

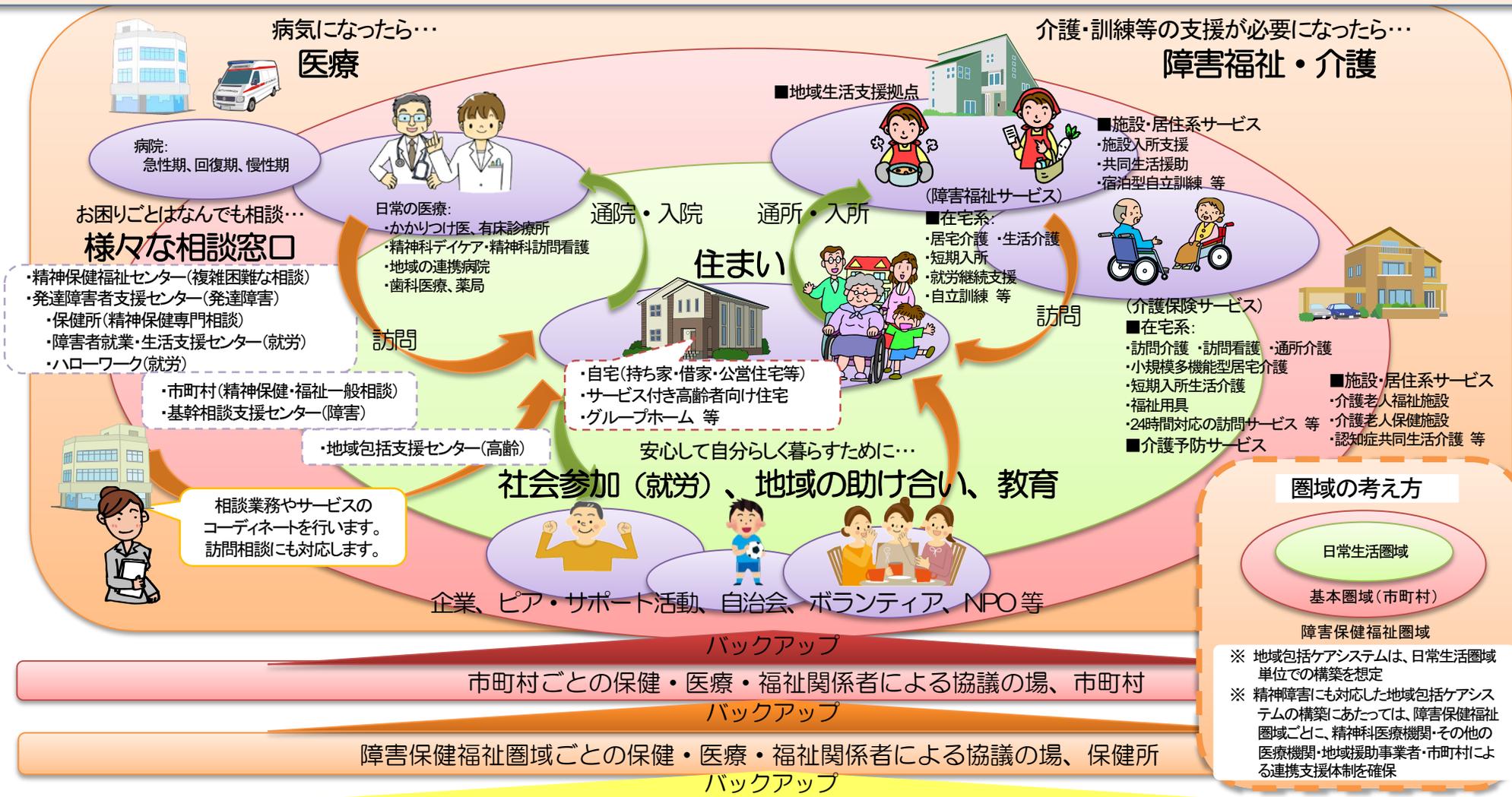
実効性のある地域包括ケアシステムの構築 及び地域移行支援を推進するために

特定非営利活動法人じりつ

岩 上 洋 一

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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



様々な相談窓口

- ・精神保健福祉センター（複雑困難な相談）
- ・発達障害者支援センター（発達障害）
- ・保健所（精神保健専門相談）
- ・障害者就業・生活支援センター（就労）
- ・ハローワーク（就労）

- ・市町村（精神保健・福祉一般相談）
- ・基幹相談支援センター（障害）

・地域包括支援センター（高齢）

相談業務やサービスの
 コーディネートを行います。
 訪問相談にも対応します。

圏域の考え方



- ※ 地域包括ケアシステムは、日常生活圏域単位での構築を想定
- ※ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、障害保健福祉圏域ごとに、精神科医療機関・その他の医療機関・地域援助事業者・市町村による連携支援体制を確保

