

相模原市

共に考え、共に築く 地域づくりのリスタート

相模原市では、平成30年度から構築推進事業、令和元年度から構築支援事業に参加。医療・福祉・ピアサポーターとの協働による「にも包括」の取組を開始し、地域移行支援ピアサポーターの活用や支援者支援等の取組で効果を得ることができました。

構築支援事業は令和3年度で卒業としましたが、アドバイザーからの意見を踏まえ、あらためて“地域移行・地域定着”を重要な取組みの根幹に据え、地域移行に係る意見交換を充実させていきます。

1 県、指定都市、中核市、特別区の基礎情報

相模原市



取組内容

- ・R1年度より構築支援事業に参加。アドバイザー支援を受け、体制整備を検討。
- ・協議の場において、参加者の意見交換から支援者支援の必要性が確認され、職域別事例検討会を開催。
- ・地域移行支援に特化したピアサポーターを養成し、精神科病院等における普及啓発活動を実施。
- ・相模原市措置入院者等の退院後支援マニュアルに基づき、事業を担当する専門班を設置、個別支援を実施。

基本情報（都道府県等情報）

<基本情報入力シート>

自治体名（記入してください）

相模原市

（※「■網掛け」部分及び「●」部分に半角数字で入力してください）

障害保健福祉圏域数（R6年4月時点）	1	カ所	
市町村数（R6年4月時点）	1	市町村	
人口（R6年4月時点）	723,435	人	
精神科病院の数（R6年4月時点）	6	病院	
精神科病床数（R6年3月時点）	961	床	
入院精神障害者数 （R5年6月時点）	合計	1,041 人	
	3か月未満（%：構成割合）	237 人 22.8 %	
	3か月以上1年未満 （%：構成割合）	197 人 18.9 %	
	1年以上（%：構成割合）	607 人 58.3 %	
	うち65歳未満	253 人	
うち65歳以上	354 人		
退院率（H29年6月時点）	入院後3か月時点	63.0 %	
	入院後6か月時点	82.0 %	
	入院後1年時点	91.0 %	
相談支援事業所数 （R6年4月時点）	基幹相談支援センター数	1 カ所	
	一般相談支援事業所数	41 カ所	
	特定相談支援事業所数	66 カ所	
保健所数（R6年4月時点）	1	カ所	
（自立支援）協議会の開催頻度（R5年度）	（自立支援）協議会の開催頻度	4 回/年	
	精神領域に関する議論を行う機会の有無	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・福祉関係者による協議の場の設置状況（R6年4月時点）	都道府県	有●	カ所
	障害保健福祉圏域	有●	1 / 1 カ所/障害圏域数
	市町村	有●	1 / 1 カ所/市町村数

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組概要（全体）

相模原市では、長期入院している精神障害者への地域移行支援から始まり、広く誰もが住みやすい地域づくりに向け、当事者や関係機関と連携しながら、地域包括ケアシステムの構築を目指している。

令和5年度までの主な取組

1 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置

- ・平成28年度に設置した「地域移行推進連絡会議」を協議の場として発展させ、「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連絡会議（協議の場）」を開催。研修会や意見交換会形式により、医療機関や地域の支援機関との**顔の見える関係が構築**された。

2 ピアサポートの活用

- ・地域移行支援に**特化**したピアサポーターを養成し、精神科病院における普及啓発活動やバリアフリーフェスティバル、協議の場等で活躍している。

3 措置入院者の退院後の医療等の継続支援

- ・平成30年4月に制定した「相模原市措置入院者等の退院後支援マニュアル」に基づき、事業を担当する専門班を設置し、支援の濃淡を意識した、個別支援を実施している。

4 障害・高齢・医療分野との連携

- ・市内では障害分野との意見交換、関係機関としては高齢、訪問看護分野との事例検討会を開催し、地域包括ケアシステムのイメージの共有に努めている。

3 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取組の経緯

○平成27年度～平成29年度

- ・停滞していた地域移行に関する取組を再開。精神科病院や相談支援事業者、関係機関等との意見交換を行い、今後の取組の方向性を検討した。翌年には地域移行推進連絡会議を設置し、地域移行に関する事例検討会、支援者向けの研修を実施し、精神障害者の地域移行に関する関心を高める取組を行った。
- ・また、630調査を活用し、1年以上の任意入院患者の調査を行い、退院阻害要因の把握に努めた。市内精神科病院において支援検討会議を開催し、長期入院患者の退院可能性について検討した。あわせて、地域移行支援に従事するピアサポーターの養成を開始。

