

厚生労働省

令和元年度障害者総合福祉推進事業

精神障害者を支援するための
地域連携パスの作成及び
その活用につながる研修についての調査

報告書

2020（令和2）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. 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 地域連携パス	4
第1節 地域連携パスの概要	4
1. 地域連携パスの目標	6
2. 地域連携パスの前提	6
第2節 地域連携パスのガイド	10
1. 地域連携パス	10
2. 地域連携パス（入院）ガイド：入院初期	16
3. 地域連携パス（入院）ガイド：入院中期	23
4. 地域連携パス（入院）ガイド：入院後期	26
5. 地域連携パス（入院）ガイド：通院初期	29
6. 地域連携パス（入院）ガイド：地域生活期	30
7. 地域連携パス（通院）ガイド	32
第3章 精神保健医療福祉に係る研修についての調査	33
第1節 調査の概要	33
1. 調査目的	33
2. 調査対象・手法、調査期間	35
第2節 調査結果	36
1. 職能・職域ヒアリング結果	36
2. 都道府県・政令指定都市における精神保健福祉に係る アンケート調査結果	37
3. 精神保健福祉センター年報の文献調査結果	42
第3節 考察	43

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つのツールとして、主に医療と福祉の連携がスムーズに行われることを目的とした「地域連携パス」を作成するとともに、自治体や保健所、精神保健福祉センター及び医療機関、職能団体等が行っている既存の人材育成研修等の目的や内容を調査・分析し、保健・医療・福祉・行政による包括的な支援の促進に資する研修の在り方や研修等の実施における各関係機関等の役割等について整理することを目標としました。

(1) 地域連携パスの作成

本人・家族及び関係機関との間での共有を前提とした、医療、福祉・介護、住まい等に関する事項を共有するためのツール（地域連携パス）の典型例の作成を目指しました。

作成に当たっては、地域の特性等に応じてツールを柔軟に活用できるように、当該ツールをカスタマイズする時の考え方や関係者・団体それぞれの立場において、活用を促進できるように配慮しました。

(2) 保健・医療・福祉による包括的な支援の促進に向けた研修等の整理と

地域連携に係る人材育成ビジョンの検討

自治体や保健所、精神保健福祉センター及び医療機関、職能団体等が行っている既存の人材育成研修等の目的や内容を調査・分析し、保健・医療・福祉による包括的な支援の促進に資する研修の在り方や研修等の実施における各関係機関等の役割等について整理しました。

また、これを踏まえ、地域連携に係る人材育成ビジョンの検討を行いました。

2 委員一覧

本事業の実施のため、「精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査・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)

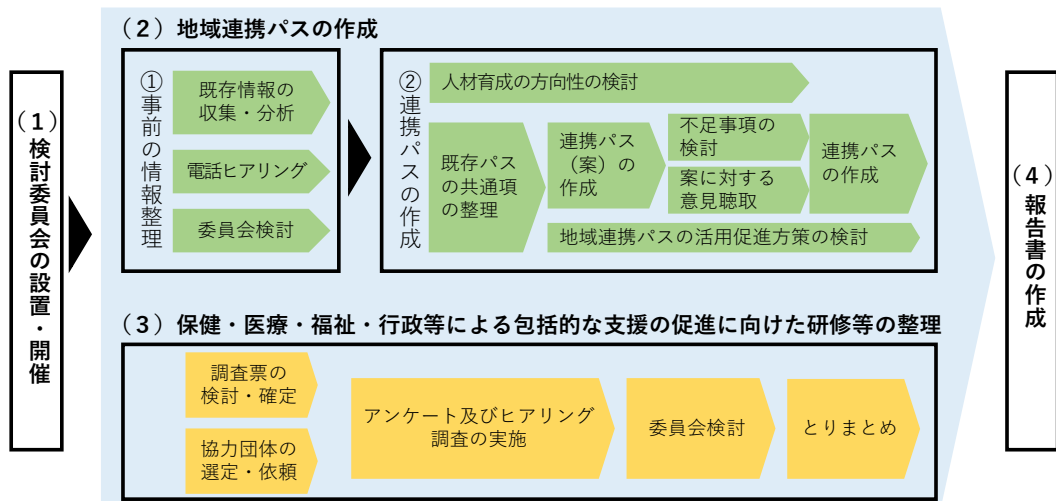
氏名	所属先・役職等
◎ 岩上 洋一	社会福祉法人じりつ 理事長 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク 代表
○ 藤井 千代	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部長
青木 達之	医療法人社団青樹会 青和病院 理事長・院長 公益社団法人日本精神科病院協会 石川県支部長
上ノ山 一寛	医療法人遙山会 南彦根クリニック 院長 公益社団法人日本精神神経科診療所協会 副会長
中庭 良枝	医療法人財団青山会 福井記念病院 副院長・看護部長 一般社団法人日本精神科看護協会 理事
岡部 正文	一般社団法人ソラティオ 代表理事 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 理事
徳山 勝	社会福祉法人 半田市社会福祉協議会 半田市障がい者相談支援センター 副センター長 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 地域生活支援推進委員会 委員長
小船 伊純	埼玉県白岡市健康福祉部福祉課長

◎：委員長
○：副委員長

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

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。

委員への事前ヒアリング	・事業方針について
↓ (事業実施方針の再構築)	
第1回委員会 11月18日	・事業実施方針について ・地域連携バス作成の方向性について ・人材育成に係る調査について
↓ (バス案の作成・ヒアリング調査の実施)	
第2回委員会 1月27日	・事業の経過報告 ・地域連携バス及び人材育成に係る調査について
↓ (事業の取りまとめ)	
第3回委員会 3月1日	・報告書の確認

第 2 章 地域連携パス

第 1 節 地域連携パスの概要

本事業では、医療と福祉の連携の構築に向けた確実な一步を踏み出すことを目的として、地域連携パス（以下、「本パス」という。）を作成しました。

本パスは、広く、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する多職種・多機関連携の推進を目的としたものであり、特に、精神科医療機関と相談支援事業所の関係構築・連携に主眼を置いています。

※なお、本パス及びガイドでは、精神障害をもつ人を「本人」と表現しています（ただし、固有名詞の場合、「患者」、「利用者」などの表現が用いられる場合もあります）。

※連携については、昨年度の事業（「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（平成 31 年 3 月）」）に記載があります。主な内容を以下に示します。

コラム：連携について

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です。

生活習慣病、精神障害など、慢性疾患の患者の増加に伴い、病気と付き合いながら自分らしく暮らしていくための支援の必要性が高まっています。そのためには、医療、介護、福祉、労働などの多分野で包括的に支援する必要性があり、多職種・多機関による連携が不可欠です。

また、もう一つの背景として、「地域生活支援」の視点の浸透が挙げられます。現在では、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、それに対応するために、複数のサービス提供機関の協働が必要になっています。

連携や、そのための情報共有は重要ですが、あくまでも包括的な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。連携の基本姿勢として、以下のようなものが挙げられます。

(1) 本人のニーズを中心に据える

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

同じ目標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ないことが大切です。

(3) それぞれが有する共通の理念を土台とする

職能・職域による役割の違いに目が行きがちですが、「人権尊重」という価値や、人々の健康や福利を追求する理念は共通しています。そのような共通の価値や理念が連携を盤石にします。

(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

互いの専門性や特長を理解し、そのパフォーマンスを高める働きかけが大切です。また、各機関は根拠法に基づき運営されており、所属する専門職の立場も尊重することが大切です。

(5) 相手に伝わる言葉で話す

専門職や専門機関特有の専門用語は、多職種・多機関の連携の妨げになる場合があります。多様な人や機関で構成されていることを念頭に置き、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。地域の実情を考慮するとともに、その特性を資源として活かす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

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、地域の連携体制の構築に向けた意図的な働きかけが、さらなる連携強化につながります。

精神障害をもつ人が地域の一員として自分らしい暮らしができるように支援するという同じ目標を持って、本人のニーズに対して、各職能の専門性や役割を発揮した包括的な支援を提供していくことが重要です。

1 地域連携パスの目標

精神障害をもつ人が、地域においてその人らしい生活を実現・継続していくためには、本人のニーズに応じた支援を提供する必要があります。

特に、保健・医療・福祉・行政等による包括的な支援を必要としている人については、精神科医療機関等と相談支援事業所が連携して支援を提供することが求められます。そうすることで、入退院時等にも支援の手が緩んだり、途切れたりすることなく、円滑にサービスを提供することが肝要です。

本パスには、このような連携を推進するための具体的な手順と、おさえるべきポイントを示しています。

このパスの活用により、個別事例の連携を通じて、関係機関同士の関係性が構築され、さらにはそのような連携の広がりにより「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を支えるネットワークの構築につながっていくことが期待されます。

2 地域連携パスの前提

(1) 地域連携パスの対象者

本パスは、精神科医療機関や相談支援事業所のアセスメントにより、保健・医療・福祉・行政（保健所、市町村）等による包括的な支援が必要な人を対象者として想定しています。

(2) 地域連携パスの利用者

本パスは、地域においてその人らしい生活を実現・継続していくために、特に医療（精神科医療機関）と福祉（相談支援事業所）の連携を推進することに主眼を置いたものです。精神科医療機関（精神科病院、精神科診療所等）と相談支援事業所等の連携ツールが確立されていない、或いは既存のツールが活用されていない地域において、活用または参考としていただくことを想定しています。

※参考：精神障害者の円滑な退院後支援のためのツールとして、「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」（平成 30 年 3 月 厚生労働省）があります。このガイドラインでは、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要がある人に対する具体的な支援手順について、自治体がすべきことを中心に示されています。

主に本パスを活用する機関・専門職等は、以下を想定しています。

- 精神科病院、診療所
 - …医師、看護師、精神保健福祉士、など
- 相談支援事業所（指定特定、指定一般、委託相談、基幹相談）
 - …相談支援専門員、など
- その他、必要に応じた連携主体
（デイケア、訪問看護、薬局、各種福祉サービス事業所、行政（保健所、市町村）、など）

なお、本パスの活用においては、本人への丁寧な説明と同意のもと、本人の声（意見、希望やニーズ）を最大限に重視することが前提となります。本人が望む生活を支援するためのパスであることを、パスを活用する機関・専門職が十分に理解することが必要です。

（3）地域連携パスの利用期間

本パスを特に活用していただくべき期間として、以下を想定しています。

- 入退院支援及び退院後の特に手厚く専門職の関与が必要と考えられる期間
- 外来医療と福祉サービス等の連携の開始・強化等が必要と考えられたとき

ただし、これらの期間設定は例示であり、包括的・継続的な支援の提供の必要性は、個別に判断していただくこととなります。

コラム：精神科の地域連携室とは

地域連携室は、精神科病院内における他機関との連携窓口として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に欠かせない役割があります。病院と地域は対局の関係ではなく、病院も地域のひとつの社会資源として位置付けられています。一時的に集中的な治療が必要な期間として入院治療が行われることから、入院前の生活の状況や支援内容等の情報が、入院後の治療計画の作成に役立つと考えられます。

この情報のやり取りの窓口として、地域連携室は重要な役割をもっています。病院以外の支援者から得た情報を、可能な限り早期に院内の多職種（主治医と病棟看護等）へ伝えていく必要があります（どのタイミングで、どのように伝えていくのかは、それぞれの職場によって違いがあります）。

入院治療が進み、退院の見通しを検討する時期には、本人の今後の生活を見据えた退院後の治療計画と地域生活支援に向けた計画の擦り合わせが必要となります。そのため院内と外部機関と、また、必要に応じて親族との調整を行い、ケース会議の開催や書面又は電話等でのやり取りを実施します。ここでは、退院後における福祉的な支援の必要性を、主治医はじめ院内のスタッフと検討してもらうのに加え、退院後居住地の相談支援事業所にも相談・検討してもらうことが望まれます。

相談をする相談支援事業所の優先順位は、①入院前に利用していた指定特定相談支援事業所、②基幹相談支援センター、③委託の相談支援事業所、④相談しやすい指定特定相談支援事業所となります。また、地域移行支援の利用を検討されるのであれば、指定一般相談支援事業所にも相談することが望まれます。退院後の通院先が他の病院や診療所であれば、その医療機関への情報提供も地域連携室の大事な役割になります。

長期入院者の支援においては、医療機関に限定した問題ではなく、集中的治療期間が過ぎても退院できない地域の環境を変えていく必要があるという「地域課題」として捉え、協議会等で検討して、課題解決につなげていくことが重要です。そのためには、長期入院になっている人々の現状や本人のニーズを、まずは協議会等の関係者に知ってもらう必要があります。そのうえで、議題として公の場で検討を進めることが大切です。現状を伝える機会を増やすため、地域連携室のスタッフが、協議会等の委員またはワーキングメンバー（或いは情報提供者）として主体的に参加することがポイントです。

情報の収集と発信のやり取りは、地域連携室の最大の特徴であり、他の部署にはない役割です。繰り返しになりますが、本人の生活を支えるために、多機関による包括的な連携は欠かせません。地域連携室の役割は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に不可欠なものです。

また、精神科病院だけでなく、通院治療を行っている精神科診療所にも、地域連携室の機能が求められています。

コラム：相談支援事業所とは

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が必要とされています。

そのためには精神障害者自らが、本来自分に備わっている能力を最大限に活かし、自分の生活や環境をコントロールする力を発揮できるような支援を行うことが重要です。地域で望ましい生活を目指すための生活ニーズを把握し、地域にある資源の活用・改善・開発の課題解決を図る相談支援事業は、そのための重要な役割を担います。

相談支援事業には、地域や事業所によって役割に違いはありますが、主に下記①～⑤の5つの形態があります。その地域の状況により、各形態を組み合わせた事業展開を行っています。

①市町村による相談支援事業

その市町村に住所のある障害児・者が、「どこに相談すればいいの?」「どんな相談ができるの?」「どんなサポートがあるの?」等を相談できます。(民間の相談支援事業所に委託している地域が多いです。通称「委託相談」)

②指定特定相談支援障害者(18歳以上) / ③ 児童相談支援事業(18歳未満)

「自分に必要な福祉サービスを見つけたい」等の障害福祉サービスの利用について、相談支援専門員がサービス等利用計画を作成し、定期的にモニタリングを行います。

④指定一般相談支援

施設や精神科病院などに入所・入院している障害のある人が「退所・退院後の生活が上手くできるか不安」「緊急時の相談や支援を受けられるようにしたい」等の地域生活に移行するための相談や、地域で生活を続けるための相談を行います。

⑤基幹相談支援センター

その地域の相談支援体制の中核を担います。主な機能としては、総合的・専門的な相談支援を行います。権利擁護・虐待の防止、各福祉事業所の連携や人材育成、地域移行支援のコーディネート、などが挙げられます。また、行政と協働して自立支援協議会の運営も行います。

相談支援事業には、それぞれの役割と地域性があります。医療機関が相談支援事業所を本人に紹介するためには、日頃から連携してお互いの役割を理解していることが必要です。また、各医療機関を利用する支援対象者の範囲は、市町村を跨ぐ場合が多いものです。相談支援体制は市町村ごとに構築されているため、精神科医療機関の地域連携室は、周辺地域の福祉の状況について、広く浅い情報にならざるを得ません。そこで、その市町村の状況を深く把握している相談支援事業所との連携が欠かせなくなります。その実践方法のモデルとして、どのタイミングで誰と連携すればいいのか等、本パスが活用できます。

第2節 地域連携パスのガイド

本節では、本事業で作成した地域連携パスを示すとともに、地域の実情に応じて、本パスを臨機応変に活用することができるよう、使い方や考え方等について解説します。

1 地域連携パス

本人を取り巻く環境が変化したとしても、医療と福祉による支援の起点となる機関（精神科医療機関と相談支援事業所など）が連携した包括的なケースマネジメントを行うことが重要です。その際に最も重要なことは、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心におき、真摯に寄り添いながら、本人との関係性を構築することです。

支援の提供に当たっては、精神科医療機関と相談支援事業所は相互に理解を深めた上で、早期からの情報共有を行うことが必要です。

例えば、入院時の情報共有であれば、情報の共有自体を目的とするのではなく、本人が望む地域生活の実現のために、医療機関等が作成する退院支援計画や入院治療計画などの作成につながる情報を提供することが求められます。また、退院に向けては、本人の希望や不安に寄り添い、入院生活から地域生活へスムーズに移ることができるよう、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画（案）の適切な作成に結び付く情報共有が望まれます。