近い将来を見据えて、医療機関と保健所等との連携を基盤に地域生活への移行支援をすすめることは、入院患者本人のニーズに即した支援として有効であることは言うまでもなく、医療機関と地域の機関等とが哲学、理念、人材の交流を行うことになり、良質かつ適切な精神障害者への医療の提供及び障害者福祉の充実を目指す地域包括ケアシステムの構築のうえで極めて重要な取り組みとなる。

実効性のある地域移行支援を考えてみると。

- 医療と福祉の連携体制があること。
- 市区町村(圏域)が地域移行支援の中心となること。
- 保健所が地域診断をもとに、医療機関に適切な働きかけができること。
- 協議会が形骸化せず、有効な役割を發揮すること。
- 地域移行の目標値とプロセスが明確であること。
- 市区町村(圏域)ごとに地域移行支援と人材育成のシステムをもつこと。
- 医療機関職員と地域機関関係者に地域移行意識の喚起ができること。
- 入院患者に退院意欲の喚起ができること。
- 都道府県が横断的な仕組みをつくり、具体的な地域移行支援の数値目標と人材育成ビジョンをもつこと(精神保健福祉センターはシンクタンクとなる)。
- ピアサポーターが効果的に活躍できること。

【地域移行支援の基本的な考え方】

- ・昭和29(1954)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち、要入院者は35万人であり、当時の病床(約3万床)は、その10分の1にも満たないとしていた。
- ・同時期に改正された精神衛生法は、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けた。
- ・昭和33(1958)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおり。
- ・その後30年かけて、この要入院者35万人という推計を、国策として追い求めてきた。
- ・これが、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならない根拠。
- ・この間、多くの国民は、こうした実態を十分に認識できないまま容認してきた。この現実を、国民は、自らが担う共通の課題として認識すべき。

【事業の変遷】

- ・我が国は、国民の要請に応じて、国策として必要とされた病床の拡大をしてきました。しかし、向精神薬や医療看護技術の進歩と共に、入院治療から地域生活支援中心へと改革することになった。医療機関は、これまで少ないマンパワーのなか、直近の入院患者さん、退院患者さんへの支援に追われてきた。社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援は労力がかかるなか、医療機関が中心に行ってきたが、時代とともに新たなモデルが必要となり以下のような政策がすすめられた。
- ・平成15～17年度は、「精神障害者退院促進支援モデル事業」。
- ・平成18～19年度は、「精神障害者退院促進支援事業」。
- ・平成20年度からは、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターを配置することとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」。
- ・平成22年度からは、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」。
- ・平成24年4月、障害者自立支援法の「地域相談支援」となる。

地域移行支援を推進するために

① 相談支援体制の整備

地域移行支援を推進する上では、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えることが重要となる。

相談支援体制が整わないなかで、地域移行支援だけを推進することは難しく、相談支援体制を整えるなかで、地域移行支援の重要性を確認して共通認識を持つとともに、地域移行支援を推進するための仕組みと人材育成の体制を整備する必要がある。

また、市町村の委託として一般的な相談のなかで地域移行支援を行っている事例があるが、個別給付の対象者に一般的な相談でかかわるということは、一般的な相談でしかかかわれない対象者への相談支援に支障が生じていることになる。

このような認識を持って個別給付の活用を推進する必要がある。また、基幹相談支援センターや地域移行支援に精通している事業所が新たに地域移行に取り組む事業所へのアドバイザー役を担う等の推進体制を整えていくことも重要である。

② 権利行使支援としての周知

入院している精神障害者に「地域移行支援、つまり退院のための支援が受けられる」ということを周知することは最も重要な権利行使支援の一つです。国、都道府県、精神科病院の管理者は地域移行支援が受けられることを入院しているすべての人に説明する必要がある。

地域移行支援を推進するために

③ 医療と福祉の連携

地域移行支援は、相談支援事業所が、入院している病院と退院後の居住系と通所系の事業所との連携の上で行われている。しかし、実際に、地域移行支援に取り組んでいない相談支援事業所、精神科病院にとっては、制度やそれぞれの機関・事業者のこともよくわからないため、連携して支援することに慣れていない。

協議会等が活用されている事例もあるが、地域移行支援を推進するための部会の設置、実務者向けの研修会、連携のための事例検討会の実施が有効である。

④ 意思表示の支援

長期に入院している精神障害者が、退院を希望して地域移行支援を利用するという意思表示に至るには相当の支援と時間を要する。地域移行支援を推進するためには、退院の動機づけが極めて重要な支援であり、相談支援事業所はここに労力を要しているが、この時点での支援は個別給付の対象外である。

そのため、特に、退院の意思表示ができる前、迷っている段階、例えば、「退院することは決められないけれど、退院したらどこに住むのか知りたい」「退院はしたくはないけれど、どんな暮らしをしているのか見てみたい」という人への支援が重要となる。

