

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

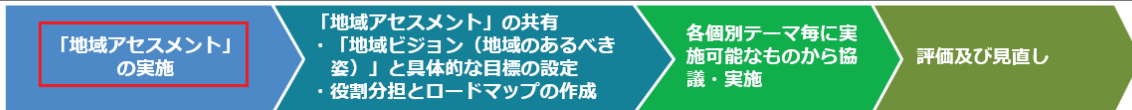
「ReMHRAD」(地域精神保健医療福祉資源データベース)(<https://remhrad.jp/>)を活用して、疾患別の入院・外来患者数、その経年的な変化、全国との比較、診療実績や、各地域における訪問看護・障害福祉サービス等の資源の分布状況等、地域全体についてのアセスメントを行きましょう。

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。



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

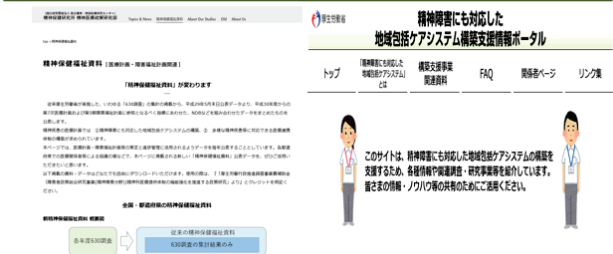
ReMHRAD:地域精神保健医療福祉資源分析データベース
<https://remhrad.ncnp.go.jp/>

- 「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 <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早期普及。 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養護施設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養護整備を推進。 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）

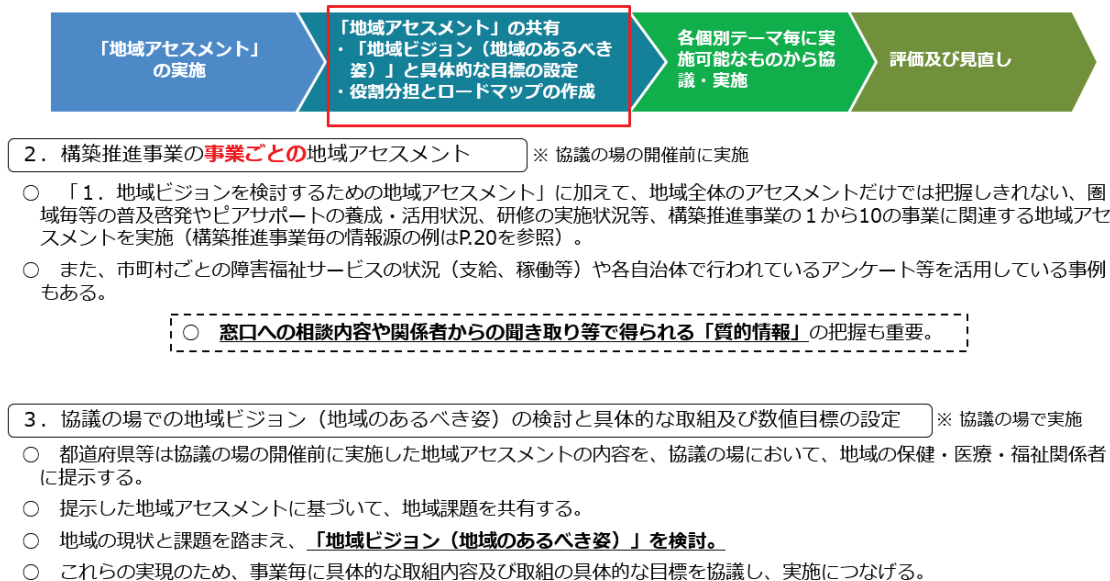
	全国の情報源の例	地域ごとの情報源の例
協議の場の設置	○保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況 構築支援事業アンケート集計結果 (http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/)	○障害福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画の指標
普及啓発	○精神障害者の長期入院後のドキュメンタリー映像集 (http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/) ○精神・発達障害者しごとサポーター (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/shigotosupporter/index.html)	○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慮する視点」と「障害福祉から地域を考慮する視点」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	○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。

