

厚生労働省
平成30年度障害者総合福祉推進事業

精神科病院における、地域移行プログラム
(地域連携パス) の実施状況調査及び
効果的なプログラム等の提示に関する
調査・研究

報告書

2019(平成31)年3月
株式会社 日本能率協会総合研究所

目 次

第1章 事業概要	1
第1節 事業の概要	1
1. 調査・研究目的	1
2. 事業の対象者	1
3. 委員一覧	2
第2節 事業スキーム	3
1. 事業遂行の全体像	3
2. 委員会スケジュール	3
第2章 調査の実施	5
1. 調査概要	5
2. 調査結果	5
第3章 多職種連携の必要性と地域移行支援の姿	7
第1節 連携における基本的な考え方・必要性	7
1. 連携の意義	7
2. 連携の基本姿勢	7
3. 連携の鉄則	8
第2節 連携支援が必要な対象・推進に必要な要素	9
1. 連携支援が必要な対象とは	9
2. 連携支援による地域移行を推進するうえで必要な要素	10
第3節 地域移行支援とは	11
1. 地域移行支援がサービスメニューとして追加された背景	11
2. 地域移行支援における一般的な流れ及び役割	12
第4節 関係機関の役割	16
第5節 連携によるメリット	19
1. 定性的なメリットについて	19
2. 定量的なメリットについて	20
第4章 個別支援における連携	23
第1節 支援体制の整備のポイント	23
1. 顔の見える関係づくり	23
2. 情報の連携	24
3. 人材育成	24
4. 地域づくり	24
第2節 入院中の連携におけるポイント	26
1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援	26
2. 適切な地域移行支援に向けた役割	27

第3節 地域生活期の連携におけるポイント	29
1. 医療・福祉間の情報の連携	29
2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援	30
3. 特に退院直後に行うべき連携	30
4. 特に回復期に行うべき連携	31
5. 危機的場面に備えた連携	32
第5章 地域の基盤整備に向けた連携	33
1. 保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制	33
2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備	33
3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域	34
4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発	34
第6章 多職種連携の構築に向けた研修	37
第1節 モデル研修概要	37
第2節 モデル研修の実施報告	39
1. グループワークのまとめ	39
2. 効果測定アンケート	43
第7章 今後に向けて	49
第1節 多職種連携の構築に向けた研修の普及に向けて	50
1. 人材育成ビジョンの検討・発信の必要性	50
2. 連携の促進に向けた研修等の普及啓発	50
第2節 連携支援の充実に向けて	51
1. 連携支援体制を構築するうえでの関係機関の機能強化	51
2. 更なる連携の推進に向けた報酬体系の検討	51
3. 連携支援の一助となるツール開発の必要性	51
資料編	53
1. ヒアリング結果の整理票①	53
2. ヒアリング結果の整理票②	61
3. 多職種のコミュニケーションを促進する障害福祉サービス等報酬の詳細	62
4. 多職種のコミュニケーションを促進する診療報酬の詳細	65
5. 参考事例：地域移行支援推進チーム結成による基盤の整備・個別支援の例	70
6. モデル研修資料	79

第1章 事業概要

第1節 事業の概要

1. 調査・研究目的

本事業の目的は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあります。そのための1つの仕組みとして、病院と地域の関係機関との連携に有効な地域移行プログラム（地域連携パス）のあり方及び連携そのものの必要性・有効性等を検討します。

また、病院と地域の関係機関との連携に有効なプログラムを運用していくために、病院と地域が連携してどのような研修等を実施しているか調査し、必要に応じてモデル的な研修を行うなどして、有効な研修のあり方を検討します。

研修内容は、「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発」（平成28年度障害者総合福祉推進事業）に反映させるとともに、評価を行います。

2. 事業の対象者

本事業では、以下のような精神障害者を想定し、その地域生活の実現に資する効果的な地域移行支援・地域定着支援について検討を進めました。

退院は可能であるが、環境や個人の因子により入院が続いている、

地域生活に移行するためには

医療・保健・福祉・行政等による連携支援が必要な方

これは、多職種が連携して包括的な支援を行うことで、地域生活が可能になる方とも言い換えることができます。

そして、上記のような方のどのようなニーズや課題に対して医療・保健・福祉による連携支援が必要なのか、また、その連携支援の方法や内容について調査・研究を実施しました。

3. 委員一覧

本調査研究の実施のため、「精神科病院における地域移行プログラム（地域連携パス）の実施状況調査及び効果的なプログラム等の提示に関する調査・研究検討委員会」（以下、「委員会」という。）を設置しました。

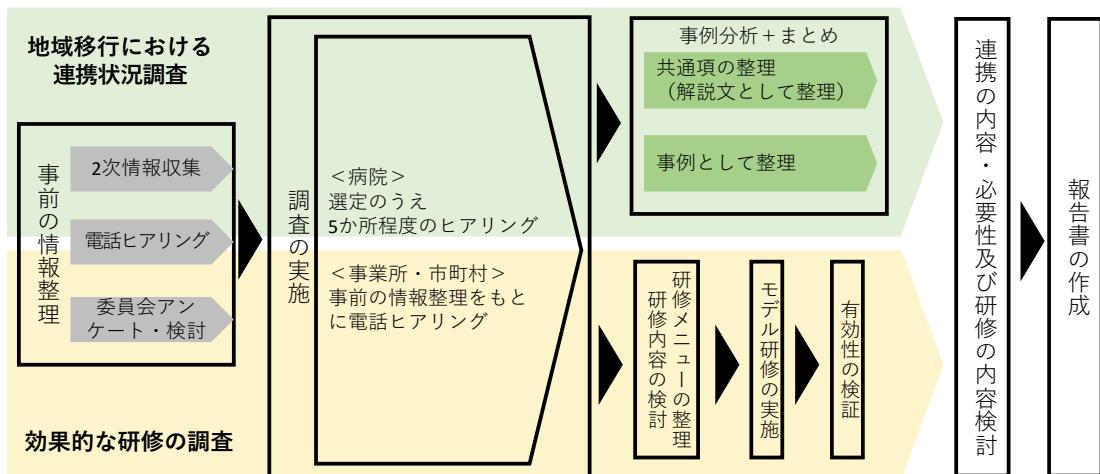
(敬称略)

区分	氏名	所属先・役職等
委員長	岩上 洋一	NPO法人じりつ
精神科病院医師	江原 良貴	日本精神科病院協会
精神科病院医師	藤田 潔	日本精神科病院協会
保健師	船崎 真由美	全国保健師長会
看護師	中庭 良枝	日本精神科看護協会
作業療法士	菊入 恵一	日本作業療法士協会
相談支援専門員	岡部 正文	日本相談支援専門員協会
ピアスタッフ	五十嵐 信亮	日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構
行政	小船 伊純	埼玉県白岡市健康福祉部福祉課長
有識者 兼 精神保健福祉士	岩本 操	武藏野大学人間科学部人間学科教授 日本精神保健福祉士協会

第2節 事業スキーム

1. 事業遂行の全体像

本事業を遂行した全体的なスキームは、以下のようになります。



2. 委員会スケジュール

第1回委員会	10月27日	<ul style="list-style-type: none">事業概要について調査方法、調査項目等について今後のスケジュールについて
↓ (基礎調査及び連携の必要性の整理)		
第2回委員会	12月23日	<ul style="list-style-type: none">連携の必要性、るべき姿についてヒアリング調査の実施についてモデル研修の方向性について
↓ (ヒアリング調査の実施)		
第3回委員会	2月24日	<ul style="list-style-type: none">報告書案についてモデル連携研修の実施について
↓ (モデル連携研修の実施)		
第4回委員会	3月16日	<ul style="list-style-type: none">報告書の確認

第2章 調査の実施

1. 調査概要

本事業においては、「地域移行における連携状況調査」を実施しました。

＜地域移行における連携状況調査＞

調査期間：2018年12月～2019年2月

調査対象：精神科病院及びそこからご紹介いただく地域援助事業者、市町村

※対象病院は厚生労働省及び検討委員からの推薦により選定（13病院）

調査手法：電話ヒアリング 13件

及び件数 訪問ヒアリング 2件

調査項目：

電話ヒアリング	訪問ヒアリング
<ul style="list-style-type: none">・主な連携相手・主な連携内容・連携支援のポイント・今後に向けた展望（課題）	<ul style="list-style-type: none">・圏域の状況・特性等・地域移行の推進に必要な要素・地域基盤の整備における役割・取組・支援体制の整備における役割・取組・個別支援の連携内容

2. 調査結果

ヒアリング調査より得られた現状や意見を整理すると、以下のカテゴリに分類することができました（ヒアリング結果一覧表は資料編P53を参照）。

①連携支援が必要な対象（課題）

…どのような課題をもつ対象者が連携支援により地域生活を実現できるのか。

- ・自らの意思で入院したわけではないケース
- ・生活上の動作が自立していないケース
- ・本人以外の支援も同時に必要なケース
- ・複数の疾病を持つケース
- ・金銭的な理由から自立が難しいケース

など

②地域移行に必要な要素

…連携支援による地域移行を推進するために必要な要素。

- ・関係者間の情報共有
- ・関係者によるアセスメント力
- ・退院後の住居の確保

- ・地域基盤の整備（病状変化等に対応可能な地域資源の存在等）
 - ・支援体制の整備（多職種連携が可能なネットワーク等）
- など

③地域基盤の整備におけるポイント

- …障害福祉の基盤整備を行う視点からの地域基盤の整備におけるポイント
- ・保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制の構築
 - ・個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備
 - ・支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域づくり
 - ・普及啓発の充実
- など

④個別支援の連携におけるポイント

- …個別支援の質を向上させるための、支援体制の整備及び入院中・地域生活期の連携におけるポイント
- ・顔の見える関係づくり
 - ・情報共有のしくみづくり
 - ・人材育成
 - ・地域づくりの推進
 - ・医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援
 - ・適切な地域移行支援に向けた役割
 - ・本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援
 - ・退院直後、回復期、危機的場面に備えた視点など、場面ごとによる連携
- など

⑤連携によるメリット

- …定性的・定量的なメリット
- ・地域からの信頼度の向上
 - ・人材確保や連携による支援の質の向上
 - ・加算や報酬による評価獲得
- など

次章以降では、以上に分類した項目をベースとして、かつ、委員会での議論を踏まえ、そのデータを示しながら解説を行います。

第3章 多職種連携の必要性と地域移行支援の姿

第1節 連携における基本的な考え方・必要性

ここでは、本事業のキーワードである「連携」について、その意義と基本的な考え方をまとめます。

1. 連携の意義

連携とは「同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力しあって物事を行うこと（広辞苑）」です。つまり、ある目的を達成するために複数の人や機関の協力が必要となる場面で活用される方法や体制のことを言います。

保健・医療・福祉の分野で「連携」が不可欠になった背景の一つは、疾病構造の変化です。50年ほど前まで日本における主な病気は感染症など急性疾患で、医学的な治療が最優先でした。ところが今日では糖尿病や高血圧、精神障害などの慢性疾患が多くを占めるようになり、病気とつき合いながら生活する人々が増大しました。このため、医療、介護、福祉、労働などの多分野が協力して人々を包括的に支援する必要性が高まってきたのです。

もう一つ「連携」が重視される背景として「地域生活支援」の視点があります。現在病院に入院している方も施設に入所している方も、その生活の拠点は地域にあるという考え方方が推進されています。地域生活におけるニーズは多様で、その資源調達も多岐に渡ります。そこで、人々の多様なニーズに対応するために複数のサービス提供機関が協力・協働することが必要になったのです。

2. 連携の基本姿勢

(1) 本人のニーズを中心に据える

連携の重要性は先述した通りですが、連携はあくまでも支援を必要とする人のニーズを実現するための手段・方法であって、目的ではありません。常に本人のニーズを中心に据えた連携のあり方を考え、本人の参加を原則とします。

(2) 目標を共有し継続的に確認する

連携には参画する人々や機関が目標を共有することが不可欠です。同じ目標を見据え、それに向かって各々が働くことで連携が成り立っていることを忘れずに、継続的に目標を確認することが大切です。

(3) それぞれが有する共通の理念を土台とする

連携というと、専門職間や機関間の役割の違いが強調されますが、違いの前に共通性を認識することも重要です。例えば、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士

など職種は異なっても「人権尊重」といった普遍的価値を共有しています。また、病院、福祉機関、行政など機関種別は異なっても人々の健康や福利を追求する理念は共通しています。こうした共通の理念が連携を盤石なものにしてくれるのでです。

(4) 多職種・多機関（連携相手）の役割や立場を理解し尊重する

連携は、連携に参画する人や機関がその持ち味を発揮することで促進されます。そのためには連携相手の専門性や役割を理解することが必要です。例えば、良質な書籍を揃えている本屋さんに「お花を売ってください」と言っても何もできません。相手の専門性や得意なことを理解し、そのパフォーマンスを高めるように働きかけることが大切です。また、各機関はそれぞれ根拠法を有し、所与の条件に基づき運営しています。そこで働く専門職もその機関の代表という立場を担っています。その点を理解し尊重することが連携を図るうえでの信頼関係につながっていくのです。

(5) 相手に伝わる言葉で話す

専門職や専門機関には、それぞれに特有の専門用語があります。専門用語はそれを共有する者同士には便利で有効なものです。専門が異なると連携における弊害にもなります。連携は多様な人や機関によって構成されていることを念頭に置き、なるべく専門用語に頼らず平易な言葉を使用することが必要です。

(6) 地域の実情を踏まえて資源化する

連携の基盤は地域です。地域にはそれぞれ独自の風土や背景などの事情を有しており、強みも弱点もあります。地域の実情を考慮するとともにその特性を資源化した連携の形を探求することが大切です。

(7) 個別のレベルから体制整備へ

連携には様々なレベルがあります。はじめは個別支援における連携や個々の専門職間の連携から取り組むことが多いと思いますが、個別のレベルから地域における連携体制の構築に向けた意図的な働きかけが、さらなる連携強化の道を開きます。

3. 連携の鉄則

「決して争ってはいけない、争いの中に弱いものの生きる場はない」。この言葉は社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会の三大原則からの引用です。

連携では多様な人や機関が参画するため、当然ながらそれぞれの事情や利害がぶつかることもあります。しかし、改めて何のための連携でしょうか。

支援を必要とする人が必ずしも「弱いもの」ではありませんが、連携における争いやいざこざは、連携の中心にいる当事者の居場所を奪ってしまうのです。このことは、連携に関わる私たち全員が肝に銘じておくことだと思います。

第2節 連携支援が必要な対象・推進に必要な要素

保健・医療・福祉の連携による支援が必要な対象者とはどのような方なのか、また、連携支援を実施するうえで必要な条件とは何か、本事業で行った調査よりまとめます。

1. 連携支援が必要な対象とは

調査結果より、連携支援が必要だと考えられる対象（課題）として、「生活行為に課題を抱えるケース」、「複合的な疾患等を持つケース」、「家族等の身近なサポートが得られづらいケース」、「高齢期にあるケース」、「制度のはざまに陥っているケース」、「金銭に係る課題を持つケース」などが考えられることがわかりました。

以下に、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

＜連携支援が必要な対象（調査結果及び委員会検討より）＞

- ・措置入院のケース
- ・自分だけでは食事が摂れないケース
- ・自傷行為がみられるケース
- ・他害行為がみられるケース
- ・家族支援も同時に必要なケース
- ・医療サービス以外の、生活に対する支援が必要なケース
- ・介護保険を使えない制度のはざまのケース（65歳未満など）
- ・精神疾患を持っているが、自立度が高く、介護保険が使えないケース
- ・単身者のケース
- ・家族の支援が得られないケース
- ・発達障害等の理由にて生活能力が不足するケース
- ・身体障害や知的障害の合併などがあるケース
- ・糖尿病を併発しているケース
- ・病識が無く、服薬の継続が難しいケース
- ・生活保護の受給が必要なケース
- ・金銭管理が苦手なケース

2. 連携支援による地域移行を推進するうえで必要な要素

調査結果より、連携支援による地域移行を推進するために必要な要素として、「情報の連携のしくみ」、「専門職間の役割の相互理解」、「本人の意思決定及び意思決定支援」、「住まいの確保」、「本人・家族を取り巻く人的・サービス的なサポート体制」、「各種普及啓発」、などが考えられることがわかりました。

なお、ここでいう「情報の連携」は、情報共有の延長線上にあるものと考えることができます。情報を単に共有するのみならず、より適切な支援へつなげていくための情報の運動性等を担保することを意味します。

以下に、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

<地域移行に必要な要素（調査結果及び委員会検討より）>

- ・医療と福祉における情報の連携
- ・障害福祉サービスや在宅介護・医療サービス事業者と入院医療機関との連携
- ・さまざまなニーズを包括的に受け、その後に最適な社会資源を有する施設等を紹介するゲートキーパーがあること
- ・患者の思いや希望等を関係者（支援者）間で共有する
- ・関係者間がお互いの役割を知る
- ・退院後の支援の内容が患者や家族の希望に基づいていること
- ・（単身生活が可能な場合）アパート等の単身用の住居が確保できる環境
- ・（単身生活が困難な場合）グループホーム等への入所がスムーズに行える環境
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られていること
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られない場合は、経済面の問題が事前に整理されること
- ・家族に対する、心理的なサポート及び病理の理解という点での支援があること
- ・地域生活期において、急な病状変化等に 24 時間 365 日対応可能な医療機関があること
- ・地域移行・定着の推進役は行政が担い、その推進の方針を明確に示すこと
- ・地域全体を見渡して、病院ごとに人材育成の在り方と地域移行に対するスタンスが統一されること

第3節 地域移行支援とは

1. 地域移行支援がサービスメニューとして追加された背景

平成 24 年の障害者自立支援法の改正に伴い、相談支援の充実に併せて地域相談支援として個別給付化され、地域移行支援・地域定着支援がサービスメニューとして追加されました。

精神障害者の支援領域は、従来、社会的な（家族、金銭、住居、仕事、支援者等）支援がない人への退院支援を医療機関中心にお願いしてきた歴史があり、精神科病院に負担をかけてきたことが背景にありました。

つまり、地域の受け皿や体制整備をすること、地域生活支援をする役割は市町村及び相談支援事業所にあることから、上記の改正となりました。

その後、障害者総合支援法が施行され、これらの施策が推進されていきます。平成 30 年度には地域移行における対象者を明確にするための通知改正（「介護給付費等の支給決定等について（平成 19 年 3 月 23 日、障発第 0323002 号 障害保健福祉部長通知）」）が行われ、入院期間に関わらず障害福祉サービスにおける地域移行支援の対象者となることが示されています（※下記参考）。

つまり、医療・保健・福祉の連携支援が必要となる人は、ご本人の申請のもと対象者となるわけです。これは、入院中で障害福祉サービスの申請がこれから必要な方のみならず、入院する前から障害福祉サービス等による支援を受けている方なども含め、どのような方にも共通する考え方になります。

このような連携支援を推進するなかで、併せて広く地域全体の基盤整備を推進する必要があります。つまり、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるためには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する必要があるといった議論へつながっていきます。

すなわち、これまでに繰り返されてきた「地域移行支援」をベースとした施策の形が見直され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をベースとした施策展開へと変わり、地域移行支援を地域連携支援の強化と地域体制基盤の整備という認識に改めて、取り組まれることが重要です。

＜参考：「介護給付費等の支給決定等について（平成 19 年 3 月 23 日、障発第 0323002 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」の一部の改正について（平成 30 年 3 月 29 日）＞

新（現行）	旧
第五一二ー(1) 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>(削除)</u>	第五一二ー(1) 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>なお、申請者が精神科病院に入院する精神障害者の場合については、長期に入院していることから地域移行に向けた支援の必要性が相対的に高いと見込まれる直近の入院期間が 1 年以上の者を中心に対象とすることとするが、直近の入院期間が 1 年未満である者であっても、例えば、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする者や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象となるので留意すること。</u>

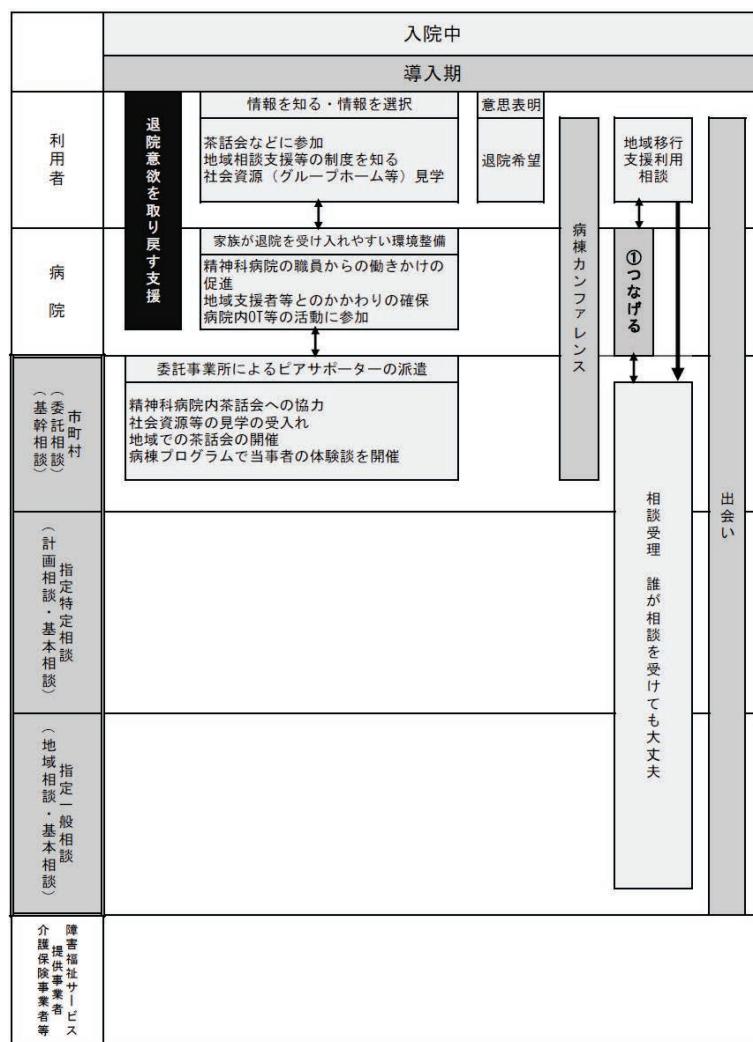
2. 地域移行支援における一般的な流れ及び役割

「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書」（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 平成29（2017）年3月）では、地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制における全体の流れとして、入院中を「導入期」、「初期」、「中期」、「後期」に、地域生活を「地域定着期」として整理しています。

本事業では、これを地域移行支援における一般的な流れ（一般的なモデル）として捉え、調査研究を進めました。

＜導入期＞

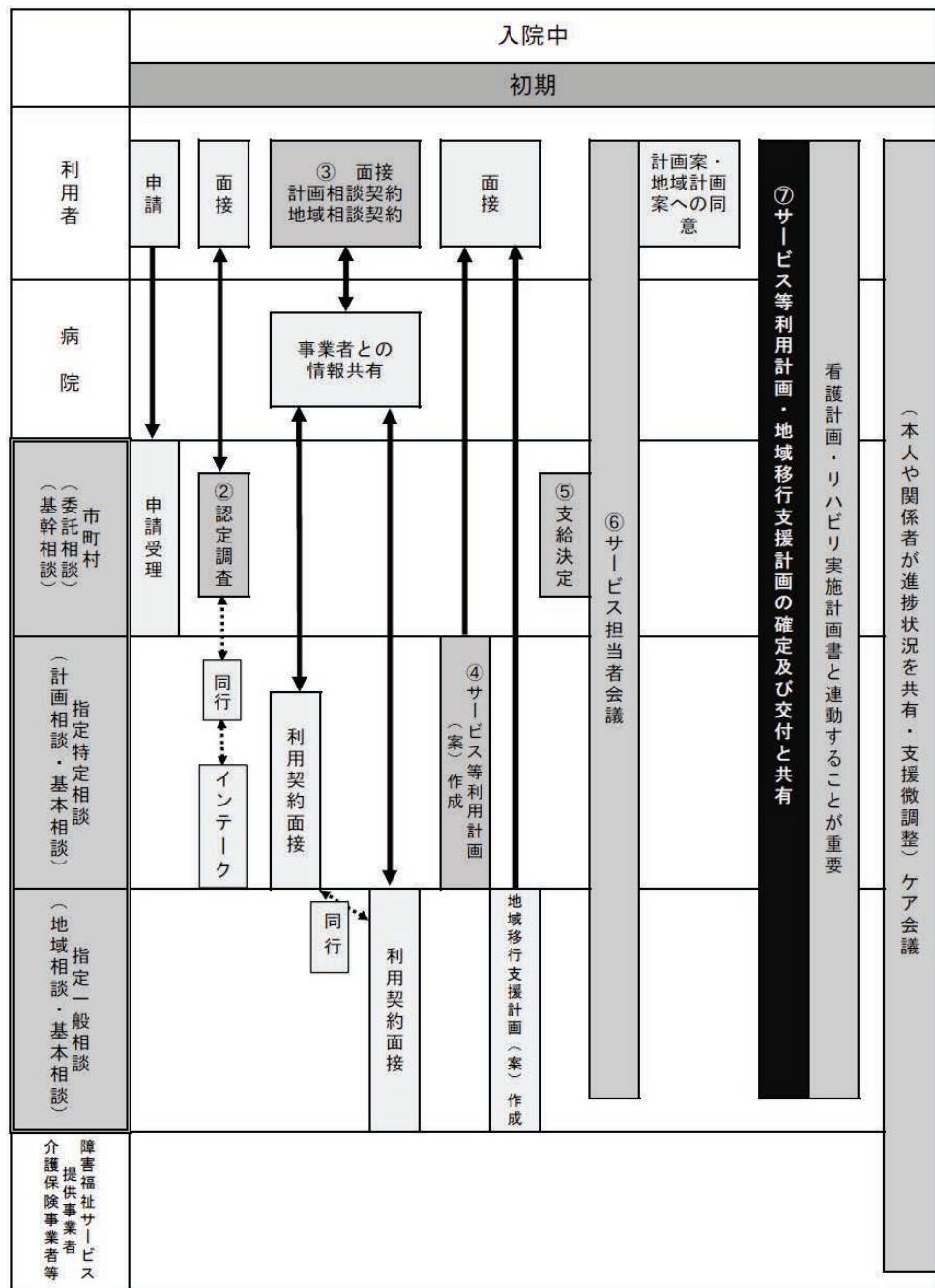
本人が退院希望をし、地域相談支援のサービス申請をするまでを導入期と整理



@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

<初期>

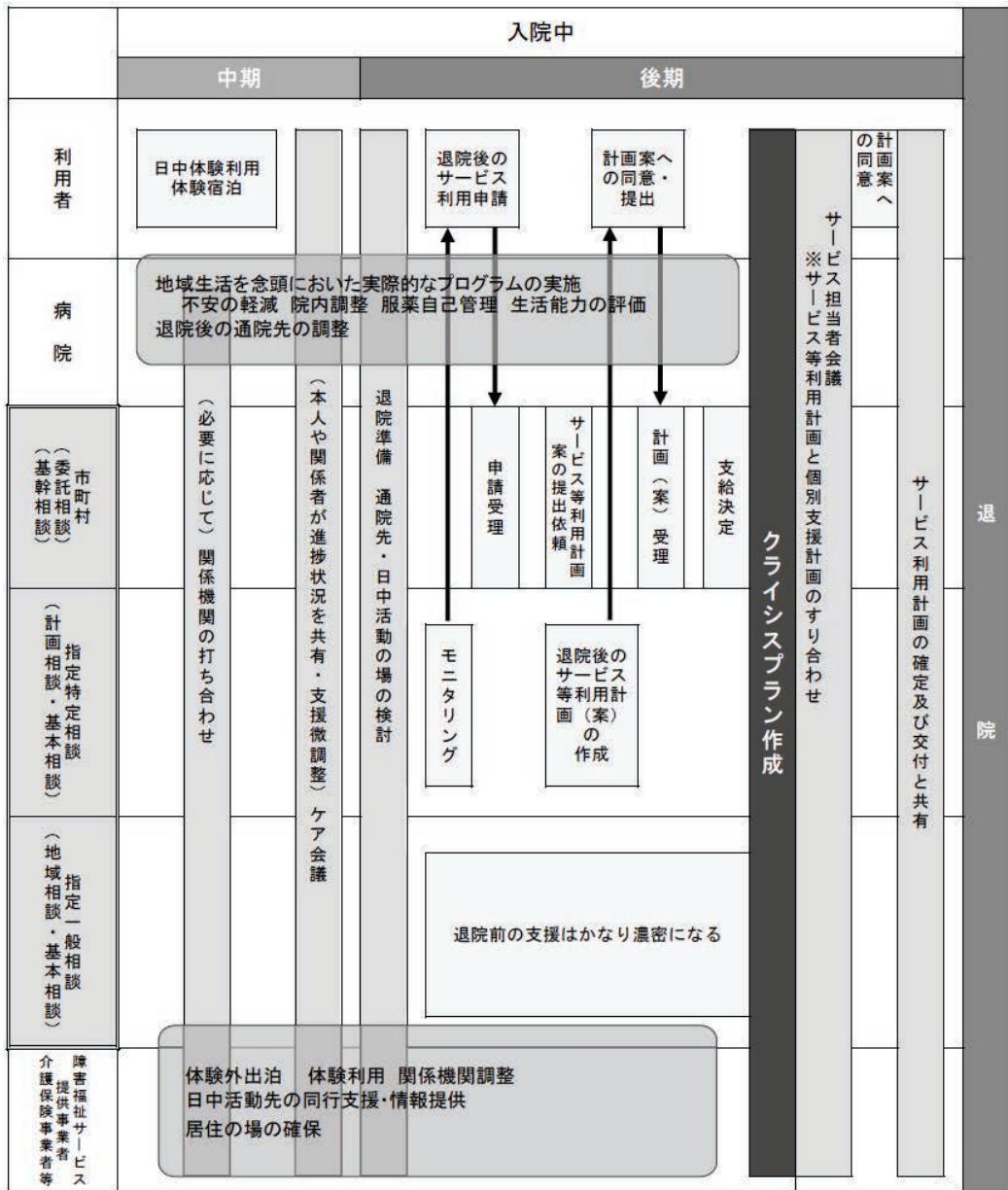
本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでの初期と整理



@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

<中期・後期>

地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先などを決めていくのが中期・後期と整理



©2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

＜退院後の地域生活支援＞

退院後の生活する場面を地域定着期として整理

©2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

第4節 関係機関の役割

連携支援による地域移行・地域定着支援、さらには精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するうえでは、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備など、さまざまな要素が相互作用的かつ複合的に進められることが重要です。

以下にこれらの視点を整理します。

○個別支援の質の向上

具体的に個別支援を展開するうえでの連携の内容や手法等を指します。

医療面・生活面の両面からの情報の連携の手法や、多職種協働による退院意欲の喚起、本人のみならず家族までも視野に入れた支援など、その内容はさまざまです。

○支援体制の整備

個別支援を行ううえでの包括的な支援ネットワーク等の構築を指します。

いわゆる、顔の見える関係づくりなどをはじめ、情報の連携のしくみづくり、直接支援に関わる人材の育成や多分野協働による支援ネットワークの構築などが考えられます。

○地域基盤の整備

精神障害者が暮らすうえでの核となる地域全体の支援体制を整備することを指します。

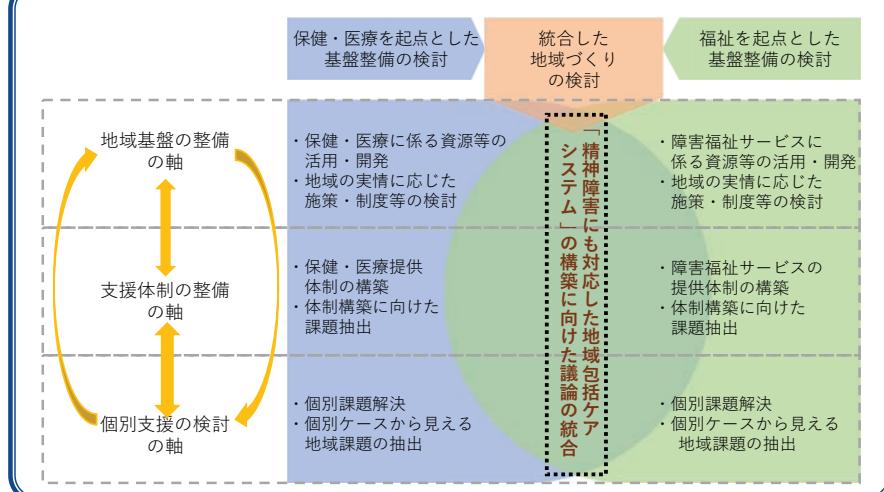
保健・医療を起点とした基盤整備としては、求められる医療ニーズに対応可能な精神医療体制の構築（医療機能の高度化や早期連携のスキームづくり、アウトリーチの充実など）が考えられます。

福祉を起点とした基盤整備としては、障害福祉サービスに係る資源等の活用や開発（地域生活支援拠点の整備等も含む）、相談支援体制の強化、障害福祉計画への取組の反映などが考えられます。

なお、これらの取組について、地域全体で検討し、具体的な方策等を協議する場として、第5期障害福祉計画にて目標として掲げられている「協議の場」の設置が進められています。「協議の場」の機能と構造を整理したものが以下となります。

＜協議の場の機能（横軸）と協議内容の構造（縦軸）の概念＞

＜会議体としての「協議の場」＞



出典：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」2019年3月 株式会社日本能率協会総合研究所

ここでは、地域移行支援を行ううえでの、関係機関の役割について、精神科病院・地域援助事業者・市町村にフォーカスを当て、おおまかに整理します。

(1) 精神科病院

【個別支援の質の向上】

- 本人の希望を継続的に聴取する機会を持ち、カンファレンスやケア会議など本人の意向にそった支援計画を多職種協働のもと作成する（ピアソーター等との面談などの活用も含む）
- 精神的なアセスメントだけでなく、身体的なアセスメントを入院中から行い、退院後の生活に治療・リハビリテーションの必要性があれば他の医療機関と連携する。また、入院生活中に身体的機能の低下を防止する介入を行う
- 退院意欲の喚起、または退院意欲低下の防止を目的とした外出・外泊・社会資源見学の機会が持てるよう支援する
- 外部の支援者・ピアソーターと触れる機会を創り、院外の協力者と関係性の構築を目的としたリハビリプログラムを実施する
- 退院後の住まいへの試験的な外泊を繰り返しながら出来ることと出来ないことをアセスメントし、退院後に必要な医療・福祉サービスの利用へつなげる

【支援体制の整備】

- 精神障害者に対し、多職種が連携し良質かつ適切な精神科医療の提供を行う
- 地域生活において患者を支援する者（家族、兄弟姉妹、親戚、友人等）への協力依頼及び教育を行う

【地域基盤の整備】

- 入院中から地域援助事業者や行政に積極的に働きかけ、退院について協議の場を作る
- 病院スタッフに向けて地域移行に関する研修を行い理解の促進を図る
- 医療・福祉・介護領域との連携を図る

(2) 地域援助事業者等（主に基幹相談支援センターや市町村の相談支援事業を想定）

【個別支援の質の向上】

- 訪問面会活動等を通じて把握した患者のニーズに基づき、個別給付やピアサポート支援等の必要な活動を定期的かつ継続的に行う
- 指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への地域移行に関する技術支援を行う

【支援体制の整備】

- 入院患者・外来患者が高齢、生活保護受給者等の場合については、地域包括支援センターや生活保護担当の協力要請を行う
- 病院と連携して、入院患者・外来患者の状態に応じて意欲の喚起及び退院支援プログラムを行う

【地域基盤の整備】

- 協議会等を活用して入院患者・外来患者の動向を調査し、連携の促進を図るべき病院を関係機関とともに絞り込み、関係機関とチームを組み入院患者・外来患者への訪問面会活動等を実施する
- 訪問面会活動等を通じて病院スタッフとの関係性を構築する
- 各都道府県（精神保健福祉センター、保健所含む）と協力してピアソーターを養成し、地域援助事業者等で活用するためのしくみの構築やさまざまな活動を進める場を整備する
- 個別支援を通じて明らかになった課題（例：住まいの確保等）の解決に向けて、既存のネットワークの調整や必要な社会資源開発を行う

(3) 市町村

【個別支援の質の向上】

- 対象者一人一人の特性に応じた支援を行うため、サービス等利用計画の内容を踏まえ、適切な支給決定を行う
- 入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所の斡旋及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行う
- 可能な限りサービス担当者会議等に出席し、状況を把握するとともに、支援のプロセスを本人及び関係機関と共有する。

【支援体制の整備】

- 協議会と居住支援協議会が連携して、具体的な居住の確保を行う

【地域基盤の整備】

- 障害福祉担当課のリーダーシップのもと府内各課及び関係団体との合意形成を図る。特に、対象者が高齢である場合は、障害福祉担当課が介護保険等、高齢分野の担当課へ速やかにつなぎ、連携調整を主導して行う
- さまざまな関係者が情報の連携や連携を行う体制を構築するための協議の場を設定する
- 協議会を活用して、地域の相談支援体制を整備するとともに、地域の関係機関等との連携体制を強化する
- 精神障害者に関する分野の計画等を、それぞれの整合性を図りながら作成する
- 障害福祉サービスや介護サービスをPDCAサイクルにより計画的に整備する
- 退院後生活環境相談員等との連携を図るなど、相談支援事業所と調整し地域移行後の地域定着に向けた支援体制を構築する
- 個別支援に必要かつ適切なサービス提供のため、予算を確保し、市町村事業の運営を行う

第5節 連携によるメリット

連携支援を行う最大メリットは、継続的かつ包括的な支援を通して、精神障害を持つ本人が自らの望む暮らしを支え、本人が自己実現を図ることです。

そのような、本人の意思を中心とした支援を、多職種及び多機関の連携により実現することで、それぞれの関係者にとってもメリットを享受できることが考えられます。そのメリットは、大きく「定性的なメリット」と「定量的なメリット」の2つに分けることができます。

1. 定性的なメリットについて

「定性的なメリット」としては、数値で表すことが難しいけども効果や成果を感じるものが考えられます。

たとえば、日常的なコミュニケーションが取りやすくなった、自身のスキル向上につながった、などの感覚的なものが考えられます。

以下に、地域体制の基盤整備によるメリットと個別支援時の連携における定性的なメリットについて、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

連携によるメリット（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	<ul style="list-style-type: none">○精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する○必要性が認められるものの医療と結びついでいた患者が適切にアクセスできる○地域移行に係るさまざまな関係機関等とのネットワークを形成すること（及び連携支援のうえで退院の実績を積み上げること）で、院内スタッフの生活面に関するアセスメント能力の向上等、さまざまなスキルが醸成される○定期的な情報の連携の機会や関係性ができることで、患者の地域生活上の情報の連携がスムーズになる○退院支援の協力者（マンパワー）ができる
地域援助事業者等	<ul style="list-style-type: none">○精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する○顔の見える関係が醸成され、サービス提供依頼のペースが増加することで、計画的な人員体制の確保が行えるようになる○顔の見える関係の醸成に加え、地域移行の実績が重ねられることで、サービス利用のニーズが増加する○支援ニーズを持つ方の早期発見につながり、かつ適切なサービスへつなぎやすくなる○情報の連携のルールをひとつモデル的に行うこと、その後は多機関との情報の連携時にそのノウハウを展開することができる○支援困難ケースにおいても、連携支援による重層的なサービスが提供できるようになる○入院中から利用者に関わることで、入院中の支援チームの顔が見えるため、地域生活期において困りごとが起こった際に相談できる先のひとつとなる○連携支援の体制が醸成され、地域移行支援サービスの実施体験を積み上げることで、長期入院者等も含めた地域移行支援サービス利用者数が増加する

