

当事者、家族の関わり 社会参加（就労）について

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

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における検討事項 (2020年10月26日時点,一部案を含む)

開催日		検討事項等
第1回	令和2年3月18日	・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の目的について
第2回	令和2年5月22日 (持ち回り開催)	・自治体等における相談業務について ・精神医療に求められる医療機能について ・普及啓発について
第3回	令和2年7月31日	・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの開催について ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神保健について
第4回	令和2年9月3日	・医療と障害福祉サービスの現状と課題について ・住まい支援のための医療保健福祉の連携について
第5回	令和2年10月26日	・当事者、家族の関わり ・社会参加(就労)について ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの進捗について
第6回	未定	・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人材の育成について ・中間とりまとめ
第7回	未定	・地域精神医療について ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループのとりまとめ(報告)
第8回	未定	・保健・医療・福祉等の連携支援体制 ・とりまとめ①
第9回	未定	・とりまとめ②

※第6回以降の検討事項は現時点での案を掲載

第4回検討会での主な意見と整理

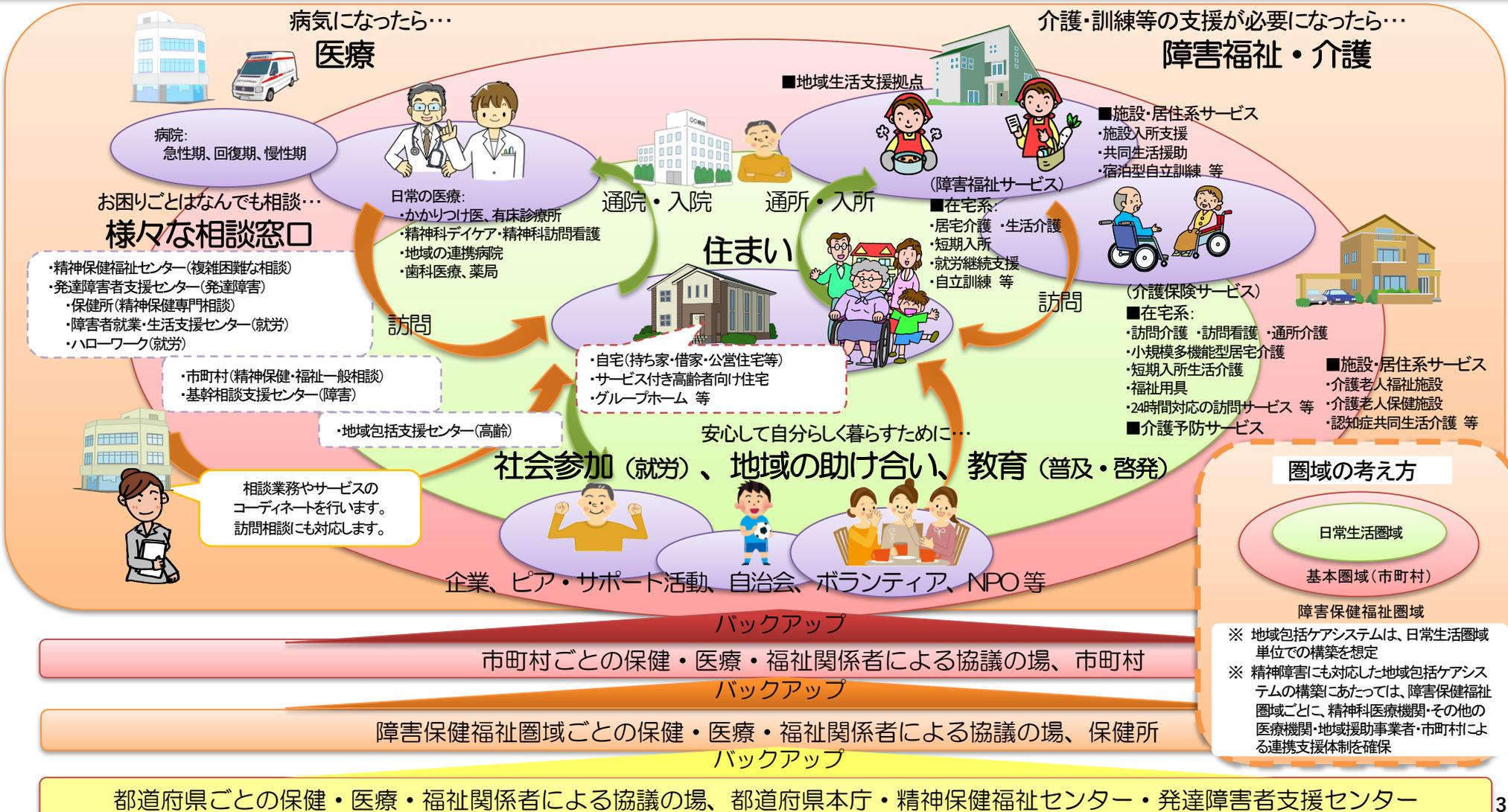
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進していくためには、**一人ひとりの困り事やそれに対する支援の積み重ね（個別支援）が何よりも重要である。**
- **多くの方々の個別支援に共通する課題から、地域課題を抽出することが重要。**地域課題は、協議の場等において、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者やピアサポーター、住まい関係者等様々な立場の者が共同し解決していくことが必要。
- **地域の保健、医療、障害福祉、介護、住まい等関係者やピアサポーター等が、更にお互いが顔の見える関係になり、つながりを格段に密にすることが重要。**顔の見える関係を構築し連携を深めるためには、**入院形態によらず退院支援委員会等の機会に保健所や市町村、地域援助事業者、住まい関係者やピアサポーター等を含めていくことや、市町村等が地域の関係者と協力して研修やグループワークを開き同じ議題でディスカッションする**等有効と考えられる取組を検討し講じていくことが必要。

意見の抜粋

- 地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して、福祉の必要性に関する当事者への説明も含め、責任をもち今以上に関わる体制にしていくことが望ましい。また、社会的な支援が必要な1年以上の入院者の支援を、医療の課題ではなく、地域の体制整備、福祉の課題であるということを確認にする必要がある。
- 医療機関の職員が地域の支援力、ケア力の想像がつかないと、様々なことが退院困難要因と成り得る。医療機関の職員と地域が関わる機会をつくり、地域での支援を実感することで、医療機関の職員の地域の支援力、ケア力の理解が深まる。地域と医療機関のつながりについて検討する必要があり、医療機関の職員が地域の協議会等に参加する際に保健師によるコーディネートを期待したい。
- 退院支援委員会等に、地域援助事業者や行政を呼ぶ仕組みを早急に整備すべき。連携研修をするだけではなく、実際の事例で4者（医療、福祉、行政、ピアサポーター）が協働し合うという風景にしていくことが大事。
- 事例検討会等では、専門職だけではなく、当事者や当事者を支える様々な立場の方が参加し、一緒に当事者の生活について考えることや課題を解決し、精神障害を持った方々を支援することが必要と考える。
- ピアサポーターも報酬を得られるような仕組みが必要。例えば病院でピアサポーターを受け入れ就労経験を積んでもらうといった趣旨の制度などを考えていくことも必要。
- 居住支援協議会のネットワークに居住支援法人等が入るが、精神障害の支援をしている者を都道府県の居住支援協議会に配置する仕組みを作ることで少し幅広の議論ができるのではないか。
- 個別ケースから多機関連携を作っていくというやり方に居住支援協議会はなっていない。個別支援を基軸とし、居住支援協議会も含めた相互乗り入れにより顔が見える関係を構築していく必要がある。
- 大家や不動産業者は、何かあったときにどうするのかといった心配をすることも多い。何か困りごとが起きたときに駆け付けることができる、医療と福祉がしっかり連携して大家等の心配事の相談に乗れる等の体制を構築し、安心して受け入れられる基盤整備も必要。
- 精神障害の方の支援に自信がないといわれることもある。多職種の研修だけではなく、例えば精神障害の方を余り受けていない事業所が人材交流などでOJT等ができるようにするといった工夫も大事。
- 訪問診療が増えていかないと、施設の中に医療があるだけではつながりが難しくなるのではないか。訪問診療をもっと充実させていく必要があるのではないか。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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



これまでの整理と論点

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害者等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環境の推進をしているところ、これまでの議論においては各種制度等のなかで当事者支援や家族支援について取りまとめられているが、**当事者、家族の関わり、社会参加については明確に示されていない**（第6期障害福祉計画では保健・医療・福祉等関係者による協議の場への当事者、家族の参加を求めており、同様の事柄は本検討会でも指摘されている）。
- 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「ピアサポーターに関する事業」は5割強の都道府県等が取り組んでおり、取組内容としては、ピアサポーターの養成や活動支援が主となっている。
また、「精神障害者の家族支援に係る事業」は3割強の都道府県等が取り組んでおり、取組内容としては、家族会における研修や学習支援、家族によるピアサポート活動の支援などが挙げられる。
- ピアサポートの活用等については、「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」（平成27年12月社会保障審議会障害者部会報告書）において、「地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を養成する研修を含め、必要な支援を行うべきである。」とされ、平成28年に成立した改正障害者総合支援法の附帯決議においても、「ピアサポートの活用等の取組を一層推進すること」とされている。
- これまでの本検討会では、当事者や家族からも、ピアサポーターという位置づけのほかに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで、**どのような役割を担えるかや、また、専門職等と連携していけるのか**、という視点が必要であると指摘されている。
また、ピアサポートについては、**医療や障害福祉における活動を中心に議論**がされており、医療機関、障害福祉サービス等事業所や基幹相談支援センター等において**ピアサポーターを配置し、当事者視点の支援の確保やピアサポーター以外の職員の精神障害等への理解の促進に寄与する**ものであると指摘されている。
- 精神障害者等の就労やその支援については、精神障害者雇用トータルサポーター等雇用分野における支援や、障害福祉サービス等報酬における就労系サービス等による支援が制度として運用されている。
- 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）において「**社会参加（就労）**」は**包括的に確保されるものとして位置づけられているものの、意義や目的、具体的な取組については示されていない**。



- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（特に地域生活）のなかで、当事者、家族の意識や思いについて、地域の受け止めが重要となると考えられるが、どのような課題が挙げられるか。
- こうした課題を克服する上では、普及啓発による地域住民や関係者の精神障害や精神疾患に関する理解の促進や、当事者の経験や家族の知見が重要になることを踏まえ、どのような方策の充実が必要と考えるか。

參考資料

- 普及啓発について、行動変容を促すために効果的な方法で実施していくことが求められている。

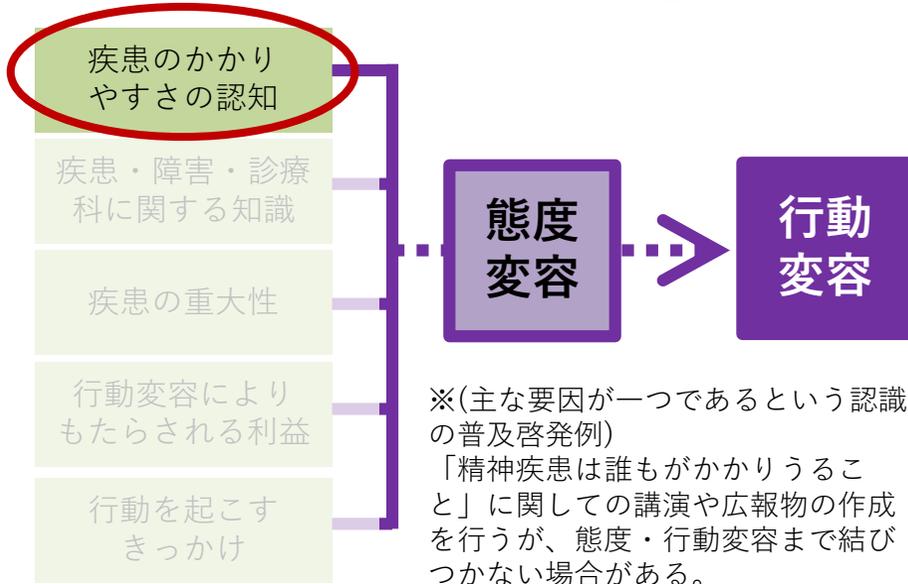
効果的な普及啓発とは

第16回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（平成21年4月23日）

- 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)については、**効果的な普及啓発の実施**が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするとする側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行う。
- 疾患のかかりやすさの認知向上だけでは態度・行動変容に結びつかない場合があり¹⁾、**行動変容に影響を与える要因を複数特定し、焦点を当てた効果的な普及啓発を設計**する必要がある。

