精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築
に向けた事例集

（2021 年度版）

2022（令和４）年３月

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

厚生労働省　社会援護局　精神・障害保健課

目次

第１章　精神保健医療福祉政策の動向と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム　1
　１．精神医療及び障害福祉サービス等のデータ　・・・

事例３．千葉市　～実行性のある協議の場の構築と構築推進サポーターの活用による取組の加速化～ ・・・

第１章

精神保健医療福祉政策の動向と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

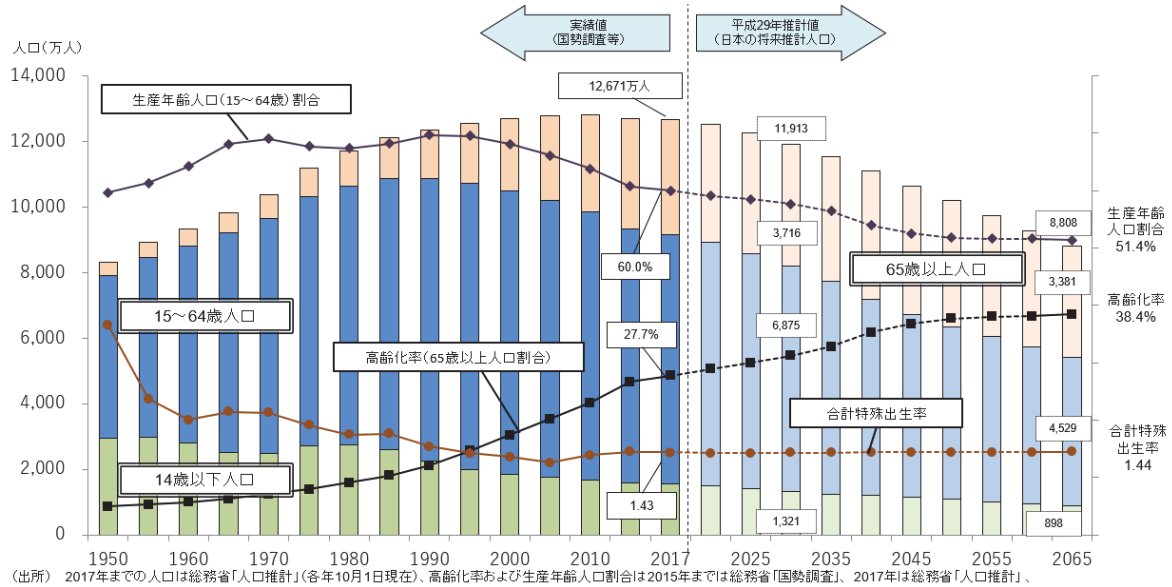
1　精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

（1）日本の人口の推移

日本の人口は今後減少することが予測され、2065 年には 9,000 万人を割り込み、高齢化率は 38%台になると予測されています。（図表１）

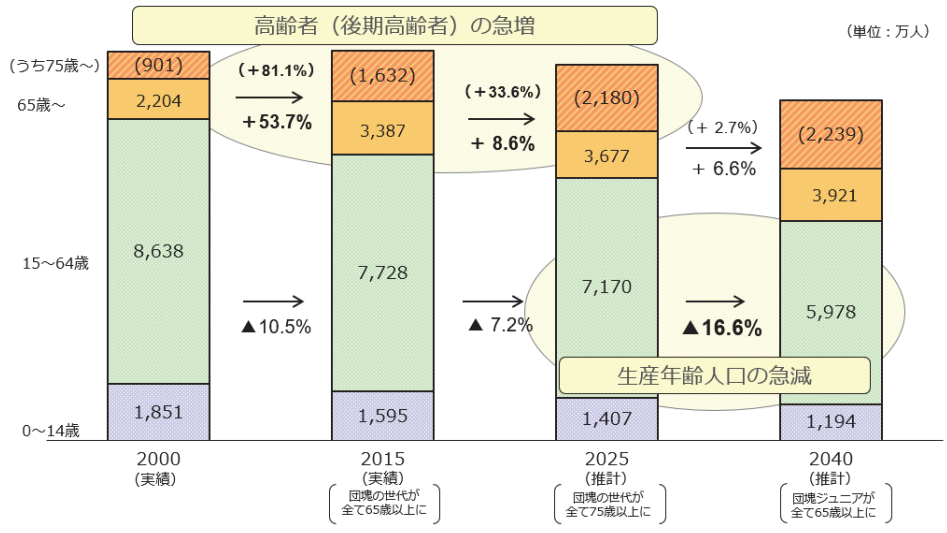
2025 年に向けて高齢者人口が急速に増加した後に緩やかになります。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025 年以降さらに減少が加速することが予測されています。（図表２）

図表１：日本の人口の推移



（出所）2017年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、
2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

図表２：人口構造の変化

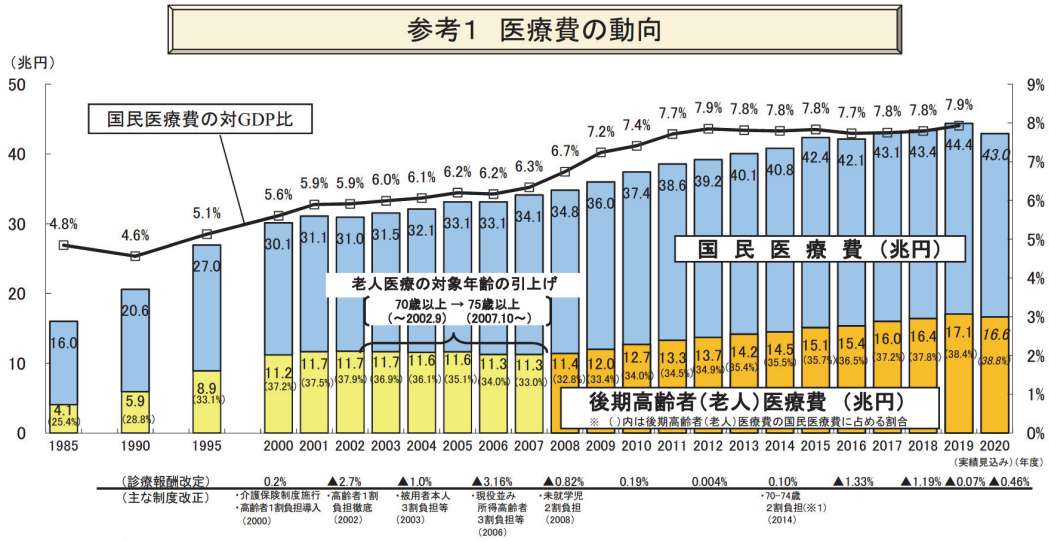


（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

（２）医療費の動向

令和元年度の国民医療費は 44 兆 3,895 億円、前年度からは 2.3%の増加、一人当たりの医療費は 35 万 1,800 円となっています。また、医科診療医療費に占める精神及び行動の障害の割合は、8.8%となっています。

図表３：医療費の動向



＜対前年度伸び率＞　（%）

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	*▲3.2*
後期高齢者（老人）医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	*▲2.4*
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.8	2.0	0.1	0.5	－

注1　GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
注2　2020年度の国民医療費（及び後期高齢者医療費。以下同じ。）は実績見込みである。2020年度分は、2019年度の国民医療費に2020年度の概算医療費の伸び率（上表の斜字体）を乗じることによって推計している。
（※）70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

◆ 医療費の規模
　44 兆 3,895 億円（前年度比2.3%）
　対国民所得では、11.06%
◆ 65歳以上の高齢者の医療費の規模
　27 兆　629 億円（構成割合61.0%）
◆ 一人当たりの医療費
　全年齢では、35万1,800円　65歳以上高齢者では、75万4,200円
◆ 診療種類別
　医科診療医療費は31兆9,583億円（構成割合72.0%）、
　うち、入院医療費は16兆8,992億円（同38.1%）入院外医療費は15兆 591億円（同33.9%）
　医科診療医療費以外である、歯科診療医療費は3兆 150億円（同6.8%）、薬局調剤医療費は7兆8,411億円（同17.7%）、入院時食事・生活医療費は7,901億円（同1.8%）。
◆ 医科診療医療費における傷病分類別の状況

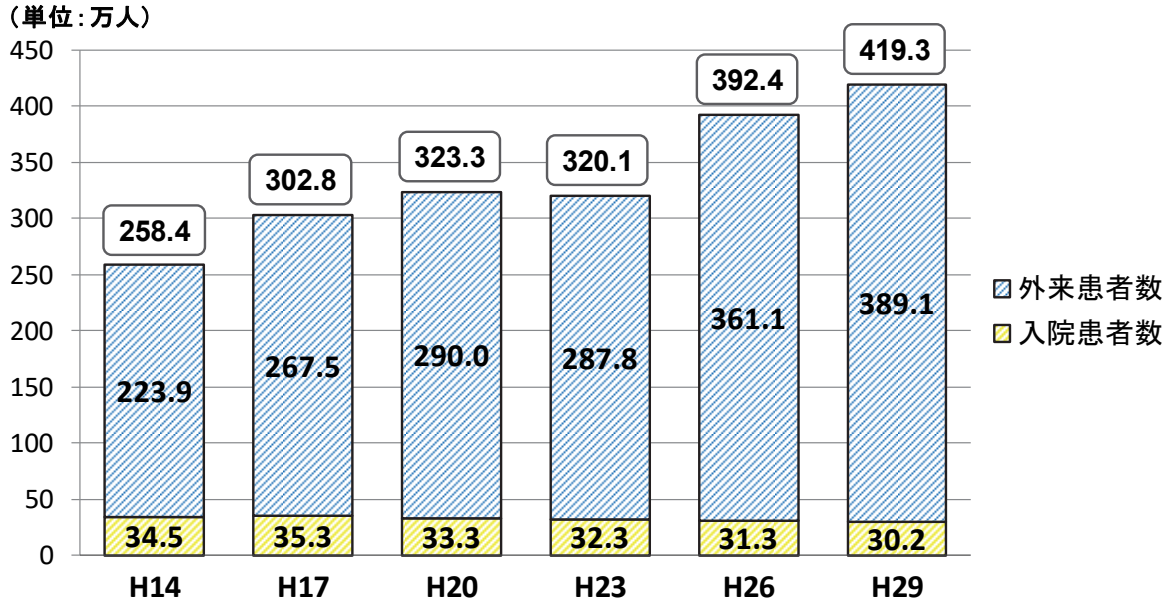
	総数	医科診療医療費に占める割合	内訳	
			入院医療費	入院外医療費
循環器系の疾患	5兆7,890億円	19.2%	3兆5,798億円	2兆2,092億円
新生物（含悪性腫瘍）	4 兆4,933億円	14.9%	2兆6,674億円	1兆8,259億円
筋骨格系及び結合組織の疾患	2 兆4,127億円	8.0%	1兆1,683億円	1兆2,444億円
損傷，中毒及びその他の外因の影響	2 兆 776億円	6.9%	1兆7,046億円	3,730億円
精神及び行動の障害	1 兆9,987億円	6.6%	1兆4,235億円	5,752億円
呼吸器系の疾患	1兆6,724億円	5.6%	8,404億円	8,320億円

出典：令和2年度国民医療費の概況（厚生労働省）（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/index.html）

（３）精神疾患を有する総患者数の推移

我が国の精神疾患を有する総患者数は、約 419.3 万人（入院患者数：約 30.2 万人、外来患者数：約 389.1 万人）（平成 29 年患者調査）へと急激な増加が続いており、400 万人を超える水準となっています（図表４）。

図表４：精神疾患を有する総患者数の推移



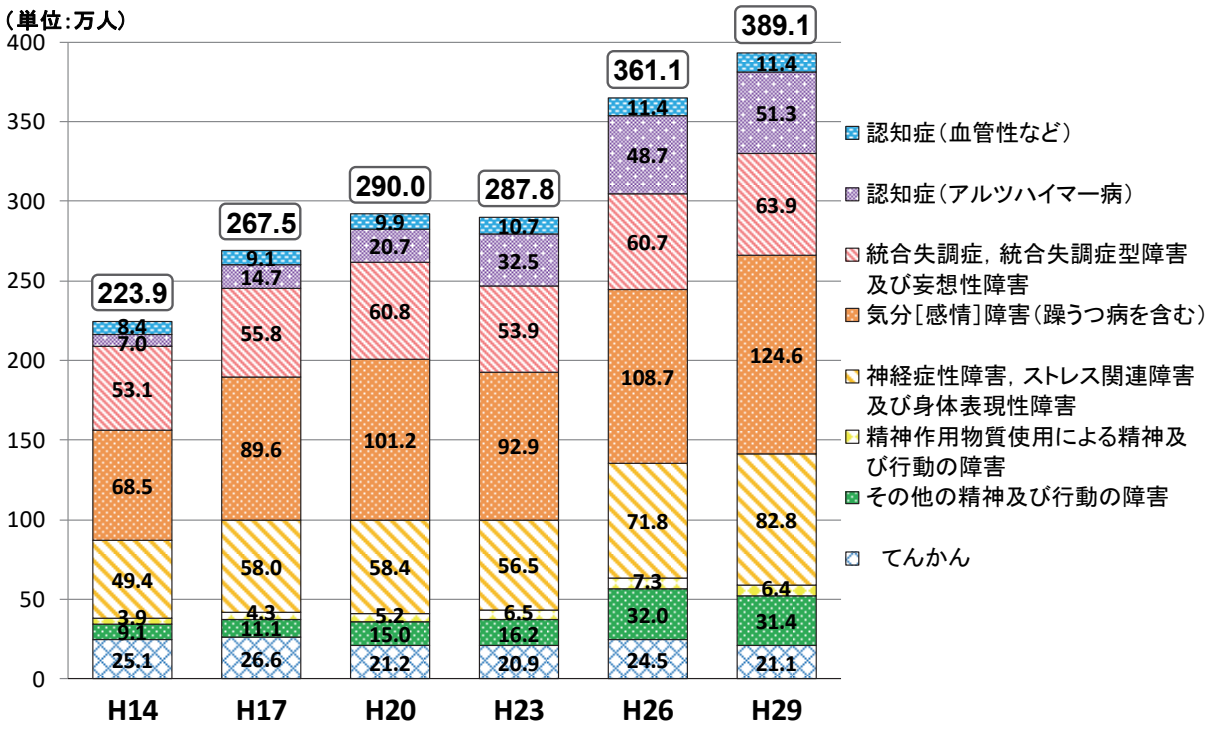
※H23 年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（４）精神疾患を有する外来患者数の推移

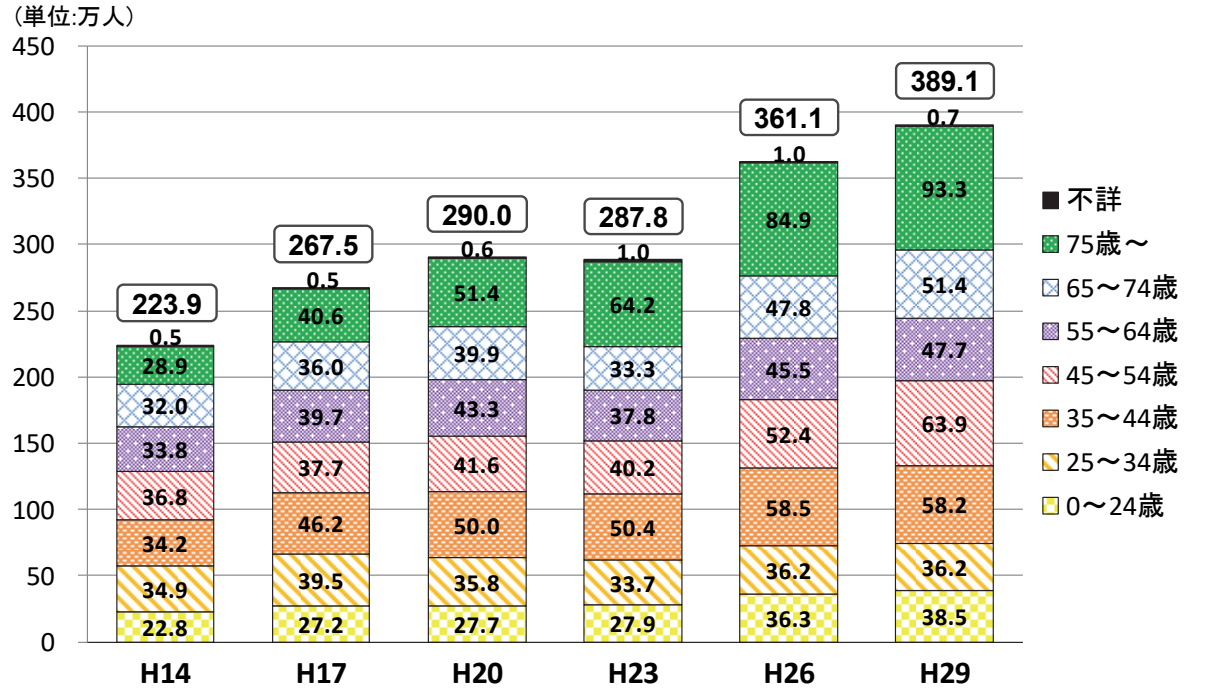
精神疾患を有する外来患者数は、15 年前と比べ約 1.7 倍（平成 14 年：約 223.9 万人→平成 29 年：約 389.1 万人）に増加しています。疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約 1.7 倍と増加割合が顕著です（図表５）。

年齢階級別では、全階級で増加傾向ですが、特に後期高齢者（75 歳以上）が顕著であり、15 年前と比べ約 3.2 倍に増加しています（図表６）。

図表５：精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）



図表６：精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



※図５・６、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

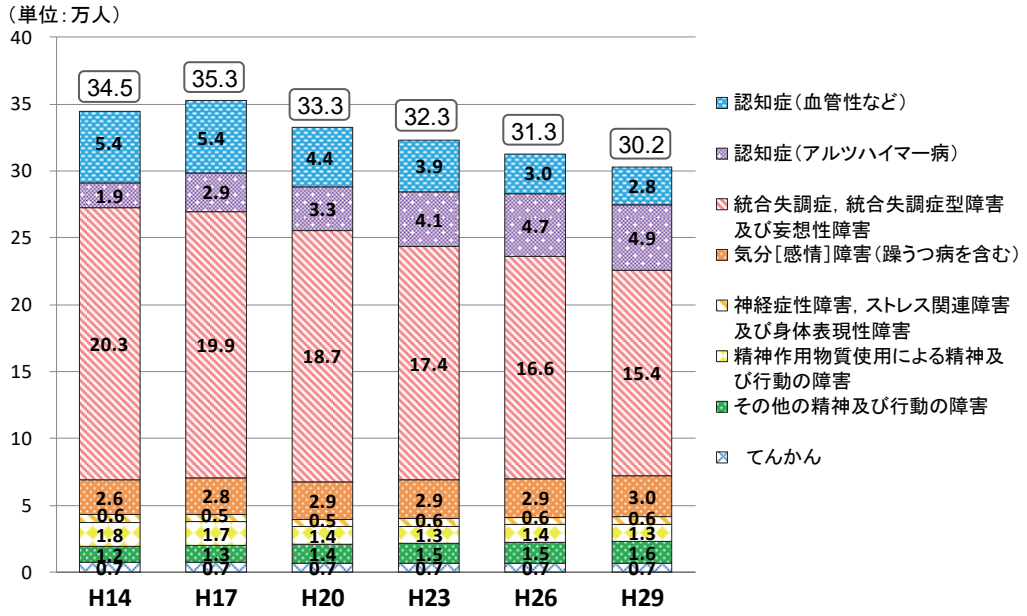
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（５）精神疾患を有する入院患者数の推移

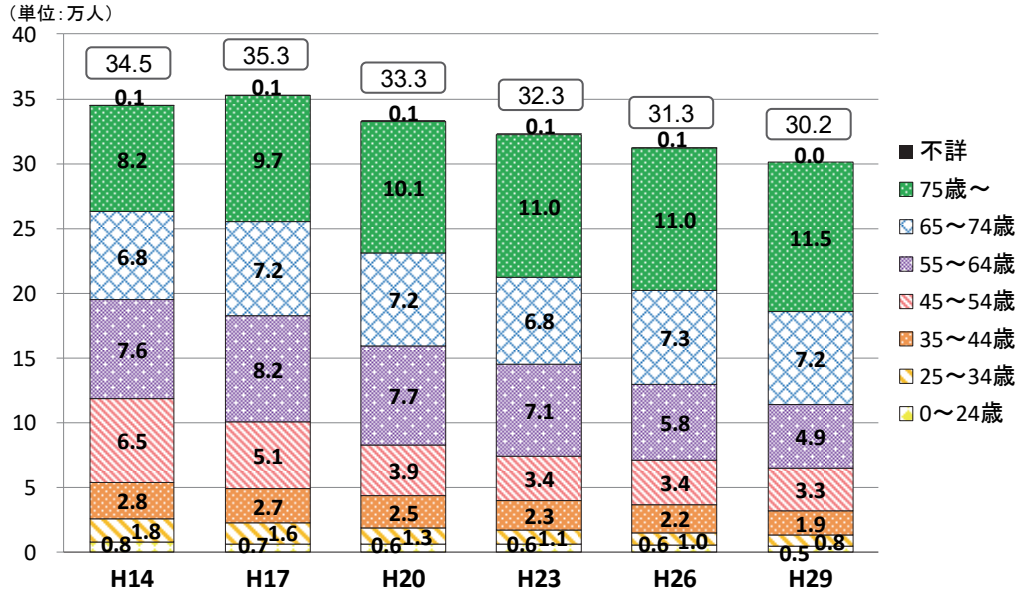
精神疾患を有する入院患者数は、15 年前と比べおおよそ９割（平成 14 年：約 34.5 万人→平成 29 年：約 30.2 万人）に減少していますが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 2.6 倍に増加しています（図表７）。

年齢階級別では、65 歳未満の入院患者数は減少傾向ですが、65 歳以上は増加しており、特に後期高齢者（75 歳以上）の入院患者数は 15 年前と比べ約 1.4 倍と顕著です（図表８）。

図表７：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



図表８： 精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



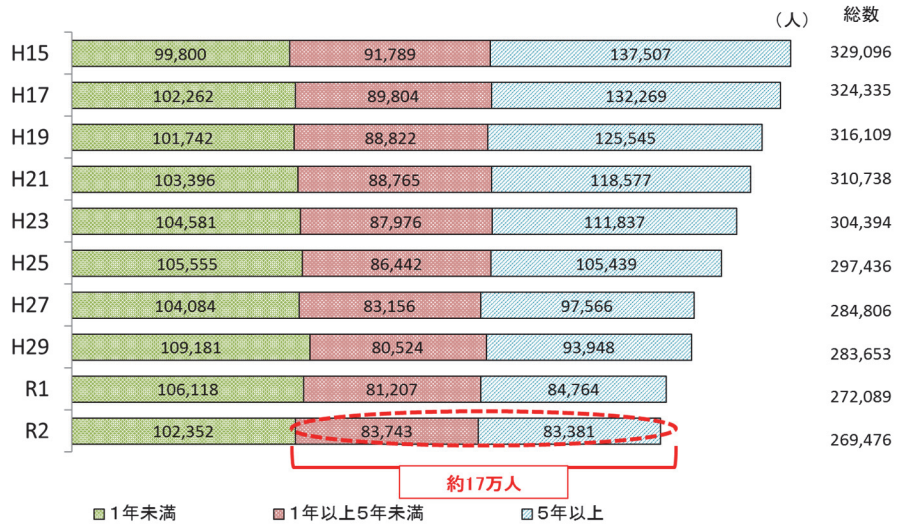
※図表７・８、いずれもH23 年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（６）精神病床における入院患者の在院期間別人数

精神病床でみると、令和２年６月 30 日時点で約 27 万人（令和２年精神保健福祉資料）が入院しています。前述の精神疾患を有する入院患者数と同様に徐々に減少傾向ではありますが、１年以上入院患者が約 17 万人（全入院患者の６割強）、５年以上入院患者が約８万人（全入院患者の３割強）であり、１年以上長期入院患者が全体の半数以上を占めています（図表９）。

また、医師配置が手厚い傾向にある病床群の入院患者の方が、在院期間が短い傾向です（図表 10）。

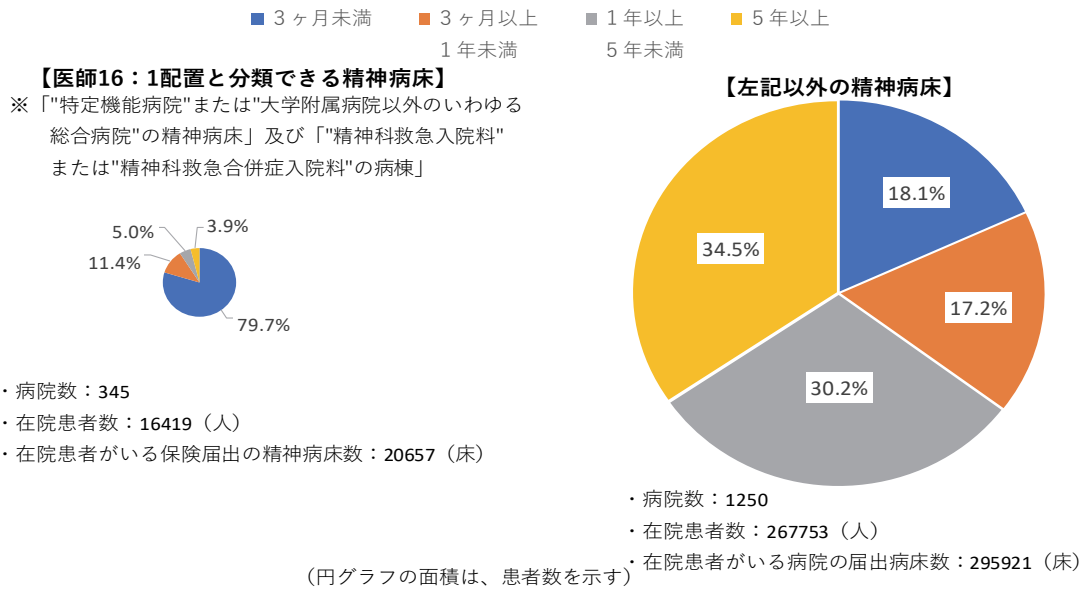
図表９：精神病床における在院期間別入院患者数（各年６月 30 日時点での入院）



※毎年公表される値であるが、便宜上、平成 15 年～令和元年は隔年で掲載している

出典：「精神保健福祉資料」より作成

図表 10：精神病床を有する医療機関における医師配置別入院患者数



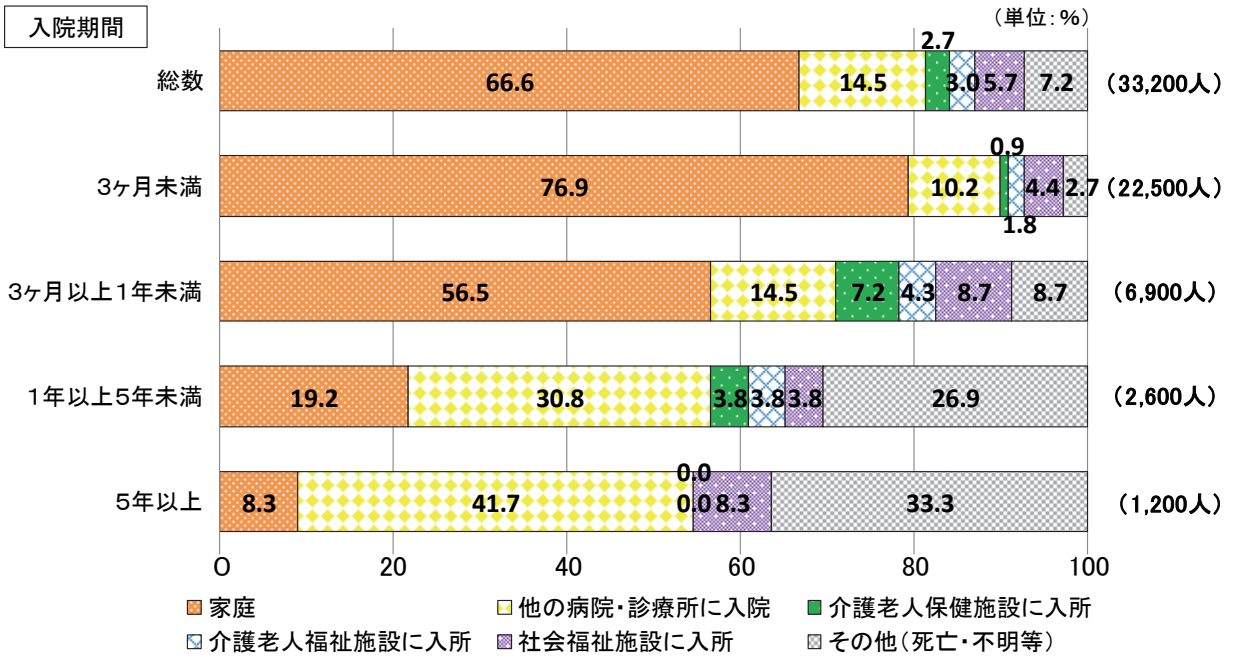
出典：平成 29 年度「精神保健福祉資料」より作成

（７）退院後の行先

精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所に入院」となっています。

しかしながら、入院期間別にみると、「3 ヶ月未満」及び「3 ヶ月以上 1 年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1 年以上 5 年未満」及び「5 年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めています。

図表 11：平成 29 年精神病床退院患者の退院後の行先



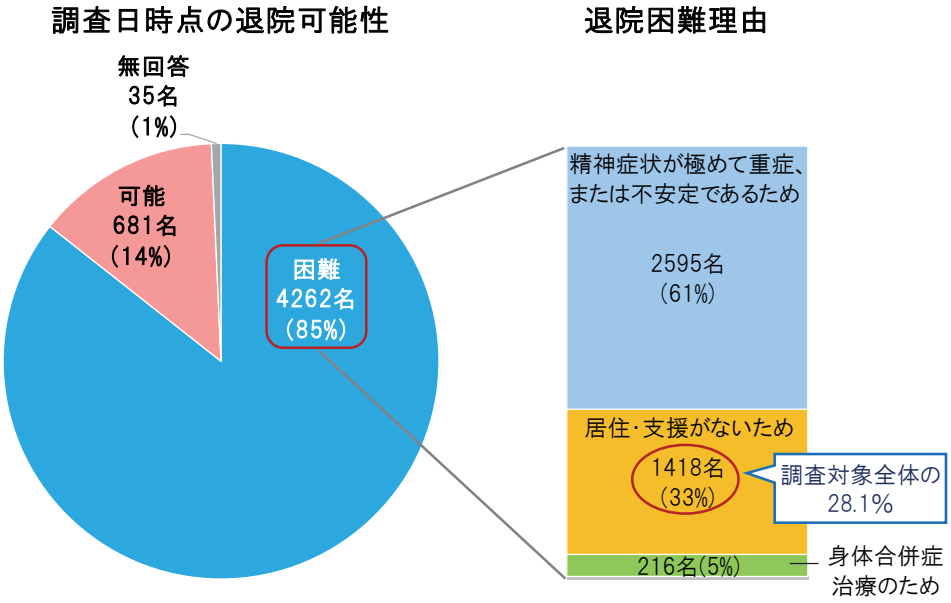
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（８）退院の可能性や見通し

精神病床を有する医療機関における１年半以上の長期入院患者の退院可能性をみると、退院困難者のうち約３割は、「居住・支援がないため」退院が困難と回答しています。

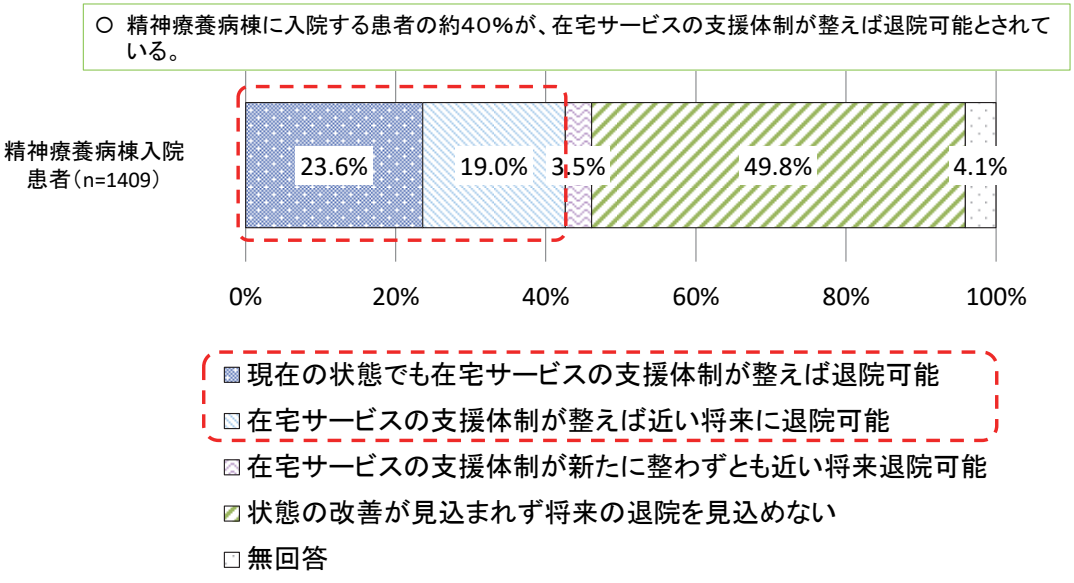
また、精神療養病棟の入院患者においては、その約４割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院が可能と回答しています。

図表 12：精神病床を有する医療機関における１年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由



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

図表 13：精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



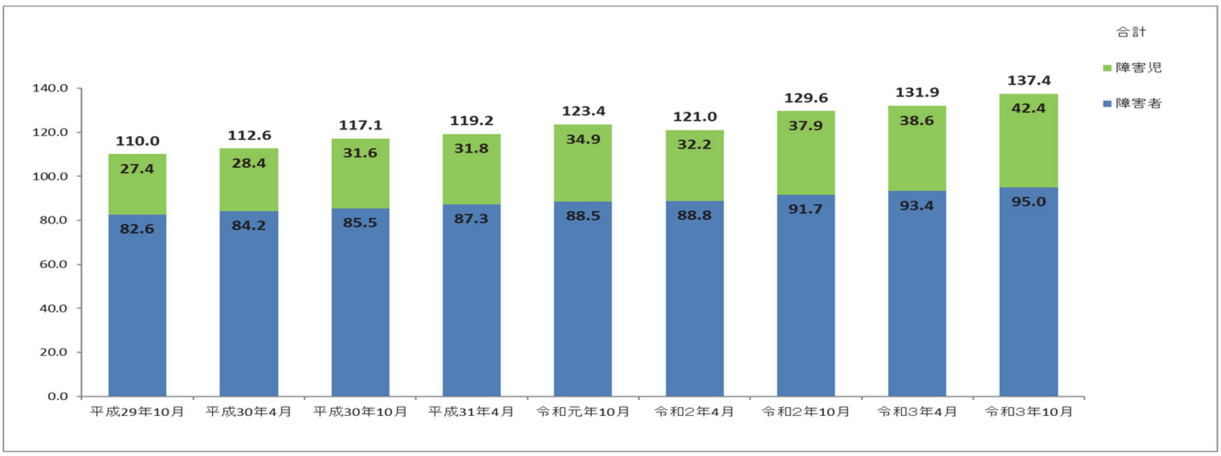
出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

（９）障害福祉サービス等の利用者数の推移

障害福祉サービス等の利用者数は、年々増加しています。令和３年 10 月時点において、障害福祉サービス等の利用者約 95.0 万人のうち、精神障害者の利用者数は 27.7 万人であり、３割弱を占めています。精神障害者利用者数の過去１年間の伸び率は 7.5%であり、身体障害者及び知的障害者に対する伸び率（それぞれ 1.1%と 2.4%）を大きく上回っています。

図表 14：利用者数の推移（６ヶ月毎の利用者数推移）
（障害福祉サービスと障害児サービス）

（単位：万人）



○令和２年１０月→令和３年１０月の伸び率（年率）・・・・・　６．０％

このうち　身体障害者の伸び率……　１．１％
知的障害者の伸び率……　２．４％
精神障害者の伸び率……　７．５％
障害児の伸び率　……　１１．７％

（令和３年１０月の利用者数）
身体障害者……　２２．５万人
知的障害者……　４３．１万人
精神障害者……　２７．７万人
難病等対象者…　０．４万人（3,953人）
障害児　……　４３．８万人（※）
（※障害福祉サービスを利用する障害児を含む）

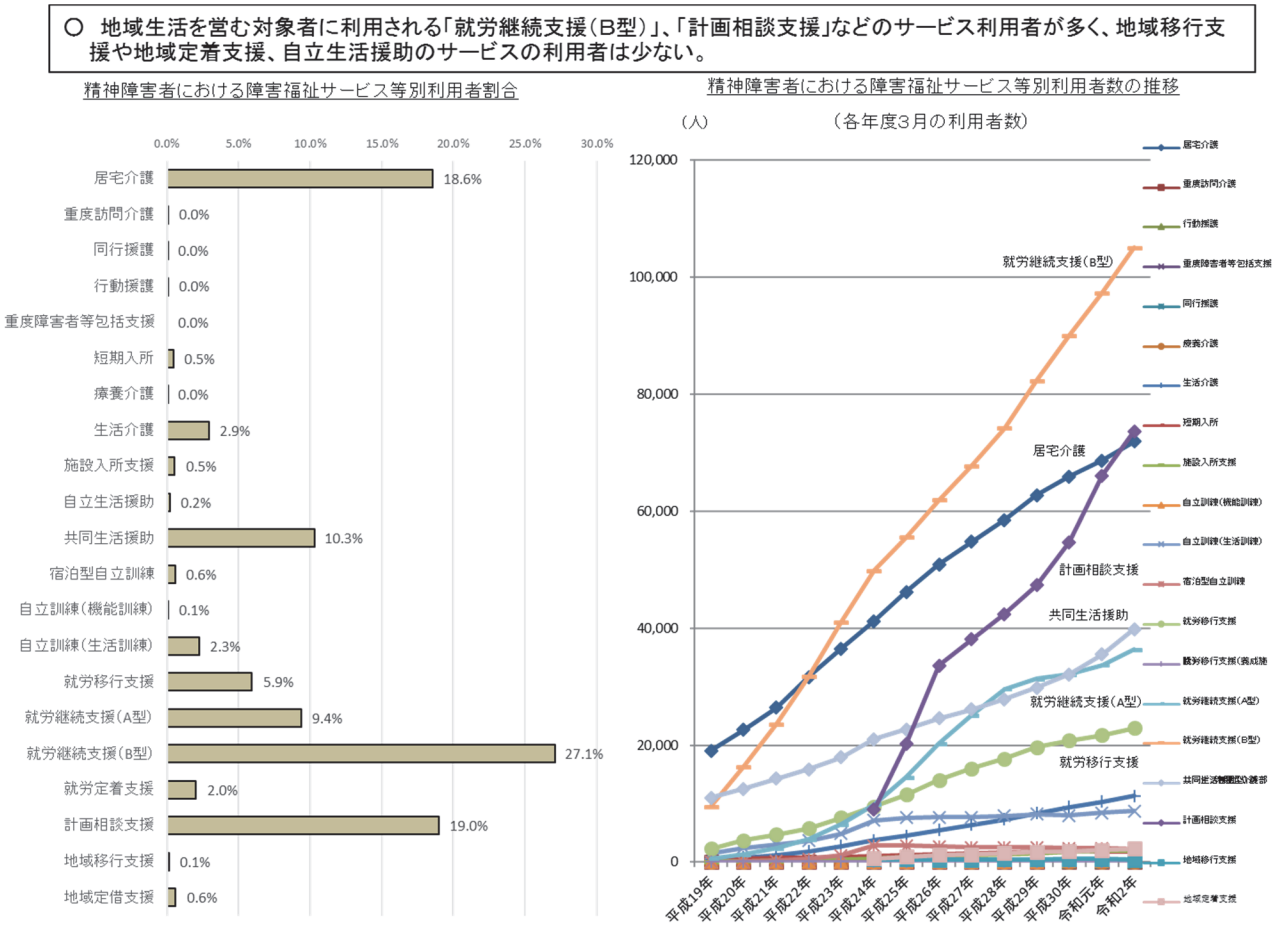
出典：厚生労働省

（10）精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

精神障害者における障害福祉サービス別利用者数の推移をみると、令和３年３月時点で就労継続支援（B型）の利用者数が約 10 万人超、約３割の利用で最も多く、次に居宅介護がそれに続きます。増加割合でみると、計画相談支援が、平成 24 年の総合支援法の施行による障害福祉サービス化以降大きく増加しています。

一方、地域移行支援や地域定着支援、宿泊型自立訓練などは利用者数が低く、課題の整理が必要です。

図表 15：精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況



出典：国保連データ（令和３年３月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

（11）精神保健調査日本調査　(World Mental Health Japan Survey)

精神保健調査日本調査は、厚生労働科学研究「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」（WMHJ22013－2016）（主任研究者：川上憲人　東京大学大学院医学系研究科教授）において、精神障害の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動への影響等を明らかにすることを目的に実施されたものです。（ファースト調査は、2002-2006 年に実施）

①調査方法等

2013-2015 年度までに、関東地方、東日本、西日本で調査を行い、2450 人に以下の質問項目について面接調査及び自己記入式調査票による調査を行いました。

図表 16：世界精神保健日本調査（WMH-J2）における全回答者の基本属性

属性		回答者数	%
性別	男性	1160	47.3
	女性	1290	52.7
年齢	25-34歳	455	18.6
	35-44歳	466	19.0
	45-54歳	454	18.5
	55-64歳	509	20.8
	65-75歳	566	23.1
婚姻状態	結婚している	1770	72.2
	別居している	12	0.5
	離婚した	118	4.8
	死別した	106	4.3
	未婚	444	18.1
家族形態	単身	191	7.8
	夫婦のみ	556	22.7
	子と同居（二世帯）	985	40.2
	親と同居（二世帯）	371	15.1
	親および子と同居（三世帯）	286	11.7
	その他の親族と同居	36	1.5
	親族以外と同居	11	0.4
	これ以外の世帯	13	0.5
	欠損値	1	0.0
移動能力	一人で外出可能	2425	99.0
	一人で外出できない	25	1.0

属性		回答者数	%
学歴	中学校	222	9.1
	高校	944	38.5
	専門学校（専修課程／入学資格・中卒以上）	79	3.2
	専門学校（高等課程／入学資格・高卒以上）	304	12.4
	短期大学、高等工業専門学校（高専）	238	9.7
	大学	598	24.4
	大学院	59	2.4
	欠損値	6	0.2
現在の雇用状況	現在働いている	1458	59.5
	自営業	229	9.3
	求職中（失業中）	23	0.9
	一時解雇（一時帰休）	7	0.3
	退職した	217	8.9
	家事	407	16.6
	学生	41	1.7
	産休中	16	0.7
	病気休業中	12	0.5
	障害のために働けない	19	0.8
	その他（具体的にたずねる）	18	0.7
	欠損値	3	0.1

図表 17：世界精神保健日本調査（WMH-J2）における質問項目

- 属性およびスクリーニング
- うつ病
- 躁病
- パニック障害
- 特定の恐怖症
- 広場恐怖
- 全般性不安障害
- 物質使用障害
- 心的外傷後ストレス障害
- てんかん
- 精神病スクリーニング
- 自殺傾向
- サービス利用
- 東日本大震災
- 人口統計要因
- 雇用状態
- 経済的状態
- 結婚
- 子供
- 子供時代
- 引きこもり
- 面接者の観察

②調査結果

ICD1-10 診断による主要な精神障害の生涯有病率は、図表 18 注１）に示した「いずれかの精神障害」では、約 23%となっています。

図表 18：ICD-10　診断による主要な精神障害の生涯有病率（性別）

	男性 (N=1160)		女性 (N=1290)		合計 (2450名)		χ^2
	%	人数	%	人数	%	人数	
気分(感情)障害							
重症うつ病エピソード	2.2%	25	3.2%	41	2.7%	66	2.4
中等症うつ病エピソード	1.6%	18	2.4%	31	2.0%	49	2.3
軽症うつ病エピソード	1.0%	12	0.9%	12	1.0%	24	0.1
全てのうつ病エピソード	4.7%	55	6.5%	84	5.7%	139	3.6
躁病エピソード	0.7%	8	0.7%	9	0.7%	17	0.0
軽躁病	0.2%	2	0.1%	1	0.1%	3	0.4
気分変調症	0.9%	11	1.9%	24	1.4%	35	3.6
いずれかの気分(感情)障害	5.4%	63	8.1%	105	6.9%	168	7.0 **
神経症性・ストレス性障害							
パニック障害	0.5%	6	1.2%	16	0.9%	22	3.6
パニック障害をともなわない広場恐怖	0.5%	6	1.4%	18	1.0%	24	4.9 *
社会恐怖(社交不安障害)	1.6%	18	2.6%	34	2.1%	52	3.5
特定の恐怖症†	(2.8%)	(7)	(7.4%)	(20)	(5.1%)	(27)	5.7 **
全般性不安障害	1.3%	15	2.7%	35	2.0%	50	6.2 *
外傷後ストレス障害	0.3%	4	1.6%	20	1.0%	24	9.2 **
いずれかの神経症性・ストレス性障害	3.6%	42	7.0%	90	5.4%	132	13.5 **
精神作用物質による精神および行動上の障害							
有害な使用-アルコール	22.4%	260	8.4%	108	15.0%	368	94.3 **
アルコール依存症	0.3%	4	0.0%	0	0.2%	4	4.5 **
有害な使用-薬物	0.3%	4	0.4%	5	0.4%	9	0.0
薬物依存症	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
いずれかの精神作用物質による障害	22.8%	265	8.5%	110	15.3%	375	96.6 **
いずれかの精神障害	28.0%	325	18.2%	235	22.9%	560	33.3 **

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, χ^2検定(人数の期待値が5人未満のセルを含む比較は参考値).