	<p>(利用者数の増加)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人の病状が悪い段階から関わることで、その後の支援（体調管理等）がしやすくなる ○入院中から利用者に関わることで、退院後の支援チームを利用者があらかじめ知ることができ、かつ早期の関係性の構築が見込める ○入院中に病状悪化時の振り返りを行うことで、利用者の病状コントロールへの意識づけが行われる ○地域生活期における情報を共有する体制が整うことで、関係者間での相互相談が行いやすくなるとともに、病状悪化時にも即座に対応ができる ○相談支援事業所や市町村の相談窓口、その他サービス事業所等との関係性が構築されるにしたがい、各種サービス等の利用ニーズを持つ方につながるようになる（利用者の増加につながる） ○顔の見える関係が形成されることで、緊急時には医療機関に即相談ができることでの安心感が担保される
--	---

2. 定量的なメリットについて

「定量的なメリット」としては、具体的な数値で表すことができるものが考えられます。ただし、これはメリットとして捉えるのではなく、社会的評価として捉えることが適切です。

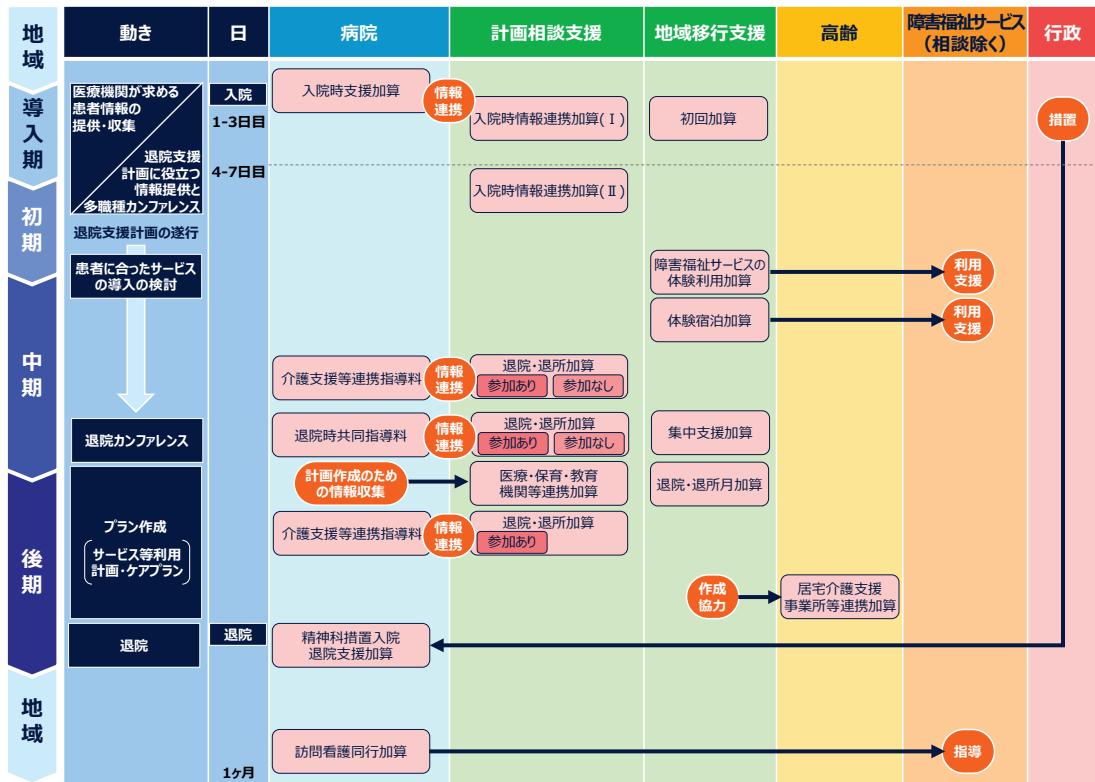
たとえば、報酬や加算などの金銭的なものや、地域移行支援の利用者数などが考えられます。

多職種による連携が促進されるよう、報酬上の工夫がされていることがお分かりいただけますかと思いますが、連携に係る加算は、ご本人支援の質の向上を図ることを目的として、多職種・多機関のコミュニケーション量を増加させていくことにあると考えられます。

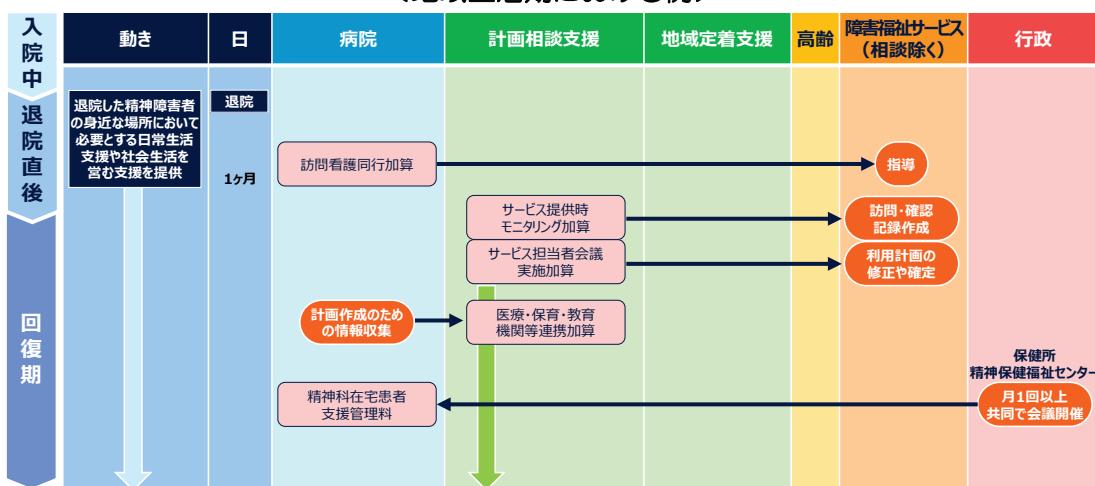
これらの報酬や加算等について、活用をするか否かはそれぞれの組織の判断となります。連携促進に向けた取組が国としても意識化・焦点化されている、ということを認識することが重要です。

次ページに、外来から入院した方を例として、地域連携加算等を整理した図表を示します（委員会での検討を踏まえ、事務局にて作成）。また、資料編（P62）に資料も掲載しますので、参照してください。なお、次ページの＜入院中における例＞と＜地域生活期における例＞はあくまで連携促進の加算をまとめたものであるとともに、医療機関や事業所等の状況により算定基準を満たさない場合もあることを申し添えます。

<入院中における例>



<地域生活期における例>



※上記、<入院中における例>と<地域生活期における例>はあくまで連携促進の加算をまとめたものであるとともに、医療機関や事業所等の状況により算定基準を満たさない場合もあります

第4章 個別支援における連携

障害者総合支援法における地域移行支援サービスを活用した地域移行に係る個別支援を行ううえでは（または、地域移行支援サービスを利用しない場合においても、多職種による連携支援を行ううえでは）、関係者間の役割の相互理解や困ったときに助け合える関係の醸成などが必要になります。

それらの、いわゆる「顔の見える関係」を基盤として、具体的な連携の在り方等について、地域の特性に応じた形を構築していくことが重要です。

ここでは、個別ケース支援における精神科病院・地域援助事業者・行政等（特に市町村を中心とする）の連携の意義や在り方、それぞれの役割などについて、本事業の調査から見えてきた姿を解説します。

第1節 支援体制の整備のポイント

1. 顔の見える関係づくり

多職種・多機関連携による個別支援を展開するうえで、包括的な支援のネットワーク、いわゆる「顔の見える関係」を形成することは必要不可欠です。

そのためには、多職種・多機関が集まる「場」があることが大切になります。さまざまな関係者が、協議会や保健・医療・福祉による協議の場などの「場」を活用し、ネットワークの醸成に取り組むことが求められます。

顔の見える関係を醸成するうえでは、関係者間が双方の守備範囲を理解することが重要です。それぞれの職種や立場等により、できること、できないことが異なる点を理解することが、適切かつ効果的な連携の礎となります。

このような役割等の理解は、個別ケースの支援を通じて醸成することも効果的です。具体的な連携支援を行うなかでコミュニケーションを図り、時には自らの支援内容や効果を連携対象の医療機関や事業所等にフィードバックするなどし、理解を深め合う工夫を図ることも効果的だといえます。

また、具体的な連携を図る以前の、平時のコミュニケーションも重要です。場合によっては自組織の取組や役割を他の機関に説明に回る、いわゆる営業活動のような働きかけも効果を発揮する可能性を秘めています。

いざ必要なときに協力を求めることができる相手を見つける、連携の場面では適切な役割分担や意思疎通を図ることができるネットワークを広げていくことが重要です。

2. 情報の連携

地域の関係者間で、それぞれが持つ情報を適切に共有し、支援の質を高めていくことが、保健・医療・福祉をはじめ直接支援を行う専門職には求められます。

前述の自立支援協議会や保健・医療・福祉による協議の場をはじめ、精神科医療機関におけるカンファレンスの機会や地域援助事業者が実施する会議の場、また、そのような「場」に限らず、逐次適切に情報の連携が可能となるしくみを構築していくことが重要です。

これらの共有の場やしくみは、それぞれの関係機関が持つノウハウや機会を積極的に共有して構築・展開していくことが効果的です。既存のノウハウや機会を活用する視点を持ち、取組を推進することがポイントです。

一方、新たなしくみづくりを行う視点も重要になります。たとえば、ICT等を活用した情報の連携の取組や地域連携パスの作成等について、既存の場を活用して検討していくことなどが考えられます。

地域資源の状況や予算、そのほかさまざまな要因により、その手法等は異なりますが、いずれにしても、精神障害者がその疾病的状況や個人のニーズに合わせて、自分らしく生活できるよう支援するうえで、その時々に応じて必要な情報を速やかかつ適切に関係者間で共有できるしくみを構築していくこと、そのしくみを適切に活用できるようになることが保健・医療・福祉の関係者には求められます。

3. 人材育成

個別ケース支援における質の向上を図るうえでは、精神科医療機関や地域援助事業者などの直接支援に関わる機関をはじめ、支給決定を行う市町村や後方支援を行う都道府県など、関係者の支援に係る知識や技術の伝達が必要不可欠です。

その内容としては、各機関が実施する研修会や事例検討等による支援に係る知識・技術の伝達、各種制度理解の促進を目的とした情報の連携・伝達の場の開催などが考えられます。

大切なことは、精神障害者の生活を支援するうえで必要な知識や技術を、精神科医療機関や地域援助事業者、市町村等の関係者がそれぞれの役割と併せて理解を深め、支援を展開する場面においてその力を発揮できるよう、さまざまな側面から人材育成や普及啓発を進めることです。

4. 地域づくり

精神保健医療福祉の関係者のみで、すべての精神障害者の生活を支援することは困難だと考えられます。

65歳以上の方の場合は高齢分野の関係者と連携する必要が出てくるでしょう。フォーマルサービスだけでは本人の生活を支えることが難しく、ボランティアや近隣住民等

のインフォーマルな力が必要になる場合も考えられます。また、本人のみならず家族の支援を展開するうえでは家族会の活動に協力を仰ぐこともあるかもしれません。

つまり、多分野の協働で精神障害者の生活を支えていくことが可能な地域をつくることが重要です。

そのためには、関係機関が地域づくりを行う場への積極的な参加・活用を進めることや（例えば高齢分野の地域ケア会議に精神保健医療福祉の関係者が参画したり、自立支援協議会に多分野の関係者を招いたりするなど）、インフォーマルサービスを含む社会資源を適切に活用するためにリスト化を進めたり、その活用について検討するなど、地域住民までを含めた関係者等が、共に地域づくりを行う視点を持つことが重要です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	<ul style="list-style-type: none">○積極的な地域援助事業者等への相談や連携関係づくり○精神保健福祉士による病院・施設連携の強化○入院時から地域全体での情報の連携が可能となるしくみの整備（地域援助事業者や行政等に対する提案含む）
地域援助事業者等	<ul style="list-style-type: none">○地域の精神科病院やクリニック等から、障害福祉サービスを必要とする対象者を紹介してもらえるよう関係性を構築する（営業活動を行う）○自施設（サービス）の効果や有効性を医療機関や関係地域援助事業者等に対してフィードバックする（レポートで報告する）○医療機関と本人をつなぐコーディネーターとしての役割を発揮する（ピアサポートの活用も含む）○地域援助事業者間での情報の連携や、事例を通じた相互相談の場などの積極的な参加（または場の創出）
市町村	<ul style="list-style-type: none">○地域移行に関する普及啓発を行う（当事者による体験談発表なども効果的）○地域移行に係る研修等を開催し、サービス提供におけるハードルを取り払うステップを作る○地域資源一覧の作成やその周知等により、具体的な連携促進を中心的となって進めていく○困難事例対応のモデルケースを保健・医療・福祉間で共有する場の創出○医療機関及び地域援助事業者が開催するケア会議等に参加し、地域で利用者を支える役割の一翼を担うことを本人・関係者等に伝える○困難事例を職種ごとに集まって検討する場の創出
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none">○それぞれの精神科病院が持っている困難事例を集約し検討する場づくり○人材育成を目的とした研修会の開催

第2節 入院中の連携におけるポイント

1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援

入院前や入院早期の段階から、精神科医療機関のみならず、地域援助事業者や市町村等が協働した情報の連携が行われることが重要です。

たとえば、入院以前から福祉サービスを利用していた患者であったような場合、以前の生活の状況について把握しているのは地域援助事業者になります。本人の状態や生活環境等の情報を、入院早期に精神科医療機関と情報の連携を図ることで、退院後の生活を見越した退院計画の作成や適切な支援の実施へつながることが期待されます。

逆の視点からは、退院時等において、本人の疾病の予後予測やその際の対応等について、精神科医療機関から地域援助事業者等に情報提供することで、医療的な視点から留意すべき点について把握することが可能となります。

重要なことは、医療面の情報と生活面の情報がそれぞれ単独で存在するのではなく、関係者間で情報の連携がされていること、また、そのようなしきみが無い場合は、しくみづくりに働きかけることです。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○入院前・入院時・入院中などの本人の状態像や治療の経過などを地域援助事業者等と情報の連携をしつつ、一元的に情報をまとめると良い ○退院時、地域援助事業者に対し、本人の病状、生活能力、退院後の医療サービスの情報等を提供（または共有）する（退院の1週間程度前であることが望ましい） ○本人・家族の意向や生活状況を聞き取ると同時に、入院前等のサービス状況などを関係職等から得る ○入院直後から中期、退院前と時間の推移とともに変わる本人・家族の意向をしっかりと把握する ○入院後、退院意欲の喚起のため早い段階から、患者が外（地域）に目が向くように促す ○本人のベクトルの向きを変える支援を実施（入院直後は医療を受ける、という受け身のベクトル。退院後は自分から医療にアクセスしたり、という外に向くベクトルが必要になる） ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（特に病棟の担当看護師が担うのが良い） ○本人の状態像や治療の経過などを地域援助事業者等と情報の連携をしつつ、一元的に情報をまとめると良い ○入院時、本人・家族の意向や生活状況を聞き取ると同時に、入院前のサービス状況などを関係職等から得る ○カンファレンス・ケア会議の際、地域援助事業者に声をかける ○支援者に何ができるかを提案し本人が選んだ小さな挑戦を支援する
	○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く

	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを調整する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う） ○地域生活をイメージできない患者については、ピアソーターの経験談や地域生活をイメージできるような写真や映像を活用する ○地域生活をイメージしにくい本人や家族については、ピアソーターの経験談や地域生活をイメージできるような写真や映像を活用する
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○地域援助事業者と共同で支援する ○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを調整する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う）
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none"> ○切れ目のない情報の連携のためのシステムを構築する (連絡票等の情報を共有するシステムづくり)

2. 適切な地域移行支援に向けた役割

地域移行支援を具体的かつ効果的に行っていくうえでは、各関係機関がそれぞれの立場で適切な介入を図っていくことが重要です。

入院中でこれから障害福祉サービスの申請をする患者の場合や、障害福祉サービスを受けていた方が入院した場合など、地域移行を開始する前提となる条件はケースにより異なりますが、いずれにしても早期からの取組が行われることが大切です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ○生活モデルの視点を活かした積極的なりカバリー支援の実施（精神保健福祉士やピアソーター等の活躍が期待される） ○本人の希望を継続的に聴取する機会を持ち、カンファレンスやケア会議など本人の意向にそった支援計画を多職種協働のもと作成する。 ○外部の支援者・ピアと触れる機会を創り、院外の協力者との関係性を構築することを目的としたリハビリプログラムを実施する。 ○退院後の住まいへの試験的な外泊を繰り返しながら出来ることと出来ないことをアセスメントし、退院後に必要な医療・福祉サービスの利用へつなげる。 ○入院患者・外来患者に早期から地域援助事業者が関わることを目指した、精神科病院から関係機関（特に基幹相談支援センターや相談支援事業所）等に対する連絡 ○作業療法等を活用し、数人で外出・社会資源見学の機会をつくる。外部関係者・ピアと触れ合う機会、社会資源の場を楽しめるようなプログラムを実施する
地域援助事業者等	<ul style="list-style-type: none"> ○退院前訪問指導に同行する ○退院前に外泊をするような場合は、退院後の状況を想定するために

	<p>同行等を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く ○クライシスプランの作成に関与し、危機介入時の地域援助事業者の役割を明確にするとともに、関係者間で共有（例えば相談支援専門員が地域援助事業者等に配布するなど）する ○サービス利用者が入院した場合は、退院後スムーズに再利用につながるよう、病棟担当者等を含めた本人の状況把握を定期的に実施し、退院調整の場面に参加する ○退院後にサービス利用を検討している方については、入院中期以降、可能であれば見学や体験利用を勧め、具体的な退院後の生活イメージを本人・提供者ともにもつ ○入院中から計画相談支援、地域移行支援を実施する ○入院前に地域援助事業者と患者の関わりが無いような場合は、基幹相談支援センター等の協力を経て、居住地の地域援助事業者が本人に面会に来てもらうなどの働きかけを行う ○ピアソーターを活用し、実体験も踏まえた円滑な地域移行・地域定着に向けた具体的なプランを作成する ○訪問面会活動等を定期的かつ継続的に実施する ○入院後、早期に面会に出向く ○金銭的負担を明確化するとともに、緊急時の支援体制について必要な情報を提供する
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所の紹介及び福祉サービス等の支給決定等により退院支援を行う ○退院後支援の立場から、退院支援委員会等に参加し、個別に関わりを持ち、患者が外（地域）に目が向くように促す ○地域のピアソーターの育成 ○地域家族会の育成
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none"> ○入院中から地域移行支援に向けた取組ができる体制づくりを構築する ○各機関の役割を明確化したガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○本人・家族の意向をしっかりと把握し、退院意欲の喚起に向け、必要なつなぎの調整ができるシステムを構築する ○機関としてピアソーターが活躍する場を創出する

第3節 地域生活期の連携におけるポイント

1. 医療・福祉間の情報の連携

地域生活へと移行することで、入院中と異なり、本人と病院の関係よりも、本人と地域援助事業者の関係の方が、直接顔を合わせる回数も、日々の生活の様子を把握する頻度も高くなります。

個別ケースによりそのコントロールセンターは変化することが想定されますが、たとえば、相談支援専門員等がリーダーシップを発揮し、福祉サービスの側から把握することができる情報を集約し、精神科医療機関との情報の連携を図ることや、精神科医療機関からは外来時等の様子から考えられる医療的な情報を、地域援助事業者の側に情報提供するなどのしくみが重要です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○日常の診察、リハビリ、訪問を通して緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報の連携・連絡の実施
地域援助事業者等	○生活状況等を ICT や電話、FAX などにより関係者間で情報の連携をする（特に医療と福祉をつなぐ情報の連携が重要） ○情報の調整（コントロールセンター）は相談支援専門員や介護支援専門員が担うことが望ましい ○情報の連携の深度や緊急性について事前に合意形成を図る（命に関わる場合は電話、急がないものであればメール、など） ○精神科医療機関（外来先）に対し、日常生活における服薬の状況を情報提供する（概ね、退院後 3 か月は月 1 回、その後は 3 か月 1 回程度で構わない）
市町村	○ICT や電話、FAX 等による緊急時等の精神科医療機関、地域の事業所との情報の連携 ○地域援助事業者等と連携し、サービスの利用状況や生活の様子を把握する。サービスの変更等が必要となった場合は迅速に対応する
都道府県・保健所等	○緊急時対応を含む医療・福祉間の情報の連携におけるガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催

2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援

精神障害者が地域生活を続けていくうえでは、フォーマル・インフォーマルに関わらないサービスの充実のみならず、本人によるセルフマネジメント力（自助）や家族等によるサポート（互助）に対しても働きかけることが重要です。

疾病の理解の促進に向けた継続的な教育や、家族等の不安や負担を軽減するための支援及び専門職間の協働支援体制を構築することが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○疾患理解に向けた心理教育の継続 ○受診時・退院後訪問時等、家族・本人を含めた心理的サポートと助言 ○家族を孤立させない工夫、家族教室等の支援
地域援助事業者等	○家族の訴えなどを聞く環境づくり（家族支援の必要性） ○本人の暮らししづらりを定期的にご家族にお知らせする ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い）
市町村	○本人や家族のセルフマネジメント力の向上のための講演会の開催等による啓発普及
都道府県・保健所等	○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い） ○県、保健所レベルの圏域の本人や家族のセルフマネジメント力の向上のための講演会の開催等による普及啓発

3. 特に退院直後に行うべき連携

退院し、地域生活を開始した最初の段階は、環境の変化から、特に本人がハレーションを起こしやすい時期だといえます。

地域生活の定着を促進させるためにも、関係者・関係機関が手厚い支援を展開できるよう、連携体制を構築することが大切です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○生活モデルの視点を活かした積極的なりカバリー支援の実施（精神保健福祉士やピアソポーター等の活躍が期待される） ○外来作業療法やデイケア等、継続した日中活動の実施と関係者間の情報の連携 ○必要に応じ、関係支援者との退院後訪問の実施
地域援助事業者等	○病状不安定になりやすい時期であることから、アウトリーチによる支援をも実施しながら、手厚いケア（生活支援）を行う

	<ul style="list-style-type: none"> ○自立生活援助や地域定着支援を活用する ○医師や関係機関等と綿密な情報・支援連携を行う ○本人の暮らしぶりを定期的にご家族にお知らせする ○事前に関係者間で協議し、社会的に孤立しないようなサポートを実施
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○医師や関係機関等と連携し、ニーズに関するアセスメントの結果を共有し支援を行う
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none"> ○退院直後における連携のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○本人のニーズに関するアセスメント、退院直後におけるアセスメントシートの作成

4. 特に回復期に行うべき連携

回復期は、いわば安定した時期であり、医療や福祉の連携や、本人の医療アクセス等が停滞しがちな時期にもなります。

関係者間の継続的なカンファレンス等による情報の連携を中心に、支援の手が停滞することなく（モニタリングによりサービスの提供量を見直した場合とは異なる）、地域生活の継続性を担保するための関係者連携の促進を行うことが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ○外来作業療法やデイケアでの活動と、社会参加への支援と関係者との情報の共有 ○関係者との情報の連携と集まりへの参加
地域援助事業者等	<ul style="list-style-type: none"> ○慢性的な引きこもり等を防止するため、病院及び地域援助事業者間での情報の連携を行うとともに、引きこもりがちの生活に陥った際の対処方法等を検討・共有する ○必要時には、利用者・支援者が集まりカンファレンスを実施する ○本人が今後望む生活について、相談支援専門員等が中心となり情報を集約し、関係者間で情報の連携及び実現に向けた役割分担をする ○サービス終了（及び移行）のタイミングの可否に関する意見交換の場の創出
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○カンファレンスの場への参画 ○本人の希望する生活に役立つ社会資源の情報提供を行う
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期における連携のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○支援終了方針の決定に伴う評価項目、基準案の作成 ○モニタリングの項目の作成

5. 危機的場面に備えた連携

危機的場面に備えた連携としては、事前にクライシスプラン等の作成・共有により、危機的な状況の際の行動計画を立てること、また、危機的な状況の際に迅速な連携支援の展開が可能な体制を構築することが大切です。

また、災害時の対応についても重要です。さまざまなケース（危機的場面）を想定し、その対応について検討、また、連携体制の構築を進めることが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施
地域援助事業者等	○精神科病院にも働きかけ、医福連携のもと、24 時間 365 日の連絡対応ができる体制を整備する ○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施（自立生活援助や地域定着支援の活用も含む）
市町村	○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報の連携の場も設ける（市町村並びに保健所） ○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施 ○自立生活援助や地域定着支援の支給を柔軟に決定する ○夜間休日精神科救急医療機関、精神科救急情報センターの広報、周知
都道府県・保健所等	○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報の連携の場も設ける（市町村並びに保健所） ○危機介入のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催

第5章 地域基盤の整備に向けた連携

障害者総合支援法における地域移行支援サービスを活用した地域移行を推進するうえでは（または、地域移行支援サービスを利用しない場合においても、多職種による連携支援を推進するうえでは）、保健・医療の視点から地域の基盤整備を行う側面と、障害福祉から地域の基盤整備を行う側面が両立されることが重要です。

ここでは、特に障害福祉の基盤整備を行う視点を中心に、精神科医療機関・地域援助事業者・行政等（特に市町村を中心とする）の連携の意義や在り方、それぞれの役割などについて、本事業の調査を踏まえ、委員会で整理した姿を解説します。

1. 保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制

地域の関係者が地域全体で一丸となり連携支援を行うための土台を築くためには、どこか特定の機関のみが努力するだけでは、在るべき連携支援の姿を書き上げることはできません。

精神科医療機関、地域援助事業者、行政等の保健・医療・福祉に関わるさまざまな関係機関がそれぞれの役割を理解・共有し、バランスよく取組を推進することが重要です。

そのバランスの在り方は地域の特性によりさまざまに考えられますが、関係者間の協議のもと、具体的な地域の基盤整備を遂行することが可能となる連携体制及び役割分担を図ることが求められます。

2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備

地域基盤を整備していくということは、その地域の実情に応じて存在するさまざまな課題に対応していくこととなります。

地域課題には、既に顕在化している課題もあれば、まだ目に見えていない潜在化した課題もあることが考えられます。潜在化した課題を顕在化するうえでは、個別支援の積み重ねから共通課題を分析したり、窓口等で受け付けた相談の結果分析、それぞれの関係機関等が感じている課題等の集約など、さまざまな手法が考えられます。

これらのベースとなる、個別ケース検討（特に困難ケース等を含む）や地域課題の整理、さらにはその解決に向けた検討を行う場としては、地域に設置されている「協議会」や、保健・医療・福祉による「協議の場」などが効果的に機能することが重要です。

精神保健医療福祉の分野からはそのような会議体を活用するとともに、高齢分野で行われている「地域ケア会議」をはじめとした地域に設置されているさまざまな会議体や取組との連動を図りながら（あるいは積極的に参加をしながら）、個別課題の解決から地域課題の抽出、解決に向けた取組を推進することが重要です。

3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域

本来、支援が必要であるにも関わらず、保健・医療・福祉にアクセスができない（またはしていない）方に対する支援を行うことが重要です。

そのためには、アウトリーチに係る事業等を推進し、保健や医療、福祉につながっていない精神障害者（または疑われる方）のニーズをくみ取ることが大切だと考えられます。

また、別の視点からのアプローチとして、連携支援による地域移行及び地域定着の成功体験を積み上げ、たとえ入院したとしても地域での生活に復帰することや、地域での生活を継続することができるということを地域に浸透させていくことで、保健・医療・福祉の支援を受けることに対する心理的障壁（ハードル）を取り除くことも大変重要です。

精神疾患を抱え込んでしまう理由のひとつには、疾患に対するマイナスイメージを持つてしまっているケースがあると考えられます。このイメージを払拭するためにも、上記の成功体験を積み重ね、地域に浸透させていくことが重要です。

さらに、ピアソポーターをはじめとした、当事者のリカバリーエクスペリエンスの発表などによる普及啓発により、地域の精神疾患そのものに対するイメージや、入院・地域生活におけるイメージに対して正しい理解を促すことも有効だと考えられます。

4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発

地域移行に関する普及啓発が重要なことはいうまでもありませんが、より広い視点で、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普及啓発を行うことがより重要な視点となります。関係者のみならず、地域住民等も含め、だれもが暮らし続けることができる地域づくりに向けた理解促進が求められます。

精神障害者を受け入れやすい地域づくりを行ううえでは、主には市町村等が中心となり、地域住民に対する疾病理解や制度の周知などをしていくことが考えられます。

ピアソポーター等の当事者によるリカバリーエクスペリエンスの発表なども、精神障害者が地域で生活することのイメージを周知するうえでは有効でしょう。

精神科医療機関のスタッフや地域援助事業者に対する普及啓発としては、院内や事業所内における研修会、行政等による制度等の説明会などがあげられます。

広い範囲で見ると、都道府県等（保健所含む）による、制度理解に向けた情報伝達、都道府県内や障害保健福祉圏域内の好事例を共有するための場を設けるなど、市町村等に対する周知普及という視点も考えられます。

さらには、精神保健医療福祉の枠を超えた、高齢分野や住宅分野、その他精神障害者の地域生活に係る関係分野・機関等に対し、広くネットワークを構築していくことや、理解を得ていくための周知普及の取組も重要です。

いずれの普及啓発においても、関係する機関それぞれの立場で、精神障害者がその人らしく安心して生活を続けることのできる地域づくり、さらには共に支え合う共生社会の実現を念頭に、さまざまな情報発信を行うことが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県内の医療機関の意識統一に働きかける ○地域移行に関して、病院外スタッフ（退院後に関わる医療、地域の事業所、行政、その他）と共に精神科病院内で方針等について話し合う機会を設ける ○病院外スタッフ（地域の事業所や行政、その他）が病院に入りしやすくなるルールを病院側から提案する
地域援助事業者等	<ul style="list-style-type: none"> ○地域移行の必要性を感じている（取組に前向きな）精神科医療機関や他の地域援助事業者に対して働きかけ、病院訪問活動等を通じて患者の生の声を聞く機会を確保する ○病院、行政、地域援助事業者が合同で個別の事例検討等ができる場を用意し支援の質の向上に寄与する ○ピアソーターを活用して病院が実施する退院準備プログラムに協力する ○病院、行政、地域援助事業者で地域移行支援に一緒に取り組む ○地域包括支援センターや生活保護担当部局など、精神保健医療福祉以外の分野からの協力を得ながら地域移行支援に取り組む ○地域援助事業者や不動産屋の理解を促進する活動を行う
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○障害福祉サービスの提供主体である市町村が、各種サービス（事業）等を運営委託する場合においても、その実施におけるリーダーシップ及び責任を発揮し、PDCAサイクルを回す（基幹相談支援センター等の事業実施における方針の提示、評価の実施など） ○多分野（高齢分野の地域包括支援センターや生活困窮者自立支援事業など）と積極的な情報の連携を行う、システムを整備する ○地域移行・定着の推進役として、その方針等を明確に示す ○地域移行支援サービスを支援者及び入院患者・外来患者等当事者に周知する ○潜在化しているニーズが顕在化するよう、住民に対する障害福祉サービスの周知普及に努める ○地域の中の医療機関や地域援助事業者等に対する調査を実施し、地域移行の状況について現状把握を行う ○国の動向や各種制度等について、地域援助事業者や医療機関等に積極的に情報提供する ○本人と地域住民が直接かかわる場の創出や行政的なサポートを行う ○本人のタイミングに合わせた迅速な支給決定が行える体制の整備（予算の確保）
都道府県・保健所等	<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県内の好事例を市町村間で共有できるよう促し、圏域ごとの取組のバックアップ体制を強化する ○都道府県・保健所・精神保健福祉センター・市町村の間の情報の連携、連携体制を構築する ○連携構築にあたり、各職能団体に協力を仰ぐ

第6章 多職種連携の構築に向けた研修

本事業の主な対象である「退院は可能であるが、環境や個人の因子により、地域生活に移行するためには医療・保健・福祉の連携支援が必要な方」について、ご本人が望む地域での生活を実現することを目的として、医療と保健・福祉、行政に求められる有効な連携方法を検討するために、以下のとおりモデル研修を行いました。

第1節 モデル研修概要

一般財団法人江原積善会 積善病院のご協力のもと、平成31年3月6日（水）に研修を実施しました。

1. 日 時

平成31年3月6日（水）10：00～17：15

2. 場 所

一般財団法人江原積善会 積善病院 会議室（岡山県津山市一方140）

3. 参加者

美作保健所及びその圏域の市町村、相談支援事業所、病院の職員など43名

4. 研修目的

地域包括ケアシステムの構築を推進するための1つの取り組みとして、病院と地域の関係機関との連携に有効な研修のあり方の検討

5. 研修教材

公益社団法人日本精神保健福祉士協会作成資料を参考に実施
岩上委員長、江原委員作成資料

6. 講師

岩上委員長、江原委員

7. プログラム

次ページのとおり

＜研修プログラム＞

平成31年3月6日（水）10：00～17：15

場所：一般財団法人江原積善会積善病院会議室

時間	内容
10：00～ 10：10	挨拶 厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 ・厚生労働省における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取り組み(概要)について説明
10：10～ 10：40	講義1 精神障害者の地域移行をめぐる動向①精神科医療の現状 ・全国における精神疾患の現状(患者数、入退院数)、積善病院の状況について説明
10：40～ 11：00	講義2 精神障害者の地域移行をめぐる動向②地域移行支援について ・これまでの精神保健医療福祉の取り組み経緯、地域包括ケアシステム(地域移行・定着)と連携の必要性について説明
11：00～ 11：50	講義3 連携における関係機関・関係者の役割 ・市担当者から精神障害者に対する方針と業務内容の説明 ・病院、事業所、保健所スタッフによる連携事例の報告とディスカッション
11：50～ 12：10	シェアリング(1グループ3～4人程度) ・講義1、2、3を踏まえて、グループ内で感想等について意見交換
12：10～ 13：10	昼休憩
13：10～ 13：40	講義4 体験談から地域生活について考える ・シェアハウス利用者(地域移行)へのインタビューDVDの放映及びご本人(2人)との意見交換
13：40～ 14：10	講義5 退院意欲を取り戻すための支援 ・病院、事業所スタッフによる退院意欲を取り戻すための取組内容について説明
14：10～ 14：30	シェアリング ・講義4、5を踏まえて、グループ内で感想等について意見交換
14：30～ 14：40	休憩
14：40～ 15：30	講義6 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の進め方 ・医療と保健、福祉の役割と連携方法や必要性、基盤整備の進め方について説明
15：30～ 15：40	休憩
15：40～ 17：00	演習 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の実際 ・個人ワーク(医療・保健・福祉・行政の連携がうまくいくことで期待できること。連携に向けてできること、期待すること。明日から取り組むことを記入) ・グループワーク(個人ワークの内容をグループ内で共有) ・研修を受講しての気づきや今後取り組みたい内容を参加者全員から一言発表
17：00～ 17：15	まとめ・アンケートへの記入・閉会 ・効果測定アンケートへの記入

第2節 モデル研修の実施報告

1. グループワークのまとめ

本日の研修を踏まえ、地域の医療と保健・福祉、行政の連携を進めるために、グループワークを行いました。連携に向けて、各自ができることや課題として次のような内容が挙げられました。

①医療と保健・福祉の連携にあたり、自分の立場（所属）、経験の範囲で感じている課題

（保健師）

- ・システム構築のための協議の場を設けているが、課題の明確化、解決策の検討に至っていない。
- ・困っている事例や事柄に出くわしたとき、関係機関に声かけて話し合いの場を持つてもらう。
- ・日ごろ連携をとっているところではスムーズにケースのやりとりや連絡もとりやすいが、はじめてのところでは個人情報等の問題もあり、とりにくい。
- ・周囲から求められている役割は調整役、処遇困難ケースなどへのかかわりも期待されていると感じた。
- ・情報の連携の重要性。
- ・津山市の精神障害者の状況（入院状況等）を把握できていない。
- ・多職種と連携し、対象者と関わりたい。
- ・連携先がわからないことがあるため、役割を伝えられていない。

（看護師）

- ・ケア会議など参加できていないことが多い。入院中の訪問も少ない。
- ・患者の症状、ADL 等情報の提供やアセスメントを行う。
- ・地域の一員という意識をもって受け身ではなく対応できたらよい。
- ・入院中の情報を地域まで届けたいと思っているが、地域まで届かず、再度同じ状態となり再入院して来ることがある。
- ・症状が改善し、退院の連絡をした際、他の連携がうまくいっていないことがある。
- ・入院中のお世話や退院にむけての支援は行えるが、退院後の患者のその後がわからないことが多い。

（精神保健福祉士）

- ・各地域とのつながりまだまだ。いろいろな場面での PR 活動が必要。
- ・各事業所の感覚のズレ
- ・自分と各機関の役割を理解し、経験の差もあるため、多くの支援者がかかわることで、そこを情報連携し連携することが難しい。

（相談支援専門員）

- ・計画相談業務に追われて、生活に密着した関わり、将来をみすえた関わりが不十分。
- ・連携としてサービスを提供して下さる受け皿（ヘルパーや GH など）の体制改善も必要だと感じている。抱え込みます発進できる関係性が必要だと感じた。
- ・在宅に戻られる人には早くから介入した方がよい。
- ・連携をとりたくても連携がとりにくい保健師がいる。
- ・行政とのかかわりが多い。サービスを充実して受けていけるようにしていくこと。困ったケースについて、市との協議（相談）する部分が多い。
- ・地域移行・地域定着のサービス利用の対応をしたことがなく、知識も乏しい為、十分でない。地域、資源の上手な活用。
- ・退院支援にあたり、早い段階から医療機関と連携していく動きがスムーズにとれていらない。
- ・多職種と足なみをそろえる努力をします。

- ・自分の業務ややれることを十分伝えることができておらず、入院されたら関わりが途切れがちになる。
- ・立場として、どこまで関わっていいのかを今まで感じていた。
- ・支援者がゆずり合いになっている状況があるため、定期的な話し合いの場などが必要と感じている。

(その他)

- ・自立生活援助サービスをするにあたり対象が少ない。
- ・それぞれの役割の理解を深めていく。(強みや仕事内容など)
- ・まだまだ連携不足だと思います。すべての人の情報を話すわけにはいかないため、個人情報もあり、どこで線を引くかわからない。
- ・どこまで利用者・家族・地域の方に喋ったらしいか、線引きがわからない。

②自分の所属・職種でできること、得意なこと

(保健師)

- ・協議の場の設定、個別支援、支援者の支援。
- ・関係機関との調整や連携、共有は得意です。
- ・訪問して生活を見る。
- ・契約以外の方にもかかわれる。
- ・広域での調整役。ノウハウがあるのも保健師の特性。個別から集団への（成功・失敗）事例を地域の経験値として、広げていく役割。
- ・病院や相談支援事業所等から相談を受け、支援について一緒に考えることができる。
- ・生活の場、家族のことも考えられる。
- ・地域の支援者とつなげることができる。
- ・必要なところへは制限なく行ける。

(看護師)

- ・症状や薬についてなど、医療の知識や対応術。
- ・患者の症状、ADL 等情報提供やアセスメント等共有ができます。
- ・病状、生活状況を見ることができます。
- ・退院するきっかけ作り、後押しが出来る。
- ・患者さんの病状観察ができる。
- ・指示があれば動きやすい。
- ・入院中、その患者さんの精神的、身体的、経済的、家族背景など、全体的に、見やすく問題も把握しやすい。

(精神保健福祉士)