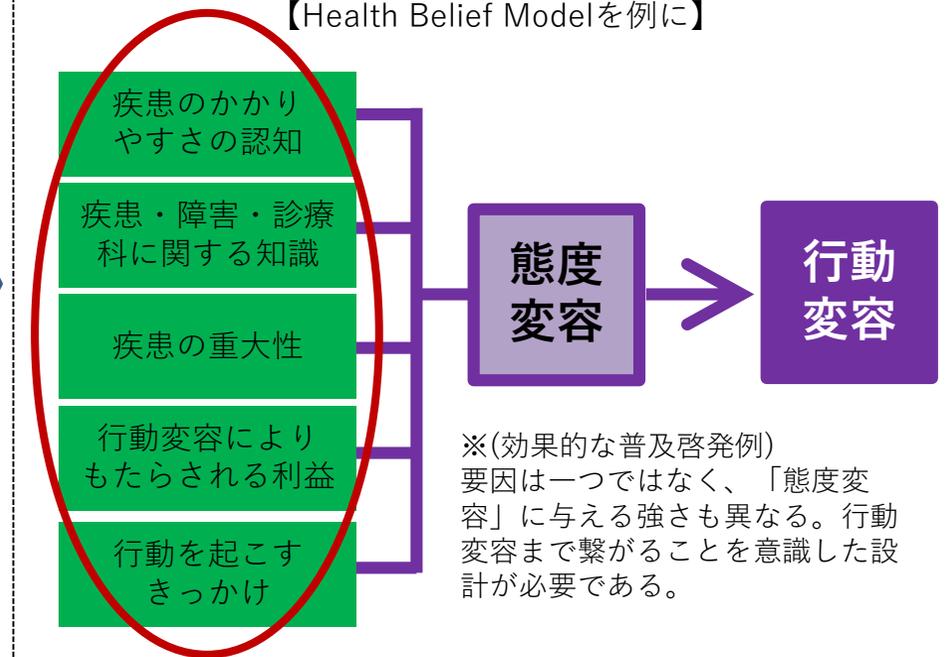
従来の普及啓発

【Health Belief Modelを例に】



効果的な普及啓発（イメージ）

【Health Belief Modelを例に】



※1)アメリカの大腸がん検診の普及啓発においては、疾患のかかりやすさの認知と大腸がん検診受診行動との相関関係がないというエビデンスから、他の要因に焦点が当てられている。出典:NCI.(2002). Cooperetal.(2005).Health Promotion Practice.6;4:385-393

地域住民への普及啓発について（メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方）

（MHFA;Mental Health First Aid）

第2回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資料

- メンタルヘルスの問題を抱える人に対して、**専門家に相談するまでの間の、家族や友人、同僚など、側にいる身近な人が行う「こころの応急処置」**であり、精神疾患への偏見と差別を減少させ精神疾患への応急対応法を伝えることを目的に開発されたもの。
- 心の健康にかかわる症状をどのように認識し、初期支援をどのように提供し、適切な専門家の支援へどのように導くかを学ぶ。
- 地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげるメンタルヘルス・ファーストエイドの取り組みにより、精神疾患の予防や早期介入、自殺防止など効果を上げている。

MHFAのイメージ



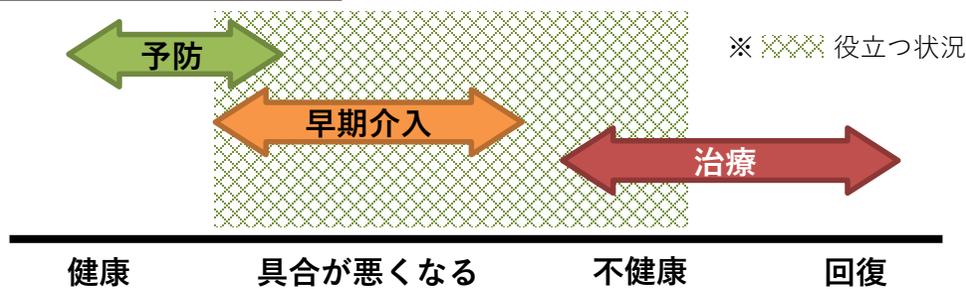
- （※1） 初期支援を行う家族や友人等は、MHFAに関する研修を受講した者。研修は、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉センターおよび保健所職員等のインストラクターが実施。
- （※2） 初期支援は、適切な専門的治療につながるかメンタルヘルスの危機状態が解決するまで提供する。

英国 MHFAの国際的普及 **米国**

テリーザ・メイ首相は国としてメンタルヘルスの差別対策を行うため、学校、職場でMHFA研修を実施すると発表

ミシェル・オバマ前大統領夫人が大規模キャンペーンを実施、2015年からわずか2年間で78万人以上がMHFAを受講という驚くべき成果

MHFAが役立つ状況



メンタルヘルス・ファーストエイドの5原則

- 「**リ**」声をかけ、**リ**スクを評価し支援をはじめましょう
- 「**は**」決めつけず、批判せずに話（**は**なし）を聞きましょう
- 「**あ**」安心（**あ**んしん）につながる支援と情報を提供しましょう
- 「**さ**」専門家の**サ**ポートを受けるよう勧めましょう
- 「**る**」その他の**ヘル**プやセルフ**ヘル**プ等のサポートを勧めましょう

MHFAにかかる研修内容と効果

【研修内容】

- 身体疾患のファーストエイドのモデルを踏襲
- メンタルヘルスの問題が起こっている状況に早期に支援し、危機的状況に援助できるように、住民に研修する

（研修のトピック）

- ・ メンタルヘルスの概要
- ・ メンタルヘルス・ファーストエイドアクションプラン
- ・ うつの問題 ・ 不安の問題 ・ 統合失調症等の精神病の問題
- ・ 物質使用の問題 ・ 自殺などのメンタルヘルスの危機的状況

【研修の効果】

- 研修受講者の群では、以下の点で改善がみられている
 - ・ **支援を提供する自信**
 - ・ **専門家の支援を求めるように助言する可能性**
 - ・ 保健医療専門家と一致した治療に関する信念
 - ・ **社会的距離（スティグマ的な態度）**
 - ・ 参加者自身のメンタルヘルス

- 将来、自分や身近な人が精神的に不調になる可能性は低くなく、安心して医療・支援を受けるには、地域の理解と意識の向上が大切
- メンタルヘルスに問題を抱える人は、自分に支援・医療が必要なことが、理解できない場合もあるため、周りが気づいて支援することが必要



千葉県旭市の取組事例～地域共生社会の実現を目指すMado-ka（まどか）プロジェクト

- 旭市は千葉県の北東部の沿岸部に位置する人口約6万5千人の都市。高齢化率が28%を超え、少子高齢化及び人口減少が顕在化し、中心市街地は空き店舗や空きスペースが目立ち始めている。
- 東日本大震災では、津波の来襲もあり未曾有の被災を経験する。これをきっかけに障害福祉サービスの提供をする社会福祉法人が地域住民とのコミュニケーションを深め地域共生社会の実現を目指したMado-kaプロジェクトを開始した。

沿革

- 平成23年 3月11日 **東日本大震災**において、旭市や法人も被災を経験する。その後、被災者支援と併行して復旧・復興支援活動が開始された。
- 平成26年 8月 1日 事業所(法人)としても福祉のまちプロジェクト構想を開始。
- 平成27年 4月 1日 **Mado-kaプロジェクト**と名称を改め(地域の窓を開いていく担当課、という意味を込めて)、活動を実践に移す。
- 平成27年10月 1日 地域住民との交流から始まった構想を形にし、実行するために、地域交流スペース(兼相談事業所)『コミュニケーションセンターMado-ka』をプレオープン、個別の相談支援とともに商店街のなかに気軽に立ち寄れる場所、多世代で楽しめる空間づくりに取り組んだ。
- 平成28年 4月15日 Mado-kaスペースリニューアルオープン、**住民活動**を支援。
- 平成28年 7月20日 「**あさひ子ども食堂**」を開始
- 平成28年 8月6.7日「あさひ七夕市民まつり」に参加(以降、毎年実施)
- 平成28年11月 2日「あさひ子ども食堂(放課後時間帯)」を開始(以降、**毎週**実施)
- 平成28年12月23日「クリスマスフェア」イベントを開催(以降、毎年実施)
- 令和元年 近隣小学校より**放課後児童**などを受け入れ、来訪者も増加している。

【事業展開のイメージ】

地域住民(障害のある人もない人も子どもから高齢者まですべての人)と保健・医療・福祉・教育・一般企業・その他が繋がり相互作用を生む



【関係者】

- ・市民(子供から高齢者まで、障害の有無に関わらず)
- ・企業
- ・ボランティア
- ・市役所
- ・小学校
- ・病院
- ・社会福祉法人
- ・NPO法人

機能・活動内容

1 地域福祉における相談支援機能

住民が気軽に立ち寄り、生活の一部として相談ができる、また専門職にアクセスできる。

2 健康増進(ヘルスプロモーション)に向けたスペースの活用

地域のさまざまな住民活動、交流(コミュニケーション)の場、打ち合わせ、生きがいづくり等、さまざまな用途で活用し、健康増進につながる。

3 「町なか」における休憩スペース

子どもから障害者、高齢者まで、多世代で気軽に立ち寄り、いつでも休息できる。

4 生活支援、子育て支援、コーディネート機能(ボランティア育成、活動サポート)

地域住民や関係者、小中学校、障害者支援関係者などと協議しながら、子ども食堂の実施や放課後児童の受け入れ、レクリエーション、遊び、宿題見守り、話し相手、相談支援、演奏会鑑賞、など多世代交流をサポート。年間を通じて、気軽に地域福祉にふれる機会づくり、無理のないかたちで地元住民がボランティアに参加できる活動を企画、運営、参画する。

5 地域福祉に係る情報案内、情報発信機能

個別支援の延長線上にある課題解決に向けた地域づくり、高齢者支援に関わらず、地域生活課題を検討、社会資源やサポート体制を開発、育成、研修 会や勉強会の企画や実施。小中学校などにおいてもミニ集会などに参加し、啓発、情報発信を行なう。

6 地域における防災支援機能

日頃から声をかけ合える多世代での住民同士の関係づくり、交流が重要である。これを基本にしながらか減災または災害に強いまちづくりを、そして安心できる地域づくりを推進する。

地域包括ケアシステムの深化

- 地域包括ケアシステムの深化に際しては、高齢者に関わらず、老若男女や障害のある人もない人も、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく生活できる地域づくり、すなわち地域共生社会の実現が求められている。
- Mado-kaプロジェクトでは、事業所(法人)が日頃行なっている個別支援と併行して、その延長線上にある地域づくりへの参画と協力、実践を積極的に展開している。
- 結果、障害のある人もない人も、地域住民として日頃の生活の中で住民活動、福祉活動やボランティア活動に参画し、地域の実情や課題を把握すると共に、解決に向けた活動に貢献できる可能性に繋がっている。

ピアサポートとは

- ピア (peer) とは、「仲間、同輩、対等者」という意味である。
- ピアサポートとは、一般に同じ課題や環境を体験する人がその体験から来る感情を共有することで専門職による支援では得がたい安心感や自己肯定感を得られることを言い、身体障害者自立生活運動で始まり、知的障害や精神障害の分野でも定着し始めている。

※平成22年度障害者総合福祉推進事業「ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備のあり方に関する調査とガイドラインの作成」より

