

厚生労働省

平成30年度障害者総合福祉推進事業

精神科病院における、地域移行プログラム
（地域連携パス）の実施状況調査及び
効果的なプログラム等の提示に関する
調査・研究

報告書

2019（平成31）年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所

目 次

第1章 事業概要	1
第1節 事業の概要	1
1. 調査・研究目的	1
2. 事業の対象者	1
3. 委員一覧	2
第2節 事業スキーム	3
1. 事業遂行の全体像	3
2. 委員会スケジュール	3
第2章 調査の実施	5
1. 調査概要	5
2. 調査結果	5
第3章 多職種連携の必要性和地域移行支援の姿	7
第1節 連携における基本的な考え方・必要性	7
1. 連携の意義	7
2. 連携の基本姿勢	7
3. 連携の鉄則	8
第2節 連携支援が必要な対象・推進に必要な要素	9
1. 連携支援が必要な対象とは	9
2. 連携支援による地域移行を推進するうえで必要な要素	10
第3節 地域移行支援とは	11
1. 地域移行支援がサービスメニューとして追加された背景	11
2. 地域移行支援における一般的な流れ及び役割	12
第4節 関係機関の役割	16
第5節 連携によるメリット	19
1. 定性的なメリットについて	19
2. 定量的なメリットについて	20
第4章 個別支援における連携	23
第1節 支援体制の整備のポイント	23
1. 顔の見える関係づくり	23
2. 情報の連携	24
3. 人材育成	24
4. 地域づくり	24
第2節 入院中の連携におけるポイント	26
1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援	26
2. 適切な地域移行支援に向けた役割	27

第3節 地域生活期の連携におけるポイント	29
1. 医療・福祉間の情報の連携	29
2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援	30
3. 特に退院直後に行うべき連携	30
4. 特に回復期に行うべき連携	31
5. 危機的場面に備えた連携	32
第5章 地域の基盤整備に向けた連携	33
1. 保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制	33
2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備	33
3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域	34
4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発	34
第6章 多職種連携の構築に向けた研修	37
第1節 モデル研修概要	37
第2節 モデル研修の実施報告	39
1. グループワークのまとめ	39
2. 効果測定アンケート	43
第7章 今後に向けて	49
第1節 多職種連携の構築に向けた研修の普及に向けて	50
1. 人材育成ビジョンの検討・発信の必要性	50
2. 連携の促進に向けた研修等の普及啓発	50
第2節 連携支援の充実に向けて	51
1. 連携支援体制を構築するうえでの関係機関の機能強化	51
2. 更なる連携の推進に向けた報酬体系の検討	51
3. 連携支援の一助となるツール開発の必要性	51
資料編	53
1. ヒアリング結果の整理票①	53
2. ヒアリング結果の整理票②	61
3. 多職種のコミュニケーションを促進する障害福祉サービス等報酬の詳細	62
4. 多職種のコミュニケーションを促進する診療報酬の詳細	65
5. 参考事例：地域移行支援推進チーム結成による基盤の整備・個別支援の例	70
6. モデル研修資料	79

第 1 章

事業概要

第 1 節 事業の概要

1. 調査・研究目的

本事業の目的は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあります。そのための1つの仕組みとして、病院と地域の関係機関との連携に有効な地域移行プログラム（地域連携パス）のあり方及び連携そのものの必要性・有効性等を検討します。

また、病院と地域の関係機関との連携に有効なプログラムを運用していくために、病院と地域が連携してどのような研修等を実施しているか調査し、必要に応じてモデル的な研修を行うなどして、有効な研修のあり方を検討します。

研修内容は、「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発」（平成 28 年度障害者総合福祉推進事業）に反映させるとともに、評価を行います。

2. 事業の対象者

本事業では、以下のような精神障害者を想定し、その地域生活の実現に資する効果的な地域移行支援・地域定着支援について検討を進めました。

退院は可能であるが、環境や個人の因子により入院が続いており、

地域生活に移行するためには

医療・保健・福祉・行政等による連携支援が必要な方

これは、多職種が連携して包括的な支援を行うことで、地域生活が可能になる方とも言い換えることができます。

そして、上記のような方のどのようなニーズや課題に対して医療・保健・福祉による連携支援が必要なのか、また、その連携支援の方法や内容について調査・研究を実施しました。

3. 委員一覧

本調査研究の実施のため、「精神科病院における地域移行プログラム（地域連携パス）の実施状況調査及び効果的なプログラム等の提示に関する調査・研究検討委員会」（以下、「委員会」という。）を設置しました。

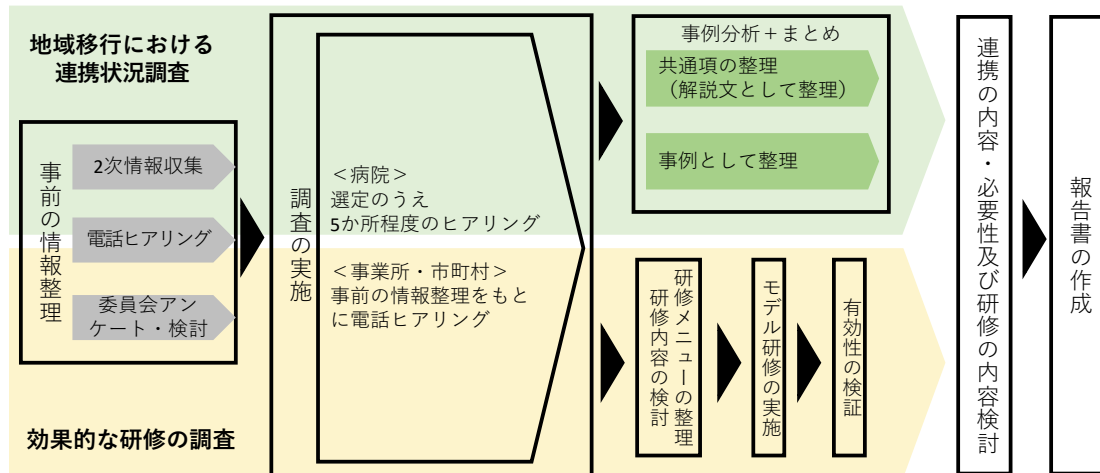
（敬称略）

区分	氏 名	所属先・役職等
委員長	岩上 洋一	NPO法人じりつ
精神科病院医師	江原 良貴	日本精神科病院協会
精神科病院医師	藤田 潔	日本精神科病院協会
保健師	船崎 真由美	全国保健師長会
看護師	中庭 良枝	日本精神科看護協会
作業療法士	菊入 恵一	日本作業療法士協会
相談支援専門員	岡部 正文	日本相談支援専門員協会
ピアスタッフ	五十嵐 信亮	日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構
行政	小船 伊純	埼玉県白岡市健康福祉部福祉課長
有識者 兼 精神保健福祉士	岩本 操	武蔵野大学人間科学部人間学科教授 日本精神保健福祉士協会

第2節 事業スキーム

1. 事業遂行の全体像

本事業を遂行した全体的なスキームは、以下のようになります。



2. 委員会スケジュール

第1回委員会	10月27日	・事業概要について ・調査方法、調査項目等について ・今後のスケジュールについて
↓（基礎調査及び連携の必要性の整理）		
第2回委員会	12月23日	・連携の必要性、あるべき姿について ・ヒアリング調査の実施について ・モデル研修の方向性について
↓（ヒアリング調査の実施）		
第3回委員会	2月24日	・報告書案について ・モデル連携研修の実施について
↓（モデル連携研修の実施）		
第4回委員会	3月16日	・報告書の確認

第2章

調査の実施

1. 調査概要

本事業においては、「地域移行における連携状況調査」を実施しました。

＜地域移行における連携状況調査＞

調査期間：2018年12月～2019年2月

調査対象：精神科病院及びそこからご紹介いただく地域援助事業者、市町村

※対象病院は厚生労働省及び検討委員からの推薦により選定（13病院）

調査手法：電話ヒアリング 13件

及び件数 訪問ヒアリング 2件

調査項目：

電話ヒアリング	訪問ヒアリング
・主な連携相手 ・主な連携内容 ・連携支援のポイント ・今後に向けた展望（課題）	・圏域の状況・特性等 ・地域移行の推進に必要な要素 ・地域基盤の整備における役割・取組 ・支援体制の整備における役割・取組 ・個別支援の連携内容

2. 調査結果

ヒアリング調査より得られた現状や意見を整理すると、以下のカテゴリに分類することができました（ヒアリング結果一覧表は資料編 P53 を参照）。

①連携支援が必要な対象（課題）

…どのような課題をもつ対象者が連携支援により地域生活を実現できるのか。

- ・自らの意思で入院したわけではないケース
- ・生活上の動作が自立していないケース
- ・本人以外の支援も同時に必要なケース
- ・複数の疾病を持つケース
- ・金銭的な理由から自立が難しいケース

など

②地域移行に必要な要素

…連携支援による地域移行を推進するために必要な要素。

- ・関係者間の情報共有
- ・関係者によるアセスメント力
- ・退院後の住居の確保

- ・地域基盤の整備（病状変化等に対応可能な地域資源の存在等）
- ・支援体制の整備（多職種連携が可能なネットワーク等）

など

③地域基盤の整備におけるポイント

…障害福祉の基盤整備を行う視点からの地域基盤の整備におけるポイント

- ・保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制の構築
- ・個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備
- ・支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域づくり
- ・普及啓発の充実

など

④個別支援の連携におけるポイント

…個別支援の質を向上させるための、支援体制の整備及び入院中・地域生活期の連携におけるポイント

- ・顔の見える関係づくり
- ・情報共有のしくみづくり
- ・人材育成
- ・地域づくりの推進
- ・医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援
- ・適切な地域移行支援に向けた役割
- ・本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援
- ・退院直後、回復期、危機的場面に備えた視点など、場面ごとによる連携

など

⑤連携によるメリット

…定性的・定量的なメリット

- ・地域からの信頼度の向上
- ・人材確保や連携による支援の質の向上
- ・加算や報酬による評価獲得

など

次章以降では、以上に分類した項目をベースとして、かつ、委員会での議論を踏まえ、そのデータを示しながら解説を行います。

第3章

多職種連携の必要性和地域移行支援の姿

第1節 連携における基本的な考え方・必要性

ここでは、本事業のキーワードである「連携」について、その意義と基本的な考え方をまとめます。

1. 連携の意義

連携とは「同じ目的を持つ者が互いに連絡を取り、協力しあって物事を行うこと（広辞苑）」です。つまり、ある目的を達成するために複数の人や機関の協力が必要となる場面で活用される方法や体制のことを言います。

保健・医療・福祉の分野で「連携」が不可欠になった背景の一つは、疾病構造の変化です。50年ほど前まで日本における主な病気は感染症など急性疾患で、医学的な治療が最優先でした。ところが今日では糖尿病や高血圧、精神障害などの慢性疾患が多くを占めるようになり、病気とつき合いながら生活する人々が増大しました。このため、医療、介護、福祉、労働などの多分野が協力して人々を包括的に支援する必要性が高まってきたのです。

もう一つ「連携」が重視される背景として「地域生活支援」の視点があります。現在病院に入院している方も施設に入所している方も、その生活の拠点は地域にあるという考え方が推進されています。地域生活におけるニーズは多様で、その資源調達も多岐に渡ります。そこで、人々の多様なニーズに対応するために複数のサービス提供機関が協力・協働することが必要になったのです。

2. 連携の基本姿勢

(1) 本人のニーズを中心に据える

連携の重要性は先述した通りですが、連携はあくまでも支援を必要とする人のニーズを実現するための手段・方法であって、目的ではありません。常に本人のニーズを中心に据えた連携のあり方を考え、本人の参加を原則とします。

(2) 目標を共有し継続的に確認する

連携には参画する人々や機関が目標を共有することが不可欠です。同じ目標を見据え、それに向かって各々が働くことで連携が成り立っていることを忘れずに、継続的に目標を確認することが大切です。

(3) それぞれが有する共通の理念を土台とする

連携というと、専門職間や機関間の役割の違いが強調されますが、違いの前に共通性を認識することも重要です。例えば、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士

など職種は異なっても「人権尊重」といった普遍的価値を共有しています。また、病院、福祉機関、行政など機関種別は異なっても人々の健康や福利を追求する理念は共通しています。こうした共通の理念が連携を盤石なものにしてくれるのです。

（４）多職種・多機関（連携相手）の役割や立場を理解し尊重する

連携は、連携に参画する人や機関がその持ち味を発揮することで促進されます。そのためには連携相手の専門性や役割を理解することが必要です。例えば、良質な書籍を揃えている本屋さんに「お花を売ってください」と言っても何もできません。相手の専門性や得意なことを理解し、そのパフォーマンスを高めるように働きかけることが大切です。また、各機関はそれぞれ根拠法を有し、所与の条件に基づき運営しています。そこで働く専門職もその機関の代表という立場を担っています。その点を理解し尊重することが連携を図るうえでの信頼関係につながっていくのです。

（５）相手に伝わる言葉で話す

専門職や専門機関には、それぞれに特有の専門用語があります。専門用語はそれを共有する者同士には便利で有効なものですが、専門が異なると連携における弊害にもなります。連携は多様な人や機関によって構成されていることを念頭に置き、なるべく専門用語に頼らず平易な言葉を使用することが必要です。

（６）地域の実情を踏まえて資源化する

連携の基盤は地域です。地域にはそれぞれ独自の風土や背景などの事情を有しており、強みも弱点もあります。地域の実情を考慮するとともにその特性を資源化した連携の形を探求することが大切です。

（７）個別のレベルから体制整備へ

連携には様々なレベルがあります。はじめは個別支援における連携や個々の専門職間の連携から取り組むことが多いと思いますが、個別のレベルから地域における連携体制の構築に向けた意図的な働きかけが、さらなる連携強化の道を開きます。

３．連携の鉄則

「決して争ってはいけない、争いの中に弱いものの生きる場はない」。この言葉は社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会の三大原則からの引用です。

連携では多様な人や機関が参画するため、当然ながらそれぞれの事情や利害がぶつかることもあります。しかし、改めて何のための連携でしょうか。

支援を必要とする人が必ずしも「弱いもの」ではありませんが、連携における争いやいざこざは、連携の中心にいる当事者の居場所を奪ってしまうのです。このことは、連携に関わる私たち全員が肝に銘じておくことだと思います。

第2節 連携支援が必要な対象・推進に必要な要素

保健・医療・福祉の連携による支援が必要な対象者とはどのような方なのか、また、連携支援を実施するうえで必要な条件とは何か、本事業で行った調査よりまとめます。

1. 連携支援が必要な対象とは

調査結果より、連携支援が必要だと考えられる対象（課題）として、「生活行為に課題を抱えるケース」、「複合的な疾患等を持つケース」、「家族等の身近なサポートが得られづらいケース」、「高齢期にあるケース」、「制度のはざまに陥っているケース」、「金銭に係る課題を持つケース」などが考えられることがわかりました。

以下に、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

<連携支援が必要な対象（調査結果及び委員会検討より）>

- ・措置入院のケース
- ・自分だけでは食事が摂れないケース
- ・自傷行為がみられるケース
- ・他害行為がみられるケース
- ・家族支援も同時に必要なケース
- ・医療サービス以外の、生活に対する支援が必要なケース
- ・介護保険を使えない制度のはざまのケース（65歳未満など）
- ・精神疾患を持っているが、自立度が高く、介護保険が使えないケース
- ・単身者のケース
- ・家族の支援が得られないケース
- ・発達障害等の理由にて生活能力が不足するケース
- ・身体障害や知的障害の合併などがあるケース
- ・糖尿病を併発しているケース
- ・病識が無く、服薬の継続が難しいケース
- ・生活保護の受給が必要なケース
- ・金銭管理が苦手なケース

2. 連携支援による地域移行を推進するうえで必要な要素

調査結果より、連携支援による地域移行を推進するために必要な要素として、「情報の連携のしくみ」、「専門職間の役割の相互理解」、「本人の意思決定及び意思決定支援」、「住まいの確保」、「本人・家族を取り巻く人的・サービスのサポート体制」、「各種普及啓発」、などが考えられることがわかりました。

なお、ここでいう「情報の連携」は、情報共有の延長線上にあるものと考えてことができます。情報を単に共有するのみならず、より適切な支援へとつなげていくための情報の連動性等を担保することを意味します。

以下に、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

＜地域移行に必要な要素（調査結果及び委員会検討より）＞

- ・医療と福祉における情報の連携
- ・障害福祉サービスや在宅介護・医療サービス事業者と入院医療機関との連携
- ・さまざまなニーズを包括的に受け、その後に最適な社会資源を有する施設等を紹介するゲートキーパーがあること
- ・患者の思いや希望等を関係者（支援者）間で共有する
- ・関係者間がお互いの役割を知る
- ・退院後の支援の内容が患者や家族の希望に基づいていること
- ・（単身生活が可能な場合）アパート等の単身用の住居が確保できる環境
- ・（単身生活が困難な場合）グループホーム等への入所がスムーズに行える環境
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られていること
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られない場合は、経済面の問題が事前に整理されること
- ・家族に対する、心理的なサポート及び病理の理解という点での支援があること
- ・地域生活期において、急な病状変化等に 24 時間 365 日対応可能な医療機関があること
- ・地域移行・定着の推進役は行政が担い、その推進の方針を明確に示すこと
- ・地域全体を見渡して、病院ごとに人材育成の在り方と地域移行に対するスタンスが統一されること

第3節 地域移行支援とは

1. 地域移行支援がサービスメニューとして追加された背景

平成 24 年の障害者自立支援法の改正に伴い、相談支援の充実に併せて地域相談支援として個別給付化され、地域移行支援・地域定着支援がサービスメニューとして追加されました。

精神障害者の支援領域は、従来、社会的な（家族、金銭、住居、仕事、支援者等）支援がない人への退院支援を医療機関中心にお願いしてきた歴史があり、精神科病院に負担をかけてきたことが背景にありました。

つまり、地域の受け皿や体制整備をすること、地域生活支援をする役割は市町村及び相談支援事業所にあることから、上記の改正となりました。

その後、障害者総合支援法が施行され、これらの施策が推進されていきます。平成 30 年度には地域移行における対象者を明確にするための通知改正（「介護給付費等の支給決定等について(平成 19 年 3 月 23 日、障発第 0323002 号 障害保健福祉部長通知)」）が行われ、入院期間に関わらず障害福祉サービスにおける地域移行支援の対象者となることが示されています（※下記参考）。

つまり、医療・保健・福祉の連携支援が必要となる人は、ご本人の申請のもと対象者となるわけです。これは、入院中で障害福祉サービスの申請がこれから必要な方のみならず、入院する前から障害福祉サービス等による支援を受けている方なども含め、どのような方にも共通する考え方になります。

このような連携支援を推進するなかで、併せて広く地域全体の基盤整備を推進する必要があります。つまり、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるためには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する必要があるといった議論へとつながっていきます。

すなわち、これまでに繰り返されてきた「地域移行支援」をベースとした施策の形が見直され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をベースとした施策展開へと変わり、地域移行支援を地域連携支援の強化と地域体制基盤の整備という認識に改め、取り組まれることが重要です。

＜参考：「介護給付費等の支給決定等について(平成 19 年 3 月 23 日、障発第 0323002 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」の一部の改正について（平成 30 年 3 月 29 日）＞

新（現行）	旧
第五ー2ー（1） 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>（削除）</u>	第五ー2ー（1） 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>なお、申請者が精神科病院に入院する精神障害者の場合については、長期に入院していることから地域移行に向けた支援の必要性が相対的に高いと見込まれる</u> <u>直近の入院期間が 1 年以上の者を中心に対象とすることとするが、直近の入院期間が 1 年未満である者であっても、例えば、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする者や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象となるので留意すること。</u>

