

2章. 分担研究報告書

自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築 に関する研究

研究分担者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者：青木達之（医療法人社団青樹会青和病院），大江 浩（富山県新川厚生センター），
金田一正史（千葉県精神保健福祉センター），熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センタ
ー），熊取谷 晶（京都府健康福祉部 障害者支援課），松山とも代（大阪府豊中市保健所），中川
浩二（和歌山県福祉保健部 福祉保健政策局 障害福祉課），柳 尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務
所），山本 賢（埼玉県飯能市健康福祉部障害者福祉課）

要旨

平成 30 年度の自治体班では、平成 28 年度からの研究を受けて、好事例の分析に基づき、レベル 1（地域移行支援、アウトリーチ支援）、レベル 2（協議の場）、レベル 3（包括的支援体制の推進）についてのガイド案を作成した。ガイド案はそれぞれの事業についての進め方を好事例に基づいて説明している。今回のように、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」についての自治体のガイドは、地域移行支援についての全国保健所長会によるもの以外はなかった。今回、まだ暫定版ではあるが、好事例という一定のエビデンスに基づいて、実現可能な自治体のガイドライン作成に向けた第一歩を踏み出したことには意義がある。しかし、好事例の収集を系統的に行うシステムがなく、十分な事例が集められていないこと、好事例の基準のコンセンサスがないため、研究班での仮の合意に基づくものであること、ガイドでの推奨項目が本当に効果的であるのかについては、今後の検証が必要であること、それぞれのガイドをどのような順番、組み合わせで使用すべきかは今後の課題であるなど、まだ試行的な段階である。

今後は、これらのガイド案を踏まえ、系統的な好事例収集を行いつつ、より改善され実効性があるガイドを出していくことが必要である。

A. 研究の背景と目的

本研究班は平成 28 年度には、市町村、保健所、精神保健福祉センターの運営要領改定案を作成した。今回は全ての運営要領を同時に改定することとなったため、機関相互が重層的支援体制を構築することを中心テーマとして、それぞれの運営要領間で連動性を持った要領案を作成した。これによって、自治体の各機関の役割を明確化した。

平成 29 年度には、運営要領案にて活動項目としてあげられた自治体の各機関の役割を

踏まえつつ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「地域包括ケア」と記す）の具体的な内実について検討した。

「地域包括ケア」については、本人を中心として、保健・医療・福祉が有機的に連携し、効果的・効率的な支援体制を作るという理念が挙げられている。厚生労働省の事業としては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」として、協議の場の設置、地域移行支援事業などが具体的に挙げられた。しかし「地域包括ケア」の内実が明確

化されたわけではないため、本研究班として、その構成要素について検討を行った。

その結果、平成 29 年度は自治体による精神保健を中心とした「地域包括ケア」の構成要素を抽出した。ただし、最初から精神保健の全てについて網羅的な検討を行うことは不可能であるため、構築推進事業に挙げられた項目を中心に検討した。

その結果、個別事業のレベル（レベル 1）として、「地域移行支援事業」、「アウトリーチ事業」を今回の例として取り上げた。そしてこれらの個別事業が圏域でどのように展開するかを検討する「協議の場」は、個別事業の一つ上の水準にあると考えられたため、レベル 2 として想定した。さらに、自治体全体として、予算配分や人員配置などを含めて、精神保健の優先度をどう考えるかというレベル（レベル 3）として、「包括的支援体制の推進」を想定した。

また好事例の分析の枠組みとして、①対応すべき課題、②梃子となる対応、③背景となるリソース、④波及効果、⑤事業継続のポイント、⑥課題、注意点、⑦他の自治体が事業化を行う際のポイントに分けて、好事例の内容を分析することとした。

平成 30 年度は、これらの構成要素について好事例を収集した。それに基づいて、各構成要素について、ガイドを作成した。

B. 方法

1. 研究方法（調査方法）

好事例の収集については、系統的に事例を収集するシステムが存在しないため、全国保健所長会、全国精神保健福祉相談員会、全国精神保健福祉センター長会から好事例をあげることとした。そしてあげられた好事例候補に対して、質問紙による問い合わせを行うか、可能なところでは研究協力者による視察を行い、それらをまとめた。

2. 対象者

対象となった好事例の機関は以下の通り。

レベル 1

- アウトリーチ支援：精神保健福祉センター
 - － 東京都立精神保健福祉センター（3つのセンター）
 - － 仙台市精神保健福祉総合センター
 - － 千葉県精神保健福祉センター
 - － 岡山県精神保健福祉センター
- アウトリーチ支援：保健所・市町村
 - － 和歌山県
 - － 京都府
 - － 東京都八王子市
 - － 東京都新宿区
 - － 埼玉県所沢市
 - － 広島県尾道市
- 地域移行支援
 - － 兵庫県豊岡保健所
 - － 兵庫県洲本保健所
 - － 岡山県倉敷市

レベル 2

- 協議の場
 - － 富山県砺波厚生センター
 - － 富山県新川厚生センター

レベル 3

- 包括的支援の推進
 - － 神奈川県川崎市
 - － 大阪府豊中市
 - － 埼玉県小鹿野市
 - － 北海道帯広圏域

3. 倫理的配慮

好事例については、自治体担当者の同意を得て報告をいただいた。

4. 統計解析／分析方法

分析の方法としては、平成 29 年度報告書の概要として上記にあげた形、すなわち、①対応すべき課題、②梃子となる対応、③背景となるリソース、④波及効果、⑤事業継続のポイント、⑥課題、注意点、⑦他の自治体が

事業化を行う際のポイントに分けて、好事例の内容を分析した。

それを基にして、研究班で検討を行い、各項目についてのガイド案を作成した。

C. 結果／進捗

レベル1では、地域移行支援、アウトリーチ事業について、レベル2では、協議の場について、レベル3では、包括的支援の推進体制について、それぞれのガイド案を作成した。

D. 考察

今回作成したガイドは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを目指すための自治体としてのガイドとしては初めての試みとなる。地域移行支援については、すでに全国保健所長会から詳細なガイドが出されているが、アウトリーチ、協議の場、包括的支援体制の推進については、これまでガイドラインやマニュアルなどは存在しなかった。

全国の好事例に基づいてこのようなガイドができたことは重要なことであると思われる。特にこのガイドが、①国際的な知見をそのまま導入するのではなく、我が国の状況に応じた形で工夫しているところを取り上げたこと、②好事例についてそのまま紹介するのではなく、その本質的なポイントと思われる点について構造的な理解を促すような形としたことなどは強みであると思われる。

その一方で、本ガイドには課題も多い。①好事例の収集を系統的に行うシステムがなく、十分な事例が集められていないこと、②好事例の基準のコンセンサスがないため、研究班での仮の合意に基づくものであること、③ガイドでの推奨事項が本当に効果的であるのかどうかについては、今後の検証が必要であること、④それぞれのガイドをどのような順番、組み合わせで使用すべきかは今後の課題であること、⑤我が国の試みの紹介にはなかったが、国際的なエビデンスとの十分な比較

検討ができなかったこと、などである。

今後の方向性としては以下の点が挙げられる。①系統的な好事例の収集ができるような情報収集の方法を検討すること、②都道府県、政令指定都市、中核市、それ以外の市町村など、自治体や圏域の人口規模など地域条件のリソースなどを考慮した形で実現可能な項目を整理すること、③地域で求められる精神保健に必要な機能を整理し、それをどこの機関が担えるのかについて検討すること、などが挙げられる。これらも含めて、上記の課題について検討し、内実があり、かつ各地域の事情に応じて実現可能なガイドライン作りを行うことを次年度以降は行いたい。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 野口正行：自治体（市町村・保健所・精神保健福祉センター）の縦走的な支援体制に基づく地域マネジメント.精神科, 33: 252-256, 2018

2. 学会発表

- 野口正行：岡山県におけるアウトリーチ支援体制と地域包括ケアシステム. シンポジウム2 世親障害にも対応した地域包括ケアシステムを目指す時代における、地域移行・地域定着支援の現状と課題. 第38回日本社会精神医学会, 京王プラザホテル, 東京, 平成31年2月28日

3. その他

- 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き. 株式会社 日本能率協会総合研究所, 2019年

G. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得・実用新案登録
なし

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム 自治体による地域マネジメントガイド (暫定版)

総論

平成30年3月

I. 本ガイドの経緯と目標

II. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは
2. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築により期待されること
3. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を考える際のポイント
4. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における構成要素
5. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と精神障害との関係

III. 本ガイドの目的

IV. 本ガイドの構成と使い方

文献

本ガイドの執筆者一覧

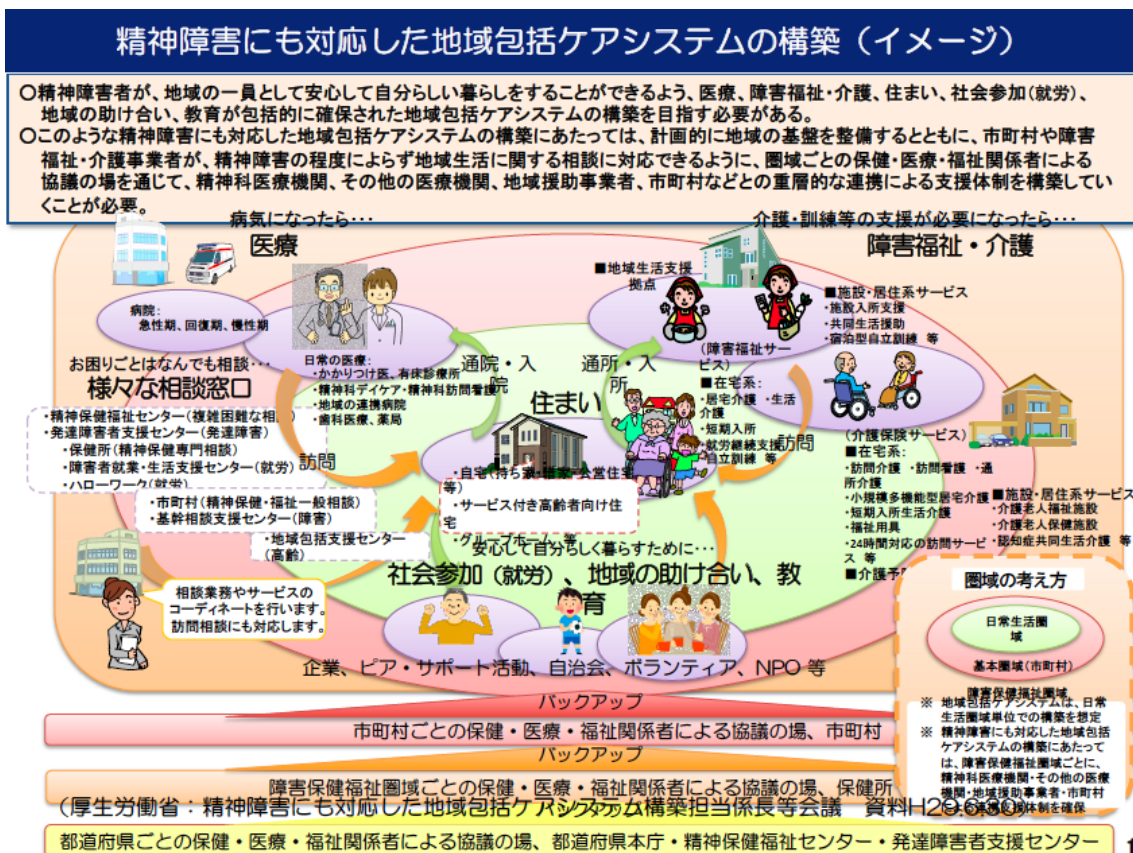
I. 本ガイドの経緯と目標

本ガイドは、「厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（代表者 藤井千代 独立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 地域・司法精神医療研究部）の分担班「A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（研究分担者 野口正行 岡山県精神保健福祉センター）による平成 28 年度より 3 年間の研究による成果物である。自治体の担当者が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する際に、自治体としてどのような動きをすればよいのかについて、ガイドを示すことを目標とした。

II. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、『地域包括ケア』と略す。高齢者の地域包括ケアシステムは特にカッコをつけずに、地域包括ケアと略す。）は、平成 29 年度の厚労省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（厚労省 H29）において提出された（図 1）。すでに高齢者の領域では、医療と介護の領域にまたがり、地域包括ケアの概念が出され、概念の深化が見られている（地域包括ケア研究会）。このたび、「精神障害にも対応した」という限定つきではあるものの、地域包括ケアが精神保健医療福祉にも導入されることは大変重要である。この概念はまだ形成途中の段階にあり、その内容については、今後も検討を積み重ねていく必要がある。あくまでも現時点での整理になるが、ここで簡潔に提示してみたい。

図 1



1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは

精神保健医療福祉では、平成 16 年度の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」が今後の主導的な理念として位置付けられた。その後、平成 25 年度の精神保健福祉法改正に伴い策定された「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」においても、長期入院者の地域移行支援の推進や治療につながっていない精神障害者へのアウトリーチ支援など、包括的な課題が提起されてきた。こうした検討の積み重ねの上で、精神障害者の地域生活を支えるものとして『地域包括ケア』の概念が提案された。これは、高齢者の地域包括ケアと同様に、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、精神障害者とその家族を中心として、住まい、医療、障害福祉・介護、教育、社会参加、地域の助け合いが包括的に確保されたシステムである。このシステムにおいては、統合失調症や気分障害に限らず、多様な精神障害の地域生活に対応するための基盤整備を行うことが期待されている。なお、高齢者中心の地域包括ケアとの違いについては、「レベル 3 包括的支援体制の推進ガイド」で詳述しているが、精神障害については、専門性が高く、都道府県レベルを中心とし

た体制整備が望ましいため、市町村を中心とした地域包括ケアと比べるとより重層的な支援体制が必要となる。

さらに、『地域包括ケア』は、高齢者の地域包括ケアと同様に、最終的には、住民一人ひとりの暮らしと生きがいを目指すものとして、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与するものであることを確認しておきたい。

2. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築により期待されること

『地域包括ケア』を構築された状態では、どのような効果が期待されるだろうか。このような効果を考えることは目指す将来のイメージを描くのに役立つかもしれない。やや楽観的に過ぎると思われるかもしれないが、以下にイメージを示す。

① ニーズに沿った多様なサービスの創出と連携の強化

『地域包括ケア』では、精神障害者本人や家族のニーズを尊重し、それを中心とした支援を行うことが目指されている。支援提供側の都合よりも、支援を受ける精神障害者のニーズを中心に置いた支援を行い、それが十分ではない場合には、精神障害者のニーズに沿った支援を創出することや、そのニーズを中心にした連携体制が構築・強化されることが期待される。こうした支援体制では、精神障害者は強制的医療への不安を感じる事が少なくなり、強制的医療への不安や恐怖からくる治療中断、病状悪化という悪循環を防ぐことになるかもしれない。

② 精神疾患に起因する問題に対する速やかな対応

住民や保健医療福祉以外の関係者による理解と協力体制が構築された『地域包括ケア』においては、精神障害の発病や再発のサインを周囲の住民、教育関係者、雇用関係者などが早期に気づき、アウトリーチ支援など早期に必要な支援につなぐことができる。このような支援体制では、状態が著しく悪化するまで支援を受けることができず、長期間ひきこもってしまい、社会参加の機会を逸してしまったり、セルフ・ネグレクトの状態となって生活に破綻をきたしたりするなど強制入院に頼らざるをえない状態に陥る精神障害者が少なくなるかもしれない。そのことはひいては措置通報などの予防にも一定の効果が想定されるかもしれない。さらには、より軽い障害の段階で適切な支援を受けられることは、精神障害へのイメージを偏見が少ない方向に大きく変えるかもしれない。

③ 地域住民の精神障害に対する理解の促進

地域住民が精神障害について理解が進むことで、治療を受けることへの躊躇や不安が軽減し、より早期の段階で精神障害者が支援を受けることができるようになる。ま

た治療を受けている精神障害者への偏見が少なくなることで、治療継続への抵抗も少なくなり、治療中断なども減少するかもしれない。

④ 精神障害者の社会参加（就労等）の促進

精神障害者の就労を含めた社会参加は、精神障害者が適切な収入を得て生活を豊かにすることや、社会への貢献感を持つことで自尊心の向上が得られるなどの効果がある。適切な支援を受けることで就労したり、就労継続できる精神障害者が増えることで、メンタルヘルスの課題に対する配慮が職場に浸透する可能性がある。また就労する精神障害者が増えることは、精神障害者に対する社会の偏見改善にも効果的である。

⑤ 精神障害者やその家族が地域で暮らしやすくなる

上記のような状態では、精神障害者やその家族は地域で生活しやすくなるだろう。精神障害を持ちながらも、社会参加が可能となり、地域住民もまた精神障害への偏見が少なくなる。こうした好循環が働くことで、ひきこもり、未治療・治療中断の精神障害者や不必要な強制入院、長期入院の精神障害者の減少などの効果が得られるかもしれない。

⑥ 持続可能な精神保健医療福祉の提供体制が構築できる

以上のようなシステムにおいては、予防がしっかり機能し、疾患の早期段階で適切な支援に結びつくことができる。そして不幸にして状態が悪化して入院等に結びついて、適切で人権に配慮した入院治療を受けることができ、入院後には早期に地域支援を利用可能となり、再発予防と社会参加が可能になる。こうした状態は、結果として支援者の疲弊予防や持続可能な社会保障財政にも結びつくだろう。

もちろん、以上のような状態が簡単に得られるわけではないが、少なくともここで書かれたような好循環を最終的に目指す形で『地域包括ケア』を考え、構築していくことは有用だろう。

3. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を考える際のポイント

- ① 『地域包括ケア』において、第一に重要であるのは、この図の中心に精神障害者が位置していることである。高齢者の地域包括ケアについても強調されているように、『地域包括ケア』も、精神障害者のニーズを中心に据えて、その地域生活を支援することが一番重要な目的となる。支援側の都合に精神障害者を合わせるのではなく、まずは精神障害者のニーズに合わせるために支援をどうすればよいかを考えるという基本理念が中心になる。

- ② 支援者間の有機的なネットワークの重要性も強調されるべきである。精神障害者のニーズに沿った地域生活を支えるためには、様々な支援が役割分担と連携をすることが必要である。これまで保健と医療と福祉は、必ずしもそれらの機関同士が円滑に連携できていたわけではない。いくつかの地域での先駆的な取り組みがあるものの、むしろ機関相互が縦割りの枠の中で動いて来た。そうした機関の壁を超えて協働することの重要性が強調される。
- ③ 精神科病院の位置づけも重要な点である。『地域包括ケア』では、精神科病院も他の機関と協力して支援にあたる支援機関の一つとして位置付けられる。もちろん、精神科病院は精神科外来やデイケア、訪問看護など医療機関として重要な資源と役割を持っているし、精神障害者の精神状態が悪化した時に入院が必要な場合もある。しかし、地域支援の充実により、入院の必要性が低下することはしばしば報告されている。また精神科病院に入院した精神障害者も、適切な病院地域連携によってより円滑な形で退院し、地域生活をその後維持することが可能になる。精神科入院に過度に頼るのではなく、地域支援の適切な連携によって精神障害者の地域生活を支えるのが『地域包括ケア』の一番肝要な目標である。
- ④ 精神障害者や家族も含めた関係者が、地域での支援のあり方や支援の充足度、地域の課題などについて話し合う協議の場を設定・運営することも重要である。協議の場は平成 29 年度からの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」（以下、「構築推進事業」）でも必須のメニューとして上げられている。この協議のあり方が形式的なものに陥ることなく、かつ関係者に過度の負担を強いるものでもない形で運営するにはどうしたらよいかは重要な課題である。これについては「協議の場」のガイドで取り上げる。

以上を押さえつつ、自治体がどこにどのようにかかわるかについて以下に触れてゆきたい。

4. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における構成要素

『地域包括ケア』は、精神保健医療福祉を全て含んだ包括的な概念である。具体的に何をどのようにすれば『地域包括ケア』と言える状態になるのかがわかりにくい。それゆえ、これらを構成する要素を区別することから始めたい。

『地域包括ケア』において、最初に保健・医療・福祉を区別することから始めたい。ここで本ガイドが念頭に置いているのは、自治体による精神保健の分野である。精神保健といっても、自治体の精神保健福祉活動はきわめて領域が広く多岐にわたる。政策立案から、計画

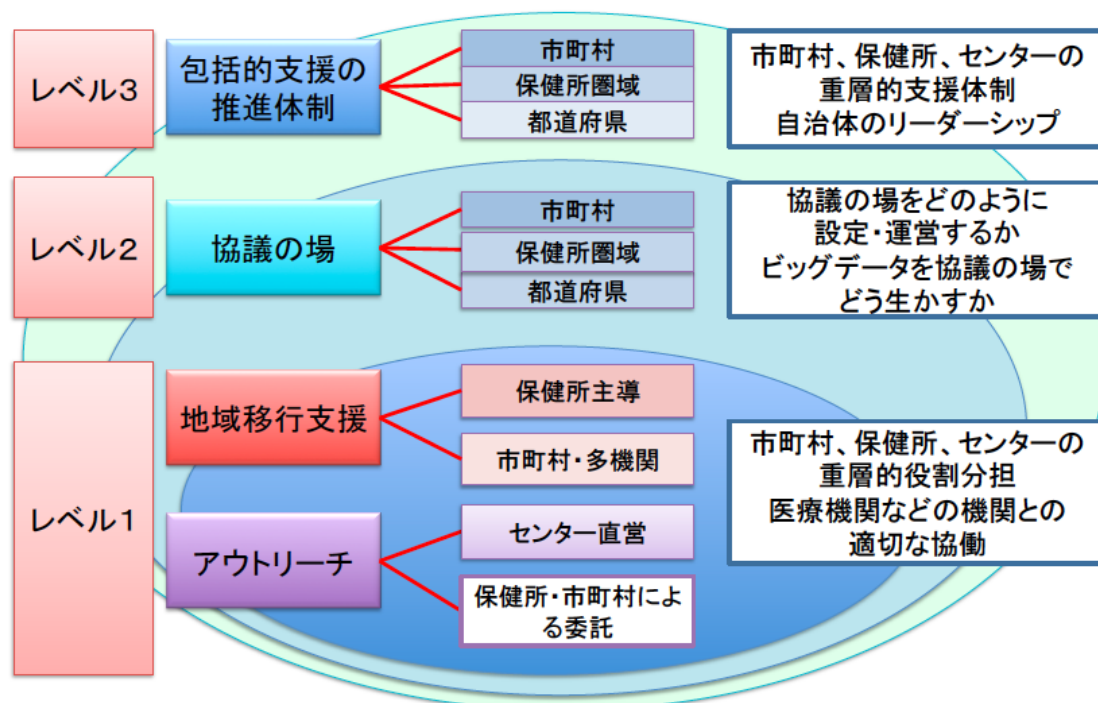
作成、協議の場の設定と運営、研修企画、普及啓発活動、組織育成、措置通報対応、治療契約困難事例への訪問支援、相談支援などを含む。また相談支援の内容も一般的な相談から、自殺対策、ひきこもり、依存症、発達障害など広範囲な領域を含む。このような広い範囲の領域に対して、自治体の側の要素にもかなりのばらつきがある。具体的には、自治体の予算、人員体制、カバーする地理的範囲、圏域の医療機関や福祉サービス機関の充実度、精神障害者の数と種類などが自治体側の要素としてあげられるが、それぞれの自治体でこれらは大きく異なる。

それゆえ、平成 29 年度の本研究班では、こうした精神保健活動を 3 つのレベルに分けて整理することとした。

- ① レベル 1 は個別支援や個別事業に関わる事業である。個別支援についていえば、依存症やひきこもり支援、自殺対策など多岐にわたる。平成 28 から 30 年度の研究分担班では、この中から、未治療・治療中断者など治療契約困難者へのアウトリーチ支援、長期入院者の地域移行支援などを取り上げた。これらは「構築推進事業」のメニュー事業から取り上げた。
- ② レベル 2 としては、協議の場の設定とした。これはレベル 1 の各事業を圏域レベルでどれくらい支援ニーズとマッチしたものにするか、どのように事業を広げてゆくか、あるいは医療機関や福祉サービス機関なども含めて、どのように質の高い支援を確保するか、などを検討するものであり、レベル 1 よりも階層が上であると考えられた。協議の場は構築推進事業でも必須とされているが、具体的にどのように設置・運営することで充実した協議を行うことができるかは重要な課題である。
- ③ レベル 3 としては、包括的支援の推進体制とした。これは自治体全体として、精神保健医療福祉の優先度を適切に位置づけて、予算の割り当て、計画策定、協議の場の設定や各種事業、および組織構成などを通して、支援体制全体を構築するという一方で、自治体の精神保健福祉活動におけるリーダーシップに関わる。これを最上位の階層に置いた。

