えてみると、その人への理解が深まり、支援が楽しくなります。リフレーミングしてみましょう！

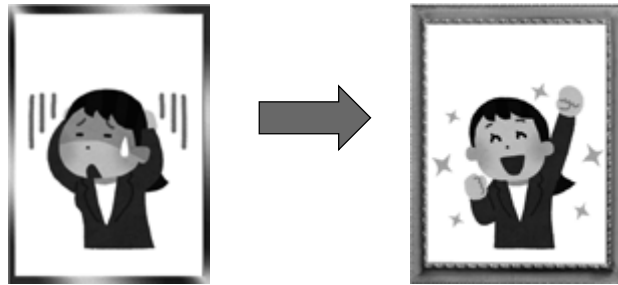
平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より筆者加筆

32

- ・ 支援のポイントとして8点に絞って説き及ぼし理解してもらう
- ・ 一人ひとりの生活のしづらさ・生きづらさが違い、個別に理解する姿勢がより良い支援につながることを補足する

リフレーミングとは

- 世界的な名画も、額縁(フレーム)を変えるとその印象もがらりと変わります。
- リフレーミングとは、ある枠組み(フレーム)で捉えられている物事を枠組みをはずして、違う枠組みで見ることです。
- 同じ物事でも、人によって見方や感じ方が異なり、ある角度で見たら長所や強みになり、また短所や弱みにもなるものです。



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

33

- スライド32で取り上げたリフレーミングの説明を行う
- 研修の導入の部分であるため、楽しく受講することを喚起する

【講義2】

精神障害者の地域移行をめぐる動向② ～地域移行支援について～

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

【基本的な考え方】

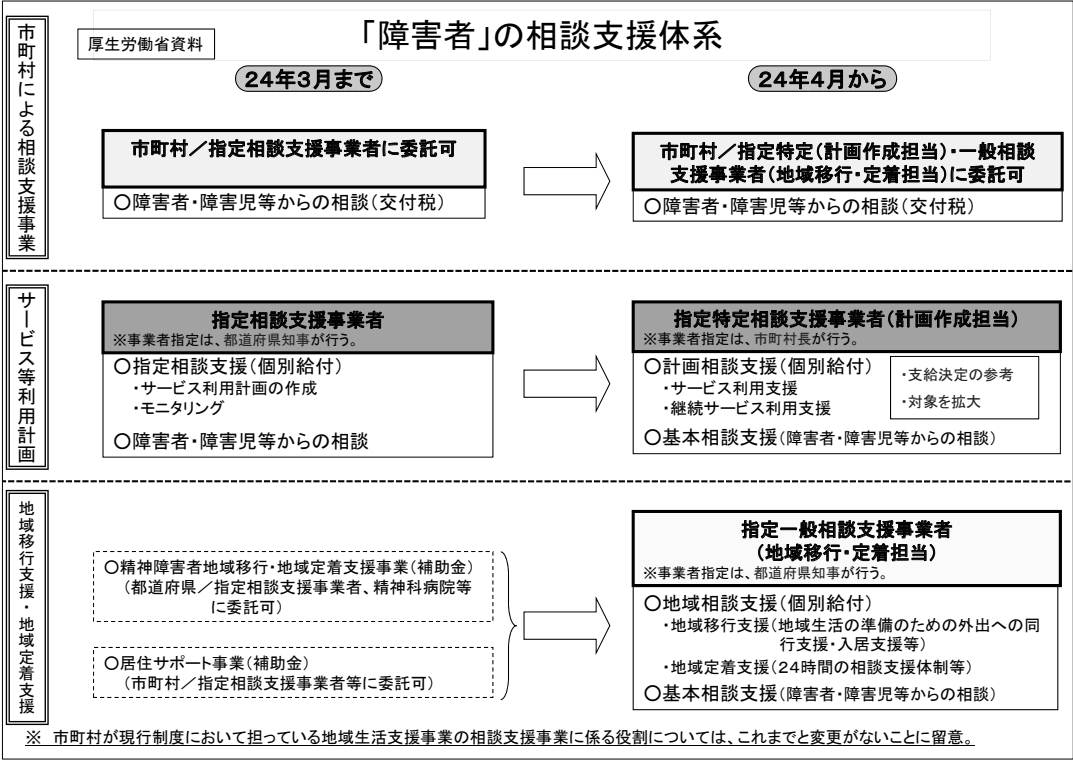
- ・昭和29(1954)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち、要入院者は35万人であり、当時の病床(約3万床)は、その10分の1にも満たないとしていました。
- ・同時期に改正された精神衛生法は、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けました。
- ・昭和33(1958)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおりです。
- ・その後30年かけて、この要入院者35万人という推計を、国策として追い求めてきました。
- ・これが、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならない根拠です。
- ・この間、多くの国民は、こうした実態を十分に認識できないまま容認してきました。この現実を、国民は、自らが担う共通の課題として認識すべきです。⇒医療と福祉で、協力、連携して支援していきましょう。

【事業の変遷】

- ・我が国は、国民の要請に応じて、国策として必要とされた病床の拡大をしてきました。しかし、向精神薬や医療看護技術の進歩と共に、入院治療から地域生活支援中心へと改革することになりました。医療機関は、これまで少ないマンパワーのなか、直近の入院患者さん、退院患者さんへの支援に追われてきました。社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援は労力がかかるなか、医療機関が中心に行ってききましたが、時代とともに新たなモデルが必要となり以下のような政策がすすめられました。
- ・平成15～17年度は、「精神障害者退院促進支援モデル事業」として実施。
- ・平成18～19年度は、「精神障害者退院促進支援事業」として実施。
- ・平成20年度からは、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターを配置することとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」。
- ・平成22年度からは、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」。
- ・平成24年4月、障害者自立支援法の「地域相談支援」となる。

2

- ・地域移行支援の歴史的背景に基づいた歴史的な背景を示して、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけずに、国家、国民の課題として取り組む意義を説明する
- ・その上で、地域相談支援に至るこの間の事業の変遷について説明する



3

・平成24年4月以後の市町村を中心とした相談支援について解説する

<p>市町村で実施している相談支援事業</p> <p>障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう身近な市町村を中心とした相談支援事業を実施しています。※市町村によっては実施していない事業もあります。</p>	
障害者相談支援事業	<p>【内容等】</p> <p>障害者の福祉に関する様々な問題について、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行います。</p> <p>また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、自立支援協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進します。</p> <p>【相談窓口】</p> <p>市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援</p>
基幹相談支援センターの設置	<p>【内容等】</p> <p>地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援事業者間の連絡調整や関係機関の連携支援など、相談支援体制の強化の取組を行います。</p> <p>【相談窓口】</p> <p>基幹相談支援センター（市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された法人等）</p>
（自立支援）協議会	<p>障害者総合支援法第89条の3において、地方公共団体は障害者や障害児への支援体制の整備を図るため、関係機関等で構成される協議会の設置に努めることとされています。</p> <p>協議会は、地域における障害者や障害児への支援体制に関する課題についての情報を共有し、関係機関等の連携を推進し、地域の実情に応じた体制の整備について協議します。</p> <p>市町村によっては、相談支援事業者、精神科病院、障害者支援施設、保健所等をメンバーに、地域移行・地域定着支援に関する専門部会を設置し、関係機関の連携体制及び支援体制の強化を図り、円滑な地域生活への移行等に取り組んでいるところもあります。</p>

4

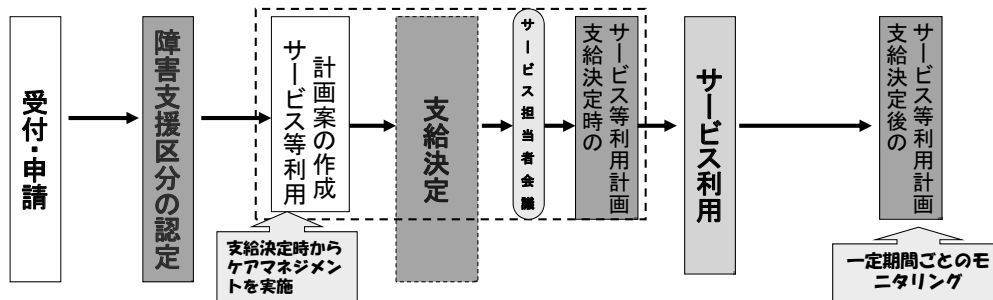
・市町村が実施する相談支援、基幹相談支援センター、協議会について解説する

・個別を通じた連携も重要であるが、協議会を活用して地域移行支援を地域の課題として取り組むことが効果的であり、医療と福祉と行政の連携を基盤とすることで、地域住民の新たなニーズに応えることができることを伝える

支給決定プロセスの見直し等(平成27年4月～完全実施)

- ① 法 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画書の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。
- * 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案(セルフプラン)を提出可。
 - * サービス等利用計画作成対象者を拡大する。
- ② 法 支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。
- ③ 法 障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画(障害者のサービス等利用計画に相当)を作成する。
- * 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。(障害児に係る計画は、同一事業者が一体的(通所・居宅)に作成)

④ 法 とあるものは法律に規定されている事項。以下同じ。

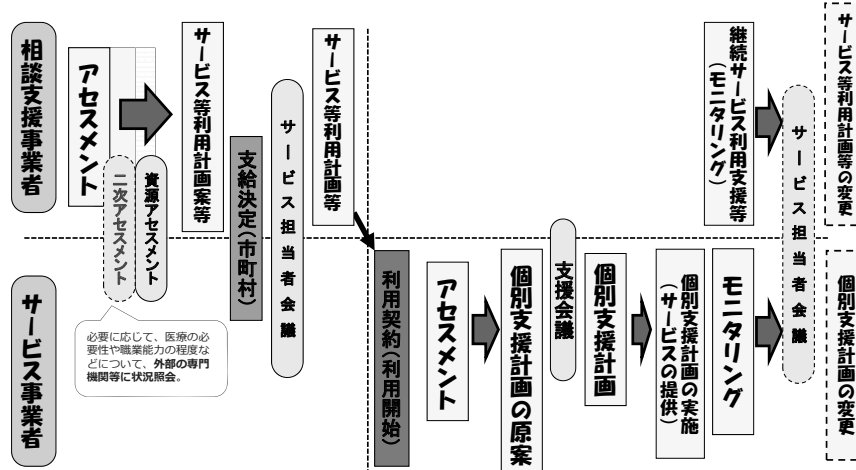


5

- ・ 障害福祉サービスの決定プロセスについて説明する

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係

厚生労働省資料



※点線枠部分は、必要により実施

6

- ・ 指定特定相談支援事業者(計画作成担当)と障害福祉サービス事業者の関係を説明する
- ・ サービス等利用計画と個別支援計画の関係を説明する

計画相談支援・障害児相談支援

1. 対象者

厚生労働省資料

- 障害者(児)の自立した生活を支え、障害者(児)の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するため、対象者を大幅に拡大。
具体的な対象者については、以下のとおり。

(障害者自立支援法の計画相談支援の対象者)

- ・ 障害福祉サービスを申請した障害者又は障害児
- ・ 地域相談支援を申請した障害者
- ※ 介護保険制度のサービスを利用する場合については、障害福祉サービス固有の行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援等の場合で、市町村が必要と認めるとき求めるものとする。

(児童福祉法の障害児相談支援の対象者)

- ・ 障害児通所支援を申請した障害児

- 対象拡大に当たっては相談支援の提供体制の整備が必要であるため、平成24年度から段階的に拡大し、平成27年3月31日以降は、原則としてすべての対象者について実施。

また、新規利用者、従前のサービス利用計画作成費の支給対象者(※)、施設入所者を優先して拡大することとし、年次計画や個別の対象者の選定については、市町村が上記の優先対象を勘案して判断。

なお、施設入所支援と就労継続支援B型又は生活介護の利用の組み合わせは、ケアマネジメント等の手続きを前提に認めることとしているため、当該組み合わせに係る平成24年4月以降の新規利用者はサービス等利用計画作成が必須となることに留意。

- ※ ① 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行う必要がある者
② 単身世帯の者等、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者
③ 常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する者(ただし、重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者に限る。)

2. サービス内容

○ 支給決定時(サービス利用支援・障害児支援利用援助)

- 法 ・ 支給決定又は支給決定の変更前に、サービス等利用計画・障害児支援利用計画(以下、「計画」という。)案を作成。
・ 支給決定又は変更後、サービス事業者等との連絡調整、計画の作成。

○ 支給決定後(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

- 法 ・ 厚生労働省令で定める期間ごとに、サービス等の利用状況の検証を行い計画の見直しを行う(モニタリング)。
・ サービス事業者等との連絡調整、支給決定又は支給決定の変更に係る申請の勧奨。

7

- ・ 計画相談支援の概要を説明する①

3. 事業の実施者(市町村が指定する特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者(計画作成担当))

厚生労働省資料

(指定手続)

- 「総合的に相談支援を行う者として厚生労働省令で定める基準に該当する者」が、事業所の所在地を管轄する市町村長に申請し、当該市町村長が指定。(事業所の所在地以外の市町村の障害者(児)への計画相談支援、障害児相談支援も実施可。)
- 「総合的に相談支援を行う者」の基準については、以下を満たす事業者とする。
- ① 三障害対応可(事業の主たる対象とする障害の種類を定めている場合でも、他の事業所との連携により対応可能な場合や、身近な地域に指定特定・障害児相談支援事業所がないときを含む。)
 - ② 医療機関や行政機関等の関係機関との連携体制を確保していること
 - ③ 計画的に研修や事例検討を行う体制を整えていること

(人員基準)

- 管理者及び相談支援専門員(従前の指定相談支援事業者と同じ)とする。
- ※ 事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない。(地域相談支援は業務に支障がないものとして兼務可)
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

(運営基準)

- 計画作成に当たっては、利用者の希望等を踏まえて作成。
- 計画作成手続
 - ① 支給決定前に、利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを行い、計画面案(モニタリング期間の提案を含む)を作成。
 - ② 利用者等の同意を得て、計画面案を利用者に交付。
 - ③ 支給決定後、事業者と連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議の開催等により、計画面案の内容の説明及び意見を求める。
 - ④ ③により意見を求めた計画面案について、利用者等に説明し、文書により同意を得て、計画を利用者に交付。
- 掲示等
重要事項(運営規定の概要、業務の実施状況、従事者の資格、経験年数、勤務体制等)の掲示義務の他、公表の努力規定。

※ その他、従前の指定相談支援に係る指定基準と同様に、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

(その他)

- 障害児については、指定特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の両方の指定を受けることが基本。
- 市町村直営の場合には、支給決定を行う組織とは独立した体制が確保されている場合に限り、指定。

8

- ・ 計画相談支援の概要を説明する②

4. 報酬

○ 計画相談支援・障害児相談支援は、従前のサービス利用計画作成費の基本報酬を踏まえて基本報酬を設定しつつ、従前の特定事業所加算分を組み入れて報酬単位を引上げ。

- ・ サービス利用支援・障害児支援利用援助（計画作成） 1,606単位／月
- ・ 継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助（モニタリング） 1,306単位／月
- ・ 特別地域加算 +15／100
- ・ 利用者負担上限額管理加算 150単位

※ 介護保険のケアプランが作成されている利用者にサービス等利用計画の作成を求める場合であって、同一の者が作成を担当する場合には、報酬上の調整を行う。

※ 障害児が障害福祉サービスと障害児通所支援の両方を利用する場合には、計画相談支援及び障害児相談支援の対象となる。この場合の報酬については、障害児相談支援給付費のみ支給。

厚生労働省資料

9

・ 計画相談支援の概要を説明する③

指定特定相談支援事業者

業務・役割：計画相談支援（サービス等利用計画）の作成

退院にあたっての地域移行支援等の利用や、退院後の障害福祉サービスの利用等について、市町村の支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス調整会議を開催するなど、サービス事業者との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成します。

サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者が作成する総合的なプランで、地域で生活するための課題解決や必要なサービスの利用を支援するために作成するものです。本人の状況や退院後の生活全体に関わる視点を持ってアセスメントし、最も適切なサービスの利用について検討し、作成します。

10

・ 指定特定相談支援事業者の地域移行支援の際の役割を説明する①

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

厚生労働省資料

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院、救護施設・更生施設、矯正施設等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)

地域移行支援

地域定着支援

【前期】
○計画作成
○訪問相談、情報提供

【中期】
○訪問相談
○同行支援
○日中活動の体験利用
○外出・体験宿泊

【後期】
○住居の確保等
○同行支援
○関係機関調整

【精神科病院・入所施設】

相談支援事業者と連携による地域移行に向けた支援の実施

【障害福祉サービス事業所】
日中活動の体験利用
外出・宿泊体験
【自宅・アパートグループホーム等】

通院、デイケア、訪問看護

日中活動、居宅サービス利用

住まいの場の支援

協議会によるネットワーク化

市町村・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所・障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター等

	地域移行支援	地域定着支援
事業所数	290事業所	473事業所
利用者数	508人	2,593人

国保連平成28年8月実績

報酬単価

【地域移行支援】

・地域移行支援サービス費 2,323単位/月

・初回加算 (利用を開始した月に加算) 500単位/月

・退院・退所月加算 (退院・退所月に加算) 2,700単位/月

・集中支援加算 (月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算) 500単位/月

・障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日

・体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日

・体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日

・特別地域加算 +15/100

【地域定着支援】

・地域定着支援サービス費 (体制確保分) 302単位/月

(緊急時支援分) 705単位/日

・特別地域加算 +15/100

11

・ 地域相談支援の概要を説明する②

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）

厚生労働省資料

1. 対象者

（地域移行支援）

○ 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者
※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。

○ 精神科病院（精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む）に入院している精神障害者。
→ 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象。
1年未満の入院者は、特に支援が必要な者（措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など）を対象。
※ 地域移行支援の支給決定主体は、障害者支援施設等に入所する者と同様に、精神科病院を含め居住地地特例を適用。
(入院・入所前の居住地の市町村が支給決定)

（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
→ 具体的な対象者のイメージは、施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者等
→ グループホーム・ケアホーム、宿泊型自立訓練の入居者については、対象外。
※ 地域相談支援の給付決定に当たっては、障害程度区分認定調査に係る項目を調査(障害程度区分の認定は不要)
ただし、従前の国庫補助事業支援対象者については調査を実施しないことも可。(更新時は調査が必須)

2. サービス内容

（地域移行支援）

○ 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その他の厚生労働省令で定める便宜を供与。
→ 「その他厚生労働省令で定める便宜」は、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。

（地域定着支援）

○ 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相談その他の便宜を供与。
→ 「常時の連絡体制」については、携帯電話による体制によることも可。また、緊急の事態に対して速やかに駆けつけられる体制を確保することが前提。
→ 「その他の便宜」については、障害福祉サービス事業所等との連絡調整等の緊急時の各種支援を想定。

12

・ 地域相談支援の概要を説明する③

3. 給付決定の有効期間

厚生労働省資料

(地域移行支援)

- 6か月以内。地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月以内で更新可。
更なる更新については、必要に応じて市町村審査会の個別審査を経て判断。

(地域定着支援)

- 1年以内。地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、1年以内で更新可。(その後の更新も同じ)

4. 事業の実施者（都道府県・指定都市・中核市が指定する一般相談支援事業者（地域移行・定着担当））

- ※ 施行（平成24年4月1日）の際、既存の指定相談支援事業者は、1年以内は「指定一般相談支援事業者（地域移行・定着担当）」とみなす。（期間内に指定申請しないときは、その効力を失うことに留意。）

(指定手続)

- 当該事業所の所在地を管轄する都道府県知事・指定都市市長・中核市市長に申請し、当該自治体が指定。

(人員基準)

- 管理者、地域移行支援・地域定着支援を担当する者(そのうち1人は相談支援専門員)とする。
※ 事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない(計画相談支援・障害児相談支援との兼務は可)。
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
※ 相談支援専門員については、自ら地域相談支援を実施する他、その他の者への技術的指導、助言を行う役割。
※ 地域移行支援・地域定着支援を担当する者については、資格や経験を問わない。
※ 従前の精神障害者地域移行・地域定着支援事業を実施する事業者は、当面の間、相談支援専門員の有無に関わらず指定できる。
(できる限り速やかに相談支援専門員を配置することが望ましい。)

(運営基準（地域移行支援））

- 地域移行支援計画の作成
対象者ごとに地域移行支援計画を作成。
なお、作成に当たっては、利用者への面接や障害者支援施設等又は精神科病院の担当者を招集した会議を開催し意見を求める。
 - 相談及び援助
利用者への面接による相談や障害者支援施設等又は精神科病院からの同行支援について、概ね週1回、少なくとも1月に2回行う。
 - 体験利用、体験宿泊の実施
利用者の状況等に応じ、障害福祉サービス事業の体験利用(委託)、一人暮らしに向けた体験宿泊(自ら実施又は障害福祉サービス事業所への委託可)を実施。
 - 重要事項の揭示義務、公表の努力規定。
- ※ その他、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

13

・地域相談支援の概要を説明する④

(運営基準（地域定着支援））

厚生労働省資料

- 地域定着支援台帳の作成
対象者ごとに、緊急時において必要となる家族、サービス事業者、医療機関等の連絡先等を記載した地域定着支援台帳を作成。
作成に当たっては、利用者へ面接によるアセスメントを実施し、作成。
 - 常時の連絡体制の確保等
利用者との常時の連絡体制を確保するとともに、居宅への訪問等を行い、利用者の状況を把握。
 - 緊急の事態への対処等
緊急時に速やかに居宅への訪問等による状況把握を実施するとともに、利用者の家族、関係機関との連絡調整、緊急一時的な滞在支援(指定障害福祉サービス事業者に委託可)等の支援。
 - 地域移行支援と同様に、重要事項の揭示義務、公表の努力規定。
- ※ その他、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

(その他)

- 地域移行支援・地域定着支援はできる限り支援の継続性を確保する観点から、両方の指定を受けることが基本。
ただし、他の事業所との連携等により適切に支援することが可能な場合には、地域移行支援のみ又は地域定着支援のみの指定可。

5. 報酬

地域移行支援・地域定着支援は、毎月定額で算定する報酬を設定しつつ、特に支援を実施した場合等を加算で評価。

(地域移行支援)

- ・ 地域移行支援サービス費 2,300単位/月(毎月算定。少なくとも月2回以上面接・同行による支援が要件。)
- ・ 退院・退所月加算 2,700単位/月(退院・退所月に加算)
- ・ 集中支援加算 500単位/月(退院・退所月以外で月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- ・ 障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日(障害福祉サービスの体験利用を行った場合に加算)
- ・ 体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日(体験宿泊を行った場合に加算。(Ⅱ)が算定される場合は除く。)
- ・ 体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日(夜間支援を行う者を配置等して体験宿泊を行った場合に加算)
- ・ 特別地域加算 +15/100

(地域定着支援)

- ・ 地域定着支援サービス費[体制確保分] 300単位/月(毎月算定)
- [緊急時支援分] 700単位/日(緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定)
- ・ 特別地域加算 +15/100

14

・地域相談支援の概要を説明する⑤

地域移行支援の対象拡大について

厚生労働省資料

地域生活への移行のために支援を必要とする者を広く地域移行支援の対象とする観点から、現行の障害者支援施設等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加えて、**その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるもの**を追加。
【平成26年4月1日施行】

⇒ 保護施設、矯正施設等を退所する障害者などに対象拡大

1. 基本的な考え方に関すること

- 重点的な支援を行うことで地域生活に円滑に移行できることが期待される者として、
 - ① 入所期間の長期化や高齢化が進んでいる保護施設に入所している障害者、
 - ② 退所後の住居を確保し、円滑に福祉サービス等につなげることで再犯防止が期待される矯正施設等に入所している障害者

を新たに地域移行支援の対象とする。

2. 保護施設に入所している障害者に関すること

- 保護施設のうち、「身体上又は精神上の理由」が入所の要件となっている「救護施設」及び「更生施設」に入所している障害者を地域移行支援の対象とする。

3. 矯正施設等に入所している障害者に関すること

- 対象とする矯正施設の種別は、刑事施設（刑務所、少年刑務所及び拘置所）及び少年院とする。
- 対象とする障害者は、矯正施設の長が施設外で処遇を行うことを認め、地域相談支援事業者によって障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊などを実施することが可能な者に限定する。
 - ※ 「矯正施設内で行う支援」（入所している障害者に対する面談、支援計画の作成、住居の確保等）は、現在も保護観察所、地域生活定着支援センターとの連携により実施。
 - ※ 具体的には、「刑事施設又は少年院の職員の同行が可能である障害者」や、「刑事施設、少年院の長が刑事施設、少年院の職員の同行なしでの外出又は外泊を許可した障害者」が想定されるが、具体的な対象施設、対象者の範囲等については関係省庁等とも検討中。
- また、矯正施設を出所した障害者は、出所後の一定期間、更生保護施設等を利用するケースが少なくないことから、更生保護施設等に入所した障害者についても支援の対象とする。

15

- ・ 地域相談支援の概要を説明する⑥

指定一般相談支援事業者：地域移行支援の実施

精神科病院等から退院・退所する際に支援が必要な方を対象として、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る）の体験的な利用支援、民間アパート等への体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。支援の実施の際には、地域移行支援計画を作成します。

精神科病院に入院している精神障害者が利用する場合、原則として、直近の入院期間が1年以上の方が対象となりますが、直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となります。

- 入所している障害者とは、サービス等利用計画の作成を通して出会うことができる。相談支援専門員の重要な役割です。
- 精神科病院に入院している精神障害者は、手をあげないと相談支援専門員と出会うことができない。
⇒ 基幹相談支援センター、委託相談支援事業所の役割、協議会の活用等
- 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者への支援、1年未満の入院者でも、特に支援が必要な者へは、医療機関との連携の上で早めに活用する。

16

- ・ 指定特定相談支援事業者の地域移行支援の際の役割を説明する

指定一般相談支援事業者：地域定着支援の実施

地域で、単身等で生活する障害のある方に対し、休日や夜間等でも常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行います。

このサービスでは、精神科病院や入所施設から退院または退所した方や地域生活が不安定な方などに、常時の連絡体制の確保や緊急時支援を行うことで、障害のある方の地域生活の継続を支援するものです。

○ 委託相談支援事業所には、地域定着支援に該当する事例が多数あり、個別給付事業の対象者に切り替えることが望ましい。

○ 緊急の事態への対処とは、24時間相談とは異なるもので、そのためにも、クライシスプランの作成等、本人と緊急の事態とその際の対応方法を明確にしておく。

○ 緊急の事態とは、本人にとっての「一大事」への対応であり、必ずしも医療的な緊急事態とは合致しない。

17

- ・ 指定特定相談支援事業者の地域定着支援の際の役割を説明する

地域移行支援を推進するために

① 相談支援体制の整備

地域移行支援を推進する上では、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えることが重要です。相談支援体制が整わないなかで、地域移行支援だけが推進されることはありません。相談支援体制を整えるなかで、地域移行支援の重要性を確認して共通認識を持つとともに、地域移行支援を推進するための仕組みと人材育成の体制を整備する必要があります。例えば、市町村の委託として一般的な相談のなかで地域移行支援を行っている事例がありますが、個別給付の対象者に一般的な相談でかかわるということは、一般的な相談でしかかかわれない対象者への相談支援に支障が生じていることになります。このような認識を持って個別給付の活用を推進する必要があります。また、基幹相談支援センターや地域移行支援に精通している事業所が新たに地域移行に取り組む事業所へのアドバイザー役を担う等の推進体制を整えていくことも重要です。