- ・他地域での取組を紹介できる。他地域で活躍している人をアドバイザーとして連れてくる。
- ・病院内での支援には、本人の安全を最優先にしがちだが、PSW は多少本人の病状が悪くなることが予測されても、本人の決めたこと、生活の質を支援することができる。
- ・医療的な情報や病気・障害の部分について専門的な内容を伝える。(支援の工夫を)
- ・病院内での調整と、外に向けて(本人の希望、思いやできることなどアセスメント内容を伝え)生活を行う人としての支援を調整していく。(医療ができないこともあります)

(相談支援専門員)

- ・福祉サービスの利用を通して他機関と連携した生活支援
- ・自立生活援助としての行動が活発です。
- ・話を聴き状況把握をする。
- ・定期的なモニタリングや臨時の相談で多く本人とかかわることがあり、リアルタイムで本人の状況が分かる。
- ・地域での体制づくり、調整役。困ったことや相談にのるという基幹型の役割を

担っている。

- ・様々な相談受付、各調整、情報提供ができます。
- ・地域の状況、環境などの情報を持つておられ、その視点を持つての支援が出来ます。地域定着支援、自立生活支援として密に関わっていきます。
- ・フットワーク軽く、切れ目のない支援をしていける。また、情報提供などもしていける。
- ・地域の事業所のことがわかるので、その人にあったサービスの提供ができる。
- ・P科疾患の方への支援に積極的に関わって行き、本人のニーズや地域の人の意見、声を聞いていきたい。

(その他)

- ・相談支援専門員と話をして、利用者とアセスメントして個別支援計画をたてる。
- ・生活能力の把握・身体状況の把握など。
- ・急性期の治療、外来の治療はできるが、連携がないため、本人任せになることが多い。
- ・地域の方の貴重な話（本人や家族・地域の方々）を地域の方々の視点で聴くことが出来る。

③どの機関、誰と一緒に取り組みたいか、お願いしたいことは何か

(保健師)

- ・医療機関と（医療提供含む）課題について検討したい。
- ・医療機関・市町（保健・福祉）・その他関係機関と必要な情報の連携をしたい。（一緒に考えてほしい）。
- ・協力して、つなげていけるようにする（お互い）
- ・医療機関のPSWの方等と早期退院後支援に向けた取り組みをして、在宅支援を考えていきたい。
- ・保健所と実態把握を一緒にを行い、個々のケースについて地域移行に向けて、調整を行う場を設けてもらいたい。
- ・全部の機関に早めに教えてください。

(看護師)

- ・相談支援事業所や保健所、保健センター。看護では知ることができにくかった情報や利用者の本音を教えて欲しい。次のステップに進むきっかけなど。
- ・保健・福祉、他機関とPSWを通して支援方法について話し合いたいです。
- ・協力して、つなげていけるようにする（お互い）
- ・保健師、ケースワーカーと一緒に退院後の生活を立てて行けたら。
- ・病棟看護師としては、他の機関と直接的な連携やり取りが少ないので、逆に病棟看護師に依頼したい事などあれば、どしどし言ってほしい。

(精神保健福祉士)

- ・みなさんと一緒に。協議の場への参画をお願いしたい。
- ・ケースにもよるが本人退院後、家族支援がもれることが多いため、退院後の家族支援を保健師へお願いしたい。

(相談支援専門員)

- ・利用者に関わる全ての人。利用者の安心できる地域と一緒に作りましょう。
- ・医療従事者とのシステム的な流れのもとに地域移行支援を行い、市町村県と定着できる環境作りを行いたい。
- ・協力して、つなげていけるようにする（お互い）
- ・保健師さんと一緒に取り組みたい。家族支援の協力をお願いしたい。
- ・全機関と一緒に頑張りたい。地域（周辺）住民と。
- ・病院と主に一緒に取り組みたい。

(その他)

- ・退院、退所後に一人暮らしをする方がいるというような情報が欲しい。
- ・相談支援センターに介護、福祉について頼みたい。
- ・市町村と地域での活動、偏見、差別、交流について一緒にとりくみたい。

(共通)

- ・得意なことを各々依頼したい。(個別のケースによって)
- ・他の機関の皆さんと一緒に取り組みたいです。
- ・ケースワークを通して顔がわかる関係作り、役割の確認。

④①～③をふまえて、明日からどう取り組むか（仲間探し、下交渉など）

(保健師)

- ・必要に応じて意識して関係者と顔のみえる関係をつなげていきたい。
- ・地域移行に向けて、病院にどれくらいの患者さんがいるのかなど把握して、地域につながる方法を考えていきたい。
- ・どこかに任せきりになるのではなく、様々な期間、支援者の方とつながっていきたいです。
- ・早めに相談。お願いできる関係づくり。

(看護師)

- ・関係機関へ積極的に声かけしていく。
- ・患者の情報収集と提供を行い、PSW を通して他機関と相談できるような関係をつなげていきたいです。
- ・社会的入院をしている人に対し、地域までつなげられるよう保健師等と連携をもっていきたい。
- ・P Tが何を必要としているか（支援）アプローチしてゆきたい。
- ・報連相し共有する。

(精神保健福祉士)

- ・このような取組があることを他地域でも紹介、横展開に努める。

(相談支援専門員)

- ・関係機関と情報の連携や協働。
- ・スムーズな連携が出来る顔の見える関係づくり。
- ・連携会議を行い、サービス提供担当者会での下地を作ります。
- ・自身の事業所に本日の内容を報告して、全員で意識改革を取組む。躊躇することなく、各機関と連携をとっていく。
- ・それぞれ他機関の役割、取り組みについてより深く知りたいので、皆さんとつながりたいです。
- ・自分の味方を増やし、業務をスムーズに進めるよう努力します。

(その他)

- ・情報の共有と連携を大事にする。

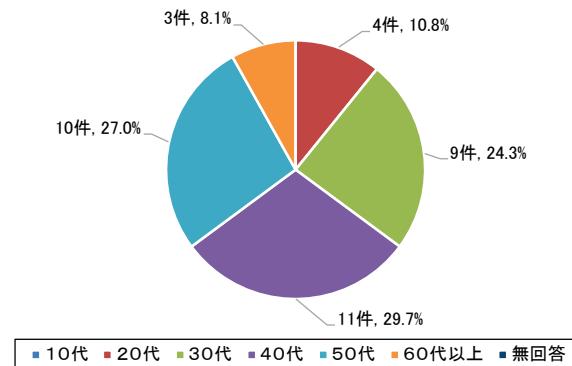
(共通)

- ・顔の見える関係作りをする→相談しやすくなる。（本人、支援者間）
- ・各機関からの要望を把握しておく。
- ・垣根を越えて、情報連携できる為のコーディネートを行う。
- ・個別事例を大切に支援し、支援者同士の仲間づくりの重要性を感じており、継続していく。
- ・支援者機関の仲間（相手）をよく知ろうとすること。（立場の違いを認識し）
- ・個別の丁寧な情報の連携に勤め、スムーズに連携できるように気をつけていく。
- ・他者へ（伝わるような）伝える努力・工夫をしないといけない。
- ・連携を意識して、仕事をする。
- ・今日の学びをそれぞれの職場で共有する。

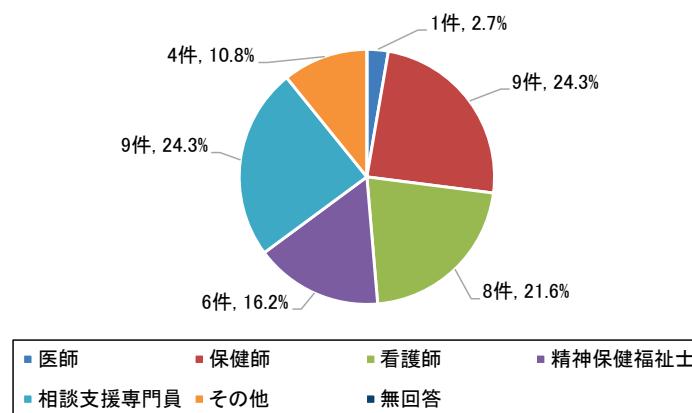
2. 効果測定アンケート

研修の効果を測定するために実施したアンケート調査の結果は次のとおりです。なお、参加者 43 人中 37 人から回答がありました。

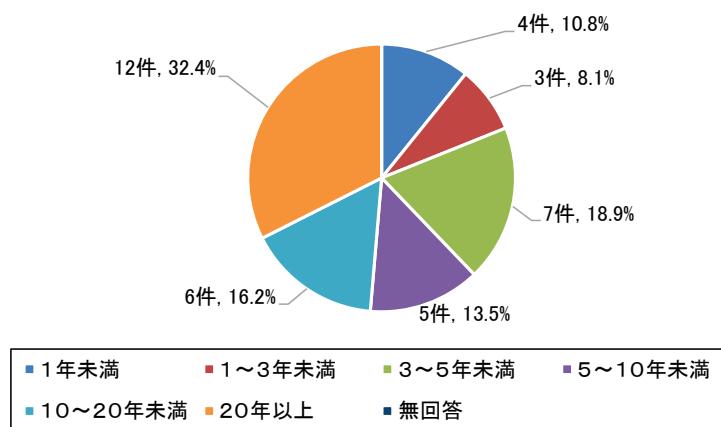
問 1 あなたの年齢についてお答えください。（ひとつに○）



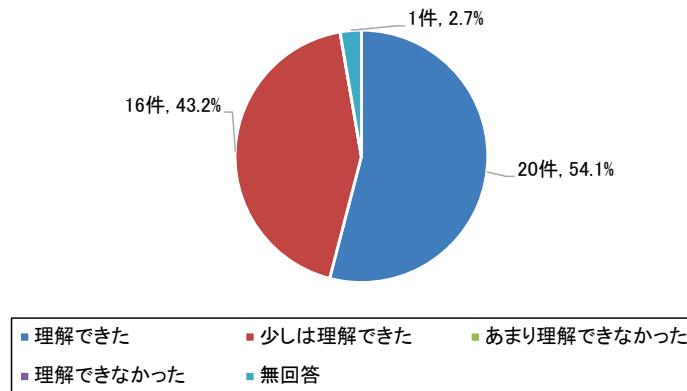
問 2 あなたの職種についてお答えください。（ひとつに○）



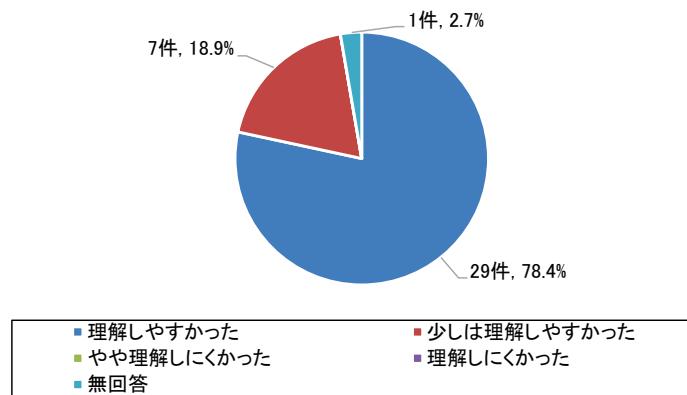
問 3 問 2 で回答した職種での経験年数についてお答えください。（ひとつに○）



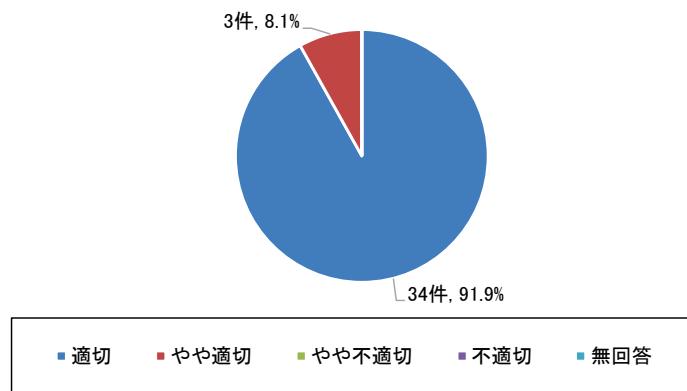
問 4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて理解できましたか。また3、4に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（ひとつに○）



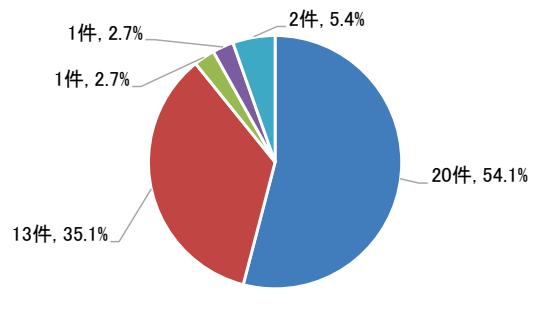
問 5 研修内容は理解しやすかったですか。（ひとつに○）



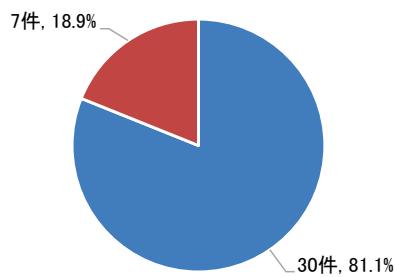
問 6 研修内容はテーマに沿った適切なものでしたか。（ひとつに○）



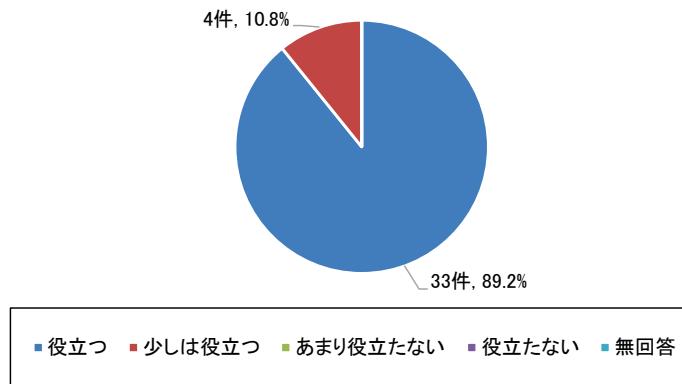
問7 研修時間は適切でしたか。（ひとつに○）



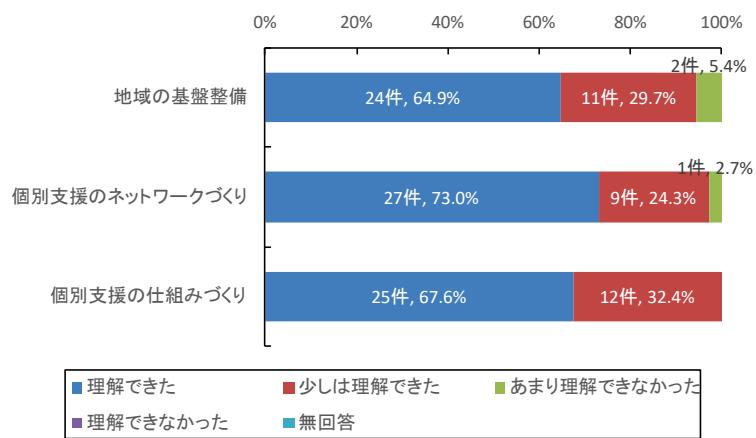
問8 研修への満足度についてお答えください。（ひとつに○）



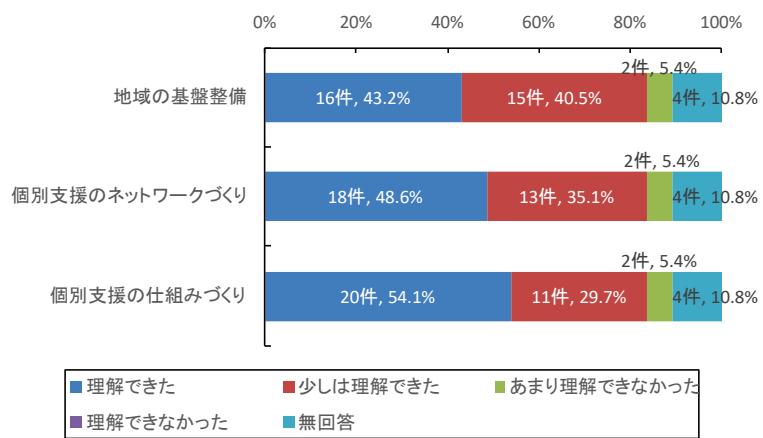
問9 研修内容は、あなたの仕事に役立ちそうですか。（ひとつに○）



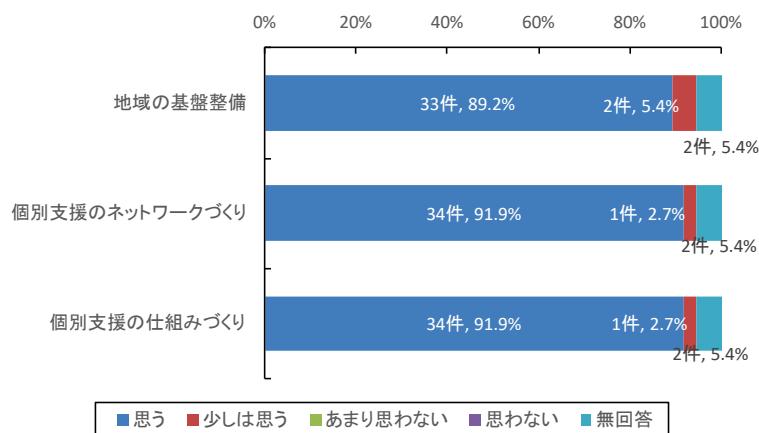
問 10 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）の『必要性』について理解できましたか。また3、4に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（①～③それぞれひとつに○）



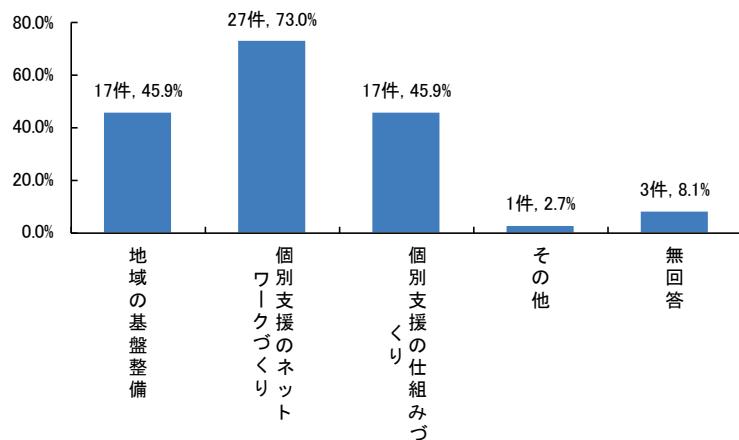
問 11 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）の『方法』について理解できましたか。また3、4に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（①～③それぞれひとつに○）



問 12 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）について重要だと思いますか。（①～③それぞれひとつに○）



問 13 本日の研修を受け、あなたは今後、どの連携に力を入れたいですか。（いくつでも○）



問 14 本日の研修内容をさらに良くするために必要な内容や方法がありましたら自由にご記入ください。

- ✓ 退院、地域移行を行う場合に、市町村をこえた時（異なった市町村に退院する時）、相談支援を使えない。地域移行と地域定着を異なった相談支援でやれたらよい。そのために何をしたら良いか知りたい。
- ✓ 単発の研修で終わらず、さらに深められるような場があればと思います。
- ✓ HPも地域に出て行く。疾病教育の充実。
- ✓ 関係者や患者さんの話を聞くスタイルは、とても分かりやすかったです。
- ✓ 思っていることが話し合える機会があるといいと思います。
- ✓ グループワークの時間まで、発表の時間を増やし、他グループが考えていることを聞く。

- ✓ ガイドブックが出来上がれば、是非配付をしてもらえたなら、事業所内でも活用出来るので助かります。
- ✓ 何度もかしてもらい、今の現状の困難な所、実践できていることを知りたい。
- ✓ 時間を短縮したり、回数を多くするなどして、もっとたくさんの方に知ってもらえたらいと感じた。
- ✓ 地道な継続をお願いします。

問 15 連携（ネットワーク、個別支援）を効果的に進めるために必要なことや方策など、自由にご記入ください。

- ✓ 連携が言葉のみになり、実際にはできていない。一方通行が多い。より具体的な連携がほしい。
- ✓ 困難なケースが出た時のみあわてて連携するが、それをチャンスとして、日ごろの連携作りをしておく必要が考えられる。
- ✓ 津山市のみの参加だったかと思いますが、他の市町村の参加もしてほしかったなと思います。市町村発信の地域移行推進会議のようなものができるといいなと思えます。県北の3つの精神科病院がコラボしての何かができたらいいなあ。
- ✓ 保健師等他機関と話し合える機会を作ると良いかなと思います。
- ✓ 多職種・関係機関がスムーズな関係作りをするための日頃の気持ちの良い関わり方。それぞれの方のもつ人柄もあると思いますが、気持ちの良い関係作りをすることが、当事者の方へのより良い支援につながると思います。
- ✓ 地域によって様々な状況・課題があると思うので、そこを共有し、役割分担をしていくことが大切だと思います。
- ✓ 各機関が力をいれていること、頑張っていることに目を向ける。
- ✓ 顔の見える関係作りが必要。医療機関等や事業所に任せきりにせず、同じ支援の温度で。
- ✓ 本日のような研修がもっとあれば、どんな職種、機関があるのか、もっと知ることができますのではないかと思います。
- ✓ もっと皆にわかりやすく知ってもらう。地域の人にも。
- ✓ “対話”の時間の確保。

～研修のまとめとして～

モデル研修を通じては、当該研修は地域包括ケアシステムの必要性について理解する機会になるとともに、日頃、意見を交わすことがない機関との話し合いによる顔の見える関係づくりは、お互いの理解や連携を始めるための最初の一歩として、効果があることが明らかとなりました。

地域移行そして地域包括ケアシステムを推進していくため、今後はこのような研修を、精神障害者本人が暮らす地域（市町村や保健所圏域）レベルで進めていくことが必要であると考えられます。

第7章 今後に向けて

〈本事業からみえた結果〉

本事業の、「地域移行における連携状況調査」の結果及び委員会での検討から、前章までにまとめた内容を踏まえ、以下のような結果をまとめることができました。

①地域移行支援・地域定着支援を推進するうえでは、地域基盤の整備、支援体制の整備、個別支援の質の向上の3要素について、まんべんなく取り組み、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが重要。
そのシステムが醸成されたうえでこそ、地域移行支援・地域定着支援が推進される。

②「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する基盤整備等を推進するうえでは、医療機関や基幹相談支援センター、保健所をはじめ、市町村や都道府県など、保健・医療・福祉に係るさまざまな関係機関が、地域性等により一律のものではないことを前提として、それぞれが所掌する事項や強みなどを活かし、どこかの機関に役割が偏ることなく、協働のもと推進していくことが重要。

③個別支援の質を向上させていくうえでは、専門職としての専門性の向上に加え、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについての理解を深めながら、その構築に向けた役割を遂行することが可能な人材の育成が重要。
入院期や地域生活期における、そのタイミングごとに重要な支援のマネジメントを行うを中心、専門職によるネットワークの構築や情報連携のしくみづくり及びそのしくみの活用、本人以外の家族等に対する支援なども含め、包括的な知識・技術を養っていくことがポイント。

なお、この調査研究が、精神科医療機関と地域援助事業者、市町村との地域移行における連携状況の把握を目的としたことから、保健・医療を起点とした基盤整備の推進役となる保健所との連携についての調査まで行き届いていません。

しかし、本調査研究を通じて、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備を推進するうえで、とても重要な役割を担っていることがわかりました。

〈本事業を経ての考察〉

多様にあるニーズや背景、地域特性等に対応しながら、精神障害者本人が望む暮らしを継続することを支援するうえでは、医療や福祉の連携のみならず、住まいの確保、家族に対する支援、医療等にアクセスができていない方に対するアウトリーチ支援、ピアサポー

ターによる支援体制の構築など、多職種・多機関による連携支援が必要不可欠です。

しかしながら、現状として、全国的にこの連携体制が十分に整備されているとはいえない状況にあります。

厚生労働省は、平成 29 年度より「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」等を実施し、そのなかで、保健・医療を起点とした基盤整備の検討、福祉を起点とした基盤整備の検討、これらの議論の統合などを推進していますが、まだ取組の開始段階であることから、今後さらに改善・向上する余地がある状況だといえます。

これらの結果を踏まえ、今後の連携支援の推進に向けた課題を整理します。

第1節 多職種連携の構築に向けた研修の普及に向けて

本事業では、「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発」（平成 28 年度障害者総合福祉推進事業）で示された連携研修を土台として、モデル研修を実施しました。

そのうえで見えてきた課題としては、研修メニューを充実させることに加え、より根本となる視点から、人材育成ビジョンの検討を行うことの重要性を感じられます。これらを両輪で検討し、具体的なビジョンとその実現に向けた研修等の構築を行う必要があると考えられます。

1. 人材育成ビジョンの検討・発信の必要性

今後は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備を推進する中核となる人材を育成することが急務です。

どのような人材が必要とされているのか、そのビジョンを明確化し、保健・医療・福祉に係る関係機関等に発信する必要があると考えられます。

2. 連携の促進に向けた研修等の普及啓発

人材育成ビジョンに基づき、効果的・効率的に人材を育成・輩出することが可能となる研修等の土台を整理する必要があります。関係職能団体や職域団体などとも連携して、必要とされる人材像に合わせたテーマ、キーワード、達成目標等をまとめたシラバス及び研修資料を作成し、精神科医療機関や地域援助事業者、保健所、市町村をはじめ、関係職能団体や職域団体などによる人材育成が活性化する土台を整備することが大切です。

第2節 連携支援の充実に向けて

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進め、そのうえで地域移行・地域定着を推進していくためには、地域基盤の整備とネットワーク等をはじめとする個別支援に係る基盤整備、また、具体的な連携のルール等の設定が進められる必要があります。

大きくは、連携支援の土台となる基盤整備を推進していくこと。また、地域移行・地域定着にも活用ができる具体的なツール等の開発を進めていくこと。この2つの要素が両輪となって推進されることが必要だといえます。

1. 連携支援体制を構築するうえでの関係機関の機能強化

連携支援体制を構築するモデルとしては、おおまかには、①医療機関が主導するタイプ、②基幹相談支援センターが主導するタイプ、③保健所が主導するタイプ、④市町村が主導するタイプ、があると考えられています。

それぞれの機関にはそれぞれの得意分野があります。たとえば、市町村であれば、障害保健福祉サービスを主管する立場として、市町村自立支援協議会などを活用した基盤整備を推進するうえでの中核的な役割を担う、などがあげられます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するうえで、連携支援体制の構築は必要不可欠な要素になります。この体制を整備するためにも、医療機関や基幹相談支援センター、保健所、市町村の機能強化を全体的に図ることが重要です。

2. 更なる連携の推進に向けた報酬体系の検討

報酬に結び付かないまま行っている、各専門職や専門機関等の支援が存在しています。これはすなわち、連携支援を実施することが評価に結びついていない状況であると言い換えることができます。

このような背景から、連携支援を促進するうえでは、報酬上の評価の在り方について実態等を整理したうえで検討を進めていく必要があります。

3. 連携支援の一助となるツール開発の必要性

本事業を通じて感じられた課題としては、地域移行・地域定着に向けたツールの開発を行う前に、まずは連携支援を促進させるためのツールが必要だという点があげられます。

具体的な連携の促進に向けては、地域の実情に合わせてカスタマイズが可能なモデルツールの存在が、連携推進の一助になることが考えられます。

たとえば、連携すべき関係機関間において、本人・家族及び関係機関間での共有を前提とした、医療、障害福祉・介護、住まい等に関する連携支援の内容を共有するためのツールとして、地域連携パスの作成を行うといった取組が求められます。

資料編

1. ヒアリング結果の整理票① (○: 役割に関する事項、□: 効果や成果に関する事項)

	基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	個別支援	個別支援
精神科 病院	<p>1. 保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制</p> <p>○自立支援協議会に参加することで、他のメンバーとの医療に対する関心が向上</p> <p>○自立支援協議会のメンバーが病院見学を通じて医療に対する理解を深め、病院への相談が増加</p> <p>○各地域の実情に応じた地域移行・地域移行における役割分担の明確化</p> <p>○地域移行・地域定着には「医療」と「福祉」の両方が必要なことを理解</p> <p>○地域の協議の場に参画し、地域移行を地域の課題として取り組む</p> <p>○良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を目指す</p>	<p>1. 頭の見える関係づくり</p> <p>○年1回の総会での顔合わせにより、その後の連携が円滑化</p> <p>○困ったことが起きたときに、連絡をくれて、相談し、軌道修正ができる関係づくり</p> <p>○以前の利用経験で事業者の特徴を覚えておき、患者の特性に合った事業者に支援を打診</p> <p>○外部支援者の関わりと連携を重視する</p> <p>○慣習的な地域の事業所等への相談や連携関係づくり</p> <p>2. 情報共有のしくみづくり</p> <p>○医院者の情報を入手し、支援がうまく行っている事業者に他の患者も依頼を検討</p> <p>○警察の介入で受診・入院したケースは退院時点で連絡</p> <p>○住民からの情報で地域活動支援センターが対応したケースで連携</p> <p>○精神保健福祉士による病院・施設連携の強化</p> <p>3. 人材育成</p> <p>○研修ではなく「患者の支援の検討」として呼びかけることで話し合い、への参加のハーネドルを解消</p> <p>○地域移行に関して、精神科病院内で方針等について話し合う機会を設ける</p>	<p>1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携</p> <p>○入院前の本人のサービス計画を確認する</p> <p>○入院前に利用していた事業者と退院後の生活について一緒に、そして早めに考えることが重要</p> <p>○福祉サービスで対応できるほど状態が安定していないケースは訪問看護を依頼</p> <p>○複合ケース（例えば患者の親が認知症になつたケース）では地域活動支援センターに支援を依頼</p> <p>○情報のない患者の場合は、医療機関に患者の疾患や家族についての情報提供を依頼</p> <p>○患者の家族にも定期的なカンファレンスへの参加を依頼</p> <p>○移行先の退院における患者について保健所の相談員と定期的に意見交換の場を設置</p> <p>○地域における課題のある患者に定期的に意見交換の場を設置</p> <p>○緊急時等にも対応可能な、スピーディーな迅速な情報共有・連絡の実施</p>	<p>1. 医療・福祉間の情報の連携</p> <p>○生活上の課題やストレスについて、医療では解決できない面があるのでも、本人の望む暮らしを実現するため、生活を支える福祉サービス事業所などとの連携が重要</p> <p>2. 特に回復期に行うべき連携</p> <p>○患者さんの状態（病状・生活）が変化するときは、必ず話をして確認</p> <p>○精神保健福祉士による生活モデルの視点を活かした積極的なリカバリー支援の実施</p> <p>3. 危機的場面に備えた連携</p> <p>○保健所が困っているケースに対し、往診などの対応意向を伝達</p> <p>○地域における課題のある患者について保健所の相談員と定期的に意見交換の場を設置</p> <p>4. 効果・成果</p> <p>□定期的な情報共有の機会や関係性ができるところで、患者の地域生活上の情報がスムーズに共有できる</p>
				<p>○精神保健福祉士による生活モデルの視点を活かした積極的なリカバリー支援の実施</p>

	<p>3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域</p> <p>○退院予定の患者について、事業所への事前の情報提供</p> <p>○相談に対してしっかりと応えることで、病院は頼りになるというイメージを獲得し、相談が活発化</p> <p>4. 精神障害者が地域で生活するためにの普及啓発</p> <p>○病院外スタッフ（地域）の事業所や行政、その他）が病院に入りしやすくなるルールを病院側から提案する</p> <p>○事業者の意見や要望を聞く機会の創出</p> <p>○都道府県の精神科病院協会等を通じて、都道府県内の医療機関の意識統一に働きかける</p> <p>5. 効果・成果</p> <p>□精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する</p> <p>□地域の相談支援等、福祉サービスが充足することで、精神科病院=退院できない場所、というイメージが払拭され、これまで医療と結びついていなかつた患者などが新規で獲得できる</p>	<p>研修を行い理解の促進を図る</p> <p>4. 地域づくり</p> <p>○ひとり暮らしに移行した患者のフオローをしっかりとすることで、地元の不動産業者から信頼を獲得</p> <p>○入院時から地域全体での情報共有が可能となるしくみの整備（事業所や行政等に対する提案含む）</p> <p>5. その他</p> <p>○自院の車门外の領域については他の法人と連携</p> <p>○病棟内の様々なハビリプログラムにより、多職種で意見を出し合ひ、患者の強みを伸ばし、成功体験により社会復帰を支援</p> <p>○退院支援に従事するPSWは毎朝のミーティングで情報共有</p> <p>○同法人のグループホームを地域で暮らすための試行場所として活用</p> <p>○事業者の生活に必要な要素を検討</p> <p>6. 効果・成果</p> <p>○第三者（ピア）の活用により、退院に対して前向きな気持ちの醸成</p>	<p>○本人・家族の意向や生活状況を聞き取ると同時に、入院前等のサービス状況などを関係職等から得る</p> <p>2. 適切な地域移行支援</p> <p>○地域移行を予定している患者と見学に行き、様子を見て精神障害者に理解があるか確認</p> <p>○退院と同時に介護保険サービスが受けられるよう早期の申請、ケアマネや施設との早期の連携</p> <p>○介護保険が間に合わない場合は一旦訪問看護を利用</p> <p>○身体的機能を基にしたハビリテーションの必要性も含めたアセスメントを行い、本人の意向に沿った支援計画を作成する</p> <p>○外部の支援者、ビアサポートを活用した退院準備プログラムを実施する</p> <p>○精神保健福祉士による生活モデルの視点を活かした積極的なリカバリー支援の実施</p> <p>○退院後の生活を見据えた退院支援計画の作成及び計画の実施状況をPDCAでのチェック、これに伴うこの地域の事業所等との情報共有</p> <p>○入院直後から中期、退院前と時間の推移とともに変わること、家族の意向をしっかりと把握する</p> <p>○入院後、早い段階から、患者が外（地域）に目が向くように促す</p> <p>○本人のベクトルの向きを変える支援を実施（入院直後は医療を受け、という受け身のベクトル。退院後は自分から医療にアクセスしたり、という外に向くベクトルが必要になる）</p> <p>○家族に対する心理的支持及び病理に対する理解を促進（特に病棟の担当看護師が担うのが良い）</p>
--	--	--	--

	基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
	個別支援の基盤整備	個別支援の基盤整備	個別支援	個別支援
地 域 の 事 業 所	<p>1. 保健・医療・福祉の関係機関がハランス良く役割を担う連携体制</p> <p>○医療のことともわかるように、交換留学のような形で体験として知る仕組みづくり</p> <p>○地域移行・地域定着には「医療」と「福祉」の両方が必要なことを理解する協議会を活用して地域の相談支援体制を整備し、人材確保、質の向上等、相談支援体制の充実を図る</p> <p>○保健所と協力してピアサポートサークルを養成し、活用するためにもくみを構築する</p> <p>2. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発</p> <p>○地域移行の必要性を感じている(取組に前向きな)事業所や医療機関等に対して働きかけ、ネットワーク化及び個別事例の検討等を通じた能力形成に寄与する</p> <p>3. その他</p> <p>○懇親会などでインフォーマルな顔つなぎ</p> <p>4. 効果・成果</p> <p>□精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する</p> <p>□顔の見える関係が築成され、サービス提供依頼のベースが増加することで、計画的な人具体制の確保が行</p>	<p>1. 顔の見える関係づくり</p> <p>○地域の精神科病院やクリニック等から、障害福祉サービスを必要とする対象者を紹介してもらえるよう関係性を構築する</p> <p>○自施設（サービス）の効果や有効性を医療機関や関係福祉サービス事業所等に対してフィードバックする（レポートで報告する）</p> <p>2. 情報共有のしくみづくり</p> <p>○施設の考え方や情報の伝え方を工夫し、連携先の理解を得</p> <p>○ホームページ、パンフレット、名刺などを介して、他の事業者との違いに対する理解を得</p> <p>○救護施設で受けられないサービス施設で完結しないで連携から情報入手</p> <p>○他の施設やサービスの情報を得ることで、その人らしい地域での暮らしを実現するという意識づけ</p> <p>○相手の都合に配慮し、医療機関や行政によって好まれるチャネル（情報伝達手段を使用</p> <p>○医療機関と本人をつなぐ通訳としての役割を発揮する</p> <p>3. 人材育成</p> <p>○学ぶ場の確保が必要</p> <p>○コミュニケーションスキルの向上</p>	<p>1. 医療・生活面の両拠点での情報の連携</p> <p>○退院（地域生活）に向け、積極的に患者ソファレンスに入っていく→患者本人との関係性を早めに構築する</p> <p>○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く</p> <p>○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを調整する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う）</p> <p>○退院後にサービス利用を検討している方にについては、入院中期以降、可能なであれば体験利用を勧め、具体的な退院後の生活イメージを本人・提供者とともにつくる</p> <p>2. 適切な地域移行支援と連携して、入院患者の意欲の喚起及び退院支援プログラムを行</p> <p>○精神科医療機関と連携して、入院患者前に外泊をするような場合は、退院後の状況を想定するために行等を行う</p> <p>○クライシスプランの作成に関与し、</p>	<p>1. 医療・福祉間の情報の連携</p> <p>○緊急対応してもらうことを想定して普段から病院に様子を報告</p> <p>○入所後も元の病院と電話・FAXでやり取り</p> <p>○生活状況等をICTや電話、FAXなどにより関係者間で情報共有する（特に医療と福祉をつなぐ情報共有が重要）</p> <p>○情報の調整（コントロールセントター）は相談支援専門員や介護支援専門員が担うことが望ましい</p> <p>○情報共有の深度や救急度について事前に合意形成を取る（命に関わる場合は電話、危がないものであればメール、など）</p> <p>○精神科病院に対し（外来先）、日常生活における服薬の状況を情報提供する（概ね、退院後3ヶ月は月1回、その後は3か月1回程度で構わない）</p> <p>2. 本人や家族のセルフマネジメント</p> <p>○家族の訴えなどを聞く環境づくり</p> <p>○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い）</p> <p>3. 特に退院直後にに行すべき連携</p> <p>○病状不安定になりやすいためあることから、アウトリーチによる支援を実施しながら、手厚いケアを行う</p> <p>○医師や関係機関等と綿密な情報・支援連携を行う</p> <p>○事前に関係者間で協議し、社会的に孤立しないようなサポートを実施</p>

	<p>が必要</p> <p>□顔の見える関係の醸成に加え、地域移行の実験が重ねられることで、サービス利用のオーダーが増加する支援ニーズを持つ方の早期発見につながり、かつ適切なサービスへつながりやすくなる</p>	<p>危機介入時の事業所の役割を明確にするとともに、関係者間で共有（例えば相談支援専門員がサービス提供事業者等に配布するなど）する</p> <p>○地域の事業所間での情報共有や、事例を通じた相互相談の場などへの積極的な参加（または場の創出）</p> <p>5. その他</p> <p>○サービスを提供するのが目的ではなく、本人の地域での生活を支えること（患者本人の目線）を第一義にした取組の展開</p> <p>6. 効果・成果</p> <p>□情報共有のルールをひとつモデル的に行うこと、その後は多機関との情報共有時にそのノウハウを開拓することができる</p> <p>□支援困難ケースにおいても、連携支援による重層的なサービスが提供できるようになる</p>	<p>4. 特に回復期に行うべき連携</p> <p>○慢性的な引きこもり等を防止するため、福祉サービス事業所間での情報共有を行うとともに、引きこもりがちの生活に陥った際の対処方法等を検討・共有する</p> <p>○必要時には、利用者・支援者が集まりカウンタレンスを実施する</p> <p>○本人が今後望む生活について、相談支援専門員等が中心となり情報共有と協約し、関係者間で情報共有及び実現に向けた役割分担をする</p> <p>○サービス終了（及び移行）のタイミングの可否に関する意見交換の場の創出</p> <p>5. 危機的場面に備えた準備</p> <p>○入院所としてみて見学時と様子が違う場合は、病院に相談</p> <p>○精神科病院にも働きかけ、医福連携のものと、24時間365日の連絡対応ができる体制を整備する</p> <p>○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報共有・連絡の実施</p> <p>6. 効果・成果</p> <p>□入院中に病状悪化時の振り返りを行うことで、利用者の病状コントロールへの意識づけが行われる</p> <p>□地域生活における情報を共有する体制が整うことと、関係者間での相互相談が行いやすくなるとともに、病状悪化時にも即座に対応ができる</p> <p>□相談支援事業所や市町村の相談窓口、その他サービス事業所等との関係性が構築されるにしたがい、各種サービス等の利用ニーズを持つ方がつながるようになる（利用者の増加につながる）</p> <p>□顔の見える関係が形成されることで、緊急時には医療機関に即時説ができるることでの安心感が担保される</p>
--	---	--	--