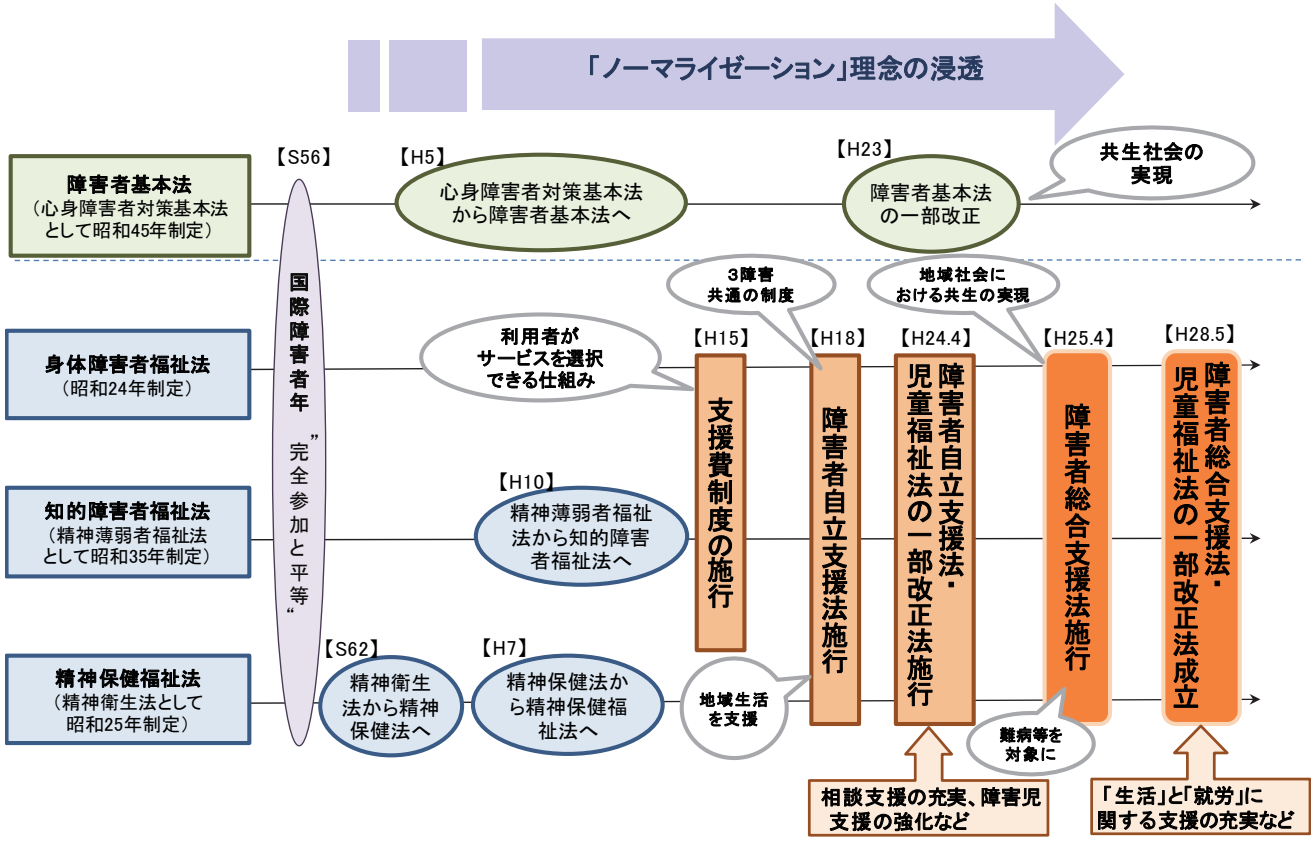
† 特定の恐怖症は平成25年度調査でのみ調査したため，有病率は25年調査の対象者のみを分母とした数値を括弧書きで示した.

注1) 疾患グループは以下のとおり. いずれかの気分障害＝うつ病エピソード、躁病エピソード、軽躁病エピソード、気分変調症. いずれかの神経症性・ストレス性障害＝パニック障害、広場恐怖、社会恐怖(社交不安障害)、全般性不安障害、外傷後ストレス障害. いずれかの精神作用物質による障害＝アルコールの有害な使用あるいは依存症、薬物の有害な使用あるいは依存症. いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害.

2　精神保健医療福祉政策の動向

精神保健や精神医療、障害福祉における取組として、これまでに我が国では様々な議論や政策的展開が図られてきました。

図表 19：障害保健福祉施策の歴史



図表 20：精神領域におけるこれまでの経緯一覧

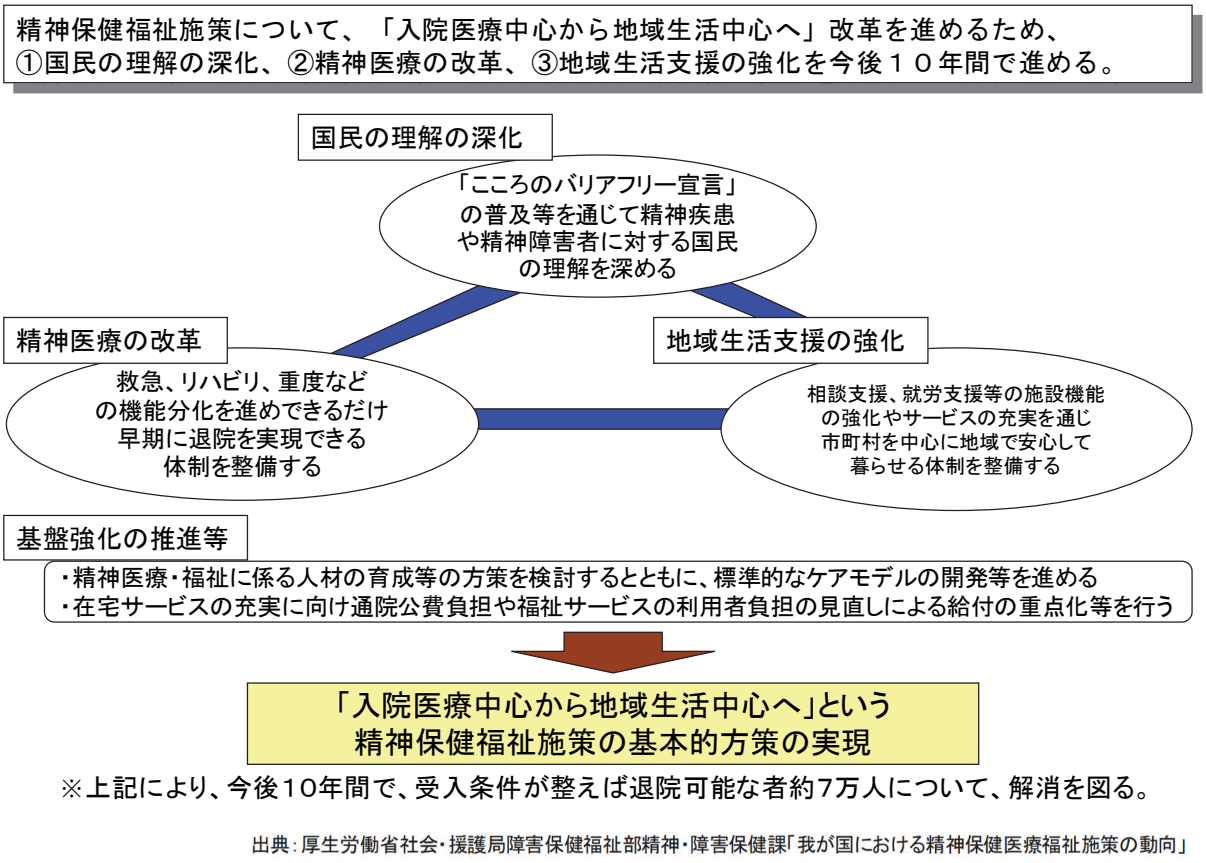
平成 14 年 12 月	社会保障審議会障害者部会精神障害分会　報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」　＊Ⅰ
平成 15 年 5 月	精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」　＊Ⅱ
平成 16 年 9 月	厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」　＊Ⅲ
平成 18 年 4 月	障害者自立支援法施行
平成 21 年 9 月	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」　＊Ⅳ
平成 22 年 5 月	厚生労働省障害保健福祉部「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」
平成 25 年 4 月	障害者総合支援法施行
平成 25 年 6 月	精神保健福祉法改正　平成 26 年 4 月施行
平成 26 年 4 月	「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」　＊Ⅴ
平成 26 年 7 月	厚生労働省「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめ　＊Ⅵ
平成 29 年 2 月	厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」　＊Ⅶ
令和 3 年 3 月	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　＊Ⅷ

Ⅰ　平成７年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に名称変更）の改正を経て、精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実が図られました。しかしながら、その成果が十分ではないことから、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要であるとして、平成 14 年 12 月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が示されました。同月、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が設置されています。

Ⅱ　平成 15 年５月に、精神保健福祉対策本部の「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）が出されました。それに基づき「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関する３つの検討会が開催されました。この報告を踏まえ、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性を明らかにするため、平成 16 年９月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示されています。

この改革ビジョンでは、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示されました（図表 21）。

図表 21：精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

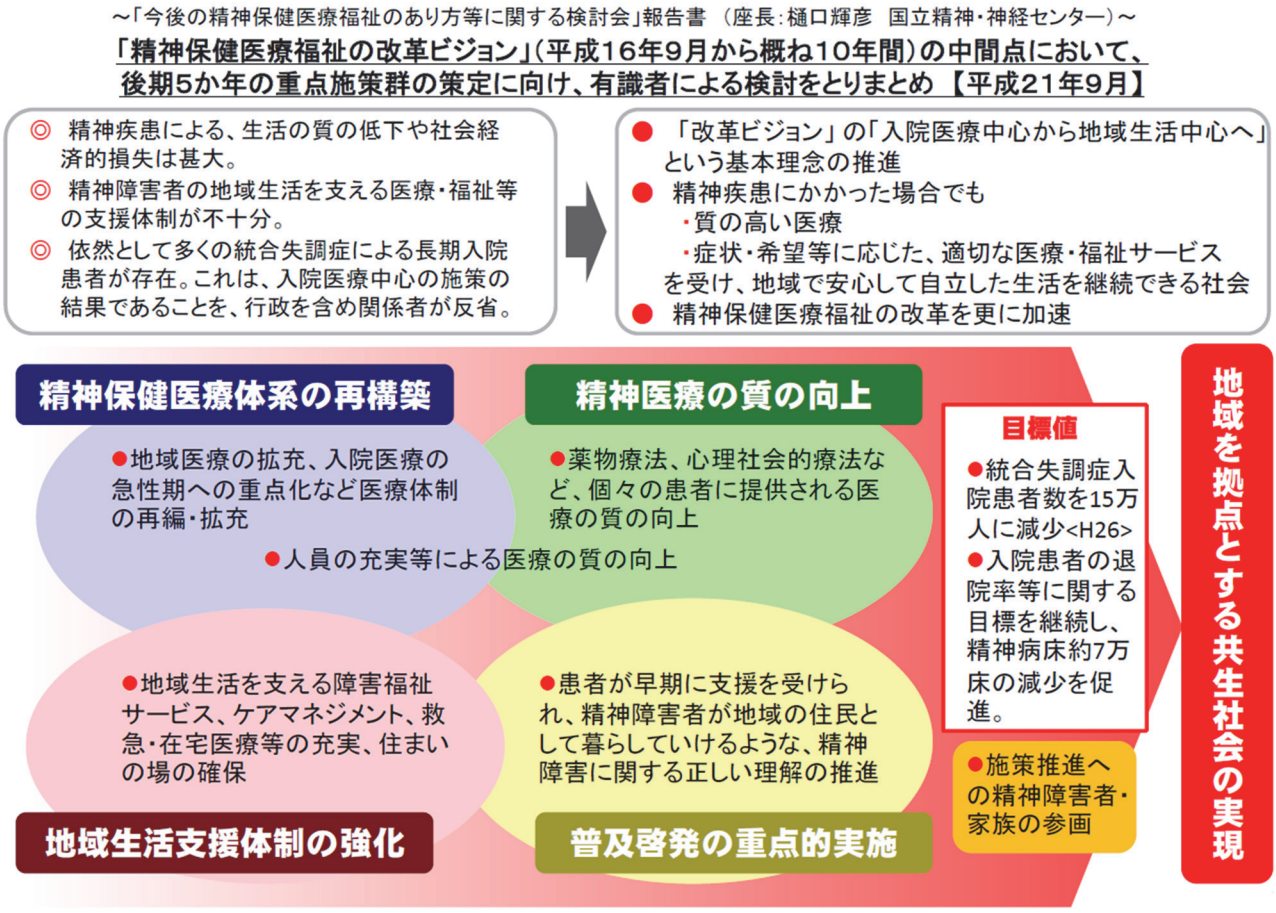


出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「我が国における精神保健医療福祉施策の動向」

Ⅲ　「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本指針として、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年間で進めるとされました。また、「受入条件が整えば退院可能な者（約７万人）」についても、併せて 10 年後の解消を図ることが盛り込まれました。

Ⅳ　平成 21 年９月に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期５か年（平成 21 年９月以降）の重点施策群の策定に向けた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）が提示されました。「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させることとされました（図表 22）。

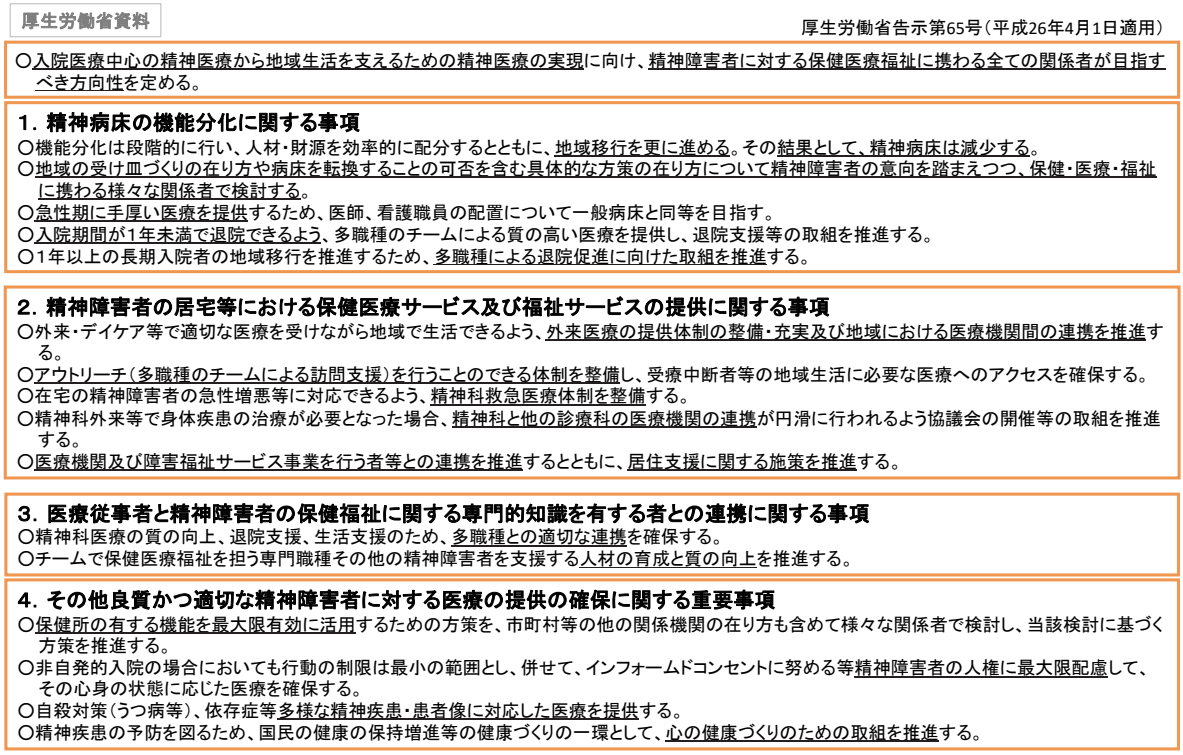
図表 22：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要



出典：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）

Ⅴ　平成 26 年４月の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」の施行に伴い、法第 41 条第１項の規定に基づき、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められました。入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めたものです。１年未満で退院できるよう、質の高い医療を提供し退院支援等の取組を推進するとともに、１年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進することなどが明記されました（図表 23）。

図表 23：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（概要）



厚生労働省資料

厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1．精神病床の機能分化に関する事項

○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
○地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
○急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
○入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
○1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2．精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

○外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
○アウトリーチ（多職種のチームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
○在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
○精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
○医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3．医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

○精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
○チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4．その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

○保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
○非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
○自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
○精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

Ⅵ　平成 26 年７月に、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ）が公表されました。

主に、下記が打ち出されています。

①長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」、「地域生活の支援」を徹底して実施

②長期入院精神障害者本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」などの「退院に向けた支援」、居住の場の確保や地域生活を支えるサービスの確保として「地域生活の支援」、また、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう自治体が助言・支援に努める「関係行政機関の役割」

③病院の構造改革として「入院医療について精神科救急等地域生活を支えるために医療等に人員・治療機能を集約することが原則」、「地域移行を進めることによる病床の適正化」

Ⅶ　平成 29 年２月に、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書がとりまとめられました。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進し、精神障害者の一層の地域移行を地域において具体的な政策手段により実現していくため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな政策理念が明記されました。

この政策理念を基軸としつつ、既存の取組等による成果を踏まえ、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な方策を検討することが示されています。

図表 24：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）（抜粋）

（平成29年２月８日）

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

１．新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（１）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○ 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

（２）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○ 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

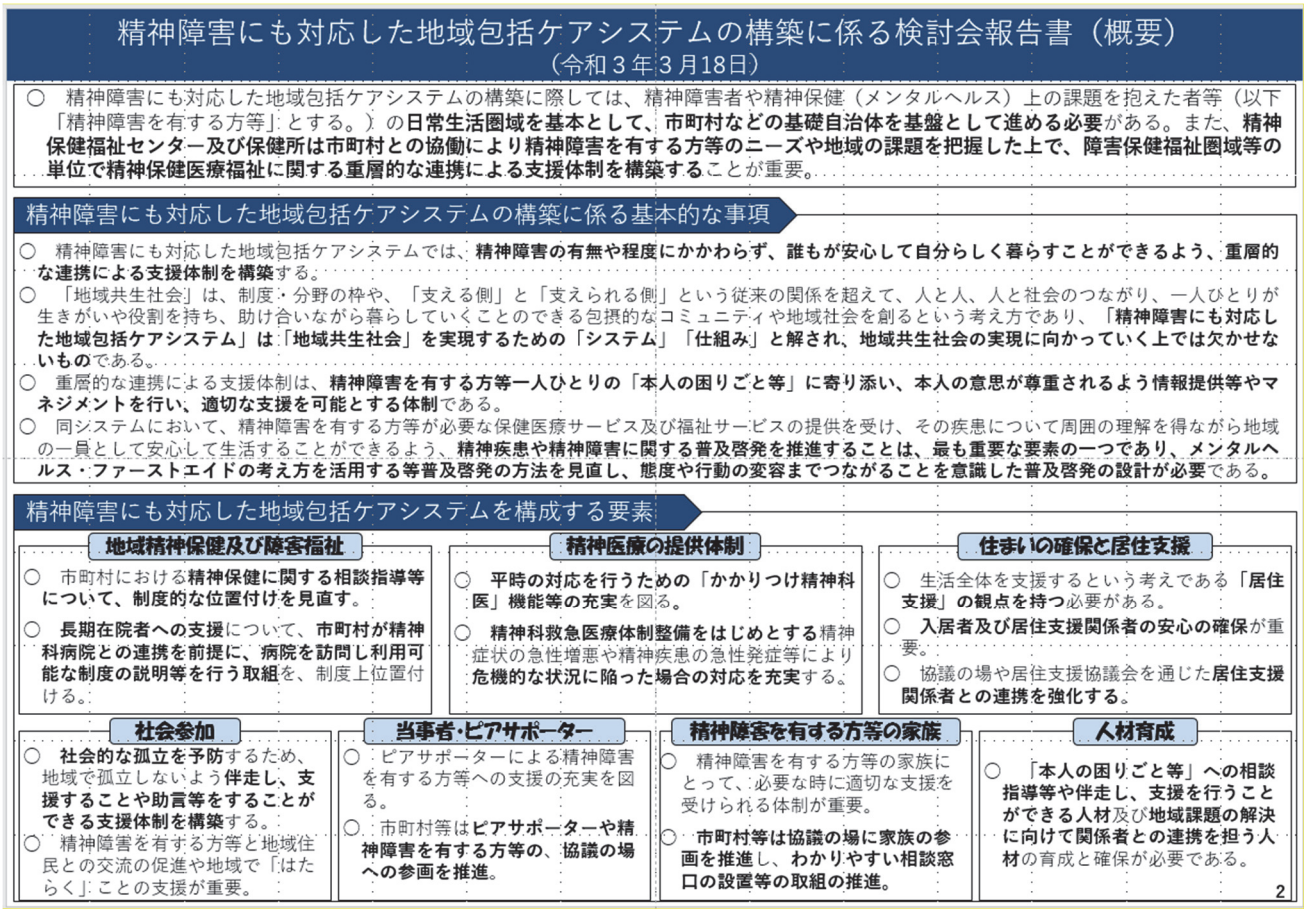
（３）精神病床のさらなる機能分化

○ 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

出典：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）

Ⅷ　令和３年３月に、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書がとりまとめられました。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、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的な考え方、重層的な連携による支援体制の構築、普及啓発の推進並びに精神保健医療福祉、住まい及びピアサポート等の同システムを構成する要素等について、今後の方向性や取組が整理されました。

図表 25：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（概要）
（令和３年３月 18 日）



出典：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（概要）

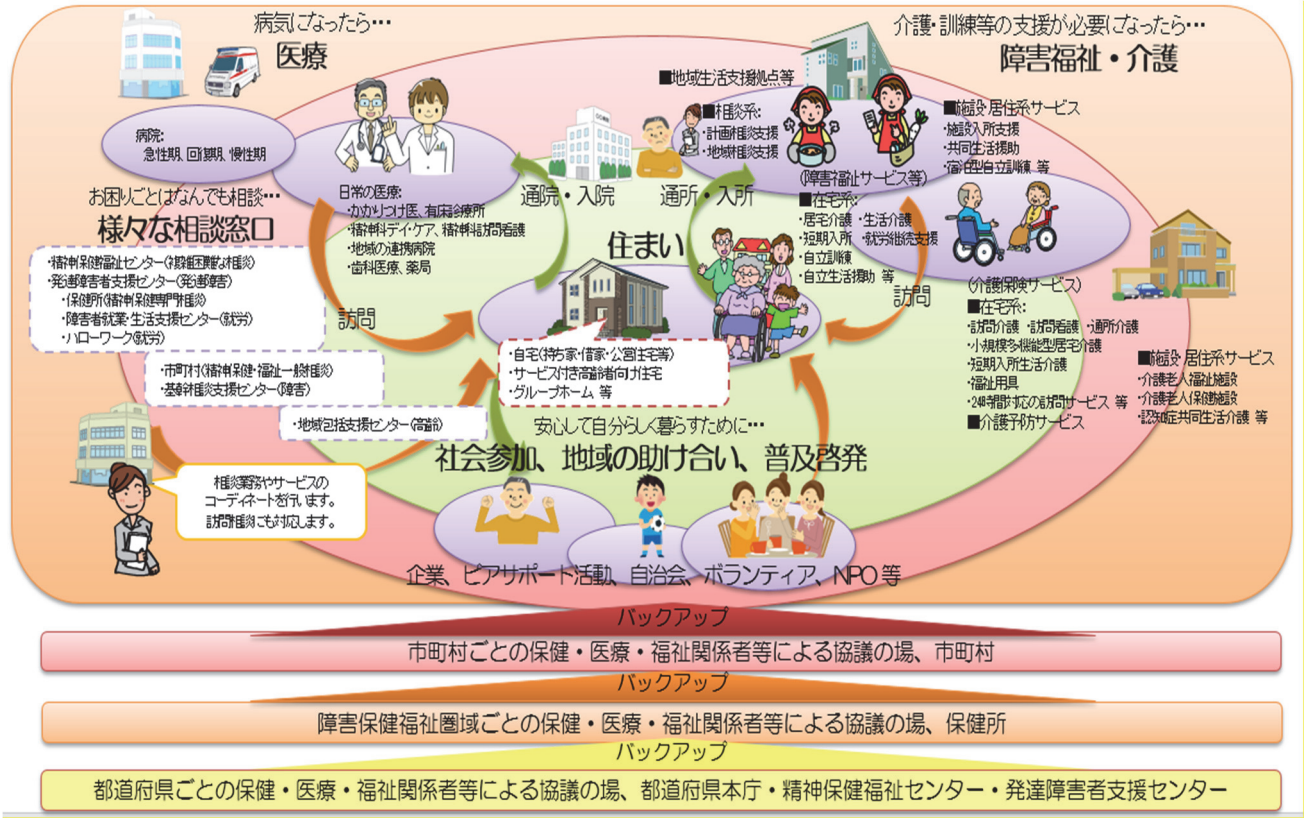
3　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは

（１）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

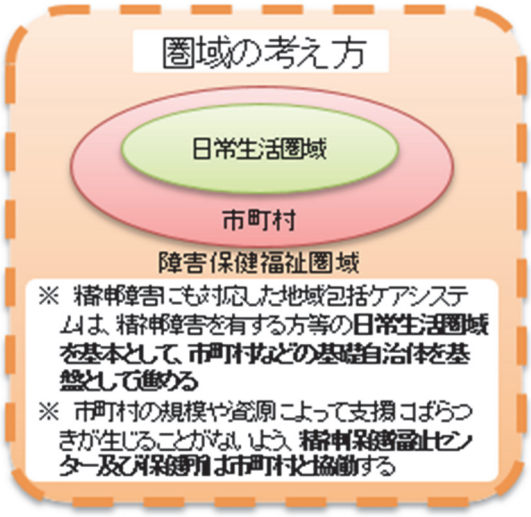
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことを指します。同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものです。

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、障害の有無や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、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等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、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築して行くことが必要です。

図表 26：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）



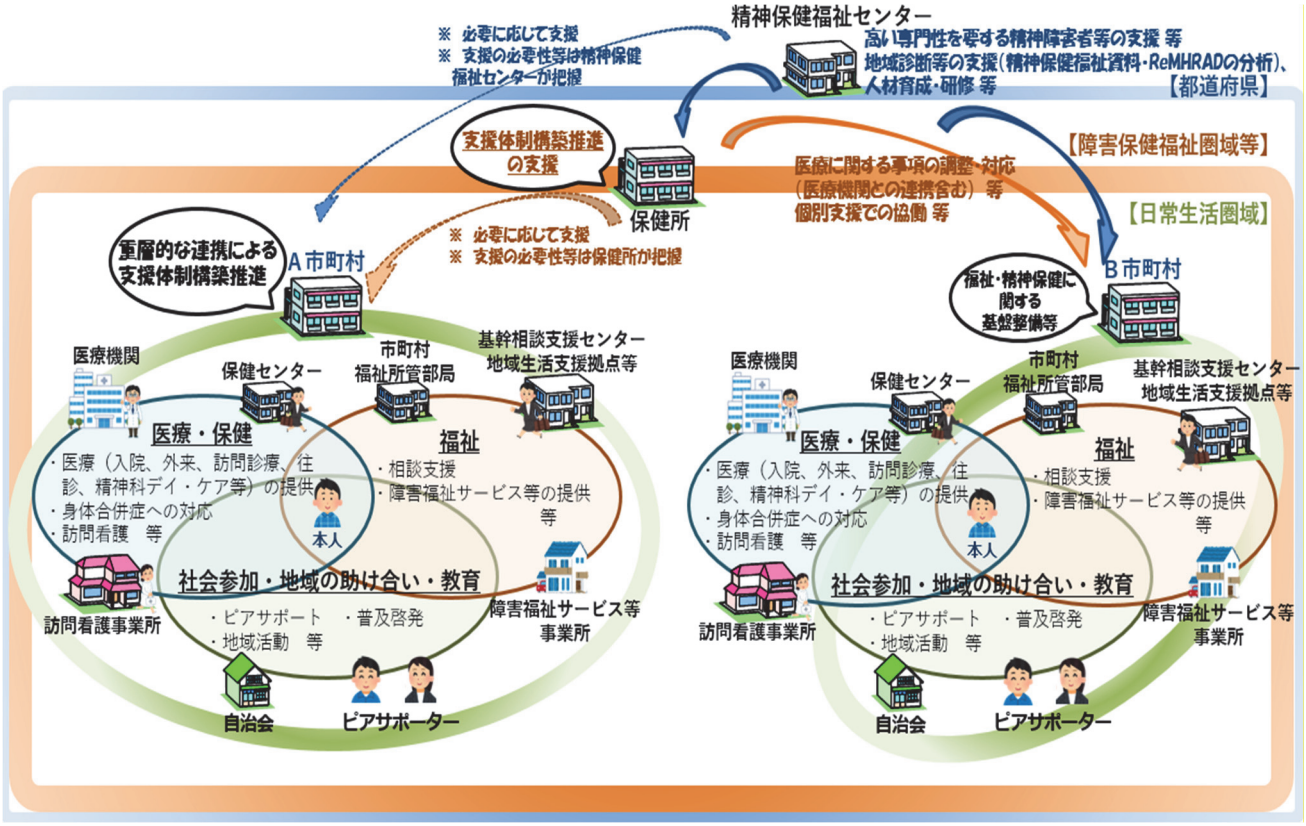
出典：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書を一部改変



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築は、日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体が基盤となります。

その上で、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないよう、精神保健福祉センター及び保健所は市町村都協働する事が求められます。

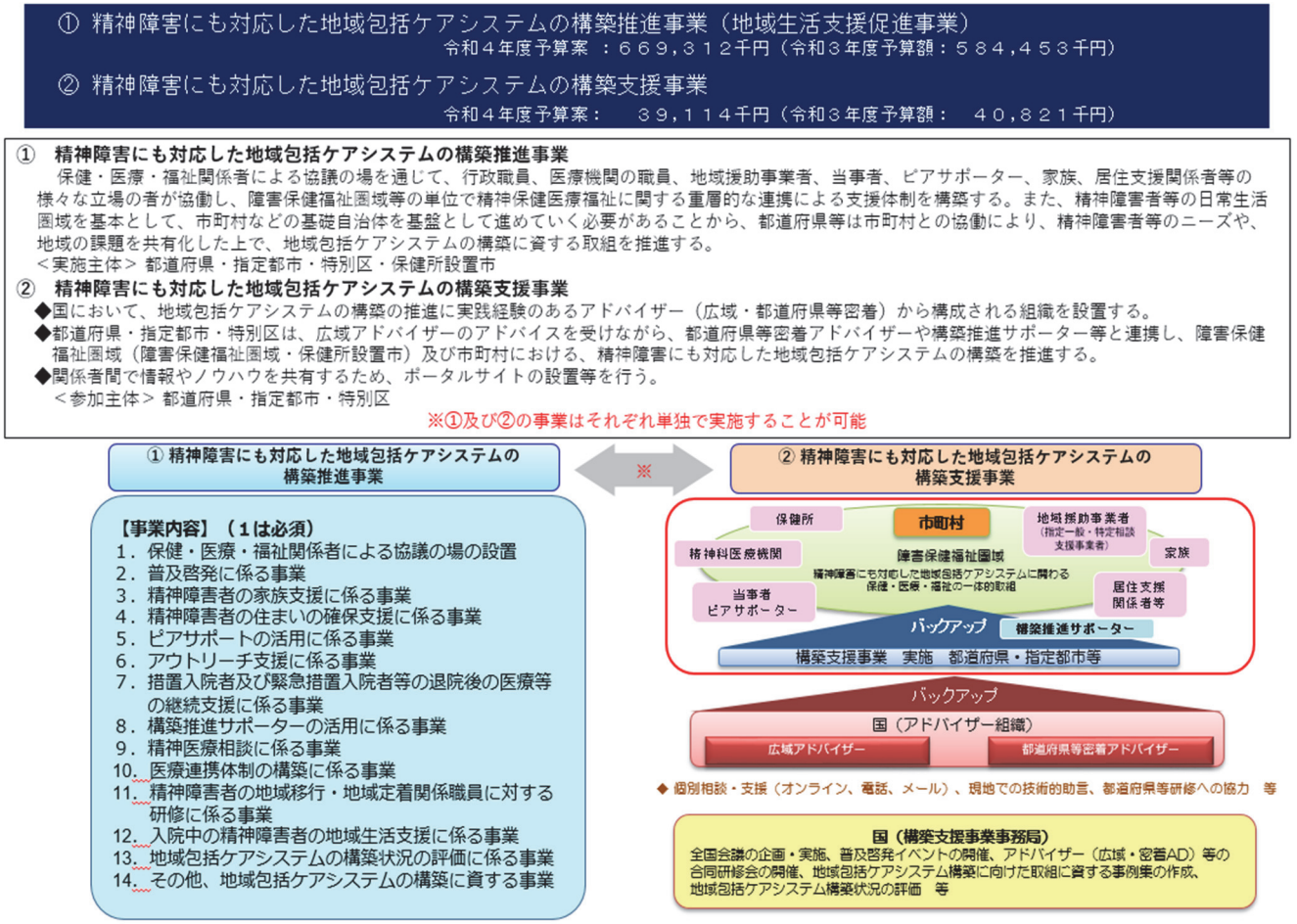
図表 27：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割



（２）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

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（図表 28）では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組の推進を目的としたメニューが用意されています。

図表 28：令和 4 年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの
構築推進事業及び構築支援事業の概要



図表 29：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　申請自治体実施事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業
【都道府県】

＜令和3年度＞

事業メニュー ＼ 自治体名		青森県	岩手県	宮城県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県
(1)保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2)普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択化				●	●				●	●		●							●	●	●
(3)精神障害者の家族支援に係る事業			●		●	●				●	●		●									●
(4)精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●											
(5)ピアサポートの活用に係る事業		●				●		●	●	●	●	●	●					●		●	●	●
(6)アウトリーチ支援に係る事業										●	●			●	●						●	
(7)措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業								●				●	●	●						●	●	
(8)構築推進サポーターの活用に係る事業				●																		
(9)精神医療相談に係る事業			●	●		●	●	●					●	●		●		●	●	●	●	●
(10)医療連携体制の構築に係る事業							●				●	●										
(11)精神障害者の地域移行・地域定着圏係職員に対する研修に係る事業			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●				●	●	●	●	●
(12)入院中の精神障害者の地域移行に係る事業				●						●	●	●	●					●		●		●
(13)地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業				●									●									
(14)その他						●	●	●		●	●		●				●		●			●

事業メニュー ＼ 自治体名		滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県
(1)保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2)普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択化						●			●		●						●			●		
(3)精神障害者の家族支援に係る事業			●		●		●			●	●							●					
(4)精神障害者の住まいの確保支援に係る事業		●									●												
(5)ピアサポートの活用に係る事業						●	●	●	●	●	●	●	●	●				●		●	●		●
(6)アウトリーチ支援に係る事業							●								●					●			
(7)措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業									●		●								●	●		●	
(8)構築推進サポーターの活用に係る事業																							
(9)精神医療相談に係る事業				●	●			●					●			●			●			●	●
(10)医療連携体制の構築に係る事業										●													
(11)精神障害者の地域移行・地域定着圏係職員に対する研修に係る事業		●			●	●	●		●	●	●	●	●	●			●			●	●		●
(12)入院中の精神障害者の地域移行に係る事業								●			●		●	●				●					
(13)地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業				●																			
(14)その他			●						●			●	●				●	●	●	●			

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 申請自治体実施事業
【指定都市】

＜令和3年度＞

事業メニュー ＼ 自治体名		札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	横浜市	川崎市	相模原市	新潟市	静岡市	浜松市	名古屋市	京都市	大阪市	堺市	神戸市	岡山市	広島市	北九州市	福岡市	熊本市
(1)保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2)普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択化		●		●			●				●				●		●			
(3)精神障害者の家族支援に係る事業			●					●				●	●	●			●	●			●
(4)精神障害者の住まいの確保支援に係る事業								●				●									
(5)ピアサポートの活用に係る事業		●	●		●			●	●			●	●	●		●	●	●	●		●
(6)アウトリーチ支援に係る事業				●	●							●					●				
(7)措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業			●					●						●		●	●				
(8)構築推進サポーターの活用に係る事業					●																●
(9)精神医療相談に係る事業		●	●			●	●	●	●	●	●	●		●	●	●			●		●
(10)医療連携体制の構築に係る事業																					
(11)精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●		●		●	●	●		●	●	●			●	●		●	●	
(12)入院中の精神障害者の地域移行に係る事業					●		●	●	●			●	●	●		●	●			●	
(13)地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●			●								●					
(14)その他				●			●	●	●		●					●		●		●	●

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 申請自治体実施事業
【保健所設置市】

＜令和3年度＞

事業メニュー ＼ 自治体名		郡山市	川口市	船橋市	柏市	八王子市	金沢市	豊橋市	豊田市	豊中市	高槻市	枚方市	八尾市	姫路市	尼崎市	明石市	西宮市	奈良市	和歌山市	鳥取市	高知市	長崎市	佐世保市	鹿児島市	那覇市	山形市	福井市
(1)保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2)普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択化	●		●	●	●			●					●	●				●					●	●		
(3)精神障害者の家族支援に係る事業				●		●	●				●				●		●	●	●								
(4)精神障害者の住まいの確保支援に係る事業					●	●						●															
(5)ピアサポートの活用に係る事業					●	●			●			●		●	●		●			●	●	●	●	●			
(6)アウトリーチ支援に係る事業			●			●				●							●		●								
(7)措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業								●						●													
(8)構築推進サポーターの活用に係る事業																											
(9)精神医療相談に係る事業																											
(10)医療連携体制の構築に係る事業																											
(11)精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業				●	●	●	●	●						●	●		●		●	●	●		●		●	●	
(12)入院中の精神障害者の地域移行に係る事業				●	●	●	●								●		●			●	●			●			
(13)地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業		●	●		●																						
(14)その他																											

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 申請自治体実施事業
【特別区】

＜令和3年度＞

事業メニュー ＼ 自治体名		港区	新宿区	文京区	台東区	墨田区	江東区	品川区	目黒区	大田区	世田谷区	中野区	杉並区	豊島区	北区	荒川区	板橋区	練馬区	足立区	葛飾区	江戸川区
(1)保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2)普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択化		●					●			●						●		●		●
(3)精神障害者の家族支援に係る事業			●					●	●		●						●				●
(4)精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●										●
(5)ピアサポートの活用に係る事業										●	●		●	●							●
(6)アウトリーチ支援に係る事業			●			●		●	●	●	●	●	●	●	●			●		●	●
(7)措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業				●			●	●		●	●		●						●		
(8)構築推進サポーターの活用に係る事業																					
(9)精神医療相談に係る事業																					
(10)医療連携体制の構築に係る事業																					
(11)精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業					●					●	●			●							●
(12)入院中の精神障害者の地域移行に係る事業					●	●				●	●		●	●		●					●
(13)地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業																					
(14)その他					●						●	●	●				●				●

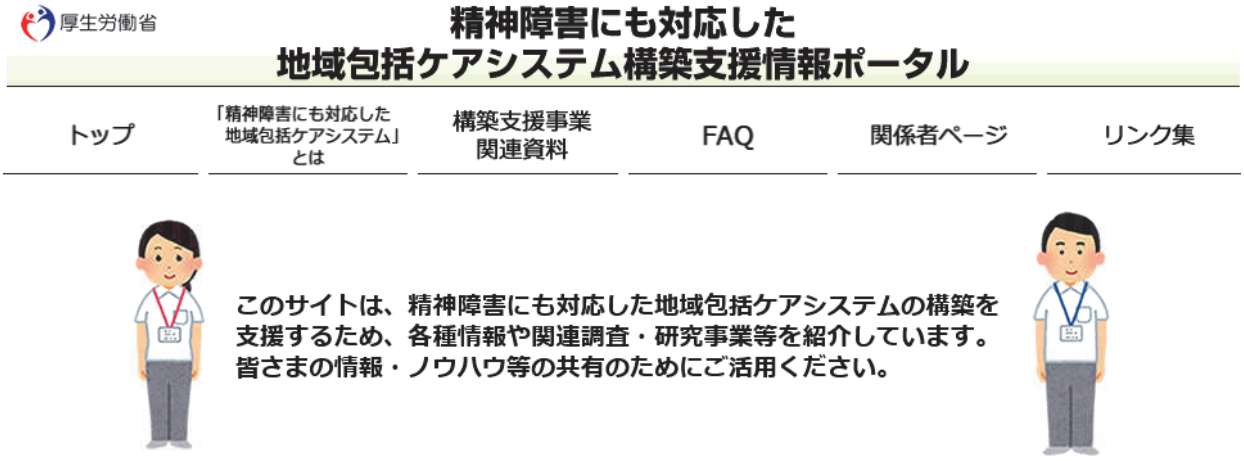
（３）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置し、都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携しモデル障害保健福祉圏域等における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。また、関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置や会議等を行います。

ポータルサイトには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」も掲載されていますので、ご参照下さい。

図表 30：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

URL:　http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html



第２章

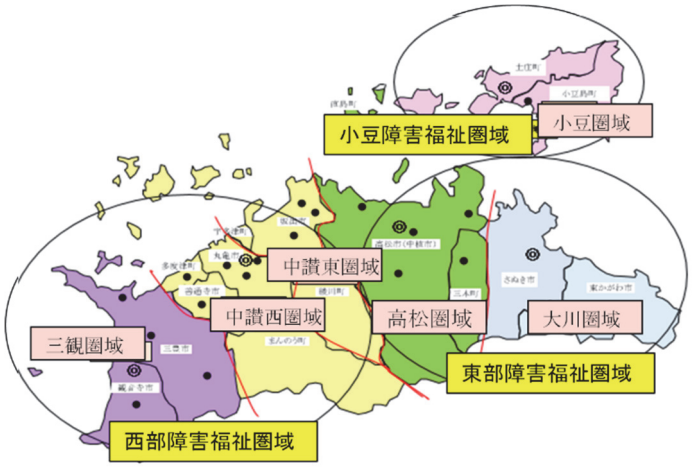
精神障害にも対応した
地域包括ケアシステムの
構築に向けた体制整備の実例

事例１　香川県

～　全県展開を見据えたモデル圏域の拡大　～

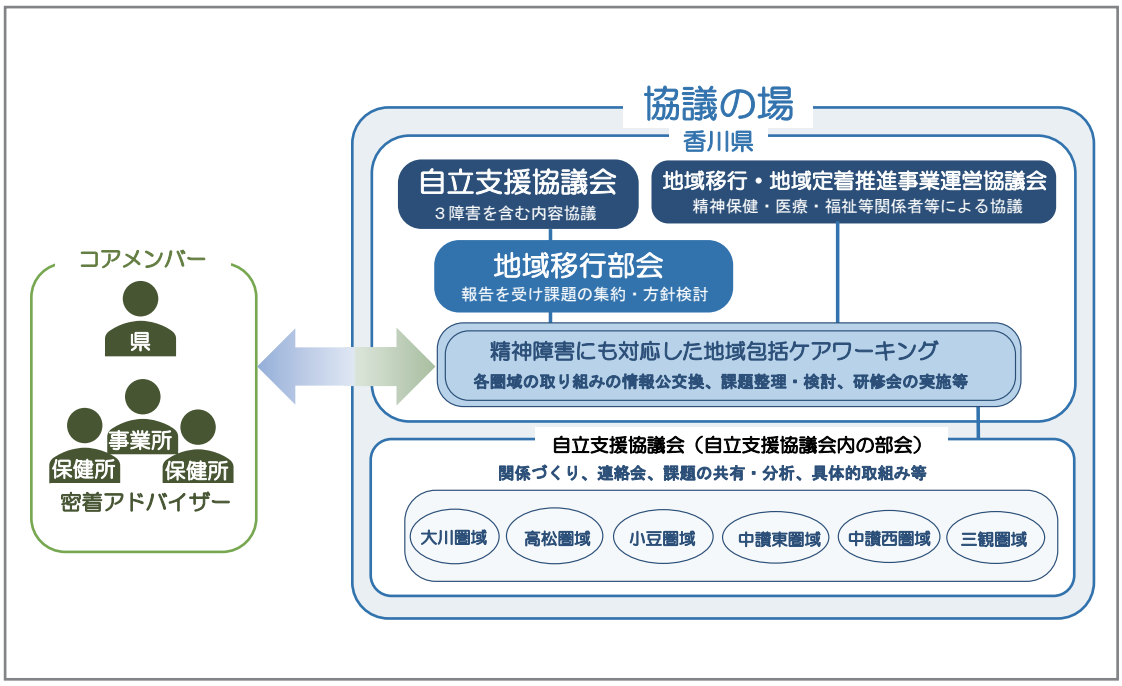
＜県の概要＞

●**人口**：94 万 91 人（令和４年１月１日現在）
●**市町村数**：８市９町
●**特徴**：香川県は、３つの障害福祉圏域（東部・西部・小豆）と、５つの保健所圏域（高松・東讃・中讃・西讃・小豆）に分かれている。



障害保健福祉圏域数（R4年1月時点）			3	か所
市町村数（R4年1月時点）			８市９町	市町村
人口（R4年1月時点）			940,091	人
精神科病院の数（R4年1月時点）			18	病院
精神科病床数（R4年1月時点）			3,279	床
入院精神障害者数（R2年6月時点）	合計		2,886	人
	３か月未満（％：構成割合）		479	人
			16.6	%
	３か月以上１年未満（％：構成割合）		509	人
			17.6	%
	１年以上（％：構成割合）		1,898	人
			65.8	%
		うち６５歳未満	690	人
		うち６５歳以上	1,208	人
退院率（H29年6月時点）	入院後３か月時点		62.0	%
	入院後６か月時点		79.0	%
	入院後１年時点		84.0	%
相談支援事業所数（R4年1月時点）	基幹相談支援センター数		1	か所
	一般相談支援事業所数		35	か所
	特定相談支援事業所数		80	か所
保健所数（R4年1月時点）			5	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R3年度）	（自立支援）協議会の開催頻度		中止（県協議会） ４回/年（地域移行部会）	回／年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無		(有)・無	
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（R4年1月時点）	都道府県	(有)・無	1	か所
	障害保健福祉圏域	(有)・無	6 ／ 6	か所／障害圏域数
	市町村	有・(無)	0 ／ 17	か所／市町村数

＜香川県の推進体制＞



＜推進体制構築に関するポイント＞

●平成 15～23 年度まで「退院促進支援事業」を実施しており、既に県内全圏域において関係機関同士の繋がりができていた。
●上記事業を含め、長年、支援のエキスパートとして活動してきた人物を「にも包括」構築支援事業におけるコアメンバーの中心に据えたことで、県の担当をはじめ、メンバーの入れ替わりがあっても、変わらぬ推進体制を維持している。
●県の担当者が現場に“丸投げ”ではなく、「行政も一緒にやっていく」との姿勢を示す。その姿勢は年度を経て担当者が替わっても、しっかりと引き継がれている。
●少数精鋭のコアメンバー体制で、協議の場開催の前後には、コアメンバー間でしっかりと準備・検討をした上で合意形成を図り、各種会議の議論を円滑に進めている。
●コアメンバーは、１つの圏域内に限定せず、県内全域に視野を広げて本事業に取り組んでいる。実際、本事業開始から複数年度が経過するなかで、取り組みを展開している圏域は県内３つにまで拡大している。

