

第2章

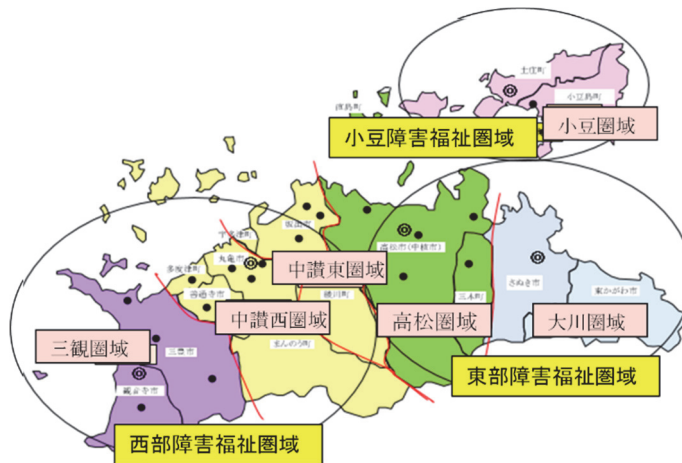
精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの 構築に向けた体制整備の実例

事例1 香川県

～ 全県展開を見据えたモデル圏域の拡大 ～

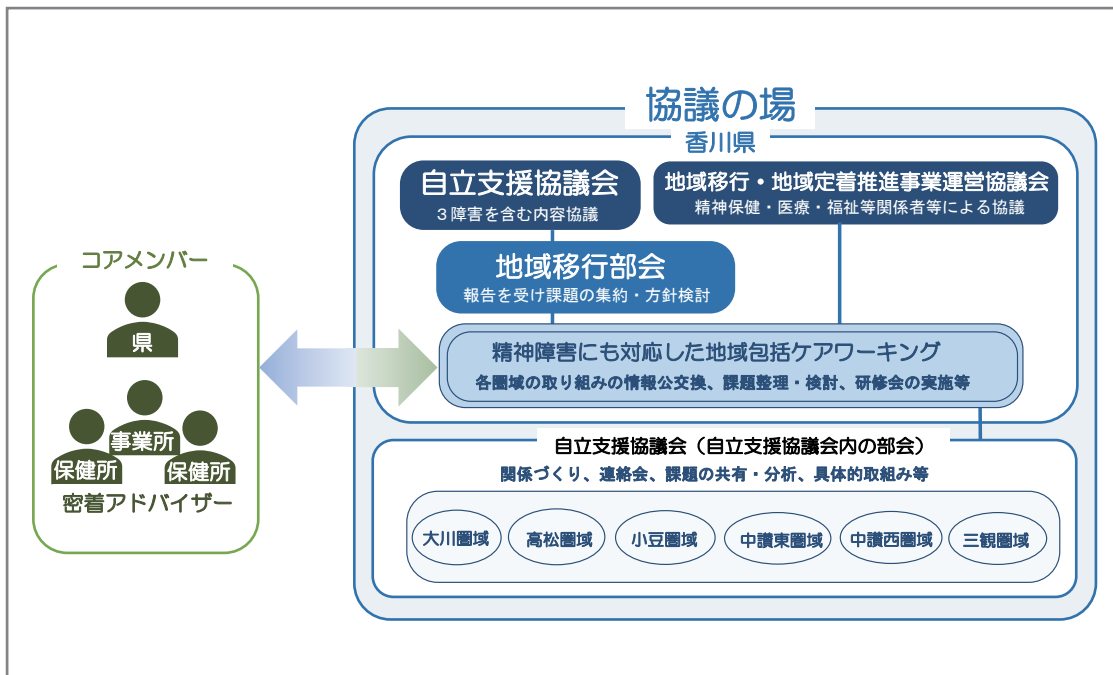
<県の概要>

- 人口：94万91人（令和4年1月1日現在）
- 市町村数：8市9町
- 特徴：香川県は、3つの障害福祉圏域（東部・西部・小豆）と、5つの保健所圏域（高松・東讃・中讃・西讃・小豆）に分かれている。



障害保健福祉圏域数（R4年1月時点）		3	か所
市町村数（R4年1月時点）		8市9町	市町村
人口（R4年1月時点）		940,091	人
精神科病院の数（R4年1月時点）		18	病院
精神科病床数（R4年1月時点）		3,279	床
入院精神障害者数 （R2年6月時点）	合計	2,886	人
	3か月未満（％：構成割合）	479	人
		16.6	％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	509	人
		17.6	％
	1年以上（％：構成割合）	1,898	人
65.8		％	
うち65歳未満		690	人
	うち65歳以上	1,208	人
退院率（H29年6月時点）	入院後3か月時点	62.0	％
	入院後6か月時点	79.0	％
	入院後1年時点	84.0	％
相談支援事業所数 （R4年1月時点）	基幹相談支援センター数	1	か所
	一般相談支援事業所数	35	か所
	特定相談支援事業所数	80	か所
保健所数（R4年1月時点）		5	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R3年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	中止（県協議会） 4回/年（地域移行部会）	回/年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	有・無	
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保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（R4年1月時点）	都道府県	有・無	1
	障害保健福祉圏域	有・無	6 / 6
	市町村	有・無	0 / 17

＜香川県の推進体制＞



＜推進体制構築に関するポイント＞

- 平成 15～23 年度まで「退院促進支援事業」を実施しており、既に県内全圏域において関係機関同士の繋がりができていた。
- 上記事業を含め、長年、支援のエキスパートとして活動してきた人物を「にも包括」構築支援事業におけるコアメンバーの中心に据えたことで、県の担当をはじめ、メンバーの入れ替わりがあっても、変わらぬ推進体制を維持している。
- 県の担当者が現場に“丸投げ”ではなく、「行政も一緒にやっっていく」との姿勢を示す。その姿勢は年度を経て担当者が替わっても、しっかりと引き継がれている。
- 少数精鋭のコアメンバー体制で、協議の場開催の前には、コアメンバー間でしっかりと準備・検討をした上で合意形成を図り、各種会議の議論を円滑に進めている。
- コアメンバーは、1つの圏域内に限定せず、県内全域に視野を広げて本事業に取り組んでいる。実際、本事業開始から複数年度が経過するなかで、取り組みを展開している圏域は県内3つにまで拡大している。

1. 体制整備の経緯

(1) 背景

香川県では、平成 15 年度に、国のモデル事業としての「退院促進支援事業」を中讃圏域にて実施し、翌年から県内全圏域に拡大して、各保健所を中心に同事業に取り組み始めた(以後、平成 23 年まで継続)。これをきっかけとして、県内の精神科医療機関や相談支援事業所、保健所などの関係機関の顔の見える関係性を構築していった。

その後、平成 24 年度から「地域移行・地域定着支援事業」が始まり、平成 27 年度に「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」(以後、「構築支援事業」とする。)の前身となる「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」(以後、「検証事業」とする。)がスタート。そこでは「スーパーバイザー派遣事業」を組み込み、県内の全圏域の 3 障害の分野にそれぞれスーパーバイザーを派遣し、事例検討・職員研修などを実施した。また、ピアサポートの活用に向けた取り組みも、早くから検討が始められた。

さらに、並行して相談支援専門員協会でも推進していた「圏域アドバイザー」制度においても、県内の 3 障害の相談支援体制の強化を目的に、圏域を越えた共通認識の啓発、研修等が相談支援の分野で行われていた。

これまでの大まかな流れは、次ページ(「参考」)の通り。

(2) コアメンバー確定まで

現体制ができたのは、平成 27 年度から始まった検証事業からである。ちょうどその年に、県の障害福祉課に異動してきた県担当者 A が、検証事業を開始するにあたり、行政だけではノウハウが十分でないと感じ、外部の B 相談支援専門員に協力を求めた。

B 相談支援専門員は、県内でも精神障害者の地域移行や地域定着を先駆的に推進していた高松圏域において、活動歴も長く、実績もある人物である。平成 15~23 年度の退院促進支援事業実施時から、高松圏域においても中心的に動いていた。平成 27 年当時も、勉強会の実施や、精神科病院への訪問、退院後の地

<Point>

行政主導で進める、いわゆる「トップダウン方式」も 1 つの方法論ではあるが、本事業においては、現場の推進力が必須である。県の担当者が最初に、現場に知恵と協力を求め、互いに役割分担を明確にしつつ共に歩みを始めたことが、その後の推進につながった。

また、そのための人選も的確であった。

域での定着支援といった取り組みを、高松圏域に限らず県内全域に向けて積極的に行っていた。県としては、まずは高松圏域をモデル圏域として検証同事業を進めていきたいという考えもあり、知識・経験共に豊富な B 相談支援専門員に事業推進のコアメンバーとなってもらいたいと考えた。

一方、B 相談支援専門員側も、さまざまな活動をする中で、行政による基盤づくりの必要性を痛感していた。やはり、行政と協力して何かの事業に参加し、きちんと予算をとり体制化していかなければ、なかなか一体的に進んでいかない現場の壁にぶつかっていた。

このようにして、県担当者 A と B 相談支援専門員が繋がり、さらに、そこに地域移行に熱心に取り組む医療機関のソーシャルワーカー E、高松市保健所の担当者が加わり、その 4 名がコアメンバーとなった。

その後、平成 29 年度より構築支援事業を開始し、コアメンバーのうちの県担当者以外の 3 名を、そのまま密着アドバイザーとした。

コアメンバーは、その後、県担当者が「A」→「C」→「D」と替わり、さらに、構築支援事業を展開する圏域を高松圏域から小豆圏域、大川圏域へと拡大していく際に、保健所の担当者も変わっていくが、B 相談支援専門員は変わらずコアメンバーにおける中心人物として固定した。これにより、コアメンバーの結束力も変わることなく、当初から一貫した理念の下、質を担保したままの役割を継続している。

