

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業)

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

令和元年～3年度 総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代
(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)
令和4(2022)年3月

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

令和3年度 総合研究報告書

目 次

I. 総合研究報告

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究	1
----------------------------	---

研究代表者 藤井 千代

別添 1 自治体の精神保健	29
別添 2 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（普及版）ver.1	115
別添 3 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 地域共生社会を目指す市町村職員のために 詳細版	153
別添 4 地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドライン運用状況	207
別添 5 精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案	289
別添 6 個別相談活動イメージ	293
別添 7 令和 3 年度精神科アドボケイト（個別相談）養成研修（基礎）	295
別添 8 2021 年度 精神科アドボケイト養成講座	297
別添 9 人口 10 万人当たりの一般精神科病床の数 等グラフ	333

II. 研究成果の刊行に関する一覧表	335
--------------------	-----

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長)

要旨

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。我が国においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、各地域での地域精神保健医療福祉体制の充実を図りつつある。本研究では、7つの研究分担班において、地域精神保健医療福祉制度の充実に係る課題を検討した。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、市町村を基盤として構築を進めていくことが重要であり、そのための体制整備、人材育成が急務であることを踏まえ、市町村職員を対象とした手引きおよび研修プログラムを作成した。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素のひとつである、「精神医療の提供体制」を構築するうえで重要な支援技法である、包括的支援マネジメントとアウトリーチ支援については、支援の実装による効果検証および好事例である医療機関における実態調査により、その効果を示した。措置入院に関しては、今回、本研究において実施した様々な実態調査、関係者アンケート等を通じてその課題を整理することができた。措置入院関連のガイドラインの運用については、COVID-19の影響もあり、十分な調査ができておらず、感染収束後の課題として持ち越した。精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状である。精神医療審査会の機能強化と均てん化は十分に進んでいるとはいえず、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。今後、本研究の成果を踏まえて、運営マニュアルの改正への提言をしていきたいと考えている。また、アドボケイトについては、精神科病院への個別訪問支援のあり方について、研究班内では一定のコンセンサスが得られたものの、その実装については、人材育成のあり方も含め、さらなる課題整理が必要である。国際的な動向も注視しつつ、今後の検討課題としたい。

さらなる検討を要する課題はあるものの、本研究の実施により、精神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる精神保健医療福祉サービス提供のあり方を一定程度示すことができたものと考えられる。本研究の成果が、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活をするための支援提供体制のより一層の発展に寄与することを期待したい。

分担研究者：

野口 正行

(岡山県精神保健福祉センター 所長)

川副 泰成

(総合病院国保旭中央病院 院長補佐)

椎名 明大

(千葉大学社会精神保健教育研究センター
特任教授)

瀬戸 秀文

(福岡県立精神医療センター 太宰府病院
医長)

松田ひろし

(全国精神医療審査会連絡協議会 会長)

菊池安希子

(国立精神・神経医療研究センター 精神保
健研究所 地域・司法精神医療研究部室長)

佐竹直子

(国立精神・神経医療研究センター病院第一
精神診療部)

A. 研究目的

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。

2021(令和3)年3月には、厚労省より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書が発出され、「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」)の対象は精神障害の有無にかかわらず住民全体であり、精神障害者や精神保健(メンタルヘルス)上の課題を抱えた者等(以下、「精神障害を有する方等」)の地域生活を支えるものであること、地域共生社会の実現を目指すうえでは「にも包括」の構築推進が欠かせないこと等が示された。

本研究班は、この「にも包括」を構成する要

素として挙げられている要素のうち、主として地域精神保健及び障害福祉、精神医療に関する課題に対応している。精神医療に関しては、包括的支援マネジメントの普及による多職種・多機関連携の推進や、平時の対応の充実に関すること、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の適切な対応のあり方として、特に措置入院に関連する課題について扱う。さらには精神障害を有する方等の権利擁護のあり方、国際的な視点から見た我が国の精神医療のあり方など、多角的な検討を行い、今後の地域精神保健福祉の機能強化に資するエビデンスを蓄積することを目指す。

本研究班は、上記の課題に対応するため、以下の7つの分担研究班で課題の検討状況を共有しつつ、調査研究を実施した。各分担研究班の構成は以下の通り。

- ・ 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(野口正行)
- ・ 精神科外来機能強化に関する研究(川副泰成)
- ・ 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究(椎名明大)
- ・ 措置通報及び措置入院の実態に関する研究(瀬戸秀文)
- ・ 精神医療審査会のあり方に関する研究(松田ひろし)
- ・ 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究(藤井千代)
- ・ 精神保健医療福祉制度の国際比較(菊池安希子(令和元年)、佐竹直子(令和2-3年))

以下に分担班ごとの研究成果を示す。研究遂行にあたっては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、各分担研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得ている。

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（分担：野口正行）

本分担研究班では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築の概念整理とそれを支える自治体の重層的支援体制の構築のあり方を検討した。

研究方法

2019（令和元）年度には前年度の自治体のガイド暫定版作成を受け、「アウトリーチ支援」、「協議の場の運営」、「包括的支援体制の推進」について概念整理とポイントの整理を行った。2020（令和2）年度には、自治体の精神保健の現状と課題を整理するため2020（令和2）年6月～10月に以下の調査を実施した。

① 市区町村調査

対象：全国の1,741市区町村

調査方法：厚生労働省より、各都道府県に研究班が作成した調査票を送付し、各都道府県から各市町村に調査票と依頼文書を送付するように依頼した。各都道府県は各市町村からの回答を集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

② 中核市調査

対象：全国の中核市60ヶ所

調査方法：研究班より各中核市に研究班が作成した調査票を送付し、各中核市からの回答を研究班が集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

③ 精神保健福祉センター調査

対象：全国の69精神保健福祉センター

調査方法：研究班より、各センターに研究班が作成した調査票と依頼状を送付した。各センターは回答を研究班に提出した。全国精神保健福祉センター長会にも事前に研究について承認を得て、センター長会のメーリングリストにおいても、研究協力の依頼を行った。研究班においてデータを集計・分析を行った。

2021（令和3）年度は2020（令和2）年度までの成果を踏まえて、市町村職員のための

「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（以下、「手引き」）作成を行うとともに、市町村職員の人材育成のための研修プログラムを作成した。

研究結果

2019（令和元）年度に行った概念整理の結果と2020（令和2）年度の調査結果を踏まえて、厚生労働省が実施する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」において、「自治体の精神保健」、「市町村の現状と課題」と「精神保健福祉センターの現状と課題」の資料作成および検討会での説明を行った（別添1）。

手引きについては、市町村保健師を主な対象として、必ずしも精神保健を主な活動としていない専門職にも参考になるように作成した。わかりやすい記載を心がけ、「にも包括」の意義、その目指すところ、重層的支援体制整備事業など「地域共生社会」との関連、個別支援、連携体制などについて記載した（別添2）。また、さらに詳しく知りたい職員のために、手引きの詳細版を併せて作成した（別添3）。

研修については、2021（令和3）年度は、埼玉県A市、石川県B市、兵庫県C市、広島県D市に対して、2021（令和3）年9月6日、同12月22日、2022（令和4）年3月23日にトライアル研修を行った。市町村ニーズと課題と感じているところの確認、研修内容が市町村ニーズとマッチしているかどうか、などを確認することができた。

考察

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（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」のジグソーパズルのピースのように組み合わさって全体を形づくるものである。「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「にも包括」を構築していく必要がある。「にも包括」は、市町村などの基礎自治体を中心となって構築を進めるものであるが、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、2019（令和元）年に国から出された「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、「にも包括」は地域共生社会を目指すために欠かせないものであることを認識する必要がある。

今後「にも包括」を構築するうえでは、市町村、保健所、精神保健福祉センターの人員確保と人材育成が喫緊の課題となる。本研究班においては、人材育成に資するための手引きの作成、研修プログラムの開発を行ったが、市町村における精神保健の位置付けについては現在検討が進められている段階であり、今後これらの資料については国の動向を注視しつつ改訂を加えていく必要がある。

精神科外来機能強化に関する研究（分担：川副泰成）

現在構築が進められつつある「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素としては、「地域精神保健及び障害福祉」「精神医療の提供体制」「住まいの確保と居住支援」「社会参加」「当事者・ピアサポーター」「精神障害を有する方等の家族」「人材育成」が挙げられている。このうち精神医療については、メンタルヘルス上の課題を抱える地域住民の支援や普及啓発から、中重度の精神障害をもつ人への治療に至るまで、あらゆる側面で重要な役割を担うことが期待される。

精神科医療機関が上記のような役割を果たすためには、「包括的支援マネジメント」およびアウトリーチ支援の提供が重要である。ここでいう包括的支援マネジメントとは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメント（intensive case management; ICM）を指すと捉えた。

本分担研究班では、石川県立こころの病院（旧高松病院）における包括的支援マネジメント（以下、ICM）の実装を行い、その効果を

検証するとともに、アウトリーチ支援の実践を積極的に実施している医療機関に対し、インタビュー調査、アンケート調査、支援プロセス調査等を行った。さらに、医療と福祉の連携強化のための具体的方法を検討するため、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

研究方法

<包括的支援マネジメントの実装による効果に関する調査>

研究対象者は、2019（令和元）年7月1日から2020（令和2）年10月31日までに、調査対象機関の急性期病棟に入院した患者である。導入基準は、①2019（令和元）年7月から9月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、①20歳未満の者、②65歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥調査対象機関で外来治療を受けない者とした。調査時期は、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admissionの退院時（T2.0）、index admission退院後から1年経過時（T3.0）とし、予後調査は、T2.0からT3.0の間で、ケースマネジメントが不要となった場合においても実施している。収集した評価項目は、表2-1に示した。データは「包括的支援マネジメント実践ガイド」に示された様式から転帰することにより収集した。

<医師の往診・訪問診療に関する調査>

機縁法により選定した医療機関12施設において、以下の基準をすべて満たす患者を対象として調査を実施した。

- i. 2018年6月1日以降に調査協力機関において新規に医師による訪問系支援（精在管、在医総管、往診他）に導入された者
- ii. 20歳以上の者

- iii. オプトアウトの手続きにより自身に関連する情報の収集を拒否しなかった者
調査項目は以下の通り。

支援対象者について

- ・基本属性：生年月日、性別、診断名
- ・研究協力機関および他医療機関での過去の外来受診歴、入院回数、精神科訪問看護、障害福祉、介護福祉等のサービス利用状況

支援プロセスについて

- ・訪問系支援開始時の導入経緯
- ・訪問系支援で算定した診療報酬の種別
- ・調査期間中の毎月の医師およびコメディカルスタッフの訪問回数、ケア会議の回数、外来受診回数、予約があるにも関わらず外来受診をしなかった事象（mis-appointment）の有無とあった場合の回数
- ・ICMSS各項目

また、2016（平成28）年4月に千葉縣市川市に開設された診療所しっぽふあーれの協力を得て、開設後に新規に通院を開始し、なおかつ医師による往診もしくは訪問診療を受けた患者の悉皆調査を実施した。開設以前に別医療機関で同診療所の医師による診察や訪問診療等を受けていて診療が引き継がれた者、また訪問支援を医師以外の職種のみで実施していた者は調査対象外とした。調査期間は2021（令和3）年7月～8月で、調査項目は患者属性、過去の治療/支援歴、訪問診療等の開始時点から調査時点までの全期間の支援プロセス、支援の転帰であった

<精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査>

2021（令和3）年1月、障害福祉サービス事業所に勤務する精神保健福祉士6名に対し、zoomを用いて、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

研究結果

<包括的支援マネジメントの実装による効果に関する調査>

1) ICM の対象者数

期間中の入院対象者は 200 名であった。このうち ICM の実装を行い、かつ研究の導入基準に該当した者は、最終的に 54 名 (27.0%) であった。

2) 1 年後の追跡状況と再入院率

1 年後の追跡状況を図 1 に示した。1 年後に追跡が可能である者は 43 名 (54 名の 79.6%) であった。そのうち継続して ICM を行っている者は 14 名 (同 25.9%)、完全終了をした者は 15 名 (同 27.8%)、ほかのケースマネジメントに移行した者は 11 名 (同 20.4%) であった。

1 年以内の再入院は 13 名で、再入院率は 24.1% であった。1 年以内に再入院をした 13 名のうち、既に退院に至った 11 名の再入院日数は 52.1 ± 23.8 日 (index admission の入院期間は 63.2 ± 23.7 日)、再入院までの日数は 180.2 ± 114.5 日、このうち予定入院を行った者は 3 名であった。また index admission 後の 1 年間の地域生活日数 (52 名) は、 351.1 ± 26.2 日、再入院者のみ (11 名) では 312.9 ± 23.8 日であった。

3) ICM 対象者の 1 年後の状況

ICM 対象者の性別は女性の方が多く 32 名 (59.3%)、平均年齢は 41.4 ± 13.2 歳であった。診断は F3 (気分障害) が最も多く 24 名 (44.4%)、次いで F2 (統合失調症)、F8 (心理的発達の障害) であり、管理の必要性のある身体疾患は 14 名 (25.9%) が有していた。入院形態は医療保護入院が最も多かった (38 名, 70.4%)。入院時に行政介入があった者は 29 名 (53.7%)、37 名が過去に入院を経験しており、過去の総入院日数は 1 年未満で半数以上を占めた (中央値 161.0 日 : 最小 30 - 最大 1900)。

BPRS の合計点数は、入院時に 41.9 ± 10.5 点、退院時は 26.8 ± 7.5 点、1 年後は 27.9 ± 8.8

点であった。PSP の総得点は、入院時 43.1 ± 18.9 点、退院時 71.9 ± 8.3 点、1 年後 70.5 ± 12.4 点であった。GAF は入院時が 32.4 ± 19.1 点、1 年後は 59.7 ± 16.9 点であった。

居住形態は、当初は家族同居が 49 名 (90.7%)、1 人暮らしが 5 名 (9.3%) であったが、1 年後には少なくとも 1 人暮らしが 3 名、グループホーム入所者が 2 名増えていた。また仕事に従事している者も 3 名増えた。相談支援の利用は 12 名 (22.2%) から 13 名 (24.1%) に、医療サービス利用はデイケア利用が 1 名、訪問看護利用が 3 名増えていた。

ICM 導入基準の該当項目で半数以上が該当した項目は、多い順に「A1_6 か月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を遂行することに重大な問題がある」「B2_自分一人で地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等) を遂行することに重大な問題がある (家族が過剰に負担している場合を含む)」「D10_自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」「C6_家族への暴力」「D8_家族への暴力、暴言、拒絶がある」「C7_警察・保健所介入歴がある」であった。

ニーズアセスメントは、「0. 支援は特にいらない」「1. 支援を受けている」「2. 支援を受けていないまたは支援を受けているがまだ困っている」「9. わからない」の評価点で、患者が自記式で採点した結果である。1 年後に支援が不要であるとの回答が最多だった項目は「アルコール」と「その他行動上の問題」であり、最も支援を受けていないか受けていると感じられていない項目は、「日中の活動」と「心理的苦痛」であった。「生活環境の管理」「セルフケア」「金銭管理」の割合は変化がなかった。

4) ケア会議の実施状況

多職種ケア会議は、入院日を起算として第 1 回を 30.9 日目、第 2 回を 71.0 日目、第 3 回を 111.6 日目に実施していた。参加者は、第 2

回から外来看護師や相談支援員、訪問看護、就労支援事業所が参加していた。ケア会議での実施内容は、第1回は「アセスメント」「課題抽出」「計画立案」が中心に行われており、回数を重ねるごとに「計画内容の評価（再計画）」「計画内容の評価（継続）」へ移行し、「評価（継続）」「評価（終結）」の実施割合が増え、ICMの終了に至っていた。

<医師の往診・訪問診療に関する調査>

12 精神科医療機関を対象とした調査における調査対象者は64名であった。・性別は、男性30名（46.9%）であり、・支援状況は、支援中（24カ月未満）が29名（45.3%）、支援中（24カ月以上）が28名（43.8%）、支援終了が7名（10.9%）であった。罹病期間は、 223.4 ± 184.5 カ月（最短23カ月、最長731カ月）であった。

重複診断は、20名（31.3%）に認められた（人格障害5名、知的障害6名、発達障害2名、認知症7名）。身体合併症ありは19名（30.0%）、精神保健福祉手帳は24名（37.5%）、療育手帳は3名（4.7%）が取得していた。要支援/要介護の認定を受けている者は7名（10.9%）であり、居住形態としては、単身19名（29.7%）、家族同居44名（68.6%）、施設入所1名（1.6%）であった。

入院に関しては、初診以降の入院歴は平均 1.67 ± 2.45 回（最小0回、最大12回）であった。当該医療機関における訪問診療開始以前の入院歴については、支援開始前1年間に精神科への入院歴がある者は10名（15.6%）、身体科への入院歴がある者は6名（9.4%）であった。

当該医療機関における訪問開始の理由については、ひきこもりが35名（54.7%）と最多であった。

訪問開始から24カ月経過時点までの支援プロセスが確認できた28名について、24カ月の支援期間において精神科入院を経験した者は3名（10.7%）、身体科入院を経験した者

は3名（10.7%）であった。

診療所しつぽふぁーれにおける調査の対象者は合計177名（男性69名、女性108名）で、平均年齢は 51.28 ± 21.96 歳、平均罹病期間は 13.51 ± 10.32 年であった。対象者の属性については、診断名は統合失調症圏とともに気分障害圏、神経症圏、さらに発達障害圏が多く、「その他」には場面緘黙やひきこもりなど医学的診断のない不適応状態も含まれていた。また半数近くが重複診断や身体合併症を持っており、介護保険利用者が一定数いた。

過去の治療歴については、精神科受診歴のないものが相当数いて、入院経験のあるものが少なかった。

訪問診療開始の理由では、「長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため」について177名中168名（94.9%）が非該当であった。多かったのは、「ひきこもりで外出が難しいため」「病状悪化等により通院が困難なため」などであった。紹介元としては他の医療機関が最も多かったが、行政機関や基幹相談センター、高齢者支援センター/地域包括支援センターなど精神保健医療福祉システムの外側に位置付けられる相談支援機関からの紹介が一定数あった。支援過程や転帰については、初診と同時に訪問診療が開始にならなかった者が26名（14.6%）いて、これらの訪問診療開始までの平均月数は 11.69 ± 11.84 カ月（範囲：1-45カ月）であった。また支援開始後に精神科入院がなかった者は154名（87.0%）、身体科入院が1度もなかった者は155名（87.5%）であった。さらに、支援中断がなかった者は129名（72.8%）であった。調査時点で支援継続中の者は103名、終了した者は74名であった。

訪問支援の継続期間は、全体（ $n=160$ ；1回のみの訪問ケース17名を除く）では 25.83 ± 20.50 カ月（範囲：1-71カ月）、調査時点からさかのぼって2年以上前に利用開始した者（ $n=97$ ；1回のみの訪問ケース17名を除

く)では 35.73±20.15 カ月(範囲:1-71 カ月)であった。後者の訪問期間の度数分布では、24 カ月未満は 24.74%であった。

支援が終了した者はその時点、支援が継続している者は調査時点での医師の訪問診療以外の訪問体制について、同診療所の自法人が設置している Assertive Community Treatment を志向するコメディカルスタッフのみの訪問チームを利用している者は 75 名(42.3%)であり、他法人の訪問看護ステーションによる訪問やホームヘルプサービスを利用する者も 2 割程度いた。終了の理由として最も多かったのは「転医等別法人の支援機関に移行」が 11 名(14.8%)で、他に「自法人の外来通院に移行」「コメディカルスタッフのみの訪問支援に移行」が合せて 9 名(12.1%)だった。他方「本人の拒否」も 10 名(13.5%)見られ、ばらつきが大きかった。

<精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査>

障害福祉サービスにおいて実際に精神障害者に支援提供している精神保健福祉士 6 名へのインタビュー調査から、医療から福祉への情報提供が望まれる事項として挙げられた項目は以下の通りである。

身体機能・身体疾患等の情報

- ・ 視力、聴力、認知機能、筋力等のコミュニケーションや日常生活に必須の身体機能情報
- ・ 悪性腫瘍など、生命にかかわる疾患に関する情報
- ・ 糖尿病や高血圧など、身体管理や服薬管理が必要な疾患の情報
- ・ 感染症(白癬等も含む)情報
- ・ 身体疾患治療のための通院頻度や通院方法

処方されている薬剤についての情報

- ・ 身体疾患に対する薬剤を含む、本人が使

用中の薬剤情報

- ・ 処方薬名を並べるのではなく、何に対する薬か、飲み忘れてはいけない薬か、多少飲み忘れがあっても気にしなくてもよい薬か、薬に関する声掛けの要否、本人に薬についてどのように説明されているかなど、支援の際に役立つ情報があるとよい

治療目標、医療・支援上の着眼点

- ・ 受けている医療の情報(通院頻度、デイケア、訪問看護、身体合併症等)
- ・ 1 年後にはデイケアから就労支援事業所に移行したい等、具体的な治療目標
- ・ 本人の医療への信頼度、治療へのモチベーション(しつこく通院しているのか、積極的に治療参加しているのか、等)、本人が精神障害についてどのように受け止めているのか
- ・ 医療機関が把握している本人の障害福祉サービス利用に関するモチベーション
- ・ 関わり方のコツ・留意点
- ・ クライシスプランがあれば共有
- ・ 再入院リスク
- ・ 看護サマリーの写し

その他

- ・ 訪問看護ステーションへの情報提供と同等の内容だけでもあると助かる
- ・ 医療機関と連絡をとる際の窓口となる担当者氏名、連絡方法
- ・ 重複障害の有無

情報提供の時期としては、以下のような意見があった。

- ・ サービスの更新時期
- ・ 入院中の方に関しては、サービス利用を検討しはじめる時期など(短期の入院で退院される方については、福祉側で情報を集めるゆとりがないことが多く、本人との信頼関係を構築する時間も限られて

いるため、病院からの早めの情報提供が必要)

- ・ 大きく病状や処方等が変わったとき

また、情報提供書を記載する職種としては、精神科医（主治医）は必須であり、精神保健福祉士等、医師以外の専門職も記載できることが望ましいとされた。

考察

包括的支援マネジメント（ICM）の実装による効果検証の結果からは、入院中に精神症状と生活障害が改善され、1年後の精神症状と生活障害は改善されたまま維持していることが明らかになった。精神科急性期病棟に入院を必要とする者では、複数の生活課題への対応と同時に、精神症状の改善と維持に対する支援の必要性が高いため、精神科医療機関を主体とした ICM によって地域定着が推進されることが示唆された。

医師の訪問診療等に関する調査からは、診療報酬における訪問支援で想定する「長期入院後の地域支援」を理由とした訪問開始が少なく、必ずしも入院を経験していない、もしくはそもそも医療機関とのコンタクトがこれまでにない、というケースに対する精神科医師の訪問診療ニーズの高さがうかがわれた。加えて、当初は外来に通院できていたが治療の過程で一時的に訪問診療が必要になった場合や、従来介護保険制度での支援が想定されているケアホーム等に入居中の高齢者への訪問診療も一定数あり、医師の訪問診療に対する地域社会側の多様なニーズが明らかとなったこれらのことから医師による訪問医療の提供が、入院や医療中断（およびその後の病状悪化）を防止していることが推察された。訪問診療は平均で2年以上継続しており、精神科在院患者支援管理料等が想定している2年間では不十分であることが示唆された。

医療と福祉の連携については、従前からの課題としてしばしば指摘されるところである

が、未だ十分な連携ができているとは言い難い。ICMにより、医療と福祉の連携が一定程度促進されることは期待できるものの、今の段階では多くの精神障害者に ICM を提供することは困難である。理想的にはいわゆる「顔の見える連携」を構築することが望ましいことは論をまたないが、現状では医療と福祉の情報連携も十分ではないことを考慮すると、まずは情報連携を円滑に行うための仕組みを整備することも重要であろう。今年度実施したインタビューからは、地域援助事業者側は医療からの情報提供があることが望ましいと認識していることが示され、特に福祉側がアセスメントをすることが困難な医療情報を求める意見が多く出された。

今後これらの成果を踏まえて、「にも包括」における精神科医療機関の役割についてさらなる検討を行っていく必要がある。

措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究（分担：椎名明大）

本分担研究班では精神保健福祉法に基づく措置入院の適正化に関する研究を実施している。2019（令和元）年度は、2018（平成30）年に発出された、「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について、全国の保健所を対象とした運用状況の調査を行った。2020（令和2）年度は、警察庁及び各県警、府警、警視庁の協力を得て、措置入院業務に関する警察官への意識調査を実施した。また2021（令和3）年度については、措置入院の適正化にあたっては、精神保健指定医が適正な措置診察を行うために必要とされる知識及び技術を効率的に習得できる修練方法の開発が必要と考え、措置診察技法の習得を促す教材開発に関する調査を行った。

研究方法

＜措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究＞

研究対象は、措置入院業務を所管している全国の保健所等の職員であって、業務として精神保健福祉法に基づく措置入院に関与している者とした。ただし、各保健所等につき1名を対象を限定した。なお、ここでの保健所等とは、運用ガイドラインについては東京都、群馬県（東京都及び群馬県では運用ガイドラインについて都県が一括して対応しているため）、県型保健所351、措置権を持つ中核市1、政令市20の計374箇所を指し、退院後支援ガイドラインアンケートについては県型保健所（特別区含む）380、中核市58、政令市20の計458箇所を指す。研究対象の選出は、厚生労働省及び全国保健所長会の公表している保健所リストによって行った。各保健所の担当者個人は特定しないこととした。各調査票を各保健所に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、警察官通報の処理状況及び退院後支援ガイドラインに示される手続きの実施状況等である。

＜措置入院業務に関する警察官の意識調査＞

調査対象は、現職の警察官であって、業務として精神障害者に接する機会のある者である。年齢、性別は問わないが、警察官の資格要件上、高校卒業が要件とされる。調査票を警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、精神保健福祉法による措置入院にかかる業務についての経験等である。調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析した。

＜措置診察技法の習得に関する調査＞

調査対象は、全国の精神保健指定医とした。年齢、性別は問わないが、精神保健指定医の資格要件上、対象はすべて概ね30歳以上となる。調査票を全国の精神科病院に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、措置

診察にかかる教育・研修の経験やニーズに関するものである。

研究結果

＜措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究＞

運用ガイドラインに関する調査票に関しては、計234箇所（62.6%）の保健所等から返送を得た。

各調査票に記載された数値を単純合計したところによると、警察官通報受理件数4280件のうち、被通報者が保護された状態で通報が行われたのが4133件、保護されていない状態で通報が行われたものが243件であった。合計は通報受理件数4280件に一致しないが、これは一部の調査票で空欄や概数が記載されている等の事情による。以下同じ。

保護された状態で通報が行われた4133件のうち、措置診察が行われたのは2249件、行われなかった（診察不要と判断された）のは1795件であった。診察が行われた2249件のうち、緊急措置入院となったのは398件、措置入院となったのは1266件、措置不要と判断されたのは688件であった。

他方、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた243件のうち、41件では措置診察が行われ、うち9件が緊急措置入院、19件が措置入院となった。措置不要と判断されたのは24件であった。

また、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた243件のうち、被通報者が警察官によって視認されていたものは64件、視認されていなかったものは52件、視認から時間が経過してからの通報は58件であった。

退院後支援ガイドラインに関しては、計298箇所（回収率65.1%）の保健所等から返送を得た。うち247箇所（実施率82.9%）の保健所等でガイドラインに基づく支援が行われていた。その他、結果の概要については別添4に示す。

＜措置入院業務に関する警察官の意識調査＞

47 都道府県警すべてより回答を得ることができた（N=241）。警察官の多くは精神保健福祉法を意識して業務に当たっていた。保健所に対しては人員配置の薄さや迅速性に欠けることを、指定医に対しては保護ないし逮捕時の被通報者の状態像が軽視されていることを懸念する声が多かった。

＜措置診察技法の習得に関する調査＞

公的病院勤務医 183 名、民間病院勤務医 380 名、その他 8 名（大学等教職員 2 名、病床を持たない総合病院の精神科勤務医 2 名、精神科クリニック勤務医 2 名、その他 1 名）の計 571 名から回答を得た（図 1）。自治体ごとに見ると、全国 47 都道府県のうち 41 都道府県から各 1 名以上の回答があった。回答者の多くが、措置診察技法については上司や先輩から教わる、上司等の措置診察場面を見学する、措置入院した患者の診療を通じて学ぶ、といった経験を答えていた。一方で文献を読んで勉強した回答者は半数に留まり、研修会や事例検討会に参加した者は 3 割程度、資格取得・更新のための指定医講習会を除く国や自治体の研修に参加した者は 1 割に満たない。すなわち、現在精神保健指定医として活動している者の多くが、措置診察に関する系統的な教育を受けていないことが明らかとなった。

考察

退院後支援ガイドラインに基づく支援の実施状況調査では、回答した保健所等の大半で既に支援が開始されていた。その実数は自治体規模その他の事情により大幅な差異があった。現状、措置入院患者以外に対する退院後支援の実績は多いとはいえ、医療保護入院者は実数が多く、多くの自治体が措置入院患者への対応で手一杯になっている現状がうかがわれた。支援対象となった患者の属性としては、統合失調症圏が 7 割を占める。これは措置入院者における割合よりも高く、標準的

な退院後支援になじむ患者を選別して支援対象としている可能性もあるものと考えられた。退院後支援ガイドラインの普及を図るうえではまず標準的な手順を確立させる必要があり、取り組みやすく効果的な支援が可能な患者を当初の対象として選定することは合理的な対応であるといえる。

支援対象者の転帰については、まだ実数が少ないため定量的な評価は尚早であるが、再入院が減る効果を実感できたというものははじめ、十全に実施できれば労力に見合った効果が期待できるという意見も散見された。一方で、困難については、極めて多数の意見が寄せられており、各保健所等における苦劳がうかがえる結果となった。大別すると、リソースの不足、当事者の理解の問題、病院との連携の問題、手続きの煩雑さ、疾患特性への戸惑い、支援期間に関する疑問が挙げられる。退院後支援を実施するには人的、時間的、経済的負担が発生するが、行政機関が新たな人員や予算を確保するための法的根拠は乏しいままであり、実効性ある対応が求められる。退院後支援ガイドラインは、従前より地域連携が良好であった自治体にとっては特段の変化はない、もしくは事務作業が増えるだけの結果になったという意見もあった。しかしながら、何らかのガイドラインなしでは退院後支援の取り組みが進み難い地域もあったようであり、今般のガイドライン策定はそのような地域の精神保健福祉の底上げに一定の役割を果たした可能性はあるが、今後さらなる検証を行っていく必要がある。

警察官アンケートからは、保健所の体制が警察に比べて薄いこと、通報しても措置診察が行われないこと、指定病床が足りないことなど、警察官から見て措置入院が必要と思われる事例が速やかに入院に至らないことに対する懸念が最も強いようであったが、保健所の体制拡充については一朝一夕に解決することは期待できない。しかし他方で、一部地域では警察と保健所の連携体制が機能している

ことも明らかになっており、警察官、保健所及び指定医との相互理解を通じた連携の強化が重要である可能性が示唆された。

措置診察技法の習得に関する調査結果からは、措置診察技術の向上及び均霑化が必要であること、そのための教材作成を行うことが示唆された。利便性を考慮し、教材の内容としてはオンライン学習が可能な模擬事例を主体としたものが望ましいと考えられる。教材の普及のための方策として、指定医講習会や自治体による研修、任意による研修との連携の是非について検討すること、研修と別個に、指定医診察への陪席や、措置診察後の経過に関する後日のフィードバックの適否についても検討を要するものと考えられる。また、教育手法の検討と並行して措置入院制度のあり方に関する考察を行うべきであり、措置診察技術の向上とそれに関連した措置入院制度の適正化を目指した研究を継続する必要がある。

措置通報及び措置入院の実態に関する研究 (分担：瀬戸秀文)

措置入院の適正化を行うにあたっては、措置入院後の患者の経過や措置解除の判定基準について客観的な指標に基づいて検討することが必要である。本分担研究班では、上記のような課題に対応するため措置入院となった精神障害者の前向きコホート調査を実施している。

研究方法

<措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究>

2016(平成28)年6月1日から2019(令和元)年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度(PSP)を用いて評価し

た。あわせて、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰について検討した。また、措置入院の退院1年後の通院継続状況とサービス実施状況の関連を明らかにするため、2016(平成28)年6月1日から2019(令和2)年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とし、地域における何らかのサービス利用と転帰の関連について、Kaplan-Meier methodを用いて検討を行った。さらに、措置入院患者の退院後死亡リスクを検証するため、2016(平成28)年6月1日から2019(令和2)年9月30日に研究協力病院に措置入院となった後に措置解除を経て退院となり、かつ退院後に当該施設と1回以上接触を持った226人のKaplan-Meier法に基づく退院1年以内死亡率を求めるとともに、厚生労働省作成の簡易生命表に基づいて、標準化死亡比(standardized mortality ratio: SMR)を算出した。

<精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査>

2020(令和2)年7月30日から同年9月14日までを調査期間とし、COVID-19の体制整備や受け入れ状況を把握するために、全国の精神科に関わる医療機関の医師にwebアンケート調査を行い、248機関の回答を得た(回収率16.5%)。これらの医療機関を対象に他科との協働を要する精神科医療の現状、措置入院以外の患者ならびに措置入院患者の新合併症の対応状況に関するアンケート調査を行った。

研究結果

<措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究>

患者登録は、最終的に523例(男性324例、女性200例、男女比1.6対1)となった。このうち504名が退院に至り、うち496名について、調査対象医療機関から退院1年

後の転帰にかかる情報が得られた。回答が得られた 496 例のうち、退院後の医療機関への入院状況は、観察期間、最長 365 日で、うち措置入院した医療機関への入院は、入院した 65 例、入院していない 411 例、不明 20 例であった。措置入院した医療機関での治療状況は、入院中 22 例、通院継続中 116 例、受けていない 358 例であった。治療を継続していない理由は、治療中断 19 例、他院紹介転院 273 例、治療終了 7 例であった。退院 1 年後の生存状況は、生存 172 例、死亡 7 例、不明 317 例であった。退院後の通院継続期間は、平均 127.2 日±標準誤差 7.4 日であった。このうち措置解除時の入院継続例 173.5±10.4 日、通院例 156.9±19.8 日、転医例 31.0±18.2 日であった。措置入院時の診断別には F2 統合失調症 127.2±9.6 日、F3 気分障害 158.1±19.6 日であった。退院後の再入院までの期間は、全 496 例では再入院 63 例 (12.7%)、平均 89.4 日±標準誤差 10.2 日であった。このうち措置解除時の入院継続例 96.8±12.7 日、通院例 83.9±18.3 日、転医 7.4±5.0 日などであった。措置入院時の診断別では F2 統合失調症 300 例では再入院 40 例、73.2±9.9 日、F3 気分障害 75 例では再入院 9 例、104.5±22.2 日などであった。

サービス利用状況と転帰の関連については、退院年後の通院継続やサービス利用状況が把握されている 115 名を分析の対象とした。生存曲線の作成と単変量解析を行った結果、何らかのサービス利用がある場合には 81 名 (79.4%) が通院継続をしており、サービスを利用していない場合の 21 名 (20.6%) に比して有意な差が確認された ($p=0.00012$)。利用しているサービスには、訪問看護 41 名 (37.3%)、行政の直接サービスが 38 名 (33.0%) の順に多かった。

措置入院者の死亡リスクに関しては、対象患者の性別は男性 143 人、女性 83 人、退院時平均年齢は 42.2 歳で、全体の約半数を統

合失調症圏 (109 人) が占めた。退院後の総観察日数は 67,484 日で、その間に 6 人の死亡が確認された。Kaplan-Meier 法による退院 1 年以内死亡率は 3.0%で、SMR は 11.0 であった。統合失調症圏と気分障害の患者の SMR はそれぞれ 9.3, 15.6 であった。

＜精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査＞

他科との協働を要する精神科医療の調査では、ECT は修正型に拘わらず、精神科病院では 6 割強が ECT を行っており、総合病院精神科では麻酔科との連携で行う ECT 例は 7 割であった一方、3 割弱はそもそも ECT を行っていないかった。クロザピンにおいては精神科病院は CPMS 登録半数、実際に治療を行っているが半数、一方で総合病院精神科では CPMS 登録は 6.5 割の中、実際に行っているのは 3.5 割であった。緩和ケアチームは精神科病院ではほぼ設置しておらず、総合病院精神科ではほぼ設置されていた。措置以外の入院患者の調査では、精神科病院 8 割、総合病院精神科では全例受け入れていた。身体合併症が生じた時の対応において、精神病床に入院継続して精神科医が対応した例では精神科病院 9 割・総合病院精神科で 7.5 割、他科医師が併診対応した例では精神科病院 7.5 割・総合病院精神科 9 割、他科受診例では精神科病院 9 割・総合病院精神科 2.5 割であった。自施設の他科病棟転棟例は精神科病院 3 割・総合病院精神科 8 割、他院転院例は精神科病院 9.5 割・総合病院精神科 3 割であった。身体合併症が生じ転院が必要と判断された場合の対応において、「総合病院等の連携を行っているが病床は確保されていない」と回答した精神科病院は 8.5 割に上った。COVID-19 の発生状況においては精神科病院 4 割・総合病院精神科 3.5 割が「発生しないし他院から受入」と回答した。一方で、COVID-19 受入対応準備に関しては、精神科病院は 1 割弱、総合病院精神科においても

5 割弱程度のみが準備できていると回答された。措置入院患者の調査では、精神科病院 5 割、総合病院精神科では 6.5 割受け入れていた。身体合併症が生じた時の対応において、措置のまま入院継続して精神科医が対応した例では精神科病院 5 割・総合病院精神科で 6.5 割、措置のまま入院継続して他科医師が併診対応した例では精神科病院 7.5 割・総合病院精神科 9 割、措置のまま入院継続して他科受診例は精神科病院 2 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置入院のまま他院転院例は精神科病院 2 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置仮退院して他院転院は精神科病院 1 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置解除して自施設の他科病棟転棟例は精神科病院・総合病院精神科共に 1%未満、措置解除・他院転院例は精神科病院 1.5 割・総合病院精神科 1 割未満であった。身体合併症が生じ転院が必要と判断された場合の対応において、「総合病院等の連携は行っているが病床は確保されていない」と回答した精神科病院は 6.5 割であった。

考察

措置入院者に関しては、これまで入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングは行われてこなかった。本分担研究班では、500 例以上の措置入院者のモニタリングを実施しており、措置入院患者の退院後死亡リスクが一般の精神障害者の死亡リスクより著しく高いことが示唆されるなど、今後措置入院の適正化を検討するにあたっての貴重な基礎資料となりうる。

措置入院患者の退院後の通院継続がなされていることと、何らかのサービス利用との間には関連があることが示唆された。また、少なくとも退院後 1 年の間では、とりわけ訪問系サービスによる支援が必要であると考えられ、継続的な治療意思決定支援が必要であると思われた。一方で、そもそも何らかのサー

ビス利用を受け入れ可能であったという時点で選択バイアスが発生していると考えられ、今後はこれらを考慮しながら、多角的に分析を行う必要がある。

精神疾患患者が身体合併症となり転院が必要と判断された場合の総合病院等との連携に関しては、非措置入院例に関して何らかの連携体制はみられるものの、その一部に「まったく連携がとれていない」と回答する施設もあり、このようなケースでの医療施設への転院フローを改めて考慮する必要があると考えられる。特に精神科病院に入院している措置入院患者が身体合併症を生じた際、ケースによっては精神症状ならびに身体疾患が重度で可及的速やかに転院を要する場合もあり、対応整備を行う事が喫緊の課題といえる。

精神医療審査会のあり方に関する研究(分担：松田ひろし)

本分担研究班の目的は、精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案することである。

研究方法

<要検討事例の分析>

全国精神医療審査会連絡協議会が 2012 (平成 24) 年度から、全国精神医療審査会活動で問題となった事例の報告を事務局に要請してきた。2020 (令和 2) 年度までのおよそ 9 年間に 137 件の報告が集積された (1 件の報告に複数の事例や検討案件が含まれることもあった)。

研究協力員間の討論および K-J 法により、報告に含まれる論題や提案をいくつかのパターンに類型化した。

<公式統計の集計・分析>

2020 (令和 2) 年度の精神保健福祉資料 (https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/key_word.html) および衛生行政報告例

(https://www.estat.go.jp/estat-search/files?_page=1&toukei=00450027&tstat=0000010_31469&result_page=1) の中から、精神医療審査会に関するデータを抜粋して集計および可視化し、精神医療審査会活動の動向を分析した。

＜精神医療審査会制度の運用に関する全国調査＞

事務局調査

精神医療審査会の実務の実態を把握し、課題を抽出するために、全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、2021（令和 3）年 7 月に「精神医療審査会制度の運用に関する調査票（事務局用）」を発送した。回答は全審連にて集計した。

合議体委員・事務局員調査

2019（令和元）年度精神保健福祉資料に掲載された全国精神医療審査会合議体委員（予備委員を含む）の全員（1557 人）および 1 事務局当たり 5 人の事務局員（計 335 人）、合計 1892 人を対象として、2021（令和 3）年 8 月に「精神医療審査会制度の運用に関する調査票（合議体委員・事務局用）」を全国精神医療審査会事務局を介して配布した。調査項目は、当研究班が前年度に報告した事例検討の分析をベースとして、研究協力員の間で吟味されたおよそ 70 項目である。回答は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所にて集計した。

研究結果

＜要検討事例の分析＞

これまで蓄積された要検討事例 137 件について、論題や提案を分類したところ、以下のように類型化された。

（1）医療保護入院の同意者について

- ・虐待の加害者であることが明白あるいは濃厚な家族等は、医療保護入院の同意者としての適格性を欠くのではないかな。
- ・虐待加害者以外に同意権限のある家族等が

いない場合は、首長同意の対象とすべきではないかな。

- ・同意権限のある家族等がいても同意・不同意の意思表示がない場合は、首長同意の対象とすべきではないかな。
- ・同意権限のある家族等が複数いるが、入院同意に関する意見が対立して調整が困難の場合は、首長同意の対象とすべきではないかな。
- ・現行の首長同意は形式的な同意にすぎないので、入院要否を実質的に判断し、入院者の権利擁護の義務を負い、退院促進への協力や退院等の請求権限を有する公的機関の同意による医療保護入院制度を検討すべきではないかな。

（2）非自発的入院の対象について

- ・精神科的な治療を必要としない寝たきり等の状態で意思表示が困難な患者は、医療保護入院をはじめとする精神科への非自発的入院の対象とすべきではないのではないかな。
- ・アルコールや薬物等への依存症、パーソナリティ障害、発達障害など、一般に判断能力が保たれる精神障害を主病名とする患者は、一定の精神症状または問題行動が現認される限定的な期間を超えて非自発的入院を継続すべきではないのではないかな。
- ・知的障害、認知症など、一般に入院治療を行っても改善が見込まれない精神障害を主病名とする患者についても同様なのではないかな。

（3）未成年者の入院について

- ・年齢等からは同意能力（概ね 14 歳以上の判断能力）があると認められる未成年者が精神科への入院に同意する場合は、未成年者本人の意思に基づく任意入院とすべきではないかな。
- ・年齢等からは同意能力がないと認められる未成年者（概ね 14 歳未満）が精神科への入院を希望（ないし同意）する場合は、任意入院とすべきであるが、本人に代わり親権者の同意を必要とすべきではないかな。

(4) 任意入院者からの退院請求審査について

- ・任意入院者であっても、退院制限されることがあるので、退院請求があれば、任意入院の妥当性を含めて審査の対象とすべきではないか。

(5) 退院等の頻回の請求審査について

- ・意見聴取の手続きを省略できる再請求の上限期間を6か月より短くした方がよいのではないか。
- ・審査会の審査結果にその理由を丁寧に説明する意見を附帯することは、頻回請求を抑止するのに有用ではないか。

(6) 処遇改善請求の範囲について

- ・薬物療法の内容や治療プログラムに対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよいのか。
- ・職員の接遇（暴力や虐待を除く）に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよいのか。
- ・病院の設備・環境・食事に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよいのか。

(7) 代理人弁護士への資料開示について

- ・代理人弁護士から関係書類の資料開示を求められた場合、個人情報保護法令との調整をどうすべきか。
- ・関係資料（関係者の意見書、合議体委員の意見聴取報告書、入院届等）の開示範囲と開示への同意はどうあるべきか。
- ・開示の条件（文書作成者の同意、入院者への直達回避など）をどうすべきか。
- ・開示の方法（閲覧のみ、コピー容認）をどうすべきか。

(8) 代理人弁護士による意見聴取への立会について

- ・代理人弁護士による弁護活動の一環として、関係者に対する現地意見聴取への立会を認めてもよいのか。
- ・関係者の範囲と同意をどうすべきか。

(9) 現地意見聴取のあり方について

- ・遠隔地に入院中の患者からの退院等の請求

審査を迅速化するために、オンライン面接による意見聴取を認めてもよいのか。

- ・新型コロナ感染防止のためにオンライン面接による意見聴取を認めてもよいのか。
- ・現地意見聴取の参加者から意見聴取の録音を求められた場合、審査会委員による自由な調査活動の妨げになることを理由に拒否できるか。

(10) 病院側の対応について

- ・退院、入院形態の変更や処遇改善の審査結果の場合、その結果が実現したかどうかの確認に非協力的な病院に対して、実地指導担当部局への通知を行うべきか。
- ・審査会開催前に請求要件が消失した場合、そのことを速やかに審査会事務局に通知するよう病院に義務付けるべきか。

<公式統計の集計・分析>

2020（令和2）年度の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2019（令和元）年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。書類審査件数は近年27万件台で微増しているのに対して、退院等の請求受理件数は2019（令和元）年、2020（令和2）年で10%以上増加している。精神保健福祉資料によれば、2019年度、退院請求は93.6%が現状維持（請求棄却）、処遇改善請求は93.5%が請求棄却とされていた。

<精神医療審査会制度の運用に関する全国調査>

事務局調査の結果、2020（令和2）年度には222の合議体で1,888回の合議が開催されていた。合議体の構成員は予備委員を含めて1,571人で、医療委員が53.6%、法律家委員が22.4%、保健福祉委員が25.0%という比率であった。医療委員が2人の合議体は6審査会の10合議体（4.5%）であった。合議体の開催時間や書類の返戻率、審査様式には地域差が大きかった。退院請求の審査状況は前年

度と同様であったが、代理人弁護士による請求では請求棄却となる比率が 84%で、弁護士が付かない請求より 9.8 ポイント低かった。退院等の請求が 1 件もなかった病院が 46.7%あった。現地意見聴取に赴く委員数や請求棄却以外の審査結果通知日数もばらついていた。合議体委員調査では、609 人 (32.2%) から回答があった。

審査会制度の理念から見て重要と思われる論題の順にしたがって、今回の合議体委員・事務局員調査の回答を分析した。結果は以下の通り。

(1) 精神医療審査会の虐待防止機能

審査過程で虐待事案の情報を感知した場合に行政当局に対して緊急の調査委員会の立ち上げを要請できる制度、および虐待に関する病院職員からの情報を受け付ける窓口の常設を提案したところ、事務局員を除いて、7 割から 8 割の賛同を得た。事務局員が消極的なのは業務負担増への懸念であろうが、むしろ改革案は人員増を前提としている。

また、現行制度内で速やかに実現可能な対策として、電話番号の掲示が義務付けられた機関の中に弁護士会や法テラスの連絡先を加えること、保護室も含めた全病室に退院や処遇改善の請求権を明示した文書を掲示することを提案した。この案に対しては、医療委員がやや消極的であったものの、事務局員も含めて 3 分の 2 以上の賛同が得られた。

一方、虐待事案の内部告発を奨励する制度や虐待に関与した精神保健指定医の資格取り消し要請権限の付与、病院ごとの請求件数の公表に対しては、医療委員会を中心に、反対ないし懐疑的な姿勢が見られた。

(2) 審査会の独立性や権限の強化

今回の調査では、精神医療審査会運営マニュアルを厚労省通知から政省令に格上げする案や審査会を労働委員会のように行政から独立した組織に変更する案を提示し、賛否を問

うた。その結果、法律家委員でようやく半数を超える賛同が得られただけで、懐疑的な意見(どちらともいえない)が多数派であった。

(3) 代理人弁護士による退院等の請求

文書の種類による開示の可否、および意見聴取対象者別の意見聴取への立会の可否を問い、いくつかの条件付きながら、概ね賛同する回答が得られている。

この中で目立つのは、意見聴取報告書の開示に対して事務局員の反対が突出していることである。意見聴取報告書については非開示を支持する判例があり、事務局がこの情報を共有しているためと思われる。しかし、この判例が平成 28 年 11 月 30 日さいたま地裁判決のことを指すのであれば、これは審査終了後の開示請求に対して下された判決であり、代理人弁護士が意見を述べるうえで必要とする場合の開示を認めないものではない。むしろ、審査前の段階では弁護士に開示することが当然であることを前提とした判例であることを指摘しておきたい。

(4) 処遇改善請求の対象

処遇改善請求の対象の拡張に関する可否を問うたところ、薬物療法を含む治療プログラムに対する改善請求については、保健福祉委員以外では反対が賛同を上回った。これに対して、職員の接遇に対する改善請求については、回答者の属性を問わずに賛同意見が反対意見を上回った。療養環境に対する改善請求については、回答者の属性で賛否が分かれた。

治療プログラムへの改善請求を審査対象とすることに対しては法律家委員でさえも医療委員と同じ比率で反対していることが注目される。薬物療法の内容までを処遇改善請求の対象とするのは行き過ぎと判断している可能性が高い。

しかし、本調査で想定しているのは、例えば、退院請求の審査プロセスで、多剤・大量・長期投薬のために有害事象が生じているよう

な事例や、逆に必要な薬物療法が施行されな
いために入院が長引いているような事例に遭
遇した場合である。この点の説明が不足して
いた。

（５）審査会の実務に関して

（ア）書類審査の様式

書類審査の精度を確保しつつ合議体での負
担を軽減するために、４割以上に当たる 25 審
査会が、予備審査を採用して合議事案を絞り
込んでいる。合議体委員調査でも、この実態
を追認する意見が 3 分の 2 を超えていた。

一方、書類のコピーや郵送には、事務局の
負担が増加するほか、デジタル化が進まない
現状では、情報管理のリスクも伴うという問
題点がフリーコメントでも指摘された。

１書類を審査する人数を減らす便法も 4 割
の審査会で採られており、これを追認する意
見が 6 割を超えていた。しかし、審査の精度
低下を懸念するフリーコメントもあった。

形式的な書類審査を解消する究極の形態と
して、今回の調査では、非自発的入院の審査
を原則として現地意見聴取を行く案を示
し、賛否を問うたが、医療委員と事務局員を
中心に反対意見が優勢であった。現状の条件
下では、年間 15 万件に上る非自発的入院をす
べて面接審査することが非現実的なためであ
ろう。

これに対して、面接を伴う審査の対象を書
類審査で非自発的入院の開始や継続に疑義を
生じた事案に絞り込む案については、賛同意見
が反対意見を上回った。

ただし、疑義があれば、まず病院に問い合
わせるべきではないかというフリーコメント
もあった。

（イ）現地意見聴取の様式

意見聴取の現状は、医療委員を含む 2 名で
行う審査会が 64（95.5%）を占め、残りの 3
審査会では医療委員 1 名で行っている。これ
に対して、今回の調査では、非医療委員の関
与を強化すべきとする意見が 3 割を超えてい

た。

（６）入院制度に関して

（ア）医療保護入院の同意者

医療保護入院の同意者をめぐっては、まず、
虐待被害者が入院同意者となることに反対す
る意見が 9 割近くを占め、ほかに同意権限の
ある親族がいない場合は首長同意による入院
を認めるべきであるとする意見が 8 割を超え
た。現状は虐待被害者にも医療保護入院への
同意権限を認めているが、医療現場の代表で
ある医療委員も含め、精神保健福祉法の改正
を求める声が大いことを示している。

一方、首長同意の範囲を拡大することに
対しては、法律家委員を中心に懐疑的であり、
入院をめぐって親族間に対立がある事例で首
長同意を認めることに対しては、反対意見が
前項よりも多かった。首長同意が形式的な同
意にすぎず、入院者の権利擁護や退院促進に
寄与しないためであろう。

この法的欠陥を補う公的保護者制度につい
ては、保健福祉委員を中心に賛同意見が過半
数あった。

（イ）非自発的入院の対象

設問では、非自発的入院を判断能力の減弱
を伴う精神状態が認められる時期に限定すべ
きという立場で賛否を問うているが、いずれ
の類型についても、賛同意見が多数派ながら、
医療委員と非医療委員との意見に乖離があっ
た。

フリーコメントでは、寝たきり状態のよう
な事例を福祉施設に移行させたくても引き受
ける施設がない現実を指摘する意見があった。
依存症の専門家の間には、依存症治療への導
入のためには、精神病の状態になくとも医療
保護入院を適用すべきであるとの意見が優勢
である。こうした意見が前記の乖離を生み出
しているものと思われる。

いずれにしても、原則的には非自発的入院
の対象を絞り込むべきとする意見が多数派で
あった。

（ウ）未成年者の入院

未成年者の入院について、今回の調査では、年齢的には概ね 14 歳から 16 歳以上に同意能力を認めるべきであり、判断能力の減弱がなければ任意入院が成立するという見解、および概ね 14 歳未満の場合は任意入院であっても親権者の同意が必要とする見解、いずれの見解についても賛同意見が約 6 割を占めた。

考察

国の公式統計によれば、近年、退院および処遇改善の請求が増加し、代理人弁護士による請求も増加しつつある。しかし、精神医療審査会活動に関する指標には地域差が大きく、審査様式や審査基準に関するローカル・ルールが存在も確認されている。

審査会調査においては、審査会の虐待防止機能に限界があるとの認識は共有されており、事案の把握感度の向上をはじめとする虐待防止策の提案に対しては概ね賛同が得られた。代理人弁護士への情報開示や処遇改善請求対象の拡張など、審査会の人権擁護機能を強化する提案にも概ね賛同が得られたが、法律家委員と保健福祉委員に比べて、医療委員と事務局員の回答は現状維持に傾いていた。また、入院制度や審査会の実務に関する改革案を提示したところ、ほとんどの項目で賛同意見が多かった。

これらの結果を踏まえ、今後精神医療審査会運営マニュアルの改正に向けての検討を開始する必要がある。

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究（分担：藤井千代）

本分担研究は、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行うことを目的としている。

研究方法

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護

のあり方の検討〉

2019（令和元）年 7 月、精神障害当事者 8 名の協力を得てグループミーティングを実施し、入院中の精神障害者を対象とした権利擁護活動のあり方につき意見交換を行った。このグループミーティングで得られた意見を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案（案）」を作成し、研究協力者間のメール審議により意見を集約した。

〈オンライン面会の実行可能性の検証〉

精神科病棟に入院中の人に対する権利擁護活動に関して 30 年以上の実績を有する NPO 法人大阪精神医療人権センター（以下、「人権センター」）にオンライン面会による相談活動の試行を依頼した。また、大阪精神科病院協会に研究の主旨と内容を説明し、協力病院を推薦いただいた。同協会から推薦を受けた 6 病院に研究協力病院としてオンライン面会の受け入れを依頼した。

オンライン面会に用いる機材は、利便性や価格等を考慮して 10.2 インチ iPad（第 7 世代）とし、Face Time を利用した。研究の流れは別紙 3 の通り。オンライン面会の実施に先立ち、オンライン面会の相談を担当するスタッフに対し、オンライン面会の意義、実際の手順、オンライン面会で想定される留意点等につき zoom で情報提供及び意見交換を行った。

〈個別相談員（仮）養成のあり方に関する検討〉

2020（令和元）年度にまとめた精神科病院に入院中の精神障害者に対する個別相談を実施するうえでは、個別相談員（仮）の人材育成が不可欠であることから、個別相談員（仮）の養成講座の実施を企画した。

アドボケイトに関する研修の実施経験が豊富な大阪精神医療人権センターの協力者を中心としたワーキンググループにて研修プログ

ラム案及び研修資料案を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行い、プログラム及び資料を確定した。研修は、アドボケイトの基礎知識や精神科医療機関で入院者への相談支援を行う際に知っておくべき精神保健医療に関する基礎知識を学ぶための基礎編と、実際に病院で相談支援を行うためのスキルを学ぶ実践編との二段階で構成することとなった。

研究結果

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護のあり方の検討〉

当事者グループミーティング及び研究協力者からの意見を踏まえて作成した「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」は、別添 5、6 の通りである。

〈オンライン面会の実行可能性の検証〉

研究協力病院は、榎坂病院、大阪さやま病院、久米田病院、七山病院、ねや川サナトリウム、浜寺病院であった。2021（令和 3）年 3 月よりオンライン面会希望の受付を開始した。2021（令和 3）年 11 月までの間に、25 件の面会活動を行った。

オンライン面会は開始当初より円滑に実施することができ、技術的な問題は生じなかった。面会前後、面会時を含め、病院、入院者とのトラブルも発生していない。オンライン面会開始により入院者と面会スタッフとの間に関係性ができ、その後に対面での面会に至った例もあった。一人の入院者とオンライン面会を行うと、同じ病棟から連続して問い合わせや申し込みが来る傾向も認められた。

〈個別相談員（仮）養成のあり方に関する検討〉

2022（令和 4）年 3 月 27 日（日）9：30－17：30、Zoom を用いて基礎編の研修会を開

催した。インターネット上で受講者を募集し、定員 30 名のところ 32 名の申し込みがあった（申し込みが 30 名を超えた時点で受け付けを終了した）。精神科アドボケイト養成講座（基礎編）のプログラムは別添 7 の通り。研修内容を別添 8 に示す。当日は 29 名が受講した。会の進行、演習のファシリテーター等の研修の運営は、大阪精神医療人権センターのスタッフにより実施された。

考察

入院中の精神障害者の権利擁護のあり方につき、当事者によるグループミーティングにおける協議内容及び研究協力者からの意見を踏まえて具体的な提案にまとめたが、研究協力者からの意見のうち、以下の点についてはこの提案に盛り込めておらず、さらなる検討が必要である。

- ・ 権利擁護活動と、精神医療審査会での処遇改善請求や退院請求との兼ね合い、組織としての社会福祉協議会の権利擁護支援センターなど既存の公的サービスとの違い。
- ・ 精神障害者に対する権利擁護機能は市町村の義務であることを明確にするため、障害福祉計画や障害者計画等に精神科病院入院者の権利擁護について明記することについての検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）の人員体制（精神障害者の権利擁護を主業務とする精神保健福祉士を必置とするか、人選の仕方等）のさらなる検討。
- ・ 権利擁護センターが医療機関に改善要求したにもかかわらず改善されない場合の対応。
- ・ 自ら支援を求められない人への支援方法（入院後一定期間経過した場合には本人からの求めがなくても面会するなど）。
- ・ 総合法律支援法に基づく法律扶助等を充実させる必要性及び個別相談員（仮）が法テラス含む司法救済につなぐ支援の検

討。

精神医療審査会との役割の違いや連動、連携、相互補完機能のあり方について検討するにあたっては、現状では精神医療審査会の機能が十分ではないことが問題となる。権利擁護センター（仮）設置をすすめるにあたっては、予算拡充を含めた精神医療審査会の機能強化が必須であると考えられる。

その他、権利擁護センター（仮）に関連する将来的な検討事項として、

- ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において「権利擁護センター（仮）」が権利擁護機能を担うことを明記してはどうか（地域の中に権利擁護機能があることが明記されることは、当事者の地域での暮らしの継続を推進していく観点からも重要）
- ・ 精神科病院職員（特に精神保健福祉士）は院内での権利擁護の役割を積極的に担う必要があることや、権利擁護センター（仮）の窓口につなぐ機能があること、個別相談員を受け入れるための院内における体制整備を行うこと等、精神科病院の役割や責任を明確にする必要があるのではないか。
- ・ 精神科病院の職員に権利擁護に関する定期的な研修を受けることを義務付ける等、病院の権利擁護機能が有効に働く仕組みの検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）機能について、財源や人材の有無等、自治体の事情によって設置状況や機能の質に格差が生じないよう、障害者総合支援法等に明記することを検討してはどうか（退院後生活環境相談員及び地域援助事業者は権利擁護を担う職種であることを明記し、両者が定期的に研修を受けることを必須とする、退院後生活環境相談員については定期的に研修を修了することを資格要件とする等）

などが挙げられる。また、司法的な対応が必

要なケースについては、権利擁護の枠では対応することが困難であることにも留意する必要がある。権利擁護活動に関連して、法テラスや当番弁護士制度の活用を充実にも併せて取り組むことが求められる。権利擁護活動を受け入れている複数の精神科病院の院長の意見からは、権利擁護活動は病院と対立関係にあるものではなく、外部の視点が入ることによる病院側のメリットも少なからずあることが示唆されている。しかしながら、現時点で権利擁護活動が一般的ではない地域においては、権利擁護活動を受け入れる病院側に抵抗感や何らかの懸念が生じる可能性もあり、提案で示したような活動を実装するにあたっては、病院スタッフへの調査等を通じて権利擁護活動を受け入れるにあたっての不安や懸念点などを明らかにすることが望ましいと考えられる。

COVID-19 感染拡大下でも実施可能な権利擁護活動として実施したオンライン面会については、概ね実行可能性が確認された。対面での面会以外の方法としては電話相談が一般的であるが、お互いの表情が確認できず、音声のみのやりとりとなるため、対面と比較して信頼関係の構築がより困難となることに加え、入院者に電話代の負担が生じるというデメリットもある。オンライン面会は、お互いの顔が見えない状態で音声のみのやり取りとなる電話相談と比較し、個別相談員の顔を見ながら話をすることができることが最大のメリットであると考えられる。個別相談員も、相手の表情を確認しながら話をすることができするため、入院者の感情の動きや思いが伝わりやすく、沈黙にも対応しやすくなり、信頼関係の構築をしやすいことが期待される。また、Face Time 等の無料のアプリを活用することにより、入院者が通信料を負担することなく相談が受けられることもメリットとして挙げられる。入院者がスマートフォンを所持している場合は、スマートフォンを用いたオンライン面会も可能ではあるが、タブレット

端末と比較してスマートフォンは画面がかなり小さくなるという欠点がある。

また、COVID-19 感染が終息した後であっても、対面での面会と併用することによって個別相談員の負担軽減につながったり、個別相談員の居住地域外の病院への権利擁護活動にも参加できるなど、権利擁護活動の幅を広げることができる可能性もあるものと考えられる。一方、機器や通信トラブルが生じた場合の対応等、オンライン面会特有の課題もある。今後、利用者や個別相談員、病院スタッフへのアンケート調査により、オンライン面会のメリット、デメリットを明らかにし、権利擁護活動の一形態として位置づけるうえでの課題とその対応策を検討していく必要がある。

個別相談を担う人材育成のためには研修が必須となることから、本研究では研修プログラムの内容、実施方法について検討した。令和 3 年度については、基礎編をオンラインにて開催し、知識の伝達と理解を深めるための演習についてはオンラインにて実施可能であることが示された。今回、研修の理解度の確認は行っておらず、研修効果については明確に示すことはできない。今後編集済みの講義を入院経験者や病院スタッフ等、さまざまな立場の人に視聴していただき、フィードバックを得ることにより適宜内容の見直しを行っていく必要がある。

今回の研修は 5 時間 35 分の長時間にわたる研修を 1 日で実施したが、受講者側と運営側双方の疲労は大きく、複数回に分割して実施することなど、より負担の少ない方法を検討する必要性もあるものと考えられた。

今後は基礎編の内容および時間配分などをさらに検討していくとともに、実践編の試行を行う必要がある。実践編についてはロールプレイなどを行うことを想定されるため、対面での実施が基本となるものと考えられる。研修で習得すべき事項につき整理し、セルフチェックシートを作成するなど、研修の理解度を確認する方法についても検討が必要であ

る。また、スーパーバイズのあり方など、実際に個別相談を実施しながらスキルアップを図るための仕組みについても併せて検討していく必要があると考えられる。

精神保健医療福祉制度の国際比較（分担：菊池安希子（令和元年度）、佐竹直子（令和 2、3 年度））

我が国のこれからの精神保健福祉において、その方向性を検討するために海外の精神保健医療福祉のシステムとの比較や、先進的な制度について学ぶことは重要である。本分担研究班においては、以下の方法により精神保健医療福祉制度の国際比較を行った。

研究方法

<精神病床に関する国際比較>

英国 NHS Benchmarking Network の実施する、国際的なメンタルヘルス指標ベンチマークプロジェクトに参画した。該当する指標に関して日本のデータを提出することにより、プロジェクト参加国の情報に関して提供を受けた。英国 NHS で収集されている指標の多くは、日本の該当データがないものであったため、一部の指標について、指標の定義に可能な限り近いデータに関して、「精神保健福祉資料」より抜粋して提供した。

<イングランドの地域精神保健システム>

South London and Maudsley NHS の赤沼のぞみ医師へのインタビュー、および下記の資料により情報収集を行った。

- NHS Five year forward view (2014)
- The Five Year Forward View for Mental Health (2016)
- The NHS Long Term Plan (2019)
- NHS Mental Health Implementation Plan (2019)
- Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults (2019)

＜カナダ・ブリティッシュコロンビア州の権利擁護制度＞

ブリティッシュコロンビア州の精神科医療のアドボケートに関する情報について文献およびウェブサイト調査を実施した。また前年度調査を実施したイングランドの精神保健医療システムの調査情報も一部利用した。

研究結果

＜精神病床に関する国際比較＞

結果を別添 9 に示す。なおデータ比較にあたっては、以下の点に留意する必要がある。
オーストラリア：オーストラリアには、病院データ、地域精神保健データ、精神保健のアウトカム評価のためのデータ等があり、データは、州/準州政府によって提供されるサービスに限定される。民間病院の病床やサービスはこのデータには含まれていない。精神病床の約 4 分の 1 は民間病院であるが、通常、救急サービス、非自発的入院は扱っていない。
スウェーデン：精神医療サービスの約 5% は、民間ベースで提供されている。民間セクターのデータ提供率は低いことに留意。

＜イングランドの地域精神保健システム＞

イングランドでは、2010 年代に入り、医療政策において精神医療が重点事項として取り上げられるようになった。

NHS Five year forward view (2014)

2014 年 NHS(National Health Service)は、NHS サービスの 5 か年展望を打ち出した。疾病予防と早期介入、医療サービスの 2 次医療からプライマリケアや地域ケアサービスなど NHS 以外のサービスへの移行、精神保健ケアの向上が主な展望として挙げられた。これらの背景として医療費のひっ迫があり、病院医療が中心の NHS とそれ以外のケア提供者、GP やヘルスケアのボランティア団体、地域の民間ケアサービスなどとの競合、協調により、新たに統合された Multispecialty Community Provider として機能することを

目指すこととなった。また予防医療への転換において、全国民の身体的な健康とともにメンタルヘルスの向上の重要性も認識されるようになった。

The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

2014 年の NHS Five year forward view を受けて、2016 年に精神医療の 5 か年展望が出された。重点ポイントとして精神科救急・危機介入の拡充、メンタルヘルスと身体ケアの融合、メンタルヘルスにおける mental wellness と疾患予防があげられた。

The NHS Long Term Plan (2019)

2014 年の Five year forward view の 5 年後に、NHS はそれをさらに発展させた 10 年の長期展望を出した。医療費の削減、NHS の赤字の拡大や人員不足などを背景に、必要なサービスを明確化させ、そこに必要な予算を投じるために打ち出した政策である。

精神疾患がガンや心血管疾患などとともに 7 つの重要臨床領域の一つとなり、また予防に重点を置いた国民全体の健康維持に焦点があてられた。また、周産期、小児・思春期のメンタルヘルスの充実、精神科 Core service からプライマリケアや地域サービス利用への移行、精神病患者の身体ケアの充実、うつや不安障害などへの心理療法の拡充などが重点項目として挙げられ、メンタルヘルスに関する予算増額も打ち出した。

NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 (2019)

NHS Long Term Plan を受けて、メンタルヘルスサービスについての実行計画が打ち出された。Long term plan で重点項目として挙げられた、周産期、小児・思春期メンタルヘルスをはじめ、精神科救急や危機介入都総合病院におけるコンサルテーションリエゾン、急性期入院治療、慢性期及び司法入院治療、自殺対策、ゲーム依存、うつや不安、不眠などの mental wellness に関する介入、重症精神障害者に対する包括的な地域ケア、高齢者メンタ

ルヘルスなど、多様化するメンタルヘルスに関するニーズに対応するために、1 年ごとの具体的な数値目標を含む目標設定を行った。

Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults】

NHS が 2019 年 9 月出した、地域精神医療に関する政策提言で、これまで Core service が主体となって展開してきた地域精神医療を、プライマリケアと福祉、行政サービスを加えて統合された新しいケア複合体で包括的なサービス提供を実施するシステム導入に関するものである。すでに 12 の NHS がテストケースとして導入しており、プライマリケアと 2 次医療の機能分化や連携方法についていくつかのパターンがある。

これらの取り組みは、精神科 2 次医療の負担軽減のため様々地域資源との協働を計る、それまで Severe Mental Illness(SMI)が中心だった精神科医療へのニーズの拡大に対応する手段として、また SMI に対する身体ケアの充実が主な目的である。これまで医療モデルの CPA を用いたリスクマネジメントの重点を置いたケアマネジメントで福祉との連携にあまり重点を置いていなかった介入から、医療、福祉、行政など多機関連携で本人中心のケアモデルが導入されることにより、本人の日常・社会生活レベルの改善を図ることができ、そのために様々なサービスの連携に重点を置いた工夫が必要となる。

また、プライマリケアとの連携が重視され、CMHT の介入の必要がない精神疾患への関与はプライマリケアで行われるなど、治療に関しての機能分化も推進される。そのため、キャッチメントエリアは、プライマリケアのエリア（人口 3～5 万人程度）を基本に構成され、より慢性で複雑なニーズがある場合に、いくつかのプライマリキャッチメントエリアを合わせたエリアで 2 次医療と統合されたサービス展開となる。

＜カナダ・ブリティッシュコロンビア州の権

利擁護制度＞

BC 州の権利擁護サービスは、①日常生活における権利擁護サービスと、②強制医療における権利擁護サービスの大きく 2 つに分かれ、主に NGO 団体がサービスを提供している。日常生活における権利擁護については、精神障害者以外の障害（身体、知的）や高齢者、なども同様な問題があると思われ、精神障害に限定したサービスより、他の障害と同じ制度の中で対応する方向性がよいと考えられた。

強制医療における権利擁護制度に関しては、①権利擁護のための情報提供、②アドボケートサービス、③精神医療審査会の充実の 3 点において充実した制度が構築されていると考えられた。

権利擁護のための情報提供に関しては、州政府、精神医療審査会、NGO 団体などいくつかの情報提供サイトがあり、本人、家族に対してアクセスしやすくわかりやすい情報提供を心掛けている。保健省が強制入院経験者に対して、強制入院の状況に対しての医療者からの説明がどの程度理解されているか調査するなど、効果的な情報提供についての検討がなされている。より分かりやすいパンフレットやサイトを構築し、必要な情報がタイムリーに届くように工夫していた。

考察

我が国と諸外国の「精神科病床」の定義はかなり異なっており、病床の多寡を比較することは容易ではない。我が国においては、精神科病床のうち療養病床の占める割合が高いことは繰り返し指摘されている。今回この点を考慮して一般精神科病床の比較には主として救急・急性期の患者を治療する病棟（看護基準が 1 3 対 1 以上の精神科病床）の病床数を用いたところ、人口当たりの病床数は今回の国際比較に参加した国の平均病床数とほぼ同等であった。他方、長期ケアまたはリハビリテーションのための精神科病床数（日本のデータは 3 0 対 1 以下の看護基準の精神科病

床数)を人口当たりで比較すると、日本は他の国と比較して突出して病床数が多いことが明らかであった。

ここで注目したいのは、司法精神科病床の数である。人口10万人当たりで比較した場合、わが国は他の欧米諸国と比較して非常にない。これは、日本では司法精神医療(医療観察法医療の歴史が浅く、2005(平成17)年に医療観察法が施行される前は、重大な他害行為を行った精神障害者が措置入院等の入院形態で一般精神科病棟に入院していたことが関係しているものと推察される。現在の医療観察法入院処遇に相当する患者がどの程度一般精神科病院で入院を継続しているのかについては明らかにされていないが、精神科療養病棟に長期入院となっている患者の一部は、このような背景を持つ患者である可能性はあるものと思われる。精神科病床数を比較する際には、司法精神医療のシステムの違いについても考慮する必要があると考えられる。

イングランドの精神保健システムは、脱施設化以来その時々のコミュニティーのニーズに合ったサービス提供への変換が行なわれている。2010年代、財政問題やメンタルヘルスの需要の増加、メンタルヘルスニーズの多様化などにより、精神科2次医療中心で展開していたメンタルヘルスケア・サポートを、プライマリケアや地域の中の様々なリソースと協働し対応する必要性が生じ、包括ケアの導入になっていることは、わが国において「にも包括」をこれからの政策理念として重視していることと似通っている。ただし、イングランドの場合には、**severe mental illness**を中心としたケアマネジメントが必要な患者層へのサービスが基盤としてあるものの、日本の場合この部分に関しては地域差が大きく、ケア全体のキーマネージャーがケースごとに医療や福祉に点在している状況であり、システムとしての安定感に欠くことが課題であると考えられる。

また、精神科救急に関連することとして、

イングランドでは受療拒否の救急ケースについては、行政、警察との連携が充実しており、特に警察との連携は専門部署の設置や、情報開示についての管理体制が確立されていることは参考となる点が多い。また、強制的な介入を減らすための試みや、救急医療が必要なケースと救急以外でも対応できる本人にとっての「緊急」のトリアージなど、本人やその周囲のニーズで医療介入が必要以上に増加しないような試みも今後日本の精神科救急でも検討すべきことと思われた。

わが国で「重度かつ慢性」とされるような症状や生活障害が重度のケースは、イングランドにおいては脱施設化後の発症患者については地域ケアの中で大半がフォローされており、今後わが国においても地域ケアのさらなる充実によりこの層に関しての地域対応が可能になると予測される。

これまでわが国の精神保健医療福祉施策は主として **severe mental illness** への対応を前提としたものであったが、今後はより幅広い精神疾患を対象とし、また身体科やかかりつけ医との連携など、広くメンタルヘルスサービスを盛り込んでいく必要があると考えられた。

現在日本においてアドボケイトの導入が検討されているところであるが、ブリティッシュコロンビア州の制度は一つの参考になると思われる。誰がアドボケイトを担うのかについては、ブリティッシュコロンビア州のように専門家でも非専門家でもアドボケイトになりうるようなものと、イングランドの **IMHA** のように研修を受けた専門家が担うものがあるが、非専門家である本人が希望する家族・知人がアドボケイトを担う場合にも、彼らに対する情報提供を精神医療審査会が実施しており、本人が希望する人に自分の権利擁護を行ってほしいという本人の希望に沿うことが可能になるような体制になっている。また、法律家によるアドボケイトについても、NGOが提供する法律サービスへの無料での派遣要請が可能であるなど、強制的治療下での権利擁

護について、協力体制が得られない孤立した状況にならないような制度が整備されている。

精神医療審査会の機能は、システム、予算ともに日本と比べ充実した状況にあると思われる。処遇継続に関する頻回の審査、本人、家族からの処遇終了請求審査についても迅速に実施され結果通告がなされている。

また、精神医療審査会の組織・構成メンバーや経理情報の公開、審査内容統計や審査ケースのサンプル提示など、その機能の透明化を心掛けている。

カナダのように多くの欧米諸国では精神障害者または精神科強制治療下におかれている患者に対しての権利擁護制度は日本に比べかなり成熟した状況にあると思われる。今回の調査で日本の精神保健医療福祉体制においては、権利擁護の情報提供の充実、アドボケイト制度の確立と精神医療審査会機能の充実などが今後の制度構築に関してのポイントとなると考えられる。

結論

我が国においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、各地域での地域精神保健医療福祉体制の充実を図りつつある。本研究では、7つの研究分担班において、地域精神保健医療福祉制度の充実に係る課題を検討した。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、「精神障害にも」という名称が示す通り、精神障害のみに特化したケアシステムではなく、全住民を対象としたケアシステムであり、精神保健医療福祉領域内の連携・協力にとどまらず、精神保健医療福祉外の領域との連携も重視している。その理念を踏まえると、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、市町村を基盤として構築を進めていくことが重要であり、そのための体制整備、人材育成が急務である。本研究班で作成した、市町村職員を対象とした手引きおよび研修プログラムは、今後の人材育成のあり方を考えるうえ

でのベースとなるものと思われる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素のひとつである、「精神医療の提供体制」を構築するうえで重要な支援技法として、包括的支援マネジメントとアウトリーチ支援が挙げられる。本研究班で提案した外来における包括的支援マネジメントは、令和4年度診療報酬改定において、「療養生活継続支援加算」として評価された。また、本研究において、アウトリーチ支援を必要としている患者像として、長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援や地域生活支援のみならず、ひきこもり等で外出が困難な人や、行政機関等からの依頼によりアウトリーチを開始した人などが相当数存在することを示したが、同じく令和4年度診療報酬改定において、「精神科在宅患者支援管理料」の対象患者に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等が追加された。診療報酬上の評価がされたことにより、本研究の成果の普及につながることを期待される。

措置入院に関しては、制度に課題が多いことは以前から指摘されている。今回、本研究において措置入院に関連する様々な実態調査を行い、関係者アンケート等を通じてその課題を整理することができた。措置入院関連のガイドラインの運用については、COVID-19の影響もあり、十分な調査ができておらず、感染収束後の課題として持ち越した。

精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状である。精神医療審査会の機能強化と均てん化は十分に進んでいるとは言いがたく、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。今後、本研究の成果を踏まえて、運営マニュアルの改正への提言をしていきたいと考えている。また、アドボケイトについては、精神科病院への個別訪問支援のあり方について、研究班内では一定のコンセンサスが得られたものの、その実装については、人材育成のあり方も含

め、さらなる課題整理が必要である。国際的な動向も注視しつつ、今後の検討課題とした。

さらなる検討を要する課題はあるものの、本研究の実施により、精神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる精神保健医療福祉サービス提供のあり方を一定程度示すことができたものと考えられる。本研究の成果が、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活をするための支援提供体制のより一層の発展に寄与することを期待したい。

研究発表

原著論文

- 1) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Fujii C: How do case managers determine the types of services provided to users in the intensive case management? A longitudinal study. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 2022.(in press)
- 1) Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Fujii C: Is intensive case management screening sheet score associated with service intensity? *Neuropsychopharmacology Reports* 40(3):302-306, 2020.
- 2) Shiina A, Sato A, Iyo M, Fujii C: Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan. *World Journal of Psychiatry* 9(7): 99-106, 2019
- 3) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. *International Journal of Mental Health Systems* 13:22, 2019
- 4) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y,

Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. *Int J Soc Psychiatry* 65(7-8):621-630, 2019

- 5) 小口芳世, 小池純子, 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 藤井千代: 措置入院患者がCOVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状 (その 1) 臨床指標的側面の検討. *臨床精神医学* 50(10), 1091-1098, 2021.
- 6) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder(DSPD)事業からの示唆. *日本社会精神医学会雑誌* 30(1), 20-34, 2021.
- 7) 小池純子, 中西清晃, 小口芳世, 瀬戸秀文, 稲垣 中, 藤井千代: 措置入院患者がCOVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状 (その 2) 質的分析をもとにした現状と課題. *臨床精神医学* 50(10), 1099-1107, 2021.
- 8) 鈴木浩太, 山口創生, 塩澤拓亮, 松長麻美, 藤井千代: 精神障害者におけるニーズの評価: Camberwell Assessment of Need - Japanese version (CAN-J) の特徴. *臨床精神医学* 49(5):675-682, 2020.