	基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	個別支援
市町村	<p>1. 保健・医療・福祉の関係機関がハーフンス良く役割を担う連携体制</p> <p>○他市町村との連携支援方法の共通化と連携支援の仕組みの構築</p> <p>○担当者が変わっても継続的な連携が取れる体制づくり</p> <p>○障害福祉主管課のリーダーシップのもと府内各課及び関係団体との合意形成を図る</p> <p>○さまざまな関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場を設定する</p> <p>○障害福祉サービスの提供主体である市町村が、各種サービス（事業）等を運営委託する場合においても、その実施におけるリーダーシップ及び責任を発揮し、PDCAサイクルを回すこと（機関相談支援センター等の事業実施における方針の提示、評価の実施など）</p> <p>○多分野からの積極的な情報提供を促す、ルールを整備する</p> <p>○地域移行・定着の推進役として、その方針等を明確に示す</p> <p>2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備</p> <p>○自立支援協議会の構成機関に、地域生活・地域移行ワーキングを設置</p> <p>○自立支援協議会で精神科病院や入所</p>	<p>1. 頭の見える関係づくり</p> <p>○介護部門や生活保護部門などとの連携の仕組み（モデル事例の構築と横展開）が必要</p> <p>○医療機関及び地域事業所が開催するヶ一会議等に参加し、地域で利用者を支える役割の一翼を担うこと</p> <p>○個人・関係者等に伝える2. 情報共有のしくみづくり</p> <p>○他の自治体に地域移行支援する場合の広域のコードイネートが必要</p> <p>○困難事例モデルケースを支援する過程を保健・医療・福祉間で共有する報告会の開催</p> <p>○困難事例を職種ごとに集まって検討する場の創出</p> <p>3. 人材育成</p> <p>○窓口対応する職員はケースワークを習得しておくことが必要</p> <p>○地域移行に際する普及啓発を行う</p> <p>○地域移行に際する研修等を開催し、サービス提供におけるハンドルを取り外すステップを作る</p> <p>4. 地域づくり</p> <p>○地域資源一覧の作成やその周知等により、具体的な連携促進に向けた中心的な動きをする</p> <p>5. その他</p> <p>○基幹相談支援センターは、直営で運</p>	<p>1. 医療・生活面の両拠点での情報の連携</p> <p>○地域移行支援の利用を検討しているケースに対し、病院と相談の上、障がい者基幹相談支援センターからスタッフが訪問し、本人へ面接やカウンターレンジへの参加</p> <p>2. 適切な地域移行支援に向けた役割</p> <p>○入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からのお求めに応じて、相談事業所の斡旋及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行なう</p>	<p>1. 医療・福社間の情報の連携</p> <p>○家族がいないくて本人の病歴や経緯などの情報がないケースでは支援者同士のつながりや橋渡しをする機関が必要</p> <p>2. 危機的場面に備えた連携</p> <p>○退所後に金銭問題や犯罪、依存症などが確認された際の連絡を希望</p> <p>○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクラシックプランを作成し、定期的な情報共有の場も設ける（市町村並びに保健所）</p> <p>○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報共有・連絡の実施</p>

	<p>施設での研修や事例検討会を開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所にケア會議に参加してもらい、報酬を得ながら基盤整備を進める ○退院カウンタレンスに保健所・福祉事務所が参加 ○保健所を巻き込んだ退院支援 ○近隣の病院との情報共有 <p>3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協議会を活用して、地域の相談支援体制を整備するとともに、地域の関係機関等との連携体制を強化する ○協議会と居住支援協議会が連携して、具体的な居住の確保を行いう <p>4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○自立支援協議会にて地域移行支援の研修会を開催 ○行政との勉強会 ○住民への普及啓発 ○地域移行支援サービスを支援者及び入院患者等当事者に周知する ○潜在化しているニーズが顕在化するよう、住民に対する障害福祉サービスの周知普及に努める <p>5. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○最低限関係者が知っておくべき地域移行支援の利用の流れを整理して配布 ○保健所から退院後のフォローの訪問を期待
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○家族がいない患者や、いても協力が得られない患者の保証人問題への行政のサポート体制を期待 ○行政が家族や本人が退院に反対の場合の介取り役を期待 ○空き家情報の管理・提供 ○精神障害者に関する分野の計画等を、それぞれの整合性を図りながら作成する ○障害福祉サービスや介護サービスを PDCA サイクルにより計画的に整備する ○地域の中の医療機関や事業所等に対する調査を実施し、地域移行の状況について現状把握を行う ○国の動向や各種制度等について、市町村が各種事業所や医療機関等に情報提供してほしい（情報を止めない） ○本人と地域住民が直接かわる場の創出や行政的なサポートを行う（例えば、日中活動等で野菜を作り、それを直売所などで直接消費者に売るができるような場を整備した場合に助成金を出すなど） ○本人のタイミングに合わせた迅速な支給決定が行える体制の整備
--	---

	基盤整備	個別支援の基盤整備	個別支援
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	地域生活期
都道府県・保健所・精神保健福祉センター等	<p>1. 保健・医療・福祉の関係機関がバラシス良く役割を担う連携体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○自立支援協議会の精神障害者支援部会への参加 ○福祉分野の職種を対象とした疾患の理解を深めるための研修会 ○連携会議の見えるる関係づくりの開催 ○グループワークを取り入れた研修会で参加者の交流を促す ○関係機関向けに病院見学や施設見学を企画 ○病院や事業所、市町村などが同じ目標に向かって一体となる仕組みの構築 ○都道府県内の好事例を市町村間で共有できるよう足しし、各団体ごとの取組の後押しを行う <p>2. 情報共有のしくみづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所の業務・役割を明確化し、何をする機関なのか理解を獲得 ○保健所の業務をアレ澤ンとして保健所の業務に対する理解を促進 <p>3. 人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○それぞれの精神科病院が持っている困難事例を集めて検討する場づくり <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所だけで支援するではなく、市町村を巻き込んだ支援を念頭に置く <p>3. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村への普及啓発と市町村間の連携の仕組みの構築 ○自立支援協議会の精神障害者支援部会のアンケートで、本人の障害特性の次に支援者の理解が足りない、という結果だったため、研修体制の整備が必要 <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村が病院に入っていくのを仲介としてサポート 	<p>1. 頭の見える関係づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○関係機関がそれぞれの仕事を理解していることが必要 ○担当者が代わっても関係機関のそれぞれの仕事についての情報を引き継ぐことが必要 <p>2. 情報共有のしくみづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所の業務・役割を明確化し、何をする機関なのか理解を獲得 ○保健所の業務をアレ澤ンとして保健所の業務に対する理解を促進 <p>3. 人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○それぞれの精神科病院が持っている困難事例を集めて検討する場づくり <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所だけで支援するではなく、市町村を巻き込んだ支援を念頭に置く <p>3. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村への普及啓発と市町村間の連携の仕組みの構築 ○自立支援協議会の精神障害者支援部会のアンケートで、本人の障害特性の次に支援者の理解が足りない、という結果だったため、研修体制の整備が必要 <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村が病院に入していくのを仲介としてサポート 	<p>1. 医療・福祉間の情報の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援 <p>○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進(例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い)</p> <p>3. 危機的場面に備えた連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス利用の拒否など、支援者の対応が困難になった場合の相談対応 ○よく知らない人は心を開かない傾向があるので、日頃からよく知つておくことが必要 <p>○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報共有の場も設ける(市町村並びに保健所)</p>

2. ヒアリング結果の整理票②（その他事項）

＜連携支援が必要な対象とは＞

- ・措置入院の方
- ・自分だけでは食事が摂れない方
- ・自傷行為がみられる方
- ・家族支援も同時に必要なケース
- ・医療サービス以外の、生活に対する支援が必要な人すべて
- ・介護保険を使えないはざまの方（65歳未満など）
- ・精神疾患を持っているが、自立度が高く、介護保険が使えない方
- ・単身者
- ・家族の支援が得られない方
- ・発達障害等の理由にて生活能力が不足する方
- ・身体や知的の合併などがある方
- ・糖尿病を併発している方
- ・病識が無く、服薬の継続が難しい方
- ・生活保護を受ける方
- ・金銭管理が苦手な方

＜地域移行に必要な要素＞

- ・医療と福祉における情報共有
- ・関係者間がお互いの役割を知る
- ・（単身生活が可能な場合）アパート等の単身用の住居が確保できる環境
- ・（単身生活が困難な場合）グループホーム等への入所がスムーズに行える環境
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られていること
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られない場合は、経済面の問題が事前に整理されること
- ・地域生活期において、急な病状変化等に24時間365日対応可能な医療機関があること
- ・障害福祉サービスや在宅介護・医療サービス事業者と入院医療機関との連携
- ・地域移行・定着の推進役は行政が担い、その推進の方針を明確に示すこと
- ・退院後の支援の内容が患者や家族の希望に基づいていること
- ・地域全体を見渡して、病院ごとに人材育成の在り方と地域移行に対するスタンスが統一されること
- ・家族に対する、心理的なサポート及び病理の理解という点での支援があること
- ・さまざまなニーズを包括的に受け、その後に最適な社会資源を有する施設等を紹介するゲートキーパーがあること
- ・患者の思いの関係者間共有

3. 多職種のコミュニケーションを促進する障害福祉サービス等報酬の詳細

以下に、厚生労働省資料（「平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」平成 30 年 2 月 5 日 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム）を主に参考とし、各種連携加算に関する情報をまとめます。

《入院時情報連携加算》

(1) 入院時情報連携加算（Ⅰ）※ 医療機関を訪問しての情報提供

200 単位／月

(2) 入院時情報連携加算（Ⅱ）※ 医療機関への訪問以外の方法での情報提供

100 単位／月

- ・入院時における医療機関との連携を促進する観点から、指定特定相談支援事業者等が入院時に医療機関が求める利用者の情報を、利用者等の同意を得た上で提供した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。ただし、入院時情報連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の同時算定不可。

《退院・退所加算》

200 単位／回

- ・退院・退所後の円滑な地域生活への移行に向けた医療機関等との連携を促進する観点から、退院・退所時に相談支援専門員が医療機関等の多職種から情報収集することや、医療機関等における退院・退所時のカンファレンスに参加して情報収集を行った上でサービス等利用計画等を作成した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、入院・入所中に 3 回を限度として加算。ただし、初回加算を算定する場合は算定不可。

《居宅介護支援事業所等連携加算》

100 単位／月

- ・障害福祉サービス等の利用者が介護保険サービスの利用へ移行する場合に、指定特定相談支援事業所が利用者の心身の状況、置かれている環境やアセスメント等の情報及びサービス等利用計画の内容等について、利用者等の同意を得た上で指定居宅介護支援事業所又は指定介護予防支援事業所に提供し、居宅サービス計画等の作成に協力した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。当該加算を算定した上で居宅介護支援等を利用した後 6 ヶ月は算定不可。計画相談支援のみ新設。

《医療・保育・教育機関等連携加算》

100 単位／月

- ・サービス利用支援等の実施時において、障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画等を作成した場合に加算する。

※ 利用者1人につき、1月に1回を限度として加算。ただし、初回加算を算定した場合又は退院・退所加算を算定し、かつ、当該退院医療機関等のみから情報提供を受けている場合は算定不可。

《サービス担当者会議実施加算》

100 単位／月

- ・継続サービス利用支援等の実施時において、利用者の居宅等を訪問し利用者に面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して、利用者等の心身の状況等やサービスの提供状況について確認するとともに、計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行った場合に加算する。

※利用者1人につき、1月に1回を限度として加算。

《サービス提供時モニタリング加算》

100 単位／月

- ・継続サービス利用支援等の実施時又はそれ以外の機会において、サービス等利用計画等に位置付けた福祉サービス事業所等を訪問し、サービス提供場面を直接確認することにより、サービスの提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成した場合に加算する。

※ 利用者1人につき、1月に1回を限度、かつ、相談支援専門員1人当たり1月に 39人を限度として加算。

《初回加算》

500 単位／月

- ・障害福祉サービス等の利用を希望する利用者の心身の状況及び置かれている環境について、利用者等との面接や関係者への聞き取りによる詳細なアセスメントを行うために要する業務量を適切に評価する。

※ 計画相談支援のみ新設。障害児相談支援においては既設。ただし、基本報酬について旧単価を算定する場合は算定不可。

《集中支援加算》

500 単位／月

- ・退院・退所月以外に月6日以上支援を行った場合に算定。

《退院・退所月加算》

2,700 単位／月

- ・特に業務量が集中する退院・退所月においては、さらに一定単位を加算することとし、当該加算単位については、現行の補助事業で自治体が設定している補助単価の例を参考に設定する。

《障害福祉サービスの体験利用加算》

○日中活動系サービス

500 単位／日（初日から5日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

250 単位／日（6日目から15日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

○地域移行支援

500 単位／日（初日から5日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

250 単位／日（6日目から15日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

《体験宿泊支援加算》

○施設入所支援

120 単位／日

《体験宿泊加算》

○地域移行支援

体験宿泊加算（Ⅰ） 350 単位／日

体験宿泊加算（Ⅱ） 750 単位／日

4. 多職種のコミュニケーションを促進する診療報酬の詳細

以下に、厚生労働省資料（「平成 30 年度診療報酬改定関係資料（医科・調剤）」平成 30 年 3 月 厚生労働省保険局医療課）を主に参考とし、各種連携加算に関する情報をまとめます。

《入院時支援加算》

200 点（退院時 1 回）

[算定対象]

- (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- (1) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
- (3) 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[留意事項]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

《介護支援等連携指導料》

[算定要件]

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、

患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

《退院時共同指導料》

○退院時共同指導料1

[算定要件]

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

○退院時共同指導料2

[算定要件]

注1 入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の

退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

注5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は別に算定できない。

《精神科措置入院退院支援加算》

600点（退院時）

[算定要件]

措置入院者（緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。）に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

《精神科在宅患者支援管理料》

1 精神科在宅患者支援管理料1

（当該医療機関が訪問看護を提供）

イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

- (1) 単一建物診療患者1人

3,000点

(2) 単一建物診療患者2人以上

2,250点

□ 重症患者等

(1) 単一建物診療患者1人

2,500点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,875点

ハ イ又は□以外の患者

(1) 単一建物診療患者1人

2,030点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,248点

2 精神科在宅患者支援管理料2

(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)

イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

(1) 単一建物診療患者1人

2,467点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,850点

□ 重症患者等

(1) 単一建物診療患者1人

2,056点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,542点

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）

（イ及び□の算定患者）

イについては以下の全て、□についてはいずれかに該当する患者であること。

ア 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体が作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態）の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者

《訪問看護同行加算》

- 退院後訪問指導料
580 点（1回につき）
- 訪問看護同行加算
20 点

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

5. 参考事例：地域移行支援推進チーム結成による基盤の整備・個別支援の例

Step0. チーム結成による連携開始

A市の地域特性（平成 29 年度時点）

- ・人口：約 200,000 人
- ・都市部
- ・自立支援医療（精神通院医療）：約 2,500 人
- ・精神障害者にかかる市内の資源

精神科病院	1 か所
精神科クリニック	11 か所
指定特定相談支援事業所	8 か所
指定一般相談支援事業所	2 か所（うち 1 か所は平成 29 年度指定取得）
グループホーム	25 か所
宿泊型自立訓練	1 か所
自立訓練（生活訓練）	3 か所
就労移行支援（一般型）	5 か所
就労継続支援	A 型：4 か所 B 型：12 か所

—平成 28 年夏—

A市では、病院は退院支援、相談支援事業所は地域移行支援・地域定着支援、行政は保健師による退院支援を中心として、それぞれの立場で、担当した精神障害の入院患者の地域移行支援に取り組んできました。各担当者は、年間 1~3 件程度、自身が担当したケースに対して熱心に地域移行・地域定着を後押しするよう取り組んでいましたが、他の機関で行っている支援について情報を得たり、協働したりすることはありませんでした。また、各担当者は、A 市の精神障害者の長期入院患者数や入院先のことはよく把握しておらず、A 市の地域移行がどの程度進んでいるのか、つかめていませんでした。

自立支援協議会は平成 24 年度に設置されていますが、精神障害者の長期入院や地域移行について、議論する場にはなっていませんでした。また、精神障害者の支援や地域移行に関する部会や分科会もありませんでした。

県から「平成 28 年度 精神障害者地域移行支援研修」の開催通知が届き、「地域の病院・事業所・行政でチームを結成した上で参加すること」という案内があったため、市内の精神科病院から退院支援を担当している看護師・精神保健福祉士、市内の特定一般相談支援事業所から相談支援専門員・精神保健福祉士・ピアサポートスタッフ、行政から障害福祉課の給付担当、保健所から保健師が参加して、研修に参加するための多職種チームを結成しました。

研修の事前準備として、市の障害福祉計画を入手して施策やサービスについて改めて確認し、最新の 630 調査で市の入院患者の入院先と人数を把握しました。



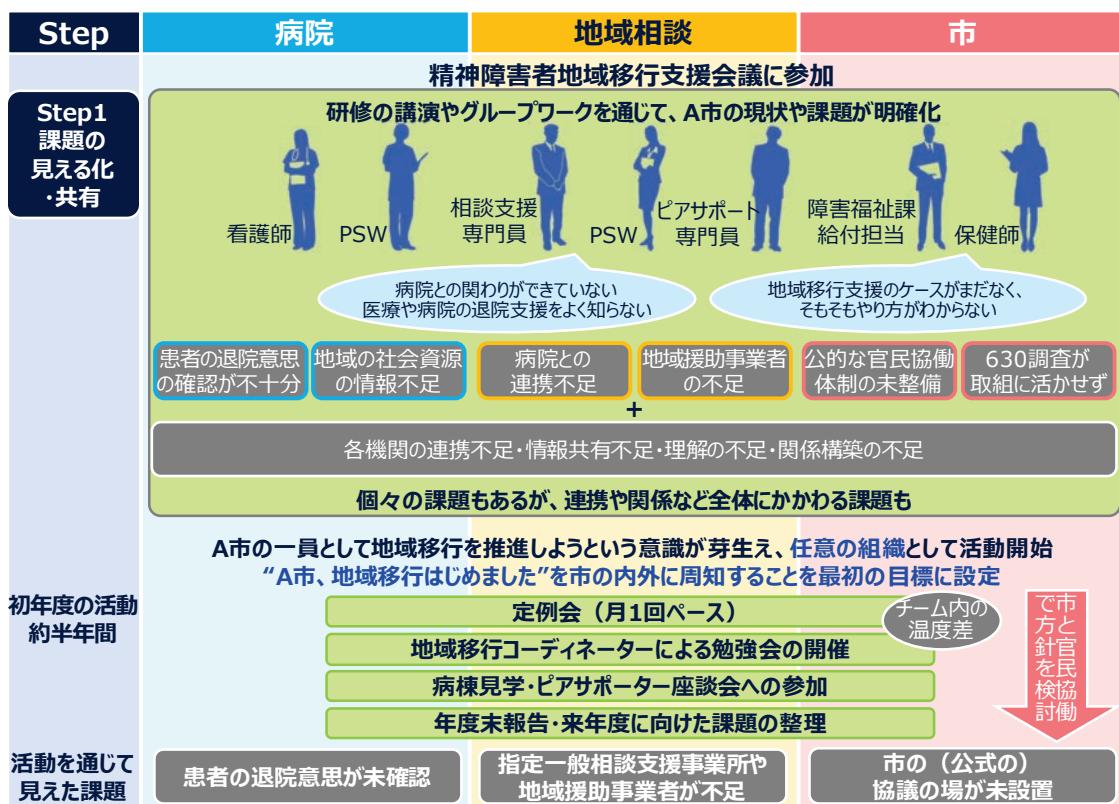
Step1. 地域やメンバーの課題整理

当日「精神障害者地域移行支援研修」の場で、チームのメンバーが揃いました。これまで保健所主催の研修や、地域の事例検討会で年1回ほど顔を合わせる程度でしたが、研修の場で今まで見えていなかった地域の現状・課題を共有できたことがA市チームにとっての収穫でした。

- ・A市の障害福祉計画は国の指針や市の成果目標に対して隔たりが大きいということを認識
- ・最新の630調査を確認したことにより、A市の精神障害者は他の自治体に長期入院している方が多いということを把握

研修を通じて、チーム内で同じ認識・問題意識を共有するとともに、意識に変化が生じました。A市において、チーム（多職種）による連携に基づいた地域移行を推進していく必要があることを認識し、自分もその一員として取り組まなければいけないという意識が芽生えました。

研修後、チームは任意の組織として活動していくことになりました。平成28年度は、A市が地域移行支援の取組をしていると言える体制を整えることと、それを市内外に知ってもらうことを目標とし、「A市、地域移行はじめました」をスローガンにしました。定例会、もしくは勉強会、病棟見学会・座談会等を設定し、月1回ペースで集まる機会を設定しました。



活動をスタートしてから、A市 の各機関の課題も地域全体の課題も明確になってきましたが、活動運営にも課題がありました。

- ・チームのメンバー間に温度差がある（立場・視点・経験などの違いによる意識・意欲の差）
- ・行政の関与度が低く、施策に反映させる流れがない
- ・定例会の開催自体が目的化しており、検討が必要なテーマについて議論できなかったり、具体的な解決策に結びつけられない

活動運営の課題に対しては、次のような対応により状況が改善されました。

◆活動を共にする

- ・勉強会や病棟見学会など、活動を共にし、メンバー間で議論をすることにより、共通認識と同じ問題意識を持つことにつながった

◆市のキーパーソンの巻き込み

- ・市とは大枠で流れとやること（ロードマップの作成）を決めて、協働することで、市側も問題意識を持つようになった（具体的な設計や調整はチームの定例会で実施）
- ・それによって障害福祉課・健康推進課から係長（キーパーソン）が参画し、やること・できないことの決定がスムーズになり、来年度以降の市の方針決定に向けて、チームから課題認識や要望を伝えられるようになった

チームとしてのまとまりも出てきて、地域移行の入院患者向けパンフレットを作成し、初年度のスローガンであった「A市、地域移行はじめました」を形にしましたが、チームは任意の活動であり、一過性の取組で終わってしまう懸念もありました。指定一般支援事業所のメンバーが上司に相談してみたところ、次のような案が出てきました。

「具体的な活動をするとお互いの役割やできることもわかるので、実際に一緒に地域移行支援をしてみるといいだろう。課題は出てくるだろうけど、それを共に解決していくという体験が有益なのではないか。実際にA市の外に長期入院していて、A市に戻りたい方の地域移行に取り組んでみてはどうか。まずは、地域移行を希望する患者さんについて確認するところからだ。」

精神科病院に長期入院している患者さんに退院についての意思を確認する「退院意思の調査」をチームの他のメンバーに提案したところ、賛同が得られ、次年度もチームの活動を継続することが決定しました。併せて未解決の下記の課題について、共有して初年度の活動を終えました。

- ・長期入院患者の退院意思について確認できていない
- ・指定一般相談支援事業所が少なく、受け入れ体制が十分でない
- ・チームは任意の活動であり、市には公式の協議の場が設けられていない

Step2. 課題解決に向けた取組の開始

一平成29年4月一

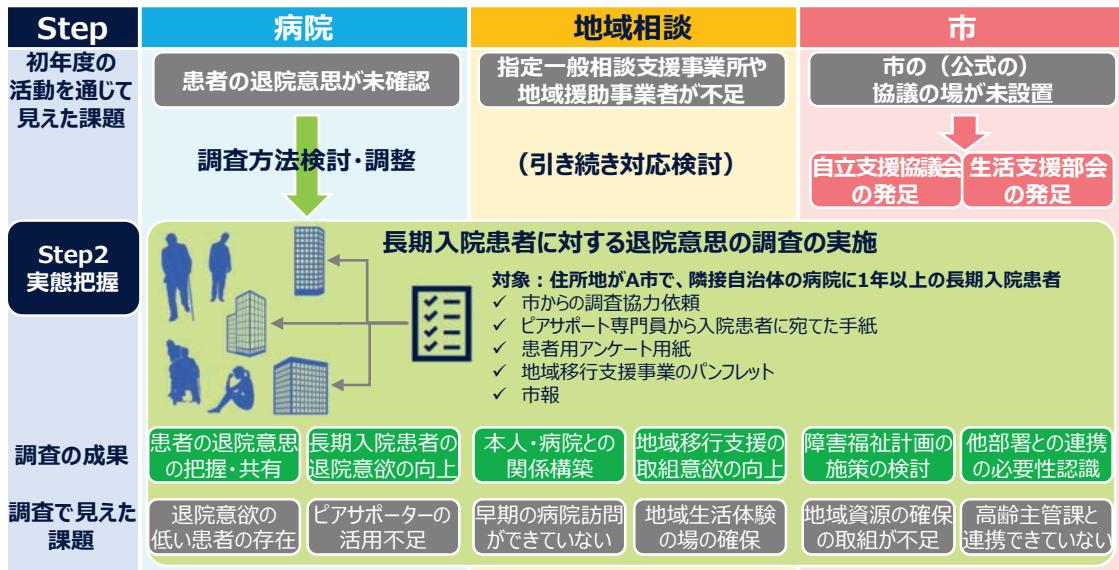
2年目を迎え、「退院意思の調査」の実施方法の検討、協力先の確保など、調査の準備を通じてチーム内のやり取りが密になり、共通の目標に向かって取り組む意識が醸成されてきました。

「退院意思の調査」の実施概要

対象病院	・市内および隣接自治体の精神科病院5病院
対象条件	・A市を住所地とする患者で、入院期間が1年以上の方 ※各病院から3名程度を選定
方法	・病院の精神保健福祉士を介して調査資料を配布・当日回収 ・後日、訪問してヒアリング

「退院意思の調査」におけるチームの役割分担

行政	・実施に向けた府内の調整 ・精神科病院への依頼文の発行
指定一般相談支援事業所	・調査用資料の作成（挨拶状・調査票・パンフレット・ピアサポートスタッフの手紙等） ・病院への趣旨説明 ・調査日程の調整
全員	・都合がつく限り、調査に同行



「退院意思の調査」には4病院から患者の回答が得られ、後日ヒアリングをして直接患者さんの今後の生活についての希望を聞きました。回答者の半数は65歳以上の高齢者でした。退院希望は7割、残りの3割は現状維持もしくは無回答でした。

「退院意思の調査」を通じて得られたものは、長期入院の患者さんの実態に関する情報だけではありませんでした。

精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> 長期入院患者の退院意思を確認でき、精神科病院のスタッフも本人の意思を把握・共有できた 病院・患者本人に地域移行について説明することで、A市の社会資源について知つもらうことができた
長期入院患者本人	<ul style="list-style-type: none"> A市のチームのメンバーが訪問したことでの、患者本人が退院してA市で暮らすという選択肢を持つようになり、退院意欲が高まった
事業所	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院に調査への協力依頼をすることで、病院と接点を持つきっかけとなり、関係構築につながった 委託相談や、ピアサポートスタッフによる退院意欲を喚起する支援など、支援の開始につながった A市に地域移行したいという患者本人の希望を直に聞いて、地域移行への取組意欲が一層高まった
行政（市）	<ul style="list-style-type: none"> A市の精神障害者の入院状況を把握でき、次期の障害福祉計画の施策の検討に活かせた 65歳以上の患者が多いことを把握でき、他部署（高齢主管課）との連携の必要性を認識した

一方で以下のような課題も明らかになりました。

- ・退院意欲の低い患者への対応（現状維持の希望も多い）
- ・高齢の長期入院患者の退院支援（高齢主管課との連携体制ができていない）
- ・早期の病院訪問ができていない（訪問ができないまま、入院が長期化している）
- ・地域生活体験の場の確保ができていない（市内で体験利用できないケースがある）
- ・相談支援事業所の不足（退院希望者全員を一斉には対応できない）

＜協議の場の設置＞

初年度の活動に携わった障害福祉課・健康推進課の係長（キーパーソン）を通じて市側に要望した結果、平成29年4月に「自立支援協議会」とその中の一部会として「生活支援部会」が発足しました。精神障害者の地域移行・地域定着については、「生活支援部会」で具体的な議論をすることになりました。チームの活動により、地域の基盤整備も一步前進しました。

Step3. 個別支援の開始

退院意思の調査の回答者のうち、退院の意思があった方には、フォローアップとして本人への面会や、家族・病院との調整を重ね、複数のケースで地域移行支援を申請することができました。

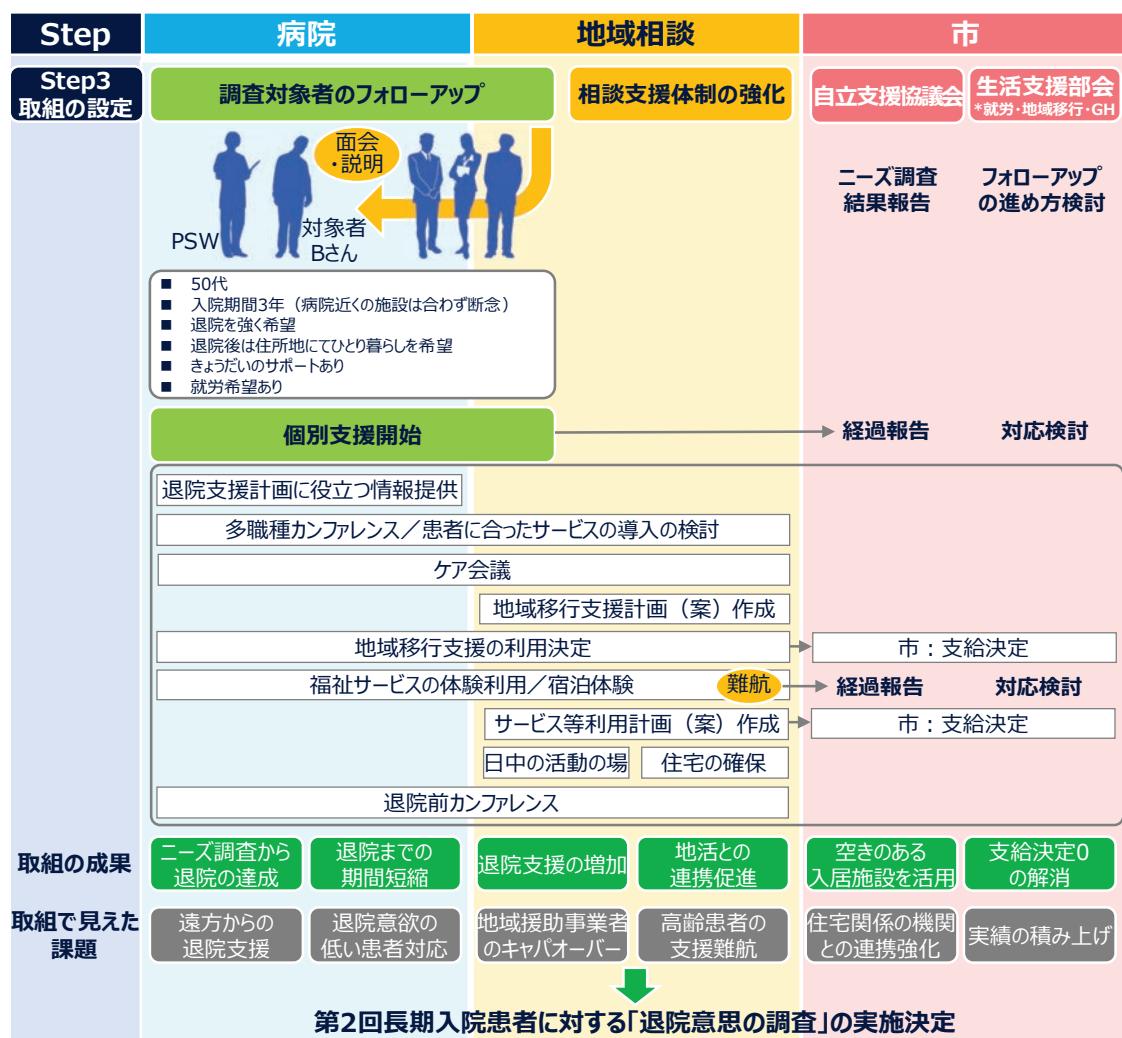
指定一般相談支援事業所の負担増や、体験利用の場の確保に時間をするなど、実際に苦慮する面もありましたが、事前に想定していたため、チームで本人の面会や病院とのコンタクトを続け、地域移行に対する本人の意欲を保つことができました。

◆Bさん（50代、入院期間3年）は、退院後は自宅での生活を強く希望しており、自立訓練（生活訓練）の利用が検討されましたが、市内の自立訓練施設ではすぐには受け入れられませんでした。委託相談を担当していた精神保健福祉士は、ピアサポートスタッフとともに自立訓練に対するBさんの意欲を低下させないように面会を続けながら、チームの定例会にてこの問題を報告・相談したところ、隣接自治体のBさんに適した自立訓練施設の利用が提案され、体験利用に至りました。

◆退院の希望は強いものの、A市以外の地域を希望しているCさん（50代、入院期間7年）の場合、保健師が他の自治体の障害福祉課との仲介役を担いました。

◆グループホームへの入居を希望するDさん（70代、入院期間18年）の場合、障害福祉課の係長・ケースワーカーがケア会議を開催するなどして、支援が進められました。

個別支援を市の地域基盤整備につなげるために、これらの事例は自立支援協議会で報告されました。また、生活支援部会では、支援において生じた問題に対して他の機関が協力を提案したり、受け入れる余裕がある機関に回したり、次に誰が何をするかまで、具体的な解決策が議論されました。生活支援部会が、チームメンバーの相談の場として機能するようになりました。



【チームのメンバーの声】

単独の機関で支援していると、うまく行かないことが出てきます。チームで活動する前は、そこで支援が行き詰まっていましたが、現在は「地域課題」としてとらえ、「多職種連携で解決する」という意識になりました。周りに課題を共有し、ネットワークの中で対応や解決策を検討するようになったため、自分で抱え込むようなことがなくなりました。何より、患者さんの不利益にならないためにも、多機関が協力して取り組むことが重要だと感じています。

退院意思の調査は、対象者の拾い上げ、病院との関係構築、課題の把握や施策の検討につながるなど、もたらされるメリットが多いため、第2回の実施が決定しました。

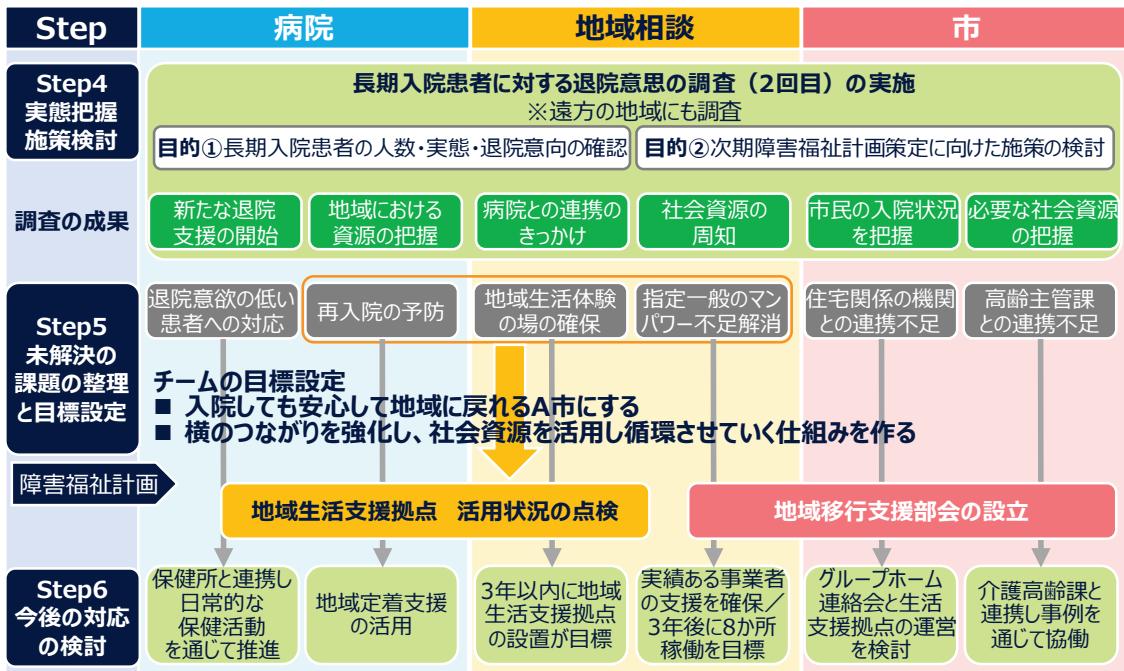
Step4. ~ 取組の振り返りと次の目標設定

退院意思の調査、個別支援、自立支援協議会・生活支援部会での共有・検討を通じて、改めて、A市の地域課題が明らかになりました。特に、「再入院の予防」、「地域生活体験の場の確保」、「指定一般相談支援事業所のマンパワー不足解消」については、チームの努力のみで解決できる問題ではなく、2年間で大きく改善したとはいえない状況です。

これらの課題に対して、社会資源の開発と支援の質の向上の両輪で進めていく必要があります。各機関の課題に対する取組状況をチーム内で相互にモニタリングしていくことになりました。

市では、「第2回退院意思の調査」で、自立支援協議会・生活支援部会で検討された内容を障害福祉計画の策定に活かすことができました。今後、精神障害者の地域移行の普及啓発や人材育成により注力する方針です。

平成28年度から平成29年度にかけて、チームは任意の活動という形でしたが、平成30年度からは自立支援協議会の中の「地域移行部会」という位置づけられることになりました。公的な活動になることで、より責任が伴うようになり、基盤整備の促進が期待されます。課題ごとに、3年後の数値目標を立てており、年度ごとに中間評価を行いながら進めていく予定です。



【他の自治体等に向けてのアドバイス】

- ・きっかけは義務的な研修だったが、「退院意思の調査」という具体的な活動がメンバーと同じ目標に向かわせ、チームの活動が活発化した
⇒形骸的な会議にならないよう、活動を組み入れよう
- ・単独での支援で行き詰ったら、「地域課題」として多機関のネットワークの中で解決を検討する
⇒協議会や連絡会を個別支援における問題の相談の場として活用しよう
- ・活動の大枠は市と決めたり、役職のある立場の人に参画してもらい、官民協働の取組にすることで地域の基盤整備を進める
⇒自治体のキーパーソンに同じ問題意識を持ってもらい、活動に巻き込もう

6. モデル研修資料

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 医療と保健・福祉の連携研修

研修資料

平成31 年3月6日（水）
一般財団法人江原積善会積善病院会議室

主催：株式会社 日本能率協会総合研究所
協力：一般財団法人 江原積善会積善病院

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 医療と保健・福祉の連携研修

研修カリキュラム

挨拶	1
講義 1 精神障害者の地域移行をめぐる動向① 精神科医療の現状	15
講義 2 精神障害者の地域移行をめぐる動向② 地域移行支援について	23
講義 3 連携における関係機関・関係者の役割	39
講義 4 体験談から地域生活について考える	43
講義 5 退院意欲を取り戻すための支援	47
講義 6 医療と保健、福祉を中心とした連携と 市町村における基盤整備の進め方	51

