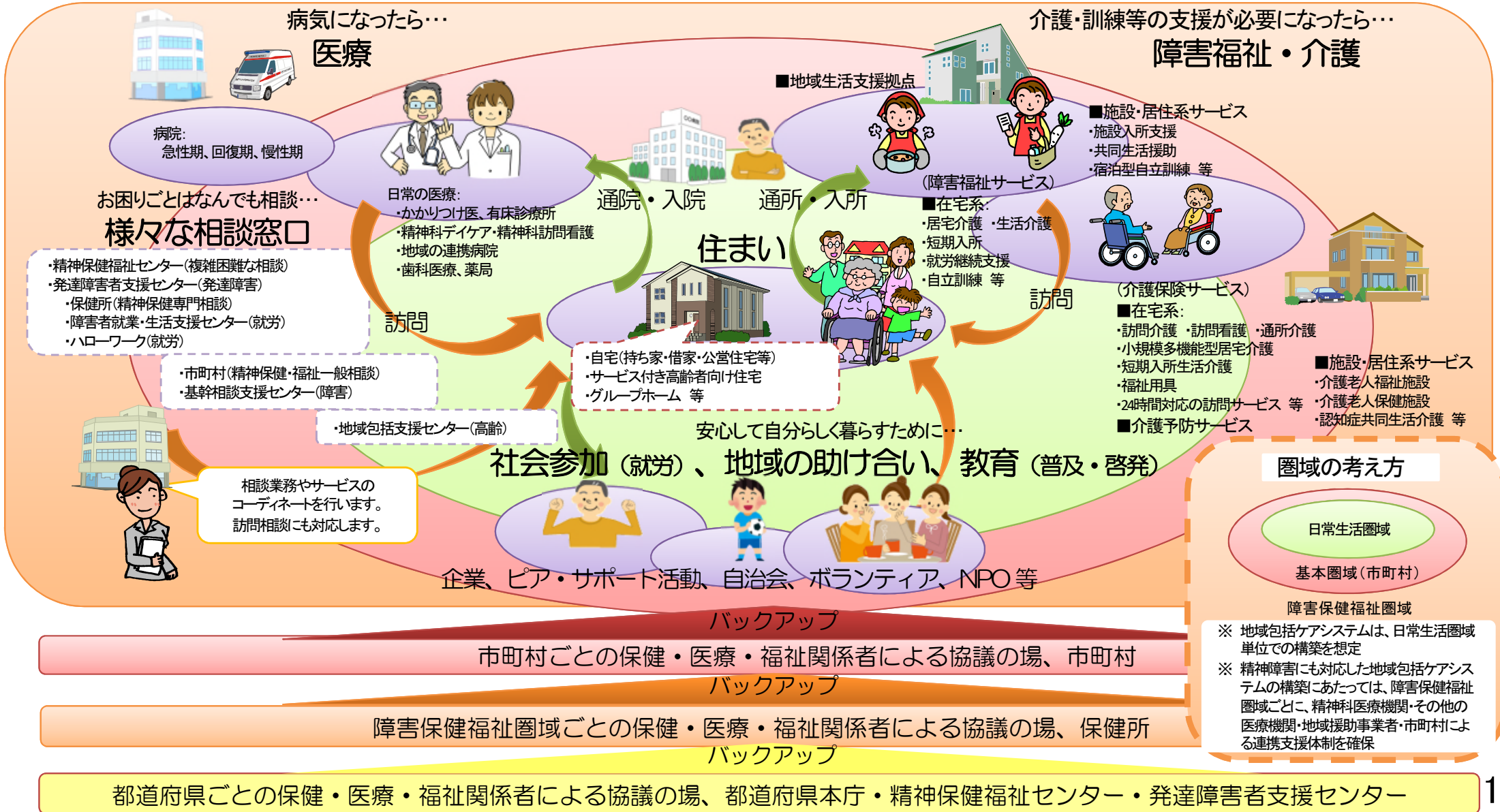


精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進 について 《論点等》

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。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかる現状・課題等

現状・課題等

- 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、教育といった各分野の関係者が連携して支えていくことが必要である。
このため、厚生労働省では、これらが包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進している。
- 精神病床からの退院患者の退院後の行先としては、総数としては「家庭」が最も多いが、入院期間別では、入院期間が1年未満の方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、1年以上の方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めている。
- 入院している患者の退院先の希望は、自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居が5割弱と最多であり、次いで、一人暮らしが約3割となっている。
- 精神病床からの退院者が退院後1年以内に再入院する率は約4割であり、退院後の地域生活において、必要な医療等による支援が途切れ、症状が再発することにより、地域で生活することが困難になることを防ぐ必要があることが指摘されている。
- 精神科医療機関に入院している者の退院を希望しない理由としては、退院後の居住や一人暮らしや家事への自信のなさ等があげられており、また、精神科医療機関における退院支援では、居住の場の検討や居住先の確保が困難な課題の一つとなっている。
- 精神障害者等の住宅確保要配慮に対する賃貸住宅の供給の促進として、住宅セーフティネット制度が運用されている。居住支援協議会の設立や居住支援法人の指定が進められており、居住支援法人においては、約6割が精神障害者への対応の実績があり、対応を得意としているところもある。なお、賃貸人の約7割が障害者の入居に対して拒否感を示しており、家賃の支払いや他の入居者・近隣住民との協調性、居室内での死亡事故等への不安を抱えている状況である。



課題への対応の方向性

- 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よう、住まいにかかる課題を関係者間で共有し理解をしながら住まいの確保を進めるとともに、日中の支援の他、夜間における緊急時の対応の充実を図る（論点1，論点2，論点6）。
- 地域生活への円滑な移行を推進するため、専門的見地からの相談対応に加え、地域移行支援事業所の実績に基づいた評価の充実を図る（論点3，論点4）。
- 地域生活における病状の変化等に早期に気づき、日常生活を維持する上で必要な支援を行えるよう、精神科医療機関との連携を強化する（論点5）。

関係団体ヒアリングにおける主な意見①（地域移行支援）

No	意見等の内容	団体名
1	○児童相談所及び市町村行政との役割整理を行い、相談支援事業所等で担う役割については地域移行支援として対応が行えるように、対象者の拡大が必要である。	全国地域生活支援ネットワーク
2	○地域移行支援を促進するためには、実績のある事業所をより評価することと新規の参入の推進が必要である。そこで、地域移行支援サービス費を三段階として、新たに1年3件以上の退院・退所等の実績がある事業者の評価をさらに高めること。	全国地域で暮らそうネットワーク
3	○高次脳機能障害等の精神科以外の一般科の入院者についても地域移行支援の対象者すること。	全国地域で暮らそうネットワーク 他 (同旨：日本相談支援専門員協会)
4	○地域移行支援において、現在、認められていない親元からの自立支援についても対象範囲に含めていくこと。	全国自立生活センター協議会
5	○年に2回、自治体を中心に施設や病院での地域移行調査を実施し、その意向を踏まえ、地域移行支援事業所に振り分け、支給決定前から訪問活動が行えるように報酬等を設けること。	全国自立生活センター協議会
6	○医療的ケアをコーディネートする仕組みを必須とし、地域の医療・福祉・介護と緊密に連携し、病棟で行われていたケアが地域移行後も継続されるよう、切れ目のない支援を行っていただきたい。	日本筋ジストロフィー協会
7	○超長期入院者の退院支援においては地域移行支援の柔軟な運用を。	全国精神障害者地域生活支援協議会
8	○「長期入院者の地域移行促進」という観点が薄らいでいるため、「社会的入院」の解消という大命題をもっと鮮明に打ち出すべき。	全国精神障害者地域生活支援協議会
9	○都道府県が集団指導等により、地域移行の促進について指定事業者へ働きかけるように、事務連絡等を発出する必要がある。	日本相談支援専門員協会
10	○1年に複数件の退院・退所の実績がある一般相談事業者への評価をさらに高め、地域モデルとなる事業者を作る必要がある。	日本相談支援専門員協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見②（地域移行支援）

11	○18歳未満の障害児入所施設の入所児童への支援を対象とする必要がある。	日本相談支援専門員協会
12	○精神科病院に措置入院している患者の地域移行支援について、保健所等と連携して支援した場合には加算を創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会
13	○地域移行を行いやすくするサービスや仕組みの新設（地域生活支援促進事業に「地域移行推進」のための仕組みを導入する等）	DPI日本会議

関係団体ヒアリングにおける主な意見③（自立生活援助）

No	意見等の内容	団体名
1	○退所後1年以上を経過した者や家族同居から急遽一人暮らしを開始した者についても、退院後1年以内の者と支援の必要量は変わらないことから、同等の評価をする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
2	○同行支援加算の算定方法について、ひと月に複数回の同行支援が必要な場合も多く、逆に全く必要のない月などもあるため、適切に評価するためには同行の有無ではなく、回数での評価をする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
3	○初めて障害福祉サービスを利用する場合や、急遽一人暮らしを開始した場合には、支援者と利用者が関係性の構築に数か月の期間が必要である場合が多いため初回加算は最低でも3か月間の算定を可能とする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：日本相談支援専門員協会、全国地域で暮らそうネットワーク)
4	○矯正施設等からの退所者に対して自立生活援助を実施するにあたり、アセスメント、関係性の構築等より専門性の高い支援が必要であることから、専門職を配置し支援を行っている場合に加算等による評価が必要である。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
5	○自立生活援助の終結にあたっては、適切かどうかを市町村審査会において検討し、本人らしく生活していくための自立生活援助に代わる地域資源、インフォーマルサービス等の検討も含めた多角的な検証を義務付けることが必要である。	全国地域生活支援ネットワーク
6	○自立生活援助や地域定着支援の活用について指定事業者へ働きかけるように、事務連絡等を発出する。	日本相談支援専門員協会
7	○退所等後1年以上を経過した者への支援の業務量や質を適切に評価するために、基本報酬額を見直す必要がある。	日本相談支援専門員協会
8	○ひと月に複数回の同行支援を行った場合を適切に評価できるように、「同行支援加算」の算定方法について改定する必要がある。	日本相談支援専門員協会
9	○特に知的障害者の支援においては地域生活の中で1年を通して起こりうる様々な経験を積み重ねる必要があるため、1年では不足し2～3年の期間が必要な者もいるため標準機間を見直していただきたい。	日本相談支援専門員協会
10	○随時の通報による支援を深夜帯に行った場合を適切に評価する「(夜間)緊急時支援加算」を創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会
11	○支援に見合った報酬が得られる仕組み、支援に要する時間や回数を考慮した仕組みをご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会

関係団体ヒアリングにおける主な意見④（地域定着支援）

No	意見等の内容	団体名
1	○地域定着支援の飛躍的な拡充を。	全国精神障害者地域生活支援協議会
2	○矯正施設等からの退所者に対して地域移行支援や地域定着支援を実施するにあたり、社会福祉士等の専門職を配置している場合に評価を行う「地域社会生活移行個別支援特別加算」創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見⑤（地域生活支援拠点）

No	意見等の内容	団体名
1	○地域生活支援拠点については、その大半が面的整備であることも考えると相談支援による調整機能が重要である。また、緊急時対応は必ずしも短期入所に限ったものではない。そこで、地域生活支援拠点等相談強化加算について、短期入所に限らず何らかの緊急対応を調整した際にも算定可能とすることを提案する。また、体験利用について宿泊型自立訓練も対象とするとともに、地域体制強化共同支援加算については「地域共生社会」実現の観点から、地域の社会資源（民生委員児童委員や地区社協、自治会など）と協働連携した際にこそ加算対象とすべき。	全国手をつなぐ育成会連合会
2	○第6期障害福祉計画における各自治体の地域生活支援等拠点事業の整備の推進に向けて、地域生活支援拠点等相談強化加算（700単位月4回）や地域体制強化共同支援加算（2000単位月1回）の月当たりの限度を外し、地域におけるコーディネート機能を強化することが必要である。	日本知的障害者福祉協会
3	○地域生活支援拠点を医療的ケア利用者にも対応させ、レスパイト入院、短期入所、緊急一時入院等、万が一の際の、患者の居場所を確保し、患者だけでなく家族の安心と健康を守っていただきたい。	日本筋ジストロフィー協会
4	○地域生活支援拠点の確保・整備を着実に進めるためにも、夜間休日を含む緊急時の受け入れ・対応に共同生活援助も積極的に関与する必要があるため、地域生活支援拠点に参画する共同生活援助については短期入所と同様に「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」を新設するよう要望する。	日本精神科病院協会
5	○地域体制づくりに対し、積極的な財政導入をしていただきたい。	全国精神障害者地域生活支援協議会
6	○地域生活支援拠点は、人口10万人に一箇所くらいの割合で整備するような予算（特に面的整備の充実）が必要。また、面的整備には、地域移行センター（仮称）に地域移行コーディネーター（仮称）が配置できる予算が必要であり、地域移行コーディネーターは、相談支援専門員研修を必須とし、追加研修を課すなどの検討が必要。	DPI日本会議

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進に係る論点

【再掲】 論点 1 夜間の緊急訪問・電話相談の評価（自立生活援助に係る報酬上の評価）

【再掲】 論点 2 地域生活支援拠点等の整備・機能の充実（短期入所、訪問系サービス、自立生活援助、地域定着支援に係る報酬上の評価）

【再掲】 論点 3 地域移行実績の評価（地域移行支援に係る報酬上の評価）

論点 4 可能な限り早期の地域移行支援（地域移行支援に係る報酬上の評価）

論点 5 医療と福祉の連携の促進（自立生活援助、地域定着支援に係る報酬上の評価）

論点 6 居住支援協議会及び居住支援法人と福祉の連携の促進（地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助に係る報酬上の評価）

(再掲) 【論点1】 夜間の緊急訪問・電話相談の評価

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料3より一部改変

現状・課題

- 現行報酬上、対象者の状況等により夜間の緊急訪問や電話相談を行う場合があるが、現行報酬上の評価をしていない。
- 関係団体ヒアリングにおいては、夜間における緊急訪問や電話相談が生じた場合等についても適切に評価するよう要望がでている。

論点

- 自立生活援助の業務の適切な評価の観点から、夜間の緊急訪問・電話相談の評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 自立生活援助は、基本的なサービスである随時の訪問や電話相談は基本報酬において評価しているところであるが、特に業務負担が大きい深夜帯における緊急訪問や電話相談については、地域定着支援の緊急時支援費を参考に、加算で評価してはどうか。

<参考>自立生活援助
同行支援加算 500単位/月（外出を伴う支援を行った場合）

<参考>地域定着支援の緊急時支援費

- ・緊急時支援費（Ⅰ） 711単位/日（利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在による支援を行った場合に算定）
- ・緊急時支援費（Ⅱ） 94単位/日（深夜（午後10時から午前6時）における電話相談援助）

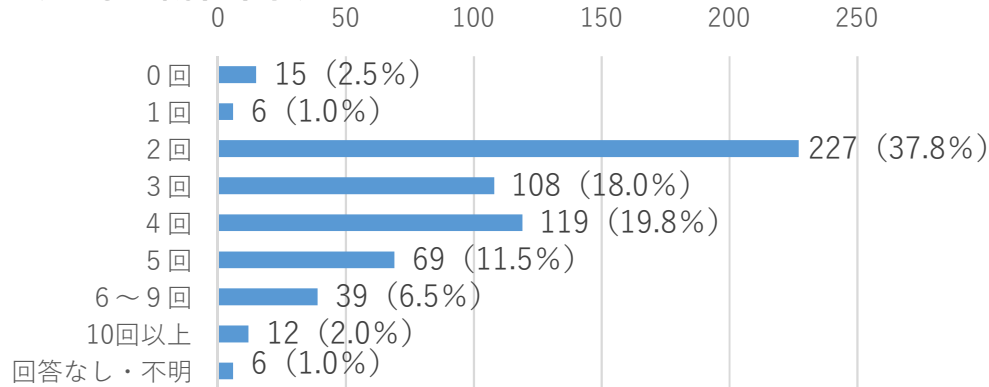
自立生活援助の業務の実施状況

(令和元年7月時点 自立生活援助事業所数136ヶ所、利用者数601人に対する支援状況)

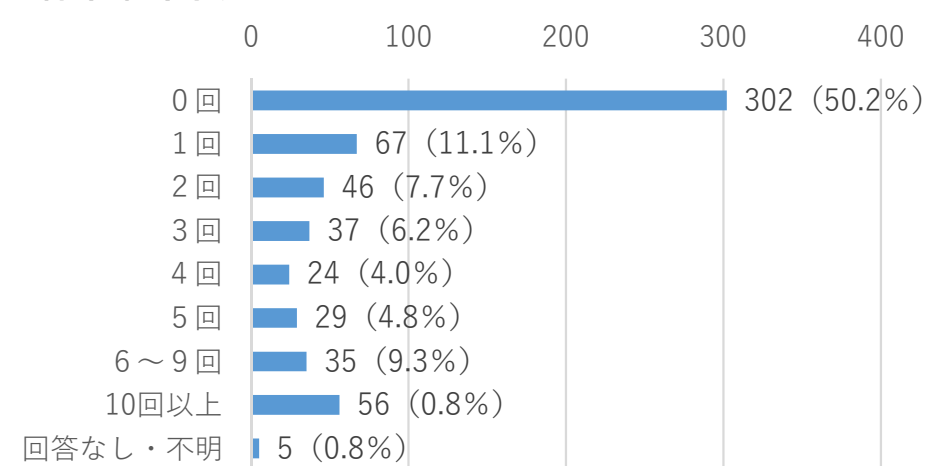
(定期・随時訪問)