② 権利行使支援としての周知

入院している精神障害者に「地域移行支援、つまり退院のための支援が受けられる」ということを周知することは最も重要な権利行使支援の一つです。国、都道府県、精神科病院の管理者は地域移行支援が受けられることを入院しているすべての人に説明する必要があると考えます。

18

- ・ 地域移行支援を推進するために重要なことを説明する

① 相談支援体制の整備

② 権利行使支援としての周知

地域移行支援を推進するために

③医療と福祉の連携

地域移行支援は、相談支援事業所が、入院している病院と退院後の居住系と通所系の事業所との連携の上で行われています。しかし、実際に、地域移行支援に取り組んでいない相談支援事業所、精神科病院にとっては、制度やそれぞれの機関・事業者のこともよくわからないため、連携して支援することに慣れていません。協議会等が活用されている事例もありますが、地域移行支援を推進するための部会の設置、実務者向けの研修会、連携のための事例検討会の実施が有効であると考えられます。

④意思表示の支援

長期に入院している精神障害者が、退院を希望して地域移行支援を利用するという意思表示に至るには相当の支援と時間を要します。地域移行支援を推進するためには、退院の動機づけが極めて重要な支援であり、相談支援事業所はここに労力を要していますが、この時点での支援は個別給付の対象外です。地域移行支援は、退院の意思表示ができる前、迷っている段階から支援が受けられること、例えば、「退院することは決められないけれど、退院したらどこに住むのか知りたい」「退院はしたくないけれど、どんな暮らしをしているのか見てみたい」という人が利用できることを検討するよう求められています。

19

- ・ 地域移行支援を推進するために重要なことを説明する

- ③ 医療と福祉の連携
- ④ 意思表示の支援

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律(概要)(平成28年5月25日成立)

厚生労働省資料

趣 旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概 要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する(自立生活援助)
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する(就労定着支援)
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減(償還)できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要がある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日(2.(3)については公布の日)

20

以下、参考資料

- ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律(概要)(平成28年5月25日成立)
- ・ 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する(自立生活援助)ことに着目してほしい

地域生活を支援する新たなサービス(自立生活援助)の創設

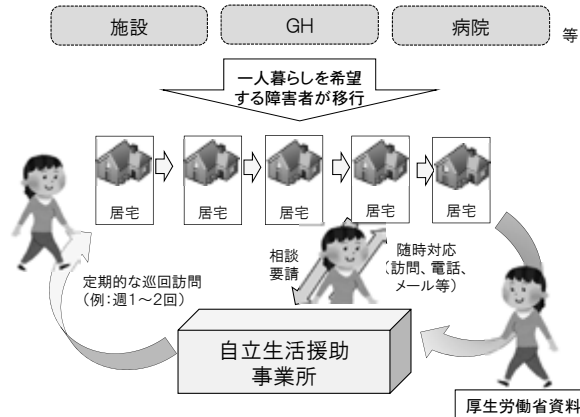
- 障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが求められているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。
- このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する(「自立生活援助」)。

対象者

- 障害者支援施設やグループホーム等を利用していた障害者で一人暮らしを希望する者等

支援内容

- 定期的に利用者の居宅を訪問し、
 - ・ 食事、洗濯、掃除などに課題はないか
 - ・ 公共料金や家賃に滞納はないか
 - ・ 体調に変化はないか、通院しているか
 - ・ 地域住民との関係は良好か
 などについて確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。
- 定期的な訪問だけではなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行う。



21

- ・ 障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、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創設する(「自立生活援助」)ということで、地域移行支援後の支援として期待できる

「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ(概要)

(出典 厚労省資料)

趣旨

平成27年4月から原則として全ての障害児者に専門的な相談支援を実施することとされている中、障害児者の相談支援の質の向上を図るため、有識者や関係団体で構成する「相談支援の質の向上に向けた検討会」において相談支援専門員の資質の向上や相談支援体制の在り方について幅広く議論を行い、今後目指すべき方向性をとりまとめた。(平成28年3月から7月まで計5回開催)

とりまとめのポイントⅠ ～相談支援専門員の資質の向上について～

① 基本的な考え方について

- ・ 相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてスキル・知識を高めつつ、インフォーマルサービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている。また将来的には、社会経済や雇用情勢なども含め、幅広い見識を有するソーシャルワーカーとしての活躍が期待される。

② 人材育成の方策について

- ・ 相談支援専門員の要件である研修制度や実務経験年数などの見直しを行うとともに、キャリアパスの一環として指定特定相談支援事業だけでなく、サービス管理責任者や基幹相談支援センターの業務を担うなど、幅広い活躍の場が得られる仕組みを検討するべき。
- ・ 研修カリキュラムの見直しについては、「初任者研修」及び「現任研修」の更なる充実に加え、指導的役割を担う「主任相談支援専門員(仮称)」の育成に必要な研修プログラムを新たに設けるとともに、より効果的な実地研修(OJT)を組み込むべき。

③ 指導的役割を担う「主任相談支援専門員(仮称)」について

- ・ 相談支援専門員の支援スキルやサービス等利用計画について適切に評価・助言を行い、相談支援の質の確保を図る役割が期待されており、基幹相談支援センター等に計画的に配置されるべき。また、更新研修等も導入すべき。
- ・ 指導的役割を果たすため、適切な指導や助言を行う技術や知識を習得する機会が確保されるよう、都道府県等が人材育成に関するビジョンを策定するなど、地域における相談支援従事者の段階的な人材育成に取り組むべき。

④ 相談支援専門員と介護支援専門員について

- ・ 障害者の高齢化や「親亡き後」へのより適切な支援を行うため、両者の合同での研修会等の実施や日々の業務で支援方針等について連携を図るとともに、両方の資格を有する者を拡大することも一案と考えられる。

⑤ 障害児支援利用計画について

- ・ 障害児支援利用計画については、いわゆるセルフプランの割合が高いが、障害児についての十分な知識や経験を有する相談支援専門員が少ないことが原因の一つと考えられる。これまでの専門コース別研修に加え、障害児支援に関する実地研修などを設けるべき。
- ・ 市町村においても、障害児を取り巻く状況を十分把握し、評価を加えた上で適切な関係機関につなぐなど十分配慮し、そのために必要な知見の習得に努めるべき。

22

- ・ 「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ(概要)

とりまとめのポイントⅡ ～相談支援体制について～

(出典 厚労省資料)

① 相談支援の関係機関の機能分担について

- ・ 基本相談支援を基盤とした計画相談支援、一般的な相談支援、体制整備や社会資源の開発等の役割について、地域の実情に応じて関係機関が十分に機能を果たすことが必要である。そのためには、協議会等が中心となって調整を進めるとともに、市町村職員の深い理解や都道府県を中心に協議会担当者向けの研修会を推進する必要がある。
- ・ 市町村は、計画相談支援の対象とならない事例や支援区分認定が難しい事例に対しても積極的かつ真摯に対応することが求められており、この点は相談支援事業者に委託する場合であっても同様であることに留意するべき。

② 基幹相談支援センターの設置促進等について

- ・ 基幹相談支援センターの設置促進に向け、市町村において、障害福祉計画の作成等に際して相談支援の提供体制の確保に関する方策を整理し、地域の関係者と十分議論することが重要。仮に基幹相談支援センターの設置に一定期間を要する場合でも、基幹相談支援センターが担うべき役割をどのような形で補完するか市町村において整理するべき。
- ・ 都道府県においても、障害福祉計画のとりまとめ等の際に、基幹相談支援センターを設置していない市町村に対して相談支援体制の確保に関する取り組みをフォローし、必要に応じて広域調整などの支援を行うべき。

③ 相談窓口の一元化等について

- ・ 相談支援の関係機関の相談機能の調整にあたっては、必要に応じて地域包括支援センター等との連携や相談窓口の一元化なども視野に入れ、地域の相談体制を総合的に考える視点も必要。
- ・ こうした取組を進めるにあたっては、すでに一部の地域で先駆的に実施されている取組状況を広く横展開することが有効。
- ・ 総合的な相談窓口は必要であるが、一方で身近な窓口や専門的な相談機関も求められている。いずれの場合でもワンストップで適切な関係機関に必ずつながるよう、関係機関間の連携強化を図るなど、各自自治体において適した取組を考えるべき。

④ 計画相談支援におけるモニタリング及び市町村職員の役割について

- ・ 計画相談支援におけるモニタリングは、サービス利用状況の確認のみならず、利用者との一層の信頼関係を醸成し、新たなニーズや状況の変化に応じたニーズを見出し、サービスの再調整に関する助言をするなど、継続的かつ定期的に実施することが重要である。
- ・ 特に高齢障害者が介護保険サービスへ移行する際には、制度間の隙間が生じないよう相談支援専門員による十分なモニタリングを実施し、その結果を介護支援専門員によるアセスメントにもつなげるべき。
- ・ 相談支援専門員一人が担当する利用者の数もしくは一月あたりの対応件数について、一定の目安を設定することも相談支援の質の確保にあたっては必要。また、地域相談支援についても、障害者の地域移行を促進する観点から、計画相談支援との連携をより一層有効に進めるべき。
- ・ 障害福祉サービス等の支給決定の内容がサービス等利用計画案と大きく異なる場合には、市町村の担当職員や相談支援専門員を中心として地域の関係者間で調整を行う必要がある。そのため、市町村の担当職員においては、機械的に事務処理を進めることのないよう、相談支援従事者研修などに参加することなどを通じて一定の専門的知見を身に付け、適切かつ積極的な調整を行うべき。

23

- ・ 計画相談支援におけるモニタリングは、サービス利用状況の確認のみならず、利用者との一層の信頼関係を醸成し、ということに注目したい
- ・ 相談支援専門員にとって関係性が中核であり、本質である

ピアサポート活動の考え方 リカバリーを促進する

人はその営みの中で、他者との様々なかかわりを持っている。しかし、障害者は往々にしてこの関係性を失い、孤独でひきこもりがちな生活を送ることがある。自分の人生を取り戻して自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりはなくてはならない。

このことを基本として、

- ① コミュニケーションを大切にした日常的な仲間活動
- ② 自らの体験を生かした社会的な活動
- ③ 関係性を生かしてピアスタッフとして働くこと

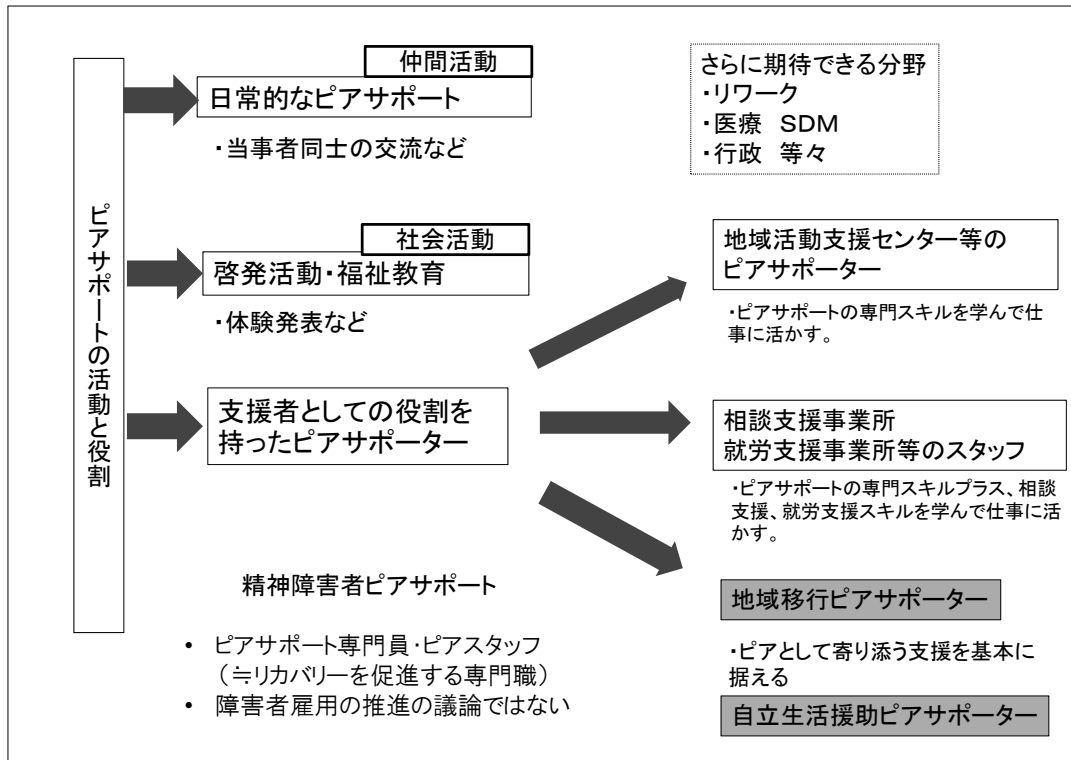
ピアサポーターとして働くことを整理する。

- ① あなたにとって、生きること、働くこととは？
- ② あなたにとって仕事をするとは？
- ③ あなたにとって障害をもちながら仕事をするとは？
- ④ あなたにとって当事者を支援対象として仕事をするとは？

* ピアサポーター及び雇用主のガイドラインと一定の研修が必要です。

24

- ・ ピアサポートについて整理、解説を加える①



25

・ピアサポートについて整理、解説を加える②

【 講義3 】

体験談から地域生活について考える

1

- ・ピアサポーター等の当事者から入院体験や現在の地域生活の感想、専門職に望むことを聞く

【 講義4 】

地域移行推進における 関係機関・関係者の役割

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

はじめに 本講義の目的

- 精神障害者の地域移行には、医療機関、相談支援事業所や居宅介護支援事業所などの地域援助事業者、行政などの多機関がかかわります。
- また、医療機関では多職種による支援を行い、相談支援事業所では相談支援専門員やピアサポーターがかかわり、それぞれの役割を担うことになります。
- そのため、市町村などの圏域で、地域移行を進めていくために関係者が協議する場が必要となります。

- 本講義は、地域移行にかかわる機関や各職種、市町村協議会の役割、機能について解説し、理解を深めることを目的とします。

2

- ・ 関係機関・関係者の役割を理解する意義について解説する

行政担当者 保健所①



- ・保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、各関係機関と緊密に連携し、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と経済活動への参加の促進を図る等の役割を担っています。
- ・また、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域の精神障害者に対する支援施策を実施することとしており、市町村の精神保健福祉業務が円滑に実施できるように専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要とされています。

3

- ・保健所の役割について説明する
- ・内容は、保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（平成12年3月31日障第251号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領より抜粋

行政担当者 保健所②



【保健所に期待される役割】

- ・圏域内市町村の精神障害者の現状の把握と市町村の計画策定等に必要なデータの提供
- ・精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が連携する体制を構築できるよう、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- ・管内精神科病院へ地域移行推進の働きかけが、円滑にできるようにコーディネートする
- ・他市町村とのつながりを広域的に働きかけ、広域の仕組みを作る

4

- ・市町村単位の入院者数は630調査等、国の調査ではわからないため、都道府県または各保健所で現状を把握する必要があることを解説する

行政担当者 市町村①



- ・障害福祉サービスや生活に関する相談窓口や地域における生活支援などの基本的なサービスは、住民に最も身近な自治体である市町村が担っています。都道府県や保健所を中心に行われていた精神保健福祉行政の実施主体は、市町村へ移されてきています。
- ・障害者基本法では、市町村は、障害者の状況等を踏まえ、当該市町村における障害者の施策に関する基本的な計画を策定しなければならないとされています（障害者計画）。
- ・また、障害者総合支援法では、市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画を定めるものとしています（障害福祉計画）。

5

- ・障害福祉サービスや相談の実施主体は、市町村に移管してきていることを解説する
- ・障害者計画、障害福祉計画について説明する

行政担当者 市町村②



【障害福祉計画作成に係る国の基本指針】（平成26年告示）

- ・入院中の精神障害者の地域生活への移行について、精神障害者を地域で支える環境を整備するため、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を設定。

【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】（平成26年3月7日告示）

- ・市町村は、その実情に応じて、都道府県及び保健所と協力しながら、心の健康づくりや精神保健に関する相談への対応に努める。
- ・障害者福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、地域包括支援センターで高齢者の相談に対応すること等によりこれらのサービスの利用に関する相談に対応する。

6

- ・都道府県や市町村の精神障害者の地域移行の障害福祉計画の目標値等を例示して解説する
- ・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における市町村の役割について説明する

行政担当者 市町村③

- ・市町村は、入院中の精神障害者の現状を把握するとともに精神障害者の地域移行に向けた方策を計画し、それぞれの市町村で具体的に進めていく役割があります。



そのためには、

- 都道府県・保健所と連携し、当該市町村における精神科病院に入院している精神障害者の実態の把握
- 精神障害者の地域生活支援のための福祉サービス提供体制の整備
- 当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場の設置
- 自立支援協議会等を活用し、市町村を単位とした地域移行推進チームの設置
- 介護保険、生活保護担当部局など庁内関係機関との協力体制の確立などが必要です

※トピックス市町村(圏域)における連携体制の構築参照

7

- ・市町村の役割の整理と地域移行を具体的に進めていく上で必要と思われることについて解説する

市町村の(自立支援)協議会①



- ・障害者総合支援法に規定され、障害者本人、家族、福祉、医療、教育、雇用等の地域の関係者が相互の連絡を図ることにより、地域における支援体制の課題について情報を共有し、関係機関の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制について協議し、支援体制の地域サービスの基盤整備を図ることを目的に設置される機関です。
- ・市町村は、市町村障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合において、あらかじめ、協議会の意見を聴くよう努めなければならないと規定されています。

8

- ・市町村の協議会の目的について説明する

市町村の(自立支援)協議会②



【市町村協議会の主な機能】

地域における

- ・ 障害者等への支援体制に関する課題の共有
- ・ 相談支援体制の整備状況や課題・ニーズ等の把握
- ・ 相談支援従事者等の質の向上を図るための取り組み
- ・ 個別支援事例への支援のあり方に関する協議・調整
- ・ 専門部会の設置・運営 等

9

- ・ 協議会の機能について説明する
- ・ 協議会の運営は形骸化しているところも少なくないため、具体的に地域移行を進めるための仕組みやどのようなメンバーが必要かを投げかけ、地域移行を進めるために協議会に求められる機能について、次のスライドで説明する

市町村の(自立支援)協議会③



【地域移行を進めるために】

- ・ 都道府県・保健所・医療機関等と連携し、当該市町村の住民が精神科病院に何人入院しているか等の実態を把握するとともに、
- ・ 地域移行の目標値を設定し、
- ・ 課題解決に向けた協議を行い、
- ・ 地域移行推進に向けた仕組み作り等を協議し、計画立案、実行評価を行うことが求められます。
- ・ 地域移行を具体的に実行していく地域移行部会を市町村ごとに設置することが望ましい。

10

- ・ 地域移行を進めていく上で協議会に求められる機能について説明する
- ・ 市町村ごとに地域移行部会を設置することが望ましいこと、具体的な協議を進める委員は実務者レベルで構成することを解説する

※ 地域移行部会については、「第2部 地域移行推進ガイドライン」のコラム参照

基幹相談支援センター①



- ・基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて障害種別にかかわらず次の機能を担っています。
 - ①各種ニーズに対応しながら総合的、専門的な相談支援の実施
 - ②権利擁護や虐待防止にかかわる支援
 - ③地域の相談支援体制を強化するために、相談支援事業者へのスーパービジョン、人材育成、様々な相談機関とのネットワークづくり
 - ④地域移行・地域定着にかかわる支援
 - これらの活動から顕在化した地域課題を解決するために、（自立支援）協議会を機能させ、地域ネットワークの強化、資源の創出等に取り組んでいくことも期待されています。
 - 地域全体を包括的、俯瞰的に捉え、誰もが安心、安全に暮らし続けることのできる地域づくりを官民協働で取り組んでいくためには、より質の高い専門性が求められます。

11

- ・基幹相談支援センターの機能について説明する

基幹相談支援センター②



【地域相談支援の推進】

- ・精神障害者にかかわる地域移行・地域定着の課題は未だ解決されないままとなっています。関係機関が連携しながらその課題解決に向けて取り組んでいく上で、基幹相談支援センターの役割は非常に大きいものがあります。
 - 委託の相談支援事業者とともに、入院している精神障害者の状況を把握し、地域移行へのニーズを明らかにしていくことから始まります。
 - これらのニーズを地域課題化し、地域移行が十分に推進されていないことの共通認識を持ち、そのことを検討する場を設置することへ働き掛けていくことが重要となります。（例：協議会の中に部会として位置づける等）

12

- ・地域移行を推進していく上での基幹相談支援センターの役割について説明

基幹相談支援センター③



【地域相談支援の個別の取り組み】

- 入院している精神障害者へ地域移行に関する情報を届ける
- ニーズが発生した場合には、入院している精神障害者と指定特定・指定一般相談支援事業所をつなげ、地域移行への取り組みを具体的に実施できるよう働きかけていく。
- 日頃、精神科病院と連携していない相談支援事業者は、どのように取り組んでいいのかわからない具体的なイメージを持たず、大きな不安を抱えています。
- 地域移行にかかわることができる指定特定・指定一般相談支援事業所の拡大を目的として、一緒に地域移行支援に取り組むことも必要となります。

13

- ・ 入院している精神障害者に情報を届けると同時にニーズがある場合には、相談支援事業所につなげ、退院支援を進めていく取り組みが重要であることを解説する
- ・ 地域移行の経験がない相談支援事業所が地域移行にかかわることができるようにする取り組みが必要なことを説明する

基幹相談支援センター④

- 精神科病院に対しても地域の情報を届け、地域で支える体制があることを共有し、より一層の地域移行への取り組みを展開していくことへとつなげていく。
- さらに、より質の高い支援を展開するために人材育成を目的とした研修企画等も重要。

- ・ このように、基幹相談支援センターは、地域移行が円滑に進めることができる地域の仕組みづくりをコーディネートする役割を担っています。



14

- ・ 精神科病院への働きかけ、人材育成も重要であることを説明する
- ・ 基幹相談支援センターは、地域の仕組みづくりをコーディネートする役割があることを説明する

相談支援事業所 相談支援専門員①



- 地域相談支援は、地域移行支援と地域定着支援からなり、それぞれが独立した障害福祉サービスであり、地域移行を推進していくための要のサービスです。
- その利用は、他の障害福祉サービスと同様に指定特定相談支援事業所（計画作成担当）が作成するサービス等利用計画から始まり、市町村によって支給決定された後、指定一般相談支援事業所が地域移行支援を行うことになります。
- 「計画相談支援」と「地域移行支援」を別の相談員が担当する場合は、連携を図り、「サービス等利用計画」と「地域移行支援計画」双方の摺合せを行うとともに計画に沿って地域移行を進めていくことが肝要です。

※「計画相談支援」を担う「指定特定相談支援事業者」と「地域移行支援」を担う「指定一般相談支援事業者」については、同一事業所の同じ相談支援専門員が「計画相談支援」と「地域移行支援」を行うことが可能

15

- ・ 計画相談支援と地域移行支援の関係について説明する

相談支援事業所 相談支援専門員②

- 計画担当と地域移行担当は、随時連絡を取り合いながら、進捗状況の確認、共有に努めていきます。計画担当は、地域移行担当の報告を受け、各種ケア会議への助言、協力し、必要に応じて参加することが望ましいです。
- さらに、退院が具体化する時期には、障害福祉サービスの利用が想定されます。介護給付の場合は支給決定までに時間を要する場合もあるので、計画担当は、サービス等利用計画の作成のタイミングが退院時期から遅くならないよう十分留意する必要があります。



16

- ・ 計画担当と地域移行担当がいる場合の連携について説明する
- ・ また計画担当は、サービス等利用計画の作成のタイミングが退院時期から遅くならないよう十分留意することを伝える

相談支援事業所 相談支援専門員③

- ・地域移行担当は、まず利用者の退院に対する不安やあきらめ等のありのままの気持ちを受け止め、本人の思いに沿いながら地域移行支援計画を作成します。
- ・その際、精神科病院で作成している退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書等と連動させることが重要となります。



17

- ・地域移行の進め方のチャート、初期の⑦参照し、説明する

相談支援事業所 相談支援専門員④

- ・また、地域移行支援計画は、それにかかわるすべての人たちの役割を明確にし、具体的に何に取り組んでいくのかを見える化し、常に支援の方向性がぶれることのない共通の地図になります。
- ・そのためには、退院に向かっていくための本人を中心とした支援チームづくりであることを意識し、常にチームで合意形成を図りながら進めていくことが肝要です。また、支給決定期間内で退院できるとは限りません。
- ・場合によっては支給の更新が必要となる場合もあります。円滑に更新が行われるためには、支給決定機関である行政とも支援の進捗を共有していくことも重要です。



18

- ・地域移行の進め方のチャート初期、中期、後期を参照し、説明する

相談支援事業所 相談支援専門員⑤

- 具体的な進め方は、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、グループホームや民間アパートへの体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。
- この間、退院への様々な葛藤や不安、それにかかわって病状悪化等が見られることも想定されます。
- しかし、こうした状況となることは今後の地域生活でも起こりうることです。精神科病院と地域が一体となって途切れることのない支援を継続する意識を持つことが大切です。

※具体的な支援の方法は、2-1地域移行の進め方を参照



19

- ・ 具体的な支援の例を挙げ、説明する

相談支援事業所 ピアサポーター①

【ピアサポーターとは】

- ピアとは「仲間、対等、同等のもの、同僚、同輩」
- ピアサポートは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」
- そのために支援を行う人を「ピアサポーター」とします。



20

- ・ ピアサポーターの名称は未整理のため、ここでは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」をピアサポート、そのための支援を行う人を「ピアサポーター」とすることを説明する

相談支援事業所 ピアサポーター②



多くの地域移行の対象となる人たちは、

- 退院したいという思いにフタをしてしまっている
- 自らが退院して暮らすことの具体的なイメージをもてず、退院することへ一歩踏み出す勇気を持つことができない
- 退院したい気持ちはあるが職員に伝えてもいいのかと不安を抱いている 等々、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えています。
- ピアサポーターは、同じような精神疾患を経験しているからこそ、退院に向かっていく中で生じる様々な不安や葛藤をリアリティーをもって共感することができます。
- さらに、専門職では気づけない視点や助言をすることも可能です。これは、一歩先行く先輩として具体的な地域で暮らしていくことのロールモデルとして、多くの安心感を届けることができるのです。