１．体制整備の経緯

（１）背景

香川県では、平成 15 年度に、国のモデル事業としての「退院促進支援事業」を中讃圏域にて実施し、翌年から県内全圏域に拡大して、各保健所を中心に同事業に取り組み始めた（以後、平成 23 年まで継続）。これをきっかけとして、県内の精神科医療機関や相談支援事業所、保健所などの関係機関の顔の見える関係性を構築していった。

その後、平成 24 年度から「地域移行・地域定着支援事業」が始まり、平成 27 年度に「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」（以後、「構築支援事業」とする。）の前身となる「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」（以後、「検証事業」とする。）がスタート。そこでは「スーパーバイザー派遣事業」を組み込み、県内の全圏域の３障害の分野にそれぞれスーパーバイザーを派遣し、事例検討・職員研修などを実施した。また、ピアサポートの活用に向けた取り組みも、早くから検討が始められた。

さらに、並行して相談支援専門員協会で推進していた「圏域アドバイザー」制度においても、県内の３障害の相談支援体制の強化を目的に、圏域を越えた共通認識の啓発、研修等が相談支援の分野で行われていた。

これまでの大まかな流れは、次ページ（「参考」）の通り。

（２）コアメンバー確定まで

現体制ができたのは、平成 27 年度から始まった検証事業からである。ちょうどその年に、県の障害福祉課に異動してきた県担当者Ａが、検証事業を開始するにあたり、行政だけではノウハウが十分でないと感じ、外部のＢ相談支援専門員に協力を求めた。

Ｂ相談支援専門員は、県内でも精神障害者の地域移行や地域定着を先駆的に推進していた高松圏域において、活動歴も長く、実積もある人物である。平成 15～23 年度の退院促進支援事業実施時から、高松圏域においても中心的に動いていた。平成 27 年当時も、勉強会の実施や、精神科病院への訪問、退院後の地

＜Point＞
行政主導で進める、いわゆる「トップダウン方式」も１つの方法論ではあるが、本事業においては、現場の推進力が必須である。県の担当者が最初に、現場に知恵と協力を求め、互いに役割分担を明確にしつつ共に歩みを始めたことが、その後の推進につながった。
また、そのための人選も的確であった。

域での定着支援といった取り組みを、高松圏域に限らず県内全域に向けて積極的に行っていた。県としては、まずは高松圏域をモデル圏域として検証同事業を進めていきたいという考えもあり、知識・経験共に豊富な B 相談支援専門員に事業推進のコアメンバーとなってもらいたいと考えた。

一方、B 相談支援専門員側も、さまざまな活動をする中で、行政による基盤づくりの必要性を痛感していた。やはり、行政と協力して何かの事業に参加し、きちんと予算をとり体制化していかなければ、なかなか一体的に進んでいかない現場の壁にぶつかっていた。

このようにして、県担当者 A と B 相談支援専門員が繋がり、さらに、そこに地域移行に熱心に取り組む医療機関のソーシャルワーカーE、高松市保健所の担当者が加わり、その 4 名がコアメンバーとなった。

その後、平成 29 年度より構築支援事業を開始し、コアメンバーのうちの県担当者以外の 3 名を、そのまま密着アドバイザーとした。

コアメンバーは、その後、県担当者が「A」→「C」→「D」と替わり、さらに、構築支援事業を展開する圏域を高松圏域から小豆圏域、大川圏域へと拡大していく際に、保健所の担当者も変わっていくが、B 相談支援専門員は変わらずコアメンバーにおける中心人物として固定した。これにより、コアメンバーの結束力も変わることなく、当初から一貫した理念の下、質を担保したままの役割を継続している。

ちなみに、現在のコアメンバーは、県担当者 D、B 相談支援専門員、東讃保健所担当者、小豆保健所担当者の 4 名である。

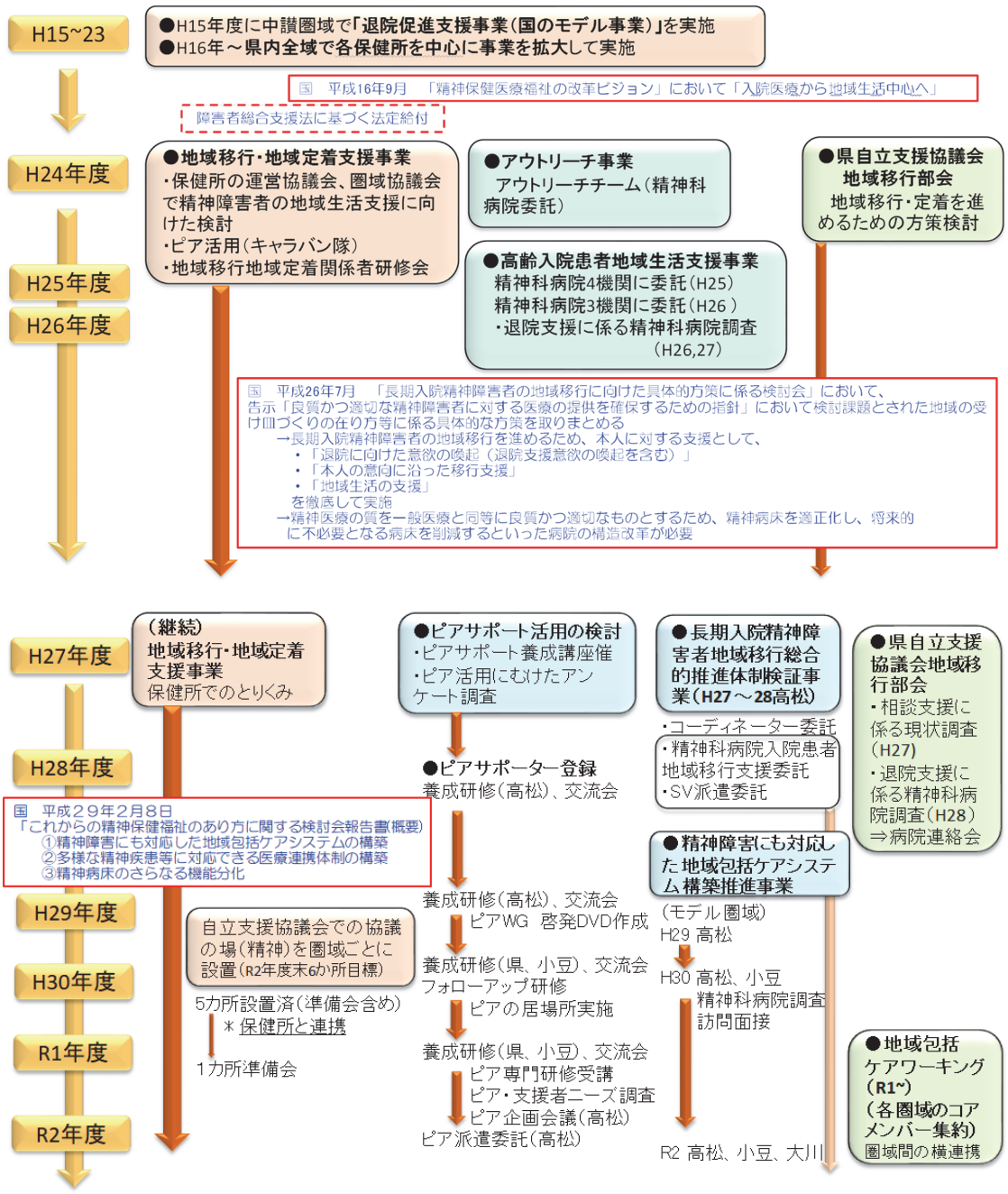
＜Point＞

「相談員 B」は、「長期入院の地域移行支援を推進していくにあたっては、やはり医療側の協力が不可欠。福祉側と熱い思いを共有できた“医療 E”が初期のコアメンバーにいたことは、体制整備の上で大きな原動力となったと思う」と、振り返る。

「医療 E」は、コロナ禍の影響もあり、令和 2 年度よりコアメンバーから抜けているが、理想としては、コアメンバーには、やはり医療側からも 1 名、参画してもらえるのがベストである。

【参考】

＜香川県における「にも包括」構築に向けた体制整備の流れ＞



2．推進システム発展に向けて

（1）圏域内の関係機関との合意形成

さて、コアメンバー内での思い、方向性のすり合わせ（規範的統合）が進み、平成 29 年度から、構築支援事業が高松圏域から開始となったが、すぐに順調に進み出したわけではない。

当初は、関係機関・関係者の間で、「本当にできるのか」との懐疑的な意見や、一歩引いたおよび腰な意見もなくはなかった。しかしながら、全員が同じ方向を向いていなければ事業は進んでいかないと、コアメンバーが各協議会、部会、研修会等に出向き、丁寧に説明を重ねた結果、徐々に理解が得られていった。

この際、要となる集まりには、コアメンバーの県担当者Ａも密着アドバイザーと共に足を運び、“行政も一緒にやっていく”との姿勢を示したことは大きかった。

また、地域移行推進において重要な役割を果たす医療機関に対する合意形成では、初代コアメンバーの１人であるソーシャルワーカーも重要な役割を果たした。

精神保健医療福祉の領域では、よく卵と鶏に例え、「地域移行が先か、地域定着が先か」とのジレンマの議論がされることがある。高松圏域でも当時、そうした議論があり、「地域移行よりも地域定着の方に力を入れるべきではないか」との意見が上がっていた。しかしながら、長期入院患者を多く抱える同圏域内の１病院が「このままではいけない」との問題意識を強く持っており、そこに属するソーシャルワーカーがコアメンバーだったことで、「まずは病院がもっと地域移行に積極的になり、地域の風を入れ、外と連携をとっていかなくては」との熱い思いで周囲を説得し、結果、地域移行を含めた、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を実現する体制構築が少しずつ進み始めた。

さらに、医療機関の地域移行促進に関しては、精神科看護関係団体会長にも協力を仰ぎ、医療機関向けの研修会を実施してもらい、地域移行推進の重要性についての意識啓発を図った。それは医療関係者にとっての大きなターニングポイントとなり、以後、医療機関との連携が一気に進んだ。

＜Point＞
県の担当者が、他のコアメンバーと一緒に説明・説得にあたったことで、熱意が伝わった。
県担当者Ａはその後も、すべての協議の場に顔を出し、現場と共に課題を共有し、解決策を検討する作業にまで参画していく。その姿勢は、後任者の県担当者Ｃ･Ｄにもしっかりと引き継がれている。

＜Point＞
医療を動かすのは、やはり医療関係者の中からの方が効果的であった。
理解促進には、こうした「誰に対し、誰が何を訴えれば、相手にうまく伝わるのか」との工夫も重要である。

（2）協議の場の進め方

香川県の構築支援事業における“協議の場”は、重層的に整備されている。まず、香川県として、精神に限らず３障害全体をみる「自立支援協議会」があり（年２回開催）、精神障害分野では、別途、「香川県地域移行・地域定着推進事業運営協議会」が設置されている（年１回開催）。

また、「自立支援協議会」の下には「地域移行部会」があり、（年４回開催）、さらにその下に「精神障害者にも対応した地域包括ケアワーキング」（以後、「ケアワーキング」とする。）がある（年に 2～3 回開催）。

コアメンバー全員が参加するのは、上記のうちのケアワーキングである。このケアワーキングが構築推進事業の要となる“協議の場”になる。（ちなみに、B 相談支援専門員は、「香川県地域移行・地域定着推進事業運営協議会」にも参加している）。

協議の場での議論が有意義なものとなるよう、県の担当者は会議の流れ、話し合うべき内容をあらかじめ組み立て、それを基に密着アドバイザーと事前打ち合わせの機会を設けている。いわゆる、“作戦会議”ともいうもので、ここでの議論が、事業推進の方向性を左右するといっても過言ではない。テーマによっては、必要に応じ、ケアワーキングの参加者に根回しのための事前連絡をすることもある。年に 2～3 回という貴重な協議の場の時間を無駄にせず、意義のあるものにするための工夫である。

さらに、ケアワーキング終了後も、コアメンバーで集まり、会議で決まった方針を各保健所圏域に落としていくための具体的な方策や、地域課題解決のための検討なども行っている。

＜Point＞
会議のための会議で終わってしまうことのないよう、コアメンバーによる事前の“作戦会議”や、終了後の検討は非常に重要である。
また、そのためにも、コアメンバーは少人数のほうが合意形成をとりやすい。

（2）構築支援事業実施圏域の拡大

構築支援事業は、平成 29 年度より始まり、初年度は高松圏域のみのモデル的事業としてスタートしたことは既に述べた通りである。平成 30 年度から小豆圏域が加わり、さらに令和２年度からは大川圏域が参加し、順調に範囲を拡大している。

これは、香川県の地理的特性もある。（面積が大きくない。特に、２番目に実施した小豆圏域は、島しょ部のため狭い中で関係機関がまとまっており、連携も取りやすいという特徴があった）が、コアメンバーの機能によるところも非常に大きい。）

ポイントはいくつかあるが、１つは、コアメンバーのＢ相談支援専門員が、高松市の基幹相談支援センターの所属であり、精神のみに限らず、３障害全体のことを県全域に対し総合的に見ているという立場であること。

もう１つは、最初に体制を整備した際、Ｂ相談支援専門員が２つの肩書を持つことになってしまい、それをＢ相談支援専門員が抱え込まず、適任者に１つの肩書を譲り、その方が核となり会を上手く運営してくれている。役割分担を明確にしたことで、それぞれが十分に自分の役割を全うすることができ、結果的に推進力が増していった。Ｂ相談支援専門員について言えば、本事業のコアメンバーとして、事業全体を俯瞰することに専念できたことが大きい。

また、圏域を拡大する際、新たに加わる圏域の保健所の担当者をコアメンバーに迎え入れたこと。Ｂ相談支援専門員という核は維持しつつも、年度ごとに注力する方向性に合わせて、柔軟かつ戦略的にコアメンバーを変化させた。これにより、圏域拡大がスムーズに進んだ。

さらに、県の担当者が思いを引き継ぎ、現在の県担当者Ｄが、本事業への“熱”を持ち続けている。地域課題の解決のため、事業の円滑な推進のため、自ら現場に足を運び、仲間探しの努力を惜しまない姿勢が、協力者を増やしていく後押しとなっている。

＜Point＞

障害福祉分野は特に、スペシャリストの数が限られるため、1 人に複数の役割が集中しがちであるが、それでは、どの役割においても能力が十分に発揮されないことになってしまう。

仲間を増やすことの意味はここにもあり、各ポストにそれぞれ適任者を置くことで、全体のパワーアップ、スピードアップを図っていくことが重要である。

Ｂ相談支援専門員もやはり 2 つの肩書のまま進めていくのは無理だった」と振り返る。

３．今後の展望・課題

香川県内５つの圏域から、すでに３圏域において構築支援事業が実施されている。今後、県内全域に拡大していこうという議論もあるが、そこには少なからず課題もある。

例えば、本事業のメインテーマは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という範囲の広いものであるが、狭い視野で「地域移行」のみをテーマと捉えるものも少なくはない。しかし、「地域移行」というーつのテーマだけを取れば、必ずしも全ての圏域においてそれが喫緊の課題ではない、という側面もある。

一方、ピアサポート体制の構築、高齢福祉分野との連携推進などについては、令和３年度現在の香川県においては、どの圏域においても共通の課題認識として持っている。今後事業を進めていくにあたっては、これを踏まえ、少し違うアプローチを考えていった方が、より効果的ではないかとも考えている。

今後は、ピアサポート活動を巧みに推進できる人たちにコアメンバーに入ってもらい、焦点を当てながら普及啓発を進めていくことを検討中である。

また、新型コロナウイルス感染症が収束した後、再び医療側からもコアメンバーに加わってもらい、体制を強化していきたい。

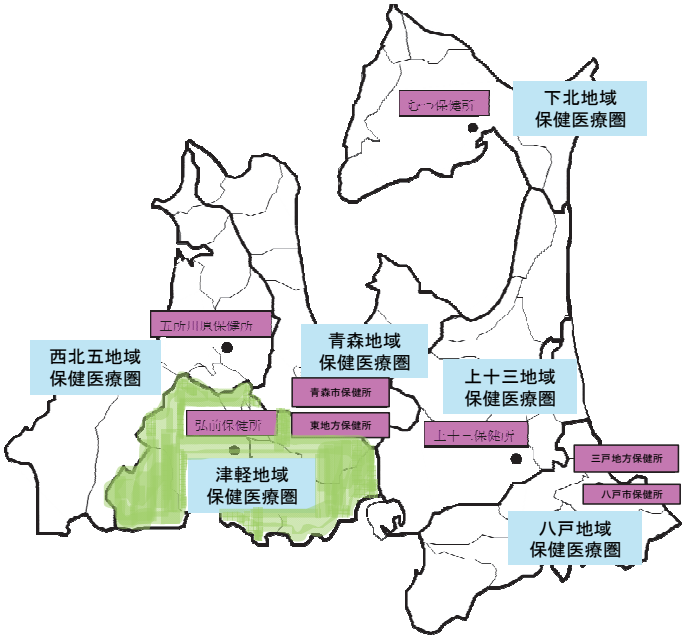
並行して、現体制の密着アドバイザーに続く人材育成という観点からも、構築推進サポーター事業が活用できないかと考えている。

事例２　青森県津軽圏域（弘前保健所圏域）

～　関係者の主体性を引き出す協議の場の効果的活用　～

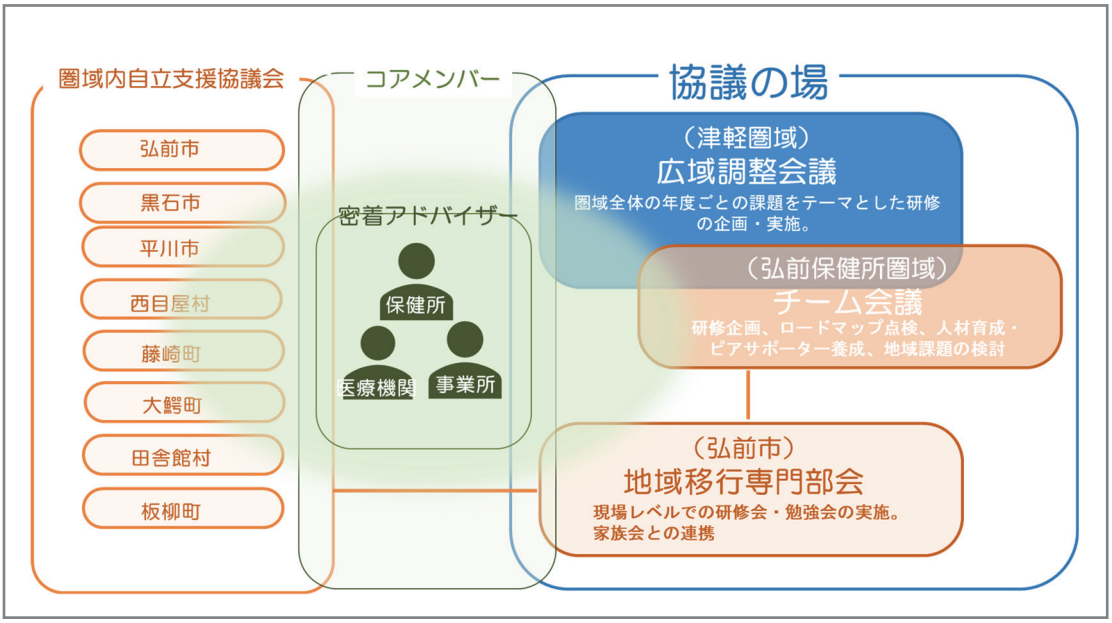
＜圏域の概要＞

●**人口**：27 万 3,078 人（令和３年５月現在）
●**市町村数**：８市町村（弘前市・黒石市・平川市・
西目屋村・藤崎町・大鰐町・田舎館村・板柳町）
●**特徴**：圏域内の中心は弘前市。県西部に位置する県内第３の都市。県内の保健医療圏は全部で６つあり、弘前保健所圏域は津軽圏域に属する。



精神科病院の数（R３年４月時点）			5	病院
精神科病床数（R３年４月時点）			869	床
入院精神障害者数（H30年６月時点）	合計		781	人
	３か月未満（％：構成割合）		205	人
			26.2	%
	３か月以上１年未満（％：構成割合）		118	人
			15.1	%
	１年以上（％：構成割合）		458	人
			58.6	%
		うち６５歳未満	194	人
		うち６５歳以上	264	人
退院率（H２９年６月時点）	入院後３か月時点		69.0	%
	入院後６か月時点		85.0	%
	入院後１年時点		91.0	%
相談支援事業所数（R3年5月時点）	基幹相談支援センター数		0	か所
	一般相談支援事業所数		10	か所
	特定相談支援事業所数		20	か所
保健所数（R３年４月時点）			1	か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R２年度）	（自立支援）協議会の開催頻度		1	回／年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無		有	
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による	障害保健福祉圏域	有	1 ／ 1	か所／障害

＜弘前保健所圏域の推進体制＞



＜推進体制構築に関するポイント＞

●圏域内の精神保健福祉分野においては、10 年以上前から、さまざまな事業を通し、各関係機関同士、顔の見える関係性が構築されていた。
●弘前保健所圏域（≒津軽圏域）・市町村――と２つのレベルからなる重層的な“協議の場”を設置。
●各協議の場に、相談支援事業所のキーマンとなる精神保健福祉士を中心とするコアメンバーが関与。行政の担当者が替わっても、ぶれない推進体制づくりを維持している。
●協議の場が重層的に機能していることで、圏域内のロードマップの作成・検討・実践・評価といったＰＤＣＡサイクルを有機的に回していくことができる。
●保健所レベルの協議の場においては「野中式事例検討方式」を採用。圏域内の各市町村から参加する関係者の主体性を引き出し、志を同じくする仲間づくりをして、地域への情報発信も行っている。

１．体制整備の経緯

（1）背景

弘前保健所圏域では、10 年以上前から、圏域内の中心自治体である弘前市と弘前保健所、さらに、圏域内８市町村の自立支援協議会、精神科を標榜する医療機関、相談支援事業所等との間で、さまざまな事業を通し、顔の見える関係性が構築されていた。

その理由の１つとして、障害者自立支援法施行以前、弘前保健所圏域には精神保健福祉法における法定施設が全種類揃っていた一方、精神科病院はどこもそれらを併設しておらず、病院のみ単独の運営であるという特徴があった。つまり、病院にとっては、退院後、患者を福祉サービスに繋げるためには、地域の相談支援事業所等と連携を取らざるを得ないという環境にあり、必然的に協力関係が生まれていたのである。

加えて、平成 24 年度の障害福祉サービス等報酬改定により計画相談支援が始まったことをきっかけに、圏域内の相談支援事業所が集まり、弘前市地域自立支援協議会相談支援専門部会にて勉強会などをしていたため、その流れでコミュニケーションが活発となって、横の繋がりも形成されていた。これにより、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以後、「にも包括」と言う。）に係る協議を開始する際にも、関係機関を集めやすい空気がすでにあったと考えられる。

＜Point＞
後から振り返ると、この土台ができていたことが非常に重要で、これがあったことが、本圏域における「にも包括」の推進体制が１つにまとまった大きな要因であると感じている。

（2）仲間づくり（コアメンバー、密着アドバイザー）

そのような中で、平成 26 年度の法改正以降、各種目の研修会等を通じて、県及び保健所の担当者が弘前市内の相談支援事業所に所属する精神保健福祉士（以下、A 氏とする。）と出会い、以後、協力関係を築いていく。ここが、本圏域におけるコアメンバーの原点といえる。

その後、平成 27 年より県内での研修事業が動き出すにあたり、A 氏には、研修企画担当となってもらった。というのも、当時、地域移行支援事業を実施している相談支援事業所は、A 氏の事業所以外、ほとんどなかったため、A 氏に事例を提供してもらい、それを基に研修のプログラムを組み立てていく必要があった。

＜Point＞
A 氏の所属する相談支援事業所では、以前から地域移行に積極的に取り組んでおり、その過程において、A 氏は折に触れ、市にさまざまな意見・提案を上げていた。

以後も、多くの事例を実践するＡ氏を基軸とし、市町村と保健所、医療機関、相談支援事業所が互いに連携を深めていく。そうした中で自ずとコアメンバーが確定していった。

その後、平成 30 年度に「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」（以後、構築支援事業とする。）がスタート。本圏域における密着アドバイザーには弘前保健所の担当者（保健師）と、圏域内の医療機関よりＡ氏（看護師）、そして、野中式の事例検討を弘前で実践し始めたＢ氏（精神保健福祉士）の３名が就いている。コアメンバーは、その密着アドバイザーに、医療機関の担当者を加えた 3～4 名である。

（3）重層的な“協議の場”づくり

弘前保健所圏域（≒津軽圏域）、市町村という２つのレベルに合わせ、協議の場もそれぞれのレベルごとに設置し、重層的な体制整備がされている。

圏域レベルでは「広域調整会議」と「弘前保健所精神障がい者の地域移行支援検討チーム」（略称「チーム会議」、以下「チーム会議」という）、市町村レベルでは「地域移行専門部会」―となっている。

「広域調整会議」と「チーム会議」の位置づけとしては、「広域調整会議」は年に１回程度の開催となっており、主に研修会という意味合いの強い会議である。その「広域調整会議」での研修内容等の方向性を検討するために、「準備会議（「チーム会議」の発足当初の通称）」にてロードマップの点検や研修内容の検討が行われる、という関係性である。

「広域調整会議」及び「準備会議」は平成 27 年度より実施されており、その後の平成 30 年度に構築推進事業に着手することを契機として、協議の場としての「広域調整会議」と「チーム会議」に発展していった流れである。

現在も、前述のコアメンバーはすべての会議に関わっており、中でも、密着アドバイザーのＡ氏（福祉領域）・Ｂ氏（医療領域）や、発足当初より協働してきたメンバーが尽力している。こうした、取組の流れや歴史を熟知したメンバーが、変わらぬ立ち位置で関わり続けていることが大変重要である。なぜならば、例え行政の担当課職員が異動したり、コアメンバーのうちだれかが欠けてしまったとしても、取組を推進する姿勢や視点がぶれることなく、一定の質やモチベーションを維持し続けることができるからである。

【Column】

圏域内の関係者の意識を主体的にさせる工夫

「チーム会議」では、参加者に単に“お客さま”として出席してもらうのではなく、主体的に地域の「にも包括」構築実現のための担い手になってもらうことを目的としている。精神障害者の地域移行に関して、実積のある事業所もあれば、未経験の事業所もあるという中で、どうすれば、主体的に“我が事”として考えてもらえるか――。

ここでは、以下の 2 つの工夫をしている。

1)「ロードマップ※1」の見直しで PDCA サイクルを回す

必ずしも「にも包括」の構築に限定しないが、“地域づくり”に向けた具体的な行動計画ともいえるロードマップを、関係者間で見直すことを継続して行うようにしている。

つまり、行政からのトップダウンで下ろされた計画を、その通りただ実施するのではなく、現場で支援にあたる関係者の意見等を収集しつつ、ロードマップを振り返り、それを踏まえて次年度以降の新たな計画を立案するのである。それ故、現場に主体性が生まれる。我が事として捉えてもらえる。

また、関係者が一堂に会し集まり、ロードマップを見直した上で、新たな計画を立てる――このプロセスを繰り返すことで、PDCA サイクルに沿った取り組みが推進されるのみならず、参加者それぞれが“我が事”として圏域内の「にも包括」を考える意識が高まっていく。

2)「野中式事例検討※2」を活用した実践意欲及びスキルの向上

「野中式事例検討」手法は、もともと、コアメンバーの 1 人である A 氏の提案により、以前から圏域内の相談支援事業所の勉強会等で活用されていた。困難事例は経験の深い相談支援事業所に集中してしまうという特性上、どうしても周辺の事業所とのアセスメント力に差が生じてしまう。そこで、野中式による検討で、会議に参加している事業所のアセスメント力の底上げを狙ったのがきっかけだった。

その後、チーム会議が立ち上がってからは、ここでも継続して野中式を用いて会議を進める機会を多く設けている。結果、地域移行に関して、長らく“他人事”だった事業所が、“自分事”と捉え、主体的に関わっていこうとする姿勢に変っていった。

※1「ロードマップ」:
「にも包括」構築支援事業で用いられる手法の 1 つ。自圏域における「にも包括」構築に向けて、長期的に取り組み、目指すべき姿を念頭に、年度ごとに実践する短期目標を具体的に記載するツール。それを基に、関係者間で、さらに月ごとの具体的な取り組み計画へと落とし込んでいく。

※2「野中式事例検討」:
「野中式事例検討」とは、故野中猛氏（日本福祉大学研究フェロー、日本精神障害者リハビリテーション学会等を歴任）が開発し、全国各地で実践されている事例検討の方法論である。ファシリテーターの進行の下、ホワイトボードを活用しながら、仮説を立て、解決へと収束させていくもの。立場や能力が異なる複数の関係者が集まって事例を検討する際に、中立的かつ客観的な視点で会を進めることができる。

①広域調整会議

平成 27 年度より開始された「広域調整会議」。当時、県内の研修事業が実施されていたことに合わせて、その前段となる取組として始まったもので、当該研修事業が終了した後に、改めてこの名称が用いられるようになったものである。

主にチーム会議等を通じてつくりあげられた研修を実施する場であり、会議というよりも研修会という色が強い。

平成 30 年度より構築推進事業がスタートしてからは、これを圏域レベルの“協議の場”として位置づけ直し、以後、継続している。

主な研修としては、「地域移行支援研修会」を広域調整会議として実施している。これは、官民協働の研修会という位置づけで、行政と医療機関、保健所、相談支援事業所に加え、通所系のサービス事業所にも声かけをし、さまざまな主体が集まることができるように工夫したうえで実施されているものである。

＜Point＞
広域調整会議の立ち上げがスムーズにいったのも、背景として、医療機関との協力関係が既にできていたというベースがあったからと言える。

②チーム会議

現在でこそ「チーム会議」という名称であるが、設置当初は「広域調整会議」の「準備会議」という位置づけで、県の研修事業の構成員を中心に、少数のメンバーで「どのような研修が必要か」、「ロードマップをどのように活かしていくのか」という点について協議する場であった。広域調整会議と同じく、平成 30 年度の構築支援事業への取組を契機に「チーム会議」として、改めて協議の場に位置付けた経緯がある。

当初より、役割としては、広域調整会議のためのロードマップの確認・評価、研修内容の検討を行う場であった。平成 30 年度以降に協議の場として位置付けられてからは、これらに加え、地域課題の抽出や解決方策の検討、解決までの道のりなどを整理する機能、或いはピアサポーターの育成や活躍の場の創出などを担う機能が徐々に追加されていっている。

また、「チーム会議」との名称にもその意図が表れているように、圏域内で一丸となって地域課題に取り組んでいくために、支援のネットワーク化を狙っている。

出席者は、初年度（平成 30 年度）は指定一般相談支援事業所

＜Point＞
ロードマップとは、弘前保健所圏域として目指す「にも包括」の構築に向けた、年間の取組一覧・スケジュール表のことである。
年度当初にロードマップを作成することで、実施すべき事項が一覧化できるだけでなく、期末にはこのロードマップを評価指標として使えるなどのメリットがある。

に医療機関、保健所、弘前市役所でスタートしたが、翌年より他の市町村・医療機関・相談支援事業所にも枠を広げ、現在は、圏域内の全市町村、医療機関の全てが参加している。新しく参加した市町村担当者には、コアメンバーがこれまでの流れ、地域移行の意義・大切さなどを伝え、場の地固めをしてくれた。

また、会議の進め方の工夫として、個別ケース検討（個別の課題解決を行う場合や、ケース検討的に実施する場合、或いは地域課題の抽出を目的として個別ケースを検討する場合など）を行う際には「野中式事例検討」方式を採用した。これが会議の参加者たちの主体性を引き出し、アセスメント力を向上させる一助ともなっている（「コラム」参照）。

＜Point＞
チーム会議では、圏域内の各市町村から参加する事業所に対し、コアメンバーが常に「何かあれば連絡をください。サポートします」と言い、同じ支援者として、“伴走している”というメッセージを伝えている。
同じ圏域と言えど広いため、「あとは、自地域で頑張ってください」では、支援者が苦しくなってしまう。そうした配慮も重要だと考えている。

③地域移行専門部会

広域調整会議、チーム会議の立ち上げの後、弘前保健所圏域の８ つの市町村の“協議の場”として令和２年度よりはじめられた会議が「地域移行専門部会」である。

これは、もともとは圏域内で最も規模の大きい会議である、弘前市自立支援協議会の「地域移行専門部会」だったが、新たにこれを市町村レベルでの“協議の場”と位置づけたものである。

設置のねらいとしては、重層的な協議の場の必要性を参加者に感じ取ってもらい、市町村の主体性を引き出すことにある。

そのため、参加者の選定には工夫が凝らされており、その仕掛け人となったのはコアメンバーの Ａ 氏である。「地域移行専門部会」の参加者は圏域内８市町村の自立支援協議会の参加委員から推薦されたものとなっているが、Ａ氏はそもそも弘前市を含めた、圏域内６市町村の自立支援協議会の委員も併任していた。そのため、各市町村の会議の場で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの説明を行い、弘前市に新設する「地域移行専門部会」に各市町村からＡ氏以外の委員を派遣するよう依頼したのだ。

また、チーム会議の参加者にも協力を仰ぎ、各市町村の自立支援協議会で、この選出（派遣）方式についての合意形成を促していただくことも進めていった。

結果として、圏域内の８市町村が参加する会議となり、地域移行に関する研修会や勉強会の実施、圏域内の情報共有、また、各地域での情報発信を担うものの育成も進められている。

＜参考＞ 各会議の開催状況

年度	２７年	２８年	２９年	３０年	１年	２年	３年
広域調整会議	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施	研修実施
準備会議→チーム会議	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い 名称変更→チーム会議へ	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い	ロードマップ、研修についての話し合い
相談支援専門部会	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）	専門部会（偶数月） 研修会（奇数月）
	必要に応じて臨時の専門部会、困難事例の検討会を開催している。 ※西北圏域との地域移行に関する研修を企画。平成３０年度から実施。						
地域移行専門部会	平成３０年度から相談支援専門部会と分けて部会を持つことを検討してきた。					２回開催	１回開催
備考					新型コロナ発生	十分に開催できず	十分に開催できず

（4）体制整備による変化・効果

「にも包括」関わる関係者たちの意識は、確実に変わってきている。例えば、地域移行支援に対して懐疑的だった医療機関が、少しずつ事例を積み重ね成功体験を実感することで、理解が深まり、いまでは積極的に取り組んでくれるようになった。

相談支援事業所も、少しずつ変化している。当初は実積もなく「できるかな？」と及び腰だった事業所でも、自らも能動的に取り組んでいかなければ、との意識が生まれ、新たに「やります」と手上げし、新規に指定申請を行う事業所も出てきている。

圏域内の事例を皆で共有し、検討する機会を継続していけば、自分の地域でも似た事例に当たることは必ずある。そうすると、「この事例はあの事例に似ているな」となり、そのための動き方もわかってくる。これは継続による効果だと感じている。

一方、規模が小さな事業所が多いため、なかなか地域移行支援に割ける人員が確保できないという物理的な事情もある。しかし、見方を変えれば、そうした各事業所の内情を把握できるようになったこと自体を、効果と捉えることはできる。実情がわかれば、圏域内で事業所ごとへの役割分担もしやすくなる。

＜Point＞
医療と福祉の相互理解が深まるにつれ、福祉関係者の中にも、「地域移行は医療機関に任せきりにするのではなく、地域の責任として行わなければならない」との認識も生まれてきた。

＜Point＞
圏域内の事業所からは、「これまで病院は敷居が高く入りにくかったが、顔の見える関係性ができたことで、入りやすくなった」、「相手の立場が理解できるようになったため、やり取りの際のポイント、何をどう伝えればよいのかもわかってきた」との意見も上がっている

2. 今後の展望・課題

長年、中心となり地盤固めをしてきたコアメンバーは、「今後、自分たちが欠けたとしても、現在の体制を維持継続きるよう、志を同じくする仲間を増やしていきたい」との思いで活動してきた。その思いは引き継ぎつつ、次の世代への理念・技術の継承作業も一方では常に念頭に置いておかなければならない。

また、精神障害者の地域移行支援においては、居住地が津軽圏域以外の地域で、退院後はそこへ帰していくことになる患者が一定数いることが課題となっている。県内の状況として、保健医療圏は６圏域に分かれているが、精神科医療圏域は４圏域というズレが生じている部分がある。このズレについて、津軽地域保健医療圏（≒弘前保健所圏域）と隣の西北五地域保健医療圏に該当する部分があり、それぞれの圏域間での連携の必要性が確認されている。そのため、圏域相互での学びの場をもつ、という合意を取っていたが、残念ながら、令和２・３年度はコロナ禍のため、合同の研修会の開催が叶わなかった。令和４年度からは再開する予定である。

いずれにせよ、基盤となる体制づくりは既にできている。今後はこれをさらに展開していく。

事例３　千葉市

～　実行性のある協議の場の構築と
構築推進サポーターの活用による取組の加速化　～

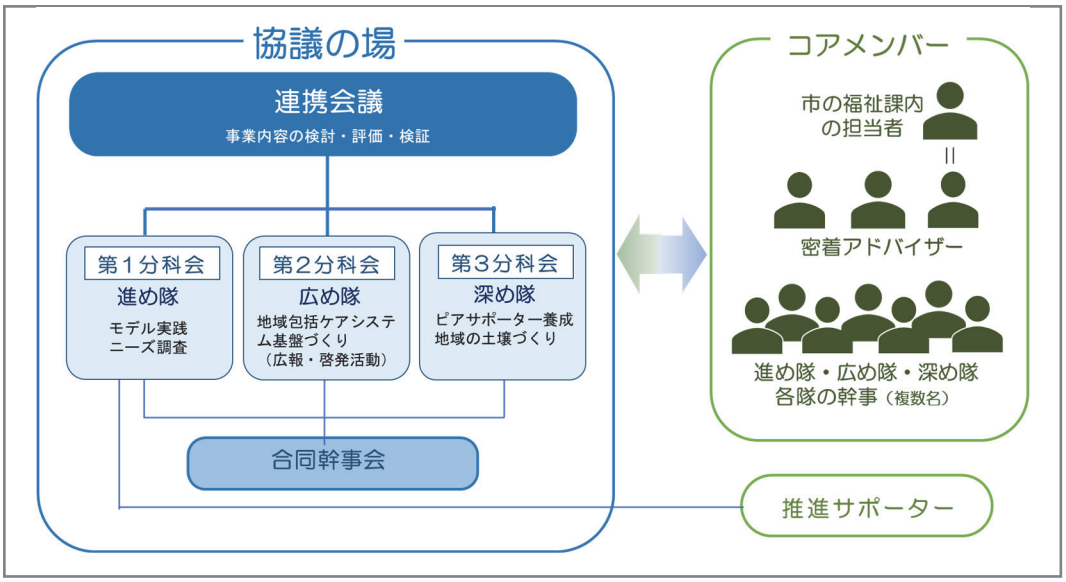
＜市の概要＞

●**人口**：97 万 6,853 人（令和４年２月１日現在）
●**市町村数**：１市
●**特徴**：千葉市は中央区・花見川区・稲毛区・若葉区・緑区・美浜区の６つの区からなる政令指定都市。市が設置主体となり、１市１圏域となっている。



精神科病院の数（R2年6月時点）			9		病院
精神科病床数（R2年6月時点）			851		床
入院精神障害者数（R2年6月時点）	合計		1,627		人
	3か月未満（%：構成割合）		382		人
			23.5		%
	3か月以上1年未満（%：構成割合）		257		人
			15.8		%
	1年以上（%：構成割合）		988		人
			60.7		%
		うち65歳未満	442		人
		うち65歳以上	546		人
退院率（R2年6月時点）	入院後3か月時点		集計中		%
	入院後6か月時点		集計中		%
	入院後1年時点		集計中		%
相談支援事業所数（R3年4月時点）	基幹相談支援センター数		6		か所
	一般相談支援事業所数		32		か所
	特定相談支援事業所数		66		か所
保健所数（R3年4月時点）			1		か所
（自立支援）協議会の開催頻度（R2年度）	（自立支援）協議会の開催頻度		6		回／年
	精神領域に関する議論を行う部会の有無		無		
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況（R3年4月時点）	都道府県	無			か所
	障害保健福祉圏域	有	1	／ 1	か所／障害圏域数
	市町村	有	1	／ 1	か所／市町村数

＜千葉市の推進体制＞



＜推進体制構築に関するポイント＞

●全く白紙の状態から平成 28 年度からの数年間で現在の体制にまで整備。
●コアメンバーありきでできた体制ではなく、体制整備の過程から中核となるメンバーが必然的に誕生した。
●協議の場を、全体的なテーマを扱う「連携会議」と、活動の目的別に分けられた３つの「分科会」からなる２部構成にした。
●各分科会を「進め隊」・「広め隊」・「深め隊」と名付け、活動内容をわかりやすくし普及拡大を狙ったところ、推進力の要として奏功している。
●支援者支援に構築推進サポーター事業を活用。OJT で支援者のスキルアップも図る。

１．体制整備の経緯

（１）背景

千葉市では、平成 27 年度の時点では、精神障害者の退院支援や地域移行に関するサポート資源が実質、全くない状態だった。協議の場とされる会議も何もなく、そのことは、市内で長年、精神障害者支援に取り組んでいる方からも指摘されていたが、なかなか第一歩が踏み出せずにいた。

それでも、徐々に市の福祉課内で問題意識は高まっていき、ある相談支援事業所の職員が、窓口に直接「市で何か取り組みを始めることはできないか」と提案に来たのを最終的なきっかけとして、「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」（当時）（以後、検証事業と言う。）に千葉市も参画することとなった。

そこで、平成 27 年度途中に、まずは市独自で措置入院患者の退院後支援から取り組みを開始した。

その後、平成 28 年度に入り、上記の事業に参加して取り組みを開始。そして、平成 29 年度からは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」（以後、構築支援事業と言う。）に移行し、現在もさまざまな取り組みを継続して実施している。

（2）“協議の場”立ち上げまで

何もない白紙の状態から平成 28 年度「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業」に参加するにあたり、国の要綱に従って、まずは“協議の場”を立ち上げることとした。

しかしながら、市ではそれ以前の実積が何もなかったため、メンバー集めから始めなければならなかった。そこで、会議の参加者を募るべく、市内の精神科医療機関、相談支援事業所をリストアップし、順に電話をかけていくことにした。一軒一軒、丁寧に趣旨を説明し、「参加し、一緒に活動してもらえませんか？」ともちかけた。その際、電話連絡だけでなく、場合によっては、市の担当者が直接、相手のところまで出向いて依頼に行くこともあった。

結果、市内の精神科医療機関は全て参加の了承が得られたが、相談支援事業所に関しては、なかなか説得は難しかった。その理由として、当時はいまよりも精神障害者に向けた支援をしている相談支援事業所自体が少なく、中には「精神障害者」との標榜はしていても、全く実積のない事業所も少なくなかった。「実積がないから…」と参加を断られた事業所もかなりの数あったが、幸い、既に実積のあった事業所からは概ね理解が得られ、会議への参加が叶った。

そうして、市における“協議の場”が立ち上がり、「連携会議」との名称でスタートした。その後、事業が構築支援事業に移行してからも、「連携会議」の名称のまま、現在に至る。

連携会議に参加する委員の所属は、市内の医療機関、相談支援事業所、家族会、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、そして関連行政機関などであり、現在約 25 人となっている。

<Point>
相談支援事業所に関しては、やみくもに連絡するのではなく、事前調査で、精神障害者支援ケースの実積の有無などをあらかじめ把握した上で、経験豊富かつ熱心に取り組んでいるとみられる事業所の目星は、ある程度つけていた。

<Point>
本ケースに限らず、何か事を始める際には、協力を求める相手のところまで、市の担当者が直接足を運ぶようにしている。初対面ではなくとも、可能な限りそうすることで、誠意と、行政側の熱意も伝わり、後々よい関係性が持続できる。

（3）推進システムづくり

平成 28 年に「連携会議」がスタートして、しばらくは、国の要綱通り、2 ヵ月に 1 回の頻度で会議を開催していた。同時に、年に 2 回、医療機関、支援相談事業所双方の方たちに向けた研修会も開催した。また、それとは別に、特に医療機関を回り、検証事業の趣旨などの説明を行い、とにかく初年度は事業実施とその目的の周知に努めた。

<Point>
前例のない状態から 2 ヵ月に 1 回の会議開催は正直、当初はかなりの負担感があったが、とにかくまずは一同に会すことを目的に実践した。顔の見える関係性をつくり、互いの情報を共有するところから始めなければ、課題も把握できない。

①分科会の発足

そして、1 年間の上記事業が終了するにあたり、参加した相談支援事業所にアンケートを実施した。その結果、同事業の参加者は主に 2 つの層があることが判明した。1 つは、「地域移行に関心があり、積極的に進めていきたい」と考える集団と、もう１つは「精神障害について、まずは基礎的知識を学びたい」という集団である。

支援の推進にあたってのフェーズが明らかに異なる２つの集団がいることが分かった以上、今後、会議を進めていく上で、どちらか一方に偏った形の方針で事を進めていくと、もう一方が置き去りになってしまう可能性があるのでは、と考えた。そうなれば、せっかく築いた基盤そのものが意味をなさなくなってしまうことにもなりかねない。

そこで、翌平成 29 年度、現在の構築支援事業が始まったことをきっかけとして、会議の開催方式を一部変更した。事業の全体的な方向性についての議論をする会議を前半で行い、後半は、目的別に「分科会」という形で、それぞれに分かれて具体的な議論をする場とした。分科会は、前述のアンケートの結果を基に、フェーズ別に 2 つ立ち上げた。

＜Point＞
2 つの分科会のうち、どちらに属するかは、連携会議参加者内で、自ら希望するほうを選んでもらった。

結果、協議の場を、前半（連携会議）と後半（分科会）の２部制としたことは、非常によい効果をもたらした。1 年目はどこか形式的で、ともすれば“会議のための会議”となりがちだったものが、2 つの分科会に分け、同じフェーズの事業所同士でまとまって議論する場を設けたことで、各分科会内で参加者が積極的に発言し、アイディアを出すなど、協議の場全体が活性化したのである。