(電話相談)

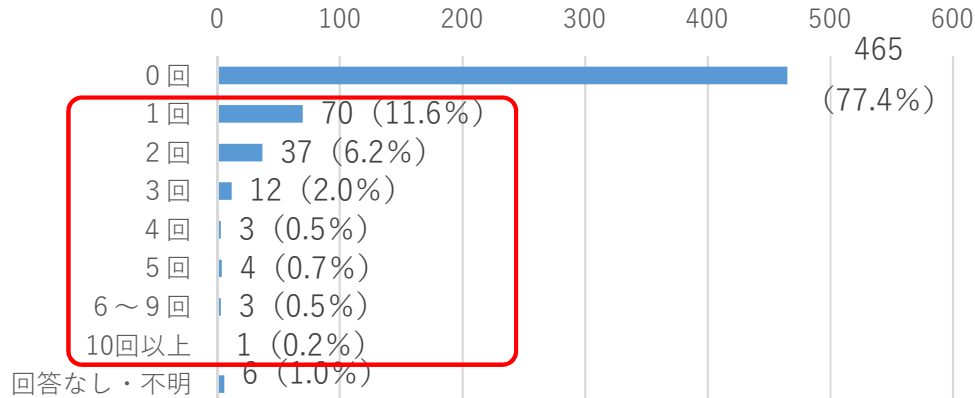
○定期的な訪問回数 (n=601)



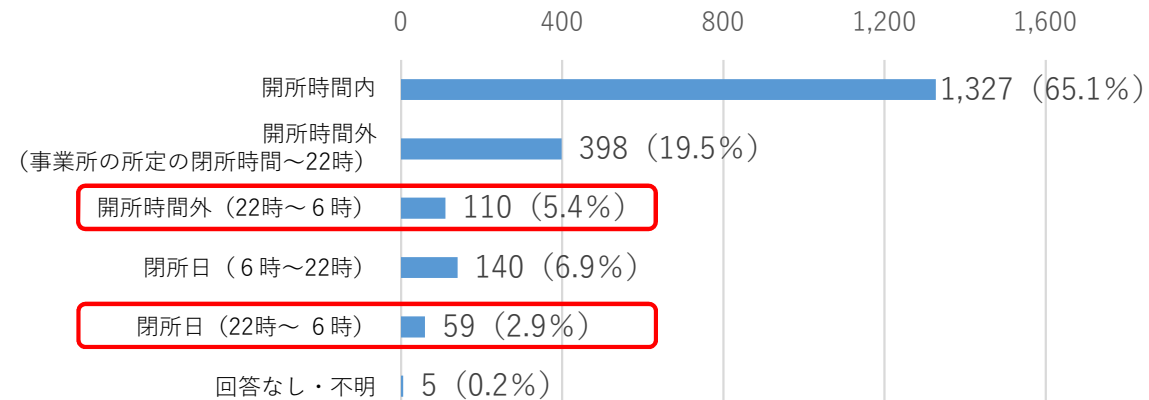
○電話相談回数 (n=601)



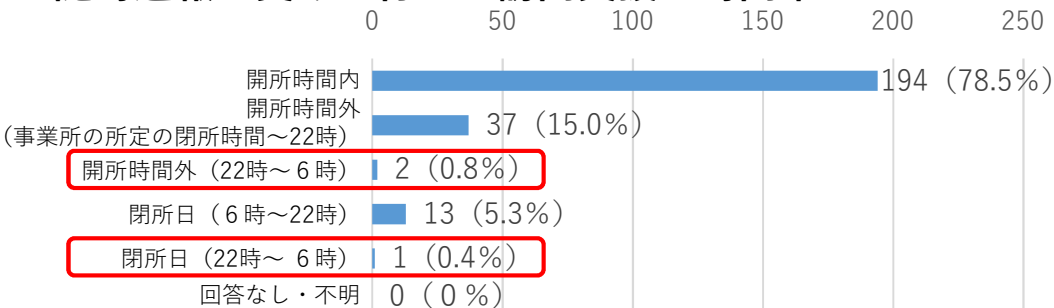
○随時通報を受けて行った訪問回数 (n=601)



○電話相談を行った時間帯 (n=2,039)



○随時通報を受けて行った訪問支援の時間帯 (n=247)



(再掲) 【論点2】 地域生活支援拠点等の整備・機能の充実

現状・課題

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料5より

- 地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。
- 前回報酬改定においては、地域生活支援拠点等の機能の充実を図るため、①相談支援機能の強化、②緊急時の受入れ・対応の機能の強化、③体験の機会・場の機能の強化、④専門的人材の養成・確保等について報酬の充実を行った。
- 平成31年4月時点の調査では、令和2年度末時点で約1,400市町村で整備予定であるものの、一部市町村での整備が未定となっている。また、整備に当たっての課題として、障害者が在宅で生活する上での緊急時の対応についての体制整備が課題との声が多くあった。
- 第6期障害福祉計画に係る基本指針においては、「令和5年度末までの間、各市町村又は各圏域に1つ以上の地域生活支援拠点等を確保しつつ、その機能の充実」を図ることを掲げており、地域生活支援拠点の整備や機能の充実を図っていくことが必要。

論点

- 地域生活支援拠点等の整備や機能の充実を図る観点から、地域生活支援拠点等として、在宅の障害者の緊急時の短期入所の受入れや訪問対応を行う事業所の報酬について、どう考えるか。

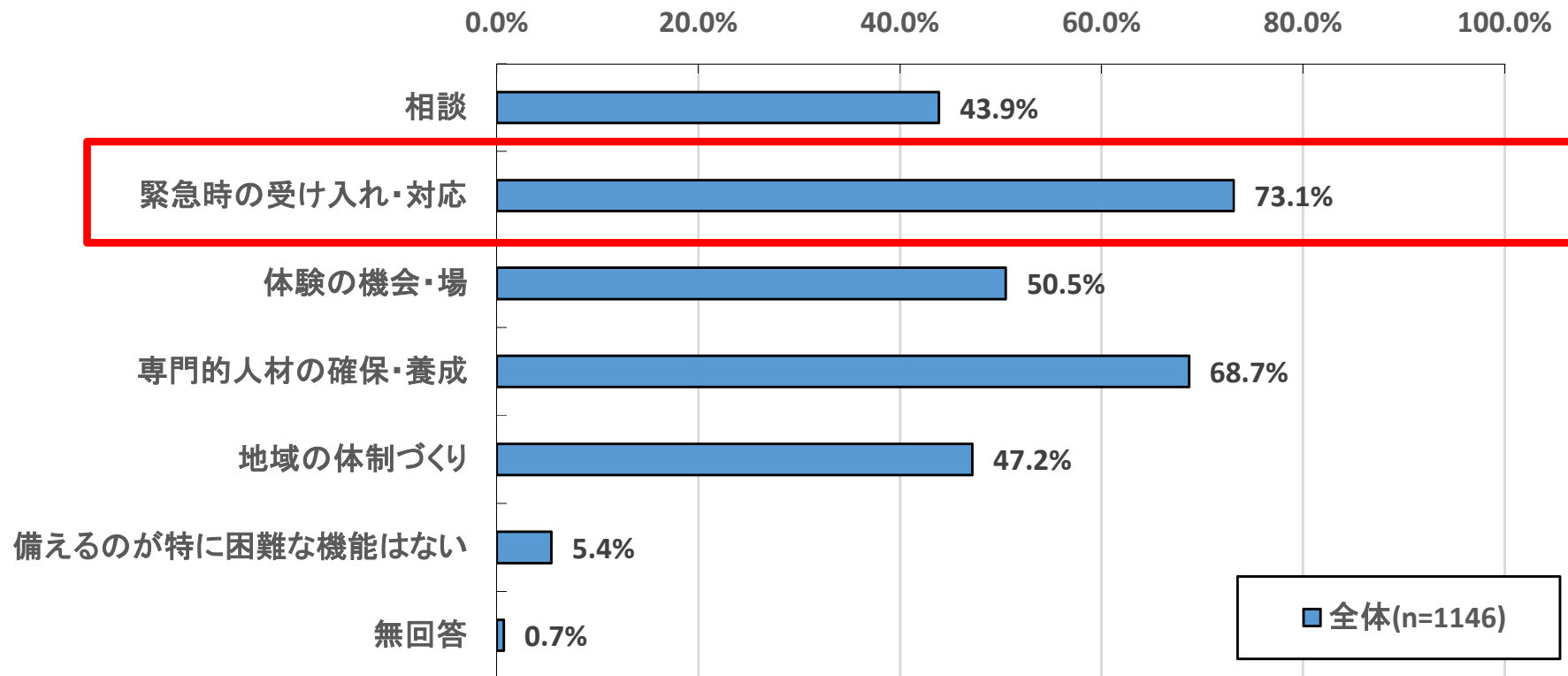
検討の方向性

- 市町村が地域生活支援拠点等として位置づけた短期入所事業所や緊急対応を行う訪問系サービス、自立生活援助、地域定着支援事業所について、地域生活支援拠点等としての役割を評価し、一定額の加算を検討してはどうか。
- 特に、短期入所事業所については、緊急時の受け入れ先を十分に確保する観点から、市町村が地域生活支援拠点等として位置づけた短期入所事業所におけるサービスについて、緊急対応した場合に限らず一定額を加算する方向で検討してはどうか。

地域生活支援拠点等の整備に関する実態調査 (令和元年度障害者総合福祉推進事業)

○ 令和元年10月1日時点における拠点等の整備状況について「未整備」と回答した市町村を対象として、備えるのが特に困難な機能をみると、「緊急時の受け入れ・対応」が73.1%で最も多く、次いで「専門的人材の確保・養成」が68.7%の順で多かった。

備えるのが特に困難な機能【令和元年10月1日時点で「未整備」】【複数回答】



(再掲) 【論点3】 地域移行実績の評価

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料3より

現状・課題

- 地域移行支援は入所施設や精神科医療機関等から地域生活への移行を支援するサービスであり、障害者の地域移行を推進する観点から更に取組を進めていく必要がある。
- 平成30年度報酬改定では、前年度に1人以上の地域移行があった事業所に対する報酬を新たに設定したところであるが、団体ヒアリングにおいて、地域移行実績が複数人以上の事業所に対する更なる評価について要望がでている。
 - ・ 地域移行支援サービス費（Ⅰ） 3,059単位/月（社会福祉士、精神保健福祉士等の配置及び前年度1人以上の地域移行実績）
 - ・ 地域移行支援サービス費（Ⅱ） 2,347単位/月（上記以外）

論点

- 地域移行支援の取組の推進や地域移行に向けたインセンティブを高めるため、地域移行実績の更なる評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 前年度の地域移行実績が特に高いと認められる事業所について、更なる評価を検討してはどうか。

<参考1> 平成29年度地域移行支援事業所の地域移行者数（実績）

地域移行者数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
事業所数	293	128	51	22	11	6	3	4	2	2	1	0	0	1
割合	55.9	24.4	9.7	4.2	2.1	1.1	0.6	0.8	0.4	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2

注：平成29年度中に1か月でも地域移行支援のサービス提供実績がある事業所における地域移行者数の実績である

出典：平成30年度厚生労働科学研究「障害者の地域移行及び地域生活支援のサービス実態把握に関する調査」

<参考2> 地域移行支援サービス費の請求事業所数の状況

⇒ 地域移行支援サービス費（Ⅰ）の割合は増加
 (H30.4) 44.5% (H31.4) 50.5% (R2.4) 60.3%

	H30.4	H31.4	R2.4
イ 地域移行支援サービス費（Ⅰ）	142	188	161
ロ 地域移行支援サービス費（Ⅱ）	177	184	106
	319	372	267

【論点4】可能な限り早期の地域移行支援

現状・課題

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年3月7日厚生労働省告示第65号）の基本的な方向性として、「入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する。」と示されている。
- 上記の観点から第6期障害福祉計画においても、精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率について、目標値を定めることとされている。
- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成29年2月8日）において、早期の退院に結びつけるとともに、地域生活へ移行した際、必要な医療等による支援が途切れ、症状が再発することにより、地域で生活することが困難になることを防ぐ必要があることが指摘されている。

論点

- 入院後早期における地域移行支援及び地域移行の実績の評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 地域移行支援では退院・退所月加算により、退院・退所等をする月において地域生活への移行に向けた集中的な支援を実施し、当該月に退院・退所した場合が評価されているところ、精神障害者等に対する可能な限り早期の地域移行支援を推進する観点から、入院後1年以内に退院・退所する場合については、更に加算で評価してはどうか。

<参考>地域移行支援の集中支援加算

集中支援加算 500単位/月（利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合）

<参考>地域移行支援の退院・退所月加算

退院・退所月加算 2,700単位/月（精神科病院等から退院・退所等をする日が属する月）に、地域移行支援を行った場合）

精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について 地域との連携等により可能な限り早期の地域移行・地域定着を行っている医療機関の取組事例

- 精神科医療機関において早期の地域移行・地域定着を図るための取組がなされている。
- 取組の内容は関係機関や**障害福祉等サービス事業所との情報共有や連携調整に係るものが多い。**

入院初期

- 行政、福祉機関等との情報共有により入院の経緯、生活環境等のアセスメントを実施
- 入院の経緯、キーパーソン、退院先や入院期間等の病院内他職種での共有
- 長期化リスクの評価
- **地域援助事業者紹介の検討**
- 環境調整、リハビリテーションの導入、退院後の生活を意識した支援体制づくり

入院中期

- 入院1ヶ月時点での地域移行の進捗状況の全職種での共有、ボトルネックの把握と解決策検討
- **院内に「地域移行推進委員会」をつくり、各部署から代表者が参加し、個別給付利用促進、グループホームの状況確認を実施**
- 作業療法士が中心となり1クール8回で心理教育を開催
- ピアサポーターも参加する気分障害、不安障害むけのグループワーク

退院前

- **地域援助事業者との同行訪問にて退院前訪問指導を実施**
- 支援計画の見直し、クライシスプランの作成
- クライシスプランをシェアハウス管理人やデイケア職員、訪問看護ステーション職員等の地域支援への説明に活用
- 退院促進プログラム「まなび（OTプログラム）」を実施
- 買い物訓練、生活技能訓練、服薬自己管理、料理等の実施
- 入院中のデイケア体験利用による職員との顔つなぎの実施

退院後

- 全患者の医療・リハビリの継続状況、指定障害福祉サービスの訓練状況等の情報共有を一元管理し、必要な対策、介入方法を検討
- 精神保健福祉士等による家族も含めた相談支援の継続
- 病棟看護師による訪問看護や訪問看護ステーション看護師の訪問同行
- 地域コミュニティと病院職員が共同で患者宅を訪問し地域が患者を見守り支援する定着支援活動を実施

地域との関係性構築のために日頃から行っていること

- 保健医療・介護事業者との意見交換会
- 地域家族会との意見交換会
- 地域包括支援センターとの地域ネットワーク会議
- 地域住民に対する障害啓発セミナー
- 障害者の雇用促進のためのセミナー
- 賃貸住宅の大家や不動産業者に向けた精神障害やその特性及び契約にあたっての留意点等に関する説明会・勉強会
- 地域の有志に対する苦情相談や虐待相談に関する第三者委員への就任依頼

その他の工夫

- 入院相談時からの退院を見据えた情報収集、退院先の希望確認
- 家族との距離が離れないように面会を奨励（患者への陰性感情のある家族に対しては対応の仕方のアドバイス等の家族支援を実施）
- ピアスタッフの体験発表

【論点5】医療と福祉の連携の促進

現状・課題

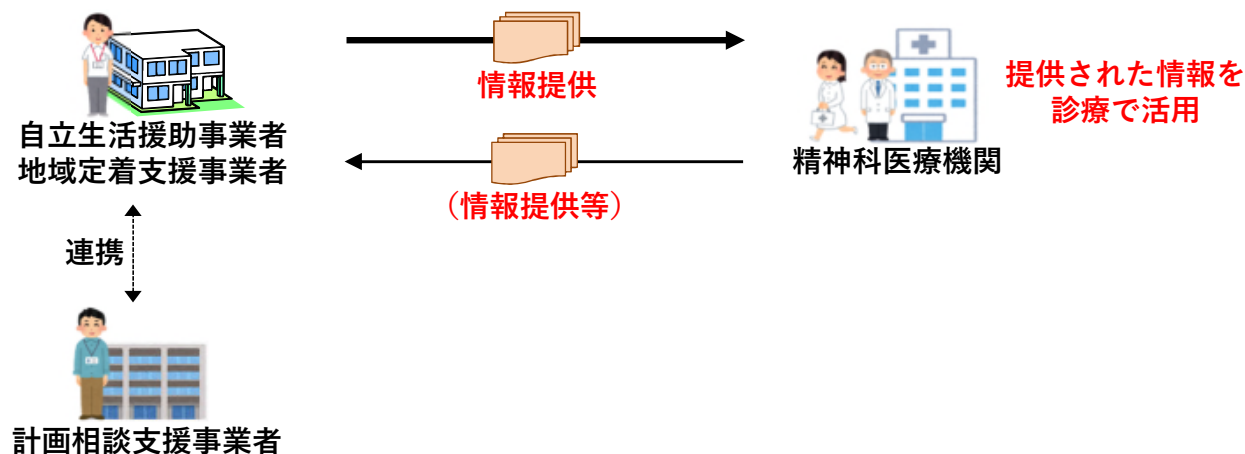
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。
- 精神障害者の危機等に適切に対応できるよう、自立生活援助事業者や地域定着支援事業者と精神科医療機関とが、日常生活を維持する上で必要な情報について連携することが求められているが、現行報酬上、評価されていない。
- 関係団体ヒアリングにおいては、医療機関で行われていたケアが地域移行後も継続されるよう、地域の医療・福祉・介護と緊密に連携し、切れ目のない支援を行うことを適切に評価するよう要望がでている。

