

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの取組の推進に向けて」

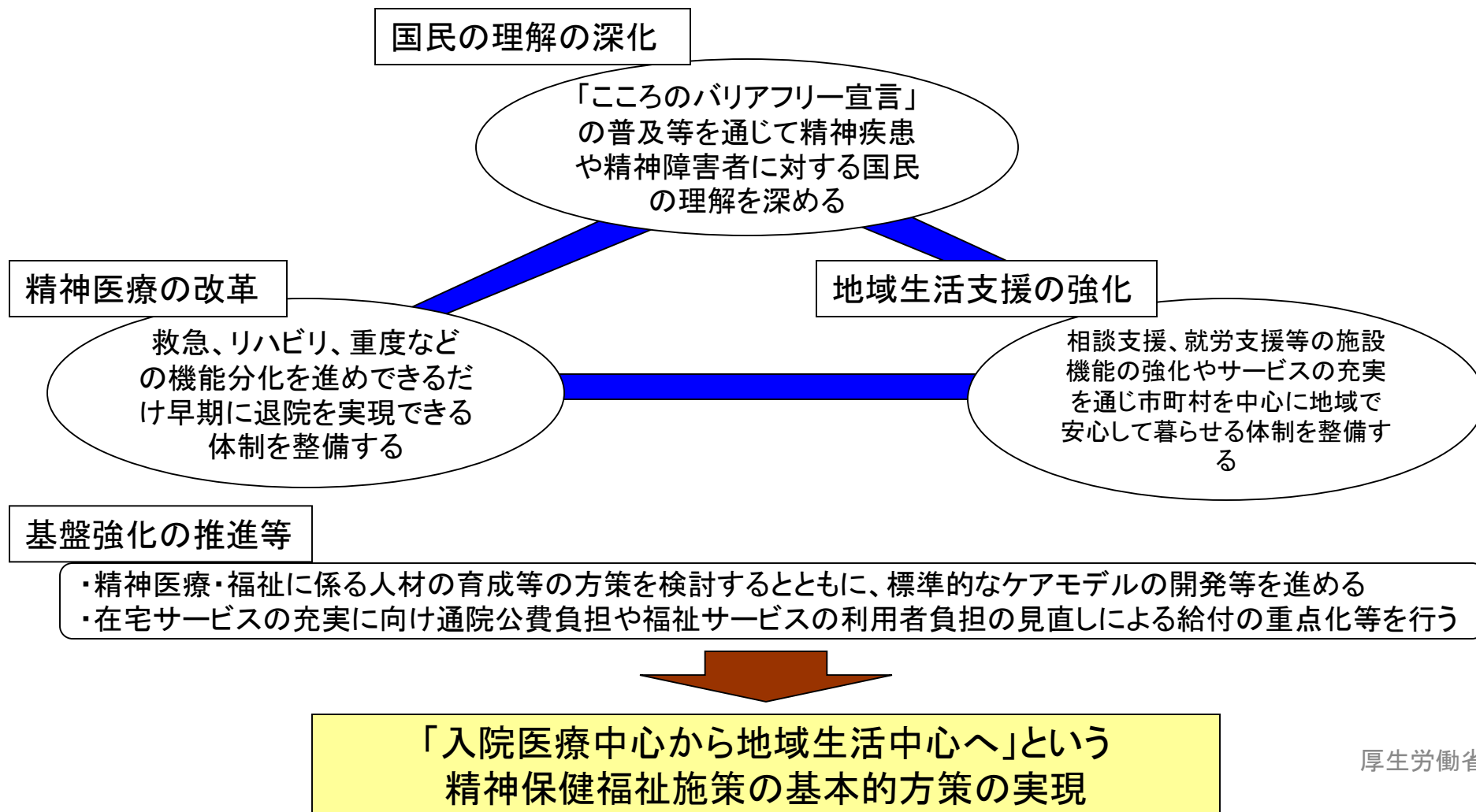
特定非営利活動法人じりつ

岩 上 洋 一

平成14年12月	社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書「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17年11月	障害者自立支援法成立
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報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」 * IV
平成22年1月	内閣府「障がい者制度改革推進会議」
平成22年4月	厚生労働省「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」
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24年6月	障害者総合支援法改正
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3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

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

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



厚生労働省資料

※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。

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

厚生労働省資料

～「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】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

地域生活支援体制の強化

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

普及啓発の重点的实施

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

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。

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

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

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

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア-1〕退院に向けた意欲の喚起

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

〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

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

〔イ〕地域生活の支援

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

〔ウ〕関係行政機関の役割

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

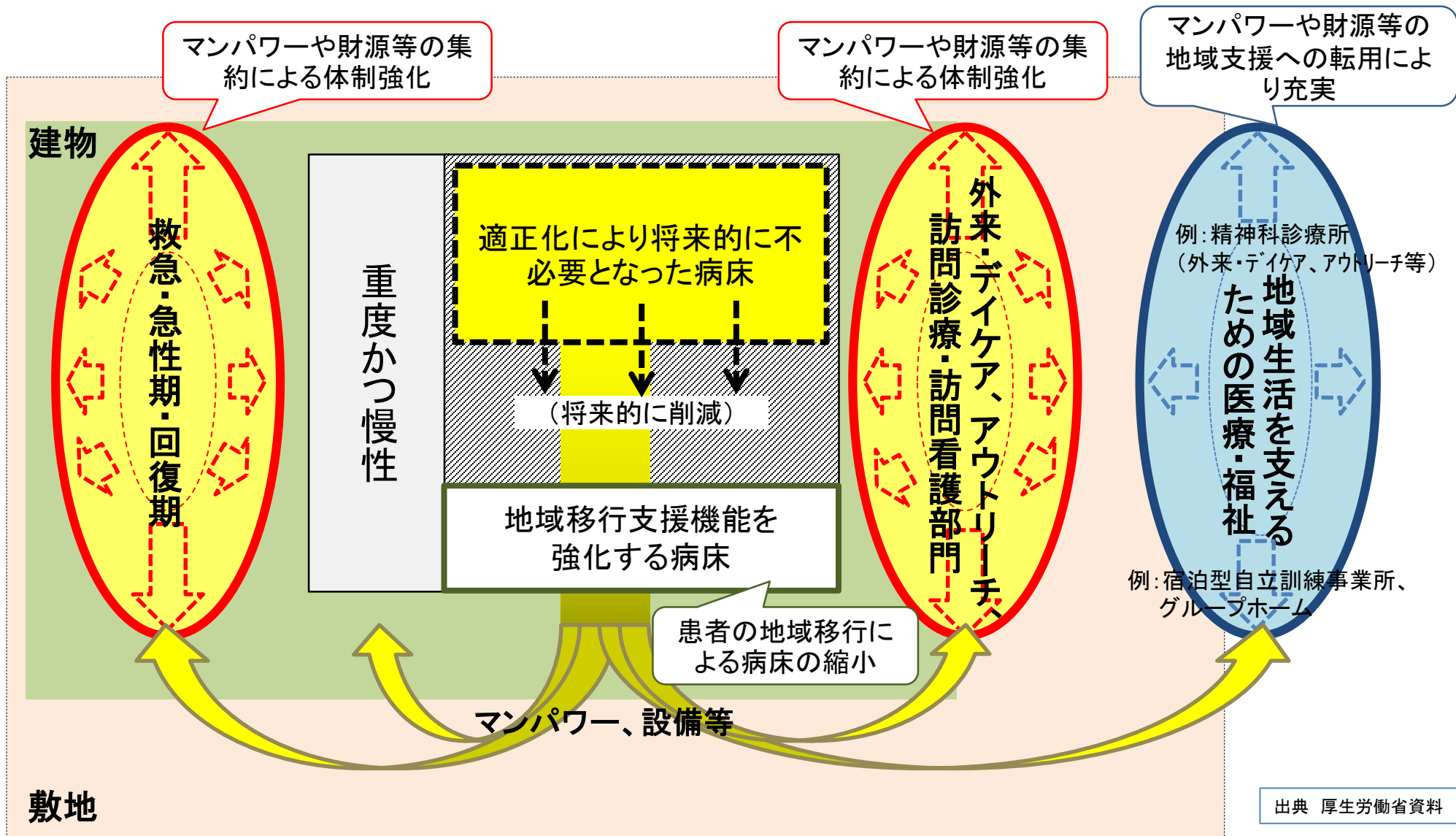
3. 病院の構造改革

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

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行するには、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。
 - ※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
 - ※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



I 平成7年精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(「精神保健法」を「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、施設処遇中心から地域移行への方向転換が図られた。しかし、その成果が十分ではないことから、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の方向性」が示された。同日、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た。

II 平成15年5月に精神保健福祉対策本部の中間報告が出された。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つの検討会を開催した。この報告を踏まえて、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「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示された。

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年後の解消を図るとした。

IV 平成21年9月、「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て、「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)を提示された。「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とした。

V 平成26年4月、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、第四十一条第一項の規定に基づき、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。入院期間が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み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みを推進するとした。

VI 平成26年7月、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）が公表された。長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像を共有し、長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施する。②精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要であるとされた。

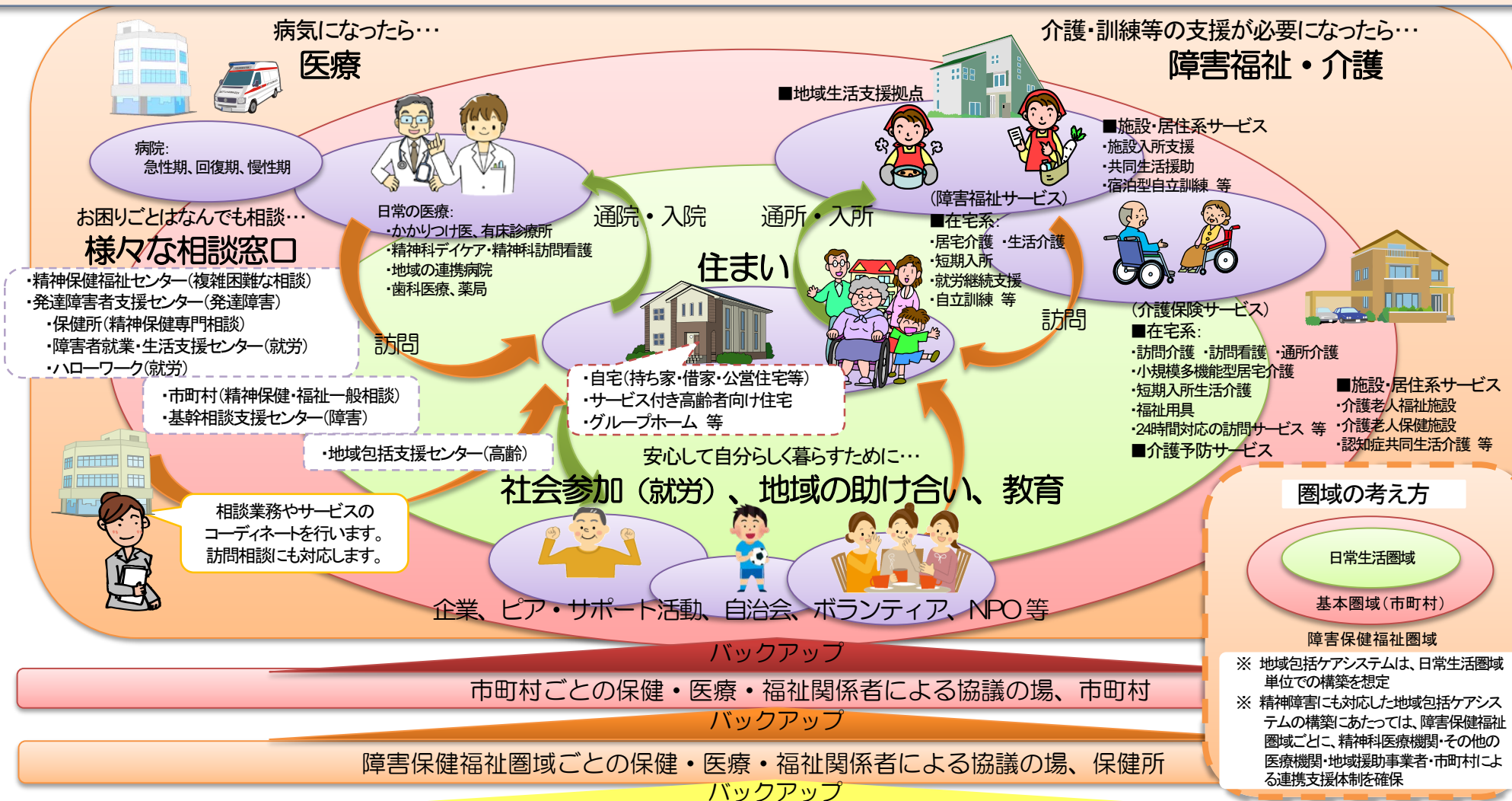
VII 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進して、精神障害者の一層の地域移行を具体的な政策手段により実現していくため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな基軸を提案した。