ちなみに、現在のコアメンバーは、県担当者 D、B 相談支援専門員、東讃保健所担当者、小豆保健所担当者の 4 名である。

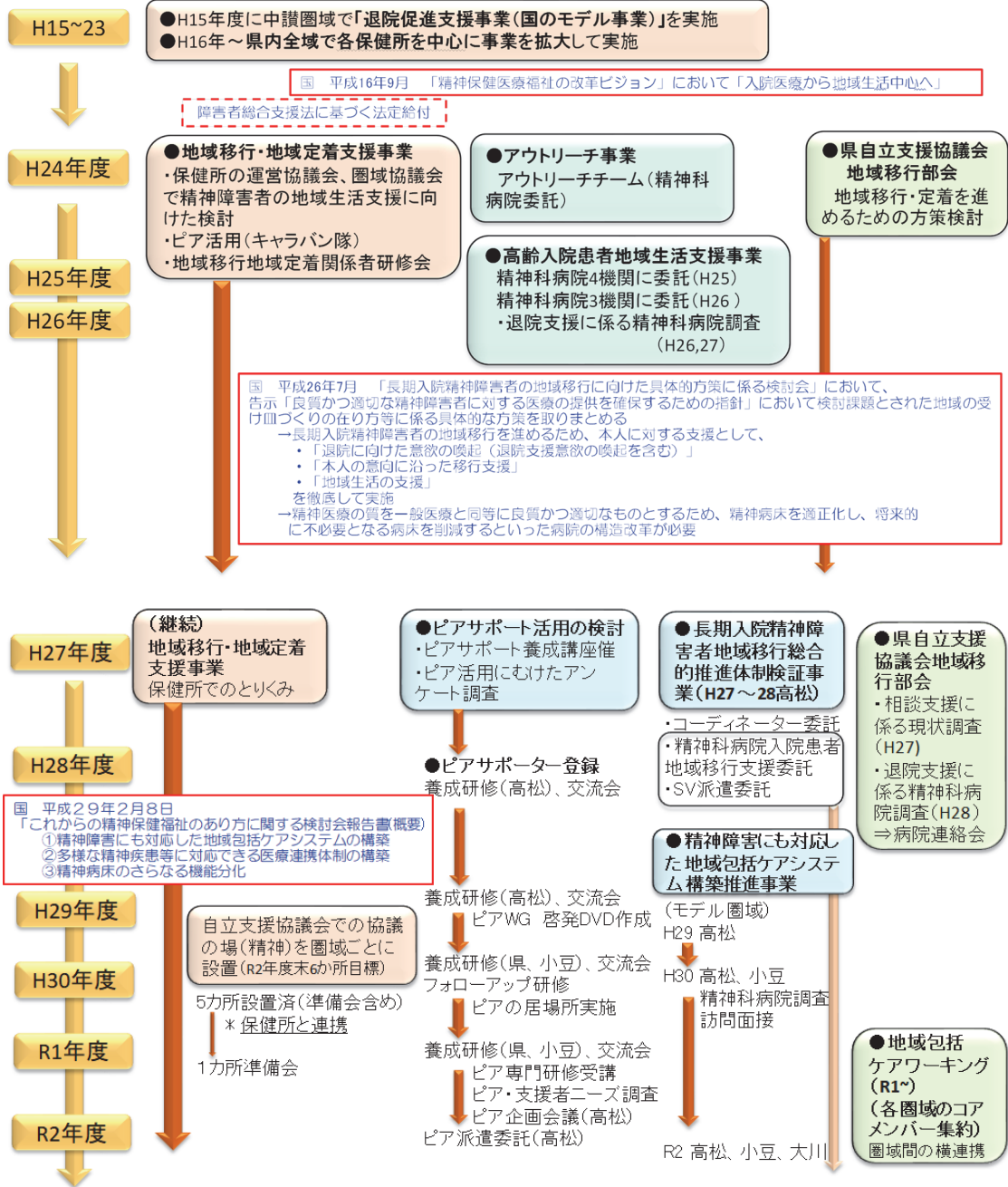
<Point>

「相談員 B」は、「長期入院の地域移行支援を推進していくにあたっては、やはり医療側の協力が不可欠。福祉側と熱い思いを共有できた“医療 E”が初期のコアメンバーにいたことは、体制整備の上で大きな原動力となったと思う」と、振り返る。

「医療 E」は、コロナ禍の影響もあり、令和 2 年度よりコアメンバーから抜けているが、理想としては、コアメンバーには、やはり医療側からも 1 名、参画してもらえるのがベストである。

【参考】

＜香川県における「にも包括」構築に向けた体制整備の流れ＞



2. 推進システム発展に向けて

(1) 圏域内の関係機関との合意形成

さて、コアメンバー内での思い、方向性のすり合わせ（規範的統合）が進み、平成29年度から、構築支援事業が高松圏域から開始となったが、すぐに順調に進み出したわけではない。

当初は、関係機関・関係者の間で、「本当にできるのか」との懐疑的な意見や、一步引いたおおよび腰な意見もなくはなかった。しかしながら、全員が同じ方向を向いていなければ事業は進んでいかないと、コアメンバーが各協議会、部会、研修会等に出向き、丁寧に説明を重ねた結果、徐々に理解が得られていった。

この際、要となる集まりには、コアメンバーの県担当者Aも密着アドバイザーと共に足を運び、“行政も一緒にやっていく”との姿勢を示したことは大きかった。

また、地域移行推進において重要な役割を果たす医療機関に対する合意形成では、初代コアメンバーの1人であるソーシャルワーカーも重要な役割を果たした。

精神保健医療福祉の領域では、よく卵と鶏に例え、「地域移行が先か、地域定着が先か」とのジレンマの議論がされることがある。高松圏域でも当時、そうした議論があり、「地域移行よりも地域定着の方に力を入れるべきではないか」との意見が上がっていた。しかしながら、長期入院患者を多く抱える同圏域内の1病院が「このままではいけない」との問題意識を強く持っており、そこに属するソーシャルワーカーがコアメンバーだったことで、「まずは病院がもっと地域移行に積極的になり、地域の風を入れ、外と連携をとっていかなくては」との熱い思いで周囲を説得し、結果、地域移行を含めた、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を実現する体制構築が少しずつ進み始めた。

さらに、医療機関の地域移行促進に関しては、精神科看護関係団体会長にも協力を仰ぎ、医療機関向けの研修会を実施してもらい、地域移行推進の重要性についての意識啓発を図った。それは医療関係者にとっての大きなターニングポイントとなり、以後、医療機関との連携が一気に進んだ。

<Point>

県の担当者が、他のコアメンバーと一緒に説明・説得にあたったことで、熱意が伝わった。

県担当者Aはその後、すべての協議の場に顔を出し、現場と共に課題を共有し、解決策を検討する作業にまで参画していく。その姿勢は、後任者の県担当者C・Dにもしっかりと引き継がれている。

<Point>

医療を動かすのは、やはり医療関係者の中からの方が効果的であった。

理解促進には、こうした「誰に対し、誰が何を訴えれば、相手にうまく伝わるのか」との工夫も重要である。

(2) 協議の場の進め方

香川県の構築支援事業における“協議の場”は、重層的に整備されている。まず、香川県として、精神に限らず3障害全体をみる「自立支援協議会」があり（年2回開催）、精神障害分野では、別途、「香川県地域移行・地域定着推進事業運営協議会」が設置されている（年1回開催）。

また、「自立支援協議会」の下には「地域移行部会」があり、（年4回開催）、さらにその下に「精神障害者にも対応した地域包括ケアワーキング」（以後、「ケアワーキング」とする。）がある（年に2~3回開催）。

コアメンバー全員が参加するのは、上記のうちのケアワーキングである。このケアワーキングが構築推進事業の要となる“協議の場”になる。（ちなみに、B相談支援専門員は、「香川県地域移行・地域定着推進事業運営協議会」にも参加している）。

協議の場での議論が有意義なものとなるよう、県の担当者は会議の流れ、話し合うべき内容をあらかじめ組み立て、それを基に密着アドバイザーと事前打ち合わせの機会を設けている。いわゆる、“作戦会議”ともいうもので、ここでの議論が、事業推進の方向性を左右するといっても過言ではない。テーマによっては、必要に応じ、ケアワーキングの参加者に根回しのための事前連絡をすることもある。年に2~3回という貴重な協議の場の時間を無駄にせず、意義のあるものにするための工夫である。

さらに、ケアワーキング終了後も、コアメンバーで集まり、会議で決まった方針を各保健所圏域に落とししていくための具体的な方策や、地域課題解決のための検討なども行っている。

<Point>

会議のための会議で終わってしまうことのないよう、コアメンバーによる事前の“作戦会議”や、終了後の検討は非常に重要である。

また、そのためにも、コアメンバーは少人数のほうが合意形成をとりやすい。

(2) 構築支援事業実施圏域の拡大

構築支援事業は、平成 29 年度より始まり、初年度は高松圏域のみのモデル的事業としてスタートしたことは既に述べた通りである。平成 30 年度から小豆圏域が加わり、さらに令和 2 年度からは大川圏域が参加し、順調に範囲を拡大している。

これは、香川県の地理的特性もある。(面積が大きくない。特に、2 番目に実施した小豆圏域は、島しょ部のため狭い中で関係機関がまとまっており、連携も取りやすいという特徴があった) が、コアメンバーの機能によるところも非常に大きい。

ポイントはいくつかあるが、1 つは、コアメンバーの B 相談支援専門員が、高松市の基幹相談支援センターの所属であり、精神のみに限らず、3 障害全体のことを県全域に対し総合的に見ているという立場であること。

もう 1 つは、最初に体制を整備した際、B 相談支援専門員が 2 つの肩書を持つことになってしまい、それを B 相談支援専門員が抱え込まず、適任者に 1 つの肩書を譲り、その方が核となり会を上手く運営してくれている。役割分担を明確にしたことで、それぞれが十分に自分の役割を全うすることができ、結果的に推進力が増していった。B 相談支援専門員について言えば、本事業のコアメンバーとして、事業全体を俯瞰することに専念できたことが大きい。

また、圏域を拡大する際、新たに加わる圏域の保健所の担当者をコアメンバーに迎え入れたこと。B 相談支援専門員という核は維持しつつも、年度ごとに注力する方向性に合わせて、柔軟かつ戦略的にコアメンバーを変化させた。これにより、圏域拡大がスムーズに進んだ。

さらに、県の担当者が思いを引き継ぎ、現在の県担当者 D が、本事業への“熱”を持ち続けている。地域課題の解決のため、事業の円滑な推進のため、自ら現場に足を運び、仲間探しの努力を惜しまない姿勢が、協力者を増やしていく後押しとなっている。