21

- ・ ピアサポーターの役割について説明する

相談支援事業所 ピアサポーター③

【具体的な支援として】

- 精神科病院に相談支援専門員などと一緒に出向き、院内茶話会などの機会を作り、入院している精神障害者との交流を通して、退院後の生活イメージの具体化
- 居住先や日中活動の場の見学等への同行等
 - ピアの活動は、退院後の生活の不安を解消する手立てとなり、精神科病院での生活が長期化し本来の暮らす場所から長く遠ざかっている人にとって、大きな力となり希望を見出すことにつながります。



22

- ・ ピアサポーターの具体的な活動を例示し説明する

相談支援事業所 ピアサポーター④

- ・ピアサポーターとしてその役割を担っていくためには、ピアとしての学びが必要となります。
- ・しかし、全国的にはピアサポーターを養成する研修は少ない状況であり、今後、多くのピアサポーターの方々とともに地域移行を進めていくためには、その体制整備を図り、養成だけにとどまることなく雇用の創出のバランスをとりながら進めていく必要があります。
- ・その活躍の場として、指定一般相談支援事業所に雇用され、地域移行支援に取り組んでいくことが期待されます。
- ・これらの課題を、基幹型相談支援センター(委託)が中心となって取り組む、あるいは市町村協議会で地域課題として検討する等の具体的な取り組みが求められます。

23

- ・ピアサポーターの養成とその課題、雇用にむけた働きかけについて説明する

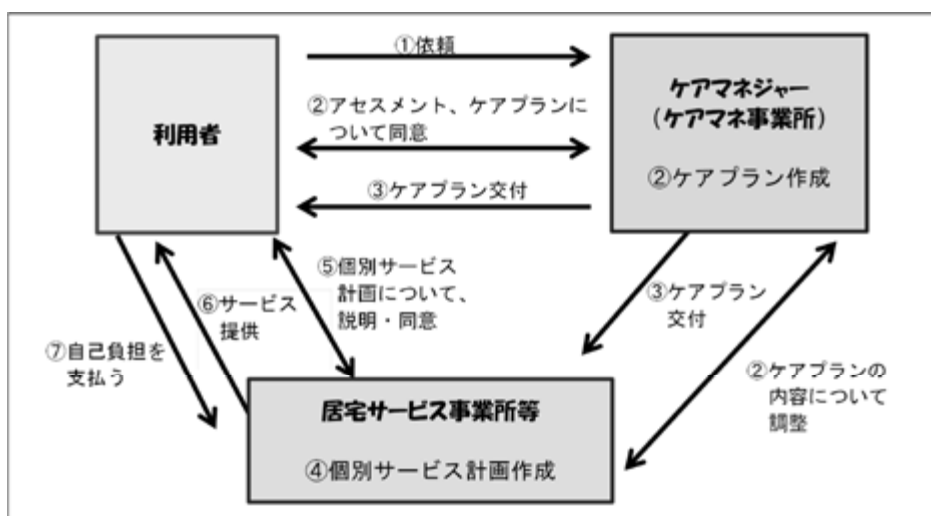
居宅介護支援事業所 介護支援専門員①

- ・精神科病院に入院している65歳以上の精神障害者の中には、介護保険のサービスを必要とする人も多いので、その方々の地域移行を進めていく上では、相談支援専門員は介護支援専門員との連携が欠かせなくなります。
- ・介護支援専門員は、介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう以下の「居宅介護支援」を行います。
 - ①本人の依頼を受けて、本人の心身の状況、置かれている環境、本人や家族の希望等を勘案し、利用する介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの種類及び内容等を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成
 - ②作成した居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるように、居宅サービス事業者等との連絡調整等を行う。
 - ③本人が地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設への入所が必要な場合には、それらの施設への紹介等を行う。

24

- ・65歳以上の入院患者も多く介護支援専門員との連携が重要なこと、介護支援専門員の役割について説明する

居宅における介護支援専門員の業務の流れ(イメージ)



資料:「介護・高齢者福祉 施策情報 介護職員・介護支援専門員 2. 介護支援専門員」をもとに作成
(厚生労働省ウェブサイト 2017年2月23日)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf>

25

・ 居宅における介護支援専門員の業務の流れのイメージ図

精神科病院 主治医①



- ・ 主治医は病院内のチーム(以下、チーム)の中で中心の役割を果たす。治療方針をはじめ、担当する患者本人(以下、本人)に関わる多くのことは主治医の指示によって行われています。
- ・ 入院時における入院形態の決定や入院後の治療に関わること、退院までの進め方や、退院の決定など治療を行う中で大きな判断は主治医の許可がないと進めることはできません。
- ・ 急性期の時期を過ぎ、少し入院が長くなってきてしまった本人に対して、どのように地域移行を進めていくのかは主治医をはじめとしたチーム全体で話し合う必要があります。

26

・ 主治医の役割について説明する

精神科病院 主治医②

- 地域移行のプログラムを進める中で、入院中の患者に自傷や他害を含む様々な(本人とチームにとって)「好ましからざる行動」が起こることがあります。
- そのことがその後の入院をさらに長引かせることのないよう、チーム内に起こる陰性感情や混乱などを最小限に抑え、治療効果を維持するために主治医の果たす役割は大きいといえます。
- 治療を優先しつつ、本人の希望を聞き、可能な範囲でそれを受け入れるという態度を表明することが医師の対応の基本となります。



27

- ・「好ましからざる行動」が起こったときの主治医の果たす役割について解説する

精神科病院 病棟の看護師①



- 看護師は24時間365日、常に本人の傍にいて観察し、療養上の世話をチームでしていることが特徴です。
- 看護師としての医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることができるのが看護師の強みといえます。
- 日常の様子を把握しているからこそ、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きく、日頃病棟内で見える患者の様子から退院の可能性を探り、できるかできないかのアセスメントをし、できない部分は患者とともに一緒にやってみながら自立を支援します。

28

- ・ 看護師は、日常の様子を把握しており、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きいこと、医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることが重要であることを説明する

精神科病院 病棟の看護師②

- ・入院が長くなったことによって退院意欲とともにADL(日常生活動作)も落ちてしまわないように日々の病棟生活の中でも患者の状態を観察し、適切な声掛けを行います。
- ・地域移行に向けての患者の不安な気持ちに寄り添い、チームに本人の様子や気持ちを伝え、支援のスピードを再検討したり、時には延期したりという患者本人に負担のない形を検討することもあります。
- ・地域支援者等も本人とのかかわりを始めるにあたって、まず本人の担当看護師から情報を得ることも有効であるといえます。



29

- ・地域移行における看護師の役割について説明する

精神科病院 作業療法士①



- ・作業療法士は様々な“作業”を手段として用い、本人の退院後の生活に向けた支援を行います。
- ・地域移行に関わる作業療法の範囲としては日常生活活動に関するADL訓練、家事、外出等のIADL訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、などがありその人に応じたプログラムを考えます。
- ・病院近隣への外出、買い物や外食等を行いながら活動範囲を広げ、交通機関を使った外出や社会資源の見学などを行います。その人のペースで個別に行うこともありますが、何人かのグループで活動することもあります。

30

- ・地域移行における作業療法士の役割について説明する

精神科病院 作業療法士②

- ・入院生活の中ではあまり体験できない自由な時間を持つことで退院について消極的だった本人もだんだんと外に目が向いていくことが実感できます。
- ・具体的に退院の話が進んでいくと、住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者と共にを行います。
- ・準備には様々な活動があるため時には看護師、精神保健福祉士も同行したり分担したりすることがあり、チーム全体で本人の地域移行を支援します。



31

- ・住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者と一緒にすることも作業療法士の役割であることを説明する

精神科病院 薬剤師①



- ・薬剤師は、薬剤の専門家として服薬の必要性を患者にわかりやすく説明し、本人自身が自主的に服薬を継続できるようになることを目標として服薬指導を行います。
- ・服薬指導は、わかりやすく服薬の意義を説明するとともに副作用に対する本人の不安も傾聴します。また、剤型等の情報を提供し、本人の希望に沿った剤型の選択が出来るように支援します。
- ・飲み忘れを防ぐための工夫（一包化する、おくすりカレンダーを使う、おくすりボックスを使う、日付を入れる等）について本人やチームと検討することもあります。
- ・患者の中には「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ人もいるので、薬剤師と話すことで本人の本音や副作用が出ていることが明らかになる場合もあります。
- ・薬剤師は聞き取った患者の声を医師にフィードバックすることにより、薬物治療の効果や安全性を高める役割を果たしています。

32

- ・薬剤師の役割について説明する

精神科病院（管理）栄養士①



- 栄養士は給食関係の業務だけでなく、医師の指示により栄養指導を行うことも大きな業務の一つです
- 退院すると、栄養面などを一切考えず、好きなものを好きに食べるという人もいますが、中には「お金がなくなったら困る」と極端に節約し毎食おにぎりだけという人もいます。
- 極端な食事が健康に良くない事を伝えながら、具体的にどのような食事をとればいいのかを本人と一緒に栄養士も考えます。
- 一部の精神疾患では生活習慣病になりやすいといわれており、内服による治療と併せて食事療法のための指導を栄養士がすることになります。
- 個人で制限された食事を続けるのは大変なので、最近では治療食の宅配弁当などを利用できます。
- このように栄養士は主治医を始めとした医療チームの一員として、患者の健康を守るために退院後の患者にも関わりを持ちます。

33

- ・ 食事について支援が必要であり、栄養士の役割について説明する

精神科病院 臨床心理技術者①

- 臨床心理技術者は、患者の特性を客観的な尺度から明らかにするための各種心理テストを施行したり、治療標的を絞った上で、医師の診察よりも時間をかけた心理療法による治療介入を行います。
- 例えば、ウェクスラー成人知能検査(WAIS)では、各種作業能力、発達的な認知の質について多くの示唆を与えます。心理検査の結果は、医師の診察中に観察されたことや作業療法中の様子の報告などと擦り合わせることで、職種間で患者の状態理解を深める上で役立ててすることができます。
- 適応がある場合には、認知行動療法等を行うことにより、認知や行動の変容を通じ、患者が疾患と上手につき合い、心理社会的ストレスを減じる力をつける援助をします。

34

- ・ 臨床心理技術者の役割について説明する

精神科病院 精神保健福祉士①

- 精神保健福祉士は入院当初から本人の気持ちを聴き、早期にアセスメントを行い、入院前にかかわっていた機関や人とのつながりを持ちながら、退院を阻害する社会的な課題の解決をすることで早期退院、社会的入院の解消を目指します。
- 必要性の乏しい長期入院している本人に対しても定期的な面接を継続して行うことで退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながったりしていくこともあります。



35

- ・ 精神保健福祉士の役割について説明する

精神科病院 精神保健福祉士②



- 入院が長期になった本人の中には退院することを望まない人、退院する先がない、家族が退院を反対している、「ずっと病院にいたい」という人もいます。病院はずっといる場所ではないから病気が良くなったら退院しましょうと言っても納得せず、地域移行のプログラムへの参加を拒否する人もいます。
- 精神保健福祉士は、退院に気持ちが向かない本人のために、地域の相談支援事業所やピアサポーターを招いて交流の機会をつくったり、一緒に外出をしたりして、退院したいという患者が出てくるよう工夫をこらして支援します。

36

- ・ 退院に気持ちが向かない人に対する支援について説明する

精神科病院 精神保健福祉士③

- ・精神保健福祉士は病院と地域をつなぐ窓口として多職種や本人と家族等の隙間を埋め、更に制度や障害福祉サービスと本人をつなげる共通の目的・役割があります。
- ・また目下の課題としては必要性の乏しい入院が長期化しないように医療保護入院者退院支援委員会を通じて退院への取り組みを推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担います。



37

- ・精神保健福祉士が病院と地域をつなぐ窓口であること、チームの調整、本人とサービスをつなぐ役割があることを説明する

【 講義5 】

退院意欲を取り戻すための支援

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

長期入院者が地域移行する意義

入院生活が当たり前ではなく、
地域社会で暮らすことが普通の姿であり、
入院が必要なほど病状が悪い時には入院治療し、良くなれば退院して地域での生活に戻る。



2

- ・ 入院していることが当たり前ではなく地域社会で暮らすことこそが普通であるという基本的なことを地域のスタッフだけでなく病院のスタッフにも理解しておいてもらいたい旨を説明する

入院治療が終われば退院するのが当たり前で
あり、
本人の権利として本人の望む地域で暮らすこと
ができる。



3

- ・社会的入院は人権侵害である事、支援者は障害者権利条約や障害者差別解消法などに謳われている障害者の権利についてきちんと理解していることが大切である

退院したくないという人も…

- ・退院に対する意欲が感じられない
- ・退院を諦めてしまっている
- ・退院後の生活に不安が強い
- ・退院を応援してくれる人がいない



4

- ・病状の一つとして意欲低下、以前に退院を考えたが中断してしまった経験からの諦め、地域生活を想像できない現状、支援者の存在を知らないなど具体的な例を挙げる

なぜ退院したくないと 思ってしまうのか

- ・地域社会とのつながりが遮断され
入院生活という非日常的な生活が日常的に
なってしまう
- ・地域社会から離れた生活を送る中で自分の
居場所や役割を失ってしまう

⇒ 退院することや人生の夢や希望も
諦めてしまう

5

- ・制限がある生活が長くなると、その生活が日常になってしまうため、今の生活を変えようという気持ちになりにくいのではないか
- ・長い入院で本人の社会的な役割も変化していることから戻る場所もないと思っている人もいるが退院をあきらめる必要はない

支援者(病院・地域)の対応の基本

- ・諦めず、粘り強く
- ・本人の意向、気持ちを聞き葛藤やこころの
揺れにつき合いながら
- ・本人が望む生活の実現に向けた取り組みを
行う



6

- ・病院であれ地域であれ支援者は本人の地域移行について、決してあきらめてはいけない
- ・一度や二度の面接で退院したいという気持ちにさせることは実際には無理、本人が望む生活の実現に向けて丁寧に話を聞いていくことが重要

どうやったら「退院したい！」という気持ちになるのか？

- ・どこにその人のスイッチがあるかはわからない
- ・本人の意向を尊重した関わり
- ・関わりを重ねる中で見えてくるものもたくさんある
- ・支援者があきらめず、向き合っていくこと

7

- ・関わりを通して丁寧にアセスメントすること、本人の不安・恐怖・迷いなどをしっかりと受け止めること、「どんな人生を送りたいか？」という人生の目標を共有することなどを例示する
- ・支援者があきらめず関わり続ける事で、変化が期待できるのではないか

ある方は…

- ・入院生活50年
- ・精神症状は安定
- ・退院には興味なし、OTも不参加
- ・地域関係者の関わりも拒否



8

- ・事例：A氏60代前半男性、統合失調症。ADL自立し病棟内でも問題なし。病識はないが状態は安定し開放病棟に入院中。病棟スタッフから退院できるのではないかという意見が出され、病棟や地域が関わりを開始するも強い拒否でなかなか面接できず経過

地域支援者が毎月の面会を2年間続けたところ

- ・喫茶店でおいしいコーヒーが飲みたい
- ・院内の売店ではなく気に入った店の服が買いたい

と思っていたことが判明し、支援者、ピアサポーターとともに希望することを叶えていった

9

- ・ 同じ病棟に退院支援を始めたB氏がいたので、地域スタッフ来院時にはA氏にも面接を申し出るも拒否が続く
- ・ しかし根気強く毎月訪問することで徐々に面接を受け入れ始めた、次第に自分の希望を話し始めたりするようになった

ある日の外出で先に退院した病棟の友人宅を訪問。
その生活ぶりを実際に見て

- ・「退院すると自由にテレビが見られる」
- ・「好きなご飯も食べられる」
- ・「この人ができてるんだから自分もできるんじゃないか」

ということに改めて気づき

10

- ・ 先に退院したB氏宅で支援者と共に鍋パーティーを行い、初めて単身生活のイメージが湧き自分にもできるのではないかと思い始めた

地域支援者のかかわり開始から2年半で

「退院したい！」

と自分から言えるように



11

- ・関わりを開始してから2年半たった頃「自分も退院してアパートに住みたい」と自分の言葉として言えるようになった
- ・その後、希望通り退院し、現在はアパートで介護保険のサービスを受けながら地域で生活している

退院支援を始めてから 病院でできること①

- ・本人がやりたいと思っていることを聞く
- ・医療チームの中で退院についてのアセスメントをする(退院支援委員会を活用する)
- ・行動拡大を始める
- ・家族に退院についての話をする
- ・地域の支援者と本人が
会う場面を作る



12

- ・退院支援を病院で始めるにあたって、準備段階としてまずは病棟内でできることから取り組むことも重要である
- ・その際、関わる医療チームのチーム員がそれぞれどんな役割をするのかを明示する必要がある

本人がやりたいと思っていることを聞く

- ・退院したいかどうかにかかわらず、今やってみたいこと、これからやってみたいと思っていること、将来の夢など本人の気持ちをじっくり聞く
- ・話をする中で退院に関することが出てきたら、本人の今考えている事を無理のない範囲で聞いていく

13

- ・退院に消極的な人に退院の話ばかりすると、追い詰められた気持ちになってしまいかもしれない
- ・まずは将来の夢や希望はあるのかなどを聞いていく中で、退院の話題になったら少し聞きこんでいくようにする

医療チームの中で退院についてのアセスメントをする

- ・退院支援員会(地域移行機能強化病棟は毎月開催)の中で本人の病状、病棟内での生活の様子、作業療法での様子などを報告しあい、本人の退院の可能性についてチーム内で検討する

14

- ・地域移行機能強化病棟では毎月「退院支援委員会」を開催することになっているので、この時間に本人の退院に関する話し合いを行ってもよい

行動拡大を始める

- ・入院形態の切り替えの検討
- ・院内の外出などについて見直しをする
(単独での院内散歩、外出など)
- ・病棟スタッフとの外出
- ・地域支援者との外出(単独で、グループで)

15

- ・退院に向けて病棟でできることは色々あり、入院形態を任意入院に変更したり、院内散歩や外出できる範囲を拡大していくことも必要である
- ・その際、病棟スタッフと共に外出すると本人の病棟での姿とは違った様子が見られアセスメントにも生かすことができる

家族に退院についての話をする

- ・退院できる状態であることを主治医から話す
- ・退院についての家族の思いを聞く
(退院させないでほしいという話であっても一旦は聞く)
- ・退院に向けて進める中で、家族が関われる部分の確認
- ・地域の支援者の紹介や制度の説明をする

16

- ・家族にも退院についての話はする必要がある。本人の病状や近年の病院の機能(長く入院するのではなく必要な時だけ入院する)も説明しつつ退院についての話をする
- ・家族にすべて託すのではなく支援者や制度があることを説明することが重要である

地域の支援者と本人が会う機会を作る

- 病棟やOTプログラムなどで地域の支援者と交流する会を企画し、特にピアサポーターとの交流の場は継続して設けるようにする
- ピアサポーターから退院までのプロセスや今の生活について体験談を話してもらう機会を作る

17

- ・ 退院を手伝ってくれる地域のスタッフがいるという話だけでなく、実際に顔合わせをすること
- ・ その際、ピアサポーターとの顔合わせも大切で、その後の支援の中でピアとの関わりが一番有効なアドバイスになることも多い

退院支援を始めてから 病院でできること②

- 服薬管理を始める
- 金銭自己管理を始める
- 院内の退院支援グループに参加する
- 地域の社会資源を見学に行く
- OTやDCなど退院後使える院内のサービスを見学する



18

服薬管理を始める

- 数日分から徐々に日数を増やし、薬の自己管理ができるようにする。
同時に薬剤師からの服薬指導があると、薬を飲む意味などについてもふれられるので効果的
- 実際に地域移行を見据えた場合の服薬について医療チームで検討する
(剤型の検討、注射薬について)
- 退院後の管理方法についての検討
(具体的な服薬確認の方法、管理の仕方、おくすりカレンダーの利用等)

19

- ・ 退院後の生活に見合った服薬管理の方法を多職種チームで検討し、入院中から取り入れると良い

金銭自己管理を始める

- 担当の看護師とともに小遣いをふくめたお金の使い方について話し合う
- 小遣い帳などを使って使用状況を確認する
- 買い物を自分ですることで現実感が持てる
- 退院後の生活費のイメージが持てる

20

- ・ 自分の収入を知ること(障害年金や生活保護も含む)、現金を使用して買い物をすることなどによって、金銭感覚を取戻し、具体的な生活のイメージにつなげる

院内の退院支援グループに参加する

- ・ 院内にすでに活動している退院支援のグループ(病棟内やOTのグループ等)があれば参加してみる。その際担当の看護師も一緒に参加すると、そのグループに参加した時の様子がわかる
- ・ 退院を目指す仲間との出会いがモチベーションを上げる

21

- ・ グループ内での本人の発言や、他者の発言への反応を、個別の退院支援の参考にすると良い

地域の社会資源を見学する

- ・ 退院する地域が決まっていなくても、病院の周りにある社会資源を実際に見学に行ってみる(相談支援事業所、作業所、保健所、福祉事務所等)
- ・ 外出することが少ない人には、病院の周りのスーパーや飲食店なども回り、地域生活のイメージを持ってもらう

22

- ・ 本人が地域に出向くことで、地域の支援者の役割を知るきっかけにもなる
- ・ 地域の中に本人が過ごせる場を開拓したり、創り出す事も支援者の役割の一つである

退院後使える院内のサービスを見学する

- ・病院内にデイケアがある場合、案外本人はデイケアの存在を知らないことがあるので（病棟スタッフも詳しくは知らないことがある）病棟スタッフとともに見学に行くといよい
- ・デイケアの他、外来OTなどがある場合は退院後どちらを利用したいのかを確認する意味でも見学や試し参加は必要

23

- ・利用する、しないに限らず、知ってもらうことが大切である

地域の支援者とともに行うこと

- ・地域の支援体制や支援の制度について病院スタッフ向けに説明会を開催する
- ・病院で茶話会を企画し地域の支援者に病院（病棟、OTグループ等）にきてもらう機会を設ける
- ・ピアサポーターの話を聞く機会を設け、病院スタッフにも参加してもらうようにする
- ・支援者主導で地域の社会資源見学ツアーなどを企画する

24

- ・地域の支援者が病院に入りやすい仕組みをつくる必要がある
- ・地域で暮らすピアサポーターの姿を見ることは病院職員の退院支援へのモチベーションの向上につながることを期待できる

意欲を取り戻す支援とは…

- 失ったものを取り戻すにはそれなりの時間と労力が必要
- 特に疾病特性からくる意欲低下もあるので、焦らず諦めず働きかけていく必要がある
- 関わっていたケースの担当交代があっても交代したことで支援が途切れないようにする
- チーム内の情報交換を定期的に行い小さな変化も共有する
- スタッフの思いが本人の負担になっていないか都度確認する

25

- 意欲を取り戻すための支援とは、本人の主体性を取り戻すための支援であり、「権利支援」であるということを再確認する

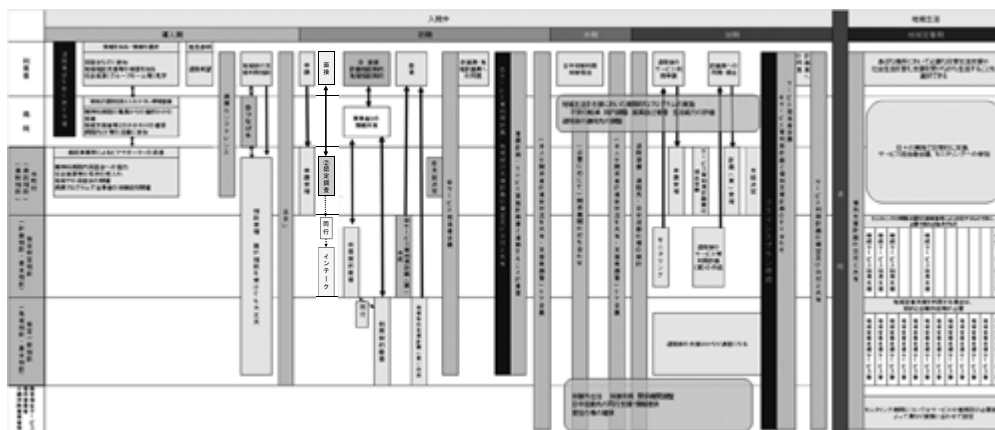
【 講義6 】

地域移行の進め方と市町村（圏域） における連携体制の構築

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

地域移行の進め方



2

- ・ 導入期、初期、中期、後期、退院後の地域生活の機関で、精神科病院、行政、相談支援事業所がどのような役割があるのかをチャートに基づいて説明する
- ・ それぞれの役割りが連動していること、官民協働が大切なことを説明する

退院できない理由は何か・・・



3

- ・ 精神科病院での入院が長期化する理由は何か？本人の退院意欲がない、家族が拒否している、グループホーム等の社会資源がないから等の理由が言われている
- ・ その理由を解決するための一考察について説明する



和歌山県自立支援協議会より引用

1 情報を届ける①

半田市自立支援協議会(愛知県)より引用



4

- ・ 入院しているご本人にどのように地域移行支援の情報を届けるのか、地域側で働きかけた実践例について説明する
- ・ 和歌山県の自立支援協議会作成のポスター、半田市自立支援協議会作成のリーフレットの意義について説明する

問い合わせ先

幸手保健所管内は、久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町です。
これ以外にお住まいの方は、入院した時に住んでいた市町村にお問い合わせください。

《相談支援事業所 問い合わせ先》

○埼玉北埼玉生活支援センターふれんど	0480-36-2600
○埼玉北埼玉生活支援センターベル	0480-25-2755
○埼玉北埼玉生活支援センターきらら（啓和食）	0480-26-4866
○埼玉北埼玉生活支援センターきらら（みゆま福祉）	0480-26-9753
○埼玉北埼玉生活支援センターたいよう	0480-48-7731

《管内市町の担当 問い合わせ先》

○久喜市役所 障がい者福祉課	0480-22-1111
○蓮田市役所 福祉課	048-768-3111
○幸手市役所 社会福祉課	0480-43-1111
○白岡市役所 福祉課	0480-92-1111
○宮代町役所 福祉課	0480-34-1111
○杉戸町役所 福祉課	0480-33-1111


《保健所 問い合わせ先》

○埼玉東埼玉保健所 保健予防推進担当	0480-42-1101
--------------------	--------------

1 情報を届ける②


入院された方へ

地域援助事業者等を ご存知ですか？



埼玉北地区自立支援協議会

埼玉北自立支援協議会（埼玉県）より引用



まずは、病院の退院後生活環境相談員にご相談ください。ご連絡お待ちしています。

5

- ・ 病院側から呼んでもらえることを待つのではなく、地域側から呼んでもらえる働きかけについて説明する

地域援助事業者は、どんな支援をしてくれますか？

～退院後の「どうすればいいの？」を一緒に考えます。～

早く退院するためには、

病気が回復しても生活で「どうすればいいの？」はできません。安んじた暮らしをしていくために、病院の方と連携しながら、あなたと一緒に考えて、生活環境を整えていきます。

