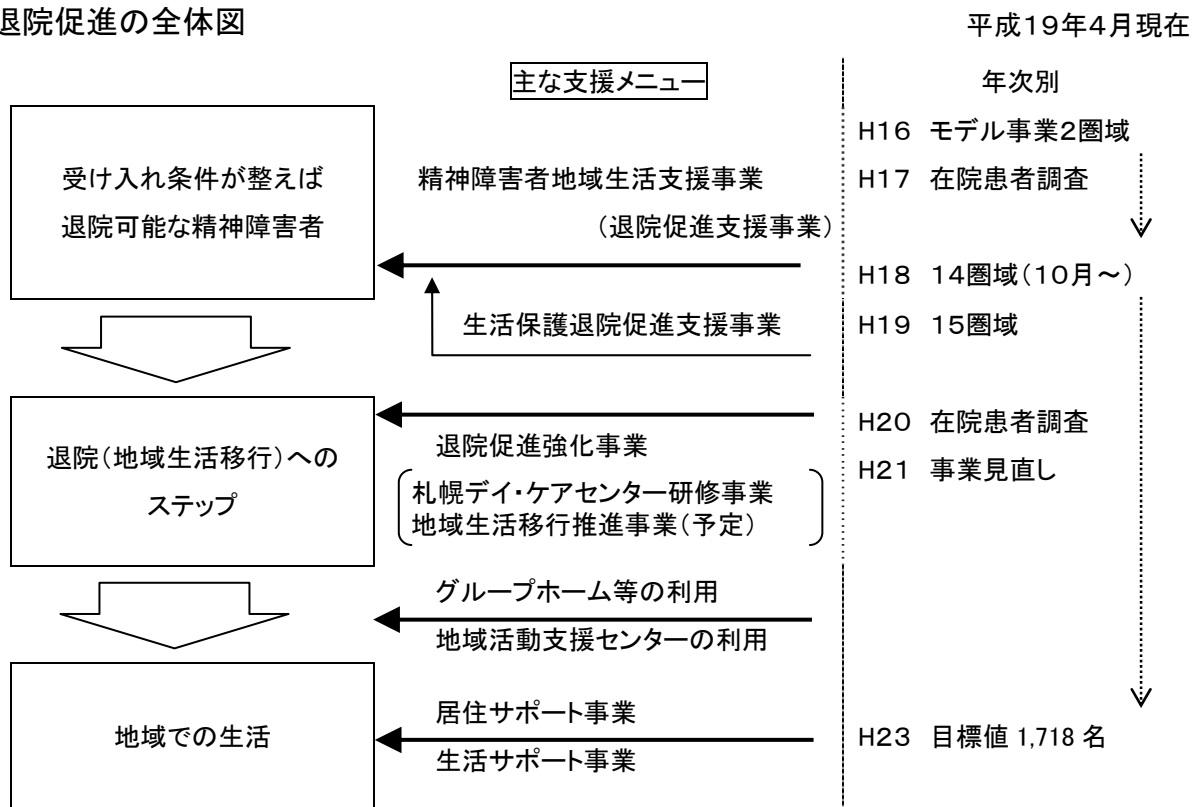


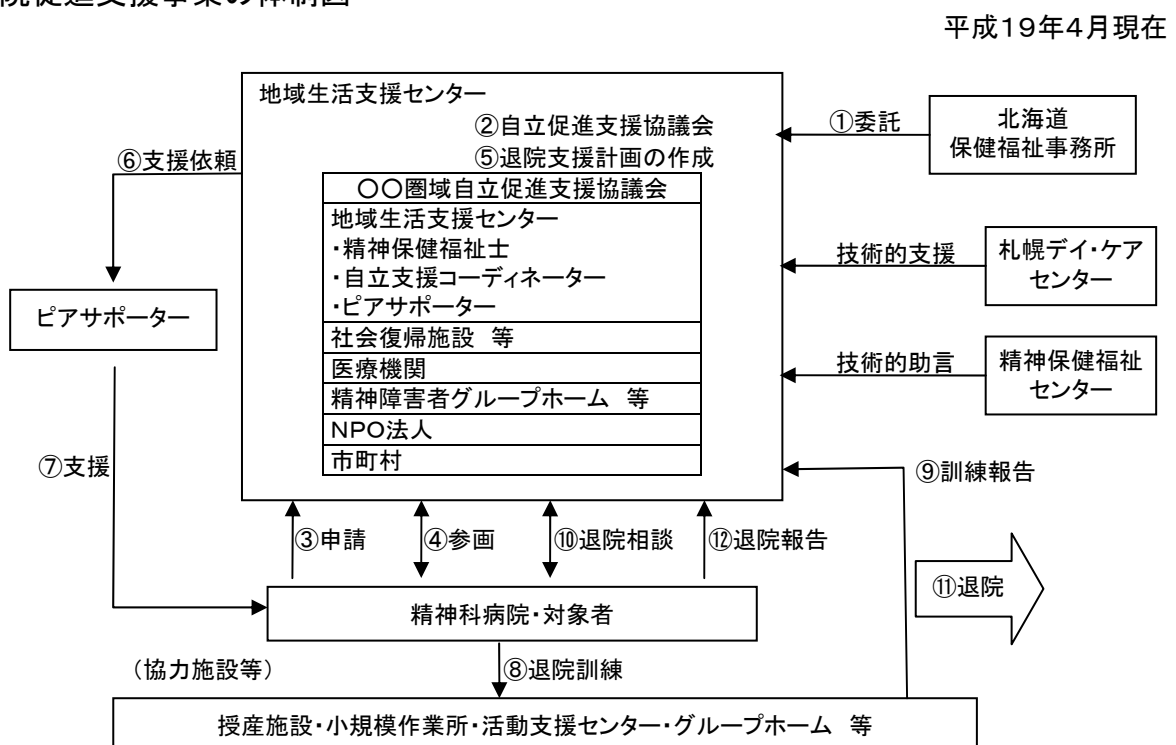
1. 北 海 道

(1) 体制図

①退院促進の全体図



②退院促進支援事業の体制図



(2) 自治体概要

①基礎データ

人 口 (人)	病院数 (か所)	入院 患者数 (人)	デイケア (か所)	訪問 看護 (か所)	支援 センター (か所)	援護寮 (か所)	福祉 ホーム (か所)	福祉 ホームB (か所)	グループ ホーム等 (か所)	通所 授産 (か所)	小規模 作業所 (か所)
5,635,896	124	19,531	71	—	17	14	4	4	82	22	104
(358,769)	(5)	(490)	(3)	—	(1)	(1)	—	—	(17)	(1)	(7)

※政令市を含む

※ () 内はモデル圏域の再掲：十勝地域

※デイケアにはナイトケア併設も含む

※平成18年630調査

退院可能者精神障害者数(計画)	1,718人
-----------------	--------

②事業概要

北海道においては、平成16～18年9月において、モデル事業として十勝及び釧路の2圏域において退院促進に取り組んできた。平成18年10月以降、精神障害者地域生活支援センター12か所に新規2か所を加え、14圏域において北海道精神障害者生活支援事業を実施している。

対象者数

	平成16	平成17	平成18	計
新 規	12人	6人	30人	48人