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 医療と保健・福祉の連携研修

(平成 30 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 38「精神科病院における、地域移行プログラム(地域連携パス)の実施状況調査及び効果的なプログラム等の提示に関する調査・研究事業」)

本研修における地域移行支援とは、入院期間によらず利用できる支援で、医療機関の適切なアセスメントのもと、主に「退院は可能であるが、環境や個人の因子により、地域生活に移行するためには医療・保健・福祉の連携支援が必要な方」を対象に、医療と保健・福祉、行政の連携によって、ご本人が望む暮らしの実現をめざす支援である。

平成 31 年 3 月 6 日 (水) 10:00~17:15 場所：一般財団法人江原積善会積善病院会議室

時間	内容
10:00~10:10 (10)	挨拶 厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課
10:10~10:40 (30)	講義 1 精神障害者の地域移行をめぐる動向①精神科医療の現状
10:40~11:00 (20)	講義 2 精神障害者の地域移行をめぐる動向②地域移行支援について
11:00~11:50 (50)	講義 3 連携における関係機関・関係者の役割
11:50~12:10 (20)	シェアリング (1 グループ 3~4 人程度)
12:10~13:10 (60)	昼休憩
13:10~13:40 (30)	講義 4 体験談から地域生活について考える
13:40~14:10 (30)	講義 5 退院意欲を取り戻すための支援
14:10~14:30 (20)	シェアリング
14:30~14:40 (10)	休憩
14:40~15:30 (50)	講義 6 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の進め方
15:30~15:40 (10)	休憩
15:40~17:00 (80)	演習 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の実際
17:00~17:15 (15)	まとめ・アンケートへの記入・閉会

**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
医療と保健・福祉の連携研修**

挨拶

**厚生労働省 障害保健福祉部
精神・障害保健課**

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課
課長補佐 主藤 秀幸

これまでの経緯等について

- 我が国的精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）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て以降、様々な施策が行われてきた。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、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も示されている。
- 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」では、「地域生活中心」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明確にした。
※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要である。
このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。

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(概要)（抄） (平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に関係法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
- （2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
 - 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。
- （3）精神病床のさらなる機能分化
 - 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

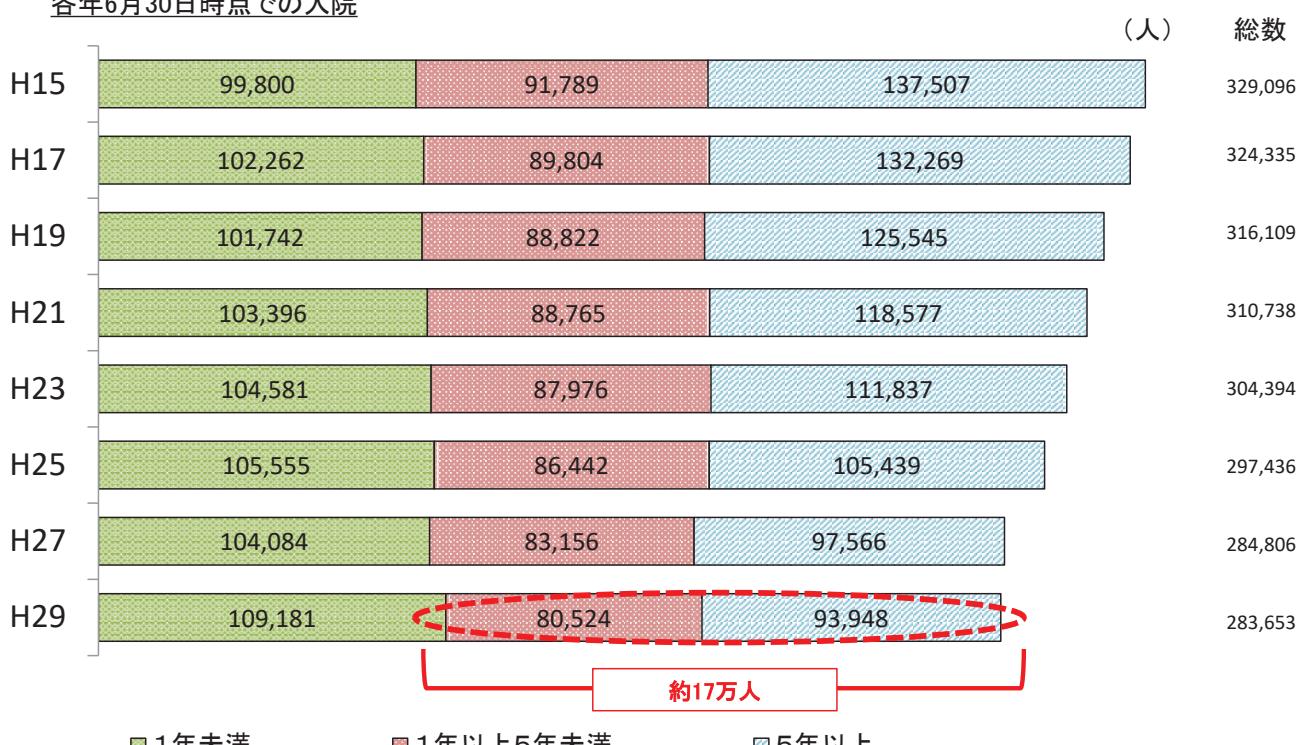
2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

- 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。

各年6月30日時点での入院

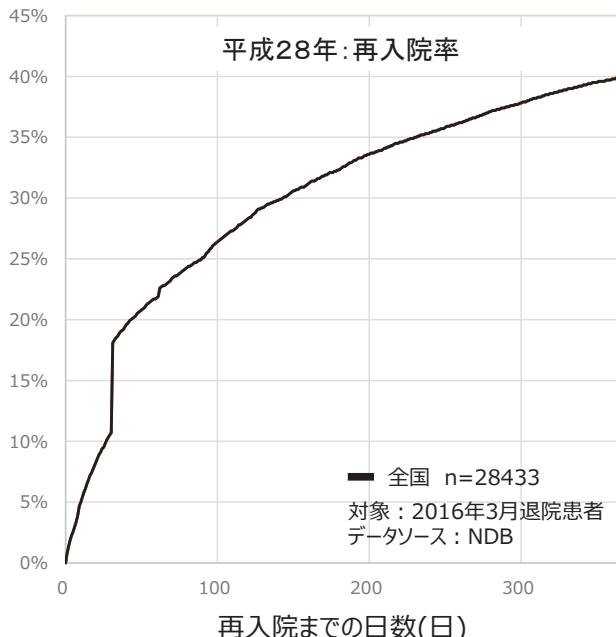


出典:精神・障害保健課調べ

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

- 精神病床からの退院者の約4割が1年内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典:平成29年新精神保健福祉資料(全国)

重症精神障害者の退院後の地域サービス利用状況

3つの精神科病院における新規入院者で、スクリーニング調査により、包括的支援が必要とされた者のうち、退院後に居住地区における地域サービスを利用していた者の割合は
約33%

山口創生 他・重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト:ネステッドクロスセクショナル調査. 精リハ誌, 2015



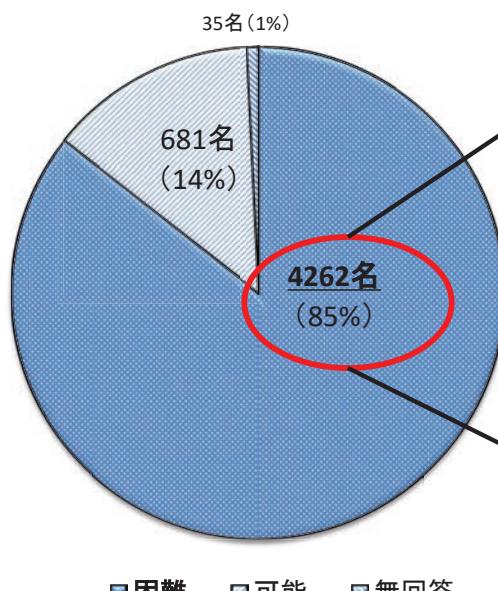
なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か③

平成27年10月23日
中医協総会資料より編

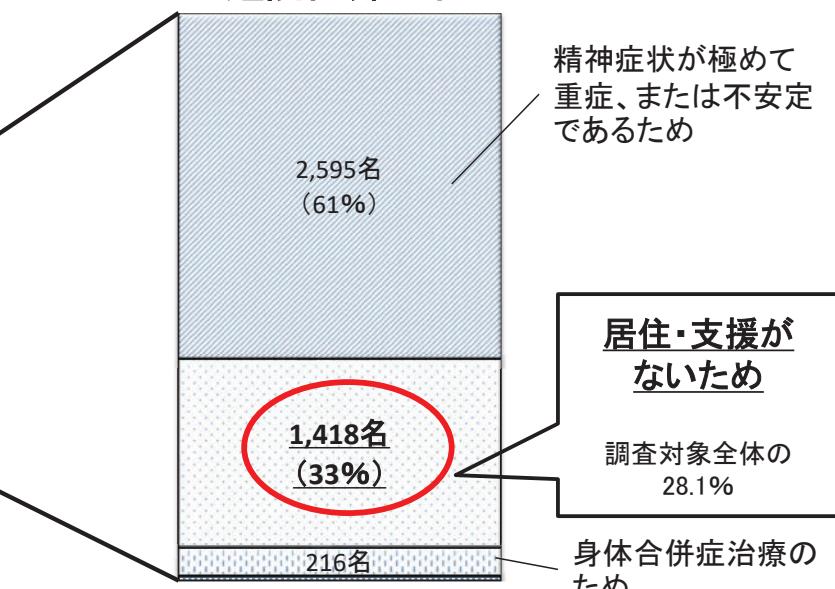
精神科病院における1年半以上の長期入院患者(認知症を除く)の退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

調査日時点の退院可能性



退院困難理由



出典:平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か④

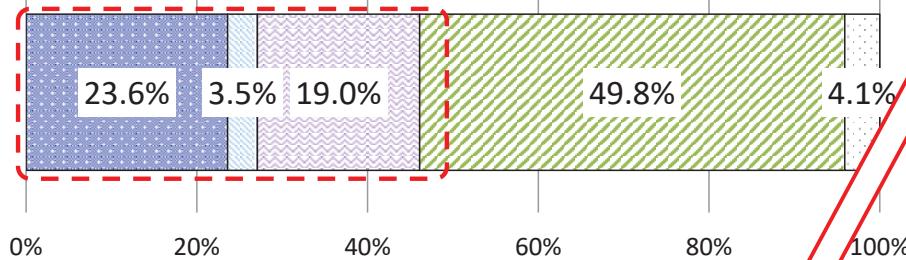
精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

平成27年10月23日
中医協総会資料より編

- 精神療養病棟に入院する患者の約1／2が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。

精神療養病棟入院

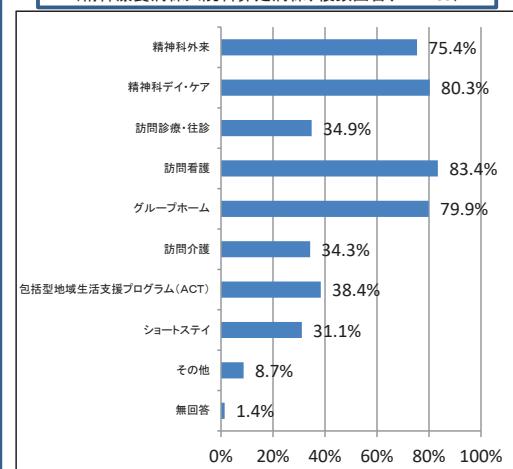
患者(n=1409)



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わざとも近い将来退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

基盤整備が必要

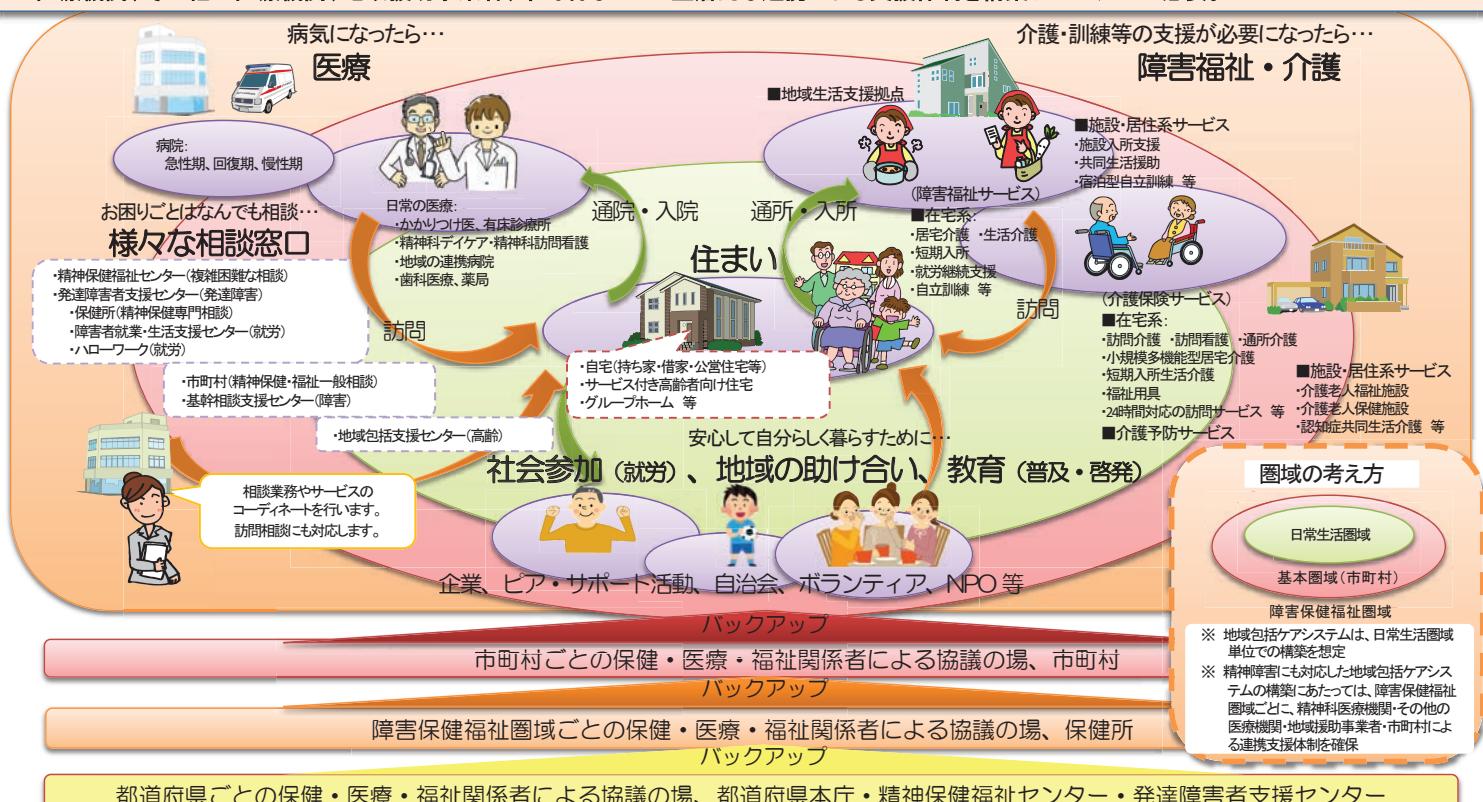
精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等
(精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答、n=289)



出典:平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ)

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加(就労)・地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、地域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針の主なポイント

- 地域における生活の維持及び継続の推進
- 就労定着に向けた支援
- 地域共生社会の実現に向けた取組
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- 発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上

・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減

※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置

・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に

(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)

・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等の整備

・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍

・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増

・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上

※ 実績を踏まえた目標設定

・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置

・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築

・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保

・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

4. その他の見直し

・障害者虐待の防止、養護者に対する支援

・難病患者への一層の周知

・障害を理由とする差別の解消の推進

・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

地域包括ケアシステムの構築に係る現状と成果目標 ～保健・医療・福祉関係者による協議の場～

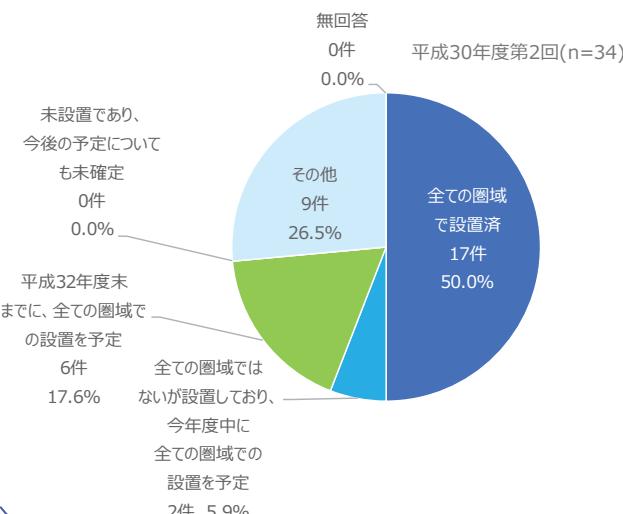
第5期障害福祉計画に係る国の基本指針における成果目標

平成32年度末までに全ての障害保健福祉圏域／市町村ごとに、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置する。

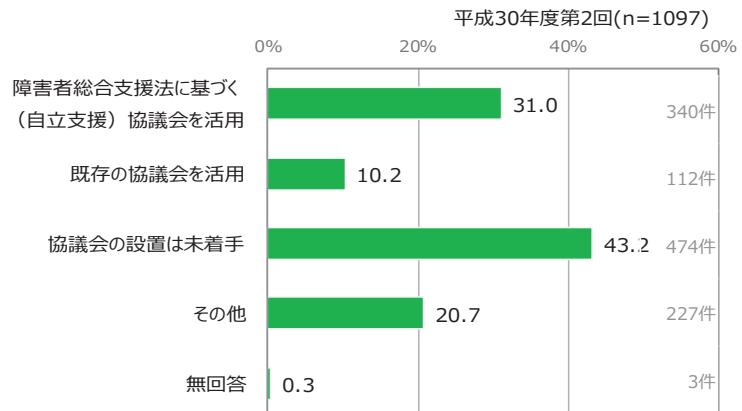
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るアンケート集計結果

時点:2019年1月1日現在

【都道府県】 圏域ごとの設置状況



【市町村】 協議会の設置状況（複数回答）



出典: 平成31年2月18日第2回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当者等会議資料改変

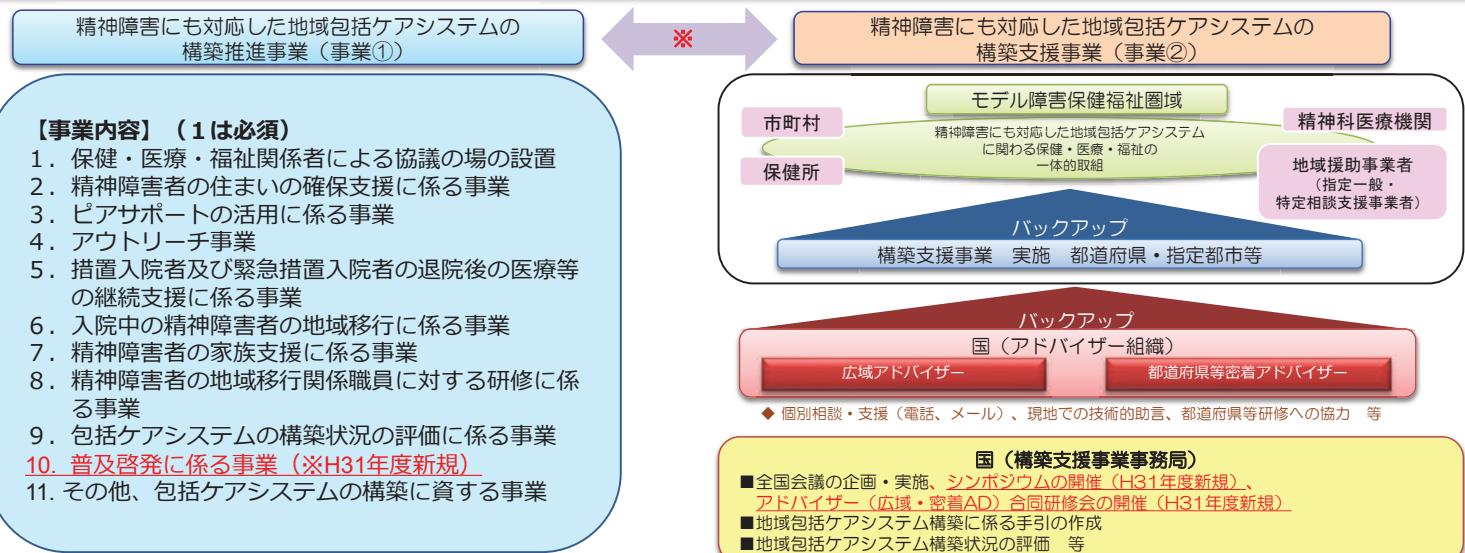
① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

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

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

- ①…障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。
＜実施主体＞ 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市
- ②… ◆国において、地域包括ケアシステムの構築の推進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と連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）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。
＜参加主体＞ 都道府県・指定都市・特別区

※ ①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することも可能



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

3. 情報・ノウハウの共有化

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、アドバイザーの派遣のほか、関係者間で情報やノウハウの共有化を図るために、①ポータルサイトの開設 ②地域包括ケアニュースの発行 ③合同会議の開催 ④手引きの策定を行う。

①ポータルサイトの開設

【サイトURL】

<http://mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>

The portal website features a header with the title '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' and the MHLW logo. It includes sections for '調査研究等' (Research), '地域移行に係るリンク先一覧' (Links related to regional transfer), '本事業に関する資料&NEWS (精神)' (Information and news about this project (spirit)), and 'FAQ'.

The main content area displays a message from the Minister of Health, Labour and Welfare, followed by a section titled 'このサイト、「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」は、これまでの地域移行に関する各種情報の収集、研究、相談、議論といった情報サイトへのリンクなどを共有するためのポータルサイトです。'.

At the bottom, there is a footer with the URL 'http://mhlw-houkatsucare-ikou.jp/' and copyright information: '著作権 © 厚生労働省 2017年6月1日' and 'Governing © Ministry of Health, Labour and Welfare. All Right Reserved.'

※①・②・④については、当該事業に参加していない自治体の方も閲覧可能。

②ニュースの発行

The news page is titled '第3号 2017.11'. It features a large image of a group meeting and a heading '第二回 アドバイザー合同会議を開催' (Second National Advisor Conference held). The page contains several columns of text in Japanese, including a summary of the conference and various articles.

③合同会議の開催



年3回 開催予定
<参加者>
・参加都道府県等担当者
・広域AD
・都道府県等密着AD
・厚生労働省担当者
・事務局担当者

合同会議は、当該事業に参加していない自治体の方も傍聴可能。

④ 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「手引き」の策定

協議の場など地域包括ケアシステムの構築全体に資する取組

協議の場の現状・課題

- 第5期障害福祉計画において、各障害保健福祉圏域、市町村ごとに、協議の場の設置が目標値として設定されており、その設置を促進していく必要がある。
- 協議の場の開催や運営方法のイメージが沸かず、どのように、運営したら良いのかをとまどう自治体が多く、ノウハウの共有が必要。
- 形式開催にならずに、地域の課題解決に向けた効果的な協議が実施できる場として深化させる必要がある。

今後の具体的な取組

- 協議の場の設置状況(第5期障害福祉計画の目標値の進捗状況)について、定期的(2回／年)に調査を実施し、公表。さらに、地域包括ケアシステムの構築状況等を評価するための指標を検討し、担当者会議等で定期的に進捗管理を実施。
- 「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」で、わかりやすい手引きを作成し、協議の場の効果的な運用方法を周知。
- 協議の場の要となる実務者(コーディネーター)を各都道府県・市町村で選定する仕組みを検討。
- 手引きに基づく研修を開発、効果検証
- 協議の場で提示するデータ(圏域毎の退院率・再入院率など)等の提供と、地域の現状のわかりやすい「見える化」。
- 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参加自治体等における好事例を合同会議やポータルサイトにより周知。
- 地域包括ケアを進める上での現場の課題の類型化、解決方法の検討
- 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」の研修・運用評価

医療

医療の現状・課題

- 精神障害者の地域移行について、平成16年に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき様々な施策を行ってきた。精神科入院医療の現状として、長期入院者は減少傾向にあるが、依然として、1年以上の長期入院者が約17万人おり、入院患者の地域移行を一層促進することが必要。
- また、退院患者の1年以内の再入率は約4割となっており、地域移行の視点だけでなく、地域定着の視点が不可欠。
- さらに、地域で生活する精神障害者が適時適切に必要な医療にアクセスし、入院の長期化等を未然に防ぐためには、外来医療・精神科デイケア・アウトリーチ支援の推進や精神科救急の体制整備が重要。

今後の具体的な取組

- (1) 入院患者の地域移行促進
- 早期の地域移行・地域定着に資する医療機関の好取組の収集・周知(入院早期からの多職種・地域連携など)
 - 早期の地域移行・地域定着に資する支援プログラムの効果の検証
 - 長期入院精神障害者の効果的な退院支援プログラムの提示
 - 治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及
- (2) 精神障害者を地域で支える医療
- | | |
|-------------------------------|---|
| ○ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進 | ○ 医療・保健的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方(医療と保健の連携など)の検討 |
| ○ 地域連携パスの好事例の周知 | ○ 精神科救急医療体制整備(一次救急の充実等) |
| ○ 効果的な精神科デイケアの機能の整理 | |
| ○ 平成30年度診療報酬改定 | |
| ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 | |

障害福祉・介護

障害福祉・介護の現状・課題

- 長期入院精神障害者の地域移行に伴い必要となる障害福祉サービス・介護サービスの量と質を確保していく必要がある。
- 高齢の精神障害者の地域移行に関しては、介護保険による対応が必要となるケースが多いが、介護支援専門員等、介護保険サービス提供側において、精神障害者を支援するノウハウ・知見が必ずしも十分でない。
- 各自治体(県レベル、市町村レベル)における、介護保険分野と障害福祉分野との連携を進めることが必要である。

今後の具体的な取組

- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定(「自立生活援助」の報酬の設定、地域生活支援拠点等の機能強化、地域移行支援における地域移行実績等の評価等)
- 精神障害者の地域移行を支援する事業者の育成、効果的な支援プランやノウハウの共有
- 介護支援専門員・介護福祉士等に対する精神障害者への理解や関係機関との連携の促進に向けた効果的な研修等の検討(ニーズ調査など)

住まい①

住まいの現状・課題

- 第5期障害福祉計画における長期入院精神障害者の地域移行の目標達成に関しては、地域で暮らす場=住まいの確保が重要な課題となっている。
- このため、各地域で必要量のグループホーム・高齢者向け住まいの整備等を進めるとともに、必要な地域支援の活用等により公営住宅等への入居や精神障害者が入居可能な賃貸住宅の登録の促進を図ることが必要。

今後の具体的な取組

【全般】

- 退院患者の住まい確保に係る課題等の実態把握
- 自治体における好事例の収集・周知

【公営住宅等】

- 自立生活援助サービス(H30年度～)など地域支援の充実・活用等による公営住宅等への精神障害者の入居の促進

住まい②

今後の具体的な取組

【民間賃貸】

- 國土交通省との連携による精神障害者の入居を拒まない賃貸住宅の登録促進、マッチング・入居支援
 - ・ 地域包括ケア担当者会議やポータルサイトでの住宅セーフティネット制度の周知
 - ・ 居住支援協議会と精神障害にも対応した地域包括ケアの協議の場との連携
 - ・ 精神障害者の円滑な住まい確保に向けた地域関係者への手引きの作成、周知

【グループホーム(GH)】

- 長期入院精神障害者のGHでの支援に対する評価を新設(H30年度～)
- 事業者への精神障害者が入居可能なGHの整備の積極的な働きかけ
 - ・ 精神障害者のGHの設置・運営の手引きの作成
 - ・ 地域のGH需要見込み量を協議の場で作成し、上記手引きとともに、事業者に周知

【高齢者向け住まい】

- 各自治体における介護保険事業(支援)計画に基づく計画的な高齢者向け住まいの整備
- 介護支援専門員・介護福祉士等に対する精神障害者への理解や関係機関との連携の促進に向けた効果的な研修等の検討(ニーズ調査など)【再掲】

社会参加(就労)

社会参加(就労)の現状・課題

【雇用】

- 精神障害者の雇用者数は、雇用管理ノウハウの浸透や、平成30年4月からの精神障害者の雇用義務化に伴う障害者雇用率の引き上げ(2%→2.2%)等により、過去最高を更新中。
- 一方、精神障害者本人と雇用主のミスマッチや精神障害の特性に対する理解不足などにより、定着率が低く、等の課題がある。
- 精神障害者本人の希望や適性を踏まえたマッチング支援、職場定着支援の充実等を進める必要がある。

【障害福祉サービス】

- 就労移行支援等の就労系サービスにおける精神障害者の利用者は年々増加し、就労移行支援における精神障害者の利用者割合は約55%である。今後、精神障害者の地域移行等に伴い、さらに利用者の増加が見込まれ、一般就労への移行やその後の定着等における精神障害者に対する支援ノウハウの共有等が課題となっている。

今後の具体的な取組

【雇用】

- 精神科医療機関とハローワークの連携による就労支援事業の全国実施
- 精神障害者雇用トータルソーター、ジョブコーチによる職場定着支援(独立行政法人によるジョブコーチ養成者数を今年度から倍増)
- 精神・発達障害者しごとサポーターの養成促進(毎年4万人の養成を目標)

【障害福祉サービス】

- 精神障害者への対応を含む就労移行支援、就労継続支援A型・B型における効果的な支援事例の収集・ノウハウの共有
- 就労定着支援事業(H30年度～)の活用による一般就労後の定着支援

【その他】

- ピアサポーターとしての活躍の機会の確保

教育(普及啓発)

教育(普及啓発)の現状・課題

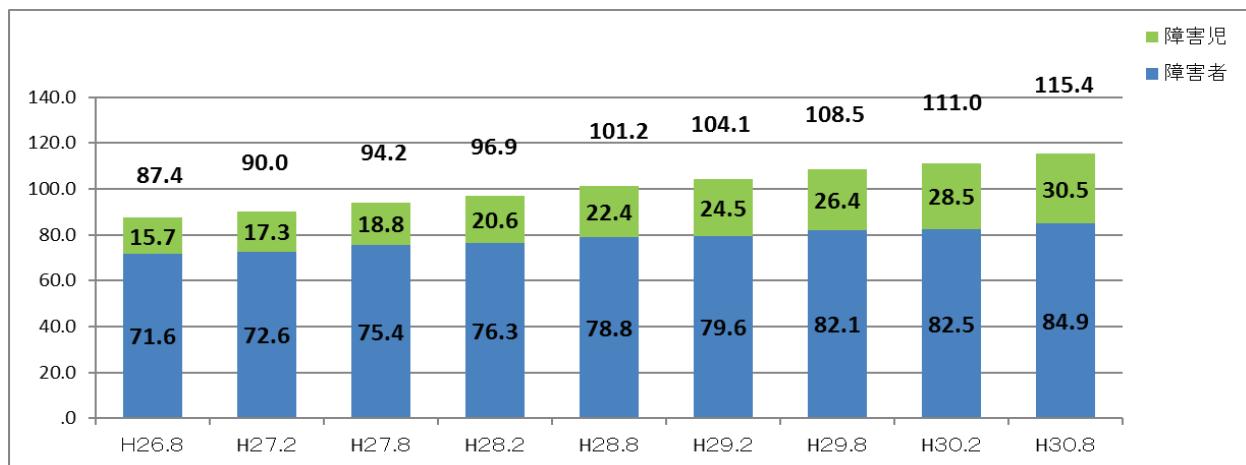
- 精神障害者が地域で安心して暮らしていくようにするために、地域住民の精神障害者への理解が不可欠であるが、現在、精神障害者への理解は中々進んでおらず、根強い偏見も見られる。
- 当事者や家族との協働により、わかりやすく波及効果のある普及・啓発を実施し、ノーマライゼーションの理念を浸透させていくことが必要。

今後の具体的な取組

- 当事者や家族等と連携した精神障害者の理解促進に向けた効果的な普及・啓発の推進
 - ・ 普及啓発ツールの作成
 - ・ 精神障害者地域生活センター(仮称)の養成
 - ・ シンポジウムやフォーラム等の開催 等

利用者数の推移(6ヶ月毎の利用者数推移)(障害福祉サービスと障害児サービス)

(単位:万人)



- 平成29年8月→平成30年8月の伸び率(年率)…… 6.3%

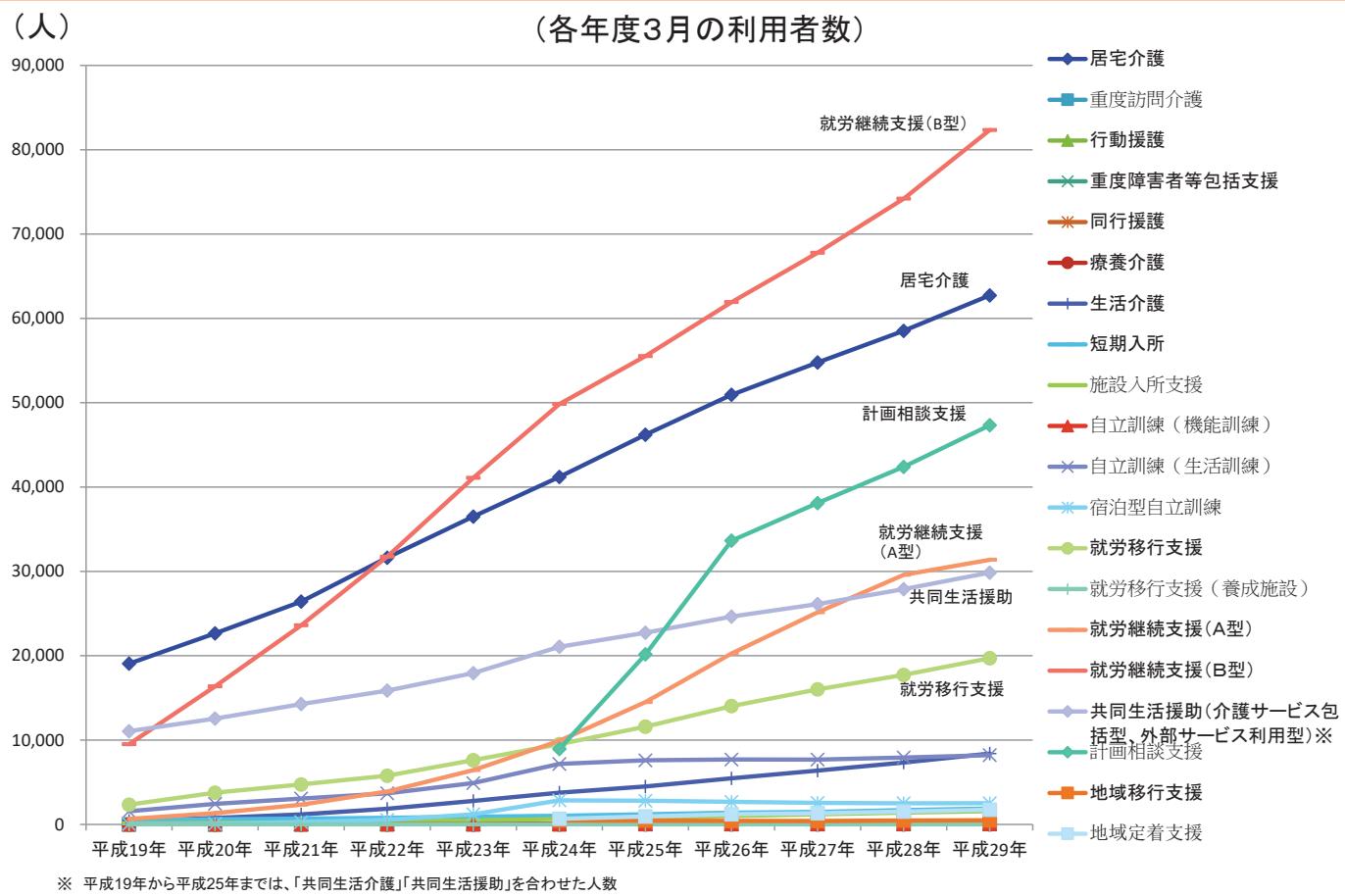
(30年8月の利用者数)

このうち	身体障害者の伸び率……	1. 0 %	身体障害者……	21. 7万人
	知的障害者の伸び率……	2. 9 %	知的障害者……	39. 6万人
	精神障害者の伸び率……	6. 8 %	精神障害者……	21. 7万人
	障害児の伸び率……	14. 4 %	難病等対象者……	0. 3万人(2,848人)

障害児…… 32. 0万人(※)
(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)

資料:国保連データ(平成30年8月時点)

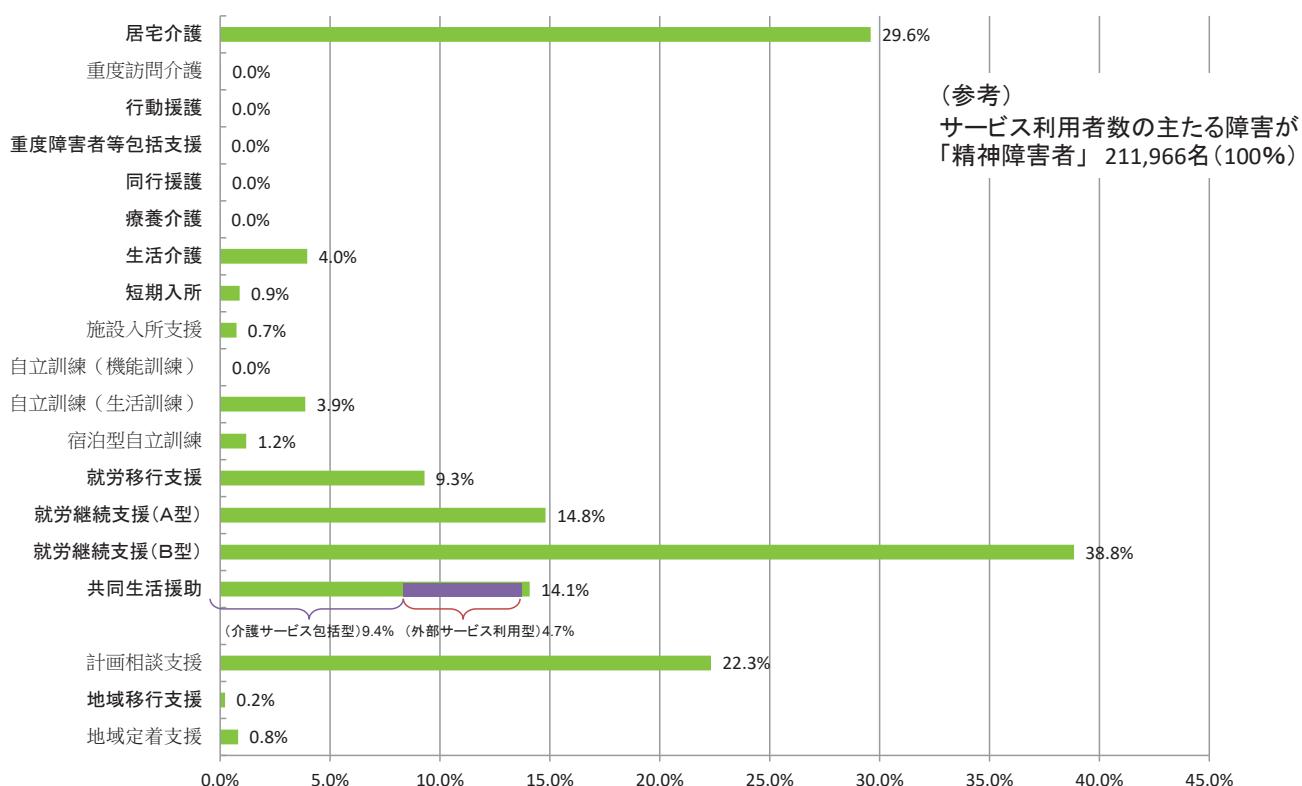
精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移