<Point>

障害福祉分野は特に、スペシャリストの数が限られるため、1 人に複数の役割が集中しがちであるが、それでは、どの役割においても能力が十分に発揮されないことになってしまう。

仲間を増やすことの意味はここにもあり、各ポストにそれぞれ適任者を置くことで、全体のパワーアップ、スピードアップを図っていくことが重要である。

B 相談支援専門員もやはり 2 つの肩書のまま進めていくのは無理だった」と振り返る。

3. 今後の展望・課題

香川県内5つの圏域から、すでに3圏域において構築支援事業が実施されている。今後、県内全域に拡大していこうという議論もあるが、そこには少なからず課題もある。

例えば、本事業のメインテーマは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という範囲の広いものであるが、狭い視野で「地域移行」のみをテーマと捉えるものも少なくはない。しかし、「地域移行」という一つのテーマだけを取れば、必ずしも全ての圏域においてそれが喫緊の課題ではない、という側面もある。

一方、ピアサポート体制の構築、高齢福祉分野との連携推進などについては、令和3年度現在の香川県においては、どの圏域においても共通の課題認識として持っている。今後事業を進めていくにあたっては、これを踏まえ、少し違うアプローチを考えていった方が、より効果的ではないかとも考えている。

今後は、ピアサポート活動を巧みに推進できる人たちにコアメンバーに入ってもらい、焦点を当てながら普及啓発を進めていくことを検討中である。

また、新型コロナウイルス感染症が収束した後、再び医療側からもコアメンバーに加わってもらい、体制を強化していきたい。

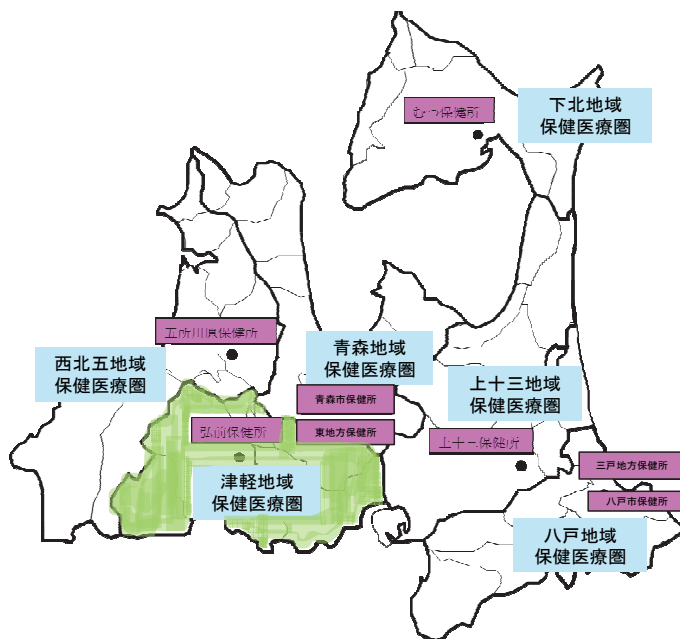
並行して、現体制の密着アドバイザーに続く人材育成という観点からも、構築推進サポーター事業が活用できないかと考えている。

事例 2 青森県津軽圏域（弘前保健所圏域）

～ 関係者の主体性を引き出す協議の場の効果的活用 ～

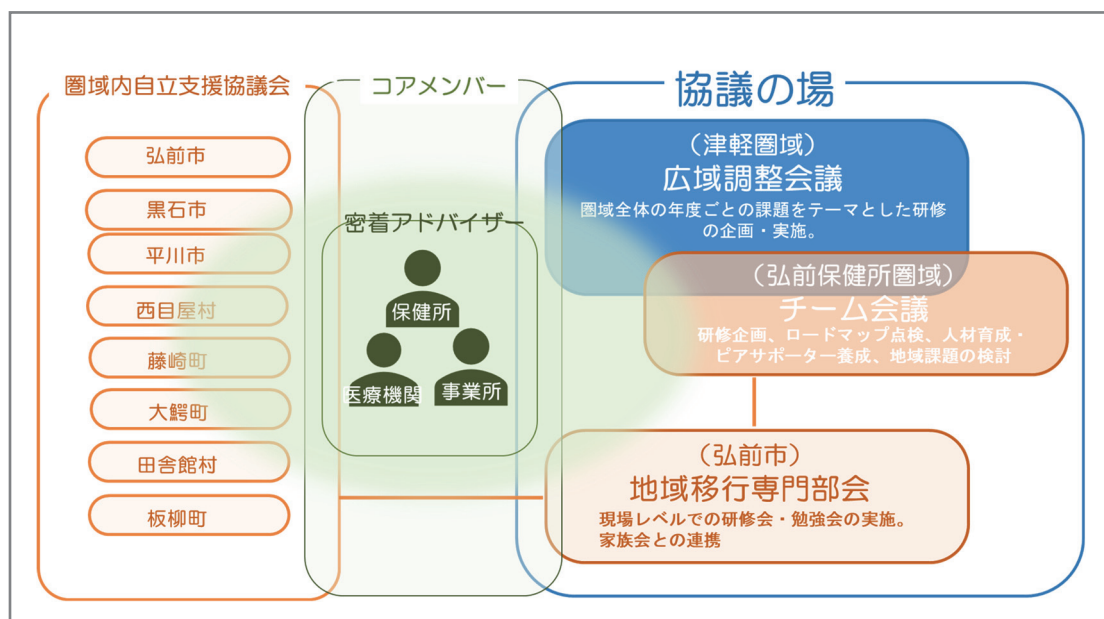
<圏域の概要>

- 人口：27万 3,078 人（令和3年5月現在）
- 市町村数：8 市町村（弘前市・黒石市・平川市・西目屋村・藤崎町・大鰐町・田舎館村・板柳町）
- 特徴：圏域内の中心は弘前市。県西部に位置する県内第3の都市。県内の保健医療圏は全部で6つあり、弘前保健所圏域は津軽圏域に属する。



精神科病院の数（R3年4月時点）		5	病院
精神科病床数（R3年4月時点）		869	床
入院精神障害者数 （H30年6月時点）	合計	781	人
	3か月未満（％：構成割合）	205	人
		26.2	％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	118	人
		15.1	％
	1年以上（％：構成割合）	458	人
	58.6	％	
	うち65歳未満	194	人
	うち65歳以上	264	人
退院率（H29年6月時点）	入院後3か月時点	69.0	％
	入院後6か月時点	85.0	％
	入院後1年時点	91.0	％
相談支援事業所数 （R3年5月時点）	基幹相談支援センター数	0	か所
	一般相談支援事業所数	10	か所
	特定相談支援事業所数	20	か所
保健所数（R3年4月時点）		1	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R2年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	1	回/年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	有	
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保健・医療・福祉関係者による協議	障害保健福祉圏域	有	1 / 1 か所/障害

<弘前保健所圏域の推進体制>



<推進体制構築に関するポイント>

- 圏域内の精神保健福祉分野においては、10年以上前から、さまざまな事業を通し、各関係機関同士、顔の見える関係性が構築されていた。
- 弘前保健所圏域（≡津軽圏域）・市町村——と2つのレベルからなる重層的な“協議の場”を設置。
- 各協議の場に、相談支援事業所のキーマンとなる精神保健福祉士を中心とするコアメンバーが関与。行政の担当者が替わっても、ぶれない推進体制づくりを維持している。
- 協議の場が重層的に機能していることで、圏域内のロードマップの作成・検討・実践・評価といったPDCAサイクルを有機的に回していくことができる。
- 保健所レベルの協議の場においては「野中式事例検討方式」を採用。圏域内の各市町村から参加する関係者の主体性を引き出し、志を同じくする仲間づくりをして、地域への情報発信も行っている。

1. 体制整備の経緯

(1) 背景

弘前保健所圏域では、10年以上前から、圏域内の中心自治体である弘前市と弘前保健所、さらに、圏域内8市町村の自立支援協議会、精神科を標榜する医療機関、相談支援事業所等との間で、さまざまな事業を通し、顔の見える関係性が構築されていた。

その理由の1つとして、障害者自立支援法施行以前、弘前保健所圏域には精神保健福祉法における法定施設が全種類揃っていた一方、精神科病院はどこもそれらを併設しておらず、病院のみ単独の運営であるという特徴があった。つまり、病院にとっては、退院後、患者を福祉サービスに繋げるためには、地域の相談支援事業所等と連携を取らざるを得ないという環境にあり、必然的に協力関係が生まれていたのである。

加えて、平成24年度の障害福祉サービス等報酬改定により計画相談支援が始まったことをきっかけに、圏域内の相談支援事業所が集まり、弘前市地域自立支援協議会相談支援専門部会にて勉強会などをしていたため、その流れでコミュニケーションが活発となって、横の繋がりも形成されていた。これにより、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以後、「にも包括」と言う。）に係る協議を開始する際にも、関係機関を集めやすい空気がすでにあったと考えられる。

<Point>

後から振り返ると、この土台ができていたことが非常に重要で、これがあったことが、本圏域における「にも包括」の推進体制が1つにまとまった大きな要因であると感じている。

(2) 仲間づくり（コアメンバー、密着アドバイザー）

そのような中で、平成26年度の法改正以降、各種目の研修会等を通じて、県及び保健所の担当者が弘前市内の相談支援事業所に所属する精神保健福祉士（以下、A氏とする。）と出会い、以後、協力関係を築いていく。ここが、本圏域におけるコアメンバーの原点といえる。

その後、平成27年より県内での研修事業が動き出すにあたり、A氏には、研修企画担当となってもらった。というのも、当時、地域移行支援事業を実施している相談支援事業所は、A氏の事業所以外、ほとんどなかったため、A氏に事例を提供してもらい、それを基に研修のプログラムを組み立てていく必要があった。

<Point>

A氏の所属する相談支援事業所では、以前から地域移行に積極的に取り組んでおり、その過程において、A氏は折に触れ、市にさまざまな意見・提案を上げていた。

以後も、多くの事例を実践する A 氏を基軸とし、市町村と保健所、医療機関、相談支援事業所が互いに連携を深めていく。そうした中で自ずとコアメンバーが確定していった。

