

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム構築 のための手引き

(2020 年度版)

2021 (令和3) 年 3 月

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

株式会社 日本能率協会総合研究所

はじめに

メンタルヘルスの不調や精神疾患は自分や身近な人等誰もが経験しうるものです。多くの場合は治療により回復し、社会のなかで安定した生活を送ることができるようになります。他方、本人が苦しんでいても、周囲からはわかりにくいという特徴があります。また、長い期間入院している精神障害者の方々をはじめ、精神障害者の地域生活の支援については、精神科医療機関や地域の援助事業者による努力だけでは限界があります。

このようなことから、精神障害の有無や程度にかかわらず誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進めるために、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的な社会を構築していくことが重要となっています。

各自治体においては『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた取組を進めているところです。

厚生労働省としては、各自治体がより積極的かつ円滑に『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に係る取組を進めることができるよう、各自治体の取組に対する補助事業、アドバイザーによる自治体の取組支援や全国会議の開催、ポータルサイトの運用等による情報・ノウハウの共有化を目的とした支援事業を行っているところであり、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築プロセスや各種事業の事例等を載せた手引きを平成30年度より作成しています。令和2年度は、主にデータの更新を行っています。

厚生労働省では、令和2年3月より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」を設置し、同システムの基本的な考え方や関係者による重層的な連携による支援体制の構築等について議論を重ね、令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書を取りまとめしています。同報告書の内容の手引きへの反映は令和3年度を予定していますが、同報告書において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、主に以下の点が述べられています。

- 精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めることが適当。
- 精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。

各自治体においては、同報告書に記載されている方向性や取組を今後の参考とし、本手引きを合わせて活用しつつ『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に係る取組を進めていただければ幸いです。

また、本手引きの活用を通じて、ご意見等ございましたら、お寄せください。

手引きについては、いただいたご意見などを基に、適宜内容の更新を行う予定です。

令和3年3月

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

目次

第1章 精神保健医療福祉政策の動向と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	1
1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ	3
（1）日本の人口の推移	3
（2）医療費の動向	4
（3）精神疾患を有する総患者数の推移	5
（4）精神疾患を有する外来患者数の推移	5
（5）精神疾患を有する入院患者数の推移	7
（6）精神病床における入院患者の在院期間別人数	8
（7）退院後の行先	9
（8）退院の可能性や見通し	10
（9）障害福祉サービス等の利用者数の推移	11
（10）精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移	12
（11）精神保健調査日本調査（World Mental Health Japan Survey）	13
2 精神保健医療福祉政策の動向	15
3 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは	20
（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは	20
（2）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において重視すべきこと	21
（3）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素	22
第2章 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築プロセス	31
1 地域アセスメント	33
（1）地域全体のアセスメント	33
（2）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素に係るアセスメント	34
（3）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業毎の地域アセスメント	35
2 目標の設定及び目標達成に向けての取組方法	36
（1）目標の設定	36
（2）目標達成に向けての取組方法 ～役割分担とロードマップの作成～	37
3 成果の評価と改善	40
4 保健・医療・福祉関係者による「協議の場」の設置・運営	42
（1）協議の場の設置	42
（2）協議の場の役割	45
（3）協議の場の構成と機能	48
（4）多分野の協議会等との連動	61
第3章 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて考えるべき様々な要素	65
1 包括的な支援体制の構築	67
（1）「地域との連携等により地域移行・地域定着を行っている医療機関」の取組について	67

(2)	令和元年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査」	68
(3)	包括的支援マネジメント	70
(4)	ePOP-J：精神科救急・急性期病棟の入院患者における再入院に影響する要因の検証の紹介	76
(5)	多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業	80
(6)	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業「構築推進サポーター」について	81
2	精神障害者を地域で支える医療体制	83
(1)	一般医療と精神医療の関係性	83
(2)	精神医療と一般医療の連携	85
(3)	精神医療の構造改革への取組	96
(4)	精神科医療機関と地域の融合	104
(5)	多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築	110
(6)	医療機能の高度化	112
(7)	精神科救急医療と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	121
(8)	外来・デイケア・訪問診療・訪問看護	128
3	障害福祉サービス等事業	129
(1)	障害者総合支援法の概要	129
(2)	障害者総合支援法の改正	130
(3)	障害者総合支援法の給付・事業の体系	132
4	精神保健福祉センターの活動	134
5	地域生活支援事業等	135
第4章	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた活動	145
1	「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」における各事業の実施例	147
(1)	普及啓発に係る事業	147
(2)	精神障害者の家族支援に係る事業	149
(3)	精神障害者の住まいの確保支援に係る事業	153
(4)	ピアサポートの活用に係る事業	155
(5)	アウトリーチ支援に係る事業	157
(6)	精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業	160
(7)	入院中の精神障害者の地域移行に係る事業	162
(8)	包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業	164
2	事例	166
(1)	居住支援における連携促進及びツール開発が行われた事例	166
(2)	協議の場を活用し、多機関が協働して事業展開した事例	172

(3) 医療機関から発信して医療と福祉の連携を促進した取組事例	179
(4) 圏域内の医療と福祉の連携強化を図った事例	184
(5) 市町村の精神保健相談体制を強化した事例	191
3 「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」より.....	195
(1) はじめに	195
(2) 地域包括ケアシステムの体制整備（協議の場の設定など）	197
(3) アウトリーチ支援.....	203
(4) 措置入院者の退院後支援.....	207
(5) 地域移行支援.....	208
(6) 精神科医療機関と地域の連携	210

参考

参考1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ	215
(1) 第6期障害福祉計画の成果目標等に係るデータ	215
(2) ピアサポーターの養成、アウトリーチ支援の実施状況	218
(3) 医療保護入院に係るデータ	219
参考2 ReMHRAD（リムラッド）について	221
参考3 障害福祉サービス等及び地域生活支援事業等の一覧	231
(1) 障害福祉サービス等の体系	231
(2) 令和3年度地域生活支援事業（市町村事業）	232
(3) 令和3年度地域生活支援事業（都道府県事業）	232
(4) 令和3年度地域生活支援促進事業	233
参考4 圏域の考え方に係る資料等	234
(1) 各圏域設定の考え方について	234
(2) 都道府県別各圏域数集計.....	234
参考5 関連する計画等.....	235
(1) 第4次障害者基本計画	235
(2) 第7次医療計画において定める数値目標	237
(3) 第7次医療計画中間見直しにおける指標例	238
(4) 第6期障害福祉計画において定める成果目標.....	239

第1章

精神保健医療福祉政策の動向と 精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム

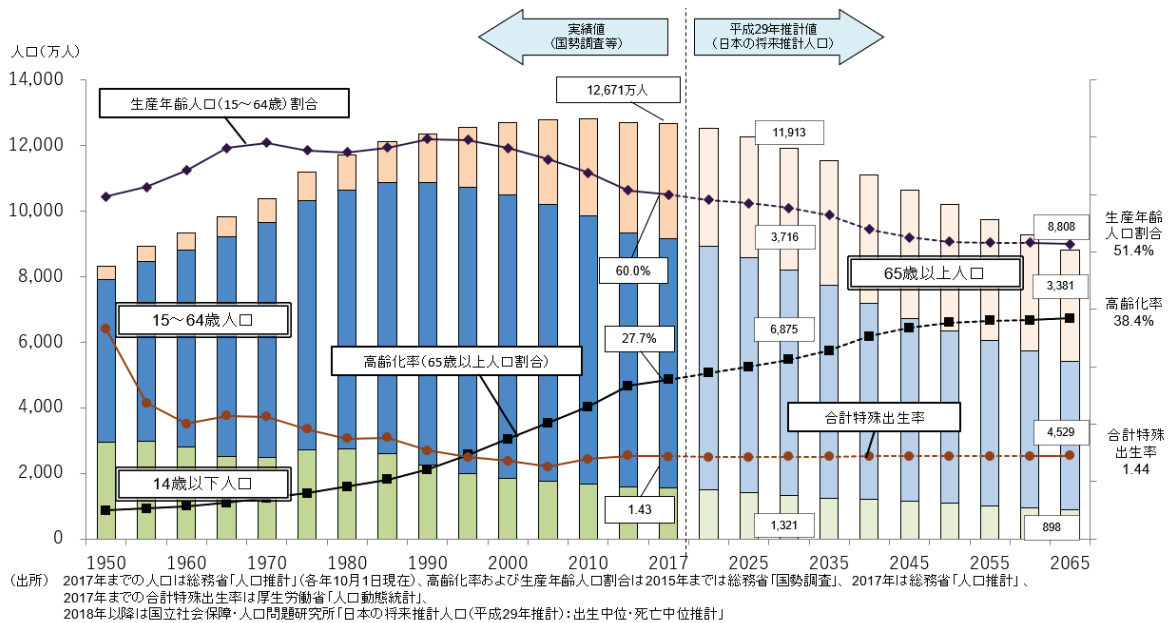
1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

(1) 日本の人口の推移

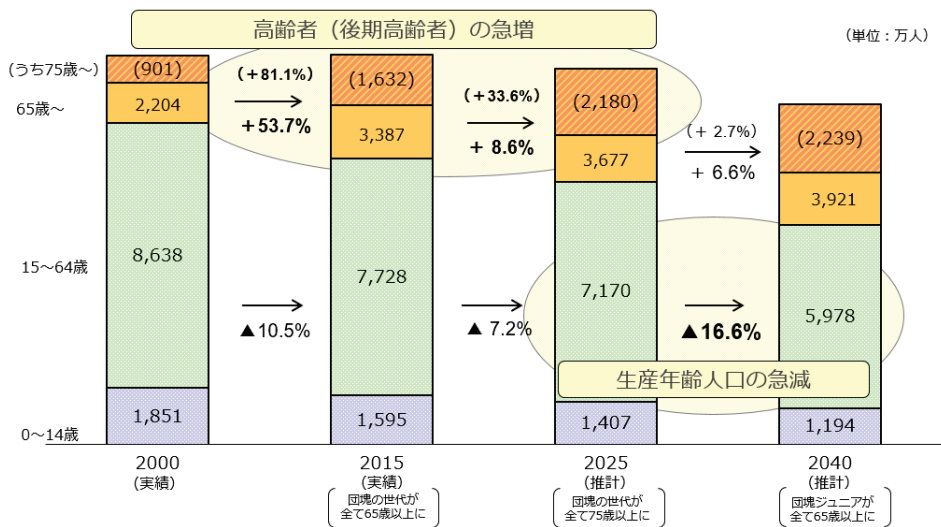
日本の人口は今後減少することが予測され、2065年には9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると予測されています。(図表1)

2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後に緩やかになります。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速することが予測されています。(図表2)

図表1：日本の人口の推移



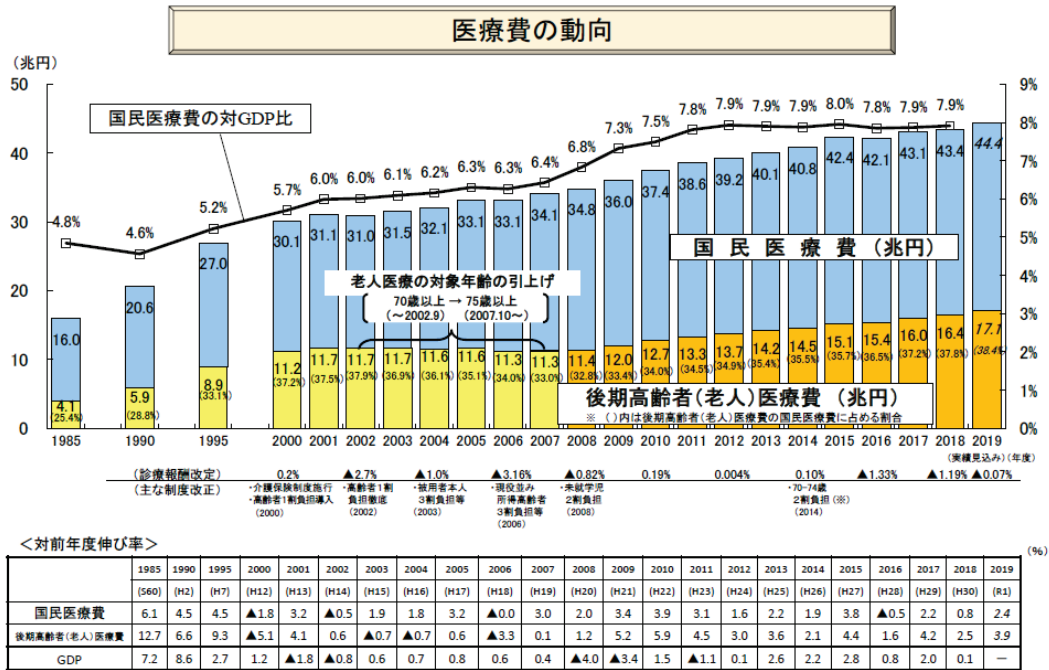
図表2：人口構造の変化



(2) 医療費の動向

平成30年度の国民医療費は43兆3,949億円、前年度からは0.8%の増加、一人当たりの医療費は34万3,200円となっています。また、医科診療医療費に占める精神及び行動の障害の割合は、6.1%となっています。

図表3：医療費の動向



注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
注2 2019年度の国民医療費及び後期高齢者医療費、以下同じ。は実績見込みである。2019年度分は、2018年度の国民医療費に2019年度の国民医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることで推計している。
(※) 70-74歳の一部の負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)、2014年4月以降新たに70歳に達した者が42割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

- ◆ 医療費の規模
43兆3,949億円 (前年度比0.8%増)
対国民所得では、10.73%
- ◆ 65歳以上の高齢者医療費の規模
26兆2,828億円 (構成割合60.6%)
- ◆ 一人当たりの医療費
全年齢では、33万9,900円 65歳以上高齢者では、73万8,300円
- ◆ 診療報酬別
医科診療医療費は31兆3,251億円 (構成割合72.2%)
うち、入院医療費は16兆5,535億円 (同38.1%) 入院外医療費は14兆7,716億円 (同34.0%)
医科診療医療費以外である、歯科診療医療費は2兆9,579億円 (同6.8%)、薬局調剤医療費は7兆5,687億円 (同17.4%)、入院時食事・生活療養費は7,917億円 (同1.8%)
- ◆ 医科診療医療費における傷病分類別の状況

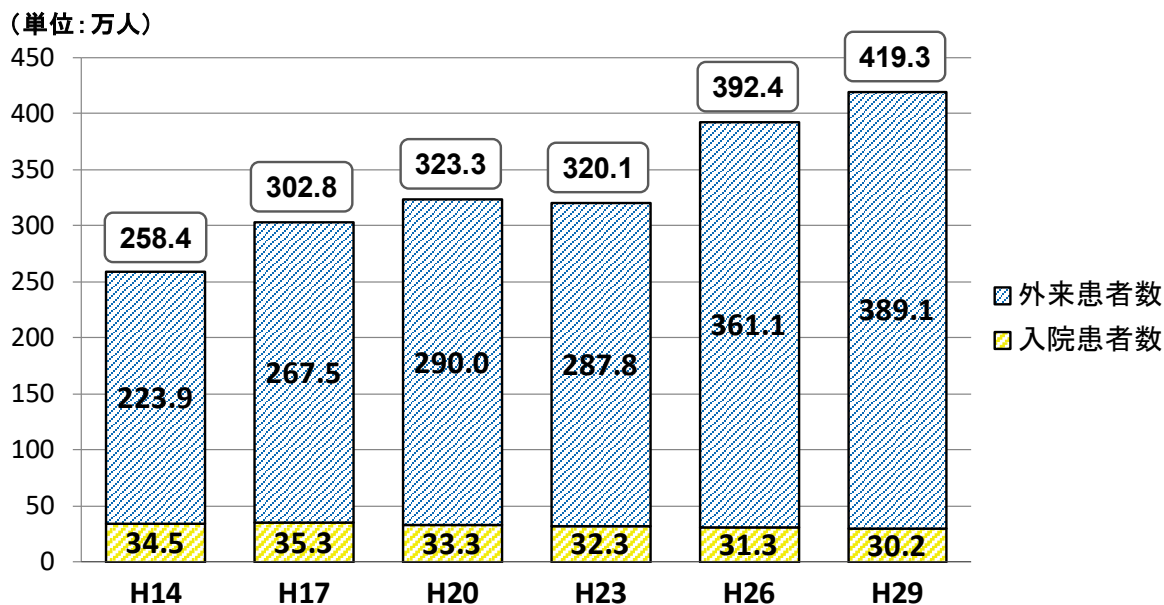
	総数	医科診療医療費に占める割合	内訳	
			入院医療費	入院外医療費
循環器系の疾患	6兆596億円	19.3%	3兆6,882億円	2兆3,714億円
新生物(含悪性腫瘍)	4兆5,256億円	14.4%	2兆7,966億円	1兆7,290億円
骨格筋系及び結合組織の疾患	2兆5,184億円	8.0%	1兆1,820億円	1兆3,365億円
損傷、中毒及びその他外因の影響	2兆4,421億円	7.8%	1兆8,211億円	6,209億円
呼吸器系の疾患	2兆3,032億円	7.4%	1兆503億円	1兆2,529億円
精神及び行動の障害	1兆9,206億円	6.1%	1兆3,616億円	5,590億円

出典：平成30年度国民医療費の概況(厚生労働省) (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/18/index.html>)

(3) 精神疾患を有する総患者数の推移

我が国の精神疾患を有する総患者数は、約 419.3 万人（入院患者数：約 30.2 万人、外来患者数：約 389.1 万人）（平成 29 年患者調査）へと急激な増加が続いており、400 万人を超える水準となっています（図表4）。

図表4：精神疾患を有する総患者数の推移



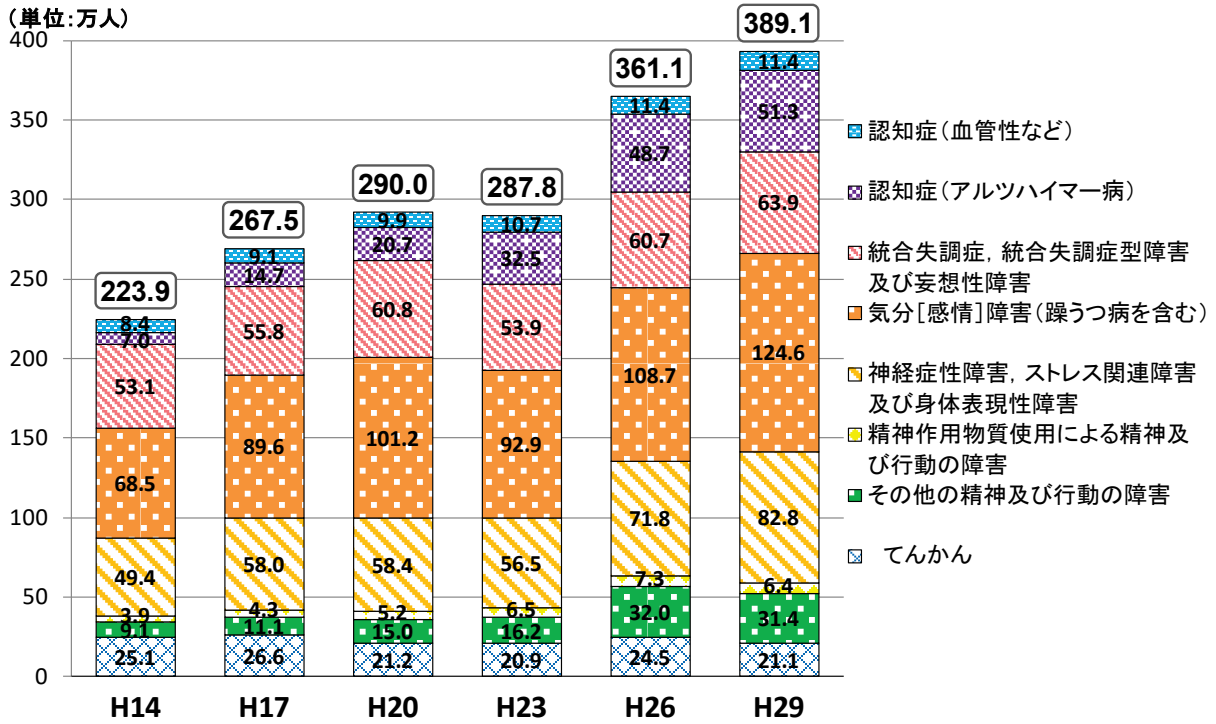
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(4) 精神疾患を有する外来患者数の推移

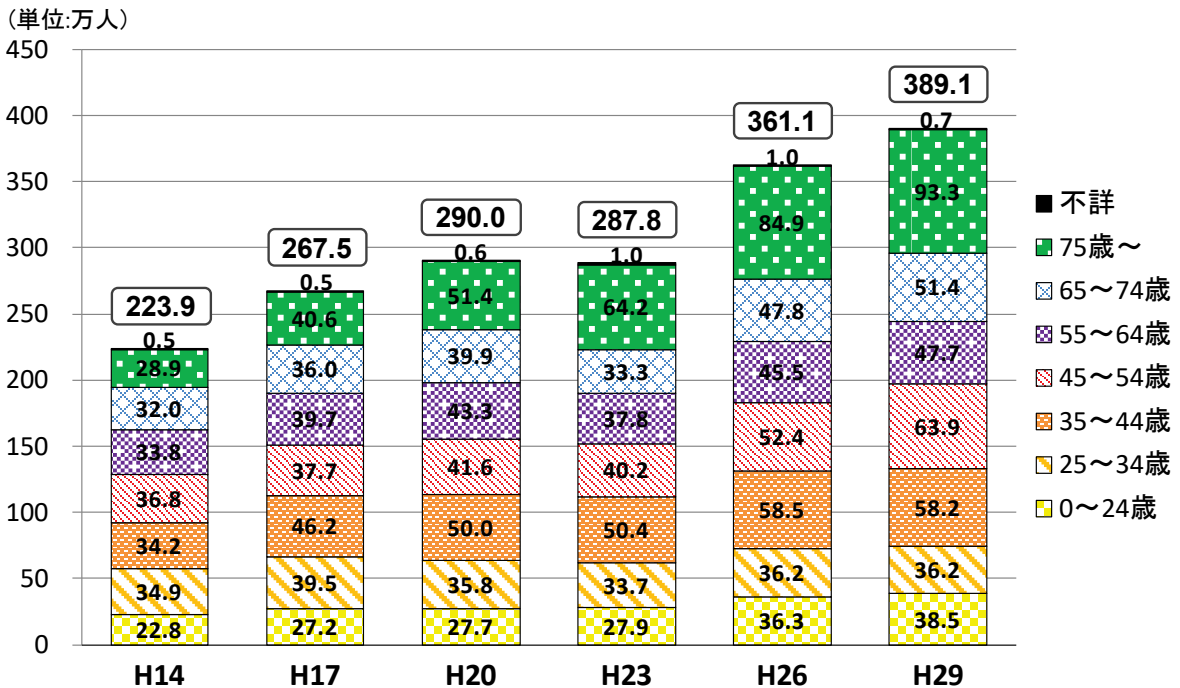
精神疾患を有する外来患者数は、15年前と比べ約 1.7 倍（平成 14 年：約 223.9 万人→平成 29 年：約 389.1 万人）に増加しています。疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約 1.7 倍と増加割合が顕著です（図表5）。

年齢階級別では、全階級で増加傾向ですが、特に後期高齢者（75 歳以上）が顕著であり、15 年前と比べ約 3.2 倍に増加しています（図表6）。

図表5：精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）



図表6：精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



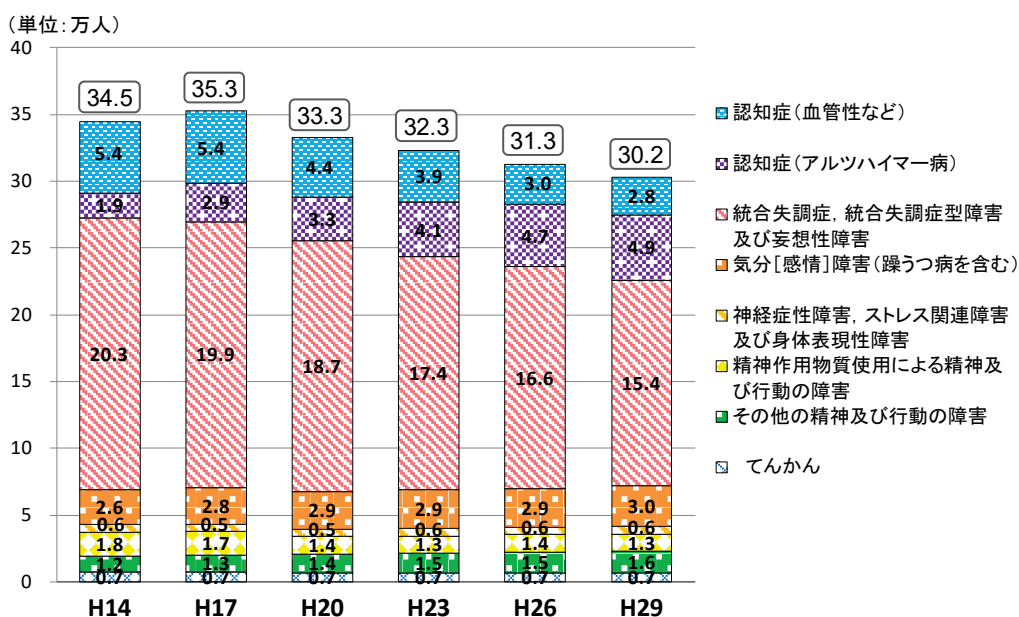
※図5・6、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
 出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(5) 精神疾患を有する入院患者数の推移

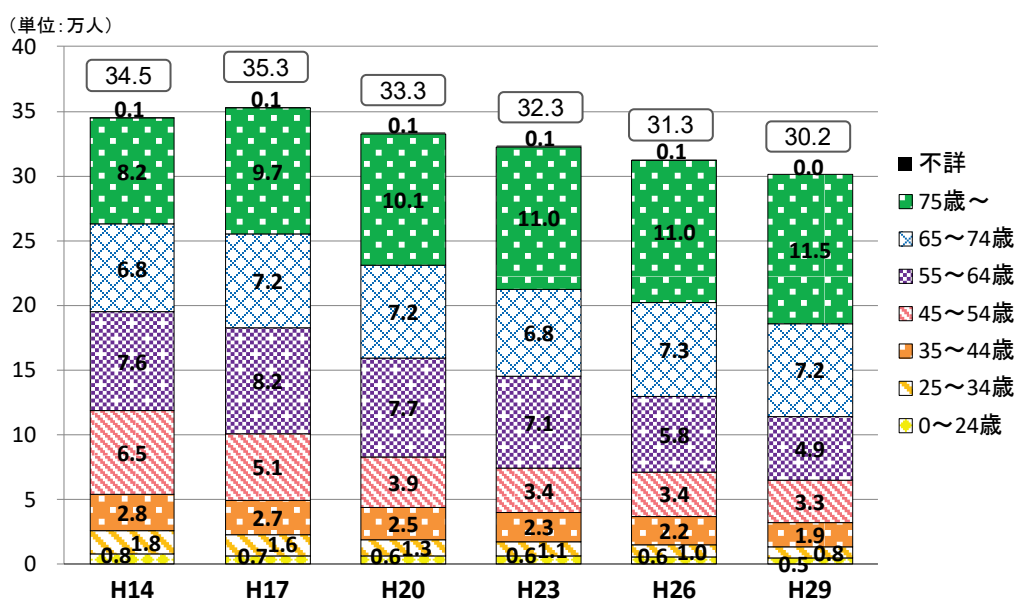
精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割（平成14年：約34.5万人→平成29年：約30.2万人）に減少していますが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約2.6倍に増加しています（図表7）。

年齢階級別では、65歳未満の入院患者数は減少傾向ですが、65歳以上は増加しており、特に後期高齢者（75歳以上）の入院患者数は15年前と比べ約1.4倍と顕著です（図表8）。

図表7：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



図表8：精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



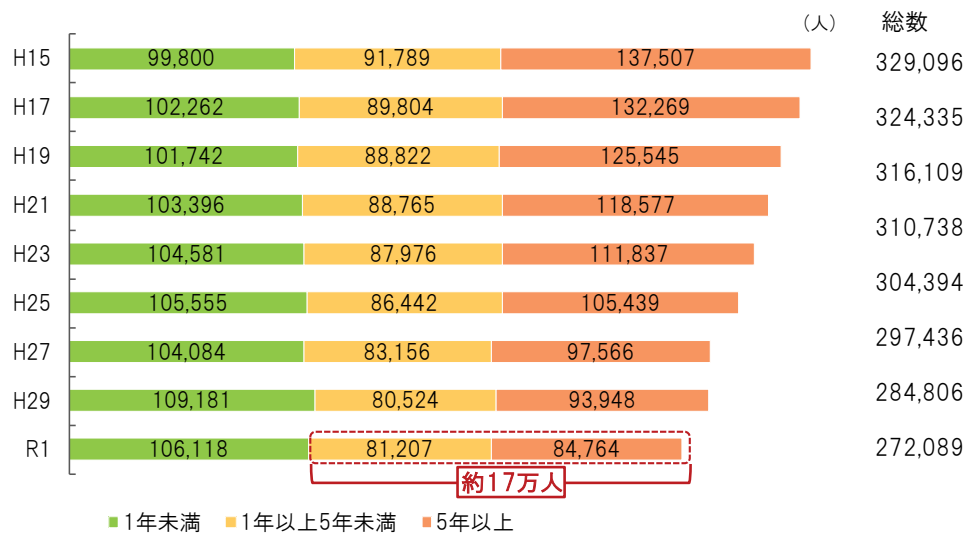
※図表7・8、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(6) 精神病床における入院患者の在院期間別人数

精神病床でみると、令和元年6月30日時点で約27万人（令和元年精神保健福祉資料）が入院しています。前述の精神疾患を有する入院患者数と同様に徐々に減少傾向ではありますが、1年以上入院患者が約17万人（全入院患者の6割強）、5年以上入院患者が約8万人（全入院患者の3割強）であり、1年以上長期入院患者が全体の半数以上を占めています（図表9）。

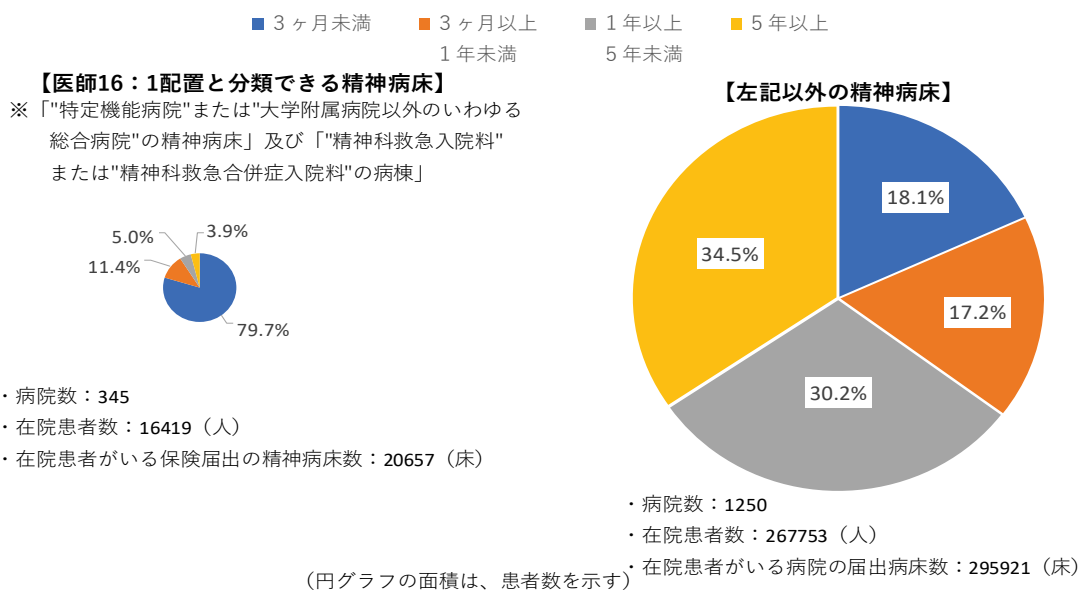
また、医師配置が手厚い傾向にある病床群の入院患者の方が、在院期間が短い傾向です（図表10）。

図表9：精神病床における在院期間別入院患者数（各年6月30日時点での入院）



※毎年公表される値であるが、便宜上、平成15年～令和元年は隔年で掲載している
出典：「精神保健福祉資料」より作成

図表10：精神病床を有する医療機関における医師配置別入院患者数



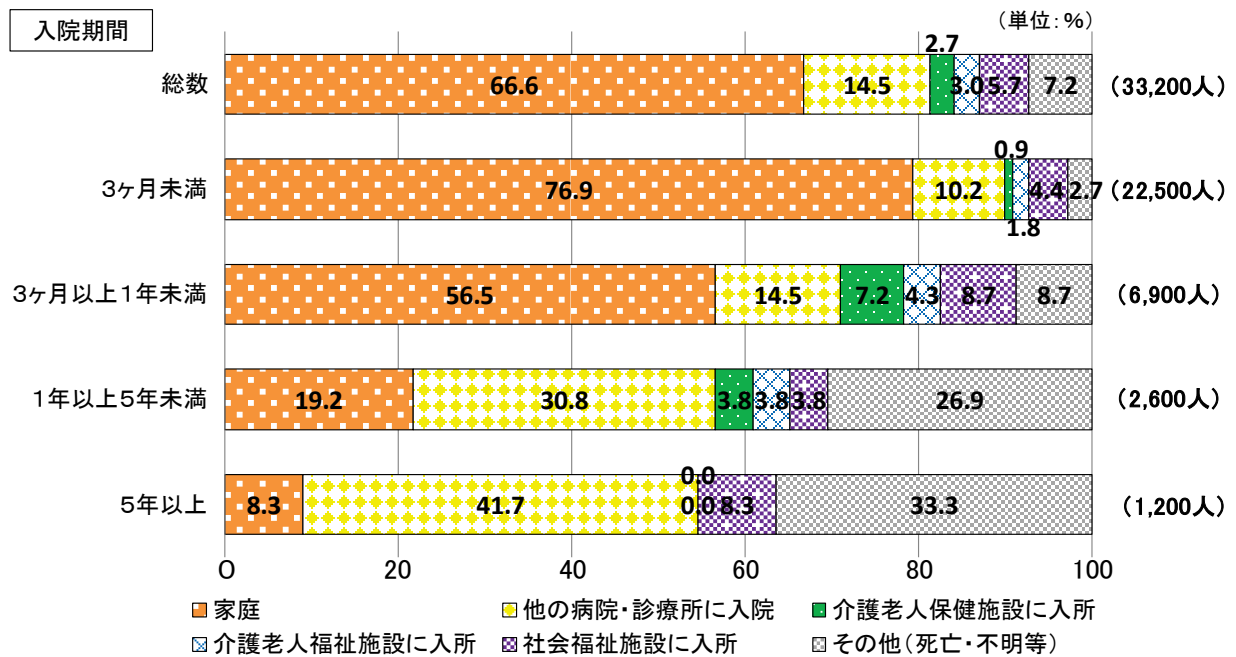
出典：平成29年度「精神保健福祉資料」より作成

(7) 退院後の行先

精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所に入院」となっています。

しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めています。

図表 11：平成 29 年精神病床退院患者の退院後の行先



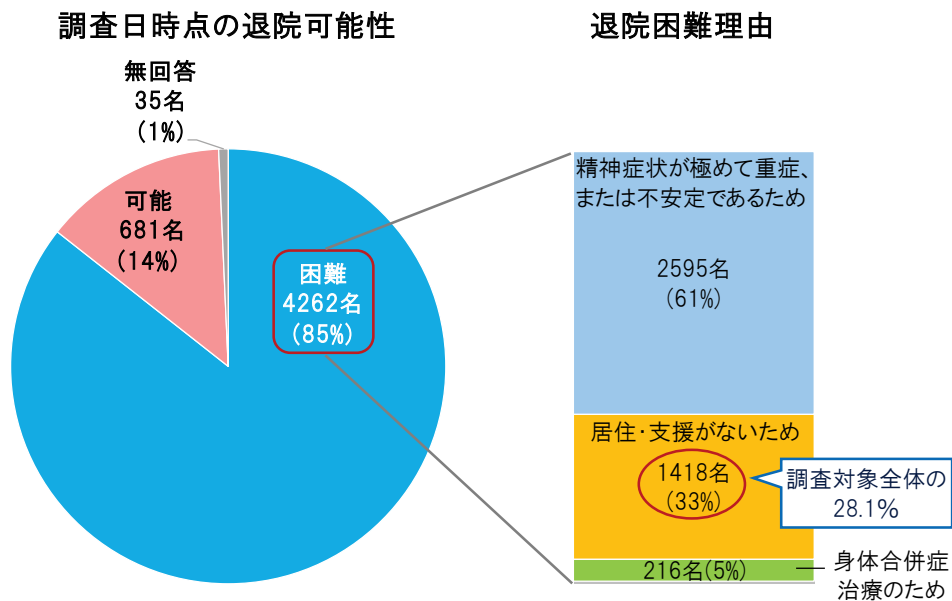
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(8) 退院の可能性や見通し

精神病床を有する医療機関における1年半以上の長期入院患者の退院可能性をみると、退院困難者のうち約3割は、「居住・支援がないため」退院が困難と回答しています。

また、精神療養病棟の入院患者においては、その約4割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院が可能と回答しています。

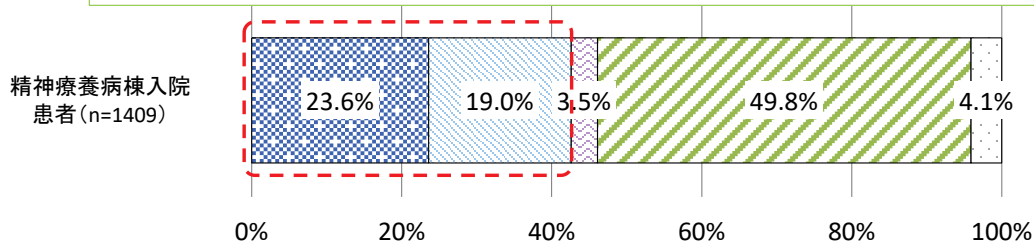
図表 12：精神病床を有する医療機関における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由



出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

図表 13：精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

○ 精神療養病棟に入院する患者の約40%が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



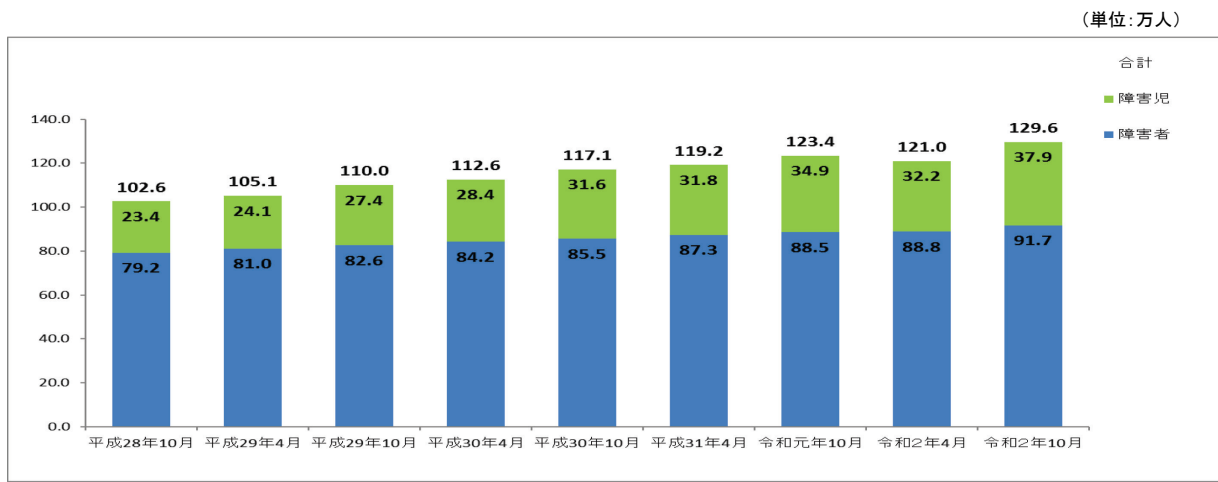
- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(9) 障害福祉サービス等の利用者数の推移

障害福祉サービス等の利用者数は、年々増加しています。令和2年10月時点において、障害福祉サービス等の利用者約91.7万人のうち、精神障害者の利用者数は25.8万人であり、3割弱を占めています。精神障害者利用者数の過去1年間の伸び率は7.9%であり、身体障害者及び知的障害者に対する伸び率(それぞれ0.7%と3.1%)を大きく上回っています。

図表 14：利用者数の推移（6ヶ月毎の利用者数推移）
（障害福祉サービスと障害児サービス）



○令和元年10月→令和2年10月の伸び率(年率)…… 5.0%

このうち

身体障害者の伸び率……	0.7%
知的障害者の伸び率……	3.1%
<u>精神障害者の伸び率……</u>	<u>7.9%</u>
障害児の伸び率……	7.7%

(令和2年10月の利用者数)

身体障害者……	22.2万人
知的障害者……	42.1万人
<u>精神障害者……</u>	<u>25.8万人</u>
難病等対象者…	0.4万人(3,593人)
障害児……	39.2万人(※)

(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)

出典：厚生労働省

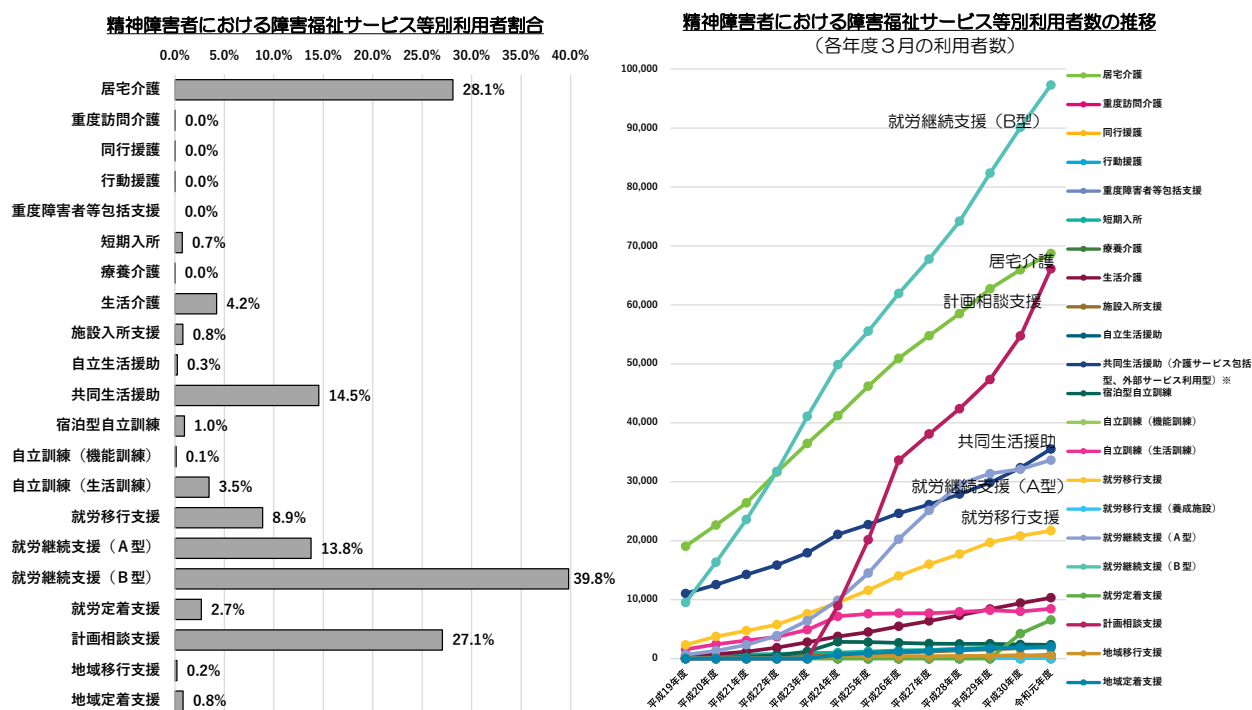
(10) 精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

精神障害者における障害福祉サービス別利用者数の推移をみると、令和2年3月時点で就労継続支援（B型）の利用者数が約9万人超、約4割の利用で最も多く、次に居宅介護がそれに続きます。増加割合で見ると、計画相談支援が、平成24年の総合支援法の施行による障害福祉サービス化以降大きく増加しています。

一方、地域移行支援や地域定着支援、宿泊型自立訓練などは利用者数が低く、課題の整理が必要です。

図表 15：精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

○ 地域生活を営む対象者に利用される「就労継続支援（B型）」、「計画相談支援」などのサービス利用が多く、地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助のサービスの利用は少ない。



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

(11) 精神保健調査日本調査 (World Mental Health Japan Survey)

精神保健調査日本調査は、厚生労働科学研究「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」(WMHJ22013-2016) (主任研究者：川上憲人 東京大学大学院医学系研究科教授) において、精神障害の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動への影響等を明らかにすることを目的に実施されたものです。(ファースト調査は、2002-2006年に実施)

①調査方法等

2013-2015年度までに、関東地方、東日本、西日本で調査を行い、2450人に以下の質問項目について面接調査及び自己記入式調査票による調査を行いました。

図表 16：世界精神保健日本調査 (WMH-J2) における全回答者の基本属性

属性	回答者数	%	属性	回答者数	%		
性別	男性	1160	47.3	学歴	中学校	222	9.1
	女性	1290	52.7		高校	944	38.5
年齢	25-34歳	455	18.6	専門学校(専修課程/入学資格・中卒以上)	79	3.2	
	35-44歳	466	19.0	専門学校(高等課程/入学資格・高卒以上)	304	12.4	
	45-54歳	454	18.5	短期大学、高等工業専門学校(高専)	238	9.7	
	55-64歳	509	20.8	大学	598	24.4	
	65-75歳	566	23.1	大学院	59	2.4	
婚姻状態	結婚している	1770	72.2	欠損値	6	0.2	
	別居している	12	0.5	現在の雇用状況	現在働いている	1458	59.5
	離婚した	118	4.8		自営業	229	9.3
	死別した	106	4.3		求職中(失業中)	23	0.9
	未婚	444	18.1		一時解雇(一時帰休)	7	0.3
家族形態	単身	191	7.8		退職した	217	8.9
	夫婦のみ	556	22.7		家事	407	16.6
	子と同居(二世帯)	985	40.2		学生	41	1.7
	親と同居(二世帯)	371	15.1		産休中	16	0.7
	親および子と同居(三世帯)	286	11.7		病気休業中	12	0.5
	その他の親族と同居	36	1.5		障害のために働けない	19	0.8
	親族以外と同居	11	0.4	その他(具体的にたずねる)	18	0.7	
	これ以外の世帯	13	0.5	欠損値	3	0.1	
	欠損値	1	0.0				
移動能力	一人で外出可能	2425	99.0				
	一人で外出できない	25	1.0				

図表 17：世界精神保健日本調査 (WMH-J2) における質問項目

- ・ 属性およびスクリーニング
- ・ うつ病
- ・ 躁病
- ・ パニック障害
- ・ 特定の恐怖症
- ・ 広場恐怖
- ・ 全般性不安障害
- ・ 物質使用障害
- ・ 心的外傷後ストレス障害
- ・ てんかん
- ・ 精神病スクリーニング
- ・ 自殺傾向
- ・ サービス利用
- ・ 東日本大震災
- ・ 人口統計要因
- ・ 雇用状態
- ・ 経済的状态
- ・ 結婚
- ・ 子供
- ・ 子供時代
- ・ 引きこもり
- ・ 面接者の観察

②調査結果

ICD-10 診断による主要な精神障害の生涯有病率は、図表 18 注 1) に示した「いずれかの精神障害」では、約 23%となっています。

図表 18：ICD-10 診断による主要な精神障害の生涯有病率（性別）

	男性 (N=1160)		女性 (N=1290)		合計 (2450名)		χ^2
	%	人数	%	人数	%	人数	
気分(感情)障害							
重症うつ病エピソード	2.2%	25	3.2%	41	2.7%	66	2.4
中等症うつ病エピソード	1.6%	18	2.4%	31	2.0%	49	2.3
軽症うつ病エピソード	1.0%	12	0.9%	12	1.0%	24	0.1
全てのうつ病エピソード	4.7%	55	6.5%	84	5.7%	139	3.6
躁病エピソード	0.7%	8	0.7%	9	0.7%	17	0.0
軽躁病	0.2%	2	0.1%	1	0.1%	3	0.4
気分変調症	0.9%	11	1.9%	24	1.4%	35	3.6
いずれかの気分(感情)障害	5.4%	63	8.1%	105	6.9%	168	7.0 **
神経症性・ストレス性障害							
パニック障害	0.5%	6	1.2%	16	0.9%	22	3.6
パニック障害をともなわない広場恐怖	0.5%	6	1.4%	18	1.0%	24	4.9 *
社会恐怖(社交不安障害)	1.6%	18	2.6%	34	2.1%	52	3.5
特定の恐怖症†	(2.8%)	(7)	(7.4%)	(20)	(5.1%)	(27)	5.7 **
全般性不安障害	1.3%	15	2.7%	35	2.0%	50	6.2 *
外傷後ストレス障害	0.3%	4	1.6%	20	1.0%	24	9.2 **
いずれかの神経症性・ストレス性障害	3.6%	42	7.0%	90	5.4%	132	13.5 **
精神作用物質による精神および行動上の障害							
有害な使用-アルコール	22.4%	260	8.4%	108	15.0%	368	94.3 **
アルコール依存症	0.3%	4	0.0%	0	0.2%	4	4.5 **
有害な使用-薬物	0.3%	4	0.4%	5	0.4%	9	0.0
薬物依存症	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
いずれかの精神作用物質による障害	22.8%	265	8.5%	110	15.3%	375	96.6 **
いずれかの精神障害	28.0%	325	18.2%	235	22.9%	560	33.3 **

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, χ^2 検定(人数の期待値が5人未満のセルを含む比較は参考値)。

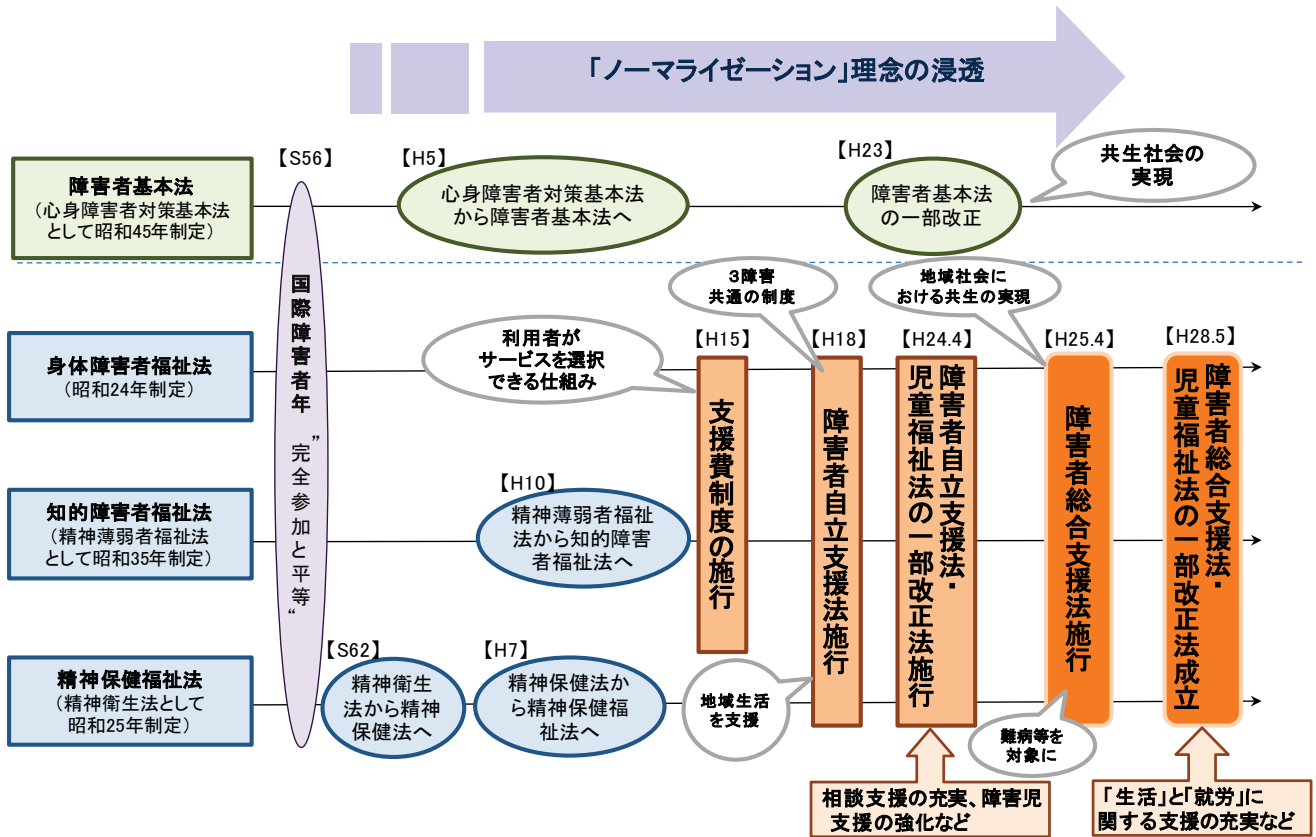
† 特定の恐怖症は平成25年度調査でのみ調査したため、有病率は25年調査の対象者のみを分母とした数値を括弧書きで示した。

注1) 疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝うつ病エピソード、躁病エピソード、軽躁病エピソード、気分変調症。いずれかの神経症性・ストレス性障害＝パニック障害、広場恐怖、社会恐怖(社交不安障害)、全般性不安障害、外傷後ストレス障害。いずれかの精神作用物質による障害＝アルコールの有害な使用あるいは依存症、薬物の有害な使用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害。

2 精神保健医療福祉政策の動向

精神保健や精神医療、障害福祉における取組として、これまでに我が国では様々な議論や政策的展開が図られてきました。

図表 19：障害保健福祉施策の歴史

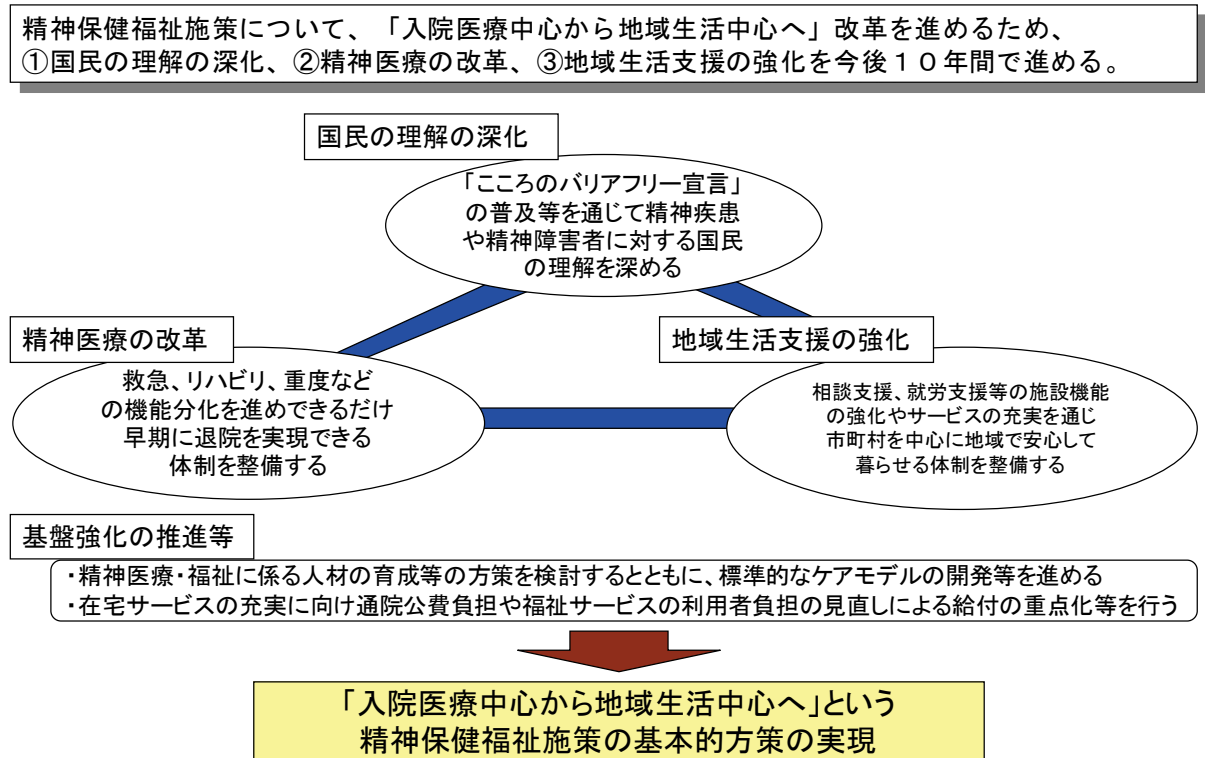


図表 20：精神領域におけるこれまでの経緯一覧

平成 14 年 12 月	社会保障審議会障害者部会精神障害分会 報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」 * I
平成 15 年 5 月	精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」 * II
平成 16 年 9 月	厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 * III
平成 18 年 4 月	障害者自立支援法施行
平成 21 年 9 月	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」 * IV
平成 22 年 5 月	厚生労働省障害保健福祉部「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」
平成 25 年 4 月	障害者総合支援法施行
平成 25 年 6 月	精神保健福祉法改正 平成 26 年 4 月施行
平成 26 年 4 月	「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」 * V
平成 26 年 7 月	厚生労働省「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」とりまとめ * VI
平成 29 年 2 月	厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」 * VII

- I 平成7年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に名称変更）の改正を経て、精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実が図られました。しかしながら、その成果が十分ではないことから、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要であるとして、平成14年12月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が示されました。同月、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が設置されています。
- II 平成15年5月に、精神保健福祉対策本部の「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）」が出されました。それに基づき「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関する3つの検討会が開催されました。この報告を踏まえ、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性を明らかにするため、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示されています。
- この改革ビジョンでは、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示されました（図表21）。

図表21：精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み



※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。

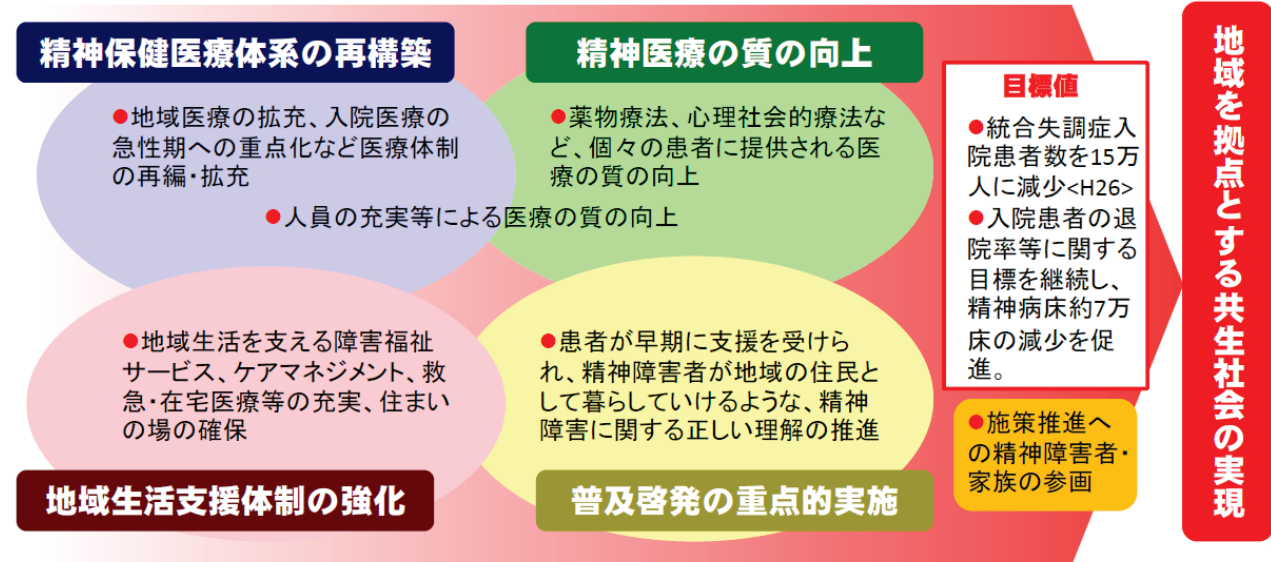
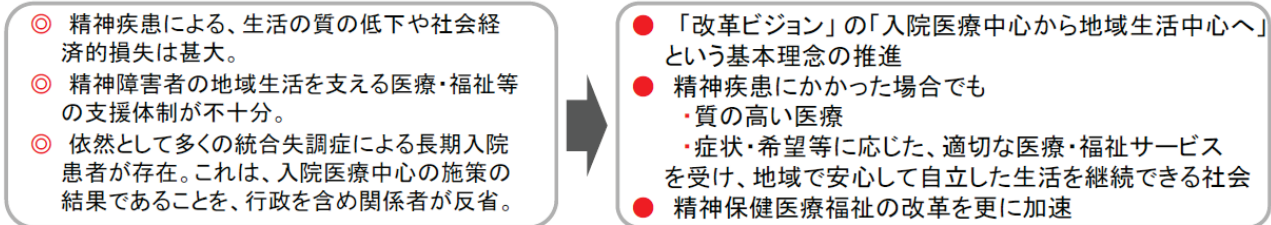
出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「我が国における精神保健医療福祉施策の動向」

Ⅲ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本指針として、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年間で進めるとされました。また、「受入条件が整えば退院可能な者（約 7 万人）」についても、併せて 10 年後の解消を図ることが盛り込まれました。

Ⅳ 平成 21 年 9 月に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期 5 か年（平成 21 年 9 月以降）の重点施策群の策定に向けた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）が提示されました。「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させることとされました（図表 22）。

図表 22：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】



出典：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）

V 平成 26 年 4 月の「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」の施行に伴い、法第 41 条第 1 項の規定に基づき、「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」が定められました。入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めたものです。1 年未満で退院できるよう、質の高い医療を提供し退院支援等の取組を推進するとともに、1 年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進することなどが明記されました（図表 23）。

図表 23：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（概要）

厚生労働省資料	厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)
○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。	
1. 精神病床の機能分化に関する事項 ○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。 ○地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。 ○急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。 ○入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。 ○1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。	
2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項 ○外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。 ○アウトリーチ(多職種のチームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。 ○在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。 ○精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。 ○医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。	
3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項 ○精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。 ○チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。	
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項 ○保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。 ○非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。 ○自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。 ○精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。	

VI 平成 26 年 7 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の今後の方向性」（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）が公表されました。

主に、下記が打ち出されています。

- 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
- ②長期入院精神障害者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」などの「退院に向けた支援」、居住の場の確保や地域生活を支えるサービスの確保として「地域生活の支援」、また、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自治体が助言・支援に努める「関係行政機関の役割」
- ③病院の構造改革として「入院医療について精神科救急等地域生活を支えるために医療等に人員・治療機能を集約することが原則」、「地域移行を進めることによる病床の適正化」

Ⅶ 平成29年2月に、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書がとりまとめられました。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進し、精神障害者の一層の地域移行を地域において具体的な政策手段により実現していくため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな政策理念が明記されました。

この政策理念を基軸としつつ、既存の取組等による成果を踏まえ、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるような方策を検討することが示されています。

図表 24：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）（抜粋）

（平成29年2月8日）

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。（通常国会に関係法律の改正案を提出）

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、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を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

（3）精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、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、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

出典：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）

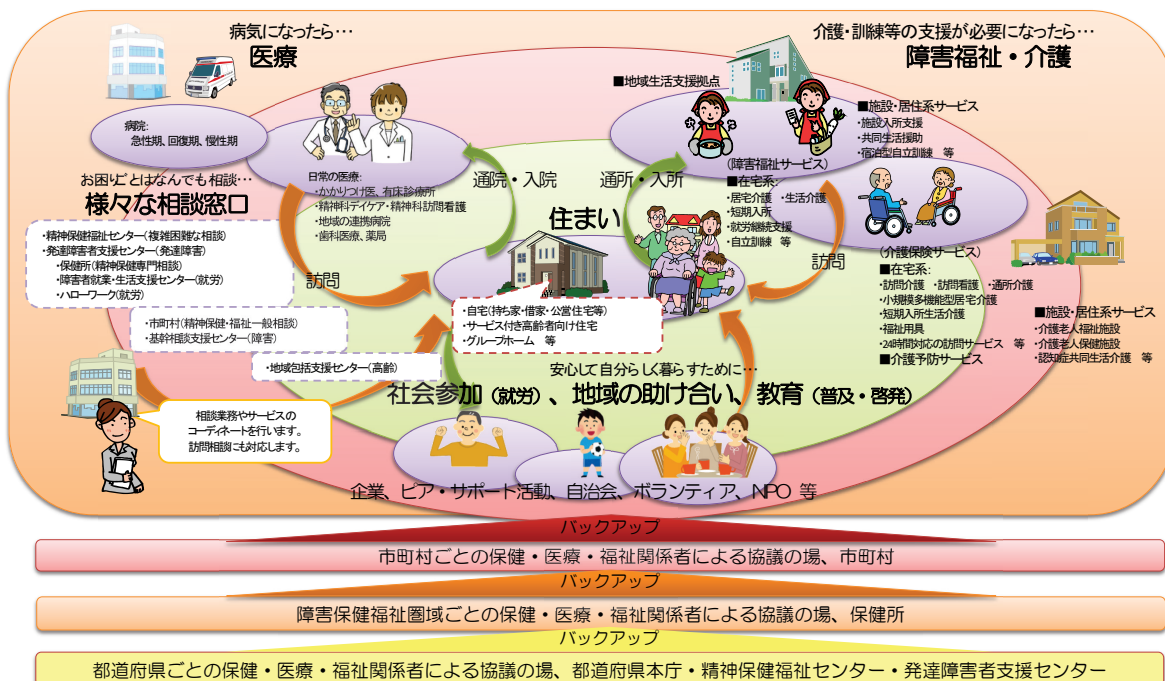
3 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

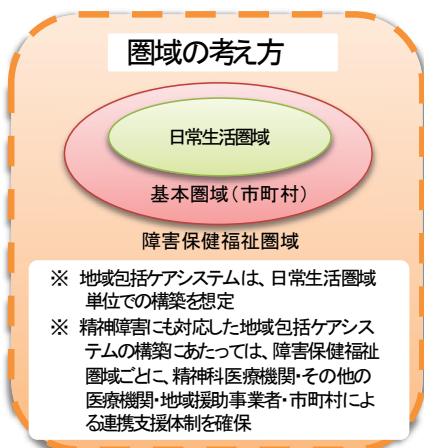
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステムのことを指します。

このしくみが、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念を支えるものになり、また、多様な精神疾患等に対応するための土台づくりとしての基盤整備にもつながることが期待されます。

図表 25：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）



出典：平成 30 年 6 月 27 日 第 90 回障害者部会資料を一部改変



「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築範囲は、日常生活圏域単位が基本となります。

その上で、精神科医療機関・その他の医療機関・障害福祉サービス等事業所等・市町村による包括的かつ継続的な連携支援体制の確保が求められます。

(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において重視すべきこと

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築には、以下のポイントが重要です。

①地域住民の理解増進

すべての人が生きやすい社会を形成するうえでは、地域住民の精神障害者に対する理解が必要不可欠です。障害や年齢、性別、その他様々な要因による差別や偏見（いわゆる「スティグマ」）を解消していくことが重要です。

②精神障害者本人の希望・ニーズ

精神障害者本人を中心として支援の輪をつくりあげることが、最も基本的な視点になります。本人の希望やニーズを引き出し、そのうえで一人ひとりに応じた支援が形成されていくことが大切です。

③地域アセスメントに基づく目標設定とロードマップの作成及び検証

まず初めに、「地域アセスメント」を行う必要があります。その上で課題抽出を行い、その認識を関係者間で共有します。その後、目標設定と役割分担及びロードマップを作成し、具体的な各取組を実施します。適宜評価・検証しながら、PDCA サイクルを回していくことが求められます。

④支援者間のネットワークによる協働

地域の基盤整備を進めるうえで、基本となる資源は既存のネットワークです。今ある連携体制の促進と新たな形成が求められます。

⑤保健所の役割

地域移行支援・地域定着支援等推進の中心的役割が求められます。また、精神障害者が地域生活を継続する上で、危機介入が必要な場合もあります。保健所のリーダーシップの発揮が、大変重要です。

⑥精神医療の役割

精神障害者を取り巻く状況や精神疾患の特徴などを鑑みると、精神医療が担う役割は大変重要であることは言うまでもありません。症状のゆらぎがあることが、精神障害の特徴のひとつでもあり、医療の適切な介入及び継続的な関わりが、地域における安心して継続した暮らしを実現するうえで必要不可欠です。

⑦障害福祉サービス等の利用と社会参加（就労等）の促進

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築のためには、地域に存在する多様なニーズ及びそれらに対応したサービス等を整備していく必要があります。介護や生活支援におけるニーズに対応するのみならず、本人の社会参加の機会創出も大変重要です。

このような体制整備のためには、市町村等が中心となって、福祉を起点とした基盤整備を行っていくことが求められます。

(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する要素には、大きく、「地域の助け合い・教育（普及啓発）」、「住まい」、「社会参加（就労）」、「保健・予防」、「医療」、「障害福祉・介護」があります。

図表 26：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素



【各構成要素の内容（一例）】

「地域の助け合い・教育（普及啓発）」

＜地域住民の精神障害への理解促進＞

- ・当事者や家族等と連携した精神障害の理解促進に向けた効果的な普及・啓発の推進
- ・精神障害者地域生活サポーター（仮称）の養成

「住まい」

＜精神障害者が地域で暮らす場（住まい）の確保＞

- ・精神障害者の住まい確保に係る課題等の実態把握と、必要なグループホーム、高齢者向け住まい等の整備
- ・自立生活援助サービスなど地域支援の充実・活用等による公営住宅等への入居促進、精神障害者が入居可能な賃貸住宅の登録促進、マッチング・入居支援
- ・精神障害者の円滑な住まい確保にむけた地域関係者への手引きの作成、周知
- ・住宅セーフティネット制度の周知、居住支援協議会との連携

「社会参加（就労）」

＜精神障害者の希望や適性を踏まえた就労（復職）支援の充実＞

- ・精神障害者の社会参加促進のための効果的な支援事例の収集・ノウハウの共有
- ・精神医療機関、障害福祉サービス等事業所等とハローワーク、企業の連携促進
- ・精神障害者雇用トータルサポーター、ジョブコーチによる職場定着支援
- ・就労定着支援事業の活用促進
- ・ピアサポーターの活躍の機会の確保

「保健・予防」

＜メンタルヘルス問題全般の早期発見と介入＞

- ・精神的不調に対するセルフチェック、援助希求行動促進のための啓発
- ・精神保健相談業務の充実、窓口の周知、相談ルートの整備
- ・必要な支援（医療を含む）へのアクセスの確保
- ・家族支援の充実
- ・ひきこもり支援、自殺予防施策等との連携

「医療」

＜精神障害者が適時適切に必要な医療にアクセスするための体制整備＞

- ・保健・医療的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方（医療と保健の連携など）の検討
- ・精神科救急医療体制整備
- ・地域の身体科医療機関、学校、職場、行政等との連携

＜精神障害者を地域で支える医療の強化＞

- ・多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進
- ・外来機能（デイケア、訪問サービス、ケースマネジメント）の強化
- ・精神医療と身体科医療の連携
- ・入院患者の早期の地域移行・地域定着に資する取組の実施と検証
- ・長期入院精神障害者の効果的な退院支援プログラムの提示
- ・治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及
- ・必要な医療の継続支援に資する取組の実施と検証

「障害福祉・介護」

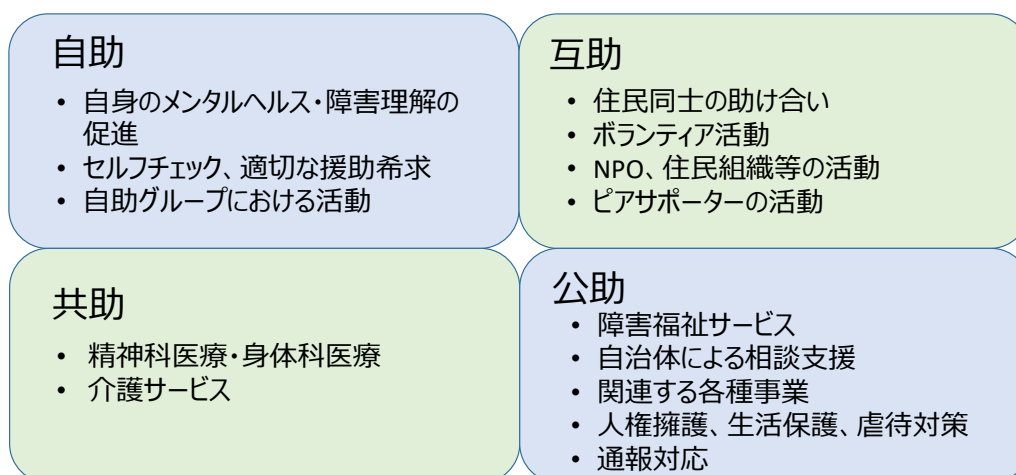
＜精神障害者の地域生活のために必要な障害福祉・介護サービスの確保と利用・連携促進＞

- ・地域移行・地域定着のために必要な基盤整備量の目標を明確にし、障害福祉計画等と整合性をはかりつつ基盤整備を推進
- ・地域相談支援の利用促進
- ・精神障害者支援の質を確保するための障害福祉サービス等事業所等の育成
- ・効果的な支援プラン、ノウハウの共有
- ・介護支援専門員等への効果的な研修等の検討、介護と福祉の連携

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る4つの「助」

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するうえでは、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の4つの助が連動することが大切です。