さらに付随効果として、協議の場以外でも、参加者たちの交流が活発になった。そうなると、周辺にも口コミで本事業のことが広まっていき、協議の場への参加者も徐々に増えていくようになった。

②「進め隊」・「広め隊」・「深め隊」がスタート

こうして千葉市における精神保健福祉領域の支援体制整備の取り組みも２年目が終わり、これまでの議論を振り返って分析した結果、参加者が増えたこともあり、翌平成 30 年度には、新たに分科会を１つ増やすことにした。そして、３部構成となった分科会には、第１分科会「進め隊」・第２分科会「広め隊」・第３分科会「深め隊」との通称をつけ、それぞれが自分たちの目的に向かって、より機動力をもって取り組んでいけるようにした。

ちなみに、追加したのは、「深め隊」の要素である。これは、初年度（平成 29 年度）のアンケートでピアサポーターに関心をもっている人が少なからずいたことからである。参加者数も増え少し活動の幅を広げる余裕も出てきたこともあり、思い切って追加した。

また、３部構成の分科会が発足し、本格的に始動するにあたっては、参加メンバーをさらに増やす必要があったため、市で参加を促すチラシを作成した。そのチラシを分科会のメンバーが直接配ったり、関係各所にメールでも送ったりした結果、参加者は一気に膨らんだ。実際、予想に反して、１週間でどの隊も新たに約 20 名ずつ集まった。

ここで会議の位置づけを整理しておくと、全体を把握する「連携会議」は、各医療機関・事業所の管理者もしくは幹部クラスである。各「分科会」の方は現場の中堅クラス以下というイメージで、（厳密にではないが）おおまかな区別はされている。

各分科会の役割は以下の通り。

「進め隊」
地域移行支援の経験がない関係機関職員と本人との面談（アセスメント）、体験利用や体験宿泊を行うプロセスにおいて、OJT を導入したサポートなどを実施。

「広め隊」
市内各区公民館での市民向け講演会の実施や、市内の小・中学校および大学での特別授業の実施（ZOOM も活用）。

「深め隊」
ピアサポーター交流会の企画や事業者を対象としたピアサポーター出前講座等の開催
※交流会はコロナ禍により縮小・中止。

＜Point＞
当初は、便宜的にフェーズによって分科会を 2 つ設けたが、それだと上級・初級のような見え方になってしまう懸念もあった。それは意図することとは違うため、あくまでも“目的別”に分けた分科会なのだという点を明確にするという狙いもあり、3 部構成とした。
さらに、それぞれがやっている内容がよりわかりやすいよう、「進め隊」・「深め隊「広め隊」・「深め隊」との通称を付けた。結果、よし親しみやすく、参加しやすくなったと感じている。

③各「隊」におけるリーダーの位置づけ

集団で活動するとなると、やはり中心人物、リーダー的存在が不可欠となる。そこで、分科会が３部制となり、各分科会に「隊」の通称がついてからしばらくの間は、各隊のリーダーを「隊長」と呼び、活動していた。

ただ、「隊長」という名称にしてしまうと、その単語のイメージから、全ての責任を負う役割を必然的に担わせてしまい、皆、本業の傍ら、ボランティアで活動しているなかで、「隊長」に必要以上の負荷がかかってしまう。そうすると、今後の活動継続の上でも支障になるのではとの配慮から、令和３年度より「隊長」改め、「幹事」とした。

さらに、「幹事」にかかる負荷をなるべく分散し、皆で考える合議制で会を運営できるよう調整した。したがって、各隊には２人、もしくは３人ずつの複数の「幹事」を置いている。

「幹事」たちは、3～4 ヵ月に１回の頻度で「合同幹事会」を開催し、各隊の活動状況の報告や、市の「にも包括」の進め方などを話し合っている。

＜Point＞
たかが名称だが、されど名称で、やはり「隊長」だと、皆がその人を頼ってしまう空気が生まれる。
せっかくできた基盤の持続性を鑑みても、そうした細やかな配慮は重要だと考えている。

④密着アドバイザーの選定・役割分担

構築推進事業における協議の場の体制整備が進む一方、構築支援事業での密着アドバイザーの選定も進めていった。

国の要綱に従い、密着アドバイザーには、千葉市から１人と、市内でもともと精神保健分野において先駆的な取り組みをしていた医療機関、地域の中核的な位置づけで、同じく以前から熱心な取り組みをしていた福祉事業所から 1 人ずつ計 3 名に依頼した。いずれも平成 28 年度からスタートした「連携会議」で繋がった人たちである。

各アドバイザーの役割分担については、当初、市内の区ごとの担当制にするという案もあったが、同じ市内でも地域差があること、また、そうした地域差のある６つの区を３人で割り振り受け持つのは難しいと判断した。そこで、既に３つの分科会という実働部隊が動き出している強みも活かし、各アドバイザーの特性に応じて、分科会別の担当にした方が、効率的ではないかと考えた。

＜Point＞
密着アドバイザーを依頼する際にも、やはり市の担当者が直接、相手のところに足を運び、お願いをした。

そこで、「進め隊」には医療機関、「広め隊」は地域への広報活動が入るので行政、そして「深め隊」には福祉事業所の密着アドバイザーが担当となり、それぞれ中心的に見ていくこととした。現在、密着アドバイザーは、連携会議と分科会を繋ぐハブ的な役割も担っている。

（4）コアメンバー確定

もともと下地のない状態からの本事業への参加だったため、あらかじめコアメンバーとなる存在があって、そこから仲間を広げていったというわけではない。事業を始めていく中で横の繋がりが生まれ、コアとなるメンバーが確定していった。

現在、コアメンバーは、密着アドバイザー3 名の他、各「隊」の「幹事」（各隊 2 名、もしくは 3 名）の 10 名である。複数「幹事」制になった令和3年度からは、隊長 1 名制だったそれまでよりもコアメンバーの数が増えたことになる。

コアメンバーは「連携会議」、さらにその下の各「分科会」、「合同幹事会」と市内の全ての会議体に属しており、重層的というよりも、同じ面で横長の連携関係を築いていると言える。

【参考】

「ピアサポーター養成」における県との連携について

千葉市では、新たにピアサポーターに関する取り組みに注力する第 3 分科会（「深め隊」）を追加した際に、その深め隊にてピアサポーター養成も行うつもりだった。

しかし、ピアサポーターの養成に関しては、千葉県でも力を入れており、既に充実したカリキュラム（下記参照）が組まれた養成講座の運営が進んでいたため、市としては、県の活動をフォローする形での支援をすることにシフトした。

例えば、①県の養成講座を受講しピアサポーターになった方を上手に活用する、②ピアサポーター同士の交流の場を設け、仕組み内側からを支えていく――など。せっかくピアサポーターとなっても、「活躍の場がない」という話は他地域でもよく聞く話であり、そこを市がサポートすることで、県とよい連携関係ができればとの狙いもある。

また、「そもそもピアサポーターって何？」という地域住民に向けて（中には関係者でもまだ知らない人もいる）、ピアサポーターそのものの周知徹底もしていくことも「深め隊」の役割となっている。

千葉県「精神障害者ピアサポート専門員養成研修」日程（令和３年度）

課程	期間	会場
前期	令和3年10月30日(土曜日)	千葉県社会福祉協議会社会福祉研修センター（千葉市中央区千葉港4-3）
	令和3年11月6日（土曜日）、13日（土曜日）、20日（土曜日）	ZOOMによるリモート開催
実習	令和3年11月21日(日曜日)～1月14日(金曜日) 上記のうち合計80時間	受講時に指定された実習先
	令和3年12月11日(土曜日)	ZOOMによるリモート開催
後期	令和4年1月15日(土曜日)	ZOOMによるリモート開催
	令和4年1月22日(土曜日)、29日(土曜日)	千葉県社会福祉協議会社会福祉研修センター（千葉市中央区千葉港4-3）

千葉県「精神障害者ピアサポート専門員養成研修」カリキュラム（令和３年度）

科目	内容	科目	内容
ピアサポート専門員総論	ピアサポート専門員の意義、社会的役割、活躍できる職場及び基本的資質等について学ぶとともに、ピアサポートの基本的理念であるリカバリーとストレングスについて理解を深める。	実習	精神科病院、デイケア及び障害福祉サービス事業所等での実習
コミュニケーション	ピアサポート専門員として求められるコミュニケーションの手法について、実践を交えて理解を深める。	精神保健医療・福祉に関する制度の概要	精神保健福祉法、障害者総合支援法等関連法規に基づく制度の概要を理解する。
ピアサポート専門員の専門性と基本的行動	ピアサポート専門員の持つ専門性並びに求められる基本的行動 として、守秘義務をはじめとする職場倫理の遵守、職場内における信頼関係の構築、職場での対立解消の方法及び各種書類作成等について理解を深める。	ピアサポート専門員としての職業準備性と事業者（使用者）に求められること	ピアサポート専門員として働くにあたり準備すべきことや、事業者（使用者）として求められる合理的配慮及び職場での受け入れ準備のポイント等について理解を深める。
精神疾患についての基礎知識	精神疾患のうち、統合失調症、双極性障害などについての基礎知識を学ぶとともに、現在の薬物療法、社会心理療法などについての動向の理解を深める。	心理教育及び有効的な自己対処方法	自らの病状の把握やストレスへの対処法、及び自己対処における様々な方法（SST、当事者研究、WRAP等）を学ぶとともに、心理教育の有効性について理解を深める。
リカバリーストーリー	自分の病気について開示し、他者に語ること（リカバリーストーリー）が、支援対象者に希望を与え、いち早く信頼関係を築くなどの効果があることを学び、その重要性を理解する。	現役ピアサポート専門員の講演及び意見交換	実際に働いているピアサポート専門員の業務内容や経験談を聞き、質疑・意見交換を行うことにより、ピアサポート専門員への理解を深める。
ピアサポート専門員として働き続けるために必要なこと	ピアサポート専門員として働き続けるための重要な視点として、バウンダリー（他者との境界線）についての理解を深める。	チームでの協働とケース会議	グループワークを通じてケース会議を体験することにより、チームでの協働の手法やその重要性を理解する。
実習の心得	精神科病院やクリニック及び障害福祉サービス事業所等で実習をする際の留意点等を理解する。	まとめ	グループワークにより、これまで学んだ内容要点を確認するとともに、自らのピアサポート専門員としてのあり方を考える。

2．推進システム発展に向けて

（1）構築推進サポーター事業を活用

平成 30 年以降、「進め隊」において、チームに分かれて退院支援、地域移行支援の取り組みを実践していたところ、ある課題が浮き彫りとなった。それは、同じ隊内の隊員においても、それぞれ取り組みに対する熱意や力量に差があることである。そもそも、隊員の中には「この活動に参加することで、自身の（あるいは自事業所の）経験値を上げたい」との目的で協力している人も少なくなかったため、当然といえば当然のことであった。

その課題は、年度を重ねるごとに顕著に表面化するようになり、中には、支援の進捗が滞るチームも出てきてしまった。

やはり“支援者支援（育成）”の必要もあることを痛感し、そのための方法を探っていたところ、令和２年度より、推進事業において構築推進サポーター事業が新たに始まることを知った。そこで、同事業を活用し、支援者を育成して、支援する側の能力の底上げを図ることになった。

①OJT による支援者による支援者のサポート体制構築

事業内容としては、トレーナー・トレーニー方式により、支援者のレベルアップを図り、地域移行支援の推進をより加速化させるというものである。

ある程度の経験をこなし、一定のスキルが備わっている隊員（事業所）がトレーナーとなり、トレーナーの伴走の下で経験を重ねたい人（事業所）がトレーニーとして、OJT で実践を学んでいく。トレーナーは、いまのところ「進め隊」のメンバーが担当しているが、トレーニーとなるのは、隊員に限らず、市内の相談支援事業所からも広く募集している。応募事業所がなかなか現れないときは、市のほうから声掛けをしたこともある。

結局、トレーニーには、令和２年度は３事業所、令和３年度も同じく３事業所（前年度とは異なる事業所）が参加した。

また、実践のモデルとなる事例については、隊員の所属する医療機関（4 ヵ所の医療機関が「進め隊」に参加）から「こういうケースがあるが、この仕組みでやってみてはどうか？」と

＜Point＞
この際も、市の担当者が直接足を運んで、取り組みの説明をし、参加を促した。
そのときに感じたのは、皆、「やってみたい」という興味はあるものの、なかなか自ら手上げするほどではない、という人が少なくないこと。こちらからの声掛けで、「それなら、ぜひ」という事業所も多く、やはり、能動的な声掛けが大事であると痛感した。

の提案があり、それを基に内容を確認した上で、適宜、割り振っている。

ちなみに、構築推進サポーターでかかる費用については、トレーナーに対しては謝金という形で支払う。ただし、別途、予算を計上するのではなく、従来の標準報酬のなかで処理して賄っている（細かく言えば、市からの委託費の中でこの構築推進サポーター事業分を、従来とは内訳を変えて処理している)。トレーニーは、地域移行の支援事業所として登録していれば、通常通り、市から障害福祉サービスの報酬が支払われる。

②構築推進サポーター事業の成果

地域移行の目安は、１ケースを３ヵ月で達成させることを目途としているが、実際はケースバイケースである。トレーナー・トレーニーの取り組みは、１年度をワンクールとして、１ケースが終了しても、年度内は継続する。

評価は、毎月、トレーニー側から活動報告を市に提出してもらい、さらに、「進め隊」の定例会の中で、進捗情報として報告をし、隊員たちから意見やアドバイスを求めるようにしている。

構築推進サポーター事業では、令和２年度は、７名の方の地域移行支援を行い、うち４名が無事にプログラムを終了し、２名が令和３年度に持ち越しとなった。その２名は令和３年度途中に修了し、新たに ４ 名が同プログラムの対象となっている（現在も継続中)。

また、推進サポーター側の成果としては、令和２年度にトレーニーとなった ３ 事業所のうちの １ 事業所は、令和３年度はトレーナーに回っている。

トレーニーだった隊員が力をつけ、次年度からはその隊員がトレーナーとしてトレーニーを受け持つというケースも徐々に増えていく見込みである。

3. 今後の課題

千葉市の体制として、１圏域が１市となる。つまり、千葉市単独の圏域となるため、他の圏域（市）の状況が、よくわからない、見えないという部分がある。集まり、情報交換をする場もいまのところない。

それを少しでも改善すべく、令和３年度は、県の圏域会議に、ゲスト的な形ではあれ、参加するようになった。今後は、これを定例化し、県全体と、その中の各圏域同士の連携をもっと図っていければと考えている。

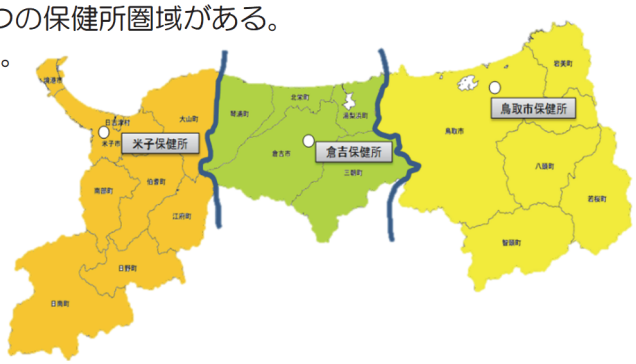
また、市内に目を向けると、千葉市は政令指定都市であり、６つの行政区がある。区内の連携がまだまだ改善の余地があるところであり、大きな課題だと認識している。同じ市内でも地域の特性は異なり、本来なら各区とうまく連携して、それぞれの地域に合った取り組みができれば理想である。

事例４　米子市

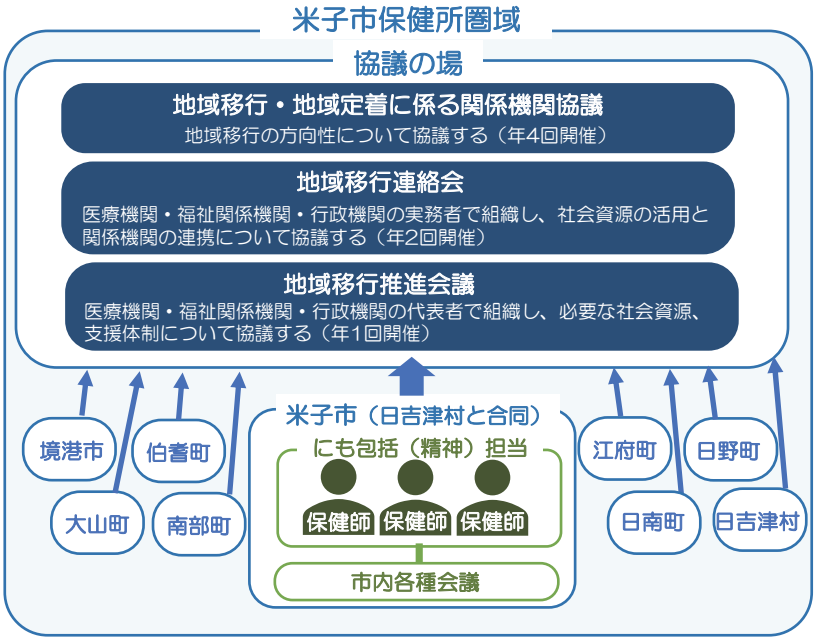
～　保健師を中心とした市内の連携体制整備　～

＜市の概要＞

●**人口**：14 万 6,702 人（令和 4 年 2 月 28 日現在）
●**県保健所圏域の市町数**：９
●**特徴**：県内には鳥取市が管轄する鳥取市保健所（東部）、県が管轄する倉吉保健所（中部）、米子保健所（西部）と３つの保健所圏域がある。
米子市は米子保健所圏域に属する。



＜米子市の推進体制＞



＜推進体制構築に関するポイント＞

●「にも包括」の支援体制は圏域で一体的に推進。その中で、市としては、障がい者支援課の保健師３名が専任で担当し個別ケース支援に注力してきた。
●上記保健師による個別ケース支援を通じ、市内の関係機関・関係専門職との横の連携が自然になされている。また、市民向けのイベント等の実施で地域づくりにも貢献。
●米子市として令和４年度より「重層的支援体制整備事業」を実施予定。そのための庁内連携強化の仕組みが、「にも包括」も後押ししている。

1．精神保健医療福祉の検討体制

米子保健所圏域には、９市町（境港市、米子市、日吉津村、大山町、伯耆町、南部町、江府町、日野町、日南町）あるが、長年、圏域として、各市町における精神保健医療福祉に関する施策を包括的に行ってきた。

そうした流れの中で、平成 29 年度に構築推進事業、平成 30 年度からは構築支援事業がスタートし、従前からの「地域移行推進会議」と「地域移行連絡会」に加え、「地域移行・地域定着に係る関係機関協議」を、圏域レベルの“協議の場”として位置づけ、圏域内の支援体制整備についての検討を行っている。

令和２年度以降は、各市町にそれぞれ独自の「自立支援協議会」が立ち上げられたが（米子市に囲まれる形で面積も小さい日吉津村は、米子市と合同）、米子市も含め、精神保健医療福祉領域の施策や取組の方向性を検討する中心的な役割は圏域レベルの協議の場が担っている。

そもそも、米子市における精神保健医療福祉分野に関しては、以前より主に市の福祉保健部障がい者支援課に所属する保健師が３名体制で担ってきたという経緯があり、その体制が現在も続いている。途中、異動による保健師の交替はあっても、３名体制は変わることなく、その３名が市内の個別の案件に対して、相談から支援まで関わる中で、必要に応じて、庁内他部署、あるいは庁外の相談支援事業所や、医療機関等とも連携を取り、地域において協力関係を広げ、関係性を築いてきた。

また、平成 31 年からは、基幹相談支援センターが市の直営（一部機能は委託）で開設され、庁舎内の障がい者支援課内に入った（市の障害者支援課の保健師とは、同じフロアで業務にあたっている）。基幹相談支援センターは、市内に 16 ヵ所ある相談支援事業所をまとめる役割も果たしており、障がい者支援課の保健師と同センターの相談支援専門員は、月に１回の定例会などで情報共有を図るとともに、連携してケース対応にもあたっている。

そうしたなか、さらに、米子市では令和４年度から「重層的支援体制整備事業」（以後、重層事業と言う。）を実施予定であり、その前段階として移行準備事業が令和３年度より動き出している。これまで「にも包括」で進めてきた上記のような庁内・

＜Point＞
米子保健所圏域の特徴として、圏域レベルの協議の場で、圏域内の市町村における精神保健医療福祉領域の施策や取組の方向性を一体的に検討するスタイルを取っている点があげられる。

＜Point＞
平成 30 年以降は、「にも包括」構築支援事業の一環として、市の保健師が保健所保健師、相談支援事業所の精神保健福祉士及び相談支援専門員に同行しての病院訪問が始まっている。

＜Point＞
すでに始まっている「重層的支援会議」等に参加した障害福祉課の保健師は、「庁内において、これまでバラバラだった情報が、皆が集まり話し合うことで、1 つの横串で繋がっていくのを実感した」と言う。1 つの課のみで考えていたら分からないことも、いろいろな知恵が出て、支援の幅が広がっている。

庁外の横の協力体制が、まさに重層事業の方向性とも合致するため、今後は、重層事業の側面からも、精神保健医療福祉と他分野の連携促進により力を入れていく形となっている。

2. 精神担当（保健師）による横の連携

（1）個別支援に対する姿勢が仲間を広げる

①市の保健師としての姿勢

そもそも市の障がい者支援課の保健師たちは、以前より「地域包括ケアシステム」における福祉には、高齢者だけでなく、母子も精神障害も全て含まれるとの認識で活動していた。したがって、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という言葉を耳にした際にも、なぜ今、“精神障害者にも”と改めて強調するのだろうとの、違和感を抱いたと言う。

市内の精神保健医療福祉分野に限らない、他分野も含めた横の連携が、現場で自発的に進んでいった背景には、こうした姿勢が以前から市の保健師たちに受け継がれていたことが大きく影響している。

②個別支援を通した庁内・庁外関係機関との連携

精神障害に係るケースは、まずは障がい者支援課の保健師３名のいずれかが窓口となり、相談を受ける仕組みになっている。

担当した保健師は、そのケースの１つひとつの支援に真摯に取り組む中で、必要に応じてその都度、柔軟に関係機関と連携を取り、支援の幅を広げ、解決にあたってきていた。

つまり、当たり前のように庁内の縦割りを飛び越え、庁外にも仲間を増やし、意図的にではなく自然に「にも包括」の基盤をつくっていたのである。

例えば、面談を重ねるうちに、対象者の背景がより詳しく浮かび上がってくれば、家族に高齢者がいる場合は長寿社会課へ、生活保護の家庭なら福祉課へ、また、健康対策課、こども相談課に協力を仰ぐこともある。さらに、そこから庁外の関係機関（社会福祉協議会、地域包括支援センター、児童相談所、医療

機関、地区保健所、地区相談支援事業所など）に繋げる場合も――といった具合である。

（２）地域に向けた取り組みの継続的実施

市の精神保健医療福祉に係るケース全般を担当する障がい者支援課の３名の保健師は、これも同じく、必要性を感じたことから、積極的に役所の外にも出向き、市民に向けたサポートイベント、精神障害者・こころの健康に対する知識の普及啓発、ボランティアの養成などの取り組みを実施。それを長年にわたり継続している。

それらの取り組みを通して、さらに仲間を増やし、「にも包括」構築に向けての地域づくりにも貢献している。

主な取り組みは下記の通り。

●「地区公民館大学」

定期的な活動ではないが、地域の公民館での社会教育講座。公民館からの要請を受け、身近なテーマで（例：「大人の発達障害って何だろう」）、保健師が当事者と共に登壇し、講義をする。発達障害に悩む当事者が「私の特性と理解してもらいたいこと」と題し、皆の前で講演することもある。

●「出張！ なんでも健康相談」

健康対策課の担当保健師が乳幼児から高齢者までを対象に実施している健康相談で、そこに障害者支援も参画させてもらった。2020 年より開始。市内 29 ヵ所の公民館で毎月実施している。

場所によっては、地域包括支援センターや保健推進員も加わり、共同で実施しているところもある。

●「こころの健康講座」

平成 14 年から実施。初年度は保健所と協力して実施し、次年度からは社会福祉協議会のボランティアセンターとの共催で行っていたが、「こころの健康講座」として令和２年度からは障がい者支援課単独で実施している。

目的は、①地域住民へ向けた、こころの健康に関心に対する知識の普及・啓発、②精神障害者に対する理解を深め、精神障害者の社会参加を促進し、安心して暮らせる地域づくり、③そのためのボランティアの育成（ボランティア講座の実施）などである。

＜Point＞

こうした一般的な健康相談に、メンタルヘルス（精神障害）の視点も絡めていくことは、市民の意識啓発の意味でも重要である。

実際には、なかなかここで精神の相談には繋がらないが、「近所に引きこもりの人がいる」といった情報が、ここから得られたこともある。会議」には、上記保健師も参加しているが、これまで庁内で縦割りだった情報が横串を通し１つに繋がっていくことを実感している。

（参考）令和３年度「こころの健康講座」プログラム

	内　容
第１回	①講演「こころの健康～メンタルヘルスについて～」 ②講演「精神障がいについて」
第２回	①講演「精神保健制度と保健師業務について」 ②講演「基幹相談支援センターについて」 ③講演「病院から地域へつなぐために」
第３回	発達障がいとひきこもりについての学習 ①　講演「発達障がいとひきこもりの基礎知識」 ②　当事者の話 ③　家族会の話
第４回	ひきこもりの現状と支援について ①　支援者の話 ②　家族会の話
第５回	①　ボランティア活動体験談 ②　米子市デイケアに参加交流
第６回	①　グループホーム見学 ②　作業所見学

●「こころの広場」

平成 15 年より実施している市主催の障害者デイケアである。在宅療養中の精神障害者の社会参加を目的に、月に１回、毎回10 名程度が集まり、仲間との交流を楽しんでいる。その際、保健師が面談をし、さまざまなサービスに繋げたりもしている。

また、上記「こころの健康講座」で養成されたボランティアが参加し、当日の運営協力を行っている。

（3）さらなる連携の拡大

「重層的支援体制整備事業」実施に際して

前述の通り、米子市では、令和４年度より重層事業を実施予定であり、令和３年度現在、移行準備事業に取りかかっている。その過程において、庁内における縦割りのシステムを打破することが課題に上がり、それを解決するため、以下の取り組みを開始した。

従前からある「にも包括」における保健師を基軸とした横の連携を、多分野にも浸透させ、仕組みとして体制化し、より機動力を持たせる狙いもある。

●「断らない相談マネジャー」

令和３年度から、重層事業への移行準備事業の一環として、「断らない相談マネジャー」なる役割を、まずは庁内の福祉保健部、こども総本部に設置した。断らない相談マネジャーは、「どんな相談であっても、断らず、まずはしっかりと受け止めて、必要に応じて庁内の他の課と情報を共有し連携する。そのための橋渡し役」との位置づけである。ちなみに、福祉保健部には５つの課があり、障がい者支援課の保健師もマネジャーとして任命されている。

●「断らない相談研修」

まずは庁内に向けて、福祉政策部主催で「断らない相談研修」を実施。「市民の困りごとに対しては、例え担当分野が違っても、まずは断らず“受け止め”、その後、庁内で一致団結し連携して問題解決にあたろう。これも重層的支援体制構築のための一つである」との意識の普及啓発に努めた。

●「マネジャー会議」

不定期ではあるが、「マネジャー会議」も開催。各課のマネジャーが集まり、情報・課題の共有を図っている。

＜Point＞
前述の「重層的支援会議」よりも、より個人レベルで、他課の人同士が話しやすい環境が生まれた。会議での発言から、その人の考え方などもよくわかり、それが今後のスムーズな連携にも繋がっていく。「重層支援会

3. 今後の課題・展望

令和４年度から重層事業を実施していくにあたり、前段階として、移行準備事業を始め、「重層的支援会議」等を定期的に実施することとなったわけであるが、重層的に課題解決にあたればあたるほど、やはりどうしても精神障害者支援に関することが増えてくる。困難ケースほど、その根幹に精神の問題を孕んでいることが多いということも事実である。実際、他部門から精神保健医療福祉領域に相談があった件数としては、令和３年度時点でかなり増加の傾向が顕著である。

そこで、今後、構築支援事業を進めていき、かつ重層的な支援を必要とする際の多（他）機関連携に当たる体制を強化していく上では、市レベルの協議の場を整備し、体制をより加速していくための検討も急がれるところである。

また、重層事業の側面からは、市内のさまざまな問題解決の総合化を目的として、市直営の「総合相談支援センター」の整備を検討している。イメージとしては、既存の地域包括支援センターを全世代・全分野型にしていくというもの。段階的にはなるだろうが、そこに精神障害者支援も統合していけたらと考えている。

いずれにせよ、米子市は、障がい者支援課の保健師たちを基軸とした「にも包括」のためのマインドがあること、そのために取り組む地盤がすでにあることを強みとし、重層事業との両輪で一層の体制整備を進めていく。

＜Point＞
「にも包括」と聞いて、新しいことに取り組むわけではない。米子市内の精神保健医療福祉の担当（保健師）として、これまでに「当たり前にやってきたこと」が、そのまま「にも包括」に活かせる、という意識を持った、あるいは気づいたことが、逆にこれからの取組を推進する上での自信となっている。

参考

2020 年度版「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」掲載事例

1 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」における各事業の実施例

ここでは、「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」における事業について、それぞれの内容等について解説します。あくまで当該事業に該当する内容について解説をしておりますので、これらの事業のみで「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築がなされることを意味するものではありません。

（1）普及啓発に係る事業

事例テーマ（事業名）

千葉市精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業

自治体名（圏域名）	千葉県千葉市		人口	980,219 人（令和 2 年 1 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	9 ヶ所	診療所	46 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
専門分科会　多機関による支援チーム　若年層への普及啓発
アピールポイント
・医療、福祉等各関係機関の担当者と行政（精神保健福祉課）の「顔の見える関係」が築かれている。 ・検討・審議が中心の連携会議と、実働中心の分科会（3 つの隊）に分かれ、会議の 2 層化を図った。

〇活用している協議の場

- 活用している協議の場
  …千葉市精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業連携会議
- 事務局
  …千葉市保健福祉局高齢障害部精神保健福祉課
- 参加機関
  …行政機関他部署（高齢・障害）、医療機関、事業所、当事者、家族会、法曹関係者など

〇解決が必要な地域課題

- 病院や事業所間で、地域移行支援に係る意識の温度差は低減されているものの依然見受けられる。
- 地域住民の理解及び関心の喚起がなかなか進まない。
- ピアサポーターの養成や、雇用の実現に向けた取組が必要である。

〇支援体制上の課題

自立支援協議会と当該協議会との連携体制の構築

〇取組内容（事業の内容）

３つの専門分科会に分かれ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

①長期入院中の患者の地域移行に取組む隊【進め隊】

②広報啓発活動に取組む隊【広め隊】

③ピアサポーターに関する活動に取組む隊【深め隊】

〇体制づくりの工夫・内容

各取組とも、前年度の反省点を踏まえ、工夫しながら取り組んでいる。

進め隊：相談支援事業所、訪問看護、地域包括支援センター、行政機関等による支援チームを結成し、市内 4 病院の対象者からニーズを聞き取り、日中活動や宿泊型施設の体験等のプログラムを実施した。

広め隊：病院、相談支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護、家族会、当事者、行政等で、広報啓発チーム（広め隊）を結成し、市内の各公民館と共催で住民向け研修会を開催した。

また、市内小・中・高および大学と連携して、若年層への理解促進を図るためのプロジェクトを展開している。

深め隊：ピアサポーター交流会や、養成講座を視野に入れたプレ研修会を実施した。代表的な活用モデルをひとつ確立し、他にも拡大・応用を図っていくこととしている。

（２）精神障害者の家族支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

家族支援

自治体名（圏域名）	千葉県船橋圏域（市町村数 1 ヵ所）		人口	633,263 人（2018 年 4 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	3 ヶ所		診療所	28 ヶ所

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
家族会との連携　ピアサポーターの活用　相互理解

〇活用している協議の場

- 活用している協議の場
  …船橋圏域地域包括ケアシステム構築推進協議会（圏域毎の協議の場）
- 事務局
  …船橋市地域活動支援センター
- 参加機関
  …医師会、医療機関、訪問看護、家族会、社会福祉協議会、基幹相談支援センター、障害者就業・生活支援センター、保健所、市、県、相談支援機関、就労移行支援事業所、就労継続支援Ｂ型事業所、住宅系支援事業所

【留意点】

千葉県における圏域毎の協議の場については、圏域毎に配置されたコーディネーターが所属する事業所等が事務局機能を担っている。

〇解決が必要な地域課題

- 都市型地域（地域のつながりの難しさ）における孤立化
- 家族から障害を持つ当事者にどのように関わったらよいか学びたいとの希望があった。
  （例：服薬の仕方や日中の過ごし方を聞いたり、当事者の率直な思いを聞きたい）

〇支援体制上の課題

- 家族会の高齢化と担い手の育成

〇取組内容（事業の内容）

- 保健所主催の家族向け学習会にピアサポーターを派遣した。
- 市内の家族会とピアサポーターとの交流会を開催した。

〇体制づくりの工夫・内容

・市内家族会と連携し事業を開催している。
・ピアサポーターを活用し、相互理解の場を設けている。

〇取組による効果（事業の成果）

・ピアサポーターの体験談を家族が聞くことで障害理解を深めることが出来た。また、ピアサポーターも家族が抱える問題を知る場ともなり、相互理解の機会となった。

〇支援体制上の効果

・市内家族会と共同して取り組むことで互いの活動の PR となり、会員の拡充などにつながる。

事例テーマ（事業名）

家族支援事業

自治体名（圏域名）	千葉県柏圏域（市町村数 1 ヵ所）		人口	420,229 人（H31 年 3 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	2 ヶ所	診療所	13 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
交流の場　文化祭
アピールポイント
・初めての家族会の開催であったが、19 組 21 名の参加があった。 ・文化祭と家族会を合同開催したことで、たくさんの家族にご参加を頂いた。 ・家族の方に、本人の事業所での様子や活動内容等を実際に見て頂くことができた。

〇活用している協議の場

・活用している協議の場
　…地域移行支援協議会　実務者会議
・事務局
　…相談事業所
・参加機関
　…市障害福祉課、市生活支援課、保健所、相談事業所、精神科病院

〇解決が必要な地域課題

家族同士の交流の場がない。

〇支援体制上の課題

家族同士の交流が持てるように配慮する。

〇取組内容（事業の内容）

①家族会を開催した。

②事業所の文化祭に家族を招待し、文化祭終了後に家族と本人を交えた交流会を実施した。

〇体制づくりの工夫・内容

①「茶話会」という名称を用いた交流の場を設け、家族同士が悩みを共有できるようにした。

②・家族が参加しやすい雰囲気を作るため、事業所が行う文化祭に招待し、当事者と家族が共に文化祭を楽しみつつ、家族同士の交流もできるよう工夫した。

・家族が本人の日頃の様子を知ることができる機会になるように、文化祭に招待した。

〇取組による効果（事業の成果）

①それぞれの段階における障害に対する受け止め、接し方、将来への不安などを話すことで、悩みや思いの共有を図ることができ、ご家族の不安の軽減に繋がった。

②家族同士の交流の場となり、同じ悩みを持つ家族同士の繋がりを作ることができた。

事例テーマ（事業名）

精神障害者の家族支援に係る事業

自治体名（圏域名）	千葉県海匝圏域（市町村数 3 ヵ所）		人口	161,753 人（令和 2 年 1 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	4 ヶ所		診療所	2 ヶ所

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
家族教室　ピアサポーター

〇活用している協議の場

・活用している協議の場

…精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進会議

・事務局

…地域生活支援センター

・参加機関

…精神科病院（4 カ所）、精神科診療所、相談支援事業所、NPO 法人、基幹相談支援センター、保健所、ピアサポーター、県、市（3 市）

〇解決が必要な地域課題

家族は当事者との関わりについて悩まれている。

〇支援体制上の課題

家族は、悩みをなかなか相談出来ず、家族だけで解決しようとしてしまう。

〇取組内容（事業の内容）

家族教室「精神障害者の家族のコミュニケーションスキルアップ」を開催し、NPO 法人の理事長でもあり、家族として家族会との関わりを持っている方と 2 名のピアサポーターに講師を依頼した。

ピアサポーターは今までの経験と、今はこのような取組を行っていると当事者としての話を伝えていた。自分で作詞作曲した歌など参加者に披露していた。

また参加型で家族から講師に直接困ったことやアドバイスを聞くことができた。

〇取組による効果（事業の成果）

家族が安心して支援ができる知識を深めることができた。

〇支援体制上の効果

支援者側が、家族教室の開催を通じ、どのようなことに困っているかを直接把握することができ、講師から支援上のアドバイスを受けられることで、支援の強化に繋がっている。

（３）精神障害者の住まいの確保支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

静岡県志太榛原圏域における住宅確保施策の展開

自治体名（圏域名）	静岡県志太榛原圏域 （市町村数 6 か所）		人口	人口 454,553 人（平成 31 年 4 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	2 ヶ所	診療所	9 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
協議の場の連続性　住宅と福祉の関係者の協働　共通言語を探る
アピールポイント
・連携に向けた取組を地道に推進することで、住宅関係者と福祉関係者の関係性が醸成されていった。 ・今回の取組を他圏域と共有することで、志太榛原圏域の「住宅あっせんのしくみ」を宅建協会と連携して実施する他の圏域が現れた。

〇活用している協議の場

・活用している協議の場

…志太榛原地域自立支援推進会議（圏域自立支援協議会）地域移行・地域定着支援専門部会

・事務局

…静岡県中部健康福祉センター

※住宅斡旋の仕組みをまとめたパンフレット作成とその普及に関する取組をもって、平成 28 年度に住宅確保 WG は終了。その後は、仕組みを元にした住宅確保の実績や課題について、事務局により宅建協会中部支部との意見交換を行っている。

〇解決が必要な地域課題

・病気や障害に対する差別や偏見、収入等の問題で入居を断られるケースがあった。

・住宅確保が円滑に行われない（退院先が確保されない）ことで、入院期間が延びる傾向があった。

〇支援体制上の課題

精神障害者の住宅確保における関係機関とのネットワークが固定化している。

〇取組内容（事業の内容）

・平成 19 年頃から実施していた地域移行支援事業において住宅確保に係る検討が開始され、平成 22 年度に志太榛原圏域が住宅確保のモデル圏域に選定されたことから、協議の場の構成員・県担当課・保健所が、宅建協会しだはい支所に声掛けし、本格的な検討が開始された。
・平成 23 年度に志太榛原圏域の宅建協会と協議の場のメンバーで研修会を実施し、その後自立支援協議会に取組が移管され、宅建協会と協議を重ねて住宅提供事業者向けに、障害のある方に対する住宅斡旋の仕組み理解の促進を目的としたポスター・リーフレットを作成。
・平成 29 年度には賃貸住宅入居促進支援事業（障害のある人への心づかい推進事業）として、静岡県が主催（委託先：静岡県精神保健福祉士協会、協力（公社）静岡県宅地建物取引業協会）し、賃貸住宅入居促進支援研修会を実施し、約 270 人が参加。

〇体制づくりの工夫・内容

・住宅関係者と福祉関係者との共通言語を探りながら関係性を深めてきた。
・常に接点を見出しながら、目指す目標を定め、取組を推進してきた。
・取組を進めるなかで、住宅関係者と福祉関係者のお互いの立場の理解が深められた。

〇取組による効果（事業の成果）

・住宅斡旋の仕組みやリーフレットを作成できた。
・相談に応じていただける、または新たに提供していただける不動産業者が現れた。

〇支援体制上の効果

・令和元年度より、県協議会地域移行部会委員に宅建協会からの参画をいただいた。
・居住支援協議会に静岡県精神保健福祉士協会が参画することにつながった。

（４）ピアサポートの活用に係る事業

事例テーマ（事業名）

ピアサポーターの活用（精神障がい者地域移行支援事業）

自治体名（圏域名）	宮崎県		人口	107.3 万人（2019 年 6 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	26 ヶ所	診療所	27 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
ピアサポーター活動の場　ピアサポーター同士の交流
アピールポイント
協議の場にピアサポーターがいることで、県全体のピアサポーターの取組状況を把握することができる。また、地域包括ケアシステム構築に向け、当事者の主体の、多職種協働による取組が促進される。

〇活用している協議の場

- 活用している協議の場
  …宮崎県障がい者自立支援協議会精神障がい者部会
- 事務局
  …宮崎県障がい福祉課
- 参加機関
  …精神科病院協会、保健所長会、精神科看護協会、相談支援事業所連絡協議会、県立看護大学、社会就労センター協議会、精神保健福祉士協会、作業療法士会、精神福祉連合会（家族会）、精神保健福祉センター、市保健所、市町村福祉課

〇解決が必要な地域課題

- 地域移行支援の利用者（個別給付の支給決定数）が少なく、また圏域ごとに差がある。
- 精神障がい者に対する地域住民の理解が十分でなく、普及啓発の機会も少ない。
- ピアサポーターの定義があいまいであり、養成をしても活動の場が少ない。

〇支援体制上の課題

- 各保健所圏域に地域移行支援協議会が設置されているが、取組内容に差があり、圏域によっては地域移行支援を利用する者がいないところがある。
- ピアサポーターの雇用実績が少なく、地域や事業所ごとに質の違いがあり、人材が不足している。

〇取組内容（事業の内容）

全ての地域活動支援センターⅠ型（9 ヶ所）に委託し、以下のような活動の場を設けた。

―普及啓発活動におけるピアサポーターによる体験発表

地域住民向けの勉強会、家族会勉強会、地区社協、民生委員勉強会、大学、専門学校の講義等

―長期入院患者との茶話会、交流会

―Ⅰ型ピアサポーター同士の活動報告会及び、意見交流会

〇体制づくりの工夫・内容

・保健所圏域ごとに設置している地域移行支援協議会の活動と連動させ、地域移行支援を推進するために、ピアサポーターの活用の有効性を共有している。

〇取組による効果（事業の成果）

・茶話会に参加していた長期入院者が退院へとつながった。
・地域住民の精神障がいへの理解促進につながった。
・ピアサポーター同士の交流により質の向上と活動内容の充実に繋がった。

〇支援体制上の効果

・ピアサポーターが地域自立支援協議会の委員として参画するようになった。

（5）アウトリーチ支援に係る事業

事例テーマ（事業名）

こころサポート事業

自治体名（圏域名）	広島県尾道市		人口	136,131 人（令和元年 12 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	1 ヶ所	診療所	4 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
ケースに応じたチーム編成　専門職ネットワークの活用　関係部署への支援
アピールポイント
・地域の専門職が手を携えることにより、地域の体制整備構築に繋がっている。 ・複数の専門職を新たに雇用する仕組みではないため、費用対効果の面でのメリットがある。

〇活用している協議の場

- 活用している協議の場
  - …事業担当者会議（保健事業担当課及び委託事業所相談員）
  - …ケア会議（ケース、家族、保健師、委託事業所相談員、支援関係機関）
  - …関係者ミーティング（講師、行政内関係部署、委託事業所相談員）
  - …自殺対策推進委員会（医師会、行政の関係部署、保健所、警察、消防、ハローワーク、民生児童委員、支援事業所、包括支援センター、くらしサポートセンター等）
- 事務局
  - …尾道市健康推進課

〇解決が必要な地域課題

- 精神疾患が疑われるひきこもりの方と家族を支援する専門の医療機関が身近にない。
- 山間部、島嶼部に精神科医療が不足しており、医療機関へのアクセスが難しく、往診体制も脆弱であること等から、治療に繋がったとしても医療中断しやすい。
- アルコールなど、アディクション治療を継続して行える医療機関が身近に存在しない。

〇支援体制上の課題

- サービスや精神医療につながらない方への支援が届きにくい。対応する専門職が不明瞭である。
- 従来の制度では、介入や継続支援が困難な事例が増加している。
- 移送制度の運用において難しさがある。（制度と地域の現状とのギャップ等）

〇取組内容（事業の内容）

住み慣れた地域での生活の維持・継続が困難な精神障害者（疑われる者も含む）に対し、医療・保健・福祉の包括的な支援を目指す。

目的：周囲との関係づくりや生活上の困難や生きづらさを抱えている人や周囲の方からの相談を受け、受診支援、医療の継続支援、定期的な見守り等、ケースに応じ必要とされる支援をチームで実施することにより、ご本人やご家族の健やかな生活を支えることを目的とする。

内容：保健師、精神保健福祉士を中核とし、ケースに応じてアウトリーチ支援チームを編成し、課題を一緒に考え、安心して生活できるように支援する。

- 対象者及びご家族への訪問・相談対応
- 電話による対応
- ケアマネジメント技法を用いた多職種チームによる支援
- 関係機関との連絡調整及びケア会議の開催など

〇体制づくりの工夫・内容

主にインテークを行うのは、保健師とソーシャルワーカー（精神保健福祉士）で、実際の支援に当たっては、ネットワークの強みを活かし地域の専門職の横の連携を活用している。

〇取組による効果（事業の成果）

支援対象者 26 人中、受診に繋がった人が３人、医療中断が解消した人が２人。その他は、長年ひきこもっていた人が外部と接触を持ち、近隣への迷惑行為が減ったり、社会参加・就労に結びついたり、生活保護を受給し生活基盤整備につながったケース等もあり、徐々にではあるが成果が出ている。

具体的な事例

【アルコール依存の本人支援】

母からの依頼で地区担当保健師と支援を開始した。周囲からの促しもあり、治療意思の確認ができたので入院治療の同行を実施した。

【医療中断の方】

受診していた医療機関と地域の元保健師からの相談で、受診の同行を実施した。SW が対象者と顔馴染みだったということもありスムーズに受診が再開された。

【医療機関へのアクセスが困難等から継続受診が困難な方】

地区担当保健師からの依頼と本人から受診の同行への依頼があり、受診が再開された。

【離職後ひきこもるようになった方】

家族が本人からの攻撃的な言動に疲れ、自宅を離れることになった。その後、本人が近所の人に攻撃的な発言をするようになり、家族にメンタル面での支援を実施した。本人が入院となり、地域生活を見越して、支援チームによる、地域住民へ理解を促すための会議、家族機

能の再構築を目指した支援等を行った。治療効果があり退院され、地域への迷惑行為もなくなり（対象者に謝罪）、社会参加に向けて就労支援事業所の利用を検討している。

【約 20 年自室にひきこもっていた男性】

同居していた母と妹が、暴言・暴力に耐えかね本人と別居され、本人へのアプローチとともに家族への支援を開始した。本人への意思確認を行い、生活保護を申請し、単身生活が開始された。