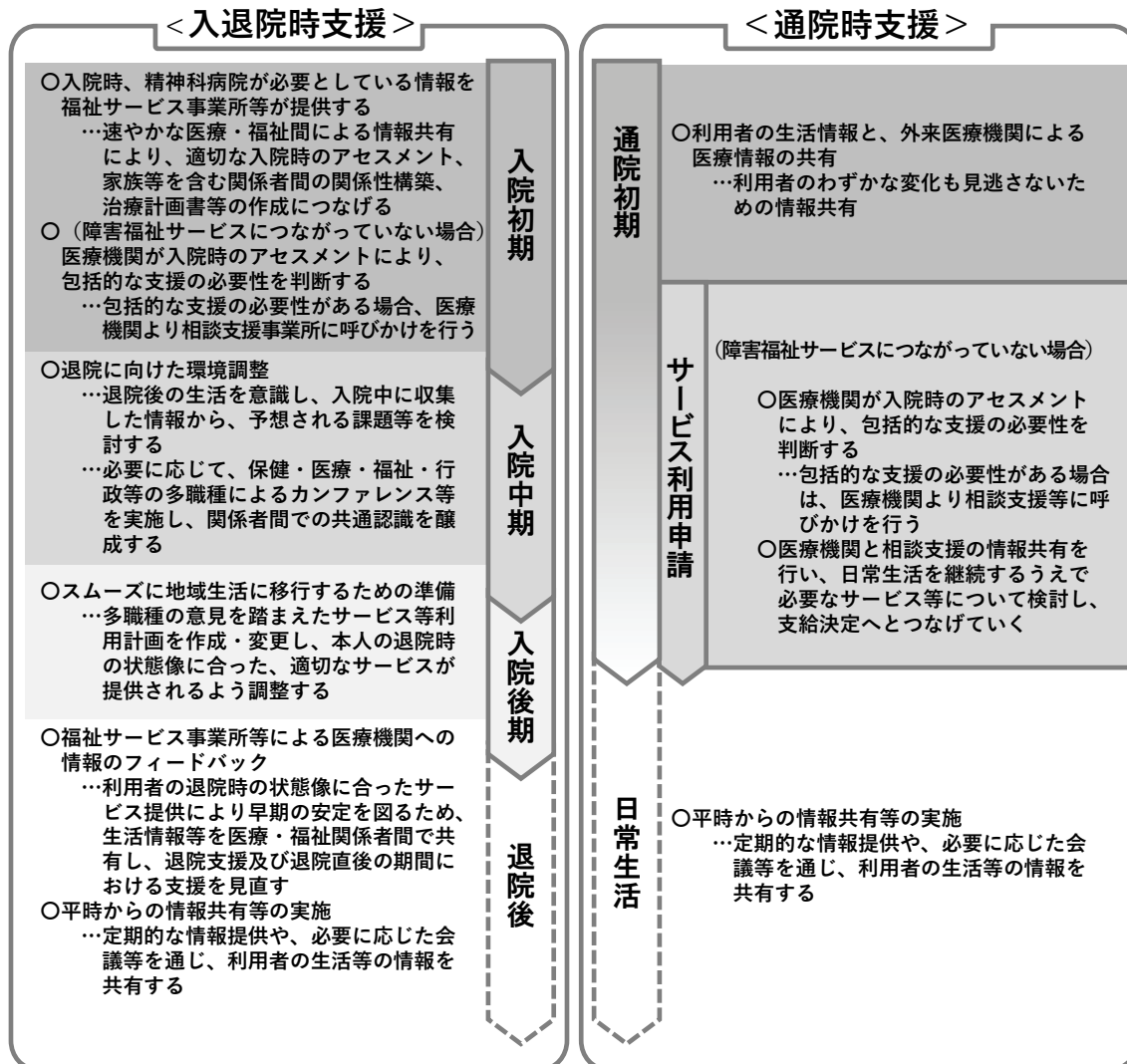
上記を踏まえ、包括的な支援を提供するに当たり、望ましいと思われる連携プロセスの例として図表1、地域連携パスの例を図表2、3に示しました。

これらのパスが、地域の社会資源の状況やネットワークの整備状況等に応じた形にカスタマイズされ、より地域の実情に即した医療・福祉連携の体制が構築されていくことが期待されます。

※なお、本パス（図表2、3）は、下記URLよりダウンロードいただけます。

<https://www.jmar.co.jp/job/public/l1g.html>

図表1：連携のプロセス（例）



※すべて、本人の声（意見、希望やニーズ）を中心とした支援が展開されることを前提とする

図表2：地域連携パス（入院）

本人	入院中			
時期（目安）	入院初期		入院	
イベント （目的）	<p>インテークの実施 （入院前の生活情報の共有）</p> <p>☞ガイド P16</p>	<p>本人（家族）との関係づくり （信頼関係の構築）</p> <p>☞ガイド P19</p>	<p>アセスメントの実施 （包括的な支援の必要性 の判断を開始）</p> <p>☞ガイド P20</p>	<p>多職種による情報共有 （多職種（チーム）での 情報共有）</p> <p>☞ガイド P23</p>
おさえる項目	<p>○社会資源の利用状況</p> <p>○キーパーソンの確認</p> <p>○多機関への呼びかけ</p>	<p>○本人及び家族の希望の聞き取り</p>	<p> 医師の介入重要度が高いポイント</p> <p>○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始</p> <p>※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする</p>	<p>○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催</p> <p>○相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援</p>
医療機関	<p>□社会資源利用状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 <p>□生活状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生育歴（学歴、交流関係等） ・生活状況（住宅、交通等） ・経済状況（就労状況、借金等） <p>□家族</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成、家族関係 <p>□医療情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院、既往歴、通院歴、今回入院の経緯 <p>□関係機関への連絡状況確認</p>	<p>□入院時カンファレンス</p> <p>□本人との関係づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の退院後の生活希望を確認（生活場所やスタイル、夢など） ・帰住先 ・不安事項 ・支援者（家族、その他の機関） ・公的支援などの情報提供 <p>□家族との関係づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供 	<p>□包括的な支援の必要性の判断（退院後支援ニーズに関するアセスメント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた病院スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有 	<p>□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有（必要に応じて、カンファレンスでの情報共有（外部含む））</p> <p>□相談支援事業利用の確認、申請支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の声（意思、希望やニーズ）を確認し、申請を支援 ・情報提供（制度、サービス、相談支援事業所など）
関係	<p>▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供</p>	<p>▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供</p>	<p>◀ 情報提供 ▶</p>	<p>◀ 情報提供 ▶</p>
相談支援事業所	<p>□社会資源利用状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用している公的な支援（サービス等利用計画等の情報提供） ・利用しているインフォーマルな社会資源 <p>□社会資源の情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活地域の支援事業者情報等 <p>□生活状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住環境、生活パターン ・本人の思い <p>□家族</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成・家族関係 ・家族の思い <p>□交友・交流関係</p> <p>□他の機関への連絡状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供 	<p>□情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供（障害福祉サービスに係る社会資源、他） <p>□要望の伝達</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・退院前訪看を行う場合の事前連絡の希望 		<p>□状況確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における進捗状況など内容把握 <p>□本人・家族との面接（可能な場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポーターの派遣 <p>□カンファレンスへの参加</p> <p>□相談支援事業利用申請支援</p>

		日常生活		
中期	入院後期	通院初期	地域生活期	
退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理及び共有 (退院に向けたニーズ整理) ☞ガイド P25	地域生活に移行するうえで必要な事項の最終準備 (スムーズな地域生活への移行) ☞ガイド P26	退院後の支援スタッフの確認 (関係者間の連絡窓口の確認) ☞ガイド P28	支援チームによる適切な支援の実施と、本人の声(意思、希望やニーズ)を中心にした包括的な支援の実施 ☞ガイド P29	医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め) ☞ガイド P30
<input type="checkbox"/> 退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理 <input type="checkbox"/> 生活ニーズに応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開	<input type="checkbox"/> 退院日の共有 <input type="checkbox"/> 危機的場面に備えた準備 <input type="checkbox"/> 退院前訪問の効果的な実施 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス等による退院後の生活の最終調整 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画(案)、退院後の支援計画の立案	<input type="checkbox"/> 退院後の支援チーム(各担当)の確認・共有	<input type="checkbox"/> 積極的なアウトリーチ型の支援の実施 <input type="checkbox"/> 精神科医療機関と障害福祉サービス事業所等との綿密な情報共有	<input type="checkbox"/> 精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック <input type="checkbox"/> 地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 <input type="checkbox"/> 地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
<input type="checkbox"/> 退院後の医療ニーズの共有・支援(退院指導の実施) ・心理教育 ・デイケア等の試験参加 ・家族教室 ・外出、外泊の設定 ・退院前訪問 ・服薬管理 ・栄養管理 など	<input type="checkbox"/> 退院後のサービス利用申請支援(必要な場合) <input type="checkbox"/> カンファレンスの実施(外部含む) ・地域資源との連携確認 ・病診連携(通院先に応じて) ・訪問看護、デイケア <input type="checkbox"/> 退院後の支援計画を立案する		<input type="checkbox"/> 通院などで生活状況の確認 ・退院後訪問 <input type="checkbox"/> 情報共有 ・通院診療所、デイケア、訪問看護 <input type="checkbox"/> モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 <input type="checkbox"/> 各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	
共有	▼カンファ呼びかけ ▲参加 ⇄情報共有	⇄情報共有・連携		
<input type="checkbox"/> 退院後の生活ニーズの共有・支援(退院に向けた支援) ・サービスの提供 <input type="checkbox"/> 体験外泊、外出 <input type="checkbox"/> 日中活動先の同行支援、情報提供 <input type="checkbox"/> 居住の場の確保 <input type="checkbox"/> 金銭管理担当とのマッチング など <input type="checkbox"/> 退院に向けた事前準備 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有	<input type="checkbox"/> 申請・受付 <input type="checkbox"/> カンファレンスの実施(場合によりサービス担当者会議を兼ねる) ・サービス利用状況を踏まえ退院後の通院先、日中活動の場等について検討 ・サービス等利用計画(案)の作成 <input type="checkbox"/> 退院後の各担当者の確認	<input type="checkbox"/> 計画に基づきサービスの実施 <input type="checkbox"/> 日頃の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 <input type="checkbox"/> 地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ <input type="checkbox"/> 情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 <input type="checkbox"/> モニタリング ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 <input type="checkbox"/> 各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加		

図表3：地域連携パス（通院）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包

本人	通院初期		
時期（目安）	通院初期		
イベント （目的）	インテークの実施 （日常生活情報の共有） 🏠ガイド P16	本人（家族）との関係づくり （信頼関係の構築） 🏠ガイド P19	アセスメントの実施 （包括的な支援の必要性 の判断を開始） 🏠ガイド P20
おさえる項目	<ul style="list-style-type: none"> ○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ 	<ul style="list-style-type: none"> ○本人及び家族の希望の聞き取り 	 <p>医師の介入重要度 が高いポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> □社会資源利用状況 <ul style="list-style-type: none"> ・経済 ・生活 □相談支援事業の利用状況 <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 <ul style="list-style-type: none"> ・生育歴（学歴、交流関係等） ・生活状況（住宅、交通等） ・経済状況（就労状況、借金等） □家族 <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成、家族関係 □医療情報 <ul style="list-style-type: none"> ・入院、既往歴、通院歴、今回受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> □本人との関係づくり <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活希望を確認（生活場所やスタイル、夢など） ・不安事項 ・支援者（家族、その他の機関） ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり <ul style="list-style-type: none"> ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> □包括的な支援の必要性の判断 <ul style="list-style-type: none"> ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた外来医療スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有
関係	<ul style="list-style-type: none"> ▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供 	
相談支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> □社会資源利用状況 <ul style="list-style-type: none"> ・利用している公的な支援（サービス等利用計画等の情報提供） ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 <ul style="list-style-type: none"> ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成・家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への状況連絡 <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関への連絡、医療機関へ情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> □情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供（障害福祉サービスに係る社会資源、他） □要望の伝達 <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望 	

括的な支援を必要とする方を想定しています

通院中		
通院期間中	サービス利用申請（※必要な場合のみ）	日常生活
<p>生活ニーズの整理及びそれを踏まえた支援の展開（サービス利用に向けたニーズ整理）</p> <p style="text-align: right;">☞ガイド P25</p>	<p>相談支援事業の利用支援或いは見直し（サービス等利用計画の作成）</p> <p style="text-align: right;">☞ガイド P26・28</p>	<p>医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築（支援の土台固め）</p> <p style="text-align: right;">☞ガイド P29・30</p>
<p>○日常生活における生活ニーズの整理</p> <p>○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催</p> <p>○生活課題に応じた支援（トレーニングや体験の場の創出等）の展開</p>	<p>○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた支援の展開</p>	<p>○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック</p> <p>○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有</p> <p>○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備</p>
<p>□生活ニーズに対応した指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理 ・服薬管理 ・栄養管理 ・心理教育 ・家族教室 ・デイケア等の試験参加 	<p>□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有</p> <p>□相談支援事業利用の確認、申請支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の声（意思、希望やニーズ）を確認し、申請を支援 ・情報提供 <p>□サービス担当者会議等への参加</p>	<p>□外来時等における生活状況の確認</p> <p>□情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院・通院診療所、デイケア、訪問看護 <p>□モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 <p>□各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加</p>
<p>⇄ 情報共有 ⇄ 会議招集・参加</p>		<p>⇄ 情報共有・連携</p>
<p>□状況確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象者の状況確認 ・カンファレンスや外来医療における進捗状況など内容把握 <p>□カンファレンスへの参加</p> <p>□本人・家族との面接（可能な場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポーターの派遣 <p>□相談支援事業利用申請支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス等利用計画（案）作成に向けたアセスメントの実施 <p>□サービス担当者会議の開催</p> <p>□サービス等利用計画（案）の作成</p>		<p>□計画に基づきサービスの実施</p> <p>□日頃の思いの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 <p>□地域生活のニーズの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報提供のためのデータのまとめ <p>□情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供事業所 ・行政 <p>□モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 <p>□各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加</p>

2 地域連携パス（入院）ガイド：入院初期

（1）インテークの実施（入院前の生活情報の共有）

入院直後、最も大切なことは、本人の気持ちに寄り添うことです。本人の不安を受け止め、安心して療養生活を送れるよう、入院の目的や治療内容を丁寧に説明します。そのうえで、精神科病院は、退院後に、本人が地域の一員としてその人らしい生活ができるよう、支援する役割も担っていることを伝えます。このように、信頼関係の醸成に努めながら、本人とのインテークを行います。

本人の状態やニーズにマッチした包括的な支援を行うために、精神科病院には、治療上必要な情報が適切に収集・提供・共有されることが求められます（本人のこれまでの社会資源の利用状況や生活情報、キーパーソンに関する情報など）。

入院前に障害福祉サービス等を利用していた人の場合は、相談支援事業所等が訪問やメール・FAX・オンライン等の方法により、入院後速やか、かつタイミングよく利用者の情報を提供することが重要です。

他方、障害福祉サービス等に結び付いておらず、精神科病院外の関係者からの情報提供が難しい場合には、精神科病院内の精神保健福祉士等が情報収集を行います。

CHECK

- 社会資源の利用状況の確認
- キーパーソンの確認
- 多機関への呼びかけの実施

①社会資源の利用状況の確認

精神科病院は、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、退院後に地域でその人らしい生活を実現・継続することを目的として、速やかに必要な情報を収集します。

その際、本人が入院する前に利用・関与していた社会資源を把握することで、必要な情報を持っている関係者・機関を整理することができます。

把握すべき社会資源の利用状況として、以下のようなものが例として挙げられます。

相談支援事業の介入の有無	相談支援事業所、市町村障害福祉課等、保健所、その他行政機関など
経済に係る関係者・機関の介入の有無	自立支援医療、限度額適用認定、心身障害者医療助成、年金、失業給付、生活保護など
生活に係る認定等の状況	障害支援区分、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、療育手帳、介護保険認定等の状況など
その他入院前から介入していた機関の有無	家族会、自助グループ、ボランティア団体など

②キーパーソンの確認

本人の希望する生活の実現に向けて、特に大きな影響を与えると考えられる人物（いわゆる、キーパーソン）について把握することが重要です。

多くの場合、本人の両親や兄弟姉妹、親戚などの家族であったり、親しい友人や近隣住民であったりします。対象者によっては、成年後見人等や支援機関のスタッフ、または組織なども考えられます。