論点

- 保健医療福祉等の日常生活を維持する上で必要な情報の連携の更なる推進を図る観点から、自立生活援助事業者や地域定着支援事業者と精神科医療機関との情報連携についてどう考えるか。

検討の方向性

- 自立生活援助事業者及び地域定着支援事業者において、日常生活を維持する上で必要な情報を精神科医療機関に対して情報提供した場合を、加算で評価してはどうか。その際、計画相談支援事業者との共同に留意することとしてはどうか。



地域連携パスの例（入院中）

本人	入院中						日常生活		
	入院初期			入院中期		入院後期	通院初期	地域生活期	
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)	本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)	多職種による情報共有 (多職種(チーム)での情報共有)	退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理及び共有 (退院に向けたニーズ整理)	地域生活に移行するうえで 必要な事項の最終準備 (スムーズな地域生活への移行)	退院後の支援スタッフの確認 (関係者間の連絡窓口の確認)	支援チームによる適切な支援と高密度の情報共有の実施 (環境変化等による不調への対応、症状の再燃予防等)	医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度が高いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始 ※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする	○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援	○退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理 ○生活ニーズに応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開	○退院日の共有 ○危機的場面に備えた準備 ○退院前訪問の効果的な実施 ○退院前カンファレンス等による退院後の生活の最終調整 ○サービス等利用計画(案)、退院後の支援計画の立案	○退院後の支援チーム(各担当)の確認・共有	○積極的なアウトリーチ型の支援の実施 ○精神科医療機関と障害福祉サービス事業所等との綿密な情報共有	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今回入院の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□入院時カンファレンス □本人との関係づくり ・本人の退院後の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・帰住先 ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要性の判断(退院後支援ニーズに関するアセスメント) ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた病院スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有(必要に応じて、カンファレンスでの情報共有(外部含む)) □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供(制度、サービス、相談支援事業所など)	□退院後の医療ニーズの共有・支援(退院指導の実施) ・心理教育 ・デイケア等の試験参加 ・家族教室 ・外出、外泊の設定 ・退院前訪問 ・服薬管理 ・栄養管理 など	□退院後のサービス利用申請支援(必要な場合) □カンファレンスの実施(外部含む) ・地域資源との連携確認 ・病診連携(通院先に応じて) ・訪問看護、デイケア □退院後の支援計画を立案する	□通院などで生活状況の確認 ・退院後訪問 □情報共有 ・通院診療所、デイケア、訪問看護 □モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加		
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▼情報提供依頼 ▲情報提供	◀情報共有	▼カンファ呼びかけ ▲参加 ◀情報共有	▼カンファ呼びかけ ▲参加 ◀情報共有	◀情報共有・連携		
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成・家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供	□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・退院前訪問を行う場合の事前連絡の希望	□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における進捗状況など内容把握 □本人・家族との面接(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □カンファレンスへの参加 □相談支援事業利用申請支援	□退院後の生活ニーズの共有・支援(退院に向けた支援) ・サービスの提供 ○体験外泊、外出 ○日中活動先の同行支援、情報提供 ○居住の場の確保 ○金銭管理担当とのマッチング など □退院に向けた事前準備 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有	□申請・受付 □カンファレンスの実施(場合によりサービス担当者会議を兼ねる) ・サービス利用状況を踏まえ退院後の通院先、日中活動の場等について検討 ・サービス等利用計画(案)の作成 □退院後の各担当者の確認	□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業者 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加			

地域連携パスの例（通院中）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中					
時期(目安)	通院初期		通院期間中	サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活	
イベント (目的)	インテークの実施 (日常の生活情報の共有)	本人(家族) との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性 の判断を開始)	生活ニーズの整理及び それを踏まえた支援の展開 (サービス利用に向けたニーズ整理)	相談支援事業の利用支援或いは見直し (サービス等利用計画の作成)	医療と福祉の継続的な連携による 包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度 が高いポイント ○多職種による包括的な支援 の必要性の判断の開始	○日常生活における生活ニーズの整理 ○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○生活課題に応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等) の展開	○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた支援の展開	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・ 経済 ・ 生活 ・ 相談支援事業の利用状況 ・ 相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・ 生育歴(学歴、交流関係等) ・ 生活状況(住宅、交通等) ・ 経済状況(就労状況、借金等) □家族 ・ 家族構成、家族関係 □医療情報 ・ 入院、既往歴、通院歴、今回受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□本人との関係づくり ・ 本人の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・ 不安事項 ・ 支援者(家族、その他の機関) ・ 公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・ 不安事項、希望の確認 ・ 公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要性の判断 ・ 包括的な支援の対象かどうかを確認 → 医師を含めた外来医療スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有	□生活ニーズに対応した指導 ・ 金銭管理 ・ 服薬管理 ・ 栄養管理 ・ 心理教育 ・ 家族教室 ・ デイケア等の試験参加	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・ 本人の声(意思、希望やニーズ) を確認し、申請を支援 ・ 情報提供 □サービス担当者会議等への参加	□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・ 精神科病院・通院診療所、デイケア、訪問看護 □モニタリング ・ 訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加
関係	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供		◄ 情報共有 ► ◄ 会議招集・参加 ►	◄ 情報共有・連携 ►	
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・ 利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・ 利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・ 本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・ 住環境、生活パターン ・ 本人の思い □家族 ・ 家族構成・家族関係 ・ 家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への状況連絡 ・ 関係機関への連絡、医療機関へ情報提供	□情報共有 ・ 相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・ 包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・ カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望	□状況確認 ・ 相談支援事業対象者の状況確認 ・ カンファレンスや外来医療における進捗状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人・家族との面接(可能な場合) ・ ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・ サービス等利用計画(案) 作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画(案) の作成		□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・ 希望や思い ・ 関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・ 情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・ サービス提供事業所 ・ 行政 □モニタリング ・ 訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	

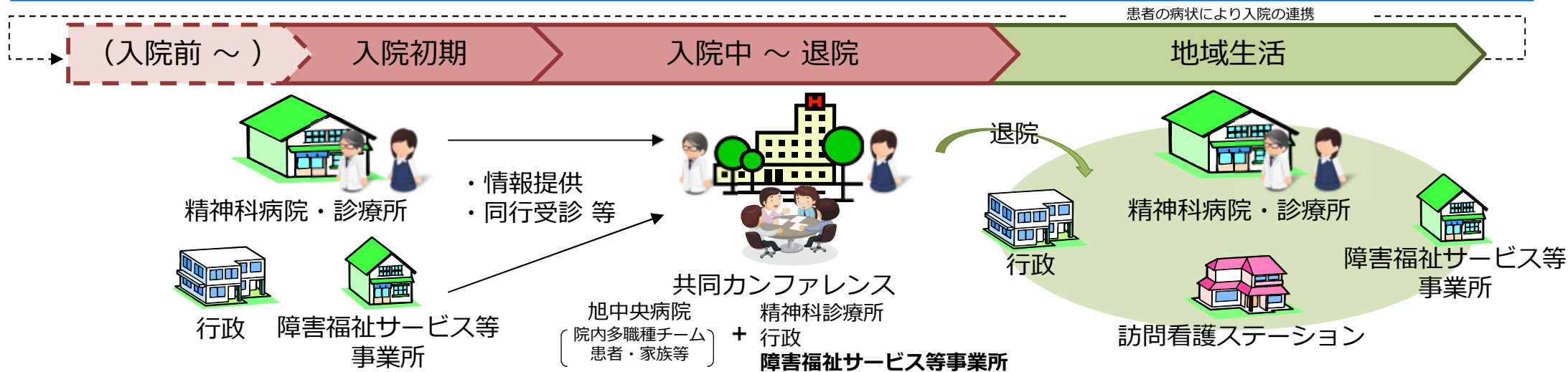
精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について

精神科入院医療機関と関係機関間の連携の事例

- 精神医療の実態として、入院前、入院中、退院前、退院後の切れ目のない連携支援が行われている。
- 多職種、多機関連携による共同支援が、精神疾患を有する患者の地域移行及び地域定着に重要な役割を果たしている。

精神科病院・診療所等との退院後を見据えた共同の取組（旭中央病院）

- 入院相談時より地域連携を意識し、精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有・アセスメントをし、退院後に必要な支援について検討、退院に向けた連携体制を構築する等ケースマネジメントを実施。
- 入院中に退院支援の進捗状況を確認し、必要に応じて患者に関わる全ての職種がカンファレンスに参加。
- 退院前に、地域で関わる関係者（退院後に通院する精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等）を参集し、共同カンファレンスを実施し、個人のニーズに応じたサービスが提供されるよう退院後の療養に係る診療計画の策定・確認やクライシスプランを作成。
- 退院後に通院する精神科病院・診療所は、本人の状況に応じ、地域のネットワークを見直し、構築。



- ・ 精神科病院・診療所、行政、**障害福祉サービス事業所等との情報共有**
- ・ 利用しているサービスの利用状況及び療養状況の確認
- ・ 退院後に必要な支援の検討、連携体制の構築

- ・ 院内多職種チーム会議（医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師）の開催、定期的な評価
- ・ 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催
- ・ 退院後の療養に係る診療計画策定、クライシスプラン作成

- ・ 外来診療の継続、患者の病状により入院の連携
- ・ 医師、看護師、精神保健福祉士等による包括的支援マネジメント
- ・ 患者の病状に応じて、地域の連携体制の見直し・構築
- ・ 地域の関係機関（行政、**障害福祉サービス等事業所、訪問看護ステーション**等）のフォロー、**情報共有**

【論点6】 居住支援協議会や居住支援法人と福祉の連携の促進

現状・課題

- 入院している患者の退院先の希望は、「自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居」が最多である。自宅もしくはアパートなどでのひとり暮らしの希望は「入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし」「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」を合わせると約3割にのぼり、家族との同居に次いで多い。
- 精神科医療機関における特に困難な退院支援業務等として「居住の場の検討と居住先の確保」が最も多い。
- 住宅確保要配慮者の入居に関しては賃貸人の約7割が障害者に対して拒否感があるとしている。また、入居制限をする理由としては、「家賃の支払いに対する不安」「他の入居者・近隣住民との協調性に対する不安」「居室内での死亡事故等に対する不安」が上位となっている。
- 居住支援法人に関しては、約6割の法人に精神障害者への対応実績があり、最も得意とする対象者を精神障害者としている法人は、高齢者、生活保護受給者に次いで多い。

論点

- 精神障害者等の居住先の確保及び居住支援を充実する観点から、居住支援協議会又は居住支援法人と地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者との連携体制についてどう考えるか。

検討の方向性

- 居住支援協議会や居住支援法人との連携により、地域移行支援における居住の場の検討と居住先の確保を促進するとともに、居住支援の充実を図ることにより安心して地域で暮らせる環境整備を推進するため、地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者が居住支援協議会や居住支援法人と、概ね月に1回以上、情報連携を図る場を設け、情報共有等をすることを評価してはどうか。
- 地域相談支援事業者や自立生活援助事業者において、居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、障害者総合支援法に基づく協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における保健・医療・福祉等関係者による協議の場に対し、居住先の確保及び居住支援に係る課題を文書等により報告することを評価してはどうか。

<参考> 計画相談支援の入院時情報連携加算

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位/回（病院等に入院するに当たり、当該病院等の職員に必要な情報を面談以外の方法で提供した場合）

<参考> 計画相談支援の地域体制強化共同支援加算

地域体制強化共同支援加算 2,000単位/月（地域生活支援拠点等であって、福祉サービス等を提供する3以上の事業者と共同して、在宅療養上必要な説明及び指導を行った上で、協議会に対してその内容を報告した場合）

居住支援体制の構築

- 精神障害者等の居住支援について先駆的な取組を行っている地域の居住支援法人等、自治体、福祉関係者等に対するヒヤリング結果から、居住支援体制の構築のポイントとして、以下の内容が挙げられている。

居住支援体制の構築のポイント

○ 本人と支援者との間の関係性（基本的信頼関係）の構築

- 地域活動支援センター等を活用し、本人と支援者が「顔なじみ」の関係、「顔の見える関係」になることで、相互の信頼関係を構築することが重要である。

○ 多くの支援者が対応する支援ネットワークの構築

- 精神障害者は、医療だけでなく、就労、住まいの確保、金銭管理など多様な課題を抱えている。複数の支援者が、協力して支援にあたる「みこし」型の支援が必要である。

○ 貸主や宅建業者との関係構築

- 大家業や不動産管理業者は、入居者の普段の様子を様々なルートで知る機会がある。家賃滞納は入居者の生活に何らかの変化が生じたことの表れと考えられ、家賃滞納に真っ先に気づく貸主や宅建業者からは、重要な情報が得られる。貸主や宅建業者等事業者は支援ネットワークの重要な一員である。

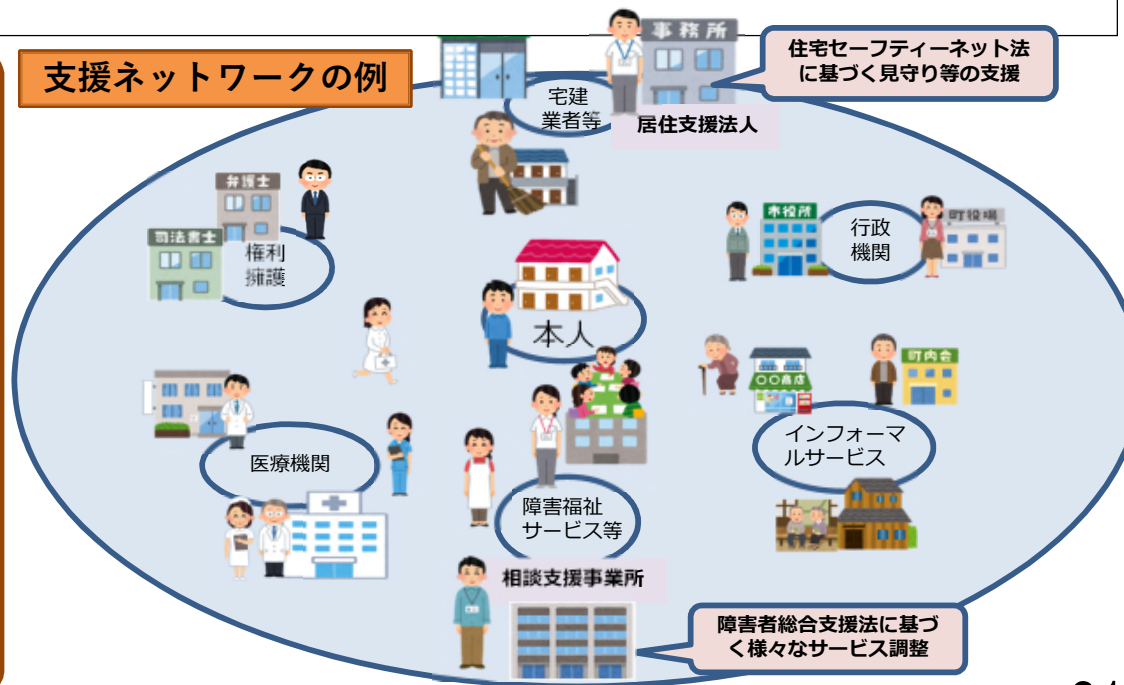
○ 成年後見制度の活用や弁護士、司法書士等との関係構築

- 成年後見制度の活用を通じて、弁護士、司法書士等の専門家に支援ネットワークに加わってもらうことにより、財産管理や賃貸借契約に係る保証等、権利擁護と様々な課題への対応が可能になる。



入院や施設入所している精神障害者の方が、退院・退所後などに地域で暮らし始めるにあたり、住まいを確保する際のポイント等を福祉事業者が理解する等、福祉事業者と貸主・宅建業者の相互理解を進め、居住確保につながるものとして作成。

- 冊子を用いることで下記のことができ、精神障害者の方の住居の確保が促進される。
- ✓当事者に対するわかりやすい情報提供
 - ✓貸主・宅建業者に対する、受入促進につながる情報提供
 - ✓貸主・宅建業者の不安を理解した上での住まい探し



医療観察法処遇対象者に対する住まい確保を通じた地域課題の解決事例

- 医療観察法処遇対象者に対する住まいの確保の経験から、障害者の居住確保が困難であるという地域課題を協議の場を通じて、明確化した上で、医療と福祉の関係者が、地域の住宅関係者と問題を共有。
- 「生活サポートシート」の作成により、賃貸者の不安を解消し、障害者の住まいの確保を実践。

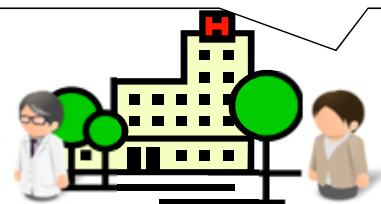
個別事例の対応

【事例概要；Aさん】

- 30歳女性、統合失調症、精神症状は安定し就労意欲あり。
- 医療観察法の指定入院医療機関からの退院に際し、**アパートでの一人暮らしを希望。**
- 住まい探しをするが、**医療観察法処遇対象者を理由に、賃貸主から断られる**等、住まいが見つからない。
- 本人を中心に医療と福祉の連携はとれているが、住まい探しがうまくいかず退院とその後の地域生活につながらない。

