

宇都宮市



精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた取組について

宇都宮市では令和3年3月に、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」構築についての協議の場として、本市自立支援協議会に「精神障がい者地域移行・定着支援部会」を設置し、情報共有や意見交換を通して課題の導出を行っており、今後は課題を踏まえ、長期入院者等の地域移行・地域定着に向けた取組や、目標設定について検討していく。

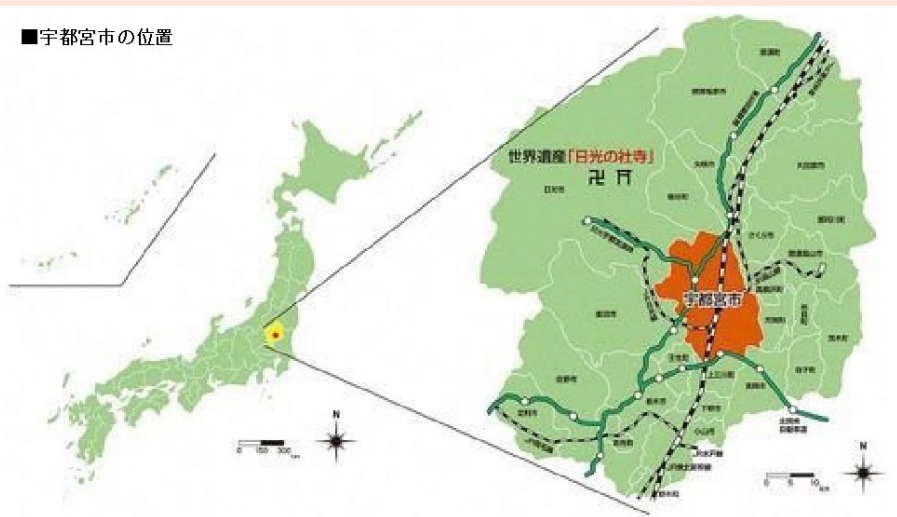
1 県、指定都市、中核市、特別区の基礎情報

宇都宮市

本市は、栃木県のほぼ中央、東京から北に約100kmの距離に位置し、面積は416.85km²で、県土の約6.5%を占めている。

南北には東北新幹線、東北自動車道、国道4号が、東西には北関東自動車道が市内を貫くなど、主要な交通が交差する要衝にある。

■宇都宮市の位置



取組内容

- **精神障がい者地域移行・定着支援部会**
本市の「協議の場」として実施
- **県の「地域移行ワーキンググループ」への参画**
県の「協議の場」に参加，研修の運営も協力
- **精神障がい者の退院後支援事業における連携**
精神科病院と保健所を中心とした措置入院患者支援
- **県試行運用「精神保健アウトリーチ事業」においてモデル事例として支援実施**
未治療者・治療中断者への支援

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）	513,264	人	
精神科病院の数（R5年4月時点）	7	病院	
精神科病床数（R5年4月時点）	1,873	床	
入院精神障害者数 （R5年3月末時点）	合計	1,361	人
	3か月未満 （％：構成割合）	0.0	人 ％
	3か月以上1年未満 （％：構成割合）	0.0	人 ％
	1年以上 （％：構成割合）	0.0	人 ％
	うち65歳未満		人
	うち65歳以上		人
退院率（R●年●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	1	か所
	一般相談支援事業所数	14	か所
	特定相談支援事業所数	52	か所
保健所数（R5年4月時点） （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	1（各部会は計10回）	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	1 / 1 か所 ／市町村数

詳細は未把握

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）

○宇都宮市障がい者自立支援協議会 精神障がい者地域移行・定着支援部会 の開催

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係る課題解決等について検討するため、保健・医療・福祉関係者による「協議の場」として、R3.3月に設置。

- ・委員・・・指定一般相談支援事業所(2名), 当事者団体(1名), 精神科病院(2名), 訪問看護ステーション(1名)から計6名
- ・事務局・・・障がい福祉課, 保健予防課
- ・開催実績・・・年1回(R2～4年度)