③他の機関への呼びかけ

精神科病院のスタッフは、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、入院前に関わりを持っていた、または退院後の生活に関わるであろう関係者や機関に対し、積極的に声を掛け、つながりを持つことが大切です。

入院前より相談支援事業所等を利用している場合、相談支援事業所等から精神科病院にアプローチし、本人の入院生活や退院支援に向けた協働ができる関係性を構築していくことが望まれます。

緊急に入院する場合であれば、精神科病院と相談支援事業所等、各連絡相談窓口の確認から始めることが考えられます。対象者により、窓口が変わることもあるため、その場で決められない場合は、窓口担当者の決定を依頼するようにしましょう。

予定入院の場合であれば、事前に窓口担当者の調整を行うことが望ましいといえます。

POINT

○本人の声（意思、希望やニーズ）をアセスメントする

…本人がどのような暮らしを望むのか、どのように生きていきたいと願っているのか、その意思を汲み取り、ニーズに沿った支援を展開します。その際、本人のストレングスに焦点を当てることも重要です。

相談支援につながっている場合であれば、本人やその家族の地域生活の様子をわかっている相談支援専門員が、本人の思いや地域生活の様子などを精神科病院に伝えていくことが重要です。

相談支援につながっていない場合においても、精神科病院の精神保健福祉士等が本人や家族、その他キーパーソン等から情報を引き出し、本人の思いをアセスメントしていくことが求められます。

○医療機関と福祉サービス事業所等、それぞれの持つ得意な情報を提供する

…関係機関には、それぞれ固有の（或いは、有しやすい）情報があります。医療機関からは本人の医療情報を中心に、福祉サービス事業所等からは本人の生活情報を中心に情報提供することが、情報共有の第一歩といえます。そのうえで、本人の入院前（退院後）の生活を意識した支援計画等の立案につなげていくことが望まれます。

<医療や生活に係る情報例>

- ・入院歴、既往歴、通院歴、今回の入院の経緯等の「医療情報」
- ・学歴や交流関係等の「生活歴」
- ・入院前の住環境や生活パターン、交通の状況等の「生活状況」
- ・入院前の就労や金銭管理等の「経済状況」
- ・家族構成や、家族間の関係性等の「家庭状況」

日常生活を送るなかで、緊急時に備えた情報提供シートを準備しておくことや、サービス等利用計画や個別支援計画等の写しを渡すことで事務手続きを簡素化するなど、工夫することが望まれます。

○医療・福祉間での声掛けを開始した際には先を見越した要望も伝える

…精神科病院から相談支援事業所に、或いは相談支援事業所から精神科病院にアプローチをする際には、今後の支援の流れを想定した要望を伝えることが重要です（例えば、院内カンファレンスの開催や呼びかけの希望、退院予定決定後の連絡の確認、退院前訪問指導への同行依頼など、相互連携を図っていくうえでの依頼や希望）。

入院直後は、医療的支援の方針も決まり切っていない段階であることも考えられますが、予定で良いので、双方の希望をすり合わせておくことが、後々の連携の推進に活かされていきます。

(2) 本人（家族）との関係づくり（信頼関係の構築）

精神科病院のスタッフには、本人及びその家族等との信頼関係の構築に努めることが求められます。本人・家族の意向等を聞き取り、ニーズを踏まえた適切な入院医療を提供していくための土台を固めていくことが重要です。

CHECK

○本人及び家族の希望の聞き取り

POINT

○本人との信頼関係の構築及びニーズの把握

…本人の状態像が安定していない入院初期は、精神科病院のスタッフは、じっくりと腰を据えて丁寧に関わりを持ち、信頼関係を構築していくことが求められます。

関係性を構築しながら、本人の希望や思いを引き出し、ニーズを把握していくことが求められますが、その際に確認すべき事項としては以下のようなものが考えられます。

<本人から確認すべき事項の例>

- ・生活の場所やスタイル、夢ややりたいことなど、退院後の生活の希望
- ・入院生活・地域生活において不安に感じていること
- ・家族や友人、その他の、本人を支援してくれる人・支援してほしい人

○家族との信頼関係の構築及びニーズの把握

…対象者ごとに、本人の家族やその他キーパーソンの感じている不安や希望は様々です。本人と同様、家族やキーパーソンにも、丁寧に関わり、そのニーズを把握し、寄り添いながら支援を展開できるよう心がけることが大切です。

○早い段階からの情報提供

…本人や家族に対し、入院後のできるだけ早い段階から、退院後の生活に対する意思決定をサポートするため、地域資源に関する情報提供や支援方策の提案などをしていくことも大切なポイントです。

(3) アセスメントの実施（包括的な支援の必要性の判断を開始）

精神科病院には、本人のアセスメントを十分に行ったうえで、本人の声（意思、希望やニーズ）に寄り添いながら、今後の支援の見通しを立てることが求められます。

ここで重要な事項は、当該対象者において、入院医療のみで地域生活へと移行していくことが可能なのか、保健・医療・福祉・行政等による包括的な支援が成されれば地域生活へと移行できるのか、或いは、一定以上の期間、入院医療の必要性があるのか、といった、今後の支援の見通しを立てはじめることです。

CHECK

○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始



医師の介入重要度が高いポイント

POINT

○医師の視点も含めて包括的な支援が必要な対象者を想定する

…精神科病院のスタッフには、保健・医療・福祉・行政等による包括的な支援が成されれば、地域生活に移行することができる対象者か否か判断をすることが求められます。

包括的な支援が必要だと考えられる対象者の例としては、生活行為に課題を抱えている、複合的な疾患等を持っている、家族等の身近なサポートが得られない、高齢期にある、制度のはざまに陥っている、金銭に係る課題を持っているなどが考えられます（「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（平成 31 年 3 月）」の結果より）。

○早期の段階から精神科病院は相談支援事業所等に呼びかけを行う

…障害福祉サービス等の地域資源の状況は、市町村ごとに異なるため、精神科病院のスタッフがそれらの地域資源を熟知するためには、大変な労力を費やす必要があります。

そのため、包括的な支援の必要性を判断する段階から、精神科病院は地域の障害福祉サービス等の地域資源に精通した相談支援事業所等に呼びかけをし、意見交換を開始することが効果的です。

また、情報共有を開始した際には、大まかな想定入院期間などの目算が立っていれば、併せて共有しておくことで支援の見通しが立てやすく、効果的だといえます。

コラム：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、相談支援の充実に合わ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示されています（※下記参考）。

つまり、医療・保健・福祉・行政等による包括的な支援が必要となる人は、**入院期間に限らず**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人のみならず、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人なども含め、どのような人にも共通する考え方になります。

このような包括的な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と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、地域移行支援を包括的な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
第五-2-（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。 <u>（削除）</u>	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 <u>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>

<活用できるサービスの例>

例 1) 地域移行支援（*入院期間に限らず利用できます）。

単身者や家族の支援が受けられない等で、特に住まいの確保が必要な人や、退院前に十分な関係性を構築しておくことが地域生活の継続に必要と判断される場合には、「地域移行支援」が有効です

地域移行支援は入院中に最低月 2 回は面会等を行い、本人と関係を構築しながら、地域生活に必要な環境調整を行います。本人との関係作りに時間を要する場合がありますので、包括的な支援の必要性を判断した場合は、早めに住所地の福祉課等に地域移行支援の相談をしましょう。

例 2) 自立生活援助

退院後の住まいは確保されていても、単身者や、家族が高齢や障害または仕事等で本人に十分に関われないなど、日常的な金銭管理や書類管理等の生活上の支援が必要な場合は、「自立生活援助」が有効です。

自立生活援助は退院後、概ね週 1 回の定期訪問及び本人等の求めに応じて随時対応してくれる生活に密着したサービスです。本人の生活ニーズに応じてきめ細やかに、暮らしの安心を支えますが、本人と支援者が互いに安心しあえる関係性が重要となります。

そのためにも、入院中から本人とサービス提供事業所との関係づくりが欠かせません。

例 3) 地域定着支援

生活自体は自立に近い状態であっても、悩みや困りごとを抱え込みやすく自ら SOS を発信しないタイプや、SOS の発信先がないために病状が悪化しやすい場合は、「地域定着支援」が有効です。

地域定着支援は相談支援事業所の相談支援専門員が携帯電話等で 24 時間、本人の緊急時に対応するサービスですが、24 時間体制が必要な場合は、地域定着支援のような「福祉の 24 時間」と、訪問看護事業所の 24 時間対応体制加算のように「医療の 24 時間」のサービスを併用することも可能です。対象者によっては、「かかりつけ病院の 24 時間」も加えた 3 機関の連携体制も、地域生活の維持・継続に有効です。

（1）多職種による情報共有（多職種（チーム）での情報共有）

入院中期において、病状の安定とともに、本人には退院後の生活上の様々な希望や不安、葛藤が生じます。本人の気持ちに寄り添い、地域生活を見越した柔軟かつ横断的な準備が重要になります。ここでも、本人との対話を重視します。そのうえで、精神科病院内のスタッフ及び地域生活における支援を展開する障害福祉サービス事業所等のスタッフが、日常的な電話やメール、オンライン等による連絡、或いは必要に応じて多職種カンファレンスを開催するなどして、それぞれの立場や知見から、本人が地域で自分らしく生活していくための情報共有を行います。

また、障害福祉サービス未利用者の場合は、各種サービス申請等に向けた準備を進めていくことが大切です。

CHECK

- 日常的な情報のやりとり、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催
- 相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援

① 日常的な情報のやりとり、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催

精神科病院内のスタッフ及び地域生活における支援を展開する障害福祉サービス事業所等のスタッフが、本人の希望する地域生活の実現に向けて必要と考えられる事項等について、共有できている状況が望めます。

特に本人の声（意思、希望やニーズ）は、多職種が目指すべきところを意思統一して、包括的に支援を継続していくために、とても重要なものです。

具体的に共有すべき事項については、対象者ごとに異なる部分が多いため、多職種による包括的な支援が必要であると判断した際の情報やプロセスに応じて、検討していくことが望めます。

② 相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援

対象者によっては、これまでに障害福祉サービスの利用が無かった人もいらっしゃるでしょう。

退院後の生活を見越し、障害福祉サービスの利用が必要と判断された場合は、入院中の段階から相談支援事業等の利用申請を支援することが大切です。

これにより、早期の段階から支援内容を構築（準備）することができます。

また、対象者によっては生活保護や住宅支援が必要な場合もあります。事前に申請や調査等が必要な場合は、多職種が連携し、できるだけ早い段階からそれらの準備を進めるとともに、ニーズアセスメントを深めて多職種間で共有していくことが大切です。

POINT

○無理のない情報共有方法を取る

…情報共有の方法としては、精神科病院からの呼びかけによる院内カンファレンス等の活用が、多職種が一堂に会して話し合うことができるため、最も望ましいと考えられます。しかし、他の業務との兼ね合いや事務的な負担等から、そう多くの場を設けられないことが想定されます。

対象者ごとに、情報共有の必要性を判断しながら、電話や FAX、メール、オンライン等の「共有手段」と、より多くの職種による共有が必要か、窓口担当者間のみで良いかなどの「共有すべき範囲」を勘案しながら、適切な方法を取ることが求められます。

○院内カンファレンス等に参加できない場合の情報共有

…精神科病院内で行われるカンファレンス等は、一度に 1 事例のみを話し合うのではなく、複数事例等について実施されることもあり、個人情報保護の観点から院外の専門職等が参加できない場合もあります。

その他、日時等、スケジュールの都合でやむなく参加を見送らざるを得ないような場合も考えられます。

院内カンファレンスに院外の専門職等が参加できない理由は様々に考えられますが、そのような場合においても、連絡窓口等を通じて、どのような検討が行われたか、多職種間で共有することが求められます。

○相談支援事業等の利用に向けた本人や家族等の意向確認及び同意

…各種サービスの利用に当たっては、本人（及び家族等）の意向を確認することが重要です。精神科病院や相談支援事業所は、多様なサービス等の情報の中から、対象者ごとに必要と思われる情報を提供し、本人・家族の意思決定を支援することが求められます。

ここでの専門職の役割は、本人が地域で自分らしく、尊厳をもって生活を続けていくために活用すべき社会資源の選択につながるよう支援することであり、本人の意思決定及び自己決定が中心となることが前提になります。

「この対象者にはこういう支援が一般的である」といった、専門職の固定観念による情報の押し付けが無いように留意する必要があります。

(2) 退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理及び共有（退院に向けたニーズ整理）

入院中期には、本人の状態等も落ち着き、より退院後の生活を意識したアセスメントや支援ができるようになることが多くなります。

この時期には、本人の希望する退院後の生活をイメージしたうえで、課題となる事項の整理を進め、それに応じた支援を展開することが求められます。

CHECK

○退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理

○生活ニーズに応じた支援（トレーニングや体験の場の創出等）の展開

POINT

○生活に関するニーズを柔軟な視点で探る

…地域生活を継続するうえで必要となる要素は、多種多様に考えられます。高齢であったり身体合併症等がある場合、生活動作上の課題がある人、服薬や金銭の管理に不安がある人、また、環境の変化等に敏感な人もいます。生活を継続させるために、多様で柔軟な視点を持ち、本人の声（意思、希望やニーズ）と、生活に必要な支援を十分にアセスメントしたうえで、精神科病院による退院指導の実施、相談支援事業所による退院に向けた支援を展開することが重要です。

<生活ニーズを意識するために必要な視点及び支援の例>

- ・財産及び金銭管理の状況
- ・服薬管理の状況
- ・栄養管理の状況
- ・心理教育の必要性
- ・家族支援の必要性
- ・外出、外泊による地域体験の必要性
- ・サービスの利用体験の必要性
- ・デイケア等の試験参加の必要性
- ・居住の場の確保の必要性

○早期の段階から院外の専門職等と患者の関係性構築を行う

…退院後に不安なく地域生活へと移行していくためには、支援チームと本人が信頼関係で結ばれていることが重要です。

相談支援事業所等は、精神科病院の協力のもと、入院中のできるだけ早い段階から面会等を行い、本人との関係性構築に努めることが望まれます。

（１）地域生活に移行するうえで必要な事項の最終準備（スムーズな地域生活への移行）

入院後期、本人は地域生活を目前に控え、現実的な不安を抱えています。ここでも、本人の気持ちにしっかり寄り添い、不安の解決に努めます。退院は通過点であり、本人が地域で自分らしく生活するための必要な支援について、退院後も「継続して受けられる」ことを丁寧に説明します。

そのうえで、本人が地域生活にスムーズに移行することができるよう必要な調整を図ります。

CHECK

- 退院日を共有する
- 危機的場面に備えた準備（クライシスプランの作成など）を行う
- 退院前訪問の効果的な実施
- 退院前カンファレンス等による退院後の生活に関する最終調整の実施
- サービス等利用計画（案）・退院後の支援計画の立案

①退院日を共有する

精神科病院は、退院日が決まったら、本人の意向と併せて、多職種に周知する必要があります。

それにより、退院に向けて、いつまでに何をしなければならないのかが明確になるためです。

病院内外の様々な職種が、退院に向けて必要な準備をするためには、一定以上の時間が必要と考えられますが、概ね 1 か月以上あることが望まれます。

②危機的場面に備えた準備（クライシスプランの作成など）を行う

精神科病院や相談支援事業所が情報共有しながら、本人とともにクライシスプランを作成します。クライシスプランの作成・共有を通じて、危機的な場面における行動計画を立てるとともに、危機的場面における迅速かつ包括的な支援の展開が可能な体制を構築することにもつながります。

また、危機的場面という視点からは、災害時における対応についても目を向けることが大切です。様々な場面を想定しながら、その対応や体制について立案することが、本人だけに限らず、支援チームにとっても重要です。

③退院前訪問の効果的な実施

退院前訪問は、本人の望む地域生活に向けた課題を解消するうえで、大変効果的です。退院前訪問は、精神科病院のみならず、相談支援事業所や訪問看護、或いは他に必要と考えられる関係者等が同行することで、本人が望む生活環境等を調整することができます。

また、相談支援事業所等の関係者からすると、本人からは直接その人の望む暮らしや地域生活に対する不安を聞くことができ、入院先の多職種からは本人の生活上の留意点等を直接聞くことのできる大切な機会になります。

そのため、相談支援事業所等は、積極的に退院前訪問に同行し、より良いサービス等利用計画（案）の作成につなげていくことが重要です。

④退院前カンファレンス等による退院後の生活に関する最終調整の実施

退院前カンファレンスは、本人と相談の上、精神科病院が主導して実施するものです。或いは、自治体主導で開催されることもあります（「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」に則った支援が実施される場合等）。