- 統合失調症の症状も安定してきた。
- **アパートで一人暮らしをしたい。**
- 就労もしたい。

- 障害者の方（医療観察法処遇対象者）を受け入れるのは不安。心配事もある。



【協議の場での地域課題の抽出】

- **住まいの確保が困難となる事例の経験から、協議の場で障害者の住まいの確保に関する調査**した結果、精神障害以外の障害でも同様の困難さがあった。

- 住まいの確保は障害者にとって困難になっているようだ。

- 当事者の方や住まいの関係者、民生委員と共有し、話し合ってみよう。



- 当事者の方の生活をサポートできて関係者でも共有できるシートを作成しよう。



課題の共有と解決

【協議の場での解決策の検討・実践】

- 障害各分野の従事者や**当事者のほか、地域の宅建協会や民生委員で問題を共有。**
- 不動産会社や賃貸者、地域住民の**不安や心配事を抽出。**
- “どうすれば住まいの確保が可能となるか”を**率直に意見交換。**
- 「生活サポートシート」の作成及び地元の大学の福祉人材育成の一貫として大学生を中心に賃貸者向け動画を作成（協議会との合作）。

協議の場での課題解決の効果

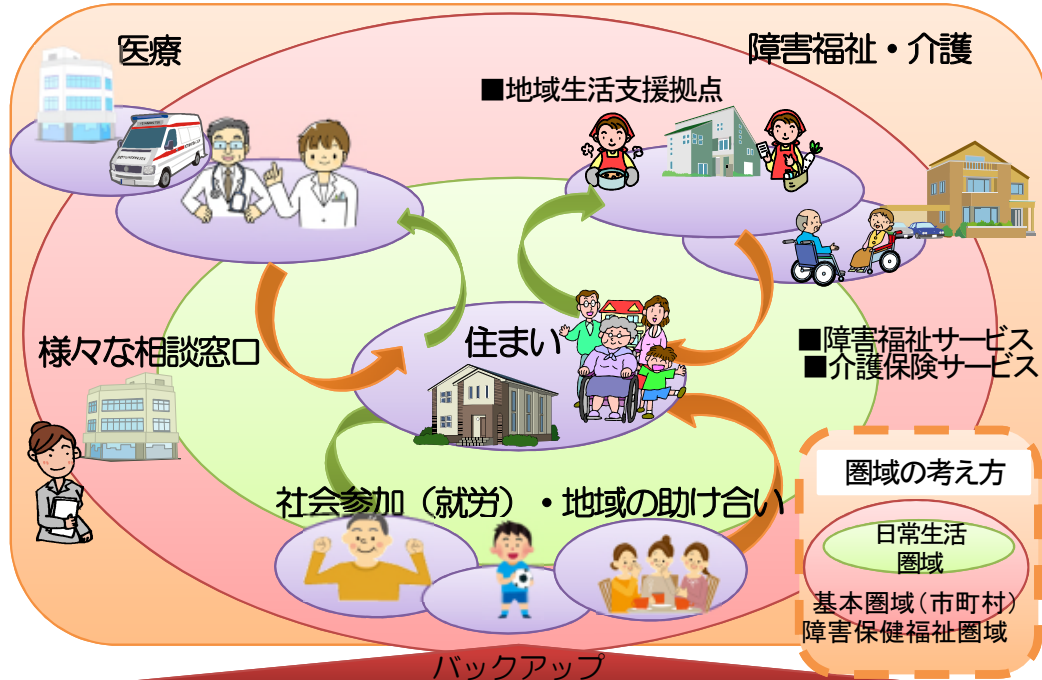
- ✓ 「生活サポートシート」を地域で標準的に活用、賃貸者の不安が解消され**障害者の住まいの確保が円滑**になった。
- ✓ 協議の場の活用により住まいの関係者と医療、保健、福祉関係者が**顔の見える関係**となり**連携**がしやすくなった。
- ✓ Aさんの住まい確保もでき、就労移行支援を経て一般就労し、地域で自分らしく楽しく生活している。

參考資料

精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

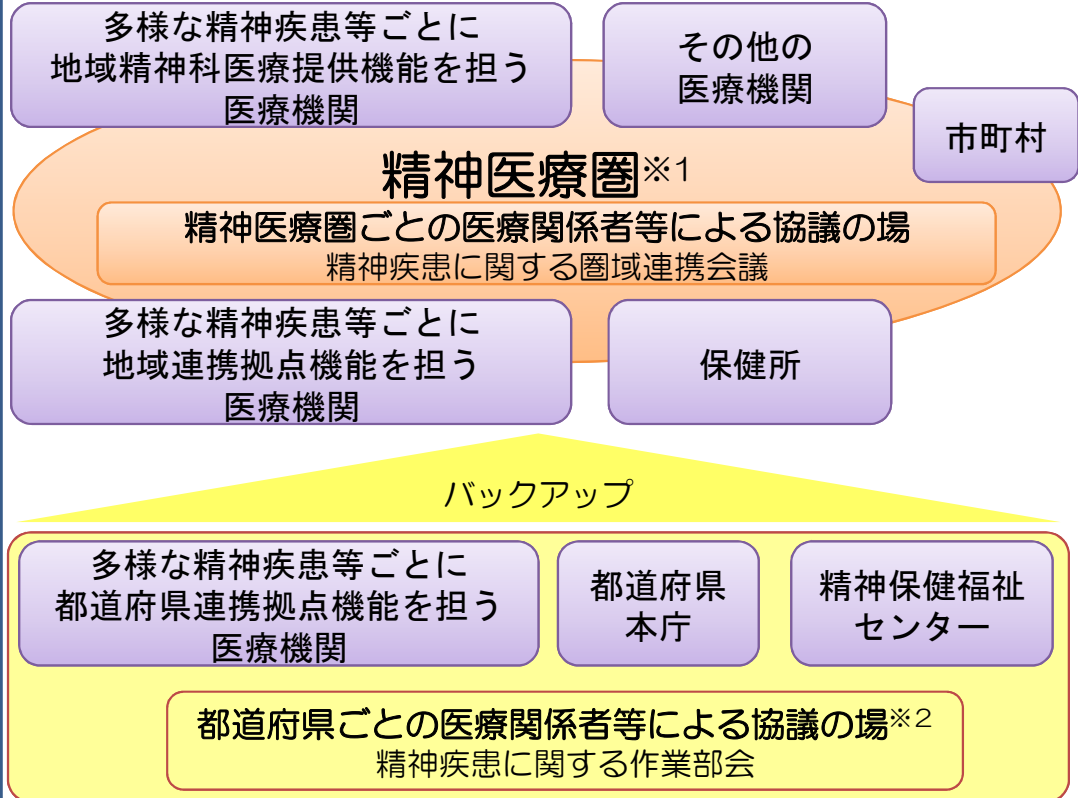
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 2020年度末、2024年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



- バックアップ
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村
- バックアップ
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所
- バックアップ
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数316日以上(H28年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92%(H28年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍
 - うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

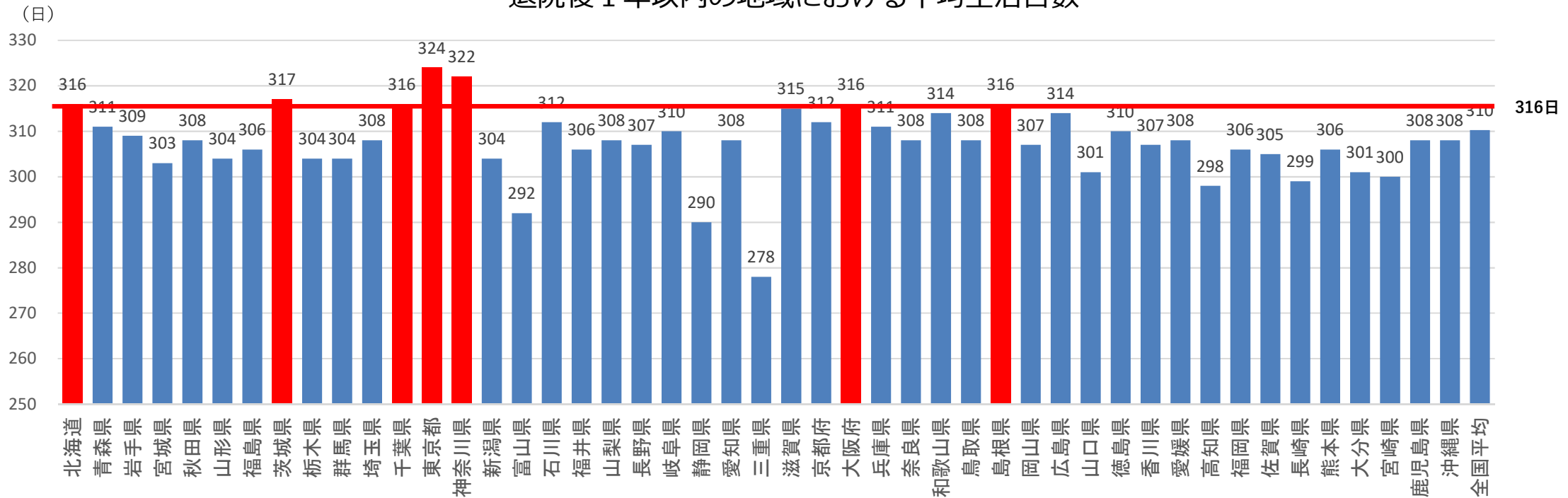
⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数について

第 6 期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値（316日以上）を基本とする。

都道府県別 2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）
退院後1年以内の地域における平均生活日数



具体的な計算式

2016年精神障害者の精神病床から退院後
1年以内の地域での平均生活日数

2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）
の退院日から1年間の地域生活日数の合算

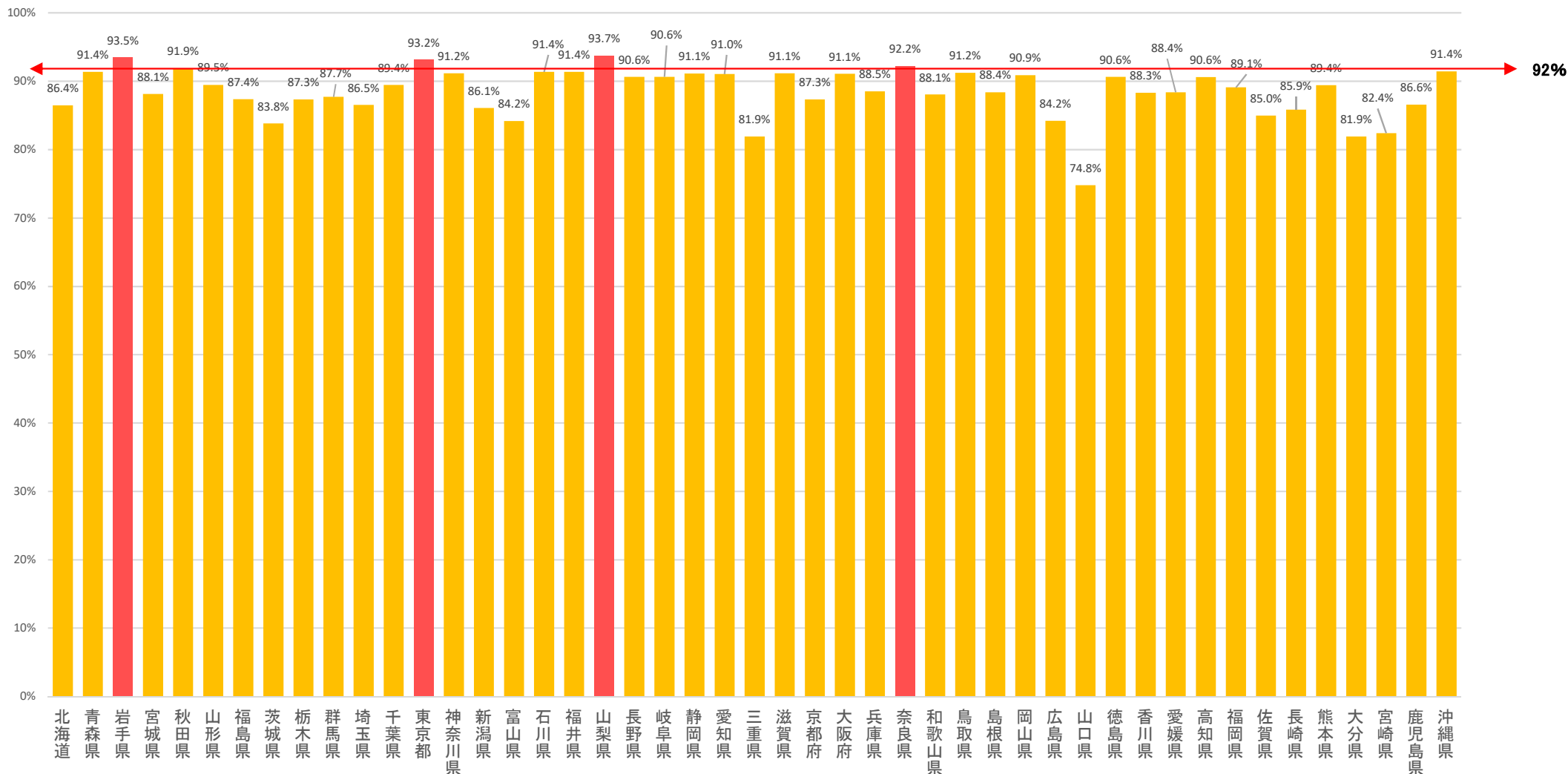
2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）総数

- (※1) 医療機関へ入院した日数については、地域生活日数として算出されない。
- (※2) 死亡退院者については、分母及び分子から除外されている。
- (※3) 退院後に死亡が確認された場合は、死亡日以降の日数は、地域生活日数として算出されない。

精神病床における早期退院率（入院後12ヶ月）について

都道府県別 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率（平成28年）

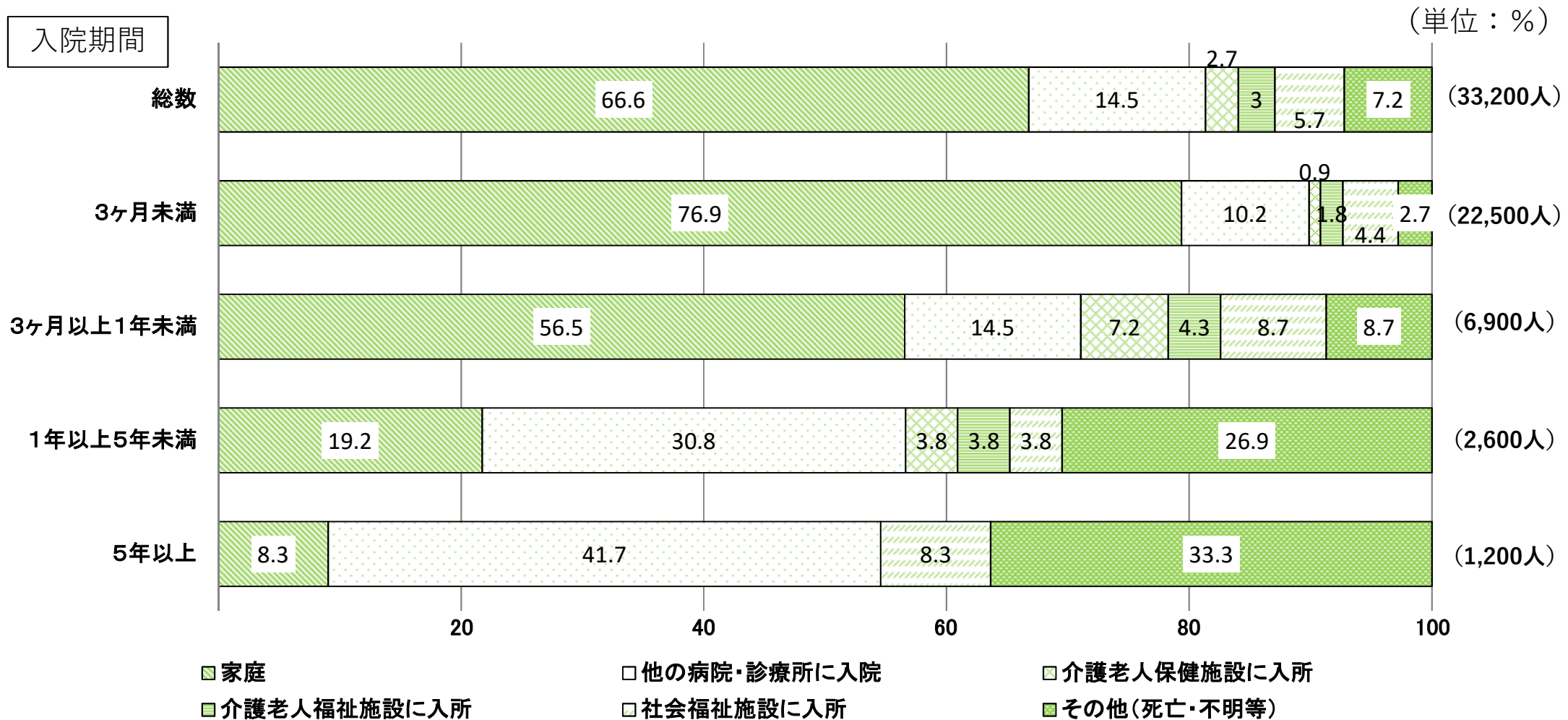
第6期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値（92%以上）を基本とする。



