

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  
事例集

(2022 年度版)

2023（令和5）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

厚生労働省 社会援護局 精神・障害保健課



# 目次

I. はじめに.....	1
II. 精神保健医療福祉行政の動向及び「にも包括」構築の推進に向けた取組.....	2
(1) 「にも包括」構築の推進に向けた経緯と取組.....	2
①経緯.....	2
②「にも包括」とは.....	5
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及び構築支援事業.....	6
④「にも包括」構築における課題.....	7
⑤「にも包括」構築推進に向けて見えてくること.....	10
(2) 本事例集の位置づけ.....	10
III. 実践事例	
地区担当の保健師が地域保健活動として一般住民の精神保健を支える仕組みと県のバックアップ ～埼玉県及び埼玉県入間市の実践事例～.....	12
地域保健と障害者福祉で作るメンタルヘルスのネットワーク ～名古屋市の実践事例～.....	21
平時の根回しで一致団結の協議会運営から個別支援にもつなぐ地域づくり ～宮崎市の実践事例～.....	26
IV. 今後の展開のために.....	32
1. 概念理解・公衆衛生活動.....	32
2. 保健予防・ちいさな包括.....	32
3. 横軸連携・縦軸連携.....	33
4. 地域課題への対応.....	34

※本事例集は、「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」にも掲載しております。

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



## I. はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以降、「にも包括」と表記）とは、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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことであり、地域共生社会の実現に向かっていく上で欠かせないものです。

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、精神障害の有無や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、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による、『「にも包括」の協議の場（以下、「協議の場」と表記）』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、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者など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です。<sup>1</sup>

令和4年12月の精神保健福祉法の改正では、都道府県及び市町村において実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害の方に限らず、精神保健に課題を抱える方を対象とすることが明示されました。

地域共生社会の実現を目指すには、障害者だけではなく、生活上の困り事や、生きづらさを抱えている方も含めて全住民を対象とした相談支援が「精神保健」であるという認識を皆で共有することが重要です。本事例集はそのような「にも包括」を構築推進している実践事例を紹介し、これから「にも包括」を構築しようとしている自治体の皆様の参考にして頂くことを目的として作成しております。

今回、事例集で紹介している自治体の皆さんは、誰もが安心して暮らせる地域づくりを目指し、地域の特性を生かした取組を、悩みながら、工夫を重ね推進されています。「どのように体制を整備したらよいか不安」「動き出したけど、この方針で大丈夫なのか」という気持ちは、事例集をお読みの皆さんも感じられているのではないかと思います。本事例集に掲載されている実践事例を読んでいただき、皆さんの地域における「にも包括」の構築をより進めるためのヒントとなれば幸いです。

---

<sup>1</sup> 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より  
<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>

## Ⅱ．精神保健医療福祉行政の動向及び「にも包括」構築の推進に向けた取組

本章では、精神保健医療福祉政策の動向や「にも包括」に関する最近の動向に触れつつ、「にも包括」構築のポイントと事例の概要について記載しています。

### (1) 「にも包括」構築の推進に向けた経緯と取組

#### ① 経緯

平成 16 年 9 月に精神保健福祉対策本部で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されました。

平成 26 年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」においても、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、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が示されています。

平成 29 年 2 月に取りまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、これまでの「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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ができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、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」の構築を目指すことを新たな理念として示されています。

また、令和 3 年 3 月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書では、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、「にも包括」の基本的な考え方、重層的な連携による支援体制の構築、普及啓発の推進並びに精神保健医療福祉、住まい及びピアサポート等の同システムを構成する要素等について、今後の方向性や取組が整理されました。

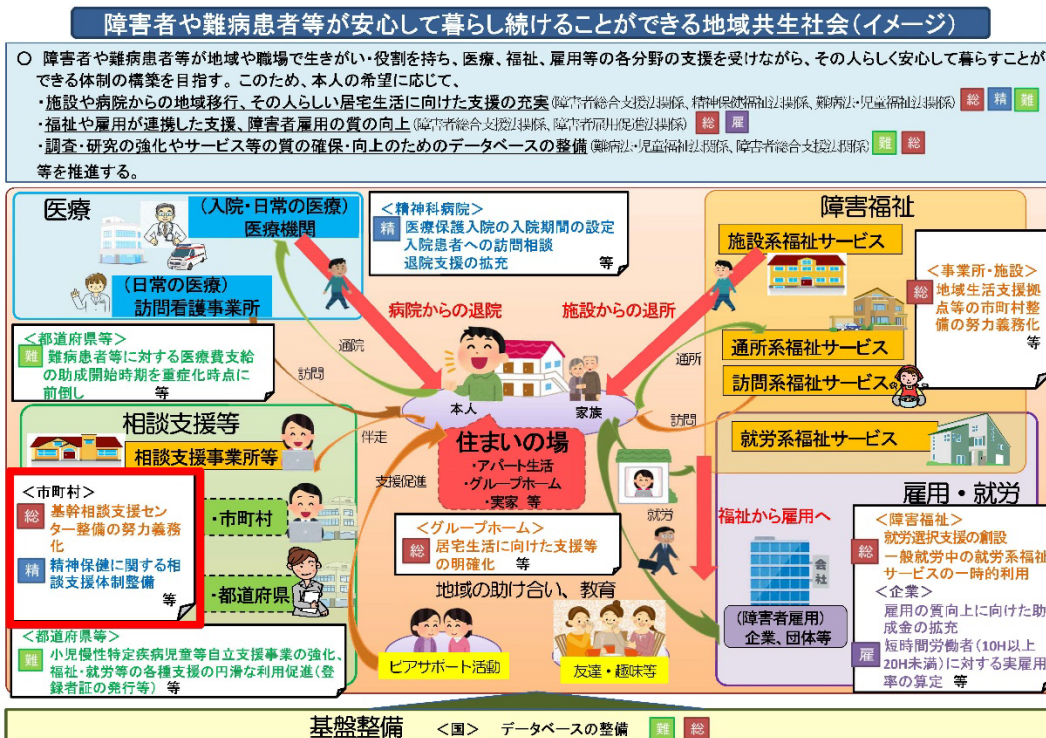
更に、令和 4 年 6 月にまとめられた「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書では、身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要であるとの方向性が示されました。

令和 4 年 12 月には精神保健福祉法が改正され、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることが明確化されました（図表 3）。市町村における精神保健の相談支援体制の整備に向けて今後取り組んでいただきたいことについても示されています（図表 5）。

図表 1 「にも包括」に関する主な経緯一覧

平成 16 年 9 月	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
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」
平成 29 年 2 月	「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
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に係る検討会」報告書
令和 4 年 6 月	「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書
令和 4 年 12 月	精神保健福祉法改正

図表 2 改正概要①



図表 3 改正概要②

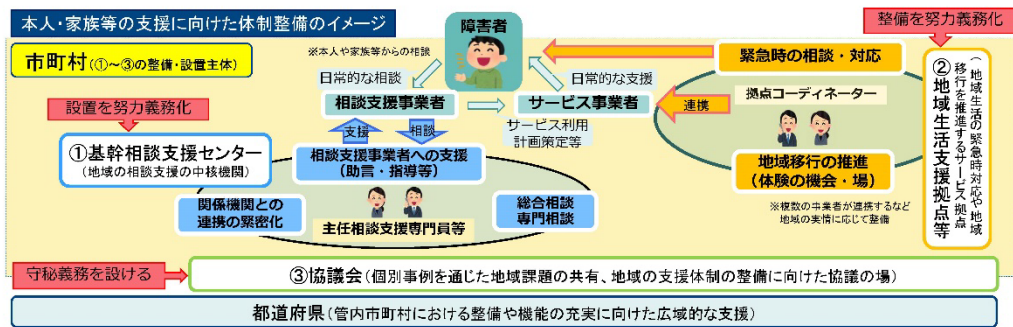
**障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律の概要**

<b>改正の趣旨</b>
障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。
<b>改正の概要</b>
<p><b>1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実</b>【障害者総合支援法、精神保健福祉法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退院後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。</li> <li>② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。</li> <li>③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。</li> </ul> <p><b>2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進</b>【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。</li> <li>② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。</li> <li>③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。</li> </ul> <p><b>3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備</b>【精神保健福祉法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。</li> <li>② 市町村長向風による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。</li> <li>③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。</li> </ul> <p><b>4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化</b>【難病法、児童福祉法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。</li> <li>② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労等に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。</li> </ul> <p><b>5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備</b>【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 障害DB、難病DB及び小児DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。</li> </ul> <p><b>6. その他</b>【障害者総合支援法、児童福祉法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。</li> <li>② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。</li> </ul> <p style="font-size: small;">このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当てする必要があった可成り18条附2項の規定等について所要の規定の整備を行う。</p>
<b>施行期日</b>
令和6年4月1日（ただし、2④及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び2②の一部は令和5年10月1日）

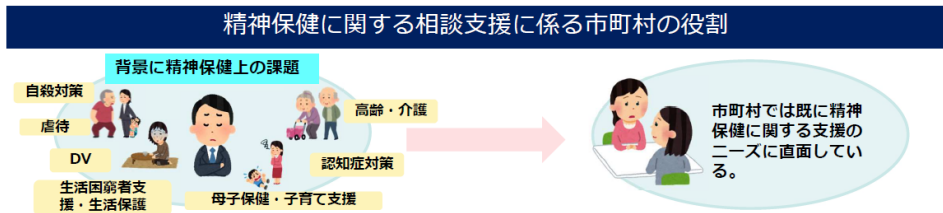
図表 4 改正概要③

地域の障害者・精神保健に関する課題を抱える者の支援体制の整備

<b>現状・課題</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基幹相談支援センターは、相談支援に関する業務を総合的にを行うことを目的とする施設として、平成24年から法律で位置づけられたが、設置市町村は半数程度にとどまっている。</li> <li>○ 障害者の重度化・高齢化や親亡き後を見据え、緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を平成27年から推進してきたが、約5割の市町村での整備に留まっている。 ※令和3年4月時点整備状況(全1741市町村) 地域生活支援拠点等:921市町村(53%)、基幹相談支援センター:873市町村(50%)</li> <li>○ 市町村では、精神保健に関する課題が、子育て、介護、困窮者支援等、分野を超えて顕在化している状況。また、精神保健に関する課題は、複雑多様化しており、対応に困難を抱えている事例もある。 ※自殺、ひきこもり、虐待等</li> </ul>
<b>見直し内容</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基幹相談支援センターについて、地域の相談支援の中核的機関としての役割・機能の強化を図るとともに、その設置に関する市町村の努力義務等を設ける。</li> <li>○ 地域生活支援拠点等を障害者総合支援法に位置付けるとともに、その整備に関する市町村の努力義務等を設ける。</li> <li>○ 地域の協議会で障害者の個々の事例について情報共有することを障害者総合支援法上明記するとともに、協議会の参加者に対する守秘義務及び関係機関による協議会への情報提供に関する努力義務を設ける。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者(※)も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。また、精神保健福祉士の業務として、精神保健に課題を抱える者等に対する精神保健に関する相談援助を追加する。 ※ 具体的には厚生労働省令で定める予定。</li> </ul>



図表 5 精神保健の相談支援に係る市町村の役割



○現在、市町村における自殺対策、虐待(児童、高齢者、障害者)、生活困窮者支援・生活保護、母子保健・子育て支援等の業務において、関わっている住民が背景に精神保健上の課題を抱えているケースも多く、市町村の責務ではなくても、実際の支援の中で、複合的な課題への支援のニーズに直面している。

市町村において、精神保健に関する課題を抱える住民への相談支援体制の整備をお願いします

- 精神保健(メンタルヘルス)に関する支援ニーズは、障害者だけでなく、福祉、母子保健、介護等の部門にも様々な形で表れます。
- こうした複合的なニーズへの支援は、住民に身近で、福祉・母子保健・介護等を担当している市町村だからこそできるものです。
- 市町村が精神保健の支援に取り組むことは、福祉・母子保健・介護等に関する支援の実効性を高めたり、スタッフの自信ややりがいの向上にもつながります。
- 住民の精神保健医療福祉上のニーズに対応する相談支援体制の整備を推進するに当たって
  - ・ 精神保健の個別支援や支援体制整備の担当の配置や明確化
  - ・ 精神保健に関する実際の支援ニーズに直面する様々な機関(福祉、母子保健、介護等)との協働・連携体制の構築
  - ・ 精神保健に関する支援の担い手の確保や、研修受講等による資質向上等への取り組みをお願いします。