重層的な連携体制の構築

全体像の把握 包括的な調整
エンジン部分

実効性のある精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するチーム

医療

福祉

介護

行政

ピア
サポーター

施策レベルの連携(施策提言・システム作り)

官民協働
のチーム

中核となる
人材育成
の研修

地域レベルの連携(ネットワーク形成)

(自立支援)
協議会

スキルアップ
の研修

現場レベルの連携(個別支援)

個別支援

基盤となる
研修

連携の裾野

施策の反映

医療

福祉

介護

行政

ピア
サポーター

本人中心の
支援チーム

大枠をとらえてみると、

平成26年を全国の合計入院需要を100とする。

人口1万人単位で見ると。

平成26年	合計入院需要
	28.9万人

合計入院需要
100

合計入院需要
23

▲ 3.9~2.8万人

➤ 平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)における全国の目標値(見込み)

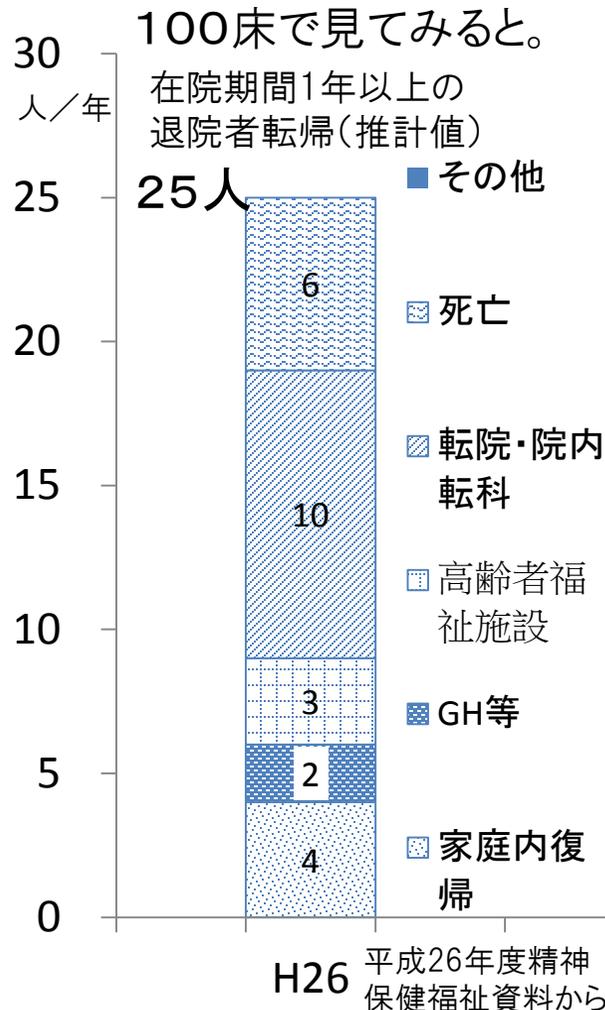
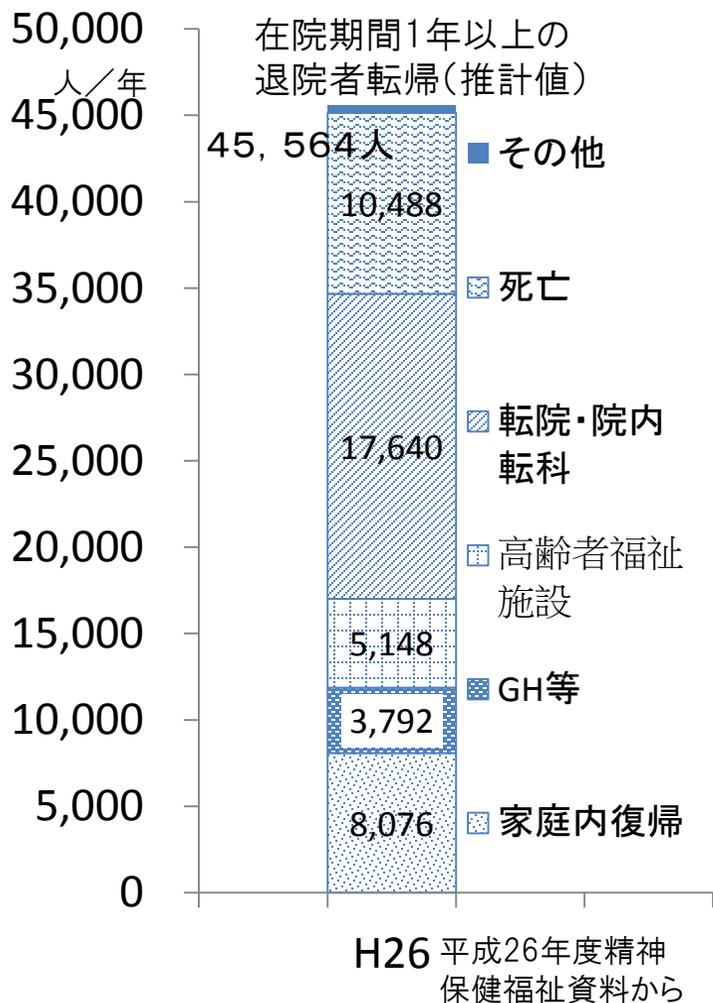
平成32年度末	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満	整備量	65歳以上	65歳未満	整備量	65歳以上	65歳未満
最大	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人	16	9	7	4	2	2
最小	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人	12	7	6	3	1	1