退院前カンファレンスの場に、医療関係者のみならず、相談支援事業所等が参加することで、医療視点の生活ニーズと福祉視点の生活ニーズをすり合わせ、サービス等利用計画（案）などにその内容を反映することが可能になります。

精神科病院（或いは自治体）は、退院前カンファレンスに相談支援事業所等をはじめとした地域の関係機関を積極的に呼び込むよう努めることが望ましく、また、相談支援事業所等をはじめとした地域の関係機関からは、参加したい旨を精神科病院に伝えていくことが重要です。

⑤サービス等利用計画（案）・退院後の支援計画の立案

相談支援事業所は、退院日や退院前カンファレンス等が決まったら、サービス等利用計画（案）の作成に向けたアセスメントを開始します。

理想としては、退院時カンファレンス等の開催に合わせ、サービス担当者会議を同日開催とし、サービス等利用計画を完成させることです。

ただし、タイミングや連携の状況等によっては難しい事例があるかもしれません。そのような場合は、退院前カンファレンス後に、当該カンファレンスにおける指摘事項等を踏まえてサービス等利用計画（案）を作成し、サービス担当者会議を開催して計画を完成させるなど、できるだけ前倒しでプランニングができるよう調整します。

また、精神科病院においても、退院後の支援計画を立案することが望まれます。立案に当たり、入院中に会議等を開催し、支援関係者間で支援の方針等を協議することが望まれます。

サービス等利用計画（或いは計画案）、退院後の支援計画ともに、本人や家族等が見てもわかりやすく、退院後の生活意欲の向上につながるものとするのが大切です。

(2) 退院後の支援スタッフの確認（関係者間の連絡窓口の確認）

地域生活に移行する前に、退院後に誰が本人の支援を行うのか、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、関係者間で共有することが重要です。

退院したことにより、入院していた精神科病院の関係者と地域の支援チームの関係が薄れてしまったり、地域の支援チーム間の顔が見えていないことで、生活の継続性に影響を与えたりすることを避けることが目的です。

場合によっては、本人と医療の結びつきが弱くなってしまった際に、地域の支援チームがいち早く気づき、継続的な医療とのつながりを保つことにもつながります。

CHECK

○退院後の支援チーム（各担当者）の確認・共有

POINT

○医療と福祉の起点での担当者把握が重要

…障害福祉サービスに係る担当者だけがつながっていれば良いわけではありません。本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、医療と福祉、入院中の支援者と地域生活の支援者、それぞれの視点を共有できる形で支援チーム間連携の構築がなされることが求められます。

<把握すべき担当者の例> 本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて

- ・市町村
- ・病院
- ・通院先医療機関
- ・地域援助事業者
- ・NPO 法人
- ・民生委員
- ・訪問看護ステーション
- ・退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体など

○本人の声を中心に置いてケースマネジメントを行う

…対象者により、もちろん、本人が自らの生活をマネジメントできる場合がありますが、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、医療スタッフが中心となりケースマネジメントを行う場合、福祉スタッフが中心となる場合など、その中心的な役割を担う担当者にはいくつかのバリエーションが考えられます。

退院前カンファレンス等を通じて、当該対象者の特性等を検討・共有したうえで、退院後のケースマネジメントを円滑に実施します。

5 地域連携パス（入院）ガイド：通院初期

本人は、退院して地域生活を開始します。最初の段階は、環境の変化等の要因により、特に本人の感覚や体調、症状等が不安定になりやすい時期です。この時期を、地域連携パス（入院）の中では便宜上、「通院初期」と表現しています。

まずは、実際の生活について、本人の話をよく聴いて、状況を把握することが重要です。そのうえで、本人の希望の実現に向けて、関係者間でも情報共有を行います。

CHECK

○支援チームによる適切な支援の実施と、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心にした包括的な支援の実施

POINT

○積極的なアウトリーチ型の支援の実施

…障害福祉サービス事業所や訪問看護等による、アウトリーチによる支援等を実施しながら、適切な生活支援を行うことが重要です。その際、本人と相談の上、自立生活援助や地域定着支援などのサービスを活用することも検討します。

○精神科医療機関と障害福祉サービス事業所等との包括的な支援の実施

…精神科医療機関は、退院後の本人の病状の変化等に適切に対応します。障害福祉サービス事業所等は、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いた生活支援を実施します。

この段階は医療と福祉による支援が包括的に提供されることが特に求められる時期です。本人のストレングスに着目して、生活モデルの視点を生かした積極的なリカバリー^(※)支援を行っていくことも重要です。

※ここでいう「リカバリー」とは、精神疾患をもつ本人が望む生活（就労等も含む）を送り、社会参加や活動を実現することができる過程、或いは、障害等があっても本人らしく暮らすことのできる能力を有する過程等（症状の緩和等も含む）を指します。

6 地域連携パス（入院）ガイド：地域生活期

地域生活期は、いわば本人の状態像が安定した時期といえます。対象者によっては、医療や福祉の連携、または本人の医療アクセスが停滞しがちな時期にもなり得ます。それと同時に、本人は、地域生活にも慣れて、生活上でより具体的な希望が出てきたり、あるいは課題が明確になったりします。

だからこそ、定期的な情報共有の機会を意識的につくったり、その時点の本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、適切な支援計画を設計したりするなど、包括的な支援を展開するための土台づくりに力を注ぐことが重要です。

CHECK

- 精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック
- 地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有
- 地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備

POINT

○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック

…相談支援事業所等が継続的なモニタリングを行い、その結果を本人と相談の上、精神科医療機関等にフィードバックすることで、医療と福祉の連携や、本人と医療とのアクセスを継続させ、地域生活の継続性を担保する取組が求められます。

ただし、本人の情報をすべてフィードバックする必要はありません。例えば、退院後の本人の状況を把握するために、どのような情報を求めるのかは、精神科医療機関に確認することが効果的です。

加えて、情報のフィードバック先の窓口についても確認を行うことが大切です。例えば、精神科病院の外来を窓口とすべきか、病棟のワーカー等を窓口とすべきかなど、情報を共有すべき対象を確認します。

○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有

…地域生活を続けるなかで、本人の新たなニーズの発生や、潜在化していた課題が見つかることも考えられます。地域生活期において、このようなニーズに気づくことが多いのは、地域生活を支援するチームのメンバーだと考えられます。そのためにも、本人との信頼関係の構築は重要です。

課題の大きさ等にも左右はされますが、本人と相談の上、必要に応じて、支援方針や提供すべきサービス等の見直しを図っていくことが重要です。その際には、可能であれば、入院していた精神科病院、地域生活期において支援を実施している精神科医療機関、障害福祉サービス事業所等、広く支援チームを捉え、地域生活期における多職種協働の会議（サービス担当者会議等をこれに充てることも考えられる）を開催することが効果的です。対面での会議形式を取ることが難しい場合においても、電話や FAX、メール、オンライン等の代替手段を用い、多職種による視点を加えたうえで、今後の支援方針等を立案することが大切です。

○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備

…本人の望む生活の実現・継続のためには、日ごろから関係者・関係機関との関係性の構築に努める必要があります。また、本人・家族の支援ニーズの把握や、包括的な支援を実施するために、常に、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置くことが重要です。そのうえで、必要な個人情報等の活用・共有については必ず同意を得てください。

7 地域連携パス（通院）ガイド

本人が、外来医療を利用しながら日常生活を送る通院期（地域生活期）においても、地域連携の基本的な考え方が変わることはありません。

本項、1～6に記載した「地域連携パス（入院）ガイド」の内容と同様、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて下記のことを実施します。

- ・ インテークの実施（日常の生活情報の共有）
- ・ 本人（家族）との関係づくり（信頼関係の構築）
- ・ アセスメントの実施（包括的な支援の必要性の判断を開始）
- ・ 生活ニーズの整理及びそれを踏まえた支援の展開（サービス利用に向けたニーズ整理）
- ・ 相談支援事業の利用支援（サービス等利用計画の作成）
- ・ 医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築（支援の土台固め）

という流れが基本となります。

なお、本パスを活用する外来医療とは、精神科病院の外来機能に加え、看護師や精神保健福祉士等、医師以外の職種が従事している精神科診療所を想定しています。

POINT

○外来医療の提供主体の特性を踏まえた連携を図る

…「外来医療」を提供する場としては、精神科病院の外来機能であったり、精神科診療所です。特に、精神科診療所については、規模・形態・専門性、或いは診療所のある地域性などに多様性があります。

様々な経験を経た医療の提供を可能にする社会資源が地域にあると解釈可能な一方、その特性を踏まえずに連携を図ろうとすると、外来医療機関に過度な負担を強いることになる可能性も秘めています。

医療と福祉の関係者間で、本人の声（意思、希望やニーズ）を中心に置いて、相互の役割や得意分野等の理解を深めたうえで、適切な連携の内容や方針を設定していくことが望まれます。

○医福連携のみならず、病診連携・診診連携等も踏まえた連携体制を構築する

…本人の望む地域生活の実現・継続のため、入院医療と外来医療の相互連携や、単独の外来医療機関のみでは対応が難しい事例における病診・診診連携の展開など、あらゆる連携について検討をすることは大変重要だといえます。医療と福祉の連携を推進する中で、福祉の関係機関からも提案・呼びかけなどを行い、地域全体としての体制整備を図る視点を持つことが大切です。

第 3 章

精神保健医療福祉に係る研修についての調査

第 1 節 調査の概要

1 調査目的

本調査は、保健・医療・福祉に係る職能・職域団体や行政等により実施されている人材育成手法（主に研修）について、その実態（目指すべき姿とその実現に向けた充足状況）を明らかにすることを目的に実施しました。

そのため、（１）職能・職域団体に対する調査と（２）都道府県・政令都市に対する調査を組み合わせて実施しています。

職能・職域団体に加え、行政がどのように人材育成にかかわっているのかを確認しました。

（１）職能・職域団体に対する調査

調査に当たっては、

- A) 各職能・職域を束ねる団体として考える、専門職としてのあるべき姿
- B) そのあるべき姿の実現に向けて、職能・職域団体として取り組んでいる事項（研修等）
- C) 多職種・多機関連携の実現に向けて、自職能・職域が身につけるべき知識・技術
- D) 多職種・多機関連携の実現に向けて、他職能・職域に知ってほしい自職能・職域の知識・技術

の４つのポイントを押さえるものとししました。

「①職能・職域として専門的に有するべき知識・技術」については、資格要件を満たしていることを前提としたうえで、各職能・職域が考える上積み部分について調査することとししました。

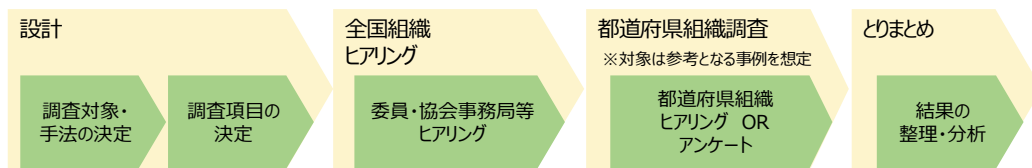
そして、今回の調査目的において特に重要と考えられる「②多職種・多機関連携のために必要な知識・技術」と、「②他の職種・機関に知ってほしい知識・技術」について、掘り下げることにしました。

2 調査対象・手法、調査期間

(1) 調査対象・手法

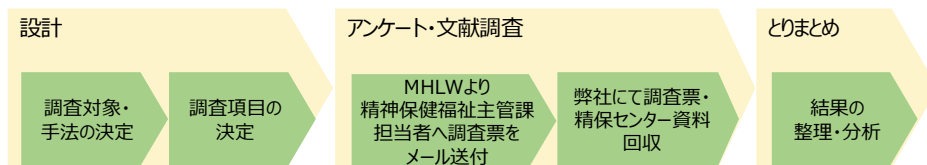
調査対象・手法として、職能・職域に対するヒアリング調査と、行政に対するアンケート調査を実施しました。

職能・職域団体調査



都道府県・政令指定都市調査

※精神保健福祉センターの文献調査を併せて実施



(2) 調査期間

○職能・職域団体ヒアリング

調査期間は令和元年12月～令和2年2月で実施しました。

職域としては、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、職能としては、日本精神科看護協会、日本相談支援専門員協会、日本精神保健福祉士協会を対象としました。

○都道府県・政令市調査アンケート調査・精神保健福祉センター文献調査

調査期間は令和元年12月～令和2年2月で実施しました。

(3) 回収状況

調査期間は令和元年12月～令和2年2月で実施しました。

40 都道府県（回収率 85.1%）、17 政令指定都市（回収率 85.0%）から回答が得られました。

第2節 調査結果

1 職能・職域団体ヒアリング結果

<研修等人材育成の取組の現状>

ヒアリング調査を通じて、職能・職域団体では、それぞれ目指すべき人材像の検討・見直し、研修体制の整備、研修内容の検討を行っており、人材育成は重要な課題として捉え、取り組んでいることが確認されました。

職能・職域団体の全国組織においては、倫理要綱や行動指針を制定しています。その倫理観や価値観に照らし合わせ、社会情勢の変化や社会的課題を踏まえながら、目指すべき人材像を検討しています。

研修およびそれに付随する認定制度は、価値・倫理の定着や、専門性の向上により、目指すべき人材像の育成につながるものであり、各全国組織において検討・整備が進められています。

資格の創設や制度が整備されてきた経緯、また現在の資格制度の在り方、組織の体制などの状況が、各全国組織により異なっています。現状、それぞれにおいて、課題を踏まえ、人材育成の在り方を検討している状況にあります。

都道府県組織では、全国組織が整備した人材像や研修体系を踏まえて研修を展開している職能・職域団体が多いものの、地域や組織の課題により、展開の状況には差異が見受けられます。

研修等の人材育成の整備や展開には、組織率や、全国組織と都道府県組織との体制の在り方が影響を及ぼしています。組織率が高い方が、人材育成に充てられるマンパワーも大きくなります。また、全国組織と都道府県組織とが、本部と支部の関係になっていると、都道府県組織に展開されやすく、人材育成の面でも、目指すべき人材像とそのため研修が地域レベルまで行き届きやすくなっています。

全国組織同士で人材育成のための連携を検討している職能・職域団体もありますが、まだこれからの展開の余地がある状況といえます。都道府県や圏域レベルでは、顔のつながりによって、職域団体等の組織間で連携した連携研修が実現しているところもありますが、各団体の研修担当の交代などにより、継続できなくなる場合があります。

制度や社会環境の変化、多職種連携が求められる課題の増加、指導者確保の難しさ、キャリアの多様化などの要因により、特定の組織単独で研修を自前で運営していくことに困難が生じてきています。

組織率等に由来するものですが、都道府県組織の規模によっては、多くのスタッフは本業をこなしたうえで、いわばボランティアで協会の活動に携わっているという実情も多く聞かれます。他にも取り組むべき課題がある中で、研修や人材育成の取組の企画

運営に、多くのマンパワーを充てることは難しい状況であるという声も聞かれます。中には、人材育成にかかる予算が十分ではない都道府県組織もあります。

<多職種・多機関連携が進まない要因>

各職能、或いは職能団体・職域団体において、価値観や理念が異なります。また人材育成に対する考えと、養成・育成方法が異なっています。そのため、現場における患者の個別支援に対するアプローチの仕方や、多職種から成る支援チームの運営においても、意識や取り組み方に違いがあります。それぞれ、他の職種・職域からよく理解されていない職業特性があったり、職種の専門性および役割が持つ価値を積極的に発信できていなかったりするなど、連携のために必要な情報発信・共有が不足しています。そもそも、連携することのメリットに対する認識が、精神保健医療福祉の関係者全体に充分に行き届いているとは言い難い状況にあります。

また、資格制度や報酬制度、適用される加算や算定条件などの基準が異なるため、それぞれの職能・職域がメリットを享受できる形での連携が組めない状況もあります。

マネジメント層や指導者クラスが、多職種・多機関連携を得意としていなかったり、連携することの重要性や価値を十分に評価していない職場もあります。また、職位や職種を問わず、専門性の向上に特化したテーマや、現場ですぐ役に立つテーマの研修を希望するスタッフに、職種・職域間の違いの理解を目的とする基礎的な研修を勧めにくいという悩みも聞かれます。