その後、平成 30 年度に「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」（以後、構築支援事業とする。）がスタート。本圏域における密着アドバイザーには弘前保健所の担当者（保健師）と、圏域内の医療機関より A 氏（看護師）、そして、野中式の事例検討を弘前で実践し始めた B 氏（精神保健福祉士）の 3 名が就いている。コアメンバーは、その密着アドバイザーに、医療機関の担当者を加えた 3～4 名である。

（3）重層的な“協議の場”づくり

弘前保健所圏域（≡津軽圏域）、市町村という 2 つのレベルに合わせ、協議の場もそれぞれのレベルごとに設置し、重層的な体制整備がされている。

圏域レベルでは「広域調整会議」と「弘前保健所精神障がい者の地域移行支援検討チーム」（略称「チーム会議」、以下「チーム会議」という）、市町村レベルでは「地域移行専門部会」一となっている。

「広域調整会議」と「チーム会議」の位置づけとしては、「広域調整会議」は年に 1 回程度の開催となっており、主に研修会という意味合いの強い会議である。その「広域調整会議」での研修内容等の方向性を検討するために、「準備会議（「チーム会議」の発足当初の通称）」にてロードマップの点検や研修内容の検討が行われる、という関係性である。

「広域調整会議」及び「準備会議」は平成 27 年度より実施されており、その後の平成 30 年度に構築推進事業に着手することを契機として、協議の場としての「広域調整会議」と「チーム会議」に発展していった流れである。

現在も、前述のコアメンバーはすべての会議に関わっており、中でも、密着アドバイザーの A 氏（福祉領域）・B 氏（医療領域）や、発足当初より協働してきたメンバーが尽力している。こうした、取組の流れや歴史を熟知したメンバーが、変わらぬ立ち位置で関わり続けていることが大変重要である。なぜならば、例えば行政の担当課職員が異動したり、コアメンバーのうちだれかが欠けてしまったとしても、取組を推進する姿勢や視点がぶれることなく、一定の質やモチベーションを維持し続けることができるからである。



【Column】

圏域内の関係者の意識を主体的にさせる工夫

「チーム会議」では、参加者に単に“お客さま”として出席してもらうのではなく、主体的に地域の「にも包括」構築実現のための担い手になってもらうことを目的としている。精神障害者の地域移行に関して、実績のある事業所もあれば、未経験の事業所もあるという中で、どうすれば、主体的に“我が事”として考えてもらえるか——。

ここでは、以下の2つの工夫をしている。

1) 「ロードマップ※1」の見直しでPDCAサイクルを回す

必ずしも「にも包括」の構築に限定しないが、“地域づくり”に向けた具体的な行動計画ともいえるロードマップを、関係者間で見直すことを継続して行うようにしている。

つまり、行政からのトップダウンで下ろされた計画を、その通りただ実施するのではなく、現場で支援にあたる関係者の意見等を収集しつつ、ロードマップを振り返り、それを踏まえて次年度以降の新たな計画を立案するのである。それ故、現場に主体性が生まれる。我が事として捉えてもらえる。

また、関係者が一堂に会し集まり、ロードマップを見直した上で、新たな計画を立てる——このプロセスを繰り返すことで、PDCAサイクルに沿った取り組みが推進されるのみならず、参加者それぞれが“我が事”として圏域内の「にも包括」を考える意識が高まっていく。

2) 「野中式事例検討※2」を活用した実践意欲及びスキルの向上

「野中式事例検討」手法は、もともと、コアメンバーの1人であるA氏の提案により、以前から圏域内の相談支援事業所の勉強会等で活用されていた。困難事例は経験の深い相談支援事業所に集中してしまうという特性上、どうしても周辺の事業所とのアセスメント力に差が生じてしまう。そこで、野中式による検討で、会議に参加している事業所のアセスメント力の底上げを狙ったのがきっかけだった。

その後、チーム会議が立ち上がったからは、ここでも継続して野中式を用いて会議を進める機会を多く設けている。結果、地域移行に関して、長らく“他人事”だった事業所が、“自分事”と捉え、主体的に関わっていこうとする姿勢に変わっていった。

※1「ロードマップ」:

「にも包括」構築支援事業で用いられる手法の1つ。自圏域における「にも包括」構築に向けて、長期的に取り組み、目指すべき姿を念頭に、年度ごとに実践する短期目標を具体的に記載するツール。それを基に、関係者間で、さらに月ごとの具体的な取り組み計画へと落とし込んでいく。

※2「野中式事例検討」:

「野中式事例検討」とは、故野中猛氏（日本福祉大学研究フェロー、日本精神障害者リハビリテーション学会等を歴任）が開発し、全国各地で実践されている事例検討の方法論である。ファシリテーターの進行の下、ホワイトボードを活用しながら、仮説を立て、解決へと収束させていくもの。立場や能力が異なる複数の関係者が集まって事例を検討する際に、中立的かつ客観的な視点で会を進めることができる。

①広域調整会議

平成 27 年度より開始された「広域調整会議」。当時、県内の研修事業が実施されていたことに合わせて、その前段となる取組として始まったもので、当該研修事業が終了した後に、改めてこの名称が用いられるようになったものである。

主にチーム会議等を通じてつくりあげられた研修を実施する場であり、会議というよりも研修会という色が強い。

平成 30 年度より構築推進事業がスタートしてからは、これを圏域レベルの“協議の場”として位置づけ直し、以後、継続している。

主な研修としては、「地域移行支援研修会」を広域調整会議として実施している。これは、官民協働の研修会という位置づけで、行政と医療機関、保健所、相談支援事業所に加え、通所系のサービス事業所にも声かけをし、さまざまな主体が集まることができるように工夫したうえで実施されているものである。

<Point>

広域調整会議の立ち上げがスムーズにいったのも、背景として、医療機関との協力関係が既にできていたというベースがあったからと言える。

②チーム会議

現在でこそ「チーム会議」という名称であるが、設置当初は「広域調整会議」の「準備会議」という位置づけで、県の研修事業の構成員を中心に、少数のメンバーで「どのような研修が必要か」、「ロードマップをどのように活かしていくのか」という点について協議する場であった。広域調整会議と同じく、平成 30 年度の構築支援事業への取組を契機に「チーム会議」として、改めて協議の場に位置付けた経緯がある。

当初より、役割としては、広域調整会議のためのロードマップの確認・評価、研修内容の検討を行う場であった。平成 30 年度以降に協議の場として位置付けられてからは、これらに加え、地域課題の抽出や解決方策の検討、解決までの道のりなどを整理する機能、或いはピアサポーターの育成や活躍の場の創出などを担う機能が徐々に追加されていっている。

また、「チーム会議」との名称にもその意図が表れているように、圏域内で一丸となって地域課題に取り組んでいくために、支援のネットワーク化を狙っている。

出席者は、初年度（平成 30 年度）は指定一般相談支援事業所

<Point>

ロードマップとは、弘前保健所圏域として目指す「にも包括」の構築に向けた、年間の取組一覧・スケジュール表のことである。

年度当初にロードマップを作成することで、実施すべき事項が一覧化できるだけでなく、期末にはこのロードマップを評価指標として使えるなどのメリットがある。

に医療機関、保健所、弘前市役所でスタートしたが、翌年より他の市町村・医療機関・相談支援事業所にも枠を広げ、現在は、圏域内の全市町村、医療機関の全てが参加している。新しく参加した市町村担当者には、コアメンバーがこれまでの流れ、地域移行の意義・大切さなどを伝え、場の地固めをしてくれた。

また、会議の進め方の工夫として、個別ケース検討（個別の課題解決を行う場合や、ケース検討的に実施する場合、或いは地域課題の抽出を目的として個別ケースを検討する場合など）を行う際には「野中式事例検討」方式を採用した。これが会議の参加者たちの主体性を引き出し、アセスメント力を向上させる一助ともなっている（「コラム」参照）。

<Point>

チーム会議では、圏域内の各市町村から参加する事業所に対し、コアメンバーが常に「何かあれば連絡をください。サポートします」と言い、同じ支援者として、“伴走している”というメッセージを伝えている。

同じ圏域と言えど広いため、「あとは、自地域で頑張ってください」では、支援者が苦しくなってしまう。そうした配慮も重要だと考えている。

③地域移行専門部会

広域調整会議、チーム会議の立ち上げの後、弘前保健所圏域の8つの市町村の“協議の場”として令和2年度よりはじめられた会議が「地域移行専門部会」である。

これは、もともとは圏域内で最も規模の大きい会議である、弘前市自立支援協議会の「地域移行専門部会」だったが、新たにこれを市町村レベルでの“協議の場”と位置づけたものである。

設置のねらいとしては、重層的な協議の場の必要性を参加者に感じ取ってもらい、市町村の主体性を引き出すことにある。

そのため、参加者の選定には工夫が凝らされており、その仕掛け人となったのはコアメンバーのA氏である。「地域移行専門部会」の参加者は圏域内8市町村の自立支援協議会の参加委員から推薦されたものとなっているが、A氏はそもそも弘前市を含めた、圏域内6市町村の自立支援協議会の委員も併任していた。そのため、各市町村の会議の場で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの説明を行い、弘前市に新設する「地域移行専門部会」に各市町村からA氏以外の委員を派遣するよう依頼したのだ。

また、チーム会議の参加者にも協力を仰ぎ、各市町村の自立支援協議会で、この選出（派遣）方式についての合意形成を促していただくことも進めていった。

結果として、圏域内の8市町村が参加する会議となり、地域移行に関する研修会や勉強会の実施、圏域内の情報共有、また、各地域での情報発信を担うものの育成も進められている。

＜参考＞ 各会議の開催状況

年度	27年	28年	29年	30年	1年	2年	3年
広域調整会議	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施
準備会議→チーム会議	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い 名称変更→チーム会議へ	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い
相談支援専門部会	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）
	必要に応じて臨時的専門部会、困難事例の検討会を開催している。 ※西北圏域との地域移行に関する研修を企画。平成30年度から実施。						
地域移行専門部会	平成30年度から相談支援専門部会と分けて部会を持つことを検討してきた。					2回開催	1回開催
備考					新型コロナ発生	十分に開催できず	十分に開催できず