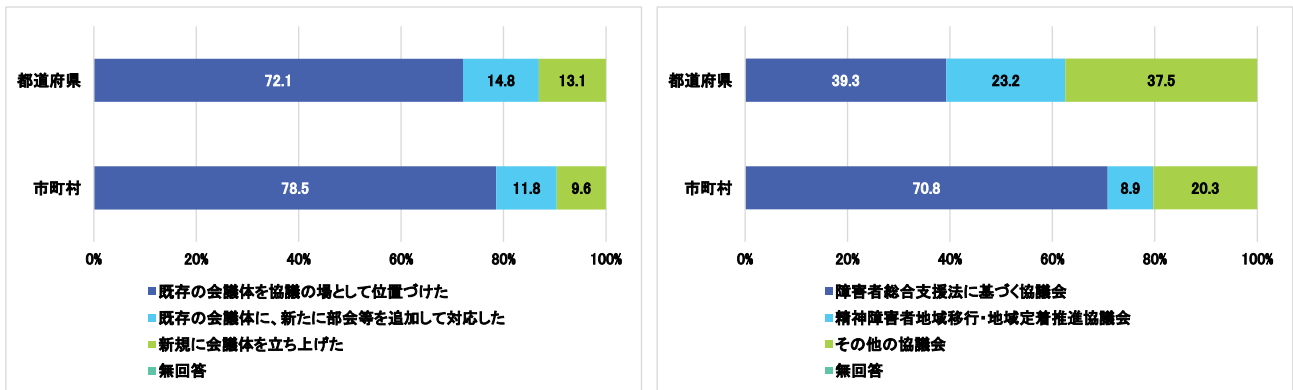
県内の全障害保健福祉圏域（9 圏域）で協議の場が設置されており、各圏域の取組の情報共有を行う場として、「精神障がい者地域移行・地域定着推進連絡会（以下「連絡会」という。）を設置・開催しています。

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定めるにあたって、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

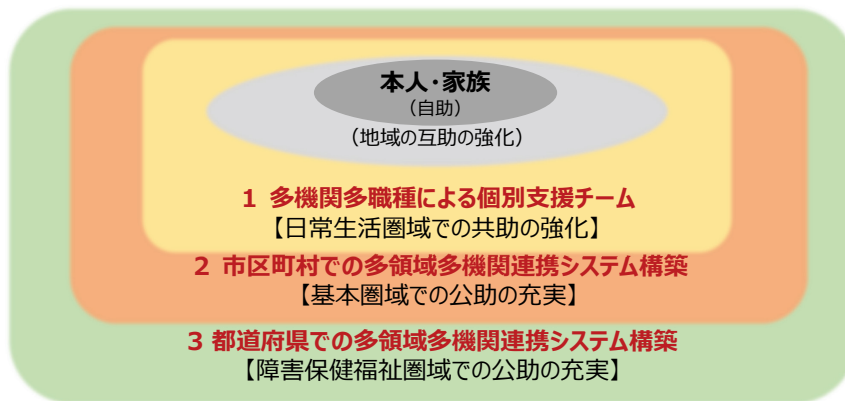
- ・推進部会（各市町行政）から地域移行・定着に関する課題としてあがってこない
- ・圏域と市町の連動が不十分