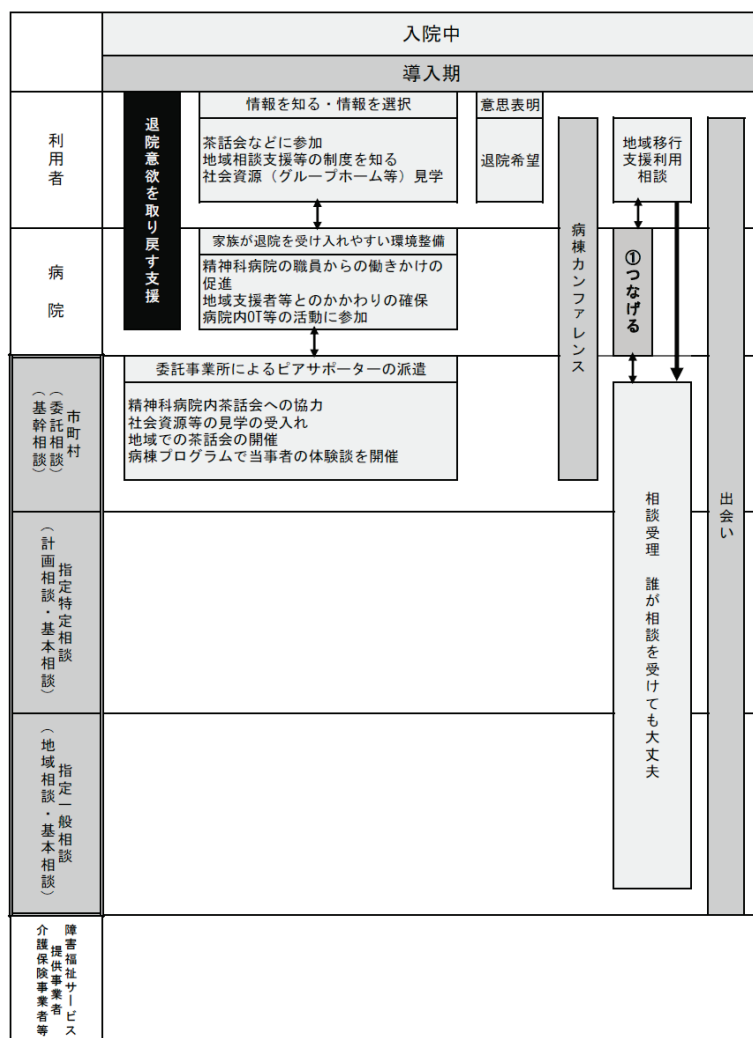
2. 地域移行支援における一般的な流れ及び役割

「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書」（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 平成 29（2017）年 3 月）では、地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制における全体の流れとして、入院中を「導入期」、「初期」、「中期」、「後期」に、地域生活を「地域定着期」として整理しています。

本事業では、これを地域移行支援における一般的な流れ（一般的なモデル）として捉え、調査研究を進めました。

<導入期>

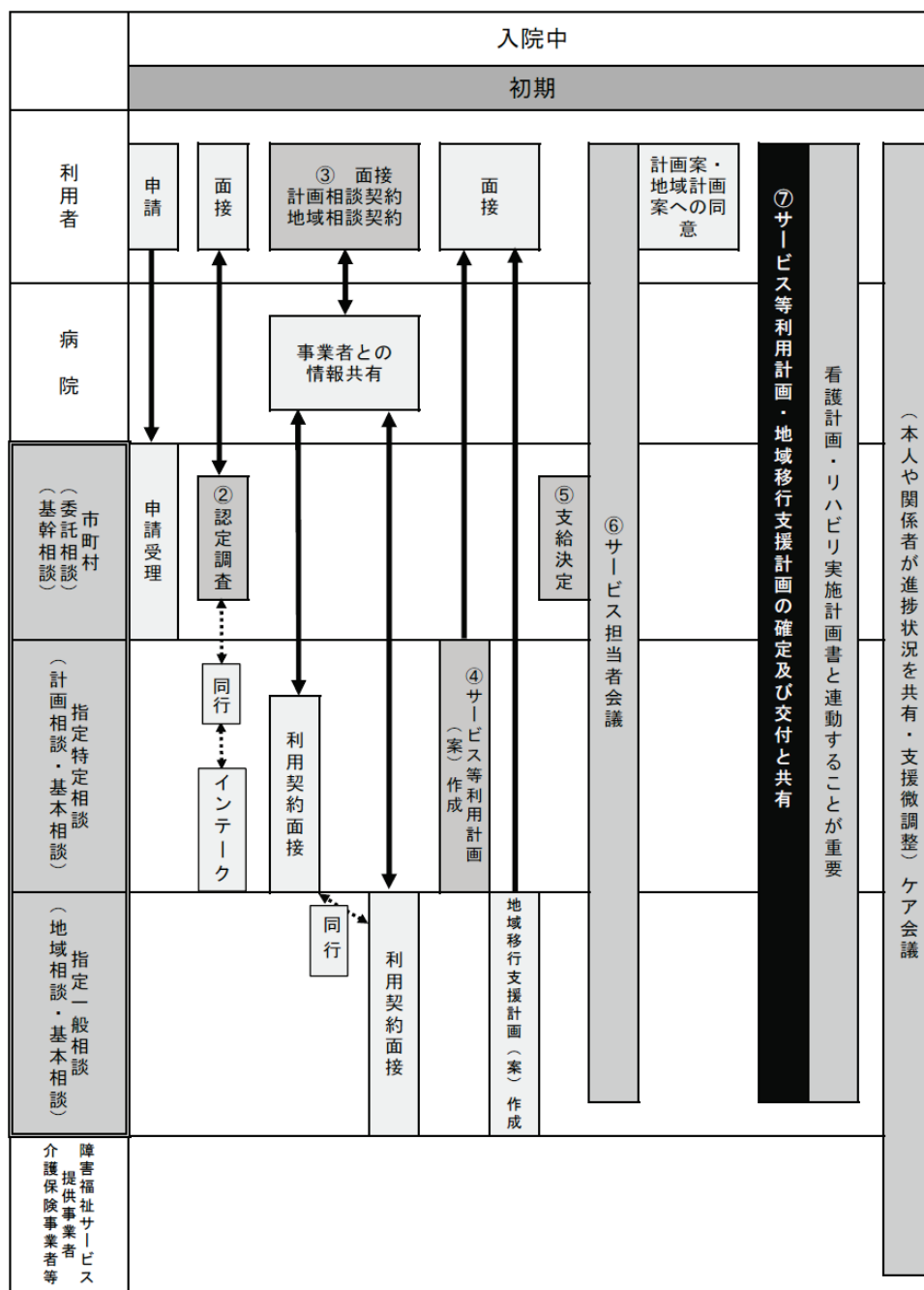
本人が退院希望をし、地域相談支援のサービス申請をするまでを導入期と整理



©2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

<初期>

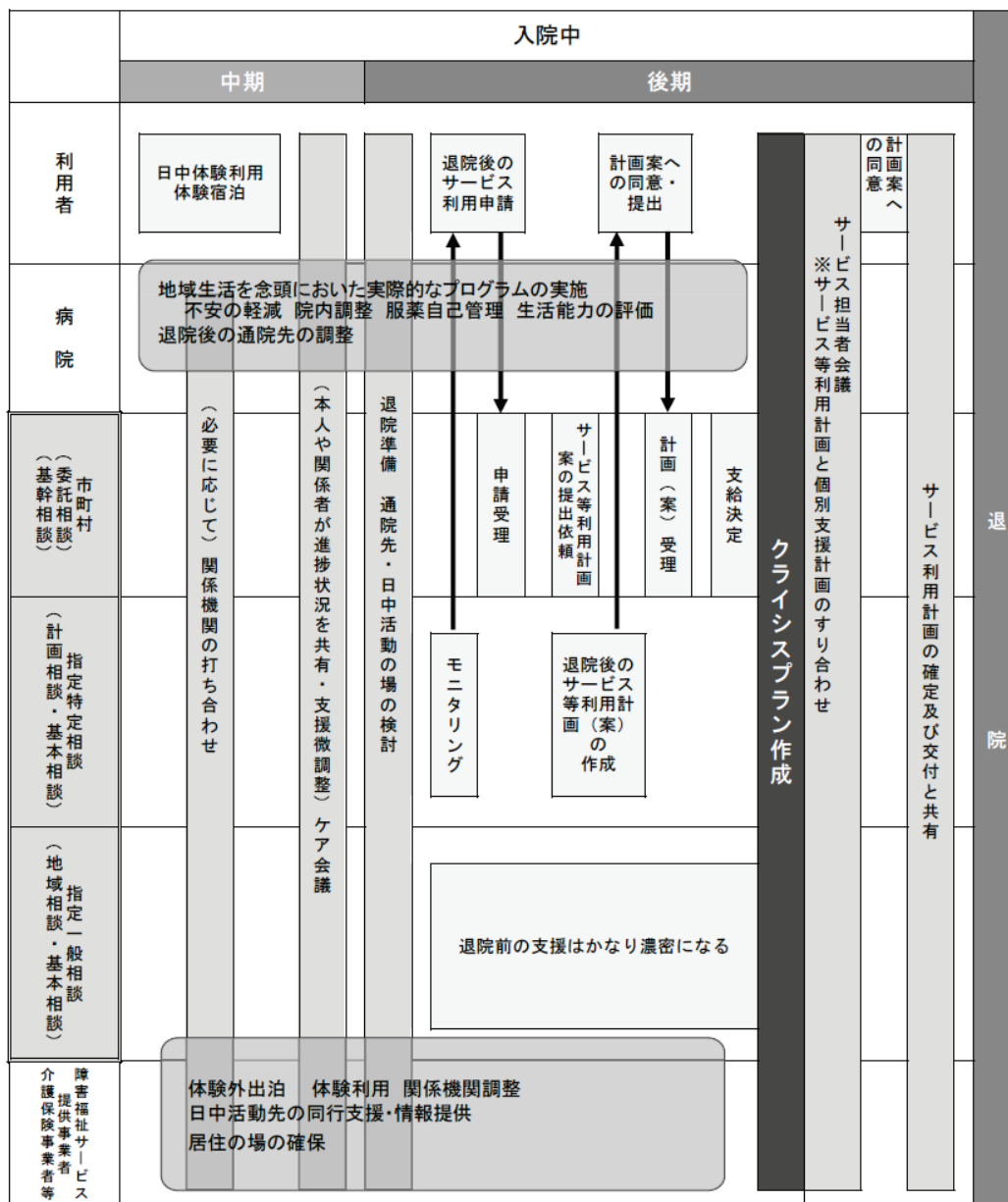
本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでを初期と整理



@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

＜中期・後期＞

地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先などを決めていくのが
中期・後期と整理



©2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

<退院後の地域生活支援>

退院後の生活する場面を地域定着期として整理

			地域生活											
			地域定着期											
利用者			身近な場所において必要な日常生活支援や社会生活を営む支援を受けながら生活することも選択できる											
病院														
市町村 (委託相談) (基幹相談)			日々の業務で日常的に支援、サービス担当者会議、モニタリングへの参加											
(計画相談・基本相談) 指定特定相談			モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可											
			継続サービス利用支援	継続サービス利用支援	継続サービス利用支援			継続サービス利用支援						継続サービス利用支援
(地域相談・基本相談) 指定一般相談			地域定着支援を利用する場合は、契約と台帳作成等が必要											
			地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費	地域定着支援サービス費
障害福祉サービス 提供事業者等 介護保険事業者等			モニタリング期間についてはサービスの種類及び必要度によって異なり 実情に合わせて設定											

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

第4節 関係機関の役割

連携支援による地域移行・地域定着支援、さらには精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するうえでは、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備など、さまざまな要素が相互作用的かつ複合的に進められることが重要です。

以下にこれらの視点を整理します。

○個別支援の質の向上

具体的に個別支援を展開するうえでの連携の内容や手法等を指します。

医療面・生活面の両面からの情報の連携の手法や、多職種協働による退院意欲の喚起、本人のみならず家族までも視野に入れた支援など、その内容はさまざまです。

○支援体制の整備

個別支援を行ううえでの包括的な支援ネットワーク等の構築を指します。

いわゆる、顔の見える関係づくりなどをはじめ、情報の連携のしくみづくり、直接支援に関わる人材の育成や多分野協働による支援ネットワークの構築などが考えられます。

○地域基盤の整備

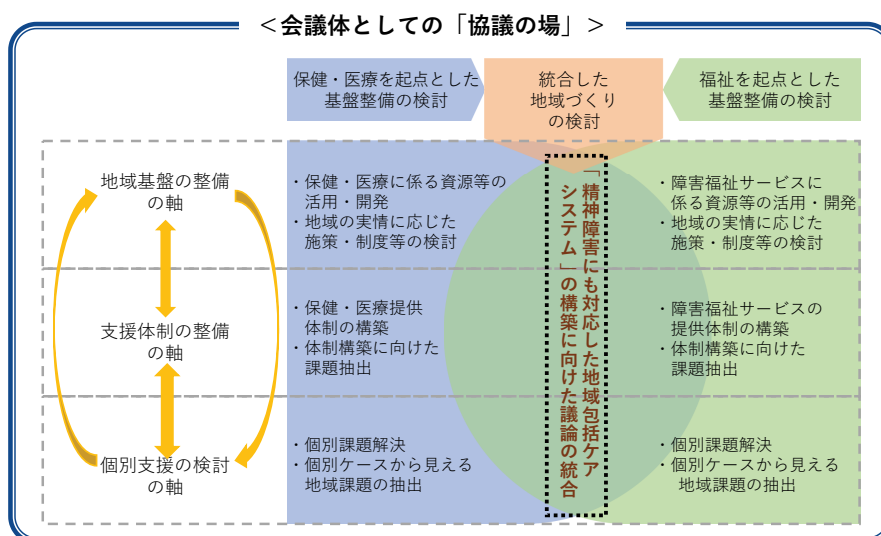
精神障害者が暮らすうえでの核となる地域全体の支援体制を整備することを指します。

保健・医療を起点とした基盤整備としては、求められる医療ニーズに対応可能な精神医療体制の構築（医療機能の高度化や早期連携のスキームづくり、アウトリーチの充実など）が考えられます。

福祉を起点とした基盤整備としては、障害福祉サービスに係る資源等の活用や開発（地域生活支援拠点の整備等も含む）、相談支援体制の強化、障害福祉計画への取組の反映などが考えられます。

なお、これらの取組について、地域全体で検討し、具体的な方策等を協議する場として、第5期障害福祉計画にて目標として掲げられている「協議の場」の設置が進められています。「協議の場」の機能と構造を整理したものが以下となります。

<協議の場の機能（横軸）と協議内容の構造（縦軸）の概念>



出典：「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」2019年3月 株式会社日本能率協会総合研究所

ここでは、地域移行支援を行ううえでの、関係機関の役割について、精神科病院・地域援助事業者・市町村にフォーカスを当て、おおまかに整理します。

(1) 精神科病院

【個別支援の質の向上】

- 本人の希望を継続的に聴取する機会を持ち、カンファレンスやケア会議など本人の意向にそった支援計画を多職種協働のもと作成する（ピアサポーター等との面談などの活用も含む）
- 精神的なアセスメントだけでなく、身体的なアセスメントを入院中から行い、退院後の生活に治療・リハビリテーションの必要性があれば他の医療機関と連携する。また、入院生活中に身体的機能の低下を防止する介入を行う
- 退院意欲の喚起、または退院意欲低下の防止を目的とした外出・外泊・社会資源見学の機会が持てるよう支援する
- 外部の支援者・ピアサポーターと触れる機会を創り、院外の協力者と関係性の構築を目的としたリハビリプログラムを実施する
- 退院後の住まいへの試験的な外泊を繰り返しながら出来ることと出来ないことをアセスメントし、退院後に必要な医療・福祉サービスの利用へとつなげる

【支援体制の整備】

- 精神障害者に対し、多職種が連携し良質かつ適切な精神科医療の提供を行う
- 地域生活において患者を支援する者（家族、兄弟姉妹、親戚、友人等）への協力依頼及び教育を行う

【地域基盤の整備】

- 入院中から地域援助事業者や行政に積極的に働きかけ、退院について協議の場を作る
- 病院スタッフに向けて地域移行に関する研修を行い理解の促進を図る
- 医療・福祉・介護領域との連携を図る

(2) 地域援助事業者等（主に基幹相談支援センターや市町村の相談支援事業を想定）

【個別支援の質の向上】

- 訪問面会活動等を通じて把握した患者のニーズに基づき、個別給付やピアサポート支援等の必要な活動を定期的かつ継続的に行う
- 指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への地域移行に関する技術支援を行う

【支援体制の整備】

- 入院患者・外来患者が高齢、生活保護受給者等の場合については、地域包括支援センターや生活保護担当の協力要請を行う
- 病院と連携して、入院患者・外来患者の状態に応じて意欲の喚起及び退院支援プログラムを行う

【地域基盤の整備】

- 協議会等を活用して入院患者・外来患者の動向を調査し、連携の促進を図るべき病院を関係機関とともに絞り込み、関係機関とチームを組み入院患者・外来患者への訪問面会活動等を実施する
- 訪問面会活動等を通じて病院スタッフとの関係性を構築する
- 各都道府県（精神保健福祉センター、保健所含む）と協力してピアサポーターを養成し、地域援助事業者等で活用するためのしくみの構築やさまざまな活動を進める場を整備する
- 個別支援を通じて明らかになった課題（例：住まいの確保等）の解決に向けて、既存のネットワークの調整や必要な社会資源開発を行う

（３）市町村

【個別支援の質の向上】

- 対象者一人一人の特性に応じた支援を行うため、サービス等利用計画の内容を踏まえ、適切な支給決定を行う
- 入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所の斡旋及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行う
- 可能な限りサービス担当者会議等に参加し、状況を把握するとともに、支援のプロセスを本人及び関係機関と共有する。

【支援体制の整備】

- 協議会と居住支援協議会が連携して、具体的な居住の確保を行う

【地域基盤の整備】

- 障害福祉担当課のリーダーシップのもと庁内各課及び関係団体との合意形成を図る。特に、対象者が高齢である場合は、障害福祉担当課が介護保険等、高齢分野の担当課へ速やかにつなぎ、連携調整を主導して行う
- さまざまな関係者が情報の連携や連携を行う体制を構築するための協議の場を設定する
- 協議会を活用して、地域の相談支援体制を整備するとともに、地域の関係機関等との連携体制を強化する
- 精神障害者に関連する分野の計画等を、それぞれの整合性を図りながら作成する
- 障害福祉サービスや介護サービスを PDCA サイクルにより計画的に整備する
- 退院後生活環境相談員等との連携を図るなど、相談支援事業所と調整し地域移行後の地域定着に向けた支援体制を構築する
- 個別支援に必要かつ適切なサービス提供のため、予算を確保し、市町村事業の運営を行う

第5節 連携によるメリット

連携支援を行う最大メリットは、継続的かつ包括的な支援を通して、精神障害を持つ本人が自らの望む暮らしを支え、本人が自己実現を図ることです。

そのような、本人の意思を中心とした支援を、多職種及び多機関の連携により実現することで、それぞれの関係者にとってもメリットを享受できることが考えられます。そのメリットは、大きく「定性的なメリット」と「定量的なメリット」の2つに分けることができます。

1. 定性的なメリットについて

「定性的なメリット」としては、数値で表すことが難しいけども効果や成果を感じるものが考えられます。

たとえば、日常的なコミュニケーションが取りやすくなった、自身のスキル向上につながった、などの感覚的なものが考えられます。

以下に、地域体制の基盤整備によるメリットと個別支援時の連携における定性的なメリットについて、調査で寄せられた具体例を抜粋します。

連携によるメリット（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する ○必要性が認められるものの医療と結びついていなかった患者が適切にアクセスできる ○地域移行に係るさまざまな関係機関等とのネットワークを形成すること（及び連携支援のうえで退院の実績を積み上げること）で、院内スタッフの生活面に関するアセスメント能力の向上等、さまざまなスキルが醸成される ○定期的な情報の連携の機会や関係性ができること、患者の地域生活上の情報の連携がスムーズになる ○退院支援の協力者（マンパワー）ができる
地域援助事業者等	○精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する ○顔の見える関係が醸成され、サービス提供依頼のペースが増加することで、計画的な人員体制の確保が行えるようになる ○顔の見える関係の醸成に加え、地域移行の実績が重ねられることで、サービス利用のニーズが増加する ○支援ニーズを持つ方の早期発見につながり、かつ適切なサービスへとつながりやすくなる ○情報の連携のルールをひとつモデル的に行うことで、その後は多機関との情報の連携時にそのノウハウを展開することができる ○支援困難ケースにおいても、連携支援による重層的なサービスが提供できるようになる ○入院中から利用者に関わることで、入院中の支援チームの顔が見えるため、地域生活期において困りごとが起こった際に相談できる先のひとつとなる ○連携支援の体制が醸成され、地域移行支援サービスの実施体験を積み上げることで、長期入院者等も含めた地域移行支援サービス利用者数が増加する