基本的な考え方

- 我が国の精神障害者支援が入院処遇を中心として発達してきた背景には、歴史的に精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、入院処遇が推進してきたという経緯がある。
- 昭和29年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち、要入院者は35万人であり、当時の病床(約3万床)は、その10分の1にも満たないとしていた。その後30年かけて、この要入院者35万人という推計を国策として追い求めてきた。これが、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならない根拠である。
- 社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援についても医療機関が中心に行ってきたが、医療機関には新たな患者へのきめ細やかな診察と支援が求められていくなか、地域の責任としての新たなモデルが必要となり、平成15年、精神障害者退院促進支援モデル事業を開始した。その後、事業の変遷を経て平成24年4月から障害者自立支援法(現、障害者総合支援法)に「地域相談支援」「地域移行支援」「地域定着支援」として位置づけるに至った。

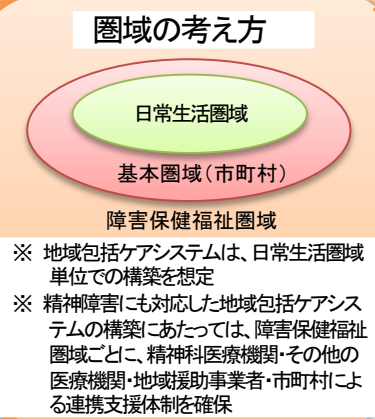
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 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地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような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、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、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していくことが必要。



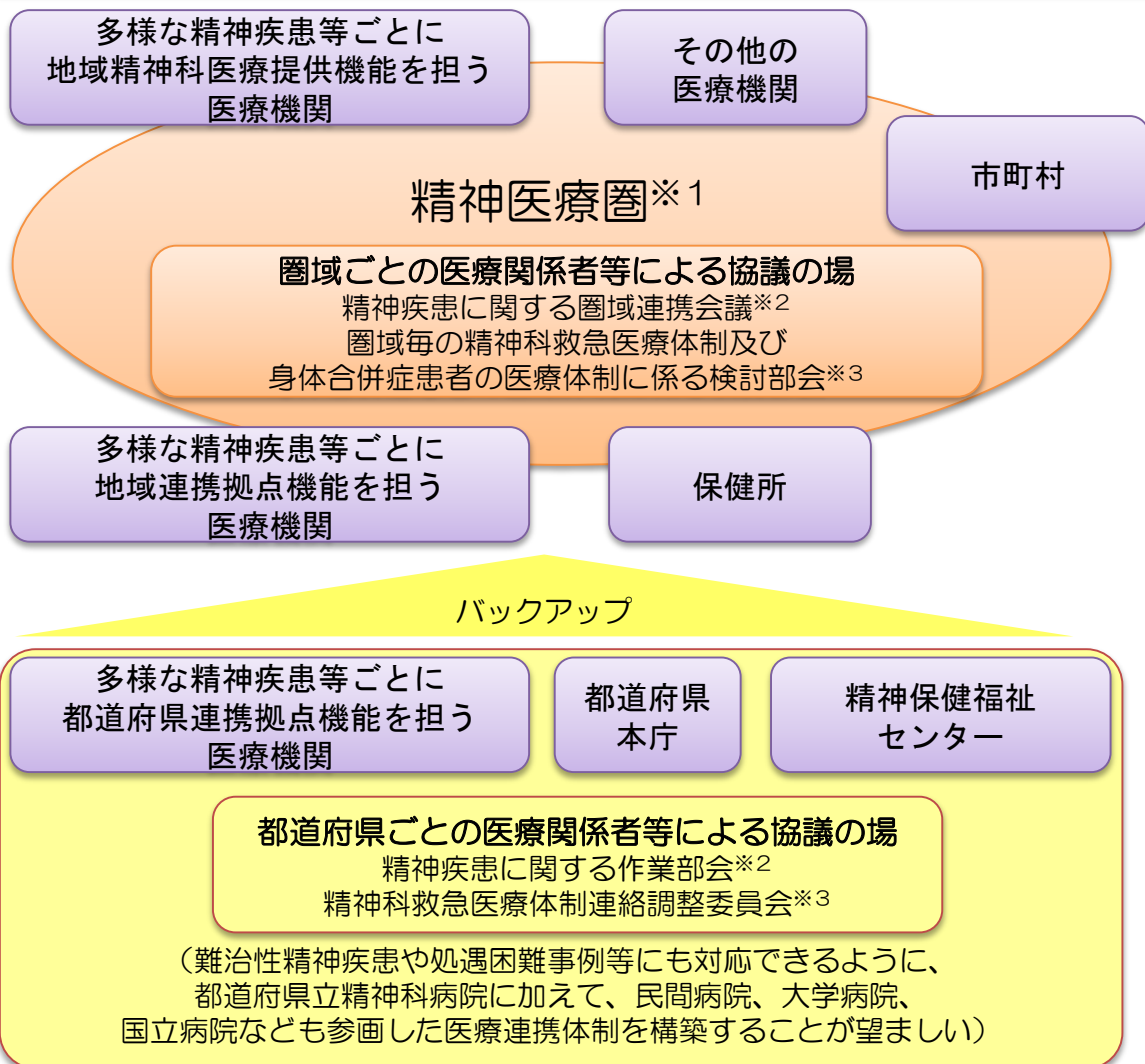
- 様々な相談窓口**
- ・精神保健福祉センター（複雑困難な相談）
 - ・発達障害者支援センター（発達障害）
 - ・保健所（精神保健専門相談）
 - ・障害者就業・生活支援センター（就労）
 - ・ハローワーク（就労）

相談業務やサービスのコーディネートをを行います。訪問相談にも対応します。



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「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」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る)
 <地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割>
 地域精神科医療の提供
 <地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割>
 ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
 ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援
 <市町村の主な役割>
 精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 <保健所の主な役割>
 圏域内の医療計画の企画立案実行管理
 圏域内の医療関係者間の総合調整

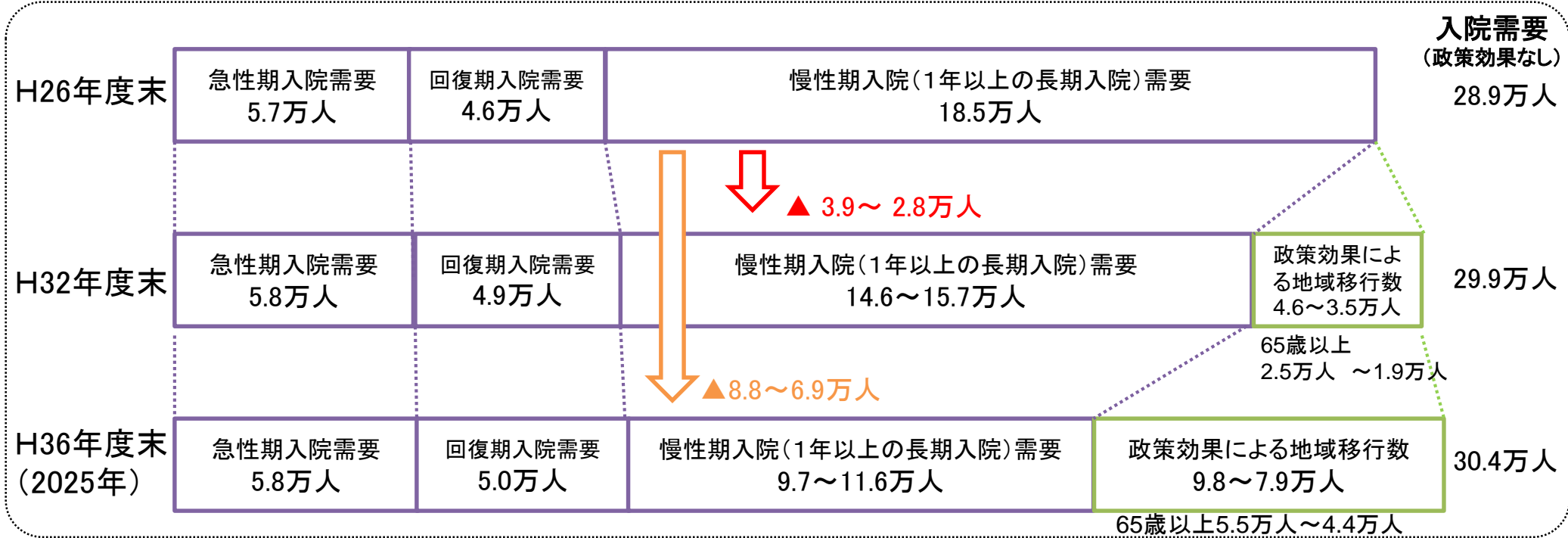
三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る)
 <都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割>
 ①医療連携の都道府県拠点、
 ②情報収集発信の都道府県拠点、
 ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
 <精神保健福祉センターの主な役割>
 保健所、市町村への専門的支援(個別相談、人材育成等)
 <都道府県本庁の主な役割>
 都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理
 都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

