

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き

地域共生社会を目指す市町村職員のために

詳細版

令和4年3月

I.	はじめに	
II.	地域保健とメンタルヘルス	6
	1. メンタルヘルスの取組について	
	2. 精神保健相談の取組	
III.	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは：心の健康づくりや生活支援の視点を重視した精神保健医療福祉へ	9
	1. なぜ精神障害「にも」なのか	
	2. 「にも包括」構築により期待される将来像—地域共生社会の実現	
	1) 「にも包括」が目指すもの	
	2) 個別支援を通じた「にも包括」づくり	
	3. 「にも包括」の構築で対応すべき3つの課題	
	1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題	
	2. 精神障害者支援に関する課題	
	3. 危機介入に関する課題	
IV.	個別課題における着眼点と留意点	18
	1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題	
	1) 市町村が受けている相談におけるメンタルヘルスの課題	
	2) 相談に来た人の話から問題の全体像やニーズを整理する	
	3) 問題を起こしているとされる人のニーズを把握する	
	4) その人の「強み（ストレングス）」を把握する	
	5) メンタルヘルスの課題があるのではないかと考えてみる	
	6) 支援における関係づくりの重要性	
	2. 多部門多機関連携体制による重層的支援体制	
	1) 支援ニーズに基づく連携を進める	
	2) 連携の実際	
	3) 役割分担と重なり合いながらの支援、および連携のタイミング	
	3. 保健所、精神保健福祉センター、医療機関からの市町村支援	
	1) 市町村への適切なバックアップシステムの構築へ	
	2) 市町村を支援する保健所やセンターの動き	
	3) 精神科医療機関によるバックアップ	
	4. 個別の精神障害者支援	
	1) 精神障害者と関わる際に心得えておきたいこと	
	2) 市町村が提供している障害福祉サービス	
	3) 未治療・治療中断者への支援	
	4) 退院後支援	
	5) 地域移行・地域定着支援	

6) 市町村町同意の医療保護入院者への支援

5. 危機介入

1) 平時の対応・受診前相談

2) 入院外医療の提供

3) 入院医療の提供

V. 個別課題から地域課題へ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

1. 個別課題から地域課題への気づき

2. 地域課題への対応：基本的な考え方

3. 地域課題の集約

4. 地域課題への対応：具体的な対応方法

参考資料

I. はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことで、高齢者の「地域包括ケアシステム」と同様に市町村を中心として構築を進めることが期待されています。このシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものです。この手引きは主として、保健所非設置の市町村保健師等、地域で住民に直接サービスを提供する職員を対象として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）を推進していくための考え方や具体的な方法を提示しています。保健所のある市の職員や市町村の管理職、保健所、精神保健福祉センター、都道府県等の担当者にもこの手引きの内容をご理解いただき、地域が一体となって「にも包括」構築に取り組んでいただきたいと思います。

この手引きの目標は以下の通りです。

- i. 地域保健活動において、精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義がわかる。
- ii. 「にも包括」の趣旨や今後想定される施策の方向性について理解を深める。
- iii. 市町村の保健師が、業務の中でさまざまな相談（精神保健の問題が主訴ではない相談を含む）を受け、精神保健の視点に基づいたアセスメントを行うことができる。
- iv. アセスメントに基づき、必要な支援を精神保健の視点からも考えることができる。
- v. 課題に応じて適切に、部門横断的な庁内連携や地域の関係機関（医療、福祉、教育その他）との連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センターなどとの縦断的重層的支援体制を組むことができる。
- vi. 精神障害に特有の課題についても地域の課題を整理し、関係機関の連携や必要な資源の創出や必要な対応策について、関係者全体で考え、地域共生社会に向けた取り組みにつなげることができる。

もちろん、短期間ですべての目標を達成することはできません。この手引きを参照していただきながら、日々の業務の中で「精神保健（メンタルヘルス）」の視点を意識することから始めるのもよいでしょう。メンタルヘルスの視点は、よりよい住民サービスや地域づくりにとって欠かせないということ、地域全体で共有することが大切です。この手引きは、最初から読むのでも、興味を持ってそうなところから読むのでも、どちらでも構いません。

本手引きは、「にも包括」の理念と目指すもの、「にも包括」構築を支える基礎となる個別支援（マイクロ）、個別支援を通しての連携体制、個別支援から地域課題を取り上げるところ（メゾ）までのレベルについて取り上げます。協議の場の設置や「にも包括」構築に関わるシステムなどマクロレベルについては、令和4年3月時点では、まだ市町村向けの施策が整理途中であるため、来年度以降の改訂版で取り上げる予定です。

なお、この手引きについては、普及版を作成しております。こちらのほうがわかりやすく簡潔にポイン

トが書かれており、研修とも連動していますので、そちらをまずご参照ください。本手引きは詳細版で、個別支援や連携などについて、考え方をより詳しく書いたものです。マニュアルではありませんが、地域支援に関する考え方を確認したい方は、こちらをご参照ください。

II. 地域保健とメンタルヘルス

ポイント

- 地域保健ではさまざまな施策が展開されているが、それらにはメンタルヘルスの課題が深く結びついている。
- 経済的困窮などの生活面の課題とメンタルヘルスの不調は密接な関係があり、それらは相互に悪循環を形成することが少なくない。
- したがって、地域保健の推進のためにはメンタルヘルスの視点を持つことが大切である。
- メンタルヘルスの支援では、地域保健でもよく言われる一次予防、二次予防、三次予防の区別とそれぞれへの対応が大切である。

地域保健とは、地域社会で展開される保健活動全般のことです。地域社会は居住を中心とした社会集団を意味し、「保健」とは、個人および集団の健康を守り、保つことで、1次予防（疾病の発生を未然に防止すること）、2次予防（疾病の早期発見と治療）、3次予防（発症した疾病の増悪防止とリハビリテーション）の概念を含みます。

1947年に採択されたWHO憲章では、「健康」を次のように定義しています。

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。（日本WHO協会訳）」

実際、身体と精神と社会は相互につながっています。これらの要素をひとつのまとまりとしてとらえる見方は、生物心理社会モデル（Bio-Psycho-Social Model）として知られています。たとえば、人間関係などの心理的ストレスは疾病の発症あるいは悪化につながることがあり、疾病があることによって社会的役割に変化が生じます。身体の不調があれば、心理的な変化が生じ、これもまた社会生活に影響をおよぼします。地域保健活動においては、個人のみならず、世帯、さらには地域全体を生物心理社会モデルで包括的にとらえる必要があります。

地域保健には、様々な法律等に基づく多様な施策が関連しています。図1は地域保健に関わる主な法律と施策です

図1 地域保健に関わる主な法律と施策



このような法律と施策に基づいて、それぞれの市町村では児童母子、がん成人、介護予防、発達障害支援、自殺対策等、多岐にわたる地域保健活動が展開されています。

市区町村における業務と精神保健（メンタルヘルス）問題の関連（N = 1267）

○以下の業務の中で精神保健（メンタルヘルス）の問題がどの程度関連していると思うか。

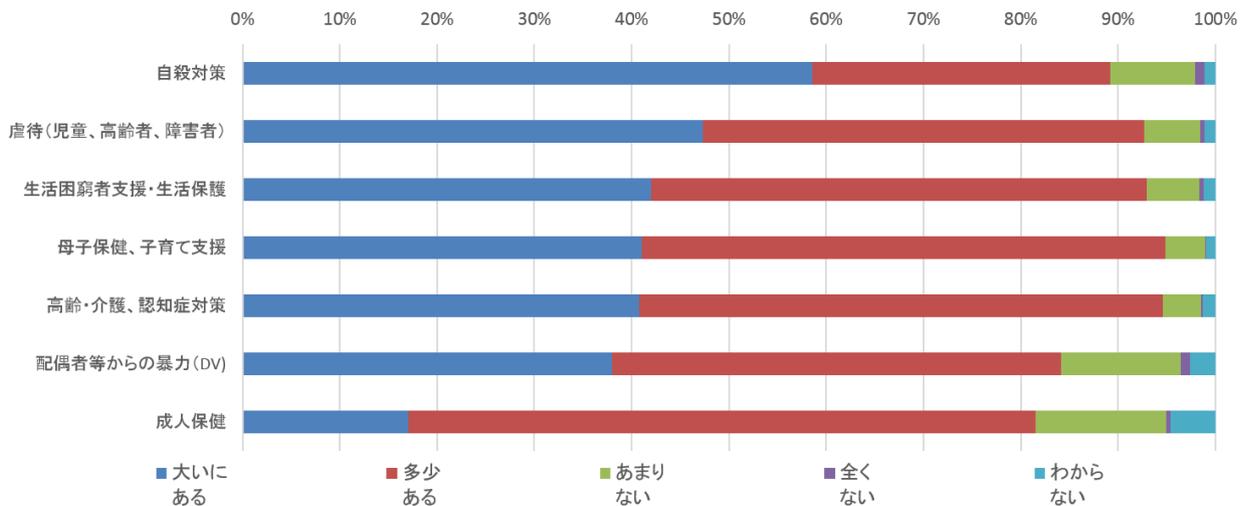


図2 市区町村の業務と精神保健

これらの課題にはメンタルヘルスの問題が重なることが多いことが知られています。図2は、全国の市区町村に、「市区町村における業務にメンタルヘルスに関する問題がどの程度あると思うか」について尋ねた結果です。この結果からは、市区町村の多くの業務がメンタルヘルスの問題と関連していることがうかがえます（資料3「市町村の現状と課題」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00003.html)。

例えば、児童虐待や母子保健、子育て支援など、市町村等でも大きな課題になっているところでもメンタルヘルスの問題が大いに関わっている、と考える市区町村が4割に上ります。このように、精神保健と銘打っていない課題であっても、メンタルヘルスの課題が関係してくることが多いのが実情です。このほか、「地域共生社会最終とりまとめ」（p.14-15 脚注）で「狭間のニーズ」として取り上げられた例としては、「8050世代のひきこもり」「発達障害疑いで一般事業所になじめない」「精神的な不調で社会に出ることが不安」「アルコール・薬物依存で就労困難」「ヤングケアラー」「中学校や高校卒業後に就労などにつながっていない人」など、メンタルヘルスの課題が関係する人たちが挙げられています。このような事例をつぶさに見てみると、生活面での困難があり、それが慢性的に複数重なってくるとメンタル不調を来しやすくなることがわかります。またメンタル不調によって生活面での困難が生じる場合もあります。すなわち、生活上の困難とメンタルヘルス不調が重なって悪循環が生じることで、課題が複合化し、制度の狭間に陥ってしまう事態を見て取ることができます。このような悪循環に陥る前に、適切な対応をすることが大切です。そのためには、日々の地域保健活動において、メンタルヘルスの視点を持つことが不可欠になります。

地域保健活動を行う上では、メンタルヘルスの視点から見た「予防」について理解することが役立ちます。表1に、メンタルヘルス支援における「予防」の概要を示します。

1次予防	疾病の発生を未然に防止	<ul style="list-style-type: none"> メンタルヘルスや精神疾患に関する普及啓発 メンタルヘルス不調に対するセルフケア、身近な支え手によるケア、生活支援等
2次予防	疾病の早期発見と治療	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の早期発見・早期介入 精神医療へのアクセスの確保
3次予防	発症した疾病の増悪防止とリハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 精神医療、地域ケアの充実 リカバリー支援（孤立防止、社会参加、社会復帰支援等）

表1 メンタルヘルスと予防

メンタルヘルス不調や精神疾患、精神障害（以下、「メンタルヘルス不調等」）は自分や身近な人等誰もが経験しうるものですが、本人が医療や支援が必要であることに気づきにくく理解しにくい場合や、気づいていても相談がしづらかったり、どこに相談してよいかわからなかったりする場合があります。このため住民全体がメンタルヘルスに関する理解を深めるとともに、メンタルヘルス不調等に身近な人が気づき、サポートすることも必要となります。これは1次予防にあたります。

2次予防は、精神疾患の早期発見および介入です。メンタルヘルス不調等の兆候に気づいた場合や、何らかの困りごとを抱えている場合に、気軽に相談できる場や人の確保と相談窓口の周知が必要です。また、精神疾患が疑われ、治療の必要があると思われた場合には、適時適切に精神医療にアクセスできる体制をつくることも重要になります。

メンタルヘルス不調等からの回復のしかたは個人差が大きく、短期間で不調になる前と同じ状態に戻る場合もあれば、回復まで時間を要したり、何らかの生活のしづらさが残ったりする場合があります。大切なことは、メンタルヘルス不調等を抱えた方が、安心して自分らしく生活できるように支援することです。これは3次予防に相当します。そのためには、精神医療や地域ケアの充実が必要であると同時に、メンタルヘルス不調等に対する地域住民の理解と助け合いも重要です。

III. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは 一心の健康づくりや生活支援の視点を重視した精神保健医療福祉へ

1. なぜ、精神障害「にも」なのか

ポイント

- 近年の多くの社会問題にはメンタルヘルスの課題がしばしば関係しており、精神保健の視点が重要である。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会実現のために必要なメンタルヘルスの視点と支援を導入する。
- 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ことで、市町村の保健師等の関係者が現在取り組んでいるさまざまな社会的課題に対して、より効果的なアプローチができる。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、略して「にも包括」と呼ばれています。なぜ、「精神障害に」ではなく「精神障害にも」なのでしょう。

「にも包括」では、現在それぞれの市町村で行っている「(母子保健の取り組み)や「(高齢者等の)地域包括ケアシステムの構築」をはじめとした保健医療福祉の取り組みの中に、これまで別枠で捉えられることの多かった精神障害を含めたメンタルヘルス不調への支援「にも」目を向けることを重視しています。現在多くの市町村では、母子保健、自殺対策、依存症対策、生活困窮者自立支援、障害者総合支援法に基づく支援、介護保険サービス、市町村の保健事業、またかかりつけ医や救急医療などの中で、広くメンタルヘルスに関する取り組みが行われています。既存のシステムの中で、広い意味でのメンタルヘルス支援をさらに充実させつつ、狭い意味での精神障害を別枠でとらえることなく、あたりまえにサポートしていけるようにすることを意図しているのが、精神障害「にも」対応した地域包括ケアシステムなのです。

現時点では、市町村が精神保健相談としてメンタルヘルスの課題の相談を受ける法的義務の規定はありません。しかしわが国全体で地域共生社会の実現を目指している今、広くメンタルヘルスの課題に取

り組むこと、精神障害を特別視するのではなく、地域住民としてあたりまえに支援していくことが一層重要性を増してきています。

2. 「にも包括」構築により期待される将来像—地域共生社会の実現

ポイント

- 「にも包括」は地域共生社会を実現するためのシステムであり、仕組みである。
- 国民全体のメンタルヘルスリテラシーの向上などをはじめとする、一次予防、精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援を受けられる二次予防、精神障害からのリカバリーの促進の三次予防により、「にも包括」は適切な予防体制を構築し、結果的に事後的な危機介入が減少することを旨とする。
- 地域共生社会の実現にとっては、虐待、課題が複合した事例、ニーズが満たされていない事例に対応できる体制が欠かせない。このためには、メンタルヘルスの視点を生かした「にも包括」の体制が重要である。
- 個別事例を通しての連携は「にも包括」の最小単位である。

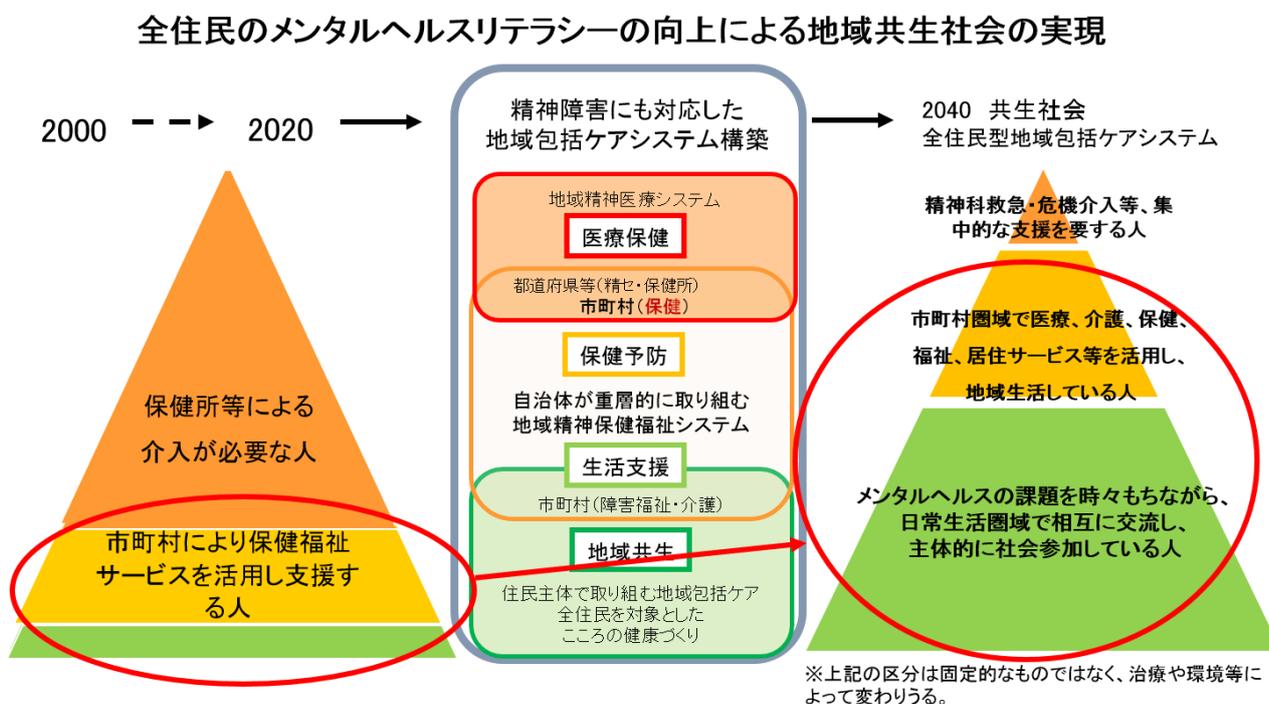
1) にも包括が目指すもの

「地域共生社会」とは、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方です。「にも包括」は、そのような社会を実現するための「システム」「仕組み」のひとつです。「にも包括」構築により、どのような状況であってもメンタルヘル스에配慮した支援を受けられること、精神障害の有無や程度にかかわらず適切な支援を受けることができること、そして支援にあたっては、本人の困りごと、本人の関心事、自己実現への想いや潜在的ニーズに寄り添い、本人の意思が尊重されるような社会の実現が期待されています（報告書 p. 4）。

