

青森県青森市

青森市の『にも包括』の取組

青森市では、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、東地方保健所や他町村（平内町、外ヶ浜町、今別町、蓬田村）とも連携しながら協議の場の活性化に取り組んでいます。

1 県、指定都市、中核市、特別区の基礎情報

青森県青森市

青森市は、青森県のほぼ中央に位置し、本州と北海道を繋ぐ交通と物流の要衝として北東北における交通・行政・経済・文化の拠点都市です。

八甲田連峰や陸奥湾などの美しい自然に囲まれ、四季折々の景観や、りんご、カシス、ナマコやホタテなど豊富な食材、日本を代表する祭り「青森ねぶた祭」、世界遺産三内丸山遺跡をはじめとした縄文遺跡群が等があります。



取組内容

- 相談支援事業所ガイドマップの作成
- 障害福祉サービスに向けた事業所ガイドマップ（居住系、就労系、生活介護、障害児通所系）の作成
- 相談支援連絡会議（全体、委託、圏域）
- 障がい者自立支援協会の開催 年3回
4部会：みんなの未来部会、相談支援部会、就労支援部会、障害児部会
- 地域生活拠点の設置 1か所

基本情報（都道府県等情報）

障害保健福祉圏域数 (R5年4月時点)	1	か所	
市町村数 (R5年4月時点)	1	市町村	
人口 (R5年4月時点)	269,095	人	
精神科病院の数 (R5年4月時点)	6	病院	
精神科病床数 (R5年4月時点)	1,084	床	
入院精神障害者数 (R3年6月時点)	合計	974 人	
	3か月未満（％：構成割合）	208 人	
		21.4 %	
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	203 人	
		20.8 %	
1年以上（％：構成割合）	563 人		
	57.8 %		
	うち65歳未満	153 人	
	うち65歳以上	410 人	
退院率（R〇年〇月時点）	入院後3か月時点	- %	
	入院後6か月時点	- %	
	入院後1年時点	- %	
相談支援事業所数 (R5年4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	19 か所	
	特定相談支援事業所数	38 か所	
保健所数 (R5年4月時点)	1	か所	
(自立支援)協議会の開催頻度 (R4年度)	(自立支援)協議会の開催頻度	3 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の場の設置状況 (R5年4月時点)	都道府県	有・無	- か所
	障害保健福祉圏域	有・無	- / - か所/障害圏域数
	市町村	有・無	1 / 1 か所/市町村数

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（全体）

青森市では、精神障がい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精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、『にも包括』という。）の構築に向けて、東地方保健所、町村、相談支援事業者、医療機関、その他関係機関等との連携体制の整備を図るために地域相談支援連絡会等を開催している。