○平成30年度

- ・地域移行推進連絡会議を協議の場とした。
- ・地域移行支援ピアサポーターが、精神科病院にてメッセージ活動を行った。
- ・措置入院者等の退院後支援マニュアルを作成し、退院後支援計画に基づく個別支援を開始。

○令和元年度～令和5年度

- ・構築支援事業に参加し、体制整備の検討を開始。
- ・訪問看護や高齢者支援センター等、分野別事例検討会を開催し、支援者支援を開始。
- ・アンケート調査やニュースレターの発行、地域移行支援ピアサポーターによる普及啓発動画の配信、ADとの意見交換会など、コロナ禍においても可能な取組を実施。その中で、にも包括の構築状況や地域特性、課題等を共有した。
- ・広域、密着ADを対象として、協議の場及び構築支援事業に関するアンケートを実施し、そのアンケート結果を踏まえ、各ADと事業担当者による意見交換会により評価した。
- ・医療機関、相談支援事業所、生活保護担当課による地域移行に係る意見交換会を開催し、各分野が抱えている課題について共有し、住まいの確保に関する課題を集約した。

4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する取組の成果・効果

＜令和5年度までの成果・効果＞

課題解決の達成度を測る指標	目標値 (R5年度当初)	実績値 (R5年度末)	具体的な成果・効果
①構築状況の評価 構築支援事業に関する評価	実施	実施	協議の場の開催や他機関による事例検討会、にも通信、その他の取組みなどによりベースが作られ、一定の効果が得られた。
②地域移行に係る意見交換会の実施	2	3	医療機関、相談支援事業所、生活保護担当課による地域移行に係る意見交換会・事例検討会を開催し、顔の見える関係ができたことを確認した。また、次年度以降の取組に関して意見を出し合うことができた。
③ピアサポーターによる精神科病院への働きかけ	実施	未実施	病院訪問については準備期間の年とし、養成したピアサポーターの意向や提案をまとめた。一方で、期間相談支援センターとコラボした意思決定支援に関する研修会に参加した。

5 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現時点における強みと課題

【特徴(強み)】

- ・従来から地域移行推進連絡会議が協議の場として機能しており、医療機関や地域の支援機関との顔の見える関係が構築されている。
- ・地域移行支援に特化したピアサポーターを養成し、精神科病院や入院患者にアプローチが可能となっている。
- ・措置入院者の退院後支援に取組み、行政・地域の支援者が一体となった支援体制の構築が図られている。

課題	課題解決に向けた取組方針	課題・方針に対する役割(取組)	
コロナ禍により中断している、ピアサポーターによる病院訪問の再開	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者及び病院職員からのニーズのヒアリング ・ニーズに沿った病院訪問の提案 	行政	精神科病院への提案、コンタクト
		医療	該当ケースへの協力
		福祉	該当ケースへの協力
		その他関係機関・住民等	該当ケースへの協力
地域移行の促進に向けた、相談支援事業所と医療機関等の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・意見交換会や事例検討等による現状把握 ・コアメンバーによる方向性の検討 ・研修の開催 	行政	場の設定、つなぐ役割
		医療	意見交換会や事例検討会への協力
		福祉	意見交換会や事例検討会への協力
		その他関係機関・住民等	意見交換会や事例検討会への協力

課題解決の達成度を測る指標	現状値 (今年度当初)	目標値 (令和6年度末)	見込んでいる成果・効果
①ピアサポーターによる病院訪問回数	未実施	2回	面会交流による患者の自尊心低下や孤独感、日常の困りごと等の解消
②連携に向けた課題共有の方法や場の確保	3回	2回	地域移行の促進