※各団体ヒアリング結果一覧は資料編 P60 を参照ください

2 都道府県・政令指定都市における精神保健福祉に係るアンケート調査結果

本調査では、以下の研修を回答の対象としました。

- ①厚生労働省の定めた実施要綱に基づいて実施する相談支援従事者専門コース別研修のうち「地域移行・定着支援」
- ②「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる「精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修」（地域生活支援事業通知の別紙1 地域生活支援事業実施要綱別記17に定める精神障害関係従事者養成研修事業若しくは精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業又は同通知の別紙2 地域生活支援促進事業実施要綱別記26に定める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において行われる精神障害者の地域移行関係職員に対する研修）
- ③その他の都道府県独自の研修
- ④貴自治体の保健所で実施している「精神保健医療福祉に係る研修」について、多職種・他機関連携に寄与する内容のものを中心に、人材育成の観点から特筆すべき研修

回答のあった 40 都道府県・17 政令指定都市で、「精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修」について回答があったのは 33 自治体でした。都道府県でみると 31 都道府県で開催されています。

精神保健福祉領域にかかわる独自の研修について回答があったのは 23 自治体でした。都道府県でみると、16 自治体で開催されています。

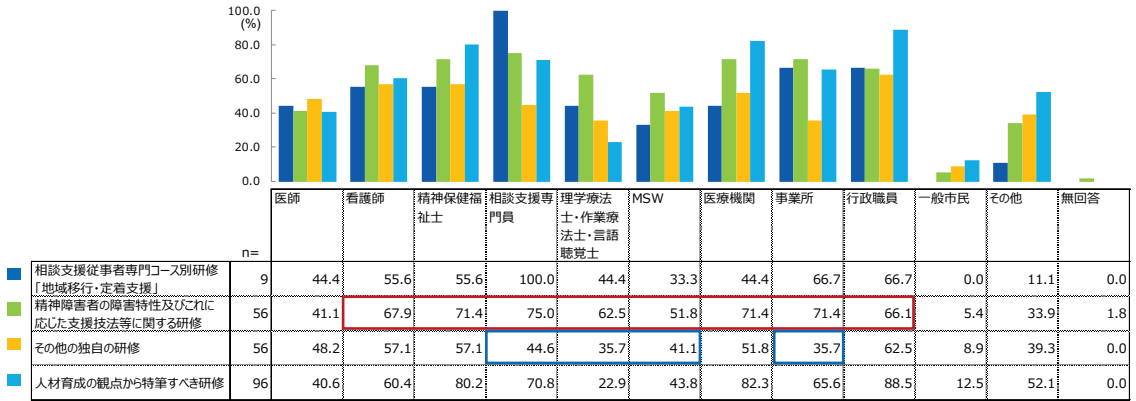
「相談支援事業者専門コース別研修「地域移行・地域定着」」について回答があったのは 9 府県でした。

	全体	相談支援従事者専門コース別研修「地域移行・定着支援」	精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修	その他の独自の研修	人材育成の観点から特筆すべき研修	無回答
全体	225	9	56	56	96	8
北海道	1	0	1	0	0	0
青森県	1	0	1	0	0	0
岩手県	2	0	2	0	0	0
宮城県	3	0	0	1	2	0
秋田県	0	0	0	0	0	0
山形県	3	0	1	2	0	0
福島県	4	0	4	0	0	0
茨城県	2	0	1	1	0	0
栃木県	2	0	2	0	0	0
群馬県	1	0	1	0	0	0
埼玉県	3	1	1	1	0	0
千葉県	1	0	1	0	0	0
東京都	2	0	1	0	0	1
神奈川県	8	1	2	4	1	0
新潟県	2	0	1	0	0	1
富山県	4	0	1	3	0	0
石川県	12	0	1	0	11	0
福井県	3	1	0	0	1	1
静岡県	3	0	3	0	0	0
愛知県	7	0	0	7	0	0
滋賀県	2	0	2	0	0	0
京都府	4	0	1	3	0	0
大阪府	51	1	0	4	45	1
兵庫県	4	0	4	0	0	0
奈良県	3	0	0	1	2	0
和歌山県	3	1	1	1	0	0
鳥取県	0	0	0	0	0	0
島根県	3	0	0	1	2	0
岡山県	13	0	4	7	0	2
広島県	3	0	1	1	1	0
山口県	1	1	0	0	0	0
徳島県	16	1	4	0	11	0
香川県	2	0	2	0	0	0
愛媛県	1	0	1	0	0	0
高知県	1	0	1	0	0	0
福岡県	8	1	1	5	1	0
熊本県	7	0	1	5	1	0
宮崎県	3	1	1	0	1	0
鹿児島県	18	0	1	0	16	1
沖縄県	2	0	2	0	0	0

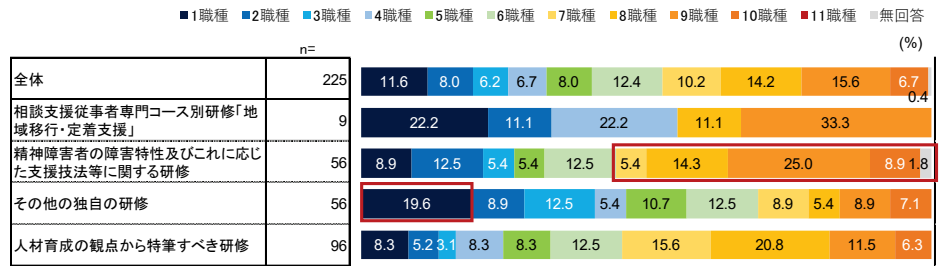
	全体	相談支援従事者専門コース別研修「地域移行・定着支援」	精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修	その他の独自の研修	人材育成の観点から特筆すべき研修	無回答
札幌市	2	0	0	2	0	0
仙台市	1	0	0	0	0	1
さいたま市	0	0	0	0	0	0
千葉市	4	0	4	0	0	0
横浜市	2	0	0	2	0	0
川崎市	2	0	1	1	0	0
相模原市	0	0	0	0	0	0
静岡市	0	0	0	0	0	0
浜松市	1	0	0	1	0	0
京都市	0	0	0	0	0	0
堺市	1	0	0	1	0	0
神戸市	0	0	0	0	0	0
岡山市	0	0	0	0	0	0
広島市	0	0	0	0	0	0
北九州市	1	0	0	0	1	0
福岡市	1	0	0	1	0	0
熊本市	1	0	0	1	0	0

都道府県や政令指定都市が実施する研修は、受講対象やターゲット、研修の目的を広めに設定した研修が多い傾向でした。

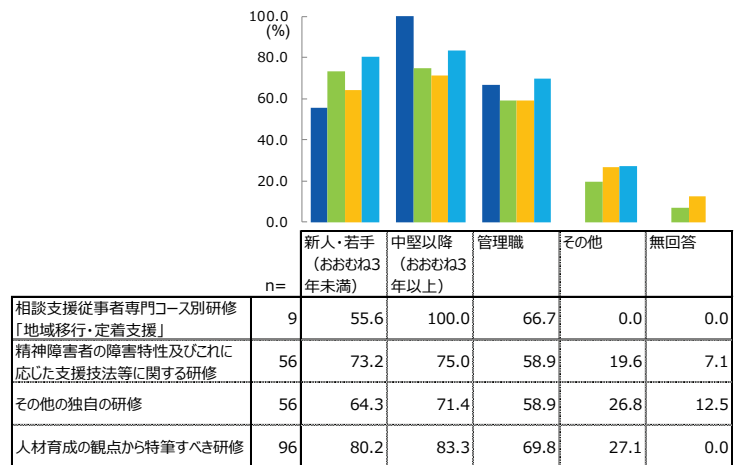
受講対象者（研修分類別）



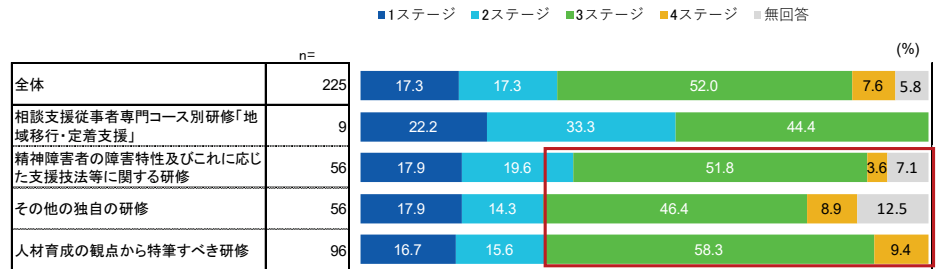
研修の対象職種・職能数（研修分類別）



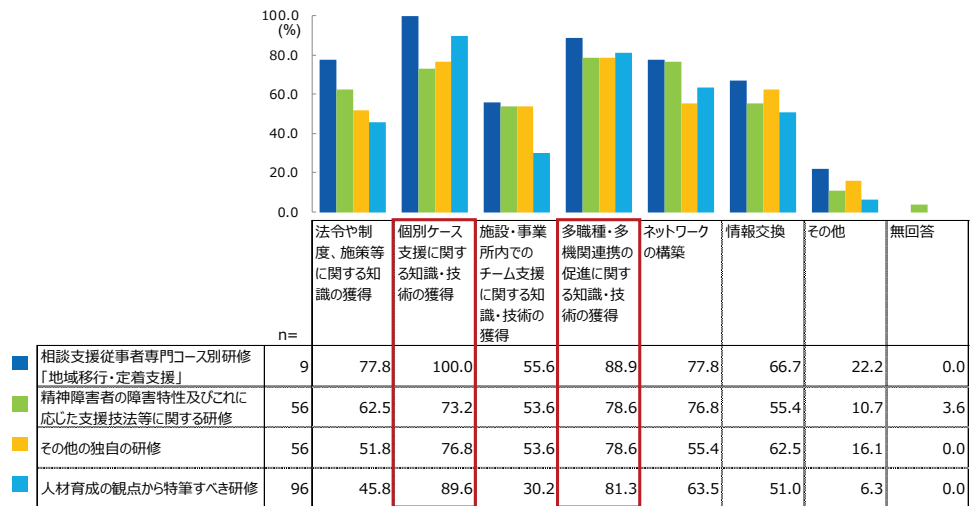
ターゲット（研修分類別）



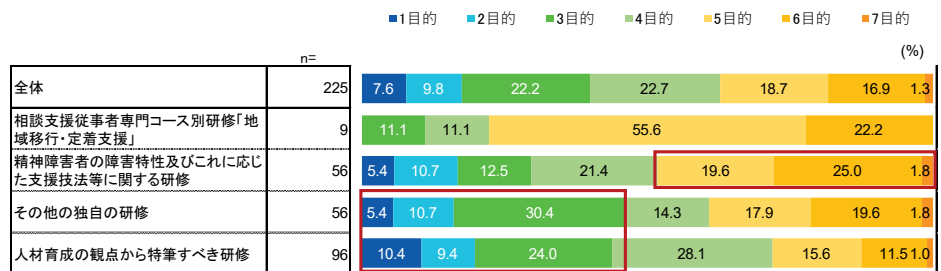
研修のターゲット（ステージ）数（研修分類別）



目的（研修分類別）



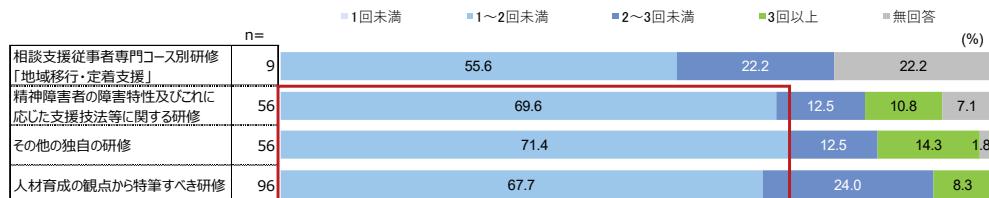
研修の目的数（研修分類別）



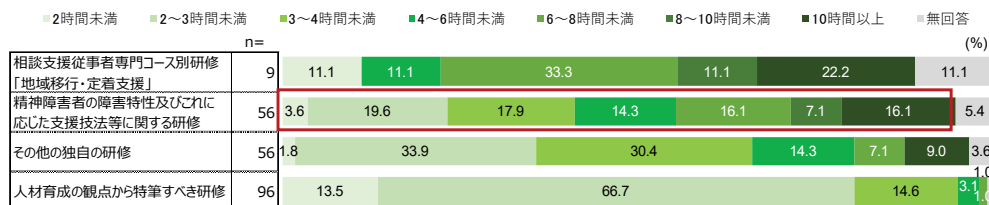
研修の実施頻度は多くの場合、年1回でした。

研修1回当たりの時間数は、「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる研修では、「2～3時間未満」から「10時間以上」に及ぶ研修までばらつきがありました。

年間実施回数（研修分類別）



1回あたりの時間数（研修分類別）



<結果のまとめ>

- 回答のあった都道府県では、8割弱が「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる研修を実施しており、その他独自の研修を実施しているのは4割を占めます。精神保健医療福祉にかかわる基礎的な研修は、多くの都道府県で受講できる土壌ができています。
- レベル別研修や、トピック的なテーマの研修など、精神保健医療福祉に関わる人を対象とする研修の企画運営に力を入れている自治体は多いことが確認されました。
- 受講対象やターゲットは、広く設定されているものが多く、精神保健医療福祉に関わる幅広い人材に活用できることが確認されました。
- いくつかの目的を兼ねる研修が多くなっていますが、目的に「個別支援」および「多職種・多機関連携」に関する知識・技術を入れている研修が多いことが確認されました。
- 精神保健医療福祉にかかわる研修の8割程度において、研修の目的に「多職種・多機関連携の促進に関する知識・技術の獲得」を含めており、多くの研修の中で、多職種・多機関連携が扱われていることがうかがえました。
- 調査で回答が得られた「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる研修については、自治体によって内容が様々であることがうかがえました。

3 精神保健福祉センター年報の文献調査結果

精神保健福祉センターが、精神保健医療福祉に関わる専門家を対象として、平成30（2018）年度に実施された研修700件を分析対象としました。

「基礎」というワードが含まれた研修が73件あり、「新任」19件、「初級」3件なども含め、基礎的な内容の研修が多く実施されていることがうかがえました。

「依存症」55件、「自殺」49件、「ひきこもり」33件、「発達障害」28件など、トピック的なテーマで実施されている研修も多数実施されていることがうかがえました。

「地域移行」21件、「地域定着」6件も比較的多く見られました。

「合同研修」12件、「共催研修」7件、「連携」5件など、連携した研修開催や、連携をテーマにしていると推測される研修は少ないことがうかがえました。

レベルに応じた研修と推測されるワード

抽出語	件数
基礎	73
専門	59
新任	19
初任	10
上級	10
応用	6
初級	3

トピック的なテーマと推測されるワード

抽出語	件数
依存症	55
自殺	49
ひきこもり	33
発達障害	28
思春期	23
ゲートキーパー	22
アルコール	19
ギャンブル	18
災害	16
薬物	11
子ども	8
若年	8
高次脳	7
自殺未遂	6
アディクション	4
虐待	4
青年期	3

メンタルヘルスや心のケア関連と推測されるワード

抽出語	件数
こころ	25
心	15
健康	14
メンタルヘルス	8

地域移行・地域定着と推測されるワード

抽出語	件数
地域移行	21
地域定着	6

合同研修や共催研修と推測されるワード

抽出語	件数
合同研修	12
共催	7

連携に関係すると推測されるワード

抽出語	件数
ネットワーク	7
連携	5
チーム	4

※抽出結果から抜粋して掲載

第3節 考察

■既存の精神保健医療福祉に関する研修の活用

- ・各職能・職域団体において、人材育成は重要な課題・テーマとして注力されており、目指すべき人材像の検討・見直し、研修体制の整備を進めています。都道府県組織は、全国組織の方針に合わせて研修を展開することもしていますが、中には地域のニーズに合わせて独自に企画運営したり、ブロックや他の団体の合同の研修を実施したりするなど、人材育成の取組が活発な都道府県組織もあります。【ヒアリング調査】
- ・「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる研修は、回答のあった都道府県の8割弱、その他独自の研修は4割が実施しており、基礎的な研修を受けられる土壌ができていて、できつつある都道府県が多いと考えられます。【アンケート調査】
- ・都道府県・政令指定都市および精神保健福祉センターでは、精神保健医療福祉に関して基礎からトピック的なテーマまで、様々な専門家向けの研修が用意されており、研修の企画運営に力を入れている自治体は多いことがうかがえます。【アンケート調査】

地域には、精神保健医療福祉に関わる人を対象とする研修が様々あるものの、地域におけるヒト・モノ・カネの状況によっては、自治体や各都道府県組織の研修や人材育成の取組について、互いに把握できておらず、研修と対象者とのマッチングがうまくいっていない懸念があります。
地域の組織間で情報共有を図り、既存の研修を活用していくことが望まれます。