終了(退院)	5人	5人	5人(12人)	15人
中 止		1人		1人
継 続	7人	7人	32人	
ピアサポーター		7人	71人	
か所数	2か所	2か所	4～9月:2か所 10月～:14か所	

- 1 精神障害者地域生活支援事業
 - ・精神保健福祉士の配置
 - ・精神障害に係る高度・専門的な相談支援
- 2 精神障害者自立支援事業
 - ・自立支援コーディネーターの配置
 - ・地域生活移行支援
 - ・ピアサポーターの配置

センターの 主な機能	・精神障害者からの相談に応じ助言指導 ・地域生活移行を図るための支援 ・保健所、関係機関等との連絡調整	名 称 設置か所	北海道精神障害者地域生活支援センター (道内14圏域)
実施主体	北海道(社会福祉法人等に委託)		
実施体制	基本的に24時間対応 業務内容:電話、窓口相談/サービス調整/関係機関との連携		
実施時期	平成18年10月から	〔ピアサポーターの業務〕 ア) 対象者への訓練内容の説明及び信頼関係の構築 イ) 同行支援 ウ) 対象者の訓練中の状況確認や必要な支援 エ) 支援方法の協議及び支援に必要な情報の収集 オ) その他対象者が安心して訓練するために必要な支援	
対 象 者	・対象者 精神科病院に入院している社会的入院患者 1圏域10名以上(目標) ・ピアサポーター 当事者10名以内 (対象者1名につき1名)	〔ピアサポーター 精神疾患を患った自らの経験を活かして、精神保健福祉の向上につなげる意欲を持ち、この事業に賛同し業務として自ら行う意志のある者〕	