1 地域相談支援連絡会

- ・年2回開催しているが、令和5年度は年3回を予定
- ・長期入院者の解消に向けた病院ごとのロードマップの作成
- ・にも包括の構築に向けた課題の抽出等

2 ピアサポーターの養成

- ・年1回、地域活動支援センター I 型3か所と保健予防課（市保健所）、障がい者支援課とで企画運営

3 精神保健福祉関係職員連絡会

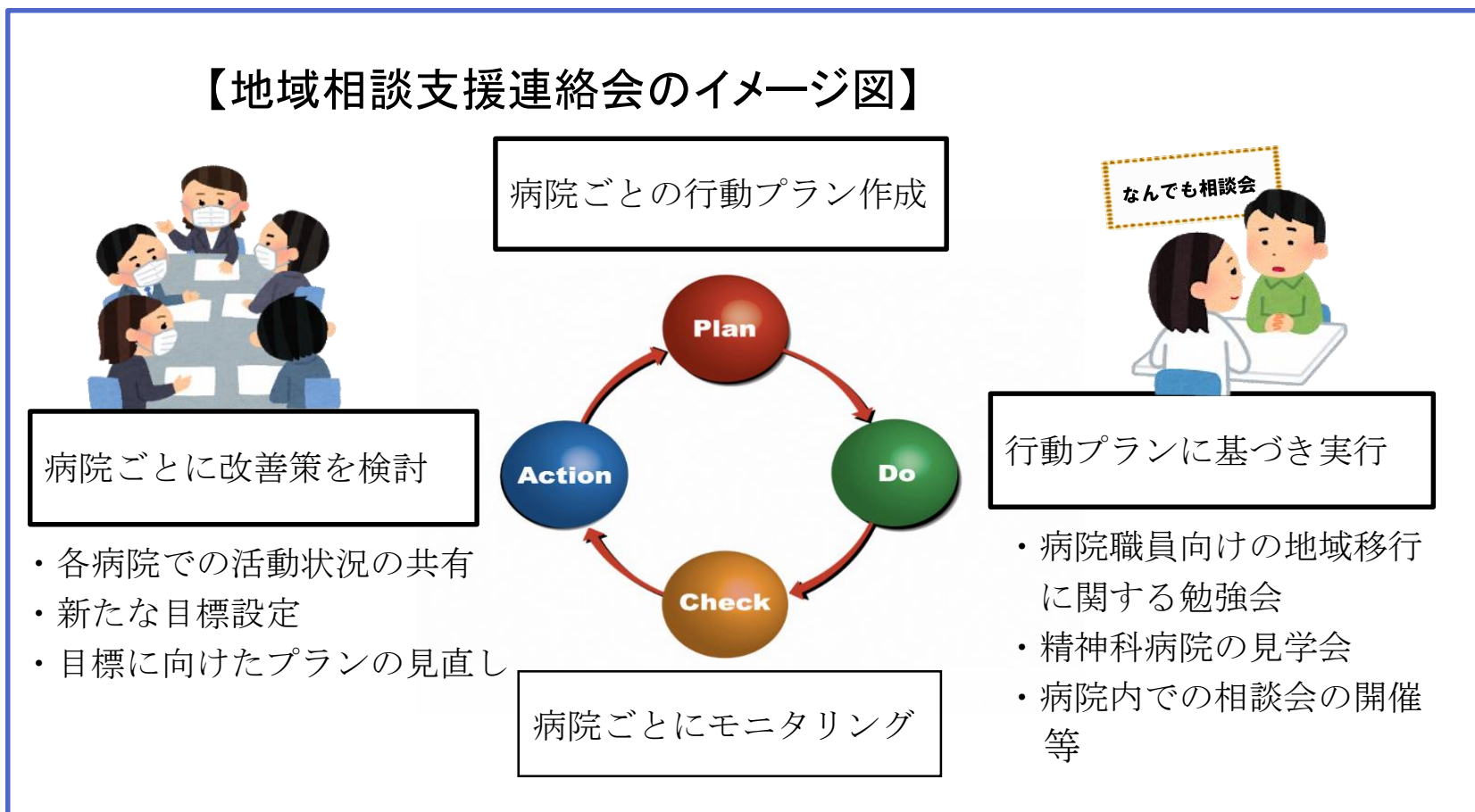
- ・管内の精神科病院の職員を対象に保健予防課が中心となって会議を運営

4 措置入院者退院後支援

- ・青森県措置入院者退院後支援マニュアルに基づき、保健予防課で実施。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（イメージ）

【地域相談支援連絡会のイメージ図】



2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（取組例）

【病院ごとのロードマップ作成のためのワークの内容】 長期入院者の退院支援に向けた連携

①前回の会議で決めた目標値 _____人

うち現在の利用者数 _____人



④地域移行支援利用予定者数目標値

令和 年12月まで _____人

③R .12月までに取り組む具体的な流れ

	7月	8月	9月	10月	11月	12月
病院						
相談支援事業所						
地域包括支援センター						
行政						

② これまで連携してよかったこと
R .12月までにやってみたいこと、連携したいこと

(病院)

(相談支援事業所)

(地域包括支援センター)

(行政)