出典：厚生労働省第163回市町村セミナー 行政説明資料

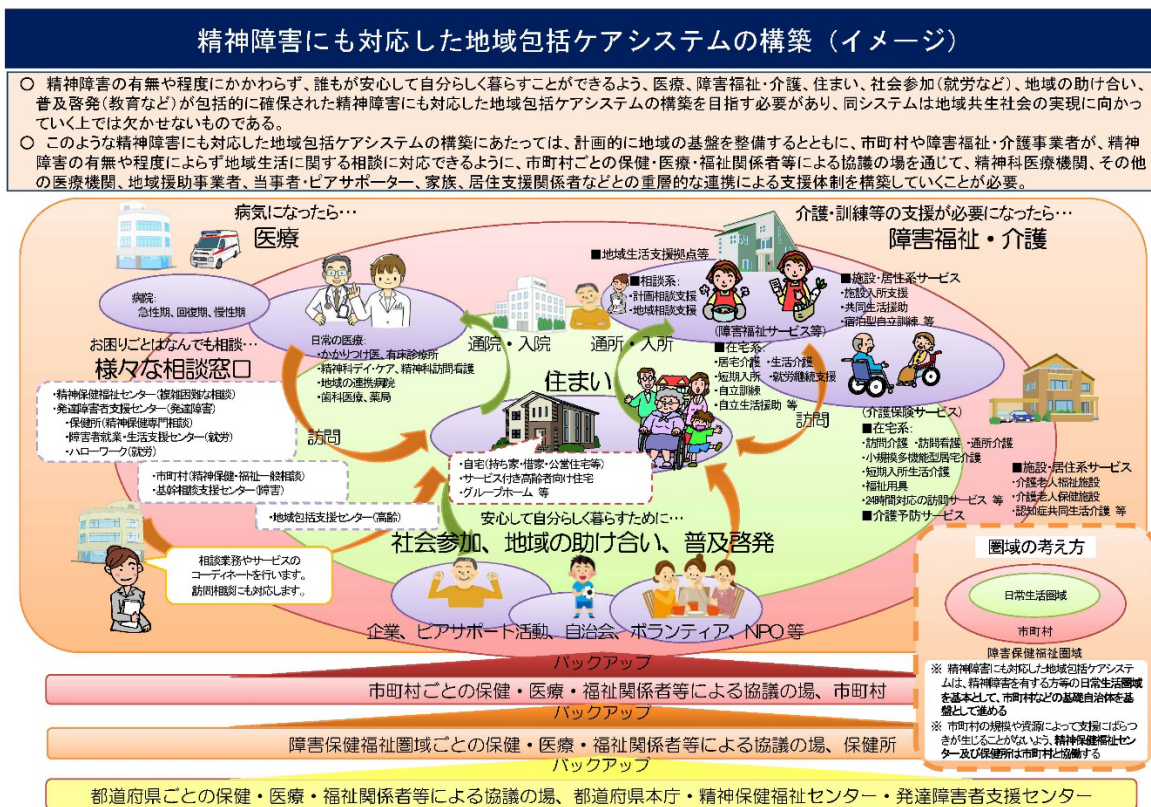


②「にも包括」とは

「にも包括」とは、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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことを指します。同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものです。

「にも包括」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、障害の有無や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、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等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、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築して行くことが必要です。

図表 6 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）

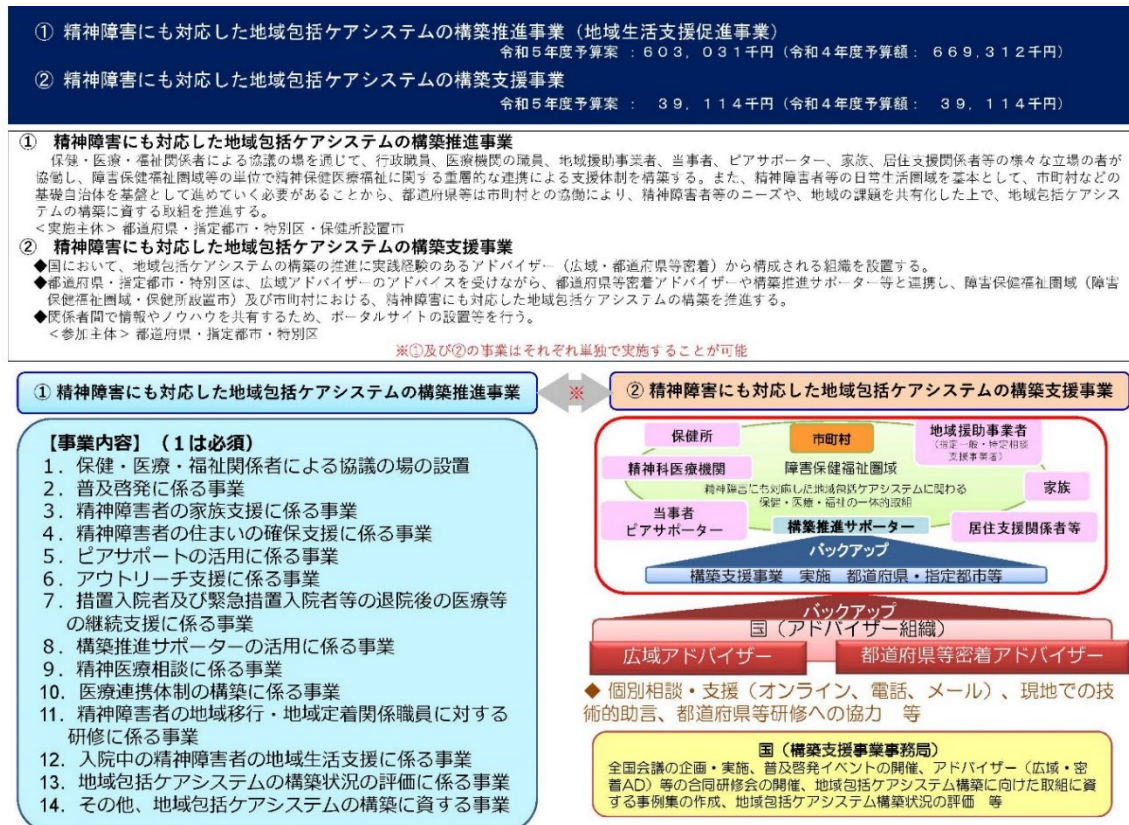


精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築は、日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体が基盤となります。その上で、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないよう、精神保健福祉センター及び保健所は市町村と協働する事が求められます。

### ③精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業及び構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（図表 7）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 7 令和 5 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



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支援事業（図表 8）では、「にも包括」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「にも包括」の構築を進めます。また、関係者間で「にも包括」や国の政策に関する情報、ノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置や研修・会議等を開催しています。

図表 8 令和 5 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の概要

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、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や構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、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の共有化を図るため、ポータルサイトの設置等を行う。

1.アドバイザーの主な役割

<広域アドバイザー>

- 保健・医療・福祉それぞれの分野における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る取組の実践経験を活かし、同システムの構築に係る取組が推進されるよう、参加主体及び都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等に対し相談・助言・支援を行う。

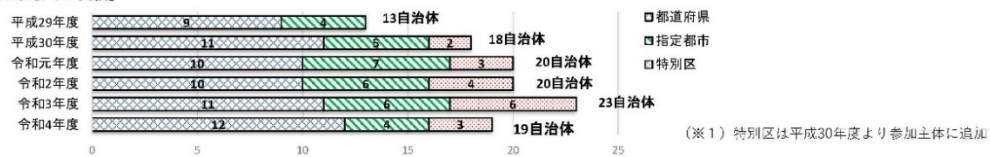
<都道府県等密着アドバイザー・構築推進サポーター等>

- 広域アドバイザー及び都道府県等の担当者と協力しながら障害保健福祉圏域及び市町村における課題解決に向けた具体的な相談・助言・支援を行う。

2.都道府県・指定都市・特別区の主な役割

- 「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実践
- 障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）や市町村の取組状況の把握、事業メニュー活用の検討
- 都道府県等密着 A D の選定・国への推薦または構築推進サポーターの活用促進
- 全国会議への参加
- 事例集の作成等、当事業への協力

【これまでの実績】



④「にも包括」構築における課題

令和 4 年度に実施した、令和 3 年度の「にも包括」構築状況に関する調査<sup>2</sup>によれば、「にも包括」構築の課題としては、都道府県からは「指標設定等、事業の評価がしにくい（53.2%）」との回答が最も多く、次いで「高齢者部門・介護保険部門との連携等がうまくできていない（34.0%）」、「地域包括ケアシステムの構築のためのノウハウが不足している（31.9%）」でした。なお、都道府県の「指標設定等、事業の評価がしにくい」と「高齢者部門・介護保険部門との連携等がうまくできていない」は、R2 からの調査で最大となっています（図表 9）。

市区町村では、「地域包括ケアシステムの構築のためのノウハウが不足している（50.4%）」、「地域の医療・障害福祉資源が不足している（41.3%）」、「事業推進を担うべき人材の確保ができていない（41.3%）」でした。

なお、市区町村の「地域包括ケアシステムの構築のためのノウハウが不足している」、「地域の医療・障害福祉資源が不足している」は、R2 以降減少傾向となっています（図表 10）。

<sup>2</sup> 都道府県、市区町村を対象とした悉皆調査（調査期間：令和 4 年 10 月 7 日～11 月 8 日）  
回収率 都道府県 100%、市区町村 90%

図表 9 令和3年度時点での「にも包括」構築の課題（都道府県）（複数回答）

カテゴリー名	令和4年度 (n=47)	令和3年度 (n=47)	令和2年度 (n=47)
指標設定等、事業の評価がしにくい	53.2%	42.6%	48.9%
高齢者部門・介護保険部門との連携等がうまくできていない	34.0%	29.8%	21.3%
地域包括ケアシステムの構築のためのノウハウが不足している	31.9%	34.0%	34.0%
地域の医療・障害福祉資源が不足している	21.3%	29.8%	29.8%
事業推進を担う人材の確保ができていない	21.3%	25.5%	25.5%
将来的な地域のあるべき姿(ビジョン)がイメージできない	19.1%	17.0%	14.9%
地域の課題を分析できない	17.0%	12.8%	10.6%
行政内部の役割分担・連携等がうまくできていない	14.9%	10.6%	21.3%
地域のアセスメントができない(現在の精神医療・障害福祉サービス等の提供実態が把握できない等)	12.8%	8.5%	12.8%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの存在や必要性を医療・障害福祉関係者等に認知してもらうことが難しい	12.8%	17.0%	12.8%
保健所・精神保健福祉センター等との役割分担・連携等がうまくできていない	12.8%	17.0%	12.8%
構築推進事業が分かりにくく、使いにくい	10.6%	8.5%	10.6%
医療関係者との関係構築が進んでいない	6.4%	10.6%	6.4%
障害福祉関係者との関係構築が進んでいない	6.4%	2.1%	2.1%
その他	6.4%	0.0%	0.0%

図表 10 令和3年度時点での「にも包括」構築の課題（市区町村）（複数回答）

カテゴリー名	令和4年度 (n=1573)	令和3年度 (n=1577)	令和2年度 (n=1554)
地域包括ケアシステムの構築のためのノウハウが不足している	50.4%	51.2%	54.1%
地域の医療・障害福祉資源が不足している	41.3%	43.2%	45.6%
事業推進を担う人材の確保ができていない	41.3%	38.9%	40.8%
将来的な地域のあるべき姿(ビジョン)がイメージできない	20.0%	20.2%	18.5%
指標設定等、事業の評価がしにくい	17.4%	17.4%	16.4%
構築推進事業の事業が分かりにくく、使いにくい	14.7%	12.0%	12.6%
行政内部の役割分担・連携等がうまくできていない	13.9%	13.3%	12.6%
地域の課題を分析できない	13.6%	12.2%	11.1%
医療関係者との関係構築が進んでいない	12.1%	11.8%	12.8%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの存在や必要性を医療・障害福祉関係者等に認知してもらうことが難しい	10.6%	8.8%	8.4%
保健所・精神保健福祉センター等との役割分担・連携等がうまくできていない	9.9%	9.4%	10.2%
地域のアセスメントができない(現在の精神医療・障害福祉サービス等の提供実態が把握できない等)	9.3%	10.4%	11.2%
高齢者部門・介護保険部門との連携等がうまくできていない	6.5%	9.7%	8.0%
障害福祉関係者との関係構築が進んでいない	1.3%	1.2%	1.4%
その他	3.3%	3.9%	5.4%
未回答	1.9%	2.3%	1.9%

また、「にも包括」構築において、市区町村が都道府県からのバックアップを受けている事項は「会議等への参画、助言（39.5%）」との回答が最も多く、次いで「困難事例の調整、助言（36.2%）」、「家庭訪問・アウトリーチ（25.2%）」でした。一方で、市区町村が都道府県からのバックアップの強化が必要と感じている事項は「困難事例の調整、助言（44.3%）」「危機介入・受診・受療援助（37.6%）」が上位を占めています（図表 11、図表 12）。

図表 11 令和3年度時点で「にも包括」構築において、都道府県からのバックアップを受けている事項

カテゴリー名	令和4年度 (n=1573)
会議等への参画、助言	39.5%
困難事例の調整、助言	36.2%
家庭訪問・アウトリーチ	25.2%
事例検討などの支援	24.5%
危機介入・受診・受療援助	23.0%
計画策定等における データ提供・分析、活用	13.2%
研修計画の立案・助言	12.4%
講師の派遣・調整	11.2%
人的支援（事業企画・評価、講師等 紹介・調整、当日のスタッフ派遣等）	10.3%
社会復帰相談	9.0%
財政的支援（事業実施）	2.8%
財政的支援（研修会開催）	1.8%
その他	1.6%
未回答	39.9%

