

Ⅱ. 研究分担報告書

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究

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：大江 浩（富山県新川厚生センター）、岡本秀行（川口市保健所疾病対策課）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、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支援課）、河本次生（埼玉県立精神保健福祉センター社会復帰部）、佐々木英司（埼玉県発達障害総合支援センター）、篠崎安志（横浜市青葉区役所高齢・障害支援課）、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）、中村征人（愛知県瀬戸保健所健康支援課）、波田野隼也（青森市保健所保健予防課）、前沢孝通（前沢病院）、柳 尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務所）、山田 敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者更生相談所南部地域支援室）、山本 賢（埼玉県飯能市健康福祉部）

要旨

平成 28 年度から 30 年度にかけての「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」では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の構成要素をレベル 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）に分ける形で整理を行った。そのうえで、それぞれの項目のガイド暫定版の作成を行った。令和元年度は、これらのガイドのうち、特に総論において「にも包括」の概念整理とレベル 3 包括的支援体制の推進について検討を行った。その結果、「にも包括」の全体像をより明確化するための総論の記載の充実が必要であることが確認された。またガイドの役割として、それぞれの地域条件を考慮に入れた「ご当地」支援体制の構築が必要であること、したがって、「かくあるべし」という事業の詳細を画一的に事細かに指示するのではなく、それぞれの自治体の地域条件を検討し、それに基づいた地域支援体制を構築することを促すものであることが期待されることも確認された。さらに、「にも包括」が将来的には「地域共生社会」の実現に資するものであり、それを構成する要素となるものであることも確認された。来年度以降は、こうした確認を踏まえつつ、好事例のさらなる収集とそれによるガイドの改訂に取り組む予定である。

A. 研究の背景と目的

平成 28 年度から 30 年度にかけて、「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」を行い、自治体の業務に関して、市町村・保健所・精神保健福祉センターの業務運営要領の改定案を一体的な形で作成するとともに、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の構成要素をレベル 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）に分ける形で整理を行った。その上で、好事例の自治体の取組に基づき、それぞれの構成要素のガイド暫定版を作成した。

令和元年度は、これらの研究成果に基づき、ガイドの改訂方向の検討を行うとともに、「にも包括」の概念整理を行った。

B. 方法

研究方法（調査方法）

研究方法としては、これまでのガイド暫定版を振り返り、今年度以降に取り組むべき課題について、研究協力者による協議を行った。また協議には、厚労科研藤井班の研究代表者藤井千代（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）厚労科研山之内班研究代表者山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部）、オブザーバーとして、岩上洋一（社会福祉法人じりつ）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、長野敏宏（御荘診療所）各氏にも参加を依頼し、検討を行った。

期間

令和元年6月2日、8月18日、令和2年1月26日の3回、研究協力者およびオブザーバーに集まっていたいただき、検討を行った。それ以外にもメールによる協議を適宜行った。

倫理的配慮

好事例として上げさせていただいた自治体については、ガイドへの掲載について説明の上、承諾を得た。

統計解析／分析方法

ガイド暫定案の改訂にあたっては、前年度までの自治体班の分析方法を踏襲し、好事例の本質的要素と思われる、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。

なお、本年度は、特に総論やレベル3包括的支援体制の推進について盛り込むべき要素についての検討を行った。

さらには、この検討作業には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援

事業」（以下、「構築支援事業」）の事務局を担当している、株式会社日本能率協会総合研究所からもオブザーバーの参加を依頼した。それによって、本研究班のガイドと、「構築支援事業」の手引き（「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」）が一体的なものとなることを狙った。

C. 結果／進捗

今年度は、総論およびレベル3包括的支援体制の概念整理についての議論を行った。レベル3については、そもそも精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは何かという、総論での検討事項と内容的にも重なる部分が多く、その切り分けの作業を行った。

それ以外では、レベル1アウトリーチ支援、レベル2協議の場の運営について、以下のような検討を行った。

レベル1のアウトリーチ支援については、昨年度までの好事例分析に基づき、整理された形でパワーポイントを作成した。

レベル2の協議の場の運営については、昨年度までのガイド暫定版をより整理した形のパワーポイントを作成した。

また手引きについても、若干の修正を行い、本研究分担班の議論を盛り込むこととした。

D. 考察

「にも包括」は、概念としては平成29年度に打ち出された。「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」）ではメニュー事業としてアウトリーチ支援や協議の場の運営が含まれるものの、全体として「にも包括」はどのようなものなのか、またそれぞれの項目が「にも包括」全体の中でどのような位置を占めるのか、という項目間の関係が明確ではないため、縦割りの事業の単なる羅列として受け取られる恐れがある。しかし、本来は、本事業に含まれる各メニューは、それぞれの局

面から、「にも包括」のジグゾーパズルのピースのように組み合わせさせて全体を形づくるものである。この点では、ガイドの総論やレベル3 包括的支援体制の推進ガイドによって「にも包括」の全体像を把握した上で、レベル1の個別事業を企画することが望ましいと考えられる。ガイドの総論として、こうした明確化を行うことが今後の課題であることが確認された。

また、本ガイドの今後の方向性としては、「社会保障制度改革国民会議報告書」でも指摘されていることであるが、地域により、人口動態、医療や福祉の需要、資源が異なっている。このため、「にも包括」のあり方も、地域ごとに考えていく「ご当地」支援が必要になる。そうすると、本ガイドも、単に各事業の方法を事細かに指図するマニュアルの役割を果たすというよりも、それに基づいてそれぞれの地域での支援体制のあり方について考えるための大まかな方針や里程標を示すものとなると考えられる。