特定の圏域における実施は、退院促進に対する道の取り組みについて周知不足を招いたが、モデル事業から全道展開に当たって、対象者の状況や支援過程など丁寧な事例集を作成することができ、事例集は未実施圏域の参考となっている。また、モデル事業実施センタースタッフが未実施圏域に講師として出向き、各地域の実情に応じた実施体制に対するアドバイスをを行い、また、後発圏域のピアサポーターの研修受け入れを担っている。

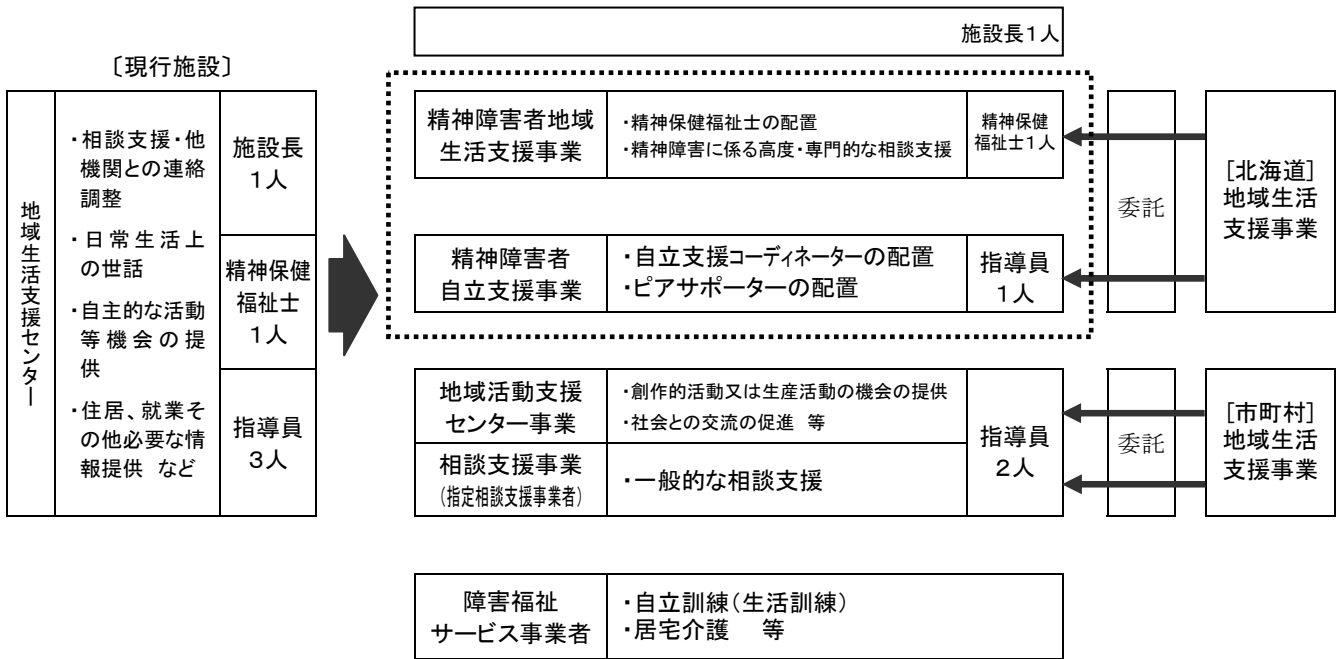
(3) 事業実施のポイント

北海道においては、精神障害者地域生活支援センターの新体系への移行及びモデル事業における当事者自立支援員の支援実績を踏まえ、事業実施体制として精神保健福祉士及び自立支援コーディネーター各1名を常勤で配置、対象者に対する直接支援にはピアサポーターが主として当たることとした。

自立支援コーディネーターは、対象者及びピアサポーターのマネジメントを行いながら支援を進める。ピアサポーターには支援実績に応じて時給と交通費を支給し、センターは、ピアサポーターに対して必要な研修を実施することとしている。

イ メ ー ジ 図

新体系移行例のイメージ(平成18年10月1日から)



①事業の周知方法

北海道は広域な地域性から圏域独自に事業を展開。事業の周知全般については保健所において、事業開始後はセンターがピアサポーターを主眼に置き実施している。

釧路保健所においては、モデル事業の実施に向けて研修会を開催した。モデル事業実施中は事業を通して地道な周知に努め、ピアサポーター配置による本格実施に併せ、適宜モデル事業によるネットワークを活用し研修を実施している。