以上を図 2 に示す。

図2 精神障害にも対応した地域包括ケアにおける構成要素
自治体の軸

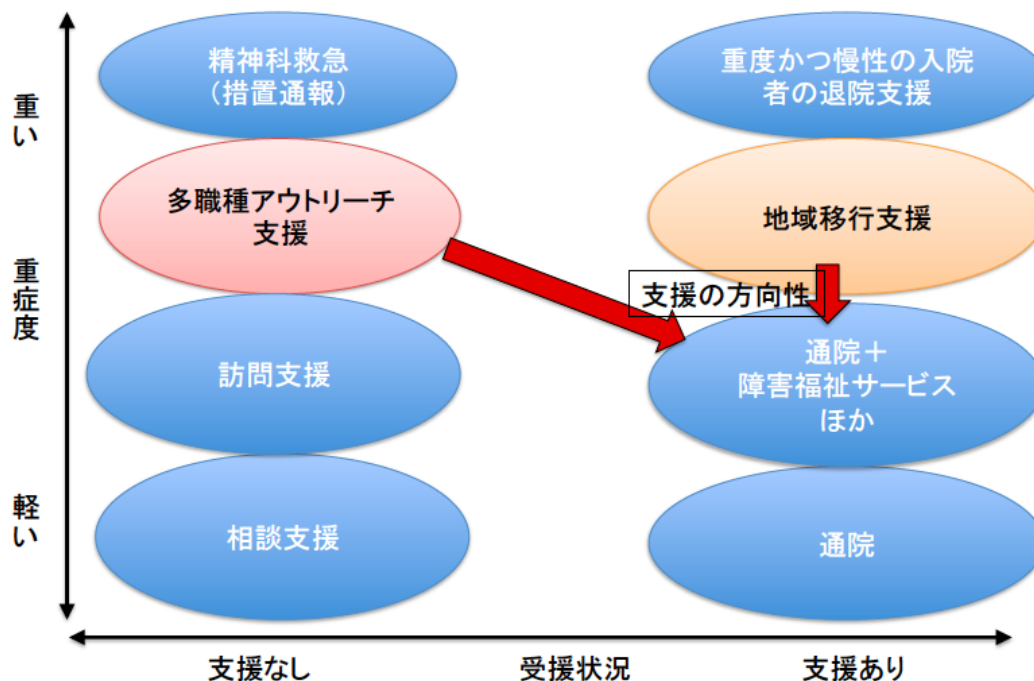


もちろん以上のレベル区分は便宜的なものであり、各階層が明確に区別されているわけではない。またここで取り上げた項目のうち、特にレベル1の例は網羅的なものではなく、他の課題の重要性を低く考えるものではない。ここでは、限られた時間の中でまずは取り組むべき課題の例として上記を取り上げたものであることを注意したい。

5. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と精神障害との関係

『地域包括ケア』で示される図1は、精神障害者を中心にどのような支援の種類があるかを横断的に示したものである。しかし、これらのそれぞれの支援がどのような種類の精神障害者にどのように提供されるのかはこの図では明確ではない。ここでは、自治体の精神保健とのつながりで、医療や福祉など契約型支援につながっているかどうかを横軸に、精神障害の症状および生活障害の重症度を縦軸に置いて、自治体の精神保健活動の役割と、本ガイドに示す、アウトリーチ事業、地域移行支援事業の位置付けについても示したい（図3）。これはレベル1を念頭に置いたものである。

図3 精神障害への支援のマトリクス



医療や福祉の契約型支援につながっている「受援あり」の人の場合、医療や福祉が中心となって支援する人たちになる。軽症の人の順からあげると、支援の場面は、「通院」だけで大丈夫な場合、「通院と障害福祉サービス等」を併用する場合、(もちろん場合によって、訪問看護、デイケア、ナイトケアやそのほかのサービスが組み合わせられる)、そして「急性期入院」の場合になる。地域移行支援の対象となる精神障害者は、入院中であるが、「重度かつ慢性」に該当する人も多いため、ここでは重症度が高い人に位置づけている。

医療や福祉の支援につながることができていない「受援なし」の人が自治体の精神保健が中心になる人たちである。このうち、軽症の人から順にあげると、「相談支援」の対応で可能な人、来所相談だけでは限界があり、「訪問支援」が必要な人、さらに多職種による訪問支援が必要となる人、そして自傷他害の疑いがある人など緊急度が高い「精神科救急」が必要な人に分けることができる。

地域移行支援は、「支援あり」かつ「重い」の人たちが対象となり、この人たちをいかに「通院と障害福祉サービス等」が入っている状態にするかが課題となる。アウトリーチ支援は「支援なし」かつ「重い」人たちをいかにして「通院と障害福祉サービス」(訪問の場合も含む)が入っている状態にするかが課題となる。こうした支援ニーズと受援状態に応じた支援体制を考えることも、「地域包括ケア」の重要な課題となる。

ちなみに、このような支援状態に応じた支援体制を関係者と一緒に考えることが、レベル 2「協議の場」の役割となるだろう。また、こうした支援体制をきちんと体制づくりできるような自治体全体の体制、予算編成、人員体制を整えることがレベル 3 の「包括的支援体制の推進」の役割となる。

なお、ここで上げた『地域包括ケア』の位置づけと全体像については、別の形ではあるが「レベル 3 包括的支援体制の推進」でも詳細に取り上げられているので、それも参照いただきたい。また「レベル 1 アウトリーチ支援」でも支援の位置づけについて説明を加えているので、こちらも参考にさせていただくことを推奨したい。

以上のように、「地域包括ケア」のレベル、各要素、それぞれの精神障害者の種類との対応を念頭に置いて、本ガイドの使用方法について次に紹介したい。

III. 本ガイドの目的

本ガイドは、上記の形で整理された自治体の精神保健活動をレベルごとに示すことで、「地域包括ケア」をどのように作れば良いか、そしてそれに至るためのステップを知るための手引きを意図している。このガイドの内容は、平成 29 から 30 年度にかけて収集した好事例を基にして作成した。しかし、この方法には大きな限界がある。①好事例を系統だって収集するシステムが存在しないため、この好事例収集は網羅的なものではない。②そもそも好事例の基準について確定したものがあるわけではなく、研究班で仮の合意が得られた暫定的なものである。③好事例の分析の枠組みもまだ未確定で、試行錯誤の段階にある。④ガイドのスタイルや内容にもばらつきが大きく、その内容についても時間の制約もあり、完全な合意が得られているわけではない。それゆえ、本ガイドはあくまでも今後改訂されるべきガイドの暫定版として考えていただければ幸いである。これから『地域包括ケア』推進を図る自治体担当者が、アウトリーチ事業、地域移行支援事業、協議の場の設定、包括的支援体制の推進などについて、どのような目的で、どのようなプロセスを踏まえて、またどのような注意点に気をつけながら、事業展開を図ればよいのかについて大まかな指針を示すのが本ガイドの目的である。

IV. 本ガイドの構成と使い方

本ガイドは、レベル 1 としてアウトリーチ事業、地域移行推進事業、レベル 2 として、協議の場の設定、レベル 3 として包括的支援体制の推進を取り上げた。それぞれの項目について、以下のように整理した。

- ① 直面する課題認識
- ② 梃子となる解決策

- ③ 利用できるリソース
- ④ 事業継続のポイント
- ⑤ 波及効果
- ⑥ 課題・注意点
- ⑦ 自治体で行う場合のポイント

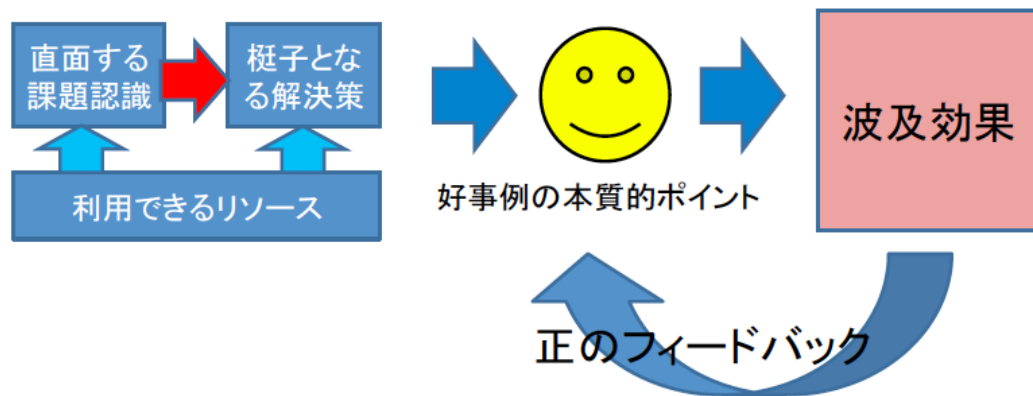
このような構成は、平成29年度の当分担班の成果に基づいている。好事例の紹介が単に、「この自治体ではうまくできました」という外面的な紹介にとどまっているだけでは、地域条件が違う自治体ではうまく事業化できないことが多い。結局は「よそは恵まれているからできたけど、うちではできなかった」という形で終わることが少なくない。これは一つには、そもそもどのような問題意識（直面する課題認識）で事業を考えたのか、どのようなポイントが好事例の成立に重要であったのか（梃子となる解決策）、どのような条件（利用できるリソース）を利用することで事業展開が可能となったのか、など構造的な分析による整理ができていなかったことにも一因があるように思われる。そこで、好事例がどうして好事例と言えるのか、どこに注意した事業展開をすれば好事例のような形が可能になるのかをなるべく見えるように工夫した。それぞれの項目について以下に簡単に説明する。

- ① 「直面する課題認識」が示すのは、そもそもその事業をどうして行う必要があると考えたのか、それをどのように好事例の自治体が認識したのかを示している。この認識がなければ、そもそもその後の好事例化は始まらないという意味で、事業を開始しようと考えている自治体も、この問題意識の共有から始めることが重要になる。
- ② 「梃子となる解決策」は、それぞれの事業を行う際の推進力となったポイントを示している。課題認識があっても、それに対する的確な対応・解決策が大切であるので、ここで書かれた事業展開は、上記の課題認識とセットになったものである。
- ③ 「利用できるリソース」は、ある事業ができるために利用できる資源を説明している。ただし、それは「〇〇があるから、あちらはできたけど、うちにはないからできない」というできない理由を探すためではない。もちろん、このリソースがないために事業が難しい場合もある。この点について言えば、そのリソースを活用できるためには、どのような準備がもう一段階必要であるかを考えていただくための項目であるとも言える。自治体によっては、すでにそのようなリソースがあるかもしれない。その場合には、すでに事業に取り掛かる準備ができていると考えても良いだろう。
- ④ 「事業継続のポイント」は、上記の①から③が事業を開始するために押さえるポイントを示しているのに対し、それをどうやって継続させたらよいのか、という工夫を示している。事業開始も大変であるが、それを継続させるのも同様に大変である。ここは事業を開始しながら、その後の継続についても最初から念頭に置いた事業展開が望ましい。

- ⑤ 「波及効果」には、事業の直接の効果として、例えば34条移送の減少や退院者数の増加など数値として目に見えるアウトカムももちろん含まれる。しかし、実際には測定可能な効果だけがその自治体や圏域にとって重要な効果であるとは限らない。例えば職員のモチベーション、有用な人材の確保やスキル向上、多機関の良好な協力関係の構築などは数値上の効果判定が難しいが、地域にとっては大変重要な効果である。このような幅広い効果が関係者間で実感され、納得されることが事業存続や継続にとって重要である。また新しく始める自治体にとっても、この事業を始めることでどのような効果が得られるのかが一番興味関心を引くところであるだろう。もちろん、効果の多面的な判定方法を検討することは今後の課題である。
- ⑥ 課題・注意点は、事業を行う際に、陥りやすい落とし穴やそれを避けるにはどうしたらよいか、また未解決な課題は何かなどを示している。これは好事例であっても、まだ形成途上であり、解決すべき課題が少なからず残っていることを示すものでもある。
- ⑦ 自治体で事業化する際のポイントは、以上をまとめたものであり、今後事業に取り組む自治体として留意してほしい点をあげている。

この構成要素のうち、①から③および⑤が好事例の成立要素として重要であると考えられる。この点は図4に示した。このガイドでは、好事例の基本骨格を①「直面する課題認識」②「梃子となる解決策」③「利用できるリソース」の3つ組として考えた。それらが好事例の本質的なポイントを構成し、それが波及効果をもたらす。この効果によって、関係者が好事例の意義を実感でき、納得が得られることで、その後の事業展開に弾みがつくようなプロセスとして想定している。もちろんこれらは想定に基づくものであり、実際の場合と検証を行いながら、修正する必要がある。

図4 好事例の成立のプロセス



好事例では、左の三つの要素によって好事例の本質的ポイントが成立し、その波及効果が事業展開を強化する自己強化型の好循環が成立し、事業の成立が可能になっていると想定される

本ガイドは、「レベル1 アウトリーチ支援」、「レベル1 地域移行支援」、「レベル2 協議の場」、「レベル3 包括的支援体制の推進」の4つのガイドからなる。これらはそれぞれ独立して活用できるものとなっているので、事業展開を行いたい自治体担当者はそれぞれ自分の関心があるところを読んでいただくことで構わない。

ただ、『地域包括ケア』の全体像や高齢者中心の地域包括ケアとの位置づけ、子育て世代サポートとの関連などについて概略を見るには、まずは「レベル3 包括的支援体制の推進」から読んでいただくことを推奨する。

また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き」(株式会社 日本能率協会総合研究所)にも事例として、本ガイドの内容をわかりやすい形でまとめた部分があるため、参考にさせていただきたい。

最後に、繰り返しになるが、これらのガイドは暫定版であり、内容、構成ともに今後も改訂をしてゆく必要がある。今後の研究班にて改訂をする予定である。読者の自治体担当者の皆様のご意見を求めたい。

文献

1. 地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 2040 年に向けた挑戦…平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2017 年 3 月
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html
2. 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン. 平成 16 年 9 月 2 日.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>
3. 厚生労働省：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 4 月 1 日.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000046412.html>
4. 厚生労働省：障害福祉サービス等および障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 395 号）最終改正平成 29 年厚生労働省告示第 116 号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000163638.html>
5. 厚生労働省：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 17 日 参考資料
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>
6. 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き. 株式会社 日本能率協会総合研究所, 2019 年
(精神障害にも対応した地域包括ケアシステムポータルサイトにて閲覧可能予定)

本ガイドの執筆者一覧

研究分担者： 野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)

執筆者 (五十音順)：青木達之 (医療法人社団青樹会青和病院)、大江 浩 (富山県新川厚生センター)、金田一正史 (千葉県精神保健福祉センター)、熊谷直樹 (東京都立中部総合精神保健福祉センター)、熊取谷晶 (京都府健康福祉部 障害者支援課)、松山とも代 (大阪府豊中市保健所)、中川浩二 (和歌山県福祉保健部 福祉保健政策局 障害福祉課)、柳尚夫 (兵庫県豊岡健康福祉事務所)、山本賢 (埼玉県飯能市健康福祉部障害者福祉課)

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

レベル3 包括的支援体制の推進ガイド (暫定版)

平成31年3月

- I. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が政策で取り上げられた経緯
- II. 直面する課題認識
 - (1) 行政の構造的な課題
 - (2) 地域における精神保健福祉関連の人材の質的な課題
 - (3) 地域における包括的支援体制構築にむけた支援の現状
- III. 梃子となる解決策：重層的な支援体制の構築の実践例
 - (1) 都道府県
 - (2) 政令市
 - (3) 中核市
 - (4) その他の市町
- IV. 包括的支援体制を構築するために利用できるリソース
- V. 包括的支援体制構築のポイント
- VI. 波及効果
- VII. 課題・注意点
- VIII. 自治体で包括的支援体制を構築する際の主なポイント
 - (1) 都道府県（障害保健福祉圏域）、政令市
 - (2) 中核市（保健所設置市）、特別区（基本圏域）
 - (3) 保健所未設置市町村（基本圏域、日常生活圏域）

文献

協力（順不同）

I. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が政策で取り上げられた経緯

我が国の精神保健医療福祉については、昭和 54 年精神衛生審議会により保健所機能及び市区町村の位置づけが検討され、昭和 60 年精神保健法により保健所を地域の中核的機関として定めた。また平成 5 年障害者基本法により精神障害は身体障害、知的障害と合わせて初めて障害者として規定された。平成 12 年には「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」が制定され市区町村への一部業務移管がなされた。

平成 16 年 9 月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われた。平成 18 年には障害者自立支援法（現障害者総合支援法）により市区町村は他の障害と同様に精神障害者の障害福祉サービス提供の主体となった。平成 26 年には精神保健福祉法に基づく「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」において、この理念を支える精神医療の実現に向けて、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性が示された。

平成 29 年 2 月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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ができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育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」^(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意することと、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与することとされている。（平成 30 年 6 月 27 日第 90 回社会保障審議会障害者部会資料）

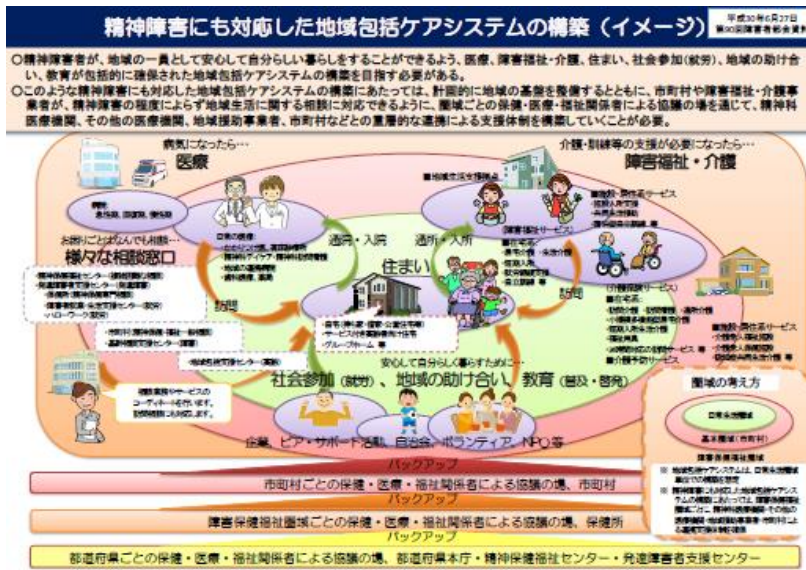
また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築については、これま

で精神医療保健福祉施策の中心的機関を保健所としてきた経緯から、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」や同「構築支援事業」は、都道府県、政令市、中核市が実施する事業とされ、障害保健福祉圏域ごとに、精神科医療機関・その他の医療機関・地域援助事業者・市区町村による連携支援体制を確保することが示された。

一方、高齢期の地域包括ケアシステムは、老人保健法、地域保健法による市区町村保健の取組に端を欲し、市区町村に必置とされる地域包括支援センターが中心となり、日常生活圏域毎に整備され、2025年を目途とした体制整備が進められている。また母子保健領域では、子ども子育て支援法により市区町村で子育て世代包括支援センターの設置がすすめられ、妊娠期からの切れ目のない包括的支援体制の構築が進められている。その他、生活困窮者自立支援法での「総合的な相談支援」、自殺対策基本法での「包括的な生きる支援」など市区町村が実施主体として国庫及び都道府県費補助金を活用し体制整備が進められているところである。高齢、母子、生活困窮、自殺対策のいずれにも、その背景にはメンタルヘルスの課題をもつ住民への相談支援が必要であるにもかかわらず、それぞれが制度縦割りの包括的支援であるという矛盾が生じている。

これまでの経緯等について
平成30年6月27日
第1回障害者権利委員料

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部(本部長:厚生労働大臣)で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には精神保健福祉法に基づく「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」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。
- 平成29年2月の「**これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会**」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、**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ができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育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」**(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に置かれている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、**国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要**である。
このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。



II. 直面する課題認識

(1) 行政の構造的な課題

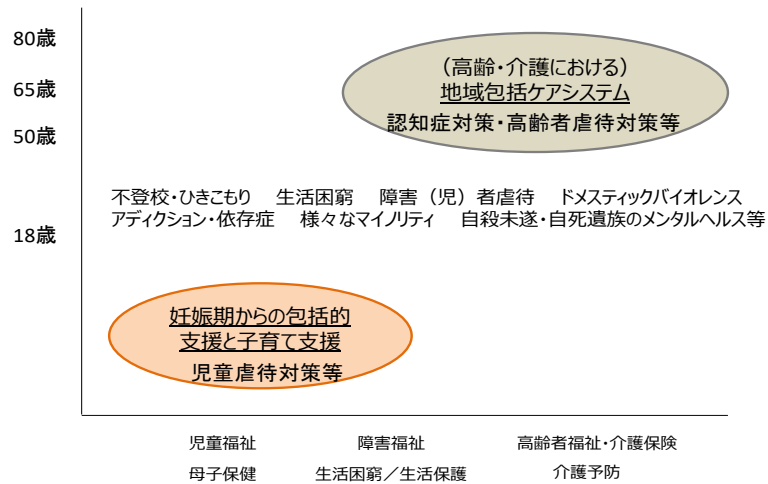
全国的に制度縦割りの包括支援体制の構築が進むなか、都道府県、政令市、中核市が実施する精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組をどのようにすすめるのか課題は大きい。

都道府県では、組織機構改革の流れから保健所設置数が年々減じている。広域を所管する保健所や精神保健福祉センターは日常生活圏域へのアクセスが悪く、医療・介護、福祉等のサービスに繋がらない事例に関与しにくいため、予防的な訪問（介入）が出来ずに事例化重症化したケースへの緊急対応を優先せざるをえない状況となっている。また、地域で重症化したケースへのアウトリーチ支援や精神科病院からの地域移行支援の取組が開始されているが全国的にも実績は少ない。

市区町村については、政令市、中核市、特別区など保健所設置市と、その他の市区町村（保健所未設置市町村）があり、その自治体規模や、人員体制、社会資源の充足率はまちまちであり、地域精神保健福祉行政の取組や成熟度には大きな地域間の格差が生じている。市区町村は、母子、児童、障害、健康増進、高齢・介護、生活困窮などの領域について、様々な住民サービスの中で精神保健に関連する相談業務や事業を実施している。地域包括ケアシステムに関連する事業としては、高齢福祉（介護保険法、医療・介護総合支援法）や母子保健・児童福祉（地域保健法、児童福祉法、子育て支援法）、総合相談（社会福祉法、生活困窮者自立支援法）、自殺対策（自殺対策基本法）などの包括的支援の

取組に着手しているが、多くの財源を国庫や都道府県費による補助金で実施することから、制度縦割りによる狭間が生じている。

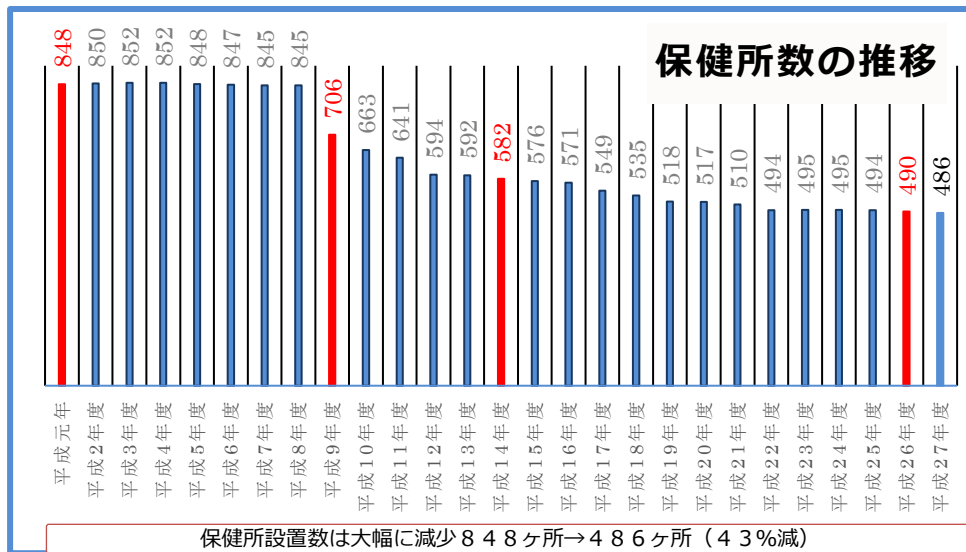
包括的支援に関する現行制度と狭間にあるコミュニティメンタルヘルス課題



市区町村による精神障害者の福祉については、主に障害者総合支援法により義務化され取り組みが進められている。各種障害福祉サービスの利用者数が増加しているが地域移行支援は実績が少ない。また、精神保健福祉法では精神保健相談は努力義務（第47条）であることから、保健所未設置市町村（94%）では、未治療者や医療中断者、社会的引きこもり、福祉ニーズが少ない者など障害福祉サービスを要しない者やサービスにつながりにくい者には相談支援が届きにくい状況がある。その多くは精神保健相談でのアセスメントから支援策につなげることが必要な対象群であるが、都道府県型保健所での対応が遅れたり、支援が届かず地域で潜在化もしくは危機事象として顕在化している。