図表 12 令和3年度時点で「にも包括」構築において、都道府県からのバックアップの強化が必要と感じている事項

カテゴリー名	令和4年度 (n=1573)
困難事例の調整、助言	44.3%
危機介入・受診・受療援助	37.6%
家庭訪問・アウトリーチ	31.9%
会議等への参画、助言	31.3%
人的支援（事業企画・評価、講師等 紹介・調整、当日のスタッフ派遣等）	30.5%
事例検討などの支援	29.0%
計画策定等における データ提供・分析、活用	28.4%
講師の派遣・調整	25.9%
研修計画の立案・助言	25.2%
財政的支援（事業実施）	20.0%
社会復帰相談	20.0%
財政的支援（研修会開催）	16.4%
その他	2.3%
未回答	33.4%

⑤「にも包括」構築推進に向けて見えてくること

以上の結果を踏まえると、「にも包括」構築においては、ノウハウの不足、高齢者部門・介護保険部門との連携不足、人材の不足等が主な課題となっており、推進のための手順、方法把握が必要であることが見えてきます。

加えて、市区町村は、都道府県から困難事例の調整や危機介入・受診・受療援助といった、個別支援につなげるための援助を必要としていることが分かります。

これらの課題へ対応するには、「協議の場」を通じた個別支援の強化、他部門との連携強化、ノウハウの共有が、「にも包括」構築における重要なポイントになると考えられます。

(2) 本事例集の位置づけ

「にも包括」構築支援について、厚生労働省が手引きを作成しています。詳細については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き（普及版） ～地域共生社会を目指す市区町村職員のために～」<sup>3</sup>をご参照ください。

図表 13 手引き（普及版）における構築の手順

	概要
概念理解 公衆衛生活動	市区町村において取り組みが始まった福祉分野での重層的支援体制整備事業などの生活支援策と併せて、「にも包括」の構築において地域精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義を理解する。
保健予防 ちいさな包括	市区町村では、福祉部局だけではなく保健部局が住民の身近な相談窓口となり、訪問支援や健康教育など保健予防活動を実施する。また、保健師等は他部署で対応する事例に協働しメンタルヘルスリスクへの初期対応や狭間を埋める支援、医療へのつなぎ等、即応性の強みを生かし、ちいさな包括（個別支援）の充実を図る。
横軸連携 縦軸連携	個別支援課題に応じて、横断的かつ双方向の庁内連携や市区町村圏域での関係機関（医療、保健、福祉、教育、地域活動等）連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センター等と縦断的かつ双方向の重層支援体制の構築を図る。
地域課題への 対応	地域課題の解決に向けて、地区診断、事業評価、庁内及び地域課題の整理、必要な社会資源の創出などの対応策を当事者とともに関係者全体で考え、他部署に働きかけて「我がまちのご当地システム」の構築を図り地域共生社会の実現に取り組む。

※精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き（普及版） ～地域共生社会を目指す市区町村職員のために～ p.4（1）ガイド（簡易版）の目的 を一部改変

<sup>3</sup> 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き（普及版） ～地域共生社会を目指す市区町村職員のために～」  
<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r03-cccsguideline-ab.pdf>

同手引きでは、4つのステップに基づき、「にも包括」構築のための方針を掲載しています（図表 13 手引き（普及版）における構築の手順）。同手引きでは、「にも包括」構築を支える基礎となる個別支援、個別支援を通して連携体制、個別支援から地域課題を取り上げるところまでのレベルについて取り上げられており、「協議の場」の設置や「にも包括」構築に係るシステムなどについては、今後作成される予定です。

同手引きにもあるように、個別課題から地域課題の気づきを得て、地域課題を集約し対応することが重要であると言えます。本事例集では、そのような「個別課題から地域課題へ」という視点で、「にも包括」構築のために「協議の場」を重層的に整え、効果的に活用している自治体の事例を取り上げています。取り上げている事例の特徴は次の通りです（図表 14 事例）。

図表 14 事例

	概要
埼玉県・ 入間市	・ 保健師業務を業務分担制から地区担当制とすることで、精神障害の有無に関わらない幅広い地域保健活動を実施している例
名古屋市	・ 個別支援で見えてきた課題を区全体、市全体に共有することで、重層的に支援体制を構築している例
宮崎市	・ 「協議の場」の活用により、地域の課題を関係者全員が自分事として認識して取り組むことで、支援体制を構築している例

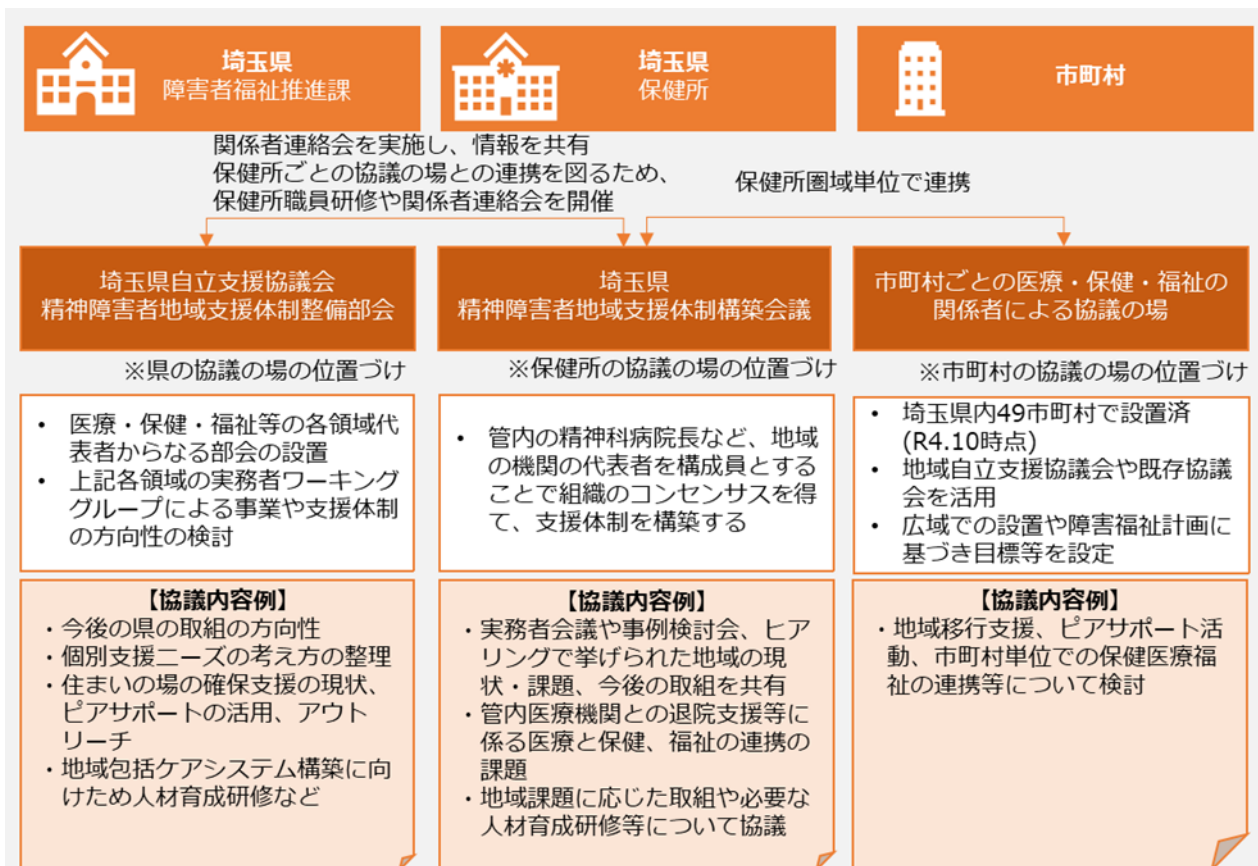
### Ⅲ. 実践事例

#### 地区担当の保健師が地域保健活動として一般住民の精神保健を支える仕組みと県のバックアップ ～埼玉県及び埼玉県入間市の実践事例～

埼玉県では、精神障害に関する様々な個別支援ニーズに対し包括的に支援を提供するため、保健、医療、福祉関係者の「協議の場」を各保健所で設置し、市町村ごとの「協議の場」、県の「協議の場」と重層的な連携体制を構築している。（図表 15）

本事例では、埼玉県および県下の保健所での「にも包括」構築に向けた取り組み状況と、その構築プロセスについて掲載する。また、埼玉県の動きと合わせて、埼玉県内の一般市である入間市がどのような取組を行い、「にも包括」の構築を進めてきたかを掲載する。

図表 15 埼玉県における「にも包括」推進体系





## 埼玉県における「にも包括」の現状

本節では埼玉県が構築してきた「にも包括」の現状について記載する。

### 埼玉県の基本情報

人口 (R4年4月時点)	7,331,256人	入院精神障害者数 (R3年6月時点)	10,901人
精神科病院数 (R4年4月時点)	65病院	精神科病床数 (R4年4月時点)	13,472床
その他	位置づけ：埼玉県自立支援協議会精神障害者地域支援体制整備部会が「協議の場」の役割を担う。 参加者：立支援協議会、精神科医療関係者（病院、診療所）、有識者、ピアサポーター、家族会、県保健所、精神保健福祉センター、市町村 開催頻度：1年に1回 開催目的：埼玉県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検討		

### 埼玉県における「にも包括」構築に向けた取組

埼玉県の「にも包括」構築推進の体制は3層構造となっており、県、保健所圏域、市町村の役割や位置づけが明確になっていることが特徴である。ここではそれぞれの位置づけを記載する。

#### ● 県の「にも包括」における位置づけ

埼玉県は、埼玉県自立支援協議会にある「精神障害者地域支援体制整備部会」を「協議の場」に位置づけ、年に1回開催している。その中で、県としての取組の方向性を示すとともに、個別支援ニーズの考え方を示し、

方針を定めることとしている。その準備として、実務者レベルのワーキンググループを開催している。さらに、県の「協議の場」と保健所圏域の「協議の場」をつなぎ、情報共有と連携を図るため、関係者連絡会が開催されている。

また、人材育成のために研修会を実施するとともに、広域支援としてアウトリーチ事業、地域移行・地域定着ピアサポート活動促進事業、早期退院支援推進事業を実施している。なお、予算根拠は必ずしも「にも包括」構築推進事業のみに依らず、様々な財源を活用し、推進していく仕組みとしている。

図表 16 埼玉県における「にも包括」関連事業

	事業名	概要	予算根拠
体制構築	精神障害者地域支援体制構築会議等事業	・ 各保健所の「協議の場」を活用し、広域的な課題に取り組むとともに、市町村ごとの「協議の場」と連携や支援を推進する。	にも包括構築推進事業
	関係者連絡会	・ 包括ケアに資する情報集約やノウハウの共有化を図り取組を支援する。	

人材育成	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援研修等事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療、保健、福祉の相互理解と地域連携を促進する研修会を各保健所が精神科医療機関や相談支援事業所等と協働で実施</li> </ul>	
	精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害に係る基礎知識、技術的習得を目的として地域の実情に応じた研修等を実施。精神保健福祉センターが行う。</li> </ul>	地域生活支援事業任意事業
広域支援	アウトリーチ事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療や福祉に繋がりにくい精神障害者等に対し、多職種による専門的な訪問支援を実施し、生活を支援</li> <li>令和4年度はモデル的に2事業所に委託</li> </ul>	地域医療基金事業
	地域移行、地域定着ピアサポート活動促進事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病院におけるピアサポート活動に加え、精神障害者の地域定着のためのピアサポート活動を促進</li> <li>令和4年度は11事業所に委託</li> </ul>	地域生活支援事業、広域調整事業の一部
	精神障害者早期退院支援推進事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域相談支援（地域移行支援）への円滑なつなぎを図り、新たな長期入院者を防ぐための早期退院に向けた支援を推進</li> <li>令和4年度は21事業所を登録</li> </ul>	にも包括構築推進事業

### ● 県（保健所圏域）の「にも包括」における位置づけ

各保健所が主催し、管内の精神科病院長など、地域の機関の代表者を構成員とする「精神障害者地域支援体制構築会議」が各保健所で年に1回程度開催されている。一部の保健所では下位会議として、実務者レベルの会議を実施し、課題の洗い出しや取り組みの方向性を検討している。

また、管轄の市町村と連携して事例検討や地域課題の解決策の検討を行ったり、自立支援協議会だけでなく保健センターと密に連携を図りながら活動したりしている保健所もある。

### ● 市町村の「にも包括」における位置づけ

地域自立支援協議会や既存の協議会を活用し、保健センターまたは行政組織を拠点として「にも包括」の「協議の場」を設置している。なお、中心となる行政組織は、福祉部門と保健部門が実情に応じて担っているが、多くの場合、障害福祉部門となっているが、後述する入間市は障害福祉部門と地域保健部門の両課が両輪となって活動している事例である。令和4（2022）年10月現在、63市町村中49市町村が「協議の場」を設置している。