開催日時	参加者数	内容
H17.3.12	50人 (3人)	北海道精神障害者退院促進支援事業研修会 (講義)「障がい者のケアマネジメントと生活支援」 (講師) 北海道医療大学 看護福祉学部教授 谷中 輝夫 氏 アメリカの精神保健福祉についての紹介と最近の国の動向など シンポジウム「これからの生活支援」 コーディネーター 北海道医療大学教授 谷中 輝夫 氏 シンポジスト(釧路市/釧路保護観察所/病院PSW/センター)
H18.6.14	3人 (3人)	(内容)ビデオ「あせらずゆっくりむりしない」学習 (講師)ビデオ内登場の当事者

開催日時	参加者数	内 容
H18.6.22	3人 (3人)	(内容)面接技術の基礎知識、退院促進事業の内容について (講師)センター
H18.6.28	3人 (3人)	(内容)市内医療機関訪問研修 (講師)各病院PSW等
H18.7.6	3人 (3人)	(内容)市内福祉社会資源訪問研修 (講師)各福祉社会資源職員・メンバー
H18.1.20	9人 (7人)	(内容)面接技術の基礎知識、退院促進支援事業の内容について (講師)センター
H18.2.13	10人 (7人)	(内容)ピアカウンセリング伝達研修 (講師)保健所保健師

※ () 内は当事者の人数

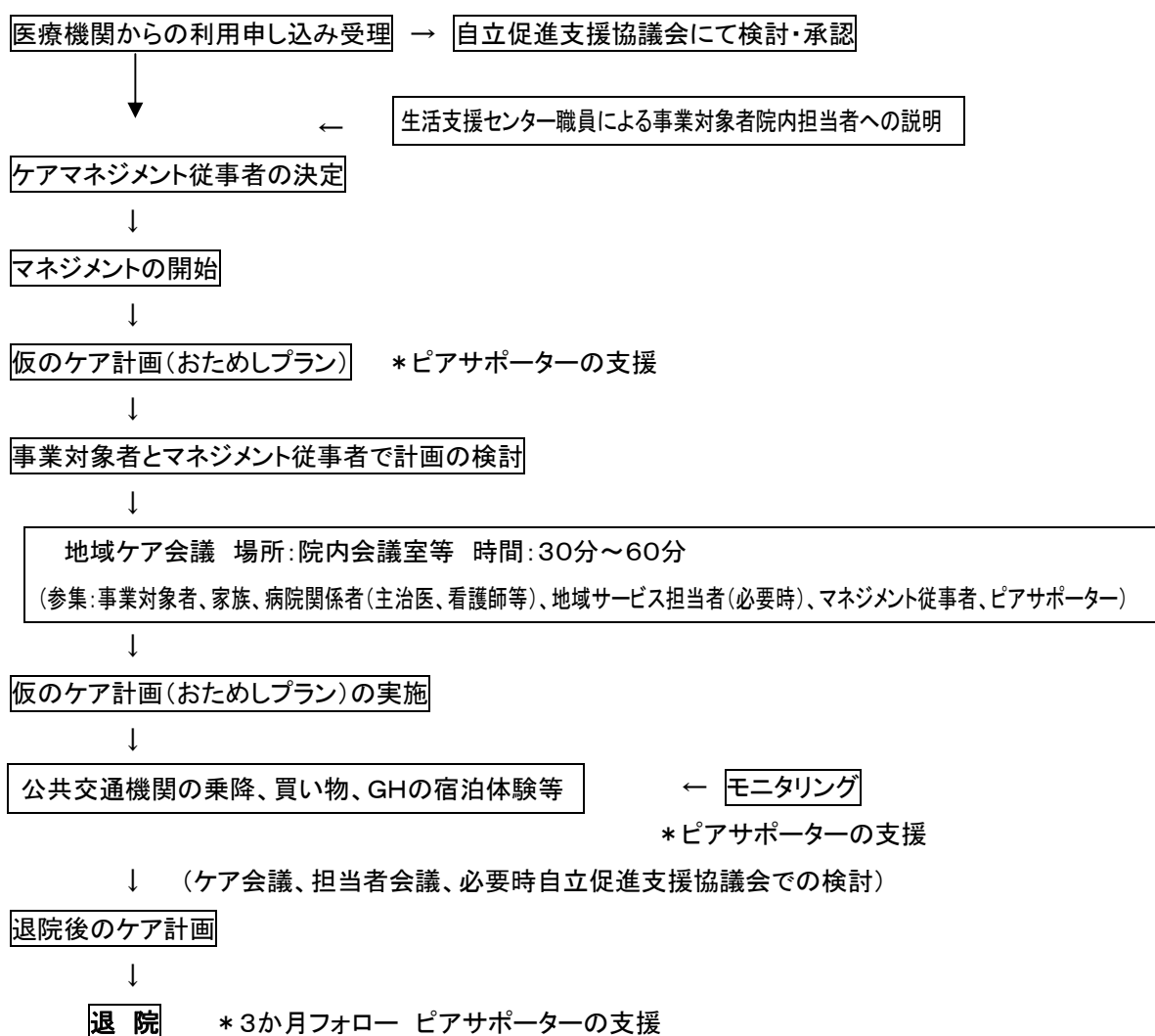
千歳保健所においては、モデル事業の経過を踏まえ、釧路圏域スタッフを講師として関係機関による連絡会議を開催、また、十勝圏域においてピアサポーター研修を実施した。