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目標設定

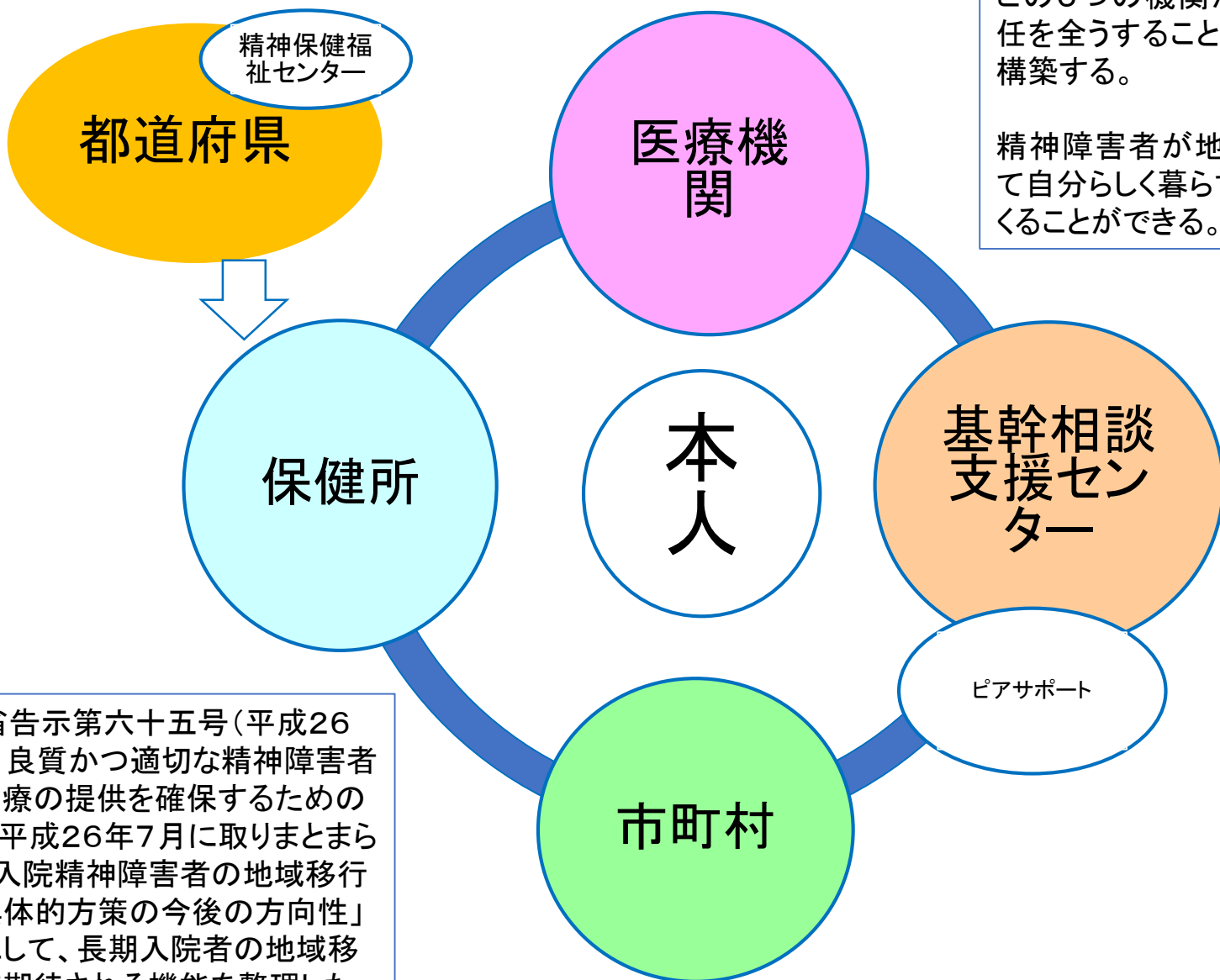
- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

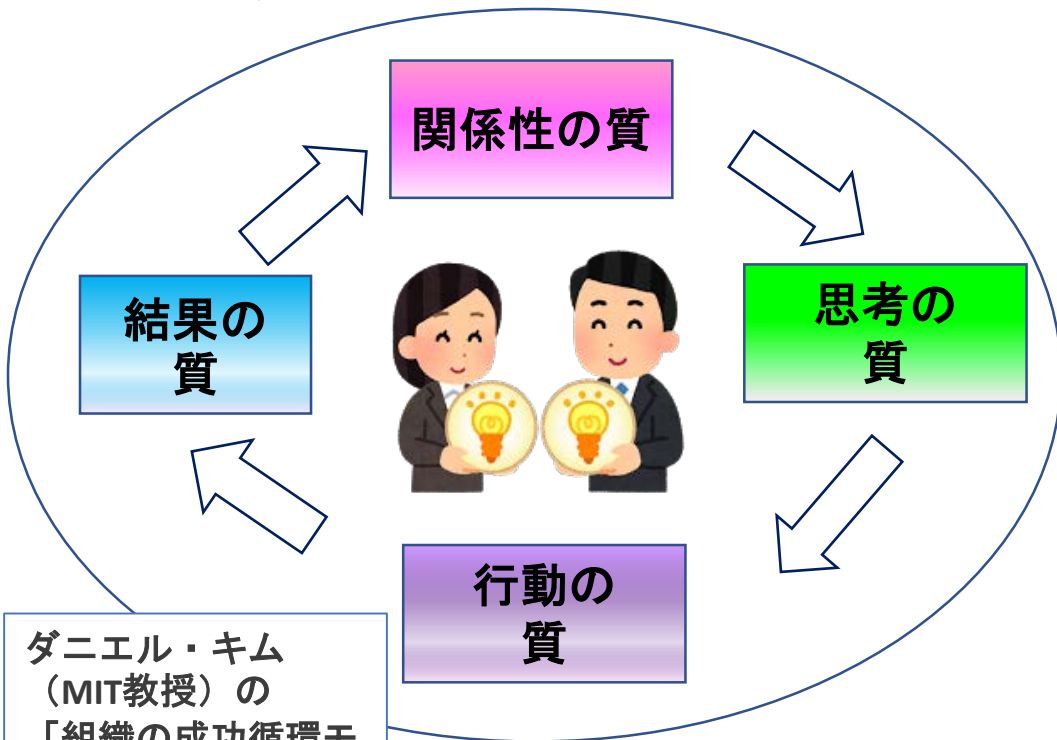
政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	合計
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	9.8~7.9万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	6.2~4.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	2.8~2.7万人
		0.8~0.5万人

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



厚生労働省告示第六十五号(平成26年3月7日)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及び、平成26年7月に取りまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」等を参考にして、長期入院者の地域移行にむけて期待される機能を整理した。

日頃から顔の見える関係づくりを継続的に行う。



ダニエル・キム
(MIT教授)の
「組織の成功循環モデル」

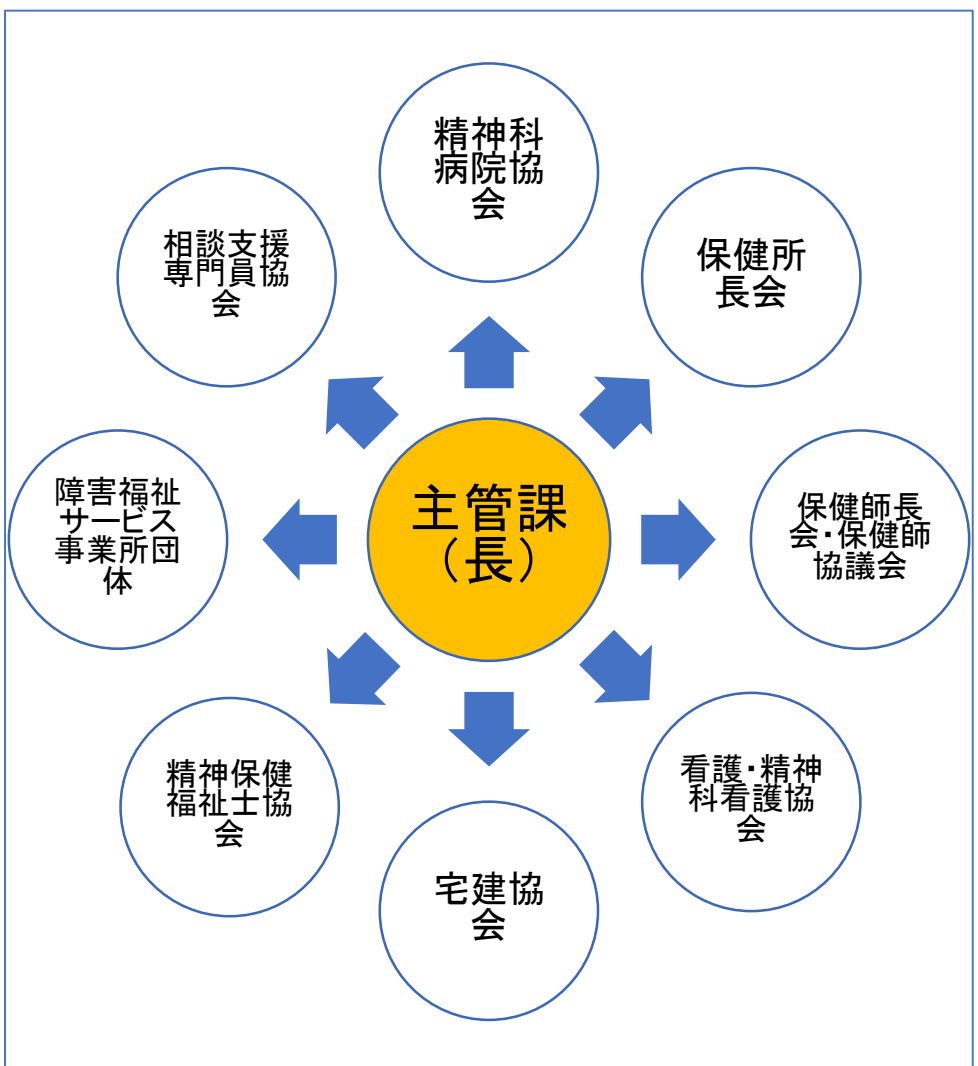
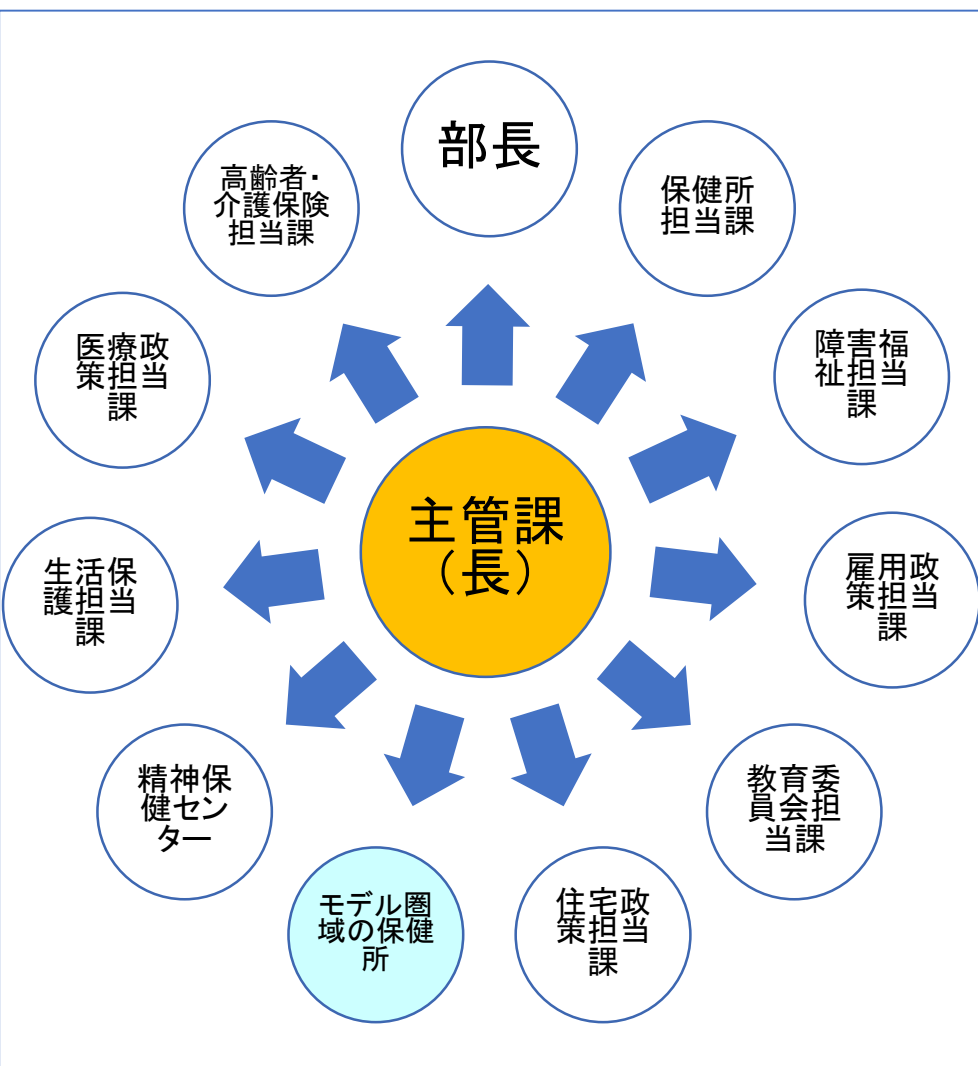
GOOD CYCLE