知的所有権の取得状況

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
特になし

自治体の精神保健

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業

「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」

(研究代表者： 藤井千代)

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究」

分担研究者

全国精神保健福祉センター長会

野口 正行

- ひきこもり、虐待、孤独死、複雑多重問題など、多領域に内在するメンタルヘルスリスクへの対応の必要性の増加
- 医療や支援が必要な人に、適切な医療・支援が届いていない
- 精神障害者のリカバリー・エンパワメントのための支援の不足

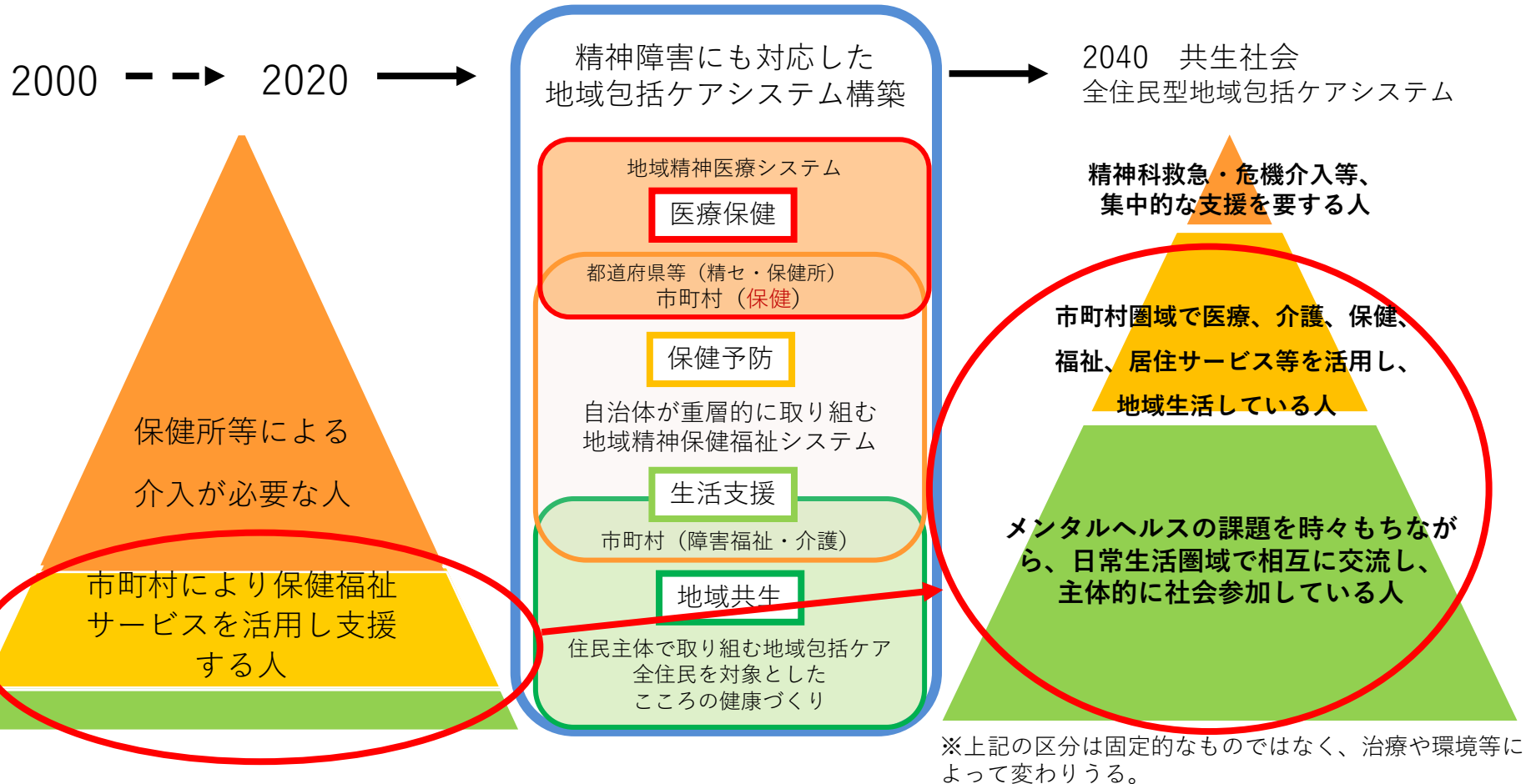


○住民に身近な市町村を中心として、保健所・精神保健福祉センター等が協働し、相互補完的・重層的支援体制を構築する。

- ・ 地域住民のメンタルヘルスリテラシーの向上
- ・ 精神保健相談体制を基盤とし、本人や家族等の生活ニーズに応じて精神科医療・福祉・介護その他の支援が身近な場所で適時適切に受けられる体制（「待つ」支援のみならず「出向く」支援も強化）
- ・ 必要に応じて、本人の希望を重視した専門性の高い支援、集中的・包括的な支援、救急医療を含む危機介入が受けられる体制

自治体がリーダーシップを発揮し、民間医療福祉等機関と連携して上記の仕組みをつくる。

全住民のメンタルヘルスリテラシーの向上による地域共生社会の実現

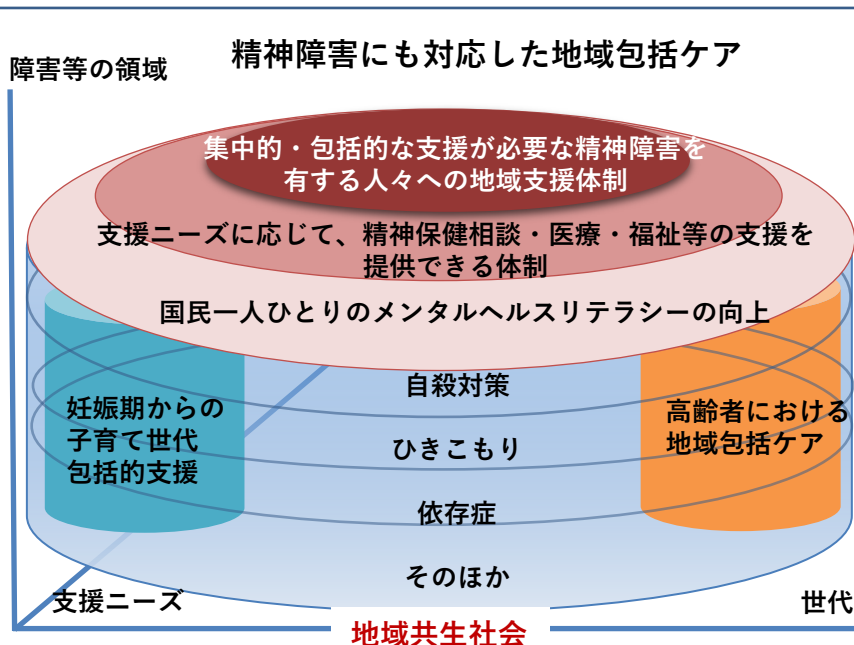


地域共生社会の構築・生活支援・保健予防により、危機介入等を減少

精神障害にも対応した地域包括ケアの全体構造と課題

地域共生社会と「にも包括」ケア

「にも包括」の構造



メンタルヘルスの課題は、あらゆる場面において、全世代・全支援ニーズに関係する。にも包括は、これらの諸課題を包括する視点を持ち、地域共生社会の実現に寄与する。

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの3層構造】

障害の重症度に応じた3区分の領域それぞれに対する体制整備が必要

①国民一人ひとりのメンタルヘルスリテラシーの向上

- ・ ころの健康づくり
普及啓発、学校教育、メンタルヘルスファーストエイド
ソーシャル・キャピタルの醸成

②支援ニーズに応じて、精神保健相談・医療・福祉等の支援を提供できる体制

- ・ 医療へのアクセス、「はたらく」ことへの支援
さまざまなアンメットニーズへのメンタルヘルス支援
医療機関との連携、医療継続支援
障害福祉サービス、介護保険サービスの導入
家族支援、経済的支援、居住支援などさまざまな生活支援

③集中的・包括的支援が必要な状態の精神障害を有する人々への地域支援体制

- ・ 医療ニーズが高い/複雑困難な課題を有する精神障害への支援
治療契約困難な精神障害等への保健的アウトリーチ支援
地域における危機介入
精神科救急体制
多職種による包括的支援、インテシブケースマネジメント
自治体を中心とした退院後支援、長期入院者の退院支援

「にも包括」を構成する自治体の機関

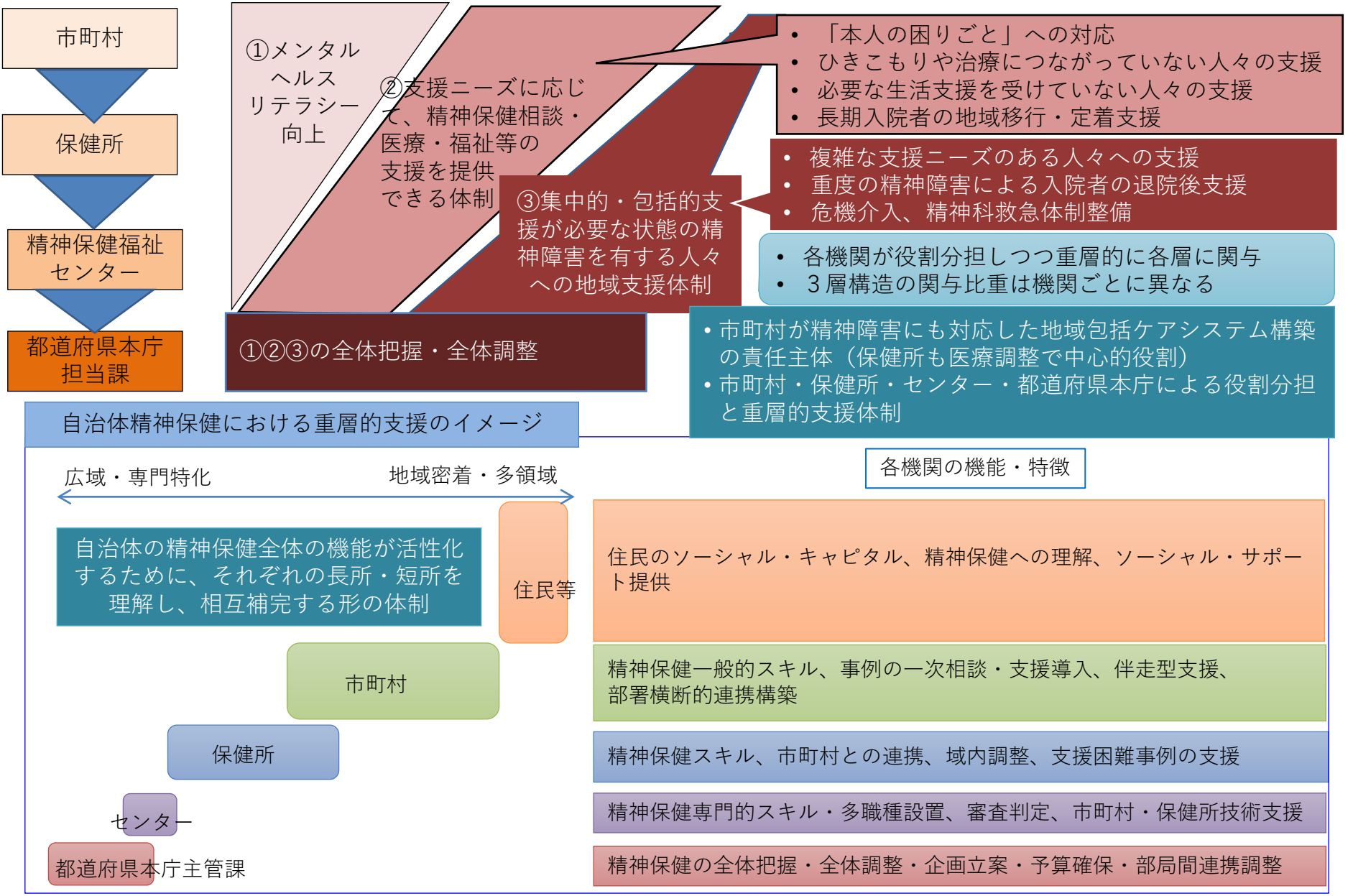
- ① 国民のメンタルヘルスリテラシーの向上
- ② 支援ニーズに応じて、精神保健相談・医療・福祉等の支援を提供できる体制
- ③ 集中的・包括的支援が必要な精神障害を有する人々への地域支援体制



市町村：①②を中心に体制整備 実情に応じて③の個別支援の実施
保健所：①②③について市区町村支援、③の体制整備
精神保健福祉センター：①②③について市町村、保健所支援
都道府県担当課：①②③の全体把握、方向性の整理

3層のそれぞれに各機関が重層的な支援体制を作ることが必要

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点から見た自治体の重層的支援体制

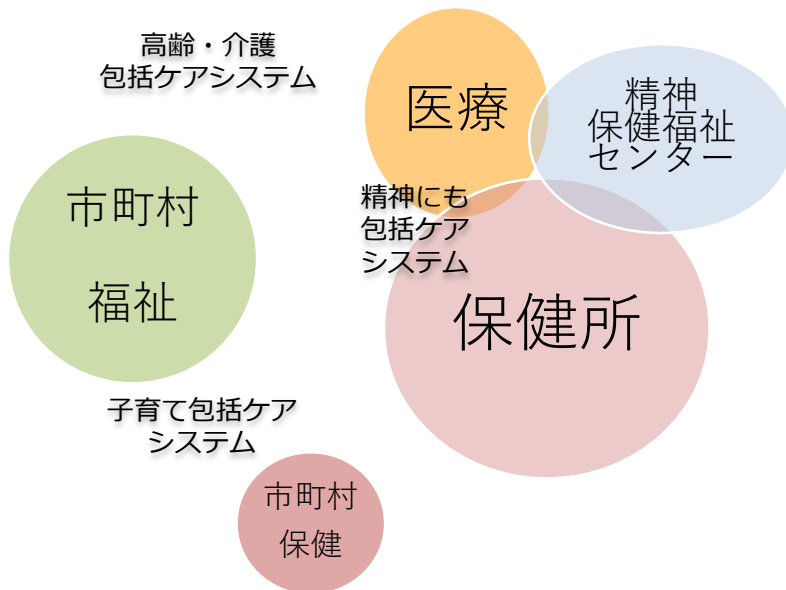


出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（分担研究者：野口正行）

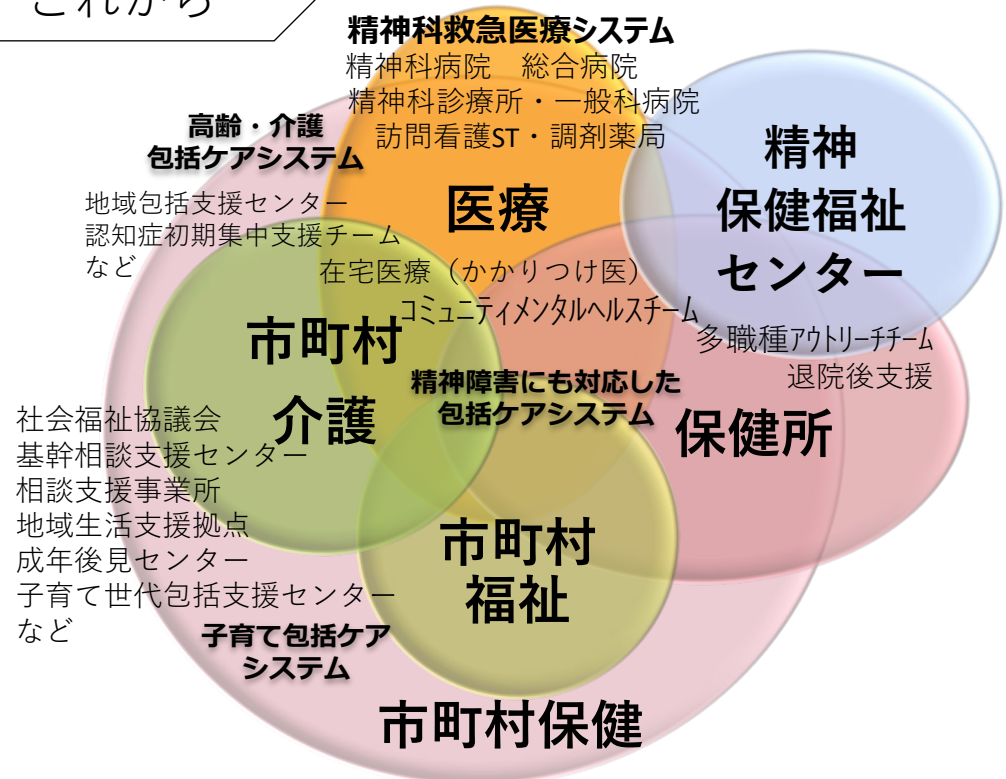
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築後の成果 全世代対応型地域包括ケアシステム構築への寄与

- これまで都道府県等が主体となり、地域移行・地域定着の推進、ピアサポート活動推進など行い、福祉の基盤整備は市町村が主体となって取り組んできた。
- 引き続き、市町村が主体となり「福祉」の基盤整備による地域移行・定着支援等を着実に進めるとともに、メンタルヘルスリテラシーの向上、一次相談の充実や他領域との連携など、「保健」を基軸とした基盤整備を車の両輪として整備する。
- これにより、これまで制度縦割りだった様々な包括ケアシステムに内包するメンタルヘルス課題に対応するとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが、全世代全住民対応型の地域包括ケアシステム構築に寄与することにより共生社会の実現を図る。

これまで

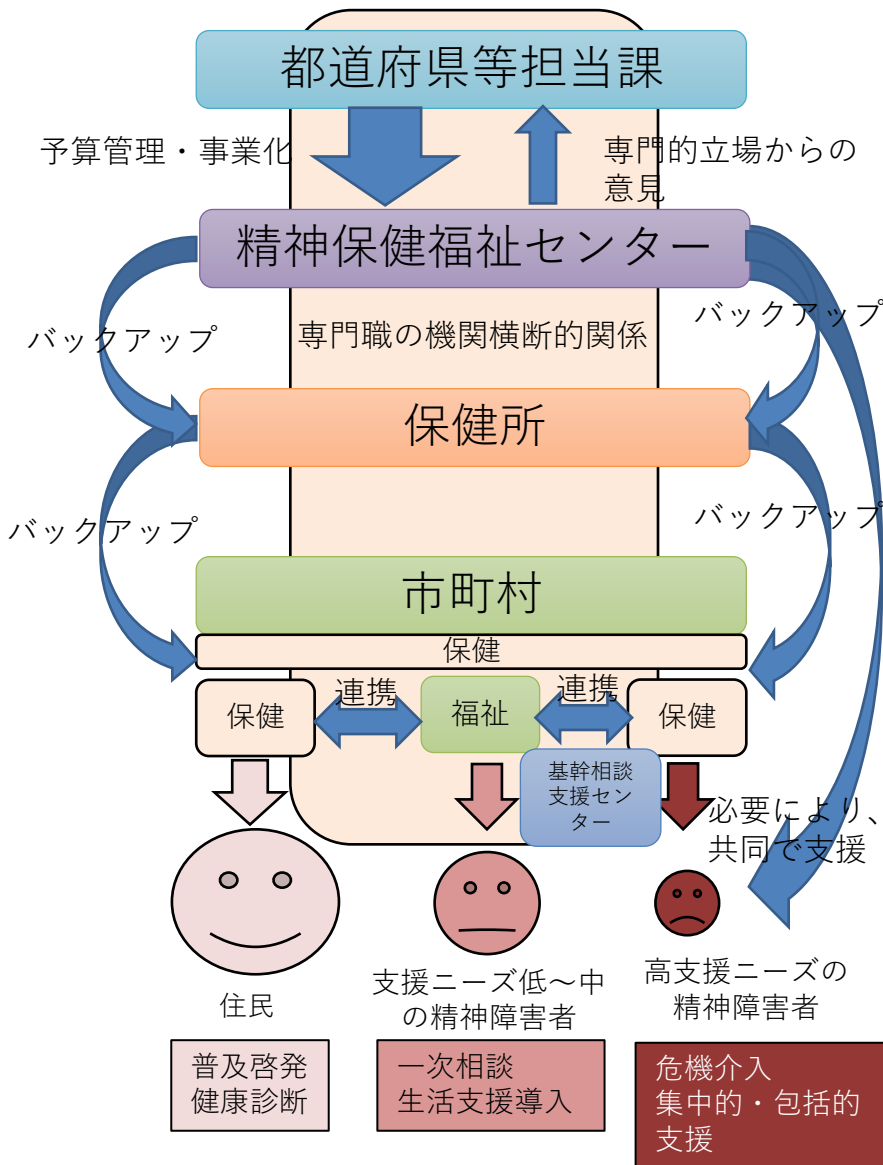


これから



自治体精神保健としての方向性

心の健康づくりや生活支援の視点を重視した地域ベースの精神保健医療福祉へ



- 計画策定／協議の場の設定等による全体把握・施策推進
- 都道府県本庁における精神保健の重要性の推進
- 関連する本庁内部部門および関連団体との連携体制確立

- 困難事例への相談支援や技術支援を通じた精神保健全体の個別支援能力の向上と現場と企画立案の連携促進
- 新しいエビデンスや支援技法の地域への導入による人材育成
- 精神医療審査会等を通じた精神医療の質の向上

保健医療連携を核とする「にも包括」構築推進の中心

- 圏域における地域ニーズの把握と精神医療を含めた保健医療福祉およびそれ以外の関係者の連携促進
- 危機対応を含めた広域および困難事例への相談支援や早期介入体制整備

精神保健相談の一次窓口と住民基礎サービスの横断的体制確保による「にも包括」構築の推進

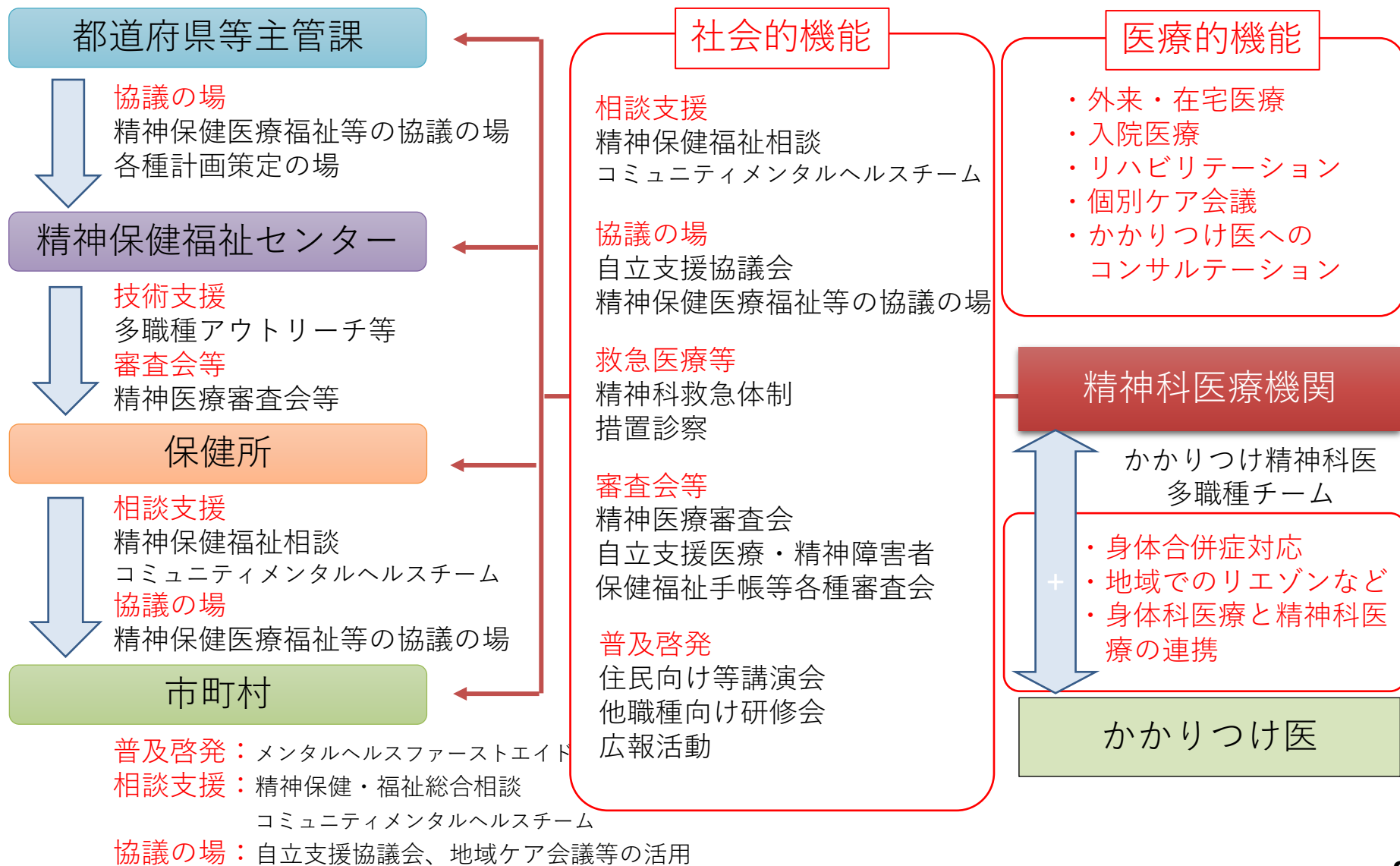
- 高齢者の地域包括ケアや地域共生社会の制度と「にも包括」の一体的推進
- 基本的な精神保健福祉相談の実施による、早期支援体制の整備
- 障害福祉サービスの相談支援体制や所外福祉サービス介護保険サービスの基盤の整備

重要なポイント

- 現場を知り、公衆衛生的視点を有する専門職による機関横断的な連携
- 機関内の専門職と事務職の人材育成・連携

自治体における精神保健と精神科医療機関との連携体制

○かかりつけ精神科医は医療機能（精神障害者等の診療）と社会的機能（公的役割への関与）の役割を果たす。
社会的機能（公的役割への協力）を有する精神科医療機関には、なんらかのインセンティブを付与する。



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市町村（保健と福祉）の取組

○共生社会の実現に向けて、市町村ではさまざまな包括的支援が開始されているが、結果として「制度縦割り」となっている。

○精神障害者の地域移行については、これまで都道府県・保健所を中心に実施されてきたところであるが、今後は、市町村が主体的に障害福祉サービスの適切な活用を図りさらに推進することが求められている。（福祉基盤の強化）

○さまざまな包括的支援の背景には、住民のメンタルヘルスリスクへの介入が課題となっており、市町村における包括的支援業務については精神保健に関する基盤を確立することにより、身体的な健康増進に併せて、すべての住民の精神的健康の向上に向けた精神保健業務を開始するとともに、「福祉」により顕在化する住民課題に内包するメンタルヘルスリスクに一体的な対応を行うことが可能となる。このことにより、全住民型の地域包括ケアシステムへの統合を図り地域共生社会の実現に貢献するもの。

○精神保健の取組強化と福祉の充実

共生社会の実現に向けた様々な包括的支援を連動

○当面の具体的な取組

I 「精神保健」による、住民のこころの健康増進と重症化予防

- 住民基礎データの活用によりすべての市民に精神保健サービスを提供
 - ・普及啓発：メンタルヘルスファーストエイドの手法等により実施
 - ・こころの健康相談

II 保健部局に精神保健相談窓口（一次相談窓口）を設置

- 住民の様々な健康課題・福祉的生活課題（虐待、ひきこもり、孤立等）の顕在化後の対処（事後的アプローチ）から予防的アプローチに転換、早期介入による重症化予防
 - ・福祉総合相談（重層的支援体制事業）と連動し包括的支援におけるアセスメント機能を担う
 - ・訪問支援（保健所や診療所、相談支援事業所、ピアサポーター等との連携した多職種による訪問支援チーム設置）
 - ・伴走型アウトリーチ支援と複雑困難事例への保健所・精神保健福祉センター等が実施するアウトリーチ支援の協働

○市町村は、2025年までに重層的支援体制整備事業と連動した精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築

○国・都道府県等は、市町村が取り組む体制整備を支援

III 福祉部局による精神障害者への地域生活支援の充実

- ・障害福祉計画により精神障害者の生活基盤の更なる整備、自立支援協議会等「協議の場」で基盤を強化
- ・福祉総合相談（重層的支援体制事業）により把握した生活ニーズに対する適切な障害福祉サービス等の利用支援・地域移行・定着、自立生活援助の更なる活用、地域生活支援拠点機能強化、ピアサポーター養成等による生活支援

○「にも包括」の構築における保健所の役割

- 包括ケアシステムの構築を進めていくためには、障害福祉サービスの実施主体である市町村の関与は不可欠である一方、精神科医療は圏域や県単位での体制になっている。精神科救急医療など必要な精神医療体制確保、アウトリーチや地域移行支援の推進等ができるためには、保健所のマネジメントが必要である。
- 特に人口が少ない小規模市町村などについては、保健所が市町村支援を重層的に行うことにより、「にも包括」構築を行う。
- 精神保健相談については、市町村では対応困難な事例の個別支援を市町村と協力しつつ行う。さらに困難な個別支援については精神保健福祉センターの協力を得る。
- 圏域における精神保健ニーズの把握と支援体制構築を行う。

○中核市保健所における「にも包括」構築

- 保健センターが住民の身近な場所で精神保健相談の一次窓口となり、保健所がそれを支援する2層構造とする。
- 中核市が23条通報に対応して、その後の地域支援にも関わることにより、措置対応した精神障害者に対する適切な地域生活支援を行う。

○政令市における「にも包括」構築

- 精神保健相談を身近な相談窓口が担い、それを保健所が支援し、精神保健福祉センターが専門的機関として支える重層的支援体制の構築が重要である。
- 企画立案についても、相談支援と同様の重層的体制が必要である。

困難事例に対する支援を通しての技術支援

事例検討会
定期的なスーパーバイズ
精神科医等の同行訪問
多職種アウトリーチ支援等の導入

支援経験を活用しての人材育成

OJT（On-the-Job-Training:同行訪問等）
研修企画
マニュアル作成・活用

多機関支援を通してのネットワーク構築

相談・訪問への協力
事例検討会への協力
市町村・保健所主催の地域での研修への協力

現場経験を生かした協議の場や企画立案への助言・医療の質の向上

市町村や保健所、本庁への助言・提案
協議の場での助言・提案
計画策定やデータの解釈・事業施策への助言・提案
精神医療審査会等を通じた医療の質の向上

新しい地域課題に対する知識・支援方法の支援者への普及

依存症・自殺・ひきこもり・多職種アウトリーチ支援等の知識・ノウハウ等

- ・ 個別支援・人材育成・ネットワーク構築・企画立案・医療の質の向上を連動
 - ・ 個別ケースマネジメントと地域マネジメントの連動

地域包括ケアシステム構築における（保健所未設置）市町村業務の見直し（案）

- 市町村は、先行する福祉・介護型の包括的ケアシステムとの一体的な支援体制を構築する。（地域包括ケアシステムの統合）
- 市町村（保健）は、普及啓発、精神保健相談・訪問指導、組織育成の主体となる。
- 市町村（保健）は、母子保健、学校保健、産業保健、高齢・介護福祉等と一体的な精神保健相談（一次相談）を実施。
- 市町村（福祉）は、相談支援事業所、障害福祉サービス提供事業所等との連携による社会復帰相談の他、生活困窮者自立支援事業、地域福祉関係機関、介護保険サービス提供事業所等や総合的・専門的相談の実施者と一体的に、地域生活支援に関する伴走型支援を実施するとともに、困難ケースについては、保健所や精神保健センターと協働し問題解決型支援を実施。
- 市町村は、地域住民への精神保健教育を実施するとともに、精神障害当事者・家族等への健康教育、人材育成（ピアサポーターやボランティア養成等）を実施し、日常生活圏域における互助の強化により地域包括ケアシステムの構築を図る。

これまで

- ・ 企画調整
- ・ 普及啓発
(地域保健施策における関係部局との連携による実施)
- ・ 相談指導
(障害者自立支援・サービス利用支援等に関する相談)
- ・ 社会復帰及び自立と社会参加への支援
- ・ 入院(市長同意) 及び自立支援医療費(精神通院医療)関係事務
- ・ **市町村障害者計画**

これから

重層的支援基盤の確立・強化

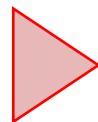
- ・ **企画調整**
 - ・ 地域包括ケアシステム構築に関する企画調整・協議の場の運営
 - ・ 地域福祉計画、介護保険事業計画等と障害福祉計画の一体的な推進、評価
 - ・ 市内及び圏域における精神保健福祉・地域福祉等に関する資料作成
- ・ **普及啓発（心の健康づくり、メンタルヘルスリテラシー向上）**
 - ・ メンタルヘルスファーストエイド等による精神保健教育
 - ・ 住民健診におけるメンタルヘルスに関するスクリーニング等
- ・ **精神保健相談**
 - ・ 心の健康相談、精神科受診受療相談、アルコール関連問題等依存症相談他
- ・ **多職種連携による訪問指導**
 - ・ 精神科病院入院者等の退院支援・地域生活支援(入院形態によらない)
- ・ **精神障害者の福祉に関する相談**
 - ・ 障害者総合支援法における相談支援（福祉サービス等利用支援）
 - ・ 重層的支援体制整備事業における伴走型支援の充実
- ・ **人材育成・団体支援**
 - ・ 地域住民、ピアサポーター等への研修、関係機関職員等への研修、団体支援等

地域包括ケアシステム構築における都道府県型保健所業務の見直し（案）

- 普及啓発、組織育成、精神保健相談・訪問指導（一次相談及び社会復帰相談）については、身近な市町村での実施体制を構築するため事務移管し、保健所は市町村支援を実施する。
- 保健所は、法定受託事務（措置関連業務）を担うとともに、これまで精神保健福祉センターが実施してきた研修のうち、管内医療機関、障害福祉関係機関等の支援者を対象とした研修、当事者・家族等を対象とした研修により人材育成を行うことにより、管内市町村の支援体制構築にむけた支援を実施する。
- 保健所は、圏域もしくは管轄地域における医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画を総合的に推進する。
- 保健所は、管内の精神科医療機関における適切な医療の確保に向けた取組を推進する。

これまで

- ・ 企画調整
- ・ **普及啓発（⇒市町村に事務移管）**
(心の健康づくり、精神障害の正しい理解、教室等)
- ・ 研修（市町村、関係機関、施設職員等）
- ・ **組織育成（⇒市町村に事務移管）**
(患者会、家族会、自助グループ、ボランティア団体等)
- ・ **相談（⇒一部を市町村に事務移管）**
(心の健康相談、受診・受療相談、社会復帰相談等)
- ・ **訪問指導（⇒一部を市町村に事務移管）**
- ・ 警察官通報・精神保健診察等措置業務
- ・ 入院等関係事務
- ・ **市町村支援**



これから

- ・ 企画調整
- ・ 圏域の医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画の策定
各計画の推進、評価
- ・ 管内精神科医療体制整備に関する資料作成
- ・ **市町村支援**
- ・ 教育研修
- ・ 技術指導・技術援助(個別支援連携、体制整備等)
- ・ **精神保健専門相談(特定相談の一部を含む)**
- ・ 様々な依存症相談、思春期・青年期、妊娠期・産褥期、
自殺未遂者、急性発症・増悪の精神疾患、自傷他害等
- ・ **訪問指導**
- ・ 警察官通報・精神保健診察、措置入院者退院後支援等業務
- ・ **精神科医療機関への指導等**
- ・ 精神科入退院届出事務
- ・ 精神科医療機関への実地指導

重層的支援体制を担う保健所機能強化

地域包括ケアシステム構築における精神保健福祉センター業務の見直し（案）

- 精神保健福祉センターは、総合的技術センターであり、中核的機能の機能強化を図る。重層支援体制の構築に向けて、企画立案・調査研究、技術指導・技術援助、精神医療審査会運営機能等に業務を重点化する。
- 精神保健福祉センターは、精神保健福祉相談員養成研修の他、拠点機能として専門的援助技術に関する研修を実施する。
- 精神保健福祉センターが実施してきた普及啓発、組織育成の一部は、保健所に事務移管する。
- 相談支援（依存症、ひきこもり、自殺関連など）については、センターでノウハウを蓄積するとともに、身近な地域での相談支援の普及を図るため、保健所や市町村での相談ができるように、研修等による人材育成、体制整備を行う。なお、デイケアや社会復帰に関する機能については、地域の実情を踏まえて見直しを図る。
- 審査会機能の強化を図り、精神医療の質の改善に一層寄与する。

これまで

- ・ 企画立案
 - ・ 技術指導及び技術援助
 - ・ 教育研修
 - ・ **普及啓発（⇒保健所・市町村に一部事務移管）**
 - ・ 調査研究
 - ・ 資料の収集、分析及び提供
 - ・ **精神保健福祉相談（⇒人材育成・体制整備を行う）**
 - ・ **組織の育成（⇒一部を保健所・市町村に事務移管）**
 - ・ 精神医療審査会の審査に関する事務
 - ・ 精神障害者通院公費負担
- 及び精神障害者保健福祉手帳の判定など

これから

- ・ 企画業務
- ・ **調査研究、資料の収集・分析、提供**
 - ・ 本庁・保健所、市町村業務を支援
- ・ 教育研修
- ・ **技術指導・技術援助**
- ・ **精神医療審査会**
- ・ **主管課との業務連携**
 - ・ 精神科救急医療体制整備、DPAT運営への支援等
- ・ 精神保健特定相談
 - ・ 依存症相談、災害メンタルヘルス、
 - ・ ひきこもり
 - ・ 自殺未遂者支援、自死遺族相談
 - ・ アウトリーチ等
- ・ **専門性の高い広域向けの普及啓発**
- ・ 精神障害者通院公費負担及び精神障害者保健福祉手帳判定業務

総合的な技術支援体制構築のための機能強化

「にも包括」の概念整理

- 「にも包括」構築は地域共生・生活支援・保健予防により、住民のメンタルヘルスの向上と多くの精神障害者が安定した地域生活を送ることができるようになり、結果的に危機介入を減少させることを目指す。
- 「にも包括」は、あらゆる場面において、全世代・全重症度を包括するものとして、①国民のメンタルヘルスリテラシーの向上、②支援ニーズに応じて、精神保健相談・医療・福祉等の支援を提供できる体制、③集中的・包括的支援が必要な精神障害を有する人々への地域支援体制の3層構造すべての体制整備を必要とする。

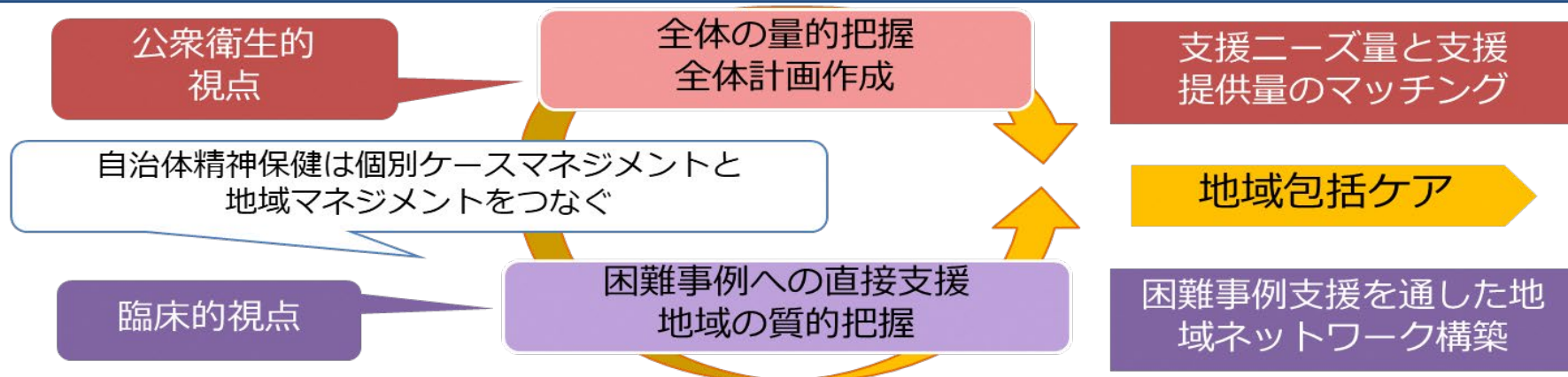
自治体の精神保健のあり方

- これを行うため、自治体は、市町村を「にも包括」構築の責任主体としつつ、各機関が役割を持ち協働し、相互補完的・重層的支援体制を構築する。
- 精神科医療については、保健所を中心とした圏域の体制整備を行う。
自治体は精神保健を基盤とし、個別支援を通じて上記の3層構造における医療福祉を含む関係機関と包括的ネットワークを作り、地域課題に対応する。
- 社会的機能を有する精神科医療機関に医療機関との連携を促進し、精神保健業務の強化を図る。

今後の方向性と人材育成に係る課題

- 精神保健福祉に関わる専門職の人材**：個別支援から地域課題を抽出し、その解決に向けて企画立案・広域調整・資源開発ができる人材、臨床的視点と公衆衛生的視点の双方を有し、統合できる人材が求められる。
- 市町村**：①個別支援のスキル、②包括的ケアシステムに内在するメンタルヘルス課題解決を図るため、保健所や精神保健福祉センターとの協働により、精神保健施策の企画を立案し、地域の実情に合わせた事業推進をできるスキルが必要。
- 圏域および都道府県等**：①市町村等と連携しながら困難事例等の個別支援へのサポートができるスキル、②圏域における連携が図れる、あるいは都道府県等におけるシステムづくりを行うことができるスキルが必要。
- 人材確保・育成**：精神保健福祉相談員研修など研修のほか、OJT、事例検討、人事異動などを通じた計画的・系統的な人材確保・育成・配置の方針と仕組みが「にも包括」推進には必要

自治体の精神保健福祉を担う人材に必要な2つの視点



支援ニーズに応じ、利用可能なリソースを活用した効果的な提供体制の構築

人材育成に関する今後の方向性

精神保健福祉相談員等の確保・育成のイメージ（具体的な提案）

- 既存の精神保健福祉相談員養成研修事業の内容と要件等を見直し。主催は都道府県等とし、精神保健福祉センターの機能として、人材育成の研修を整理・統合し、職能団体等との協力により養成研修会を実装。
- 既存職員を対象とした研修及び新規採用者研修に階層化し、研修受講者には修了証を交付することにより、首長が任命する仕組みとしてはいかがか。

(例) 市町村における人材確保・育成のイメージ

		実施 主体	202x-5 令和X-5年度	202x-4 令和X-4年度	202x-3 令和X-3年度	202x-2 令和X-2年度	202x-1 令和X-1年度	202x 令和x年度	課題等
1	法第47条4（精神保健） 市町村の努力義務を義務化		検討会	国会審議	公布	施行準備		施行	
(1) <人材確保>									
専門職採用 精神保健福祉士・社会福祉士等		市町村	採用計画				採用	財源確保（地方交付税措置） 下段の新任者研修を併せて実施	
(2) <人材育成事業>		実施主体	プログラム 検討	予算事業化	実施				
精神保健福祉相談員養成研修 （市町村保健師等職員対象①基礎）		本課 精セ等	○	養成研修 1	A	B			既存の養成研修カリキュラムの 見直し
精神保健福祉相談員養成研修 （市町村保健師等職員対象②実践）		本課 精セ等		養成研修 2		A'	B'		
精神保健福祉相談員配置事業 （常勤／もしくは特別職）		市町村 保健福祉				首長による 任命	業務 開始	財源確保 （地方交付税措置／補助事業）	
職員研修 （対象）管内新任者		保健所 精セ等			実施体制 準備	予算化	新任研修		

17

精神保健福祉法

- 医療保護入院にかかる市長同意
- 精神保健福祉手帳（申請・交付窓口）
- 精神障害についての正しい知識の普及（努力義務）**
- 相談指導等
 - ・精神障害者の福祉に関すること
 - ・精神保健に関すること（努力義務）
- 事業の利用調整等
- 成年後見制度審判の請求（努力義務）
- 後見等を行うものの推薦等
- 精神保健診察事前調査への協力
- 法第41条厚生労働大臣指針

自殺対策基本法

- 市町村自殺対策計画策定
- 調査研究等の推進及び体制の整備
- 心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等
- 医療提供体制の整備、自殺発生回避のための体制整備
- 自殺者の親族等への支援
- 民間団体の活動支援

アルコール健康障害対策基本法

- 地域の状況に応じた施策を策定・実施する責務
- 正しい知識の普及（努力義務）
- 健康診査・保健指導等、相談指導、団体支援

障害者総合支援法・児童福祉法

- 障害福祉計画
- 介護給付費等の支給に関する審査会
- 協議会（精神保健福祉部会・地域移行部会等）
- 意思決定支援
- 地域生活支援事業（市町村必須事業）
 - ・理解促進研修・啓発事業
 - ・自発的活動支援事業
 - ・相談支援事業
 - ・基幹相談支援センター等機能強化事業
 - ・住宅入居等支援事業
 - ・障害者（児）相談支援事業
 - ・成年後見制度利用支援事業
 - ・成年後見制度法人後見支援事業
 - ・地域活動支援センター機能強化事業
- 地域生活支援拠点
- 自立支援医療申請窓口
- 障害児福祉計画
- 児童発達支援センター

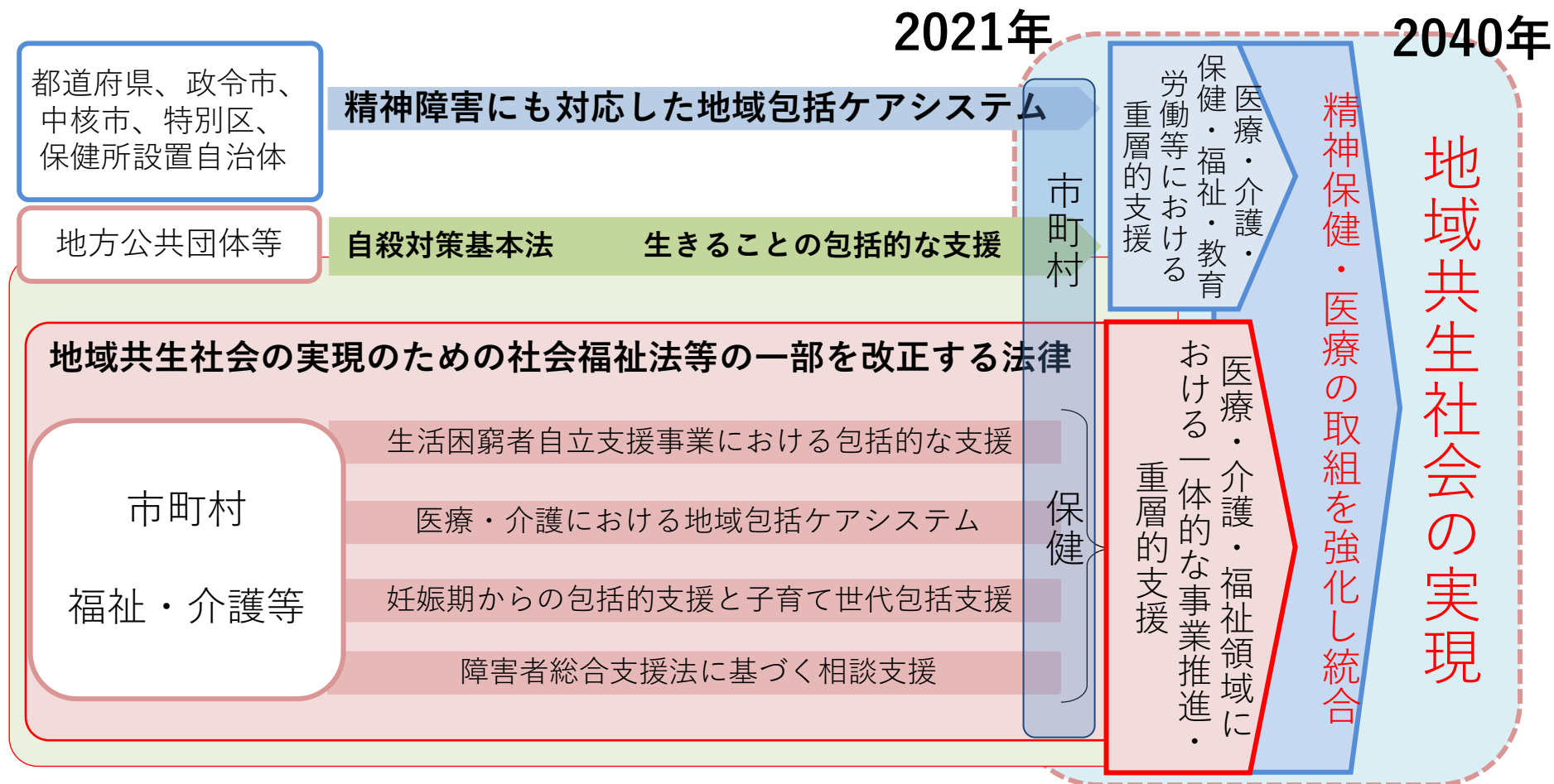
障害者虐待防止法

- 障害者虐待防止センター**
- 通報・届出、相談
- 事実確認、立入調査、養護者支援等

「にも包括」と市町村における他法による包括支援との統合

市町村から見た様々な「包括的支援」と施策統合のイメージ

参考) 今後の社会保障改革についてー2040年を見据えてー



市町村では、これまで縦割りであった福祉・介護領域の包括的支援が、社会福祉法改正により属性にとらわれない支援（重層的支援体制整備事業等）として開始され、2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が図られている。一方「にも包括」は、法的根拠がなく都道府県等と保健所設置市による事業という位置づけのため、福祉型包括支援の取組との連動・統合が課題となっている。市町村（保健）が基盤となり、福祉と保健を統合した包括的支援体制を構築することが求められる。

(第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会 山本賢構成員資料より一部改変)

現状と課題

- 市町村における福祉・介護領域においては、社会福祉法一部改正により、相談者の属性、世代、相談内容に関わらない、重層的支援体制整備事業が開始された。
- 「にも包括」構築推進は法的根拠がなく、しかも都道府県等と保健所設置市による事業という位置づけで一般の市町村の事業とはなっていないため、福祉型包括支援の取り組みとの連動・統合が課題となっている。
- 現行の精神保健福祉法は精神障害者の医療及び保護に関する条文が中心であり、保健予防や地域生活支援などの視点はあまりない。
- 精神保健が児童虐待、ひきこもり、高齢者の認知症や精神障害等の地域共生社会を構築する上で直面する課題に対して、横断的に包括し、統合するための位置づけ・法整備がなされていない。

方向性

- 「にも包括」が地域共生社会に資するものとして、自治体の精神保健に位置付けられるためには、「にも包括」の視点から精神保健医療福祉を包括・統合する法整備・予算体系再編も必要ではないか。
- 精神保健福祉法については、心の健康づくりについて強化することと市町村等による精神保健相談の義務化について検討する必要があるのではないか。
- 地域保健法についても、市町村や保健所の精神保健業務についての記載の充実が必要ではないか。

課題

- 1. 自治体における精神保健の位置付け・法的根拠が不明確**
 - ・精神保健の優先順位がその重要性に比して低い
 - ・市町村の精神保健業務の義務規定がないなど、「にも包括」の法的根拠がない
- 2. 専門職の確保が困難**
 - ・精神保健のスキルとノウハウを持った専門職の確保と育成と配置が十分でない
 - ・保健所での医師確保や精神保健福祉センターでの精神科医確保が困難
- 3. 相談支援・企画立案のバランスがとれていない**
 - ・市町村では業務の位置づけがあいまいなため、保健所では、感染症対応や精神医療緊急対応への対応が優先されるため、相談支援が十分にできない
 - ・個別支援、協議の場の運営、計画策定が連動していない
- 4. 市町村・保健所・センター・都道府県等主管課の連携体制が不十分**

対応策

- 1. 自治体における精神保健の位置づけ・法的根拠の整備を行う**
 - ・自治体全体として精神保健の重要性に関する適切な認識と位置づけ
 - ・市町村の精神保健業務を義務化し、「にも包括」の根拠となる法整備を行う
- 2. 必要な専門職等の人員体制の確保・育成・配置と予算措置**
 - ・精神科医師など医師、保健師、精神保健福祉士等の確保・育成・配置を行うこと
- 3. 相談支援・企画立案のバランスをとった業務配分と各業務の連動性確保**
 - ・相談支援からのボトムアップと企画立案のトップダウンのシステム構築を連動させる
- 4. 精神保健の重層的支援体制**
 - ・役割分担と重層的支援体制の両方の視点が重要：お互いの長所と短所を理解した適切な協力体制

參考資料

自治体の精神保健の調査結果から

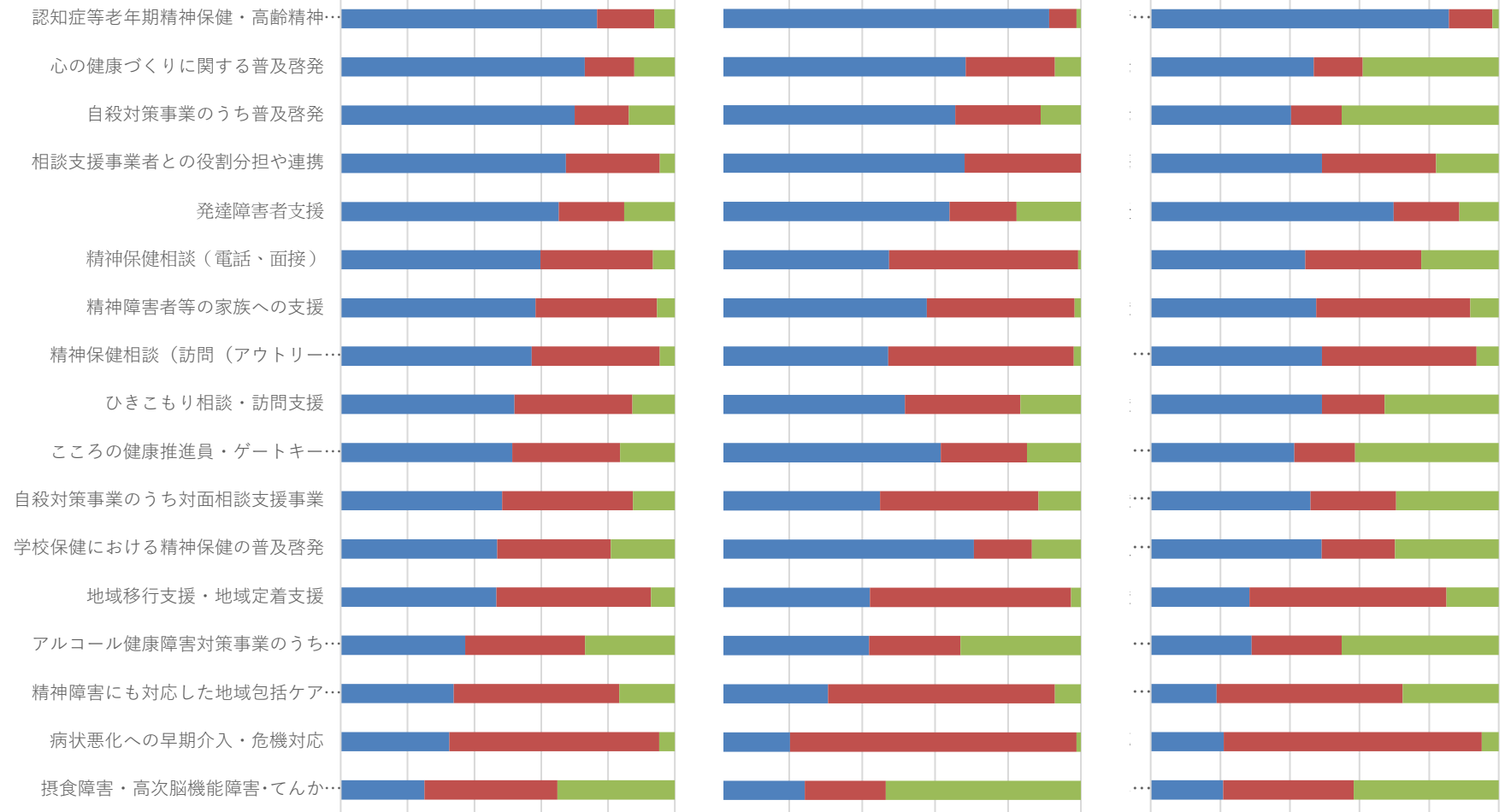
今後の行政の精神保健福祉業務に関する自治体間の重層化にむけた役割分担①

●市区町村から見た役割分担
N=1267

●保健所から見た役割分担
N=410

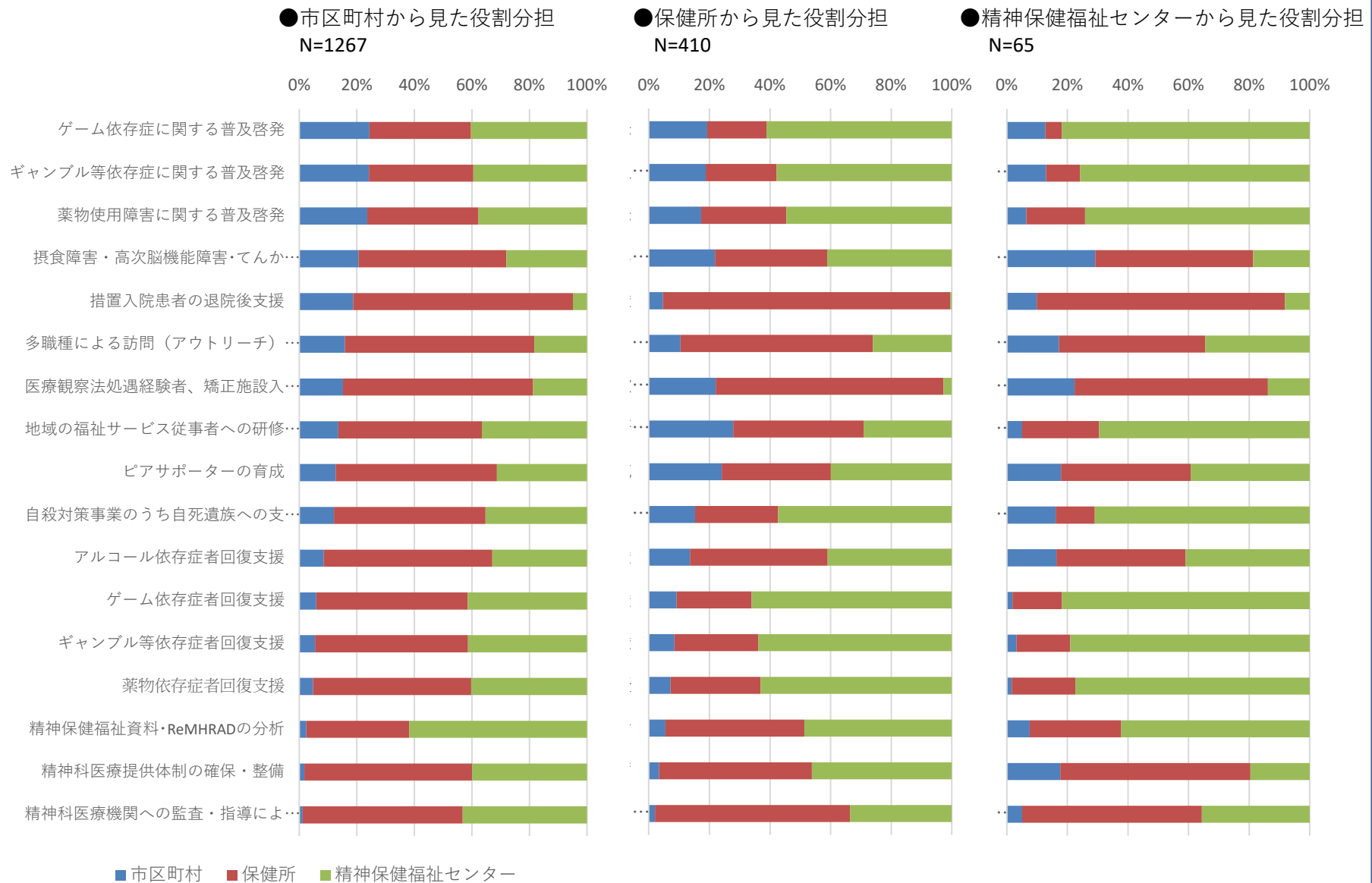
●精神保健福祉センターから見た役割分担
N=65

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 市区町村 ■ 保健所 ■ 精神保健福祉センター

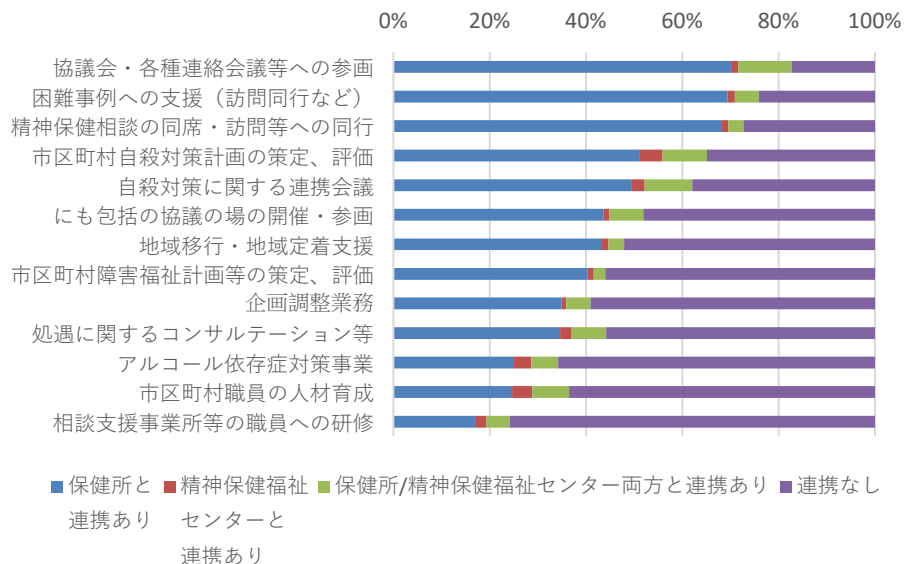
今後の行政の精神保健福祉業務に関する自治体間の重層化にむけた役割分担②



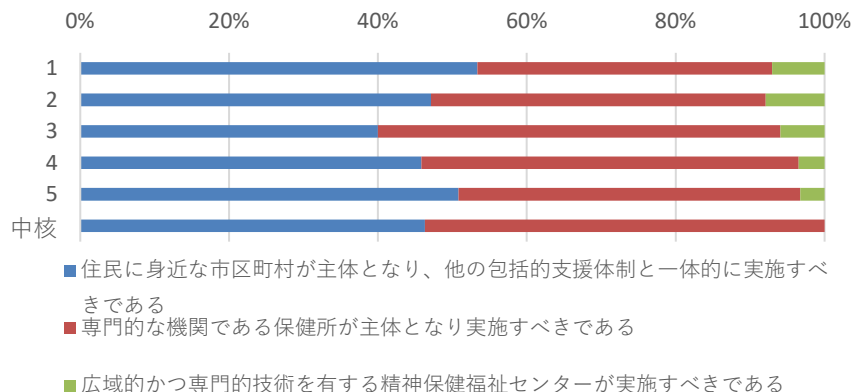
出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行），第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（厚生労働省）

関係機関との連携及び今後の市区町村における精神保健業務推進体制

●精神保健福祉業務における連携状況 N=1267



●精神保健の推進について



1：人口1万人未満 N=336 2：人口1-5万人 N=530
 3：人口5-10万人 N=188 4：人口10-30万人 N=151
 5：人口30万人以上 N=62 中核：中核市・保健所設置市 N=54（再掲）

●一体的な推進に必要な事項（複数回答可）

	1	2	3	4	5	中核
専門職の配置など、人員体制の充実	157	203	64	53	23	21
福祉部局等との一体的な相談支援体制の構築	126	180	61	52	24	18
精神保健業務を所掌する組織体制の強化	94	155	52	50	17	16
体制構築や事業の推進にかかる財政的支援	63	97	34	34	20	12
精神保健福祉法による法的根拠	52	83	35	28	14	11
その他	15	19	6	4	1	0