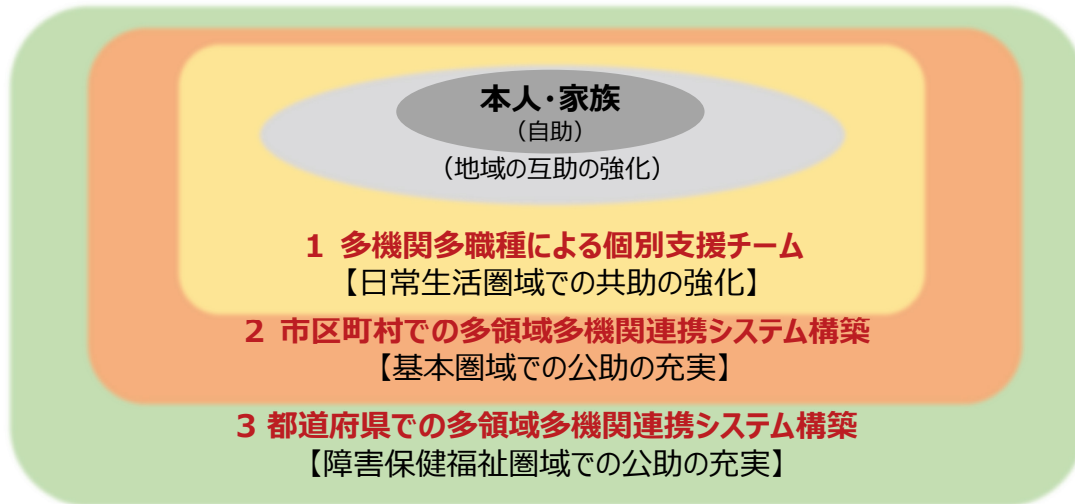
図表 27：4つの「助」



出典：多様な精神疾患等に対応できる医療連携構築支援研修会（H30.11.15）資料

また、これらの4つの助が、様々な圏域を超えて有機的かつ効果的に連動することが重要であり、そのような連動により、包括的な支援体制の構築が推進されていきます。

図表 28：重層的な支援体制のイメージ



厚労科研「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(代表：藤井千代)
「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担：野口正行) 研究報告書より

(参考)

包括的な支援体制を全国的に整備するための方策について検討を行うとともに、より広い視点に立って、今後の社会保障において強化すべき機能や、多様な社会参加と多様な主体による協働を推進していく上で必要な方策について検討された「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」の最終とりまとめが令和元年12月に公表されています。

図表 29：地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会
最終とりまとめ 概要

地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ 概要

I 地域共生社会の理念

- 地域共生社会の理念とは、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包摂的なコミュニティ、地域や社会を創るという考え方。福祉の政策領域だけでなく、対人支援領域全体、一人ひとりの多様な参加の機会の創出や地域社会の持続という観点に立てば、その射程は、地方創生、まちづくり、住宅、地域自治、環境保全、教育など他の政策領域に広がる。

II 福祉政策の新たなアプローチ

- 個人や世帯を取り巻く環境の変化により、生きづらさやリスクが多様化・複雑化していることを踏まえ、一人ひとりの生が尊重され、複雑かつ多様な問題を抱えながらも、社会との多様な関わりを基礎として自律的な生を継続していくことを支援する機能の強化が求められている。
- 専門職による対人支援は、「具体的な課題解決を目指すアプローチ」と「つながり続けることを目指すアプローチ（伴走型支援）」の2つのアプローチを支援の両輪として組み合わせていくことが必要。
- 伴走型支援を実践する上では、専門職による伴走型支援と地域の居場所などにおける様々な活動等を通じて日常の暮らしの中で行われる、地域住民同士の支え合いや緩やかな見守りといった双方の視点を重視する必要があり、それによりセーフティネットが強化され、重層的なものとなっていく。

III 市町村における包括的な支援体制の整備の在り方

1 事業の枠組み等

- 地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する市町村における包括的な支援体制の構築を推進するため、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に行う市町村の新たな事業を創設すべき。

断らない相談支援	参加支援	地域づくりに向けた支援
<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人・世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援 ① 属性にかかわらず、地域の様々な相談を受け止め、自ら対応する又は関係機関につなぐ機能 ② 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能 ③ 継続的につながり続ける支援を中心的に担う機能 ※ ②及び③の機能を強化 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援。 ○ 狭間のニーズに対応できるように既存の地域資源の活用方法を拡充する取組を中心に、既存の人的・物的資源の中で、本人・世帯の状態に合わせた多様な参加支援の提供を行う。 (例) 生活困窮者の就労体験に経済的な困窮状態にない世帯のひきこもりの者を受け入れる 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援。 ① 住民同士が出会い参加することのできる場や居場所の確保に向けた支援 ② ケアし支え合う関係を広げ、交流・参加・学びの機会を生み出すコーディネート機能

- 対象は、本人・世帯の属性を問わず、福祉、介護、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題や地域社会からの孤立など様々な課題を抱える全ての地域住民とすべき。
- 新たな事業の意義の一つは、地域住民や関係機関等と議論を行い、考え方を共有するプロセス自体にあることから、任意事業とし、段階的实施とすべき。
- 新たな事業を実施するに当たっては、既存の取組や機関等を活かしながら進めていくが、地域ごとに住民のニーズや資源の状況等が異なることから、圏域の設定や会議体の設置等は、市町村が裁量を発揮しやすい仕組みとする必要がある。
- 国の財政支援については、市町村が柔軟に包括的な支援体制を構築することを可能とするために、一本の補助要綱に基づく申請などにより、制度別に設けられた財政支援の一体的な実施を促進する必要がある。

地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ 概要

III 市町村における包括的な支援体制の整備の在り方（続き）

2 市町村における包括的な支援体制の構築の際のプロセスと留意すべき点

- 市町村は地域のニーズや人材、地域資源の状況等を把握し、見える化した上で分析を行うとともに、地域住民や関係機関等と議論をし、域内における包括的な支援体制の整備について考え方をまとめ、共通認識を持ちながら取組を進める。この際、新たな縦割りを生み出さないよう留意。
- 事業実施後も、地域住民や関係機関等と振り返りや議論を繰り返し行いつつ、事業の実施状況等を定期的に分析・評価し、改善していくことが必要。
- 市町村が、地域住民や関係機関等とともに考え方を共有し、事業を推進するため、関係者をメンバーとする議論を行う場を市町村が設置する仕組みとすべき。

3 介護、障害、子ども、生活困窮等の各制度から拠出する際の基本的な考え方

- 介護、障害等の既存の各制度における基準額や補助率が異なることを踏まえ、事業費の積み上げ方や配分方法について検討を行う必要がある。その際、既存制度からの拠出は、合理的なルールに基づく機械的な方法による按分とすることが必要、現在の取組を継続できるよう交付水準を保つべきといった意見を踏まえ、より詳細を検討すべき。
- 現行の各経費の性格の維持など国による財政保障にも十分配慮する観点から、シーリング上、現在義務的経費とされているものについては、引き続き義務的経費として整理できるような仕組みとすべき。

IV 市町村における包括的な支援体制の整備促進のための基盤

1 人材の育成や確保

- 包括的な支援に携わる専門職等の支援の質を担保するため、研修カリキュラムや教材等の整備の推進、研修の実施等、人材の育成・確保に向けた取組を進めることが重要。また、市町村においては、庁内全体で包括的な支援体制について検討し、体制の構築を進める中で、福祉部門の職員だけでなく、職員全体に対して研修等を行う必要がある。事業開始後も、人材を組織的に育成しつつ、チームで対応していくことが求められる。

2 地域福祉計画等

- 新たな事業については、地域福祉計画の記載事項とすべき。計画の策定過程を通じて、市町村が、住民や関係者・関係機関との意見交換等を重ね、包括的な支援の考え方や新たな事業に関する共通認識を醸成することが重要。都道府県においても、地域福祉支援計画の記載事項とすべき。

3 会議体

- 多職種による連携や多機関の協働が重要な基盤となるため、情報共有や協議を行う場（会議体）の機能が重要。既存の属性別の制度等による会議体があることに十分に留意して、これらを有効活用し、市町村の職員も参画した上で、個別事例の検討等を行うことが望ましい。

4 都道府県及び国の役割

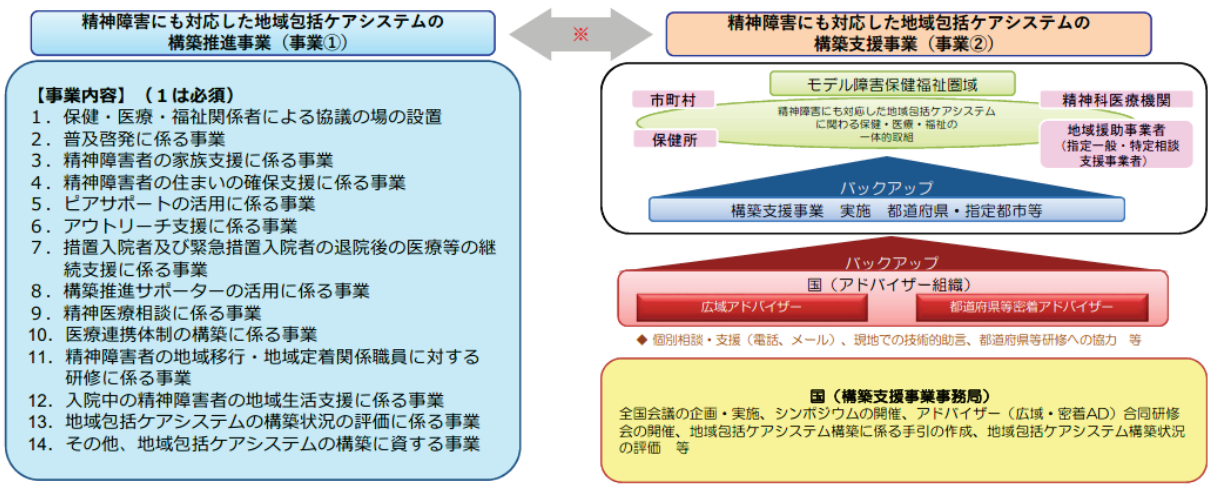
- 都道府県は、市町村における包括的な支援体制の構築の取組の支援、広域での人材育成やネットワークづくり、広域での支援や調整が求められる地域生活課題への対応などの役割を担うことが考えられる。
- 国はSNS等も活用しつつ、都道府県域を越える相談事業を進めるほか、市町村等に対して、標準的な研修カリキュラムや教材等の整備、都道府県と連携した人材育成の推進、未実施自治体やその関係者の機運醸成のためのシンポジウム等の開催、職員を個別に市町村への派遣、事例の分析や共有といった支援を進めることが考えられる。

③精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（図表 30）では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組の推進を目的としたメニューが用意されています。

図表 30：令和3年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業及び構築支援事業の概要

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業） 令和3年度予算案：584,453千円（令和2年度予算額：532,733千円）
② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 令和3年度予算案：40,821千円（令和2年度予算額：40,821千円）
<p>① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 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を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。 <実施主体> 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市</p> <p>② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 ◆国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。 ◆都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。 ◆関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。 <参加主体> 都道府県・指定都市・特別区</p> <p style="text-align: center; color: red;">※①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することが可能</p>



図表 31：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進 申請自治体実施事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業
【都道府県】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名	青森県	岩手県	宮城県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	石川県	福井県	山梨県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	
		(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択可			●	●	●				●	●		●						●	●	●	
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業			●		●	●				●	●		●									●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●								●			
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●				●		●	●	●	●	●	●	●			●		●	●	●	●
(6) アウトリーチ支援に係る事業										●	●		●	●						●		
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業		●							●			●	●	●			●		●	●		
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																						
(9) 精神医療相談に係る事業			●	●				●	●					●	●	●		●	●	●	●	●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業								●			●	●										
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業										●	●	●	●							●		●
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●						●			●	●							
(14) その他				●			●	●	●		●	●		●		●			●			●

事業メニュー	自治体名	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	徳島県	香川県	愛媛県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	
		(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択可				●					●							●			●			
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業			●		●					●	●							●					
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●												
(5) ピアサポートの活用に係る事業					●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●		●	●		●
(6) アウトリーチ支援に係る事業							●																
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業										●		●					●	●				●	
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																							
(9) 精神医療相談に係る事業				●	●			●						●		●		●				●	●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業											●												
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業		●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●	●	●		●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業					●			●				●		●				●					
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●																		
(14) その他			●							●			●	●		●	●	●		●			

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業 【指定都市】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名																				
	札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	横浜市	川崎市	相模原市	新潟市	静岡市	浜松市	名古屋市	京都市	大阪市	堺市	神戸市	岡山市	広島市	北九州市	福岡市	熊本市	
(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業		●		●			●				●				●		●				
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業		●					●				●	●	●			●	●				●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業							●														
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●	●		●		●	●			●	●	●		●	●	●	●			●
(6) アウトリーチ支援に係る事業				●	●						●					●					
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業							●						●		●	●	●				
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業					●																
(9) 精神医療相談に係る事業		●				●	●	●	●	●	●		●	●	●				●		●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																					
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●		●		●	●		●	●	●			●	●			●	●	
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業					●		●	●		●	●	●			●	●				●	
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●		●								●						
(14) その他			●			●	●	●					●				●			●	●

【保健所設置市】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名																				
	川口市	八王子市	金沢市	豊橋市	豊田市	豊中市	高槻市	枚方市	姫路市	尼崎市	明石市	西宮市	奈良市	和歌山市	鳥取市	高知市	鹿児島市	那覇市	福井市		
(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業					●				●	●				●				●			
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業			●				●			●		●	●	●							
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業																					
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●			●			●	●	●		●			●	●	●				
(6) アウトリーチ支援に係る事業		●	●		●		●					●			●						
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業					●				●												
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																					
(9) 精神医療相談に係る事業																					
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																					
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●	●					●	●		●		●	●	●			●		
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業			●						●		●			●	●	●					
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業		●																			
(14) その他								●													

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業 【特別区】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名															
	港区	新宿区	文京区	台東区	墨田区	江東区	品川区	大田区	世田谷区	中野区	杉並区	豊島区	荒川区	練馬区	葛飾区	江戸川区
(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業		●					●									●
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業		●					●		●							●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業																●
(5) ピアサポートの活用に係る事業								●			●					●
(6) アウトリーチ支援に係る事業		●			●		●	●	●	●	●	●		●	●	●
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業			●			●	●	●			●	●				
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																
(9) 精神医療相談に係る事業																
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業				●				●	●		●					●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業				●	●				●		●		●			●
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業																
(14) その他				●					●	●						●

※令和2年度構築推進事業実施計画書に基づき作成

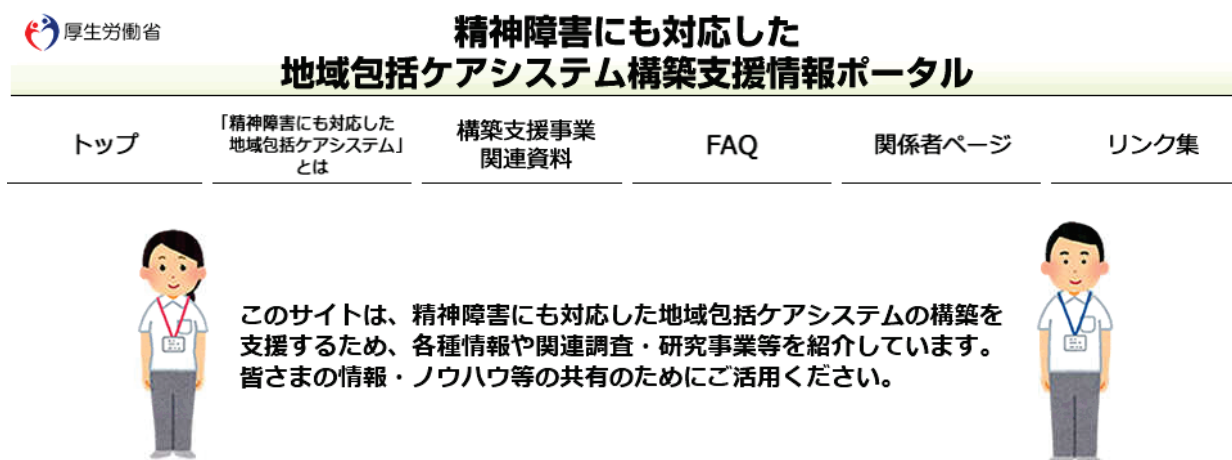
④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置し、都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携しモデル障害保健福祉圏域等における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。また、関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置や会議等を行います。

ポータルサイトには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」も掲載されていますので、ご参照下さい。

図表 32：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

URL：<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>



厚生労働省

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

トップ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは 構築支援事業 関連資料 FAQ 関係者ページ リンク集

このサイトは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援するため、各種情報や関連調査・研究事業等を紹介しています。皆さまの情報・ノウハウ等の共有のためにご活用ください。

第2章

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの 構築プロセス

1 地域アセスメント

地域アセスメントは、実態把握に基づきいわゆる「地域分析」とも言い換えることができます。

保健・医療・福祉関係者と地域の課題を共有するため、協議の場を開催する前に地域アセスメントを実施しましょう。

(1) 地域全体のアセスメント

「ReMHRAD」(地域精神保健医療福祉資源データベース)(<https://remhrad.jp/>)を活用して、疾患別の入院・外来患者数、その経年的な変化、全国との比較、診療実績や、各地域における訪問看護・障害福祉サービス等の資源の分布状況等、地域全体についてのアセスメントを行きましょう。

また、障害福祉計画、医療計画、介護保険事業計画の各計画の数値目標や根拠にしたデータ、自立支援医療、定期病状報告等からもアセスメントを行きましょう。

(「ReMHRAD」については、参考資料P221~をご参照下さい。)

図表1：地域全体のアセスメント

○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業の実施に際しては、保健・医療・福祉関係者と地域の課題を共有するため、**都道府県等は協議の場を開催する前に地域アセスメントを実施**し、協議の場において、地域アセスメントに基づいた地域の課題を共有した上で、「地域ビジョン(地域のあるべき姿)」の検討をすることが重要。

「地域アセスメント」の実施

「地域アセスメント」の共有
・「地域ビジョン(地域のあるべき姿)」と具体的な目標の設定
・役割分担とロードマップの作成

各個別テーマ毎に実施可能なものから協議・実施

評価及び見直し

1. 地域ビジョンを検討するための地域アセスメント ※ 協議の場の開催前に実施

○ 地域アセスメントに関する情報源の例

ReMHRAD:地域精神保健医療福祉資源分析データベース
<https://remhrad.ncnp.go.jp/>

- 「多様な精神疾患の指標(医療計画)」「入院者状況」「地域包括ケアのための資源の状況」「各社会資源のマッピング」に係る情報が掲載されている ※ 例えば、「各社会資源のマッピング」では各市町村の資源が地図上に表示される。
- 資源の状況を把握することで、保健・医療・福祉関係者が多寡による困りごとはないか、地域資源の分布による困りごとはないか、連携は滞りないかといった議論が可能となる。

第5期障害福祉計画、第7次医療計画、第7期介護保険事業(支援)計画

- 各計画の数値目標や根拠データ、圏域ごとの精神疾患にかかる医療データ(15領域にかかるデータ、退院率、長期入院患者数等)、都道府県の医療の状況(自立支援医療、医療保護入院、措置入院、定期病状報告等)、認知症総合支援事業の実施状況等
- ※ 精神保健福祉資料や精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータルを活用
- 地域ごとに、どのような疾患が多いか、入院需要や退院率の高低はどうかを見ることで、その要因を議論するきっかけとなる。



(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素に係るアセスメント

また、地域全体を俯瞰して、第1章3(3)「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築要素」で示した事項、「地域の助け合い・教育（普及啓発）」、「住まい」、「社会参加（就労）」、「保健・予防」、「医療」、「障害福祉・介護」等についても、取組の状況等をアセスメントすることが重要です。

※図表2については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル (<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>)」内、「構築支援事業関連資料」下の第2回アドバイザー合同会議(令和元年10月18日開催)資料等からダウンロードすることが可能です。

図表2：構成要素ごとの現状確認シート

構成要素	現在行っている取組	参考例
地域の助け合い・教育 (普及啓発)		地域住民の精神障害への理解促進 <ul style="list-style-type: none"> 当事者や家族等と連携した精神障害の理解促進に向けた効果的な普及啓発の推進。 精神障害者地域生活サポート（仮称）の養成。 学校教育との連携。 ピアサポート、当事者団体、家族会等の活動支援。
住まい		精神障害者が地域で暮らす場(住まい)の確保 <ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の住まい確保に係る課題等の実態把握と、必要なグループホーム、高齢者向け住まい等の整備。 自立生活援助サービスなど地域支援の充実・活用等による公営住宅等への入居促進、精神障害者が入居可能な賃貸住宅の登録促進、マッチング・入居支援。 精神障害者の円滑な住まい確保にむけた地域関係者への手引きの作成、周知。 住宅セーフティネット制度の周知、届出支援協議会との連携。
社会参加（就労）		精神障害者の希望や適性を踏まえた就労等支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の社会参加促進のための効果的な支援事例の収集・ノウハウの共有。 精神科医療機関、障害福祉サービス事業者とハローワーク、企業、学校の連携促進。 精神障害者雇用トータルサポート、ジョブコーチによる職場定着支援。 就労定着支援事業の活用促進。 ピアサポートの活躍の機会の確保。
保健・予防		メンタルヘルス問題全般の早期発見と介入 <ul style="list-style-type: none"> 精神的不調に対するセルフチェック、援助希望行動促進のための啓発。 精神保健相談業務の充実、窓口の周知、相談ルートの整備。 必要な支援(医療を含む)へのアクセスの確保。 家族支援の充実。 ひきこもり支援、自殺予防施策等との連携。
医療		精神障害者(疑いを含む)が適時適切に必要な医療にアクセスするための体制整備 <ul style="list-style-type: none"> 医療・保健的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方（医療と保健の連携など）の検討。 精神科疾患医療体制整備。 地域の身体科医療機関、学校、職場、行政等との連携。 精神障害者を地域で支える医療の強化 <ul style="list-style-type: none"> 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進。 外傷性脳挫傷、訪問ケア、ケースワーカーの強化。 精神医療と身体科医療の連携。 入院患者の早期の地域移行・地域定着に資する取り組みの実施と検証。 長期入院精神障害者の効果的な遠隔支援プログラムの提示。 治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及。 必要な医療の継続支援に資する取り組みの実施と検証。
障害福祉・介護		精神障害者の地域生活のために必要な障害福祉・介護サービスの確保と利用・連携促進 <ul style="list-style-type: none"> 地域移行・地域定着のために必要な登録整備等の目標を明確にし、障害福祉計画等と整合性をはかりつつ登録整備を推進。 地域相談支援の利用促進。 精神障害者支援の質を確保するための事業者の育成。 効果的な支援プラン、ノウハウの共有。 介護支援専門員等への効果的な研修等の検討、介護と福祉の連携。

(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業毎の地域アセスメント

地域全体のアセスメントでは、把握することが難しい分野毎の状況についてもアセスメントを行います。

アセスメントを実施する際に参考となる情報源の例として図表3があります。

例えば、普及啓発に係る分野では、過去のイベント等の実施状況から、参加者数、参加者の感想、企画・運営に携わった関係者の意見等を確認し、地域住民が関心を持っているテーマは何か、普及啓発の広がりはその程度（地域住民の理解は深まったか等）だったのか等についてアセスメントすることが考えられます。

また、その際には、図表3で示した「全国の情報源の例」を参考指標として活用し、全国や他の地域との比較等を行うことで、有効な取組や、アセスメントを実施する上での新しい視点の情報を得ることが可能となり、アセスメントを深められると考えられます。

図表3：地域アセスメントを行ううえでの情報源（例）

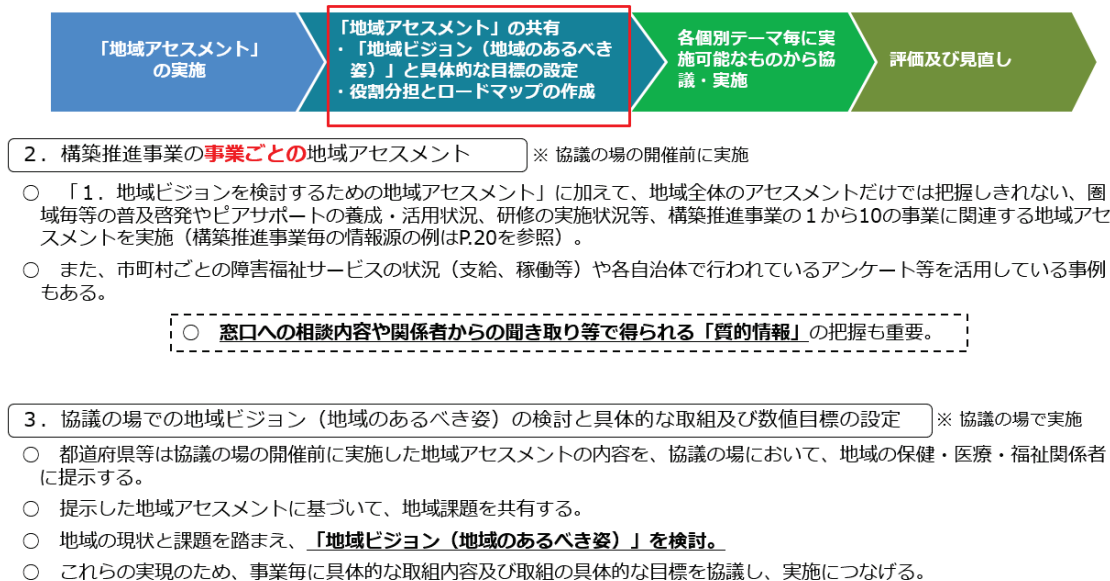
	全国の情報源の例	地域ごとの情報源の例
協議の場の設置	○保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況 構築支援事業アンケート集計結果 (http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/)	○障害福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画の指標
普及啓発	○精神障害者の長期入院後のドキュメンタリー映像集 (http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/) ○精神・発達障害者しごとサポーター (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/shigotosupporter/index.html)	○シンポジウム等の普及啓発に係る事業の開催状況 ○パンフレット、リーフレットの作成状況、活用状況 ○地域活動支援センターや精神科病院等が開催するイベントの状況等
家族支援	○みんなネット (https://seishinhoken.jp/)	○家族会の数、開催回数 ○家族支援を行える人材育成の状況 等
住まいの確保	○住まいと暮らしの安心サポートブックレット（居住支援全国ネットワーク） (http://kyojushien.net/archives/324) ○住宅確保要配慮者円滑入居賃貸住宅の数（セーフティネット住宅情報提供システム（国土交通省） (https://www.safetynet-jutaku.jp/guest/index.php) ○居住支援法人の概要と一覧（国土交通省） (https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_fr7_000026.html) ○居住支援協議会（国土交通省） (https://www.mlit.go.jp/common/000116315.pdf)	○グループホームの設置、稼働状況 ○宿泊型自立訓練の設置、稼働状況 等
措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援	○精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究（NCNP,藤井千代） (https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201717041A)	
ピアサポートの活用	○障害者ピアサポーターの専門性を高めるための研修に関する研究（早稲田大学,岩崎香） (https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201817003A) ○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 (https://pssr.jimdo.com/)	○ピアサポーター養成講座の開催状況 ○ピアサポーターの要請者数、活動状況 等
精神障害者の地域移行関係職員に対する研修	○平成29年度厚生労働省 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（日本精神保健福祉士協会） (http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20170331-01.html)	○研修の実施状況（テーマ、参加者数（初回・継続）、参加団体数、研修前後のアンケート）
地域移行	○精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン（日本精神保健福祉士協会） (http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20160630-guideline2016-02.html) ○障害者の地域移行及び地域生活支援のサービスの実態調査及び活用推進のためのガイドライン開発に資する研究（聖学院大学,田村綾子） (https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201817015A) ○精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（NCNP,藤井千代） (https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201817040B) ○2018年度 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン (http://www.phcd.jp/02/t_seishin/pdf/seishin_tmp03.pdf)	○地域移行支援実施事業者数 ○地域移行支援の利用者数及び退院人数 等
構築状況の評価	○各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組 (https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf)	○障害福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画の指標

2 目標の設定及び目標達成に向けての取組方法

(1) 目標の設定

前述した「地域アセスメント」について協議の場において共有を図り、地域の現状と課題を踏まえた地域ビジョン（地域のあるべき姿）の検討を行います。次に、その実現に向けた具体的な目標の設定を行います。図表5で目標の例を示しますので参考として下さい。

図表4：地域アセスメントと地域ビジョンにそった目標の設定



図表5：具体的な目標の設定 ～目標の例～

	目標の例
協議の場の設置	○区市町村、障害保健福祉圏域、都道府県（政令市等）各層での設置 ○自立支援協議会との連携 ○協議の場からの首長宛提言数 ○行動計画が策定されPDCAサイクルが回っているか、各項目について議論されているか
普及啓発	○実施数、対象者数 ○市民向け講座の実施 ○ピアサポートの活用
家族支援	○家族会の開催状況 ○家族向け相談・支援の状況 ○協議の場で家族のニーズ等を共有しているか
住まいの確保	○グループホーム整備への補助金の有無 ○公営住宅活用実績 ○住まい確保のための宅建協会との協議の場 ○住まい確保のためのマニュアル
ピアサポートの活用	○養成研修実施数・受講者数 ○活動実績数 ○登録者数 ○活動内容の評価の実施
アウトリーチ支援	○アウトリーチ支援を必要とする者のニーズ把握ができているか ○多職種が連携して、地域生活を支援を実施する仕組みがあるか
退院後の医療等継続支援	○ガイドラインに基づく支援が実施されているか ○（ガイドラインを基にした）自治体のマニュアルがあるか
研修	○精神科病院スタッフ向け研修の実施及び参加者数（+参加職種数） ○多職種参加研修の実施 ○官民、多職種協働による研修会の開催 ○障害福祉サービス事業所向けの研修会の開催
地域移行	○地域移行支援、地域定着支援の利用者数 ○地域移行支援の件数に結びついているか ○医療・福祉・行政・保健が協働した地域移行のプログラムがあるか ○院内研修会の参加者数 ○入院中患者へのプログラム実施者数 ○退院者数
構築状況の評価	○取組前と取組後を比較して、取り組んだことの評価（地域の強み）ができているか ○協議の場でのPDCAサイクルが回っているか

※留意点として、「指標」は、地域(自治体)の実状に応じて設定されるものであり、指標の設定や指標達成に向けた取組が数値達成(ノルマ達成)にならないようにすることが大切。取組が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に資するものかどうか検討を行うこと、そのような視点を持つことが重要だということを、当該事業に参画する者が十分に理解・共有することが重要。

(2) 目標達成に向けての取組方法 ～役割分担とロードマップの作成～

協議の場において、目標が設定されたら、関係者間で目標達成に向けた、年間スケジュールを組み立てましょう。スケジュールが合意されたら、各々、どのようなことが出来るか等、役割分担を行います。各関係機関の取組の状況を確認する場合に活用可能なシートとして、図表6に「令和元年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において活用された取組状況チェックシートを示します。

次に、誰がいつどのようなことを行うかについて、協議され共通化されることが望ましいと考えられます。図表7に「令和元年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において活用した年間ロードマップを基に、ロードマップを作成したものを参考に示します。

なお、以下で紹介するチェックシート等は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」(<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>) からダウンロードもいただけます。

図表6【参考】取組状況チェックシート①

取組状況チェックシート		保健所		
(A:取り組んでいる B:一部取り組んでいる C:取り組んでいない D:わからない)		チェック	項目	
都道府県	1	都道府県主管課が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するリーダーシップを発揮している	1	保健所が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するためのリーダーシップを発揮している
	2	庁内及び関係団体との合意形成を図っている	2	圏域内の合意形成を図っている
	3	良質な実践の視察を行っている(主に都道府県内の事例等)	3	良質かつ適切な精神医療体制構築に向けて、地域のアセスメントを行っている
	4	精神科医療機関関係者、精神障害当事者と意見交換を行う等により、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の重要性及び方向性について理解を深めている	4	精神科医療機関と積極的に意見交換を行い、体制整備に向けて協議をしている
	5	保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置して重層的、相補的な連携支援の体制を構築している	5	保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置して重層的な連携支援体制を整備している(市町村及び都道府県等の「協議の場」と連携している)
	6	障害保健福祉圏域、市町村の協議の場づくりを推進している	6	福祉のサービスの基盤整備の推進役である市町村、基幹相談支援センターとの協力体制の強化に取り組んでいる
	7	協議の場を、庁内の既存の会議体等と連動させて運営している	7	自治体の医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画における、圏域の目標についてPDCAサイクルによる進捗管理を行い、包括ケア体制の整備推進を図っている
	8	必要なサービス量、同一の理念、運動性の担保の上で医療計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画を作成している	8	協議の場を活用して、地域の課題の共有、目標設定、個別の支援を通じた連携構築、成果の評価を行っている
	9	各種計画等について、PDCAサイクルによる進捗管理のもと、包括ケア体制の整備推進を図っている	9	新「精神保健福祉資料」、地域精神保健福祉資源分析データベース[ReMHRAD]等を活用して、データの共有、実態の把握を行っている
	10	協議の場を活用し、地域の課題の共有、目標設定、個別の支援を通じた連携構築、成果の評価を行っている	10	「個別支援の検討」、「支援体制の整備」、「地域基盤の整備」の3つの軸に沿って検討を行っている(特に、保健医療を起点とした基盤整備の推進役となっている)
	11	新「精神保健福祉資料」、地域精神保健福祉資源分析データベース[ReMHRAD]等を活用して、データの共有、実態の把握を行っている	11	協議の場の事務局機能としてワーキングチームを組織している(保健所の担当者、都道府県等主管課担当者、保健・医療・福祉の関係者(支援事業実施自治体は、密着アドバイザー等)が参加)
	12	協議の場では「保健医療から地域を考える視点」と「障害福祉から地域を考える視点」の両視点を持ち、「個別支援の検討」、「支援体制の整備」、「地域基盤の整備」の3つの軸に沿って、検討を行っている	12	協議の場の事務局機能として、目標設定、課題分析等を行い、協議会での検討事項を整理する
	13	協議の場を活用して、保健医療を起点とした基盤整備と福祉サービスを起点とした基盤整備を行っている	13	保健、医療、福祉の連携支援を強化するため、関係職員を対象として、実効性のある研修を行っている
	14	協議の場の事務局機能としてワーキングチームを組織している(主管課・関係各課の担当者、保健・医療・福祉の関係者(支援事業実施自治体は、密着アドバイザー、モデル圏域関係機関担当者等)が参加)	14	医療機関、市町村、基幹相談支援センターとケア会議等を行い、個別事例に対応した支援方針を検討している
	15	協議の場の事務局機能として、目標設定、課題分析等を行い、協議会での検討事項を整理している	15	基幹相談支援センターと協力して、ピアサポーター/ピアスタッフを養成している
	16	保健、医療、福祉の連携支援のための中核となる人材養成のため、指導者養成研修を実施している	16	ピアサポーター/ピアスタッフの支援体制を整備している
	17	障害保健福祉圏域、市町村で行う人材育成を支援している	17	市町村・基幹相談支援センターと協力して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する住まいの確保に取り組んでいる
	18	モデル圏域を設定する等して、検証のうえ好事例を横展開している	18	市町村・基幹相談支援センターと協力して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する家族支援を行っている
	19	精神保健福祉センターは、シンクタンク及び体制整備の推進役として、都道府県主管課に対して、専門的立場から医療計画等地域精神保健福祉施策の計画的推進に関する提案、意見具申等の企画立案を行っている	19	上記17、18以外に、市町村・基幹相談支援センターと協力して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組を行っている
	20	精神保健福祉センターは、保健所、市町村及び関係諸機関に対しては、技術援助、人材育成及び地域精神保健福祉活動が効果的に展開できるための調査研究及び資料の提供を行っている	20	心の健康づくりに関する知識や精神障害に対する正しい知識、家族や障害者本人に対する疾病等について正しい知識や社会資源の活用等についての普及啓発を行っている

医療機関

	チェック	項目
1		良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供に向けた体制整備にむけて、自治体、保健所と積極的に意見交換を行っている
2		医療機関職員を対象として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に関する研修を行い、理解の促進を図っている
3		保健、医療、福祉の重層的、相補的な連携支援の体制の推進役を担っている
4		協議の場に参画して、人材育成、質の向上、包括ケア体制の整備推進にむけて積極的に協力している

医療機関と連携して体制を整備するための検討事項の状況(自治体のなかで取り組まれているか否かでお考え下さい)

(1)精神障害者(疑いを含む)が適時適切に必要な医療にアクセスするための体制整備

	チェック	項目
1		医療・保健的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方(医療と保健の連携など)の検討
2		精神科救急医療体制整備
3		地域の身体科医療機関、学校、職場、行政等との連携

(2)多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進

	チェック	項目
1		外来機能(デイケア、訪問サービス、ケースマネジメント)の強化
2		精神医療と身体科医療の連携
3		入院患者の早期の地域移行・地域定着に資する取り組みの実施と検証
4		長期入院精神障害者の効果的な退院支援プログラムの提示
5		治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及
6		必要な医療の継続支援に資する取り組みの実施と検証

市町村

	チェック	項目
1		障害福祉の主管課が、地域の障害福祉の基盤整備に対するリーダーシップを発揮している
2		庁内各課及び関係団体との合意形成を図っている
3		特に高齢・介護分野との連携を図っている
4		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を設定している(都道府県等及び障害保健福祉圏域の「協議の場」と連携している)
5		必要なサービス量を見込みながら障害福祉計画、介護保険事業計画その他の精神障害者に関連する分野の計画等について、整合性を図り作成している
6		PDCA サイクルにより障害福祉サービスや介護サービスを計画的に整備し、包括ケア体制を整備している
7		協議の場を活用して、地域の課題の共有、目標設定、個別の支援を通じた連携構築、成果評価を行っている
8		新「精神保健福祉資料」、地域精神保健福祉資源分析データベース『ReMHRAD』等を活用して、データの共有、実態の把握を行っている
9		「個別支援の検討」、「支援体制の整備」、「地域基盤の整備」の3つの軸に沿って検討し、特に、福祉を起点とした基盤整備の推進役となっている
10		協議の場の事務局機能としてワーキングチームを組織している(市町村担当者、基幹相談支援センターが中心となり、保健所の担当者、保健・医療・福祉の関係者(支援事業実施自治体は、密着アドバイザー等)が参加)
11		協議の場の事務局機能として、目標設定、課題分析等を行い、協議会での検討事項を整理している
12		居住支援協議会と連携して、具体的な居住の確保を行っている
13		他の地域保健施策の中における精神保健福祉的配慮を含め、関係部局との連携により、きめ細かに普及啓発を行っている
14		健康を掌る視点から住民の精神保健(メンタルヘルス)の課題に積極的に関与して、その向上に努めている
15		障害者総合支援法におけるサービスの実施や、サービス等の利用調整、市町村障害福祉計画の策定、各種社会資源の整備、地域の相談支援体制の整備、精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法の周知や申請の受理・交付等の事務処理などを通じた、社会復帰及び自立と社会参加への支援を行っている

基幹相談支援センター

	チェック	項目
1		基幹相談支援センターは、保健、医療、福祉による連携支援を重要な業務として位置づけている
2		市町村の「協議の場」を活用して計画的に地域基盤の整備を推進している
3		市町村の相談支援体制の整備に関与し、人員確保、質の向上等、相談支援体制の充実を図っている
4		関係機関と連携して、相補的、重層的な支援体制を構築している
5		指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への技術支援を行っている
6		地域生活支援拠点について、医療、保健、福祉の連携支援体制と連動させて整備している
7		ピアサポートの有効性を理解し、保健所と協力してピアサポーターを養成している
8		ピアサポーターを活用するためのする仕組みを構築している
9		地域包括支援センターとの連携を強化している

図表7：【参考】ロードマップの例
 ○○年度 ○○事業

<目標設定>

目標（指標）	目標値	現状値（参考）

<目標達成に向けた取組>

	取組の計画	実施した内容	評価
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

<年間の全体評価>

目標（指標）	目標値	実績
目標達成できた（できなかった）理由等		

<全体評価を踏まえた改善策>

--

3 成果の評価と改善

具体的な取組を実施していくなかで、協議の場において、一定期間ごとに目標の達成状況等について評価を行います。

それらの評価を基に、改善等について協議を行い、次年度以降の取組について協議します。

以下、「令和元年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において活用した構築要素ごとの現状確認シート、事業メニューごとの現状確認シートを基に、構成要素ごと、事業ごとの評価を行うに際して参考となるシートを作成したものを示します。

図表8：構成要素ごとの成果確認シート

構成要素	〇年度に実施した取組	成果等	次年度に向けた取組の予定等
地域の助け合い・教育（普及啓発）			
住まい			
社会参加（就労）			
保健・予防			
医療			
障害福祉・介護			

図表9：事業メニューごとの成果確認シート

	実施した内容	成果	次年度に向けた改善点等
協議の場			
普及啓発			
家族支援			
住まい確保			
ピアサポート活用			
アウトリーチ支援			
退院後支援			
研修			
地域移行			
構築状況評価			
その他			

4 保健・医療・福祉関係者による「協議の場」の設置・運営

(1) 協議の場の設置

協議の場を設置するうえでの視点・留意点について、厚生労働省が実施する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」等に参加する自治体の事例も交えながら解説します。

① 既存の会議体の活用

既存の会議が多くあるなか、むやみに多くの会議体を開催したとすれば、参加者にとっての負担が大きくなるだけでなく、他の会議と機能が重複してしまうことも考えられます。一方、少ない会議体で地域に係るすべての事象を解決しようとしても、機能が発揮しきれないことが考えられます。

我が町の取組を客観視したうえで、必要に応じて、適切な目的・設置範囲で、他の会議等とも連動する形を考えることが、協議の場を設計・設置するうえで最初に求められる視点です。

図表 10 で、既存の会議体の活用状況に係るアンケート結果を示しています。既存の会議体を活用している状況が伺えますが、その場合でも、他の協議体との連動も含めて、後述する機能や役割が発揮されることが大切です。

<事例：三重県における協議の場の構成と機能>

三重県は紀伊半島東部に沿って南北に細長く位置し、人口は約 183 万人（平成 30 年 1 月 1 日現在）の県です。

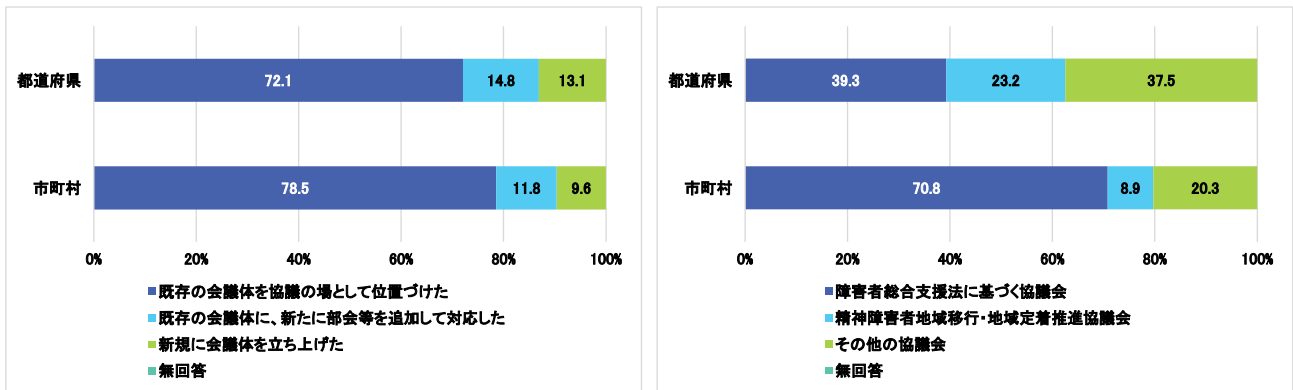
県内の全障害保健福祉圏域（9 圏域）で協議の場が設置されており、各圏域の取組の情報共有を行う場として、「精神障がい者地域移行・地域定着推進連絡会（以下「連絡会」という。）を設置・開催しています。

この連絡会は、県と各圏域が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム体制を協議すること及びそれに伴う必要な地域基盤について検討する場として設けられました。

連絡会において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するにあたり、何をしてよいかわからないとの意見が多かったことから、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムチェックリスト」を作成し、各圏域で取り組むべき課題、各圏域の強みなどの地域評価を行っています。

また、地域で解決できない課題については、連絡会から県自立支援協議会に意見具申し、制度化の検討を行っています。

図表 10：協議の場に係る 既存の会議体の活用状況



出典：令和2年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況に係るアンケート」より作成

②関係者への説明

協議の場を設置するうえでは、理想的にはその立ち上げに際して、様々な関係者・関係機関と意見交換等を行い、その目的や設置方法、開催条件（回数や人数、その他）について共通認識を持ったうえで設置することが望まれます。

設置段階から関係者と協働することが難しい場合は、設置後に、協議の場の設置主体が責任を持ち、関係者・関係機関等に対して趣旨説明等を行うことが重要です。

最も大切にすべきことは、共通認識を持ったうえでの実働的な議論が行われること、効果的な議論が行われることです。そのためにも、設置主体は、協議の場の開催前に、関係者への説明等を十分に、かつ丁寧に行うことが求められます。

③協議の場の機能に応じた参加者

参加者の選定にあたっては、会議目的に照らし合わせたうえで、精神保健医療福祉に関わる幅広い領域から、総合的な検討が行えるような参加者を選定することが求められます。

また、精神障害者、家族等の意見や視点が重要となりますので参加者として協議の場への参画を求めましょう。

また、大きな会議体や目標とする機能をすべて補完しようとするが故に、参加者数が多くなり、かえって検討が進まない、結論を出すことが難しい、というようなことが起こることも考えられます。

はじめは必要最低限の参加者で構成し、時間とともに必要な機能や人員が整理されていく、という視点を持つことも有効です。

<協議の場の参加者の一例>

協議の場の参加者は、精神保健医療福祉の議論を実効的かつ具体的に実施することができる人選が基本となり、そのうえで、自治体の実情に応じ選定することとなります。「地域生活支援事業等の実施について」（障発第 0801002 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）では、以下のように例示されています。

- a 都道府県等における精神科医療を所管する部局の職員
- b 都道府県等における障害保健福祉を所管する部局の職員
- c 市町村における障害保健福祉を所管する部局の職員
- d 保健関係者：保健所、精神保健福祉センター等の職員及び市町村における精神保健福祉担当保健師等
- e 医療関係者：精神科病院、その他の医療機関、訪問看護ステーション等の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等
- f 福祉関係者：基幹相談支援センター、福祉事務所、相談支援事業所、障害福祉サービス等事業所、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所等の従事者等
- g その他の関係者：関係機関、関係団体、精神障害当事者及びその家族、障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者等

<事例：鹿児島県における協議の場の設計①>

鹿児島県では、協議の場における検討事項が速やかかつ円滑に地域での活動へと展開されるよう、参加者の依頼の場面で工夫を凝らしています。

はじめに、会議の目的や機能を明確にし、その達成に向けて必要な体制を構想しました。そのうえで、参加者を選定・召集する際、県から、「法人内で決定権を持っている人」や「実働する人」を紹介してほしいと伝え、適切な人材を派遣してもらえるように依頼をしています。

この取組の効果が表れた例として、協議の場において県としての取組を普及啓発するために、行政・医療機関・障害福祉サービス等事業所等が協働して事業啓発ポスターを作成した体験があげられます。それぞれの実情に応じた意見が出され、どの関係機関にとっても共通理念が構築可能となるポスターが作成されたのみならず、そのポスターを各拠点に貼り出すことに協力いただけたり、医療機関・障害福祉サービス等事業所等のなかでの周知の役割も協議の場の参加者に担っていただけるなど、スムーズな普及啓発の実施につながっています。

また、個別ケースの課題検討の際、協議の場に参画している市町村の担当者等に対し、支給決定などの市町村権限の行使について助言を行い、適切な支援を速やかに実施できたなど、多職種連携による支援がスムーズに展開できる体制が整えられています。

④会議の日程・頻度

協議の場の開催日程及び頻度を決めるにあたって、大きくは定例化・非定例化の選択がありますが、その会議がどのような機能・目的を有しているかにより適切な回数設定を行う必要があります。

<事例：鹿児島県における協議の場の設計②>

鹿児島県は、日本本土の西南部に位置し、薩摩半島や大隅半島の二つの半島と、種子島、屋久島、奄美大島をはじめとする多くの離島を有する全国でも有数の離島県です。平成 30 年 10 月 1 日現在、推計人口は約 161 万人となっています。

県が実施している「長期入院精神障害者の地域移行推進事業（ピアサポーター活用事業）」において、モデル圏域である鹿児島障害保健福祉圏域では、協議の場として、地域包括ケアのことを考える「戦略チーム会議（全体会）」と、個別ケースの課題等について検討を行う「戦略チーム会議（個別検討会）」を設置し、個別ケースからボトムアップする形で、圏域の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を検討するしくみを整えています。

戦略チーム会議は定例化しており、月 1 回、2 部構成で実施しています（1 部は 10 病院と障害福祉サービス等事業所等が集まる会議（全体会）、2 部は個々の障害福祉サービス等事業所等と病院による会議（個別検討会）として実施）。

定例化したことで、主催者である県が、参加者各位に毎回通知を出さずとも人が集まる流れができたことがメリットのひとつになっています。また、自然と人が集まる場になったことで、参加者それぞれが、会議であげられた課題に対して「自分事」として捉える風潮ができ、主体的に課題解決に向かって検討を行う場ができあがっています。

（２）協議の場の役割

①地域ニーズに合わせた協議の実施に向けて

協議の場を開催する前に、自治体による、前述した地域の現状及び課題を明らかにするための「地域アセスメント」の実施が必要です。

その後、協議の場においてその共有を図ります。

その上で「地域ビジョン（地域のあるべき姿）」と具体的な目標（年度ごとの数値目標であることが望ましい）の設定、及び目標達成への役割分担とロードマップの作成が求められます。

②個別支援と地域連携体制の構築に向けて

各種事業等の実施状況も踏まえ、個別支援に資する協議及び地域支援体制構築の土台づくりを目的とした協議が必要です。

個別支援と地域支援体制を結びつけるためにも、「（３）協議の場の構成と機能」で示す「保健・医療を起点とした基盤整備」と「障害福祉を起点とした基盤整備」の両輪から成るという視点が最も大切です。個別の支援状況を参考にしながら、地域全体を見渡したシステム構築に資する場であることがポイントになります。

次に、協議内容の例を示します。

<協議内容例>

手 順 : (協議の場を開催する前の地域アセスメントの実施)

⇒「地域アセスメント」の共有

⇒「地域ビジョン（地域のあるべき姿）」と具体的な目標の設定

⇒その目標達成に向けた役割分担とロードマップの作成

個別テーマ : 各個別テーマ毎に、上記手順に基づいて実施可能なものから協議

(個別テーマとしては、「地域生活支援事業等の実施について」(障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)では、以下のように例示されています)

- a 精神障害者の住まいの確保支援に係る事項（共同生活援助事業所の整備を含む。）
- b ピアサポートの活用に係る事項（ピアサポーターの養成を含む。）
- c アウトリーチ支援に係る事項
- d 措置入院者の退院後の医量等の継続支援に係る事項
- e 入院中の精神障害者の地域移行に係る事項（地域移行支援の活用促進を含む。）
- f 精神障害者の家族支援に係る事項
- g 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事項
- h 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事項
- i 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事項
- j その他（包括ケアシステムの構築に資する事項）

③協議内容のフィードバック

協議の場においては、協議する内容を明確化し関係者間で共有化することが大切です。会議結果を関係者へフィードバックしながら、振り返りや見直しを行う視点が必要です。

<事例：千葉市における効果的な会議体系の構築に向けた PDCA サイクル>

千葉市は千葉県のほぼ中央部に位置し、首都東京まで約 40km の地点にある政令指定都市です。

平成 31 年 3 月 1 日現在、人口は約 98 万人となっています。

市では、協議の場の有効性等について、毎年度参加者にアンケートでの聞き取りを実施しています。聞き取った結果は、次回や次年度初回の協議の場にて必ずフィードバックし、「聞きっぱなし」にせず、これまでの効果や課題について全体で共有しています。

共有された課題をもとに、市の取組におけるコアなメンバーで、より効果的な会議体系の構築について話し合い、体系の見直しを図っています。事前に参加者間で課題認識が共有されているため、体系が変わる際にも同意が得られやすくなっています

<事例：静岡県志太榛原圏域における協議の場の見直し>

静岡県の志太榛原圏域は、県内のほぼ中央（静岡圏域の西部に隣接）に位置し、島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町の6市町から成る、人口約46万人（平成30年3月時点）の障害保健福祉圏域です。

志太榛原圏域では、平成19～23年度に実施されていた精神障害者地域移行支援事業のころより設置されていた協議会を引き継ぐ形で、協議の場を醸成してきました。

事業終了後の平成24年度からはひとつの大きな会議体として、年に3回程度の開催で実施してきましたが、徐々に「細かな取組のしづらさ」、「主体的な取組となりにくい」という課題が顕在化してきていました。

そのため、事務局（部会長・保健所・圏域スーパーバイザー、県協議会担当者）で検討を行い、協議の場を実施していくうえでのこれまでの経緯・今後に向けた課題（※下記参照）を整理したうえで、新たな協議の場の形を模索しました。

平成27年度第1回の部会において、資料を用いその必要性について共有を図り、合意を得たうえで、「地域移行・定着支援専門部会」を親会とする、「ケース支援WG」、「医療福祉連携WG」、「住宅確保WG」、「ピア育成WG（後に「ピアワーキング～協働～」に改名）」の4つの部会に再編し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する議論を展開しています。

※参考：WGを設置する根拠としてまとめられた課題（一部抜粋）

開催期間

- ・期間が空きすぎて積み上げられにくい
- ・専門部会で協議されたことが次回の専門部会に繋がりにくい

地域相談の事例が少ない

- ・支給決定基準の曖昧さも含め円滑な制度利用になっていない
- ・専門部会メンバーの多くが地域相談にかかわっていない
- ・一部の障害福祉サービス等事業所等が特定の地域に偏っている
- ・自分ごとにならない「実際に関わらないとわからない」という声

課題解決に向かっていかない

- ・課題の抽出に留まり、行動に移すことができていない（例）しくみ作り、資源開発等
- ・専門部会のサイズが大きいため、具体的な展開にしにくい

連動していない

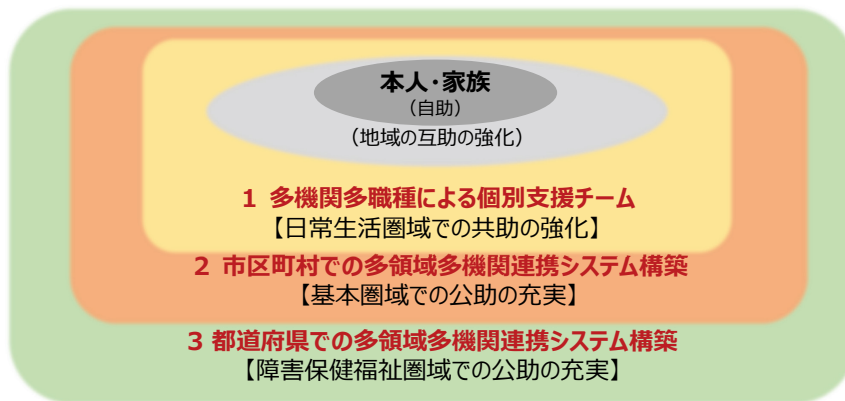
- ・推進部会（各市町行政）から地域移行・定着に関する課題としてあがってこない
- ・圏域と市町の連動が不十分

地域定着の課題抽出がされていない

(3) 協議の場の構成と機能

協議の場においては、保健・医療・福祉の分野における「個別支援体制の整備」「支援体制の整備」「地域基盤の整備」について協議されることが必要です。

図表 11：重層的な支援体制のイメージ



厚労科研「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(代表：藤井千代)
「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担：野口正行) 研究報告書より

既存の会議体を活用する場合には、「保健・医療から地域を考える視点」と「障害福祉から地域を考える視点」から検討される会議体の役割を整理し、全体として効果的に連動・連携できる会議体系を目指しましょう。

そのことを整理した図が図表 12 となります。機能毎に会議体を設置するということではなく、全体として連動する仕組みをつくるのが大切です。ひとつの会議ですべての検討を行うことも考えられますし、複数の会議が連動しながら検討することも考えられます。全体として機能が発揮できるよう、既存の会議体を活かしつつ、地域の実情に応じた設置・運営をすることが重要です。

①重層的な体制の整備

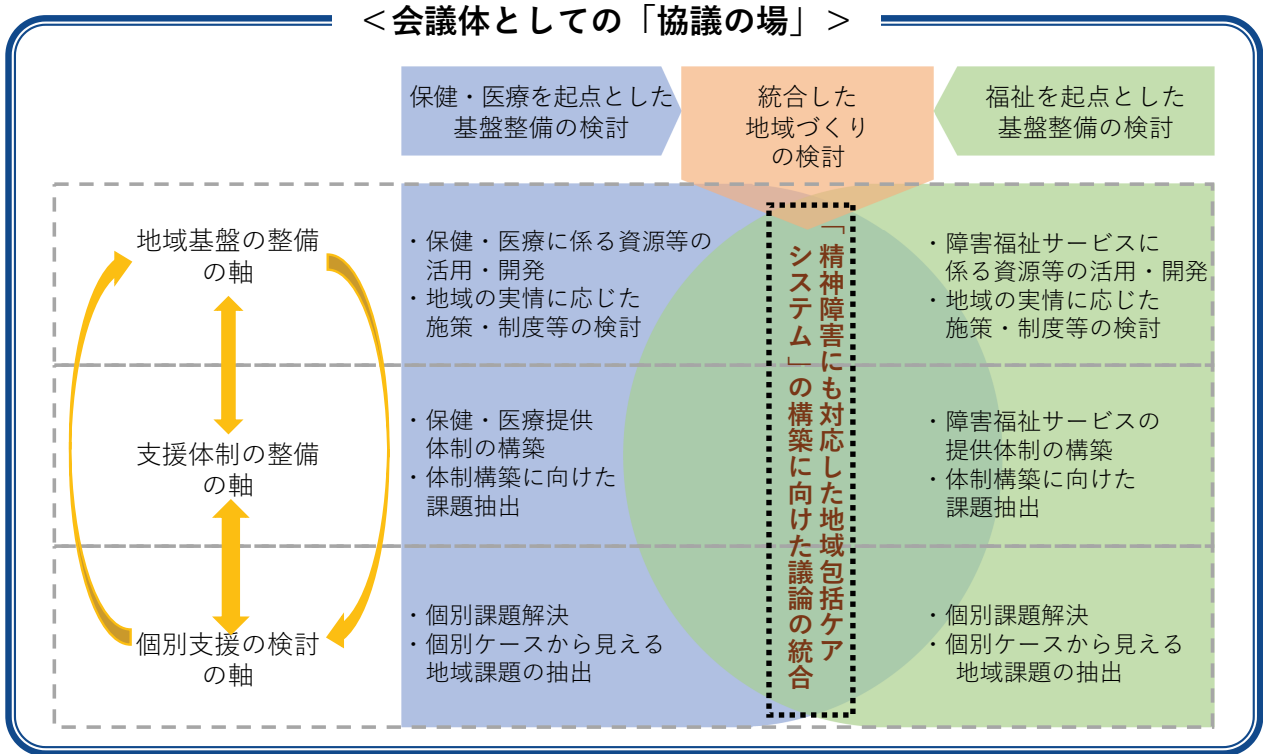
協議の場では、「個別支援体制の整備」、「支援体制の整備」、「地域基盤の整備」の3つの軸に沿った機能を発揮することが求められます。

「個別支援体制整備」は「個別支援の質の向上」に向けた体制整備と言い換えることもできます。発揮すべき機能としては、個別課題の解決を図る機能、実務者レベルのネットワーク(顔の見える関係)の醸成を図る機能、ケース検討の積み重ねから見える地域の課題を整理・発見する機能などが考えられます。

「支援体制整備」においては、圏域レベル等での協議で対応すべき課題、いわゆる地域課題の解決を図る機能、リーダ間での合意形成等ネットワーク強化を図る機能、人材育成、情報の発信・普及啓発を行う機能などが考えられます。

「地域基盤整備」では、不足する資源を洗い出し、必要に応じて新たな資源を開発する等、地域づくりに向けた政策立案的な機能を発揮することが期待されます。例えば、都道府県や市町村等の施策や事業等の立案・実行、各種計画等への反映などが考えられます。

図表 12：協議の場の機能 ～会議体としての「協議の場」～



②保健・医療・福祉を統合した基盤整備

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するための重要なポイントは、「保健・医療から地域を考える視点」と「福祉から地域を考える視点」の両視点の統合です。

「保健・医療を起点とした基盤整備」では、医療計画の検討をはじめ、適切な医療に結び付いていない者への支援体制の充実、外来医療の充実、医療の高度化に資する議論が展開されることが想定されます。

「福祉を起点とした基盤整備」では、一例として、障害福祉計画の検討をはじめ、相談支援等の地域体制整備や各種サービス等の普及、地域住民等も含んだ関係者への普及啓発等に資する議論が展開されることが想定されます。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、保健・医療・福祉の連携支援体制の構築が重要であることから、両視点を統合し、地域全域を見渡した、包括的・継続的な体制構築に向けた議論が行われることが求められます。

そのうえで、両視点を統合させて見えてくる、課題や事業成果等を共有・協議していくことが重要です。

③協議の場の構築における基本的な視点

これまでに述べた協議の場の性質を大きく2つに分けると、「個別ケースの検討」を中心に据える場面と、「地域づくり（地域課題の解決や様々な基盤整備等）」を主な軸とする場面があると考えられます。図表12でも示した通り、「個別支援体制整備」と「支援体制整備」、「地域基盤整備」はそれぞれが相互に作用し、効果が循環します。ただし、その土台は「個別ケースの検討」であることは基本的な視点としておさえておくことが重要です。

ある場面では、定量的なデータから総体としての地域課題を見出し、地域課題先行型での解決手順を踏むことも重要ですが、まずは支援困難ケースや必要な支援が行き届いていないケース、あるいは地域課題が背景に想定されるケース（地域課題を顕在化させる（検証する）ことを目的としたケース）など、個別の課題を解決していく協議の場が整備される必要があります。

重層的な協議の場の構築及びその活用の例として、以下を参照ください。

<事例：埼玉北地区の会議体としての協議の場>

埼玉北地区では、保健・医療を起点とした協議の場は幸手保健所などが中心となり、本人の支援を通じた連携体制の構築を担っています。

医療機関に事例を提出してもらい、支援の見立てから担当の決定、というプロセスで協議が行われています。

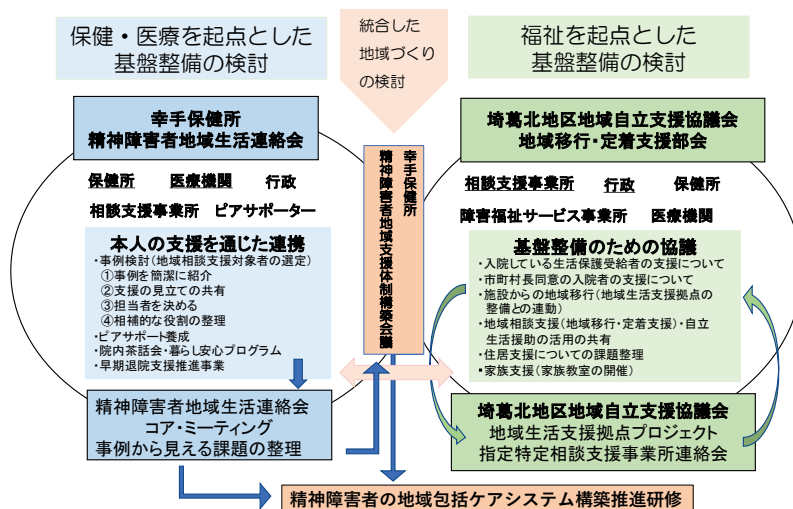
また、個別ケース検討と並行して、保健所を中心としたピアサポーター養成講座、医療機関での茶話会・プログラム等について話し合う機能を有しています。

重要な点としては、「コア・ミーティング」という形で、事例の積み重ねから見えてきた課題の整理・検討機能を担っていることです。

一方、福祉を起点とした基盤整備は、広域的に設置された自立支援協議会のなかの部会で行っており、個別の支援から出てきた課題について中心に取り組んでいます。

令和元年度のテーマは「住居支援」であり、不動産関係の方に来ていただき、福祉側が頼む際の視点と不動産側が受け取る際の視点の違いなどについて話し合いを深めています。

埼玉北地区の会議体としての協議の場



障害福祉圏域（保健所）で行われている保健・医療を起点とした協議の場で、保健・医療と福祉の連携について、地域の実践者が個別支援の検討を行っている事例

<支援体制の強化>

・事例 A

30歳男性 生活保護受給中

服薬中断で入退院を繰り返している。病状悪化で近隣トラブルがあり大家から立ち退きを求められている。生活保護担当の案件ということで障害福祉の支援との連携体制がないなかで同様の問題を繰り返していることがわかった。

【地域の課題】

同様の事例が他にもあることから、現状を把握してみると、市町村の障害福祉担当と生活保護担当課が必ずしも連携が取れていないことがわかった。

障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）にて障害福祉と生活保護の連携推進について市町村自立支援協議会で取り組むことを確認した。

【市町村で行っている福祉を起点とした協議の場】

上記課題について、地域自立支援協議会の地域移行・地域定着支援部会で取り上げて現状を把握したうえで、生活保護担当と障害福祉担当の合同研修会を3回に渡って行った。

【効果】

生活保護担当と障害福祉担当だけでなく、生活保護と相談支援事業所との連携が強化されることになった。

【障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）】

保健、医療と福祉の連携が必要な事例について地域の実践者で個別支援の検討を行う。

・事例 B

50代女性

10年前に両親の他界及びご自身の内科疾患が重なり不安感が増したことで、統合失調症の症状が悪化し他害行為により措置入院。

精神症状は速やかに改善したが、身寄りがなく、入院先も遠方であったこと、入院時の他害行為が原因で近隣住民から迷惑がられていた。

病院から委託相談支援事業者に相談があり地域移行支援を通じてグループホームへ退院。

【地域の課題】

同様の措置入院事例が上記女性以外にも同病院及び他院にもあることがわかった。

つまり、措置入院で遠方の病院に入院し、その後、保健所の担当者等が変わることで支援が見落とされたり、入院前のエピソードから、支援が困難だと思いこまれることで、必要な支援が届いていないことが明らかとなった。

【協議の場の活用】

自立支援協議会の地域移行部会（保健と福祉の関係者）において、1年以上入院者を630調査等から洗い出し、該当する病院に自立支援協議会名で訪問ニーズ調査を依頼した。

了解が取れた病院から順次、地域移行部会のメンバーでチームを組み、訪問ニーズ調査を開始した。

【効果】

1. すぐに自宅に帰ることはできなかったが、自宅近くのグループホームに入ることができ、時折自宅に行けるようになったことで、近所の拒否感も減っていった。
2. 訪問ニーズ調査を通じて、退院可能者の地域移行が促進された。
3. 病院に訪問することで病院スタッフとの連携が深まり、訪問調査対象者以外の入院患者の退院支援がスムーズになった。
4. 保健所担当者の意識が変わった（措置入院時のエピソードだけでしり込みしないこと。保健所だけで抱え込まず、相談支援と協働することにより退院が可能という手ごたえ。）
5. チームメンバーにグループホーム職員がいたこともあり、空き室予定情報を迅速に共有できるようになった。
6. 上記活動で退院した方が体験発表を行い、貢献感を得て自己肯定感が増した。

<家族支援>

・事例 C

20代女性

入退院を繰り返している。同居の母親との関係が悪く、病状悪化の引き金になっている。その背景には、母親の疾病や障害への理解が深まっていないことがある。個別支援では、本人の生活基盤をつくる支援を医療機関と相談支援事業所の職員が担い、母親自身の支援を保健所の保健師が担うことを決めた。

【地域の課題】

同様の事例が他にもあり現状を把握してみると、医療機関では家族教室で疾病教育を行っているが、必ずしも受講後のフォローアップができる体制が無かった。また、すべての医療機関で実施されていないため必要な教育を受ける機会がない。

【障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）】

医療機関で行っている家族教室に地域関係者も参加して、地域の機関との接点をつくる。また、どこの病院を利用していても参加可能な家族教室を実施する。

【市町村で行っている協議の場】

上記課題について、地域自立支援協議会で取り上げて協議会主催で家族教室を実施した。

【効果】

医療機関の家族教室で地域の機関を紹介する機会を設け、実際に相談支援専門員が講師を務めたことで、家族により身近な機関として認知された。

地域の家族教室には50名を超える参加者があり、その後、家族会への参加や、相談支援事業所での個別支援につなげることができた。

・事例 D

50代男性。統合失調症。20年の入院生活から単身アパート生活へ。
初めて居宅介護を利用することとなったが、支援の拒否があり継続しない。
また、利用を再開したが、ヘルパーさんの言動に反応し精神症状が悪化。再入院となる

【地域の課題】

医療、保健、福祉の関係者で協議したところ、ヘルパー事業所より、精神障害者への対応の仕方が分からずに困っているケースが多いと率直な意見があった。
また、協議の場で課題を抽出したところ、精神障害者であることを理由に支援を断られているケースが多いことが分かった。

【協議の場の活用】

- ・居宅介護事業所向けに精神障害者の理解について協議会主催で研修会を実施。
(精神科医、精神保健福祉士、看護師、保健師、当事者のシリーズで開催)
- ・必要に応じて事業所ごとに行う勉強会にも出前講座を実施。

【効果】

- ・ヘルパー事業所の精神障害者への理解が深まり、対応できる事業所が増えた。
- ・研修会を重ねたことで顔の見える関係が構築され、関係者が気軽に相談し合えるようになった。
- ・今回の協議のきっかけになった方は今ではヘルパーさんとの外出を楽しめるようになり、再入院なく、地域生活を送っている。

<住まいの確保>

・事例 E

50代男性 統合失調症

7年間入院した後、地域移行支援を利用して単身アパート生活をスタート。

入院前は母と二人で暮らしていたが、母が亡くなり実家は取り壊された。

一人暮らしの経験は発症前にあったが30年位前。

地域移行の利用は始まったがグループホームの空きの見通しがなく、本人も関係者も単身生活できるかどうか不安と期待が入り混じっていた。

退院後はアパート生活を予定していたが、アパートの部屋に近い体験宿泊先が無かったため、本人と関係者の不安は募るばかりだった。

大家さんに無理をお願いし、アパートの家賃を日割りにしてもらい、入居前の数回だけが体験宿泊を実施した。これにより、本人と関係者は安心して退院できた。

【地域の課題】

体験宿泊先として、グループホームや日中活動の福祉事業所はあるが、アパートの部屋・設備に近いところがない。

そのためアパートへの退院に向けての体験宿泊の効果が薄い。

【協議の場の活用】

上記の地域課題を協議の場で共有、課題解決に向けて情報交換と協議を行った。

その結果、市内にある生活保護の救護施設の建て替えがあり、その入所者の「自立生活訓練棟」が新設されたことわかった。そこは単身アパート生活を想定しているので、アパートの部屋が5部屋あり、かつ空きがあることがわかった。空きがあるときは体験宿泊先として使わせて貰いたいことを協議会から救護施設にお願いした。

【効果】

- ・「生活訓練棟」への体験宿泊を検討してもらっている。そこでの実施が可能になれば、単身アパート生活の環境に近い体験宿泊先となる。
- ・協議会を通じて救護施設のスタッフと関係性ができ、地域移行の研修に参加してもらったり、救護施設からの地域移行支援にも取り組むことができた。
- ・協議会の意見から日割りで家具付きのアパートなどで体験宿泊を実施するケースも出てきた。
- ・地域生活拠点として、体験宿泊先の検討を継続して行うこととなり、精神科からの地域移行だけでなく親元からの一人暮らしの体験宿泊の必要性という新たな地域課題の検討に繋がった。

<遠隔地>

・事例 F

病状は安定しているが、年齢に伴いADL、体力が低下している。また、入院先の病院と退院を希望する”ふるさと”である地域とは片道2時間以上の距離があり、退院が進められずにいた。

【地域の課題】

精神科病床がない地域であるため同様の事例が他にもあることから、現状を把握してみると、”遠距離問題”が解消されれば退院を検討しようとしている患者を抱える病院が複数あることがわかった。

【障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）】

市町村自立支援協議会で精神障害者地域移行支援における遠距離問題を取り上げ取り組むことを確認した。

【市町村で行っている福祉を起点とした協議の場】

上記課題について、地域自立支援協議会の地域移行・地域定着支援部会で取り上げ、”お泊り拠点”が地域にあれば遠距離問題を一定程度解消することができるのではないかとの提案がまとまった。施策検討委員会にて”お泊り拠点”が取り上げられた結果、親からの自立支援や地域生活支援拠点として体験の場を整備することが今後必要なニーズであることから、市の単独事業として体験宿泊事業が創設され、共同生活援助、短期入所事業等の支援ノウハウのある法人へ委託された。

【効果】

入院先の病院から、退院準備のために地元地域に片道数時間かかっても、お泊り拠点を活用することで、翌日等に住まいや日中活動等社会資源の見学や体験が行えるようになった。これを活用することで、地域の誰しも共通の生活資源を活用することもできるようになり、地域移行支援がより促進された。

<重複障害>

・事例G

60代女性。統合失調症の病状は落ち着いていたが、身体障害により車椅子。
入院前住所地から2時間かかる遠方かつ後方転送病院だったこともあり、住所地市町村でもニーズをキャッチしていなかった。結果、社会的入院として約10年入院。
病棟主治医が変わったことで地域移行支援の対象としてあがり（精神障害としては入院医療の継続は必要ない方）、入院前住所地の身体障害の短期入所事業所の1年利用を経てアパート単身生活へ。

【地域の課題】

- ・長期入院者の内、地域の支援がないことによる社会的入院者のニーズが把握できていない。医療機関からの発信に頼るしかない状況。
- ・精神科医療機関に様々な障害を持ちながらも地域で支援を受けて生活している人たちの実態が伝えられていないので、精神障害以外の他障害を持った重複障害者の地域移行支援を進めていいかどうか判断できていない。また、そういった方たちの相談先がどこなのか把握できていない。
- ・各障害の支援者が不安を持ち寄って照らし合わせて事例を見ると地域移行の対象になりづらい。

【協議の場の活用】

- ・協議の場で顔の見える関係になった精神障害を主に支援する事業所と身体障害を主に支援する事業所とで調整。不安ではなく互いの得意な支援を出し合えば十分に支援対象者になることが確認できた。
- ・退院後、地域移行部会において本人が登壇して体験談を発表。部会に出ている他の医療機関等に対しても、精神症状が落ち着いているにも関わらず、重複障害が理由で生活支援のイメージがつかずに地域移行の対象になっていない社会的入院状況の方がいたら相談してみたいと周知。

【効果】

- ・地域移行部会に参加していた別の精神科病院から、精神症状は落ち着いたが身体障害がある車椅子の方の相談が入る（本人の希望はアパート単身生活だが、本当に可能なのか病棟では判断がつかず、一緒に地域移行支援の導入が可能かどうか検討してほしいという依頼）。結果、本人に地域移行支援が入り、アパート単身生活となった。

・事例H

40代男性。統合失調症、IQ50（知的障害の手帳は所持しておらず）。

母と二人で持ちマンションで生活していたが、障害福祉サービスは利用していなかった。

母が脳溢血で倒れて遠方の病院に運ばれ、単身生活が破綻して近隣苦情にて入院（その後、母は他界）。6年経過。

本人は母と暮らしていた家での生活を強く希望するが、親戚は反対し、退院先として入所施設を希望していた。しかし本人は施設を強く拒否した。病院の担当スタッフが医療と福祉による連携支援が必要と判断し、地域移行支援を開始。