### 保健所と市町村の関係

保健所と市町村の間では、実務者会議において、保健予防活動の実施状況を共有しているところもある。更に、保健と福祉の担当者が参画する精神保健担当連絡会を設置している保健所もあり、その場では市町村の個別面接や訪問、事業などの取組状況の共有を行っている。

### ● 個別ケースの取扱い

個別ケースは、保健所・市町村それぞれで対応している。保健所は市町村から対応に困るケースの相談を受けた場合、必要に応じて訪問に同行したり、面接に同席したりする等、一緒に動くことを通して技術的助言を行うことがある。

### ● 保健所と保健センターの協力体制

埼玉県では、地域保健の重要性を再認識し、一部の保健所は保健センターで開催する事例検討会に参加する等、保健所と保健センターの連携を促進するための活動が少しずつ増えている。

## ●保健所管轄市町村への波及効果

保健所の「協議の場」では、「困ったこと」を話すだけでなく、「うまくいった取組」を共有することが大切である。

たとえば、朝霞保健所の実務者会議においては、ReMHRAD を活用して各市の長期入院者の現状を見る化により提示した。このことがきっかけとなり、富士見市が退院促進に関する支援事業「お家へ帰ろう」プロジェクトを実施することとなった。さらにその取組を会議で報告してもらうことで、志木市でも同様のプロジェクトを始めることにつながった。加えて他市でも準備が進められており、広がりを見せている。また、地域移行支援から始まったプロジェクトは、地域定着支援、ひきこもり支援の検討や地域生活拠点事業との連動など、市独自の事業展開へとつながっており、管内他市への波及効果とともに地域状況に応じた取組が行われている。

保健所の「協議の場」は、データを活用した課題の見える化とともに、良い取組を共有する機会とするなど、量的・質的情報を提示することが大切である。とかく会議では「問題」が話題の中心となり、その解決方法を探る流れになりがちだが、積極的な取組を取り上げて、そのエッセンスを地域全体の共有財産とすることが、波及効果を生むコツであると考えられる。

## 埼玉県における「にも包括」構築経過

### ●平成 30(2018)年の体制構築

平成 30(2018)年度、埼玉県ではこれまでの地域移行に関する事業から県の予算事業を大きく組み替えて、「にも包括」の構築に向けた事業として保健所圏域ごとの「協議の場」の設置やアウトリーチ等の事業を開始した。

しかし、同時期の保健所では、措置入院者退院後支援ガイドラインに基づく協議会も開始されたため、会議体が増える負担感や事業をどのように取り組んでいけばよいか大きな戸惑いが見られた。

そこで、本庁、精神保健福祉センターを中心に関係者の協力を得て議論を重ね、保健所職員向けの研修や連絡会、保健所事業への技術支援を実施し「にも包括」に関する理解を広げるとともに、令和 2 (2020)年度に

### コラム：【精神保健福祉業務の一部委譲:埼玉県の場合】

平成 14 (2002) 年に精神保健福祉業務の一部が市町村に移譲されたが、この準備過程では、ホームヘルプを中心とした在宅福祉サービスとその調整に伴うケアマネジメントの導入が大きな課題となっていた。

埼玉県ではこの時期、地域の相談は多様かつ複雑なものも多く、ケアマネジメントの手法だけでは対応できないと考え、精神保健福祉センター・保健所が、精神保健相談の考え方やノウハウを市町村に理解してもらうため積極的に働きかけていた。まだ民間事業所もない時代のため、主に保健センターを中心にインテークケースの事例検討、同席面接や訪問の同行など、個別相談に関する支援、さらにそれらを効果的に展開するため、グループ活動や家族教室といった精神保健関連事業の実施を促進するなど、市町村支援に力を入れた。「にも包括」のシステム構築が求められる現在、当時の経験は、今も通用するものであり、次世代に継承することが課題となっている。

### コラム：【「にも包括」構築における本庁・精神保健福祉センターの協働】

埼玉県で「にも包括」構築に取り組み始めた時、保健所では措置入院者の退院後支援事業が動き出したタイミングと重なった。保健所からは、「にも包括」の「協議の場」設置により、会議体が増えるなど負担感を訴える声があった。

そのため、本庁と精神保健福祉センターが協働して、「にも包括」の必要性を丁寧に説明するなど概念理解に力を入れた。新たに打ち出された政策理念を実践につなげるためには、現場が取組イメージを描けるよう政策の「翻訳」が必要である。実際の動きとしては、保健所の「協議の場」において、本庁職員が「にも包括」について説明し、精神保健福祉センターが県内の取組など情報を提供して、より具体的な協議ができるよう働きかけた。

現行の事業体系に整理された。

現在、保健所では「協議の場」の開催や人材育成を中心としつつ、退院支援の仕組みづくりや保健医療福祉

の相互理解による連携の促進等について、全県一律ではなく市町村や関係者との協議を重ねながら、地域の実

状に合わせた取組を進めている。

## 入間市における「にも包括」の現状

前節では埼玉県全体の取組について記載した。本節では埼玉県下の入間市の取組に着目して記載する。

### 入間市の基本情報

人口 (R4年4月時点)	146,074人	精神障害保健福祉手帳所持者 (令和4年3月末日時点)	1,594人
精神科病院数 (R4年4月時点)	1病院	精神科病床数 (R4年4月時点)	195床
「協議の場」の概要	位置づけ：「精神保健福祉医療地域連携会議」が「協議の場」の役割を担う。 参加者：基幹相談支援センター、保健所、地域保健課、障害者支援課、保健・福祉・医療の関係機関 開催頻度：年1回全体会議を実施。2か月に1回コア会議を実施 開催目的：事例報告、事例検討、意見交換会		

### 入間市における精神保健福祉

平成14(2002)年に精神保健福祉業務の一部が埼玉県から市町村に移譲された際に、入間市では精神保健福祉の対応について地域保健課と障害福祉サービスを所管する障害者支援課による2課体制を導入した。

入間市では、障害福祉計画の重点課題として「あらゆる障がい者（発達障がい及び高次脳機能障がいを含む。）に対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指した活動を進めており、地域保健を軸として、地区担当制による精神障害の有無にかかわらず幅広い活動が行われているのが特徴である。

障害者支援課は障害福祉サービス等を中心とした障害福祉に関する活動を担い、地域保健課は精神保健関連の地域活動を担っている。具体的には、地域保健課において、地域への精神保健に関する出前講座や各地区の地域ケア会議、地域ネットワーク会議に参加し、地域活動の中心となっている。また、母子愛育会の定例会や健康ボランティア定例会、近隣助け合い活動推進

会、自治会活動などにも参画し、担当地区における精神保健にかかわらない幅広い活動を行っている。

これらの活動が、潜在化されたニーズの発掘に繋がり、精神保健における予防にもつながっていると考えられる。

#### ●精神保健福祉関連業務の2課体制による重層的な支援体制の確立

入間市では、障害福祉サービス等の利用等が主訴である場合は、障害者支援課が対応し、市民のメンタルヘルスに関する相談は地域保健課が担う。

地域保健課は、例えば、メンタルヘルスに関する初期相談、精神科医療に繋がる前の相談等、どこに相談したらよいかわからない人、未治療の人等に対応している。地域保健課が訪問活動も行い接点を持つことで、障害受容が難しい人であっても、あくまで「入間市の市民として心の健康を心配してくれている」と受け取ってもらうことができ、訪問等の支援を受け入れてもらいやすい。

障害者支援課は障害福祉サービス等に関する業務が

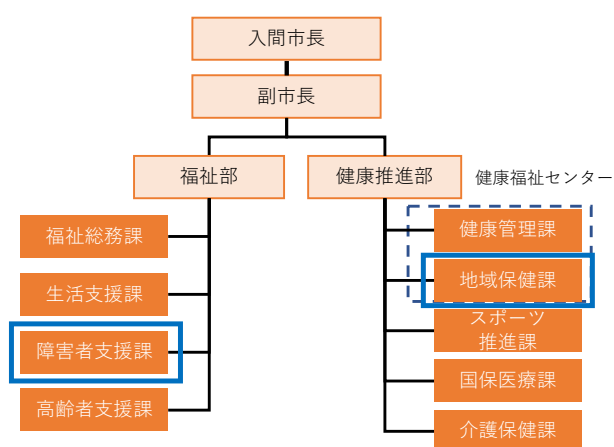
中心であるが、庁内に設置されている障害者相談支援センター「りぼん」において障害福祉に関する相談に対応する役割も担っている。また、委託相談支援事業所では、精神科医療には繋がっているが障害福祉サービス等の利用には至っていない人の相談も幅広く受けている。

以上のように地域保健課と障害者支援課はケースバイケースで連携し、必要に応じて重層的に対応している。

等を行っている。

具体的には、例えばひきこもりに関しては、プラットフォームとなるワーキングを設置し、学校教育課、社会福祉協議会、保健所、基幹相談支援センター、障害者支援課、総合相談支援室、生活支援課、高齢者支援課、地域保健課等と情報共有している。

図表 17 入間市の行政組織



### ● 保健師地区担当制の導入

当初は業務ごとに保健師が担当をもっていたが、平成 25（2013）年に出された厚生労働省通達「地域における保健師の保健活動に関する指針」をきっかけに、保健師は子供から高齢者まで、障害の有無に関わらず市民との関わりを持つべきとの理念を実現するため、地区担当制を導入することになった。

従来、保健師を業務分担制とする市町村が多かったが、保健師は本来すべての世代を対象とした地域保健活動を行うことが基本であるとの認識から、再度役割を定義し、平成 29（2017）年の組織変更により、入間市健康福祉センター内の保健師を地域保健課に集約するとともに、保健師の地区担当制を導入している。

### ● 地区担当保健師の幅広い地域保健活動の実践

地区担当制でのアウトリーチ支援（個別の訪問支援）以外の精神保健業務としては、例えば普及啓発活動、講演活動としての発達障害に関する動画配信や、統合失調症講座、ゲートキーパー講座、ひきこもりへの対応

### コラム：【地区担当制を導入することのメリット】

例えば、メンタルヘル스에課題があり、保健師等の支援が必要な母子は、出産前後だけではなく、子供が成長していく過程で、新たな課題が生じ、継続して支援が必要になる場合もある。保健師が地区担当であることにより、継続的に世帯の状況や変化を把握することができる。このような支援の体制は、保健師本来の「対象者のみではなく、世帯全体の姿を把握し、アセスメントする力」を発揮できるのではないかと考えている。

一方、障害福祉領域は狭いため、行き詰まり感もあったが、地域保健の幅広い視野を入れることで一般市民の中の障害者福祉との認識を持つことができたことは有意義であったと考えている。

### 入間市における「協議の場」

#### ● 「協議の場」の仕組み

入間市では「協議の場」として設定している「精神保健福祉医療地域連携会議」を軸として、図表 3 の通り、各種連携会議が行われている。

「精神保健福祉医療地域連携会議」は関係者同士の「つながりの可視化」を目標として実施している。「つながりの可視化」とは、支援プロセスや対応の際に感じたこと等を報告してもらうことで、関係者全員が、支援の中心になることを意識化できるようにすることである。グループワーク形式で検討し、ケースを通じてどのようなかかわりができるかを具体的に認識してもらうことを重視している。ケースを検討する際の資料は、できるだけ実践に近い事例を扱っている。この「協議の場」において円滑に協議を進めるために、「コア会議」を設置し、企画運営を行っている。また、情報共有や新規ケースの連携、支援方針の協議

などを目的とする「精神保健福祉担当者連絡会議」と、保健カンファレンス」をそれぞれ交互に2月に1回実施し支援方針についてスーパーバイザーが助言をする「精神 ている。

図表 18 入間市における「協議の場」と関連会議

<p>精神保健福祉医療 地域連携会議 (協議の場)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年1回開催、毎回約50機関、70名程度が参加</li> <li>・ 「精神保健福祉担当者連絡会議拡大会議」から平成28(2016)年に改称し、「協議の場」に位置付け</li> <li>・ 医療、保健、福祉関係機関、行政が参加</li> <li>・ 顔の見える関係を築く会議として保健、福祉部門が企画</li> <li>・ 平成28(2016)年から平成30(2018)年には、地域移行ガイドブックを作成</li> <li>・ 令和元(2019)年から令和5(2023)年には「つながりの可視化」を目指し、個別ケースの事例集を作成する予定</li> </ul>
<p>コア会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年6回開催</li> <li>・ 保健所、基幹相談支援センター、障害者支援課、地域保健課による連携会議の準備会の位置づけ</li> <li>・ 「精神保健福祉医療地域連携会議」の企画運営を実施。</li> </ul>
<p>精神保健福祉 担当者連絡会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年6回開催(精神保健カンファレンスと交互に開催)</li> <li>・ 平成14(2002)年の精神保健福祉業務の一部移譲後より開催</li> <li>・ 関係機関で開催される事業・講演会などの情報共有</li> <li>・ 行政、基幹相談支援センター、相談支援事業所などが参加。新規ケースなどの方針について協議</li> </ul>
<p>精神保健 カンファレンス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年6回開催</li> <li>・ 平成14(2002)年の精神保健福祉業務の一部移譲後より開催</li> <li>・ 支援方針で悩む事例の検討。スーパーバイザーが助言</li> <li>・ 基幹相談支援センター、相談支援事業所、地域包括支援センター、教育センター、訪問看護、障害者支援課、地域保健課等が参加</li> <li>・ PCAGIP(ピカジップ)手法<sup>4</sup>を取り入れて事例を検討</li> </ul>