そのためには、国民全体のメンタルヘルスリテラシー（※用語解説：心の不調や病気の予防と早期対処のために、その兆候や症状、特徴と、適切な対処方法の正しい知識と理解を身につけていること）の向上による、適切な援助を求めるスキルの獲得、偏見を減らすことによる住民のサポート力やソーシャル・キャピタル（※用語解説：「社会関係資本」と訳される。人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴）の強化が最も重要です（1次予防）。これにより、孤立する人たちが減少し、互助活動が活性化すれば、精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援や必要な医療を受けやすくなり（2次予防）、結果的にメンタルヘルスのリスクの低減や、リカバリー（※用語解説：人々が生活や仕事、学ぶこと、そして地域社会に参加できるようになる過程。障害があっても充実し生産的な生活を送ることができる能力や症状の減少や緩和などを含む）の促進につながることを期待されます（3次予防）。

「にも包括」構築により目指す方向性のイメージを下の図3に示します。現状では、地域住民がメンタルヘルスの課題を抱えていても、なかなか適切な支援につながらないことも多く、何かのきっかけで事

例化して危機介入が必要となるようなケースが少なくありません。もし危機介入を要する前の段階で問題に気づき、生活支援や必要に応じた医療の導入などの保健予防的な介入を行うことができれば、問題の深刻化・複雑化を予防し、精神科救急や保健所による危機介入等を未然に防ぐことができる可能性が高くなります。また、本人のみならず、家族全体のメンタルヘルスを幅広く見ていくことで早期の適切な対応が可能になることもあります。



地域共生社会の構築・生活支援・保健予防により、危機介入等を減少

出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業「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：藤井千代) 分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担研究者：野口正行)

図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築により目指す方向性のイメージ

図3の中央にある「にも包括」の重層的支援の四つの要素をここで説明しましょう。

①地域共生

全住民を対象とした心の健康づくりの取り組み(「心のサポーター養成事業」等の啓発事業)や精神障害の方が支援の支え手として活躍の場を得るピアサポーター、メンタルヘルスの課題を時々持ちながらも就労を含めた様々な形で、専門的な支援とは別のよりインフォーマルなサポートによって、メンタルヘル스에課題を抱える人が日常生活を送りながら主体的に社会参加をする取り組みを進めるものです。

②生活支援

市区町村(児童福祉、障害福祉、介護保険等)が主体となり、民間との協働により、住民サー

ビスや福祉サービス等の社会資源の充実を図ることにより、日常生活圏域できめ細やかな生活支援を提供できる体制を構築するものです。それにより、精神障害者などがサービスを受けながらも危機に陥ることなく、安定した地域生活を継続することができることを目指します。

③保健予防

四つの要素の中心に位置する重要な要素です。地域保健・精神保健の取り組みが、住民のこころの健康づくりを進めるとともに、メンタルヘルスの不調の予防、早期対応、早期治療による重症化の予防の取り組みを進めるものです。

④医療保健

「にも包括」のシステムを強化し、それぞれの取り組みをバックアップするセーフティネットも含めた支援を提供する要素です。都道府県等が、平時からの医療提供体制の整備と急性増悪、精神症状の再燃、再発への対応を行う精神科救急システムの整備、また適切な医療提供体制の確保を図っています。

2) 個別支援を通じた「にも包括」づくり

地域共生社会を実現するための地域づくりは、改正社会福祉法に基づいて実施されています。その中では、市町村が地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整を行うことが求められるようになりました。総合相談においては、複雑で複合的な課題を抱えている人への対応が求められることも少なくありません。いわゆる、アンメットニーズ unmet needs（※用語解説：支援ニーズがあるにもかかわらず、それへの適切な対応ができていない状態）への対応です（下図 4）。アンメットニーズを抱える人の中に対する支援では、メンタルヘルスの視点が欠かせません。

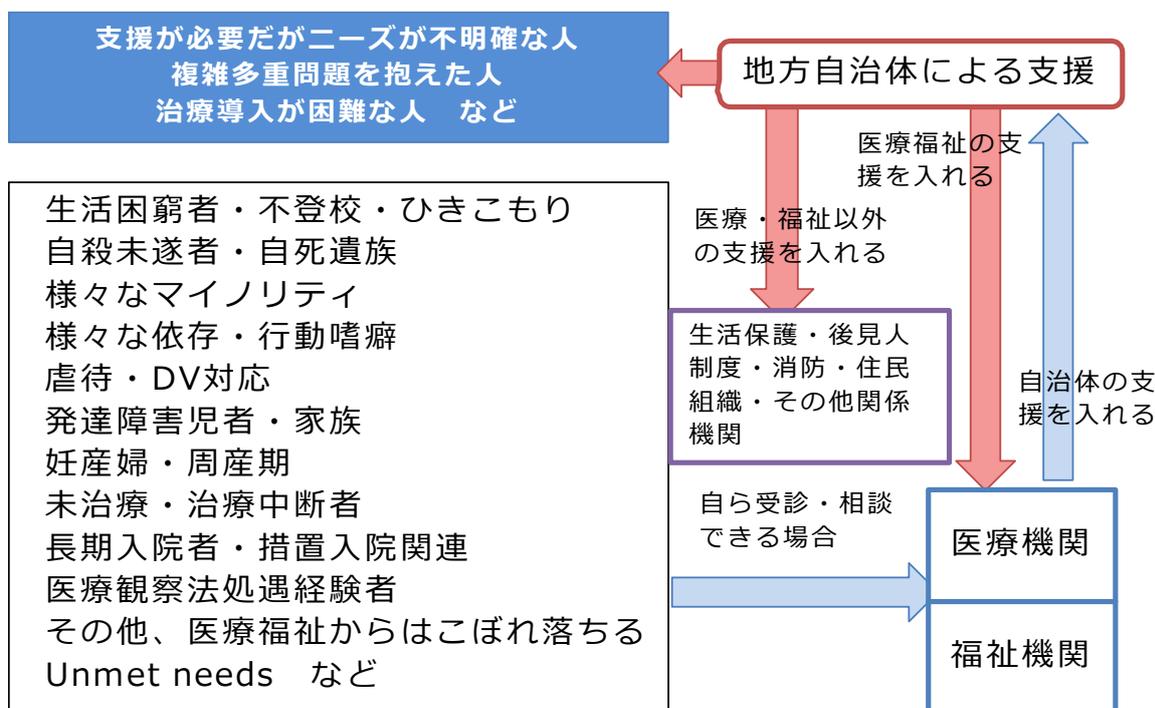


図 4 自治体の相談支援の役割

支援を必要としているメンタルヘルス課題に対しては、現状においても、市町村保健師等が対応しています。保健師等が単独に必要な支援を提供することが困難な場合には、その都度関係部署、関係機関等と連携していると思われます。個別ケースにおいて構築した連携体制は、「にも包括」の最小単位です。このような個別ケースの支援を通じた連携体制は、現状でも各市町村で構築されています。それらを肯定的に見直し、それぞれの強みを確認しつつ、必要に応じて少し工夫を加えたりしながら個別ケース支援を積み重ねていくことが、「にも包括」構築の第一歩です。

こうした取り組みにより、自分らしく地域生活を送ることができる人たちが増え、結果として、事後的な緊急対応を待つ人たちが減ることが期待されます。そして、障害を持つ人も持たない人も、お互いに助け合い、必要な人が必要な支援を受けられることで、持続可能で安心できる地域社会、すなわち地域共生社会の実現に近づくことができると考えられます。

ところで、地域共生社会については、重層的支援体制整備事業が開始されています。「にも包括」とこの事業との関係はどうなっているのでしょうか。

以下図5に、地域共生社会における重層的支援体制整備と「にも包括」の関係を示しておきます。具体的な詳細な制度の上ではまだ調整が必要な項目が多く、今後の検討が必要です。ここでは、重層的支援体制整備事業のような地域共生社会構築の取り組みにとっても、メンタルヘルスの視点、すなわち「にも包括」の視点が重要であり、有用であること、また福祉の領域が重要であるとともに、潜在的なニーズにも積極的に予防的に関わる保健の視点や専門職の活動も重要であることをここで改めて確認しておきます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築		福祉領域における重層的支援体制整備
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業 ● 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検討会報告書【市町村主体、重層的連携の構築】 	根拠等	<ul style="list-style-type: none"> ● 改正社会福祉法（生活困窮、子育て、障害、介護） ・生活困窮、子育て、障害、介護 【課題】事例の多くは、メンタル課題が顕在化しているが「精神保健」は含まれていない
地域精神保健システムの再構築による保健予防の取組強化 福祉総合相談体制整備との統合化	主たる目的	福祉総合相談体制の整備
市町村（保健部局）主体・都道府県等と協働	実施主体	市町村（福祉部局）主体・保健部局との連動・統合
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域精神医療保健システム構築 ● 都道府県圏域と自治体間の縦串による重層的支援体制 ・都道府県圏域・障害保健福祉圏域 →主に精神科医療体制の整備 ● 市町村圏域・日常生活圏域の取組強化 →早期発見・対応による重症化・複雑化予防 ・メンタルヘルスリテラシー向上にむけた取組 ・多機関多職種による重層的連携の強化など ● 市町村（福祉）による生活支援・地域共生との統合化 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・市町村（総合相談・伴走支援等）との連動 ・参加支援・地域づくりへの精神障害者参画の働きかけ 	精神保健 アプローチ 特徴 及び 機能等	<ul style="list-style-type: none"> ● 顕在化しているニーズ 児童・思春期保健、不登校・ひきこもり、 アディクション、家族機能不全、DV、 自殺未遂者・自死遺族支援など ● 市町村圏域における体制整備 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・総合相談（伴走支援） ・参加支援 ・地域づくり

図5 重層的支援体制整備事業と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の視点の関係

3. 「にも包括」の構築で対応すべき3つの課題

ポイント

- 「にも包括」では、「すべての住民のメンタルヘルスにかかわるにかかわる課題」と「精神障害者支援に関する課題」「危機介入に関する課題」の3つに分けることができる。
- 生活上の困難とメンタルヘルス不調は適切に対応されないと悪循環を形成することがしばしばある。
- 精神障害者支援に関する課題と、すべての住民の健康と生活上のニーズにかかわる課題は、決して別のものでなく、互いに連動する
- 危機介入の体制を考える際には、地域住民が危機に陥った際に対応できる体制だけでなく、平時の支援を充実させることが重要である

ここでは、「にも包括」を構築することによって対応すべき課題を、便宜的に「すべての住民のメンタルヘルスにかかわるにかかわる課題」と「精神障害者支援に関する課題」「危機介入に関する課題」の3つに分けて考えてみます。これらの課題は実際には重複することも多いのですが、ここでは問題の整理のため、いったん区別しておくことにします。

これらを図で示します。

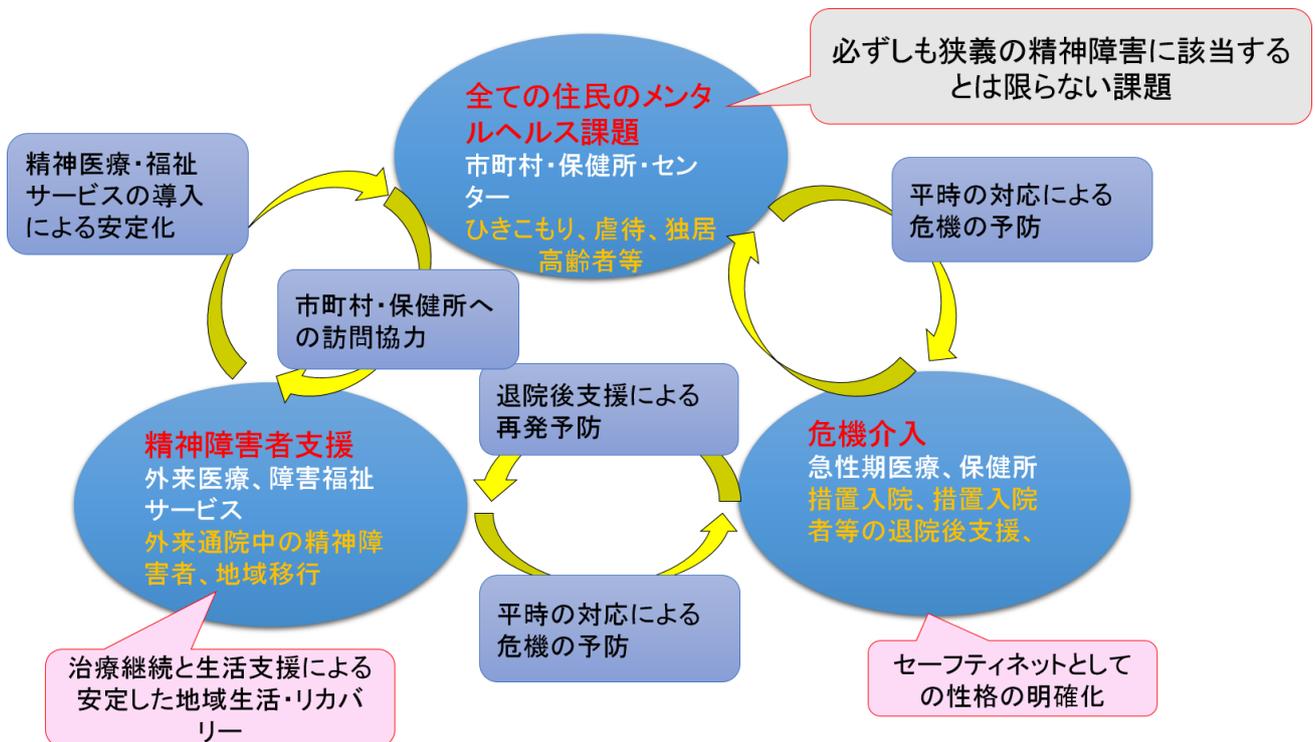


図6 「にも包括」における支援の3つの課題領域

それぞれの説明は以下に示します。

1) すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題

メンタルヘルスの視点は、住民の健康を守るための保健活動全般に関係します。ここにはいろいろな相談が寄せられます。それらを受ける中に前述の、いわゆるアンメットニーズの課題も含まれてきます。この課題への対応は困難をきたすことも多くなりますが、対応においては、本人や世帯のメンタルヘルスに着目することが特に重要となります。たとえば、母子保健の課題（児童虐待、妊産婦のメンタルヘルス）や、ひきこもり、8050 問題、ゴミ屋敷問題、独居高齢者支援のあり方などは、さまざまな領域の課題が複合化して解決が困難になっていることが多く、メンタルヘルスをはじめ、関係する部署や機関が連携して対応にあたることが求められます。軽度知的障害で療育手帳を持っていない人や、発達障害のために生活上の困難があるもののサービスにつながらない人、精神障害が疑われるものの医療や支援を受けていない人なども、問題が複雑化することが多く、アンメットニーズの中に含まれると言えるでしょう。

これらの人々は、何らかの支援が必要であるものの、ニーズが明確でないことも多く、既存の制度の狭間に落ちてしまいがちです。さらには自ら助けを求めない、または支援を拒否することも少なくないことから、すぐには問題解決に至らないケースも多いです。関係者間で連携しながら根気よくかかわりを続ける必要があります。

地域保健の課題を検討する際には、ライフステージに注目することも大切です。以下図 7 に、地域保健活動においてしばしば出会う課題の例をライフステージごとに示します。

ライフサイクル	領域	主な支援対象等
幼年期から青年期	○主に母子保健・子育て支援 ・教育・学校保健、医療・療育、障害児支援等機関等との連携	医療的ケア児支援 発達障害 不登校 ヤングケアラー支援 児童虐待 若者の自殺対策 など
周産期 妊娠から産褥産後	○主に母子保健 ・産科・婦人科、子育て支援機関等との連携	妊産婦のメンタルヘルス支援 妊産婦の自殺対策 産後うつ等産褥期の支援 など
壮年期から中年期	○主に成人保健・福祉 ・産業保健、生活福祉、居住支援、障害福祉関係事業所等との連携	ひきこもり 貧困・貧困に伴う健康問題 性別異和 気分障害 様々な依存症 がん等の身体疾患 自殺対策、遺族支援 など
高年期・老年期	○主に高齢者支援 ・高齢・介護保険事業者等との連携	老々介護・老障介護 独居高齢者、孤独死 認知症、セルフネグレクト など

図 7 ライフサイクルとメンタルヘルス支援の対象像

これらは課題の一部ですが、生活上の困難やメンタルヘルス不調は、適切に対応されない場合図 8 のような負の連鎖を生じることがあります。

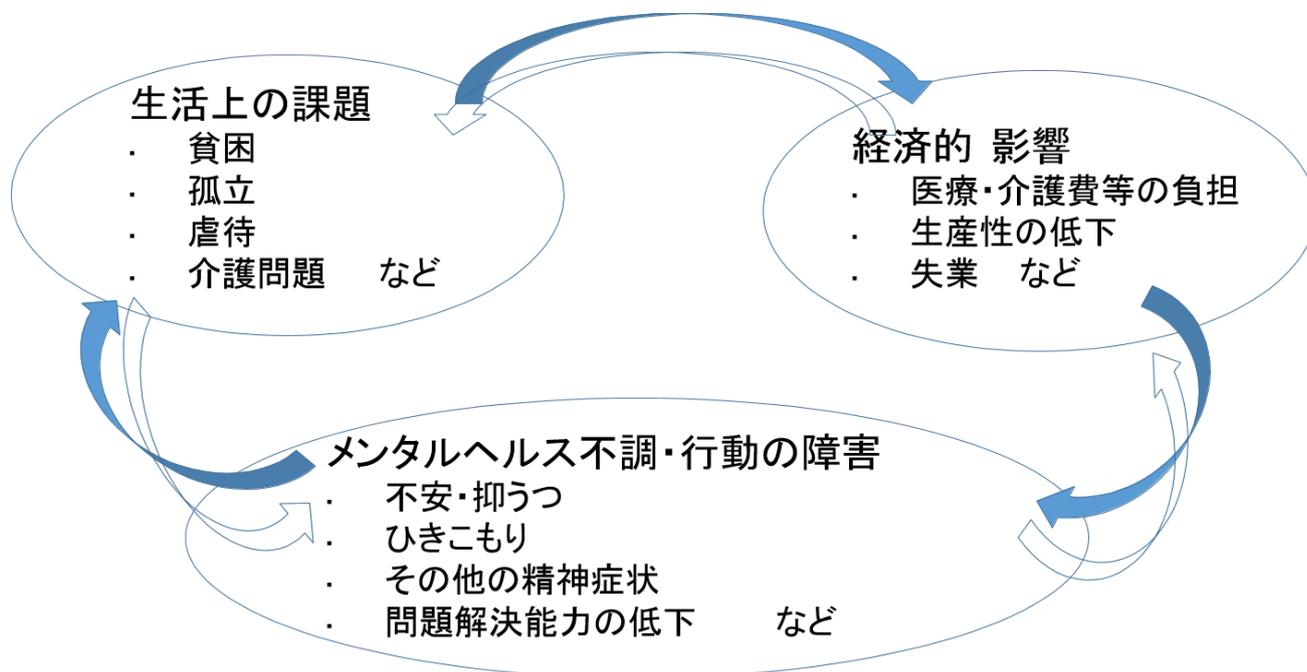


図 8 生活上の課題とメンタルヘルス不調の負の連鎖

メンタルヘルス不調は、「メンタルヘルスの専門家が対応すればよい」「精神科医療機関につなげばよい」というものではありません。精神科受診やメンタルヘルスの専門家の関与を考慮すべき場合もありますが、それだけでは不十分です。メンタルヘルスの課題をさまざまな生活課題とともにきちんと把握して、包括的な対応を行っていく必要があります。専門家が関与すべきメンタルヘルスの課題があったとしても、困難を抱えた地域住民の一人として必要な支援をする姿勢が求められます。