その後の支援を経て、現在は母の残したマンションにて単身生活。

【地域の課題】

- ・行政機関も福祉関係者も、精神科領域にあまり関わっていない層は、「精神科病院に長期入院＝重度慢性」のイメージを持っている。
現在の本人の状況を知らないまま“地域で暮らせない人”とレッテルを貼りがち。
- ・本人の今の病状や状況を病院と共有して検討する場がない。

【協議の場の活用】

- ・退院後、地域関係者等から最後まで単身生活への不安や否定的意見があったことも含めて、病院内で地域の多職種を集めて事例発表。本人の生活支援をしている通所事業所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所から、生活支援があれば十分暮らしている事案だと意見。

【効果】

- ・部会に参加していた他病院から、統合失調症+IQ50の30代女性、実家にて虐待の疑いがあり、病棟は保健師とも相談しながら支援をしている事例が持ち寄られる。
母及び2人の兄弟の持つ支援ニーズに関する情報もあるが、家族が介入を拒否し、確認しきれないままで数年経過していて難航しているとの相談。
- ・保健師は実家の多問題家族へのアプローチを引き続き行うが、本人の単身生活への地域移行支援までは手が回らないことから、多問題家族へのアプローチを保健師、本人の地域移行支援を病棟と相談支援専門員とで行いながら密にやり取りすることを確認。
- ・結果、本人は退院して単身生活を開始。
- ・退院後しばらくして本人宅に現れた引きこもりの弟と相談支援専門員が偶然会い、弟と会うことができいなかった保健師のもとに連れて行って面接が実現した。
- ・部会に参加している居宅介護事業所や訪問看護ステーションからは似た事案は地域には多数あり、生活支援を行うことができるので、必要があれば相談してみたいと意見があがった。
- ・さらに別の病院から、手帳は所持していないが知的障害だと思われる入院者層が多く、退院の話が全く進まないし、地域では暮らせないのでないかという意見も病棟内で出ているので勉強会を実施して欲しいと相談。知的障害や身体障害の方たちの生活支援をしている居宅介護事業所に依頼をして、院内の看護師研修にてこういった生活支援をしながら暮らせているかの講義が行われた。

・事例Ⅰ

40歳代女性

精神疾患と身体障害（片マヒ）を抱えており、身体障害者施設等では精神疾患に十分に対応できないとの理由、精神障害者グループホーム等からは身体障害に対応できないとの理由から住まいが見いだせず、入院が長期化。

【地域の課題】

身体障害が重複しているために入院が長期化している事例が他にもあるか現状を把握してみると、同様の理由から入院が長期化しているケースを抱える病院が複数あることが分かった。

【障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）】

市町村自立支援協議会で、精神障害者地域移行支援における身体障害等との重複障害を理由とした入院の長期化問題を地域課題として取り組むことを確認した。

【市町村で行っている福祉を起点とした協議の場】

上記課題について、地域自立支援協議会の地域移行・地域定着支援部会で取り上げ解決策を検討するなかで、市内で活動する身体障害者支援団体が肢体障害者を対象に自立支援体験室を活用した自立支援プログラムが行われていることが把握できた。精神障害者地域移行支援において活用できないかを、部会・当該団体と共に検討することになった。その結果、自立支援体験室が肢体障害を重複する精神障害者にも活用されることになり、精神障害者地域移行支援のノウハウのある相談支援事業所が身体障害者支援団体に対し技術的な援助をする体制がつけられた。

【効果】

身体障害（主に肢体障害）重複により入院が長期化しているケースを抱える病院から、身体障害が理由で地域生活においてどのような困難を抱えるかというアセスメントや、住宅改修や福祉用具活用等必要な環境調整としての手立てを見出すことを目的に利用者がピックアップされた。

<メンタルヘルス>

・事例 J

45歳男性 うつ病とアルコール依存症で入退院を繰り返し、家族とも疎遠となっている。今回は自殺企図があり再入院となった。仕事は休職扱いとなっている。面倒見の良い上司がいて心配しているが、どのように対応してよいかわからないと言っている。その後、管内にアルコール依存症の専門病院がないため、県内の遠く離れた専門病院に転院となった。

【地域の課題】

上記のように、地域では、職場のアルコール問題、うつ病、メンタルヘルスへの対応、自死が課題となっている。しかし、小規模な商工業が多く、EAP「Employee Assistance Program（従業員援助プログラム）」が行き届いていない。また、アルコール依存症、うつ病リワークデイケアの専門医療機関がない。

【障害保健福祉圏域（保健所）で行っている統合した地域づくりの協議の場（管理者）】

保健所職員が管内の産業関係団体と意見交換をして、職場のメンタルヘルスについてのニーズ調査をした。その結果、職場のメンタルヘルス対策に取り組む意思はあるがどのように取り組んでいいのかわからない群、実際に取り組んではいるものの問題が生じたときの対応に苦慮している群があることがわかった。

協議の場では、精神科医療機関の協力を得ながら地域の課題として取り組むことを確認して、まずは、産業関係団体向けのメンタルヘルス講演会を行うこととなった。

この協議の場をきっかけに、保健所長が管内のすべての精神科医療機関に出向いて院長と「職場のメンタルヘルス」について意見交換を行い、地域ニーズをもとに協力を求めたところ、1つの診療所でうつ病リワークデイケアが開始され、1つの精神科病院でアルコール依存症の専門治療が開始された。

【効果】

産業関係団体と精神科医療機関の連携で、職場のメンタルヘルスへの取組が強化された。従業員にとっても「心悩むこと」や精神科の敷居が低くなり、早めに受診できる環境が整備された。

(4) 多分野の協議会等との連動

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築に向けて、精神障害以外の障害分野、高齢分野、子ども・子育ての分野、その他住宅支援関連分野や交通、土木、経済など、様々な分野とも協働しながら、総合的な地域づくりを行っていくことが求められます。

精神分野において中核的な役割を担うのが「協議の場」ですので、まずは精神保健医療福祉の範囲からはじめ、関連分野の関係者・関係機関を巻き込んでいき、広範囲な議論が展開できるように協議の場の機能を育てていくことが大変重要です。

そのためには、地域にある、多分野の様々な取組や会議体等の役割や機能について理解・整理し、協議内容に応じて、機能・参加者を追加していくことが求められます。

例としては、自治会や民生委員等の参画を促していくことも考えられるでしょう。また、精神以外の障害分野との意見交換等を行う機能を加えていくこともあるでしょう。

多分野の協働会等との連動を図るためには、高齢分野で行われている地域ケア会議、子ども・子育て分野で行われている子ども・子育て会議等、住宅分野で設置が進められている居住支援協議会等、それぞれの分野の会議体との連携の在り方について検討を進め、必要に応じて、可能なところから連携関係を構築することが考えられます。

＜協議の場の状況について～精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの

構築支援事業アンケート結果～＞

協議の場の設置状況等については都道府県、圏域、市町村単位の状況で違いがあり、設置済み都道府県は80.9%、圏域は66.0%、市町村は49.9%となっています。

参加者の状況は、保健・医療・福祉関係者、また、主催者（都道府県あるいは市町村職員）は概ね参加していますが、他の関係者の参加割合は少なく、特に住まい関係者の参加が低い傾向です。

協議内容は、都道府県、圏域、市町村で違いがありますが、令和2年度より精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業のメニューとして加えられた、「構築推進サポーター事業」及び「精神医療相談事業」について協議することが少なくなっています。

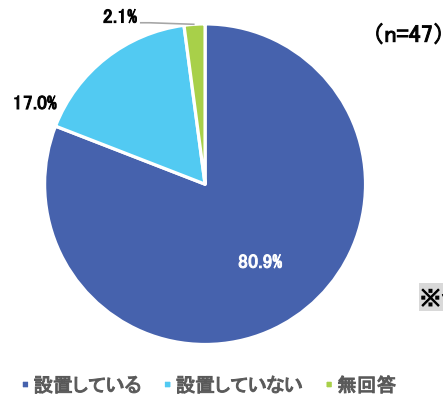
システム構築に向けたPDCAサイクルに係る状況としては、目標達成に向けたロードマップの作成が低くなっています。

協議の場を設置できない理由としては、都道府県では「議題の選定ができない」が高くなっており、市町村では議題の選定や事務局の選定、共通理解の醸成や参画者の選定方法など、様々な課題が立っていることがわかります。

※いずれも令和2年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況に係るアンケート」結果より

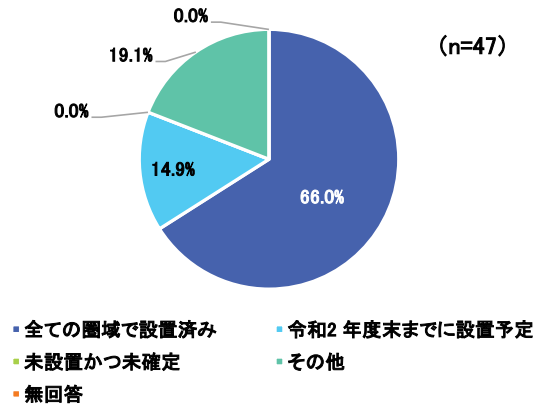
協議の場の設置状況について

都道府県単位の協議の場の設置状況

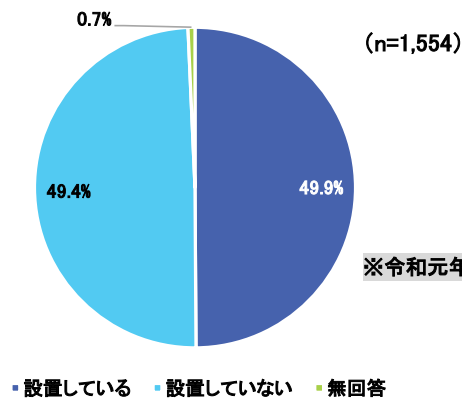


※令和元年度:設置している(72.3%)

圏域単位の協議の場の設置状況



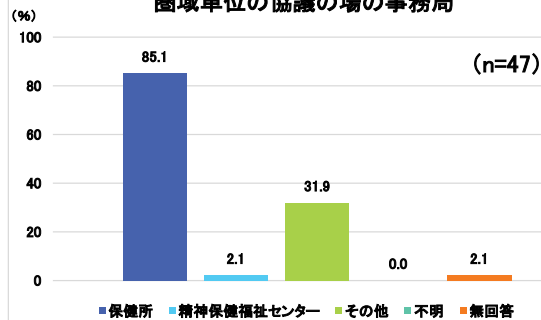
市町村単位の協議の場の設置状況

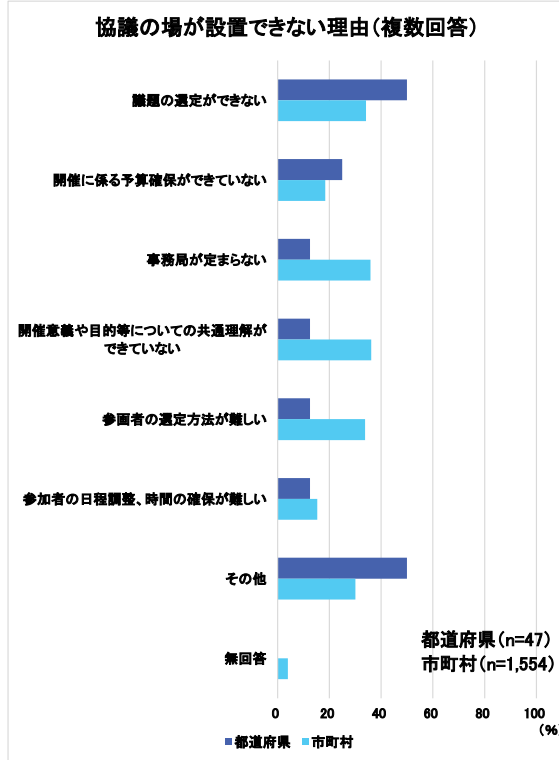
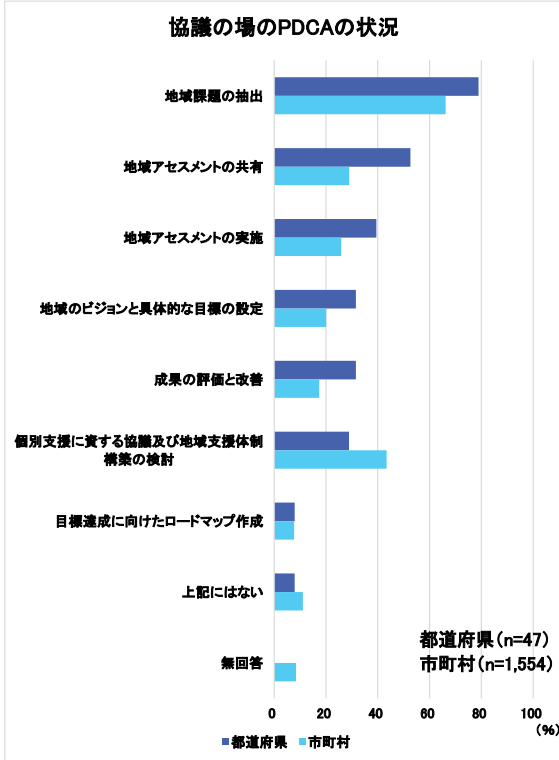
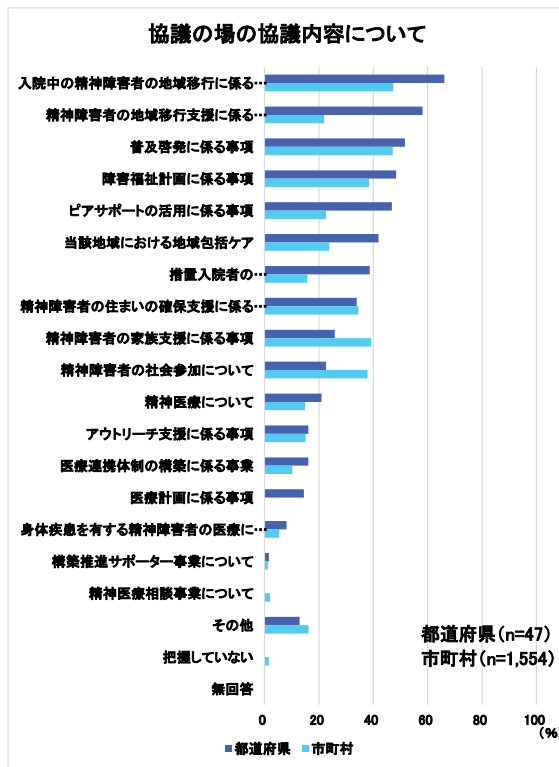
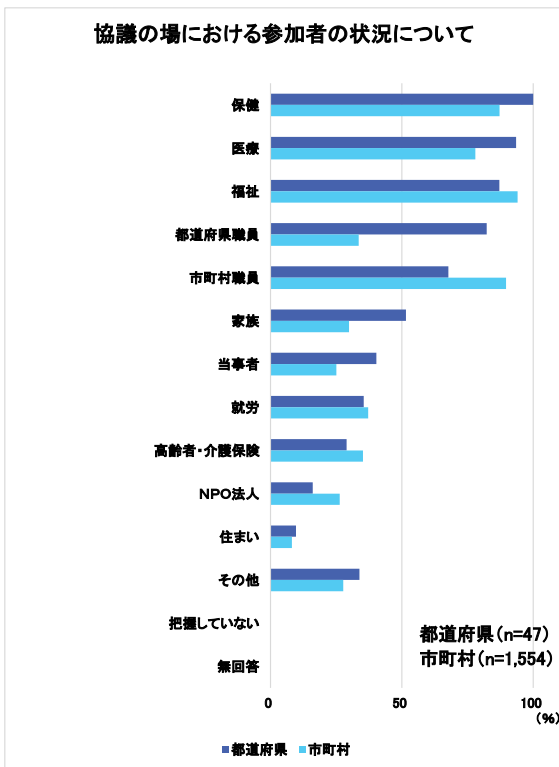


※令和元年度:設置済

(協働設置含む)(34.3%)

圏域単位の協議の場の事務局





出典：令和2年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況に係るアンケート」より作成

第3章

精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築に
向けて考えるべき様々な要素

1 包括的な支援体制の構築

(1) 「地域との連携等により地域移行・地域定着を行っている医療機関」の取組について

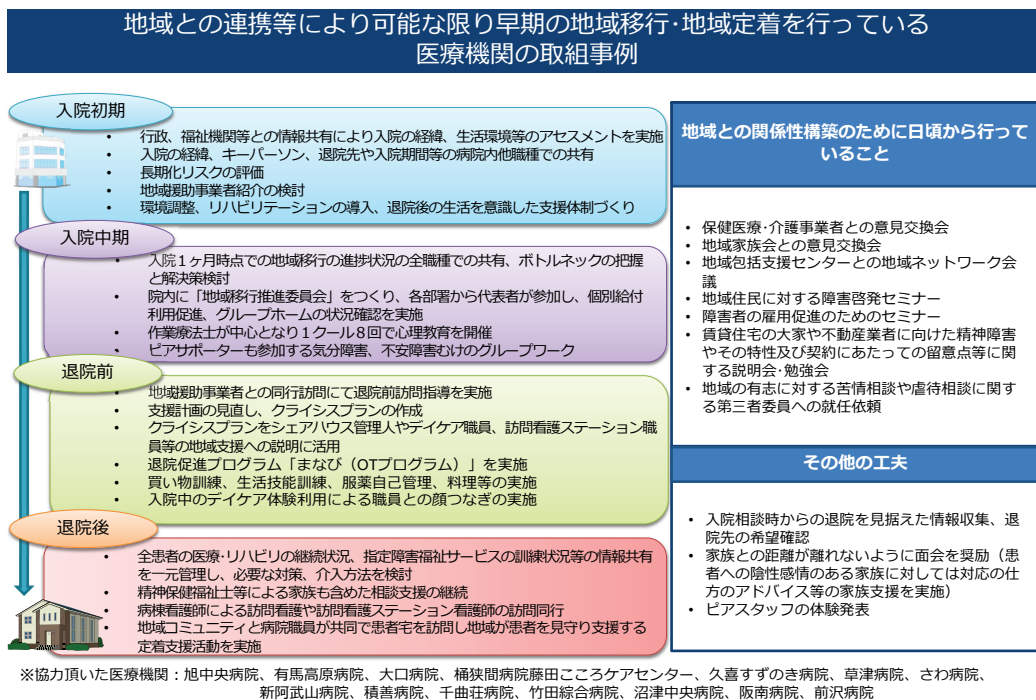
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、地域における精神保健医療福祉の一体的な取組が欠かせません。

第90回障害者部会において、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現に向けた取組の一つとして、早期の地域移行・地域定着に資する医療機関の好取組の収集・周知を行うことが示されています。

平成29年度に全国から14の医療機関の協力を得て、地域との連携等により地域移行地域定着を進めている医療機関の好事例の収集を行いました。

各医療機関に共通する入院初期から退院後までの取組や、地域との関係構築のために日頃から行っていること、その他の工夫を以下に示します。

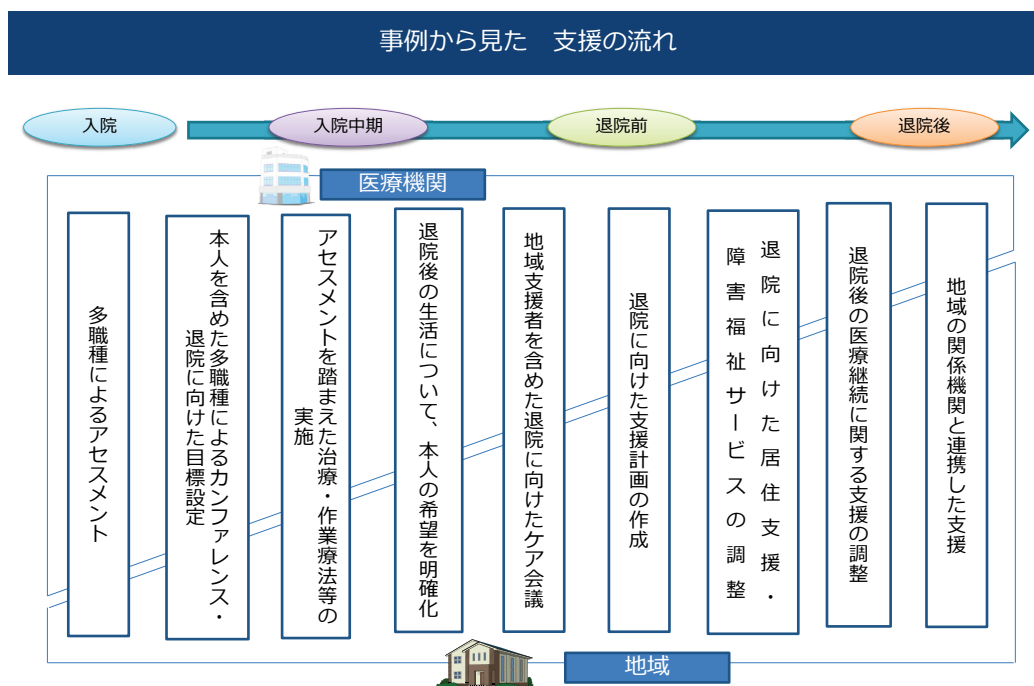
図表1：地域との連携等により地域移行・地域定着を進めている医療機関における取組の概要



入院時から医療機関と地域援助事業者等が協働した様々な取組が行われています。支援の内容は事例ごとには様々ですが、退院に向け支援の主体は医療機関から地域援助事業者等に移行されていきます。

図表2に事例から見た支援の流れを示します。

図表2：事例からみた支援の流れ



(2) 令和元年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査」

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するうえでは、保健・医療・福祉・行政等の連携促進が重要です。そのためには、連携すべき関係機関間において、医療、障害福祉・介護、住まい等に関する精神障害者への支援内容を共有することが極めて重要であるため、本人とご家族及び関係機関間での共有を前提とした地域連携パスの作成と、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を担う人材育成を推進する必要があります。

そのため、厚生労働省では、令和元年度推進事業において精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査を行いました。

実際の活用につながる地域連携パスの作成、その活用技術も含めた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築に必要な人材育成ビジョンの検討し、各自治体等で実施されている人材育成研修についての情報収集を行いました。

図表3：地域連携パス（入院）

本人	入院中					日常生活		
	入院初期		入院中期		入院後期		通院初期	地域生活期
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)		本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)		アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)		支援チームによる適切な支援の実施と、本人の声(意思、希望やニーズ)を中心にした包括的な支援の実施	
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○ケアプランの確認 ○多機関への呼びかけ		○本人及び家族の希望の聞き取り		○医師の介入要否が早いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始 ※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする		○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備	
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借入金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今入院の経緯 □関係機関への連絡状況確認		□入院時カンファレンス ・本人の通院後の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた病院スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有		□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有(必要に応じて、カンファレンスでの情報共有(外部含む)) □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供(制度、サービス、相談支援事業所など)		○通院後の生活ニーズの共有・支援(通院に向けた支援) ○サービスの提供 ・体験外出、外出 ○日中活動の同行支援、情報提供 ○居宅の場の確保 ○金融管理担当とのマッチング など □通院に向けた事前準備 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供		▼情報提供依頼 ▲情報提供		↔情報共有		▼カンファ呼びかけ ▲参加 ↔情報共有	
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成、家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供		□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・通院前訪問を行う場合の事前連絡の希望		□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における連携状況など内容把握 □本人、家族との面談(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □カンファレンスへの参加 □相談支援事業利用申請支援		□計画に基づきサービスの実施 □目標の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	

図表4：地域連携パス（通院）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中				サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活						
	通院初期		通院期間中									
イベント (目的)	インテークの実施 (日常の生活情報の共有)		本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)		アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)		生活ニーズの整理及びそれを踏まえた支援の展開 (サービス利用に向けたニーズ整理)		相談支援事業の利用支援(サービス等利用計画の作成)		医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築(支援の土台固め)	
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○ケアプランの確認 ○多機関への呼びかけ		○本人及び家族の希望の聞き取り		○医師の介入要否が早いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始		○日常生活における生活ニーズの整理 ○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○生活課題に応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開		○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた支援の展開		○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備	
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借入金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認		□本人との関係づくり ・本人の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供		□包括的な支援の必要性の判断 ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた外来医療スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有		□生活ニーズに対応した指導 ・金融管理 ・栄養管理 ・心理教育 ・家族教室 ・デキア等の試験参加		□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供 □サービス担当者会議等への参加		□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・精神科病院、通院診療所、デキア、訪問看護 □モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供		▼情報提供依頼 ▲情報提供		↔情報共有		▲会議開催・参加		↔情報共有・連携			
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成、家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供		□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望		□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・カンファレンスや外来医療における連携状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人、家族との面談(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画(案)の作成		□計画に基づきサービスの実施 □目標の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加					

(3) 包括的支援マネジメント

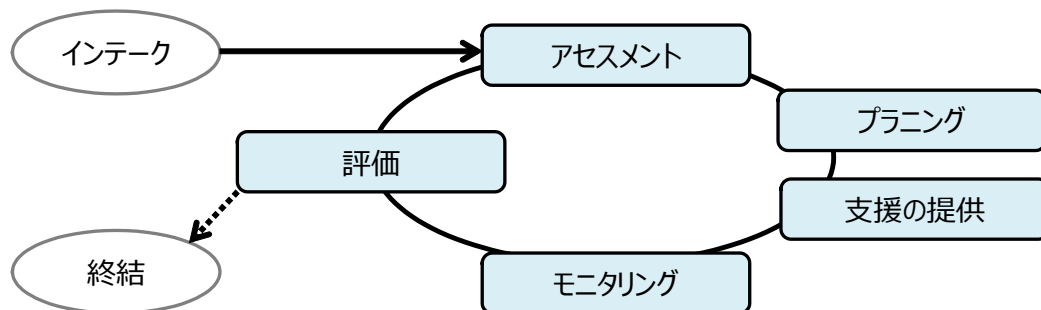
本項目については、「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター部長 藤井千代）の分担研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」（研究分担者：総合病院国保旭中央病院 副院長・地域精神保健センター長 川副泰成）においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

① 包括的支援マネジメントとは

平成 29 年 2 月に提出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書では、「精神障害者の地域生活を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要がある」と指摘され、包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進めることの必要性についても言及されました。

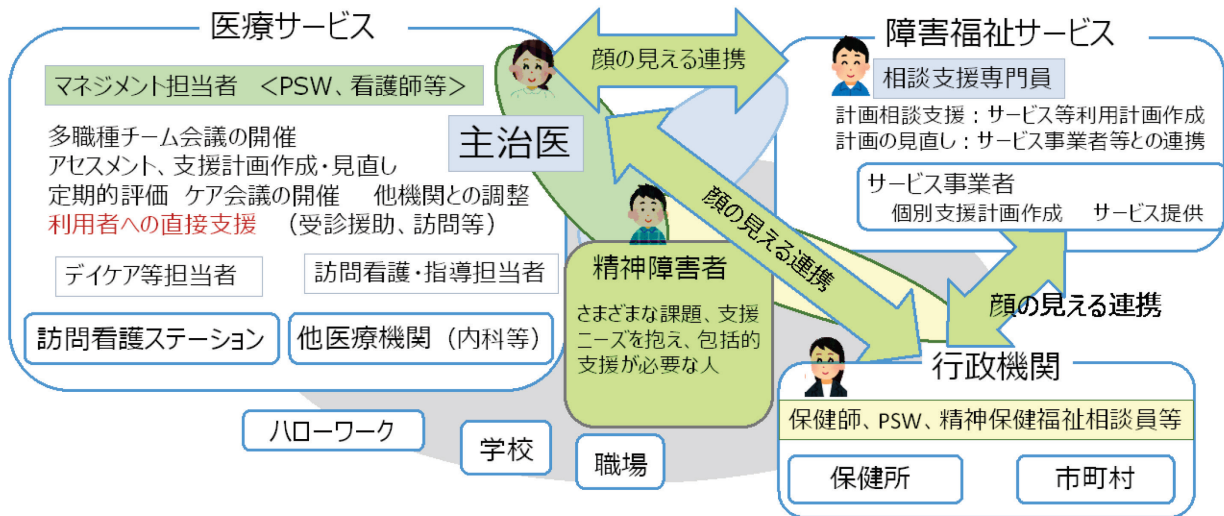
ここで言う「包括的支援マネジメント」とは、様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントのことです（図表5）。

図表5：包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）



この支援方法は、欧米ではインテンシブ・ケースマネジメント (Intensive Case Management: ICM) と呼ばれており、図表6のような支援体制を構築することを意図しています。これにより、精神障害者が地域で生活するうえでの様々な課題、支援ニーズに対応し、本人が地域で安心して自分らしく生活できるように支援を提供します。包括的支援マネジメントは、平成 29 年に新たな政策理念として提示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築においても重要です。個々のケースに対する包括的支援マネジメントの実践を通じて、地域における支援関係者の顔の見える連携が促進され、地域全体の支援力が向上することが期待されます。

図表6：包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

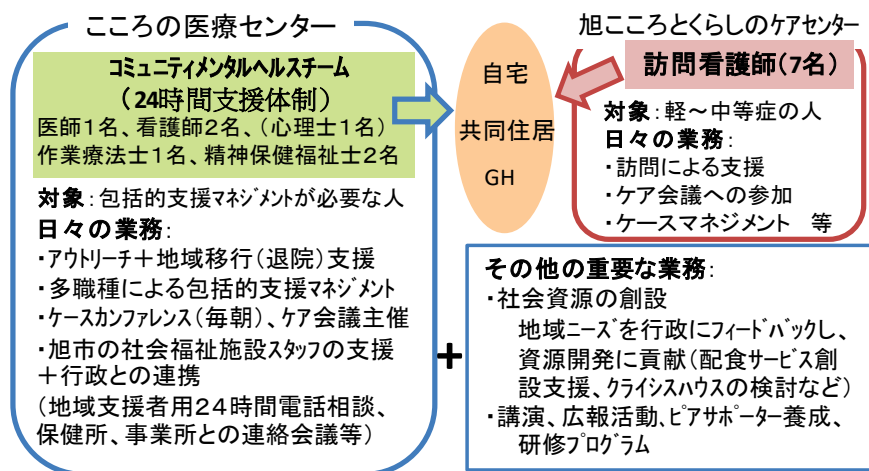


②総合病院国保旭中央病院神経精神科の取組

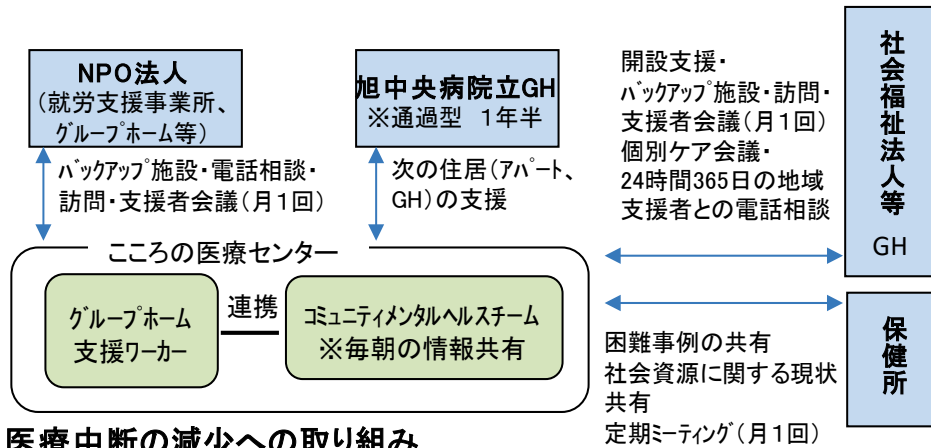
包括的支援マネジメントは、英国などの地域ケアの発展した国では一般的に実施されていますが、わが国ではまだ一部の医療機関でしか提供されていません。

総合病院国保旭中央病院神経精神科（以下、旭中央病院）は、10年以上前から包括的支援マネジメントを実施している数少ない精神科医療機関のひとつです。図表7、8に、旭中央病院において包括的支援マネジメントの一環として行われている、アウトリーチ及び情報共有・連携についてお示しします。このような取組により、平均在院日数は254日（2005年）から47.9日（2014年）に減少し、統合失調症圏の1年以内の再入院率が18.5%（2009年）から13.8%（2012年）に低下するなどの効果が認められました。病床は最大時240床（1985年）から42床（2015年）に減少し、病床のダウンサイジングにより多職種による情報共有の機会が増えるといった好循環が生まれており、旭中央病院のある海匝地区に包括的支援体制が構築されていきました。

図表7：利用者の状態とニーズに応じたアウトリーチ



図表8：情報共有・連携の概要



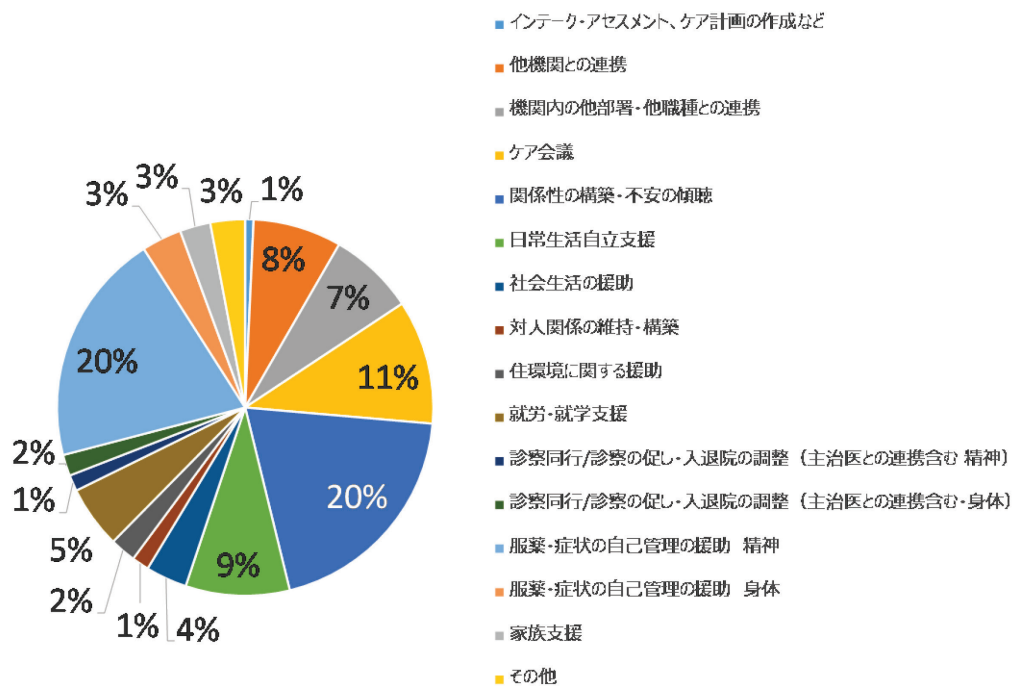
医療中断の減少への取り組み

- ・受診予定日に未受診だった場合、精神科外来からGH世話人、相談支援専門員、他地域の担当機関などに連絡、担当職員が状況に合わせ対応。
- ・各利用者の担当職員リストを外来に準備しておく。担当がいない場合は、医師の判断により、外来職員が電話で本人にコンタクトをとる。

③包括的支援マネジメントでは、具体的に何をしているのか？

私たちの研究班では、旭中央病院のスタッフの皆様にご協力いただき、外来で包括的支援マネジメントを受けている患者さん138名に、実際にどのような支援が提供されているかを調査しました。調査期間は平成28年11月1日～12月31日の2ヵ月間でした。

図表9：包括的支援マネジメントで提供されている支援内容



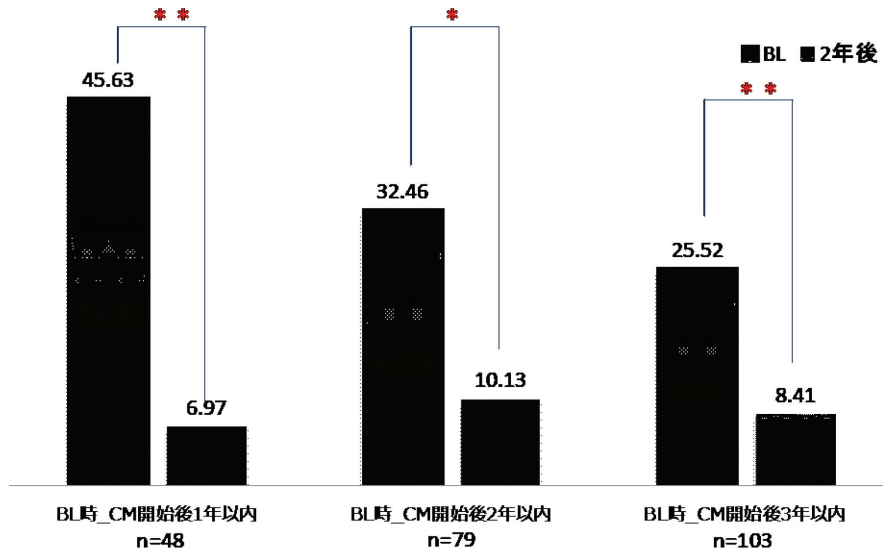
その結果、包括的支援マネジメントにおいて最も重要なことは、本人との関係性の構築であり、そのために多くの時間をかけていることがわかりました。本人中心の支援を提供するためには、本人の話を傾聴し、関係性を構築しつつ本人のニーズをアセスメントすることが欠かせないということです。

④包括的支援マネジメントの効果

それでは、包括的支援マネジメントにはどのような効果があるのでしょうか。包括的支援マネジメントにより、旭中央病院やその地域の包括的支援体制が構築されていったことは前述しましたが、その効果をエビデンスとして示すためには、研究によって効果検証を行うことが必要です。

私たちの研究班では、旭中央病院と同様に以前から包括的支援マネジメントを提供している精神科診療所である、医療法人社団ほっとステーション（以下、ほっとステーション）にもご協力いただき、旭中央病院とほっとステーションで包括的支援マネジメントの効果検証を行いました。その結果、包括的支援マネジメントを受ける前と比べて、支援後の入院回数や入院期間が減少していることがわかりました（図表 10）。支援の効果は、支援開始から1年以内が最も顕著に認められました。1年経過後は、支援の効果は低くなりますが、これは支援を受けることにより安定した状態が維持できているためと考えられます。

図表 10：平均入院日数の変化



注)

- ・BL（ベースライン）時の過去1年の入院日数は、過去1年の間に入院したことのある人における直近の入院の日数
- ・2年後調査における入院日数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

⑤実践ガイドの作成

これらの研究成果を踏まえて、私たちの研究班では「包括的支援マネジメント実践ガイド」を作成しました。ガイドでは、包括的支援マネジメント担当者の役割（図表 11）や支援の具体的な進め方を解説し、使用するツールなどを紹介しています。

図表 11：本人に対する直接支援の例

-
- ◇ インテーク・アセスメント
 - ◇ 関係性の構築・不安の傾聴
 - ◇ 支援計画の作成
 - ◇ 他機関（障害福祉サービス等、行政機関等）との連携
 - ◇ 医療機関内の他部署・他職種との連携
 - ◇ ケア会議の実施
 - ◇ 日常生活自立支援
 - ◇ 社会生活の援助
 - ◇ 対人関係の維持・構築の援助
 - ◇ 住環境に関する援助
 - ◇ 就労・就学（復職・復学）支援
 - ◇ 診察同行/診察の促し・入退院の調整
 - ◇ 服薬・症状の自己管理の援助
 - ◇ 家族支援
 - ◇ 危機介入
-

令和2年度の診療報酬改定では、一定の条件を満たした患者さんについて、この実践ガイドに基づく支援が評価される予定です。包括的支援マネジメントを提供する医療機関が増えることにより地域における連携が強化され、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の推進力となることが期待されます。

（厚生労働省 追記）

令和2年度の診療報酬改定にて、「精神科退院時共同指導料」、「療養生活環境整備指導加算」において、包括的支援マネジメント実践ガイドに基づいた支援が評価されています。

⑥自治体、他機関との協働

前述した、海匝地区の包括的支援体制の構築にあたり、旭中央病院の取組は大きな役割を果たしましたが、もちろん単独の医療機関の努力のみでは体制構築は行えません。近隣の複数の医療機関や地域援助事業者との協働、そして国と自治体の施策が大きく関与しています。法令の整備による在宅福祉サービスの充実、包括的支援を実施するうえで欠かせない要素でした。また、対象者を横断した施策展開、企画段階からの官民協働を特徴とする保健福祉施策の推進といった千葉県独自の施策は、包括的支援体制を構築するうえでの大きな力となりました。制度を有効に活用するとともに、既存の枠組みにとらわれない、その地域の実情に応じた創意工夫が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につながったのかもしれませんが。

参考文献

- ・藤井千代，他：平成 28-30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」研究報告書（H28—精神—指定—001），2019
- ・山口創生，川副泰成，名雪和美，青木勉，藤井千代：精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較：探索的外来患者調査。精神医学，61(1)：81-91，2019
- ・鈴木浩太，山口創生，川副泰成，名雪和美，青木勉，長谷川直美，藤井千代：包括的支援マネジメントの必要性に関する精神科通院患者の特徴—決定木分析による検討—。臨床精神医学，48(1)：125-131，2019
- ・川副泰成：千葉県旭市一帯における精神科医療機関と地域援助事業者との連携。精神科，34(3)：266-271，2019
- ・Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. Int J Ment Health Syst 13:22, 2019.
- ・Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. Int J Soc Psychiatry 65(7-8):621-630, 2019

(4) ePOP-J：精神科救急・急性期病棟の入院患者における再入院に影響する要因の検証の紹介

本項目については、「入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター室長 山口創生 共著者（小川亮、松長麻美、小池純子、小塩靖崇））においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

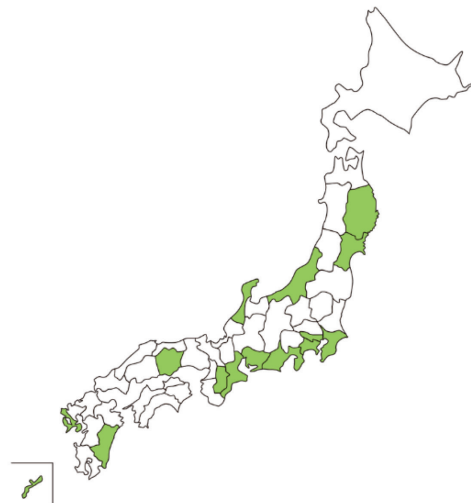
①ePOP-Jの背景

日本の精神科医療においても、地域ケアの発展が進んでいます。実際、日本の精神科医療は徐々に入院期間を短縮し、入院後1年以内に80%以上の患者が退院しています¹⁾。また、過去20年間で地域精神科医療サービス（例：精神科デイケアや訪問看護）や障害者福祉サービスが発展し、患者の地域生活を支える仕組みが整備されてきました。一方で、退院した患者の約40%が退院から1年以内に再入院を経験していることも事実です²⁾。すなわち、日本の精神科医療では、入院医療に依存する体制は徐々に変化がみられる反面、退院後の患者の安定的な地域生活には課題が残っているといえます。

現在までに、国内外で患者の再入院に影響する要因について検証する研究が行われてきました。例えば、過去の入院経験、症状の重症度、主観的な生活の質などの個人要因、あるいは入院中のケアや薬物治療の内容、退院後の支援内容などのサービス要因が再入院に関連する可能性が指摘されています³⁻⁶⁾。また、国内でも患者人数に対する精神科医の配置人数（16:1）や退院後30日以内に外来受診をすることが再入院の防止に貢献できる可能性を示しています^{7,8)}。しかしながら、国内では、精神科の救急・急性期入院医療の現場を舞台として、再入院や地域滞在日数に影響する要因を包括的に検証する研究は行われてきませんでした。

そこで、私たちの研究グループは、「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究（early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan: a longitudinal study：ePOP-J）」という調査プロジェクトを立ち上げました。ePOP-Jは、21の医療機関における精神科救急病棟および急性期病棟に入院した患者を対象として（図表12）、退院後の再入院の有無や地域滞在日数を調べるとともに、それらに影響する様々な要因を明らかにすることを目的としています。

図表 12：参加協力病院が所在する都道府県

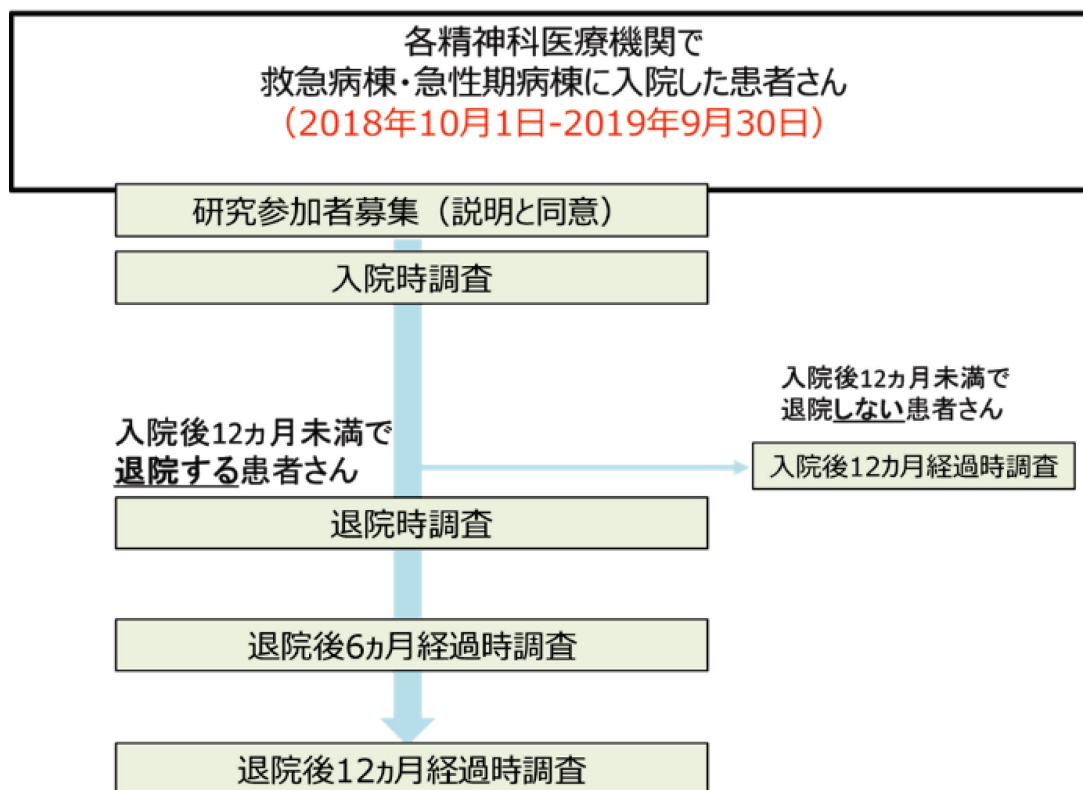


②ePOP-Jの概要

1)対象者と調査のタイミング

ePOP-Jの対象は、2018年10月1日から2019年9月30日までの間に、参加協力病院に、救急・急性期病棟に入院した者のうち、精神科の診断を持ち、かつ研究への参加について自発的な同意を示したものです。ただし、上記の者のなかで、20歳未満の者、60歳以上の者、特定の治療や検査入院で入院した者、入院中に転院があらかじめ予想される者、退院後に入院した機関あるいは連携医療機関で外来治療をうけないと予想される者については、対象から除外しています。上記の対象者について、入院時、退院時、退院後6カ月経過時、退院後12カ月経過時の4時点において、対象者の状態や治療内容、環境などの調査をしています（図表13）。現在までに、ePOP-Jには約630名の患者が参加しています。また、そのうち90%以上の患者がすでに退院しています。現在、各参加協力病院で、退院6カ月経過時、退院12カ月経過時の追跡調査を実施中です。

図表 13：調査の概要とスケジュール



a) 調査する項目

ePOP-J の調査項目は多岐にわたります。全調査時点で共通の項目は（再）入院状況や主観的経験（生活の質、自身が把握する精神的健康度、主体性）、就労状況、症状や機能の程度、その他の行動特性、薬物治療の内容などです。入院時には、基本属性情報（性別や年齢、診断など）などを調査します。また、退院時には入院中にうけていた治療の内容やケースマネジメントの有無などを調査します。さらに退院後 6 ヶ月経過時および 12 ヶ月経過時には、外来治療の状況や地域精神保健サービスの利用状況などを調査します。これらの調査に加えて、退院時と退院後 6 ヶ月経過時には、治療に対する満足度や家族関係に対する満足度に関する主観的評価についても調べています。

③ePOP-J が明らかにできること

ePOP-J では、研究対象者の背景情報や治療情報、地域サービスの利用状況、主観的な経験を把握します。これらの情報を再入院の有無や回数、入院形態と比較することにより、再入院の防止（つまり、安定的な地域生活）、地域滞在日数の延伸に好影響を及ぼす要因を明らかにすることができます。従来、再入院の要因は、個々の特性あるいは病院内での治療内容のいずれかに焦点があてられることが多かったのですが、ePOP-J は地域ケア情報を含む包括的なデータを集めているため、ある一側面のデータに偏ることなく、複合的な要因の検証も可能です。ePOP-J で得られた知見を「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に生かしていただけるよう、研究成果は速やかに公表したいと考えています。

日本に先立って精神科医療の地域ケアを発展させてきた国々では、自国のシステムを開発する際に、地道な再入院予防の調査を進めてきた歴史があります。そのような調査結果を基にして、各国の状況や文化にあった、入院治療から地域ケアへの円滑な移行や患者の地域生活の促進に貢献できる地域精神保健サービスとそのシステムが創造されてきました。各国の歴史に倣って、ePOP-J には、日本の精神科医療の発展と未来の効果的な地域精神保健サービスの実践に資するデータを提供することが期待されています。

④留意点

本稿は調査計画の概要について簡略に説明しています。また、引用文献も必要最低限のものとしております。本調査の詳細な背景や方法については、調査計画の論文をご参照ください⁹⁾。なお、本研究は、厚生労働省 科学研究費補助金「入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究:コホート研究 (No.H30-004)」の助成を受けています。また、本研究は、千葉大学大学院医学部の倫理委員会から承認を得ています (No. 3154)。

文献

- 1) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *J Epidemiol*, 29:288-294, 2019.
- 2) 精神医療政策研究部. 精神保健医療福祉に関する資料. 小平: 国立精神・神経医療研究センター 2016. URL: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>.
- 3) Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, et al: Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16:449, 2016.
- 4) Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, et al: Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16:376, 2016.
- 5) Lafeuille M-H, Dean J, Carter V, et al: Systematic review of long-acting injectables versus oral atypical antipsychotics on hospitalization in schizophrenia. *Curr Med Res Opin*, 30:1643-1655, 2014.
- 6) Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, et al: Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res*, 192:119-123, 2018.
- 7) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Association of high psychiatrist staffing with prolonged hospitalization, follow-up visits, and readmission in acute psychiatric units: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14:893-902, 2018.
- 8) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T: Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry Res*, 270:490-495, 2018.
- 9) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). *Int J Ment Health Syst*, 13:40, 2019.

(5) 多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業

精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしを送るためには、多職種・多機関連携による支援体制が必要となりますが、その体制整備はいまだ十分とは言えない状況です。

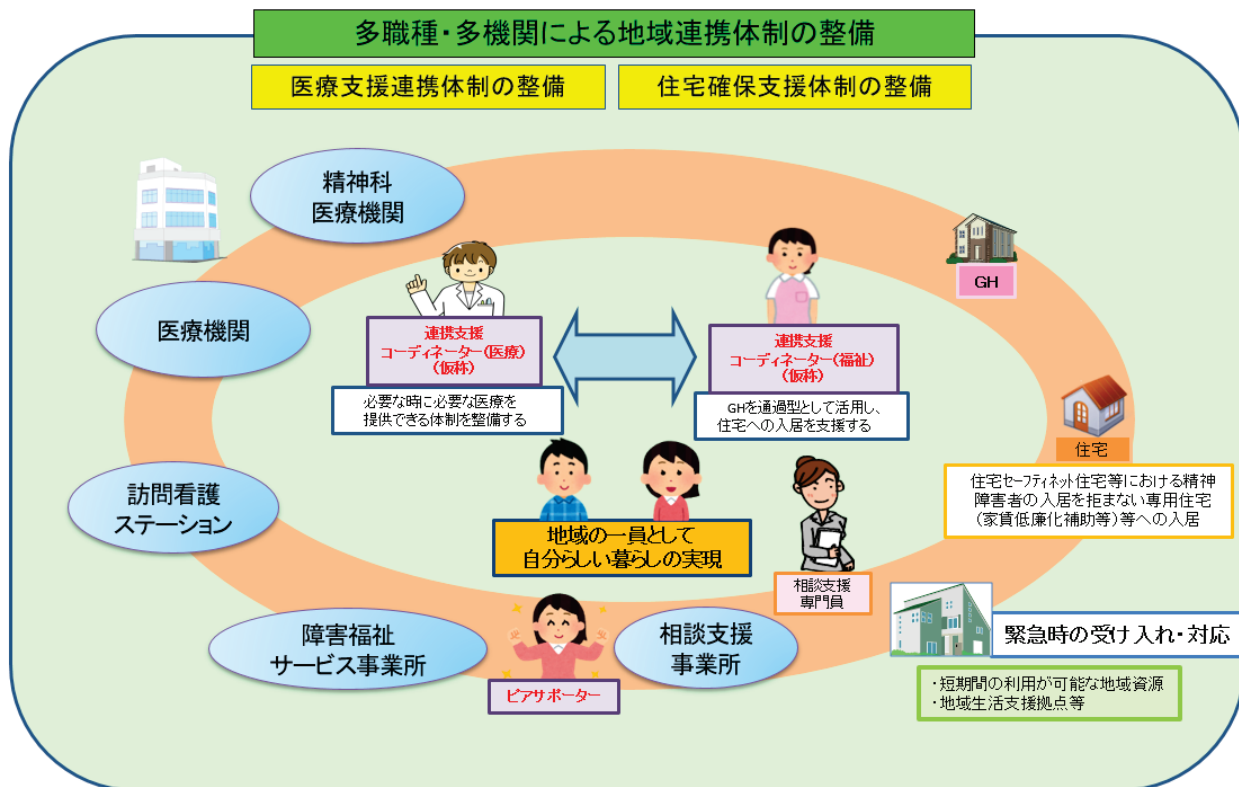
厚生労働省では、基幹的な医療機関を中心とした多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備について、試行的事業として実施することにより、精神障害者が地域生活を送る上で必要となる支援内容等を明確化することを目的とした「多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業」を令和2年度より実施しています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素である医療・住まいについて、それぞれに体制整備を推進する連携支援コーディネーター（仮称）を配置し、適時適切に必要な医療にアクセスできるための医療連携体制及び住まいの確保に向け、希望に沿った支援を行うための住宅確保連携体制を、多職種・多機関連携により整備することを目的としています。

モデル事業を実施することにより、保健・医療・福祉の連携強化、居住サービスの基盤整備、ピアサポーターの活用、障害福祉サービス等の利用促進等を図り、必要となる支援内容等を明確化することで、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる重層的な支援体制が整備されることが期待されます。

図表 14：多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業（イメージ図）

多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備を試行的に実施することにより、精神障害者が生活を送る上で必要となる支援内容等の明確化を図るための事業



(6) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 構築推進事業「構築推進サポーター」について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の効果的な実施、各種障害福祉サービス等の活用促進等、地域包括ケアシステムの構築を推進するうえで中心的な役割を担うことが期待される「構築推進サポーター」の活用が、令和2年度より精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の新しいメニューとして追加になりました。

※精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の全体については、第1章3(3)をご参照下さい。

コラム：想定される構築推進サポーターの主な活動

構築推進サポーターの役割は、個別ニーズを原点に、地域課題を顕在化させ、協議の場を活用しながら、地域基盤整備を進めいくことです。

精神障害者地域移行支援特別対策事業（平成20年度～平成21年度）を活用して地域基盤整備に係るコーディネーターを配置した事例から、令和2年度より精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の新しいメニューとして追加になる「構築推進サポーター」の活動の参考例をご紹介します。

障害保健福祉圏域に設置していた協議会は、圏域内の精神科病院、保健所、各市の障害福祉担当課、相談支援事業所、主に精神障害者の支援をしているグループホームやホームヘルプサービス事業所、そして、本事業の委託を受けている地域活動支援センターI型で構成していました。

協議会の役割は主に以下のとおりでした。

- 支援対象者の支援の進捗状況の報告
- 支援を通じて顕在化する地域課題の整理
- 地域課題を解決するための取組に係る協議

これらはいってシンプルなお組であり、以下のようなプロセスで実施されました。

- 精神科病院で支援対象者のニーズを聞き取ります。
…表出されない潜在的なニーズが拾えるよう、ピアサポーターなどが地域生活の様子を話したり、グループホーム等の見学会を行ったりしました。
- ニーズに基づいた支援を開始します。
- ニーズの把握、個別支援の方法等、効果的な取組について検討します。
…圏域に精神科病院が5つありましたが、病院の枠を超えたアイディアが生まれ、アイディアを実行する地域のサービス事業所等があり、行政機関がしっかりサポートします。

○支援を通じて地域の課題を顕在化させ、その整理を行います。

…グループホームが足りない、精神障害者支援を得意とするホームヘルプ等が少ないなど。

○地域課題を整理後、課題を解決するための作戦会議を行います。

…例えば、グループホーム事業者を集めニーズを共有し協力を要請したり、ホームヘルパーを対象とした精神障害者の特性と支援技法を学ぶ勉強会を開催したりしました。

○個別支援を進めること、地域基盤を整備すること、両輪を回す取組を協議します。

圏域内の精神科病院は、取組も考え方も様々でしたが、協議会ではその枠を超えた連携が図られました。また、精神科病院と障害福祉サービス等事業所等、行政機関が、個別ケース支援を通じて切磋琢磨し、結果、地域移行を果たす人が増え、地域の基盤は整備されました。

繰り返しになりますが、協議会の役割、取組はいたってシンプルでした。

個別のニーズが原点にあり、個別ニーズに対応した課題が地域にあり、課題を解決するためには地域の基盤整備が必要であり、基盤整備を進めるためには医療・福祉・行政の協力が必要です。

以上が効果的に実施されるよう、関係者が互いに切磋琢磨しながら協働する場として協議会が毎月開催されていました。

協議会の運営をコーディネーターが軸となって進めることにより、全体の方向性を見失うことなく進めることができました。

また、具体的な成果、例えば、地域移行する人が増えた、そのための基盤が整備された、支援した方が楽しそうに生活している等を共有することで、協議会の士気が高まり、更なる取組へと発展していきました。

毎月開催して、課題も山積して大変でしたが、やりがいがあって楽しい、そんな協議会が運営されていました。

2 精神障害者を地域で支える医療体制

(1) 一般医療と精神医療の関係性

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山ノ内芳雄) 分担研究「病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討」(研究分担者：岡山県精神科医療センター 院長 来住由樹) においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

地域包括ケア体制の整備は、高齢化率が2025年に30%に増加し、少子高齢化人口減少が進むなかで構想され整備がすすめられています。また、2014年には地域の体系的な医療提供体制整備を促進するため、医療計画に精神疾患が追加され5疾病5事業の体制になりました。さらに、2016年には高齢化・少子化に対応するため、質が高く効率的な医療提供体制を構築できるよう、地域医療構想の整備が始まりました。これらの医療全般の構造改革が行われているなかで、精神科医療の構造改革も求められています。精神疾患だけではなく、医療ニーズのある方の在宅医療を支えるため、地域包括医療のなかで精神科病院の関与が求められています。

精神科医療は、歴史的に福祉・保健と協働した実践を積み重ねてきました。地域包括医療の実践は、関連領域と協働した医療提供体制整備であり、本来、精神科医療が得意とする領域の強化であると考えられます。

○医療計画と精神科医療

5疾病5事業の医療計画に基づく医療提供が展開され、精神科医療に要請されるニーズは広がりを見せています。これらに対応しつつ、現在及び近未来に効果的に役割を果たす病院へ変貌することが時代の要請です。精神科に特化した領域の医療実践と他の領域と協働・連携を強化する仕組みづくりとの両者が必要になります。精神疾患以外の医療計画として、4疾患(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)と5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療)、在宅医療があります。

精神疾患以外の4疾患は、精神科患者は一般人口集団以上に多く発症する疾患であることが知られています。そのため、精神科病院でのがん検診受診の促進、生活習慣病のモニタリングと介入、総合病院との連携強化等の対応が必要になります。また、アルコール依存症等はがんや糖尿病等のリスク因子となる疾患で、効果的な介入が求められています。また、他の事業についても、以下の点で精神科医療と密接に関係しています。

・救急医療

精神疾患を有する方の救急搬送待機時間の短縮に寄与、自殺企図者等身体科での診療後の円滑な転院等による治療の継続。

・災害時における医療

災害拠点病院と連携した災害拠点精神科病院の整備、相互連携による災害時に機能する医療提供体制の整備。

・へき地の医療

へき地に居住する人の精神科医療ニーズへ対応するため、へき地医療機関を都市部医療機関が支援し、かつ救急や専門領域については都市部医療機関受診が可能となる連携体制の整備。

・周産期医療

周産期の母体死亡は、周産期の身体合併症よりも自殺の方が高く、周産期うつ病・産褥期精神病は母体のみならず児にも多大な負荷となる。産婦人科・母子保健行政と精神科医療のタイムリーな連携と協働が必要。

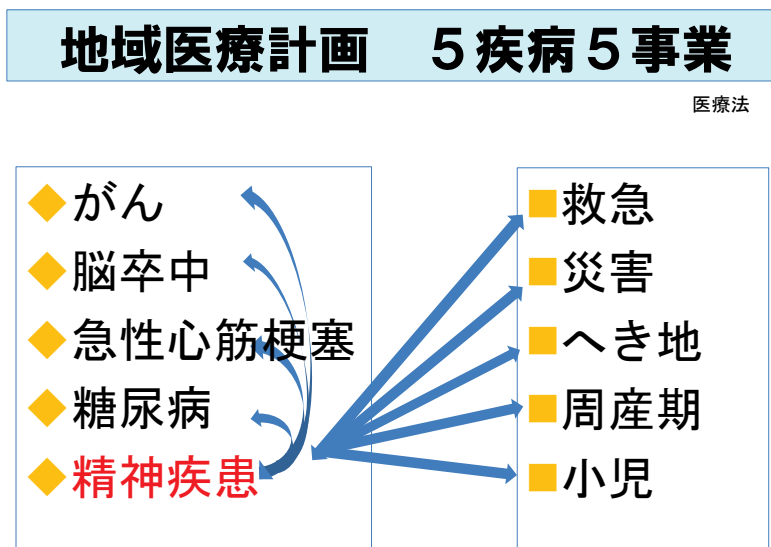
・小児医療

発達障害診断と診断後の支援が時代の要請である。

・在宅医療

適正な入院期間の実現は、精神科医療のみならず全ての診療科に求められている課題であり、在宅福祉、在宅医療の整備と連動させながら、実践していくほかありません。

図表 15：地域医療計画 5疾病5事業（医療法）



(2) 精神医療と一般医療の連携

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山ノ内芳雄）分担研究「身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制」（研究分担者：北里大学 教授 宮岡等）おいてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

身体疾患を合併する精神障害者については、身体疾患を優先して治療すべき場合や一般病床に入院しているときに精神症状を呈した場合等において、精神科以外の診療科と精神科リエゾンチーム等との連携を図りつつ、身体疾患を治療することのできる体制の確保が重要です。総合病院における精神科の機能の確保及び充実を図りつつ、精神科医療機関においても、身体合併症に適切に対応できる体制の構築が求められます。

精神科の医療機関と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう、市町村や保健所、都道府県等においては、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する必要があります。

①精神病棟入院患者の高齢化への対応

高齢になるほど身体疾患を合併する割合は増加します。高齢化は精神科医療機関の入院患者も例外ではなく、精神疾患を有する入院患者のうち半数以上が 65 歳以上で、高齢化が進んでいます。精神科病院への認知症の入院患者も増加しており、入院患者の身体合併症に対応するため、精神医療と一般医療の連携は重要な課題です。

②一般病棟における精神医療との連携

一般病棟の入院患者が、精神医療との連携が必要になることも決して少なくありません。手術後の患者や重症患者の 20～30%の患者がせん妄状態になるという報告もあり、精神医療が必要になることがあります。身体疾患にせん妄状態が合併すると、入院期間や死亡率、退院後の認知機能にマイナスの影響を及ぼすことがあります。

自殺企図による外傷、中毒、横紋筋融解症等の治療のため、救命救急センターへ搬送されることがありますが、搬送された患者のうち、精神医療の必要性がある患者の割合が 10～20%を超えているという報告もあります。

認知症、依存症、統合失調症、気分障害など様々な精神障害者が、身体合併症の治療のために、一般病棟に入院することは珍しいことではなく、一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して、精神科医や専門性を有する看護師等が連携し治療を行った場合、診療報酬で評価されています。

③かかりつけ医と精神科医療機関との連携

うつ病等の気分障害の患者や、認知症の患者等は、内科医等のかかりつけ医が最初に診療する場合もあります。また、精神障害者が地域で安心して暮らすことができるためには、生活習慣病の管

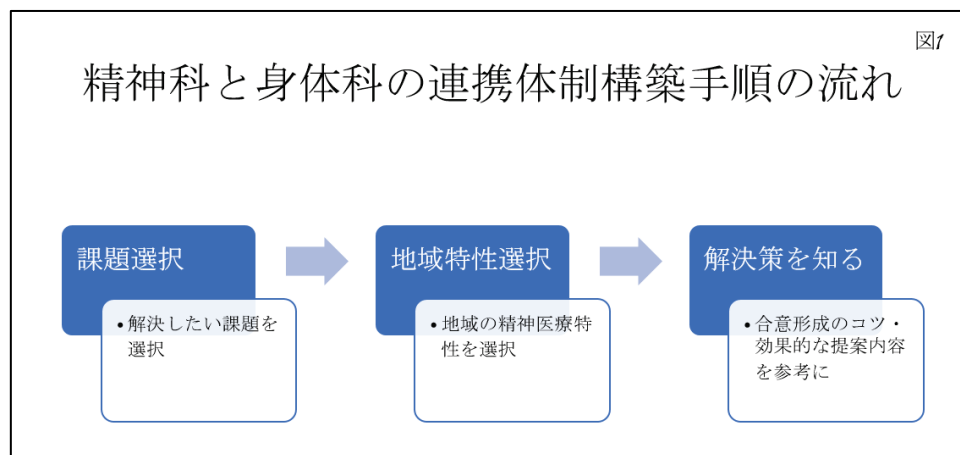
理や重症化予防等、身体面の健康管理のため、内科医等のかかりつけ医を持つことも大切であり、かかりつけ医と精神科医療機関の連携強化も重要なテーマです。

そのため、協議の場への参加者として、地域の医師会等を含む一般医療機関の参加も重要です。

④精神医療と身体科医療の連携体制の整備

精神科の医療機関と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう、市町村や保健所、都道府県等においては、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する必要があります。そのためには、市町村や保健所、都道府県等の自治体においても、精神医療と身体科医療を担当する部署が連携し、各自治体における課題を整理することが、精神医療と身体科医療の連携体制を構築する出発点になります。

精神科医療機関や精神科以外の医療機関で身体合併症の治療を行った場合、診療報酬における評価については、医療機能の高度化の身体合併症のスライドを参考にしてください。

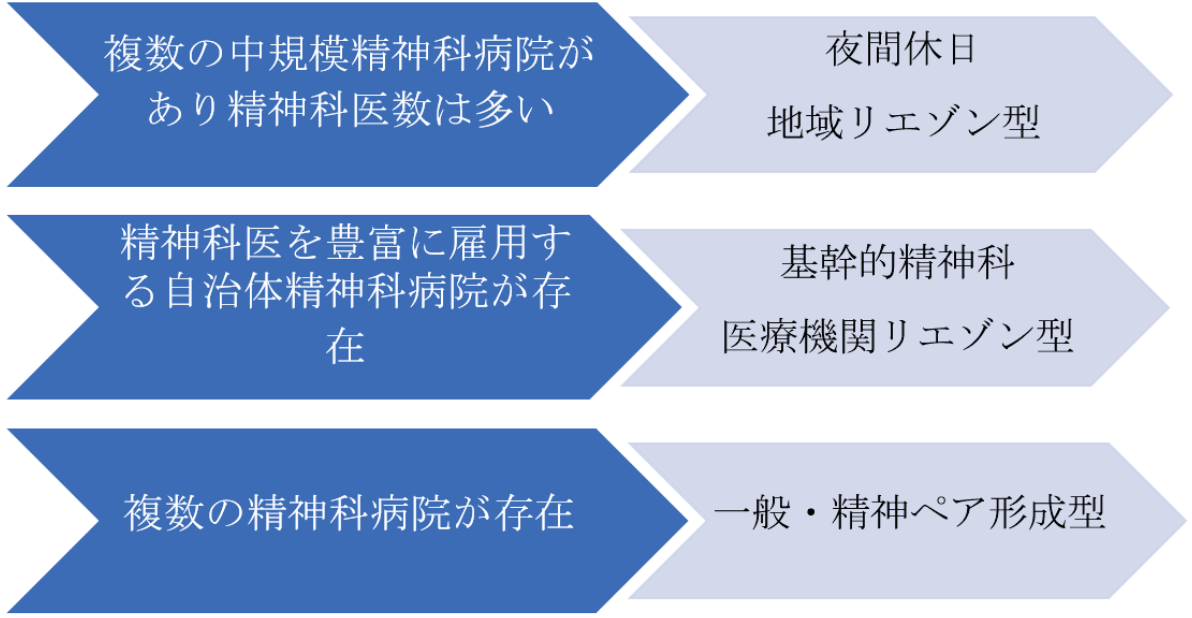


自治体にある解決したい課題を選択しましょう

課題A
身体疾患で入院中の患者さんが身体科で精神疾患に対応するのが困難

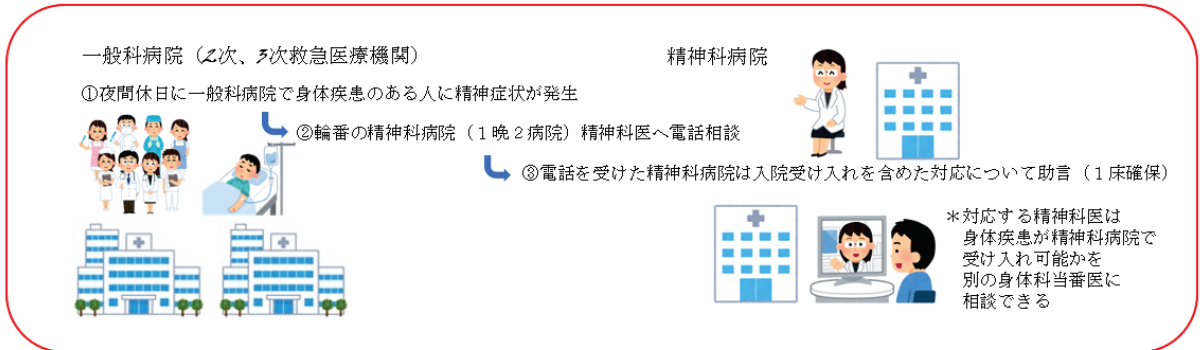
課題B
精神疾患で入院中の患者さんが精神科で身体疾患に対応するのが困難

自治体がリード・コーディネートすることによって
課題Aを解決できる方策は
精神医療資源の地域特性別に3つあります

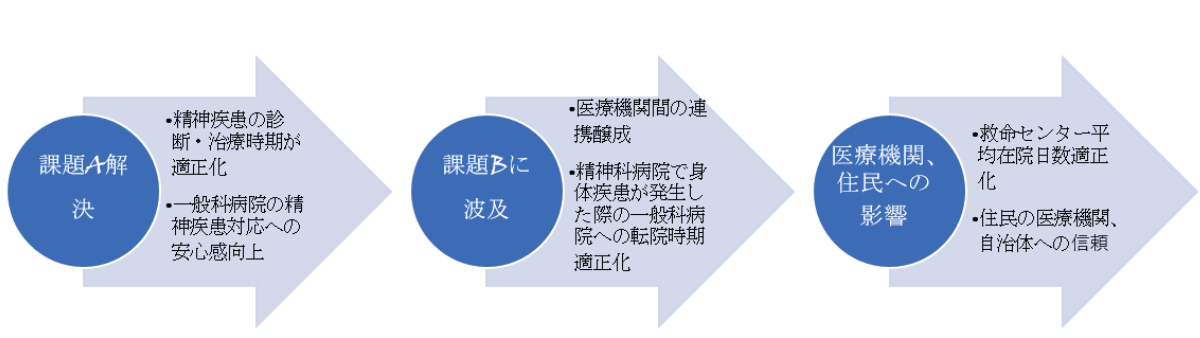


夜間休日地域リエゾン型の仕組みと効果

連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



夜間休日地域リエゾン型の構築手順

図5

①ステークホルダーへの個別訪問と認識の共有→合意形成



いつ? : 救急関係、身体科医療関係の審議会で問題提起する前に
 どこに? : 精神科病院協会、病院協会、私立病院協会、救急医療機関連絡協議会、医師会に
 どんな内容を? : 合併症医療に関する課題と連携体制の仕組みについて
 どんな手法で働きかけるか: ①各関係団体に個別訪問で働きかけ、根回しを図る
 ②身体科医療の審議会で問題提起し取りまとめる

合意形成のコツ・効果的な提案内容

- ・都道府県と市区町村の担当者が協力して調整する
- ・一般科病院側、精神科病院側には、患者にとってのメリットともに、算定されやすくなる診療報酬があること、病院経営上のメリットもあることを伝える
- ・空床確保料、バックアップする身体科医への報酬というインセンティブがあると医療機関は合意しやすく、システムも継続しやすい
- ・事業費(例) : 年間総額5500万円(空床確保料、その他事例発生時の相談費)

②連携ツール、手順書、パンフレット作成、周知

- ・作業部会を設置して連携ツールと手順書を作成、関係機関へ周知
- ・連携ツール: 依頼書・身体治療状況等確認シート・同意書フォーマット、報告書、パンフレット
- ・事例検証会議を設置
- 身体疾患を治療した後、身体科病院から精神科病院へ搬送する際の患者状態はある程度、決めておくことができると良い
- <参考>
 酸素吸入器を外して少なくとも30分以上SpO₂が正常に保たれており、概ね以下の患者状態とする。なお、身体症状の急変等により身体科病院へ(戻し)搬送する場合(依頼した担当医が不在になった場合においても病院として責任を持って対応)もある。
 - ・リストカット後で縫合済み
 - ・過量服薬後で意識はほぼ回復している(しばらく静脈路確保のための点滴が必要な場合も含む)
 - ・骨折をギプスにより固定済み
 - ・次の場合は個別に判断・対応する
- *救急疾患は処置済みでその他の内臓疾患がある場合
- *救急疾患は処置済みで、妊婦である場合など