開催日時	参加者数	内 容
H18.11.8	54人	(内容)精神保健福祉医療機関連絡会議 (講師)「精神障害者地域生活支援事業」 千歳地域生活支援センター 「釧路圏域における事業展開について」 地域生活支援センターハート釧路
H18.12.18	12人 (千歳5、苫小牧2)	(内容)事業説明、約束事の確認、グループワーク (講師)苫小牧・千歳地域生活支援センタースタッフ
H19.1.18 ～19	21人 (千歳5、苫小牧2、帯広6)	(内容)各地域の報告、十勝からの実践報告、帯広の施設見学 (講師)帯広地域生活支援センタースタッフ、ピアサポーター
H19.3.20・ 23	各4人	(内容)書類の記入方法、公共機関の利用、社会資源見学 (講師)センタースタッフ、各機関スタッフ

②事業推進の工夫

帯広保健所においては、モデル事業を踏まえ、平成18年度、保健所保健師がマネジメント従事者として2例担当し、マネジメントを実施。稼働時間を整理し、地域でのマネジメント体制の課題について検討した。来年度、課題解決のための圏域関係職員を対象にしたスキルアップのための研修会を予定する。

【マネジメントの実施結果】



【地域の課題】

・社会資源

住居サービスの不足により、退院が困難で事業がすすみにくい状況がある。また、社会資源が中央に集中しており事業対象者が遠隔地への退院を希望していても地域の受け入れ、必要なサービスが整備されていない現状がある。

・院内体制

事業開始時に主治医、看護師、医療相談担当者等とケアマネージャーが事業の進め方についての方針を一致させるための協議の場が必要であった。特に病棟の担当看護師との連携はとても重要であり、協力理解を得る必要がある。

・地域の関係職員間のネットワーク

地域の関係職員とは、主に退院後にネットワークが必要になるが、入院中からの繋がりも大切であり、定期的なケア会議が重要であった。

退院後フォロー期間後の支援体制を視野に、スムーズに在宅支援に移行するために地域のネットワークを強化し、引き継ぐ必要がある。

・ピアサポーターへのマネジメントの工夫

ピアサポーター導入時の事業対象者とのマッチングや、全体の進行管理等を担うためのコーディネーター役が必要と思われた。また、マネージャーはピアサポーターのアセスメントも必要となり、ピアサポーター自身のマネジメント、体調管理の配慮が必要である。