※指標設定が困難な場合は、代替指標や定性的な文言でも構いません。

6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための連携状況

【にも包括構築の体制】

地域包括ケア推進部内の各課が協働し、精神科病院、障害福祉サービス等事業所、保健所、地域移行支援ピアサポーター、家族等が参画する協議の場と連携しながら地域保健をベースとしたにも包括の構築を推進

所管部署名	所管部署における主な業務	連携部署名	連携部署における主な業務
精神保健福祉課	にも包括事業の主担当 協議の場を運営、地域移行、ピアの活用、措置入院者の退院後支援などを担う	各高齢・障害者相談課	家族教室を担当
精神保健福祉センター	にも包括事業における構築状況の評価、普及啓発、ピアサポーターの養成などを担う	住宅課	住まいの確保(居住支援協議会)
		生活支援課	自立支援プログラムとの協働

各部門の連携状況		強み・課題等
保健	措置入院者の退院後支援を中心とした、ケースを通じた入院早期からの連携体制ができている	H30年より措置入院者の退院後支援を行う専任班を設置しており、本人のニーズに沿った支援体制の検討が強み
医療	地域移行に係る意見交換会を年3回程度開催 医療機関、相談支援事業所、生活保護担当者が集まり、各機関による困りごとや情報を共有	地域移行に特化したテーマを設定した集まりであるため、話題に共通性があり、参加者の満足度が高い 今後どのような形で地域課題を解決していくか、官民協働による課題解決システムの構築を目指す
福祉		
その他関係機関・住民等	市民への普及啓発の取組としてR3年から「心のサポーター養成研修」を神奈川県、横浜市、川崎市と協調開催	参加者の拡大や周知方法等、効果的な実施に向けた検討が必要

※各部門の状況はできるだけ詳しく記載ください

7 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための協議の場の実施状況

名称	協議の場の構成員	開催頻度	実施内容	特記事項等(課題・強み等)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進連絡会議	(1)精神科病院関係者 (2)訪問看護事業者 (3)障害福祉サービス事業者等 (4)介護保険事業者等 (5)地域移行支援ピアサポーター (6)精神障害者の家族 (7)行政関係者	2回/年	市内における包括ケアシステムの構築状況の確認並びに部会及びその他の会議等で抽出された課題についての検討を行う	協議の場の開催回毎にテーマを設定しながら積み重ねていく。保健、医療、福祉の連携状況を都度確認していく
地域移行に係る意見交換会	医療機関、相談支援事業所、事務局	2回/年	地域移行に係る現状や課題を共有し、意見交換を行う	地域移行という同じテーマに沿って各機関が抱えている課題や情報を共有し、解決の糸口となるように意見交換が行うことができる

【その他事項】 ※協議の場運営における課題や悩んでいる点、アドバイザーに相談したい事項など、自由に記載ください

8 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けたスケジュール（今年度）

短期目標 (今年度)	コロナ禍により中断していた、ピアサポーターによる病院訪問の再開	
スモール ステップ	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者及び病院職員からのニーズのヒアリング ・ニーズに沿った病院訪問の提案 	
時期(月)	実施内容	具体的な取組
R6年6月	ピアサポーターと今年度の活動内容について意見交換	H30年度を最後にコロナ禍の影響で病院訪問及び養成研修が中断となっていた。今年度のピア活動として病院訪問の再開を検討しており、実施可能な活動を計画する。
R6年7月	精神科病院へのアポ取り	ピアサポーターの声を踏まえた、病院訪問の再開に関する打診、提案。
R6年9月	訪問先病院との打合せ	病院訪問の目的や方法について意見交換。
R6年10月	ピアサポーターとの打合せ	病院との打合せ内容の共有。訪問するピアサポーターの調整。
R6年10月	病院訪問①	地域移行の促進というよりは、「入院患者の話し相手」や「声を聞く」ことを目的に訪問。
R6年11月以降	病院訪問② ・ニュースレター「にも通信」による広報周知 ・ピアサポーター養成研修の開催	2回目の病院訪問に向け、参加者及び関係者による振り返りや次回実施内容の検討。 再開した病院訪問の内容をニュースレターにより周知し、訪問可能な病院の増加、ピアサポーターの養成に注力する。