自治体における精神保健福祉業務に関しては、専門職配置状況、人員体制、予算規模、社会資源整備状況、障害福祉サービス・介護保険サービス提供体制、医療資源、居住資源など地域間格差が課題となっている。

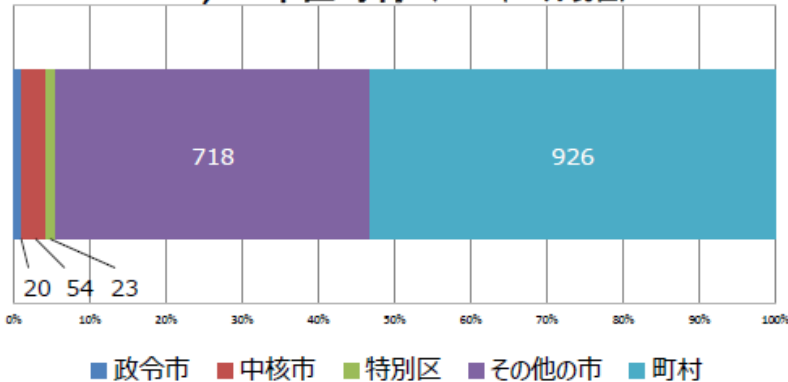
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するための自治体行政による包括的支援体制の構築は、限られた資源を有効に活用する必要がある。都道府県（障害保健福祉圏域レベル）では、市区町村が日常生活圏域で実施する取組と医療圏や障害保健福祉圏域の取組を重層的なものとし、市区町村が実施する「地域包括ケア体制」との整合性をはかり基本圏域での包括的支援体制に裾野を広げていくことが必要となる。



参考

自治体数(47都道府県を除く)

1,741市区町村 (2018年10月現在)



※保健所を設置する自治体数 20+54+23+6=103市 (5.9%)
 ※保健所未設置の自治体数 712+926=1638市(94.1%)

(2) 地域における精神保健福祉関連の人材の質的な課題

保健所設置自治体では、主に公衆衛生医、保健所保健師、精神保健福祉相談員が精神保健業務を担っている。しかしながら精神保健福祉相談員養成研修の開催は全国的にも極めて少なく、保健所設置数の減少に伴い精神保健福祉相談員の任命数も減じており、精神保健福祉相談員未配置保健所も生じている状況である。更には、平成30年12月18日、児童虐待防止対策体制総合強化プラン

(いわゆる新プラン)が閣議決定され、今後、児童相談所への保健師配置がすすめられることから精神保健領域での人材確保への影響も懸念される。

市区町村行政では、政令市、中核市による保健師、精神保健福祉士の採用は増加している。保健所未設置市区町村では、保健師、行政栄養士の採用は増加しているものの精神保健福祉士の採用は少なく、母子保健や生活習慣病対策などの地域保健業務は推進されるが、精神保健対策は取り組めていない自治体が多い。市民への直接支援は地域の障害者相談支援事業所や地域包括支援センター等において、養成研修を修了した相談支援専門員・介護支援専門員などにより福祉的支援体制を整備しているが、特に精神科未治療の者や医療中断している者など精神保健ニーズへの対応、医療調整や精神障害の特性を踏まえた生活支援の経験は不足している。福祉サービス提供では課題解決が図れない精神保健ニーズへの対応、縦割り行政の狭間にある複合的な課題を抱える精神障害の疑いのある事例などが潜在化もしくは危機事象として顕在化するなか、精神保健福祉士の配置が少ない自治体では、精神保健相談のノウハウ不足から介入が遅れ、適切な医療への導入が遅くなり重症化する現状がある。

(3) 地域における包括的支援体制構築にむけた支援の現状

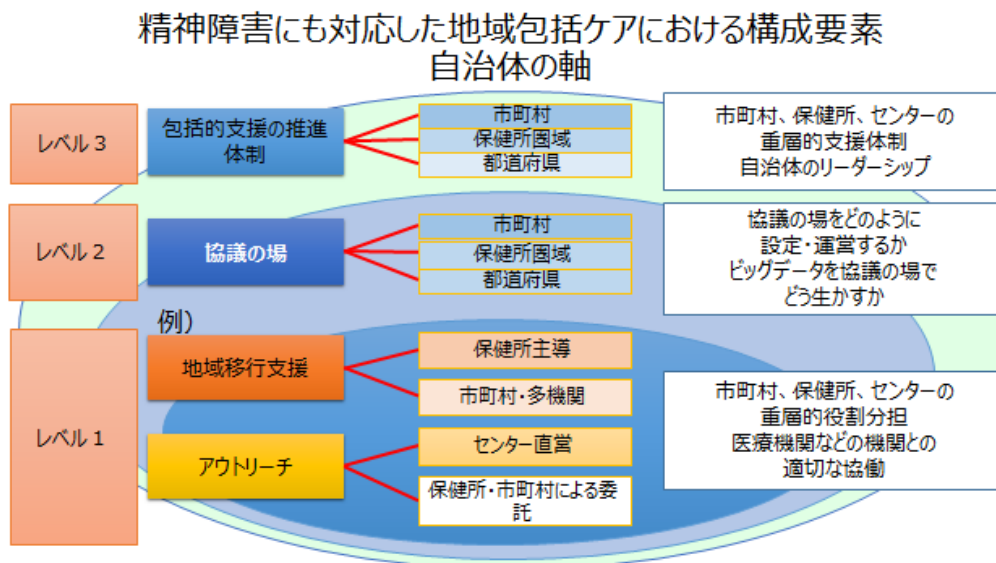
精神障害者本人・家族の生活支援については、相談支援事業所や地域包括支援センター、市区町村、都道府県保健所が重層的に連携を構築し、精神障害があっても地域で安心して暮らすため支援を行う障害者相談支援事業が実施されている。地域では相談支援専門員や介護支援専門員が、障害福祉サービスや介護保険では満たされない精神保健ニーズへの介入に苦慮することがあり、保健所や市区町村の精神保健福祉相談員や保健師が介入し、医療機関調整等に協働している。この際、いわゆる公的福祉サービスだけではなく、住民互助の地域資源の活用、経済的支援、居住に関するサービスなどのインフォーマルな支援を最大限活用したケースマネジメントの技法を有する専門職による支援が頻繁に行われている自治体と、専門職が未配置で対応に苦慮している自治体がある。また、体制整備のための協議の場に精神科ユーザーや精神障害者等当事者家族が参画し、「本人中心支援」「家族支援」「社会資源創設」を推進している自治体もあれば、協議の場の設置がない場合や設置されていても精神科ユーザーや精神障害者等当事者家族の参画がない自治体もある。

地域における包括的支援体制の構築は、日常生活圏域で当事者・家族を支援

する主体である市区町村と協働し、保健、医療・介護、福祉、教育、住居、労働等の多分野多領域の関係者間の相互理解を深め信頼関係を構築し、共通の目標に向かう道筋をつけるプロセスが重要となる。代表者レベルの協議の場や担当者レベルの協議の場への当事者参画、住民参画が重要となる。市区町村では日常生活圏域でのシステム構築をすすめる地域包括ケアシステムや障害者支援協議会を実施しており、その多くは身近な地域ごとにユーザー、家族、住民（自治会や民生委員会選出委員、健康増進推進員等）の参画により意見を反映しているが、都道府県圏域での取組の中で、例えば当事者組織や家族会連合会選出委員を構成員に位置づけられない場合、検討内容が当事者や家族のニーズからかけ離れてしまう懸念もある。

Ⅲ. 梃子となる解決策：重層的な支援体制の構築の実践例

精神障害の有無や程度にかかわらず誰もが安心して暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をすすめるために、都道府県・圏域ごと、市区町村ごとに「協議の場」を設置し、保健・医療・福祉等の関係者による協議を先導して重層的な支援体制の構築を図ることが示されている。また医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画が連動するように共通のアウトカム指標が設定された政策動向を踏まえ、精神障害者の地域移行やアウトリーチ支援を実現するために、各自治体が重層的な連携を構築し包括的支援体制を強化することが求められている。



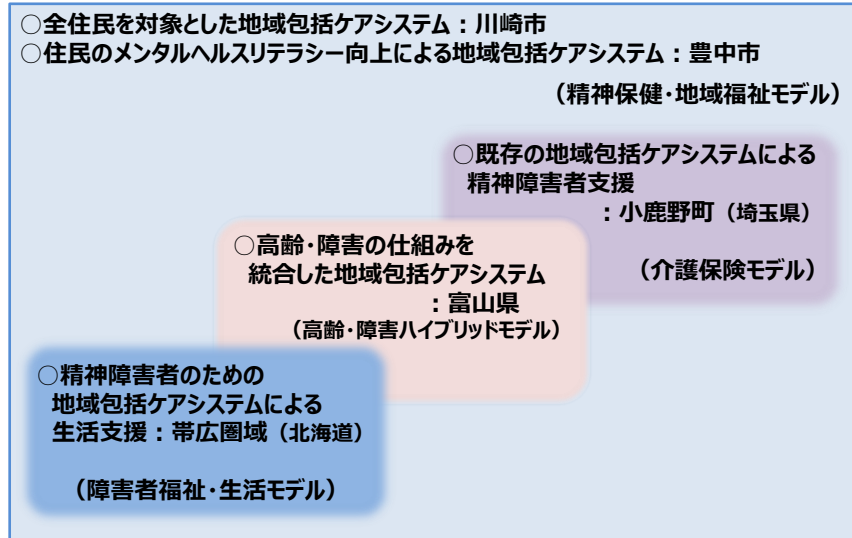
こ

のことについて本研究では、自治体規模による特性を踏まえ好事例調査を行った。レベル3の包括的支援体制の推進に着手し成果を上げている都道府県（北海道十勝圏域、富山県）、政令市（川崎市）、中核市（豊中市）、その他の市町（十勝圏域：帯広市、士幌町、埼玉県小鹿野町）を選定した。

包括的支援体制の推進のための課題解決策として、①多領域多分野多職種の参画による横断的な個別支援連携、②精神障害者本人及び家族等の精神保健ニーズ及び生活支援（福祉）ニーズが集積されている日常生活圏域での関係機関連携、③多機関間連携による重層的な支援体制（都道府県・障害保健福祉圏域、都道府県型保健所・市町村）の3つのタイプが挙げられた。

	【自治体による包括的支援体制の推進の3タイプ】	好事例自治体
1	地域精神保健システムの強化による重層的な包括的支援体制の整備（精神保健・地域福祉モデル）	川崎市、豊中市
2	精神障害者の地域生活支援体制（協議会）を活用し保健所と市町村協働による包括的支援体制の整備（障害福祉生活モデル、高齢・障害統合モデル）	北海道十勝圏域、富山県
3	高齢者支援・介護保険の取組を活用した包括的支援体制の整備（高齢福祉・介護保険モデル）	小鹿野町

包括的支援体制の構築～好事例自治体～



取組に共通して見られた特徴は、組織の長（保健所長、市町村長）が方針を決定し、行政施策を担う専門職が、地域機関の代表者への働きかけ（仕組みづくりのためのデータ分析、政策方針の提示）、地域機関の担当者への働きかけ（本人・家族ニーズの的確な把握、各相談機関への技術的支援、日常生活圏域での課題の抽出、課題解決にむけた方向性の共有と解決に向けた実践、不足する資源の創出）や連携構築のためのシステム会議について既存の仕組みを活用し（必要な見直しのもと）、支援体制の重層化を実践している。

【重層的な包括的支援体制の推進のための3要素】	
1	当事者・家族のニーズ解決のため、多領域多分野多職種が参画した横断的な個別支援連携
2	当事者・家族のニーズを集積した日常生活圏域での多領域多分野の関係機関連携
3	多機関間連携を地域で包括化する重層的な支援システム構築

いずれの好事例自治体も、既存の保健医療福祉圏域連携会議、障害者支援協議会、地域ケア会議等を活用（一部は見直し、運営方法を改善）し、重層的な

包括的支援体制の推進をすすめている。

包括的支援体制の推進に関する好事例の概要		
1	都道府県	
①	富山県 砺波圏域	<p>「都道府県型保健所による医療・介護、障害を統合した包括的支援体制の整備」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画のアウトカム指標の整合性を図り、総合調整のための代表者会議と現場担当者の会議を連動し、既存会議を改善・活用した取組
②	北海道 十勝圏域	<p>「都道府県型保健所による精神障害者支援に関する包括的支援体制の強化」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行が進められている帯広市を中心とした管内市町への医療・保健・福祉関係機関の連携強化の取組。
2	政令市	
	川崎市	<p>「全てのライフサイクル」に対応した地域包括ケアシステムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・川崎版地域包括ケアシステムの核となる「地域みまもり支援センター」設置 ・3圏域に地域リハビリテーションセンターを分散設置しバックアップ体制を構築するなど、組織機構改革による自治体行政機能の強化
3	中核市	
	豊中市	<p>「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市独自の「メンタルヘルス計画」に基づき「全てのライフステージと健康のあらゆる段階」に対応する包括的メンタルヘルス対策の推進と市民のメンタルヘルスリテラシー向上
4	その他市町	
①	帯広市 (北海道)	<p>「障害者ケアマネジメントによる地域生活支援システム」での地域支援体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・帯広市自立支援協議会による多機関協働による精神障害者の地域生活支援 ・商工関係団体との交流によるまちづくりの取組。
②	小鹿野町 (埼玉県)	<p>「既存の地域包括ケアシステム」による入院を前提としない精神障害への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療と高齢者支援における地域包括ケアシステムを活用した精神障害にも対応した地域包括ケア体制

(1) ①都道府県：富山県（砺波圏域）

「都道府県型保健所による医療・介護、障害を統合した包括的支援体制の整備」

・地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画のアウトカム指標の整合性を図り、総合調整のための代表者会議と現場担当者の会議を連動させた。既存会議の改善・活用による取組

○富山県では、厚生センター（県型保健所）の管轄区域が医療圏、障害保健福祉圏域と同一であり、管内市町村との連携体制が取りやすいという地域特性がある。その中で、中核的機関である厚生センターが、センター長（公衆衛生医）の旗振りのもと、既存の様々な地域連携会議を見直し、再構築し、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画の策定について各指標の整合性を測り計画策定に取り組んでいる。また、精神障害者施策については、市町村が実施する自立支援協議会を共同運営するとともに、高齢者施策については、地域ケア会議などを支援することにより、日頃から保健所と市町村の連携及び障害介護の制度間連携が図られ、重層的な支援体制を構築している。

②都道府県：北海道十勝圏域

「都道府県型保健所による精神障害者支援に関する包括的支援体制の強化」

・地域移行が進められている帯広市を中心とした管内市町への医療・保健・福祉関係機関の連携強化の取組

○十勝圏域では、既に官民（医療、福祉）が連携協働し精神障害者の生活支援体制が整備されている中、精神科病院からの地域移行に伴う精神科病床の削減が進められている。その一方で、精神運動興奮や衝動性を呈する病状で医療ケアが必要となる者の地域移行は依然として課題となっている。

帯広保健所では、十勝圏域保健医療福祉圏域連携会議に他の公衆衛生関連部会と同階層に精神保健福祉対策部会を設置することで、管内医療機関、精神科医療機関、その他の保健医療福祉関係機関と市町村行政の重層的な支援体制を構築している。精神保健福祉対策部会では、新たな課題としてニューロングステイの予防、地域移行者の再入院予防、医療ケアの必要な方の地域移行に関する検討を開始するとともに、相談支援専門員と医療機関職員（保健師・看護師、精神保健福祉士等）の人材育成（個別支援への同行支援、ケース検討、研修等）により連携強化を図っている。

（2）政令市：川崎市（神奈川県）

「全ての住民（全てのライフサイクル）」に対応した地域包括ケアシステムの構

築

・川崎版地域包括ケアシステムの核となる「地域みまもり支援センター」設置
 ○川崎市では、地域包括ケアシステム構築にあたり「個別支援の強化」と「地域力の向上」を2本柱とし、住民のアクセシビリティの確保を図るべく7つの日常生活圏域に保健衛生部門（旧保健所）と福祉行政部門を統合した総合相談拠点「地域みまもり支援センター」を設置し、互助・共助・公助をそれぞれの地域で相談業務を実施している（地域分散型）。このことにより、住民に身近な総合相談の拠点の整備、見守り支援及びハイリスク者への介入等アウトリーチ支援を実施するとともに、日常生活圏域ごとに多職種多他機関連携によるネットワークが構築されている。併せて市内3圏域にそれぞれ「更生相談所」及び「精神保健福祉センター」を統合した「地域リハビリテーションセンター」を設置し「地域みまもり支援センター」のバックアップ体制を構築した。

（3）中核市：豊中市（大阪府）

「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築

・市独自のメンタルヘルス計画に基づく「全てのライフステージと健康のあらゆる段階」に対応する包括的メンタルヘルス対策

○豊中市では、市保健所を核とし全国でも珍しい市独自の「豊中市メンタルヘルス計画」を策定した。この計画は、市総合振興計画の分野別計画に位置づけられ、健康増進法や精神保健福祉法、自殺対策基本法、アルコール健康障害対策基本法に基づくメンタルヘルス施策を統合している。子どもの健康な心を育てることやストレス対処方法の普及、こころの不調や疾病の早期発見と適切な医療等の確保、精神疾患に罹患した人のリカバリー、家族の支援と地域づくりなど、すべてのライフステージと健康のあらゆる段階に対応する、市民のメンタルヘルスに関わる総合的な行政計画である。市民のメンタルヘルスリテラシー向上を図るとともに、行政のみならず市民や地域、関係団体、様々な民間主体との協働による包括的メンタルヘルス対策と地域づくりを一体的に推進する方針を示している。

（4）①その他の市町：帯広市（北海道）

「障害者ケアマネジメントによる地域生活支援システム」による包括ケア体制

・帯広市自立支援協議会による多機関協働による精神障害者の地域生活支援

・商工関係団体との交流によるまちづくりの取組

○帯広市では、「地域生活支援」をキーワードとして、帯広市自立支援協議会により個別支援の課題から地域課題の解決に向けるべく「本人参加」「官民協働」による相談支援体制を確立している。

障害者ケアマネジメントの手法により実践され、医療モデルから生活モデルにシフトチェンジした精神障害者の地域生活支援システムでは、社会的入院者の退院促進や重症の精神障害者へのアウトリーチ支援が進められ、精神科病床の削減、ニューロングステイの防止が図られている。同時に、グループホームの整備、不動産関係者や商店街との交流がすすめられている。

十勝圏域の統計によれば、精神科病院入院者の平均在院日数は、全国の 1/3（630 調査、平成 28 年 96 日／年：全国 275 日／年）であり、平成 28 年度国保連データベースシステム（KDB）によれば疾病別一人当たり医療費は、国の総計 27,870 円に対し、20,654 円、国の入院 17,779 円に対し 9,781 円となっている。

②その他の市町：小鹿野町（埼玉県）

「既存の地域包括ケアシステム」による精神障害への対応

・総合診療と高齢者支援における地域包括ケアシステムを活用した精神障害にも対応した地域包括ケア体制

○小鹿野町は、衛生部局と福祉部局を統合した保健福祉センターにより住民主体の健康増進事業及び介護予防事業を展開している。併設する国保町立病院における総合診療及び訪問看護との連携により在宅医療及び地域包括ケアシステムの構築を図っている。町には精神科医療資源は皆無であり、県保健所管内にも入院を受け入れる精神科病院はない。重症の精神障害者の受診受療支援は所管する県保健所と連携し対応するが、入院治療を要する場合、遠方の精神科病院を利用することとなる。また、精神障害者支援を実施する社会資源は、公設の小規模作業所から発展した地域活動支援センター¹ か所を有するのみである。その一方で高齢精神障害の方への支援は、既に高齢者支援の仕組みである地域包括ケアシステムの中で保健師及びかかりつけ医たる総合診療医を中心とした多職種連携による個別支援チームにより「住み慣れた地域で安心して暮らしたい」という共通理念のもと、住民ニーズに寄り添うべく個別支援を实践が積み重ねられている。多職種連携の処遇検討の場である「地域ケア会議」と多機関

の資質向上のための「包括ケア会議」を中心に、随時の担当者会議、ケース検討会議などが頻繁に開催されている。

なお小鹿野町では、平成26年度国保連データベースシステム（KDB）によれば75歳以上の一人当たり医療費は、埼玉県平均839,959円のところ709,919円となり、また平成29年度標準化保険料算定額は埼玉県平均99,727円のところ県下最少額の69,815円となっている。

IV. 包括的支援体制を推進するために利用できるリソース

予算や人員配置状況については自治体規模により大きな差異があるが、好事例自治体の取組では包括的支援体制の推進は、自治体規模に限らず地域のリソースの抽出と活用が効果的に行われていることがわかった。好事例自治体の職員は、日常から多領域多機関多職種との顔が見える関係づくりが実践されており、その信頼関係のもと地域資源を有効に活用し統合を図っている。また担当者の異動により事業実施方針が変更されることなどが無いよう、地域分析を行い地域課題について担当者間の共有のみならず、所属長による事業実施の方針を定め、中長期的な事業計画のもと庁内検討を踏まえて協議の場で関係機関に対し、組織的に一貫した方針を示し運営している。

	都道府県、政令市、保健所設置市、特別区	その他の市町村
主な人的リソース	<ul style="list-style-type: none"> 保健、医療・介護、福祉、教育、労働等関係機関の代表者、担当者 各職能団体の代表者、担当者 当事者会・家族会等連合体の代表者 大学や研究機関の職員（学識経験者） 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者・ピアサポーター（会）、家族（家族会）、精神保健福祉ボランティア等 地域福祉関係者、地域の互助組織（各種住民組織等） 保健、医療・介護、福祉、教育、労働、まちづくり等関係機関の代表者、担当者
アウトカム指標達成のための主な行政計画等	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想 医療計画 障害者計画・障害福祉計画 介護保険事業計画 自殺対策計画 アルコール健康障害対策計画 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者計画・障害福祉計画 総合振興計画 地域福祉計画 介護保険事業計画 自殺対策計画 国民健康保険事業計画など関連計

	<p>など</p> <ul style="list-style-type: none"> 各種統計（NDB、ReMHRAD など） 実態調査、団体長ヒアリング等 	<p>画</p> <ul style="list-style-type: none"> 各種統計（KDB、ReMHRAD など） 市民意識調査、団体ヒアリング等
システム構築に活用できる既存の会議等	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県精神保健福祉審議会 保健医療福祉圏域連携会議 障害者協議会 保健所管内精神保健福祉担当者連絡会議 保健所管内精神障害者地域移行推進会議 精神科医療機関による退院支援委員会等 	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援会議 精神科医療機関による退院支援委員会 地域ケア会議 自治体内総合相談担当者会議 障害者協議会（障害者総合支援法） 障害福祉審議会（障害者基本法諮問機関） 国民健康保険事業運営協議会等
システム構築関連の補助金等	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業・同構築支援事業 精神障害者地域生活支援広域調整等事業 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者総合支援法関連 子育て世代包括支援法関連（妊娠期からの切れ目のない支援） 介護保険関連（地域包括ケアシステム） 生活困窮者対策関連（総合相談） 自殺対策（生きることの包括的支援）

□各会議・事業等の名称は自治体ごとに相違がある

V. 包括的支援体制構築のポイント

	キーワード	ポイント
1	精神保健相談	当事者・家族の精神保健ニーズに対応する個別支援が起点。早期訪問支援や退院後支援、家族支援、個別支援会議の開催など
2	日常生活圏域	市区町村が主体の多領域多機関多職種が連携した重層的な支援体制の構築 地域ケア会議などネットワーク会議の開催
3	地区分析	医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画等のアウトカム指標の達成にむけたデータの共有・活用。方針（戦略）・施策（戦術）の立案。 都道府県、政令市、保健所設置市、市区町村の協働。 （協議の場での方針検討、事業実施計画合意形成や各種研修

		等の実施など)
4	重層化	<p>地域の特性に応じた「地域包括ケアシステム」の理念の共有と実践</p> <p>協議の場の三重構造化：個別支援連携、関係機関連携、支援システム</p> <p>(1) 市区町村（当事者・家族、相談支援事業者・介護支援事業者）等</p> <p>(2) 保健所・市区町村（保健、福祉、介護、教育、住居、労働等）、医療機関</p> <p>(3) 都道府県・圏域、保健所、市区町村、関係機関（代表者）</p>