・その他

ケアマネージャーの質の確保やスーパービジョンが必要と思われる。



（４）事例紹介

■対象者：A氏	■性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性	■年齢：48才
■主たる疾患名：統合失調症	■通算入院期間：約4年	
■医療保険種別：生保	■入院形態： <input checked="" type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護	
■保護者の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有（続柄：父） <input type="checkbox"/> 無	■経済形態：生保・障害基礎年金2級	
■退院先：グループホーム	■退院支援期間：7か月	
<p>■事例の特徴：</p> <p>①退院後は家族との同居ができないため、土地勘のない地域で、住居の確保をはじめ単身生活をするための準備が必要。</p> <p>②閉鎖病棟から開放病棟、社会復帰施設見学と回復にすすみ環境が変わると病状悪化を繰り返してしまう。</p> <p>③支援開始3か月後からピアサポーターを導入した。</p>		
<p>■支援にかかわった機関（職種）：</p> <p>市町村：障害福祉課（<input checked="" type="checkbox"/>その他（福祉担当者））／生活保護課（<input checked="" type="checkbox"/>CW）／保健所（<input checked="" type="checkbox"/>PHN）／支援センター（<input checked="" type="checkbox"/>PSW）／グループホーム・共同住居（<input checked="" type="checkbox"/>世話人）／精神科病院（<input checked="" type="checkbox"/>Dr, <input checked="" type="checkbox"/>Ns, <input checked="" type="checkbox"/>PSW, <input checked="" type="checkbox"/>その他（PHN、薬剤師）／<input checked="" type="checkbox"/>その他（ピアサポーター）</p>		
<p>■家族状況：</p> <p>離婚歴あり。子ども二人は独立して遠方に在住し、行き来はしていない。高校卒業後は道外での生活が長く、病状が悪くなると実父が行き実家に連れ戻すことを繰り返す。実家は郡部の町にあり、父による日常的な支援は物理的に困難であるが、父親が保証人や物事を進めるときのキーパーソンとなっている。</p>		
<p>■事業利用以前の経過と利用のきっかけ：</p> <p>①自己イメージが高く発症前と同等の生活を強く望んでいたが、病状が安定しても外泊や開放病棟への転棟、社会復帰施設の活用などの刺激で病状再燃し閉鎖病棟での長期入院を余儀なくされていた。</p> <p>②主治医・担当看護師から事業の概要を説明し同意を得た。緊張は見られたが退院への思いは強く前向きな姿勢が見られた。また、父親も本人を独立させることに不安はあったが、事業の内容に納得し協力が得られた。</p>		
<p>■事業利用プロセス：</p> <p>自立促進支援協議会にて事業対象者として病院より紹介され、利用決定となる。生活支援センター（以下「センター」と記）職員とケアマネジメント従事者（以下「ケアマネ」と記）が病院にて初回面接し、事業利用についての説明を行いA氏の合意を得る。ケアマネが週1程度の面接を継続し、アセスメントを実施。A氏は希望する生活像を思い描き、その夢に向かっての中期目標、短期目標、条件等をケアマネと話し合い、生活イメージを具体化する。約2か月間を経、退院へのあせりと目途を持ちたいというA氏の期待が強くなり、モチベーションの維持向上を図るため外出体験を試行的に行う。ケアマネが同伴し、センターで住居資源の説明を受けGHを見学。GHの印象がA氏の意に添わず、市営住宅への希望へと変更。表情の硬さや不眠等、病状不安定となり、周囲の意見に耳を貸せない状況となる。一時期事業中断も検討したが、主治医をはじめとする支援関係者と検討し、A氏の意向に添って、市営住宅の見学と申込み手続き、他のGHや憩いの場の見学等、ケアマネによる外出支援を継続。その後市営住宅が落選すればGH入居希望というA氏の現実的な認識が復活し、病状も回復に向かう。町福祉担当者による障害区分認定調査を実施し、GH入居が決定する。具体的な退院準備が始まること、A氏の病状が安定し始めたことがあり、ピアサポーターを導入。ピアサポーターとのマッチングが合い、A氏とピアサポーターが院内面接を重ねることで関係性が築かれる。病院CW中心に金銭管理（保護費の説明、予算立て）や諸手続についてA氏と話し合いを行う。住居が決定してからは、父親の協力を得て実家から荷物を搬入。一人暮らしに必要な日用品の買い物、生活上のアドバイス、利用できる活動の場の見学などをピアサポーター中心に実施する。試験外泊を経て、院内で薬剤師による服薬指導を受け、事業申込みから5か月後に退院。退院後は、訪問看護（1～2週に1回）とピアサポーター及びケアマネの訪問（各週1）を継続している。A氏は憩いの場やセンターを不定期に利用。入居したGHの管理や家賃徴収はセンター職員が担当しているため、GHとの連絡調整や他入居者からの苦情処理、家賃支払いが滞ったときの対応などセンター職員が対応。GH利用や生活保護上の手続き等について必要時ケアマネが調整し生保CWと同伴訪問を実施している。</p>		