- ① 互いに尊重し、一緒に考える。
(関係性の質の向上)
- ② 気づきが生まれ、共有の課題が見つかる。
(思考の質の向上)
- ③ 自発的な行動、チャレンジが生まれる。
(行動の質の向上)
- ④ 成果が生まれる。
(結果の質の向上)

1 目的・目標の明確化 2 課題の明確化 3 戦略の明確化 1から3を的確に定め
たうえで、関係の質を向上させる。そのことにより、思考、行動の質が向上して、結果に
反映される。目的・目標が不明確であると、関係の質の向上に満足してしまい、結果に反
映されない。それでは、本末転倒。

近い将来を見据えて、医療機関と保健所、市町村、基幹相談支援センター等との連携を
基盤に地域生活への移行支援をすすめることは、入院患者本人のニーズに即した支援として
有効であることは言うまでもなく、医療機関と地域の機関等とが哲学、理念、人材の交流
を行うことになり、良質かつ適切な精神障害者への医療の提供及び障害者福祉の充実を目
指す地域包括ケアシステムの構築のうえで極めて重要な取り組みとなる。

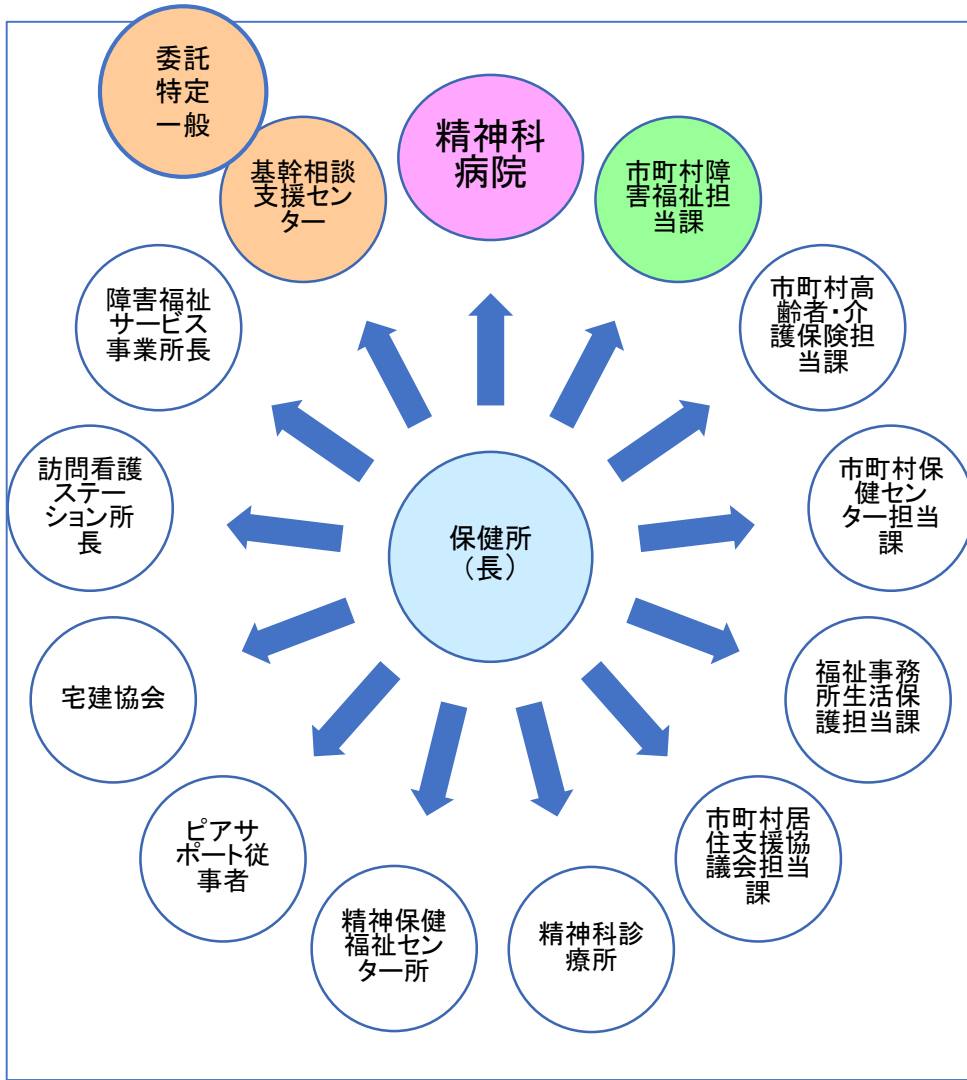
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごとの
保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、
地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する。



主管課は、①庁内及び関係団体との合意形成を図る。②良質な実践の視察を行う。③長期入院体験者と意見交換を行う等により、推進体制を整備する。

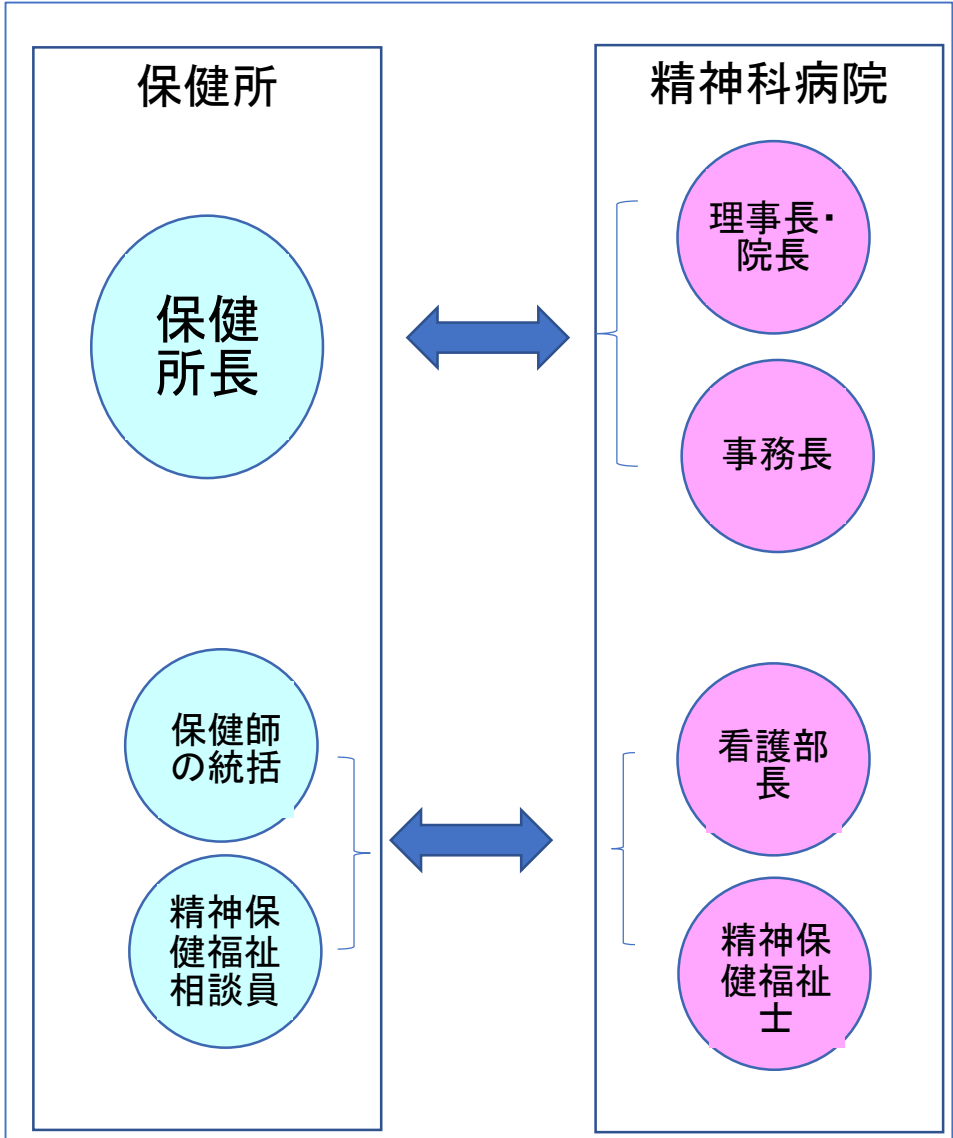
【精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた都道府県の役割】

- ① 都道府県主管課は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するリーダーシップを持ち、庁内及び関係団体との合意形成を図る。
- ② 良質な実践の視察や長期入院体験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の理解を深める。
- ③ 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の体制を構築するとともに、障害保健福祉圏域、市町村の協議の場づくりを推進する。
- ④ 必要なサービス量を見込みながら、同一の理念、連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）計画を作成する。PDCA サイクルによる進捗管理により基盤を整備して長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行する。
- ⑤ 人材育成の中核となる指導者養成研修を実施して、障害保健福祉圏域、市町村で行う人材育成を支援する。
- ⑥ モデル圏域を設定する等して、その取組みを検証のうえ好事例を横展開する。
- ⑦ 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、都道府県主管部局に対して、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う。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う。



保健所は、圏域内の関係団体との合意形成を図り、推進体制を整備する。

保健所は、地域診断を行い、良質かつ適切な精神医療体制構築に向けて、積極的に医療機関と協議する。



【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た保健所の役割】

- ① 保健所は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するためのリーダーシップを持って、圏域内の合意形成を図る。
- ② 地域診断を行い、良質かつ適切な精神医療体制構築に向けて、積極的に医療機関と協議する。
- ③ 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する。市町村、基幹相談支援センターとの協力体制を強化する。
- ④ 都道府県等の医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画及び圏域の目標値、市町村の目標値、精神保健福祉資料による「患者の住所地での患者数」の数値を活用して目標値を設定する。PDCA サイクルにより長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行する。
- ⑤ 医療機関、基幹相談支援センターと協力して、退院準備プログラムを実施する。
- ⑥ 協議の場を活用して、医療機関、市町村、相談支援事業所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地域移行支援申請に向けて調整する。ケア会議の場所は、保健所に限らず、当該病院で行うなど工夫が必要である。