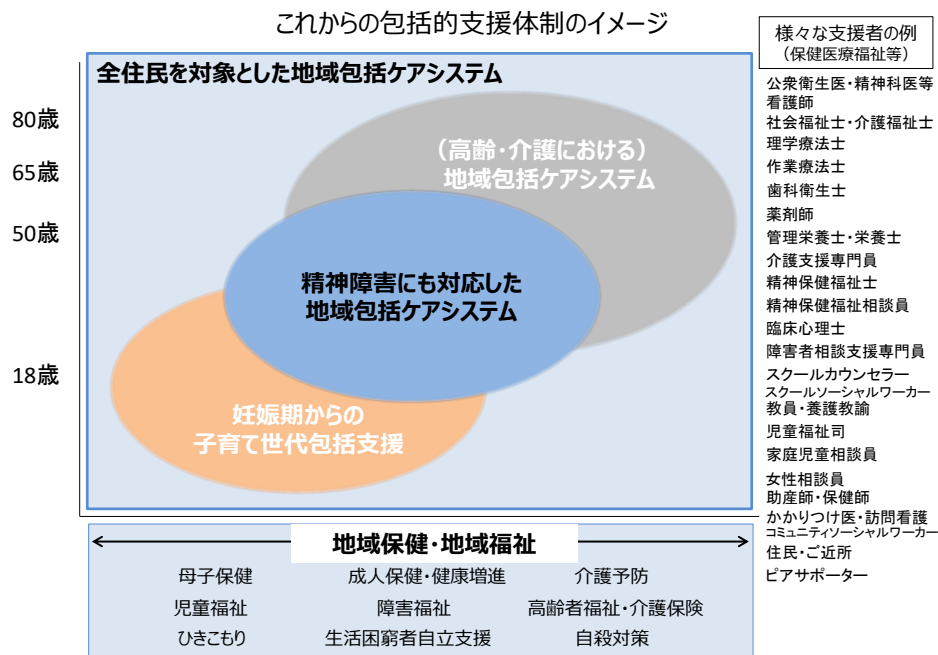
好事例自治体の取組を見ると、日常生活圏域での精神保健相談（個別支援）を起点とし、多職種チームによる訪問支援など多領域多機関多職種の顔が見える連携（ネットワーク会議等の開催）により、個別課題の解決を図るプロセスを経てケースを通じて抽出された地域課題を共有し、研修や新たな支援システムを開発している。

保健所では所長を中心とし、包括的支援体制構築に向けた中長期的ビジョンと事業計画を立案する。初めに地域分析を行い、所属内部で構築推進事業実施にむけて方針案を作成するとともに、地区医師会や管内市町村担当者とのヒアリングや打合を綿密に行う。都道府県・圏域レベルと市町村レベルの目標や目標達成のための具体的施策の実施方針が乖離しないよう、地域性を考慮した包括的支援体制の推進にむけた調整を図る。担当者は、精神保健ニーズや精神障害者及び家族等のニーズ、障害福祉サービスや居住等に関する社会資源を日常生活圏域で把握している市町村担当者とともに課題を整理する。それとともに、必要な研修等による人材育成、多領域多機関の代表者会議（例として、保健医療福祉圏域連携会議）や担当者レベルの推進会議（例として、障害者協議会）、市町村が行う障害者支援協議会等を連動させ協議をすすめる。担当者は、人材育成や協議の場の運営があくまで包括的支援体制推進のための手段であり、研修や協議の場を実施することが目的ではないことを常に意識し、形骸化しないよう定量的なデータを元に運営する必要がある。協議の場は、既存の会議（地域ケア会議や障害者協議会、日常生活圏域による個別支援会議等）から抽出された課題や ReMHRAD などを活用した地域分析データ及び当事者・家族等のニー

ズを踏まえ、組織的・戦略的かつ計画的に包括的支援体制の構築を推進することが必要である。市区町村は、保健所が実施する精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業等や協議の場に積極的に参画する。そこで、個別支援や障害者協議会、地域ケア会議等の機会に精神保健課題や精神障害者及び家族等の生活支援ニーズを集約し、課題解決に向けて都道府県・圏域、保健所に調整を図り、障害福祉計画や介護保険事業計画の数値目標や各指標の達成を図ることが必要である。

VI. 波及効果

都道府県・圏域、保健所・市区町村が精神保健及び精神障害者の福祉に関して支援を重層化し包括的支援体制を推進するプロセスにより、多領域多機関が協議の場や研修等に参画し、地域課題の共有がすすめられ、例えば医療につながりにくい様々な世代のメンタルヘルス課題のあるケースへの訪問支援や家族支援などの諸活動が開始されることにより、これまで高齢者のための地域包括ケアシステム、子育て世代の包括ケアシステムなど、制度縦割りの包括支援システムでは狭間におちていた精神保健ニーズへの対応により全世代型の地域包括ケアシステムに展開することができる。



自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

VII. 課題・注意点

都道府県、政令市、中核市が主体となり実施する「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」による地域包括ケアシステム構築の目的は、地域生活を行う精神障害者及び家族のニーズを解決するための体制づくりであり、決して膨大な資料の読み上げを行う行政説明や関係者間の情報交換を行うことが目的ではない。多領域多機関で協議するためには、地域課題の抽出、分析、方針の明示、地域包括ケアシステムの全体像を共有する。また各関係機関の役割に関しては、当事者会、家族会、医療機関、相談支援事業所、市区町村（精神保健所管課、障害福祉所管課、その他関係課所）等との綿密な打ち合わせのもと、事業計画を立案し継続的に事業運営をすることが必要である。

精神障害者本人や家族が安心して地域で暮らすことを実現するために、市区町村が既に取り組んでいる日常生活圏域を中心とした地域包括ケアシステム等との違いを常に意識し、もしくは市区町村事業との整合を図り、地域課題を踏まえて重層化した体制とする必要がある。目的なき情報交換会議、形骸化した会議とならないよう、日常生活圏域で個別支援を実施する市区町村と戦略を共有し協議の場を運営し、医療機関や障害者相談支援事業所等との相互の連携強化を図り重層化した支援体制を構築する。

VIII. 自治体で包括的支援体制を構築する際の主なポイント

「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができる」地域づくりはすべての自治体で、その実情に応じて取り組むものである。自治体の規模、体制や社会資源の状況、これまでの地域精神保健福祉活動の展開は様々であるが、2018年の第7次医療計画、第5次障害福祉計画、第7次介護保険事業（支援）計画により、2024年末時点の共通のアウトカム目標が示されていることから、各自治体では、重層的な包括的支援体制を早期に構築し、必要な支援体制に関する協議をすすめることが必要である。好事例自治体では、既存の事業を発展させることでネットワークを強化している。各自治体に共通するポイント及び各自治体の強みを抽出し、包括的支援体制を構築する際の参考となるものを列挙する。地域包括ケアは一日にしてならず、中長期的なビジョンを持ち計画的に取り組むことが肝要である。

(1) 都道府県（障害保健福祉圏域）、政令市

○主管課による協議の場の設置

- ・ 障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）
- ・ 体制整備に関する方針の提示と予算の確保
- ・ 必要性に応じた圏域の見直しや組織機構改革、人員配置
- ・ 都道府県医師会、精神病院協会等関係機関、関係団体への説明会の開催及び協議
- ・ 医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画等行政計画の推進
- ・ 関連行政計画のアウトカム評価の統合と進捗状況管理

○圏域・保健所による協議の場の設置

- ✓ 保健所長のリーダーシップ
 - ・ 保健医療福祉圏域連携会議や在宅医療連携会議等の活用
 - ・ 地元医師会長、精神病院協会長との協議、連携構築
 - ・ 市町村長もしくは所管部課長との協議、連携構築
 - ・ 精神科病院への実地指導権限の活用
- ✓ 担当者による事業計画戦略策定、必要な事業の実施
 - ・ 地域分析（定量的データ； ReMHRAD、NDB、KDB等の活用、プレゼンテーション資料作成）
 - ・ 医療機関担当者への趣旨説明と協議、連携構築
 - ・ 市町村担当課（保健、福祉、介護、保険、教育、労働等）への趣旨説明と協議
 - ・ 市町村担当課（保健、福祉）との協働、連携構築
 - ・ 他領域の関係機関職員への支援、研修、人材育成
 - ・ 業務の再編、既存会議・事業の見直し、社会復帰関連事業の廃止（例：当事者会・家族会への支援などは市町村への働きかけ、業務移管）

○精神保健福祉センターによる保健所、市区町村への技術的支援

- ・ 調査研究
- ・ 地域分析（定量的データ； ReMHRAD、NDB、KDB等を分析、基礎資料作成、提供）
- ・ 人材育成（支援機関職員研修、ピアサポーター養成研修等）
- ・ 保健所・市区町村への技術的支援

- ・ 地域移行支援事業、アウトリーチ支援事業、家族支援事業、啓発事業等

(2) 中核市（保健所設置市）、特別区（基本圏域）

○（1）都道府県・政令市に掲載した主管課及び圏域・保健所の取組内容に準じた取組の実施

○障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）

- ・ 必要な障害福祉サービス提供体制の確立

○市保健所と都道府県精神保健福祉センターとの連携構築

✓ 主な事業の例

- ・ アウトリーチ支援事業
- ・ 家族支援
- ・ 地域移行支援事業
- ・ 精神科救急関連事業
- ・ 通報対応・精神保健診察、措置入院者等の退院後支援等における業務連携等

○行政区単位での精神保健福祉連携会議の開催

✓ 主な事業の例

- ・ 精神保健相談体制の確立
- ・ 精神障害者の障害福祉サービス等の整備充実
- ・ 当事者会・家族会への支援
- ・ 普及啓発事業

(3) 保健所未設置市町村（基本圏域、日常生活圏域）

○協議の場の設置

✓ 障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）

- ・ 障害者計画及び障害福祉計画の進捗管理、評価
- ・ 必要な障害福祉サービス提供体制の確立

✓ 障害者協議会（自立支援協議会）の活用

- ・ 個別支援ニーズの集約
- ・ 精神障害者の福祉相談支援体制の強化
- ・ 必要な社会資源の創設にむけた取組
- ・

○保健部局の取組

- ✓ サービスにつながらない・つながりにくい者やその家族等への支援
 - ・ 訪問支援
 - ・ 精神保健相談（こころの健康相談、ハイリスク者支援）の実施
 - ・ 個別支援カンファレンス
 - ・ ニーズアセスメントとケースマネジメント支援
 - ・ 相談支援事業所、地域包括支援センター等相談機関との協働
 - ・ 医療機関との個別支援連携
- ✓ 啓発事業の実施
 - ・ 精神保健に関する正しい知識の普及
 - ・ メンタルヘルスリテラシーの向上（教育、地区組織等との共催）
 - ・ 家族会等団体への支援（孤立予防、ニーズ把握、具体的支援の検討）

○福祉部局での取組

障害福祉サービスや介護保険サービス提供体制の整備

- ✓ 基幹相談支援センターや障害者相談支援事業所との連携構築
 - ・ 障害者協議会の運営
 - ・ ケースマネジメント会議の開催
 - ・ 相談支援専門員、介護支援専門員との協働
 - ・ 相談支援専門員、介護支援専門員、障害福祉サービス提供事業所生活支援員等への研修
- ✓ 障害福祉サービス・介護保険サービス提供事業所との連携強化
 - ・ 地域ケア会議、包括ケア会議の活用
 - ・ 精神障害者の生活支援、社会参加の促進
- ✓ 精神障害者の雇用対策、就労支援の促進
 - ・ 職場開拓支援、職場定着支援
 - ・ 労働関係機関、庁内産業振興部局との連携強化
- ✓ 高齢者支援機関との連携
 - ・ 個別支援会議・地域ケア会議、包括ケア会議での支援技能の担保（支援の質の均てん化）
- ✓ ピアサポーターの養成と活動支援
 - ・ ピアサポーター養成講座の実施

- ・ ピアサポート活動の場（居場所）の提供による交流の場の創設
- ✓ 就労支援
 - ・ ピアスペシャリストの養成
 - ・ 相談支援事業所での採用、ピアサポーターによる精神科病院訪問等の業務実施
- 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の運用
 - ・ 生活困窮者自立支援所管課、市営住宅所管課等との協議、連携構築
 - ・ 宅地建物取扱業協会等との連携構築
- 地域の互助とのネットワークの構築
 - 市町村における地区組織、教育、労働・商工関係機関、関係団体等との連携構築
 - ・ 自治会、学校・PTA、子供会等の地区組織への働きかけ
 - ・ 商工会議所との連携
 - ・ 商店街等との交流機会の創出

文献

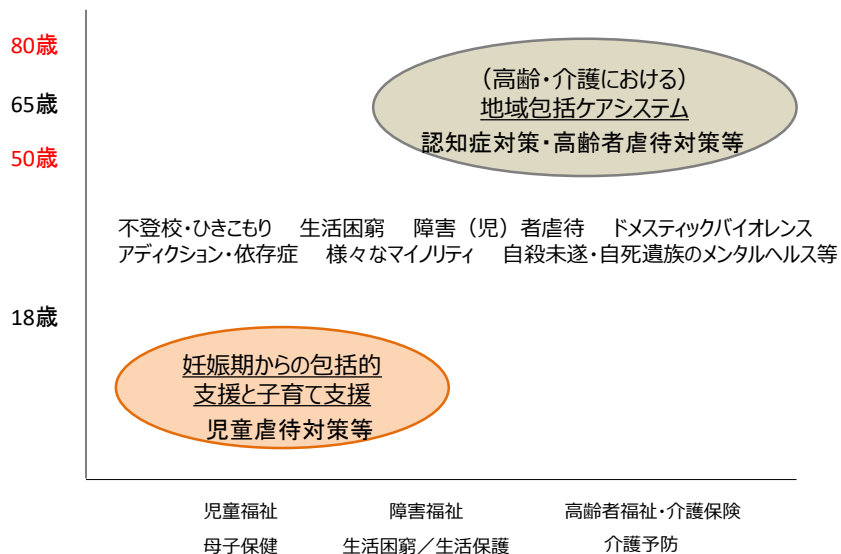
1. 厚生労働省 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータルサイト
2. 第2回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当者会議資料
3. 平成23年度障害者総合福祉推進事業「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」報告書
4. 平成26年度障害者総合福祉推進事業「保健所及び市区町村における精神障害者支援に関する全国調査」報告書
5. 平成28年度障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書（自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究）
6. 保健師ジャーナル Vol.73(2017.8) 医学書院
7. 地域保健 2018.1 東京法規出版
8. 精神保健福祉 日本精神保健福祉士協会誌 Vol.50(2019.1) へるす出版

協力（順不同）

- 川崎市中原区見守り支援センター
- 豊中市保健所
- 十勝総合振興局保健環境部帯広保健所
- 北海道立緑が丘病院
- 帯広市障害者福祉課
- 十勝障がい者総合相談支援センター
- 上士幌町役場保健福祉課
- 小鹿野町保健福祉センター保健課
- 国民健康保険町立小鹿野中央病院

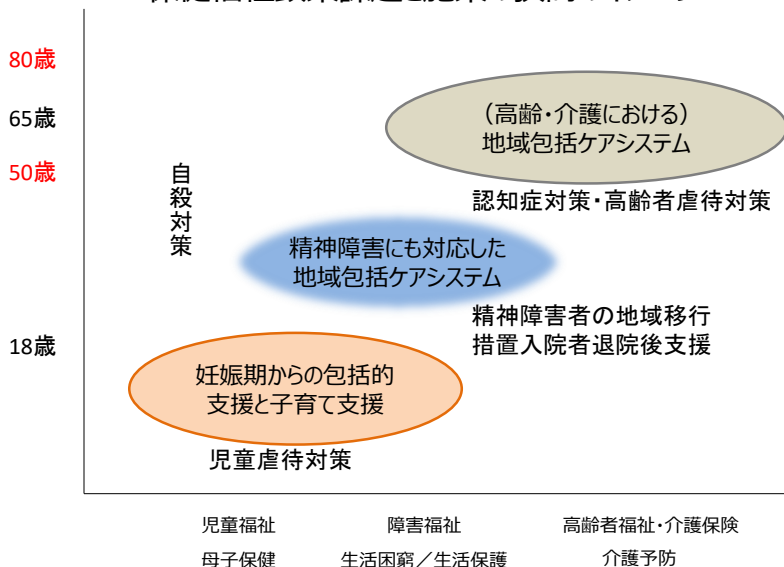
レベル3 包括的支援体制の構築

包括的支援に関する現行制度と狭間にあるコミュニティメンタルヘルス課題



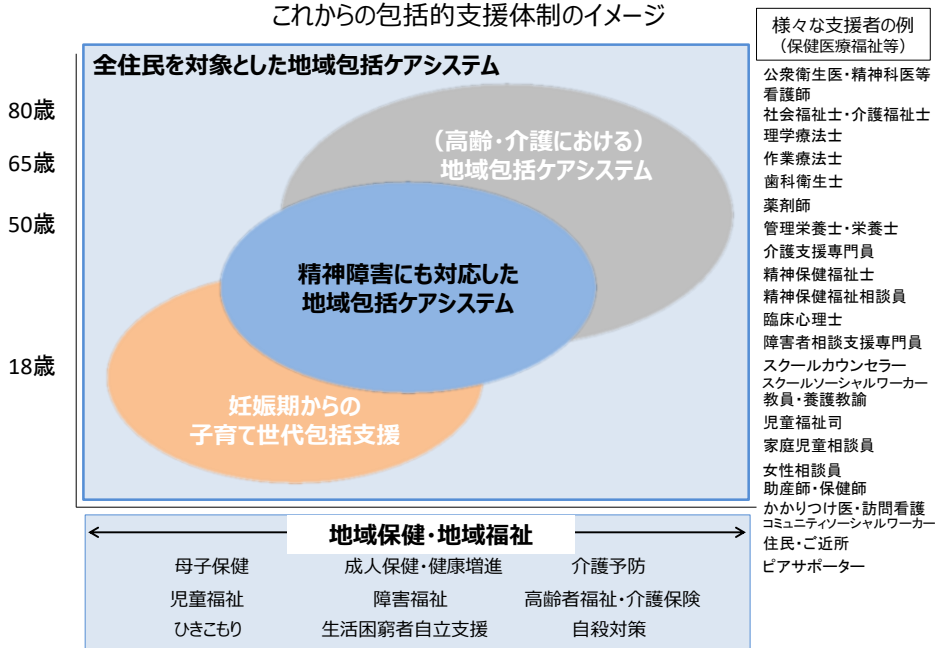
自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

保健福祉政策課題と施策の狭間のイメージ



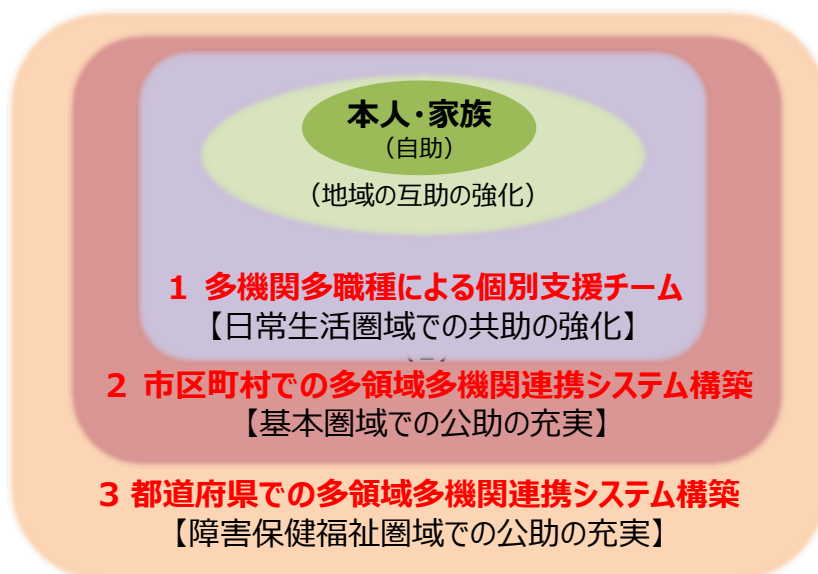
自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

これからの包括的支援体制のイメージ



自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

包括的支援体制の構築のための3つの要素



自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

包括的支援体制の構築のための3つのタイプ

【自治体による包括的支援体制構築の3タイプ】	
1	地域精神保健システムの強化による重層的な包括的支援体制の整備 (精神保健・地域福祉モデル)
2	精神障害者の地域生活支援体制(協議会)を活用した、保健所と市町村の協働による包括的支援体制の整備 (障害福祉 生活モデル、高齢・障害統合モデル)
3	高齢者支援・介護保険の取組を活用した包括的な支援体制の整備 (高齢福祉・介護保険モデル)

自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

包括的支援体制の構築～好事例自治体～

- 全住民を対象とした地域包括ケアシステム：川崎市
- 住民のメンタルヘルスリテラシー向上による地域包括ケアシステム：豊中市
(精神保健・地域福祉モデル)
- 既存の地域包括ケアシステムによる精神障害者支援
：小鹿野町（埼玉県）
- 高齢・障害の仕組みを統合した地域包括ケアシステム（高齢・介護保険モデル）
：富山県
(高齢・障害統合モデル)
- 精神障害者のための地域包括ケアシステムによる生活支援：帯広圏域（北海道）
(障害者福祉・生活モデル)

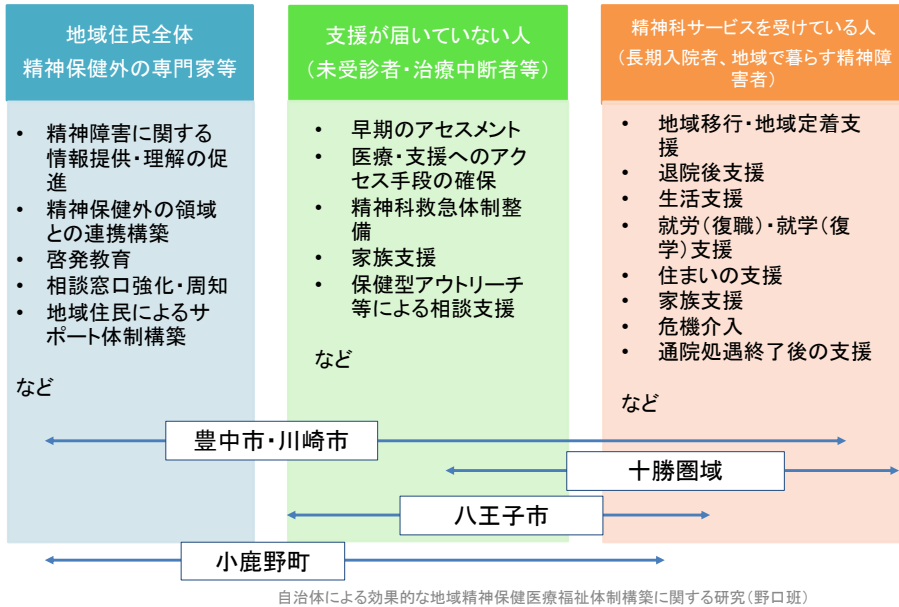
自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに必要とされる支援内容の例

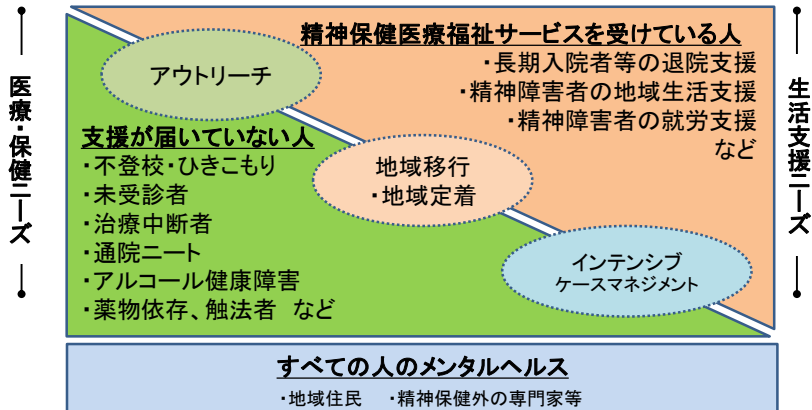
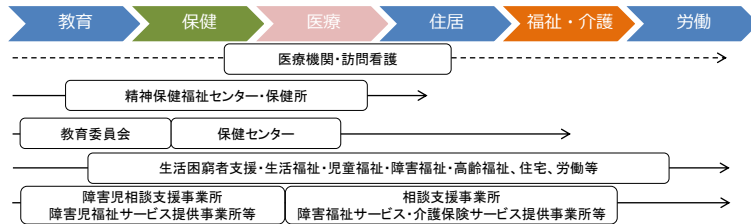
地域住民全体 精神保健外の専門家等	支援が届いていない人 (未受診者・治療中断者等)	精神科サービスを受けている人 (長期入院者、地域で暮らす精神障害者)
<ul style="list-style-type: none"> • 精神障害に関する情報提供・理解の促進 • 精神保健外の領域との連携構築 • 啓発教育 • 相談窓口強化・周知 • 地域住民によるサポート体制構築 <p>など</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 早期のアセスメント • 医療・支援へのアクセス手段の確保 • 精神科救急体制整備 • 家族支援 • 保健型アウトリーチ等による相談支援 <p>など</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 地域移行・地域定着支援 • 退院後支援 • 生活支援 • 就労(復職)・就学(復学)支援 • 住まいの支援 • 家族支援 • 危機介入 • 通院処遇終了後の支援 <p>など</p>