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

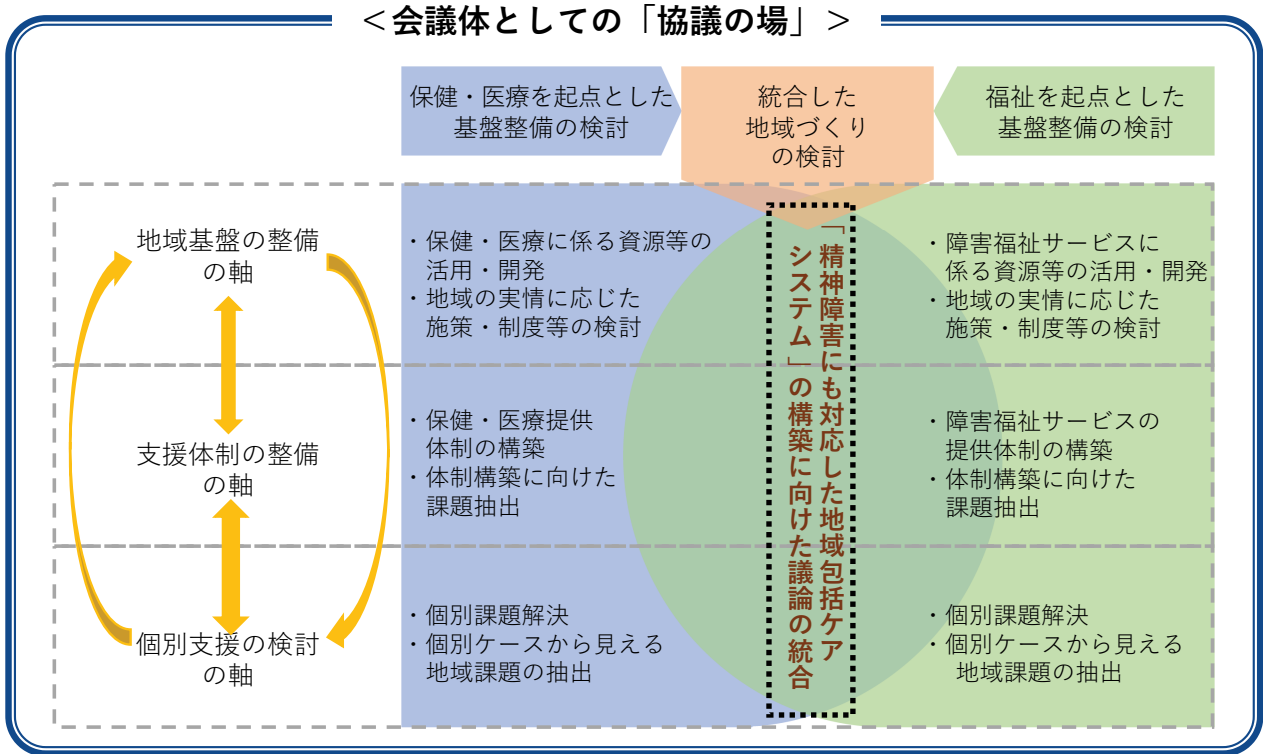
協議の場では、「個別支援体制の整備」、「支援体制の整備」、「地域基盤の整備」の3つの軸に沿った機能を発揮することが求められます。

「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。

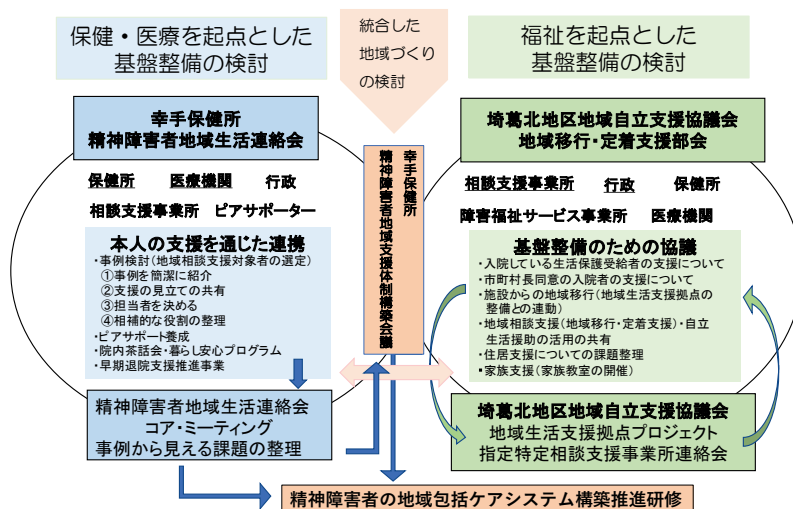
また、個別ケース検討と並行して、保健所を中心としたピアサポーター養成講座、医療機関での茶話会・プログラム等について話し合う機能を有しています。

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きまれることで、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。

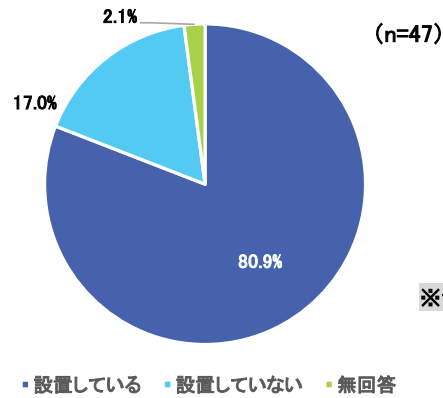
システム構築に向けたPDCAサイクルに係る状況としては、目標達成に向けたロードマップの作成が低くなっています。