	(利用者数の増加) ○本人の病状が悪い段階から関わることで、その後の支援（体調管理等）がしやすくなる ○入院中から利用者に関わることで、退院後の支援チームを利用者があらかじめ知ることができ、かつ早期の関係性の構築が見込める ○入院中に病状悪化時の振り返りを行うことで、利用者の病状コントロールへの意識づけが行われる ○地域生活期における情報を共有する体制が整うことで、関係者間での相互相談が行いやすくなるとともに、病状悪化時にも即座に対応ができる ○相談支援事業所や市町村の相談窓口、その他サービス事業所等との関係性が構築されるにしたい、各種サービス等の利用ニーズを持つ方につながるようになる（利用者の増加につながる） ○顔の見える関係が形成されることで、緊急時には医療機関に即相談ができることでの安心感が担保される
--	--

2. 定量的なメリットについて

「定量的なメリット」としては、具体的な数値で表すことができるものが考えられます。ただし、これはメリットとして捉えるのではなく、社会的評価として捉えることが適切です。

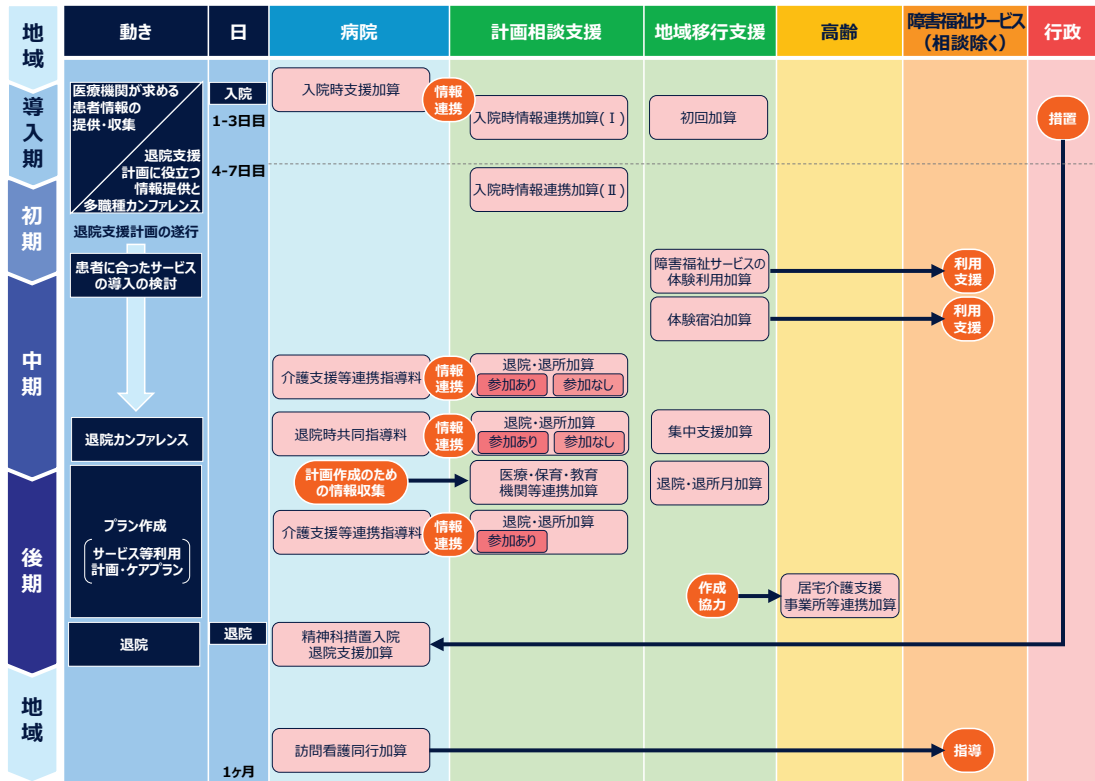
たとえば、報酬や加算などの金銭的なものや、地域移行支援の利用者数などが考えられます。

多職種による連携が促進されるよう、報酬上の工夫がされていることがお分かりいただけるかと思いますが、連携に係る加算は、ご本人支援の質の向上を図ることを目的として、多職種・多機関のコミュニケーション量を増加させていくことにあると考えられます。

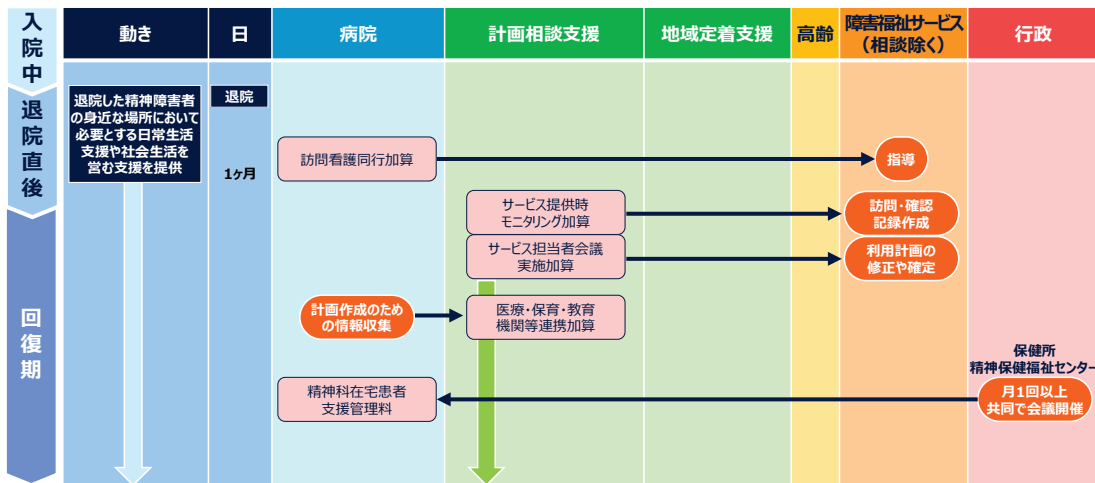
これらの報酬や加算等について、活用をするか否かはそれぞれの組織の判断となりますが、連携促進に向けた取組が国としても意識化・焦点化されている、ということを確認することが重要です。

次ページに、外来から入院した方を例として、地域連携加算等を整理した図表を例示します（委員会での検討を踏まえ、事務局にて作成）。また、資料編（P62）に資料も掲載しますので、参照してください。なお、次ページの＜入院中における例＞と＜地域生活期における例＞はあくまで連携促進の加算をまとめたものであるとともに、医療機関や事業所等の状況により算定基準を満たさない場合もあることを申し添えます。

＜入院中における例＞



＜地域生活期における例＞



※上記、＜入院中における例＞と＜地域生活期における例＞はあくまで連携促進の加算をまとめたものであるとともに、医療機関や事業所等の状況により算定基準を満たさない場合もあります

第4章

個別支援における連携

障害者総合支援法における地域移行支援サービスを活用した地域移行に係る個別支援を行ううえでは（または、地域移行支援サービスを利用しない場合においても、多職種による連携支援を行ううえでは）、関係者間の役割の相互理解や困ったときに助け合える関係の醸成などが必要になります。

それらの、いわゆる顔の見える関係を基盤として、具体的な連携の在り方等について、地域の特性に応じた形を構築していくことが重要です。

ここでは、個別ケース支援における精神科病院・地域援助事業者・行政等（特に市町村を中心とする）の連携の意義や在り方、それぞれの役割などについて、本事業の調査から見てきた姿を解説します。

第1節 支援体制の整備のポイント

1. 顔の見える関係づくり

多職種・多機関連携による個別支援を展開するうえで、包括的な支援のネットワーク、いわゆる「顔の見える関係」を形成することは必要不可欠です。

そのためには、多職種・多機関が集まる「場」があることが大切になります。さまざまな関係者が、協議会や保健・医療・福祉による協議の場などの「場」を活用し、ネットワークの醸成に取り組むことが求められます。

顔の見える関係を醸成するうえでは、関係者間が双方の守備範囲を理解することが重要です。それぞれの職種や立場等により、できること、できないことが異なる点を理解することが、適切かつ効果的な連携の礎となります。

このような役割等の理解は、個別ケースの支援を通じて醸成することも効果的です。具体的な連携支援を行うなかでコミュニケーションを図り、時には自らの支援内容や効果を連携対象の医療機関や事業所等にフィードバックするなどし、理解を深め合う工夫を図ることも効果的だといえます。

また、具体的な連携を図る以前の、平時のコミュニケーションも重要です。場合によっては自組織の取組や役割を他の機関に説明に回る、いわゆる営業活動のような働きかけも効果を発揮する可能性を秘めています。

いざ必要となときに協力を求めることができる相手を見つけ、連携の場面では適切な役割分担や意思疎通を図ることができるネットワークを広げていくことが重要です。

2. 情報の連携

地域の関係者間で、それぞれが持つ情報を適切に共有し、支援の質を高めていくことが、保健・医療・福祉をはじめ直接支援を行う専門職には求められます。

前述の自立支援協議会や保健・医療・福祉による協議の場をはじめ、精神科医療機関におけるカンファレンスの機会や地域援助事業者が実施する会議の場、また、そのような「場」に限らず、逐次適切に情報の連携が可能となるしくみを構築していくことが重要です。

これらの共有の場やしくみは、それぞれの関係機関が持つノウハウや機会を積極的に共有して構築・展開していくことが効果的です。既存のノウハウや機会を活用する視点を持ち、取組を推進することがポイントです。

一方、新たなしくみづくりを行う視点も重要になります。たとえば、ICT 等を活用した情報の連携の取組や地域連携パスの作成等について、既存の場を活用して検討していくことなどが考えられます。

地域資源の状況や予算、そのほかさまざまな要因により、その手法等は異なりますが、いずれにしても、精神障害者がその疾病の状況や個人のニーズに合わせて、自分らしく生活できるよう支援するうえで、その時々に応じて必要な情報を速やかかつ適切に関係者間で共有できるしくみを構築していくこと、そのしくみを適切に活用できるようになることが保健・医療・福祉の関係者には求められます。

3. 人材育成

個別ケース支援における質の向上を図るうえでは、精神科医療機関や地域援助事業者などの直接支援に関わる機関をはじめ、支給決定を行う市町村や後方支援を行う都道府県など、関係者の支援に係る知識や技術の伝達が必要不可欠です。

その内容としては、各機関が実施する研修会や事例検討等による支援に係る知識・技術の伝達、各種制度理解の促進を目的とした情報の連携・伝達の場の開催などが考えられます。

大切なことは、精神障害者の生活を支援するうえで必要な知識や技術を、精神科医療機関や地域援助事業者、市町村等の関係者がそれぞれの役割と併せて理解を深め、支援を展開する場面においてその力を発揮できるよう、さまざまな側面から人材育成や普及啓発を進めることです。

4. 地域づくり

精神保健医療福祉の関係者のみで、すべての精神障害者の生活を支援することは困難だと考えられます。

65 歳以上の方の場合は高齢分野の関係者と連携する必要があるでしょう。フォーマルサービスだけでは本人の生活を支えることが難しく、ボランティアや近隣住民等

のインフォーマルな力が必要になる場合も考えられます。また、本人のみならず家族の支援を展開するうえでは家族会の活動に協力を仰ぐこともあるかもしれません。

つまり、多分野の協働で精神障害者の生活を支えていくことが可能な地域をつくることが重要です。

そのためには、関係機関が地域づくりを行う場への積極的な参加・活用を進めることや（例えば高齢分野の地域ケア会議に精神保健医療福祉の関係者が参画したり、自立支援協議会に多分野の関係者を招いたりするなど）、インフォーマルサービスを含む社会資源を適切に活用するためにリスト化を進めたり、その活用について検討するなど、地域住民までを含めた関係者等が、共に地域づくりを行う視点を持つことが重要です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○積極的な地域援助事業者等への相談や連携関係づくり ○精神保健福祉士による病院・施設連携の強化 ○入院時から地域全体での情報の連携が可能となるしくみの整備（地域援助事業者や行政等に対する提案含む）
地域援助事業者等	○地域の精神科病院やクリニック等から、障害福祉サービスを必要とする対象者を紹介してもらえるよう関係性を構築する（営業活動を行う） ○自施設（サービス）の効果や有効性を医療機関や関係地域援助事業者等に対してフィードバックする（レポートで報告する） ○医療機関と本人をつなぐコーディネーターとしての役割を発揮する（ピアサポーターの活用も含む） ○地域援助事業者間での情報の連携や、事例を通じた相互相談の場などへの積極的な参加（または場の創出）
市町村	○地域移行に関する普及啓発を行う（当事者による体験談発表なども効果的） ○地域移行に係る研修等を開催し、サービス提供におけるハードルを取り払うステップを作る ○地域資源一覧の作成やその周知等により、具体的な連携促進を中心的となって進めていく ○困難事例対応のモデルケースを保健・医療・福祉間で共有する場の創出 ○医療機関及び地域援助事業者が開催するケア会議等に参加し、地域で利用者を支える役割の一翼を担うことを本人・関係者等に伝える ○困難事例を職種ごとに集まって検討する場の創出
都道府県・保健所等	○それぞれの精神科病院が持っている困難事例を集約し検討する場づくり ○人材育成を目的とした研修会の開催

第2節 入院中の連携におけるポイント

1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援

入院前や入院早期の段階から、精神科医療機関のみならず、地域援助事業者や市町村等が協働した情報の連携が行われることが重要です。

たとえば、入院以前から福祉サービスを利用していた患者であったような場合、以前の生活の状況について把握しているのは地域援助事業者になります。本人の状態や生活環境等の情報を、入院早期に精神科医療機関と情報の連携を図ることで、退院後の生活を見越した退院計画の作成や適切な支援の実施へとつながることが期待されます。

逆の視点からは、退院時等において、本人の疾病の予後予測やその際の対応等について、精神科医療機関から地域援助事業者等に情報提供することで、医療的な視点から留意すべき点について把握することが可能となります。

重要なことは、医療面の情報と生活面の情報がそれぞれ単独で存在するのではなく、関係者間で情報の連携がされていること、また、そのようなしくみが無い場合は、しくみづくりに働きかけることです。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○入院前・入院時・入院中などの本人の状態像や治療の経過などを地域援助事業者等と情報の連携をしつつ、一元的に情報をまとめると良い ○退院時、地域援助事業者に対し、本人の病状、生活能力、退院後の医療サービスの情報等を提供（または共有）する（退院の1週間程度前であることが望ましい） ○本人・家族の意向や生活状況を聞き取ると同時に、入院前等のサービス状況などを関係職等から得る ○入院直後から中期、退院前と時間の推移とともに変わる本人・家族の意向をしっかりと把握する ○入院後、退院意欲の喚起のため早い段階から、患者が外（地域）に目が向くように促す ○本人のベクトルの向きを変える支援を実施（入院直後は医療を受ける、という受け身のベクトル。退院後は自分から医療にアクセスしたり、という外に向くベクトルが必要になる） ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（特に病棟の担当看護師が担うのが良い） ○本人の状態像や治療の経過などを地域援助事業者等と情報の連携をしつつ、一元的に情報をまとめると良い ○入院時、本人・家族の意向や生活状況を聞き取ると同時に、入院前のサービス状況などを関係職等から得る ○カンファレンス・ケア会議の際、地域援助事業者に声をかける ○支援者に何ができるかを提案し本人が選んだ小さな挑戦を支援する
地域援助事業者等	○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く

	○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを調整する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う） ○地域生活をイメージできない患者については、ピアサポーターの経験談や地域生活をイメージできるような写真や映像を活用する ○地域生活をイメージしにくい本人や家族については、ピアサポーターの経験談や地域生活をイメージできるような写真や映像を活用する
市町村	○地域援助事業者と共同で支援する ○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを調整する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う）
都道府県・保健所等	○切れ目のない情報の連携のためのシステムを構築する（連絡票等の情報を共有するシステムづくり）

2. 適切な地域移行支援に向けた役割

地域移行支援を具体的かつ効果的に行っていくうえでは、各関係機関がそれぞれの立場で適切な介入を図っていくことが重要です。

入院中でこれから障害福祉サービスの申請をする患者の場合や、障害福祉サービスを受けていた方が入院した場合など、地域移行を開始する前提となる条件はケースにより異なりますが、いずれにしても早期からの取組が行われることが大切です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○生活モデルの視点を活かした積極的なリカバリー支援の実施（精神保健福祉士やピアサポーター等の活躍が期待される） ○本人の希望を継続的に聴取する機会を持ち、カンファレンスやケア会議など本人の意向にそった支援計画を多職種協働のもと作成する。 ○外部の支援者・ピアと触れる機会を創り、院外の協力者との関係性を構築することを目的としたリハビリプログラムを実施する。 ○退院後の住まいへの試験的な外泊を繰り返しながら出来ることと出来ないことをアセスメントし、退院後に必要な医療・福祉サービスの利用へとつなげる。 ○入院患者・外来患者に早期から地域援助事業者が関わることを目指した、精神科病院から関係機関（特に基幹相談支援センターや相談支援事業所）等に対する連絡 ○作業療法等を活用し、数人で外出・社会資源見学の機会をつくる。外部関係者・ピアと触れ合う機会、社会資源の場を楽しめるようなプログラムを実施する
地域援助事業者等	○退院前訪問指導に同行する ○退院前に外泊をするような場合は、退院後の状況を想定するために

	同行等を行う ○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く ○クライシスプランの作成に関与し、危機介入時の地域援助事業者の役割を明確にするとともに、関係者間で共有（例えば相談支援専門員が地域援助事業者等に配布するなど）する ○サービス利用者が入院した場合は、退院後スムーズに再利用につながるよう、病棟担当者等を含めた本人の状況把握を定期的を実施し、退院調整の場面に参加する ○退院後にサービス利用を検討している方については、入院中期以降、可能であれば見学や体験利用を勧め、具体的な退院後の生活イメージを本人・提供者ともにもつ ○入院中から計画相談支援、地域移行支援を実施する ○入院前に地域援助事業者と患者の関わりが無いような場合は、基幹相談支援センター等の協力を経て、居住地の地域援助事業者が本人に面会に来てもらうなどの働きかけを行う ○ピアサポーターを活用し、実体験も踏まえた円滑な地域移行・地域定着に向けた具体的なプランを作成する ○訪問面会活動等を定期的かつ継続的に実施する ○入院後、早期に面会に出向く ○金銭的負担を明確化するとともに、緊急時の支援体制について必要な情報を提供する
市町村	○入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所の紹介及び福祉サービス等の支給決定等により退院支援を行う ○退院後支援の立場から、退院支援委員会等に参加し、個別に関わりを持ち、患者が外（地域）に目が向くように促す ○地域のピアサポーターの育成 ○地域家族会の育成
都道府県・保健所等	○入院中から地域移行支援に向けた取組ができる体制づくりを構築する ○各機関の役割を明確化したガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○本人・家族の意向をしっかりと把握し、退院意欲の喚起に向け、必要なつなぎの調整ができるシステムを構築する ○機関としてピアサポーターが活躍する場を創出する

第3節 地域生活期の連携におけるポイント

1. 医療・福祉間の情報の連携

地域生活へと移行することで、入院中と異なり、本人と病院の関係よりも、本人と地域援助事業者の関係の方が、直接顔を合わせる回数も、日々の生活の様子を把握する頻度も高くなります。