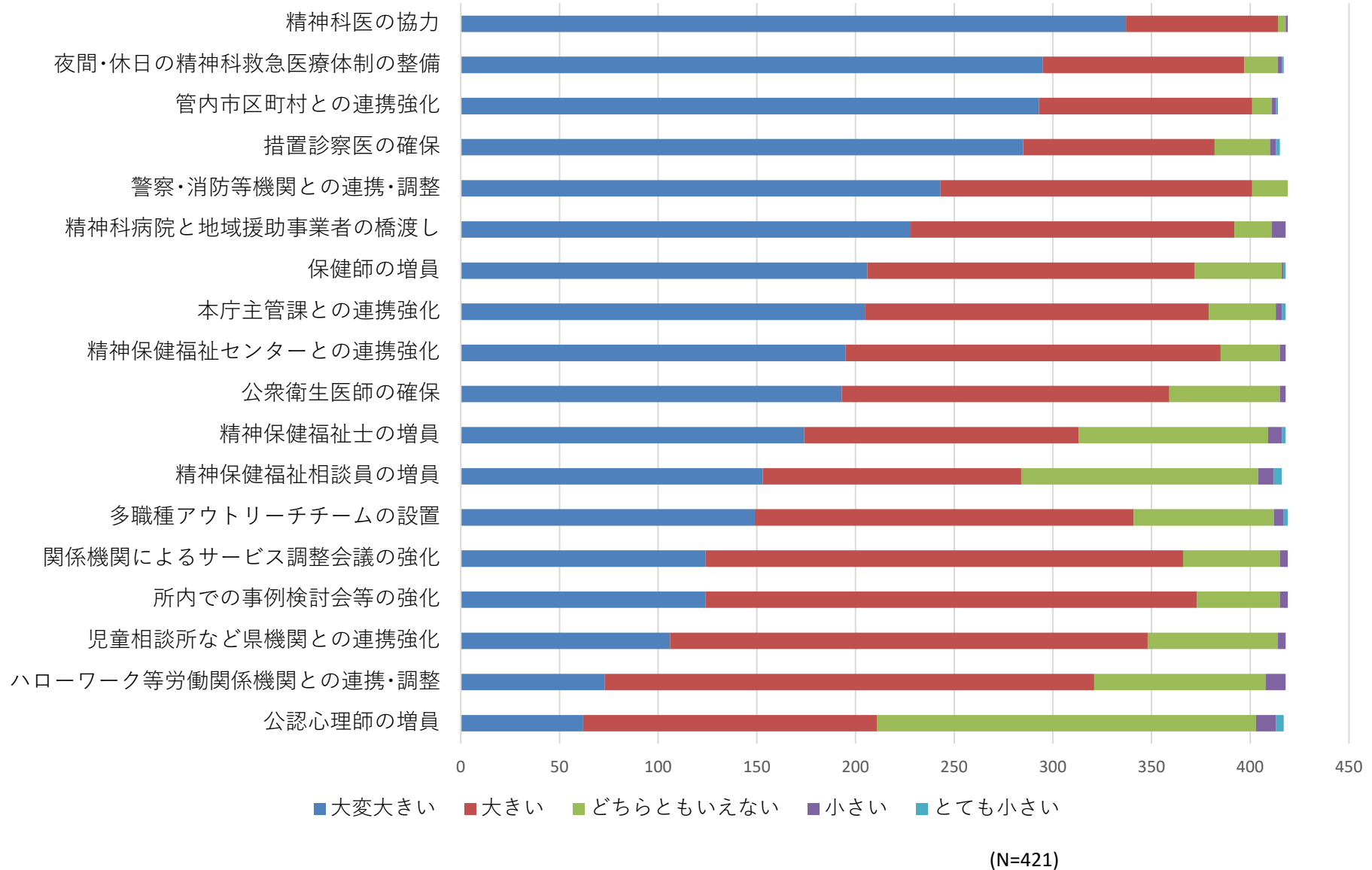
1：人口1万人未満 N=174 2：人口1-5万人 N=238
 3：人口5-10万人 N=74 4：人口10-30万人 N=16
 5：人口30万人以上 N=31 中核：中核市・保健所設置市 N=25（再掲）

●市区町村での推進が困難な理由（複数回答可）

	1	2	3	4	5	中核
精神保健業務を担う人材の不足もしくは人材確保が困難	147	240	95	72	20	23
他の地域保健業務量が過大であり、新たに業務量が増えることとなる	104	174	63	45	11	9
精神保健業務を所掌する組織体制が確立できない	79	150	62	42	16	16
精神保健相談業務は法的根拠が努力義務（精神保健福祉法第47条）であり業務の確立・推進が困難	39	99	46	32	6	8
保健所や精神保健福祉センターからのバックアップが得られない	24	44	33	21	3	2
医療や教育、住宅、労働など広域的な調整が必要	59	117	54	29	4	6
その他	10	22	5	13	2	4

1：人口1万人未満 N=152 2：人口1-5万人 N=267
 3：人口5-10万人 N=111 4：人口10-30万人 N=78
 5：人口30万人以上 N=30 中核：中核市・保健所設置市 N=29（再掲）

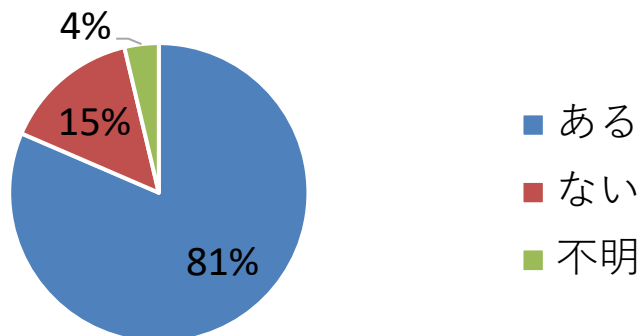
保健所業務遂行のために必要な体制整備



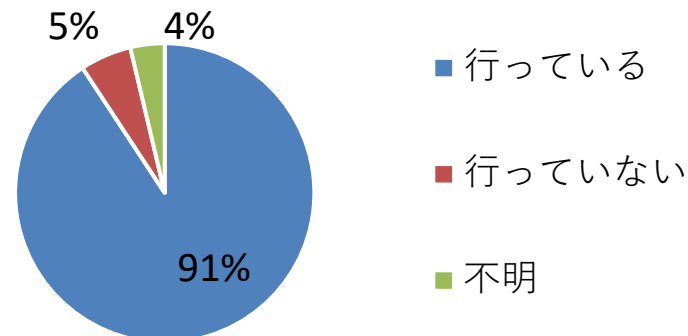
出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行），第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（厚生労働省）

中核市における精神保健福祉業務（N=54 回答率90%）

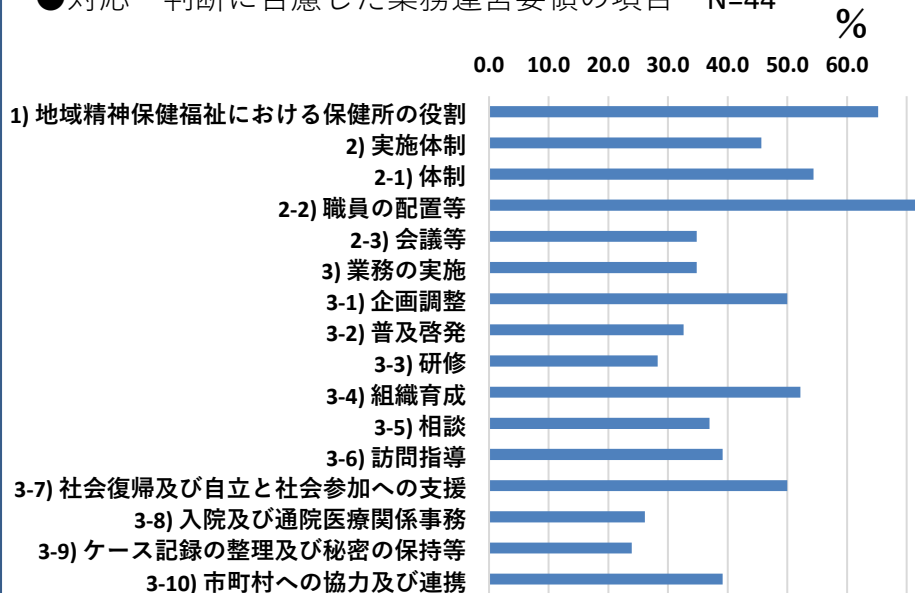
●現在の業務運営要領において、中核市としての業務運営や対応・判断に苦慮した経験 N=54



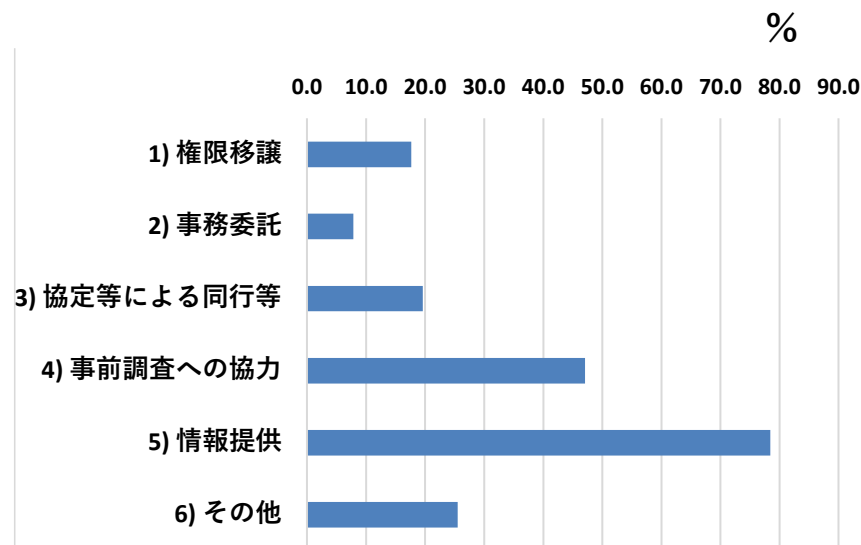
●警察官通報における通報受理以外の関与の有無 N=54



●対応・判断に苦慮した業務運営要領の項目 N=44

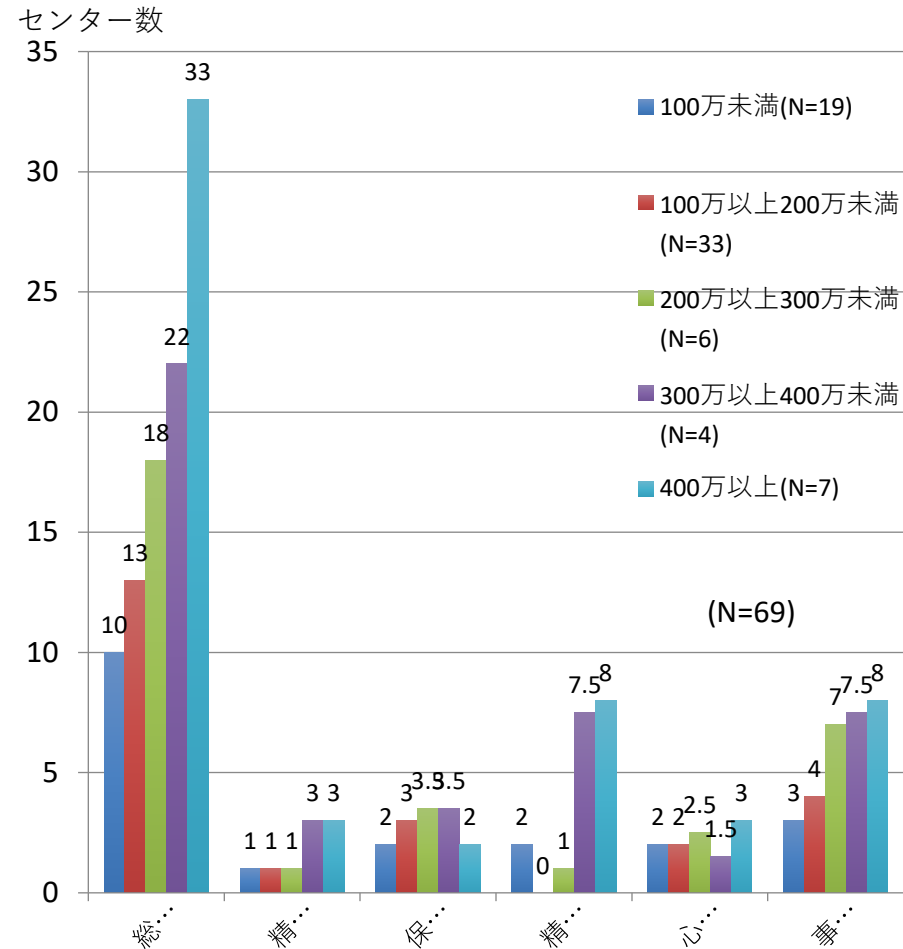


●警察官通報における関与の状況 N=49



精神保健福祉センターの現状

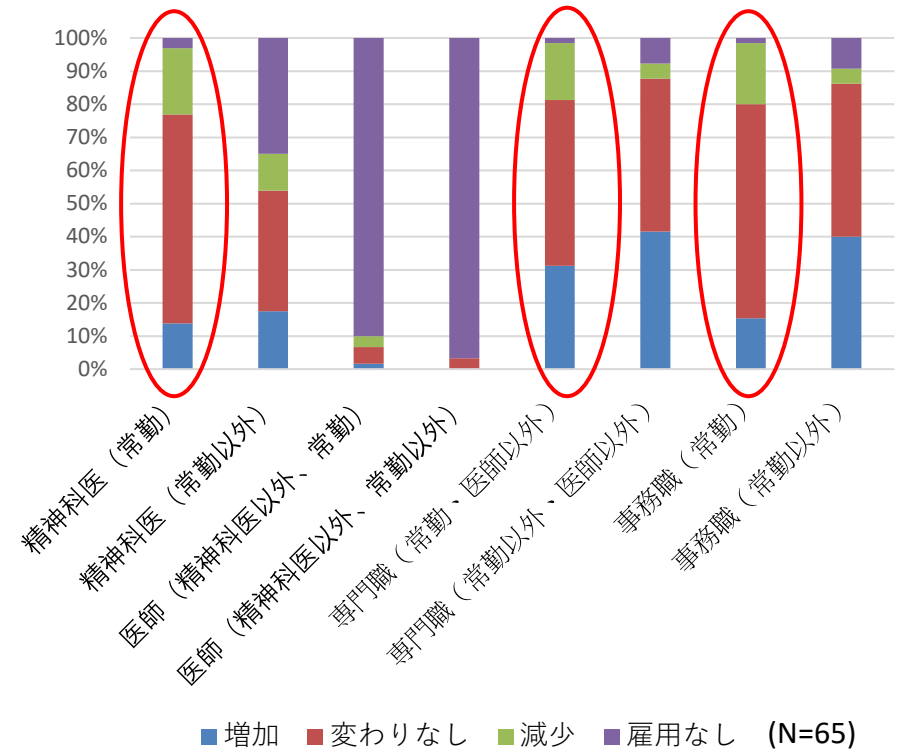
対象人口ごとの常勤職員数（中央値）



常勤精神科医数1.75人,SD=1.17, min0~max6

出典：令和元年度全国精神保健福祉センター長会調査

職員体制の変化



常勤専任精神科医不在のセンター17/65 (26.2%)
常勤専任医師不在のセンター15/65 (24.6%)

「センターの常勤職員は増えないのに、業務は増え、その対応には非常勤職員を配置し、実施するような予算付けが多く、常勤職員の負担は増えるばかりである（自由記述より）」

出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）

センターの平均的常勤職員：合計13名（精神科医1名、保健師3名、心理職2名、事務職4名他）。常勤減センターも2割程度

自治体の精神保健の今後の方向性と課題

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて期待される自治体の精神保健の重層的支援体制と各機関の役割

- 自治体機関は大きく企画立案機能と相談支援機能に分けられる。それぞれの機関に適した機能のバランスが求められる。
- 市町村が地域住民に近い位置で、「にも包括」の体制構築を行う。保健所、精神保健福祉センター、都道府県等主管課がそれぞれ役割分担をしながら、かつ重層的に支援
- 各機関との関係が強い保健医療福祉機関、それ以外の機関との連携を保ちつつ、全体として包括的・統合的なネットワークとなるようにシステムづくりを行う

精神保健の重層的支援体制

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

重層的支援体制

都道府県等主管課
体制整備・計画作成・予算確保・配分
地域医療構想

精神保健福祉センター
専門機関
複雑困難事例支援
市町村・保健所支援・主管課助言

保健所
広域的専門的拠点
困難事例の精神保健相談・訪問支援
地域医療構想の調整
措置通報等危機管理への対応

市町村
住民に最も身近な機関として、地域に根ざした部署横断的包括的支援及び計画づくり
基本的な精神保健相談・訪問支援
福祉サービス導入・普及啓発・団体育成

保健医療福祉
以外の機関

医療機関

消防
教育
児童
住居
雇用

連携

介護

福祉

地域住民

軽～中等度精神障害者

重度度精神障害者

自治体機関の役割の概要

企画立案機能

計画
策定

総合
調整

調査
研究

普及
啓発

人材
育成

相談支援機能

連携
調整

直接
支援

主管課

医療計画等計画作成／
協議の場の設定／調査研究

精神保健福祉センター

困難事例への技術支援／人材育成／審査・判
定／企画立案への提案・助言／調査研究

保健所

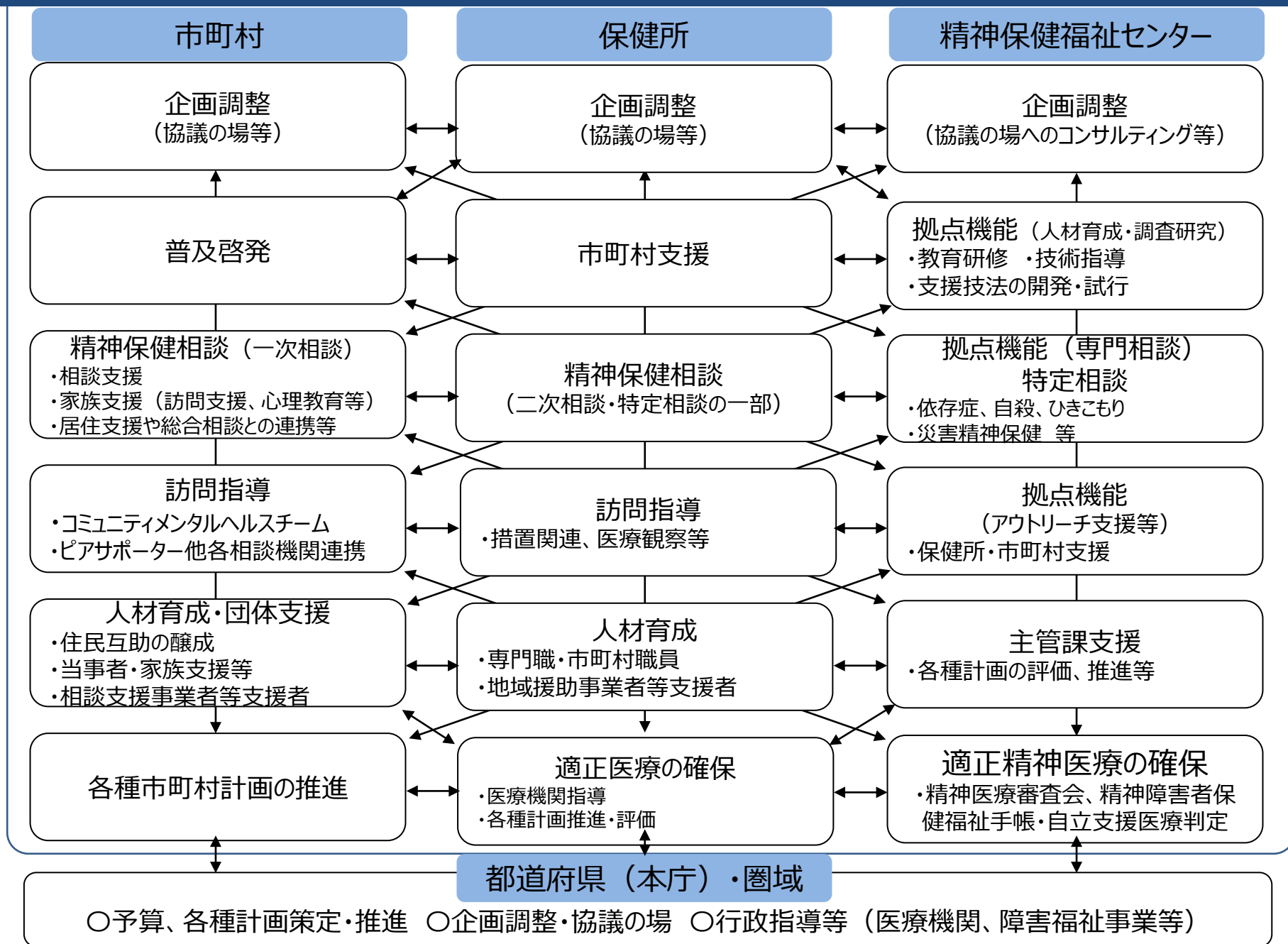
困難事例への相談・訪問および市町村支援／措置対応など緊急
対応／措置入院者等困難事例の退院支援／地域移行・地域定着
医療計画等の計画作成／圏域における協議の場の設定

市町村

基本的な精神保健相談・訪問／精神障害者の福祉相談
市町村レベルの計画作成
組織育成・普及啓発等

県全体
複数市町村
市町村

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた行政機関の業務分担（案）
（主として、精神保健関連業務に関すること）



地域包括ケアシステム構築における自治体精神保健福祉業務の見直し（案）

	市町村 ー精神保健福祉の第一線機関ー	保健所 ー圏域の精神保健医療の中心機関ー	精神保健福祉センター ー総合的専門的技術拠点ー	都道府県、政令市主管課
普及啓発 住民全体 への支援	◎精神保健相談（義務化） ○継続的な見守り・伴走型支援 ○健康増進事業・自殺対策事業・生活困窮者自立支援事業等との連動、庁内多分野連携 ○健診（うつスクリーニングなど） ○早期支援のための普及啓発（MHFA等） ○心の健康教育・リテラシー向上（住民組織、中学生等）	○普及啓発（自死遺族、依存症） ○精神保健教育・リテラシー向上・学校保健との連携構築（高等教育、大学等） ○産業保健との連携構築	○資料収集・データ分析及び提供 ◎エビデンスのある支援技法の試行と普及 ・依存症、ひきこもり、自殺、アウトリーチ等 ・精神保健教育の普及等 ○技術援助（広域多分野調整的） ○人材育成 ・スーパーバイズ ・精神保健福祉相談員等研修 ◎精神医療・保健・福祉等サービスの質の向上のための取組 ・精神医療審査会 ・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）判定	【企画】 ◎精神保健の重要性についての庁内での周知（部局横断的な活動等） ・精神保健基盤強化 ・庁内体制構築 ・普及啓発事業予讃の確保 ◎地方精神保健福祉審議会等による協議 ○データ分析・事業評価
医療機関との連携	◎精神保健相談（義務化） ◎医療機関に関する情報提供 ◎受診支援 ◎医療継続支援 ◎長期在院者への支援 ・市町村長同意に関する支援 ・1年以上入院者への支援等 ○個別ケア会議	◎圏域保健医療の協議の場合 ○未治療者等への訪問支援、必要に応じた受診支援 ○保健医療ネットワーク構築 ○個別ケア会議（事例検討会） ○複雑困難事例のマネジメント ○通報対応、措置診察 ○ガイドラインに基づく退院後支援 ○地域移行・地域定着支援	◎複雑困難事例の支援 ◎保健所・市町村支援	◎精神科救急医療体制整備 ◎疾患や課題別の治療および相談拠点の設置 ◎圏域ごとの精神保健医療の課題と方向性の確認 ◎精神医療審査会と実地指導 ・実地審査の連携
福祉・介護 その他	○障害福祉サービス利用支援 ○医療・福祉・介護等連携体制構築 ○居住支援	○地域精神保健福祉体制整備 ○関係団体等との調整 ○市町村支援バックアップ		◎精神保健と福祉の統合 ・都道府県：保健医療関係計画の策定、進行管理 ◎医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画の整合性の確保
アウトリーチ	◎都道府県の実情に合わせて、市町村や障害者福祉圏域に自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチーム（コミュニティメンタルチーム）や保健的アウトリーチチームの設置		○複雑困難事例等へのアウトリーチ支援 ○スーパーバイズ	○予算確保 ○実施状況の把握
家族支援	◎都道府県の実情に合わせて、市町村もしくは保健所主体で家族支援事業の実施 ○家族会支援		◎保健所や市町村による保健的アウトリーチ、家族支援体制構築支援	
ピアサポーター	◎都道府県の実情に合わせて、市町村もしくは保健所主体でピアサポーター養成、活動支援等の実施（相談支援事業所等への配置促進）		○ピアサポートを担う人材育成 成8 陽性者研修）	

保健所や精神保健福祉センター等都道府県に望まれるバックアップの例

○個別支援連携

ケースレビューによるケースの共有
アセスメントやプランニングへの助言
(危機介入事例、児童・思春期、パーソナリティ障害、ひきこもり等)
専門性が求められる個別支援・複合ニーズを抱える事例への訪問支援の協働
(受診拒否等援助希求の無いケース、薬物やギャンブルなどアディクション、虐待、8050等の家族支援等)
未治療・医療中断、救急受診を繰り返す事例など医療調整を要するケースへの協働
処遇に関するコンサルテーションなど

○市町村等職員への支援、人材育成

各種研修の企画運営への助言・協力、研修会への講師派遣
ケースカンファレンスへの職員派遣、グループスーパーバイズの実施など

○企画業務への支援

協議の場の運営への助言、参画（職員派遣）
地域分析など必要なデータの提供
医療関係者等との調整
広域調整が必要な業務の調整
事業企画立案に向けた助言、ノウハウの提供

○各自治体での取り組みの推進が図れるような仕組みづくり

- ・ 「にも包括」を進めるの法整備やインセンティブ制度などが十分でない。

○保健所がリーダーシップを発揮できるよう人材の確保

- ・ 保健所では、救急対応や自殺対策等、目の前にある問題解決や事業に追われ、精神保健の体制整備が後回しになっている現状がある。また新型コロナウイルス感染症対応が優先されており、精神保健の優先度が低くなっている。

○中核市保健所における23条通報の対応について

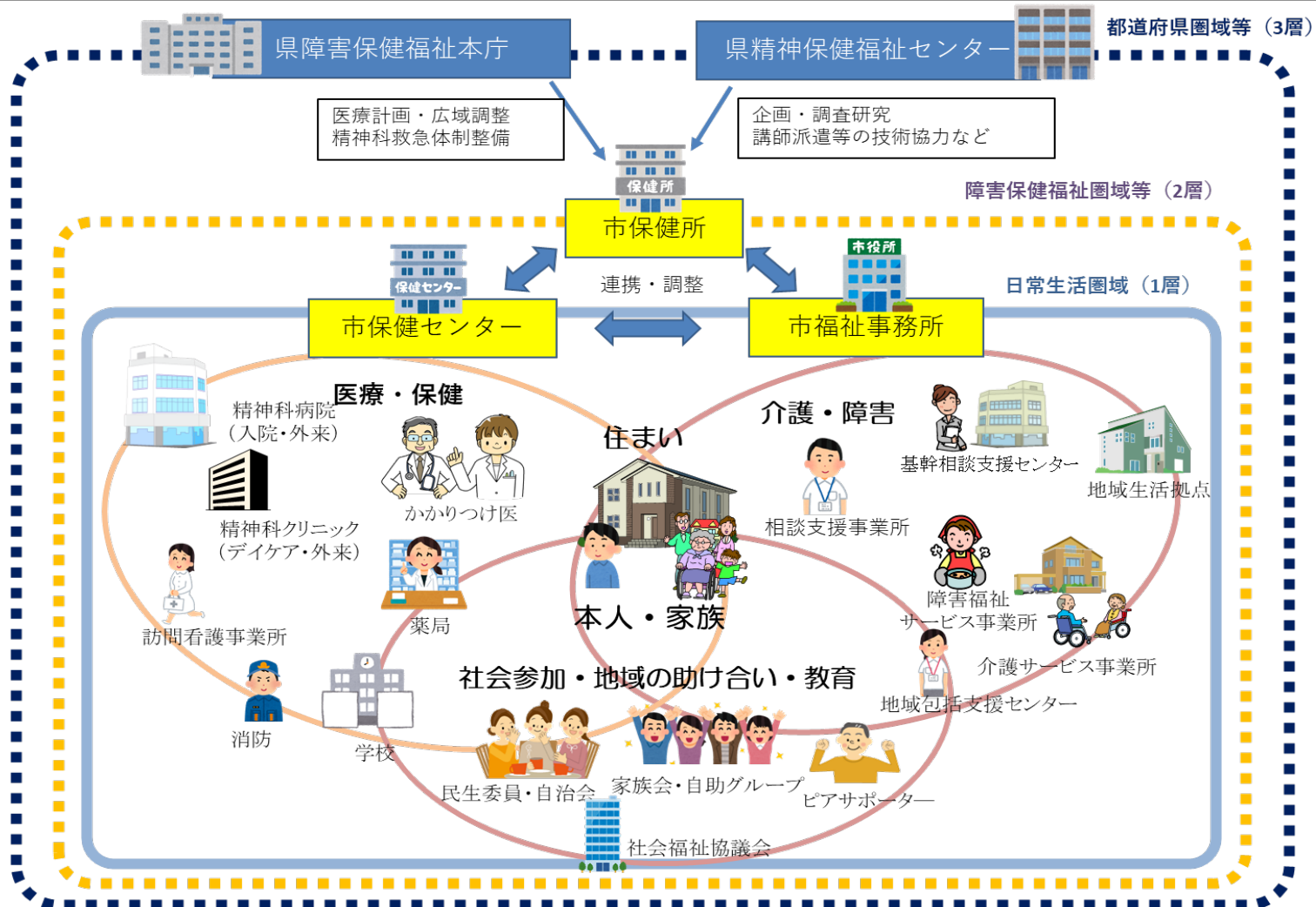
- ・ 措置通報に係る業務について、立ち合い、調査、診察などの権限移譲に加えて、措置不要後の47条対応など、中核市の関与について法的根拠や業務の範囲、役割と責任の所在が不明瞭であり、中核市の実施状況に大きな差がある。
- ・ 経由事務のみの中核市は、対象者に対して早期に関与する機会を失っている。

○政令市保健所の精神保健活動について

- ・ 政令市における精神保健活動についての実態把握と課題整理が必要である。

中核市の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 【特徴】 ○市保健所は、母子保健・障害福祉・高齢者福祉分野等との協働や連携がしやすい状況である。
○市保健所は、医療・保健分野において、日常生活圏域内でも関与が強くなる。
- 【重要】 ○市保健所は保健センター及び福祉事務所と2層の関係になっている。
○中核市の協議の場で話し合われたことを3層の都道府県の協議の場へのフィードバックしていく。

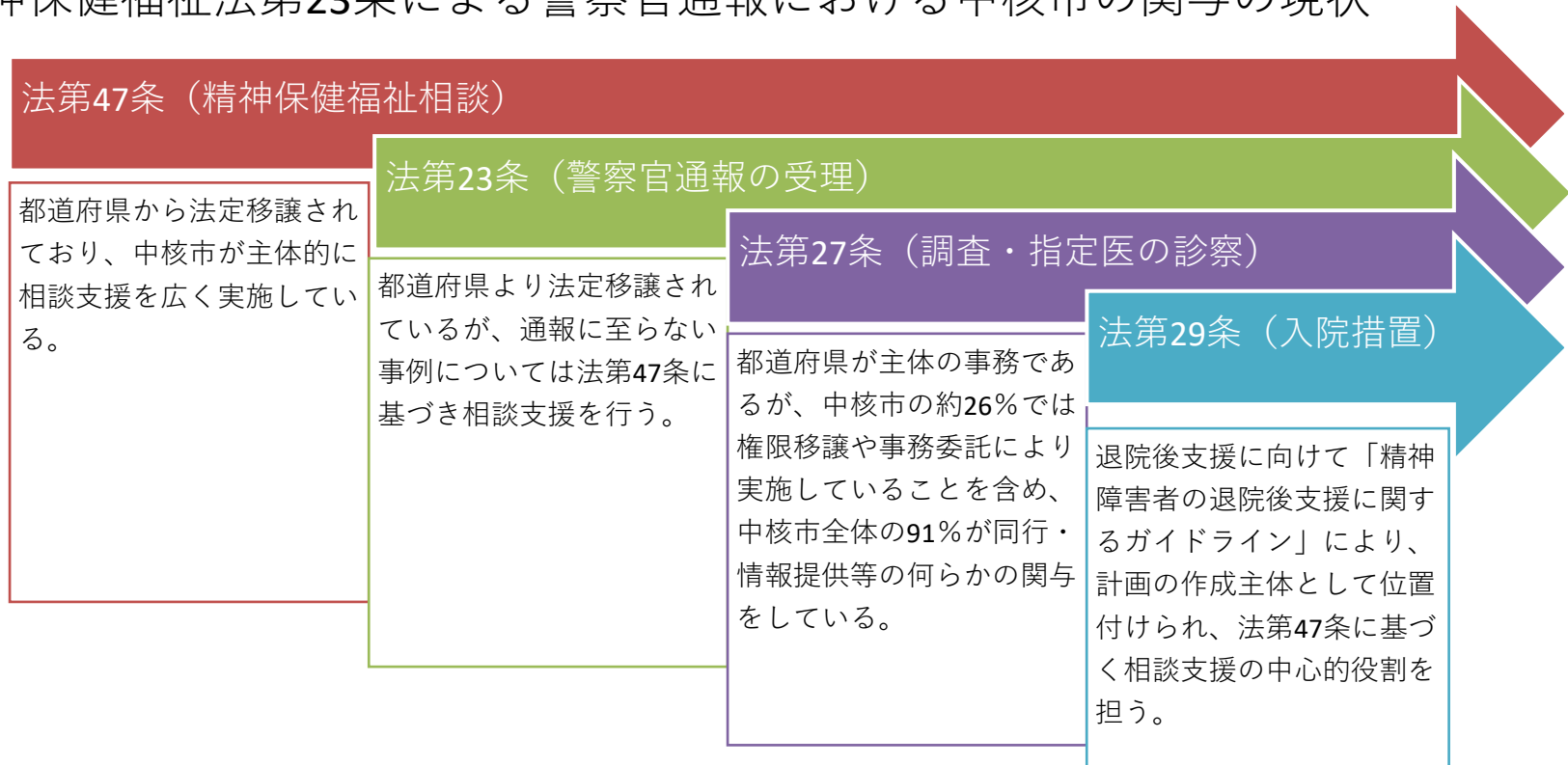


市町村精神保健機能を保健センターに配置し、重層的な支援体制を構築

○23条通報における中核市保健所の役割に関する課題

- 措置入院に至るまでの経過に中核市保健所がかかわる制度的根拠が不明確
- 必要な専門職員の人員配置や夜間休日にも対応できるような体制整備が必要

精神保健福祉法第23条による警察官通報における中核市の関与の現状



対象者へ早期に関与することにより長期入院を防ぎ、退院後支援を円滑に進めることが望ましいが、現状では法第47条のみが法的根拠となるが、その範囲が不明確であるため、地域により現状が異なる。

①地方自治体内での位置づけ

- 精神保健が地域共生社会の構築にとって重要な課題であることを、自治体のリーダーレベルで認識することが必要。
- 精神保健全体の機能活性化のために、中枢機関となるセンターの機能強化が必要であることを自治体として確認し、組織的予算的に位置付けることが必要。

②人員体制

- 個別支援で市町村や保健所を支援する、各種事業を主体的に運営する、市町村や保健所、本庁に助言する、専門医療機関との連携を促進するなど、精神保健の専門機関としての高い機能を維持するには、精神保健に経験が深く、企画調整能力が高い有能な専門職員の育成と計画的・効果的配置が必要。

③精神科医の確保

- 困難事例への相談支援や、必要に応じて医学的アセスメントを含めた専門的助言を行いつつ、調査研究、データ解釈、精神医療審査会事務や精神障害者保健福祉手帳の適切な審査等協議の場の運営など企画立案機能をしっかり果たするためには、臨床能力に秀でつつ、かつ公衆衛生の視点も併せ持つ精神科医の確保と育成が必要。
- 精神科医が一人のセンターが多いが、センターの支援力・企画力・発信力の向上と継続性の担保のためにも、精神科医の複数体制が求められる。

④ 精神医療の質の向上のための体制確保

- 精神医療審査会、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）については、精神医療の質の改善に資するため、委員の構成・確保及びその質の向上についての対処が必要

精神保健福祉センターとしての方向性

○相談支援

- ・ 市町村や保健所で支援困難な事例をセンターが医師を含む多職種により支援する（多職種によるアウトリーチ支援等）
- ・ 依存症相談拠点、ひきこもり地域支援センター、自殺対策推進センターなどを活用して相談を受けつつ、市町村や保健所や専門医療機関と連携した支援を行う。

○人材育成

- ・ 個別支援とケア会議を通じて市町村・保健所等の専門職のOJTを行う。
- ・ ノウハウとネットワークを活用することで、事例検討会、研修実施、マニュアル作成等を行う。
- ・ 理念や新しい支援技術を地域ニーズに即した形で普及し、市町村や保健所等の支援技術向上・人材育成に資する。

○企画立案

- ・ 地域ニーズを反映させる形で、保健所や本庁の協議の場の運営を支援する。
- ・ 現場の支援状況を考慮した形でデータの解釈を行い、保健所や本庁の各種会議、調査研究、事業化、予算編成や計画作成等の企画立案業務への助言を行う。
- ・ 市町村支援については、保健所、本庁と連携しつつ、企画立案に関する技術援助を行う

○人権擁護

- ・ 精神医療審査会等を活用しつつ、都道府県による実地審査・実地指導と連携しつつ精神医療の質の向上を図る。

○調査研究

- ・ 市町村、保健所、本庁などと連携することにより、地域精神保健に関する調査研究を行うことにより、地域課題の把握を行う。
- ・ 国内外のエビデンスを取りいれ、地域事情を考慮した形で都道府県等内での普及を目指す。

○精神保健の専門機関として、都道府県における相談支援・人材育成・企画立案・人権擁護・調査研究を担保する役割を担い、精神保健の底上げを図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム 構築推進事業について

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見直し（案）

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）

種別	事業内容の例	実施主体の例
I 基盤整備事業		
1) 精神科医療体制強化	・精神科救急医療体制強化事業 ・身体合併症等連携システム構築 ・精神医療相談事業 等	都道府県等
2) 福祉基盤の強化	・「協議の場」による福祉基盤の強化 ・ピアサポーター養成・活用 ・地域移行・定着、自立生活援助等障害福祉サービスの提供体制整備、 ・地域生活支援拠点機能強化	保健所・市町村
3) 保健基盤の構築・強化	・「協議の場」によるメンタルヘルス基盤の整備による住民のメンタルヘルスリテラシー向上	保健所・市町村
	・多職種連携による訪問支援体制の構築事業 ・多職種アウトリーチ支援事業	精神保健福祉センター ・保健所・市町村
	・ピアサポーターによる啓発事業 ・メンタルヘルスサポーター養成事業	保健所・市町村
市町村必須事業化	・精神保健相談体制構築事業 ・家族支援体制構築事業	市町村
4) 総合相談機能強化 市町村必須事業化	・福祉総合相談と精神保健の連携構築 ・居住支援と精神保健の連携構築 ・在宅医療と精神保健の連携構築	市町村 ※厚労内部の調整？

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見直し（案）

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）

種別	事業内容の例	実施主体の例
Ⅱ 基盤整備のための人材育成事業		
1) 精神保健福祉相談員養成	市町村・保健所等における従事者養成研修	精神保健福祉センター
2) ピアサポート専門員養成	相談支援に従事するピアサポーター養成 地域で多様な活動をするピアサポーター養成	精神保健福祉センター ・保健所
3) 支援機関職員対象	精神保健福祉基礎研修 ・社会福祉協議会職員、ヘルパー等	精神保健福祉センター
	ケースマネジメント研修 ・相談支援専門員、介護支援専門員 ・市町村総合相談従事者 等	保健所・市町村
	メンタルヘルスファーストエイダー養成 ・保健所職員、市町村職員、教職員等	精神保健福祉センター 保健所
Ⅲ 市民に向けた普及啓発等		
1) メンタルヘルスリテラシー向上	メンタルヘルスサポーター養成（MHFA）	保健所・市町村
2) ピアサポーター養成 市町村必須事業化	仲間とゆったり活動するピアサポーター養成 （社会復帰相談指導事業の発展形）	市町村
3) 家族支援	メリデン版訪問家族支援 心理・家族教育による家族相談員養成	精神保健福祉センター 保健所・市町村

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見直し（案）

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）

種別	事業内容の例	実施主体の例
Ⅳ 長期在院者等支援事業		
1) 退院意欲喚起事業	友愛訪問事業	保健所・市町村
	外出支援事業	（地域援助事業者）
	福祉サービス説明会実施事業	市町村
2) 地域交流等事業	地域生活体験事業	保健所・市町村
	地域交流事業	（地域援助事業者）
3) 医療、保健、福祉等関係機関職員の 相互理解・連携促進研修事業	多職種訪問支援事業	精神保健福祉センター 保健所・市町村

「にも包括」の法的整備

○精神保健福祉法

- 精神障害者の精神科入院治療が中心となった規定内容であり、「にも包括」の視点を十分に含んでおらず、「にも包括」の根拠にはならない
 - 心の健康づくりの視点到に乏しい
 - 相談支援など早期の対応が後回しになっている
 - 市町村の精神保健相談が努力義務に留まっている（第47条）

○関連する法律

- 「にも包括」に関係している法律を精神保健の視点から結びつけ統合する、「にも包括」の根拠となる法律がない
 - 障害者総合支援法：3障害の生活支援サービスを規定
 - 介護保険法：介護保険サービスに関わる内容
 - 医療介護総合確保推進法：地域包括ケアシステムの構築と整備
 - 地域保健法：保健所や市町村の保健活動を規定し、自治体の精神保健にとっても重要
 - 健康増進法：健康診断、保健指導、受動喫煙の防止など
 - 自殺対策基本法：保健所の役割が明確ではない。
 - アルコール問題対策基本法
 - 社会福祉法：
 - 障害者虐待防止法

○「にも包括」の構築を見据え、地域共生社会に向けた全世代全障害型の体制整備のためには法整備や各種指針の見直し、必要な財政的方策等も検討が必要

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市町村が取り組む様々な包括的支援

	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	妊娠期からの切れ目のない支援 子育て世代包括支援	生活困窮者自立支援における包括的な支援	地域包括ケアシステム	地域共生社会の実現に向けた包括的支援
根拠法令等	※補助事業（H29～） ※障害福祉計画	子ども・子育て支援法（H24） ※子ども子育て支援計画	生活困窮者自立支援法（H25）	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） ※介護保険事業計画	改正社会福祉法（H29） ※地域福祉計画
厚労省所管	社会・援護局	子ども家庭局	社会・援護局	老健局、保険局	社会・援護局
実施主体	都道府県 政令市、中核市、特別区、保健所設置市	市町村	市（特別区を含む）及び福祉事務所を設置する町村 都道府県	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	家庭、学校、地域、職域、その他の社会のあらゆる分野	福祉関係課（保護担当、地域福祉担当、高齢、障害、児童） 保健医療、住宅、商工、教育、税務、保険・年金、水道、市民生活、人権	○医療・介護連携推進等 ○地域共生社会実現に向けた取組の推進等	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
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	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。	生活困窮者の尊厳の保持を図りつつ、生活困窮者の就労の状況、心身の状況、地域社会からの孤立の状況その他の状況に応じて、包括的かつ早期に行われなければならない。 地域における福祉、就労、教育、住宅その他の生活困窮者に対する支援に関する業務を行う関係機関（以下単に「関係機関」という。）及び民間団体との緊密な連携その他必要な支援体制の整備に配慮して行われなければならない。	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	「全ての人々が地域、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」 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）
法的根拠なし 精神・障害保健課		地域共生社会の実現のための社会福祉法一部改正 地域福祉課、基盤整備課、総務課（老健局）、医療介護連携政策課、政策統括官付情報担当参事官室 ⁴⁶			

精神保健福祉センターの現状と課題

全国精神保健福祉センター長会
厚労科研 地域包括ケア分担班
野口 正行

精神保健福祉センターとは

精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに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の申請に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、**都道府県(指定都市を含む)における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能**を備えなければならない（精神保健福祉センター運営要領 H8.1.19 健医発第57号）

設置根拠

都道府県および政令市に必置（精神保健福祉法第6条）

設置状況

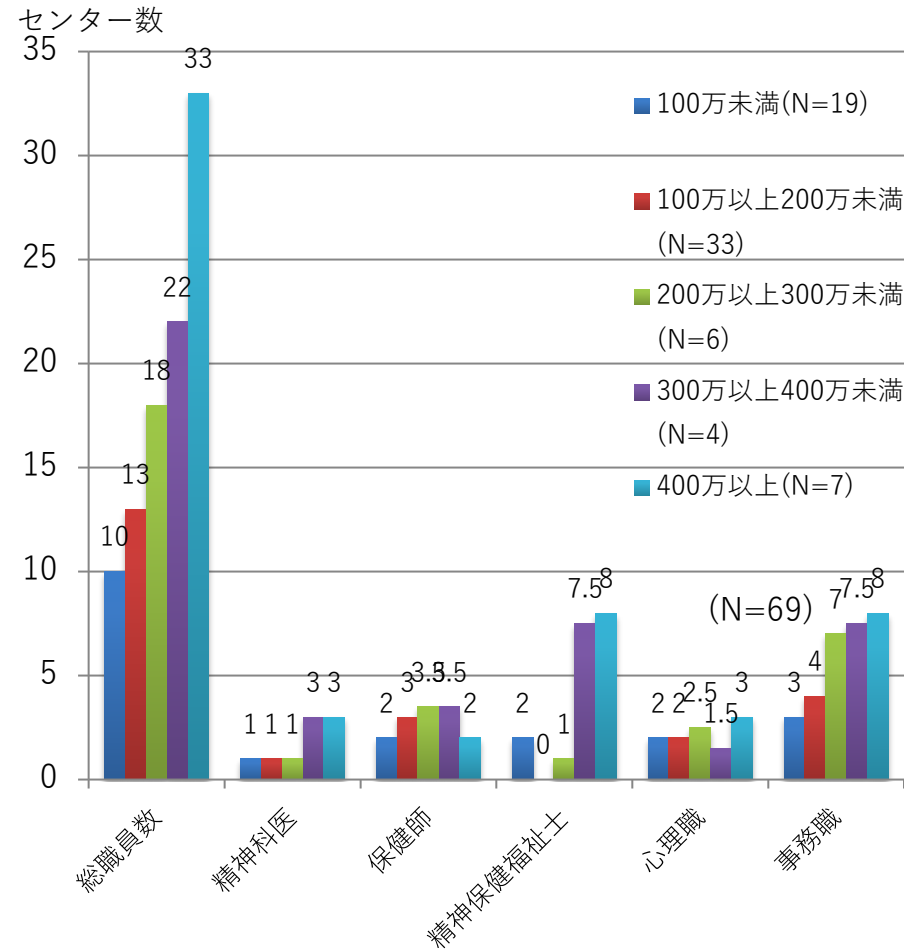
都道府県49（東京都3） 政令市20 合計69箇所

業務内容

精神保健福祉センター運営要領（上記）に記載

精神保健福祉センターの現状

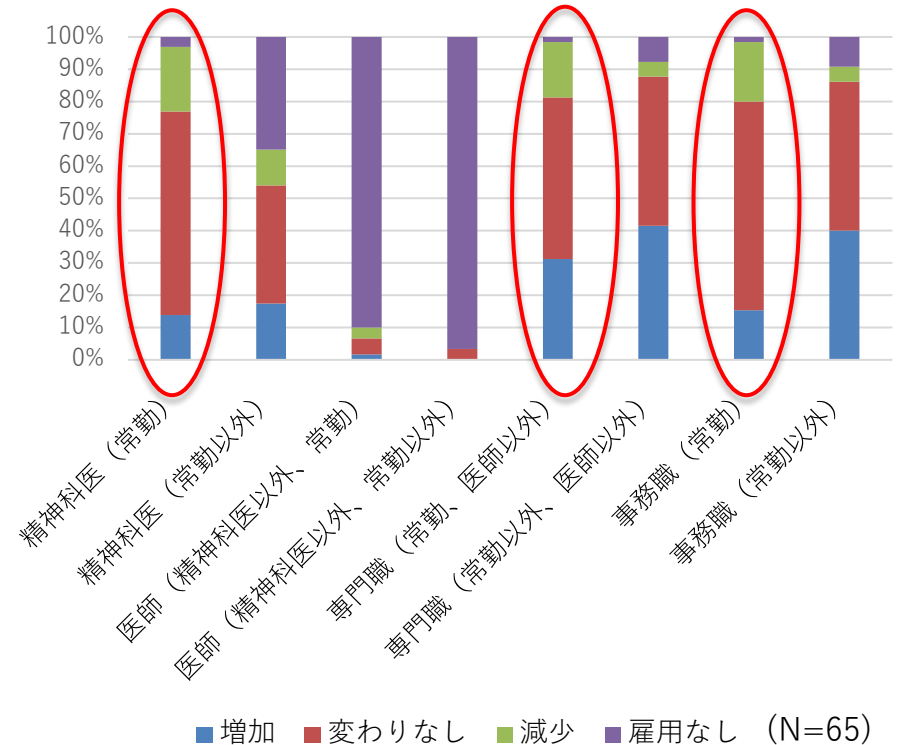
対象人口ごとの常勤職員数（中央値）



常勤精神科医数1.75人, SD=1.17, min0~max6

出典：令和元年度全国精神保健福祉センター長会調査

職員体制の変化



常勤専任精神科医不在のセンター17/65 (26.2%)
常勤専任医師不在のセンター15/65 (24.6%)

「センターの常勤職員は増えないのに、業務は増え、その対応には非常勤職員を配置し、実施するような予算付けが多く、常勤職員の負担は増えるばかりである（自由記述より）」

出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）

センターの平均的常勤職員：合計13名（精神科医1名、保健師3名、心理職2名、事務職4名他）。常勤減センターも2割程度

今後の業務量の見通し

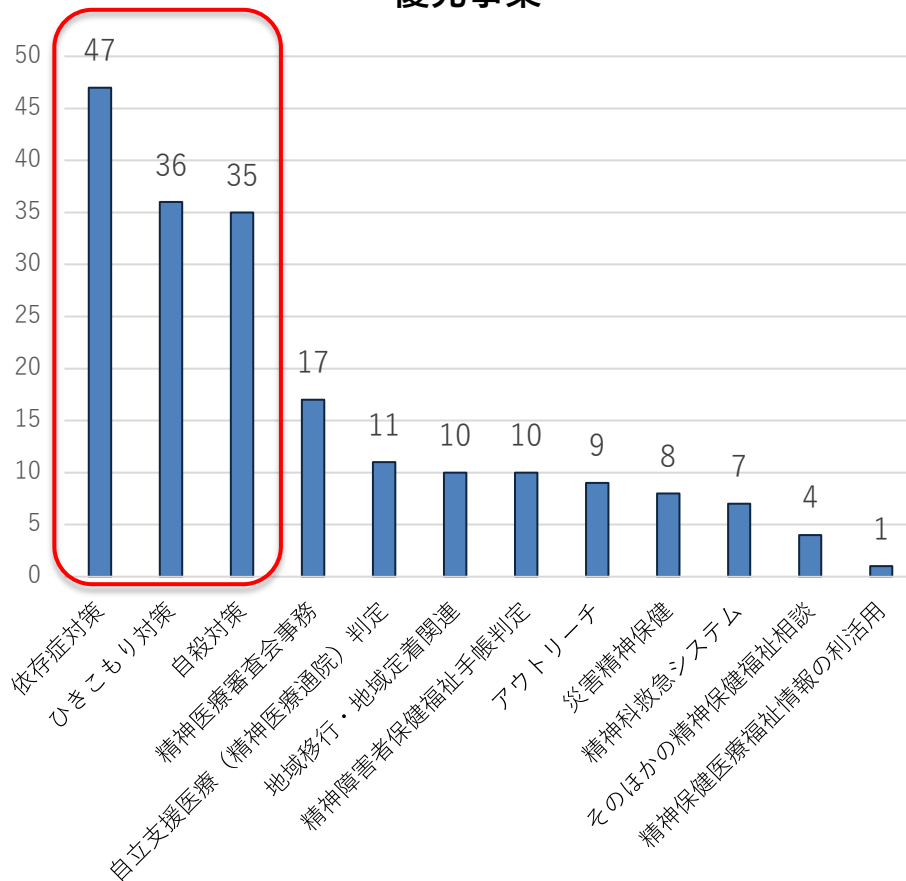
業務領域	増加	変わらない	減少
審査業務・判定	59	6	0
精神保健福祉相談	44	21	0
人材育成	43	22	0
保健所・市区町村への技術指導・援助	40	25	0
企画立案	28	37	0
普及啓発	25	39	1
調査研究	15	48	2
組織育成	13	48	4

事業			
依存症対策	61	4	0
精神障害者保健福祉手帳判定	60	5	0
自立支援医療（精神医療通院）判定	57	8	0
新型コロナウイルス感染症関連相談や関係機関支援	56	7	1
ひきこもり対策	49	16	0
災害精神保健	47	18	0
精神医療審査会事務	42	23	0
自殺対策	37	26	2
そのほかの精神保健福祉相談	27	38	0
精神保健医療福祉情報の利活用	24	39	1
アウトリーチ	21	35	2
地域移行・地域定着関連	18	42	2
精神科救急システム	11	51	0

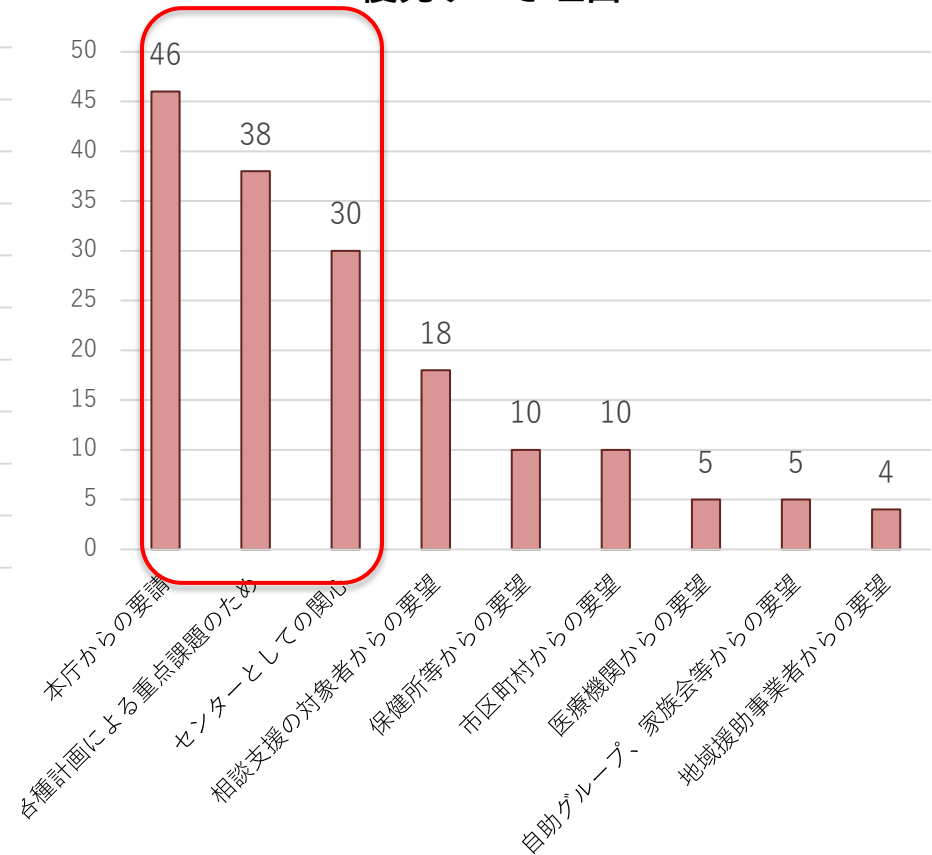
N=65
セル数値は
センター数

センター業務の優先度とその理由

優先事業



優先すべき理由



(N=65：複数回答可)

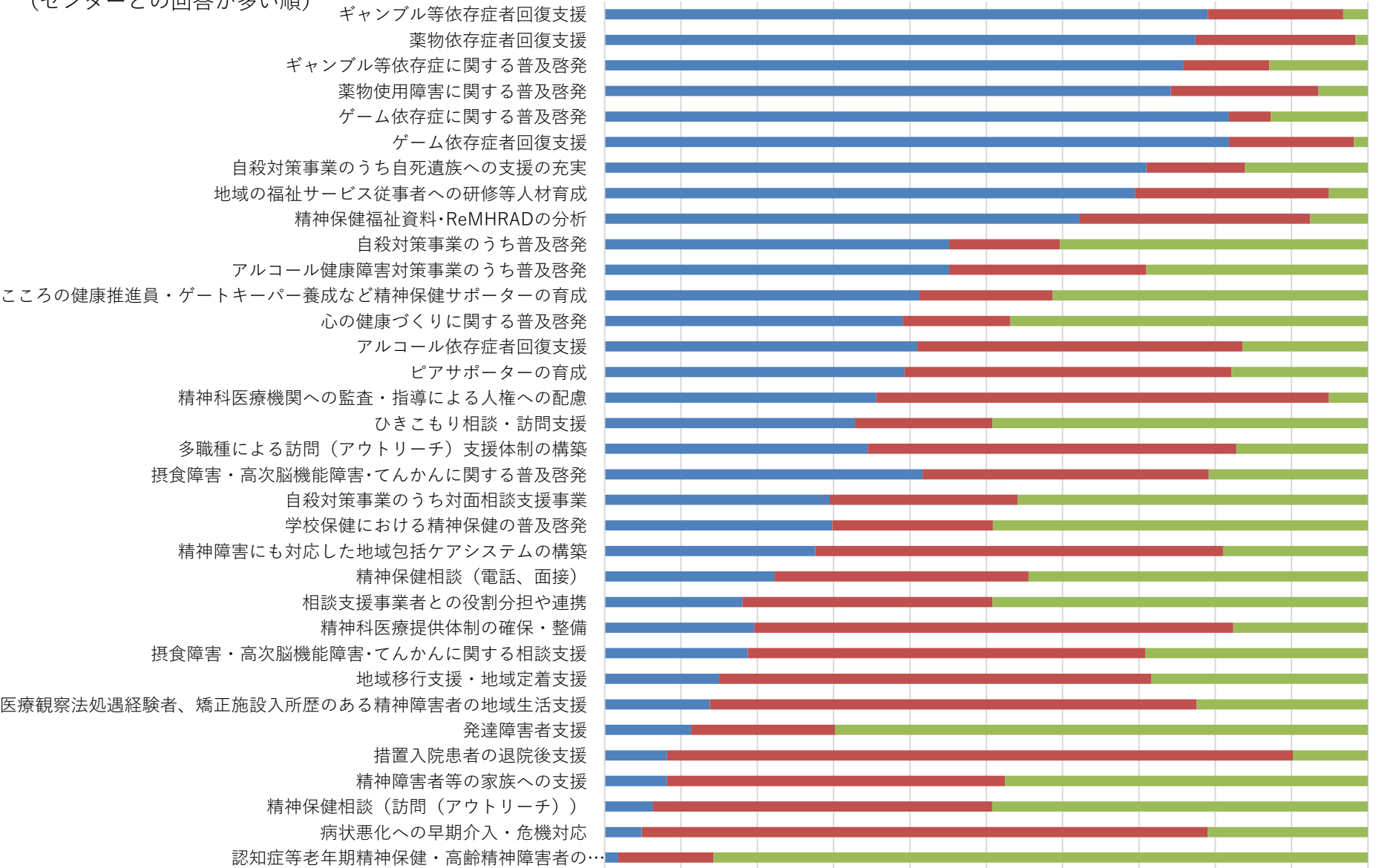
出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）
 分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）

- 依存症、ひきこもり、自殺など新しい地域精神保健の課題の優先度が高い
- 審査判定業務（精神医療審査会、自立支援医療（精神通院）、精神障害者保健福祉手帳）は業務量が多く、優先度が比較的高い

センターから見た自治体間の役割分担

(センターとの回答が多い順)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）

(N=65)

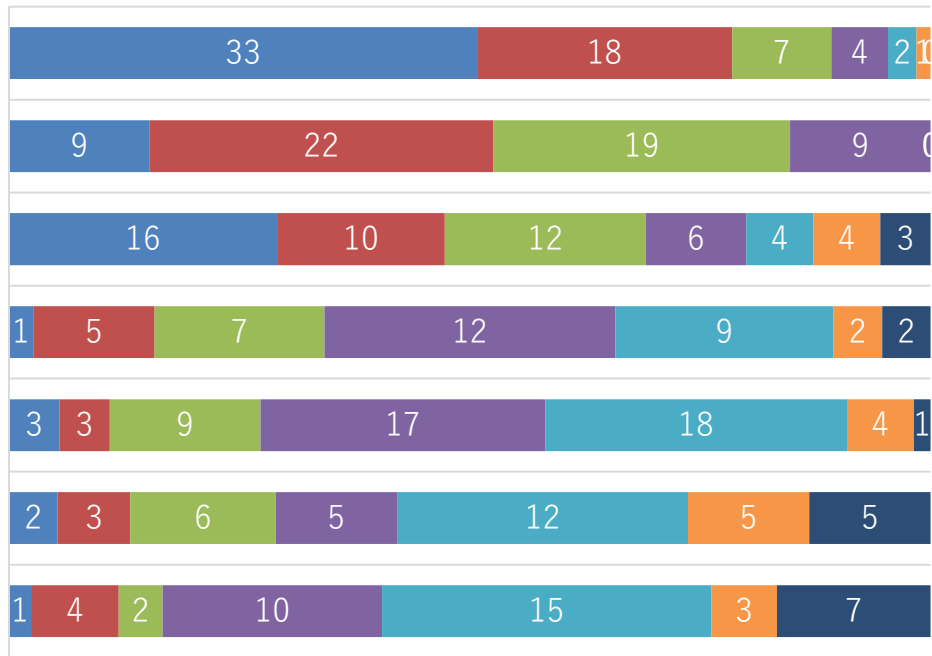
■ 精神保健福祉センター ■ 保健所 ■ 市区町村

精神保健福祉センターが精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に貢献できること

研修や研究会等による精神保健の人材育成

精神保健の知識による施策への助言・提案

困難事例への技術支援（アウトリーチ等）を通しての包括的支援体制構築

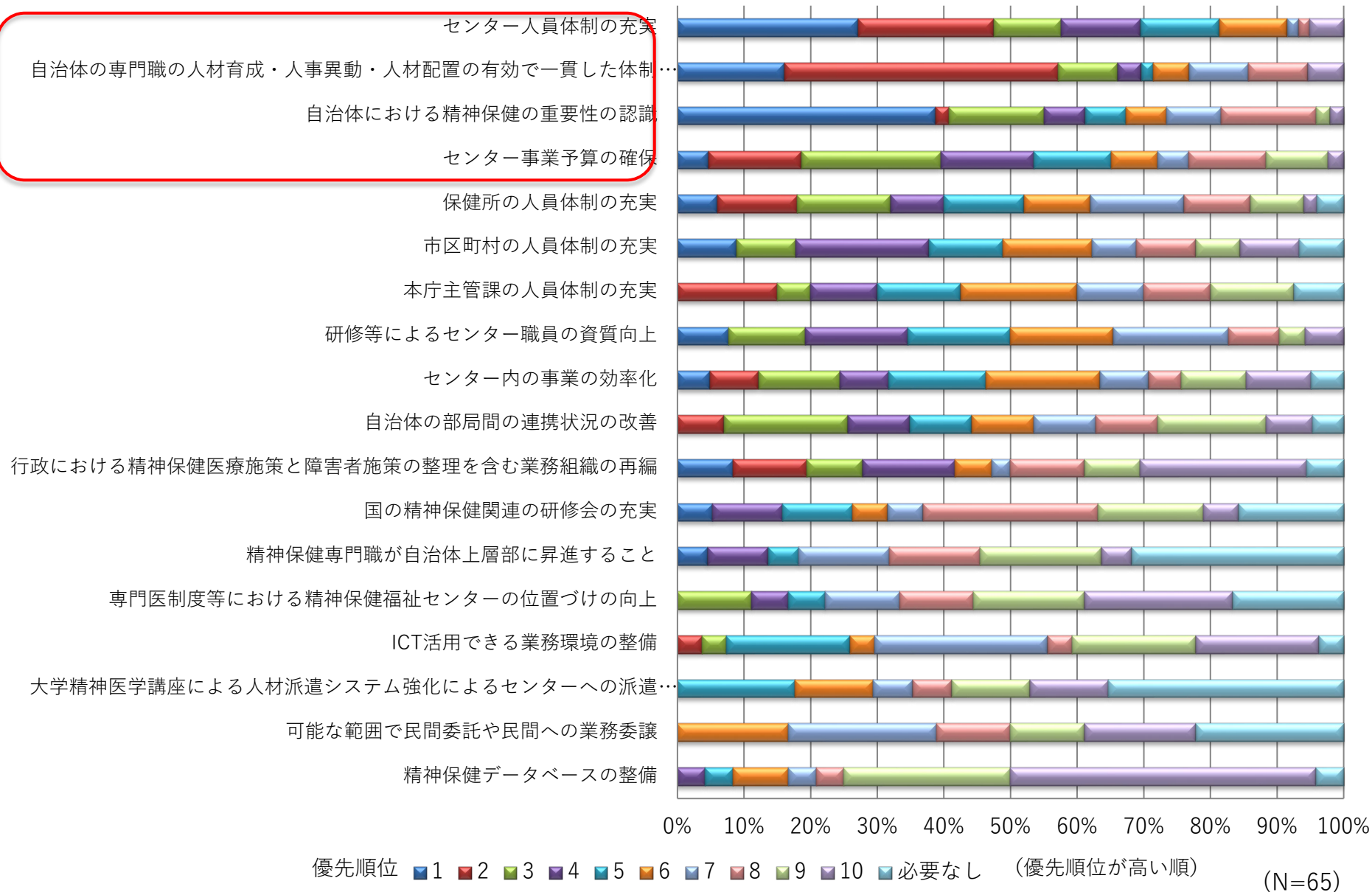


優先順位 1 2 3 4 5 6 7 (数字は%、優先順位が高い順) (N=65)

出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）

- 優先順位が高い項目
 1. 研修等による人材育成
 2. 専門機関としての施策への助言
 3. 困難事例への技術支援を通しての包括的支援体制の構築
- データの利活用はこれからの課題

センターが必要な機能を果たせるために必要な対応策



出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）

強み

- 専門多職種（精神科医、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等）で構成されている
- 相談・企画立案・審査判定・人材育成など多彩な機能を有する
- 市区町村、保健所、自治体本庁とのつながりがある
- 依存症や自殺対策等で自治体の拠点機能を担うことが多い

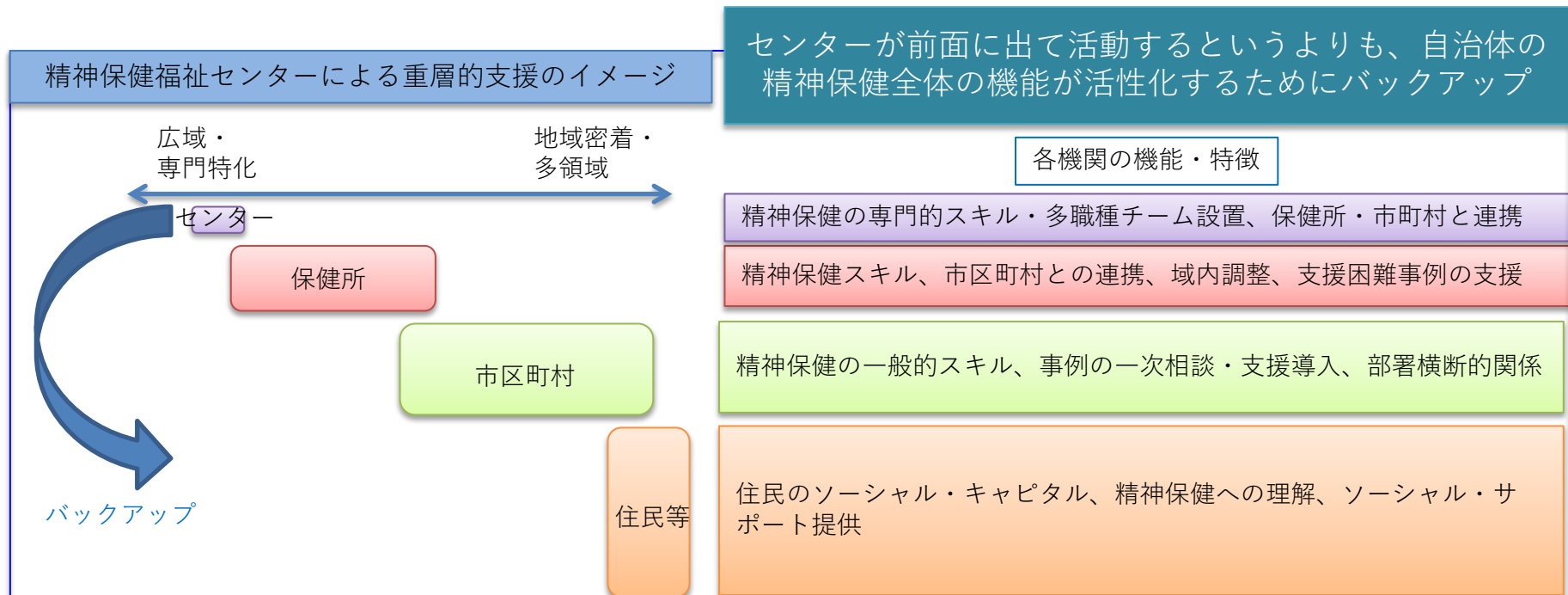
弱み

- 自治体の中での位置づけが明確でなく、人員配置や予算で専門機関としての機能確保が担保されていない
- 人員配置基準がないため、精神科医も0から1人のセンターが多く、他の専門職も事業を兼任しており、人員体制が脆弱
- 支援の範囲が広域なため、支援に偏りが生じやすい
- 審査判定業務の増大等で相談支援業務が圧迫されている

地域包括ケア充実の視点から上記の特徴を再検討することが必要

- 市区町村・保健所・センターの重層的支援体制による自治体の精神保健業務遂行により、地域密着・多領域・専門性・多職種の特徴を補完
- 自殺対策、依存症、ひきこもり、多職種アウトリーチなど、新しい課題についての知識、技術などを自治体内で普及・人材育成を行う
- 専門性に基づく経験と知識を生かした協議の場や企画立案への助言

多職種・専門性を活用した市区町村・保健所への技術支援により、新しい課題の支援スキルや知識の向上・人材育成、企画立案を支援



精神保健福祉センターとしての方向性

困難事例に対する支援を通しての技術支援

ワンポイントの事例検討会
定期的なスーパーバイズ
依存症、ひきこもり等の特定相談
精神科医等の同行訪問
多職種アウトリーチ支援等の導入

支援・人材育成・
ネットワーク構築・
企画立案を連動

支援経験を活用しての人材育成

OJT（On-the-Job-Training:同行訪問等）
研修企画
マニュアル作成・活用

多機関支援を通してのネットワーク構築

同行訪問
事例検討会
市区町村・保健所主催の地域での研修への協力

現場経験を生かした協議の場や企画立案への助言

市区町村や保健所、本庁への助言・提案
協議の場での助言・提案
計画策定や事業施策への助言・提案
データの解釈・活用の助言

個別ケースマネジメント
から地域マネジメントへ

センターの強み（精神科医・多職種の存在、相談支援・企画立案、人材育成等の多機能）を生かした地域包括ケアシステム構築支援

- アウトリーチ支援

- センター直営で多職種チーム設置
- 福島県、千葉県、東京都、岡山県、仙台市、静岡市など
- 保健所等への技術支援の枠組みで活動
- 自治体広域のネットワーク構築、人材育成が主眼
- 困難事例支援を通しての地域包括ケアシステム構築