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

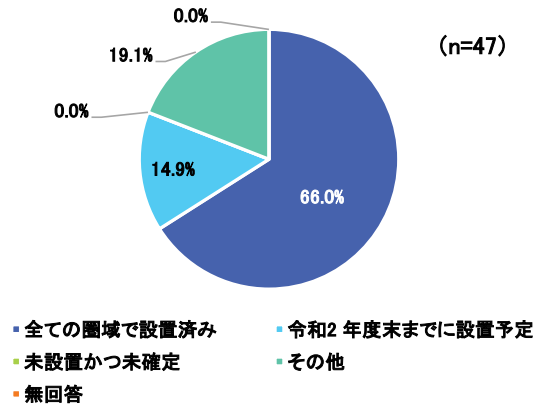
協議の場の設置状況について

都道府県単位の協議の場の設置状況

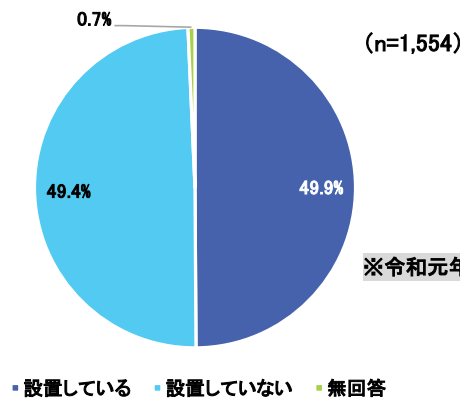


※令和元年度:設置している(72.3%)