個別ケースによりそのコントロールセンターは変化することが想定されますが、たとえば、相談支援専門員等がリーダーシップを発揮し、福祉サービスの側から把握することができる情報を集約し、精神科医療機関との情報の連携を図ることや、精神科医療機関からは外来時等の様子から考えられる医療的な情報を、地域援助事業者の側に情報提供するなどのしくみが重要です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○日常の診察、リハビリ、訪問を通して緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報の連携・連絡の実施
地域援助事業者等	○生活状況等を ICT や電話、FAX などにより関係者間で情報の連携をする（特に医療と福祉をつなぐ情報の連携が重要） ○情報の調整（コントロールセンター）は相談支援専門員や介護支援専門員が担うことが望ましい ○情報の連携の深度や緊急度について事前に合意形成を図る（命に関わる場合は電話、急がないものであればメール、など） ○精神科医療機関（外来先）に対し、日常生活における服薬の状況を情報提供する（概ね、退院後 3 か月は月 1 回、その後は 3 か月 1 回程度で構わない）
市町村	○ICT や電話、FAX 等による緊急時等の精神科医療機関、地域の事業所との情報の連携 ○地域援助事業者等と連携し、サービスの利用状況や生活の様子を把握する。サービスの変更等が必要となった場合は迅速に対応する
都道府県・保健所等	○緊急時対応を含む医療・福祉間の情報の連携におけるガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催

2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援

精神障害者が地域生活を続けていくうえでは、フォーマル・インフォーマルに関わらないサービスの充実のみならず、本人によるセルフマネジメント力（自助）や家族等によるサポート（互助）に対しても働きかけることが重要です。

疾病の理解の促進に向けた継続的な教育や、家族等の不安や負担を軽減するための支援及び専門職間の協働支援体制を構築することが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○疾患理解に向けた心理教育の継続 ○受診時・退院後訪問時等、家族・本人を含めた心理的サポートと助言 ○家族を孤立させない工夫、家族教室等の支援
地域援助事業者等	○家族の訴えなどを聞く環境づくり（家族支援の必要性） ○本人の暮らしぶりを定期的にご家族にお知らせする ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い）
市町村	○本人や家族のセルフマネジメント力の向上のための講演会の開催等による啓発普及
都道府県・保健所等	○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い） ○県、保健所レベルの圏域の本人や家族のセルフマネジメント力の向上のための講演会の開催等による普及啓発

3. 特に退院直後に行うべき連携

退院し、地域生活を開始した最初の段階は、環境の変化から、特に本人がハレーションを起こしやすい時期だといえます。

地域生活の定着を促進させるためにも、関係者・関係機関が手厚い支援を展開できるよう、連携体制を構築することが大切です。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○生活モデルの視点を活かした積極的なリカバリー支援の実施（精神保健福祉士やピアサポーター等の活躍が期待される） ○外来作業療法やデイケア等、継続した日中活動の実施と関係者間の情報の連携 ○必要に応じ、関係支援者との退院後訪問の実施
地域援助事業者等	○病状不安定になりやすい時期であることから、アウトリーチによる支援をも実施しながら、手厚いケア（生活支援）を行う

	○自立生活援助や地域定着支援を活用する ○医師や関係機関等と綿密な情報・支援連携を行う ○本人の暮らしぶりを定期的にご家族にお知らせする ○事前に関係者間で協議し、社会的に孤立しないようなサポートを実施
市町村	○医師や関係機関等と連携し、ニーズに関するアセスメントの結果を共有し支援を行う
都道府県・保健所等	○退院直後における連携のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○本人のニーズに関するアセスメント、退院直後におけるアセスメントシートの作成

4. 特に回復期に行うべき連携

回復期は、いわば安定した時期であり、医療や福祉の連携や、本人の医療アクセス等が停滞しがちな時期にもなります。

関係者間の継続的なカンファレンス等による情報の連携を中心に、支援の手が停滞することなく（モニタリングによりサービスの提供量を見直した場合とは異なる）、地域生活の継続性を担保するための関係者連携の促進を行うことが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○外来作業療法やデイケアでの活動と、社会参加への支援と関係者との情報の共有 ○関係者との情報の連携と集まりへの参加
地域援助事業者等	○慢性的な引きこもり等を防止するため、病院及び地域援助事業者間での情報の連携を行うとともに、引きこもりがちな生活に陥った際の対処方法等を検討・共有する ○必要時には、利用者・支援者が集まりカンファレンスを実施する ○本人が今後望む生活について、相談支援専門員等が中心となり情報を集約し、関係者間で情報の連携及び実現に向けた役割分担をする ○サービス終了（及び移行）のタイミングの可否に関する意見交換の場の創出
市町村	○カンファレンスの場への参画 ○本人の希望する生活に役立つ社会資源の情報提供を行う
都道府県・保健所等	○回復期における連携のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催 ○支援終了方針の決定に伴う評価項目、基準案の作成 ○モニタリングの項目の作成

5. 危機的場面に備えた連携

危機的場面に備えた連携としては、事前にクライシスプラン等の作成・共有により、危機的な状況の際の行動計画を立てること、また、危機的な状況の際に迅速な連携支援の展開が可能な体制を構築することが大切です。

また、災害時の対応についても重要です。さまざまなケース（危機的場面）を想定し、その対応について検討、また、連携体制の構築を進めることが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施
地域援助事業者等	○精神科病院にも働きかけ、医福連携のもと、24 時間 365 日の連絡対応ができる体制を整備する ○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施（自立生活援助や地域定着支援の活用も含む）
市町村	○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報の連携の場も設ける（市町村並びに保健所） ○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある情報の連携・連絡の実施 ○自立生活援助や地域定着支援の支給を柔軟に決定する ○夜間休日精神科救急医療機関、精神科救急情報センターの広報、周知
都道府県・保健所等	○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報の連携の場も設ける（市町村並びに保健所） ○危機介入のガイドラインの作成。ガイドライン周知のための説明会、研修会の開催

第5章

地域基盤の整備に向けた連携

障害者総合支援法における地域移行支援サービスを活用した地域移行を推進するうえでは（または、地域移行支援サービスを利用しない場合においても、多職種による連携支援を推進するうえでは）、保健・医療の視点から地域の基盤整備を行う側面と、障害福祉から地域の基盤整備を行う側面が両立されることが重要です。

ここでは、特に障害福祉の基盤整備を行う視点を中心に、精神科医療機関・地域援助事業者・行政等（特に市町村を中心とする）の連携の意義や在り方、それぞれの役割などについて、本事業の調査を踏まえ、委員会で整理した姿を解説します。

1. 保健・医療・福祉の関係機関がバランス良く役割を担う連携体制

地域の関係者が地域全体で一丸となり連携支援を行うための土台を築くためには、どこか特定の機関のみが努力するだけでは、在るべき連携支援の姿を築き上げることはできません。

精神科医療機関、地域援助事業者、行政等の保健・医療・福祉に関わるさまざまな関係機関がそれぞれの役割を理解・共有し、バランスよく取組を推進することが重要です。

そのバランスの在り方は地域の特性によりさまざまに考えられますが、関係者間の協議のもと、具体的な地域の基盤整備を遂行することが可能となる連携体制及び役割分担を図ることが求められます。

2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備

地域基盤を整備していくということは、その地域の実情に応じて存在するさまざまな課題に対応していくこととなります。

地域課題には、既に顕在化している課題もあれば、まだ目に見えていない潜在化した課題もあることが考えられます。潜在化した課題を顕在化させるうえでは、個別支援の積み重ねから共通課題を分析したり、窓口等で受け付けた相談の結果分析、それぞれの関係機関等が感じている課題等の集約など、さまざまな手法が考えられます。

これらのベースとなる、個別ケース検討（特に困難ケース等を含む）や地域課題の整理、さらにはその解決に向けた検討を行う場としては、地域に設置されている「協議会」や、保健・医療・福祉による「協議の場」などが効果的に機能することが重要です。

精神保健医療福祉の分野からはそのような会議体を活用するとともに、高齢分野で行われている「地域ケア会議」をはじめとした地域に設置されているさまざまな会議体や取組との連動を図りながら（あるいは積極的に参加をしながら）、個別課題の解決から地域課題の抽出、解決に向けた取組を推進することが重要です。

3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域

本来、支援が必要であるにも関わらず、保健・医療・福祉にアクセスができない（またはしていない）方に対する支援を行うことが重要です。

そのためには、アウトリーチに係る事業等を推進し、保健や医療、福祉につながっていない精神障害者（または疑われる方）のニーズをくみ取ることが大切だと考えられます。

また、別の視点からのアプローチとして、連携支援による地域移行及び地域定着の成功体験を積み上げ、たとえ入院したとしても地域での生活に復帰することや、地域での生活を継続することができるということを地域に浸透させていくことで、保健・医療・福祉の支援を受けることに対する心理的障壁（ハードル）を取り除くことも大変重要です。

精神疾患を抱え込んでしまう理由のひとつには、疾患に対するマイナスイメージを持ってしまっているケースがあると考えられます。このイメージを払拭するためにも、上記の成功体験を積み重ね、地域に浸透させていくことが重要です。

さらに、ピアサポーターをはじめとした、当事者のリカバリー体験の発表などによる普及啓発により、地域の精神疾患そのものに対するイメージや、入院・地域生活におけるイメージに対して正しい理解を促すことも有効だと考えられます。

4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発

地域移行に関する普及啓発が重要なことはいうまでもありませんが、より広い視点で、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普及啓発を行うことがより重要な視点となります。関係者のみならず、地域住民等も含め、だれもが暮らし続けることができる地域づくりに向けた理解促進が求められます。

精神障害者を受け入れやすい地域づくりを行ううえでは、主には市町村等が中心となり、地域住民に対する疾病理解や制度の周知などを行っていくことが考えられます。

ピアサポーター等の当事者によるリカバリー体験談の発表なども、精神障害者が地域で生活をするためのイメージを周知するうえでは有効でしょう。

精神科医療機関のスタッフや地域援助事業者に対する普及啓発としては、院内や事業所内における研修会、行政等による制度等の説明会などがあげられます。

広い範囲で見ると、都道府県等（保健所含む）による、制度理解に向けた情報伝達、都道府県内や障害保健福祉圏域内の好事例を共有するための場を設けるなど、市町村等に対する周知普及という視点も考えられます。

さらには、精神保健医療福祉の枠を超えた、高齢分野や住宅分野、その他精神障害者の地域生活に係る関係分野・機関等に対し、広くネットワークを構築していくことや、理解を得ていくための周知普及の取組も重要です。

いずれの普及啓発においても、関係する機関それぞれの立場で、精神障害者がその人らしく安心して生活をするのできる地域づくり、さらには共に支え合う共生社会の実現を念頭に、さまざまな情報発信を行うことが求められます。

各機関が担うべき役割（調査結果及び委員会検討より）

精神科病院	○都道府県内の医療機関の意識統一に働きかける ○地域移行に関して、病院外スタッフ（退院後に関わる医療、地域の事業所、行政、その他）と共に精神科病院内で方針等について話し合う機会を設ける ○病院外スタッフ（地域の事業所や行政、その他）が病院に出入りしやすくなるルールを病院側から提案する
地域援助事業者等	○地域移行の必要性を感じている（取組に前向きな）精神科医療機関や他の地域援助事業者に対して働きかけ、病院訪問活動等を通じて患者の生の声を聴く機会を確保する ○病院、行政、地域援助事業者が合同で個別の事例検討等ができる場を用意し支援の質の向上に寄与する ○ピアサポーターを活用して病院が実施する退院準備プログラムに協力する ○病院、行政、地域援助事業者で地域移行支援に一緒に取り組む ○地域包括支援センターや生活保護担当部局など、精神保健医療福祉以外の分野からの協力を得ながら地域移行支援に取り組む ○地域援助事業者や不動産屋の理解を促進する活動を行う
市町村	○障害福祉サービスの提供主体である市町村が、各種サービス（事業）等を運営委託する場合においても、その実施におけるリーダーシップ及び責任を発揮し、PDCA サイクルを回す（基幹相談支援センター等の事業実施における方針の提示、評価の実施など） ○多分野（高齢分野の地域包括支援センターや生活困窮者自立支援事業など）と積極的な情報の連携を行う、システムを整備する ○地域移行・定着の推進役として、その方針等を明確に示す ○地域移行支援サービスを支援者及び入院患者・外来患者等当事者に周知する ○潜在化しているニーズが顕在化するよう、住民に対する障害福祉サービスの周知普及に努める ○地域の中の医療機関や地域援助事業者等に対する調査を実施し、地域移行の状況について現状把握を行う ○国の動向や各種制度等について、地域援助事業者や医療機関等に積極的に情報提供する ○本人と地域住民が直接かかわる場の創出や行政的なサポートを行う ○本人のタイミングに合わせた迅速な支給決定が行える体制の整備（予算の確保）
都道府県・保健所等	○都道府県内の好事例を市町村間で共有できるよう促し、圏域ごとの取組のバックアップ体制を強化する ○都道府県・保健所・精神保健福祉センター・市町村の間の情報の連携、連携体制を構築する ○連携構築にあたり、各職能団体に協力を仰ぐ

第6章

多職種連携の構築に向けた研修

本事業の主な対象である「退院は可能であるが、環境や個人の因子により、地域生活に移行するためには医療・保健・福祉の連携支援が必要な方」について、ご本人が望む地域での生活を実現することを目的として、医療と保健・福祉、行政に求められる有効な連携方法を検討するために、以下のとおりモデル研修を行いました。

第1節 モデル研修概要

一般財団法人江原積善会 積善病院のご協力のもと、平成 31 年3月6日（水）に研修を実施しました。

1. 日 時

平成 31 年 3 月 6 日（水）10：00～17：15

2. 場 所

一般財団法人江原積善会 積善病院 会議室（岡山県津山市一方 140）

3. 参加者

美作保健所及びその圏域の市町村、相談支援事業所、病院の職員など 43 名

4. 研修目的

地域包括ケアシステムの構築を推進するための 1 つの取り組みとして、病院と地域の関係機関との連携に有効な研修のあり方の検討

5. 研修教材

公益社団法人日本精神保健福祉士協会作成資料を参考に実施
岩上委員長、江原委員作成資料

6. 講師

岩上委員長、江原委員

7. プログラム

次ページのとおりに実施

＜研修プログラム＞

平成31年3月6日（水）10：00～17：15

場所：一般財団法人江原積善会積善病院会議室

時間	内容
10：00～ 10：10	挨拶 厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 ・厚生労働省における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取り組み（概要）について説明
10：10～ 10：40	講義1 精神障害者の地域移行をめぐる動向①精神科医療の現状 ・全国における精神疾患の現状（患者数、入退院数）、積善病院の状況について説明
10：40～ 11：00	講義2 精神障害者の地域移行をめぐる動向②地域移行支援について ・これまでの精神保健医療福祉の取り組み経緯、地域包括ケアシステム（地域移行・定着）と連携の必要性について説明
11：00～ 11：50	講義3 連携における関係機関・関係者の役割 ・市担当者から精神障害者に対する方針と業務内容の説明 ・病院、事業所、保健所スタッフによる連携事例の報告とディスカッション
11：50～ 12：10	シェアリング（1グループ3～4人程度） ・講義1、2、3を踏まえて、グループ内で感想等について意見交換
12：10～ 13：10	昼休憩
13：10～ 13：40	講義4 体験談から地域生活について考える ・シェアハウス利用者（地域移行）へのインタビューDVDの放映及びご本人（2人）との意見交換
13：40～ 14：10	講義5 退院意欲を取り戻すための支援 ・病院、事業所スタッフによる退院意欲を取り戻すための取組内容について説明
14：10～ 14：30	シェアリング ・講義4、5を踏まえて、グループ内で感想等について意見交換
14：30～ 14：40	休憩
14：40～ 15：30	講義6 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の進め方 ・医療と保健、福祉の役割と連携方法や必要性、基盤整備の進め方について説明
15：30～ 15：40	休憩
15：40～ 17：00	演習 医療と保健、福祉を中心とした連携と市町村における基盤整備の実際 ・個人ワーク（医療・保健・福祉・行政の連携がうまくいくことで期待できること。連携に向けてできること、期待すること。明日から取り組むことを記入） ・グループワーク（個人ワークの内容をグループ内で共有） ・研修を受講しての気づきや今後取り組みたい内容を参加者全員から一言発表
17：00～ 17：15	まとめ・アンケートへの記入・閉会 ・効果測定アンケートへの記入

第2節 モデル研修の実施報告

1. グループワークのまとめ

本日の研修を踏まえ、地域の医療と保健・福祉、行政の連携を進めるために、グループワークを行いました。連携に向けて、各自ができることや課題として次のような内容が挙げられました。

①医療と保健・福祉の連携にあたり、自分の立場（所属）、経験の範囲で感じている課題

(保健師)	・システム構築のための協議の場を設けているが、課題の明確化、解決策の検討に至っていない。 ・困っている事例や事柄に出くわしたとき、関係機関に声かけして話し合いの場を持ってもらう。 ・日ごろ連携をとっているところではスムーズにケースのやりとりや連絡もとやすいが、はじめてのところでは個人情報等の問題もあり、とりにくい。 ・周囲から求められている役割は調整役、処遇困難ケースなどへのかかわりも期待されていると感じた。 ・情報の連携の重要性。 ・津山市の精神障害者の状況（入院状況等）を把握できていない。 ・多職種と連携し、対象者と関わりたい。 ・連携先がわからないことがあるため、役割を伝えられていない。
(看護師)	・ケア会議など参加できていないことが多い。入院中の訪問も少ない。 ・患者の症状、ADL 等情報の提供やアセスメントを行う。 ・地域の一員という意識をもって受け身ではなく対応できたらよい。 ・入院中の情報を地域まで届けたいと思っているが、地域まで届かず、再度同じ状態となり再入院して来ることがある。 ・症状が改善し、退院の連絡をした際、他の連携がうまくいっていないことがある。 ・入院中のお世話や退院にむけての支援は行えるが、退院後の患者のその後がわからないことが多い。
(精神保健福祉士)	・各地域とのつながりまだまだ。いろいろな場面での PR 活動が必要。 ・各事業所の感覚のズレ ・自分と各機関の役割を理解し、経験の差もあるため、多くの支援者がかかわることで、そこを情報連携し連携することが難しい。
(相談支援専門員)	・計画相談業務に追われて、生活に密着した関わり、将来をみすえた関わりが不十分。 ・連携としてサービスを提供して下さる受け皿（ヘルパーや GH など）の体制改善も必要だと感じている。抱え込まず発進できる関係性が必要だと感じた。 ・在宅に戻られる人には早くから介入した方がよい。 ・連携をとりたいくても連携がとりにくい保健師がいる。 ・行政とのかかわりが多い。サービスを充実して受けていけるようにしていくこと。困ったケースについて、市との協議（相談）する部分が多い。 ・地域移行・地域定着のサービス利用の対応をしたことがなく、知識も乏しい為、十分でない。地域、資源の上手な活用。 ・退院支援にあたり、早い段階から医療機関と連携していく動きがスムーズにとれていない。 ・多職種と足なみをそろえる努力をします。

・自分の業務ややれることを十分伝えることができず、入院されたら関わりが途切れがちになる。 ・立場として、どこまで関わっていいのかわからなかった。 ・支援者がゆすり合いになっている状況があるため、定期的な話し合いの場などが必要と感じている。
(その他) ・自立生活援助サービスをするにあたり対象が少ない。 ・それぞれの役割の理解を深めていく。(強みや仕事内容など) ・まだまだ連携不足だと思います。すべての人の情報を話すわけにはいかないため、個人情報もあり、どこで線を引くかわからない。 ・どこまで利用者・家族・地域の方に喋ったらいいか、線引きがわからない。