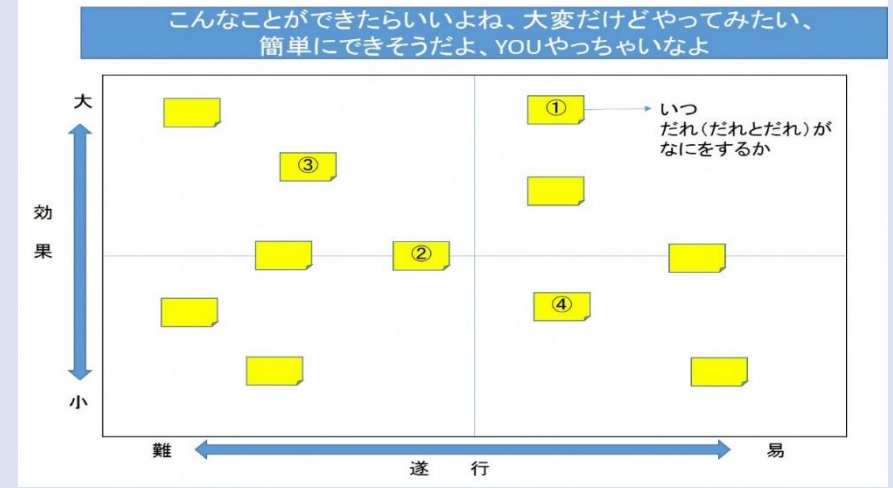
2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（取組例）

【病院ごとのロードマップ作成のためのワークの内容】 長期入院者の退院をより進めていくために

① 6ヶ月間の振り返り(現状と課題)

・前回の目標値 _____ 人(現在利用人数 _____ 人)

② 個人ワークと共有



③R .6月までに取り組む具体的な流れ

具体的な取組	取組のゴール	1月	2月	3月	4月	5月	6月	地域移行支援目標人数
①								令和 年 月まで 人
②								
③								
④								
⑤								

コロナ前のフロンティア活動

「なんでも相談会」を
開催しよう

- まずは地域移行あいきではなく、話すことはなんでもいいので患者さんと会ってみよう！
- 退院へ向けての芙蓉会病院内の雰囲気をあたためよう！

「なんでも相談会」

そうだっ！
チームの
ネーミングを
考えよう！



なんなら、
チームTシャツ作ろう！（笑）

なんでも相談会

地域の相談員さんが
今日病院にきてくれます。

「外に出てみたい」「退院したい」
「相談できる人が欲しい」

まずはなんでも相談してみよう！

日時：11月30日（金）15:00～ 場所：第6病棟、第7病棟



なんでも相談会

『外に出てみたい』
『退院したい』
『相談出来る人が欲しい』

など
なんでもOKなんです

地域の相談員さんが
病院にきてくれます。

まずはなんでも
相談してみよう！！

平成31年4月25日（木）
15:00～16:00
第6病棟・第7病棟にて



2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（取組例）

第1回の様子



芙蓉会病院の現状

- 🌀 現在地域移行進行中ケース 10件
- 🌀 移行で退院したケース 1件
- 🌀 相談会を通して地域につながったケース 7件

H31年4月の様子



チームFRONTIERの 今後のスケジュール

長期目標

患者さんと一緒に地域で暮らす楽しさ・おもしろさを伝えていこう(地域移行支援件数: 10件)

短期目標

地域移行含めた退院支援の旨みを共有していこう



2～3ヶ月に1回ペースでの相談会開催
病棟カンファにて病院・事業所ぶっちゃけトーク

コロナ禍でのフロンティア活動



フロンティアの活動として芙蓉会病院内で行われた「なんでも相談会」は、平成30年度～令和元年度までに計4回開催してきました。

しかし、令和2年度は流行する新型コロナウイルスの感染拡大を考慮し、地域の事業所の方を院内にお招きすることが難しくなっていました。

このコロナ禍でもできることはあるのではないかと、事業所の方々と病院で検討を重ねた結果、リモートにて、入院患者様が事業所の方とお話できる


「オンラインなんでも相談会」
の実現に至りました。

R2年度第2回回広域調整会議スライドより一部抜粋して加工

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（取組例）

【地域移行支援につなぐための患者さん向けリーフレット・表裏】

地域での暮らしの一例



八田 春代さんの場合

10年間精神科病院に入院していました。
一人暮らしには自信がないから、退院できないと思っていたけど、勇気を出して『退院したい』という気持ちを看護師に伝え、地域移行支援を利用しました。
今は、いろいろなサービスを使いながらアパートで一人暮らしを続けています。