生活環境って、なんですか？

生活環境は、住む場所、家事サービス、日中の活動場所などです。障がい者サービスや介護サービスについて、サービスの最新情報を学べ、利用ができるようになります。

相談できる人が身近に欲しい人は、

入院中から支援者と顔見知りになることで、安んじた相談ができるようになります。

相談は、無料です。
興味がある方は、ぜひ一度お問い合わせください。
※問い合わせの電話番号は、裏面に記載しています。

知っておきたい、大切な情報！！

大切な情報① 退院後生活環境相談員

医療保護入院された方には、必ず退院後生活環境相談員が選任されています。可能な限り早期に退院できるように、中心的な役割を果たしてくれます。
『あなたの担当の退院後生活環境相談員は誰か？』確認してみてください。

大切な情報② 医療保護入院者退院支援委員会

退院支援委員会は、退院に向けた大切な話し合いです。入院診療計画書に記載された入院期間が経過する場に行われます。話し合う内容は、主に次の3点です。

- ①入院継続の必要性の有無
- ②入院継続が必要な場合の予定される入院期間
- ③退院に向けた取り組み

入院されているあなたも希望すれば参加できます。また、担当の先生や看護師さん、あなたの希望に応じて、ご家族や地域援助事業者なども参加できます。

6

- ・ 入院している患者さんに情報が届けられているか、情報を届けることが本人の権利擁護につながっていることを説明する

退院支援意欲を取り戻すために

- ・DVDの作成
- ・院内茶話会⇒保健所で実施
- ・社会資源の見学
- ・ピアとの出会い

病院 ⇒ 地域を受け入れる準備

地域 ⇒ 委託相談・基幹相談の充実

7

- ・退院支援意欲を取り戻すための具体的方法について説明する
- ・DVDの作成、院内茶話会の実施、社会資源の見学、ピアとの交流をしていくために、病院と地域がそれぞれ連携する環境づくりが大切なことを説明する

退院意欲の喚起より

退院支援意欲の喚起が必要ではないか？

「退院意欲の喚起」という言葉は、入院されている方に失礼ではないかと思えます。それは入院している立場である私だったかもしれない方、それをAさんとしてみると、Aさんは「お願いですから家に帰らせてください」と何度訴えられたことでしょうか。何度扉を叩かれたことでしょうか。その上で、何度戒められたことでしょうか。その度に薬や注射が増えるということを体で学び身に付けていかれたことでしょうか。そういう時間の経過の中で、訴えなくなることを医療従事者の方々は「沈静」と評価されてきたのではないのでしょうか。刺激を避けることを良しとし、情報を遮断し続ける環境が提供されてきたのではないのでしょうか。

私は、こうした退院を懇願した経験のある方が、検討会の委員の中で半数を占めていない状況があることに少し違和感を持っています。

大きな問題の解決を、患者さんの「退院意欲の喚起」に帰結していいとは思いません。国、あるいは病院、地域社会に向けた「退院支援意欲の喚起」が、本質的な焦点ではなからうかと思えます。

[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（厚生労働省）
山本深雪（大阪精神医療人権センター）, H26.5.12]

8

- ・大阪精神医療人権センターの山本さんのメッセージを伝え、患者さんの退院支援意欲の喚起のためには、そこにかかわる支援者の退院支援意欲の喚起が大切であり、患者さんよりも先に、支援者が退院をあきらめてはいけないことを説明する

中期・後期の役割

精神科病院	地域
地域生活を念頭においたプログラムの実施 ・不安の軽減、 ・服薬の自己管理 ・生活能力の評価 ・退院後の通院先の調整 クライシスプランの作成	・体験外出泊 ・体験利用 ・日中活動先の同行支援 ・関係機関の調整 ・居住の場の確保 ケア会議の実施（適宜） 退院後の生活を念頭においたサービスの申請

精神科病院から地域へ
マネジメントの主導権を移していきます。

9

- ・ 導入期の精神科病院、地域の役割、実際にできる支援の方法について説明する

2 初期

本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでが初期です。

【あくまで簡易版】

本人が市町村に申請をし、市町村は認定調査を行います。指定特定相談事業所と契約をまずし、そこから必要な障害福祉サービスを考えて、指定一般事業所と契約になります。厳密に言えば、入院中から利用できるサービスは地域移行支援のみなので、その利用が想定されての認定調査になりますから、認定調査から計画作成（案）までは同時並行の場合もあります。

10

- ・ 初期：本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでの時期について説明する
- ・ 計画相談と連動させ、スムーズに支給決定につながる考え方について説明する

申請について

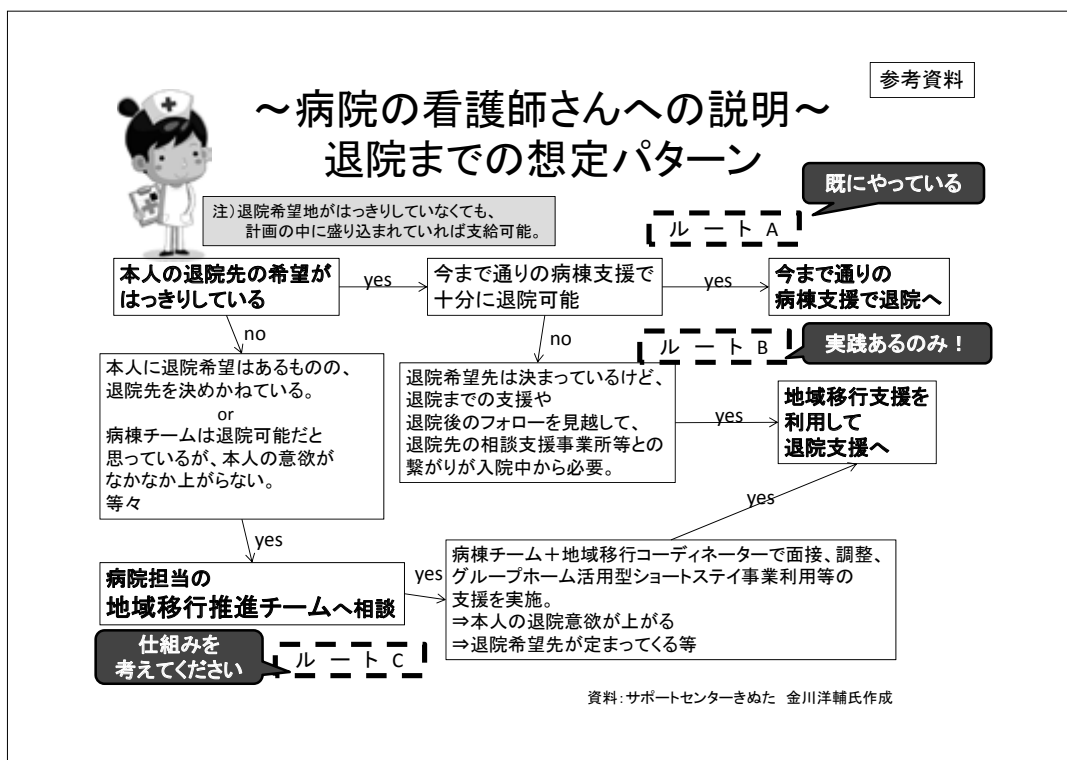
病院側が大事なのは、本人の「退院したい気持ち」です。

本人が可能な限り、市役所へ申請をする

65歳以上の方は、介護保険の区分認定を済ませる働きかけも必要です。

11

- ・申請の段階で、支援者が確認することを説明する
- ・「退院したい気持ち」を大切にすること、65歳以上の高齢者の場合、介護保険の申請も見据えて申請していくことを説明する



12

- ・退院までの想定パターンについて、特に大事なものは、退院先が想定されていても、退院後支援者とののかかわりが必要であり、それを見すえて地域移行を活用していく有効性について説明する

地域移行支援計画

資料：「障害者地域相談のための実践ガイドライン」一般社団法人支援の三角点設置研究会,2014年より(<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/> ダウンロードできます)

リハビリ計画・看護計画などと連動させましょう。

13

- ・ 地域移行支援計画作成の際、精神科病院のリハビリ計画・看護計画などと連動させていくことが大事であり、連動させることで支援が見える化されることを説明する

初期の役割

精神科病院	地域
申請から支給決定まで、1か月程かかるので、見越して申請しましょう。	スムーズに支給決定ができるよう、準備をしておきましょう（市町村）
本人が市役所に申請できるように。 申請手続きに心配な本人に寄り添いましょう。	サービス担当者会議の開催 「誰を呼ぶか？いつするか？」 （指定特定相談事業所） 地域移行支援計画の作成 （指定一般相談事業所）

14

- ・ 初期の精神科病院、地域の役割、実際にできる支援の方法について説明する

3 中期・後期

地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先なども決めていく時期です。

⇒毎月2回会いに行く

⇒実際の体験を通して、具体的な生活をイメージしていく。

15

- ・ 中期・後期については、地域移行支援計画に沿って、居住の場の確保や日中の活動先などについて具体的に見学や体験をして支援を進めていく時期であることを説明する

クライシスプラン ～本人のお守り～

危機かな(ピンチかな)と思った時に (クライシスプラン)	
利用者の氏名	さん 作成年月日
私の調子が悪くなる前は(サインは)	
サインがなと思ったら・・・	
私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	
作成日 年 月 日	主治医: _____ 連絡先: _____ 主治医: _____ 連絡先: _____ 行政: _____ 連絡先: _____ その他: _____ 連絡先: _____

資料:「障害者地域相談のための実践ガイドライン」一般社団法人支援の三角点設置研究会2014年より(<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/> ダウンロードできます)

16

- ・ クライシスプランの作成の意義について説明する
- ・ 入院中に作成し、看護やOT、地域援助事業者、本人が参画して作成する大切さについて説明する

中期・後期の役割

精神科病院	地域
地域生活を念頭においたプログラムの実施 ・不安の軽減、 ・服薬の自己管理 ・生活能力の評価 ・退院後の通院先の調整 クライシスプランの作成	・体験外出泊 ・体験利用 ・日中活動先の同行支援 ・関係機関の調整 ・居住の場の確保 ケア会議の実施（適宜） 退院後の生活を念頭においたサービスの申請

精神科病院から地域へ
マネジメントの主導権を移していきます。

17

- ・ 中期 ・ 後期の精神科病院、地域の役割について、具体的にできる支援の方法について説明する
- ・ 精神科病院から地域へマネジメントの主導権が動いていくことを説明する

4 退院後の地域生活

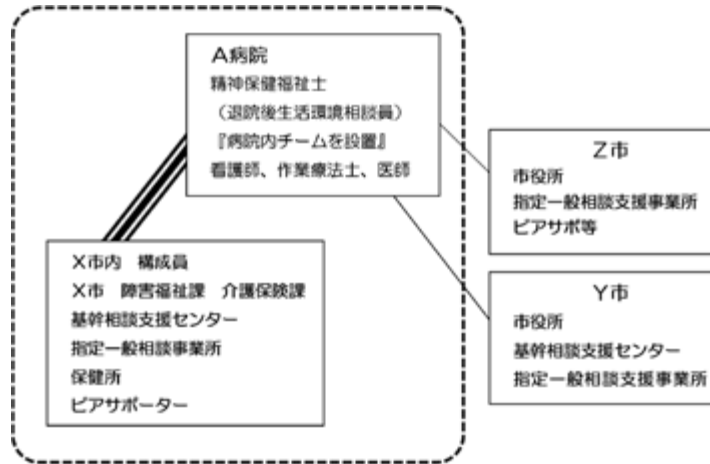
退院はゴールではありません。

退院後、落ち着いて生活できるよう支援していくことがスタートになります。

18

- ・ 退院後の地域生活について、入院中からの支援を継続させ、本人が安心して地域生活を過ごしていける関わりについて説明する

5. 市町村(圏域)における連携体制の構築



19

- ・ 市町村(圏域)において、協議の場が大切であり、そのメンバー構成や連携体制の意義について説明する
- ・ 特に病院所在地の市町村は、精神科病院の課題を地域課題として取り組むことを説明する

地域移行推進チームの役割

- ①精神科病院への働きかけ
- ②地域への働きかけ
- ③ネットワークへの働きかけ

20

- ・ ①精神科病院への働きかけ、②地域への働きかけ、③ネットワークへの働きかけ、この3つの具体的な方法について、地域移行の進め方を踏まえ説明する

地域移行推進チームのメンバー

- 精神科病院
- 市区町村
（障害福祉担当、生保担当、介護保険担当等）
- 委託相談事業所及び機関相談支援センター
- 指定特定相談支援事業所
- 指定一般相談支援事業所
- 保健所
- ピアサポーター

21

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する①

地域移行推進チームのメンバーの役割①

- 精神科病院
入院患者の把握 病院内チームの設置
- 市区町村
（障害福祉担当、生保担当、介護保険担当等）
必要な担当課の連携 障害福祉計画の策定
自立支援協議会の設置

22

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する②

地域移行推進チームのメンバーの役割②

- ・ 委託相談事業所及び基幹相談支援センター
退院意欲を取り戻す支援
地域移行推進チームのエンジン
- ・ 指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所
地域相談支援ができる体制づくり
- ・ 保健所
精神科病院への働きかけ、市町村へのつなぎ
- ・ ピアサポーター
身近な生活者としてのモデル

23

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する③

地域移行支援チームの手だて

- ・ 個別のケースから支援方法を共有する
- ・ 我が町の住人が何人入院しているか把握
- ・ 自立支援協議会に働きかけを行う
- ・ 茶話会の企画・運営への協力

24

- ・ 地域移行を進めるために、このチームが何をしなければならないか、支援の手だてについて具体的に説明する

【演習】

病院と指定一般相談支援事業所が 連携した地域移行の進め方

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

演習の流れ

テーマ①～③ ・各グループで話し合い ・全体シェアリング	15分×3 (45分)
テーマ④⑤ ・テーマに沿って場面設定 ・ロールプレイ ・振り返り ・全体シェアリング	20分×2 (40分)
休憩	5分
演習振り返り	20分

2

- ・演習全体の流れをPPT資料に沿って説明する
- ・①～⑤の演習が終わった後に5分間の休憩を入れる
- ・その後、演習全体の振り返りを参加者全員から一言ずつ発表してもらう
- ・ただし、参加人数によって発表者数は調整する

①退院意欲の喚起をする方法

退院意欲を喚起するにはどのような方法が考えられるでしょうか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

3

- ・ 退院意欲を喚起するために各職種としてどんな取り組みができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

②退院支援意欲を喚起をする方法

退院支援意欲を喚起するにはどのような方法が考えられるでしょうか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

4

- ・ 退院支援意欲を喚起するために各職種としてどんな取り組みができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

③ピアサポーターとの連携

ピアサポーターとどのように一緒に取り組んでいきますか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

5

- ・ 1日目のピアの発表を参考にしながら、ピアサポーターとどのように一緒に取り組むことができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

④対象者と指定一般相談支援事業所の出会いの場面

対象者と指定一般相談支援事業所の出会いの場面を設定しましょう	3分
ロールプレイ	10分
振り返り	5分
全体シェアリング（本人役の感想）	2分

6

- ・ 両者の出会いの場面及び配役を設定しロールプレイを行う
- ・ 配役のなかったものは観察者となる
- ・ 振り返りはそれぞれの立場としての感想を出し合う
- ・ 最後に、全体の進行役は本人役の者の感想を聞く

⑤退院支援が進まなくなった時の対策

退院支援が進まなくなった時のケア 会議を設定しましょう	3分
ロールプレイ	10分
振り返り	5分
全体シェアリング(本人役の感想)	2分

7

- ・ 本人の「退院したくない」という思いが出てきたときに開くケア会議を想定する
- ・ 配役を決め、ロールプレイを行う
- ・ 振り返りはそれぞれの立場としての感想を出し合う
- ・ 最後に、全体の進行役は本人役の者の感想を聞く

資 料

地域移行を推進する人材養成研修 事前・事後アンケート結果

1 モデル研修に関するアンケート調査結果のポイント

- **回答者：**大阪会場・愛知会場をあわせて、事前アンケートと事後アンケート両方の回答者は54名であった。
- **16項目別の変化：**下表に示す通り、「(1)地域における精神医療の現状がわからない～(16)精神障害者にかかわることに不安がある」の16項目について、研修前と研修後に段階評価で意識を測定した。多くの項目が事後に改善がみられるが、事前と事後の差が大きい（改善が大きい）項目は「(4)地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない」「(9)入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない」「(10)地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない」である（合計欄の網掛け、詳細は151ページ～）。

【 16項目に関する事前・事後の差 】

	A:あてはまらない			B:あまりあてはまらない			A+B:合計		
	前	後	差	前	後	差	前	後	差
(1)地域における精神医療の現状がわからない	14.1	21.0	6.9	37.5	48.4	10.9	51.6	69.4	17.8
(2)地域移行支援のプロセスがわからない	15.6	29.0	13.4	35.9	50.0	14.1	51.6	79.0	27.4
(3)精神障害者に関する地域の資源(関係機関や関係会議)をよく知らない	15.6	27.4	11.8	37.5	48.4	10.9	53.1	75.8	22.7
(4)地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない	14.1	33.9	19.8	34.4	45.2	10.8	48.4	79.0	30.6
(5)どのような職種や立場の人が地域移行支援にかかわっているか知らない	15.6	38.7	23.1	45.3	48.4	3.1	60.9	87.1	26.2
(6)地域移行支援における医療と福祉の連携は難しいと感じている	4.7	11.3	6.6	29.7	40.3	10.6	34.4	51.6	17.2
(7)精神障害者の長期入院の課題は、精神病院が努力すれば解決する	42.2	54.8	12.6	23.4	22.6	▲0.8	65.6	77.4	11.8
(8)精神障害者に対する地域の理解を得る自信がない	3.1	12.9	9.8	18.8	30.6	11.8	21.9	43.5	21.6
(9)入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない	4.7	14.5	9.8	21.9	54.8	32.9	26.6	69.4	42.8
(10)地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない	1.6	19.4	17.8	28.1	53.2	25.1	29.7	72.6	42.9
(11)地域の(自立支援)協議会のことをよく知らない	23.4	25.8	2.4	20.3	41.9	21.6	43.8	67.7	23.9
(12)地域移行支援で困った時にだれに相談したらいいかわからない	21.9	29.6	7.7	28.1	48.1	20.0	50.0	77.8	27.8
(13)地域移行支援にはあまり携わりたくない	26.6	71.0	44.4	42.2	22.6	▲19.6	68.8	93.5	24.7
(14)高齢の長期入院患者は地域移行支援の対象にならない	45.3	67.7	22.4	21.9	22.6	0.7	67.2	90.3	23.1
(15)【医療機関に所属している方】 家族に入院患者の退院を理解してもらえよう対応する自信がない	2.9	2.9	0.0	20.6	31.4	10.8	23.5	34.3	10.8
(16)【医療機関以外に所属している方】 精神障害者にかかわることに不安がある	52.0	55.6	3.6	32.0	22.2	▲9.8	84.0	77.8	▲6.2

※網掛けは研修後に理解が深まったという回答割合が高い上位3位

- **個人の変化：**個人における変化においても（157 ページ～）、「(9)入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない」「(10)地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない」において改善の変化が高い割合でみられた。
- **自由記載：**自由記載については分類、件数、内容について 159 ページより掲載している。

講義 1～2：精神障害者の地域移行をめぐる動向①②

- ・地域移行支援（患者に関するデータも含む）の現状と課題の把握につながった、関連制度や機関の理解につながったなどの意見が多い。

講義 3：体験談から地域生活について考える

- ・ピアサポーターに関する強い関心が示された。ピアサポーターに必要な支援ばかりでなく、一緒に働くスタッフや受け入れ体制などを知りたいと言う声も多くあげられている。
- ・当事者としての目線、生きた言葉などが参加者に大きな刺激を与える結果となっている。

講義 4：地域移行推進における関係機関・関係者の役割

- ・関係する各機関（職種）の役割や立場の理解が深まったという意見が多い。地域にある他の関連機関ばかりでなく、自らの勤務先の他部署や他職種などに対する理解をあげる意見もみられた。
- ・行政（保健所）の役割についてわからなかったが、理解が深まったという意見がみられた。

講義 5：退院意欲を取り戻すための支援

- ・支援者があきらめてはいけないこと、いろいろなアプローチや方法が参考になったという意見、自身の仕事の意味の再認識などがあげられた。

講義 6：地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

- ・具体的進め方、連携の必要性、自分の役割の再認識、情報の大切さなどがキーワードとしてあげられている。

演習：病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方

- ・ロールプレイがよかったという意見が多い。

全体をとおして

- ・多職種と一緒に研修することの重要性、シェアリングの時間が効果的という意見が多かったが、一方で用語がわからないなど（医療職からの意見）多職種参加であるがゆえの課題もあげられている。

2 調査の枠組み

【 調査の枠組み 】

	事前アンケート	事後アンケート
月 日	2016 年月 12 月～各研修当日	大阪会場：2016 年 12 月 26～27 日 愛知会場：2017 年 1 月 6～7 日
実施方法	1. 事前アンケート回答フォームから送信 2. 手書きで回答して当日受付に提出	1. 研修会場にてアンケート用紙を配付 2. プログラム時間内で回答、提出
対 象 者	大阪会場 研修参加予定回答者 35 名 愛知会場 研修受講予定回答者 29 名 合 計 64 名	大阪会場 研修受講回答者 35 名 愛知会場 研修受講回答者 27 名 合 計 62 名
比較対象者	事前アンケートと事後アンケート両方の回答者数 54 名	

3 アンケート結果 回答者の基本属性

(1) 性別

【 性別 】

	事前アンケート		事後アンケート	
	人数	%	人数	%
男性	23	35.9	22	35.5
女性	39	60.9	40	64.5
無回答	2	3.1	0	0.0
全体	64	100.0	62	100.0

(2) 年齢

【 16 項目に関する事前・事後の差 】

	事前アンケート		事後アンケート	
	人数	%	人数	%
20 歳代以下	14	21.9	14	22.6
30 歳代	27	42.2	27	43.5
40 歳代	8	12.5	8	12.9
50 歳代	12	18.8	12	19.4
60 歳代以上	2	3.1	1	1.6
無回答	1	1.6	0	0.0
全体	64	100.0	62	100.0

(3)所属先の種類

【 所属先の種類 】

	事前アンケート		事後アンケート	
	人数	%	人数	%
地域移行機能強化病棟をもつ精神科病院	23	35.9	24	38.7
上記以外の精神科病院	12	18.8	11	17.7
基幹(委託)相談支援事業所	13	20.3	13	21.0
指定一般相談支援事業所	14	21.9	12	19.4
その他	1	1.6	2	3.2
無回答	1	1.6	0	0.0
全体	64	100.0	62	100.0

(4)在職年数

【 在職年数 】

	事後アンケート	
	人数	%
1 年未満	6	9.7
1～5 年未満	23	37.1
5～10 年未満	14	22.6
10～20 年未満	8	12.9
20 年以上	7	11.3
無回答	4	6.5
全体	62	100.0

(5)所属先での役職・立場

【 所属先での役職・立場 】

	事前アンケート		事後アンケート	
	人数	%	人数	%
施設や事業所等を管理する立場 (経営者、施設長、管理者等)	7	10.9	8	12.9
職員を指導する立場 (係長、主任等)	9	14.1	9	14.5
直接支援をする職員	40	62.5	41	66.1
事務職員	1	1.6	1	1.6
その他、上記に該当しない職員	1	1.6	1	1.6
無回答	6	9.4	2	3.2
全体	64	100.0	62	100.0

(6)主な職種

【 主な職種 】

	事前アンケート		事後アンケート	
	人数	%	人数	%
医師	0	0.0	0	0.0
看護師	10	15.6	10	16.1
保健師	1	1.6	1	1.6
精神保健福祉士	29	45.3	31	50.0
作業療法士	5	7.8	5	8.1
相談支援専門員	14	21.9	14	22.6
ピアサポーター	0	0.0	1	1.6
社会福祉士	0	0.0	0	0.0
社会福祉主事	0	0.0	0	0.0
行政の職員	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0
無回答	5	7.8	0	0.0
全体	64	100.0	62	100.0

(7)主な職種の経験年数

【 主な職種の経験年数 】

1 年未満
1～5 年未満
5～10 年未満
10～20 年未満
20 年以上
無回答
全体

事後アンケート	
人数	%
1	1.6
17	27.4
14	22.6
13	21.0
10	16.1
7	11.3
62	100.0

(8) 指定一般相談事業所が行う地域移行支援への取り組みの有無

【 指定一般相談事業所が行う地域移行支援への取り組みの有無 】

したことがある
したことはない
無回答
全体

事後アンケート	
人数	%
26	41.9
34	54.8
2	3.2
62	100.0

(9) 実際の地域移行人数

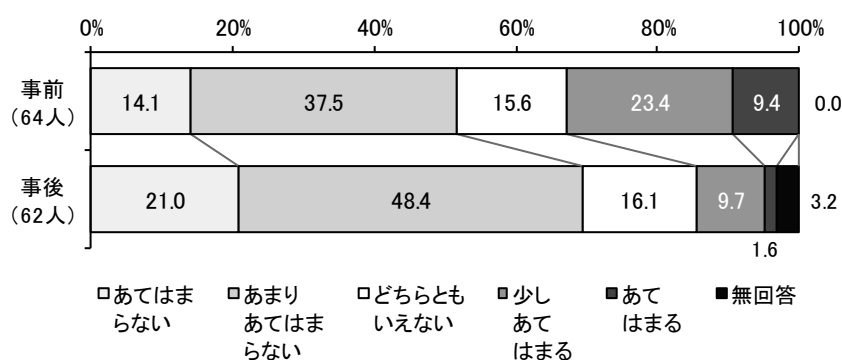
【 実際の地域移行人数 】

0 人
1 人
2 人
4 人
5 人
10 人
20 人
無回答
全体

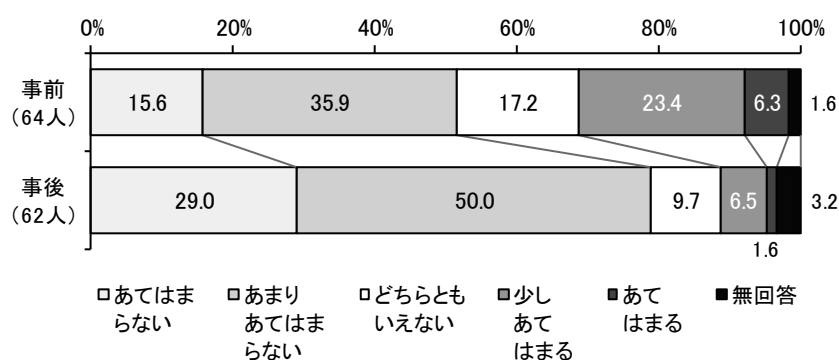
事後アンケート	
人数	%
6	23.1
11	42.3
3	11.5
1	3.8
2	7.7
1	3.8
1	3.8
1	3.8
26	100.0