またもう一つ重要であると考えられるのが、「にも包括」の位置付けである。今後、「にも包括」は単に精神障害者だけを取り扱う、それ自体が縦割り化したもう一つの「地域包括ケアシステム」を目指すのでは十分でない。病院医療でも、すでに高齢者のせん妄、がん患者の緩和ケア、自殺未遂者への対応、身体合併症を有する精神障害者の課題など、精神科のみで対応できない課題が多く、総合的な治療が必要であることは認識されている。病院医療に限らず、そもそも自治体の包括的支援体制の推進においては、メンタルヘルスの課題は児童虐待、産後うつ、ひきこもり、独居の高齢者、孤独死、セルフネグレクト、健康無関心層などのさまざまな社会問題と密接に関係している。それゆえ、高齢者の地域包括ケアシステム、母子保健や妊娠期からの子育てを含む包括的支援にも開かれた、地域共生社会の推進とも整合する、本来の意味での包括的支援体制を見据えた形で検

討する必要がある。さらに、基準病床の設定や二次医療圏設定を含む、医療計画に基づく保健医療体制の整備に関することは主として都道府県が行うことを踏まえ、コミュニティレベルでの包括的支援体制を重層的にバックアップする体制も必要である。すでに一部の好事例の自治体ではこのような方向性が自治体のリーダーシップの下で出されていて、自治体の支援方針が精神障害「にも」対応した地域包括ケアシステムを目指していることは注目される。このような点からも、令和元年に出された「地域共生社会」の理念はこのような包括的な支援体制のあり方を指し示していると考えられる。

本年度については、上記の大枠を踏まえて、検討を行ったところである。来年度はさらに好事例を収集しつつ、ガイドの詳細を検討していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1. 厚生労働省：地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ. 令和元年12月26日
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html
2. 首相官邸：社会制度改革国民会議報告書. 厚生労働省, 平成25年3月
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
3. 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. 株式会社日本能率協会総合研究所, 2019年3月
<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/ref.html#sec02>

2020.1.15

厚労科研「精神障害者地域生活推進 政策研究」分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制の構築に関する研究」
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のためのガイド」改訂に向けて

レベルⅠ：アウトリーチ支援（骨子案0115）

熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

基本コンセプト（熊谷イメージ）

想定読者:○アウトリーチ支援の事業（立ち上げ）を担当する部署の保健師等専門職職員

○精神保健活動や精神障害者支援の経験はあるが、アウトリーチ支援に関しては十分な経験があるわけではない。

想定する状況:○自治体において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の一環として、構築推進事業などを活用してアウトリーチ支援の事業の開始をするという方向性は確立。

○一定の予算確保ができています。

○実施に向けた具体的な準備が課題。

内容のベース:○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」が基本理念。

○「精神保健医療福祉の改革ビジョン」や「アウトリーチ推進事業」、「広域調整等事業」等の国の主導してきた取組の蓄積も参照。

○構築推進事業の「アウトリーチ支援に係る事業」の実施

○ただし、構築推進事業に含まれないが、自治体により実施される精神障害者を対象とした多職種訪問の取組にも言及。

記載の工夫:厚労省の資料等に基づき図表を入れる；箇条書きを行う等により理解しやすい記載につとめる（大江先生がモデル）

本章の構成

- I. はじめに～アウトリーチ支援とは？～
- II. 課題認識(施策上の背景を含め)
- III. 梃子となる解決策～アウトリーチ支援の事業の開始～
- IV. 利用できるリソース
- V. 事業継続のポイント
- VI. 波及効果
- VII. 自治体の取組のポイント～各機関の基本的役割と実施機関に応じた支援のタイプ～
- VIII. 取組上の留意点
- (IX. アウトリーチ支援の取組自治体事例)
- X. おわりに

I. はじめに～アウトリーチ支援とは～

本節のねらい：アウトリーチ支援が十分普及していない現状を踏まえ、まず、アウトリーチ支援の概要を提示し、理解をはかる。

暫定版との関係：①暫定版のIの多くを活用 ②アウトリーチの目的は、個別支援が主で、取組の経過を通じて関係機関の連携体制構築

1. はじめに
 - 未治療・治療中断等で地域生活が困難となった精神障害者事例の支援に望まれること
 - 本章では、主に保健中心型アウトリーチについて取り上げる
2. アウトリーチ支援の理念・目的
 - 未治療・治療中断等の事例に多職種で訪問し地域生活の安定化を図る
 - 問題の解決を入院に頼らず、地域生活の安定化をめざしたうえで、必要に応じて医療へ導入
 - 結果として、関係機関の連携を促進できる
3. アウトリーチ支援の対象者像
 - 地域で暮らす精神障害者（又はその疑い）、地域生活に困難のある状態ながら、契約型サービスのみでは対応が難しい人とその家族
 - 広域調整等事業や構築推進事業の各要綱に基づき例示
 - 図を挿入（重症度×支援の届き具合の2軸）
4. アウトリーチ支援の実施体制と支援プロセス
 - (1)実施体制：多職種（チーム）、実施主体行政機関と窓口機関、関係機関連携
 - (2)支援プロセス：対象者把握、窓口機関受付、会議（評価と支援計画）、支援開始、中間の評価、終了時評価、終了後の状況把握、実施主体機関への報告

Ⅱ. 課題認識(施策上の背景を含め)

本節の狙い：自治体で取組む際に必要となる、アウトリーチ支援の施策上の位置づけと経緯、必要性和根拠を説明。

暫定版との関係：第Ⅱ節の一部を活用。経緯は年表を作成し、簡潔な記述。

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位置づけ
2. アウトリーチ支援にかかる施策の経緯
 - 保健所による受診勧奨・地域精神保健活動の意義と問題点
 - 改革ビジョン以後の動向を簡単に説明(年表を挿入)
3. 自治体で取り組む必要性和根拠
 - ①契約型サービス利用に結び付きにくい事例への対応～行政的介入の必要性
 - ②精神保健福祉法における根拠
 - ③精神障害者地域生活支援広域調整等事業でのアウトリーチ事業
 - ④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におけるアウトリーチ支援にかかる事業