③進捗管理

- ・モニタリング指標は運用事例数、運用報告書、身体科医等活動費、事例検証会議議事録、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数
- ・定期的に進捗状況を取りまとめ、身体科医療の審議会で報告
- ・成果を住民にも広報



基幹的精神科医療機関リエゾン型の仕組みと効果

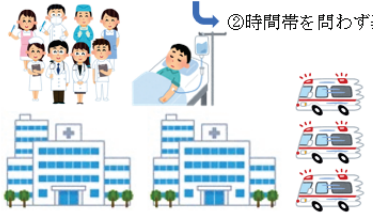
図6

連携体制の仕組み

一般科病院(救急隊受け入れ回数の多い)

基幹的精神科医療機関

①救急隊受け入れ数の多い一般科病院で身体疾患のある人に精神症状が発生



②時間帯を問わず基幹的精神科医療機関に電話で相談

③基幹的精神科医療機関は電話または往診で対応について助言



④適応があれば精神科への転院を考慮

連携体制構築によって期待される波及効果

課題A解決

- ・精神疾患の診断・治療時期が適正化
- ・一般科病院の精神疾患対応への安心感向上

課題Bに波及

- ・医療機関間の連携醸成
- ・精神科病院で身体疾患が発生した際の一般科病院への転院時期適正化

医療機関、住民への影響

- ・救命センター平均在院日数適正化
- ・住民の医療機関、自治体への信頼

基幹的精神科医療機関リエゾン型の構築手順

図7

①モデル事業の立案



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、議会における議論の後、精神医療の地域における協議の場で提議、検討しどこに? : 精神科、身体科、救急関係の協会・協議会、医師会関係者に

どんな内容を? : 連携体制のモデル事業に関する協議会設置について説明し参加を要請したのちに、協議会で連携体制の仕組みや事業費について説明
どんな手法で動きかけるか: モデル事業実施者を募集

合意形成のコツ・効果的な提案内容

- ・24時間365日の対応ができる精神科医療機関が、まずは狭いエリアで実施、実績を積み上げ評価してから、対象エリアを拡大していくと良い
- ・対応する精神科医への人件費として事業費を確保すると良い
- ・精神科医を豊富に雇用する規模の大きい自治体精神科病院が存在する事が成功の鍵であるため、まずはその自治体精神科病院院長、事務長、看護部長に打診し、身体科病院にとってのメリットだけではなく、算定しやすくなる診療報酬があること、病院経営上のメリットがあることを伝えると良い

②精神科ホットライン設置、広報、研修

- ・モデル事業に関する協議会が、広報、事例検討、研修の分科会を設置
- ・広報分科会は一般科医療機関向け精神科ホットラインポスター作成
- ・事例検討分科会は定期的に事例検討会を開催
- ・研修分科会は事例検討分科会と協力し生じた課題をテーマに研修開催

③進捗管理

- ・モニタリング指標は電話相談件数、往診件数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数、事例検討会・研修会参加者数
- ・定期的に進捗状況を取りまとめ、協議会に報告
- ・成果を精神科、身体科、救急関係の教会、住民に広報



④対象エリア拡大の検討

- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果に基づいて対象エリアの拡大を検討する



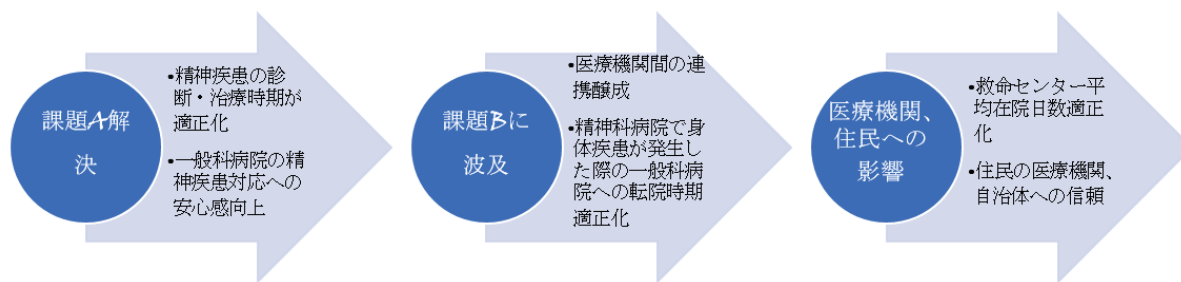
一般・精神ペア形成型の仕組みと効果

図8

連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



①ステークホルダーの合意形成



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
 どこに? : 身体科医療機関、精神科病院協会に対して
 どんな内容を? : 医療機関同士のペアを作り、ペア医療機関間で連携パス作成、運用する連携体制とそれによるメリット、自治体がコーディネートすることを伝える
 どんな手法で働きかけるか: 関係者への個別訪問と協議の場での合意形成

合意形成のコツ・効果的な提案内容
 ・身体科救急において課題になりやすい精神疾患へ依存患者搬送や搬入後の在院日数長期化という課題が解決されやすくなること、精神科病院にとっても身体科病院との連携が図られやすくなることという、病院にとってのメリットがあることを伝えると良い
 ・ペア医療機関間の会議、パス作成は負担感を生みやすいので、自治体がコーディネート、サポートすることを伝えると良い
 ・最初はパス発行実績に伴うインセンティブが必要になるため、会議謝金、パス発行人件費として、医療計画基金を活用できると伝えると良い
 ・ただし運用が重なることもインセンティブは不要になりやすい
 ・精神科病院からの反応が十分ではない場合には外部識者から働きかけると良い

②ペア医療機関をマッチング、コーディネートする

- ・医療圏ごとの協議会を通してペアによる連携体制について伝えながら、ペア形成を図る
- ・ペア医療機関が決まったら、医療機関同士で会議を行い、パス開発のための会合を行い、運用する
- ・その後も年に一回は会議を行い、運用状況の共有やパスの見直しを行う

③進捗管理

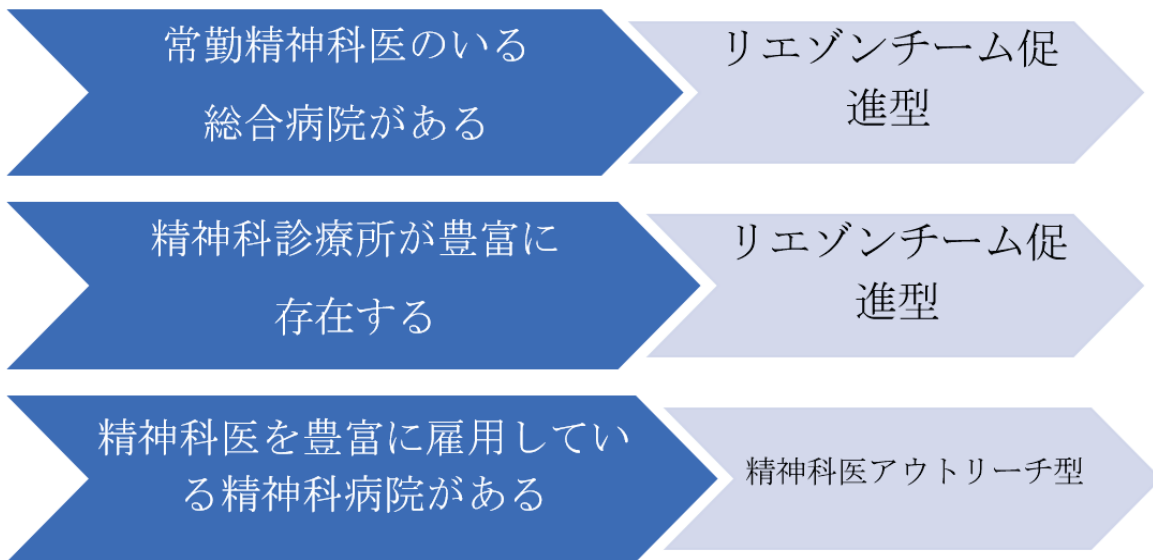
- ・モニタリング指標はペア数、ペア医療機関間の会議開催回数、パス発行件数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数
- ・指標を取りまとめ、定期的に救急関係の協議の場へ報告
- ・自治体はペア医療機関の会議をコーディネートしつつ、サポートする

④ペア医療機関マッチング拡張

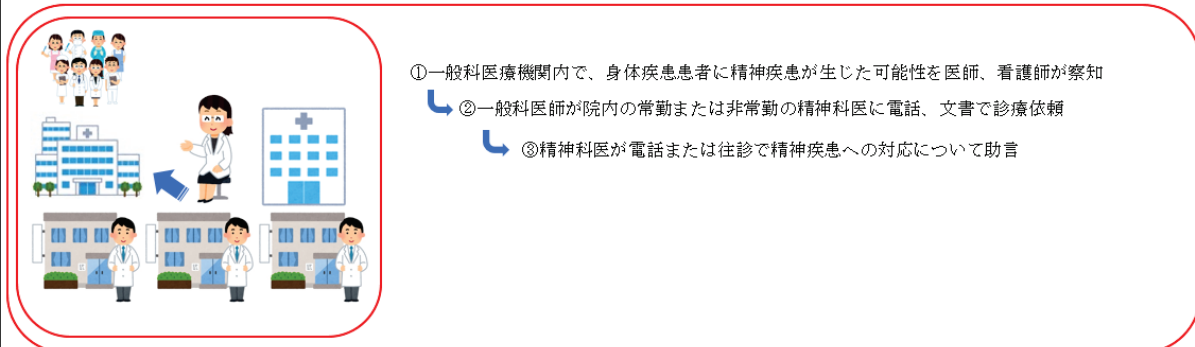
- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果に基づいて、メリットを明らかにし、ペア医療機関マッチング数を増やしていく



プレイヤー＝医療従事者・マネージャー＝自治体担当者
 という手法が人的・経済的資源の限界のために困難な時
 自治体が病院・診療所へ働きかけることで
 課題Aの解決策になります



連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



リエゾンチーム促進型の構築手順

①関係者と課題共有、打診

いつ？：救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
 どこに？：一般科病院関係者と精神科病院・診療所関係者が参加する委員会や協議会において参加する身体科病院に対して
 どんな内容を？：院内リエゾンチーム設置による効果、病院収支への好影響について説明（在院日数の適正化、診療報酬加算算定）し
 どんな手法で働きかけるか：自治体が身体科病院と精神科病院・診療所のマッチングをコーディネートすることを提案する

- 合意形成のコツ・効果的な提案内容
- ・取り組みが進む上では、身体科病院にとっての診療報酬上のメリットを伝える。
 - ・精神科医の数に限りはあるが、休診日等を踏まえ精神科診療所医師を活用することも可能。
 - ・精神科診療所医師を活用する上では、診療所医師が休診日、昼休みを利用して短い勤務時間でも構わないこと、相応の給与を用意すると良いことを雇い入れる身体科病院院長、事務長、看護部長へ伝えると良い。

②精神科医ニーズのある一般科病院と精神科病院・診療所関係者をマッチング

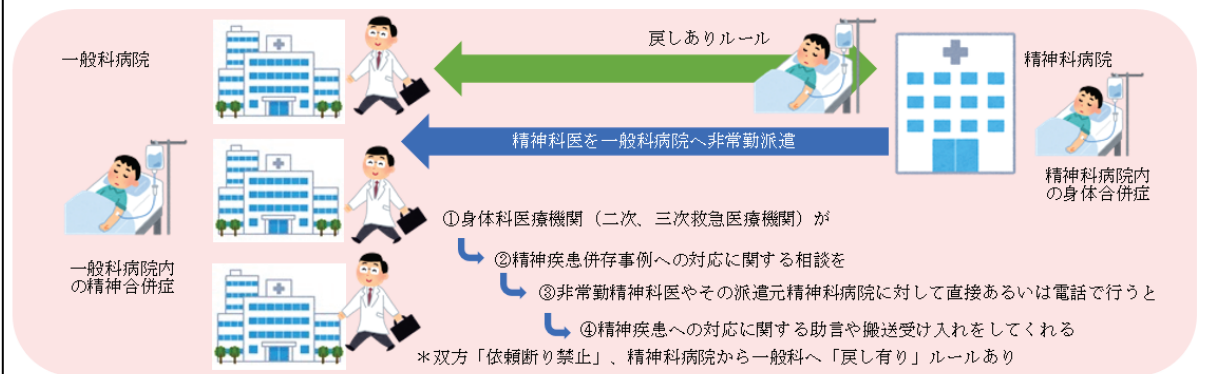
- ・一般科病院から精神科医雇用の申し入れを得たら、精神科病院・診療所関係者に連絡する
- ・必要に応じて連絡調整のコーディネートをする

③進捗管理

- ・モニタリング指標はリエゾン依頼件数、リエゾンチーム加算、総合病院対策加算算定医療機関数
- ・指標を取りまとめ、定期的に一般科、精神科関係の協議の場へ報告

精神科医アウトリーチ型の仕組みと効果

図13



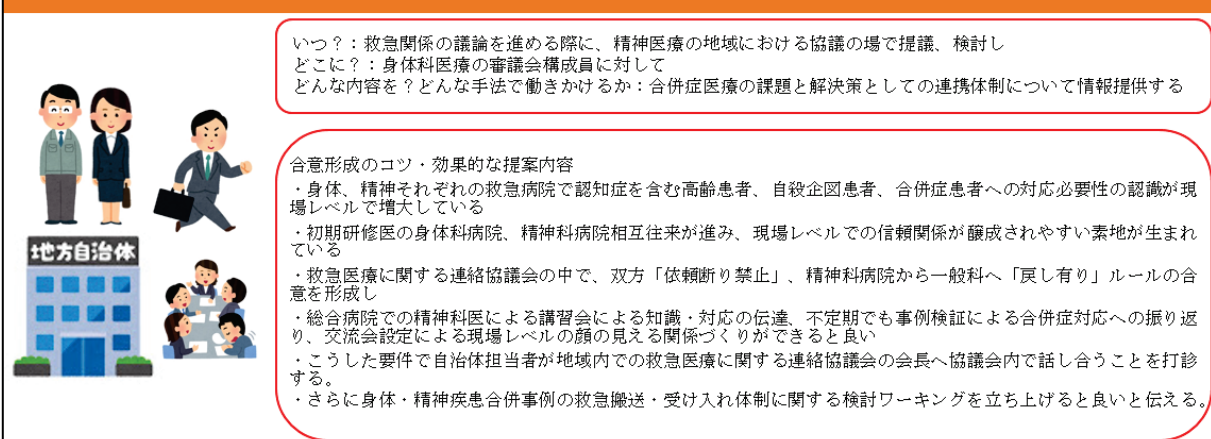
連携体制構築によって期待される波及効果



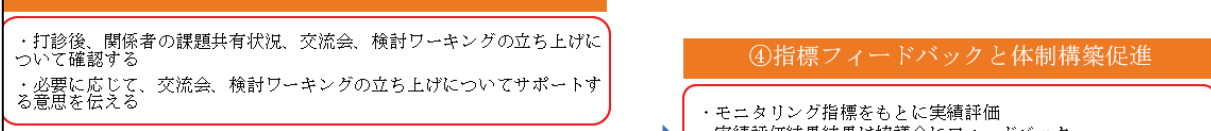
精神科医アウトリーチ型の構築手順

図14

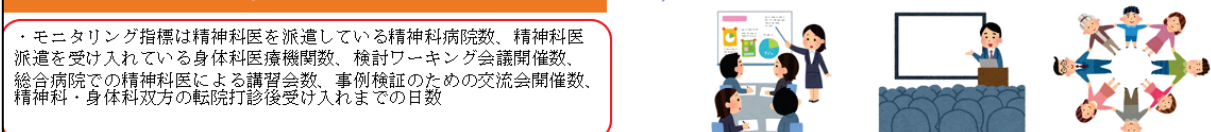
①関係者と課題共有、打診



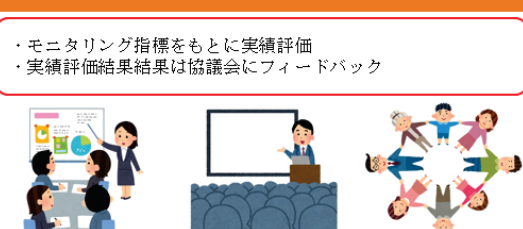
②連絡協議会会長へのフォロー



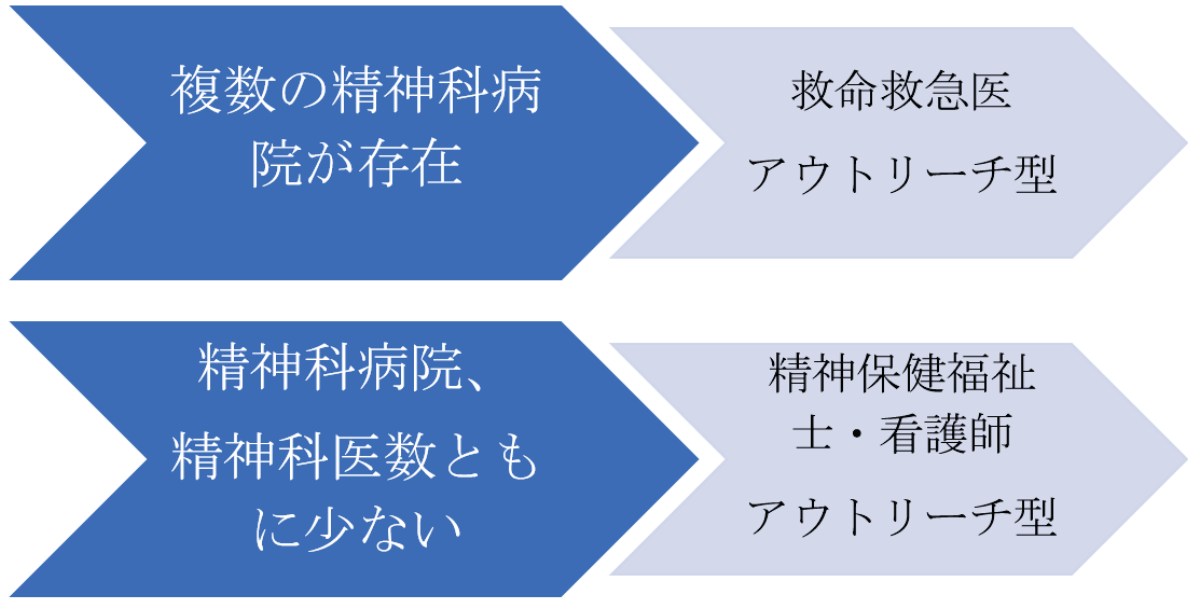
③進捗管理



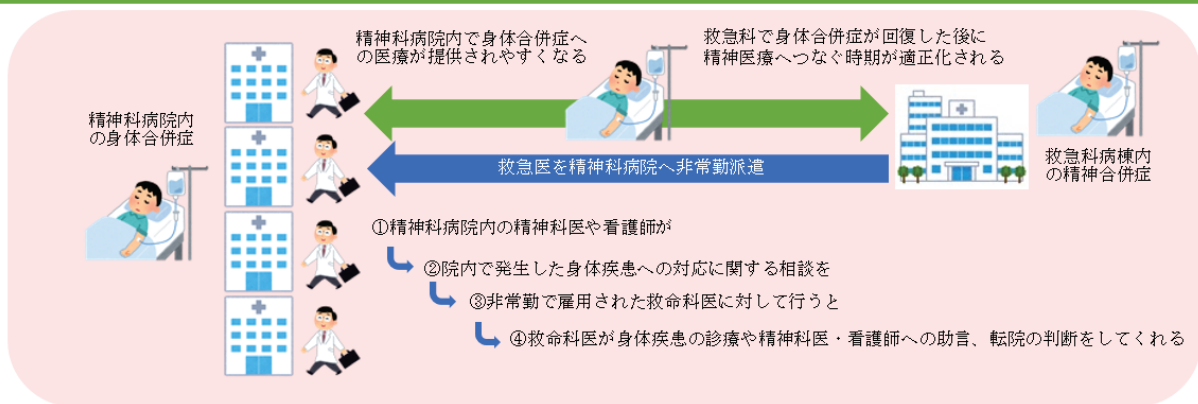
④指標フィードバックと体制構築促進



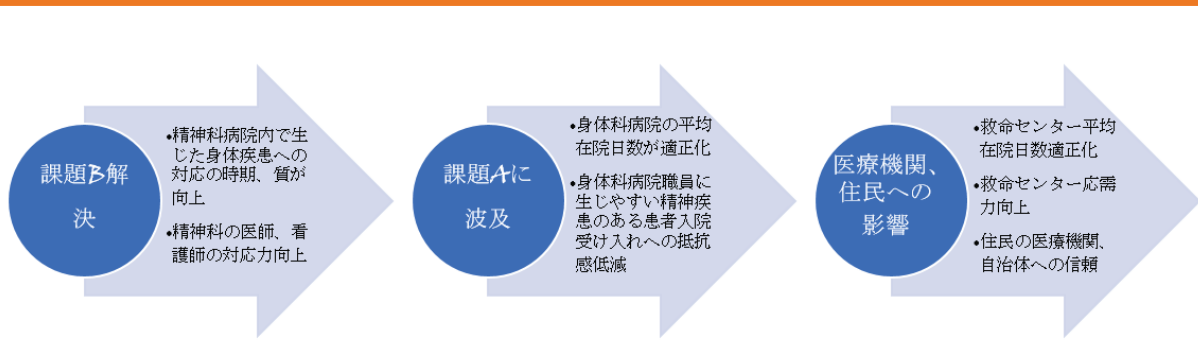
自治体による関係者への働きかけによって
課題Bを解決できる方策は
精神医療資源の地域特性別に2つあります



救命救急医アウトリーチ型の仕組みと効果



連携体制構築によって期待される波及効果



①関係者と課題共有、打診



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
どこに? : 身体科医療の審議会構成員に対して
どんな内容を?どんな手法で働きかけるか: 合併症医療の課題と解決策としての連携体制について情報提供する

- 合意形成のコツ・効果的な提案内容
- ・身体、精神それぞれの救急病院で認知症を含む高齢患者、自殺企図患者、合併症患者への対応必要性の認識が現場レベルで増大している
 - ・初期研修医の身体科病院、精神科病院相互往来が進み、現場レベルでの信頼関係が醸成されやすい素地が生まれている
 - ・救急医療に関する連絡協議会の中で、双方「依頼断り禁止」、精神科病院から一般科へ「戻し有り」ルールの合意を形成し
 - ・総合病院での精神科医による講習会による知識・対応の伝達、不定期でも事例検証による合併症対応への振り返り、交流会設定による現場レベルの顔の見える関係づくりができるとうい
 - ・こうした要件で自治体担当者が地域内での救急医療に関する連絡協議会の会長へ協議会内で話し合うことを打診する。
 - ・さらに身体・精神疾患合併事例の救急搬送・受け入れ体制に関する検討ワーキングを立ち上げると良いと伝える。

②連絡協議会会長へのフォロー

- ・打診後、関係者の課題共有状況、交流会、検討ワーキングの立ち上げについて確認する
- ・必要に応じて、交流会、検討ワーキングの立ち上げについてサポートする意思を伝える

④指標フィードバックと体制構築促進

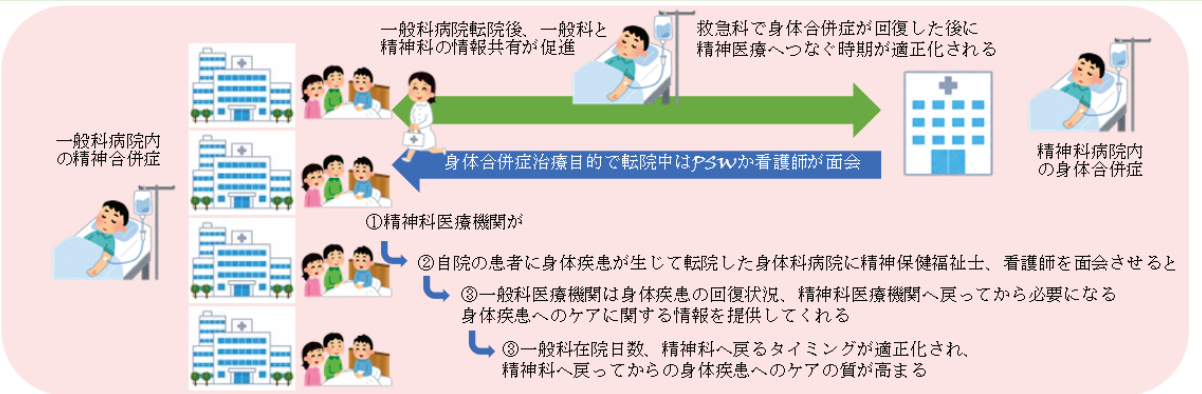
- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果結果は協議会にフィードバック

③進捗管理

- ・モニタリング指標は精神科医を派遣している精神科病院数、精神科医派遣を受け入れている身体科医療機関数、検討ワーキング会議開催数、総合病院での精神科医による講習会数、事例検証のための交流会開催数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数



精神保健福祉士・看護師アウトリーチ型の仕組みと効果



連携体制構築によって期待される波及効果



①関係者と課題共有、打診



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
どこに? : 身体科医療の審議会構成員に対して
どんな内容を?どんな手法で働きかけるか: 合併症医療の課題と解決策としての連携体制について情報提供する

合意形成のコツ・効果的な提案内容
・二次医療圏内での医師会の事務長会、看護部長会に精神科側から以下の事項を一般科側へ働きかけると良いことを打診する
「身体科病院で不穏状態の患者は可能な限り即日～2日以内に転院を受け入れる」
「身体疾患のために身体科病院へ転院依頼した患者は治療終了次第すぐに再受け入れる」
「身体科入院中、精神保健福祉士、看護師が面会し情報共有を図る」
・こうした要件で連携したいと、身体科側へ働きかけると合意形成、連携体制構築が図られやすいことについて、自治体担当者が、地域における精神科病院のキーパーソンへ打診する

②精神科病院のキーパーソンへのフォロー

- ・打診後、関係者の課題共有状況、検討の状況を精神科病院キーパーソンへ尋ねる
- ・必要に応じて、自治体から医師会、一般科側へ働きかけられることを伝える

③進捗管理

- ・モニタリング指標は精神保健福祉士・看護師訪問回数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数

④指標フィードバックと体制構築促進

- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果結果は協議会にフィードバック



(3) 精神医療の構造改革への取組

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山之内芳雄) 分担研究「病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討」(研究分担者：岡山県精神科医療センター 院長 来住由樹) においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

①病院の構造改革と地域ニーズ

厚生労働科学研究(病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討に関する研究)で、求められる「構造改革」は、「地域ニーズの変化」に対応する病院になることが明らかになりました。

地域ニーズを定め、具体的な改革を推し進めるには、梃子となる事業・手法が必要であり、これは立地する地域特性によって異なっていました。何れの「好事例」も、地域生活・障害福祉、身体科医療、行政施策(児童・高齢者など)と連携したものでした。

地域ニーズに関する着眼点は複数あり、圏域の高齢化・人口減少への対応、障害福祉サービス等と精神科医療の連携、治療抵抗性精神疾患治療拠点、他科からの要請に応じた領域への対応(周産期、発達障害など)、地域医療全体のなかで病院機能の明確化等でした。

また、梃子となる事業や手法は、地域事情により異なりますが、精神障害者地域移行・地域定着支援事業、地域移行機能強化病棟、同一法人複数病院の機能分化、クロザピン治療の地域拠点、地域移行患者の外来・地域支援強化、相談支援事業所の開設、病床を介護保険型グループホームへの転用による居住施設の確保等がありました。

着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応		
精神科病院：医療法人	大口病院(鹿児島県 伊佐市) 199⇒165床 設立1954年 伊佐市 2.7万 始良伊佐23万	発端：高齢化・人口減少 梃子：地域移行強化病棟 介護保険グループホーム 地域ニーズ対応 児童精神科外来
着眼点2 治療抵抗性統合失調症治療拠点(クロザピン)		
精神科病院：医療法人	若草病院(宮崎市) 174⇒104床 設立1980年 宮崎市40万 県央地区 50万人	発端：病院機能の明確化 梃子：クロザピン治療 障害福祉サービス
着眼点3 障害福祉サービスと精神科医療の連携		
精神科病院：医療法人	積善病院(岡山県津山市) 305⇒295床 設立 1929年 津山市10万 津山・勝英医療圏18万	発端：理事長の決断 梃子：障害福祉サービス等福祉部門充実 地域移行機能強化病棟 シェアハウス(国土交通省)
着眼点4 精神科救急+地域ニードへ対応		
精神科病院：医療法人	木村病院(千葉市) 252⇒197床 設立 1928年 千葉市 97万人	発端：病院長の交代 梃子：精神科救急 障害福祉サービス(相談支援事業所) 児童思春期クリニック 周産期メンタルヘルス
着眼点5: 地域医療全体の中での役割の明確化 (1) 地域医療連携推進法人		
精神科病院： 特定医療法人	山容病院(酒田市) 313⇒220床 設立 1955年 酒田市11万 庄内医療圏 28万人	発端：病院長の交代 梃子：病院機能分化・総合病院との連携 日本海ヘルスケアネット
着眼点6: 精神科病院と総合病院の統合		
総合病院：社会医療法人	近森病院(高知県高知市) 精神科病院(分院)を本院に統合(2013) 精神科病床104床⇒60床 設立1946(精神科分院1983) 高知市34万	発端：病院の建て替え 梃子：総合診療の実現

②岡山県における構造改革の取組

1) 救命救急センター・救急医療への精神科患者のアクセスの改善

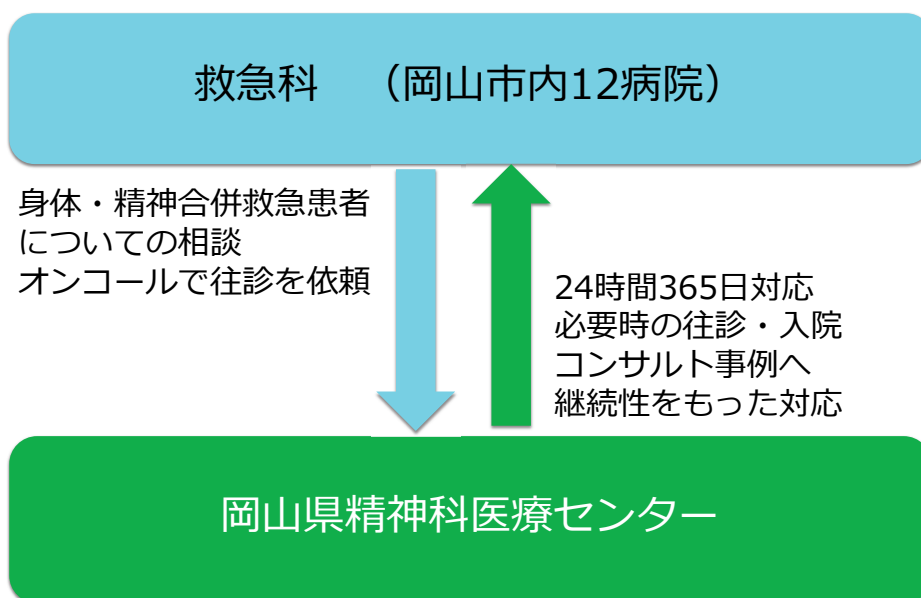
いずれの自治体においても、精神疾患を有する人が、総合病院救急科への救急搬送に時間が要することが大きな課題になっています。搬送をうけた救急科が、精神症状・精神疾患に対処できるか不安をもつことがその理由と考え、岡山市内にある救急科から精神科への電話コンサルテーションと、必要時の往診を24時間365日対応することにしました。

実施機関は岡山県精神科医療センターで、アウトカムは救急指令から救命救急センター・一般救急外来への平均照会回数と救急車の現場滞在時間にし、総合病院精神科病床を有する岡山大学病院精神科神経科と連携を行いました。

下記のポスターを総合病院精神科のスタッフステーションに掲示し、圏域にある救急科と岡山県精神科医療センターが日常的にコミュニケーションを取ることにしました。

結果は、5年間で精神疾患の既往や症状を現に有する人の救急車現場滞在時間が22.7分から17.2分に短縮し、救急指令から救急病院への平均照会回数が1.8回から1.3回へと減少しました。精神疾患を有する救急時の患者受け入れが円滑になっただけでなく、日常的に総合病院と精神科病院のコミュニケーションが双方向性になり、救急時以外の連携が相互尊重するものになりました。救急車の現場滞在時間が短くなることで救急車・救急制度の合理的運用にもつながりました。

図表 16：24時間365日の電話コンサルテーションと必要時の往信



図表 17：総合病院救急科に掲示してあるポスター

身体・精神合併症救急連携事業

救急科で精神科医への相談が
必要になった時はご連絡ください。
(救急科から入院された方も対象)

オンコールで24時間365日対応
必要時の往診(原則無料)・入院
コンサルト事例へ継続性をもった対応

自殺企図患者をこのまま家に帰しても大丈夫かしら...

岡山県精神科医療センター

(代表) 225- [REDACTED]

代表電話が話し中で急を要する場合は
ホットライン 225- [REDACTED]

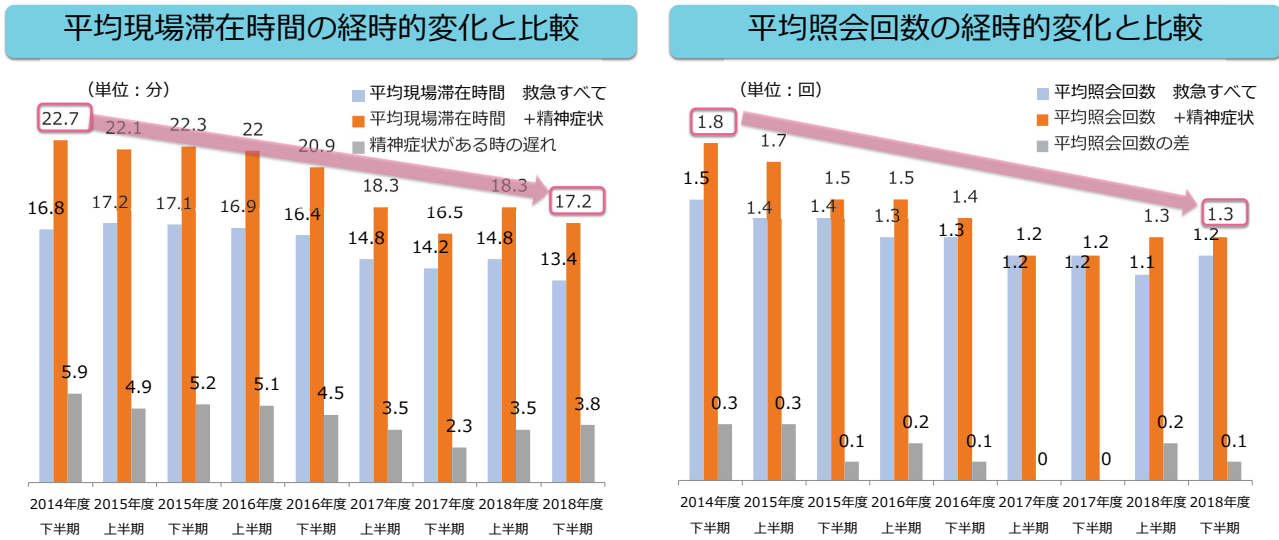
事業内容

救急搬送等された身体疾患を合併する精神疾患患者の相談に、県精神科医療センターが24時間365日対応し、必要に応じて往診・入院を実施する。また、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携のあり方を検証し、連携体制の構築を図る。

平成27年度は、救急搬送件数の多い12病院(済生会、国立、日赤、労災、市民、川崎、旭東、西大寺、中央、光生、榊原、協立)を対象に実施し、救急搬送等における身体疾患を合併する精神疾患患者の円滑な受け入れ実現を目指す。

【お問合せ先】 岡山市保健福祉局医療政策推進課 電話 086-803-1636
ファクス 086-803-1776 Eメール iryouseisaku@city.okayama.jp

図表 18：救急車の現場滞在時間と救急司令員からの病院照会回数



図表 19：岡山県精神科医療センターでの対応件数

電話コンサルテーションと必要時の往診・外来・転入院			
コンサルテーション	2016年度	2017年度	2018年度
県内身体科病院	174件	267件	292件
現実には事業対象外の病院にも拡充しつつある ↑↓			
うち事業対象 (岡山市内)	83件	131件	135件
電話による	17件	29件	35件
外来受診のみ (往診を含む)	17件	28件	39件
転入院	49件	75件	61件

1人/5日 総合病院救急科から転入院

事業参加病院
岡山赤十字病院
岡山市立市民病院
岡山済生会総合病院
川崎総合医療センター
岡山ろうさい病院
岡山医療センター
岡山西大寺病院
岡山旭東病院
岡山中央病院
光生病院
心臓病センター神原病院
岡山協立病院

2) 難治性精神疾患患者の治療体制についての取組

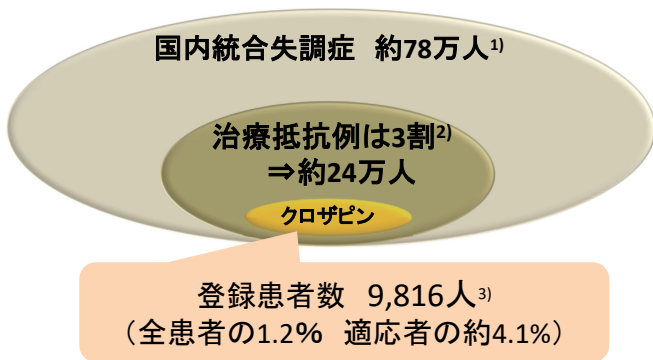
精神科入院患者のうち統合失調症の方が占める割合は凡そ6割と多数をしめ、これら患者の回復は、精神科医療における大きな課題です。治療抵抗性統合失調症の治療薬として認可されたクロザピンは、2009年に上市されて以降10年が経過しましたが、必要とする患者に十分に届いていない状況が続いています。

また、修正型電気けいれん療法は、うつ病・双極性感情障害等に基づく自殺企図、統合失調症の緊張病状態等、救命には必須の治療技法ですが、麻酔科医の配置等が必要で導入が困難な医療機関が多くあります。

難治性精神疾患に罹患したときには、どこに居住していても、どこの医療機関をかかりつけ医としていても、必要な治療（クロザピン、電気けいれん療法）にアクセスできることは必要不可欠と考えられます。これを実現するためには、都道府県単位で医療機関がネットワークをつくり、患者への情報公開をおこない、治療件数と治療効果等を都道府県ごとのアウトカム指標として、実践することが求められます。

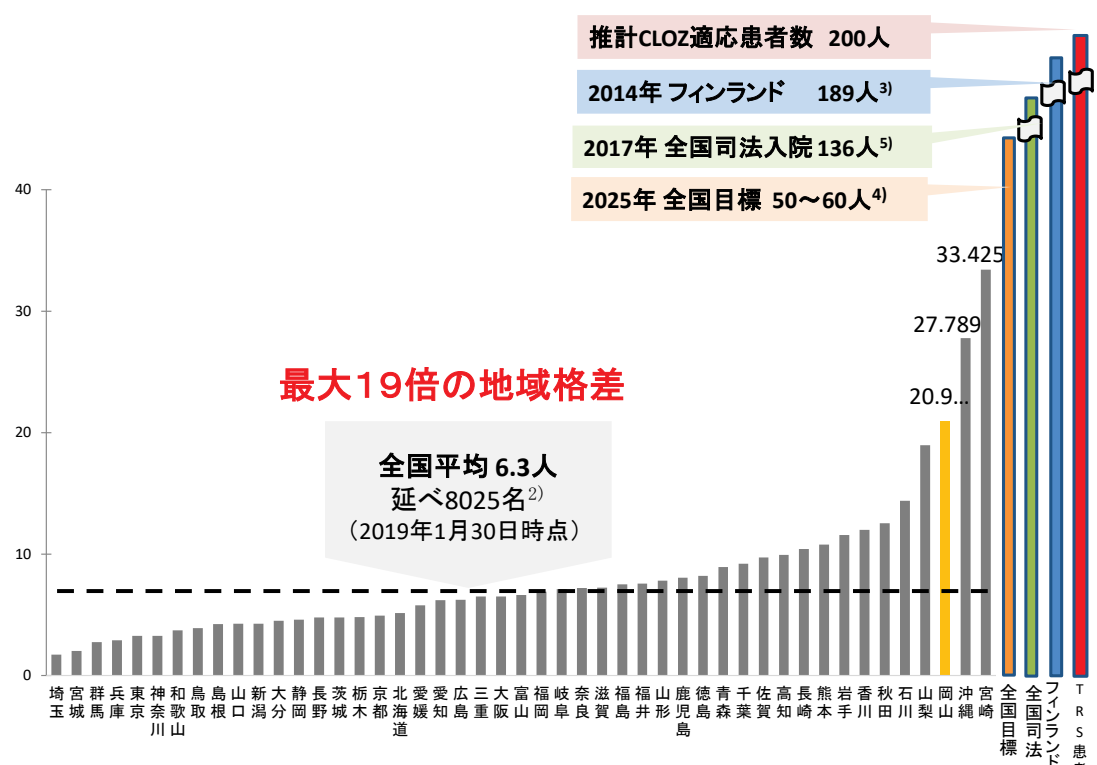
岡山県では、以下の図に示す医療機関ネットワークを構成し、医療情報を kintone(クラウド上でファイルを共有し、協議に SNS を用いて施設横断的に行うアプリケーション)等で共有・相互研鑽し、県としての処方件数をアウトカム指標として、実務を行っています。

図表 20：クロザピンを必要とする患者に届いていない



1)2008年厚生労働省調査
2)Int Clin Psychopharmacol. 2014 Mar;29(2):63-76.
3)クロザリル適正使用委員会HP 2020年2月28日時点

図表 21：一般人口 10 万人当たりの CPMS 登録患者数¹⁾



1)総務省統計局(2017.10.1), 2)クロザリル適正使用委員会ホームページ(2019.1.30), 3)Bachmann CJ et al. Acta Psychiatr Scand, 136:37-51, 2017, 4)厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」(2017.2.17), 5)来住2016:AMED委託研究「治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究」

図表 22：岡山県難治性精神疾患地域連携体制整備事業

※県内のどこに住んでいても、どこの医療機関にかかっても、必要時にクロザピン、電気けいれん療法が受けられる体制を整備



3) 住宅確保の取組

住居がないため、地域生活が開始又は再開できない方については、住居を探さなければなりません。グループホームなど居住型の障害福祉サービスの提供量は必ずしも潤沢ではないなか、民間アパートの活用は必須です。地方都市である岡山県において、住居の確保は必ずしも困難ではなくなってきました。

岡山県は関係団体と連携し、住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）第 10 条に基づく、岡山県居住支援協議会を設立しました。これは精神障害に限らず、住宅確保要配慮者（低額所得者、被災者、高齢者、障がい者、子供を養育する者、その他住宅の確保に特に配慮を要する者）の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進を図るため、住宅確保要配慮者に対し家賃債務保証の提供、賃貸住宅への入居に係る住宅情報の提供・相談、見守りなどの生活支援等を実施する法人として都道府県が指定するものです。（住宅セーフティネット法第 40 条） <http://oka-kyoju.net/>

この法人には、未成年、DV 被害者、受刑後の出所者、ホームレスなど特別な事情がある方を対象とする支援機関が構成員になっていることが強みです。住居確保機関と保証機関を分け、事情に応じて適切な住居確保機関を機能させることが重要です。

このような機関に依頼して住居確保をおこなうとともに、相手方機関から医療機関に相談し解決すべきニーズがある時には、即応し、最大限対応するため、双方向性の連携をおこなっています。医療機関に求められていることは、住居確保後の対象者への医療の提供と継続的支援です。

以下、住宅確保の取組の参考にしてください。

1. 貧困者や障害者にも門戸を開いた不動産業者の出現
 アスマイル <http://www.asmile-ok.com/>
 阪井土地開発 <http://www.sakaitotikaihatu.jp/>
2. 保証人が不在の時
 - ①支援者がいるとき
 NPO おかやま入居支援センター <http://okayama-nyukyoshien.org/>
 - ②保証人がいないとき
 家賃保証協会
3. ホームレス支援
 NPO ホームレス支援きずな
4. 受刑後の居住支援
 地域生活定着支援センター（岡山県社会福祉協議会）
http://fukushiokayama.or.jp/cmuwelfare/support_center/

4) 岡山県精神科医療センターの構造改革の取組

岡山県精神科医療センターの 2018 年度の入院患者 1386 名のうち、退院時に居所を変更しひとり暮らしとなった人が 50 名おり、うちアパートによる単身生活 245 名、施設入所が 26 名でした。その内訳はダルク・マック等自助グループによる回復支援施設、グループホーム・救護施設など成人入所型福祉施設、高齢者入所施設、児童福祉施設・児童福祉法一時保護施設・知的障害児施設など児童福祉施設等でした。

また、外来患者でも住居の問題が生活破綻の第一の理由の場合、必ずしも入院せずに、精神保健福祉以外の制度をもちいて居住施設の調整をしています。2018 年度には 24 名に入院なしで保護ないし居住地の調整をおこないました。具体的には、ホームレス支援シェルター 4 名、更生保護関連施設関連 2 名、高齢者施設 2 名、児童福祉法上の一時保護施設 1 名、障害者虐待に基づく一時保護施設 1 名、DV 被害のための女性シェルター 1 名、ダルク 2 名、入居支援センターなど住居支援機関等による住居等が 11 名でした。

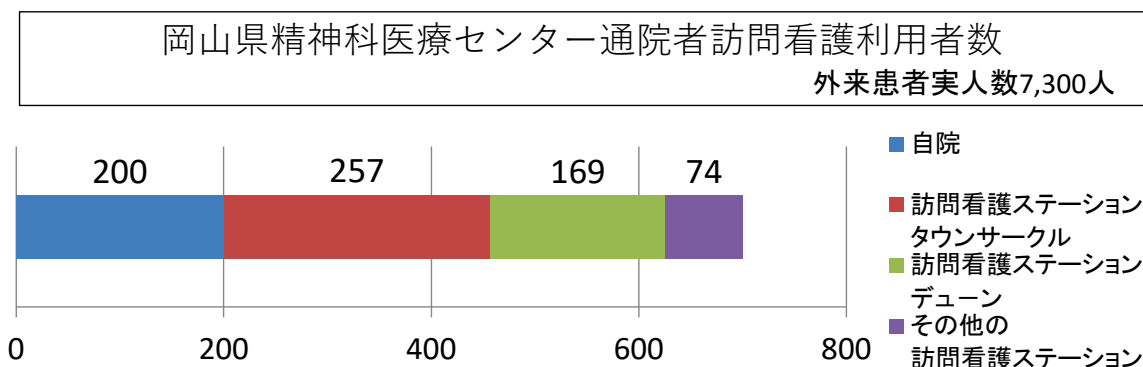
身元不明だが精神症状が明確でない高齢者の時は、特別養護老人ホームに自失者としての保護がなされる制度が岡山市にはあるなど他法に基づく保護・支援を行政機関・福祉団体と協働しながら行っています。地域包括ケア体制を整備する構造改革をおこなうためには、在宅での生活を維持し、かつ就労等の社会参加を実現し、在宅生活の質の向上が求められます。そのため、在宅生活を支える訪問看護、障害福祉サービス等に基づく生活支援が重要です。また、身体疾患を有する方も多く、身体診療科との連携も必要になります。さらに、成年後見制度の活用など法的な支援も必要です。これを実現するためには、前段に述べた精神保健福祉法・障害者総合福祉法の枠組み以外の支援を十分に追求したうえで、これらの制度に基づく支援構築を図る必要があります。

外来患者や入院患者について、個別にニードを検討し、本人の希望を受け止めた上で、ケースマネジメントに基づく連携支援が必要となります。在宅患者のニードは、未成年の就学・生活安定、成人期の就労・生活安定、子育て世代の母子・育児支援、壮年期・高齢者の生活安定など多岐にわ

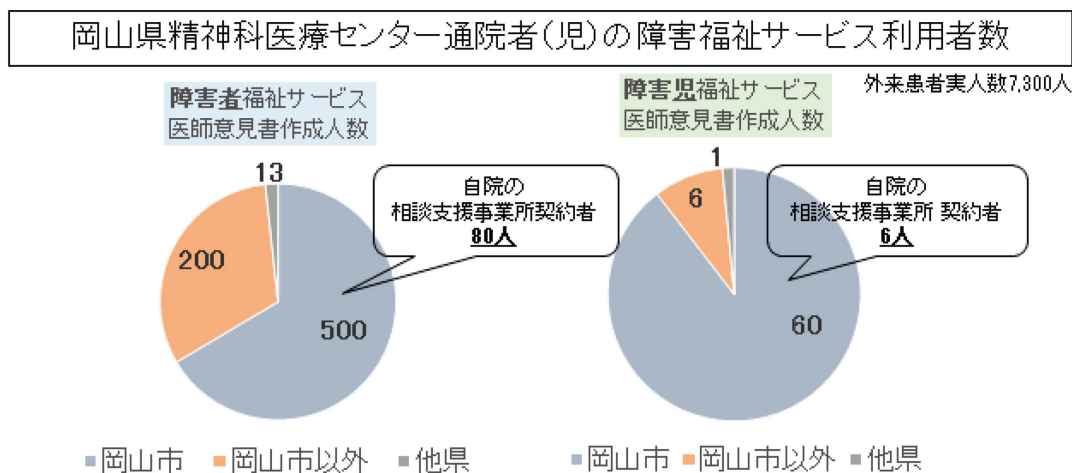
たります。これらを実現するためには、診察室での精神科面接だけでは不十分で、自宅への訪問、経済状況から金銭管理能力、日常生活能力、身体機能等を総合的に評価して検討する必要があります。相談支援事業所と居宅介護支援事業所との日常的な協働が不可欠です。また、訪問看護による在宅での生活のモニタリングと破綻前の支援も重要です。相談支援事業所、在宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの機能は多岐にわたり、得意分野も事業所ごとに異なります。患者の住まいが広範な地域にあるため、住まいに近い福祉事業所や訪問看護との協働も不可欠で、多数の事業所を活用することで支援が容易になります。

岡山県精神科医療センターの場合、訪問看護を受けている7001名(2019年3月)のうち、自院のサービス利用者が200名(約29%)で、相談支援事業所に登録している818名(2019年3月)のうち自院の相談支援事業所利用者は86名(約11%)のみです。自院以外の居住地近くの訪問看護ステーションと自院とは得意分野が異なる様々な相談支援事業所を用いることで、広域かつニーズに沿った支援が実現しています。

図表 23：【法人患者全て】岡山県精神科医療センター外来患者
訪問看護受給者数(700名) 訪問看護ステーション別 2019年3月



図表 24：当院通院者(児)における障害福祉サービス利用者数



訓練等給付(就労継続A・Bやグループホーム)のみの利用者は医師意見書は不要である。これらの利用者も含めると当院では1000名程度の方が障害福祉サービスを利用していると推定される。

(4) 精神科医療機関と地域の融合

本項目については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」の広域アドバイザー 医療法人 孝栄会 前沢病院 理事長・院長・施設長 前沢孝通 より、現在取り組まれている精神科病院と地域の協働の実践事例についてご提供いただいたものです。

<はじめに>

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の基本理念は、精神障害者を特別視することなく、誰もが一市民として、一人の生活者として、安心して自分らしく暮らせる地域づくりを進めることです。

また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」は、第5期障害福祉計画の成果目標の一つとして明記され、第7次医療計画、第5期障害福祉計画、第7期介護保険事業（支援）計画の根底をなす国家ビジョンともいえます。

国をはじめ行政機関が先頭に立ち、精神科医療機関、精神科以外の身体科医療機関、地域援助事業者および地域住民などの関係機関が重層的な支援体制を構築しながら、地域での受け皿となるべく社会基盤の整備を進めることが重要です。

一方で、精神障害者の地域移行・地域生活支援においては、図表 25 に挙げるように多方面にわたる、様々な問題・課題が山積していることも事実です。

特に、差別や偏見は地域住民だけに留まらず、身体科疾患の受診・加療場面でも多く経験するところであり、残念ながら未だ地域社会に広く残存すると言わざるを得ない現状です。

このような状況のなかで、当法人では医師と地域連携相談室（院内相談室）、地域活動支援センターの精神保健福祉士・社会福祉士などの福祉職が中核となり、医療職（医師・看護師・准看護師・作業療法士・理学療法士・管理栄養士など）、介護職（介護福祉士・ヘルパーなど）、心理職（公認心理師・臨床心理士など）および事務職や世話人などの無資格者まで、幅広く法人内の各運営事業所（図表 26）の職員が、以下の思いのもと、

- 病状悪化時の「入院機能」だけが地域における精神科医療機関の役割ではない。
- 疾病と障害が併存し、経過の不安定性・動揺性の高い精神障害者の地域生活の安定維持と充実にこそ、精神科医療機関の関わりが不可欠である。
- 精神障害者の地域生活支援は専門職だけでは完結せず、地域の理解と様々な支援が必要である。
- そのためにも、法人の内外で理解者を一人でも増やす必要がある。

主に栃木県足利市において、①関係機関との連携強化に向けての取組、②地域の理解者を増やすための取組、③地域全体でのシステムづくりへの取組、④法人内の体制強化への取組、の4項目を重点課題とし、地域の関係機関や地域住民の皆さんにご協力をいただきながら、「精神科医療機関と地域の融合」を目指した取組を行っており、今回、最近力を入れている取組のいくつかをご紹介します。

<取組の紹介>

①WATABA カフェの企画・開催

今年度に入り、中核の部署・職員が最も力を入れている取組です。

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：法人内の全部署・部門

外部関係機関：足利市社会福祉協議会・地域包括支援センター・民生委員・地域の不動産業者・
食材を提供いただいている地域の農業関係者

【活動目的など】

- ・人（仲間）づくり：コミュニティに法人内外の理解者・協力者を育てるシステムを作り、そのなかに患者さんも一員として参加して多くの人と交流してもらうこと。
- ・場（拠点）づくり：地域づくりに参加・協力してくださる方々とボランティア、法人職員そして患者さんが気楽に交流できる場所を作ること。
- ・健康づくり：健康を気遣った、季節感あるメニュー、「お客様」としてのおもてなしを提供し、月に数回でもジャンクフードではないヘルシーな食事を摂ってもらうこと。
- ・C型就労的機能づくり：WATABA カフェの活動と患者さんの関わりを広げることにより、コミュニティのなかでC型就労的な機能を創造し、新たな就労の形につなげること。

を目的に、中核部署である「Co-net.若竹」「クローバー」（共同生活援助事業所）「たすく」（就B事業所）の名称から一文字ずつ「わ」「た」「ば」の文字を取り「WATABA」と名付けて、平成31年4月から月1回土曜日に、主に「Co-net.若竹」の地域交流スペースやテラスを活用して開催しています。

【活動内容など】

様々な活動や地域との交流のなかで培った関係から、複数の農業関係者との新たな出会いが生まれました。皆さん、活動の趣旨に賛同して下さり、販路に乗らない旬の野菜や果物にお米などを廉価で譲っていただいています。

患者さん達のリクエストを取り入れたヘルシーメニューとデザートを、やりくりしながら一食200円で提供し、入院中・外来通院中の患者さん、法人内の全部署・部門の職員だけでなく、上記の関係機関の皆さんも数多く足を運んで下さり、色々な人が集う和やかな午後のひとときとして大変好評です。調理に関しては職員が対応していますが、農家の方々との収穫作業や仕入れは患者さんも一緒に行っています。

メニュー・デザートの例

- ・焼きたてパン（かぼちゃスープ・サラダ付き）
- ・夏野菜カレー（もろきゅう付き）
- ・和膳定食（美味しい新米ごはん・けんちん汁・竜田揚げ・だし巻き玉子・きんぴら）
- ・かぼちゃケーキ、枝豆の蒸しパン、スイカや柿などの新鮮な果物

【地域との融合などの成果】

- ・コミュニティーのなかで新たな交流・関係が芽生え、また地域づくりに参加・協力してくださっている、様々な立場の方々との交流がさらに深まった。
- ・C型就労的機能創造に向けての足掛かりができた。
- ・法人内の多職種連携・協働だけでなく、地域の理解者・協力者との連携・協働についても貴重な実体験を積むことができた。

②地域包括支援センター・介護支援専門員など、主に介護領域の関係者との 意見交換会・合同勉強会の開催

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：医局・地域連携相談室

外部関係機関：地域包括支援センター・介護支援専門員・民生委員

【活動目的など】

地域包括支援センターからの「地域の医療機関との連携を強化したい」との要望をきっかけに、精神障害者支援の担い手を介護領域にも広げて、分野の垣根を超えた地域のネットワークづくりを進めることを目的としています。

【活動内容など】

お互いに検討したテーマで医師監修のもと、年間4～5回程度開催しています。

テーマの例

「介護の現場で遭遇する精神科関連の困りごとあれこれ」「若年性認知症を考える」
「精神疾患 事例を通して支援方法を考える」「市内身体科病院を交えての情報交換会」

【地域との融合などの成果】

- ・相談しやすい環境が醸成され、圏域外の地域包括支援センターとの交流も始まった。
- ・認知症地域推進委員と共に地域課題に取り組めるようになった。
- ・平成30年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援に係る介護支援専門員・介護福祉士等の研修二ーズに関する調査事業」への地域の介護職の協力につながった。
- ・RUN 伴+足利・佐野 2019（取組④）への参加につながった。

③ハートショップ販売会への参加

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：地域活動支援センター・精神科デイケア

外部関係機関：他法人の就労支援事業所（身体・知的・精神）

【活動目的など】

障害者の自立と社会・経済参加を促進するため、3障害の事業所が協力して、共生社会の実現や、精神障害者支援事業所の立場での協力を目的に販売会に参加しています。

【活動内容など】

- ・商品づくり（牛乳パック再利用の小皿、神社や院庭の落ち葉を使った落ち葉アートなど）
 - ・市役所や市内大型商業施設などでの合同販売会
- 各事業所が商品を持ち寄り、年間4回の販売会を開催し、運営にも参加しています。また企画のため、年間6回、足利市自立支援協議会ハートショップ部会に出席しています。患者さんは、作品づくりや販売にも参加し、特に落ち葉アートは毎年大好評です。

【地域との融合などの成果】

- ・地域住民と交流する機会が増え、障害者や事業所を知ってもらう機会が増えた。
- ・身体・知的障害者の就労支援事業所の関係者に、地域活動支援センターの存在や役割を知ってもらい、精神障害の特性を認識してもらう機会となった。

④RUN 伴+足利・佐野 2019 への参加

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：地域連携相談室・就労継続支援B型事業所・介護サービス包括型共同生活援助事業所・外来看護部門

外部関係機関：市役所（介護担当課、障害担当課）・居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・特別養護老人ホーム・大型商業施設・市内の医療機関や商店

【活動目的など】

認知症について広く普及・啓発を促進するイベントに、精神障害者の高齢化が進み、精神疾患と認知症の重複患者も散見し始めたなか、地域の医療機関を含む、様々な立場の方に精神障害者支援事業の存在を知っていただくことを目的に参加しています。

【活動内容など】

市長はじめ参加者全員が認知症支援のシンボルカラー（オレンジ）Tシャツを着用し、認知症の方と伴にタスキリレーを行います。当法人の就労継続支援B型事業所を給水ポイントで利用していただき、行政、介護領域の関係者のみならず、地域の様々な立場の方と共にイベントの企画・運営に協力しています。

【地域との融合などの成果】

地域住民のみならず、地域の医療機関や商店・商業施設などと交流が図れ、地域に精神障害者支援のための就労支援事業所が存在することを認識していただくきっかけとなった。

⑤足利市中里地区 子供神輿イベントへの協力

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：法人内の全部署・部門

外部関係機関：地区自治会・地区育成会

【活動目的など】

普及・啓発は幼少期からの取組が重要です。地域住民、特に地域の子供達にも精神科医療機関を身近な存在と感じてもらうことも大きな目的です。

精神障害者や精神科医療機関への誤解や偏見を減らし、精神科医療機関も地域の一員であることを知っていただくことを目的にイベントに協力しています。

【活動内容など】

真夏に市内各所を練り歩く名物の子供神輿の休憩・給水ポイントとして病院の敷地を利用していただき、うちわや麦茶・菓子などを提供し、法人職員と地域の子供と親御さん達との交流を深めました。参加した全職員が、法人事業所名をプリントしたTシャツを着用し、地域住民と交流を図り、イベントを盛り上げました。

【地域との融合などの成果】

- ・地域の子供達と多くの職員が交流を図る、大変貴重な機会となった。
- ・子供神輿イベントへ参加後、自治会や育成会の方から、家族や近所の人に関する困りごと（認知症では？うつ病では？など）や受診についての相談をいただくようになった。

<結語>

全国の精神科医療機関で精神障害者の地域移行・地域生活支援につなげるべく、地域との融合を目指した様々な取組が行われていると思います。

しかし、このような取組には「正解もゴール」もなく、また冒頭で述べた精神障害者の地域移行・地域生活支援における問題・課題が突然解決することもあり得ません。

今回紹介した当法人での取組も、まだ緒についたばかりのものや課題ばかりのものが多いのですが、精神科医療機関として、このような取組を継続するなかで、

- 内外に支援の輪を広げる
- 地域を巻き込む
- 行政を巻き込む
- 障害者にとって使いやすい各種制度づくり
- 障害者が生活しやすいコミュニティづくり などへの役割を果たすことが重要です。

何より「精神科医療機関も地域の一員」です。




今後も精神科医療機関として、地域のなかでこのことをご理解いただけるよう多職種で知恵をしぼり、地域の様々な立場の方々との関係を深めて、医療・介護・福祉と地域の融合に向けた取組を続けて行きたいと思います。

図表 25：精神障害者の地域移行・地域生活支援における問題・課題

1. 地域における精神障害に対するさまざまな差別・偏見
2. 退院先の確保と退院先種別ごとのさまざまな課題
 - 1) 患家（自宅・有料老人ホーム・サ高住・養護老人ホーム・認知症グループホームなど）
 - 2) グループホーム（共同生活援助）
 - 3) 特別養護老人ホーム
 - 4) 介護老人保健施設 など
3. 医療・介護・福祉に関する制度や法体系などに関するさまざまな課題
 - 1) 医療提供（受診）について：精神科医療の導入・継続と身体科医療の提供
 - 2) 介護保険制度と障害福祉制度の適用関係
 - 3) 医療・介護・福祉の各領域間の業務連携
 - 4) 要介護認定関連
 - 5) 障害支援区分認定関連
 - 6) 診療報酬体系関連
 - 7) 障害手帳のサービス内容 など
4. 経済面のさまざまな課題
 - 1) 退院や活用する制度変更に伴う本人負担額の増加
 - 2) 障害年金等級判定や生活保護支給の厳格化
 - 3) 就労関連 など
5. 自動車運転などの交通問題

図表 26：医療法人孝栄会 運営事業所

医療法人 孝栄会

 <p>医療 サービス事業</p>	<p>① 前沢病院 精神科・老年精神科・心療内科・内科 (1)入院業務(定床105床) (3)在宅患者訪問診療 (2)外来業務 (4)精神科訪問看護・指導</p> <p>② 精神科デイケア(大規模▶定員50名) ③ 精神科デイ・ナイトケア(定員50名) ④ 精神科ナイトケア(定員20名) ⑤ 精神科ショートケア(大規模▶定員50名) ⑥ 精神科作業療法 ⑦ 心身喪失者等医療観察法:指定通院医療 ⑧ 地域連携相談室「ASSIST」 ⑨ 心理室</p>
 <p>障害福祉 サービス事業</p>	<p>① 地域活動支援センター「ハートランド」 (1)居宅介護事業(精神・身体・知的障害者へのホームヘルプサービス) (2)移動支援事業 (3)相談支援事業 (4)地域活動支援センター事業</p> <p>② 介護サービス包括型共同生活援助「Co-net.若竹」(定員20名) ③ 外部サービス利用型共同生活援助「クローバーI」(定員7名) ④ 外部サービス利用型共同生活援助「クローバーII」(定員7名) ⑤ 共同住居(8棟22室) ⑥ 就労継続支援B型「たすく」(定員20名)</p>
 <p>介護保険 サービス事業</p>	<p>① 介護老人保健施設「グリーンホーム」 (1)施設入所(定員38名) (2)短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護(ショートステイ) (3)通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション(定員10名) (4)訪問看護 (5)訪問介護・介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス)</p> <p>② 居宅介護支援事業者「グリーンホームケアプランセンター」 (1)居宅介護支援事業 (2)介護予防支援事業</p> <p>③ 認知症高齢者グループホーム「陽だまり」 (1)認知症対応型共同生活介護(1ユニット定員9名) (2)認知症対応型通所介護(定員3名)</p>

(5) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築

第7次医療計画では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」及び「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」が目指すべき方向性として示されています。このうち、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」の実現に向けては、“多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神医療を提供できる体制の構築”と“多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築”が重要です。そのため、多様な精神疾患等ごとに地域の実情に応じて、「都道府県連携拠点機能」、「地域連携拠点機能」及び「地域精神医療提供機能」を各医療機関に設定することが、都道府県に求められています。

①多職種連携・多施設連携の推進

医療計画に定められた各精神疾患の領域について、対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進を図るため、厚生労働省では各種事業を実施しています。各種事業については拠点医療機関等を定めることにしており、一部の拠点医療機関等については、2021年度からの第7次医療計画の中間見直しにおける指標例として新規に追加し、さらに重点指標に位置付ける予定です。

図表 27：精神疾患における厚生労働省各予算事業の概要

医療計画の領域	予算事業名	事業実施主体	拠点機関の対象	拠点機関の役割	拠点機関の名称と設置数
認知症	認知症疾患医療センター運営事業	都道府県及び指定都市	専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医療相談 ・鑑別診断とそれに基づく初期対応 ・合併症・周辺症状への急性期対応 ・かかりつけ医等への研修会の開催 ・認知症疾患医療・介護連携協議会の開催 ・情報発信 	認知症疾患医療センター（※）： 全国 429 カ所（平成 30 年 9 月）
アルコール依存症	依存症対策総合支援事業（アルコール依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	専門医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ・依存症の専門性を有した医師が入院医療を担当 ・依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の実施 	アルコール依存症専門医療機関： 全国 34 カ所（令和元年 8 月） アルコール依存症治療拠点機関： 全国 25 カ所（令和元年 8 月）
薬物依存症	依存症対策総合支援事業（薬物依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師等が依存症に係る研修を修了 ・依存症の診療実績等 	薬物依存症専門医療機関： 全国 26 カ所（令和元年 8 月） 薬物依存症治療拠点機関： 全国 19 カ所（令和元年 8 月）
ギャンブル等依存症	依存症対策総合支援事業（ギャンブル等依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携 治療拠点機関 <ul style="list-style-type: none"> ・専門医療機関の選定基準を満たすこと ・活動実績の取りまとめ等 ・情報発信 ・医療機関対象の研修会の実施 	ギャンブル等依存症専門医療機関：全国 24 カ所（令和元年 8 月） ギャンブル等依存症治療拠点機関：全国 18 カ所（令和元年 8 月）

医療計画の領域	予算事業名	事業実施主体	拠点機関の対象	拠点機関の役割	拠点機関の名称と設置数
高次脳機能障害	高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	都道府県	支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業 普及・啓発事業 研修事業 高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会等への参加 広域自治体間連携 	高次脳機能障害支援拠点機関(※):全国113カ所(令和元年6月、病院以外の機関を含む)
てんかん	てんかん地域診療連携体制整備事業	都道府県	専門医療機関(都道府県でてんかんの治療を専門に行っている医療機関のうち1カ所)	<ul style="list-style-type: none"> てんかん治療医療連携協議会の設置 患者及び家族への専門的な相談支援や治療 医療機関等への助言・指導 関係機関との連携・調整 研修の実施、普及啓発等 てんかん診療支援コーディネーターの配置 全国拠点機関との連携 	てんかん診療拠点機関:全国17カ所(令和元年4月)
精神科救急	精神科救急医療体制整備事業	都道府県及び指定都市	<p>精神科救急医療施設(精神科救急医療圏域毎に確保)</p> <p>外来対応施設</p> <p>身体合併症対応施設(精神疾患を有する身体合併症患者に対し医療を提供できる医療機関を、少なくとも2つの精神科救急医療圏域に1カ所整備)</p>	<p>病院群輪番型精神科救急医療施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 複数病院の輪番制で、医師・看護師を常時配置し受け入れ体制等を整備 <p>常時対応型精神科救急医療施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するために医師・看護師を常時配置し受け入れ体制等を整備 <ul style="list-style-type: none"> 外来診療によって初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えるもの 精神疾患を有する身体合併症患者に対し医療を提供 	<p>病院群輪番型精神科救急医療施設:全国1026カ所(平成29年度)</p> <p>常時対応型精神科救急医療施設:全国53カ所(平成29年度)</p> <p>外来対応施設:全国106カ所(平成29年度)</p> <p>身体合併症対応施設:全国10カ所(平成29年度)</p>
災害精神医療	災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動事業	都道府県及び指定都市	DPAT先遣隊を組織できる機関	<ul style="list-style-type: none"> 発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県等において活動 本部機能の立ち上げやニーズアセスメント、急性期の精神科医療ニーズへの対応等 	DPAT先遣隊を組織できる機関(※):全国64機関(平成30年7月)
医療観察法	医療観察法指定通院医療機関運営	厚生労働省	病院、診療所、薬局、又は訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供 プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供 	指定通院医療機関(※):全国3,600カ所(平成31年4月)

(※):「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」における指標(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別添)に既に掲載

② 医療と保健及び障害福祉の連携

保健サービス及び障害福祉サービス等の提供に当たっては、保健所や精神保健福祉センター等、障害福祉サービス等事業所や相談支援事業所等における相談支援及び訪問支援を通して、地域の病院及び診療所が連携・協力する体制を構築する必要があります。この連携体制をベースとして、精神障害者が早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備を推進するとともに、連携支援を通じた、さらなる多職種・多機関連携体制の醸成を図ることが大切です。

また、第7次医療計画、第5期障害福祉計画においては「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という共通した理念が掲げられており、連動を図りながら計画の推進を図る必要があります。

(6) 医療機能の高度化

① 医療計画の重点指標の見直し

第7次医療計画では、精神疾患に関する医療提供体制の重点指標は、各疾患の入院及び外来診療をしている医療機関数になっていますが、第7次医療計画の中間見直しにおいて、より患者に対する質の高い精神医療の提供に関するものとして、精神保健医療体制の高度化に関する項目に重点指標を見直すことになりました。

第7次医療計画の中間見直しにおいて、重点指標になった項目を以下に示します。

図表 28：第7次医療計画中間見直しを踏まえた指標例

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期 発達障害	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等 違法行為	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
スト ラク チャー	治療継続性総合失調率(治療継続率)を向上させた医療機関数	医療機関で治療継続率を向上させた医療機関数	認知症医療機関数	児童・思春期発達障害者に対する精神科入院患者数	発達障害者に対する精神科入院患者数	重篤なアルコール依存症入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	PTSDを入院診療している精神科入院患者数	高次脳機能障害治療施設数	摂食障害治療施設(摂食障害外来)での入院患者数	てんかん診療施設数	精神科救急診療施設数	身体合併症を併発している精神科入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	治療継続性総合失調率(治療継続率)を向上させた医療機関数	認知症外来で実施した医療機関数	認知症外来診療している精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	発達障害者外来診療している医療機関数	重篤なアルコール依存症入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	ギャンブル等依存症外来診療している精神科入院患者数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害治療施設(摂食障害外来)での入院患者数	てんかんを入院診療している精神科入院患者数	精神科救急診療施設数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	統合失調症を入院診療している精神科入院患者数	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科入院患者数	認知症外来診療している医療機関数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症外来診療している医療機関数	ギャンブル等依存症外来診療している医療機関数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害外来診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数	精神科救急診療施設数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	統合失調症を外来診療している医療機関数	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	認知症サポート医療機関数	知的障害者入院患者数	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	薬物依存症を外来診療している医療機関数				摂食障害外来診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数				自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
プロ セス	治療継続性総合失調率(治療継続率)を向上させた医療機関数	医療機関で治療継続率を向上させた医療機関数	認知症医療機関数	児童・思春期発達障害者に対する精神科入院患者数	発達障害者に対する精神科入院患者数	重篤なアルコール依存症入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	PTSDを入院診療している精神科入院患者数	高次脳機能障害治療施設数	摂食障害治療施設(摂食障害外来)での入院患者数	てんかんの精神科入院患者数	精神科救急診療施設数	身体合併症を併発している精神科入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	治療継続性総合失調率(治療継続率)を向上させた医療機関数	認知症外来で実施した医療機関数	認知症外来診療している精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	発達障害者外来診療している精神科入院患者数	重篤なアルコール依存症入院患者数	依存症治療施設(依存症外来)での入院患者数	ギャンブル等依存症外来診療している精神科入院患者数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害治療施設(摂食障害外来)での入院患者数	てんかんを入院診療している精神科入院患者数	精神科救急診療施設数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	統合失調症を入院診療している精神科入院患者数	うつ・躁うつ病の精神科入院患者数	認知症外来診療している医療機関数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数				摂食障害外来診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数	精神科救急診療施設数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	精神科救急診療施設(精神科救急外来)での入院患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
	統合失調症を外来診療している精神科入院患者数	うつ・躁うつ病外来診療している精神科入院患者数	認知症外来診療している精神科入院患者数	知的障害者入院患者数	アルコール依存症を外来診療している精神科入院患者数	薬物依存症を外来診療している精神科入院患者数				摂食障害外来診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数				自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率
ア ド ホ ム	精神科における入院率3.6,12ヶ月時点の退院率																
	地域平均生活日数																
	精神科における急性期・回復期・慢性期入院患者数(45歳以上・65歳未満)																
	精神科における新規入院患者の平均入院日数																

図表 29：精神保健医療体制の高度化に関する指標例（重点指標）

統合失調症

治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)

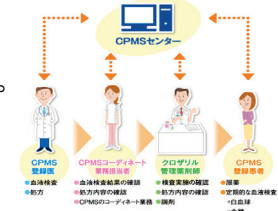
1. クロザピンの効果

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

2. クロザピンの使用条件

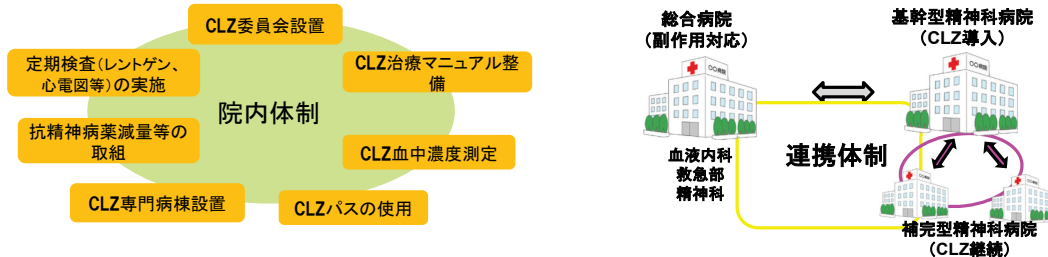
- 無顆粒球症(※)などの重大な副作用が生じることから、血液内科との連携や、クロザピンを使用する患者のモニタリング(CPMS)などが、使用条件になっている。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。本邦での頻度は約1%。