⑦ 精神障害者の地域移行関係職員に対して、現場に即した研修を行う。

* 計画相談支援の精神障害者支援体制加算は、都道府県地域生活支援事業にある

① 精神障害者関係従事者養成研修事業の、②精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業及び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において行われる精神障害者の地域移行関係職員に対する研修のいずれかを受講することが加算要件となっている。

* 公益社団法人日本精神保健福祉士協会において「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」(厚生労働省 平成28年度障害者総合福祉推進事業)しており、①精神障害関係従事者養成研修事業において活用を想定している。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において行われる精神障害者の地域移行関係職員に対する研修でも活用できる内容である。

⑧ 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、その支援体制を整備する。

⑨ 市町村・基幹相談支援センターと協力して、生活保護担当者との連携、住まいの確保、家族支援等を行う。

⑩ 市町村及び都道府県自立支援協議会等の「協議の場」と連携する。

1. 精神科医療機能の変更に関する保健所の対応

1) 病床の機能変更の把握

- ① 管内病院の病床が、どのような病床機能を持つ様になるのかを把握する
- ② 病床機能分化に当っての体制の確認(医師数や看護師、精神保健福祉士等)
- ③ 病床運営上の確認(長期慢性病床等の開放化と地域移行の受け入れ)
- ④ 治療体制の確立(入院診療計画策定体制、急性期クリティカルパスの活用等)

2) 地域生活への移行に向けた各病院の体制の把握

- ① 退院後生活環境相談員の配置状況の把握
- ② 医療保護入院者退院支援委員会の状況等の把握
- ③ 外来や訪問サービス(訪問看護やアウトリーチ、ACT等)の強化の方針

3) 入退院につき新たな「医療指針」が守られるための情報収集と指導

- ① 精神科病院実地指導における指導手法の確立
 - ・保健所長の同行と公務員(県職員等)の精神保健指定医による指導体制の確立
 - ・医療の質の向上を目指した実地指導

② 医療保護入退院届けのデータベース化

- ・入院期間を常にチェックし、診療計画期間を超えた事例の退院促進委員会への提出の確認と1年未満での退院の確認、再入院の把握
- ・特に認知症の退院目標の評価(2ヶ月以内に50%の退院)

③ 病院報告による入退院の把握(平均在院日数の把握と任意入院の把握)

- ・任意入院患者の長期入院化が起こっていないかのチェック
- ・平均在院日数の削減効果の評価(医療計画の進行管理)

④ 630調査データによる各病院の全体像の把握(25年度630調査の活用)

- ・25年度内に、各病院の入院患者の属性や新規入院患者の退院状況等を把握しておく

4) 措置入院や任意入院への対応

① 措置入院患者への早期からの保健所職員の院内訪問体制づくり

② 任意入院患者の地域移行体制づくり

5) 地域社会資源(特に相談支援事業者)への働きかけ

① 自立支援協議会での地域移行体制強化への働きかけ

② 相談支援事業所への働きかけ(病院からの相談依頼への対応の必要性)

③ 住居の確保のための市町村への働きかけ

④ ピアサポーター養成と活用のための地域体制づくり

⑤ 市町村障害福祉計画への具体的提言

2. アウトリーチ体制整備

未治療や治療中断患者への支援体制づくりを保健所が中心に行うための体制の検討。

1) 保健所職員のアウトリーチへの理解

2) 訪問系サービスのネットワーク化

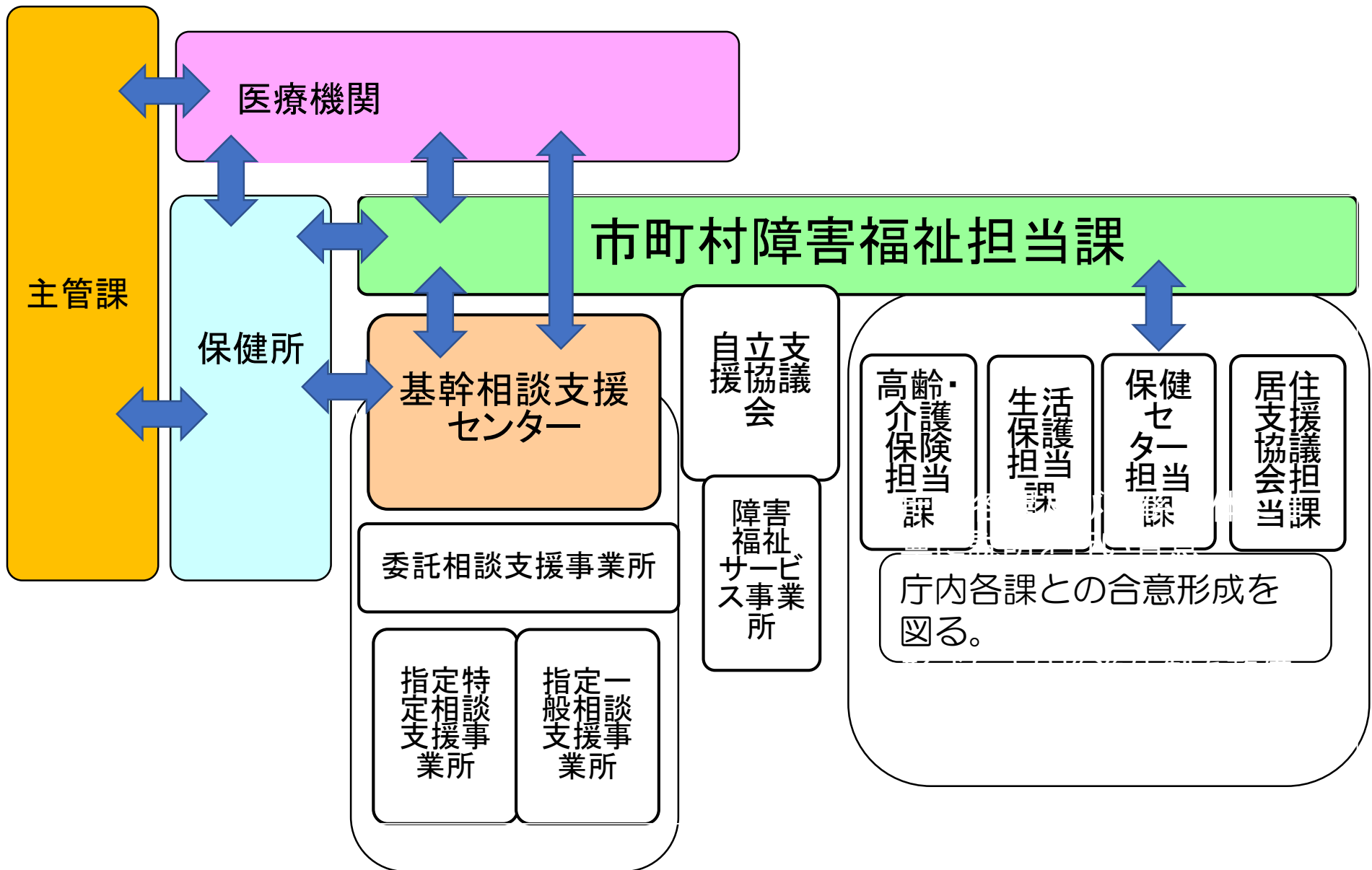
① 訪問系の地域資源の把握

- ・保健所や市町村の訪問相談、訪問診療、訪問看護、相談支援、ホームヘルプ、地域定着(ピアサポート)、ACT、アウトリーチ推進事業の訪問実態の把握

② 訪問サービス提供機関間の連携会議の立ち上げ

- ・関係会議を設定する

③ 複数機関の訪問例について、計画相談を中心としてのケア会議の設定



主管課

医療機関

保健所

基幹相談支援センター

市町村障害福祉担当課

自立支援協議会

障害福祉サービス事業所

高齢・介護保険担当課

生活保護担当課

保健センター担当課

居住支援協議会担当課

委託相談支援事業所

指定特相談支援事業所

指定一般相談支援事業所

庁内各課との合意形成を図る。

【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た医療機関の役割】

- ① 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を目指す。
- ② 病院スタッフの地域移行に関する研修を行い理解の促進を図る。
- ③ 身体的機能に係るリハビリテーションの必要性も含めたアセスメントを行い、本人の意向に沿った支援計画を作成する。
- ④ 本人に退院に向けた適切な情報を提供して、意欲を喚起して、本人の意向に沿った支援を行う。そのための外部支援者の関わりと連携を重視する。
- ⑤ 外部の支援者、ピアサポートを活用した退院準備プログラム実施する。
- ⑥ 医療機関は、地域の協議の場に参画して、長期入院者の地域移行を地域の課題として取り組むことで、地域精神医療・地域生活支援体制の構築にも寄与する。

⑦ 精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期戦略策定に向けた 地域移行機能強化病棟運用ガイドライン〈改訂版〉によると、当該病棟入院患者の地域生活への移行支援をすすめるにあたっては、保健所、市町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者に以下の内容について意見を求めて協議するとしている。

- ① 病棟の規模、目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地
- ② 地域相談支援の利用の必要性
- ③ 退院支援委員会への出席について
- ④ 定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性
- ⑤ ピアサポートの必要性
- ⑥ 地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性
- ⑦ 居住先の確保の必要性
- ⑧ 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性
- ⑨ 後見人、保佐人又は補助人の必要性
- ⑩ 新たな地域資源開発の必要性

出典：精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期戦略策定に向けた 地域移行機能強化病棟運用ガイドライン〈改訂版〉 平成 29 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究」報告書 公益社団法人 日本精神科病院協会

5 地域の機関との連携、地域資源、受け皿整備

(1) 基本的考え方

はじめに、地域の機関との連携について基本的な考え方を共有しておきたい。当該病棟入院患者の地域生活への移行支援をすすめるにあたっては、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有することが求められている。地域生活への移行を精神科病院だけで実施することも可能であるが、このような連携は、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供及び障害者福祉の充実といっ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むけても極めて重要なことであるため積極的に求めたい。

(2) 協力の依頼

地域移行機能強化病棟を開始するにあたり、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者に対して、入院患者の地域生活への移行支援及び退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援を連携して取り組みたい旨を伝えて協力を依頼する。

市区町村にすでに基幹相談支援センターが設置されている場合は、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者への支援機関となることから連携先として想定すべき機関となる。

(3) 協力の内容

地域の特性を踏まえた支援体制を構築するために、保健所等に協力を依頼する際、あらかじめ表4の内容について提示しておくことと円滑な協議を行うことができる。

■ 実際の進め方

- 1) 病院は、協力を依頼した保健所等と今後の進め方について検討する。
- 2) 市区町村の障害福祉担当部署及び基幹相談支援センターは、今後の必要な地域資源の開発も踏まえて、(自立支援)協議会にその取り組みについて報告をするとともに、介護保険担当部署に協力を依頼する。
- 3) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、基幹相談支援センター等は、担当者からなるチームをつくり、病院に出向いて職員と意見交換を行う。保健所等にこのようなチームを編成してもらうと連携がしやすくなる。
- 4) 病院は、3)及び院内での協議を踏まえて表4について、保健所等に協力してもらうこと、連携して取り組む内容について決定して依頼する。入院患者本人の意思を中心に行う支援であり、臨機応変、実効性のある連携体制の構築が望まれる。
- 5) 表4について保健所等と連携することで期待できる内容は以下のとおりである。もちろん、下記の内容について、すべて達成できるということではないが、連携して取り組みことで、地域の支援力の向上が期待できる。