- ピアサポート活動従事者による支援の効果

※平成27年度障害者支援状況等調査研究事業「障害福祉サービス事業所等におけるピアサポート活動状況調査」より

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

- ピアサポーターの支援を受けた利用者本人は、「ロールモデルの視点」、「体験の共感・共有」、「体験にもとづく相談対応」などの点で支援の効果があると感じている。

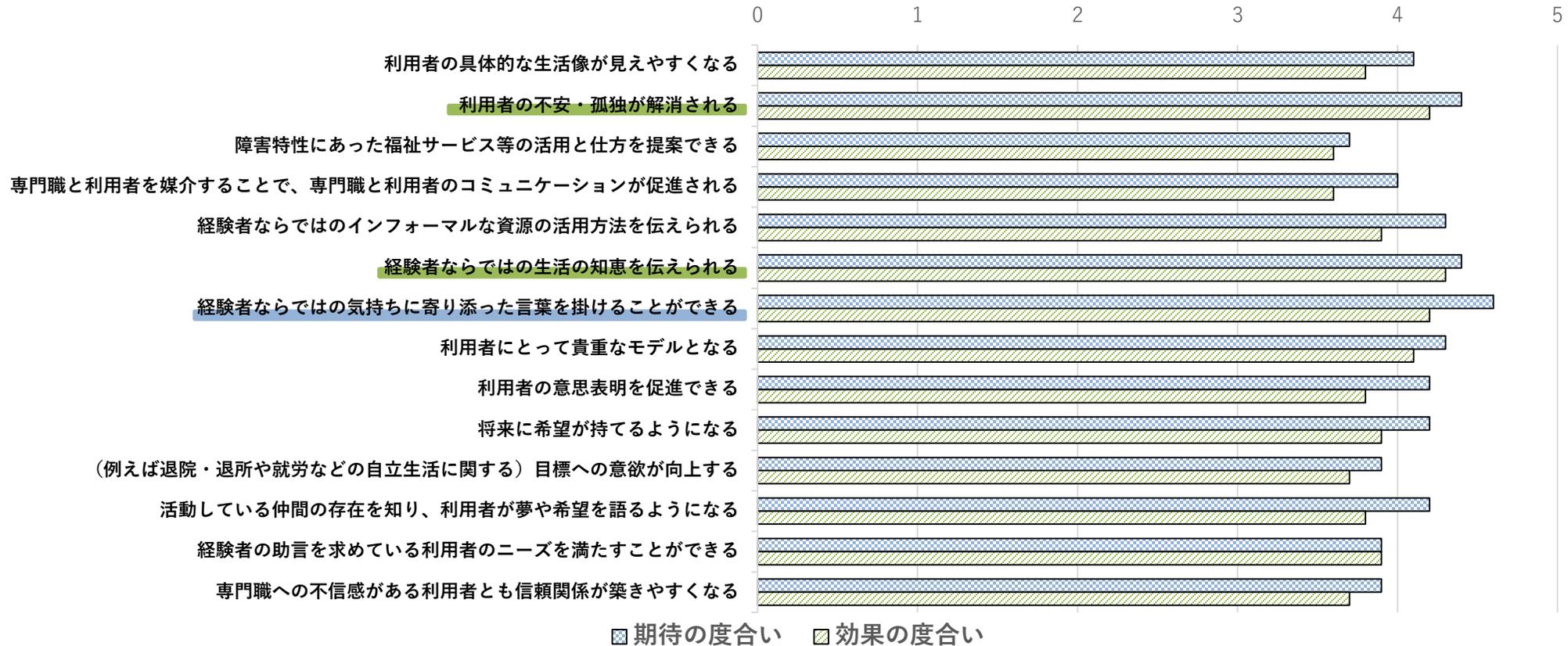
ピアサポーターが支援にかかわる効果（サービス利用者本人の意見） ※4つの障害福祉サービス事業所の利用者に対するヒアリング調査の結果より

事業所名	サービス利用者本人の視点
A 事業所	<p>【ロールモデルの視点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現場でピアサポート活動従事者が働いていることが、自分の目指す姿となり、励みになった。 ・自分も働きたいという思いがあったことから、参考にすることができた。
B 事業所	<p>【体験の共感・共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動従事者は「本当に」同じ立場に立って話してくれるので、共感を感じる。健常者は、障害を体験していないので意見を言われても「本当か」という疑念が生じる。 ・面接といった形式にとらわれず、ホールの中でリラックスして話をするすることができた。 ・訪問時にいろいろと話をすることができ、楽しむことができた。 <p>【体験にもとづく相談対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしを目指すうえで、いろいろな意見を聞くことができた。特に同じ病気のピアサポート活動従事者は「病気の発作はどうか?」「就職活動をする際に、病気はどの程度影響があるのか?」といった疑問に対して、具体的な体験談を聞くことができてとてもよかった。 <p>【ロールモデルの視点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普段の話や体験談を通じて、ピアサポート活動従事者のように「自分もできるようになる」ということを感じるすることができた。
C 事業所	<p>【体験の共感・共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・話しやすかったので、相談しやすかった（親身になって話を聞いてくれた）。 ・ピアサポート活動従事者自身が体験しているので、より本音で話してもらえることが出来た。 <p>【体験にもとづく相談対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の体験を踏まえて助言してくれた。 ・過去の体験の経験者からのアドバイスなので、納得しやすかった。 ・同じ目線で支援を受けることができた。例えば、「眠れない」「薬の効きが悪い」といった相談に対し「体を動かしてみると寝やすいよ」「薬を交換してもらえよう主治医に相談するといいよ」といった体験に基づいて話してくれたことで、体験の実例を知ることができた。 ・自分と家族（親）の関係を相談することができた。また、そういった相談をすることで、生活する上で不安を取り除くことができた。 <p>【ロールモデルの視点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に生活していることから、今後生活する上での手本として見るすることができた。
D 事業所	<p>【体験の共感・共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会情勢や就労に関して、患者だった立場から情報提供してくれる。職員と同じなので、あいまいなことは言わない。また、メンバーそれぞれ同じように接していこうとしている。 ・病気のことを体験を通じてわかってもらえる。「しんどい」「つらい」ということが、共感してもらえる（だいたいわかってくれる） ・ピアサポート活動従事者からも相談を受けるし、ピアサポート活動従事者に相談することもある。お互いに助け合っているといった印象がある。

- 障害福祉サービス事業所等が考えるピアサポーターの支援が利用者にも与える効果についての期待の度合いをみると、「経験者ならではの気持ちに寄り添った言葉をかけることができる」が最も高く、その他の項目についても概ね4.0点を超えており、事業者が期待している項目となっている。
- また、効果の度合いについてみると、「経験者ならではの生活の知恵を伝えられる」、「利用者の不安・孤独が解消される」といった項目の値が高いが、その他の項目についても概ね値が高く、ピアサポーターの支援が利用者にも与える効果がある項目となっている。

障害福祉サービス事業所等が考えるピアサポーターの支援が利用者にも与えるプラスの効果として期待、効果（5点満点）

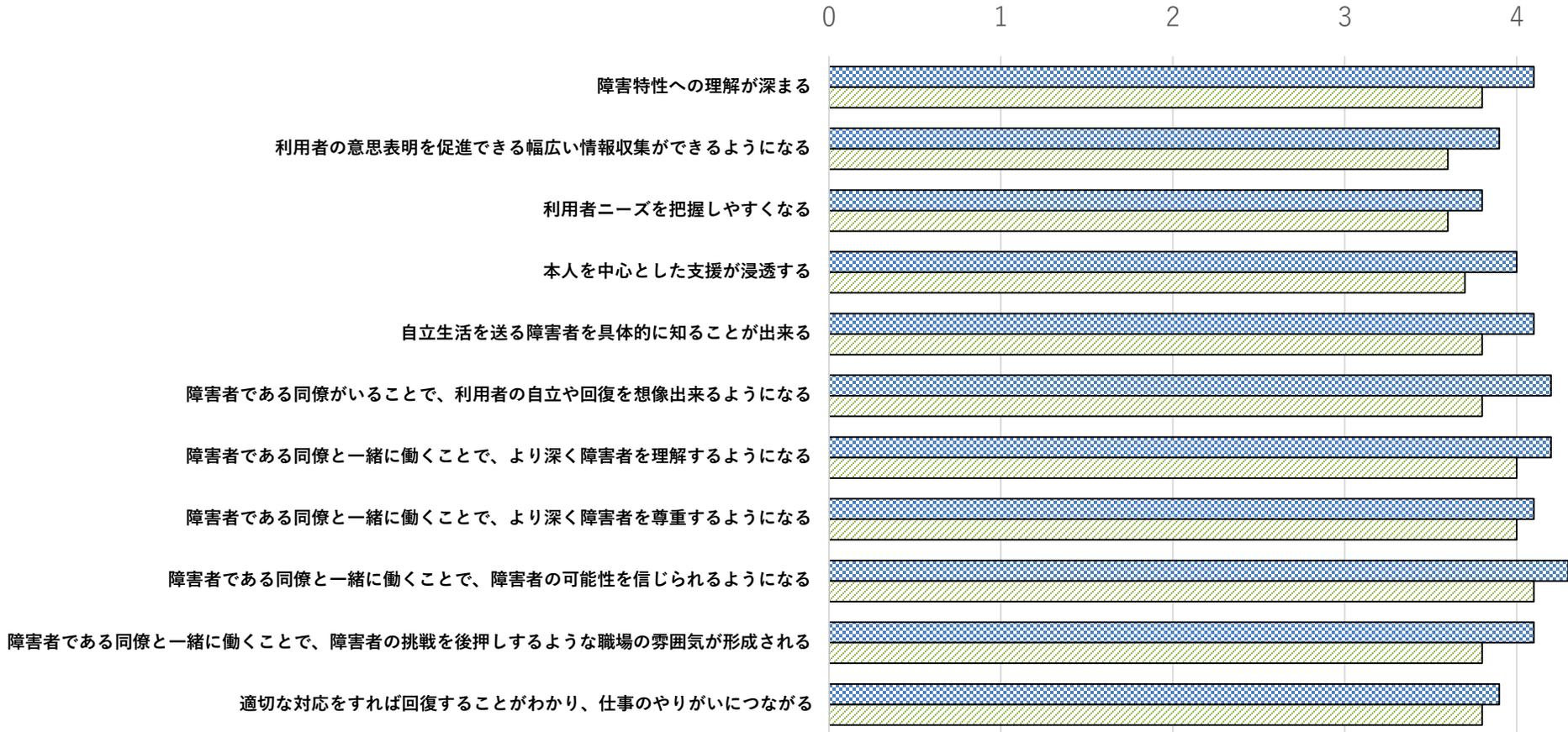
(n=36)



- 障害福祉サービス事業所等が考えるピアサポーターの支援が事業所の他の職員に与える効果について、期待の度合いをみると、いずれの項目についても4.0点前後であり、概ねすべての項目について期待されている。
- また、効果の度合いについても同様で、いずれの項目でも値が高く、効果がある項目となっている。

ピアサポーターの支援が事業所の他の職員に与えるプラスの効果、期待（5点満点）

(n=36)
5

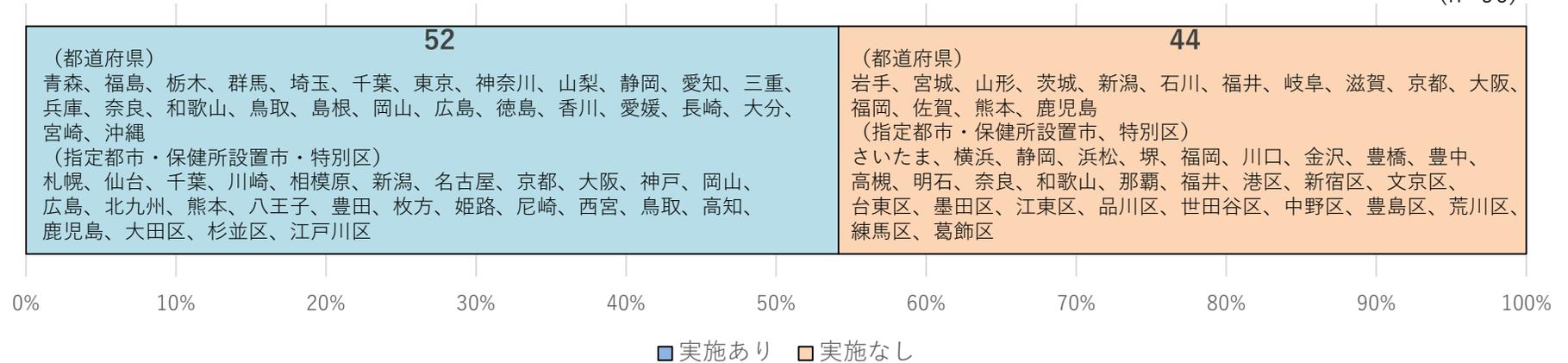


■ 期待の度合い ■ 効果の度合い

令和2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の実施状況

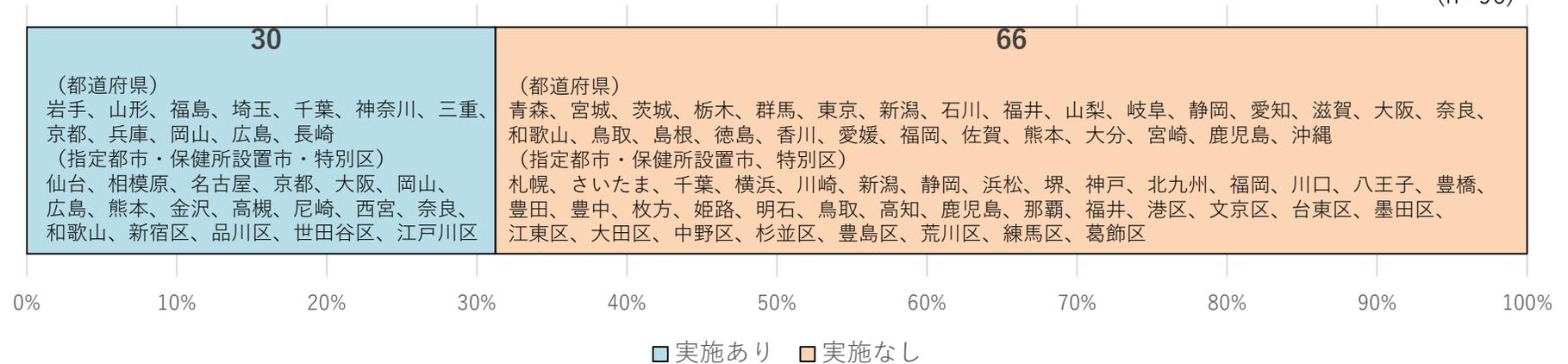
ピアサポートの活用に係る事業の活用状況

(n=96)