2) 精神障害者支援に関する課題

市町村は、住民全体の精神保健の課題への対応とともに、専門的な治療や包括的・継続的な支援を要する精神障害者が地域で生活するための支援（精神医療と保健・福祉の連携、精神医療と一般医療の連携、障害福祉サービスの充実など）や、長期入院者の地域移行・地域定着支援など、精神障害者支援についても対応を充実させる必要があります。近年は、市町村における認知症ケアや発達障害者支援などが充実しつつあり、これらの支援活動で培われたノウハウは、そのまま精神障害者支援にも生かすことができます。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」）では、市町村は、障害者（精神障害を含む）に対する支援体制の整備に努め、障害者サービスの支援費の支給を行うことになっています。精神保健福祉法第 47 条 3 項において精神障害者の福祉に関して相談に応じることが義務とされています。そして都道府県は、市町村に対して、制度が円滑に実施するための支援を行い

ます。ここで留意すべきなのは、精神障害者支援に関する課題と、すべての住民の健康と生活上のニーズにかかわる課題は、決して別のものではなく、互いに連動するという事です。精神障害者が十分な支援を受けられないことにより、複雑多重な社会的課題に発展するという状況はよく経験されます。生活上の困難を抱えたことにより、精神疾患に至る例も珍しくはありません。適切な支援が入らなければ、上の図に見るように、精神疾患があることが課題の解決を一層困難にしてしまい、悪循環が形成されてしまうこともあるのです。

長期入院者の地域移行・地域定着支援は、地域精神保健医療福祉におけるもっとも重要な課題のひとつです。長期入院している人の課題は地域の課題として見えづらいこともあり、市町村が取り組むべき課題としては気づかれにくいかもしれません。しかし長期入院している人も市町村の住民であり、住民サービスの対象です。これは、精神科の入院医療機関がない市町村の住民が他の地域の病院に入院している場合でも同様です。「入院しているのだから、その人のケアについては病院にお任せすればよい」というわけではありません。「医療」に関しては医療機関の担当ですが、「地域生活の支援」については市町村や地域援助事業者が医療機関と連携をとりながら提供します。

長期に入院していると、社会生活に必要な機能が低下していることが多いため、地域で生活していく上ではさまざまな支援が必要となります。帰る家がない、という人もいるでしょう。精神科に長期に入院している人が、自分たちの市町村にどの程度いるかについては、「地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース」(ReMHRAD) <https://remhrad.jp/> で把握することができます。地域生活支援や居住支援を整え、医療機関と協力して、安心して地域生活に戻れるような基盤整備を行うことも、市町村の大切な役割です。

3) 危機介入に関する課題

精神疾患の急性発症や精神症状の急性増悪等により、地域住民が危機的な状況に陥った場合の対応も、「にも包括」の重要な課題のひとつです。危機介入の体制を考える際には、地域住民が危機に陥った際に対応できる体制だけでなく、平時の支援を充実させることが重要です。全てのケースで予防的な対応ができるわけではありませんので、セーフティネットとしての精神科救急を含めた危機介入体制は重要な課題です。しかし同時に、平時の対応として、地域住民がかかりつけ医や訪問看護、保健所、市町村保健センター、福祉事務所、基幹相談支援センターの関係者等に気軽に相談できる体制を構築しておくことが望まれます。地域住民が自ら相談窓口等に出向くことができない場合は、アウトリーチによる相談や支援、医療が受けられるような体制をつくることも考慮します。問題が大きくなる前に対応することで、できるかぎり危機介入に至らないようにすることが重要です。この点については、令和3年発行の検討会報告書でも記載されているところです(報告書 p. 15, p. 20)。

措置通報時の対応などは保健所の業務になりますが、退院後支援では、市町村においても、障害福祉サービスの支給の決定や生活保護など経済的な課題への対応、住民も含めた支援体制の構築などが重要な課題になります。危機介入を行った事例については、本人の意向を確認したうえで保健所とも情報共有を行い、早めの支援体制を整えることが大切です。

IV. 個別支援における着眼点・留意点

1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題

ポイント

- 市町村が受けるような相談では、ニーズが多様であるため、メンタルヘルスの課題が気づかれにくい。相談を受ける側が、メンタルヘルスの課題がないか常に注意して対応することが大切である。
- 支援への消極的姿勢や支援拒否などでは、発達障害、うつ病、統合失調症なども含めた精神障害が存在していることがある。
- 精神障害が疑われるからといって、精神科医療につなげればよい、というわけではない。
- 発達障害特性など、本人の認知、思考、行動のパターンの評価と理解を行うことが必要
- 本人との関係づくりを行いつつ、生活面のこみいった課題を丁寧に確認していく。
- 本人のニーズと周囲のニーズとを区別して、本人のニーズをしっかりと聞き取ることから始めることが大切。

前章でも指摘した通りに、市町村が受けている相談を受けるような課題においては、様々な課題が重複していることが少なくありません。それでは、そのような課題をメンタルヘルスの視点でとらえ、適切な支援につなげるためには、具体的にどうすればよいのでしょうか。

1) 市町村が受けている相談におけるメンタルヘルスの課題

市町村が受ける相談には、不登校、ひきこもり、自殺、依存症など多様なメンタルヘルスの課題を含んでいることは前に指摘した通りです。特にアンメットニーズなどではすぐには解決しづらい課題もしばしばあります。しかしながら、実際の事例では、特に切迫した課題が多いと前面に立つ課題に目を奪われてしまい、メンタルヘルスの課題が見落とされることが少なくありません。

例えば8050問題の家族でいえば、ひきこもった家族が親の支援に協力的でないこともあるでしょう。その場合、高齢の親への身体的ケアや介護をどうするかという問題は集中的に検討されても、一見したところ大きなトラブルを起こさない限り、ひきこもった人の抱える課題には後回しになることがあります。このような人も実は精神障害や発達障害を抱えていることが多いことが知られています。また児童虐待がある家族の場合、親は加害者として見られがちです。しかし、児童虐待の親が精神障害を合併していることも少なくありません。このほか、ゴミ屋敷の問題も近隣から苦情が来て対応を迫られても、本人は一見無関心に見えることもあるでしょう。この場合も、精神障害も含めたメンタルヘルスの課題が潜在している可能性が見逃されがちです。発達障害でいわゆる二次障害を起こしている人の中にはクレームなどを行政機関に訴えてくることもあります。この場合も、いわゆるクレマーとしての対応だけに関心が集中しがちになります。このように前面に出る問題が注目を集める場合、メンタルヘルスの課題の適切な評価が難しくなります。

以上いくつか例を挙げましたが、いずれにしても、メンタルヘルスの課題を抱えている人が必ずしも

精神科を受診しているとは限りませんし、本人がその必要性を認識しているとも限りません。支援者を含めた他の人にもメンタルヘルスの課題が見えない場合があります。そのため、その人が精神疾患に罹患しており、適切な治療が必要であると認識されない可能性があります。このような事例でメンタルヘルスの課題に気がつくためには、課題が複合した人たちにはメンタルヘルスの課題があるのではないかと、という視点を常に持つておくことが大切です。

2) 相談に来た人の話から問題の全体像やニーズを整理する

上に述べたように、メンタルヘルスの課題を抱えた人の場合、必ずしもその人が相談に来るとは限りません。最初に相談に来るのが家族であったり、近隣の人であったり、課題を抱えた人を支援する支援者であったりします。この場合、注意すべき点は以下のようなところです。

- a. メンタルヘルスの課題を抱える本人が相談に来られる場合をまずあげましょう。この場合、まずは来られた人のこれまでの大変さを受け止め、苦労を労いながら傾聴します。相談にこられた人には、問題に圧倒されて自分が何に困って何をどうしたいのかどうかすらわからない場合があります。その場合は、最初はニーズがなかなか整理できません。時間をかけて、傾聴と共感を示しながら、まずは相談者が安心して冷静になれるような雰囲気を作ります。これまでの苦しいこと、辛いことが認められることで、やっと来談者も少し冷静になることができ、相談という共同作業に踏み出すことができるようになります。その過程の中で相談者が何を求めているのかを少しずつ整理していきます。
- b. 相談に来られた人がメンタルヘルスの課題を抱えた人の家族であることもしばしばです。このような場合は、原則は上記と同じです。この場合にも最初は来談者の苦労を労い、安心して話ができる関係を作ることが大切です。ただし、この場合、相談に来られた方が困っていることとメンタルヘルスの課題を抱えている人のニーズとが必ずしも一致しているとは限りません。また家族が問題をとらえている見方と本人の見方とが一致しているとは限りません。このあたりの差があるだろうことを予測しながらも、相談に来られた家族の訴えをまずはしっかり傾聴します。
- c. 近隣の人など家族以外の人たちが相談された方の場合も、基本は上記と同じです。ただし、この場合には、相談の対象になったメンタルヘルスの課題を抱えている（と推測される）人について、来談者が何を問題と考えているのかを慎重に整理する必要があります。また来談者が相談の対象となった人との関係性がどのようなものか、関係が非常に悪いのか、それとも支援に協力的であるのかなどを慎重に評価していきます。
- d. 相談を進める中で、今起こっている問題がどのような全体像なのか、それに対して相談にこられた人はそれをどのように捉えているのか、問題をどうしたいとこれらの人たちは考えているのか、を考えながら、相談を進めます。つまり相談に来られた人が問題をどうとらえているかに

関するストーリーを再構成していきます。その際特に注意すべきなのは、本人ではない人が自分以外のことで相談に来られた場合には、その人のニーズと対応に困っている人のニーズとはしばしば異なることです。特に近隣住民が「困らせる人がいる」などと訴えてこられた場合には、その人の困りごとと「困らせている」とされる人のニーズが大きく異なることが多く、この点は特に注意する必要があります。

- e. 問題行動や児童虐待など具体的な被害を被っている人やその人の支援者などが相談に来た場合、当の問題を起こしているとされる人は、「問題を起こす困った人」とされる傾向があります。この場合は相談の過程では、まずは来談者の立場に影響されて、ややもすると、「問題を起こす困った人」という視点から事態を見てしまいがちになります。そうすると、今後の問題の実質的な解決には結びつかない可能性があります。このため、支援者としては、来談者の苦勞を受け止めつつ、一方で問題の全体像を見失わないようにすることが必要です。もしそれが難しい場合には、同僚や保健所、センターなど他の人に支援を要請して、複数の人数や機関でかかわることで、来談者の苦痛を受け止めながらも、問題の把握が一面的にならないような工夫を行います。

3) 問題を起こしているとされる人のニーズを把握する

上記のように、相談に来ている人と「問題を起こしているとされた人」とが異なる場合にも、その「問題を起こしているとされた人」のニーズについても考えることは欠かせません。例えば、8050問題では高齢者の親の介護サービスを拒否するひきこもりの人が問題になることがあります。親や介護支援者の立場からすると、「介護が必要な親の支援を妨害する困った人」になります。それでは、この人はどうして介護を拒否するのでしょうか？もしかしたら、ほかの人に家に入ってこられることに強い緊張と不安を抱いているのかもしれません。あるいはほかの人が入ってくることで、財産を盗まれるのではないかという妄想を持っているのかもしれません。そうだとすると、まずは、その人が問題となる行動をする理由を把握しようとするのが大切です。そしてそれと並行して、その人の家族状況や家族が置かれた状況、経済状況などを大まかに把握していくことが大切になります。もしかしたら、その家庭は周囲から孤立していて、家族の状況をほかの誰も把握できていなかったのかもしれません。経済的にも困窮しているのかもしれません。そうだとすると、「介護支援を妨害する困った人」とされる人は経済的困窮の中で、誰にも頼ることができないまま孤立を深めていったのかもしれません。このような視点がもし妥当であるならば、「困った」とされる行為も、本人自身が困って袋小路に陥っているために起こしてしまう行為なのかもしれません。

このように、問題となっている人を「周囲に迷惑を及ぼす困った人」としてとらえるのではなく、本人自身も「さまざまな問題のために困っている人」としてとらえることが支援の出発点になります。「周囲に迷惑を及ぼす困った人」という理解にとどまる限り、その人を排除しようという意識が出てきます。本人も困っていると捉えることから、支援の必要性が支援者にも腑に落ちるものになります。そこから本人が何に困っているのか、またその困った問題を解決するにはどのような支援が必要か、その人の家族や周囲に利用可能な支援があるか、また本人自身にも利用可能な強みがないか、などを検討することができるようになります。このような理解があって、家族全体の絡み合った課題全体にアプローチするこ

とが可能になります。

ここで注意しないといけないのは、本人の困りごと、ニーズといっても、本人がそれを明確に意識して言語化できるとは限らないことです。特に精神障害を本人が罹患している場合にはこの傾向は顕著になります。本人が「困っている」と言えない場合であっても、実は本人が困っているかもしれない、と考えて、本人の困りごとを推測していくことも大切です。

4) その人の「強み（ストレングス）」を把握する

上記のような課題にアプローチするには、本人の問題点だけではなく、本人の関心、強み、周囲のサポートなどを包括的に理解していくことも大切です。様々な困難を抱えながらも地域で生活していくためには、生きる力が大切です。それを支えるのが、本人の関心や強みや希望や周囲からのサポートなどです。たとえば、「受診は拒否するけれども会話は可能」という状況を考えてみましょう。この場合、「会話によるコミュニケーションができる」ということ自体が大きな強みになります。いろいろと要求が多い人も、見方を変えれば「SOS が出せる人」とも言えます。また、「近所の人がとても面倒見がよい」という場合も、「周囲のサポートが得られる」という強みを持っていると考えられます。このように、本人や本人の周囲で、本人が地域で生活をしていくことを支えてくれるものをきちんと確認していくことは、本人への支援のヒントにもなります。

また強みを理解することとの関連で、このような問題行動を起こす理由を、本人が大切に思っていることが何かという視点から考えることも一案です。例えば、ゴミ屋敷の場合も本人は溜め込んでいるものが大切だと思っているのかもしれませんが。その場合、なぜそれが大切であるのか、本人から話を聞いたり、本人をよく知っている人から話を聞いたりすることで理解できるかもしれません。もちろんこうした理由については、簡単に理解できるとは限りません。いわゆる妄想によるものでは、なおさら理解が困難な場合があります。ただ、本人のこれまでの生活や現在置かれている状況などから、こうした理由に思いを巡らせることで、その人の人となりについてふくらみと広がりをもった理解ができるようになります。こうした理解が支援のヒントになりますし、また本人への支援者側の陰性感情を減らすことで、支援へのモチベーションを上げることにもつながります。

このような人たちへのアプローチの際に必要な情報は以下のようになります。ただし、このような情報もすぐには入手できないことも多いので、焦らないで、本人や周囲の人からの情報を得ていくことが大切です。

- (1) 最初に相談に来た人が抱えている問題は何か
- (2) 本人はどのようなことを問題と考えているのか
- (3) そのような問題はどのようなときに悪くなるのか、あるいは改善するのか
- (4) 本人や家族の経済状態、親戚や近隣との付き合い、居住状況、生活状況、家族全体としての課題はどうか。
- (5) 本人はどのようなことに関心があるのか、親しい人はいるのか、どのような話題なら会話が可能か、どのような支援なら受け入れる可能性があるのか
- (6) 本人や家族を助けてくれる人はいるのか、どの程度の協力なら得られそうか

5) メンタルヘルスの課題があるのではないかと考えてみる

このような人たちと接する時には、支援拒否や社会生活の問題の背後にまずは精神障害や発達障害がないだろうか、と考える必要があります。統合失調症、うつ病、発達障害を有している場合、以下のような特徴がみられることが、上記の精神障害の存在を考える手がかりになります。

- (1) 身なりに全く構わず、服なども汚れたままでも気にしない→統合失調症の陰性症状？
- (2) 一人でぶつぶつ何かしゃべっているが、内容は意味がよくわからない→統合失調症の幻覚妄想？
- (3) 車のドアを閉める音、窓を閉める音、人の喋り声に敏感に反応する→発達障害の聴覚過敏？
- (4) ゴミ屋敷状態→認知症？統合失調症？溜め込み症？

もちろんこれ以外にもさまざまな問題があります。大切なのはまずはメンタルヘルスの問題がないかどうかと考えることです。ここで注意しなければならないことは、「メンタルヘルスの課題がある」＝「精神科医療機関で治療してもらえばよい」、あるいは、＝「市町村の役割ではないので、保健所に任せればよい」と短絡してはいけません。前にも述べたように、精神障害があったとしても、どのような生活課題があるのか総合的、包括的に評価することが大切であり、薬物療法など精神障害そのものへのアプローチだけでは不十分であるからです。また、診断をつけたからといって、支援拒否が強い方に無理やり治療を導入することは困難な場合が多いのが現状です。地域で治療につながらないで複合的な課題を抱えている人たちは、医療に対する不信感や拒否感が強く、精神科治療薬の服薬にも拒否的です。