○栃木県自立支援協議会 相談支援部会 地域移行ワーキンググループ への参画

- ・県の「協議の場」の委員として障がい福祉課・保健予防課からそれぞれ参加(年4～5回程度)
- ・ワーキングにおいて企画する, 支援関係者への研修(基礎編, 中核人材養成)の運営に協力

○精神障がい者の退院後支援事業における連携

- ・措置入院患者支援における精神科病院と保健所を中心とした, 地域の支援者との連携強化(R4～本格運用)

○栃木県試行運用「精神保健アウトリーチ事業」においてモデル事例として支援実施

- ・栃木県精神保健福祉センターを主体とした未治療者・治療中断者への支援(モデル事例として県と連携し支援実施) (R4～試行運用)

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30年度】

- ・第5期宇都宮市障がい福祉サービス計画において、保健・医療・福祉関係者による「協議の場」を設置することを目標として設定(計画期間H30～R2)
- ・栃木県における精神障がい者の退院後支援マニュアルの発出により、退院後支援事業の試行運用開始

【令和2年度】

- ・県が「地域移行ワーキンググループ」を県の「協議の場」として位置付け
- ・市の「協議の場」として、自立支援協議会に「精神障がい者地域移行・定着支援部会(以下「部会」と表記)」を設置
- ・部会を開催(1回, 対面), 部会の主旨や国の検討経過等について説明

【令和3年度】

- ・第6期宇都宮市障がい福祉サービス計画において、精神障がい者の地域移行に係る目標を設定し、関係者が情報共有や連携を図りながら、支援を実施することを目標として設定(計画期間R3～R5)
- ・障がい者生活支援センター(委託相談支援事業所)を、7か所・相談員8名から4か所・相談員8名に再編
- ・部会を開催(1回, 書面), 栃木市による長期入院者の実態調査結果や「住宅セーフティネット制度」について考察, 情報共有

【令和4年度】

- ・R5からの重層的支援体制整備に向け、障がい者生活支援センターの担当地区割について検討(重層の相談窓口となる地域包括支援センターの5圏域に合わせ, 1か所増設分のR5予算を計上)
- ・市内の支援関係者(医療従事者, 相談支援専門員, サービス事業所等)から地域移行・定着の意見聴取
- ・部会を開催(1回, オンライン&対面), 前項から導出した課題等について意見交換, 課題整理
- ・栃木県の精神障がい者の退院後支援本格運用に伴い, 退院後支援事業の本格実施開始
- ・栃木県精神保健アウトリーチ事業の試行運用において, モデル事例として支援実施

【令和5年度】

- ・増設する障がい者生活支援センターの受託者を公募・選定(8月に開設)

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協議の場の開催回数	未設定	1回	国や県、市の動向について情報共有したほか、各機関の支援関係者からの地域移行・定着に係る意見を基に課題の導出ができた。
②			
③			

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)】

- ・近隣と比較し、精神科病院の数が多く(7か所)、個別支援の機会が多い
- ・補助金による設置促進を行っており、グループホームの数が多い(R5.4.1時点の定員数1,128人)
- ・保健所と障がい福祉課が同一行政組織であり、従来から顔の見える関係が構築されている

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)	
精神科入院患者(特に長期入院者)が地域で安心して暮らせるよう、支援策の拡充が必要である。	市や県の「協議の場」など、情報共有や課題導出の機会があったが、課題解決のための施策形成までは至っていないことから、現行の取組を整理し、支援策を検討する。	行政	情報の整理, 多機関との連携
		医療	課題の精査, 支援策のアイデア創出
		福祉	課題の精査, 支援策のアイデア創出
		その他関係機関・住民等	地域移行・定着への理解
退院決定から退院日までの期間や、グループホーム等の見学・体験の機会等が不十分なことから、住まいの調整や支援体制の構築が困難である。	医療と地域の支援者が、退院時だけでなく、平時から連携しやすい関係構築を図ることや、住宅セーフティネットの関係機関との連携、グループホーム等の情報が得やすい環境づくりについて検討する。	行政	情報の整理, 多機関同士のつなぎ
		医療	多機関との情報共有, 患者への働きかけ
		福祉	多機関との情報共有
		その他関係機関・住民等	地域移行・定着への理解, 居住支援