自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに取り組む好事例自治体の実践イメージ



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ



自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

レベル2 協議の場ガイド （暫定版）

平成31年3月

I．背景

II．留意点

III．関係機関の役割

IV．協議の場の設置・運営に向けたステップ

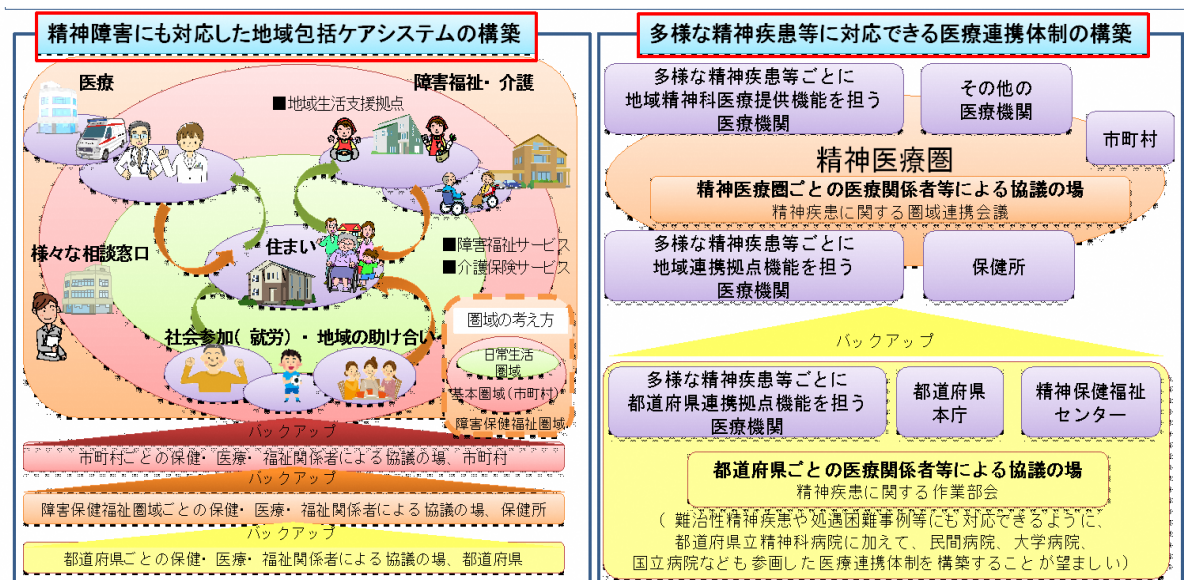
V．参考事例

<参考 精神医療の評価に関するネット公表情報>

I. 背景

第5期障害福祉計画（2018～2020年度）で「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の成果目標として、「保健・医療・福祉関係者による協議の場（市町村ごと、障害福祉圏域ごと）」が掲げられるとともに、第7次医療計画（2018～2023年度）で「多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築」のため、「精神医療圏ごとに医療関係者等による協議の場（精神疾患に関する圏域連携会議）」が掲げられ、都道府県ごとの協議の場がそれぞれバックアップする体制が示された（図1参照）。

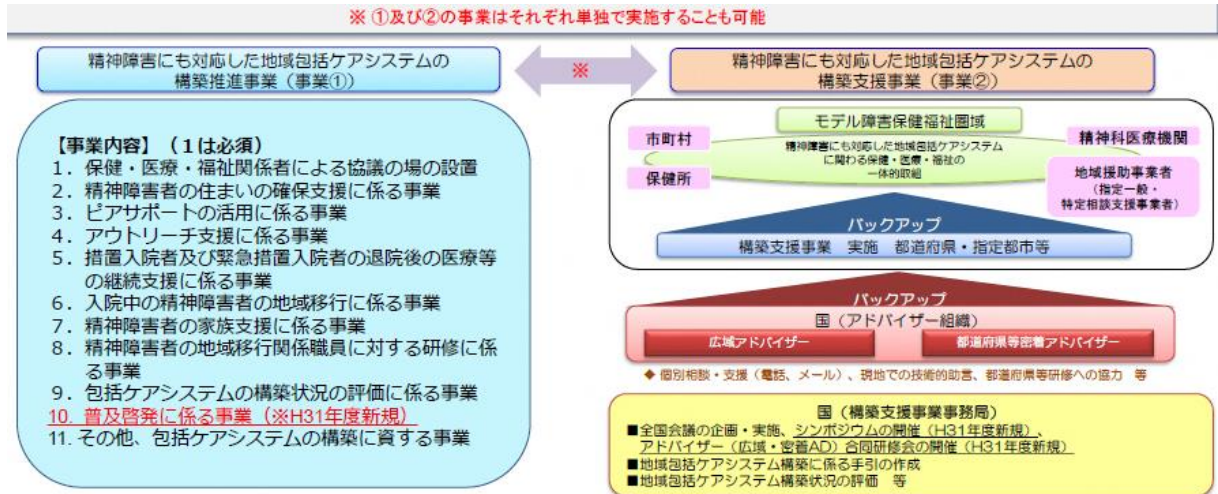
図1 厚生労働省資料抜粋



第5期障害福祉計画（2018～2020年度）、第7次医療計画（2018～2023年度）、第7期介護保険事業（支援）計画（2018～2020年度）は同一の考え方を機軸とし、共通のアウトカム指標（長期入院患者数、退院率）によって政策を推進しており、市町村と都道府県が連携・協働しながら、計画を一体的に推進する必要がある。

2017年度からの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」（図2参照）では、保健・医療・福祉関係者による協議の場が必須とされ、厚生労働省が協議の場の設置に係る進捗状況を定期的に把握し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」（<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>）で公表している。

図2 厚生労働省資料抜粋



なお、経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表 2018（2018年12月20日）」では、医療・福祉サービス改革の一つとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（KPI第1階層；「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」の実施自治体数【2021年度までに150自治体】・「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」において実施している事業総数【2021年度までに1,500事業】）、KPI第2階層；精神障害者が精神科病院から退院後1年以内の地域での平均生活日数【増加】が掲げられている。

II. 留意点

1. 市町村単位、圏域単位、都道府県単位の協議の場とを連動させること。

市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、障害福祉や介護保険サービス等の提供を通じて、日常生活圏域を基盤とした多機関・多職種による「医療」「障害福祉・介護」「様々な相談窓口」「住まい」「社会参加（就労）」「地域の助け合い」からなる包括的支援体制の構築を推進する。また、障害保健福祉圏域単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、精神科医療機関との調整や精神医療情報の提供など、広域的・技術的観点から市町村単位の協議の場を支援するとともに、医療関係者等による協議の場を通じて多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築を推進する（図1参照）。圏域単位の協議の場は、それぞれの地域における医療計画、障害（児）福祉計画、介護保険事業（支援）計画の一体的推進の要であり、都道府県単位の協議の場は、都道府県関係団体の情報提供と合意形成等を通じて圏域単位の協議の場をバックア

ップする。

2. 部署横断的に取り組むこと。

都道府県（保健所）と市町村間で、医療計画（精神疾患）、障害（児）福祉計画、介護保険事業（支援）計画の目標設定及び施策を共有するとともに、平素から、精神保健医療担当部署、医療政策担当部署、障害福祉担当部署、高齢介護担当部署、地域福祉・生活困窮担当部署、教育担当部署、母子保健担当部署、児童福祉担当部署、住宅政策担当部署など、精神保健医療福祉に関わる部署間の意思疎通に努める。例えば、メーリングリストや共有フォルダの活用等も有効である。

3. 協議の場の設置・運営にあたって関係機関・担当者に過度の負担を強くないこと。

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、基本の連携体制（図3参照）を踏まえた上で、協議の場の設置・運営には、既存の精神保健福祉にかかる事業・会議体を活用するとともに、代表者会議と実務者によるワーキング会議による重層的な開催や関係機関・団体との共催の活用など、弾力的な運営を心がける。例えば、実務者会議で支援提供の実質的な協議を行い、代表者会議は、実務者会議が円滑に進むための枠組み設定を行う等の方法もある。また、所内連携によるチームでの取り組みや関係者間での資料の共有化等を通じて事務負担の軽減を図る。

<既存の事業・会議体の例>

- ・都道府県 ⇒ 自立支援協議会部会、地域移行・地域定着会議、医療計画（精神疾患）部会、精神保健福祉審議会など
- ・圏域 ⇒ 圏域連携会議、地域移行・地域定着会議、GP連携会議など
- ・市町村 ⇒ 自立支援協議会部会、地域移行・地域定着会議、地域ケア会議、障害者生活支援連絡会、居住支援協議会など

※主たる協議の場を位置付け、協議テーマに応じて関連事業・会議体を活用する方法もある。

<開催例>

- ・代表者の協議の場を年1回、実務者ワーキングを年間複数回、事例検討やコア会議

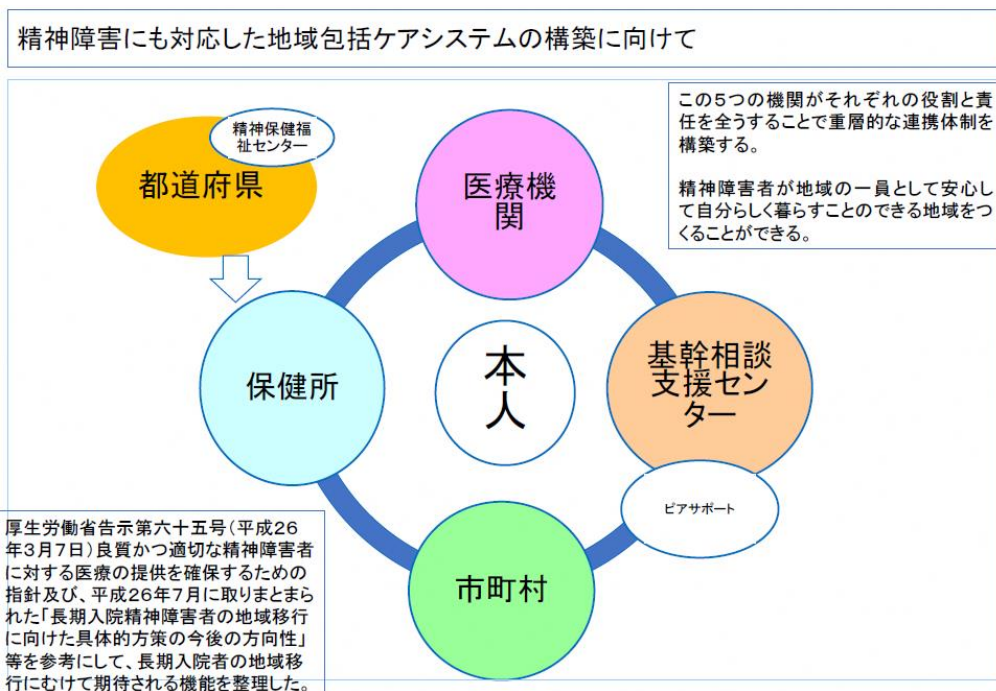
を適宜開催

※圏域では保健・医療・福祉関係者による協議の場と医療関係者等による協議の場を兼ねることも検討する。

※小規模市町村では圏域内の市町村合同での協議の場も検討する。

※地域の実情や協議テーマに応じて圏域の協議の場と市町村の協議の場との合同開催も検討する。

図3 岩上洋一氏資料



4. 協議の場は形式的なものに陥らないこと。

保健・医療・福祉関係者による協議の場では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」のメニューである「精神障害者の住まいの確保支援」「ピアサポートの活用」「アウトリーチ支援」「(緊急)措置入院者の退院後の医療等の継続支援」「入院中の精神障害者の地域移行」「精神障害者の家族支援」「精神障害者の地域移行関係職員に対する研修」「包括ケアシステムの構築状況の評価」「普及啓発」等について協議し、医療関係者等による協議の場では、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」について協議する。その際、ネット公表されているデータ・資料等も積極的に活用し、PDCA(Plan、Do、Check、Act)を実践する必要がある、関係機関・団体の連携・協働による「各種資源の

把握及び評価」、「地域のデータ・資料に基づく課題の抽出」、「具体的事業計画（会議、従事者研修、事例検討、実態把握・調査、住民普及啓発等）」、「取り組み成果の共有」、「対外的アピール」などを図る。

＜ネット公表されている有用なデータ・資料＞

- ・ 精神保健福祉資料（<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>）
 - ・ 地域精神保健福祉資源分析データベース（<https://remhrad.ncnp.go.jp/>）
 - ・ 障害福祉サービス等情報検索（<http://www.wam.go.jp/sfkohyoout/>）
- ※その他、精神医療の評価に関するネット公表データ・資料は巻末参照

データ・資料の具体的な活用方法については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」（<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>）に掲載される資料を参考にするほか、必要に応じてそれぞれの地域において活用研修を開催する。

5. 協議の場は多岐にわたる精神保健福祉活動の一環として包括的支援体制につなげること。

協議の場は、精神保健福祉にかかる各種相談・訪問支援、組織育成、措置対応、自殺対策、認知症対策、発達障害者支援など様々な事業とリンクさせ、地域住民も巻き込む有機的な支援ネットワークによる包括的支援体制につなげる。また、それぞれの地域における精神保健医療福祉の優先課題を振り分けて具体的な事業・政策に活かすよう努める。このため、市町村や都道府県（保健所）など自治体内において、平素から部署横断的なコミュニケーションを図り、地域における課題についてある程度共有しておく必要がある。

※詳細はレベル3「包括的支援体制の推進」を参照。

Ⅲ. 関係機関の役割

協議の場の設置・運営にあたって、市町村、保健所、都道府県庁精神保健福祉担当課、精神保健福祉センターの主な役割は以下のごとくである。

市町村

- ・ 市町村の障害福祉担当課、介護保険事業計画、その他精神保健福祉にかかる行政計画（地域福祉計画、自殺対策推進計画など）の推進のため、精神保健

福祉担当課のリーダーシップによる庁内関係各課及び関係機関との連携体制の構築

- ・ 適切・円滑な障害福祉サービスの給付決定・支給、認知症対策・高齢障害者支援、生活困窮者支援、障害福祉サービス及び介護サービスの計画的な整備
- ・ 精神障害にかかる適切な相談支援体制の整備
- ・ 精神科医療機関、相談支援事業所、保健所等との連携による退院支援、地域移行後の地域定着支援、福祉サービス等の利用調整
- ・ 自立支援協議会と地域ケア会議との連動

保健所

- ・ 保健所のリーダーシップによる圏域内の精神科医療機関、関係団体、相談支援事業所、市町村等との連携体制の構築
- ・ 圏域における精神医療体制を含む包括ケアシステムの構築状況の地域診断・課題の抽出
- ・ 精神科病院実地指導等を通じた精神科病院における取り組みの把握、医療機関に対する協力要請・働きかけ
- ・ 広域的・技術的観点からの市町村への働きかけ、支援・協力
- ・ 精神科医療機関、相談支援事業所、市町村等と連携した退院支援プログラムの実施
- ・ 圏域での人材育成・研修、普及啓発
- ・ 都道府県庁精神保健福祉担当課や精神保健福祉センターとの双方向の連携体制の構築

都道府県庁精神保健福祉担当課

- ・ 都道府県庁部局横断的な都道府県医療計画（精神疾患）、障害福祉計画、介護保険事業支援計画等の進捗管理
- ・ 都道府県精神医療関係団体に対する協力要請・働きかけ
- ・ 精神科病院実地指導等を通じた精神科病院における取り組みの把握、医療機関に対する協力要請・働きかけ
- ・ 都道府県内外の先進事例等の収集
- ・ 保健所・市町村に対する都道府県保有データや情報・資料の提供、技術的な助言・協力

- ・ 都道府県レベルの専門人材育成・研修

精神保健福祉センター

- ・ 都道府県、保健所、市町村に対する技術的支援
- ・ 地域の実情により都道府県精神保健福祉担当課と協働した専門人材育成・研修、精神医療体制を含む包括ケアシステムの構築状況の地域診断・課題の抽出、精神医療関係団体に対する働きかけ・調整

IV. 協議の場の設置・運営に向けたステップ

1. 庁内検討

- ・ 精神保健福祉担当部署がイニシアチブをとって庁内関係部署と「協議の場の設置・運営」について打ち合わせ
- ・ 精神保健医療福祉にかかる市町村及び都道府県の障害（児）福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画等の目標値・主要施策を共有
- ・ 必要に応じて行政間（市町村、保健所、都道府県、精神保健福祉センター等）の打ち合わせ
- ・ 協議の場のコアメンバー（行政、精神科医療機関、基幹相談支援センター等）を検討



2. 関係機関・団体との事前打ち合わせ

- ・ 精神保健福祉担当部署がイニシアチブをとって精神科医療機関、基幹相談支援センター等のコアメンバーと「協議の場の設置・運営」について事前打ち合わせ
- ・ 必要に応じて「協議の場」にかかる勉強会を開催



3. 協議の場の設置・運営

- ・ 既存の事業・会議体の活用、弾力的な運営、事務負担の軽減
- ・ 地域のデータ・資料に基づくPDCAの実践
- ・ 協議の場の取り組みを紹介・発信

<協議の場を進めるためのポイント（案） “7つのA” >

アプローチ (Approach)

精神保健福祉担当部署が主体的にカギとなる関係機関と協議、重層的・部署横断的アプローチ

アレンジ (Arrange)

既存の精神保健福祉関連事業・会議体を活用

アドバイス (Advice)

アドバイザーによる助言（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業）

先進的な取り組み事例を収集

アシスト (Assist)

都道府県（保健所）、精神保健福祉センターが市町村の協議の場の運営を支援

アナリシス (Analysis) & アセスメント (Assessment)

公表情報の積極的活用により地域データ・資料を分析

現状と取り組み結果を客観的評価（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）

アピール (Appeal)

対外的に協議の場の取り組みを紹介・発信

V. 参考事例

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル参照

<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>

○市町村

島根県出雲市 ⇒生活保護部局と連携する体制

静岡県浜松市 ⇒自立支援協議会地域移行・定着専門部会

愛知県名古屋市 ⇒ブロックネットワークと市域全体ネットワーク

東京都江戸川区 ⇒障害者生活支援連絡会

○圏域

静岡県志太榛原圏域 ⇒圏域自立支援推進会議地域移行定着支援専門部会

富山県新川圏域 ⇒精神医療保健福祉関係者連絡会議（圏域連携会議）

鳥取県西部圏域 ⇒精神障がい者地域移行連絡会（実務者会議）・推進会議（代表者会議）

石川県石川中央圏域 ⇒精神障害者地域生活支援事業連絡会

栃木県県北圏域 ⇒市住宅課や宅建協会と連携した住まいの確保支援の協議の場

栃木県両毛圏域 ⇒関係機関の管理者レベルの協議の場

○都道府県

埼玉県 ⇒自立支援協議会精神障害者支援体制整備部会

香川県 ⇒精神障害者地域移行・地域定着支援事業圏域協議会

<参考 精神医療の評価に関するネット公表情報>

○都道府県医療計画ホームページ

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html

⇒精神医療圏、精神15疾患等の「地域精神科医療提供機能」「地域連携拠点機能」「都道府県連携拠点機能」の医療機関リスト

○医療機能情報

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html

⇒各医療機関の精神病床の許可病床数、前年度1日平均患者数（入院、外来）、平均在院日数、対応精神疾患、治療内容、職種別従事者数など

○医療介護情報局

<https://caremap.jp/>

⇒地方厚生局ホームページで公表されている届出受理医療機関情報を検索できる

<基本診療料>（略記）

精神病棟入院基本料（精神入院）、精神科応急入院施設管理加算（精応）、精神病棟入院時医学管理加算（精入学）、精神科地域移行実施加算（精移行）、精神科身体合併症管理加算（精合併加算）、精神科リエゾンチーム加算（精リエ）、重度アルコール依存症入院医療管理加算（重アル）、摂食障害入院医療管理加算（摂食障害）、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（精救急紹介）、精神科救急搬送患者地域連携受入加算（精救急受入）、入退院支援加算（入退支）、認知症ケア加算（認ケア）、精神疾患診療体制加算（精疾診）、精神科急性期医師配置加算（精急医配）

<特掲診療料>（略記）

精神科救急入院料1・2（精救1・2）、精神科急性期治療病棟入院料1・2（精急1・2）、精神科救急・合併症入院料（精合併）、児童・思春期精神科入院医療管理料（児春入）、精神療養病棟入院料（精療）、認知症治療病棟入院料1・2（認治1・2）、地域移行機能強化病棟入院料（移機強）、長期継続頭蓋内脳波検査（長）、長期脳波ビデオ同時記録検査1（脳ビ）、脳波検査判断量1（脳判）、遠隔脳波診断（遠脳）、光トポグラフィ（光ト）、中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（中磁誘）、脳磁図（脳磁診）、認知症患者リハビリテーション料（認

リハ)、児童思春期精神科専門管理加算(児春専)、救急患者精神科継続支援料(急精支)、認知療法・認知行動療法1・2(認1・2)、依存症集団療法(依集)、精神科ショート・ケア大規模・小規模(シヨ大・小)、精神科デイ・ケア大規模・小規模(デ大・小)、精神科ナイト・ケア(ナ)、精神科デイ・ナイト・ケア(デナ)、抗精神病特定薬剤治療指導管理料:治療抵抗性統合失調症治療指導管理料(抗治療)、重度認知症患者デイ・ケア料(認デ)、医療保護入院等診療料(医療保護)、精神科在宅患者支援管理料(精在宅援)

※下線部は地域移行やアウトリーチに関連

○経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト

[http://www5.cao.go.jp/keizai-](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html)

[shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html)

⇒各種精神医療にかかる年齢調整標準化レセプト出現比(SCR: Standardized Claim Ratio)が公表;都道府県、二次医療圏、市町村単位(医療機関所在地ベース)

※地域移行関連では、「I011 精神科退院指導料、精神科地域移行支援加算」、「A230-2 精神科地域移行実施加算」、「A318 地域移行機能強化病棟入院料」、「I012 精神科訪問看護・指導料」、「I011-2 精神科退院前訪問指導料」など

○NDB オープンデータ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>

⇒各種精神医療にかかるレセプト件数が公表;都道府県単位(医療機関所在地ベース)

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

レベル1 地域移行支援ガイド （暫定版）

平成31年3月

- I. 基本的事項
- II. 都道府県及び政令市の役割
- III. 精神保健福祉センターの役割
- IV. 保健所の役割（市型保健所を含む）
- V. 市町村の役割
- VI. 先進事例の紹介

I. 基本的事項

1. 背景と経過

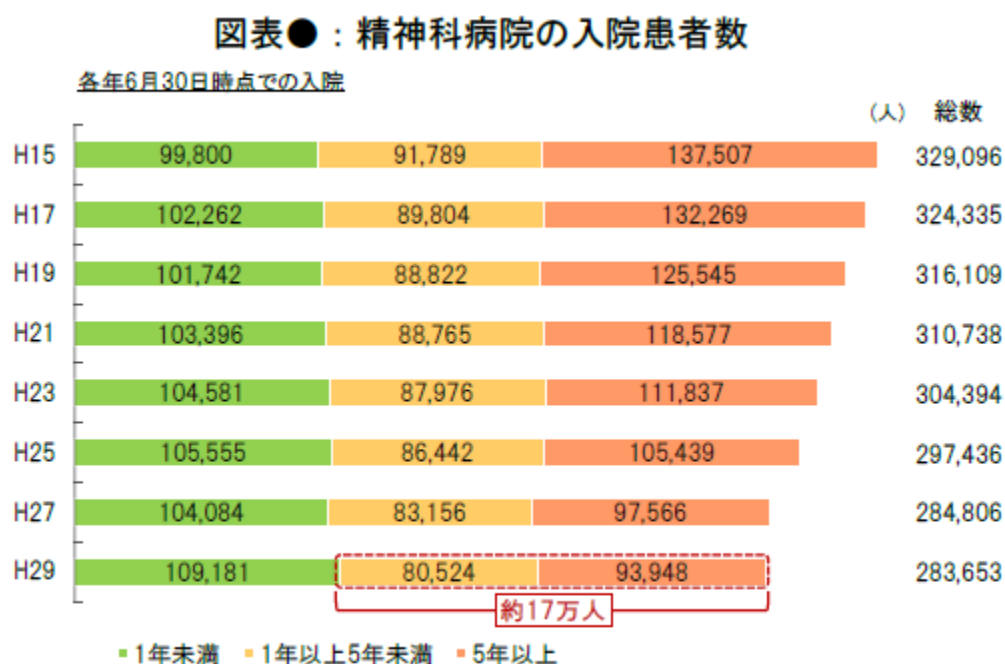
① 日本における長期入院患者の状況

精神科病院への1年以上入院患者は、平成29年で約17万人と平成27年と比較すると6千人程度減少しているが、依然として長期入院患者は多い状況である。（図1）

一方、入院患者の疾病別でみると統合失調症圏域の患者は減少傾向である。（図2）また、入院患者の年齢区分では、65歳以上が60%を超えており、高齢化が進んでいる。（図3）

