

地域定着支援の手引き

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課

目 次

はじめに

精神障害者地域移行・定着支援事業について

事業の概要

- 1 目的
- 2 対象者
- 3 支援期間
- 4 実施機関
- 5 実施機関の機能及び人員配置等
- 6 支援の手順

はじめに

平成20年度から、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行うことを目的に「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施してきたところである。

平成22年度からは、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と名称及び事業内容を改め、精神障害者が地域の関係者の連携の下、統合失調症をはじめとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するため、より一層の支援を推進することをめざしているところである。

特に、受療中断者や自分の意思では受診できない等の精神障害者には、日常生活を送るうえで、生活に支障や危機的状況が生じないための訪問支援を行うことが必要とされている。

このような精神障害者が、精神疾患の重い症状により、日常生活上の困難が生ずると、医療を受けることが困難になり、更に症状が増悪して日常生活上の困難が増大するという悪循環に陥ってしまうこととなる。このため、地域生活の継続には、医療と日常生活の支援の両方を提供する必要がある。本人の意向に寄り添う生活支援を両立させるためには、保健師・看護師等の保健医療スタッフと、精神保健福祉士等の福祉スタッフとが、「多職種チーム」として、それぞれの技術及び価値観を融合させ、共同して支援を行うことが極めて有効である。また、精神疾患の症状は短時間に変化しうることから、状況を的確かつ迅速にアセスメントし、直ちに支援に反映できる必要がある。

この手引きでは、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業実施要綱」における事業の一つである「地域定着支援事業」のうち、「地域定着支援を行う多職種チームの配置」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。

この手引きを参考に地域の関係者が連携・協力し、精神障害者の地域生活移行や地域定着に向けた支援が効果的、効率的に実施されることを期待する。

精神障害者地域移行・定着支援事業について

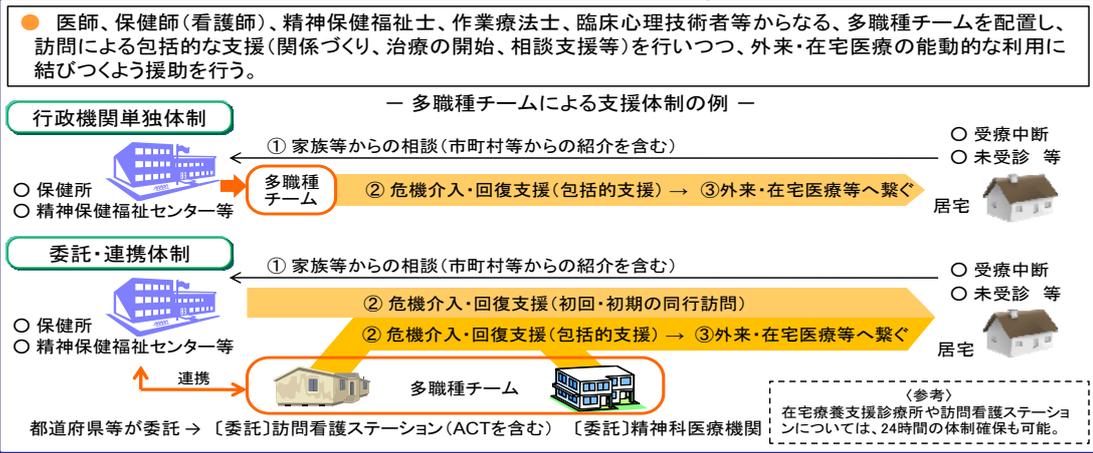
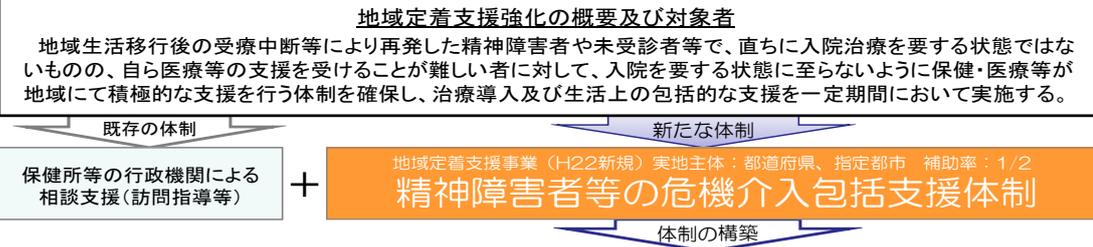
受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域移行に向けた施策については、医療計画の見直し、障害者自立支援法の施行等により対応を図ってきたところである。