➤ 平成37年(2025年)における全国の目標値(見込み)

平成37年(2025年)	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満	整備量	65歳以上	65歳未満	整備量	65歳以上	65歳未満
最大	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人	34	19	15	8	4	3
最小	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人	27	15	12	6	3	3

厚労省資料をもとに100床、人口1万人の目標値を推定した。

大枠をとらえてみると、



平成37年度末	整備量	65歳以上	65歳未満
最大	34	19	15
最小	27	15	12

平成32年度末	整備量	65歳以上	65歳未満
最大	16	9	7
最小	12	7	6



現在 9人

精神病床に1年以上入院している患者185,300人のうち、65歳以上は、57.5%、106,600人(患者調査)。

630調査の数値を基に年間数を推計すると、平成26年の在院期間1年以上の退院者は45,564人で、このうち死亡退院が10,488人。

100床で見ると。
・在院期間1年以上の退院者は25人で、このうち死亡退院は6人、転院・院内転科10人、家庭内復帰4人、GH等は2人、高齢者福祉施設は3人。
家庭内復帰、GH等、高齢者福祉施設の合計9人

大枠をとらえてみると、

平成28年12月に地域移行支援を行っている事業所は305か所で、障害保健福祉圏域は、354か所あるが、東京都は障害保健福祉圏域が1か所の設定のため2次医療圏、老人福祉圏域の13を参考に、366か所程度で地域移行支援が行われることを目指す。

1か所当たりの対象人口が350,000人と仮定すると、

平成32年度末	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	127	69	55
最小	96	52	44

3年間で96人～127人を対象者とする
1年間では32人～42人、6か月では16人～22人となる。

支援員3人で対応すると、1人あたり1か月5人から8人を支援する。
同時に、1人あたり、5人程度として意欲喚起を行って申請の準備を担う。併せて、社会資源の開発を行う。

初期加算500+2,323単位×6か月+退院月加算2,700単位=17,138単位

平均すると1か月2,856単位となることから、
2,856単位×5～8人
=1か月14,280～22,848単位

その他、集中加算等。

協議の場で議論すること(想定)

1 基本的な考え方を共有する。

(1) 保健所は、主管課、精神保健福祉センターとも協議のうえ、地域で求められている精神科医療ニーズを整理する。

(2) 保健所は、特に医療保護入院、措置入院者への退院支援及び地域生活支援ニーズについて整理する。

(3) 市区町村、(自立支援)協議会は、精神障害者への地域生活支援のニーズを整理する。

(4) 病院は急性期患者、回復期患者、慢性期患者について、地域との連携について院内で協議する。

(5) 病院は特に長期入院者の退院支援にあたり①～⑩について、そのニーズを協議する。

2 協議の場では、各機関から(1)から(5)の提示を受けて、圏域内の長期入院精神障害者の現状、障害福祉サービスの整備状況等を踏まえて、障害福祉計画の目標との進捗状況等の情報を整理する。

3 圏域内でどのように地域移行を推進するのか等の具体的な戦略を立案し、目標値(指標)との関係を明確化する。

4 市町村の障害福祉担当部署及び基幹相談支援センターは、今後の必要な地域資源の開発も踏まえて、(自立支援)協議会にその取り組みについて報告をするとともに、介護保険担当部署に協力を依頼する。

5 病院、保健所、市町村の障害福祉担当部署、基幹相談支援センター等は、担当者からなるチームをつくり、今後の進め方について病院の職員と意見交換を行う。

6 病院は、5を踏まえて、保健所等に協力してもらうことや連携して取り組む内容を協議して依頼する。入院患者本人の意思を中心に行う支援であり、臨機応変、実効性のある体制の構築が望まれる。

7 ①～⑩について、保健所等との連携で期待できる効果は以下のとおりである。もちろん、すべて達成できるということではないが、連携して取り組むことで、地域の支援力の向上が期待できる。

病院は、特に長期入院者の退院支援にあたっては、①～⑩について、そのニーズを協議する。

- ① 目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地及び計画スケジュール
- ② 地域相談支援の利用の必要性
- ③ 退院支援委員会への出席について
- ④ 定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性
- ⑤ ピアサポートの必要性
- ⑥ 地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性
- ⑦ 居住先の確保の必要性
- ⑧ 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性
- ⑨ 後見人、保佐人又は補助人の必要性
- ⑩ 新たな地域資源開発の必要性