アウトリーチ支援を通しての
ネットワーク作成

- ひきこもり支援

- 島根県：センターにひきこもり地域支援センターを併設
- わかりやすい支援マニュアルを作成
- マニュアルを相談に活用するとともに、市町村の研修にも使用して、市町村の底上げを図る
- センターによる市町村育成のモデル

支援とマニュアル作成・人材
育成研修の一貫したシステム

- 措置入院者等退院後支援

- 滋賀県センター
- センターは保健所中心のコーディネートを支援
- 自治体による退院後支援ガイドラインのモデル

自治体が主体となったケアの
コーディネート

自治体精神保健の重層的支援体制構築を支援

課題

1. 自治体内での専門機関としての位置付けが不明確
2. 専門機関として必要な人員体制・予算が確保されていない
 1. 精神科医が不在のセンターも2割
3. 相談支援・企画立案・審査判定機能の偏り

対応策

1. 精神保健の重層的支援体制における専門機関としての位置付け
2. 専門機関として必要な人員体制の明確化と配置・予算措置
 1. 精神科医の確保（可能なら複数）
 2. 保健師・精神保健福祉士・心理技術者等の確保
 3. 人事異動での長期在籍・専門性が高い職員の育成配置
 4. 必要な事業や資質向上のための予算確保
3. 相談支援・企画立案・審査機能のバランスをとった業務配分

精神保健専門機関としての体制強化が求められる

地域住民や関係機関のニーズに専門性で応え、精神科医も含めた専門職等にとってやりがいと魅力がある精神保健福祉センター



市区町村・保健所・本庁の機能活性化に貢献



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築



市町村の現状と課題

全国精神保健福祉相談員会

飯能市（埼玉県）

山本 賢



市区町村による取組を深化させるために ～保健所未設置の市町村の実践から～

○精神保健及び精神障害者の福祉に関する取組は、「特別」なことではなく、市区町村が主体となり、誰もがあたり前に利用できる「市民サービス」として提供体制を整備することが重要。

○地域住民への普及啓発、精神保健教育、福祉教育、人権教育を効果的に実施し、精神障害のある方の意思が尊重され、包摂された地域社会の実現を図ることが重要。

○2025年、2040年までを見通し、先行する福祉領域の地域包括ケアシステムと連動・統合することが必要。

地域保健対策の基本的な在り方について 1993年

公衆衛生審議会総合部会

(略)

3. 市町村、都道府県及び国の役割

(3) 市町村の役割

- ・ **保健や福祉のような住民に身近なサービスについては、市町村が主体性をもって一元的に実施することを基本方針とすべき。**
- ・ このため市町村の役割は、窓口機能ときめ細かなサービスの総合的な提供・住民に、最も身近で基礎的な自治体がサービス提供の主体となることにより、自主的な住民参加が期待される。

4. 今後の改革方策

(1) 市町村における保健サービスの実施体制の整備

- ・ 精神障害者の社会復帰（中略）のうち、**身近で頻度の高い保健サービスは、市町村においても保健所の協力のもとに実施することが必要。**

1993年（平成5年）	障害者基本法
1994年（平成6年）	地域保健法
2000年（平成14年）	精神保健福祉法

地域精神保健業務を担う行政機関 (2)市町村(市町村保健センター)

概要

- 設置主体:市町村
- 法的根拠:地域保健法、(精神保健福祉業務に関するもの)精神保健福祉法、障害者総合支援法
- 財源:一般財源
- 業務:住民に対する健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業
(精神保健に関するもの)
 - ・平成18年自立支援法施行により、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなる。
 - ・主に企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び自立支援医療費(精神通院医療)関係事務などを行う。
- 市町村数:1,718市町村(平成27年4月1日現在)
(市:790 [うち、政令指定都市 20市、中核市:45市、特例市:39]、町:745 村:183)
- 市町村保健センター設置数:2,477か所(平成27年4月1日現在)
- 人員配置:特に規定はないが、相談支援従事者研修の受講者や、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいこととしている。

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健福祉相談の実施については、保健所の協力と連携の下で地域の実情に応じた体制で業務を行う。
 - ・相談内容:障害者総合支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談。
- ◆訪問
 - ・特に法律等による規定はないが、行政サービスの一環として保健師等の訪問による精神保健福祉に関する指導・支援が行われている。

失われた30年 ～市区町村による取組を深化させるための対応策～

これまでに示されてきた「あるべき」姿

●保健や福祉のような住民に身近なサービスについては、市町村が主体性をもって一元的に実施することを基本方針とすべき。

●市民は、精神保健に関する正しい知識を得ることにより、自らの心の健康の保持増進に取り組み、メンタルヘルス不調を感じた際には、早期に受診行動を起こすことができる。（重症化を予防する）

●市民は、精神障害者及びその福祉に関して正しい理解をすすめることにより、相互理解を深め、誰ひとりとして地域から排除されない社会で安心して暮らすことができる。

地域包括ケアシステム構築のために 取り組むべき課題

○精神保健相談体制（基盤整備）

住民に身近な市町村により、引き続き行政サービス（精神保健関連サービスと障害福祉関連サービス等）提供体制を強化する。（法的根拠、財源確保、人員確保）

○精神保健教育の実施

学校保健（教育行政）と連動し、ストレス対処や精神疾患の正しい理解をすすめる、援助希求や早期受診にむけた行動変容を促し、重症化を予防する。

○福祉教育による地域の互助の強化

当事者参画により、精神障害の理解のための福祉教育を実施することにより、精神障害への正しい理解をすすめる（普及啓発）とともに住民との相互理解を図る。

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市町村が取り組む様々な包括的支援の比較

	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	妊娠期からの切れ目のない支援 子育て世代包括支援	生活困窮者自立支援における包括的な支援	地域包括ケアシステム	地域共生社会の実現に向けた包括的支援
根拠法令等	※補助事業（H29～） ※障害福祉計画	子ども・子育て支援法（H24） ※子ども子育て支援計画	生活困窮者自立支援法（H25）	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） ※介護保険事業計画	改正社会福祉法（H29） ※地域福祉計画
厚労省所管	社会・援護局	子ども家庭局	社会・援護局	老健局、保険局	社会・援護局
実施主体	都道府県 政令市、中核市、特別区、保健所設置市	市町村	市（特別区を含む）及び福祉事務所を設置する町村 都道府県	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	家庭、学校、地域、職域、その他の社会のあらゆる分野	福祉関係課（保護担当、地域福祉担当、高齢、障害、児童） 保健医療、住宅、商工、教育、税務、保険・年金、水道、市民生活、人権	○医療・介護連携推進等 ○地域共生社会実現に向けた取組の推進等	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
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	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。	生活困窮者の尊厳の保持を図りつつ、生活困窮者の就労の状況、心身の状況、地域社会からの孤立の状況その他の状況に応じて、包括的かつ早期に行われなければならない。 地域における福祉、就労、教育、住宅その他の生活困窮者に対する支援に関する業務を行う関係機関（以下単に「関係機関」という。）及び民間団体との緊密な連携その他必要な支援体制の整備に配慮して行われなければならない。	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	「全ての人々が地域、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」 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）
法的根拠なし 精神・障害保健課		地域共生社会の実現のための社会福祉法一部改正 地域福祉課、基盤整備課、総務課（老健局）、医療介護連携政策課、政策統括官付情報化担当参事官室			

市町村から見た様々な「包括的支援」と施策統合のイメージ

2020年

2040年

都道府県
政令市、中核市、
保健所設置自治体

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

地方公共団体等

自殺対策基本法 生きることの包括的な支援

医療・介護・
保健・福祉・教育
労働等における
重層的支援

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律

市町村

福祉・介護等

生活困窮者自立支援事業における包括的な支援

医療・介護における地域包括ケアシステム

妊娠期からの包括的支援と子育て世代包括支援

障害者総合支援法に基づく相談支援

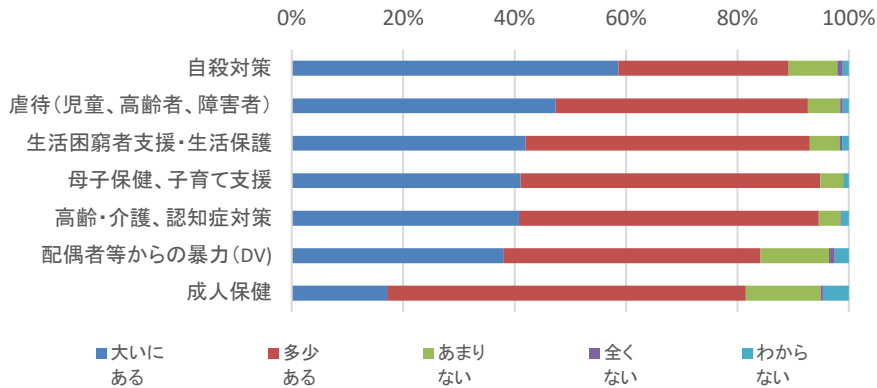
医療・介護・福祉領域における
一体的な事業推進・重層的支援

地域共生社会の実現

参考) 今後の社会保障改革についてー2040年を見据えてー

市町村の精神保健及び精神障害者の福祉業務の現状

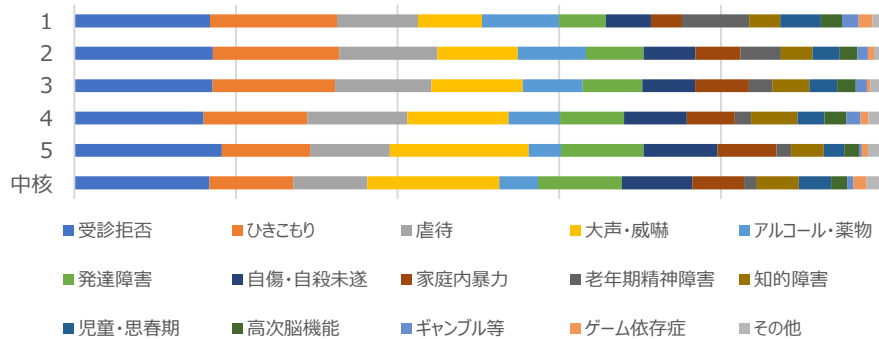
精神保健（メンタルヘルス）に関する問題への対応（N=1267）



- 市町村（保健・福祉）では、精神保健業務実施体制整備に関する法的な裏付けがなく、財源や専門の人材が不足するなか、既に様々な領域で精神保健（メンタルヘルス）ニーズに対応している。

市区町村での対応が特に困難な個別相談（複数回答：5つまで）

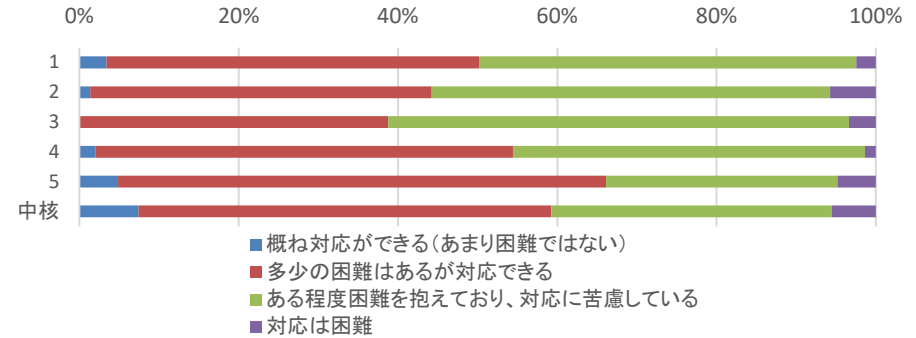
1：人口1万人未満 N=336 2：人口1-5万人 N=530 3：人口5-10万人 N=188
4：人口10-30万人 N=151 5：人口30万人以上 N=62 中核：中核市・特別区・保健所設置市 N=54（再掲）



- いずれの自治体も受診拒否（未治療・医療中断）やひきこもり、虐待事例を対応困難と回答。
- 小規模市町村では、ひきこもりやアルコール薬物関連問題、認知症が他に比べ多くなる。
- 10万人以上の自治体では、大声・威嚇や自傷行為・自殺企図、発達障害を困難とする回答が他に比べ多くなっている。

精神保健福祉相談に関する対応（自治体規模別 N=1267）

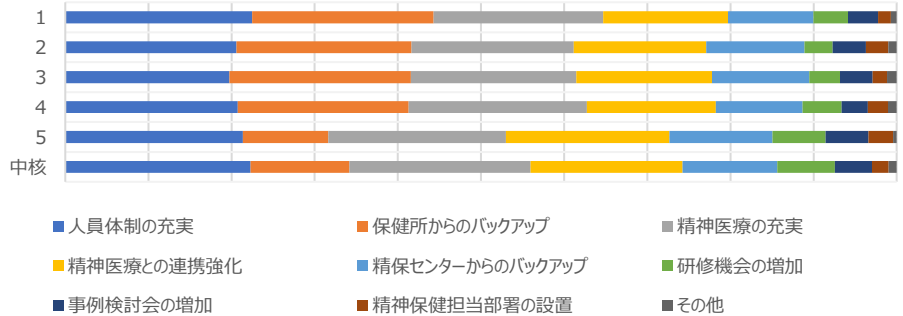
1：人口1万人未満 N=336 2：人口1-5万人 N=530 3：人口5-10万人 N=188
4：人口10-30万人 N=151 5：人口30万人以上 N=62 中核：中核市・特別区・保健所設置市 N=54（再掲）



- 1万人未満の町村部では、半数が対応できると回答。
- 1万から5万人、5万から10万人の市では、ある程度の対応はできるが苦慮しているとの回答が半数を超える。
- 10万人から30万人、30万人以上の自治体では、対応できるとの回答が60%以上となっている。

対応困難を解決するために望まれる体制（複数回答：5つまで）

1：人口1万人未満 N=336 2：人口1-5万人 N=530 3：人口5-10万人 N=188
4：人口10-30万人 N=151 5：人口30万人以上 N=62 中核：中核市・特別区・保健所設置市 N=54（再掲）



- いずれも、人員体制の充実や精神医療の充実・連携強化を挙げている。
- 併せて、処遇困難事例（未受診・医療中断等やひきこもり、虐待等）への対応等、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップ（重層的支援）が求められている。

出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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）市区町村の精神保健福祉業務に関する調査（速報値）

重層化支援体制における役割分担（市町村 N=1267）

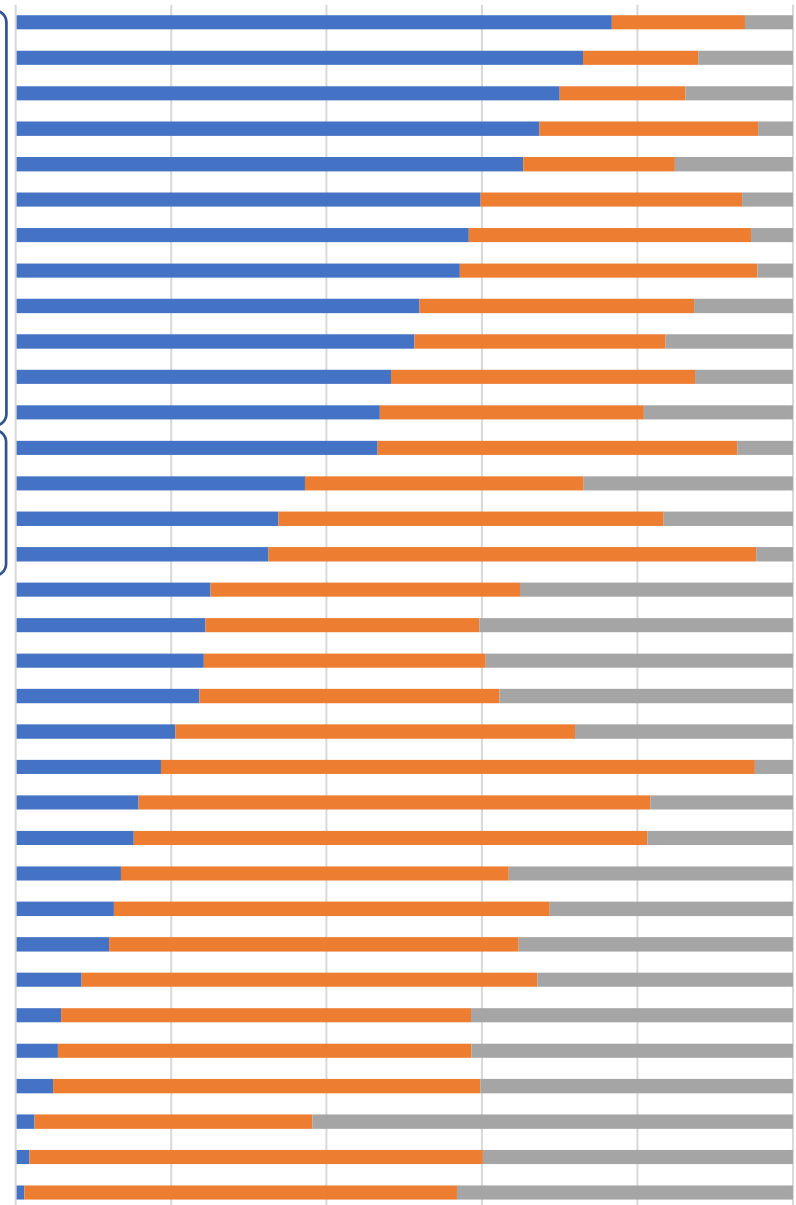
■ 市区町村

■ 保健所

■ 精神保健福祉センター

認知症等老年期精神保健・高齢精神障害者の生活支援
心の健康づくりに関する普及啓発
自殺対策事業のうち普及啓発
相談支援事業者との役割分担や連携
発達障害者支援
精神保健相談（電話、面接）
精神障害者等の家族への支援
精神保健相談（訪問（アウトリーチ））
ひきこもり相談・訪問支援
こころの健康推進員・ゲートキーパー養成など精神保健サポーターの育成
自殺対策事業のうち対面相談支援事業
学校保健における精神保健の普及啓発

地域移行支援・地域定着支援
アルコール健康障害対策事業のうち普及啓発
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
病状悪化への早期介入・危機対応
摂食障害・高次脳機能障害・てんかんに関する普及啓発
ゲーム依存症に関する普及啓発
ギャンブル等依存症に関する普及啓発
薬物使用障害に関する普及啓発
摂食障害・高次脳機能障害・てんかんに関する相談支援
措置入院患者の退院後支援
多職種による訪問（アウトリーチ）支援体制の構築
医療観察法処遇経験者、矯正施設入所歴のある精神障害者の地域生活支援
地域の福祉サービス従事者への研修等人材育成
ピアサポーターの育成
自殺対策事業のうち自死遺族への支援の充実
アルコール依存症者回復支援
ゲーム依存症者回復支援
ギャンブル等依存症者回復支援
薬物依存症者回復支援
精神保健福祉資料・ReMHRADの分析
精神科医療提供体制の確保・整備
精神科医療機関への監査・指導による人権への配慮



保健所や精神保健福祉センターとの協働・重層化

精神保健福祉法

- 医療保護入院にかかる市長同意
- 精神保健福祉手帳（申請・交付窓口）
- 精神障害についての正しい知識の普及
- 相談指導等
 - ・障害福祉の福祉に関すること
 - ・精神保健に関すること（努力義務）
- 事業の利用調整等
- 成年後見制度審判の請求（努力義務）
- 後見等を行うものの推薦等
- 精神保健診察事前調査への協力

自殺対策基本法

- 市町村自殺対策計画策定
- 調査研究等の推進及び体制の整備
- 心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等
- 医療提供体制の整備、自殺発生回避のための体制整備
- 自殺者の親族等への支援
- 民間団体の活動支援

アルコール健康障害対策基本法

- 地域の状況に応じた施策を策定・実施する責務
- 正しい知識の普及（努力義務）
- 健康診査・保健指導等、相談指導、団体支援

障害者総合支援法・児童福祉法

- 障害福祉計画
- 介護給付費等の支給に関する審査会
- 協議会（精神保健福祉部会・地域移行部会等）
- 意思決定支援

○地域生活支援事業（市町村必須事業）

- ・理解促進研修・啓発事業
- ・自発的活動支援事業

○相談支援事業

- ・基幹相談支援センター等機能強化事業
- ・住宅入居等支援事業
- ・障害者相談支援事業
- ・成年後見制度利用支援事業
- ・成年後見制度法人後見支援事業
- ・地域活動支援センター機能強化事業
- ・障害者支援協議会（自立支援協議会）
- ・地域生活支援拠点

- 自立支援医療申請窓口
- 障害児福祉計画
- 児童発達支援センター

障害者虐待防止法

○障害者虐待防止センター（市町村必須事業）

- 通報・届出、相談
- 事実確認、立入調査、養護者支援等

市町村の現状：埼玉県内の実践（精神保健）

○狭山保健所管内の精神保健(メンタルヘルス) 相談関連事業実施状況

出典) 狭山保健所管内精神保健福祉担当者会議資料一部改編

	管内人口 (万人)	PSW 常勤 (人)	随時 相談	子ども の心	思春期	ひき こもり	こころの 健康 相談	AL 依存症	気分 障害	DC/ ピア サポート	自殺 未遂者 支援	自死 遺族 支援	その他
狭山 保健所	77.9	3	○	○		○ ⊕ 家族	⊕	⊕					措置診察関連業務 措置入院者退院後支援
所沢市	34.4	7	○		○		○		○ ◎	◎		◎	○アウトリーチ支援 ◎発達障害支援 ◎強迫性障害支援 ◎高次脳機能障害 支援
狭山市	15.2	3	○				○			◎			
入間市	14.8	4	○			○	○			◎			○もの忘れ相談
飯能市	7.9	3	○				○	◎	○ ◎	◎			◎AL節酒指導
日高市	5.6	5	○				○		◎	◎			

※管内の精神科病院は13病院（2,362床）

○相談事業 ◎グループ相談事業

※管内の警察署は3署

※管内5市はすべて保健所未設置市

市町村の強み

- 市町村合併によって組織が専門化したり、専門職員が増加したりすることによって体制が充実した市町村がある。
- 住民及び職員のCIVIC PRIDESが醸成されている。「我が町の健康は、私たちが衛る」「困ったときはお互い様」
 - 職員は、自らの業務についてセーフティネット機能を意識化し取り組んでいる。
 - 障害種別に関わらず支援ニーズがある方に寄り添い、地域の互助や関係機関とのネットワークを活用し支援できる。
- 住民サービスへのアクセシビリティがよい。
- 住民互助（町内会レベル～日常生活圏域）の取組が盛ん。
- 小回りの利く行政。
 - 地域の特性を生かした事業運営(地域性)
 - 住民ニーズの把握から対応まで一貫性を持って対応(即応性)
 - 行政職、保健師等専門職がそれぞれの視点で地域を把握している。
 - 庁内連携と町内連携、地域情報の把握
 - 互いのネットワークを生かせる形での庁内調整が行われる。
 - 障害福祉の社会資源のみならず、地域資源（インフォーマルサービス）に関する情報や人的ネットワークもある。
- 例）自治体や民生委員による地域福祉活動、商工関係者の協力、見守り支援等
- 他の領域のノウハウが共有・活用される
 - 介護による生活支援体制整備事業、サポーター養成など
 - 国保によるインセンティブ活用による事業化
- 保健所等との重層連携により役割（入口・出口）を分担することができる（受診受療と退院・地域生活支援）
- 保健所等との重層連携により、協働することができる。（退院後支援、啓発・健康教育事業、地域づくりなど）
- 都道府県(保健所)等の職員と違い、専門職の異動リスクは少ない

市町村の弱み

- 自治体規模は様々で、財政力に伴い行政サービスは格差がある。
- 医療、介護、教育、交通、災害対応等の分野において、住民一人当たりの行政コストは増大している。
- 少子高齢社会・人口減少社会における世帯構造の変化、家族機能の脆弱化による支援ニーズは増加傾向にある。
- 様々な業務を限られた職員数で対応しており、業務量が過多となっている。
- 法令等により設置が義務付けられている専門職員については一定程度配置されているものの、任意設置の専門職員については、市町村によって配置状況にばらつきが見られる。
- 人口規模が小さな市町村においては、依然として専門職員が不足している。
- 精神保健福祉法に精神保健相談の法的根拠がないため、業務実施の根拠や財源が薄く、専門職も少ない。
 - ・地方交付税算定基礎に反映されない。
 - ・精神保健福祉相談員任命市町村は少ない。
 - ・精神保健福祉士の配置は政令市・中核市等保健所設置市を除きほとんどない。
 - ・保健師活動は他の領域への取組（母子保健等）が優先される。
- 法的根拠が薄く人員体制も脆弱であるため、保健所や相談支援事業所等へ精神保健活動を依存してしまう
- 福祉部局などに専門職がない場合、精神保健への対応力は脆弱となる。
 - ・アセスメント、プランニングができない。もしくは、ノウハウがなく対応ができない
 - ・医療機関との連携が少ない
 - ・保健所や精神保健福祉センター職員との連携機会が少ない。
 - ・担当者への負担が大きい。もしくは負担を感じるほど取り組まない
- 精神障害者のなかには、「身近すぎて相談しにくい」「理解のある職員がいないので相談できない」「担当者が忙しすぎて相談するのが申し訳ない」「職員と相談したが解決しない」「相談を受けてもらえない」などの声もある

保健所や精神保健福祉センター等都道府県に望まれるバックアップの例

○個別支援連携

ケースレビュー

アセスメントやプランニングへの助言（危機介入、児童・思春期、パーソナリティ障害等）

専門性が求められる個別支援・複合ニーズを抱える事例への訪問支援の協働

（受診拒否等援助希求の無いケース、薬物やギャンブルなどアディクション、虐待、8050などの家族支援等）

精神科救急の受診を繰り返す事例など医療調整が必要なケースへの関与

処遇に関するコンサルテーションなど

○人材育成

各種研修の企画運営への助言・協力、研修会への講師派遣

グループスーパーバイズの実施、ケースカンファレンスへの職員派遣 など

○企画業務への支援

協議の場の運営への助言、参画（職員派遣）

地域分析など必要なデータの提供

医療関係者等との調整

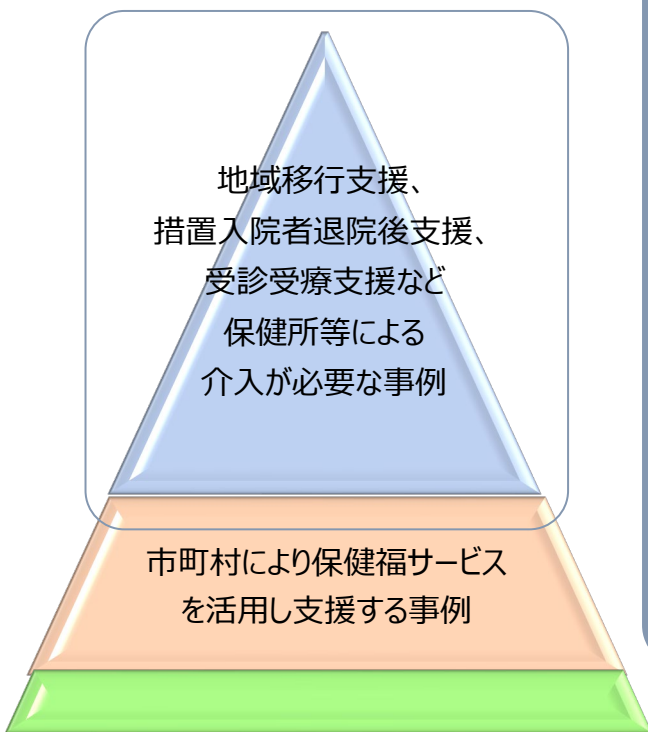
広域調整が必要な業務の調整

事業企画立案に向けた助言、ノウハウの提供

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築が共生社会の実現に貢献するイメージ

2000 → 2020

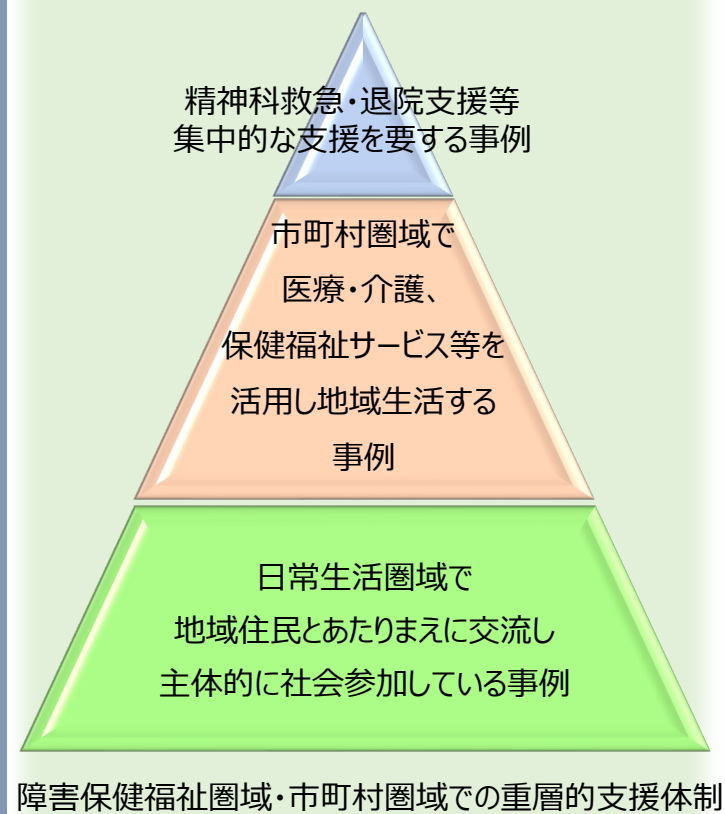
これまでの精神保健福祉サービス



精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築



2040 **全ての住民が参画
する地域包括ケアシステム**



地域包括ケアシステム構築
（社会福祉法一部改正）

2025

共生社会の実現

保健領域

○保健領域における予防活動の充実 （法的根拠・財源確保）

母子保健・成人保健・健康増進に併せて精神保健業務を明確に位置づけ、精神保健相談、健康教育（精神保健教育）、家族支援、普及啓発等の取組を推進する。

また、在宅医療・介護連携や高齢者施策（生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活総合事業）等との連動を図る。

○人材の確保・養成

保健師の他、精神保健福祉士、社会福祉士、社会福祉主事等の保健・福祉系職種が、所定の研修を受講修了し、首長が『精神保健福祉相談員』として任命し業務を推進する。

精神保健活動の実践において、地域における多職種連携のコーディネーターとして役割を担う。

福祉・介護領域

○相談支援の基盤整備 （社会福祉法一部改正との整合）

地域共生社会の実現のための社会福祉法一部改正、介護保険法一部改正により取組が始まった福祉総合相談におけるメンタルヘルス課題に対応するため、精神保健福祉相談実施体制を強化する。

障害者総合支援法地域生活支援事業により相談支援体制の強化を図り、地域移行・定着、自立生活にかかる援助を更に推進するとともに、精神障害者の意思決定を支援するなど権利擁護の充実を図る。

さらには、当事者が主体的に参画する福祉教育・人権教育（精神障害に関する正しい知識の普及）を実装し、地域の互助を強化する取組を推進する。

○地域基盤の整備

精神保健福祉士、社会福祉士、保健師等の専門職を配置し、協議の場を活用した地域基盤整備、普及啓発、地域の互助の醸成等に取り組む。

○市区町村を主体とした基盤としてシステム構築を目指し、2020年から2025年（短期）、2025年から2040年（中長期）のロードマップを関係者が共有し、それぞれの市区町村の地域特性を踏まえ、人材の確保・養成、社会資源の拡充を図り、福祉領域の地域包括ケアシステムと連動・統合することにより地域共生社会を実現に貢献していく。単独で取り組むことができない市区町村については、広域行政の枠組みを活用するなど基盤整備を図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム と自治体の精神保健

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業
「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」

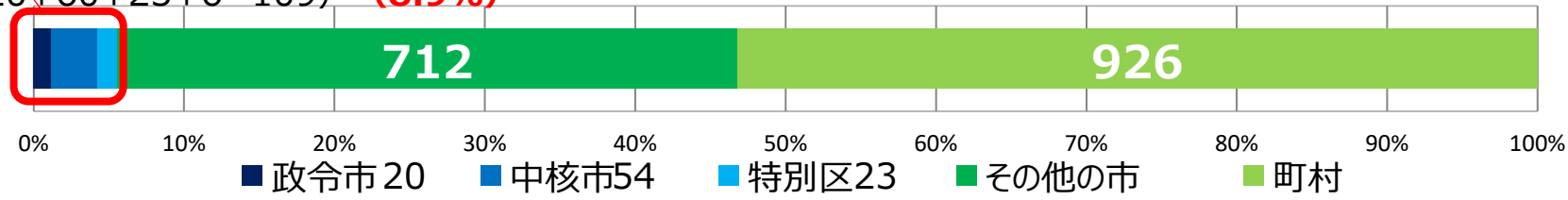
(研究代表者： 藤井千代)

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究」

(分担研究者 野口正行)

自治体数 47都道府県及び1,741市区町村（2018年10月現在）

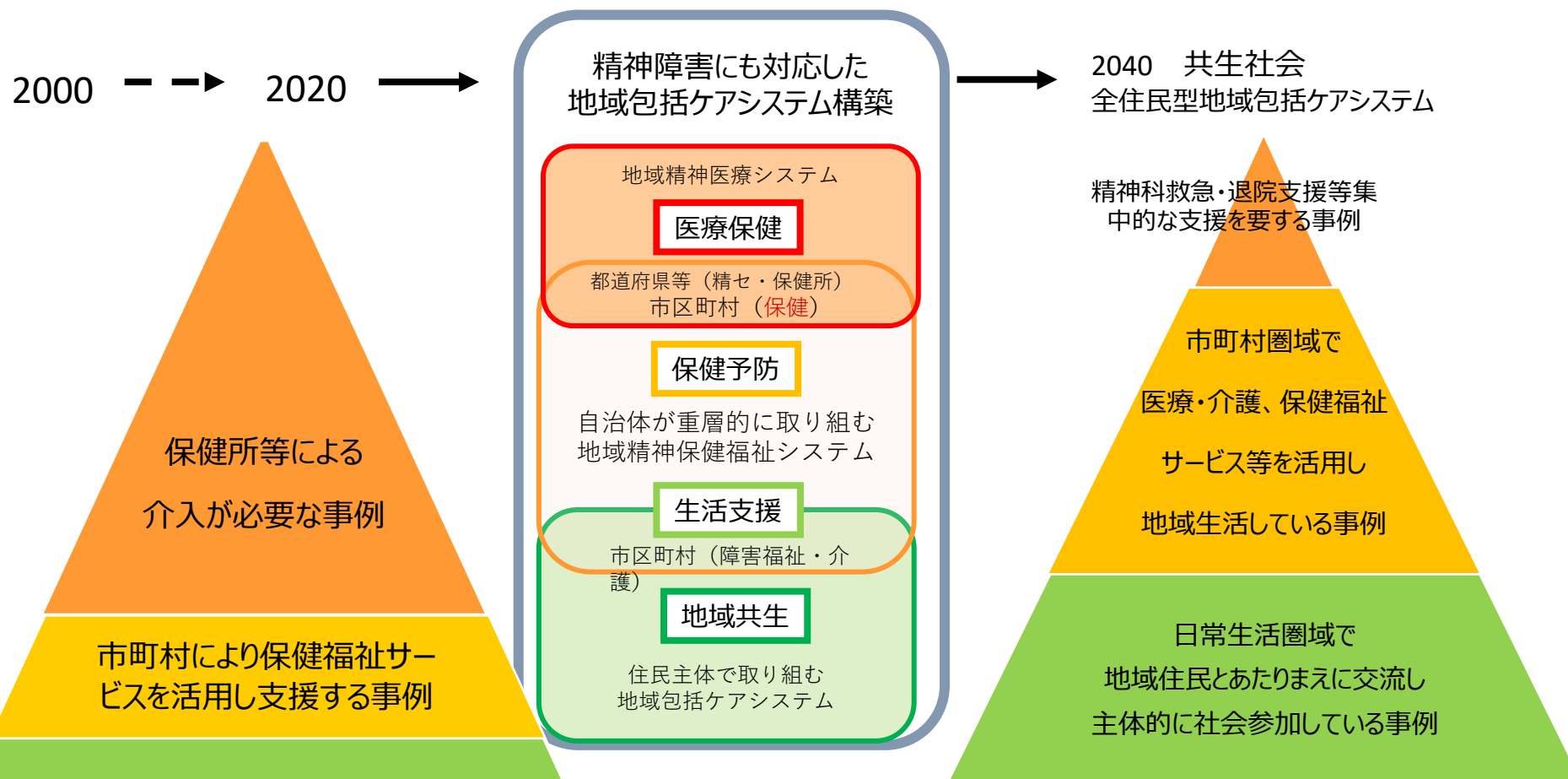
「にも包括」構築推進事業実施主体候補自治体：47都道府県 + 109保健所設置市町村
(20+60+23+6=109) (8.9%)



専門機関設置状況		自治体数	精神保健福祉センター	保健所	児童相談所	更生相談所	権利擁護センター	福祉事務所	保健センター	虐待防止センター
都道府県		47	○	360	○	○	○	○ 町村部所管	—	—
市区町村	政令市	20	○	26	○	○	○	○	○	○
	中核市	60	—	54	2	—	—	○	○	○
	特別区	23	—	○	○	—	—	○	○	○
	その他の市	712	—	6	—	—	—	○	○	○
	町村	926	—	—	—	—	—	—	○	○

※都道府県、政令市には精神保健福祉センターが設置され、また都道府県、政令市、中核市、特別区、一部の市には保健所が設置されている。
※都道府県、政令市、中核市、特別区では、公衆衛生医、精神保健福祉相談員の任用がある。
※都道府県、政令市、中核市、特別区では、福祉職採用（社会福祉士や精神保健福祉士等）がある。
※保健所未設置の市及び町村部には、公衆衛生医及び福祉職（保育士を除く）の配置は極めて少ない。

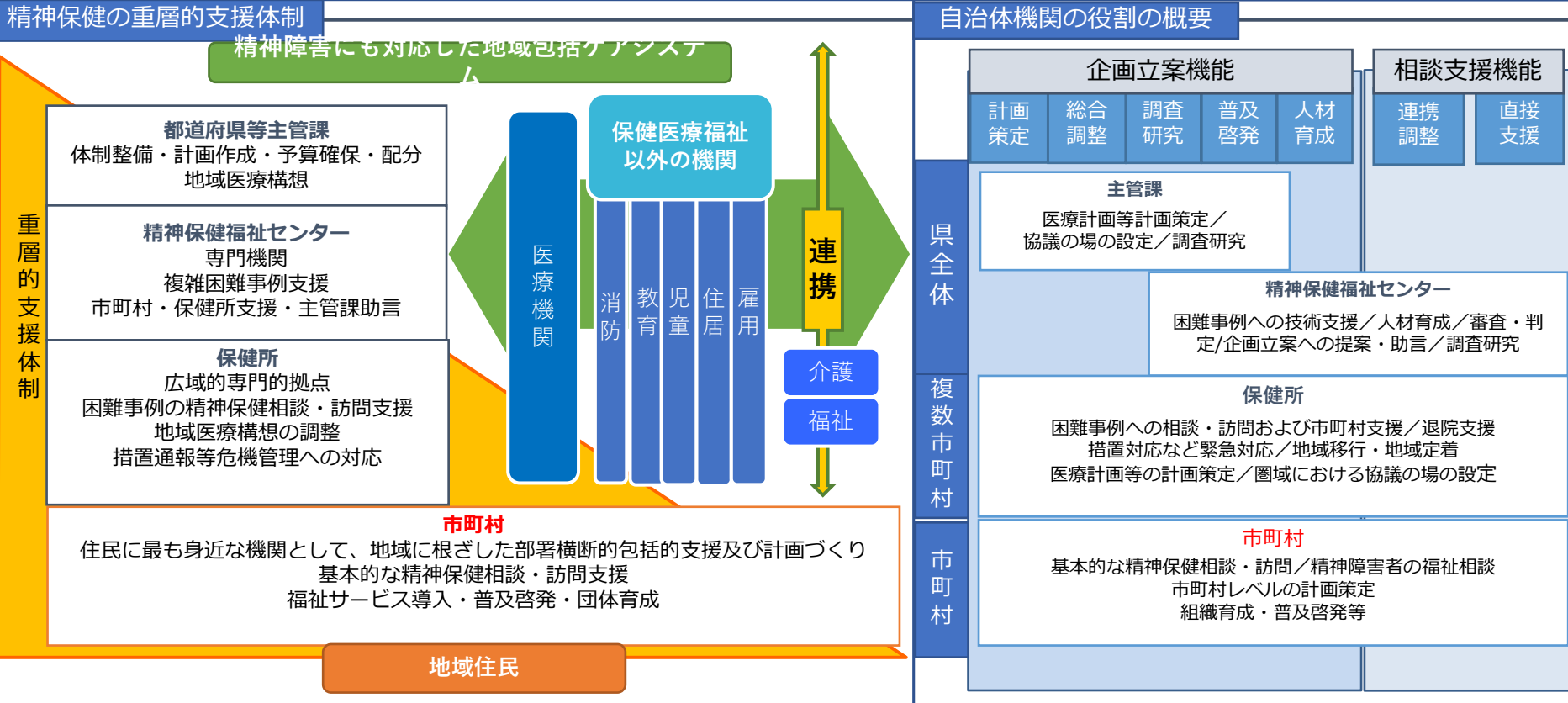
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築により目指す方向性のイメージ



地域共生・生活支援・保健予防により、重度精神障害者への危機介入を減少

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて期待される精神保健の重層的支援体制と自治体機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは**単に精神障害だけに特化して完結すればよいものではない**。高齢者中心の地域包括ケアや子育て世代サポートとの関連を睨みつつ、ゆくゆくは「地域共生社会」という方向を目指す。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築には、自治体の機関がそれぞれの機能・特徴を生かしながら、ほかの機関とも連携を取りつつ重層的な支援体制を構築することが重要。

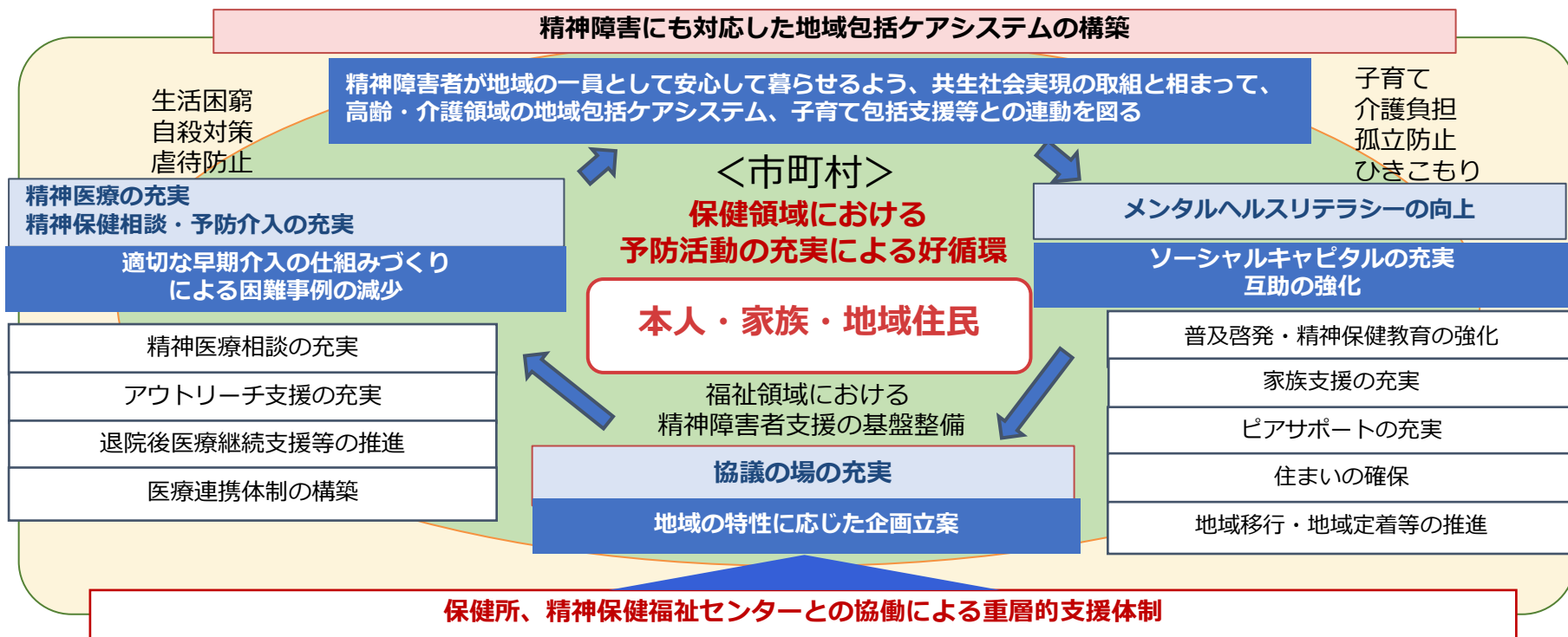


出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（分担研究者：野口正行）

市町村における精神保健体制整備の必要性

- メンタルヘルスの問題は多くの人々の生活に横断的にかかわっており、様々な虐待や生活困窮、自殺対策などの社会問題の解決にも重要であること、特に**困難な事例ほどメンタルヘルスに配慮した介入が必要**であることが改めて確認される必要がある。
- 公衆衛生においては、未治療・治療中断の精神障害者、ひきこもり、依存症、虐待、セルフネグレクト、孤独死、長期入院者の地域移行支援、自殺など、精神保健医療福祉が関係する多様な問題が深刻化することを予防するために、**予防対応のためのリソースを確保**する必要がある。
- 市町村を中心として、住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、精神保健相談、予防介入、精神医療の充実を、協議の場を通して連動させることで、個別の事業・政策を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとして構築することが必要。

○保健領域を強化し、リソースを予防対応に集中することにより全世代型包括ケアシステムの構築に寄与する

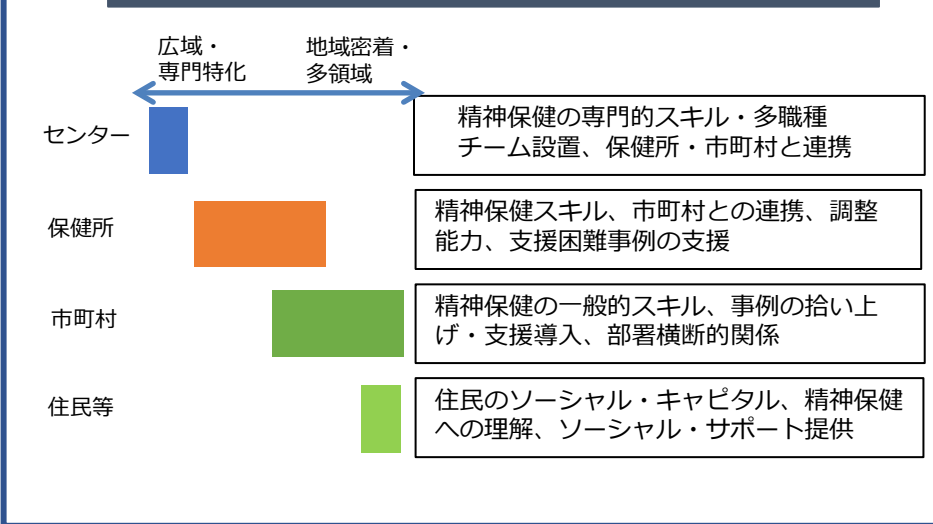


自治体における精神保健業務（相談支援）

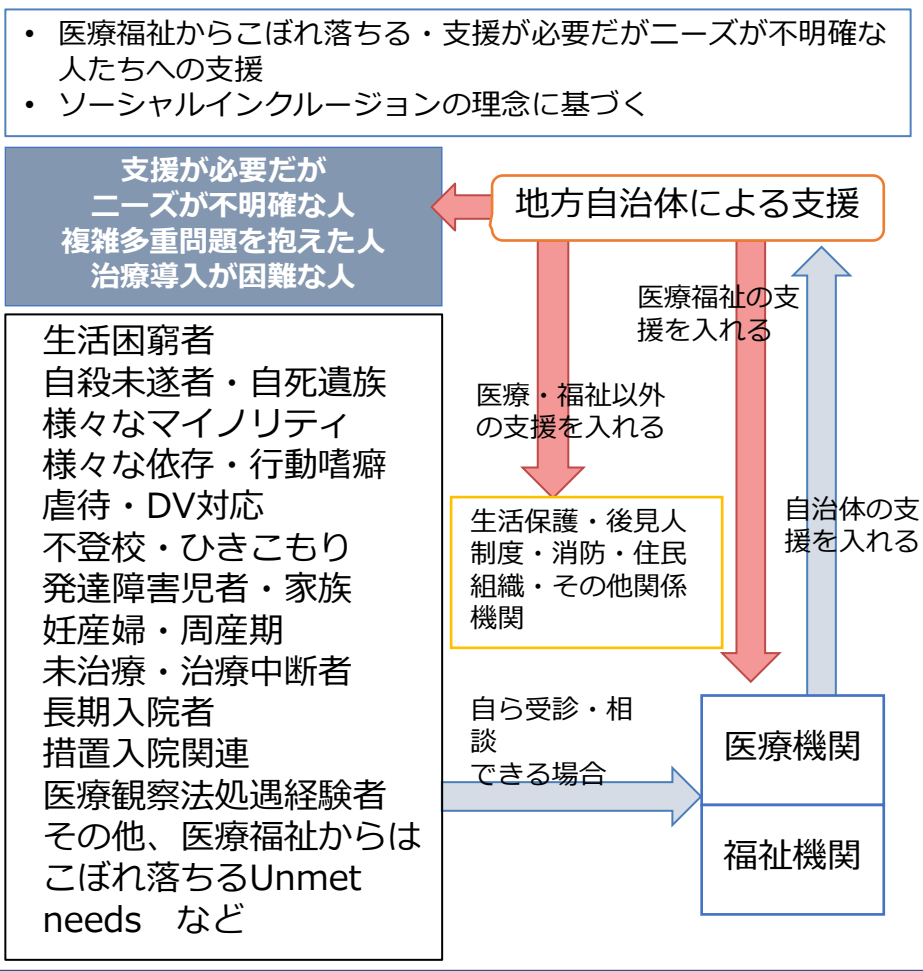
市町村・保健所の相談支援の課題

- 市町村は**地域の困難事例の支援に苦慮している**
 - ・ 受診を拒否する事例（未治療、治療中断等）
 - ・ ひきこもり事例
 - ・ 虐待問題、問題行動 など
- 保健所との**個別支援協働**、医療機関からの**往診・訪問診療****ニーズ**が高い
- 保健所も困難事例の相談・訪問ニーズが高い
- 市町村・保健所とも地域精神医療との連携ニーズが高い
- 人口規模にかかわらず、**専門職の配置等人員体制の充実**が望まれている

地域支援体制が機能するためには



自治体の精神保健における相談支援の役割



- ・ 地域支援体制が機能するには保健所の機能強化とともに、市町村の精神保健機能の強化が必要
- ・ 市町村・保健所・精神保健福祉センター、それぞれの機関の強みを生かした重層的連携体制の構築が重要

○精神保健福祉法

第47条（相談指導等）

3 市町村は前2項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。（義務規定）

4 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて精神保健に関し、精神障害者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するよう努めなければならない。（努力義務規定）

第49条（事業の利用の調整等）

市町村は、精神障害者から求めがあったときは、（中略）当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。（略）

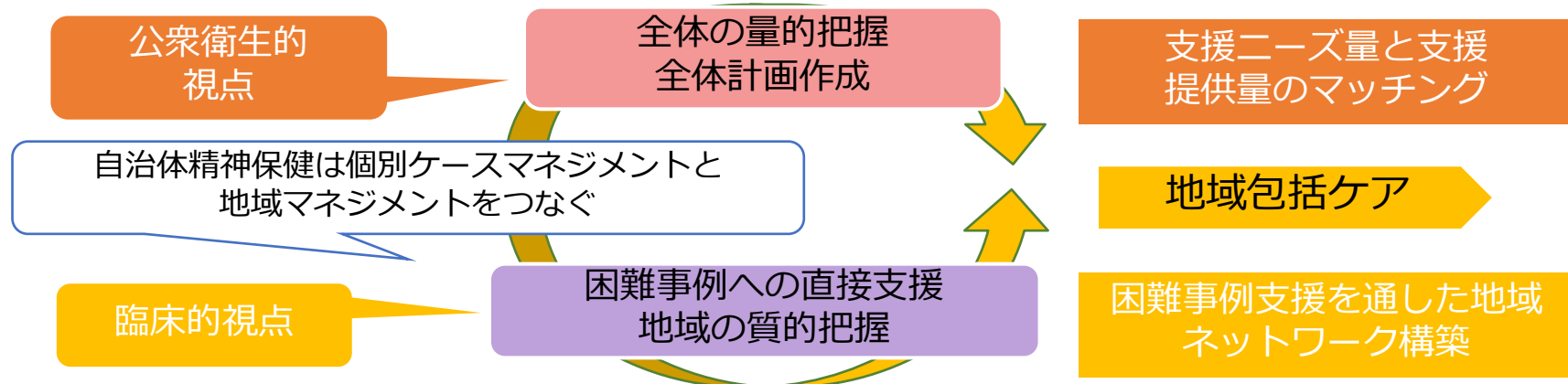
○障害者総合支援法第77条地域生活支援事業

第77条（基幹相談支援センター）

2 基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、前条第1項第3号及び第4号に掲げる事業並びに身体障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号、知的障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号並びに精神保健福祉法第49条第1項に規定する業務を総合的に行うことを目的とする。

地域のニーズに対応するための企画立案

自治体による企画立案のためのアプローチ



支援ニーズに応じ、利用可能なリソースを活用した効果的な提供体制の構築

企画立案・調整

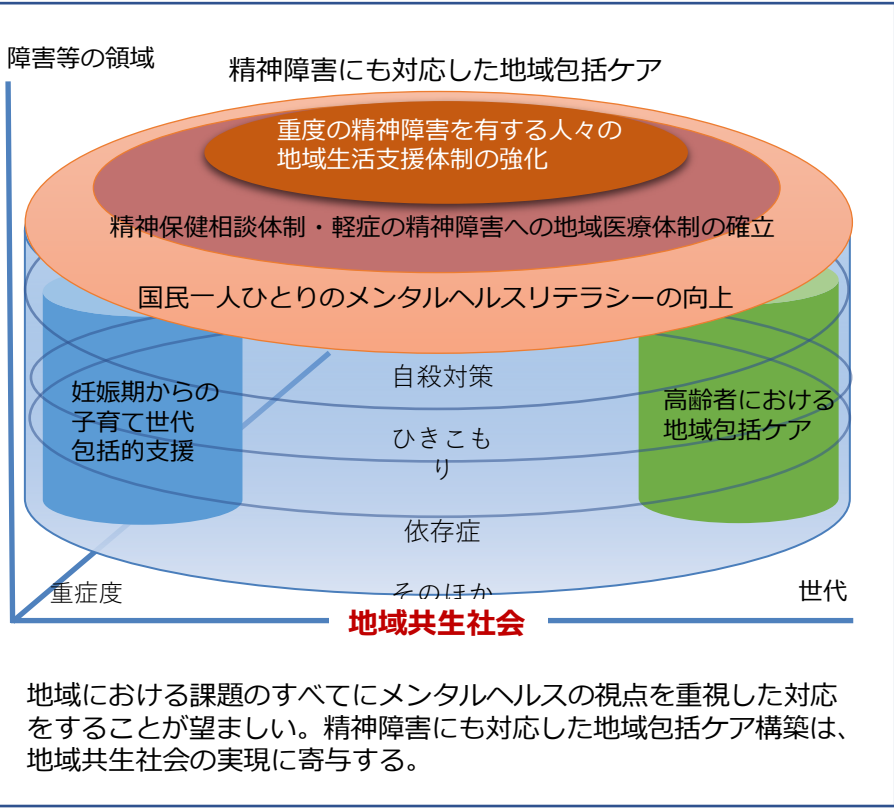
- * 精神保健システムの見取り図
医療計画・障害福祉計画等
- * 施策立案・予算化・進行管理
- * 各種協議の場
障害福祉、依存症、自殺、アウトリーチ、地域移行、ひきこもり、てんかん、その他
- * 調整業務
各種団体等との意見調整
- * 各種審査業務
精神医療審査会、自立・手帳審査会その他の審査会
実地指導・実地審査
- * データ管理・解釈
精神保健福祉資料、ReMHRADの活用
- * 支援ニーズ・リソース等調査研究

【企画立案業務の課題】

- 地域のニーズ、リソースの把握と課題分析をどう行うか
⇒ 量的データと支援経験の統合
- 制度縦割化した事業をどう効果的につなげるか（ひきこもり、依存症、自殺等）
⇒ 重複した領域の整理と重み付け
⇒ 国の政策レベルでの整理も必要
- 部署横断的に関係部署が連携できる工夫
- 専門性をもった職員の人事配置と育成
⇒ データの整理・解釈・活用ができる職員の育成
- 協議の場の戦略的・効率的な整理と活用

精神障害にも対応した地域包括ケアの全体構造と課題

地域共生社会と「にも包括」ケア



【行政の構造的な課題】

- * 行政改革による自治体機関数の減少と業務の拡大・多様化
 - ・ 市区町村は、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が、**義務規定がない中で精神保健の取り組みには大きな地域間の格差**が生じている。
 - ・ 保健所は日常生活圏域へのアクセスが悪く、広域化により、予防的な介入が出来にくくなっている。その一方で**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。
 - ・ 精神保健福祉センターは、対象圏域が広域であることや、人員の制約もあり、できることが限られている一方で、**事業や業務が増えており、専門機関としての潜在能力を十分発揮しにくい状況**にある。
- * 自治体専門職の役割の変化
 - ・ 自治体の業務量増大によって、**相談支援業務が圧迫**され、優先度が低く置かれている「精神保健業務」は蚊帳の外に置かれる傾向がある。
 - ・ 企画立案・事務の比重が大きくなり、**相談支援スキル向上の機会が確保しにくくなっている**

地域のニーズに対応した包括的支援体制の推進のために必要と考えられること

- 保健領域の強化（市町村、保健所における相談支援体制の機能強化）
 - 相談支援と企画立案それぞれにおける重層的な支援体制の構築（市町村、保健所、精神保健福祉センターそれぞれの強みを生かし、弱みを補う）
- ➡ 精神保健業務における市町村の役割についての法的根拠、市町村・保健所・精神保健福祉センターの役割を明確にするための業務運営要領の改正に関する検討と人員体制の強化

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 (普及版) ver.1

地域共生社会を目指す市区町村職員のために

令和 4 年5月

もくじ

はじめに	3
(1) ガイド（普及版）の目的	
(2) ガイド（普及版）の読者想定	
(3) まあ！ちがいさがし	
I. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは	6
(1) システム構築が目指す将来像	
(2) 市区町村がシステム構築に取り組む意義	
(3) 重層的支援体制整備事業との関係	
II. 地域保健とメンタルヘルス	10
(1) メンタルヘルスの取り組みについて	
(2) 精神保健相談の取り組み	
コラム1 精神保健相談のポイント	
III. 地域精神保健福祉システムの構築	16
＜市区町村＞	
(1) 保健予防	
(2) 生活支援	
(3) 地域共生	
コラム2 ごくあたりまえの暮らし	
＜都道府県等＞	
(1) 保健所や精神保健福祉センターによる市区町村支援	
(2) 市区町村を支える精神科救急医療システム	
コラム3 精神障害とりかばり	
IV. 個別課題から地域課題へ	26
(1) 個別課題	
(2) 地域課題の集約	
ちいさな包括（参考事例）「自分なりに幸せに暮らしたいA美さん」	
(3) 地域課題の解決に向けた取り組み	
V. 医療機関・行政機関の機能と役割	32
(1) 精神科医療機関によるバックアップ	
(2) 都道府県等によるバックアップ	
コラム4 医療機関の選び方	
参考資料	36
おわりに	
「まあ！ちがいさがし」の正解	

はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことで、高齢者の「地域包括ケアシステム」と同様に市区町村を中心として構築を進めることが期待されています。

このシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものです。

このガイドは主として、保健所非設置の市町村保健師等、地域で住民に直接サービスを提供する職員を対象として「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」）を推進していくための考え方や具体的な方法を提示しています。

市区町村の管理職、保健所設置市や保健所、精神保健福祉センター、都道府県等の担当者にもこのガイドの内容をご理解いただき、地域が一体となって「にも包括」構築に取り組んでいただきたいと思います。

このガイドの目標は以下の通りです。

- ・ 地域保健活動において、精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義がわかる。
- ・ 「にも包括」の趣旨や今後想定される施策の方向性について理解を深める。
- ・ 市区町村の保健師が、業務の中でさまざまな相談（精神保健課題を主訴としていない相談を含む）を受け、精神保健の視点に基づいたアセスメントを行うことができる。
- ・ アセスメントに基づき、必要な支援を精神保健の視点からも考えることができる。
- ・ 課題に応じて適切に、部門横断的な庁内連携や地域の関係機関（医療、福祉、教育その他）との連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センターなどとの縦断的重層的支援体制を組むことができる。
- ・ 精神障害に特有の課題についても地域の課題を整理し、関係機関の連携や必要な資源の創出や必要な対応策について、関係者全体で考え地域共生社会に向けた取り組みにつなげることができる。

もちろん、短期間ですべての目標を達成することはできません。

このガイドを参照していただきながら、日々の業務の中で「精神保健（メンタルヘルス）」の視点を意識することから始めるのもよいでしょう。メンタルヘルスの視点は、よりよい住民サービスや地域づくりにとって欠かせないということを、地域全体で共有することが大切です。

本ガイドは、「にも包括」の理念と目指すもの、「にも包括」構築を支える基礎となる個別支援（ミクロ）、個別支援を通しての連携体制、個別支援から地域課題を取り上げるところ（メゾ）までのレベルについて取り上げます。協議の場の設置や「にも包括」構築に関わるシステムなどマクロレベルについては、令和4年5月時点では、まだ「にも包括」に関する市町村向けの施策が整理途中であるため、来年度以降の改訂版で取り上げる予定です。

なお、このガイドの姉妹版として、詳細版を作成しております。普及版の内容を更に深掘していく際にはそちらをご参照ください。

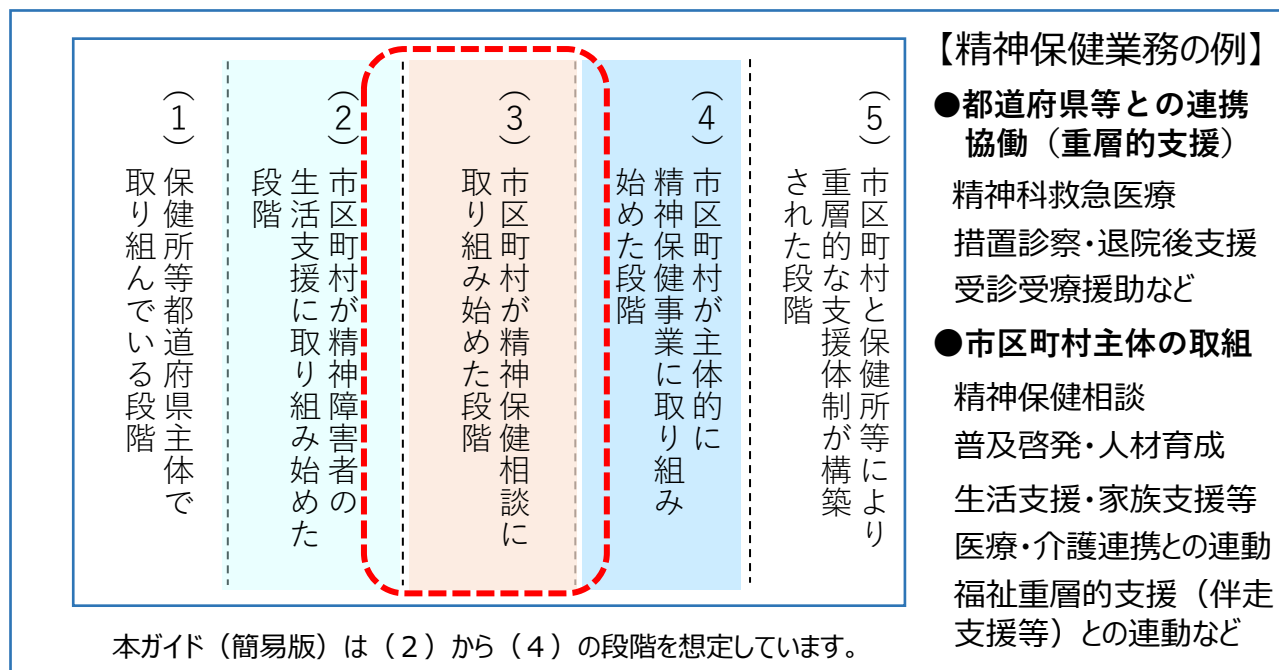
(1) ガイド（簡易版）の目的



- ①市区町村において取り組みが始まった福祉分野での重層的支援体制整備事業などの生活支援策と併せて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において地域精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義を理解する。
- ②市区町村では、福祉部局だけではなく保健部局が住民の身近な相談窓口となり、訪問支援や健康教育など保健予防活動を実施する。また、保健師等は他部署で対応する事例に協働しメンタルヘルスリスクへの初期対応や狭間を埋める支援、医療へのつなぎ等、即応性の強みを生かし、ちいさな包括（個別支援）の充実を図る。
- ③個別支援課題に応じて、横断的かつ双方向の庁内連携や市区町村圏域での関係機関（医療、保健、福祉、教育、地域活動等）連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センター等と縦断的かつ双方向の重層支援体制の構築を図る。
- ④地域課題の解決に向けて、地区診断、事業評価、庁内及び地域課題の整理、必要な社会資源の創出などの対応策を当事者とともに関係者全体で考え、他部署に働きかけ「我がまちのご当地システム」の構築を図り地域共生社会の実現に取り組む。

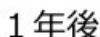
(2) ガイド（簡易版）の読者想定

- 市区町村の保健師や重層的支援・総合相談等に取り組むケースワーカー等が、これから精神保健業務を準備・開始するためのガイドとして記載しています。
- 都道府県型保健所等が市区町村支援（人材育成）に取り組む際にもご活用いただけます。
- より詳しく精神保健業務を深めていく場合は、ガイド（詳細版）をご参照ください。

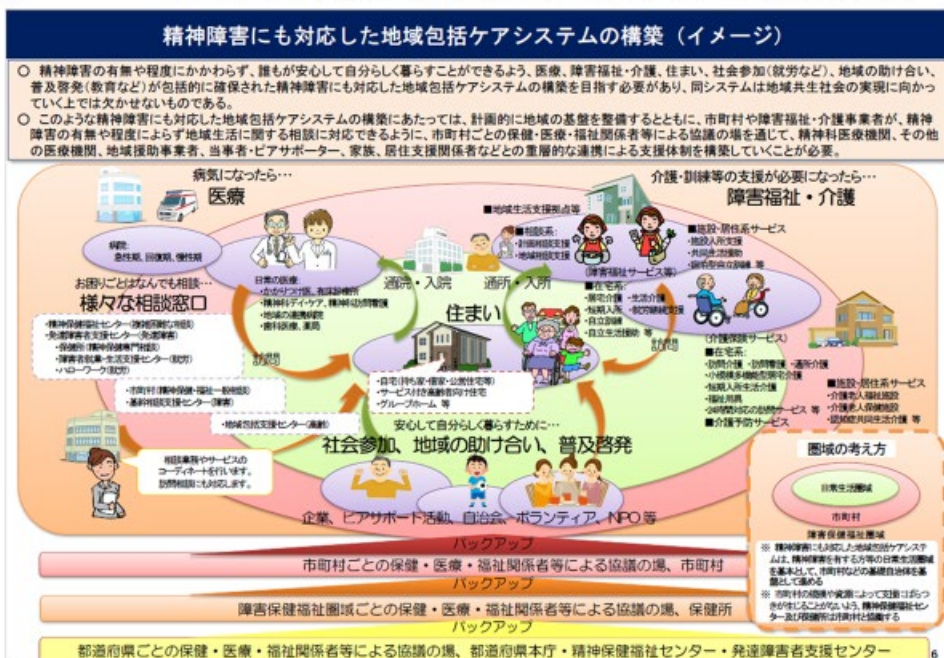


第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会で示された資料と、1年間の検討の後、同検討会がとりまとめた報告書では、いくつかの重要な変更がありました。あなたはいくつ見つけられますか？

第1回 にも包括検討会資料（令和2年3月18日）



「精神障害にも対応した地域包括構築に係る検討会」報告書（令和3年3月18日）



(正解は、最後のページに)

I .精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

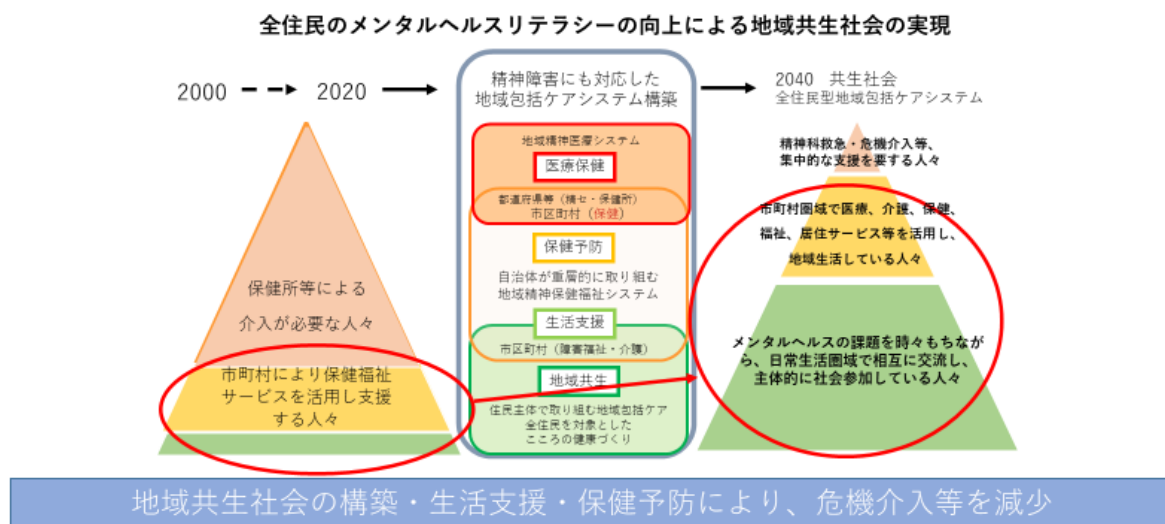
I.精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

(1) システム構築が目指す将来像

【こころの健康なくして健康のまちづくりなし～規範的統合によるご当地システムづくり～】

○市区町村が都道府県等と重層的に取り組む精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実践は、複雑化複合化した支援ニーズに対応するなかで、住民のこころの健康づくりや精神保健相談等の「地域精神保健福祉」の取組を強化することにより、住民のメンタルヘルス不調の重症化を予防し、またメンタルヘルスリテラシー※¹向上による地域共生社会の実現を図る取組です。

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目指す方向性のイメージ



出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金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」（研究代表者：藤井千代）分担研究「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」（分担研究者：野口正行）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける4つの領域（重層的支援）

主に市区町村が取り組む「保健予防」「生活支援」「地域共生」の取り組みと、主に都道府県等による「医療保健」の取り組みが連動（重層化）することにより支援の好循環を生み出し、住民のメンタルヘルスの増進、精神障害の重症化・重度化を予防し、地域共生社会の実現に寄与するものです。

【医療保健】

都道府県等が、平時からの医療提供体制の整備と急性増悪時や精神症状の再燃・再発時の医療導入に関する精神科救急システムの整備、また適切な医療提供体制の確保を図っています。