その一環として平成20年度から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施している。

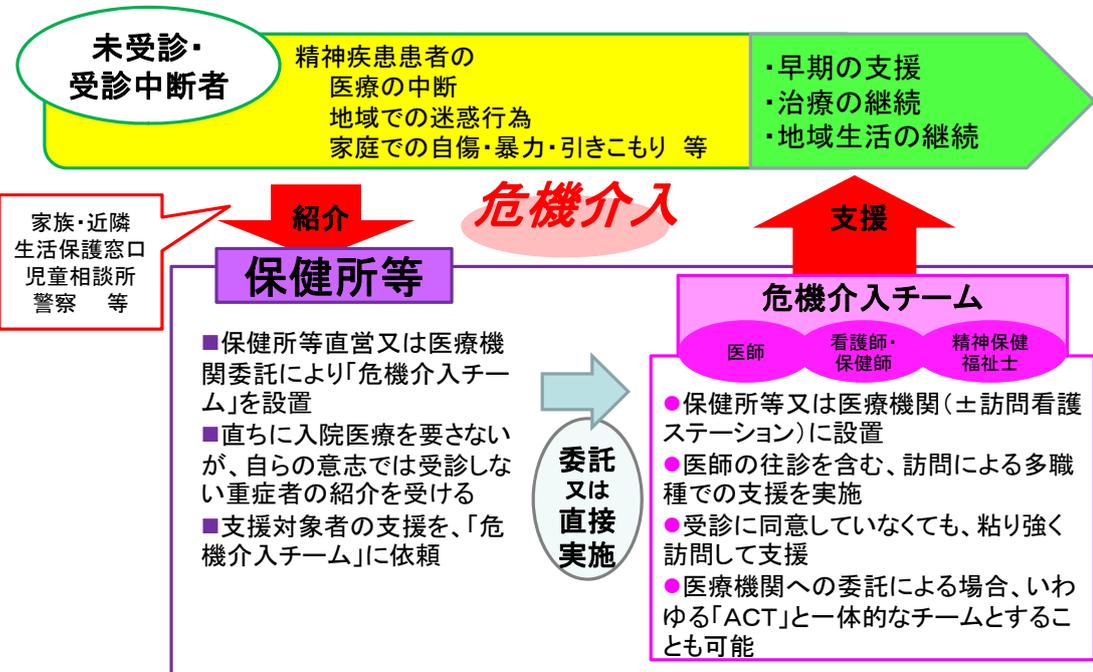
平成22年度においては、精神障害者の退院・退所及び地域定着に向けた支援を行う地域移行推進員（自立支援員）の指定相談支援事業者等への配置、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターの配置を引き続き行う。加えて、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書において、「若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、段階的に早期支援体制の構築に向けた検討をすすめるべきである」との提言や、「未受診者や治療中断者等が強制的な入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療、家族への支援等を行う支援体制を構築すべきである」等の提言がされたことを踏まえ、未受診・受療中断等の精神障害者の支援体制の構築、精神疾患への早期対応を行うための事業内容を追加し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」とした。

さらに、ピアサポーターの活動費用を計上するとともに、精神障害者と地域の交流を促進する事業についても加えたところである。

精神保健・医療等の連携による地域定着支援体制の強化



行政機関と医療機関の連携による危機介入



事業の概要

1 目的

受療中断者や自らの意思では受診できない等の理由により、日常生活上の危機が生じている精神障害者に対し、一定期間、医療及び福祉の包括的な支援を行うことを目的とする。保健所、精神保健福祉センター等に医師、看護師、精神保健福祉士、相談支援専門員等の多職種から構成されるチーム（以下、「多職種チーム」とする）を配置し、できるだけ入院をせずに地域生活の継続が可能となるための支援を行うものとする。

2 対象者

以下のいずれかに該当する者とする。

(1) 精神医療の受療中断者

精神科医療機関への概ね1か月以上の受診中断、又は服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者。

(2) 精神疾患が疑われる未受診者

地域生活の維持・継続が困難であったり、家族・近隣との間でトラブルが生じるなどの日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。