①	基本情報(病棟)	病棟の規模、目標としている退院者数
	基本情報(患者)	年齢層、従前の住所
	期待される成果	保健所等は、入院患者の従前の住所地や年齢層を把握することで、他の市区町村、高齢・介護保険の担当部署、障害福祉サービス事業所等への協力を求めることができることから、病院と関係機関との連携が容易になる。
②	地域相談支援の利用の必要性	
	期待される成果	病院と指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との重層的な支援を構築できる。
③	退院支援委員会への出席について(出席者、頻度、目的など)	
	期待される成果	退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援体制づくりの早期着手に繋がる。
④	定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性	
	期待される成果	地域社会への復帰に障壁となるものを緩和できる
⑤	ピアサポートの必要性	
	期待される成果	長期入院者が自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりが重要であり、リハビリを促進するうえでのピアサポートの有効性が示されている。保健所等の連携によるピアサポートの養成や派遣の仕組みづくり、及び実際の活用が期待できる。

⑥	地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性	
	期待される成果	長期入院者は、退院後の生活の見通しを立てることが難しいことから、退院をあきらめてしまうことがある。医療機関のプログラム等と連動することで、より効果的な退院意欲の喚起が期待できる。
⑦	居住先の確保の必要性	
	期待される成果	市区町村障害福祉担当部署、高齢・介護保険担当部署、他の市区町村、基幹相談支援センターの協力により、広範にわたる居住先の確保を期待できる。
⑧	障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性	
	期待される成果	市区町村内の障害福祉担当部署と高齢・介護保険担当部署との連携が進み、入院患者のニーズにあったサービスの利用が期待できる。
⑨	後見人、保佐人又は補助人の必要性	
	期待される成果	地域の状況を把握することで、後見人、保佐人又は補助人の依頼がしやすくなる。
⑩	新たな地域資源開発の必要性	
	期待される成果	医療機関と保健所等が連携して取り組むことで、様々な課題を共有して、その課題について(自立支援)協議会等で検討することで、地域資源の開発が期待できる。

6) 病院は、地域生活への移行支援を自らの責任として従前から絶え間ない努力を行ってきた。しかし、近い将来を見据えて、保健所等との連携を基盤に地域生活への移行支援をすすめることは、入院患者本人のニーズに即した支援として有効であることは言うまでもなく、地域の機関等と哲学、理念、人材の交流を行うことになり、良質かつ適切な精神障害者への医療の提供及び障害者福祉の充実を目指す地域包括ケアシステムの構築のうえでも極めて重要な取り組みとなる。

(5) 新たな地域資源開発の必要性

ここからは、新たな地域資源開発の必要性について解説したい。通知には下記の内容が盛り込まれている。

地域移行機能強化病棟入院料の通知

(8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。

当該病棟における、自宅等への退院とは、①患者宅(含む有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅)②精神障害者が利用できる施設(障害者総合支援法の規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム)、③介護老人保健施設、④介護医療院としている。

このことを踏まえて上記のような地域資源を考えると、すでに医療機関は自ら積極的に開発に取り組んできた。さらにこのような大掛かりな地域資源開発に取り組むべきかについては経営的な判断が必要となる。そのほか、既存のサービスの活用を考えると、平成28年に改正された障害者総合支援法にある新サービス「自立生活援助」は、定期的な巡回訪問や随時対応をするもので、地域移行後の一人暮らしを支える支援として期待できる。また、短期入所、自立生活援助も含めて地域生活支援を重層的に行う「地域生活支援拠点」は精神障害者の地域生活支援のこれからの大きな柱となるが、この地域生活支援拠点には、本協会が求めてきた「地域支援・訓練センター」の機能も加えたうえで整備促進することが望ましい。加えて、宿泊型自立訓練の充実、看護師等を配置する重度のグループホームの拡充する必要がある。

病院は、このような地域資源の開発について、自院の課題としてとらえるより、むしろ地域社会の課題として取り組むことが重要である。それにより、自治体、関係機関、住民がそれぞれの責任をもつことを促すことができる。そのうえで、病院は、地域包括ケアシステムの構築を踏まえて、今後も地域全体を捉えたうえで、なおかつ住民のニーズにもこたえることを期待されているのである。

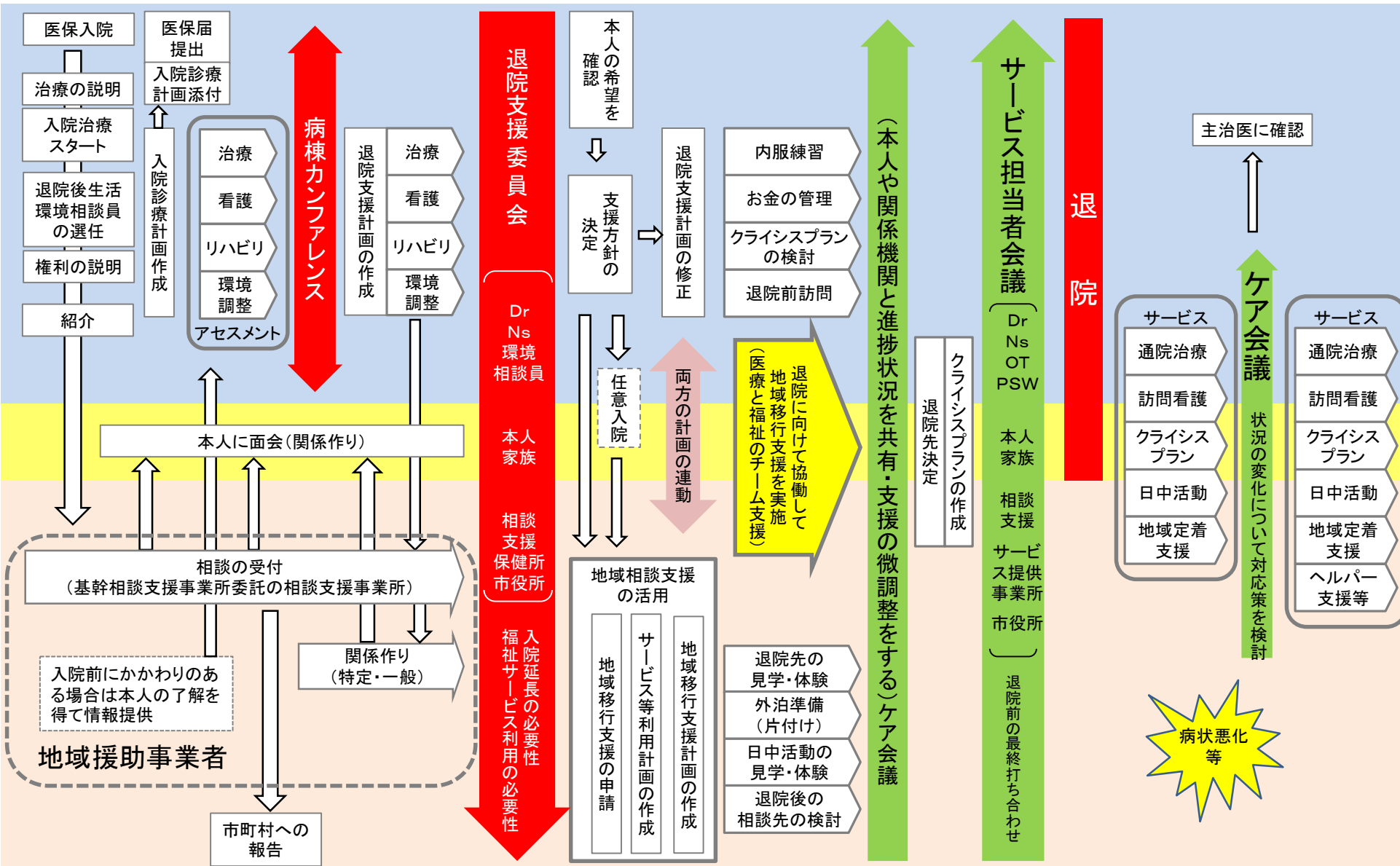
6. おわりに

長らくわが国の精神科医療は、入院中心の治療構造となっていた。それについては、多くは国や社会からの要請によるものであり、その結果地域移行の取り組みは低調なものとなっていた。また、同時に精神科医療費は他科に比べて低い水準に甘んじてきた。非定型抗精神病薬の登場や心理社会的療法の進展といった精神科治療学の進歩により、新規入院患者は早期退院率が年々向上するという恩恵に浴している。反面、長期入院患者は20万人を超える水準を改善することができず、なお且つ高齢化が進むといった入院患者の二極分化が進展している。今後、精神科病院の構造改革に取り組む時、人材や財源の効率的な再配置が必要となる。本ガイドライン作成を契機として、真に地域に求められる精神科医療の展開に資する精神科病院の構造改革がより進むことを祈念するものである。

医療と福祉の早期支援における連携フロー



医療
本人
福祉



自立支援協議会

【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た市町村の役割】

- ① 障害福祉主管課のリーダーシップのもと庁内各課及び関係団体との合意形成を図る。
- ② 地域移行支援についての行政の責任とその重要性を理解し、適切な給付決定を行う。
- ③ 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する。
- ④ 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(支援)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、整合性を図り作成する。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て、長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行する。
- ⑤ 入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所のあっせん及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行う。
- ⑥ 退院後生活環境相談員等との連携を図るなど、相談支援事業所と調整し地域移行後の地域定着に向けた支援体制を構築する。
- ⑦ (自立支援)協議会を活用して、地域の相談支援体制を整備するとともに、地域の関係機関等との連携体制を強化する。
- ⑧ (自立支援)協議会と居住支援協議会が連携して、具体的な居住の確保を行う。

【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た基幹相談支援センターの役割】

- ① 基幹相談支援センターは、地域移行支援を重要な役割と位置づけている。
- ② (自立支援)協議会を活用して地域の相談支援体制を整備し、人員確保、質の向上等、相談支援体制の充実を図る。
- ③ 地域移行支援を推進するうえで、1、2か所の指定一般相談支援事業所に専任の地域移行支援の担当職員を配置するのか、あるいは指定一般相談支援事業所の数を増やしていくのか等の戦略が必要となる。
- ④ 指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への地域移行に関する技術支援を行う。
- ⑤ 精神科医療機関と連携して、入院患者の意欲の喚起及び退院支援プログラムを行う。
- ⑥ 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、活用するためのする仕組みを構築する。