期待できる効果

- ① 目標としている退院者数、年齢層、住所地及び計画スケジュール
→ 保健所等は、入院患者の従前の住所地や年齢層をおおまかに把握することで、他の市町村、高齢・介護保険の担当部署、障害福祉サービス事業所等への協力を求めることができることから、病院と関係機関との連携が容易になる。
- ② 地域相談支援の利用の必要性
→ 地域移行支援を利用することで、病院と指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との重層的な支援が期待できる。
- ③ 退院支援委員会への出席について
→ 退院支援委員会に地域援助事業者が出席することで、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援体制をあらかじめつくっておくことができる。

期待できる効果

④ 定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性

⑤ ピアサポートの必要性

⑥ 地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性

→長期入院者は、退院後の生活の見通しを立てることが難しいことから、退院をあきらめてしまうことがある。医療機関のプログラム等と連動することで、より効果的な退院意欲の喚起が期待できる。また、長期入院者が自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりが重要であり、リハビリを促進するうえでのピアサポートの有効性が示されている。保健所等の連携によるピアサポートの養成や派遣の仕組みづくり、及び実際の活用が期待できる。

⑦ 居住先の確保の必要性

→市区町村障害福祉担当部署、高齢・介護保険担当部署、他の市区町村、基幹相談支援センターの協力により、広範にわたる居住先の確保を期待できる。

期待できる効果

⑧ 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性

→市区町村内の障害福祉担当部署と高齢・介護保険担当部署との連携が進み、入院患者のニーズにあったサービスの利用が期待できる。