精神障害者の家族支援に係る事業の活用状況

(n=96)



※令和2年度構築推進事業実施計画書に基づき作成

※155自治体（都道府県、指定都市、保健所設置市、特別区のR2自治体数）のうち、当該事業未申請は以下の59自治体
 (都道府県) 北海道、秋田、富山、長野、山口、高知
 (指定都市、保健所設置市、特別区) 函館、旭川、青森、八戸、盛岡、秋田、山形、福島、郡山、いわき、水戸、宇都宮、前橋、高崎、川越、越谷、船橋、柏、横須賀、富山、甲府、長野、岐阜、岡崎、大津、吹田、八尾、寝屋川、東大阪、松江、倉敷、呉、福山、下関、高松、松山、久留米、長崎、佐世保、大分、宮崎、小樽、町田、藤沢、茅ヶ崎、四日市、千代田区、中央区、目黒区、渋谷区、北区、板橋区、足立区

精神障害者に対する主な雇用支援施策

◎精神障害者を対象とした支援施策

① 精神障害者雇用トータルサポーターの配置

ハローワークに「精神障害者雇用トータルサポーター」を配置し、精神障害者等の求職者に対してはカウンセリング等、事業主に対しては課題解決のための相談援助等の専門的な知見に基づく支援を実施。

② 精神障害者に対する総合的雇用支援

地域障害者職業センターにおいて、主治医等との連携の下、新規雇入れ、職場復帰、雇用継続に係る様々な支援ニーズに対して、総合的な支援を実施。(全国47センターで実施)

③ 精神・発達障害者しごとサポーターの養成

広く一般労働者を対象とし、職場において精神・発達障害者を支援する応援者を養成し、職場における精神・発達障害者を支援する環境づくりを推進する。

④ 医療機関とハローワークの連携による就労支援モデル事業

就労支援プログラムを実施する医療機関とハローワークが連携した就労支援を実施するとともに、当該医療機関との信頼関係を構築する。(平成30年度より全国で実施)

⑤ 精神障害者等の就労パスポートの普及

精神障害者等本人の障害理解や支援機関同士での情報連携等を進めるとともに、事業主による採用選考時の本人理解や就職後の職場環境整備を促すため、就労に向けた情報共有フォーマット(就労パスポート)を普及し、雇入れ時等における利活用を促進する。

◎精神障害者が利用できる主な支援施策

① ハローワークにおける職業相談・職業紹介

個々の障害者に応じた、きめ細かな職業相談を実施するとともに、福祉・教育等関係機関と連携した「チーム支援」による就職の準備段階から職場定着までの一貫した支援を実施。併せて、ハローワークとの連携の上、地域障害者職業センターにおいて、職業評価、職業準備支援、職場適応支援等の専門的な各種職業リハビリテーションを実施する。

② 特定求職者雇用開発助成金

ハローワーク等の紹介により継続して雇用する労働者として雇い入れる事業主に対して助成。

③ 障害者トライアル雇用事業

ハローワーク等の紹介により、障害者を事業主が試用雇用の形で受け入れることにより、障害者雇用についての理解を促し、試用雇用終了後の常用雇用への移行を進める。

また、精神障害者等については、雇入れ当初は週20時間未満の就業から開始する短時間トライアル雇用を実施。

④ 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)

障害特性に応じた雇用管理・雇用形態の見直しや柔軟な働き方の工夫等の措置を講じる事業主に対して助成を行う。

⑤ 職場適応援助者(ジョブコーチ)支援事業

障害者が職場に適應できるよう、地域障害者職業センター等に配置されているジョブコーチが職場において直接的・専門的支援を行うとともに、事業主や職場の従業員に対しても助言を行い、必要に応じて職務や職場環境の改善を提案する。

⑥ 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)

企業に雇用される障害者に対してジョブコーチによる援助を提供する社会福祉法人等の事業主(訪問型)や自社で雇用する障害者に対してジョブコーチを配置して援助を行う事業主(企業在籍型)に対して助成を行う。

⑦ 障害者就業・生活支援センター事業

雇用、保健、福祉、教育等の地域の関係機関の連携の拠点となり、障害者の身近な地域において、就業面及び生活面にわたる一体的な支援を実施(令和2年4月現在:335か所)。

⑧ 医療機関等との連携による就労支援セミナー等

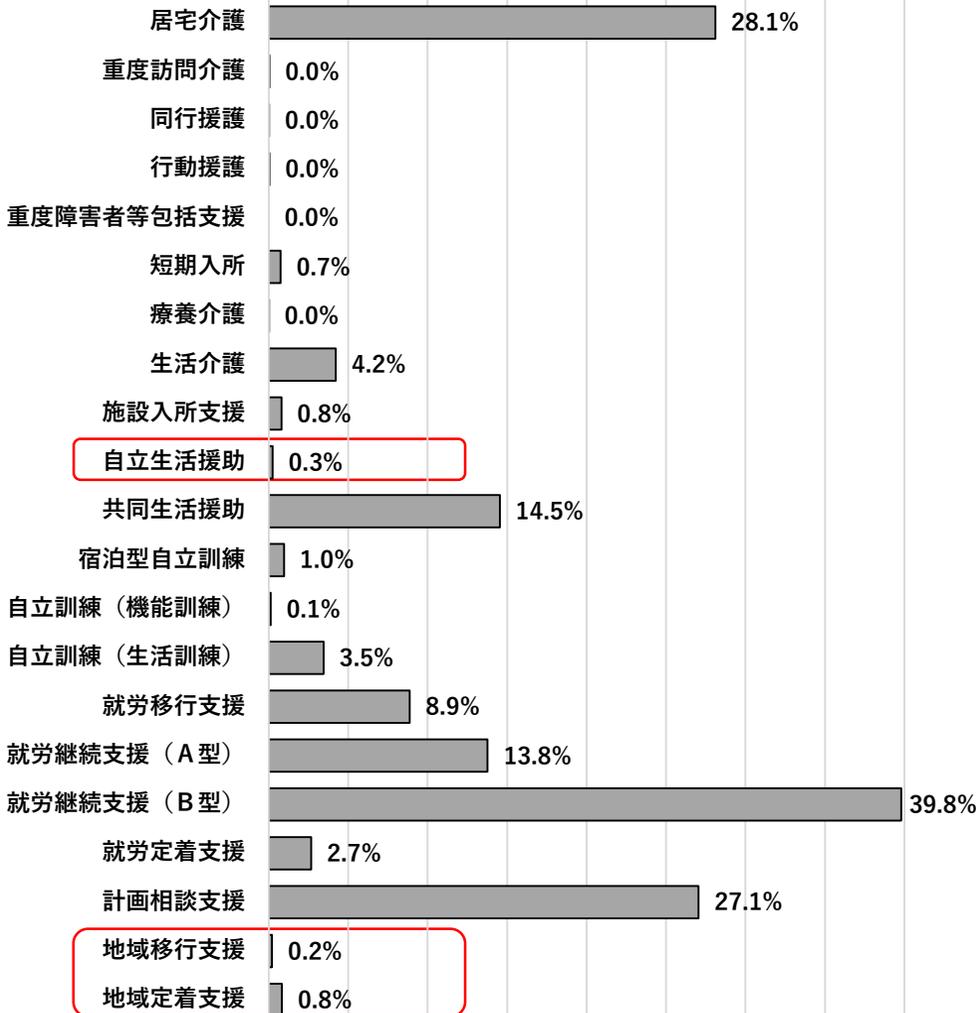
利用者及び職員向けに就職活動に関する知識等についてセミナーを実施することにより、就職に向けた取組・支援を的確に行えるよう援助。

精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

○ 地域生活を営む対象者に利用される「就労継続支援（B型）」、「計画相談支援」などのサービス利用が多く、地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助のサービスの利用は少ない。

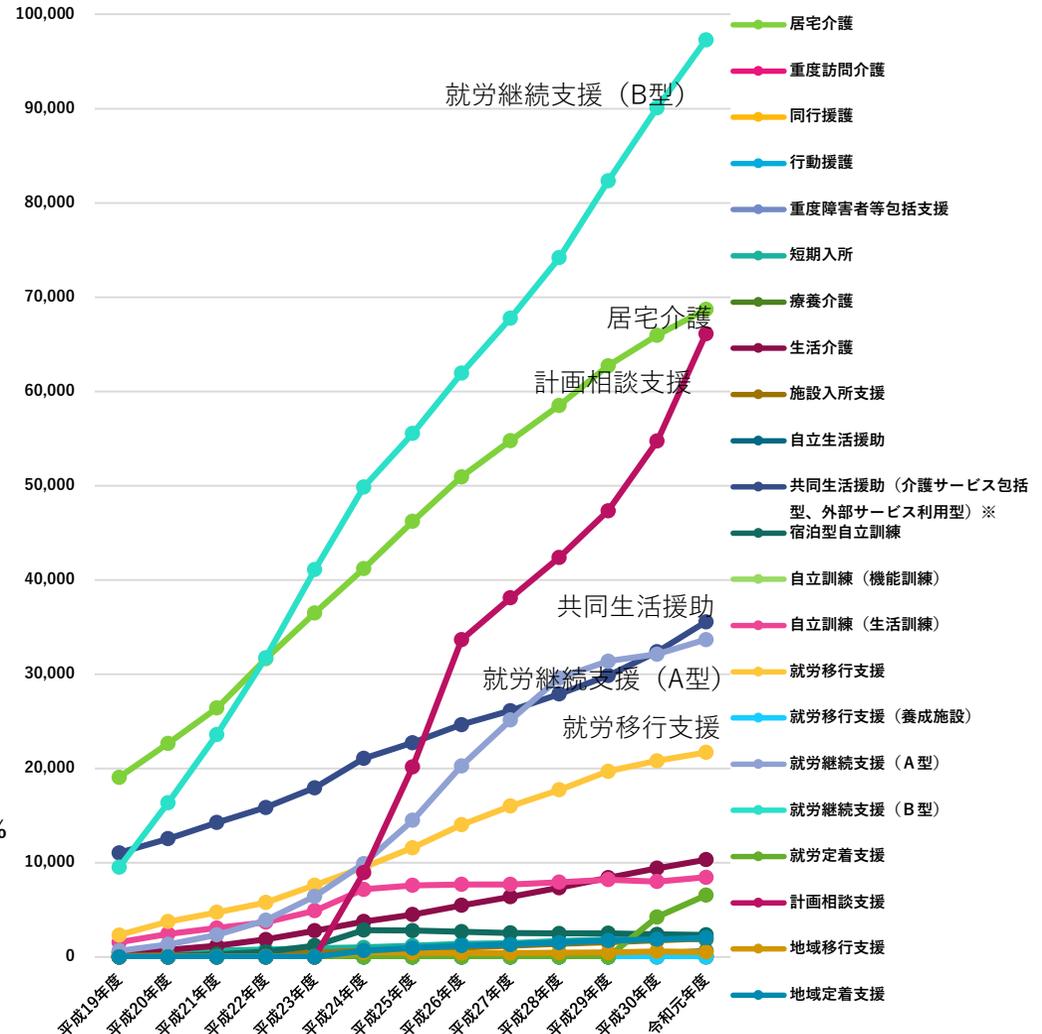
精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0%