ピアサポート活動の考え方 リカバリーを促進する

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

このことを基本として、

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

この3つの活動に上下はない。
自分にあった活動を選択する。
日常的な仲間活動を経験していることが重要。

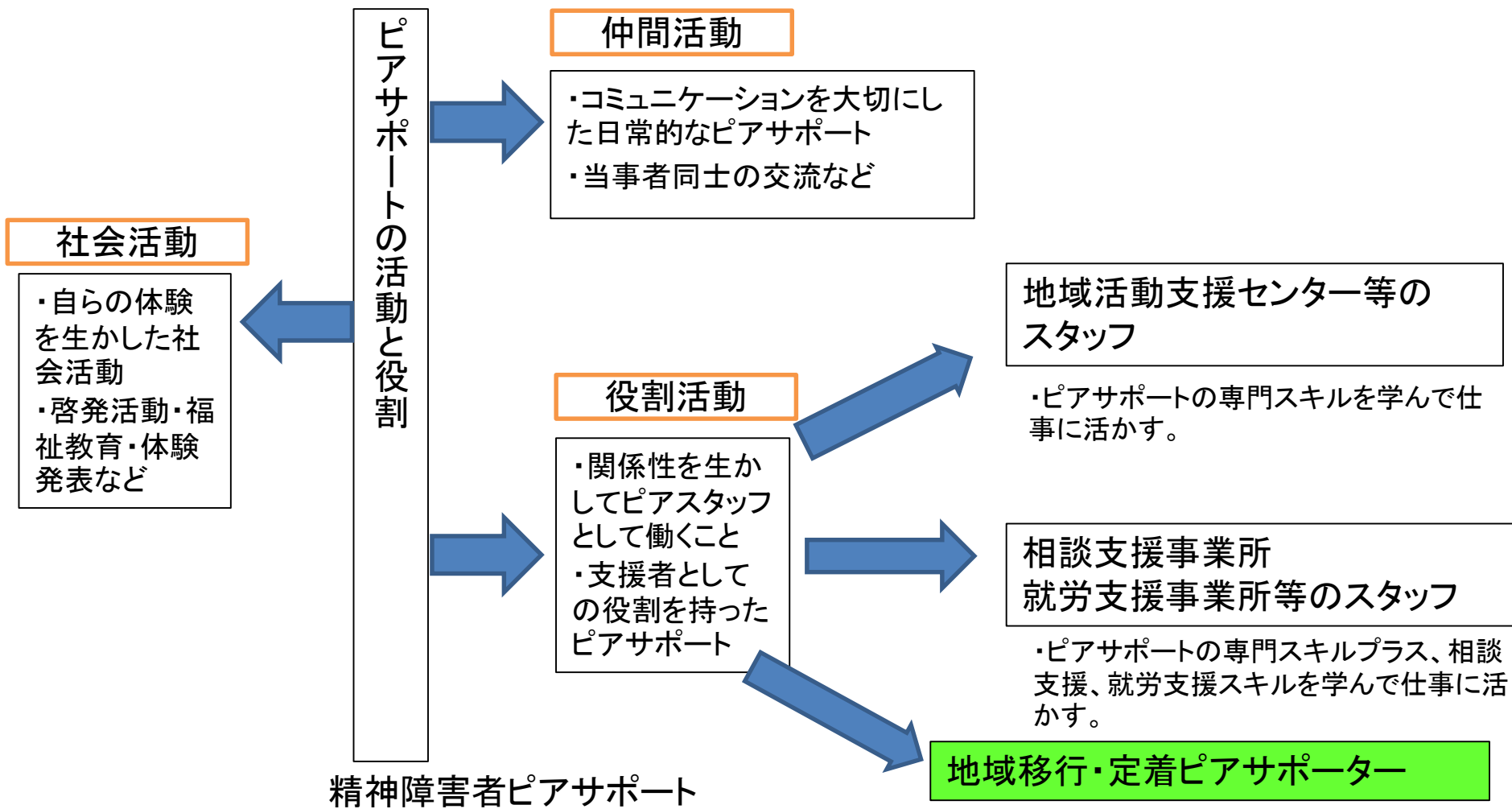
ピアサポーターとして働くことを整理します。バウンダリーを考える前にまずは自分自身の特徴を整理します。以下の項目について、プラス面とマイナス面を考えます。

まずは、自分で、次に仲間や支援者と一緒に話し合います。

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

* ピアサポーター及び雇用主のガイドラインと一定の研修が必要です。

* 雇用イコール正職員ありきではない。多様な働き方がある。
地域移行支援は、①役割がわかりやすい、②短時間雇用が可能、③特性を生かすことができる。

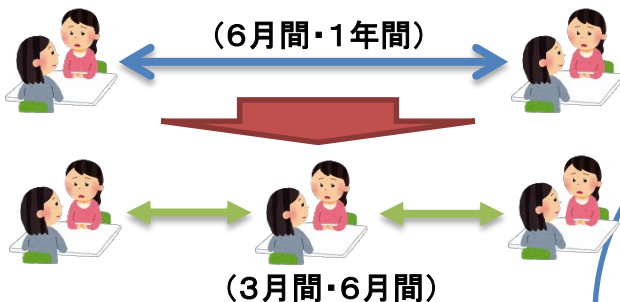


精神障害者ピアサポート

- ・ピアサポート専門員・ピアスタッフ（ニリカバリーを促進する専門職）
- ・障害者雇用の推進の議論ではない
- ・多様な働き方がある。

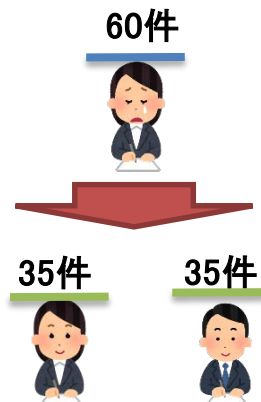
①モニタリング実施標準期間の見直し

- 支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める
※見直し後の期間適用には経過措置を実施
- サービス提供事業者から利用状況について情報提供
- 市町村によるモニタリング結果の抽出と内容検証



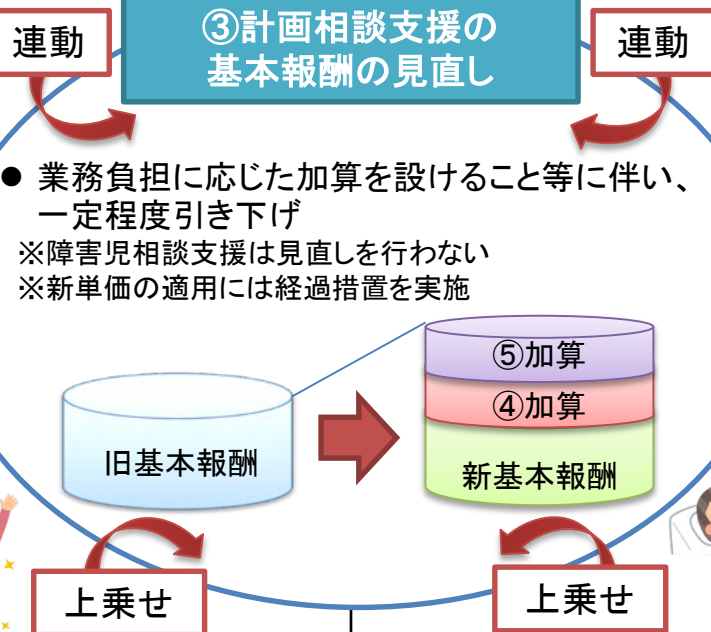
②相談支援専門員1人あたりの標準担当件数の設定

- サービスの質の標準化を図る観点から、1人の相談支援専門員が担当する一月の標準担当件数(35件)を設定
- 標準件数を一定程度超過(40件以上)する場合の基本報酬の逓減制を導入



③計画相談支援の基本報酬の見直し

- 業務負担に応じた加算を設けること等に伴い、一定程度引き下げ
※障害児相談支援は見直しを行わない
※新単価の適用には経過措置を実施



④特定事業所加算の見直し

※相談支援専門員等の手厚い配置等を評価する加算



- 支援の質の向上と効率化を図るために特定事業所加算を拡充
 - ・ より充実した支援体制を要件とした区分を創設
 - ・ 事業者が段階的な体制整備を図れるよう、現行の要件を緩和した区分を一定期間に限り設ける

⑤高い質と専門性を評価する加算の創設



- 必要に応じた質の高い支援を実施した場合に、支援の専門性と業務負担を評価
(初回加算、入院時情報連携加算、退院・退所加算、サービス提供時モニタリング加算、サービス担当者会議実施加算等7項目)
- 専門性の高い支援を実施できる体制を整えていることを適切に評価
(行動障害支援、要医療児者支援、精神障害者支援の各体制加算)

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の報酬の見直し等

出典 厚生労働省資料

地域移行支援における地域移行実績等の評価

障害者支援施設や精神科病院等からの地域移行を促進するため、地域移行実績や専門職の配置、施設や精神科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。

地域移行支援サービス費（Ⅰ）	3,044単位/月
地域移行支援サービス費（Ⅱ）	2,336単位/月



地域移行支援サービス費（Ⅰ）を算定する事業所の要件

- (1) 当該事業所において、前年度に地域移行の実績を有すること。
- (2) 次の要件のうちいずれかを満たすこと。
 - ① 従業者のうち1人以上は、社会福祉士又は精神保健福祉士であること。
 - ② 従事者である相談支援専門員のうち1人以上は、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修(注)の修了者であること。
- (3) 1以上の障害者支援施設又は精神科病院等(地域移行支援の対象施設)と緊密な連携が確保されていること。

「緊密な連携」の具体例（月1回以上が目安）

- ・地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議へ参加
- ・地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介
- ・地域移行など同様の経験のある障害当事者（ピアサポーター等）による意欲喚起のための活動

地域移行支援における障害福祉サービスの体験利用加算及び体験宿泊加算の見直し

障害福祉サービスの体験を行う初期の業務量を評価するため、障害福祉サービスの体験利用加算を拡充。

体験利用加算（Ⅰ）	500単位/日（初日から5日目まで）
体験利用加算（Ⅱ）	250単位/日（6日目から15日目まで）

地域移行支援事業所が、地域生活支援拠点等としての機能を担う場合について、障害福祉サービスの体験利用加算及び体験宿泊加算を拡充。

地域生活支援拠点等としての機能を担う場合 +50単位

地域定着支援における深夜の電話による支援の評価

深夜（午後10時から午前6時までの時間）における電話による相談援助を評価した新たな緊急時支援費を設定。

緊急時支援費（Ⅰ）	709単位/日
緊急時支援費（Ⅱ）	94単位/日

地域移行支援における対象者を明確にするための通知改正

入院の期間や形態に関わらず支援の対象であることを明確にするため、「介護給付費等の支給決定等について(平成19年3月23日、障発第0323002号 障害保健福祉部長通知)」の一部を削除。

第五-2-(1)

申請者が地域相談支援基準第1条第2号から第4号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。
なお、申請者が精神科病院に入院する精神障害者の場合については、長期に入院していることから地域移行に向けた支援の必要性が相対的に高いと見込まれる直近の入院期間が1年以上の者を中心に対象とすることとするが、直近の入院期間が1年未満である者であっても、例えば、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする者や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象となるので留意すること。

自立生活援助(平成30年4月～)の概要

出典 厚生労働省資料

サービス内容

障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者に対して、一定の期間(原則1年間)にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。