出典：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）からの報告
NDBデータを活用して算出

平成29年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 精神病床からの退院患者の退院後行き先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所」に入っている。
- しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所」に入院」が最も高い割合を占めている。

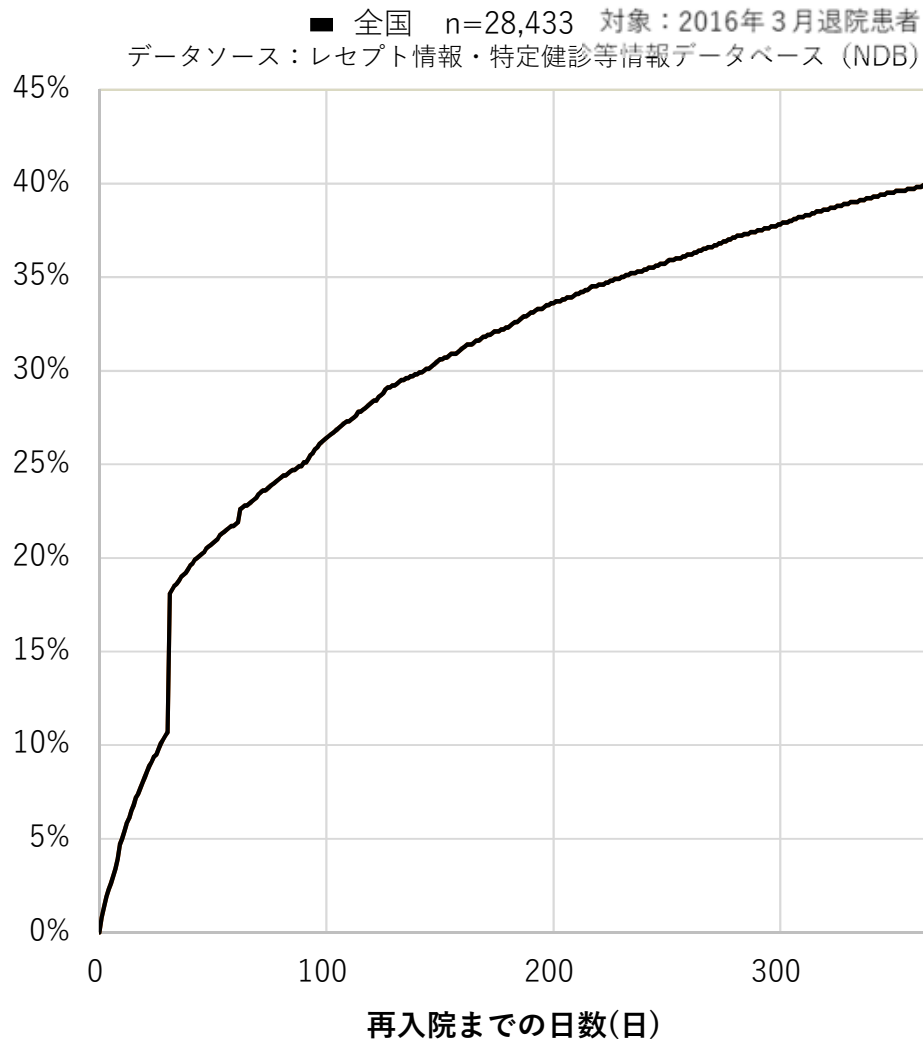


※「家庭」には共同生活援助(グループホーム)の利用者を含む

精神病床からの退院者の再入院率と基盤整備の必要性

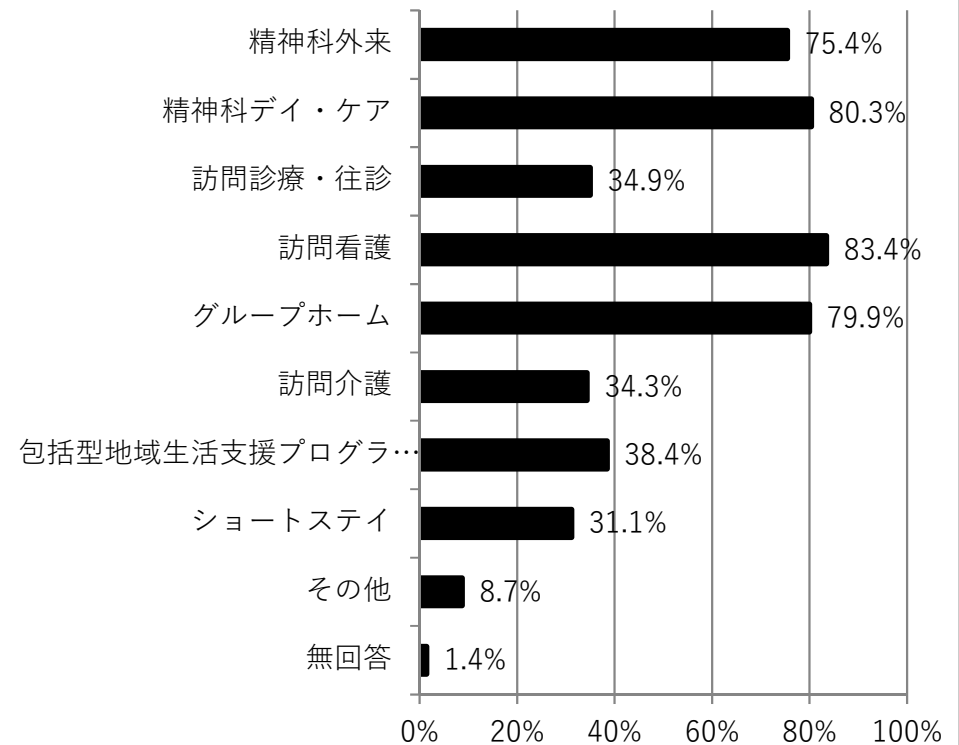
- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典：平成29年新精神保健福祉資料（全国）

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等
(精神療養病棟入院料算定病棟,複数回答, n = 289)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

基盤整備が重要

地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ

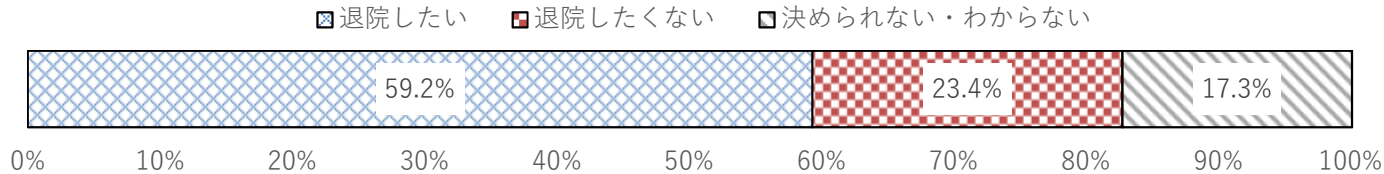
- 半年以内の退院希望は、6割弱が退院を希望している。
- 退院を希望しない理由として、住む場所、ひとり暮らしや家事に自信がないことや経済的なことが心配と答えている人が多い。
- 退院したい人の思いに誠実に応え、具体的な退院に向けたプロセスを共有することが必要であり、退院したくない人、決められない、わからない人へは、本人の意向に丁寧に寄り添う支援が必要であると考えられる。

地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査】

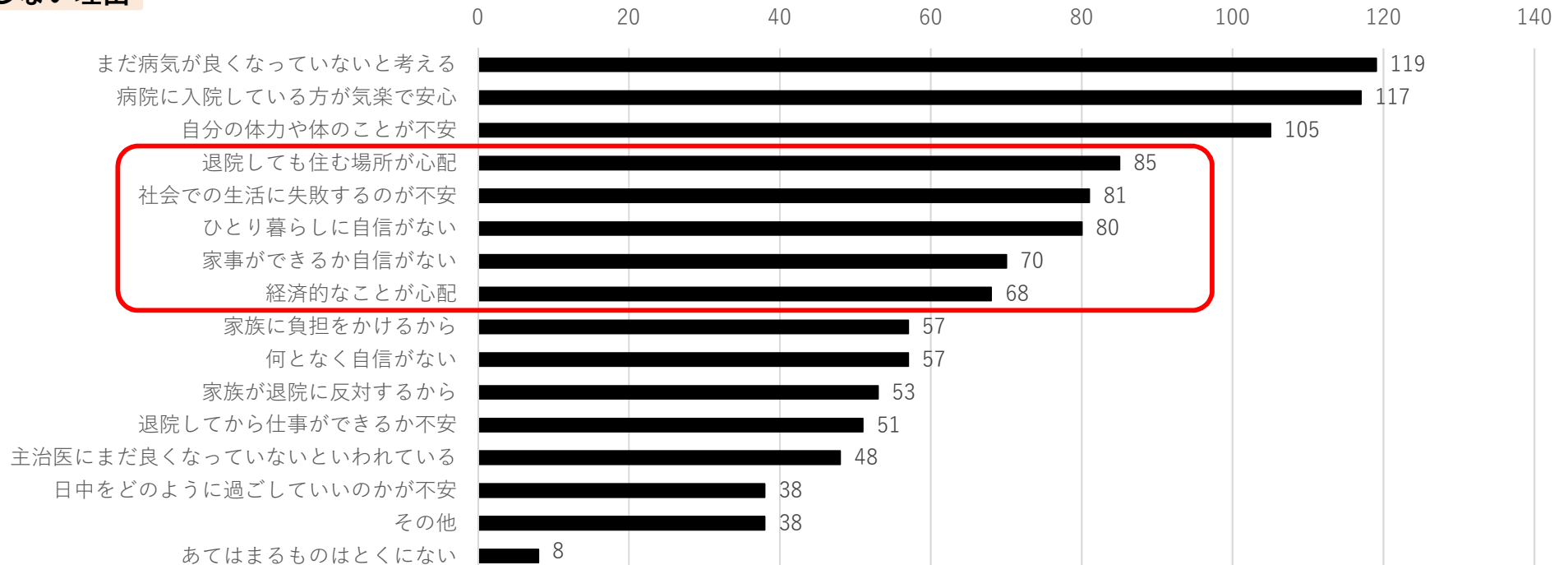
調査概要

- 協力医療機関数：109医療機関
- 調査対象数：1,178人（平均60.4歳,男性58%,女性42%）※1年以上精神科病床に入院されている患者を対象としている

半年以内の退院希望



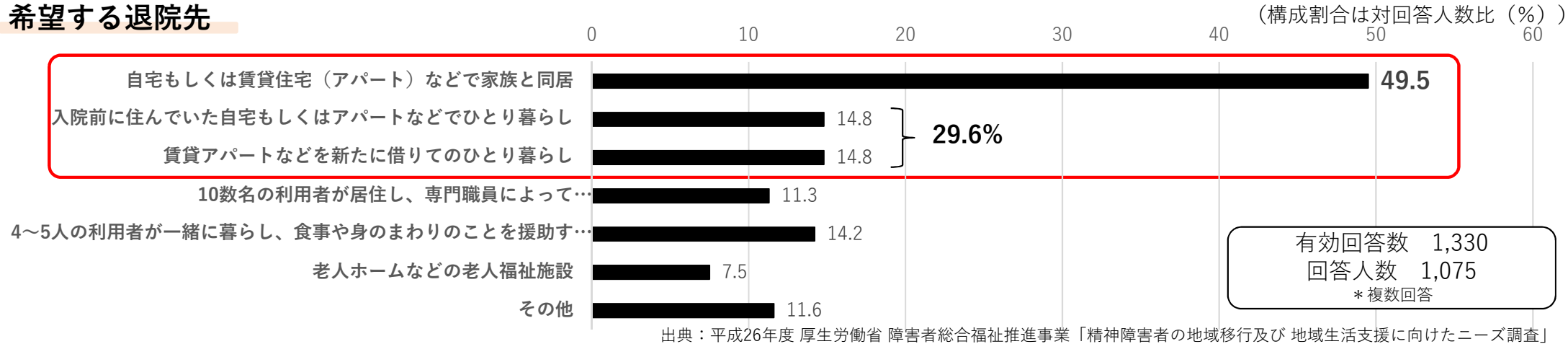
退院を希望しない理由



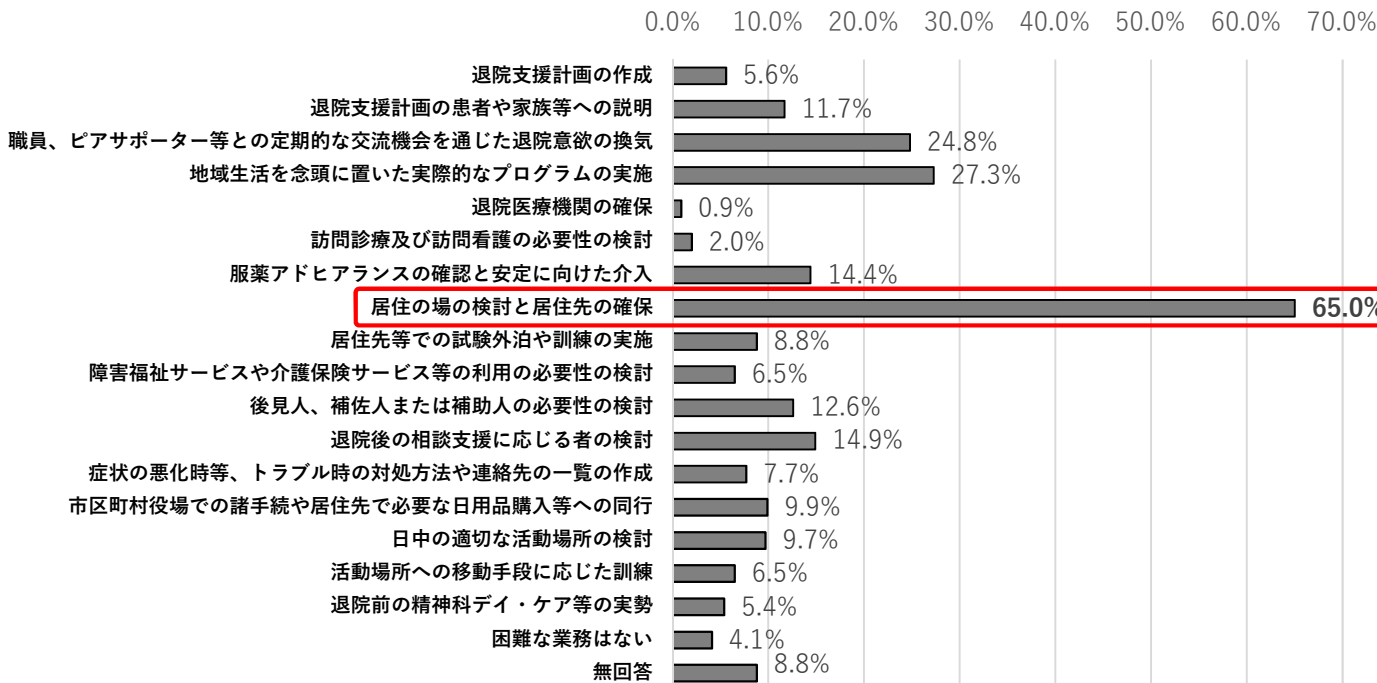
患者の希望する退院先等

○ 入院している患者の退院先の希望は、「自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居」が最多であるが、**ひとり暮らしの希望は「入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし」「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」を合わせると約3割にのぼっている。**