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

（各年度3月の利用者数）



就労移行支援の概要

○ 対象者

- 一般就労等を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性に合った職場への就労等が見込まれる障害者
- ※ 休職者については、所定の要件を満たす場合に利用が可能であり、復職した場合に一般就労への移行者となる。
- ※ 65歳に達する前5年間障害福祉サービスの支給決定を受けていた者で、65歳に達する前日において就労移行支援の支給決定を受けていた者は当該サービスについて引き続き利用することが可能

○ サービス内容

- 一般就労等への移行に向けて、事業所内での作業等を通じた就労に必要な訓練、適性に合った職場探し、就労後の職場定着のための支援等を実施
- 通所によるサービスを原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、職場実習等によるサービスを組み合わせた支援を実施
- 利用者ごとに、標準期間(24ヶ月)内で利用期間を設定
 - ※ 市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新可能

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 職業指導員 } 6:1以上
- 生活支援員 } 6:1以上
- 就労支援員 → 15:1以上

○ 報酬単価（平成30年報酬改定以降、定員規模別に加え、就職後6月以上定着した割合が高いほど高い基本報酬）

基本報酬

<定員20人以下の場合>

改定前	令和元年10月～	
基本報酬	就職後6月以上定着率	基本報酬
804単位	5割以上	1,094単位/日
	4割以上5割未満	939単位/日
	3割以上4割未満	811単位/日
	2割以上3割未満	689単位/日
	1割以上2割未満	567単位/日
	0割超1割未満	527単位/日
	0	502単位/日

主な加算

移行準備支援体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ) 41,100単位
⇒ Ⅰ:施設外支援として職員が同行し、企業実習等の支援を行った場合
⇒ Ⅱ:施設外就労として、請負契約を結んだ企業内で業務を行った場合

就労支援関係研修修了加算 6単位
⇒ 就労支援関係の研修修了者を就労支援員として配置した場合
※ H30年～見直し

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) 15,10,6単位
⇒ Ⅰ:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の35%雇用されている場合
⇒ Ⅱ:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の25%雇用されている場合
※ H30～資格保有者に公認心理師、作業療法士を追加
⇒ Ⅲ:常勤職員が75%以上又は勤続3年以上が30%以上の場合

食事提供体制加算、送迎加算、訪問加算等
⇒ 他の福祉サービスと共通した加算も一定の条件を満たせば算定可能

※ 上表以外に、あん摩等養成事業所である場合の設定、定員に応じた設定あり
(21人以上40人以下、41人以上60人以下、61人以上80人以下、81人以上)

○ 事業所数

3,001 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

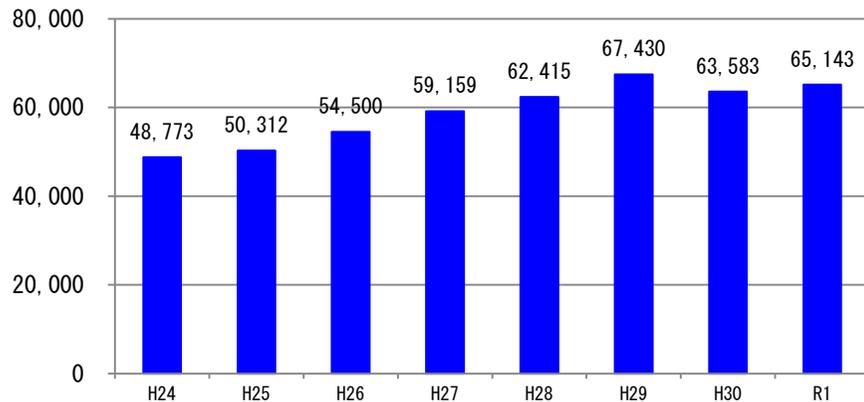
33,619 (国保連令和 2年 4月実績) 16

就労移行支援の現状

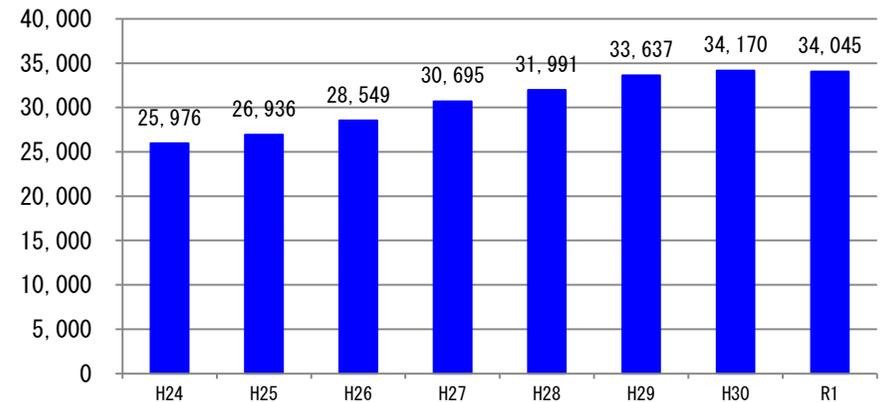
【就労移行支援の現状】

- 就労移行支援の平成30年度費用額は約651億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の約2.4%を占めている。
- 事業所数は平成30年度から減少傾向にある。

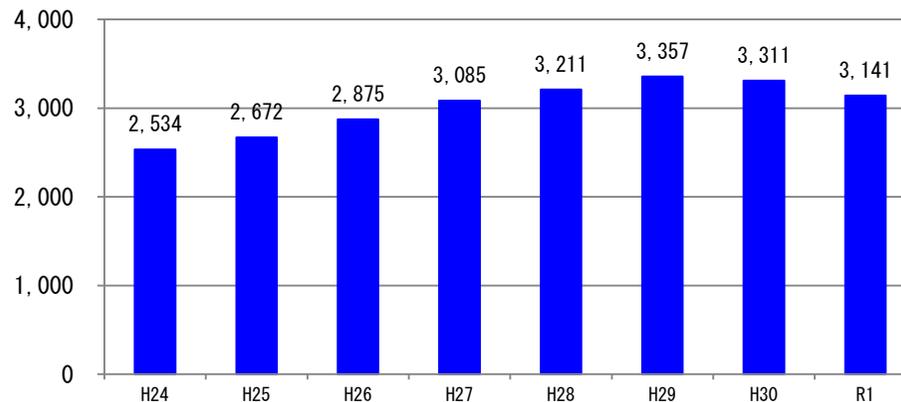
費用額の推移（百万円）



利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



※出典:国保連データ

就労定着支援の概要

○ 対象者

- 就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て一般就労へ移行した障害者で、就労に伴う環境変化により生活面・就業面の課題が生じている者であって、一般就労後6月を経過した者

○ サービス内容

- 障害者との相談を通じて日常生活面及び社会生活面の課題を把握するとともに、企業や関係機関等との連絡調整やそれに伴う課題解決に向けて必要となる支援を実施
- 利用者の自宅・企業等を訪問することにより、月1回以上は障害者との対面支援
- 月1回以上は企業訪問を行うよう努める
- 利用期間は3年間(経過後は必要に応じて障害者就業・生活支援センター等へ引き継ぐ)

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者 60:1
- 就労定着支援員 40:1
(常勤換算)

○ 報酬単価 (令和元年10月～) 利用者数規模別に加え、就労定着率 (過去3年間の就労定着支援の総利用者数のうち前年度末時点の就労定着者数) が高いほど高い基本報酬

基本報酬

<利用者数20人以下の場合>

就労定着率	基本報酬
9割以上	3,215単位/月
8割以上9割未満	2,652単位/月
7割以上8割未満	2,130単位/月
5割以上7割未満	1,607単位/月
3割以上5割未満	1,366単位/月
1割以上3割未満	1,206単位/月
1割未満	1,045単位/月



主な加算

職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算 120単位/月
⇒ 職場適応援助者(ジョブコーチ)養成研修を修了した者を就労定着支援員として配置している場合

特別地域加算 240単位/月
⇒ 中山間地域等の居住する利用者へ支援した場合

初期加算 900単位/月(1回限り)
⇒ 一体的に運営する移行支援事業所等以外の事業所から利用者を受け入れた場合

企業連携等調整特別加算 240単位/月
⇒ 支援開始1年以内の利用者に対する評価

就労定着実績体制加算 300単位/月
⇒ 就労定着支援利用終了者のうち、雇用された事業所に3年6月以上念月未満の機関継続して就労している者の割合が7割以上の事業所を評価する

※ 上表以外に、利用者数に応じた設定あり (21人以上40人以下、41人以上)

※ 自立生活援助、自立訓練(生活訓練)との併給調整を行う。

※ 職場適応援助者に係る助成金との併給調整を行う。

○ 事業所数

1,228 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

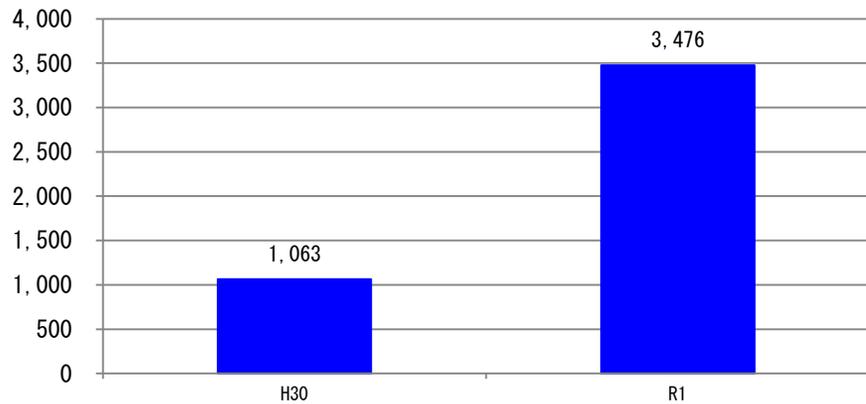
10,568 (国保連令和 2年 4月実績) 18

就労定着支援の現状

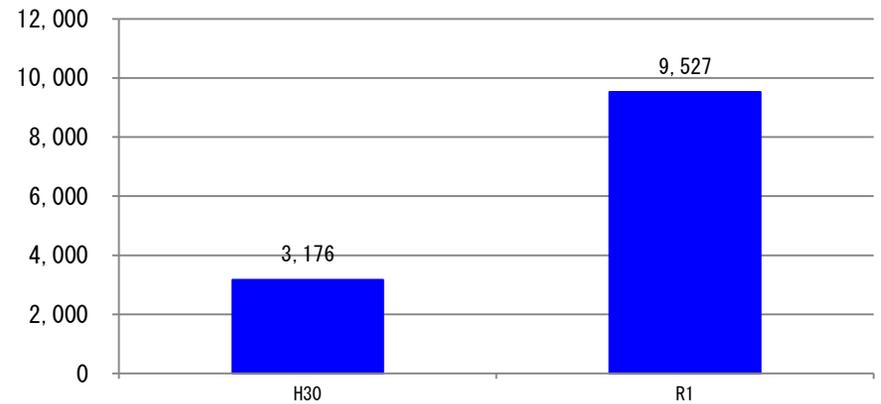
【就労定着支援の現状】

- 就労定着支援の令和元年度費用額は約35億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の約0.13%を占めている。
- 平成30年10月から完全施行され、総費用額、利用者数及び事業所数は毎月増加。

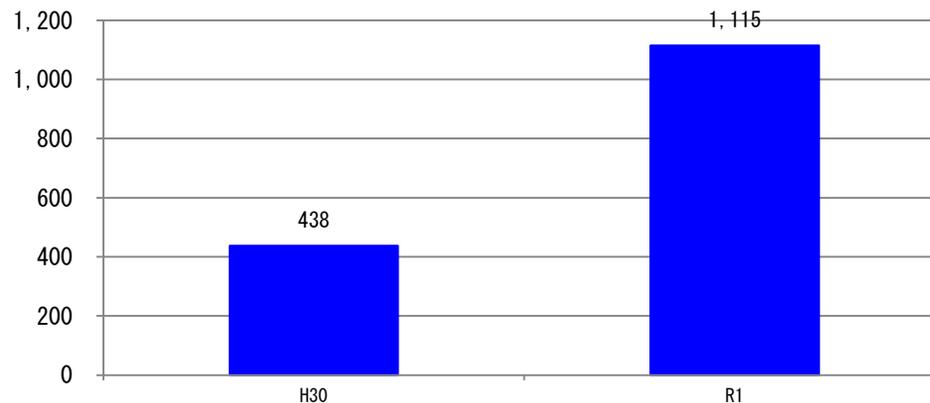
費用額の推移（百万円）



利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



就労継続支援A型の概要

○ 対象者

- 通常の事業所に雇用される事が困難であって、適切な支援により雇用契約に基づく就労が可能な障害者
- ※ 65歳に達する前5年間障害福祉サービスの支給決定を受けていた者で、65歳に達する前日において就労継続支援A型の支給決定を受けていた者は当該サービスについて引き続き利用することが可能。