【２次障害として精神疾患を発症した方】

包括支援センターからの相談ケースで、知的障害があり、2 次障害として精神疾患を発症した。スーパーなどで大きな声を出すなどの迷惑行為があったが、家族の協力、受診同行を実施し服薬をすることにより症状が改善された。

その他、本人への直接支援は十分ではないが、家族支援に繋がったケースあり。

〇支援体制上の効果

- 当該支援を通じて、地域（山間部、島嶼部）の特性や課題が明確になってきた。
- 障害者の支援に不慣れな包括支援センターの専門職の方へ、対応などについてのフォローを行い、精神障害の理解拡大へ繋がった。
- 高齢で精神疾患が疑われる方への支援について、高齢者福祉課より相談があり、今後の支援の見立てなどについて認識の共有化を図ることで、精神障害の理解拡大と支援体制の構築に繋がった。
- こころサポート事業の専門相談員による支援により、ケースを抱える関係部署の担当者が効果的に介入できている。（支援を継続してもあまり変化のないケースへ、異なる切り口による支援を実施することが増えた。）

（６）精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業

事例テーマ（事業名）

精神障がい者の地域移行に関する研修

自治体名（圏域名）	青森県津軽圏域 （市町村数 8 ヵ所）		人口	人口 291,178 人（2018 年 3 月時点）
精神科医療機関の数	病院	5 ヶ所	診療所	5 ヶ所
相談支援事業所の数	一般	12 ヶ所	特定	16 ヶ所

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
ファシリテーターの養成、各協議会の連動、コアメンバー
アピールポイント
各協議の場が連動し、事例検討を通じてスキルアップが図られ、地域移行支援への理解が深められた。

〇活用している協議の場

・活用している協議の場
　…精神障がい者の地域移行支援検討チーム会議（以下「チーム会議」と言う。）
・事務局
　…青森県弘前保健所
・参加機関
　…精神科医療機関、一般相談支援事業所、市町村、弘前保健所

※また、弘前市地域自立支援協議会相談支援専門部会事例検討会（以下「事例検討会」と言う。）も活用している協議の場である。

〇解決が必要な地域課題

・精神科領域で活動できる相談支援専門員が少なく、精神障害に対する理解が促進されていないため、地域移行支援を含めた相談支援が十分に進んでいない。
・ファシリテーションが不十分なため、効率的な事例検討が進まない状況である。
・相談支援専門員の多くが精神科病院の敷居が高いと感じ、苦手意識を強くもっている。

〇支援体制上の課題

・相談支援専門員の精神科病院に対する苦手意識が克服され、医療と協働して支援が進められる関係づくりを行う必要がある。

・保健・医療・福祉関係者が互いを理解し合う仕組みが必要であり、理解促進に資するツール開発とファシリテーター養成を行う必要がある。

〇取組内容（事業の内容）

・平成 24 年度に事例検討会を設置、相談支援事業所が既に使っていた事例検討ツールを検討会で取り入れて、ファシリテーターを担える相談支援専門員を養成してきている。
・保健所圏域での広域調整会議、関係機関が参加するチーム会議、事例検討会を連動させた地域づくりを行っており、各会議の連動性担保のため、ファシリテーターによる事例検討を実施している。

〇体制づくりの工夫・内容

・地域で活動してきた精神保健福祉士と精神科病院勤務経験がある精神保健福祉士がコアメンバー（相談支援専門員）となり、医療機関と地域をつなぐ役割を担っている。
・事例検討会、チーム会議に共通するコアメンバーが参画することで連動性を担保している。
・自立支援協議会相談支援専門部会が中心となり障害者週間記念イベント（hug はぐ hoick！）を開催し、地域づくりを通した相互の障がい者理解促進を図っている。

〇取組による効果（事業の成果）

・事例検討の実施により、個別事例や地域、精神科病院等に対する理解が促進された。また、顔の見える関係性が構築され、会議を重ねることでファシリテーター能力が向上してきている。

〇支援体制上の効果

・事例検討により各参加者が我が事として考え、地域移行支援への理解を深めることができる。
・ファシリテーターが、他の事業所の相談支援専門員と一緒に支援を進めることで、地域移行支援に対する理解が深まった。

（７）入院中の精神障害者の地域移行に係る事業

事例テーマ（事業名）

浜田圏域自立支援ボランティア活用事業（地域移行・地域定着）

自治体名（圏域名）	島根県浜田保健所浜田圏域（市町村数 2 ヶ所）		人口	78,241 人（令和元年 10 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	1 ヶ所	診療所	4 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
自立支援ボランティア養成　有資格者　多様なニーズへの対応　普及啓発
アピールポイント
・精神保健福祉業務を経験した有資格者のボランティアにより専門性の高い支援が提供できている。 ・ボランティアが住民とのつなぎ役となり、理解者・支援者を増やすことができた。

〇活用している協議の場

- 活用している協議の場
  …浜田圏域精神障がい者地域生活移行・地域定着支援会議
- 事務局
  …島根県浜田保健所
- 参加機関
  …医療機関、相談支援事業所、障がい福祉等サービス事業所、当事者会、家族会、ボランティア団体、社会福祉協議会、市町村

〇解決が必要な地域課題

精神障がい者の地域移行及び地域定着の推進

〇支援体制上の課題

- 身近な支援者となる地域住民に対する理解促進及び啓発
- 精神障がい者の希望する生活を実現するための、既存の制度やサービスでは埋められない、多様なニーズへ対応できる支援体制の整備

〇取組内容（事業の内容）

・目的：精神障がい者の生活や社会参加を支援する体制を整える

・内容：①自立支援ボランティアを養成、登録（登録後、フォローアップ研修会や連絡会も開催）

②自立支援ボランティアが、精神科病院の入院者及び外来通院をしながら生活している方を対象に、面接技法を用いて本人の希望に応じた支援等を実施

※②については相談支援事業所に業務を委託した。

〇体制づくりの工夫・内容

・養成対象者は精神保健福祉業務を経験した看護師等の有資格者とした（※実際は退職者）

・精神障がい者の支援を多く受け持つ相談支援事業所に業務委託することで、総体的に把握された対象者の状態やニーズを踏まえて、より適切な支援が提供できる体制にした。

〇取組による効果（事業の成果）

・本人の希望に添った柔軟な支援を提供することで、通院の継続や就労への意欲促進等、精神障がい者の地域移行・地域定着が促進された。

〇支援体制上の効果

有資格者である住民を対象に自立支援ボランティアを養成することで、

①病院外での生活が困難と思われる対象者を、自宅生活に結びつけることができた。

②身近な地域住民に対して、対象者の理解促進に向けた接し方等の助言や、行動の理解につながる説明をしてもらう等、ボランティアに地域住民とのつなぎ役を担ってもらえたことで、地域に理解者・支援者を増やすことができた。

（８）包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業

事例テーマ（事業名）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムチェックリストの活用

自治体名（圏域名）	三重県		人口	1,782,190 人（平成 31 年 4 月時点）	
精神科医療機関の数	病院	18 ヶ所	診療所	50 ヶ所	

Ｋｅｙ　Ｗｏｒｄ
チェックリストの活用　圏域間の情報交換　人材育成
アピールポイント
・チェックリストの活用で、圏域・市町村単位の議論が具体化された。 ・チェックリスト作成過程を通じて、各圏域での PDCA サイクルが展開された。

〇活用している協議の場

・活用している協議の場

…三重県精神障がい者地域移行・地域定着推進連絡会（以下「連絡会」と言う）

・事務局

…三重県医療保健部健康づくり課精神保健福祉班（精神保健福祉主管課）

・参加機関

…各圏域地域自立支援協議会精神保健福祉部会事務局（障がい者相談支援センター）
保健所（今年度は精神科医療機関・市町障がい福祉課）

〇解決が必要な地域課題

構築に向けたイメージが出来ず、現状分析や課題抽出に困難さが生じている圏域が複数認められる。

〇支援体制上の課題

圏域で多機関が組織横断的に課題に取り組む体制を構築することに困難が生じている。

〇取組内容（事業の内容）

・平成 30 年度連絡会において、目指すべき指標を示した「チェックリスト」を作成した。令和元年度は「チェックリスト」を用い各圏域のアセスメントを行い、ストレングスと課題を抽出した。

・地域関係者も参加する研修会を開催した。１回目は、同じ圏域の参加者同士で自圏域の課題についてチェックリストをもとに検討し、研修会後も各圏域でチェックリストを活用したアセ

スメントを行った。２回目（５か月後）は、他圏域の参加者とグループワークを行い、圏域間の情報交換を実施した。

〇体制づくりの工夫・内容

・漠然としたイメージをチェックリストの活用により「具体化」・「見える化」するように努めた。
・各圏域における構築を担う人材を育成する観点から研修会を開催した。
・他の圏域の工夫や苦労等が共有できる場を設定した。

〇取組による効果（事業の成果）

抽象的な議論に終始しがちな「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築であるが、チェクリストを活用することで具体的な議論につなげることができた。

〇支援体制上の効果

指標に多分野・多機関連携の項目を入れたことで、高齢者福祉分野における包括ケアとの連携、児童福祉・地域福祉分野との連携を意識した事業展開を行う視点を強化することができた。

2　事例

本項では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組について、保健・医療・福祉各分野における実践事例を、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業のアドバイザー等より提供いただきましたので紹介します。

（１）居住支援における連携促進及びツール開発が行われた事例

＜個別ケースの概要＞

Ａ県Ｈ市（中核市、人口約 40 万人）、市内の精神科病院に入院。Ｏさん（30 代女性）。統合失調症。

医療機関からの退院を希望するが、住居の貸し渋りにあってしまう。

精神症状は安定していることから、退院後は単身でのアパート生活を目指しており、就労意欲もあった。本人を中心とする体制のなか、医療と福祉の連携もとれていたが、住居探しがうまくいかず、退院及びその後の地域生活につながらなかった。

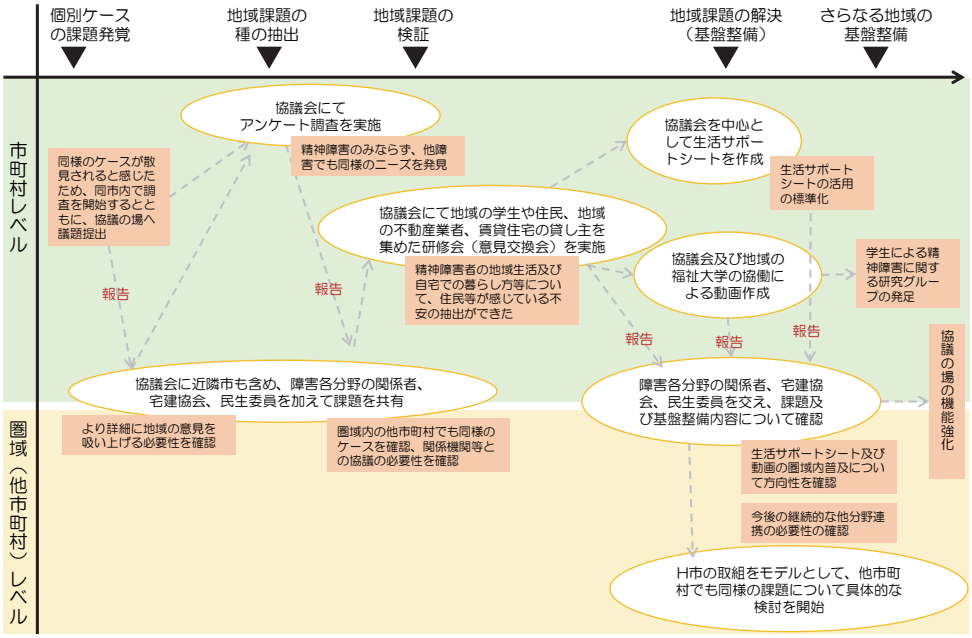
＜地域課題及び基盤整備の要点＞

- 精神障害を有する方等が住居の貸し渋りにあうという地域課題はあるものの、潜在化していた。
  ⇒類似課題を持つ他の個別ケースを調査することで地域課題を顕在化。
- 地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、あるいは近隣住民等が精神障害者の地域生活に対して漠然とした不安を感じていた。
  ⇒不安や心配事を抽出するための意見交換会を開催。
  ⇒「生活サポートシート」や精神障害者の地域生活をイメージするための動画を作成。

＜基盤整備の成果・効果＞

- 障害各分野の関係者のほか、宅建協会や民生委員等も協議の場に参画するようになった。
- 基盤整備を経て作成されたツール（「生活サポートシート）が標準的に利用されるようになり、住居の貸し渋りが減少。
- 近隣住民等の精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）に対する理解が深まり、さまざまな運動が副次的に始まった。

＜事例チャート＞



①事例内容

＜個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見＞

H 市において、統合失調症の O さん（30 代女性）が、退院を希望するも、住居の貸し渋りにあってしまう事例が発生。

病状は安定し、医療・福祉の支援チームもあったため、単身生活を目指していたものの、住居が見つからず入院が続いていた。

本ケースについては H 市内でも他の類似ケースが見られたため、協議の場である H 市自立支援協議会（以下、「協議会」という。）が主導する形で市内アンケート調査（市内の地域援助事業者等へ類似のケースについての事例提供依頼）を実施し、実態把握を行った。

また、協議会に、近隣市も含め、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員を加えて同様の課題を持つケースの共有、地域課題の検討を行った。

＜地域課題の検証＞

個別ケースの共有、また、市内アンケート調査結果の報告を受け、協議会で精神障害者に対する居住支援に係る地域課題の検討を開始した。協議のなかで、これまでも住居の貸し渋りについては散見される課題ではあったものの、改めて多職種・多機関で共有することで、個別の課題ではなく地域の課題として対応していく意識が構成員間で醸成された。そのことから、既存の構成員のみならず、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等も加えたうえで、協議会で継続的な課題検討が必要であることが確認された。

その後、協議会で今後の対応策について検討。地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、あるいは近隣住民等から、より具体的な課題（心配事など）を吸い上げる必要があることを確認した。

課題の吸い上げに向けて、具体的に意見交換等を行うため、協議会が主体となり、H 市内の学生や住民、住宅関係者を集めた研修会（意見交換会）を実施。精神障害者の地域生活がどのようなものかイメージできない（あるいは誤解がある）ことや、地域生活を行うなかで困りごとが起こった際の対応に不安があること、あるいは本人を取り巻く支援チームがわからないことによる不安などがあることが分かった。

＜地域課題の解決（基盤整備）＞

協議会が主体となり、研修会（意見交換会）で出された課題等を解決するための連絡ツールとして、「生活サポートシート」（本事例③「参考資料」参照）を作成。

協議会の構成員が、関係者間で共有すべきと考える項目を検討し、初案を作成。地域の不動産業者や賃貸住宅の貸し主、住民等が不安に感じる事項として、「金銭管理（家賃納付）」、「火の取り扱い」、「食事・買い物」、「その他」、「トラブルや緊急時の対応について」を重要事項として書き記

＜事例提供者コメント＞
初案のサポートシートをたたき台として、実際に運用をしながら適宜内容の見直しを図っていきました

すほか、支援ネットワーク（支援者）を可視化できるよう様式にまとめた。

さらに、研修会に参加した学生が所属する大学と協議会が協働し、精神障害者の地域生活を行う様子をまとめた動画を作成。これを広く住民や地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主等に対する広報資料として使用することとした。

これらのツールは協議会を通じ、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等も含めて共有した。さらに生活サポートシート及び動画について、近隣市町村の自立支援協議会を通じて周知を図ることを決定した。この流れを受け、両ツールをそれぞれの市町村に合わせた形とするため、近隣市町村においても同様の住居の貸し渋りに係る課題を整理する動きが始まった。

また、今回の一連の課題抽出から基盤整備を経て、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の検討を行う協議会において、障害各分野や住宅支援等を含む他分野間での継続的な検討の必要性が共有され、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員等の協議会への参画が継続されることとなった。

～Point～
協議の場の効果を実感したうえでの機能強化が図られており、実効性の担保につながると考えられます

＜さらなる地域の基盤整備＞

一連の基盤整備の結果、生活サポートシートが地域で標準的に活用されるようになり、障害者への住居の貸し渋りが減ったため、地域生活を実現できる人が増えた。

加えて、地域の不動産業者と医療、保健、福祉の関係者の顔がつながり、具体的な連携（新規の対象者のケース会議や物件の情報の共有など）がしやすくなったことが大きな成果として表れてきた。

思いがけない効果として、動画作成に関わった学生たちの間で精神障害を有する方等への関心が深まり、住居に関わる課題に限らず、精神障害者の歴史や、地域移行支援の現状、精神障害者の理解促進に関することを研究するグループができるなど、活動の幅が広がったことがあげられる。

②基盤整備のポイント

＜必要に応じた会議参加者の選定＞

協議の場には主に都道府県レベル・圏域レベル・市町村レベルなどの開催範囲の違いがある。それぞれの協議の場の目的や機能を確認しながら、あるいはその都度の議題にも留意しながら、参加者等を選定することが重要である。

本事例における H 市の協議の場（協議会）においては、従前は精神保健医療福祉の関係者（関係機関等の代表者レベル）が集まり協議を行っていたが、「居住支援」や「住居の貸し渋り」という議題に対応するため、障害各分野の関係者、宅建協会、民生委員をオブザーバーとして加えるといった参加者の追加を行っている。

本事例においては、最終的にオブザーバー参加していた方々が協議の場の正式な参加者として継続的に参画いただくことになったが、ここで重要なポイントは、最初から参画者として迎え入れたわけではないことである。

どのような課題を、どういったプロセスで解決するか、オブザーバーとして経験していくなかで、継続的な議論の必要性を感じてもらう（ある　いは参加者全員で共有）ステップを経ることで、その後の議論にも積極的な参加が望めるようにしている点がポイントのひとつにあげられる。

＜事例提供者コメント＞
最初はオブザーバーの方々も、会議の空気感をみながらの参加でしたが、会を重ねることに積極的にご発言をいただけるようになっていきました。

＜解決策の適切な普及展開＞

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たっては、１つの協議の場だけですべての事項を検討することは難しいと考えられる。

本事例でいえば、協議会に近隣市を含む関係者を招くことで圏域への波及効果が得られたと考えられるが、そのほかにも、地域においてシステム構築を担う事業や会議体、取組は多くあるものである。

さまざまな会議体や取組により得られた成果（あるいは課題）について、本事例のように圏域内の市町村への展開を行うことや、会議体同士の連携を図ることなど、さまざまな活動との相互協力体制を整えることが重要である。

個別ケースの課題解決や地域の基盤整備として取り組んだ事柄について、担当者のみで終わらせてしまうのではなく、地域の関係者に対して広く展開していくことで、H 市においても生活サポートシートが標準的に使用されるようになり、関係者間の連携の強化にもつながるなどの効果が発揮されている。

＜課題解決に当たって専門職のみならず地域の力も活用＞

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するうえでは、専門職間の連携等が重要になることはもちろんのこと、住民や学生、ボランティアなどをはじめとした、いわゆる地域の力を活用し、協働していくことが重要である。

H 市は、地域課題解決に向けた具体的な意見を収集するため、地域の学生や住民、地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主との意見交換を行っただけではなく、これらの参加者と協働してその解決に向けた取組を実施した例である。

このような協働により、地域の方々にとっても地域課題を「自分ごと」として捉えられるようになるほか、副次的な効果へとつながっていくことが期待される。

＜事例提供者コメント＞
地域の不動産業者の方が精神障害を有する方等に対する賃貸物件の確保に熱心に取り組んでくれた結果、その会社が持つ別の市の事業所でも居住先の確保が進んでいます。

＜開発したツール、実施した取組のブラッシュアップ＞

地域課題解決に向けた取組について、それを行ったことで満足するのではなく、その効果を検証しながらより効果の高いものにしていくための視点が重要である。

本事例では、「生活サポートシート」を開発し、その運用をするなかで、実際に活用する相談支援事業所や地域の不動産業者、賃貸住宅の貸し主の意見を取り入れ、よりシンプルな項目としていくなどの内容の見直しを行っている。また全ての精神障害を有する方等に運用するのではなく、特に必要性が認められた者にのみ活用する視点の共有、担当者が活用の必要性の判断に当たって迷った場合は相談支援事業所等に相談するといった、活用の促進に向けた相談体制などを調整していった。

このように、PDCA サイクルを意識し、実際の動きのなかで顕在化した問題点や改善点に対して丁寧に対応していくことで、より実効性の伴う取組としていくことが求められる。

＜事例提供者コメント＞
全ての精神障害を有する方等に対してサポートシートを作っていくのは大変な手間がかかるということが、運用当初に問題となりました。

③参考資料　「生活サポートシート」

年　月　日　作成

○○　○○　氏の生活サポートシート

【基礎情報】

名前	○○　○○		年齢		
障害概要					
家族・親族①（続柄　　）	氏名	居住地		連絡先	
家族・親族②（続柄　　）	氏名	居住地		連絡先	
主治医	先生		〔　　病院　〕	連絡先	
主支援団体				連絡先	

【重要事項の対応について】

事項	対応
金銭管理（家賃納付）	
火の取り扱い	
食事・買い物	
その他	
トラブルや緊急時の対応について	

【支援ネットワーク】

支援施設(例)	名称	概　要（どんな支援をしているか）	担当者・連絡先
地域生活支援センター			
就労訓練施設			
○○市役所			
○○県事業団			
訪問看護			

※各関係機関が連携してご本人に関わっています。何かご心配なことがありましたら、ご相談下さい。

（２）協議の場を活用し、多機関が協働して事業展開した事例

＜L 圏域の取組概要＞

平成 29 年度から、B 県（人口 100 万人未満）L 圏域をモデル地域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推進事業に取り組み始め、協議の場を設置。平成 30 年度からは、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も始まり、そのために参集された各種専門職によるコアメンバー会議によって地域の課題を洗い出し、対応策と方針を定め多機関が協働して事業に取り組んでいる。

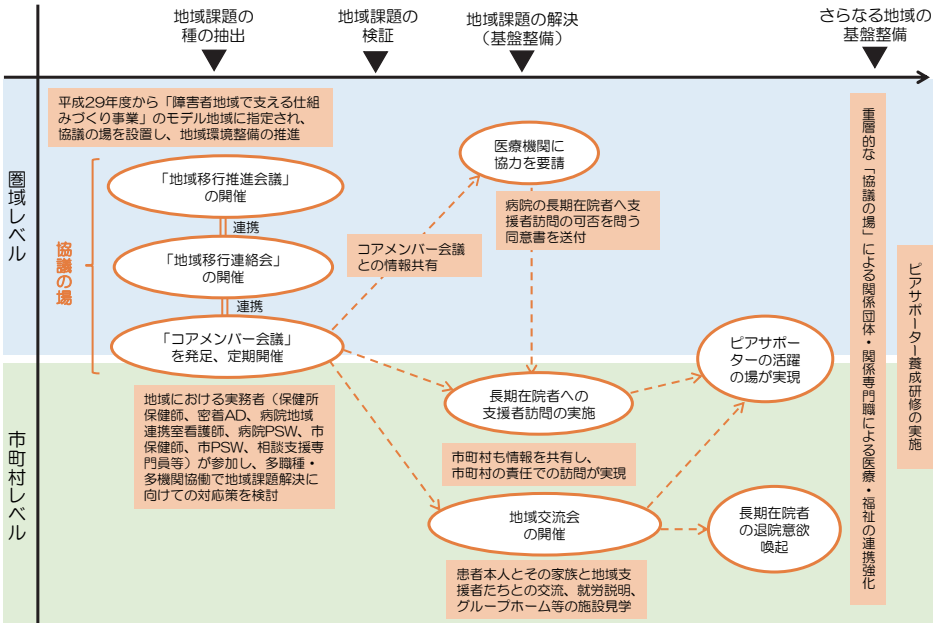
＜地域課題及び基盤整備の要点＞

・保健所圏域内の長期在院者について、具体的な情報把握ができておらず、訪問できない。
　⇒病院の協力を得て、事前に本人の同意を確認の上、1 年以上の長期在院者を訪問。
・長期在院者の退院意欲の醸成が病院任せになっている。
　⇒協議の場を活用し、地域の関係者全体で取り組むことを共有。
・長期在院者が退院後の生活で利用できる社会資源をイメージしづらい状況にある。
　⇒長期在院者の交流会（多病院の患者同士での会食、地域支援者等との交流、施設見学等）を開催。

＜地域整備の成果・効果＞

・自治体（市町村）及び関係機関間の理解と連携が醸成・強化された。
・顔を合わせての困難事例解決の積み上げにより地域のケアマネジメント力が向上した。
・長期在院者及びその家族等を対象に障害福祉サービス等の見学や体験をしてもらう地域交流会にて、精神障害者の地域生活をみることで、家族等の退院に対する理解が向上した。
・地域交流会の実施により在院患者の退院意欲が喚起された（退院に対する自信の獲得）。

＜事例チャート＞



①事例内容

＜当該モデル地域における取り組みの経緯＞

L 圏域では、以前より地域移行推進会議（代表者会議）、地域移行連絡会（実務者会議）などの協議の場が設置され、長期在院者への退院促進に向けた取組実施等の前例はあった。

平成 29 年度からは、L 圏域を「障害者を地域で支える仕組みづくり事業」のモデル地域として位置づけ、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取り組み始めていた。

さらに、平成 30 年度からは、上記事業と並行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支援事業にも参加し、取組を加速させる。同支援事業実施のために参集されたコアメンバー（保健所保健師、密着アドバイザー（構築推進サポーター）、病院地域連携室看護師、病院 PSW、市保健師、市 PSW、相談支援専門員等）による会議（地域移行・地域定着に係る関係機関協議（以下、「コアメンバー会議」という。）において、地域の課題を洗い出し、対応策と方針を定め、多職種・多機関が協働して事業に取り組んでいる。（**表１**）

＜事例提供者コメント＞
L 圏域では平成 15 年度より「長期在院患者退院促進モデル事業」を実施しています。

～Point～
地域における精神障害を有する方等への支援を推進する基盤が既に進んでいることが強みと言えます。

＜事例提供者コメント＞
長年の実績で医療機関と地域の支援者との顔の見える関係性が構築されていたため、速やかな招集が可能でした。

表１　L 圏域の協議の場の体制

会議名	内　　容	開催回数
地域移行・地域定着に係る関係機関協議（コアメンバー会議）（H29年度～）	地域の実情に精通する者で組織し、地域移行の方向性について協議する。	４回／年
地域移行連絡会（H16年度～）	医療機関、福祉関係機関、行政機関の実務者で組織し、社会資源の活用と関係機関の連携について協議する。	２回／年
地域移行推進会議（H16年度～）	医療機関、福祉関係機関、行政機関の代表者で組織し、必要な社会資源、支援体制について協議する。	１回／年

～Point～
地域課題の抽出・検証、共有を効果的に実施するためには、重層的な体制を構築することが効果的です。

＜地域課題の種の発見＞

これら事業の共通目的は、「1 年以上の在院患者の地域移行を推進する。短期間で入退院を繰り返す方の地域定着を目指す」こと。そのためには、精神保健医療福祉の関係者の連携を前提としつつ、病院への訪問等を行うボランティア（地域移行推進員）やピアサポーターの効果的な活動も大切である。こうした取組等を含め、圏域の精神保健医療福祉の推進方策について実務者レベルで推進・協議する場として、コアメンバー会議を 2～3 ヵ月に 1 回、定例で開催している。地域課題の抽出や対応策の検討、具体的な事業の協働実施など、ここが本事業の PDCA サイクルの実行機関となっている。

＜事例提供者コメント＞
地域移行推進員は、病棟への訪問等を通じて院内に地域の風を入れることを目的に、平成 18 年度より県が養成しています。

～Point～
現場を動かすためには、地域の実情に精通した専門職の力が必須で

コアメンバー会議では、設置・運営がされた平成 29 年度より、次のような課題が指摘された。

１つは、保健所圏域内の９市町村において、630 調査（精神保健福祉資料）により長期在院者数の把握はできても、誰がどこの病院に入院しているかといった具体的な実態把握はできていないことである。そのため、市町村の実務者としては、病院訪問が実施できず、長期在院者に直接アプローチすることが難しい実情があった。

その背景として、長期在院者の退院意欲の醸成は精神科病院任せになっていることも課題として共有された。長期在院者は、入院生活が長くなってしまうことで、退院後の生活、地域で利用できる社会資源をイメージしにくくなっている。病院のワーカー等による情報提供は行われているものの、地域援助事業者等がそこに加わり、より具体的なイメージを持ってもらうためのサポート等を行う障害福祉サービス等関係者の体制が整っていなかった。また、長い入院期間中に社会が変化していることから、再び地域に戻ることに恐怖感を抱いていることも推測される。

また、もう一つの課題として、ピアサポーター養成研修も８年前から実施されていないことも挙げられた。令和２年度において、登録ピアサポーターは５名であり、活動は、圏域内の市町村における月１回のデイケア支援のみという状況となっている。

＜事例提供者コメント＞
このような精神科病院に頼り切りになっていることこそが地域課題であることが共有され、地域全体の責任として基盤整備に取り組む必要性が確認・共有できました。

＜地域課題の解決（基盤整備・事業推進）＞

コアメンバー会議等を通じて、地域課題の抽出・解決に向けた具体的な活動が提案され、退院が可能だと考えられる在院者への地域支援者訪問及び地域交流会の開催へとつながった。

（退院可能者への地域支援者訪問）

課題解決へ向けた具体的な取り組みとしては、病院との連携を前提とした地域支援者訪問が第一に挙げられる。

まず、事前準備として、ReMHRAD（地域精神保健福祉資源分析データベース）などを活用し、長期在院者の実態を検証した結果、圏域内の市町村在住者で 1 年以上の長期在院者のほとんどが圏域内の病院に入院していることが判明した。圏域外では、隣接する圏域にある病院に入院する数名のみだった。

次に、コアメンバー会議で、1 年以上の長期在院者に市町村担当者や相談支援専門員との面会の実施について同意を得る文書を作成し、病院への協力を仰いだ。各病院の協力によりリストアップされた方々が入院前に在住していた自治体も、圏域 9 自治体のうち 6 自治体であり、上記の ReMHRAD による検証結果と合致した。

その後、病院の協力を得て本人に訪問の確認をとり、同意いただけた方を

対象として地域支援者（市町村担当者および相談支援専門員）が訪問し、面会を実施した。この病院の協力については、訪問の趣旨や支援内容を丁寧に説明する等手続きに時間を要すところもあったため、初年度は試行期間として、訪問の協力を得た病院からに速やかに開始した（**表 2**）。

表 2 長期在院者への地域支援者訪問とその成果

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
対象者	15 人	23 人	23 人
退院	4 人	0 人	3 人

※令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により新規選出できず前年度継続

訪問については、上記 3 年間で延べ 200 回近く実施した。一方、訪問できないケースもあり、その理由としては、「病状悪化等」、「訪問前に高齢者施設へ退院」などが挙げられた。地域移行できた方については、自宅・アパートへの退院が 2 名、宿泊型自立訓練事業所が 2 名、グループホームが 1 名であった。

また、実施状況を分析したところ、本人に面会できなかった場合でも、市町村担当者と医療機関で情報交換が行われたり、家族への訪問などが実施されたりしており、退院に向けた環境調整は行われていたことがわかった。訪問のみにとどまらず、施設見学の同行、ケア会議への参加、退院後の訪問まで、市町村担当者の幅広い支援が行われていた。

＜事例提供者コメント＞
本事業の目的は、圏域の実情に合った、より効果的な取り組みを実施することでした。

（地域交流会の開催）

地域は安全で楽しいところだということを知ってもらうためにも、まずは長期在院者に外出する機会を設けようと、長期在院者交流会を開催。複数の病院に 1 年以上入院する長期在院者で病状が安定している方とそのご家族を対象に、それぞれの病院スタッフ同行のもとで交流会に参加した。その他の参加者は、保健所職員、市町村担当者、相談支援専門員、ピアサポーター、ボランティアなどであり、毎回、20 人以上の参加があった。

会の運営にあたっては、予めマニュアルを作成し、コアメンバー内の担当者を決定して行った。参加者にはスタンプカードが配られ、5 回参加した方にはプレゼントを渡すなどの工夫をした。病棟での告知からこの地域交流会の参加者募集ポスターを見て、何年も病院の外に出たことのない方が車イスで参加したケースもあった。

地域交流会では、就労継続支援事業所が運営するレストランにて、自分でメニューから選んでもらい食事をしたり、スーパーでお弁当を選んで買うといった体験をメインに、その他、施設見学なども実施した。毎回見学先を

～Point～
地域ボランティアを巻き込むことで、精神障害への理解を深めるというメリットもあります。

＜事例提供者コメント＞
マニュアルには店の選定・予約方法や、会の進行（タイムスケジュールの組み方など）を明記。
担当者が交代してもスムーズに運営できるようにしました。

変え、デイケアや宿泊型自立訓練、グループホームなどを訪問した。また、参加したピアサポーターからは、自身の日常生活や、退院後の就労についての説明をしてもらうこともあった。

これまでの地域交流会の実施状況は以下の通り（**表３**）。

～Point～
入院患者の家族は、患者が退院し、地域に戻ることを反対することもあります。ご家族にもこうした交流会に参加してもらい、地域の他の障害者の姿を見てもらうことで、退院に対する理解が得られます。

表３ 地域交流会実施状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和２年度
実施回数	３回	４回	―
のべ参加者数	71 人	88 人	―
うち長期在院者	16 人	23 人	―

※令和２年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により未実施

＜さらなる地域の基盤整備＞

今後も継続してこれらの取組を推進していくためにも、長期在院者が住民票を置く市町村には、「行政が責任をもって精神疾患による長期在院者が地域に戻れるよう尽力する」という意識を共有してもらうことを求めていく。そのための第一歩として、手続きの相談や本人への面会のため、積極的に病院を訪問してもらうことが重要である。

さらに、地域におけるさまざまな協議の場を、実務者レベル（コアメンバー、事業所担当者）、代表者レベル（各組織の責任者）、行政レベルと重層的に実施し、その上で、協議の場で進める事業と自立支援協議会地域移行部会で行う事業は、きちんと役割分担をする必要がある。

また、ピアサポーターに関しては、地域交流会開始後、活動の機会は増えたものの、令和２年度前半は養成研修の実施が難しかった。しかしながら、体制を整え、令和２年度後半には、リモート方式による養成研修の実施を開始している。今後はフォローアップ研修の実施も考えているところである。地域交流会だけでなく、地域支援者訪問でも活躍するなど、活動の場を広げていくことを期待している。

～Point～
実務者レベルによる現場での取り組みがより効果を発揮するためにも、最終的には行政（市町村）レベルとの連携が必要不可欠です。

＜事例提供者コメント＞
令和２年度にピアサポーター養成研修が予算化され、実施が決まったところに、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、スタートが延期してしまいました。

～Point～
今後の新しい生活様式下では、WEB を活用した研修実施など、柔軟な発想が大切になります。

②事業推進のポイント

＜課題抽出について話し合う機会と土壌の構築＞
（協議の場の重層的な設計と PDCA サイクルに沿った運営）

地域基盤を整備する意義は、基盤整備を通じて課題を抱える本人がよりその人らしい生活を実現させることに寄与すること、あるいは、本人の生活を支援する支援者がより効果的かつ適切な支援を実践することができるようなることにある。

そのためには、実践の現場に即した課題解決がなされ、そしてその基盤整備が地域の共通理解の基に行われることが重要であり、協議の場等の設置に当たってもそのような意思決定がなされる構成になっていることが求められる。

本事例においては、コアメンバー会議を含めた実務者会議、代表者会議と、構成者の立場が異なる複数の「協議の場」を設置することで、視点が重層的になり、幅広く事業の理解を深めることができ、かつ実務者から代表者レベルまでが共通の認識をもって各取り組みを推進する土壌がより整備されている。

また、L 圏域における取組の PDCA の推進を担う役割はコアメンバー会議が果たしている点もポイントである。地域でさまざまな取り組みを実践している専門職から、医療機関、相談支援事業所、市町村担当者、自立支援協議会の担当者までバランスよく招集されたことで、密度の濃い実務的な議論を行うことができ、地域の課題抽出および対応策の具体的な検討に繋がった。

～Point～
現場で実働する関係者の声を反映し、施策展開を図るうえで、このような地域におけるコアメンバーでの共有・検討の場は、他地域にとっても、大いに参考となるでしょう。

（市町村に求められる役割の発揮）

「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（令和３年３月 18 日）においても、市町村などの基礎自治体を基盤としてシステム構築を推進する必要性が明記されている。

市町村として、こうした取組を推進するために、地域の実情に応じて、どのような役割を、どういった姿勢で取り組むのか明確に発信するとともに、適切な取組の実施が求められる。

本事例の場合、コアメンバーに市町村担当者も参画しており、特に長期在院者の地域移行に向けた働きかけにおいて、市町村が関与したことは大きな成果であった。令和２年度において、L 圏域内では、リストアップされた長期在院者に対し、市町村による支援者訪問がほぼ全件実施されている。

（時間をかけて関係者間の顔の見える関係を構築）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するうえでは、どこか特定の機関等だけの取組に頼るのではなく、保健・医療・福祉、そして行政や地域住民等も一体となった取組が展開されることが求められる。

本事例においては、平成 15 年度から脈々と続く取組のなかで、少しずつ、しかし着実に協働の実績や成果などを積み上げてきたことで、医療機関と地域の支援者との顔の見える関係が醸成されてきており、こうした取組の重要性が明らかとなっている。

～Point～
関係者間の連携体制を構築するための特効薬は無く、地道かつ継続的な取組が必要です。

＜参考：L 圏域のこれまでの取組＞

■事業の経過

平成15年度～平成17年度　L圏域で長期在院者退院促進モデル事業を実施
・長期在院者の個別支援に取り組む
通常の支援では退院が困難な患者に対し、多職種多機関が協力して退院を促進
・精神保健ボランティアから「自立支援員」（後の地域移行推進員）を養成

平成18年度　精神障害者退院促進支援事業として全県で実施

平成19年度　強化事業推進プロジェクト会議発足
・医師、看護師、精神保健福祉士、各保健所、精神保健福祉センター、県庁主管課で構成
・人材育成と事業全体の底上げを目的とする。

平成24年度　個別支援が地域相談支援給付として一般制度化
・希望のあった精神科病院へ「個別給付説明会」開催

平成27年度～28年度　入院患者への地域移行支援の説明会

平成29年度　障がい者を地域で支える仕組みづくり事業(モデル事業)準備期

平成30年度～現在　障がい者を地域で支える仕組みづくり事業(モデル事業)

＜長期在院者の退院意欲喚起＞

入院患者の退院意欲を喚起する際、必要な情報の提供にとどまらず、体験の場なども併せて提供することで、退院後の地域生活により具体的なイメージを持っていただくことができる。

本事例では、長期在院者への訪問と並行して、外出の機会創出のための地域交流会を設けたことで、社会体験と施設見学ができ、地域生活をリアルに感じてもらえたことが、患者本人の地域復帰への意欲喚起に有効であった。

（３）医療機関から発信して医療と福祉の連携を促進した取組事例

＜C 精神科病院における課題認識＞

C 病院 T 看護師長の思いとして、以下のことがあった。

家族とも疎遠であり、患者自身の退院意欲もみられず、多様な課題を抱えながら高齢化していく長期在院者が入院している病棟に勤務している。院内の体制は、常にマンパワー不足の状態であり、地域の相談支援事業所との連携もうまく進んでいない。そのようななか、職員の職務に対するモチベーションも低下している。

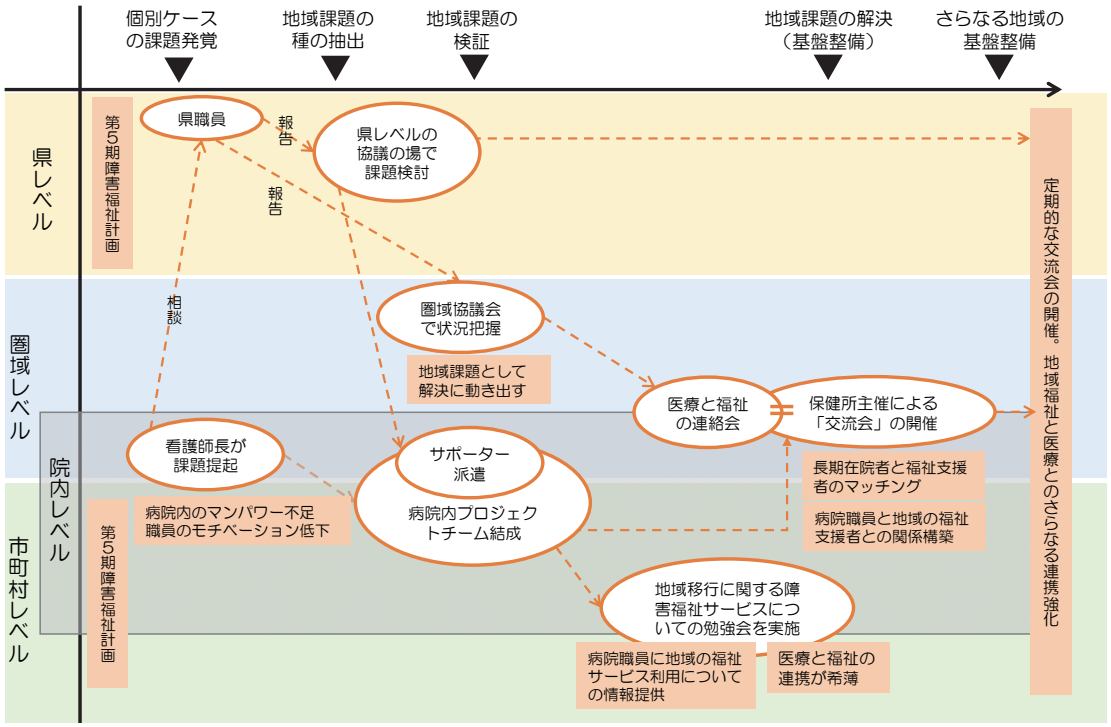
＜地域課題及び基盤整備の要点＞

・長期在院者を抱える病院職員のモチベーション低下。マンパワー不足。
　⇒ 改善活動に向けた院内多職種のプロジェクトチームの結成。
　⇒ 県が養成した構築推進サポーターを C 精神科病院に派遣。
　⇒ 病院内で地域移行に関する障害福祉サービス等についての勉強会を実施。
・地域における医療と福祉の連携関係が構築されていない。
　⇒ 保健所主催による医療と福祉の連絡会を活用した交流会の実施。

＜基盤整備の成果・効果＞

・一医療機関の看護師長が声を上げた悩みや課題に端を発し、県レベルで地域課題の把握ができた。
・県から圏域、市町村へと情報伝達が進み、地域内の医療と福祉の連携が一歩進んだ。
・病院と相談支援事業所とのパイプができたことで、長期在院者の退院につながった。

＜事例チャート＞



①事例内容

＜C 精神科病院としての課題認識→地域課題の種の発見＞

第５期障害福祉計画における成果目標として、「精神病床の１年以上入院患者数を 2.8 万人～3.9 万人減」が掲げられるなか、C精神科病院に勤務するＴ看護師長は、自身の病院の現状について、以下のようなやりきれない思いを抱えていた。

多様な課題を抱えて入院が長期化した患者さんに対し、本人、その家族、職員の多くが“入院したままでも良いではないか”と考えており、退院に向けた取り組みに消極的である。そのため、少なくなっている退院を考える機会を増やすことが課題であるとの思いを抱いている。病院内に無力感が漂い、職員の職務に対するモチベーションも低下してしまっている。同時に、長期在院者の高齢化も問題となってきている。

Ｔ看護師長は、現場の責任者として、そうした課題を自覚しつつも、積極的に改善に向けての働きかけができておらず、結果的に放置しているようになっている病院内の状況こそが問題だと感じている。

「病院は治療をする。よくなったら退院する。退院のために必要な支援を検討し、関係者が協力し退院につなげていく。医療と福祉がしっかりと連携し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで、本来機能を発揮する地域の一病院となりたい」

＜事例提供者コメント＞
入院患者の高齢化に伴い、職員の支援負担が増加。それがモチベーションの低下や離職につながっており、残る職員の更なる負担増につながっていくという、負の連鎖が起こっており、病院長も課題として感じていました。

＜事例提供者コメント＞
Ｔ看護師長の中には、こうした理念に基づいたやりがいのある職場にしていかなければ、という想いが強くありました。

＜地域課題の検証＞

Ｔ看護師長は、院内の一部の病棟をモデルとして、医師・病棟看護師長・地域連携室兼病棟担当の精神保健福祉士・作業療法士・病棟及び外来の看護師などを集めた多職種のプロジェクトチームを結成。院内の職場環境等の改善活動の実施に向けた検討を開始した。

並行して、かねてから交流のあった県の精神保健医療福祉の担当職員に相談。相談を受けた担当職員は、その後、県のレベルの協議の場及び圏域の協議会に本件の情報を伝達した。

その後、圏域の協議会においても、同様の課題について参加者から多くの意見が寄せられ、医療と福祉の連携がうまくいっていないために、病院からの地域移行がうまく進んでいない現状を、単なる一医療機関の課題ではなく、当該地域全体で認識すべき地域課題として共有することとした。

＜事例提供者コメント＞
Ｔ看護師長は院外研修等で積極的に人的ネットワークを形成しており、県の担当者もそのつながりで交流があったそうです。

＜地域課題の解決（基盤整備）＞

（院内での勉強会の開催）

県レベルの協議の場での検討の結果、まずは令和 2 年度より県として取り組んでいた、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て養成した「構築推進サポーター」を当該病院に派遣することとした。

構築推進サポーター及び院内プロジェクトチームが中心となって、病院内で職員らの長期在院者の地域移行支援に対する意識の改革、モチベーションの向上を目的とした「地域移行に関する障害福祉サービス等についての勉強会」を実施した。

勉強会のなかで、障害福祉サービス等について理解を深めたうえで、地域移行支援を推進していくうえでの院内の課題整理を実施。院内スタッフからは地域の相談支援事業所等との連携が不足していることが課題として挙げられた。

＜事例提供者コメント＞
県は、構築推進サポーターを育て、将来的には県内の各圏域の協議の場に派遣することを検討しており、そのモデル的な取組としてＣ精神科病院への職員派遣を行ってくれました。

（精神科病院及び相談支援事業所等の「交流会」の開催）

Ｃ病院で行った「勉強会」の成果及び抽出された課題は、圏域の協議会にも報告された。

圏域の協議会においても、医療と福祉の連携の促進については課題として認識されていたことから、当該圏域において保健所が主催して行っていた「医療と福祉の連絡会」の一環として、Ｃ病院内で精神科病院及び相談支援事業所等の「交流会」を開催することが提案された。協議の場としては、今後の医療・福祉の連携の推進に向けたモデル的な交流会として、また Ｂ病院としては院内で四半期ごとに行う大型レクリエーションの一環として実施するという位置づけで調整した。