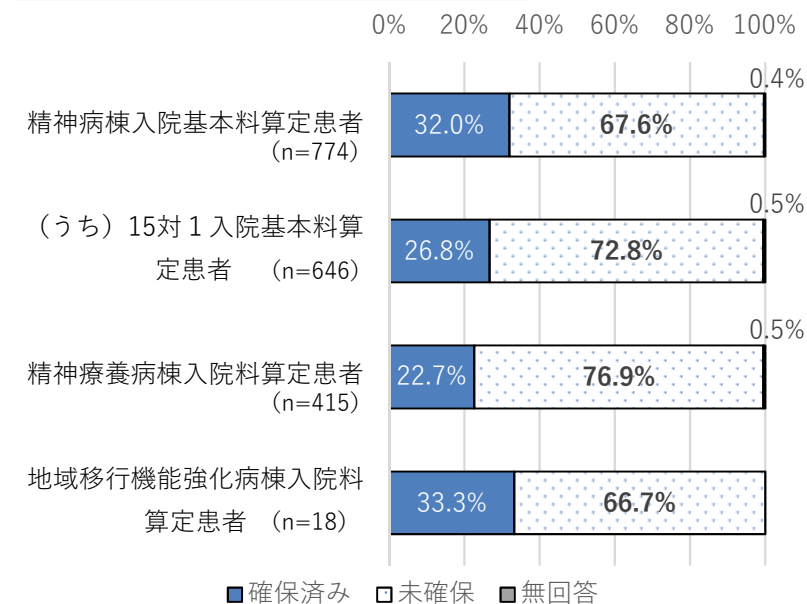
希望する退院先



特に困難な退院支援業務等

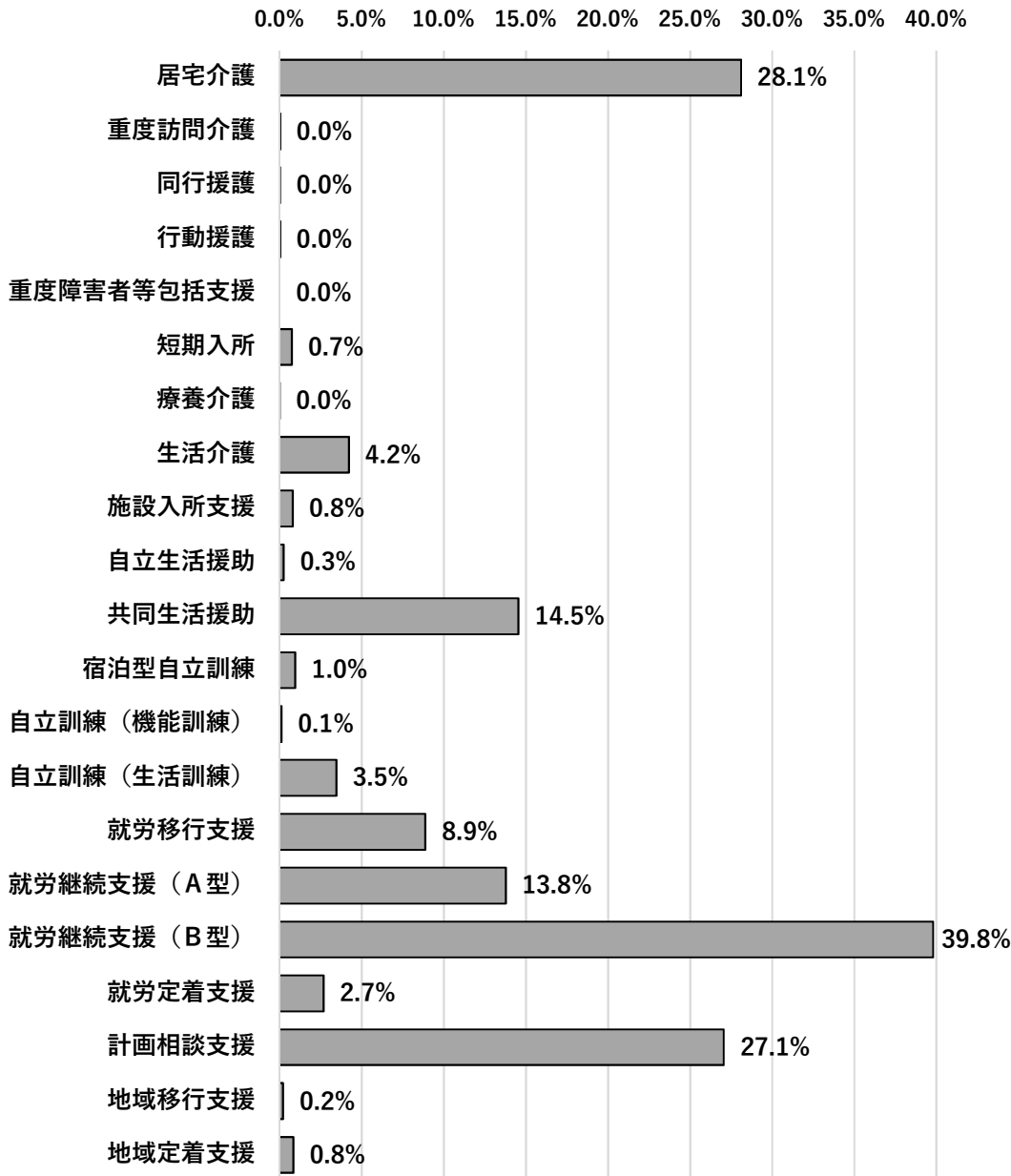


退院後の居住先の確保状況



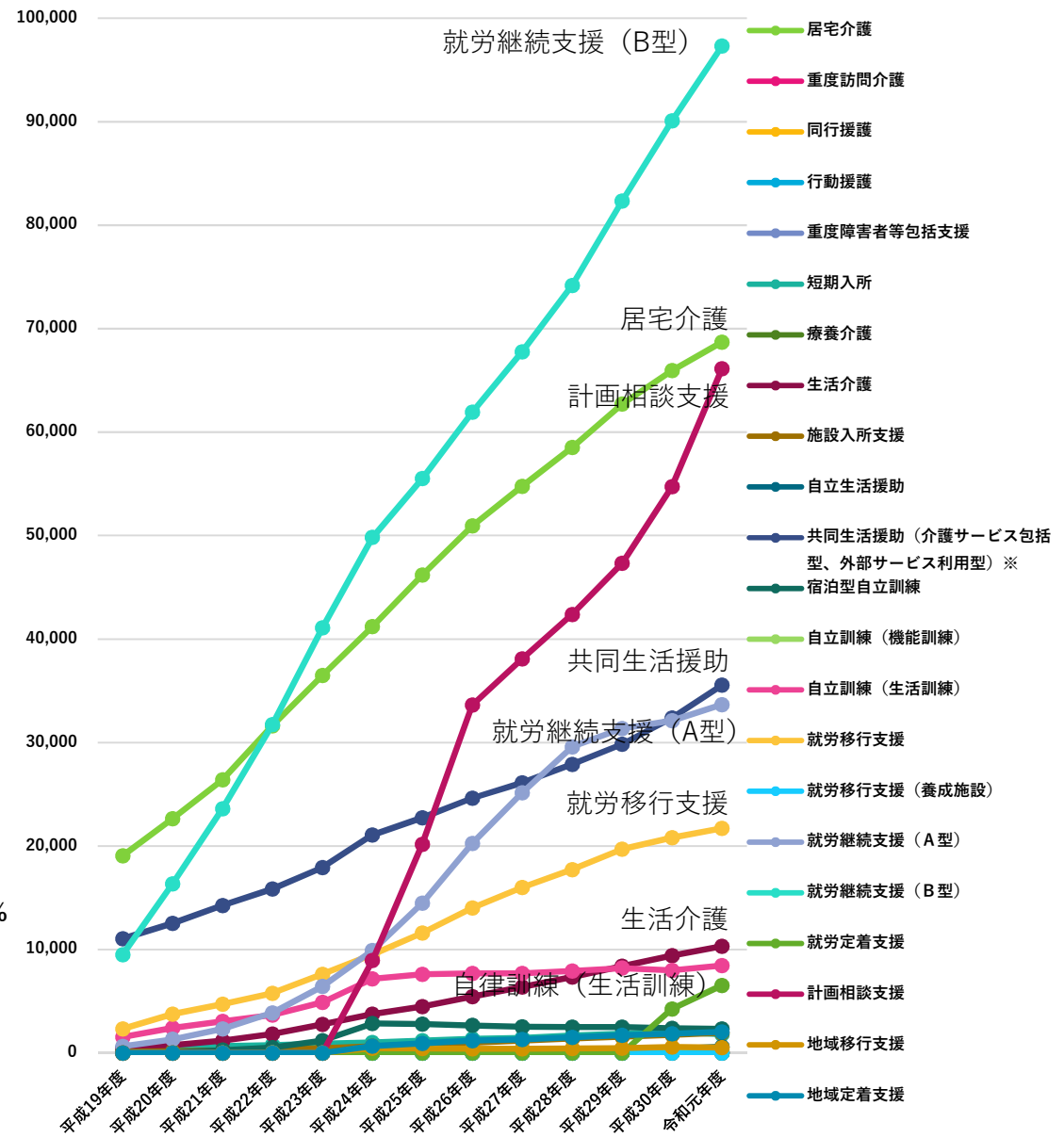
精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合



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）



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

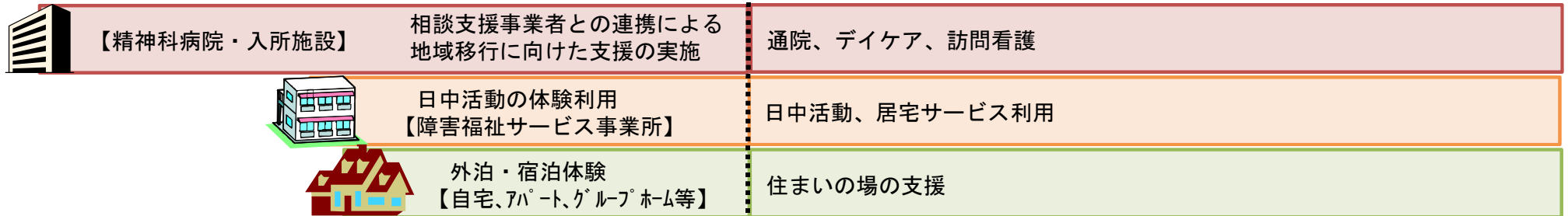
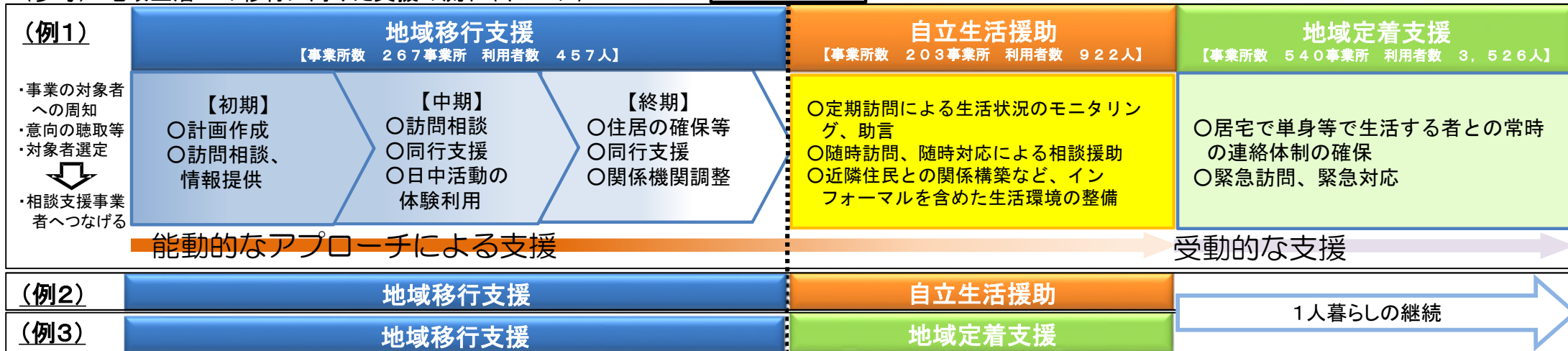
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援：障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助：グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援：居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】令和2年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

地域移行支援

○ 対象者

- 以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者
 - 障害者支援施設、療養介護を行う病院、救護施設・更生施設、矯正施設又は更生保護施設に入所している障害者等
 - ※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象
 - 精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者
 - 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象
 - ※ 1年未満の入院者は、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするもの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など)を対象

○ サービス内容

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談
- 地域移行に当たっての障害福祉サービスの体験的な利用支援
- 地域移行に当たっての体験的な宿泊支援

○ 主な人員配置

- 従業者
 - ※ 1人以上は相談支援専門員であること
- 管理者

○ 報酬単価 (令和元年10月～)

■ 基本報酬

地域移行支援サービス費 (I)	3,059単位/月
地域移行支援サービス費 (II)	2,347単位/月

(I)の算定要件

- ① 社会福祉士又は精神保健福祉士、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員を1人以上配置していること。
- ② 前年度に地域移行した利用者が1人以上であること。
- ③ 障害者支援施設又は精神科病院等と緊密な連携が確保されていること。

■ 主な加算

初回加算	集中支援加算	退院・退所月加算	障害福祉サービスの体験利用加算	宿泊体験加算
地域移行支援の利用を開始した月に加算 500単位	月6日以上面接・同行による支援を行った場合 500単位	退院・退所する月に加算 2,700単位	障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合 開始日～5日目 500単位 6日目～15日目 250単位	一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 300単位 夜間の見守り等の支援を行った場合 700単位

○ 事業所数

267 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

457 (国保連令和 2年 4月実績) 34

自立生活援助

○ 対象者

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者(※1)
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めない(※2)ため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者
 - ※1の例
 - ・ 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
 - ・ 人間関係や環境の変化等により、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合(家族の死亡、入退院の繰り返し 等)
 - ・ その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合
 - ※2の例
 - ・ 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
 - ・ 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
 - ・ 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
 - ・ その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

○ サービス内容

- 一定の期間(原則1年間※)にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。
- ※ 市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者 30:1以上
- 地域生活支援員1以上 (25:1が標準)

○ 報酬単価 (令和元年10月～)

■ 基本報酬

自立生活援助サービス費(I) (1) 地域生活支援員30:1未満で退所等から1年以内の場合 [1,556単位] (2) 地域生活支援員30:1以上で退所等から1年以内の場合 [1,089単位]	自立生活援助サービス費(II) (1) 地域生活支援員30:1未満でI以外の場合 [1,165単位] (2) 地域生活支援員30:1以上でI以外の場合 [816単位]
--	--

■ 主な加算

初回加算 指定自立生活援助の利用を開始した月 500単位/月	同行支援加算 外出する利用者に同行して支援を行った場合 500単位/月	特別地域加算 中山間地域等に居住する利用者に対して、支援を行った場合 230単位/月
---	--	---

○ 事業所数

203 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

922 (国保連令和 2年 4月実績) 35

地域定着支援

○ 対象者

- 以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者
 - 居宅において単身で生活する障害者
 - 居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者
 - ※ 施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者も含む。
 - ※ グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については対象外

○ サービス内容

- 常時の連絡体制を確保し、適宜居宅への訪問等を行い利用者の状況を把握
- 障害の特性に起因して生じた緊急の事態における相談等の支援
- 関係機関との連絡調整や一時的な滞在による支援

○ 主な人員配置

- 従業者
 - ※ 1人以上は相談支援専門員であること
- 管理者

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

地域定着支援サービス費	体制確保費	305単位／月（毎月算定）
	緊急時支援費（Ⅰ）	711単位／日（緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定）
	緊急時支援費（Ⅱ）	94単位／日（緊急時に電話による相談援助を行った場合に算定）

■ 主な加算

特別地域加算（15%加算） 中山間地域等に居住している者に対して支援した場合

○ 事業所数

540（国保連令和 2年 4月実績）

○ 利用者数

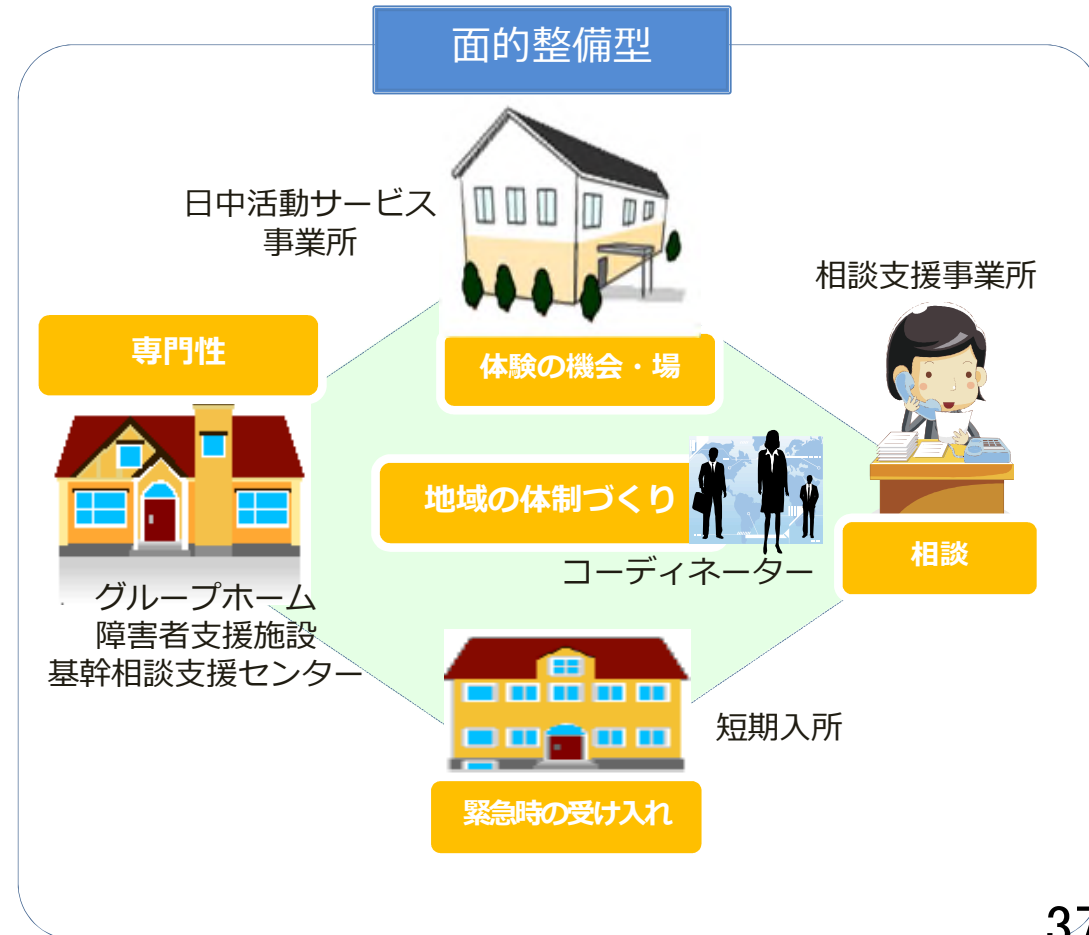
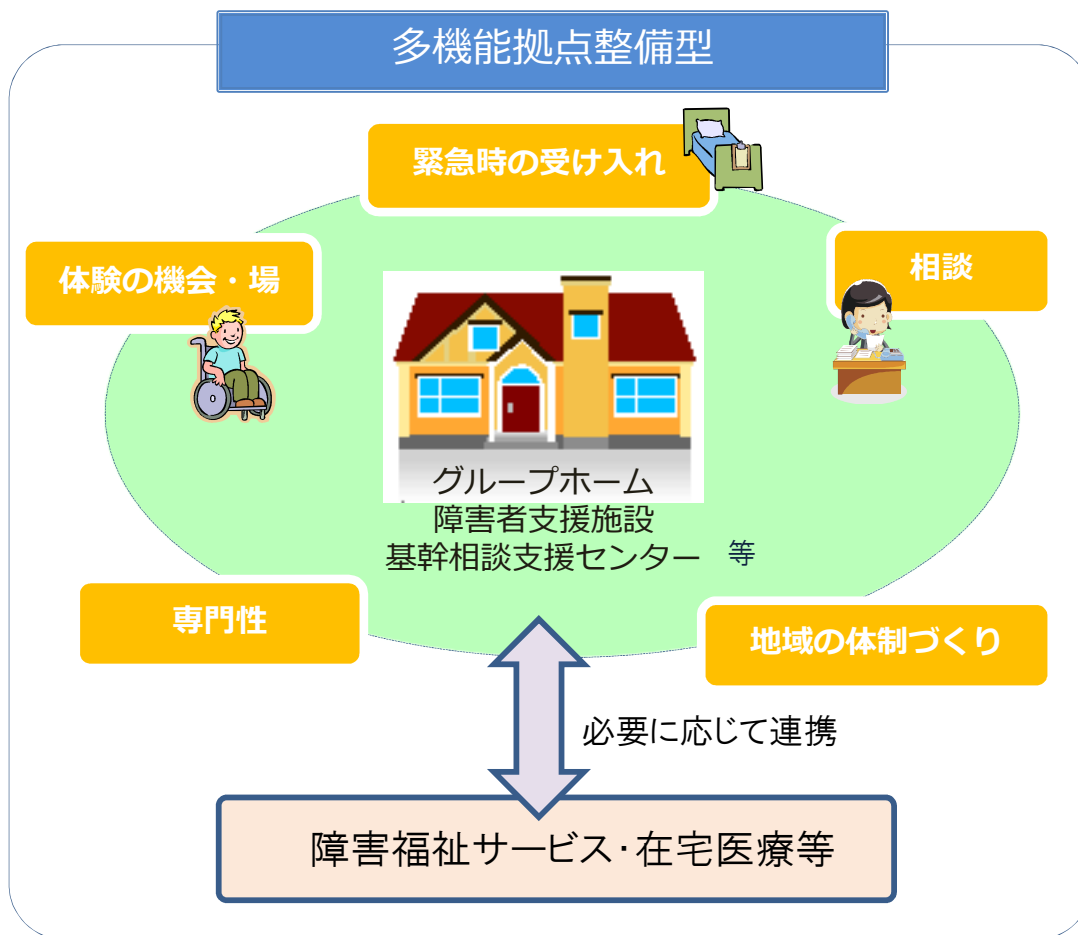
3,526（国保連令和 2年 4月実績）