【保健予防】

4つの要素の中心に位置している重要な要素です。地域保健の取り組みの中で、住民のこころの健康づくりを進め、メンタル不調への早期対応、早期治療、回復支援により重症化予防を進めるものです。

【生活支援】

市区町村（児童福祉、障害福祉・介護保険等）が主体となり民間協働により住民サービスや福祉サービス等の社会資源の充実を図り、日常生活圏域できめ細やかな生活支援を提供体制を構築するものです。

【地域共生】

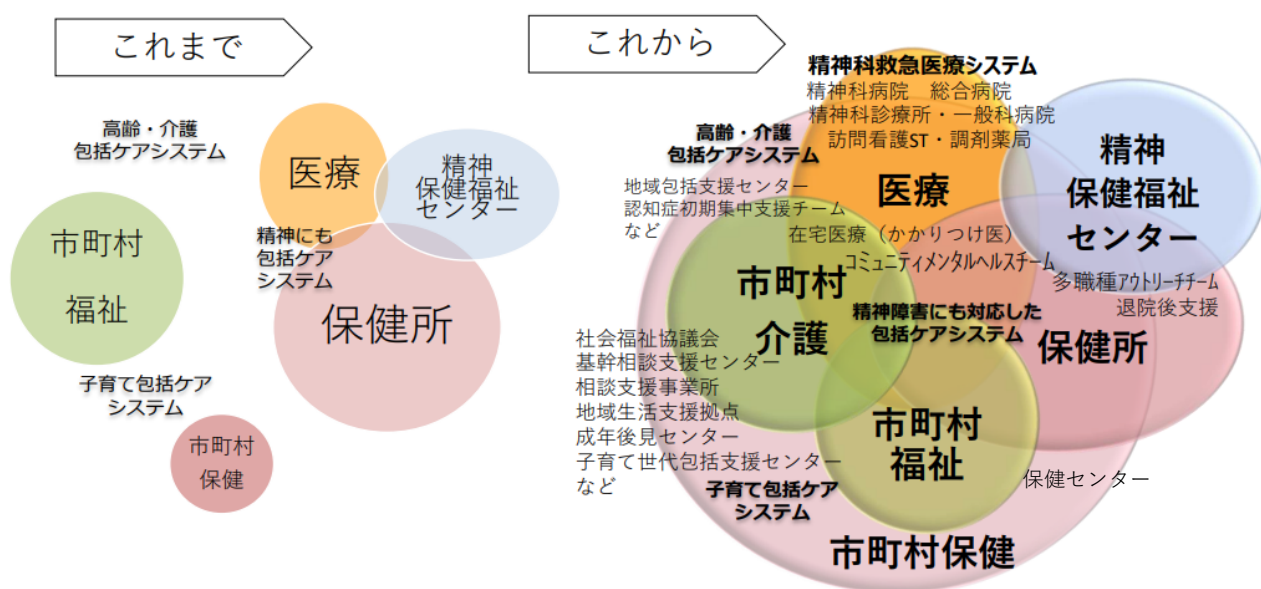
全住民対象の住民主体で取り組む地域包括ケアでは、こころの健康づくりの取組（啓発事業等）をすすめるとともに、精神障害のある方が支援の支え手として活躍の場を得る取組などをすすめるものです。

※1 こころの病と適切な対応に関する正しい知識や理解

I.精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

(2) 市区町村がシステム構築に取り組む意義

- これまで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、都道府県等が主体となり市区町村と連携し、協議の場の設置、地域移行・地域定着の推進、ピアサポート活動推進などの福祉の基盤整備にむけて取り組んできました。
- 市区町村は、引き続き相談支援事業所等と連携し福祉の基盤整備をすすめ、地域移行・定着支援等を着実に進めるとともに、これからは、住民のメンタルヘルスリテラシーの向上やこころの健康相談（一次予防）の充実など「保健」を基軸とした基盤整備を車の両輪として取り組むことにより、他領域との連携協働体制を構築し地域共生社会の実現を図るものです。



【にも包括的ポイント】

○「福祉」を基軸とした取組と併せて、「保健」を基軸とした取組を進める。

- 全世代全住民対応型の地域包括ケアシステム構築に寄与し地域共生社会の実現を図るため、これまで福祉領域において、それぞれの分野が取り組んできた様々な包括ケアシステムに内包するメンタルヘルス課題への包括的な対応を図るため「保健」を基軸として取り組むことが必要です。
- 啓発、早期発見・早期対応、重症化予防等に取り組む、住民のこころの健康増進やソーシャルキャピタル※²の醸成による「我がまちのご当地システム」構築を図ります。

I.精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

(3) 重層的支援体制整備事業との関係

- 市区町村では総合相談の取り組みや社会福祉法改正による重層的支援体制整備事業が始まるなど複合ニーズへの対応に向けた相談支援体制づくりがすすめられています。
- 伴走支援を行う中で、困難ケースとして事例化する精神障害のある方等に関与することは少なくなく、精神保健医療の知識や精神保健相談のノウハウを共有し、生活支援を継続することが求められます。
- 重症例や興奮状態など、市区町村だけでは対応が困難な事例については、保健所や精神保健福祉センター、精神科医療機関等関係機関と協働した「医療・保健・福祉」などによる重層的支援体制の構築が求められます。

これからの医療・保健・福祉領域における重層的支援体制構築の視点		
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築	重層的支援	福祉領域における重層的支援体制整備
● 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 ● 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会報告書【市町村主体、重層的連携の構築】	根拠法等	● 社会福祉法・生活困窮、子育て、障害、介護 【課題】事例の多くは、メンタル課題が顕在化しているが「精神保健」領域は含まれていない
地域精神保健システムの再構築による保健予防の取組強化 福祉総合相談体制整備との統合化	主たる目的	包括的な支援体制の整備
市町村（保健部局）主体 都道府県等や医療と協働	実施主体	市町村（福祉部局）主体
● 地域精神医療保健システム構築 ● 都道府県圏域と自治体間の縦串による重層的支援体制 ・都道府県圏域・障害保健福祉圏域 →主に精神科医療体制の整備 ・市町村圏域・日常生活圏域 →早期発見・介入による重症化予防 ・メンタルヘルスリテラシー向上に向けた取組 ・多機関多職種による重層的連携の強化など ● 生活支援・地域福祉システムの強化 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・精神障害者の生活支援 ・アウトリーチ ・多機関協働	精神保健 アプローチ 特徴及び機能等	● 顕在化しているニーズ 児童・思春期保健、不登校・ひきこもり、 アディクション、家族機能不全、DV、 自殺未遂者・自殺遺族支援など ● 市町村圏域における体制整備 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・包括的相談（伴走支援、アウトリーチ、多機関協働） ・参加支援 ・地域づくり

令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業
地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者： 藤井千代）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究（研究協力 山本 賢）

【にも包括的ポイント】 ○即応性と重症化予防

- 市区町村では、複雑困難な住民の生活課題について伴走支援がはじまっています。これらの中に顕在化するメンタルヘルスニーズを抱える世帯への支援について、保健師と一緒に訪問支援することが大切です。
- 福祉領域の相談支援・参加支援・地域づくりの取組に保健師が参画することで、身体疾患や精神疾患の早期発見や重症化予防が図れるとともに、精神障害のある方等やその家族への健康教育やソーシャルキャピタルの醸成などに取り組み、地域での事例の複雑困難化を予防することにもつながります。

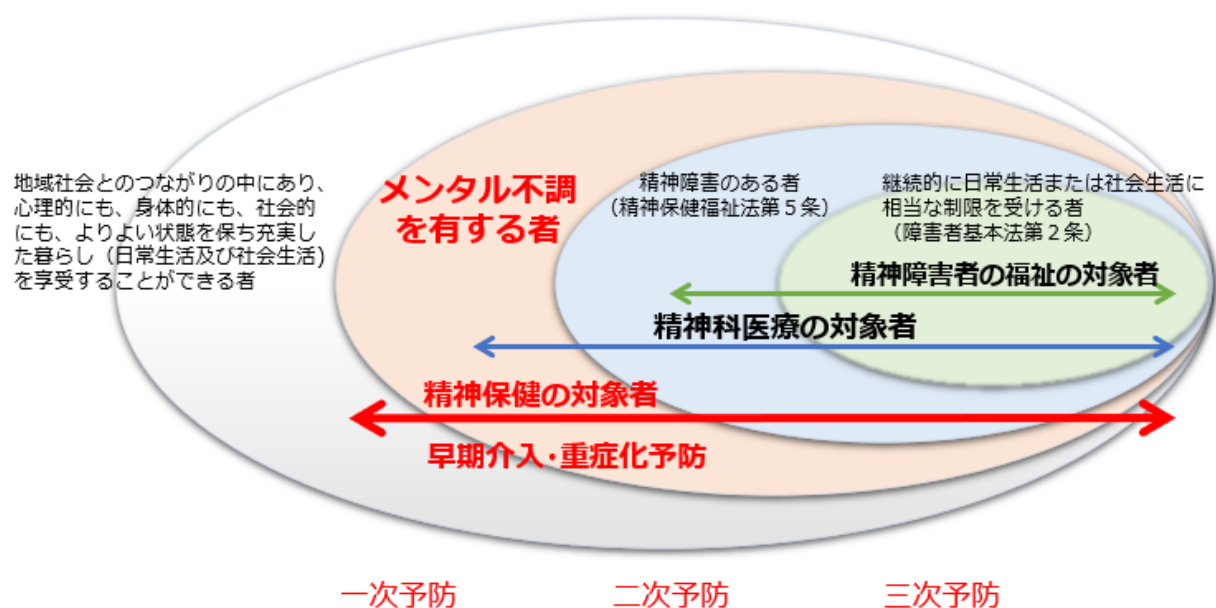
Ⅱ .地域保健とメンタルヘルス

Ⅱ.地域保健とメンタルヘルス

(1) メンタルヘルスの取り組みについて

○これから地域共生社会を実現していくためには、住民に一番身近な市区町村が主体となり「精神保健」の視点を加えて地域包括ケアシステムの構築を図ることが重要です。

○精神障害の有無や程度にかかわらず「すべての住民の」精神的健康の保持・増進に取り組み、心理的にも、身体的にも、社会的にもより良い状態を保ち充実した暮らしを送ることができるように支援することが重要です。



埼玉県立精神保健福祉センター（地域支援担当）提供資料 一部改変

令和3年度 障害者政策総合研究事業 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究（研究協力 山本 賢）

【にも包括的ポイント】 すべての住民のメンタルヘルスの向上

○市区町村では、特に住民への啓発（ストレス対処や精神疾患に関する正しい理解の普及、精神障害者との交流などによる偏見をなくす取り組み等）や、二次予防として、メンタル不調者への早期対応による重症化の予防に向けて取り組むことが大切です。

○市区町村では、一次予防、二次予防、三次予防それぞれの視点を踏まえ様々な領域の取り組みとメンタルヘルス支援の取り組みを併せて実施することができます。

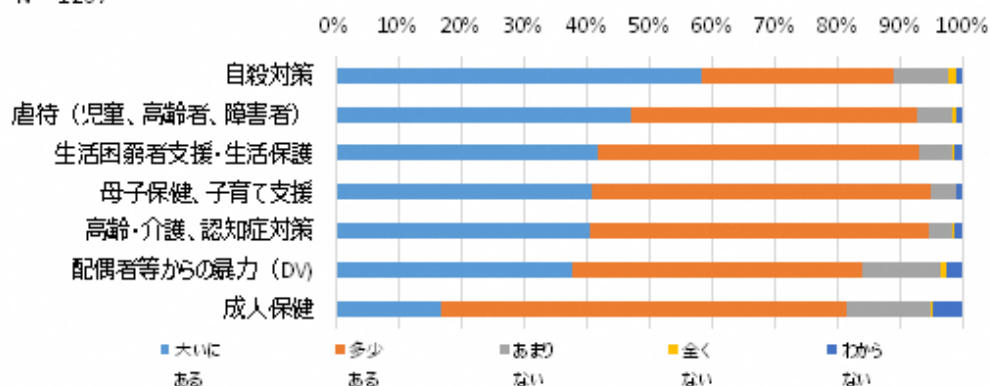
【市区町村調査】

市区町村の業務と精神保健

●市区町村における業務とメンタルヘルス問題の関連

(以下の業務の中で、精神保健（メンタルヘルス）に関する問題がどの程度あると思うか)

N = 1267



○約80%～90%にメンタルヘルスの問題あり

本研究班が令和2年度に実施した市区町村調査の結果です。（回答率72.8%）

「市区町村における業務にメンタルヘルスに関する問題がどの程度あると思うか」について尋ねた結果、自殺対策、虐待、生活困窮、母保健・子育て支援・発達障害支援、介護、DV、成人保健等、多岐にわたる領域で関連があることがわかりました。既に多くの市区町村が、メンタルヘルス課題に向き合っていることがわかります。

【にも包括的ポイント】

○市区町村を主体とし保健所や精神保健福祉センターと重層的支援体制を構築

○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」では、システム構築の目的は（狭義の）精神障害者への特別なシステム構築ではなく、これまで都道府県等を中心としてきた取組を、既に市区町村で取り組まれている地域包括ケアシステムと同様に、市区町村を主体とし、住民のメンタルヘルスリテラシーの向上をはかることにより、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せる地域づくりを進めることが確認されました。

○一方、市区町村だけでは対応が困難な事例や急性増悪、自傷他害のおそれ（措置症状の可能性）がある場合等への対応について、都道府県等や精神科医療、精神科救急情報センター等と連携した重層的な支援体制を構築することが必要となります。

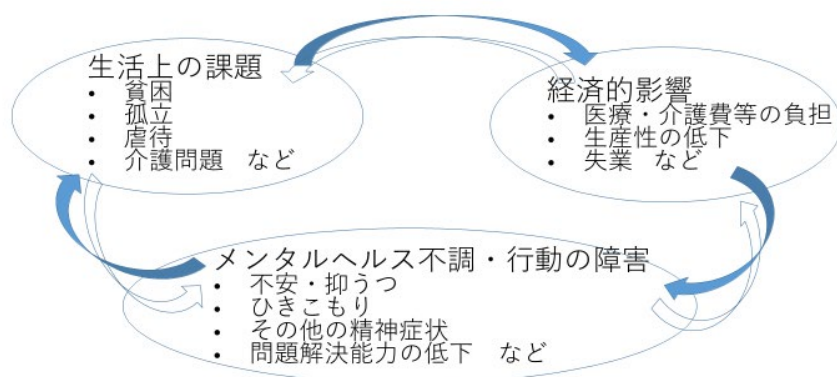
Ⅱ.地域保健とメンタルヘルス

(2) 精神保健相談の取り組み

○「メンタルヘルスなしに健康なし」と言われるように、メンタルヘルスは私たちの生活に深くかかわっています。また、メンタルヘルスと精神障害の決定要因には、個人の特性、社会的、文化的、経済的、政治的、そして環境的要因などがあります。

○市区町村では、メンタルヘルス不調を有する住民に早期に適切な対応をすることが大切であり、身近な場所に、わかりやすい精神保健相談の窓口を設置し、気軽に相談できる体制をとることが必要です。

生活上の課題とメンタルヘルス不調の負の連鎖



令和3年度 障害者政策総合研究事業 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究（分担研究者：野口正行）

○個別事例をつぶさに見ると、生活面での困難がある方の場合、それが慢性的に複数要因が重なることでメンタル不調を来しやすくなることがわかります。またメンタル不調を起因とし生活面での困難が生じる場合もあります。すなわち、生活上の困難とメンタルヘルス不調が重なって悪循環が生じることで、課題は複合化し、制度の狭間に陥ってしまう事態を見て取ることができます。

○このような悪循環に陥る前に、適切な対応をすることが大切です。そのためには、日々の地域保健活動にメンタルヘルスの視点を踏まえた精神保健相談を実施することが求められています。

【にも包括的ポイント】 一次予防・二次予防でメンタル不調の負の連鎖を断つ。

○地域保健の推進のためには、福祉領域など様々な領域の取り組みにメンタルヘルスの視点を持つことが大切です。

○地域保健活動やメンタルヘルス支援のノウハウを活用し、一次予防、二次予防、三次予防の視点により、それぞれの領域の事例に対応することが大切となります。

〇いろいろな精神保健相談（根拠：精神保健福祉法第47条関係）

〇随時相談・・・保健師や精神保健福祉相談員等による来所相談、訪問支援を実施します。
当事者が来所できない場合には家族相談等を実施します。

〇精神保健相談事業（予約制・無料）

定期的な相談日を設け、住民からのメンタルヘルス相談に応じています。
市区町村では、医師、臨床心理士・公認心理師、保健師、精神保健福祉士等が担っている自治体もあります。
予約相談日には、医師等が訪問支援を実施し、生活全体のアセスメント機能を担う場合もあります。
この他、うつに関する相談、アルコール関連問題の相談、思春期相談、ひきこもり相談など、テーマ別に相談日を設置する自治体も増えてきています。

〇アウトリーチ支援事業

主に保健所や精神保健福祉センターが実施する多職種チームによる訪問支援事業。医師を含む多職種連携チームにより様々な視点から「入院を前提としない支援」を実施しています。
精神症状の重症化予防や地域生活の支援を目的とし、多職種チームで「本人の困りごと」に関する支援、医療中断した方への訪問支援を実施します。
政令市、中核市、保健所設置市については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業補助金での実施が可能です。

〇ピアサポーターによるピアサポート相談活動

一定の研修を受けたピアサポーター（同じ疾患・障害を経験している仲間）による相談活動です。指定一般相談事業に雇用され、地域移行・定着支援、自立生活援助などに携わったり、友愛訪問やグループ相談会などを実施します。

【にも包括的ポイント】 市区町村における二次予防の取り組み

〇予約制の精神保健相談は、メンタルヘルス不調を感じている人が、「精神科に受診するのはちょっと気が引ける」という段階から、気軽にかつ無料で専門医等に相談できる早期支援のための事業です。

〇最近では、相談予約者の希望に応じて、精神科医等と事業担当の保健師、精神保健福祉相談員等が、訪問により相談に応じている自治体も増えています。

〇また、精神保健相談事業を担当する市保健師等が、医師等にコンサルテーションを受ける場としても活用でき、精神科医等との専門職連携を深めることができる大変有効な事業です。

〇訪問支援事業を実施するなど地域の実情に応じて運営が可能であり、精神科医療からのバックアップ体制を構築することができるなどメリットが大きい事業です。

コラム 1 精神保健相談のポイント

○そもそも健康とは

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態であること」 （日本WHO協会訳）

○精神的健康への支援

1次予防	疾病の発生を未然に防止	- メンタルヘルスや精神疾患に関する普及啓発 - メンタルヘルス不調に対するセルフケア、身近な支え手によるケア、生活支援等
2次予防	疾病の早期発見と治療	- 精神疾患の早期発見・早期介入 - 精神医療へのアクセスの確保
3次予防	発症した疾病の増悪防止とリハビリテーション	- 精神医療、地域ケアの充実 - リカバリー支援（孤立防止、社会参加、社会復帰支援等）

○精神保健相談とは

メンタルヘルスがライフサイクルを通して発達することを理解し、治療やリカバリーの選択、健康なライフスタイル行動についての情報を提供し、満たされた状態（well-being）となるよう促進することです。ここが、保健指導と精神保健相談の違いです。

○精神保健相談で大切なこと

相談から治療へつなげたり、課題を解決してしまうことだけではありません。本人・家族・地域の包括的な理解と、相談者との信頼関係に基づき、生活に結びついた「相談関係」の中で相談者自身が気づきを得て、自らの価値や尊厳を捉え直し、能力を成長させ、人生を歩み続けるきっかけを引き出す支援を心がけることが大切です。

○信頼関係

精神保健相談の基本は信頼関係の構築からです。信頼関係がない相談は、本心が語られないため正しい情報が把握できませんし、何か一緒に取り組もうとしても動機づけが低くなります。今までの生育上、様々な過程で傷ついた経験のある人、不安が高い人、混乱した状態にある人、頼ることが苦手な人などは、支援が始まってから関係構築が築かれるまでの間は、何かすることではなく、そばにいて（不安を受止め、双方が安心できる相談環境を作り上げていくこと）がよいでしょう。

その際、過度に依存的な関係性にならないよう気を付けましょう。

○アセスメント

担当者は、本人の困りごとを受けとめるとともに、相談の都度アセスメント・プランニングを行います。所属内で上司や同僚と関わりの振り返りを行ったり、対応が困難な事例については、必要に応じて保健所や精神保健福祉センターに助言を求めることもできます。

Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

<市区町村>（１）保健予防（まずは個別支援から「ちいさな包括」を）

○市区町村では、住民のライフサイクルに併せて保健師がさまざまなメンタルヘルス支援を実施しています。身近でわかりやすい相談窓口を設置し、住民に周知していくことが求められています。また、精神保健相談においてはさまざまな関係機関と協働し、生活支援と併せて取り組むことが必要です。

○最近では、福祉部局が主体の重層的支援体制整備事業においても複雑化複合化した住民の生活課題に多機関多職種が個別支援チームを形成し、支援が必要な人と根気よく関わり、つながり続けていく取組（伴走支援）が始まっています。伴走支援とメンタルヘルス支援が連動し早期対応することが大切です。

	ライフサイクル	領域	主な支援対象等
1	幼年期から青年期	○主に母子保健・子育て支援 ・教育・学校保健、医療・療育、 障害児支援等との連携	医療的ケア児支援、発達障害 不登校、ヤングケアラー支援 児童虐待、若者の自殺対策など
2	周産期 妊娠から産褥産後	○主に母子保健 産科・婦人科、子育て支援等 との連携	妊産婦のメンタルヘルス支援、 妊産婦の自殺対策、産後うつ等 産褥期の支援など
3	壮年期から中年期	○主に成人保健・福祉 産業保健、生活福祉、居住支 援、障害福祉事業所等との 連携	ひきこもり、貧困・貧困に伴う 健康問題、性別異和、気分障害、 様々な依存症、がん等の身体疾 患、自殺対策、遺族支援 など
4	高年期・老年期	○主に高齢者支援 高齢・介護保険事業者等との 連携	老々介護・老障介護 独居高齢者、孤独死 認知症 セルフネグレクト など

【にも包括的ポイント】市区町村の強み（ストレングス）は「即応性」

○市区町村では、保健師やケースワーカーが住民の日常生活圏域や中学校区などの小地域単位で、地域包括支援センターや地域子育て支援拠点、障害者相談支援事業所などとネットワークを強化しています。

○市区町村では、物理的にも心理的にも住民と距離が近いため、「本人の困りごと」について、「何かあってからではなく、何かある前に」を意識し予防的な訪問支援（即応）ができる強みがあります。

○精神保健相談においては、母子保健や子育て支援と同様に相談行動を起こした相談者をまずは「受けとめ」「ねぎらう」ことから関係づくりをはじめ、「次回は私たちが訪問してお話を伺いますが、いかがですか」とご本人やご家族に提案し、了承のうえ困っている本人に「直接会う」ことを重視します。

〇市区町村が取り組む精神保健事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期入院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

1

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会報告書（概要版）

□精神保健相談事業（P16のとおり）

□啓発普及・精神保健教育

（地域住民や児童・生徒・教員対象、ストレス対処や精神疾患に対する正しい理解等）

□当事者及び当事者活動支援

（疾病教育、リハビリテーション、ピアサポート活動、文化・スポーツ活動等）

□家族支援・家族会支援

（心理家族教育、家族相談会、家族会活動支援等）

□協議の場

（地域ネットワーク構築、地域課題に関する協議、啓発等事業推進等）

□人材育成（住民対象）

（住民への啓発普及、こころのサポーター・精神保健ボランティア養成等）

□人材育成（支援者対象）

（介護支援専門員・相談支援専門員等支援者研修、教育関係者対象研修、医療・保健・福祉連携等）

【にも包括的ポイント】「身近で」「わかりやすい」相談窓口の設置

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会では、構成員（当事者・家族）から、「精神障害への理解促進（啓発）」「身近な場所で相談できること」「分かりやすい相談窓口の設置及び周知」「ピアサポーターによる相談支援」が求められています。

○上記に示した事業は保健所が実施してきた事業ですが、保健所や精神保健福祉センターの支援のもと、既に取り組み始めている市区町村もあります。まずは「相談窓口」を設置し、相談内容を踏まえ地域の実情に応じて当事者支援・家族支援などを検討することが必要です。

Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

<市区町村>（２）生活支援

○精神障害のある方は、治療を受けながら、もしくは治療を受けないという自己選択をしながら、地域で暮らしています。本人なりの自己実現をはかり充実した生活を送っている方もいれば、SOSを出しながら必死に生きている人もいます。まずは、その状況を受けとめ（受け入れ）寄り添うことが大切です。

○市区町村の強みは、待ちの姿勢ではなく、速やかに生活の場に訪問し関わるができることです。

○本人の了解のもと「本人が望む生活」について話を聴き、「本人の強み」や「本人の困りごと」を理解し、その時必要なことや中長期的な視点を持ち、本人が実行可能な解決策について一緒に考え、時に実行可能な支援策を提案し、「本人の意向を確認」しながら寄り添っていくことが大切です。

<生活支援のポイント>

○地域にあるさまざまな市民サービスを活用

○ご本人自らが主体的に選択し利用できるよう

働きかけ、生活全体を支援する

- 本人の興味や関心にそって利用可能なものを活用
- 本人の人間関係、社会的な交流の活用
- 地域にあるインフォーマルサービスの活用
(さまざまな民間サービス、公的市民サービスなど)
- 社会保障制度・医療福祉サービス等の活用
- 満たされないニーズにはサービス開拓にむけた協議

精神障害者が使える主な制度 フォーマルサービス

- 障害年金（基礎・厚生）
- 障害者手帳
- 自立支援医療（精神通院）
- 訪問看護（医療保険・介護保険）
- 相談支援/障害福祉サービス
 - 計画相談支援・地域相談支援
 - 地域移行支援・地域定着支援
 - 自立生活援助
 - 共同生活援助
 - 自立訓練（生活訓練）
 - 就労（移行・定着、A、B）
 - 居宅介護 等
- 成年後見制度
- 日常生活自立支援（安心サポート）
- 生活困窮者自立支援制度
- 居住支援、公営住宅など
- 生活保護制度

【にも包括的ポイント】 生活支援のど真ん中は『居住』の支援

○生活支援とは、生活の場で「本人の困りごと」に寄り添う支援、つまり、具体的な日常生活ニーズについて、本人の意向をふまえさまざまな民間サービスや障害福祉サービス等の公的サービスを活用し支援するもので、本人のストレングスに注目し「希望する生活の実現」にむけた支援です。

○厚生労働省が示した、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのポンチ絵（本書「まあ！ちがいがさし」）をよく見てみると、その真ん中には、いずれも「住居」が描かれ、人が人として生きていくための一番の基盤が住居であるということが示されています。

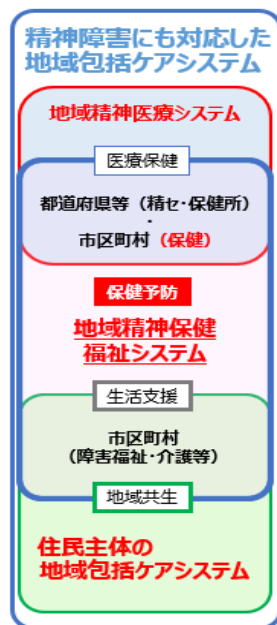
○現在、市区町村において居住支援は充分に取り組まれている状況ではありませんが、「本人の困りごと」「大家さんの困りごと」「不動産屋さんの困りごと」を支える仕組み（たとえば「困ったときの駆けつけ支援」など）が求められています。

Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

＜市区町村＞（３）地域共生

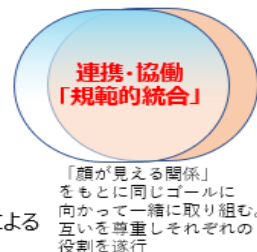
- 市区町村による重層的支援体制整備事業（伴走支援、参加支援、地域づくり）の取組が始まるなかで、顕在化する複雑困難な事例の多くはメンタルヘルズ課題や精神疾患を有する方であるものの、重層的支援体制整備事業では精神保健相談の位置づけがありません。
- これから市区町村が、すべての住民を対象とする地域包括ケアシステムを構築するにあたっては、地域精神保健福祉システム（特に精神保健相談体制）を充実し、福祉領域と規範的統合により伴走支援における精神保健相談に取り組むことが必要となります。
- 併せて、精神障害のある方も地域社会の一員として活躍できる場、精神障害のある方が参画する啓発事業・精神保健教育などによる地域づくりの取組がはじまっています。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは



「規範的統合」による地域共生社会を目指す取組

- 地域包括ケアシステムは、住民主体の規範的統合による「まちづくり」の取組
- 都道府県等による「精神医療・保健」の取組と、市区町村による「生活支援」「地域共生」のそれぞれの取組を「保健予防」の視点でつなぎ合わせた重層的支援体制として統合を図る
- 精神保健の視点を踏まえ、早期に適切な支援を提供できる多機関多職種による重層的支援体制を整備する取組
- 「精神障害のある方の困りごと」に寄り添い、地域社会の中で、精神障害があってもなくても、誰もが安心して暮らせる環境づくりの取組
- すべての関係者は、地域共生社会を目指し、日常生活圏域、市町村圏域、都道府県圏域による重層的な支援体制を構築する取組



【にも包括的ポイント】 地域共生社会におけるピアサポーターの役割

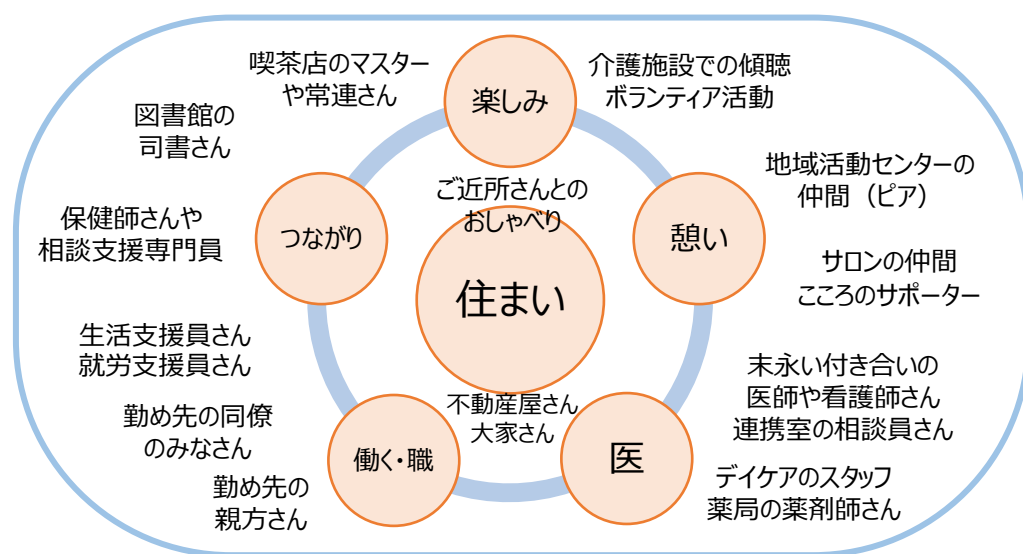
- これまで障害のある方は、障害を理由に一律に「支えられる側」と扱われていました。一方では、自らが経験した病いの体験や長期入院の経験、精神障害ならではの生きづらさを体験した当事者としての相談活動（ピアサポート活動）が広がってきています。
- 地域共生社会の実現にむけて、地域住民との相互理解による包摂的コミュニティ、地域社会づくりの取組が進められていますが、メンタルヘルズ支援を必要とする住民の支え手として、精神障害者ピアサポーターによる相談活動、啓発や住民との相互交流活動が注目されています。

コラム2 ごくあたりまえの暮らし

○1970年埼玉県大宮市（現さいたま市）内で、精神科病院から退院し中間宿舎での生活を支援する取り組みが始まりました。我が国の「地域移行」「生活支援」の源流となるものです。

○公益社団法人やどかりの里の実践を参考にすると、生活支援とは『医、食、住』を基本とし、『暮らす』『憩う』『働く』『つながり』『楽しむ』という要素を加え、一人ひとりの『希望する生活の実現』に向けた、『ごくあたりまえの暮らし』を充実していく取り組みです。

○これらは、公的な障害福祉サービスだけでは充足できないもので、日常生活圏域で住民組織等とのつながりのなかで、精神障害のある方等も支援の受け手としてではなく、積極的な社会参加や地域の支え手として参画し活躍できる場があることなど「わが町のご当地システム」を充実していく取り組みが期待されます。



【にも包括的ポイント】 地域のさまざまな宝（インフォーマルな資源）の活用

○パーソナルリカバリーを支える「医療保健」、「保健予防」の取組に併せて、本人の住居、就労、教育、社会ネットワークなどの機会を拡大する「社会的リカバリー」（「生活支援」や「地域共生」）にも取り組むことが必要です。

○市区町村では、すでに福祉領域で、生活福祉や高齢介護、子育て支援などによる生活支援の取組や、地域福祉の取組が進められ、インフォーマルなさまざまな社会資源があります。

○市区町村では、保健師等が地域に足を運び『旗振り役』となり、それらの地域のさまざまな宝をつなぎ合わせ、『規範的統合』による『ご当地システムづくり』に取り組むことが重要です。

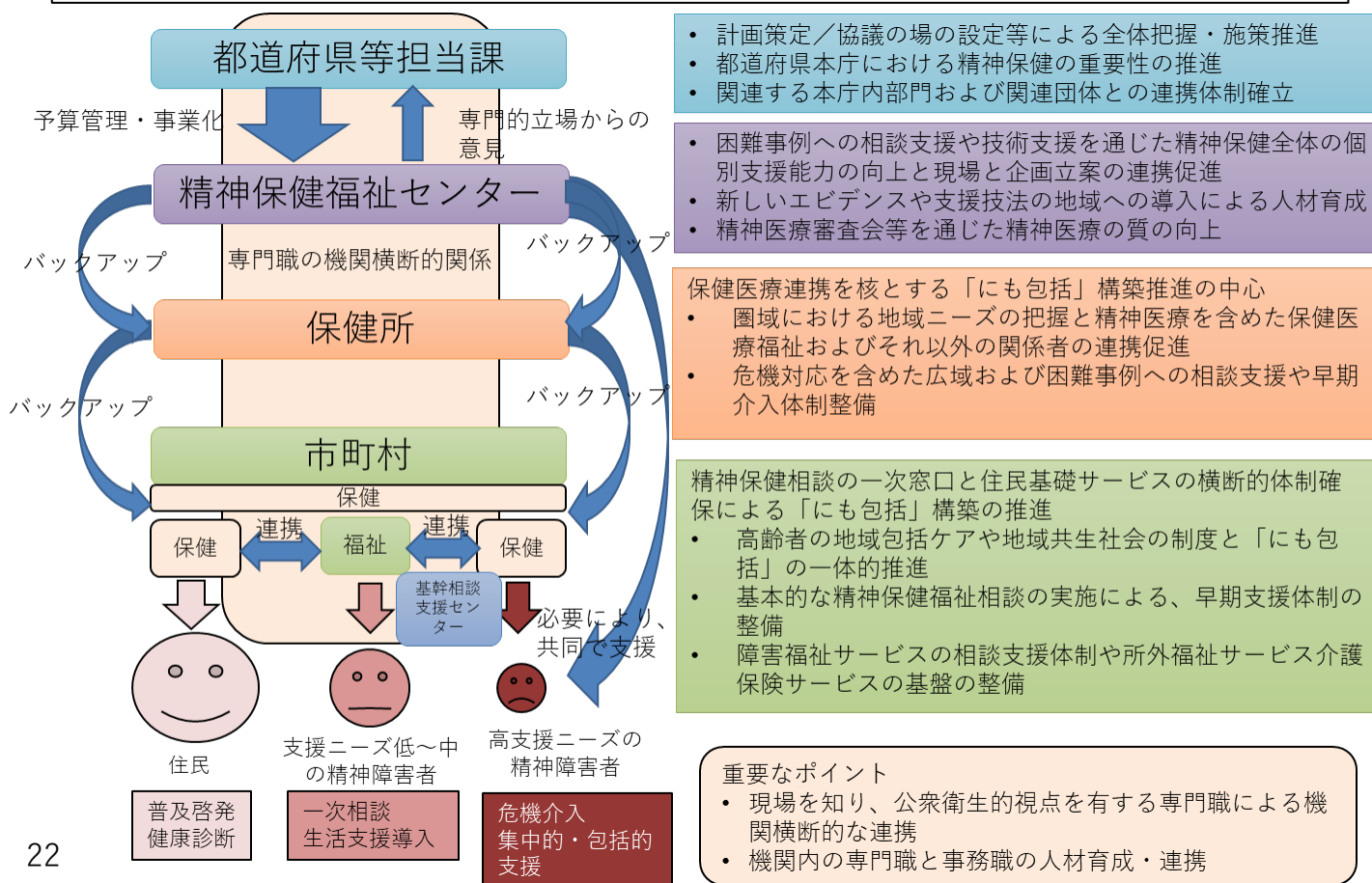
Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

<都道府県等>（１）保健所や精神保健福祉センターによる市区町村支援

- 「にも包括」は、高齢者の地域包括ケアシステムや子育て世代の包括的支援体制、さらには地域共生社会の構築などのように、市町村が中心となって構築することになることが想定されています。それは「にも包括」が地域共生社会の構築に資するものとされているためです。
- このことは、市町村だけで「にも包括」を作ること并不意味着ではなく、他の機関に丸投げすることでもなく、市町村がまずは相談を受けながらも、それぞれの機関が適切な役割分担を行うことができるように、適切なかつ効果的な連携・協力体制を作ることです。
- 協力を依頼したら、依頼を受けた機関が全ての支援を行うようなボタンタッチ型の支援ではなく、適切に役割分担をしながら「一緒に」支援を行う体制を「重層的支援体制」と表現します。

【にも包括ポイント】重層的支援体制の構築

- 保健所は市町村からの相談には早めに対応する。
- 保健所は市町村からの相談と一緒に関わることで、精神保健の課題やその他の課題の整理を行い、必要な連携機関を考える。
- 精神医療的評価が必要な事例や多職種による支援が必要な場合には、精神保健福祉センターや地域の精神科医療機関と相談を行う。



〈事例：こころのサポーター事業の活用〉

京都府：普及啓発と人材育成による市区町村活動支援

○京都府では、平成10年から府内の地域住民を対象として「こころの健康推進員」を養成し、令和3年度は94名の推進員が、各市町村でサロンの運営やグループワーク等で活動しています。

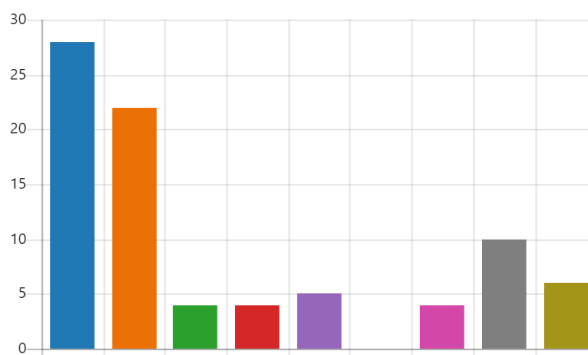
○精神保健福祉センターが養成講座や現任者研修を実施し、圏域で保健所が連絡会議等を開催し、こころの健康推進員の活動を支援する取り組みを実施しています。

○こころの健康推進員は、地域住民として精神障害のある方の『良き理解者、良き仲間』としての役割を担っています。今後、最も充実を期待する支援として、市町村活動支援の充実があげられており、市町村単位での活動の充実を図っていく必要があります。

4. 推進員としての活動のうち、最も多いものを一つ、選んでください。

詳細

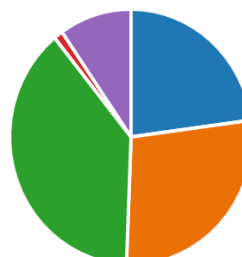
● サロンなど集いの場の運営、支援	28
● 市町村が実施するグループワークの...	22
● 当事者活動の支援	4
● 精神障害者家族会の運営、支援	4
● 作業所など障害福祉サービス事...	5
● デイ・ケアなど医療機関の活動の...	0
● 協議会など行政機関が実施する...	4
● 推進員独自の活動	10
● その他	6



7. 今後、最も充実を期待する支援を一つ、選んでください。

詳細

● 府が行う研修などの充実	19
● 保健所が行う連絡会での支援の...	23
● 市町村が行う活動支援の充実	32
● 府がお支払いする活動費や保険...	1
● その他	8



○ 令和3年度に実施したこころの健康推進員現任者アンケート調査結果より抜粋

【にも包括的ポイント】 住民と精神障害のある方の相互理解

○精神障害の理解を深めるための効果的な方法は、地域住民と精神障害のある方が交流する機会をつくることです。住民に身近な市村で、サロンやグループワークを実施することによって地域住民だけでなく、市区町村職員の精神保健への理解も深まります。

○国が進めるこころのサポーター養成事業を活用し、都道府県とともに市区町村単位で普及啓発に取り組むことも一つの方法です。

Ⅲ.地域精神保健福祉システムの構築

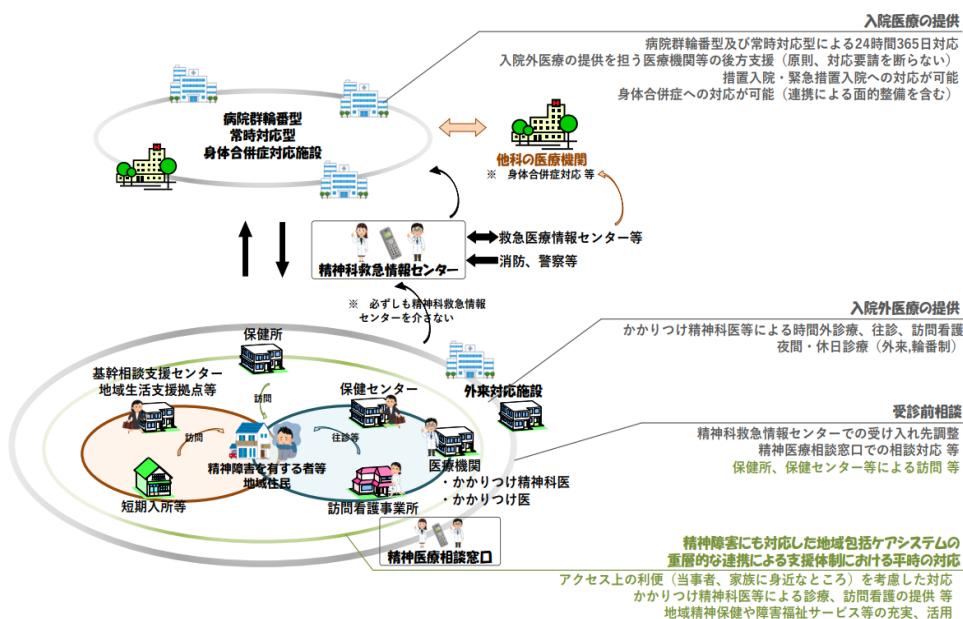
<都道府県等> (2) 市区町村を支える精神科救急医療システム

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制は、精神障害のある方や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた方に併せて住民生活を支えるための重要な基盤の一つです。

○入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や、入院外医療により、必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ都道府県等が精神科病院等と連携しながら、平日夜間及び土日祝日の精神科救急医療体制整備に取り組んでいます。

○保健所や市区町村保健センターからの訪問等精神的危機等の状況におかれた精神障害を有する方等及び地域住民について、適切な精神保健医療福祉の支援につなげる観点から、精神保健福祉センターの支援等のもとに保健所や市区町村保健センターが平時から訪問支援等を充実することが必要です。

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある



※ 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループでの意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（令和2年3月4日障発0304第2号）及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政地発0413第1号）別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」を参考に作成

精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書

【にも包括的ポイント】 平時からの訪問支援（広義の精神科救急）

○平時から精神障害を有する方等の状態について把握し、危機に対しても訪問等の手段により速やかに相談に応じることが大切です。

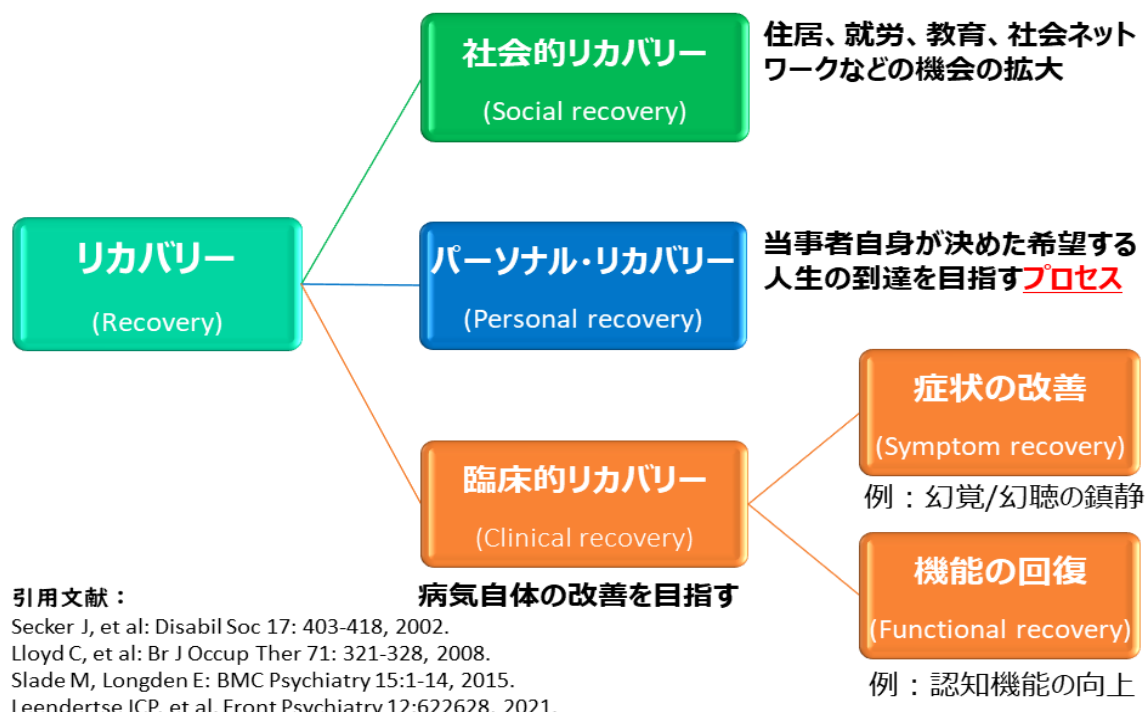
○平時のかかわりの中で本人について理解を深め、急性症状がある時であっても、本人の意思を尊重しつつ保健所や医療機関等と連携し適切な医療等への支援へつなげることが求められてきます。

コラム3 支援理念の共有：本人のリカバリーを応援する

- リカバリーとは、「人々が生活や仕事、学ぶこと、そして地域社会に参加できるようになる過程であり、ある個人にとってはリカバリーとは障害があっても充実し生産的な生活を送ることができる能力であり、他の個人にとっては症状の減少や緩和である」とされています。
- リカバリーとは精神疾患の当事者あるいは精神保健医療福祉サービスを利用する当事者個人のものであり、当事者自身が歩むものです。

図4「パーソナル・リカバリー」、「社会的リカバリー」、「臨床的リカバリー」の枠組み

※臨床的リカバリーとパーソナルリカバリーのどちらが重要かという議論ではありません



- 近年では、当事者を個人として尊重することの重要性が広く認識されるようになり、支援のあり方や政策の決定において、当事者のリカバリーをいかにして応援するかが重視されるようになりました。
- リカバリーは、上の図のように、「臨床的リカバリー」、「社会的リカバリー」、「パーソナル・リカバリー」という形で分けて理解されることもあります。
- それぞれのリカバリーは関連しており、どれかが重要で、どれかが重要でない、ということではありません。
- パーソナル・リカバリーの内容やペース、目標のあり方は個々人により異なります。
- 大切なことは、主役（意思決定をする人）は常に当事者本人であり、その内容は当事者自身が価値をおく主体的かつ有意義な人生の軌跡そのものといえます。この支援理念を、支援を提供する人全員で共有することが大切です。

IV.個別課題から地域課題へ

Ⅳ.個別課題から地域課題へ

(1) 個別課題

- すでに市区町村が福祉領域で関わっている個別支援に、本人に寄り添いながら精神保健の視点を加え処遇をすすめると、より効果的な支援となることがあります。
- 特に、福祉領域で事例化する複合課題を有する世帯や、困難事例の対応については、保健師や精神保健福祉士が関わることにより、精神保健相談により解決に動き出す場合があります。
- 本人を中心とし、その人が有する人間関係や社会的つながりを理解し、「本人の強み」や「本人の困りごと」それぞれに焦点をあて、生活ニーズに併せて継続的にかかわり続けます。

市区町村あるある！
個別支援の例

<保健予防：ちいさな包括>

- ハイリスク母子×不適切な養育⇔母親のメンタルヘルス支援×子育て世帯支援
- 不適応×家庭内暴力⇔思春期メンタルヘルス×ひきこもり支援×家族支援
- うつ×失業×アルコール関連問題⇔生活困窮者へのメンタルヘルス支援
- ※『即応による早期介入』と伴走（継続）支援で重症化を予防！

20（・30）00←4010←5020←6030←7040←8050問題

【にも包括的ポイント】

多職種連携は、課題共有から（カンファレンスの実施が一番！）

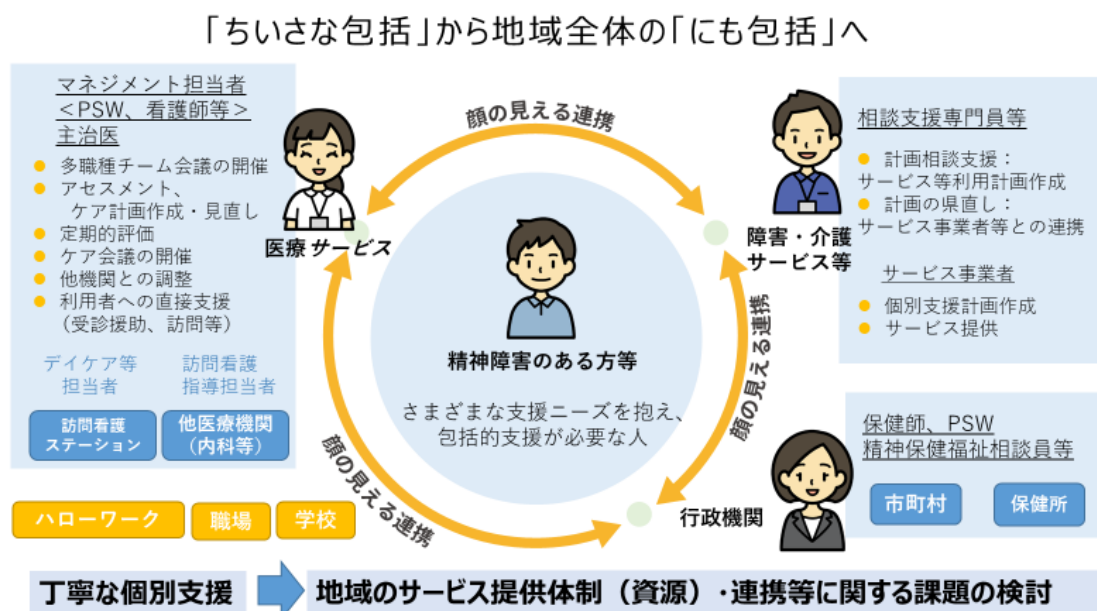
専門機関のリレー方式に併せて、デカパンやムカデ競争のイメージで包括ケア！

- 市区町村では、幼年期・児童思春期、青年期などのライフサイクルに応じて、様々な機関が個別支援に取り組んでいます。
- 精神保健業務は主に保健所が中心となり、市町村とリレー方式（バトンパス）で連携しています。これからの地域包括ケアシステムでは、専門機関によるリレー方式ではなく、デカパン競争やムカデ競争など、様々な住民が参画したワンチームで同じゴールに向かうイメージに例えることができます。
- チームが一丸となるためには「成功モデル」を参考とし、チームメイトの得意を生かした「作戦会議」と「繰り返しの練習」が必要です。ちいさな包括（多職種連携支援）の構築にはカンファレンスを繰り返し、共通のゴールを設定・支援方針を共有（規範的統合）することが連携のポイントになります。

IV. 個別課題から地域課題へ

(2) 地域課題の集約

- 「ちいさな包括」の実践がはじまると、個別支援チームで取り組んでいるものの、現在の地域の社会資源等では解決できないニーズが生じることがあります。
- 「ちいさな包括」による連携の積み上げから、同じような「困りごと」を抱えている方が複数いることに気づくことがあります。
- 個別支援課題が解決しない場合、本人を中心とし、医療、保健、福祉、その他課題となっている領域の担当者により、協議の場をつくり知恵を出し合います。



【にも包括的ポイント】

○「ちいさな包括」チームの課題は「地域課題」として可視化する

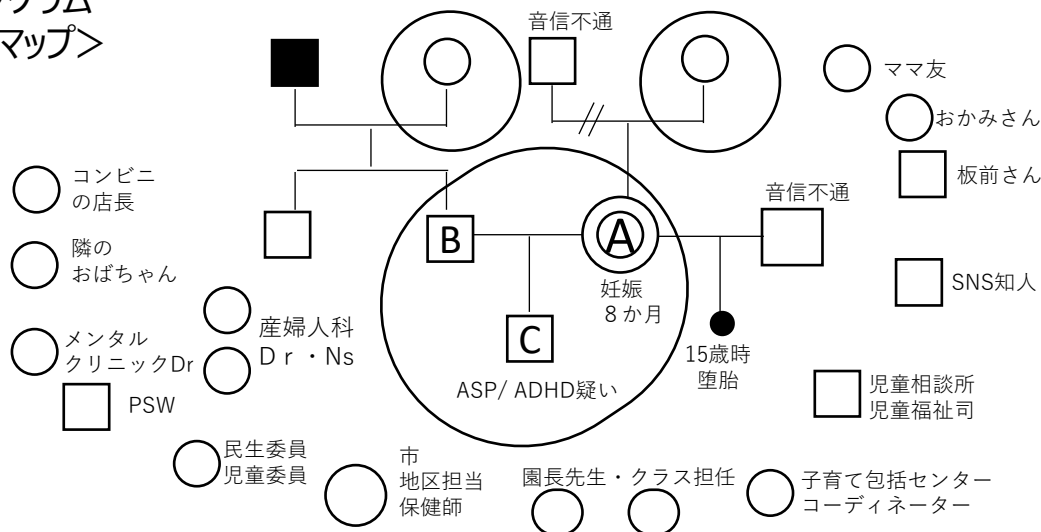
- 地域の支援策を上手に使えるれば「本人の困りごと」の多くは解決しているはず。解決できない「本人の困りごと」は、その地域の支援体制に何かが足りない現れです。
- このような、「本人の困りごと」に関わる際に、本人個人やその家族の課題と考えるだけでなく、本人の生活を取り巻く様々な環境や制度などの「社会的な課題」ととらえ「協議の場」で課題を共有し、解決に向けた具体的な協議をすすめます。

「自分なりに幸せに暮らしたい」 A美さんへの寄り添い支援

<ケース概要> A美さん（26歳、現在妊娠8か月）

B司（会社員）とC志（5歳）と夫の実家そばで生活している。

母子家庭で育つ。物心ついたときには実父は家を出ており顔も知らず、母が女手一つで育ててくれた。母の知人の小料理屋で働きながら定時制高を卒業。客であるB司と知り合い、20歳の時に結婚。長男出産後、抑うつ気分により情動が不安定となり、保健師の勧めによりメンタルクリニックを受診歴がある。C志の子育てには苦労が絶えず、2歳ごろから市保健センターが実施する発育発達の相談を利用した。夫の協力もあり、市担当保健師からの助言をうけ、C志を幼稚園に通わせることで子育て不安が軽減した。第2子妊娠後から通院をやめ服薬せずに過ごしているが、最近になり不定愁訴を自覚。頭痛、動悸、気分不安定で生活を悲観することが多くなり、眠れない日がづついている。姑に「私なんかいい方がみんな幸せでしょ」など自暴自棄に話すことが増えてきた。ある時、幼稚園から「C志が一人遊びをしていて、ジャングルジムから転落し救急搬送された」と連絡がある。A美は、動悸が激しく呼吸困難を自覚しながら姑とタクシーで救急病院に到着。待合室では、落ち着かず右往左往し、手続きも一人ではできずにいた。

ジェノグラム
<エコマップ>

<追加情報> A美さんへの支援とC志くんへの支援

市地区担当保健師が、第1子妊娠期から支援関係を継続している。長男出産後は、産後うつ状態となり、夫の協力のもとメンタルクリニックに継続受診していた。市保健師は時々訪問し、長男の発育の確認を建前とし、A美の気分変動など確認してきた。C志が2歳になるころから、発育発達上の課題が見られるようになった。A美自身も、C志の子育てを負担と感じ始めていた。姑とは関係が良好で、子育てでも多くの場面で協力してもらっていた。このことは「ひとりで子育てができない自分」「子育てに自信がもてない」と心理的な負担になっていた。A美は、時々以前働いていた小料理屋に立ち寄り、板前さんやおかみさんに愚痴をこぼしていたが、C志が落ち着きなく動き回ってしまうことから、店に顔を出さなくなっていた。第2子の妊娠がわかり、A美は久しぶりに保健師に連絡を取った。保健師は、妊娠を喜び出産に向けて支援することを約束した。しかしながら、A美は「……」（望まない妊娠について相談をしたかったのに……）と。

「自分なりに幸せに暮らしたい」 A美さんへの寄り添い支援

＜見立て＞ 第2子妊娠期、メンタル不調のA美さん。

- 疾病性 第1子の出産後、産後うつを経験。最近、自暴自棄な発言あり。
- 事例性 夫や姑の協力他交友関係は良好。第1子怪我で生活上のストレス急増。
- 緊急性 産婦人科の医師と妊娠期の経過確認が必要。第1子の対応優先。
- 即応性 訪問支援の頻度を増やす。

【プランニングのポイント】

- ☐ 担当保健師としての「見立て」（本人の強みとリスクの両面）
- ☐ 本人の同意のもと、早期に関係者間で支援者会議を実施
 - ☐ 「見立て」を多職種で確認、支援のプランニング（連携方法の確認）
産婦人科（医師・看護師）、幼稚園、子育てコーディネーター、民生委員・児童委員、
メンタルクリニック（精神保健福祉士）、相談支援専門員
 - ☐ リスクアセスメント（妊娠期、うつ、自暴自棄、子育て負担（子が発達障害？））
- ☐ 本人、夫、姑への支援（個別訪問）
 - ☐ 「本人が望む生活」のイメージを共有、「どのように寄り添い、伴走していくのか」支援プランを確認
 - ☐ 本人と支援チーム担当者の役割を確認。支援効果を定期的に確認。支援の見直しも検討。

【パーソナル・リカバリーの視点】

- A美さんの「強み」に着目
- 「本人が望んでいる生活像」「本人が望んでいる支援内容」を確認
- 過去に経験した事柄への対処方法（コーピングスキル）の確認
- 関係機関が多くあり、使い分けできるよう支援

【社会的リカバリーの視点】

地域のつながりで（本人同意に基づき）「ちいさなお世話」の繰り返し

- 地域の互助への働きかけ
本人の強みである人的ネットワークの活用。本人の特性について、正しい理解を促し見守り支援への協力を依頼
- 子育て世代包括支援センターや保健センター等の保健師等により、保育所や幼稚園、児童委員等子育て支援関係者への精神保健教育（精神科医療スタッフの活用）
- 精神保健の視点から母子保健×産婦人科×精神科医療の連携を構築

IV. 個別課題から地域課題へ

（３）地域課題の解決に向けた取り組み

<事例：北広島市> 障害者総合支援法「協議会」を活用した協議の場の運営

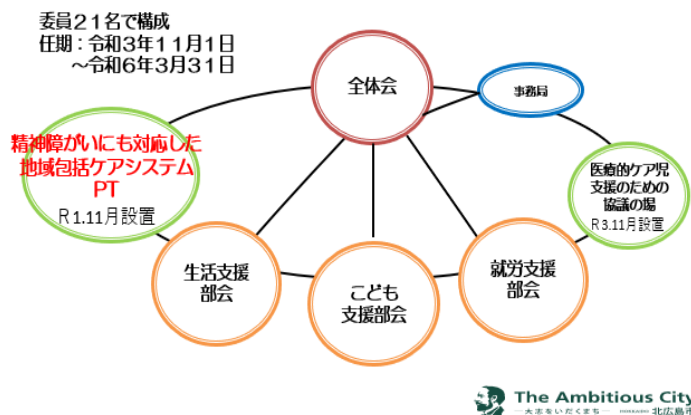
○市区町村では、（障害者自立支援）協議会を活用している例があります。

北海道北広島市（人口約５万８千人）では、市福祉課が事務局を担う障がい者自立支援協議会に『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けたプロジェクトチーム』を設置し、課題解決に向けて協議を開始しています。

事務局は、専門職（保健師、社会福祉士）と事務職で担うことにより、庁内及び地域の精神科医療機関の他、日頃から連携する顔が見える関係者を取りまとめています。

北広島市障がい者自立支援協議会

にも包括プロジェクトチーム（協議内容）



委員の任期）第1期：令和元年11月1日～令和3年10月31日
第2期：令和3年11月1日～令和6年10月31日

通算回数	協議内容
第1回	委員自己紹介、各委員の立場で考える精神保健福祉の課題について
第2回	北広島市障がい支援計画の説明、北広島市民の精神科入院の現状
第3回	講義：地域移行支援の実際、にも包括構成要素ごとの課題整理
第4回	事例報告（委託一般相談支援事業所）、北広島市の地域課題
第5回	講義：精神保健における千歳保健所の現状と課題 第6期障がい支援計画策定に向けて
第6回	中間まとめ
第7回	今後の取組について
第8回	当事者と家族からのメッセージ
第9回	障がい福祉サービス事業所から見える課題 ※ここまでが第1期
第10回	プロジェクトチーム第2期の取組について
第11回	プロジェクトチーム第2期の取組について (当事者参加、居場所づくり)

The Ambitious City
—大空をいどくまち— 北広島市

【にも包括的ポイント】

地域課題の解決にむけた具体的な協議内容の例

- 1 困難な課題のある個別ケースへの早期対応
- 2 精神保健相談に関する医療機関との協力体制
- 3 多職種アウトリーチ支援の事業化（訪問型相談支援の実現に向けた協議）
- 4 重層的支援体制整備事業との関係
- 5 精神科医療の提供体制と平時の対応の充実
- 6 地域移行・地域定着支援、自立生活援助の利用促進等
- 7 身体疾患をもつ精神障害者への支援
- 8 早期の危機介入による重症化予防の取り組み

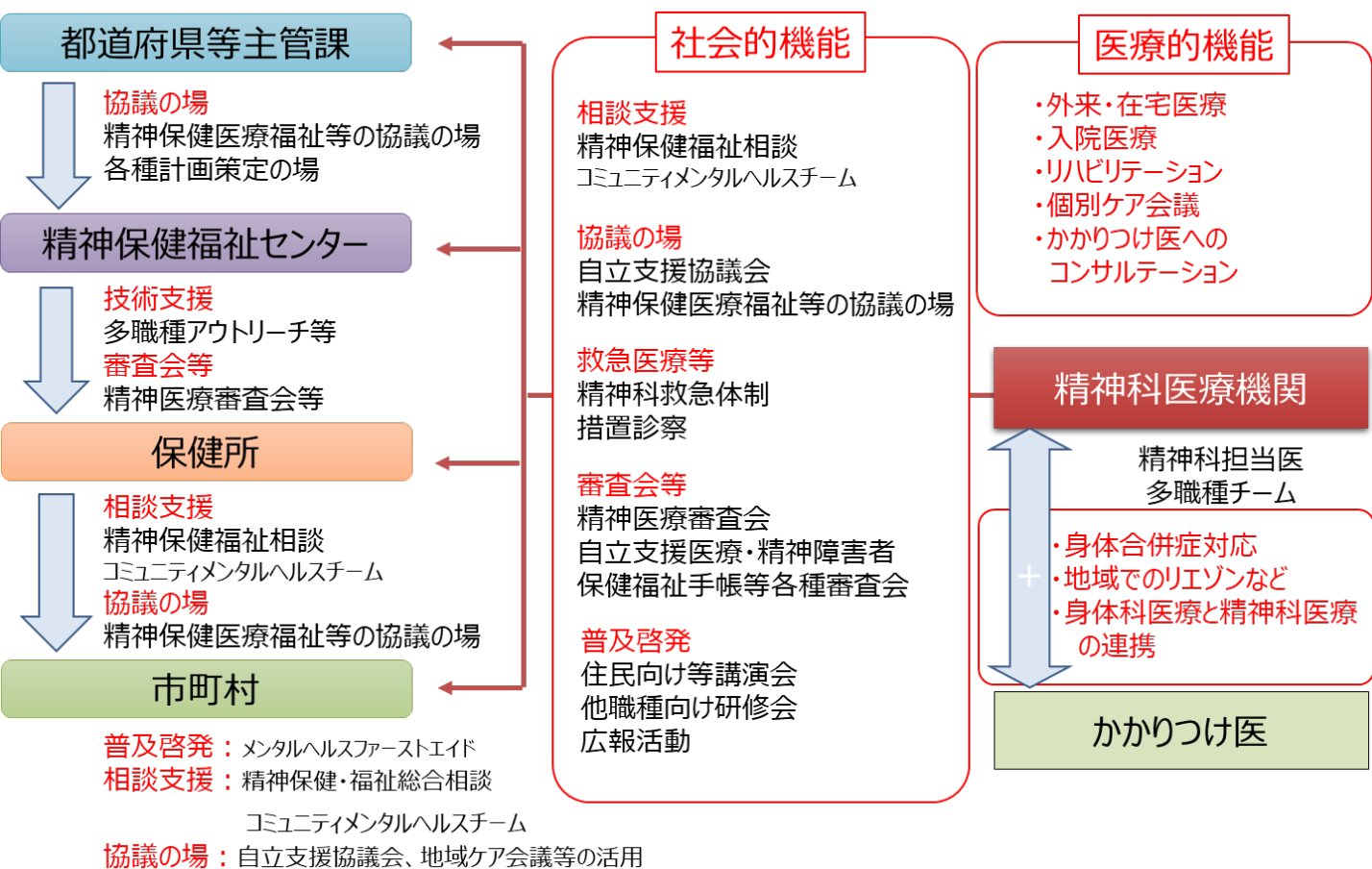
※詳細版では、上記に挙げた課題について具体的な方法を記載しています。ご参照ください。

V. 医療機関・行政機関の機能と役割

V. 医療機関・行政機関の機能と役割

(1) 精神科医療機関によるバックアップ

- 精神科医療との出会い方により、その後の治療継続性に大きな影響が生じます。過去に精神科医療機関を受診した際にトラウマとなるような体験をした方の場合、「もう二度と、精神科には行きたくない」と医療を中断する方が散見されます。
- 市区町村では、精神保健相談によりご本人の困りごとに寄り添いながら、ご本人が納得して受診を選択できるようタイミングを計ることが大切です。
- 一方、長期間医療中断している場合や、興奮状態にある方など市区町村だけでは対応が困難なケースは、精神科医療機関との連携により受診の調整を図り、往診や訪問看護などの導入を検討するなど、重症化を予防することが大切です。



【にも包括的ポイント】

○精神科医療との連携構築は、「地域連携室」が窓口となります。

- 市区町村では、個別支援ケースを通じて、主治医、担当看護等と連携を図ることが必要です。連携の窓口は「地域連携（室）」を担当する精神保健福祉士等が担っています。
- 特に医療中断しているケースや生活上の課題があるケースについては積極的に調整を図ってもらうよう働きかけを行うことが大切です。カンファレンスや受診の同行に関する調整などにより連携を図ります。
- 令和4年度から診療報酬が改定され、市区町村から依頼したケースについて多職種チームによるアウトリーチが可能となりました。アウトリーチ支援についても、日ごろの連携と事前の相談が大切です。

V. 医療機関・行政機関の機能と役割

(2) 都道府県等によるバックアップ

○夜間休日の精神科医療機関受診について

夜間休日や休診日で治療先の精神科医療機関が利用できない場合、医療を中断もしくは、受診先がない場合などは、都道府県が設置している精神科救急情報センター等に相談することもできます。

[引用）夜間休日精神科救急医療機関案内窓口 | メンタルヘルス | 厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](#)

○保健所

保健所には精神保健の担当として保健師や精神保健福祉相談員などの職員が配置されています。メンタルヘルスや精神保健に関する相談、未治療及び治療中断の方の相談、ひきこもり相談、アルコール・薬物依存の相談など幅広い相談を行っています。また、精神科医師等による相談日を開設しています。

保健所の強みは、医師や薬剤師など多職種の機関、精神科医療機関との関係性、圏域として捉える俯瞰的視野と他圏域との広域連携等があります。

公衆衛生機関として、市区町村のバックアップを行い、地域の課題と一緒に考え悩み答えを導き出していきます。

参考) [保健所管轄区域案内 \(mhlw.go.jp\)](#)

○精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは各都道府県・政令指定都市ごとに1か所ずつあります（東京都は3か所）。「こころの健康センター」「メンタルヘルスセンター」などとよばれてる場合もあります。

精神保健福祉センターでは、こころの健康についての相談、精神科医療についての相談、社会復帰についての相談、アルコール・薬物依存症の家族の相談、ひきこもりなど思春期・青年期問題の相談、認知症高齢者相談など精神保健福祉全般にわたる相談をおこなっています。電話や面接で相談できます。（事前に予約が必要です）

参考) [全国精神保健福祉センター一覧 | 全国精神保健福祉センター長会 \(zmhwc.jp\)](#)

コラム4 医療機関の選び方

○精神科病院では、ほとんどの場合は気分障害（うつ病など）や統合失調症や神経症など幅広く診療しています。

○中には、子どもや思春期など若者の診察を専門としている医師、アルコール依存症やてんかん、発達障害等、特定の分野を専門とする医師もいます。

○医療スタッフに関しては、生活支援の調整などを行う精神保健福祉士、話を聞きながら心理的なサポートをするカウンセラーなど、専門スタッフがいるかどうか医療機関の体制により異なっています。

○また、精神科といっても、入院設備がなく外来診療のみの精神科診療所（クリニック）、内科や外科など多くの診療科がある中で精神科の診療もしている一般病院（総合病院）、精神科の診療を主にしており、入院設備もある精神科病院があり、一般病院（総合病院）の場合は入院ができるところと外来診療のみのところがあります。

○相談者の状況に応じて医療機関を選ぶことが大切ですので、専門分野や治療プログラムなど、事前に保健所などから情報収集したり、医療機関の精神保健福祉士などに問い合わせるとよいでしょう。

引用) 医療機関の選び方> ころを専門に診る病院について> 困ったときの相談先>
ころもメンテしよう ~若者を支えるメンタルヘルスサイト~>
厚生労働省 (mhlw.go.jp)

○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

<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>

○厚生労働省所管の検討会

- 1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神保健について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00003.html
- 2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
第7回 地域精神医療について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00013.html
- 3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
第8回 都道府県・精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00015.html
- 4) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html
- 5) 「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html
- 6) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_322988_00011.html

○厚労省所管の政策研究等

- 1) 平成30年度障害者総合福祉推進事業
多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>
- 2) 平成28年度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
包括的支援マネジメント実践ガイド
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>
- 3) 精神科病院における。地域移行プログラム（地域連携パス）の実施状況
調査及び効果的なプログラム等の選定に関する調査・研究報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521954.pdf>
- 4) 平成30年度地域保健総合推進事業
精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業
[「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業」における保健所マニュアル](#)

まあ！ちがいがし の正解のほう

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会の後、重要な軌道修正がありました。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）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必要があります。同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度に関わらず、関係する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者とピアサポーター、家族、居住支援関係者などと連携による支援体制を構築していくことが必要。