3. クロザピンの使用指針

- 平成31年3月に厚生労働科学研究班でクロザピン(CLZ)の使用指針を作成し、公表している。



4. クロザピンの診療報酬上の評価

- 重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)を投与した場合、診療報酬上、**治療抵抗性統合失調症治療指導管理料**で評価している。

うつ・躁うつ病

閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法(m-ECT)

- 全身麻酔を施行した上で脳に通電する治療法で、重度うつ病等に著効することが知られている。
- m-ECTが普及することにより、長期の入院治療を行わずとも、重度うつ病等の患者の症状の速やかな改善が見込まれる。
- 診療報酬上も、**閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の精神科電気痙攣療法**や**当該療法の麻酔医師加算**で評価している。

認知行動療法

1. 認知行動療法とは

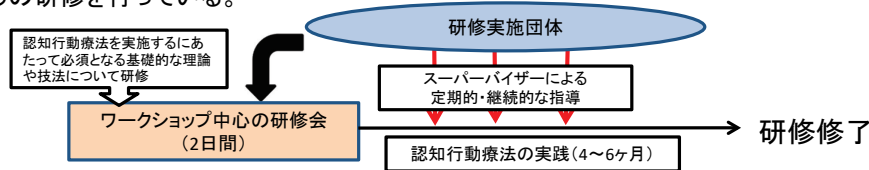
- うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法。

2. 認知行動療法の効果

- うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することで、自殺のリスクを下げる事が知られており、認知行動療法の普及は、自殺対策として有用性が高いと考えられている。
- 診療報酬上も、**認知療法・認知行動療法**で評価している。

3. 認知行動療法研修事業(厚生労働省)

- 主に精神医療において、専門的にうつ病患者の治療に携わる者(医師、臨床心理士等)に対し、その普及を図るための研修を行っている。



※ 研修課程は厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で作成した認知行動療法の研修マニュアルに沿ったものとする。

児童・思春期精神疾患

児童・思春期精神科入院医療管理料

- 児童・思春期においては、20歳未満の精神疾患患者数は増加傾向だが、児童・思春期に関する精神疾患の入院治療に対応できる専門の医療機関が不足している。
- 児童・思春期の精神疾患における入院医療の対策として、診療報酬上、**児童・思春期精神科入院医療管理料**で評価している。

依存症(アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症)

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- アルコール依存症は本人の嗜好の問題ではなく、精神分野の疾患で、自殺との関連も明らかとなっている。
- 増加傾向のアルコール依存症の患者に対応するため、「アルコール健康障害対策推進計画」では、2020年度までに都道府県に「専門医療機関又は治療拠点」及び「相談拠点」を設置することになっているが、その整備には地域差が認められる。
- アルコール依存症に対する専門的な入院治療について、診療報酬上、**重度アルコール依存症入院医療管理加算**で評価している。

依存症集団療法

- 近年、薬物依存症は社会的な重要性が高く、患者の治療や支援において、医療機関に求められる役割も大きくなっている。
- 薬物依存症の患者は増加傾向にあり、「第五次薬物乱用防止5か年戦略」等に基づき、「相談拠点」及び「専門医療機関」を設置することになっているが、その整備には地域差が認められる。
- 薬物依存症に対して、認知行動療法の考え方をういた集団プログラムに一定の効果があることが分かっており、その標準化や実施できる医療従事者の養成が進んでいる。
- 薬物依存症への一定の効果を有する集団認知行動療法プログラムについて、標準的な手法により実施した場合、診療報酬上、**依存症集団療法**で評価している。

摂食障害

摂食障害入院医療管理加算

- 摂食障害は、主に20代～40代の女性に多い疾患で、症状として、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害などがあり、脱水や低血圧等で生命に危険が及ぶこともある。
- 精神症状だけではなく、身体症状も認めるため、他科横断的な治療が必要だが、専門の医療機関・専門医が不足している。
- 摂食障害対策として、診療報酬上、摂食障害について専門的な医療について、**摂食障害入院医療管理加算**で評価している。

精神科救急

精神科救急入院料

- 医療機関で精神科救急医療に対応できる体制整備等を行った場合、診療報酬上、**精神科救急入院料**で評価している。
- 精神科救急入院料の要件として、以下の要件があり、精神科救急を要する急性期の患者に対し、積極的に入院を受け入れ、集中的に治療を行うことが求められている。
 - ・精神保健指定医や精神保健福祉士、看護師等の手厚い配置
 - ・精神科救急医療体制整備事業に参加していること
 - ・一定数以上の時間外診療や措置入院等の件数
 - ・一定数以上の新規入院患者が3月以内に在宅移行 等

身体合併症

精神科救急・合併症入院料

精神科身体合併症管理加算

- 精神病床を有する病院で、身体合併症患者を診療した場合、診療報酬上、**精神科救急・合併症入院料**や**精神科身体合併症管理加算**で評価している。
- 診療報酬の要件は以下の通りで、身体合併症患者に対応できる体制の整備が求められている。

【精神科救急・合併症入院料】

- ・救命救急センターを有している病院であること
- ・当該精神科棟に合併症ユニットを有していること 等

【精神科身体合併症管理加算】

- ・精神疾患と身体疾患の合併患者に対して、精神科医と精神科以外の医師が連携し治療を行うこと 等

精神疾患診療体制加算

精神科疾患患者等受入加算

- 一般病院で、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れ等の対応や、時間外等に精神疾患患者を受け入れた場合、診療報酬上、**精神疾患診療体制加算**や**精神科疾患患者等受入加算**で評価している。
- 診療報酬の要件は以下の通りで、一般病院で精神疾患患者に対応できる体制の整備が求められている。

【精神疾患診療体制加算】

- ・100床以上の病院で救急医療に必要な体制が整備されていること 等

【精神科疾患患者等受入加算】

- ・過去6月以内に精神科受診の既往等がある患者で、深夜、時間外又は休日に救急車等で搬送された患者 等

精神科リエゾンチーム加算

- 一般病棟に入院する患者に対し、精神科医や専門性を有する多職種で連携し対応した場合、診療報酬上、**精神科リエゾンチーム加算**で評価している。

自殺対策

精神疾患診断治療初回加算

- 自殺企図患者には、身体治療に加え、精神的治療も必要であり、救命救急医と精神科医が連携することで、適切な治療を行うことができる。
- 救命救急入院料を算定する際、自殺企図等による重篤な患者で精神疾患を有するものに対して、精神科医が診断治療等を行った場合、診療報酬上、**精神疾患診断治療初回加算**で評価している。

救急患者精神科継続支援料

- 自殺企図の入院患者に対する支援を行った総合病院の専門職が、退院後も一定期間継続して指導することにより、再企図を予防する効果がある。
- 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合、診療報酬上、**救急患者精神科継続支援料**で評価している。

②難治性精神疾患患者の専門的治療の体制整備

精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいですが、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされています。しかし、これらの治療を実施するためには、精神科医療機関と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制の構築が必要となります。

そのため、厚生労働省では、将来の一般制度化に向けた試行的事業として、平成26年度～29年度にかけて「難治性精神疾患地域連携体制整備事業」実施しました。以下に、当時の本事業実施要綱の概要と本事業を実施した県等の成果について示します。

図表 30：難治性精神疾患地域連携体制整備事業概要（モデル事業）

難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

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

現状と課題

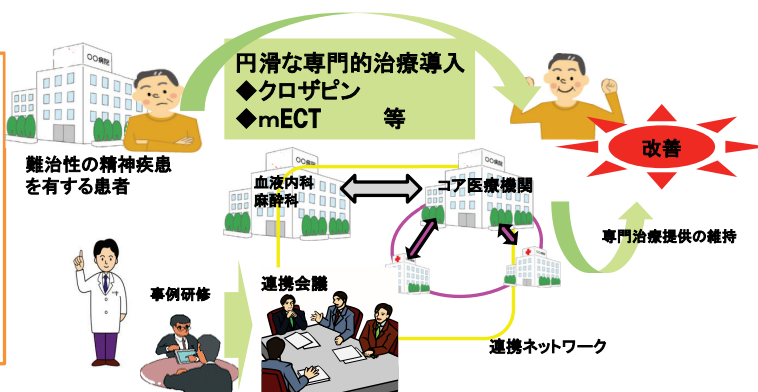
平成29年度予算：4,136千円（平成30年度：0千円）

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

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

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



期待される成果

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

図表 31：事業成果

兵庫県の取組（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいが、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療により地域生活へ移行する例もあることから、これらの治療を実施するために、精神科病院と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築する。

【実施体制・事業展開プロセス】

県立ひょうごこころの医療センター（精神科単科）及び神戸大学医学部付属病院（総合病院）の2病院をコア医療機関として事業を実施（両病院が連携してネットワークの中心となり活動）。

（3）コア医療機関の体制整備

コア医療機関において、ネットワーク内の医療機関との連絡調整等に必要な体制を整備する。

【取組内容】

（1）医療機関間の連携会議の開催

（ア）ネットワークの構築

入院中の難治性患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

（イ）連携会議の開催

事業実施に対し連携会議（ネットワークを構成する全医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等をメンバーとする）を開催し、次の業務を行う。

- ・ネットワークの活動状況の把握
- ・支援内容に係る定期的なモニタリング（支援対象者の病状等の変化など）
- ・コア医療機関、精神科病院並びにその他医療機関との連携を図るとともに、必要に応じて行政機関や地域援助事業者等との連携を図る

（2）先行事例研修会

既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、連携のための体制整備等に係るアドバイスを受けるとともに、事業実施機関から、既にネットワークを構築している医療機関に職員を派遣し、連携に係る先行事例を学ぶ研修を実施する。

【成果】

（1）医療機関間の連携会議の開催

（ア）ネットワークの構築

コア機関2病院+精神科7病院でネットワークを構築。

（イ）連携会議の開催

H26～H29年度にかけて、下記内容について会議を開催。

（内容）クロザリルの運用と連携の現状、クロザピンの現状と課題、難治性精神疾患に対する治療の現状、クロザピンの投与症例報告、クロザピンの副作用と対応等。

（2）先行事例研修会

琉球病院及び岡山県精神科医療センターよりアドバイザーを招聘し、①クロザピン地域連携「沖縄モデル」への取り組み、②クロザピンの現状と課題についての研修会を実施。また、岡山県精神科医療センター及び大阪精神医療センターに職員を派遣し、クロザピン治療の実情やクロザピンに関する適用・基準・開始時期等に関する疑問事項、岡山県地域連携モデル等について学んだ。

（3）コア医療機関の体制整備

白血球減少症や無顆粒球症、糖尿病などの副作用が生じた場合の迅速な対応や治療抵抗性統合失調症の症状評価等について、ネットワーク構成医療機関と連携・対応した。

大阪府の取組み（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

【目的】精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいが、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門治療により、地域生活へ移行する例も少なくないとされており、これらの治療実施のため、精神科病院と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築し、入院中の難治性患者の地域移行をすすめることを目的とする。

【実施主体】

大阪府が大阪府立精神医療センター（現：大阪精神医療センター）に委託して実施。

【取組内容】

1 医療機関間の連携会議の開催

（1）ネットワークの構築

入院中の患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により、地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

（2）連携会議の開催

連携会議はネットワークを構成する医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等を構成員とし、月1回程度開催

- a ネットワークの活動状況の把握
- b 支援内容に係る定期的なモニタリング
- c 医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関や地域援助事業者等との連携

2 コア医療機関における体制整備

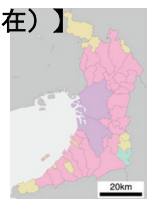
センターにおいて、ネットワーク内の医療機関との連携調整等に必要な体制を整備

3 先行事例研修会

既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、連携のための体制整備等に関するアドバイスを受ける。

【大阪府の基本情報（平成29年3月現在）】

人口	8,828,649	人
面積	1904.99	km ²
市町村の数	43	自治体
単科精神科病院の数	52	病院
うちクロザピン治療導入病院数	13	病院
精神科病床を有する総合病院の数	10	病院
うちクロザピン治療導入病院数	6	病院



【成果】

○ネットワークの構築

○連携会議の開催

クロザピンについてのアンケートを府内精神科病院に実施し、各病院の現状を把握。導入を検討している医療機関を訪問し取材・助言を実施。大阪府におけるクロザピン治療の普及方策について検討。

○先行事例研修会

他県から講師を招き、無顆粒症や白血球減少症に対してのマネジメントについての研修会を開催。

○コア医療機関における体制整備

	H26	H27	H28
連携医療機関等	7	7	8

◆大阪府における普及方策◆

新たに登録申請をする精神科病院が連携先協力病院を探しやすくなるよう、血液内科のある総合病院に協力依頼を実施。

岡山県の取組（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

精神病床に入院中の難治性患者に対して治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療を実施するために、精神科病院と他の医療機関とのネットワーク等、地域での支援体制を構築し、難治性患者の地域生活への移行を支援することを目的とする。

【実施体制】

県が、法人（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）に委託して実施。

【事業展開プロセス】

難治性患者の治療にいち早く取り組み、症例も多く、十分な経験を持つ医療スタッフが確保されている医療機関（岡山県精神科医療センター（以下、センター））をコア医療機関（ネットワークの中心となって調整等を行う血液内科、麻酔科等を有する医療機関）として実施。

【取組内容】

1 医療機関間の連携会議の開催

(1) ネットワークの構築

入院中の患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬当の専門的な治療により地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

(2) 連携会議の開催

連携会議は、ネットワークを構成する医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等を構成員とし、月1回程度開催し、次の業務を行う。

- ◇ ネットワークの活動状況の把握
- ◇ 支援対象者の病状等の変化その他の支援内容に係る定期的なモニタリング
- ◇ ネットワークを構成する医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関（保健所、市町村、福祉事務所等）、地域援助事業者等との連絡調整等に必要の体制を整備

2 先行事例研修会

- (1) アドバイザー招へい等による研修
既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招へいし、連携のための体制整備等に関するアドバイスを受ける。
- (2) 職員派遣による研修
事業実施機関から、既にネットワークを構築している医療機関に職員を派遣し、連携に係る先行事例を学ぶ研修を実施する。

3 コア医療機関の体制整備

コア医療機関において、ネットワーク内の医療機関との連絡調整等に必要の体制を整備する。

【成果】

(1) ネットワークの構築

連携医療機関等	H26	H27	H28	H29
精神科病院数	7カ所	10カ所	13カ所	14カ所
精神科診療所数	0カ所	0カ所	1カ所	2カ所
血液内科を有する医療機関数	1カ所	2カ所	2カ所	3カ所
麻酔科を有する医療機関数	3カ所	4カ所	4カ所	5カ所

(2) 連携会議の開催

◇ 実施初年度に県内の現状把握を兼ねた研修会を行い、2年目からクロザピン使用状況、症例検討、使用の課題、他科とのネットワークの構築等について研修を実施し連携体制を構築した。

(3) 先行事例研修会

◇ クロザピンの副作用、mECTの施行状況等について研修を実施した。
◇ 初年度はセンターが研修に参加し、2年目以降はセンターがネットワーク構成医療機関に向け研修を実施した。

(4) コア医療機関の体制整備

◇ 血液内科との医療連携やクロザピン、電気痙攣療法等の実施をネットワーク構成医療機関と実施した。

沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

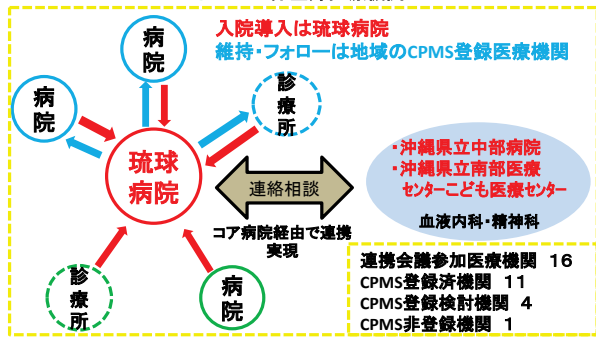
- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報（平成28年6月現在）】

人口	1,432,875	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	57.1	%
入院後1年時点の退院率	88.3	%
平均在院日数	260.7	日

【具体的体制】

- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【沖縄県の役割】

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

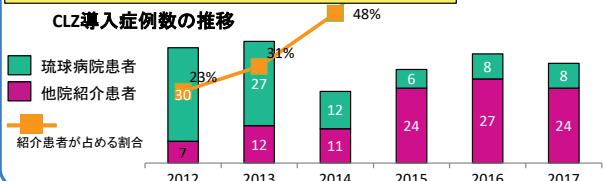
病床数	382	床
うち一般精神病床数	265	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	59.8	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	91.3	%
平均在院日数（一般精神病床）	188	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【地域連携の効果】

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



三重県の取り組み（難治性精神疾患地域連携ネットワーク事業）

難治性患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬等を用いた専門的な治療を促進し、地域生活移行を安全、適正、効果的に実施するため、三重県難治性精神疾患連携ネットワークを構成。

本地域連携ネットワークは、クロザピンによる薬物療法、m-ECT（修正型電気けいれん療法）を導入するコア医療機関並びにコア医療機関と連携する血液内科等を有する医療機関、そして維持医療機関（CPMS登録通院医療機関）で構成し、ネットワークに参加する医療機関の連携を円滑に行うことを目的としている。

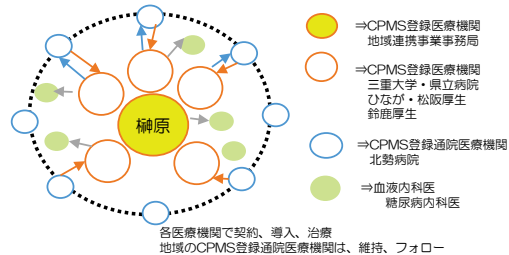
【コア医療機関の役割】

- 維持医療機関から紹介された対象患者を受け入れ、入院の上、安全、適正、効果的に投薬治療を行う。
- 維持医療機関において無顆粒球症などの副作用発生時には、コア医療機関が主導して連携する血液内科等を有する医療機関と連携し治療を行う。
- 維持医療機関と連携をとることにより、治療等において得られた知見などを維持医療と共有し、治療の円滑化、知識の普及及び技術の向上に努める。
- 治療にあたって連携する血液内科等を有する医療機関を確保し、地域連携ネットワークに必要な調整及び手続き等を行う。

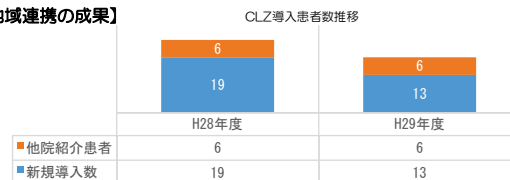
【実施内容】

- ①連携会議の開催
三重県難治性精神疾患地域連携会議による検討
- ②メーリングリスト活用による情報共有
コア医療機関及び維持医療機関はメーリングリストに登録を行い、情報共有を実施。月に1回、事務局より情報発信を行った。（2017年4月現在、メーリングリスト登録者数56名）
- ③研修会の実施
平成28年度より研修会を年2回開催。事例検討及びクロザピン使用の課題、連携事業におけるネットワーク構築について研修会を実施し、連携事業体制の強化を図った。

【地域連携ネットワーク体制】



【地域連携の成果】



※紹介入院患者数：CLZ導入を目的として、他院より神原病院に紹介されCLZを導入した患者数
新規導入数：神原病院に入院中又は通院中患者における新規CLZ導入患者数



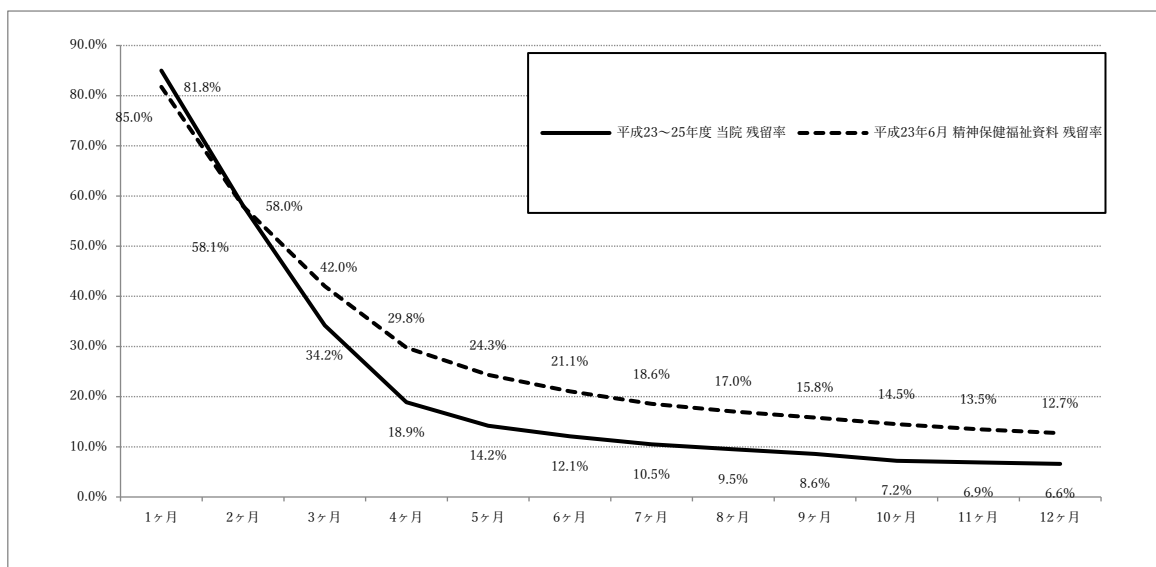
(7) 精神科救急医療と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

本項目については、「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」(研究代表者：公益財団法人復康会沼津中央病院／日本精神科救急学会 杉山直也)においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

精神疾患は、その特性により自他への健康上や社会的不利益が差し迫った多様な危機状況が生じます。地域生活を送る上では、いざという時、困った時に必要な支援が提供されなければなりません。必要な介入の内容等はどのような危機かによって異なり、医療的介入を行う資源、体制、実践を一般に精神科救急医療と呼んでいます。

急性期ケアへの医療資源の集中的な投入は、長期在院を抑止することが証明されています(図表 32)¹⁾。急性増悪等に即時・適切な介入を行うことは、機能低下の予防につながるものであり、精神障害者の地域での暮らしを支えるために、精神科救急医療は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて欠かせない必須のサービス資源です。

図表 32：残留曲線¹⁾ (高規格人員配置による入院期間短縮効果)



精神科救急医療体制整備事業は、他の一般的な医療と同様、平時の医療サービスでは危機状況への対応がしばしば不足するため、高次で集中的な医療資源が必要となる事態への対応や、夜間休日などの脆弱な医療体制を補完する体制整備等を目的に都道府県等において実施されています。圏域内の複数の医療機関同士が整備事業により連携し体制を構築しています。これが狭義の精神科救急医療体制です。

より広い意味では、急性期後のフォローアップやケアマネジメントのために、あらゆる領域との連携・協働によって体制が構築される必要があります。つまり、広義の精神科救急医療体制は地域包括ケアシステムとほぼ同じものとなります。

精神科救急医療体制は、技術的に高度な入院医療が可能な医療機関が軸となるものの、圏域における医療機関同士の連携によるケアの提供体制整備や、さらには医療外資源が連動した包括的なケアシステムということが出来ます。

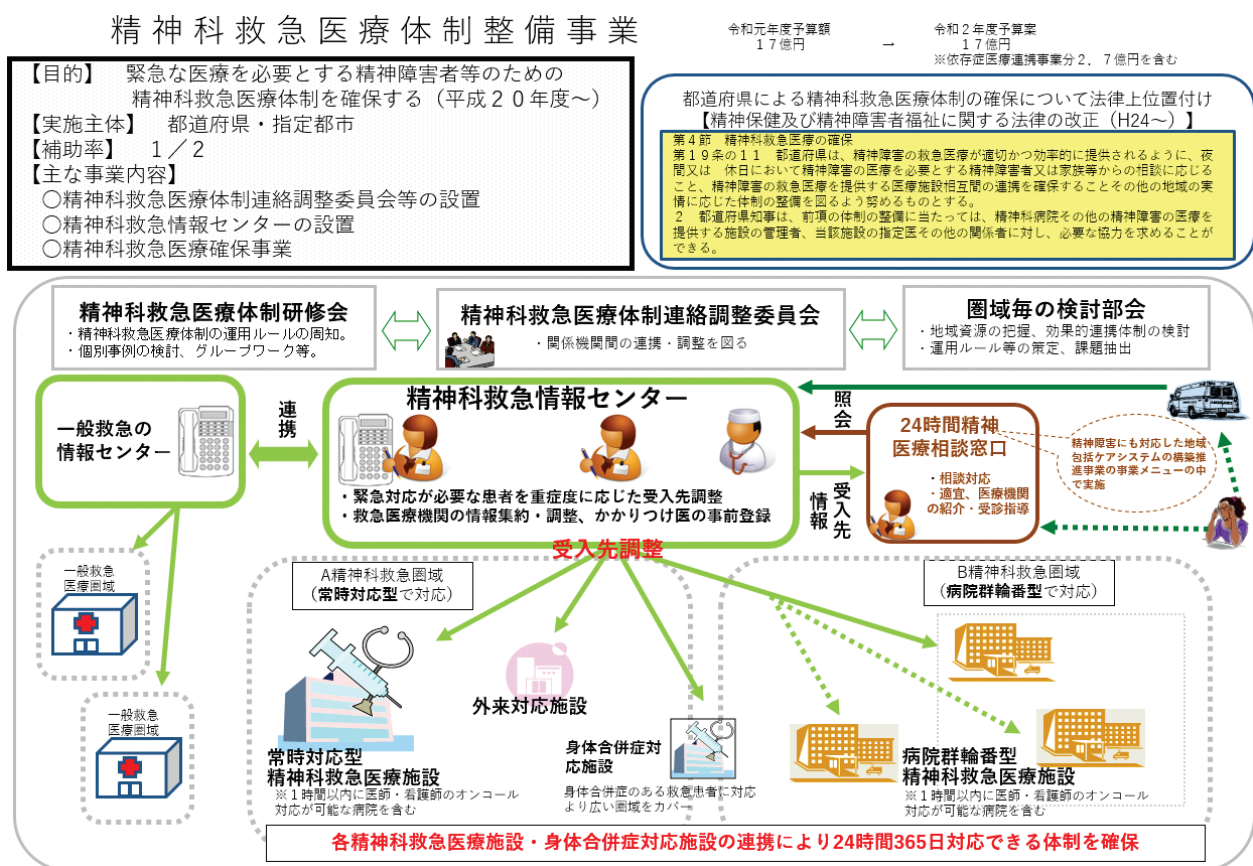
①精神科救急医療体制整備事業

本事業は、以下の構成要素によって実施されます。

図表 33：精神科救急事業一覧表（2017 年度）

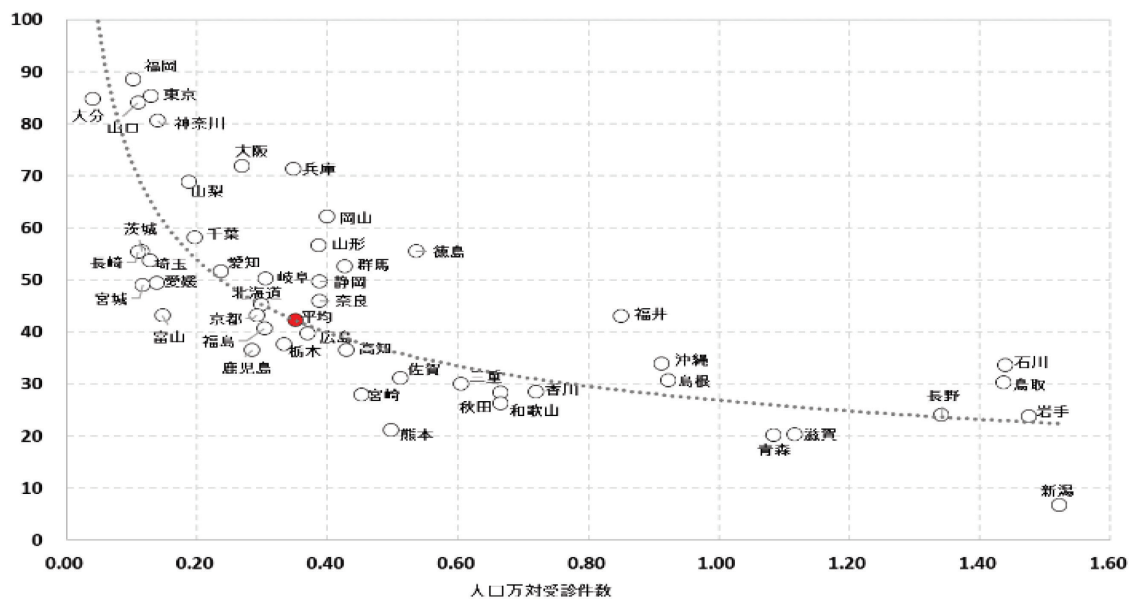
- (1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等
- (2) 精神科救急情報センター
- (3) 搬送体制
- (4) 精神科救急医療確保事業
- (5) 身体合併症救急医療確保事業

図表 34：精神科救急医療体制整備事業



厚生労働科学研究班の分析結果から、受診件数が多く受療行動が盛んな割に軽症者が多くを占め、入院率の低い特徴を有する都道府県から、受療行動が重症者に限られ、入院率の高い特徴の都道府県まで、連続的分布を示しています。しかし、一定人口に対する入院率はほぼ一定のため、精神保健指定医による時間外の危急な入院判断は、全国的にほぼ一定であることを示しています（図表 35）²⁾。

図表 35：精神科救急医療体制整備事業における都道府県別受療状況（2017年）²⁾



1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

整備事業では精神科救急医療体制連絡調整委員会等を開催し、都道府県や圏域の関係者による協議の場を必ず設け、精神科救急医療の連携体制について検討しています。

2) 受診前相談

精神科救急医療の最初のアクセスポイントを事業内に設けています。精神障害者等からの相談対応を精神医療相談窓口で、緊急対応が必要な精神障害者等を重症度に応じた受入先の調整等を精神科救急情報センターで行っています（電話相談窓口は令和2年度から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」で実施）。

3) 医療確保事業

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等医療の提供ができるように、本事業では、常時対応型施設と病院群輪番型施設、外来対応施設、身体合併症対応施設に分類し、自治体のそれぞれの地域の実情に応じた体制が整備されています。

4) 実績報告と均てん化

事業実績は、厚生労働科学研究で分析されています。2017年度の本事業の実績は精神科救急情報センターの相談件数が約6万件、医療相談窓口の相談件数が約12万件、夜間休日の受診件数が約4万件、入院件数は約2万件でした。都道府県毎の事業実績を以下に示します。

図表 36：都道府県毎の事業実績（2017 年度）

都道府県	受診前相談事業		受診件数(入院を含む)		入院件数		入院形式						医療施設分類				精神科救急医療施設分類					
	情報センター		精神医療 相談	総数	うち通院中	総数	うち通院中	緊急措置 入院	措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	その他	大学病院	総合病院	その他病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併型	外来対応型	
	総数	受診紹介																				
北海道		4320		1589		720		9	5	37	419	247	3		11	52				63	1	
青森県				1385	1385	281	158	1	6	0	166	108	0		5	17					22	
岩手県	271	90	2506	1851	1433	440	273			8	163	269		1		14			3	12	1	
宮城県	719	491	2030	271	91	133	40	0	53	0	62	18	0	1	1	25	5			27		5
秋田県				662	331	188	77	0	7	0	109	72	0		2	12				1	13	
山形県	206	19	0	425	223	241	114	4	19	11	154	53	0			11					11	
福島県	24	18		570	244	232	69	0	21	4	135	72	0		2	22					24	
茨城県	465	136		333	241	185	97	49	21	1	101	13	0			27				1	26	
栃木県	507	405	615	652	187	246	38	134	55	0	47	10	0			18				1	7	10
群馬県	59	99	0	835	349	440	142	86	12	3	252	87	0			15				1	14	
埼玉県	1999	276	7065	936	68	904	40	36	219	2	237	9	1	1	1	36	40		2	36		40
千葉県	3565	1106		1223	245	712	83	107	104	4	451	46	0		4	30			12	31	3	
東京都	12365	625	20017	1763		1506		891	0	2	576	37	0		3	37	46		4	36		46
神奈川県	1579	1280	14599	1158	1158	1012	87	145	538	8	297	24	0	3	5	43	5		6	45	3	5
新潟県	117	50	1448	3451		236		0	0	0	159	61	16		1	25					26	
富山県	3421	312	4029	195	155	67	32	0	0	0	51	16	0	1	5	19					25	1
石川県	347	57	347	1651	1313	955	357	0	33	14	367	125	16	2	2	13			2	16		
福井県	884	524	1173	662	396	285	128	22	23	16	147	56	21		2	8				10	1	
山梨県	733	304	581	154	154	106	0	22	1	2	75	6	0			10				1	9	
長野県				2785				58	66	13	264	264	5		2	16				1	17	
岐阜県	393	168	321	612		308		11	0	11	193	93	0		1	13					14	
静岡県	1498	538	11522	1426	446	709	210	78	5	32	459	126	9		1	9			4	6	1	
愛知県	3947	1859	3947	1777	236	918	117	35	0	35	530	317	1		1	41					41	
三重県	858	858	1085	1087	147	327	53	40	3	4	206	73	1			12					12	
滋賀県	1227	26		1578	856	322	186	51	1	52	137	81	0	1	2	8			2	9		
京都府	7246	241	3314	758	446	328	111	37	17	29	209	36	0	2	1	12			1	14		
大阪府	2508	1680	15189	2375	20	1707	19	243	0	220	937	307	0		1	36				37	1	
兵庫県	6826		2952	1914		1367		25	2	47	446	144	703	2	2	32				1	35	
奈良県	1096	600		523	523	241	30	43	1	12	143	42	0	1		8				1	8	1
和歌山県	166	35		629	629	166	67	5	5	2	100	54	0			6				1	5	
鳥取県		7119		812	623	246	169	3	11	3	120	109	0	1		6					7	
島根県	464	64		632	417	194	106	3	24	3	85	77	2		3	9			4	8		
岡山県	522	522	4105	761	761	474	238	6	15	28	272	153	0			12				1	11	
広島県	1394	154	1394	1045	377	416	178	0	55	10	249	102	0			5				1	4	
山口県	266	191	1496	151		127				17	0	89	21		1	30				1	30	
徳島県	109	84		398	113	221	25	1	1	15	83	94	27		1	14					14	1
香川県	19	15	663	696	696	199	43	0	5	5	63	60	66		1	11			1	11	1	
愛媛県	283	101		188	113	93	35	0	2	0	66	24	1			7					7	
高知県				306	83	112	29	0	13	6	71	22	0			7					7	
福岡県	2094	784	14724	518	26	459	23	169	11	17	224	38	0	1		76					77	
佐賀県	284	47	192	421	421	131	69			11	3	80	37			15				1	15	
長崎県	1509	205		148	79	82	28	0	32	0	35	15	0		2	32				1	34	
熊本県	844	844	1447	878	245	185	30	0	0	1	121	64	0		1	43					43	1
大分県	566			46	16	39	14	27	3	0	8	1	0			20					20	
宮崎県	188	44		492	186	138	40	9	4	4	64	57	0	1	1	19					19	2
鹿児島県	95	66	769	462	129	169	31	0	1	1	71	96	0			40					40	
沖縄県	3322	511	3322	1316	415	446	114	2	18	10	220	196	0		2	18					20	
合計	64985	26788	120952	44460	15976	18884	3700	2352	1440	675	9513	4032	872	19	66	991	96		55	1018	18	106

全国の医療資源等の違いにより、事業の在り方は様々です。これらを均てん化するため、先述の手引きの活用や、厚生科学研究による全国担当者会議が有効と考えられます。

図表 37：都道府県・指定都市 精神科救急医療体制情報（2017 年度）

精神科救急圏域数 151

病院区分	実数	施設類型(全圏域)			
		病院群輪番型(実数)	常時対応型(実数)	外来対応施設(実数)	身体合併症型(実数)
A	24	15	8	0	3
B	68	61	6	0	7
C	991	950	39	10	0
D	96	0	0	96	0
合計	1,179	1,026	53	106	10

※ 病院区分…A: 大学附属病院、B: 総合病院(内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1看護職員3:1、薬剤師70:1))、C: AB以外の病院、D: 診療所

※ 1つの医療機関で2つの施設類型を兼ねている(別)病院群輪番型+身体合併症型)ことがあるため、病院区分実数の合計と施設類型の合計数は必ずしも一致しない。

※ 精神科救急入院料について

精神科救急医療を行う医療機関に規定はありませんが、医療とは一般に人的資源・医療資源を最大投入するほうが良質であると考えられます。しかし、従来精神科医療の領域では、技術的優位性を根拠に高度の診療体制に相当額の報酬を与える仕組みが存在しなかった³⁾ため、2002年の診療報酬において精神科救急入院料が新設され、全国で160ユニットを数えるまで増加しています。

②身体合併症対応

身体合併症対応については、本事業における精神科救急医療体制連絡調整委員会等の協議の場で、圏域内の精神科の医療機関と一般科の医療機関がそれぞれの診療機能に応じて連携体制をあらかじめ合議し、対応の手順を決めておくことが重要で、行政と医療機関が協力する連携モデルの構築を進めていく必要があります。

また、精神科救急と一般救急の医療連携体制を強化するための教育プログラム（日本臨床救急医学会によるPEECコース等）も始まっており、病院前救護を行う救急隊にも同様のプログラムが開発されつつあります。

<参考>

関連法令等

1. 精神保健福祉法 第4章 第4節 精神科救急医療の確保（第19条の11）

精神科救急医療の確保は、平成24年の精神保健福祉法一部改定において、初めて法の条文内に「精神障害の救急医療」との表現を用いて明記されました。

都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又はその第三十三条第二項に規定する家族等その他の関係者からの相談に応ずること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる

2. 精神科救急医療体制整備事業に関する指針（障精発 0330 第2号平成24年3月30日）

平成24年の法改正に先立ち、平成23年に精神科救急医療体制に関する検討会が開催され、その内容は指針として取りまとめられました。

本事業の主軸である救急医療体制確保や、精神科救急医療体制を支える初期救急医療の確保に加え、身体合併症の受け入れ体制の確保が焦点的に検討され、連携モデルが示されるとともに、その構築のための地域内での調整が重視されました。指標を用いた体制評価の必要性が明記され、その考え方はその後の「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」にも引き継がれています。

- 第1 精神科初期救急医療体制
- 第2 入院を要する精神科患者への救急医療体制
- 第3 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保
- 第4 精神科救急医療に関する評価

3. 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4月1日）
 保護者制度を廃止した平成26年の法改正では、法第41条に定められた指針が発表され、精神科救急医療体制の整備が強調されています。

- 第二 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
- 四 精神科救急医療体制の整備
 - 1 二十四時間三百六十五日対応できる医療体制の確保
 - 2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保
 - 3 評価指標の導入

○精神科救急医療体制を整備するための手引き（平成29年3月16日）

平成28年度障害者総合福祉推進事業（指定課題21）「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」（受託：公益社団法人日本精神科病院協会）は、大規模な全国調査を複数展開し、法や指針などの法令をふまえ、成果物として「精神科救急医療体制を整備するための手引き」および「評価および整備のための基準」を発表しました。以下に示す項目について実態と推奨される要求水準を提示した均霑化のためのツールです。

-
- | | |
|----------------|--------------------|
| 0. 目的と役割 | 6.精神科救急医療体制連絡調整委員会 |
| 1. 実施要綱 | 7.受診前相談 |
| 2. 基本的な考え方について | 8.搬送体制 |
| 3. 体制 | 9.精神科救急医療の確保 |
| 4. 圏域 | 10.身体合併症 |
| 5. 運用時間帯 | |
-

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」では、精神科救急医療について以下の基本的な考え方を示し、各自治体が定める要綱への明記を求めています。

①精神科救急医療体制の整備については、自治体の取組として、法 19 条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されており、行政責任において、これに努める必要がある。

②精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに corres 応することを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのために精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するという考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース（医療資源）として明確に位置づけることである。また、精神科救急医療体制には、救急医療の本質として空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。以上より、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域全体を公平にカバーし、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動して、あらゆる危機状況に敏感なリソースでなければならない。

③整備への努力の一環として、利用者が権利や尊厳を回復してくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となり、これを目指さねばならない。

参考文献

- 1.杉山直也，野田寿恵，澤野文彦：精神科新規入院者における入院長期化のリスク要因～精神科救急入院患者レジストリを用いた分析～. 精神医学 58(3), 235-244, 2016)
- 2.平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究（H29-精神-一般-002）（研究代表者 杉山直也）報告書
- 3.計見一雄：精神科救急医療ガイドライン 2003 年 9 月 9 日版（初版）「まえがき」

(8) 外来・デイケア・訪問診療・訪問看護

病院及び診療所における外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進し、精神障害者が地域で生活するうえでも外来・デイケア等で適切な医療を受け続けることのできる体制が構築されることが期待されます。

また、生活能力等の向上に向けた専門的かつ効果的なりハビリテーションを、外来・デイケア等で行うことのできる体制の確保が求められています。

適切な医療につながる、つながり続けることは、精神障害者が安心して地域生活を継続するうえで大変重要なポイントです。そのためには、受療が必要であるにもかかわらず治療を中断している者、長期間入院した後に退院したが病状が不安定である者等が地域で生活するために必要な医療へのアクセスを確保するため、病院及び診療所においてアウトリーチ体制の整備を進めていくことが大切になります。これらを踏まえ、居宅等における医療サービスの在り方を考えると、通院が困難な精神障害者等に対する往診や訪問診療の充実を推進する必要があることがわかります。

同時に、精神科訪問看護による地域生活支援を強化するため、病院、診療所及び訪問看護ステーションにおいては、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による連携を図るとともに、その他の保健・医療サービス及び福祉サービスを担う職種の者との連携促進が求められます。

3 障害福祉サービス等事業

(1) 障害者総合支援法の概要

我が国の障害福祉は、戦後に制定された福祉三法（生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法）にはじまり、1970年の心身障害者対策基本法、1981年の国際障害者年、1983年から始まる国連・障害者の10年などを経て、行政による措置行為として展開されてきました。

大きな転換を迎えたのは2003年です。ノーマライゼーションの理念に基づいて「支援費制度」が導入されます。これにより、従来の措置から障害者本人の自己決定に基づくサービス利用へと、制度が変化をしていきました。しかしながら、身体、知的、精神の障害種別ごとにサービスが縦割りで提供されており、使いづらくみであること。加えて、精神障害者は支援費制度の対象外であるなど、様々な課題がありました。

そして「利用者本位のサービス体制」、「サービス提供主体の一元化」、「支給決定手続きの明確化」、「就労支援の強化」、「安定的な財源の確保」を目的に、2005年に「障害者自立支援法」が公布されます。

その後、2006年に国連総会において採択された「障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）」に、我が国は2014年に批准します。これに合わせて、自立支援法をはじめ、障害福祉を取り巻く様々な法整備が行われました。

2013年4月より、従前の「障害者自立支援法」を引き継ぐ形で「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」（以下「障害者総合支援法」という。）が施行されました。障害者総合支援法は、障害者基本法の目的や基本原則を理念として規定され、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービス等の充実等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です（図表38）。

図表 38：障害者総合支援法の概要

(平成24年6月20日 成立・同年6月27日 公布)	
1. 趣旨 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。	
2. 概要 1. 題名 「障害者自立支援法」を「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）」とする。 2. 基本理念 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。 3. 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。） 「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。 4. 障害支援区分の創設 「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮を行う。	5. 障害者に対する支援 ① 重度訪問介護の対象拡大 ② 共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化 ③ 地域移行支援の対象拡大 ④ 地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等） 6. サービス基盤の計画的整備 ① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化
3. 施行期日 平成25年4月1日（ただし、4.及び5.①～③については、平成26年4月1日）	
4. 検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討） ① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方 ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方 ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方 ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方 ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方	

(2) 障害者総合支援法の改正

障害者総合支援法は平成 25 年度に施行された後、改正を重ね、現在の制度設計へと変化を遂げてきました。

平成 30 年度施行の改正障害者総合支援法（平成 28 年 5 月成立）では、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ことを目的とした改正が行われました。

それを踏まえ、令和 3 年度から施行される障害福祉サービス等報酬改定が、以下の基本的な考え方に基づき行われました（図表 39）。

図表 39：令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

<p>○ 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、相談支援の質の向上、効果的な就労支援、医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進、感染症等への対応力の強化などの課題に対応</p> <p>○ 令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：+0.56% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 +0.05%（令和 3 年 9 月末までの間）</p>	
<p>1 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し等</p> <p>(1) グループホームにおける重度化・高齢化に対応するための報酬の見直し ・強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者に対する支援の評価等</p> <p>(2) 自立生活援助の整備を促進するための報酬・人員基準等の見直し</p> <p>(3) 地域生活支援拠点等の整備の促進・機能の充実を図るための加算の創設</p> <p>(4) 生活介護等における重度障害者への支援の評価の見直し ・重度障害者支援加算の算定期間の延長及び単位数の見直し等</p> <p>(5) 質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し ・基本報酬の充実・従来評価されていなかった相談支援業務の評価等</p>	<p>4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価 ・地域移行支援における地域移行実績の更なる評価 ・精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価 ・精神保健医療と福祉の連携の促進 ・居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進 ・ピアサポートの専門性の評価
<p>2 効果的な就労支援や障害児者のニーズを踏まえたきめ細かな対応</p> <p>(1) 就労移行支援・就労定着支援の質の向上に資する報酬等の見直し ・一般就労への移行の更なる評価等・定着実績を踏まえたきめ細かな評価等</p> <p>(2) 就労継続支援 A 型の基本報酬等の見直し（スコア方式の導入）</p> <p>(3) 就労継続支援 B 型の基本報酬等の見直し（報酬体系の類型化）</p> <p>(4) 医療型短期入所における受入体制の強化 ・基本報酬の充実・医療的ケアを必要とする障害児を利用対象者に位置付け</p>	<p>5 感染症や災害への対応力の強化</p> <p>(1) 日頃からの感染症対策の強化や業務継続に向けた取組の推進 ・感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組の徹底（委員会開催、指針の整備、訓練の実施） ・業務継続に向けた取組の強化（業務継続計画の策定・研修及び訓練の実施） ・地域と連携した災害対応の強化（訓練に当たっての地域住民との連携）</p> <p>(2) 支援の継続を見据えた障害福祉現場における ICT の活用 ・運営基準や報酬算定上必要となる会議等について、テレビ電話等を用いた対応を可能とする。</p>
<p>3 医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進</p> <p>(1) 医療的ケアが必要な障害児に対する支援の充実 ・新判定スコアを用いた基本報酬の創設・看護職員加配加算の算定要件の見直し</p> <p>(2) 放課後等デイサービスの報酬体系等の見直し ・基本報酬区分の見直し・より手厚い支援を評価する加算の創設（(3)も同様）</p> <p>(3) 児童発達支援の報酬等の見直し</p> <p>(4) 障害児入所施設における報酬・人員基準等の見直し ・人員配置基準の見直し・ソーシャルワーカーの配置に対する評価</p>	<p>6 障害福祉サービス等の持続可能性の確保と適切なサービス提供を行うための報酬等の見直し</p> <p>(1) 医療連携体制加算の見直し ・医療的ケア等の看護の濃度を考慮した加算額の設定</p> <p>(2) 障害者虐待防止の更なる推進、身体拘束等の適正化の推進 ・虐待防止委員会の設置・身体拘束等の適正化のための指針の整備</p> <p>(3) 福祉・介護職員等特定処遇改善加算等の見直し ・より柔軟な配分ルールへ見直しによる加算の取得促進 ・処遇改善加算(IV)及び(V)等の廃止・加算率の見直し</p> <p>(4) 業務効率化のための ICT の活用（再掲）</p> <p>(5) その他経過措置の取扱い等 ・食事提供体制加算の経過措置の延長 ・送迎加算の継続（就労継続支援 A 型、放課後等デイサービス）</p>

このなかで謳われている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進」においては、精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、障害福祉サービス等報酬において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組として、次の 6 つの取組を評価することが明記されました。

○自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価

…業務を適切に評価する観点から、特に業務負担が大きい深夜帯における緊急対応や電話相談を評価する加算を創設

○地域移行実績の更なる評価

…平成 30 年度報酬改定で新たに設定した地域移行支援サービス費（前年度に 1 人以上の地域移行があった事業所に対する報酬）を強化し、更なる取組の推進を図るため、前年度に 3 人以上の地域移行実績を有する事業所を更に評価

○精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価

…入院中の精神障害者に対する可能な限り早期の地域移行支援を推進する観点から、入院後 1 年未満に退院する場合について、退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価

○精神保健医療と福祉の連携の促進

…精神保健医療と福祉の情報連携の更なる推進を図る観点から、あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を精神科病院等に対して情報提供することを評価する加算を創設

○居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進

…障害者の居住先の確保及び居住支援を充実する観点から、地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者が住宅確保要配慮者居住支援法人（居住支援法人）又は住宅確保要配慮者居住支援協議会（居住支援協議会）との連携体制を構築し、月に 1 回以上、情報連携を図る場を設け、情報共有することを評価する加算を創設

○ピアサポートの専門性の評価

…ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で、加算により評価

図表 40：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

○ 精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、当該ケアシステムの構築に資する取組を評価する。

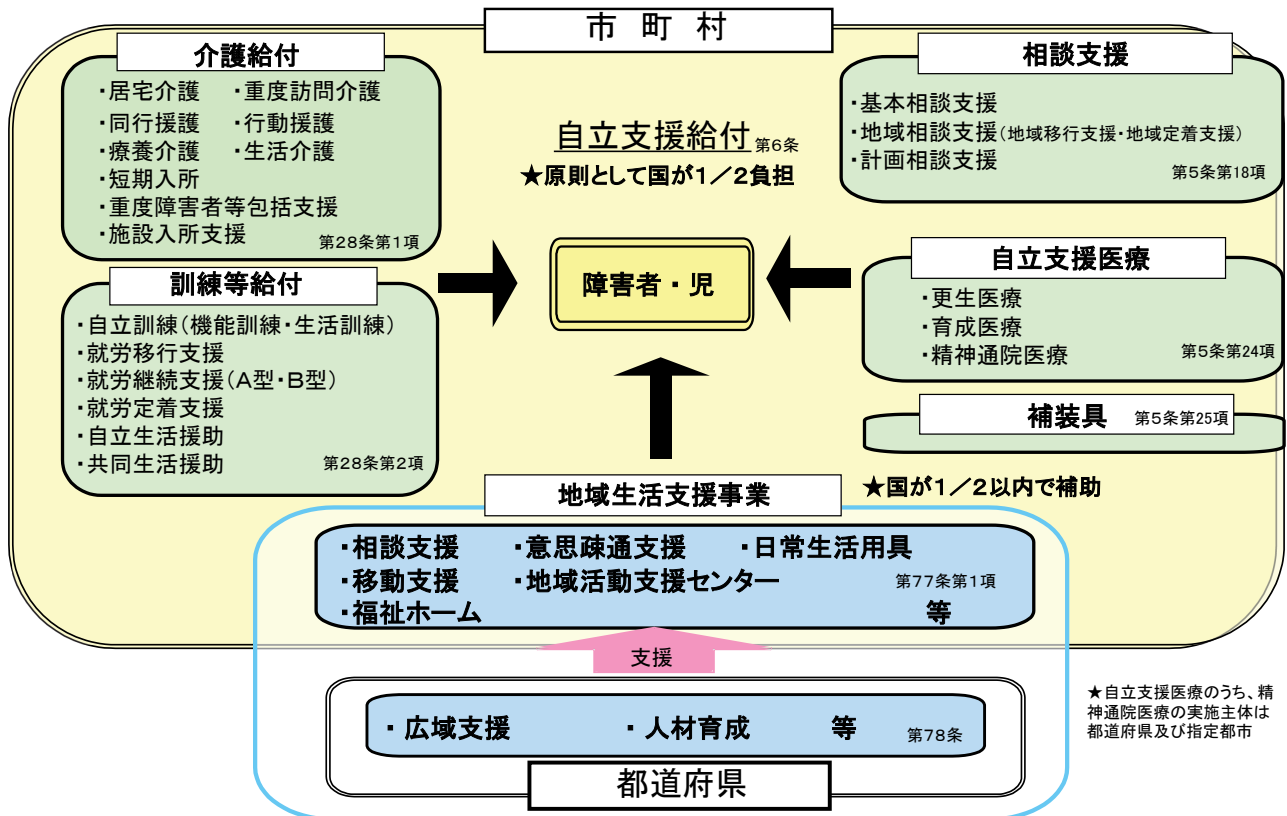
<p>夜間の緊急対応・電話相談の評価</p> <p>○ 自立生活援助事業者が緊急時において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等又は電話による相談援助を行った場合を評価。</p> <p>利用者の居宅等への訪問や一時的な滞在による支援の場合 (新) イ 緊急時支援加算 (I) 711単位/日</p> <p>電話による相談支援を行った場合 (新) ロ 緊急時支援加算 (II) 94単位/日</p>	<p>地域移行実績の更なる評価</p> <p>○ 障害者の地域移行を更に促進するため、地域移行支援事業者における地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。</p> <p>地域移行支援サービス費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>現行</th> <th>改定後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(I)</td> <td>3,059単位/月</td> <td>(新)3,504単位/月</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> <td>2,347単位/月</td> <td>3,062単位/月</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> <td></td> <td>2,349単位/月</td> </tr> </tbody> </table> <p>(※)地域移行支援サービス費 (I) は前年度に 3人以上の地域移行の実績を有すること等の要件を満たすこと。</p>		現行	改定後	(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月	(II)	2,347単位/月	3,062単位/月	(III)		2,349単位/月	<p>可能な限り早期の地域移行支援</p> <p>○ 可能な限り早期の地域移行支援を推進するため、入院後 1 年未満で退院する場合に退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価。</p> <p>(見直し後) 退院・退所月加算 2,700単位/月 (1年未満で退院する場合) +500単位/月</p>
	現行	改定後												
(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月												
(II)	2,347単位/月	3,062単位/月												
(III)		2,349単位/月												
<p>精神保健医療と福祉の連携の促進</p> <p>○ あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供することを評価。</p> <p>(新) 日常生活支援情報提供加算 100単位/回 (月に 1 回を限度)</p>	<p>居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進</p> <p>○ 地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者と居住支援法人・居住支援協議会との連携体制を評価。</p> <p>(新) 居住支援連携体制加算 35単位/月</p> <p>○ 住居の確保及び居住支援に係る課題を報告する等の居住支援体制強化の取組を評価。</p> <p>(新) 地域居住支援体制強化推進加算 500単位/回 (月に 1 回を限度)</p>	<p>ピアサポートの専門性の評価</p> <p>○ ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、研修等の一定の要件を設けた上で評価。</p> <p>(新) ピアサポート体制加算 100単位/月</p> <p>(※1) 計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援で算定可能。 (※2) 就労継続支援B型についても、基本報酬の類型化に伴い、就労支援の実施に当たってのピアサポートの活躍を別途評価。 (※3) 身体障害、知的障害においても同様に評価。</p> <p>経験者としての視点で、リカバリ体験を活かした助言や共に行動をする支援</p>												

(3) 障害者総合支援法の給付・事業の体系

障害者総合支援法の給付・事業は、「自立支援給付」と「地域生活支援事業」で構成されています。

「自立支援給付」は、介護給付や訓練等給付、相談支援、自立支援医療、補装具などで構成されており、「地域生活支援事業」は市町村地域生活支援事業と都道府県地域生活支援事業から構成されています（図表 41）。

図表 41：障害者総合支援法の給付・事業



障害者福祉サービスを利用するうえでの支給決定、サービス利用のプロセスは以下の通りです（図表 42、43）。

図表 42：支給決定プロセスについて

サービス等利用計画については、平成27年度からは市町村が支給決定を行うに際し、全ての利用者を対象とする。

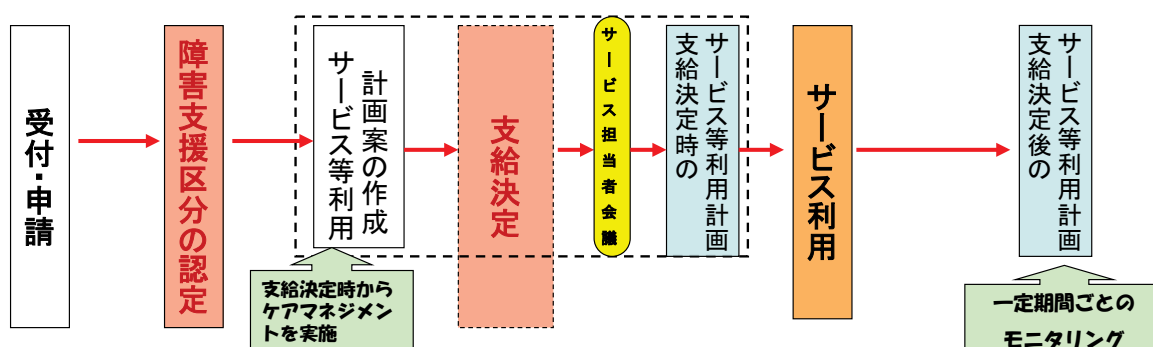
市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、これを勧案して支給決定を行う。

- * 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。

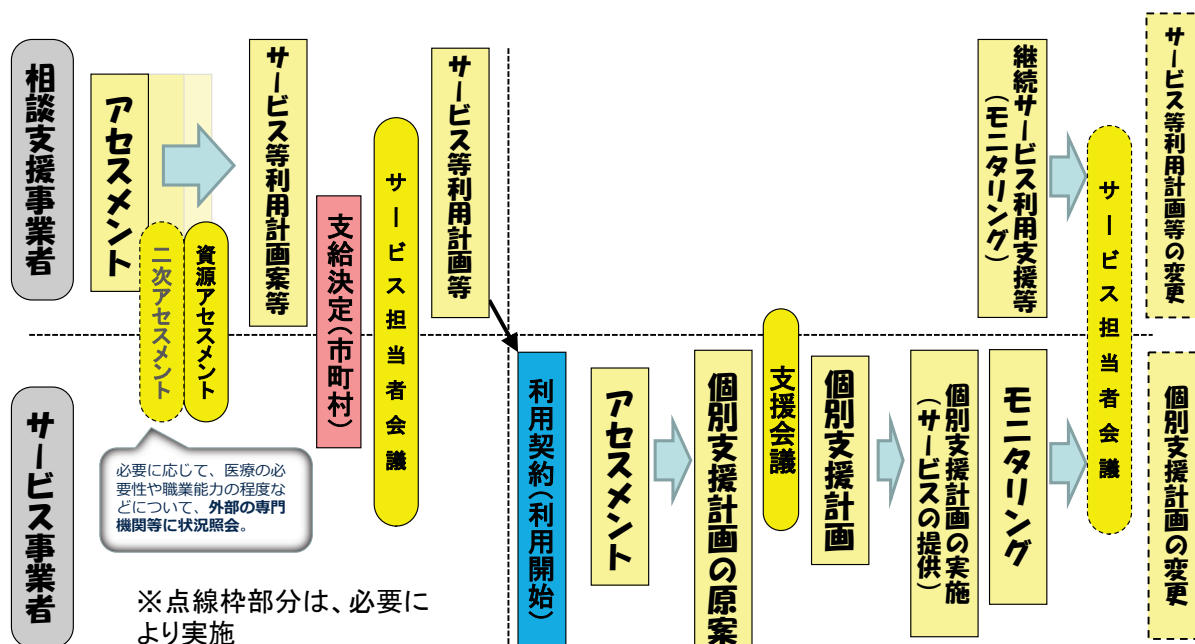
支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）について、計画相談支援給付費を支給する。

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）



図表 43：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等事業者の関係



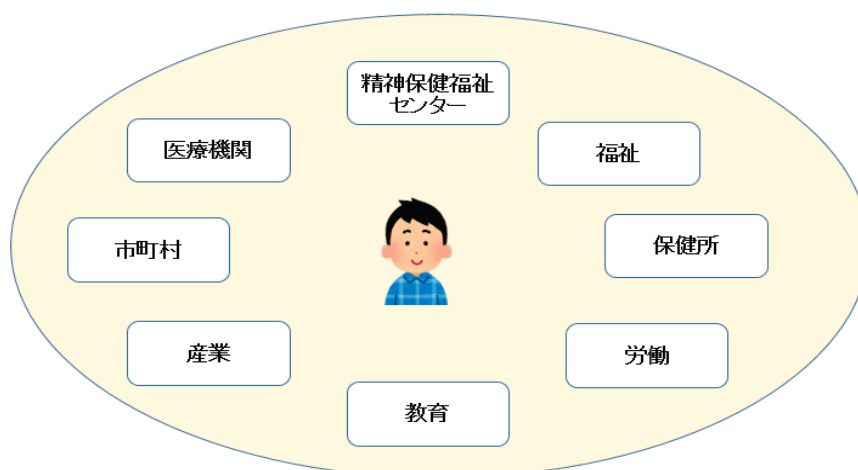
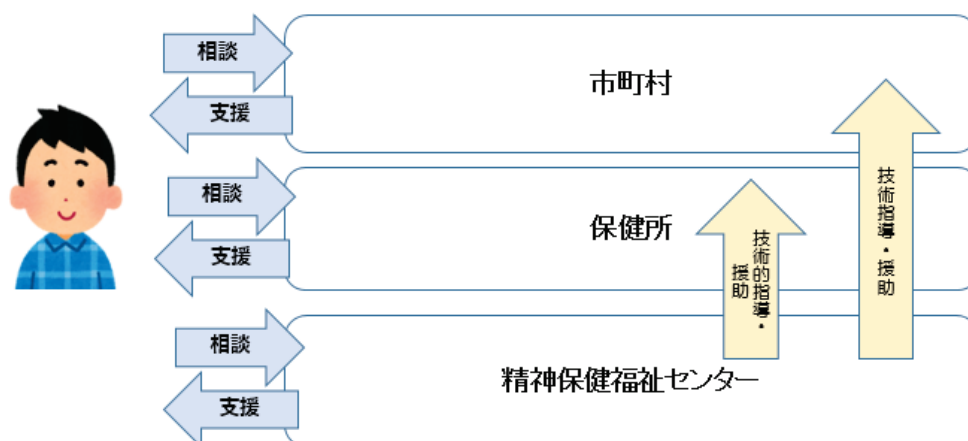
4 精神保健福祉センターの活動

精神保健福祉センター(以下「センター」という。)は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定された機関であり、都道府県・指定都市(全国69センター)に設けられています。

センターの業務としては、①知識の普及 ②調査研究 ③複雑困難な相談指導 ④精神医療審査会事務局 ⑤精神障害者保健福祉手帳の交付の際の判定 ⑥通院医療費の公費負担の判定 ⑦障害者総合支援法の規定により市町村に対する協力その他必要な援助を行うこととされています。

また、「精神保健福祉センター運営要領について」においては、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならないとされ、予防、適切な医療の推進、自立と社会経済活動への参加促進のための援助に至るまで、広範囲にわたる目標が掲げられています。そのため、センターにおいては、保健所及び市町村が行う精神保健福祉活動が効果的に展開されるよう、技術的指導・援助を行うことや、医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係機関との緊密な連携を図ることが求められています。(図表 44)

図表 44：精神保健福祉センターの活動のイメージ



5 地域生活支援事業等

地域生活支援事業等については、各都道府県知事、指定都市市長、中核市市長に対して、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長が通知した「地域生活支援事業等の実施について」（平成18年8月1日付障発第0801002号）により実施されているところです。

そのなかのひとつである地域生活支援事業については、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第4条第1項に規定する障害者及び同条第2項に規定する障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的として、「地域生活支援事業実施要綱」を定め、平成18年10月1日から運用されています（図表45）。

図表45：地域生活支援事業等について

	令和元年度予算額 495億円	➡	令和2年度予算額 505億円
概要	障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、 地域の特性や利用者の状況に応じ、実施主体である市町村等が柔軟な形態により事業を計画的に実施。		
令和2年度予算額	地域生活支援事業費等補助金 505億円 （令和元年度予算額 495億円） ○地域生活支援事業 451億円（441億円） ○地域生活支援促進事業 55億円（54億円）		
事業内容	<p>○ 地域生活支援事業（障害者総合支援法第77条・第77条の2・第78条）</p> <p>(1) 事業の実施主体である市町村等が、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に実施することにより、効果的・効率的な事業実施が可能である事業</p> <p>【地域の特性】 地理的条件や社会資源の状況</p> <p>【柔軟な形態】 ① 委託契約・広域連合等の活用 ② 突発的なニーズに臨機応変に対応可能 ③ 個別給付では対応できない複数の利用者に対応可能</p> <p>(2) 地方分権の観点から、地方が自主的に取り組む事業（事業の実施内容は地方が決定）</p> <p>(3) 生活ニーズに応じて個別給付と組み合わせて利用することも可能。</p> <p>・ 補助率 ※統合補助金 市町村事業：国1/2以内・都道府県1/4以内で補助、都道府県事業：国1/2以内で補助</p> <p>○ 地域生活支援促進事業（平成29年度に創設）</p> <p>発達障害者支援、障害者虐待防止対策、障害者就労支援、障害者の芸術文化活動の促進等、国として促進すべき事業について、特別枠に位置づけ、5割又は定額の補助を確保し、質の高い事業実施を図る。</p> <p>・ 補助率 国1/2又は定額（10/10相当）</p>		

また、もう一方の地域生活支援促進事業については、障害者等が日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域生活支援事業実施要綱で定める事業に加え、政策的な課題に対応する事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的として、「地域生活支援促進事業実施要綱」を定め、平成29年4月1日から運用されています。

これらの地域生活支援事業等は、数多くの事業メニューから構成されており、地域生活支援事業は都道府県や市町村の必須事業に位置づけられている事業と都道府県や市町村が各地域の実情に応じて実施することができる任意事業に分かれており（地域生活支援促進事業については任意事業。）、現在、精神障害者に特化した事業としては4つ（①精神障害者地域生活支援広域調整等事業、②精神障害関係従事者養成研修事業、③精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業、④精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業）が用意されています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるためには、これらの地域生活支援事業等を有効に活用いただくことが重要と考えられます。以下に各事業の概要等を示しますが、事業内容については、年度毎に見直しを行う場合が多いので、各事業を実施するにあたっては、最新の実施要綱等を確認する必要があります。

【地域生活支援事業】

①精神障害者地域生活支援広域調整等事業（都道府県必須事業）

精神障害者が自立した日常生活及び社会生活を営むために必要な広域調整、専門性が高い相談支援を目的としており、本事業の実施主体は都道府県、指定都市、保健所設置市及び特別区となります。

ア 事業の概要

（ア）地域生活支援広域調整会議等事業

各関係機関が広域的な調整のもと連携できる体制を地域において構築し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に資する取組を推進することを目的とします。

<事業メニュー>

○アウトリーチ事業評価検討委員会

事業の実施に際し、保健・医療・福祉に携わる関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会を設置するとともに、3カ月に1回以上開催し、アウトリーチチームの活動状況の把握等を行います。

○精神障害者地域移行・地域定着推進協議会

設定した実施圏域における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるにあたっての調整業務を行うため、都道府県、市町村、精神科医療機関、その他の医療機関、障害福祉サービス等事業所等、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置します。（既存の協議会を活用することでも構わないこととなっています。）

(イ) 地域移行・地域生活支援事業

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう支援を推進するとともに、ひきこもり等の精神障害者に対して、アウトリーチ（多職種による訪問支援）を円滑に実施する等、専門的な支援の推進を目的とします。

<事業メニュー>

○アウトリーチ事業

・アウトリーチチーム体制の整備

「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づく、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている医療機関（以下「届出医療機関」という。）に委託して事業を実施する場合を除き、精神障害者の地域生活を定着させるために、支援対象者の状態に応じた必要な支援が適切に提供される体制として、保健・医療スタッフと福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備します。

・支援対象者

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者で精神疾患が疑われる未受診者、ひきこもりの精神障害者（疑い例含む）のほか、保健所等の行政機関を含めて検討した結果、支援対象ケースとして選定した精神科医療機関の受療中断または服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者及び精神疾患による長期（概ね 1 年以上）の入院、又は、入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者が支援対象者となります。

・支援対象者の選定

保健所等は、家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握した内容をもとに事前調査を行い、必要に応じ関係機関と調整のうえ、支援対象者の選定を行います。なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等においてアウトリーチを実施する場合は、保健所等の行政機関を参画させて支援対象者を選定します。ただし、その後の訪問診療等により、精神疾患以外と確定した対象者においては、以後、アウトリーチは実施できません。

・支援内容の検討や支援計画の作成

チームは、支援内容の検討や支援計画の作成を行うため、関係者等の参画を求め、当該カンファレンスを開催します。

なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等のチームにおいては、保健所等の行政機関の参画による支援計画の作成及び支援内容の評価・検討を行います。

また、当該会議は週 1 回程度定期的に行うことが必要ですが、対象者の状況に応じて開催回数を増やすことは構いません。

・支援内容の報告

支援対象者に対して期間内に行った支援内容については、自治体が別に定める様式により月毎に自治体へ報告するものとし、自治体はアウトリーチ事業評価検討委員会において評価及び検証を行います。

○ピアサポートの活用

精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めることとしています。

なお、ピアサポートの活用にあたっては、ピアサポート従事者に対して、活動内容、報酬、活動時間等の条件を明確にし、契約書等を取り交わすとともに、相談支援事業所等と連携を図り実施することとしています。

○精神科地域共生型拠点病院の公表

自治体は、地域移行を推進するため、管内の精神科医療機関で、以下に掲げる基準をすべて満たしている精神科医療機関を精神科地域共生型拠点病院として公表することができます。

- ・地域移行を推進する専門部署又は担当者が配置され、地域の障害福祉サービス等事業者等と十分に連携を図るなど、地域移行支援について積極的な取組を実施していること。
- ・精神科救急医療体制整備事業に参画していること。
- ・本事業に協力している実績があること。
- ・平均在院日数、長期入院患者率、在宅復帰率等を含め、病院の機能や診療実績に関する情報をホームページ等で具体的に公開していること。
- ・公開講座の開催等、地域住民に対する普及啓発を実施していること。
- ・自院の退院又は通院患者以外の者に対する訪問看護の実績があること。（併設の診療所、訪問看護ステーションとの連携により行うものを含む。）
- ・デイケアの利用者に対して、必要に応じ障害福祉サービス等事業者等と連携した支援を行う体制があること。

②精神障害関係従事者養成研修事業（都道府県任意事業）

精神障害者に対する支援に従事する者を対象とした研修を行うことにより、精神障害者の支援に従事する者の資質向上を図ることを目的としており、本事業の実施主体は都道府県となります。

ア 事業の概要

(ア) 精神障害者地域移行・地域生活支援関係者研修

精神障害者の適切な支援体制を確保する観点から、支援に従事する者を対象とした研修を実施することを目的とします。

<事業メニュー>

○研修企画委員会の設置

医師、看護師、精神保健福祉士等からなる研修企画委員会を設置し、カリキュラムなど研修内容にかかる企画・立案を行い、地域における実践例や先進地事例を取り上げる等により効果的な研修が実施できるよう努めることが必要です。

○研修の実施

・アウトリーチ関係者研修

研修受講者に対し、アウトリーチの基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

○精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修

研修受講者に対し、精神障害者に対する地域移行支援等の基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

○精神科訪問看護従事者研修

研修受講者に対し、精神科訪問看護の基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

③精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修会事業（都道府県任意事業）

精神障害者特性に応じ適切な支援がより一層行えるよう、障害福祉分野と介護分野の双方に精神障害者の特性に応じた適切な支援が提供できる従事者を養成することを目的としており、本事業の実施主体は都道府県及び指定都市となります。

【事業の概要】

①研修対象者の例

（障害分野）

障害福祉サービス等事業所等の職員、相談支援専門員、市町村の障害福祉担当課の担当者等

（介護分野）

介護保険サービス事業所等の職員、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の職員

②研修内容等

標準的なカリキュラムは表 48・49 となります。

③研修講師

精神障害者の特性や支援技術に関する知識を有し、研修を教授するのに適当な者

④研修テキストの例

- 精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修テキスト（公益社団法人日本精神保健福祉士協会作成。日本精神保健福祉士協会のホームページで公開。）

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20160331-01.html>

- 精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する講義・演習及び実践基礎研修（一般社団法人日本介護支援専門員協会作成。日本介護支援専門員協会のホームページで公開。）

<https://www.jcma.or.jp/?p=20669>

⑤修了証書の交付・管理

研修修了者に対して、修了証書を交付し、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等必要事項を記載した名簿を作成し、個人情報として十分な注意を払った上で、一元的に管理します。

図表 46：精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修カリキュラム

[1日目]

科目名	時間数	内容
講義	180分	
1 精神障害者の障害者の特性の総論的理解	40分	○ 精神障害者の定義 ○ 精神障害者の特性の理解
2 障害特性の理解と具体的な対応①	80分	○ 障害特性の理解及び具体的な支援方法（統合失調症・気分障害）
3 演習A（グループワーク）	60分	○ 障害特性の理解と想定 ○ 想定場面での対応方法及び援助技術①

[2日目]

科目名	時間数	内容
講義	360分	
4 当事者の想いを理解	60分	○ 精神障害者の理解
5 障害特性の理解と具体的な対応②	120分	○ 障害特性の理解及び具体的な支援の仕方（老齢期・依存症・発達障害）
6 演習B（グループワーク）	60分	○ 障害特性の理解と想定 ○ 想定場面での対応方法及び援助技術②
7 社会資源と連携、家族支援	60分	○ 関係機関との連携方法 ○ 精神障害を取り巻く社会資源の理解 ○ 家族支援の理解
8 演習C（グループワーク）	60分	○ 効果的な支援のための関係機関との連携方法

図表 47：精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する
講義・演習及び実践基礎研修カリキュラム

[1日目]

科目名	時間数	内容
講義	360分	
1 演習（グループワーク）	30分	○ 研修目標設定
2 精神保健福祉法、関連法令、 関連制度等の歴史的背景	60分	○ 精神保健医療福祉施策の変遷と動向の 理解
3 地域共生社会の実現と障害者 総合支援法の理解	60分	○ 地域共生社会の理念の理解 ○ 障害保健福祉施策とその関連制度の理解
4 精神疾患の理解	90分	○ 精神疾患の理解 ○ 精神保健医療福祉分野の相談支援機関の 理解
5 精神疾患、精神障害の特性と 支援方法の理解	90分	○ 症状に合わせた支援方法の習得 ○ 接遇やコミュニケーション技法など技術 の習得 ○ 多職種連携の具体的事例の理解
6 演習（グループワーク）	30分	○ 研修振り返り及び意見交換