Ⅲ. 梃子となる解決策～アウトリーチ支援の事業の開始～

本節の狙い：実施主体の種類によらず、行政機関としてアウトリーチ支援の事業を開始するプロセスを説明。

暫定版との関係：第Ⅲ節の多くを活用

1. 事業開始に向けた流れ(S-PDCA)
 - 実施機関担当者が事業の理念を理解し対象者像や支援プロセスのイメージ
 - 地域ニーズの現状把握
 - 地域の支援および関係機関の現状把握
 - 実施機関内での検討に基づく事業立ち上げ計画
 - 外部関係機関への事業説明と参画の依頼
2. 要点(PD)
 - 多職種訪問体制確保(常勤者中心の直営、非常勤雇用、委託、報償費など)
 - 精神科医との連携
 - 訪問支援の流れ
 - 関係機関への周知と連携体制
3. 事業の振り返り・評価(CA)
 - 事業の実施状況
 - ケースのモニタリング
 - アウトカム関連指標
 - 評価後の対応
4. 実施機関の種類によるタイプについて
 - 都道府県・指定都市(広域、圏域)：保健所設置市区；自ら保健所を持たない市町村
 - 詳しくはⅦ節で紹介

Ⅳ. 利用できるリソース

本節の狙い：アウトリーチ支援の事業の実施において、実施機関担当者が確保すべき ①支援の運営を担う、②連携（事例の紹介元、支援経過での関与、紹介先）、③事業実施を支援する機関とその機能を説明。行政機関についてはⅥとの重複をなるべく避ける。

暫定版との関係：新たに記述。一覧表を作成。

1. リソースとその見つけ方

2. 保健

○保健所 ○市町村保健センター

○精神保健福祉センター

3. 医療

○精神科病院 ○精神科診療所

○一般科医療機関 ○救急

4. 福祉・介護

○障害者福祉：相談支援（委託相談支援、一般相談支援（地域相談支援）；基幹相談支援センター）
自立生活援助、自立訓練、共同生活援助、短期入所；地域生活支援拠点

○高齢者介護：地域包括支援センター、居宅介護支援

○生活福祉：福祉事務所、生活困窮者自立支援事業の自立相談支援、ひきこもり地域支援センター

○児童福祉：児童相談所、子ども家庭支援センター

5. その他

○消防・警察

○ピアサポート・インフォーマルサポート

6. 事業実施を支援する機関

○保健所 ○精神保健福祉センター ○発達障害者支援センター

Ⅴ. 事業継続のポイント

本節の狙い：アウトリーチ支援の事業を、実施自治体の公式の事業として継続させるためのポイントを説明

暫定版との関係：第Ⅲ節 表1の一部を活用

1. 普及啓発・事業周知

○地域住民への精神保健の普及啓発における事業の正しい理解を図る

○連携対象となる関係機関への周知（協議の場の活用）

2. サポート体制

○実施主体の機関の継続的関与

○事業実施支援機関の確保

○困難事例カンファレンス等による問題解決

○技術的・法制的トラブルシューティング

3. 包括的な支援体制に位置付ける

○実施機関の行政計画（障害福祉計画、医療計画等）に位置づけを明記し、計画のモニタリング事項の一つとして扱う。

○各層の協議の場への実施機関、運営機関（代表者、実務担当者）の参加

4. 公式の事業と位置付ける

○条例への記載；実施機関上位者決裁による要綱の決定；行政計画での記載

5. 職員の確保・育成

○実務担当者の確保・研修受講やカンファレンス参加、調査研究等での育成

○特に精神科医師の継続的な協力体制

VI. 波及効果

本節の狙い：アウトリーチ支援の実施による個々の対象への支援効果を通じた、地域精神保健福祉への効果

暫定版との関係：第IV節で紹介した好事例での波及効果の抽出と分類

1. 相互に顔の見え課題を共有しあった、地域連携体制づくり
 - 協議の場の活性化
2. 医療保護入院移送等の非自発的な介入の減少
3. 入院期間の短縮
4. 家族支援の強化
5. 関係機関職員（実施、運営、連携対象）への効果
 - 意識醸成と視野拡大（委託先病院等）
 - 燃え尽き防止（保健所等窓口機関の負担感軽減）
6. 地域住民の理解促進

VII. 自治体の取組のポイントポイント～各機関の基本的役割と実施機関に応じた支援のタイプ～

本節の狙い：自治体及びその機関の役割、自治体の種類ごとのパターンを説明。（IVとの重複を避ける）

暫定版との関係：第IV節の概略

1. 自治体およびその機関の基本的な役割
 - (1)実施自治体の本庁担当部署：事業の企画調整、計画策定・進行管理、体制整備、評価
 - (2)保健所：○事業運営での相談の受付、窓口機関
 - 委託先や担当エリア内市町村・福祉事業所への支援
 - 担当エリア内の連携体制構築・事業モニタリング
 - (3)精神保健福祉センター：○人材育成、保健所や運営機関への技術援助支援、複雑困難事例の相談の受付と必要に応じた事業への紹介、調査研究し本庁へ助言
 - 広域アウトリーチ運営も望ましい。
 - (4)重層的なアウトリーチ支援の体制
2. 自治体の種類等による事業の実施パターン
 - ①都道府県指定都市（センター直営）
 - ②都道府県による圏域ごと（多くは委託）
 - ③保健所設置市・特別区が実施主体となる場合（非常勤、委託、報償費）
 - ④自ら保健所を持たない市町村による取組（委託の例あり）

VIII. 取組上の留意点

本節の狙い: アウトリーチ支援の事業を行う上で支援の質、自治体事業としての公正さ、安全で質の高い支援の実施のため注意すべき事項。Vとの重複を避ける
暫定版との関係: 第Ⅲ節の2.、第Ⅳ節の留意点