21

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(平成29年度サービス提供分 平成30年3月の利用者)

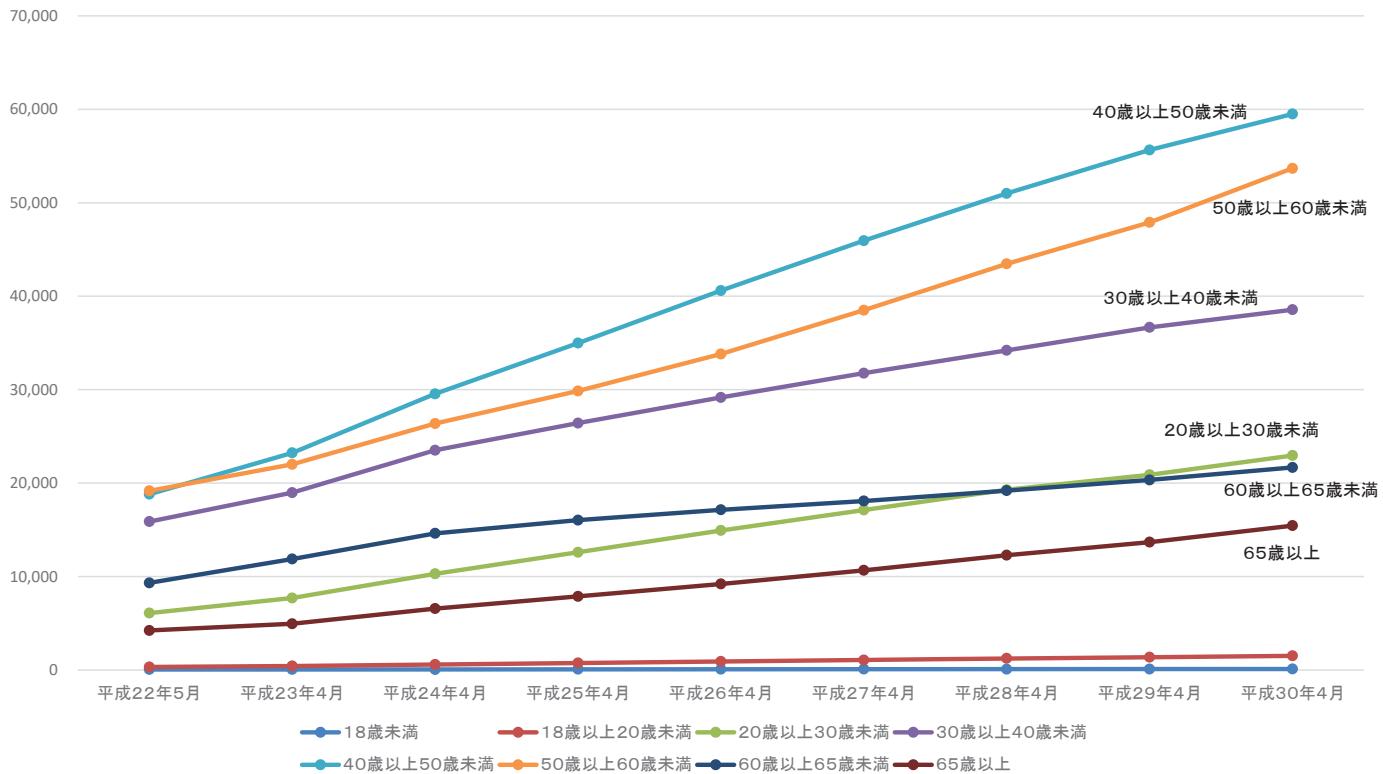


資料:国保連データ(平成30年3月サービス提供分の利用者数、平成30年10月現在)

障害福祉サービス利用者数年齢別推移(精神障害)

(人)

※平成22年5月→平成30年4月



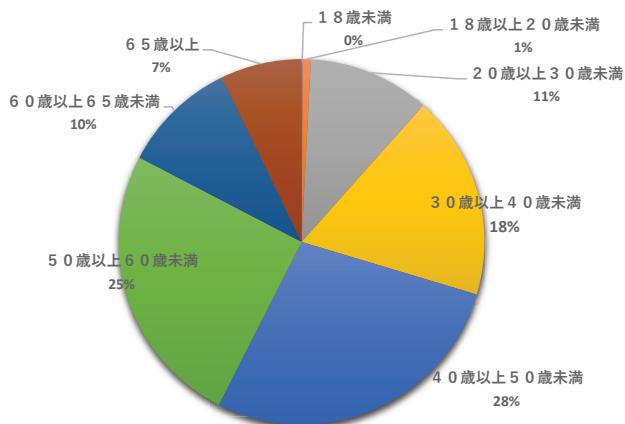
資料:国保連データ(各年度4月障害福祉サービス費(平成22年のみ5月)障害区分別利用者数、平成30年10月現在)

障害福祉サービス利用者数年齢別推移(精神障害)

※平成29年4月→平成30年4月比較

	計	18歳未満	18歳以上20歳未満	20歳以上30歳未満	30歳以上40歳未満	40歳以上50歳未満	50歳以上60歳未満	60歳以上65歳未満	65歳以上
平成29年4月	196,596	100	1,366	20,890	36,666	55,647	47,904	20,342	13,681
平成30年4月	213,448	107	1,520	22,956	38,554	59,502	53,685	21,674	15,450

年齢別割合(精神障害) 平成30年4月



各年代毎の前年同月における伸び率

- 18歳未満…7%
- 18歳以上20歳未満…11.3%
- 20歳以上30歳未満…9.9%
- 30歳以上40歳未満…5.1%
- 40歳以上50歳未満…6.9%
- 50歳以上60歳未満…12.1%
- 60歳以上65歳未満…6.5%
- 65歳以上…12.9%

■ 18歳未満 ■ 18歳以上20歳未満 ■ 20歳以上30歳未満 ■ 30歳以上40歳未満
■ 40歳以上50歳未満 ■ 50歳以上60歳未満 ■ 60歳以上65歳未満 ■ 65歳以上

資料:国保連データ(平成29、30年4月障害福祉サービス費障害区分別利用者数、平成30年10月現在)

**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
医療と保健・福祉の連携研修**

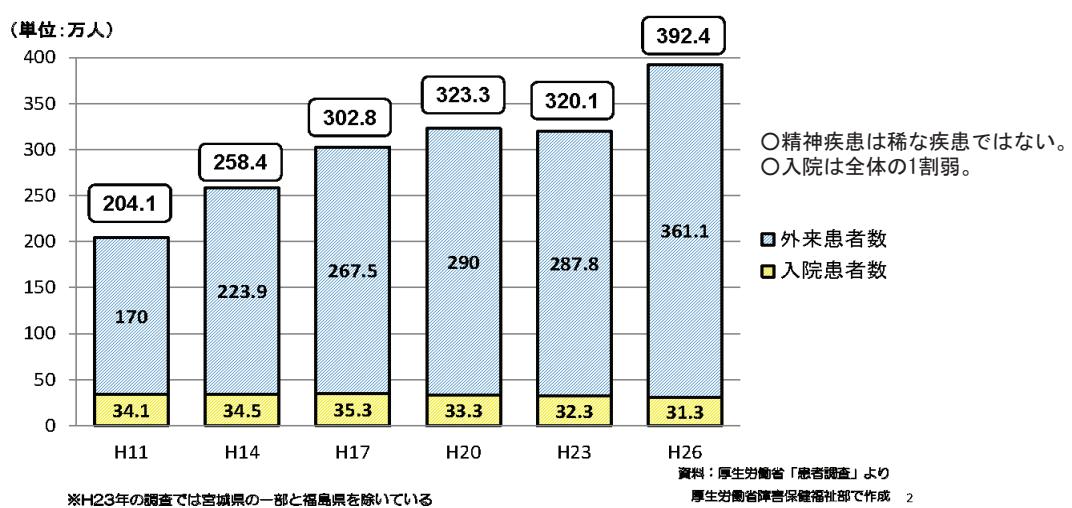
講義1

精神障害者の 地域移行をめぐる動向① 精神科医療の現状

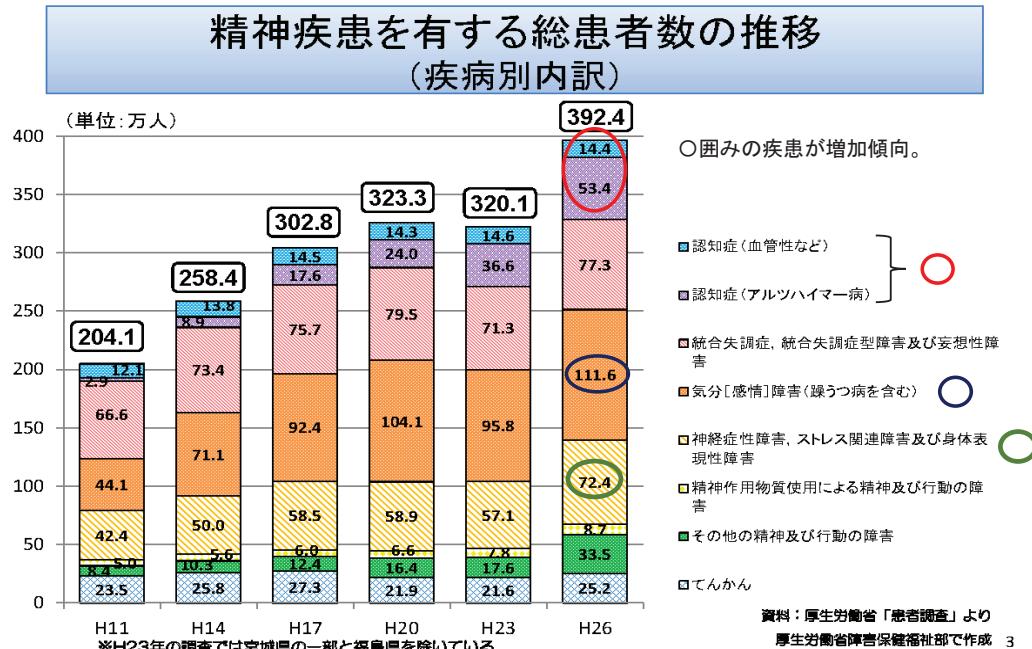
I. 精神疾患に係る現状

©Japan Care Manager Association ¹

精神疾患を有する総患者数の推移

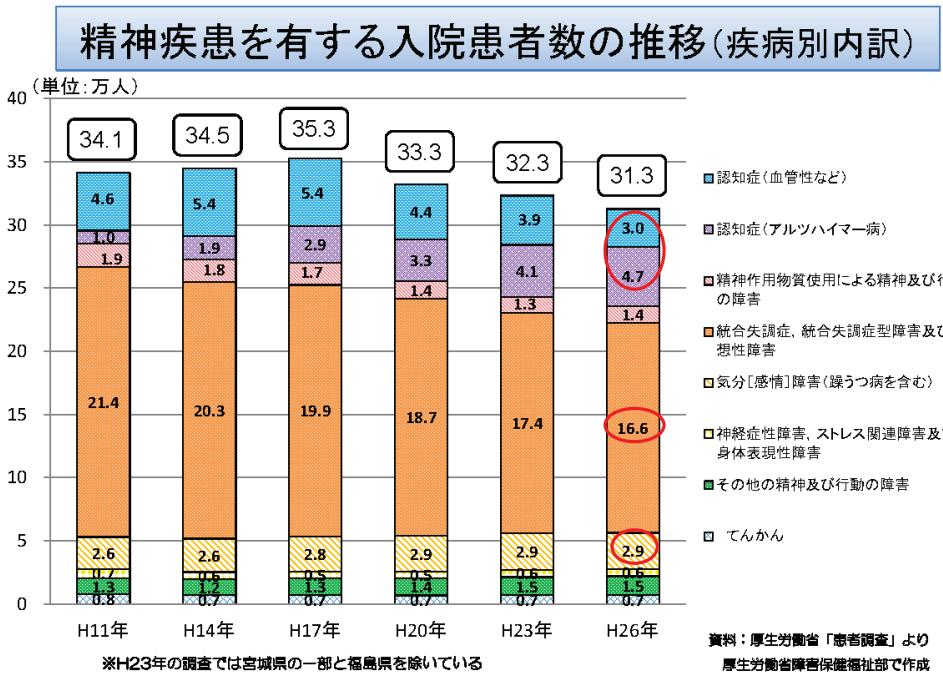


©Japan Care Manager Association ²



3

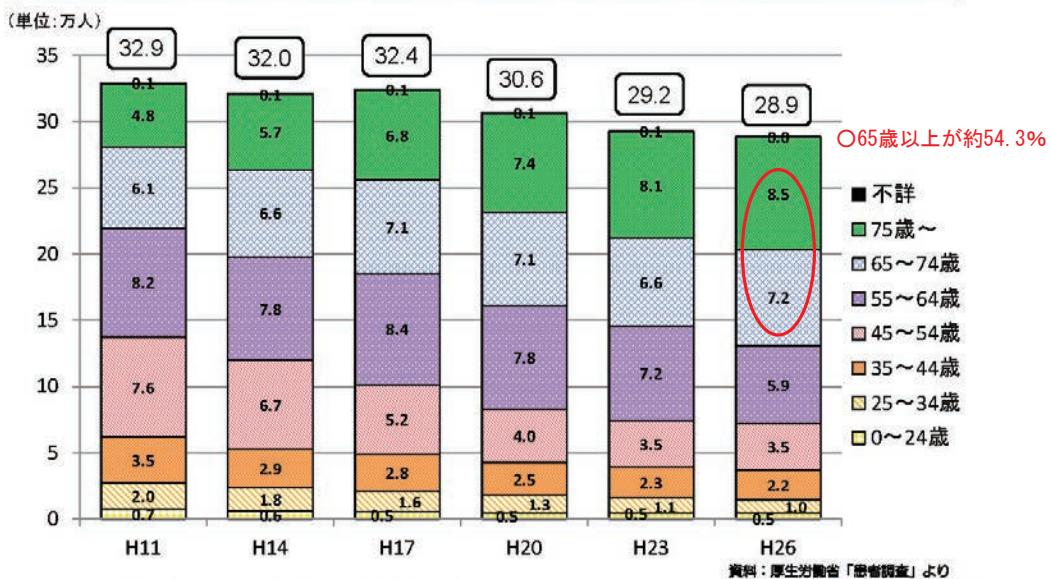
©Japan Care Manager Association



4

©Japan Care Manager Association

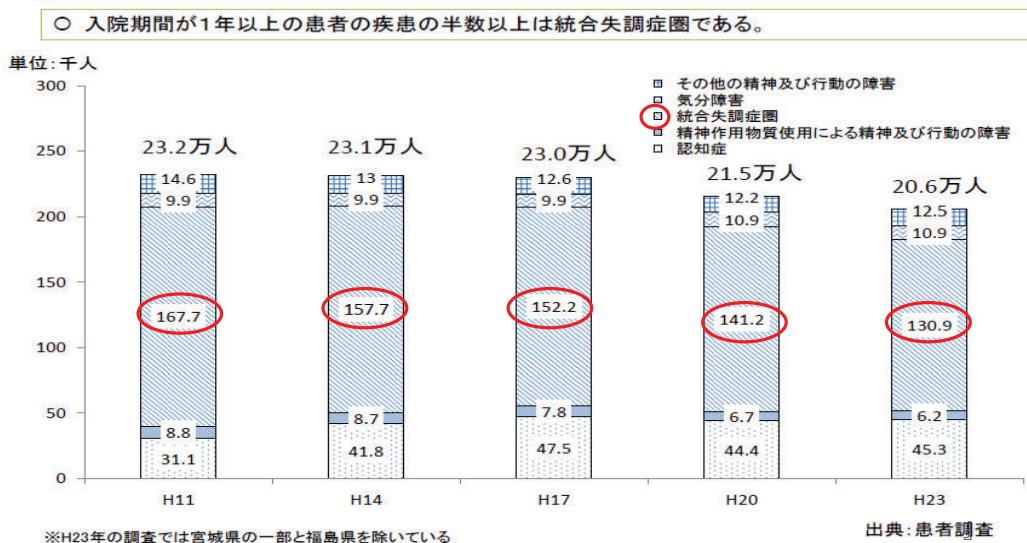
精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)



5

©Japan Care Manager Association

1年以上入院している精神科患者数の推移

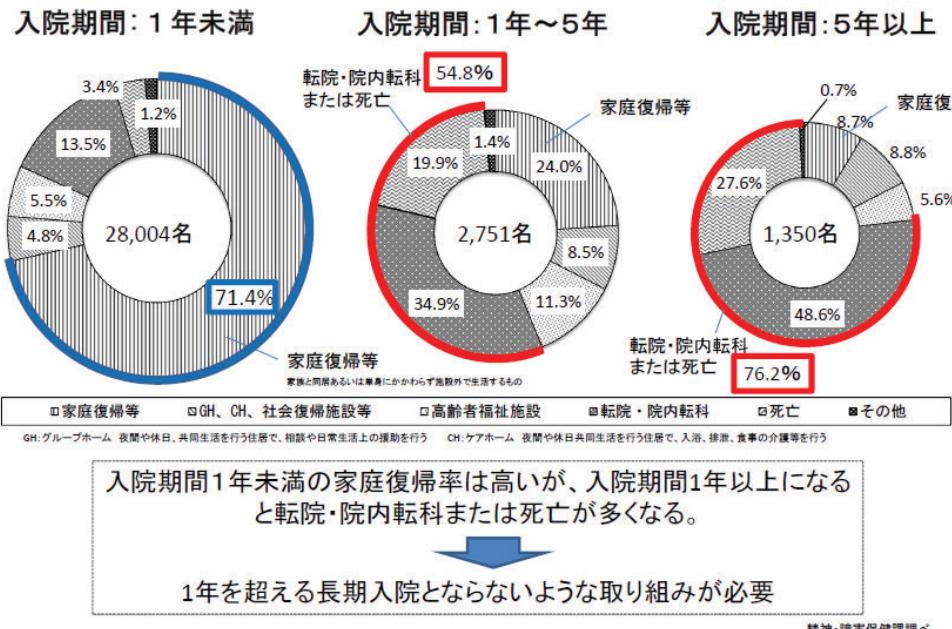


6

©Japan Care Manager Association

精神科病院からの退院者の状況

(平成23年6月の退院患者について調査)



精神・障害保健課調べ 10

関連施設

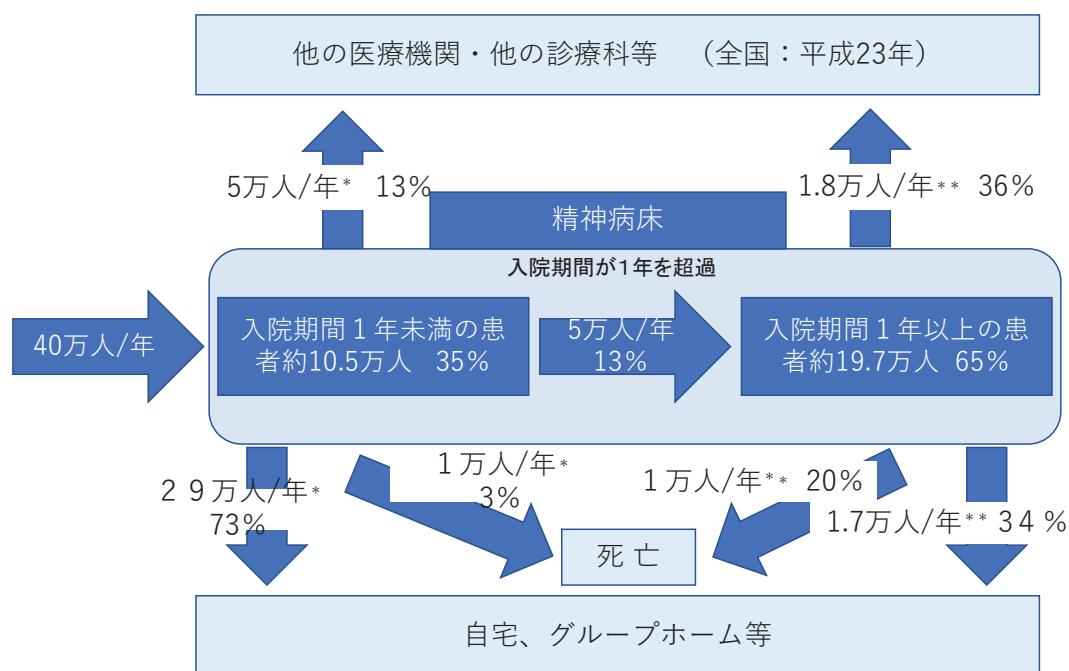
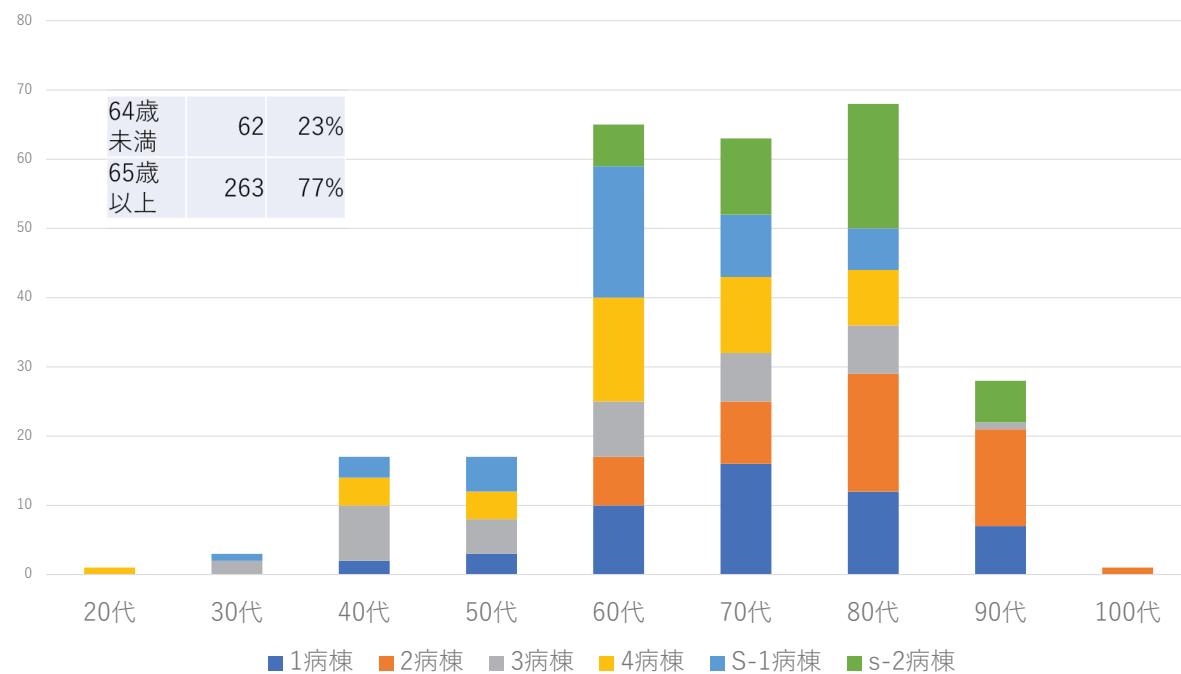
精神科関連施設

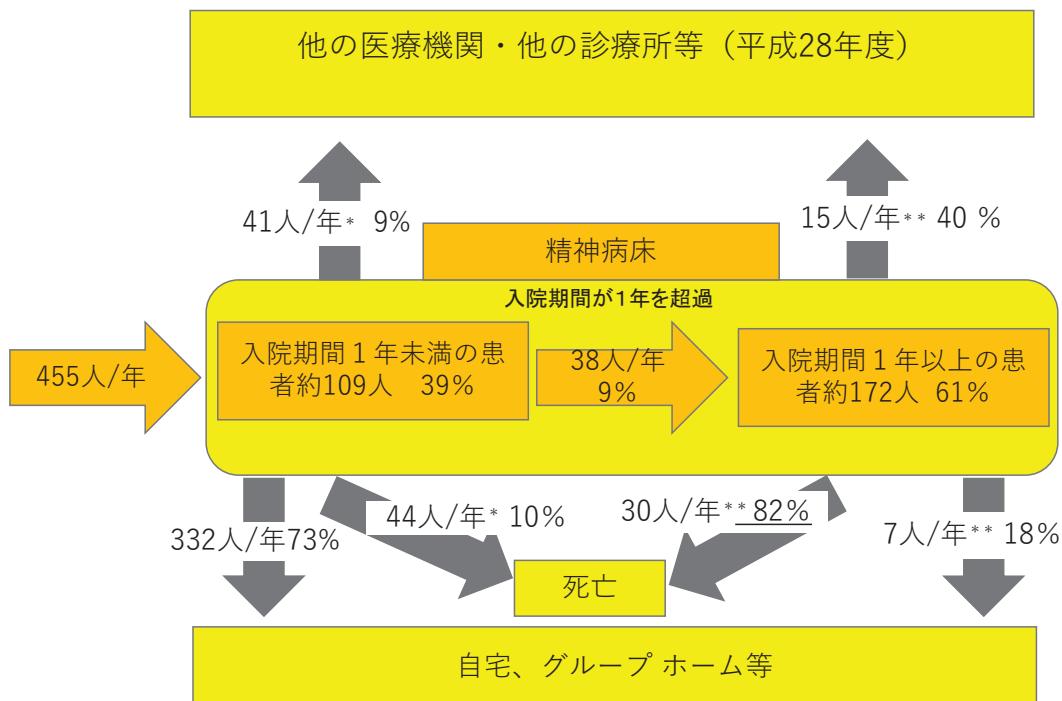
精神科デイナイトケア	
訪問看護ステーション「レモン」	
地域活動支援センター「ネクスト津山」「虹」	
通所授産施設「遊楽荘」	
就労移行支援A型「宙」	
救護施設 「ニュウ三楽園」 (90床)	
入所授産施設 「三楽園」 (30床)	
共同生活援助 「サンコート」 (44床)	
計 164床	

高齢者関連施設

認知症疾患センター	
居宅介護支援施設「すみれ」	
訪問介護施設「オリーブ」	
特別養護老人ホーム「ESサウスヒルズ」(55床)	
パインスクエア」 (49床)	
ミカサ」 (60床)	
ケアハウス「オークパーク」 (50床)	
ローズガーデン」 (30床)	
軽費老人ホーム「ESガーデン」 (50床)	
養護老人ホーム「ときわ園」 (100床)	
計 394床	

積善病院の入院状況（平成31年1月1日）





**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
医療と保健・福祉の連携研修**

講義2

精神障害者の 地域移行をめぐる動向② 地域移行支援について

【講義2】

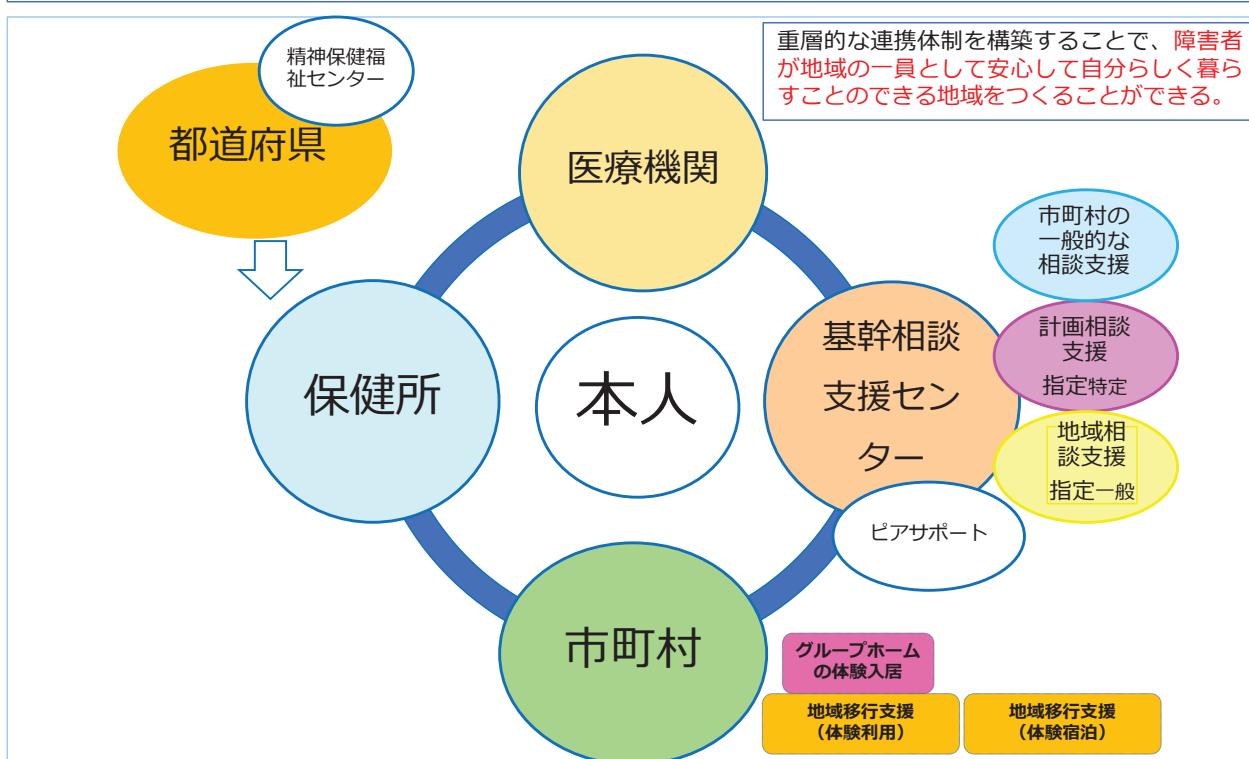
「精神障害者の地域移行をめぐる動向②～ 地域移行支援について～」

特定非営利活動法人じりつ

岩 上 洋 一

(厚生労働省 精神障害にも対応した地域包括ケア
システムの構築支援事業広域アドバイザー委員長)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて
⇒ 医療・保健・福祉・行政の連携を強化して、重層的な体制を整備することになる。



- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）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て以降、様々な施策が行われてきた。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、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も示されている。
- 平成29年2月の「これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」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明確にした。

※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意

※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようになるためには、国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要である。
このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。

2

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

- 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。

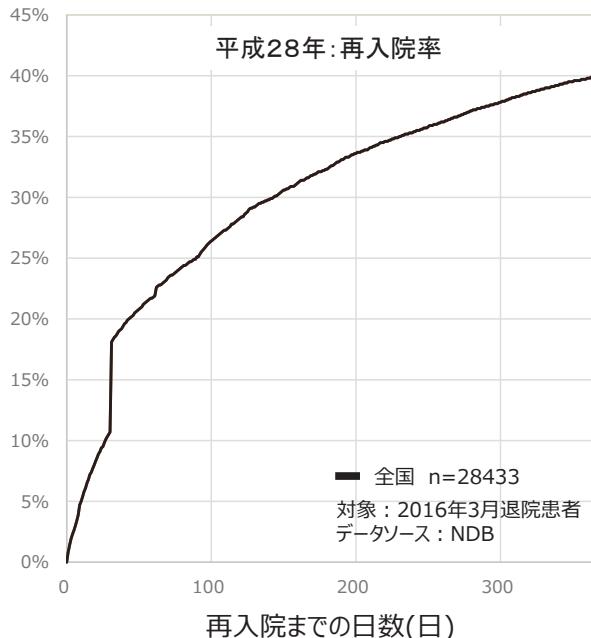


なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

平成30年6月27日
第90回障害者部会資料

- 精神病床からの退院者の約4割が1年内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典: 平成29年新精神保健福祉資料(全国)

重症精神障害者の退院後の 地域サービス利用状況

3つの精神科病院における新規入院者で、スクリーニング調査により、包括的支援が必要とされた者のうち、退院後に居住地区における地域サービスを利用していた者の割合は
約33%

山口創生 他: 重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト: ネステッドクロスセクショナル調査. 精リハ誌, 2015



4

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か③

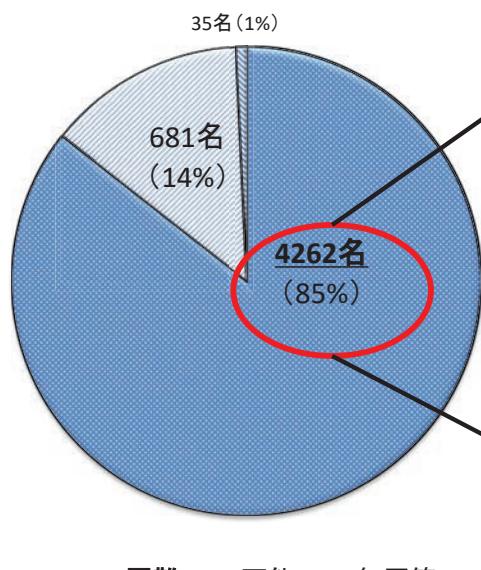
平成27年10月23日
中医協総会資料より編

平成30年6月27日
第90回障害者部会資料

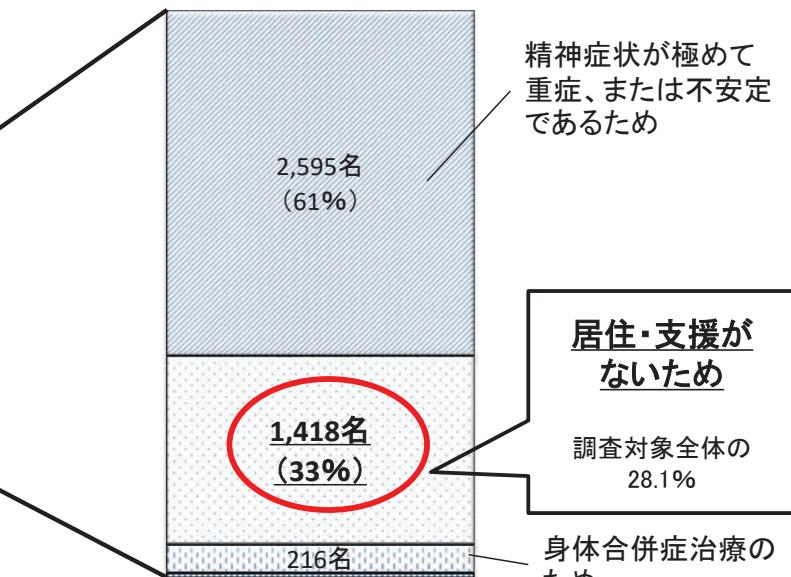
精神科病院における1年半以上の長期入院患者(認知症を除く)の退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

調査日時点の退院可能性



退院困難理由

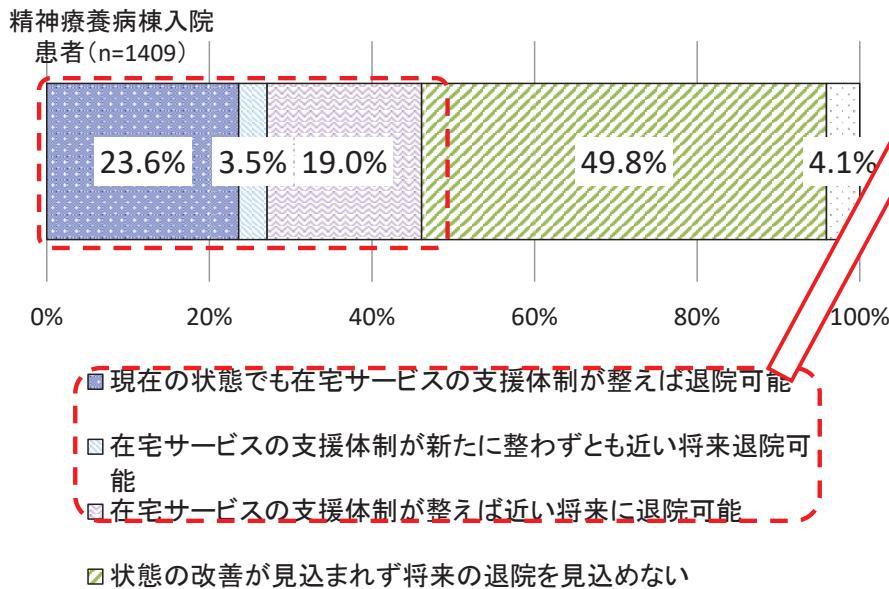


出典: 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

平成27年10月23日
中医協総会資料より編

- 精神療養病棟に入院する患者の約1／2が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



出典: 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

6

地域相談支援は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの一要素

地域相談支援についての基本的考え方

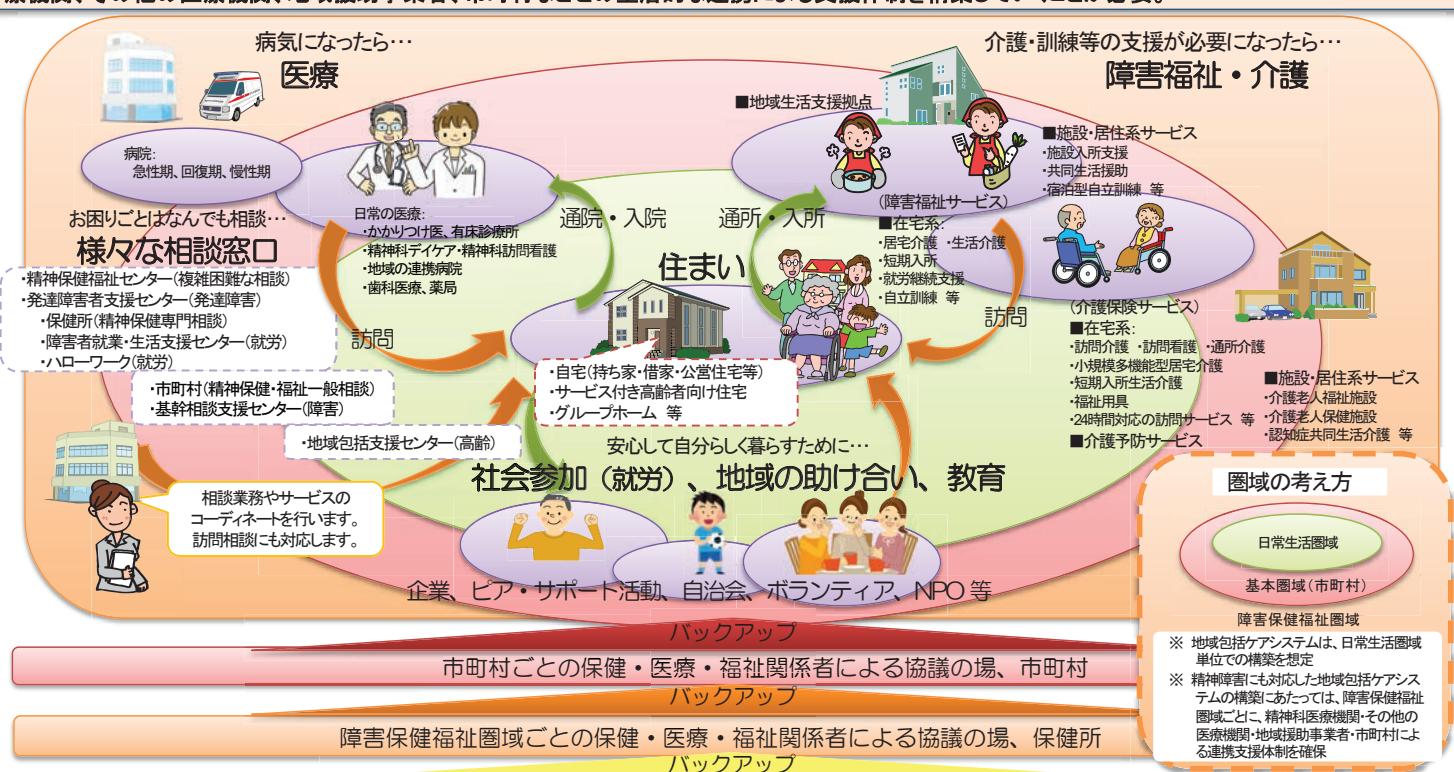
- 我が国的精神障害者支援が入院処遇を中心として発達してきた背景には、歴史的に精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、入院処遇を推進してきたという経緯がある。
- 昭和29年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち、要入院者は35万人であり、当時の病床(約3万床)は、その10分の1にも満たないとしていた。その後30年かけて、この要入院者35万人という推計を国策として追い求めてきた。これが、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならない根拠である。
- 社会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