[2日目]

科目名	時間数	内容
講義	120分	
7 演習（事例検討）	90分	○ 精神障害者の地域移行支援等事例の検討
8 演習（グループワーク）	30分	○ 研修振り返り及び意見交換

追加して実施することが望ましい研修カリキュラム

科目名	時間数	内容
講義	210分	
1 実践実習	180分	○ 実習機関による精神障害者の支援実践 実習
2 演習（グループワーク）	30分	○ 実践実習振り返り及び意見交換

【地域生活支援促進事業】

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（都道府県任意事業）

精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、本事業を実施する圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者及び自治体における担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下「地域包括ケアシステム」という。）の構築に資する取組を推進することを目的としており、本事業の実施主体は都道府県、指定都市、保健所設置市及び特別区となります。

＜事業メニュー＞

○保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置

本事業を実施する圏域において、「保健・医療・福祉関係者による協議の場」（以下「協議の場」という。）を設置することが必須となっていますが、自立支援協議会の専門部会等の既存の協議会を協議の場として位置づけることでも差し支えありません。開催頻度については、都道府県等の実情に応じて決定し、事業内容の評価や地域包括ケアシステムの構築状況の評価ができるように、協議の場の運営を行います。

○普及啓発に係る事業

各地域におけるシンポジウムやフォーラムの開催など普及啓発事業の実施により、精神障害に対する地域住民の理解を深めます。

○精神障害者の家族支援に係る事業

精神障害者の家族が地域包括ケアシステムに対する理解を深めるとともに、家族が安心して、精神障害者本人に対する支援ができるよう、家族支援を行います。

○精神障害者の住まいの確保支援に係る事業

居住支援協議会の積極的な活用及び連携等により、精神障害者の住まいの確保支援の体制整備を行います。

○ピアサポートの活用に係る事業

精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点からピアサポーターを養成し、ピアサポーターが活躍する場の創出・拡大について検討する等により、ピアサポートの活用を推進するための体制整備を行います。

○アウトリーチ支援に係る事業

精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援（以下「アウトリーチ支援」という。）を行い、支援対象者及びその家族等（以下「対象者」という。）の状態等に

応じて、必要な支援が適切に提供される体制の整備を行います。また、本事業は、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ります。

なお、実施にあたっては、実施主体においてアウトリーチ支援の実施が有効であると判断した対象者に対して行うことができます。

○措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業

措置入院者等の退院後の医療等の継続支援が実施できるように、制度の周知や人材育成などの必要な取組を実施します。

○構築推進サポーターの活用に係る事業

自治体等関係機関が退院前の精神障害者や退院後の精神障害者の支援を行うに際し、構築推進サポーター（※）を活用します。

- （※）・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業に参加する都道府県、指定都市及び特別区が推薦し、国で任命する都道府県等密着アドバイザー
- ・精神保健福祉士またはこれと同等程度の知識を有する者のうち、地域包括ケアシステムの構築に必要な体制整備の総合調整能力を有する者として自治体が選定した者（地域援助事業者等）

○精神医療相談に係る事業

休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神医療相談窓口の機能を設けます。相談窓口は、原則 24 時間 365 日体制をとることとし、休日、夜間は確実に対応できるものとしします。

また、相談窓口は、管内の行政機関や医療機関等を通じて広報するものとし、内科、小児科等の休日・夜間診療案内等と併せて行うなど、精神障害者及び家族等が十分に活用できるよう効果的な周知を行います。

○医療連携体制の構築に係る事業

難治性患者等の治療を実施するために、精神科医療機関と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築します。

○精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業

精神科医療機関、障害福祉サービス等事業所、介護保険サービス事業所等の職員に対し、精神障害者の地域移行・地域定着に関する保健・医療・福祉の相互理解を促進するため、地域の関係者と協働し、研修を実施します。

○入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業

精神科医療機関等に入院中の患者を対象に、包括的な相談支援の実施等、地域生活支援に係る取組を行います。

○地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業

地域包括ケアシステムの構築状況の実態把握を行います。

具体的な方法例として、ReMHRAD（リムラッド）（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）や精神保健福祉資料等の既存データの活用、アンケート調査や関係団体等へのヒアリング、精神障害者や家族等のニーズの把握による現状分析及び事業の評価等があります。

○その他

上記に掲げる事業のほか、地域包括ケアシステムの構築に資する事業を実施することができます。

第4章

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの 構築に向けた活動

1 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」における各事業の実施例

ここでは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」における事業について、それぞれの内容等について解説します。あくまで当該事業に該当する内容について解説をしておりますので、これらの事業のみで「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築がなされることを意味するものではありません。

(1) 普及啓発に係る事業

事例テーマ（事業名）

千葉県精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業

自治体名（圏域名）	千葉県千葉市	人口	980,219人（令和2年1月時点）	
精神科医療機関の数	病院	9ヶ所	診療所	46ヶ所

Key Word		
専門分科会	多機関による支援チーム	若年層への普及啓発
アピールポイント		
・医療、福祉等各関係機関の担当者と行政（精神保健福祉課）の「顔の見える関係」が築かれている。		
・検討・審議が中心の連携会議と、実働中心の分科会（3つの隊）に分かれ、会議の2層化を図った。		

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …千葉県精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業連携会議
- ・事務局
 - …千葉県保健福祉局高齢障害部精神保健福祉課
- ・参加機関
 - …行政機関他部署（高齢・障害）、医療機関、事業所、当事者、家族会、法曹関係者など

○解決が必要な地域課題

- ・病院や事業所間で、地域移行支援に係る意識の温度差は低減されているものの依然見受けられる。
- ・地域住民の理解及び関心の喚起がなかなか進まない。
- ・ピアサポーターの養成や、雇用の実現に向けた取組が必要である。

○支援体制上の課題

自立支援協議会と当該協議会との連携体制の構築

○取組内容（事業の内容）

3つの専門分科会に分かれ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

- ①長期入院中の患者の地域移行に取り組む隊【進め隊】
- ②広報啓発活動に取り組む隊【広め隊】
- ③ピアサポーターに関する活動に取り組む隊【深め隊】

○体制づくりの工夫・内容

各取組とも、前年度の反省点を踏まえ、工夫しながら取り組んでいる。

進め隊：相談支援事業所、訪問看護、地域包括支援センター、行政機関等による支援チームを結成し、市内4病院の対象者からニーズを聞き取り、日中活動や宿泊型施設の体験等のプログラムを実施した。

広め隊：病院、相談支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護、家族会、当事者、行政等で、広報啓発チーム（広め隊）を結成し、市内の各公民館と共催で住民向け研修会を開催した。

また、市内小・中・高および大学と連携して、若年層への理解促進を図るためのプロジェクトを展開している。

深め隊：ピアサポーター交流会や、養成講座を視野に入れたプレ研修会を実施した。代表的な活用モデルをひとつ確立し、他にも拡大・応用を図っていくこととしている。

(2) 精神障害者の家族支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

家族支援

自治体名（圏域名）	千葉県船橋圏域（市町村数1ヵ所）	人口	633,263人（2018年4月時点）	
精神科医療機関の数	病院	3ヶ所	診療所	28ヶ所

Key Word
家族会との連携 ピアサポーターの活用 相互理解

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …船橋圏域地域包括ケアシステム構築推進協議会（圏域毎の協議の場）
- ・事務局
 - …船橋市地域活動支援センター
- ・参加機関
 - …医師会、医療機関、訪問看護、家族会、社会福祉協議会、基幹相談支援センター、障害者就業・生活支援センター、保健所、市、県、相談支援機関、就労移行支援事業所、就労継続支援B型事業所、住宅系支援事業所

【留意点】

千葉県における圏域毎の協議の場については、圏域毎に配置されたコーディネーターが所属する事業所等が事務局機能を担っている。

○解決が必要な地域課題

- ・都市型地域（地域のつながりの難しさ）における孤立化
- ・家族から障害を持つ当事者にどのように関わったらよいか学びたいとの希望があった。
（例：服薬の仕方や日中の過ごし方を聞いたり、当事者の率直な思いを聞きたい）

○支援体制上の課題

- ・家族会の高齢化と担い手の育成

○取組内容（事業の内容）

- ・保健所主催の家族向け学習会にピアサポーターを派遣した。
- ・市内の家族会とピアサポーターとの交流会を開催した。

○体制づくりの工夫・内容

- ・市内家族会と連携し事業を開催している。
- ・ピアサポーターを活用し、相互理解の場を設けている。

○取組による効果（事業の成果）

- ・ピアサポーターの体験談を家族が聞くことで障害理解を深めることが出来た。また、ピアサポーターも家族が抱える問題を知る場ともなり、相互理解の機会となった。

○支援体制上の効果

- ・市内家族会と共同して取り組むことで互いの活動のPRとなり、会員の拡充などにつながる。

事例テーマ（事業名）

家族支援事業

自治体名（圏域名）	千葉県柏圏域（市町村数1カ所）	人口	420,229人（H31年3月時点）	
精神科医療機関の数	病院	2ヶ所	診療所	13ヶ所

Key Word	
交流の場	文化祭
アピールポイント	
	<ul style="list-style-type: none">・初めての家族会の開催であったが、19組21名の参加があった。・文化祭と家族会を合同開催したことで、たくさんの家族にご参加を頂いた。・家族の方に、本人の事業所での様子や活動内容等を実際に見て頂くことができた。

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …地域移行支援協議会 実務者会議
- ・事務局
 - …相談事業所
- ・参加機関
 - …市障害福祉課、市生活支援課、保健所、相談事業所、精神科病院

○解決が必要な地域課題

家族同士の交流の場がない。

○支援体制上の課題

家族同士の交流が持てるように配慮する。

○取組内容（事業の内容）

- ①家族会を開催した。
- ②事業所の文化祭に家族を招待し、文化祭終了後に家族と本人を交えた交流会を実施した。

○体制づくりの工夫・内容

- ①「茶話会」という名称を用いた交流の場を設け、家族同士が悩みを共有できるようにした。
- ②・家族が参加しやすい雰囲気を作るため、事業所が行う文化祭に招待し、当事者と家族が共に文化祭を楽しみつつ、家族同士の交流もできるよう工夫した。
 - ・家族が本人の日頃の様子を知ることができる機会になるように、文化祭に招待した。

○取組による効果（事業の成果）

- ①それぞれの段階における障害に対する受け止め、接し方、将来への不安などを話すことで、悩みや思いの共有を図ることができ、ご家族の不安の軽減に繋がった。
- ②家族同士の交流の場となり、同じ悩みを持つ家族同士の繋がりを作ることができた。

事例テーマ（事業名）

精神障害者の家族支援に係る事業

自治体名（圏域名）	千葉県海匝圏域（市町村数3カ所）	人口	161,753人（令和2年1月時点）	
精神科医療機関の数	病院	4ヶ所	診療所	2ヶ所

Key Word
家族教室 ピアサポーター

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進会議
- ・事務局
 - …地域生活支援センター
- ・参加機関
 - …精神科病院（4カ所）、精神科診療所、相談支援事業所、NPO法人、基幹相談支援センター、保健所、ピアサポーター、県、市（3市）

○解決が必要な地域課題

家族は当事者との関わりについて悩まれている。

○支援体制上の課題

家族は、悩みをなかなか相談出来ず、家族だけで解決しようとしてしまう。

○取組内容（事業の内容）

家族教室「精神障害者の家族のコミュニケーションスキルアップ」を開催し、NPO 法人の理事長でもあり、家族として家族会との関わりを持っている方と 2 名のピアサポーターに講師を依頼した。

ピアサポーターは今までの経験と、今はこのような取組を行っている当事者としての話を伝えていた。自分で作詞作曲した歌など参加者に披露していた。

また参加型で家族から講師に直接困ったことやアドバイスを聞くことができた。

○取組による効果（事業の成果）

家族が安心して支援ができる知識を深めることができた。

○支援体制上の効果

支援者側が、家族教室の開催を通じ、どのようなことに困っているかを直接把握することができ、講師から支援上のアドバイスを受けられることで、支援の強化に繋がっている。

(3) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

静岡県志太榛原圏域における住宅確保施策の展開

自治体名（圏域名）	静岡県志太榛原圏域 （市町村数 6 か所）	人口	人口 454,553 人（平成 31 年 4 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	2 ヶ所	診療所	9 ヶ所

Key Word	
協議の場の連続性	住宅と福祉の関係者の協働 共通言語を探る
アピールポイント	
・連携に向けた取組を地道に推進することで、住宅関係者と福祉関係者の関係性が醸成されていた。 ・今回の取組を他圏域と共有することで、志太榛原圏域の「住宅あっせんのしくみ」を宅建協会と連携して実施する他の圏域が現れた。	

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
…志太榛原地域自立支援推進会議（圏域自立支援協議会）地域移行・地域定着支援専門部会
- ・事務局
…静岡県中部健康福祉センター

※住宅斡旋の仕組みをまとめたパンフレット作成とその普及に関する取組をもって、平成 28 年度に住宅確保 WG は終了。その後は、仕組みを元にした住宅確保の実績や課題について、事務局により宅建協会中部支部との意見交換を行っている。

○解決が必要な地域課題

- ・病気や障害に対する差別や偏見、収入等の問題で入居を断られるケースがあった。
- ・住宅確保が円滑に行われない（退院先が確保されない）ことで、入院期間が延びる傾向があった。

○支援体制上の課題

精神障害者の住宅確保における関係機関とのネットワークが固定化している。

○取組内容（事業の内容）

- 平成 19 年頃から実施していた地域移行支援事業において住宅確保に係る検討が開始され、平成 22 年度に志太榛原圏域が住宅確保のモデル圏域に選定されたことから、協議の場の構成員・県担当課・保健所が、宅建協会しだはい支所に声掛けし、本格的な検討が開始された。
- 平成 23 年度に志太榛原圏域の宅建協会と協議の場のメンバーで研修会を実施し、その後自立支援協議会に取組が移管され、宅建協会と協議を重ねて住宅提供事業者向けに、障害のある方に対する住宅斡旋の仕組み理解の促進を目的としたポスター・リーフレットを作成。
- 平成 29 年度には賃貸住宅入居促進支援事業（障害のある人への心づかい推進事業）として、静岡県が主催（委託先：静岡県精神保健福祉士協会、協力（公社）静岡県宅地建物取引業協会）し、賃貸住宅入居促進支援研修会を実施し、約 270 人が参加。

○体制づくりの工夫・内容

- 住宅関係者と福祉関係者との共通言語を探りながら関係性を深めてきた。
- 常に接点を見出しながら、目指す目標を定め、取組を推進してきた。
- 取組を進めるなかで、住宅関係者と福祉関係者のお互いの立場の理解が深められた。

○取組による効果（事業の成果）

- 住宅斡旋の仕組みやリーフレットを作成できた。
- 相談に応じていただける、または新たに提供していただける不動産業者が現れた。

○支援体制上の効果

- 令和元年度より、県協議会地域移行部会委員に宅建協会からの参画をいただいた。
- 居住支援協議会に静岡県精神保健福祉士協会が参画することにつながった。

(4) ピアサポートの活用に係る事業

事例テーマ（事業名）

ピアサポーターの活用（精神障がい者地域移行支援事業）

自治体名（圏域名）	宮崎県	人口	107.3万人（2019年6月時点）	
精神科医療機関の数	病院	26ヶ所	診療所	27ヶ所

Key Word	
ピアサポーター活動の場	ピアサポーター同士の交流
アピールポイント	
協議の場にピアサポーターがいることで、県全体のピアサポーターの取組状況を把握することができる。また、地域包括ケアシステム構築に向け、当事者の主体の、多職種協働による取組が促進される。	

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …宮崎県障がい者自立支援協議会精神障がい者部会
- ・事務局
 - …宮崎県障がい福祉課
- ・参加機関
 - …精神科病院協会、保健所長会、精神科看護協会、相談支援事業所連絡協議会、県立看護大学、社会就労センター協議会、精神保健福祉士協会、作業療法士会、精神福祉連合会（家族会）、精神保健福祉センター、市保健所、市町村福祉課

○解決が必要な地域課題

- ・地域移行支援の利用者（個別給付の支給決定数）が少なく、また圏域ごとに差がある。
- ・精神障がい者に対する地域住民の理解が十分でなく、普及啓発の機会も少ない。
- ・ピアサポーターの定義があいまいであり、養成をしても活動の場が少ない。

○支援体制上の課題

- ・各保健所圏域に地域移行支援協議会が設置されているが、取組内容に差があり、圏域によっては地域移行支援を利用する者がいないところがある。
- ・ピアサポーターの雇用実績が少なく、地域や事業所ごとに質の違いがあり、人材が不足している。

○取組内容（事業の内容）

全ての地域活動支援センターⅠ型（9ヶ所）に委託し、以下のような活動の場を設けた。

ー普及啓発活動におけるピアサポーターによる体験発表

地域住民向けの勉強会、家族会勉強会、地区社協、民生委員勉強会、大学、専門学校の講義等

ー長期入院患者との茶話会、交流会

ーⅠ型ピアサポーター同士の活動報告会及び、意見交流会

○体制づくりの工夫・内容

- ・保健所圏域ごとに設置している地域移行支援協議会の活動と連動させ、地域移行支援を推進するために、ピアサポーターの活用の有効性を共有している。

○取組による効果（事業の成果）

- ・茶話会に参加していた長期入院者が退院へとつながった。
- ・地域住民の精神障がいへの理解促進につながった。
- ・ピアサポーター同士の交流により質の向上と活動内容の充実に繋がった。

○支援体制上の効果

- ・ピアサポーターが地域自立支援協議会の委員として参画するようになった。

(5) アウトリーチ支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

こころサポート事業

自治体名（圏域名）	広島県尾道市	人口	136,131人（令和元年12月時点）	
精神科医療機関の数	病院	1ヶ所	診療所	4ヶ所

Key Word	
ケースに応じたチーム編成 専門職ネットワークの活用 関係部署への支援	
アピールポイント	
	<ul style="list-style-type: none">・地域の専門職が手を携えることにより、地域の体制整備構築に繋がっている。・複数の専門職を新たに雇用する仕組みではないため、費用対効果の面でのメリットがある。

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …事業担当者会議（保健事業担当課及び委託事業所相談員）
 - …ケア会議（ケース、家族、保健師、委託事業所相談員、支援関係機関）
 - …関係者ミーティング（講師、行政内関係部署、委託事業所相談員）
 - …自殺対策推進委員会（医師会、行政の関係部署、保健所、警察、消防、ハローワーク、民生児童委員、支援事業所、包括支援センター、くらしサポートセンター等）
- ・事務局
 - …尾道市健康推進課

○解決が必要な地域課題

- ・精神疾患が疑われるひきこもりの方と家族を支援する専門の医療機関が身近にない。
- ・山間部、島嶼部に精神科医療が不足しており、医療機関へのアクセスが難しく、往診体制も脆弱であること等から、治療に繋がったとしても医療中断しやすい。
- ・アルコールなど、アディクション治療を継続して行える医療機関が身近に存在しない。

○支援体制上の課題

- ・サービスや精神医療につながらない方への支援が届きにくい。対応する専門職が不明瞭である。
- ・従来の制度では、介入や継続支援が困難な事例が増加している。
- ・移送制度の運用において難しさがある。（制度と地域の現状とのギャップ等）

○取組内容（事業の内容）

住み慣れた地域での生活の維持・継続が困難な精神障害者（疑われる者も含む）に対し、医療・保健・福祉の包括的な支援を目指す。

目的：周囲との関係づくりや生活上の困難や生きづらさを抱えている人や周囲の方からの相談を受け、受診支援、医療の継続支援、定期的な見守り等、ケースに応じ必要とされる支援をチームで実施することにより、ご本人やご家族の健やかな生活を支えることを目的とする。

内容：保健師、精神保健福祉士を中核とし、ケースに応じてアウトリーチ支援チームを編成し、課題を一緒に考え、安心して生活できるように支援する。

- ・対象者及びご家族への訪問・相談対応
- ・電話による対応
- ・ケアマネジメント技法を用いた多職種チームによる支援
- ・関係機関との連絡調整及びケア会議の開催など

○体制づくりの工夫・内容

主にインテークを行うのは、保健師とソーシャルワーカー（精神保健福祉士）で、実際の支援に当たっては、ネットワークの強みを活かし地域の専門職の横の連携を活用している。

○取組による効果（事業の成果）

支援対象者 26 人中、受診に繋がった人が 3 人、医療中断が解消した人が 2 人。その他は、長年ひきこもっていた人が外部と接触を持ち、近隣への迷惑行為が減ったり、社会参加・就労に結びついたり、生活保護を受給し生活基盤整備につながったケース等もあり、徐々にではあるが成果が出ている。

具体的な事例

【アルコール依存の本人支援】

母からの依頼で地区担当保健師と支援を開始した。周囲からの促しもあり、治療意思の確認ができたので入院治療の同行を実施した。

【医療中断の方】

受診していた医療機関と地域の元保健師からの相談で、受診の同行を実施した。SW が対象者と顔馴染みだったということもありスムーズに受診が再開された。

【医療機関へのアクセスが困難等から継続受診が困難な方】

地区担当保健師からの依頼と本人から受診の同行への依頼があり、受診が再開された。

【離職後ひきこもるようになった方】

家族が本人からの攻撃的な言動に疲れ、自宅を離れることになった。その後、本人が近所の人に攻撃的な発言をするようになり、家族にメンタル面での支援を実施した。本人が入院となり、地域生活を見越して、支援チームによる、地域住民へ理解を促すための会議、家族機

能の再構築を目指した支援等を行った。治療効果があり退院され、地域への迷惑行為もなくなり（対象者に謝罪）、社会参加に向けて就労支援事業所の利用を検討している。

【約 20 年自室にひきこもっていた男性】

同居していた母と妹が、暴言・暴力に耐えかね本人と別居され、本人へのアプローチとともに家族への支援を開始した。本人への意思確認を行い、生活保護を申請し、単身生活が開始された。

【2次障害として精神疾患を発症した方】

包括支援センターからの相談ケースで、知的障害があり、2次障害として精神疾患を発症した。スーパーなどで大きな声を出すなどの迷惑行為があったが、家族の協力、受診同行を実施し服薬をすることにより症状が改善された。

その他、本人への直接支援は十分ではないが、家族支援に繋がったケースあり。

○支援体制上の効果

- 当該支援を通じて、地域（山間部、島嶼部）の特性や課題が明確になってきた。
- 障害者の支援に不慣れな包括支援センターの専門職の方へ、対応などについてのフォローを行い、精神障害の理解拡大へ繋がった。
- 高齢で精神疾患が疑われる方への支援について、高齢者福祉課より相談があり、今後の支援の見立てなどについて認識の共有化を図ることで、精神障害の理解拡大と支援体制の構築に繋がった。
- ところサポート事業の専門相談員による支援により、ケースを抱える関係部署の担当者が効果的に介入できている。（支援を継続してもあまり変化のないケースへ、異なる切り口による支援を実施することが増えた。）

(6) 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業

事例テーマ（事業名）

精神障がい者の地域移行に関する研修

自治体名（圏域名）	青森県津軽圏域 （市町村数 8 ヶ所）	人口	人口 291,178 人（2018 年 3 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	5 ヶ所	診療所	5 ヶ所
相談支援事業所の数	一般	12 ヶ所	特定	16 ヶ所

Key Word	
ファシリテーターの養成、各協議会の連動、コアメンバー	
アピールポイント	
各協議の場が連動し、事例検討を通じてスキルアップが図られ、地域移行支援への理解が深められた。	

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
…精神障がい者の地域移行支援検討チーム会議（以下「チーム会議」と言う。）
- ・事務局
…青森県弘前保健所
- ・参加機関
…精神科医療機関、一般相談支援事業所、市町村、弘前保健所

※また、弘前市地域自立支援協議会相談支援専門部会事例検討会（以下「事例検討会」と言う。）も活用している協議の場である。

○解決が必要な地域課題

- ・精神科領域で活動できる相談支援専門員が少なく、精神障害に対する理解が促進されていないため、地域移行支援を含めた相談支援が十分に進んでいない。
- ・ファシリテーションが不十分なため、効率的な事例検討が進まない状況である。
- ・相談支援専門員の多くが精神科病院の敷居が高いと感じ、苦手意識を強くもっている。

○支援体制上の課題

- ・相談支援専門員の精神科病院に対する苦手意識が克服され、医療と協働して支援が進められる関係づくりを行う必要がある。

- ・保健・医療・福祉関係者が互いを理解し合う仕組みが必要であり、理解促進に資するツール開発とファシリテーター養成を行う必要がある。

○取組内容（事業の内容）

- ・平成 24 年度に事例検討会を設置、相談支援事業所が既に使っていた事例検討ツールを検討会で取り入れて、ファシリテーターを担える相談支援専門員を養成してきている。
- ・保健所圏域での広域調整会議、関係機関が参加するチーム会議、事例検討会を連動させた地域づくりを行っており、各会議の連動性担保のため、ファシリテーターによる事例検討を実施している。

○体制づくりの工夫・内容

- ・地域で活動してきた精神保健福祉士と精神科病院勤務経験がある精神保健福祉士がコアメンバー（相談支援専門員）となり、医療機関と地域をつなぐ役割を担っている。
- ・事例検討会、チーム会議に共通するコアメンバーが参画することで連動性を担保している。
- ・自立支援協議会相談支援専門部会が中心となり障害者週間記念イベント（hug はぐ hoick!）を開催し、地域づくりを通じた相互の障がい者理解促進を図っている。

○取組による効果（事業の成果）

- ・事例検討の実施により、個別事例や地域、精神科病院等に対する理解が促進された。また、顔の見える関係性が構築され、会議を重ねることでファシリテーター能力が向上してきている。

○支援体制上の効果

- ・事例検討により各参加者が我が事として考え、地域移行支援への理解を深めることができる。
- ・ファシリテーターが、他の事業所の相談支援専門員と一緒に支援を進めることで、地域移行支援に対する理解が深まった。

(7) 入院中の精神障害者の地域移行に係る事業

事例テーマ（事業名）

浜田圏域自立支援ボランティア活用事業（地域移行・地域定着）

自治体名（圏域名）	島根県浜田保健所浜田圏域 （市町村数2ヶ所）	人口	78,241人（令和元年10月時点）	
精神科医療機関の数	病院	1ヶ所	診療所	4ヶ所

Key Word	
自立支援ボランティア養成 有資格者 多様なニーズへの対応 普及啓発	
アピールポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉業務を経験した有資格者のボランティアにより専門性の高い支援が提供できている。 ・ボランティアが住民とのつなぎ役となり、理解者・支援者を増やすことができた。 	

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …浜田圏域精神障がい者地域生活移行・地域定着支援会議
- ・事務局
 - …島根県浜田保健所
- ・参加機関
 - …医療機関、相談支援事業所、障がい福祉等サービス事業所、当事者会、家族会、ボランティア団体、社会福祉協議会、市町村

○解決が必要な地域課題

精神障がい者の地域移行及び地域定着の推進

○支援体制上の課題

- ・身近な支援者となる地域住民に対する理解促進及び啓発
- ・精神障がい者の希望する生活を実現するための、既存の制度やサービスでは埋められない、多様なニーズへ対応できる支援体制の整備

○取組内容（事業の内容）

- ・目的：精神障がい者の生活や社会参加を支援する体制を整える
 - ・内容：①自立支援ボランティアを養成、登録（登録後、フォローアップ研修会や連絡会も開催）
②自立支援ボランティアが、精神科病院の入院者及び外来通院をしながら生活している方を対象に、面接技法を用いて本人の希望に応じた支援等を実施
- ※②については相談支援事業所に業務を委託した。

○体制づくりの工夫・内容

- ・養成対象者は精神保健福祉業務を経験した看護師等の有資格者とした（※実際は退職者）
- ・精神障がい者の支援を多く受け持つ相談支援事業所に業務委託することで、総体的に把握された対象者の状態やニーズを踏まえて、より適切な支援が提供できる体制にした。

○取組による効果（事業の成果）

- ・本人の希望に添った柔軟な支援を提供することで、通院の継続や就労への意欲促進等、精神障がい者の地域移行・地域定着が促進された。

○支援体制上の効果

有資格者である住民を対象に自立支援ボランティアを養成することで、

- ①病院外での生活が困難と思われる対象者を、自宅生活に結びつけることができた。
- ②身近な地域住民に対して、対象者の理解促進に向けた接し方等の助言や、行動の理解につながる説明をしてもらう等、ボランティアに地域住民とのつなぎ役を担ってもらえたことで、地域に理解者・支援者を増やすことができた。

(8) 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業

事例テーマ（事業名）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムチェックリストの活用

自治体名（圏域名）	三重県	人口	1,782,190 人（平成 31 年 4 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	18 ヶ所	診療所	50 ヶ所

Key Word	
チェックリストの活用 圏域間の情報交換 人材育成	
アピールポイント	
	・チェックリストの活用で、圏域・市町村単位の議論が具体化された。 ・チェックリスト作成過程を通じて、各圏域での PDCA サイクルが展開された。

○活用している協議の場

- ・活用している協議の場
 - …三重県精神障がい者地域移行・地域定着推進連絡会（以下「連絡会」と言う）
- ・事務局
 - …三重県医療保健部健康づくり課精神保健福祉班（精神保健福祉主管課）
- ・参加機関
 - …各圏域地域自立支援協議会精神保健福祉部会事務局（障がい者相談支援センター）
保健所（今年度は精神科医療機関・市町障がい福祉課）

○解決が必要な地域課題

構築に向けたイメージが出来ず、現状分析や課題抽出に困難が生じている圏域が複数認められる。

○支援体制上の課題

圏域で多機関が組織横断的に課題に取り組む体制を構築することに困難が生じている。

○取組内容（事業の内容）

- ・平成 30 年度連絡会において、目指すべき指標を示した「チェックリスト」を作成した。令和元年度は「チェックリスト」を用い各圏域のアセスメントを行い、ストレングスと課題を抽出した。
- ・地域関係者も参加する研修会を開催した。1 回目は、同じ圏域の参加者同士で自圏域の課題についてチェックリストをもとに検討し、研修会後も各圏域でチェックリストを活用したアセ

スメントを行った。2回目（5か月後）は、他圏域の参加者とグループワークを行い、圏域間の情報交換を実施した。

○体制づくりの工夫・内容

- ・漠然としたイメージをチェックリストの活用により「具体化」・「見える化」するように努めた。
- ・各圏域における構築を担う人材を育成する観点から研修会を開催した。
- ・他の圏域の工夫や苦勞等が共有できる場を設定した。

○取組による効果（事業の成果）

抽象的な議論に終始しがちな「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築であるが、チェックリストを活用することで具体的な議論につなげることができた。

○支援体制上の効果

指標に多分野・多機関連携の項目を入れたことで、高齢者福祉分野における包括ケアとの連携、児童福祉・地域福祉分野との連携を意識した事業展開を行う視点を強化することができた。

2 事例

本項では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組について、保健・医療・福祉各分野における実践事例を、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業のアドバイザー等より提供いただきましたので紹介します。

(1) 居住支援における連携促進及びツール開発が行われた事例

<個別ケースの概要>

A 県 H 市（中核市、人口約 40 万人）、市内の精神科病院に入院。O さん（30 代女性）。統合失調症。医療機関からの退院を希望するが、住居の貸し渋りにあってしまう。

精神症状は安定していることから、退院後は単身でのアパート生活を目標としており、就労意欲もあった。本人を中心とする体制のなか、医療と福祉の連携もとれていたが、住居探しがうまくいかず、退院及びその後の地域生活につながらなかった。

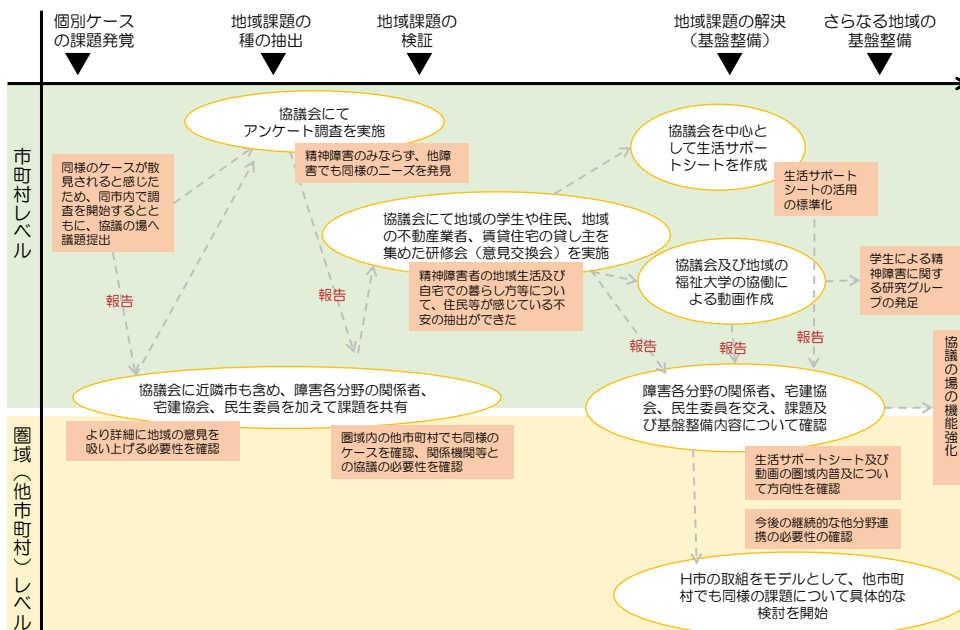
<地域課題及び基盤整備の要点>

- 精神障害を有する方等が住居の貸し渋りにあうという地域課題はあるものの、潜在化していた。
⇒類似課題を持つ他の個別ケースを調査することで地域課題を顕在化。
- 地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、あるいは近隣住民等が精神障害者の地域生活に対して漠然とした不安を感じていた。
⇒不安や心配事を抽出するための意見交換会を開催。
⇒「生活サポートシート」や精神障害者の地域生活をイメージするための動画を作成。

<基盤整備の成果・効果>

- 障害各分野の関係者のほか、宅建協会や民生委員等も協議の場に参画するようになった。
- 基盤整備を経て作成されたツール（「生活サポートシート」）が標準的に利用されるようになり、住居の貸し渋りが減少。
- 近隣住民等の精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）に対する理解が深まり、さまざまな運動が副次的に始まった。

<事例チャート>



①事例内容

<個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見>

H市において、統合失調症のOさん（30代女性）が、退院を希望するも、住居の貸し渋りにあってしまう事例が発生。

病状は安定し、医療・福祉の支援チームもあったため、単身生活を目指していたものの、住居が見つからず入院が続いていた。

本ケースについてはH市内でも他の類似ケースが見られたため、協議の場であるH市自立支援協議会（以下、「協議会」という。）が主導する形で市内アンケート調査（市内の地域援助事業者等へ類似のケースについての事例提供依頼）を実施し、実態把握を行った。

また、協議会に、近隣市も含め、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員を加えて同様の課題を持つケースの共有、地域課題の検討を行った。

<地域課題の検証>

個別ケースの共有、また、市内アンケート調査結果の報告を受け、協議会で精神障害者に対する居住支援に係る地域課題の検討を開始した。協議のなかで、これまでも住居の貸し渋りについては散見される課題ではあったものの、改めて多職種・多機関で共有することで、個別の課題ではなく地域の課題として対応していく意識が構成員間で醸成された。そのことから、既存の構成員のみならず、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等も加えたうえで、協議会で継続的な課題検討が必要であることが確認された。

その後、協議会で今後の対応策について検討。地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、あるいは近隣住民等から、より具体的な課題（心配事など）を吸い上げる必要があることを確認した。

課題の吸い上げに向けて、具体的に意見交換等を行うため、協議会が主体となり、H市内の学生や住民、住宅関係者を集めた研修会（意見交換会）を実施。精神障害者の地域生活がどのようなものかイメージできない（あるいは誤解がある）ことや、地域生活を行うなかで困りごとが起こった際の対応に不安があること、あるいは本人を取り巻く支援チームがわからないことによる不安などがあることが分かった。

<地域課題の解決（基盤整備）>

協議会が主体となり、研修会（意見交換会）で出された課題等を解決するための連絡ツールとして、「生活サポートシート」（本事例③「参考資料」参照）を作成。

協議会の構成員が、関係者間で共有すべきと考える項目を検討し、初案を作成。地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、住民等が不安を感じる事項として、「金銭管理（家賃納付）」、「火の取り扱い」、「食事・買い物」、「その他」、「トラブルや緊急時の対応について」を重要事項として書き記

<事例提供者コメント>
初案のサポートシートをたたき台として、実際に運用をしながら適宜内容の見直しを図っていきま

すほか、支援ネットワーク（支援者）を可視化できるよう様式にまとめた。

さらに、研修会に参加した学生が所属する大学と協議会が協働し、精神障害者の地域生活を行う様子をまとめた動画を作成。これを広く住民や地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主等に対する広報資料として使用することとした。

これらのツールは協議会を通じ、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等も含めて共有した。さらに生活サポートシート及び動画について、近隣市町村の自立支援協議会を通じて周知を図ることを決定した。この流れを受け、両ツールをそれぞれの市町村に合わせた形とするため、近隣市町村においても同様の住居の貸し渋りに係る課題を整理する動きが始まった。

また、今回の一連の課題抽出から基盤整備を経て、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の検討を行う協議会において、障害各分野や住宅支援等を含む他分野間での継続的な検討の必要性が共有され、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等の協議会への参画が継続されることとなった。

~Point~
協議の場の効果を実感したうえでの機能強化が図られており、実効性の担保につながると考えられます

<さらなる地域の基盤整備>

一連の基盤整備の結果、生活サポートシートが地域で標準的に活用されるようになり、障害者への住居の貸し渋りが減ったため、地域生活を実現できる人が増えた。

加えて、地域の不動産業者と医療、保健、福祉の関係者の顔がつながり、具体的な連携（新規の対象者のケース会議や物件の情報の共有など）がしやすくなったことが大きな成果として表れてきた。

思いがけない効果として、動画作成に関わった学生たちの間で精神障害を有する方等への関心が深まり、住居に関わる課題に限らず、精神障害者の歴史や、地域移行支援の現状、精神障害者の理解促進に関することを研究するグループができるなど、活動の幅が広がったことがあげられる。

②基盤整備のポイント

<必要に応じた会議参加者の選定>

協議の場には主に都道府県レベル・圏域レベル・市町村レベルなどの開催範囲の違いがある。それぞれの協議の場の目的や機能を確認しながら、あるいはその都度の議題にも留意しながら、参加者等を選定することが重要である。

本事例におけるH市の協議の場（協議会）においては、従前は精神保健医療福祉の関係者（関係機関等の代表者レベル）が集まり協議を行っていたが、「居住支援」や「住居の貸し渋り」という議題に対応するため、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員をオブザーバーとして加えるといった参加者の追加を行っている。

本事例においては、最終的にオブザーバー参加していた方々が協議の場の正式な参加者として継続的に参画いただくことになったが、ここで重要なポイントは、最初から参画者として迎え入れたわけではないことである。

どのような課題を、どういったプロセスで解決するか、オブザーバーとして経験していくなかで、継続的な議論の必要性を感じてもらおう（あるいは参加者全員で共有）ステップを経ることで、その後の議論にも積極的な参加が望めるようにしている点がポイントのひとつにあげられる。

<事例提供者コメント>
最初はオブザーバーの方々も、会議の空気感をみながらの参加でしたが、会を重ねることに積極的にご発言をいただけるようになっていきました。

<解決策の適切な普及展開>

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たっては、1つの協議の場だけですべての事項を検討することは難しいと考えられる。

本事例でいえば、協議会に近隣市を含む関係者を招くことで圏域への波及効果が得られたと考えられるが、そのほかにも、地域においてシステム構築を担う事業や会議体、取組は多くあるものである。

さまざまな会議体や取組により得られた成果（あるいは課題）について、本事例のように圏域内の市町村への展開を行うことや、会議体同士の連携を図ることなど、さまざまな活動との相互協力体制を整えることが重要である。

個別ケースの課題解決や地域の基盤整備として取り組んだ事柄について、担当者のみで終わらせてしまうのではなく、地域の関係者に対して広く展開していくことで、H市においても生活サポートシートが標準的に使用されるようになり、関係者間の連携の強化にもつながるなどの効果が発揮されている。

<課題解決に当たって専門職のみならず地域の力も活用>

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するうえでは、専門職間の連携等が重要になることはもちろんのこと、住民や学生、ボランティアなどをはじめとした、いわゆる地域の力を活用し、協働していくことが重要である。

H市は、地域課題解決に向けた具体的な意見を収集するため、地域の学生や住民、地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主との意見交換を行っただけではなく、これらの参加者と協働してその解決に向けた取組を実施した例である。

このような協働により、地域の方々にとっても地域課題を「自分ごと」として捉えられるようになるほか、副次的な効果へとつながっていくことが期待される。

<事例提供者コメント>
地域の不動産業者の方が精神障害を有する方等に対する賃貸物件の確保に熱心に取り組んでくれた結果、その会社が持つ別の市の事業所でも居住先の確保が進んでいます。

<開発したツール、実施した取組のブラッシュアップ>

地域課題解決に向けた取組について、それを行ったことで満足するのではなく、その効果を検証しながらより効果の高いものにしていくための視点が重要である。

本事例では、「生活サポートシート」を開発し、その運用をするなかで、実際に活用する相談支援事業所や地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主の意見を取り入れ、よりシンプルな項目としていくなどの内容の見直しを行っている。また全ての精神障害を有する方等に運用するのではなく、特に必要性が認められた者にのみ活用する視点の共有、担当者が活用の必要性の判断に当たって迷った場合は相談支援事業所等に相談するといった、活用の促進に向けた相談体制などを調整していった。

<事例提供者コメント>
全ての精神障害を有する方等に対してサポートシートを作っていくのは大変な手間がかかるということが、運用当初に問題となりました。

このように、PDCAサイクルを意識し、実際の動きのなかで顕在化した問題点や改善点に対して丁寧に対応していくことで、より実効性の伴う取組としていくことが求められる。

③参考資料 「生活サポートシート」

年 月 日 作成

〇〇 〇〇 氏の生活サポートシート

【基礎情報】

名前	〇〇 〇〇		年齢	
障害概要				
家族・親族①(続柄)	氏名	居住地		連絡先
家族・親族②(続柄)	氏名	居住地		連絡先
主治医	先生		(病院)	連絡先
主支援団体				連絡先

【重要事項の対応について】

事項	対応
金銭管理(家賃納付)	
火の取り扱い	
食事・買い物	
その他	
トラブルや緊急時の対応について	

【支援ネットワーク】

支援施設(例)	名称	概要(どんな支援をしているか)	担当者・連絡先
地域生活支援センター			
就労訓練施設			
〇〇市役所			
〇〇県事業団			
訪問看護			

※各関係機関が連携してご本人に関わっています。何かご心配なことがありましたら、ご相談下さい。

(2) 協議の場を活用し、多機関が協働して事業展開した事例

<L 圏域の取組概要>

平成 29 年度から、B 県（人口 100 万人未満）L 圏域をモデル地域として精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業に取り組み始め、協議の場を設置。平成 30 年度からは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業も始まり、そのために参集された各種専門職によるコアメンバー会議によって地域の課題を洗い出し、対応策と方針を定め多機関が協働して事業に取り組んでいる。

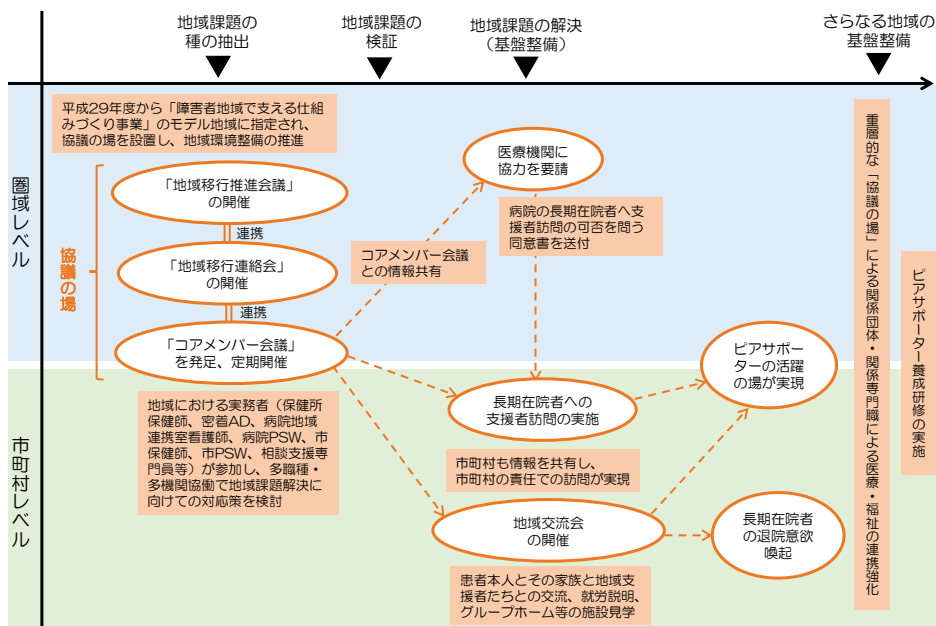
<地域課題及び基盤整備の要点>

- ・保健所圏域内の長期在院者について、具体的な情報把握ができておらず、訪問できない。
⇒病院の協力を得て、事前に本人の同意を確認の上、1 年以上の長期在院者を訪問。
- ・長期在院者の退院意欲の醸成が病院任せになっている。
⇒協議の場を活用し、地域の関係者全体で取り組むことを共有。
- ・長期在院者が退院後の生活で利用できる社会資源をイメージしづらい状況にある。
⇒長期在院者の交流会（多病院の患者同士での会食、地域支援者等との交流、施設見学等）を開催。

<地域整備の成果・効果>

- ・自治体（市町村）及び関係機関間の理解と連携が醸成・強化された。
- ・顔を合わせての困難事例解決の積み上げにより地域のケアマネジメント力が向上した。
- ・長期在院者及びその家族等を対象に障害福祉サービス等の見学や体験をしてもらう地域交流会にて、精神障害者の地域生活をみることで、家族等の退院に対する理解が向上した。
- ・地域交流会の実施により在院患者の退院意欲が喚起された（退院に対する自信の獲得）。

<事例チャート>



①事例内容

<当該モデル地域における取り組みの経緯>

L 圏域では、以前より地域移行推進会議（代表者会議）、地域移行連絡会（実務者会議）などの協議の場が設置され、長期在院者への退院促進に向けた取組実施等の前例はあった。

平成 29 年度からは、L 圏域を「障害者を地域で支える仕組みづくり事業」のモデル地域として位置づけ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業に取り組み始めていた。

さらに、平成 30 年度からは、上記事業と並行して精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業にも参加し、取組を加速させる。同支援事業実施のために参集されたコアメンバー（保健所保健師、密着アドバイザー（構築推進サポーター）、病院地域連携室看護師、病院 PSW、市保健師、市 PSW、相談支援専門員等）による会議（地域移行・地域定着に係る関係機関協議（以下、「コアメンバー会議」という。）において、地域の課題を洗い出し、対応策と方針を定め、多職種・多機関が協働して事業に取り組んでいる。（表 1）

<事例提供者コメント>

L 圏域では平成 15 年度より「長期在院患者退院促進モデル事業」を実施しています。

～Point～

地域における精神障害を有する方等への支援を推進する基盤が既に進んでいることが強みと言えます。

<事例提供者コメント>

長年の実績で医療機関と地域の支援者との顔の見える関係性が構築されていたため、速やかな招集が可能でした。

表 1 L 圏域の協議の場の体制

会議名	内 容	開催回数
地域移行・地域定着に係る関係機関協議（コアメンバー会議）（H29年度～）	地域の実情に精通する者で組織し、地域移行の方向性について協議する。	4 回／年
地域移行連絡会（H16年度～）	医療機関、福祉関係機関、行政機関の実務者で組織し、社会資源の活用と関係機関の連携について協議する。	2 回／年
地域移行推進会議（H16年度～）	医療機関、福祉関係機関、行政機関の代表者で組織し、必要な社会資源、支援体制について協議する。	1 回／年

～Point～

地域課題の抽出・検証、共有を効果的に実施するためには、重層的な体制を構築することが効果的です。

<地域課題の種の発見>

これら事業の共通目的は、「1 年以上の在院患者の地域移行を推進する。短期間で入退院を繰り返す方の地域定着を目指す」こと。そのためには、精神保健医療福祉の関係者の連携を前提としつつ、病院への訪問等を行うボランティア（地域移行推進員）やピアサポーターの効果的な活動も大切である。こうした取組等を含め、圏域の精神保健医療福祉の推進方策について実務者レベルで推進・協議する場として、コアメンバー会議を 2～3 カ月に 1 回、定例で開催している。地域課題の抽出や対応策の検討、具体的な事業の協働実施など、ここが本事業の PDCA サイクルの実行機関となっている。

<事例提供者コメント>

地域移行推進員は、病棟への訪問等を通じて院内に地域の風を入れることを目的に、平成 18 年度より県が養成しています。

～Point～

現場を動かすためには、地域の実情に精通した専門職の力が必須で

コアメンバー会議では、設置・運営がされた平成 29 年度より、次のような課題が指摘された。

1 つは、保健所圏域内の 9 市町村において、630 調査（精神保健福祉資料）により長期在院者数の把握はできて、誰がどこの病院に入院しているかといった具体的な実態把握はできていないことである。そのため、市町村の実務者としては、病院訪問が実施できず、長期在院者に直接アプローチすることが難しい実情があった。

その背景として、長期在院者の退院意欲の醸成は精神科病院任せになっていることも課題として共有された。長期在院者は、入院生活が長くなってしまうことで、退院後の生活、地域で利用できる社会資源をイメージしにくくなっている。病院のワーカー等による情報提供は行われているものの、地域援助事業者等がそこに加わり、より具体的なイメージを持ってもらうためのサポート等を行う障害福祉サービス等関係者の体制が整っていなかった。また、長い入院期間中に社会が変化していることから、再び地域に戻ることに恐怖感を抱いていることも推測される。

また、もう一つの課題として、ピアサポーター養成研修も 8 年前から実施されていないことも挙げられた。令和 2 年度において、登録ピアサポーターは 5 名であり、活動は、圏域内の市町村における月 1 回のデイケア支援のみという状況となっている。

<事例提供者コメント>

このような精神科病院に頼り切りになっていることが地域課題であることが共有され、地域全体の責任として基盤整備に取り組む必要性が確認・共有できました。

<地域課題の解決（基盤整備・事業推進）>

コアメンバー会議等を通じて、地域課題の抽出・解決に向けた具体的な活動が提案され、退院が可能だと考えられる在院者への地域支援者訪問及び地域交流会の開催へとつながった。

（退院可能者への地域支援者訪問）

課題解決へ向けた具体的な取り組みとしては、病院との連携を前提とした地域支援者訪問が第一に挙げられる。

まず、事前準備として、ReMHRAD（地域精神保健福祉資源分析データベース）などを活用し、長期在院者の実態を検証した結果、圏域内の市町村在住者で 1 年以上の長期在院者のほとんどが圏域内の病院に入院していることが判明した。圏域外では、隣接する圏域にある病院に入院する数名のみだった。

次に、コアメンバー会議で、1 年以上の長期在院者に市町村担当者や相談支援専門員との面会の実施について同意を得る文書を作成し、病院への協力を仰いだ。各病院の協力によりリストアップされた方々が入院前に在住していた自治体も、圏域 9 自治体のうち 6 自治体であり、上記の ReMHRAD による検証結果と合致した。

その後、病院の協力を得て本人に訪問の確認をとり、同意いただけた方を

対象として地域支援者（市町村担当者および相談支援専門員）が訪問し、面会を実施した。この病院の協力については、訪問の趣旨や支援内容を丁寧に説明する等手続きに時間を要すところもあったため、初年度は試行期間として、訪問の協力を得た病院から速やかに開始した（表 2）。

表 2 長期在院者への地域支援者訪問とその成果

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
対象者	15 人	23 人	23 人
退院	4 人	0 人	3 人

※令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により新規選出できず前年度継続

訪問については、上記 3 年間で延べ 200 回近く実施した。一方、訪問できないケースもあり、その理由としては、「病状悪化等」、「訪問前に高齢者施設へ退院」などが挙げられた。地域移行できた方については、自宅・アパートへの退院が 2 名、宿泊型自立訓練事業所が 2 名、グループホームが 1 名であった。

また、実施状況を分析したところ、本人に面会できなかった場合でも、市町村担当者と医療機関で情報交換が行われたり、家族への訪問などが実施されたりしており、退院に向けた環境調整は行われていたことがわかった。訪問のみにとどまらず、施設見学の同行、ケア会議への参加、退院後の訪問まで、市町村担当者の幅広い支援が行われていた。

<事例提供者コメント>

本事業の目的は、圏域の実情に合った、より効果的な取り組みを実施することでした。

（地域交流会の開催）

地域は安全で楽しいところだということを知ってもらうためにも、まずは長期在院者に外出する機会を設けようと、長期在院者交流会を開催。複数の病院に 1 年以上入院する長期在院者で病状が安定している方とご家族を対象に、それぞれの病院スタッフ同行のもとで交流会に参加した。その他の参加者は、保健所職員、市町村担当者、相談支援専門員、ピアサポーター、ボランティアなどであり、毎回、20 人以上の参加があった。

会の運営にあたっては、予めマニュアルを作成し、コアメンバー内の担当者を決定して行った。参加者にはスタンプカードが配られ、5 回参加した方にはプレゼントを渡すなどの工夫をした。病棟での告知からこの地域交流会の参加者募集ポスターを見て、何年も病院の外に出たことのない方が車イスで参加したケースもあった。

地域交流会では、就労継続支援事業所が運営するレストランにて、自分でメニューから選んでもらい食事をしたり、スーパーでお弁当を選んで買うといった体験をメインに、その他、施設見学なども実施した。毎回見学先を

~Point~

地域ボランティアを巻き込むことで、精神障害への理解を深めるというメリットもあります。

<事例提供者コメント>

マニュアルには店の選定・予約方法や、会の進行（タイムスケジュールの組み方など）を明記。担当者が交代してもスムーズに運営できるようにしました。

変え、デイケアや宿泊型自立訓練、グループホームなどを訪問した。また、参加したピアサポーターからは、自身の日常生活や、退院後の就労についての説明をしてもらうこともあった。

これまでの地域交流会の実施状況は以下の通り（表3）。

表3 地域交流会実施状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実施回数	3回	4回	—
のべ参加者数	71人	88人	—
うち長期在院者	16人	23人	—

※令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により未実施

～Point～

入院患者の家族は、患者が退院し、地域に戻ることを反対することもあります。ご家族にもこうした交流会に参加してもらい、地域の他の障害者の姿を見てもらうことで、退院に対する理解が得られます。

<さらなる地域の基盤整備>

今後も継続してこれらの取組を推進していくためにも、長期在院者が住民票を置く市町村には、「行政が責任をもって精神疾患による長期在院者が地域に戻れるよう尽力する」という意識を共有してもらうことを求めている。そのための第一歩として、手続きの相談や本人への面会のため、積極的に病院を訪問してもらうことが重要である。

さらに、地域におけるさまざまな協議の場を、実務者レベル（コアメンバー、事業所担当者）、代表者レベル（各組織の責任者）、行政レベルと重層的に実施し、その上で、協議の場で進める事業と自立支援協議会地域移行部会で行う事業は、きちんと役割分担をする必要がある。

また、ピアサポーターに関しては、地域交流会開始後、活動の機会は増えたものの、令和2年度前半は養成研修の実施が難しかった。しかしながら、体制を整え、令和2年度後半には、リモート方式による養成研修の実施を開始している。今後はフォローアップ研修の実施も考えているところである。地域交流会だけでなく、地域支援者訪問でも活躍するなど、活動の場を広げていくことを期待している。

～Point～

実務者レベルによる現場での取り組みがより効果を発揮するためにも、最終的には行政（市町村）レベルとの連携が必要不可欠です。

<事例提供者コメント>

令和2年度にピアサポーター養成研修が予算化され、実施が決まったところに、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、スタートが延期してしまいました。

～Point～

今後の新しい生活様式下では、WEBを活用した研修実施など、柔軟な発想が大切になります。

②事業推進のポイント

<課題抽出について話し合う機会と土壌の構築>

(協議の場の重層的な設計とPDCA サイクルに沿った運営)

地域基盤を整備する意義は、基盤整備を通じて課題を抱える本人がよりその人らしい生活を実現させることに寄与すること、あるいは、本人の生活を支援する支援者がより効果的かつ適切な支援を実践することができるようになることにある。

そのためには、実践の現場に即した課題解決がなされ、そしてその基盤整備が地域の共通理解の基に行われることが重要であり、協議の場等の設置に当たってもそのような意思決定がなされる構成になっていることが求められる。

本事例においては、コアメンバー会議を含めた実務者会議、代表者会議と、構成者の立場が異なる複数の「協議の場」を設置することで、視点が重層的になり、幅広く事業の理解を深めることができ、かつ実務者から代表者レベルまでが共通の認識をもって各取り組みを推進する土壌がより整備されている。

また、L 圏域における取組のPDCA の推進を担う役割はコアメンバー会議が果たしている点もポイントである。地域でさまざまな取り組みを実践している専門職から、医療機関、相談支援事業所、市町村担当者、自立支援協議会の担当者までバランスよく招集されたことで、密度の濃い実務的な議論を行うことができ、地域の課題抽出および対応策の具体的な検討に繋がった。

~Point~

現場で実働する関係者の声を反映し、施策展開を図るうえで、このような地域におけるコアメンバーでの共有・検討の場は、他地域にとっても、大いに参考となるでしょう。

(市町村に求められる役割の発揮)

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（令和3年3月18日）においても、市町村などの基礎自治体を基盤としてシステム構築を推進する必要性が明記されている。

市町村として、こうした取組を推進するために、地域の実情に応じて、どのような役割を、どういった姿勢で取り組むのか明確に発信するとともに、適切な取組の実施が求められる。

本事例の場合、コアメンバーに市町村担当者も参画しており、特に長期在院者の地域移行に向けた働きかけにおいて、市町村が関与したことは大きな成果であった。令和2年度において、L 圏域内では、リストアップされた長期在院者に対し、市町村による支援者訪問がほぼ全件実施されている。

（時間をかけて関係者間の顔の見える関係を構築）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するうえでは、どこか特定の機関等だけの取組に頼るのではなく、保健・医療・福祉、そして行政や地域住民等も一体となった取組が展開されることが求められる。

本事例においては、平成 15 年度から脈々と続く取組のなかで、少しずつ、しかし着実に協働の実績や成果などを積み上げてきたことで、医療機関と地域の支援者との顔の見える関係が醸成されてきており、こうした取組の重要性が明らかとなっている。

～Point～

関係者間の連携体制を構築するための特効薬は無く、地道かつ継続的な取組が必要です。

<参考：L 圏域のこれまでの取組>

■事業の経過

平成15年度 L圏域で長期在院者退院促進モデル事業を実施

～

- ・長期在院者の個別支援に取り組む

平成17年度

通常の支援では退院が困難な患者に対し、多職種多機関が協力して退院を促進

- ・精神保健ボランティアから「自立支援員」（後の地域移行推進員）を養成

平成18年度 精神障害者退院促進支援事業として全県で実施

平成19年度 強化事業推進プロジェクト会議発足

- ・医師、看護師、精神保健福祉士、各保健所、精神保健福祉センター、県庁主管課で構成
- ・人材育成と事業全体の底上げを目的とする。

平成24年度 個別支援が地域相談支援給付として一般制度化

- ・希望のあった精神科病院へ「個別給付説明会」開催

平成27年度～28年度 入院患者への地域移行支援の説明会

平成29年度 障がい者を地域で支える仕組みづくり事業(モデル事業)準備期

平成30年度～現在 障がい者を地域で支える仕組みづくり事業(モデル事業)

<長期在院者の退院意欲喚起>

入院患者の退院意欲を喚起する際、必要な情報の提供にとどまらず、体験の場なども併せて提供することで、退院後の地域生活により具体的なイメージを持っていただくことができる。

本事例では、長期在院者への訪問と並行して、外出の機会創出のための地域交流会を設けたことで、社会体験と施設見学ができ、地域生活をリアルに感じてもらったことが、患者本人の地域復帰への意欲喚起に有効であった。

(3) 医療機関から発信して医療と福祉の連携を促進した取組事例

<C 精神科病院における課題認識>

C 病院 T 看護師長の思いとして、以下のことがあった。

家族とも疎遠であり、患者自身の退院意欲もみられず、多様な課題を抱えながら高齢化していく長期在院者が入院している病棟に勤務している。院内の体制は、常にマンパワー不足の状態であり、地域の相談支援事業所との連携もうまく進んでいない。そのようななか、職員の職務に対するモチベーションも低下している。

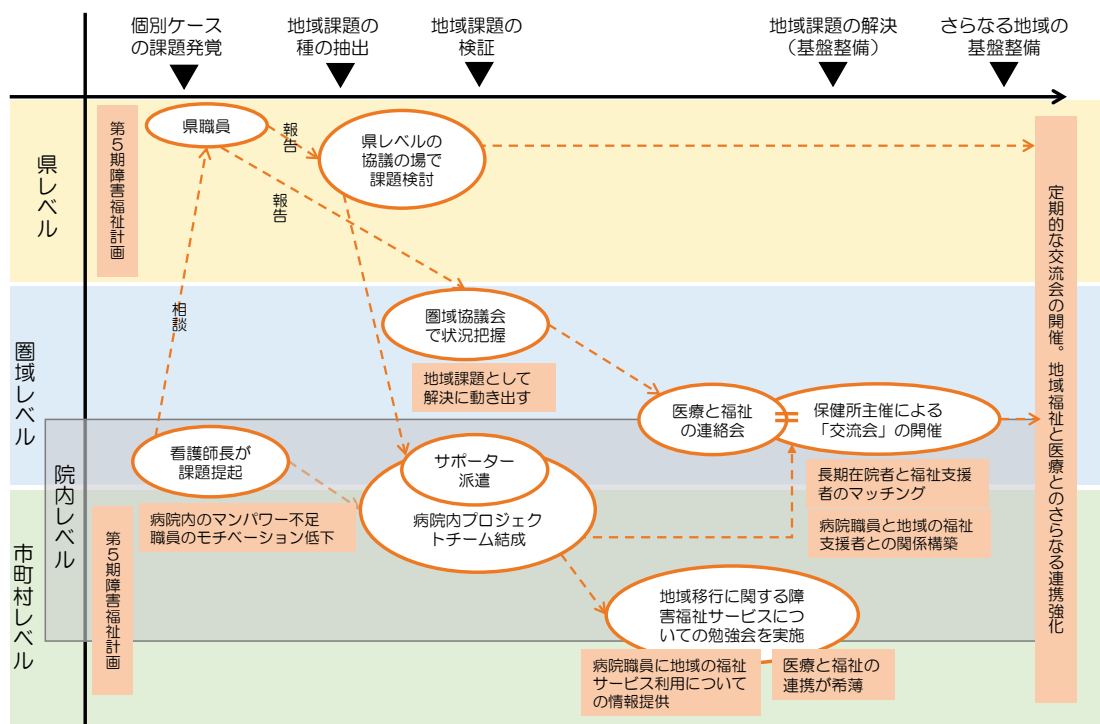
<地域課題及び基盤整備の要点>

- ・ 長期在院者を抱える病院職員のモチベーション低下。マンパワー不足。
 - ⇒ 改善活動に向けた院内多職種のプロジェクチームの結成。
 - ⇒ 県が養成した構築推進サポーターを C 精神科病院に派遣。
 - ⇒ 病院内で地域移行に関する障害福祉サービス等についての勉強会を実施。
- ・ 地域における医療と福祉の連携関係が構築されていない。
 - ⇒ 保健所主催による医療と福祉の連絡会を活用した交流会の実施。

<基盤整備の成果・効果>

- ・ 一医療機関の看護師長が声を上げた悩みや課題に端を発し、県レベルで地域課題の把握ができた。
- ・ 県から圏域、市町村へと情報伝達が進み、地域内の医療と福祉の連携が一步進んだ。
- ・ 病院と相談支援事業所とのパイプができたことで、長期在院者の退院につながった。

<事例チャート>



①事例内容

<C 精神科病院としての課題認識→地域課題の種の発見>

第5期障害福祉計画における成果目標として、「精神病床の1年以上入院患者数を2.8万人～3.9万人減」が掲げられるなか、C精神科病院に勤務するT看護師長は、自身の病院の現状について、以下のようなやりきれない思いを抱えていた。

多様な課題を抱えて入院が長期化した患者さんに対し、本人、その家族、職員の多くが“入院したままでも良いではないか”と考えており、退院に向けた取り組みに消極的である。そのため、少なくなっている退院を考える機会を増やすことが課題であるとの思いを抱いている。病院内に無力感が漂い、職員の職務に対するモチベーションも低下してしまっている。同時に、長期入院者の高齢化も問題となってきた。

T看護師長は、現場の責任者として、そうした課題を自覚しつつも、積極的に改善に向けての働きかけができておらず、結果的に放置しているようになっている病院内の状況こそが問題だと感じている。

「病院は治療をする。よくなったら退院する。退院のために必要な支援を検討し、関係者が協力し退院につなげていく。医療と福祉がしっかりと連携し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで、本来機能を発揮する地域の一病院になりたい」

<事例提供者コメント>

入院患者の高齢化に伴い、職員の支援負担が増加。それがモチベーションの低下や離職につながっており、残る職員の更なる負担増につながっていくという、負の連鎖が起こっており、病院長も課題として感じていました。

<事例提供者コメント>

T看護師長の中には、こうした理念に基づいたやりがいのある職場にしていかなければ、という想いが強くありました。

<地域課題の検証>

T看護師長は、院内の一部の病棟をモデルとして、医師・病棟看護師長・地域連携室兼病棟担当の精神保健福祉士・作業療法士・病棟及び外来の看護師などを集めた多職種のプロジェクチームを結成。院内の職場環境等の改善活動の実施に向けた検討を開始した。

並行して、かねてから交流のあった県の精神保健医療福祉の担当職員に相談。相談を受けた担当職員は、その後、県のレベルの協議の場及び圏域の協議会に本件の情報を伝達した。

その後、圏域の協議会においても、同様の課題について参加者から多くの意見が寄せられ、医療と福祉の連携がうまくいっていないために、病院からの地域移行がうまく進んでいない現状を、単なる一医療機関の課題ではなく、当該地域全体で認識すべき地域課題として共有することとした。

<事例提供者コメント>

T看護師長は院外研修等で積極的に人的ネットワークを形成しており、県の担当者もそのつながりで交流があったそうです。

<地域課題の解決（基盤整備）> （院内での勉強会の開催）

県レベルの協議の場での検討の結果、まずは令和2年度より県として取り組んでいた、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業にて養成した「構築推進サポーター」を当該病院に派遣することとした。

構築推進サポーター及び院内プロジェクトチームが中心となって、病院内で職員らの長期在院者の地域移行支援に対する意識の改革、モチベーションの向上を目的とした「地域移行に関する障害福祉サービス等についての勉強会」を実施した。

勉強会のなかで、障害福祉サービス等について理解を深めたうえで、地域移行支援を推進していくうえでの院内の課題整理を実施。院内スタッフからは地域の相談支援事業所等との連携が不足していることが課題として挙げられた。

（精神科病院及び相談支援事業所等の「交流会」の開催）

C病院で行った「勉強会」の成果及び抽出された課題は、圏域の協議会にも報告された。

圏域の協議会においても、医療と福祉の連携の促進については課題として認識されていたことから、当該圏域において保健所が主催して行っていた「医療と福祉の連絡会」の一環として、C病院内で精神科病院及び相談支援事業所等の「交流会」を開催することが提案された。協議の場としては、今後の医療・福祉の連携の推進に向けたモデル的な交流会として、またB病院としては院内で四半期ごとに行う大型レクリエーションの一環として実施するという位置づけで調整した。

参加者は、圏域内の精神科病院の長期在院者（同意が得られた方のみ）と病院職員、相談支援事業所の職員とした。

みんなで一緒にお菓子づくりをし、その後一緒に話しながら食べるという、茶話会スタイルをベースとして組み立てた。

交流会では、病院職員と相談支援事業所の関係構築もさることながら、長期在院者と相談支援事業所のマッチングも兼ねることとした。

結果、長期在院者のうち、4名が地域移行支援を活用して退院を目指すこととなった。

この取組によりモデル的に支援が開始された、具体的な個別事例は次の通りである。

■Uさん（50歳代男性）躁鬱病

同居している兄夫婦の奥さんに暴力をふるい、入院するも、退院が困難。1人暮らし開始の準備のために、相談支援事業所に入ってもらい、地域移行支援を利用し、退院に至る。

<事例提供者コメント>

県は、構築推進サポーターを育て、将来的には県内の各圏域の協議の場に派遣することを検討しており、そのモデル的な取組としてC精神科病院への職員派遣を行ってくれました。

<事例提供者コメント>

院内の長期在院者も参加していただき良かったので、全くの新しい取組として行うのではなく、いつもの催しの中に外の人たちがやってくる、という形で実施し、警戒感なく行えるよう配慮しました。

■Vさん（40歳代男性）統合失調症

長期在院者であり、本人に退院の希望はあるが、対応すべき課題が多く、時間をかけた準備及び支援が必要。

院外への興味はあり、買い物や散髪などの意欲はある。ただ、外出のための服がなかったため、職員の服を貸して外出を実施した。外出には、まずは本人希望を叶えるサポートを相談支援事業所が行ったところ、退院後の生活イメージの構築ができそうである。

■Wさん（40歳代女性）統合失調症

1人暮らし。妄想上の恋人と共に暮らしている。本人に病識がないため、急薬により入退院を繰り返している。退院後数ヵ月間は訪問看護を利用していたが、あるとき支援者を追い返してしまう。近所からは大声で怒鳴っているとの苦情も出ていた。このような問題行動が続いたことを機に、キーパーソンである弟に連れられ医療保護入院となった。退院に向けては、本人の地域生活の維持について、相談支援事業所にも参加してもらい、ケア会議を実施した。

その後、ゴミを出す練習を通して退院。退院後は、LAI（持続性注射剤）の投与を開始した。通院の必要があったが、本人は拒否。しかし、弟より連絡あり、病院よりアウトリーチチームが訪問し、通院を促した。「家に恋人を置いて病院へ行けない」と通院拒否が続いたため、丁寧な説明のもと本人同意を得たうえで、往診に切り替えLAI（持続性注射剤）の投与を実施した。馴染みのスタッフなら受け入れも悪くないが、病院スタッフがいつまでこの支援ができるのか疑問であり、他サービスで対応できないか模索中である。

<さらなる地域の基盤整備>

院内での勉強会や圏域での交流会については、その実践をモデル事例として県の協議の場が主催する県内市町村向けの研修会及び圏域の協議会に報告した。

協議会においても、これらの取組が地域の医療・福祉の連携促進に効果的であることが認められ、今後も同様の取組を推進していくことが共有されたところである。

C病院においても、これらの取組により、モデル病棟のスタッフのなかで仕事にやりがいを感じモチベーションが向上する、あるいは様々な場面で連携支援の実践効果による業務効率化などの効果が見られた。また、保健所職員、地域の相談支援事業所の職員が、非常に前向きに協力してくれるのを目の当たりにしたことで、継続して地域の福祉関係者と連携関係を構築していきたい思いを強くするとともに、医療と福祉の連携の重要性を実感した。

今後は全病棟での取組に発展させ、積極的に勉強会や交流会を定期開催していきたいが、進め方などのノウハウがまだまだ不足していることに不安が残っていることが課題として挙げられる。

②基盤整備のポイント

<異なる階層での地域課題抽出及び検討を行う体制の構築>

地域課題を発見する道筋は、例えば、「現場の実践者の声を拾い上げる」、「個別ケースの課題解決の積み重ねなどから地域課題を発見する」、「各種量的データ等から把握される地域課題について取り上げる」など、そのきっかけはさまざまである。

重要なポイントとしては、地域課題の発見に向けて、その入口が多様にあることだと言える。

例えば、本事例においてはC病院のT看護師長の声が県の職員へと届けられたこと、その先に圏域の協議会へと課題検討の場を移していったことから、課題抽出～解決に向けた流れが始まっている。この際、県職員がT看護師長の話聴く意識や圏域の協議会が現場の生の声から課題を検討する文化が無ければ、このような展開には至ることはない。

地域課題を発見するための入口は柔軟に整備し、かつ、その課題の内容に応じて、必要・適切な規模の会議体（主体）で解決に向けた検討が行われることが重要である。

本事例では、C病院内の取組は院内のプロジェクトチームに対し県からのサポーター派遣及び助言により実施でき、医療と福祉の連携に係る取組は圏域の取組として保健所が主体となって動かすなど、それぞれの課題の規模や特性に応じた、適切な基盤整備が行われたことがわかる。

<精神医療現場が障害福祉計画における課題を意識>

精神科病院等の医療機関が、都道府県や市町村が策定する障害福祉計画に関心を持つことは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを保健・医療・福祉の連携により構築するうえで大切なポイントであるといえる。

本件では、C病院のT看護師長が障害福祉計画も踏まえた地域づくり及び病院内の体制に対する視点を持ち、取組を開始したことから、病院職員のモチベーション向上、さらには圏域内の医療・福祉の連携促進につながっていった。

また、病院も地域の障害福祉計画と密接に関係するのだという視点がC病院の職員のなかにも広がっていった。

(4) 圏域内の医療と福祉の連携強化を図った事例

<個別ケースの概要>

D県I市（人口約17万人）、在住、Sさん（20歳男性）。学生であり単身で生活している。2年前にI市での1人暮らしをはじめますが、精神的な不調を訴えたり、自傷行為を繰り返したりするようになる。見かねた両親が一旦実家（県外）に呼び戻し、精神科医療機関を受診する。その後、入退院を繰り返した後に再びI市で生活を送るが、自傷行為は止まらず。I市の訪問看護・介護サービス事業所、相談支援センターの担当者は、そのサポートに苦慮している。