その結果、退院先の検討では1年以上入院患者の約30%は死亡退院に、約4割は他院（主に一般科と思われる）への転院でありとなっており、家庭に退院するのは少数である。（図4）

図1



出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ

図 2

図表●：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

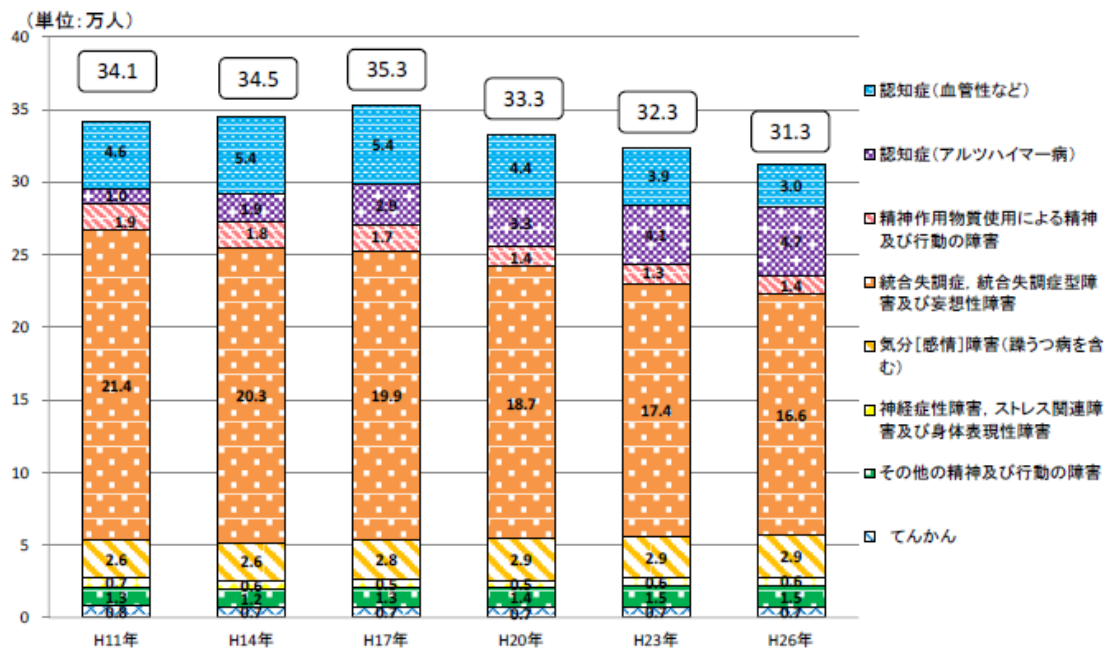


図 3

図表●：精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

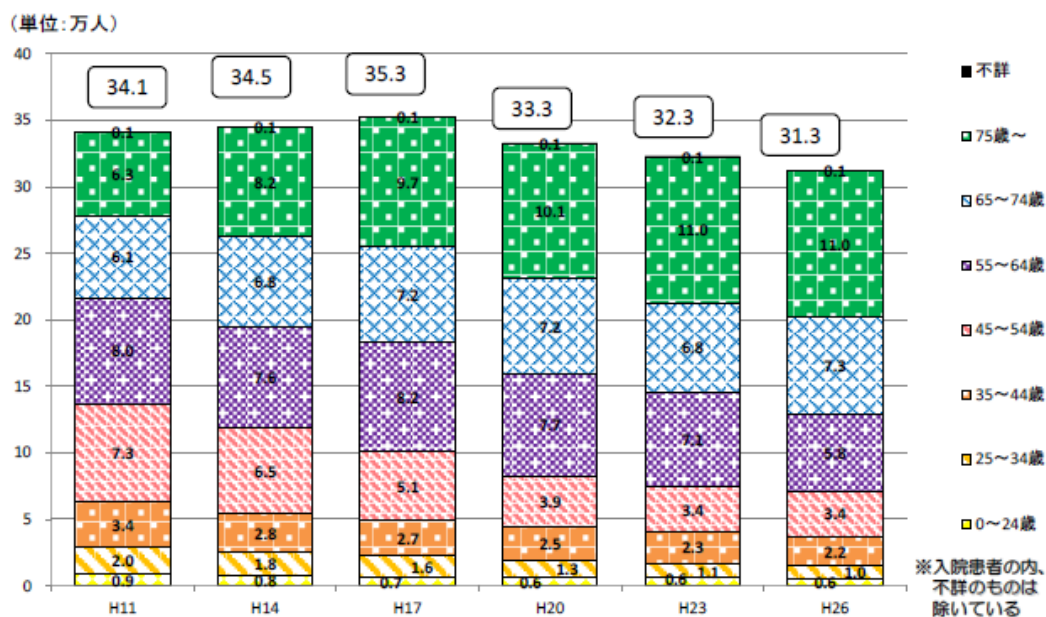
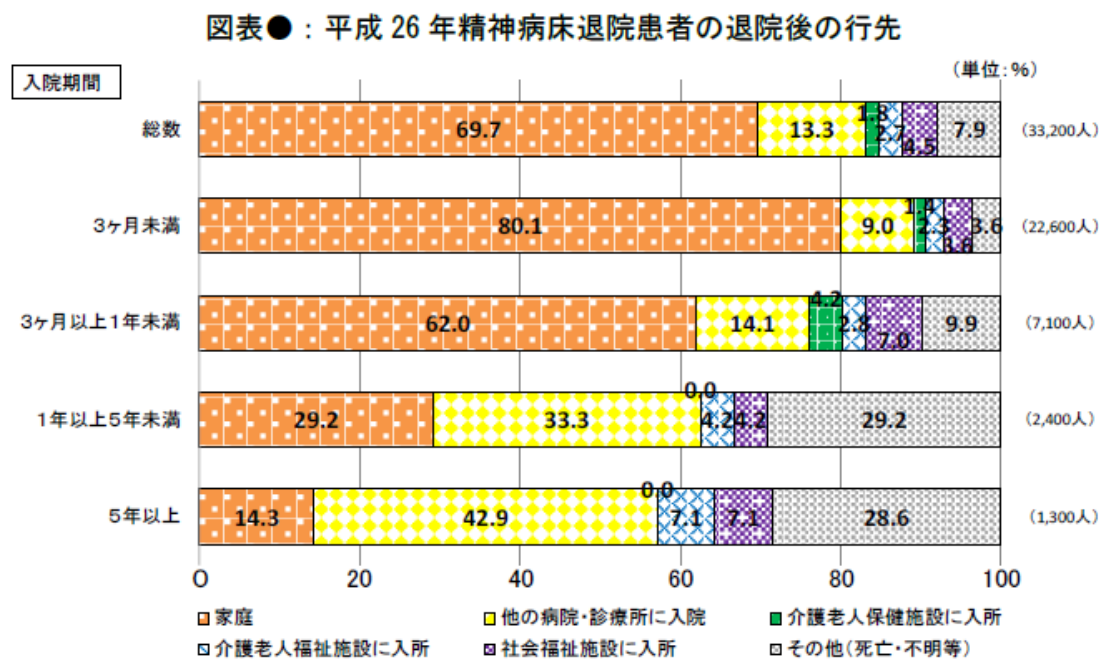


図 4



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

② 地域移行の全国的な実績

地域移行の利用実績は、全国で 500 足らずの状況である。(図 5) また、精神障害者の多くの福祉サービスは、急速に伸びているにも関わらず、地域移行サービスの利用は、ほとんど伸びていない。(図 6)

図 5

地域移行支援・地域定着支援の利用者数の推移（精神障害者）

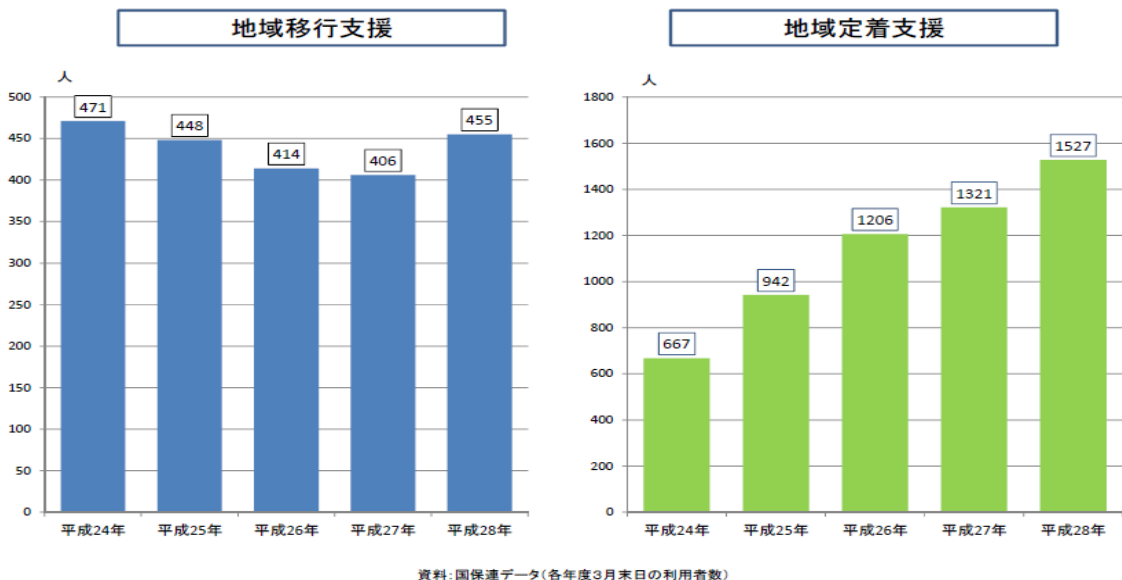
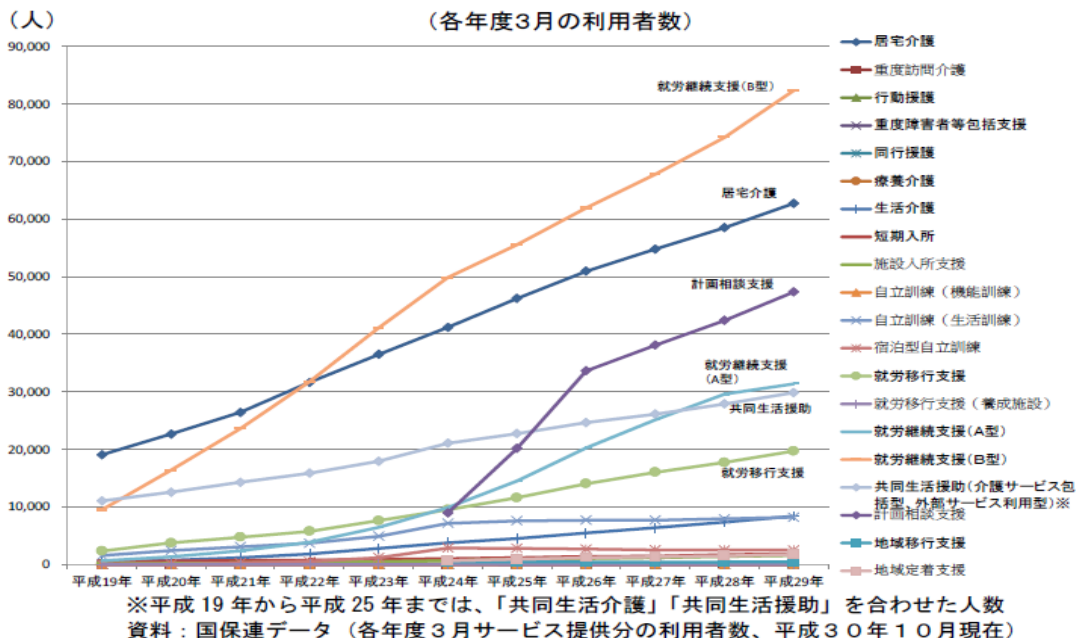


図 6

図表●：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）



2. 制度の理解と課題

① 入院患者の申請制度

地域移行サービスを申請するのは、長期入院患者本人であり、入院患者に対する情報の伝達や理解促進は、病院の責任であるが、行政の支援も必要である。

② 入院患者の退院意欲喚起の必要性とピアサポーターの有効性

長期入院患者の多くは、退院への意欲を長い入院生活の間に押し殺していたり、諦めている場合が多く、外部からの働きかけによって、その意欲は再度芽生えてくる。退院意欲を喚起するには、同じ経験を持つピアサポーターによる働きかけが有効である。

③ 相談支援事業所による個別支援

地域移行相談を実施する相談支援事業所は、現状では計画相談によって業務多忙の状況が想定されるため、個別支援の協力者としてのピアサポーターの雇用と活用は必須である。

3. 対象者の考え方と把握法

精神科病床に入院していて、長期入院になる可能性がある患者であれば、すべての患者が利用可能な制度である。具体的には、すでに1年以上になっている患者は入院形態に関わりなく対象であり、3ヶ月以内の短期入院患者以外の多くは、その対象となりえる。直近の入院期間が1年未満であっても、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方や、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方も対象となる。従って、全国の病院が、環境を整えば退院できると判断している長期入院患者の40%に当たる7万人程度の1年以上入院患者はすべて対象である。特に、退院意欲がなく、家族が退院に協力的でなく、住居がないというような患者は、地域移行の最も適した対象者である。

4. 病院への協力依頼

病院の管理者（病院長、理事長等）に協力依頼をする。病院に入院中の長期入院患者の中で、病院の努力だけではなかなか退院できない患者を退院できるように、保健所と相談支援事業所が取り組むので、協力して欲しいと依頼する。現在入院中の患者の内、病院の努力ではすぐには退院できないが病状は安定している患者のリストの協力を依頼する。当面1年以上入院患者の4割程度が対象と思われる。

※平成26年4月施行の改正精神保健福祉法で、「退院後生活環境相談員の設置」、「地域援助事業者の紹介」、「医療保護入院者退院支援委員会の整備」は病院管理者の責務となっている。

5. 相談支援事業所への働きかけ

地域相談事業者として許可を得ている事業者の中で、病院との調整を保健所が行うこととピアサポーターの養成は事業所と協力して保健所が行うことを条件に、地域移行・地域定着支援を実際に行う事業所を最低1カ所選択し、具体的調整を行う。相談支援事業者が引き受けるのに慎重な場合は、ピアサポーターを雇用・活用することによって、専門職の業務負担の軽減をした上での地域相談を提案する。

II. 都道府県及び政令市の役割

1. 協議の場の設定と自治体としての目標設定

県レベルでも全体の進行管理のために、協議の場の設定が必要である。その協議の前提として、30年度の障害福祉計画で自治体毎に作成された地域移行目標を達成することの合意をする。

2. 国事業を活用したシステム作りと保健所への支援体制づくり

県内に国事業を活用したモデル地域を設定し、地域での保健所の役割の明確化と県担当部門の支援をすることで、地域移行の成功圏域作りに取り組む。

3. 政令市

保健所で精神保健業務が行われていない自治体も多いことは大きな課題である。この点をどのようにするかについては今後の実態把握を行う必要がある。一つの方向性としては、精神保健福祉センターや市役所の担当部局が、体制作りだけでなく、病院や相談支援事業所への働きかけや個別事例支援の検討まで、直接関わることなどがある。

III. 精神保健福祉センターの役割

1. 病院のデータ分析と長期入院患者の状況分析

都道府県の地域移行支援担当課や保健所と協力して、自治体内の630調査デ

ータを活用し、圏域毎の地域移行対象者数などのデータを保健所が把握できるようにすることが望ましい。

2. 地域移行の技術的支援

研修などを通じて、地域移行支援体制作りについての保健所のスキルアップを図る。具体的には、特にピアサポーター養成については、テキストの提供や養成講座講師として協力したり、圏域を越えたピアサポーター同士の交流やフォローアップ研修などが含まれる。

IV. 保健所の役割（市型保健所を含む）

全国保健所長会の「精神障害者にも対応した地域包括ケア事業における保健所マニュアル」が参考となる。

1. 病院を含む地域精神保健福祉分析

県域内の病院毎や市町村別の長期入院患者数を 630 調査データや ReMHRAD(地域精神保健福祉資源分析データベース)等から把握し、地域移行支援が必要と思われる患者数を明確にする。

2. 協議の場の設定と問題解決型の会議運営

管理者が参加する協議会（1 から 2 回／年）と地域移行の個別事例検討を行う実務者会議（1 回／月）を開催する。協議会では、年間の地域移行目標数を定める。また、地域移行における各関係機関の役割を明確にする。実務者会議では、地域移行の推進のために解決が求められる課題（意欲喚起、住居、家族の理解等）の具体的な解決策に対する共通認識を持つとともに、個別事例の支援の進行管理を行う。

3. ピアサポーターの養成や育成

相談支援事業所と協力して、地域移行支援の担い手であるピアサポーターの養成を行う。養成に当たっては、地域の関係機関の協力を得て公募することを原則にする。養成講座終了者の中から就労意欲のある適切な人材を相談支援事業所が非常勤雇用する様に働きかける。

4. 市町村や自立支援協議会への働きかけ

協議の場には、市町村の障害福祉担当部局の参加を求め、地域移行の給付決定がスムーズに進むように働きかける。住居や活動の場や就労支援についての基盤整備を自立支援協議会に提案するように市町村に求める。

V. 市町村の役割

1. 地域移行定着支援を行う相談支援事業所の確保

地域移行は、障害者総合支援法に基づく福祉サービスで、給付の決定等は市町村権限になっている。本サービスの給付への経験が少ない一部の市町村では、支給決定までの期間がかかりすぎるといった事例もあるようであるが、入院患者であることが明らかであれば、支援決定が早急に行われることが、患者の退院意欲継続のためにも必要である。

2. 住まい、活動の場、生活支援の確保

退院後の生活支援のサービス提供は、市町村の責務である。長期入院患者の数などを勘案して、市町村は住まい（主にグループホームや公営住宅やアパート等）や活動の場（地域活動支援センターや就労継続支援等）、そしてホームヘルプサービス等の生活支援を準備することが必要である。

VI. 先進事例の紹介

1. 兵庫県但馬圏域

1) 経過

2014年の精神保健福祉法の改正をきっかけに、県型保健所からの働きかけによって、圏域内病院（公立総合病院1、民間単科精神科病院2）と相談支援事業所（2カ所）との合意によって、保健所が事務局を担いながら、病院、相談支援事業所、市町の参加する年2回の管理者の参加する協議会と毎月の実務者会議（病院からは、看護とPSWの参加）を実施し、地域移行を積極的に行っている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業のモデルとなった圏域である。

2) 実績

圏域人口は約16.5万人で、630調査では2014年の全入院患者は、529人

で、内1年以上入院患者377人であったが、2018年には423人と291人となり、全入院患者が106人、1年以上入院患者で86人減少している。年間地域移行申請数は、20から30件である。

3) 方法

病院からは、地域移行の候補者の名簿を毎月更新提出してもらい、意欲喚起の働きかけとして、病院内での集団での制度の説明会や、個別面接を行って、地域移行支援制度の周知を積極的に行っている。平均在院日数が70日前後の総合病院の精神科病棟においても、入退院を繰り返す事例や、初めての入院事例や家族支援力が低下している事例、さらには措置入院を経ての退院事例では、積極的な地域移行支援の利用を働きかけている。

ピアサポーターの養成講座は、保健所と相談支援事業所の共同実施で、医療機関等の関係機関でのポスター掲示だけではなく、マスコミ等を活用しての情報提供をしての公募形式である。現在2事業所で、12名のピアサポーターが最低賃金以上の時間給での非常勤雇用契約を交わして働いている。

4) 課題

地域移行を活用して精神障害者が多く退院したために、空床が増えたことで、1病院が認知症の入院を積極的に受け入れるようになって、認知症と精神障害者との混合病棟となって、骨折等の事後の増加や、それによる身体科病院への転院が多発している。地域移行に合わせた病床機能転換や減床計画を進めることができなかった。

2. 鹿児島県（始良圏域、鹿児島圏域）

1) 経過

2017年から「精神障害にも対応した地域包括ケア構築支援事業」を実施している。2017年は始良圏域を2018年には中核市である鹿児島市を含む鹿児島圏域をモデル圏域としている。2019年度に全県での実施を目指している。

2) 実績

始良圏域では、県立始良病院を含む2病院と2相談支援事業所で、ピアサポーターを活用した地域移行支援に取り組んだ。鹿児島圏域は、圏域全病院に地域移行支援への協力依頼の研修を行ったところ、20病院中10病院から説明会への院長の参加があり、その10病院から協力申し出があった。2019年2月までに、8病院での意欲喚起が開始されており、10病院から併せて約100名は地

域移行対象者名簿が提出されている。相談支援事業所は2事業所が取り組んでおり、5名のピアサポーターを雇用している。

3) 手法

国事業を活用して、県庁が2年間にわたって国アドバイザーの支援を受けながら、モデル地域での事業運営に保健所をサポートしている。圏域の病院への働きかけは、県庁から県精神科病院協会に働きかけて、高い出席率や院長の出席を得ている。ピアサポーターの養成は、モデル地域ではPSW協会への委託によって、効率的な養成ができています。具体的には、2018年の養成講座には50名以上の参加があり、そのうち20名が就職希望面接を受けています。

4) 課題

始良管内では、2病院の協力で事業スタートしたが、県域内の他の6病院からもピアによる講演依頼や地域移行支援希望が出ており、2相談支援事業所で対応しきれない。鹿児島圏域でも同じく、予想以上の病院からの協力が得られたことで、相談支援事業所の対応ができ切れていないことから、2019年度には対応相談支援事業所とピアを増やす必要がある。また、2019年からの全県実施に向けての体制作りが必要であり、その場合に離島での地域移行支援体制についても、体制整備が必要となる。

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

A-1 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

レベル1 アウトリーチ支援事業マネジメントガイド （暫定版）

平成31年3月

I. アウトリーチ支援とは

1. はじめに
2. アウトリーチ支援の理念・目的
3. アウトリーチ支援の対象者
4. アウトリーチ支援の実施体制・支援プロセスの概要

II. アウトリーチ支援と自治体の役割

1. 地域包括ケアシステムにおける位置づけ
2. 自治体に取り組む必要性・根拠

III. 本事業実施に際しての自治体の実施機関でのマネジメント

1. マネジメントの流れ
2. マネジメントの要点
3. 事業の振り返り・評価

IV. 先行事例からみた実施機関ごとの事業の特徴と留意点

1. 精神保健福祉センターによるもの
2. 都道府県による圏域を定めた実施
3. 特別区や保健所設置市（政令指定都市を除く）によるもの
4. 自ら保健所を持たない市町村によるもの

V. おわりに

文献

付録

I. アウトリーチ支援とは

1. はじめに

地域生活をする精神障害者の中には、未治療・治療中断等で地域生活に困難を抱えながら、通常を受診や支援の勧めには応じない人もある。これらの人々においては、時に、ひきこもり状態となったり、大声をあげるなどして近隣住民にとっては“迷惑”ととられる行動がみられたりすることもある。また、これらの人々と暮らす家族も地域社会から孤立しがちであり、困難を抱えながら社会資源の情報も行き届きにくく結果的に支援が遅れる場合が珍しくない。

アウトリーチ支援とは、例えば上記のような状態にあり、直ちに入院が必要なほどではないが病状の悪化がみられ、地域生活に困難をきたしていながら自ら支援を求めようとしない（できない）精神障害またはその疑いある人（以下、「精神障害者等」とする）およびその家族に対し、支援の手を差し伸べ地域生活安定化をはかる、多職種チームによる訪問支援である。本ガイドでのアウトリーチ支援は、未治療・治療中断等で地域生活が困難となった事例を主な対象として生活支援とともに治療への導入も行い、精神科医がチームに参加するかその助言を得られるものとする、「保健中心型アウトリーチ」（日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）答申）を指すものとする。

2. アウトリーチ支援の理念・目的

未治療・治療中断等で自ら支援をもとめない人なども含め、精神障害者等が地域でその人らしい安定した生活を送ることができ、回復できることが主要な理念となる。

この理念に基づく事業の目的としては、第一に、未治療・治療中断等で地域生活に困難を抱える地域住民に対し、保健所や区市町村などさまざまな機関と連携して、多職種チームが質の高い訪問支援を行うことにより地域生活の安定化をはかることである。これにより、契約型サービスでは支援に結び付きにくい人にも、こぼれ落ちることないように手を差し伸べることができる。