わたしの利用しているサービスを紹介します

居宅介護（ヘルパー） ヘルパーがアパートに来て、掃除や洗濯などを手伝ってくれます。	訪問看護 定期的に看護師がアパートに来て体調を確認してくれます。
就労継続支援B型 支援員にサポートしてもらいながら、自分のペースで作業を行い、工賃をもらっています。	相談支援専門員 困りごとの相談にのってくれたり、サービスの調整をしてくれます。

1ヶ月の生活費

収入	11万円	支出	
・障害年金	(6.5万円)	・アパート家賃	(3万円)
・生活保護費	(3万円)	・光熱費	(2万円)
・工賃	(1.5万円)	・食事などの生活費	(3万円)
		・趣味、たばこ代	(2万円)
		・貯金	(1万円)

東青地域県民局地域健康福祉部保健室（東地方保健所）
青森市福祉部障がい者支援課 青森市保健部青森市保健所保健予防課
(令和3年12月改訂)

退院して地域で暮らそう

- 入院が長くなって、どうやって退院したらいいかわからず困っていませんか？
- 『地域移行支援』という制度をご存知でしょうか？
- 病院のスタッフと地域にある相談支援事業所が一緒になって、**退院に向けてあなたのお手伝いをするサービス**です。



住まい
お金
暮らし
どうしたらいいだろう



病院スタッフ

さあ、退院の準備を始めませんか？
私たちがお手伝いします。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（取組例）

【地域移行支援につなぐための患者さん向けリーフレット・中】

『地域移行支援』を利用して退院の準備を始めよう！

①伝える
主治医や看護師、相談員に『退院したい』と伝えてください。
相談員が地域移行支援について詳しく教えてくれます。

②相談する
相談支援専門員が会いに来ます。
「どんな暮らしをしたいのか」、「退院するのにこんな不安がある」等、なんでも話してください。
退院までに準備することをあなたと相談しながら一緒に考えて退院に向けて計画を立てます。

③暮らしの場を探す
外出や外泊をしながら住まいを探したり施設の体験宿泊をしてみる等、あなたに合った退院先を一緒に考えて見つけていきます。

④日々の暮らしに必要なことを考える
いろいろな生活場面で苦手なことや不安なことを手伝ってくれるサービスがあります。また、働き方にもいろいろあるので、あなたに合った暮らし方や働き方を一緒に考えます。

⑤退院後の生活に必要な手続きや買物をする
「住まい」と「暮らし方」が決まったら、新しい生活に向けて必要な手続きや買物に行きましょう。相談支援専門員がサポートします。

こんな不安はありませんか？

- お金のこと
⇒生活保護、障害年金、自立支援医療など利用できる制度を一緒に考えます。
- 住まいのこと
⇒あなたに合った住まいを一緒に探します。どこで生活したいか教えてください。
- 仕事のこと
⇒いろいろな働き方があります。あなたに合った働き方を一緒に考えます。

暮らしの場にはこんなところがあります

- 自宅
- アパート
- 公営住宅
- グループホーム
- 宿泊型自立訓練施設
- 高齢者向け住宅 など

色々なサービスを利用することができます

- ホームヘルプサービス
- 訪問看護
- 就労継続支援 A・B 型
- デイケア
- 地域定着支援 など

さあ、新しい生活のスタートです！
不安なことがあれば、周囲の人に相談してあなたらしい生活に踏み出しましょう。

3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の経緯

平成18年12月	相談支援事業所連絡会議開始
平成23年12月	地域相談支援連絡会開始
平成24～26年度	地域相談支援連絡会(年2回)
平成27年10月～	ピアサポーター養成研修開始
平成27年12月	地域相談支援連絡会 ⇒ 病院毎に目標値を設定
平成28年6月	地域相談支援連絡会⇒ 病院毎の取り組みをモニタリング
平成29年12月～	東青地域生活支援広域調整会議と合同開催 (平内町、外ヶ浜町、今別町、蓬田村も参加)
令和元年6月～ 令和2年度	地域相談支援連絡会に地域包括支援センターが参加 コロナの影響で地域相談支援連絡会の開催中止 (6月、12月に資料送付により情報共有)
令和2年12月	地域相談支援連絡会を 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場として設置
令和3年6月、12月	オンラインで地域相談支援連絡会を実施 地域移行支援のリーフレットの作成(改訂版)
令和4年7月、12月	高齢の長期入院者の退院に向けた連携フローの作成、 地域移行支援ポスターの作成