⑨ 後見人、保佐人又は補助人の必要性

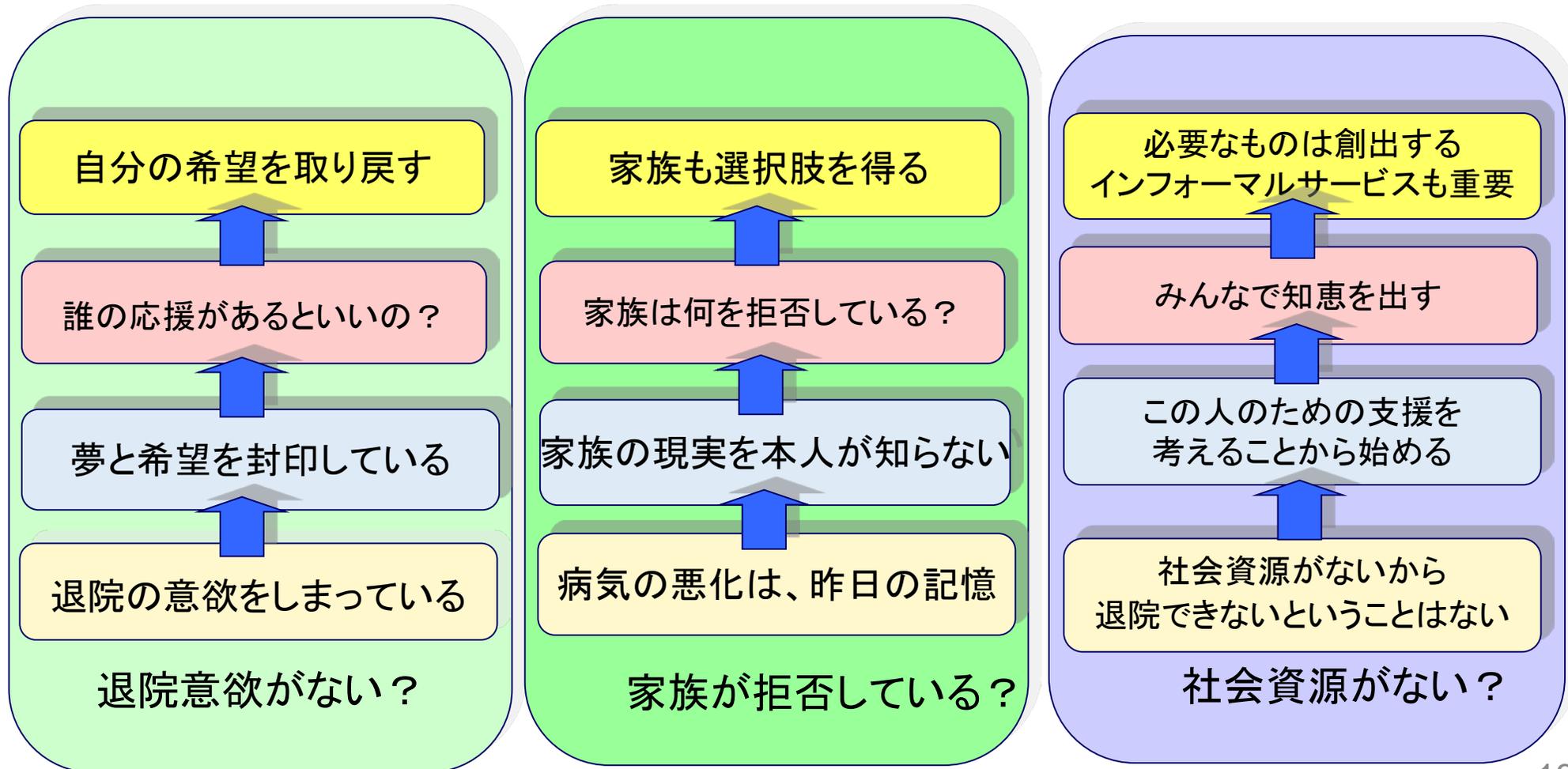
→地域の状況を把握することで、後見人、保佐人又は補助人の依頼がしやすくなる。

⑩ 新たな地域資源開発の必要性

→医療機関と保健所等が連携して取り組むことで、様々な課題を共有して、その課題について(自立支援)協議会等で検討することで、地域資源の開発が期待できる。

そうは言っても何をすればいい？

本当の阻害要因は何ですか？



地域と病院が協働する具体的な取り組みとは？

① チームでの取り組み

- まずは対象となる患者さんにお会いしましょう。
- 退院の阻害になっていることや課題を整理します。
- 課題を解決していく手立てをチームで考えます。

② グループワーク(暮らし安心プログラム)

- 退院意欲を喚起する手立てのひとつです。
- 地域と病院が協働する一歩にもなります。

チームで行う地域移行支援事業



【陽子さん】 71歳 女性 息子と二人暮らし

【経済状況】 老齢年金・夫の遺族年金 持家あり 預貯金はわずか リフォーム等のローンあり

【概要】 27歳時、結婚。39歳で長男、43歳で長女を出産。51歳頃、発病し、以後、通院治療を続けていた。アルコール依存症だった夫に先立たれ、娘は家を出た。その後は息子と二人で生活していた。息子が家出をしてしまったことを機に不穏になり、近隣宅に上がり込むなどの行為があり、措置入院となった。

【地域移行支援導入のきっかけ】

入院後、1か月ほどして、家出していた息子が自宅に戻ってきた。家出の原因は、母(陽子さん)の面倒をみるのが耐えられなかったため。親子分離を検討していたが、入院から1年が経過し、息子も気持ちがり落ち着いた、陽子さん同様に、自宅への退院を考えたとの希望がでた。しかし、家は老朽化し、使えなくなった家財道具で溢れ、寝る場所も確保できない状況。不衛生で、高齢の陽子さんが暮らすには適さない環境にあった。

申請前のケア会議で確認されたこと

【関係者の考え】

当初は、陽子さんの施設入所を視野に入れていた。

陽子さんは「息子と二人で暮らしたい」と言っている。

自宅は住める状況ではない。

(衛生面・安全面・ADL面)