●「協議の場」における取組

「協議の場」である「精神保健福祉医療地域連携会議」では、精神疾患等について正しい知識の普及啓発を図るとともに、関係機関・団体との連携を深め、「地域ぐるみ」で精神障害者等の自立と社会参加を推進することを目的に、保健部門と福祉部門の両課で企画運営している。この会議にて、平成28年からの3か年で地域移行についてのガイドブックを作成し、令和元年から令和5年までの5年間で事例集を作成予定である。

●関係者を交えた個別ケース検討

「精神保健福祉担当者連絡会議」では、行政(保健所、地域保健課、障害者支援課)の他、基幹相談支援センター、必要に応じ相談支援事業所が参画しており、個別ケースを扱っている。例えば保健所から、地域移行に関して、措置入院の解除と同時に退院になるケースや、地域の相談支援事業所から連携、支援の検討を要するケースの相談がある。また、支援方針等が決まる

<sup>4</sup> Person Centered Approach Group Incident Process の頭文字をとった手法。九州大学名誉教授村山正治氏が考案。事例提供者と議論メンバーに分かれて、自由に意見交換を行う中で、解決方向性を見出す手法

と基幹相談支援センターより委託相談支援事業所や計画相談支援事業所に連携される。令和4年度現在、取り扱っているケース数は継続して取り扱っているのが15件、新規が1、2件である。

このように個別ケースについての検討を積み重ねること、地域課題を把握し、整理することにも繋がっている。

### ● 個別ケースへのスーパーヴィジョン

「精神保健カンファレンス」は組織的な支援方針が明確でなく、対応方針を定める必要がある場合に、様々な視点から専門職にスーパーバイズしてもらうことを目的として実施している。

参加メンバーは必要に応じて変更していくが、例えば、学校での事例があった場合は、教育機関、スクールソーシャルワーカーや校長に参加を呼び掛けるなど、柔軟に対応し、フレキシブルに参加を呼び掛けている。精神疾患のある事例以外にも検討対象としており、生活支援の視点を共有する会議となっている。事例提供者への心理的なサ

ポートの場にもなっている。

支援者になりうる人が広く参加しているため、参加者の苦手意識を払拭することを目的としており、参加者がスキルアップし地域全体の底上げにつながることを目的として実施している。

また、学校保健としてスクールソーシャルワーカーだけの対応が難しい場合などは、小中学校に「精神保健カンファレンス」への参加を提案する場合もある等、学校現場との輪が広がっている。

### コラム：【地域保健における指標設定の難しさ】

地域保健など現在の取組に関する成果を図る指標は難しいと感じている。いかに目に見える指標でアプローチするかが難しく、例えば相談件数が多ければそれでよいというわけではない。そのため、どう表現したらよいかの説明しにくく誰もが納得できモチベーションの向上などに役立つ指標があると、今後の必要な体制整備に向けた庁内への説明にも使えると考えている。

### 【地区診断の実践例】

地域保健課の専門職（保健師、精神保健福祉士、歯科衛生士）が地域の中学校に出向き、養護教諭と連携しながら、生徒保健委員会の生徒と協働企画し、地域の健康づくりを目指した。

地区診断により、F地区の特徴を把握し、健康課題を明らかにしたうえで、F地区の市民がより健康に過ごせるよう新しい事業を提案、支援した。

F地区では、令和元（2019）年度から「こころの健康について」赤ちゃんから高齢者まですべての市民を対象とした、睡眠を含めた生活習慣の正しい知識の普及・啓発を実施し、リーフレットを配布した。令和2（2020）年度には、生活習慣の意識を高めるため、中学校の生徒保健委員会の生徒と地域保健課が共同企画し、「睡眠の質を高めるための取組」のプロジェクトを実施した。生徒保健委員会の生徒から睡眠の質を高める普及啓発のための様々なアイデアを出し合い、委員会生徒から全校生徒に「こころの健康：睡眠の質を高めよう」をテーマにした取組を発信した。

### 入間市における地域マネジメントの取組

入間市の取組を地域マネジメントの視点で整理した。「にも包括」構築にかかわらず、地域保健での取り組みが特徴と言える。

### ● 地域保健をベースとした地域課題の把握

地域保健課の地区担当の保健師や精神保健福祉

士等が中心となり、地域に根付いた活動や各団体が行う活動に参加し、地区診断につなげ、地域課題を発見していくとともに、地区診断により発見した地域課題の解決に向けた活動を行っている。精神障害に限らず、健康教育、健康相談などの事業についても、地域課題を確認する手段の一つとなっている。

また、地域課題の把握のため精神保健福祉医療連携会議の参加対象者にアンケートを実施している。

### ●入間市が「にも包括」構築における目指す姿

入間市では、「あらゆる障がい者（発達障がい及び高次脳機能障がいを含む。）に対応した地域包括ケアシステムの構築」と表して、「にも包括」を発展的にとらえて取り組みを行っている。

具体的な施策としては、地域リハビリテーションの充実、「協議の場」として位置づけている「精神保健福祉医療地域連携会議」における事例検討、課題研究などを通して、情報・認識共有などを図り、保健・医療・福祉関係機関の連携強化が図られている。また、保健師や精神保健福祉士等の専門職が、担当地区を訪問することで地域の実情に合わせた支援を行っている。

今後は、担当地区への訪問により、より潜在的なニーズを把握し地域課題解決のための支援を行うことが課題とされている。

### ●その他の計画における「にも包括」の位置づけ

その他、健康増進計画（健康 21）に沿って、健康や自殺対策計画内でも指標を設定している。

なお、健康 21 に基づいて長期的に改善すべきことを関係者間で共有することで、関係者が事業に取り組むモチベーションの向上に繋がっていると考えられる。地域保健にベースを置き、一般市民を対象とすることで、派生する問題を関係部署につなげていくことが可能となり、広域的な問題の解決に導ける点で、重要な取り組みであると考えられる。

### まとめ

埼玉県及び入間市の事例を踏まえると、精神保健の対応についても、地域保健の一環として保健部門が中心に対応し、（障害福祉サービス等が必要など）必要に応じて障害福祉部門が協力できる体制を構築するとともに、保健所との連携体制を構築することが、地域の精神保健を向上させるポイントであることが分かる。

体制構築の第一歩として、まずは定期的に保健分野、福祉分野の担当者が集まる「協議の場」や事例検討会を開催し、個別のケース共有や対応方針の検討を行うことが効果的だと考えられる。



## 地域保健と障害者福祉で作るメンタルヘルスのネットワーク

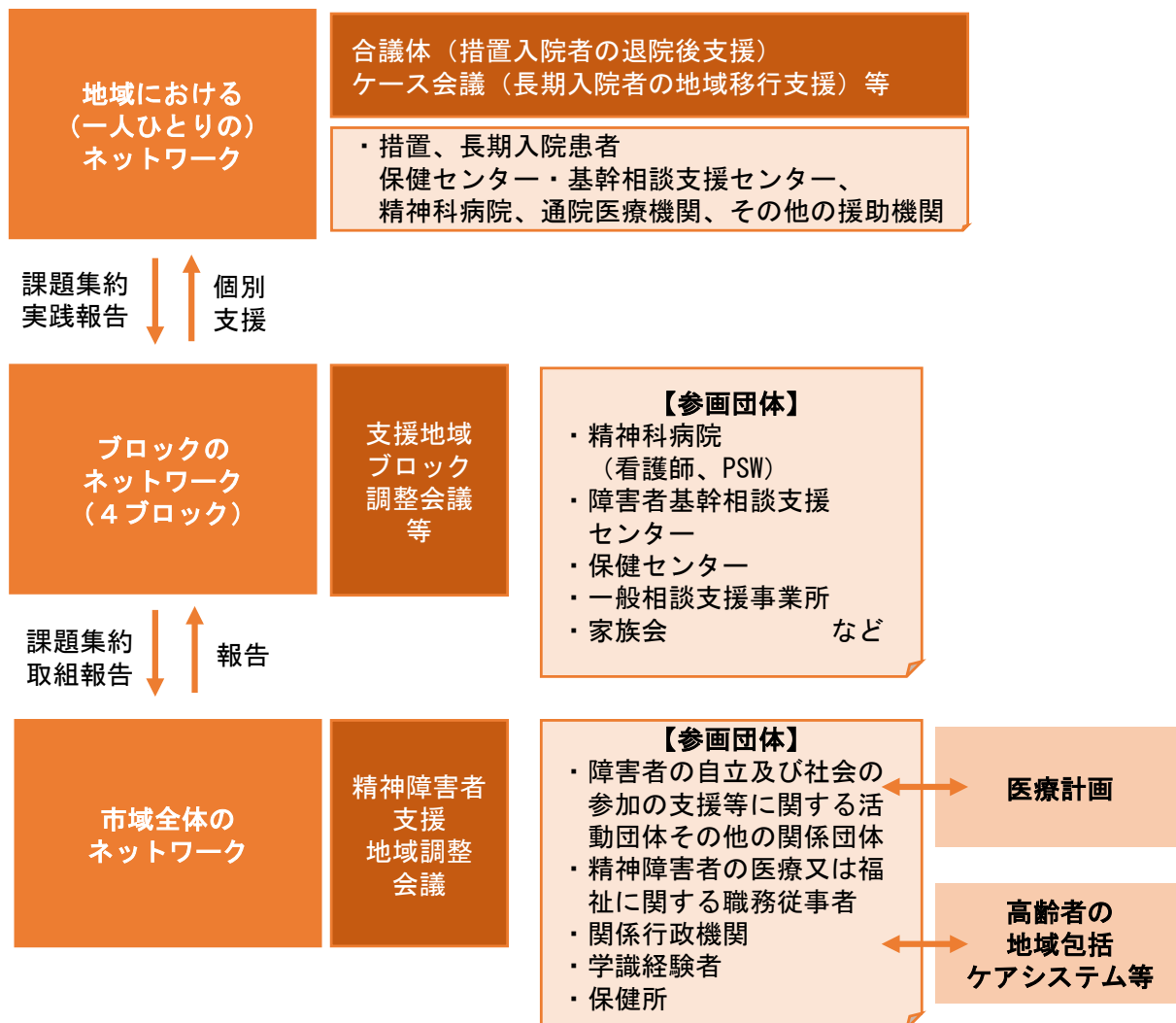
### ～名古屋市の実践事例～

名古屋市では、措置入院者の退院後支援及び長期入院者の地域移行支援について話し合う「一人ひとりのネットワーク」、市内の16の区を4つの地域に分けた「ブロックのネットワーク」、「市域全体のネットワーク」と、3層構造で「にも包括」に向けた取組を行っている。

「一人ひとりのネットワーク」では、措置入院者の退院後支援について話し合う「合議体」と長期入院者の地域移行支援について話し合う「ケース会議」等を軸とした取組が行われている。これらの課題を集約し、協議を行うのが「支援地域ブロック調整会議」等を軸とした「ブロックのネットワーク」である。更に、ブロックでの課題を集約し検討する会議である「精神障害者支援地域調整会議」が「市域全体のネットワーク」として機能している。「精神障害者支援地域調整会議」では、「にも包括」の構築に向けて、医療計画や高齢者の地域包括ケアシステム等との連携も図られている。

本事例では特に、ブロックのネットワークと地域におけるネットワークに着目して記載する。

図表 19 名古屋市における「にも包括」推進体系



### 名古屋市の基本情報

名古屋市の基本情報を整理すると以下のとおりである。

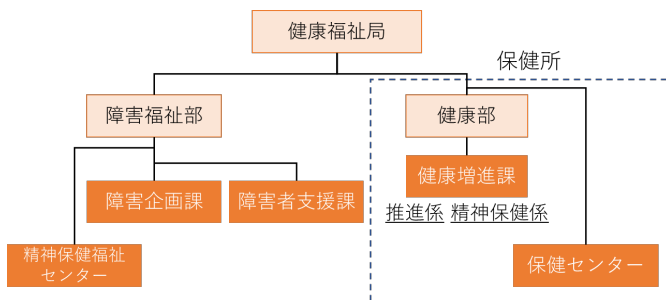
人口 (R3年10月時点)	2,325,916人	精神障害保健福祉手帳所持者 (R4年3月時点)	31,368人
精神科病院数 (R4年4月時点)	16病院	精神科病床数 (R4年3月時点)	4,419床
「協議の場」の概要	位置づけ：支援地域ブロック調整会議 参加者：精神科病院、障害者基幹相談支援センター、保健センター、一般相談支援事業所、家族会等 開催頻度：各ブロック 年に3回開催 開催目的：地域における一人ひとりのネットワークに対する個別支援や市域全体のネットワーク（精神障害者支援地域調整会議）への取組報告や課題集約を実施 その他：市域を4ブロックに分け、各ブロックに「協議の場」を設置		