4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する取組の成果・効果

＜令和4年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	目標値 (R4年度当初)	実績値 (R4年度末)	具体的な成果・効果
①病院ごとの高齢の入院者が地域移行支援を利用して地域で生活するまでの各機関の役割や流れのフローの作成	完成	完成	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ごとに連携フローを作成 ・共通する部分や重要な部分をまとめた連携フローの作成 ・地域包括支援センター等の高齢者支援機関の介入のタイミングなどを関係機関と共有
②病棟に掲示する地域移行支援のポスターの作成	完成	完成 3種類作成	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ごとに入院者の状況に合わせて病棟にポスターを掲示
③令和3年12月に病院ごとに作成した取組に対するモニタリング(地域移行支援利用者数等)	21人 (R3年12月)	10人 (R4年12月)	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍により、病院ごとに地域移行支援につなげるための取組ができていないこともあり、利用数が伸びなかった。

4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する取組の成果・効果

高齢の入院者が地域移行支援を利用して地域で生活するまでの各機関の役割や流れ

退院支援 〈院内調整〉

退院支援 〈地域移行支援の前〉

退院支援 〈地域移行支援の開始〉

退院

地域生活

ワーク①

◆本人に対する退院後の生活の希望の確認方法
病院では、主に次の2つの場合がある

- 主治医が本人の意向を確認し、病棟スタッフ（精神保健福祉士、看護師、作業療法士等）へ伝える
- 病棟スタッフ（特に精神保健福祉士が中心となって）が本人の意向を確認し、主治医へ退院に向けて相談する



◆地域移行支援へつなぐまでの院内の流れ◆

- ① 院内のカンファレンスを定期的に行い職種間で本人の意向や経過を確認する
- ② 精神保健福祉士が、本人へ地域移行支援について説明し、相談支援事業所に連絡する



◆地域移行支援につながるまでの各機関の役割◆

【共通】
日頃から顔の見える連携体制を作り、連携強化を進めるために、病院へ支援機関が集まり情報交換などを行う



【相談支援事業所】

- 病院スタッフから連絡があったら、本人への面会に行く
- 病院で行われる相談会等への参加

【地域包括支援センター・ケアマネ】

- 介護保険の利用に向けた勉強会などの機会を提供

【行政】

- 地域移行支援や退院後に利用できるサービスなどの制度説明（出前講座）、制度の周知

ワーク②

◆地域移行支援の利用までの各機関の役割◆

【病院】

- 院内の多職種（主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、薬剤師等）でカンファレンスを行い、本人のこれまでの治療経過や生活歴等（本人の生活課題のみならず、興味関心、ストレス等）について整理しておく
- 看護師は本人とのかかわりの時間が長くなるため、看護サマリー等の情報も重要
- 介護保険の利用が見込まれる場合は、精神保健福祉士等が介護保険の申請を進めていく
- 家族等へ本人の意向や退院に向けた経過を伝える



【相談支援事業所】

- 本人との関係づくりが重要
- 地域移行支援の制度や支援の流れについて本人や家族へ説明する（受け身にならない、主体性を持ってかわる）
- 本人との面談をとおり、本人の思いを把握し、地域移行支援利用の意向を確認する
- 介護給付費の利用が見込まれる場合は、障害支援区分の申請も検討しておく



【地域包括支援センター】

- 相談支援事業所が本人と面談をする際に同席し、介護保険サービスやケアマネ等の情報提供を行う



【行政】

- 認定調査やサービス等利用計画の確認を行い、地域移行支援の支給決定がスムーズに行われるようにする

ワーク③

◆地域移行支援利用中の役割や動き◆

【1か月目】

- 初回月は相談支援事業所の訪問回数は多く、本人との関係性を築いていく
- 病院スタッフと相談支援事業所とで、本人の不安や退院先の希望を確認しながら進め方を整理する