1. 委託による実施の場合の自治体の役割
 - 避けたい事態: 医療機関への委託の場合の自院経営との境界があいまいになること(自院入院誘導、自院通院歴ある者優先等)、法的行政的に不適正な対応
 - 対応策: 委託先丸投げにせず、透明性の高い運営に行政機関が参加(保健所が窓口、保健所センター等のカンファレンス、事業運営の本庁も含めた会議、事業計画・報告の提出、協議の場での報告と意見交換)、指導監督
2. 支援の質やモラルの維持・向上
 - 避けたい事態: 支援者の技術水準の低さ、入院支援に頼りがち、対象者家族等と私的な関係
 - 対応策: 研修受講、精神科医師等専門職を交えたカンファレンスの定例化、ケース記録
3. 安全管理
 - 避けたい事態: 支援中の事故(対象者または支援者の負傷・感染等の健康障害、交通事故、暴力被害、自傷・自殺企図等)、接遇トラブル
 - 対応策: ヒヤリハット報告と保健所・センター等の関与した防止対策
4. 職員の燃えつきの防止
 - 避けたい事態: 不適切な支援、実績低迷、不本意な離職
 - 対応策: 運営主体での適切な業務・服務管理に関する実施自治体側の相談助言、研修機会の確保、関係職員や外部の同職種との交流機会

(IX. アウトリーチ支援の取組自治体事例)

本節の狙い: VIIの2. の自治体の種類別に、取材した好事例の事業開始・継続等の要点を示す。(ただし本年度新たな実地調査をしておらず、新たなものを加えられるか)
暫定版との関係: 第Ⅳ節の事例

自治体の種類等による事業の実施パターン(暫定版での自治体事例)

- ①都道府県指定都市での、センター直営の例(例: 岡山県)
- ②都道府県による圏域単位の実施(多くは委託)(例: 和歌山県)
- ③中核市・特別区での実施(非常勤雇用、委託)(例: 八王子市)
- ④自ら保健所を持たない市町村による取組(委託)(例: 尾道市)

X. おわりに

本節の狙い:アウトリーチ支援に関する章の締めくくり
暫定版との関係:第V節の「おわりに」を活用

- アウトリーチ支援はわが国では歴史が浅い
- 人材育成、自治体マネジメントの準備も発展途上
- 地域共生の理念と結び付けた、アウトリーチ支援の実施、普及への期待

その他、下記も掲載

参考文献

- 国関連事業の要綱、手引き
- 日本医師会、全国保健所長会等の提言文書、マニュアル、ガイドライン、研究報告書
付録
- 構築推進事業要綱抜粋（アウトリーチ支援に係る事業）
- 広域調整等事業要綱抜粋（アウトリーチ事業、アウトリーチ事業評価検討委員会）

①直面する課題認識(政策的背景)

<行政計画における位置づけ(図1)>

- 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)」
- 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)」
- 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
- 第6期障害福祉計画(2021~2023年度)で圏域の協議の場の活性化に向けた取組、市町村の協議の場の設置推進(予定)

<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)>

- 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」では、**保健・医療・福祉関係者による協議の場が必須**
- 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・公表**→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/>)

<経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2018」>

- 「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】**

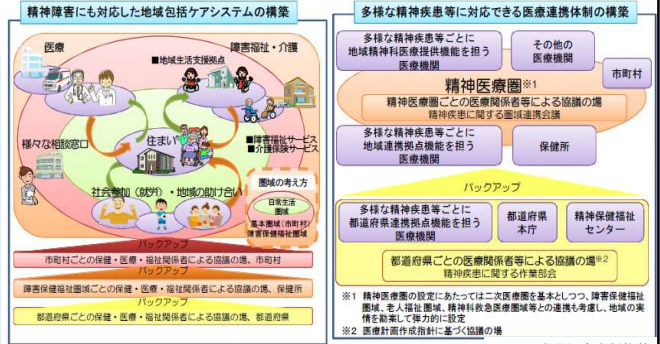


図1 厚生労働省資料抜粋

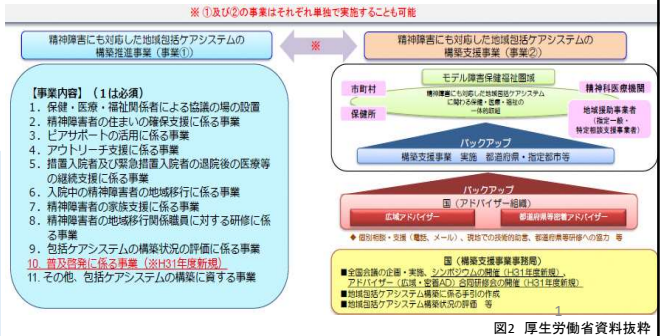
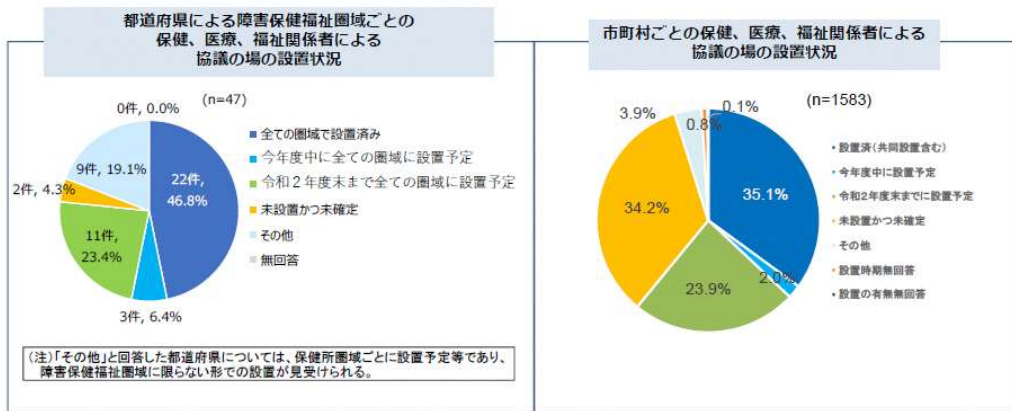