参加者は、圏域内の精神科病院の長期在院者（同意が得られた方のみ）と病院職員、相談支援事業所の職員とした。

みんなで一緒にお菓子づくりをし、その後一緒に話しながら食べるという、茶話会スタイルをベースとして組み立てた。

交流会では、病院職員と相談支援事業所の関係構築もさることながら、長期在院者と相談支援事業所のマッチングも兼ねることとした。

結果、長期在院者のうち、４名が地域移行支援を活用して退院を目指すこととなった。

この取組によりモデル的に支援が開始された、具体的な個別事例は次の通りである。

＜事例提供者コメント＞
院内の長期在院者も参加していただきたかったので、全くの新しい取組として行うのではなく、いつもの催しの中に外の人たちがやってくる、という形で実施し、警戒感なく行えるよう配慮しました。

■Ｕさん（50 歳代男性）躁鬱病

同居している兄夫婦の奥さんに暴力をふるい、入院するも、退院が困難。１人暮らし開始の準備のために、相談支援事業所に入ってもらい、地域移行支援を利用し、退院に至る。

■Vさん（40 歳代男性）統合失調症

長期在院者であり、本人に退院の希望はあるが、対応すべき課題が多く、時間をかけた準備及び支援が必要。

院外への興味はあり、買い物や散髪などの意欲はある。ただ、外出のための服がなかったため、職員の服を貸して外出を実施した。外出には、まずは本人希望を叶えるサポートを相談支援事業所が行ったところ、退院後の生活イメージの構築ができそうである。

■Wさん（40 歳代女性）統合失調症

1 人暮らし。妄想上の恋人と共に暮らしている。本人に病識がないため、怠薬により入退院を繰り返している。退院後数ヵ月間は訪問看護を利用していたが、あるとき支援者を追い返してしまう。近所からは大声で怒鳴っているとの苦情も出ていた。このような問題行動が続いたことを機に、キーパーソンである弟に連れられ医療保護入院となった。退院に向けては、本人の地域生活の維持について、相談支援事業所にも参加してもらい、ケア会議を実施した。

その後、ゴミを出す練習を通して退院。退院後は、LAI（持続性注射剤）の投与を開始した。通院の必要があったが、本人は拒否。しかし、弟より連絡あり、病院よりアウトリーチチームが訪問し、通院を促した。「家に恋人を置いて病院へ行けない」と通院拒否が続いたため、丁寧な説明のもと本人同意を得たうえで、往診に切り替えLAI（持続性注射剤）の投与を実施した。馴染みのスタッフなら受け入れも悪くないが、病院スタッフがいつまでこの支援ができるのか疑問であり、他サービスで対応できないか模索中である。

＜さらなる地域の基盤整備＞

院内での勉強会や圏域での交流会については、その実践をモデル事例として県の協議の場が主催する県内市町村向けの研修会及び圏域の協議会に報告した。

協議会においても、これらの取組が地域の医療・福祉の連携促進に効果的であることが認められ、今後も同様の取組を推進していくことが共有されたところである。

C病院においても、これらの取組により、モデル病棟のスタッフのなかで仕事にやりがいを感じモチベーションが向上する、あるいは様々な場面で連携支援の実践効果による業務効率化などの効果が見られた。また、保健所職員、地域の相談支援事業所の職員が、非常に前向きに協力してくれるのを目の当たりにしたことで、継続して地域の福祉関係者と連携関係を構築していきたい思いを強くするとともに、医療と福祉の連携の重要性を実感した。

今後は全病棟での取組に発展させ、積極的に勉強会や交流会を定期開催していきたいが、進め方などのノウハウがまだまだ不足していることに不安が残っていることが課題として挙げられる。

②基盤整備のポイント

＜異なる階層での地域課題抽出及び検討を行う体制の構築＞

地域課題を発見する道筋は、例えば、「現場の実践者の声を拾い上げる」、「個別ケースの課題解決の積み重ねなどから地域課題を発見する」、「各種量的データ等から把握される地域課題について取り上げる」など、そのきっかけはさまざまである。

重要なポイントとしては、地域課題の発見に向けて、その入口が多様にあることだと言える。

例えば、本事例においてはＣ病院のＴ看護師長の声が県の職員へと届けられたこと、その先に圏域の協議会へと課題検討の場を移していったことから、課題抽出～解決に向けた流れが始まっている。この際、県職員がＴ看護師長の話を聴く意識や圏域の協議会が現場の生の声から課題を検討する文化が無ければ、このような展開には至ることはない。

地域課題を発見するための入口は柔軟に整備し、かつ、その課題の内容に応じて、必要・適切な規模の会議体（主体）で解決に向けた検討が行われることが重要である。

本事例では、Ｃ病院内の取組は院内のプロジェクトチームに対し県からのサポーター派遣及び助言により実施でき、医療と福祉の連携に係る取組は圏域の取組として保健所が主体となって動かすなど、それぞれの課題の規模や特性に応じた、適切な基盤整備が行われたことがわかる。

＜精神医療現場が障害福祉計画における課題を意識＞

精神科病院等の医療機関が、都道府県や市町村が策定する障害福祉計画に関心を持つことは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを保健・医療・福祉の連携により構築するうえで大切なポイントであるといえる。

本件では、Ｃ病院のＴ看護師長が障害福祉計画も踏まえた地域づくり及び病院内の体制に対する視点を持ち、取組を開始したことから、病院職員のモチベーション向上、さらには圏域内の医療・福祉の連携促進につながっていった。

また、病院も地域の障害福祉計画と密接に関係するのだという視点がＣ病院の職員のなかにも広がっていった。

（４）圏域内の医療と福祉の連携強化を図った事例

＜個別ケースの概要＞

D県Ｉ市（人口約 17 万人）、在住、Ｓさん（20 歳男性）。学生であり単身で生活している。

２年前にＩ市での１人暮らしをはじめるが、精神的な不調を訴えたり、自傷行為を繰り返したりするようになる。見かねた両親が一旦実家（県外）に呼び戻し、精神科医療機関を受診する。その後、入退院を繰り返した後に再びＩ市で生活を送るが、自傷行為は止まらず。Ｉ市の訪問看護・介護サービス事業所、相談支援センターの担当者は、そのサポートに苦慮している。

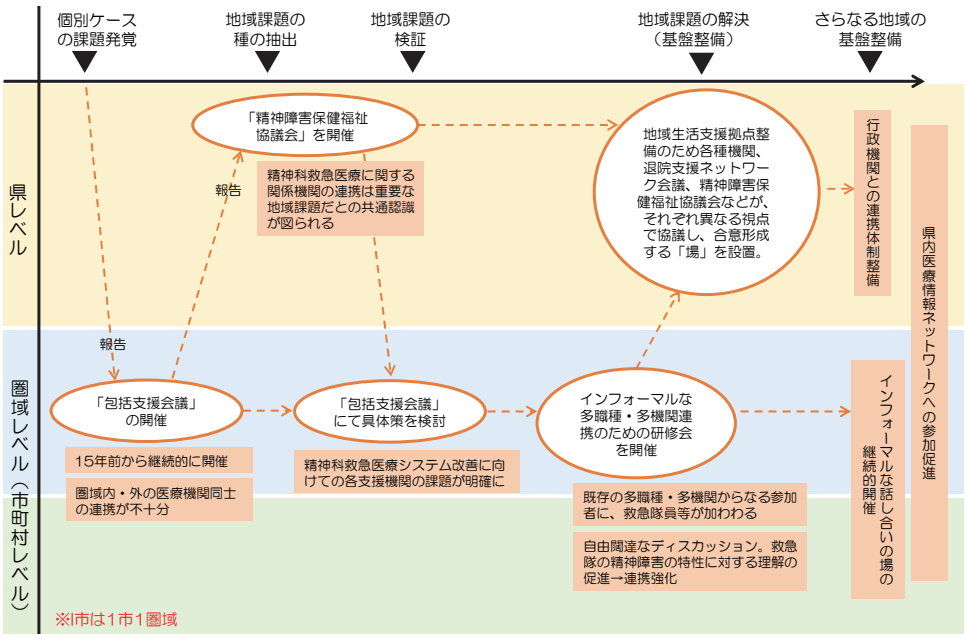
＜地域課題＞

・県内医療情報ネットワークへの参加が、精神障害分野で進んでいない。
　⇒ 今後の PR 方法についての検討が必要。
・地域の精神障害分野において最も専門性の高い「包括支援会議」が、結成当初は積極的に活動していたが経年的に形骸化。地域課題に対応しきれていない。
　⇒ 目的の再設定及び共有（規範的統合）の推進。
・精神科医療における圏域内・外の医療機関間の連携（病病連携・病診連携等）が不十分な場合があり、特に救急医療を必要とする際、患者本人にとって適切な支援につながらないケースがある。
　⇒ インフォーマルな勉強会を活用した解決策の検討及び課題意識の共有。

＜基盤整備の成果・効果＞

・救急隊員等の関係機関から意見交換の提案がある関係が構築された。
・具体的かつ専門的に地域課題を検討できる場が確認された。

＜事例チャート＞



①事例内容

<I市圏域における多様な「協議の場」について>

I市では1980年代後半から、県内、圏域内における精神保健・精神障害者福祉の行政、関係職種・機関でのネットワークづくり（機能分化された協議体の設置）が活発に行われてきたという背景がある（**図1**）。

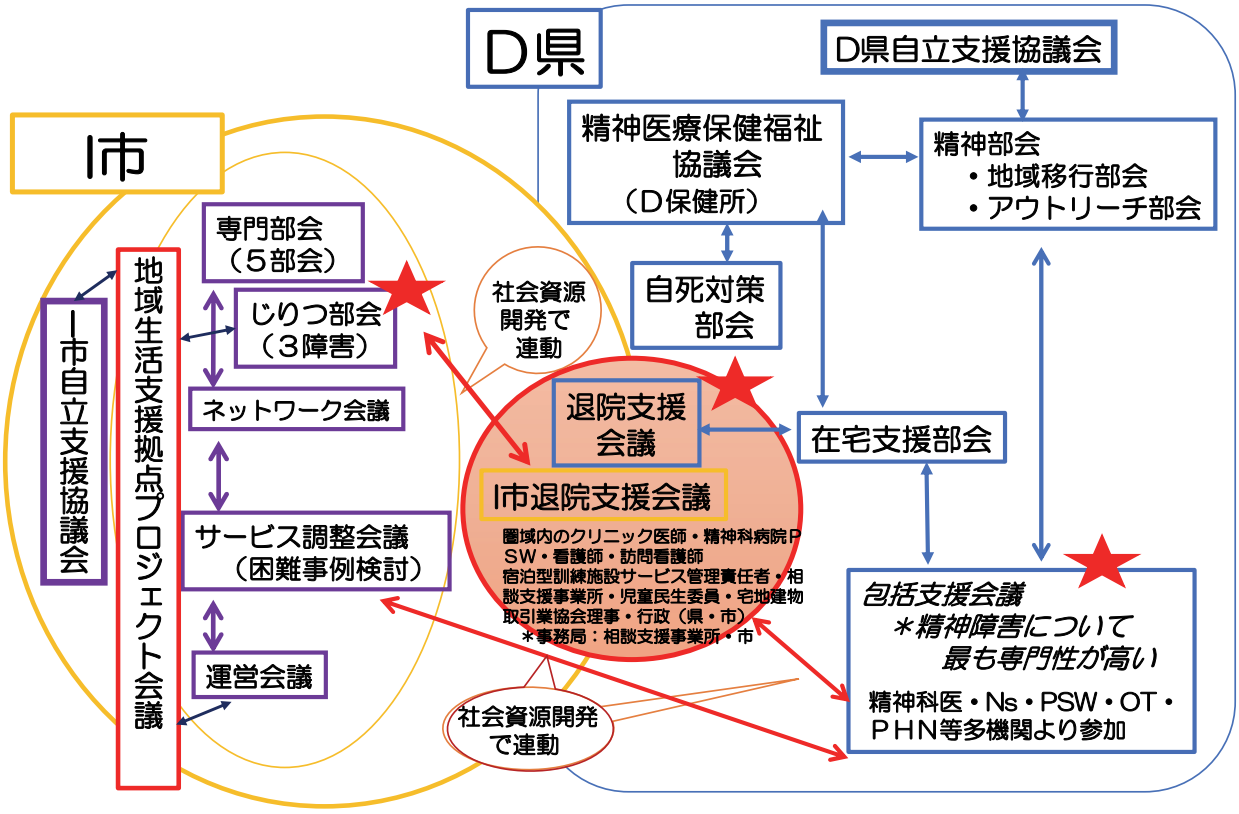


図1 I市における医療・保健・福祉・行政の連携による協議の場

特に2006年に結成された「包括支援会議（圏域レベルの協議の場）」は、地域内では“精神障害に関して最も専門性の高い議論ができる会議”として位置づけられ、専門医療機関の医師や看護師、精神保健福祉士も参加し、月に1回、継続的に実施している。地域課題の抽出についても、同会議にて話し合われ、さらにそこから精神部会にあげられて、最終的には年に1回開催の「精神医療保健福祉協議会」にて検討するという流れができている。

また、I市レベルの協議の場としては、自立支援協議会内に部会が設置されており、福祉を起点とした基盤整備等についての検討が行われ、包括支援会議等とも議題の相互共有を行うなどの連動が図られている。

さらに、図1中の会議とは別に、同じく1980年代後半に市内の精神科医療機関の有志が発起人となり始まった、インフォーマルな活動がある。この活動も月に1回の頻度で、多様なテーマについて、その都度、関係職種

<事例提供者コメント>
参加者の間では“プチ学会”と称したりもしています。

に声をかけ勉強会、研修会を開催し、人材育成機能を発揮している。

そのような地域基盤の素地があるなかで、上記の包括支援会議の構成員の事業所に以下の個別ケースの支援依頼があった。

＜個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見＞

Ｓさんは、高校卒業後、進学のため他県よりＩ市へ移住。１人暮らしを始めるが、精神的な不調を訴えるようになる。一時は父親が来て同居するも、父親が帰り１人になると、リストカットなどの自傷行為を繰り返すようになる。

その状況を見かねた両親が、実家へ呼び戻す。実家近くの精神科医療機関を受診したところ、入院となり、そのまま入退院を繰り返すようになった。

その後、本人の希望でＩ市へ戻り、再び１人暮らしをすることとなった。その際、元の入院先の主治医の勧めで、Ｉ市の訪問看護・介護サービス事業所、相談支援センターが介入し、見守り体制を構築した。また、本人の意思で新たなかかりつけ医療機関（Ｉ市圏域外）も決めた。

支援体制を整えて新生活をスタートしたが、精神症状が再燃し、情緒不安定になり、リストカットなどの自傷行為を繰り返すようになった。

Ｉ市の訪問看護・介護サービス事業所にて作成したクライシスプランを基に、緊急時には本人自らが救急車を手配し、Ｉ市圏域内の救急医療機関を受診、あるいは救急搬送を依頼するが、現在のかかりつけ医療機関が圏域外にあることや本人の同意の下に関係者間で既往歴等の共有を行うことが可能な県の医療情報共有システムに登録していないことが影響して、既往歴等の共有がスムーズにいかない。そのため、Ｓさんの状態では身体的救急処置のみですぐに自宅に戻されてしまう。

そのような場合、担当の訪問看護師や相談支援専門員が救急医療機関まで出向き、本人に付き添い帰宅することになるが、こうした緊急事態が１ヵ月に複数回の頻度で発生することから、支援者は心身共に疲弊してしまっている。

＜地域課題の検証＞

本ケースでは、特に自殺企図などの命の危険を伴うような精神障害を有する方等の支援において情報連携等が十分に行われないことが、スムーズな支援の障壁となった。本ケースに限らず、「圏域外の医療機関への通院支援は難しい」という課題は、支援者間で認識されている。

一方、Ｉ市を含み、県内では、2012 年より県内の医療情報ネットワークの運用を進めている。本システムは本人の診療情報を、本人の同意が得られた医療機関でのみ共有ができるものである。また、このネットワークへの参加同意は本人及び医療機関も行うこととなっており、かつ、同意の取り消しもすることができる。緊急時等において、本人の意思を確認できないような

＜事例提供者コメント＞
医療情報ネットワークは、医療機関・訪問看護・介護事業所等を相互につなぎ、本ネットワークに参加する医療機関では、患者さんの同意の下、診療情報（連携カルテ）の閲覧が可能となります。

場合には、参加時の同意に基づき診療情報を参照の上、適切な支援・処置を行えるようにするものである。

このネットワークへの参加が精神障害分野（医療機関、患者本人など）においてあまり進んでいないという課題は、以前から指摘されていた。本ケースの場合でも、医療情報ネットワークが効果的に活用されていれば、緊急時につながる救急医療機関先の選定や、その場での支援方針等も異なるものになった可能性も考えられる。一般救急医療の現場では、例えば過量服薬等で救急搬送されても、検査結果で異常が認められなかった場合は入院受け入れが難しく、本ケースのように不安定な状態のままだとしても即日帰宅せざるを得なくなり、結果的に、夜中に再び訪問看護師や相談支援専門員が呼び出されることが多くなっていった。

本ケースをきっかけに、精神科救急医療における関係機関の連携強化が地域課題として明確となったが、同時に医療情報ネットワークについて、本人のみならず、県内医療機関等に対しても丁寧な説明による周知を強化する必要性が再認識された。

＜地域課題の解決（基盤整備）＞

本ケースにおける課題をはじめ、様々な地域課題をより具体的に検討する体制を強化する必要性から、I市圏域において長年継続してきた包括支援会議のあり方を見直すこととなった。近年では、個々のケースに対しての支援方法は検討されるが、地域としての根本的な課題解決や基盤整備という機能が果たしきれていなかった。

そこで、改めて令和２年度からは、包括支援会議にて地域内の精神疾患・精神障害に関する課題を一般化して抽出し、そこから地域全体の基盤整備に向けた方策を提案して、「精神医療保健福祉協議会」で報告する仕組みを再構築することとした。

以後、包括支援会議で専門職間での情報共有が速やかになされるようになった結果、各支援機関の解決すべき課題がより明確になるとともに、課題認識が共有され、関係機関間での意思の統一が進んだ。

一方で、地域にあるインフォーマルな多職種多機関連携の研修会でも、精神科救急をテーマに取り上げ、類似の架空ケースを用いて事例検討を実施。当事者と精神科医・医療機関の精神保健福祉士・相談支援専門員・薬剤師（調剤薬局）・訪問看護師といった定例のメンバーに加え、救急隊員なども招いてディスカッションを行った。ここでは、特に救急隊員に精神障害を有する方等の特性を理解してもらえたこと、さらに、救急隊員と共に要救助者の支援者を把握できる方法について検討できたことが大きな成果であった。実際、この研修会以後、救急隊員からは必要に応じ支援者に連絡が入るようになった。

＜事例提供者コメント＞
15 年前の結成時とは、コアメンバーも変わり、当初のリーダー的存在がいなくなっていること、また、継続しているからこその形骸化は、メンバー自身も自覚していたところでした。

～Point～
必要性を認識した上で、適宜必要な関係者を招くことで、より具体的な課題検討を行うことができるようになります。

また、残念ながら、令和２年度の実現は叶わなかったが、救急隊員から「同様のざっくばらんな意見交換の場を再度設け、情報や課題の共有をしたい」との提案があったことも今後の連携強化に期待が持てる成果である。

本ケースをきっかけとして、関係専門職、関係機関が普段から顔の見える関係性を構築しておくことで、緊急時の支援がスムーズになることが再認識された。支援困難なケース等においては、支援者が心身共に疲弊してしまいがちであるが、医療・福祉・その他関係機関と課題を共有し一緒に検討する機会があると、相互理解が深まることを実感した。

＜事例提供者コメント＞
新型コロナウイルス感染症の影響下において、日程調整や開催方法を見直す必要があり、延期となりました。

～Point～
精神科救急医療のセーフティネットの必要性とその体制整備については、厚生労働省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（令和３年１月 22 日）で公表されています。

＜さらなる地域の基盤整備＞

精神科救急時の対応については、I市の地域生活支援拠点プロジェクトのなかでも重要課題となっており、現在、救急時の対応ができる拠点の整備を始めているところである。

しかしながら、本ケースのような単身生活者や、家族が高齢であったり、身寄りがなかったりといった患者の緊急時の搬送には依然、課題は残る。

また、圏域外の精神科医療機関、関係サービス事業所との連携の進め方についても、課題は残る。本人同意をベースとした医療情報ネットワークへの参加促進についても、県レベルでの周知が必要となるだろう。

～Point～
精神科救急医療体制の構築は、地域の実情に合わせた整備が求められます。
まずは、各自治体の精神科救急に関わる人材、施設、組織などの資源を把握し可視化すること。その上で具体的な連携方法を検討することが重要です。

②基盤整備のポイント

＜形骸化した会議を有機的に活性化＞

地域において長年継続的に開催されている各種会議は、ともすれば形骸化してしまう可能性もある。それは、会議目的が明確に共有されないまま、かつ参加メンバーが固定していることで、話し合いが、いつしか慣れ合いとなってしまう点である。

特に、強力なキーパーソンが率いる会は、そのキーパーソンが欠けてしまうと、機動力が衰退してしまう。特定のメンバーの推進力等に頼ることなく、適切かつ効果的な会議を継続的に開催するためには、定期的な会のあり方の見直しや会議目的の再共有が必要となる。

（会議体及び個々の会議の目的の設定と共有）

協議の場をはじめ、精神保健医療福祉に係る様々な会議（以下、「会議体」という。）を効果的に開催・連携するためには、会議目的やそれぞれの会議の役割を関係者が理解・納得していることが重要である。

目的は大きくは３つあると考えられる。

大きくは、地域（本事例では県・圏域・市の３層構造）の会議体の目的、すなわち、関係するすべての会議の共通する目的・目標を共有することである。

次に、個々の会議の目的であり、本事例でいうと、例えば包括支援会議は特に精神障害を有する方等について最も専門性が高い会議として、支援困難事例の検討や精神保健医療福祉に特化した地域課題の抽出・解決に向けた検討などを行うことが目的となる。

そして、個々の会議でその都度取り上げる議題ごとの目的となる。大きな目的や目標を意識しすぎて、議題ごとの解決目標がおろそかになることは避けるべきである。

（会議体としての個々の会議の役割・機能のデザイン）

多くの地域では、精神保健医療福祉について検討する会議は１つではなく、地域に複数あると考えられる。

これらひとつひとつの会議がそれぞれ独立して設置・運営されるのではなく、共通の目的のもと、役割を分担することのできる会議体としてデザインされることが重要である。

こうした１つの目的に向かう会議体として機能するために必要だと考えられる視点の例としては、以下のものが考えられる。

〇他の会議の目的や機能を理解する

本事例でいえば、I市の「じりつ部会」（図１）は福祉を起点とした基盤整備の検討を担っており、圏域レベルで実施される「包括支援会議」ではより専門的な見地から個別ケースの課題解決や地域課題の抽出・解決に向けた議論を、そして県全体の施策として政策形成や施策の方針を検討する場として「精神医療保健福祉協議会」や県の「自立支援協議会」などがあり、これらの機能や目的を理解することが大切である

〇会議ごとのつながりを意識・認識する

実務者レベルのみで構成される会議で、圏域単位や県全体の施策を検討しようとしても、なかなかそういった議論や具体的なアクションにつなげることは難しいことが考えられる。その設置範囲・参加者層等を意識した、会議ごとの守備範囲を捉え、どういった内容はどこの会議で議論すべきか、という、会議ごとのつながりを意識することが重要である

〇これらの事項を共有する

上記のような事項は、特定の者のみが理解しているのではなく、会議体に関わる全ての参加者が理解し、納得した上で参加することが理想的である。そうしたことから、例えばつながりや機能を図示化することや、こまめな説明等を実施するなど、参加者になるべく簡便に、かつ正確に伝わるような工夫をすることが効果的である（本事例でいうと、I市における会議体の構成が図示化されており、会議の構造やどういった場合に連動するのかといったことが可視化されている）

＜地域の関係機関とのインフォーマルな連携の場の構築＞

精神科救急医療システムの整備において、消防署の関与は重要である。とはいえ、消防署を自治体の公式な会議以外の場に呼ぶことは、なかなかハードルが高く、躊躇される向きもあるだろう。

しかしながら、実際には、精神科救急医療に関わった経験をもつ救急隊員たち自身も、その際の対応に不安をもっていることは多く、関係専門職の人たちと本音で語り合える機会を求めている（あるいは、一度こういった機会を体験することで、そのメリットを肌で感じることができる）。

本事例においては、救急隊員を含む地域の関係機関の多職種が自由に意見交換できる研修会を開催したことで、互いの理解が深まった。そこから発展し、同様の場の継続的な開催が、今後も求められている。

＜事例提供者コメント＞

普段あまり意見交換する機会のない職種の方の意見は、その視点の違いなどから新鮮であり、参考になることが多くありました。

～Point～

地域課題の検討は、何も必ずフォーマルな場でやらなくてはならないと言うことはありません。インフォーマルな場であるからこそ話し合えることもあります。柔軟な視点で、地域の未来を考える場を設けることは、福祉の増進を図る上で効果的であると考えられます。

（５）市町村の精神保健相談体制を強化した事例

＜個別ケースの概要＞

Ｅ県Ｊ市（人口約７万人）在住。80 代の高齢女性Ｙさんが要介護状態となり、介護保険サービスの利用を開始したことを機に、同じ家に住む、ひきこもりがちな生活を送る子ども２人の存在が明らかとなる。２人は、兄妹（50 代男性・40 代女性）であり、２人とも約 30 年間引きこもっており、生活保護受給中である。

過去に精神科医療機関受診歴があったものの、その後の支援が滞っていた。

＜地域課題及び基盤整備の要点＞

・地域包括支援センターが介入するケースのなかに、本人または家族等に精神科医療が必要なケースがあるが、自地域の管轄内の連携が不十分で支援が滞ってしまっていた。

⇒圏域の保健福祉事務所の精神保健福祉相談員が「地域ケア会議」にスーパーバイザーとして参加。

⇒地域包括支援センターを圏域レベルの協議の場に加える。

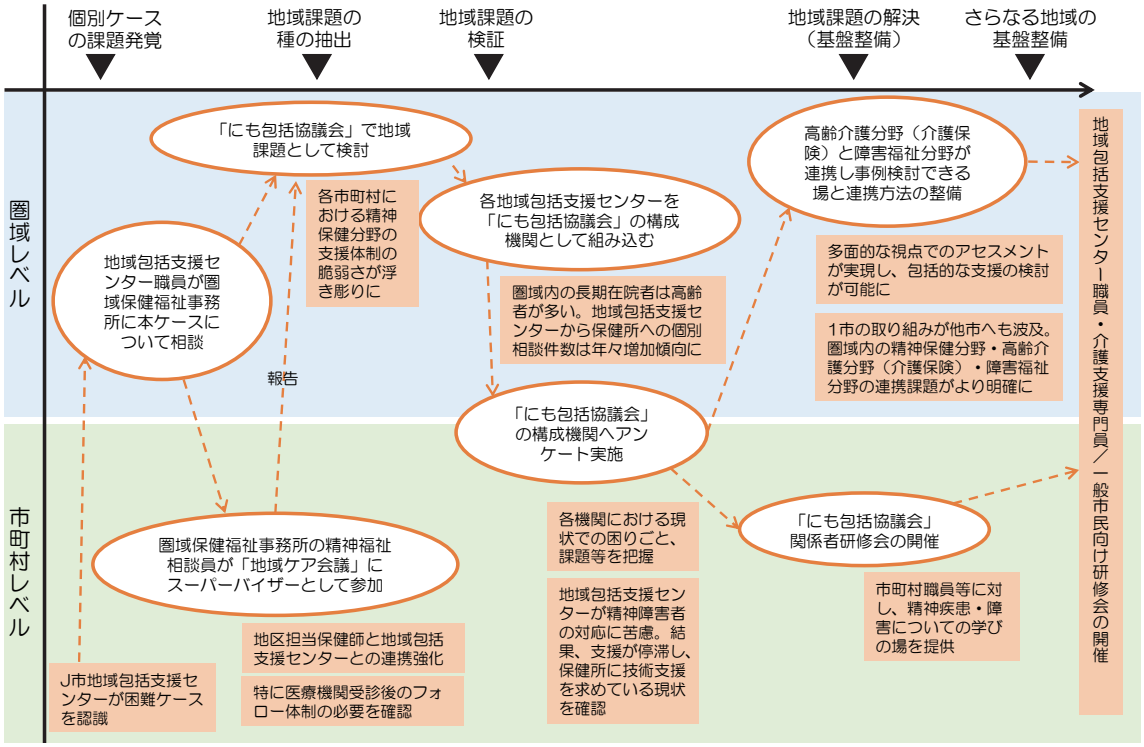
・地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員の精神疾患・障害の理解や知識が不十分。

⇒関係機関職員（一般市民向けも）に対する研修会の開催。

＜基盤整備の成果・効果＞

・地区保健師と地域包括支援センターの連携により、精神保健医療へのアプローチや、その後のフォロー体制など、精神保健分野に対する事例への介入がしやすくなった。

＜事例チャート＞



①事例内容

＜個別ケースの課題発生～地域課題の種の発見＞

Ｅ県Ｊ市において、80 代女性Ｙさんが要介護状態となり、介護保険サービスの利用を開始。Ｊ市の地域包括支援センターが入口となり介入したところ、同じ家に住む、ひきこもりがちな生活を送る２人の子どもの存在が明らかとなった（この世帯は生活保護受給中であった）。

地域包括支援センターの担当介護支援専門員は、本ケースについてはメンタルヘルスのアプローチを含めた世帯支援の必要性があると判断し、Ｊ市を管轄する保健福祉事務所に本ケースを相談。２人の子どもは、過去に地域の保健師の介入により精神科医療機関の受診歴があったものの、その後の支援が滞り、問題が解決しない状況が続いていたことが判明した。

精神疾患を抱えた子どもが社会との接触を断ち、仕事をしないまま家にひきこもり年を重ねるうちに、それまで支えてきた親も高齢となり介護が必要となって、子どもを支えきれなくなってしまう。まさに現代社会の抱える「8050 問題」が当てはまるケースといえる。

～Point～
本ケース以外にも、地域に潜在している「8050 問題」はまだまだありそうです。
問題をいかに顕在化させるか、その後の介入をどう図るかは、今後、すべての地域に共通する課題と言えるでしょう。

＜地域課題の検証＞

当該地域包括支援センターの担当介護支援専門員が、管轄の保健福祉事務所の精神保健福祉相談に本ケースについて相談したことを機に、Ｊ市の「地域ケア会議」に精神保健福祉相談員がスーパーバイザーとして参加し、本ケースにおける支援方策について検討を行った。

結果、本ケースに関しては、一度は地区担当保健師の介入により精神科医療機関を受診したにもかかわらず、その後の支援が途切れている患者が高齢の親と同じ家に２人もいるという状況が、長年放置されていたこと、また、状況発覚後も、地域内の関係機関との連携が遅れ、速やかに支援の手が行き届かなかったという課題が共有された。

そもそも、Ｊ市を含む当該圏域内の精神科医療機関における１年以上の長期在院者は、直近のデータによると高齢者が多い傾向が認められる。

そうした背景もあり、地域包括支援センターから保健所への精神障害福祉関連での個別相談件数も年々、増加傾向にある。一方、地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員に、精神保健分野・障害福祉分野への理解、また、そうした事例を扱う経験則が不足していることも課題として挙げられる。

本ケースをきっかけとし、Ｊ市を含む圏域では、今年度より地域包括支援センターを保健所が実施する圏域レベルの協議会（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム協議会（にも包括協議会））（以下、「協議の場」という。）の構成機関に組み込むことを決定。これにより、各地域の障害福祉分野における関係機関同士の連携強化と、同分野に関する課題解決力の底上げを図った。

また、今回、協議の場の開催にあたっての工夫として、構成機関が日常的に感じている地域課題についての事前アンケートを実施する試みも行った。アンケートは各機関の特色に合わせ質問項目を分け、基礎データから要望事項などを記入してもらった。その結果、圏域内の３市のうち、２市の地域包

＜事例提供者コメント＞
いわゆる「地域ケア個別会議」に参加する形でした。
また、地域ケア会議における「個別課題解決機能」と「ネットワーク形成機能」、そして「地域課題発見機能」が一度に発揮されており、保健所で実施する協議の場の運営の参考になりました。

～Point～
精神障害分野における患者の高齢化は、年々、深刻化しています。
高齢介護分野と情報を共有し、連携体制を強化することは、喫緊の課題です。

＜事例提供者コメント＞
事前アンケートのメリットとして、口頭では話しにくいが文章なら書きやすい事柄もあるのだということがわかりました。普段なら聞けない意見も引き出せたと実感しています。

括支援センターが医療につながらない高齢の精神障害を有する方等の対応に苦慮しており、保健所の技術支援を求めていることが判明した。

＜地域課題の解決（基盤整備）＞

今後も継続して多面的なアセスメントと包括的な支援を可能にするため、協議の場において、高齢介護分野と障害福祉分野・精神保健分野が互いに連携しつつ事例検討ができる方法を模索中である。

これまで、地域において 8050 問題など介護保険と障害福祉、精神科医療と複数の専門分野にまたがった事例を検討する場がなかったが、本ケースを機に、「地域ケア会議」が、そうした幅広い分野にわたる個別ケースを検討する場となるよう、仕組みづくりを進めている。

～Point～
新型コロナウイルス感染症の影響下における会議運営は、感染拡大防止の観点から Web 等を活用したオンライン開催や書面のやり取りで会議の開催に変更した自治体が多かったと推察されます。
その際にも、本ケースのように、事前アンケートによる課題抽出が記された資料を皆で共有すれば、議題がより明確になります。

（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関係者研修会の開催）

まずは市町村職員、地域包括支援センターや市町村保健センター等の職員の精神疾患や精神障害についての理解を深める学びの場を整備する必要があることから、年３回開催している協議の場のうち１回を活用して研修会を開催した（初回テーマは、「依存症の基礎知識と治療相談対応について」）。本研修会は、その都度テーマを決めて今後も定期的に開催することとした。

（地域包括支援センター及び介護支援専門員向け研修会の開催）

精神疾患・障害の理解促進及び関係者間の連携体制を構築する観点から、地域包括支援センター職員及び市内の介護支援専門員を対象に、精神疾患の基礎知識に関する研修会を実施した。

＜事例提供者コメント＞
精神疾患に精通している介護支援専門員は多くはいないので、まずは分野を超えてそれぞれが対話する機会をつくるように心がけています。

＜さらなる地域の基盤整備＞

これら一連の取組は協議の場で圏域内の市町村に共有できるように配慮がされている。

その結果、近隣市では関係者ではなく市民に向けた普及啓発が必要だということが判明し、一般市民ボランティアやピアサポーター向けにも、精神疾患・障害に関する意識啓発を図るための研修講座が開催された。

このことは、本ケースを含む、Ｊ市の地域包括支援センターにおける事例検討の成果が他市へも波及し、圏域内の高齢介護分野と障害福祉分野の連携課題や、医療との連携課題が明確になったことが端緒となったものと考えられる。また、当該圏域では、３市合同のピアサポーター事務局が設置されており、こうした情報が共有されやすい土壌があるのかもしれない。

～Point～
1 つの地域での事例解決のための取り組みが奏功し、それが近隣地域にも波及し定着していく、好事例といえます。

②基盤整備のポイント

＜分野横断的な連携構築に向けた体制整備＞

超高齢社会となり、地域課題は今後ますます複層的な分野が絡んでくる。そうした社会においては、地域内の医療・介護・福祉の各関係者会議に、それぞれの分野の関係者が分野横断的に参画していくことで、重層的かつ包括的な支援について検討する体制が構築される。

（高齢介護分野の会議に精神保健分野の専門職が参加する）

高齢介護分野が中心の「地域ケア会議」に、圏域の保健福祉事務所の精神保健福祉相談員が参画することにより、精神保健・医療の視点によるアセスメントが強化され、高齢者をめぐる家族全体の将来を見据えた包括的な支援の検討につながる。このことは、精神障害を有する方等の高齢化も進むなか、精神保健分野の専門職にとっても有意義である。

（精神保健分野の「協議の場」に高齢介護分野の専門職が参加する）

高齢介護分野の地域包括支援センターを、障害福祉分野・精神保健分野の協議の場の構成機関として組み込むことにより、地域の介護保険、障害福祉、精神保健が複合的に絡む事例を議論する「場」が生まれる。ここでは、多角的な視点による重層的なアセスメントが可能になり、個別ケースに端を発して、広く地域として共有すべき課題の抽出が可能となる。また、専門職同士も分野を超えた相互理解が進み、支援にあたる考え方、実際の支援の幅も広がる。

～Point～

“多職種連携”の重要性は近年、多くの分野で指摘される働き方です。

同じ事例も、別の専門家の視点から見ると、これまでとは異なるアプローチの提案が可能となり、困難事例が解決されるなど、思わぬ効果が生まれます。

＜地域における関係機関職員への学びの機会の提供＞

超高齢社会の現代において、高齢者介護と切り離せない課題は大変多くなっている。今後の地域社会では、互いに能動的に働きかけ、それぞれの専門性を補完し連携する姿勢が重要である。

本ケースでは、精神保健分野側から働きかけ、高齢介護分野関係者に向けて、精神疾患・精神障害の基礎知識を学べる機会を提供したことが、地域の課題解決における大きなきっかけとなった。

事実、本ケースから波及し、隣の自治体においても一般市民ボランティア向けの精神疾患・精神障害をテーマとした研修会実施につながっている。他にも同様のニーズはあると推測される。このような波及効果が連鎖していくことが理想である。

～Point～

精神疾患・障害をもつ方が社会で孤立しがちな背景には、それを支える専門家の孤立がある場合もあるものです。

精神障害を有する方の高齢化も進む現在、高齢介護の専門家、そこに関係する自治体職員への精神保健の知識啓発は急務であると考えます。

＜会議開催における工夫＞

協議の場等での議論及びそこから発生した取組等を推進する上では、柔軟な発想に基づき、効果的・効率的な運営を心掛けることが大変重要である。

本ケースにおいては、顔を合わせての会議開催が叶わなかったことから、書面開催という方式をとり、参加者各位に事前アンケートを実施するなどの工夫を行った。その結果、生の会議ではなかなか言いにくい意見が、書面なら発信しやすいという面もあることがわかった。普段なら聞けない意見が引き出されたことも、予期せぬ効果だった。

＜事例提供者コメント＞

会議は、新型コロナウイルス感染症拡大の状況においてはオンラインを使ってのリモート会議が主流ですが、書面方式による思わぬ効果も実感しましたので、今後もうまく取り入れていきたいと思っています。

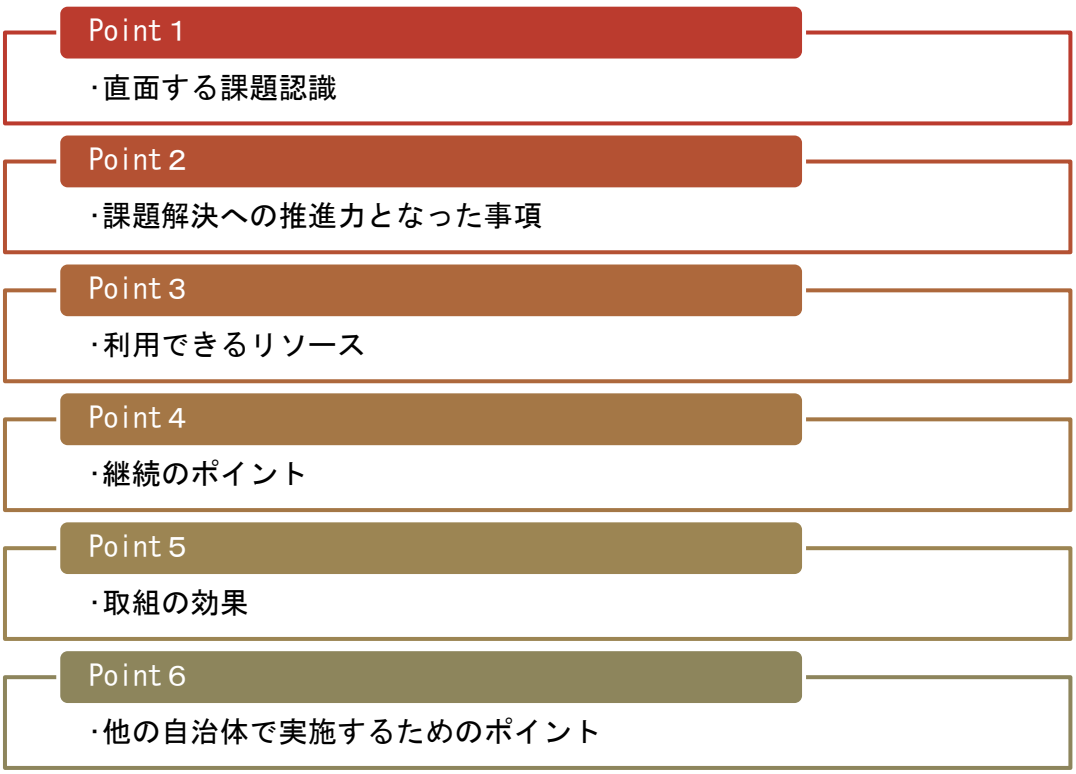
3 「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」より

本項目については、「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 藤井千代）の分担研究「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」（研究分担者：岡山県精神保健福祉センター　野口正行）においてとりまとめられたものを、本手引きに提供いただいたものです。

（1）はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するにあたっては、システム構築に関連する他の自治体の取組が参考になることも多いものです。もちろん地域ごとに特性が異なりますから、他の自治体でうまくいった取組をそのまま取り入れることは難しいでしょう。しかし、地域特性は違っても、地域が直面する課題には何らかの共通点があるものです。同じような課題を抱えている他の自治体がどのようにして課題解決の方法を模索したのかを知ることから、課題への対応のヒントが得られるかもしれません。

ここでは以下の観点から、「地域包括ケアの体制整備」「アウトリーチ支援」「措置入院者の退院後支援」「地域移行支援」に関する取組例をまとめました。また、精神障害者が地域で安心して暮らすための体制づくりには精神科医療との連携が欠かせないことから、「精神科医療機関と地域の連携」に関する事例も紹介しています。



それぞれの項目について、以下に簡単に説明します。

（Point１）

「直面する課題認識」は、そもそもその取組をどうして行う必要があったのか、地域ニーズに対するそれぞれの自治体の認識を示しています。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、この問題意識の共有から始まります。

（Point２）

「課題解決への推進力となった事項」は、それぞれの取組を実施する際に、地域のなかで何が推進力となったかについて示しています。

（Point３）

「利用できるリソース」とは、ある取組を実施するにあたり、利用できる資源や体制、財源のことです。ただし、そのリソースが自分たちの自治体になかった場合でも、すぐに「このリソースはうちにはないから、うちではできない」と早々に結論づけないでいただきたいと思います。その場合は、それに代わるリソースを探すことや、リソースを創出できる可能性について検討することが必要かもしれません。

（Point４）

「継続のポイント」は、開始した取組を継続させるための工夫を示しています。取組を開始すること自体も大変ですが、その継続は、それ以上に大変なこともあります。

（Point５）

「取組の効果」には、数値として示せるアウトカムももちろん含まれます。しかし、測定可能な効果だけがその自治体や圏域にとって重要な効果であるとは限りません。例えばスタッフのモチベーション、有用な人材の確保やスキル向上、多機関の良好な協力関係の構築などはすぐに効果判定が難しい場合もあります。

（Point６）

「他の自治体で実施するためのポイント」では、他の自治体で同様の取組を行う際の着眼点を示しています。

（２）地域包括ケアシステムの体制整備（協議の場の設定など）

ここでは、圏域レベル、政令都市レベル、市町村レベルの各取組例を紹介します。

圏域レベル

富山県の取組：保健所が主導する協議の場

第５期障害福祉計画では、精神科医療機関、その他医療機関、障害福祉サービス等事業所等、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築するため、圏域ごと、市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置することが求められました。富山県では、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画に共通するアウトカム指標を活用し、計画間の融合を図ることで協議の場を効果的に運営しています。

直面する課題認識	行政内部の組織横断的な連携構築の必要性 行政（縦割）組織が保有するデータの相互活用の必要性 保健所・市町村の重層化に併せ、本庁との連携の必要性
課題解決への推進力となった事項	「協議の場」設置に向けた保健所内組織連携、本庁・保健所間連携、保健所・市町村間連携 既存会議の整理・統合 所管ごとに管理しているデータの共有 保健医療圏域、障害福祉圏域、高齢者福祉圏域が一致していることにより、支援体制を構築しやすいという側面もあった
利用できるリソース	既存の会議 ➢ 圏域が実施する連携会議（精神保健医療福祉関係者連携会議の位置づけの見直しなど） ➢ 市町村が実施する連携会議（障害者自立支援協議会、地域ケア会議など） 財政的裏付けは以下の通り ➢ 医務総務費の地域医療推進対策事業 ➢ 精神保健福祉費の地域精神保健福祉ネットワーク推進事業、地域精神保健福祉対策事業 ➢ 保健所費の精神保健活動推進事業 ➢ 保健師等指導管理費の市町村支援会議事業 ➢ 健康増進対策費の自殺防止総合対策事業
継続のポイント	保健所のリーダーシップ 医療・介護、保健、福祉間連携のためのデータ活用

取組の効果	医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画の一体的推進 各種データを関係者が電子媒体で共有することによる議論の基盤整備 医療・介護、障害関係機関の連携強化 人材育成、専門職のスキルアップ 入院後 3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月時点の退院率の向上 （平成 26 年度の 3 ヶ月時点退院率は 69%であり、次期計画の目標値を達成）
他の自治体で実施するための ポイント	外部機関との関係性を構築し、情報や認識を共有すること（医師会や市町村、福祉関係機関、県庁の医療計画・障害福祉計画の担当課等） 内部の意思疎通の円滑化（保健所長と統括保健師等） 代表者会議と実務者会議の分化 （代表者会議：計画の進捗評価、実務者会議：事業の推進） 保健所事業としての明確な位置づけ・予算化

富山県では、協議の場を設置するにあたり既存会議の見直しをしたこと、地域移行・地域定着推進検討会、圏域連携会議等「協議の場」の予算化をしたこと、協議の場でデータを積極活用したことなどがポイントです。保健所による市町村支援も積極的に行っています。