【2か月目】

- 介護保険の申請を行う時期となり、あらかじめ介護保険サービスの利用が見込まれる場合は、病院の精神保健福祉士等が早い段階で申請手続きを支援することも考えられる
- 本人の不安や気持ちの揺らぎを受け止めながら本人のペースに合わせて支援展開していく

【3～5か月目】

- 介護度がわかったら、担当することになるケアマネと一緒に本人の面談を行う
- 介護度に合わせた本人の住居先等の見学や体験利用を進めていく
- 住居先の見学や体験利用の際は、相談支援事業所のみならず、ケアマネにも同席してもらい退院後の生活に向けたアセスメントを深めていく



【6ヶ月目（退院月）】

- 退院後の生活に必要な物を準備する段階になると、相談支援事業所が病院へ来る回数が増える。
- 退院後に訪問看護を利用する場合は、病院が退院前訪問を行い、服薬方法や生活環境について確認しておく
- 退院後の生活費等について、生活保護の利用が見込まれる場合は、退院先がある程度決まった段階で、生活保護の申請や相談に行く（概ね2週間程度で生活保護の結果が出るが、退院後の本人の生活に支障が出ないように注意する）

ワーク④

退院先が決まり…

◆退院までに整理すること◆

【共同で行うこと】

- 本人の病状悪化のサインや病状悪化を防ぐために本人や支援者が何をやるかを可視化したクライシスプランの作成
- 入居に必要な手続き（家賃の支払い、ライフライン等の契約）や足りない物等の確認
- 退院日の動き、役割の整理



【病院】

- 看護サマリーを整理し、退院先の施設や訪問看護事業所等へ情報提供する準備
- 通院先（精神科以外も含む）への紹介状の作成
- 初回の受診日の確認（精神科以外も含む）
- 服薬方法、薬剤管理方法の確認



【相談支援事業所】

- 地域定着支援、自立生活援助の利用に向けた調整
- 病状悪化時に医療につながる場合の支援体制と受入体制について整理
- ケアマネに引き継ぐ場合、退院後の本人へのかかわる頻度や支援終了時期の確認



【地域包括支援センター・ケアマネ】

- ケアプランの作成、介護サービスの利用調整
- 退院後、障害福祉サービスの利用が見込まれる場合（併給等）退院時までに支給決定が受けられるように調整



サービス担当者会議（退院前のケア会議）

必要に応じてケア会議の開催



4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する取組の成果・効果

【ポスター3種類】

退院して地域で暮らそう

あなたらしい生活は どんな生活ですか？

あなたの ありのままの 想いを 聴かせてください



あなたの退院を応援する **地域移行支援**
という制度を知っていますか？

私たち病院スタッフに
気軽に声をかけてください



★リーフレットもあります★

東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係

退院して地域で暮らそう

あなたらしい生活は どんな生活ですか？

あなたの ありのままの 想いを 聴かせてください



あなたの退院を応援する **地域移行支援**
という制度を知っていますか？

私たち病院スタッフに
気軽に声をかけてください





東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係

退院して地域で暮らそう

入院が長くなって、どうやって退院したいかわからず困っていませんか？

『**地域移行支援**』という制度をご存知でしょうか？
病院のスタッフと地域にある相談支援事業所が一緒になって、
退院に向けてあなたのお手伝いをするサービスです。

私たち病院スタッフに気軽に声をかけてください
あなたの退院について一緒に考えます
あなたのありのままの想いを 聴かせてください



★リーフレットもあります★

東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係
東京都立中央病院地域連携推進室 地域連携推進課 地域連携推進係

5 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現時点における強みと課題

【特徴(強み)】

相談支援事業所と行政機関との連携体制や委託と指定の役割や協力体制が明確になっている。
地域移行支援を行っている事業所が、精神科病院との連携がスムーズになっている。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する役割(取組)	
病院ごとに長期入院者の解消に向けた取り組みに差が出ている。	病院ごとにロードマップを作成せず、市全体で課題や取組を抽出する	行政	病院へのアンケート
		医療	相談支援事業所との連携促進
		福祉	精神科病院との連携促進
		その他関係機関・住民等	-
青森市の『にも包括』の課題・取組の抽出	令和5年度の地域相談支援連絡会で実施	行政	会議の運営、課題の整理等
		医療	会議に参加し、意見を出す
		福祉	会議に参加し、意見を出す
		その他関係機関・住民等	会議に参加し、意見を出す