## 名古屋市における精神保健福祉

名古屋市では、精神保健福祉の取組は健康福祉局健康部健康増進課、同局障害福祉部障害企画課、同局障害福祉部精神保健福祉センターが担い、障害福祉サービスについては、同局障害福祉部障害者支援課が担っている。

また、平成30年度までは各行政区に保健所を設置していたが、令和元年度から市役所に保健所を置き各区に保健所支所を配置し、障害福祉サービスを含む精神保健福祉業務を担っていたが、令和2年度から精神障害者福祉や障害福祉サービスは各区役所・支所が他の障害とともに担当し、保健センターは専ら精神保健の業務（旧精神保健法の範囲）を担っている。

図表 20 名古屋市の行政組織図



健康増進課には精神保健を担当する精神保健係と、健康づくり、食育、がん、歯科口腔保健、喫煙対策、難病、保健師業務、医療社会事業などを担当する推進係が配置されており、業務分担ではあるものの、互いに情報共有等を実施しやすい体制が構築されている。

### ● 地域精神保健福祉の第一線機関(保健センター)

名古屋市では、保健センターを地域精神保健福祉活動の第一線機関として位置づけており、精神科嘱託医や精神保健福祉相談員を配置し、精神保健福祉に関する相談や訪問援助を行うほか、精神障害者の家族を対象に、病気についての理解や家族同士の交流を図るための家族教室、地域関係組織の育成支援や関係機関の連携強化を行っている。また、各保健センターに地区担当（学区担当）の保健師を配置しており、地域の精神保健に関する取組を横断的に推進している。

精神保健に関する市民からの相談や未治療の方に関する相談対応も保健センターの精神保健福祉相談員が対応している。配置されている保健師は精神保健福祉相談員と協力して、一般市民の相談対応をしている。また、民生委員等からの地域からの相談は保健師が対応しているが、各区の基幹相談支援センターに相談が持ち込まれることもあり、基幹相談支援センターと協業する場面も多くある。

名古屋市は障害者自立支援法以降、保健センター（当時は保健所）でも障害福祉サービス事務を行うようになったため、保健機能が弱くなったとの問題がある。その中で心のサポーター養成事業（厚生労働省）を取り入れることで、市民への精神保健に関する伝え方を模索しているところである。

また、住民やボランティア等に対し精神疾患等に関する知識や正しい理解の普及啓発の取組、早期受診の促

進等も実施しており、未治療の精神障害の疑いのある方や治療を中断した精神障害のある方に対して医療と連携したアウトリーチ支援（個別の訪問支援）に取り組んでいる。

### ●精神保健の普及啓発の取組

名古屋市精神保健福祉センターでは、心の健康や精神障害に関する正しい知識の普及を図るために、講演会の開催や、情報誌等による普及啓発の取組や、精神保健福祉に関する相談を行っている。

また、健康増進課は、心のサポーター養成事業、保健医療型アウトリーチ支援モデル事業等を、精神保健福祉士協会と共催で精神障害や精神保健に関する理解促進のための取組事業を実施している。

## 名古屋市における「協議の場」

### ●「協議の場」ができるまで

名古屋市では、平成 20（2008）年に市単独事業として、「精神障害者地域生活定着支援事業」を開始した。同事業では、精神科病院に 1 年以上入院しており、受け入れ条件が整えば退院が可能な方を対象に、障害者地域生活支援センターの自立支援員がそれぞれの方の希望に沿って、退院に向けての必要な支援を行い、また退院した後も安心して地域で生活できるように継続して支援を行っている。具体的には、退院前の家族との調整や相談・助言、居住場所の確保、院外活動への同行等を行い、退院後にも、関係機関と連絡調整、定期的な訪問、来所相談が行われている。

その後、国の事業の取組（精神障害者地域移行・地域定着支援事業）や地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の個別給付化等により事業が変遷するが、平成 26(2014)年には、中核的な人材育成を目的として、愛知県と共催による「地域移行・地域定着支援推進研修」を開催することで、地域移行・地域定着支援における関係機関の役割分担やそこに係る人材育成を行うことが重要であることを改めて認識し、翌年平成 27(2015)年には、モデル区を選定し、実践を通じて

課題を明確にし、地域移行推進のための方策を考えるための研修を実施した。これにより、平成 28（2016）年には、研修を通じて育成した中核的人材により、精神科病院にて地域の支援者を対象として、地域移行支援に関する研修を実施した。

平成 29（2017）年には、市内にある 16 区を 4 つのブロックに分け、ブロックごとに地域移行支援研修の取組を開始した。このブロックが、現在の「にも包括」での「支援地域ブロック調整会議」の基盤となっている。

平成 30（2018）年より、「にも包括」の構築支援事業、構築推進事業を開始しており、その後も、精神障害者社会資源見学事業、精神障害者住環境整備試行事業、保健医療型アウトリーチ支援モデル事業、居住体験支援モデル事業といった事業を展開し、現在に至っている。

### ●一人ひとりのネットワーク

名古屋市では、措置入院者ごとに合議体を開催し、退院後支援計画の策定等実施に係る調整を行っている。令和 3 年度には、前年度継続者も含めて 121 人について支援を行っており、同意取得、アセスメントを実施後、計画策定と実行までの一連の経過を合議体にて検討、進捗確認を行っている。合議体の開催も延べ 111 回に上り、参加機関数も延べ 488 機関となっている。

「一人ひとりのネットワーク」は、平成 29(2017)年度に公表された「措置入院の運用に関するガイドライン」を踏まえ、「にも包括」構築に向けた取り組みの一環として、措置入院者に退院後の社会復帰等のために必要な医療その他の援助を受けることができるようにするとともに、個別のケースから共通課題を抽出することが、地域課題の発見につながるとの考えから、導入された体制である。発足当初は健康部健康増進課が担当していたが、令和 2（2020）年度からは保健センターの精神保健福祉相談員も担当することになった。

個別支援で見えてきた課題は、「支援地域ブロック調整会議」等で情報共有し、課題として市全体の取組につなげる活動をしている。

### コラム：【地域移行支援ガイドブック】

平成 29（2017）年に、名古屋市として地域移行支援の利用を進めていくには制度を知ってもらう必要があるとの考えから、「地域移行支援ガイドブック」を作成した。作成する際に、他自治体の取組を参考にし、保健・医療・福祉関係者により、地域移行支援推進ワーキンググループを開催した。ガイドブック作成の主軸となったのは、障害福祉部障害企画課であるが、障害者支援課や愛知県精神保健福祉士協会、日本精神科看護協会愛知県支部にも協力を依頼し、保健所職員や名古屋市の各区に設置している基幹相談支援センターがワーキンググループに参加した。

ガイドブックを作成することで、地域移行に関する関係機関の説明がしやすくなり、事業自体も円滑に進めることができるようになった。

### ●地域ブロックのネットワーク

名古屋市では全区に精神科病院があるわけではなかったため、精神科医療を構築する観点から、市内を4つのブロック（東・西・南・北）に分けて、その地域の関係機関等を構成員として、支援地域ブロック調整会議を組成した。会議は毎年3回開催しているが、1回につき20機関前後が参加し、「一人ひとりのネットワーク」で出てきたケースの個別支援の状況や地域課題に関する協議が行われている。また、各ブロックは代表者会を設け、必要な調整を行っている。

ブロック間の連携については、年に1回、各ブロックの参加者が集まり、名古屋市精神障害者支援地域ブロック調整会議合同報告会を開催している。

事務局は名古屋市の健康増進課が行っており、各区の保健センター、基幹相談支援センター、精神科病院、家族会、そして、ブロック内の相談支援事業所が参加している。また、住居の確保の課題では、居住支援法人に講師を依頼し連携についての勉強会を実施する等、各ブ

ロックの課題に応じた取組を進めている。

高齢障害者についても相談体制を構築しようとしており、精神保健にかかわらず地域課題に根差した幅広い取組みに繋がっている。

### ●市域全体のネットワーク

名古屋市では年に1度、当事者団体、家族団体、民生委員・児童委員、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、訪問看護ステーション協議会、社会福祉協議会、相談支援専門員協会、精神科看護協会、精神保健福祉士協会、地域ブロック会議代表、庁内関係課が参画する「名古屋市精神障害者支援地域調整会議」を実施しており、市域全体の課題を共有する場となっている。

なお、名古屋市の自立支援協議会と「にも包括」との直接的な連動はないが、各ブロックでは、自立支援協議会と連携して、人材育成や普及啓発に関する研修を実施している。また、自立支援協議会の事務局は障害者支援課だが、本調整会議にも参加している。一方、健康増進課の精神担当も、自立支援協議会に参加している。

### 「にも包括」における地域マネジメントの視点

名古屋市では毎年度「にも包括」のテーマを設定し、それに合わせた取組を実践してきた。

平成 31（2019）年度は、「深める」をテーマに、これまで形成した土壌を基盤とし、3層構造による包括的な支援体制の構築に取り組んできた。令和 2（2020）年度は、「比べる」をテーマに他ブロック・他分野・他の自治体の取り組みと比べ、ブラッシュアップを目標に進めてきた。令和 3（2021）年度は、「練る」をテーマとし、これまでの取り組みを振り返り、課題の整理・確認をすすめ、今後の方針を練っていく1年とした。令和 3年度で構築支援事業は終了したが、引き続き3層構造による包括的な支援体制の構築に向けて取り組んでいくことを目標に令和 4年度も取り組んでいる。

### ●「にも包括」のテーマ設定とそのプロセス

「にも包括」で取り組む毎年度のテーマは、毎年度の終わりに各ブロックにおける実施状況の振り返りを行う「4ブロック合同会議」の報告を踏まえ、健康増進課が検討している。健康増進課に各ブロックの担当者が所属していることから、課内会議がいわばコアメンバー会議として機能している。なお、「4ブロック合同会議」は、各ブロックが開催する「支援地域ブロック調整会議」が集合して開催されるもので、実施状況の振り返りの他、各ブロックの取組を横展開する等、横串の役割を担う会議である。

### ●障害福祉計画での「にも包括」の位置づけ

名古屋市における第6期障害福祉計画においても、「協議の場」のさらなる拡大が必要であることが示されている。具体的には、これまでの精神科病院、その他医療機関、地域援助事業者、市障害保健福祉部門、保健センター等に加え、高齢者支援関係者、居住支援関係者等を加えた関係者間の相互理解の促進や連携強化を図ることとしている。

### ●「にも包括」構築推進のための取組

「一人ひとりのネットワーク」について、現在は措置入院者が中心であるが、措置入院者以外の人も対象とした医療、保健、福祉高齢者支援、居住支援等が連携した退院後支援に取り組むことを考えている。

加えて、基幹相談支援センターによる取組として、各区保健センター等関係機関と連携し、精神科病院からの地域への移行にむけた普及啓発を行うとともに、一般相談支援事業所（地域移行支援事業所、地域定着支援事業所）に対して適切な助言等を行うほか、相談支援事業補助制度を活用することにより、一般相談支援事業所の拡充を図る。

この他、名古屋市が独自作成した「地域移行支援ガイドブック」および独自事業の「精神障害者社会資源見

学事業」を活用し、入院患者の地域生活支援や、地域移行を担う人材の育成、グループホーム利用者への補助の在り方の検討、当事者や家族のピアサポート活動、地域住民への精神保健に関する取組をより一層推進することを考えている。

更には、精神科医療を必要とする方が適時適切な医療を受けることができるよう、移送を含む精神科医療体制の拡充に取り組む予定である。

これらの活動を通じて、退院した精神障害者が安心して自分らしく暮らすことを支援する人材の育成に取り組んでいる。

なお、自立支援協議会については名古屋市では各区に設置されており、「にも包括」との直接的な連動はないが、各ブロックでは、自立支援協議会と連携し研修を実施している。しかし、現段階で自立支援協議会との連動が十分ではないとの認識である。一部のメンバーが自立支援協議会と精神障害者支援地域調整会議の両方に所属していることから、類似した内容を議論することとなり、進捗を把握する観点でも課題がある。今後は、自立支援協議会との連携についても模索していく予定である。

### まとめ

指定都市である名古屋市は、保健所と保健センターが行政組織上つながっていることから、情報共有を行うなど市内での連携による協力体制を構築することで、地域保健と精神保健の連携が構築できている。

その根本的な考えとしては、現在は措置入院者を対象としているが、「一人ひとりのネットワーク」を基盤に置いていることにあり、住民に寄り添い、個別の課題から地域課題を把握し、ブロックごとに課題を整理する等、何層にもわたってネットワークを構築することで、市全体の地域保健の構築に効果をもたらしている。