図2 厚生労働省資料抜粋

保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況について(参考データ)

障害者部会
2019.11.25

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の設置状況については、「令和2年度末までに全圏域で設置予定」を含めると76.6%、「その他」と回答した都道府県については、保健所圏域ごとに設置等であり、圏域ごとの設置は進んでいる。一方、市町村については、34.2%が未設置かつ未確定であり、未設置自治体の課題を把握するとともに、「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」等で好事例を周知するなど、協議の場の設置に向けた支援を行う必要がある。



「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況調査結果(速報値)
令和元年 10月31日時点

成果目標② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する目標について

障害者部会
2019.11.25

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する現状等

- 「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」実施自治体数の増加等、構築に向けた取組は一定程度進んできたところであるが、第5期の成果目標である、長期入院患者数の減少など、目標達成に向けた取組を引き続き、推進する必要がある。
- 保健・医療・福祉関係者による協議の場の圏域ごとの設置については、第5期障害福祉計画期間中にほぼ全圏域で設置される見込みであることから、今後は協議の場の活性化に向けた取組が必要。市町村ごとの協議の場の設置については、引き続き設置に向けた取組を推進していくことが必要。

成果目標(案)

- 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体制について今後も計画的に推進する観点から、地域生活支援連携体制整備を評価する指標として、精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数を成果目標として設定してはどうか。
- 精神病床における1年以上長期入院患者数の減少(65歳以上、65歳未満の内訳)、精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率の上昇については、引き続き、目標値として設定してはどうか。
- 【成果目標(案)】
- 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の上昇(新規)
- 精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)を設定する。令和5年度末の全国目標値は平成30年度と比べて6.6~4.9万人減少になる。
- 精神病床における退院率の上昇:3ヶ月時点69%以上、6ヶ月時点86%以上、12ヶ月時点92%以上とすることを基本とする。

3



別添「精神疾患の医療体制構築に関する現状と見直しについて(案)」を踏まえた指標例案

医療計画の見直し等に関する検討会
2019.11.28

項目	内容	第1次医療計画(2019年度)の目標値													備考	
		2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度	2030年度			
精神科	精神科病床数	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	
	精神科入院患者数	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	
	精神科入院患者数(長期)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	精神科入院患者数(短期)	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
地域包括ケア	地域包括ケアシステム構築率	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	
	地域包括ケアシステム構築率(精神科)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
	地域包括ケアシステム構築率(介護)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
	地域包括ケアシステム構築率(福祉)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
精神科病床	精神科病床数	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	
	精神科入院患者数	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	
	精神科入院患者数(長期)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	精神科入院患者数(短期)	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
地域包括ケア	地域包括ケアシステム構築率	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	
	地域包括ケアシステム構築率(精神科)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
	地域包括ケアシステム構築率(介護)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
	地域包括ケアシステム構築率(福祉)	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	

注1) 新規指標例 注2) 医療高度化に関する指標例 注3) 拠点機能を示す指標例 注4) 削減を検討する指標例 注5) 重点指標

4

<p>参考</p> <h2 style="text-align: center;">協議の場の設置・運営に向けたステップ</h2>
<p>1. 庁内検討</p> <ul style="list-style-type: none"> 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係る市町村と都道府県の障害(児)福祉計画、医療計画、介護保険事業(支援)計画等の目標設定・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 協議の場のコメンター(行政、精神科医療機関・団体、基幹相談支援センター等)を検討

<p>2. 関係機関・団体との事前打ち合わせ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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・団体、基幹相談支援センター等のコメンターと「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

<p>3. 協議の場の設置・運営</p> <ul style="list-style-type: none"> 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SPDCA(Survey、Plan、Do、Action)の実践 協議の場の取り組みを紹介・発信、関係機関・団体に対する働きかけ

④事業継続のポイント

<代表者会議と実務者ワーキングの重層的な継続開催>

- 代表者会議は地域アセスメント、個別テーマ(図7参照)の選定(優先順位を考慮)、取組方針等に重点を置き、年1、2回程度開催
- 実務者ワーキングは包括的マネジメント(図8参照)、事業計画・評価等に重点を置き、年間複数回開催(事例検討やコア会議を適宜開催;診療報酬・障害報酬とも連動)

※行政、精神科医療機関・団体、基幹相談支援センター等が核に
 ※圏域の協議の場は障害保健福祉圏域単位を基本に保健所所管区域等地域の実情に応じて設置
 ※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
 ※小規模市町村では圏域内の市町村合同での協議の場や地域ケア会議等との連動も検討
 ※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

<SPDCAの継続的な実施>

- 調査(Survey)**
⇒既存のデータ・資料の分析、調査(資源把握、当事者・家族・従事者等に対するアンケート調査、関係機関・団体のヒアリング)などを通じた**地域アセスメント**
※関係機関・団体が保有する情報を共有、俯瞰的な現状評価、課題の抽出・共有
- 計画(Plan)**
⇒具体的な取組計画、事業企画
※取組の優先順位、実現可能性(予算、マンパワーも)、スケジュール、当面の目標等を考慮
※企画段階から関係機関・団体との事前調整・意見交換
- 実行(Do)**
⇒効果的・効率的な取組(WG、従事者研修、住民普及啓発、事例検討、実態調査など)
※関係機関・団体との連携・協働による
※各種事業(相談・訪問支援、組織育成、措置対応、認知症対策、発達障害者支援、依存症対策、自殺対策等)ともリンク
- 評価(Check)**
⇒ストラクチャー(資源等)、プロセス(取組等)、アウトカム(成果等)
※関係機関・団体における評価結果(特に**取組成果**)の共有
- 改善(Action)**
⇒評価を踏まえた取組の見直し
※対外的なアピール、関係機関・団体に対する働きかけも