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (今年度当初)	目標値 (令和5年度末)	見込んでいる成果・効果
①地域課題の洗い出し	-	-	要素ごとの課題や取組案の抽出
②推進に向けた取り組みの検討	-	-	要素ごとの取組、他要素との連携した取組内容がわかる
③推進に向けた具体的な取組を決める	-	-	いつ、だれが、どのように取り組むのかが明確になる

6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための連携状況

【にも包括構築の体制】

障がい者支援課と保健予防課、東地方保健所が協働し、協議の場を運営しており、精神科病院、相談支援事業所、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、法テラス、等が参加している。また、協議の場と自立支援協議会が情報を共有しながらにも包括の構築を推進している

所管部署名	所管部署における主な業務
障がい者支援課	障がい者手帳、障害福祉サービスの決定、自立支援協議会の運営 にも包括協議の場の運営
保健予防課	精神保健福祉相談、自殺対策 にも包括協議の場の運営

連携部署名	連携部署における主な業務
高齢者支援課	基幹地域包括支援センターの運営等
あおもり親子はぐくみプラザ	要対協の運営、母子保健、健診等
東地方保健所	精神保健福祉相談、措置入院等の決定

各部門の連携状況		強み・課題等
保健	①保健予防課が中心となって、管内の精神科病院を対象に連絡会を実施している。 ②メンタルヘルスの課題を抱える母子への支援がスムーズ	①保健所と病院との連携がスムーズに行えている。 ②保健予防課とあおもり親子はぐくみプラザが隣接しているため連携がしやすい
医療	管内にある精神科病院で行った『なんでも相談会』を他の精神科病院でも取り組めるように情報交換を行っている。	・取組が少しずつ広がっている ・地域移行支援の利用者が増加しない
福祉	5か所の委託相談支援事業所による委託会議、5か所の圏域ごとに圏域会議を実施している。 委託相談支援事業所と地域包括支援センターの担当地域を合わせている	・必要な情報等がスムーズに共有できる
その他関係機関・住民等	青森市障がい者自立支援協議会等で取組状況を情報提供	・当事者が委員として参加している

7 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための協議の場の実施状況

名称	協議の場の構成員	開催頻度	実施内容	特記事項等(課題・強み等)
地域相談支援連絡会	行政(保健、障害福祉、高齢)、相談支援事業所、地域包括支援センター、精神科病院、法テラス、精神保健福祉センター	2回/年	長期入院の解消に向けた病院ごとの取組ロードマップの作成等	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ごとに取組に差が出ている ・長期入院者が地域移行支援の利用につながる ・様々なツールの作成
事務局打ち合わせ	障がい者支援課、保健予防課、東地方保健所	4回程度/年	地域相談支援連絡会の進め方の確認、会議後の振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・県保健所と市とで協働して進めている

【その他事項】 ※協議の場運営における課題や悩んでいる点、アドバイザーに相談したい事項など、自由に記載ください

- ・地域相談支援連絡会では、参加者が多くなり(約100名)、会場選びに困っている。
- ・地域移行支援以外のにも包括の取組を進めていく場合、参加者がこれまで以上に多くなることもあり、運営体制について再検討が必要な時期にもなっている。

8 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今年度の取組スケジュール

時期(月)	実施する項目	実施する内容
R5年8月	協議の場の開催	医療機関、相談支援事業所、行政等のグループごとにグループワークを実施し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた地域の課題の洗い出しを行った。
R5年11月	協議の場の開催	医療機関、相談支援事業所、行政等のグループごとにグループワークを実施し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の推進に向けた取組の検討を行う予定。
R6年1月	協議の場の開催	医療機関、相談支援事業所、行政等のグループごとにグループワークを実施し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の推進に向けた次年度以降の取組を具体的に決める予定。