○ サービス内容

- 通所により、雇用契約に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者について、一般就労への移行に向けて支援
- 一定の範囲内で障害者以外の雇用が可能
- 多様な事業形態により、多くの就労機会を確保できるよう、障害者の利用定員10人からの事業実施が可能
- 利用期間の制限なし

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 職業指導員 } 10:1以上
- 生活支援員 }

○ 報酬単価（平成30年報酬改定以降、定員規模別、人員配置別に加え、平均労働時間が長いほど高い基本報酬）

基本報酬

<定員20人以下、人員配置7.5:1の場合>

改定前	令和元年10月～	
基本報酬	1日の平均労働時間	基本報酬
584単位	7時間以上	618単位/日
	6時間以上7時間未満	606単位/日
	5時間以上6時間未満	597単位/日
	4時間以上5時間未満	589単位/日
	3時間以上4時間未満	501単位/日
	2時間以上3時間未満	412単位/日
	2時間未満	324単位/日

主な加算

賃金向上達成指導員配置加算 15～70単位/日

- ※ 定員規模に応じた設定
- ※ 平成30年新設

就労移行支援体制加算(I),(II) 5～42単位/日

- ※ 定員、職員配置、一般就労へ移行し6月以上定着した者の数に応じた設定
- ※ H30～見直し

福祉専門職員配置等加算(I),(II),(III) 15、10、6単位

- ⇒ I:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の35%雇用されている場合
- ⇒ II:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の25%雇用されている場合
- ※ H30～資格保有者に公認心理師を追加
- ⇒ III:常勤職員が75%以上又は勤続3年以上が30%以上の場合

食事提供体制加算、送迎加算、訪問加算等

- ⇒ 他の福祉サービスと共通した加算も一定の条件を満たせば算定可能



※ 上表以外に、人員配置10:1である場合の設定、定員に応じた設定あり
(21人以上40人以下、41人以上60人以下、61人以上80人以下、81人以上)

○ 事業所数

3,818 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

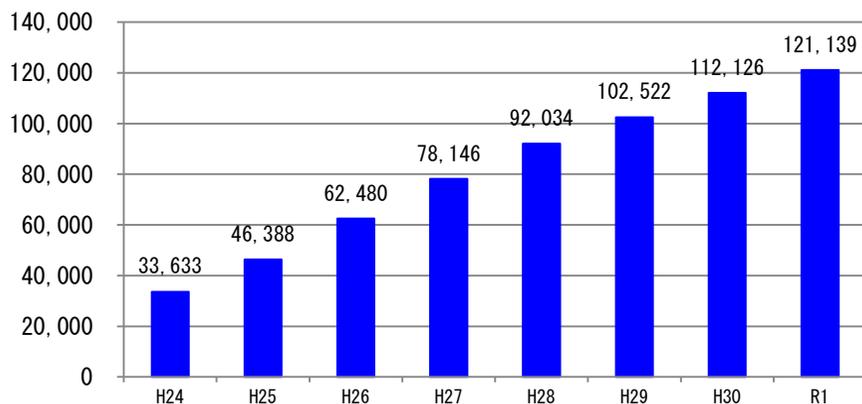
72,187 (国保連令和 2年 4月実績) 20

就労継続支援A型の現状

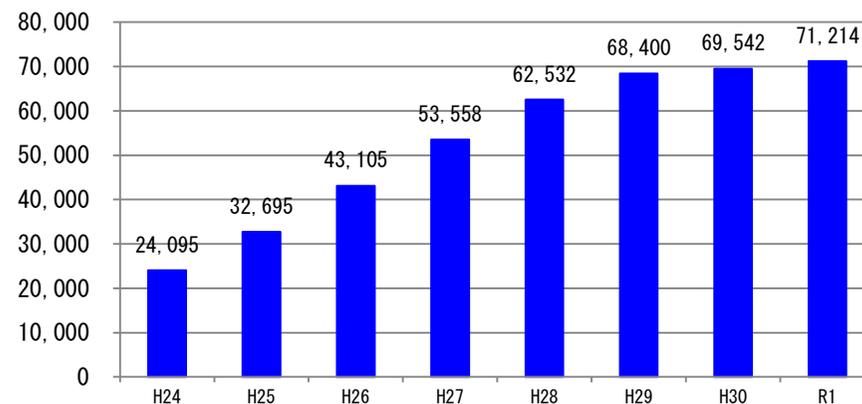
【就労継続支援A型の現状】

- 就労継続支援A型の令和元年度費用額は約1,211億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の約4.4%を占めている。
- 総費用額、利用者数及び事業所数は、平成28年度まで大きく増加していたが、伸び率はおさまってきている。(平成29年4月からの指定基準の見直しが影響したと考えられる。)

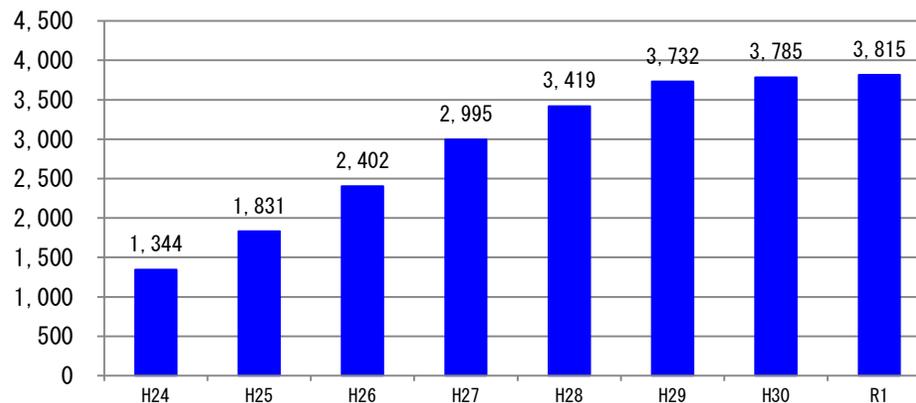
費用額の推移（百万円）



利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



就労継続支援B型の概要

○ 対象者

- 就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される障害者
 - ① 企業等や就労継続支援事業(A型)での就労経験がある者であって、年齢や体力の面で雇用されることが困難となった者
 - ② 50歳に達している者または障害基礎年金1級受給者
 - ③ ①及び②に該当しない者であって、就労移行支援事業者によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている者

○ サービス内容

- 通所により、就労や生産活動の機会を提供(雇用契約は結ばない)するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者は、一般就労等への移行に向けて支援
- 平均工賃が工賃控除程度の水準(月額3,000円程度)を上回ることを事業者指定の要件とする
- 事業者は、平均工賃の目標水準を設定し、実績と併せて都道府県知事へ報告、公表
- 利用期間の制限なし

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 職業指導員
生活支援員 } 10:1以上

○ 報酬単価 (平成30年報酬改定以降、定員規模別、人員配置別に加え、平均工賃月額が高いほど高い基本報酬)

基本報酬

<定員20人以下、人員配置7.5:1の場合>

改定前	令和元年10月～	
基本報酬	平均工賃月額	基本報酬
584単位	4.5万円以上	649単位/日
	3万円以上4.5万円未満	624単位/日
	2.5万円以上3万円未満	612単位/日
	2万円以上2.5万円未満	600単位/日
	1万円以上2万円未満	589単位/日
	5千円以上1万円未満	574単位/日
	5千円未満	565単位/日

主な加算

就労移行支援体制加算 5～42単位/日

- ※ 定員、職員配置、一般就労へ移行し6月以上定着した者の数に応じた設定
- ※ H30～見直し

施設外就労加算 100単位/日

⇒ 一定の基準を満たし、企業内等で作業を行った場合

福祉専門職員配置等加算(I)、(II)、(III) 15、10、6単位

- ⇒ I:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の35%雇用されている場合
- ⇒ II:社会福祉士等資格保有者が常勤職員の25%雇用されている場合
- ※ H30～資格保有者に公認心理師を追加
- ⇒ III:常勤職員が75%以上又は勤続3年以上が30%以上の場合

食事提供体制加算、送迎加算、訪問加算等

⇒ 他の福祉サービスと共通した加算も一定の条件を満たせば算定可能



※ 上表以外に、人員配置10:1である場合の設定、定員に応じた設定あり
(21人以上40人以下、41人以上60人以下、61人以上80人以下、81人以上)

○ 事業所数

13,212 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

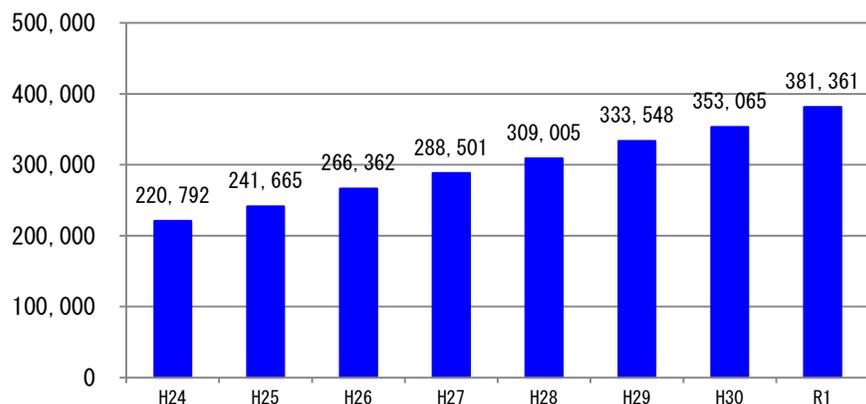
271,777 (国保連令和 2年 4月実績)

就労継続支援B型の現状

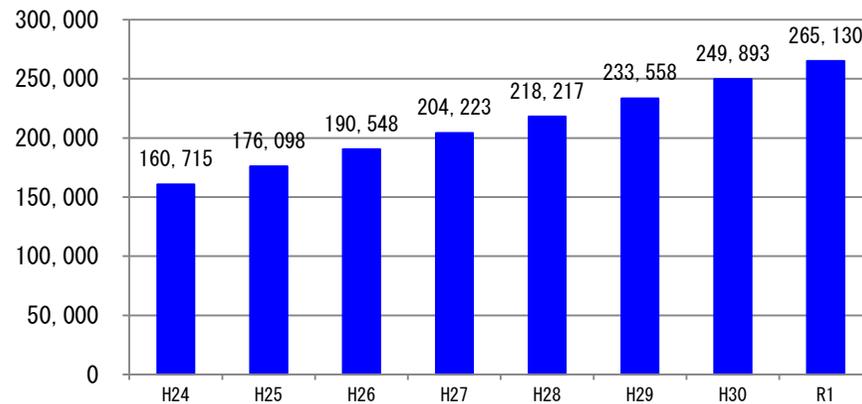
【就労継続支援B型の現状】

- 就労継続支援B型の令和元年度費用額は約3,814億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の約13.9%を占めている。
- 総費用額、利用者数及び事業所数は、毎年増加している。

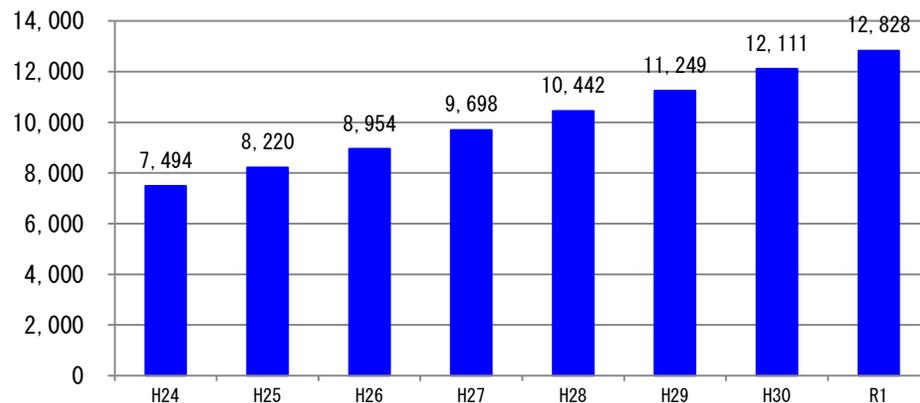
費用額の推移（百万円）



利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



就労準備支援事業

事業の概要

- **生活リズムが崩れている等就労に向け準備が必要な者**を対象として、一般就労の準備としての基礎能力の形成に向けて、最長1年間の集中的な支援を実施。(平成27年4月施行の生活困窮者自立支援法により創設)