そのような限界をわきまえた上で、精神障害のおおよその診断をつけることには意味があります。そのことによって、対応の際に気を付けるべき特性や薬物療法の効果などのおおよその見立てを得ることができます。それについては、次の章で上げたように、精神保健相談や、精神保健福祉センターなどと相談しておおよその診断を考えることは役に立ちます。直接精神科医が会えない場合も多いので、そのような場合は事例検討や事例をまとめたものを提示して、おおよその見立てをつけることになります。地域でよく出会う精神障害の例を、以下にあげています。これらについては、成書がすでにいろいろありますので、そちらをご参照ください。

- (1) 統合失調症
- (2) うつ病や双極性障害
- (3) 自閉スペクトラム症
- (4) 注意欠如・多動症
- (5) 不安障害

6) 支援における関係づくりの重要性

以上の精神障害の知識は一般的な傾向を知るためには重要ですが、それぞれの事例ごとで抱えている生活面の課題は大きく異なります。このため、それぞれの方の抱えている課題を包括的に整理すること

が必要です。しかし、そもそも支援に拒否が強い人たちには、いきなり生活課題を網羅的に評価しようとするのは支援拒否を招きかねません。まずは本人が希望していることを確認して、そこから関係を作っていくことが大切です。ひきこもりの事例であれば、早く外出できるようにさせたいと親や支援者は考えるかもしれませんが、しかし、長年ひきこもって対人関係から遠ざかっていた当事者の多くは他の人との接触には非常に強い不安を覚えます。まずは本人が安心して過ごせるにはどうしたらよいかを本人と相談していく必要があります。もし本人からそのような言葉が引き出せない場合には、まだ支援者との関係ができていない段階であると考えて、家族との面接を優先させるなどから始めます。また支援者に会ってくれない場合は、例えば手紙などを残すなどでこちらが本人を心配していることや、「何かお手伝いできることがあったら教えてください」などと伝えるようにします。

関係づくりの時期は、支援拒否の強さ、家族がいるかどうか、近隣からの孤立の程度などによって異なりますが、数ヶ月以上続くこともしばしばあります。関係づくりの時期は目に見える進展を得ることが難しく、支援者にとっても周囲にとってももどかしい時期です。場合によっては、家族や周囲の住民から、「訪問するだけで何も変わらないではないか」との批判を受けるため、「こんな支援でよいのだろうか」と迷いや焦りが募ることがしばしばです。このような時期を乗り切るためには、支援の段階について大まかな見通しを持つことが有用でしょう。下の図 8 はプロチャスカという心理学者が、変化のステージ理論において提示したものです。プロチャスカによると、行動変容などを意図した介入は、対象となる人がどれくらい変化に準備ができていによって変える必要があります。関係づくりを丁寧に行わなければ関係が切れてしまう人たちは、いわば「無関心期」にあると言えます。この時期は変化に関心がないため、さまざまな善意に基づく介入も効果が期待できません。まずは、変化に関心をもってもらうこと、支援者が安心できる存在であることを理解してもらうことが必要になります。本人が今の生活に不具合があると感じる、あるいは別の生活の仕方に希望が出てくるようになれば、変化に少しずつ関心を持ち始めた「関心期」になるかもしれません。そのような時期になれば、本人が関心を持ってくれることに関して、こちらが提供できる情報を提供したり、それに関する支援を行ったりすることを考えます。ただし、このような時期でも気をつけないといけないのは、薬物療法にせよ、障害福祉サービスをはじめとしたサービスにせよ、支援を急いで導入しようと焦らないことでしょう。まずは本人が関心を持ってくれることから、本人の受け入れを見ながら支援提供を始めることが原則です。

医療機関に自ら受診する精神障害者は「準備期」後半から主に、「実行期」「維持期」に当たると考えられます。ここまで来てもらえると、支援も軌道に乗ったということが出来ます。ここであげたような変化への準備性に応じた時期を大まかに意識しつつ、支援全体の経過の中で現在の支援を位置づけることは、焦りや不安を和らげる一助になります。もちろん、こうした現在の位置づけを行うのは、自分だけでは難しいことが多いです。なるべく、同僚、上司、あるいは保健所や精神保健福祉センターなどとも相談することが大切です。それによって、今の自分の関わりや支援段階の捉え方を修正できたり、あるいは自分の今の関わりでよいことを確認できたりして、引き続き同じ支援を継続できる元気をもらえることが多いです。

行動変容のステージ

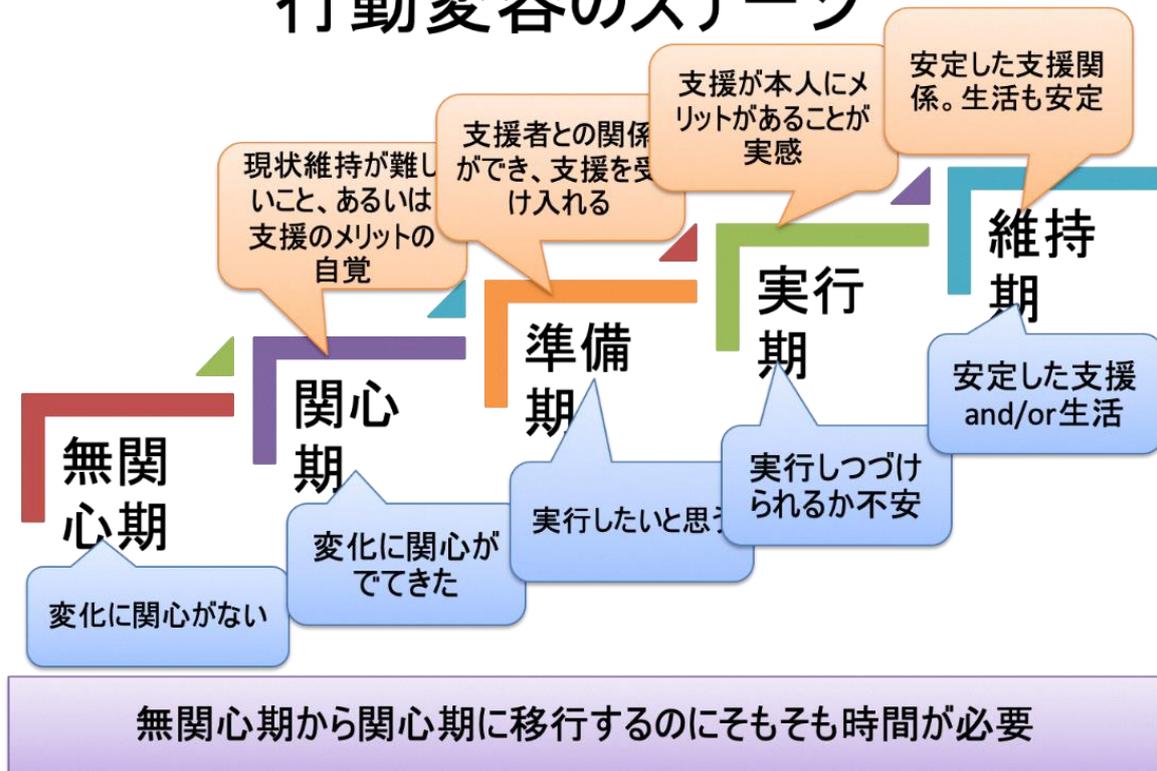


図8 行動変容のステージ

また、関係づくりがなかなかできない、あるいは関係づくりができてきたが、この後にどう支援を展開したらよいかかわからない、支援が思うように進まないが今の支援でよいのかどうか自信がない、課題がたくさんあってどこから手をつけていいのかわかりにくい、近隣住民などからも苦情が強く、住民対応と本人対応との板挟みになる、などの場合にも、保健所や精神保健福祉センターなどと相談することが有用でしょう。もちろん、相談支援事業所や医療機関などで日頃から一緒に協力できる関係があるところでも構いません。支援困難な事例では、一人でできることには限界があります。なるべくほかの機関に支援協力を求めましょう。特に住民と本人との葛藤が強い場合には、他の機関の協力を得て、本人への対応と住民への対応と役割分担を行うことが必要になります。これについては次の章で述べます。

2. 多部門多機関連携体制による重層的支援体制

ポイント

- メンタルヘルスの視点によるアセスメントに基づき、適切な部門間連携・多機関連携を行う。
- 新たな支援者の導入には、本人への丁寧な説明と同意を得るプロセスを十分に行う。
- 連携は相手が動きやすいようにこちらが動くことをお互いに意識する。
- 市町村の障害福祉担当者、生活保護担当者や税務担当者、社会福祉協議会、地域包括支援センター、児童相談所、民生委員等にメンタルヘルスの視点を持ってもらうよう働きかけ、必要な連携を行うことで生活支援の充実を図る。

- 保健所や医療機関、相談支援事業所、精神保健福祉センターなどの協力を得ながら、必要な支援提供を行う。
- 後方支援があれば、安心して相談を受けやすくなる。自分で抱え込まないといけないと、相談を受ける不安が強くなる。

1) 支援ニーズに基づく連携を進める

支援を要する人の支援ニーズに基づいて必要な機関にも支援チームに加わってもらいます。その際には、支援の対象となる当事者にも丁寧に必要性を説明して、なるべく合意を得ることが必要です。本人にとって必要性がない支援者は受け入れられない可能性もあります。また場合によっては、その支援者を紹介した当の支援者に対しても疑念や不信を招く可能性があります。本人の生活課題からは別の支援者が支援チームに加わってもらう必要があるにも拘らず、本人がそれを拒否する場合があります。その時は、まだ支援の機が熟していないと考えて、少し経過を見ていくことも大切です。地域で支援が入らずに孤立してきた人たちは、支援によって得られるメリットをイメージしにくい場合が少なくありません。このような場合は、本人が必要性を感じられるまでは、支援導入を待つ判断をすることもしばしばあります。可能であれば、すでに支援に入っている支援者が料理を行う、掃除をするなど、支援を少しずつ導入しながら、支援のメリットを本人に感じてもらったタイミングで、ヘルパーなどを導入するなど、支援導入への橋渡しを行うことは有意義です。ただし、このような判断を一人の担当者だけで行うのは負担が大きいです。保健所やセンターなど他の機関との相談しながら、生活支援の導入については機会を伺うのがよいでしょう。

ただし、正面から新しい支援者の役割を詳しく説明することで、それを理解するのが難しく、かえって本人が疑心暗鬼になってしまうおそれがある場合もあるでしょう。その場合には、大まかな役割を簡潔にお話して、一緒に支援に加わってもらうことで、まずは徐々に慣れていただくという方法もあります。実際の支援では、この二つの方法を適宜織り交ぜながら、少しずつ支援の輪を広げていく形になると思われれます。

2) 連携の実際

連携の対象となるのは、市町村の庁内部署やあるいは市町村の関連機関との横断的連携（市町村の障害福祉担当者、生活保護担当者や税務担当者、社会福祉協議会、地域包括支援センター、相談支援事業所、教育機関、司法関係者などの機関や民生委員や町内会などの住民組織など。いわゆる「横串」）と、外部の機関との連携（保健所や精神保健福祉センターなどの自治体の精神保健専門機関、医療機関、警察、消防など。いわゆる「縦串」）があります。これらのそれぞれの機関とどのような連携を行うかは、事例の個別事情やそれぞれの機関との日頃の関係によって異なります。必要な協力機関については、保健所や精神保健福祉センターなどとの相談を行いながら、どのような機関の協力が必要かを検討します。保健所やセンターとの連携については後述します。

それでは、それらの機関との連携をどのように行えばよいでしょうか。連携の必要性や重要性についてはしばしば強調されており、この言葉はもはや聞かない日がないほどよく使われています。しかし、連

携とはどのようなことを言うのでしょうか？

例えば、支援が必要な人を精神科医療機関にお願いしたとします。依頼して支援は医療機関に全てお任せした場合、これは連携なのでしょう吗？もちろん、この医療機関で全ての支援が完結してするのであれば、それで大丈夫です。しかし、複数の支援課題がある人の場合、状況は異なります。このような事例では、他の支援機関につなぐ際に、支援課題についてもある程度の評価と整理を行っておくことも必要になります。支援の対象となる人の課題についての理解を共有した上で、必要な支援をそれぞれの機関と協力して行うこと、連携を行う相手先の人が困らないために何ができるかを常に考えることが有効な連携にとっては重要です。このような理解と相手先への配慮がないままに、相手に支援を全て依頼してしまえば、「丸投げ」になってしまい、相手先との関係を悪化させてしまう恐れがあります。

事例によっては、最初の評価だけでは、適切なニーズ把握ができないこともありますし、支援の経過の中で、ニーズも変わってくる場合があります（支援経過の中で今までなかった身体合併症が出てくる、あるいは、親の介護ニーズが顕在化するなど）。こうした支援ニーズを共有しながら、必要な支援を適切なタイミングで提供できるように、自分でできることを準備しておくことです。有意義な連携のためには、相手に助けてもらうことを期待すると同時に、あるいはそれ以上に、連携先の機関が動きやすくなるためには自分に何ができるかを考えることが重要です。

3) 役割分担と重なり合いながらの支援、および連携のタイミング

連携の要点は役割分担と重なり合いながらの支援協力です。それぞれの機関にはそれぞれ役割があります。障害福祉サービスがまだ導入されていない場合には、市町村が支援の組み立ての担当責任者になります。しかし、そのことは上記でも述べたように、市町村の保健師だけで問題を全て解決することを意味するものではありません。むしろ、問題の対応に困る可能性があれば、早めに保健所などと相談して、課題の整理や今後の支援の方向性を確認しておくことは大切です。ぎりぎりまで抱え込んで、どうにもならなくなってから保健所や医療機関に対応を依頼しても、支援体制が整っておらず、支援要請を受ける側も十分な支援を行えません。早めに相談しておくことで、必要なタイミングで必要な支援を入れることが可能になります。

では相談するのはどのようなタイミングがよいのでしょうか。これについては、決まったルールがあるわけではありません。まずは自分たちで相談を受けて訪問するなどして、課題の整理を行ってみます。しかし、後述するような事例では対応がそもそも困難であることが多く、早めの相談が望まれます。また表立った大きな問題がなくても、ひきこもってなかなか出てこない状態の人がいることを把握した場合などは、情報収集を早めに始めておき、保健所とも情報共有をしておくことは、市町村の現状を保健所に知ってもらっておくという点でも重要です。

医療機関の協力について、市町村から依頼をするのはハードルが高いかもしれません。このような場合、保健所と相談することで、適切な形で医療機関に協力を求めることができる場合があります。医療機関も万能ではありませんので、診断をつけて、薬物療法を開始したからといって、問題が全て解決するとは限らないことは上述した通りです。生活支援の課題については、医療機関とも相談しながら、障害福祉サービスの導入など、市町村での対応を検討することは大切です。

連携については大切なことは、日頃から早めに保健所などに問題になりそうな事例のことなどを共有

しておき、必要な場合には事例検討会や一緒に訪問に行くなど一緒に考えてもらうことです。そして連携機関に協力してもらっても、それは全て相手にお任せするわけではなく、市町村の担当者としてどのような動きをすれば、他の機関の支援が行いやすいのか、自分たちができることは何か、それが難しい場合もどのようなサポートがあれば、支援がうまく回るのか、という意識を持ちながら支援に関わることです。これはもちろん市町村に限った話ではありません。連携に関わる全ての機関がこのような意識で協力できれば、スムーズで満足度が高い連携体制ができるようになります。

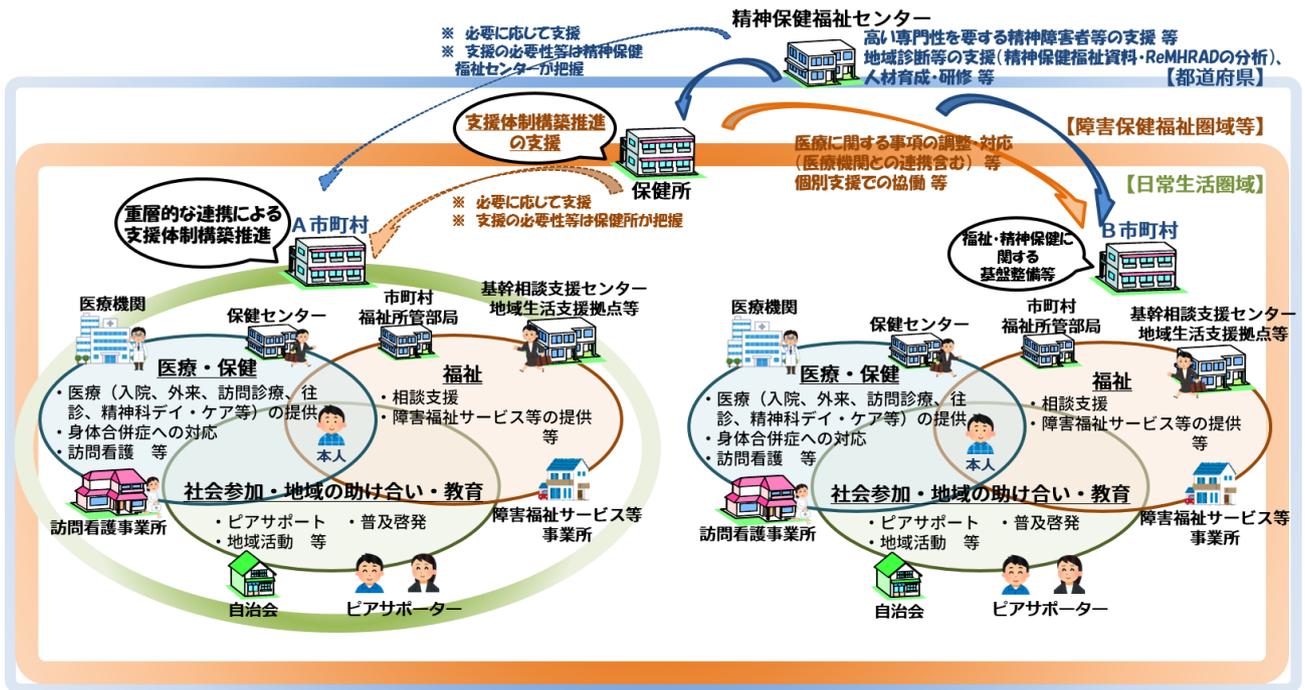
3. 保健所、精神保健福祉センター、医療機関からの市町村支援

ポイント

- 市町村の担当者が困った事例については保健所と早めに相談する。
- 保健所の担当者は、市町村の担当者と事例を共有し、場合によって一緒に訪問するなどして、事例の見立てを行う。
- 精神医療の評価が必要と考えられる事例では精神保健福祉センターに相談する。
- 協議の場の運営、人材育成、計画策定などについても、保健所、センターへの協力を必要に応じて依頼する。
- にも包括では、バトンタッチ型ではなく、重層的支援体制が重要である。