Q そもそも誰のためのシステムか？精神障害者のための特別なシステムか？

A 「全住民」対象の「メンタルヘルスリテラシー向上のためのシステムであり、「地域共生社会の実現」に向けた取組

○そもそも地域包括ケアシステムとは、日常生活圏域における全世代対応型のシステムであり、関係者間の「規範的統合」によるご当地システムづくりの取組

○ゆえに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムも、日常生活圏域を基本とし、市区町村などの基礎自治体を基盤として進めていくもの

おわりに

この手引きは、保健所非設置の市町村で「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（にも包括）を推進していくための考え方や具体的方法についてお示しました。

「にも包括」はすべての住民のメンタルヘルスから、多くの支援ニーズをもつ精神障害者に至るまで、カバーする範囲が非常に広いため、その活動も多岐にわたります。協議の場の設定や、精神障害者の退院後支援や、地域移行・地域定着、危機介入のあり方など、この手引きで十分にとりあげられなかったことについては、今後内容を追加していく予定です。また、「はじめに」でもふれた通り、現在市町村の精神保健の位置づけについては協議が進められているところであり、これから業務運営要領などの改正が行われる可能性もありますので、それに伴い手引きのバージョンアップを図って参ります。

「にも包括」の理念や、個別支援から地域課題をアセスメントするという考え方は、精神保健福祉担当職員のみならず、市町村の職員全体で共有すべきことです。精神保健の課題は、すべての住民に共通する課題であり、精神保健福祉担当者の上に業務が集中することのないよう、すべての部署、すべての職員が、精神保健の視点をもてるようになることが望まれます。

この手引きが、「にも包括」の理解のための一助となれば幸いです。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた手引き（普及版） ～地域共生社会を目指す市町村職員のために～Ver.1

発行）令和4年5月

編集）地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）
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（分担研究者：野口正行）

研究協力）五十音順

岡本 秀行（川口市保健所）
河本 次生（埼玉県立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）
佐々木英司（埼玉県発達障害総合支援センター）
篠崎 安志（横浜市青葉区高齢・障害支援課）
清水 光恵（兵庫県伊丹健康福祉事務所）
中川 浩二（和歌山県福祉保健部障害者福祉課）
中村 征人（愛知県医務課こころの健康推進室）
林 みづ穂（仙台市精神保健福祉総合センター）
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（川崎市障害保健福祉部障害保健課）
山本 賢（飯能市健康福祉部障害者福祉課）

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

地域共生社会を目指す市町村職員のために

詳細版

令和４年３月

I.	はじめに	
II.	地域保健とメンタルヘルス	6
	1. メンタルヘルスの取組について	
	2. 精神保健相談の取組	
III.	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは：心の健康づくりや生活支援の視点を重視した精神保健医療福祉へ	9
	1. なぜ精神障害「にも」なのか	
	2. 「にも包括」構築により期待される将来像―地域共生社会の実現	
	1) 「にも包括」が目指すもの	
	2) 個別支援を通じた「にも包括」づくり	
	3. 「にも包括」の構築で対応すべき3つの課題	
	1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題	
	2. 精神障害者支援に関する課題	
	3. 危機介入に関する課題	
IV.	個別課題における着眼点と留意点	18
	すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題	
	1) 市町村が受けている相談におけるメンタルヘルスの課題	
	2) 相談にきた人の話から問題の全体像やニーズを整理する	
	3) 問題を起こしているとされる人のニーズを把握する	
	4) その人の「強み（ストレングス）」を把握する	
	5) メンタルヘルスの課題があるのではないかと考えてみる	
	6) 支援における関係づくりの重要性	
	2. 多部門多機関連携体制による重層的支援体制	
	1) 支援ニーズに基づく連携を進める	
	2) 連携の実際	
	3) 役割分担と重なり合いながらの支援、および連携のタイミング	
	3. 保健所、精神保健福祉センター、医療機関からの市町村支援	
	1) 市町村への適切なバックアップシステムの構築へ	
	2) 市町村を支援する保健所やセンターの動き	
	3) 精神科医療機関によるバックアップ	
	4. 個別の精神障害者支援	
	1) 精神障害者と関わる際に心得ておきたいこと	
	2) 市町村が提供している障害福祉サービス	
	3) 未治療・治療中断者への支援	
	4) 退院後支援	
	5) 地域移行・地域定着支援	
	6) 市町村町同意の医療保護入院者への支援	
	5. 危機介入	
	1) 平時の対応・受診前相談	

2) 入院外医療の提供

3) 入院医療の提供

V. 個別課題から地域課題へ・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

1. 個別課題から地域課題への気づき

2. 地域課題への対応：基本的な考え方

3. 地域課題の集約

4. 地域課題への対応：具体的な対応方法

参考資料

I. はじめに

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことで、高齢者の「地域包括ケアシステム」と同様に市町村を中心として構築を進めることが期待されています。このシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものです。この手引きは主として、保健所非設置の市町村保健師等、地域で住民に直接サービスを提供する職員を対象として「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」）を推進していくための考え方や具体的な方法を提示しています。保健所のある市の職員や市町村の管理職、保健所、精神保健福祉センター、都道府県等の担当者にもこの手引きの内容をご理解いただき、地域が一体となって「にも包括」構築に取り組んでいただきたいと思います。

この手引きの目標は以下の通りです。

- i. 地域保健活動において、精神保健（メンタルヘルス）の取り組みを行うことの意義がわかる。
- ii. 「にも包括」の趣旨や今後想定される施策の方向性について理解を深める。
- iii. 市町村の保健師が、業務の中でさまざまな相談（精神保健の問題が主訴ではない相談を含む）を受け、精神保健の視点に基づいたアセスメントを行うことができる。
- iv. アセスメントに基づき、必要な支援を精神保健の視点からも考えることができる。
- v. 課題に応じて適切に、部門横断的な庁内連携や地域の関係機関（医療、福祉、教育その他）との連携体制を構築するとともに、保健所や精神保健福祉センターなどとの縦断的重層的支援体制を組むことができる。
- vi. 精神障害に特有の課題についても地域の課題を整理し、関係機関の連携や必要な資源の創出や必要な対応策について、関係者全体で考え、地域共生社会に向けた取り組みにつなげることができる。

もちろん、短期間ですべての目標を達成することはできません。この手引きを参照していただきながら、日々の業務の中で「精神保健（メンタルヘルス）」の視点を意識することから始めるのもよいでしょう。メンタルヘルスの視点は、よりよい住民サービスや地域づくりにとって欠かせないということを、地域全体で共有することが大切です。この手引きは、最初から読むのでも、興味を持てそうなところから読むのでも、どちらでも構いません。

本手引きは、「にも包括」の理念と目指すもの、「にも包括」構築を支える基礎となる個別支援（ミクロ）、個別支援を通しての連携体制、個別支援から地域課題を取り上げるところ（メゾ）までのレベルについて取り上げます。協議の場の設置や「にも包括」構築に関わるシステムなどマクロレベルについては、令和4年3月時点では、まだ市町村向けの施策が整理途中であるため、来年度以降の改訂版で取り上げる予定です。

なお、この手引きについては、普及版を作成しております。こちらのほうがわかりやすく簡潔にポイントが書かれており、研修とも連動していますので、そちらをまずご参照ください。本手引きは詳細版で、個別支援や連携などについて、考え方をより詳しく書いたものです。マニュアルではありませんが、地域支援に関する考え方を確認したい方は、こちらをご参照ください。

II. 地域保健とメンタルヘルス

ポイント

- 地域保健ではさまざまな施策が展開されているが、それらにはメンタルヘルスの課題が深く結びついている。
- 経済的困窮などの生活面の課題とメンタルヘルスの不調は密接な関係があり、それらは相互に悪循環を形成することが少なくない。
- したがって、地域保健の推進のためにはメンタルヘルスの視点を持つことが大切である。
- メンタルヘルスの支援では、地域保健でもよく言われる一次予防、二次予防、三次予防の区別とそれぞれへの対応が大切である。

地域保健とは、地域社会で展開される保健活動全般のことです。地域社会は居住を中心とした社会集団を意味し、「保健」とは、個人および集団の健康を守り、保つことで、1次予防（疾病の発生を未然に防止すること）、2次予防（疾病の早期発見と治療）、3次予防（発症した疾病の増悪防止とリハビリテーション）の概念を含みます。

1947年に採択されたWHO憲章では、「健康」を次のように定義しています。

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。（日本WHO協会訳）」

実際、身体と精神と社会は相互につながっています。これらの要素をひとつのまとまりとしてとらえる見方は、生物心理社会モデル（Bio-Psycho-Social Model）として知られています。たとえば、人間関係などの心理的ストレスは疾病の発症あるいは悪化につながることがあり、疾病があることによって社会的役割に変化が生じます。身体の不調があれば、心理的な変化が生じ、これもまた社会生活に影響をおよぼします。地域保健活動においては、個人のみならず、世帯、さらには地域全体を生物心理社会モデルで包括的にとらえる必要があります。

地域保健には、様々な法律等に基づく多様な施策が関連しています。図1は地域保健に関わる主な法律と施策です

図1 地域保健に関わる主な法律と施策



このような法律と施策に基づいて、それぞれの市町村では児童母子、がん成人、介護予防、発達障害支援、自殺対策等、多岐にわたる地域保健活動が展開されています。

市区町村における業務と精神保健（メンタルヘルス）問題の関連（N=1267）

○以下の業務の中で精神保健（メンタルヘルス）の問題がどの程度関連していると思うか。

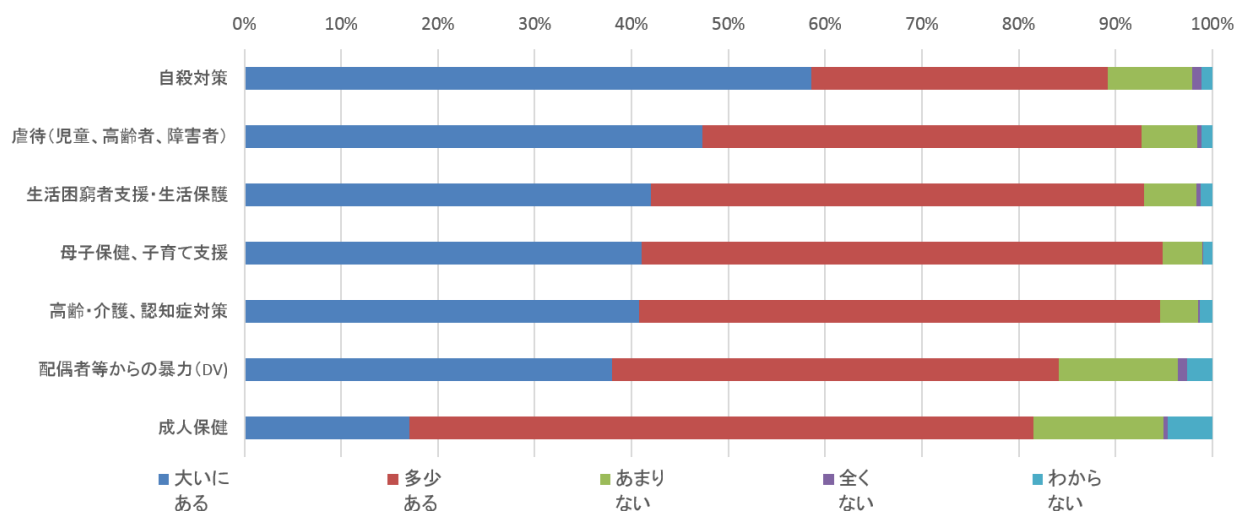


図2 市区町村の業務と精神保健

これらの課題にはメンタルヘルスの問題が重なることが多いことが知られています。図2は、全国の市区町村に、「市区町村における業務にメンタルヘルスに関する問題がどの程度あると思うか」について尋ねた結果です。この結果からは、市区町村の多くの業務がメンタルヘルスの問題と関連していることがうかがえます（資料3「市町村の現状と課題」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00003.html）。

例えば、児童虐待や母子保健、子育て支援など、市町村等でも大きな課題になっているところでもメンタルヘルスの問題が大いに関わっている、と考える市区町村が4割に上ります。このように、精神保健と銘打っていない課題であっても、メンタルヘルスの課題が関係してくることが多いのが実情です。このほか、「地域共生社会最終とりまとめ」（p.14-15 脚注）で「狭間のニーズ」として取り上げられた例としては、「8050世代のひきこもり」「発達障害疑いで一般事業所になじめない」「精神的な不調で社会に出ることが不安」「アルコール・薬物依存で就労困難」「ヤングケアラー」「中学校や高校卒業後に就労などにつながっていない人」など、メンタルヘルスの課題が関係する人たちが挙げられています。このような事例をつぶさに見てみると、生活面での困難があり、それが慢性的に複数重なってくるとメンタル不調を来しやすくなることがわかります。またメンタル不調によって生活面での困難が生じる場合もあります。すなわち、生活上の困難とメンタルヘルス不調が重なって悪循環が生じることで、課題が複合化し、制度の狭間に陥ってしまう事態を見て取ることができます。このような悪循環に陥る前に、適切な対応をすることが大切です。そのためには、日々の地域保健活動において、メンタルヘルスの視点を持つことが不可欠になります。

地域保健活動を行う上では、メンタルヘルスの視点から見た「予防」について理解することが役立ちます。表1に、メンタルヘルス支援における「予防」の概要を示します。

1次予防	疾病の発生を未然に防止	- メンタルヘルスや精神疾患に関する普及啓発 - メンタルヘルス不調に対するセルフケア、身近な支え手によるケア、生活支援等
2次予防	疾病の早期発見と治療	- 精神疾患の早期発見・早期介入 - 精神医療へのアクセスの確保
3次予防	発症した疾病の増悪防止とリハビリテーション	- 精神医療、地域ケアの充実 - リカバリー支援（孤立防止、社会参加、社会復帰支援等）

表1 メンタルヘルスと予防

メンタルヘルス不調や精神疾患、精神障害（以下、「メンタルヘルス不調等」）は自分や身近な人等誰もが経験しうるものですが、本人が医療や支援が必要であることに気づきにくく理解しにくい場合や、気づいていても相談がしづらかったり、どこに相談してよいかわからなかったりする場合があります。このため住民全体がメンタルヘルスに関する理解を深めるとともに、メンタルヘルス不調等に身近な人が気づき、サポートすることも必要となります。これは1次予防にあたります。

2次予防は、精神疾患の早期発見および介入です。メンタルヘルス不調等の兆候に気づいた場合や、何らかの困りごとを抱えている場合に、気軽に相談できる場や人の確保と相談窓口の周知が必要です。また、精神疾患が疑われ、治療の必要があると思われた場合には、適時適切に精神医療にアクセスできる体制をつくることも重要になります。

メンタルヘルス不調等からの回復のしかたは個人差が大きく、短期間で不調になる前と同じ状態に戻る場合もあれば、回復まで時間を要したり、何らかの生活のしづらさが残ったりする場合があります。大切なことは、メンタルヘルス不調等を抱えた方が、安心して自分らしく生活できるように支援することです。これは3次予防に相当します。そのためには、精神医療や地域ケアの充実が必要であると同時に、メンタルヘルス不調等に対する地域住民の理解と助け合いも重要です。

III. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

一心の健康づくりや生活支援の視点を重視した精神保健医療福祉へー

1. なぜ、精神障害「にも」なのか

ポイント

- 近年の多くの社会問題にはメンタルヘルスの課題がしばしば関係しており、精神保健の視点が重要である。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会実現のために必要なメンタルヘルスの視点と支援を導入する。
- 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ことで、市町村の保健師等の関係者が現在取り組んでいるさまざまな社会的課題に対して、より効果的なアプローチができる。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、略して「にも包括」と呼ばれています。なぜ、「精神障害に」ではなく「精神障害にも」なのでしょう。

「にも包括」では、現在それぞれの市町村で行っている「（母子保健の取り組み）や」（高齢者等の）地域包括ケアシステムの構築」をはじめとした保健医療福祉の取り組みの中に、これまで別枠で捉えられることの多かった精神障害を含めたメンタルヘルス不調への支援「にも」目を向けることを重視しています。現在多くの市町村では、母子保健、自殺対策、依存症対策、生活困窮者自立支援、障害者総合支援法に基づく支援、介護保険サービス、市町村の保健事業、またかかりつけ医や救急医療などの中で、広くメンタルヘルスに関する取り組みが行われています。既存のシステムの中で、広い意味でのメンタルヘルス支援をさらに充実させつつ、狭い意味での精神障害を別枠でとらえることなく、あたりまえにサポートしていけるようにすることを意図しているのが、精神障害「にも」対応した地域包括ケアシステムなのです。

現時点では、市町村が精神保健相談としてメンタルヘルスの課題の相談を受ける法的義務の規定はありません

ん。しかしわが国全体で地域共生社会の実現を目指している今、広くメンタルヘルスの課題に取り組むこと、精神障害を特別視するのではなく、地域住民としてあたりまえに支援していくことが一層重要性を増してきています。

2. 「にも包括」構築により期待される将来像―地域共生社会の実現

ポイント

- 「にも包括」は地域共生社会を実現するためのシステムであり、仕組みである。
- 国民全体のメンタルヘルスリテラシーの向上などをはじめとする、一次予防、精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援を受けられる二次予防、精神障害からのリカバリーの促進の三次予防により、「にも包括」は適切な予防体制を構築し、結果的に事後的な危機介入が減少することを目指す。
- 地域共生社会の実現にとっては、虐待、課題が複合した事例、ニーズが満たされていない事例に対応できる体制が欠かせない。このためには、メンタルヘルスの視点を生かした「にも包括」の体制が重要である。
- 個別事例を通しての連携は「にも包括」の最小単位である。

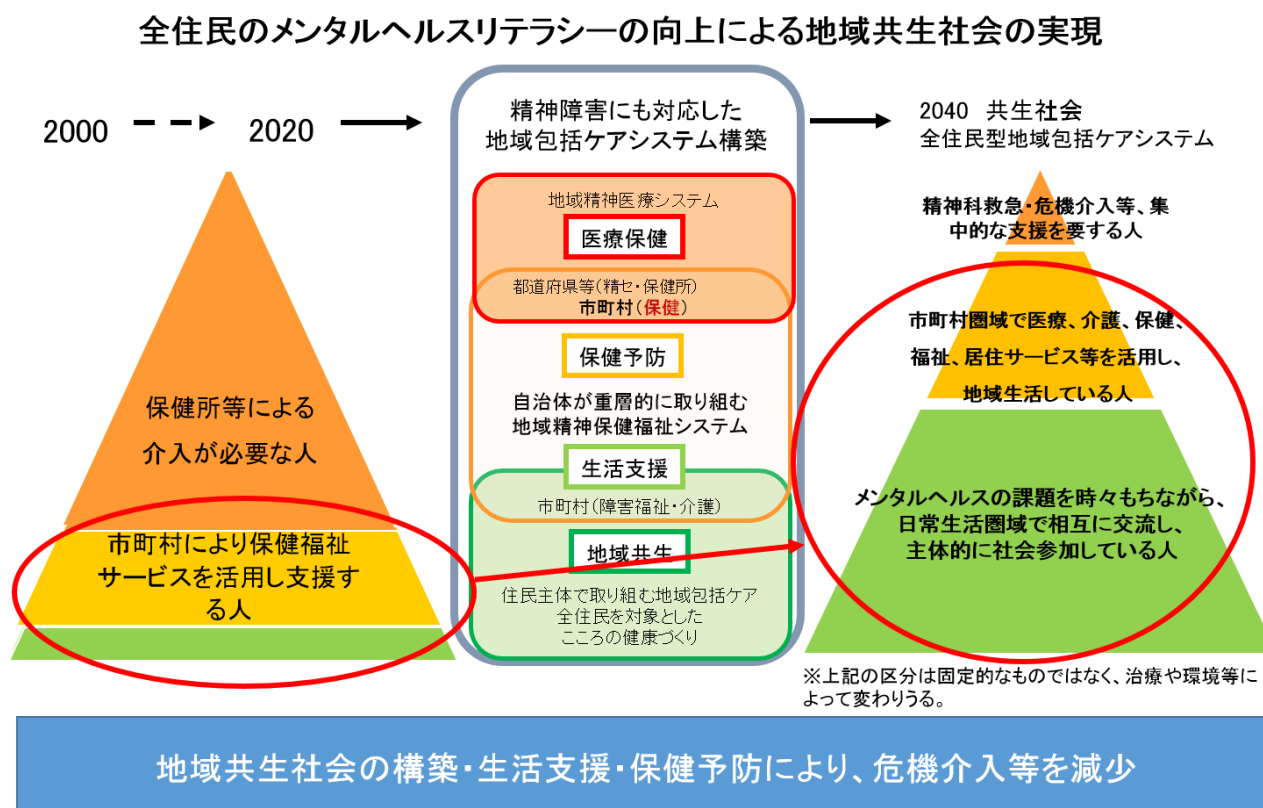
1) にも包括が目指すもの

「地域共生社会」とは、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方です。「にも包括」は、そのような社会を実現するための「システム」「仕組み」のひとつです。「にも包括」構築により、どのような状況であってもメンタルヘル스에配慮した支援が受けられること、精神障害の有無や程度にかかわらず適切な支援を受けることができること、そして支援にあたっては、本人の困りごと、本人の関心事、自己実現への想いや潜在的ニーズに寄り添い、本人の意思が尊重されるような社会の実現が期待されています(報告書 p.4)。

そのためには、国民全体のメンタルヘルスリテラシー(※用語解説:心の不調や病気の予防と早期対処のために、その兆候や症状、特徴と、適切な対処方法の正しい知識と理解を身につけていること)の向上による、適切な援助を求めるスキルの獲得、偏見を減らすことによる住民のサポート力やソーシャル・キャピタル(※用語解説:「社会関係資本」と訳される。人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴)の強化が最も重要です(1次予防)。これにより、孤立する人たちが減少し、互助活動が活性化すれば、精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援や必要な医療を受けやすくなり(2次予防)、結果的にメンタルヘルスのリスクの低減や、リカバリー(※用語解説:人々が生活や仕事、学ぶこと、そして地域社会に参加できるようになる過程。障害があっても充実し生産的な生活を送ることができる能力や症状の減少や緩和などを含む)の促進につながることを期待されます(3次予防)。

「にも包括」構築により目指す方向性のイメージを下の図 3 に示します。現状では、地域住民がメンタルヘルスの課題を抱えていても、なかなか適切な支援につながらないことも多く、何かのきっかけで事例化して危機介入が必要となるようなケースが少なくありません。もし危機介入を要する前の段階で問題に気づき、生活支援や必要に応じた医療の導入などの保健予防的な介入を行うことができれば、問題の深刻化・複雑化を予防し、精神科救急

や保健所による危機介入等を未然に防ぐことができる可能性が高くなります。また、本人のみならず、家族全体のメンタルヘルスを幅広く見ていくことで早期の適切な対応が可能になることもあります。



出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 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」
(研究代表者：藤井千代) 分担研究「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」(分担研究者：野口正行)

図3 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目指す方向性のイメージ

図3の中央にある「にも包括」の重層的支援の四つの要素をここで説明しましょう。

①地域共生

全住民を対象とした心の健康づくりの取り組み(「心のサポーター養成事業」等の啓発事業)や精神障害の方が支援の支え手として活躍の場を得るピアサポーター、メンタルヘルスの課題を時々持ちながらも就労を含めた様々な形で、専門的な支援とは別のよりインフォーマルなサポートによって、メンタルヘルスに課題を抱える人が日常生活を送りながら主体的に社会参加をする取り組みを進めるものです。

②生活支援

市区町村(児童福祉、障害福祉、介護保険等)が主体となり、民間との協働により、住民サービスや福祉サービス等の社会資源の充実を図ることにより、日常生活圏域できめ細やかな生活支援を提供できる体制を構築するものです。それにより、精神障害者などがサービスを受けながらも危機に陥ることなく、安定した地域生活を継続することができることを目指します。

③保健予防

四つの要素の中心に位置する重要な要素です。地域保健・精神保健の取り組みが、住民のこころの健康づくりを進めるとともに、メンタルヘルスの不調の予防、早期対応、早期治療による重症化の予防の取り組みを進めるものです。

④医療保健

「にも包括」のシステムを強化し、それぞれの取り組みをバックアップするセーフティネットも含めた支援を提供する要素です。都道府県等が、平時からの医療提供体制の整備と急性増悪、精神症状の再燃、再発への対応を行う精神科救急システムの整備、また適切な医療提供体制の確保を図っています。

2) 個別支援を通じた「にも包括」づくり

地域共生社会を実現するための地域づくりは、改正社会福祉法に基づいて実施されています。その中では、市町村が地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整を行うことが求められるようになりました。総合相談においては、複雑で複合的な課題を抱えている人への対応が求められることも少なくありません。いわゆる、アンメットニーズ unmet needs (※用語解説：支援ニーズがあるにもかかわらず、それへの適切な対応ができていない状態) への対応です(下図 4)。アンメットニーズを抱える人の中に対する支援では、メンタルヘルスの視点が欠かせません。

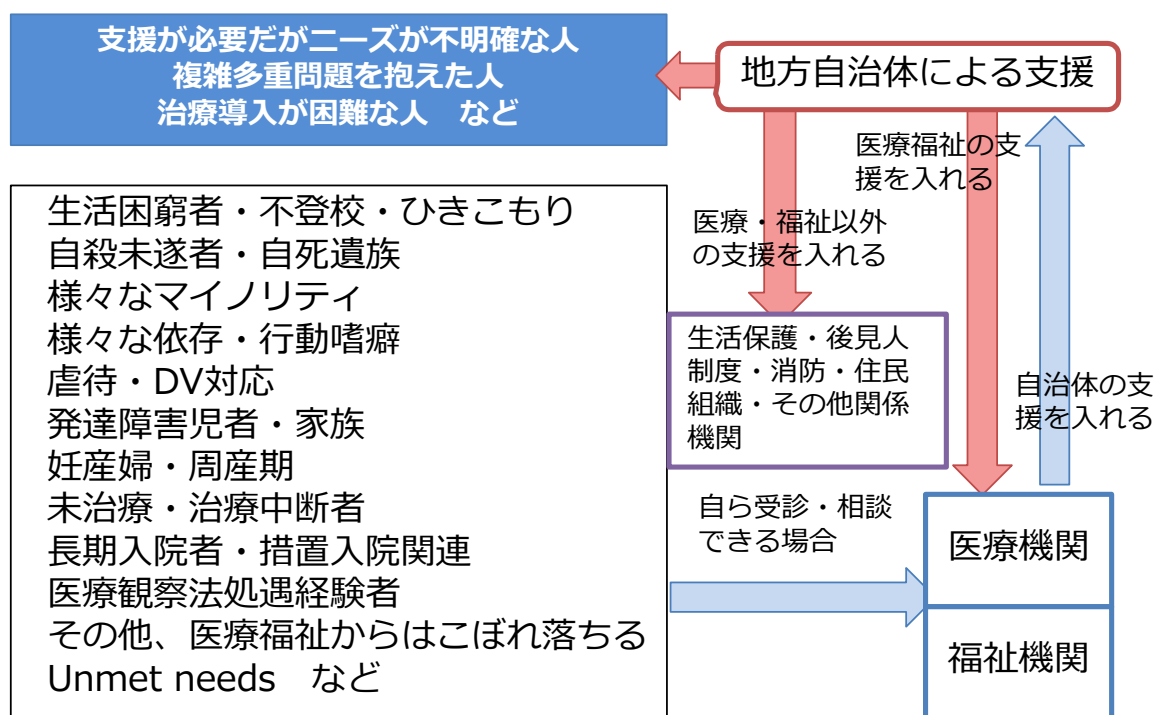


図4 自治体の相談支援の役割

支援を必要としているメンタルヘルス課題に対しては、現状においても、市町村保健師等が対応しています。保健師等が単独で必要な支援を提供することが困難な場合には、その都度関係部署、関係機関等と連携していると思われます。個別ケースにおいて構築した連携体制は、「にも包括」の最小単位です。このような個別ケースの支援を通じた連携体制は、現状でも各市町村で構築されています。それらを肯定的に見直し、それぞれの強みを確認しつつ、必要に応じて少し工夫を加えたりしながら個別ケース支援を積み重ねていくことが、「にも包括」構築の第一歩です。

こうした取り組みにより、自分らしく地域生活を送ることができる人たちが増え、結果として、事後的な緊急対応を待つ人たちが減ることが期待されます。そして、障害を持つ人も持たない人も、お互いに助け合い、必要な人が必要な支援を受けられることで、持続可能で安心できる地域社会、すなわち地域共生社会の実現に近づくことができると考えられます。

ところで、地域共生社会については、重層的支援体制整備事業が開始されています。「にも包括」とこの事業との関係はどうなっているのでしょうか。

以下図 5 に、地域共生社会における重層的支援体制整備と「にも包括」の関係を示しておきます。具体的な詳細な制度の上ではまだ調整が必要な項目が多く、今後の検討が必要です。ここでは、重層的支援体制整備事業のような地域共生社会構築の取り組みにとっても、メンタルヘルスの視点、すなわち「にも包括」の視点が重要であり、有用であること、また福祉の領域が重要であるとともに、潜在的なニーズにも積極的に予防的に関わる保健の視点や専門職の活動も重要であることをここで改めて確認しておきます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築		福祉領域における重層的支援体制整備
● 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 ● 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会報告書【市町村主体、重層的連携の構築】	根拠等	● 改正社会福祉法（生活困窮、子育て、障害、介護） ・生活困窮、子育て、障害、介護 【課題】事例の多くは、メンタル課題が顕在化しているが「精神保健」は含まれていない
地域精神保健システムの再構築による保健予防の取組強化 福祉総合相談体制整備との統合化	主たる目的	福祉総合相談体制の整備
市町村（保健部局）主体・都道府県等と協働	実施主体	市町村（福祉部局）主体・保健部局との連動・統合
●地域精神医療保健システム構築 ● 都道府県圏域と自治体間の縦串による重層的支援体制 ・都道府県圏域・障害保健福祉圏域 →主に精神科医療体制の整備 ・市町村圏域・日常生活圏域の取組強化 →早期発見・対応による重症化・複雑化予防 ・メンタルヘルスリテラシー向上にむけた取組 ・多機関多職種による重層的連携の強化など ● 市町村（福祉）による生活支援・地域共生との統合化 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・市町村（総合相談・伴走支援等）との連動 ・参加支援・地域づくりへの精神障害者参画の働きかけ	精神保健 アプローチ 特徴 及び 機能等	● 顕在化しているニーズ 児童・思春期保健、不登校・ひきこもり、 アディクション、家族機能不全、DV、 自殺未遂者・自死遺族支援など ● 市町村圏域における体制整備 ● 自治体内及び庁内の横串連携 ・総合相談（伴走支援） ・参加支援 ・地域づくり

図5 重層的支援体制整備事業と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の視点の関係

3. 「にも包括」の構築で対応すべき3つの課題

ポイント

- 「にも包括」では、「すべての住民のメンタルヘルスにかかわるにかかわる課題」と「精神障害者支援に関する課題」「危機介入に関する課題」の3つに分けることができる。
- 生活上の困難とメンタルヘルス不調は適切に対応されないと悪循環を形成することがしばしばある。
- 精神障害者支援に関する課題と、すべての住民の健康と生活上のニーズにかかわる課題は、決して別のものであるのではなく、互いに連動する
- 危機介入の体制を考える際には、地域住民が危機に陥った際に対応できる体制だけでなく、平時の支援を充実させることが重要である

ここでは、「にも包括」を構築することによって対応すべき課題を、便宜的に「すべての住民のメンタルヘルスにかかわるにかかわる課題」と「精神障害者支援に関する課題」「危機介入に関する課題」の3つに分けて考えてみます。これらの課題は実際には重複すること多いのですが、ここでは問題の整理のため、いったん区別しておくことにします。

これらを図で示します。

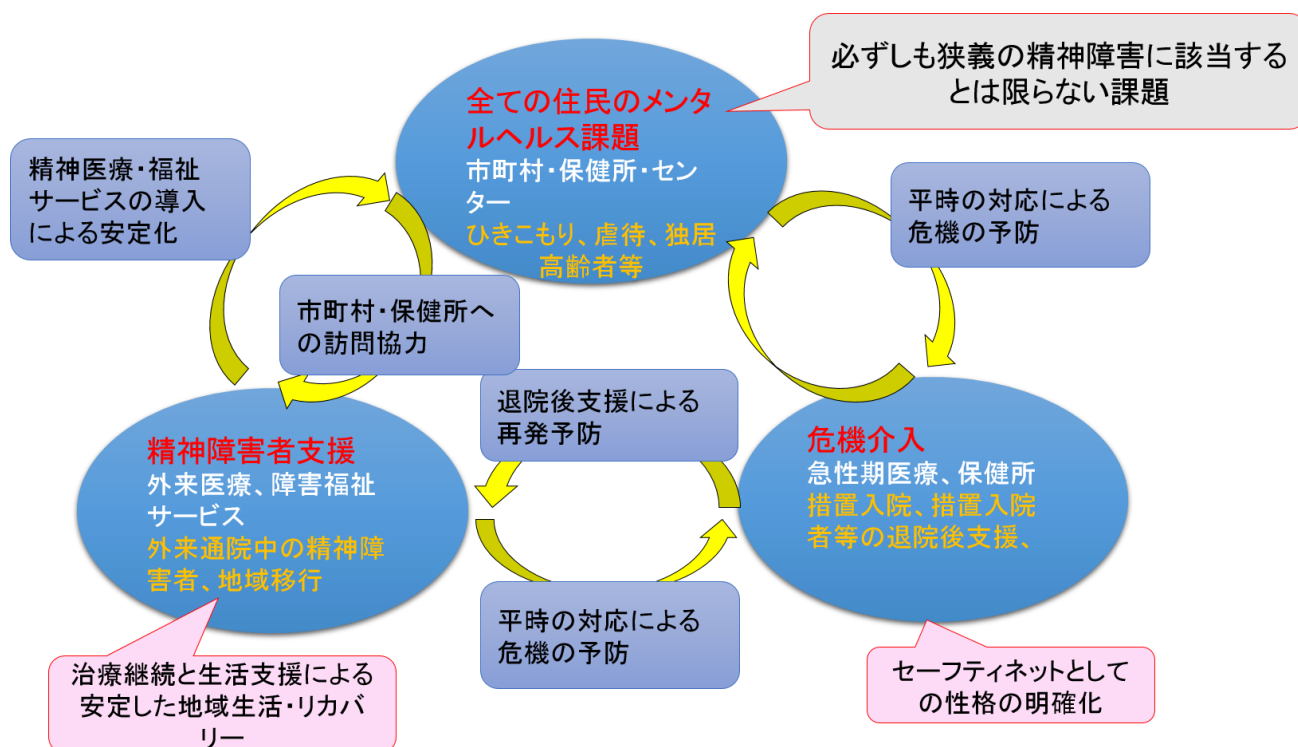


図6 「にも包括」における支援の3つの課題領域

それぞれの説明は以下に示します。

1) すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題

メンタルヘルスの視点は、住民の健康を守るための保健活動全般に関係します。ここにはいろいろな相談が寄せられます。それらを受ける中に前述の、いわゆるアンメットニーズの課題も含まれてきます。この課題への対応は困難をきたすことも多くなりますが、対応においては、本人や世帯のメンタルヘルスに着目することが特に重要となります。たとえば、母子保健の課題（児童虐待、妊産婦のメンタルヘルス）や、ひきこもり、8050問題、ゴミ屋敷問題、独居高齢者支援のあり方などは、さまざまな領域の課題が複合化して解決が困難になっていることが多く、メンタルヘルスをはじめ、関係する部署や機関が連携して対応にあたることが求められます。軽度知的障害で療育手帳を持っていない人や、発達障害のために生活上の困難があるもののサービスにつながらない人、精神障害が疑われるものの医療や支援を受けていない人なども、問題が複雑化することが多く、アンメットニーズの中に含まれると言えるでしょう。

これらの人々は、何らかの支援が必要であるものの、ニーズが明確でないことも多く、既存の制度の狭間に落ちてしまいがちです。さらには自ら助けを求めない、または支援を拒否することも少なくないことから、すぐには問題解決に至らないケースも多いです。関係者間で連携しながら根気よくかかわりを続ける必要があります。

地域保健の課題を検討する際には、ライフステージに注目することも大切です。以下図7に、地域保健活動においてしばしば出会う課題の例をライフステージごとに示します。

ライフサイクル	領域	主な支援対象等
幼年期から青年期	○主に母子保健・子育て支援 ・教育・学校保健、医療・療育、障害児支援等機関等との連携	医療的ケア児支援 発達障害 不登校 ヤングケアラー支援 児童虐待 若者の自殺対策 など
周産期 妊娠から産褥産後	○主に母子保健 ・産科・婦人科、子育て支援機関等との連携	妊産婦のメンタルヘルス支援 妊産婦の自殺対策 産後うつ等産褥期の支援 など
壮年期から中年期	○主に成人保健・福祉 ・産業保健、生活福祉、居住支援、障害福祉関係事業所等との連携	ひきこもり 貧困・貧困に伴う健康問題 性別異和 気分障害 様々な依存症 がん等の身体疾患 自殺対策、遺族支援 など
高年期・老年期	○主に高齢者支援 ・高齢・介護保険事業者等との連携	老々介護・老障介護 独居高齢者、孤独死 認知症、セルフネグレクト など

図7 ライフサイクルとメンタルヘルス支援の対象像

これらは課題の一部ですが、生活上の困難やメンタルヘルス不調は、適切に対応されない場合図 8 のような負の連鎖を生じることがあります。

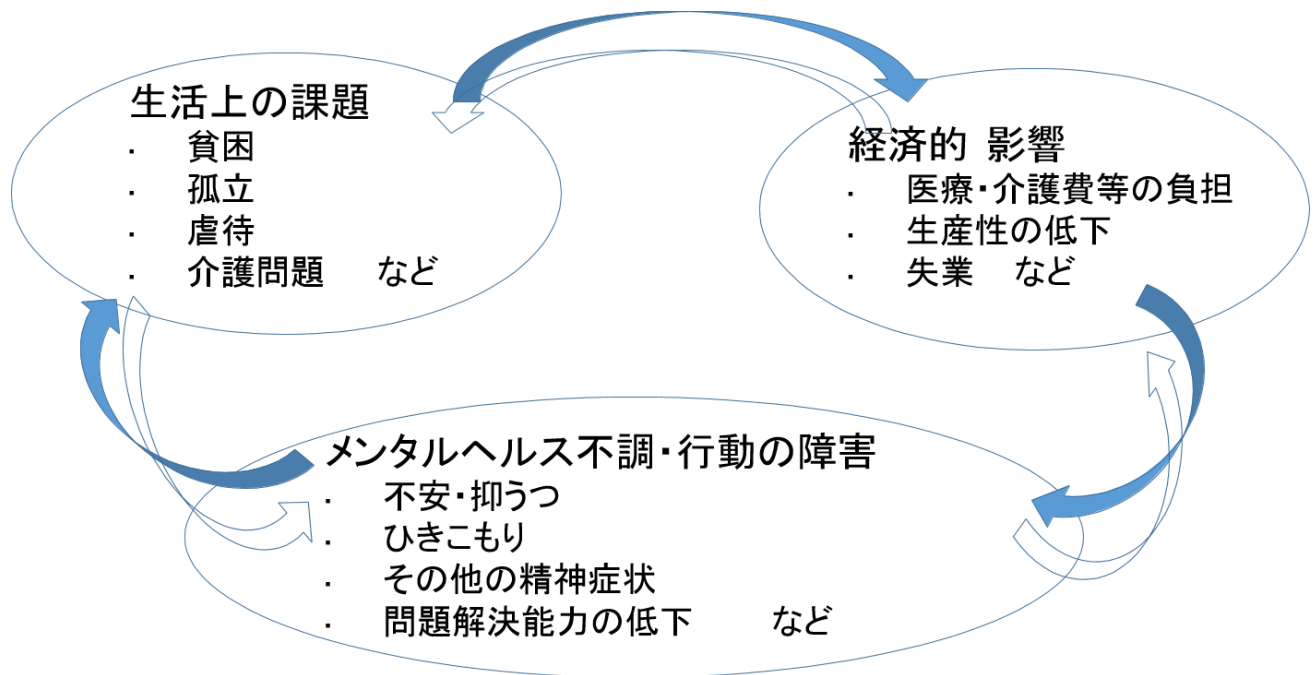


図 8 生活上の課題とメンタルヘルス不調の負の連鎖

メンタルヘルス不調は、「メンタルヘルスの専門家が対応すればよい」「精神科医療機関につなげばよい」というものではありません。精神科受診やメンタルヘルスの専門家の関与を考慮すべき場合もありますが、それだけでは不十分です。メンタルヘルスの課題をさまざまな生活課題とともにきちんと把握して、包括的な対応を行っていく必要があります。専門家が関与すべきメンタルヘルスの課題があったとしても、困難を抱えた地域住民の一人として必要な支援をする姿勢が求められます。

2) 精神障害者支援に関する課題

市町村は、住民全体の精神保健の課題への対応とともに、専門的な治療や包括的・継続的な支援を要する精神障害者が地域で生活するための支援（精神医療と保健・福祉の連携、精神医療と一般医療の連携、障害福祉サービスの充実など）や、長期入院者の地域移行・地域定着支援など、精神障害者支援についても対応を充実させる必要があります。近年は、市町村における認知症ケアや発達障害者支援などが充実しつつあり、これらの支援活動で培われたノウハウは、そのまま精神障害者支援にも生かすことができます。

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（以下、「障害者総合支援法」）では、市町村は、障害者（精神障害を含む）に対する支援体制の整備に努め、障害者サービスの支援費の支給を行うことになっています。精神保健福祉法第 47 条 3 項において精神障害者の福祉に関して相談に応じることが義務とされています。そして都道府県は、市町村に対して、制度が円滑に実施するための支援を行います。ここで留意すべきなのは、精神障害者支援に関する課題と、すべての住民の健康と生活上のニーズにかかわる課題は、決して別の

ものではなく、互いに連動するという事です。精神障害者が十分な支援を受けられないことにより、複雑多重的な社会的課題に発展するという状況はよく経験されます。生活上の困難を抱えたことにより、精神疾患に至る例も珍しくはありません。適切な支援が入らなければ、上の図に見るように、精神疾患があることが課題の解決を一層困難にしてしまい、悪循環が形成されてしまうこともあるのです。

長期入院者の地域移行・地域定着支援は、地域精神保健医療福祉におけるもっとも重要な課題のひとつです。長期入院している人の課題は地域の課題として見えづらいこともあり、市町村が取り組むべき課題としては気づかれにくいかもしれません。しかし長期入院している人も市町村の住民であり、住民サービスの対象です。これは、精神科の入院医療機関がない市町村の住民が他の地域の病院に入院している場合でも同様です。「入院しているのだから、その人のケアについては病院にお任せすればよい」というわけではありません。「医療」に関しては医療機関の担当ですが、「地域生活の支援」については市町村や地域援助事業者が医療機関と連携をとりながら提供します。

長期に入院していると、社会生活に必要な機能が低下していることが多いため、地域で生活していく上ではさまざまな支援が必要となります。帰る家がない、という人もいるでしょう。精神科に長期に入院している人が、自分たちの市町村にどの程度いるかについては、「地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース」(ReMHRAD) <https://remhrad.jp/> で把握することができます。地域生活支援や居住支援を整え、医療機関と協力して、安心して地域生活に戻れるような基盤整備を行うことも、市町村の大切な役割です。

3) 危機介入に関する課題

精神疾患の急性発症や精神症状の急性増悪等により、地域住民が危機的な状況に陥った場合の対応も、「にも包括」の重要な課題のひとつです。危機介入の体制を考える際には、地域住民が危機に陥った際に対応できる体制だけでなく、平時の支援を充実させることが重要です。全てのケースで予防的な対応ができるわけではありませんので、セーフティネットとしての精神科救急を含めた危機介入体制は重要な課題です。しかし同時に、平時の対応として、地域住民がかかりつけ医や訪問看護、保健所、市町村保健センター、福祉事務所、基幹相談支援センターの関係者等に気軽に相談できる体制を構築しておくことが望まれます。地域住民が自ら相談窓口等に出向くことができない場合は、アウトリーチによる相談や支援、医療が受けられるような体制をつくることも考慮します。問題が大きくなる前に対応することで、できるかぎり危機介入に至らないようにすることが重要です。この点については、令和3年発行の検討会報告書でも記載されているところです(報告書 p.15,p.20)。

措置通報時の対応などは保健所の業務になりますが、退院後支援では、市町村においても、障害福祉サービスの支給の決定や生活保護など経済的な課題への対応、住民も含めた支援体制の構築などが重要な課題になります。危機介入を行った事例については、本人の意向を確認したうえで保健所とも情報共有を行い、早めの支援体制を整えることが大切です。

IV. 個別支援における着眼点・留意点

1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題

ポイント

- 市町村が受けるような相談では、ニーズが多様であるため、メンタルヘルスの課題が気づかれにくい。相談を受ける側が、メンタルヘルスの課題がないか常に注意して対応することが大切である。
- 支援への消極的姿勢や支援拒否などでは、発達障害、うつ病、統合失調症なども含めた精神障害が存在していることがある。
- 精神障害が疑われるからといって、精神科医療につなげればよい、というわけではない。
- 発達障害特性など、本人の認知、思考、行動のパターンの評価と理解を行うことが必要
- 本人との関係づくりを行いつつ、生活面のこみいった課題を丁寧に確認していく。
- 本人のニーズと周囲のニーズとを区別して、本人のニーズをしっかりと聞き取ることから始めることが大切。

前章でも指摘した通りに、市町村が受けている相談を受けるような課題においては、様々な課題が重複していることが少なくありません。それでは、そのような課題をメンタルヘルスの視点でとらえ、適切な支援につなげるためには、具体的にどうすればよいのでしょうか。

1) 市町村が受けている相談におけるメンタルヘルスの課題

市町村が受ける相談には、不登校、ひきこもり、自殺、依存症など多様なメンタルヘルスの課題を含んでいることは前に指摘した通りです。特にアンメットニーズなどではすぐには解決しづらい課題もしばしばあります。しかしながら、実際の事例では、特に切迫した課題が多いと前面に立つ課題に目を奪われてしまい、メンタルヘルスの課題が見落とされることが少なくありません。

例えば8050問題の家族でいえば、ひきこもった家族が親の支援に協力的でないこともあるでしょう。その場合、高齢の親への身体的ケアや介護をどうするかという問題は集中的に検討されても、一見したところ大きなトラブルを起こさない限り、ひきこもった人の抱える課題には後回しになることがあります。このような人も実は精神障害や発達障害を抱えていることが多いことが知られています。また児童虐待がある家族の場合、親は加害者として見られがちです。しかし、児童虐待の親が精神障害を合併していることも少なくありません。このほか、ゴミ屋敷の問題も近隣から苦情が来て対応を迫られても、本人は一見無関心に見えることもあるでしょう。この場合も、精神障害も含めたメンタルヘルスの課題が潜在している可能性が見逃されがちです。発達障害でいわゆる二次障害を起こしている人の中にはクレームなどを行政機関に訴えてくることもあります。この場合も、いわゆるクレーマーとしての対応だけに関心が集中しがちになります。このように前面に出る問題が注目を集める場合、メンタルヘルスの課題の適切な評価が難しくなります。

以上いくつか例を挙げましたが、いずれにしても、メンタルヘルスの課題を抱えている人が必ずしも精神科を受診

しているとは限りませんし、本人がその必要性を認識しているとも限りません。支援者を含めた他の人にもメンタルヘルスの課題が見えない場合があります。そのため、その人が精神疾患に罹患しており、適切な治療が必要であると認識されない可能性があります。このような事例でメンタルヘルスの課題に気がつくためには、課題が複合した人たちにはメンタルヘルスの課題があるのではないか、という視点を常に持つておくことが大切です。

2) 相談に来た人の話から問題の全体像やニーズを整理する

上に述べたように、メンタルヘルスの課題を抱えた人の場合、必ずしもその人が相談に来るとは限りません。最初に相談に来るのが家族であったり、近隣の人であったり、課題を抱えた人を支援する支援者であったりします。この場合、注意すべき点は以下のようなところです。

- a. メンタルヘルスの課題を抱える本人が相談に来られる場合をまずあげましょう。この場合、まずは来られた人のこれまでの大変さを受け止め、苦労を労いながら傾聴します。相談にこられた人には、問題に圧倒されて自分が何に困って何をどうしたいのかどうかすらわからない場合があります。その場合は、最初はニーズがなかなか整理できません。時間をかけて、傾聴と共感を示しながら、まずは相談者が安心して冷静になれるような雰囲気を作ります。これまでの苦しいこと、辛いことが認められることで、やっと来談者も少し冷静になることができ、相談という共同作業に踏み出すことができるようになります。その過程の中で相談者が何を求めているのかを少しずつ整理していきます。
- b. 相談に来られた人がメンタルヘルスの課題を抱えた人の家族であることもしばしばです。このような場合は、原則は上記と同じです。この場合にも最初は来談者の苦労を労い、安心して話ができる関係を作ることが大切です。ただし、この場合、相談に来られた方が困っていることとメンタルヘルスの課題を抱えている人のニーズとが必ずしも一致しているとは限りません。また家族が問題をとらえている見方と本人の見方とが一致しているとは限りません。このあたりの差があるだろうことを予測しながらも、相談に来られた家族の訴えをまずはしっかり傾聴します。
- c. 近隣の人など家族以外の人たちが相談された方の場合も、基本は上記と同じです。ただし、この場合には、相談の対象になったメンタルヘルスの課題を抱えている（と推測される）人について、来談者が何を問題と考えているのかを慎重に整理する必要があります。また来談者が相談の対象となった人との関係性がどのようなものか、関係が非常に悪いのか、それとも支援に協力的であるのかなどを慎重に評価していきます。
- d. 相談を進める中で、今起こっている問題がどのような全体像なのか、それに対して相談にこられた人はそれをどのように捉えているのか、問題をどうしたいとこれらの人たちは考えているのか、を考えながら、相談を進めます。つまり相談に来られた人が問題をどうとらえているかに関するストーリーを再構成していきます。その際特に注意すべきなのは、本人ではない人が自分以外のことで相談に来られた場合には、その人のニーズと対応に困っている人のニーズとはしばしば異なることです。特に近隣住民が「困らせる人がいる」などと訴えてこられた場合には、その人の困りごとと「困らせている」とされる人のニーズが大

きく異なることが多く、この点は特に注意する必要があります。

- e. 問題行動や児童虐待など具体的な被害を被っている人やその人の支援者などが相談に来た場合、当の問題を起こしているとされる人は、「問題を起こす困った人」とされる傾向があります。この場合は相談の過程では、まずは来談者の立場に影響されて、ややもすると、「問題を起こす困った人」という視点から事態を見てしまいがちになります。そうなると、今後の問題の実質的な解決には結びつかない可能性があります。このため、支援者としては、来談者の苦勞を受け止めつつ、一方で問題の全体像を見失わないようにすることが必要です。もしそれが難しい場合には、同僚や保健所、センターなど他の人に支援を要請して、複数の人数や機関でかかわることで、来談者の苦痛を受け止めながらも、問題の把握が一面的にならないような工夫を行います。

3) 問題を起こしているとされる人のニーズを把握する

上記のように、相談に来ている人と「問題を起こしているとされた人」とが異なる場合にも、その「問題を起こしているとされた人」のニーズについても考えることは欠かせません。例えば、8050問題では高齢者の親の介護サービスを拒否するひきこもりの人が問題になることがあります。親や介護支援者の立場からすると、「介護が必要な親の支援を妨害する困った人」になります。それでは、この人はどうして介護を拒否するのでしょうか？もしかしたら、ほかの人に家に入ってこられることに強い緊張と不安を抱いているのかもしれません。あるいはほかの人が入ってくることで、財産を盗まれるのではないかという妄想を持っているのかもしれません。そうだとすると、まずは、その人が問題となる行動をする理由を把握しようとするのが大切です。そしてそれと並行して、その人の家族状況や家族が置かれた状況、経済状況などを大まかに把握していくことが大切になります。もしかしたら、その家庭は周囲から孤立していて、家族の状況をほかの誰も把握できていなかったのかもしれません。経済的にも困窮しているのかもしれません。そうだとすると、「介護支援を妨害する困った人」とされる人は経済的困窮の中で、誰にも頼ることができないまま孤立を深めていったのかもしれません。このような視点がもし妥当であるならば、「困った」とされる行為も、本人自身が困って袋小路に陥っているために起こしてしまう行為なのかもしれません。

このように、問題となっている人を「周囲に迷惑を及ぼす困った人」としてとらえるのではなく、本人自身も「さまざまな問題のために困っている人」としてとらえることが支援の出発点になります。「周囲に迷惑を及ぼす困った人」という理解にとどまる限り、その人を排除しようという意識が出てきます。本人も困っていると捉えることから、支援の必要性が支援者にも腑に落ちるものになります。そこから本人が何に困っているのか、またその困った問題を解決するにはどのような支援が必要か、その人の家族や周囲に利用可能な支援があるか、また本人自身にも利用可能な強みがないか、などを検討することができるようになります。このような理解があって、家族全体の絡み合った課題全体にアプローチすることが可能になります。

ここで注意しないといけないのは、本人の困りごと、ニーズといっても、本人がそれを明確に意識して言語化できるとは限らないことです。特に精神障害を本人が罹患している場合にはこの傾向は顕著になります。本人が「困っている」と言えない場合であっても、実は本人が困っているかもしれない、と考えて、本人の困りごとを推測していくことも大切です。

4) その人の「強み(ストレングス)」を把握する

上記のような課題にアプローチするには、本人の問題点だけではなく、本人の関心、強み、周囲のサポートなどを包括的に理解していくことも大切です。様々な困難を抱えながらも地域で生活していくためには、生きる力が大切です。それを支えるのが、本人の関心や強みや希望や周囲からのサポートなどです。たとえば、「受診は拒否するけれども会話は可能」という状況を考えてみましょう。この場合、「会話によるコミュニケーションができる」ということ自体が大きな強みになります。いろいろと要求が多い人も、見方を変えれば「SOS が出せる人」とも言えます。また、「近所の人がとても面倒見がよい」という場合も、「周囲のサポートが得られる」という強みを持っていると考えられます。このように、本人や本人の周囲で、本人が地域で生活をしていくことを支えてくれるものをきちんと確認していくことは、本人への支援のヒントにもなります。

また強みを理解することとの関連で、このような問題行動を起こす理由を、本人が大切に思っていることが何かという視点から考えることも一案です。例えば、ゴミ屋敷の場合も本人は溜め込んでいるものが大切だと思っているのかもしれません。その場合、なぜそれが大切であるのか、本人から話を聞いたり、本人をよく知っている人から話を聞いたりすることで理解できるかもしれません。もちろんこうした理由については、簡単に理解できるとは限りません。いわゆる妄想によるものでは、なおさら理解が困難な場合があります。ただ、本人のこれまでの生活や現在置かれている状況などから、こうした理由に思いを巡らせることで、その人の人となりについてふくらみと広がりをもった理解ができるようになります。こうした理解が支援のヒントになりますし、また本人への支援者側の陰性感情を減らすことで、支援へのモチベーションを上げることにもつながります。

このような人たちへのアプローチの際に必要な情報は以下のようになります。ただし、このような情報もすぐには入手できないことも多いので、焦らないで、本人や周囲の人からの情報を得ていくことが大切です。

- (1) 最初に相談に来た人が抱えている問題は何か
- (2) 本人はどのようなことを問題と考えているのか
- (3) そのような問題はどのようなときに悪くなるのか、あるいは改善するのか
- (4) 本人や家族の経済状態、親戚や近隣との付き合い、居住状況、生活状況、家族全体としての課題はどうか。
- (5) 本人はどのようなことに関心があるのか、親しい人はいるのか、どのような話題なら会話が可能か、どのような支援なら受け入れる可能性があるのか
- (6) 本人や家族を助けてくれる人はいるのか、どの程度の協力なら得られそうか

5) メンタルヘルスの課題があるのではないかと考えてみる

このような人たちと接する時には、支援拒否や社会生活の問題の背後にまずは精神障害や発達障害がないだろうか、と考える必要があります。統合失調症、うつ病、発達障害を有している場合、以下のような特徴がみられることが、上記の精神障害の存在を考える手がかりになります。

- (1) 身なりに全く構わず、服なども汚れたままでも気にしない→統合失調症の陰性症状？
- (2) 一人でぶつぶつ何かしゃべっているが、内容は意味がよくわからない→統合失調症の幻覚妄想？
- (3) 車のドアを閉める音、窓を閉める音、人の喋り声に敏感に反応する→発達障害の聴覚過敏？

(4) ゴミ屋敷状態→認知症？統合失調症？溜め込み症？

もちろんこれ以外にもさまざまな問題があります。大切なのはまずはメンタルヘルスの問題がないだろうかと考えることです。ここで注意しなければならないことは、「メンタルヘルスの課題がある」＝「精神科医療機関で治療してもらえばよい」、あるいは、「市町村の役割ではないので、保健所に任せればよい」と短絡してはいけません。前にも述べたように、精神障害があったとしても、どのような生活課題があるのか総合的、包括的に評価することが大切であり、薬物療法など精神障害そのものへのアプローチだけでは不十分であるからです。また、診断をつけたからといって、支援拒否が強い方に無理やり治療を導入することは困難な場合が多いのが現状です。地域で治療につながらないで複合的な課題を抱えている人たちは、医療に対する不信感や拒否感が強く、精神科治療薬の服薬にも拒否的です。

そのような限界をわきまえた上で、精神障害のおおよその診断をつけることには意味があります。そのことによって、対応の際に気を付けるべき特性や薬物療法の効果などのおおよその見立てを得ることができます。それについては、次の章で上げたように、精神保健相談や、精神保健福祉センターなどと相談しておおよその診断を考えることは役に立ちます。直接精神科医が会えない場合も多いので、そのような場合は事例検討や事例をまとめたものを提示して、おおよその見立てをつけることになります。地域でよく出会う精神障害の例を、以下にあげています。これらについては、成書がすでにいろいろありますので、そちらをご参照ください。

- (1) 統合失調症
- (2) うつ病や双極性障害
- (3) 自閉スペクトラム症
- (4) 注意欠如・多動症
- (5) 不安障害

6) 支援における関係づくりの重要性

以上の精神障害の知識は一般的な傾向を知るためには重要ですが、それぞれの事例ごとで抱えている生活面の課題は大きく異なります。このため、それぞれの方の抱えている課題を包括的に整理することが必要です。しかし、そもそも支援に拒否が強い人たちには、いきなり生活課題を網羅的に評価しようとすることは支援拒否を招きかねません。まずは本人が希望していることを確認して、そこから関係を作っていくことが大切です。ひきこもりの事例であれば、早く外出できるようにさせたいと親や支援者は考えるかもしれませんが、しかし、長年ひきこもって対人関係から遠ざかっていた当事者の多くは他の人との接触には非常に強い不安を覚えます。まずは本人が安心して過ごせるにはどうしたらよいかを本人と相談していく必要があります。もし本人からそのような言葉が引き出せない場合には、まだ支援者との関係ができていない段階であると考えて、家族との面接を優先させるなどから始めます。また支援者に会ってくれない場合は、例えば手紙などを残すなどでこちらが本人を心配していることや、「何かお手伝いできることがあったら教えてください」などと伝えるようにします。

関係づくりの時期は、支援拒否の強さ、家族がいるかどうか、近隣からの孤立の程度などによって異なりますが、数ヶ月以上続くこともしばしばあります。関係づくりの時期は目に見える進展を得ることが難しく、支援者にとっても周囲にとってももどかしい時期です。場合によっては、家族や周囲の住民から、「訪問するだけで何も変わらないではないか」との批判を受けるため、「こんな支援でよいのだろうか」と迷いや焦りが募ることがしばしばです。このよ

うな時期を乗り切るためには、支援の段階について大まかな見通しを持つことが有用でしょう。下の図 8 はプロチャスカという心理学者が、変化のステージ理論において提示したものです。プロチャスカによると、行動変容などを意図した介入は、対象となる人がどれくらい変化に準備ができていのかによって変える必要があります。関係づくりを丁寧に行わなければ関係が切れてしまう人たちは、いわば「無関心期」にあると言えます。この時期は変化に関心がないため、さまざまな善意に基づく介入も効果が期待できません。まずは、変化に関心をもってもらうこと、支援者が安心できる存在であることを理解してもらうことが必要になります。本人が今の生活に不具合があると感じる、あるいは別の生活の仕方に希望が出てくるようになれば、変化に少しずつ関心を持ち始めた「関心期」になるかもしれません。そのような時期になれば、本人が関心を持ってくれることに関して、こちらが提供できる情報を提供したり、それに関する支援を行ったりすることを考えます。ただし、このような時期でも気をつけたいといけないうのは、薬物療法にせよ、障害福祉サービスをはじめとしたサービスにせよ、支援を急いで導入しようと焦らないことです。まずは本人が関心を持ってくれることから、本人の受け入れを見ながら支援提供を始めることが原則です。

医療機関に自ら受診する精神障害者は「準備期」後半から主に、「実行期」「維持期」に当たると考えられます。ここまで来てもらえると、支援も軌道に乗ったということができます。ここであげたような変化への準備性に応じた時期を大まかに意識しつつ、支援全体の経過の中で現在の支援を位置づけることは、焦りや不安を和らげる一助になります。もちろん、こうした現在の位置づけを行うのは、自分だけでは難しいことが多いです。なるべく、同僚、上司、あるいは保健所や精神保健福祉センターなどとも相談することが大切です。それによって、今の自分の関わりや支援段階の捉え方を修正できたり、あるいは自分の今の関わりでよいことを確認できたりして、引き続き同じ支援を継続できる元気をもらえることが多いです。

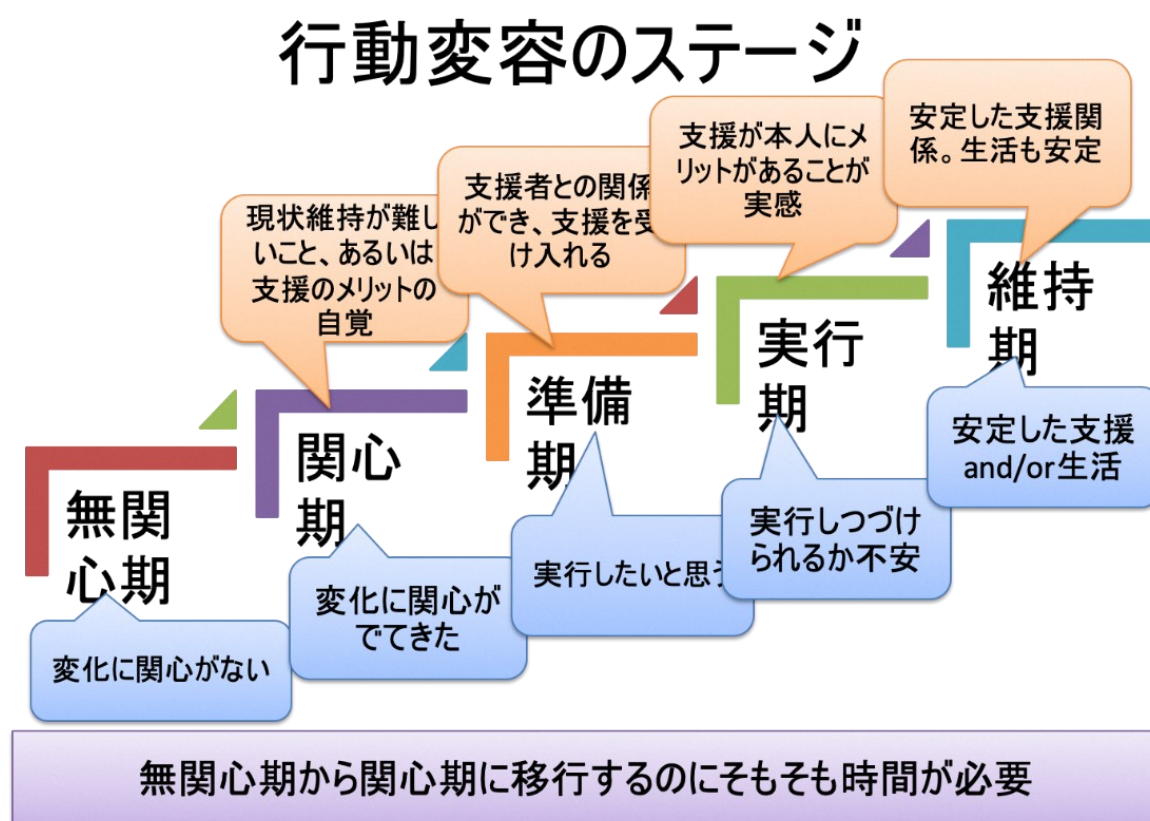


図 8 行動変容のステージ

また、関係づくりがなかなかできない、あるいは関係づくりができてきたが、この後にどう支援を展開したらよいかわからない、支援が思うように進まないが今の支援でよいのかどうか自信がない、課題がたくさんあってどこから手をつけていいのかわかりにくい、近隣住民などからも苦情が強く、住民対応と本人対応との板挟みになる、などの場合にも、保健所や精神保健福祉センターなどと相談することが有用でしょう。もちろん、相談支援事業所や医療機関などで日頃から一緒に協力できる関係があるところでも構いません。支援困難な事例では、一人でできることには限界があります。なるべくほかの機関に支援協力を求めましょう。特に住民と本人との葛藤が強い場合には、他の機関の協力を得て、本人への対応と住民への対応と役割分担を行うことが必要になります。これについては次の章で述べます。

2. 多部門多機関連携体制による重層的支援体制

ポイント

- メンタルヘルスの視点によるアセスメントに基づき、適切な部門間連携・多機関連携を行う。
- 新たな支援者の導入には、本人への丁寧な説明と同意を得るプロセスを十分に行う。
- 連携は相手が動きやすいようにこちらが動くことをお互いに意識する。
- 市町村の障害福祉担当者、生活保護担当者や税務担当者、社会福祉協議会、地域包括支援センター、児童相談所、民生委員等にメンタルヘルスの視点を持ってもらうよう働きかけ、必要な連携を行うことで生活支援の充実を図る。
- 保健所や医療機関、相談支援事業所、精神保健福祉センターなどの協力を得ながら、必要な支援提供を行う。
- 後方支援があれば、安心して相談を受けやすくなる。自分で抱え込まないといけないと、相談を受ける不安が強くなる。

1) 支援ニーズに基づく連携を進める

支援を要する人の支援ニーズに基づいて必要な機関にも支援チームに加わってもらいます。その際には、支援の対象となる当事者にも丁寧に必要性を説明して、なるべく合意を得ることが必要です。本人にとって必要性がない支援者は受け入れられない可能性もあります。また場合によっては、その支援者を紹介した当の支援者に対しても疑念や不信を招く可能性があります。本人の生活課題からは別の支援者が支援チームに加わってもらう必要があるにも拘らず、本人がそれを拒否する場合があります。その時は、まだ支援の機が熟していないと考えて、少し経過を見ていくことも大切です。地域で支援が入らずに孤立してきた人たちは、支援によって得られるメリットをイメージしにくい場合が少なくありません。このような場合は、本人が必要性を感じられるまでは、支援導入を待つ判断をすることもしばしばあります。可能であれば、すでに支援に入っている支援者が料理を行う、掃除をするなど、支援を少しずつ導入しながら、支援のメリットを本人に感じてもらったタイミングで、ヘルパーなどを導入するなど、支援導入への橋渡しを行うことは有意義です。ただし、このような判断を一人の担当者だけで行うのは負担が大きいです。保健所やセンターなど他の機関との相談しながら、生活支援の導入については機会

を伺うのがよいでしょう。

ただし、正面から新しい支援者の役割を詳しく説明することで、それを理解するのが難しく、かえって本人が疑心暗鬼になってしまうおそれがある場合もあるでしょう。その場合には、大まかな役割を簡潔にお話して、一緒に支援に加わってもらうことで、まずは徐々に慣れていただくという方法もあります。実際の支援では、この二つの方法を適宜織り交ぜながら、少しずつ支援の輪を広げていく形になると思われれます。

2) 連携の実際

連携の対象となるのは、市町村の庁内部署やあるいは市町村の関連機関との横断的連携（市町村の障害福祉担当者、生活保護担当者や税務担当者、社会福祉協議会、地域包括支援センター、相談支援事業所、教育機関、司法関係者などの機関や民生委員や町内会などの住民組織など。いわゆる「横串」と、外部の機関との連携（保健所や精神保健福祉センターなどの自治体の精神保健専門機関、医療機関、警察、消防など。いわゆる「縦串」）があります。これらのそれぞれの機関とどのような連携を行うかは、事例の個別事情やそれぞれの機関との日頃の関係によって異なります。必要な協力機関については、保健所や精神保健福祉センターなどとの相談を行いながら、どのような機関の協力が必要かを検討します。保健所やセンターとの連携については後述します。

それでは、それらの機関との連携をどのように行えばよいのでしょうか。連携の必要性や重要性についてはしばしば強調されており、この言葉はもはや聞かない日がないほどよく使われています。しかし、連携とはどのようなことを言うのでしょうか？

例えば、支援が必要な人を精神科医療機関にお願いしたとします。依頼して支援は医療機関に全てお任せした場合、これは連携なのでしょうか？もちろん、この医療機関で全ての支援が完結してするのであれば、それで大丈夫です。しかし、複数の支援課題がある人の場合、状況は異なります。このような事例では、他の支援機関につなぐ際に、支援課題についてもある程度の評価と整理を行っておくことも必要になります。支援の対象となる人の課題についての理解を共有した上で、必要な支援をそれぞれの機関と協力して行うこと、連携を行う相手先の人が困らないために何ができるかを常に考えることが有効な連携にとっては重要です。このような理解と相手先への配慮がないままに、相手に支援を全て依頼してしまえば、「丸投げ」になってしまい、相手先との関係を悪化させてしまう恐れがあります。

事例によっては、最初の評価だけでは、適切なニーズ把握ができないこともありますし、支援の経過の中で、ニーズも変わってくる場合があります（支援経過の中で今までなかった身体合併症が出てくる、あるいは、親の介護ニーズが顕在化するなど）。こうした支援ニーズを共有しながら、必要な支援を適切なタイミングで提供できるように、自分でできることを準備しておくことです。有意義な連携のためには、相手に助けてもらうことを期待すると同時に、あるいはそれ以上に、連携先の機関が動きやすくなるためには自分に何ができるかを考えることが重要です。

3) 役割分担と重なり合いながらの支援、および連携のタイミング

連携の要点は役割分担と重なり合いながらの支援協力です。それぞれの機関にはそれぞれ役割があります。障害福祉サービスがまだ導入されていない場合には、市町村が支援の組み立ての担当責任者になります。しかし、

そのことは上記でも述べたように、市町村の保健師だけで問題を全て解決することを意味するものではありません。むしろ、問題の対応に困る可能性があれば、早めに保健所などと相談して、課題の整理や今後の支援の方向性を確認しておくことは大切です。ぎりぎりまで抱え込んで、どうにもなくなってから保健所や医療機関に対応を依頼しても、支援体制が整っておらず、支援要請を受ける側も十分な支援を行えません。早めに相談しておくことで、必要なタイミングで必要な支援を入れることが可能になります。

では相談するのはどのようなタイミングがよいのでしょうか。これについては、決まったルールがあるわけではありません。まずは自分たちで相談を受けて訪問するなどして、課題の整理を行ってみます。しかし、後述するような事例では対応がそもそも困難であることが多く、早めの相談が望まれます。また表立った大きな問題がなくても、ひきこもってなかなか出てこない状態の人がいることを把握した場合などは、情報収集を早めに始めておき、保健所とも情報共有をしておくことは、市町村の現状を保健所に知ってもらっておくという点でも重要です。

医療機関の協力について、市町村から依頼をするのはハードルが高いかもしれません。このような場合、保健所と相談することで、適切な形で医療機関に協力を求めることができる場合があります。医療機関も万能ではありませんので、診断をつけて、薬物療法を開始したからといって、問題が全て解決するとは限らないことは上述した通りです。生活支援の課題については、医療機関とも相談しながら、障害福祉サービスの導入など、市町村での対応を検討することは大切です。