②自分の所属・職種でできること、得意なこと

(保健師) ・協議の場の設定、個別支援、支援者の支援。 ・関係機関との調整や連携、共有は得意です。 ・訪問して生活を見る。 ・契約以外の方にもかかわれる。 ・広域での調整役。ノウハウがあるのも保健師の特性。個別から集団への(成功・失敗)事例を地域の経験値として、広げていく役割。 ・病院や相談支援事業所等から相談を受け、支援について一緒に考えることができる。 ・生活の場、家族のことも考えられる。 ・地域の支援者とつながることができる。 ・必要なところへは制限なく行ける。
(看護師) ・症状や薬についてなど、医療の知識や対応術。 ・患者の症状、ADL 等情報提供やアセスメント等共有ができます。 ・病状、生活状況を見ることができる。 ・退院するきっかけ作り、後押しが出来る。 ・患者さんの病状観察ができる。 ・指示があれば動きやすい。 ・入院中、その患者さんの精神的、身体的、経済的、家族背景など、全体的に、見やすく問題も把握しやすい。
(精神保健福祉士) ・他地域での取組を紹介できる。他地域で活躍している人をアドバイザーとして連れてくる。 ・病院内での支援には、本人の安全を最優先にしがちだが、PSW は多少本人の病状が悪くなることが予測されても、本人の決めたこと、生活の質を支援することができる。 ・医療的な情報や病気・障害の部分について専門的な内容を伝える。(支援の工夫を) ・病院内での調整と、外に向けて(本人の希望、思いやできることなどアセスメント内容を伝え)生活を行う人としての支援を調整していく。(医療ができないこともあり)
(相談支援専門員) ・福祉サービスの利用を通して他機関と連携した生活支援 ・自立生活援助としての行動が活発です。 ・話を聴き状況把握をする。 ・定期的なモニタリングや臨時の相談で多く本人とかかわることがあり、リアルタイムで本人の状況が分かる。 ・地域での体制づくり、調整役。困ったことや相談にのるという基幹型の役割を

担っている。 ・様々な相談受付、各調整、情報提供ができます。 ・地域の状況、環境などの情報を持っており、その視点を持つての支援が出来ます。地域定着支援、自立生活支援として密に関わっていきます。 ・フットワーク軽く、切れ目のない支援をしていける。また、情報提供などもしていける。 ・地域の事業所のことがわかるので、その人にあったサービスの提供ができる。 ・P科疾患の方への支援に積極的に関わって行き、本人のニーズや地域の人の意見、声を聞いていきたい。
(その他) ・相談支援専門員と話をし、利用者とアセスメントして個別支援計画をたてる。 ・生活能力の把握・身体状況の把握など。 ・急性期の治療、外来の治療はできるが、連携がないため、本人任せになることが多い。 ・地域の方の貴重な話（本人や家族・地域の方々）を地域の方々の視点で聴くことが出来る。

③どの機関、誰と一緒に取り組みたいか、お願いしたいことは何か

(保健師) ・医療機関と（医療提供含む）課題について検討したい。 ・医療機関・市町（保健・福祉）・その他関係機関と必要な情報の連携をしたい。一緒に考えてほしい。 ・協力して、つなげていけるようにする（お互い） ・医療機関の PSW の方等と早期退院後支援に向けた取り組みをして、在宅支援を考えていきたい。 ・保健所と実態把握を一緒に行い、個々のケースについて地域移行に向けて、調整を行う場を設けてもらいたい。 ・全部の機関に早めに教えてください。
(看護師) ・相談支援事業所や保健所、保健センター。看護では知ることができにくかった情報や利用者の本音を教えて欲しい。次のステップに進むきっかけなど。 ・保健・福祉、他機関と PSW を通して支援方法について話し合いたいです。 ・協力して、つなげていけるようにする（お互い） ・保健師、ケースワーカーと一緒に退院後の生活を立てて行けたら。 ・病棟看護師としては、他の機関と直接的な連携やり取りが少ないので、逆に病棟看護師に依頼したい事などあれば、どしどし言ってほしい。
(精神保健福祉士) ・みなさんと一緒に。協議の場への参画をお願いしたい。 ・ケースにもよるが本人退院後、家族支援がもれることが多いため、退院後の家族支援を保健師へお願いしたい。
(相談支援専門員) ・利用者に関わる全ての人。利用者の安心できる地域を一緒に作りましょう。 ・医療従事者とのシステム的な流れのもとに地域移行支援を行い、市町村県と定着できる環境作りを行いたい。 ・協力して、つなげていけるようにする（お互い） ・保健師さんと一緒に取り組みたい。家族支援の協力をお願いしたい。 ・全機関と一緒に頑張りたい。地域（周辺）住民と。 ・病院と主に一緒に取り組みたい。
(その他) ・退院、退所後に一人暮らしをする方がいるというような情報が欲しい。 ・相談支援センターに介護、福祉について頼みたい。 ・市町村と地域での活動、偏見、差別、交流について一緒にとりくみたい。

(共通) ・得意なことを各々依頼したい。(個別のケースによって) ・他の機関の皆さんと一緒に取り組みたいです。 ・ケースワークを通して顔がわかる関係作り、役割の確認。
--

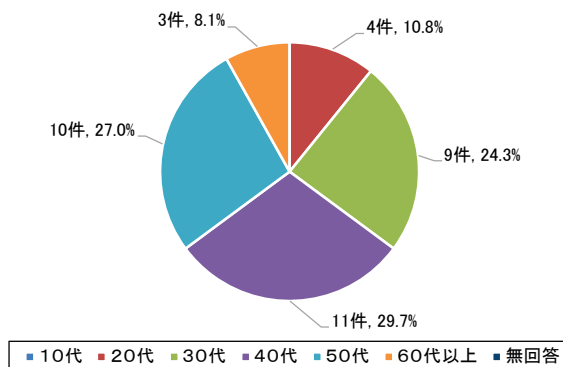
④①～③をふまえて、明日からどう取り組むか(仲間探し、下交渉など)

(保健師) ・必要に応じて意識して関係者と顔の見える関係をつなげていきたい。 ・地域移行に向けて、病院にどれくらいの患者さんがいるのかなど把握して、地域につながる方法を考えていきたい。 ・どこかに任せきりになるのではなく、様々な期間、支援者の方とつながっていききたいです。 ・早めに相談。お願いできる関係づくり。
(看護師) ・関係機関へ積極的に声かけしていく。 ・患者の情報収集と提供を行い、PSW を通して他機関と相談できるような関係をつなげていききたいです。 ・社会的入院をしている人に対し、地域までつなげられるよう保健師等と連携をもっていきたい。 ・PTが何を必要としているか(支援)アプローチしてゆきたい。 ・報連相し共有する。
(精神保健福祉士) ・このような取組があることを他地域でも紹介、横展開に努める。
(相談支援専門員) ・関係機関と情報の連携や協働。 ・スムーズな連携が出来る顔の見える関係づくり。 ・連携会議を行い、サービス提供担当者会での下地を作ります。 ・自身の事業所に本日の内容を報告して、全員で意識改革を取組む。躊躇することなく、各機関と連携をとっていく。 ・それぞれ他機関の役割、取り組みについてより深く知りたいので、皆さんとつながりたいです。 ・自分の味方を増やし、業務をスムーズに進めるよう努力します。
(その他) ・情報の共有と連携を大事にする。
(共通) ・顔の見える関係作りをする→相談しやすくなる。(本人、支援者間) ・各機関からの要望を把握しておく。 ・垣根を越えて、情報連携できる為のコーディネートを行う。 ・個別事例を大切に支援し、支援者同士の仲間づくりの重要性を感じており、継続していく。 ・支援者機関の仲間(相手)をよく知ろうとすること。(立場の違いを認識し) ・個別の丁寧な情報の連携に勤め、スムーズに連携できるように気をつけていく。 ・他者へ(伝わるような)伝える努力・工夫をしないといけない。 ・連携を意識して、仕事をする。 ・今日の学びをそれぞれの職場で共有する。

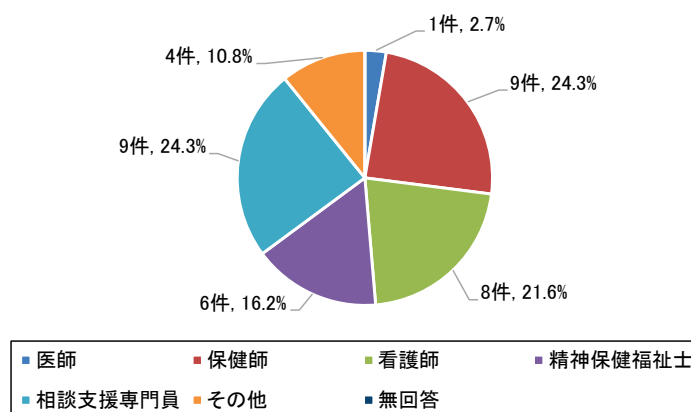
2. 効果測定アンケート

研修の効果を測定するために実施したアンケート調査の結果は次のとおりです。なお、参加者 43 人中 37 人から回答がありました。

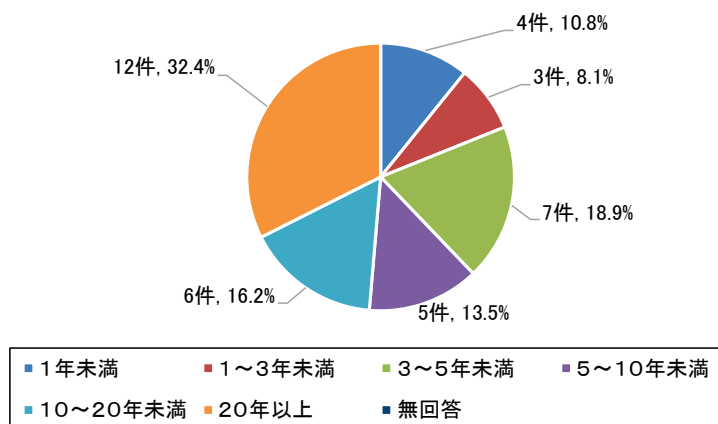
問 1 あなたの年齢についてお答えください。（ひとつに○）



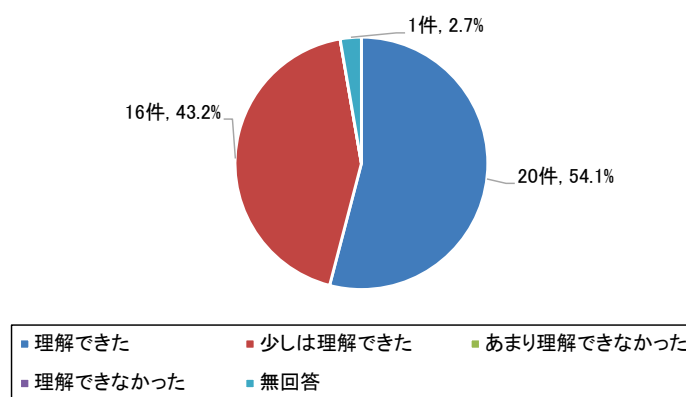
問 2 あなたの職種についてお答えください。（ひとつに○）



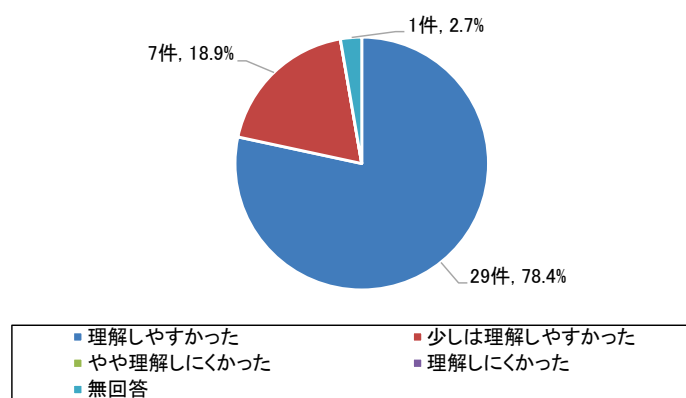
問 3 問 2 で回答した職種での経験年数についてお答えください。（ひとつに○）



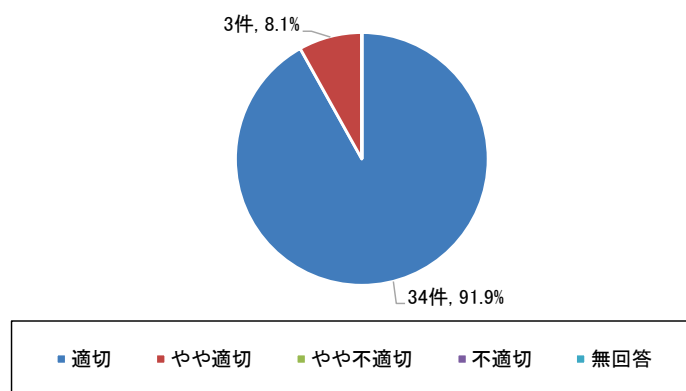
問 4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて理解できましたか。また3、4に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（ひとつに○）



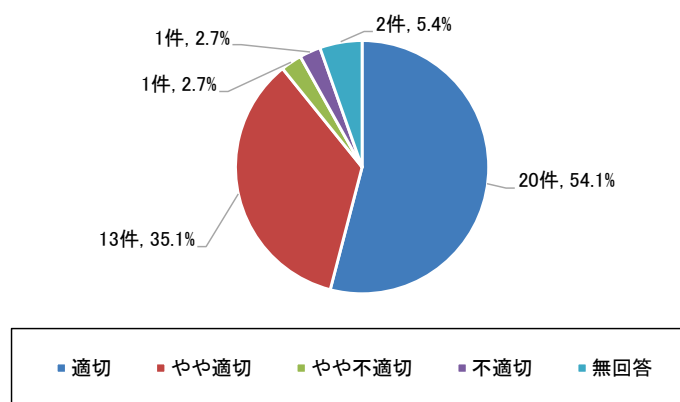
問 5 研修内容は理解しやすかったですか。（ひとつに○）



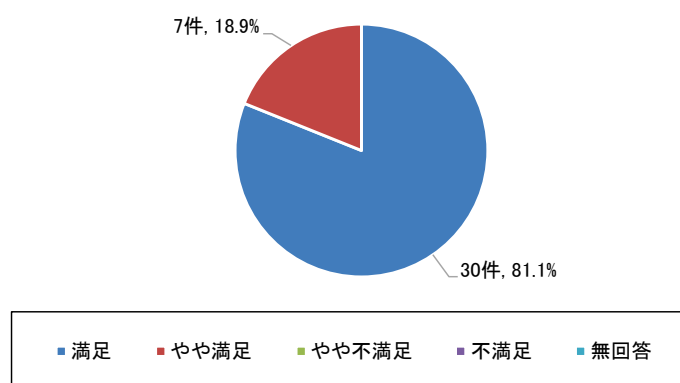
問 6 研修内容はテーマに沿った適切なものでしたか。（ひとつに○）



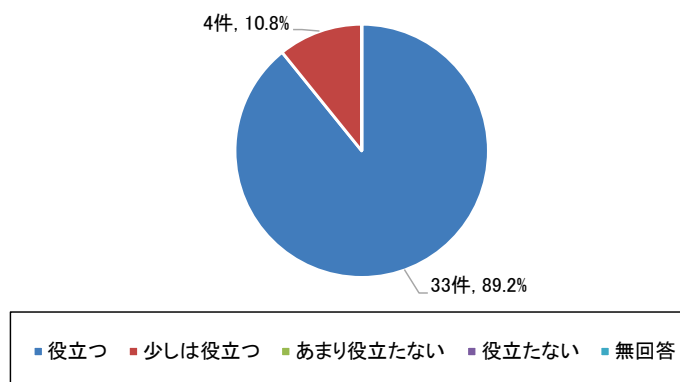
問 7 研修時間は適切でしたか。（ひとつに○）



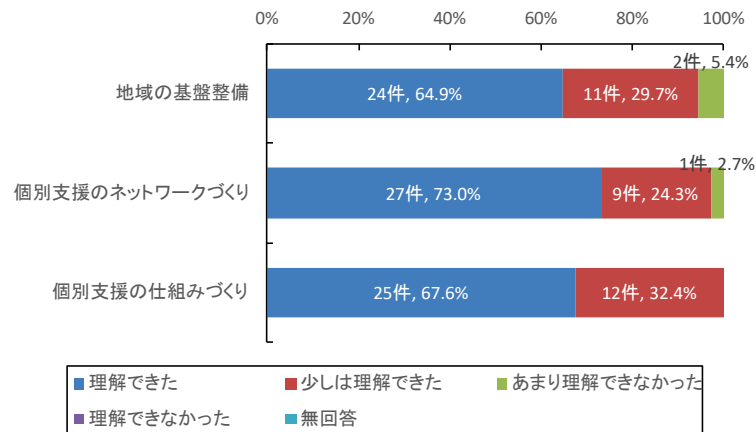
問 8 研修への満足度についてお答えください。（ひとつに○）



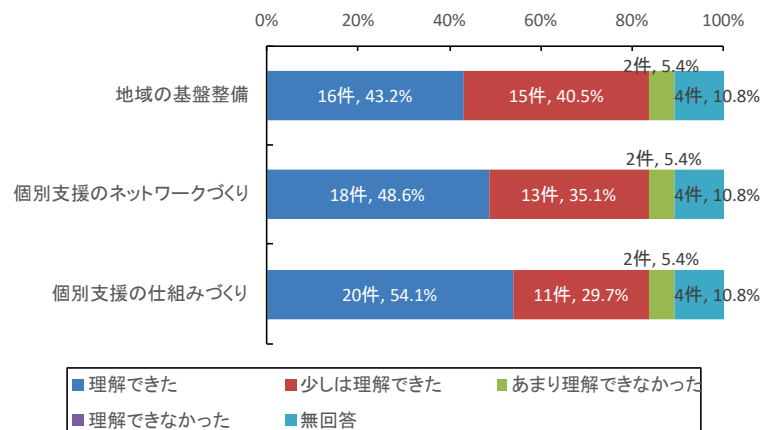
問 9 研修内容は、あなたの仕事に役立ちそうですか。（ひとつに○）



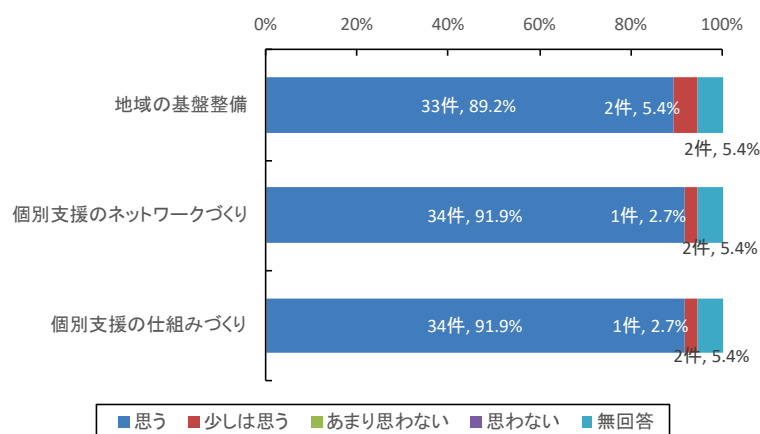
問 10 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）の『必要性』について理解できましたか。また 3、4 に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（①～③それぞれひとつに○）



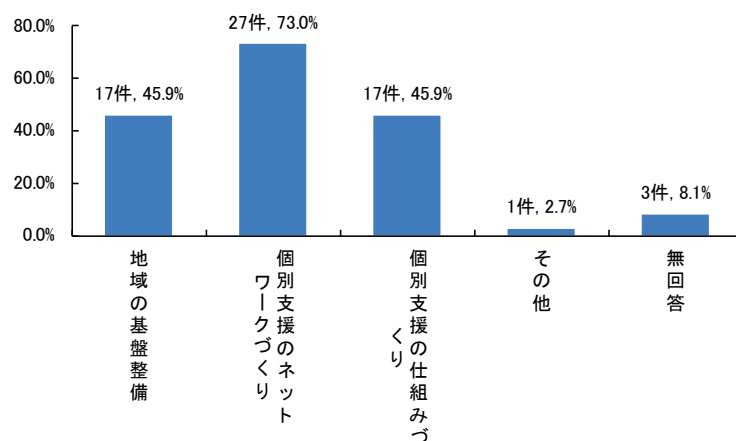
問 11 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）の『方法』について理解できましたか。また 3、4 に○を付けた場合は、その理由をご記入ください。（①～③それぞれひとつに○）



問 12 医療・保健・福祉の連携（①地域の基盤整備、②個別支援のネットワークづくり、③個別支援の仕組みづくり）について重要だと思いますか。（①～③それぞれひとつに○）