関係者の気持ち「できればアパートに引っ越してほしい」

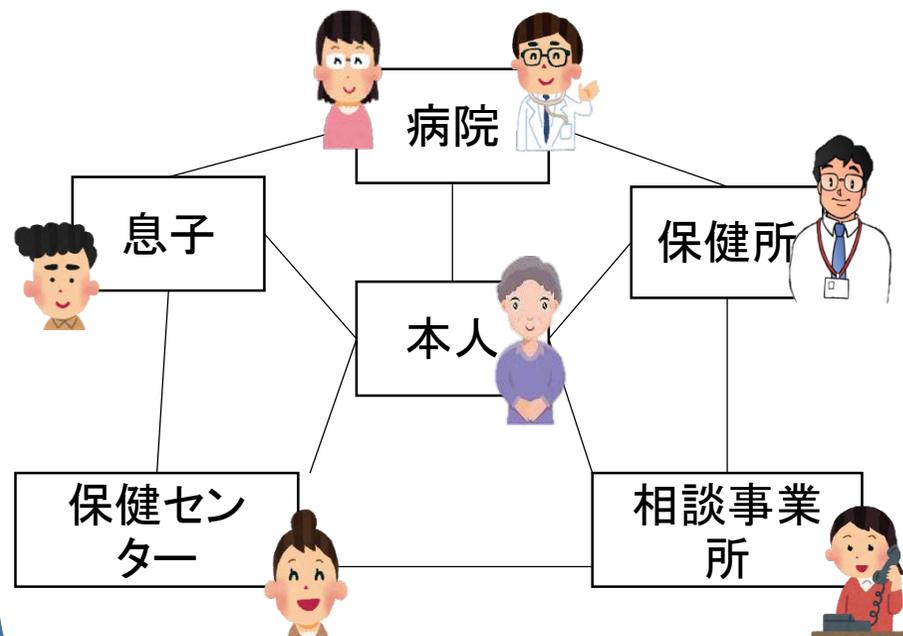
【本人の気持ち】

今すぐ自宅に帰りたい。

部屋の片づけを手伝ってほしい。



【かかり初期の支援体制】



アセスメントにより確認された課題

- 家の状況確認(衛生面・安全面・ADL面)と共有が必要である。

- 引っ越す資金がない。

- 息子も何かしらの生きづらさがあり、支援が必要(就労もうまくいかない)と思われる。

→ 住居

病院SW・主治医・包括支援センター・保健所・不動産屋・市の保健師・相談支援 専門員・娘夫婦

→ 経済面

生活保護担当・市の法律相談・市の保健師・相談支援専門員
・病院SW・主治医

→ サポート体制

ケアマネージャー・包括支援センター・福祉用具業者・デイサービス・訪問看護・大家・民生委員・障害福祉課・市の保健師・相談支援専門員



関わった支援者の感想



【退院後の支援体制】

包括支援

ケアマネージャー

訪問看護

福祉用具

陽子さん

障害者支援

相談支援専門員

息子

病院(主治医/SW)

生保

保健師

民生委員



◆退院直前の支援会議は
なんと総勢13名

「自分一人ではできなかった」

ふれんだむの「暮らし安心プログラム」

① オリエンテーション・自己紹介 ふれんだむの暮らし安心プログラムの紹介	⑥ どんなところで暮らそうか ～住居空間の話～
② どんな暮らしがしたいですか ～夢を語りあおう～	⑦ どんなところで暮らそうか ～見学～
③ いきいき生活したい ～地域で暮らす仲間の話～	⑧ まずは体験しよう ～外泊体験にむけて～
④ 仲間がたくさんいます ～使えるところの話～	⑨ まずは体験しよう ～外泊体験～
⑤ 仲間がたくさんいます ～見学～	⑩ 今後のことを話そう

ふれんだむ「暮らし安心プログラム」の特徴

- グループ活動（患者8人～10人 コーディネーター1人・地域の相談支援事業所2人・病棟看護師1人・PSW1人）
- 目標設定（退院のためプログラムであること）
- 期間設定（1か月2～3回で実施する。1回講義45分～60分以内。6か月以内に終了する。更に意欲を高める必要がある場合はフォローアッププログラムを行う。中断した人のサポートを行い、次回のプログラム参加につなげる）
- 意欲回復（こんな暮らしをしたい、〇〇をしたい、そのためには退院しようと思決心することのためのプログラム）（技能習得を目標としない。ますます退院へのハードルがあがる）（新たなレクリエーションにしない。病院生活が楽しくなると退院意欲がそがれる）
- 体験重視（実際に体験する）
- 院内スタッフと地域移行担当者との連携
- ピアサポート

ピアサポート活動の考え方 リカバリーを促進する

人はその営みの中で、他者との様々なかかわりを持っている。しかし、障害者は往々にしてこの関係性を失い、孤独でひきこもりがちな生活を送ることがある。自分の人生を取り戻して自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりはなくてはならない。

このことを基本として、

- ① コミュニケーションを大切にした日常的な仲間活動
- ② 自らの体験を生かした社会的な活動
- ③ 関係性を生かしてピアスタッフとして働くこと

ピアサポーターとして働くことを整理する。

- ① あなたにとって、生きること、働くこととは？
- ② あなたにとって仕事をするとは？
- ③ あなたにとって障害をもちながら仕事をするとは？
- ④ あなたにとって当事者を支援対象として仕事をするとは？