7

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）

厚生労働省資料

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県本庁・精神保健福祉センター・発達障害者支援センター

8

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保するものである。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。

9

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

【事業内容】(1は必須)

1. 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
2. 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
3. ピアサポートの活用に係る事業
4. アウトリーチ支援に係る事業
5. 入院中の精神障害者の地域移行に係る事業
6. 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
7. 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
8. 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
9. 精神障害者の家族支援に係る事業
10. その他、包括ケアシステムの構築に資する事業

確認事項(例)

1. 協議の場をつくための地域診断と合意形成はできているのか。協議会が階層的につくられているか。また、現場のケア会議と直結しているか。
2. 住まいの確保について居住支援協議会と連携しているか。
3. ピアサポートの概念を整理したうえでの、養成研修、雇用支援体制があるか。
4. 医療・保健・福祉のアウトリーチ支援を整理したうえで、当該地域で必要なアウトリーチ支援とは何か。
5. 地域相談支援を進めるうえで、医療機関・保健所・基幹相談支援センター・市町村の連携体制はできているか。
6. PDCAサイクルに基づく推進体制・評価体制があるか。
7. 関係職員に対する研修が、現場の連携の強化、現場のケア会議に直結する内容となっているのか。
8. 医療・保健・福祉の連携による退院支援体制となっているか。
9. 家族ニーズ(医療・保健・福祉)に即した家族支援を行っているか。

第5期障害福祉計画に係る国的基本指針について

厚生労働省資料

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～32年度。

2. 基本指針の主なポイント

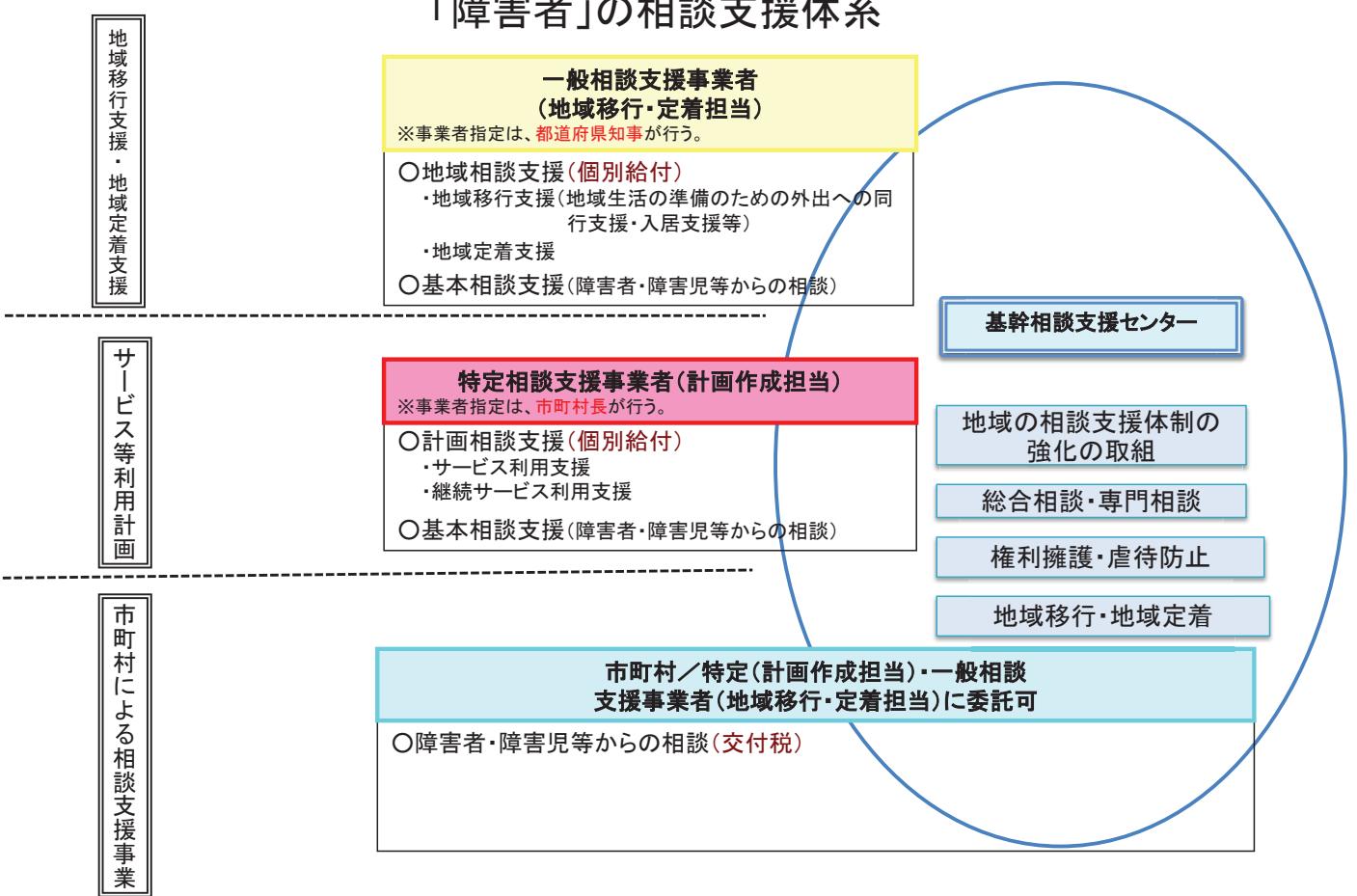
- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| ・地域における生活の維持及び継続の推進
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 | ・就労定着に向けた支援
・障害児のサービス提供体制の計画的な構築 | ・地域共生社会の実現に向けた取組
・発達障害者支援の一層の充実 |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

- | | |
|--|---|
| ① 施設入所者の地域生活への移行
・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定 | ④ 福祉施設から一般就労への移行
・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
※ 実績を踏まえた目標設定
・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新) |
| ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】
・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準) | ⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】
・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで) |
| ③ 地域生活支援拠点等の整備
・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備 | |

4. その他の見直し

- | | |
|--|---|
| ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
・障害を理由とする差別の解消の推進 | ・難病患者への一層の周知
・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等 |
|--|---|



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のメニューの1つである「地域移行」を整理しておく。

地域相談支援における対象者を明確にするための通知改正

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

第五－2－(1)

申請者が地域相談支援基準第1条第2号から第4号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。

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

- ⇒ 地域相談支援(地域移行支援)は、入院期間によらず利用できる。…医療機関の適切なアセスメントと地域との連携が重要となる。
- ⇒ 地域相談支援は、医療・保健・福祉・行政の連携のうえで成り立ち、計画的な基盤整備を伴うものである。

地域相談支援(地域移行支援)

【サービスの概要】

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者等に対して、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者につき、住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

(* 参照: 総合支援法第5条の20、平成24年厚生労働省令第27号(以下、地域相談支援基準)第2条)

【サービス内容】

- ・地域移行支援計画の作成
- ・住居の確保
- ・地域における生活に移行するための活動に関する相談
- ・外出の際の同行
- ・障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、体験的な宿泊支援
- ・その他の必要な支援

なお、その提供するに当たっては、概ね週に1回以上、利用者との対面により行う。

(* 参照: 平成24年厚生労働省令第27号(以下、地域相談支援基準)第21条1項、2項)

- 街中で車を走らせていると、相談支援専門員と50歳代の男性が一緒に歩いていたのを見かけた。入院中は何もしたくない、退院したくないと言っていたが、地域移行支援を利用して退院した。2人は、退院後も2か月に1回、昼食を共にしている。彼は、前日に理容店に散髪に行き身だしなみを整えるようになった。
- 相談支援事業所では、別の相談支援専門員と40歳代の女性が裁縫をしていた。長く医療中断の状況にあったが家族が亡くなったことを契機として入院となつた。地域移行支援を利用して退院を目指しているがほとんどしゃべることがない。姉から元気だった頃の話を聞いたところ「裁縫工場で働いていて、とても面倒見がよかったです」ということがわかり、相談支援専門員は、なお一層、彼女の回復を信じることができるようになった。今日は、得意だった裁縫にチャレンジしている。
- 地域活動支援センターに顔を出すと、利用者の話に熱心に耳を傾けている男性のピアスタッフがいた。彼も5年間入院して13年前に退院した。彼には人を癒す力があり、いつも人の輪ができている。
- さて、今日の私の昼食は、30年間の入院のうち8年前に退院した男性がつくった幕の内弁当だ。「だいぶ調理の勘が戻ってきたよ。今は生きている感じだね」と笑顔で話している。彼は、入院前の板前の経験を生かして今は弁当づくりの仕事をしている。このように、私のまわりには、地域移行支援を利用して、自分らしい生き方・暮らし方を見つけた人、そして見つけている人たちがたくさんいる。

地域移行支援計画(例)							
氏名		相談支援事業所名		担当者			
受給者証番号		計画作成日		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)							
総合的な支援の方針							
生活全般の質を向上させるための課題(地域移行支援上のポイント)							
支援目標と支援内容							
No.	支援目標	支援内容	頻度	達成時期	留意事項		
1							
2							
3							
スケジュールの目安							
No.	1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目	継続見込
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
1							
2							
3							

[作成：相談支援センターくらふと（東京都）]

地域移行支援計画								
これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。								
利用者氏名：さん				作成年月日				
サービス等利用計画の到達目標								
サービス等利用計画の到達目標								
(1)長期目標（内容及び期間等）		…（平成 年 月頃）						
(2)短期目標（内容及び期間等）		…（平成 年 月頃）						
↓ さん自身がすることを矢印の下に書き込みます								
さんの期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力（支援）の目安				
				月	月	月	月	月
同意日								
利用者名 年 月 日				指定一般相談支援事業所 _____ 印				
				相談支援専門員 (地域移行支援を担当する者) _____ 印				

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。今の時点の計画です。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名： 東京太郎さん

記入年月日

サービス等利用計画の到達目標

(1)長期(内容及び期間等)精神科病院を退院して、元気に一人暮らしをする。

(2)短期目標(内容及び期間等) どんなところに住んで、どんな暮らしをしていくかを決める。

太郎さんの希望	協力してもらうこと	支援上の留意事項等	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
友だちの話を聞きたい。	退院した人に生活の様子を教えてもらいます。			2週間に1回退院した人の話を聞きます。					
退院後に備えて、日常生活の準備をしたい。	生活のスタイルを話し合い、日常生活の準備をします。	服薬と金銭管理の方法を考えます。	服薬チェックシートを記入します。出納帳をつけてみます。退院に向けた資金計画を立てます。		退院後の必要物品リストをつくります。		生活に必要なものを購入します。		
働く準備をしたい	日中活動の場所や就労準備をしている場所を見学します。	福祉サービス、一般就労問わず見学します。	見学をして自分の生活スタイルにあった通所先を見つけます。				通う場所の利用契約をします。		
住むところを決めたい	グループホームやアパートの見学をします。			見学をして自分の希望に合わせて住むところを見つけます。			住む場所の利用契約をします。		
利用体験や外泊体験をしたい	通うところ、住むところの利用前体験をします。				通うところや、住むところの利用前体験をします。				
退院と退院後の生活について相談したい。	定期的に面接をして、安心できる生活を目指します。		2週間に1回定期的に面接をして、あせらず退院を目指します。退院の準備と退院後の生活について相談します。6か月後のモニタリングで、退院後の生活について相談します。利用するサービスがある時は、退院前に申請手続きをします						

年　月　日

利用者名　東京太郎　印

丸の内相談支援事業所
相談支援専門員　日比谷五郎　印

18

地域相談支援(地域定着支援)

【サービスの概要】

居宅において単身等で生活している障害者に、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談やその他必要な支援を行う。

(* 参照: 平成24年厚生労働省令第27号(以下、地域相談支援基準)第39条)

【サービス内容】

常時の連絡体制を確保し、適宜居宅への訪問等を行い利用者の状況を把握

- ・障害の特性に起因して生じた緊急の事態における相談等の支援
- ・関係機関との連絡調整や一時的な滞在による支援
- ・地域定着支援台帳の作成

危険かな（ピンチかな）と思ったときに（クライシスプラン）

利用者氏名

さん

作成年月日

私の調子が悪くなる前は（サインは）

サインかなと思ったら…

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

同意日

主担当：

連絡先：

年月日

主治医：
行政：

連絡先：

その他：

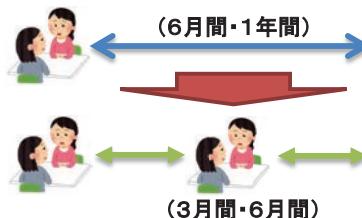
連絡先：

計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の適切な評価

出典 厚生労働省資料

①モニタリング実施標準期間の見直し

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



④特定事業所加算の見直し

※相談支援専門員等の手厚い配置等を評価する加算



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

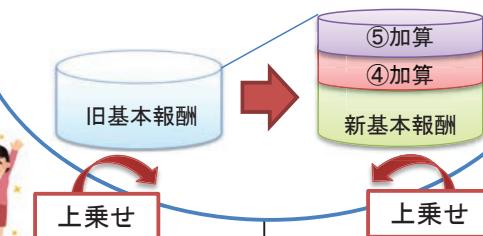
②相談支援専門員1人あたりの標準担当件数の設定

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



③計画相談支援の基本報酬の見直し

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



⑤高い質と専門性を評価する加算の創設



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

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の報酬の見直し等

出典 厚生労働省資料

地域移行支援における地域移行実績等の評価

障害者支援施設や精神科病院等からの地域移行を促進するため、地域移行実績や専門職の配置、施設や精神科病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。

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



地域移行支援サービス費（Ⅰ）を算定する事業所の要件

(1) 当該事業所において、前年度に地域移行の実績を有すること。

(2) 次の要件のうちいずれかを満たすこと。

- ① 従業者のうち1人以上は、社会福祉士又は精神保健福祉士であること。
- ② 従事者である相談支援専門員のうち1人以上は、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修（注）の修了者であること。

[注] 都道府県地域生活支援事業（精神障害関係従事者養成研修事業）の一つ

(3) 1以上の障害者支援施設又は精神科病院等（地域移行支援の対象施設）と緊密な連携が確保されていること。

「緊密な連携」の具体例（月1回以上が目安）

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

地域移行支援における障害福祉サービスの体験利用加算及び体験宿泊加算の見直し

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

体験利用加算（Ⅰ） 500単位／日（初日から5日目まで）

体験利用加算（Ⅱ） 250単位／日（6日目から15日目まで）

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

地域生活支援拠点等としての機能を担う場合 +50単位

地域定着支援における深夜の電話による支援の評価

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

緊急時支援費（Ⅰ） 709単位／日

緊急時支援費（Ⅱ） 94単位／日

地域移行支援における対象者を明確にするための通知改正

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

第五一－（1）

申請者が地域相談支援基準第1条第2号から第4号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。

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

関連資料

自立生活援助

【サービスの概要】

- ・ 施設入所支援又は共同生活援助を受けていた障害者や単身の障害者等に対し、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、当該障害者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等の援助を行うことをいう。

（参照：総合支援法第5条の16）

【サービス内容】

- ・ 居宅において単身等で生活する障害者につき、定期的な巡回訪問又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むために必要な援助を行う。

【対象者】

- ・ 障害者支援施設若しくは共同生活援助を行う住居等を利用していった障害者又は居宅において単身であるため若しくは同居家族等が障害や疾病等のため居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者。

自立生活援助（平成30年4月～）の概要

サービス内容

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

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

対象者

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

※自立生活援助による支援が必要な者（例）

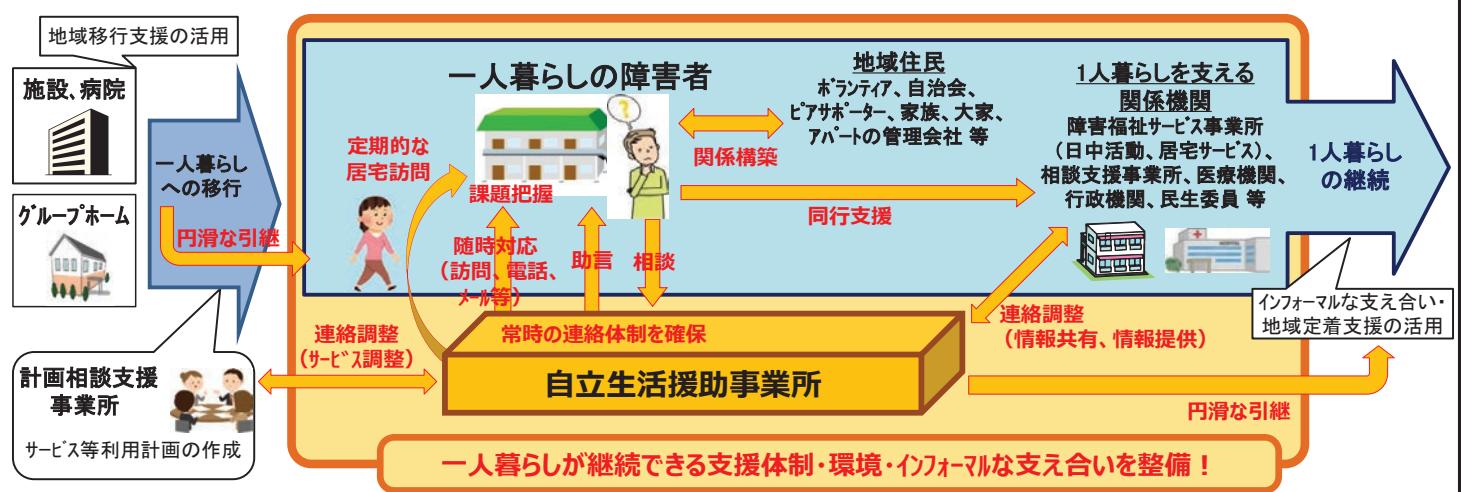
- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し等）
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

※家族による支援が見込めないと判断する場合（例）

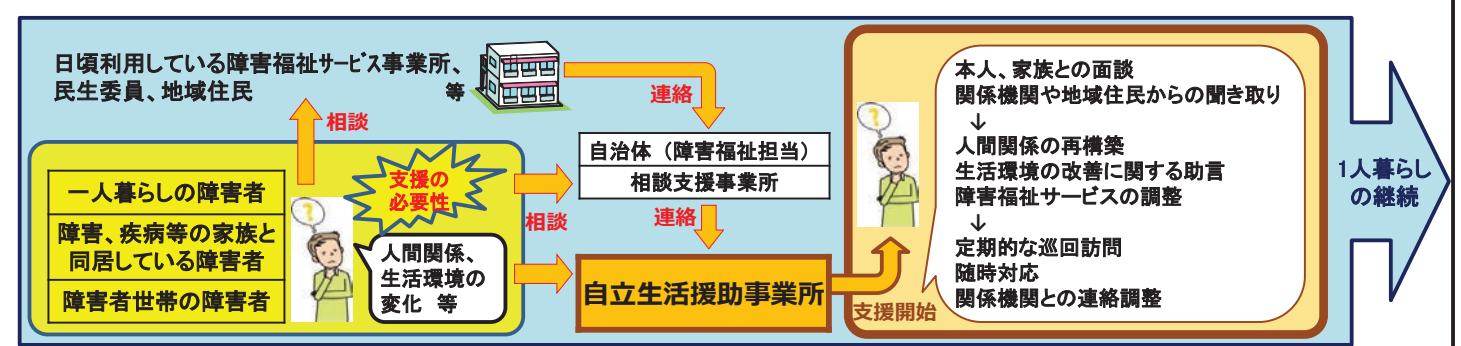
- 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

関連資料1

支援のイメージ ①



支援のイメージ ②



自立生活援助計画(例)

氏名		自立生活援助事業所名		サービス管理責任者名			
受給者証番号		計画作成日		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)							
総合的な支援の方針							
生活全般の質を向上させるための課題(自立生活援助上のポイント)							
支援目標と支援内容							
No.	支援目標	支援内容	頻度	達成時期	留意事項		
1							
2							
3							
スケジュールの目安							
No.	1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目	継続見込
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
1							
2							
3							

[作成:相談支援センターくらふと(東京都)]

**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
医療と保健・福祉の連携研修**

講義3

連携における 関係機関・関係者の役割

MEMO

MEMO

**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
医療と保健・福祉の連携研修**

講義4

体験談から 地域生活について考える

MEMO

MEMO

**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
医療と保健・福祉の連携研修**

講義5

退院意欲を 取り戻すための支援

MEMO

MEMO

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
医療と保健・福祉の連携研修

講義6

医療と保健、福祉を
中心とした連携と
市町村における基盤整備の
進め方

【講義 6】

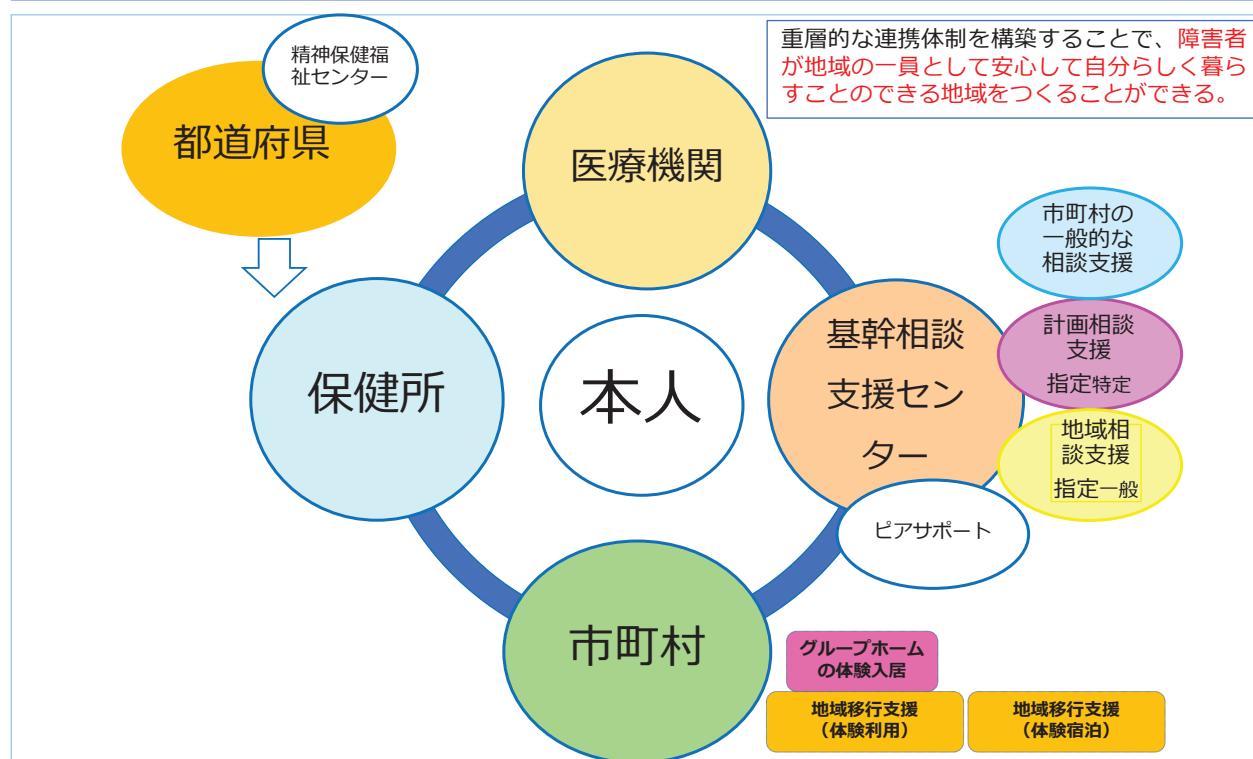
「医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の進め方」

特定非営利活動法人じりつ

岩 上 洋 一

(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の構築支援事業広域アドバイザー委員長)

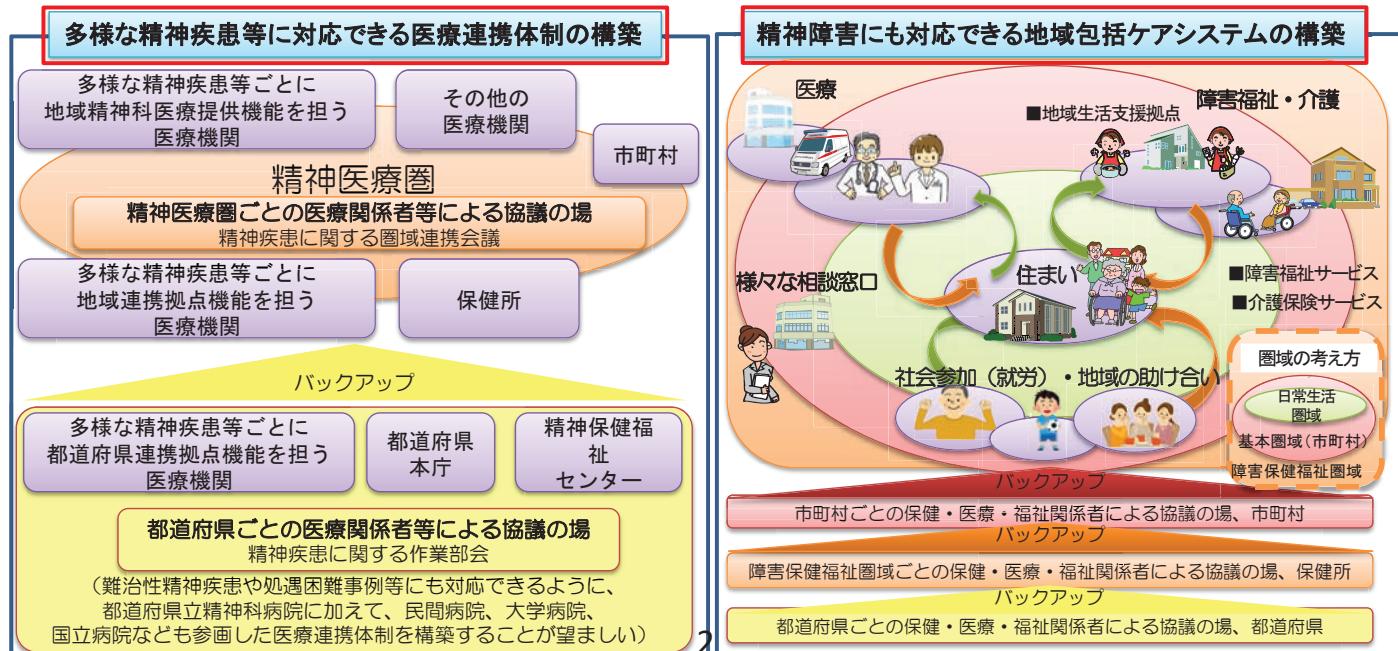
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて
⇒ 医療・保健・福祉・行政の連携を強化して、重層的な体制を整備することになる。



第7次医療計画(精神疾患の医療体制)

厚生労働省資料

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 平成32年度末・平成36年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していくよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。



第7次医療計画(精神疾患の医療体制)

厚生労働省資料

精神疾患の医療体制に求められる医療機能を地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能と示している。
都道府県は、多様な精神疾患等毎に各医療機能の内容について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症 (*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
都道府県連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと④医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと⑦地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営すること⑤積極的な情報発信を行うこと⑥専門職に対する研修プログラムを提供すること⑦地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと④医療連携の地域拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の地域拠点の役割を果たすこと⑦地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営支援を行うこと⑤積極的な情報発信を行うこと⑥多職種による研修を企画・実施すること⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域精神科医療提供機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること														

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、1力所以上医療計画に明記することが望ましい。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、**障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。**
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、**患者本位の医療を実現していく**よう、各医療機関の医療機能を明確化する。
- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、**多様な精神疾患等ごとに医療機能(①都道府県連携拠点機能、②地域連携拠点機能、③地域精神科医療提供機能)**を明確化する。

4

平成29年度精神保健福祉資料のご紹介

出典：山之内芳雄 新精神保健福祉資料・630調査の見方使い方

1.H.29年度の取組み概要
2.H.29年度精神保健福祉資料のご紹介
3.H.30年度630調査の概要と修正点
4.今後のスケジュールと課題

各調査とデータソースの関係

ナショナルデータベース(NDB)

新 精神保健福祉資料
https://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/

利用者：都道府県
目的：医療計画策定・モニタリング

医療機能一覧表
地域ごと、精神疾患ごとの医療提供体制一覧
医療機関診療実績(NDBと630を主に集計)
疾患ごとの精神病床を持つ病院数、外来診療している医療機関数、入院患者数、外来患者数(1回以上、継続)など

アウトカム指標
・入院後3,6,12ヶ月時点の退院率
・平均在院日数
・退院後3,6,12ヶ月時点の再入院率(1年未満入院患者、1年以上入院患者)
・年齢(65歳以上、未満)、所在地(施設所在地、患者所在地)、時期(急性期、回復期、慢性期)ごとの入院患者数

その他の630集計結果(4月公表分*)

全国の精神科病院の状況(病院数、病棟数、病床数、入院料)、精神科病院在院患者の状況(新患分類、入院形態、在院期間、開放区分、医療観察法病棟の対象数)
都道府県ごとの精神科病院の状況、精神科病院在院患者の状況、認知症治療病棟の状況
*訪問看護等の他集計値は本年夏ごろ公表します

Excelファイル
(全国版)
Excelファイル
(各都道府県版)

・医療機能一覧表シート(定義表、一覧表)
・医療機関診療実績シート(全県版表、二次医療圏版表、アウトカムの散布図)

Excelファイル
(全国、都道府県一覧)

※各項目をシートごとに記載

新 630調査

・自治体票
県が定めた医療機能一覧
・病院・診療所票
・訪問看護ステーション票

地域移行・障害福祉データベース

地域ごとの障害福祉資源を地図上にマッピングして表示
1年以上入院患者に関する状況の「見える化」

障害者総合支援法の福祉サービス資源の多寡を見る

精神科病棟の入院者状況を見る

救急医療体制の状況を見る

地域精神保健福祉資源分析データベース (ReMHRAD)は、日本の都道府県・市区町村別の

- ・障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡・位置情報
- ・精神科病院に1年以上入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）
- ・救急医療体制の整備状況

等について表示するデータベースです。各自治体の行政担当者の方々の政策づくり、ならびに近隣の福祉医療サービスを検索したい住民の方々に、ご活用いただければ幸いです。

※本データベースは平成28～30年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 藤井 千代；研究分担者 東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 吉田 光鶴）のもとに試験的に開発され、以下の研究の協力を得ています。

- ・平成28～30年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部 山之内 英雄）
- ・平成29～30年度 厚生労働科学研究費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究」（研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部 馬場 優明）
- ・平成29～30年度「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」（研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 杉山 直也）内「精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究」（研究分担者：千葉県精神科医療センター 平田 豊明）

平成29年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(H28-精神-指定001 研究代表者:藤井 千代)」

6

都道府県毎の取組状況										協議の場:障害保健福祉圏域毎 医療支援:アウトリーチ支援 ピアサポート:ピアサポートの養成・活用 住まい:住まいの確保支援			厚生労働省資料		
	協議の場	医療支援	ピアサポート	住まい		協議の場	医療支援	ピアサポート	住まい		協議の場	医療支援	ピアサポート	住まい	
北海道	○	-	○	-	石川県	○	○	○	○	岡山県	その他	○	○	○	
青森県	その他	-	-	-	福井県	H32	-	-	-	広島県	H32	-	-	-	
岩手県	○	-	-	○	山梨県	H32	-	○	-	山口県	○	-	-	○	
宮城県	○	-	-	-	長野県	H32	-	○	○	徳島県	その他	-	○	○	
秋田県	○	○	-	-	岐阜県	○	-	○	○	香川県	○	-	○	-	
山形県	H32	-	-	-	静岡県	○	○	○	○	愛媛県	その他	-	○	○	
福島県	○	○	○	-	愛知県	H32	-	○	-	高知県	H32	-	○	○	
茨城県	その他	-	-	-	三重県	○	○	○	-	福岡県	H32	○	-	○	
栃木県	その他	-	○	○	滋賀県	H32	○	○	○	佐賀県	H32	-	-	○	
群馬県	H32	-	○	○	京都府	H32	○	-	-	長崎県	○	-	○	-	
埼玉県	H32	-	○	-	大阪府	その他	-	-	-	熊本県	H32	-	-	-	
千葉県	○	-	○	-	兵庫県	○	-	○	○	大分県	○	-	○	○	
東京都	その他	○	○	○	奈良県	H32	○	○	-	宮崎県	○	-	○	-	
神奈川県	その他	-	○	-	和歌山县	○	○	○	-	鹿児島県	○	-	○	○	
新潟県	○	-	○	-	鳥取県	○	-	-	○	沖縄県	H32	-	○	○	
富山県	H32	○	○	-	島根県	○	○	○	○	実施都道府県数	21	14	32	22	

※ その他:検討中等 H32:H32までに設置予定

平成29年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るアンケート(平成30年1月1日時点)

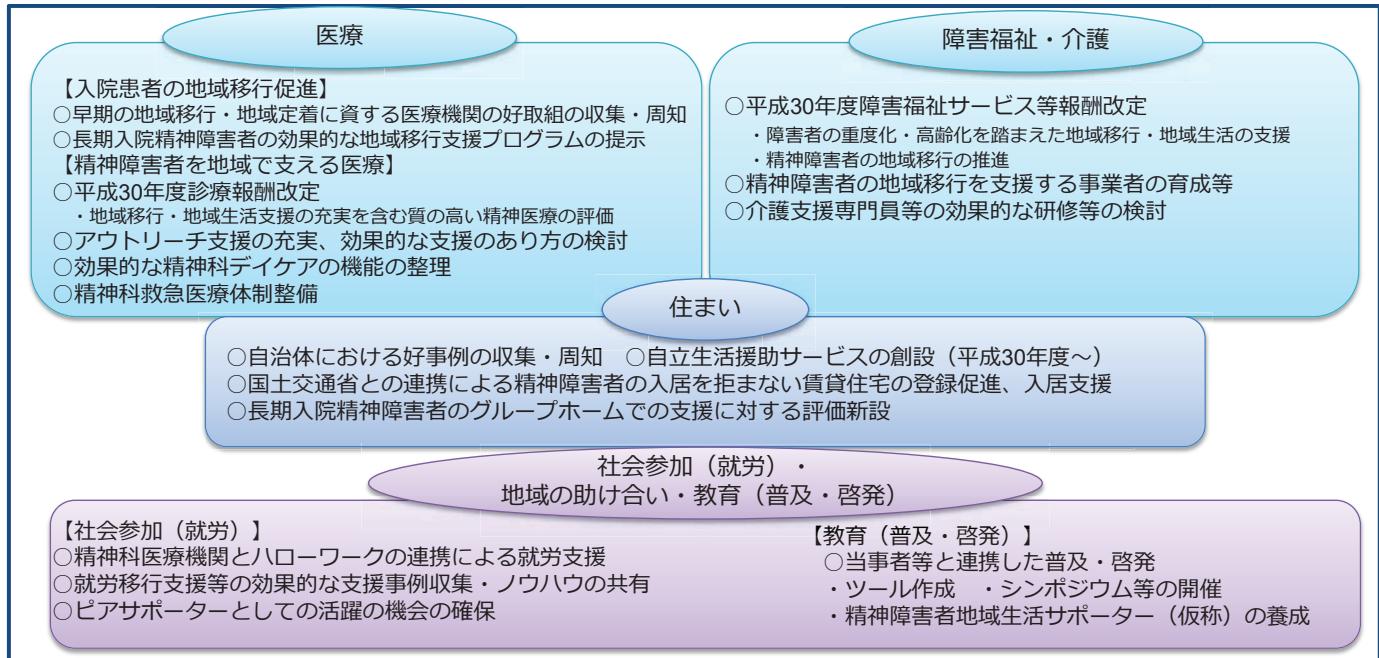
7

各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現に向けた具体的な取組

厚生労働省資料

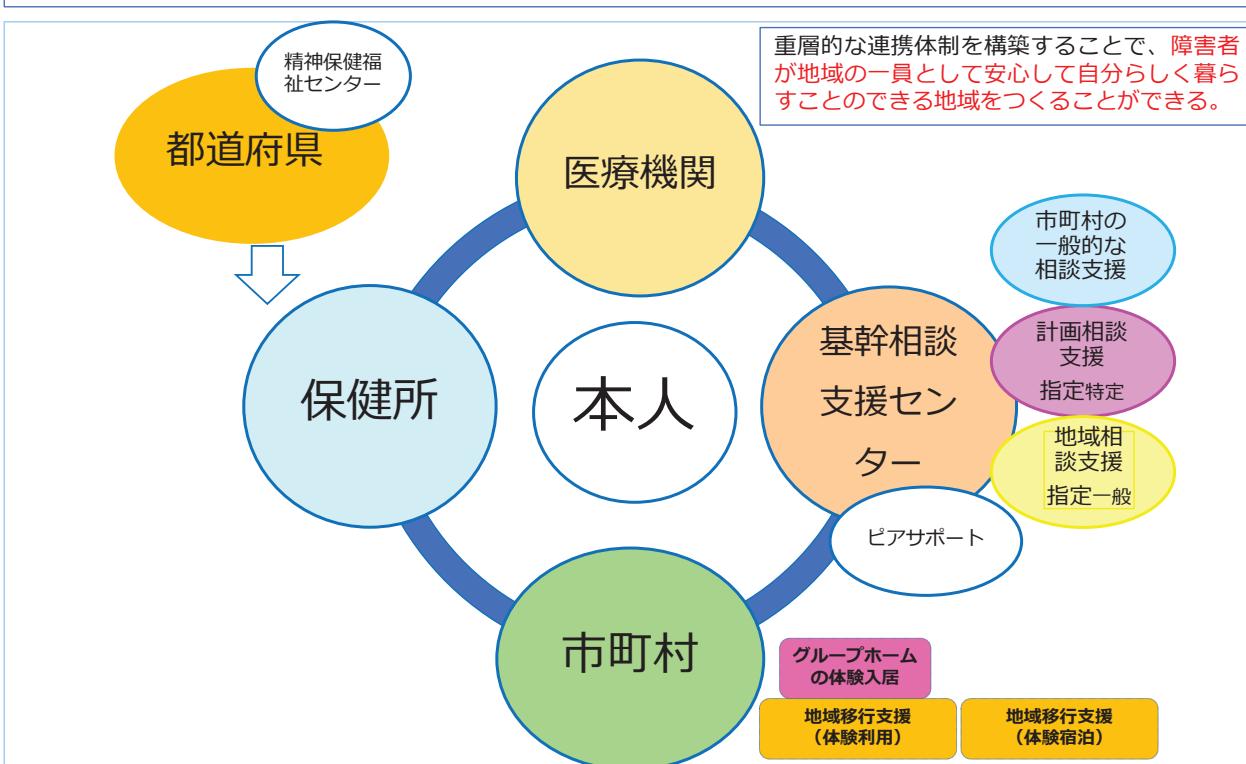
協議の場など 地域包括ケアシステムの構築全体に資する取組

- 第5期障害福祉計画における目標である協議の場の設置に係る進捗状況について、定期的に公表（2回／年）
- 地域包括ケアシステムの構築に関する評価指標の検討、担当者会議等による定期的な進捗管理
- 「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」においてわかりやすい「手引き」を作成し周知