4 アンケート結果 精神障害者の地域移行に対する意識の変化

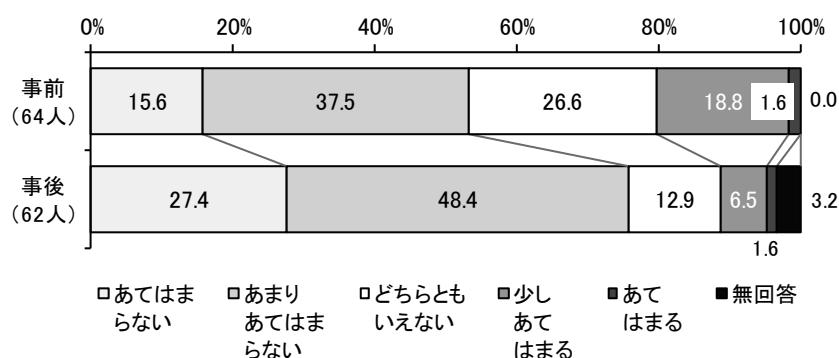
(1) 地域における精神医療の現状がわからない



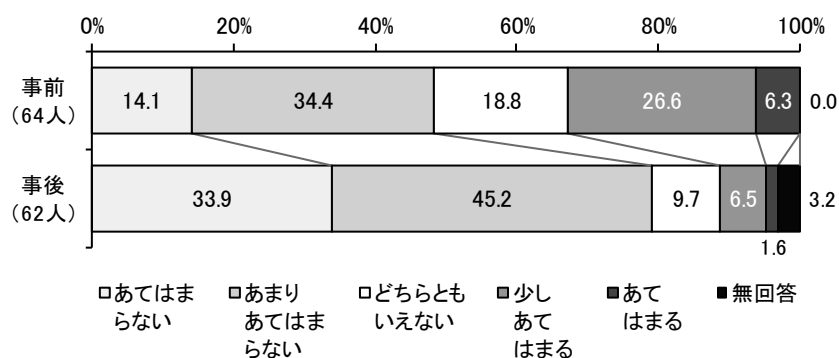
(2) 地域移行支援のプロセスがわからない



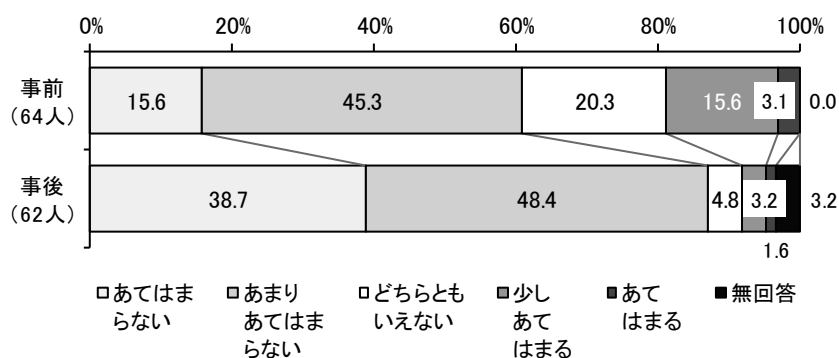
(3) 精神障害者に関する地域の資源(関係機関や関係会議)をよく知らない



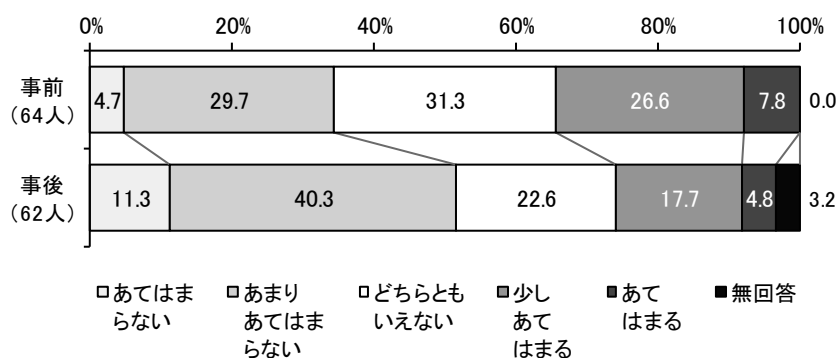
(4) 地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない



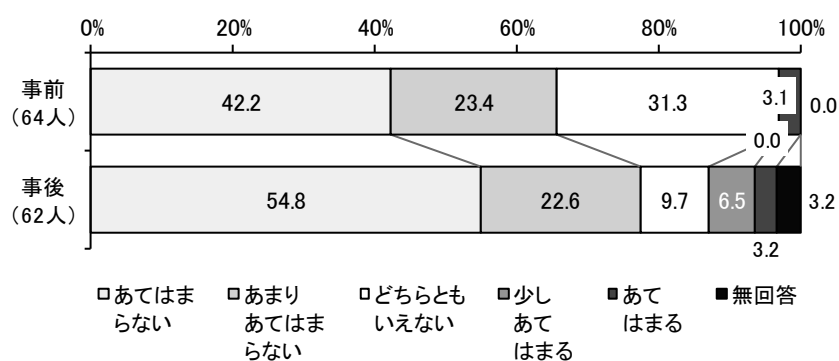
(5) どのような職種や立場の人が地域移行支援にかかわっているか知らない



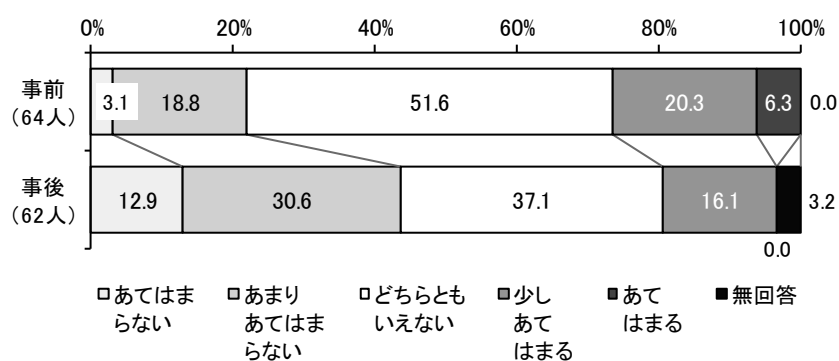
(6) 地域移行支援における医療と福祉の連携は難しいと感じている



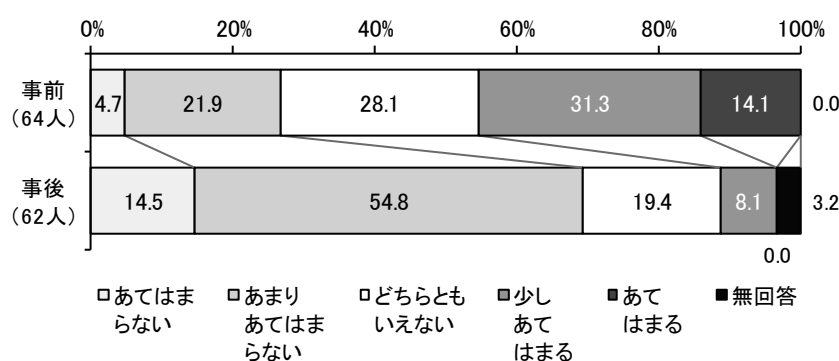
(7) 精神障害者の長期入院の課題は、精神病院が努力すれば解決する



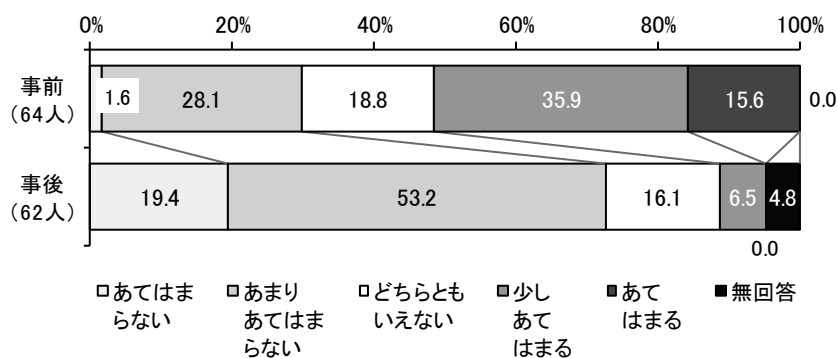
(8) 精神障害者に対する地域の理解を得る自信がない



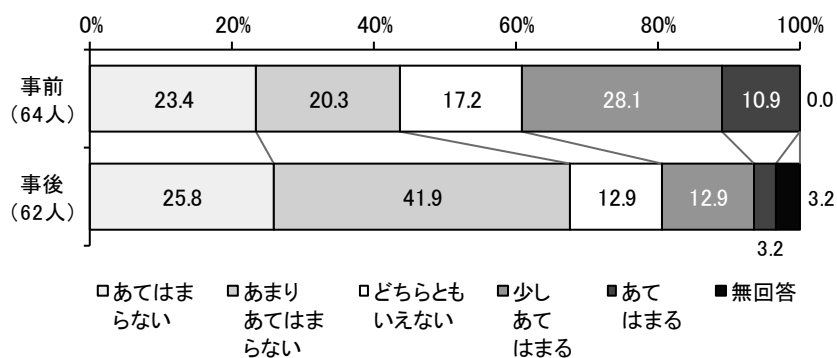
(9) 入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない



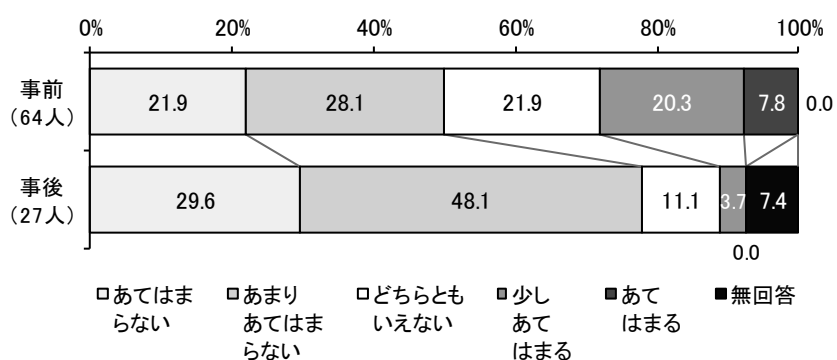
(10) 地域移行支援におけるピアサポートの役割や連携の取り方がわからない



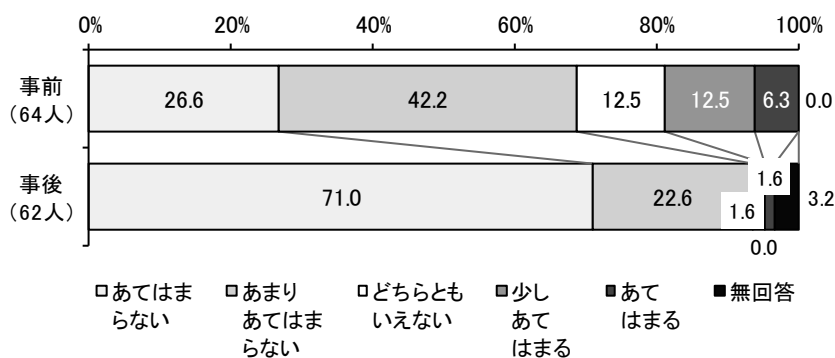
(11) 地域の（自立支援）協議会のことをよく知らない



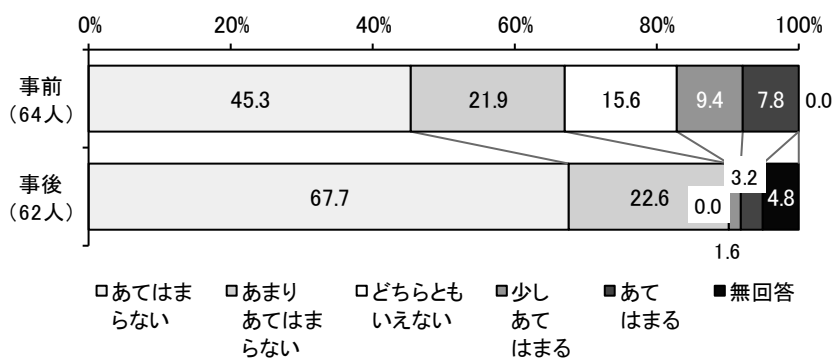
(12) 地域移行支援で困った時にだれに相談したらいいかわからない



(1 3) 地域移行支援にはあまり携わりたくない

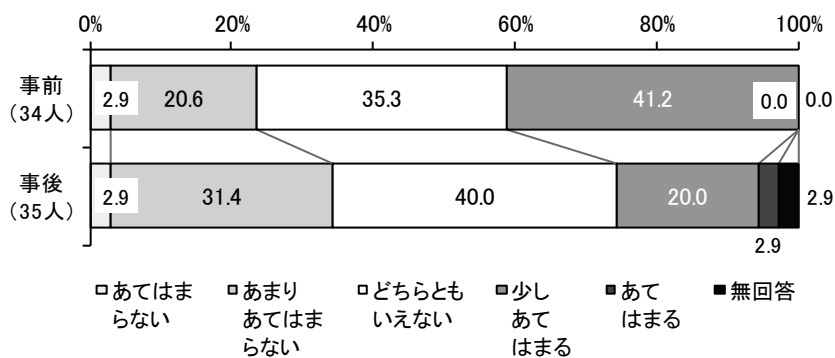


(1 4) 高齢の長期入院患者は地域移行支援の対象にならない

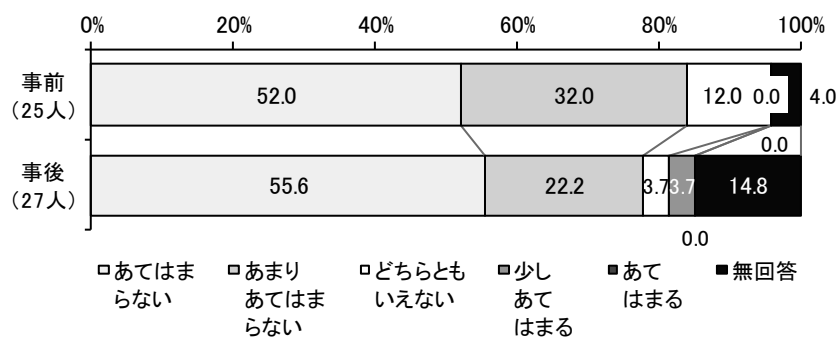


(1 5) 【医療機関に所属している方】

家族に入院患者の退院を理解してもらえるよう対応する自信がない



(16) 【医療機関以外に所属している方】
精神障害者にかかわることに不安がある



(17)各参加者の意識の変化

	有効 回答数	あてはまる ↓ あてはまらない	変化なし	あてはまらない ↓ あてはまる
1 地域における精神医療の現状がわからない	54	38.9%	42.6%	18.5%
2 地域移行支援のプロセスがわからない	54	59.3%	33.3%	7.4%
3 精神障害者に関する地域の資源(関係機関や関係会議)をよく知らない	54	48.1%	42.6%	9.3%
4 地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない	54	59.3%	31.5%	9.3%
5 どのような職種や立場の人が地域移行支援にかかわっているか知らない	54	57.4%	35.2%	7.4%
6 地域移行支援における医療と福祉の連携は難しいと感じている	54	37.0%	44.4%	18.5%
7 精神障害者の長期入院の課題は、精神病院が努力すれば解決する	54	31.5%	48.1%	20.4%
8 精神障害者に対する地域の理解を得る自信がない	54	44.4%	44.4%	11.1%
9 入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない	54	63.0%	35.2%	1.9%
10 地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない	54	74.1%	20.4%	5.6%
11 地域の(自立支援)協議会のことをよく知らない	54	48.1%	42.6%	9.3%
12 地域移行支援で困った時にだれに相談したらいいかわからない	23	52.2%	39.1%	8.7%
13 地域移行支援にはあまり携わりたくない	54	55.6%	40.7%	3.7%
14 高齢の長期入院患者は地域移行支援の対象にならない	54	40.7%	53.7%	5.6%
15 【医療機関に所属している方】 家族に入院患者の退院を理解してもらえるよう対応する自信がない	31	35.5%	45.2%	19.4%
16 【医療機関以外に所属している方】 精神障害者にかかわることに不安がある	23	38.9%	42.6%	18.5%

※各項目の第1位の割合に網掛け

※無回答の掲載は省略している

※変化なし＝あてはまる→あてはまる、少しあてはまる→少しあてはまる、あまりあてはまらない→あまりあてはまらない、あてはまらない→あてはまらない

※あてはまる⇒あてはまらない＝例:あてはまる→少しあてはまる等、改善している場合はここに分類している

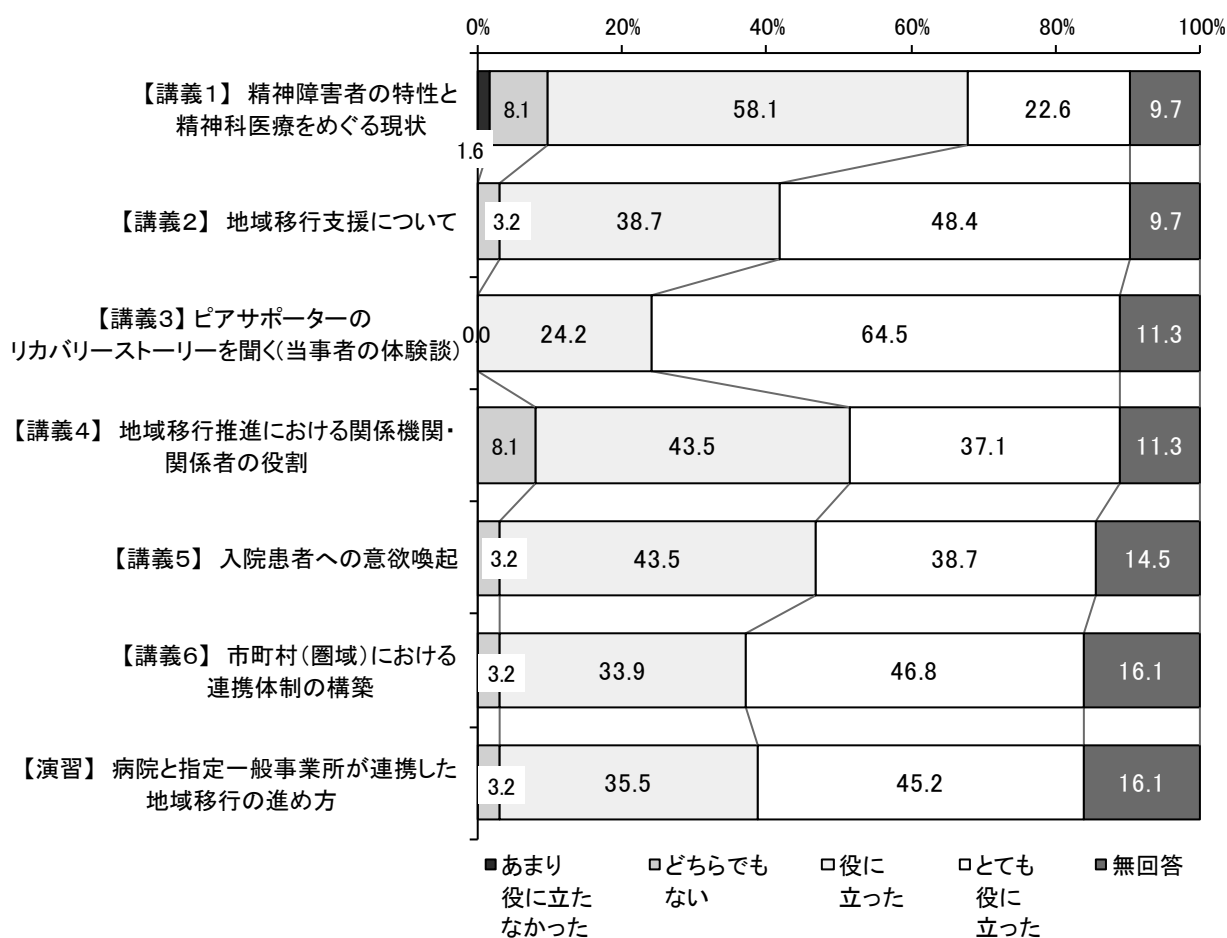
※あてはまらない⇒あてはまる＝例:少しあてはまる→あてはまる等、悪くなっている場合はここに分類している

5 事後アンケート結果

(1) 本日の研修の内容等は、現場での対応に役に立つ内容でしたか

- 【講義1】精神障害者の特性と精神科医療をめぐる現状
 【講義2】地域移行支援について
 【講義3】ピアサポーターのリカバリーストーリーを聞く(当事者の体験談)
 【講義4】地域移行推進における関係機関・関係者の役割
 【講義5】入院患者への意欲喚起
 【講義6】市町村(圏域)における連携体制の構築
 【演習】病院と指定一般事業所が連携した地域移行の進め方

※第2部の研修テキストの表題とは一致しない



6 自由記載の分類と内容

(1) 分類と件数一覧

※ () は件数

講義1：精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～

■役に立ったこと (44)

1. 現状・動向・これからの方向性など(26)
2. 入院患者の状況(10)
3. 勉強になった・ためになった(3)
4. リフレーミング(2)
5. 退院後のイメージについて(2)
6. 地域移行機能強化病床の基準(1)

■より詳しく知りたい内容 (20)

1. 具体的な支援方法(4)
2. 背景や歴史(3)
3. 現状の把握(2)
4. 現場の課題(2)
5. 身近な地域の現状(2)
6. 機能強化病院について(2)
7. 高齢の精神障害者(1)
8. 今後の動向(1)
9. 情報の活用方法(1)
10. 対象者について(1)
11. 地域移行の必要性(1)

講義2：精神障害者の地域移行をめぐる動向②～地域移行支援について～

■役に立ったこと (47)

1. 法律・制度・動向など(17)
2. 各機関の役割・課題(13)
3. 地域移行の現状と課題(8)
4. 自分の仕事の再認識(5)
5. 事業の目的の再確認(2)
6. 地域移行のプロセス(2)

■より詳しく知りたい内容 (21)

1. 事例の紹介(4)
2. 自立生活援助(3)
3. 事業運営の方法(採算など)(3)
4. 介護保険とのかかわり(1)
5. 具体的な活用方法(1)
6. シェアリングの時間が短い(1)
7. 世界的動向との比較(1)
8. 体験談をいれてほしい(1)
9. デイケアについて(1)
10. 用語の解説(2)
11. 連携(1)
12. 自立支援協議会(1)
13. 地域生活支援拠点の創出(1)

講義3：体験談から地域生活について考える

■役に立ったこと（49）

1. 自分の仕事の再認識(11)
2. 感動した、よかった(9)
3. 当事者の目線からの話(9)
4. 生きた意見を聞けた(4)
5. ピア活動の実状(4)
6. 体験の専門家(4)
7. 地域生活の重要性を再認識(3)
8. 活動への想いを理解できた(2)
9. 当事者の生活の様子を知ることができた(2)
10. 当事者の力(1)

■より詳しく知りたい内容（32）

1. ピアサポーターの声・体験談(4)
2. 当事者として支援者に求める事(4)
3. ピアサポーターと一緒に働くスタッフの意見(3)
4. 当事者がかかわる時間は大切である(3)
5. ピアサポーターを活用している事例(3)
6. 実際の地域生活について(2)
7. ピアサポーターが求めている支援(2)
8. ピアサポーターとしてどのような支援や活動の希望があるか(2)
9. ピアサポーターの実状(2)
10. 自分の地域にあう活動(1)
11. 退院までの流れ(1)
12. 実際の活動の写真など(1)
13. ピアサポーター受入れのしくみ(1)
14. ピア活動の発展を学びたい(1)
15. やらうと思えるきっかけ(1)
16. もっと時間がほしかった(1)

講義4：地域移行推進における関係機関・関係者の役割

■役に立ったこと（50）

1. 機関の役割を理解できた__全体(28)
2. 機関の役割を理解できた__行政(7)
3. 機関の役割を理解できた__保健所(3)
4. 機関の役割を理解できた__ピアサポーター(1)
5. 職種の役割を理解できた__全体(5)
6. 職種の役割を理解できた__作業療法士(1)
7. 実際にできていないことのギャップ(2)
8. 家族とのかかわり(1)
9. 機関の役割を知る事の必要性(1)
10. 自身の役割の再認識(1)

■より詳しく知りたい内容（21）

1. 各機関の役割(6)
2. 基幹型相談支援センターの役割・事例(3)
3. 病院経営との関係(2)
4. 推進チーム(2)
5. 連携(2)
6. 保健所の取り組み(1)
7. シェアリングの時間の確保(1)
8. 在宅サービス(1)
9. 具体的な地域の例(1)
10. 機関ごとの取り組みの流れ(1)
11. ピアサポーター(1)

講義5：退院意欲を取り戻すための支援

■役に立ったこと（52）

1. 支援者があきらめてはいけない(12)
2. 利用者さんの気持ちの大切さ(9)
3. いろいろな視点・方法が参考になった(8)
4. 自分の仕事の再認識(6)
5. 重要なポイントがある事を知った(5)
6. 人権侵害であることを再認識(4)
7. 病院での取り組み事例を知った(3)
8. 連携(2)
9. わかりやすかった(2)
10. 病院の課題(1)

■より詳しく知りたい内容（13）

1. 事例や体験・経験談(4)
2. 連携(3)
3. 支援のあり方(2)
4. 具体的手法(1)
5. 支援者の意識(1)
6. 病院の課題(1)
7. プログラム(1)

講義6：地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

■役に立ったこと（55）

■より詳しく知りたい内容（9）

<ol style="list-style-type: none"> 1. 支援の流れ・進め方(13) 2. 自分の仕事の再認識(12) 3. 連携(7) 4. 情報の大切さ(6) 5. 退院支援意欲の喚起(5) 6. 退院はゴールではなくスタート(3) 7. わかりやすかった(3) 8. ムービー(2) 9. 患者さんの気持ちの理解(1) 10. クライシスプラン(1) 11. シェアリング(1) 12. 地域づくりの方法(1) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具体的事例(7) 2. チームづくり(1) 3. クライシスプラン(1)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

演習：病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方

■役に立ったこと（52）

■より詳しく知りたい内容（14）

<ol style="list-style-type: none"> 1. ロールプレイ(17) 2. 意識の共有(10) 3. 病院や地域の状況を知ることができた(8) 4. ピアサポーター(6) 5. 連携(5) 6. 新しい視点(4) 7. ムービー(2) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーター(3) 2. ロールプレイ(2) 3. 事業所について(2) 4. 仕事のあり方(2) 5. 演習の時間が長い方がいい(1) 6. 看護師に研修が必要(1) 7. 具体的なテーマ(1) 8. 現場の課題(1) 9. スタートの方法(1)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