支援の内容

- **対象者の様々な状態像**に応じて、多様な支援メニューを組み合わせたプログラムを作成。
- プログラムにより、一般就労に向けて、計画的かつ一貫した支援を実施。

対象者の様々な状態像

- 決まった時間に起床・就寝できない等、**生活習慣の形成・改善が必要**
- 他者との関わりに不安を抱えており、コミュニケーション能力などの**社会参加能力の形成・改善が必要**
- 自尊心や自己有用感を喪失している
- **就労の意思が希薄・就労に関する能力が低い**等

様々な状態像に対応できる多様な支援メニュー

- **日常生活自立、社会生活自立、就労自立の3つの自立段階を想定した多様な支援メニュー**による支援。(対象者の様々な状態像をカバーできる事業の幅が必要)

- **通所、合宿等の様々な形態で実施。**

(多様な支援メニューの例)

- ・ワークショップ ・セミナー ・グループワーク ・職場見学 ・就労体験 ・模擬面接
- ・応募書類作成指導 ・キャリアコンサルティング ・ボランティア活動への参加
- ・就農訓練事業(平成28年4月より開始)
- ・福祉専門職との連携支援事業(平成29年4月より開始) 等

(生活・健康講座)



(農作業体験)



(封入作業)



(PC講座)



(就職面接等の講座)

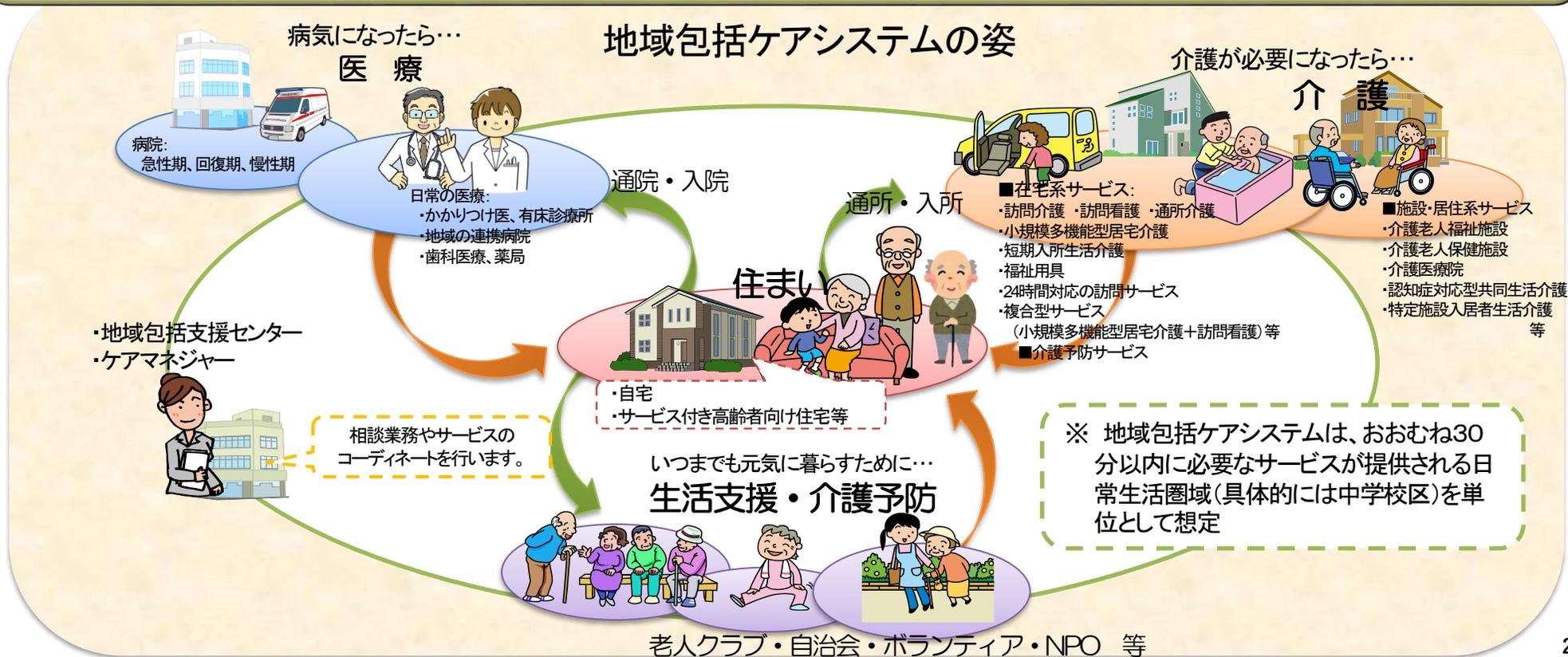


効果

- **一般就労の準備としての基礎能力の習得により、一般就労に向けたステップアップを図ることができる。**

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



(参考)

これまでの本検討会での主な意見と整理

第1回検討会での主な意見と整理

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に関する意見

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは高齢者の地域包括ケアシステムに組み込むこととしているのか、それとも新たに精神版の地域包括ケアシステムを構築するのか。新たに精神版のシステムを構築するものと認識されている実態もあり、当事者やその家族がまったく異なるシステムに閉じ込められると認識されている。
- 精神障害に特化するのにはあり得ないことから、これからの精神保健福祉の在り方検討会で精神障害「にも対応した」を提案した。社会全体で支える仕組みづくりが重要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと地域共生社会の実現との関係を整理する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方の整理

- 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」は、今後、日本社会全体で実現していくとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。
- 地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、**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。**
- 高齢者分野に端を発した地域包括ケアシステムであるが、これらの考え方や実践は、精神障害者やその家族等への支援体制を構築する上でも活用できるもの。
- 精神分野においては、**精神障害者やその家族等を取り巻く様々な環境を考慮しつつ、関係者の重層的な連携による支援体制を構築する必要があり、精神分野についてある程度特化した取組も必要**ではないか。

対象者の考え方

- これまでの精神保健医療福祉に関する検討会では精神科医療機関に入院している人を対象（中心）として議論している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム本来の理念が浸透していない。対象も不明確なので、そこを明確にする必要がある。
- これまでの精神保健医療福祉に関する議論は入院ありきの議論となっていた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは地域づくりが重要。地域住民に見える形で施策を打つべき。地域住民のニーズを聴くべき。関係者の中だけの議論で終わってしまっている。
- 全世代を対象としたものなのか。各世代のニーズを反映できる施策が必要。
- 地域包括ケアシステムの考え方は当初から全世代型である。また、既存の資源を活用するもの。地域課題を積み上げたうえで解決していく必要がある。
- 医療、福祉に繋がっていない人が多い。メンタルヘルス課題を持つ人も増えており、このような者をどう支えていくかの議論も必要。

対象者の考え方の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは**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、**重層的な連携による支援体制を構築することが適当。**

第2回検討会での主な意見と整理 論点1.精神医療に求められる医療機能

- 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの設置について賛同する意見が多数であり、反対意見はなかった。
- 当該ワーキンググループでの議論では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という趣旨を鑑み、精神科医療を基軸としつつ、総合的な支援体制構築の議論がなされることへの期待が寄せられた。
- 精神科救急医療体制整備のあり方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等についても意見が出された。

意見の抜粋

- 単に入院受入れの仕組みを検討するのではなく、精神科救急医療の対象、ニーズを把握し調整を行って必要に応じた治療に結び付ける機能、精神科救急での治療後の支援の継続性などの現状と課題も把握すべき。
- 精神科救急医療体制整備事業で対応せざるを得ない状況になる前の、病状悪化の初期段階からの適切な支援のあり方についても検討していただきたい。
- 病状悪化の程度によっては、在宅での支援が困難なこともあるが、必ずしもすべての場合で入院が必要であるとは限らない。わが国においては、治療の場が入院となる場合が多いが、今後は本人の希望や病状によっては、いわゆるクライシスハウスのような支援も選択できるよう、ショートステイの柔軟な活用を考慮するなど、病状悪化時の治療の場の選択肢を広げることも考慮してよいのではないか。
- 関係する多くの職員が精神科救急医療体制の整備について理解を深めるためには、ワーキンググループで各専門職の担う役割を明確化することが必要。
- 診療報酬改定により、精神科救急入院料を算定できる病床数の上限が設定され、現在運用中の精神科救急病床も上限を超える場合には削減が求められているが、必要とされる精神科救急病床数は、病院単位ではなく地域の実情に応じて地域ごとに定められるべき。
- 夜間や休日に救急対応できる精神科医療機関を、身近な地域で受けられるように配備すること、これらの医療機関の稼働率を上げることの工夫が必要。
- 合併症や精神科救急医療体制に関する医療連携システムの確立とともに、精神科救急対応後の生活支援のためには、連携パスが必要。
- 精神科かかりつけ医機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療が受けられる体制について、それぞれの地域の患者特性や社会資源の実情に応じて構築していくことが求められる。
- 急変時の対応では、精神科救急と一括しているが、精神科救急でもいわゆるアキュート（高度急性期）、サブアキュート（急性期一般）、ポストアキュート（急性期後の回復期あたり）の考え方は適用できるのではないか。役割分担を意識した救急体制が望ましいのではないか。
- 精神科救急医療の対象者を精神保健福祉センター等によるトリアージにより、必ずしも入院を必要としないと推測される者を精神科診療所につなげる方法もある。

第2回検討会での主な意見と整理 論点2.重層的な連携による支援体制の構築

① 精神保健福祉相談における医療・保健・福祉の支援体制の構築について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- 身近な市町村の福祉サービスとの連携、相談支援体制について
 - ・ 住民に最も身近な相談窓口としては市町村役場があげられるが、所轄課の人員体制の課題もあることから基幹相談支援センターや地域生活支援拠点はその役割を補完することが重要である。障害福祉サービスを利用している精神障害者については計画相談支援が責任を持ち、それ以外の者については基幹相談支援センター等が医療機関とも連携を図りながら責任を持つという役割分担の中で、相談支援体制を構築することが必要である。
 - ・ 市区町村(保健)は、障害者相談支援、地域包括支援センター、子育て包括支援センター、障害者虐待防止センター、教育センターとの連携を図るとともに、市区町村(福祉事務所)により取組がはじめられている(福祉型)総合相談支援と連動した仕組みとして精神保健相談体制を構築する。
 - ・ 障害者の福祉支援は、高齢者の包括ケアシステムのように中学校単位だけでなく、一定程度広域での面的支援と組み合わせる必要がある。そのためには、計画相談、市町村の一般的相談支援、基幹相談支援センター等の重層的な相談支援体制の構築と地域生活支援拠点の整備が不可欠である。
- 生活困窮者自立支援制度の相談窓口との連携、就労支援と日常生活支援との連携について
 - ・ 「受け皿」に当たる部分、つまり居住や就労などの支援やサービスの提供者との連携体制が必要。日常生活支援、就労支援などを総合的にコーディネートできる観点を持つこと。この点においては、「生活困窮者自立支援制度」との連携が重要。精神保健福祉センターや基幹相談支援センターなどと「生活困窮者自立支援制度」の自立相談窓口との連携体制を相互に意識づけることが重要。

② 圏域の考え方について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- ・ 地域包括ケアシステムは、高齢者などと同様、ご本人の生活圏域と一致した「市町村などの基礎自治体」を基盤に取り組まなければ進まない。
- ・ 地域包括ケアシステムは、既存の日常生活圏域を基本としたシステムへの統合を目指すとともに、自治体が障害保健福祉圏域において精神保健に関する重層的な連携体制を構築するもの。

③ 精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

○ 精神保健福祉センターの役割について

- 精神保健福祉センターの機能は、保健所や市町村の精神保健対応の支援（専門性向上のための研修等）や、高い専門性を要する重症患者の支援などがある。
- 精神保健福祉センターは、技術的中核機関としての機能を強化し、災害（事件・事故等を含む）メンタルヘルスや様々なアディクションなど専門相談事業、人材育成、研修、地区分析や企画立案、調査研究等により、保健所、市区町村への技術的支援及び本庁への協力等の実施体制を強化することが必要である。