連携については大切なことは、日頃から早めに保健所などに問題になりそうな事例のことなどを共有しておき、必要な場合には事例検討会や一緒に訪問に行くなど一緒に考えてもらうことです。そして連携機関に協力してもらっても、それは全て相手にお任せするわけではなく、市町村の担当者としてどのような動きをすれば、他の機関の支援が行いやすいのか、自分たちができることは何か、それが難しい場合もどのようなサポートがあれば、支援がうまく回るのか、という意識を持ちながら支援に関わることです。これはもちろん市町村に限った話ではありません。連携に関わる全ての機関がこのような意識で協力できれば、スムーズで満足度が高い連携体制ができるようになります。

3. 保健所、精神保健福祉センター、医療機関からの市町村支援

ポイント

- 市町村の担当者が困った事例については保健所と早めに相談する。
- 保健所の担当者は、市町村の担当者と事例を共有し、場合によって一緒に訪問するなどして、事例の見立てを行う。
- 精神医療的評価が必要と考えられる事例では精神保健福祉センターに相談する。
- 協議の場の運営、人材育成、計画策定などについても、保健所、センターへの協力を必要に応じて依頼する。
- にも包括では、バトンタッチ型ではなく、重層的支援体制が重要である。

1) 市町村への適切なバックアップシステムの構築へ

このようにならないためには、相談を受けた場合、困った場合に早めの相談ができること、保健所やセンターでも早めの相談受け入れができるバックアップシステムが大切になります。市町村が自分たちで相談を抱え込まなくて済むようになることで、保健所も市町村の状況把握が行いやすくなり、支援体制を組みやすくなります。そのことで、市町村も相談を受けての解決に向けた流れを作りやすくなり、少なくとも一緒に事例の対応について考えてくれる機関ができ、支援体制を広げることが可能になります。そのため、自信をもって相談を受けることができるようになります。もちろん精神保健福祉センターもこのような支援の流れをしっかりサポートすることが必要になります。このような流れができることで、地域の支援ニーズによりしっかりとアプローチできるようになります。以上の相談の流れの好循環を作ること意識することが大切です。

精神保健相談について言えば、相談をまずは市町村の担当で受けることが求められます。そして必要な評価を行い、精神科医療機関につなぐことができるか、障害福祉サービスの導入ができるか、その他の生活支援の必要性があるか、などを検討していきます。以下のような場合には、保健所とも早めに相談して一緒に対応を検討した方がよいでしょう。

- (1) 治療や支援に対する拒否が強く、アプローチが困難である。
- (2) 家族ぐるみで精神保健の課題を含めて複数の課題を抱えており、どこからアプローチしたらよいか分かりにくい。
- (3) 家族がいるが、理解や協力が得られにくく、キーパーソンが不在である。
- (4) 大声や迷惑行為などで近隣からの苦情も多く、対応に困る。
- (5) 精神科医療機関への通院が中断しており、幻覚や妄想などの存在が示唆される。

上でも述べたように、「にも包括」では、市町村・保健所・精神保健福祉センターによる重層的支援体制の重要性が、検討会の報告書でも強調されています。この協働の一つの大きな意義は、市町村の担当が自分たちだけで事例を抱え込んで疲弊するのを避けることにあります。早めに保健所に相談ができること、保健所も一緒に訪問に行くなどして、伴走できるようにする。それでも困難を感じるようであれば、早めにセンターに相談する。それによって市町村の担当が感じる負担を減らして、みんなで支えているという関係を作ることが大切です。このようなバックアップ体制がある中でメンタルヘルスの課題がある人たちへの支援を行うことで、精神保健の相談支援をすることの負担感、苦手意識、失敗体験を減らすことが可能になるでしょう。そのことによって精神保健相談のハードルを下げ、より多くの人たちに早めの支援を導入することで、課題が重複して解決が難しくなる人を減らすという好循環にもっていくことが、このような支援体制の意義です。

その際に重要なのは、市町村、保健所などがそれぞれの役割をある程度もちながらも、重なり合って支援を厚くすることです。それによって、支援ニーズが高く、支援密度が必要な時期を乗り切っていく。そして事例として市町村での対応がある程度軌道に乗る、精神科医療機関での治療に安定してつながる、などの状態になれば、市町村などと相談の上、保健所としての支援は頻度を少なくして、その後の経過の報告を受ける、あるいは一旦は終了して、その後に心配な状況があれば再び支援を再開する、などの方針を決めます。このような体制は、上にも述べたように、お互いに重なり合って支え合うことに中心的な意義を想定しており、われわれは「重層的支援体制」として今後の市町村を中心とする「にも包括」でも重要な支援体制のあり方と考えています。

2) 市町村を支援する保健所やセンターの動き

ポイント

- 保健所は市町村からの相談には早めに対応する。
- 保健所は市町村からの相談と一緒に関わり、一緒に訪問するなどにより、精神保健の課題やその他の課題などの整理を行い、必要な連携機関を考える。
- 精神医療的評価が必要な事例や多職種による支援が必要な場合には、精神保健福祉センターや地域の精神科医療機関と相談を行う。

① 保健所の動き

市町村が一次窓口として、相談を受ける中で、精神保健の評価を行います。そこで評価や介入に困難をきたした場合に、保健所は早めに相談を受けます。市町村からの困った課題に対しては、まずは一緒に考えるという姿勢で関わります。

精神保健に関しての保健所の強みは以下のようなものがあります。

- (1) 精神保健相談をこれまで受けてきているので、対応のノウハウがある。
- (2) 措置通報等精神科救急対応が多く、実地審査も含めて精神科医療機関との関係が深いため、受診や入院・退院の調整を行いやすい。
- (3) 警察との連携が強いため、事例の対応で市町村・警察・医療機関との情報共有や連携調整を行いやすい

市町村によっては、精神保健相談にあまり慣れていないところもあるかもしれません。その場合には、一緒に相談や訪問に関わる中で、精神保健の課題とそれ以外の課題などを整理して、どこから支援を開始するか、また必要な連携先はどこかなどを一緒に考えます。受診や入院などを考える場合には精神科医療機関への連絡を行います。一方、精神科医療機関受診への治療拒否が強い場合には医療契約ができないため、精神保健福祉センターに相談することが望ましいでしょう。このような場合は、保健所を通しての連絡を行うことで、今後の支援調整などが円滑に行うことができます。

保健所が管轄する市町村によっては、精神保健担当者が一人しかいない、あるいは精神保健相談に慣れていないところなどがあります。このような場合、個別支援を一緒に行いつつ、保健所は市町村の担当者を集めて研修を行う、あるいは事例検討会を開催する、ケア会議を開催するなど様々な方法により、市町村の対応能力の向上を図ることが望まれます。また場合によっては、市町村内の横断的な連携体制ができるように精神保健担当者と相談を行います。

保健所が相談を行うにしても、そのことは市町村が対応している事例を保健所が肩代わりすることにはならないことはもちろんです。保健所は市町村と重層的に関わることで、個別事例支援を厚くすることになります。問題解決を促進する、あるいは市町村が問題を抱え込んで孤立するのではなく、伴走型支援を厚くすることで、燃え尽きを防止します。

② センターの動き

精神保健福祉センターは、都道府県、政令市などに設置が義務付けられている機関で、地域の精神保健の専門機関です。精神保健福祉センターは、精神科医師のほか、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者など多職種で構成されているのが特徴です。センターでは、困難事例へのアウトリーチ、ひきこもり、依存症、自殺などの専門性が高い相談を行う役割もあります。このような内容の相談に関してそれぞれの担当者が対応することができます。

市町村が困難事例を抱えた場合、保健所への相談を通して、必要な事例にはセンターも一緒に協力して対応します。この場合、保健所と同じく、センターが依頼事例を丸ごと引き受けて対応するというよりも、市町村、保健所と一緒に相談支援を行うことで、市町村の困難事例への対応をバックアップし、対応能力を高めるサポートを行います。こうした対応を一緒に行うことにより、市町村等の機関が精神保健相談支援の事例対応力を高めることが期待されます。

また、センターはこのほか、研修会や事例検討会なども開催して、市町村などの精神保健相談の能力向上を図ることも行います。最近では、オンラインで研修会を開催することが多くなっており、集合型の研修に比べると参加しやすくなっています。精神保健の分野は障害や治療の知識や制度などが日々更新されてきています。忙しい中ではありますが、なるべく研修への参加を行い、知識とスキルの向上を目指してください。

③ 都道府県等の主管課の動き

都道府県主管課は、直接は市町村を支援する機会はそれほど多くはないかもしれませんが、しかし、都道府県主管課は都道府県全体の「にも包括」推進において下記のような重要な役割を果たします。

- (1) 都道府県本庁内での「にも包括」の周知と精神保健の重要性の啓発
- (2) センター・保健所・市町村の重層的支援体制構築を中心とした「にも包括」推進のための予算確保と事業策定と各部署や団体間の調整
- (3) 保健医療計画や障害福祉計画などの計画策定
- (4) 保健所、センターの予算、事業化、人員体制等に関するバックアップ
- (5) 市町村が取組む地域包括ケアシステムを支える精神科救急医療システム構築

3) 精神科医療機関によるバックアップ

① 精神科医療機関の役割

地域で本人や家族が自ら精神障害を疑って、受診に赴くとは限りません。「すべての住民のメンタルヘルスの課題」でも述べたように、自分が精神障害であるという自覚があまりない人への対応の場合、精神科医療機関につながりが必要になります。精神科医療が必要な場合への対応として以下が考えられます。

- (1) 本人や家族に受診を勧めることで診療に赴く、あるいは訪問診療を受けることができる場合
- (2) 治療に対しては拒否的であるが、精神保健相談を活用して、相談の枠組みで精神科医などが訪問に赴くことができる場合

(3) 治療への拒否が強い、あるいは家族も協力が得られないなどで、診療につながる見込みが難しい

(1)の場合には、本人や家族に対して、本人が困っている点が精神障害である可能性があること（あるいはなんらかの病気である可能性があること）を伝えて、受診を勧めます。もし受診に同意する場合も、あとで本人が受診に消極的になる可能性がありますので、状況を医療機関職員によく伝え、早めの受診予約を調整してもらうとよいでしょう。また場合によっては、受診に同行するなどにより確実に受診につながってもらうことも有効です。家族がきちんと受診に同行してくれる場合はよいですが、受診だけを指示しても、本人の気が変わったり、家族がうまく趣旨を理解できていなかったり、あるいは医療機関も状況がよくわかっていなかったりなどで、医療機関につながらないこともしばしば見られます。医療機関にもこのタイミングでの受診がどれだけ重要であり、ここでしっかりした対応をしてもらうことが大切であることを理解してもらうことが大切です。それと同時に、確実な受診につなげるためには、支援者が同行することも選択肢として検討することが必要な場合があります。医療機関としても、状況をよく知っている市町村等の保健師が受診に同行してくれることで、より適切な治療判断が可能になります。またこのような機会を積み重ねることで、医療機関との信頼関係を作ることができます。このような場合、令和4年度からは診療報酬では、市町村等から依頼があったときにひきこもりや治療中断者に対して訪問診療を行うことに対して、報酬がつくことになりました（精神科在宅患者支援管理料）。今後の普及が期待されます。ただし、この管理料は、本人の同意が得られる場合に限られますので注意が必要です。

(2)の場合は、上記のような努力を行っても、受診につながらない場合に行う方法です。市町村や保健所などで行っている精神保健相談に精神科医が来ている場合、その精神科医に訪問同行を依頼する方法があります。精神科医により診断を行い、その後の支援の見立てを行うことができます。また訪問によって精神科医がその精神障害者と関係を作り、その医師が所属する医療機関受診に結びつけやすくすることが期待されます。

(3)は、上記のような方法では対応が難しい場合の支援です。実際、地域では、精神科受診への拒否が非常に強く、数回の訪問でも全く関係ができていない、そもそも訪問しても会うことができないなどの精神障害者が少なくありません。このような場合には医療機関による診察や訪問は困難です。精神保健福祉センターへの依頼を行い、精神科医などの訪問を依頼します。利用が可能であれば、多職種アウトリーチ支援を依頼できれば、保健師だけで訪問するよりも、頻回にこまめな訪問を行うことができますし、いろいろなアプローチを試すことができますので、より効果的です。この場合も、保健所と相談しながら、センターへの依頼を行うことで、今後の連携が円滑になります。

② 医療機関との連携

精神科医療機関との連携については、いくつかの留意点があります。精神科病院では、地域連携担当部門などに、精神保健福祉士や看護師が常駐していることもあります。このような場合、支援や外来診療、あるいは入院に関する相談は、この地域連携担当部門が窓口になります。日頃から、この部門の担当者とはよく相談しておくこと、地域移行支援などの事業を通して交流する、退院支援などで一緒に関わる、自立支援協議会などの協議の場で意見交換をしておく、などで、顔馴染みになっておくことが望ましいです。

精神科医との直接の連絡は、精神科医の多忙のため、簡単にはできにくい状況です。事例のケース会議、精神保健相談や障害福祉サービスの支援区分認定の会議や、研修講師を依頼する、などの機会に交流することは有効です。精神科病院では、精神保健福祉士などを通じて、外来主治医との連絡を行うことは可能ですが、精神科診療所では、このような担当者が不在のことが多く、外来主治医との連絡が難しいことが課題です。このような場

合には、精神障害者の外来受診に同行するなど必要なことがあります。

精神科病院では、看護師との連携も重要です。これについては、地域移行支援などを通して、病棟看護師と交流を行うことが有用です。また、事例のケース会議などに参加しておくことで、看護師との意見交換を行うことができます。

4. 個別の精神障害者支援

ポイント

- 精神障害者への生活支援や福祉サービスは、主に障害者総合支援法にて規定される障害福祉サービスにて提供されるが、十分に利用されていない場合もある。必要な人に適切な利用がなされるように、当事者、家族や関係機関に働きかける。
- 治療中断は予防が大切であり、リスクがある人たちには障害福祉サービスや訪問看護などを導入しながら、見守り体制を作っていく。
- 地方自治体による精神科入院患者への退院後支援は、治療継続に課題がある精神障害者に対して多機関による支援を行う。保健所が中心となって支援調整を行うが、市町村も障害福祉サービスの導入ほか必要な支援の導入を行う。
- 地域移行支援では、公開データを用いて、それぞれの市町村ごとの長期入院者数を把握しておき、必要な地域移行・地域定着支援を含めた障害福祉サービスなど必要なサービス量を把握しておくことが必要である。
- 市町村長同意の医療保護入院者では、入院後の状況確認が不十分であることが指摘されている。このような患者では家族の支援が得られないため、面接の上、必要な支援導入を考えることが必要である。

1) 精神障害者と関わる際に心得ておきたいこと

- ・ 「病名」でその人を判断しない。

診断によって薬物療法が変わってきたり、利用できるサービスがある程度異なったり、思考や行動の特性が変わったりすることがありますが、「統合失調症の人」「躁うつ病の人」という理解が逆に先入観となってしまう、ご本人との関係を損ねたり、ご本人にとって有用ではないサービス利用になってしまう可能性があります。精神科の診断は身体疾患に比べると、確定診断できる検査もありません。また診断がついたとしても、ご本人の人格、これまでの人生経験、家族関係、交友関係、社会との関わりなど個別具体的に理解することが必要です。診断について知ることは必要ですが、診断にとらわれない態度も必要になります。診断を踏まえたうえで、その人の生きてきた歴史や人となりを知るようにしましょう。

- ・ 精神科の常識にとらわれない

「幻覚妄想は肯定も否定もしない」「うつ病の人は励ましてはいけない」「暴力を振るうときは警察による介入を家族に指示する」「精神科の問題は医療につながればよい」「精神科患者が依存しないように、突き放すことが必要である」など、「常識」として言われていることがいろいろとあります。これらの常識については、地域支援を行う中で見直されてきています。

- a. **「幻覚妄想は肯定も否定もしない」**: 幻覚妄想を否定することで、ご本人との関係を悪くする可能性があるのも、否定しないというのは基本的に大切です。肯定しないという態度よりも、例えば「そのことは自分が体験していないので、もっと教えてくださいませんか」「そのことであなたが困っているようで、心配です。もう少し詳しく教えてもらえると助かります」など、幻覚や妄想に関して発言されたことを、関係づくりのきっかけとするような態度で接することが有用であることが、地域支援の経験からわかってきています。
- b. **「精神科の問題は医療につなげればよい」**: もちろん精神障害の治療については、医療機関による薬物療法や精神療法が重要であるのは間違いありません。しかし、本手引きでも繰り返し述べているように、精神障害は生活面のさまざまな困難さと分かちがたく結びついており、精神障害が生活面の困難さを悪化させ、また生活課題の悪化が精神障害を悪化させる、という負の連鎖があります。この点では医療につなげつつ、医療と協働していくという姿勢が大切になります。
- c. **「暴力を振るうときは警察による介入を家族に指示する」**: もちろん患者の暴力がひどく、危険な時には、警察への通報が必要な場合があります。ただし、このような指示は家族にとってハードルが非常に高く、実際には家族が警察への通報を躊躇う場合が多いです。暴力への対応方法を勧める前に、暴力がない時にはどのようなコミュニケーションがなされているのか、どのような状況で暴力が起こってくるのか、暴力が起こった後はどのようなことが起こるのか、というように、暴力を含めた普段からの家族関係をよく整理することが必要になります。また、当事者の暴力以外の普段の行動をよく聞き取ることも必要になります。もし暴力があるとき以外に健康なコミュニケーションがあるならば、そちらを意識して増やすことが対処方法としては必要かもしれません。また暴力があるときには早くその場から避難することが有用な場合もしばしばあります。
- d. **「精神科患者が依存しないように、突き放すことが必要である」**: 依存の問題もしばしば言われることです。もちろん、精神障害の当事者ができることを全て支援者が肩代わりしてしまうことは望ましくありません。しかし、当事者の現在の精神障害や能力障害の程度からは、自分ではできないこともしばしばありますので、そこを丁寧に評価することは重要です。その上で、可能であれば本人と一緒に行動することで、支援を行いつつ、本人のスキルを向上させることは有用です。例えば、諸手続き、買い物、保清などはなかなかハードルが高いものです。もちろん、市町村の保健師がこれと一緒に行動することは困難ですので、医療機関や障害福祉サービスの機関、あるいはもし可能であればアウトリーチ支援者などが、当事者と一緒に生活上の困ったことを本人と一緒に行動することであれば、その後の必要なサービスに結びつけたり、あるいは本人のスキルの向上が見られて、自分でできるようになることが可能になります。精神障害者の支援では、本人だけではできないことを、最初は支援者が行うが、その後は、一緒に本人がいるところで支援者が行う、それから、支援者が一緒にいるところで本人が行う、最後に本人が一人で行動する、などのように、最初は本人がクリアできるハードルを下げ、少しずつ（スモール・ステップといいます）本人ができることを増やすことが有用です。その意味では「依存しないように突き放す」のではなく、「本人ができることを尊重しつつ、最初はできないことをサポートしつつ、本人ができることを少しずつ増やしてもらうプロセスと一緒に歩む」というのが適切な言い方になるでしょう。

市町村の保健師が上記の全てを自分たちでできるわけではないでしょう。精神障害は外傷などと違って、障害の状態、程度などが明確にはわかりにくいところがあります。そのため、いろいろと言われている「常識」が必ずしも当てはまらない場合があります。このあたりは、精神保健福祉センターなどが行う研修などを活用して、常に新しい知識を取り入れるようにしてください。

2) 市町村が提供している障害福祉サービス

精神障害者や知的障害者、身体障害者などへの生活支援や福祉サービスは、主に障害者総合支援法にて規定される障害福祉サービスにて提供されます。精神障害者で外来治療を受けられている人たちも、障害に基づく一定の生活機能の障害があり、家事や買い物などの援助、居住に関する支援、就労にかかわる支援など、それぞれの障害や希望に基づいて、何らかの支援提供を受けることが必要になります。基本的にはこれらの支援は本人からの申請に基づいたものになりますが、以下の理由から、必要な人に適切な支援が届いているとは限らないのが現状です。

- (1) 本人や家族のところに必要な支援や手続きに関する情報が届いていない
- (2) 情報は届いていても、その内容を十分に理解できていない
- (3) 必要性は感じていても、どのように手続きをすればよいのかわからない
- (4) 手続きを行うために出かける交通手段や費用面の課題がある、

障害福祉サービスによって適切な生活支援が入ることにより、精神障害の人たちの生活が安定し、治療中断や再発などが低下することが知られています。逆に、必要な障害福祉サービスが入らない状態では、外来通院を継続していても、生活課題が積み重なり、長期的には家族が支えきれなくなって、頻回の救急受診を繰り返したり、措置通報などの危機介入が必要になったり、長期入院になったりするなど、転帰が不良になる恐れがあります。それゆえ、このような支援が必要な人たちに届くようにすることはとても重要なことです。

市町村としては、以下の点に留意して制度の利用を図ることが求められます。

- (1) 精神障害の当事者、家族への制度の周知を図る
- (2) 支援者から当事者、家族に制度利用を勧めてもらうことができるように、精神科医療機関に制度の周知をしっかり行う。
- (3) 制度に関する相談を受けた場合には、わかりやすい形で障害福祉サービスについての説明を行う。
- (4) 当事者の支援がうまく回っていないことが関係機関などから明らかになった時には、障害福祉サービスが適切に活用されているかどうかを検討し、必要な支援が入るように関係機関とも相談する。
- (5) 障害支援区分認定の申請があった場合には、速やかに審査にかけ、適切な区分認定が出るようにする。特に地域移行支援については、入院期間の問題などがあるため、早めの審査ができるように書類の整備などを働きかける。
- (6) サービスの利用状況を把握し、必要な支援メニューが不足していないか、利用されにくい支援メニューがないか、などを検討し、メニューの充実を図る。

障害福祉サービスは以下のように構成されています。

- (1) このサービスを受けるためには、まずは障害支援区分認定を受ける必要があります。市町村障害福祉担当に申し込みを行います。本人や家族にもこの認定の目的などをよく理解してもらいます。
- (2) 調査員による生活機能などに関する調査が行われます。本人の認知機能の障害などにより、当事者から調査員に正確な情報を伝えられない場合もあります。本人、家族、場合によっては、本人をよく知っている支援者が同席して、本人の状況について正確な情報が記録されることが大切です。
- (3) 主治医意見書を主治医に書いてもらいます。主治医にも地域生活の困難な点について正確な状況を伝えておくことで、より適切な意見書の記載が行われるようになります。
- (4) 区分認定が出たら、それに基づいて相談支援専門員を決めてもらい、障害福祉サービスの導入を行います。

3) 未治療・治療中断者の支援

未治療の精神障害の方の支援については、「1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」がこのような人たちへの支援について書いています。こちらを参照してください。

治療中断者は精神科の外来治療では非常にしばしばあり、それによって近隣とのトラブルになったり、就労が継続できなくなったりで、その後の社会生活にも大きな影響を及ぼす可能性があります。このため、治療中断は極力予防することが大切です。もし治療中断になってしまった場合には、早期に介入することで、治療中断の期間を短くすることが大切になります。ただし、中断した事例では、医療に対して強い不信感を抱いている人も少なくありません。このような場合には支援も困難となります。対応としては、未治療の方と同じように、「1. すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」の項をご覧ください。

治療中断の予防には以下のような点が大切です。

- (1) 医療機関が定期的な予約を把握しており、決められた予約日に受診されない場合に連絡を取り、薬物療法や他の治療の中断を防ぐ。
- (2) 経済的困難や家庭機能の低下など生活課題が多い人、これまでに医療中断で入院歴がある人、単身で周囲の支援が得られにくい人など、受診状況以外の生活課題が多い人については、障害福祉サービスを導入することで、生活機能の安定化を図るとともに、見守りをできるようにする。また訪問看護も導入しておき、薬物療法の確認や、受診状況、再発の兆候などの見守りを行える人を増やしておく。また可能な範囲で市町村保健師が訪問に行き、状況を把握しておく。医療機関とも連絡を取っておき、中断した時には早めに訪問等の支援ができるようにしておく。
- (3) 以上のように、治療中断者への対応は、市町村だけでは対応が難しい場合が少なくありません。保健所や医療機関と相談して対応を工夫することが必要になります。こうした対応の体制を地域でどのように整備するかは協議の場で話し合うことも一案です。

4) 退院後支援

精神科に入院した人の多くは、退院後も継続的に医療等の支援を必要としています。通院先の医療機関が医療の提供を行い、必要に応じて障害福祉サービスの利用を促していくのが一般的ですが、入院者の中には、さまざまな理由で自治体が積極的に退院後支援を行うことが望ましい場合もあります。たとえば、以下のような場合が考えられます。

- (1) 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置歴）がある人
- (2) 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い人
- (3) インフォーマルな支援者（家族、友人等）がいない、孤立しがちな人
- (4) 家族がさまざまな社会的課題を抱えている人（家族に介護が必要、小さい子供がいる等）
- (5) 経済的な問題（金銭管理に関する課題も含む）を抱えている人
- (6) 1年以上の長期入院
- (7) 保健所や警察が関与して入院となった人

これらの人々が退院後に地域でその人らしい生活を安心して送れるようになるため、必要な医療等の包括的な支援を継続かつ確実に受けられるようにすることを目的に、2018年3月27日、厚生労働省から社会・援護局障害保健福祉部長通知として、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについて」（障発0327第16号、以下、「ガイドライン」）が発出されました。このガイドラインでは、臨床的に退院後支援が必要と判断された人に対する標準的な支援の手順が示されています。国から発出されたガイドラインを踏まえて、独自のガイドラインを作成している都道府県もありますので、ご自身の都道府県のガイドラインを確認してみてください。

このガイドラインでは、多職種・多機関が連携し、本人の希望や価値観を重視した支援体制を整備することが重要とされており、本人の支援ニーズを的確に評価することや、本人及び家族その他の支援者（本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者）の意向を十分踏まえながら、支援対象者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供することが重視されています。ガイドラインに基づく顔の見える連携を通じて、「にも包括」の構築にも寄与することが期待されています。図10に、退院後支援の「にも包括」への波及効果を示します。

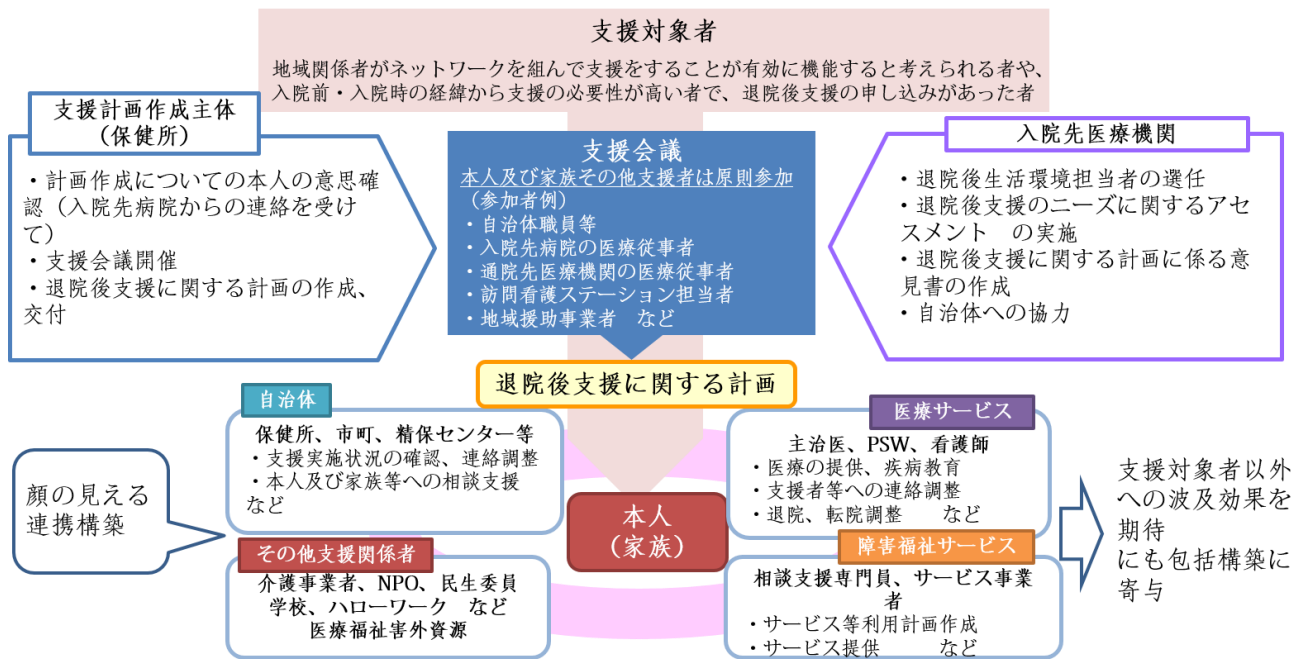


図 10 退院後支援

退院後支援は、保健所が中心となって実施することとなっていますが、本人にとって最も身近な自治体であり、障害福祉サービスの利用決定を行っている市町村も、積極的に関与することが望めます。退院後支援を通じて、市町村と保健所との連携体制の強化を図ることができれば、「にも包括」の構築に大いに寄与するものと考えられます。

5) 地域移行・地域定着支援

長期入院の精神障害の人たちは、もともとの精神障害に加えて長い期間病院での生活が続くことによって、地域生活に必要なスキル（食事の用意、買い物、金銭管理、掃除、保清、家電製品などの使用、故障した家具の修理、レクリエーション、交友、近所付き合い、押し売りへの対応など）を失ってしまっていることが少なくありません。また長期間の入院環境に慣れてしまうことで、地域生活のイメージも失われてしまい、新しく地域生活を始めることに強い不安を覚えることもよくあります。長期入院者の地域移行支援では、当事者のこのような不安と、地域移行の過程で必要な課題を理解しておくことが必要です。また本人がどれくらい自分で生活を行うスキルがあるのか、それが不十分な場合にはどれくらいトレーニングすることによりできるようになるのか、もしそれが難しい場合にはどのような障害福祉サービス等による支援が望ましいのかを、本人とも確認しながら、地域生活に移行していくことが求められます。

長期入院者の地域移行支援は、本人の「退院したい」という希望から始まり、それを実現させるための病院と地域の退院に向けた協力体制を作り、地域生活を行う際の課題を整理し、本人の希望と相談しながらそれぞれの課題への対応策を検討します。こうしたプロセスを、本人が退院後の生活への希望と自信をもってもらえるように、本人のペースと希望に寄り添いながら、一緒に進むことが必要です。

① 病院職員と地域支援者の地域移行への理解

地域移行支援は、退院に向けたプロセスを始めようとする精神障害者その人の希望が最初です。しかし、それを精神障害の人たちが持てるようになるためには、退院を支援する病院職員、退院先の受け入れをすることになる市町村職員、実際の地域生活支援を組み立てる相談支援専門員など地域援助事業者、保健所職員そのほかの関係者の間で、地域移行支援の全体の流れや退院後の生活について大まかに合意やイメージ共有が得られていることが大切です。実際の支援の流れでは、それぞれの機関が必要な役割を適切なタイミングで果たす必要があります。この点では、前章の「1.すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」で多機関連携において記載した内容と同じです。

そして、このことがうまく機能するためには、病院内外の研修会や協議の場などで、地域移行を行った当事者の声や実際の支援報告を見聞きしたりすることで、地域移行支援の具体的なイメージを共有しておくことがまず大切です。地域生活の苦労はありつつも、「退院してよかった」と嬉しそうに生活する人たちの姿を見ておくこと、そしてできれば地域移行を実際に行った方からの感想を聞く体験をすることが、支援の大きなモチベーションになります。圏域で、病院地域交流事業など地域移行に関する事業やイベントがある場合には積極的な参加が望めます。

さらに地域移行の必要性を、長期入院者の数として把握するためには、ReMHRAD(地域精神保健医療

福祉資源分析データベース) (<https://remhrad.jp/>よりアクセス可能)が有用です。市町村単位で、その市町村に所属する医療機関に入院している患者数や、患者の住所の市町村ごとの入院者数などが表示されるようになっていきます。特に、自分たちの市町村以外の精神科病院に長期入院している精神障害者の数についても、ReMHRADでわかります。こうしたデータを見ることで、量的な地域移行支援ニーズを知ることができます。この点についても、会議などで病院関係者も含めた支援者間で共有しておくことも有用です。

② 退院に向けた意欲の喚起

地域移行支援は入院患者に退院してもいい、あるいは退院したい、という希望を持ってもらえることが大切です。このための方法としては以下のようなものがあげられます。

- (1) 実際に退院して地域生活をしている精神障害者の人の体験を、入院患者や病院職員に向けて話してもらう。
- (2) 地域移行支援の制度について、入院患者や病院職員に説明をする機会を作る。
- (3) 希望者を募って、入院患者や病院職員が地域の資源を見学する機会を作る。
- (4) 病院外の支援者が病棟内に入って、病棟内で患者や職員と接触できる機会を作る(コロナの状況下ではこれは難しいかもしれません)。
- (5) 相談室のような場所で、精神障害者と病院の担当職員と一緒に地域移行の制度や市町村が提供できる支援について個別に説明する機会を持つ。

このうち、実際に精神障害を体験した人が退院支援に関わることがピアサポートとして注目されています。ピアサポートは障害福祉サービスの報酬の対象にもなっており、今後の活用が期待されます。その他にもいろいろな工夫ができるでしょう。肝心なのは、病院の中で地域移行が特殊ではなく当たり前のことで、必要な支援があれば退院できるという雰囲気を患者、職員の中に作っていくことです。もちろん、このことは地域移行支援を行いながら、徐々に作り上げていくものでもあります。市町村の職員としては、保健所や地域援助事業者とも協力しながら、このような雰囲気づくりができるように積極的な参加が望まれます。そのためにも、病院職員と市町村職員が話をする機会をなるべく作ることが求められます。

<地域移行支援体制の整備事例>

ある保健所圏域での体制とその地域の市町村が果たしている役割を事例として説明します。

(1) 会議への参加

地域移行推進のために、保健所が地域移行推進協議会を設置運営し、病院、相談支援事業所、市町村が参加します。それぞれの機関のトップ(病院では院長、市町村では担当部長や課長)が参加する協議会は年2回開催され、地域移行の目標設定、機関間の連携のルールを決め、市町村の障害福祉計画の進捗状況が報告されます。実務担当者の支援方針検討会が月に1回開催され、病院が

らは看護師長、相談員、市町村からは、障害福祉担当者が出席して、具体的な支援方針が決定されます。市町村担当者は、会議に出席することで、自分の自治体からの入院患者の意欲喚起の進捗や退院に向けた準備状況の把握ができます。

(2) 地域移行支援申請の給付決定の迅速化

実務者会議に出席することで、各市町村の患者の退院準備状況が把握でき、地域移行申請がいつ提出されるか把握できるので、各市町村は関係書類さえ揃っていれば、申請時点で給付決定ができるように準備をします。

(3) 個別支援への参画

入院時点で市町村担当者が継続支援をしていた事例や市町村が措置をする養護老人ホームへの退院を希望している事例については、市町村担当者が個々事例の支援にも係わります。また、年齢によっては、介護保険サービス利用が必要な事例では、障害福祉担当者が地域包括支援センターへの連携を行います。

(4) 退院後の生活支援に必要な支援体制の整備

地域移行が進んでくるとグループホームが不足している地域や地域活動支援センターがない地域が明らかになってきます。各市町村は、地域移行をさらに進めるために、具体的に不足している地域資源が明確となるため、自立支援協議会での積極的な体制整備への取り組みがしやすくなります。

(5) 基幹相談支援センターの設置と運営支援

各市町村内に地域移行支援を実際に行う相談支援事業所があることで地域移行支援は効率的にできます。基幹相談支援センターが地域移行支援を実施する様に市町村は働きかけます。

(6) 上記の様な体制づくりについては、市町村からも保健所に投げかけてみることも大切でしょう。一人でも多くの入院患者がスムーズに地域に戻り、自立した生活を始めるための支援である「地域移行支援」の給付を行う市町村が、体制づくりにも役割を果たしていただくことを期待します。

③ 地域定着支援

地域定着支援は、地域移行での退院後に活用するサービスの一つですが、退院をきっかけに使うサービスと限定されているわけではありません。それ以外に、支援を行ってきた家族が高齢化して、入院や高齢者施設に入ったり亡くなったりして、精神障害当事者が一人暮らしを始めた時にも活用できます。また、そのような状況になる前に、家族が親亡き後の心配から、親が元気な間に本人が自立生活を始めることを決めた時にも活用できます。つまり、8050問題やその予防のための最も役立つ支援と言えます。このような事例について、地域包括支援センターやケアマネジャーから相談を受けている市町村も多いと思われます。このような事例の地域での自立生活を支援する際に、地域定着支援を是非活用しましょう。

精神障害者が特に単身で生活する場合、日常生活のちょっとした困りごとなどでも困難をきたすことがしばしばです。そのような困りごとに対処できないことで、不安が強くなり、再発に至ることもあります。こうした困りごとへの対応を丁寧にすることで、地域での生活に自信が出てきて、その後の再発予防にもつながります。

地域定着支援も一般相談の相談支援事業所が実施しますが、24時間の電話サービスの負担感や、支援単価が低いという理由から、実際には支援に消極的な相談支援事業所が多いのが現状です。この場合には、市町村が基幹相談支援センターに実施するように働きかける必要があります。

6) 市町村長同意の医療保護入院者への支援

精神保健福祉法第33条3項では、家族等がない、あるいは家族等全員がその意思を表示することができない場合には、市町村長の同意による医療保護入院ができることになっています。この場合の取り扱いの詳細は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条三項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について」（昭和63年6月22日健医発第743号厚生省保健医療局長通知平成26年1月24日障発0124第4号による改正現在）の「5同意後の事務」において、「入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長がその同意者であること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握に努めること」と書かれています。

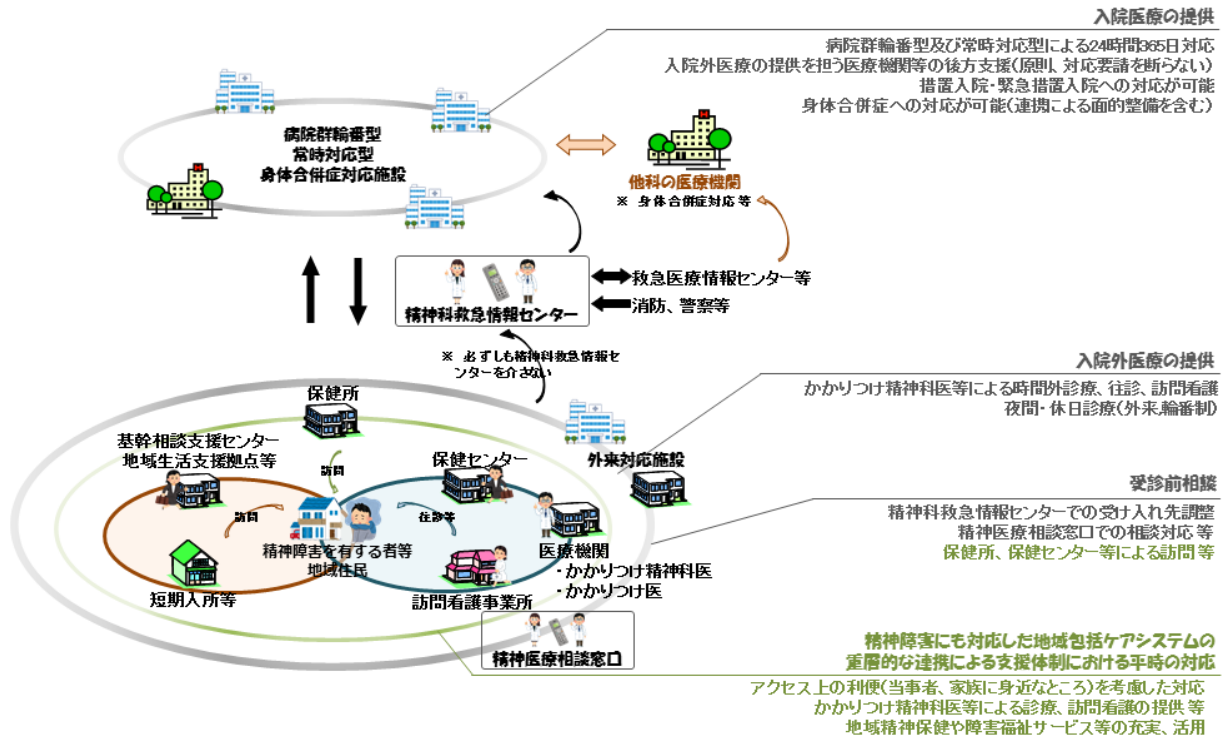
市町村長同意後の担当者による面接は十分に行われていないことが課題となっています。市町村同意によって医療保護入院した人の場合、家族の支援が期待できないわけですので、退院に向けて困難な課題がある可能性が高いと推測されます。またもし精神症状が落ち着いて退院したとしても、その後の生活破綻や精神症状の再発などが懸念されます。医療機関とも相談の上、障害福祉サービスの導入（特に地域移行支援など）、成年後見人制度の利用などを含めた生活課題とそれへの対処について検討を行うことで、退院に向けた支援を行うとともに、今後の再入院を防ぐための支援調整を行うことが必要です。

5. 危機介入

精神疾患では、急性発症や精神症状の急性増悪等により、危機的な状況に陥ることがあります。この場合の対応である危機介入も「にも包括」の重要な課題のひとつです。危機介入の一つの要素は、精神科救急医療体制です。令和2年度の「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ 報告書」では、精神科救急医療体制については以下のように整理されました。以下、これについて解説します。

精神科救急医療体制のイメージ

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある



※ 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループでの意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(令和2年3月4日障発0304第2号)及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」(令和2年4月13日医政地発0413第1号)別添「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」を参考に作成

3

図 11 精神科救急医療体制のイメージ

1) 平時の対応・受診前相談

上記のワーキンググループ報告書では、危機に陥った時の対応の前段階である、平時の対応の重要性を強調していることは重要です。これは市区町村の保健師の日頃の予防に重点を置いた地域保健活動とも重なり合うところです。精神障害の危機的状態も、再発に至る際のきっかけや兆候があることが多く、こうした早期のサインを早めにキャッチして、適切な相談や介入を行うことが大切です。報告書では、例として、保健センターや保健所からの訪問、障害福祉サービスの整備などが挙げられています。もちろん全ての精神障害者の状態を市区町村の保健師が把握することは難しいでしょう。しかし、例えば以下のような状態の人に対しては、課題があると考えられる精神障害者の方には、本人や家族とも相談の上、精神科医療機関と協議して、障害福祉サービスを含めた生活支援によるサポートの導入を検討することも必要でしょう。

- これまでに再発を繰り返している
- 治療に対して拒否的であり、通院が中断しがちである。
- 社会から孤立しがちである
- 家族のキーパーソンが不在である

特に家族の高齢化は、残された精神障害者の生活の困難が予測されることも多く、適切なサポート体制ができていないのかどうか、精神科医療機関などの関係者とも評価しておくことが望ましいでしょう。

またこうした対応とともに、これまでに精神障害の治療を受けていない人がメンタルヘルスの不調をきたした場合も、必ずしも精神科医療機関に受診するとは限りません。精神保健相談の窓口などを整備することで、ひとまずはメンタルヘルスの課題を受け止める体制を作ることが大切です。この際の相談の受け方、評価については、「1.すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題」のところで詳しく述べました。もちろん、評価や対応に迷う場合などは、連携体制のところでも述べたように、保健所や精神保健福祉センターなどに早めに相談しましょう。

2) 入院外医療の提供

危機に置かれた精神障害者も、早期の段階で、外来や訪問による治療を行うことによって、必ずしも入院に至らないで危機を乗り切ることが可能です。日頃から入っている訪問看護が対応することで、危機の状態が把握され、その場で対応がなされることもあるでしょう。また市区町村で、精神科医療機関がある場合には、医療機関の協力を得ることで、このような対応が可能になるかもしれません。令和4年度からは、診療報酬の改訂により、市区町村からの依頼によりひきこもりや治療中断者への訪問診療することに対して、一定の診療報酬が得られることになりました（精神科在宅患者支援管理料：ただし、本人の同意が得られることが必要になります）。今後のこの仕組みの利用の広がりが期待されます。また、後述するアウトリーチの体制がある場合、集中的な訪問により、危機回避ができることもあります。また自治体によっては、自宅以外の場所で、クライシスハウスやホステルなどと呼ばれる形で、入院ではないが、スタッフがいて対応してくれる場所を提供できる場合があります。地域生活拠点という障害福祉サービスもこのような支援を提供します。以上を、必要とされる資源の投入量の少ないものから並べると、以下のようになります。

- 平時の対応による危機の予防
- 日頃の見守りによる危機の早期の気づきと早期の対応
- 訪問看護や外来や訪問による危機回避
- 自宅以外の危機回避の場所での休息

このように、危機の状態に応じた段階的な対応ができる体制を作ることが望めます。できれば、平時の対応による危機の予防が望ましく、こうした体制の充実を検討したいところです。しかし、それだけでは十分ではない場合の、以上のような体制については市区町村だけでは難しい場合もあるでしょう。保健所とも体制構築を相談しておくことが望めます。このように、危機介入といっても、入院医療によらない様々な対応があります。そうした対応の工夫によって、なるべく非自発的入院という強制的な対応ではない仕方での危機介入を充実させることが大切です。

3) 入院医療の提供

可能であれば、上記の１）、２）による平時の対応の充実と早期の危機介入により、入院に至らないで済む予防的対応が望ましいです。しかし、例えば以下のような場合には入院治療が必要になります。

- (1) 精神症状が著明であり、自宅や上記のような場所での支援では状態の改善が見込めない
- (2) 精神症状が悪化しているが、薬物療法を利用できない、あるいは副作用が強く、薬物療法等の集中的な調整が必要
- (3) 経口摂取ができない、身体合併症が深刻である、自殺のリスクが切迫しているなど、生命に危機が及んでいる
- (4) 深刻な自傷行為や他の人を傷つけるリスクが高い

入院医療の提供は、精神科病床を有する病院が行います。精神障害の危機的状態はいつでも起こる可能性がありますので、24 時間 365 日対応できる入院医療体制の整備は重要な課題になります。この点の整備は保健所や都道府県が中心に行うことになります。

精神科入院でもできる限り、本人の理解と同意を得ての入院が望ましいことです。しかしながら、精神症状の悪化の場合には、本人の同意を得ての入院ではない、非自発的入院になることが少なくありません。もちろんこうした入院医療へのアクセスもセーフティネットとしては大切です。しかし、非自発的入院が精神障害者にとって侵襲的となり、その後に家族との関係に亀裂を生じたり、医療不信につながり、長期的には治療中断の誘因になったりすることで、再発と非自発的入院を繰り返すという悪循環に陥る場合もあることは注意する必要があります。メンタルヘルスの不調をきたした住民が、まずは平時の相談や外来、訪問などでより地域生活を継続する形で危機を予防し、回避できるような体制を目指しましょう。そうした体制でも防ぎきれない場合のセーフティネットとして、入院医療があること、特に医療保護入院や措置入院などの非自発的入院は以上のような体制によっても防ぎきれない状態に対する切り札である、という視点を持つことが重要です。

V. 個別課題から地域課題へ

これまで、メンタルヘルスの視点が重要な様々な社会的課題への対応や、精神障害者支援のあり方について個別支援の観点から見てきました。個別支援をより効果的に行うためには、個別支援から見えてくる地域課題を関係者全体で共有し、より望ましい支援を提供するためのシステム構築をする必要があります。本章では、個別課題から地域課題をどのように抽出するか、について検討します。

ポイント

- 個別支援を難しくしている要因として、支援対象者のニーズとそれを取り巻く人のニーズの不一致や支援者のスキルや地域資源・地域特性に関する課題がある。
- 前者については、本人のニーズと周囲のニーズを区別して、それぞれへの対応が必要。

- 後者については、ニーズに比して資源が少ない、資源があるが、それが他の資源と連携ができていない、支援理念やスキルが支援者間で共有されていない、制度上定められている支援体制が十分に実現できていない、問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要などがある。
- それぞれの課題を整理しながら、既存の資源から実行可能なものから考えてみる。
- こうした地域課題に対する事業などの制度があるので、利用することも大切である。

1. 個別課題から地域課題への気づき

すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題への対応、精神障害者支援、いずれの場合でも、個別支援が難しい状況に直面することは少なくありません。支援の実施を難しくしている要因としては、主として①支援対象者（本人）のニーズと本人をとりまく人々が考えるニーズの不一致 ②支援者のスキルや地域資源、地域特性に関する課題の2つがあります。

①は、家族や近隣住民、支援者などは本人に対して何らかの支援や医療が必要であると考えているにもかかわらず、本人はその必要性を感じていない、または、必要性は感じているが何らかの理由で支援を受けられない、という状況です。自傷他害のおそれがあるなどの切迫した状態であれば、精神科救急をはじめとする危機介入が必要となる場合もありますが、多くの場合、根気よく関わり続けることが必要になります。この点については、個別支援の項で説明いたしました。

個別支援が難しい事例には、②のような場合もしばしばあります。このような個別支援対象者のニーズと支援を分析することにより、地域課題が見えてきます。よくある地域課題を以下に示します。

- (1) ニーズに比して資源が少ない（不登校やひきこもりへの対応できる支援が少ないなど）。
- (2) 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない（学校や医療機関との連携が少ないなど）。
- (3) 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない（自立生活援助や地域定着が少ないなど）。
- (4) 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない
- (5) 問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要（心のサポーター事業などの普及啓発活動等による援助希求の促進や治療中断予防、平時の困りごとへの対応による緊急対応の減少など）。

いくつかの事例の課題を丁寧に整理していく中で、その地域でよく見られる課題に気づくことができるようになります。しかし、個別支援から地域課題になんとか気付くことはできても、それを地域課題としてきちんと整理した形で提示するのはそれほど簡単なことではありません。これができるためには、個別支援をしながらも、これがどのような地域課題と関係しているのか、を意識しながら支援に関わることが大切です。こうして感じたことについて、市町村の中で他の職員と話をし、支援を行う関係者の間で話し合いをする、など話し合うことで整理されてくることが多いと思われます。個別支援を丁寧にいき、多機関との連携関係を深めながら支援を行ったとしても、支援が難渋してなかなか進展しないで疲弊することもあります。もちろん、そこでの個別の支援の振り返りも大切ですが、どのような障壁が

あって支援が困難をきたしているのかについて冷静に検討することです。これは支援がうまくいかないことの言い訳探しではなく、いろいろな工夫をしながらも支援が困難に直面する経験から、地域課題が見えてくることもあるためです。この点では、個別ケア会議、事例検討会、保健所などとの相談、研修、各種会議などのいろいろな機会を活用して、自分たちの地域の現場を振り返り、それを言葉にしていこうという作業の積み重ねが大切です。また精神保健福祉センターなどとの事例検討会などを行い、支援経過を再度振り返ることで、視点を変えることから見えてくる地域課題もあるでしょう。

2. 地域課題への対応：基本的な考え方

こうして気づいた地域課題については、どのような対応があるでしょうか。まずは地域課題として挙げられても、実は工夫によってある程度解決できるものもあるかもしれません。

「1 ニーズに比して資源が少ない」：例えば、交通が不便なところに住む精神障害者の受診が途切れがちであるとしします。その場合、地域課題としては、市町村に精神科医療機関がないという課題があげられるかもしれません。しかし、精神科医療機関を地域に誘致するというのはすぐには対応が難しい課題かもしれません。もし通院継続が課題であると考えるならば、通院継続を可能にすることが考えるべき課題になります。そうすると、移動支援の体制を整備するという、もう少し対応可能な課題にすることもできます。もし、通院継続について、精神障害者が通院を面倒くさく感じてしまい、忘れてしまうのであれば、訪問看護を導入することで、受診を促すことが中断予防に効果があるかもしれません。また万が一、中断してしまっても、民生委員など地域住民の見守りがあることで、調子が悪くなりそうなサインがあれば早めに保健師に連絡を入れてもらうことも一案かもしれません。また在宅薬剤師の訪問を導入することで、服薬への意識が高まるかもしれません。訪問看護や在宅薬剤師の訪問で、治療中断になった時に早期に医療機関との連絡をとってくれる可能性もあります。このように1の資源の不足があっても、他の方法でカバーできることもあります。そうすると、適切な地域課題は、精神科医療機関がない、という形から、通院継続の手段が不足している、あるいは治療継続のための資源が不足している、ということになるでしょう。

このようによく話し合って練り上げることで、1の資源の不足も、既存の資源をうまく活用できることで、実は地域課題としては改善できる部分は大きいかもしれません。通常は予算を伴う地域課題の解決にはハードルが高いため、既存の資源の活用をまず検討してみる価値があります。その点では、資源の不足という地域課題も、まずは既存の資源の連携体制の不足としてとらえることが必要になるでしょう。ただし、いろいろな工夫を行ってもなおかつ確認された地域課題については、例えば障害福祉サービスの充実を図るなど、政策上の検討課題としてあげることが適切になるでしょう。そうなれば現場の他の支援者からも後押しが得られやすくなりますし、地域のニーズに合致した適切なものになると考えられます。

「2 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない」：例えば発達障害の中学生などに対して、ある中学校が対応に苦慮している事例があったとしましょう。学校の教師と話合おう中で、多くの学校の教師が発達障害者の支援に苦慮しているという地域課題が見えてくるかもしれません。そのような情報が市町村、保健所などと共有できていなかったことがわかります。そうすると、学校と精神保健との連携が課題になります。具体的な方法としては、実際の個別支援、学校の教師など向けの研修企画や会議な

どを通して、学校現場での発達障害支援のノウハウを深めてもらい、発達障害者対応が学校でできるようになってもらうこと、また必要な時には学校外からの支援協力ができる体制にすることも有用でしょう。地域課題では、このように支援者がばらばらで連携ができていないこと、それぞれの支援者のスキルや理念が共有できていないことから来る問題が少なくないと考えられます。これについては、研修や会議などを行うこと、個別支援を通して連携を作ることなどにより、支援理念やスキルの共有を図ることが大変重要です。この点では、連携の課題も「4 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない」という地域課題としても捉えることができます。

「3 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない」：この課題は実際の支援でだけではなく、ReMHRAD などでの支援データなどを見ることによっても気づくことができます。例えば自立生活援助や地域定着が少ないなどです。これについては、協議の場などで状況を確認して、それが実現できていない理由を検討することが必要です。もしかしたら、制度が地域の支援者にとっては負担が大きいと感じられているのかもしれません。あるいはまた支援を担う事業所自体が不足しており、他の支援で手一杯になっているのかもしれません。このような課題を現場の支援者から聞き取るなどにより、対応を検討する必要があります。場合によっては、このような制度をうまく活用できている市町村に工夫を問い合わせをしてみることも有用な場合もあります。

「4 支援者間で支援理念や支援スキルが共有されていない」：研修を行うことの大きな目的はこの地域課題への対応になります。例えば地域の困難事例に対して、関係づくりを丁寧に行うことをしないで、ただ医療機関につなぐことだけを目的にした支援を行うと、支援関係を作ることができずに支援が行き詰まってしまう。さらに、このような支援理念やそれに基づいた支援スキルが支援者間で共有されていないと、多機関連携による支援がうまく行かない、支援連携が円滑にいかないなどの問題が生じます。研修はこのような支援理念を大まかに共有するためには有用です。しかし、例えば年に一度の研修では、支援理念も支援スキルもなかなか共有されません。マニュアルを作成したり、一緒に支援を行う OJT（On-the-Job-Training）を行ったり、事例検討会を行ったりなど、さまざまな形で支援理念とスキルの定着を図ることが不可欠です。なお、研修、事例検討会などは、保健所や精神保健福祉センターなども行います。また地域によっては、精神科医の同行訪問、多職種アウトリーチ支援などが利用可能であれば、OJT として非常に有用です。

「5 問題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要」：これについてきちんとした原因把握と対処方法を考えるのは簡単ではないかもしれません。

例として、地域で措置通報など緊急対応に上がってくる精神障害者が多くなっているとします。その場合、地域課題として、緊急対応事例への対応人数が足りない、あるいは措置入院できる病院が少ない、という地域課題として設定することももちろんできるでしょう。しかしそもそもなぜ緊急対応を要する事例が増えてきているのかを確認してみることも重要でしょう。これまでの事例を調べ直してみると、もしかしたら、外来通院している精神障害者に適切な障害福祉サービスが導入されていないため、その精神障害者が孤立して生活破綻しているのかもしれません。生活苦のある中で、なおかつ治療継続のための支援もない中では、服薬や通院の継続も難しくなることが推測されます。そのように考えると、平時の生活支援を充実すること、具体的には障害福祉サービスを導入したり、訪問看護や在宅薬剤師の導入により、治療中断を予防することが課題になります。こうした人たちが地域で多いのであれば、医療機関や訪問看護、障害福祉サービス機関、保健所などとも話し合って、治療中断予防にそれぞれの機関としてで

きることを共有できることで、平時の支援の充実により、治療中断予防から緊急対応事例の減少を結果として図ることができるかもしれません。

このように、地域課題の検討といっても、地域課題をどのような課題として設定するかによって、解決の方向が難しくなることもあれば、何らかの解決案が出てくることもあります。課題自体の設定の仕方でもよく検討することが必要です。また地域課題への対応として研修企画が行われることが多いですが、どのような課題にどういう形で対応するために、その研修を企画しているのか。またそれは地域課題の解決にとってどれくらい有効かを考えることが必要になります。

地域課題への対応としては、それぞれに以下のように整理できます。もちろん、ここであげた地域課題も一つの見方ですので、これに囚われることなく、視野を狭く限定しないで、いろいろな見方をすることが大切です。

(1) ニーズに比して資源が少ない

- ・ そのニーズをより細分化することで扱いやすくなるか？
- ・ 既存の資源でのある程度の補完は可能か？
- ・ 障害福祉サービスの充実が必要。必要量は、サービス利用状況などからも推測するとともに、現場の支援者の意見も参考にする。

(2) 資源があるが、それが他の資源と連携ができていない。

- ・ このパターンがよく見られる。
- ・ 利用可能な資源がないかどうか、いろいろな機関に聞いたり、調べたりする。
- ・ 利用可能な資源と連携できるようにアプローチを考える。

(3) 制度上定められている支援体制が十分に実現できていない。

- ・ 利用がなされていない理由を現場の支援者から聞き取るなど調べる。
- ・ 他の市町村での状況を担当者などを通して聞き取る。

(4) 支援者間で理念やスキルが共有できていない

- ・ 連携が難しい原因としてこのような事態があることも多い
- ・ 研修や会議などで支援理念やスキルの共有の座学、話し合いの場を持つ
- ・ 事例検討会や同行訪問、スーパーバイズなどの機会を持つ
- ・ 保健所や精神保健福祉センター、医療機関などからの助言の機会を持つ

(5) 課題への対処が対処療法になっており、原因へのアプローチが必要。

- ・ いろいろな立場の人たちとよく話し合い、課題の捉え方をいろいろな角度から検討することで、一面的にならないように努める。
- ・ 外部のスーパーバイザーに意見を求める。

3. 地域課題の集約

以上のような地域課題は、市町村の保健師のみならず、様々な支援者がそれぞれの現場で気づいていることも多いです。こうした課題を日頃から所属内やあるいは支援者と個別に話し合うことにより、課題への認識が深まり、より練り上げられた課題にすることが可能になります。さらに、これを対応可能な

ものへと練り上げるためには、関係者が集まって協議を行う場が有用です。協議の場は、このような個別課題から見えてくる地域課題の共有と確認、そしてその課題の中から、対応が可能なもの、対応が必要なもの、そしてそれを施策として対応するものへと、優先度をつけながら検討を加えていきます。その課題に漏れがないか、あるいは課題の一面だけが強調されたものになっていないか、必要な関係者からの情報が抜けていないか、課題が生じてくる原因は何か、どのような対応が望ましいか、など多方面から検討を加えることが必要になります。協議の場の運営については、今後の手引きでより詳しく論じる予定です。ここでは、地域課題への対応として既にある事業や方法をあげます。もちろん、地域課題への対応方法としては以下に述べることだけに限定されるわけではありません。

4. 地域課題への対応：具体的な対応方法

以下は、すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題、個別の精神障害者支援の課題、危機介入の課題において想定される具体的な領域とそれへの対応策として想定されている介入策をあげます。上と重複するところもあります。

① すべての住民のメンタルヘルスにかかわる課題への早期対応

このような事例へ対応できるためには、①事例への粘り強いアプローチにより、関係づくりを行う、②ニーズアセスメントを行う、③多機関連携による支援を行う、④継続的なアプローチへと移行する、というそれぞれの段階でのシステムづくりが重要になります。

市町村の保健師が大まかなニーズアセスメントを行い、その後の関係作り、ニーズアセスメント、多機関連携を担う体制を作ることになります。現行の支援体制では、以下のような資源が想定されます。

・精神保健相談に関する医療機関の協力

医療契約が難しい事例への医療的見立てを行うために、市町村や保健所での精神保健相談において医師の相談が活用できます。未治療や治療中断の精神障害が疑われる方への訪問などに同行してもらうことができれば有用です。この制度が有効活用されるためには、ほかのいろいろな場面を通して地域の精神科医との良い関係を作っておく必要があります。さらに、この事業を活用して、市町村や保健所が困っている事例についてアドバイスをもらうことで、精神科医に市町村や保健所の具体的な困りごとを知ってもらい、地域ニーズについて理解を深めてもらうこともできます。

・多職種アウトリーチ支援

アンメットニーズとして述べた課題に効果的に対応できるためには、多職種アウトリーチチームによる支援体制があることはとても有用です。「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」のメニューとして「アウトリーチ事業」が、地域生活支援事業のメニューとして、「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」があります。保健所や精神保健福祉センターなどでこの事業を活用して、多職種アウトリーチ支援を行っているところもあります。多職種アウトリーチ支援は今後、さまざまな場面で設置が望まれます。市町村は今のところ、これらのメニューを利用することは難しいですが、精神保健相談

や既存の事業を拡張する形で、医療機関などから精神科医と精神保健福祉士などを非常勤職員として一時的に依頼し、市町村の保健師などと多職種アウトリーチチームを組むという方法もあります。

アウトリーチ支援というと、非常に特殊で重装備な支援、というイメージをもたれている印象があります。しかし、支援を自ら求めない人の元に出向く支援はアウトリーチ支援ということができます。それを保健師が一人で行くのか、それともほかの職種と一緒にいくのか、あるいは精神科医、精神保健福祉士、保健師、看護師などでチームを構成していくのか、などさまざまなやり方があります。支援対象者の疾病の重症度、そして複合した生活課題の困難度、そして地域の資源でどのような職種に協力してもらえるか、に合わせてアウトリーチ支援の構成を柔軟に考えていくことが求められます。基本的には、課題が複合的である場合には、多職種、多機関の関与が必要になりますので、多職種アウトリーチの有効性が高くなります。

・重層的支援体制整備事業との関係

市町村を中心に「重層的支援体制整備事業」が始められています。例えば、この事業の「アウトリーチ支援体制」は上に挙げた多職種アウトリーチ支援と組み合わせて活用することで、より効果的な支援体制を組むことが可能になります。違いとしては、「にも包括」におけるアウトリーチ支援では、医療支援が入るため、精神障害や発達障害を有する事例で効果的です。重層的支援体制整備事業と「にも包括」の関係は重要なテーマですが、制度間のすり合わせはこれからの重要な検討課題です。

② 精神科医療の提供体制と平時の対応の充実

「にも包括」の報告書でも平時の対応の充実の必要性については指摘された（報告書 p10）ところです。平時の対応が充実するためには、以下のような領域が充実することが求められます。

- (1) 精神保健相談窓口の設置
- (2) 精神科医療機関との連携
- (3) 障害福祉サービスにおける生活支援体制の整備、医療と福祉の連携強化
- (4) 住まい（居住）支援
- (5) 当事者、ピアサポーターによる支援
- (6) 家族支援
- (7) 就労支援

市町村としては、後述するように、精神保健に関する相談を受ける窓口を設置し、精神保健に関する課題がある人をきちんと把握すること、また地域で支援から孤立している人たちの存在を把握することがまずは求められます。その中で、精神科医療機関につなぐ必要がある人については、本人の同意を得て必要な情報を提供して、医療機関での治療が得られるようにします。

ただし、これまでも指摘しているように、精神科医療につながったとしても、家族が生活支援を丸ごと抱え込まざるをえないなどで、地域から孤立した生活になっていることも少なくありません。本人や家族の相談を受ける、あるいは医療機関からの情報提供を受けるなどで、障害福祉サービス等の支援

が必要な人をきちんと把握して、適切な生活支援を導入することが必要です。市町村としては、障害支援区分認定を適正に行えるように、委員の人選を適切に行うこと、認定会議を適切に運営することが求められます。またそれと同時に、障害福祉サービスの利用実績を把握し、必要だが不足しているサービスがないか、あるいは準備しているのにあまり活用されていないサービスがないかなどの課題を確認することが求められます。これらの業務は主に障害福祉部門が行う業務になりますが、保健部門の保健師も制度のあらましや、支援現場の声などから課題を把握しておくことが望めます。特に家族が対応に困っているが、必要な生活支援が入っていない、あるいは治療中断を繰り返している、家族も高齢で認知症が疑われるなどキーパーソンとしての役割が担いにくくなっているなど、家族対応自体にも課題がある精神障害者の場合、必要な生活支援がきちんと入っているのかを確認することは大切です。もし十分な支援が入っていない場合には、医療機関とも相談して、障害福祉サービス等必要な支援の導入を検討することが望めます。現在は大きな問題がなくても、今の状態で5年後10年後にこの家族は、この精神障害者の生活はどうなっているだろう、と想像しながら支援を考えることが大切です。

③ 地域移行・地域定着支援

地域移行・定着支援、自立生活援助等障害福祉サービスの適切な活用が求められます。基本的には、②の平時の対応の充実と共通しています。精神障害者は日常の些細な困りごと（買い物、金銭管理、調理、保清、ゴミの管理、光熱費の支払い、自立支援医療（精神通院）や精神障害者年金の手続き、気晴らし、普段のおしゃべりなどさまざまなことで困難を抱えています。そのような困難を丁寧に寄り添って相談を行い、具体的な解決を目指すことで、生活の安定を図ることができます。この点で、地域移行・地域定着支援は有用です。上記の地域移行・地域定着支援の項を参照してください。

④ 身体疾患をもつ精神障害者支援

身体疾患と精神疾患の合併は非常に多く、精神障害者ではそうではない人に比べて、平均寿命が10から20年短いという報告も多く、身体合併症の問題は深刻です。また身体疾患についても、高齢者や身体疾患が複数重なると精神疾患の合併が多くなることが知られています。このように身体疾患と精神疾患の合併は大きな課題です。実際には精神科医療機関での身体疾患管理は十分ではなく、かつ身体科医療機関では精神障害への対応は難しい場合も少なくありません。総合病院であっても精神科医が常駐している病院は一部の病院に限られているのが現状です。

こうした中での対応策としては、精神科と身体科医療機関の連携強化が必要です。現在は病院レベルでの連携は少しずつ進んでいますが、診療所など外来診療や訪問診療レベルでの連携強化も必要です。市町村では、かかりつけ医に精神障害者の身体疾患対応ができるように、医師会などとの調整を行うことなどが考えられます。ただし、これについては、医療機関の協力が必要であり、保健所や都道府県との相談が必要など、多くの場面での連携強化が必要です。このような体制はまだ十分ではなく、全国的にも引き続き重要な課題であり、市町村だけでできる対応は限られているかもしれません。市町村としては、まずは、課題となった事例を保健所や地区医師会と共有するなど、具体的にどのような課題があるのかを、整理しておくことが望めます。

⑤ 危機介入

自ら受診される場合、精神症状が悪く家族が病院に連れて行くことができる、措置症状が疑われて措置入院の適応が考えられる、などの場合や、精神症状が活発な場合には、精神科医療機関による治療が行われることになります。このような場合には、医学的治療は精神科医療機関が行うことになります。しかし、本人の支援ニーズを評価して、単身で退院後の生活支援が必要な事例などでは、障害福祉サービスや生活保護の導入、日常生活自立支援事業や成年後見人制度の利用などが必要になることが多く、市町村の役割が重要になります。このような場合は「退院後支援」の項目を参照してください。

受診拒否が強く、病院に行こうとしない、家族がおらず病院受診ができない、措置診察には至らない、などの場合、危機介入をどうするかは重要な課題です。ここについては、上記のアウトリーチ支援として挙げたような支援体制が必要であると考えられます。アウトリーチ支援もいろいろな形がありえます。以下のような形態が考えられます。

- (1) 市町村や保健所が精神保健相談の枠組みや自殺対策などの事業を活用して、地域の精神科医や精神保健福祉士などを組み合わせて訪問支援を依頼する。この場合、精神科医あるいは精神保健福祉と保健師等の組み合わせて訪問支援を行うことになります。
- (2) 市町村や保健所が地域の一つの精神科医療機関との連携で、精神科医と精神保健福祉士や看護師などの協力を得て、訪問支援を行う。
- (3) 精神保健福祉センターに直営のアウトリーチチームを設置し、市町村から保健所への依頼を経て訪問支援を行う。

いずれにしても、市町村単独では難しい場合もありますので、保健所などとも相談して、このような事例がどれくらいあるのか、どういう形の支援体制が可能であるのかを相談することが大切です。

ただし、繰り返しにはなりますが、危機介入は基本的には事例への早期の支援導入ができない時のセーフティネットとしての位置付けが必要で、大切なのは、平時の支援の充実になります。なるべく危機が小さいうちに気づき、必要な相談を行い、支援を入れることの積み重ねが重要です。そうした中でも支援がうまく行かない場合に危機介入が切り札として要請されることになります。

参考資料

○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

<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>

○厚生労働省所管の検討会

1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会

第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神保健について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00003.html

2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会

第7回 地域精神医療について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00013.html

3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会

第8回 都道府県・精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhokatukentoukai_00015.html

4) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html

5) 「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html

6) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syugai_322988_00011.html

1) 平成30年度障害者総合福祉推進事業

多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>

2) 平成28年度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

包括的支援マネジメント実践ガイド

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>

3) 精神科病院における。地域移行プログラム（地域連携パス）の実施状況

調査及び効果的なプログラム等の選次に係る調査・研究報告書

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521954.pdf>

4) 平成30年度地域保健総合推進事業

精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業

[「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業」における保健所マニュアル](#)

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
地域共生社会を目指す市町村職員のために

令和4年5月

編集) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究(研究代表者: 藤井千代)
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(分担研究者: 野口正行)

研究協力)(五十音順)

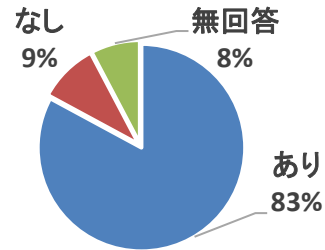
岡本 秀行(川口市保健所)
河本 次生(埼玉県立精神保健福祉センター)
熊谷 直樹(東京都立中部総合精神保健福祉センター)
熊取谷 晶(京都府健康福祉部障害者支援課)
佐々木英司(埼玉県発達障害総合支援センター)
篠崎 安志(横浜市青葉区高齢・障害支援課)
清水 光恵(兵庫県伊丹健康福祉事務所)
中川 浩二(和歌山県福祉保健部障害者福祉課)
中村 征人(愛知県医務課こころの健康推進室)
林 みづ穂(仙台市総合精神保健福祉センター)
前沢 孝通(前沢病院)
柳 尚夫(兵庫県豊岡健康福祉事務所)
山田 敦(川崎市障害保健福祉部障害保健課)
山本 賢(飯能市健康福祉部障害者福祉課)