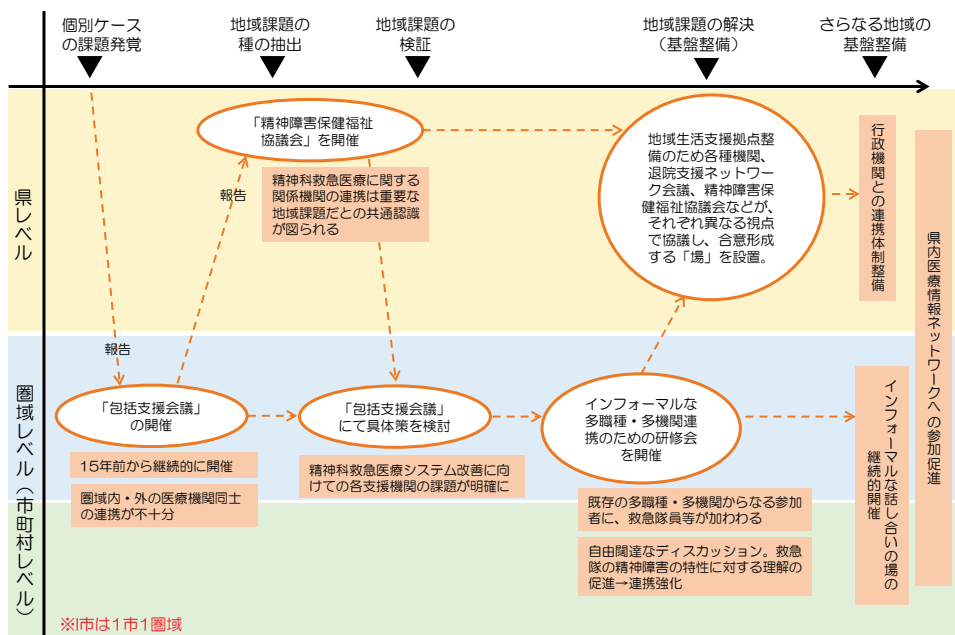
<地域課題>

- ・ 県内医療情報ネットワークへの参加が、精神障害分野で進んでいない。
⇒ 今後のPR方法についての検討が必要。
- ・ 地域の精神障害分野において最も専門性の高い「包括支援会議」が、結成当初は積極的に活動していたが経年的に形骸化。地域課題に対応しきれていない。
⇒ 目的の再設定及び共有（規範的統合）の推進。
- ・ 精神科医療における圏域内・外の医療機関間の連携（病病連携・病診連携等）が不十分な場合があり、特に救急医療を必要とする際、患者本人にとって適切な支援につながらないケースがある。
⇒ インフォーマルな勉強会を活用した解決策の検討及び課題意識の共有。

<基盤整備の成果・効果>

- ・ 救急隊員等の関係機関から意見交換の提案がある関係が構築された。
- ・ 具体的かつ専門的に地域課題を検討できる場が確認された。

<事例チャート>



①事例内容

<I市圏域における多様な「協議の場」について>

I市では 1980 年代後半から、県内、圏域内における精神保健・精神障害者福祉の行政、関係職種・機関でのネットワークづくり（機能分化された協議体の設置）が活発に行われてきたという背景がある（図 1）。

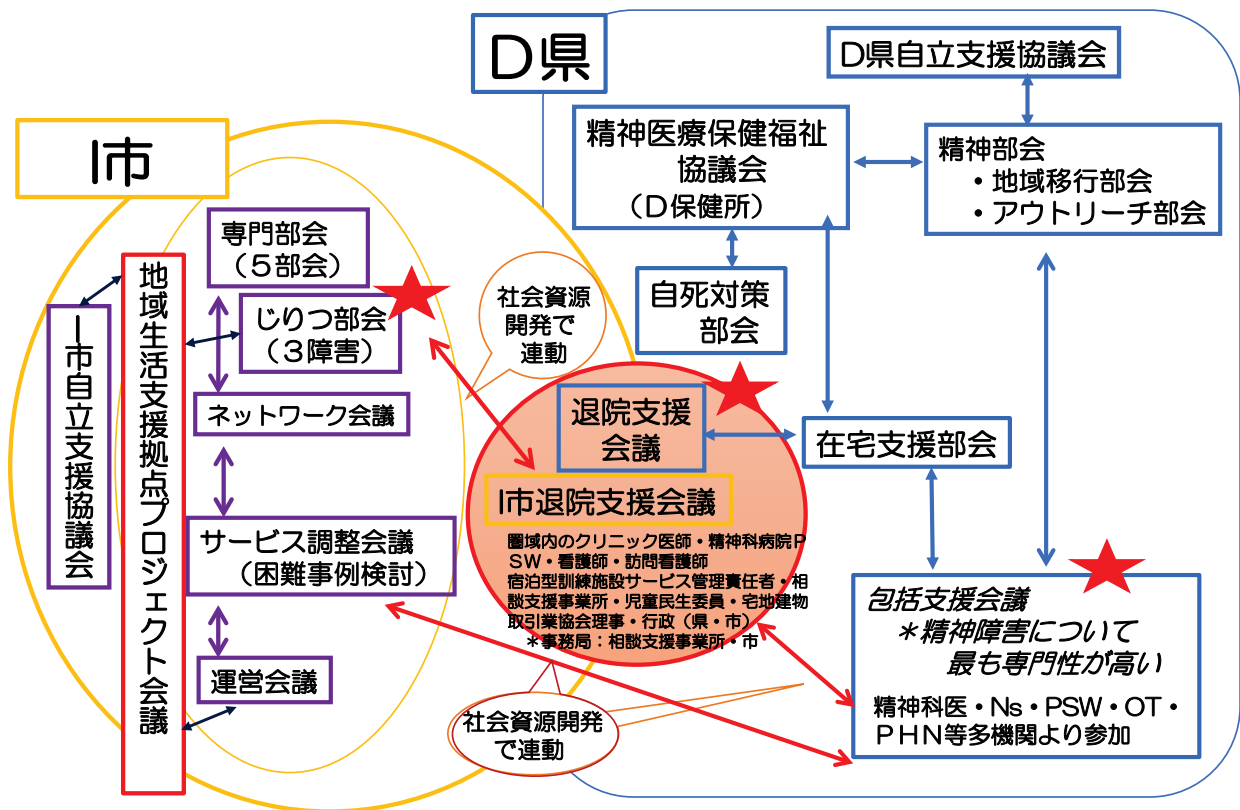


図 1 I市における医療・保健・福祉・行政の連携による協議の場

特に 2006 年に結成された「包括支援会議（圏域レベルの協議の場）」は、地域内では“精神障害に関して最も専門性の高い議論ができる会議”として位置づけられ、専門医療機関の医師や看護師、精神保健福祉士も参加し、月に 1 回、継続的に実施している。地域課題の抽出についても、同会議にて話し合わせ、さらにそこから精神部会にあげられて、最終的には年に 1 回開催の「精神医療保健福祉協議会」にて検討するという流れができています。

また、I市レベルの協議の場としては、自立支援協議会内に部会が設置されており、福祉を起点とした基盤整備等についての検討が行われ、包括支援会議等とも議題の相互共有を行うなどの連動が図られている。

さらに、図 1 中の会議とは別に、同じく 1980 年代後半に市内の精神科医療機関の有志が発起人となり始まった、インフォーマルな活動がある。この活動も月に 1 回の頻度で、多様なテーマについて、その都度、関係職種

<事例提供者コメント>
参加者の間では“プチ学会”と称したりもしています。

に声をかけ勉強会、研修会を開催し、人材育成機能を発揮している。

そのような地域基盤の素地があるなかで、上記の包括支援会議の構成員の事業所に以下の個別ケースの支援依頼があった。

<個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見>

Sさんは、高校卒業後、進学のため他県よりI市へ移住。1人暮らしを始めるが、精神的な不調を訴えるようになる。一時は父親が来て同居するも、父親が帰り1人になると、リストカットなどの自傷行為を繰り返すようになる。

その状況を見かねた両親が、実家へ呼び戻す。実家近くの精神科医療機関を受診したところ、入院となり、そのまま入退院を繰り返すようになった。

その後、本人の希望でI市へ戻り、再び1人暮らしをすることとなった。その際、元の入院先の主治医の勧めで、I市の訪問看護・介護サービス事業所、相談支援センターが介入し、見守り体制を構築した。また、本人の意思で新たなかかりつけ医療機関（I市圏域外）も決めた。

支援体制を整えて新生活をスタートしたが、精神症状が再燃し、情緒不安定になり、リストカットなどの自傷行為を繰り返すようになった。

I市の訪問看護・介護サービス事業所にて作成したクライシスプランを基に、緊急時には本人自らが救急車を手配し、I市圏域内の救急医療機関を受診、あるいは救急搬送を依頼するが、現在のかかりつけ医療機関が圏域外にあることや本人の同意の下に関係者間で既往歴等の共有を行うことが可能な県の医療情報共有システムに登録していないことが影響して、既往歴等の共有がスムーズにいかない。そのため、Sさんの状態では身体的救急処置のみですぐに自宅に戻されてしまう。

そのような場合、担当の訪問看護師や相談支援専門員が救急医療機関まで出向き、本人に付き添い帰宅することになるが、こうした緊急事態が1カ月に複数回の頻度で発生することから、支援者は心身共に疲弊してしまっている。

<地域課題の検証>

本ケースでは、特に自殺企図などの命の危険を伴うような精神障害を有する方等の支援において情報連携等が十分に行われないことが、スムーズな支援の障壁となった。本ケースに限らず、「圏域外の医療機関への通院支援は難しい」という課題は、支援者間で認識されている。

一方、I市を含み、県内では、2012年より県内の医療情報ネットワークの運用を進めている。本システムは本人の診療情報を、本人の同意が得られた医療機関でのみ共有ができるものである。また、このネットワークへの参加同意は本人及び医療機関も行うこととなっており、かつ、同意の取り消しもすることができる。緊急時等において、本人の意思を確認できないような

<事例提供者コメント>
医療情報ネットワークは、医療機関・訪問看護・介護事業所等を相互につなぎ、本ネットワークに参加する医療機関では、患者さんの同意の下、診療情報（連携カルテ）の閲覧が可能となります。

場合には、参加時の同意に基づき診療情報を参照の上、適切な支援・処置を行えるようにするものである。

このネットワークへの参加が精神障害分野（医療機関、患者本人など）においてあまり進んでいないという課題は、以前から指摘されていた。本ケースの場合でも、医療情報ネットワークが効果的に活用されていれば、緊急時につながる救急医療機関先の選定や、その場での支援方針等も異なるものになった可能性も考えられる。一般救急医療の現場では、例えば過量服薬等で救急搬送されても、検査結果で異常が認められなかった場合は入院受け入れが難しく、本ケースのように不安定な状態のままとしても即日帰宅せざるを得なくなり、結果的に、夜中に再び訪問看護師や相談支援専門員が呼び出されることが多くなっていった。

本ケースをきっかけに、精神科救急医療における関係機関の連携強化が地域課題として明確となったが、同時に医療情報ネットワークについて、本人のみならず、県内医療機関等に対しても丁寧な説明による周知を強化する必要性が再認識された。

<地域課題の解決（基盤整備）>

本ケースにおける課題をはじめ、様々な地域課題をより具体的に検討する体制を強化する必要性から、1市圏域において長年継続してきた包括支援会議のあり方を見直すこととなった。近年では、個々のケースに対しての支援方法は検討されるが、地域としての根本的な課題解決や基盤整備という機能が果たしきれていなかった。

そこで、改めて令和2年度からは、包括支援会議にて地域内の精神疾患・精神障害に関する課題を一般化して抽出し、そこから地域全体の基盤整備に向けた方策を提案して、「精神医療保健福祉協議会」で報告する仕組みを再構築することとした。

以後、包括支援会議で専門職間での情報共有が速やかになされるようになった結果、各支援機関の解決すべき課題がより明確になるとともに、課題認識が共有され、関係機関間での意思の統一が進んだ。

一方で、地域にあるインフォーマルな多職種多機関連携の研修会でも、精神科救急をテーマに取り上げ、類似の架空ケースを用いて事例検討を実施。当事者と精神科医・医療機関の精神保健福祉士・相談支援専門員・薬剤師（調剤薬局）・訪問看護師といった定例のメンバーに加え、救急隊員なども招いてディスカッションを行った。ここでは、特に救急隊員に精神障害を有する方等の特性を理解してもらえたこと、さらに、救急隊員と共に要救助者の支援者を把握できる方法について検討できたことが大きな成果であった。実際、この研修会以後、救急隊員からは必要に応じ支援者に連絡が入るようになった。

<事例提供者コメント>

15年前の結成時とは、コアメンバーも変わり、当初のリーダー的存在がいなくなっていること、また、継続しているからこそその形骸化は、メンバー自身も自覚していたところでした。

~Point~

必要性を認識した上で、適宜必要な関係者を招くことで、より具体的な課題検討を行うことができるようになります。

また、残念ながら、令和2年度の実現は叶わなかったが、救急隊員から「同様のざっくばらんな意見交換の場を再度設け、情報や課題の共有をした」との提案があったことも今後の連携強化に期待が持てる成果である。

本ケースをきっかけとして、関係専門職、関係機関が普段から顔の見える関係性を構築しておくことで、緊急時の支援がスムーズになることが再認識された。支援困難なケース等においては、支援者が心身共に疲弊してしまいがちであるが、医療・福祉・その他関係機関と課題を共有し一緒に検討する機会があると、相互理解が深まることを実感した。

<さらなる地域の基盤整備>

精神科救急時の対応については、I市の地域生活支援拠点プロジェクトのなかでも重要課題となっており、現在、救急時の対応ができる拠点の整備を始めているところである。

しかしながら、本ケースのような単身生活者や、家族が高齢であったり、身寄りがなかったりといった患者の緊急時の搬送には依然、課題は残る。

また、圏域外の精神科医療機関、関係サービス事業所との連携の進め方についても、課題は残る。本人同意をベースとした医療情報ネットワークへの参加促進についても、県レベルでの周知が必要となるだろう。

②基盤整備のポイント

<形骸化した会議を有機的に活性化>

地域において長年継続的に開催されている各種会議は、ともすれば形骸化してしまう可能性もある。それは、会議目的が明確に共有されないまま、かつ参加メンバーが固定していることで、話し合いが、いつしか慣れ合いとなってしまいう点である。

特に、強力なキーパーソンが率いる会は、そのキーパーソンが欠けてしまうと、機動力が衰退してしまう。特定のメンバーの推進力等に頼ることなく、適切かつ効果的な会議を継続的に開催するためには、定期的な会のあり方の見直しや会議目的の再共有が必要となる。

(会議体及び個々の会議の目的の設定と共有)

協議の場をはじめ、精神保健医療福祉に係る様々な会議（以下、「会議体」という。）を効果的に開催・連携するためには、会議目的やそれぞれの会議の役割を関係者が理解・納得していることが重要である。

目的は大きくは3つあると考えられる。

大きくは、地域（本事例では県・圏域・市の3層構造）の会議体の目的、すなわち、関係するすべての会議の共通する目的・目標を共有することである。

<事例提供者コメント>

新型コロナウイルス感染症の影響下において、日程調整や開催方法を見直す必要があり、延期となりました。

~Point~

精神科救急医療のセーフティネットの必要性とその体制整備については、厚生労働省の精神科救急医療体制整備に係る「ワーキンググループ」報告書（令和3年1月22日）で公表されています。

~Point~

精神科救急医療体制の構築は、地域の実情に合わせた整備が求められます。

まずは、各自治体の精神科救急に関わる人材、施設、組織などの資源を把握し可視化すること。その上で具体的な連携方法を検討することが重要です。

次に、個々の会議の目的であり、本事例でいうと、例えば包括支援会議は特に精神障害を有する方等について最も専門性が高い会議として、支援困難事例の検討や精神保健医療福祉に特化した地域課題の抽出・解決に向けた検討などを行うことが目的となる。

そして、個々の会議でその都度取り上げる議題ごとの目的となる。大きな目的や目標を意識しすぎて、議題ごとの解決目標がおろそかになることは避けるべきである。

（会議体としての個々の会議の役割・機能のデザイン）

多くの地域では、精神保健医療福祉について検討する会議は1つではなく、地域に複数あると考えられる。

これらひとつひとつの会議がそれぞれ独立して設置・運営されるのではなく、共通の目的のもと、役割を分担することのできる会議体としてデザインされることが重要である。

こうした1つの目的に向かう会議体として機能するために必要だと考えられる視点の例としては、以下のものが考えられる。

○他の会議の目的や機能を理解する

本事例でいえば、I市の「じりつ部会」（図1）は福祉を起点とした基盤整備の検討を担っており、圏域レベルで実施される「包括支援会議」ではより専門的な見地から個別ケースの課題解決や地域課題の抽出・解決に向けた議論を、そして県全体の施策として政策形成や施策の方針を検討する場として「精神医療保健福祉協議会」や県の「自立支援協議会」などがあり、これらの機能や目的を理解することが大切である

○会議ごとのつながりを意識・認識する

実務者レベルのみで構成される会議で、圏域単位や県全体の施策を検討しようとしても、なかなかそういった議論や具体的なアクションにつなげることは難しいことが考えられる。その設置範囲・参加者層等を意識した、会議ごとの守備範囲を捉え、どういった内容はどこの会議で議論すべきか、という、会議ごとのつながりを意識することが重要である

○これらの事項を共有する

上記のような事項は、特定の者のみが理解しているのではなく、会議体に関わる全ての参加者が理解し、納得した上で参加することが理想的である。そうしたことから、例えばつながりや機能を図示化することや、こまめな説明等を実施するなど、参加者になるべく簡便に、かつ正確に伝わるような工夫をすることが効果的である（本事例でいうと、I市における会議体の構成が図示化されており、会議の構造やどういった場合に連動するのかといったことが可視化されている）

<地域の関係機関とのインフォーマルな連携の場の構築>

精神科救急医療システムの整備において、消防署の関与は重要である。とはいえ、消防署を自治体の公式な会議以外の場に呼ぶことは、なかなかハードルが高く、躊躇される向きもあるだろう。

しかしながら、実際には、精神科救急医療に関わった経験をもつ救急隊員たち自身も、その際の対応に不安をもっていることは多く、関係専門職の人たちと本音で語り合える機会を求めている（あるいは、一度こういった機会を体験することで、そのメリットを肌で感じることができる）。

本事例においては、救急隊員を含む地域の関係機関の多職種が自由に意見交換できる研修会を開催したことで、互いの理解が深まった。そこから発展し、同様の場の継続的な開催が、今後も求められている。

<事例提供者コメント>

普段あまり意見交換する機会のない職種の方の意見は、その視点の違いなどから新鮮であり、参考になることが多いありました。

～Point～

地域課題の検討は、何も必ずフォーマルな場でやらなくてはならないと言うことはありません。インフォーマルな場であるからこそ話し合えることもあります。柔軟な視点で、地域の未来を考える場を設けることは、福祉の増進を図る上で効果的であると考えられます。

(5) 市町村の精神保健相談体制を強化した事例

<個別ケースの概要>

E県J市（人口約7万人）在住。80代の高齢女性Yさんが要介護状態となり、介護保険サービスの利用を開始したことを機に、同じ家に住む、ひきこもりがちな生活を送る子ども2人の存在が明らかとなる。2人は、兄妹（50代男性・40代女性）であり、2人とも約30年間引きこもっており、生活保護受給中である。

過去に精神科医療機関受診歴があったものの、その後の支援が滞っていた。

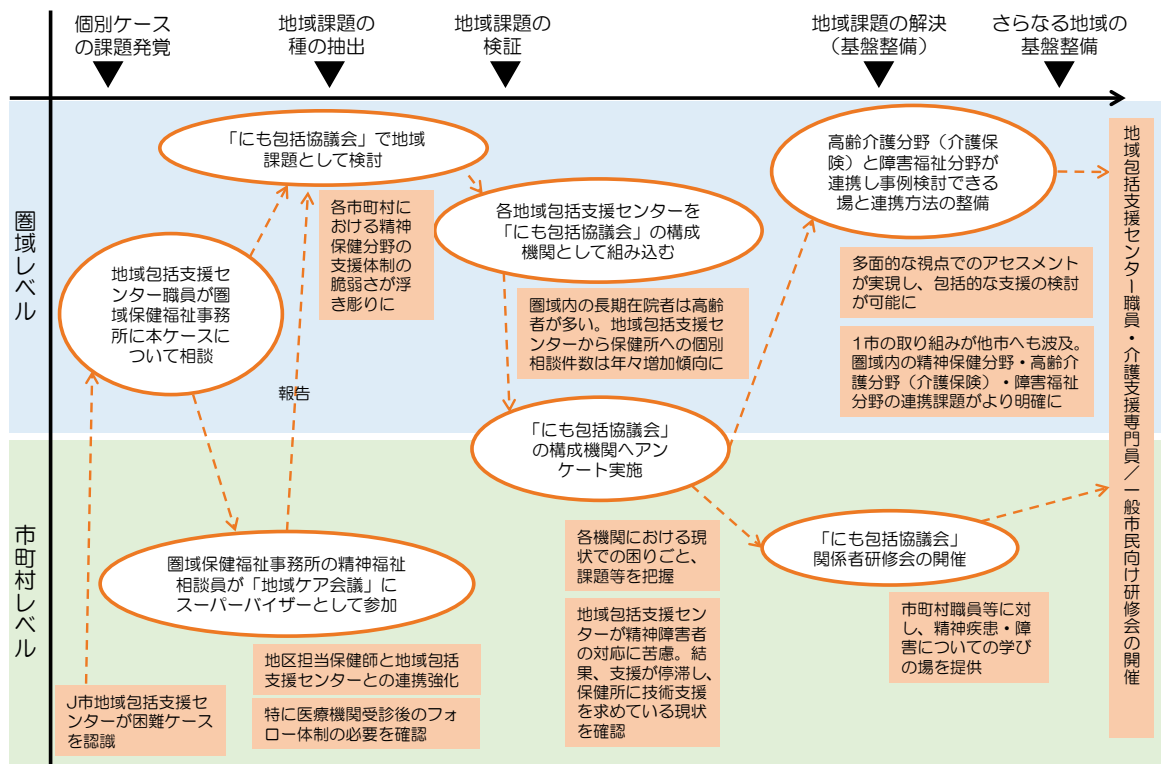
<地域課題及び基盤整備の要点>

- ・地域包括支援センターが介入するケースのなかに、本人または家族等に精神科医療が必要なケースがあるが、自地域の管轄内の連携が不十分で支援が滞ってしまっていた。
 - ⇒圏域の保健福祉事務所の精神保健福祉相談員が「地域ケア会議」にスーパーバイザーとして参加。
 - ⇒地域包括支援センターを圏域レベルの協議の場に加える。
- ・地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員の精神疾患・障害の理解や知識が不十分。
 - ⇒関係機関職員（一般市民向けも）に対する研修会の開催。

<基盤整備の成果・効果>

- ・地区保健師と地域包括支援センターの連携により、精神保健医療へのアプローチや、その後のフォロー体制など、精神保健分野に対する事例への介入がしやすくなった。

<事例チャート>



①事例内容

<個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見>

E県J市において、80代女性Yさんが要介護状態となり、介護保険サービスの利用を開始。J市の地域包括支援センターが入口となり介入したところ、同じ家に住む、ひきこもりがちな生活を送る2人の子どもの存在が明らかとなった（この世帯は生活保護受給中であった）。

地域包括支援センターの担当介護支援専門員は、本ケースについてはメンタルヘルスのアプローチを含めた世帯支援の必要性があると判断し、J市を管轄する保健福祉事務所に本ケースを相談。2人の子どもは、過去に地域の保健師の介入により精神科医療機関の受診歴があったものの、その後の支援が滞り、問題が解決しない状況が続いていたことが判明した。

精神疾患を抱えた子どもが社会との接触を断ち、仕事をしないまま家にひきこもり年を重ねるうちに、それまで支えてきた親も高齢となり介護が必要となって、子どもを支えきれなくなってしまう。まさに現代社会の抱える「8050問題」が当てはまるケースといえる。

～Point～

本ケース以外にも、地域に潜在している「8050問題」はまだまだありそうです。

問題をいかに顕在化させるか、その後の介入をどう図るかは、今後、すべての地域に共通する課題と言えるでしょう。

<地域課題の検証>

当該地域包括支援センターの担当介護支援専門員が、管轄の保健福祉事務所の精神保健福祉相談に本ケースについて相談したことを機に、J市の「地域ケア会議」に精神保健福祉相談員がスーパーバイザーとして参加し、本ケースにおける支援方策について検討を行った。

結果、本ケースに関しては、一度は地区担当保健師の介入により精神科医療機関を受診したにもかかわらず、その後の支援が途切れている患者が高齢の親と同じ家に2人もいるという状況が、長年放置されていたこと、また、状況発覚後も、地域内の関係機関との連携が遅れ、速やかに支援の手が行き届かなかったという課題が共有された。

そもそも、J市を含む当該圏域内の精神科医療機関における1年以上の長期在院者は、直近のデータによると高齢者が多い傾向が認められる。

そうした背景もあり、地域包括支援センターから保健所への精神障害福祉関連での個別相談件数も年々、増加傾向にある。一方、地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員に、精神保健分野・障害福祉分野への理解、また、そうした事例を扱う経験則が不足していることも課題として挙げられる。

本ケースをきっかけとし、J市を含む圏域では、今年度より地域包括支援センターを保健所が実施する圏域レベルの協議会（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム協議会（にも包括協議会））（以下、「協議の場」という。）の構成機関に組み込むことを決定。これにより、各地域の障害福祉分野における関係機関同士の連携強化と、同分野に関する課題解決力の底上げを図った。

また、今回、協議の場の開催にあたっての工夫として、構成機関が日常的に感じている地域課題についての事前アンケートを実施する試みも行った。アンケートは各機関の特色に合わせ質問項目を分け、基礎データから要望事

<事例提供者コメント>

いわゆる「地域ケア個別会議」に参加する形でした。

また、地域ケア会議における「個別課題解決機能」と「ネットワーク形成機能」、そして「地域課題発見機能」が一度に発揮されており、保健所で実施する協議の場の運営の参考になりました。

～Point～

精神障害分野における患者の高齢化は、年々、深刻化しています。

高齢介護分野と情報を共有し、連携体制を強化することは、喫緊の課題です。

<事例提供者コメント>

事前アンケートのメリットとして、口頭では話しにくい文章なら書きやすい事柄もあるのだということがわかりました。普段なら聞けない意見も引き出せたと実感しています。

項などを記入してもらった。その結果、圏域内の3市のうち、2市の地域包括支援センターが医療につながらない高齢の精神障害を有する方等の対応に苦慮しており、保健所の技術支援を求めていることが判明した。

<地域課題の解決（基盤整備）>

今後も継続して多面的なアセスメントと包括的な支援を可能にするため、協議の場において、高齢介護分野と障害福祉分野・精神保健分野が互いに連携しつつ事例検討ができる方法を模索中である。

これまで、地域において8050問題など介護保険と障害福祉、精神科医療と複数の専門分野にまたがった事例を検討する場がなかったが、本ケースを機に、「地域ケア会議」が、そうした幅広い分野にわたる個別ケースを検討する場となるよう、仕組みづくりを進めている。

（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る関係者研修会の開催）

まずは市町村職員、地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員の精神疾患や精神障害についての理解を深める学びの場を整備することから、年3回開催している協議の場のうち1回を活用して研修会を開催した（初回テーマは、「依存症の基礎知識と治療相談対応について」）。本研修会は、その都度テーマを決めて今後も定期的に行うこととした。

（地域包括支援センター及び介護支援専門員向け研修会の開催）

精神疾患・障害の理解促進及び関係者間の連携体制を構築する観点から、地域包括支援センター職員及び市内の介護支援専門員を対象に、精神疾患の基礎知識に関する研修会を実施した。

<さらなる地域の基盤整備>

これら一連の取組は協議の場で圏域内の市町村に共有できるように配慮がされている。

その結果、近隣市では関係者ではなく市民に向けた普及啓発が必要だということが判明し、一般市民ボランティアやピアサポーター向けにも、精神疾患・障害に関する意識啓発を図るための研修講座が開催された。

このことは、本ケースを含む、J市の地域包括支援センターにおける事例検討の成果が他市へも波及し、圏域内の高齢介護分野と障害福祉分野の連携課題や、医療との連携課題が明確になったことが端緒となったものと考えられる。また、当該圏域では、3市合同のピアサポーター事務局が設置されており、こうした情報が共有されやすい土壌があるのかもしれない。

～Point～

新型コロナウイルス感染症の影響下における会議運営は、感染拡大防止の観点からWeb等を活用したオンライン開催や書面のやり取りで会議の開催に変更した自治体が多かったと推察されます。

その際にも、本ケースのように、事前アンケートによる課題抽出が記された資料を皆で共有すれば、議題がより明確になります。

<事例提供者コメント>

精神疾患に精通している介護支援専門員は多くはないので、まずは分野を超えてそれぞれが対話する機会をつくるように心がけています。

～Point～

1つの地域での事例解決のための取り組みが奏功し、それが近隣地域にも波及し定着していく、好事例といえます。

②基盤整備のポイント

＜分野横断的な連携構築に向けた体制整備＞

超高齢社会となり、地域課題は今後ますます複層的な分野が絡んでくる。そうした社会においては、地域内の医療・介護・福祉の各関係者会議に、それぞれの分野の関係者が分野横断的に参画していくことで、重層的かつ包括的な支援について検討する体制が構築される。

（高齢介護分野の会議に精神保健分野の専門職が参加する）

高齢介護分野が中心の「地域ケア会議」に、圏域の保健福祉事務所の精神保健福祉相談員が参画することにより、精神保健・医療の視点によるアセスメントが強化され、高齢者をめぐる家族全体の将来を見据えた包括的な支援の検討につながる。このことは、精神障害を有する方等の高齢化も進むなか、精神保健分野の専門職にとっても有意義である。

（精神保健分野の「協議の場」に高齢介護分野の専門職が参加する）

高齢介護分野の地域包括支援センターを、障害福祉分野・精神保健分野の協議の場の構成機関として組み込むことにより、地域の介護保険、障害福祉、精神保健が複合的に絡む事例を議論する「場」が生まれる。ここでは、多角的な視点による重層的なアセスメントが可能になり、個別ケースに端を発して、広く地域として共有すべき課題の抽出が可能となる。また、専門職同士も分野を超えた相互理解が進み、支援にあたる考え方、実際の支援の幅も広がる。

～Point～

“多職種連携”の重要性は近年、多くの分野で指摘される働き方です。

同じ事例も、別の専門家の視点から見ると、これまでとは異なるアプローチの提案が可能となり、困難事例が解決されるなど、思わぬ効果が生まれます。

＜地域における関係機関職員への学びの機会の提供＞

超高齢社会の現代において、高齢者介護と切り離せない課題は大変多くなっている。今後の地域社会では、互いに能動的に働きかけ、それぞれの専門性を補完し連携する姿勢が重要である。

本ケースでは、精神保健分野側から働きかけ、高齢介護分野関係者に向けて、精神疾患・精神障害の基礎知識を学べる機会を提供したことが、地域の課題解決における大きなきっかけとなった。

事実、本ケースから波及し、隣の自治体においても一般市民ボランティア向けの精神疾患・精神障害をテーマとした研修会実施につながっている。他にも同様のニーズはがあると推測される。このような波及効果が連鎖していくことが理想である。

～Point～

精神疾患・障害をもつ方が社会で孤立しがちな背景には、それを支える専門家の孤立がある場合もあるものです。

精神障害を有する方の高齢化も進む現在、高齢介護の専門家、そこに関係する自治体職員への精神保健の知識啓発は急務であると考えます。

＜会議開催における工夫＞

協議の場等での議論及びそこから発生した取組等を推進する上では、柔軟な発想に基づき、効果的・効率的な運営を心掛けることが大変重要である。

本ケースにおいては、顔を合わせたの会議開催が叶わなかったことから、書面開催という方式をとり、参加者各位に事前アンケートを実施するなどの工夫を行った。その結果、生の会議ではなかなか言いにくい意見が、書面なら発信しやすいという面もあることがわかった。普段なら聞けない意見が引き出されたことも、予期せぬ効果だった。

＜事例提供者コメント＞

会議は、新型コロナウイルス感染症拡大の状況においてはオンラインを使っているリモート会議が主流ですが、書面方式による思わぬ効果も実感しましたので、今後もうまく取り入れていきたいと思っています。

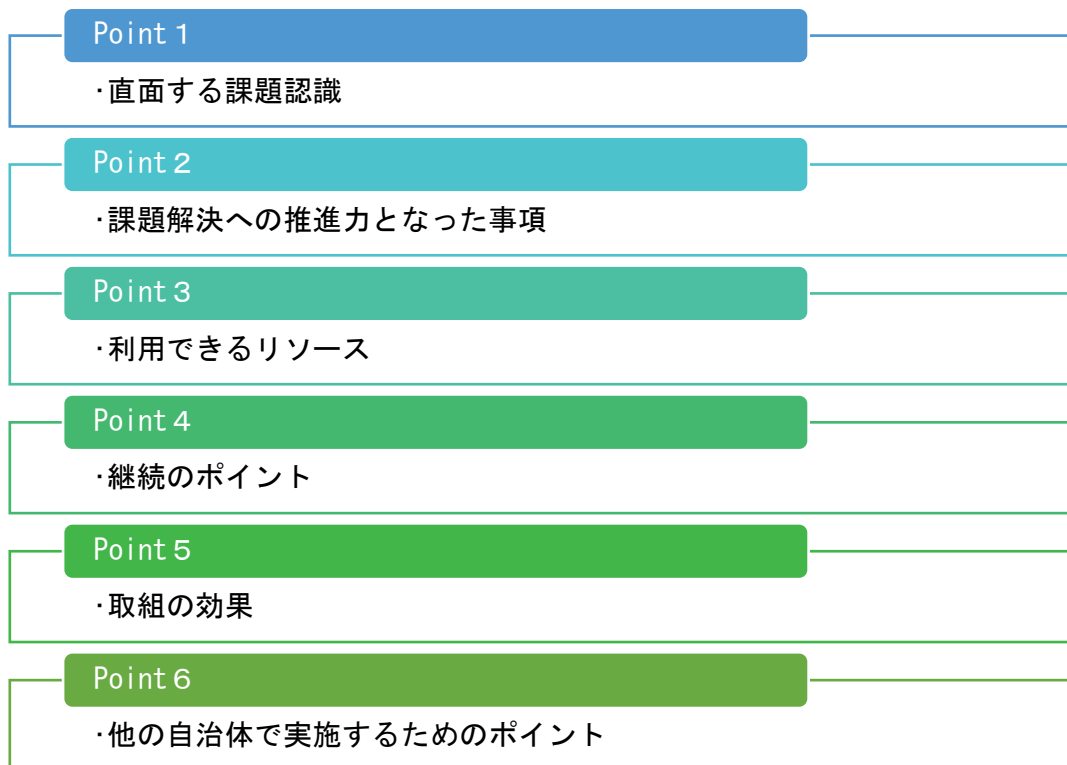
3 「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」より

本項目については、「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 藤井千代）の分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（研究分担者：岡山県精神保健福祉センター 野口正行）においてとりまとめられたものを、本手引きに提供いただいたものです。

(1) はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するにあたっては、システム構築に関連する他の自治体の取組が参考になることも多いものです。もちろん地域ごとに特性が異なりますから、他の自治体でうまくいった取組をそのまま取り入れることは難しいでしょう。しかし、地域特性は違っても、地域が直面する課題には何らかの共通点があるものです。同じような課題を抱えている他の自治体がどのようにして課題解決の方法を模索したのかを知ることから、課題への対応のヒントが得られるかもしれません。

ここでは以下の観点から、「地域包括ケアの体制整備」「アウトリーチ支援」「措置入院者の退院後支援」「地域移行支援」に関する取組例をまとめました。また、精神障害者が地域で安心して暮らすための体制づくりには精神科医療との連携が欠かせないことから、「精神科医療機関と地域の連携」に関する事例も紹介しています。



それぞれの項目について、以下に簡単に説明します。

(Point 1)

「直面する課題認識」は、そもそもその取組をどうして行う必要があったのか、地域ニーズに対するそれぞれの自治体の認識を示しています。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、この問題意識の共有から始まります。

(Point 2)

「課題解決への推進力となった事項」は、それぞれの取組を実施する際に、地域のなかで何が推進力となったかについて示しています。

(Point 3)

「利用できるリソース」とは、ある取組を実施するにあたり、利用できる資源や体制、財源のことです。ただし、そのリソースが自分たちの自治体になかった場合でも、すぐに「このリソースはうちにはないから、うちではできない」と早々に結論づけないでいただきたいと思います。その場合は、それに代わるリソースを探すことや、リソースを創出できる可能性について検討することが必要かもしれません。

(Point 4)

「継続のポイント」は、開始した取組を継続させるための工夫を示しています。取組を開始すること自体も大変ですが、その継続は、それ以上に大変なこともあります。

(Point 5)

「取組の効果」には、数値として示せるアウトカムももちろん含まれます。しかし、測定可能な効果だけがその自治体や圏域にとって重要な効果であるとは限りません。例えばスタッフのモチベーション、有用な人材の確保やスキル向上、多機関の良好な協力関係の構築などはすぐに効果判定が難しい場合もあります。

(Point 6)

「他の自治体で実施するためのポイント」では、他の自治体で同様の取組を行う際の着眼点を示しています。

(2) 地域包括ケアシステムの体制整備（協議の場の設定など）

ここでは、圏域レベル、政令都市レベル、市町村レベルの各取組例を紹介します。

圏域レベル

富山県の取組：保健所が主導する協議の場

第5期障害福祉計画では、精神科医療機関、その他医療機関、障害福祉サービス等事業所等、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築するため、圏域ごと、市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置することが求められました。富山県では、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画に共通するアウトカム指標を活用し、計画間の融合を図ることで協議の場を効果的に運営しています。

直面する課題認識	行政内部の組織横断的な連携構築の必要性 行政（縦割）組織が保有するデータの相互活用の必要性 保健所・市町村の重層化に併せ、本庁との連携の必要性
課題解決への推進力となった事項	「協議の場」設置に向けた保健所内組織連携、本庁・保健所間連携、保健所・市町村間連携 既存会議の整理・統合 所管ごとに管理しているデータの共有 保健医療圏域、障害福祉圏域、高齢者福祉圏域が一致していることにより、支援体制を構築しやすいという側面もあった
利用できるリソース	既存の会議 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 圏域が実施する連携会議（精神保健医療福祉関係者連携会議の位置づけの見直しなど） ➢ 市町村が実施する連携会議（障害者自立支援協議会、地域ケア会議など） 財政的裏付けは以下の通り <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医務総務費の地域医療推進対策事業 ➢ 精神保健福祉費の地域精神保健福祉ネットワーク推進事業、地域精神保健福祉対策事業 ➢ 保健所費の精神保健活動推進事業 ➢ 保健師等指導管理費の市町村支援会議事業 ➢ 健康増進対策費の自殺防止総合対策事業
継続のポイント	保健所のリーダーシップ 医療・介護、保健、福祉間連携のためのデータ活用

取組の効果	医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画の一体的推進 各種データを関係者が電子媒体で共有することによる議論の基盤整備 医療・介護、障害関係機関の連携強化 人材育成、専門職のスキルアップ 入院後3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時点の退院率の向上 （平成26年度の3ヶ月時点退院率は69%であり、次期計画の目標値を達成）
他の自治体で実施するためのポイント	外部機関との関係性を構築し、情報や認識を共有すること（医師会や市町村、福祉関係機関、県庁の医療計画・障害福祉計画の担当課等） 内部の意思疎通の円滑化（保健所長と統括保健師等） 代表者会議と実務者会議の分化 （代表者会議：計画の進捗評価、実務者会議：事業の推進） 保健所事業としての明確な位置づけ・予算化

富山県では、協議の場を設置するにあたり既存会議の見直しをしたこと、地域移行・地域定着推進検討会、圏域連携会議等「協議の場」の予算化をしたこと、協議の場でデータを積極活用したことなどがポイントです。保健所による市町村支援も積極的に行っています。

十勝圏域の取組：民間主導で地域生活資源を創出、官民協働の支援体制を構築

帯広市を中心とする十勝圏域では、1970年代から、民間精神科病院精神科ソーシャルワーカーによる社会資源の創造と公的精神科医療機関の医師・看護師等による地域精神医療の取組による地域ネットワーク形成が進められてきました。精神科医療については、「全国に精神衛生センターが充足していない段階で、北海道に複数設置はできない」と精神衛生センターB型構想による公設リハビリテーション施設の開設が頓挫したことから、道立緑が丘病院が取り組むこととなり、往診、訪問看護、援護寮、ショートステイなど社会復帰にむけた地域医療が開始されました。当時既に、院内アフターケア委員会（カンファレンス・会議）で、「退院後支援に関する訪問体制、道単独事業による共同住居、作業所づくり」を進めると同時に、連携室に道保健師を配置し、病院へのアクセスの悪い近隣町には出張による「こころのデイケア」を実施するなど、市町村単位での取組も模索しています。平成14年精神保健福祉法改正による地域生活援助事業により民間ベースのグループホーム整備が加速し、平成16年から平成23年には退院促進事業が開始されました。これらのことから平均在院日数が短縮しており、平均在院日数が100日を下回ると病院の収益が減じましたが、圏域内精神科医療機関間の機能分化により、引き続き地域医療・保健・福祉体制の強化が図られています。

直面する課題認識	<p>ニューロングステイの解消 重症例の退院支援 医療的ケアが必要な精神障害者を支援するための居住支援の必要性 精神科医療機関のスタッフと自治体との連携強化の必要性</p>
課題解決への推進力となった事項	<p>病院の精神保健福祉士から保健所への「保健所精神衛生連絡会議」開催の働きかけ（民から官への働きかけにより官民連携を実施） 運営主体にかかわらず、医療も生活資源もすべて社会の公的資源とし誰もが利用できる体制（オープンシステム）の構築 障害者自立支援法による、市町村での精神障害者福祉業務の義務化 町村部に精神保健福祉士が配置され主体的に業務を推進 重層的な協議の場の形成</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 保健医療福祉圏域連携推進会議・精神保健医療福祉対策専門部会・精神障害者地域移行ワーキングが連動し精神保健医療福祉システムを検討 ➢ 帯広市主催の自立支援協議会により、地域生活支援体制を整備
利用できるリソース	<p>制度のない時代から、地域のニーズに応じてリソースを創出 地域企業（不動産等）や商工会等（まちづくりと障害者支援の協働） 人材育成のための研修会を実施し、顔の見える連携を構築</p>
継続のポイント	<p>人材育成 地域ネットワーク（顔の見える連携）の更なる充実</p>
取組の効果	<p>地域生活に必要な社会資源の創出 精神科病床数、平均在院日数、長期入院者数の減少 官民の連携強化 住民理解の促進（住まい、就労の場、居場所等の提供）</p>
他の自治体で実施するためのポイント	<p>保健所がイニシアティブを取り関係機関連携を推進する 会議の運営については、戦略的なデータ分析・活用により地域課題を共有化し、解決に向けた各関係機関の役割を明確化する 市町村へのバックアップ体制の構築</p>

十勝圏域では、通院困難な人たちの早期受診や再発防止のため、保健所や町村の保健師、精神保健福祉士による訪問活動や、圏域内の精神科医療機関の機能分化、精神科サテライトクリニックやこころのデイケア（町村部での保健所デイケア）開設など、地域で精神科医療を適切に受けられる体制の構築を図るとともに精神障害者に必要な地域生活資源の創設や人材の育成を重視してきたこともポイントです。

政令都市レベル

川崎市の取組：「全ての市民」を対象とした地域包括ケアシステム

川崎市では、「全ての住民（全てのライフサイクル）」に対応した地域包括ケアシステムの構築を目指した「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定、7つの行政区ごとに保健所と福祉事務所機能を統合した保健福祉センターを再編し、行政における地域包括ケアシステム構築の核として地域みまもり支援センターを設置しています。

地域みまもり支援センターは「個別支援の強化」と「地域力の向上」を2本柱とし、住民に身近な総合相談の拠点の整備、見守り支援及びハイリスク者への介入等アウトリーチ支援を実施するとともに、民間委託の相談支援事業所や地域包括支援センターなど支援機関との連携による個別支援を積み上げながら地域での相談支援体制の整備をすすめています。併せて市内3圏域にそれぞれ「更生相談所」及び「精神保健福祉センター」の一部機能を併せ持つ「地域リハビリテーションセンター」を設置し「地域みまもり支援センター」や関係機関・施設をバックアップする構造となっています。

それぞれに、住民組織と連携したネットワークの構築にむけた取組が重視されています。

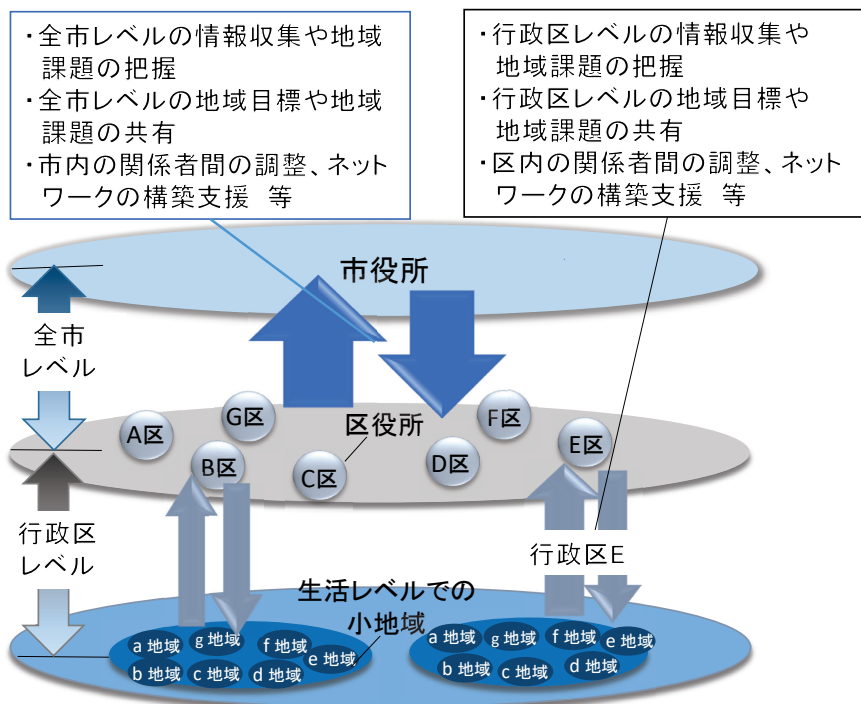
直面する課題認識	生活圏域ごとの地域特性の違いに合わせた体制整備が必要 住民の相談へのアクセス向上に関する課題
課題解決への推進力となった事項	平成26年「自殺対策総合推進計画」策定作業にあたり、市総合振興計画や障害者計画等との整合性をはかるとともに、公設リハビリテーションセンターの実践の歴史を踏まえ、市長のリーダーシップによる「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」と意図的に同調を図った（組織機構改革、人員配置、予算組換など）
利用できるリソース	公設リハビリテーションセンターにおける実践、人材育成の歴史 政策立案できる行政専門職（医師、精神保健福祉相談員等） 訪問支援による精神保健相談のノウハウ 生活圏域ごとに構築された多職種多機関連携によるネットワーク
継続のポイント	市内3圏域の地域リハビリテーションセンターによる各地域みまもり支援センター等のバックアップ体制の構築
取組の効果	重層化した支援体制の構築により、各機関の相談支援に携わるスタッフの間には「すべての市民には、なんらかの精神保健ニーズがあり、精神保健アプローチが有効」との意識が醸成されつつある 地域包括ケアの理念の確立（見える化） 日常生活圏域における住民互助の働きかけ
他の自治体で実施するためのポイント	保健所職員が、ハイリスク者のみならず日頃から直接支援（予防的介入や再発予防のための訪問支援）を実施することにより、地域住民や関係機関職員と信頼関係を構築していること 妊婦から障害者・高齢者までそれぞれのライフステージに応じた相談

	<p>支援には、「精神保健」の視点と精神保健福祉実践が重要であるという認識を関係者間で共有していること</p> <p>公的アウトリーチの実践体制の確保</p>
--	---

川崎市の「地域マネジメント」のしくみの構築に際しては、「全市レベル」と「行政区レベル」の二層による階層的なマネジメント体制が想定されており、小地域（日常生活圏域）における住民ニーズに対する身近な「見守り支援」がその基盤となっています。

また、各階層には、それぞれ公設リハビリテーションを担ってきた専門職を配置し、行政職とともに政策立案に関与していることが強みとなります。

図表 1：階層的なマネジメント体制の構築のイメージ



(「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン概要版」p10より)

市町村レベル

小鹿野町（埼玉県）の取組：高齢者の地域包括ケアシステムによる精神障害への対応

小鹿野町は山間部に位置し、高齢化・過疎化がすすみ医療や福祉資源が少ないなか、「保健師による訪問活動」をベースに積極的な予防活動を行ってきました。その一つに、県内では初めての公設精神障害者作業所（現、地域活動支援センター（委託））を設置し、精神保健ボランティアとともに運営をしてきました。平成 14 年度、国保町立病院に併設した保健福祉センター開設以降、「住み慣れた地域で安心して暮らしたい」を合言葉とする高齢者支援としての地域包括ケアシステム構築がすすむなかで、精神障害のある住民についても「障害」を理由として排除せず、「あた

りまえ」に生活支援を実践してきました。これらを支えているのは、予防に視点を置く保健師等の訪問支援（個別支援）、住民主体の支え合い（小鹿野町高齢者見守りネットワーク会議）、入院時からの退院支援（本人・家族を交えたカンファレンス）のしくみです。保健・医療・福祉専門職による「地域ケア会議」、システム会議（「包括ケア会議」、「介護保険運営協議会」）など既存の「協議の場」を階層化し連動させることにより、埼玉県下で最も後期高齢者医療費が低い町（平成26年度）となっています。

直面する課題認識	精神科医療（リハビリテーションを含む）へのアクセス不良 （自力で通院・通所できないケース）
課題解決への推進力となった事項	既に高齢施策により展開している「地域包括ケアシステム」の活用 在宅医療との連動 住民参加の互助・共助のしくみ 行政組織（保健福祉センター）を国保町立病院に併設し、物理的にもより連携がしやすい環境を整えた（同一建物内に、医療と保健及び福祉行政が併存）
利用できるリソース	住民（住民参加型の健康づくり・メンタルヘルスの普及、精神保健ボランティアによる障害者支援） 町立病院、介護関連事業所 既存の地域ケア会議、包括ケア会議、個別カンファレンス等 ※精神科領域の地域資源は、公設の小規模作業所から展開した地域活動支援センター1か所のみ
継続のポイント	既存事業や既存の社会資源への統合 個別支援（多職種連携）の「地域ケア会議」とシステム会議「包括ケア会議」の連動 その他、随時の担当者会議、ケース検討会議等「協議の場」、住民組織等を活用した、町ぐるみでの顔の見える多機関多職種連携
取組の効果	精神障害者、高齢期の精神・知的障害者、アルコール健康障害のある高齢者等への支援も、住民として「あたりまえ」に提供 国保医療費データの改善
他の自治体で実施するためのポイント	医療・介護、保険、保健・福祉の組織横断的な連携構築 必要に応じて専門職が連携し、地域生活全般に関わる体制づくり 保健師による訪問活動（地区診断、個別支援、住民との連携）の重視 住民への働きかけによる互助・共助のしくみの強化

小鹿野町では、高齢者支援の地域包括ケアシステムを基本構造として、「精神障害にも」、「あたりまえ」に支援をしています。住民の精神科医療等へのアクセスが大きな課題であるため、訪問（アウトリーチ）支援が基本となっています。

(3) アウトリーチ支援

アウトリーチ支援の取組事例について、精神保健福祉センター、県、特別区、保健所を持たない市のレベルで紹介します。いずれのアウトリーチ支援の取組でも、自治体がしっかりと関与することにより支援の透明性や支援の質を担保しています。支援対象者個人をサポートするのみならず、アウトリーチという支援形態を活かし、関係者の連携を強化しています。このようにして構築された連携は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に大いに寄与するものと思われます。

精神保健福祉センターレベル

岡山県精神保健福祉センター：多職種アウトリーチ支援を通じた地域マネジメント

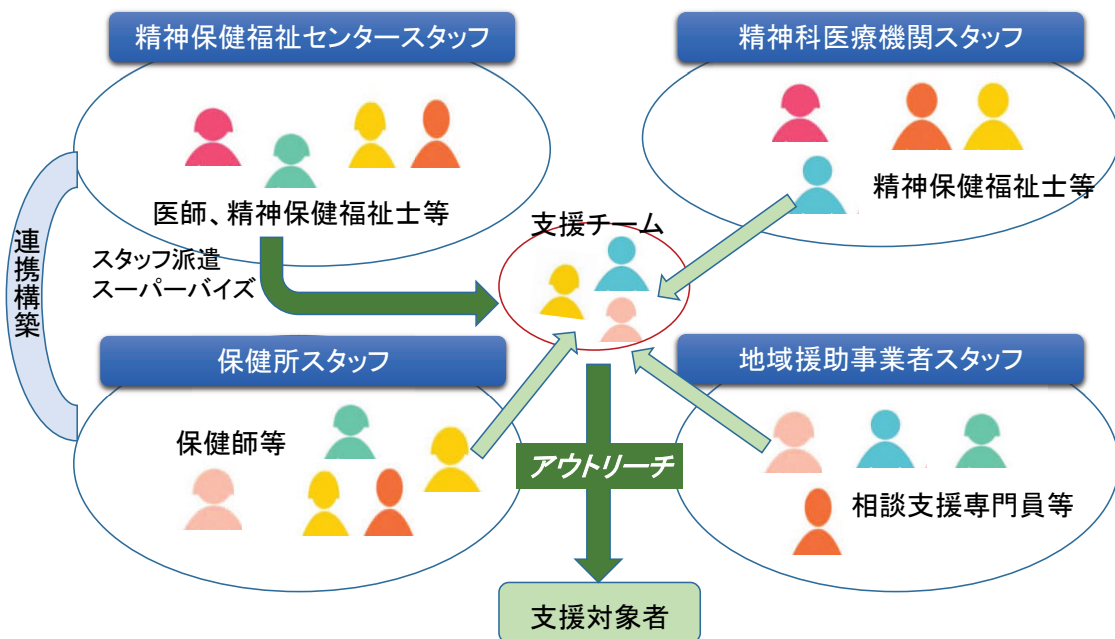
地方精神保健福祉審議会決定に基づき2005年度より県単独事業でアウトリーチ支援を開始しました。2011年度からは、国の事業で診療所、病院委託を開始し、保健所と医療機関が連携して、その地域でアウトリーチ支援が行えるようになりました。精神保健福祉センターでは、多職種アウトリーチチームによる地域支援を中心として、保健所・市町村支援をしつつ精神科病院でのアウトリーチ体制整備を支援し、専門職の人材育成、病院と地域との連携構築などの地域体制づくりを行っていることが特徴です。保健所がゲートキーパー的機能を担い、市町村における未治療・治療中断の精神障害者の情報を把握し、対応に困難をきたす事例がアウトリーチチームに依頼されます。依頼があったケースについては、アウトリーチチームに加えて、保健所、市町村、医療機関、福祉サービス機関など、地域の支援者とネットワーク型のチームを作り、対象ケースを支援しています。適宜ケア会議を行い、その地域での支援が定着したところで、チームによる支援は終了します。遠方のケースについては、アセスメント訪問と事例検討会を行い、その後必要に応じたフォローアップがされています。

直面する課題認識	家族会の要望もあり、未治療・治療中断等の事例への対応に迫られた
課題解決への推進力となった事項	地方精神保健福祉審議会での方針決定 全保健所を対象とした調査により、現場のニーズを把握 国のアウトリーチ推進事業への参加 精神障害者地域生活支援広域調整等事業の活用 実績を数値化し、報告書として提出
利用できるリソース	精神保健福祉センター職員（県立施設の廃止に伴う職員の確保：従来から訪問を実施） 保健所保健師（従来から訪問による個別支援を重視） 県内精神科医が訪問活動を積極的に行う風土

<p>継続のポイント</p>	<p>保健所との関係強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 保健所からの要望により、アウトリーチチーム単独の訪問から、チームと保健所が連携するネットワーク型のアウトリーチ支援への転換（アウトリーチチームの活動の見える化） ➢ 保健所長会や保健課長会との協議の場を継続して活用 ➢ 措置診察や研修会講師などの協力 <p>ネットワークとアウトリーチを中心的理念とした活動による人材育成 アウトリーチの意義を数値化して示すこと</p>
<p>取組の効果</p>	<p>アウトリーチ支援による入院期間の短縮、GAF スコアの改善 保健所職員の育成や燃え尽き防止や市町村職員の人材育成 訪問に関する所内職員のモチベーション向上・人材育成 保健所や医療機関との連携強化</p>
<p>他の自治体で実施するためのポイント</p>	<p>保健師や精神保健福祉相談員など、訪問スキルのある職員でチームを作り、近いところから訪問支援を始める アウトリーチ支援のあり方について保健所との定期的な意見交換 地域支援に関心がある精神科医の確保 データベースの作成と実績提示による予算確保</p>

この取組では、アウトリーチチームが保健所等と協働で活動することにより、アウトリーチチームの活動内容の透明性が確保され、地域のネットワーク形成につながりやすくなったことがポイントです。このような工夫により、市町村等の人材育成にも効果が期待されます。

図表2：ネットワーク型アウトリーチのイメージ



県レベル

和歌山県の取組：未受診者への積極的支援により精神保健福祉法第 34 条の移送が減少

和歌山県では、もともと精神保健福祉法第 34 条の移送が多いことが課題になっていましたが、2011 年度に国の事業である精神障害者アウトリーチ推進事業をきっかけに、未治療・治療中断者を中心としたアウトリーチチームを民間医療機関に委託して、本庁が進捗を管理し、保健所が支援導入を担うという方法で支援を開始しました。同事業が終了した後も、様々な予算を取得して事業を継続しています。保健所と本庁が管理することで、委託先の医療機関が自機関で抱え込むことなく、未治療・治療中断者を地域で支えるしくみをつくることができました。

直面する課題認識	34 条移送が多く、その削減が課題 未治療・治療中断者等の相談が多く、さらに増加傾向 精神障害者が対象となる関連の事件が地域の苦情が多発問題に
課題解決への推進力となった事項	2011 年度からの国の精神障害者アウトリーチ推進事業参加 本庁が最初からしっかり関わり、委託先に丸投げにしなかった チームスタッフと保健所、本庁担当者による月 1 回評価会議を開催
利用できるリソース	県内の全保健所に精神保健福祉士が常勤配置されている 本庁担当者（精神保健福祉士であり、専門的視点から事業の有用性について資料作成が可能） 2014 年度～地域移行・地域生活支援事業、和歌山県精神障害者地域生活支援体制整備事業 2015 年度～地域医療介護確保基金、和歌山県精神障害者受療促進体制整備事業 2016 年度～地域移行・地域生活支援事業
継続のポイント	保健所や本庁の担当者による積極的な関与 保健所保健師が医療判断を中心に支援を行うことにより、身体合併症の観察が行える 支援開始時及び必要に応じた保健所職員の同行訪問
取組の効果	移送の減少 支援対象者の周辺住民が協力的になった 医療が必要と思われた事例でも、生活支援により性急な医療導入の必要がないことがわかった
他の自治体で実施するためのポイント	精神保健福祉士の保健所への常勤配置 本庁の担当者が現場の状況を十分に把握し、政策につなげること 多職種チームの構築

和歌山県では、様々な事業を有効活用し、業務委託をしたあとも自治体が実務関係者としてしっかり連携していることがポイントです。

保健所を持たない市レベル

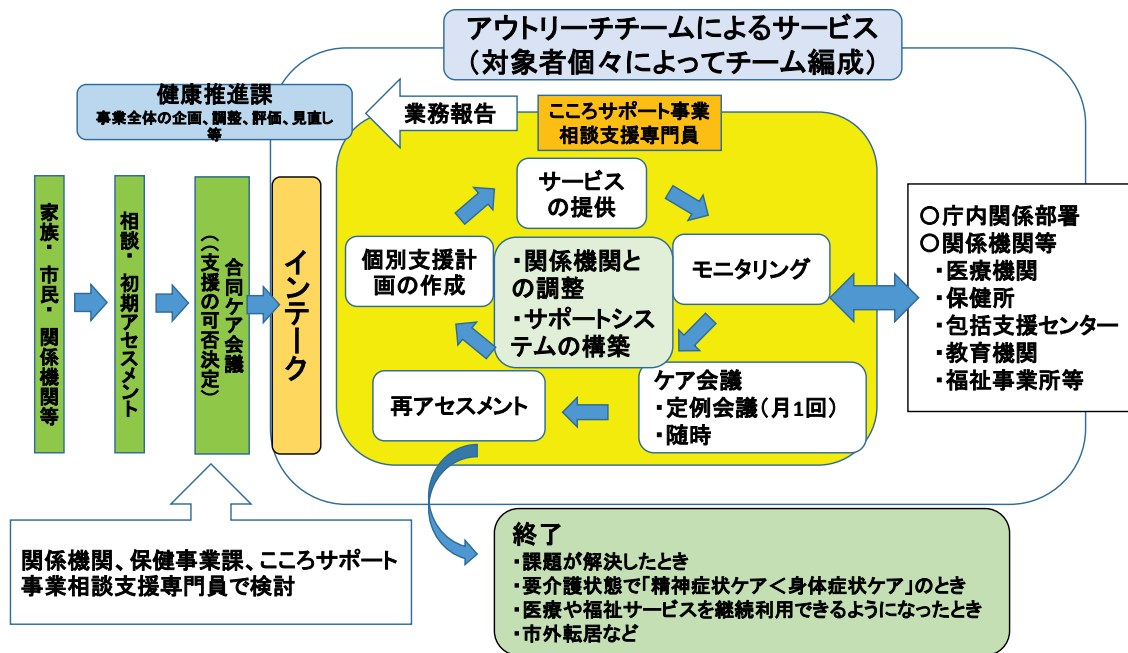
尾道市の取組：限られたリソースを最大限に生かす

尾道市では、2018年より「こころサポート事業」として未治療・治療中断等、困難事例に対する多職種アウトリーチを開始しました。社会福祉法人の精神保健福祉士1名が委託を受け、ケースごとに保健師その他の支援関係者と多職種チームを結成し、支援を行っています。支援対象者は、周囲との関係づくりや生活に困難があり、社会・医療から孤立している人や精神疾患が疑われる未治療者、医療中断者、自殺未遂者などです。こころサポート事業により、アウトリーチの強みを活かした地域連携の強化ができています。一方で、往診に対応できる医師や、訪問看護師、相談支援専門員は不足しており、山間部や島嶼部のニーズにどう対応するかなどについては今後の検討課題としてあげられています。

直面する課題認識	自立支援医療受給者、精神障害者保健福祉手帳所持者の増加 未治療、治療中断、対応困難事例の増加 困難事例への支援強化の必要性
課題解決への推進力となった事項	市健康推進課職員の問題意識の高さ 副市長の理解 委託先と市との良好な関係
利用できるリソース	精神科病院1か所、精神科クリニック4か所、総合病院精神科2か所、相談支援事業所14か所 不足する精神科のリソースを補う積極的な連携姿勢
継続のポイント	委託後も自治体が密接に関与するネットワーク体制構築 多職種の支援効果への実感
取組の効果	地域で支えるしくみの構築による各担当の負担感軽減 課題の共有を基盤とした連携体制構築の必要性に関する意識の共有
他の自治体で実施するためのポイント	自治体が支援チームにしっかり関与すること 支援の提供を通じて地域の関係者間の連携を構築すること 委託先でアウトリーチ業務に携わる職員には、支援・連携構築等に関する高いスキルが求められることに留意すること

事業が始まってまだ約1年ですが、支援を拒否していた人が訪問につながったケースや、障害福祉サービスを申請し利用を開始できたケースもあり、目に見える成果が出ています。支援対象者の社会参加（就職なども含む）、迷惑行為の減少や家族関係の修復など、医療面のみならず生活面でもアウトリーチ支援の効果が見えてきています。

図表3：尾道市こころサポート事業スキーム



(4) 措置入院者の退院後支援

措置入院者の退院後支援については平成 30 年度より診療報酬上も評価されることとなり、自治体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインも発出されていますが、いくつかの自治体では、ガイドライン発出前より、地域のニーズに応じて措置入院者の退院後支援を実施していました。ここでは、そのなかから滋賀県の取組を紹介します。

滋賀県の取組：退院後支援により、医療と地域の支援者の顔のみえる関係で再入院を予防

滋賀県では、措置入院者に対し、入院初期から精神科病院と地域の支援機関が情報共有と連携を強化して、退院後の地域での生活に必要なサービス等を調整することで、再入院を予防するための支援を実践しています。入院時に多職種参加のカンファレンス等で病院と支援機関が情報共有し、退院に向けて多機関による顔の見えるサポート体制が作られます。保健所等は可能な限り、退院時カンファレンスまでに家庭訪問を行い、退院後の生活について環境整備を行っています。退院後は、核となる地域の支援者を中心にそれぞれが役割分担し、連携を密に図りながら支援し、退院後の生活援助や再発予防につなげています。精神科救急と退院後支援は「車の両輪」の関係にあると考え、退院後支援により構築された連携を活かして、精神障害者を包括的に支援しています。

現在の取組は、現状の人員・予算で法第 47 条に基づく相談支援活動の一環として実施しています。退院後支援の充実のためには、「滋賀県精神障害者の退院後支援に関するマニュアル」を策定することで、支援チームのメンバーがそれぞれの役割を確認しながら支援するしくみを作っていくこととあわせて、継続的な支援を担う人材の育成や確保が必要になってくると思われます。

直面する課題認識	県の措置入院者の対応件数が年々増加していた 2013年度に実施した精神科病院の実態調査で、約3割の措置入院者が退院後の地域生活支援につながっていないことが判明
課題解決への推進力となった事項	通常業務での困りごとに対し、状況改善を目的に、精神保健福祉センター主導により措置入院者フォローアップ体制調査研究事業として支援を開始
利用できるリソース	精神保健福祉センター（救急情報センターを有し、精神保健福祉法に基づく申請・通報に関する情報を集約している） 保健所（法第47条に基づく相談支援と平日日中の通報対応を行っている） 精神医療センター（精神保健福祉センターと同じ敷地にあり、日常的に緊密に連携している） 滋賀のみんなでつくる地域精神保健医療福祉チーム（各圏域における中核的人材が核となり、入院から地域生活を支える支援やしきみを医療・福祉・行政・当事者が協働して相互理解と連携を図っている）
継続のポイント	精神科救急と退院後支援は精神障害者支援において「車の両輪」と考え、医療と保健福祉関係者の顔の見える関係を基盤とした包括的な関わりを、行政マネジメントで行っている 現在の取組を、保健所・精神保健福祉センター・精神科医療機関の通常業務としてとらえている
取組の効果	措置入院者のほとんどに、保健所・精神保健福祉センターが入院中から何らかの関与・支援を行っている
他の自治体で実施するためのポイント	自治体機関が地域マネジメント機能を担い、支援者・病院のスタッフがともに感じている課題を明確化（調査・データまとめ等）する 関係機関の担当者が目的を共有・意見交換できる場づくりを行ない、マニュアルの整備等を行う

滋賀県では、退院後支援や精神科救急システムを活用して地域支援機関でのネットワークを作り、自殺対策、ひきこもり対策、退院促進対策等も含め、精神障害にも対応した地域包括支援システム構築をすすめています。

（５）地域移行支援

地域移行の推進のためには、保健所が積極的に参画することが求められています。ここでは、県型保健所が事務局を担って、圏域の全病院、相談支援事業所、圏域内の全市町が参加して精神障害者の地域移行に取り組んでいる事例を紹介します。

兵庫県豊岡保健所の取組：ピアサポーターを活用した地域移行のシステム構築

豊岡保健所では、保健所が事務局を担い、圏域全病院、相談支援事業所、圏域内全市町が参加して、精神障害者の地域移行に取り組んでいます。取組の目標や運営方法については、病院長等、各組織の責任者で構成される年 2 回の協議会、毎月実施される実務者で協議して決めています。長期入院患者の意欲喚起と個別支援では、相談支援事業所に雇用されているピアサポーターも活躍しています。

この取組を可能とした背景要因としては、2012 年度から地域移行支援が個別給付化されたことや、2014 年に精神保健福祉法が改正され、病院管理者に退院促進の努力義務が課せられ、運営指針にピアサポーターの活動が記載されるなど退院促進に向けた国の姿勢が明確となったことなどが挙げられます。まず、保健所が圏域精神科病院の責任者に地域移行の基本方針を説明し、実施の合意を得るところから始め、2014 年度の途中から、地域移行にピアサポーターを雇用して取り組む相談支援事業所を選定し、保健所と協働でピアサポーターの養成に取り組みました。全病院において患者対象とした退院意欲喚起のための院内説明会を開始し、病院から提出された退院候補者リスト患者に個別面接をし、地域移行申請の働きかけを行うという、きめ細かな対応が行われており、圏域内のみで年間 20 例以上もの地域移行申請が行われています。

直面する課題認識	地域移行が進んでいないこと 病院が病院機能の転換方針を打ち出せないでいること
課題解決への推進力となった事項	保健所が制度やピアサポーターについての理解を深めたこと 保健所が地域移行について関係機関に必要性を明確に提示し、具体的方法を示し、積極的に他機関と協働したこと 保健所が持っているデータを分析し、関係機関と具体的目標設定をし、目標達成のための働きかけを継続したこと 精神障害当事者をピアサポーターとして雇用し、相互支援モデルを提示する事で、病院行政福祉関係者の精神障害者感をポジティブに変化させるとともに、地域住民の差別意識の解消にある程度成功したこと
利用できるリソース	障害者総合支援法の地域移行支援個別給付 国事業と保健所独自（重要施策）予算
継続のポイント	具体的成果（退院）をあげ、マスコミを通じた成果のPRにより事業の社会的認知度を高める 政策的位置づけを明確にし、継続的に国や県の補助予算を獲得する 地域移行が進むにつれて、やや重症な患者が対象となることから、地域の支援力の向上が必要 入院患者の減少に対応した病院の経営方針の転換
取組の効果	2014 年の 1 年以上入院患者は 377 人であったが、2018 年には 291 人となり、86 人減少し、国が求めている地域移行目標を既に達成している
他の自治体で実施するためのポイント	長期入院患者の地域移行に積極的な病院を開拓する 地域移行を担いピアサポーターを雇用する相談支援事業所の発掘と支援 保健所の制度の理解促進と経験の蓄積

(6) 精神科医療機関と地域の連携

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムにおいては、精神科医療をはじめとする医療が適切に関与することが不可欠です。精神障害は、疾病と障害が併存するという特徴があり、障害の程度は病状に大きく影響されます。また、地域での対応困難ケース、引きこもりや虐待事例等のなかには、精神科医療の関与が望ましいケースも多く、精神障害が疑われながらも医療へのアクセス手段がなく家族が抱え込んでしまう場合もあります。このように、精神障害者やその家族が地域で安心して暮らすためには、適時適切な精神科医療の関与が非常に重要です。ここでは、精神科病院と保健所が密接に連携して地域の課題に対応している地域を紹介します。

八王子市（中核市）の取組：精神科病院と保健所の密接な連携で困難事例に対応

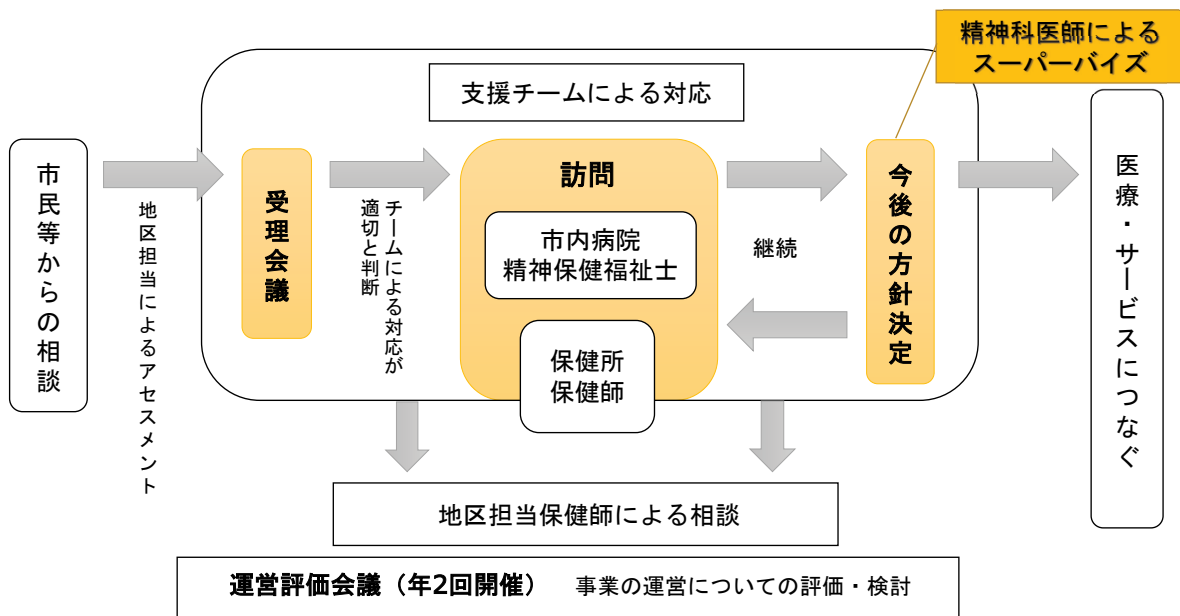
2014年度の改正精神保健福祉法施行に伴い、保健所職員が市内17病院を訪問して退院調整機能に関してヒアリング調査を実施し、保健所に期待される役割として個別支援強化と連携、関係機関ネットワークの推進、とりわけ受診受療に関する医療導入支援への期待が高いことが明らかになりました。家族対応困難事例関連の事件を契機に地域の困難事例対応が議会から求められていたこともあり、都の補助を活用して2016年に保健所と市内の精神科病院の連携によるアウトリーチの取組を開始しました（八王子市精神障害者早期訪問支援事業）。保健所の精神保健相談を活用し、未治療、治療中断等で地域生活困難な事例を主な支援対象としており、医療導入のみならず、生活支援や家族支援にも力を入れています。

早期訪問支援事業を市内の複数の医療機関に協力依頼し、それぞれの医療機関から精神保健福祉士を1名ずつ派遣するしくみとし、保健所保健師とともに訪問支援を行っていることが特徴で、病院医師による事例検討やスーパーバイズも実施されています。カンファレンス、カンファレンス後の保健師のマネジメント、事業連絡調整会議、事業運営評価会議などにより、丁寧に関係者間の合意形成をはかりながら事業が進められています。

直面する課題認識	未治療・治療中断等精神保健相談の増加 地域の困難事例の医療導入などに迅速に対応する必要性
課題解決への推進力となった事項	市議会と市が早期支援の必要性を理解していた 市内病院調査で医療導入支援の意義が理解された 都の政策（早期訪問支援事業）による財政支援が活用できた 都精神保健福祉センターの技術援助を得られた 4回にわたる病院と保健所の合同準備会で、地域の課題や実際の動き方について丁寧に検討した
利用できるリソース	市内の複数の精神科病院 市保健所の保健師の日常的な訪問指導 東京都の障害者施策推進包括補助項目「精神障害者アウトリーチ支援事業」による財政的裏付け