全体をとおして

■役に立ったこと（48）

■より詳しく知りたい内容（23）

<ol style="list-style-type: none"> 1. 他の職種の意見・立場の理解・想いの共有(22) 2. 日頃の仕事の再認識(11) 3. 連携づくりに役立った(4) 4. 地域移行のポイント(4) 5. 地域の中での連携・関係づくりの大切さ(3) 6. 新たな気持ちで努力したい(3) 7. 研修の必要性(1) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 他職種の話(3) 2. ピアサポーター(3) 3. シェアリングの時間を増やす(2) 4. 事例(2) 5. 病院の在り方(2) 6. 用語の解説(2) 7. 地域住民の理解(1) 8. 地域包括ケアシステム(1) 9. 家族支援(1) 10. 感謝(1) 11. 権利擁護(1) 12. 実際の映像や体験や事例(1) 13. 退院支援意欲の向上(1) 14. 連携(1) 15. ロールプレイ(1)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 講義1：精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（44）

1. 現状・動向・これからの方向性など(26)
2. 入院患者の状況(10)
3. 勉強になった・ためになった(3)
4. リフレーミング(2)
5. 退院後のイメージについて(2)
6. 地域移行機能強化病床の基準(1)

■より詳しく知りたい内容（20）

1. 具体的な支援方法(4)
2. 背景や歴史(3)
3. 現状の把握(2)
4. 現場の課題(2)
5. 身近な地域の現状(2)
6. 機能強化病院について(2)
7. 高齢の精神障害者(1)
8. 今後の動向(1)
9. 情報の活用方法(1)
10. 対象者について(1)
11. 地域移行の必要性(1)

■役に立ったこと（44）

1. 現状・動向・これからの方向性など（26）

- 地域移行がなかなか進まない現状。（事業所）
- 近年の動向をあらためて知ることができた。（事業所）
- 精神科医療の現状について整理した情報が聞けて良かったです。（事業所）
- 地域側で仕事をしているので、医療をめぐる現状をわかりやすく説明して頂けて理解しやすかった。（事業所）
- 1年以内に退院する方が増える一方で、長期入院の形で病院にとどまる人達が少なくない現状があることがわかった。（事業所）
- 動向がまとめられており、整理することができた。（事業所）
- 動向について再認識できた。（事業所）
- データ等。（事業所）
- 現状、自分たちがどのような状況で働き、どういう方向を向いているか学ぶことができた。（病院）
- 現状を改めて理解する。（病院）
- 地域移行の流れ、精神科の現状、地域社会資源の役割など。（病院）
- 精神科病院の動向が分かってよかったです。（病院）
- 過去から現在の精神科医療の流れを改めて考えることができました。また長期入院者の退院支援について、病院だけで抱え込むのではなく、地域を巻き込んでいくことをもっと意識していければと思いました。（病院）
- 地域移行をすすめるにあたり、現状を知れてよかった。（病院）
- 現状を知れたこと。（病院）
- 精神科医療をめぐる現状は理解できたように思います。10年前知った当初は各病棟にノルマがあり、そのノルマの患者様対象を支援し退院させていた。10年経過して長期入院患者様の高齢化が進んでいるため、身体合併症により退院できなかつたり、亡くなつたりしているケースも多いのが現状ではないかと思う。（病院）
- 現状の患者様の動向を数字でしっかり理解できたこと。（病院）
- 精神保健福祉施策についての課題（10年前の目標が未達成であること）や実際の動向がわかった。（病院）
- 長期入院者の地域移行について、動向と将来像、ビジョン。（病院）

- 精神医療の動向について改めて学ぶことができた。(病院)
- 精神科医療の現状(グラフより)。(病院)
- 長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策。(病院)
- 大筋の国の方向性を復習できた。(病院)
- 歴史をふまえた上で、国や地域がどういう思いで動いているか知ることができました。(病院)
- 厚労省が今後検討していること(自立生活援助等)について、知ることができ、今後の動向についてアンテナをはっていきたいと思いました。(病院)
- 数値を知ることが出来た。(病院)

2. 入院患者の状況(10)

- 入院患者が高齢化し、認知症が増えてきていること、死亡の退院が増えてきていること。(その他)
- 長期入院患者さんが高齢化している現状を知ることができた。(事業所)
- 新たな長期入院者を生まない取り組みの必要性を再認識した。(事業所)
- 自分の地域の精神科病院にどれくらい長期入院者がいるのか、わかる仕組みを作りたいと思いました。(事業所)
- 改めて、入院が長期化してしまう方が居て、統計的にも裏打ちされたデータが蓄積されていて、その現実を知ったことがショックでしたが、現実を直視しなくてはいけないので、受け止めたいと思いました。(事業所)
- 1年以上の長期入院精神障害者のうち4割が、基盤を整備する事で地域生活が可能であると示唆されていると知り、支援体制の強化を再認識した。(病院)
- 長期入院者の数や、制度が始まってからの数について知ることができた。(病院)
- 入院患者の年齢層が高くなっているのは、実感として感じていたため、統計的にもあてはまっていると感じた。病院内だけで解決しようと思わない。地域に答えがあることもあるという言葉が印象に残りました。(病院)
- 地域移行の現状と長期入院患者についての現状を知ることができました。(病院)
- 入院している方の現状を知り、少しずつ(退院支援)地域移行支援は進みつつあるが、社会の状況も大きいことがあった。(病院)

3. 勉強になった・ためになった(3)

- 基本的なことの振り返りと深めにつながった。(事業所)
- 大変勉強になった。(事業所)
- 地域援護者も必ず理解しておく必要がある内容でした。(事業所)

4. リフレーミング(2)

- リフレーミングによって見方を変えてみる、という考え方が大切だと思った。(事業所)
- 精神障害者の障害特性や支援のポイントについて改めて確認できました。考えが偏りがちになるので、常にリフレーミングを意識していきたいと思いました。(病院)

5. 退院後のイメージについて(2)

- データ。退院して生活するイメージの持てない人が外の生活を経験することで、自信がつくという話。(病院)
- 退院後の生活イメージが持てないことで、退院に対してのポジティブイメージが抱けないという話。(病院)

6. 地域移行機能強化病床の基準(1)

- 改めて地域移行機能強化病床の基準について知れたこと。(事業所)

■より詳しく知りたい内容（20）

1. 具体的な支援方法（4）

- 国の施策で長年閉じ込められてきたのに、近年地域に出て行こうと言われても戸惑うのはもっともな事。行政・制度は整ったように見えるかもしれないが、地域の理解はまだまだ偏見に満ち溢れている。支援者ががんばって地域に出したくても、資源の少なさ、地域が受け入れてくれなければ、前に進めない。地域に協力してもらう為の工夫はどんな手立てが必要なのか？開拓方法の検討、インフォーマル支援がもっとも必要とされるのは3障害の内、精神だと思う。（事業所）
- 退院意欲が喚起されていない精神障害者への段階的な支援方法。（病院）
- 地域移行についての流れをもっとイメージできるように具体的に。（病院）
- より具体的な申請方法や活用（社会資源等）方法。（病院）

2. 背景や歴史（3）

- もう少し精神医療の歴史について聞きたかったです。（事業所）
- 数値的な部分だけでなく、現状に至る社会的な背景や要因を詳しく知りたい。（事業所）
- これまでの歴史について、もう少し詳しく知りたい。（病院）

3. 現状の把握（2）

- 精神保健、医療福祉の動向が良くわかった。（事業所）
- 最新の現状を知り、運営を考える上で重要であった。（病院）

4. 現場の課題（2）

- 医療の現場が抱えている課題等も共有出来ればと思います。（事業所）
- 退院支援を行う上での課題となっているもの。（病院）

5. 身近な地域の現状（2）

- 愛知県には、長期入院者がどれだけいて、地域移行のサービスを使い、何人ぐらい地域生活をしているのか。（事業所）
- 身近な地域での患者数や相談件数等の推移・現状。（病院）

6. 機能強化病院について（2）

- 機能強化病棟についてもう少し知りたかった。（事業所）
- 地域移行機能強化病棟の実態。救急・急性期病棟開設のため、長期入院患者の減を実施した病院の取り組み（期限を切った病床削減、長期入院者退院の試み）。（事業所）

7. 高齢の精神障害者（1）

- 高齢の精神障害者の退院支援の取り組みについて。（事業所）

8. 今後の動向（1）

- 障害特性の所は今回の参加者（ほぼ精神障害者支援にかかわっている）に必要か？H30 改正のことや、今後の見込みも含めもう少し詳しく。（病院）

9. 情報の活用方法（1）

- 統計として出ている数字を、ネガティブな情報としてではなく、ポジティブなエネルギーに変えていくための視点、考え方を学んでみたいです（これは研修というより、自分がどう解釈するかの問題だと思います）。（事業所）

10. 対象者について(1)

- 「重度かつ慢性」について。(病院)

11. 地域移行の必要性(1)

- 相談支援事業所の側からすると、これまでの精神保健福祉なども知らない方が多いと思われます。
「なぜ地域移行が必要なのか？」がもっと伝わると良いと思います。(事業所)

(3) 講義2：精神障害者の地域移行をめぐる動向②～地域移行支援について～

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（47）

1. 法律・制度・動向など(17)
2. 各機関の役割・課題(13)
3. 地域移行の現状と課題(8)
4. 自分の仕事の再認識(5)
5. 事業の目的の再確認(2)
6. 地域移行のプロセス(2)

■より詳しく知りたい内容（21）

1. 事例の紹介(4)
2. 自立生活援助(3)
3. 事業運営の方法(採算など)(3)
4. 介護保険とのかかわり(1)
5. 具体的な活用方法(1)
6. シェアリングの時間が短い(1)
7. 世界的動向との比較(1)
8. 体験談をいれてほしい(1)
9. デイケアについて(1)
10. 用語の解説(2)
11. 連携(1)
12. 自立支援協議会(1)
13. 地域生活支援拠点の創出(1)

■役に立ったこと（47）

1. 法律・制度・動向など（17）

- 総合支援法の新しいサービスについて。（事業所）
- 相談支援の役割を深めていくことと、ピアサポーターについて深めることが出来た。（事業所）
- 制度について、とても解りやすかったです。自分の中であやふやだったことがしっかり理解できました。（事業所）
- 地域移行の流れが理解でき、新しいサービスの「自立生活援助」について知ることができた。（事業所）
- 障害者福祉の最新情報等、勉強になりました。（事業所）
- 行政、法整備の流れからの動向を知ることができなかった。（事業所）
- 制度の説明が分かりやすく、自身達が普段行っていることの裏付けをもらえるようで、自信に繋がった。（事業所）
- 計画相談の現状が良くわかった。（病院）
- 障害者の相談支援体系を学び、支援内容がわかりやすくなった（計画作成担当、地域移行、定着担当など）。（病院）
- 総合支援法のことを知れたのが良かった。（病院）
- 障害者の相談支援体系についてと、ピアサポート活動の考え方についての話。（病院）
- 地域移行支援には OTR、看護、PSW、医師、福祉の連携が必要なことを感じた。「障害者」の相談支援体系のしくみを知ることができた。入院中からその人が望んでいる生活を意識して連携して関わらなければいけないと痛感した。（病院）
- 申請について。（病院）
- H30 改正の内容、地域の実情と市内院側の姿勢。（病院）
- 現状について、必要なこと、知識について学ばせていただきました。（病院）
- 制度に沿った視点を再確認できた。（病院）
- 地域相談支援（地域移行・地域定着支援）の内容を知れた。（病院）

2. 各機関の役割・課題（13）

- 各支援の役割について問題喚起して頂き（委託か個別給付の役割をしない etc）、改めてそのあたりの認識も意識した支援のくみ立てを考えていかなければと気付きを得る話でした。（事業所）
- 自立生活援助の取り組みについて、そうした流れがあることを知らなかったのが良かった。病棟は院内のこと、地域は生活に必要なことの調整を、というお話を聞いて、現在退院支援における病院の役割が大きくあることを改めて感じた。（事業所）
- 自立生活援助など、新たな動向がわかった。病院ワーカーと相談支援事業所ワーカーとの役割が重複してしまいがちなため、「役割分担」が理解できた。（事業所）
- 地域移行支援における委託相談支援事業所の役割。（事業所）
- 自立生活援助が具体化できるよう、準備を進めていきたいと思います。ピア活動の次の展開をきくことができました。地域移行の専門員の配置も考えていくこと。（事業所）
- 地域移行支援の事業所はどんな役割を果たしているのか、機能説明頂いたことで、具体的なイメージがわかりました。また、国の動きや、地域の実情を知れたことで、よりお互いの立場を理解した上で連携が図れるのではないかと思います。（病院）
- 地域の事業所に退院支援の協力を求められるということを知ることができたことです。（病院）
- 制度や地域移行支援に関する事業内容については、理解しているつもりですが、自分を入院中の当事者になったと想定して、そこから見える支援者の役割について、改めて気付かされました。（病院）
- 地域の立場からの話を聞く機会があまりない為、新鮮でした。青・赤・黄の違いがわかりやすかったです。（病院）
- 現状を知ることができた。地域移行支援を行っている場所（相談支援事業所）を知ることができた。（病院）
- 事業所のかかえる問題、役割など分かり易かった。（病院）
- 医療機関の役割（1年以内のPTを対象に）。（病院）
- 相談支援事業所の現状や抱える課題を知れたこと（人員・加算・体系等）。（病院）

3. 地域移行の現状と課題（8）

- 地域移行の現状。（病院）
- 地域移行の現状とこれからについて知れたこと。（病院）
- 実際の動きが自分を振り返りつつわかりました。（病院）
- 現状や経験等。（事業所）
- 1年以上の長期入院の精神障害者のうち約4割は地域移行が可能であること。（その他）
- 自分が見ている側からしか見えていなかった事。少しの工夫で別の見方もできるという事が一番印象的でした。HPから協議会に「10人退院」と言ってもらおうという話もです。（事業所）
- 60床なら15人中自宅3人、GH1人、高齢施設2人・・・という数。青・赤・黄の相談機関のイメージ図。（事業所）
- 病院への働きかけ方（1年で〇人退院させたい）。（事業所）

4. 自分の仕事の再認識（5）

- 使っているサービスへのモニタリングではなく、生活全体をみることだという言葉がはっとさせられた。（事業所）
- 自分のやるべきこと、やらなければならない事を強く思う。（事業所）
- 1ケースに携わろうとすると金銭的に大変だが、10ケース同時に取り組んでしまうと成り立ってしまうという考え方。（事業所）
- 普段、ケースの中でその場その場で学んでいることをじっくりと知ることができた。（病院）
- 地図の話はかなり刺激的でした！当事者の立場に立って考えることを再確認できた。（病院）

5. 事業の目的の再確認（2）

- 歴史的な背景から施策としての必要性を認識できた。（事業所）
- 事業の目的を再確認することができた。（病院）

6. 地域移行のプロセス（2）

- 地域移行のプロセス。（病院）
- 地域移行のプロセスなど再認識できました。（病院）

■より詳しく知りたい内容（21）

1. 事例の紹介（4）

- 具体的な事例など。（事業所）
- 事例を通しての具体的な動きも加えていただけると、理解しやすいのかなと思いました。地域の支援者に病院の中に入ってもら。育てつつ、長期入院者を地域へという所で個別給付の枠組みの中、具体的にどんな方法があるのか知りたいです。（病院）
- 相談支援体系について、イメージがしやすいように事例等をまぜて話が聞けたら良かった。（病院）
- 地域移行支援を利用して、うまく支援ができた（できなかった）事例について。（病院）

2. 自立生活援助（3）

- 自立生活援助の詳細等も今後勉強していきたいと思います。（事業所）
- 自立生活援助の取り組みについて知りたい。（事業所）
- 自立生活援助について。（事業所）

3. 事業運営の方法（採算など）（3）

- 今回の研修テーマからははずれると思いますが、計画相談の量的確保を達成した市町村の委託相談と計画相談の実施状況。相談支援事業所が存続していくための事業モデル、委託相談なしで相談支援事業所の経営が成立するのか。（事業所）
- 地域移行に（指定一般として）取り組みつつも、運営的に赤字にならずに事業を展開する方法。また、収支の考え方などを聞いてみたいです。（事業所）
- 実際地域からは制度にのせるメリットはうすいとの声がありました（年間の割には報酬が少ない、制度を使わなくても地域移行できる）。制度利用を進めるための工夫等があれば知りたいです。（病院）

4. 介護保険とのかかわり（1）

- 65才以上の方が長期入院者が多いので、包括との関わりについて。（事業所）

5. 具体的な活用方法（1）

- 講義1同様、具体的な活用方法。（病院）

6. シェアリングの時間が短い（1）

- 全体的にシェアの時間が短く感じました。話し合うテーマをもう少し具体的にしてもらった方が、話しやすかった印象がありました。（病院）

7. 世界的動向との比較（1）

- 独自の歴史・ペースで進んできた精医を今後日本としてどうしていこうと考えているのか。世界との比較。その他障害（身・知・児・高）との足並みの揃え方とは？（事業所）

8. 体験談をいれてほしい（1）

- もっと経験談を入れてほしい。（病院）

9. デイケアについて（1）

- デイケアの位置づけ。（病院）

10. 用語の解説（2）

- 同グループ内には、病棟 NS もおり、PSW には聞きなれた制度や語句でも、イメージがつきにくいようでした。（病院）
- 講義 1・2 とともにですが、看護師は福祉についての知識が薄いので、言葉の解釈が難しいと思いました。誰にでもわかるような言葉の選択をお願いしたいです。（病院）

11. 連携（1）

- 退院を患者にだけにしぼって実践したが、行政との関わりがいかに患者にとって重要かを知った。（病院）

12. 自立支援協議会（1）

- 自立支援協議会で、地域開拓していく方法とは、行政と地域の相談事業所の市民とをつなぐ基幹の役割。モデルになる他市・他県の取り組みは？交流会など。（事業所）

13. 地域生活支援拠点の創出（1）

- 地域生活支援拠点について。特に居住の保障、宿泊体験のできるグループホームの創出についてなど。（事業所）

(4)講義3：体験談から地域生活について考える

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（49）

1. 自分の仕事の再認識(11)
2. 感動した、よかった(9)
3. 当事者の目線からの話(9)
4. 生きた意見を聞けた(4)
5. ピア活動の実状(4)
6. 体験の専門家(4)
7. 地域生活の重要性を再認識(3)
8. 活動への想いを理解できた(2)
9. 当事者の生活の様子を知ることができた(2)
10. 当事者の力(1)

■より詳しく知りたい内容（32）

1. ピアサポーターの声・体験談(4)
2. 当事者として支援者に求める事(4)
3. ピアサポーターと一緒に働くスタッフの意見(3)
4. 当事者がかかわる時間は大切である(3)
5. ピアサポーターを活用している事例(3)
6. 実際の地域生活について(2)
7. ピアサポーターが求めている支援(2)
8. ピアサポーターとしてどのような支援や活動の希望があるか(2)
9. ピアサポーターの実状(2)
10. 自分の地域にあう活動(1)
11. 退院までの流れ(1)
12. 実際の活動の写真など(1)
13. ピアサポーター受入れのしくみ(1)
14. ピア活動の発展を学びたい(1)
15. やろうと思えるきっかけ(1)
16. もっと時間がほしかった(1)

■役に立ったこと（49）

1. 自分の仕事の再認識（11）

- 「別の視点から見る」ということを、経験させていただいた。(病院)
- 当事者の体験談を聞き、退院時の情報提供の大切さ、医療従事者としてどこを支援すべきか、継続した地域での支援体制の必要性を再認識した。(病院)
- 前向きにとりくむ環境と気持ちが大切だと気付いた。(病院)
- ワーカーは、患者さんの命・暮らし・生きがいを支援するということが再認識できました。(病院)
- 精神科病棟で入院を経験したことのある方のリアルな声は、自分が仕事に取り組むための「やる気」に繋がりました。(病院)
- お二人とも、病気になったことの辛さや入院中に出会った長期入院の方のことなど、自分の言葉で強く訴えておられて、心に響きました。自分が関わる当事者の方々の声なき声にも、きちんと向き合うことを忘れてはならないと思いました。(病院)
- 普段のスタッフの関わりを思い出し、病床業務に患者様が合わせてくれている実態を痛感しました。(病院)
- 話を聞いて胸が痛くなりました。現在長期入院している患者様の本音が聴けているのか？長期になっている理由かチャンスはあったはず。外の環境を知らないため、意欲も出て来てないのではないか？もっとその人が望んでいる事に耳を傾け連携して取り組んでいきたいと思った。(病院)
- 当事者の話はとても参考になりました。看護者として反省することも多く、対応について考えさせられました。辛い体験を話して下さった事に感謝します。(病院)
- 当事者が役割を持てる場を作っていくこと。自分史から当事者の立場に置きかえて想像し、自分の支援を点検していきたいです。(病院)
- 自分の人生の役に立った。(病院)

2. 感動した、よかった (9)

- 経験者として感じた世界を、客観的に言語化して伝えて頂き、普段の自身の受けとめの深度をはかることができました。(事業所)
- 全てのお話が胸を打つ内容でした。ありがとうございます。(事業所)
- 当事者の言葉には重みがあると改めて感じた。(事業所)
- サービス利用のための面接ではなく、自由に語られることを聴くことの大切さ。(事業所)
- どのようにここまでがんばって来られたのか、気持ちや頑張ったきっかけなど話が聞くことができてとても良かったです。(病院)
- 実際の体験したこと・想いなどを聞けて、感動と学びになりました。(病院)
- ご本人の口から聞いたことは感動した。対象にとっても良い影響を与えると感じた。(病院)
- 当事者の方が伝えることの響き方の差は大きいと思いました。また、やりたい事が言える(自発)ことと、それをサポートできる環境がステキだと思いました。(病院)
- 当事者の体験談は胸に響くということ。(病院)

3. 当事者の目線からの話 (9)

- シェアリングで精神障害者は従順な人が多く、入院中おとなしく言うことを聞いていることを求められていたこと。(その他)
- 体験談から地域生活を考える。入院中の患者さんの気持ちを知ることができた。精神科病院は船、退院は陸地に上がるようなもの、というお話を聞いて、はっとさせられました。患者さんにもっと地域の情報が届けられるような仕組みづくりが必要だと感じました。(事業所)
- 退院意欲の喚起という言葉が失礼になるというのが印象に残っています。(事業所)
- 入院されている方の実際の目線から話を聞くことができ、入院と地域の日常がかけ離れていることを再認識できた。(事業所)
- 当事者の辛さや乗り越えた時の気持ちを感じることができた。(事業所)
- 孤独になる自由もあるということ。本人が求める生活イメージが幅広いこと。(病院)
- 入院中の気持ち、ENT 後の気持ちや困った事など、なかなか聞くことができない本当の気持ちを聞く事ができた。つらい気持ちや前向きな思い等が聞けたこと。(病院)
- 入院中の患者が地域生活のイメージがしにくいことを知れた。(病院)
- ピアの視点での話して良かった。(事業所)

4. 生きた意見を聞けた (4)

- 生の声を聞けた事「地域での生活っていいよ」と病院内で出会う方に伝えているという事。誰よりも説得力があると思いました。(事業所)
- 生きた声を聞けた事。(事業所)
- 生の意見を聞く事ができた。実体験を聞く事ができて良い。(病院)
- 当事者の生の声が聞け、関わり方について考えることが出来た。(病院)

5. ピア活動の実状 (4)

- ピア活動の種別について、とてもわかりやすかったです。(事業所)
- ピアへの取り組み、取っ掛かりがなんとなく見えた。取り組みたい、なんとかしたい、なんとかなりそう。(事業所)
- ピアサポート活動の誕生、成長を学ぶことができました。(事業所)
- ピアの役割や意識など。(病院)

6. 体験の専門家 (4)

- 「体験のスペシャリスト」「一家の事のなのに、夫妻子・・・とそれぞれに関係機関がかかわり、チームとなっているので、それぞれのチームをまとめる人がいない」。(事業所)
- 体験の専門家という言葉が印象的だった。(事業所)
- 体験の専門家という言葉が印象的でした。院内でピアの活動をするメリットが聞けてよかった。(病院)

- 病院は船のようなもの。ピアサポーターは体験の専門家。障害があっても人の役に立ちたいと思う気持ちは同じ。といった当事者からのメッセージ。(病院)

7. 地域生活の重要性を再認識 (3)

- 体験談を聞くことで、より地域移行は当たり前の権利で、本人の責任ではないと考えさせてもらった。(事業所)
- 生き生きとした利用者さんが普通の生活になるようにしたいと思った。(事業所)
- 当事者が感じること、気づくこと、全て重みのある貴重なお話でした。病院という閉鎖された環境で、どんどん退院をあきらめてしまうような場ではなく、地域生活の魅力、本人らしい生き方を一緒に探していく姿勢を、支援者は忘れず働きかけていく必要があると思いました。又、今後どんな場で活動してみたいか等も気になります。(病院)

8. 活動への想いを理解できた (2)

- どのような想いで普段活動されているか、理解することができた。(事業所)
- ピア活動の当事者の話を直接聞いたこと。(事業所)

9. 当事者の生活の様子を知ることができた (2)

- 地域でやりがいを持って充実して生活していることが知ることができた。(事業所)
- 地域で自己決定をしながら生活する実態を知る事ができた。(病院)

10. 当事者の力 (1)

- ピアサポーターの話を聞き、改めて弱者ではなく、得手不得手のある一人の人が生きる為に、それぞれが出来る事をやっていく。(病院)

■より詳しく知りたい内容 (32)

1. ピアサポーターの声・体験談 (4)

- ピアスタッフとして働く人たちの話。(事業所)
- 当事者の方の生の体験発表が聴けて良かった。(事業所)
- 実際のピアサポーターとしてされている事、様子、体験をより深く知りたい。(病院)
- ピアサポーターの体験談をもっと多くのスタッフに聞いてもらいたい。この時間だけ公開講座にしてほしいと思いました。(病院)

2. 当事者として支援者に求める事 (4)

- 入院中や現在の生活の中で「こういう関わりが欲しかった」等、ストレートに意見も聞いていければと思います。(事業所)
- お二人も話しておられましたが、リカバリーのきっかけや、どんな支援を必要としているかなどの当事者の想いを聞けると、今後の支援の参考になると思います。(病院)
- 入院中 ENT 後にしてもらいたかった事、してもらって良かったと思えたことを知りたい。(病院)
- 自主性を伸ばす支援の仕方 (PT の視点からスタッフへアドバイスなど)。(病院)

3. ピアサポーターと一緒に働くスタッフの意見 (3)

- ピアスタッフとどう協働していくのか。(事業所)
- ピアサポーターと一緒に、支援しているスタッフからの声も研修に入れてほしい。(病院)
- この場では話しづらいかもしれないが、スタッフ側としてどういった点に配慮してピアサポートのサポートをしているか知りたい。(病院)

4. 当事者がかかわる時間は大切である（3）

- 今後の研修においても、当事者が関われる時間があると良いと思います。（事業所）
- 研修に中々参加できないスタッフ（病棟が忙しくて抜けられないNS など）にも聞く機会を持てれば……。 （病院）
- お二人の話は、看護者にとっても聴いてほしい内容でした。出来ればオープンで行ってもらえたらと思いました。（病院）