* ピアサポーター及び雇用主のガイドラインと一定の研修が必要です。

ピアサポートの活動と役割

社会活動
啓発活動・
福祉教育

・体験発表など

仲間活動
日常的な仲
間活動

・当事者同士の交流など

ピアサポート
活動従事者
支援者とし
ての役割を
持ったピア
サポーター

さらに期待できる分野
・リワーク
・医療、SDM
・行政 等々

地域活動支援センター等の
ピアサポーター

・ピアサポートの専門スキルを学んで仕
事に活かす。

相談支援事業所
就労支援事業所等のスタッフ

・ピアサポートの専門スキルプラス、相談
支援、就労支援スキルを学んで仕事に活
かす。

地域移行・定着ピアサポーター

・ピアとして寄り添う支援を基本に
据える

仮) 自立生活援助ピアサポーター

仮) 就労定着支援ピアサポーター

- ・ピアサポート活動従事者・ピアサポート専門員・ピアスタッフ（ニリカバリーを促進する専門職）
- ・障害者雇用の推進の議論ではない

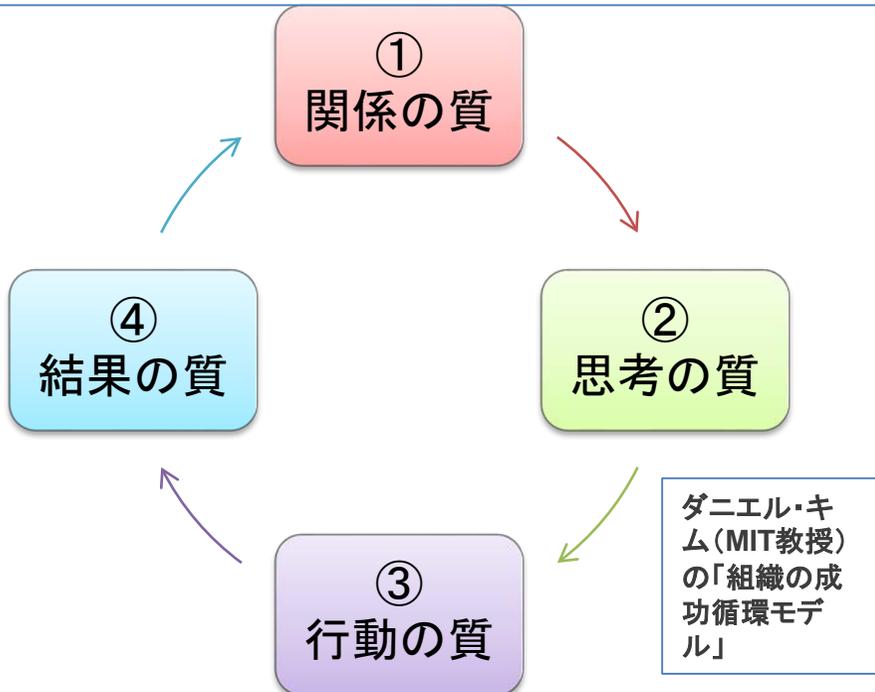
- ・役割の明確化
- ・倫理綱領の必要性
- ・研修やスーパービジョン体制の保障
- ・チームの一員として役割等

ピアサポート活動従事者が支援にかかわる効果

効果の視点	概 要
体験の共感・共有と適切なニーズ把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者が利用者と同じ病気や症状を経験していることから、ピアサポート活動従事者と利用者は、病気の症状の悩み、将来の不安、家族や支援者との関係性について、類似した体験をしていることが多い。 ・それゆえ、ピアサポート活動従事者が病気や症状の体験を利用者に語ることで、利用者の共感や体験を共有しやすくなり、信頼関係を築きやすくなっていると考えられる。 ・信頼関係が構築されることで、利用者本人のニーズも把握しやすくなり、より適切な支援につながると考えられる。
体験にもとづく相談対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者自身の体験をもとにアドバイスすることで、利用者もピアサポート活動従事者の意見に納得し、ピアサポート活動従事者のアドバイスや忠告を素直に受け入れやすいと考えられる。
ロールモデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者が病気から回復し生活している姿を、利用者自身が回復した将来の姿ととらえることで、現状の苦しい状況が続くわけではないという希望につながっていると考えられる。 ・利用者も病気から回復したピアサポート活動従事者に相談や疑問投げかけることで、自身が回復するための参考としていいると考えられる。
家族等の病気や障害の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者が家族との会話を通じて、利用者本人が苦しいときの思いや家族に反発する理由などを利用者に代わって代弁することで、病気や利用者本人の理解を促進する効果があると考えられる。 ・また、病気から回復したピアサポート活動従事者の存在自体が、利用者本人の回復した姿と重なることから、ピアサポート活動従事者が利用者本人を支援することに対して家族は安心感を得ていると考えられる。
他の職員の病気や障害の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者が利用者を支援することで、ピアサポート活動従事者以外の職員が利用者の障害特性をより深く理解し、それが支援計画や実践に生かすことができると考えられる。 ・また、利用者を支援するに当たり、ピアサポート活動従事者が利用者の不安等を代弁することで、他の職員も支援方法について示唆を与えていると考えられる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 都道府県・政令指定都市（都道府県等）の役割

モデル障害保健福祉圏域



1 目的・目標の明確化

2 課題の明確化

3 戦略の明確化

1から3を的確に定めたいうで、関係の質を向上させる。そのことにより、思考、行動の質が向上して、結果に反映される。

目的・目標が不明確であると、関係の質の向上に満足してしまい、結果に反映されない。それでは、本末転倒。

課題の明確化

・圏域内の長期入院精神障害者の現状、障害福祉サービスの整備状況等をふまえ、障害福祉計画の目標との進捗状況等の情報を整理する

戦略策定

・保健・医療・福祉による協議の場との連携を図りつつ、圏域内でどのように地域移行を推進するのか等の具体的な戦略を立案し、目標値（指標）との関係を明確化する

地域移行に資する事業の実施

・保健・医療・福祉による協議の場の開催に加え、地域の実情に応じ、住まいの確保支援、グループホームの整備、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握、精神障害者の地域移行関係職員に対する研修の実施等の事業を行う

OJT (on-the-job training) による行政、保健、医療、福祉の中核的な人材の育成

圏域内の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための関係者ネットワークの形成・強化

地域移行に資する事業の推進

(※障害福祉計画、介護保険事業計画、医療計画の目標達成に向けて)