地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

●**地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）** ※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。



地域生活支援拠点等の機能強化（平成30年度報酬改定）

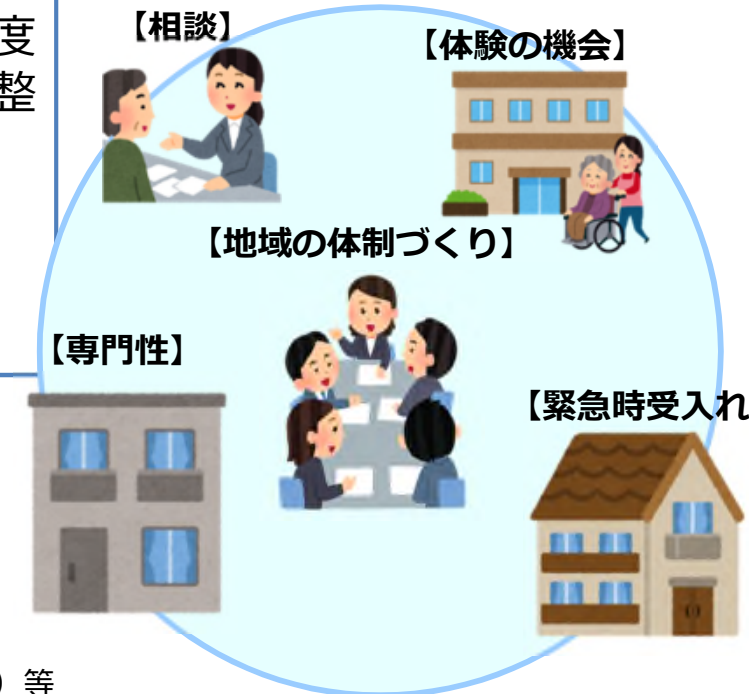
- 地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。
- 第5期障害福祉計画（平成30年度～令和2年度）では、令和2年度末までに「各市町村又は各障害保健福祉圏域に少なくとも1カ所の整備」を基本。

※参考：全国1,741市町村の整備状況

平成31年4月時点における整備状況 332市町村（うち、圏域整備：42圏域188市町村）

令和2年度末時点における整備見込 1,432市町村（うち、圏域整備：173圏域668市町村）

地域生活支援拠点等



【相談機能の強化】

- 特定相談支援事業所等にコーディネーターの役割を担う相談支援専門員を配置し、連携する短期入所への緊急時の受入れの対応を評価。
 - ・ 地域生活支援拠点等相談強化加算 700単位/回（月4回を限度）等

【緊急時の受入れ・対応の機能の強化】

- 緊急の受入れ・対応を重点的に評価するために、緊急短期入所受入加算の算定要件を見直し。
 - ・ 緊急短期入所受入加算（I） 120単位/日 → 180単位/日（利用開始日から7日間を限度）等

【体験の機会・場の機能の強化】

- 日中活動系サービスの体験利用支援加算を引上げ。
 - ・ 体験利用支援加算 300単位/日 → 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 等

【専門的人材の確保・養成の機能の強化】

- 生活介護に重度障害者支援加算を創設。
 - ・ 重度障害者支援加算 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者の配置 7単位/日（体制加算） 等

【地域の体制づくりの機能の強化】

- 支援困難事例等の課題検討を通じ、地域課題の明確化と情報共有等を行い、共同で対応していることを評価。
 - ・ 地域体制強化共同支援加算 2,000単位/月（月1回限度）

新たな住宅セーフティネット制度の概要

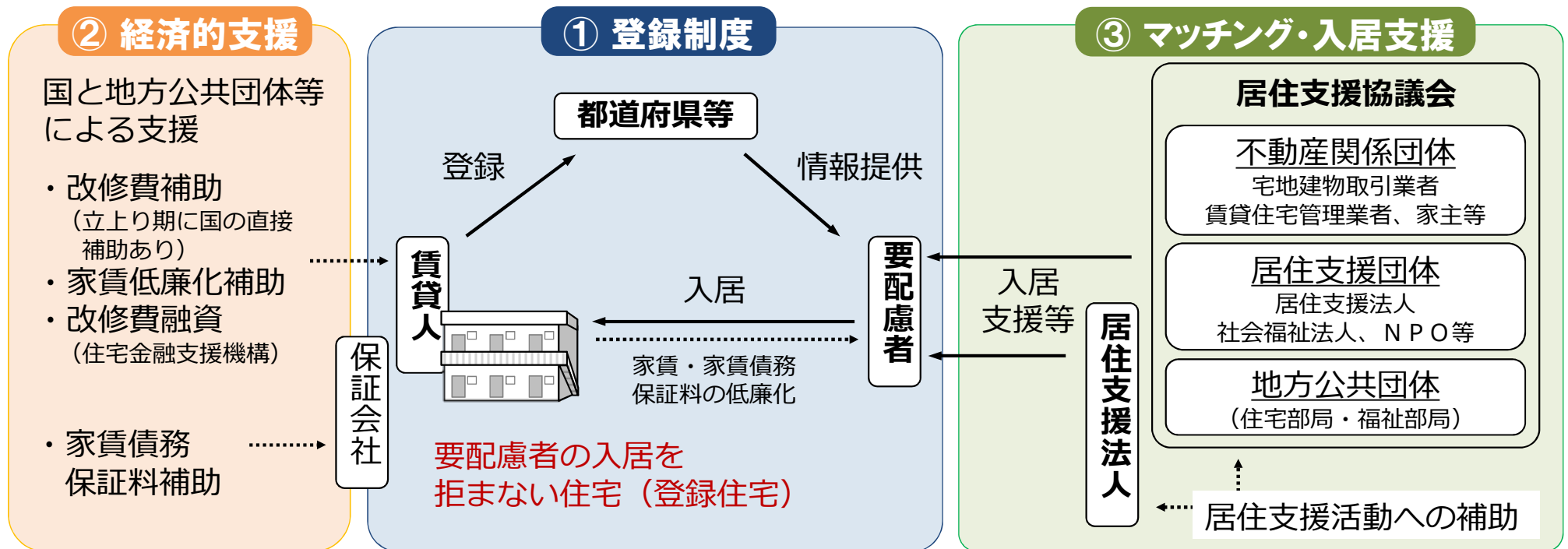
※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律（平成29年4月26日公布 10月25日施行）

① 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度

② 登録住宅の改修・入居への経済的支援

③ 住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援

【新たな住宅セーフティネット制度のイメージ】



居住支援協議会の概要

- 住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るために、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携して、居住支援協議会※を設立
- 住宅確保要配慮者・民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施

※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律第51条第1項に基づく協議会

概要

(1) 設立状況 100協議会が設立（令和2年9月30日時点）

- 都道府県（全都道府県）
- 市区町（53市区町）

この他、60市区町村で設立検討中
（うち19市区町村が令和3年度までに設立予定）

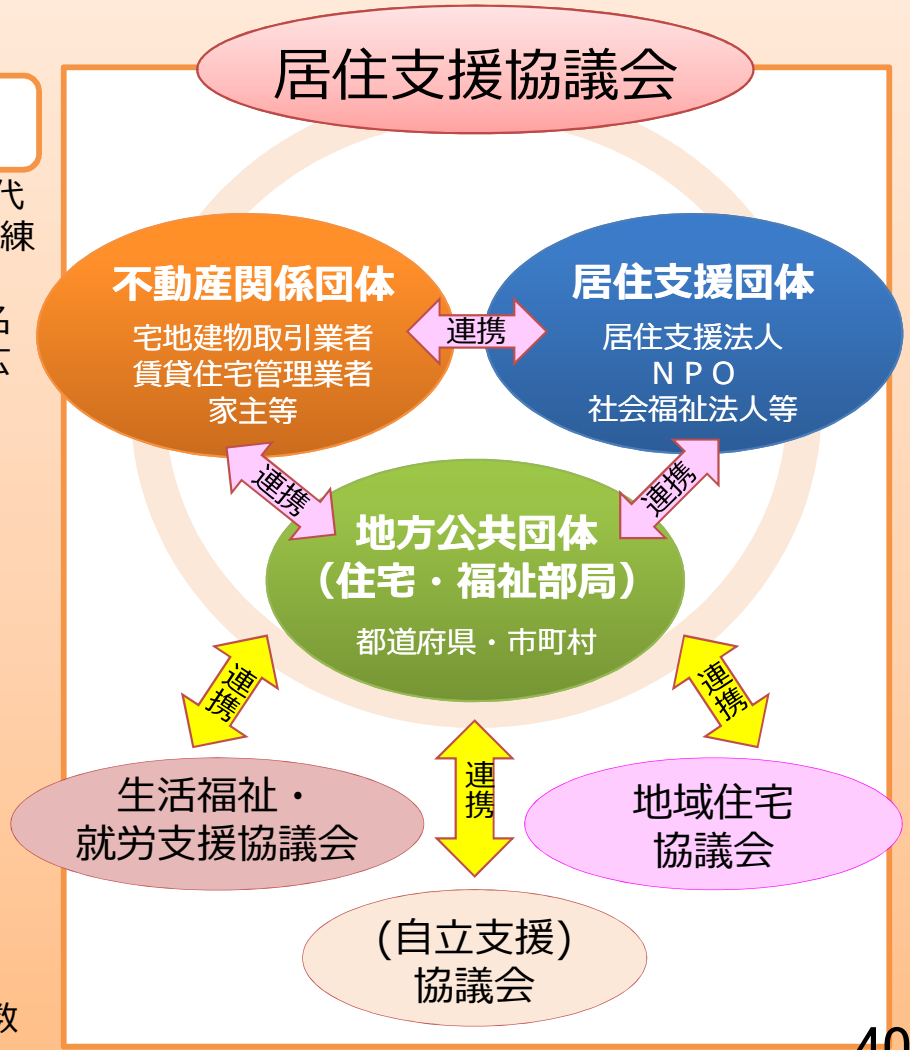
北海道札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、豊島区、北区、杉並区、板橋区、練馬区、葛飾区、大田区、世田谷区、江戸川区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、川崎市、横浜市、鎌倉市、岐阜市、小海町、名古屋市、岡崎市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、熊本市

(2) 居住支援協議会による主な活動内容

- ・メンバー間の意見・情報交換
- ・要配慮者向けの民間賃貸住宅等の情報発信、紹介・斡旋
- ・住宅相談サービスの実施
（住宅相談会の開催、住宅相談員の配置等）
- ・家賃債務保証制度、安否確認サービス等の紹介
- ・賃貸人や要配慮者を対象とした講演会等の開催

(3) 支援

居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援
〔令和2年度予算〕
共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業（10.5億円）の内数



居住支援協議会の設立目標

居住支援協議会の設立状況

100協議会が設立（R2年9月30日時点）

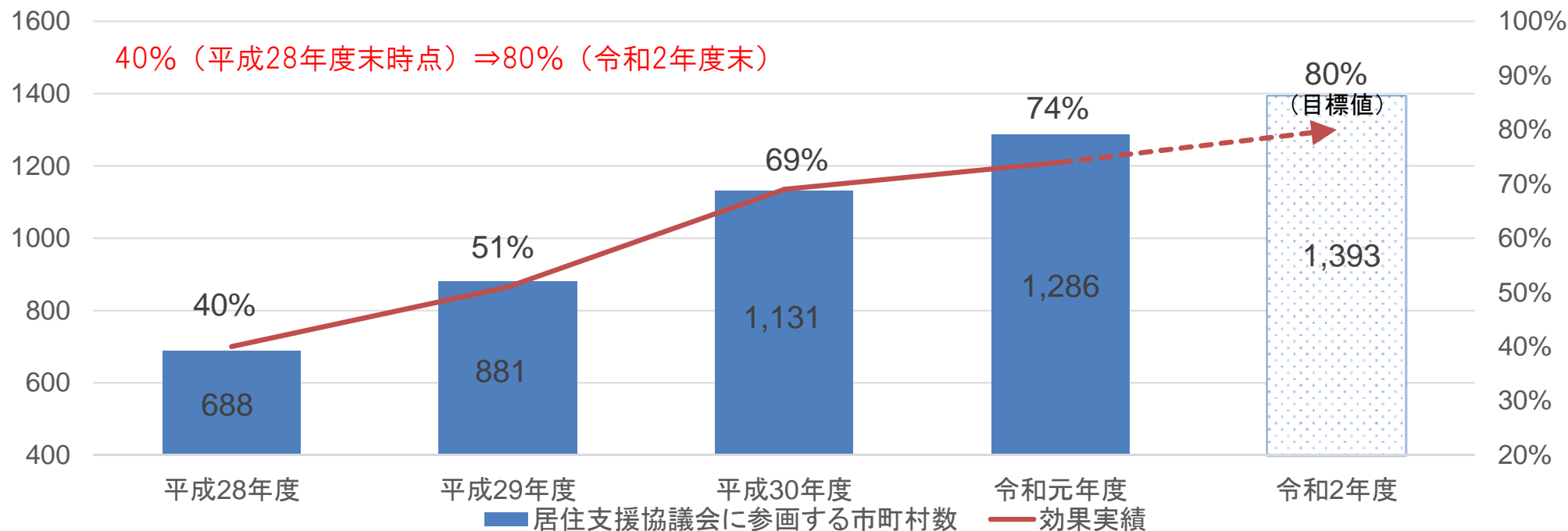
○都道府県（全都道府県）

○区市町（53区市町）

- ・北海道札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、世田谷区、杉並区、豊島区、北区、板橋区、大田区、練馬区、江戸川区、葛飾区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、横浜市、鎌倉市、川崎市、名古屋市、岡崎市、長野県小海町、岐阜市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、徳島県東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、熊本市

この他、60市区町村で設立検討中
(うち19市区町村が令和3年度までに設立予定)

居住支援協議会に参画する市区町村及び自ら設立する市区町村の合計が全体(1,741市区町村)に占める割合



(出典):平成17年~平成26年 総務省「人口統計」
平成27年~平成37年 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

居住支援法人制度の概要

居住支援法人とは

- ・ 居住支援法人とは、住宅セーフティネット法に基づき、居住支援を行う法人※として、都道府県が指定するもの
- ・ 都道府県は、住宅確保要配慮者の居住支援に係る新たな担い手として、指定することが可能