（4）体制整備による変化・効果

「にも包括」関わる関係者たちの意識は、確実に変わってきている。例えば、地域移行支援に対して懐疑的だった医療機関が、少しずつ事例を積み重ね成功体験を実感することで、理解が深まり、いまでは積極的に取り組んでくれるようになった。

相談支援事業所も、少しずつ変化している。当初は実績もなく「できるかな？」と及び腰だった事業所でも、自らも能動的に取り組んでいかなければ、との意識が生まれ、新たに「やります」と手上げし、新規に指定申請を行う事業所も出てきている。

圏域内の事例を皆で共有し、検討する機会を継続していけば、自分の地域でも似た事例に当たることは必ずある。そうすると、「この事例はあの事例に似ているな」となり、そのための動き方もわかってくる。これは継続による効果だと感じている。

一方、規模が小さな事業所が多いため、なかなか地域移行支援に割ける人員が確保できないという物理的な事情もある。しかし、見方を変えれば、そうした各事業所の内情を把握できるようになったこと自体を、効果と捉えることはできる。実情がわかれば、圏域内で事業所ごとへの役割分担もしやすくなる。

＜Point＞

医療と福祉の相互理解が深まるにつれ、福祉関係者の中にも、「地域移行は医療機関に任せきりにするのではなく、地域の責任として行わなければならない」との認識も生まれてきた。

＜Point＞

圏域内の事業所からは、「これまで病院は敷居が高く入りにくかったが、顔の見える関係性ができたことで、入りやすくなった」、「相手の立場が理解できるようになったため、やり取りの際のポイント、何をどう伝えればよいのかもわかってきた」との意見も上がっている

2. 今後の展望・課題

長年、中心となり地盤固めをしてきたコアメンバーは、「今後、自分たちが欠けたとしても、現在の体制を維持継続できるよう、志を同じくする仲間を増やしていきたい」との思いで活動してきた。その思いは引き継ぎつつ、次の世代への理念・技術の継承作業も一方では常に念頭に置いておかなければならない。

また、精神障害者の地域移行支援においては、居住地が津軽圏域以外の地域で、退院後はそこへ帰していくことになる患者が一定数いることが課題となっている。県内の状況として、保健医療圏は6圏域に分かれているが、精神科医療圏域は4圏域というズレが生じている部分がある。このズレについて、津軽地域保健医療圏（≡弘前保健所圏域）と隣の西北五地域保健医療圏に該当する部分があり、それぞれの圏域間での連携の必要性が確認されている。そのため、圏域相互での学びの場をもつ、という合意を取っていたが、残念ながら、令和2・3年度はコロナ禍のため、合同の研修会の開催が叶わなかった。令和4年度からは再開する予定である。

いずれにせよ、基盤となる体制づくりは既にできている。今後はこれをさらに展開していく。

事例3 千葉市

～ 実行性のある協議の場の構築と

構築推進サポーターの活用による取組の加速化 ～

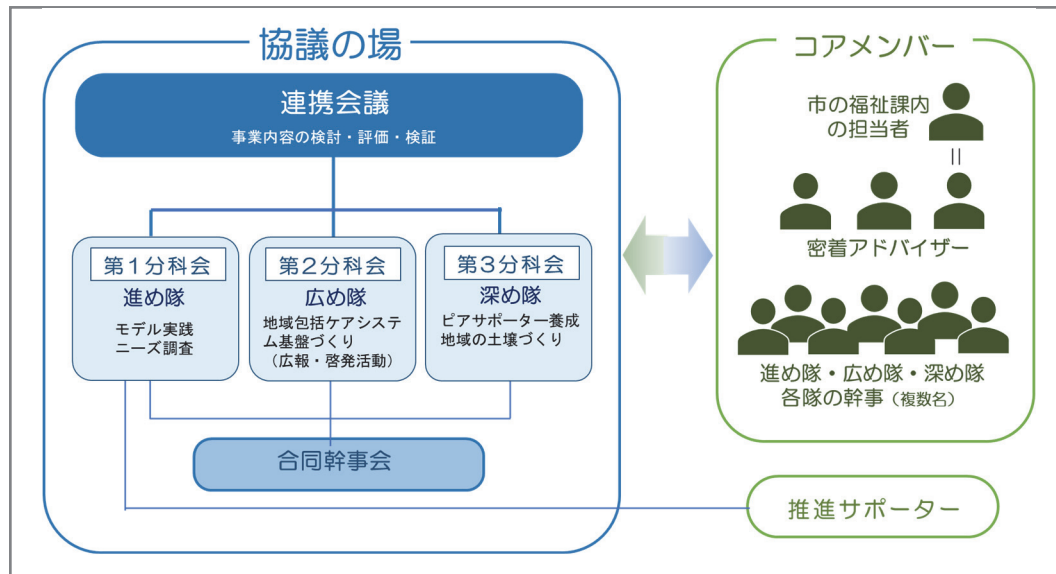
<市の概要>

- 人口：97万6,853人（令和4年2月1日現在）
- 市町村数：1市
- 特徴：千葉市は中央区・花見川区・稲毛区・若葉区・緑区・美浜区の6つの区からなる政令指定都市。市が設置主体となり、1市1圏域となっている。



精神科病院の数（R2年6月時点）		9	病院
精神科病床数（R2年6月時点）		851	床
入院精神障害者数 （R2年6月時点）	合計	1,627	人
	3か月未満（％：構成割合）	382	人
		23.5	％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	257	人
		15.8	％
	1年以上（％：構成割合）	988	人
60.7		％	
退院率（R2年6月時点）	うち65歳未満	442	人
	うち65歳以上	546	人
	入院後3か月時点	集計中	％
相談支援事業所数 （R3年4月時点）	入院後6か月時点	集計中	％
	入院後1年時点	集計中	％
	基幹相談支援センター数	6	か所
保健所数（R3年4月時点）	一般相談支援事業所数	32	か所
	特定相談支援事業所数	66	か所
	（自立支援）協議会の開催頻度（R2年度）	1	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R2年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	6	回／年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無	無	
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保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（R3年4月時点）	都道府県	無	か所
	障害保健福祉圏域	有 1 / 1	か所／障害圏域数
	市町村	有 1 / 1	か所／市町村数

<千葉市の推進体制>



<推進体制構築に関するポイント>

- 全く白紙の状態から平成 28 年度からの数年間で現在の体制にまで整備。
- コアメンバーありきでできた体制ではなく、体制整備の過程から中核となるメンバーが必然的に誕生した。
- 協議の場を、全体的なテーマを扱う「連携会議」と、活動の目的別に分けられた3つの「分科会」からなる2部構成にした。
- 各分科会を「進め隊」・「広め隊」・「深め隊」と名付け、活動内容をわかりやすくし普及拡大を狙ったところ、推進力の要として奏功している。
- 支援者支援に構築推進サポーター事業を活用。OJTで支援者のスキルアップも図る。

1. 体制整備の経緯

(1) 背景

千葉市では、平成 27 年度の時点では、精神障害者の退院支援や地域移行に関するサポート資源が実質、全くない状態だった。協議の場とされる会議も何もなく、そのことは、市内で長年、精神障害者支援に取り組んでいる方からも指摘されていたが、なかなか第一歩が踏み出せずにいた。

それでも、徐々に市の福祉課内で問題意識は高まっていき、ある相談支援事業所の職員が、窓口に直接「市で何か取り組みを始めることはできないか」と提案に来たのを最終的なきっかけとして、「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」(当時)(以後、検証事業と言う。)に千葉市も参画することとなった。

そこで、平成 27 年度途中に、まずは市独自で措置入院患者の退院後支援から取り組みを開始した。

その後、平成 28 年度に入り、上記の事業に参加して取り組みを開始。そして、平成 29 年度からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」(以後、構築支援事業と言う。)に移行し、現在もさまざまな取り組みを継続して実施している。

(2) “協議の場” 立ち上げまで

何も無い白紙の状態から平成 28 年度「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」に参加するにあたり、国の要綱に従って、まずは“協議の場”を立ち上げることにした。

しかしながら、市ではそれ以前の実績が何もなかったため、メンバー集めから始めなければならなかった。そこで、会議の参加者を募るべく、市内の精神科医療機関、相談支援事業所をリストアップし、順に電話をかけていくことにした。一軒一軒、丁寧に趣旨を説明し、「参加し、一緒に活動してもらえませんか？」ともちかけた。その際、電話連絡だけでなく、場合によっては、市の担当者が直接、相手のところまで出向いて依頼に行くこともあった。

結果、市内の精神科医療機関は全て参加の了承が得られたが、相談支援事業所に関しては、なかなか説得は難しかった。その理由として、当時はいまよりも精神障害者に向けた支援をしている相談支援事業所自体が少なく、中には「精神障害者」との標榜はしていても、全く実績のない事業所も少なくなかった。「実績がないから…」と参加を断られた事業所もかなりの数あったが、幸い、既に実績のあった事業所からは概ね理解が得られ、会議への参加が叶った。

そうして、市における“協議の場”が立ち上がり、「連携会議」との名称でスタートした。その後、事業が構築支援事業に移行してからも、「連携会議」の名称のまま、現在に至る。

連携会議に参加する委員の所属は、市内の医療機関、相談支援事業所、家族会、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、そして関連行政機関などであり、現在約 25 人となっている。

(3) 推進システムづくり

平成 28 年に「連携会議」がスタートして、しばらくは、国の要綱通り、2 ヶ月に 1 回の頻度で会議を開催していた。同時に、年に 2 回、医療機関、支援相談事業所双方の方たちに向けた研修会も開催した。また、それとは別に、特に医療機関を回り、検証事業の趣旨などの説明を行い、とにかく初年度は事業実施とその目的の周知に努めた。

<Point>

相談支援事業所に関しては、やみくもに連絡するのではなく、事前調査で、精神障害者支援ケースの実績の有無などをあらかじめ把握した上で、経験豊富かつ熱心に取り組んでいるとみられる事業所の目星は、ある程度つけていた。

<Point>

本ケースに限らず、何か事を始める際には、協力を求める相手のところまで、市の担当者が直接足を運ぶようにしている。初対面ではなくとも、可能な限りそうすることで、誠意と、行政側の熱意も伝わり、後々よい関係性が持続できる。