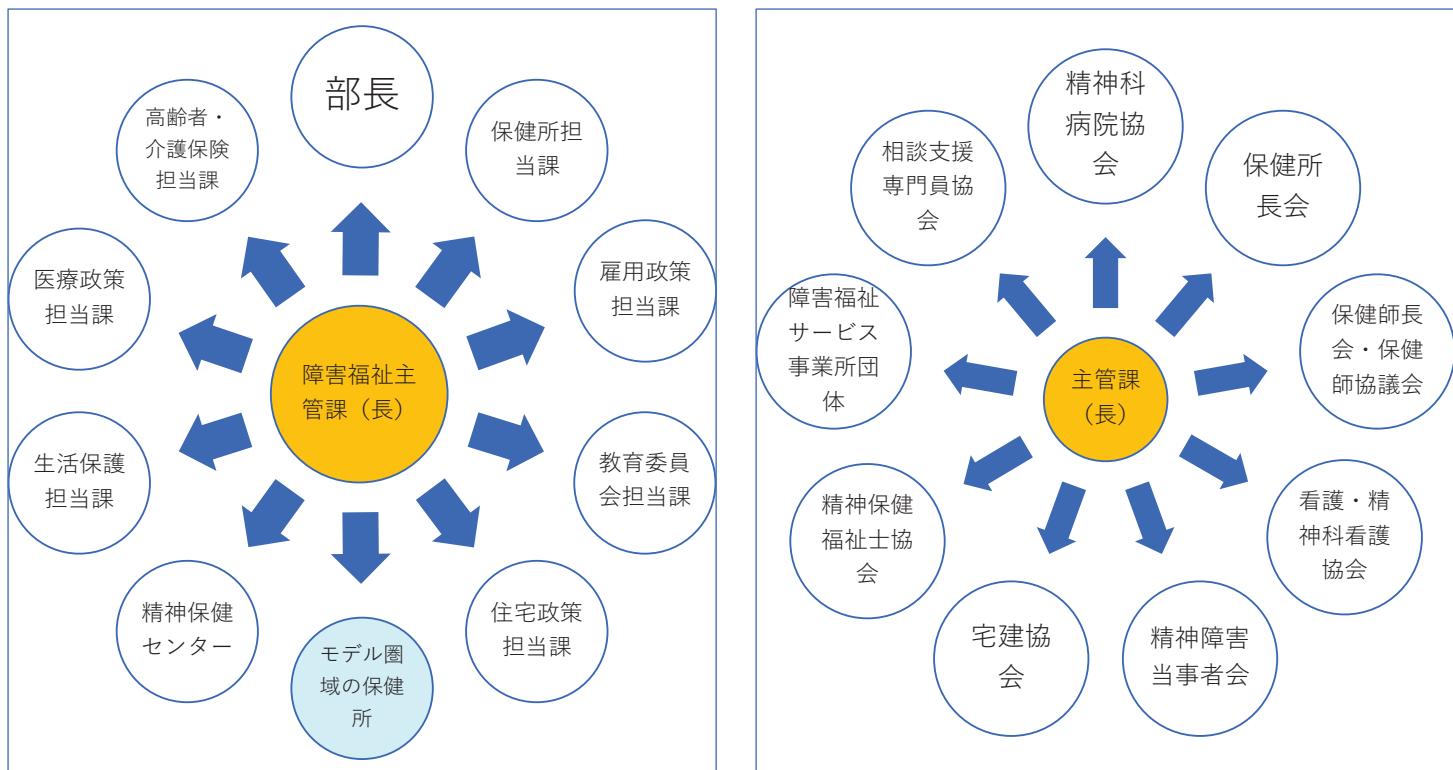


8

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て
⇒ 医療・保健・福祉・行政の連携を強化して、重層的な体制を整備することになる。



9



主管課は、①府内及び関係団体との合意形成を図る。②良質な実践の視察を行う。③特に精神科病院関係者、精神障害当事者と意見交換を行う等により、推進体制を整備する。

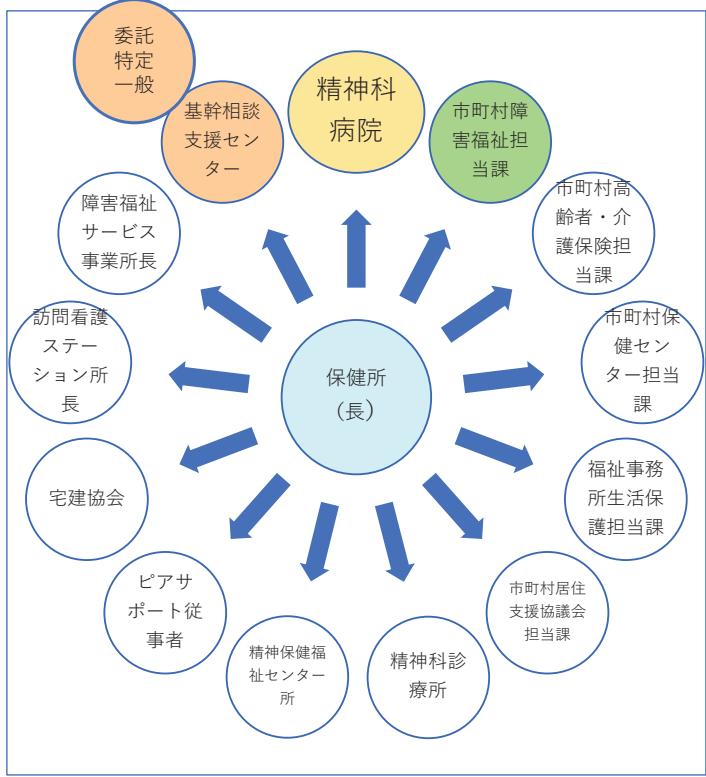
主管課は、都道府県によって、障害福祉を主管する課、精神保健医療を主管する課、あるいは精神保健医療と福祉を併せて主管する課などさまざま。いずれにしても横断的なシステムをつくるための合意形成が重要。

10

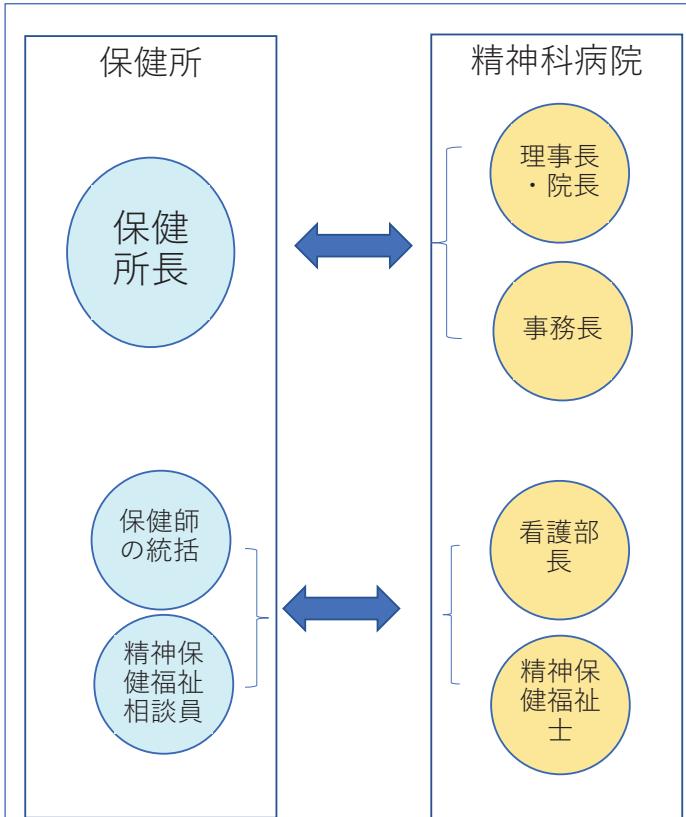
① 都道府県（主管課・精神保健福祉センター）

- 都道府県主管課は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するリーダーシップを持ち、府内及び関係団体との合意形成を図る。
- 良質な実践の視察を行うとともに、精神科病院関係者、精神障害当事者と意見交換を行う等により、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の重要性及び方向性について理解を深める。
- 保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置して重層的、相補的な連携支援の体制を構築するとともに、障害保健福祉圏域、市町村の協議の場づくりを推進する。
- 必要なサービス量、同一の理念、連動性の担保の上で医療計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画を作成する。PDCAサイクルによる進捗管理のもと、包括ケア体制の整備推進を図る。
- 協議の場を活用して、保健医療を起点とした基盤整備と福祉サービスを起点とした基盤整備を行う。
- 保健、医療、福祉の連携支援のための中核となる人材養成のため、指導者養成研修を実施する。併せて、障害保健福祉圏域、市町村で行う人材育成を支援する。
- モデル圏域を設定する等して、検証のうえ好事例を横展開する。
- 精神保健福祉センターは、シンクタンク及び体制整備の推進役として、都道府県主管課に対して、専門的立場から医療計画等地域精神保健福祉施策の計画的推進に関する提案、意見具申等の企画立案を行う。保健所、市町村及び関係諸機関に対しては、技術援助、人材育成及び地域精神保健福祉活動が効果的に展開できるための調査研究及び資料の提供を行う。

11



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



保健所は、圏域内の関係団体との合意形成を図り、推進体制を整備する。

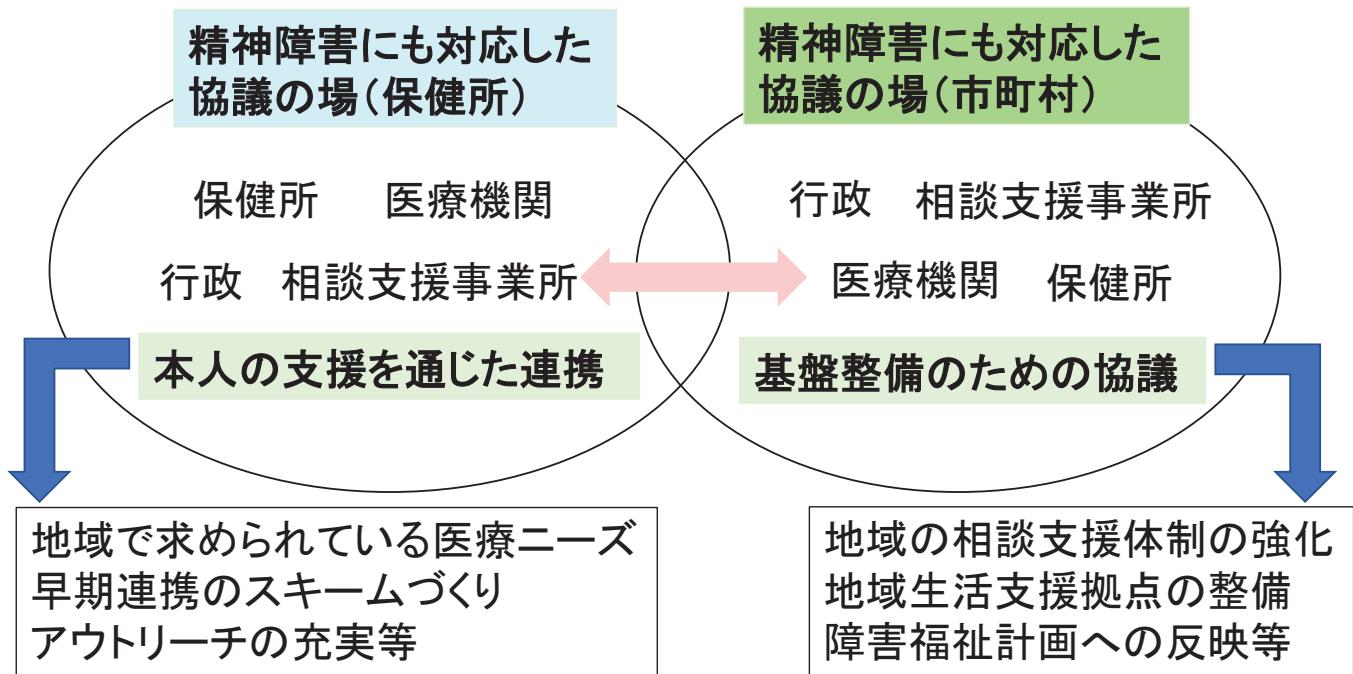
12

② 保健所

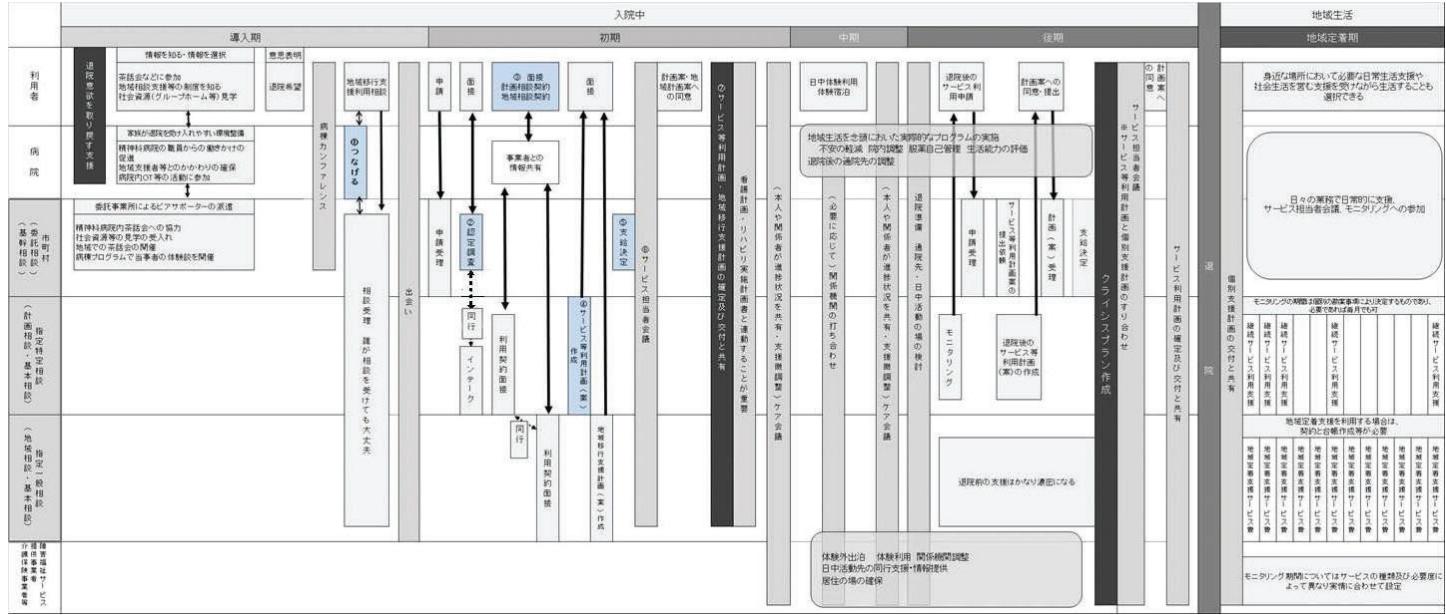
- 保健所は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を強力に推進するためのリーダーシップを持って、圏域内の合意形成を図る。
- 良質かつ適切な精神医療体制構築に向けて、地域のアセスメントを行うとともに、精神科医療機関と積極的に意見交換を行い、体制整備に向けて協議する。
- 保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置して重層的な連携支援体制を整備する（市町村及び都道府県等の「協議の場」と連携する）。**特に、保健医療を起点とした基盤整備の推進役となる。**
- 福祉のサービスの基盤整備の推進役である市町村、基幹相談支援センターとの協力体制を強化する。
- 都道府県等の医療計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画における、圏域の目標についてPDCAサイクルによる進捗管理を行い、包括ケア体制の整備推進を図る。
- 保健、医療、福祉の連携支援を強化するため、関係職員を対象として、実効性のある研修を行う。
- 医療機関、市町村、基幹相談支援センターとケア会議等を行い、個別事例に対応した支援方針を検討する。
- 基幹相談支援センターと協力して、ピアソポーター／ピアスタッフを養成して、その支援体制を整備する。
- 市町村・基幹相談支援センターと協力して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する住まいの確保、家族支援等を行う。

13

医療と保健・福祉の連携を進めるための協議の場

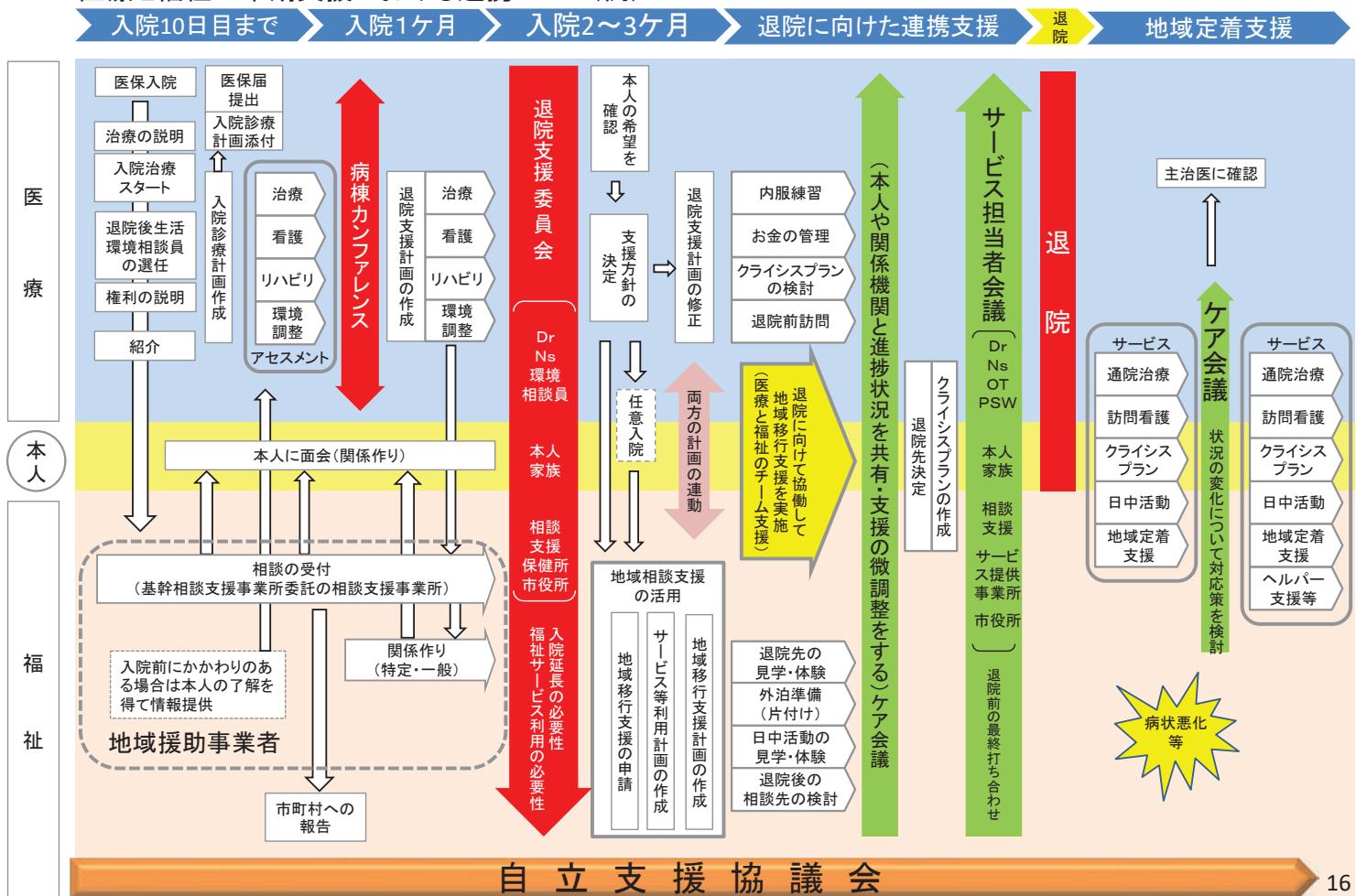


14



15

医療と福祉の早期支援における連携フロー(例)



16

本人・医療機関・地域支援者の「気持ちの時系列」の違い

入院前

- 行政・相談 大変！困った！

それぞれにペースが違うことを共有
時系列のずれを補う工夫が必要

入院
1ヶ月目

- 行政・相談
- 医療機関
- 本人

やれやれ
休息と加療
何で？

この時点でCCの
日程を決める
例えば

入院
2ヶ月目

- 行政・相談
 - 医療機関
 - 本人
- 他のケースで大変
リハビリ調整
早く退院を！

CCの実施
例えば

入院
3ヶ月目

- 行政・相談
- 医療機関
- 本人

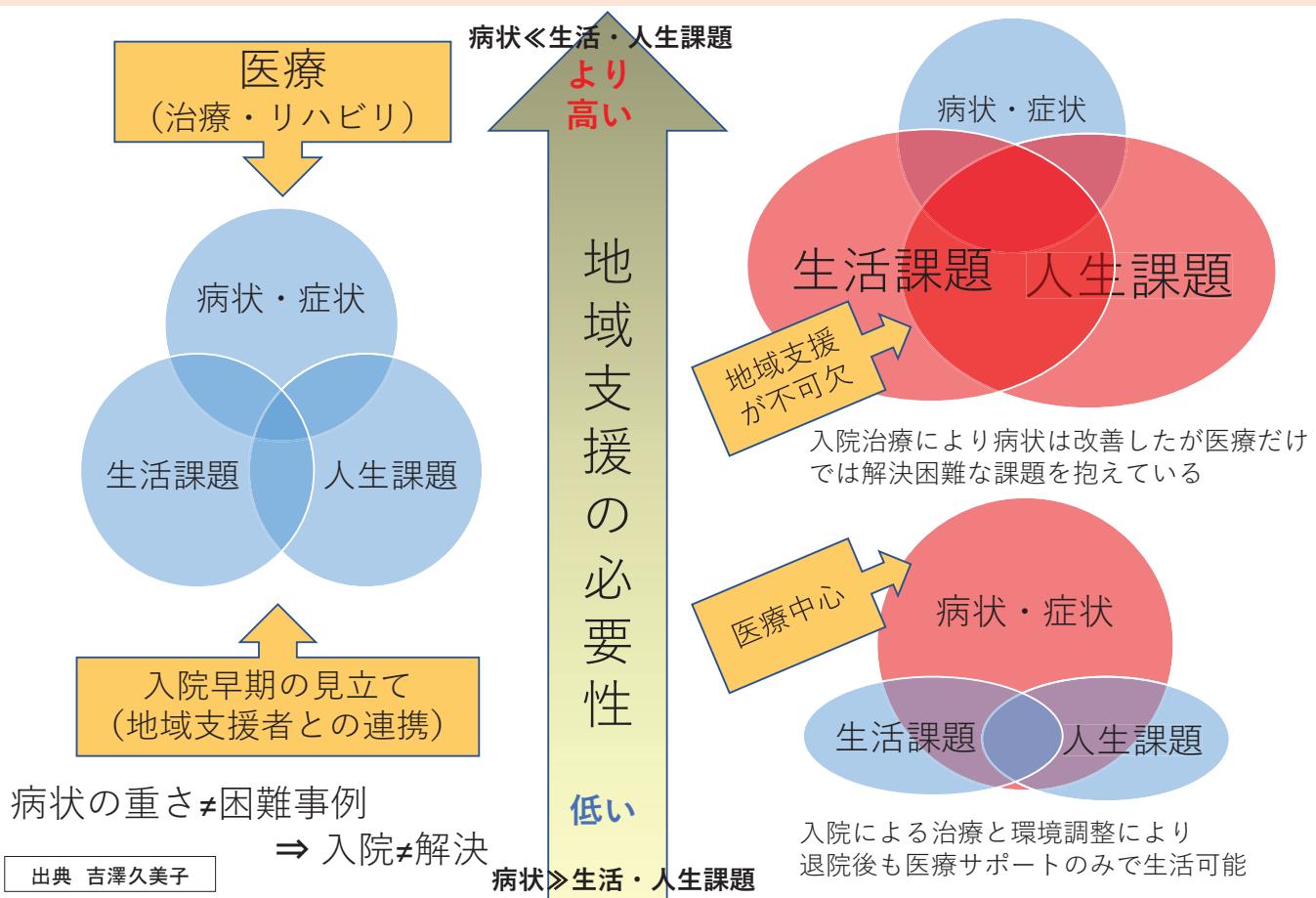
そろそろ、、えっ！
退院です
やっと、、、

例えば

関係者が日常から顔を
合わせる場を用意しておく

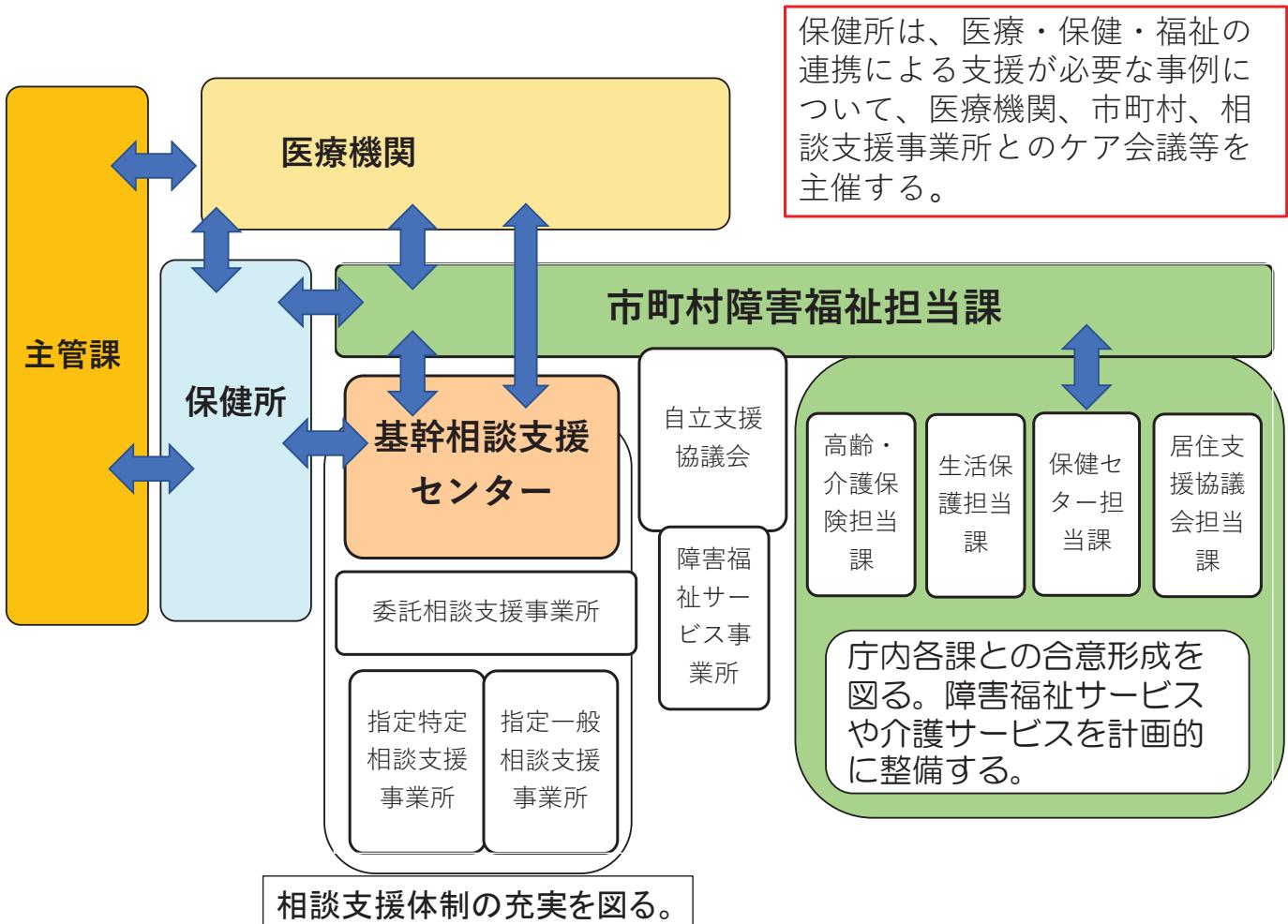
出典 吉澤久美子

入院後の医療の役割と地域連携の必要性



③ 医療機関

- ・ 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供に向けた体制整備にむけて、都道府県等、保健所と積極的に意見交換を行う。
- ・ 病院職員を対象として、包括ケアに関する研修を行い、理解の促進を図る。
- ・ **保健、医療、福祉の重層的、相補的な連携支援の体制の推進役を担う。**
- ・ 協議の場に参画して、人材育成、質の向上、包括ケア体制の整備推進にむけて積極的に協力する。



20

④ 市町村

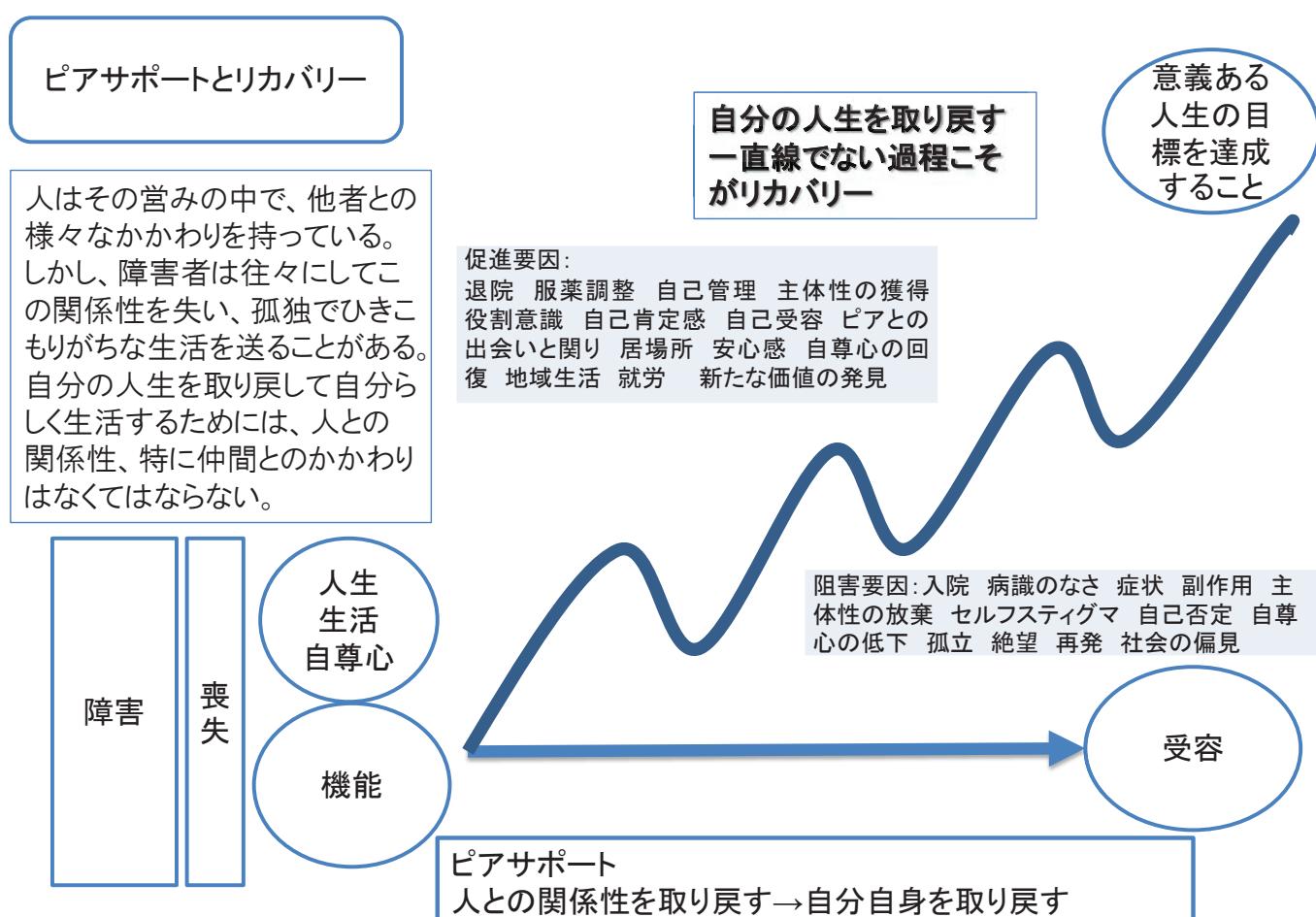
- ・ 障害福祉主管課のリーダーシップのもと府内各課及び関係団体との合意形成を図る。
- ・ 特に高齢・介護分野との連携を図る。
- ・ 様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場を設定する（都道府県等及び障害保健福祉圏域の「協議の場」と連携する）。特に、福祉を起点とした基盤整備の推進役となる。
- ・ 必要なサービス量を見込みながら障害福祉計画、介護保険事業支援計画その他の精神障害者に関する分野の計画等について、整合性を図り作成する。P D C A サイクルにより障害福祉サービスや介護サービスを計画的に整備して、包括ケア体制を整備する。
- ・ 居住支援協議会と連携して、具体的な居住の確保を行う。

21

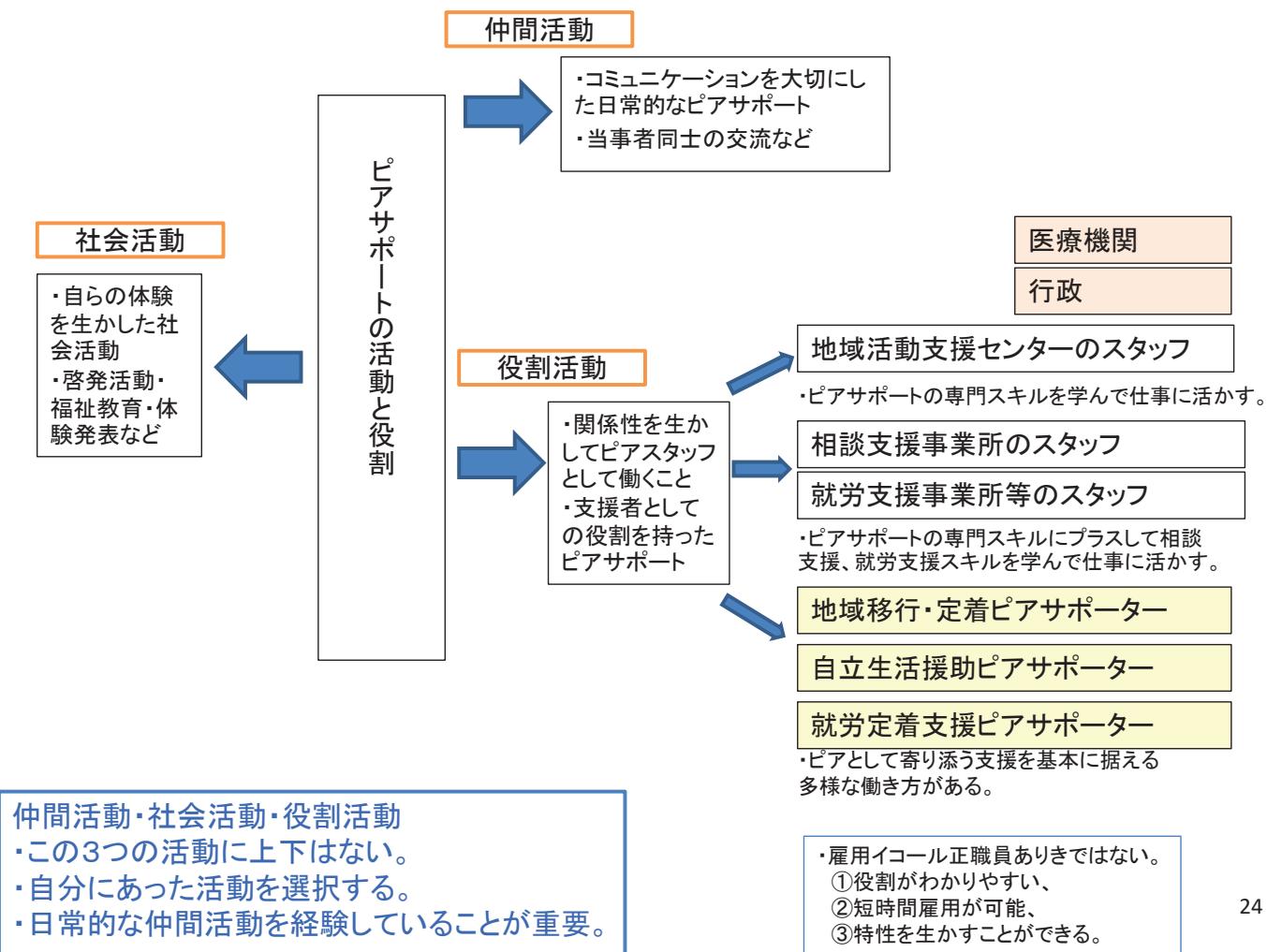
⑤基幹相談支援センター

- ・ 基幹相談支援センターは、保健、医療、福祉による連携支援を重要な業務として位置づけている。
- ・ 市町村の「協議の場」を活用して**計画的に地域基盤の整備を推進する。**
- ・ 地域の相談支援体制を整備し、人員確保、質の向上等、**相談支援体制の充実を図るとともに**、関係機関と連携して、相補的、重層的な支援体制を構築する。
- ・ 指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への技術支援を行う。
- ・ 地域生活支援拠点について、医療、保健、福祉の連携支援体制と連動させて整備する。
- ・ ピアサポートの有効性を理解し、保健所と協力してピアソポーターを養成し、活用するためのする仕組みを構築する。
- ・ 地域包括支援センターとの連携を強化する。

22

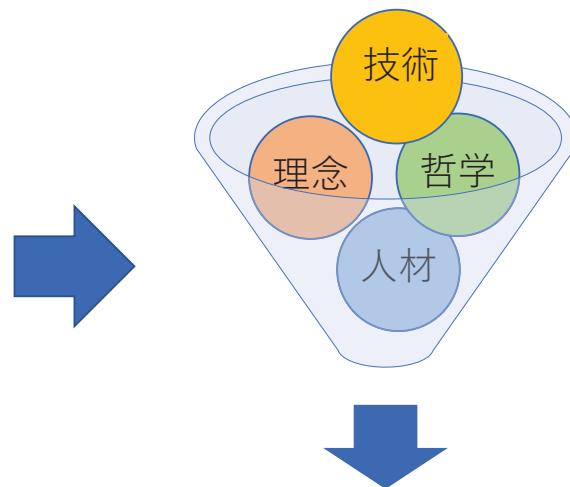
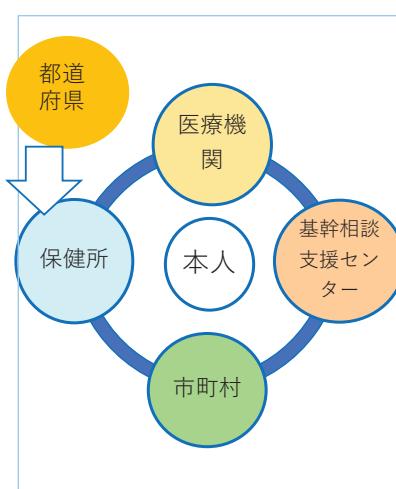


23



24

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



良質かつ適切な精神障害者への医療の提供
障害福祉の充実・計画的に地域の基盤を整備

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す。

精神科病院における、地域移行プログラム（地域連携パス）の
実施状況調査及び効果的なプログラム等の提示に
関する調査・研究 報告書

2019（平成31）年3月

株式会社日本能率協会総合研究所