問 13 本日の研修を受け、あなたは今後、どの連携に力を入れたいですか。（いくつでも○）



問 14 本日の研修内容をさらに良くするために必要な内容や方法がありましたら自由にご記入ください。

- ✓ 退院、地域移行を行う場合に、市町村をこえた時（異なった市町村に退院する時）、相談支援を使えない。地域移行と地域定着を異なった相談支援でやれたらよい。そのために何をしたら良いか知りたい。
- ✓ 単発の研修で終わらず、さらに深められるような場があればと思います。
- ✓ HPも地域に出て行く。疾病教育の充実。
- ✓ 関係者や患者さんの話を聴くスタイルは、とても分かりやすかったです。
- ✓ 思っていることが話し合える機会があるといいと思います。
- ✓ グループワークの時間まで、発表の時間を増やし、他グループが考えていることを聴く。

- ✓ガイドブックが出来上がれば、是非配付をしてもらえたら、事業所内でも活用出来るので助かります。
- ✓何度かしてもらい、今の現状の困難な所、実践できていることを知りたい。
- ✓時間を短縮したり、回数を多くするなどして、もっとたくさんの方に知ってもらえたら良いと感じた。
- ✓地道な継続をお願いします。

問 15 連携（ネットワーク、個別支援）を効果的に進めるために必要なことや方策など、自由にご記入ください。

- ✓連携が言葉のみになり、実際にはできていない。一方通行が多い。より具体的な連携がほしい。
- ✓困難なケースが出た時のみあわてて連携するが、それをチャンスとして、日ごろの連携作りをしておく必要が考えられる。
- ✓津山市のみの参加だったかと思いますが、他の市町村の参加もしてほしいなと思います。市町村発信の地域移行推進会議のようなものができるといいなと思えます。県北の3つの精神科病院がコラボしての何かができたらいいなあ。
- ✓保健師等他機関と話し合える機会を作ると良いかなと思います。
- ✓多職種・関係機関がスムーズな関係作りをするための日頃の気持ちの良い関わり方。それぞれの方のもつ人柄もあると思いますが、気持ちの良い関係作りをすることが、当事者の方へのより良い支援につながると思います。
- ✓地域によって様々な状況・課題があると思うので、そこを共有し、役割分担をしていくことが大切だと思います。
- ✓各機関が力をいれていること、頑張っていることに目を向ける。
- ✓顔の見える関係作りが必要。医療機関等や事業所に任せきりにせず、同じ支援の温度で。
- ✓本日のような研修がもっとあれば、どんな職種、機関があるのか、もっと知ることができるのではないかと思います。
- ✓もっと皆にわかりやすく知ってもらう。地域の人にも。
- ✓“対話”の時間の確保。

～研修のまとめとして～

モデル研修を通じては、当該研修は地域包括ケアシステムの必要性について理解する機会になるとともに、日頃、意見を交わすことがない機関との話し合いによる顔の見える関係づくりは、お互いの理解や連携を始めるための最初の一步として、効果があることが明らかとなりました。

地域移行そして地域包括ケアシステムを推進していくため、今後はこのような研修を、精神障害者本人が暮らす地域（市町村や保健所圏域）レベルで進めていくことが必要であると考えられます。

第 7 章

今後に向けて

＜本事業からみえた結果＞

本事業の、「地域移行における連携状況調査」の結果及び委員会での検討から、前章までにまとめた内容を踏まえ、以下のような結果をまとめることができました。

- ①地域移行支援・地域定着支援を推進するうえでは、地域基盤の整備、支援体制の整備、個別支援の質の向上の 3 要素について、まんべんなく取り組み、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが重要。
そのシステムが醸成されたうえでこそ、地域移行支援・地域定着支援が推進される。

- ②「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する基盤整備等を推進するうえでは、医療機関や基幹相談支援センター、保健所をはじめ、市町村や都道府県など、保健・医療・福祉に係るさまざまな関係機関が、地域性等により一律のものではないことを前提として、それぞれが所掌する事項や強みなどを活かし、どこかの機関に役割が偏ることなく、協働のもと推進していくことが重要。

- ③個別支援の質を向上させていくうえでは、専門職としての専門性の向上に加え、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについての理解を深めながら、その構築に向けた役割を遂行することが可能な人材の育成が重要。

入院期や地域生活期における、そのタイミングごとに重要な支援のマネジメントを行うことを中心に、専門職によるネットワークの構築や情報連携のしくみづくり及びそのしくみの活用、本人以外の家族等に対する支援なども含め、包括的な知識・技術を養っていくことがポイント。

なお、この調査研究が、精神科医療機関と地域援助事業者、市町村との地域移行における連携状況の把握を目的としたことから、保健・医療を起点とした基盤整備の推進役となる保健所との連携についての調査まで行き届いていません。

しかし、本調査研究を通じて、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備を推進するうえで、とても重要な役割を担っていることがわかりました。

＜本事業を経ての考察＞

多様にあるニーズや背景、地域特性等に対応しながら、精神障害者本人が望む暮らしを継続することを支援するうえでは、医療や福祉の連携のみならず、住まいの確保、家族に対する支援、医療等にアクセスができていない方に対するアウトリーチ支援、ピアサポー

ターによる支援体制の構築など、多職種・多機関による連携支援が必要不可欠です。

しかしながら、現状として、全国的にこの連携体制が十分に整備されているとはいえない状況にあります。

厚生労働省は、平成 29 年度より「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」等を実施し、そのなかで、保健・医療を起点とした基盤整備の検討、福祉を起点とした基盤整備の検討、これらの議論の統合などを推進していますが、まだ取組の開始段階であることから、今後さらに改善・向上する余地がある状況だといえます。

これらの結果を踏まえ、今後の連携支援の推進に向けた課題を整理します。

第 1 節 多職種連携の構築に向けた研修の普及に向けて

本事業では、「指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発」（平成 28 年度障害者総合福祉推進事業）で示された連携研修を土台として、モデル研修を実施しました。

そのうえで見えてきた課題としては、研修メニューを充実させることに加え、より根本となる視点から、人材育成ビジョンの検討を行うことの重要性が感じられます。これらを両輪で検討し、具体的なビジョンとその実現に向けた研修等の構築を行う必要があると考えられます。

1. 人材育成ビジョンの検討・発信の必要性

今後は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、個別支援の質の向上・支援体制基盤の整備・地域基盤の整備を推進する中核となる人材を育成することが急務です。

どのような人材が必要とされているのか、そのビジョンを明確化し、保健・医療・福祉に係る関係機関等に発信する必要があると考えられます。

2. 連携の促進に向けた研修等の普及啓発

人材育成ビジョンに基づき、効果的・効率的に人材を育成・輩出することが可能となる研修等の土台を整理する必要があります。関係職能団体や職域団体などとも連携して、必要とされる人材像に合わせたテーマ、キーワード、達成目標等をまとめたシラバス及び研修資料を作成し、精神科医療機関や地域援助事業者、保健所、市町村をはじめ、関係職能団体や職域団体などによる人材育成が活性化する土台を整備することが大切です。

第2節 連携支援の充実に向けて

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、そのうえで地域移行・地域定着を推進していくためには、地域基盤の整備とネットワーク等をはじめとする個別支援に係る基盤整備、また、具体的な連携のルール等の設定が進められる必要があります。

大きくは、連携支援の土台となる基盤整備を推進していくこと。また、地域移行・地域定着にも活用ができる具体的なツール等の開発を進めていくこと。この2つの要素が両輪となって推進されることが必要だといえます。

1. 連携支援体制を構築するうえでの関係機関の機能強化

連携支援体制を構築するモデルとしては、おおまかには、①医療機関が主導するタイプ、②基幹相談支援センターが主導するタイプ、③保健所が主導するタイプ、④市町村が主導するタイプ、があると考えられています。

それぞれの機関にはそれぞれの得意分野があります。たとえば、市町村であれば、障害保健福祉サービスを主管する立場として、市町村自立支援協議会などを活用した基盤整備を推進するうえでの中核的な役割を担う、などがあげられます。

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、連携支援体制の構築は必要不可欠な要素になります。この体制を整備するためにも、医療機関や基幹相談支援センター、保健所、市町村の機能強化を全体的に図ることが重要です。

2. 更なる連携の推進に向けた報酬体系の検討

報酬に結び付かないまま行っている、各専門職や専門機関等の支援が存在しています。これはすなわち、連携支援を実施することが評価に結びついていない状況であると言い換えることができます。

このような背景から、連携支援を促進するうえでは、報酬上の評価の在り方について実態等を整理したうえで検討を進めていく必要があります。

3. 連携支援の一助となるツール開発の必要性

本事業を通じて感じられた課題としては、地域移行・地域定着に向けたツールの開発を行う前に、まずは連携支援を促進させるためのツールが必要だという点があげられます。

具体的な連携の促進に向けては、地域の実情に合わせてカスタマイズが可能なモデルツールの存在が、連携推進の一助になることが考えられます。

たとえば、連携すべき関係機関間において、本人・家族及び関係機関間での共有を前提とした、医療、障害福祉・介護、住まい等に関する連携支援の内容を共有するためのツールとして、地域連携パスの作成を行うといった取組が求められます。

資料編

1. ヒアリング結果の整理票①（○：役割に関する事項、□：効果や成果に関する事項）

	基盤整備		個別支援	
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
精神科 病院	1. 保健・医療・福祉の関係機関がパワ ンス良く役割を担う連携体制 ○自立支援協議会に参加することで、 他のメンバーの医療に対する関心 が向上 ○自立支援協議会のメンバーが病院 見学を通じて医療に対する理解を 深め、病院への相談が増加 ○各地域の実情に応じた地域移行・地 域移行における役割分担の明確化 ○地域移行・地域定着には「医療」と 「福祉」の両方が必要であることを理解 ○地域の協議の場に参画し、地域移行 を地域の課題として取り組む ○良質かつ適切な精神障害者に対す る医療の提供を目指す 2. 個別課題の解決から地域課題の解 決までを行える体制整備 ○隣接自治体の自立支援協議会に PSW がメンバーとして参加し、困難 事例に対して助言 ○研修ではなく「患者の支援の検討」 として呼びかけると話し合い への参加のハードルを解消 ○地域移行に関して、精神科病院内で 方針等について話し合う機会を設 ける	1. 顔の見える関係づくり ○年1回の総会での顔合わせにより、 その後の連携が円滑化 ○困ったことが起きたときに、連絡を くれて、相談し、軌道修正ができる 関係づくり ○以前の利用経験で事業者の特徴を 覚えておき、患者の特性に合った事 業者に支援を打診 ○外部支援者の関わりと連携を重視 する ○積極的な地域の事業所等への相談 や連携関係づくり 2. 情報共有のしくみづくり ○退院者の情報を入手し、支援がうま く行っている事業者に他の患者も 依頼を検討 ○警察の介入で受診・入院したケース は退院時点で連絡 ○住民からの情報で地域活動支援セ ンターが対応したケースで連携 ○精神保健福祉士による病院・施設連 携の強化 3. 人材育成 ○精神障害者を対象としたホームへ ルプの講習と実習を受け入れによ り、精神障害者に理解のある事業者 を確保 ○病院スタッフの地域移行に関する	1. 医療面・生活面の両視点での情報の 連携及び支援 ○入院前の本人のサービス計画を確 認する ○入院前に利用していた事業者と退 院後の生活について一緒に、そして 早めに考えることが重要 ○福祉サービスで対応できないほど状 態が安定していないケースは訪問 看護を依頼 ○複合ケース（例えば患者の親が認知 症になったケース）では地域活動支 援センターに支援を依頼 ○情報のない患者の場合は、医療機関 に患者の疾患や家族についての情 報提供を依頼 ○患者の家族にも定期的なカンファ レンスへの参加を依頼 ○移行先の自治体の社会資源を調査 ○本人の退院に向けた適切な情報を 提供して、意欲を喚起して、本人の 意向に沿った支援を行う ○入院前・入院時・入院中などの本人 の状態像や治療の経過などを地域 の事業所等と情報共有しつつ、一元 的に情報をまとめると良い ○福祉サービス提供者（事業所等）に 対し、本人の病状、生活能力、生活 の場の情報等を提供（または共有） する（退院の1週間程度前であるこ とが望ましい） ○入院患者に早期から地域事業者が 関わることを目指した、精神科病院 から関係機関（特に機関相談支援セ ンターや相談支援事業所）等に対す る連絡	1. 医療・福祉間の情報の連携 ○生活上の課題やストレスについて、 医療では解決できない面があるの で、本人の望む暮らしを実現するた め、生活を支える福祉サービス事業 所などとの連携が重要 2. 特に回復期に行うべき連携 ○患者さんの状態（病状・生活）が変 化するときは、必ず話をして確認 ○精神保健福祉士による生活モデル の視点を活かした積極的なリカバ リー支援の実施 3. 危機的場面に備えた連携 ○保健所が困っているケースに対し、 往診などの対応意向を伝達 ○地域における課題のある患者につ いて保健所の相談員と定期的に意 見交換の場を設置 ○緊急時等にも対応可能な、スピード 感のある迅速な情報共有・連絡の実 施 4. 効果・成果 □定期的な情報共有の機会や関係性 ができることで、患者の地域生活上 の情報がスムーズに共有できる

	基盤整備		個別支援	
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
地域の事業所	1. 保健・医療・福祉の関係機関がパラス長く役割を担う連携体制 ○医療のこともわかるように、交換留学のような形で体験として知る仕組みづくり ○地域移行・地域定着には「医療」と「福祉」の両方が必要であることを理解 ○協議会を活用して地域の相談支援体制を整備し、人材確保、質の向上等、相談支援体制の充実を図る ○保健所と協力してピアサポーターを養成し、活用するためのしくみを構築する 2. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発 ○地域移行の必要性を感じている（取組に前向きな）事業所や医療機関等に対して働きかけ、ネットワーク化及び個別事例の検討等を通じた能力形成に寄与する 3. その他 ○懇親会などでインフォーマルな顔つき 4. 効果・成果 □精神障害当事者や家族のみならず、地域からの信頼度が向上する □顔の見える関係が醸成され、サービス提供依頼のベースが増加することと、計画的な人員体制の確保が行	1. 顔の見える関係づくり ○地域の精神科病院やクリニック等から、障害福祉サービスが必要とする対象者を紹介してもらえよう関係性を構築する ○施設（サービス）の効果や有効性を医療機関や関係福祉サービス事業所等に対してフィードバックする（レポートで報告する） 2. 情報共有のしくみづくり ○施設の考えや情報の伝え方を工夫し、連携先の理解を獲得 ○ホームページ、パンフレット、名刺などを介して、他の事業者との違いに対する理解を獲得 ○救護施設で受けられないサービスもある中で、施設で完結しない連携先から情報入手 ○他の施設やサービスの情報を得ることで、その人らしい地域での暮らしを実現するという意識づけ ○相手の都合に配慮し、医療機関や行政によって好まれるチャネル（情報伝達手段）を使用 ○医療機関と本人をつなぐ通訳としての役割を発揮する 3. 人材育成 ○学ぶ場の確保が必要 ○コミュニケーションスキルの向上	1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援 ○退院（地域生活）に向け、積極的にカウンセリングスに入っていく→患者本人との関係性を早め構築する ○精神科病院に対して退院時カンファレンス前、または外泊等のタイミングで情報を取りに行く ○退院後に必要なサービス内容について、精神科病院が病棟での患者との個別面接に活かせるような情報を提供する（場合により、退院前カンファレンス等で具体的なサービスを提供する前の段階で、関係者間で事前の打ち合わせを行う） ○退院後にサービス利用を検討している方については、入院中期以降、可能であれば体験利用を勧め、具体的な退院後の生活イメージを本人・提供者ともにもつ 2. 適切な地域移行支援に向けた役割 ○精神科医療機関と連携して、入院患者の意欲の喚起及び退院支援プログラムを行う ○退院前訪問指導に同行する ○退院前に外泊をするような場合は、退院後の状況を想定するために同行等を行う ○クライシスプランの作成に関与し、	1. 医療・福祉間の情報の連携 ○緊急対応してもらったことを想定して普段から病院に様子を報告 ○入所後も元の病院と電話・FAXでやり取り ○生活状況等を ICT や電話、FAX などにより関係者間で情報共有する（特に医療と福祉をつなぐ情報共有が重要） ○情報の調整（コントロールセンター）は相談支援専門員や介護支援専門員が担うことが望ましい ○情報共有の深度や救急度について事前に合意形成を取る（命に関わる場合は電話、急がないものであればメール、など） ○精神科病院に対し（外来先）、日常生活における服薬の状況を情報提供する（概ね、退院後3 か月1 回、その後は3 か月1 回程度で構わない） 2. 本人や家族のセルフマネジメント力の向上に向けた支援 ○家族の訴えなどを聞く環境づくり ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担うと良い） 3. 特に退院直後に行うべき連携 ○病状不安定になりやすい時期であることから、アウトリーチによる支援をも実施しながら、手厚いケアを行う ○医師や関係機関等と綿密な情報・支援連携を行う ○事前に関係者間で協議し、社会的に孤立しないようなサポートを実施

	えるようになる ☐顔の見える関係の醸成に加え、地域移行の実績が重ねられることで、サービス利用のオーダーが増加する ☐支援ニーズを持つ方の早期発見につながる、かつ適切なサービスへとつなぎやすくなる	が必要 ☐指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所への地域移行に関する技術支援を行う 4. 地域づくり ☐地域の事業所間での情報共有や、事例を通じた相互相談の場などへの積極的な参加（または場の創出） 5. その他 ☐サービスを提供するのが目的ではなく、本人の地域での生活を支えること（患者本人の目録）を第一義にした取組の展開 6. 効果・成果 ☐情報共有のルールをひとつつモデル的に行うことで、その後は多機関との情報共有時にそのノウハウを展開することができる ☐支援困難ケースにおいても、連携支援による重層的なサービスが提供できるようになる ☐入院中から利用者に関わることで、入院中の支援チームの顔が見えるため、地域生活期において困りごとが起こった際に相談できる先のひとつとなる ☐連携支援の体制が醸成され、地域移行支援サービスの実施体験を積み上げることで、長期入院者等も含めた地域移行支援サービス利用者数が増加する（利用者数の増加）	危機介入時の事業所の役割を明確にするとともに、関係者間で共有（例えば相談支援専門員がサービス提供事業者等に配布するなど）する ☐サービス利用者が入院した場合は、退院後スムーズに再利用につながるよう、病棟担当者等を含めた本人の状況把握を定期的に実施し、退院調整の場面に参加する ☐入院中から特定相談支援を実施する ☐入院前に地域事業者と患者の関わりが無いような場合は、基幹センター等の協力を経て、居住地の事業所が本人に面会に来てもらうなどの働きかけを行う 3. その他 ☐相談に対して対応が難しいことは初めの段階で伝達 4. 効果・成果 ☐本人の病状が悪い場面から関わることで、その後の支援（体調管理等）がしやすくなる ☐入院中から利用者に関わることで、退院後の支援チームを利用者があらかじめ知ることができ、かつ早期の関係性の構築が見込める	4. 特に回復期に行うべき連携 ☐慢性的な引きこもり等を防止するため、福祉サービス事業所間での情報共有を行うとともに、引きこもりがちな生活に陥った際の対処方法等を検討・共有する ☐必要時には、利用者・支援者が集まりカンファレンスを実施する ☐本人が今後望む生活について、相談支援専門員等が中心となり情報を集約し、関係者間で情報共有及び実現に向けた役割分担をする ☐サービス終了（及び移行）のタイミングの可否に関する意見交換の場の創出 5. 危機的場面に備えた連携 ☐入所して見て見学時と様子が違う場合は、病院に相談 ☐精神科病院にも働きかけ、医福連携のもと、24 時間 365 日の連絡対応ができる体制を整備する ☐緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報共有・連絡の実施 6. 効果・成果 ☐入院中に病状悪化時の振り返しを行うことで、利用者の病状コントロールへの意識づけが行われる ☐地域生活期における情報を共有する体制が整うことで、関係者間での相互相談が行いやすくなるとともに、病状悪化時にも即座に対応ができる ☐相談支援事業所や市町村の相談窓口、その他サービス事業所等との関係性が構築されるにいたがい、各種サービス等の利用ニーズを持つ方につながるようになる（利用者の増加につながる） ☐顔の見える関係が形成されることで、緊急時には医療機関に即相談ができることでの安心感が担保される
--	--	--	--	---