継続のポイント	事業実施要綱の整備 精神保健福祉センターのバックアップ ケースカンファレンスや事業連絡調整会議、事業運営評価会議などでの関係者による合意形成
取組の効果	精神科医療へのアクセス改善 家族支援の強化 保健所と病院の連携強化 多職種の視点が加わったことによるアセスメント力の向上 困難事例や医療中断の問題等、地域の課題を共有しやすくなった 「顔が見える関係」ができた 病院職員が地域で生活する精神障害者と家族の実情についての理解を深めた
他の自治体で実施するためのポイント	調査報告などを用いて事業の必要性について関係者間の合意形成を図ること 精神保健福祉センターなどによる技術支援が得られること 保健所が適切な事例を選択でき、医療導入後もフォローできること 精神科病院の精神保健福祉士が組織の合意を得て事業に参加し、地域精神保健福祉の現場臨床を経験すること

図表4：八王子市精神障害者早期訪問支援事業の流れ



参考

参考1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ	215
(1) 第6期障害福祉計画の成果目標等に係るデータ	215
(2) ピアサポーターの養成、アウトリーチ支援の実施状況	218
(3) 医療保護入院に係るデータ	219
参考2 ReMHRAD(リムラッド)について	221
参考3 障害福祉サービス等及び地域生活支援事業等の一覧	231
(1) 障害福祉サービス等の体系	231
(2) 令和3年度地域生活支援事業(市町村事業)	232
(3) 令和3年度地域生活支援事業(都道府県事業)	232
(4) 令和3年度地域生活支援促進事業	233
参考4 圏域の考え方に係る資料等	234
(1) 各圏域設定の考え方について	234
(2) 都道府県別各圏域数集計	234
参考5 関連する計画等	235
(1) 第4次障害者基本計画	235
(2) 第7次医療計画において定める数値目標	237
(3) 第7次医療計画中間見直しにおける指標例	238
(4) 第6期障害福祉計画において定める成果目標	239

参考 1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

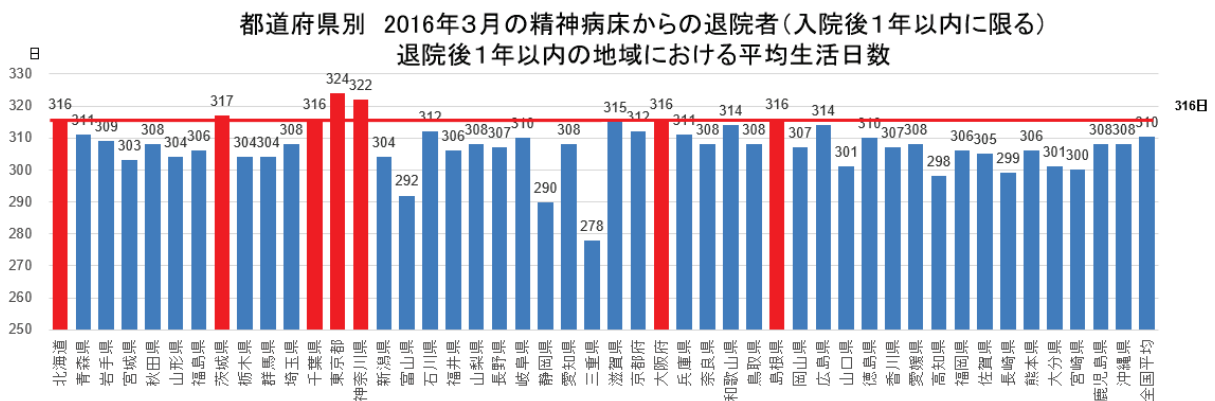
(1) 第6期障害福祉計画の成果目標等に係るデータ

第6期障害福祉計画において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するため、精神障害者（精神病床への入院後一年以内に退院した者）の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数、精神病床における一年以上長期入院患者数（六十五歳以上の一年以上長期入院患者数、六十五歳未満の一年以上長期入院患者数）、精神病床における早期退院率（入院後三か月時点の退院率、入院後六か月時点の退院率、入院後一年時点の退院率）に関する目標値が掲げられています。

図表 1：精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数

精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数について

第6期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値(316日以上)を基本とする。



具体的な計算式

2016年精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数

2016年3月の精神病床からの退院者(入院後1年以内に限る)の退院日から1年間の地域生活日数の合算

2016年3月の精神病床からの退院者(入院後1年以内に限る)総数

- ・医療機関へ入院した日数については、地域生活日数として算出されない。
- ・死亡退院者については、分母及び分子から除外されている。
- ・退院後に死亡が確認された場合は、死亡日以降の日数は、地域生活日数として算出されない。

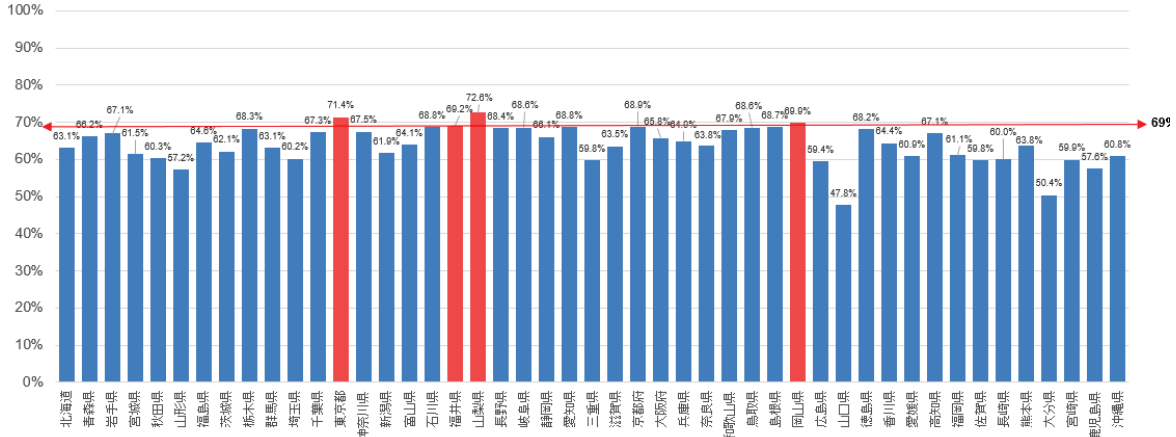
出典:令和元年度 厚生労働科学研究費補助金「都道府県別地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」(研究代表者:奈良県立医科大学 今村知明)

図表2：精神病床における早期退院率（入院後3ヶ月）

精神病床における早期退院率(入院後3ヶ月)について(参考データ)

都道府県別 精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率(平成28年)

第6期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値(69%以上)を基本とする。



精神病床における入院後(3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月)時点の退院率

$$= \frac{\text{平成28年3月における精神病床における入院患者における入院後(3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月)時点 退院者総数}}{\text{平成28年3月における精神病床における入院者総数}}$$

(注)死亡退院者については、分母及び分子から除く。

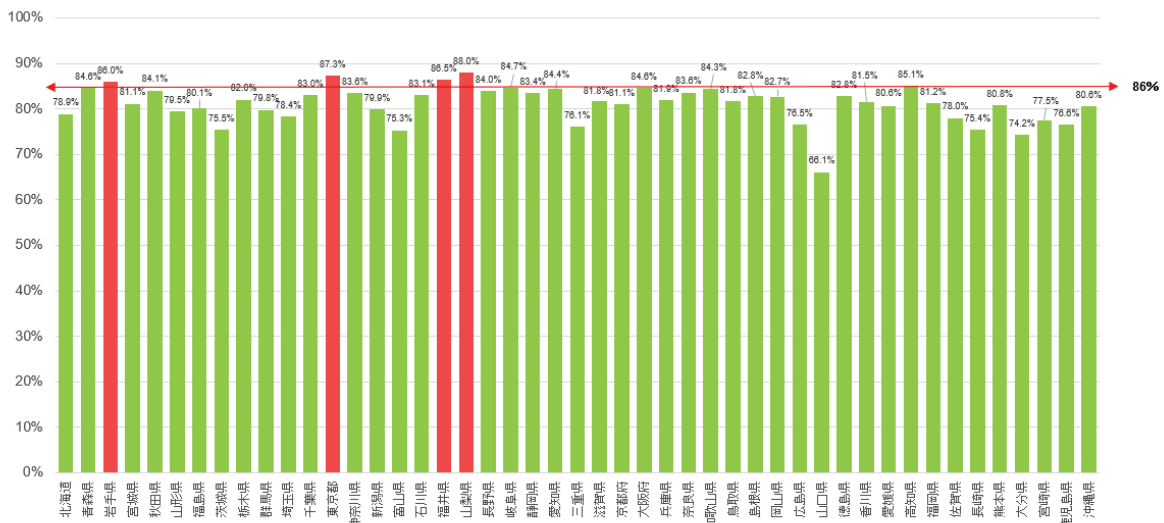
出典:令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」(研究代表者:山之内芳雄)からの報告 NDBデータを活用して算出

図表3：精神病床における早期退院率（入院後6ヶ月）

精神病床における早期退院率(入院後6ヶ月)について(参考データ)

都道府県別 精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率(平成28年)

第6期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値(86%以上)を基本とする。



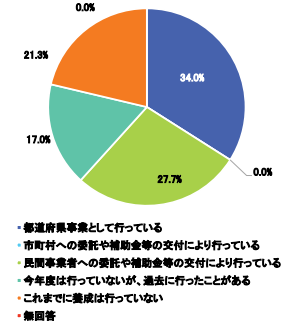
出典:令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」(研究代表者:山之内芳雄)からの報告 NDBデータを活用して算出

(2) ピアサポーターの養成、アウトリーチ支援の実施状況

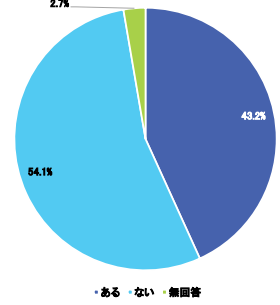
都道府県及び市町村におけるピアサポーターの養成、また、アウトリーチ支援に係る状況は以下の通りです。

(ピアサポーターの養成状況)

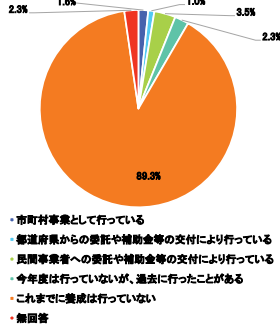
ピアサポーターの養成状況(都道府県)



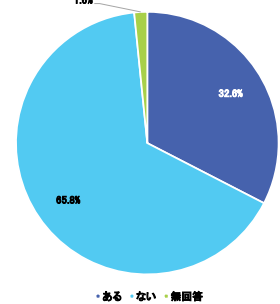
ピアサポーター養成プログラムの有無(都道府県)



ピアサポーターの養成状況(市町村)

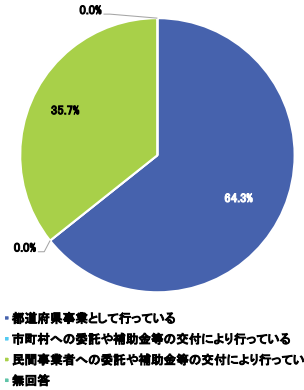


ピアサポーター養成プログラムの有無(市町村)

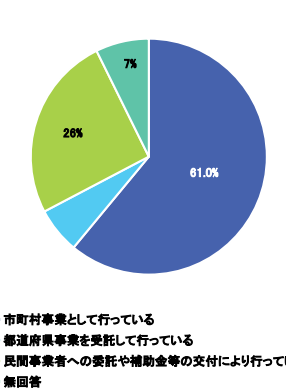


(アウトリーチ支援の状況)

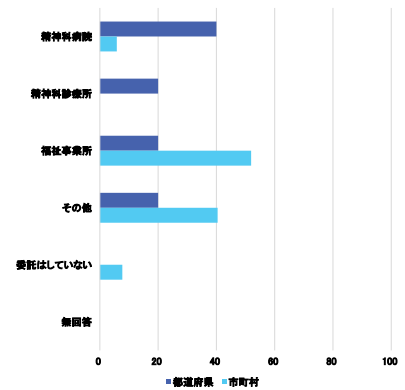
アウトリーチ支援の状況(都道府県)



アウトリーチ支援の状況(市町村)

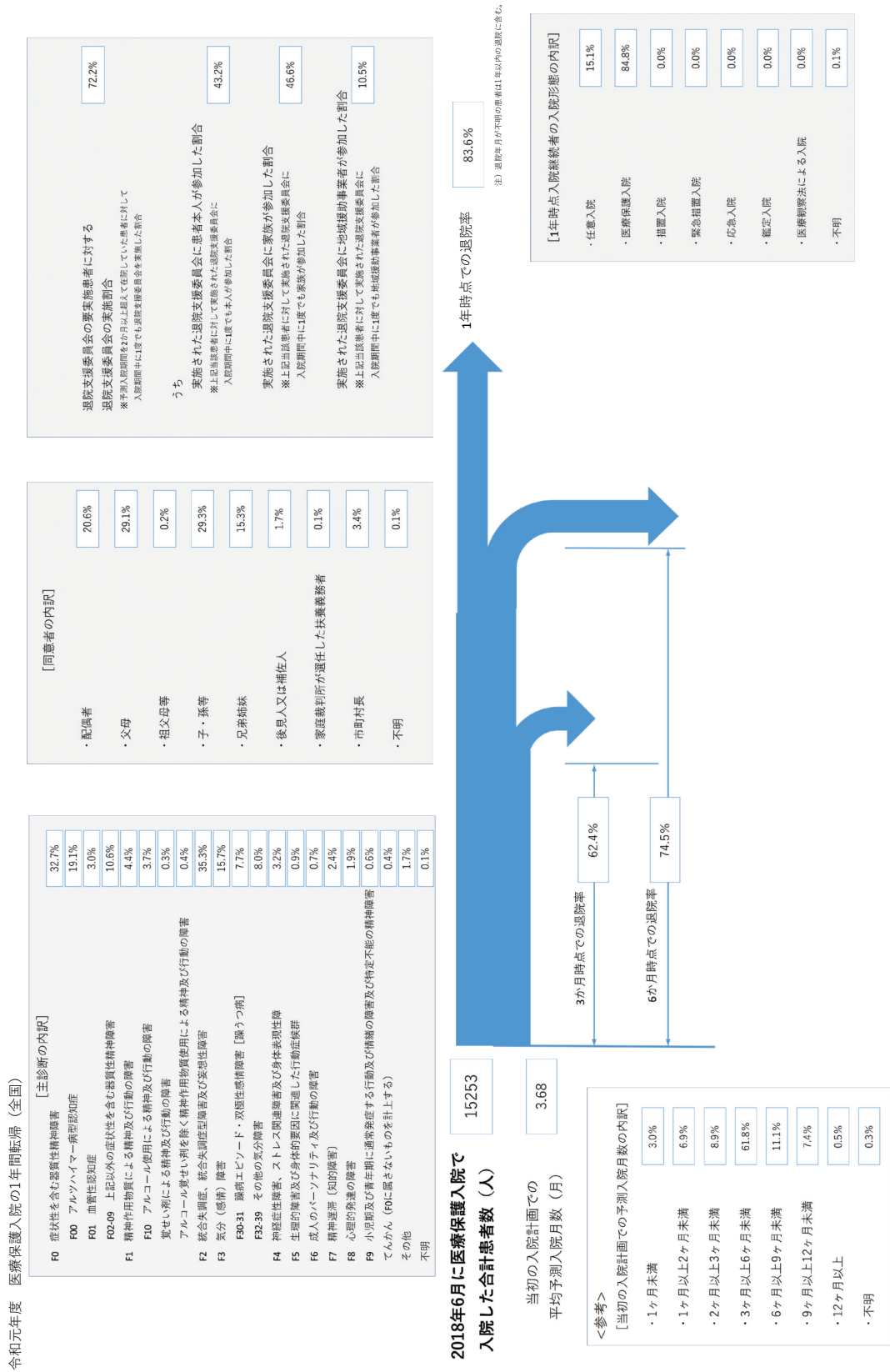


アウトリーチ支援の委託の状況



出典：令和2年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況にかかるアンケート」より作成

(3) 医療保護入院に係るデータ



出典：令和元年度「精神保健福祉資料」より作成

令和元年度 医療保護入院の1年間転帰（都道府県別）

都道府県	退院率			同意者			退院支援委員会			
	3か月時点での退院率	6か月時点での退院率	1年時点での退院率	家族等	市町村長	不明	退院支援委員会の要実施患者*に対する			
							退院支援委員会の実施割合	支援委員会が実施された患者のうち本人参加割合	支援委員会が実施された患者のうち家族の参加割合	支援委員会が実施された患者のうち地域援助事業者の参加割合
北海道	57.3%	72.6%	81.8%	97.0%	2.6%	0.3%	76.0%	61.2%	35.2%	4.8%
青森県	62.8%	74.9%	84.5%	97.9%	2.1%	0.0%	80.0%	41.7%	29.2%	4.2%
岩手県	65.7%	81.8%	89.5%	98.6%	1.4%	0.0%	66.7%	22.7%	36.4%	18.2%
宮城県	45.8%	66.8%	91.9%	98.6%	1.4%	0.0%	93.9%	15.8%	12.9%	5.0%
秋田県	63.9%	76.1%	85.6%	97.2%	2.2%	0.6%	76.1%	20.0%	28.6%	8.6%
山形県	70.8%	79.2%	88.7%	97.4%	2.6%	0.0%	76.8%	20.9%	41.9%	18.6%
福島県	56.1%	68.3%	76.1%	96.1%	3.5%	0.4%	77.9%	50.0%	76.7%	18.3%
茨城県	62.6%	70.6%	82.7%	97.6%	2.4%	0.0%	61.4%	54.9%	58.8%	5.9%
栃木県	57.5%	71.9%	77.5%	95.6%	4.4%	0.0%	83.3%	42.5%	47.5%	7.5%
群馬県	55.9%	65.6%	76.7%	95.2%	4.8%	0.0%	40.9%	48.1%	63.0%	11.1%
埼玉県	60.5%	74.5%	84.9%	97.2%	2.8%	0.0%	74.4%	41.0%	32.0%	8.2%
千葉県	64.6%	77.2%	84.4%	95.1%	4.5%	0.4%	76.2%	67.7%	57.0%	15.1%
東京都	67.4%	79.1%	87.5%	95.1%	4.8%	0.1%	61.7%	49.2%	50.4%	10.8%
神奈川県	59.3%	71.5%	81.6%	95.1%	4.6%	0.1%	69.7%	40.6%	46.3%	10.9%
新潟県	58.6%	71.3%	80.8%	97.6%	2.4%	0.0%	86.0%	33.7%	62.8%	10.5%
富山県	66.9%	79.2%	84.4%	97.4%	2.6%	0.0%	90.0%	33.3%	51.9%	7.4%
石川県	71.8%	82.1%	88.0%	97.4%	2.6%	0.0%	97.4%	59.5%	45.9%	13.5%
福井県	50.0%	56.6%	79.4%	98.5%	1.5%	0.0%	57.9%	33.3%	57.6%	24.2%
山梨県	58.6%	78.2%	83.5%	94.0%	4.5%	1.5%	63.9%	60.9%	87.0%	21.7%
長野県	62.8%	73.9%	78.9%	97.2%	2.8%	0.0%	80.4%	40.5%	48.6%	18.9%
岐阜県	65.6%	75.4%	83.6%	99.5%	0.0%	0.5%	54.2%	23.1%	15.4%	0.0%
静岡県	51.7%	62.1%	74.0%	95.4%	4.6%	0.0%	41.2%	49.2%	60.3%	12.7%
愛知県	69.5%	81.9%	87.9%	97.3%	2.7%	0.0%	70.2%	45.5%	32.3%	10.1%
三重県	58.4%	65.3%	73.5%	95.9%	4.1%	0.0%	66.7%	40.5%	50.0%	7.1%
滋賀県	60.8%	73.2%	81.4%	97.9%	2.1%	0.0%	76.9%	25.0%	60.0%	20.0%
京都府	65.2%	76.8%	83.1%	97.0%	3.0%	0.0%	85.0%	33.3%	54.9%	7.8%
大阪府	70.0%	80.6%	86.8%	92.6%	7.4%	0.0%	77.5%	34.9%	44.2%	11.0%
兵庫県	67.6%	78.7%	87.5%	96.9%	2.9%	0.1%	74.7%	50.0%	54.2%	6.8%
奈良県	63.5%	74.3%	83.8%	98.6%	1.4%	0.0%	82.3%	23.5%	17.6%	3.9%
和歌山県	63.4%	76.1%	84.5%	95.8%	4.2%	0.0%	85.0%	58.8%	35.3%	17.6%
鳥取県	60.2%	72.9%	84.7%	96.6%	3.4%	0.0%	81.8%	33.3%	44.4%	22.2%
島根県	58.4%	65.5%	75.2%	94.7%	5.3%	0.0%	70.7%	44.8%	79.3%	17.2%
岡山県	66.7%	77.8%	84.9%	95.6%	4.4%	0.0%	88.0%	56.8%	59.1%	6.8%
広島県	62.9%	77.7%	84.9%	99.2%	0.8%	0.0%	88.5%	50.6%	49.4%	4.7%
山口県	47.9%	62.9%	76.1%	97.2%	2.8%	0.0%	83.6%	44.3%	54.1%	6.6%
徳島県	77.1%	90.4%	96.4%	97.6%	2.4%	0.0%	91.7%	45.5%	63.6%	18.2%
香川県	68.1%	79.2%	88.9%	97.2%	2.8%	0.0%	44.4%	37.5%	37.5%	25.0%
愛媛県	54.7%	65.3%	70.0%	90.0%	2.6%	0.0%	48.3%	53.6%	64.3%	35.7%
高知県	62.8%	73.7%	83.9%	96.4%	3.6%	0.0%	77.1%	55.6%	48.1%	18.5%
福岡県	66.5%	78.6%	85.7%	96.1%	3.8%	0.1%	78.0%	46.4%	49.3%	4.3%
佐賀県	56.9%	70.6%	84.4%	98.1%	1.9%	0.0%	82.7%	32.6%	27.9%	4.7%
長崎県	60.2%	75.6%	84.6%	98.4%	1.6%	0.0%	85.7%	43.3%	53.3%	13.3%
熊本県	54.3%	63.1%	71.9%	96.2%	3.1%	0.7%	65.6%	37.6%	49.5%	14.9%
大分県	54.1%	69.2%	85.0%	98.5%	1.5%	0.0%	62.5%	32.0%	44.0%	12.0%
宮崎県	67.0%	79.8%	85.3%	99.1%	0.9%	0.0%	77.3%	52.9%	58.8%	17.6%
鹿児島県	50.7%	62.1%	79.1%	98.1%	1.9%	0.0%	60.8%	51.1%	51.1%	15.6%
沖縄県	61.0%	75.2%	83.5%	97.2%	2.4%	0.0%	71.0%	55.1%	69.4%	20.4%
全国	62.4%	74.5%	83.6%	96.3%	3.4%	0.1%	72.2%	43.2%	46.6%	10.5%

出典：令和元年度「精神保健医療福祉資料」より作成

参考2 ReMHRAD（リムラッド）について

本項目は、ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database/地域精神保健医療福祉資源分析データベース：リムラッド）について、「医持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」（研究代表者：川崎市精神保健福祉センター所長 大正大学客員教授 竹島正）の分担研究「精神保健医療福祉の可視化に関する研究」（研究分担者：東洋大学教授 吉田光爾）においてとりまとめられたものを本手引き用に改定したものです。

ReMHRADは、国立精神・神経医療研究センター内にて公開されているWebデータベースです。Web上で閲覧できる精神保健福祉上の統計指標を、1）市区町村単位で、2）地図データを利用し可視化してわかりやすく、3）多自治体とも比較可能な形で、4）各種指標を統合して表示しています。（ReMHRAD：<https://remhrad.jp/>）

本データベースは主に以下の4つのタブにわかれたコンテンツから構成されています。

図表6：ReMHRADで示される4つのコンテンツ



1. 多様な精神疾患の指標（医療計画）

第7次医療計画において示された数値目標等について、各都道府県における指標状況を閲覧することができます。指標の多くは、National Data Base（NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース）をもとに算出されたものです。

（1）サマリーの表示

都道府県を選択し、「指標一覧サマリーを見る」欄を選択すると、選択した都道府県の指標の状況が表示されます。指標毎に色づけされており、全国の都道府県を数値の多寡に応じて分布させて（四分位）、赤（多い）から青（少ない）へとグラデーションで濃くなる様式になっています。

このマトリックス表を見ることで、指定した都道府県が、全国と比較した場合に、どの指標で偏りがあるのか分かるようになっています。

また、「長期入院患者数」「退院率」「再入院率」についても、指定した都道府県と全国の比較が表示されます。

例えば、鹿児島県を例にして見てみましょう（図表7）。各疾患の入院病床を持つ病院数・各疾患の入院患者数のパネルに赤色がついており、全国と平均して入院に関する病院・患者数が多いことが示されています。他方で、各疾患の外来患者数は青色になっており、外来患者数が少ないこと

が示されています。また全国と比較して、人口十万人当たりの入院患者数が多く、退院率が低く、再入院率が高い、という状況も示されます。

図表7：サマリー表示例（鹿児島県）

H30年度鹿児島県サマリー

本サマリーは、「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」に示された疾患・事業領域とそれに対応した指標について、自治体県と全国値を比較して色付けしたものです。各指標の上にマウスカーソルを移動させると、より詳細な内訳が表示されます。

多い ← 少ない
0%点 25%点 中央値 75%点 100%点

統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
統合失調症を入院診察し...	うつ・躁うつ病を入院診察し...	認知症を入院診察し...	20歳未満の精神疾患を入院診察し...	発達障害を入院診察し...	アルコール依存症を入院診察し...	薬物依存症を入院診察し...	ギャンブル等依存症を入院診察し...	PTSDを入院診察し...	高次脳機能障害を入院診察し...	摂食障害を入院診察し...	てんかんを入院診察し...	深夜・休日に初診後に...	身体合併症を診察し...	救命救急入院科 精神科...	DPAT先遣隊登録医療機関数	指定通院医療機関数
統合失調症を外来診察し...	うつ・躁うつ病を外来診察し...	認知症を外来診察し...	20歳未満の精神疾患を外来診察し...	発達障害を外来診察し...	アルコール依存症を外来診察し...	薬物依存症を外来診察し...	ギャンブル等依存症を外来診察し...	PTSDを外来診察し...		摂食障害を外来診察し...	てんかんを外来診察し...		精神疾患の受け入れ体制...	救急患者精神科継続支援...		
治療抵抗性統合失調症...	閉鎖循環式全身麻酔...	認知症疾患医療セン...	知的障害を入院診察し...		重度アルコ-ール依存症...	依存症集団療法を外来...				摂食障害入院医療管理...			精神科リエゾンチーム...			
治療抵抗性統合失調症...	認知行動療法を外来...		知的障害を外来診察し...													
		かかりつけ医認知症...	児童・思春期精神科...													

全体的に病床を有する病院・入院患者数が全国と比較して多く、外来患者数が少ない。

統合失調症の精神科...	うつ・躁うつ病の精...	認知症の精神科...	20歳未満の精神疾患...	発達障害の精神科...	アルコール依存症の精...	薬物依存症の精神科...	ギャンブル等依存症の...	PTSDの精神科での入...	摂食障害の精神科...	てんかんの精神科...	深夜・休日に初診後に...	精神科入院患者で専属...	救命救急入院科で精神疾...
統合失調症外来患者数	うつ・躁うつ病外来...	認知症外来患者数	20歳未満の精神疾患...	発達障害外来患者数	アルコール依存症外来...	薬物依存症外来患者数	ギャンブル等依存症外...	PTSD外来患者数	摂食障害外来患者数	てんかん外来患者数	精神疾患の救急率平均...	体制を持つ一般病院で...	救急患者精神科継続支...
治療抵抗性統合失調...	閉鎖循環式全身麻酔...	認知症疾患医療セン...	知的障害の精神科...		重度アルコ-ール依存...	依存症集団療法を外来...			摂食障害入院医療管理...			精神科リエゾンチーム...	
治療抵抗性統合失調...	認知行動療法を外来...		知的障害外来患者数										
統合失調症患者にお...			児童・思春期精神科...										

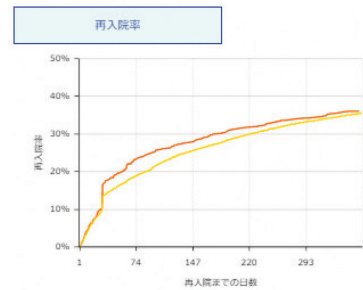
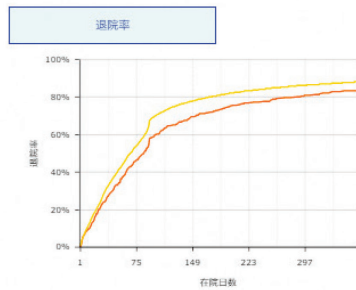
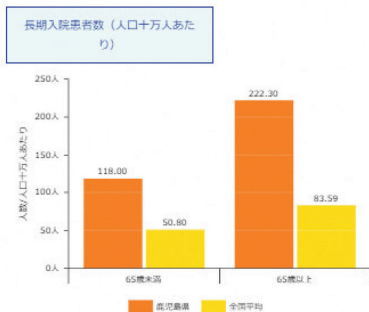
※グレーのセルは技術的な問題で算出できていません

精神科における入院後3、6、12ヶ月時点の退院率	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月
	53.46%	73.02%	83.47%

精神科における新規入院患者の平均在院日数	153.55日
----------------------	---------

精神科における急性期・回復期・慢性期入院患者数 (65歳以上・65歳未満別)	急性期 (3ヶ月未満)		回復期 (3ヶ月以上1年未満)		慢性期 (1年以上)		合計
	施設所在地	患者所在地	施設所在地	患者所在地	施設所在地	患者所在地	
65歳未満	500人	507人	613人	618人	1,910人	1,954人	3,023人
65歳以上	566人	576人	1,192人	1,208人	3,590人	3,681人	5,348人

施設所在地：鹿児島県内の精神科病院における入院者の数を表示しています。
患者所在地：鹿児島県民（＝鹿児島県に元住所のある方）の入院者の数を表示しています。



長期入院患者：入院から1年以上経過している、鹿児島県民（＝鹿児島県に元住所のある方）の入院者数を表示しています。

全国平均値と比較して、長期入院患者数が多く、退院率が低く、再入院率が高い。

閉じる

このマトリックス表を見ることで、指定した都道府県が、全国と比較した場合に、どの指標で偏りがあるのか分かるようになっていきます。

また、「長期入院患者数」「退院率」「再入院率」についても、指定した都道府県と全国の比較が表示されます。

なおこのサマリーは「第7次医療計画中間見直し前」と、「～中間見直し後」の2つに分かれて表示されています。「中間見直し後」の指標では、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(※いわゆる地域平均生活日数)」や、「依存症専門医療等機関」や「精神科救急医療体制整備事業」に関する指標などが追加されています。

図表8：新規に追加された指標（地域平均生活日数）



(2) 二次医療圏ごとの状況の表示

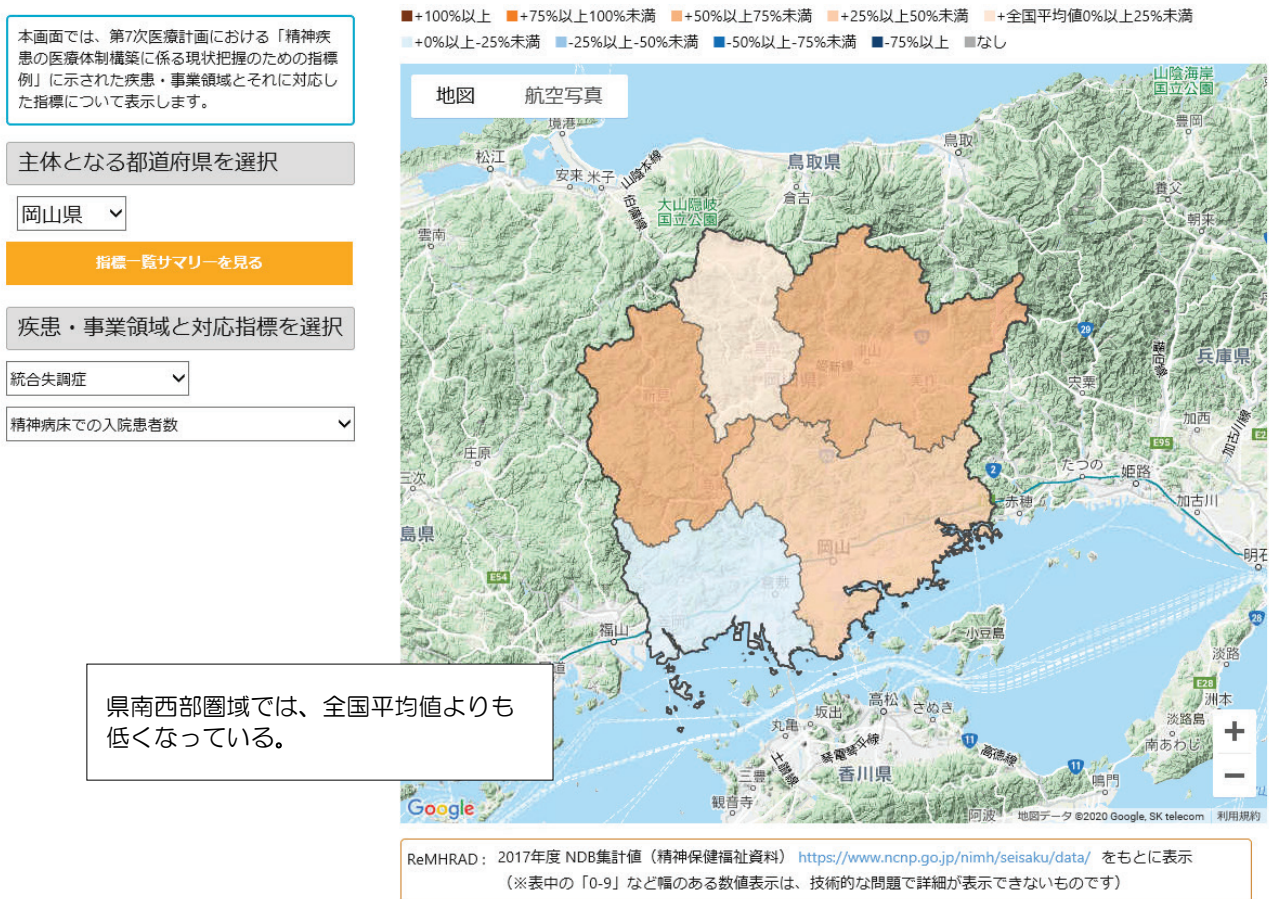
各指標の状況を、二次医療圏域毎に閲覧することもできます。

都道府県を選択し、「疾患・事業領域」及び「対応指標」を選択すると、全国と比較した場合の多い（赤）から少ない（青）についてグラデーションで表示されます。

実際の数値も表示されエクセル形式でのダウンロードも可能です。

例えば、岡山県において「統合失調症」の「精神科病床での入院患者数」（10万人あたり）を見てみましょう（図表9）。全国平均値（266.3人/十万人）に対して、県南西部圏域では213.0人/十万人と低いのですが、高梁・新見圏域では422.7人/十万人となっています。ReMHRADでは地域内のより詳細な情報を表示し、対策を講じるべきなのか検討するための材料を提供しています。

図表9：二次医療圏表示例（岡山県）



二次医療圏域	年間実人数	人口10万人あたり(人)	excel出力
高梁・新見	260	422.702	
津山・英田	729	400.279	
県南東部	3338	365.436	
真庭	132	278.258	
県南西部	1525	212.953	
全国	(合計) 340092	(平均値) 266.306	

2. 在院者の状況

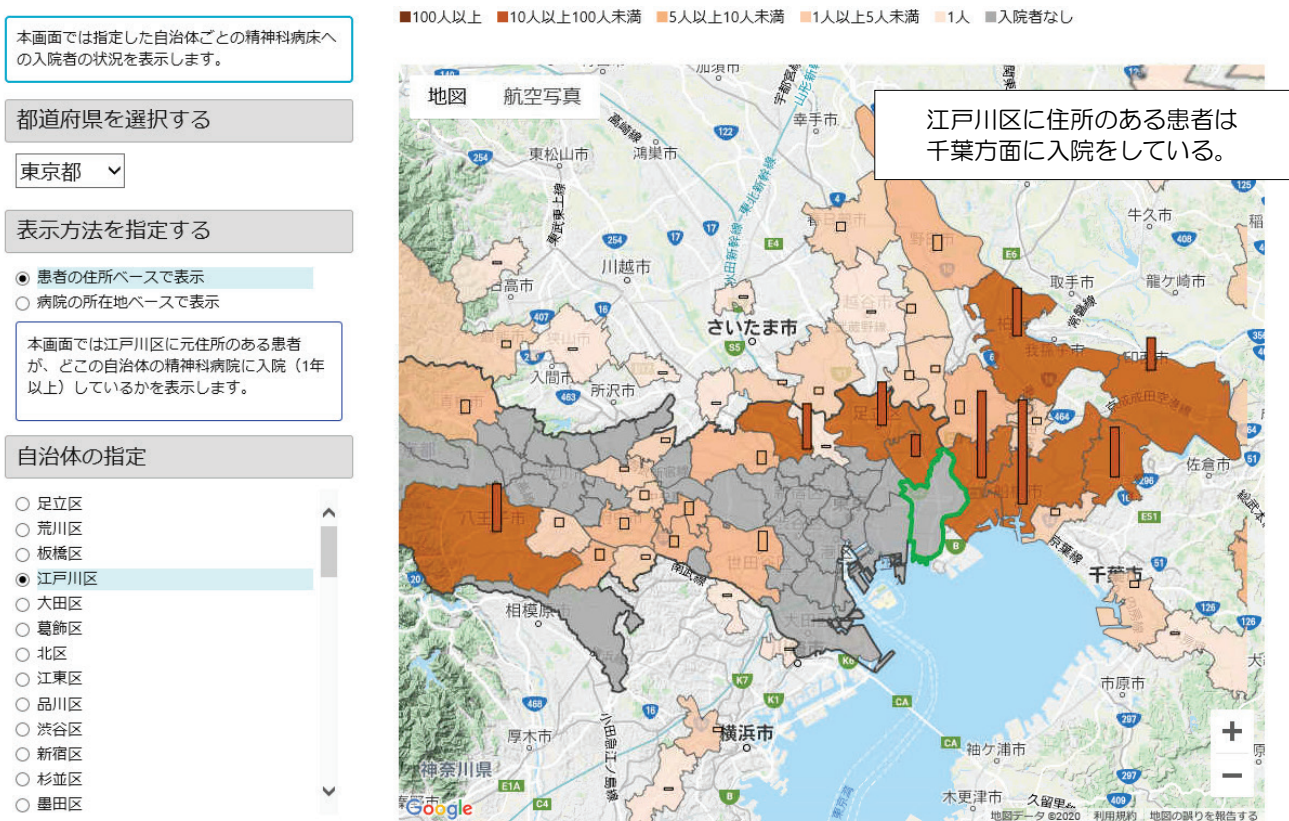
このタブは精神保健福祉資料(630 調査)で把握された精神科病床への在院者の状況について、患者の入院前住所地及び精神科病院の所在地をもとに表示しています。

(1) 患者の住所ベースで表示

「患者の住所ベースで表示」を選択した場合、患者の入院前の住所地の住民が、どのエリアの精神科病院に調査時点で入院しているかを表示することができます。

例えば東京都江戸川区について見てみましょう(図表 10)。自区内に精神科病院がないため、船橋市・市川市など千葉県エリアに多くの患者が入院している様子がわかります。退院支援を考えた場合には、千葉県内の病院・行政との連携が必要であるということが示唆されます。

図表 10：患者の住所ベースで表示例（江戸川区）



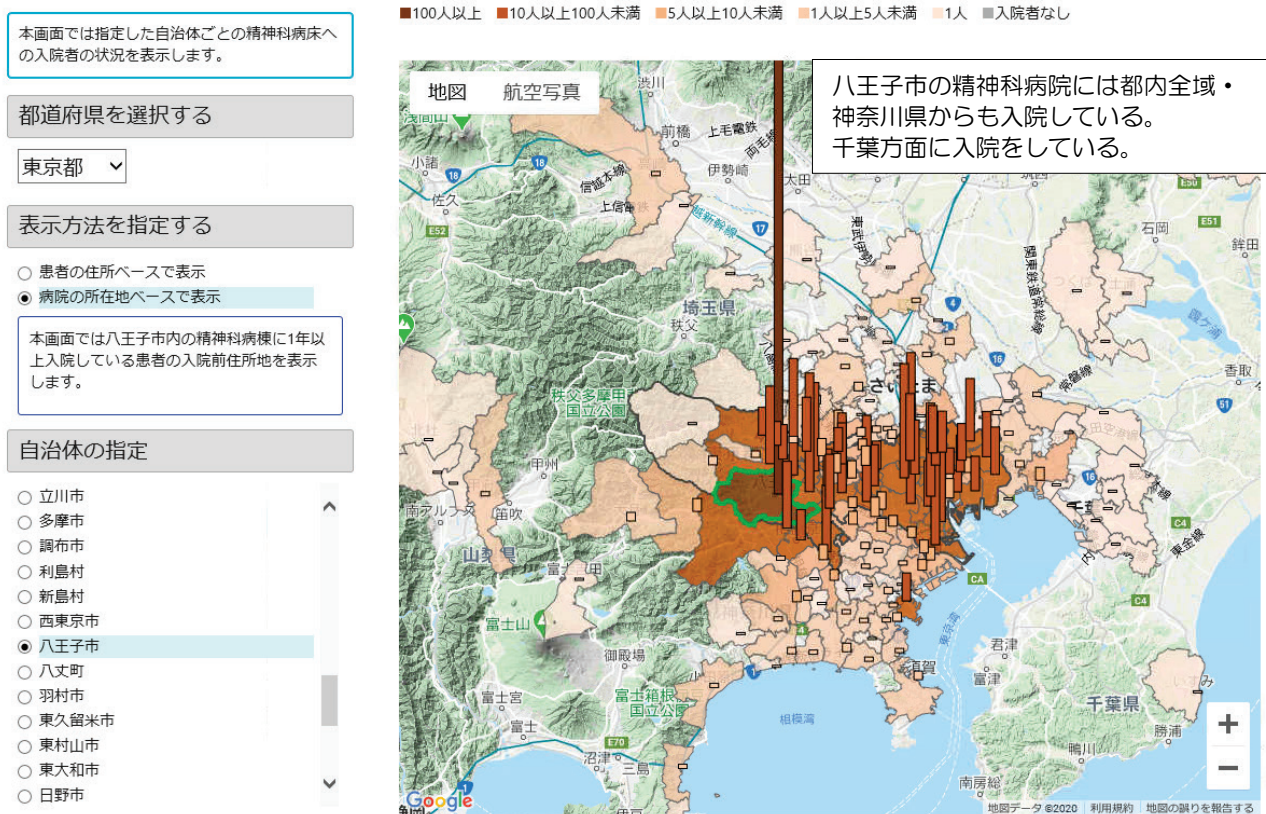
(2) 病院の所在地ベースで表示

「病院の所在地ベースで表示」を選択した場合、指定したエリアの精神科病院に調査時点で入院している患者が、どの市区町村から入院しているか、を表示することができます。

「病院の所在地ベースで表示」を選択した場合、指定したエリアの精神科病院に調査時点で入院している患者が、どの市区町村から入院しているか、を表示することができます。

例えば東京都八王子市を見てみましょう（図表 11）。八王子市の長期入院患者は八王子市民のみで構成されているのではなく、東京都全域から流入していることがわかります。すなわち退院支援を考えると、八王子市に所在する医療機関・相談支援事業所だけでなく、都内全域・神奈川県などとの連携が必要であることが示唆されます。このように ReMHRAD を活用することで、退院支援の際に連携すべき市区町村を具体的に把握することが可能になります。

図表 11：患者の住所ベースでの表示例（八王子市）

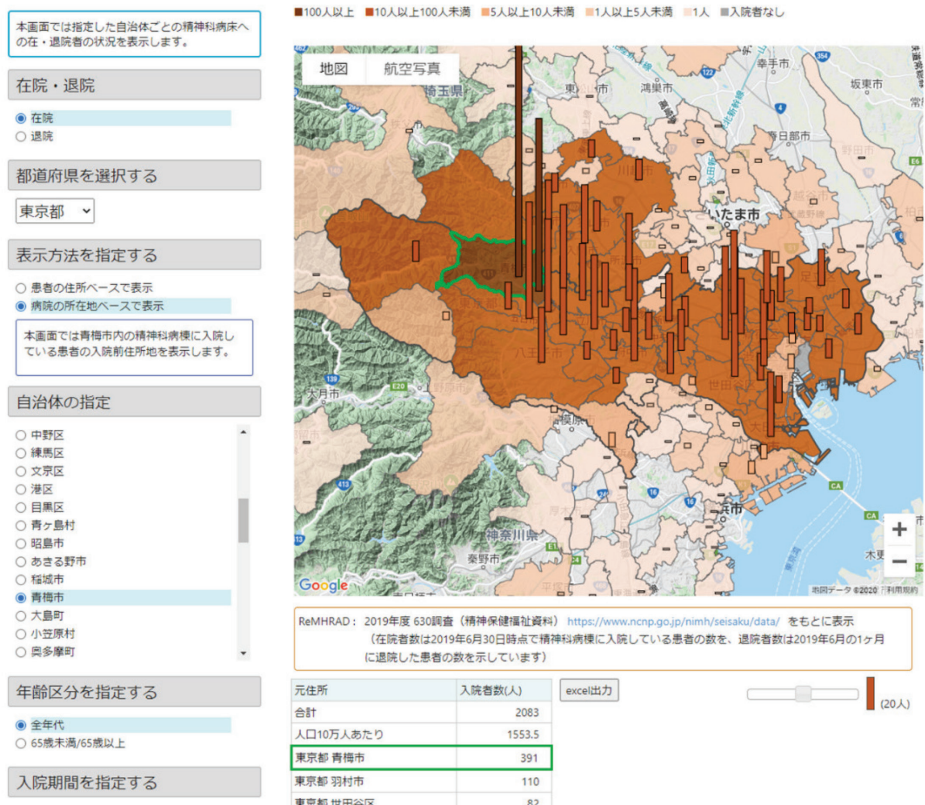


（3）退院者の状況に関する表示

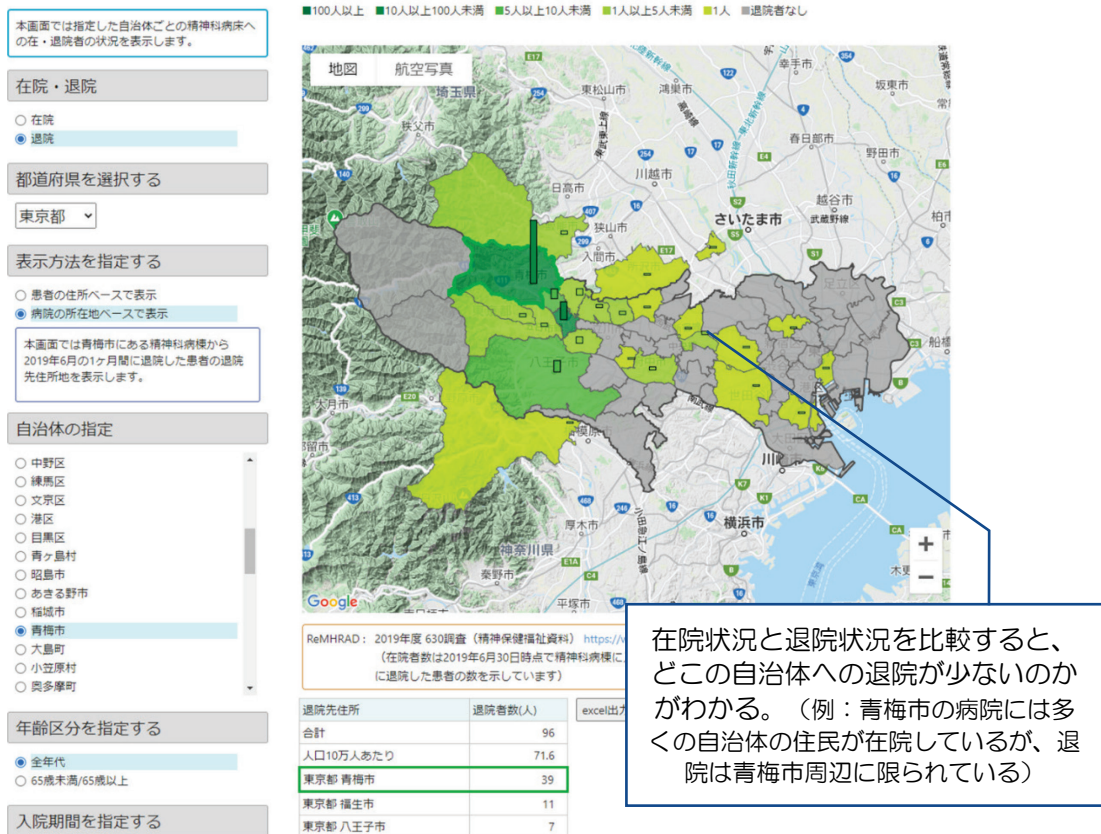
本年度から、これまでの在院者に関する表示だけではなく、退院者（630 調査で把握している 6 月 1 ヶ月について）の状況を表示できるようになりました。これも「患者の住所ベース」および「病院の所在地ベース」のどちらでも表示できます。

例えば東京都青梅市について、病院所在地ベースで在院者・退院者を比較してみましょう（図表 12 および 13）。青梅市の入院患者も、青梅市民のみで構成されているのではなく、東京都全域から流入していることがわかります（図表 12）。しかし退院者の状況を見ると、その退院者は青梅市周辺に限られています（図表 13）。退院促進を考えていくときに、他の自治体との連携が欠かせないことが把握できます。

図表 12：在院者の表示例（青梅市）



図表 13：退院者の表示例（青梅市）

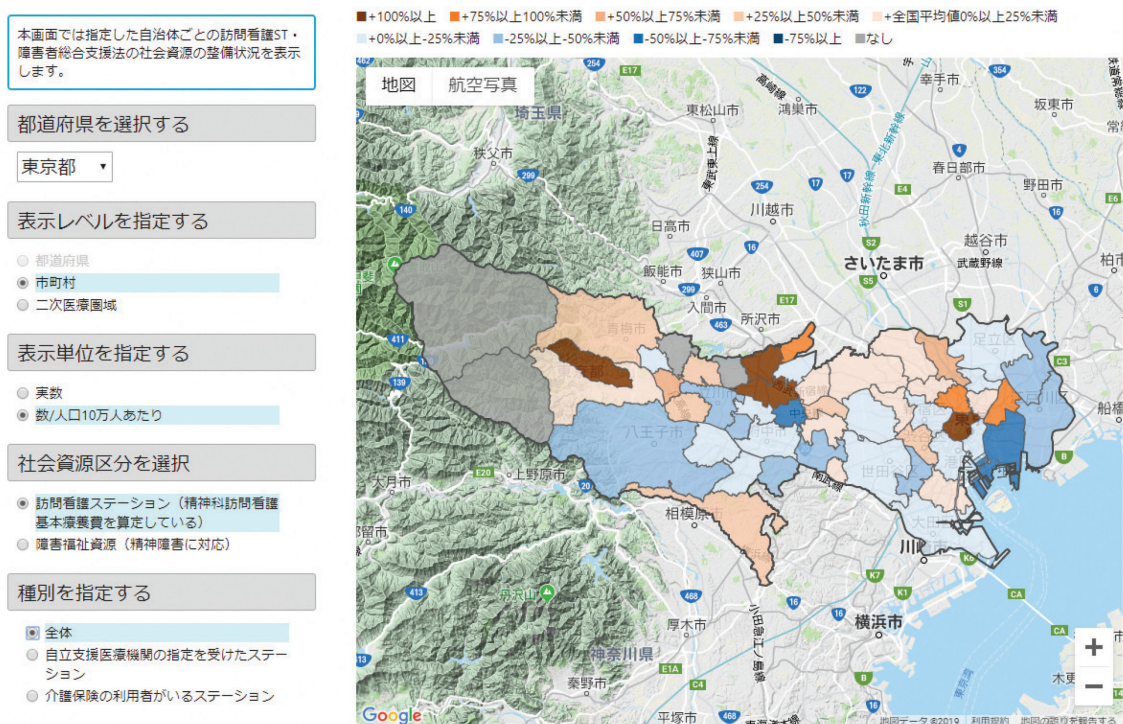


3. 地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）

このタブは精神保健福祉資料(630 調査)及び障害福祉サービス等情報公表システムをもとに、訪問看護ステーション・障害者総合支援法上の各社会資源（精神障害を支援対象に含むものに限る）の多寡を表示しています。

例えば、図表 14 は、東京都の精神障害に対応している（＝精神科訪問看護基本療養費を算定している）精神科訪問看護ステーションの人口 10 万人あたりの数が示されています。自治体により差があることがみてとれます。この表示は、訪問看護ステーションおよび障害者総合支援法の各種サービスについて表示が可能です。なお、これらの数はエクセルでダウンロード可能なので、障害福祉計画の立案や、地域課題の把握の基礎資料として、活用されることが期待されます。

図表 14：地域包括ケアのための資源の状況 表示例（東京都）



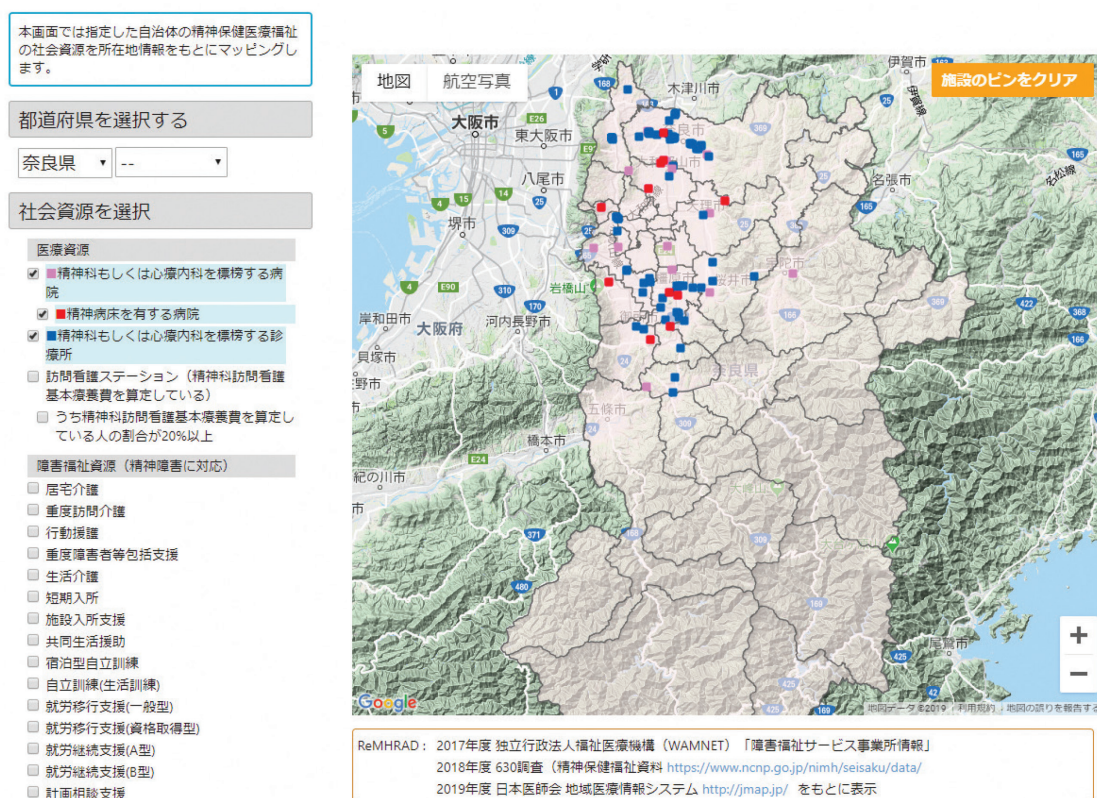
※障害福祉サービス等情報公表システムについては、未入力の事業所なども未だに多いことが予想されます。各自治体における実態把握の精度向上のために、各自治体においてもデータ入力のさらなる推進にご協力いただければ幸いです。

4. 各社会資源のマッピング：

本タブでは「4.」で示したデータに「日本医師会 地域医療情報システム (<http://jmap.jp/>)」の情報を加え、精神医療保健福祉に関する社会資源を、実際の位置情報をもとに地図上にマッピングしたものです。

例えば、奈良県の精神科に対応した医療機関（病院・診療所）を表示したものが、図表 15 になります。社会資源のマップは、地域での偏在を把握するためにも有用です。自治体内の情報のとりまとめや、臨床活動での活用、また利用者や家族が近隣の社会資源を探す際などにも利用されることが期待されます。

図表 15：各社会資源のマッピング表示例（奈良県）



<コラム：市町村での活用について>

ここでは、市町村が ReMHRAD を活用する際の視点について例示します。

○住民の入院状況について把握する

市町村は、住民の入院状況等を把握し、傾向や特性、あるいは協働すべき他自治体などについて検討することが大切です。

- 疾患別に入院患者数を把握する
 - …統合失調症と認知症別に入院患者数が把握できます。
- 年齢構成別に入院患者数を把握する
 - …65 歳未満・65 歳以上別に入院患者数が把握できます。
- 入院期間別に入院患者数を把握する
 - …3 か月未満、3 か月以上 1 年未満、1 年以上別で入院患者数が把握できます。
- 当該市町村の住民が、どこの市町村に入院しているか把握する
 - …当該市町村の入院患者がどの程度の範囲で入院しているのか把握できます。
- 当該市町村に入院している患者が、どこの住民なのか把握する
 - …協働・連携が必要な自治体や事業所等の把握につなげることが可能

○地域生活を支援するために必要な資源について把握する

障害福祉サービス等事業所や訪問看護ステーション等の情報について、自らの市町村の資源について把握することが大切です。精神科医療機関等とコミュニケーションを図る際にデータとして活用したり、隣接区域等の資源状況などを鑑みて、近隣市町村との連携推進につなげていく取組が重要です。

- 障害福祉サービス等事業所や訪問看護ステーションの数と分布を把握する
 - …地図あるいは表形式にて、これらの数を把握することで、資源が不足する圏域や、どのサービスが不足しているのか等を把握できます。
- 近隣市町村で連携すべき事業所を把握する
 - …全てのサービスを自治体内で充足させることは困難です。連携関係を深めるべき近隣市町村の資源について把握を進め、連絡を取り合うことが可能となるよう、コミュニケーション・関係性構築につなげていく取組が重要です。
- 障害福祉サービス等事業所や訪問看護ステーションの数と分布を把握する

参考3 障害福祉サービス等及び地域生活支援事業等の一覧

(1) 障害福祉サービス等の体系

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）					
サービス内容			利用者数	施設・事業所数	
訪問系	介護給付	居宅介護 (者 児)	自宅、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	188,354	20,622
		重度訪問介護 (者)	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であつて常に介護を必要とする人に、自宅、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う	11,509	7,427
		同行援護 (者 児)	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う	25,503	5,786
		行動援護 (者 児)	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う	11,440	1,819
		重度障害者等包括支援 (者 児)	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う	34	10
日中活動系	施設系	短期入所 (者 児)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	48,190	4,817
		療養介護 (者)	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行う	20,935	257
		生活介護 (者)	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する	292,098	11,346
居住支援系	訓練等給付	施設入所支援 (者)	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	127,330	2,583
		自立生活援助 (者)	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う	952	240
		共同生活援助 (者)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う	139,087	9,781
		自立訓練（機能訓練） (者)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う	2,210	175
		自立訓練（生活訓練） (者)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う	12,957	1,204
		就労移行支援 (者)	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う	35,252	3,021
		就労継続支援（A型） (者)	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	74,524	3,875
		就労継続支援（B型） (者)	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	281,610	13,658
	就労定着支援 (者)	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う	12,756	1,328	

(注) 1.表中の「(者)」は「障害者」、「(児)」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 2年 10月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）					
サービス内容			利用者数	施設・事業所数	
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 (児)	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	124,062	7,852
		医療型児童発達支援 (児)	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	1,800	91
		放課後等デイサービス (児)	授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に連携し、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	248,697	15,484
訪問系	障害児	居宅訪問型児童発達支援 (児)	重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	202	74
		保育所等訪問支援 (児)	保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	9,624	1,019
入所系	障害児	福祉型障害児入所施設 (児)	施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,410	185
		医療型障害児入所施設 (児)	施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	1,892	193
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援 (者 児)	【サービス利用支援】 ・ サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画を作成 ・ 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 ・ サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ・ 事業者等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	192,913	8,983
		障害児相談支援 (児)	【障害児利用援助】 ・ 障害児通所支援の申請に係る支給決定の前に利用計画を作成 ・ 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	58,383	5,246
		地域移行支援 (者)	住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	652	351
		地域定着支援 (者)	常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	3,808	563

※ 障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない） ※ 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としない）

(注) 1.表中の「(者)」は「障害者」、「(児)」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 2年 10月サービス提供分（国保連データ）

(2) 令和3年度地域生活支援事業（市町村事業）

令和3年度地域生活支援事業（市町村事業）

必須事業	任意事業
1 理解促進研修・啓発事業	1 日常生活支援 (1) 福祉ホームの運営 (2) 訪問入浴サービス (3) 生活訓練等 (4) 日中一時支援 (5) 地域移行のための安心生活支援 (6) 巡回支援専門員整備 (7) 相談支援事業所等(地域援助事業者)における退院支援体制整備 (8) 協議会における地域資源の開発・利用促進等の支援 (9) 児童発達支援センター等の機能強化等
2 自発的活動支援事業	2 社会参加支援 (1) レクリエーション活動支援 (2) 芸術文化活動振興 (3) 点字・声の広報等発行 (4) 奉仕員養成研修 (5) 複数市町村における意思疎通支援の共同実施促進 (6) 家庭・教育・福祉連携推進事業
3 相談支援事業 (1) 基幹相談支援センター等機能強化事業 (2) 住宅入居等支援事業(居住サポート事業)	3 就業・就労支援 (1) 盲人ホームの運営 (2) 知的障害者職親委託
4 成年後見制度利用支援事業	
5 成年後見制度法人後見支援事業	
6 意思疎通支援事業	
7 日常生活用具給付等事業	
8 手話奉仕員養成研修事業	
9 移動支援事業	
10 地域活動支援センター機能強化事業	

(参考) 交付税を財源として実施する事業
 ・ 相談支援事業のうち障害者相談支援事業 ・ 地域活動支援センター基礎的事業
 ・ 障害支援区分認定等事務 ・ 自動車運転免許取得・改造助成 ・ 更生訓練費給付

(3) 令和3年度地域生活支援事業（都道府県事業）

令和3年度地域生活支援事業（都道府県事業）

(参考) 交付税を財源として実施する事業
 ・ 障害児等療育支援事業

必須事業	任意事業
1 専門性の高い相談支援事業 (1) 発達障害者支援センター運営事業 (2) 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	2 日常生活支援 (1) 福祉ホームの運営 (2) オススメ(人工工門、人工膀胱造設者)社会適応訓練 (3) 音声機能障害者発声訓練 (4) 児童発達支援センター等の機能強化等 (5) 矯正施設等を退所した障害者の地域生活への移行促進 (6) 医療型短期入所事業所開設支援 (7) 障害者の地域生活の推進に向けた体制強化支援事業
2 専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成研修事業 (1) 手話通訳者・要約筆記者養成研修事業 (2) 盲ろう者向け通訳・介助員養成研修事業 (3) 失語症者向け意思疎通支援者養成研修事業	3 社会参加支援 (1) 手話通訳者の設置 (2) 字幕入り映像ライブラリーの提供 (3) 点字・声の広報等発行 (4) 点字による即時情報ネットワーク (5) 都道府県障害者社会参加推進センター運営 (6) 奉仕員養成研修 (7) レクリエーション活動等支援 (8) 芸術文化活動振興 (9) サービス提供者情報提供等 (10) 障害者自立(いきいき)支援機器普及アンテナ事業 (11) 企業CSR連携促進
3 専門性の高い意思疎通支援を行う者の派遣事業 (1) 手話通訳者・要約筆記者派遣事業 (2) 盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業 (3) 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業	4 就業・就労支援 (1) 盲人ホームの運営 (2) 重度障害者在宅就労促進(バーチャル工房支援) (3) 一般就労移行等促進 (4) 障害者就業・生活支援センター体制強化等 (5) 就労移行等連携調整事業
4 意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整事業	5 重度障害者に係る市町村特別支援
5 広域的な支援事業 (1) 都道府県相談支援体制整備事業 (2) 精神障害者地域生活支援広域調整等事業 (3) 発達障害者支援地域協議会による体制整備事業	6 障害福祉のしごと魅力発信事業
任意事業	
1 サービス・相談支援者、指導者育成事業 (1) 障害支援区分認定調査員等研修事業 (2) 相談支援従事者等研修事業 (3) サービス管理責任者研修事業 (4) 居宅介護従業者等養成研修事業 (5) 障害者ピアサポート研修事業 (6) 身体障害者・知的障害者相談員活動強化事業 (7) 音声機能障害者発声訓練指導者養成事業 (8) 精神障害関係従事者養成研修事業 (9) 精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業 (10) その他サービス・相談支援者、指導者育成事業	

(4) 令和3年度地域生活支援促進事業

令和3年度地域生活支援促進事業

都道府県事業	
1 発達障害児者地域生活支援モデル事業	14 薬物依存症に関する問題に取り組む民間団体支援事業
2 かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業	15 ギャンブル等依存症に関する問題に取り組む民間団体支援事業
3 発達障害者支援体制整備事業	16 「心のバリアフリー」推進事業
4 障害者虐待防止対策支援事業	17 身体障害者補助犬育成促進事業
5 障害者就業・生活支援センター事業	18 発達障害児者及び家族等支援事業
6 工賃向上計画支援等事業(※)	19 発達障害診断待機解消事業
7 障害者芸術・文化祭開催事業(※)	20 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業
8 障害者芸術・文化祭のサテライト開催事業	21 障害者ICTサポート総合推進事業
9 医療的ケア児等総合支援事業	22 意思疎通支援従事者キャリアパス構築支援事業
10 強度行動障害支援者養成研修事業(基礎研修、実践研修)	24 聴覚障害児支援中核機能モデル事業(※)
11 障害福祉従事者の専門性向上のための研修受講促進事業	25 地域における読書バリアフリー体制強化事業
12 成年後見制度普及啓発事業	26 地域生活支援事業の効果的な取組推進事業(※)
13 アルコール関連問題に取り組む民間団体支援事業	

市町村事業	
1 発達障害児者地域生活支援モデル事業	18 発達障害児者及び家族等支援事業
4 障害者虐待防止対策支援事業	23 重度訪問介護利用者の大学修学支援事業
9 医療的ケア児等総合支援事業	26 地域生活支援事業の効果的な取組推進事業(※)
12 成年後見制度普及啓発事業	27 雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業

(注) (※)の事業は定額(10/10相当)補助を含む。

参考4 圏域の考え方に係る資料等

(1) 各圏域設定の考え方について

域の種類	考え方
精神医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、医療連携体制を構築 二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定することとされている
精神科救急医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が精神科救急医療の整備を借るべき地域的単位として設定した区域 精神科救急医療体制整備事業を通じて、圏域毎の実態に応じた身体合併症患者を含む精神科救急医療体制機能を整備 一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。 <ul style="list-style-type: none"> 地理的条件等の自然的条件 日常生活の需要の充足状況 交通事情 等
二次医療圏	
障害保健福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> 広域的な視点から障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、市町村より広域的な行政単位として複数市町村を含む広域圏域として、障害福祉計画において設定
老人福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス及び保健・医療サービスの一体化・総合化を図る観点から、介護保険施設等の適正配置の目安として、介護保険事業支援計画において設定

(2) 都道府県別各圏域数集計

都道府県	精神医療圏の圏域数	精神科救急圏域数	2次医療圏の圏域数	障害福祉圏域数	都道府県	精神医療圏の圏域数	精神科救急圏域数	2次医療圏の圏域数	障害福祉圏域数
1 北海道	1	8	21	21	25 滋賀県	7	3	7	7
2 青森県	4	6	6	6	26 京都府	1	2	6	6
3 岩手県	9	4	9	9	27 大阪府	1	12	8	18
4 宮城県	1	1	4	7	28 兵庫県	8	7	8	8
5 秋田県	5	5	8	8	29 奈良県	5	1	5	5
6 山形県	4	4	4	4	30 和歌山県	1	3	7	8
7 福島県	6	4	6	7	31 鳥取県	3	3	3	3
8 茨城県	2	2	9	9	32 島根県	7	7	7	7
9 栃木県	6	1	6	6	33 岡山県	1	2	5	5
10 群馬県	0	1	10	10	34 広島県	7	7	7	7
11 埼玉県	1	2	10	10	35 山口県	1	3	8	8
12 千葉県	9	12	9	16	36 徳島県	1	3	3	3
13 東京都	0	4	13	1	37 香川県	1	2	3	3
14 神奈川県	1	1	9	8	38 愛媛県	1	1	6	6
15 新潟県	7	2	7	7	39 高知県	4	1	5	4
16 富山県	2	1	4	4	40 福岡県	1	4	13	13
17 石川県	1	1	4	4	41 佐賀県	5	1	5	5
18 福井県	1	2	4	4	42 長崎県	8	8	8	10
19 山梨県	1	1	4	4	43 熊本県	10	2	10	10
20 長野県	4	4	10	10	44 大分県	1	1	6	6
21 岐阜県	5	2	5	5	45 宮崎県	3	3	7	7
22 静岡県	8	6	8	8	46 鹿児島県	9	4	9	7
23 愛知県	1	3	11	11	47 沖縄県	5	4	5	5
24 三重県	4	2	4	9	全国	174	163	336	349

出典：令和元年度「精神保健医療福祉資料」より作成

(1) 第4次障害者基本計画

第4次障害者基本計画 概要

I 第4次障害者基本計画とは

【位置付け】 **政府が講ずる障害者施策の最も基本的な計画**（障害者基本法第11条に基づき策定）

【計画期間】 **平成30(2018)年度からの5年間**

【検討経緯】 障害者政策委員会（障害当事者等で構成される内閣府の法定審議会）での1年以上にわたる審議を経て、本年2月に取りまとめられた**障害者政策委員会の意見に即して、政府で基本計画案を作成**

II 基本理念（計画の目的）

共生社会の実現に向け、障害者が、自らの決定に基づき**社会のあらゆる活動に参加**し、その**能力を最大限発揮して自己実現**できるよう支援

III 基本的方向

1. 2020東京パラリンピックも契機として、**社会のバリア（社会的障壁）除去をより強力に推進**

○ 社会のあらゆる場面で、アクセシビリティ^(※)向上の視点を取り入れていく

(※) アクセシビリティ：施設・設備、サービス、情報、制度等の利用しやすさのこと。

○ アクセシビリティに配慮したICT等の新技術を積極的に導入

2. **障害者権利条約の理念を尊重し、整合性を確保**

(※) 障害者権利条約：我が国は平成26年に批准。障害当事者の主体的な参画等を理念とする。

○ 障害者施策の意思決定過程における障害者の参画、障害者本人による意思決定の支援

3. **障害者差別の解消に向けた取組を着実に推進**

○ 障害者差別解消法の実効性確保のため、各分野でハード・ソフト両面から差別解消に向けた環境整備を着実に推進

4. **着実かつ効果的な実施のための成果目標を充実**

第4次障害者基本計画 主な成果目標と現状値

※精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する項目のみ抜粋

<安心・安全な生活環境の整備>

指標	現状値(直近版)	目標値
地域生活支援拠点を少なくとも一つ整備している市町村又は障害福祉圏域の数	469市町村(うち圏域整備:66圏域 272市町村)(2020年4月)	全ての圏域(2020年度) ※各市町村又は各障害福祉圏域に少なくとも一つ整備
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を実施する地方公共団体の数	75自治体(2019年度)	前年度比増(～2022年度)

<差別の解消、権利擁護の推進及び虐待の防止>

指標	現状値(直近版)	目標値
地域移行・地域生活支援事業(ピアサポートの活用に係る事業)を実施する地方公共団体の数	19自治体(2019年度)	前年度比増(～2022年度)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業(ピアサポートの活用に係る事業)を実施する地方公共団体の数	43自治体(2019年度)	前年度比増(～2022年度)

<自立した生活の支援・意志決定支援の推進>

指標	現状値(直近版)	目標値
地域生活支援拠点を少なくとも一つ整備している市町村又は障害福祉圏域の数	469市町村(うち圏域整備:66圏域 272市町村)(2020年4月)	全ての圏域(2020年度) ※各市町村又は各障害福祉圏域に少なくとも一つ整備
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を実施する地方公共団体の数	75自治体(2019年度)	前年度比増(～2022年度)

<保健・医療の推進>

指標	現状値(直近版)	目標値
精神病床における1年以上の長期入院患者数 ※認知症患者を含む	約16.5万人(2019年度)	14.6～15.7万人(2020年度)
地域移行支援のサービス見込量	0.06万人(2020年3月)	(地方公共団体が設定する第5期障害福祉計画等の状況等を踏まえ設定)
地域定着支援のサービス見込量	0.4万人(2020年3月)	(地方公共団体が設定する第5期障害福祉計画等の状況等を踏まえ設定)
地域移行・地域生活支援事業を実施する地方公共団体の数	アウトリーチ事業 2自治体 ピアサポート活用事業 20自治体 (2019年度)	前年度比増(～2022年度)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を実施する地方公共団体の数	75自治体(2019年度)	前年度比増(～2022年度)

(2) 第7次医療計画において定める数値目標

医療計画の指針 (数値目標)

医療計画において定める数値目標

※医療計画内の精神分野の指針についての記載より抜粋

目標項目	数値目標	目標時期	(参考)関連する計画
精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	
精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	算定式 ^{1,2} に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	算定式 ^{1,3} に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における入院需要(患者数)	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	
地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末、令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	69%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	84%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画

1 精神病床に係る基準病床数の算定式(医療法施行規則第30条の30第2項)

2 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式(障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の1)

3 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式(障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の2)

4 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式(障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の3)

(別添) 医療計画において定める数値目標より

(4) 第6期障害福祉計画において定める成果目標

第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
 - ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
 - ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
 - ・ 障害福祉サービス等の質の向上
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進

3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

- ① 施設入所者の地域生活への移行
 - ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
 - ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減
- ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
 - ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
 - ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
 - ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92% (H28年時点の上位10%の都道府県の水準)
- ③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実
 - ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討
- ④ 福祉施設から一般就労への移行
 - ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍
 - うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
 - ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
 - ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)
- ⑤ 障害児支援の提供体制の整備等
 - ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
 - ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
 - ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
 - ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
 - ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)
- ⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】
 - ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保
- ⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】
 - ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保険課 委託事業

精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築のための手引き
(2020年度版)

2021（令和3）年3月

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

株式会社日本能率協会総合研究所