■研修資源の地域差に対応する必要性

- ・各職能・職域団体の都道府県組織においては、研修体制の構築状況、予算、マンパワーに差があり、研修の回数や質、テーマの幅などのばらつきに影響を及ぼしていることも考えられます。【ヒアリング調査】
- ・自治体によって、都道府県・政令指定都市、保健所、精神保健福祉センターが実施する研修の開催状況（回数、1回当たりの時間、テーマ等）には幅があります。【アンケート調査】

研修資源は地域によって差があり、不足している地域に対しては、全国組織からの開催支援が望まれます。全国組織による研修のパッケージ化や開催支援の提供により、都道府県組織が研修を開催しやすくする仕組みが必要です。
また、地域の研修資源を整理し、効率的な活用方法を検討していく必要があります。地域に必要な人材／不足している人材も、地域によって異なるものであり、どのような人材を育成するかという協議を行い、研修の計画や体制整備に反映していくこと

が望まれます。

■研修の目的を達成する企画・設計と要件の整備の必要性

- 都道府県や政令指定都市、保健所、精神保健福祉センターでは、研修の中で「多職種・多機関連携」を取り上げる研修が多く実施されています。【アンケート調査】
- 「精神障害者支援体制加算」に位置づけられる研修は、都道府県・政令指定都市によって時間数や内容にばらつきが見られます。「精神障害者支援体制加算」に位置づけられる研修は、内容や時間数の要件があいまいになっています。また、算定に必要な研修修了者は1事業所につき1名の相談支援専門員でよく、更新の必要もないため、制度として形骸化の懸念もあります。【アンケート調査】

研修の参加者が研修の目的を達成するために十分な内容と時間であるか、企画の段階でよく検討する必要があります。

また、「精神障害者支援体制加算」に位置づけられる研修は、研修を実施する都道府県や政令指定都市が、地域の現状を踏まえ、適切な要件を設定することが望まれます。

■地域における「にも包括」の基盤となる人材の育成

- 地域における職能・職域団体では他の組織と連携して研修を開催しているところもありますが、より多くの組織が協働する人材育成の取組が必要だと考えられます。【ヒアリング調査】
- 自治体や精神保健福祉センターでは、それぞれ事業として研修の企画・運営を行っていますが、地域の各関係組織が、地域において必要となる人材像、およびその育成手法の検討段階から協働する取り組みが必要だと考えられます。【アンケート調査】

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基盤となる人材を育成していくために、各組織の横断的な連携の上で、人材育成の必要性を検討したり、研修を企画していくことが重要です。

第4章

今後の地域連携促進に向けて

第1節 地域連携パスの効果的な活用

本パスは、あくまでもツールであることから、この活用を促進し、実際の地域における連携関係の構築・醸成につなげていくことが最も重要です。

本パスの活用を促進するためには、

- ・周知を図ること（ツールとしての普及）
- ・実際に使いながら地域の実情に応じてブラッシュアップし、地域の連携関係を醸成させていくこと（ロールの確立）
- ・いつしか地域連携が当たり前に行われること（ルール化）

というプロセスを、PDCAサイクルにより実現していくことです。

なお、ここでいう「パスの活用」とは、本パスそのものを利用することのみを指すのではなく、パスに込められた地域連携のポイントが広く知れ渡り、実践されていくことも含めています。

1 地域連携パスの周知・普及

まずは、広く精神保健医療福祉の関係者に、本パスの存在を知ってもらうことが、その活用促進に向けた第一歩です。

ホームページや全国会議等を通じて知ってもらうのはもちろんのこと、厚生労働省が実施している「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」や「構築支援事業」、令和2年度より実施される「多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業」など、様々な事業とも連携を図ることで、効果的に普及展開していくことが望めます。

さらには、パスのガイド（本書第2章）等も活用しながら、医療と福祉の連携についての理解を深めるための講座の開催や、あるいは地域で開催する連携研修（P46に後述）のカリキュラムの一環として組み込むなどして、包括的な支援に対する意識を高めていくことも効果的だと考えられます。

○パス活用に向けた講座・カリキュラム案

(科目名)

包括的な支援の実践に向けた医療・福祉連携

(時間数)

60分程度

(到達目標)

入退院時支援や通院時支援、日常生活支援における医療・福祉連携のポイントを理解し、実践を始める

(講師要件)

包括的な支援の実践経験が豊富にあり、精神科医療機関・相談支援事業所の双方の実情に理解のある者

(方法・計画)

講義形式にて実施する。

1. 包括的な支援を必要とする対象 (10分)
2. 理想的な連携プロセス (10分)
3. 具体的な連携ポイント (30分)
 - ・入院初期、中期、後期、通院初期、地域生活期 (20分)
 - ・通院初期、サービス利用申請、日常生活 (10分)
4. 特に医師の介入重要度が高いポイント (5分)
5. 地域の実情に応じてパス(連携の内容)をブラッシュアップする必要性 (5分)

(履修上の留意点)

- ・地域の実情に応じて、出来る範囲から取り組み、個別事例の連携実践を重ねながら連携範囲を広めていく視点を持つ
- ・地域の関係機関や連携すべき方の顔を思い浮かべ、具体的に実践する際のことを想定しながら受講する

2 実際の連携事例の積み重ね

①各種の実践を伴う事業等との連携による、確実な実践事例の積み重ね

パスに沿って、いざ包括的な支援を展開しようとしても、これまでの地域の連携体制や実践が充分でない場合は、記載された内容を網羅することは難しい場合が多いと考えられます。包括的な支援の実践を1件、1件積み重ねて、支援体制を整えていく視点が重要です。

すなわち、確実に連携の実践が行われるしくみ、或いはしかけづくりが大切だと考えます。

周知の場合と同様、具体的に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた実践を行う事業等において活用しながら、実践例を積み重ねていくことは、大変有効な手段であると考えます。

②好事例の収集・発信

本パスの活用事例や、それ以外の既存のツール等を活用した包括的な支援の実践について、先進的、或いは効果的な実践を行っている地域の情報を取りまとめ、全国に発信することが重要です。

パスの活用事例であれば、より効果的な活用方法や内容のカスタマイズ等についてのヒントを周知・普及することにつながります。

また、包括的な支援の実践例がより多く周知されることで、全国的に多職種・多機関連携に対する機運が高まっていく効果も期待されます。

3 包括的な支援の効果検証及び連携方策の改善

地域連携パスの内容も含め、地域の包括的な支援の在り方や醸成状況等について、定期的に効果検証や、より良いものにしていくための改善方策について検討を行うことが重要です。

具体的には、市町村レベルや圏域レベルで行われる協議の場等を活用して、関係者間で認識の共有を図りながら検討していくことが効果的だと考えられます。

また、医療と福祉の関係者のみならず、行政や保健、その他精神保健医療福祉に関わる関係者と意見を出し合うことで、その地域に合わせたパスへと進化させていく効果や、その地域の関係者間の連携状況を知るためのコミュニケーションツールとして活用できる効果なども期待されます。

第2節 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 基盤となる人材の効果的・効率的な育成

ここまで述べてきたように、職能・職域団体の都道府県組織が開催する研修や、都道府県等自治体、保健所、精神保健福祉センターが開催する研修は多様になっています。それぞれの団体の努力により、地域において、精神保健医療福祉に関する基礎的な研修を受けられる土壌は広がっていると考えられます。

ただし、より効果的にこれらの研修資源を活用する余地があります。また、基礎的な研修に加え、今後は、地域において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基盤となる人材の効果的・効率的な育成に取り組んでいく必要があります。

1 既存の研修および研修資源の整理・活用

①地域内における人材育成資源の整理・活用

地域の研修資源を増やすことは、予算やマンパワーの問題で容易ではないことですが、まず取り組むべきことは、地域における既存の研修資源を整理し、効率的な活用を検討することです。地域で開催されている研修等の情報を洗い出し、研修資源の量と質を正確に把握する必要があります。

次に、研修資源に関する情報を集約し、地域の精神保健医療福祉関係者にまんべんなくいきわたるようなしくみづくりが必要です。併せて受講資格の調整（会員以外の受け入れ等）を図り、学習を希望する人に機会を増やしていくことも効果的だと考えられます。各職能・職域団体にとっては、参加者数の増加により、研修の収益性の改善にもつながります。

また、講師や会場を融通し合うことで、組織間の協働体制の構築や、ナレッジの共有が促進されることも期待できます。場合によっては、研修にかかるコストや労力の削減にもつながります。

自治体や各職能・職域団体の間で互いの資源の共有が進まない場合、都道府県等は協働のきっかけとなる場や機会の創出のための働きかけを行うことが期待されます。

②都道府県等が実施する研修の目的・対象の明確化

都道府県や政令指定都市が実施する研修においては、研修の目的と対象を明確にし、その目的を達成するのに十分な内容と時間数で企画運営していくことが望まれます。

基礎的な研修は、福祉に携わる人材が医療の基礎に理解を深めたり、トピック的なテーマについて基本的な知識を獲得したり、精神保健医療福祉にかかる人材に幅広く活用される

ものです。現場の経験年数が浅い人材や、専門外の人材にも基礎を習得してもらうことを目的として、理解しやすい研修内容を企画することが大切です。

他方、地域における専門職の知識やスキルの引き上げを目的とする場合、特定の職種や経験年数にターゲットを絞り、専門性の高い研修内容を企画することが効果的です。

③研修の要件やレギュレーションの検討

「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる研修は、時間数や内容に不足があっても、受講して加算を算定することが目的になっていることも懸念されます。都道府県が地域の課題を踏まえ、地域の体制整備を目的として、その内容や時間数等を考えていくことが大切です。

また、国は、研修の質を担保するとともに、研修の形骸化を回避できるよう、研修の要件を検討するとともに、更新研修の必要性等も含め、レギュレーションを検討する必要があります。

2 協議の場を活用した人材育成の整備

①職能・職域の全国団体によるビジョン検討、都道府県組織による着実な展開

他の職能・職域団体との連携を促進するためには、「連携」に対するビジョンを共有し、合意形成することが重要です。都道府県組織は、それぞれマンパワーや、成り立ち、組織率、地域課題、地域資源、研修資源の状況が異なります。

「連携」についても、全国組織はビジョンを検討する役割を担い、他の職能・職域団体の全国組織と共有し、連携の必要性を確認し合い、包括的な支援の展開において協働するための合意形成を得ることが望まれます。

都道府県組織は、全国組織の掲げる「連携」ビジョンの実現に向けて、地域の状況に合わせた取組を展開していくことが求められます。

②圏域レベルの協議の場を活用した人材育成のしくみの整備

地域ごとに特性があり、資源の量や抱える課題は異なるため、地域に合った「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基盤となる人材の育成が必要です。

地域の協議の場（圏域レベル）に「連携研修」を位置づけ、協議の場の整備・運営と併せて取り組んでいくことで、実践的な連携研修の実施と協議の場の強化、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を並行して進めることができます。地域の課題をよく知る人材が、その地域に合った連携の形を構築し、その取組の中で研修を行うことで、研修効果の増大や、地域力の向上に寄与できると考えられます。

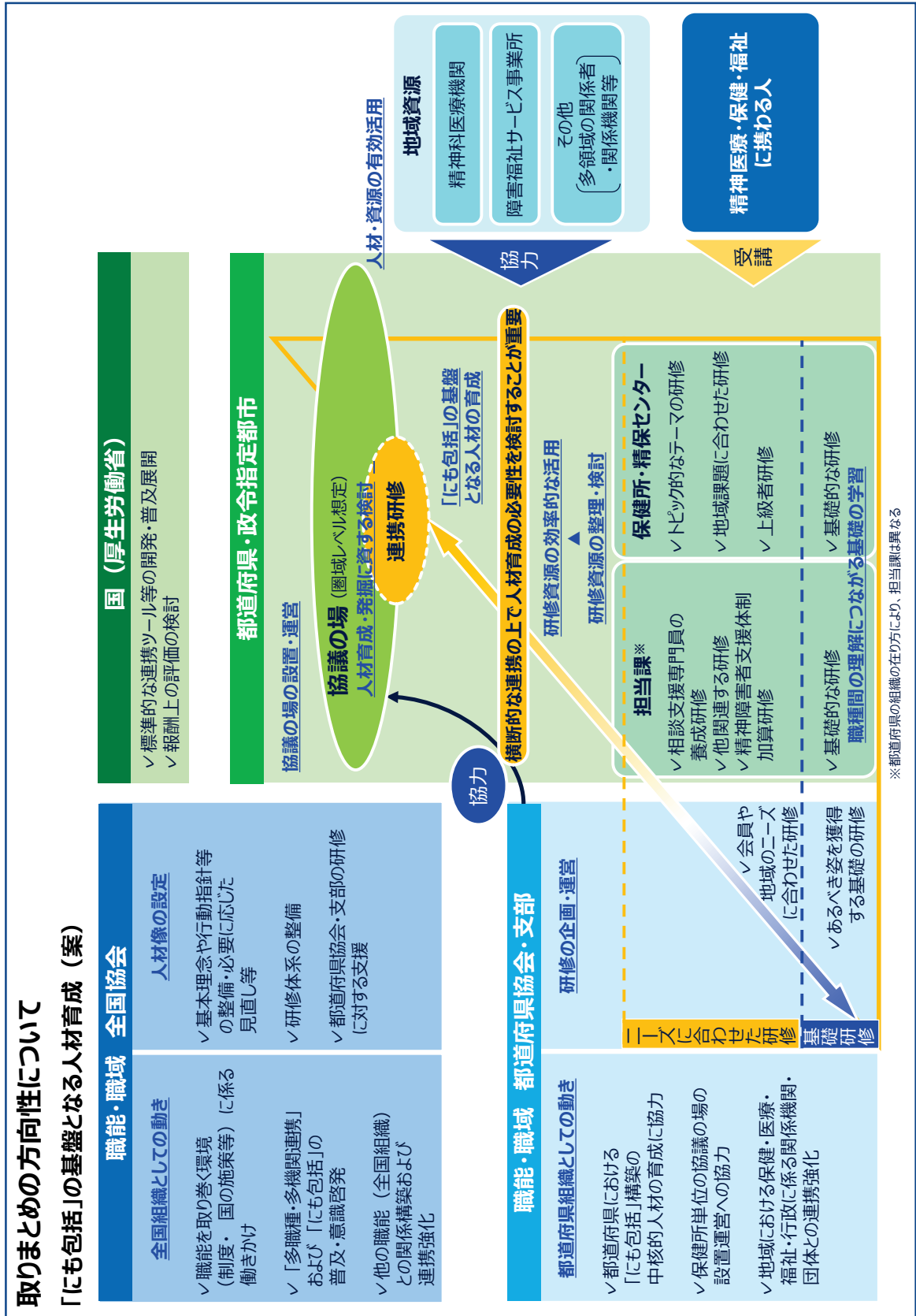
③継続的な「人材育成ビジョン」の検討の必要性

本事業における調査結果から、包括的な支援を効果的・効率的に進めることのできる、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基盤となる人材の育成及びその人材像については、まだまだこれからの育成や検討の余地があるといえます。

国においては、本事業の調査結果のみならず、継続的に各種調査研究や検討等を行い、システムの基盤たりうる人材の育成に向けたビジョンを構築していくことが求められます。

また、各職能・職域団体においても、それぞれの職業理念や行動規範なども含め、制度改正や、社会環境の変化、新たな課題の出現などに合わせて、定期的に再検討していくことが大切だと考えます。

図表5：「にも包括」の基盤となる人材育成



第3節 その他の地域連携を促進させる方策

地域の関係者・関係機関による包括的な支援を加速させていくためには、本事業で作成した地域連携パスの活用や地域の人材育成機能の活性化を図るとともに、これらの取組を評価する指標の開発や、具体的なインセンティブ等についての検討へとつなげていく働きかけも重要になると考えられます。