<協議内容例>

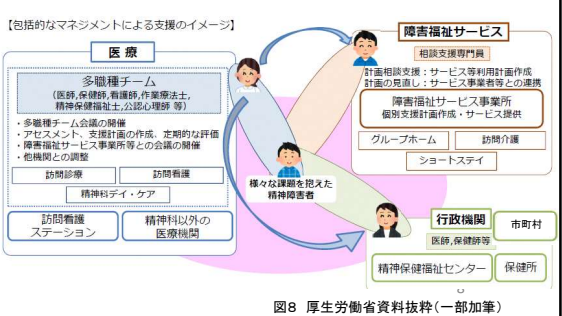
手順: 「地域アセスメント」の共有
 ⇒「地域ビジョン(地域のあるべき姿)」と具体的な目標の設定
 ⇒その目標達成への役割分担とロードマップの作成

個別テーマ: 各個別テーマ毎に、上記手順に基づいて実施可能なものから協議

(個別テーマとしては、「地域生活支援事業等の実施について」(障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)では、以下のように例示されています)

- 精神障害者の住まいの確保支援に係る事項(共同生活援助事業所の整備を含む。)
- ピアサポートの活用に係る事項(ピアサポーターの養成を含む。)
- アウトリーチ支援に係る事項
- 入院中の精神障害者の地域移行に係る事項(地域移行支援の活用促進を含む。)
- 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事項
- 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事項
- 措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事項
- その他(包括ケアシステムの構築に資する事項)

図7 「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」抜粋



参考

取り組みのポイント

- マニュアルや先行事例などの資料からノウハウを学び、関係者間で情報共有する
- ネット公開データ、全国共通の分析ツール・統計資料等を活用した地域診断を行う
- 所内連携、本庁と出先機関の双方向の連携を心がける
- 保健所長と統括保健師が協働する
※精神科病院長・理事長、医師会長等に対しては保健所長からの働きかけ・調整が重要
- 関係機関・団体の活動状況を把握し、弾力的な取組を推進する
- 当事者・家族、地域住民との協働を意識する

※行政、関係機関・団体、住民の連携・協働による、地域のデータ・資料に基づくSPDCAが不可欠

参考

協議の場を進めるポイント（案） “8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や会議体を積極的に活用、関係機関・団体との共催など
- **アドバイス (Advice)**
⇒アドバイザーによる助言(構築支援事業)や先進的な取り組み事例を収集
- **アシスト (Assist) & アテンド (Attend)**
⇒都道府県・保健所が市町村の協議の場の運営を支援、関係機関・団体の活動に寄り添い
- **アナリシス (Analysis) & アセスメント (Assessment)**
⇒公表情報の活用による地域データ・資料を分析、現状と取組結果を評価(ストラクチャー、プロセス、アウトカム)
- **アピール (Appeal)**
⇒対外的に取組を紹介・発信、関係機関・団体に対する働きかけ

10

⑤波及効果

・データ利活用の推進

⇒障害も含めたデータヘルス、人材育成・確保、スキル向上

“見える化”による精神保健医療福祉の**構造改革**の推進も期待

・都道府県・保健所と市町村の連携・協働の普遍化

⇒在宅医療介護連携等にも応用

・組織横断的な取組の促進

⇒精神医療、精神保健、障害福祉、高齢介護、生活困窮、居住支援、障害者雇用など
保健事業と介護予防の一体的実施等にも応用

・公民連携の促進

⇒配食・買物支援、住宅、交通、農福連携、権利擁護など

“地域共生社会”の発展も期待

・地域性・時代性を重視した高度な非定型業務（地域保健対策検討会報告書）の促進

⇒ノウハウの蓄積、職員のモチベーションの向上

“まちづくり”の一環として「協議の場」の運営に期待

11

⑥課題・注意点

<市町村単位、圏域単位、都道府県単位の「協議の場」の運動>

- ・市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、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、普及啓発等からなる包括的支援体制の構築を推進
- ・圏域単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、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
- ・都道府県単位の協議の場は、都道府県関係機関・団体への情報提供と合意形成等を通じて圏域単位、市町村単位の協議の場をバックアップ

※圏域の協議の場では市町村ごとの課題・取組も協議、都道府県の協議の場では圏域ごとの課題・取組も協議、地域で解決不可の課題を抱えない

<「協議の場」事務局の負担軽減>

- ・地域アセスメント方法（地域データ分析、資源把握、課題抽出等）や**具体的取組**内容（WG、従事者研修、事例検討、実態調査、住民普及啓発、事業評価等）の**ノウハウ共有**（圏域間、市町村間）

⇒研修（マニュアル、先行事例の取組）、共有フォルダ・メールリストの活用、人材育成・確保など

- ・地域の実情に応じた具体的取組（地域アセスメントを踏まえて選択）

<実効性を重視> “形式的な会議体にならない”

- ・地域のデータ・資料に基づくSPDCA、短期的な成果を求めすぎない
- ・平素からの関係機関・団体間の“顔の見えるネットワーク”構築が基本

<データ利活用における注意点>

- ① 公的機関によるネット上の公表データや分析ツールを優先的に活用する。
- ② 提示する資料にはデータソースを明らかにする。
- ③ データが持つ意味や限界を理解する。
- ④ 地域間比較、経年比較などをわかりやすく図表化する。
- ⑤ 日頃の取り組みから得られる質的情報も重視する。
- ⑥ 関係機関・団体間で分析データを共有する。