圏域単位の協議の場の設置状況



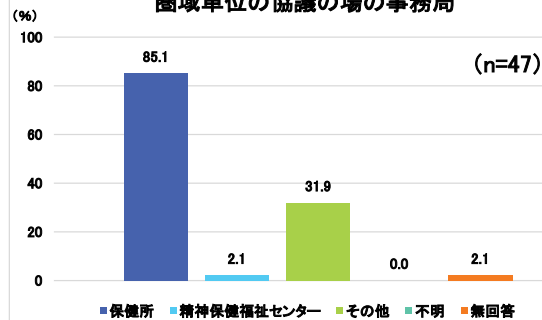
市町村単位の協議の場の設置状況

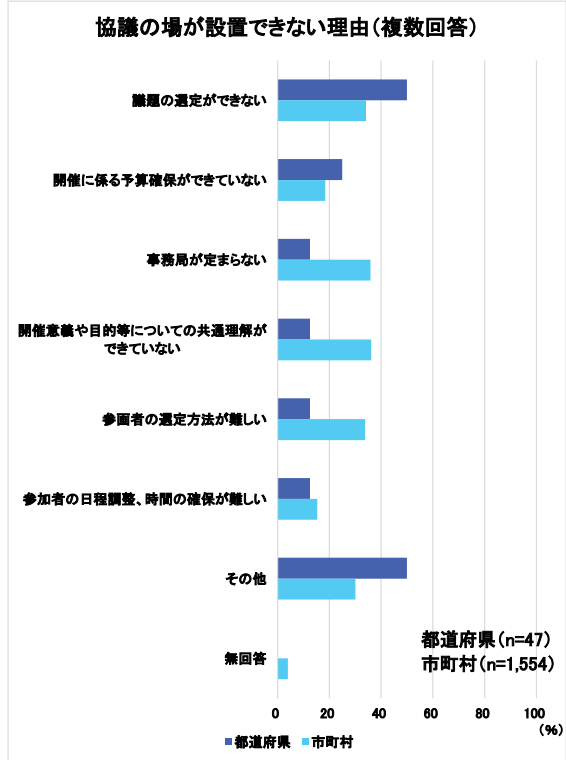
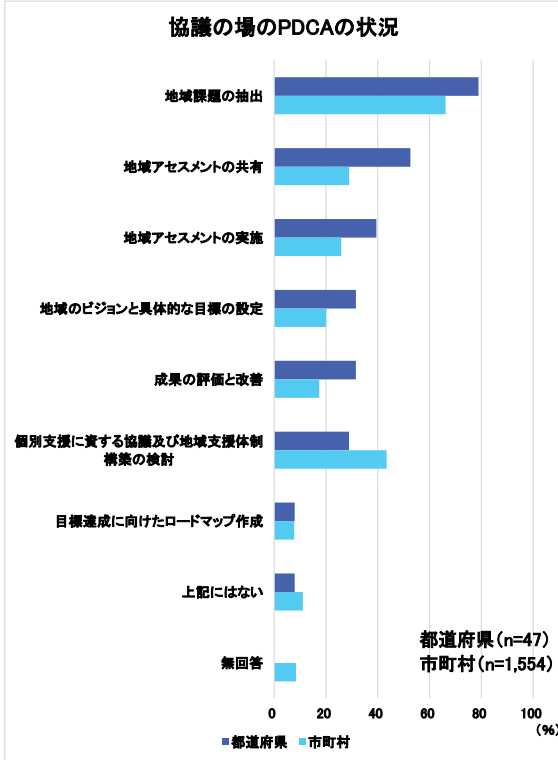
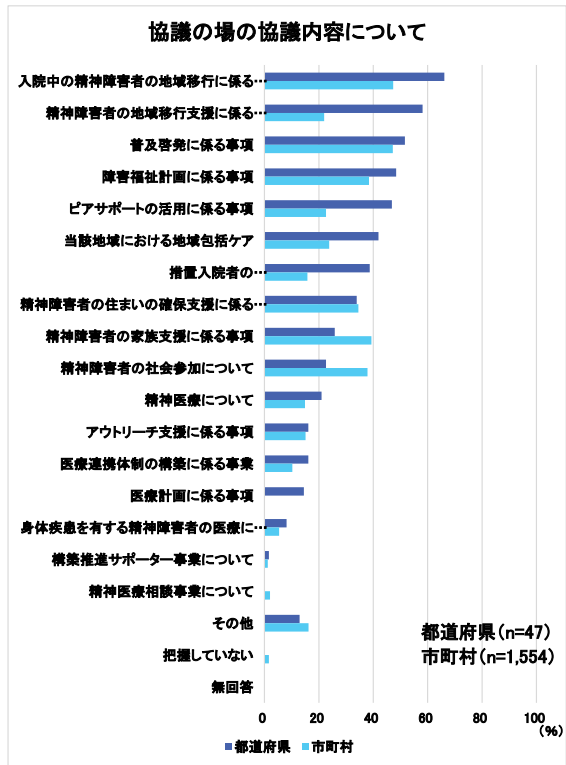
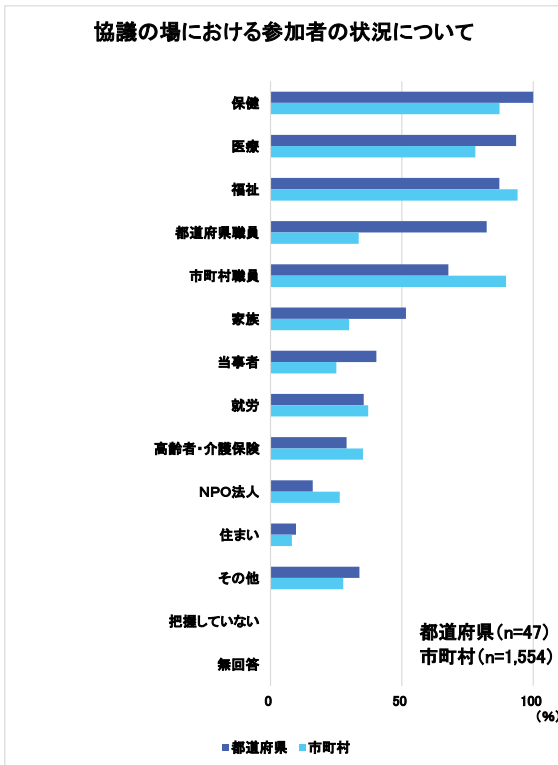


※令和元年度:設置済

(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