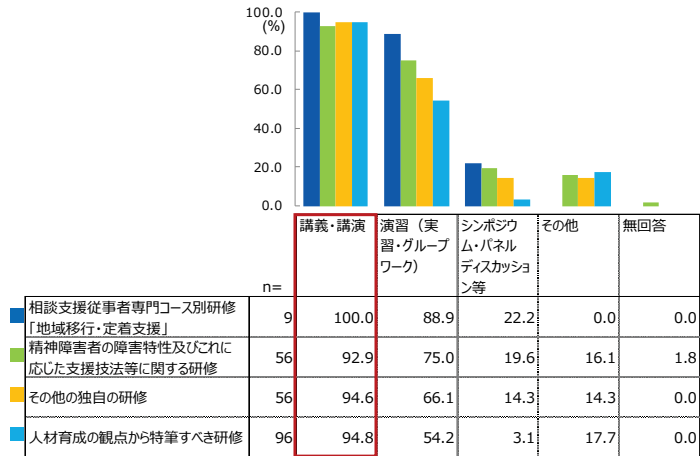
例えば、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業において掲げられている事業メニューのひとつ、「包括ケアシステムの構築状況の評価」の中で活用可能な評価指標を開発することや、包括的な支援の実施や連携研修修了者に対する加算の算定など、取組の成果に対する評価体制について、継続的な検討が行われることが望まれます。



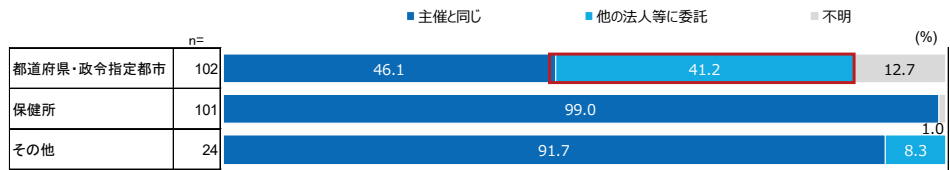
1 精神保健医療福祉に係る研修についての調査 都道府県等調査結果

本編に掲載していないグラフについて、以下に掲載します。

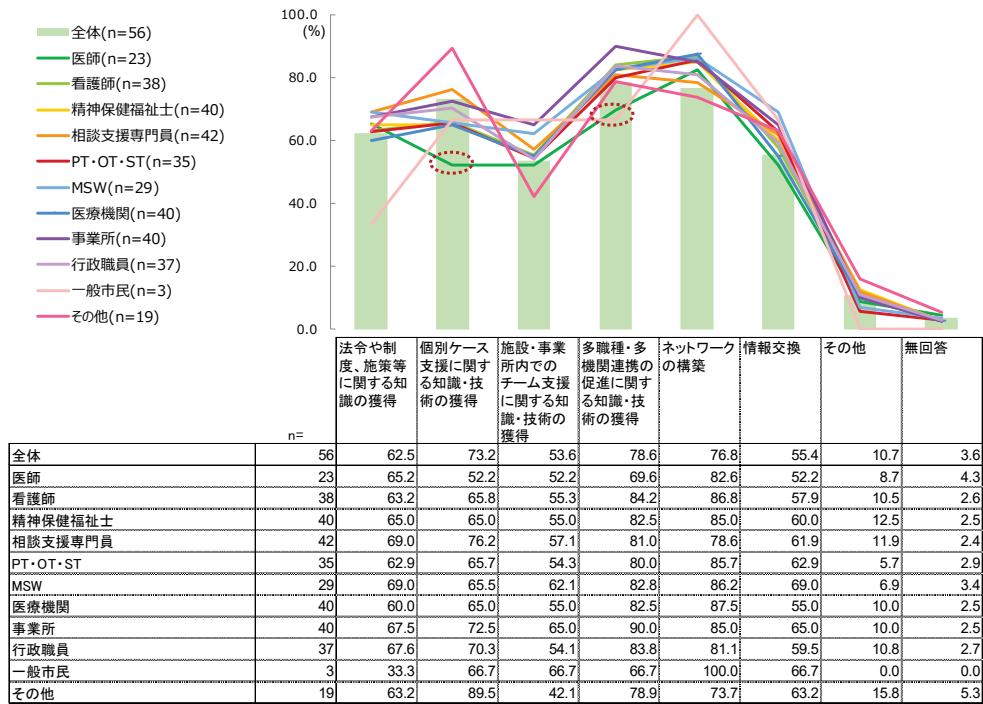
実施形態（研修分類別）



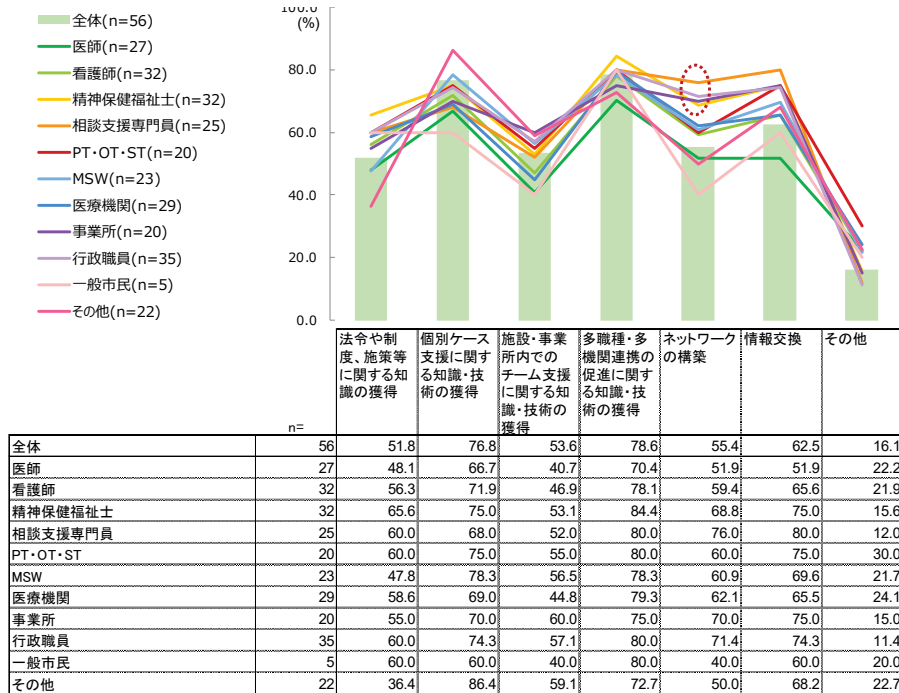
運営事務局（主催別）



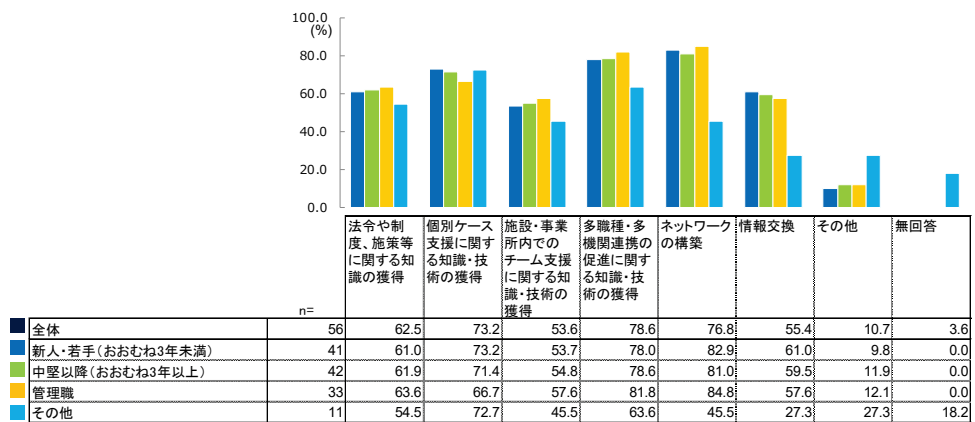
精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修：対象別の研修目的



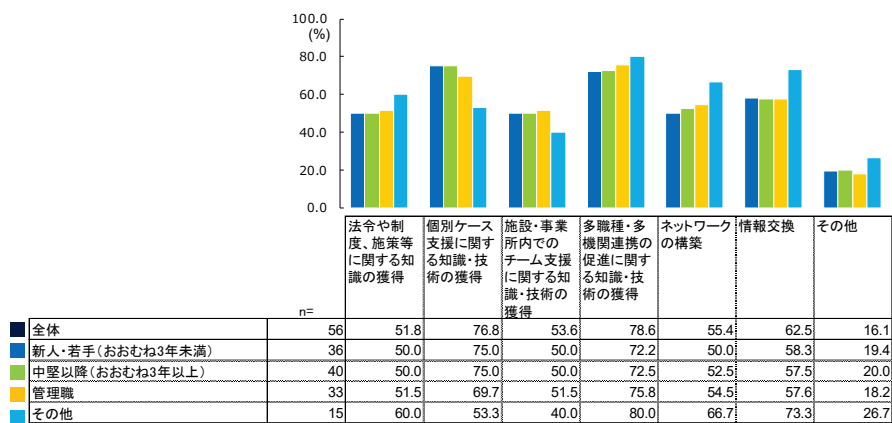
その他独自の研修：対象別の研修目的



精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修：ターゲット別の研修目的



その他独自の研修：ターゲット別の研修目的



精神保健医療福祉に係る研修についての調査

【調査票の構成】

- I 基本属性
- II 都道府県／政令指定都市として実施している研修について
- III その他 体制加算の研修について

■ あてはまるものに○を表示させてください。○をつけるのが1つだけか、あてはまるものすべてかは、設問によって指定があります。

■ 数値もしくは自由回答の欄です。セルに直接入力してください。自由回答には文字数の制限はありません。

【重要】入力欄のみ操作していただき、行列の挿入および削除、入力欄以外への記入は行わないようにお願いいたします。

まず、貴自治体についてお答えください。

I 基本属性

入力欄

自治体名（都道府県／政令指定都市）
 回答者所属部門
 回答者氏名
 回答者メールアドレス
 回答者電話番号

ここから、**精神保健医療福祉に係る研修**（精神保健福祉センターで実施しているものは除く）についてお伺いします。

※ 精神保健福祉センターで実施する調査については、別途年報等のデータのご提出をお願いいたします。

II 都道府県／政令指定都市として実施している研修について

貴自治体で実施している以下の研修について、それぞれ概要をお答えください。

- ①厚生労働省の定めた実施要綱に基づいて実施する相談支援従事者専門コース別研修のうち「地域移行・定着支援」
- ②「精神障害者支援体制加算」の対象と位置づけられる「精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修」（地域生活支援事業通知の別紙1 地域生活支援事業実施要綱別記17に定める精神障害関係従事者養成研修事業若しくは精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業又は同通知の別紙2 地域生活支援促進事業実施要綱別記26に定める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において行われる精神障害者の地域移行関係職員に対する研修）
- ③その他の都道府県独自の研修
- ④貴自治体の保健所で実施している「精神保健医療福祉に係る研修」について、多職種・他機関連携に寄与する内容のものを中心に、人材育成の観点から特筆すべき研修

※一般向けの講座は対象外となります

<研修の回答欄について>

※研修の入力欄は、6つ目以降、折りたたんでいます。画面左の「+」を押すと入力欄が開きます。

※回答が21以上ある場合は、お手数ですが、コピーして「III その他 体制加算の研修について」の下に追加をお願いいたします。

No.1	回答欄
(1)研修名	
(2)上記①～④のどれに該当するか(選択)	選択してください
(3)対象(あてはまるものすべてに○)	
医師	
看護師	
精神保健福祉士	
相談支援専門員	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
MSW	
医療機関	
事業所	
行政職員	
一般市民	
その他	
※その他の内容を具体的に	
(4)研修のターゲット(あてはまるものすべてに○)	
新人・若手(おおむね3年未満)	
中堅以降(おおむね3年以上)	
管理職	
その他	
※その他の内容を具体的に	
(5)目的(あてはまるものすべてに○)	
法令や制度、施策等に関する知識の獲得	
個別ケース支援に関する知識・技術の獲得	
施設・事業所内でのチーム支援に関する知識・技術の獲得	
多職種・多機関連携の促進に関する知識・技術の獲得	
ネットワークの構築	
情報交換	
その他	
※その他の内容を具体的に	
(6)年間の実施回数(回/年)(数字を入力)	
(7)1回あたりの時間(時間)(数字を入力)	
(8)実施形態(あてはまるものすべてに○)	
講義・講演	
演習(実習・グループワーク)	
シンポジウム・パネルディスカッション等	
その他	
※その他の内容を具体的に	
(9)主催(○は1つ)	
都道府県・政令指定都市	
保健所	
その他	
※その他の内容を具体的に	
(10)運営事務局(○は1つ)	
主催と同じ	
他の法人等に委託	
※委託先を具体的に	

Ⅲ その他 体制加算の研修について

貴自治体において、以下の研修を実施していますか。実施している場合は、研修名と目的をお書きください。

1. 行動障害支援体制加算

--

2. 要医療児者支援体制加算

--

3

精神保健医療福祉に係る研修についての調査 ヒアリング調査結果

全国組織へのヒアリングのまとめ

	日本精神科病院協会	日本精神神経科診療所協会	日本精神科看護協会
人材育成ビジョンの考え 方等	・精神疾患を有する者に対する医療・福祉・保護等にあたり、精神保健医療福祉に従事する者に対し、患者の基本的な人権や個人情報の保護など基礎的かつ医学的知識の向上を図るため、人材育成ならびに教育研修を実施することで、精神科医療の質の向上に寄与すること	・平成28年の精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクトを取りまとめている、人材育成の考え方もそれに準じている ・ビジョン策定後のフォローアップを兼ねて、診療所の役割と機能の調査を実施し、5年くらいでリニューアルできたら考えている	・3年程前に4つの看護者像を設定している（それまでは担当の感じ方で研修を企画していたため、同じ方向性に行かないこともあった） ・研修について年度の重点項目を設定している ・今後、看護者像を達成するためのカリキュラムの作成と運用に取り組む
現在の組織 における取 組	・事務局における研修担当者数は24名である ・組織内に「日本精神科医学会」を有し、その下に職種認定制度と学術教育推進制度が設けられている ・職域団体であるため、複数の職種に対する研修や認定制度を設けている	・日本協会としては、一般への啓発や普及展開に力を入れている	・教育認定委員会は7名で、研修・学会・認定の3事業を担っている ・もともと支部が企画する研修があり、それに加えて「看護者像」の力をつける研修を追加してもらっている ・協会が示し、支部が動くため、全国の精神科看護の質の向上につながっていることが成果である
組織におけ る課題	・精神科の単科病院は、能力はあっても認定されにくいいため、自ら認定していくということ、認定制度がある	・都道府県によって組織率が違い、マンパワーに差がある ・PSWの配置率がまだまだ低い（報酬の問題がある）	・支部によってマンパワーや取組み方に差がある ・看護者像を達成する目的の研修と、受講者のニーズに合わせた研修とのバランスを見極める必要がある
研修・人材 育成の取組	・通信教育（4コース）、学術教育研修会（事務・看護・薬剤師・PSW・栄養士・作業療法士部門の6コース）、職種認定制度事業（医師・看護師・栄養士向け5コース）、精神保健指定医研修会・精神保健判定医等養成研修を実施している ・学術大会は多職種が参加	・大きな全国大会として、医師向けに総会、学術講演会があり、コワーカー向けにチーム医療・地域リハビリテーション研修会がある	・全国協会、支部それぞれ研修を主催している ・精神科看護師として持っているべきものを学ぶ研修は、パッケージ化して支部に展開することで、研修事業の効率化を図り、支部の負担を減らしたい ・e-ラーニングも検討している
研修・人材 育成の課 上の課題	・協会の認定制度について、専門医制度との兼ね合いをどう考えていくかはポイントだと考えている	・入院から始まる仕組みから抜け出し、地域で支えることがあたりまえの仕組みへ変えていくこと	・病院・病棟によっては看護師の配置要件の問題で研修への出し渋りがある ・精神科看護には、精神科の経験は浅いもの他でキャリアを積んできた人もいて、ラダーにしようとする難しい部分がある
多職種・多 機関連携に 向けた取組	・精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための取組として、研修会の演題に取り上げている ・認定栄養士は全国精神科栄養士協会と連携して運用している ・学術教育研修会は開催都道府県の職能団体（看護・薬剤師・PSW・栄養士・作業療法士）の協力を得て開催している	・診療所が持っているもの、できていることを自分たちで肯定的にとらえ、アピールしていくべきである（専門医や指定医が地域に出ているのが日本であり、診療報酬改定後も都道府県の救急事業に協力していることなど） ・診療所の医師が自由に多様性を持ってやることが、力を発揮できるようなシステムが望まれる	・病院の中でも看護師の位置づけが明確になると、多職種連携がしやすくなる ・日精看は看護師でなくても入会可能で、研修にも会員価格で参加可能である ・PSW協会、OT協会と連携した研修を実施している都道府県支部もあり、全国協会でも検討中である
多職種・他 機関連携の 課題		・連携の定義（何をしたら連携と言えるのか）を整理する必要がある ・ケア会議を制度化すべきである ・パスを作って流れができることよい ・相談支援と連携する仕組みが必要	・他の職種には看護師は交代制の勤務であり、日勤が少ないことを理解してほしい（カンファレンスの調整など） ・看護師とPSWの違いとして、看護師には身体のアセスメントがあるため、意見が一致しない場合がある
今後の方向 性	・精神保健医療福祉に従事する者に対して引き続き医学的知識の向上を目的に研修等を実施する	・専門性の明確化・機能分化と地域連携機能を伸ばす ・コメディカル的活動が評価される制度 ・診療所同士つながり、助け合うことが必要	・OT協会、PSW協会とは、研修会や学会の相互乗り入れの企画も検討している
その他	・将来ビジョン戦略会議等の協会の方向性については、それぞれの研修担当者が反映させていると認識している ・協会は創立70周年を数え、通信教育の歴史も長い ・昔は地域の精神科のマンパワーが弱く、そこから高度化、専門化してきて、研修制度も整い、認定制度ができてきた経緯がある	・診療所を位置付けたパスを作りたい ・（パス）医療が福祉につながる努力をする意欲を喚起するパスがよい ・（パス）動かないと意味がないので簡単でよい ・福祉サービスの対象となる患者は多いが、営利事業所の参入が目立つので、質の担保が必要	・一部の支部は独自に教育目標を立てているところもあるが、ビジョンがあるわけではなく、年ごとの場当たり的なもので、つながりをつけていく必要がある
資料等	教育・研修情報 https://www.nisseikyoo.or.jp/education/	精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト http://www.japc.or.jp/library/data/vision/3.Review.pdf	2019年度研修会のご案内 http://www.jpna.jp/images/pdf/2019_kenshukai.pdf