<Point>

前例のない状態から 2 ヶ月に 1 回の会議開催は正直、当初はかなりの負担感があったが、とにかくまずは一同に会すことを目的に実践した。顔の見える関係性をつくり、互いの情報を共有するところから始めなければ、課題も把握できない。

①分科会の発足

そして、1年間の上記事業が終了するにあたり、参加した相談支援事業所にアンケートを実施した。その結果、同事業の参加者は主に2つの層があることが判明した。1つは、「地域移行に関心があり、積極的に進めていきたい」と考える集団と、もう1つは「精神障害について、まずは基礎的知識を学びたい」という集団である。

支援の推進にあたってのフェーズが明らかに異なる2つの集団がいることが分かった以上、今後、会議を進めていく上で、どちらか一方に偏った形の方針で事を進めていくと、もう一方が置き去りになってしまう可能性があるのでは、と考えた。そうなれば、せっかく築いた基盤そのものが意味をなさなくなってしまうことにもなりかねない。

そこで、翌平成29年度、現在の構築支援事業が始まったことをきっかけとして、会議の開催方式を一部変更した。事業の全体的な方向性についての議論をする会議を前半で行い、後半は、目的別に「分科会」という形で、それぞれに分かれて具体的な議論をする場とした。分科会は、前述のアンケートの結果を基に、フェーズ別に2つ立ち上げた。

結果、協議の場を、前半（連携会議）と後半（分科会）の2部制としたことは、非常によい効果をもたらした。1年目はどこか形式的で、ともすれば“会議のための会議”となりがちだったものが、2つの分科会に分け、同じフェーズの事業所同士でまとまって議論する場を設けたことで、各分科会内で参加者が積極的に発言し、アイデアを出すなど、協議の場全体が活性化したのである。

さらに付随効果として、協議の場以外でも、参加者たちの交流が活発になった。そうになると、周辺にも口コミで本事業のことが広まっていき、協議の場への参加者も徐々に増えていくようになった。

<Point>

2つの分科会のうち、どちらに属するかは、連携会議参加者内で、自ら希望するほうを選んでもらった。

②「進め隊」・「広め隊」・「深め隊」がスタート

こうして千葉市における精神保健福祉領域の支援体制整備の取り組みも2年目が終わり、これまでの議論を振り返って分析した結果、参加者が増えたこともあり、翌平成30年度には、新たに分科会を1つ増やすことにした。そして、3部構成となった分科会には、第1分科会「進め隊」・第2分科会「広め隊」・第3分科会「深め隊」との通称をつけ、それぞれが自分たちの目的に向かって、より機動力をもって取り組んでいけるようにした。

ちなみに、追加したのは、「深め隊」の要素である。これは、初年度（平成29年度）のアンケートでピアサポーターに関心をもっている人が少なからずいたことからである。参加者数も増え少し活動の幅を広げる余裕も出てきたこともあり、思い切って追加した。

また、3部構成の分科会が発足し、本格的に始動するにあたっては、参加メンバーをさらに増やす必要があったため、市で参加を促すチラシを作成した。そのチラシを分科会のメンバーが直接配ったり、関係各所にメールでも送ったりした結果、参加者は一気に膨らんだ。実際、予想に反して、1週間でどの隊も新たに約20名ずつ集まった。

ここで会議の位置づけを整理しておく、全体を把握する「連携会議」は、各医療機関・事業所の管理者もしくは幹部クラスである。各「分科会」の方は現場の中堅クラス以下というイメージで、（厳密にはではないが）おおまかな区別はされている。

各分科会の役割は以下の通り。

「進め隊」

地域移行支援の経験がない関係機関職員と本人との面談（アセスメント）、体験利用や体験宿泊を行うプロセスにおいて、OJTを導入したサポートなどを実施。

「広め隊」

市内各区公民館での市民向け講演会の実施や、市内の小・中学校および大学での特別授業の実施（ZOOMも活用）。

「深め隊」

ピアサポーター交流会の企画や事業者を対象としたピアサポーター出前講座等の開催
※交流会はコロナ禍により縮小・中止。

<Point>

当初は、便宜的にフェーズによって分科会を2つ設けたが、それだと上級・初級のような見え方になってしまう懸念もあった。それは意図することとは違うため、あくまでも“目的別”に分けた分科会なのだという点を明確にするという狙いもあり、3部構成とした。

さらに、それぞれがやっている内容がよりわかりやすいよう、「進め隊」・「深め隊」「広め隊」・「深め隊」との通称を付けた。結果、よし親しみやすく、参加しやすくなったと感じている。

③各「隊」におけるリーダーの位置づけ

集団で活動するとなると、やはり中心人物、リーダー的存在が不可欠となる。そこで、分科会が3部制となり、各分科会に「隊」の通称がついてからしばらくの間は、各隊のリーダーを「隊長」と呼び、活動していた。

ただ、「隊長」という名称にしてしまうと、その単語のイメージから、全ての責任を負う役割を必然的に担わせてしまい、皆、本業の傍ら、ボランティアで活動しているなかで、「隊長」に必要以上の負荷がかかってしまう。そうすると、今後の活動継続の上でも支障になるのではとの配慮から、令和3年度より「隊長」改め、「幹事」とした。

さらに、「幹事」にかかる負荷をなるべく分散し、皆で考える合議制で会を運営できるよう調整した。したがって、各隊には2人、もしくは3人ずつの複数の「幹事」を置いている。

「幹事」たちは、3~4カ月に1回の頻度で「合同幹事会」を開催し、各隊の活動状況の報告や、市の「にも包括」の進め方などを話し合っている。

<Point>

たかが名称だが、されど名称で、やはり「隊長」だと、皆がその人を頼ってしまう空気が生まれる。

せっかくできた基盤の持続性を鑑みても、そうした細やかな配慮は重要だと考えている。

④密着アドバイザーの選定・役割分担

構築推進事業における協議の場の体制整備が進む一方、構築支援事業での密着アドバイザーの選定も進めていった。

国の要綱に従い、密着アドバイザーには、千葉市から1人と、市内でもともと精神保健分野において先駆的な取り組みをしていた医療機関、地域の中核的な位置づけで、同じく以前から熱心な取り組みをしていた福祉事業所から1人ずつ計3名に依頼した。いずれも平成28年度からスタートした「連携会議」で繋がった人たちである。

各アドバイザーの役割分担については、当初、市内の区ごとの担当制にするという案もあったが、同じ市内でも地域差があること、また、そうした地域差のある6つの区を3人で割り振り受け持つのは難しいと判断した。そこで、既に3つの分科会という実働部隊が動き出している強みも活かし、各アドバイザーの特性に応じて、分科会別の担当にした方が、効率的ではないかと考えた。

<Point>

密着アドバイザーを依頼する際にも、やはり市の担当者が直接、相手のところに足を運び、お願いをした。

そこで、「進め隊」には医療機関、「広め隊」は地域への広報活動が入るので行政、そして「深め隊」には福祉事業所の密着アドバイザーが担当となり、それぞれ中心的に見ていくこととした。現在、密着アドバイザーは、連携会議と分科会を繋ぐハブ的な役割も担っている。

(4) コアメンバー確定

もともと下地のない状態からの本事業への参加だったため、あらかじめコアメンバーとなる存在があって、そこから仲間を広げていったというわけではない。事業を始めていく中で横の繋がりが生まれ、コアとなるメンバーが確定していった。

現在、コアメンバーは、密着アドバイザー3名の他、各「隊」の「幹事」(各隊2名、もしくは3名)の10名である。複数「幹事」制になった令和3年度からは、隊長1名制だったそれまでよりもコアメンバーの数が増えたことになる。

コアメンバーは「連携会議」、さらにその下の各「分科会」、「合同幹事会」と市内の全ての会議体に属しており、重層的というよりも、同じ面で横長の連携関係を築いていると言える。



【参考】

「ピアサポーター養成」における県との連携について

千葉市では、新たにピアサポーターに関する取り組みに注力する第3分科会（「深め隊」）を追加した際に、その深め隊にてピアサポーター養成も行うつもりだった。

しかし、ピアサポーターの養成に関しては、千葉県でも力を入れており、既に充実したカリキュラム（下記参照）が組まれた養成講座の運営が進んでいたため、市としては、県の活動をフォローする形での支援をすることにシフトした。

例えば、①県の養成講座を受講しピアサポーターになった方を上手に活用する、②ピアサポーター同士の交流の場を設け、仕組み内側からを支えていく——など。せっかくピアサポーターとなっても、「活躍の場がない」という話は他地域でもよく聞く話であり、そこを市がサポートすることで、県とよい連携関係ができればとの狙いもある。

また、「そもそもピアサポーターって何？」という地域住民に向けて（中には関係者でもまだ知らない人もいる）、ピアサポーターそのものの周知徹底もしていくことも「深め隊」の役割となっている。

千葉県「精神障害者ピアサポート専門員養成研修」日程（令和3年度）

課程	期間	会場
前期	令和3年10月30日(土曜日)	千葉県社会福祉協議会社会福祉研修センター (千葉市中央区千葉港4-3)
	令和3年11月6日(土曜日)、13日(土曜日)、20日(土曜日)	ZOOMIによるリモート開催
実習	令和3年11月21日(日曜日)～1月14日(金曜日) 上記のうち合計80時間	受講時に指定された実習先
	令和3年12月11日(土曜日)	ZOOMIによるリモート開催
後期	令和4年1月15日(土曜日)	ZOOMIによるリモート開催
	令和4年1月22日(土曜日)、29日(土曜日)	千葉県社会福祉協議会社会福祉研修センター (千葉市中央区千葉港4-3)