5. ピアサポーターを活用している事例（3）

- ピアサポーターの養成、活用がうまくできている地域の例。ピアサポーターが取り組んでいる内容をもう少し具体的に知りたい。（事業所）
- ピア活動をスタートさせるときのきっかけ、何を起点にできるのか、成功例。（事業所）
- 当院でもピアサポーターのように患者さんが役割を持ち、患者さん同士の支援（DC メンバーが病棟で話をする等）について考えられると良いと思います。（病院）

6. 実際の地域生活について（2）

- それぞれの地域生活についてもっと知りたい。（病院）
- 実際にどういう生活を送っているのか、具体的に知りたい。ピアの活動をする前と後との変化等。（病院）

7. ピアサポーターが求めている支援（2）

- ピアサポーターとして活動するやりがい。支援者に求めること。（病院）
- 実際にピアサポーターへの支援など（自分の所属でも育てていきたい）。（病院）

8. ピアサポーターとしてどのような支援や活動の希望があるか（2）

- ピアサポーターの方がどのような活動を希望しているのか、ピアサポーターの視点からのお話が聞ければと思います。（事業所）
- 活動中でのやりがいやしんどいこと、支援者に求めることなど具体的に聞きたいと思った。（事業所）

9. ピアサポーターの実状（2）

- ピアサポーターの実情。（病院）
- ピアサポートの有効性について（実績を知りたい）。（病院）

10. 自分の地域にあう活動（1）

- 自治体によって少し形が違うので自分の地域ではどうあてはまるのかと思った。（事業所）

11. 退院までの流れ（1）

- 時間をかけて退院の流れなどを聞きたい。（事業所）

12. 実際の活動の写真など（1）

- 実際の活動の写真などあれば、よりイメージが湧いたと思う。（事業所）

13. ピアサポーター受入れのしくみ（1）

- ピアのメンバーを仕事として対価を受け取る同じ労働者をスタッフとして受け入れる仕組み。（事業所）

14. ピア活動の発展を学びたい(1)

- 今後のピア活動の発展を学びたいと思いました。(事業所)

15. やろうと思えるきっかけ(1)

- やろうと思えるきっかけの話。(病院)

16. もっと時間がほしかった(1)

- もっと時間があっても良かったかなと思います。(事業所)

(5)講義4：地域移行推進における関係機関・関係者の役割

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（50）

1. 機関の役割を理解できた__全体(28)
2. 機関の役割を理解できた__行政(7)
3. 機関の役割を理解できた__保健所(3)
4. 機関の役割を理解できた__ピアサポーター(1)
5. 職種の役割を理解できた__全体(5)
6. 職種の役割を理解できた__作業療法士(1)
7. 実際にできていないことのギャップ(2)
8. 家族とのかかわり(1)
9. 機関の役割を知る事の必要性(1)
10. 自身の役割の再認識(1)

■より詳しく知りたい内容（21）

1. 各機関の役割(6)
2. 基幹型相談支援センターの役割・事例(3)
3. 病院経営との関係(2)
4. 推進チーム(2)
5. 連携(2)
6. 保健所の取り組み(1)
7. シェアリングの時間の確保(1)
8. 在宅サービス(1)
9. 具体的な地域の例(1)
10. 機関ごとの取り組みの流れ(1)
11. ピアサポーター(1)

■役に立ったこと（50）

1. 機関の役割を理解できた__全体（28）

- それぞれの機関別に役割を説明してもらえたので、自分の機関だけでなく、他の機関の役割も理解できた。（その他）
- 関係機関の役割を改めて整理、理解出来ました。資料をもとに共有も深めることが出来ました。（事業所）
- 役割が明確に書かれていたので、連携する際にイメージしやすいと思いました。自分の立場で、何ができるのか、今しているのがどの部分なのか何のためにしている事なのか、再確認することができた。（事業所）
- 具体的な話で実際自分が支援するなかで感じたこともあり、再確認出来た。（事業所）
- 各職種の役割を改めて整理してもらい良かったです。（事業所）
- 院内の役割など、曖昧だったことが知れてよかった。（事業所）
- 各機関の役割がよくわかりました。（事業所）
- 職種や機関別の役割が理解できた。（事業所）
- それぞれの役割が明確になった。（事業所）
- 地域援助事業者ですが、改めて各機関の役割が整理できました。（事業所）
- 病院にいと（特に看護師は）関係者機関の役割をはじめて知り、PSW と NS と活動の幅を広げる知識を得た。（病院）
- 役割がまとまっていてわかり易かった。（病院）
- 各機関・関係者の役割を知ること、それぞれの現状の課題を理解することができた。（病院）
- 各機関・専門職の役割を改めて確認できた。（病院）
- それぞれの立場の役割がわかってよかった。（病院）
- 身近な関係機関の役割について、分かっているようで知らなかったことも多く、勉強になった。（病院）
- 地域の関係機関の役割が、イマイチ分かりませんでしたが、分かりやすくまとめられていた。（病院）
- 入院患者さんに地域移行支援を受けられることを周知することから始めたいと思います。（病院）
- それぞれの役割、機能を再確認できたこと。（病院）
- それぞれに求められている役割の再確認ができて良かったと思います。（病院）

- 各関係機関の役割が担当別に 62 人これていたこと。(病院)
- それぞれの職種の目的や役割をわかりやすく説明していただき、理解できた。それぞれの職種が役割を発揮して協力していかないといけないと地域移行支援につながらないと思った。(病院)
- それぞれの機関について詳しくあり、とても参考になりました。(病院)
- 関係機関の役割が分かった。(病院)
- 機関の役割。(病院)
- それぞれの機関の役割の再確認ができたこと。(病院)
- 各機関、各職種の役割が整理できた。(病院)
- 役割についてよくわかった。(事業所)

2. 機関の役割を理解できた__行政(7)

- 行政の役割を考える機会になった。(事業所)
- 市町村や病院関係者の役割が具体的にわかった。(事業所)
- 市町村の必須計画等を思いだしました。(病院)
- 地域移行を行うにあたって、行政もまきこんでいく必要がある。(病院)
- 地域移行推進は、多くの職種が協働して行政中心にすすめていくこと。(病院)
- 関係機関(特に行政)の役割の違いが分かり良かった。その他の関係者の役割も分かりやすかった。(病院)
- 今まで漠然としか分かっていなかった市町村の「仕組み」について知ることが出来た。(病院)

3. 機関の役割を理解できた__保健所(3)

- 保健所の役割がイメージできました。(事業所)
- 保健所の役割がわからなくなってきているので、整理ができました。(事業所)
- 保健所と市町村の役割の違い。(病院)

4. 機関の役割を理解できた__ピアサポーター(1)

- 一つ一つの機関のことがよくわかりました。ピアサポーターの役割が重要だと思いました。(事業所)

5. 職種の役割を理解できた__全体(5)

- 地域移行に関わる職種の役割を知ることができて良かった。資料を追う中で OT さんや病院の PSW で知らなかった所を知ることができた。(事業所)
- 職種別の役割が分かりやすかった。(事業所)
- 医療の役割が細かく、職種ごとで整理されていた。(事業所)
- 各職種の役割や立場などを理解することができた。(病院)
- 役割の整理ができた。(病院)

6. 職種の役割を理解できた__作業療法士(1)

- 機関ごと、職種ごとの役割がとてもわかりやすかったです。作業療法士に求められていることが大変参考になった。(病院)

7. 実際にできていないことのギャップ(2)

- 行政から病院・地域等、各機関の役割を改めて確認できたことが良かったです。又、共有できたことで、相互理解にもつながったように思います。「役割」として定められているが、実際にできていないこと、葛藤についてシェアリングできたのも良かったです。(病院)
- 実際に行っていることと、していると思われるギャップがおもしろかった。(病院)

8. 家族とのかかわり（1）

- 家族の協力の仕方・・・時代とともに質・カラーがどんどん変化。精医も時代の変化に合わせていく必要性あり。（事業所）

9. 機関の役割を知る事の必要性（1）

- 病院内のことしか知らなかったのも、まず外に目を向けることが必要とわかったこと。（病院）

10. 自身の役割の再認識（1）

- 他職種、他機関はもちろんのこと、自身の役割を再認識できた。（病院）

■より詳しく知りたい内容（21）

1. 各機関の役割（6）

- 関係機関を図で示していただけるとイメージしやすいと思いました。（病院）
- 介護支援専門員や、退院支援部署についての話。（病院）
- 各機関がそれぞれに求める役割があれば聞いてみたいです。（病院）
- 「症例を通した研修」各機関・関係者の役割をさらに明確にしたい。（病院）
- 各機関の役割を改めて確認できた。特に基幹は市町村によって活動が様々なので、基本を学べて良かった。（事業所）
- 役割を踏まえた上で、更に各機関の現状も共有できるセッションもしていきたいです。（事業所）

2. 基幹型相談支援センターの役割・事例（3）

- 基幹相談支援事業所等、地域の相談機関同士の関係。（病院）
- 基幹型相談支援センターが中心となって行っている地域移行支援を知りたい。（事業所）
- 各地域の基幹センターの役割がどう設定されていて、どう地域移行に関与しているのかを聞いてみたい。（事業所）

3. 病院経営との関係（2）

- ちょっと理想的すぎて・・・診療報酬のからみ、経営とのからみでとてもあんなに多職種でかわれない。（病院）
- 地域移行を進めることが病院経営に貢献するということ。（事業所）

4. 推進チーム（2）

- 市役所へ相談してどうチームをつくったりしてくれるのか、例がもう少しほしい。（病院）
- 地域移行推進チームの典型例。（事業所）

5. 連携（2）

- どのように連携していくか考えたい。（病院）
- それぞれの機関が役割を発揮できるような連携のあり方。現在まきこんでいない機関をどうすれば地域移行の取り組みに参加してもらえるか等のコツ。（事業所）

6. 保健所の取り組み（1）

- 保健所でも、取り組み内容に差があると思います。その理由。（事業所）

7. シェアリングの時間の確保（1）

- シェアの時間がもう少し欲しいと思いました。（病院）

8. 在宅サービス（1）

- 在宅のサービス（ヘルパー、訪看等）の働きについてもあれば良かったです。（病院）

9. 具体的な地域の例（1）

- 堺市の事を具体的に知りたい。（病院）

10. 機関ごとの取り組みの流れ（1）

- 地域移行にむけて、役割をいつまでに行うか等、時系列のバスのような目安があるとわかりやすいと思った。多職種・多機関で関わることのメリットやデメリットを現場レベルで共有する時間があれば良い。（事業所）

11. ピアサポーター（1）

- ピアサポーターとして活動している（地域移行に携わっている）方の話も聴きたい。（事業所）

(6) 講義5：退院意欲を取り戻すための支援

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（52）

■より詳しく知りたい内容（13）

1. 支援者があきらめてはいけない(12) 2. 利用者さんの気持ちの大切さ(9) 3. いろいろな視点・方法が参考になった(8) 4. 自分の仕事の再認識(6) 5. 重要なポイントがある事を知った(5) 6. 人権侵害であることを再認識(4) 7. 病院での取り組み事例を知った(3) 8. 連携(2) 9. わかりやすかった(2) 10. 病院の課題(1)	1. 事例や体験・経験談(4) 2. 連携(3) 3. 支援のあり方(2) 4. 具体的手法(1) 5. 支援者の意識(1) 6. 病院の課題(1) 7. プログラム(1)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

■役に立ったこと（52）

1. 支援者があきらめてはいけない（12）

- 当事者への関わりだけでなく、支援者（病院スタッフ）への意欲喚起の重要性を感じた。（事業所）
- 長期入院の方の意欲を持つためには、6ヶ月のプランではかなり難しい。1年・2年の取り組みの中で体験しながら、意欲を持ってもらうことが大切である。（事業所）
- 長期入院の方の退院促進には時間がかかる事、しかし支援者としてあきらめてはいけない事を改めて感じました。又、病院のスタッフだけでなく地域の支援者も巻き込んで退院促進をすすめていく事が必要だと感じました。（病院）
- 退院に向けて支援者の関わり方を学ぶと共に、入院中から退院後までスタッフの意欲（あきらめない気持ち）継続も大切だと再認識した。（病院）
- 支援者は最後まで決してあきらめてはいけないということが心に残りました。（病院）
- 支援者が諦めてはいけないことを改めて知ることができた。（病院）
- 地域移行に取り組むために、何から具体的に取れば良いかわかりやすかった。あきらめず本人に声掛けし続けたいと思います。（病院）
- 担当の患者さんたちの顔を思い浮かべて、まだできることがあると勇気づけられました。（病院）
- あきらめず関わる事が大切。2年間も関わりを続けて、変化があった例は参考になりました。（病院）
- あきらめないこと、NS計画での連動で取り組むこと。（病院）
- 支援者があきらめないこと。本人の想いをしっかりと聴けるよう信頼関係を築くこと、他職種との連携の大切さを改めて感じました。（病院）
- 患者さんの退院に向けた思いをどう考えていくだけでなく、こちら支援者側もあきらめず信じて取り組んでいるか考えさせられました。（病院）

2. 利用者さんの気持ちの大切さ（9）

- 退院したくない理由など、利用者目線の話。（事業所）
- 新しい環境で生活することへの不安を自分に置き換えて「転職」するなら、という説明が分かり易く、当事者の不安をより身近に感じられた。（事業所）
- 何がきっかけになるかわからないが「本人がやりたいこと」が一番のきっかけになる。（事業所）

- きちんと視点に立った発想が、講義にもあったが。患者はどのような生活をしたいのかを、アセスメントする技術が必要。(病院)
- 自分が転校したら？という考え方がとても参考になった。本人がやりたいことを聴く、退院支援のために病院でできることという内容が実践的で参考になった。(病院)
- その人らしさを考えることが大切だと感じた。(病院)
- 具体的な方法、患者さんの気持ちを知ることができた。(病院)
- 患者の気持ちに立つという事が再認識出来た。(病院)
- 「退院」そのものではなく、本人のしたい生活の為の過程としての退院について。(病院)

3. いろいろな視点・方法が参考になった (8)

- 時間との向き合いも含め、本人の変化をどういう目的、プランで受け止めていくのかも、支援者として意識して組み立てていかないといけないと改めて思いました。一定の取り組みではみていけない部分であり、常に工夫と評価がいると思いました。(事業所)
- 意欲の引き出し方が丁寧に書かれていたので、わかりやすかった。本人の意向を尊重し、根気良く関わっていくことが大切だと感じた。すぐ退院につながらなくとも、社会資源の見学等やってもらうことが大切だと思った。(事業所)
- 視点の違う見方等、楽しく話を聞かせて頂き、聞きやすかった。(事業所)
- 退院支援意欲の喚起について色々な方の意見が参考になった。(事業所)
- 入院中の患者さんに対して、具体的にどのように動き、声かけをしていくかイメージできた。(事業所)
- 意欲喚起にも色々な方法があるということがわかった。(病院)
- 施設見学だけに終えるのではなく、そこに付加価値をつけることでも(例えば一緒に外食等)意欲喚起につながる。また自立支援協議会のポスター(手紙)が当病棟でも掲示したいと感じました。(病院)
- 現在あるサービスや地域で行っている楽しい活動などを紹介する場があると少しは意欲喚起につながる。(病院)

4. 自分の仕事の再認識 (6)

- 今まででは意欲をもった時点でかかわる事が多い。今後は地域の側としてそこにも関わりたい。(事業所)
- 病院の中の話しではなく、自分にも出来る事がある事や、責任がある事を再確認できた。(事業所)
- 普段感じていることを、まとめることができた。(病院)
- 改めて、取り組む視点や考え方を認識出来た。(病院)
- 退院意欲を取り戻すことについて考えさせられた。(病院)
- 日々の業務を見直し、関わりの姿勢を再確認できた。(病院)

5. 重要なポイントがある事を知った (5)

- イメージ作りを考えることを大切にしたい。より具体的に。(事業所)
- 導入部分が大事で、委託相談が重要だとわかりました。(事業所)
- 退院支援意欲の喚起は医療・福祉両者に大切だと感じました。(事業所)
- 日常の何気ない取り組みが重要であった。声かけ、日常生活のアセスメント。(事業所)
- 退院支援を始めてから病院でできることの5つ。(病院)

6. 人権侵害であることを再認識 (4)

- 「社会的入院は人権侵害」という事を共通認識を持って病院・地域とで関わっていく事が大切で、その中で「退院したくない」という方への関わりをあきらめずに続けていく事の重要性。1・2回の面会だけで判断はできないので、何度も会って関係を作っていく事が手間はかかっても一番の近道になるのかもしれないと思いました。(事業所)
- 今業務の中でまさに悩んでいる部分です。制約のある生活が当たり前になっている、人権侵害であるということを改めて意識しました。(病院)
- 長期入院は人権侵害という考え方について、自分なりにしっかり考えたいと思いました。(病院)

- いつも感じていることを、他の人も感じていて、それを何とかしようとする事ができると刺激を受けた。(病院)

7. 病院での取り組み事例を知った(3)

- 病棟で本人に退院の意欲を持ってもらうための働きかけについて、努力されていることを知れた。(その他)
- 病院でのきめ細かな取組事例の話が良かったです。(事業所)
- 他 HP の取り組みを知る事ができた。(病院)

8. 連携(2)

- 関係機関との連携。(病院)
- 他職種へ求めていくものが再確認できました。(病院)

9. わかりやすかった(2)

- 意欲喚起、とてもわかりやすかったです。意欲がないわけではない・・・むずかしいテーマだと思います。(その他)
- とてもわかりやすかったです。自分の声かけの方法などを考えてなおしました。(事業所)

10. 病院の課題(1)

- 病院と地域との生活にそもそも差が大きすぎる。「精神病院とはこういうもの」自体概念を変えなければいけないのでは？差が大きい事が当たり前、そのこと自体おかしいと思う。病院内システム、生活スケジュール、ルールなどを地域生活に近いものに緩和していけないのか？(事業所)

■より詳しく知りたい内容(13)

1. 事例や体験・経験談(4)

- 「症例」なども取り入れてほしい。(病院)
- それぞれの経験談を語る時間があるといい。(病院)
- ENT につながった事例紹介や、スタッフの葛藤など知りたい。(病院)
- 退院支援委員会に関係機関を呼ぶ(方法・タイミングなど)事例など知りたい。(病院)

2. 連携(3)

- 地域の事業者がどのように関われるか。(事業所)
- 社会資源について。(病院)
- 地域の機関同士の関係性、横の繋がりなど。(病院)

3. 支援のあり方(2)

- 「退院したくない」という本人の選択権をいかに考えるか。そもそも「したい」か「したくない」かで退院を考えるのか。(事業所)
- 病院内でのクリティカルパスについて。(病院)

4. 具体的手法(1)

- もう少し具体的な実践や手法についても聞きたい。(病院)

5. 支援者の意識（1）

- 長きにわたる地域移行支援の中で、支援者がどのようにモチベーションを保っていくか、各機関の工夫を知りたい。（事業所）

6. 病院の課題（1）

- 時間をかけて薬を自分で飲む。お金を使えるように・・・etc。それを支援でできるようにすることがとても大きなステータスのように聞こえるが、それをしないといけないようになっている病院のシステム自体に、問題・課題があるのでは？入院して生活能力が落ちることが当たり前ではなくて、治療しながら生活能力を低下させない工夫は院内でできないのか？（事業所）

7. プログラム（1）

- それぞれの所属機関で運営的に許可の出るプログラムの作り方。（事業所）

(7) 講義6：地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（55）

■より詳しく知りたい内容（9）

1. 支援の流れ・進め方(13) 2. 自分の仕事の再認識(12) 3. 連携(7) 4. 情報の大切さ(6) 5. 退院支援意欲の喚起(5) 6. 退院はゴールではなくスタート(3) 7. わかりやすかった(3) 8. ムービー(2) 9. 患者さんの気持ちの理解(1) 10. クライシスプラン(1) 11. シェアリング(1) 12. 地域づくりの方法(1)	1. 具体的事例(7) 2. チームづくり(1) 3. クライシスプラン(1)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

■役に立ったこと（55）

1. 支援の流れ・進め方（13）

- 退院支援の流れの整理と体制づくりのポイントを伝えて頂いたこと、イメージが深まりました。（事業所）
- 導入期に患者さんの不安を取り除くのが大事だと思いました。（事業所）
- 進め方がよく理解できた。（事業所）
- 地域移行の申請から手続きまで、図を用いてわかりやすく説明して頂きました。HP でできる事や役割を他職種で考えていきたいと思いました。（病院）
- マネージメントを移行していくのが中々難しい。（病院）
- 地域移行に向けた支援（導入期から中期・後期）の中で、段階を経た支援を。（病院）
- 地域移行の具体的な流れがよくわかった。（病院）
- どのタイミングでどのような支援が必要かわかった。（病院）
- フローチャート。（病院）
- ガイドラインが非常にわかりやすく、どの時期に誰が何を取り組めば良いか理解できた。（病院）
- 退院までの想定パターンが図つきで考え方がわかりやすかった。（病院）
- イメージの共有のために、進め方の図も有効だと思った。病院から地域への主導権の移行がむずかしいと思う。（病院）
- 地域移行支援の流れが理解出来た。（病院）

2. 自分の仕事の再認識（12）

- 自分の立場で何をすべきなのか、改めて考えました。（事業所）
- 実際に地域移行に取り組んでいきたいと感じました。（事業所）
- 自分の行動を振り返りながら聞くことができた。改めて、やらねば、さらに進まねばと感じています。（事業所）
- 視点が変わると支援も変わる、ということを学びました。（事業所）
- 考え方、捉え方によってハードルを低く捉えることができ、地域移行ケアが身近に感じる事ができた。（事業所）

- わかりやすいプレゼンテーションであり、今後参考とした。我々PSW は改めて患者の味方であるということをお願いしました。(病院)
- 地域の社会資源を見学することから始めて意欲を取り戻す支援に力を入れていきたいです。(病院)
- 支援者が本人より先に退院をあきらめないこと、当然の事です。自分にあてはまると、あきらめてる事、あきらめさせている事があるのではないかと考えさせられました。(病院)
- 基本だけど振り返りになった。(病院)
- 実践的な内容でとても分かりやすかったです。(病院)
- 地域移行の仕組みがわかった。病院での役割を再確認できた。(病院)
- チームを作って患者さんと関係を作りながら丁寧にかかわっていくということを、思いだけでなくしっかりと計画を立てて実行していくことを考えていきたいと思いました。(病院)

3. 連携 (7)

- 医療と福祉との連携、二人三脚のタオルの役割が行政の役割であること。(その他)
- 医と福とのスピードの違い。違いがあるという事を知っておく。違いがあることは悪いことではない。だからお互い協力が必要なのだ。自立支援協議会がポスター作って、行政が病院巡回連携(ポスター貼っていないと指導も・・・それは行政だからできること!!)。(事業所)
- 行政がバトンになるというメッセージが残りました。(事業所)
- 病院と地域についてお互いの役割を深めた上で連携の大切さを一緒に共有できた。(事業所)
- 自立支援協議会の活用について地域性を考えて利用していきたいと思った。(事業所)
- 具体的に連携について考えることができた。(病院)
- 初期の段階より、地域の支援者と連携を行う必要性(今まではタイミングが遅かったのかもしれない)。(病院)

4. 情報の大切さ (6)

- 情報を入院している方に届けるための工夫など。(事業所)
- 情報の届け方が参考になりました。またクライシスプランをつくる段階や、地域移行の進め方等の表を頂き、どの段階で何をしたら良いかわかりやすかったです。病棟の方にも知らせられると良いなと思いました。(事業所)
- 情報(地域移行や福祉サービス)を届ける大切さと難しさを感じた。(事業所)
- 病院は患者さんに地域移行の情報を伝える責務があるということを認識した。(病院)
- 情報の一つとしてのポスターにしても、各病棟に活用できるものを作ってもらい、そのスタッフも患者様、当事者や家族に説明できるようなものにする「であい」につながると感じました。(病院)
- 情報を伝える事の大切さを改めて感じた。(病院)

5. 退院支援意欲の喚起 (5)

- 「退院意欲の喚起」より「退院支援意欲の喚起」。(その他)
- 退院意欲ではなく、退院支援意欲の喚起という視点に気があった。(事業所)
- 退院意欲の喚起より、退院支援意欲の喚起が必要ではないかということ。(病院)
- 退院支援意欲の喚起について、自分もその考えを持ち続けたいと思いました。(病院)
- 「退院支援意欲」ととてもステキな言葉です。自分自身だけでなく、他職種にも広げて行きたいです。(病院)

6. 退院はゴールではなくスタート (3)

- 退院はゴールではなくスタートであること。(その他)
- 医者の方のゴールは退院ではない。その後の生活に視点をおく事。(病院)
- 「退院はゴールではない」とわかったこと。(病院)

7. わかりやすかった (3)

- 研修におけるロールプレイの達成感、とてもよかったです。(事業所)

- 堅苦しい内容をく다いて話して頂き、楽しく今後のことを考えることができました。(病院)
- 見方を変えるたとえが分かりやすく面白かった。(病院)

8. ムービー (2)

- ムービーもとてもわかりやすく、当事者の方の目線を知ることができて良かったです!! (病院)
- DVD とても良かったです。地域移行支援計画を実際に使ってみたいと思った。使った上で自分の職場に合わせて変えて活かしてみたいと思う。(病院)

9. 患者さんの気持ちの理解 (1)

- 具体的な方法、患者さんの気持ちを知ることができた。(病院)

10. クライシスプラン (1)

- クライシスプランを作成しておく事の大切さ。(病院)

11. シェアリング (1)

- 講義を聞いたあと、地域の方とすぐシェアリングできたこと。(病院)

12. 地域づくりの方法 (1)

- 地域づくり方法が理解できた。(事業所)

■より詳しく知りたい内容 (9)

1. 具体的事例 (7)

- 市町村、保健所との連携事例、地域の取り組み。(事業所)
- 具体的事例なども取り上げていただけたら良いと思います。(事業所)
- 具体的な事例が1つでもあると、さらにイメージがしやすいのではと思った。(事業所)
- 地域移行支援での取り組みの実際 (事例をもとにした内容?)。(事業所)
- 実際に使われている患者さん向けのポスター等 (退院に向けてお手伝いしますとの内容)。他にもあれば参考にしてみたい。実際のものがあればなお良いと思った。(病院)
- 具体的にどのように地域の事業者を院内に参画できるか、市町村との連携が進められるか。(病院)
- いくつかのパターンの事例をみてみたい。(病院)

2. チームづくり (1)

- チーム作りについてのディスカッション等深め、仮定モデルなども作っていくようなワークにも取り組みたいと思います。(事業所)

3. クライシスプラン (1)

- クライシスプランの作り方。(病院)

(8) 演習：病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（52）

1. ロールプレイ(17)
2. 意識の共有(10)
3. 病院や地域の状況を知ることができた(8)
4. ピアサポーター(6)
5. 連携(5)
6. 新しい視点(4)
7. ムービー(2)

■より詳しく知りたい内容（14）

1. ピアサポーター(3)
2. ロールプレイ(2)
3. 事業所について(2)
4. 仕事のあり方(2)
5. 演習の時間が長い方がいい(1)
6. 看護師に研修が必要(1)
7. 具体的なテーマ(1)
8. 現場の課題(1)
9. スタートの方法(1)