なお、対象者が危機と捉えていなくとも、対象者が精神症状の悪化により生活上の困難をきたすと想定される場合も対象とする。

(3) 重度の精神障害者

持続的に障害をもたらしている主診断名が ICD - 10 に基づく下記に該当する者。

F06-07	脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害 脳疾患、脳損傷および脳機能不全および身体疾患による他の精神障害
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
F3	気分（感情）障害
F4	神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

[注：症状性を含む器質性精神障害（F06-07を除く）、精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）、成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）、精神遅滞（知的障害）（F7）が主診断である者は除外する]

(4) ひきこもりの精神障害者

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、数ヶ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患(主として統合失調症)による入院歴又は定期的な通院歴のあるもの又は、症状等から精神疾患が疑われるもの。

(5) 長期入院等の後、退院した者

精神疾患による長期(概ね1年以上)の入院又は、複数回繰り返しての入院から退院し、病状が不安定な者。

3 支援期間

利用者が、円滑に医療機関や障害福祉サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね6カ月を目安とする。予定した実施期間の終了後も、対象者の疾患が重度であるなど、地域の多職種チームでの支援を要する場合は実施期間を延長し支援を行うことが望ましい。

なお、この支援は地域生活の継続を目的とするものであるが、自傷他害の恐れがあるなど必要が生じた際には、都道府県担当課等と協議し、精神保健福祉法に基づく入院措置等を検討するものとする。

4 実施機関

対象者の危機介入や早期支援に対応可能な多職種チーム体制を備える保健所及び精神保健福祉センターが実施する。

また、都道府県等は下記の機能を有する医療機関等に業務の一部を委託することができる。

- (1) 訪問看護ステーション(主として精神障害者への対応を行っていること)
- (2) 相談支援事業所、地域活動支援センター等(主として精神障害者の対応を行っており、病院、保健所等と十分に連携を図る体制を講じていること)
- (3) 精神科を主に標榜している診療所(往診、訪問看護に対応できること)
- (4) 精神科病院(往診、訪問看護に対応できること)

5 実施機関の機能及び人員配置等

事業実施に際し、下記の機能及び人員配置を備えていることが望ましい。

(機能)

- (1) 支援対象者の選定及びアセスメント（業務を医療機関等に委託している場合には保健所又は精神保健福祉センター等との協議に基づいて行うこと）
- (2) 支援対象者に関する支援計画の作成及び支援目標の設定

医師の往診を含む訪問等による生活支援・服薬管理の支援
支援対象者の近隣等、支援対象者が所属する地域社会との良好な関係づくり
支援対象者への夜間休日の相談支援体制等

(人員配置等)

- (1) 原則 24 時間 365 日の相談支援体制をとれること。但し、休日・夜間については電話による相談対応でも可とする。精神科医師以外の職員については、病棟、外来、施設等の兼務ではなく、訪問に専従する職員として複数配置していること。
- (2) 従事する職種については、保健師、看護師、精神保健福祉士のいずれかの職員が少なくとも 1 名以上配置され、他に作業療法士、臨床心理技術者等の専門職が配置されていることが望ましいこと。
- (3) 精神科医師は常勤医でなくとも可とするが、電話等による指示及び往診できる体制がとれることが望ましいこと。
- (4) 専用の事務室を備え、1 日 1 回のミーティング（カンファレンス）と定期的に関係者によるモニタリングを実施すること。
- (5) 支援対象地域は、訪問による支援が可能な合理的な範囲を定めるものとする。（例：実施機関から概ね 30 分以内）なお、交通手段は問わない。
- (6) 管内の医療、保健、福祉の関係機関及び地域自立支援協議会等と連携が図れる体制にあること。

6 支援の手順

支援に際し、下記のプロセスに添って行われることが望ましい。

- (1) 相談受付、状況把握
- (2) 個別支援会議の開催
- (3) 初回訪問
- (4) アセスメント
- (5) 個別支援計画の作成
- (6) 個別支援計画の実施（危機介入を含む）
- (7) 再アセスメント及びモニタリング
- (8) 実施評価（エバリュエーション）
- (9) 支援終了