千葉県「精神障害者ピアサポート専門員養成研修」カリキュラム（令和3年度）

科目	内容	科目	内容
ピアサポート専門員総論	ピアサポート専門員の意義、社会的役割、活躍できる職場及び基本的資質等について学ぶとともに、ピアサポートの基本的理念であるリカバリーとストレンダスについて理解を深める。	実習	精神科病院、デイケア及び障害福祉サービス事業所等での実習
コミュニケーション	ピアサポート専門員として求められるコミュニケーションの手法について、実践を交えて理解を深める。	精神保健医療・福祉に関する制度の概要	精神保健福祉法、障害者総合支援法等関連法規に基づく制度の概要を理解する。
ピアサポート専門員の専門性と基本的行動	ピアサポート専門員の持つ専門性並びに求められる基本的行動として、守秘義務をはじめとする職場倫理の遵守、職場内における信頼関係の構築、職場での対立解消の方法及び各種書類作成等について理解を深める。	ピアサポート専門員としての職業準備性と事業者(使用者)に求められること	ピアサポート専門員として働くにあたり準備すべきことや、事業者(使用者)として求められる合理的配慮及び職場での受け入れ準備のポイント等について理解を深める。
精神疾患についての基礎知識	精神疾患のうち、統合失調症、双極性障害などについての基礎知識を学ぶとともに、現在の薬物療法、社会心理療法などについての動向の理解を深める。	心理教育及び有効的な自己対処方法	自らの病状の把握やストレスへの対処法、及び自己対処における様々な方法(SST、当事者研究、WRAP等)を学ぶとともに、心理教育の有効性について理解を深める。
リカバリストories	自分の病気について開示し、他者に語ること(リカバリストories)が、支援対象者に希望を与え、いち早く信頼関係を築くなどの効果があることを学び、その重要性を理解する。	現役ピアサポート専門員の講演及び意見交換	実際に働いているピアサポート専門員の業務内容や経験談を聞き、質疑・意見交換を行うことにより、ピアサポート専門員への理解を深める。
ピアサポート専門員として働き続けるために必要なこと	ピアサポート専門員として働き続けるための重要な視点として、バウンダリー(他者との境界線)についての理解を深める。	チームでの協働とケース会議	グループワークを通じてケース会議を体験することにより、チームでの協働の手法やその重要性を理解する。
実習の心得	精神科病院やクリニック及び障害福祉サービス事業所等で実習をする際の留意点等を理解する。	まとめ	グループワークにより、これまで学んだ内容要点を確認するとともに、自らのピアサポート専門員としてのあり方を考える。

2. 推進システム発展に向けて

(1) 構築推進サポーター事業を活用

平成30年以降、「進め隊」において、チームに分かれて退院支援、地域移行支援の取り組みを実践していたところ、ある課題が浮き彫りとなった。それは、同じ隊内の隊員においても、それぞれ取り組みに対する熱意や力量に差があることである。そもそも、隊員の中には「この活動に参加することで、自身の（あるいは自事業所の）経験値を上げたい」との目的で協力している人も少なくなかったため、当然といえば当然のことであった。

その課題は、年度を重ねるごとに顕著に表面化するようになり、中には、支援の進捗が滞るチームも出てきてしまった。

やはり“支援者支援（育成）”の必要もあることを痛感し、そのための方法を探っていたところ、令和2年度より、推進事業において構築推進サポーター事業が新たに始まることを知った。そこで、同事業を活用し、支援者を育成して、支援する側の能力の底上げを図ることになった。

①OJTによる支援者による支援者のサポート体制構築

事業内容としては、トレーナー・トレーニー方式により、支援者のレベルアップを図り、地域移行支援の推進をより加速化させるというものである。

ある程度の経験をこなし、一定のスキルが備わっている隊員（事業所）がトレーナーとなり、トレーナーの伴走の下で経験を重ねたい人（事業所）がトレーニーとして、OJTで実践を学んでいく。トレーナーは、いまのところ「進め隊」のメンバーが担当しているが、トレーニーとなるのは、隊員に限らず、市内の相談支援事業所からも広く募集している。応募事業所がなかなか現れないときは、市のほうから声掛けをしたこともある。

結局、トレーニーには、令和2年度は3事業所、令和3年度も同じく3事業所（前年度とは異なる事業所）が参加した。

また、実践のモデルとなる事例については、隊員の所属する医療機関（4カ所の医療機関が「進め隊」に参加）から「こういうケースがあるが、この仕組みでやってみてはどうか？」と

<Point>

この際も、市の担当者が直接足を運んで、取り組みの説明をし、参加を促した。

そのときに感じたのは、皆、「やってみたい」という興味はあるものの、なかなか自ら手上げるほどではない、という人が少なくないこと。こちらからの声掛けで、「それなら、ぜひ」という事業所も多く、やはり、能動的な声掛けが大事であると痛感した。

の提案があり、それを基に内容を確認した上で、適宜、割り振っている。

ちなみに、構築推進サポーターでかかる費用については、トレーナーに対しては謝金という形で支払う。ただし、別途、予算を計上するのではなく、従来の標準報酬のなかで処理して賄っている（細かく言えば、市からの委託費の中でこの構築推進サポーター事業分を、従来とは内訳を変えて処理している）。トレーナーは、地域移行の支援事業所として登録していれば、通常通り、市から障害福祉サービスの報酬が支払われる。

②構築推進サポーター事業の成果

地域移行の目安は、1 ケースを3 ヶ月で達成させることを目安としているが、実際はケースバイケースである。トレーナー・トレーニーの取り組みは、1 年度をワンクールとして、1 ケースが終了しても、年度内は継続する。

評価は、毎月、トレーニー側から活動報告を市に提出してもらい、さらに、「進め隊」の定例会の中で、進捗情報として報告をし、隊員たちから意見やアドバイスを求めるようにしている。

構築推進サポーター事業では、令和2年度は、7名の方の地域移行支援を行い、うち4名が無事にプログラムを終了し、2名が令和3年度に持ち越しとなった。その2名は令和3年度途中で修了し、新たに4名が同プログラムの対象となっている（現在も継続中）。

また、推進サポーター側の成果としては、令和2年度にトレーナーとなった3事業所のうちの1事業所は、令和3年度はトレーナーに回っている。

トレーニーだった隊員が力をつけ、次年度からはその隊員がトレーナーとしてトレーニーを受け持つというケースも徐々に増えていく見込みである。

3. 今後の課題

千葉市の体制として、1圏域が1市となる。つまり、千葉市単独の圏域となるため、他の圏域（市）の状況が、よくわからない、見えないという部分がある。集まり、情報交換をする場もいまのところない。

それを少しでも改善すべく、令和3年度は、県の圏域会議に、ゲスト的な形ではあれ、参加するようになった。今後は、これを定例化し、県全体と、その中の各圏域同士の連携をもっと図っていければと考えている。

また、市内に目を向けると、千葉市は政令指定都市であり、6つの行政区がある。区内の連携がまだまだ改善の余地があるところであり、大きな課題だと認識している。同じ市内でも地域の特性は異なり、本来なら各区とうまく連携して、それぞれの地域に合った取り組みができれば理想である。

事例4 米子市

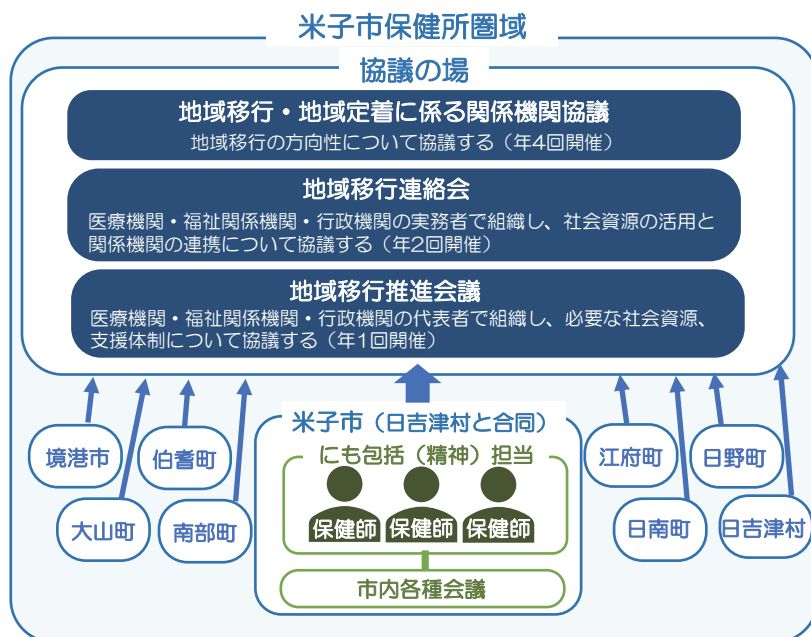
～ 保健師を中心とした市内の連携体制整備 ～

<市の概要>

- 人口：14万6,702人（令和4年2月28日現在）
- 県保健所圏域の市町数：9
- 特徴：県内には鳥取市が管轄する鳥取市保健所（東部）、県が管轄する倉吉保健所（中部）、米子保健所（西部）と3つの保健所圏域がある。米子市は米子保健所圏域に属する。



<米子市の推進体制>



<推進体制構築に関するポイント>

- 「にも包括」の支援体制は圏域で一体的に推進。その中で、市としては、障がい者支援課の保健師3名が専任で担当し個別ケース支援に注力してきた。
- 上記保健師による個別ケース支援を通じ、市内の関係機関・関係専門職との横の連携が自然になされている。また、市民向けのイベント等の実施で地域づくりにも貢献。
- 米子市として令和4年度より「重層的支援体制整備事業」を実施予定。そのための庁内連携強化の仕組みが、「にも包括」も後押ししている。

1. 精神保健医療福祉の検討体制

米子保健所圏域には、9市町（境港市、米子市、日吉津村、大山町、伯耆町、南部町、江府町、日野町、日南町）あるが、長年、圏域として、各市町における精神保健医療福祉に関する施策を包括的に行ってきた。

そうした流れの中で、平成29年度に構築推進事業、平成30年度からは構築支援事業がスタートし、従前からの「地域移行推進会議」と「地域移行連絡会」に加え、「地域移行・地域定着に係る関係機関協議」を、圏域レベルの“協議の場”として位置づけ、圏域内の支援体制整備についての検討を行っている。

令和2年度以降は、各市町にそれぞれ独自の「自立支援協議会」が立ち上げられたが（米子市に囲まれる形で面積も小さい日吉津村は、米子市と合同）、米子市も含め、精神保健医療福祉領域の施策や取組の方向性を検討する中心的な役割は圏域レベルの協議の場が担っている。