十勝圏域の取組：民間主導で地域生活資源を創出、官民協働の支援体制を構築

帯広市を中心とする十勝圏域では、1970 年代から、民間精神科病院精神科ソーシャルワーカーによる社会資源の創造と公的精神科医療機関の医師・看護師等による地域精神医療の取組による地域ネットワーク形成が進められてきました。精神科医療については、「全国に精神衛生センターが充足していない段階で、北海道に複数設置はできない」と精神衛生センターB 型構想による公設リハビリテーション施設の開設が頓挫したことから、道立緑が丘病院が取り組むこととなり、往診、訪問看護、援護寮、ショートステイなど社会復帰にむけた地域医療が開始されました。当時既に、院内アフターケア委員会（カンファレンス・会議）で、「退院後支援に関する訪問体制、道単独事業による共同住居、作業所づくり」を進めると同時に、連携室に道保健師を配置し、病院へのアクセスの悪い近隣町には出張による「こころのデイケア」を実施するなど、市町村単位での取組も模索しています。平成 14 年精神保健福祉法改正による地域生活援助事業により民間ベースのグループホーム整備が加速し、平成 16 年から平成 23 年には退院促進事業が開始されました。これらのことから平均在院日数が短縮しており、平均在院日数が 100 日を下回ると病院の収益が減じましたが、圏域内精神科医療機関間の機能分化により、引き続き地域医療・保健・福祉体制の強化が図られています。

直面する課題認識	ニューロングステイの解消 重症例の退院支援 医療的ケアが必要な精神障害者を支援するための居住支援の必要性 精神科医療機関のスタッフと自治体との連携強化の必要性
課題解決への推進力となった事項	病院の精神保健福祉士から保健所への「保健所精神衛生連絡会議」開催の働きかけ（民から官への働きかけにより官民連携を実施） 運営主体にかかわらず、医療も生活資源もすべて社会の公的資源とし誰もが利用できる体制（オープンシステム）の構築 障害者自立支援法による、市町村での精神障害者福祉業務の義務化 町村部に精神保健福祉士が配置され主体的に業務を推進 重層的な協議の場の形成 ➢ 保健医療福祉圏域連携推進会議・精神保健医療福祉対策専門部会・精神障害者地域移行ワーキングが連動し精神保健医療福祉システムを検討 ➢ 帯広市主催の自立支援協議会により、地域生活支援体制を整備
利用できるリソース	制度のない時代から、地域のニーズに応じてリソースを創出 地域企業（不動産等）や商工会等（まちづくりと障害者支援の協働） 人材育成のための研修会を実施し、顔の見える連携を構築
継続のポイント	人材育成 地域ネットワーク（顔の見える連携）の更なる充実
取組の効果	地域生活に必要な社会資源の創出 精神科病床数、平均在院日数、長期入院者数の減少 官民の連携強化 住民理解の促進（住まい、就労の場、居場所等の提供）
他の自治体で実施するためのポイント	保健所がイニシアティブを取り関係機関連携を推進する 会議の運営については、戦略的なデータ分析・活用により地域課題を共有化し、解決に向けた各関係機関の役割を明確化する 市町村へのバックアップ体制の構築

十勝圏域では、通院困難な人たちの早期受診や再発防止のため、保健所や町村の保健師、精神保健福祉士による訪問活動や、圏域内の精神科医療機関の機能分化、精神科サテライトクリニックやこころのデイケア（町村部での保健所デイケア）開設など、地域で精神科医療を適切に受けられる体制の構築を図るとともに精神障害者に必要な地域生活資源の創設や人材の育成を重視してきたこともポイントです。

政令都市レベル

川崎市の取組：「全ての市民」を対象とした地域包括ケアシステム

川崎市では、「全ての住民（全てのライフサイクル）」に対応した地域包括ケアシステムの構築を目指した「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定、７つの行政区ごとに保健所と福祉事務所機能を統合した保健福祉センターを再編し、行政における地域包括ケアシステム構築の核として地域みまもり支援センターを設置しています。

地域みまもり支援センターは「個別支援の強化」と「地域力の向上」を２本柱とし、住民に身近な総合相談の拠点の整備、見守り支援及びハイリスク者への介入等アウトリーチ支援を実施するとともに、民間委託の相談支援事業所や地域包括支援センターなど支援機関との連携による個別支援を積み上げながら地域での相談支援体制の整備をすすめています。併せて市内３圏域にそれぞれ「更生相談所」及び「精神保健福祉センター」の一部機能を併せ持つ「地域リハビリテーションセンター」を設置し「地域みまもり支援センター」や関係機関・施設をバックアップする構造となっています。

それぞれに、住民組織と連携したネットワークの構築にむけた取組が重視されています。

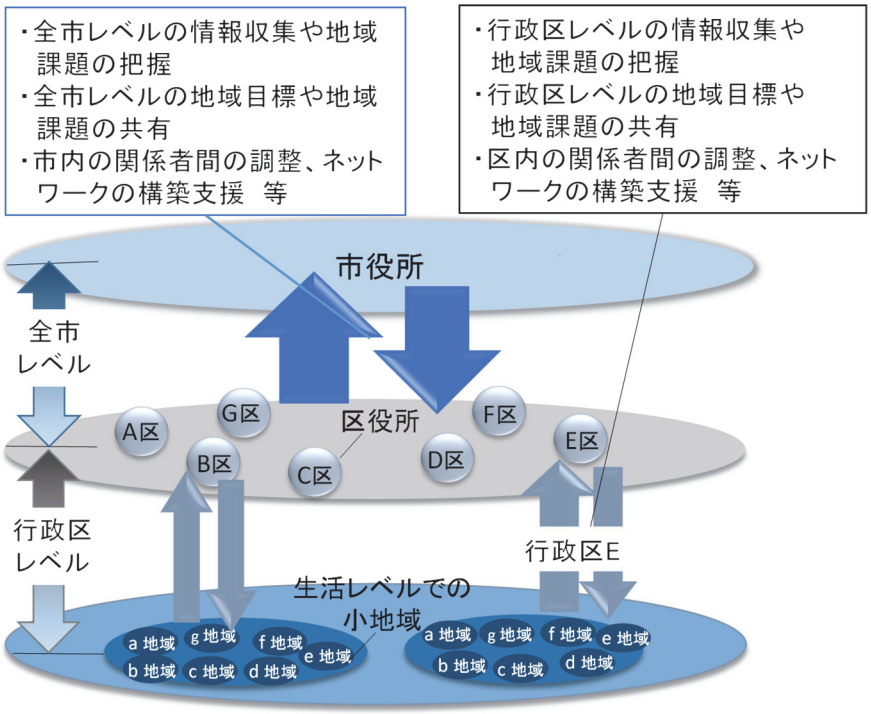
直面する課題認識	生活圏域ごとの地域特性の違いに合わせた体制整備が必要 住民の相談へのアクセス向上に関する課題
課題解決への推進力となった事項	平成 26 年「自殺対策総合推進計画」策定作業にあたり、市総合振興計画や障害者計画等との整合性をはかるとともに、公設リハビリテーションセンターの実践の歴史を踏まえ、市長のリーダーシップによる「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」と意図的に同調を図った（組織機構改革、人員配置、予算組換など）
利用できるリソース	公設リハビリテーションセンターにおける実践、人材育成の歴史 政策立案できる行政専門職（医師、精神保健福祉相談員等） 訪問支援による精神保健相談のノウハウ 生活圏域ごとに構築された多職種多機関連携によるネットワーク
継続のポイント	市内３圏域の地域リハビリテーションセンターによる各地域みまもり支援センター等のバックアップ体制の構築
取組の効果	重層化した支援体制の構築により、各機関の相談支援に携わるスタッフの間には「すべての市民には、なんらかの精神保健ニーズがあり、精神保健アプローチが有効」との意識が醸成されつつある 地域包括ケアの理念の確立（見える化） 日常生活圏域における住民互助の働きかけ
他の自治体で実施するためのポイント	保健所職員が、ハイリスク者のみならず日頃から直接支援（予防的介入や再発予防のための訪問支援）を実施することにより、地域住民や関係機関職員と信頼関係を構築していること 妊婦から障害者・高齢者までそれぞれのライフステージに応じた相談

	支援には、「精神保健」の視点と精神保健福祉実践が重要であるという認識を関係者間で共有していること 公的アウトリーチの実践体制の確保

川崎市の「地域マネジメント」のしくみの構築に際しては、「全市レベル」と「行政区レベル」の二層による階層的なマネジメント体制が想定されており、小地域（日常生活圏域）における住民ニーズに対する身近な「見守り支援」がその基盤となっています。

また、各階層には、それぞれ公設リハビリテーションを担ってきた専門職を配置し、行政職とともに政策立案に関与していることが強みとなります。

図表１：階層的なマネジメント体制の構築のイメージ



（「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン概要版」p10 より）

市町村レベル

小鹿野町（埼玉県）の取組：高齢者の地域包括ケアシステムによる精神障害への対応

小鹿野町は山間部に位置し、高齢化・過疎化がすすみ医療や福祉資源が少ないなか、「保健師による訪問活動」をベースに積極的な予防活動を行ってきました。その一つに、県内では初めての公設精神障害者作業所（現、地域活動支援センター（委託））を設置し、精神保健ボランティアとともに運営をしてきました。平成 14 年度、国保町立病院に併設した保健福祉センター開設以降、「住み慣れた地域で安心して暮らしたい」を合言葉とする高齢者支援としての地域包括ケアシステム構築がすすむなかで、精神障害のある住民についても「障害」を理由として排除せず、「あた

りまえ」に生活支援を実践してきました。これらを支えているのは、予防に視点を置く保健師等の訪問支援（個別支援）、住民主体の支え合い（小鹿野町高齢者見守りネットワーク会議）、入院時からの退院支援（本人・家族を交えたカンファレンス）のしくみです。保健・医療・福祉専門職による「地域ケア会議」、システム会議（「包括ケア会議」、「介護保険運営協議会」）など既存の「協議の場」を階層化し連動させることにより、埼玉県下で最も後期高齢者医療費が低い町（平成 26 年度）となっています。

直面する課題認識	精神科医療（リハビリテーションを含む）へのアクセス不良 （自力で通院・通所できないケース）
課題解決への推進力となった事項	既に高齢施策により展開している「地域包括ケアシステム」の活用 在宅医療との連動 住民参加の互助・共助のしくみ 行政組織（保健福祉センター）を国保町立病院に併設し、物理的にもより連携がしやすい環境を整えた（同一建物内に、医療と保健及び福祉行政が併存）
利用できるリソース	住民（住民参加型の健康づくり・メンタルヘルスの普及、精神保健ボランティアによる障害者支援） 町立病院、介護関連事業所 既存の地域ケア会議、包括ケア会議、個別カンファレンス等 ※精神科領域の地域資源は、公設の小規模作業所から展開した地域活動支援センター1 か所のみ
継続のポイント	既存事業や既存の社会資源への統合 個別支援（多職種連携）の「地域ケア会議」とシステム会議「包括ケア会議」の連動 その他、随時の担当者会議、ケース検討会議等「協議の場」、住民組織等を活用した、町ぐるみでの顔の見える多機関多職種連携
取組の効果	精神障害者、高齢期の精神・知的障害者、アルコール健康障害のある高齢者等への支援も、住民として「あたりまえ」に提供 国保医療費データの改善
他の自治体で実施するためのポイント	医療・介護、保険、保健・福祉の組織横断的な連携構築 必要に応じて専門職が連携し、地域生活全般に関われる体制づくり 保健師による訪問活動（地区診断、個別支援、住民との連携）の重視 住民への働きかけによる互助・共助のしくみの強化

小鹿野町では、高齢者支援の地域包括ケアシステムを基本構造として、「精神障害にも」、「あたりまえ」に支援をしています。住民の精神科医療等へのアクセスが大きな課題であるため、訪問（アウトリーチ）支援が基本となっています。

（3）アウトリーチ支援

アウトリーチ支援の取組事例について、精神保健福祉センター、県、特別区、保健所を持たない市のレベルで紹介します。いずれのアウトリーチ支援の取組でも、自治体がしっかりと関与することにより支援の透明性や支援の質を担保しています。支援対象者個人をサポートするのみならず、アウトリーチという支援形態を活かし、関係者の連携を強化しています。このようにして構築された連携は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に大いに寄与するものと思われます。

精神保健福祉センターレベル

岡山県精神保健福祉センター：多職種アウトリーチ支援を通じた地域マネジメント

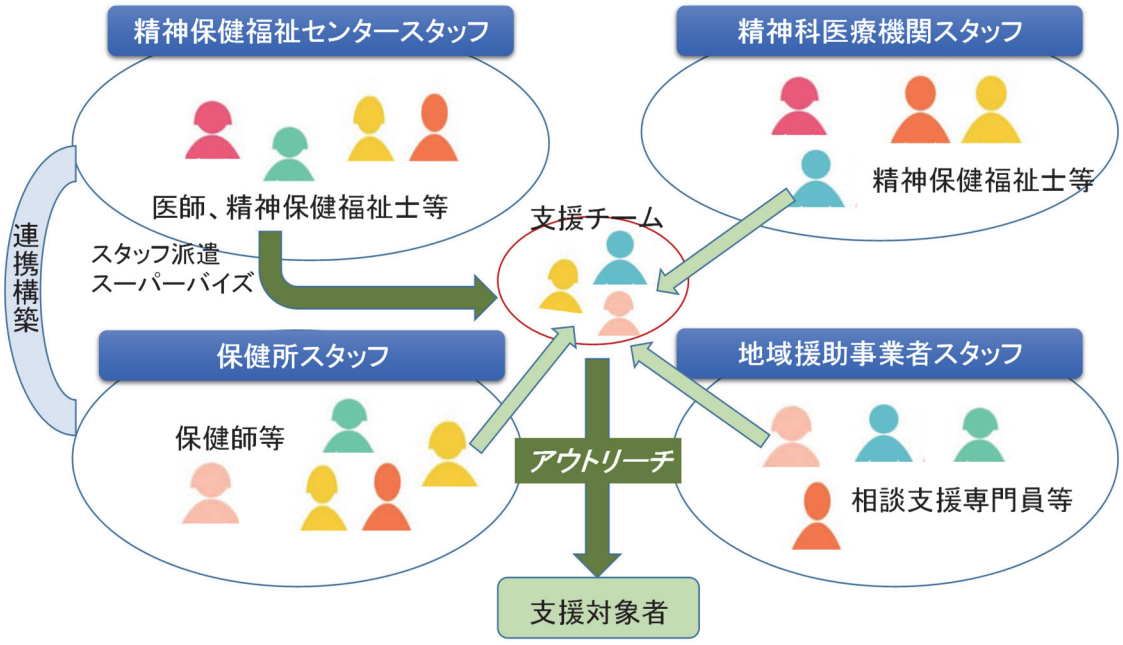
地方精神保健福祉審議会決定に基づき 2005 年度より県単独事業でアウトリーチ支援を開始しました。2011 年度からは、国の事業で診療所、病院委託を開始し、保健所と医療機関が連携して、その地域でアウトリーチ支援が行えるようになりました。精神保健福祉センターでは、多職種アウトリーチチームによる地域支援を中心として、保健所・市町村支援をしつつ精神科病院でのアウトリーチ体制整備を支援し、専門職の人材育成、病院と地域との連携構築などの地域体制づくりを行っていることが特徴です。保健所がゲートキーパー的機能を担い、市町村における未治療・治療中断の精神障害者の情報を把握し、対応に困難をきたす事例がアウトリーチチームに依頼されます。依頼があったケースについては、アウトリーチチームに加えて、保健所、市町村、医療機関、福祉サービス機関など、地域の支援者とネットワーク型のチームを作り、対象ケースを支援しています。適宜ケア会議を行い、その地域での支援が定着したところで、チームによる支援は終了します。遠方のケースについては、アセスメント訪問と事例検討会を行い、その後必要に応じたフォローアップがされています。

直面する課題認識	家族会の要望もあり、未治療・治療中断等の事例への対応に迫られた
課題解決への推進力となった事項	地方精神保健福祉審議会での方針決定 全保健所を対象とした調査により、現場のニーズを把握 国のアウトリーチ推進事業への参加 精神障害者地域生活支援広域調整等事業の活用 実績を数値化し、報告書として提出
利用できるリソース	精神保健福祉センター職員（県立施設の廃止に伴う職員の確保：従来から訪問を実施） 保健所保健師（従来から訪問による個別支援を重視） 県内精神科医が訪問活動を積極的に行う風土

継続のポイント	保健所との関係強化 ➢ 保健所からの要望により、アウトリーチチーム単独の訪問から、チームと保健所が連携するネットワーク型のアウトリーチ支援への転換（アウトリーチチームの活動の見える化） ➢ 保健所長会や保健課長会との協議の場を継続して活用 ➢ 措置診察や研修会講師などの協力 ネットワークとアウトリーチを中心的理念とした活動による人材育成 アウトリーチの意義を数値化して示すこと
取組の効果	アウトリーチ支援による入院期間の短縮、GAF スコアの改善 保健所職員の育成や燃え尽き防止や市町村職員の人材育成 訪問に関する所内職員のモチベーション向上・人材育成 保健所や医療機関との連携強化
他の自治体で実施するための ポイント	保健師や精神保健福祉相談員など、訪問スキルのある職員でチームを作り、近いところから訪問支援を始める アウトリーチ支援のあり方について保健所との定期的な意見交換 地域支援に関心がある精神科医の確保 データベースの作成と実績提示による予算確保

この取組では、アウトリーチチームが保健所等と協働で活動することにより、アウトリーチチームの活動内容の透明性が確保され、地域のネットワーク形成につながりやすくなったことがポイントです。このような工夫により、市町村等の人材育成にも効果が期待されます。

図表２：ネットワーク型アウトリーチのイメージ



県レベル

和歌山県の取組：未受診者への積極的支援により精神保健福祉法第 34 条の移送が減少

和歌山県では、もともと精神保健福祉法第 34 条の移送が多いことが課題になっていましたが、2011 年度に国の事業である精神障害者アウトリーチ推進事業をきっかけに、未治療・治療中断者を中心としたアウトリーチチームを民間医療機関に委託して、本庁が進捗を管理し、保健所が支援導入を担うという方法で支援を開始しました。同事業が終了した後も、様々な予算を取得して事業を継続しています。保健所と本庁が管理することで、委託先の医療機関が自機関で抱え込むことなく、未治療・治療中断者を地域で支えるしくみをつくることができました。

直面する課題認識	34 条移送が多く、その削減が課題 未治療・治療中断者等の相談が多く、さらに増加傾向 精神障害者が対象となる関連の事件が地域の苦情が多発問題に
課題解決への推進力となった事項	2011 年度からの国の精神障害者アウトリーチ推進事業参加 本庁が最初からしっかり関わり、委託先に丸投げにしなかった チームスタッフと保健所、本庁担当者による月 1 回評価会議を開催
利用できるリソース	県内の全保健所に精神保健福祉士が常勤配置されている 本庁担当者（精神保健福祉士であり、専門的視点から事業の有用性について資料作成が可能） 2014 年度～地域移行・地域生活支援事業、和歌山県精神障害者地域生活支援体制整備事業 2015 年度～地域医療介護確保基金、和歌山県精神障害者受療促進体制整備事業 2016 年度～地域移行・地域生活支援事業
継続のポイント	保健所や本庁の担当者による積極的な関与 保健所保健師が医療判断を中心に支援を行うことにより、身体合併症の観察が行える 支援開始時及び必要に応じた保健所職員の同行訪問
取組の効果	移送の減少 支援対象者の周辺住民が協力的になった 医療が必要と思われた事例でも、生活支援により性急な医療導入の必要がないことがわかった
他の自治体で実施するためのポイント	精神保健福祉士の保健所への常勤配置 本庁の担当者が現場の状況を十分に把握し、政策につなげること 多職種チームの構築

和歌山県では、様々な事業を有効活用し、業務委託をしたあとも自治体が実務関係者としっかり連携していることがポイントです。

保健所を持たない市レベル

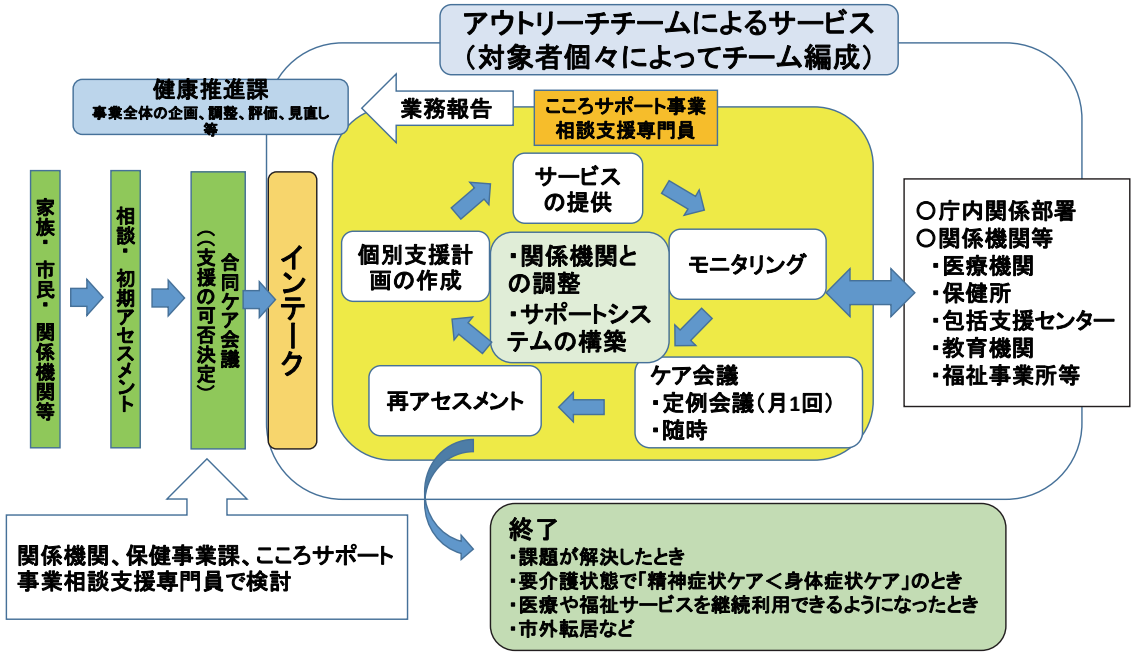
尾道市の取組：限られたリソースを最大限に生かす

尾道市では、2018 年より「こころサポート事業」として未治療・治療中断等、困難事例に対する多職種アウトリーチを開始しました。社会福祉法人の精神保健福祉士 1 名が委託を受け、ケースごとに保健師その他の支援関係者と多職種チームを結成し、支援を行っています。支援対象者は、周囲との関係づくりや生活に困難があり、社会・医療から孤立している人や精神疾患が疑われる未治療者、医療中断者、自殺未遂者などです。こころサポート事業により、アウトリーチの強みを活かした地域連携の強化ができています。一方で、往診に対応できる医師や、訪問看護師、相談支援専門員は不足しており、山間部や島嶼部のニーズにどう対応するかなどについては今後の検討課題としてあげられています。

直面する課題認識	自立支援医療受給者、精神障害者保健福祉手帳所持者の増加 未治療、治療中断、対応困難事例の増加 困難事例への支援強化の必要性
課題解決への推進力となった事項	市健康推進課職員の問題意識の高さ 副市長の理解 委託先と市との良好な関係
利用できるリソース	精神科病院 1 か所、精神科クリニック 4 か所、総合病院精神科 2 か所、相談支援事業所 14 か所 不足する精神科のリソースを補う積極的な連携姿勢
継続のポイント	委託後も自治体が密接に関与するネットワーク体制構築 多職種の支援効果への実感
取組の効果	地域で支えるしくみの構築による各担当の負担感軽減 課題の共有を基盤とした連携体制構築の必要性に関する意識の共有
他の自治体で実施するためのポイント	自治体が支援チームにしっかり関与すること 支援の提供を通じて地域の関係者間の連携を構築すること 委託先でアウトリーチ業務に携わる職員には、支援・連携構築等に関する高いスキルが求められることに留意すること

事業が始まってまだ約 1 年ですが、支援を拒否していた人が訪問につながったケースや、障害福祉サービスを申請し利用を開始できたケースもあり、目に見える成果が出ています。支援対象者の社会参加（就職なども含む）、迷惑行為の減少や家族関係の修復など、医療面のみならず生活面でもアウトリーチ支援の効果が見えてきています。

図表３：尾道市こころサポート事業スキーム



（４）措置入院者の退院後支援

措置入院者の退院後支援については平成 30 年度より診療報酬上も評価されることとなり、自治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も発出されていますが、いくつかの自治体では、ガイドライン発出前より、地域のニーズに応じて措置入院者の退院後支援を実施していました。ここでは、そのなかから滋賀県の取組を紹介します。

滋賀県の取組：退院後支援により、医療と地域の支援者の顔のみえる関係で再入院を予防

滋賀県では、措置入院者に対し、入院初期から精神科病院と地域の支援機関が情報共有と連携を強化して、退院後の地域での生活に必要なサービス等を調整することで、再入院を予防するための支援を実践しています。入院時に多職種参加のカンファレンス等で病院と支援機関が情報共有し、退院に向けて多機関による顔の見えるサポート体制が作られます。保健所等は可能な限り、退院時カンファレンスまでに家庭訪問を行い、退院後の生活について環境整備を行っています。退院後は、核となる地域の支援者を中心にそれぞれが役割分担し、連携を密に図りながら支援し、退院後の生活援助や再発予防につなげています。精神科救急と退院後支援は「車の両輪」の関係にあると考え、退院後支援により構築された連携を活かして、精神障害者を包括的に支援しています。

現在の取組は、現状の人員・予算で法第 47 条に基づく相談支援活動の一環として実施しています。退院後支援の充実のためには、「滋賀県精神障害者の退院後支援に関するマニュアル」を策定することで、支援チームのメンバーがそれぞれの役割を確認しながら支援するしくみを作っていくこととあわせて、継続的な支援を担う人材の育成や確保が必要になってくると思われます。

直面する課題認識	県の措置入院者の対応件数が年々増加していた 2013 年度に実施した精神科病院の実態調査で、約 3 割の措置入院者が退院後の地域生活支援につながっていないことが判明
課題解決への推進力となった事項	通常業務での困りごとに対し、状況改善を目的に、精神保健福祉センター主導により措置入院者フォローアップ体制調査研究事業として支援を開始
利用できるリソース	精神保健福祉センター（救急情報センターを有し、精神保健福祉法に基づく申請・通報に関する情報を集約している） 保健所（法第 47 条に基づく相談支援と平日日中の通報対応を行っている） 精神医療センター（精神保健福祉センターと同じ敷地にあり、日常的に緊密に連携している） 滋賀のみんなでつくる地域精神保健医療福祉チーム（各圏域における中核的人材が核となり、入院から地域生活を支える支援やしくみを医療・福祉・行政・当事者が協働して相互理解と連携を図っている）
継続のポイント	精神科救急と退院後支援は精神障害者支援において「車の両輪」と考え、医療と保健福祉関係者の顔の見える関係を基盤とした包括的な関わりを、行政マネジメントで行っている 現在の取組を、保健所・精神保健福祉センター・精神科医療機関の通常業務としてとらえている
取組の効果	措置入院者のほとんどに、保健所・精神保健福祉センターが入院中から何らかの関与・支援を行っている
他の自治体で実施するためのポイント	自治体機関が地域マネジメント機能を担い、支援者・病院のスタッフがともに感じている課題を明確化（調査・データまとめ等）する 関係機関の担当者が目的を共有・意見交換できる場づくりを行ない、マニュアルの整備等を行う

滋賀県では、退院後支援や精神科救急システムを活用して地域支援機関でのネットワークを作り、自殺対策、ひきこもり対策、退院促進対策等も含め、精神障害にも対応した地域包括支援システム構築をすすめています。

（５）地域移行支援

地域移行の推進のためには、保健所が積極的に参画することが求められています。ここでは、県型保健所が事務局を担って、圏域の全病院、相談支援事業所、圏域内の全市町が参加して精神障害者の地域移行に取り組んでいる事例を紹介します。

兵庫県豊岡保健所の取組：ピアサポーターを活用した地域移行のシステム構築

豊岡保健所では、保健所が事務局を担い、圏域全病院、相談支援事業所、圏域内全市町が参加して、精神障害者の地域移行に取り組んでいます。取組の目標や運営方法については、病院長等、各組織の責任者で構成される年 2 回の協議会、毎月実施される実務者で協議して決めています。長期入院患者の意欲喚起と個別支援では、相談支援事業所に雇用されているピアサポーターも活躍しています。

この取組を可能とした背景要因としては、2012 年度から地域移行支援が個別給付化されたことや、2014 年に精神保健福祉法が改正され、病院管理者に退院促進の努力義務が課せられ、運営指針にピアサポーターの活動が記載されるなど退院促進に向けた国の姿勢が明確となったことなどが挙げられます。まず、保健所が圏域精神科病院の責任者に地域移行の基本方針を説明し、実施の合意を得るところから始め、2014 年度の途中から、地域移行にピアサポーターを雇用して取り組む相談支援事業所を選定し、保健所と協働でピアサポーターの養成に取り組みました。全病院において患者対象とした退院意欲喚起のための院内説明会を開始し、病院から提出された退院候補者リスト患者に個別面接をし、地域移行申請の働きかけを行うという、きめ細かな対応が行われており、圏域内のみで年間 20 例以上もの地域移行申請が行われています。

直面する課題認識	地域移行が進んでいないこと 病院が病院機能の転換方針を打ち出せないでいること
課題解決への推進力となった事項	保健所が制度やピアサポーターについての理解を深めたこと 保健所が地域移行について関係機関に必要性を明確に提示し、具体的方法を示し、積極的に他機関と協働したこと 保健所が持っているデータを分析し、関係機関と具体的目標設定をし、目標達成のための働きかけを継続したこと 精神障害当事者をピアサポーターとして雇用し、相互支援モデルを提示する事で、病院行政福祉関係者の精神障害者感をポジティブに変化させるとともに、地域住民の差別意識の解消にある程度成功したこと
利用できるリソース	障害者総合支援法の地域移行支援個別給付 国事業と保健所独自（重要施策）予算
継続のポイント	具体的成果（退院）をあげ、マスコミを通じた成果のＰＲにより事業の社会的認知度を高める 政策的位置づけを明確にし、継続的に国や県の補助予算を獲得する 地域移行が進むにつれて、やや重症な患者が対象となることから、地域の支援力の向上が必要 入院患者の減少に対応した病院の経営方針の転換
取組の効果	2014 年の 1 年以上入院患者は 377 人であったが、2018 年には 291 人となり、86 人減少し、国が求めている地域移行目標を既に達成している
他の自治体で実施するためのポイント	長期入院患者の地域移行に積極的な病院を開拓する 地域移行を担いピアサポーターを雇用する相談支援事業所の発掘と支援 保健所の制度の理解促進と経験の蓄積

（６）精神科医療機関と地域の連携

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムにおいては、精神科医療をはじめとする医療が適切に関与することが不可欠です。精神障害は、疾病と障害が併存するという特徴があり、障害の程度は病状に大きく影響されます。また、地域での対応困難ケース、引きこもりや虐待事例等のなかには、精神科医療の関与が望ましいケースも多く、精神障害が疑われながらも医療へのアクセス手段がなく家族が抱え込んでしまう場合もあります。このように、精神障害者やその家族が地域で安心して暮らすためには、適時適切な精神科医療の関与が非常に重要です。ここでは、精神科病院と保健所が密接に連携して地域の課題に対応している地域を紹介します。

八王子市（中核市）の取組：精神科病院と保健所の密接な連携で困難事例に対応

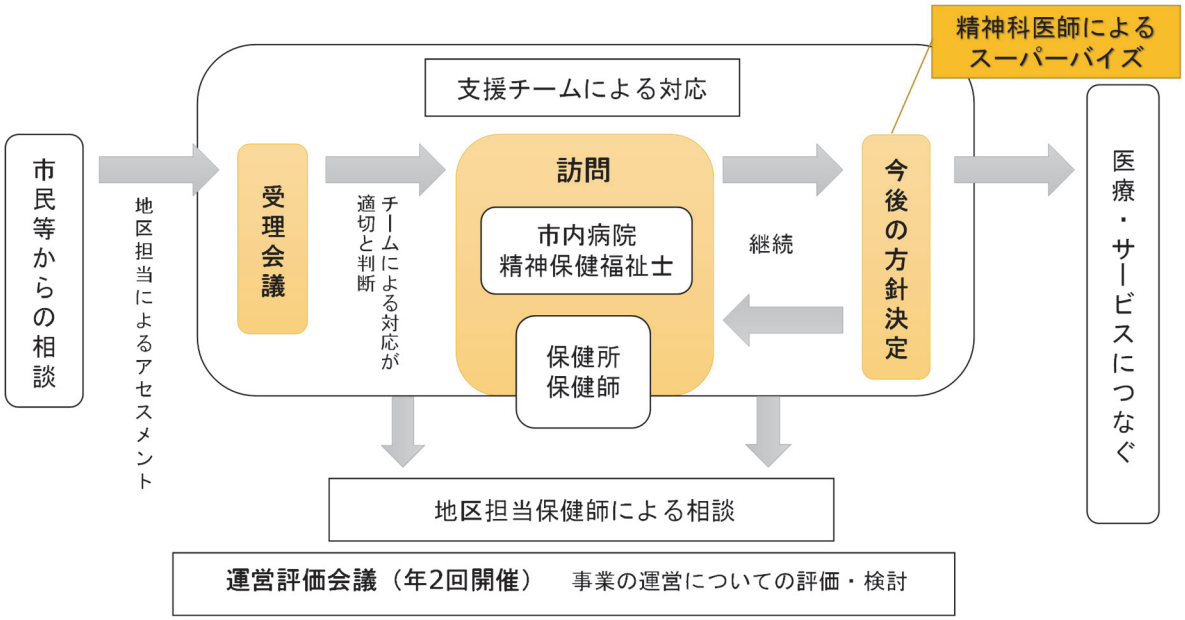
2014 年度の改正精神保健福祉法施行に伴い、保健所職員が市内 17 病院を訪問して退院調整機能に関してヒアリング調査を実施し、保健所に期待される役割として個別支援強化と連携、関係機関ネットワークの推進、とりわけ受診受療に関する医療導入支援への期待が高いことが明らかになりました。家族対応困難事例関連の事件を契機に地域の困難事例対応が議会から求められていたこともあり、都の補助を活用して 2016 年に保健所と市内の精神科病院の連携によるアウトリーチの取組を開始しました（八王子市精神障害者早期訪問支援事業）。保健所の精神保健相談を活用し、未治療、治療中断等で地域生活困難な事例を主な支援対象としており、医療導入のみならず、生活支援や家族支援にも力を入れています。

早期訪問支援事業を市内の複数の医療機関に協力依頼し、それぞれの医療機関から精神保健福祉士を 1 名ずつ派遣するしくみとし、保健所保健師とともに訪問支援を行っていることが特徴で、病院医師による事例検討やスーパーバイズも実施されています。カンファレンス、カンファレンス後の保健師のマネジメント、事業連絡調整会議、事業運営評価会議などにより、丁寧に関係者間の合意形成をはかりながら事業が進められています。

直面する課題認識	未治療・治療中断等精神保健相談の増加 地域の困難事例の医療導入などに迅速に対応する必要性
課題解決への推進力となった事項	市議会と市が早期支援の必要性を理解していた 市内病院調査で医療導入支援の意義が理解された 都の政策（早期訪問支援事業）による財政支援が活用できた 都精神保健福祉センターの技術援助を得られた 4 回にわたる病院と保健所の合同準備会で、地域の課題や実際の動き方について丁寧に検討した
利用できるリソース	市内の複数の精神科病院 市保健所の保健師の日常的な訪問指導 東京都の障害者施策推進包括補助項目「精神障害者アウトリーチ支援事業」による財政的裏付け

継続のポイント	事業実施要綱の整備 精神保健福祉センターのバックアップ ケースカンファレンスや事業連絡調整会議、事業運営評価会議などでの関係者による合意形成
取組の効果	精神科医療へのアクセス改善 家族支援の強化 保健所と病院の連携強化 多職種の視点が加わったことによるアセスメント力の向上 困難事例や医療中断の問題等、地域の課題を共有しやすくなった 「顔が見える関係」ができた 病院職員が地域で生活する精神障害者と家族の実情についての理解を深めた
他の自治体で実施するための ポイント	調査報告などを用いて事業の必要性について関係者間の合意形成を図ること 精神保健福祉センターなどによる技術支援が得られること 保健所が適切な事例を選択でき、医療導入後もフォローできること 精神科病院の精神保健福祉士が組織の合意を得て事業に参加し、地域精神保健福祉の現場臨床を経験すること

図表４：八王子市精神障害者早期訪問支援事業の流れ



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るアンケート集計結果

1 調査概要

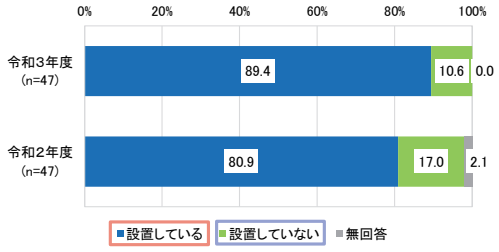
	都道府県調査	市町村調査
対象	都道府県	政令指定都市 特別区 市町村
回答者	精神保健福祉主管課	精神保健福祉主管課
対象数	47都道府県（悉皆）	1,741市区町村（悉皆）
回答数（有効回収率）	47（100%）	1,577（90.6%）
調査方法	電子メールによる自記式調査票の配布・回収	電子メールによる自記式調査票の配布・回収（都道府県を通じて配布・回収）
調査期間	令和3年12月21日（火）～令和4年1月14日（金）	令和3年12月21日（火）～令和4年1月21日（金）

・調査期間後も、回答いただける自治体の回収を継続。

2 都道府県単位の協議の場の設置状況等について

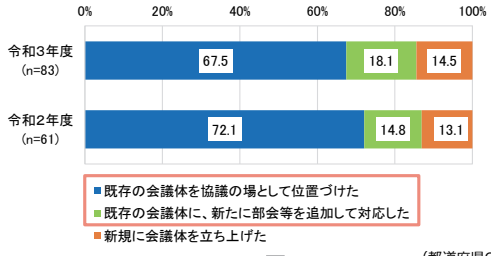
都道府県 市町村

都道府県単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置の有無(SA)



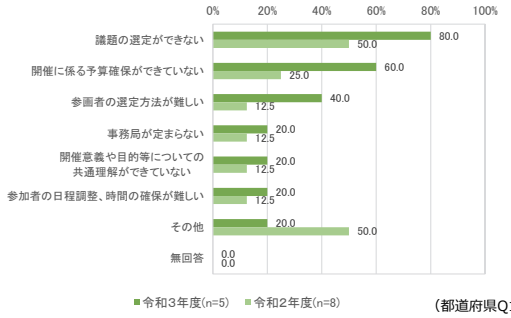
（都道府県Q5）

協議の場としての位置づけ(SA)



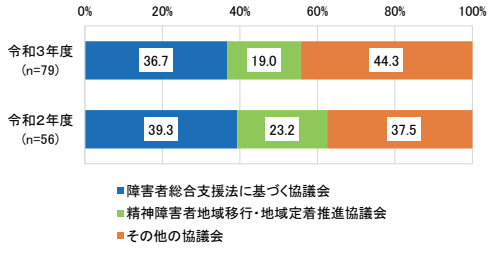
（都道府県Q5-2-(4)）

協議の場未設置自治体の課題(MA)



（都道府県Q19）

協議の場として活用している既存の協議会(SA)

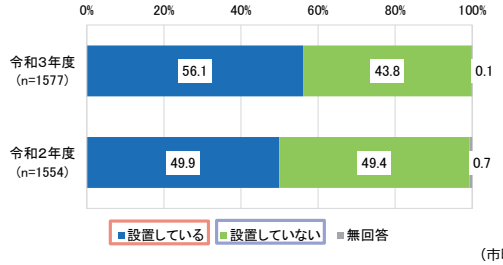


（都道府県Q5-2-(5)）

3 市町村単位の協議の場の設置状況等について

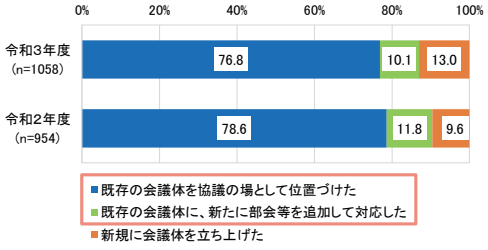
都道府県 市町村

市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置の有無(SA)



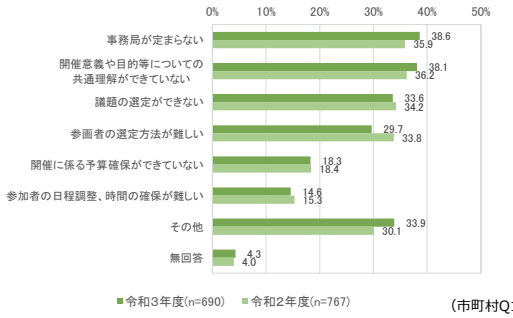
(市町村Q1)

協議の場としての位置づけ(SA)



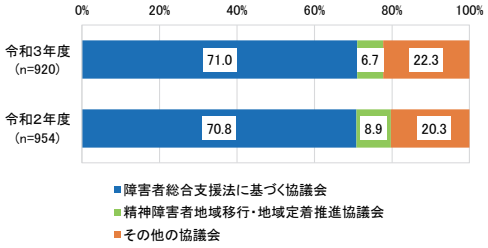
(市町村Q1-2-(4))

協議の場未設置自治体の課題(MA)



(市町村Q15)

協議の場として活用している既存の協議会(SA)

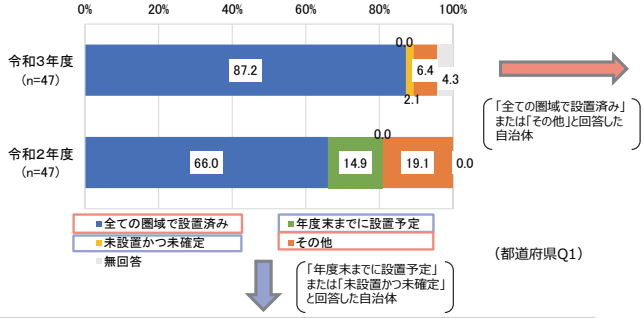


(市町村Q1-2-(5))

4 圏域単位の協議の場の設置状況等について

都道府県 市町村 圏域

圏域単位の協議の場の設置状況(SA)

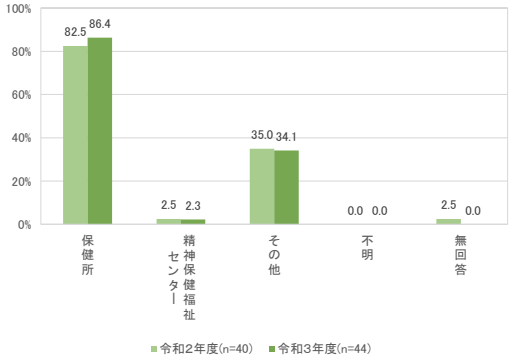


(都道府県Q1)

「全ての圏域で設置済み」または「その他」と回答した自治体

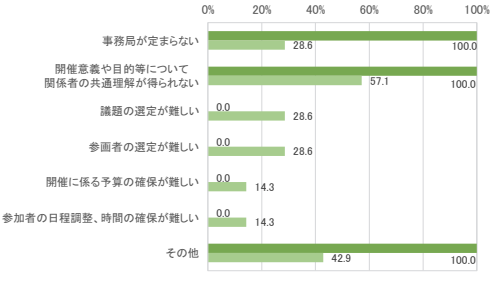
「年度末までに設置予定」または「未設置かつ未確定」と回答した自治体

圏域単位の協議の場の事務局(SA)



(都道府県Q3)

協議の場未設置圏域の課題(MA)



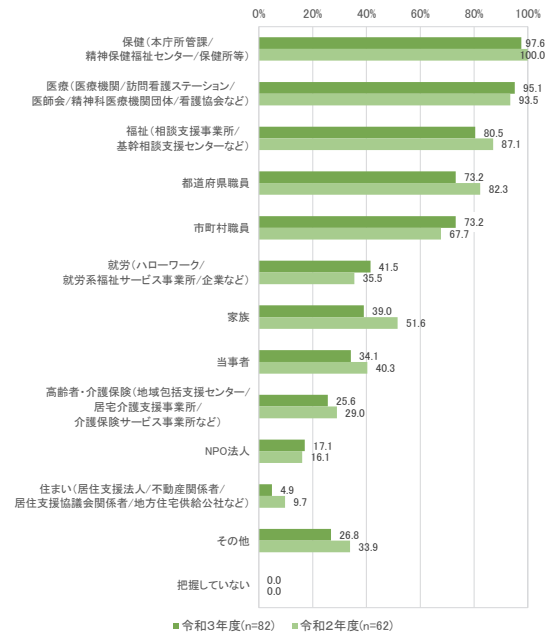
(都道府県Q4)

5 協議の場：協議の場の関係者

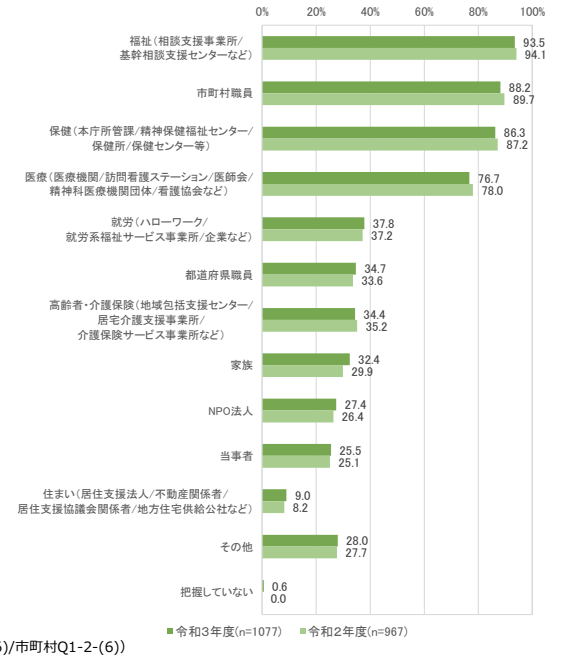
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞協議の場の関係者(MA)