12

⑦自治体で行う場合のポイント

<市町村>

- ・ 精神保健福祉担当部署のリーダーシップによる庁内関係部署及び関係機関・団体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、相談支援センター、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、相談支援センター、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

<都道府県精神保健福祉担当課>

- ・ 都道府県庁部署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
- ・ 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、都道府県内外の先進事例等の収集、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

参考

認識したい行政機関の“強み”

・ 中立・公正な機関

⇒ 関係機関・団体、地域住民からの信頼

・ 各種専門職の配置

⇒ 職能団体（医師会、看護協会、栄養士会、療法士会、介護支援専門員協議会等）との連携

・ 幅広い分野の業務

⇒ 情報・資料の活用、部署横断的取組

・ 管理的業務（立入・指導等）と振興的業務（研修、啓発、相談等）

⇒ 現場を理解した地域の実情に応じた取組

・ セルフヘルプグループや住民組織とのつながり

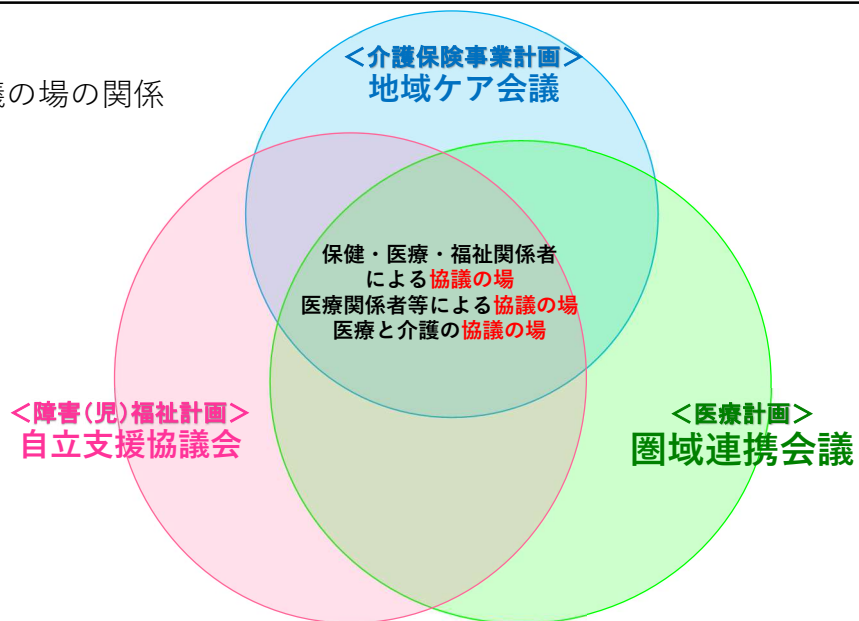
⇒ 効果的な普及啓発

・ 全国・ブロック・都道府県ネットワーク

⇒ 情報やノウハウの共有化

参考

協議の場の関係



※行政計画の一体的推進 ⇒ 都道府県・保健所と市町村の連携・協働による組織横断的取組が不可欠

レベル3 包括的支援体制 の推進の課題

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築における包括的支援体制の 現状認識（都道府県と市町村の狭間）

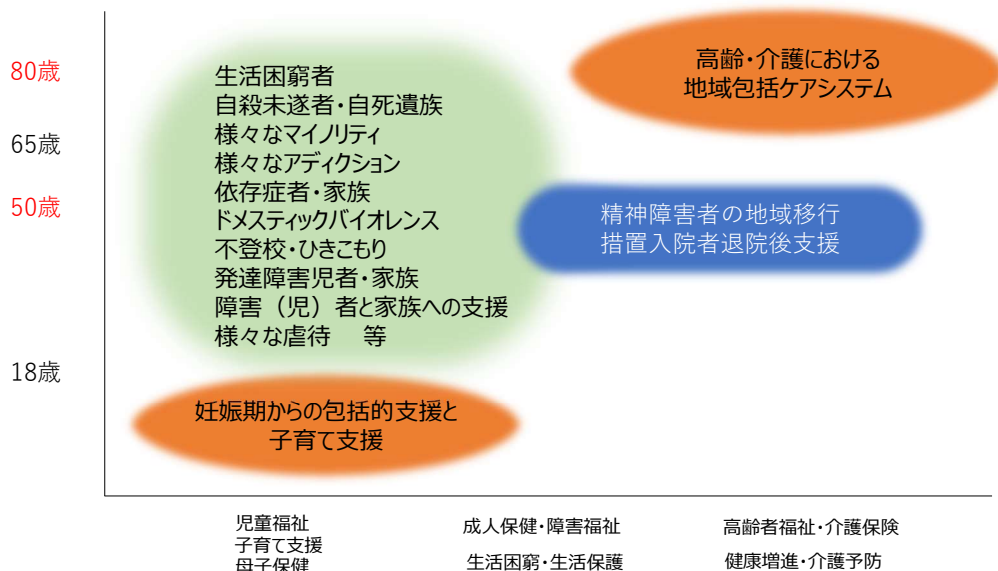
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは「日常生活圏域での構築を想定」とされている。
- 現行補助事業は、他の包括的支援に関する福祉施策と違い、都道府県、政令市、中核市が実施主体であり、多くの自治体では保健所が担っている。
- 障害保健福祉圏域や医療圏など広域を対象とし事業展開するか、市町村支援を踏まえた事業とするかは地域ごとに選択し実施されている。
- 一方、市町村では、地域共生社会の実現に向けて、総合相談体制や地域包括ケアシステム構築に取り組む自治体と取り組めていない自治体とが生じている
- 日常生活圏域における個別支援から地域づくりにむけた取組が実施され、精神障害に限らないさまざまな状態像のケース対応や、複合的な課題のあるケース等へのメンタルヘルス支援が求められている。
- 精神保健福祉法上、「保健」が努力義務であることから、平成14年以降、市町村による取組格差が狭間を生んでいるものである