1) 市町村への適切なバックアップシステムの構築へ

「にも包括」は、高齢者の地域包括ケアシステムや子育て世代の包括的支援体制、さらには地域共生社会の構築などのように、市町村が中心となって構築することになることが想定されています。それは「にも包括」が地域共生社会の構築に資するものとされているためです。それゆえ、上記のように、市町村でまずは精神保健相談ができる体制を作ることが大切になります。しかし、このことは、市町村だけで「にも包括」を作ることの意味するわけではありません。むしろ、これからの時代に求められているのは、市町村が自分たちで抱え込むのではなく、他の機関に丸投げすることでもなく、市町村がまずは相談を受けながらも、それぞれの機関が適切な役割分担を行うことができるように、適切なかつ効果的な連携・協力体制を作ることです。このような体制を、依頼したら、依頼を受けた機関が全ての支援を行うような、バトンタッチ型の支援と区別して、「重層的支援体制」と表現します。このような連携体制、バックアップ体制の重要性は、地域共生社会の議論でも強調されており、「重層的支援体制整備事業」として事業化されています。「にも包括」における重層的支援体制の中でも、市町村・保健所・精神保健福祉センターあるいは精神科医療機関の重層的なバックアップシステム（いわゆる「縦串」）は重要になります。令和2年度の「にも包括」構築に係る検討会では、自治体の精神保健の重層的支援体制を以下のような図9として示しています。



(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に係る検討会報告書」より)

図9 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける自治体の精神保健

これまでによく見られたパターンは、相談を抱え込んで他の機関に相談できず（あるいは相談しても受け入れてもらえず）に疲弊してしまう経験があった、あるいはそのことを懸念して相談を受け入れるハードルが上がってしまうことです。このような状態になると、市町村から保健所への相談が流れていかず、結果として保健所も市町村ニーズが把握できなくなります。また市町村も保健所を信頼できない状態が固定化してしまい、お互いの連携ができなくなります。こうなってしまうと、支援が必要な人たちへの相談を受けることも難しくなり、全体としての支援体制が地域の支援ニーズを拾い上げられなくなってしまいます。

このようにならないためには、相談を受けた場合、困った場合に早めの相談ができること、保健所やセンターでも早めの相談受け入れができるバックアップシステムが大切になります。市町村が自分たちで相談を抱え込まなくて済むようになることで、保健所も市町村の状況把握が行いやすくなり、支援体制を組みやすくなります。そのことで、市町村も相談を受けての解決に向けた流れを作りやすくなり、少なくとも一緒に事例の対応について考えてくれる機関ができ、支援体制を広げることが可能になります。そのため、自信をもって相談を受けることができるようになります。もちろん精神保健福祉センターもこのような支援の流れをしっかりサポートすることが必要になります。このような流れができることで、地域の支援ニーズによりしっかりとアプローチできるようになります。以上の相談の流れの好循環を作ることが意識することが大切です。

精神保健相談について言えば、相談をまずは市町村の担当で受けることが求められます。そして必要な評価を行い、精神科医療機関につなぐことができるか、障害福祉サービスの導入ができるか、その他の生活支援の必要性があるか、などを検討していきます。以下のような場合には、保健所とも早めに相談し

と一緒に対応を検討した方がよいでしょう。

- (1) 治療や支援に対する拒否が強く、アプローチが困難である。
- (2) 家族ぐるみで精神保健の課題を含めて複数の課題を抱えており、どこからアプローチしたらよいか分かりにくい。
- (3) 家族がいるが、理解や協力が得られにくく、キーパーソンが不在である。
- (4) 大声や迷惑行為などで近隣からの苦情も多く、対応に困る。
- (5) 精神科医療機関への通院が中断しており、幻覚や妄想などの存在が示唆される。

上でも述べたように、「にも包括」では、市町村・保健所・精神保健福祉センターによる重層的支援体制の重要性が、検討会の報告書でも強調されています。この協働の一つの大きな意義は、市町村の担当者が自分たちだけで事例を抱え込んで疲弊するのを避けることにあります。早めに保健所に相談ができること、保健所も一緒に訪問に行くなどして、伴走できるようにする。それでも困難を感じるようであれば、早めにセンターに相談する。それによって市町村の担当者が感じる負担を減らして、みんなで支えているという関係を作ることが大切です。このようなバックアップ体制がある中でメンタルヘルスの課題がある人たちへの支援を行うことで、精神保健の相談支援をすることの負担感、苦手意識、失敗体験を減らすことが可能になるでしょう。そのことによって精神保健相談のハードルを下げ、より多くの人たちに早めの支援を導入することで、課題が重複して解決が難しくなる人を減らすという好循環にもっていくことが、このような支援体制の意義です。

その際に重要なのは、市町村、保健所などがそれぞれの役割をある程度もちながらも、重なり合って支援を厚くすることです。それによって、支援ニーズが高く、支援密度が必要な時期を乗り切っていく。そして事例として市町村での対応がある程度軌道に乗る、精神科医療機関での治療に安定してつながる、などの状態になれば、市町村などと相談の上、保健所としての支援は頻度を少なくして、その後の経過の報告を受ける、あるいは一旦は終了して、その後に心配な状況があれば再び支援を再開する、などの方針を決めます。このような体制は、上にも述べたように、お互いに重なり合って支え合うことに中心的な意義を想定しており、われわれは「重層的支援体制」として今後の市町村を中心とする「にも包括」でも重要な支援体制のあり方と考えています。

2) 市町村を支援する保健所やセンターの動き

ポイント

- 保健所は市町村からの相談には早めに対応する。
- 保健所は市町村からの相談と一緒に関わり、一緒に訪問するなどにより、精神保健の課題やその他の課題などの整理を行い、必要な連携機関を考える。
- 精神医療の評価が必要な事例や多職種による支援が必要な場合には、精神保健福祉センターや地域の精神科医療機関と相談を行う。

① 保健所の動き

市町村が一次窓口として、相談を受ける中で、精神保健の評価を行います。そこで評価や介入に困難をきたした場合に、保健所は早めに相談を受けます。市町村からの困った課題に対しては、まずは一緒に考えるという姿勢で関わります。

精神保健に関しての保健所の強みは以下のようなものがあります。

- (1) 精神保健相談をこれまで受けてきているので、対応のノウハウがある。
- (2) 措置通報等精神科救急対応が多く、実地審査も含めて精神科医療機関との関係が深い。ため、受診や入院・退院の調整を行いやすい。
- (3) 警察との連携が強いため、事例の対応で市町村・警察・医療機関との情報共有や連携調整を行いやすい

市町村によっては、精神保健相談にあまり慣れていないところもあるかもしれません。その場合には、一緒に相談や訪問に関わる中で、精神保健の課題とそれ以外の課題などを整理して、どこから支援を開始するか、また必要な連携先はどこかなどを一緒に考えます。受診や入院などを考える場合には精神科医療機関への連絡を行います。一方、精神科医療機関受診への治療拒否が強い場合には医療契約ができないため、精神保健福祉センターに相談することが望ましいでしょう。このような場合は、保健所を通しての連絡を行うことで、今後の支援調整などが円滑に行うことができます。

保健所が管轄する市町村によっては、精神保健担当者が一人しかいない、あるいは精神保健相談に慣れていないところなどがあります。このような場合、個別支援を一緒に行いつつ、保健所は市町村の担当者を集めて研修を行う、あるいは事例検討会を開催する、ケア会議を開催するなど様々な方法により、市町村の対応能力の向上を図ることが望まれます。また場合によっては、市町村内の横断的な連携体制ができるように精神保健担当者と相談を行います。

保健所が相談を行うにしても、そのことは市町村が対応している事例を保健所が肩代わりすることにはならないことはもちろんです。保健所は市町村と重層的に関わることで、個別事例支援を厚くすることになります。問題解決を促進する、あるいは市町村が問題を抱え込んで孤立するのではなく、伴走型支援を厚くすることで、燃え尽きを防止します。

② センターの動き

精神保健福祉センターは、都道府県、政令市などに設置が義務付けられている機関で、地域の精神保健の専門機関です。精神保健福祉センターは、精神科医師のほか、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者など多職種で構成されているのが特徴です。センターでは、困難事例へのアウトリーチ、ひきこもり、依存症、自殺などの専門性が高い相談を行う役割もあります。このような内容の相談に関してそれぞれの担当者が対応することができます。

市町村が困難事例を抱えた場合、保健所への相談を通して、必要な事例にはセンターも一緒に協力して対応します。この場合、保健所と同じく、センターが依頼事例を丸ごと引き受けて対応するというよりも、市町村、保健所と一緒に相談支援を行うことで、市町村の困難事例への対応をバックアップし、対応

能力を高めるサポートを行います。こうした対応を一緒に行うことにより、市町村等の機関が精神保健相談支援の事例対応力を高めることが期待されます。

また、センターはこのほか、研修会や事例検討会なども開催して、市町村などの精神保健相談の能力向上を図ることも行います。最近では、オンラインで研修会を開催することが多くなっており、集合型の研修に比べると参加しやすくなっています。精神保健の分野は障害や治療の知識や制度などが日々更新されてきています。忙しい中ではありますが、なるべく研修への参加を行い、知識とスキルの向上を目指してください。

③ 都道府県等の主管課の動き

都道府県主管課は、直接は市町村を支援する機会はそれほど多くはないかもしれませんが、しかし、都道府県主管課は都道府県全体の「にも包括」推進において下記のような重要な役割を果たします。

- (1) 都道府県本庁内での「にも包括」の周知と精神保健の重要性の啓発
- (2) センター・保健所・市町村の重層的支援体制構築を中心とした「にも包括」推進のための予算確保と事業策定と各部署や団体間の調整
- (3) 保健医療計画や障害福祉計画などの計画策定
- (4) 保健所、センターの予算、事業化、人員体制等に関するバックアップ
- (5) 市町村が取組む地域包括ケアシステムを支える精神科救急医療システム構築

3) 精神科医療機関によるバックアップ

① 精神科医療機関の役割

地域で本人や家族が自ら精神障害を疑って、受診に赴くとは限りません。「すべての住民のメンタルヘルスの課題」でも述べたように、自分が精神障害であるという自覚があまりない人への対応の場合、精神科医療機関につなぐ工夫が必要になります。精神科医療が必要な場合への対応として以下が考えられます。

- (1) 本人や家族に受診を勧めることで診療に赴く、あるいは訪問診療を受けることができる場合
- (2) 治療に対しては拒否的であるが、精神保健相談を活用して、相談の枠組みで精神科医などが訪問に赴くことができる場合
- (3) 治療への拒否が強い、あるいは家族も協力が得られないなどで、診療につながる見込みが難しい

(1) の場合には、本人や家族に対して、本人が困っている点が精神障害である可能性があること（あるいはなんらかの病気である可能性があること）を伝えて、受診を勧めます。もし受診に同意する場合も、あとで本人が受診に消極的になる可能性がありますので、状況を医療機関職員によく伝え、早めの受診予約を調整してもらおうとよいでしょう。また場合によっては、受診に同行するなどにより確実に受診につながってもらうことも有用です。家族がきちんと受診に同行してくれる場合はよいですが、受診だけを

指示しても、本人の気が変わったり、家族がうまく趣旨を理解できていなかったり、あるいは医療機関も状況がよくわかっていなかったりなどで、医療機関につながらないこともしばしば見られます。医療機関にもこのタイミングでの受診がどれだけ重要であり、ここでしっかりした対応をしてもらうことが大切であることを理解してもらうことが大切です。それと同時に、確実な受診につなげるためには、支援者が同行することも選択肢として検討することが必要な場合があります。医療機関としても、状況をよく知っている市町村等の保健師が受診に同行してくれることで、より適切な治療判断が可能になります。またこのような機会を積み重ねることで、医療機関との信頼関係を作ることができます。このような場合、令和4年度からは診療報酬では、市町村等から依頼があったときにひきこもりや治療中断者に対して訪問診療を行うことに対して、報酬がつくことになりました（精神科在宅患者支援管理料）。今後の普及が期待されます。ただし、この管理料は、本人の同意が得られる場合に限られますので注意が必要です。

(2)の場合は、上記のような努力を行っても、受診につながらない場合に行う方法です。市町村や保健所などで行っている精神保健相談に精神科医が来ている場合、その精神科医に訪問同行を依頼する方法があります。精神科医により診断を行い、その後の支援の見立てを行うことができます。また訪問によって精神科医がその精神障害者と関係を作り、その医師が所属する医療機関受診に結びつけやすくすることが期待されます。

(3)は、上記のような方法では対応が難しい場合の支援です。実際、地域では、精神科受診への拒否が非常に強く、数回の訪問でも全く関係ができない、そもそも訪問しても会うことができないなどの精神障害者が少なくありません。このような場合には医療機関による診察や訪問は困難です。精神保健福祉センターへの依頼を行い、精神科医などの訪問を依頼します。利用が可能であれば、多職種アウトリーチ支援を依頼できれば、保健師だけで訪問するよりも、頻回にこまめな訪問を行うことができますし、いろいろなアプローチを試すことができますので、より効果的です。この場合も、保健所と相談しながら、センターへの依頼を行うことで、今後の連携が円滑になります。

② 医療機関との連携

精神科医療機関との連携については、いくつかの留意点があります。精神科病院では、地域連携担当部門などに、精神保健福祉士や看護師が常駐していることもあります。このような場合、支援や外来診療、あるいは入院に関する相談は、この地域連携担当部門が窓口になります。日頃から、この部門の担当者とはよく相談しておくこと、地域移行支援などの事業を通して交流する、退院支援などで一緒に関わる、自立支援協議会などの協議の場で意見交換をしておく、などで、顔馴染みになっておくことが望ましいです。

精神科医との直接の連絡は、精神科医の多忙のため、簡単にはできにくい状況です。事例のケース会議、精神保健相談や障害福祉サービスの支援区分認定の会議や、研修講師を依頼する、などの機会に交流することは有用です。精神科病院では、精神保健福祉士などを通じて、外来主治医との連絡を行うことは可能ですが、精神科診療所では、このような担当者が不在のことが多く、外来主治医との連絡が難しいことが課題です。このような場合には、精神障害者の外来受診に同行するなど必要なことがあります。

精神科病院では、看護師との連携も重要です。これについては、地域移行支援などを通して、病棟看護師と交流を行うことが有用です。また、事例のケース会議などに参加しておくことで、看護師との意見交

換を行うことができます。

4. 個別の精神障害者支援

ポイント

- 精神障害者への生活支援や福祉サービスは、主に障害者総合支援法にて規定される障害福祉サービスにて提供されるが、十分に利用されていない場合もある。必要な人に適切な利用がなされるように、当事者、家族や関係機関に働きかける。
- 治療中断は予防が大切であり、リスクがある人たちには障害福祉サービスや訪問看護などを導入しながら、見守り体制を作っていく。
- 地方自治体による精神科入院患者への退院後支援は、治療継続に課題がある精神障害者に対して多機関による支援を行う。保健所が中心となって支援調整を行うが、市町村も障害福祉サービスの導入ほかに必要な支援の導入を行う。
- 地域移行支援では、公開データを用いて、それぞれの市町村ごとの長期入院者数を把握しておき、必要な地域移行・地域定着支援を含めた障害福祉サービスなど必要なサービス量を把握しておくことが必要である。
- 市町村長同意の医療保護入院者では、入院後の状況確認が不十分であることが指摘されている。このような患者では家族の支援が得られないため、面接の上、必要な支援導入を考えることが必要である。

1) 精神障害者と関わる際に心得ておきたいこと

- 「病名」でその人を判断しない。

診断によって薬物療法が変わってきたり、利用できるサービスがある程度異なったり、思考や行動の特性が変わったりすることがありますが、「統合失調症の人」「躁うつ病の人」という理解が逆に先入観となってしまう、ご本人との関係を損ねたり、ご本人にとって有用ではないサービス利用になってしまう可能性があります。精神科の診断は身体疾患に比べると、確定診断できる検査もありません。また診断がついたとしても、ご本人の人柄、これまでの人生経験、家族関係、交友関係、社会との関わりなど個別具体的に理解することが必要です。診断について知ることは必要ですが、診断にとらわれない態度も必要になります。診断を踏まえたうえで、その人の生きてきた歴史や人となりを知るようにしましょう。

- 精神科の常識にとらわれない

「幻覚妄想は肯定も否定もしない」「うつ病の人は励ましてはいけない」「暴力を振るうときは警察による介入を家族に指示する」「精神科の問題は医療につなげればよい」「精神科患者が依存しないように、突き放すことが必要である」など、「常識」として言われていることがいろいろとあります。これらの常識については、地域支援を行う中で見直されてきています。

- a. 「幻覚妄想は肯定も否定もしない」：幻覚妄想を否定することで、ご本人との関係を悪くする可能性があるため、否定しないというのは基本的に大切です。肯定しないという態度よりも、例え

ば「そのことは自分が体験していないので、もっと教えてください」「そのことであなたが困っているようで、心配です。もう少し詳しく教えてもらえると助かります」など、幻覚や妄想に関して発言されたことを、関係づくりのきっかけとするような態度で接することが有用であることが、地域支援の経験からわかってきています。