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退院支援策の形成	—	1つ以上	退院可能な方への働きかけの増
②多機関連携の推進策	—	1つ以上	退院後の住まいの確保の円滑化
③			

※指標設定が困難な場合は、代替指標や定性的な文言でも構いません。

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】

障がい福祉課と保健予防課が協働し、本市の協議の場や県の協議の場を活用しながら、精神科病院、障がい福祉サービス事業所、相談支援機関等と連携しながら、現行の支援体制を拡充して「にも包括」の構築を推進

所管部署名	所管部署における主な業務	連携部署名	連携部署における主な業務
障がい福祉課 相談支援グループ	障がい者相談支援、障がい福祉サービス・地域生活支援事業の支給決定、障がい支援区分認定、成年後見制度利用支援、障がい者虐待防止、療育手帳交付 等	保健福祉総務課(地域保健福祉担当)	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
保健所 保健予防課 保健対策グループ	精神保健に関する教育・相談・訪問指導等(措置入院後の退院後支援等を含む)自殺予防、こころの健康づくり対策	高齢福祉課(地域包括支援センター)	地域における高齢者の介護予防や各種相談、権利擁護に関すること等
		生活福祉第1課 生活福祉第2課	生活困窮者の保護や支援(生活保護)、自立の促進等

各部門の連携状況		強み・課題等
保健	措置入院者等に関する情報共有・ケース会議を実施。一般市民や地域支援者、教育機関、事業所等向けの健康教育を実施。断酒会や精神保健福祉会へ相談事業を委託。	保健所の保健師が個別ケースを通して地域診断を実施することで、地域課題の早期発見につながっている。退院後支援事業において連携不十分な病院との連携強化。地域保健福祉担当(拠点)保健師の精神保健相談対応のスキルアップ。
医療	市内の病院関係者がケース会議に参加。県主催の病院関係者をターゲットとした、地域移行の研修会への参加。	病院関係者が障がい福祉サービス事業者、行政の間で、個別ケースを通して情報交換や意思疎通がスムーズに実施できるようになっている。研修会不参加病院に対する参加促進
福祉	個別ケースに関係する基幹相談支援センター(直営)、障がい者生活支援センター(委託)、指定特定相談支援事業所やサービス事業者が病院のケース会議に出席。	障がい者生活支援センターを委員とした「相談支援部会」で、意見交換や指定特定相談支援事業所への研修会を実施している。ブロック別の研修により横のつながりを強化していく方針である。
その他関係機関・住民等		介護サービス事業所スタッフ等地域支援者への地域移行に関する理解の促進

※各部門の状況はできるだけ詳しく記載ください

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)
自立支援協議会 精神障がい者地域移行・定着支援部会	医療機関・相談支援事業所・当事者団体(事務局は障がい福祉課・保健予防課)	1回/年	・協議の場として課題の整理や、地域移行・定着に資する取組について検討	・保健, 医療, 福祉等, 分野をまたいで情報共有・意見交換を行っている。 ・具体的な取り組みを行うためのノウハウや資源が不足している。
(栃木県自立協 相談支援部会 地域移行WG への参加)	医療機関(各専門職協会)・相談支援機関・保健所・県精神保健福祉センター(事務局は県障害福祉課)	4~5回/年程度	・精神障害者の地域移行に携わる人材養成(研修) ・にも包括に係る検討・取組, 各圏域・市町の支援	

【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

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
通年	情報収集, 取組(案)等の導出	市担当課による国や他自治体等の動向等の情報収集, 関係先との連絡, 導出された課題を踏まえた取組(案)等の導出
未定	精神障がい者地域移行・定着支援部会	国や他自治体等の動向等の情報共有, 課題に対する取組等の検討, 地域移行・定着に係る目標の設定
年3回程度 +研修2回	県 地域移行ワーキンググループ	【委員として参画】 研修会(人材育成)の企画・運営協力, 「にも包括」構築推進の上で課題や必要な取組の整理, 各種計画策定に向けた検討
通年	各支援機関との連携	各種会議や個別ケースの支援を通じた, 医療・保健・福祉の支援機関と連携・情報共有, 重層的支援体制における多機関連携・伴走支援(精神保健上の課題を抱えたケースも含む)