※市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

対象者

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

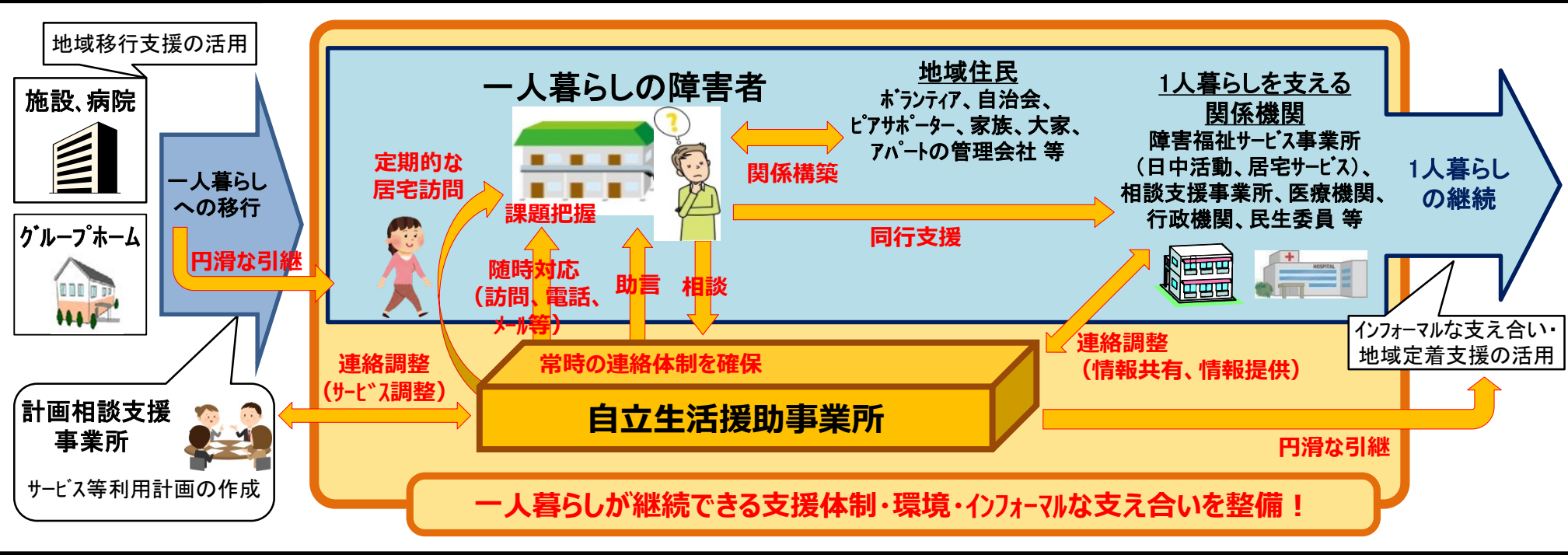
※自立生活援助による支援が必要な者(例)

- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合(家族の死亡、入退院の繰り返し等)
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

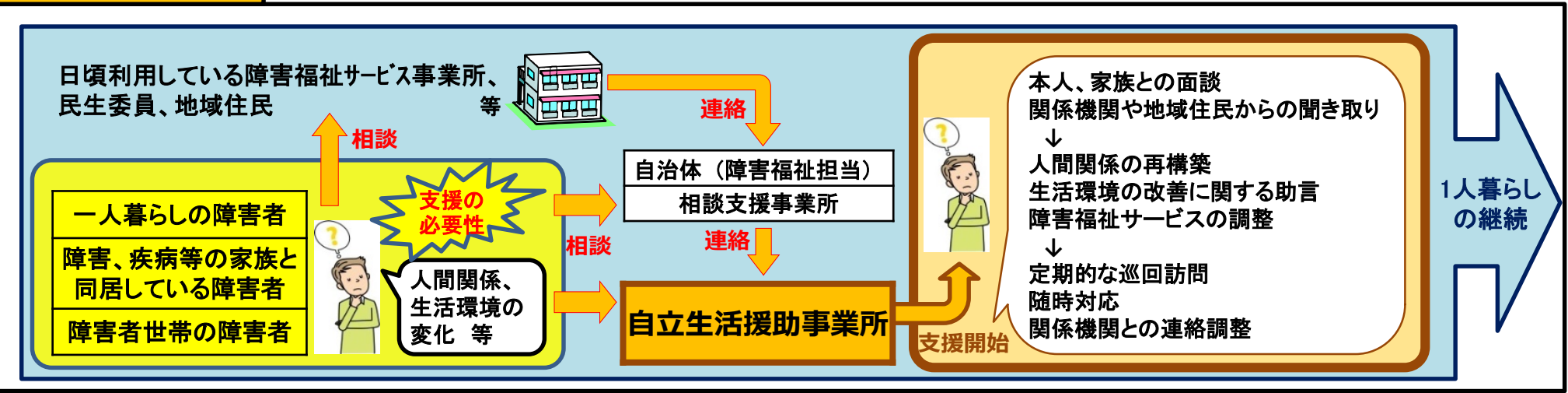
※家族による支援が見込めないと判断する場合(例)

- 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

支援のイメージ ①



支援のイメージ 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 アドバイザーの役割

目的

- 長期入院精神障害者の地域移行の推進に当たっては、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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことが重要である。このため、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必要がある。
- このような観点を踏まえ、地域移行の取組を更に推進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施に取り組むモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）に対し、都道府県・指定都市・特別区（以下「都道府県等」という。）の担当者と連携して、モデル圏域の関係機関等に対し研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

【会議への参加】

① アドバイザー・精神障害者の地域移行担当者等合同会議

アドバイザーと都道府県等の事業担当者が合同で、事業目的及び現状を共有するとともに、アドバイザーが地域移行の取組を更に推進し、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の具体的実践手法を固めることや事業実施に伴う課題解決を行う。

開催回数：全3回（平成30年5月、10月及び平成31年2月頃）

参加者：広域アドバイザー・都道府県等密着アドバイザー・都道府県等担当者

主な議事：各圏域の進め方の確認、各圏域の課題抽出と整理、広域的な共通課題の抽出、解決策の提示

② 広域アドバイザー会議

開催回数：全2回（平成30年5月、9月頃）

参加者：広域アドバイザー

主な議事：各アドバイザーの活動状況の共有及び広域的な共通課題への対応方針の議論、広域アドバイザーの技能向上等

* アドバイザー・精神障害者の地域移行担当者等合同会議は、平成30年度精神障害者の地域移行担当係長等会議として開催するため、事業参加都道府県等以外の都道府県等も参加する。

【アドバイザー組織】

精神障害者の地域への移行の取組の実践経験を有する「広域アドバイザー」及び「都道府県等密着アドバイザー」により構成する。

① 広域アドバイザー

1名のアドバイザーが原則1～3都道府県等程度を広域的に担当する。地域移行の実践経験を活かし、保健・医療・福祉による協議の場の体制整備、住まいの確保支援、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握などを具体的にアドバイスする。

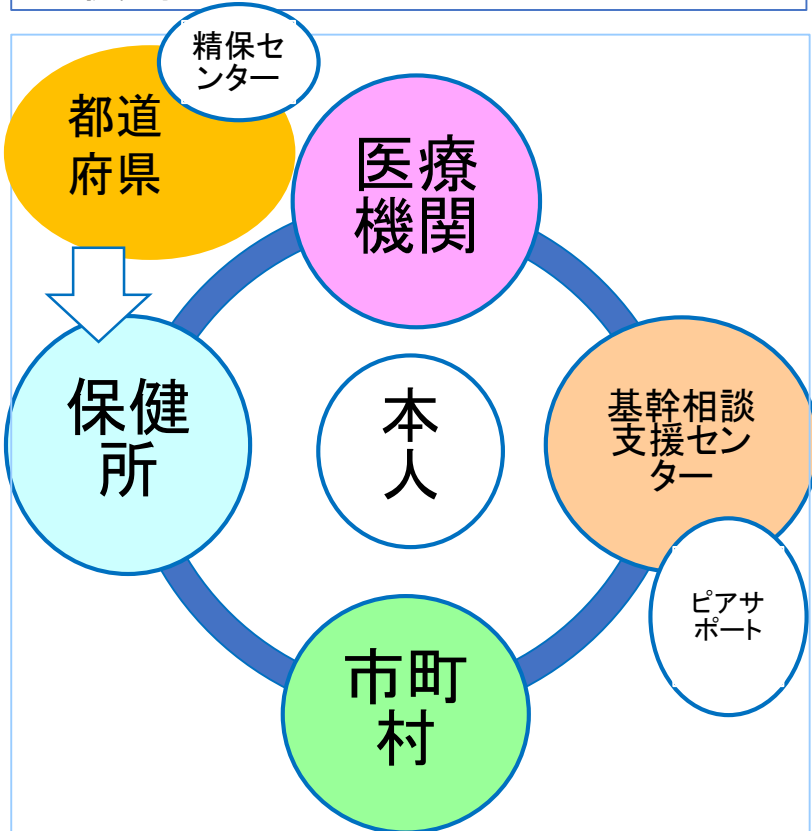
② 都道府県等密着アドバイザー

所在の1箇所を担当し、行政、医療、福祉の分野において地域移行の実践経験のある複数名のチームとする。担当都道府県等のモデル障害保健福祉圏域の担当者が精神障害者の地域移行を実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う。

アドバイザーによる技術支援

都道府県等ごとの研修、現地支援及び都道府県等又はモデル障害保健福祉圏域からアドバイザー依頼に対応して技術支援を行う。現地での支援は3回。

都道府県担当者と密着アドバイザーの役割



この5つの機関がそれぞれの役割と責任を全うすることで重層的な連携体制を構築する。精神障害者が地域の一員として安心して自分らしく暮らすことのできる地域をつくることのできる。

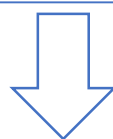
精神障害にも対応した包括ケアシステム構築に向けた都道府県の大目標を確認する。

都道府県は、協議会と連動した推進チームを組織する。
(主管課・関係各課の担当者、密着アドバイザー、モデル圏域関係機関担当者等)

PDCA

I 【都道府県の役割①～⑦】について、現状と課題を分析する。

II 今年度の目標を定めて、ロードマップを作成する。
(実行→検証→改善)



モデル圏域: 圏域協議会と連動した推進チームを組織する。(主管課・モデル圏域関係機関担当者、密着アドバイザー等)

PDCA

I モデル圏域の【保健所の役割①～⑩】【医療機関の役割①～⑦】【市町村の役割①～⑧】【基幹相談支援センターの役割①～⑥】について、現状と課題を分析する。

II 今年度の目標を定めて、ロードマップを作成する。
(実行→検証→改善)

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 都道府県・政令指定都市（都道府県等）の役割

国（アドバイザー組織）

モデル都道府県等

モデル障害保健福祉圏域

<スケジュール>

都道府県等担当者

- ・モデル障害保健福祉圏域選定
- ・都道府県等密着アドバイザーの推薦

アドバイザー＋都道府県等担当者

- ・障害福祉計画の成果目標や活動指標に基づき現状の確認
- ・課題の明確化について具体的に助言

支援

都道府県毎の研修

アドバイザー＋都道府県担当者

- ・地域の課題の分析に関する助言
- ・戦略策定の支援

支援

現地支援

アドバイザー＋都道府県等担当者

- ・事業実施にあたり問題、課題が発生した場合の支援
- ・人材育成について具体的に支援

相談

支援

都道府県等担当者

- ・アドバイザーと協力し、モデル圏域の経過を把握する
- ・都道府県毎の研修

支援

課題の明確化

- ・圏域内の長期入院精神障害者の現状、障害福祉サービスの整備状況等をふまえ、障害福祉計画の目標との進捗状況等の情報を整理する

戦略策定

- ・保健・医療・福祉による協議の場との連携を図りつつ、圏域内でどのように地域移行を推進するのか等の具体的な戦略を立案し、目標値（指標）との関係を明確化する

地域移行に資する事業の実施

- ・保健・医療・福祉による協議の場の開催に加え、地域の実情に応じ、住まいの確保支援、グループホームの整備、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握、精神障害者の地域移行関係職員に対する研修の実施等の事業を行う

OJT（on-the-job training）による行政、保健、医療、福祉の中核的な人材の育成

圏域内の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関係者ネットワークの形成・強化

地域移行に資する事業の推進

（※障害福祉計画、介護保険事業計画、医療計画の目標達成に向けて）