	基盤整備		個別支援	
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
市町村	1. 保健・医療・福祉の関係機関がパラス長く役割を担う連携体制 ○他市町村との支援方法の共通化と連携支援の仕組みの構築 ○担当者が変わっても継続的な連携が取れる体制づくり ○障害福祉主管課のリーダーシップのもと庁内各課及び関係団体との合意形成を図る ○さまざまな関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場を設定する ○障害福祉サービスの提供主体である市町村が、各種サービス（事業）等を運営委託する場合においても、その実施におけるリーダーシップ及び責任を発揮し、PDCAサイクルを回すこと（機関相談支援センター等の事業実施における方針の提示、評価の実施など） ○多分野からの積極的な情報提供を促す、ルールを整備する ○地域移行・定着の推進役として、その方針等を明確に示す 2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備 ○自立支援協議会の構成機関に、地域生活・地域移行ワーキングを設置 ○自立支援協議会で精神科病院や入所	1. 顔の見える関係づくり ○介護部門や生活保護部門などとの連携の仕組み（モデル事例の構築と横展開）が必要 ○医療機関及び地域事業所が開催するケア会議等に参加し、地域で利用者を支える役割の一翼を担うことを本人・関係者等に伝える 2. 情報共有のしくみづくり ○他の自治体に地域移行支援する場合の広域のコーディネートが必要 ○困難事例モデルケースを支援する過程を保健・医療・福祉間で共有する報告会の開催 ○困難事例を職種ごとに集まって検討する場の創出 3. 人材育成 ○窓口対応する職員はケースワークを習得しておくことが必要 ○地域移行に関する普及啓発を行う ○地域移行に係る研修等を開催し、サービス提供におけるハードルを取り外すステップを作る 4. 地域づくり ○地域資源一覧の作成やその周知等により、具体的な連携促進に向けた中心的な動きをする 5. その他 ○基幹相談支援センターは、直営で運	1. 医療面・生活面の両視点での情報の連携及び支援 ○地域移行支援の利用を検討しているケースに対し、病院と相談の上、障がい者基幹相談支援センターからスタッフが訪問し、本人面接やカウンセリングへの参加 2. 適切な地域移行支援に向けた役割 ○入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じて、相談支援事業所の斡旋及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行う	1. 医療・福祉間の情報の連携 ○家族がいなくて本人の病歴や経緯などの情報がないケースでは支援者同士のつながりや橋渡しをする機関が必要 2. 危機的場面に備えた連携 ○退所後に金銭問題や犯罪、依存症などが確認された際の連絡を希望 ○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報共有の場も設ける（市町村並びに保健所） ○緊急時等にも対応可能な、スピード感のある迅速な情報共有・連絡の実施

	施設での研修や事例検討会を開催 ○保健所にケア会議に参加してもらい、報酬を得ながら基盤整備を進め ○退院カンファレンスに保健所・福祉事務所が参加 ○保健所を巻き込んだ退院支援 ○近隣の病院との情報共有 3. 支援を必要とする人が保健・医療・福祉にアクセスしやすい地域 ○協議会を活用して、地域の相談支援体制を整備するとともに、地域の関係機関等との連携体制を強化する ○協議会と居住支援協議会が連携して、具体的な居住の確保を行う 4. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発 ○自立支援協議会にて地域移行支援の研修会を開催 ○行政との勉強会 ○住民への普及啓発 ○地域移行支援サービスを支援者及び入院患者等当事者に周知する ○潜在化しているニーズが顕在化するよう、住民に対する障害福祉サービスの周知普及に努める 5. その他 ○最低限度関係者が知っておくべき地域移行支援の利用の流れを整理して配布 ○保健所から退院後のフォローの訪問を期待	営するなど、行政でやるべきことを委託しすぎないことが重要 ○患者向けに地域移行のおおまかな流れがわかるようリーフレットを作成	
--	---	---	--

			○家族がいない患者や、いても協力が得られない患者の保証人問題への行政のサポート体制を期待 ○行政が家族や本人が退院に反対の場合のかじ取り役を期待 ○空き家情報の管理・提供 ○精神障害者に関連する分野の計画等を、それぞれの整合性を図りながら作成する ○障害福祉サービスや介護サービスを PDCA サイクルにより計画的に整備する ○地域の中の医療機関や事業所等に対する調査を実施し、地域移行の状況について現状把握を行う ○国の動向や各種制度等について、市町村が各種事業所や医療機関等に情報提供してほしい（情報を止めない） ○本人と地域住民が直接かわる場の創出や行政的なサポートを行う（例えば、日中活動等で野菜を作り、それを直売所などで直接消費者に売ることができるような場を整備した場合に助成金を出すなど） ○本人のタイミングに合わせた迅速な支給決定が行える体制の整備		
--	--	--	--	--	--

	基盤整備		個別支援	
	地域体制の基盤整備	個別支援の基盤整備	入院期	地域生活期
都道府県・保健所・精神保健福祉センター等	1. 保健・医療・福祉の関係機関がバラス良く役割を担う連携体制 ○自立支援協議会の精神障害者支援部会への参加 ○福祉分野の職種を対象とした疾患の理解を深めるための研修会 ○連携会議（顔の見える関係づくり）の開催 ○グループワークを取り入れた研修会で参加者の交流を促す ○関係機関向けに病院見学や施設見学を企画 ○病院や事業所、市町村などが同じ目標に向かって一体となれる仕組みの構築 ○都道府県内の好事例を市町村間で共有できるよう促し、各圏域ごとの取組の後押しを行う ○都道府県・保健所・精神保健福祉センター・市町村の間の情報共有・連携体制を構築する 2. 個別課題の解決から地域課題の解決までを行える体制整備 ○医療の見立てに関する研修会を開催すると、ケースの情報が入ってき接点が作れる 3. 精神障害者が地域で生活するための普及啓発 ○市町村への普及啓発と市町村間の連携の仕組みの構築 ○自立支援協議会の精神障害者支援部会のアンケートで、本人の障害特性の次に支援者の理解が足りないという結果だったため、研修体制の整備が必要 4. その他 ○市町村が病院に入っていくのを仲介役としてサポート	1. 顔の見える関係づくり ○関係機関がそれぞれの仕事を理解していることが必要 ○担当者が代わっても関係機関のそれぞれの仕事についての情報を引き継ぐことが必要 2. 情報共有のしくみづくり ○保健所の業務・役割を明確化し、何をする機関なのか理解を獲得 ○保健所の業務をプレゼンして保健所の業務に対する理解を促進 3. 人材育成 ○それぞれの精神科病院が持っている困難事例を集めて検討する場づくり 4. その他 ○保健所だけで支援するのではなく、市町村を巻き込んだ支援を念頭に置く	1. 医療・福祉間の情報の連携 2. 本人や家族のセルフマネジメントの向上に向けた支援 ○家族に対する心理的サポート及び病理に対する理解を促進（例えば精神保健福祉センターの保健師などが相談支援専門員との連携のうえで担当と良い） 3. 危機的場面に備えた連携 ○サービス利用の拒否など、支援者の対応が困難になった場合の相談対応 ○よく知らない人には心を開かない傾向があるので、日頃からよく知っておくことが必要 ○危機介入において、相談支援事業所と訪問看護の連携が十分でない場合は、行政がクライシスプランを作成し、定期的な情報共有の場も設ける（市町村並びに保健所）	

2. ヒアリング結果の整理票②（その他事項）

＜連携支援が必要な対象とは＞

- ・措置入院の方
- ・自分だけでは食事が摂れない方
- ・自傷行為がみられる方
- ・家族支援も同時に必要なケース
- ・医療サービス以外の、生活に対する支援が必要な人すべて
- ・介護保険を使えないはざまの方（65歳未満など）
- ・精神疾患を持っているが、自立度が高く、介護保険が使えない方
- ・単身者
- ・家族の支援が得られない方
- ・発達障害等の理由にて生活能力が不足する方
- ・身体や知的の合併などがある方
- ・糖尿病を併発している方
- ・病識が無く、服薬の継続が難しい方
- ・生活保護を受ける方
- ・金銭管理が苦手な方

＜地域移行に必要な要素＞

- ・医療と福祉における情報共有
- ・関係者間がお互いの役割を知る
- ・（単身生活が可能な場合）アパート等の単身用の住居が確保できる環境
- ・（単身生活が困難な場合）グループホーム等への入所がスムーズに行える環境
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られていること
- ・家族等、身近な支援者の理解が得られない場合は、経済面の問題が事前に整理されること
- ・地域生活期において、急な病状変化等に24時間365日対応可能な医療機関があること
- ・障害福祉サービスや在宅介護・医療サービス事業者と入院医療機関との連携
- ・地域移行・定着の推進役は行政が担い、その推進の方針を明確に示すこと
- ・退院後の支援の内容が患者や家族の希望に基づいていること
- ・地域全体を見渡して、病院ごとに人材育成の在り方と地域移行に対するスタンスが統一されること
- ・家族に対する、心理的なサポート及び病理の理解という点での支援があること
- ・さまざまなニーズを包括的に受け、その後に最適な社会資源を有する施設等を紹介するゲートキーパーがあること
- ・患者の思いの関係者間共有

3. 多職種のコミュニケーションを促進する障害福祉サービス等報酬の詳細

以下に、厚生労働省資料（「平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」平成 30 年 2 月 5 日 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム）を主に参考とし、各種連携加算に関する情報をまとめます。

《入院時情報連携加算》

（１）入院時情報連携加算（Ⅰ）※ 医療機関を訪問しての情報提供

200 単位／月

（２）入院時情報連携加算（Ⅱ）※ 医療機関への訪問以外の方法での情報提供

100 単位／月

- ・入院時における医療機関との連携を促進する観点から、指定特定相談支援事業者等が入院時に医療機関が求める利用者の情報を、利用者等の同意を得た上で提供した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。ただし、入院時情報連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の同時算定不可。

《退院・退所加算》

200 単位／回

- ・退院・退所後の円滑な地域生活への移行に向けた医療機関等との連携を促進する観点から、退院・退所時に相談支援専門員が医療機関等の多職種から情報収集することや、医療機関等における退院・退所時のカンファレンスに参加して情報収集を行った上でサービス等利用計画等を作成した場合に加算する。

※利用者 1 人につき、入院・入所中に 3 回を限度として加算。ただし、初回加算を算定する場合は算定不可。

《居宅介護支援事業所等連携加算》

100 単位／月

- ・障害福祉サービス等の利用者が介護保険サービスの利用へ移行する場合に、指定特定相談支援事業所が利用者の心身の状況、置かれている環境やアセスメント等の情報及びサービス等利用計画の内容等について、利用者等の同意を得た上で指定居宅介護支援事業所又は指定介護予防支援事業所に提供し、居宅サービス計画等の作成に協力した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。当該加算を算定した上で居宅介護支援等を利用した後 6 ヶ月は算定不可。計画相談支援のみ新設。

《医療・保育・教育機関等連携加算》

100 単位／月

- ・ サービス利用支援等の実施時において、障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画等を作成した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。ただし、初回加算を算定した場合又は退院・退所加算を算定し、かつ、当該退院医療機関等のみから情報提供を受けている場合は算定不可。

《サービス担当者会議実施加算》

100 単位／月

- ・ 継続サービス利用支援等の実施時において、利用者の居宅等を訪問し利用者に面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して、利用者等の心身の状況等やサービスの提供状況について確認するとともに、計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行った場合に加算する。

※利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算。

《サービス提供時モニタリング加算》

100 単位／月

- ・ 継続サービス利用支援等の実施時又はそれ以外の機会において、サービス等利用計画等に位置付けた福祉サービス事業所等を訪問し、サービス提供場면을直接確認することにより、サービスの提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成した場合に加算する。

※ 利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度、かつ、相談支援専門員 1 人当たり 1 月に 39 人を限度として加算。

《初回加算》

500 単位／月

- ・ 障害福祉サービス等の利用を希望する利用者の心身の状況及び置かれている環境について、利用者等との面接や関係者への聞き取りによる詳細なアセスメントを行うために要する業務量を適切に評価する。

※ 計画相談支援のみ新設。障害児相談支援においては既設。ただし、基本報酬について旧単価を算定する場合は算定不可。

《集中支援加算》

500 単位／月

- ・ 退院・退所月以外に月6日以上支援を行った場合に算定。

《退院・退所月加算》

2,700 単位／月

- ・ 特に業務量が集中する退院・退所月においては、さらに一定単位を加算することとし、当該加算単位については、現行の補助事業で自治体が設定している補助単価の例を参考に設定する。

《障害福祉サービスの体験利用加算》

○日中活動系サービス

500 単位／日（初日から 5 日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

250 単位／日（6 日目から 15 日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

○地域移行支援

500 単位／日（初日から 5 日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

250 単位／日（6 日目から 15 日目まで）

+50 単位／日 ※地域生活支援拠点等の場合

《体験宿泊支援加算》

○施設入所支援

120 単位／日

《体験宿泊加算》

○地域移行支援

イ 体験宿泊加算（Ⅰ） 350 単位／日

ロ 体験宿泊加算（Ⅱ） 750 単位／日

4. 多職種のコミュニケーションを促進する診療報酬の詳細

以下に、厚生労働省資料（「平成 30 年度診療報酬改定関係資料（医科・調剤）」平成 30 年 3 月 厚生労働省保険局医療課）を主に参考とし、各種連携加算に関する情報をまとめます。

《入院時支援加算》

200 点（退院時 1 回）

[算定対象]

- (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- (1) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
- (3) 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[留意事項]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

《介護支援等連携指導料》

[算定要件]

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、

患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

＜退院時共同指導料＞

○退院時共同指導料1

[算定要件]

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

○退院時共同指導料2

[算定要件]

注1 入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の

退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

注5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は別に算定できない。

＜精神科措置入院退院支援加算＞

600点（退院時）

[算定要件]

措置入院者（緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。）に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

＜精神科在宅患者支援管理料＞

1 精神科在宅患者支援管理料1

（当該医療機関が訪問看護を提供）

イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

- (1) 単一建物診療患者1人

3,000点

(2) 単一建物診療患者2人以上

2,250 点

□ 重症患者等

(1) 単一建物診療患者1人

2,500 点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,875 点

ハ イ又はロ以外の患者

(1) 単一建物診療患者1人

2,030 点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,248 点

2 精神科在宅患者支援管理料2

(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)

イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

(1) 単一建物診療患者1人

2,467 点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,850 点

□ 重症患者等

(1) 単一建物診療患者1人

2,056 点

(2) 単一建物診療患者2人以上

1,542 点

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）

(イ及びロの算定患者)

イについては以下の全て、ロについてはいずれかに該当する患者であること。

ア 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体が作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態）の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者

＜訪問看護同行加算＞

○退院後訪問指導料

580 点（1 回につき）

○訪問看護同行加算

20 点

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

5. 参考事例：地域移行支援推進チーム結成による基盤の整備・個別支援の例

Step0. チーム結成による連携開始

A市の地域特性（平成29年度時点）

- ・人口：約 200,000 人
- ・都市部
- ・自立支援医療（精神通院医療）：約 2,500 人
- ・精神障害者にかかわる市内の資源

精神科病院	1 か所
精神科クリニック	11 か所
指定特定相談支援事業所	8 か所
指定一般相談支援事業所	2 か所（うち 1 か所は平成 29 年度指定取得）
グループホーム	25 か所
宿泊型自立訓練	1 か所
自立訓練（生活訓練）	3 か所
就労移行支援（一般型）	5 か所
就労継続支援	A 型：4 か所 B 型：12 か所

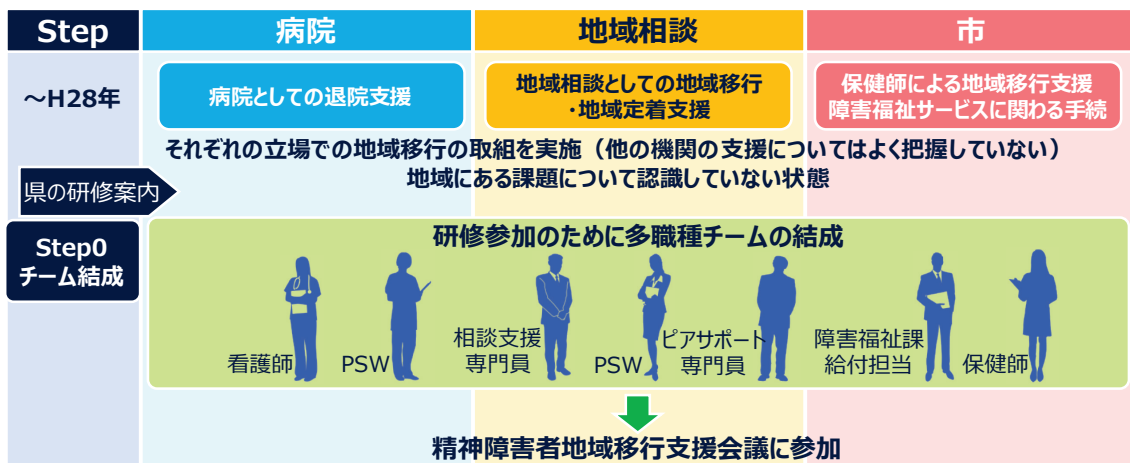
—平成 28 年夏—

A市では、病院は退院支援、相談支援事業所は地域移行支援・地域定着支援、行政は保健師による退院支援を中心として、それぞれの立場で、担当した精神障害の入院患者の地域移行支援に取り組んでいました。各担当者は、年間 1～3 件程度、自身が担当したケースに対して熱心に地域移行・地域定着を後押しするよう取り組んでいましたが、他の機関で行っている支援について情報を得たり、協働したりすることはありませんでした。また、各担当者は、A市の精神障害者の長期入院患者数や入院先のことはよく把握しておらず、A市の地域移行がどの程度進んでいるのか、つかめていませんでした。

自立支援協議会は平成 24 年度に設置されていますが、精神障害者の長期入院や地域移行について、議論する場にはなっていませんでした。また、精神障害者の支援や地域移行に関する部会や分科会もありませんでした。

県から「平成 28 年度 精神障害者地域移行支援研修」の開催通知が届き、「地域の病院・事業所・行政でチームを結成した上で参加すること」という案内があったため、市内の精神科病院から退院支援を担当している看護師・精神保健福祉士、市内の特定一般相談支援事業所から相談支援専門員・精神保健福祉士・ピアサポートスタッフ、行政から障害福祉課の給付担当、保健所から保健師が参加して、研修に参加するための多職種チームを結成しました。

研修の事前準備として、市の障害福祉計画を入手して施策やサービスについて改めて確認し、最新の 630 調査で市の入院患者の入院先と人数を把握しました。



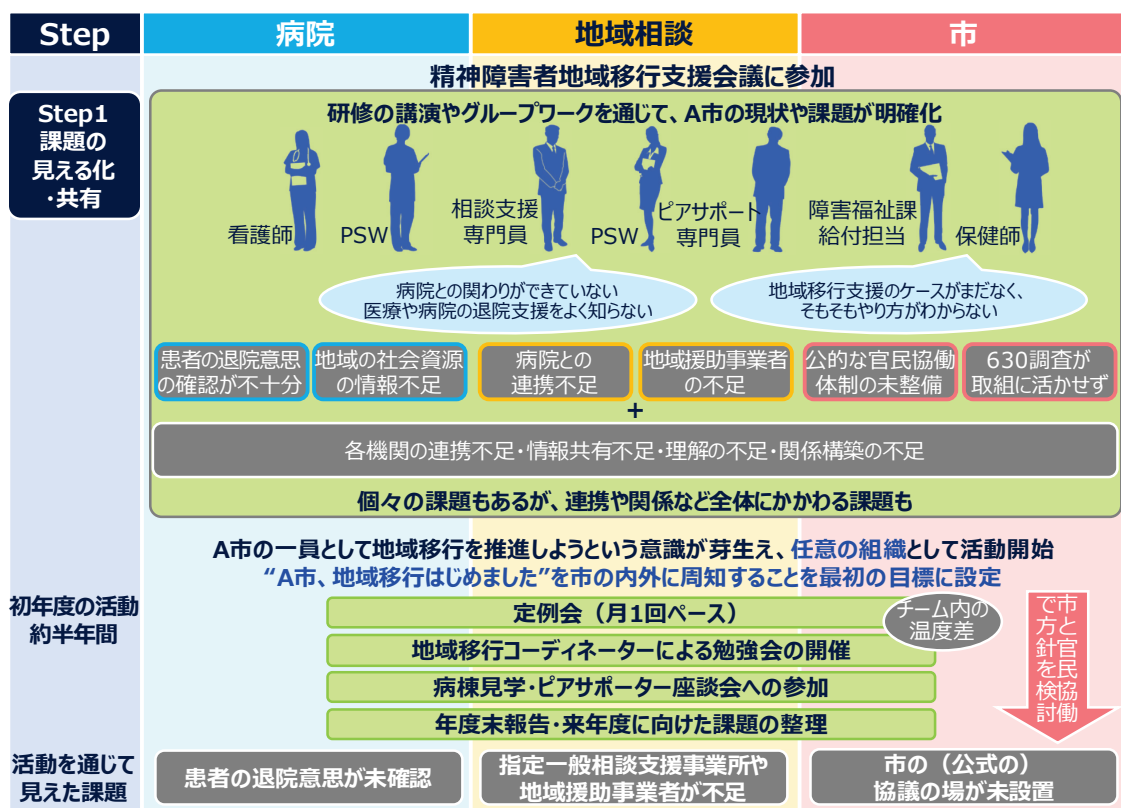
Step 1. 地域やメンバーの課題整理

当日「精神障害者地域移行支援研修」の場で、チームのメンバーが揃いました。これまで保健所主催の研修や、地域の事例検討会で年 1 回ほど顔を合わせる程度でしたが、研修の場で今まで見えていなかった地域の現状・課題を共有できたことが A 市チームにとっての収穫でした。