第二に、地域生活における上記のような困難の発生を予防し、困難や問題が生じた場合にできるだけ速やかに手を差し伸べられる関係機関の連携体制づくりである。このため、本当に必要な場合を除いて、精神科病院へ安易に入院させることを問題の解決策とはしないことを基本とする。強制的な入院によってその場は一旦問題が解決したように見えても、医療不信が悪化し、退院後に治

療中断となることが少なからず経験される。つまり短期的な解決努力が長期的には逆に問題をこじらせることになってしまう。それゆえ、問題解決を入院に安易に求めるのではなく、地域支援のソフトな導入の方法をまず模索することが望ましい。

アウトリーチ支援においては、地域生活の安定化が訪問の主たる目的となり、そこでのアセスメントに応じて本人にとってどのような医療が必要かを考えた支援を行う。

3. アウトリーチ支援の対象者

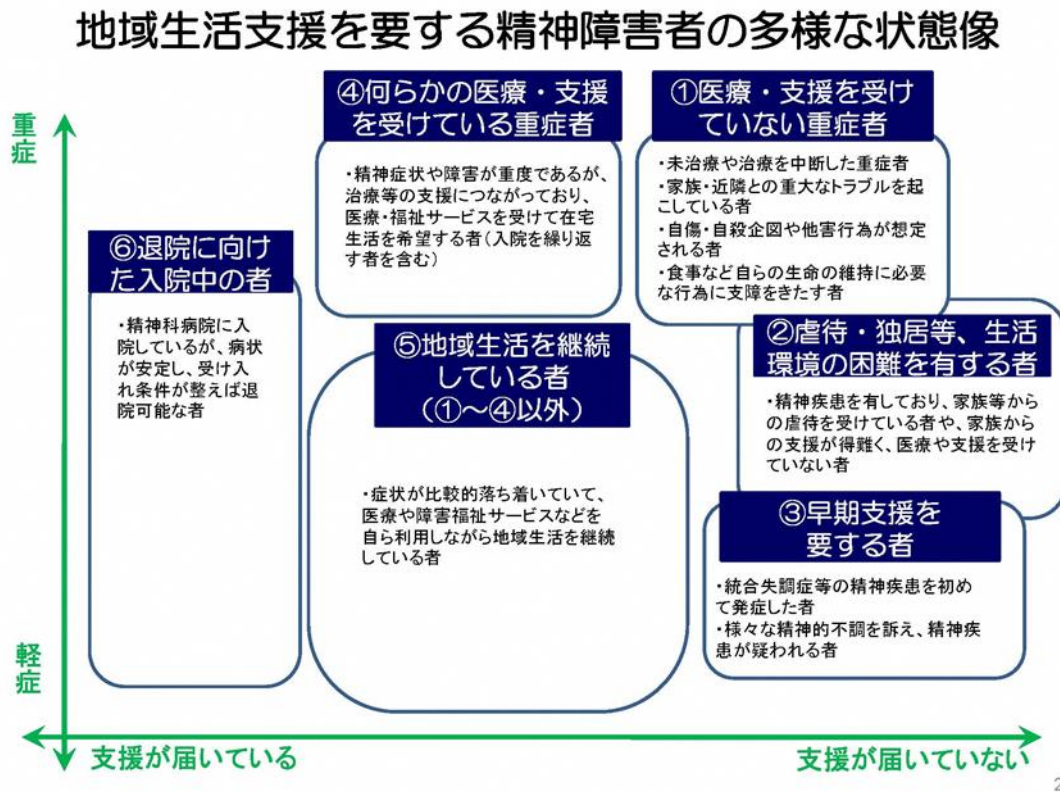
地域で暮らす精神障害者等で、地域生活に困難をきたすおそれのある状態にありながら、自ら支援を求めないなどにより、医療・障害福祉・介護等の契約サービスのみでは対応困難な人およびその家族は広く対象となる。

具体的には、次のような人が考えられる。

- ・ 数か月以上治療中断している人
- ・ 頻回に精神科への入退院を繰り返している人
- ・ 長期入院から退院したばかりの人
- ・ 未治療で精神障害の存在が疑われるが支援の勧めに応じない人
- ・ ひきこもり状態にある人、
- ・ その他、アウトリーチ支援に係る事業（以下、本事業）の実施主体の自治体が対象と認める人。

図1は、地域生活支援を要する様々な状態の精神障害者を、重症度と支援が届いているかで2軸で表現したイメージ図（厚生労働省：第3回新たな地域精神保健医療体制検討チーム資料 2010）であるが、①、②、③の各一部がアウトリーチ支援の対象と考えられる。

図1 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



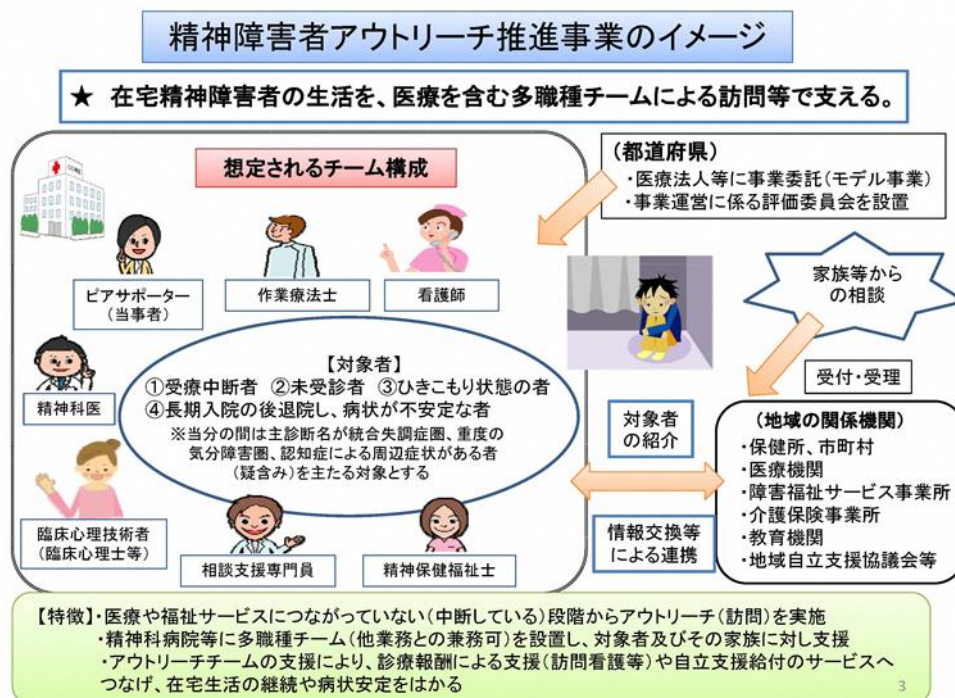
厚生労働省：新たな地域精神保健医療のあり方検討チーム第3回資料(2010)より

4. アウトリーチ支援の実施体制・支援プロセスの概要

(1) 実施体制

後述のようにアウトリーチ支援には、実施主体となる自治体の特徴や実施機関の機能、精神保健福祉関係資源の状況等の地域の実情によりさまざまな形があるが、概ね次のような実施体制が必要である。図1は、国が2011年度から3年間とりくみ全国37箇所を実施された、「アウトリーチ推進事業」の資料におけるものである。

図2 精神障害者アウトリーチ推進事業



厚生労働省：アウトリーチ推進事業の手引き（2011）より

ア．多職種訪問を行うチーム

保健師、精神保健福祉士、精神科医療の経験を積んだ看護師、作業療法士、公認心理師などのうち複数の職種の者からなる。精神科医もこのチームに参加することが望ましい。少なくともチームによる支援に関して定期的に専門的助言を得られるなど、精神科医と連携できる体制が必要である。チームは行政機関職員や委託先医療機関などの固定メンバーによるもののほか、日常的に連携している地域の複数の医療機関や訪問看護ステーション、相談支援事業者などから、保健所等がケースに応じて編成することも考えられる。

イ．保健所等窓口や実施に関与する行政機関

地域における対象ケースの情報を把握しチームに紹介する窓口となる行政機関が必要である。通常はその自治体を担当とする保健所が担うことが望ましい。広域的な調整や専門的な技術援助、特に複雑困難な事例への対応などは精神保健福祉センターが関与するのが望ましい。自治体担当部署は本事業の円滑な実

施のため、予算関連など実施主体の実務を担い、進捗管理を行うほか、実績のとりまとめ、事業評価や関係機関連携のための会議の開催、関係団体や庁内他部署との調整などを行うことが適切である。

ウ．その他関係機関との連携

相談支援事業所や地域包括支援センター、市町村保健センター、福祉事務所、児童相談所、医療機関、警察署などの関係機関は、家族や近隣住民から相談を受けるなどにより本事業による支援が望ましいと思われる事例情報を把握した場合、プライバシー保護に留意しながら、下記(2)の窓口機関に紹介する。本事業での支援を経て、チームから必要に応じてこれらの機関に紹介されることもある。自治体に、窓口機関やチーム代表者ともに、主要な関係機関・医療団体の参加する連携会議があり、本事業についても協議できるならば、このような連携はより円滑になされるであろう。

(2) 支援のプロセスの概要

次のようなプロセスで対象者に支援が提供される。

ア．対象者の把握

対象者本人から窓口機関（保健所等）に本事業の利用を希望する相談が来ることは稀であり、多くは日常生活・社会生活ないし健康上の問題から家族、近隣住民、関係機関が対象者を把握する。警察署や消防署が関与する場合も珍しくない。ここで解決を求められている問題としては、近隣迷惑、徘徊、虐待や家庭内暴力、ひきこもり、受療拒否などさまざまである。

イ．保健所等での受付

あらかじめ設定した本事業の窓口機関（保健所等）が、家族や関係機関など対象ケースを把握した方から受け付ける。本事業に紹介する前に区市町村や保健所等で家族の相談に応じたり、訪問して本人の状態を把握したりなどして情報を収集し、本事業利用の必要性を含めてある程度のアセスメントを行うことが望ましい。

ウ．受入評価会議・支援計画

本事業に関する受入評価会議を、窓口機関（保健所等）とチームメンバーが

参加して開催し、当初の支援計画を検討し決定する。計画の中では、支援の目標、訪問の目的、訪問の方法や担当者、対象者や家族、関係機関の役割なども記載する。支援期間は6カ月間を一区切りとし、保健所等の関係者の会議における検討に基づいて延長できる。保健所等の参加する評価会議は定期的で開催されることが望ましい。

受入評価会議にはチームと密接な関係のある精神科医師が参加することが望ましい。また、受入評価会議には対象者・家族への支援の必要に応じて、他の関係機関からも参加しうるが、個人情報やプライバシーの保護については十分注意する。対象となる精神障害者等や家族も支援計画の検討や決定に参加することが望ましい。

エ．支援開始

個別支援計画に基づき多職種チームによる訪問支援を実施する。初回の訪問は原則として保健所等窓口機関職員が同行するものとする。対象ケースや家族との関係づくりを重視し、訪問支援への同意が得られるように丁寧な説明や支援を行う。チームは定期的にミーティングを実施し、情報の共有化をはかる。ミーティングにおいては、必要に応じて精神科医師や保健所、精神保健福祉センターから助言が得られることが望ましい。

オ．支援の中間的評価

訪問支援を実施し、約3ヵ月を目途に、保健所等も参加してチームは支援の中間的評価のための個別事例検討を行うことが望ましい。新たに得られた情報、病状や生活面での変化、対象ケースや家族のニーズや思いなどにも考慮し、必要に応じて支援計画の修正を行うこともありうる。

カ．支援の終了に向けた評価

支援終了の目安として、訪問支援を通じて、対象ケース本人が必要な医療や障害福祉サービス等に結び付き、本人や家族の抱えていた問題がある程度解決して本事業による支援がなくても、通常の保健医療・介護・障害者福祉等による支援で地域生活が安定する見通しが明確になった場合が考えられる。

訪問支援開始後約6ヵ月後に保健所等も参加して評価会議を行い、支援計画の達成状況を含め、支援期間を延長すべきかどうかを決める。なお、支援終了

の判断を行う際には、終了後の支援を担う医療や障害福祉サービス等の関係機関と丁寧な引継ぎを行う必要がある。

キ．支援終了後の状況把握

支援終了後も保健所等との定期的な評価会議の機会などを活かし、ケースの状況を把握し、必要に応じて支援再開をすべきか検討を行う。

ク．実施主体自治体への報告

新規に支援を開始した時点、支援開始後6か月時点、支援終了時には、チームは実施主体の自治体担当部署に対象者およびその状況、支援結果等について報告するものとする。

II．アウトリーチ支援と自治体の役割

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」におけるアウトリーチ支援の機能

アウトリーチ支援の第一の機能は、個別の事例に対する地域関係機関の連携した支援に結び付け、より質が高く安定した地域生活を実現してゆくことである。医療や障害福祉サービス等にうまく結びつかずさまざまなニーズが満たされていない事例に対して、保健所や相談支援事業所等からの紹介を通じて、多職種チームによる訪問を実施し、病状や生活ニーズのアセスメントを行い、当事者の希望を極力尊重しながら、必要に応じて地域の医療・福祉サービスによる支援に結び付けてゆく。

第二の機能として、上記のような個別事例の支援を通じて、地域における保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ることが挙げられる。第三に、入院医療中心ではなく地域生活支援中心の支援体制を促進する機能である。従来、アウトリーチ支援の対象者はしばしば地域精神保健活動での困難事例とされ、非自発的な介入と非自発的な入院により対応がなされることが珍しくなかった。その結果ますます対象者は地域から排除されがちになるだけでなく、退院後も医療や行政機関に対して拒否的になりがちで治療中断を生じやすくなったり、不必要な長期入院につながったりしがちであった。このような悪循環を生まない、地域生活支援中心の体制を作るうえでアウトリーチ支援は欠かせない。

2. 自治体が取り組む必要性・根拠

（1）自治体が取り組む必要性

アウトリーチ支援事業を行政機関が行う意義や必要性として次のような点がある。まず、医療などの必要な支援を下記のような要因から求めようとしない精神障害者が地域に存在することである。I. で述べたような、自ら支援を求めようとしない事例は、多くの場合、通常の医療や障害福祉サービスなどの契約に基づくサービスでは対応が困難である。このため、そのような事例への訪問支援については、民間事業者だけでは人員体制の確保が難しいほか、本人が支援を拒否した場合に法的根拠のある関与ができず、行政機関が実施する必要性がある。

また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のうえでは、1. で述べた機能により、自ら支援を適切に求められない精神障害者およびその家族に手を差し伸べ、必要なサービスに結び付けられる体制の整備が行政機関の役割となる。

（2）行政機関が取り組む根拠

アウトリーチ支援に行政機関が取り組む根拠として、次の点が挙げられる。

ア. 精神保健福祉法

第41条に基づく厚生労働大臣による「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」のなかでは、保健所の役割として「精神障害者が適切な医療を継続的に受けることができるよう、精神障害者及びその家族に対する相談支援、精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整」が挙げられ、精神保健福祉センターについては「保健所と協力した訪問支援等を行う」とされている。また、「居宅等における医療サービスの在り方」において病院及び診療所における「アウトリーチ（医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる訪問支援をいう）を行うことのできる体制を整備」が書かれている。同じく第47条に保健所設置自治体には必要に応じて医師によるものや医療機関紹介を含めて精神保健相談を行う義務があり、区市町村には精神保健相談を行う努力の義務のほか精神障害者福祉に関する相談の義務があることが挙げられる。

イ．障害者総合支援法関連

地域生活支援事業における精神障害者地域生活支援広域調整等事業（以下、広域調整等事業）の中に①「アウトリーチ事業」と②「アウトリーチ事業評価検討委員会」が含まれている。広域調整等事業は都道府県・政令指定都市の必須事業とされている。2018年度から精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（以下、構築推進事業）は地域生活促進事業の一つに位置づけられ、その中に③「アウトリーチ支援に係る事業」が追加された。いずれも現在の実施主体は、保健所設置自治体である。広域調整等事業および構築推進事業の実施要綱のうち、①～③に関する部分は本章の付録にあるので参照してほしい。

Ⅲ．本事業実施に際しての自治体の実施機関でのマネジメント

1. マネジメントの流れ

（1）担当部署が事業の必要性や自治体が取り組む意義を理解

ア．本事業の理念の理解

事業の企画及び実施計画の立案に際しては、本事業の理念や施策動向等の経緯、地域のニーズや資源の現状および課題を十分理解したうえで行う。さらに、対象者について、疾病に関する部分だけでなく地域生活者としての強みや支援課題の理解に努める。そのため、担当部署職員は、保健所の保健師の訪問に同行するなどして、具体的な対象者イメージを持つように努める。

イ．地域の現状の理解

まず、本事業に関連した地域のニーズを把握し分析する。次のような事項は、本事業のニーズに関連することが考えられる。

- ・ 精神保健福祉相談の動向（特に家族等からの対象者の受診に関する相談、近隣苦情など）
- ・ 保健所保健師の訪問指導
- ・ 精神保健福祉法 23 条に基づく警察官通報を含む精神科救急医療の利用者の推移
- ・ 精神障害者に関連した事件の発生
- ・ ひきこもり問題
- ・ いわゆる「8050 問題」の事例

- ・ 児童や高齢者、障害者の虐待（セルフネグレクトを含む）
- ・ 荒廃住宅（いわゆるゴミ屋敷状態）の問題

さらに、本事業に関連した地域の資源を把握し分析することである。精神科病院、精神科診療所、精神障害者への訪問看護を行う訪問看護ステーション、住民への健康相談に応じる薬局、基幹相談支援センター、地域生活支援拠点、相談支援事業所、居宅介護や自立生活援助などの障害福祉サービスなどが挙げられる。訪問型支援を行っている医療機関、相談支援事業所、ピアサポートを提供できる機関は特に重視する。

（２）自治体の関係部署とともに事業の進め方を検討

まず、当該自治体の関係部署の、本事業推進における役割を明確化する。対象事例の支援や問題解決には地域保健、障害者福祉、高齢者介護、生活福祉、児童福祉、公営住宅等の部署が関与することが珍しくなく、事業の円滑な実施にはこれらとの連携や協力が必要である。これらを促進するために、必要に応じて自治体内に協議や調整の場を設定することも望ましい。

（３）外部の関係機関に事業目的や概要を説明・参画を促す。

訪問支援を行うチームを民間事業者への委託で行う場合、仕様書に基づき事業の理念や目的、事業の概要、委託先事業者の役割、自治体の役割、委託する理由を丁寧に説明し十分な理解を得る。事業実施経過中も定期的に担当部署や保健所等窓口機関は委託先事業所と運営に関する協議を行うべきである。

関係機関・団体への周知や依頼、調整も必要である。これらの対象となる機関・団体としては、実施地域内の他の自治体の保健・医療・介護・福祉担当部署、医療関係の団体、障害者福祉サービス関係、家族会や当事者団体などが考えられる。

（４）自治体マネジメントでの留意点

ア．計画的な取組

上記の１）～３）については、担当部署でよく検討準備し、実施計画(P)を立てて実施し(D)、検証を行って(C)、必要に応じて計画を修正する(A)、PDCA サイクルにより取組むことに留意する。

イ．事業の定着と安定的な実施

自治体の公式の事業実施要綱の制定、精神保健福祉関係の自治体の条例との関連性の明確化、障害福祉計画や医療計画などの自治体の公式の計画に記載するなど望ましい。

ウ．事業に関する発信

事業の取組み状況や成果について、定期的に発信し、自治体の関係部署のほか、関係機関・団体、地域住民の理解を進めることも重要である。

2. 事業の実施におけるマネジメントの要点

アウトリーチ支援事業の枠組みと自治体としての実施目標を、構築推進事業、広域調整等事業の各実施要綱を参考に、表1にまとめる。

表 1

	枠組事項	要 点
個別支援	多職種による訪問支援体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ○自治体の事業として多職種による訪問支援ができる専門職人材の確保 ○自治体や機関の役割、状況により、自治体常勤職員を中心とするもの、非常勤雇用、民間機関への委託など ○訪問の拠点となる機関の確保
	精神科医との十分な連携	<ul style="list-style-type: none"> 下記のうちのいずれかを精神科医が担う体制を確保。 ○対象者選定、支援計画検討、振り返り、終了などを検討し決定するカンファレンスにおける医学的助言 ○危機等に際して電話で指示 ○チームの一員として同行訪問し医学的アセスメントや治療導入
	多職種による訪問支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○家族や関係機関からの支援依頼に基づき保健所等の参加するケースカンファレンスで本人または家族を対象者として選定し支援導入 ○初回は保健所等職員と同行訪問しアセスメントし、以後計画的な訪問支援 ○概ね6か月間を支援の区切りとし、保健所等の参加するケースカンファレンスで振り返り。 ○支援終了に際しても、保健所等の参加するケースカンファレンスを実施。 ○新規導入時、6か月時点、終了時に支援状況について実施主体自治体に報告。
	関係機関との連携 関係機関への事業周知	<ul style="list-style-type: none"> 支援が必要な人に届きやすくし、支援経過や終了に向けてさまざまなサービスを利用できるように、自治体が事業周知し連携の促進を行う。 ○ケース把握のための連携 ○支援の必要に応じた連携 ○支援終了に向けた医療福祉等サービスへの導入のための連携

	支援の質やモラルの維持・向上	<p>支援の質を高め、本人や家族の人権を擁護し下記に留意して適正な運営を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健所等が対象者の選定、支援方針の決定や終了の判断に関与 ○委託の場合、必要に応じた指導監督 ○事業実績の情報の公開 ○暴力等のリスクマネジメント ○チームメンバーの研修受講等
地域の体制整備	個別支援を通じた保健医療福祉の連携による重層的な支援体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ○保健所・保健センターを中心に医療機関、相談支援事業所や障害福祉サービス等の日常的な連携を促進する仕組みづくり。 ○保健所、精神保健福祉センターや専門医療機関がバックアップする、重層的な支援体制 ○より身近な地域でのアウトリーチ支援の技術普及

3. 事業の振り返り・評価

(1) アウトリーチ支援において評価を行う事項

ア. チームの活動状況

対象者に関するものとして次のような事項がある。

- ・ 対象ケースの数・性別・居住地区・疾患圏、支援開始時の生活状況・受療状況、家族状況、地域生活を困難にする行動、他の支援機関など

支援プロセスに関するものとして次のような事項がある。

- ・ 支援期間、主な支援内容（訪問回数、関係機関調整、訪問により実施した支援内容など）

支援の転帰に関するものとして次のような事項がある。

- ・ 就労や入院を含む社会適応度、地域生活を困難にする行動の状況、対象者の主観的なQOL(生活の質)・支援への満足度、家族等関係者の満足度

イ. 支援の定期モニタリング

現在支援を受けている対象ケースについて、ニーズに応じた支援をおこなうため、病状や生活全般の変化などを定期的にモニターすることが必要である。また、自殺企図や他害行為や措置入院、その他の支援に際した危機的状況の発生については保健所等の協力を得てカンファレンスを行うことが望ましい。

ウ. 事業全体に係るもの

本事業に関連した住民向け普及啓発や関係機関向けの技術普及の取組み状況

を把握し、参加状況や効果、課題を評価する。

地域精神保健医療福祉における関連諸指標の動向にも注意を払う。例えば、第7次医療計画に関する「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」における「精神疾患の医療体制構築に係る指針」の中に記載がある

- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数
- ・ 精神病床における退院後3, 6, 12か月時点の再入院率
- ・ 深夜・休日の初診後の精神科入院者
- ・ 精神保健福祉法23条に基づく警察官通報件数と緊急措置入院・措置入院の件数
- ・ 医療保護入院等にかかる移送の実施件数

などである。

(2) 評価後の対応

自治体担当部署は、事業運営機関とともに、定期的に上記の評価について検討し、意見交換の上、課題を明らかにし、必要に応じて改善策を講じる。

評価検討委員会を設置している場合は、そこにおける協議により課題や改善の方向性を明らかにする。それらを踏まえて自治体担当部署は、本事業以外の取組みも含め、事業の改善や地域精神保健医療福祉の充実をはかる。

IV. 先行事例からみた実施機関ごとの事業の特徴と留意点

ここでは主に実施主体の種類と対象地域に注目して、事業実施の特徴と留意点を述べる。なお、ここで挙げる事例は、構築推進事業の2018年改正実施要綱の施行以前から、もしくはその枠組み外で取り組まれた先行事例である。

1. 精神保健福祉センターによるもの

(1) 取組の概況

未治療・治療中断等の精神障害者に対し、保健所等との連携で医師を含む精神保健福祉センター職員の多職種チームでアウトリーチ支援を行うもの。対象地域は県・市全域など広域であり、保健所・区市町村の精神保健業務（未治療・治療中断等困難事例への支援）で対応困難な事例への支援だけでなく、保健所