- b. 「精神科の問題は医療につなげればよい」：もちろん精神障害の治療については、医療機関による薬物療法や精神療法が重要であるのは間違いありません。しかし、本手引きでも繰り返し述べているように、精神障害は生活面のさまざまな困難さと分かちがたく結びついており、精神障害が生活面の困難さを悪化させ、また生活課題の悪化が精神障害を悪化させる、という負の連鎖があります。この点では医療につなげつつ、医療と協働していくという姿勢が大切になります。
- c. 「暴力を振るうときは警察による介入を家族に指示する」：もちろん患者の暴力がひどく、危険な時には、警察への通報が必要な場合があります。ただし、このような指示は家族にとってハードルが非常に高く、実際には家族が警察への通報を躊躇う場合が多いです。暴力への対応方法を勧める前に、暴力がない時にはどのようなコミュニケーションがなされているのか、どのような状況で暴力が起こってくるのか、暴力が起こった後はどのようなことが起こるのか、というように、暴力を含めた普段からの家族関係をよく整理することが必要になります。また、当事者の暴力以外の普段の行動をよく聞き取ることも必要になります。もし暴力があるとき以外に健康なコミュニケーションがあるならば、そちらを意識して増やすことが対処方法としては必要かもしれません。また暴力があるときには早くその場から避難することが有用な場合もしばしばあります。
- d. 「精神科患者が依存しないように、突き放すことが必要である」：依存の問題もしばしば言われることです。もちろん、精神障害の当事者ができることを全て支援者が肩代わりしてしまうことは望ましくありません。しかし、当事者の現在の精神障害や能力障害の程度からは、自分ではできないこともしばしばありますので、そこを丁寧に評価することは重要です。その上で、可能であれば本人と一緒に行動することで、支援を行いつつ、本人のスキルを向上させることは有用です。例えば、諸手続き、買い物、保清などはなかなかハードルが高いものです。もちろん、市町村の保健師がこれと一緒に行動することは困難ですので、医療機関や障害福祉サービスの機関、あるいはもし可能であればアウトリーチ支援者などが、当事者と一緒に生活上の困ったことを本人と一緒に行動することでできれば、その後の必要なサービスに結びつけたり、あるいは本人のスキルの向上が見られて、自分でできるようになることが可能になります。精神障害者の支援では、本人だけではできないことを、最初は支援者が行うが、その後は、一緒に本人がいるところで支援者が行う、それから、支援者が一緒にいるところで本人が行う、最後に本人が一人で行う、などのように、最初は本人がクリアできるハードルを下げて、少しずつ（スモール・ステップといいます）本人ができることを増やすことが有用です。その意味では「依存しないように突き放す」のではなく、「本人ができることを尊重しつつ、最初はできないことをサポートしつつ、本人ができることを少しずつ増やしてもらおうプロセスと一緒に歩む」というのが適切な言い方になるでしょう。

う。

市町村の保健師が上記の全てを自分たちでできるわけではないでしょう。精神障害は外傷などと違って、障害の状態、程度などが明確にはわかりにくいところがあります。そのため、いろいろと言われている「常識」が必ずしも当てはまらない場合があります。このあたりは、精神保健福祉センターなどが行う研修などを活用して、常に新しい知識を取り入れるようにしてください。

2) 市町村が提供している障害福祉サービス

精神障害者や知的障害者、身体障害者などへの生活支援や福祉サービスは、主に障害者総合支援法にて規定される障害福祉サービスにて提供されます。精神障害者で外来治療を受けられている人たちも、障害に基づく一定の生活機能の障害があり、家事や買い物などの援助、居住に関する支援、就労にかかわる支援など、それぞれの障害や希望に基づいて、何らかの支援提供を受けることが必要になります。基本的にはこれらの支援は本人からの申請に基づいたものになりますが、以下の理由から、必要な人に適切な支援が届いているとは限らないのが現状です。

- (1) 本人や家族のところに必要な支援や手続きに関する情報が届いていない
- (2) 情報は届いていても、その内容を十分に理解できていない
- (3) 必要性は感じていても、どのように手続きをすればよいのかわからない
- (4) 手続きを行うために出かける交通手段や費用面の課題がある、

障害福祉サービスによって適切な生活支援が入ることにより、精神障害の人たちの生活が安定し、治療中断や再発などが低下することが知られています。逆に、必要な障害福祉サービスが入らない状態では、外来通院を継続していても、生活課題が積み重なり、長期的には家族が支えきれなくなって、頻回の救急受診を繰り返したり、措置通報などの危機介入が必要になったり、長期入院になったりするなど、転帰が不良になる恐れがあります。それゆえ、このような支援が必要な人たちに届くようにすることはとても重要なことです。

市町村としては、以下の点に留意して制度の利用を図ることが求められます。

- (1) 精神障害の当事者、家族への制度の周知を図る
- (2) 支援者から当事者、家族に制度利用を勧めてもらうことができるように、精神科医療機関に制度の周知をしっかり行う。
- (3) 制度に関する相談を受けた場合には、わかりやすい形で障害福祉サービスについての説明を行う。
- (4) 当事者の支援がうまく回っていないことが関係機関などから明らかになった時には、障害福祉サービスが適切に活用されているかどうかを検討し、必要な支援が入るように関係機関とも相談する。
- (5) 障害支援区分認定の申請があった場合には、速やかに審査にかけ、適切な区分認定が出るように

する。特に地域移行支援については、入院期間の問題などがあるため、早めの審査ができるように書類の整備などを働きかける。

- (6) サービスの利用状況を把握し、必要な支援メニューが不足していないか、利用されにくい支援メニューがないか、などを検討し、メニューの充実を図る。

障害福祉サービスは以下のように構成されています。

- (1) このサービスを受けるためには、まずは障害支援区分認定を受ける必要があります。市町村障害福祉担当に申し込みを行います。本人や家族にもこの認定の目的などをよく理解してもらいます。
- (2) 調査員による生活機能などに関する調査が行われます。本人の認知機能の障害などにより、当事者から調査員に正確な情報を伝えられない場合もあります。本人、家族、場合によっては、本人をよく知っている支援者が同席して、本人の状況について正確な情報が記録されることが大切です。
- (3) 主治医意見書を主治医に書いてもらいます。主治医にも地域生活の困難な点について正確な状況を伝えておくことで、より適切な意見書の記載が行われるようになります。
- (4) 区分認定が出たら、それに基づいて相談支援専門員を決めてもらい、障害福祉サービスの導入を行います。

3) 未治療・治療中断者の支援

未治療の精神障害の方の支援については、「1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」がこのような人たちへの支援について書いています。こちらを参照してください。

治療中断者は精神科の外来治療では非常にしばしばあり、それによって近隣とのトラブルになったり、就労が継続できなくなったりで、その後の社会生活にも大きな影響を及ぼす可能性があります。このため、治療中断は極力予防することが大切です。もし治療中断になってしまった場合には、早期に介入することで、治療中断の期間を短くすることが大切になります。ただし、中断した事例では、医療に対して強い不信感を抱いている人も少なくありません。このような場合には支援も困難となります。対応としては、未治療の方と同じように、「1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」の項をご覧ください。

治療中断の予防には以下のような点が大切です。

- (1) 医療機関が定期的な予約を把握しており、決められた予約日に受診されない場合に連絡を取り、薬物療法や他の治療の中断を防ぐ。
- (2) 経済的困難や家庭機能の低下など生活課題が多い人、これまでに医療中断で入院歴がある人、単身で周囲の支援が得られにくい人など、受診状況以外の生活課題が多い人については、障害福祉サービスを導入することで、生活機能の安定化を図るとともに、見守りをできるようにする。また訪問看護も導入しておき、薬物療法の確認や、受診状況、再発の兆候などの見守りを行える人

を増やしておく。また可能な範囲で市町村保健師が訪問に行き、状況を把握しておく。医療機関とも連絡を取っておき、中断した時には早めに訪問等の支援ができるようにしておく。

- (3) 以上のように、治療中断者への対応は、市町村だけでは対応が難しい場合が少なくありません。保健所や医療機関と相談して対応を工夫することが必要になります。こうした対応の体制を地域でどのように整備するかは協議の場で話し合うことも一案です。

4) 退院後支援

精神科に入院した人の多くは、退院後も継続的に医療等の支援を必要としています。通院先の医療機関が医療の提供を行い、必要に応じて障害福祉サービスの利用を促していくのが一般的ですが、入院者の中には、さまざまな理由で自治体が積極的に退院後支援を行うことが望ましい場合もあります。たとえば、以下のような場合が考えられます。

- (1) 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置歴）がある人
- (2) 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い人
- (3) インフォーマルな支援者（家族、友人等）がいない、孤立しがちな人
- (4) 家族がさまざまな社会的課題を抱えている人（家族に介護が必要、小さい子供がいる等）
- (5) 経済的な問題（金銭管理に関する課題も含む）を抱えている人
- (6) 1年以上の長期入院
- (7) 保健所や警察が関与して入院となった人

これらの人々が退院後に地域でその人らしい生活を安心して送れるようになるため、必要な医療等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的に、2018年3月27日、厚生労働省から社会・援護局障害保健福祉部長通知として、「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について」（障発0327第16号、以下、「ガイドライン」）が発出されました。このガイドラインでは、臨床的に退院後支援が必要と判断された人に対する標準的な支援の手順が示されています。国から発出されたガイドラインを踏まえて、独自のガイドラインを作成している都道府県もありますので、ご自身の都道府県のガイドラインを確認してみてください。

このガイドラインでは、多職種・多機関が連携し、本人の希望や価値観を重視した支援体制を整備することが重要とされており、本人の支援ニーズを的確に評価することや、本人及び家族その他の支援者（本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者）の意向を十分踏まえながら、支援対象者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供することが重視されています。ガイドラインに基づく顔の見える連携を通じて、「にも包括」の構築にも寄与することが期待されています。図10に、退院後支援の「にも包括」への波及効果を示します。

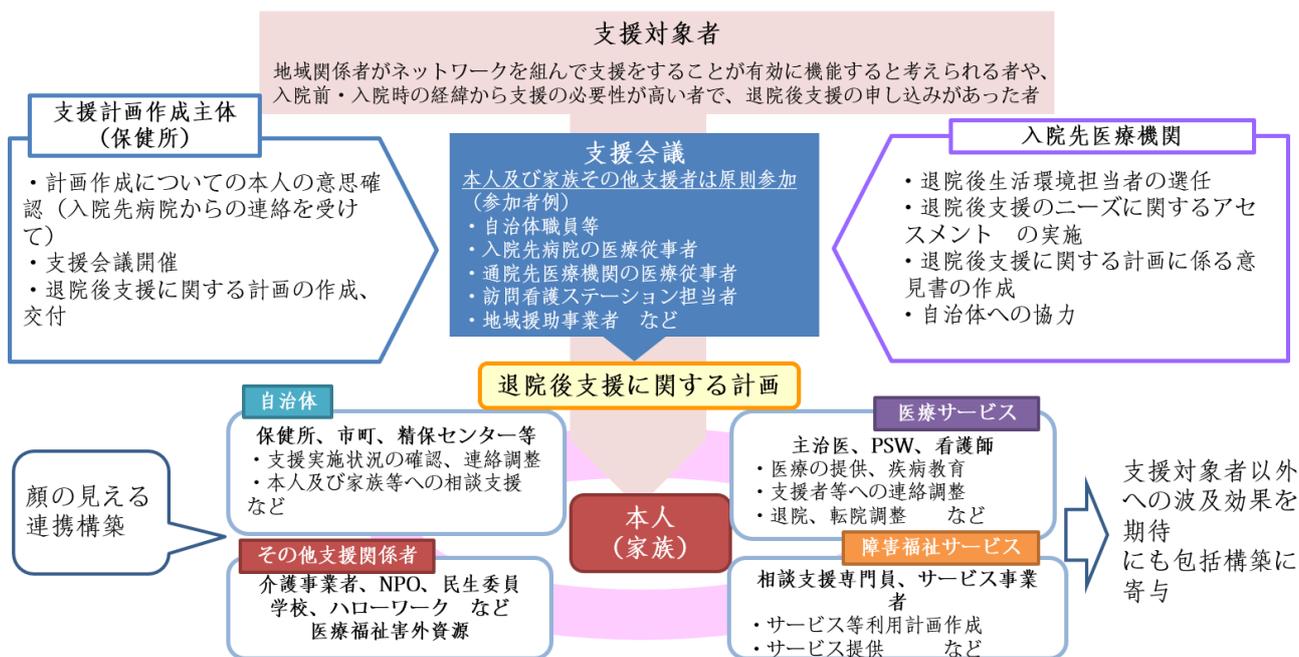


図 10 退院後支援

退院後支援は、保健所が中心となって実施することとなっていますが、本人にとって最も身近な自治体であり、障害福祉サービスの利用決定を行っている市町村も、積極的に関与することが望めます。退院後支援を通じて、市町村と保健所との連携体制の強化を図ることができれば、「にも包括」の構築に大いに寄与するものと考えられます。

5) 地域移行・地域定着支援

長期入院の精神障害の人たちは、もともとの精神障害に加えて長い期間病院での生活が続くことによって、地域生活に必要なスキル（食事の用意、買い物、金銭管理、掃除、保清、家電製品などの使用、故障した家具の修理、レクリエーション、交友、近所付き合い、押し売りへの対応など）を失ってしまっていることが少なくありません。また長期間の入院環境に慣れてしまうことで、地域生活のイメージも失われてしまい、新しく地域生活を始めることに強い不安を覚えることもよくあります。長期入院者の地域移行支援では、当事者のこのような不安と、地域移行の過程で必要な課題を理解しておくことが必要です。また本人がどれくらい自分で生活を行うスキルがあるのか、それが不十分な場合にはどれくらいトレーニングすることによりできるようになるのか、もしそれが難しい場合にはどのような障害福祉サービス等による支援が望ましいのかを、本人とも確認しながら、地域生活に移行していくことが求められます。

長期入院者の地域移行支援は、本人の「退院したい」という希望から始まり、それを実現させるための病院と地域の退院に向けた協力体制を作り、地域生活を行う際の課題を整理し、本人の希望と相談しながらそれぞれの課題への対応策を検討します。こうしたプロセスを、本人が退院後の生活への希望と自信をもってもらえるように、本人のペースと希望に寄り添いながら、一緒に進むことが必要です。

① 病院職員と地域支援者の地域移行への理解

地域移行支援は、退院に向けたプロセスを始めようとする精神障害者その人の希望が最初です。しかし、それを精神障害の人たちが持てるようになるためには、退院を支援する病院職員、退院先の受け入れをすることになる市町村職員、実際の地域生活支援を組み立てる相談支援専門員など地域援助事業者、保健所職員そのほかの関係者の間で、地域移行支援の全体の流れや退院後の生活について大まかに合意やイメージ共有が得られていることが大切です。実際の支援の流れでは、それぞれの機関が必要な役割を適切なタイミングで果たす必要があります。この点では、前章の「1.すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」で多機関連携において記載した内容と同じです。

そして、このことがうまく機能するためには、病院内外の研修会や協議の場などで、地域移行を行った当事者の声や実際の支援報告を見聞きしたりすることで、地域移行支援の具体的なイメージを共有しておくことがまず大切です。地域生活の苦労はありつつも、「退院してよかった」と嬉しそうに生活する人たちの姿を見ておくこと、そしてできれば地域移行を実際に行った方からの感想を聞く体験をすることが、支援の大きなモチベーションになります。圏域で、病院地域交流事業など地域移行に関する事業やイベントがある場合には積極的な参加が望めます。

さらに地域移行の必要性を、長期入院者の数として把握するためには、ReMHRAD(地域精神保健医療福祉

資源分析データベース) (<https://remhrad.jp/>よりアクセス可能) が有用です。市町村単位で、その市町村に所属する医療機関に入院している患者数や、患者の住所の市町村ごとの入院者数などが表示されるようになっていきます。特に、自分たちの市町村以外の精神科病院に長期入院している精神障害者の数についても、ReMHRAD でわかります。こうしたデータを見ることで、量的な地域移行支援ニーズを知ることができます。この点についても、会議などで病院関係者も含めた支援者間で共有しておくことも有用です。

② 退院に向けた意欲の喚起

地域移行支援は入院患者に退院してもいい、あるいは退院したい、という希望を持ってもらえることが大切です。このための方法としては以下のようなものがあげられます。

- (1) 実際に退院して地域生活をしている精神障害者の人の体験を、入院患者や病院職員に向けて話してもらおう。
- (2) 地域移行支援の制度について、入院患者や病院職員に説明をする機会を作る。
- (3) 希望者を募って、入院患者や病院職員が地域の資源を見学する機会を作る。
- (4) 病院外の支援者が病棟内に入って、病棟内で患者や職員と接触できる機会を作る（コロナの状況下ではこれは難しいかもしれません）。
- (5) 相談室のような場所で、精神障害者と病院の担当職員と一緒に地域移行の制度や市町村が提供できる支援について個別に説明する機会を持つ。

このうち、実際に精神障害を体験した人が退院支援に関わることがピアサポートとして注目されています。ピアサポートは障害福祉サービスの報酬の対象にもなっており、今後の活用が期待されます。その他にもいろいろな工夫ができるでしょう。肝心なのは、病院の中で地域移行が特殊ではなく当たり前のことで、必要な支援があれば退院できるという雰囲気患者、職員の中に作っていくことです。もちろん、このことは地域移行支援を行いながら、徐々に作り上げていくものでもあります。市町村の職員としては、保健所や地域援助事業者とも協力しながら、このような雰囲気づくりができるように積極的な参加が望まれます。そのためにも、病院職員と市町村職員が話をする機会をなるべく作ることを求められます。

<地域移行支援体制の整備事例>

ある保健所圏域での体制とその地域の市町村が果たしている役割を事例として説明します。

(1) 会議への参加

地域移行推進のために、保健所が地域移行推進協議会を設置運営し、病院、相談支援事業所、市町村が参加します。それぞれの機関のトップ（病院では院長、市町村では担当部長や課長）が参加する協議会は年2回開催され、地域移行の目標設定、機関間の連携のルールを決め、市町村の障害福祉計画の進捗状況が報告されます。実務担当者の支援方針検討会が月に1回開催され、病院から

は看護師長、相談員、市町村からは、障害福祉担当者が出席して、具体的な支援方針が決定されます。市町村担当者は、会議に出席することで、自分の自治体からの入院患者の意欲喚起の進捗や退院に向けた準備状況の把握ができます。

(2) 地域移行支援申請の給付決定の迅速化

実務者会議に出席することで、各市町村の患者の退院準備状況が把握でき、地域移行申請がいつ提出されるか把握できるので、各市町村は関係書類さえ揃っていれば、申請時点で給付決定ができるように準備をします。

(3) 個別支援への参画

入院時点で市町村担当者が継続支援をしていた事例や市町村が措置をする養護老人ホームへの退院を希望している事例については、市町村担当者が個々事例の支援にも係わります。また、年齢によっては、介護保険サービス利用が必要な事例では、障害福祉担当者が地域包括支援センターへの連携を行います。