## 平時の根回しで一致団結の協議会運営から個別支援にもつなぐ地域づくり

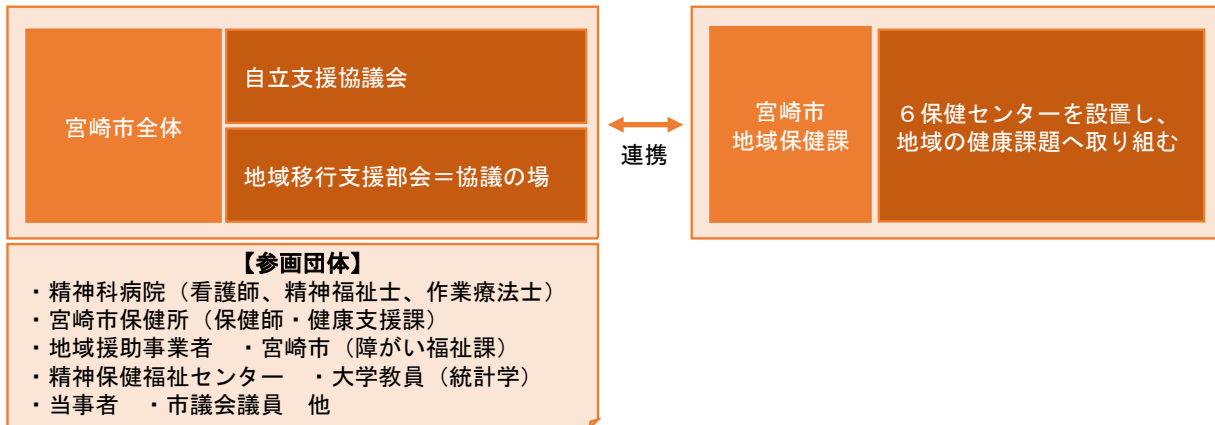
### ～宮崎市の実践事例～

宮崎市では、精神科病院からの地域移行を推進するための任意団体が軸となって、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する取組が発展した。自立支援協議会における既存の地域移行支援部会において、「にも包括」構築のための「協議の場」の機能も担うこととして、市内の精神保健に関する取組やケースを共有しながら、相互に情報交流し、強い関係性を有したネットワークを構築している。

一般的に行政主催の会議の場合、行政事務局が資料を準備し、協議会で説明をし、協議会会員からの質問に答えるという形式で進行することが多い。そのため、想定される質問に対する回答を準備する必要が出たり、納得がいくようにロジカルかつ抜けがないように回答したりしようとする。また、場合によっては、質問ができるだけ生じないように時間をかけて準備をすることが多い。そのため、会議頻度は限られるとともに、事務局対会員といったディベートの構図になりやすい。しかし、宮崎市の場合は、後述する「協議の場」での議題を部会長である基幹相談支援センターの主任相談支援専門員が設定し、国の動向（障害者部会や検討会等）等の報告と支援ケースの進捗状況、今後に向けた打ち合わせといったディスカッションを中心とした会議形態となっている。そのため、会議運営を委託されている民間団体も準備に時間をかけず、ディスカッションで出されたアイデアを実行に移しやすい環境が整えられている。

本事例では、特に「協議の場」でのネットワークや、そこでのコミュニケーションに着目して記載する。

図表 21 宮崎市における「にも包括」の推進体系



## 宮崎市の基本情報

宮崎市の基本情報を整理すると以下のとおりである。

人口 (R4年4月時点)	399,476人	精神障がい保健福祉手帳所持者 (令和3年度末時点)	4,956人
精神科病院数 (R4年4月時点)	9病院	精神科病床数 (R4年4月時点)	1,398床
「協議の場」の概要	位置づけ：自立支援協議会 地域移行支援部会が「協議の場」の役割を担う 参加者：宮崎市保健所、宮崎市、精神保健福祉センター、市議会議員地域援助事業者、大学教員、当事者 等 開催頻度：ほぼ毎月 開催目的：情報共有、意見交換会、事例検討・ケース報告 その他：出前事例検討会、院内研修、シンポジウム開催、啓発用動画作成		

## 宮崎市における精神保健福祉

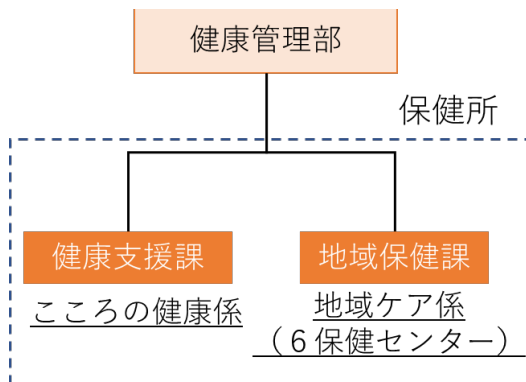
### ● 宮崎市の取組の特徴

宮崎市では、宮崎市保健所の健康支援課と地域保健課が、精神障がい者の自立と社会復帰を促進するため、相談・訪問指導等を実施している。健康支援課では、市内の精神保健の総括を行うとともに、地域保健課や関係機関と連携をとりながら相談、訪問指導、措置入院者の退院後支援計画策定、家族教室等を実施している。

また、地域保健課では、市内に6つの保健センターを設置し、地域における母子、成人、精神の保健・福祉に関する相談・訪問指導等を実施している。各保健センターには各地区の人口規模に応じて保健師を配置し、精神保健に限らず地域の健康課題を捉え、幅広い取り組みを行っている。

健康支援課、地域保健課において、当事者、家族、地域、関係機関からの相談を受け、家庭訪問等を通して、精神障害者が地域で自立した生活が送れるように支援している。この他にも、統合失調症やうつ病、アルコール依存症などの精神疾患の方がいる家族へ正しい知識の情報等を提供し、病気に対する理解を深めるとともに家族間の交流を図ることを目的とした「精神障がい者家族教室」を実施している。

図表 22 宮崎市の行政組織図



宮崎市保健所と保健センターを含め、関係機関が行政組織上一体となっていることで、互いの情報共有、情報交換が比較的スムーズに実施できている。

### コラム：【保健センターの保健師等が携わった事例】

以下は宮崎市の事例ではないものの、宮崎市地域移行支援部会の部会長が県のアドバイザーとして関わった近隣市の事例として紹介する。

#### 統合失調症、女性への相談支援

近隣から相談があり、保健センターが主として関わったケース。未受診で、当初医療が必要な状態ではあったが、受診を拒否したことから、受診につなげるために、保健センターの保健師と福祉課にて自宅への訪問し、最終的には保健所も含めた各関係機関が協力、連携して医療保護入院となった。

入院治療により、症状が落ち着き、地域移行支援を利用したが、入院に携わった保健センターの保健師が引き続き退院後も関わったことで、支援が途切れることなく、退院後も住み慣れた地域に戻れ、本人が望む暮らしを送ることができた。

### ● 関連する取組との関係

宮崎市障がい福祉計画においても、地域で暮らしたい住民に対して、障害の種類や程度により障害福祉サービスに格差が生じないようにサービスの充実を図ることが目標になる。また、地域生活への移行、地域生活を継続するための支援及び就労支援等の課題に対応したサービス提供体制の整備を進めながら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むとしている。

宮崎市では「協議の場」を設置してから、宮崎県精神保健福祉センターの職員が会議に参加しており、県とも連携しつつ市職員と地域の支援機関が共に連携して対応を進めてきた。

グループホームと自立生活援助、地域移行支援及び地域定着支援については、当初見込み値を超えた実績となっており、地域生活の移行の促進に一定の成果を得られた。

地域生活支援拠点等については、令和2年3月に基幹相談支援センターを中核機関として位置づけて設置し、コーディネーターを配置することで地域移行を進めるための様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保や、保健・医療・福祉・教育などの社会資源の連携体制の構築など、機能強化に取り組んできた。

このように「協議の場」の議論が行政計画と紐付けられることで、宮崎市の取組として「協議の場」が認知されやすくなり、具体的な目標設定にもつなげられやすくなっている。

## 宮崎市における「協議の場」での取り組み

### ●「協議の場」の仕組み

宮崎市では、自立支援協議会の地域移行支援部会を「にも包括」構築のための「協議の場」として設定している。「協議の場」には年間おおよそ10回、延べ180人が参加しているが、様々な属性の部会員が関係性を構築することで、地域移行支援を適切かつ迅速に実施できる等、重層的な連携による支援体制の構築に向けた取り組みを行っている。

「協議の場」では、個別ケースの検討を通じて、精神障害者の地域移行支援、地域定着支援、グループホーム、自立生活援助の見込み量について障がい者計画の目標設定への提案も行っている。

### ●参画者とのビジョンの共有

新年度が始まる前に、「協議の場」にて毎年、その年に「協議の場」が実現すべきビジョンを作成している。令和4年度のビジョンは、「みんなでつながり、みんなで活用！ 利用しやすい地域移行支援へ ～お帰りのサイと言える地域の絆づくり～」である。

ビジョンは「協議の場」の参加メンバーが協議を重ね、相互に意見を出し合って決定している。年度終盤の2～3月に、1年間で実施できたことを振り返り、各メンバーの感想も含めた発言を丁寧に拾い上げて議論対象とすることで、メンバー全員が「自分事」として認識し、プロジェクトを共通理解のもと推進することにつながっている。

### コラム：【イメージキャラクター】

「お帰りのサイ」の「サイ」は、宮崎市自立支援協議会地域移行支援部会イメージキャラクターのサイ蔵さんにちなんでいる。統合失調症を発症したが「地域移行支援」を利用して退院することができたとの設定で、調査報告書等には退院後家族と過ごす姿が描かれている。部会メンバーが目標とする姿であり、地域移行のイメージを明るく伝えている。



### ●「協議の場」ができるまで

宮崎市が「にも包括」構築を推進するために、「協議の場」を設置したのは令和元年度である。平成27年の前年に地域の精神科病院のソーシャルワーカーや基幹相談支援センターの職員などの有志が中心となって、病院からの地域移行に関する任意の検討チームが組成された。そのチームでは、地域移行を進めるための市内の課題などが話し合われ、宮崎市にも地域移行推進のための提言などがなされていた。

このチームが核となり、平成28年度に宮崎市の自立支援協議会に地域移行支援部会が設置された。同部会の参加者は、精神科病院からの地域移行を中心に取り扱い、宮崎市における精神科長期入院患者の現状と退院に関する意識を明らかにするとともに、病院職員の地域移行への意識調査を行うことで、地域移行支援が進まない要因を明らかにしたいとの思いがあった。

令和元年度に地域移行支援部会を「にも包括」の構築推進における「協議の場」と位置づけ、後述する宮崎市内の精神科病院長期入院患者を対象とした実態調査を実施するところから開始した。



## ●「協議の場」活性化の転機

平成 26 年度までは社会福祉法人や学識経験者のみが会員となり協議を行っていた。しかし、支援対象となる本人の声が反映されにくいことや支援を行う関係者も交えて議論すべきであるとの意見があり、当事者本人も交えて協力体制を構築することとなった。当時の宮崎市の担当者が中心となって、部会の改革を行い、平成 27 年度からは障害者及び障害児の福祉の増進に熱意を有し、自立支援協議会活動に積極的に参加できることを条件とし、当事者、支援者等が幅広く参加できるようになった。

このような変革により、当事者や支援者を中心として地域移行に関する協議が進められるようになり、また、宮崎市障がい福祉課が事務局を担当し、宮崎市全体の動きに関する情報を協議会に提供する実施体制が構築されるようになった。

宮崎市障がい福祉課が事務局を担当し、宮崎市保健所が関与することで、精神科病院や宮崎県精神保健福祉センターなどが関与しやすくなり、当事者や市議会議員など幅広いメンバーの参画につなげることができた。

## ●実態把握の実施と「協議の場」での共有

平成 27 年度に地域移行支援が進まない要因を確認すること、推進のための方策を考えることを目的として、宮崎市内の精神科病院長期入院患者を対象に、現状と退院に関する意識を把握する実態調査が実施された。調査結果は看護大学教授や精神保健福祉士、精神科病院の作業療法士、相談支援専門員、宮崎市保健所（健康支援課）等からなる地域移行支援部会の作業部会が中心となって報告書としてまとめられた。なお、本調査は平成 27 年度に地域移行支援部会が主体となって実施されているが、実施にあたって宮崎市保健所により予算化されており、宮崎市保健所が主導している。

その結果、入院期間が長期化するに従って外出や外泊が少なくなる傾向があること、入院患者の社会資源の認知度が低い（訪問看護、病院のデイケアの認知度は 50%程度、相談支援事業所が 5%、地域活動支援センター・就労支援施設が 10%）こと等が課題として確

認された。

また、実態調査結果に加えて日頃の情報共有により、以下の課題が挙げられた。

- ✓ 入院患者も病院職員も地域移行支援というサービスそのものを知らない。
- ✓ グループホーム以外の地域資源が少ない。
- ✓ 新型コロナウイルス感染症の影響で、相談支援専門員が医療機関に入れず、地域移行支援が停滞している。