- ・ A 市の障害福祉計画は国の指針や市の成果目標に対して隔たりが大きいということを確認
- ・ 最新の 630 調査を確認したことにより、A 市の精神障害者は他の自治体に長期入院している方が多いということを確認

研修を通じて、チーム内で同じ認識・問題意識を共有するとともに、意識に変化が生じました。A 市において、チーム（多職種）による連携に基づいた地域移行を推進していく必要があることを認識し、自分もその一員として取り組まなければならないという意識が芽生えました。

研修後、チームは任意の組織として活動していくことになりました。平成 28 年度は、A 市が地域移行支援の取組をしていると言える体制を整えることと、それを市内外に知ってもらうことを目標とし、「A 市、地域移行ははじめました」をスローガンにしました。定例会、もしくは勉強会、病棟見学会・座談会等を設定し、月 1 回ペースで集まる機会を設定しました。



活動をスタートしてから、A市の各機関の課題も地域全体の課題も明確になってきましたが、活動運営にも課題がありました。

- ・チームのメンバー間に温度差がある（立場・視点・経験などの違いによる意識・意欲の差）
- ・行政の関与度が低く、施策に反映させる流れがない
- ・定例会の開催自体が目的化しており、検討が必要なテーマについて議論できなかったり、具体的な解決策に結びつけられない

活動運営の課題に対しては、次のような対応により状況が改善されました。

◆活動を共にする

- ・勉強会や病棟見学会など、活動を共にし、メンバー間で議論をすることにより、共通認識と同じ問題意識を持つことにつながった

◆市のキーパーソンの巻き込み

- ・市とは大枠で流れとやること（ロードマップの作成）を決めて、協働することで、市側も問題意識を持つようになった（具体的な設計や調整はチームの定例会で実施）
- ・それによって障害福祉課・健康推進課から係長（キーパーソン）が参画し、やること・できないことの決定がスムーズになり、来年度以降の市の方針決定に向けて、チームから課題認識や要望を伝えられるようになった

チームとしてのまとまりも出てきて、地域移行の入院患者向けパンフレットを作成し、初年度のスローガンであった「A 市、地域移行ははじめました」を形にしましたが、チームは任意の活動であり、一過性の取組で終わってしまう懸念もありました。指定一般支援事業所のメンバーが上司に相談してみたところ、次のような案が出てきました。

「具体的な活動をするとお互いの役割やできることもわかるので、実際に一緒に地域移行支援をしてみるといいだろう。課題は出てくるだろうけど、それを共に解決していくという体験が有益なのではないか。実際に A 市の外に長期入院していて、A 市に戻りたい方の地域移行に取り組んでみてはどうか。まずは、地域移行を希望する患者さんについて確認するところからだ。」

精神科病院に長期入院している患者さんに退院についての意思を確認する「退院意思の調査」をチームの他のメンバーに提案したところ、賛同が得られ、次年度もチームの活動を継続することが決定しました。併せて未解決の下記の課題について、共有して初年度の活動を終わりました。

- ・長期入院患者の退院意思について確認できていない
- ・指定一般相談支援事業所が少なく、受け入れ体制が十分でない
- ・チームは任意の活動であり、市には公式の協議の場が設けられていない

Step2. 課題解決に向けた取組の開始

—平成29年4月—

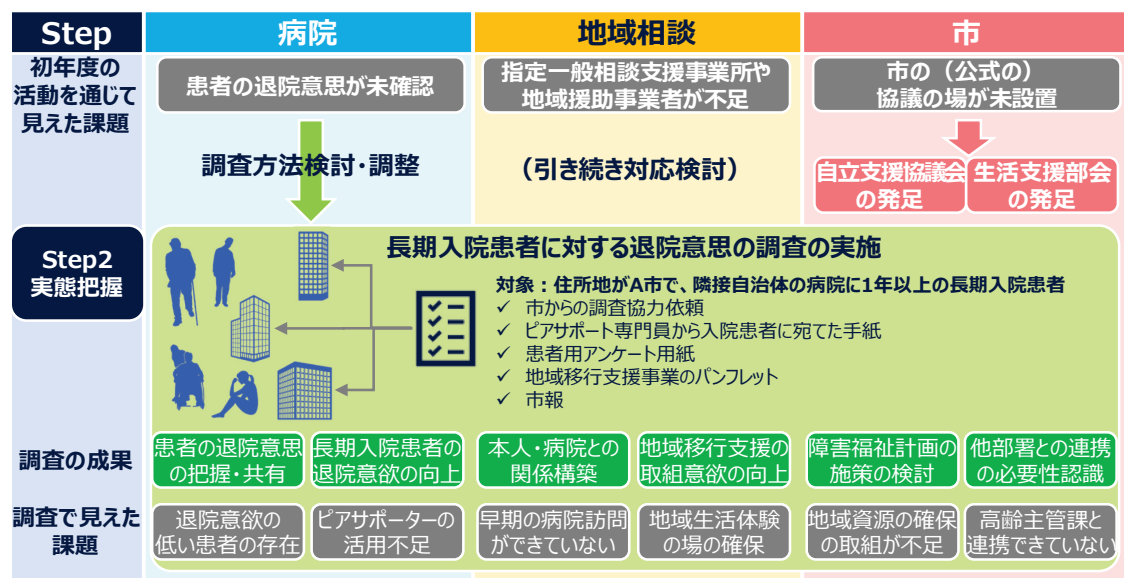
2年目を迎え、「退院意思の調査」の実施方法の検討、協力先の確保など、調査の準備を通じてチーム内のやり取りが密になり、共通の目標に向かって取り組む意識が醸成されてきました。

「退院意思の調査」の実施概要

対象病院	・市内および隣接自治体の精神科病院5病院
対象条件	・A市を住所地とする患者で、入院期間が1年以上の方 ※各病院から3名程度を選定
方 法	・病院の精神保健福祉士を介して調査資料を配布・当日回収 ・後日、訪問してヒアリング

「退院意思の調査」におけるチームの役割分担

行 政	・実施に向けた庁内の調整 ・精神科病院への依頼文の発行
指定一般 相談支援事業所	・調査用資料の作成（挨拶状・調査票・パンフレット・ピアサポートスタッフの手紙等） ・病院への趣旨説明 ・調査日程の調整
全 員	・都合がつく限り、調査に同行



「退院意思の調査」には4病院から患者の回答が得られ、後日ヒアリングをして直接患者さんの今後の生活についての希望を聞きました。回答者の半数は65歳以上の高齢者でした。退院希望は7割、残りの3割は現状維持もしくは無回答でした。

「退院意思の調査」を通じて得られたものは、長期入院の患者さんの実態に関する情報だけではありませんでした。

精神科病院	- 長期入院患者の退院意思を確認でき、精神科病院のスタッフも本人の意思を把握・共有できた - 病院・患者本人に地域移行について説明することで、A市の社会資源について知ってもらうことができた
長期入院患者本人	A市のチームのメンバーが訪問したことで、患者本人が退院してA市で暮らすという選択肢を持てるようになり、退院意欲が高まった
事業所	- 精神科病院に調査への協力依頼をすることで、病院と接点を持つきっかけとなり、関係構築につながった - 委託相談や、ピアサポートスタッフによる退院意欲を喚起する支援など、支援の開始につながった - A市に地域移行したいという患者本人の希望を直に聞いて、地域移行への取組意欲が一層高まった
行政（市）	- A市の精神障害者の入院状況を把握でき、次期の障害福祉計画の施策の検討に活かした 65歳以上の患者が多いことを把握でき、他部署（高齢主管課）との連携の必要性を認識した

一方で以下のような課題も明らかになりました。

- ・退院意欲の低い患者への対応（現状維持の希望も多い）
- ・高齢の長期入院患者の退院支援（高齢主管課との連携体制ができていない）
- ・早期の病院訪問ができていない（訪問ができないまま、入院が長期化している）
- ・地域生活体験の場の確保ができていない（市内で体験利用できないケースがある）
- ・相談支援事業所の不足（退院希望者全員を一斉には対応できない）

<協議の場の設置>

初年度の活動に携わった障害福祉課・健康推進課の係長（キーパーソン）を通じて市側に要望した結果、平成 29 年 4 月に「自立支援協議会」とその中の一部会として「生活支援部会」が発足しました。精神障害者の地域移行・地域定着については、「生活支援部会」で具体的な議論をすることになりました。チームの活動により、地域の基盤整備も一歩前進しました。

Step3. 個別支援の開始

退院意思の調査の回答者のうち、退院の意思があった方には、フォローアップとして本人への面会や、家族・病院との調整を重ね、複数のケースで地域移行支援を申請することができました。

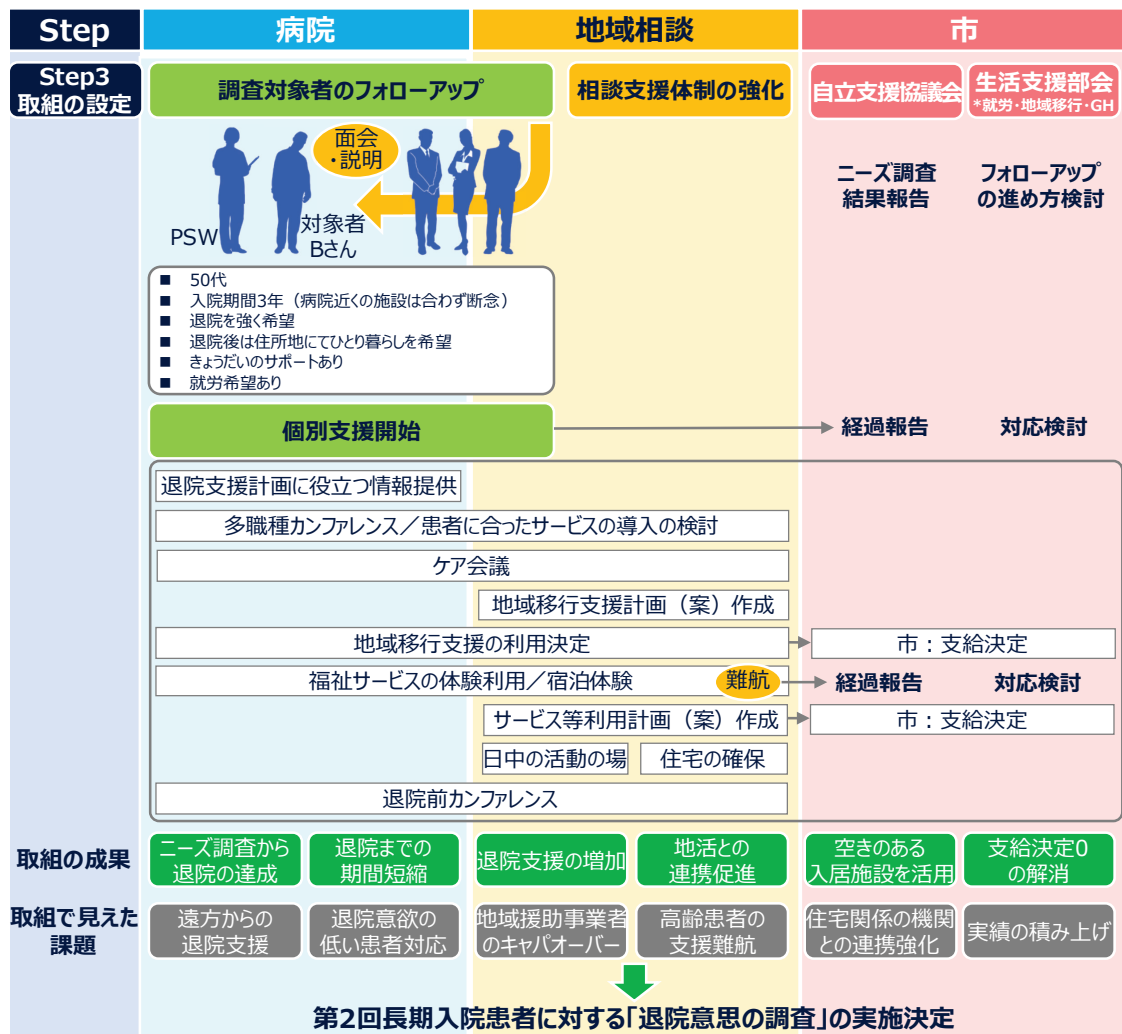
指定一般相談支援事業所の負担増や、体験利用の場の確保に時間を要するなど、実際に苦慮する面もありましたが、事前に想定していたため、チームで本人の面会や病院とのコンタクトを続け、地域移行に対する本人の意欲を保つことができました。

◆B さん（50 代、入院期間 3 年）は、退院後は自宅での生活を強く希望しており、自立訓練（生活訓練）の利用が検討されましたが、市内の自立訓練施設ではすぐには受け入れられませんでした。委託相談を担当していた精神保健福祉士は、ピアサポートスタッフとともに自立訓練に対する B さんの意欲を低下させないように面会を続けながら、チームの定例会にてこの問題を報告・相談したところ、隣接自治体の B さんに適した自立訓練施設の利用が提案され、体験利用に至りました。

◆退院の希望は強いものの、A 市以外の地域を希望している C さん（50 代、入院期間 7 年）の場合、保健師が他の自治体の障害福祉課との仲介役を担いました。

◆グループホームへの入居を希望する D さん（70 代、入院期間 18 年）の場合、障害福祉課の係長・ケースワーカーがケア会議を開催するなどして、支援が進められました。

個別支援を市の地域基盤整備につなげるために、これらの事例は自立支援協議会で報告されました。また、生活支援部会では、支援において生じた問題に対して他の機関が協力を提案したり、受け入れる余裕がある機関に回したり、次に誰が何をするかまで、具体的な解決策が議論されました。生活支援部会が、チームメンバーの相談の場として機能するようになりました。



【チームのメンバーの声】

単独の機関で支援していると、うまく行かないことが出てきます。チームで活動する前は、そこで支援が行き詰まっていたましたが、現在は「地域課題」としてとらえ、「多職種連携で解決する」という意識になりました。周りに課題を共有し、ネットワークの中で対応や解決策を検討するようになったため、自分だけで抱え込むようなことがなくなりました。何より、患者さんの不利益にならないためにも、多機関が協力して取り組むことが重要だと感じています。

退院意思の調査は、対象者の拾い上げ、病院との関係構築、課題の把握や施策の検討につながるなど、もたらされるメリットが多いため、第2回の実施が決定しました。

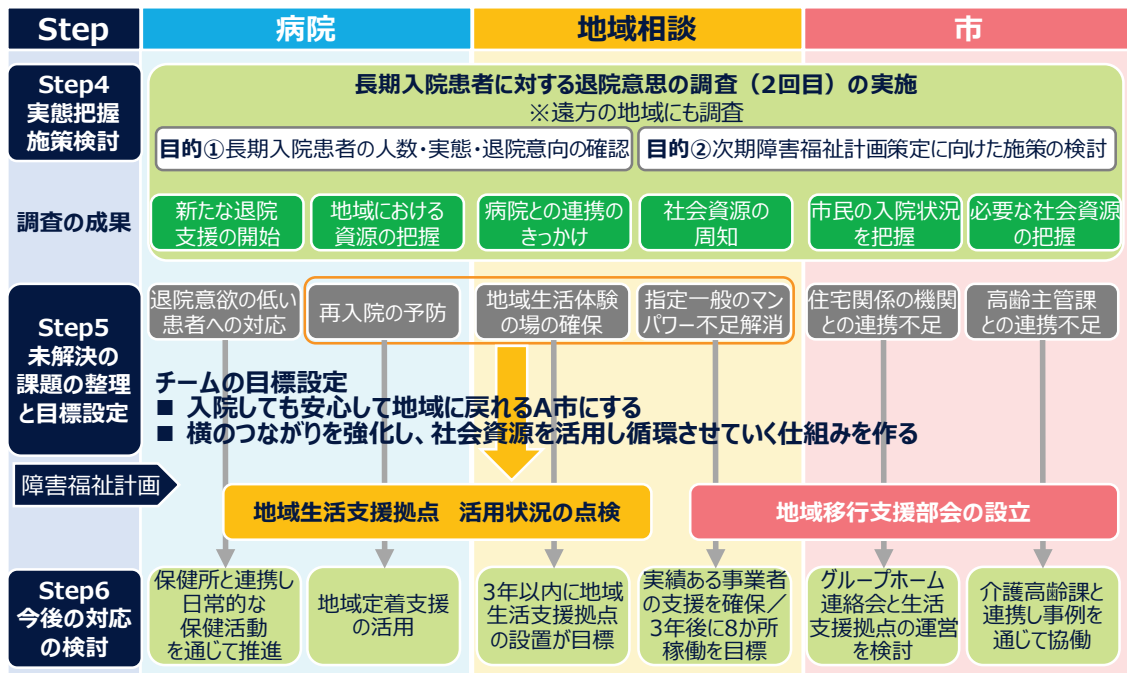
Step4. ～ 取組の振り返りと次の目標設定

退院意思の調査、個別支援、自立支援協議会・生活支援部会での共有・検討を通じて、改めて、A市の地域課題が明らかになりました。特に、「再入院の予防」、「地域生活体験の場の確保」、「指定一般相談支援事業所のマンパワー不足解消」については、チームの努力のみで解決できる問題ではなく、2年間で大きく改善したとはいえない状況です。

これらの課題に対して、社会資源の開発と支援の質の向上の両輪で進めていく必要があります。各機関の課題に対する取組状況をチーム内で相互にモニタリングしていくことになりました。

市では、「第2回退院意思の調査」で、自立支援協議会・生活支援部会で検討された内容を障害福祉計画の策定に活かすことができました。今後、精神障害者の地域移行の普及啓発や人材育成により注力する方針です。

平成28年度から平成29年度にかけて、チームは任意の活動という形でしたが、平成30年度からは自立支援協議会の中の「地域移行部会」という位置づけられることになりました。公的な活動になることで、より責任が伴うようになり、基盤整備の促進が期待されます。課題ごとに、3年後の数値目標を立てており、年度ごとに中間評価を行いながら進めていく予定です。



【他の自治体等に向けてのアドバイス】

- ・きっかけは義務的な研修だったが、「退院意思の調査」という具体的な活動がメンバーを同じ目標に向かわせ、チームの活動が活発化した
⇒形骸的な会議にならないよう、活動を組み入れよう
- ・単独での支援で行き詰ったら、「地域課題」として多機関のネットワークの中で解決を検討する
⇒協議会や連絡会を個別支援における問題の相談の場として活用しよう
- ・活動の大枠は市と決めたり、役職のある立場の人に参画してもらい、官民協働の取組にすることで地域の基盤整備を進める
⇒自治体のキーパーソンに同じ問題意識を持ってもらい、活動に巻き込もう