(4) 退院後の生活支援に必要な支援体制の整備

地域移行が進んでくるとグループホームが不足している地域や地域活動支援センターがない地域が明らかになってきます。各市町村は、地域移行をさらに進めるために、具体的に不足している地域資源が明確となるため、自立支援協議会での積極的な体制整備への取り組みがしやすくなります。

(5) 基幹相談支援センターの設置と運営支援

各市町村内に地域移行支援を実際に行う相談支援事業所があることで地域移行支援は効率的にできます。基幹相談支援センターが地域移行支援を実施する様に市町村は働きかけます。

(6) 上記の様な体制づくりについては、市町村からも保健所に投げかけてみることも大切でしょう。一人でも多くの入院患者がスムーズに地域に戻り、自立した生活を始めるための支援である「地域移行支援」の給付を行う市町村が、体制づくりにも役割を果たしていただくことを期待します。

③ 地域定着支援

地域定着支援は、地域移行での退院後に活用するサービスの一つですが、退院をきっかけに使うサービスと限定されているわけではありません。それ以外に、支援を行ってきた家族が高齢化して、入院や高齢者施設に入ったり亡くなったりして、精神障害当事者が一人暮らしを始めた時にも活用できます。また、そのような状況になる前に、家族が親亡き後の心配から、親が元気な間に本人が自立生活を始めることを決めた時にも活用できます。つまり、8050 問題やその予防のための最も役立つ支援と言えます。このような事例について、地域包括支援センターやケアマネジャーから相談を受けている市町村も多いと思われます。このような事例の地域での自立生活を支援する際に、地域定着支援を是非活用しましょう。

精神障害者が特に単身で生活する場合、日常生活のちょっとした困りごとなどでも困難をきたすことがしばしばです。そのような困りごとに対処できないことで、不安が強くなり、再発に至ることもあります。こうした困りごとへの対応を丁寧にするすることで、地域での生活に自信が出てきて、その後の再発予防にもつながります。

地域定着支援も一般相談の相談支援事業所が実施しますが、24時間の電話サービスの負担感や、支援単価が低いという理由から、実際には支援に消極的な相談支援事業所が多いのが現状です。この場合には、市町村が基幹相談支援センターに実施するように働きかける必要があります。

6) 市町村長同意の医療保護入院者への支援

精神保健福祉法第33条3項では、家族等がない、あるいは家族等全員がその意思を表示することができない場合には、市町村長の同意による医療保護入院ができることになっています。この場合の取り扱いの詳細は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条三項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について」（昭和63年6月22日健医発第743号厚生省保健医療局長通知 平成26年1月24日障発0124第4号による改正現在）の「5同意後の事務」において、「入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長がその同意者であること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握に努めること」と書かれています。

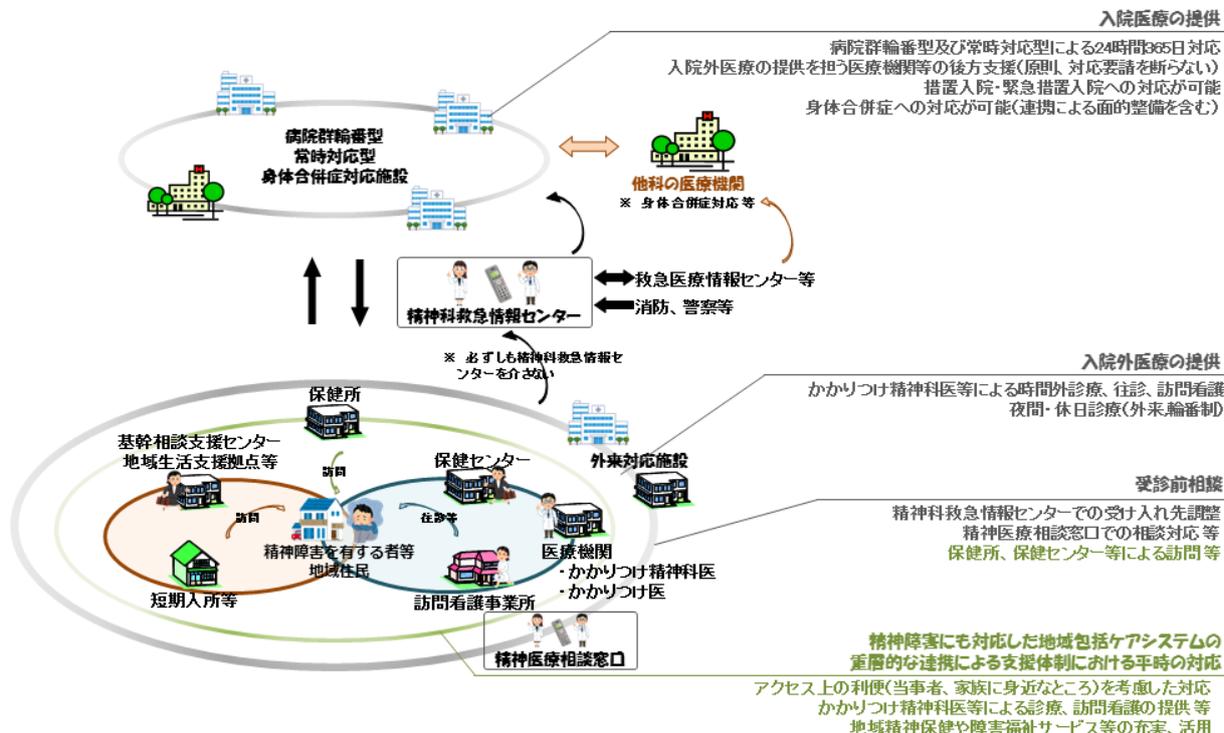
市町村長同意後の担当者による面接は十分に行われていないことが課題となっています。市町村同意によって医療保護入院した人の場合、家族の支援が期待できないわけですので、退院に向けて困難な課題がある可能性が高いと推測されます。またもし精神症状が落ち着いて退院したとしても、その後の生活破綻や精神症状の再発などが懸念されます。医療機関とも相談の上、障害福祉サービスの導入（特に地域移行支援など）、成年後見人制度の利用などを含めた生活課題とそれへの対処について検討を行うことで、退院に向けた支援を行うとともに、今後の再入院を防ぐための支援調整を行うことが必要です。

5. 危機介入

精神疾患では、急性発症や精神症状の急性増悪等により、危機的な状況に陥ることがあります。この場合の対応である危機介入も「にも包括」の重要な課題のひとつです。危機介入の一つの要素は、精神科救急医療体制です。令和2年度の「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ 報告書」では、精神科救急医療体制については以下のように整理されました。以下、これについて解説します。

精神科救急医療体制のイメージ

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の实情に合わせて体制を構築する必要がある



※ 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループでの意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(令和2年3月4日障発0304第2号)及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」を参考に作成
3

図 11 精神科救急医療体制のイメージ

1) 平時の対応・受診前相談

上記のワーキンググループ報告書では、危機に陥った時の対応の前段階である、平時の対応の重要性を強調していることは重要です。これは市区町村の保健師の日頃の予防に重点を置いた地域保健活動とも重なり合うところです。精神障害の危機的状態も、再発に至る際のきっかけや兆候があることが多く、こうした早期のサインを早めにキャッチして、適切な相談や介入を行うことが大切です。報告書では、例として、保健センターや保健所からの訪問、障害福祉サービスの整備などが挙げられています。もちろん全ての精神障害者の状態を市区町村の保健師が把握することは難しいでしょう。しかし、例えば以下のような状態の人に対しては、課題があると考えられる精神障害者の方には、本人や家族とも相談の上、精神科医療機関と協議して、障害福祉サービスを含めた生活支援によるサポートの導入を検討することも必要でしょう。

- これまでに再発を繰り返している
- 治療に対して拒否的であり、通院が中断しがちである。
- 社会から孤立しがちである
- 家族のキーパーソンが不在である

特に家族の高齢化は、残された精神障害者の生活の困難が予測されることも多く、適切なサポート体制ができていのかどうか、精神科医療機関などの関係者とも評価しておくことが望ましいでしょう。

またこうした対応とともに、これまでに精神障害の治療を受けていない人がメンタルヘルスの不調をきたした場合も、必ずしも精神科医療機関を受診するとは限りません。精神保健相談の窓口などを整備することで、ひとまずはメンタルヘルスの課題を受け止める体制を作ることが大切です。この際の相談の受け方、評価については、「1.すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」のところで詳しく述べました。もちろん、評価や対応に迷う場合などは、連携体制のところでも述べたように、保健所や精神保健福祉センターなどに早めに相談しましょう。

2) 入院外医療の提供

危機に置かれた精神障害者も、早期の段階で、外来や訪問による治療を行うことによって、必ずしも入院に至らないで危機を乗り切ることが可能です。日頃から入っている訪問看護が対応することで、危機の状態が把握され、その場で対応がなされることもあるでしょう。また市区町村で、精神科医療機関がある場合には、医療機関の協力を得ることで、このような対応が可能になるかもしれません。令和4年度からは、診療報酬の改訂により、市区町村からの依頼によりひきこもりや治療中断者への訪問診療することに対して、一定の診療報酬が得られることになりました（精神科在宅患者支援管理料：ただし、本人の同意が得られることが必要になります）。今後のこの仕組みの利用の広がりが期待されます。また、後述するアウトリーチの体制がある場合、集中的な訪問により、危機回避ができることもあります。また自治体によっては、自宅以外の場所で、クライシスハウスやホステルなどと呼ばれる形で、入院ではないが、スタッフがいて対応してくれる場所を提供できる場合があります。地域生活拠点という障害福祉サービスもこのような支援を提供します。以上を、必要とされる資源の投入量の少ないものから並べると、以下のようになります。

- 平時の対応による危機の予防
- 日頃の見守りによる危機の早期の気づきと早期の対応
- 訪問看護や外来や訪問による危機回避
- 自宅以外の危機回避の場所での休息

このように、危機の状態に応じた段階的な対応ができる体制を作ることが望まれます。できれば、平時の対応による危機の予防が望ましく、こうした体制の充実を検討したいところです。しかし、それだけでは十分ではない場合の、以上のような体制については市区町村だけでは難しい場合もあるでしょう。保健所とも体制構築を相談しておくことが望まれます。このように、危機介入といっても、入院医療によらない様々な対応があります。そうした対応の工夫によって、なるべく非自発的入院という強制的な対応ではない仕方での危機介入を充実させることが大切です。

3) 入院医療の提供

可能であれば、上記の1)、2)による平時の対応の充実と早期の危機介入により、入院に至らないで済む予防的対応が望ましいです。しかし、例えば以下のような場合には入院治療が必要になります。

- (1) 精神症状が著明であり、自宅や上記のような場所での支援では状態の改善が見込めない
- (2) 精神症状が悪化しているが、薬物療法を利用できない、あるいは副作用が強く、薬物療法等の集中的な調整が必要
- (3) 経口摂取ができない、身体合併症が深刻である、自殺のリスクが切迫しているなど、生命に危機が及んでいる
- (4) 深刻な自傷行為や他の人を傷つけるリスクが高い

入院医療の提供は、精神科病床を有する病院が行います。精神障害の危機的状態はいつでも起こる可能性がありますので、24時間365日対応できる入院医療体制の整備は重要な課題になります。この点の整備は保健所や都道府県が中心に行うことになります。

精神科入院でもできる限り、本人の理解と同意を得ての入院が望ましいことです。しかしながら、精神症状の悪化の場合には、本人の同意を得ての入院ではない、非自発的入院になることが少なくありません。もちろんこうした入院医療へのアクセスもセーフティネットとしては大切です。しかし、非自発的入院が精神障害者にとって侵襲的となり、その後に家族との関係に亀裂を生じたり、医療不信につながり、長期的には治療中断の誘因になったりすることで、再発と非自発的入院を繰り返すという悪循環に陥る場合もあることは注意する必要があります。メンタルヘルスの不調をきたした住民が、まずは平時の相談や外来、訪問などでより地域生活を継続する形で危機を予防し、回避できるような体制を目指しましょう。そうした体制でも防ぎきれない場合のセーフティネットとして、入院医療があること、特に医療保護入院や措置入院などの非自発的入院は以上のような体制によっても防ぎきれない状態に対する切り札である、という視点を持つことが重要です。

V. 個別課題から地域課題へ

これまで、メンタルヘルスの視点が重要な様々な社会的課題への対応や、精神障害者支援のあり方について個別支援の観点から見てきました。個別支援をより効果的に行うためには、個別支援から見えてくる地域課題を関係者全体で共有し、より望ましい支援を提供するためのシステム構築する必要があります。本章では、個別課題から地域課題をどのように抽出するか、について検討します。

ポイント

- 個別支援を難しくしている要因として、支援対象者のニーズとそれを取り巻く人のニーズの不一致や支援者のスキルや地域資源・地域特性に関する課題がある。
- 前者については、本人のニーズと周囲のニーズを区別して、それぞれへの対応が必要。
- 後者については、ニーズに比して資源が少ない、資源があるが、それが他の資源と連携ができ

ていない、支援理念やスキルが支援者間で共有されていない、制度上定められている支援体制が十分に実現できていない、問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要などがある。

- それぞれの課題を整理しながら、既存の資源から実行可能なものから考えてみる。
- こうした地域課題に対する事業などの制度があるので、利用することも大切である。

1. 個別課題から地域課題への気づき

すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題への対応、精神障害者支援、いずれの場合でも、個別支援が難しい状況に直面することは少なくありません。支援の実施を難しくしている要因としては、主として①支援対象者（本人）のニーズと本人をとりまく人々が考えるニーズの不一致 ②支援者のスキルや地域資源、地域特性に関する課題の2つがあります。

①は、家族や近隣住民、支援者などは本人に対して何らかの支援や医療が必要であると考えているにもかかわらず、本人はその必要性を感じていない、または、必要性は感じているが何らかの理由で支援を受けられない、という状況です。自傷他害のおそれがあるなどの切迫した状態であれば、精神科救急をはじめとする危機介入が必要となる場合もありますが、多くの場合、根気よく関わり続けることが必要になります。この点については、個別支援の項で説明いたしました。

個別支援が難しい事例には、②のような場合もしばしばあります。このような個別支援対象者のニーズと支援を分析することにより、地域課題が見えてきます。よくある地域課題を以下に示します。

- (1) ニーズに比して資源が少ない（不登校やひきこもりへの対応できる支援が少ないなど）。
- (2) 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない（学校や医療機関との連携が少ないなど）。
- (3) 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない（自立生活援助や地域定着が少ないなど）。
- (4) 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない
- (5) 問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要（心のサポーター事業などの普及啓発活動等による援助希求の促進や治療中断予防、平時の困りごとへの対応による緊急対応の減少など）。

いくつかの事例の課題を丁寧に整理していく中で、その地域でよく見られる課題に気づくことができるようになります。しかし、個別支援から地域課題になんとか気付くことはできても、それを地域課題としてきちんと整理した形で提示するのはそれほど簡単なことではありません。これができるためには、個別支援をしながらも、これがどのような地域課題と関係しているのか、を意識しながら支援に関わることが大切です。こうして感じたことについて、市町村の中で他の職員と話をし、支援を行う関係者の間で話し合いをする、など話し合うことで整理されてくることが多いと思われます。個別支援を丁寧にいき、多機関との連携関係を深めながら支援を行ったとしても、支援が難渋してなかなか進展しないで疲弊することもあります。もちろん、そこでの個別の支援の振り返りも大切ですが、どのような障壁があって支援が困難をきたしているのかについて冷静に検討することです。これは支援がうまくいかない

この言い訳探しではなく、いろいろな工夫をしながらも支援が困難に直面する経験から、地域課題が見えてくることもあるためです。この点では、個別ケア会議、事例検討会、保健所などとの相談、研修、各種会議などのいろいろな機会を活用して、自分たちの地域の現場を振り返り、それを言葉にしていくという作業の積み重ねが大切です。また精神保健福祉センターなどとの事例検討会などを行い、支援経過を再度振り返ることで、視点を変えることから見えてくる地域課題もあるでしょう。

2. 地域課題への対応：基本的な考え方

こうして気づいた地域課題については、どのような対応があるでしょうか。まずは地域課題として挙げられても、実は工夫によってある程度解決できるものもあるかもしれません。

「1 ニーズに比して資源が少ない」：例えば、交通が不便なところに住む精神障害者の受診が途切れがちであるとしみます。その場合、地域課題としては、市町村に精神科医療機関がないという課題があげられるかもしれません。しかし、精神科医療機関を地域に誘致するというのはすぐには対応が難しい課題かもしれません。もし通院継続が課題であると考えるならば、通院継続を可能にすることが考えるべき課題になります。そうすると、移動支援の体制を整備するという、もう少し対応可能な課題にすることもできます。もし、通院継続について、精神障害者が通院を面倒くさく感じてしまい、忘れてしまうのであれば、訪問看護を導入することで、受診を促すことが中断予防に効果があるかもしれません。また万が一、中断してしまっても、民生委員など地域住民の見守りがあることで、調子が悪くなりそうなサインがあれば早めに保健師に連絡を入れてもらうことも一案かもしれません。また在宅薬剤師の訪問を導入することで、服薬への意識が高まるかもしれません。訪問看護や在宅薬剤師の訪問で、治療中断になった時に早期に医療機関との連絡をとってくれる可能性もあります。このように1の資源の不足があっても、他の方法でカバーできることもあります。そうすると、適切な地域課題は、精神科医療機関がない、という形から、通院継続の手段が不足している、あるいは治療継続のための資源が不足している、ということになるでしょう。

このようによく話し合っって練り上げることで、1の資源の不足も、既存の資源をうまく活用できることで、実は地域課題としては改善できる部分は大きいかもしれません。通常は予算を伴う地域課題の解決にはハードルが高いため、既存の資源の活用をまず検討してみる価値があります。その点では、資源の不足という地域課題も、まずは既存の資源の連携体制の不足としてとらえることが必要になるでしょう。ただし、いろいろな工夫を行ってもなおかつ確認された地域課題については、例えば障害福祉サービスの充実を図るなど、政策上の検討課題としてあげることが適切になるでしょう。そうなれば現場の他の支援者からも後押しが得られやすくなりますし、地域のニーズに合致した適切なものになると考えられます。