そもそも、米子市における精神保健医療福祉分野に関しては、以前より主に市の福祉保健部障がい者支援課に所属する保健師が3名体制で担ってきたという経緯があり、その体制が現在も続いている。途中、異動による保健師の交替はあっても、3名体制は変わることなく、その3名が市内の個別の案件に対して、相談から支援まで関わる中で、必要に応じて、庁内他部署、あるいは庁外の相談支援事業所や、医療機関等とも連携を取り、地域において協力関係を広げ、関係性を築いてきた。

また、平成31年からは、基幹相談支援センターが市の直営（一部機能は委託）で開設され、庁舎内の障がい者支援課内に入った（市の障害者支援課の保健師とは、同じフロアで業務にあたっている）。基幹相談支援センターは、市内に16カ所ある相談支援事業所をまとめる役割も果たしており、障がい者支援課の保健師と同センターの相談支援専門員は、月に1回の定例会などで情報共有を図るとともに、連携してケース対応にもあたっている。

そうしたなか、さらに、米子市では令和4年度から「重層的支援体制整備事業」（以後、重層事業と言う。）を実施予定であり、その前段階として移行準備事業が令和3年度より動き出している。これまで「にも包括」で進めてきた上記のような庁内・

<Point>

米子保健所圏域の特徴として、圏域レベルの協議の場で、圏域内の市町村における精神保健医療福祉領域の施策や取組の方向性を一体的に検討するスタイルを取っている点があげられる。

<Point>

平成30年以降は、「にも包括」構築支援事業の一環として、市の保健師が保健所保健師、相談支援事業所の精神保健福祉士及び相談支援専門員に同行しての病院訪問が始まっている。

<Point>

すでに始まっている「重層的支援会議」等に参加した障害福祉課の保健師は、「庁内において、これまでバラバラだった情報が、皆が集まり話し合うことで、1つの横串で繋がっていくのを実感した」と言う。1つの課のみで考えていたら分からないことも、いろいろな知恵が出て、支援の幅が広がっている。

庁外の横の協力体制が、まさに重層事業の方向性とも合致するため、今後は、重層事業の側面からも、精神保健医療福祉と他分野の連携促進により力を入れていく形となっている。

2. 精神担当（保健師）による横の連携

（1）個別支援に対する姿勢が仲間を広げる

①市の保健師としての姿勢

そもそも市の障がい者支援課の保健師たちは、以前より「地域包括ケアシステム」における福祉には、高齢者だけでなく、母子も精神障害も全て含まれるとの認識で活動していた。したがって、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という言葉を耳にした際にも、なぜ今、“精神障害者にも”と改めて強調するのだろうかとの、違和感を抱いたと言う。

市内の精神保健医療福祉分野に限らない、他分野も含めた横の連携が、現場で自発的に進んでいった背景には、こうした姿勢が以前から市の保健師たちに受け継がれていたことが大きく影響している。

②個別支援を通じた庁内・庁外関係機関との連携

精神障害に係るケースは、まずは障がい者支援課の保健師3名のいずれかが窓口となり、相談を受ける仕組みになっている。

担当した保健師は、そのケースの1つひとつの支援に真摯に取り組む中で、必要に応じてその都度、柔軟に関係機関と連携を取り、支援の幅を広げ、解決にあたってきた。

つまり、当たり前のように庁内の縦割りを飛び越え、庁外にも仲間を増やし、意図的ではなく自然に「にも包括」の基盤をつくっていたのである。

例えば、面談を重ねるうちに、対象者の背景がより詳しく浮かび上がってくれば、家族に高齢者がいる場合は長寿社会課へ、生活保護の家庭なら福祉課へ、また、健康対策課、こども相談課に協力を仰ぐこともある。さらに、そこから庁外の関係機関（社会福祉協議会、地域包括支援センター、児童相談所、医療

機関、地区保健所、地区相談支援事業所など）に繋げる場合も——といった具合である。

（２）地域に向けた取り組みの継続的实施

市の精神保健医療福祉に係るケース全般を担当する障がい者支援課の３名の保健師は、これも同じく、必要性を感じたことから、積極的に役所の外にも出向き、市民に向けたサポートイベント、精神障害者・こころの健康に対する知識の普及啓発、ボランティアの養成などの取り組みを実施。それを長年にわたり継続している。

それらの取り組みを通して、さらに仲間を増やし、「にも包括」構築に向けての地域づくりにも貢献している。

主な取り組みは下記の通り。

●「地区公民館大学」

定期的な活動ではないが、地域の公民館での社会教育講座。公民館からの要請を受け、身近なテーマで（例：「大人の発達障害って何だろう」）、保健師が当事者と共に登壇し、講義をする。発達障害に悩む当事者が「私の特性と理解してもらいたいこと」と題し、皆の前で講演することもある。

●「出張！ なんでも健康相談」

健康対策課の担当保健師が乳幼児から高齢者までを対象に実施している健康相談で、そこに障害者支援も参画させてもらった。2020年より開始。市内29カ所の公民館で毎月実施している。場所によっては、地域包括支援センターや保健推進員も加わり、共同で実施しているところもある。

●「こころの健康講座」

平成14年から実施。初年度は保健所と協力して実施し、次年度からは社会福祉協議会のボランティアセンターとの共催で行っていたが、「こころの健康講座」として令和2年度からは障がい者支援課単独で実施している。

目的は、①地域住民へ向けた、こころの健康に関心に対する知識の普及・啓発、②精神障害者に対する理解を深め、精神障害者の社会参加を促進し、安心して暮らせる地域づくり、③そのためのボランティアの育成（ボランティア講座の実施）などである。

<Point>

こうした一般的な健康相談に、メンタルヘルス（精神障害）の視点も絡めていくことは、市民の意識啓発の意味でも重要である。

実際には、なかなかここで精神の相談には繋がらないが、「近所に引きこもりの人がいる」といった情報が、ここから得られたこともある。会議には、上記保健師も参加しているが、これまで庁内で縦割りだった情報が横串を通し1つに繋がっていくことを実感している。

(参考) 令和3年度「こころの健康講座」プログラム

	内 容
第1回	①講演「こころの健康～メンタルヘルスについて～」 ②講演「精神障がいについて」
第2回	①講演「精神保健制度と保健師業務について」 ②講演「基幹相談支援センターについて」 ③講演「病院から地域へつなぐために」
第3回	発達障がいとひきこもりに関する学習 ① 講演「発達障がいとひきこもりの基礎知識」 ② 当事者の話 ③ 家族会の話
第4回	ひきこもりの現状と支援について ① 支援者の話 ② 家族会の話
第5回	① ボランティア活動体験談 ② 米子市デイケアに参加交流
第6回	① グループホーム見学 ② 作業所見学

●「こころの広場」

平成15年より実施している市主催の障害者デイケアである。在宅療養中の精神障害者の社会参加を目的に、月に1回、毎回10名程度が集まり、仲間との交流を楽しんでいる。その際、保健師が面談をし、さまざまなサービスに繋げたりもしている。

また、上記「こころの健康講座」で養成されたボランティアが参加し、当日の運営協力を行っている。

(3) さらなる連携の拡大

「重層的支援体制整備事業」実施に際して

前述の通り、米子市では、令和4年度より重層事業を実施予定であり、令和3年度現在、移行準備事業に取りかかっている。その過程において、庁内における縦割りのシステムを打破することが課題に上がり、それを解決するため、以下の取り組みを開始した。

従前からある「にも包括」における保健師を基軸とした横の連携を、多分野にも浸透させ、仕組みとして体制化し、より機動力を持たせる狙いもある。

●「断らない相談マネジャー」

令和3年度から、重層事業への移行準備事業の一環として、「断らない相談マネジャー」なる役割を、まずは庁内の福祉保健部、こども総本部に設置した。断らない相談マネジャーは、「どんな相談であっても、断らず、まずはしっかりと受け止めて、必要に応じて庁内の他の課と情報を共有し連携する。そのための橋渡し役」との位置づけである。ちなみに、福祉保健部には5つの課があり、障がい者支援課の保健師もマネジャーとして任命されている。

●「断らない相談研修」

まずは庁内に向けて、福祉政策部主催で「断らない相談研修」を実施。「市民の困りごとに対しては、例え担当分野が違って、まずは断らず“受け止め”、その後、庁内で一致団結し連携して問題解決にあたろう。これも重層的支援体制構築のための一つである」との意識の普及啓発に努めた。

●「マネジャー会議」

不定期ではあるが、「マネジャー会議」も開催。各課のマネジャーが集まり、情報・課題の共有を図っている。

<Point>

前述の「重層的支援会議」よりも、より個人レベルで、他課の人同士が話しやすい環境が生まれた。会議での発言から、その人の考え方などもよくわかり、それが今後のスムーズな連携にも繋がっていく。「重層支援会

3. 今後の課題・展望

令和4年度から重層事業を実施していくにあたり、前段階として、移行準備事業を始め、「重層的支援会議」等を定期的を実施することとなったわけであるが、重層的に課題解決にあたればあたるほど、やはりどうしても精神障害者支援に関することが増えてくる。困難ケースほど、その根幹に精神の問題を孕んでいることが多いということも事実である。実際、他部門から精神保健医療福祉領域に相談があった件数としては、令和3年度時点でかなり増加の傾向が顕著である。

そこで、今後、構築支援事業を進めていき、かつ重層的な支援を必要とする際が多（他）機関連携に当たる体制を強化していく上では、市レベルの協議の場を整備し、体制をより加速していくための検討も急がれるところである。

また、重層事業の側面からは、市内のさまざまな問題解決の総合化を目的として、市直営の「総合相談支援センター」の整備を検討している。イメージとしては、既存の地域包括支援センターを全世代・全分野型にしていくというもの。段階的にはなるだろうが、そこに精神障害者支援も統合していけたらと考えている。

いずれにせよ、米子市は、障がい者支援課の保健師たちを基軸とした「にも包括」のためのマインドがあること、そのために取り組む地盤がすでにあることを強みとし、重層事業との両輪で一層の体制整備を進めていく。

<Point>

「にも包括」と聞いて、新しいことに取り組むわけではない。米子市内の精神保健医療福祉の担当（保健師）として、これまでに「当たり前」にやってきたことが、そのまま「にも包括」に活かせる、という意識を持った、あるいは気づいたことが、逆にこれからの取組を推進する上での自信となっている。