■役に立ったこと（52）

1. ロールプレイ（17）

- 地域の事業所が抱えている不安や、問題。又 HP で感じている不安などを共有でき、意見交換を多くできたため、とても良かったです。ロールプレイでは各々の立場に立って、思いを考えることができました。（病院）
- 様々なテーマで意見交換ができ、とても勉強になった。ロールプレイを実際にやってみることで、課題がよく見えてきた。退院支援意欲の喚起という考え方が新たな視点だった。（病院）
- ロールプレイをやることで、より具体的にその人の気持ちを考えることができた。（病院）
- ロールプレイでそれぞれの立場の役割を客観的に見ることができました。（病院）
- ロールプレイをすることで患者さんの気持ちを考えることができた。（病院）
- ロールプレイで、患者さんが事務所・スタッフを選択できる出会いについては面白いと感じた。（病院）
- ロールプレイで職種の違う役を行うことにより、それぞれの立場が理解できたよう。（病院）
- 関係機関の意見が聞けたり、多くの発見があった。ロールプレイでは他機関の気持ちを共有できた。（病院）
- ロールプレイの中で、関係機関がかかわることを、当事者がどう感じるのか考えさせられました。（病院）
- ロールプレイをしたことで、誰がどんなことをしてくれるのかが、具体的になった。（病院）
- 演習のロールプレイがとても面白かった。E グループが数事業所に来てもらって入札制にしたのですが、現実では思いつかない事も演習を通して、できない事はないなと感じました。（事業所）
- ロールプレイをしてみて、お互いのやりにくさなどがわかりました。（事業所）
- 役割を変えてロールプレイして、他職種の役割の困りごとが理解できた。（事業所）
- 病院 PSW の役をロールプレイでやり、いかに日頃の信頼関係が大事かを再認識しました。（事業所）
- ロールプレイで患者役をやり、情報の伝え方や事前準備がとても大切な事を確認できた。（事業所）
- ロールプレイ、当事者の立場で相談支援専門員と面談したら、外から来る人がどんな人なのか、緊張し、どこまで話して良いか何をしてくれる人なのか、とても不安でした。（事業所）
- 今まででは思いもよらなかったこと（当事者が3人の場面設定など）が、意外と解釈のヒントになりえるということ。（事業所）

2. 意識の共有（10）

- 他職種（時に地域の方々）との協議をする事で、病院での満足が無知であり、無利益である事を知った。（病院）
- 地域の事業の素直な意見を聞くことができた。（病院）
- 様々な部署、立場からの意見が聞く事ができて良かったです。貴重な機会でした。（病院）
- グループ内で様々なアイデアを話し合うことができ、相互理解が進んだと思います。（病院）
- 医療機関と相談スタッフと想いが共有できたこと。（病院）
- 色々なテーマにそって意見交換ができ、共通認識が生まれる場面も多々ありました。素直な意見交換が行え、顔の見える関係の第一歩ができました。（事業所）
- グループで言語化することが悩みの共有につながった。患者目線、ピアサポ同様で考えることの大切さを実感！いかに専門職視点になっていたか、偏っていたかを反省します。（事業所）
- 皆それぞれの視点や立場で様々なことを感じ考えているということがわかり、癒しになった。（事業所）
- 大阪という地域で、やっていることは共通していると思えた。茶話会やピアサポーターの導入など。しかし、それを続けてなお上手くいかない現実を打破する新たなアイディアが必要。（事業所）
- 近場の方と一緒に話せた事でかなり具体的なヒントが得られた。アイデアがいくつか浮かんだ。試したい。（事業所）

3. 病院や地域の状況を知ることができた（8）

- 他職種や色々な立場からの見方（立場が違えば考え方も違う）が知れてよかったです。（病院）
- 各機関により思い考えていることが理解できたこと。（病院）
- 事業所の諸事情や関係機関の諸事情あり、なかなか難しい状況にあると思いましたが、努力出来る事はあると思いました。（病院）
- 地域での思っていることと、病院との違いが理解できた。（病院）
- 具体的な場面を話し合い、他職種の話が聞けた事、各々の立場での関わり。（病院）
- 各機関の実情がわかった。（病院）
- 病院、地域でできることがわかり、またどのような所で困難を感じているのかわかった。対象者を一般相談事業者との出会いの場面を考えた時、対象者に事業者を選んでもらう（おひろめ会）という発想が出て、取り組めたらおもしろいと感じた。（事業所）
- HP 側の思いや実情をきけたこと。（事業所）

4. ピアサポーター（6）

- ピアの人と相談する姿勢を持つことにハッとした。（病院）
- 演習を通して、「ピアサポーターの支援」について、他の医療機関、地域の現状を知り、活用したいものもあった。院内茶話会での語りべ、病棟での囲碁・将棋など。（病院）
- ピアサポートさんと一緒に活動することで学べる。ピアサポの専門性。質の担保をあげていく。ブルドーザー支援くスコープ支援。（事業所）
- ピアサポーターとの連携について新たに考える機会になった。（事業所）
- ピアさんが入っていたので、話がよく聞けた。（事業所）
- 今回は本当に参加させてもらって良かったです。ピアスタッフとして働く中で疑問に感じていたことが、こんなにも考えて下さってのことだということが良くわかりました。目線の違いのすりあわせ、学ぶことの出会いの大切さ、ヒシヒシと感じました。今度このような研修の時には、地元のピアサポーターの方も来れるような会になれば、より具体的にすすむのではと思いました。（その他）

5. 連携（5）

- テーマにそって一緒に地域移行支援に考えたことがとてもよかった。私達が地域移行支援の「雰囲気」を変えていく。「みんなでバトンをつなげるように」。（病院）
- お互いのやりやすさのために、お互いできる手を貸すこと、とりあえず思いつくことをあげる。その雰囲気づくりがまず大切。（病院）
- 病院の課題として抱えこむのではなく、それも含め地域の課題として捉える考え方。（病院）

- グループで話し合え、病棟内での退院促進の様子を聞けてよかった。医療と福祉が連携をとっていくことが必要であると感じた。(その他)
- それぞれ連携しながら考えていけば退院に向けて進めていけると思いました。(事業所)

6. 新しい視点 (4)

- グループワークをすることで、自分 1 人では考えつかないこと「アイデア」がみつかることがわかった。(病院)
- 積極的なディスカッションができて、視野が広がりました。(病院)
- 支援を受ける側の立場に焦点を当てた演出で楽しく勉強になった。(事業所)
- 自分の接し方や、面接のことを振り返ることができました。(事業所)

7. ムービー (2)

- 具体的な地域移行の進め方を知ることができてイメージがついた。ムービーが分かりやすかったです。(病院)
- 有野さんの話は熱を感じました。ムービーとても良かったです。(事業所)

■より詳しく知りたい内容 (14)

1. ピアサポーター (3)

- ピアサポとは！(事業所)
- ピアさんが入った方がいいと思われます。(事業所)
- ピアサポーターの養成を行っているところの実践、当事者（担い手）の感想等が聞けると良いです。(病院)

2. ロールプレイ (2)

- ロールプレイの発表がききたかったです。(事業所)
- ロールプレイが良かったです。(事業所)

3. 事業所について (2)

- 相談支援事業所の課題。優先すべきケースの選択。(事業所)
- 指定一般事業所について。(病院)

4. 仕事のあり方 (2)

- 相手の気持ちになって考えると、こういうことなのだと改めて感じられました。最初の段取りがとても大切だと思います。(事業所)
- 改めて、自分が日々流されて仕事をしていることを痛感した。(病院)

5. 演習の時間が長い方がいい (1)

- 演習への時間が多いといいと思う。(病院)

6. 看護師に研修が必要 (1)

- 多くの看護師にこの機会が提供できるとよい。(病院)

7. 具体的なテーマ（1）

- もう少し具体的なテーマで話し合ってみたかったです（人物の設定など、これを決めるのに時間がかかりました）。（病院）

8. 現場の課題（1）

- 現場レベルでの困り事を共有できる時間がもう少し長くあってもよかった。（事業所）

9. スタートの方法（1）

- まず、どのようにスタートを切ればいいのか、他の方の意見を聞いてみたい。（病院）

(9)全体をとおして

※（ ）は件数

※基本的に原文の通り記載している

※文末の（事業所）は障害関連事業所に勤務している人、（病院）は病院に勤務している人、（その他）は事業所や病院以外に勤務している人の回答

■役に立ったこと（48）

1. 他の職種の意見・立場の理解・想いの共有（22）
2. 日頃の仕事の再認識（11）
3. 連携づくりに役立った（4）
4. 地域移行のポイント（4）
5. 地域の中での連携・関係づくりの大切さ（3）
6. 新たな気持ちで努力したい（3）
7. 研修の必要性（1）

■より詳しく知りたい内容（23）

1. 他職種の話（3）
2. ピアサポーター（3）
3. シェアリングの時間を増やす（2）
4. 事例（2）
5. 病院の在り方（2）
6. 用語の解説（2）
7. 地域住民の理解（1）
8. 地域包括ケアシステム（1）
9. 家族支援（1）
10. 感謝（1）
11. 権利擁護（1）
12. 実際の映像や体験や事例（1）
13. 退院支援意欲の向上（1）
14. 連携（1）
15. ロールプレイ（1）

■役に立ったこと（48）

1. 他の職種の意見・立場の理解・想いの共有（22）

- 病棟の話を普段聞けないので、シェアリングで聞けたことが良かった。他市のしくみが聞けた。基幹相談支援センターや事業所の成り立ちの違いで、動き方が違うと感じた。（その他）
- 医と福との連携と言っても、なかなか同じ場所・時間に顔をつき合わせて学ぶ・交流できる場はないと思うので、研修を通して皆さんと色々話せて日頃のしんどいことも含めて語り合えて楽しかったです。（事業所）
- 病院（PSW、看護師）と地域（相談支援員、ピアサポーター）と一緒に地域移行を考える機会がなかったので、とても参考になることが多かった、それぞれの立場の思いや、課題が共有できた。（事業所）
- 他職種の方と話ができて、刺激をもらいました。（事業所）
- 今回看護の方とたくさんお話できたのが、とても良かったです。（事業所）
- 今回の研修では医療側、双方、そして多職種が参加して課題共有ができたことが良かったと思います。（事業所）
- 地域以外の状態がわかったのでよかったです。（事業所）
- 身近な人たちと研修を受けて、思いを共有できたことが良かったです。ピアサポーターの不在など課題はあるが、きっかけ作りになった。（事業所）
- 医療機関でケースワーカー以外の方と話し合いができた。今後一緒にやれそうな気配を感じる。（事業所）
- 地域移行で携わる他職種を含めた方と意見交換でき、とても勉強になった。行政にも入ってもらえると良かった。ピア活動を進めていくために、どう行政の理解を得ていくか課題に感じた。（事業所）
- 看護師・OT等、普段関わることのない職種の方と一緒に研修を受け、共有できたこと。（事業所）
- 同じグループ内にHP、地域がまざっていて、都度共有できることが良かった。（病院）
- 病院は地域を！地域は病院を。現状を知る事ができた。（病院）

- シェアリングの時間が大変よかった。経験年数が私自身は浅いため、ベテランの方の視点が非常に勉強になった。(病院)
- グループワークをすることで、他院、他機関の取り組みを知ることができたこと。(病院)
- PSW 以外の人からの意見を聞くことができて、良かったです。地域の方の声も身近に感じました。(病院)
- 病院、地域の支援者が同じ課題をどの視点から見ているのか、今まではわかりにくかったですが、それぞれに重なる部分を増やすことができたように思いました。(病院)
- 病棟外の方の話聞く事で、新しい事を知り、地域移行についてのしるきを知ることができた。(病院)
- シェアリングで疑問を聞く事が出来た。(病院)
- PSW の方と話せて、自分があまりに知らないことを知れました。(病院)
- 他の機関の人と話はできたこと。いろいろなところに目を付けなければいけないということに気付かされた。(病院)
- 相談員の立場。(病院)

2. 日頃の仕事の再認識 (11)

- わかっているつもりでも、わかっていないことや、慣れてしまった大切な視点を思い出させてくれたことが、とても良い研修となりました。(事業所)
- 皆であでもない、こうでもないといふこれ考える時間自体が、支援者にとってまさにピアの役割を果たしているのだと感じた。(事業所)
- PSW が語る言葉には、当事者の方に対する熱い想いと PSW の使命を強く感じます。とても良い研修に参加させて頂きました。特に長期入院の問題は、人権問題なのだという認識を持ち、支援する体制づくりに取り組んでいきます。(事業所)
- 今までの仕組みでうまくいかなかったのなら、違う方法、違う視点で取り組むという思考の柔軟さ。リフレーミングの大切さ、自分たちも難しく考えず、目の前の利用者の支援をしていくこと。(事業所)
- 普段なかなか意識できないが、ものごとの視点を変えること、相手の立場に立った支援の必要性を感じることができた。(病院)
- 講義、ロールプレイ、シェアリング、それぞれの時間しっかり設けられており、実践とふり返りができたことが良かった。(病院)
- まず大きな動向、施策を確認して、その中で今自分がどこにいるか何が問題か考える機会にできる。行政や地域にむけてスタンスを変えることが必要だと思った。地域移行は「待ったなし」ということが特に印象的。(病院)
- 地域移行支援について、知らなかったことをたくさん知ることができて、大変勉強になりました。職場(部署)に持ち帰り、共有して地域支援に対する意識を持つことと、できることから地道に行っていくことの大切さを感じました。(病院)
- 地域移行のテーマですが、長期入院者の退院支援の場だけでなく、外来、OC、訪問など様々な場面に共通した中身で、PSW として再認識ができて良かったです。(病院)
- 日々の業務・自分の姿勢の再確認になった。同じ地域の方と勉強できたことで、今後の取り組みについて考えることや、より地域移行を進めていくエネルギーになったと思う。(病院)
- 自分が今思いついたり、経験したことから行う支援がとても狭く、色々な人同士が会うことで、色々な可能性が生まれると感じました。その接点をいかに増やすかを教えていきたい。(病院)

3. 連携づくりに役立った (4)

- 退院支援について様々な視点で考える機会を与えて頂き、「考える」ことに集中できる研修となりました。皆さんと支援のイメージを持って、今後の取り組みへ昇華させていきたいと思ひます。演習なども通してチームのイメージは深まり、より顔の見える関係は築けたと思ひます。ありがとうございました。(事業所)
- 地域移行の流れや、それに携わる方の役話を1つ1つ整理しながら学ぶことができました。今回の研修でぜひ今後利用を検討していきたいと思ひました。又、地域の役割や声を直接聞けたことで、今後の業務での連携で役に立っていくと感じました。(病院)

- 医療と地域の連携の難しさを感じた上で、必ず連携できるという思いもできた。又、「地域移行」ができないという医療者側のあきらめが、一番大きな要因ともなっているとも感じる。気持ちをあらためたいと思う。(病院)
- 地域移行支援を他職種と行うことでリカバリーにつながっていく。それは入院だけでなく、地域につないだ後もつながっていくことだと感じた。私ができることを活用していきたい。(病院)

4. 地域移行のポイント (4)

- それぞれ講師の方の話はわかりやすく、改めて消化して理解できたと思います。計画・相談の現状や、何故全国的に 500 件の利用であるか感じた。(病院)
- 地域移行支援のポイントについて、よくわかった。(病院)
- 患者に対してのアプローチ方法がわかった。(病院)
- ピアサポーターの存在が、私の働く病棟では外部からの退院支援へ向けての大きな刺激になるなと感じました。退院したいという気持ちを支えていきたいと思いました。(病院)

5. 地域の中での連携・関係づくりの大切さ (3)

- 同じ地域で働く支援者がそれぞれの抱える課題を共有しながら学べたことで、今後よりいっそう連携が強まると同時に、PSW 個人として考えるのではなく、地域全体の課題として考えることのきっかけになったように思います。(病院)
- 地域との関係づくり（地域づくり）が大切になることを再認識できたので良かった。(事業所)
- 地域移行の進め方で、相談支援だけで抱え込むことなく、他の職種の方の力を借りていける気がしました。(事業所)

6. 新たな気持ちで努力したい (3)

- 地域移行の進め方について、現在自分が行っていることの意義や誰のため、何のための支援なのか再確認する機会になった。(事業所)
- 休憩も間に何度かあり、良かったと思います。事情は色々あるとは思いますが、努力して行きたいと思いました。(病院)
- 退院支援をがんばろうという気持ちとなった。(病院)

7. 研修の必要性 (1)

- 地域移行を推進するにあたり、当病院にも進め方等の研修会を開催する等、必要であると感じた。(病院)

■より詳しく知りたい内容 (23)

1. 他職種の話 (3)

- 看護師さんが地域移行に積極的に取り組んでおられる話し等もしてもらえるといいなと思いました。(事業所)
- 他職種の方とお話できることが増えれば良いなと思います。(事業所)
- いろんな職種＋当事者の人のシンポジウム。(病院)

2. ピアサポーター (3)

- ピアサポーターについて、実際の活動や実体験（ピアサポーターとしてのの）をもっと知りたい。堺市だどこが当てはまるのか、地域性も組みこんで欲しい。(病院)
- ピアサポーターについて、活動の実際と、効果的な養成・育成プログラムについて。(病院)
- ピアサポーターの話などは、当院でももっと多くの方に聞いて頂きたかったと思いました。その時間だけ、特別講演として、一般参加も認めて頂けたらありがたかったです。(病院)

3. シェアリングの時間を増やす(2)

- もう少しざっくばらんに交流できる機会があれば良いなと思いました。グループ以外の人とも意見交換してみたかったです。(病院)
- シェアリングの時間がもっとあっても良かったと思いました。(病院)

4. 事例(2)

- 実際の事例を当事者との話の中で聞きたいと思った。行政の話も聞きたいと思った。(事業所)
- 大枠としての仕組みについて学ばせて頂いたので、事例などでその方法について知りたい(現場によって、やり方も違うと思われるが一例として)。(病院)

5. 病院の在り方(2)

- 開かれた病院をつくるには?患者にも、地域にも優しい病院とは?なにかを模索していけたらと思う。(事業所)
- 自立支援協議会の 1HP あたり、今後の地域移行を出す案件で、1HP5 件収支として+という考え。(病院)

6. 用語の解説(2)

- 言葉が難しく、なかなか理解しにくい所があった。用語集みたいなのがあればと思った。(病院)
- 制度・法律のことが自分は疎くて、途中わからないことが多かったので、精神科で勤めるのでしっかりと意識として身につけたいと思います。(病院)

7. 地域住民の理解(1)

- 専門職だけではなく、地域住民への理解活動も地域移行を進める上では重要なことであると思います(今回の主旨とは外れると思いますが)。(事業所)

8. 地域包括ケアシステム(1)

- 包括ケアシステムについて。(事業所)

9. 家族支援(1)

- 家族支援について。(病院)

10. 感謝(1)

- 講師の方達の話術に関心しました。進行もスムーズで、2 日間研修を受ける事が出来ました。本当にスタッフの皆様をはじめ、ありがとうございました。(病院)

11. 権利擁護(1)

- 権利擁護の話、特に精神科医療の歴史について。地域の指定相談の方にきいてほしいです。※今回参加者の方々には必要ないかもしれませんが……。 (事業所)

12. 実際の映像や体験や事例(1)

- 退院準備プログラムより具体的な内容や、実際のプログラムの映像や体験をしてみたいと思った。(事業所)

13. 退院支援意欲の向上（1）

- 実際の地域で地域移行の研修をするにはどうしたらいいか（退院支援意欲の向上について）。(病院)

14. 連携（1）

- 様々な地域での連携の取り組みについて現場の人からの話が聞きたいです。(病院)

15. ロールプレイ（1）

- 最後のロールプレイはおもしろかった。(病院)

7 調査票

(1) 研修前アンケート

精神障害者の地域移行支援に対する意識について【事前アンケート】

- このアンケートは研修前後における個人の変化をみるため、個人を特定する必要があります。
必ず、お名前の記入と全ての項目への回答をお願いいたします。
- 個人を特定して公表することはありませんので、現在の状況を率直に回答してください。

1. あなたのお名前をお教えてください。

お名前

2. 以下の1～15の項目について、それぞれ1つ○をしてください。

	あてはま らない	あまり あてはま らない	どちらとも いえない	少し あてはまる	あてはまる
1 地域における精神医療の現状がわからない					
2 地域移行支援のプロセスがわからない					
3 精神障害者に関する地域の資源(関係機関や関係会議)をよく知らない					
4 地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない					
5 どのような職種や立場の人が地域移行支援にかかわっているかわからない					
6 地域移行支援における医療と福祉の連携は難しいと感じている					
7 精神障害者の長期入院の課題は、精神病院が努力すれば解決する					
8 精神障害者に対する地域の理解を得る自信がない					
9 入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない					
10 地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない					
11 地域の(自立支援)協議会のことをよく知らない					
12 地域移行支援で困った時にだれに相談したらいいかわからない					
13 地域移行支援にはあまり携わりたくない					
14 高齢の長期入院患者は地域移行支援の対象にならない					
15-1 ★医療機関に所属している方 家族に入院患者の退院を理解してもらえるよう対応する自信がない					
15-2 ★医療機関以外に所属している方 精神障害者にかかわることに不安がある					

3. 実際に現場で、精神障害者の地域移行支援の対応で困ったことはありますか。
具体的内容をお教えてください。

--

(2)研修後アンケート

地域移行を推進する人材養成モデル研修 参加者アンケート

◆ 本日、参加されている方の基本属性をお聞かせください。

問1 (1)～(7)それぞれについて、お教えてください。

(1) あなたのお名前をお教えてください。

※このアンケートは研修前後における個人の変化をみるため、個人を特定する必要があります。必ず、お名前の記入と全ての項目への回答をお願いいたします。個人を特定して公表することはありませんので、現在の状況を率直に回答してください。

お名前	
-----	--

(2) 性別 (1つに○)

1. 男性	2. 女性
-------	-------

(3) 年齢 (1つに○)


1. 20歳代以下	2. 30歳代	3. 40歳代	4. 50歳代	5. 60歳代以上
-----------	---------	---------	---------	-----------

(4) 所属先の種類 (1つに○) と在職年数

1. 地域移行機能強化病棟をもつ精神科病院 2. 上記以外の精神科病院 3. 基幹（委託）相談支援事業所 4. 指定一般相談支援事業所 5. その他（ ）	➡	左記で回答した 職場での在職年数 おおよそ（ ）年
-------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------

(5) 所属先での役職・立場 (1つに○)

1. 施設や事業所等を管理する立場（経営者、施設長、管理者等） 2. 職員を指導する立場（係長、主任等） 3. 直接支援をする職員 4. 事務職員 5. その他、上記に該当しない職員（ ）

<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. 作業療法士 6. 相談支援専門員 7. ピアサポーター 8. 社会福祉士 9. 社会福祉主事 10. 行政の職員 11. その他（ ） 	 <p>左記で回答した 従事している<u>主な職種</u>の経験年数</p> <p>おおよそ（ ）年</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1. したことがある</p> <p>2. したことはない</p>	<p>実際に地域に移行した人は何人ですか。 いない場合は「0」 () 人</p>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

--

◆ 精神障害者の地域移行支援に対する意識について【 事後 】

※ここでは、事前アンケートと同じ質問をしています。現在の状況を率直に回答してください。

問 3 以下の1～15の項目について、それぞれ1つ○をしてください。

- | | | | | |
|------------|---------------|------------|------------|----------|
| 1. あてはまらない | 2. あまりあてはまらない | 3. どちらでもない | 4. 少しあてはまる | 5. あてはまる |
|------------|---------------|------------|------------|----------|

▼ 1～14 は、すべての方に、15 は所属機関に応じてうかがいます。

1. 地域における精神医療の現状がわからない	1	2	3	4	5
2. 地域移行推進のプロセスがわからない	1	2	3	4	5
3. 精神障害者に関する地域の資源(関係機関や関係会議)をよく知らない	1	2	3	4	5
4. 地域移行支援における地域の関係機関の役割がわからない	1	2	3	4	5
5. どのような職種や立場の人が地域移行支援にかかわっているか知らない	1	2	3	4	5
6. 地域移行支援における医療と福祉の連携は難しいと感じている	1	2	3	4	5
7. 精神障害者の長期入院の課題は、精神病院が努力すれば解決する	1	2	3	4	5
8. 精神障害者に対する地域の理解を得る自信がない	1	2	3	4	5
9. 入院患者の意欲喚起への取り組み方がわからない	1	2	3	4	5
10. 地域移行支援におけるピアサポーターの役割や連携の取り方がわからない	1	2	3	4	5
11. 地域の(自立支援)協議会のことをよく知らない	1	2	3	4	5
12. 地域移行支援で困った時にだれに相談したらいいかわからない	1	2	3	4	5
13. 地域移行支援にはあまり携わりたくない	1	2	3	4	5
14. 高齢の長期入院患者は地域移行支援の対象にならない	1	2	3	4	5
★医療機関に所属している方	15-1 家族に入院患者の退院を理解してもらえるよう対応する自信がない				
★医療機関以外に所属している方	15-2 精神障害者にかかわることに不安がある				

◆ 本日の研修について、ご意見をお聞かせください。

問4 本日の研修の内容等は、現場での対応に役に立つ内容でしたか。(それぞれ1つに○)

5. とても役に立った	4. 役に立った	3. どちらでもない	2. あまり役に立たなかった	1. 役に立たなかった	
1日目					
講義1 精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～	5	4	3	2	1
講義2 精神障害者の地域移行をめぐる動向② ～地域移行支援について～	5	4	3	2	1
講義3 体験談から地域生活について考える	5	4	3	2	1
2日目					
講義4 地域移行推進における関係機関・関係者の役割	5	4	3	2	1
講義5 退院意欲を取り戻すための支援	5	4	3	2	1
講義6 地域移行の進め方と市町村(圏域)における連携体制の構築	5	4	3	2	1
演習 病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方	5	4	3	2	1

※以下の問は、それぞれ、空欄に自由にお書きください。

問5 役立った内容は具体的にどのようなことですか。また、より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等がありますか。

1日目

<p>講義1 精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～</p> <p>役に立ったこと</p>
<p>より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等</p>

講義2 精神障害者の地域移行をめぐる動向②～地域移行支援について～

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

講義3 体験談から地域生活について考える

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

2日目**講義4 地域移行推進における関係機関・関係者の役割**

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

講義5 退院意欲を取り戻すための支援

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

講義6 地域移行の進め方と市町村(圏域)における連携体制の構築

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

◆ 演習 ◆病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方
役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

全体的にみて

役に立ったこと

より詳しく知りたい、新たに研修に加えてほしい内容等

問6 その他、進め方や資料等について、ご意見があればお聞かせください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 平成28年度障害者総合福祉推進事業

指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して
地域移行に向けた支援を行うための
研修カリキュラム及びガイドライン等の開発 報告書

平成29（2017）年3月31日 発行

発 行 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

所在地 〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F
TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993
E-Mail : office@japsw.or.jp URL : <http://www.japsw.or.jp/>