		利用開始前	申込み時	開始初期	中期	退院	利用終了後
期 間		2年半	1か月間	2か月間	3か月間	2か月間	
ケアマネジメントの中心		病院Ns	病院Ns	保健所PHN	保健所PHN	保健所PHN	
ケア会議参加者	主治医	○	○	○	○	○	
	看護師	○	○	○	○	○(病棟Ns、訪問Ns)	
	病院CW	○			○	○	
	支セPSW			○	○	○	
	保健所PHN			○	○	○	
	ピアサポーター				○	都合により欠	
	父					○	
	本人	○	○	○	○	○	
自立促進支援協議会		事業説明	対象者決定	経過報告			
医療機関	医療的ケア (Dr, Ns)	■	■	■	■	■	
	今後や不安等の 相談 (Dr, Ns, CW)	■	■	■	■	■	
	制度利用支援 (Ns, CW)	■	■	■	■	■	
	院内外関係機関 連絡・調整 (Ns, PHN, CW)	■	■	■	■	■	
	院内レク	■	■	■	■		
	服薬管理指導 (Dr, Ns, 薬剤師)	■	■	■	■	■	
	金銭管理や諸手続 の説明 (Ns, CW)	■	■	■	■	■	
	訪問看護 (Ns)					■	
院外関係者	院内訪問 (保健所PHN)		■	■	■		
	院内訪問 (ピアサポーター)				■		
	同伴外出 (保健所PHN): 住居・社会資源見学、 相談				■		
	同伴外出 (ピアサポーター): 買い物、バス利用支援				■	■	
	相談 (支PSW、 ピアサポーター、 保健所PHN)		■	■	■	■	
	制度利用支援 (町福祉担当、 生保CW)				■	■	
	GH入居に係る 連絡調整等 (支PSW)				■	■	
	憩いの場や 支センター利用 (ピアサポーター、 支PSW)				■	■	
	訪問支援 (保健所PHN、 ピアサポーター、 生保CW)					■	

(5) 参考資料

①北海道精神障害者地域生活支援事業実施要綱

1 目 的

精神障害者の地域生活を支援するため、身近な地域での相談支援体制を整備する。

また、精神病院に入院している精神障害者のうち、病状が安定しており、入院治療の必要性が低いにもかかわらず、地域における社会復帰施設等とのつながりが無いなどの理由で入院を余儀なくされている者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練を行うことにより社会復帰を支援する。

なお、この事業を実施する事業所を北海道精神障害者地域生活支援センター（以下「センター」という。）と総称する。

2 実施主体

この事業の実施主体は北海道（以下「道」という。）とする。ただし、道は、事業の一部を、知事が認める法人に委託して実施するものとする。

3 センターの業務等

(1)センターの業務

①地域生活支援事業

精神障害者の地域生活を支援するため、身近な地域での相談支援体制を整備する。

②自立支援事業

精神科病院に入院している精神障害者のうち、受入条件が整えば退院可能である者に対し、円滑な地域移行を図るための支援を行う。

(2)職員体制

センターには、

①専任の職員を少なくとも2名配置する。

②①の職員のうち1名は、本事業の総合的な管理を担当する者（以下「センター長」という。）とする。

(3)職員資格

①センター長は、次の要件を満たす者とする。

精神保健福祉士の資格を有する者であって、旧センター等において精神障害者に対する相談支援業務等に従事した経験（以下「実務経験」という。）を有し、かつ、原則として、国、都道府県等が実施する障害者ケアマネジメント従事者養成に関する研修（以下「研修」という。）を修了している。

②センター長以外の職員は、精神障害者社会復帰施設等において精神障害者に対する支援経験を有する。

(4)実施時間

センターは、24時間を通じて対応できる体制を確保する。

(5)設置場所等

①センターは、原則、特定の社会福祉施設等に属さず、独立した場所に設置する。なお、旧センターが活動支援センター、指定相談支援事業所及び精神障害者社会復帰施設に併設の場合にあっては、この限りではない。

②センターは、相談者等がいる場所へ出向いて行くことができるよう、機動力を確保する。

③センターは、圏域内において、市町村をはじめ、保健、医療、福祉、教育、就労等の関係機関と十分な連携を確保することとし、必要に応じ、これらの機関に助言等を行う。

4 地域生活支援事業

(1)対象者は、地域で生活する精神障害者及びその家族等とする（以下「相談者等」という。）。)

(2)相談支援事業

①日常生活全般の相談援助（健康、衣食住、就労、対人関係、余暇活動等）

②各種支援施策等に関する助言、指導等

③その他必要な相談支援

(3)相談支援事業の実施方法

①センターは、来所、電話、メール等必要な方法により相談支援を行うものとする。

- ②相談者等が訪問相談支援を希望する場合は、随時訪問し、相談者等に対しての相談支援を行うものとする。
- (4)センターは、相談者等から相談があった場合、相談支援記録票を作成し、適切に保管するものとする。

5 自立支援事業

(1) 定義

①対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者をいう。

②協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院支援を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、障害福祉サービス事業所及び地域活動支援センター等をいう。