このような一連の活動は、月に 1 回程度開催される定例の地域移行支援部会で報告され、宮崎市が「にも包括」構築のために対応すべき課題の共有に役立った。

### コラム：【実態把握のためのデータ活用に向けた機能強化】

平成 27 年度より宮崎大学教育学部と連携協定を締結し、人的資源や調査機能などの活用を図り、相互に協力して障害者の自立に寄与することを目的に活動を行っている。具体的には、障害理解啓発イベントの開催や協議会員が講義に参加して学生への助言・指導等の支援を行う活動等、積極的な連携・協力体制を構築している。

地域移行の現状についての変化を確認するため、令和 2 年度に再度実態調査を実施している。令和 3 年度の課題として新型コロナウイルス感染症の影響で患者との面談が困難になったことで、地域移行支援が停滞したこと等が挙げられた。

## 個別ケースの検討

### ●個別ケースの取組

地域のサポーター（フォーマル、インフォーマルにかかわらず関係機関や関係者）がそれぞれの役割を持ちながら、個別のケースに継続してかかわることで地域の支援体制も徐々に整っていった。宮崎市ではこのような個別支援について「協議の場」で検討することで、顔の見える関係が構築され、長期入院者への取組について意識合わせを行うことができるようになり、スムーズな支援連携が可能となった。

このような個別ケースの取組は「協議の場」で情報共有され、必要により、保健師が対象となっているケースに同行訪問をしたり、本人に助言したりしている。

具体的には以下に掲載した例のような個別ケースに関する協議を積み重ねている。

### ●個別ケース検討を行うことの効果

このような個別ケースに関する実践を検討することで、以下のような成果を得ることができた。このような積み重ねが「にも包括」システムの構築に繋がっていきと考えられる。

- ✓ 支援者が住宅関係者に本人について説明をする際、

情報共有のために活用する「生活サポートシート」が作成された。このシートを使うことで、不動産業者や大家など住宅関係者も安心できるようになり、支援の輪を広げることができるようになった。

- ✓ 保健師のような専門職がかかわることで、経験談に基づくあいまいな情報ではなく、専門職の視点から最新の情報で助言することで安心感につながった。
- ✓ 本人の理解を得た上で、サービス等利用計画や自立生活援助の個別支援計画にも添付するようになり、支援の充実に寄与している。

#### 【個別ケースを踏まえた取組】 統合失調症、20歳代後半の女性の取組

未治療で入院が長期化している本ケースにおいて、薬も効果が出て体調も安定し、就労意欲が出てきたため、主治医も退院を進めるよう指示を出したケース。本人も「退院したい」と希望していたため、地域援助事業者が協力していたが、退院先の賃貸アパートを探しても、不動産業者に断られることが続いたとのこと。

「協議の場」では、このケースについて話し合い、「協議の場」参加者から、同様のケースが地域の中で発生していることが共有された。「家を借りる」ことができない場合、本人の退院意欲が失われ、入院も長期化してしまうことから、解決に向けて動き出すことになった。

具体的には、不動産業者にアンケート調査を実施し、解決の方策について模索するとともに、不動産業者、大家、地域住民に聞き取りを行った。その結果を踏まえ、住宅関係者と地域の支援者、行政機関と合同研修会を行った。住宅関係者も地域の支援者がいることで部屋を貸すことができるとの認識が変わり、部屋を借りることができた。

本人が一人暮らしを始めてから生活に慣れるまでは、2か月に1回の頻度で定期的に地域包括支援センターの保健師が地域援助事業者の現地訪問に同行した。禁煙やダイエットなどについて保健師が保健師の視点で助言することで本人の安心につながることができた。その後、本人は就労継続支援A型に通所し、結婚した。結婚後の妊娠についても保健センターの保健師に相談し、出産や子育てに関する助言にも協力してもらい、現在に続いている。

## 「協議の場」の在り方

### ●部会長の役割

ここまで述べてきた「協議の場」については、地域移行支援部会の部会長の進行も重要な要素となっている。ファシリテーションの基本にあるように、会議の目的を共有し、参加者の立場や保有情報を事前に把握するとともに、発言しやすい雰囲気を作るためにアイスブレイク等を十分に行っている。また、話の本筋とずれている場合は、適宜

軌道修正を行うとともに、タイムキーピングを行っている。それを踏まえて、結論付けと合意形成を導き出している。

そうすることで、会議の参加者が主体的かつ継続的に参画できるようになり、準備時間等を効率化できることから、月に1度という高頻度で会議が開催できている。会議の頻度が高いことで、なお一層互いに顔が見える関係を構築し、個別ケースへの支援についても相互に支援できるようにといった好循環につながっている。

### ● 県との関わりについて

宮崎県に対しては、宮崎県精神保健センターの職員が「協議の場」に参加しており、支給決定可否について問い合わせたり、宮崎県の立てた目標を参考にしたりすることがあるものの、施策の方針に関しては十分に連携が図られていないため、連携体制構築には「協議の場」等でコミュニケーションをとることが第一歩になると考えている。

### ● その他に留意していること

「協議の場」の参加者が「自分事」として捉え、メンバー全員が一体的に取り組めるようになるには、「協議の場」を継続的に開催し、参加者が顔を合わせる機会を設けることが重要である。

そのためには、部会に参加するメリットを感じる必要があるため、部会長等は、例えば最新の国の動向、自治体の状

況、他の圏域や市町村の取組例の紹介等、参加者にとって有益な情報収集を行い、部会メンバーに共有するようにしている。

また、行政が重要性を理解し、開催を後押しすることもポイントである。

### まとめ

宮崎市の例を踏まえると、「協議の場」は合意形成の場として年に数回開催するのではなく、関係者が実際に顔を合わせ、自由かつフランクに情報交換や討議ができる場とすることが重要で、このようにして構築された関係性は協議の場だけでなく日常的な業務でも円滑な情報共有等で効果を発揮することがわかる。

## IV. 今後の展開のために

本章では、地域保健をベースとした「にも包括」の構築推進に関し、今年度事業で取り上げてきた自治体の事例を踏まえた取組を、「手引き」の要素に沿って整理します。

全世代全住民対応型の地域包括ケアシステム構築を進め、地域共生社会の実現を図るためには、地域保健の中で精神保健に対応していくことが必要で、本事例集の各要素を自治体の現状に沿って実践していくことも有効と考えます。自治体により地域の実情が異なることから、本事例の要素を一概に全ての自治体に適用することは困難かと思いますが、地域保健をベースとした「にも包括」構築に向けた考え方のヒントとして参照ください。

本事例集に掲載されている実践事例も参考とし、地域の中で「にも包括」の構築に取り組んでいただけますと幸いです。

### 1. 概念理解・公衆衛生活動

市区町村において取り組みが始まった福祉分野での重層的支援体制整備事業などの生活支援策と併せて、「にも包括」の構築において地域精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義を理解する。

- 埼玉県では、ある保健所の「協議の場」において優良事例を共有した結果、他の自治体も実施する等、好事例の波及につながった。保健所の「協議の場」では、データを活用した課題の見える化とともに、良い取組を共有する機会とするなど、量的・質的情報を提示している。会議では「問題」が話題の中心となり、その解決方法を探る流れになりがちだが、好事例となる積極的な取組を取り上げて、そのエッセンスを地域全体の共有財産とすることが、波及効果を生むことにつながる。
- 入間市では保健師は子供から高齢者まで、障害の有無に関わらず市民との関わりを持つべきとの理念を実現するため、地区担当制を導入している。例えば子育て支援として、メンタルヘルスに課題がある母子は、子供が成長してからも問題が続く場合があり、こうした場合は業務分担ではなく、地区担当とした方が、保健師の本来の力を発揮できる。
- 宮崎市では地域移行支援部会の参加者に部会へ参加するメリットを感じてもらうため、例えば最新の国の動向、自治体の状況、他の圏域や市町村の取組例の紹介等、参加者にとって有益な情報収集を行い、共有するようにしている。これにより、「協議の場」の参加者が地域課題を「自分事」として捉え、参加者全員が地域課題などに一体的に取り組める機運が醸成されている。

### 2. 保健予防・ちいさな包括

市区町村では、福祉部局だけではなく保健部局が住民の身近な相談窓口となり、訪問支援や健康教育など保健予防活動を実施する。また、保健師等は他部署で対応する事例に協働しメンタルヘルスリスクへの初期対応や狭間を埋める支援、医療へのつなぎ等、即応性の強みを生かし、ちいさな包括（個別支援）の充実を図る。

- 埼玉県では、保健所が市町村の対応に困るケースの連絡を受け、必要により保健師が同行訪問するといった役割を担っているが、個別ケースは、保健所・市町村それぞれで対応している。保健所は市町村から対応に困るケースの相談を受けた場合、必要に応じて訪問に同行したり、面接に同席したりする等、一緒に動くことを通して技術的助言を行っている。
- 入間市では、精神保健関連の地域活動を担う地域保健課が地域への精神保健に関する出前講座や各地区の地域ケア会議、地域ネットワーク会議に参加し、地域活動の中心となっている。また、母子愛育の定例会や健康ボランティア定例会、近隣助け合い活動推進会、自治会活動などにも参画し、担当地区における精神保健にかかわらない幅広い活動を行っている。これらの活動が、潜在化されたニーズの発掘に繋がり、精神保健における予防にもつながっている。
- 名古屋市では、措置入院者の退院後支援及び長期入院者の地域移行支援を対象に、一人ひとりの課題を抽出し、支援の方向性について話し合う支援会議である「一人ひとりのネットワーク」を構築している。個別支援で見えてきた課題は、複数区で構成される「支援地域ブロック調整会議」等で情報共有され、課題として市全体の取組につながっている。
- 宮崎市では、個別ケースについて様々な関係者が参加する「協議の場」で継続的に検討することで、様々な属性の参加者の顔が見える関係が構築されるとともに、長期入院者への取組等について、意識合わせを行うことができるようになり、スムーズな支援連携が可能となっている。なお、「協議の場」においては、会議の目的を共有し、部会長が参加者の立場や保有情報を事前に把握するとともに、発言しやすい雰囲気を作ることで、参加者が主体的かつ継続的に参画できるようになり、なお一層互いに顔が見える関係構築につながっている。

### 3. 横軸連携・縦軸連携

個別支援課題に応じて、横断的かつ双方向の庁内連携や市区町村圏域での関係機関（医療、保健、福祉、教育、地域活動等）連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センター等と縦断的かつ双方向の重層支援体制の構築を図る。

- 埼玉県では、地域保健の重要性を再認識し、一部の保健所は市町村の保健センターで開催する事例検討会に参加する等、保健所と保健センターの連携を促進するための活動が少しずつ増えている。また、埼玉県保健所は、市町村が対応に困るケースの連絡を受け、必要により同行訪問するといった役割を担っているが、個別ケースは、保健所・市町村それぞれで対応している。保健所は市町村から対応に困るケースの相談を受けた場合、必要に応じて訪問に同行したり、面接に同席したりする等、一緒に動くことを通して技術的助言を行っている。
- 入間市では、精神保健福祉業務を2課体制で対応しており、障害福祉サービス等の利用等が主訴である場合は障害者支援課が対応し、市民のメンタルヘルスに関する相談は地域保健課が担っている。地域保健課と障害者支援課はケースバイケースで連携し、必要に応じて重層的に対応している。

- 宮崎市では、「協議の場」は合意形成の場として原則毎月実施しており、関係者が実際に顔を合わせ、自由かつフランクに情報交換や討議ができる場とすることが重要で、このようにして構築された関係性は「協議の場」だけでなく日常的な業務でも円滑な情報共有等で効果を発揮している。

#### 4. 地域課題への対応

地域課題の解決に向けて、地区診断、事業評価、庁内及び地域課題の整理、必要な社会資源の創出などの対応策を当事者とともに関係者全体で考え、他部署に働きかけて「我がまちのご当地システム」の構築を図り地域共生社会の実現に取り組む。

- 入間市では、地域保健課の地区担当の保健師や精神保健福祉士等が中心となり、地域に根付いた活動や各団体が行う活動に参加し、地区診断につなげ、地域課題を発見していくとともに、地区診断により発見した地域課題の解決に向けた活動を行っている。一例として、地域保健課の専門職（保健師、精神保健福祉士、歯科衛生士）が地域の中学校に出向き、養護教諭と連携しながら、生徒保健委員会の生徒と協働企画し、地域の健康づくりを目指した。生活習慣の意識を高めるため、中学校の生徒保健委員会の生徒と地域保健課が共同企画し、「睡眠の質を高めるための取組」のプロジェクトを実施した。
- 名古屋市では、地域移行支援の利用を進めていくに制度を周知する必要があるとの考えから、「地域移行支援ガイドブック」を作成した。作成にあたっては、保健・医療・福祉関係者が参加するワーキンググループを開催した。ガイドブックを作成することで、地域移行に関する関係機関の説明がしやすくなり、事業自体も円滑に進めることができるようになった。
- 宮崎市では、個別ケースを踏まえて地域課題を整理した結果、支援者が住宅関係者に本人について説明をする際に活用する「生活サポートシート」を作成した。このシートを使うことで、不動産業者や大家など住宅関係者も安心できるようになり、支援の輪を広げることができるようになった。