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業と他の包括的支援の比較

	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	生きることの包括的支援（自殺対策）	妊娠期からの切れ目のない支援、子育て世代包括支援	地域共生社会の実現に向けた包括的支援	地域包括ケアシステム（高齢・介護）
根拠法令等	※補助事業（H29～）	自殺対策基本法（H18）	子ども・子育て支援法（H24）	改正社会福祉法（H29）	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（H30）
厚労省所管	社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課	社会・援護局 総務課自殺対策推進室	子ども家庭局	社会・援護局 地域福祉課	老健局
実施主体	都道府県 政令市 中核市	国 地方公共団体	市町村	市町村	市町村
包括的連携	医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育	保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策	家庭、学校、地域、職場、その他の社会のあらゆる分野	地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築 ①断らない相談 ②参加支援、 ③地域づくりに向けた	医療・介護連携推進等（介護保険法、医療法） 地域共生社会実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）
整備方針等	「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	・地域レベルの実践的な取組の更なる推進 ・若者の自殺対策、勤務問題による自殺対策の更なる推進 ・自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少することを目指し、平成38年までに平成27年比30%以上減少させることを目標とする	子ども及びその保護者が置かれている環境に応じて、子どもの保護者の選択に基づき、多様な施設又は事業者から、良質かつ適切な教育及び保育その他の子ども・子育て支援が総合的かつ効率的に提供されるよう、その提供体制を確保すること。	経済財政運営と改革の基本方針2019（骨太の方針 令和元年6月21日）閣議決定 「全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会を実現する」「断らない相談支援などの包括支援や多様な地域活動の普及・促進について、新たな制度の創設の検討を含め、取組を強化する」	1) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進 2) 医療・介護の連携の推進等 3) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等 ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り

3

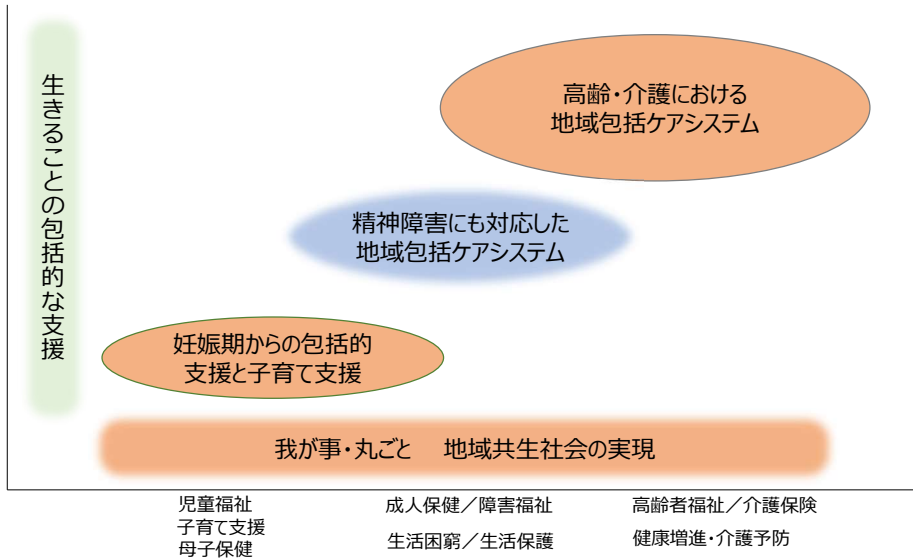
包括的支援に関する現行施策と狭間にあるコミュニティメンタルヘルス課題



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）一部改変

4

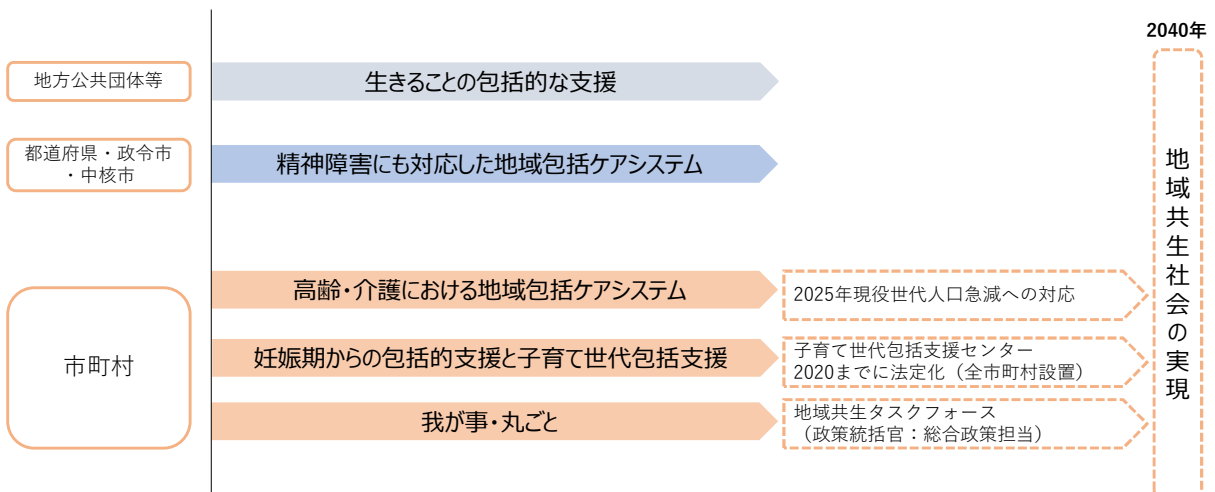
保健福祉政策課題と施策の狭間のイメージ



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）一部改変

5

保健福祉政策課題と施策統合のイメージ 今後の社会保障改革についてー2040年を見据えてーを参考に



6