多職種チームが実施

・なお、精神保健福祉法第34条に基づく移送、措置入院等の対応が必要と判断される場合は、相談者の同意を得て早急に対応すること。

(2) 個別支援会議の開催

- ・主治医及び関係機関（者）から構成される個別支援会議を速やかに開催する。（業務を医療機関等に委託している場合には保健所又は精神保健福祉センター等との協議に基づいて行うこと）
- ・必要に応じ、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業者及び家族等にも呼びかけ、協力を求めるものとする。
- ・個別支援会議においては、アセスメントした情報に基づき、情報交換及び共有、支援目標の設定、具体的な支援内容、支援の開始時期及び終了時期、多職種チームの選定、協力機関（者）について確認を行う。

(3) 初回訪問

- ・多職種チームは、個別支援会議で確認された情報や訪問時の状況に基づき対応する。
- ・訪問目的と所属機関を伝え、対象者の主訴や病状把握を行う。
- ・対象者から支援内容について了承を得られた場合、文書による契約を行うことが望ましい。

訪問拒否、緊急性を要しない場合

- ・訪問する旨を家族等から必ず事前に伝えてもらう等、面接できる環境づくりを図ること。
- ・対象者が訪問を強く拒む場合は、無理な介入を行わず、挨拶や声かけ、見守りを継続する等にとどめること。

緊急性を要する場合

- ・家族や相談者の了解を得て、精神保健福祉法に基づく入院に向ける選択も考慮しながら対応すること。

訪問を拒否しない場合

- ・対象者の訴えを傾聴すると共に病状及び取り巻く環境についての状況把握を行う。

(4) アセスメント

- ・個別支援会議で確認された情報と初回訪問時に得られた情報を照らし合わせ、課題を整理する。
- ・必要に応じて、対象者や関係機関等に情報確認を行う等、偏った情報に陥らないよう留意する。

(5) 個別支援計画の作成

- ・アセスメントされた情報をもとに個別支援計画を作成する。なお、支援内容については、可能な限り対象者から承諾を得ること。
- ・策定にあたっては、個別支援会議を開催する。個別支援会議には対象者本人が同席することが望ましい。
- ・記載については対象者がわかりやすい表現とすると共に、支援に対応する責任者及び担当者を明確にする。
- ・病状悪化や環境の変化等による危機介入の関わりについては、関係機関(者)において十分に協議を行い、必ず支援計画に盛り込む。
- ・なお、支援計画には、対象者自身が病状悪化する兆候を見極め、回避するための対応についても必ず盛り込むものとする。
- ・作成された個別支援計画については、対象者の了解を得たうえで、関係機関(者)に配布し、支援の協力を求める。

(6) 支援の実施 (危機介入を含む)

- ・ 個別支援計画に基づき、訪問等による支援を行う。
- ・ 支援に際しては、関係機関 (者) と随時、連絡を図り、情報交換を行う。
- ・ 病状等に大きく変化がある場合 (危機介入)、できるだけ、利用者の了解を得たうえで、主治医に連絡し対応を仰ぐ。

(7) 再アセスメント及びモニタリング

- ・ 設定した支援計画について、適切に行われているか、修正すべき点はないか、を確認する。開催回数としては、月 1 回を目安とする。
- ・ 多職種チームでの検討に加え、対象者及び関係機関 (者) に対しても状況確認を行う。なお、必要に応じて会議を開催し、情報交換を行うことが望ましい。
- ・ また、対象者の病状や生活状況の変化に伴い、新たなニーズが生じる場合もあることに留意し対応する。

(8) 実施評価 (エバリュエーション)

- ・ 多職種チーム及び関係機関 (者) が参加し、期間内で提供されたサービス結果や効果を確認する。また、対象者が参加することが望ましい。(業務を医療機関等に委託している場合には保健所又は精神保健福祉センター等との協議に基づいて行うこと)
- ・ 病状及び生活全般の変化、対象者のサービス利用等に係る満足度、多職種チームの介入による効果について、総合的に評価を行う。

(9) 支援終了

対象者が下記に該当する場合、支援終了となる。なお、対象者から支援再開の申し出があった場合は、速やかに対応するものとする。

対象者が支援した目標に到達した場合
対象者から終了の申し出があった場合
対象者が入院、施設入所した場合
対象者が死亡、行方不明の場合