等関係機関への技術援助、人材育成、ネットワークづくり等も行い、重層的支援体制の構築を目指すものでもある。

（２）留意点

支援の受付の基準、支援の地域格差、医療機関との連携、評価の方法などの課題がしばしばみられる。①保健所からの依頼の地域差（担当者間の差）がみられたり、②アウトリーチへの紹介に負担感があり、「さっさと入院させた方が楽」と保健所職員が感じている場合もある。これに関連して、③紹介事例のクライテリアが明確でない場合や、④支援の評価方法が定まっていないことも課題となりうる。

保健所間およびセンター内のスキルのばらつきを少なくするための工夫が必要である。例えば、定期異動を踏まえ、センターのサービスの質や技術水準の確保のほか、保健所等担当者の異動による連携の在り方のばらつきを防ぐことも課題であろう。

（３）先行事例（岡山県精神保健福祉センター）

岡山県では地方精神保健福祉審議会決定に基づき 2005 年度より県単独事業でアウトリーチ支援を開始した。2011 年度からは、国の事業で診療所、病院委託を開始し、保健所と医療機関が連携して、その地域でアウトリーチ支援が行えるようになった。精神保健福祉センターでは、多職種アウトリーチチームによる地域支援を中心として、保健所・市町村支援をしつつ精神科病院でのアウトリーチ体制整備を支援し、専門職の人材育成、病院と地域との連携構築などの地域体制づくりを行っていることが特徴である。保健所がゲートキーパー的機能を担い、市町村における未治療・治療中断の精神障害者の情報を把握し、対応に困難をきたす事例がアウトリーチチームに依頼される。依頼があったケースについては、アウトリーチチームに加えて、保健所、市町村、医療機関、福祉サービス機関など、地域の支援者とネットワーク型のチームを作り、対象ケースを支援している。適宜ケア会議を行い、その地域での支援が定着したところで、チームによる支援は終了する。遠方のケースについては、アセスメント訪問と事例検討会を行い、その後必要に応じたフォローアップがされている。アウトリーチチームが保健所等と協働で活動することで、チーム活動の内容の透明性が保たれやすくなり、地域のネットワーク形成や市町村等の人材育成に

も効果が期待される。（表2）

表2

直面する課題認識	家族会の要望もあり、未治療治療中断等の事例への対応に迫られた
課題解決への推進力となった事項	地方精神保健福祉審議会での方針決定 全保健所を対象とした調査により、現場のニーズを把握 国のアウトリーチ推進事業への参加 精神障害者地域生活支援広域調整等事業の活用 実績や支援ニーズを数値化し、保健所等と共有
利用できるリソース	精神保健福祉センター職員（県立施設の廃止に伴う職員の確保；従来から訪問を実施） 保健所保健師（従来から訪問による個別支援を重視） 県内精神科医が訪問活動を積極的に行う風土
継続のポイント	保健所との関係強化 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 保健所からの要望により、アウトリーチチーム単独の訪問から、チームと保健所が連携するネットワーク型のアウトリーチ支援への転換（アウトリーチチームの活動の見える化） ▶ 保健所長会や保健課長会との協議の場を継続して活用 ▶ 措置診察や研修会講師などの協力 ネットワークとアウトリーチを中心的理念とした活動による人材育成 アウトリーチの意義を数値化して示す
取り組みの効果	アウトリーチ支援による入院期間の短縮、GAFスコアの改善 保健所職員の育成や燃え尽き防止 訪問に関する所内職員の意識醸成 保健所や医療機関との連携強化
他の自治体で実施するためのポイント	保健師や精神保健福祉相談員など、訪問スキルのある職員でチームを作り、近いところから訪問支援を始める アウトリーチ支援のあり方について保健所との定期的な意見交換 地域支援に関心がある精神科医の確保 データベースの作成と実績提示による予算確保

2. 都道府県による圏域を定めた事業

（1）取組の概況

未治療・治療中断等のほか、頻回に入退院をする者や長期入院後に退院した者を対象に、自治体内で二次医療圏などエリアを決め、エリアを担当する保健所と連携して多職種チームが訪問支援を行う。病院や訪問看護等を行う法人に委託し多職種チームを確保するケースが多い。保健所等の参加する運営委員会等

で対象事例を選定。保健所、本庁、精神保健福祉センターの参加する評価会議を定期的を開催している。

（2）留意点

圏域内の市町村の障害者福祉、高齢者介護、健康推進の担当部署と保健所が連携をはかり、対象ケースの紹介や生活支援ニーズに応じたサービスへの導入が円滑になされるようにつとめる。

圏域内の精神科病院に委託して行う場合は、通常の診療と本事業による支援を明確にわけ、適正な運営がなされるようにする必要がある。すなわち、事業運営担当職員の業務内容や、対象ケースが自院患者に偏らないようにする。そのため保健所は、対象ケースの決定への関与、初回訪問への同行、支援開始6カ月時点での評価、本事業による支援の終了の決定への関与を行う。

都道府県の保健医療計画に記載し、事業の安定的な運営、計画的な整備・質の向上がなされるように努める。

（3）先行事例（和歌山県）

和歌山県では、もともと精神保健福祉法第34条の移送が多いことが課題になっていたが、2011年度に国の事業である精神障害者アウトリーチ推進事業をきっかけに、未受診・治療中断者を中心としたアウトリーチチームを民間医療機関に委託して、本庁が進捗を管理し、保健所が支援導入を担うという方法で支援を開始した。同事業が終了した後も、さまざまな予算を取得して事業を継続している。保健所と本庁が管理することで、医療機関が自機関で抱え込むことなく、未受診・治療中断者を地域で支える仕組みをつくることができた。(表3)

表 3

<p>直面する課題認識</p>	<p>34条移送が多く、その削減が課題 未治療・治療中断者等の相談が多く、さらに増加傾向 精神障害者関連の事件が地域の問題になる</p>
<p>課題解決への推進力となった事項</p>	<p>2011年度からの国の精神障害者アウトリーチ推進事業参加 本庁が最初からしっかり関わり、委託先に丸投げにできなかった チームスタッフと保健所、本庁担当者による月1回評価会議を開催</p>

利用できるリソース	<p>県内の全保健所に精神保健福祉士が常勤配置されている 本庁担当者が精神保健福祉士であり、専門的視点から事業の有用性について資料作成が可能</p> <p>2014年度～地域移行・地域生活支援事業、和歌山県精神障害者地域生活支援体制整備事業</p> <p>2015年度～地域医療介護確保基金、和歌山県精神障害者受領促進体制整備事業</p> <p>2016年度～地域移行・地域生活支援事業</p>
継続のポイント	<p>保健所や本庁の担当者による積極的な関与</p> <p>保健所保健師が医療判断を中心に支援を行うことにより、身体合併症の観察が行える</p> <p>支援開始時及び必要に応じた保健所職員の同行訪問</p>
取り組みの効果	<p>移送の減少</p> <p>地域住民が協力的になった</p> <p>医療が必要と思われた事例でも、生活支援により性急な医療導入の必要がないことがわかった</p>
他の自治体で実施するためのポイント	<p>精神保健福祉士の保健所への配置</p> <p>本庁の担当者が現場の状況を政策につなげる</p> <p>多職種チームの構築</p>

3. 特別区や保健所設置市（政令指定都市を除く）における取組

（1）取組の概況

自治体に設置された保健所の精神保健相談や訪問指導の枠組みを活用し、多職種チームが訪問支援を行うもの。対象は、未治療治療中断等で、契約型サービスの利用が困難な事例が主である。保健所・保健センターへの家族等からの相談をもとに、保健所で支援対象を判断して、チームが訪問支援を行う。訪問支援を担う多職種チームは、地元医療機関の精神保健福祉士に依頼したり、自治体が精神保健福祉士を非常勤で雇用したりするほか、地元の医療福祉機関のネットワークで事例に応じて編成して保健師と同行訪問するものもある。協力病院医師による定期的な助言指導を受ける例もある。

（2）留意点

専門医療機関や都道府県の精神保健福祉センターと、日頃から自治体の担当者や直接運営に当たる者が連携をはかり、緊急時の医療導入や広域の調整、人材の育成などが円滑に行えるようにすること。

措置入院者等の退院後支援に本事業が活用されることも考えられるが、（緊急）措置入院の権限は自治体を所管する都道府県にあるため、都道府県と本事業実

施自治体の保健所とが情報共有できる仕組みを整備することが望ましい。

（3）先行事例（八王子市）

八王子市では、2014年度の改正精神保健福祉法施行に伴い、保健所職員が市内17病院を訪問して退院調整機能に関してヒアリング調査を実施し、保健所に期待される役割として、個別支援強化と連携、関係機関ネットワークの推進、とりわけ受診受療に関する「医療導入支援」への期待が高いことが明らかになった。家族対応困難事例関連の事件を契機に地域の困難事例対応が議会から求められていたこともあり、都の補助を活用して2016年に保健所と市内の精神科病院の連携によるアウトリーチの取り組みを開始した（八王子市精神障害者早期訪問支援事業）。保健所の精神保健相談を活用し、未治療、治療中断等で地域生活困難な事例を主な支援対象としている。地元の複数の病院に勤務する精神保健福祉士を保健所に非常勤として雇用し、保健所保健師とともに訪問支援を行っていることが特徴で、病院医師による事例検討やスーパーバイズも実施されている。カンファレンス、カンファレンス後の保健師のマネジメント、事業連絡調整会議、事業運営評価会議などにより、関係者間の合意形成を丁寧に行いながら事業が進められている。（表4）

表4

直面する課題認識	未治療・治療中断等精神保健相談の増加 地域の困難事例の医療導入などに迅速に対応する必要性
課題解決への推進力となった事項	市議会と市が早期支援の必要性を認識していた 市内病院調査で医療導入支援の意義が理解され、都の財政支援、都精神保健福祉センターの技術援助を得られた 4回にわたる病院と保健所の合同準備会で、地域の課題や実際の動き方について丁寧に検討した
利用できるリソース	市内の精神科病院 保健所保健師の日常的な訪問指導 東京都の障害者施策推進包括補助項目「精神障害者アウトリーチ支援事業」による財政的裏付け
継続のポイント	事業実施要綱の整備 精神保健福祉センターのバックアップ ケースカンファレンスや事業連絡調整会議、事業運営評価会議などでの関係者による合意形成
取り組みの効果	精神科医療へのアクセス改善、家族支援の強化 多職種の見点が加わったことによるアセスメント力の向上

	<p>保健所と病院の連携強化（「顔が見える関係」ができたことで、困難事例や医療中断の問題等、地域の課題を共有しやすくなった）</p> <p>病院職員の地域生活への理解促進</p>
他の自治体で実施するためのポイント	<p>調査報告などを用いて事業の必要性について関係者間の合意形成を図ること</p> <p>精神保健福祉センターなどによる技術支援が得られること</p> <p>保健所が適切な事例を選択でき、医療導入後もフォローできること</p> <p>地域に理解がある精神保健福祉士に事業に参加してもらえること</p>

4. 自ら保健所を持たない市町村で実施する場合

（1）取組の概況

身近な自治体による福祉やこころの健康づくりの視点での取り組みである。このため事業の実施根拠は、地域保健法にもとづく市町村保健センターの健康づくりの活動であったり、ひきこもり対策推進事業を活用したものであったり地域の実情に応じてさまざまである。多くは訪問看護ステーションや社会福祉法人への委託により事業運営がなされる。

（2）留意点

対象ケースの病状悪化や医療機関へのつながりが必要となる場合にそなえて、実施自治体を担当する保健所による技術援助を受ける。ケースの状態によっては専門医療機関に紹介することが必要であり、企画段階より自治体を担当する保健所のバックアップを日頃から得ておくことも重要である。精神保健福祉センターによる研修に自治体や委託事業者の職員が参加するなど人材育成を行うほか、精神保健福祉センターからの専門的技術援助が必要に応じて得られるような関係づくりも望まれる。

企画にあたっては、財源確保・事業の実施根拠、運営主体となる法人（事業所）の確保なども自治体独自に必要なとなり、市町村幹部のリーダーシップが特に重要である。運営においては、自治体としての業務の範囲を見定め、委託先のキャパシティを踏まえた支援の密度となるように自治体側の継続的な関与が必要である。

なお、現状では、保健所設置自治体でない市町村は構築推進事業におけるア

ウトリーチ支援に係る事業の実施主体となることはできない。

（3）先行事例（尾道市）

尾道市では、2018年より「こころサポート事業」として未治療・治療中断等、困難事例に対する多職種アウトリーチを開始した。社会福祉法人の精神保健福祉士1名が委託を受け、ケースごとに保健師その他の支援関係者と多職種チームを結成し、支援を行っている。支援対象者は、周囲との関係づくりや生活に困難があり、社会・医療から孤立している人や精神疾患が疑われる未受診者、医療中断者、自殺未遂者などである。こころサポート事業により、アウトリーチの強みを活かした地域連携の強化ができています。一方で、往診に対応できる医師や、訪問看護師、相談支援専門員は不足しており、山間部や島嶼部のニーズにどう対応するかなどについては今後の検討課題としてあげられている。(表5)

表 5

直面する課題認識	自立支援医療受給者、精神障害者保健福祉手帳所持者の増加 未治療、治療中断、対応困難事例の増加 困難事例への支援強化の必要性
課題解決への推進力となった事項	市健康推進課担当者の問題意識の高さ 副市長の理解 委託先と市との良好な関係
利用できるリソース	精神科病院1か所、精神科クリニック4か所、総合病院精神科2箇所、相談支援事業所14か所 精神科のリソースは多くはないが、連携には積極的
継続のポイント	ネットワーク型で委託後も市の健康推進課が密接に関与している 多職種の支援効果を実感できていること
取り組みの効果	地域で支えるためのしくみ構築により、各担当の負担感軽減 課題の共有ができ、連携体制構築の必要性も共有できた
他の自治体で実施するためのポイント	自治体が支援チームにしっかり関与すること 支援の提供を通じた地域の関係者間の連携構築 委託先でアウトリーチ業務に携わる職員には、支援・連携構築等に関する高いスキルが求められる

V. おわりに

アウトリーチ支援は、これまで述べてきたように、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいては不可欠な役割を担うものである。

しかしながら、アウトリーチ支援は我が国においては歴史が浅く、医療機関・行政機関とも実践的経験も多くはないのが実情である。このため訪問支援を担える人材の育成、自治体のマネジメントの準備も今後の課題である。

今後とも、地域の実情に応じ、アウトリーチ支援の体制を整備し、精神障害者を含めて誰もが取り残されず、できるだけ本人の望む暮らしを地域で送ることを支援できる体制づくりに取り組んでゆくことが求められる。本ガイドがこれに資することを願うものである。

文献

1. 厚生労働省障害保健福祉部：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業要綱（2019年3月改正）（付録参照）
2. 厚生労働省障害保健福祉部：精神障害者地域生活支援広域調整等事業要綱（2019年3月改正）（付録参照）
3. 厚生労働省精神障害・保健課：地域定着支援の手引き．（2010年3月）
4. 厚生労働省精神障害・保健課：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き．（2011年4月）
5. 2013年度地域保健総合推進事業：精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究 報告書．（2014年3月）
6. 全国保健師長会調査研究事業：地域包括ケアにおける在宅医療推進事業ガイドライン．（2015年3月）
7. 日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）：精神保健委員会（プロジェクト）答申．（2016）
8. 伊藤順一郎（編・監修）：研究から見えてきた、医療機関を中心とした多職種アウトリーチチームによる支援のガイドライン．国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰研究部．（2015）
9. （精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業：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． ver.1.00．2019年3月）
10. 全国保健所長会委員会：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構

築事業」における保健所マニュアル。（2018年8月）

付録

●「アウトリーチ支援に係る事業」：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業実施要綱（2019年3月改正）より

アウトリーチ支援に係る事業

都道府県等は、精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援（以下「アウトリーチ支援」という。）を行い、支援対象者及びその家族等（以下「対象者」という。）の状態等に応じて、必要な支援が適切に提供される体制の整備に努めること。また、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ること。実施主体において、アウトリーチ支援の実施が有効であると判断した対象者に対して実施するものとする。

（対象者の例）

- ・ 精神疾患が疑われる未治療者
- ・ 精神科医療の中断者
- ・ ひきこもりの精神障害者
- ・ 精神科病院への入退院を繰り返す者
- ・ 精神疾患による長期（概ね1年以上）入院後の退院者
- ・ アウトリーチ支援が有効であると実施主体が判断した者

アウトリーチ支援を行うにあたっては、多職種による訪問支援が行える体制を整備すること。その際、精神科医師と十分に連携が図れる体制をとること。

新規導入者の選定、概ね6ヶ月時点における支援内容の評価、終了者の検討については、都道府県等（保健所、精神保健福祉センター等）及び支援者等が参画したケース・カンファレンスを開催すること。

また、新規者、概ね6ヶ月時点での状況、終了者については、事業の実施主体である都道府県等へ報告すること。

●「アウトリーチ事業」：精神障害者地域生活支援広域調整等事業における地域移行・地域生活支援事業について（2019年3月改正）より

地域移行・地域生活支援事業実施要綱

1 目的

（中略）

4 事業内容

（1）アウトリーチ事業

ア アウトリーチチーム体制の整備

都道府県等は、「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づく、精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている医療機関（以下「届出医療機関」という。）に委託して事業を実施する場合を除き、精神障害者の地域生活を定着させるために、支援対象者の状態に応じた必要な支援が適切に提供される体制として、保健医療スタッフと福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備する。

（ア）アウトリーチチームの設置

都道府県等は、アウトリーチチーム（以下「チーム」という。）を以下の機関等に設置するものとする。

- （i） 保健所
- （ii） 精神保健福祉センター
- （iii） 相談支援事業所等（主として精神障害者の対応を行っており、精神科病院、保健所等と十分に連携を図る体制を講じていること）

（イ）チームの人員配置等

チームの設置にあたっては、予め、当該事業を実施する機関にアウトリーチ業務に十分に対応できる人員を確保するとともに、責任者を明確にしておくこと。

- （i） 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。
- （ii） 従事する職種については、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員を少なくとも 1 名以上配置するものとし、他に臨床心理技術者、相談支援専門員等の専門職やピアサポーター等の多職種が配置されていることが望ましい。
- （iii） 病院等と兼務する職員や非常勤職員をもって充てても差し支えないが、その場合、本事業による業務と他業務との勤務日数及び

時間を明確に区分すること。

- (iv) 精神科医師は常勤医でなくとも（顧問医、非常勤でも）可とするが、電話等による指示及び往診できることや、個別支援会議への出席等、十分に連携の図れる体制であること。
- (v) 専用の事務室を備え、1日1回のミーティングと週1回程度定期的に関係者によるケース・カンファレンスを実施すること。

イ 支援対象者

アウトリーチの対象者は、統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者で以下のいずれかに該当する者（以下「統合失調症等の者」という。）及び統合失調症等の者の家族等とする。なお、その他の精神疾患については本事業の継続的な支援提供の対象者とはせず、チームの判断により他の適切な機関等に、迅速に受け渡すこととする。

（ア）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。

（イ）ひきこもりの精神障害者（疑い例含む）

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、概ね6カ月以上、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、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のある者又は症状等から精神疾患、が疑われる者。

（ウ）その他保健所等の行政機関を含めて検討した結果、支援対象ケースとして選定した以下の者。

- ・ 精神科医療機関の受療中断、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。
- ・ 精神疾患による長期（概ね1年以上）の入院、又は、入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者。

ウ チームの活動等

チーム（届出医療機関の委託を含む。以下同じ。）は、支援対象者につい

て、その家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握し、必要な支援を行うものとする。

- (ア) 支援にあたっては、支援対象者に医療が必要であることを繰り返し説明するものとし、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する。また、支援対象者のうち統合失調症等の者の家族等に対しては、統合失調等の者への対応について助言するとともに、必要な相談に応じるものとする。支援期間及び支援終了時期については、概ね6カ月を目安とするが、個々の状況に応じ、個別支援会議等で十分な協議を行うものとする。
- (イ) 支援対象地域については、実施する機関等における特性や地理的条件、地域における対象疾患の発生頻度等を踏まえ、訪問による支援が可能な合理的な範囲を予め設定した上で実施すること。
- (ウ) 保健所及び精神保健福祉センター（以下「保健所等」という。）以外の機関が実施する場合において、訪問の際は保健所保健師等が同行するものとする。

エ ケース・カンファレンスの開催

(ア) 支援対象者の選定

保健所等は、家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握した内容をもとに事前調査を行い、必要に応じ関係機関と調整のうえ、支援対象者の選定を行うこと。なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等においてアウトリーチを実施する場合は、保健所等の行政機関を参画させて支援対象者を選定することとする。但し、その後の訪問診療等により、精神疾患以外と確定した対象者においては、以後、アウトリーチは実施できないものとする。

(イ) 支援内容の検討や支援計画の作成

チームは、支援内容の検討や支援計画の作成を行うため、関係者等の参画を求め、当該カンファレンスを開催するものとする。なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等のチームにおいては、保健所等の行政機関の参画による支援計画の作成及び支援内容の評価・検討を行うこと。また、当該会議は、週1回程度定期的に行うが、対象者の状況に応じて開催回数を増やすことは構わない。

(ウ) 支援内容の報告

支援対象者に対して期間内に行った支援内容については、都道府県等が別に定める様式により月毎に都道府県等へ報告するものとし、都道府県等はアウトリーチ事業評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）において評価及び検証を行うこととする。

（中略）

5 留意事項

(1) アウトリーチにおける留意事項

ア 関係機関等との連携

都道府県等は、本事業の円滑な実施を図る観点から、当該地域における市町村、福祉事務所、医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関や家族会、障害者団体などとの連携を図り、以下のような協力体制の構築に努めること。

- (ア) 支援対象者が生活保護受給者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に基づくサービスの利用者等といった何らかの福祉サービスとして関わりがあるものである場合に、それらの支援を通して本人の状況を把握する等、関係機関との情報共有ができること。
- (イ) 支援対象者において、健康保険や医療費等に関する課題が生じた場合に、適切な支援が受けられるよう関係機関に働きかけること。
- (ウ) 当該事業を実施する圏域の市町村が、24時間緊急対応や緊急一時的な宿泊等の障害者の地域生活を支える地域生活支援事業の市町村任意事業である「地域移行のための安心生活支援」を実施することも想定されることから、その場合においても市町村との緊密な連携を図ること。

イ 関係機関への周知

都道府県等は、関係機関に対して本事業を広く周知するとともに、協力施設の拡充及び支援体制の充実等に努めること。

ウ その他

- (ア) アウトリーチ支援において、支援の連続性の観点から同一対象者に医療保険、介護保険、自立支援給付等で請求可能な支援が併せて提供された場合

が想定されるが、既存制度で請求可能な支援と重複する支援内容については、本事業の補助対象とはならないので留意すること。

- (イ)アウトリーチの実施に当たっては、支援者側の一方的な計画によって行うのではなく、支援対象者や家族等との間に信頼関係を構築するよう努めること。また医療機関や関係機関と連携し、地域生活を維持できるよう生活全般を視野に入れた支援に努めること。
- (ウ)チームは、支援対象者等のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、個人情報に関する管理責任者を定めるとともに、支援従事者は正当な理由なくその業務を通じ知りえた個人情報を漏らしてはならないこと。
- (エ)都道府県等は、事業の一部を委託する場合、受託者に対し、委託する業務の内容、個人情報の適切な取扱いに関する内容等を契約に盛り込み受託者の義務とするほか、業務が適切に行われていることを定期的に確認することなど必要かつ適切な監督をしなければならない。
- (オ)アウトリーチを実施する機関は、チームの活動状況等に関する情報を提供するなど、都道府県等が設置する評価検討委員会に協力するものとする。

「アウトリーチ事業評価検討委員会」:精神障害者地域生活支援広域調整等事業における地域生活支援広域調整会議等事業実施要綱(2019年3月改正)より

1 目的

(中略)

3 事業内容等

(1) アウトリーチ事業評価検討委員会

都道府県等は、アウトリーチ事業の実施に際し、保健・医療・福祉に携る関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）を設置するとともに、3カ月に1回以上開催し、以下に掲げる業務を行うものとする。なお、都道府県等の協議会等の既存の組織を評価検討委員会として位置づけることは差し支えない。また、評価検討委員会を運営するに当たっては、保健所及び精神保健福祉センター等の行政機関との連携を図ることとする。

(ア) アウトリーチチームの活動状況の把握を行う。

- (イ) 支援内容に係る定期的なモニタリング(支援対象者の病状及び生活全般の変化等)を行う。
- (ウ) 事業推進に向けた、行政機関(保健所、市町村、福祉事務所等)、障害福祉サービス事業者、医療機関等の関係機関への事業周知や円滑な実施に向けた調整を行う。
- (エ) 当該事業全体の評価及び検証を行う。なお、地域における支援体制等、実施計画に関する課題が明らかになった場合には、課題解決に向けた方策を検討するよう努めること。