※住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給促進に関する法律第40条に規定する法人

● 居住支援法人に指定される法人

- ・ NPO法人、一般社団法人、一般財団法人（公益社団法人・財団法人を含む）
- ・ 社会福祉法人
- ・ 居住支援を目的とする会社 等

● 居住支援法人の行う業務

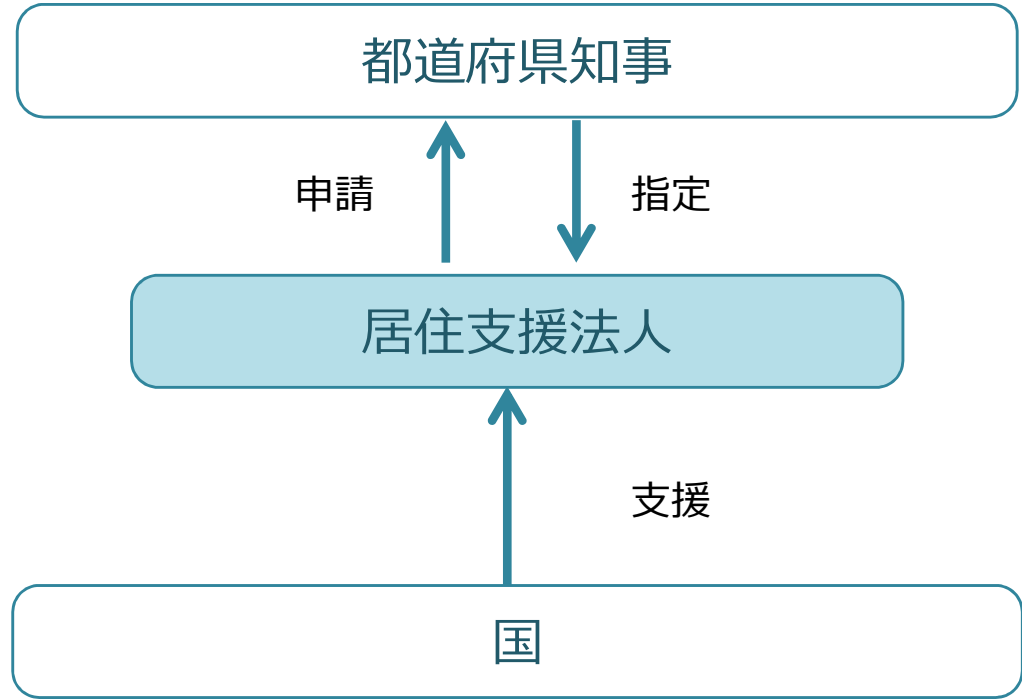
- ① 登録住宅の入居者への家賃債務保証
- ② 住宅相談など賃貸住宅への円滑な入居に係る情報提供・相談
- ③ 見守りなど要配慮者への生活支援
- ④ ①～③に附帯する業務

※ 居住支援法人は必ずしも①～④のすべての業務を行わなければならないものではない。

● 居住支援法人への支援措置

- ・ 居住支援法人が行う業務に対し支援（定額補助、補助限度額1,000万円）。
- [R2年度予算] 重層的住宅セーフティネット構築支援事業（10.5億円）の内数

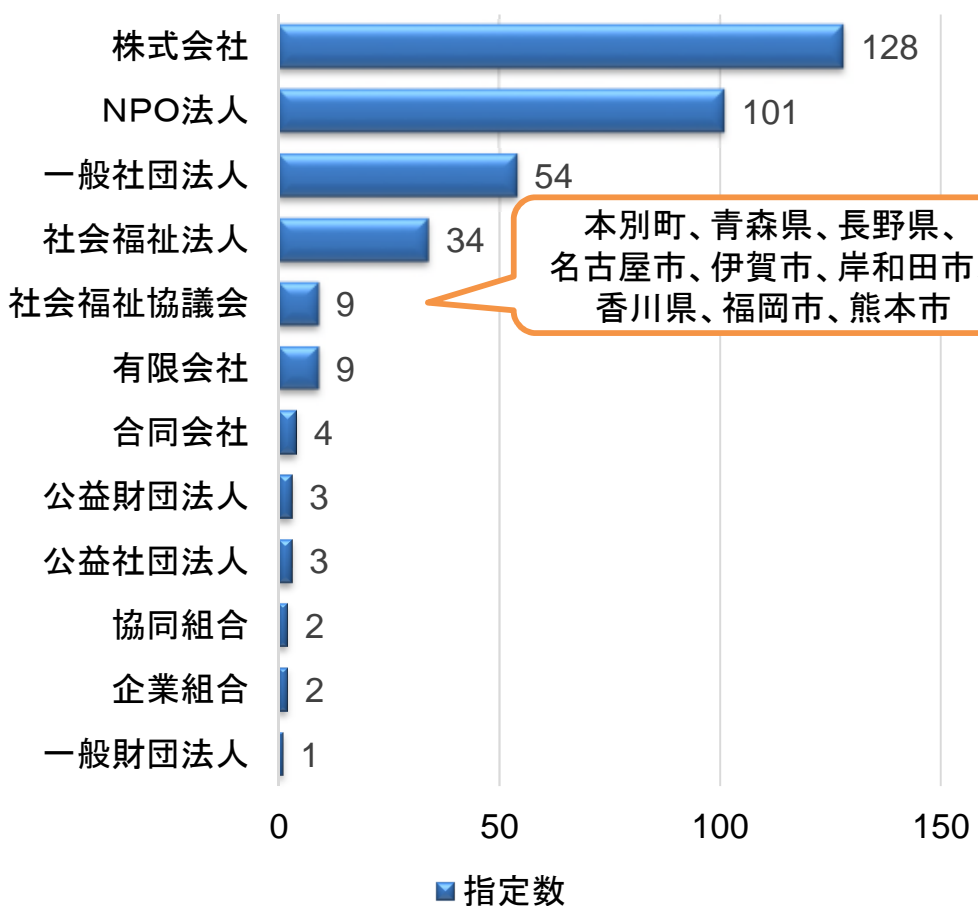
【制度スキーム】



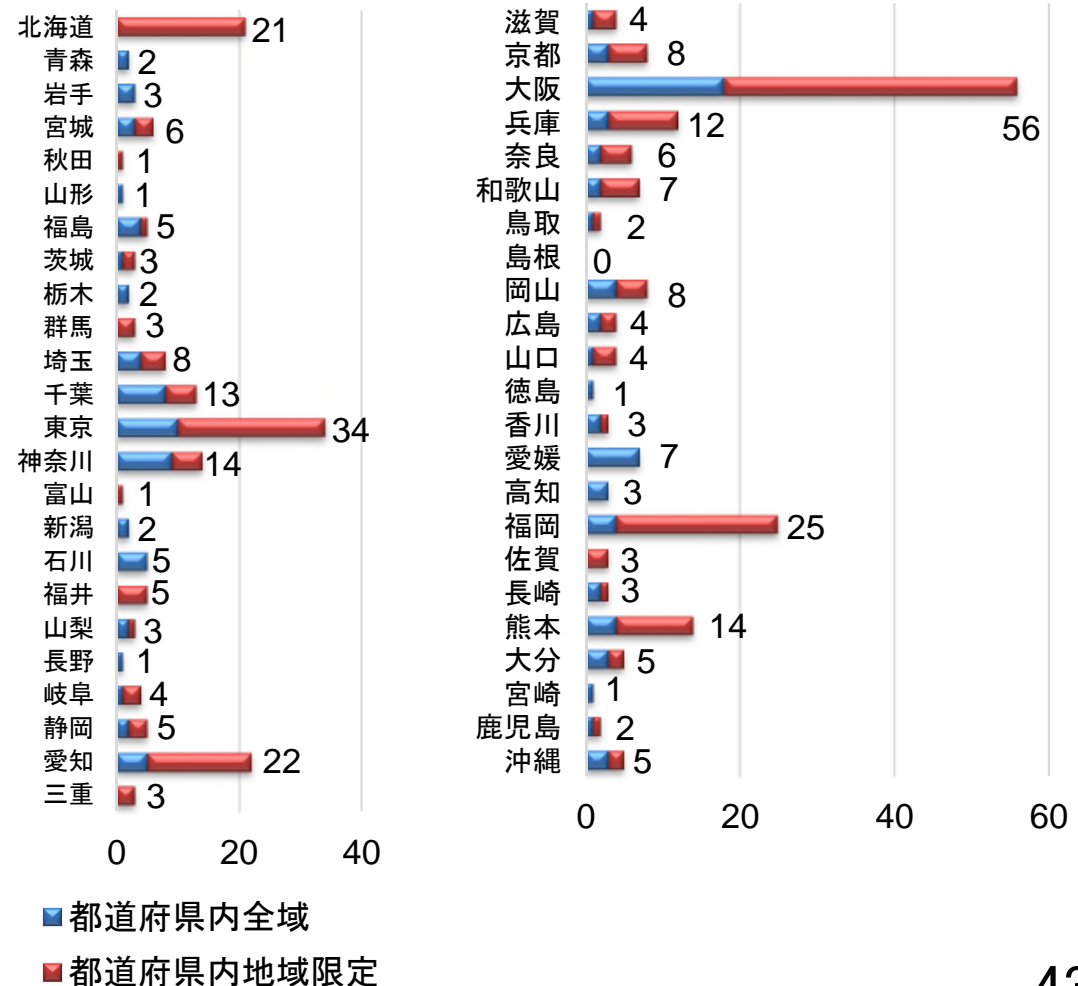
居住支援法人制度の指定状況

- 46都道府県 350法人が指定 (R2.9.30時点)
- 法人属性別では、株式会社およびNPO法人の指定が多い状況 (全体の約65%)
- 都道府県別では、大阪府が56法人と最多指定。指定実績がないのは1県

■ 法人属性別



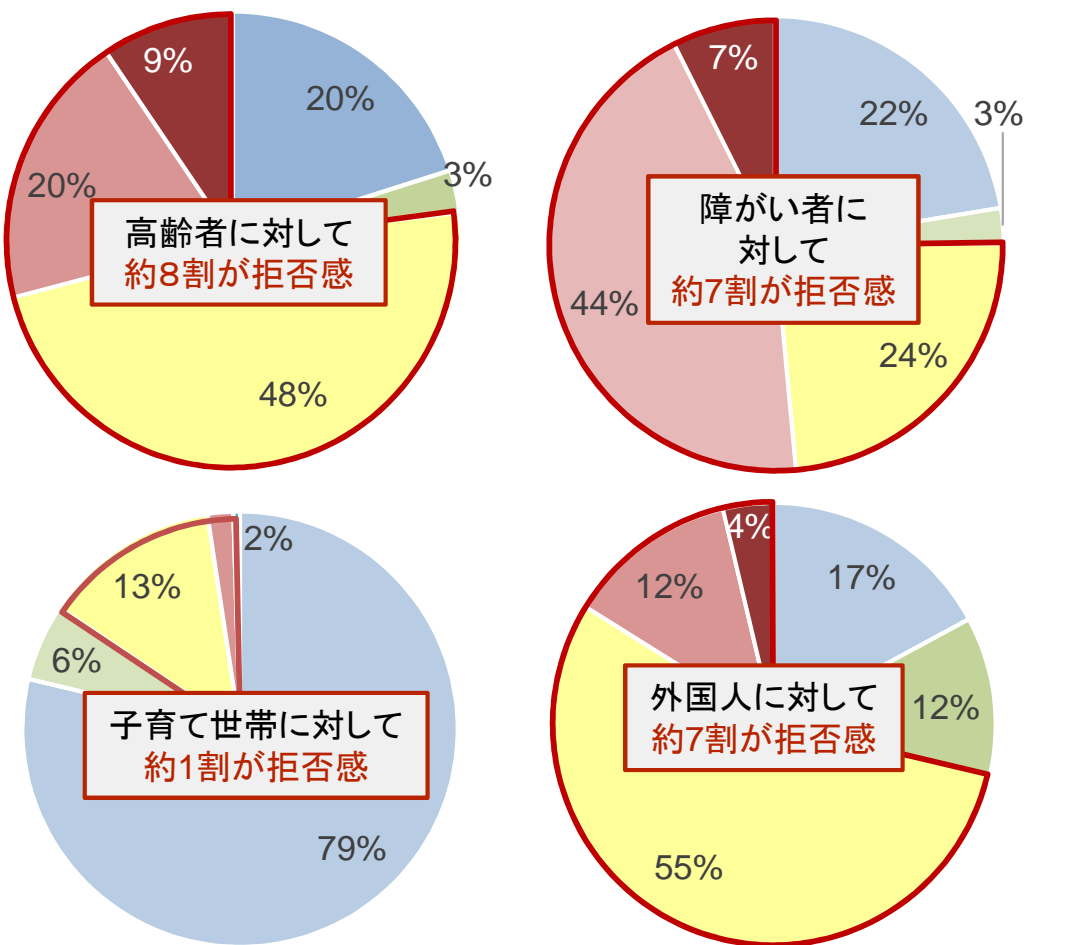
■ 都道府県別



住宅確保要配慮者に対する賃貸人の入居制限の状況

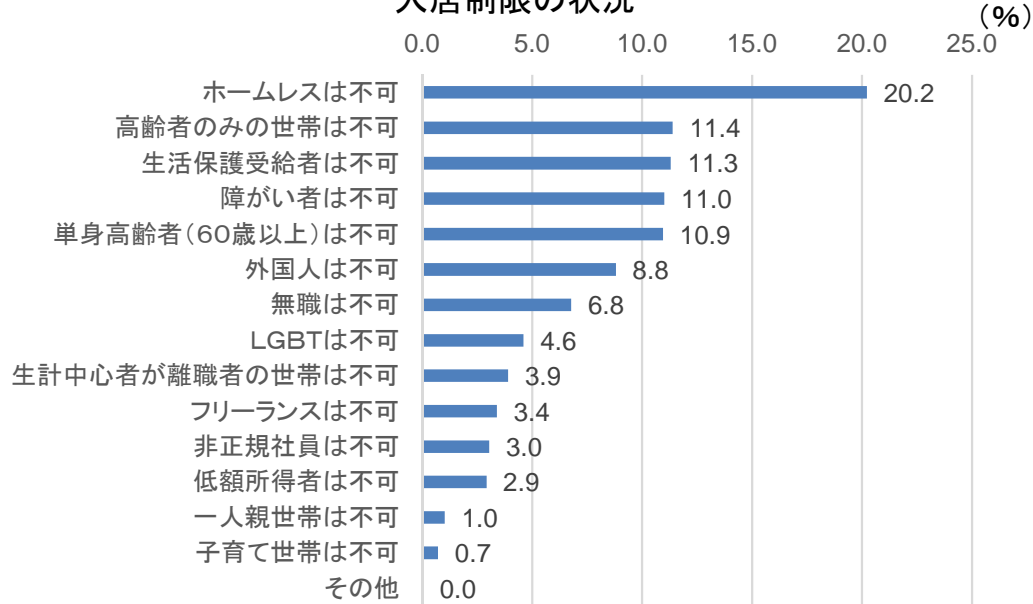
○住宅確保要配慮者の入居に対して、賃貸人の一定割合は拒否感を有しており、入居制限がなされている状況。家賃の支払いに対する不安等が入居制限の理由となっている。

住宅確保要配慮者の入居に対する賃貸人の意識

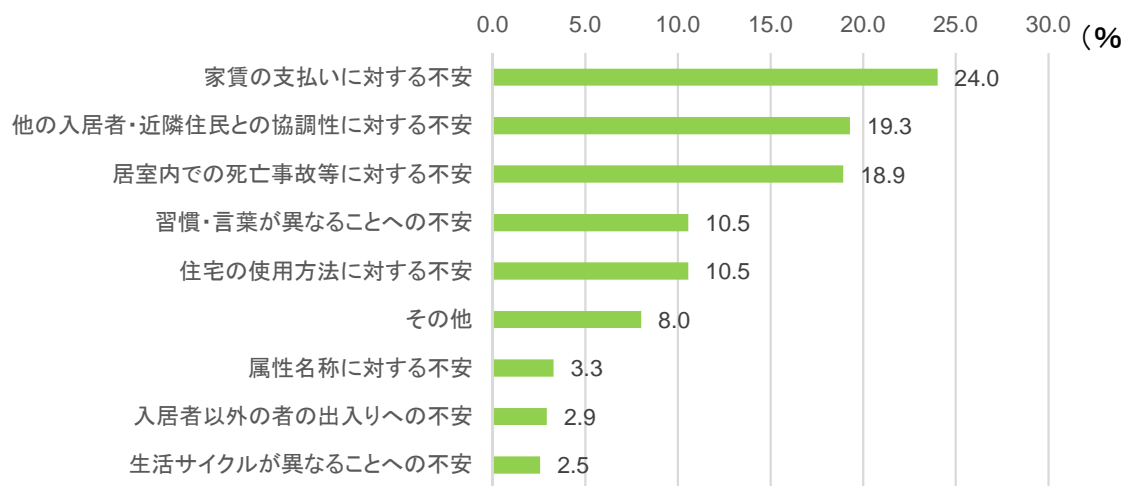


■ 従前から変わらず拒否感はない
■ 拒否感はあるものの従前より弱くなっている
■ 従前と変わらず拒否感が強い
■ 従前より拒否感が強くなっている
■ 従前は拒否感があったが現在はない

入居制限の状況



入居制限する理由



(居住支援法人フェースシート調査結果)属性別の支援状況

- 支援実績を見ると、**幅広い属性に対して支援**していることが見てとれる。
- 一方で、**最も得意とする対象者には偏り**があり、**対象外の属性も一定程度存在**。

【①対象者ごとの実績あり・(実績なし)・対象外、②最も得意とする対象者】