「2 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない」：例えば発達障害の中学生などに対して、ある中学校が対応に苦慮している事例があったとしましょう。学校の教師と話し合う中で、多くの学校の教師が発達障害者の支援に苦慮しているという地域課題が見えてくるかもしれません。そのような情報が市町村、保健所などと共有できていなかったことがわかります。そうすると、学校と精神保健との連携が課題になります。具体的な方法としては、実際の個別支援、学校の教師など向けの研修企画や会議などを通して、学校現場での発達障害支援のノウハウを深めてもらい、発達障害者対応が学校でできるよ

うになってもらうこと、また必要な時には学校外からの支援協力ができる体制にすることも有用でしょう。地域課題では、このように支援者がばらばらで連携ができていないこと、それぞれの支援者のスキルや理念が共有できていないことから来る問題が少なくないと考えられます。これについては、研修や会議などを行うこと、個別支援を通して連携を作ることなどにより、支援理念やスキルの共有を図ることが大変重要です。この点では、連携の課題も「4 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない」という地域課題としても捉えることができます。

「3 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない」：この課題は実際の支援でだけではなく、ReMHRAD などでの支援データなどを見ることによっても気づくことができます。例えば自立生活援助や地域定着が少ないなどです。これについては、協議の場などで状況を確認して、それが実現できていない理由を検討することが必要です。もしかしたら、制度が地域の支援者にとっては負担が大きいと感じられているのかもしれません。あるいはまた支援を担う事業所自体が不足しており、他の支援で手一杯になっているのかもしれません。このような課題を現場の支援者から聞き取るなどにより、対応を検討する必要があります。場合によっては、このような制度をうまく活用できている市町村に工夫を問い合わせをしてみることが有用な場合もあります。

「4 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない」：研修を行うことの大きな目的はこの地域課題への対応になります。例えば地域の困難事例に対して、関係づくりを丁寧に行うことをしないで、ただ医療機関につなぐことだけを目的にした支援を行うと、支援関係を作ることができずに支援が行き詰まってしまいます。さらに、このような支援理念やそれに基づいた支援スキルが支援者間で共有されていないと、多機関連携による支援がうまく行かない、支援連携が円滑にいかないなどの問題が生じます。研修はこのような支援理念を大まかに共有するためには有用です。しかし、例えば年に一度の研修では、支援理念も支援スキルもなかなか共有されません。マニュアルを作成したり、一緒に支援を行う OJT (On-the-Job-Training) を行ったり、事例検討会を行ったりなど、さまざまな形で支援理念とスキルの定着を図ることが不可欠です。なお、研修、事例検討会などは、保健所や精神保健福祉センターなども行います。また地域によっては、精神科医の同行訪問、多職種アウトリーチ支援などが利用可能であれば、OJT として非常に有用です。

「5 問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要」：これについてきちんとした原因把握と対処方法を考えるのは簡単ではないかもしれません。

例として、地域で措置通報など緊急対応に上がってくる精神障害者が多くなっているとします。その場合、地域課題として、緊急対応事例への対応人数が足りない、あるいは措置入院できる病院が少ない、という地域課題として設定することももちろんできるでしょう。しかしそもそもなぜ緊急対応を要する事例が増えてきているのかを確認してみることも重要でしょう。これまでの事例を調べ直してみると、もしかしたら、外来通院している精神障害者に適切な障害福祉サービスが導入されていないため、その精神障害者が孤立して生活破綻しているのかもしれません。生活苦のある中で、なおかつ治療継続のための支援もない中では、服薬や通院の継続も難しくなることが推測されます。そのように考えると、平時の生活支援を充実すること、具体的には障害福祉サービスを導入したり、訪問看護や在宅薬剤師の導入により、治療中断を予防することが課題になります。こうした人たちが地域で多いのであれば、医療機関や訪問看護、障害福祉サービス機関、保健所なども話し合っ、治療中断予防にそれぞれの機関としてできることを共有できることで、平時の支援の充実により、治療中断予防から緊急対応事例の減少を結果

として図ることができるかもしれません。

このように、地域課題の検討といっても、地域課題をどのような課題として設定するかによって、解決の方向が難しくなることもあれば、何らかの解決案が出てくることもあります。課題自体の設定の仕方もよく検討することが必要です。また地域課題への対応として研修企画が行われることが多いですが、どのような課題にどのような形で対応するために、その研修を企画しているのか。またそれは地域課題の解決にとってどれくらい有効かを考えることが必要になります。

地域課題への対応としては、それぞれに以下のように整理できます。もちろん、ここであげた地域課題も一つの見方ですので、これに囚われることなく、視野を狭く限定しないで、いろいろな見方をすることが大切です。

- (1) ニーズに比して資源が少ない
 - ・ そのニーズをより細分化することで扱いやすくなるか？
 - ・ 既存の資源でのある程度の補完は可能か？
 - ・ 障害福祉サービスの充実が必要。必要量は、サービス利用状況などからも推測するとともに、現場の支援者の意見も参考にする。
- (2) 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない。
 - ・ このパターンがよく見られる。
 - ・ 利用可能な資源がないかどうか、いろいろな機関に聞いたり、調べたりする。
 - ・ 利用可能な資源と連携できるようにアプローチを考える。
- (3) 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない。
 - ・ 利用がなされていない理由を現場の支援者から聞き取るなど調べる。
 - ・ 他の市町村での状況を担当者などを通して聞き取る。
- (4) 支援者間で理念やスキルが共有できていない
 - ・ 連携が難しい原因としてこのような事態があることも多い
 - ・ 研修や会議などで支援理念やスキルの共有の座学、話し合いの場を持つ
 - ・ 事例検討会や同行訪問、スーパーバイズなどの機会を持つ
 - ・ 保健所や精神保健福祉センター、医療機関などからの助言の機会を持つ
- (5) 課題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要。
 - ・ いろいろな立場の人たちとよく話し合い、課題の捉え方をいろいろな角度から検討することで、一面的にならないように努める。
 - ・ 外部のスーパーバザーに意見を求める。

3. 地域課題の集約

以上のような地域課題は、市町村の保健師のみならず、様々な支援者がそれぞれの現場で気づいていることも多いです。こうした課題を日頃から所属内やあるいは支援者と個別に話し合うことにより、課題への認識が深まり、より練り上げられた課題にすることが可能になります。さらに、これを対応可能なものへと練り上げるためには、関係者が集まって協議を行う場が有用です。協議の場は、このような個別

課題から見えてくる地域課題の共有と確認、そしてその課題の中から、対応が可能なもの、対応が必要なもの、そしてそれを施策として対応するものへと、優先度をつけながら検討を加えていきます。その課題に漏れがないか、あるいは課題の一面だけが強調されたものになっていないか、必要な関係者からの情報が抜けていないか、課題が生じてくる原因は何か、どのような対応が望ましいか、など多方面から検討を加えることが必要になります。協議の場の運営については、今後の手引きでより詳しく論じる予定です。ここでは、地域課題への対応として既にある事業や方法をあげます。もちろん、地域課題への対応方法としては以下に述べることだけに限定されるわけではありません。

4. 地域課題への対応：具体的な対応方法

以下は、すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題、個別の精神障害者支援の課題、危機介入の課題において想定される具体的な領域とそれへの対応策として想定されている介入策をあげます。上と重複するところもあります。

① すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題への早期対応

このような事例へ対応できるためには、①事例への粘り強いアプローチにより、関係づくりを行う、②ニーズアセスメントを行う、③多機関連携による支援を行う、④継続的なアプローチへと移行する、というそれぞれの段階でのシステムづくりが重要になります。

市町村の保健師が大まかなニーズアセスメントを行い、その後の関係作り、ニーズアセスメント、多機関連携を担う体制を作ることになります。現行の支援体制では、以下のような資源が想定されます。

・精神保健相談に関する医療機関の協力

医療契約が難しい事例への医療的見立てを行うために、市町村や保健所での精神保健相談において医師の相談が活用できます。未治療や治療中断の精神障害が疑われる方への訪問などに同行してもらうことができれば有用です。この制度が有効活用されるためには、ほかのいろいろな場面を通して地域の精神科医との良い関係を作っておく必要があります。さらに、この事業を活用して、市町村や保健所が困っている事例についてアドバイスをもらうことで、精神科医に市町村や保健所の具体的な困りごとを知ってもらい、地域ニーズについて理解を深めてもらうこともできます。

・多職種アウトリーチ支援

アンメットニーズとして述べた課題に効果的に対応できるためには、多職種アウトリーチチームによる支援体制があることはとても有用です。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」のメニューとして「アウトリーチ事業」が、地域生活支援事業のメニューとして、「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」があります。保健所や精神保健福祉センターなどでこの事業を活用して、多職種アウトリーチ支援を行っているところもあります。多職種アウトリーチ支援は今後、さまざまな場面で設置が望まれます。市町村は今のところ、これらのメニューを利用することは難しいですが、精神保健相談や既存の事業を拡張する形で、医療機関などから精神科医と精神保健福祉士などを非常勤職員として一

時的に依頼し、市町村の保健師などと多職種アウトリーチチームを組むという方法もあります。

アウトリーチ支援というと、非常に特殊で重装備な支援、というイメージをもたれている印象があります。しかし、支援を自ら求めない人の元に出向く支援はアウトリーチ支援ということができます。それを保健師が一人で行くのか、それともほかの職種と一緒にいくのか、あるいは精神科医、精神保健福祉士、保健師、看護師などでチームを構成していくのか、などさまざまなやり方があります。支援対象者の疾病の重症度、そして複合した生活課題の困難度、そして地域の資源でどのような職種に協力してもらえるか、に合わせてアウトリーチ支援の構成を柔軟に考えていくことが求められます。基本的には、課題が複合的である場合には、多職種、多機関の関与が必要になりますので、多職種アウトリーチの有効性が高くなります。

・重層的支援体制整備事業との関係

市町村を中心に「重層的支援体制整備事業」が始められています。例えば、この事業の「アウトリーチ支援体制」は上に挙げた多職種アウトリーチ支援と組み合わせて活用することで、より効果的な支援体制を組むことが可能になります。違いとしては、「にも包括」におけるアウトリーチ支援では、医療支援が入るため、精神障害や発達障害を有する事例で効果的です。重層的支援体制整備事業と「にも包括」の関係は重要なテーマですが、制度間のすり合わせはこれからの重要な検討課題です。

② 精神科医療の提供体制と平時の対応の充実

「にも包括」の報告書でも平時の対応の充実の必要性については指摘された（報告書 p10）ところです。平時の対応が充実するためには、以下のような領域が充実することが求められます。

- (1) 精神保健相談窓口の設置
- (2) 精神科医療機関との連携
- (3) 障害福祉サービスにおける生活支援体制の整備、医療と福祉の連携強化
- (4) 住まい（居住）支援
- (5) 当事者、ピアサポーターによる支援
- (6) 家族支援
- (7) 就労支援

市町村としては、後述するように、精神保健に関する相談を受ける窓口を設置し、精神保健に関する課題がある人をきちんと把握すること、また地域で支援から孤立している人たちの存在を把握することがまずは求められます。その中で、精神科医療機関につなぐ必要がある人については、本人の同意を得て必要な情報を提供して、医療機関での治療が得られるようにします。

ただし、これまでにも指摘しているように、精神科医療につながったとしても、家族が生活支援を丸ごと抱え込まざるをえないなどで、地域から孤立した生活になっていることも少なくありません。本人や家族の相談を受ける、あるいは医療機関からの情報提供を受けるなどで、障害福祉サービス等の支援が必要な人をきちんと把握して、適切な生活支援を導入することが必要です。市町村としては、障害支援

区分認定を適正に行えるように、委員の人選を適切に行うこと、認定会議を適切に運営することが求められます。またそれと同時に、障害福祉サービスの利用実績を把握し、必要だが不足しているサービスがないか、あるいは準備しているのにあまり活用されていないサービスがないかなどの課題を確認することが求められます。これらの業務は主に障害福祉部門が行う業務になりますが、保健部門の保健師も制度のあらましや、支援現場の声などから課題を把握しておくことが望まれます。特に家族が対応に困っているが、必要な生活支援が入っていない、あるいは治療中断を繰り返している、家族も高齢で認知症が疑われるなどキーパーソンとしての役割が担いにくくなっているなど、家族対応自体にも課題がある精神障害者の場合、必要な生活支援がきちんと入っているのかを確認することは大切です。もし十分な支援が入っていない場合には、医療機関とも相談して、障害福祉サービス等必要な支援の導入を検討することが望まれます。現在は大きな問題がなくても、今の状態で5年後10年後にこの家族は、この精神障害者の生活はどうなっているだろう、と想像しながら支援を考えることが大切です。

③ 地域移行・地域定着支援

地域移行・定着支援、自立生活援助等障害福祉サービスの適切な活用が求められます。基本的には、②の平時の対応の充実と共通しています。精神障害者は日常の些細な困りごと（買い物、金銭管理、調理、保清、ゴミの管理、光熱費の支払い、自立支援医療（精神通院）や精神障害者年金の手続き、気晴らし、普段のおしゃべりなどさまざまなことで困難を抱えています。そのような困難を丁寧に取り添って相談を行い、具体的な解決を目指すことで、生活の安定を図ることができます。この点で、地域移行・地域定着支援は有用です。上記の地域移行・地域定着支援の項を参照してください。

④ 身体疾患をもつ精神障害者支援

身体疾患と精神疾患の合併は非常に多く、精神障害者ではそうではない人に比べて、平均寿命が10から20年短いという報告も多く、身体合併症の問題は深刻です。また身体疾患についても、高齢者や身体疾患が複数重なると精神疾患の合併が多くなることが知られています。このように身体疾患と精神疾患の合併は大きな課題です。実際には精神科医療機関での身体疾患管理は十分ではなく、かつ身体科医療機関では精神障害への対応は難しい場合も少なくありません。総合病院であっても精神科医が常駐している病院は一部の病院に限られているのが現状です。

こうした中での対応策としては、精神科と身体科医療機関の連携強化が必要です。現在は病院レベルでの連携は少しずつ進んでいますが、診療所など外来診療や訪問診療レベルでの連携強化も必要です。市町村では、かかりつけ医に精神障害者の身体疾患対応ができるように、医師会などとの調整を行うことなどが考えられます。ただし、これについては、医療機関の協力が必要であり、保健所や都道府県との相談が必要など、多くの場面での連携強化が必要です。このような体制はまだ十分ではなく、全国的にも引き続き重要な課題であり、市町村だけでできる対応は限られているかもしれません。市町村としては、まずは、課題となった事例を保健所や地区医師会と共有するなど、具体的にどのような課題があるのかを、整理しておくことが望まれます。

⑤ 危機介入

自ら受診される場合、精神症状が悪く家族が病院に連れて行くことができる、措置症状が疑われて措置入院の適応が考えられる、などの場合や、精神症状が活発な場合には、精神科医療機関による治療が行われることとなります。このような場合には、医学的治療は精神科医療機関が行うこととなります。しかし、本人の支援ニーズを評価して、単身で退院後の生活支援が必要な事例などでは、障害福祉サービスや生活保護の導入、日常生活自立支援事業や成年後見人制度の利用などが必要になることが多く、市町村の役割が重要になります。このような場合は「退院後支援」の項目を参照してください。

受診拒否が強く、病院に行こうとしない、家族がおらず病院受診ができない、措置診察には至らない、などの場合、危機介入をどうするかは重要な課題です。ここについては、上記のアウトリーチ支援として挙げたような支援体制が必要であると考えられます。アウトリーチ支援もいろいろな形があります。以下のような形態が考えられます。

- (1) 市町村や保健所が精神保健相談の枠組みや自殺対策などの事業を活用して、地域の精神科医や精神保健福祉士などを組み合わせて訪問支援を依頼する。この場合、精神科医あるいは精神保健福祉と保健師等の組み合わせで訪問支援を行うこととなります。
- (2) 市町村や保健所が地域の一つの精神科医療機関との連携で、精神科医と精神保健福祉士や看護師などの協力を得て、訪問支援を行う。
- (3) 精神保健福祉センターに直営のアウトリーチチームを設置し、市町村から保健所への依頼を経て訪問支援を行う。

いずれにしても、市町村単独では難しい場合もありますので、保健所などとも相談して、このような事例がどれくらいあるのか、どういう形の支援体制が可能であるのかを相談することが大切です。

ただし、繰り返しにはなりますが、危機介入は基本的には事例への早期の支援導入ができない時のセーフティネットとしての位置付けが必要で、大切なのは、平時の支援の充実になります。なるべく危機が小さいうちに気づき、必要な相談を行い、支援を入れることの積み重ねが重要です。そうした中でも支援がうまく行かない場合に危機介入が切り札として要請されることとなります。

参考資料

○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サイト

<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>

○厚生労働省所管の検討会

1) 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検討会

第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神保健について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00003.html

2) 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検討会

第7回 地域精神医療について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00013.html

3) 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検討会

第8回 都道府県・精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00015.html

4) 「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検討会」報告書

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html

5) 「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html

6) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_322988_00011.html

1) 平成30年度障害者総合福祉推進事業

多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>

2) 平成28年度障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

包括的支援マネジメント実践ガイド

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>

3) 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選次に関する調査・研究報告書

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521954.pdf>

4) 平成30年度地域保健総合推進事業

精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業

[「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業」における保健所マニュアル](#)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き
地域共生社会を目指す市町村職員のために

令和4年5月

編集) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 (研究代表者: 藤井千代)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究 (分担研究者: 野口正行)

研究協力) (五十音順)

岡本 秀行 (川口市保健所)
河本 次生 (埼玉県立精神保健福祉センター)
熊谷 直樹 (東京都立中部総合精神保健福祉センター)
熊取谷 晶 (京都府健康福祉部障害者支援課)
佐々木英司 (埼玉県発達障害総合支援センター)
篠崎 安志 (横浜市青葉区高齢・障害支援課)
清水 光恵 (兵庫県伊丹健康福祉事務所)
中川 浩二 (和歌山県福祉保健部障害者福祉課)
中村 征人 (愛知県医務課こころの健康推進室)
林 みづ穂 (仙台市総合精神保健福祉センター)
前沢 孝通 (前沢病院)
柳 尚夫 (兵庫県豊岡健康福祉事務所)
山田 敦 (川崎市障害保健福祉部障害保健課)
山本 賢 (飯能市健康福祉部障害者福祉課)