③ピアサポーター

「ピアサポーター」は、精神疾患を患った自らの経験を活かして、精神保健福祉の向上につなげる意欲を持ち、この事業に賛同し業務として自ら行う意志のある者で道が適当と認めた者とする。なお、本事業の対象ピアサポーター数は、原則、各センター10人以内とする。

(2) ピアサポーターの委嘱

- ①道は、対象者の地域移行を支援するため、ピアサポーターの委嘱を行うものとする。
- ②ピアサポーターの委嘱期間は、原則として1年以内とする。ただし、支援の状況等によるやむを得ない理由の場合、期間を延長することができる。

(3) 自立促進支援協議会の設置等

- ①本事業の委託を受けたセンターは、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- ②協議会は次に掲げる者の中から構成するものとし、会の長は互選とする。ただし、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。

ア センター職員

イ ピアサポーター

ウ 保健福祉事務所精神保健福祉担当課職員及び生活保護担当課職員

エ 関係市町村の精神保健福祉担当課職員及び生活保護担当課職員

オ 主治医

カ 協力施設等の担当者

キ その他適当と認める者

③協議会は次の業務を行う。

ア 対象者の決定

イ 事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに支援計画の見直し

ウ 支援終了後及び年度末における実績報告の作成

エ その他本事業の実施に当たって必要な事項の協議

- ④協議会は、必要に応じて開催するものとする。なお、退院支援計画を策定する場合その他必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聴くことができる。

(4) 手続等

①利用の手続等

ア 本事業の利用を希望する対象者が入院する精神科病院管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。

イ 協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院管理者及び申込者に通知するものとする。

②協力施設への依頼等

ア 協議会は、本事業の実施に当たり、協力施設等としてふさわしいものに対し、対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。

イ 協議会は、①について、その可否を文書にて受けるものとする。

(5) 支援の実施

- ①センターは、退院支援計画及びケアマネジメントの手法によるケアプランを作成し、次の協力施設等における支援及び日常生活を営むのに必要な活動等の支援を行う。
 - ア 精神科病院内における利用対象者に対する退院への啓発活動
 - イ 対象者、家族等に対する地域生活移行に関する相談・助言
 - ウ 退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整
 - エ 精神障害者通所授産施設等における授産活動
 - オ グループホームにおける体験入居
 - カ 地域活動支援センター等における作業
- ②ピアサポーターは、対象者が退院訓練を実施するに当たり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。また、支援終了後、センターに支援内容について報告するとともに、センターから指示があった場合はそれに従うものとする。
 - ア 開始時における対象者への支援内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
 - イ 対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
 - ウ 対象者の退院支援の状況確認及び必要な支援
 - エ 協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに退院支援に必要な情報の収集
 - オ その他当該対象者が安定的に地域移行するために必要な支援
- ③センターは、ピアサポーターの対象者への支援に対し、必要に応じ適切に対応するものとする。
- ④退院支援の期間は原則として1年以内とする。ただし、対象者の症状の悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては協議会が、本事業の継続が困難になったと判断したときは、支援を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。また、地域生活への移行に当たって引き続き支援が必要と協議会が認める場合には、退院後原則として3か月間に限り、支援を継続することができる。
- ⑤協議会は、協力施設等へ支援の経過等の報告を求めるものとする。

(6) 支援終了後の取扱い

- ①支援は、対象者が退院若しくは退院支援を中止することにより終了するものとする。
- ②協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。
- ③協議会は、支援を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。
- ④センターは、支援終了後、協議会に対し、当該対象者に係る支援についての報告書を提出するものとする。

(7) 研修等の実施

- ①ピアサポーター研修
センターは、必要に応じ、ピアサポーターに対し、事業の実施に必要な研修を行うものとする。
- ②センター連絡会議
道は、必要に応じ、センター職員及び関係者に対し、ピアサポーター研修の円滑実施並びにセンター間の情報交換及び連携を図るため、センター連絡会議を開催するものとする。

6 その他

- (1)センターは、福祉事務所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会等の場を活用する等により、保健福祉事務所、市町村の精神保健福祉担当課及び生活保護担当課職員、精神障害者社会復帰施設、障害者福祉サービス事業所並びに医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。
- (2)センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。
- (3)センター及び関係者は、その業務を行うに当たっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならない。
- (4)道は、本事業の実施について、関係機関等に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。
- (5)この要綱に定めのない事項でその他実施に必要とする事項は、関係保健福祉事務所保健福祉部又は地域保健部において別に要領を定めることができるものとする。

附 則

この要綱は平成18年10月 1日から施行する。
この要綱は平成19年 3月30日から施行する。