○ 保健所の役割について

- 保健所は、市町村保健部門に対して、専門的な技術支援を行うことが求められ、重層的、相補的な支援体制を構築することになる。保健所に特に求められる機能には、未受診、医療中断者への専門的な支援がある。
- 市町村は福祉的サービスの改善・開発に尽力し、保健所はアウトリーチ支援や救急医療等の改善・開発に尽力する他、広域的な課題に対応する必要がある。
- 保健所は、救急相当のケースや、措置入院対応、退院後支援等に重点を置いた支援を通じて市町村と連携し、必要に応じたバックアップをすることが考えられるが、市町村との役割分担を明確にしすぎると支援の狭間が生じることや、急性期・重症ケースのみの対応となった保健所職員の燃え尽きなども懸念される。個々のケースへの協働での支援を積み重ねることにより、「どちらかが支援する」というより「協働で支援する」という体制をつくれるとよいのではないか。

○ 市町村の役割について

- 市町村が第一の精神保健の相談窓口になることは賛成である。
- 既に高齢福祉の実践が示す通り、市区町村が実施主体となることにより、地域住民、産業、住居など既存の街づくり関連の取組との連携を図り、精神障害者が地域の一員として安心して暮らせる地域づくりの実現にむけた取組が推進されるものである。

④ 精神保健における医療・保健・福祉の重層的な連携による支援体制の構築について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- 保健所を中心とし市町村を重層的に支える医療・保健・福祉の連携支援体制の構築について
 - 保健所を中心とし、医療機関、福祉関係施設、都道府県本庁、精神保健福祉センターや基幹相談支援センター等と連携しながら支援体制の充実を図ることが妥当
 - 保健所は、一次相談を担う市区町村（保健部門、福祉・介護部門）等と協働し、主に救急対応事例や措置入院等非自発的入院者支援など高度な精神保健相談業務（二次相談）、管内関係者研修、協議の場による支援体制強化の取組を実施するとともに、地域完結型医療体制の構築との整合を図るため、保健医療福祉圏域連携会議を活用するなど、市区町村に任せるのではなく、システム構築について強力に推進する。
 - 市町村や圏域単位での包括的な支援体制を構築するうえでは、市町村（行政）と精神科医療機関・障害福祉サービス事業所等の連携が欠かせないが、障害者総合支援法に基づく協議会では、市町村が福祉の基盤整備を中心に考える立場であり、精神科医療そのものについて協議することは少ない印象である。医療の整備は都道府県で行われていることから、保健所が協議会にしっかり関与し、医療と福祉の両面からの支援体制構築について協議する必要がある。
 - 認知症対策、自殺対策、生活困窮者自立支援など、精神保健医療とつながりの深い施策をすでに市町村は行っているので、これらに横串を刺すように、市町村レベルの相談体制を考えてはどうか。都道府県や保健所設置市においては、入院を要する、より専門的な関与が必要なケースの対応を促すように、保健所が市町村および精神科医療機関との連携体制を構築し、より広域の課題や専門的な人材育成については都道府県およびその機関である精神保健福祉センターがバックアップする仕組みを構築してはどうか。

⑤ 人員配置・人材育成について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

○ 人員配置（増員）について

- 保健所では、救急対応や自殺対策等、目の前にある問題解決や法的根拠がある事業に追われ、後回しになっている現状がある。支援体制構築は片手間に取り組みめるものではなく、人材確保が必要。
- 精神科医療と障害者福祉の連携をとりもつことのできる専門職として精神保健福祉士を保健所と市町村に必置できないか。
- 人材の確保と育成が急務である。一つ一つのケースには大変手間がかかるので、医療職、福祉職、心理職を増員し、必要な研修を行う必要がある。
- 地域医療構想（医療計画）および外来医療計画と精神医療の連動性を高めること、さらには都道府県の病院指導、保健所の医療監視、精神保健福祉センターの精神医療審査会事務などの機能を重層的な連携にも生かしてゆくことが考えられる。同時に、それらの実行が可能な職種や員数などの人員体制の確保が都道府県市本庁・保健所・精神保健福祉センターにおいても必要である。

○ 研修等について

- 医療機関の職員と地域支援の職員との人事交流ができる仕組みがあると、相互の役割や機能などの理解が深まると思います。
- 高齢者の地域包括ケアシステムや、自殺対策、生活困窮者自立支援、子育て支援等、市町村が取り組んでいる施策の中には精神保健の視点が重要な取り組みは多い。これらの取り組みを行うにあたり、精神保健医療福祉的支援が必要と考えられた場合の対応を検討することから開始してもよいのではないか。これらの相談業務にあたる職員の基本的なスキルとして、相談者がメンタルヘルスの課題を抱えている可能性がある場合の対応のしかた等、基本的なメンタルヘルス支援の研修を推奨することも考えられるのではないか。

第2回検討会での主な意見と整理 論点2.重層的な連携による支援体制の構築

⑥ 法整備の必要性について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、市町村が主体となって取り組む法的根拠がないとの指摘がなされている。精神保健福祉法、障害者総合支援法のみならず、医療法や介護保険法との関連性をもった新たな法体系の構築が必要なのではないだろうか。
- 法第47条の4における市町村の精神保健相談を努力義務規定から義務規定にすべきである。現状では、精神保健相談には乗らないが福祉支援は行うといった矛盾した規定となっている。
- 高齢者の地域包括ケアシステムなどの取り組みで、多くの市町村は不安を感じつつも多くの実践・経験を重ねてきている。法的根拠を整備し、体制強化と専門的後方支援に取り組むべき。

⑦ 精神保健福祉センター運営要領、保健所及び市町村における精神福祉業務運営要領について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」及び「精神保健福祉センター運営要領」については、現状に即しておらず、早急に改定すべきである。
- 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領、精神保健福祉センター業務運営要領を改定するとともにガイドラインを策定するなど、自治体業務を明確に提示し重層連携の再構築を図ることが必要である。

⑧ その他、重層的な連携による支援体制について、以下の内容の意見があった。

意見の抜粋

- リカバリーの経験を実体験としてもっている、ピアサポート従事者を基幹相談支援センターや精神保健福祉センター、各区市町村の委託相談等において配置をし、当事者経験をもつピアサポート従事者との相談の機会を各地域において担保することにより、権利擁護をいっそう担保することや、障害や病気があっても地域生活を営み、自己実現をし得るロールモデル（リカバリーの証・希望）や支援対象となる精神障がい者の言語化サポート（⇒支援チームとの調整）等の専門性を活用して、精神障がい者の本質的リカバリーを促進しうる体制の構築を検討頂きたい。
- 複雑なサービス体系の中で必要なサービスや利用できるサービスに適切につなげるために、サービス利用を前提にすることなく、医療機関職員が退院時自治体に気軽に相談できるよう、基幹相談支援センターの設置を進めていく。

メンタルヘルス・ファーストエイドを活用した普及啓発については、賛同する意見が多かった。また、支援に携わる関係者への普及啓発の必要性や、学校教育での普及啓発に関する意見が多かった。

意見の抜粋

- 賛同意見について
 - ・ 英米にみるように、日本版MHFAの普及を、行政が音頭をとって、進めて欲しい。
 - ・ 地域住民への「精神障害」の普及啓発は「にも包括」創設の重要課題である。認知症や自殺対策を例にしているように、メンタルヘルス・ファーストエイドの活用は有用と思われる。
 - ・ 認知症サポーター養成講座のように、全国の自治体で取り組むような仕組みづくりや予算措置をしっかりと行うことが必要。
- 支援に携わる関係者への普及啓発について
 - ・ 一般施策としての児童福祉や教育、若者支援や困窮者支援、労働相談、高齢者福祉等に携わる相談機関に対して精神疾患に関する知識と理解を広めることを位置づけていただきたいと思います。
 - ・ 各分野において、すでに相談事業や支援事業に従事している方々に対して、それぞれの分野でなされている研修カリキュラムにメンタルヘルス・ファーストエイド等を用いての研修を実施する。
- 学校教育での普及啓発について
 - ・ 普及啓発においては、メンタルヘルスファーストエイドは役立つツールとは思いますが、スティグマ減少のためには、単に知識や対応技術の普及にとどまらず、精神疾患のある人と触れ合う体験の普及や行き過ぎたマスコミ報道の影響を軽減する取組も必要と考える。また学校保健・教育での取り組みなどもあるので、それらの好事例の収集も有用。ただし、学校教育については、現場の負担もあるので、導入には慎重な検討が必要だろう。
 - ・ 普及啓発には、教育カリキュラムでの基礎教育があるなしによってもその効果は左右される。メンタルヘルス政策を分野別課題に留めることなく、全国的課題となるように押し上げることに結びつけたい。
 - ・ 社会参加に対する意欲の旺盛な高齢者に対して、あるいは教育現場での普及啓発の取り組みは、有用かつ重要ではないだろうか。
 - ・ 義務教育課程で精神疾患や障害について学ぶ機会を設ける必要があるのではないか。
- その他の普及啓発に関する意見について
 - ・ 地域でのカフェ・サロンの開催等で、精神障がい者と地域住民が交流している成功事例がある。そのような成功事例を示すことはいかがか。
 - ・ 施設建築に対する住民反対運動に象徴されるように社会全体に排除の傾向が強まっている。大家や不動産業者への啓発を特に強化すべきである。

第3回検討会での主な意見と整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの主役は精神障害の有無や程度に関わらず地域住民であり、住民の生活や地域づくりの視点をもって推進することが重要である。このため、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の主体は市区町村であることを基本とし、保健所や精神保健福祉センターが専門的な立場から、市区町村を重層的に支援する体制が必要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築には、個別支援の観点と地域の課題を把握し地域づくり・資源開発をしていく企画立案において重層的な支援体制の構築が必要であり、具体的に進めるためには地域精神保健の強化が重要である。地域精神保健について、市区町村が主体的に取り組めるよう、制度的な手当や人員体制の強化等をする必要がある。

意見の抜粋

- 2025年、2040年という先を見通して、現在取り組まれている福祉領域の包括的支援に内在するメンタルヘルス課題への取組を強化するためには、地域精神保健活動の充実が必要であり、これにより先行する地域包括ケアシステムと連動・統合していくことが必要。
- 精神保健福祉法における市町村の位置付けについて、福祉に関しては市町村の義務となっているが、福祉業務をしていく上で必然的に同時に行うこととなる精神保健に関する業務については努力義務であり、現場の活動と乖離がある。このため、人員体制を充実させる根拠になりにくい等様々な問題が起こってきているとの指摘がある。
- 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に取り組むべき課題として、精神保健相談体制の再構築が重要であり、精神保健福祉法第47条第4項の整備や各種運営要領の改正、財源の確保、人員の確保等の基盤の整備が必要。
- 各種運営要領の改正は必要であるが、市町村や市町村保健センターの業務はここ数年で変化し、非常に業務が多忙となっていることも事実であるため、調整が必要。
- 精神保健福祉法第47条第4項を改正した上で、各種運営要領を改正して精神保健相談やその体制等が完成されるものではなく、ある程度一定の落ち着きが見られるまでは時間を要すと考えられ、制度が現場にそぐわず、壊すだけという結果にもなる可能性があることから、頻回に見直しを行う必要がある。
- 地域の共生社会を支えるために、各機関が重層的連携あるいは協働していくその在り方、協議の場における当事者や住民の参加の重要性、各機関におけるマンパワー不足、法整備の問題点など、これらも喫緊の課題として検討していくことが必要。
- 行政機関における精神保健相談の窓口や役割が多岐にわたり、明確でないことから、当事者がどこに具体的に相談してよいかわかりにくくなっている。役割がもう少し明確化され、示してもらえると、相談の間口が広がるのではないかと。また連携もスムーズになるのではないかと。
- 精神保健相談は必ずしも当事者にとって相談しやすいものではなく、サービスの受け手を考慮する必要がある。精神障害からのリカバリーの経験を持つ当事者の力、現在進行形でリカバリーを成し遂げていっている障害者ピアサポーターの姿、その力を活用することは重要であり、精神保健相談を担う場に障害者ピアサポーター等の配置が必要。
- 市区町村が直接、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を請け負うことができないため、市区町村が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに対して、どのような位置付けなのかが、分かりにくくなっている状況がある。