都道府県調査



市町村調査



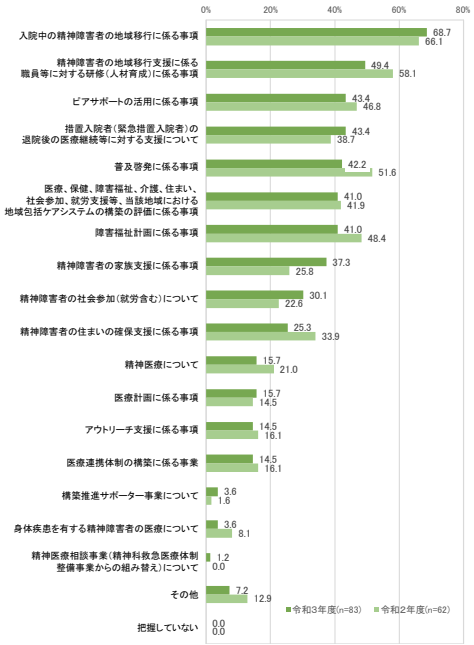
(都道府県Q5-2-(6)/市町村Q1-2-(6))

6 協議の場：協議内容

都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞協議の場の協議内容(MA)

都道府県調査



市町村調査



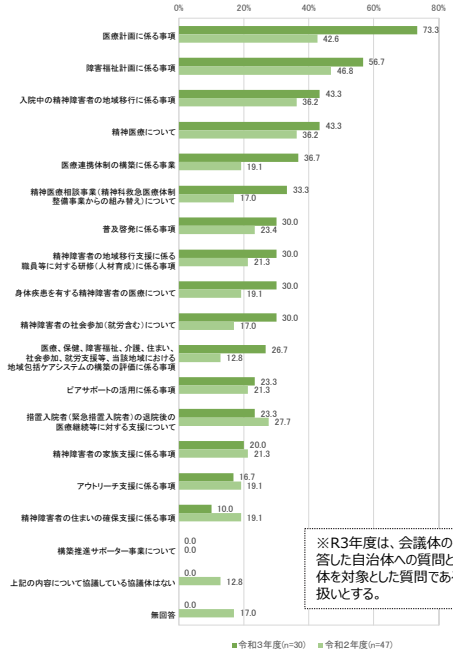
(都道府県Q5-2-(7)/市町村Q1-2-(7))

7 協議の場として認定している会議体以外の場で検討していること

都道府県 市町村

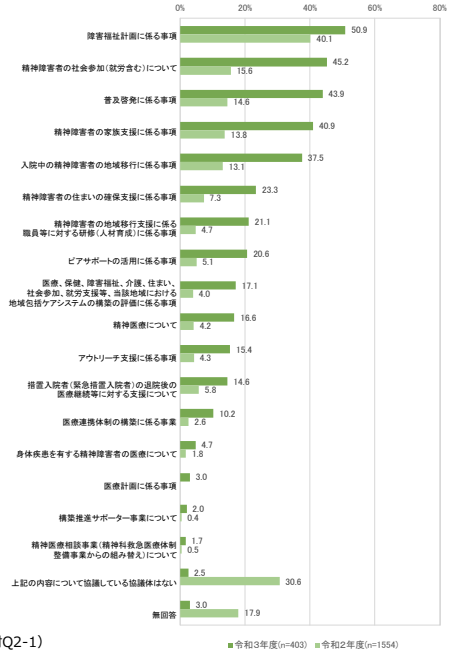
貴都道府県/貴市町村では、都道府県/市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場として認定している会議体以外で、精神保健医療福祉に係る事項について協議している会議体における協議内容をご回答ください。(MA)

都道府県調査



※R3年度は、会議体の有無を確認し、「ある」と回答した自治体への質問となる。R2年度は、全自治体を対象とした質問であるため、データの比較は参考扱いとする。

市町村調査



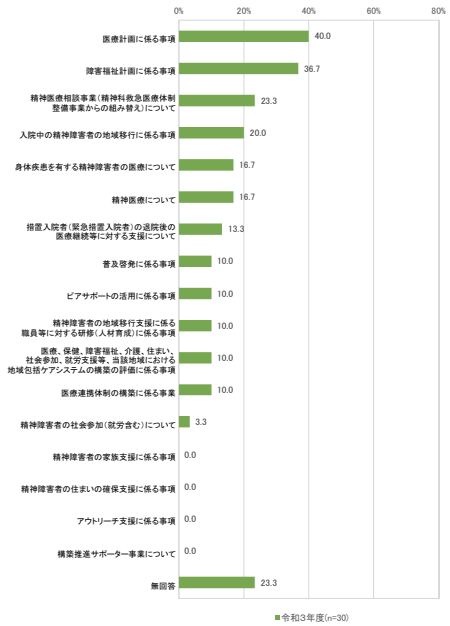
(都道府県Q6-1/市町村Q2-1)

8 協議の場として認定している会議体以外の場で検討していること＜重点的に議論しているもの＞

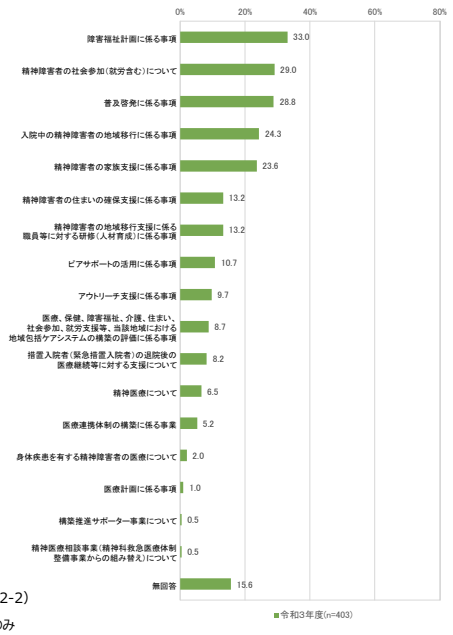
都道府県 市町村

貴都道府県/貴市町村では、都道府県/市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場として認定している会議体以外で、精神保健医療福祉に係る事項について協議している会議体における協議内容のうち、重点的に議論を行っているものを5つまでご回答ください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



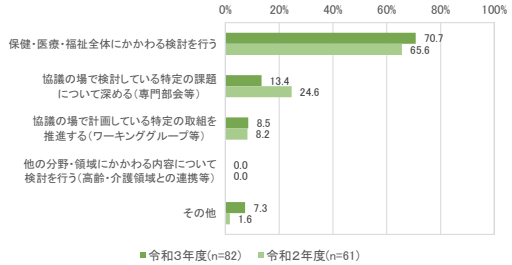
(都道府県Q6-2/市町村Q2-2)

※当該質問は、R3年度のみ

9 都道府県の協議の場の役割・取組等について

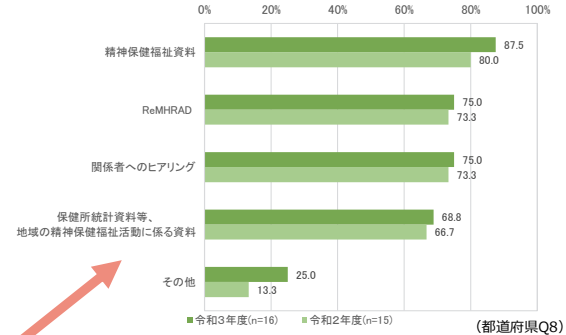
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞ 都道府県単位の協議の場の主たる役割(SA)



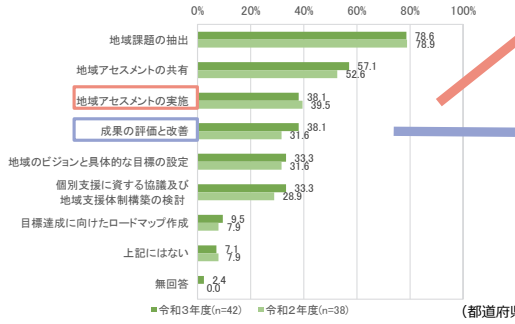
（都道府県Q5-2-(2)）

「地域アセスメント」で使用しているデータ(MA)



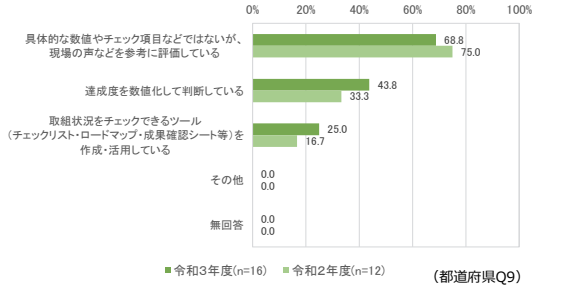
（都道府県Q8）

都道府県単位の協議の場における取組(MA)



（都道府県Q7）

「成果の評価と改善」の評価方法(MA)

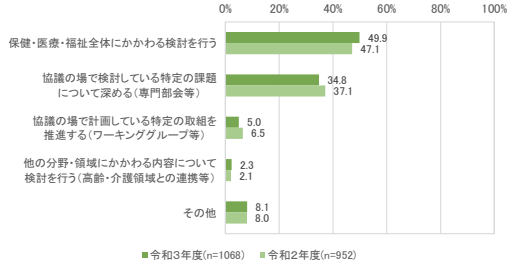


（都道府県Q9）

10 市町村の協議の場の役割・取組等について

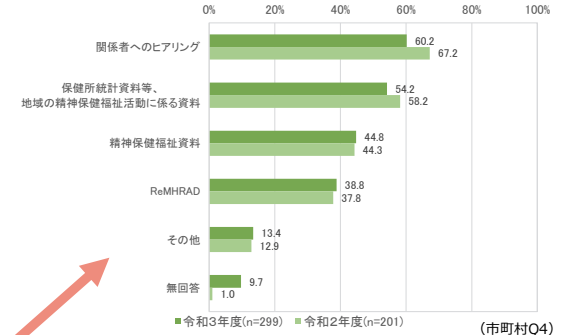
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞ 市町村単位の協議の場の主たる役割(SA)



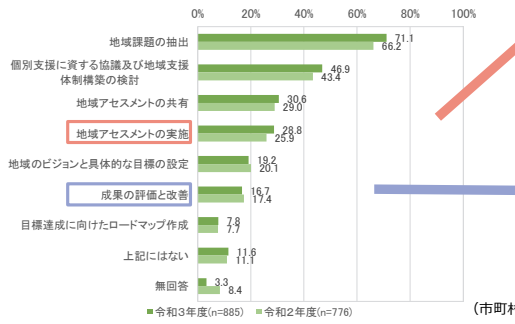
（市町村Q1-2-(2)）

「地域アセスメント」で使用しているデータ(MA)



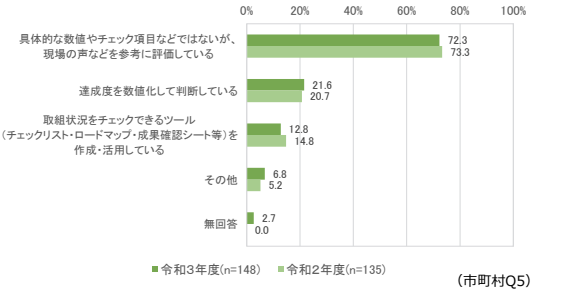
（市町村Q4）

市町村単位の協議の場における取組(MA)



（市町村Q3）

「成果の評価と改善」の評価方法(MA)



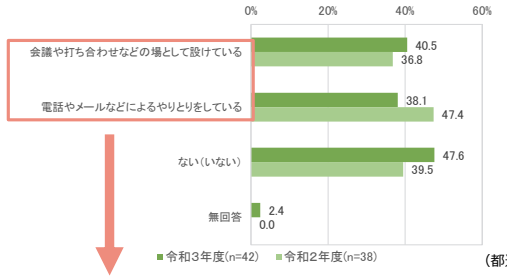
（市町村Q5）

11 コア会議の有無等について

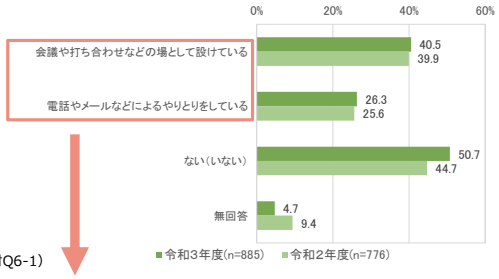
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞都道府県単位/市町村単位での施策展開や協議の場の推進等のために、自治体内のキーパーソンや助言者等と情報共有や推進方策等について相談・検討する機会や場（コア会議）はありますか。(MA)

都道府県調査



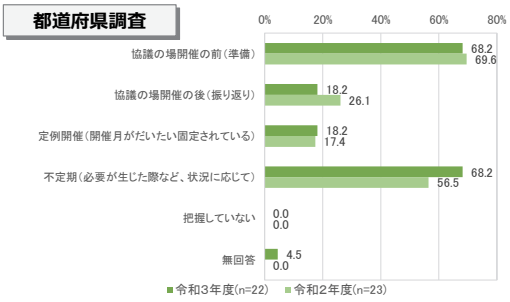
市町村調査



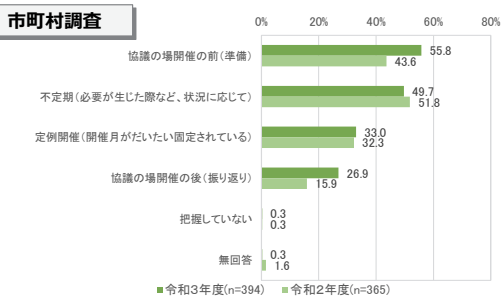
（都道府県Q10-1/市町村Q6-1）

＜コア会議ありの自治体＞コア会議の開催時期・タイミングとして、あてはまるものをすべてお答えください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



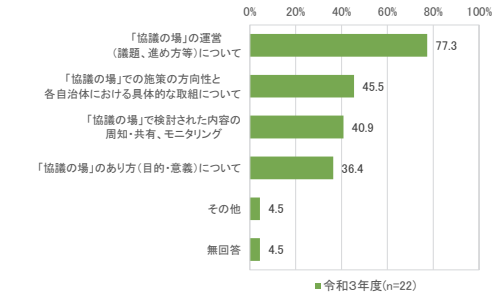
（都道府県Q11/市町村Q7）

12 コア会議で検討している内容について

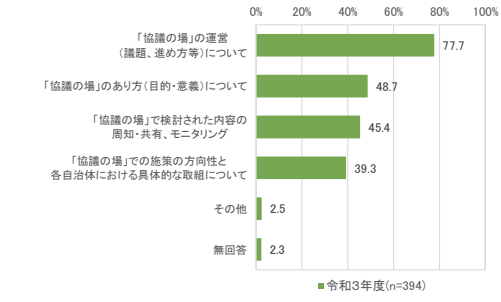
都道府県 市町村

＜コア会議ありの自治体＞コア会議（キーパーソン等との相談・検討）で検討している内容をご回答ください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



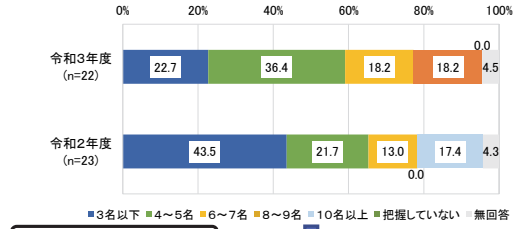
（都道府県Q12/市町村Q8）

13 コア会議のメンバー等について

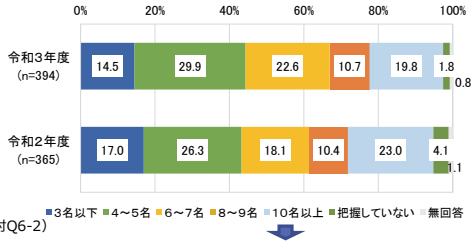
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞都道府県単位/市町村単位での施策展開や協議の場の推進等のために、自治体内のキーパーソンや助言者等と情報共有や推進方策等について相談・検討する機会や場（コア会議）について、人数とメンバーの立場もお答えください。(人数(SA),立場(MA))

都道府県調査

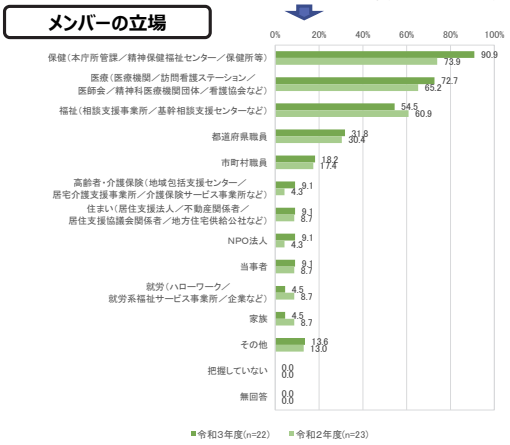


市町村調査

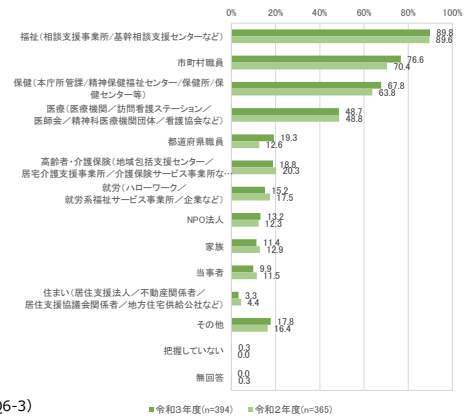


（都道府県Q10-2/市町村Q6-2）

メンバーの立場



（都道府県Q10-3/市町村Q6-3）

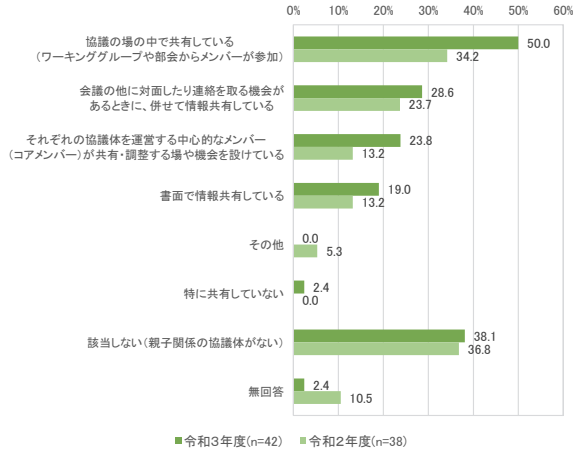


14 協議の場の連動①：協議の場⇒ワーキンググループや部会

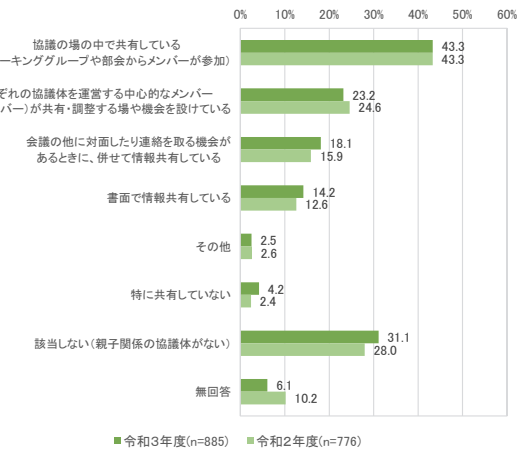
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞協議体同士が連動するために、協議の場からワーキンググループや部会へどのように情報共有を図っていますか。(MA)

都道府県調査



市町村調査



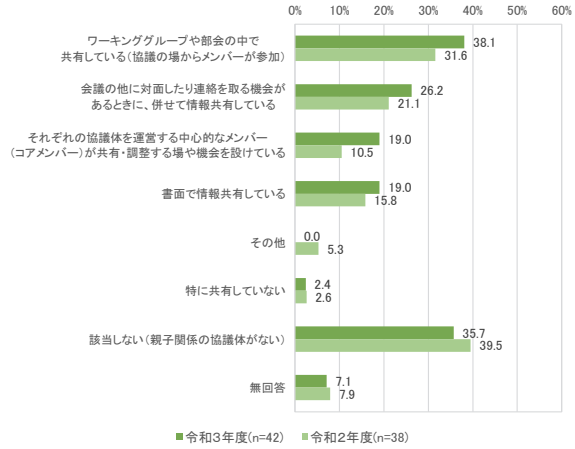
（都道府県Q13/市町村Q9）

15 協議の場の連動②：ワーキンググループや部会⇒協議の場

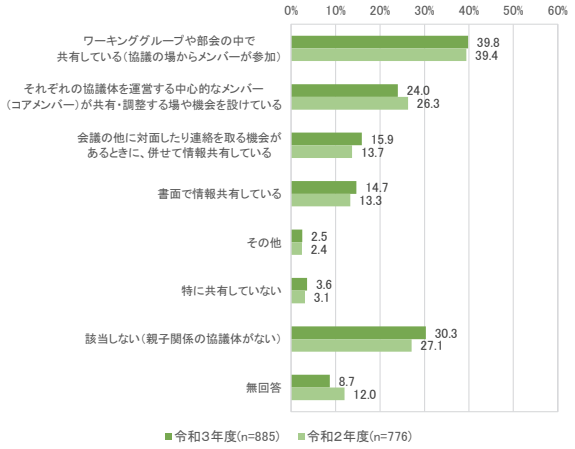
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞ 協議体同士が連動するために、ワーキンググループや部会から協議の場へどのように情報共有を図っていますか。(MA)

都道府県調査



市町村調査



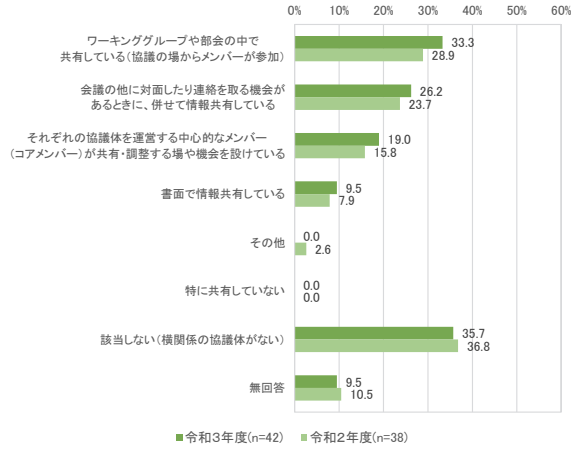
（都道府県Q13/市町村Q9）

16 協議の場の連動③：ワーキンググループや部会の間

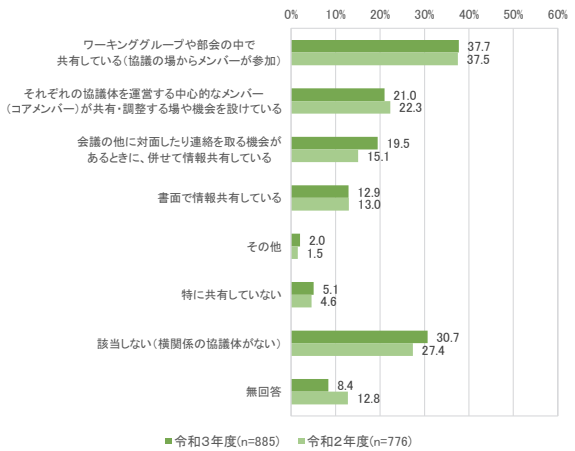
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞ 協議体同士が連動するために、ワーキンググループや部会の間でどのように情報共有を図っていますか。(MA)

都道府県調査



市町村調査



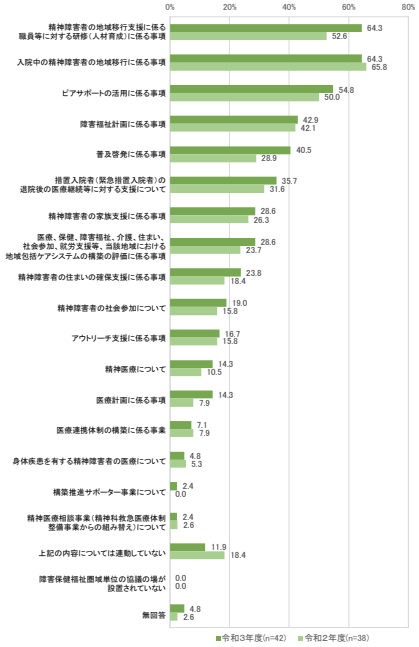
（都道府県Q13/市町村Q9）

17 都道府県単位と圏域単位・市町村単位の協議の場の連動

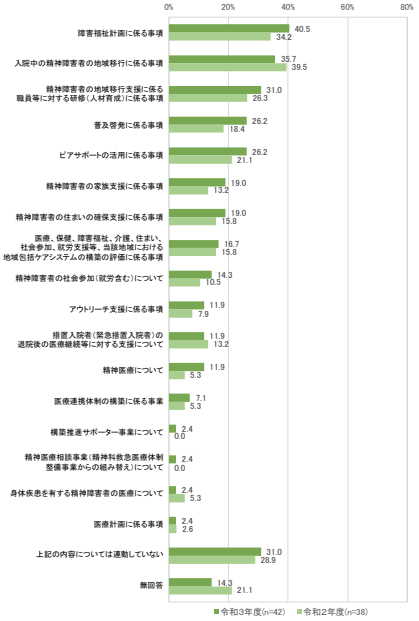
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞都道府県単位の協議の場は、圏域単位・市町村単位の協議の場とは、どのようなことで連動していますか。(MA)

都道府県単位⇔圏域単位



都道府県⇔市町村単位



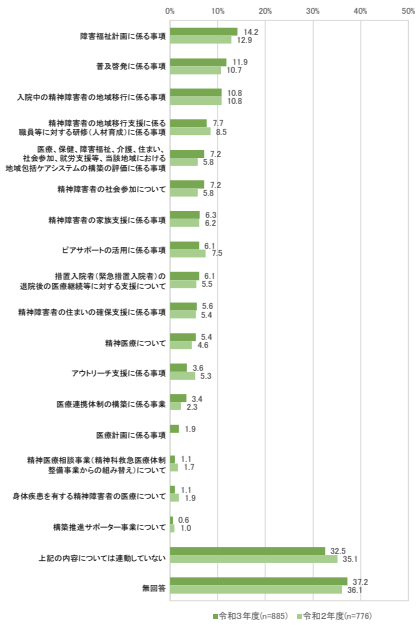
（都道府県Q14）

18 市町村単位と都道府県単位・圏域単位の協議の場の連動

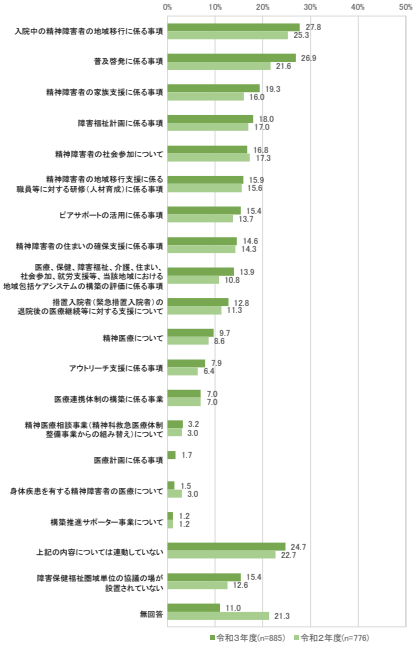
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞市町村単位の協議の場は、都道府県単位・圏域単位の協議の場とは、どのようなことで連動していますか。(MA)

市町村単位⇔都道府県単位



市町村単位⇔圏域単位



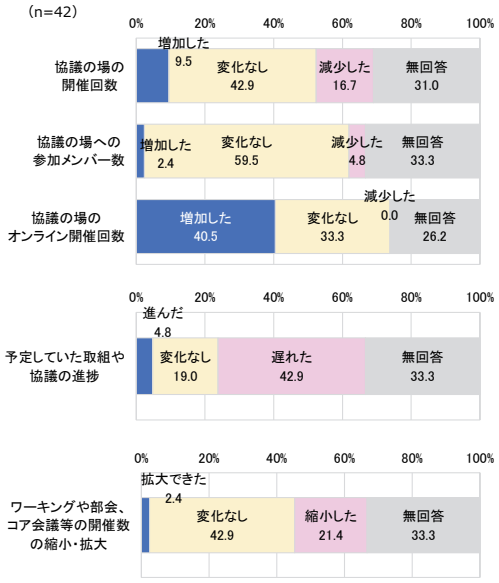
（市町村Q10）

19 COVID-19の影響による協議の場における変化

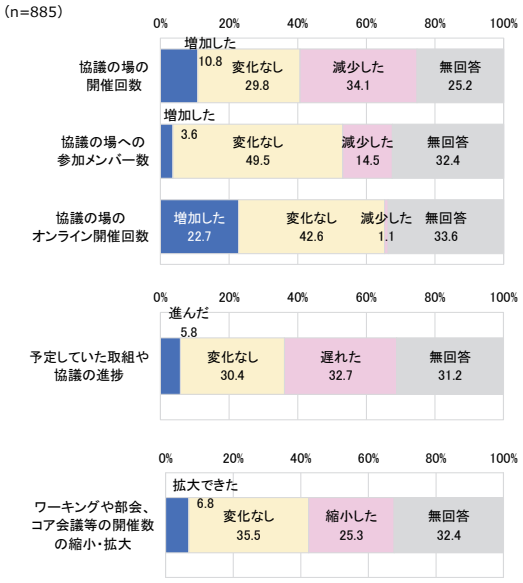
都道府県 市町村

＜協議の場設置自治体＞新型コロナウイルス感染拡大の影響により、今年度、都道府県単位/市町村単位の協議の場には何か変化が生じていますか。(MA)

都道府県調査



市町村調査



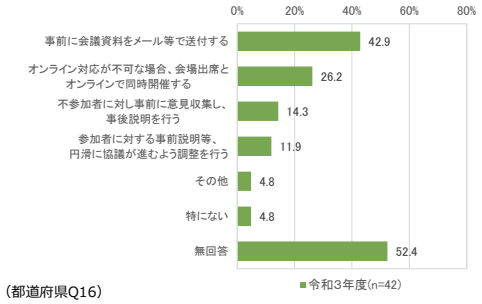
(都道府県Q15/市町村Q11)

20 協議の場のオンライン開催について

都道府県 市町村

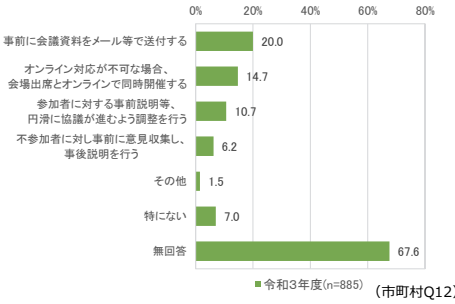
＜協議の場設置自治体＞「オンラインでの都道府県単位の協議の場をより充実させるために行っている工夫があればお答えください。(SA)

都道府県調査



(都道府県Q16)

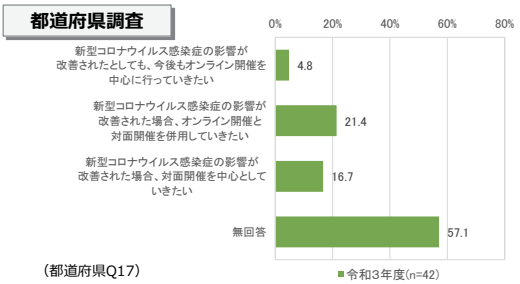
市町村調査



(市町村Q12)

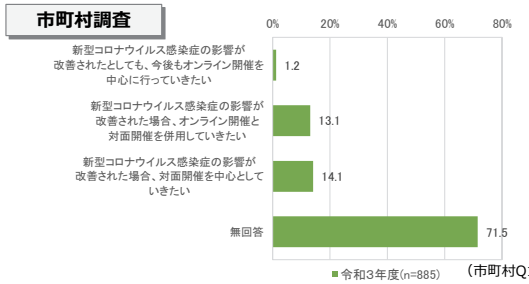
＜協議の場設置自治体＞オンラインで行う協議の場について、お考えをお聞かせください。(MA)

都道府県調査



(都道府県Q17)

市町村調査



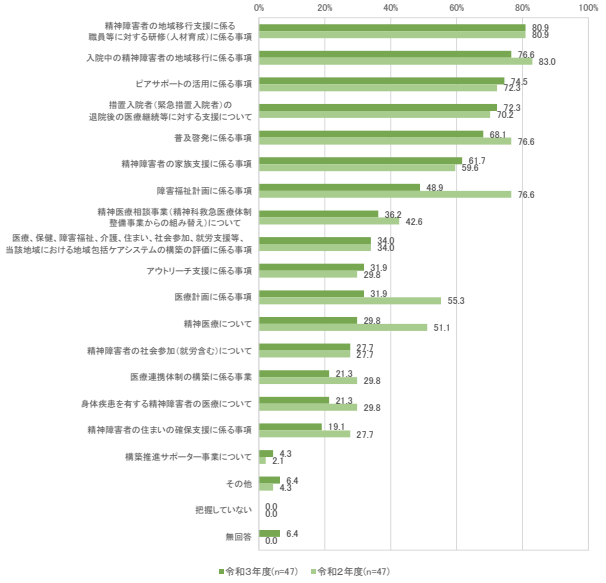
(市町村Q13)

21 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた今年度の実施（予定）内容

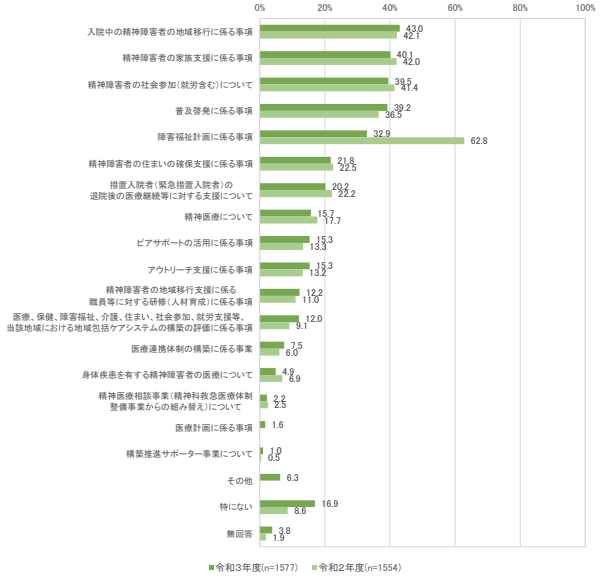
都道府県 市町村

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて今年度実施している（もしくは実施予定の）内容として、以下の中からあてはまるものをすべてお答えください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



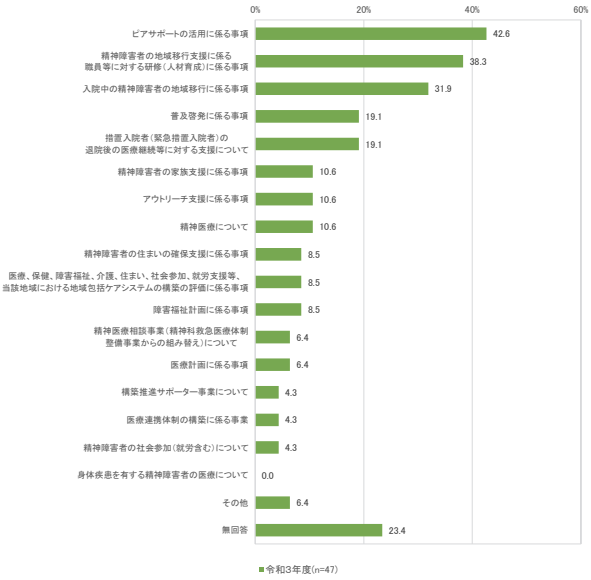
（都道府県Q25/市町村Q22）

22 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた今年度特に強化した項目

都道府県 市町村

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて今年度実施している（もしくは実施予定の）内容のうち、特に強化している項目について、当てはまるもの5つまでお答えください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



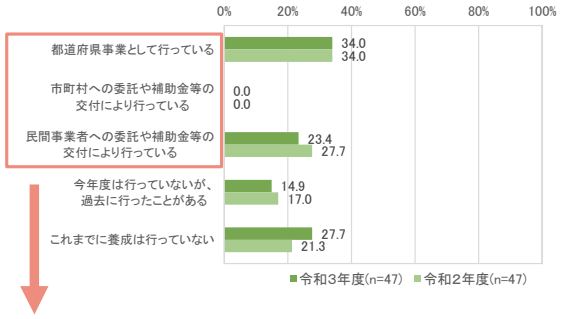
（都道府県Q25/市町村Q22）

23 ピアサポーターに係る事項

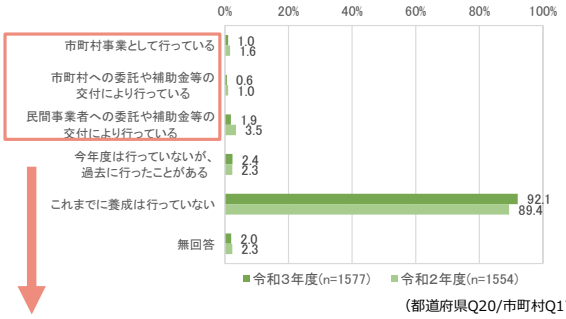
都道府県 市町村

貴都道府県/貴市町村では、今年度ピアサポーターの養成（新規・更新含む）を行っていますか。(SA)

都道府県調査



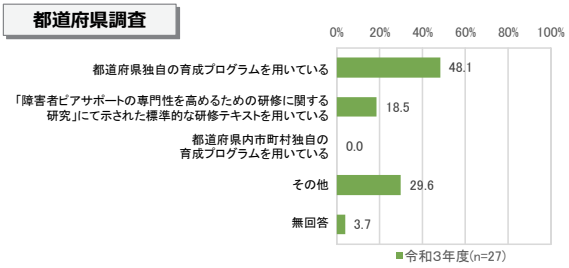
市町村調査



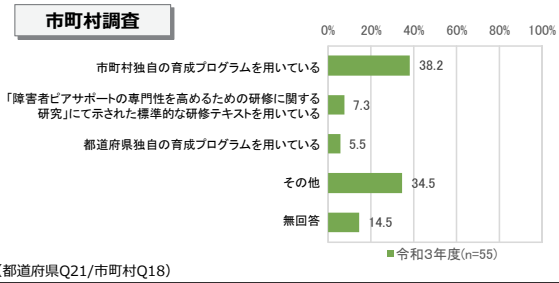
(都道府県Q20/市町村Q17)

<ピアサポーターの養成を行っている自治体> 令和３年度に貴都道府県で用いている育成プログラムについてお答えください。(SA)

都道府県調査



市町村調査



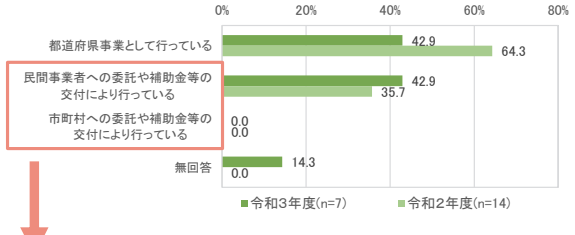
(都道府県Q21/市町村Q18)

24 アウトリサーチ支援に係る事項

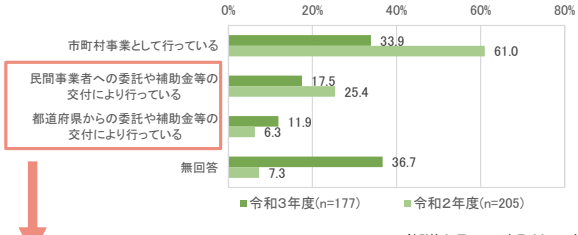
都道府県 市町村

<アウトリーチ実施自治体> 貴都道府県/貴市町村で実施しているアウトリーチ支援は、どのように行っていますか。(SA)

都道府県調査



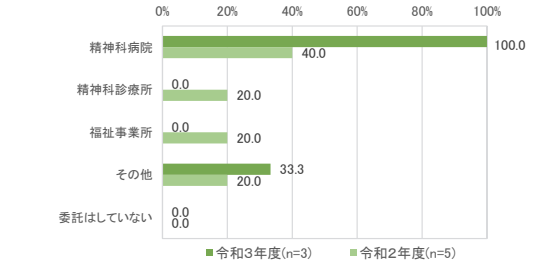
市町村調査



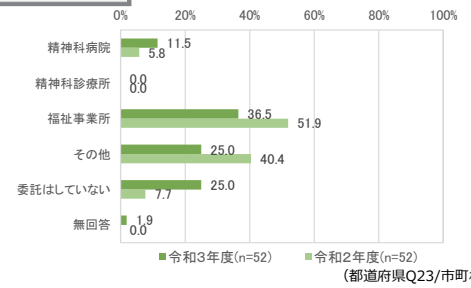
(都道府県Q22/市町村Q19)

<アウトリーチ支援に委託や補助金交付自治体> アウトリーチ支援を委託していますか。委託先としてあてはまるものをお答えください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



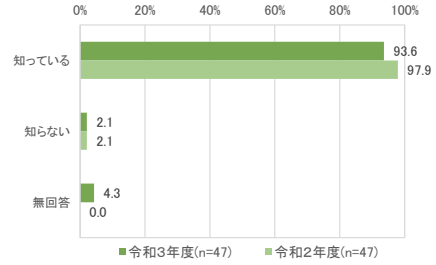
(都道府県Q23/市町村Q20)

25 ReMHRADの認知

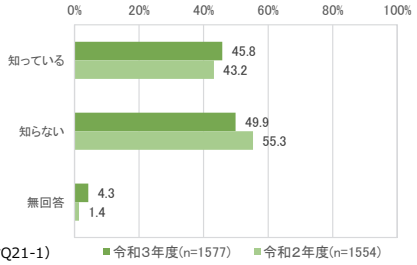
都道府県 市町村

「ReMHRAD」をご存知ですか。また、ご存知の場合は、各ページの活用状況をお答えください。(SA)

都道府県調査



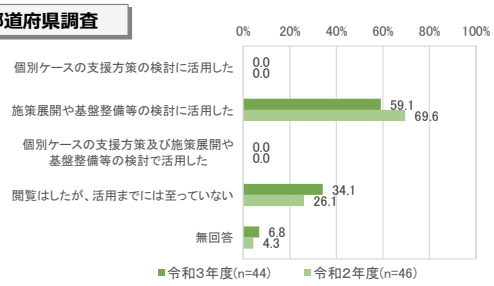
市町村調査



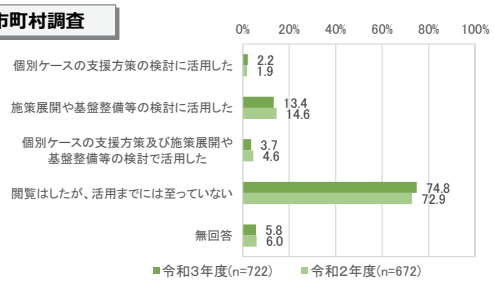
(都道府県Q24-1/市町村Q21-1)

最近1年間におけるReMHRAD 「在・退院者状況」 メニューの閲覧・活用について(SA)

都道府県調査



市町村調査



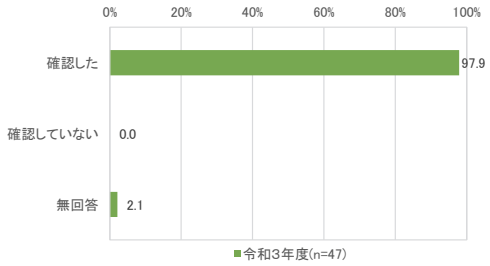
(都道府県Q24-2/市町村Q21-2)

26 手引きの認知・閲覧・活用

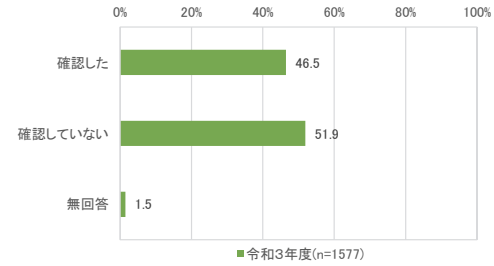
都道府県 市町村

あなたは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会　報告書」（以下、報告書）を確認しましたか。(SA)

都道府県調査



市町村調査



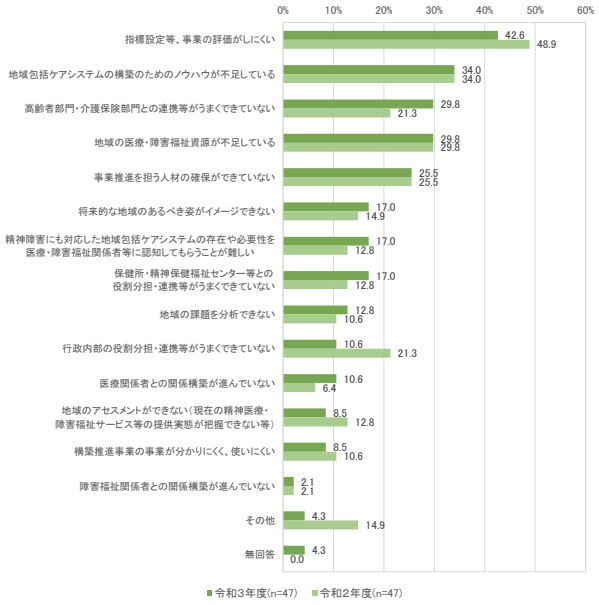
(都道府県Q27/市町村Q24)

27 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築における課題

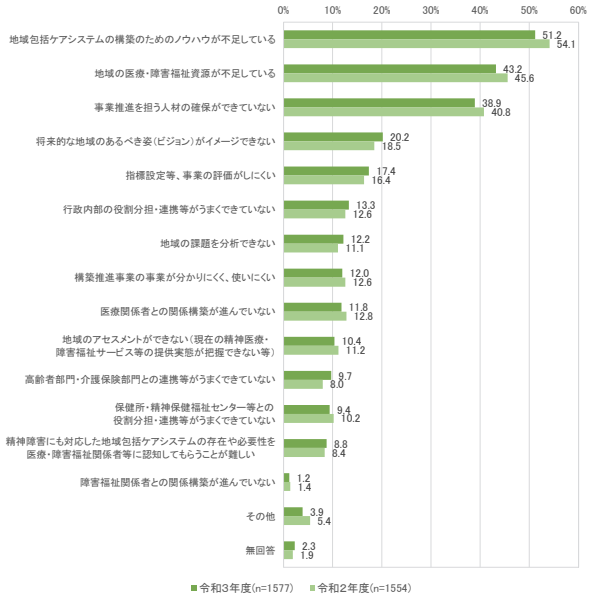
都道府県 市町村

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の課題と感じていることとして、特にあてはまるものを3つまでお答えください。(MA)

都道府県調査



市町村調査



（都道府県Q26/市町村Q23）

厚生労働省　社会・援護局
障害保健福祉部　精神・障害保険課　委託事業

精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築に向けた事例集
（2021 年度版）

2022（令和４）年３月

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

厚生労働省　社会援護局　精神・障害保健課