日本相談支援専門員協会	日本精神保健福祉士協会
<ul style="list-style-type: none"> ・今年度中に行動指針をとりまとめる ・SWを基盤として、個別支援と地域づくりができる人材を育成していかなければいけない ・相談支援専門員は連携ができることが前提であり、行動指針にも「連携」が盛り込まれている 	<ul style="list-style-type: none"> ・中期ビジョンの3つの柱のひとつが人材育成であり、年度ごとの重点課題としても人材育成を設定している ・現在キャリアラダーを準備している ・研修センターとして、人材像として身につけてほしい6本の柱を設定し打ち出している ・倫理綱領を非常に重視している
<ul style="list-style-type: none"> ・事務局に研修担当はおらず、理事で方針を決定して委員会や理事で分担している ・国施策の研修でやり切れないところを協会の研修で埋めていく 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修センターは研修企画運営委員会・認定SV養成委員会、資質向上委員会の3つから構成されている ・生涯研修制度は2008年から運用している
<ul style="list-style-type: none"> ・予算やマンパワーが限られている ・会員は都道府県協会への入会と、都道府県協会から全国協会に納入する形に整備を進めている ・施策や全国単位のものも全国協会というように、都道府県協会との役割の違いを明確にする 	<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワーが乏しい都道府県協会もある ・組織率が低い ・都市部は日本協会への入会、地方は都道府県協会への入会が多いという不均衡がある
<ul style="list-style-type: none"> ・協会独自の体系化を図るのではなく、国の方針に沿って体系化していく必要がある ・受講者は基本的に相談支援専門員 ・数年前、各都道府県協会がPSW協会や日精看等と協力して地域移行の研修をしていたが、それ以降の協力開催は少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・基幹研修はⅠが都道府県、Ⅱはブロック、Ⅲは全国組織（日本協会）直営で実施している ・名称は退院支援や地域移行だったりするが、地域移行にかかわる研修は毎年実施してきている
<ul style="list-style-type: none"> ・現場に人材育成ができる人材が必要である ・まだケアマネジメントを正しく行うというところに厚みが多く、主任としてスーパービジョンやチームや組織を構築する力をつけていく部分の課題は多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・認定精神保健福祉士の制度は、制度を先行して進めたため、現在中身の整備が議論になっている ・PSWの活動する領域が幅広く、基本的な部分だけでは現場で対応できないのが課題である ・日本協会直営型の研修に限界がある ・小さい都道府県協会では、講師が不足していて、基幹研修が開催できないところもある
<ul style="list-style-type: none"> ・もともと独立型の人材が出てくると、連携しないと収入が得られないので、底上げになることが期待される 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県協会によっては、社会福祉士会などと合同研修を実施している ・連携が目的になって本人を置いてきぼりにしないよう、連携する意味をアセスメントできなければならない
<ul style="list-style-type: none"> ・連携のポイントについてわかったふりをして言語化できていないこと部分もあるのではないかとすることも課題であり、それに取り組むことで前進すると考える ・初任、現任、主任の各研修で連携を取り扱っているが、それぞれをつないでいく教え方が必要 ・多職種が参加する研修は、マンパワー等の課題があり十分に着手できていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国組織（日本協会）としては、まだ他の職能団体との人材育成での相互乗り入れはしていない ・自分たちの成果をアピールすることは自分たちのアイデンティティに反するため、専門職としてできることなどを社会にうまくアピールできない
<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員協会とは連携していく方向である ・現場でつながるためには、全国団体同士でつながっている感じを見せる必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修以外のいろいろな学び方を認めて、協会は学びたい人をマネジメントしていく方向にもっていく必要がある
<ul style="list-style-type: none"> ・九州、東北・北海道、中国・四国、東海・北陸は、ブロックの動きが活発である ・近畿は県ごとに独自の動きをしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場に適應することでPSWも細分化され、各論に入ってしまう、PSW同士の間でも相互理解がなくなっている ・（バス）知らない間に入院・退院していることがあり、退院1か月前くらいには連絡がほしい（サービスの申請やカンファレンスが間に合うギリギリのライン）
	研修センター 生涯研修制度とは http://www.japsw.or.jp/ugoki/kensyu/2.htm

＜職能・職域団体の現状＞

- ✓ 各職能・職域団体において、研修体制の整備や、目指すべき人材像の検討、ビジョンのとりまとめなど、様々な取組が行われている
- ✓ 資格が創設・整備されてきた経緯や、現在の状況が各団体で異なり、改めて現在の課題を踏まえ、人材育成のあり方を検討している
- ✓ 組織率や、全国協会と都道府県協会との体制のあり方が、研修や人材育成の取組の展開に影響を与えている
- ✓ 各団体、独自に人材育成の取組を展開している都道府県協会はあるが、ごく一部であり、本業と掛け持ちのため、マンパワーに限界がある
- ✓ 都道府県協会レベルでは、他の職能団体と連携した研修など取り組んでいるところもある（顔の見える関係ができていくことが大きい）
- ✓ 全国協会でも、自前で研修を運営していくことに困難を感じている
- ✓ 全国協会同士で人材育成の面で連携を検討している団体はあるが、実現には至っていない

＜多職種・多機関連携が進まない要因＞

- ✓ 各団体の価値観、人材育成に対する考え、育成方法の違い
- ✓ 他に先に取り組むべき課題の存在
- ✓ 全国協会同士のつながりができていない
- ✓ 連携することに加算上のメリットがない
- ✓ それぞれに制度や加算の条件などの縛りがある
- ✓ 「連携」について定義があいまい
- ✓ 自職能の専門性や役割の自覚やアピールの不足
- ✓ マネジメント層や指導者側が「連携」を得意としていない

Q番号	対応	質問	回答
(1) 基本属性 (フェイスシートによる事前聴取を想定)			
F1		貴団体の名称をお答えください。	
F2		貴団体の会員数をお答えください。	
F3		貴団体の事務局のスタッフ数をお答えください。	
F4		貴団体の事務局において研修担当は何名いるかお答えください。	
F5		貴団体の本年度の研修に係る予算をお答えください。	
(2) 人材育成に関する考え方について			
①組織としての考え方			
図		<p>では、ここから、人材育成に関する考え方について伺います。 (別紙の図参照)</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">まずは全国組織について伺います</p>	<p>以降の確認内容</p> <p>A) 各職能・職域を束ねる団体として考える、専門職としてのあるべき姿</p> <p>B) そのあるべき姿の実現に向けて、職能・職域団体として取り組んでいる事項（研修等）</p> <p>C) 多職種・多機関連携の実現に向けて、自職能・職域が身に備えるべき知識・技術</p> <p>D) 多職種・多機関連携の実現に向けて、他職能・職域に知ってほしい自職能・職域の知識・技術</p>
Q1	A	<p>(別添（各職能・職域団体のカリキュラム等）提示)</p> <p>〔職能団体として〕貴団体の専門職として求められる人材像についてお答えください。</p> <p>【例】知識：疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／その他</p> <p>技術：援助技術／コミュニケーション／その他</p> <p>※別添以外に団体から資料などの提示があれば、それをベースに話を展開</p>	
Q2	A	<p>〔職域として〕医療機関（精神科病院／精神科診療所／精神科病床を有する病院）で働く上で求められる人材像についてお答えください。</p> <p>【例】知識：疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／その他</p> <p>技術：援助技術／コミュニケーション／その他</p> <p>(深堀)</p> <p>→医療機関で働いていく上での課題としては、どのようなものがありますか。</p>	
Q3	C	<p>(別添（各職能・職域団体のカリキュラム等）提示)</p> <p>精神障害者の入院退院支援・地域生活支援における多職種・多機関連携において、〇〇（職種）が他の職種とうまく連携するには、どのような知識・技術が必要ですか。</p> <p>※別添以外に団体から資料などの提示があれば、それをベースに話を展開</p>	

Q番号	対応	質問	回答						
② 組織としての取組									
Q4	B	<p>貴団体では、どのように人材育成ビジョン（又はキャリアパス）を設定していますか。 ★設定していない→Q6へ</p> <p>(深堀) →設定した時期と経緯（いつ、どのような背景で、どのようなメンバーで設定していったか）</p> <p>→参考にしたもの、検討の際に助言を求めた人や機関など</p> <p>→設定後、普及・展開のために実施した取組 【例】会員に対する周知／非会員（同職種）への周知／世間一般への周知／研修体系の整備／研修メニューの追加・変更／ポイント制の整備／その他</p> <p>→人材育成ビジョン（又はキャリアパス）設定後に、ビジョンや普及・展開においてどのような課題があったか</p>							
Q5	B	<p>【Q4で「設定している」】 貴団体では、設定した人材育成ビジョン（又はキャリアパス）について見直しの取組をしていますか。 【例】定期的[]毎／指示があったとき／体制が変わったとき／していない／その他</p> <p>(深堀) →〔見直している〕見直しのきっかけ 【例】制度の追加・改正／報酬改定／社会的要請／会員の声／その他</p> <p>→〔見直していない〕見直さない理由 例：マンパワーの不足／予算がない／変更の必要がない／見直しの必要があるかわからない／その他</p> <p>→〔見直していない〕見直さないことで生じている課題や支障はあるか</p>							
Q番号	対応	質問	回答						
② 組織としての取組									
Q6	B	<p>【Q4で「設定していない」と回答】 人材育成ビジョン（又はキャリアパス）を設定していない理由をお答えください。</p>							
Q7	C	<p>貴団体では、多職種・多機関で精神障害者が地域での暮らしを支援する体制（いわゆる精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築）を整えるための人材育成に取り組んでいますか。 例：取り組んでいる／取り組む予定である／今のところ取り組む予定はない</p> <p>(深堀) →〔取り組んでいる〕取り組みの具体的な内容</p> <p>→〔取り組んでいない（取り組む予定／予定なし）〕現在、取り組んでいない理由</p>							
Q番号	対応	質問	回答						
(3) 人材育成（主に研修）の内容について ※(2)のビジョンに対する充足状況を把握する									
Q8	B	<p>ここから、貴団体で実施している研修についてお伺いします。 個別ケース支援における、職能・職域の知識・技術の向上のための研修についてお答えください（連携支援に特化した項目は次の問でお伺いします）。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>テーマ</th> <th>習得するもの</th> <th>方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他</td> <td>知識 技術</td> <td>座学 演習 座学・演習</td> </tr> </tbody> </table> <p>(深堀) →ターゲット（新人・若手／中堅以上／管理職）ごとにメニューを用意しているか</p> <p>→最近、新たに取り入れた研修はあるか</p>	テーマ	習得するもの	方法	(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他	知識 技術	座学 演習 座学・演習	<p>研修センターのページから拾わせていただきます。 研修の体系やターゲット設定の考え方など、背景的な情報をお伺いしたいと思います。</p>
テーマ	習得するもの	方法							
(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他	知識 技術	座学 演習 座学・演習							
Q9	C	<p>地域包括ケアシステムの構築・連携支援のための研修についてお答えください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>テーマ</th> <th>習得するもの</th> <th>方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他</td> <td>知識 技術</td> <td>座学 演習 座学・演習</td> </tr> </tbody> </table> <p>(深堀) →Q8の研修の一部になっている場合は、どのように入っているか</p> <p>→多職種・多機関連携に関する（内容を含む）研修の場合、会場の提供や講師の派遣など、多職種・多機関で協力できているか</p> <p>→研修以外では、多職種・多機関連携に係る人材育成の取組はあるか</p> <p>★多職種・多機関連携の研修や人材育成の取組がない場合→Q12へ</p>	テーマ	習得するもの	方法	(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他	知識 技術	座学 演習 座学・演習	<p>課題別研修だけでなく、基幹研修や養成研修のコンテンツとして入っているものについてもお伺いしたいと思います。</p>
テーマ	習得するもの	方法							
(領域事前分類検討) 疾患／法令／報酬／社会資源／援助知識／援助技術／コミュニケーション／その他	知識 技術	座学 演習 座学・演習							

Q番号	対応	質問	回答
(4) 成果・効果について			
Q10	C	<p>〔多職種・多機関連携の研修や人材育成の取組がある場合〕 多職種・多機関連携に関する貴団体の研修や人材育成に係る取組について、成果・効果は出ていると感じますか。</p> <p>(深堀) →成果・効果はどのように評価しているか →〔成果・効果が出ている〕どのような成果・効果が出ているか →〔成果・効果が出ない〕成果・効果が実感できないのはどのようなところか →〔成果・効果が出ない〕原因としてはどのようなことが考えられるか</p>	
(5) 課題及び展望			
Q11	C	<p>〔多職種・多機関連携の研修や人材育成の取組がある場合〕 多職種・多機関連携に関する貴団体の研修や人材育成の取組について、どのような課題がありますか。 【例】事務局の不足／予算の不足／講師等が確保できない／適切な教材等がない／よい実施方法がわからない／主体的に取組む団体がいない／その他</p> <p>(深堀) →課題の解消のためには、どのようなものが必要か</p>	まだ行き届いていないと思う部分があるかなど、お伺いしたいと思います。
Q12	C	<p>〔多職種・多機関に関する研修や人材育成の取組を実施できていない場合〕 多職種・多機関に関する研修や人材育成の取組を実施できていないのはどうしてですか。</p> <p>(深堀) →実施の必要性は感じているか →実施を実現するためには、どのようなものが必要か</p>	
(5) 課題及び展望			
Q13	B	<p>貴団体として、今後人材育成をどのように考えていますか。</p> <p>(深堀) →多職種・多機関で精神障害者が地域での暮らしを支援体制を組んで取り組んでいけるような人材の育成についてはどうか</p>	
Q14	D	<p>(明らかとする領域のイメージ提示) 地域における多職種・多機関連携のために、自職種のことで他の職種に知ってほしい知識・技術としては、どのようなものがありますか。</p>	
Q15	C	<p>他の機関が実施する研修のうち、会員に受講してもらいたい研修はありますか。それはどうしてですか。</p> <p>(深堀) →多職種・多機関連携について学ぶという観点でお勧めの研修はあるか</p>	
(6) その他			
ピアングラフィック限定 Q16	C	<p>支部やブロック、都道府県協会や、地域連携について研修で取り組んでいるところはありますか。 (おすすめの事例の紹介)</p>	
Q17		<p>人材育成に係る取り組みで、職能団体同士で、示し合わせたり、協力しあったりすることはありますか。</p>	
Q18		<p>(バス案提示) このバス案を使った場合、どのようなメリットがあると思いますか。またどのような懸念点がありますか。</p>	
Q19		<p>(バス案提示) このバス案を普及・展開したいと考えていますが、どのようにすればよいと思いますか。</p>	

厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業

精神障害者を支援するための
地域連携パスの作成及び
その活用につながる研修についての調査 報告書

2020（令和2）年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所