別添4 地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドライン運用状況

退院後支援実施状況調査 N=298

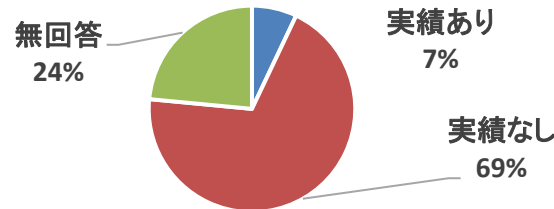
調査対象: 全国の保健所 調査期間: 令和2年1～3月 回答率: 65.1%

ガイドラインに基づく退院後支援の実施



退院後支援の説明をした人数/同意した人数: 1899/1184 (同意率62.3%)
〔うち措置入院以外: 93/60 (同意率64.5%)〕

措置入院者以外への退院後支援の説明



退院後支援の対象となる入院者像(主な着眼点)

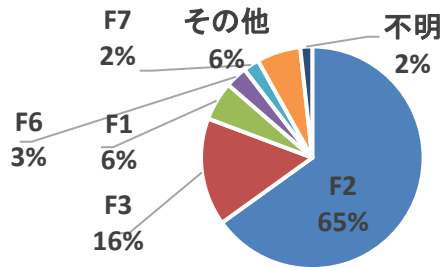
〈過去の治療歴〉 頻回の非自発入院、治療中断、初回入院
〈入院の経緯〉 警察や保健所の介入による入院
〈支援の必要性〉 既存の医療福祉サービスでは不十分
(多職種・多機関連携、行政の関与が必要)

〈社会的要因〉 ソーシャルサポートの必要性が高い

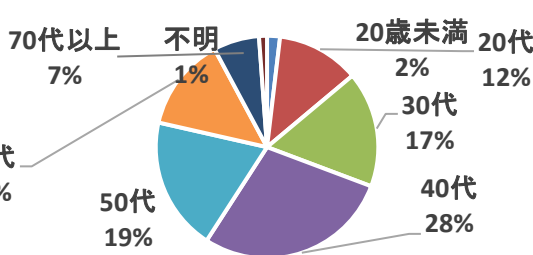
例 家族支援が必要 経済的な困窮等、複数の課題
近隣住民とのトラブルがあった
孤立しがち 児童相談所の関与があった

支援対象者の状況調査 N=690

主診断



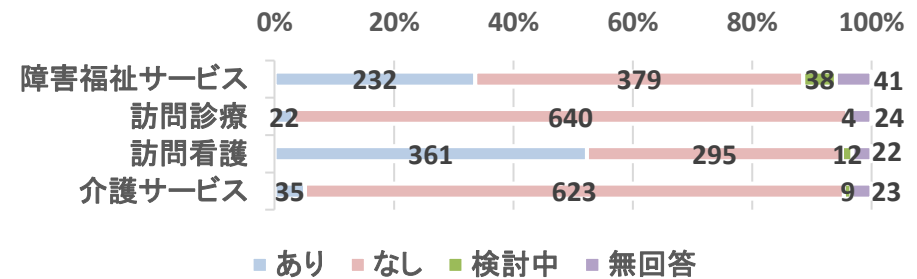
年代



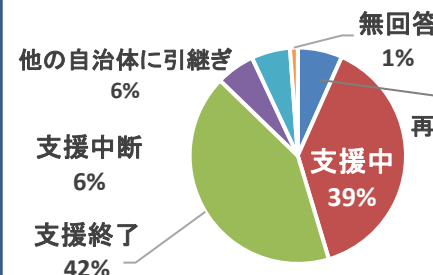
入院形態 措置: 81% 緊急措置: 13% 医療保護: 4% 不明: 2%

入院した病院の所在地 圏内: 58% 圏外: 40% 県外: 2%

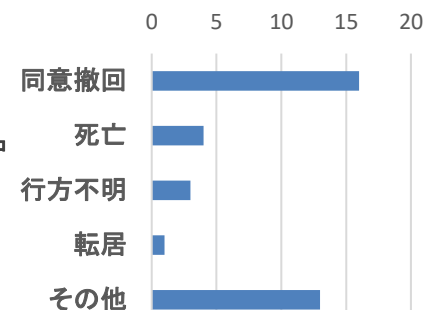
退院後のサービス利用状況



調査時点の転帰



中断理由(N=37)



地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドラインの効果と課題

課題

圏外入院

圏外・遠方入院者への対応
情報の把握が困難
保健所によって対応が異なる

計画作成主体（保健所）

- ・計画作成についての本人の意思確認
- ・支援会議開催
- ・退院後支援に関する計画の作成、交付

同意の課題

同意が得られない場合の対応
意向が変わりやすい場合の対応
退院後の同意撤回
病識・理解力が不十分な方への対応

資源不足

地域資源の不足
業務負担の増加
マンパワー不足

医療機関対応

医療機関間の対応格差
医療機関への連絡が困難
医療機関の協力が得にくい
入院先と通院先が異なる場合の調整

その他

短期間での対応が困難
典型ケース以外の支援が困難
保健所への過剰な期待

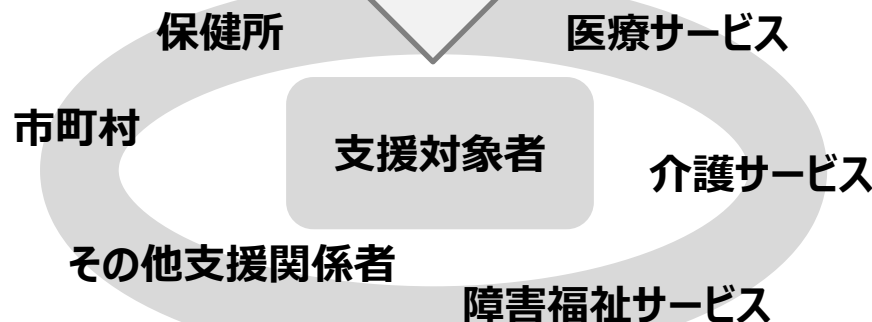
退院後支援の流れ

支援対象者

支援会議

本人及び家族その他支援者は原則参加
(参加者例)
・自治体職員等
・入院先病院の医療従事者
・通院先医療機関の医療従事者
・訪問看護ステーション担当者
・地域援助事業者 など

退院後支援に関する計画



連携強化

支援者間の連携体制構築
顔の見える関係づくり
情報共有のしやすさ
病院との連絡が容易になった
役割の明確化

入院先医療機関

- ・退院後生活環境担当者の選任
- ・退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施
- ・退院後支援に関する計画に係る意見書の作成
- ・自治体への協力

支援の質向上

支援者間の認識の一致
適切なアセスメント
入院早期からの支援体制構築
多職種支援・組織的対応
タイムリーな支援の提供
本人参画の推進

本人への好影響

自分自身の振り返り
不安の軽減・安心感
支援・治療への動機づけ
支援者への信頼
孤独感の軽減
地域生活の継続

効果

その他

未治療・未支援の方への支援導入のきっかけ
ガイドラインの支援対象者以外の支援への波及効果
地域連携の強化、地域づくり

精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案

1) 権利条約との関連について

以下の条文に則ったかたちで権利擁護のしくみを構築する必要がある。

- ・ 第 12 条第 3 項：法的能力の行使に当たって必要な支援としての機能
- ・ 第 14 条：身体的自由及び安全を担保するための機能
- ・ 第 15 条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由を担保するための機能
- ・ 第 16 条：虐待防止のための効果的措置としても機能
- ・ 第 19 条：地域移行・地域生活のための漸進的措置としての機能
- ・ 第 22 条：プライバシー尊重の担保としての機能
- ・ 第 25 条：インフォームド・コンセントを支える支援としての機能

2) 精神保健福祉法との関係、個別相談支援が可能である法的根拠

- ・ 精神保健福祉法でも、非自発的入院者の退院請求権／処遇改善請求権を認めており、入院中の権利擁護に関しては、自発/非自発の別なく必要。（精神保健福祉法では非自発的入院の規定があるが、代弁者をつけることと引き換えに非自発的入院を認めるような論調にならないよう留意。）
- ・ 精神保健福祉法及び厚生省告示第 130 号により、通信・面会については原則として自由に行われるものであるため、入院者が望めば権利擁護活動をしている民間団体等の職員との通信・面会は原則自由にできる。また、人権擁護に関する行政機関の職員、代理人である弁護士との電話や面会は制限されない。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として意思疎通支援事業が位置付けられている（必須事業）。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として障害者虐待防止対策支援が位置付けられている（任意事業）。

3) 個別相談支援を実施する体制

- ・ 都道府県が主体となって、「権利擁護センター（仮）」を運営する。地域の実情に応じて、保健所圏域や市町村単位でのセンターの設置も考慮する。
- ・ 権利擁護センター（仮）は、原則として都道府県等の自治体直営とするが、都道府県等から委託された団体等がその機能を担うことも考えられる。
- ・ 自治体の実情に応じて、県民総合相談センターや、基幹相談支援センター、市町村相談支援事業所（委託相談支援事業所）などの既存の枠組みを活用することも考慮する。
- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）は、圏域や市町村単位のセンターをバックアップし、

個別相談支援の実施に係る後方支援、スーパービジョンを含む、継続的な人材育成のための研修の実施、個別相談支援の実施状況を踏まえた課題抽出と分析、その結果を踏まえた実施体制の整備の進捗管理等の機能を持つことが望ましい。

- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）には、圏域や市町村単位のセンターのスタッフへの助言や支援を行い、多様な視点で権利擁護を担えるシニアアドバイザー（精神保健医療福祉や司法等に精通する有識者）の配置が望ましい。
- ・ 権利擁護センター（仮）には、医療機関とは独立した第三者として権利擁護機能を果たすための組織基盤（人員及び財源の確保を含む。）が必要となる。

4) 相談者（個別相談員（仮））の立場と役割について

※「個別相談員」の名称については、利用者や病院にとって立場や役割を理解しやすくするために、今後より適切な名称を検討する必要がある。

- ・ 医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う。
- ・ 個別相談員（仮）は、「最善の利益」を考慮するのではなく、完全に本人の味方という立場で、何を話しても大丈夫という安心感を持ってもらう。
- ・ 本人の立場に立って話を丁寧に聞き、本人の希望を確認する（散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等）。
- ・ 本人が希望を持つことができるようにエンパワーメントする。
- ・ 本人の権利についてわかりやすく説明する。
- ・ 入院者本人への直接的な役割と、病棟に第三者（外部）からの視点を入れるという間接的な役割がある。

5) 情報提供・守秘義務について

- ・ 病棟スタッフ等への情報提供：生死に関わること以外は、病棟スタッフ、家族を含むいかなる人に対しても、本人の了解なしに本人との会話内容に関する情報提供は行わない。
- ・ 本人への情報提供：病棟スタッフの代理として本人に情報提供（病気や薬に関する情報等）はしない。ただし、本人が希望した場合、本人とともに病棟スタッフから情報提供を受け、本人が理解するための援助を行うことはあり得る。
- ・ 個別相談支援を通じて知り得た本人、その家族又はその関係者の個人情報については、正当な理由なく開示、口外、提供、漏えいしない（個別相談員（仮）を辞めた場合も同様）。

6) 直接支援について

- ・ 支援を提供するまでの流れについては、別紙 2 参照。
- ・ 訪問による個別相談支援を行う場合は、原則として個別相談員（仮）2 名で対応する。
- ・ 病院のスタッフ等、専門職の下請けをする立場ではないことに留意する。
- ・ 退院請求や処遇改善請求制度に関する情報提供を行ったり、代理人が必要と判断された

場合に弁護士会のサービスを紹介する等、直接支援へのつなぎは必要に応じて行う。

- ・ 本人の希望に応じて、本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをしたり、本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える等の支援を行う。
- ・ 退院後の暮らしも含めた支援の観点から、本人の希望に応じて退院後生活環境相談員や地域援助事業者との連携を図ることも考えられる。
- ・ 話を聞くだけで終わることもあるが、話を丁寧に聞くこともエンパワメントとしての機能を果たすことになり、重要な活動である。（必要に応じて繰り返し支援する）
- ・ 電話のみ、手紙のみの支援も受け付ける。

7) 個別相談員（仮）の養成について

- ・ 個別相談員（仮）となるには、特定の資格は必須ではないが、所定の個別相談員（仮）研修を受講する必要がある。
- ・ 当事者（ピアサポーター）が個別相談員（仮）として活動できる体制を積極的に構築する。そのため、研修のあり方や活動開始後の個別相談員（仮）のケアについても配慮する。
- ・ 当事者団体がピアサポーターとしての個別相談員（仮）の役割を担うことも考えられる。
- ・ 弁護士、市民ボランティア等さまざまな立場の個別相談員（仮）が協働で役割を遂行できることが望ましい。
- ・ 相談業務開始当初は、経験のある個別相談員（仮）と一緒に訪問する。
- ・ 個別相談員（仮）は、スーパーバイズを含む継続的な研修を受けることが望ましい。

8) 虐待等の問題が疑われた場合の対応について

- ・ 病棟内での虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、権利擁護センター（仮）内で協議し、状況によっては通報するなどケースバイケースで適切な対応をする。
- ・ 個別相談員（仮）個人の判断で動かず、組織的に判断する。通報する場合、通報者の匿名性の担保も必要。

9) 個別相談支援の周知について

- ・ 精神医療審査会に関する掲示物と同様に、個別相談支援を受けられることについて、精神科病棟内にパンフレットを掲示したり、入院時にパンフレットを渡したりする。
- ・ パンフレットには、個別相談支援の目的、どのような支援が受けられるかといった支援内容、秘密が守られること、どのような枠組みによる活動かといったことをわかりやすく記載する。
- ・ 医療機関、行政、地域援助事業者等に、本人が利用しやすいように積極的に周知を図るよう促す。
- ・ 入院者自身の自発性に任せるモデルだけでは限界があるのではないか。→茶話会方式でピアサポーター等と接する機会を設け、そこから個別相談支援につなげる方法も考えられる。

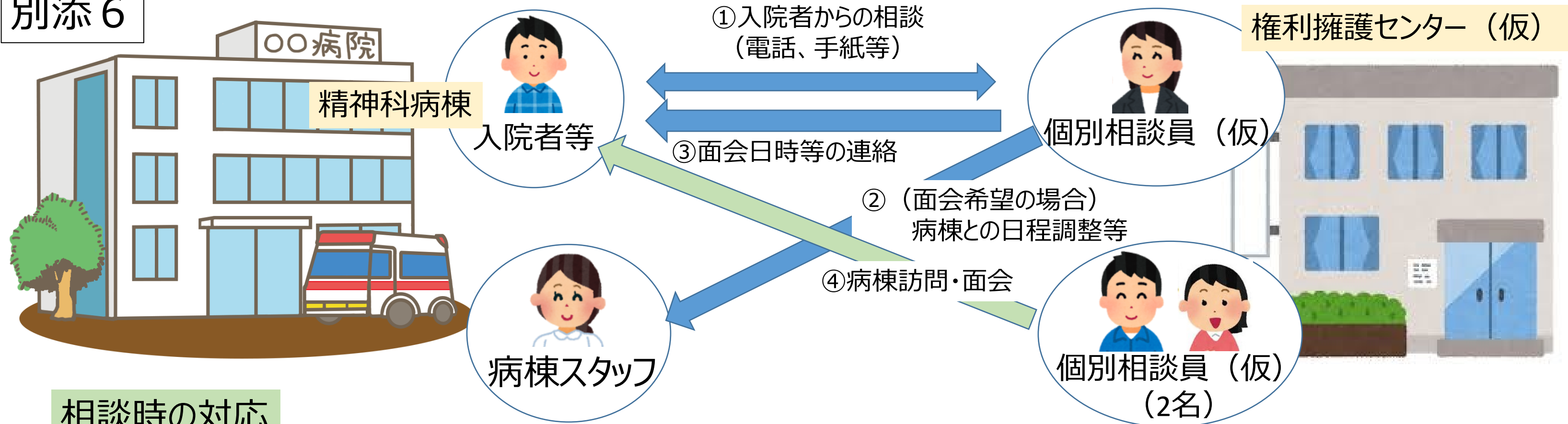
（病院から患者が電話してくるのを待つモデルだけでは、必要な人に支援が行き渡らない可能性がある。）

10) その他

- ・ 病院側の事情を理解することも必要。
- ・ 本人が費用の負担をすることなく相談できるようにする。
- ・ 本人の病状によっては面会が難しい場合もあることが想定されるが、家族の面会が制限されていない程度の病状であれば、個別相談支援に入れるようにしてはどうか。（理想的には、「人権擁護に関する行政機関の職員」と同等の立場であることが望ましい。）
- ・ 権利擁護センター（仮）の役割を地域の事業所（基幹相談支援センター等）に委託する場合、医療機関と同法人又は関連団体の事業所に委託されることも想定されるため、完全に本人の立場で権利を主張できるような対策が必要。
- ・ 個別相談員（仮）に危険が及ぶ可能性がある場合にどうするかについては要検討。保険の加入なども必要か。

以上

別添 6



相談時の対応

- 本人の立場に立って、丁寧に話を聞き、本人をエンパワメントする
- 本人の希望の確認（散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等）
- 権利についての説明
- 個別相談員（仮）にできること（できないこと、しないこと）を伝える など

相談後の対応

本人の希望に基づき、

- 必要時に再度相談を受ける
- 本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
- 本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える
- 退院請求や処遇改善請求制度の情報提供
- 代理人が必要と判断された場合は弁護士会等を紹介する
- 病棟スタッフ等にどのような働きかけをするのか（したのか）本人に報告する など

※虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、通報を含む対応につきセンター内で協議する

相談の際の留意点

- 本人の了解なしに、相談内容や個人情報等を病棟スタッフ等に話さない
- あくまでも「本人の味方」として対応する
- 個別相談員（仮）は、病院スタッフ等、専門職の下請けをするわけではないことに留意する

別添 7

令和3年度精神科アドボケイト（個別相談）養成研修（基礎）							
							運営側入室9:00～、参加者開室9:15
開始	終了	項目 時間	合計 時間	科目名	担当（名前と 所属）	内容	補足
9:30	-	9:40	0:10	事務連絡			
9:40	10:15	0:35	0:45	オリエンテーション	藤井（NCNP） 位田 （大阪精神医 療人権C）	1. 開始・録画の断り 2. 研修の趣旨説明 10分 3. グラウンドルール 4. 自己紹介 25分	自己紹介(30秒 x 45人) = 約25分
10:15	10:25	0:10	0:55	休憩			
10:25	10:50	0:25	1:20	講座1（講義）： アドボカシーとは	彼谷 （大阪精神医 療人権C）		
10:50	11:20	0:30	1:50	演習1	彼谷 （大阪精神医 療人権C）	1. 自己紹介 研修に参加しようと思った動機、きっ かけ 2. これからアドボカシー活動をする としたら、どのような点を意識したいで すか？ アドボカシーの6原則も参考にしてくだ さい。 ※独立性／エンパワメント／当事者主 導／守秘（秘密を守る）／平等／当事 者参画	1. 自己紹介 12分（2分 x 6人進行役含む） 名前と研修に参加しようと思った動機、きっかけ 記録係について（〇〇さんに記録係に入ってもらって います。この講座を振り返るために、演習でどのよう な意見が出たかを記録するためです。お名前が公開す ることはありませんので安心して話してください。） →全員の自己紹介が終わったら、ファシリは「様々な 立場の人がいること」「立場性の尊重」を確認する ※グラウンドルール 2. アドボカシー活動で意識したいこと 10分（2分 x 5 人） 補足説明：講義で印象に残ったことはどんなこと、ど の部分でしたか？ 3. 他の人の意見を聞いての感想 5分（1分 x 5人） 補足説明：他の人の意見をきいて思ったこと気付いた こと ※初めての演習であることから場を温めること、相手 の立場を尊重することを重視。
11:20	11:30	0:10	2:00	休憩			
11:30	11:55	0:25	2:25	講座2（講義）： 人権について	桐原 （全国精神病 者集団）		
11:55	12:25	0:30	2:55	演習2	角野 （大阪精神医 療人権C）	講義を受けて、①と②いずれか（両方 でも可）について自身の個人的や職業 的な経験をふりかえり、グループ内で 共有してください。精神科医療に限定 しなくてもかまいません。 ①人権を尊重したかった場面、エビ ソード ②人権を尊重してほしかった場面、エ ピソード	角野さんから具体例を入れて演習の説明 1. 個人ワーク（2の前に個人で考えてもらう時間をと る） 3分 2. グループ内で①か②を共有 10分（2分 x 5人） 補足説明：権利を守られなかった、人として大切にさ れていないと感じた場面はありますか？（「人権」を 自分ごと・身近なところに引き寄せて考えてもら う。） 3. 他の人の意見を聞いての感想 10分（2分 x 5人） ※ 人権は精神科医療に限定しない普遍的な概念である ことを意識することで、人権が立場性の違いを超えた 研修の場作りに留意する。
12:25	13:25	1:00	3:55	休憩		昼休み	13：00～ブレイクアウトセッションで運営スタッフ打ち合わせ
13:25	13:55	0:30	4:25	講座3（講義）： 入院している人の生 活と環境	奥山 （大阪精神医 療センター） ----- たにぐち （大阪精神医 療人権C）		
13:55	14:15	0:20	4:45	演習3	角野 （大阪精神医 療人権C）	講義と体験談を聞いての感想をグルー プ内で共有してください。	1. 個人ワーク 3分 2. グループ内で意見を共有 10分（2分 x 5人） 3. 他の人の意見を聞いての感想 5分（1分 x 5人） ※講座概要（ファシリ用メモ）：看護師として権利擁 護も担っている、担おうとしているが、それでも入院 中の方にとっては権利が守られていない場面もある、 だから精神科アドボケイト「も」必要（もちろん精神 科アドボケイトだけで全ては担えない）。
14:15	14:25	0:10	4:55	休憩			

14:25	14:55	0:30	5:25	講座4-1（講義）： 精神保健と人権	藤井 （NCNP）		
14:55	15:05	0:10	5:35	休憩			
15:05	15:35	0:30	6:05	講座4-2（講義）： 精神保健の制度と現 状	西川 （大阪精神医 療人権C）		
15:35	16:10	0:35	6:40	演習4	西川 （大阪精神医 療人権C）	講義において、精神保健福祉法におけ る入院形態、行動制限や権利について 学びました。入院している人の守られ るべき権利について、あなた自身はど のように思いましたか。	1. 個人ワーク 3分 2. 意見共有 30分（6分×5名）1巡のみ 出た意見を深掘りする参加者同士のやりとり（2巡 目）はしない。時間をみてファシリが発言者に対して その意見の理由、どうしてそう考えたのかをきく。参 加者には他の人の意見を聞いてもらう。
16:10	16:20	0:10	6:50	休憩			
16:20	16:50	0:30	7:20	講座5（講義）： 精神科アドボケイト とは	藤原 （大阪精神医 療人権C）		
16:50	17:15	0:25	7:45	演習5	藤原 （大阪精神医 療人権C）	大阪の実践を聞いて、あなたができる ことは何ですか？ 「精神科アドボケイト」をする 「精神科アドボケイト」はしないが、 側面的にできそうなこと 他の領域のアドボケイトをする	1. 個人ワーク 3分 2. 意見共有 20分（4分×5名）1巡のみ 補足説明：（講座全体・講座5を受けて、）精神科アド ボケイトなら、側面的なことなら、他領域ならとそれ ぞれのうちどのようなことがしたい・できそうと思 うかを話してもらう。（講座を受けて今どう考えている か、決意表明のイメージ）
17:15	17:25	0:10	7:55	事務連絡	藤井 （NCNP）	演習5を踏まえて全体の締めくくり アンケートのお願い・実践編のアナウ ンス）	
		研修 時間	5:35				

**2021年度
精神科アドボケイト養成講座
精神科アドボケイトの理念**

精神科アドボケイト養成講座について

- 精神科アドボケイトとは精神科に入院中の方の立場に立って権利擁護を行う人のことです。この活動者は当事者、その家族、医療福祉従事者、弁護士、教員、学生など立場を問いません。
- 本講座では、入院中の方への面会活動など精神科アドボケイトとして活動するための理念や基礎的な知識を学ぶための講座となります。

精神科アドボケイト養成講座について

- 本講座にご参加いただいた方は、精神科アドボケイトについて学び、日頃の活動や仕事に活かしたい方、大阪以外の地域で精神科アドボケイトの活動を行いたい方、大阪での精神科に入院中の方への面会活動に参加したい方が対象となっております。
- なお、大阪精神医療人権センターでの精神科に入院中の方への面会活動等に参加するためには、養成講座実践編への参加が必要となりますので、ご希望の方は受講をお願いいたします。

研究事業について

本講座は、
厚生労働行政推進調査事業補助金（障害者政策総合研究事業）「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の中の分担研究「精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究」による研究活動の一環として開催します。

研究事業について

- ①研究目的
- 地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行います。

研究事業について

- ②精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究について
- 精神障害者の意思決定・意思表明支援（入院及び外来）に関する好事例、既存のガイドラインやツールの収集を行います。
 - 当事者、家族、法律専門家、保健医療福祉関係者等を交えて、それらの課題、普及可能性について検討し、研修等にも有用な意思決定・意思表明支援に関する資料案を作成します。
 - 複数の医療機関で支援を試行し、実行可能性や普及にあたっての課題について検討します。
 - 研究成果に基づきシンポジウムを開催するなど、現場への普及を図ります。

研究事業について

- ③本講座を受けてのアンケートのご協力
- 研究事業として、本講座を受講された皆さんにアンケートのご協力をお願いしております。

私たちの想い

- 大阪精神医療人権センターでは、精神科アドボケイトとして、入院中の方の権利擁護活動を36年実践しています。私たちは、「声をきく」「扉をひらく」「社会をかえる」という理念のもと、誰もが安心してかけられる精神医療の実現を目指しています。
- これらの活動を通し、一人でも多くの精神科に入院中の方が、その人らしい暮らしにつながることを目指しています。そのためにも、入院中の方の権利擁護実践については多くの方と協働していく必要があります。

私たちの想い

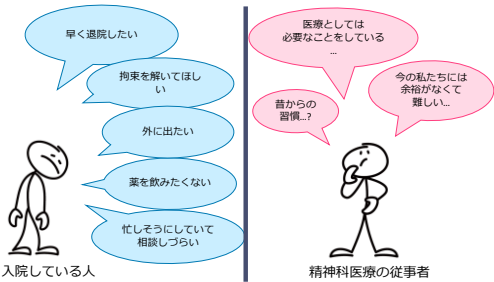
- 本日の講座で、権利擁護のために必要な理念や知識を学び、一人でも多くの方がその必要性を理解し、活動に参加していただき、多くの協働者の一人となっていきたいと考えています。

講座1 アドボカシーとは

講座1「アドボカシーとは」の趣旨

- アドボカシーの基本的な考え方
- セルフアドボカシーの意義とアドボカシーの担い手
- ケースアドボカシーとシステムアドボカシー

入院している人と医療従事者の立場から生じる壁の存在



投薬のエピソード（私の場合）

- **出来事**：コップに水をいれて詰所に並び、看護師から薬を手渡され、その場で飲む。そこで薬を飲まなければならない。
- **気持ち**：自宅では服薬は遵守していたので屈辱的、どんな薬なのか分からないで飲むことは怖い。
- **言ったこと**：インフォームドコンセントや薬剤情報提供の仕組みを知っていた。看護師経由で、薬剤師から説明を受けた。
- **言わなかったこと**：黙って並びされている患者たちを見て、並びない選択肢はこの場所では許されないだろう、と空気を読んだ。

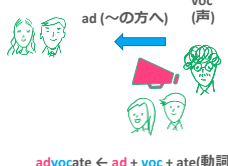
ひげそりのエピソード（私の場合）

- **出来事**：詰所に預けたT字剃刀を毎朝受けとるときに、ありがとうございます、と言う。
- **気持ち**：自傷しない自分が剃刀を預け、受け取るたびに感謝を口にするのは妙な気分。この気持ちを言葉にすると退院伸びるかも。過度な持ち物制限へ協力したことへ感謝の言葉をくれる看護師もいた。
- **いま思うこと**：看護師と揉めると、症状とされと思い、過剰に協調路線をとるようにした。言いたいことを言わないことが、退院への近道だと考えた。そもそも、持ち物制限を見直してほしい。

退院時のエピソード（私の場合）

- **出来事**：入院中に離婚、退院後は関東で一人暮らしを望んでいたが、希死念慮があるため関西の実家へ退院することになった。
- **気持ち**：仕事も縁もない実家に戻りたくないが、早く退院するにはそれしかない。
- **いま思うこと**：その後に実家でひきこもりになり、病院や両親を恨む。訪問看護、デイケア、ヘルパーなどの希死念慮があっても一人暮らしを支える方法を情報提供してほしかった。医師や看護師は希死念慮の具体性を検討されたのか？ 精神保健福祉士は情報提供していたのか？

アドボカシー＝声を上げる

- **advocacy** = 平たく言うと **to call** や **speak out**、**声をあげる**
 - **悩みを抱えていたり、権利侵害の渦中にある人は自分では声を上げることが難しいかもしれない。**
 - **そのような人のため、あるいは自分たち自身で声を上げること**
- アドボカシーの一つのイメージ。
声をマイクで大きくする
- 
- advocate ← ad + voc + ate (動詞)
アドボケイト

アドボカシーの対象者の背景

- **意思決定が弱いと見なされ** 他者の庇護に置かれがちな人
 - ・ 子ども、障害者、高齢者
- **特定の環境下での集団生活** を過ごす人
 - ・ 入院患者、児童養護施設や障害者入所施設、老人ホームの入居者、刑事施設や少年院の入所者、
- (特に生存や健康への依存度が強い) **ケアを他者に委ねざるを得ない人**
 - ・ 医療的ケア児者など常時介護を受ける人、広くは患者
- **強い支配下** に置かれていたり、**適切なケアを受けられていない人**
 - ・ 虐待、DV、バツハラ
- **差別に晒されている人**
 - ・ セクハラ、LGBT、外国人

医療や福祉で発展したアドボカシー

- 医療や福祉ではアドボカシーの対象者が多く、背景が複数ある人が珍しくない。
- **イギリスの例**
 - ・ **アドボカシーを利用する権利**が法律で保障
 - ・ **サービス提供機関から独立してアドボカシーを実践する専門的なトレーニング**を受けた**アドボケイト**とアドボカシー提供機関が存在
 - ・ Independent Mental Health Advocacy (精神障害)
 - ・ Independent Mental Capacity Advocacy (知的障害や認知症)

アドボカシーの6原則

- アドボカシーの6原則
 - ・ ここではイギリスなどのアドボカシー実践を参考にした子どもアドボカシーの領域での整理を紹介します。
- アドボカシーの原則
 1. 独立性
 2. エンパワメント
 3. 当事者主導
 4. 守秘（秘密を守る）
 5. 平等
 6. 当事者参画

アドボカシーの6原則

1. 独立性
 - ・ 当事者への意思決定機関やサービス提供機関から独立していて利害関係を持たない
 - ・ 例）福祉事務所、児童相談所、教育、医療、福祉機関
 - ・ 組織の方針や利害と利用者の希望が対立すると板挟みになる可能性
2. エンパワメント
 - ・ 自分の言葉で意思を表明できるように支援
 - ・ 抑圧から解放されて、力を取り戻す過程
 - ・ 自信や自尊心を取り戻す過程でもある

アドボカシーの6原則

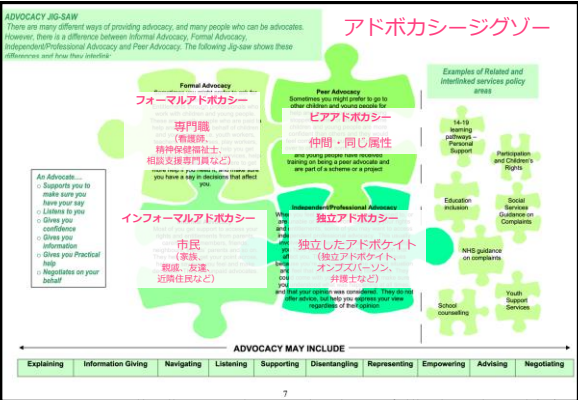
3. 当事者主導
 - ・ 本人の希望や意思に基づいて行動。支援者の考える「最善の利益」と異なる場合であっても希望や意思に依る。
 - ・ 「当事者が運転席に座れるようにすること」（パイトマン）
4. 秘密を守る（守秘）
 - ・ プライバシーの尊重、当事者から聞いたことを他者に伝えない。信頼関係の前提。
 - ・ 虐待、暴力など生死に関わることは守秘義務の例外だが、慎重な扱いが求められる

アドボカシーの6原則

5. 平等
 - ・ すべての当事者が平等にアドボカシーにアクセスできること
 - ・ 言葉が話さない、意味を掴みづらい人でも、適切なコミュニケーション支援や意思決定支援により、意思決定と意思表明が可能
6. 当事者参画
 - ・ アドボカシーは常に当事者の参画を得て進める
 - ・ 実践以外にも助言、研修、スタッフの採用など運営に参画

セルフアドボカシー

- もっとも身近なアドボカシーは自分自身
- 当事者は無力で意思決定できない存在ではない
 - ・ アドボケイトは「当事者は誰でも自分の好みを持ち、自分で考え、自分の意見をまとめ、発信できる」と信じて行動する
 - ・ コミュニケーションや意思決定支援が重要
- セルフアドボカシーへの支援は自己決定への支援
 - ・ 代弁は矛盾を孕んだ行為でもあり、その自覚が必要
 - ・ 権利侵害の救済とセルフアドボカシーの両立のジレンマが起きうる



アドボカシーの担い手

- 1. セルフアドボカシー
- 2. インフォーマルなアドボカシー
 - ・身近な人によるアドボカシー。例) 家族、親戚、友達、近隣住民
- 3. ピアアドボカシー
 - ・同じような属性を持つ仲間によるアドボカシー。集団的なセルフアドボカシー。例) 障害者運動、患者会、労働組合
- 4. フォーマルなアドボカシー
 - ・サービス提供機関などの職員。当事者の意見や思いを聞き、時に代弁し、思いを実現する
 - ・身近な職員が当事者の話を聴くことは身近で大事なアドボカシーでもある
- 5. 独立アドボカシー
 - ・利害関係のない第三者が行うアドボカシー

アドボケイトの特徴を言い換えると

- 中立的な立場ではなく、対象者の立場にたった味方
- 対象者の希望や意思に基づいて行動する。アドボケイトの価値観を押し付けない
- 対象者の力を発揮できるように、力を奪わない。頼まれたことを実行する代理人や支援者とは異なる
- 対象者のタイミングを尊重する。無理に本音や希望を引き出さない
- 対象者にできない約束をしない

アドボカシーの対象

ケースアドボカシー

- 権利を守るために、個別の当事者を対象に行う
- 対象の人の気持ちや意向を尊重することが大前提
- 精神科アドボケイトの場合、入院している個人個人を対象にする活動。

システムアドボカシー

- 集団やコミュニティを対象に行う
- 権利を守るために制度を作る、変える活動を伴う
- 精神科アドボケイトの場合、入院している人全体、病院、精神科医療にかかる制度を対象にする活動。

講座2 人権について学ぶ

講座2「人権について学ぶ」の趣旨

- 人権についての理解
- 障害者の人権
- 憲法に基づく人権
- 権利擁護活動とは

人権について知ること

人権や憲法を知ろうとする人たちは、今まさに自分の人権が脅かされていて、抵抗しようとしている人たちです。

逆に人権が守られている人たちは、憲法や人権を勉強しなくても人権が守られているので、そこまで切実ではないのです。

私たちは、人権が脅かされている人たちへの想像力を獲得し、ともに行動していくためにも、まずは人権を学ばなければなりません。

人権について



人が自分の生き方を選択し、自分らしく生きていくためには（個人の尊厳）、『人権』が守られなければなりません。

人権の誕生

第二次世界大戦においては、特定の人種・障害者・女性の迫害、大量虐殺、人権侵害、人権抑圧が横行しました。

第二次世界大戦の反省として世界人権宣言が採択された。

さまざまな人権の考え方

国連は、国際人権規約の策定に着手した。

自由権：英米などの自由主義国家では、人が公権力等から不当な介入を受けず、自由を制限されないことが人権であると考えた。

社会権：ロシアなどの社会主義国家は、貧富の格差などが生じないように国が保障していくことが人権であると考えた。

さまざまな人権の考え方

◆ A規約
経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）

◆ B規約
市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）

人権の相互補完

■ 従来の人権観



■ 人権の相互依存性



人権条約

- 人種差別撤廃条約（1965年）
- 女子差別撤廃条約（1979年）
- 拷問等禁止条約（1984年）
- 児童の権利条約（1989年）
- 移民労働者権利条約（1990年）

- 集団殺害防止条約（1948年）
- 難民条約（1951年）
- 強制失踪防止条約（2006年）

障害者権利条約

- 2006年 国連総会で障害者権利条約が採択された。
- 2014年 批准
- 目的：全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること
- ・ 障害者権利条約は、障害者に新たな権利を与えるものではない。
- ・ 障害者が享受できていない権利を他の者と平等にすることを目指したものである。

障害者権利条約

～「精神科アドボケイト」と関係する内容～

- 第12条 法律の前にひとしく認められる権利
→法的能力の行使に当たって必要な支援
※代理で同意するのではなく同意を支援する
- 第14条 身体的自由及び安全
→障害を理由に無理やり入院させられない権利
→障害を理由に拘束されない権利
- 第16条 虐待防止
→虐待防止のための措置

障害者権利条約

～「精神科アドボケイト」と関係する内容～

- 第19条 自立した生活及び地域社会への包容
→病院から退院し、地域で生活する権利
- 約25条 健康
→他科と同質の医療を受ける権利
→医療者から説明と同意を受ける権利

日本国憲法の人権

- ① 固有性
人間であることにより当然に有するとされる権利であること
- ② 不可侵性
人権が原則として、公権力によって侵害されないこと
- ③ 普遍性
人種、性、身分、障害の区別に関係なく、人間であることに基いて当然に共有できる権利であること

権利擁護活動とは

～病院外部とつながる権利を守る～

- ① 弁護士や障害者団体等などの権利擁護者を紹介するアドボケイトにアクセスする機会の付与
- ② 定期的にアドボケイトが訪問し、話しをすることができるような環境の付与
- ③ 権利擁護者に依頼する機会の付与

権利擁護活動とは

～適切な治療を受ける権利を守る～

- ① 風通しの良い、適切な治療環境の提供。
- ② 治療内容や不服申立て等の手続きの方法を告知され、弁解と防御の機会を付与される権利。
- ③ 医療者とのコミュニケーションを円滑にすること。

権利擁護活動とは ～地域で生活する権利を守る～

- ① 病院ではなく地域で生活する権利
- ② 地域で生活するための支援を受ける権利
- ③ 偏見、差別されことなく、社会に包摂される権利



講座3「入院している人の生活と環境」の趣旨

- ・入院している人の話を聴くにあって、**精神科病院での生活を知ることが大切**。精神科病院への入院経験のない人が社会では大半であり、**知る機会が少ない**。
- ・**精神科病院の環境（ハード面）と入院生活**を知ります。
- ・**入院経験のある人の話を聴き**、生活と環境を具体的に知り、入院している人の**気持ち**を学びます。

入院までの流れ(1)

1. **病院へのルートは多様**。**予期しない入院**もある。
 - ・自分自身で訪れて。
 - ・家族や支援者に連れられて。
 - ・救急搬送されて。
 - ・警察に連れられて。
2. 待合：待つことで緊張と不安が高まることも。
3. 診察室：**医師の診察を受け、入院の告知・権利の説明**。
 - ・精神保健福祉法上の告知や説明を受け、その文章を受け取る。

入院までの流れ(2)

4. 診察室から病棟へ
 - ・医師や看護師と同伴し、案内される。
 - ・やっと休めるんだとホッとする人もいれば、**どこに連行されるか分からない恐怖や不安を感じる人**。
 - ・医師や看護師に案内されて、**自ら病棟へ向かう人**もいれば、入院を拒否して抵抗した場合、**力づくで連れていかれる人**。

入院までの流れ(3)

5. 持ち物検査

診察後かナースステーション・面会室などで行われることが多い。

安全上の理由であっても私物を点検されるのは、**気持ちの良いものではない**。
6. 病室（保護室・個室・多床室）

自傷・他害がある。或いは、可能性がある場合は、保護室や個室が使われる。

 - ・比較的落ち着いていれば、多床室で過ごすこととなる。

入院に際しての 権利擁護

- ・ 病院に着いてから自分のベッドで休むまでの間の気持ちは人によってさまざま。
- ・ 入院している人の権利について文章にて説明を受けることが法律上明記されている。特に退院の請求や処遇の改善については、精神医療審査会へ請求することができます。
- ・ 不安や緊張、恐れなどの気持ちの中で権利の説明を受けることも多く、説明を理解しているとは限りません。
- ・ 精神科アドボケイトは、入院している人が説明の内容を理解していない可能性を常に意識する必要があります。

大阪精神医療センター



病院機能（病棟部門）

診療部門	病床数	うち個室・保護室
精神科救急医療	78床(12休床)	41床
高度ケア医療	150床	50床
総合治療	150床	30床
思春期医療	25床	50床
児童期医療	25床	
医療観察法医療	33床	33床
合 計	461床	204床 約44%

成人棟



外来待合



外来カウンター







週間スケジュール(例)		
	午前	午後
月	入浴・カラオケ・作業(創作・陶芸)	入浴・作業(創作・絵画)
火	シーツ交換・作業(創作・運動)	作業(創作・カラオケ・共同制作)
水	入浴・作業(創作・音楽)	入浴・作業(創作・書道)、心理教室
木	作業(創作・園芸・料理)	作業(創作・脳トレーニング)
金	入浴・作業(創作・陶芸)	入浴・作業(創作・運動)
土	室内娯楽	室内娯楽
日	血圧測定・体重測定	室内娯楽

持ち物制限の例

- 刃物類(カミソリ、ナイフ、はさみ、カッター等)
- 針類、爪切り、金属製ハンガー、爪楊枝
- 傘、陶器、ガラス製品、手鏡、火器類
- 録音・録画・撮影が行える機器
(携帯電話、パソコン、タブレット、カメラ等)
- ドライヤー、ヘアアイロン
- アルコール類・タバコ

持ち物制限への思い

- 持ち物制限は個別化の努力がなされたとしても、自分以外の入院している人や過去に入院していた人の危ない行動が反映されてしまう。故に自分の持ち物も制限されてしまう。
例) 自傷しない人、T字カミソリ等が制限される。
- 持ち物によっては、精神的安定につながるものもある。
 - 普段愛用している手鏡やヘアアイロン
 - スマートフォン、アイパッドなど

🔥 病棟での入浴 🔥

- 週2〜3回程度。
- 入浴日・入浴時間が決められていて、寝る前など普段の生活習慣時間帯に入ることはできない。
- 数名以上で入る浴室。(一人用ではない)
- 大勢が入浴するため時間が限られ、時には急かされる。
- 安全上の配慮ではあるが、看護師が浴室内で観察している。

病棟の公衆電話と携帯電話の違い

病棟の公衆電話

- 順番待ちがある
- 音声のみ
- お互いの時間を合わせる必要
- 高額
10円11.5秒 = 3分で160円 *1
- 連絡先を入院時にメモしておく必要あり
- 予期せぬ入院の場合どうするのでしょうか……

携帯電話

- 自分の時間で使える
- 音声＋文字画像(メールSMS)
- 自分と相手の都合でやりとり可
- 比較的安価
- しゃべり放題プランあり
- アドレス帳に入れておけば連絡を取れる

*1 NTTドコモ、auで隣接都道府県宛に昼間帯にかけた場合

入院環境や入院者の声は、第三者の存在が重要

- ・ 病棟の生活は医療上と集団生活のために**制約**を受け、**病棟の日常は私たちの日常生活とは異なります**。
- ・ 時に、その**制約内容が必要以上**であったり、その内容そのものが**倫理的に問題**があるかもしれません。それは、入院生活の慣れで**自覚しないこともあります**。
- ・ 結果として、入院している人が適切に病院職員に自分の気持ちを伝えることが出来なくなる**可能性があります**。
- ・ 第三者が入院環境を見て、入院している人の声を聞くことが**重要**になります。

権利擁護のまとめ

医療従事者は、専門職の立場からより良い治療・看護を目指しています。

しかし、患者さんの権利を常に擁護しているかは、わかりません。

故に、その人の意見を尊重しながら、その権利を行使できるように援助することが重要です。

それが、アドボケイトです。

ご清聴ありがとうございました。



講座 3 入院している人の生活と環境 ～わたしの入院体験～

1. 病院での「持ち物管理」について

任意入院だったのに隔離室に／手紙を受け取って...ゆっくり読みたかった／もみ合いになって破れた手紙／申し訳ない気持ちが残った

2. 職員さんとの関係について

(1) 一緒にお茶を飲む「平場」の時間

患者さんと看護師さんと喫茶店ごっこ
とてもうれしかった／対等で平場と感じた

(2) 看護師さんが私を避けた理由／こそっと話してくれたこと

スーパーで出会った看護師さん
私生活を明かさないルール／人間同士のお付き合い

2. 職員さんとの関係について

(3) 隔離室に連れていく様子を見てしまっただけの立場の違い

友だちを隔離室に連れていく看護師さん

心に距離を感じるように

でも複雑な相反する感情も

(4) 職員さんだから話せないことがある

体調が悪いことを話せなかった

どうしてもレクに行きたかった

外の空気が吸いたい／気晴らししたい／職員さんといつもより話したい...

演習 3
入院している人の生活と環境

- 講義と体験談を聞いての感想をグループ内で共有してください。

講座 4 - 1
精神保健と人権

講座4－1「精神保健と人権」の趣旨

- 精神科病院における入院治療についての知識
- 入院形態、身体拘束等の行動制限についての知識
- 精神保健においてアドボカシーが必要な背景への理解

**入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)**

Aさん：48歳、男性 会社員（管理職） 家族は妻と中学生の娘

不況に伴う過重労働やリストラ、社内再編⇒ 部下の退職、病欠
人員補充なし



毎日終電帰り 土日も仕事
勤務時間を過少申告
睡眠時間 3 - 4 時間

**入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)**

意欲、集中力が低下し、頭痛や腰痛、異常な発汗、食欲低下、体重減少
などがみられ、作業効率も低下、仕事上の小さなミスを連発



心配した妻に受診を勧められても、「そんな時間があつたら
仕事の遅れをとりもどさなくては」と頑として応じず

**入院が必要となったAさんのケース
(架空の事例です)**

- ・妻が眠っている間に3階のベランダから飛び降りて
自殺を図り、救急搬送
- ・植栽がクッションになり、衝撃が和らいだため打撲
と擦過傷のみで大きな外傷なし
- ・搬送先病院の精神科医の診察により、
重度のうつ病との診断、同病院には
精神科病棟がなかったため、
精神科病院に転院



入院治療が考慮されるのはどのようなときか？

- 精神症状が重い場合**
外来や訪問診療では治療が難しいぐらいに症状が重いとき
- 身体的に入院治療が必要とされる場合**
急性薬物中毒や、著しい低栄養状態、意識障害など
- 自殺の危険が高い場合**
強い希死念慮があり、自殺の危険が切迫しているとき
- 他者へ危害をおよぼす危険が高い場合**
幻聴の命令に従って他人を傷つけようとするなど
- 治療上、環境を変えることが望ましい場合**
さまざまな事情により、自宅では心理的に休めないような場合など

精神科病院の診察室で

ご迷惑をかけて申し訳ありません

もうだめだ

入院したら家族が路頭に迷う

仕事に戻らなくては

こんなことをしてる場合じゃない



- ・医師の話しかけを遮り、とにかく仕事に戻ると主張
- ・妻が、休んでほしい、会社の人もそう言ってる、お金の心配はいらない、と話しても納得せず
- ・救急搬送先病院で点滴を1本した他は、昨夕から飲食していない

精神科の「入院形態」とは？ 主な入院形態：任意入院・医療保護入院・措置入院

任意入院

- 精神保健福祉法第20条**
- ・本人に入院する意思がある場合の入院
 - ・本人が退院をしたい場合や、症状が改善して医師が退院可能と判断した場合には退院となります
 - ・精神保健指定医※の診察の結果、医療および保護のために入院を継続する必要があると認めたときは、72時間に限り退院を制限することができます

※精神保健指定医（指定医）：精神保健福祉法第18条に基づき、本人の意思によらない入院や、隔離、身体拘束などの行動制限の必要性の判断を行うことができるなど、患者の人権にも十分に配慮した医療を行ううえで必要な資質を備えていると認められた医師

医療保護入院

- 精神保健福祉法第33条1項**
- ・指定医が診察した結果、精神障害であり、入院による治療と保護が必要であると判断され、本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないと判断された場合の入院
家族等※の同意が必要

※家族等：配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人のいずれか
該当者がいない場合は市町村長が同意の判断を行います

措置入院

- 精神保健福祉法第29条**
- ・2名以上の指定医の診察により、各指定医が精神障害のため、入院しなければ自分を傷つける、または他人に害をおよぼす（他害※）恐れがあると認めた場合の入院
 - ・都道府県知事、指定都市の長の権限による入院

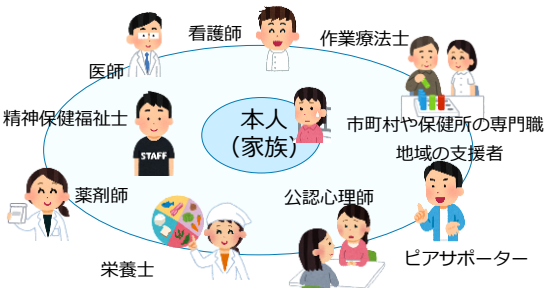
※他害：殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他のものの生命、身体、貞操、名誉、財産等または社会的法益等に害を及ぼす行為

入院治療では何をするのか？

- ・ **体の検査・治療**：体の病気による精神症状もあり、精神疾患に身体疾患が合併することもある
- ・ **栄養、生活リズムの改善**：バランスのとれた食事と規則正しい生活、清潔の保持など
- ・ **精神療法、話の傾聴**：医師の診察、看護師や精神保健福祉士、公認心理師などによる傾聴や助言、認知行動療法などの心理療法など
- ・ **薬物療法**：一人ひとりに最適な薬の種類、量を調整する
- ・ **環境調整、必要なサービスの導入・調整**：退院後の療養環境の調整や本人が望む地域生活のために必要なサービスの導入や調整
- ・ **リハビリテーション**：作業療法など、退院後の生活に向けたリハビリ

その他、体の病気の治療、心理教育（疾病教育）、社会生活技能訓練（SST）など、一人ひとりの病状や本人の希望に応じて治療を提供します

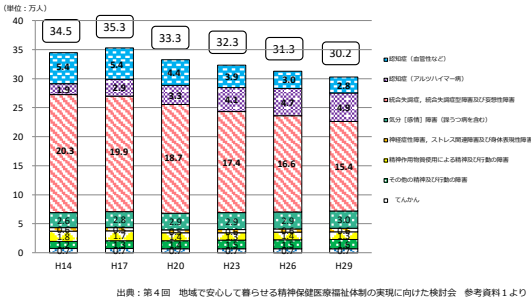
多職種チームによる医療・支援の提供



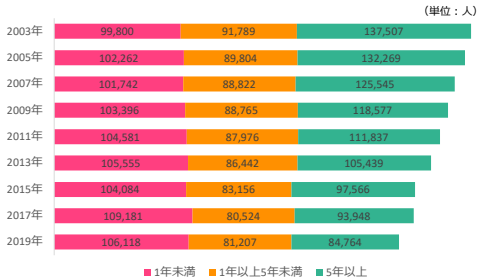
精神科病棟の特徴は？

- ・ **開放病棟と閉鎖病棟がある**
閉鎖病棟では病棟の入り口が施錠され、病棟外に自由に出ることが制限されます
本人の保護が目的ですが、医療者は、適切な治療と頻回の処遇の見直しによって、より自由度の高い環境への移行ができるよう努める必要があります
- ・ **疾患別・病態別の専門病棟がある**
認知症治療病棟、児童・思春期病棟、依存症治療病棟、身体合併症病棟など、疾患別・病態別の専門治療病棟があります

精神疾患を有する入院患者数の推移



精神病床における在院期間別入院患者数



入院してから

- ・ ナースステーション横の個室に入院
- ・ 家族や医師、看護師が繰り返し勧めても、食事、水分摂取、内服すべて拒否
- ・ 部屋の中を落ち着きなく歩き回り、時々頭をかかえて何かつぶやいている
- ・ 脱水予防のため夕方から点滴を開始



点滴を開始して間もなく

- ・看護師が部屋を離れていた間に、点滴を自分で抜き、壁に強く頭を打ちつけ始める
- ・ドンドンという大きな音で看護師が気づき、2人がかりで制止
- ・指定医に診察を依頼



焦燥感が非常に強いうつ病で、自殺の危険が極めて高く、危険だ。朝からほとんど水分もとれていないから、せめて点滴ぐらいはしないと・・・でもこれでは点滴チューブで自殺を図りかねない。夜勤帯は看護師2名で対応しなくてはいけないが、他にも興奮の激しい患者さんがいるし、当直医も1人しかいない。このままでは、患者さんの安全が確保できない・・・



精神科病院での行動制限とは？

精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる（精神保健福祉法第36条）

- ① 隔離
- ② 身体拘束
- ③ 通信・面会の制限
- ④ 外出の制限／閉鎖処遇

【注】隔離・身体拘束については、精神保健指定医が必要と認めなければ行うことができない

隔離とは？

- 内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る



隔離の対象

主として①～⑤のいずれかに該当すると認められ、隔離以外に代替方法がない場合に行われる

- ① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- ② 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- ④ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- ⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

隔離／遵守事項

- 既に隔離中の患者がいる保護室に別の患者の入室は不可
- 隔離を行う理由を知らせよう務める
- 隔離を行った旨、その理由、開始日時と解除日時を診療録に記録
- 少なくとも毎日1回の医師による診察を行う
- 定期的な会話等、スタッフの注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護の確保
- 洗面、入浴、掃除等患者及び保護室の衛生を確保

身体拘束（身体的拘束）とは？

- 衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう



身体拘束の対象

主として①～③のいずれかに該当すると認められ、身体拘束以外に代替方法がない場合に行われる

- ① 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- ② 多動又は不穏が顕著である場合
- ③ ①又は②のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

身体拘束／遵守事項

- 身体的拘束を行う理由を知らせよう努める
- 身体的拘束を行った旨とその理由、開始日時、解除日時を診療録に記載
- 漫然と行われないように、医師は頻回に診察
- 身体拘束中は、スタッフによる常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保（合併症の予防なども行う）



患者さんを縛るなんてしたくない・・・
でもずっとつきそうことはできないし・・・
Aさんごめんなさい・・・

身体拘束／具体例

- ・点滴・チューブを外さないようにベッドに手を縛り付ける
- ・体を揺さぶったりしないように両手にミトンをつける
- ・車椅子から勝手に立ち上がろうとしないように車椅子に縛り付ける
またはテーブルをつけて立ち上がれないようにする
- ・部屋から出られないように外側から力ガをかける
- ・ベッドから勝手に降りてどこかに行こうとしないように
ベッドに4点柵をつける
- ・立ち上がれる高齢者に対して立ち上がれないように椅子に固定する
- ・洋服やオムツを脱がないように、つなぎ服を着せる
- ・行動を抑制するために向精神薬を服用させる
- ・他の方へ迷惑な行為をしないようにベッドに手足を縛りつける
- ・ベッドから落ちないように体をベッドに縛る



「身体拘束ゼロへの手引き」 厚生労働省 平成13年

身体拘束／緊急やむを得ない場合とは

- 切迫性**：利用者本人または他の利用者の生命または身体の危険が著しく高い場合
- 非代替性**：身体拘束以外に変わる介護手段がない場合
- 一時性**：身体拘束が一時的な対処である場合

通信・面会はできる？

- どのような場合でも制限できない

- (1) 信書の発受 ※
- (2) 人権擁護に関する行政機関の職員と代理人弁護士との電話
- (3) 人権擁護に関する行政機関の職員と代理人弁護士との面会



※刃物や薬物などが同封されていると判断された場合、本人により開封の上、異物を取り出して信書を渡すことは認められる。

通信・面会／基本的な考え方

- 通信面会は、医療上も人権の観点からも重要原則として自由に行われる必要がある
- そのことを文書や口頭で、患者や家族や関係者に伝える必要がある
- 制限される条件
病状の悪化をまねく、治療効果を妨げる、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られる

外出制限／閉鎖処遇とは？

- **任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇**を受けるものとする。そのことを本人に文書で伝える。
- **制限する場合の条件**
 - ① 開放処遇制限をしなければ、医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならない。
 - ② 医師の判断で開始はOK、ただしその場合72時間以内に精神保健指定医の診察が必要
 - ③ 本人に理由を文書で知らせる。

行動制限最小化・虐待防止等に向けた取組み

■ 行動制限最小化委員会

- ・ 指定医、看護師、精神保健福祉士、その他の多職種で構成され、隔離、拘束などの行動制限全般を必要最小限にすることを目的としています。

業務の例

- 行動制限基準を定め、基準の定期的な評価を行う
- 病棟から提出された行動制限レポートを検討し、疑義や改善事項について話し合う
- 定期的に病棟の行動制限状況を取りまとめ報告する
- 一覧性台帳※を用いるなどして、隔離・拘束の妥当性を検討する
- 隔離・拘束の早期解除、危険予防のための技術等についての研修会を行う



※一覧性台帳：行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した台帳

その他の取組み例

- すべての医療保護入院の方に、退院支援の取組で中心的役割を果たす「退院後生活環境相談員」が選任されます
- ピアサポーターが病院を訪問し、長期入院の方の地域移行を促進する取組みも増えてきました
- 院内に人権擁護委員会を設置して、入院患者さんの権利擁護に関する話し合いや研修を行っている病院もあります
- 多くの病院が意見箱を設置し、患者さんやご家族等からのご意見をもとに処遇の改善に努めています



行動制限最小化のための6つのコアストラテジー

- 「組織変革に向けたリーダーシップ」：隔離及び拘束の削減を取り入れたケアの哲学を明確にする。
- 「データを活用した実践」：隔離・身体的拘束の期間や頻度についてデータによる検証を行う
- 「スタッフ力の強化」：行動制限最小化に適した環境とするため、研修、教育によるスタッフのスキルアップ
- 「隔離及び拘束削減ツールの使用」：ディエスカレーション、危機状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、治療技法等
- 「当事者の役割」：隔離及び拘束の削減の取り組みにおけるピアスタッフ、アドボケートの役割
- 「事後検証」：隔離及び拘束が発生した原因を分析し、これらの実践が実体験のある人々に与える影響について評価する

精神科病院で権利擁護が必要な理由（1）

1. 医療上の理由・集団生活

- ・ 安全や全体の規律が優先されるため、生活の時間や場所・持ち物に制約を受ける
- ・ 他の例：学校、飛行機



- ・ 入院中の方の声
着替えを手元に置けない
お風呂も診察も待っている人のことが気になる

精神科病院で権利擁護が必要な理由（２）

2. 入院者と職員の関係性

- ・精神保健福祉法で行動制限が認められている
- ・治療場面においては、入院者は相対的に職員よりも弱い立場にある（職員が入院者にさまざまな配慮をしたとしても、職員は「行動制限をする側」の立場になる）
- ・入院中の方の声
隔離室から出たいが、何度も言うとうたられなくなるのではないかと不安
誰に、どのように相談していいかわからない



精神科病院で権利擁護が必要な理由（３）

3. 閉鎖性と密室性

- ・構造上、病棟内（特に閉鎖病棟）や隔離室での様子は外部からは見えにくい
- ・病院外の人と会う機会が乏しくなりがち
- ・入院中の方の声
病院に会いに来てほしい
手紙を送るので返事がほしい



精神科病院で権利擁護が必要な理由（４）

4. 連続性・時間軸

- ・1～3のようなことが、入院者にとっても職員にとっても当たり前のことになり、病院外の常識との乖離があっても気づきにくい
- ・入院中の方の声
退院について主治医に相談してもいいのですか？



権利擁護が必要な理由のイメージ

- | | |
|---------------|---|
| ① 医療上の必要・集団生活 | 時間、場所、持ち物の制限 |
| ② 入院者と職員の関係性 | 行動制限をする側の職員に相談しづらい |
| ③ 閉鎖性と密室性 | 病院外の人と会う機会が乏しい
同じような境遇の人ばかりの生活 |
| ✕ | |
| ④ 連続性と時間軸 | ①、②、③が入院者・職員に当たり前になる
病院外の当たり前とのズレに気づきにくい |

精神医療審査会の役割とその限界

主な役割

- ・医療保護入院の届出に関する審査
- ・措置入院者の定期病状報告、医療保護入院者の定期病状報告に関する審査
- ・精神科病院に入院中の者又はその家族等からの、退院請求又は処遇改善請求に関する審査

限界

- ・退院請求と処遇改善請求以外に対応していない
- ・時間がかかる
- ・白黒はっきりさせるところで、相談先ではない



講座 4 - 2 精神保健の制度と現状

講座 4－2「精神保健の制度と現状」の趣旨

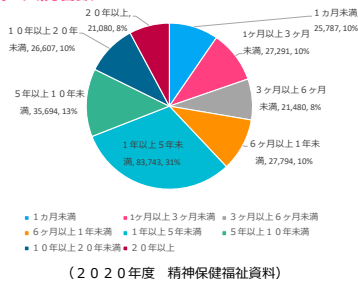
- 精神科病院入院の現状
- 人権上の課題
- 背景にある課題
- 入院治療を担う精神科病院って？そこで働く人は？

精神科病院入院の現状

- 在院期間
- 入院形態
- 行動制限
- 精神医療審査会

精神科病院入院の現状～在院期間～

■在院期間×入院者数



精神科病院入院の現状～在院期間～

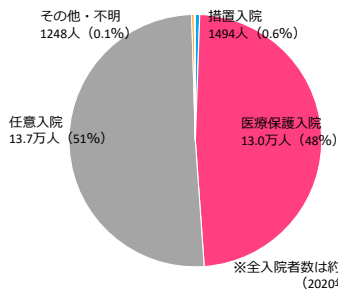
■入院中の方の声

「みんな入院したての時は、退院しようと思ってんねん」
「長く入院しているから（退院は）諦めている」
「1年以上入院している、どの位かははっきり覚えてない」
「入院は古すぎて、何年になるのか分からない」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～入院形態～

■入院形態×入院者数

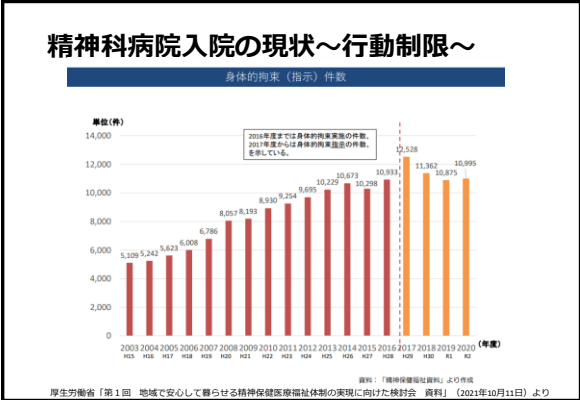
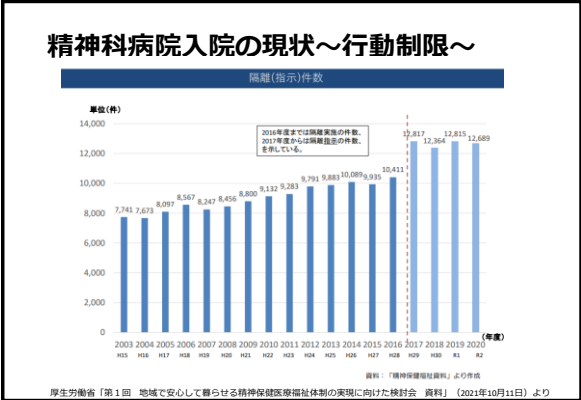


精神科病院入院の現状～入院形態～

■入院中の方の声

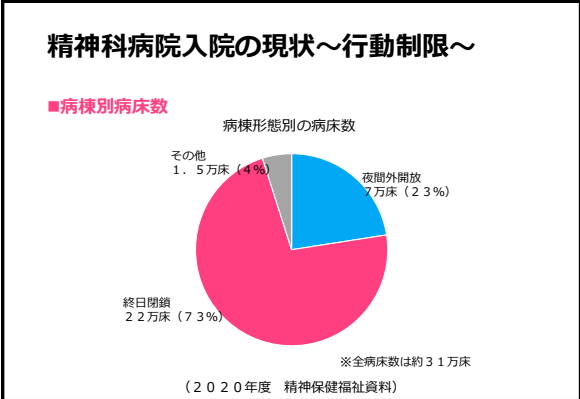
「入院形態？わからない」
「10年以上入院しているけど、ずっと医療保護入院のまま」
「精神医療審査会にきてもらって、任意入院になった」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より



精神科病院入院の現状～行動制限～

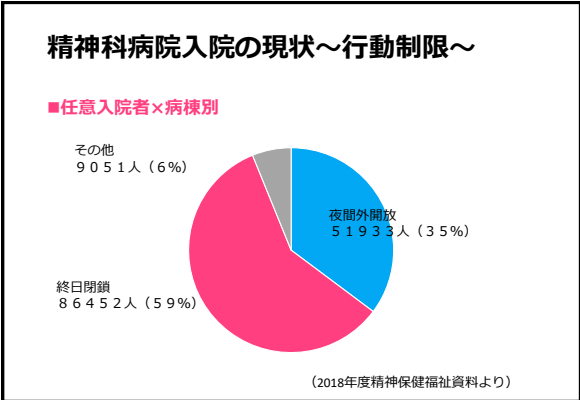
- 行動の制限（精神保健福祉法 36条1項）
「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる」
- 入院中の方の声
「なぜ保護室に入っているのか、いつ出られるのかわからない」
「保護室に入れられてから、主治医と話をしていない、話したい」
「いつまで拘束が続くかわからないので、不安」
「日付や時間が分からないことで不安が強くなった」



精神科病院入院の現状～行動制限～

- 入院中の方の声
「昨日まで開放病棟にいたけど、こっち（閉鎖病棟）に移らされた。嫌や」とは言うたんやけど」
「ここは開放病棟なのに自分は出してもらえない。理由はよく分からない」
「この病院は全部が閉鎖病棟」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より



精神科病院入院の現状～行動制限～

■入院中の方の声（すべて任意入院）

「病院内の売店にしか行けない」

「外出カードをとりあげられた。外にでたい」

「理由がわからない」

「閉鎖病棟だから、外出する時にいちいち職員に言って鍵を開けてもらわないと出られない」

大阪精神医療人権センターに届く入院中の方の声より

精神科病院入院の現状～行動制限～

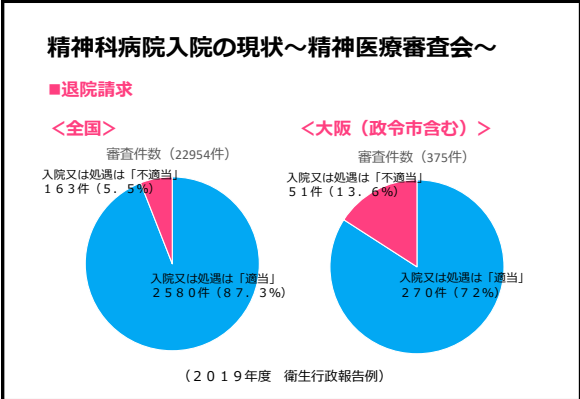
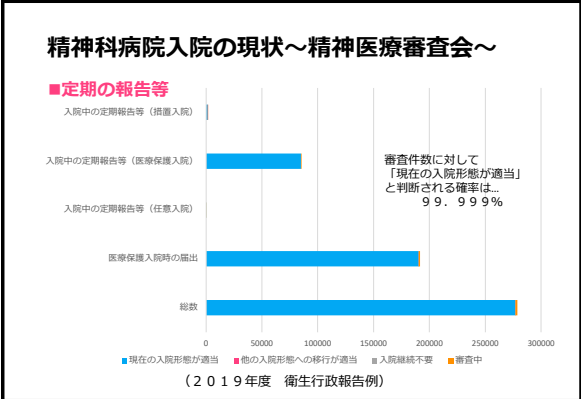
■通信の制限（精神保健福祉法第37条第1項に基づく基準）

■通信・面会の自由

「郵便物がきたら封を切られてわたされることがあると（他の患者から）聞いた」

「テレホンカードや小銭は詰所預かりなので、電話をかけるときは詰所に行かないといけない。その時に看護師さんに『どこにかけの？』と聞かれるのがしんどい」

「電話をかけていると職員さんが傍にきて話している内容をきかれるのが嫌」



人権上の課題

- 宇都宮病院・大和川病院・神出病院
～問題だったこと・変わったこと・対応の状況～
- 厚生労働省による虐待に関する調査結果
- 身体拘束についての報道例

人権上の課題

- 宇都宮病院
- (1) 事件の概要
 - ・入院中の方2名に対する職員らによる暴行死事件
 - 1983年8月に1名が不審死、同年12月に1名が殺害された

人権上の課題

- 宇都宮病院
- (2) 問題だったこと（国際的批判を受けた）
 - ・精神科病床数の多さ
 - ・強制入院以外の制度がない
 - ・長期入院
 - ・不服申し立ての制度がない
- (3) 変わったこと
 - ・法改正による制度などの新設／精神医療審査会制度／任意入院制度／患者の権利についての入院時告知義務／通信・面会の保障
 - ・地域医療・リハビリテーションの促進（1993年改正時）

人権上の課題

- 大和川病院
- (1) 事件の概要
 - ・1993年
 - 入院中の方が暴行を受け搬送先の病院で死亡
 - 打撲が原因とみられる皮下出血、骨折、脱水症状などがあり意識不明の状態で搬送された。

人権上の課題

- 大和川病院
- (2) 問題だったこと
 - ・精神保健福祉法、健康保険法、生活保護法、医療法などについて重大な違反があった
- (3) 変わったこと
 - ・退院促進支援事業ができた（大阪→全国化）
 - ・精神科病院訪問活動が大阪府で制度化された
 - ・医療監視や実地指導の強化
 - ・精神科救急医療体制強化へ向けての検討

人権上の課題

- 神出病院 ※いま、わかっていること
- (1) 事件の概要
 - ・2020年12月に発覚
 - 男性看護師・看護助手ら6人が、入院患者たちに対し、男性同士でキスをさせる、男性患者の性器にジャムを塗って、それを他の男性の患者になめさせる、トイレで水をかける、患者を病院的床に寝かせて、落下防止柵付きのベッドを逆さにして被せて監禁する等々の暴力行為を1年以上にわたって繰り返し、またその様子をスマートフォンで撮影して、LINEで回覧して面白がっていた。
- 大阪精神医療人権センター冊子『各地の精神医療人権センターの実践から考える～いま私たちができること～』

人権上の課題

■神出病院 ※いま、わかっていること

(1) 事件の概要

・ 2021年 5 月 20 日

昼食の準備等で多忙であった看護師 A に対し、入院患者 B が A の腕をつかんだり、声をかけ続ける等のつきまとい行為があった。しばらく後、A と B がもみ合いになり、暴行に及んだとみられる。

別室にいた他の看護師（管理職）がすぐに気づいて現場に駆けつけ、興奮状態の二人を引き離した。

患者 B は顔に軽い切り傷を負った。看護師 A は負傷なし。

神戸市市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■ 神出病院 ※いま、わかっていること

(2) 問題だったこと

・精神保健福祉法違反（違法な行動制限があった。以下の③）

- ・行政による改善命令の内容

①管理者が責任をもって、風通しのよい組織風土を醸成し、患者の人権に配慮した適正な処遇の確保及び処遇の改善のために必要な措置を講ずること。

②看護職員による入院患者への暴力など、患者の人権を侵害する著しく不適切な行為が院内で行われていたことが明らかになった。二度とこのような事件の発生を許してはならず、早急に具体的かつ抜本的な対策を講じること。

③隔離等の行動の制限を行う場合は、法令に則り所定の手続きを行うなど、法令の遵守を徹底すること。

神戸市市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況（行政（神戸市））

・複数回の臨時実地指導／病院職員を対象とした虐待に関するアンケート／これらをもとに改善命令／元病院長の精神保健指定医資格の取り消しを国に要請／病院の第三者検証委員会について委員を推薦して行政も参加／すべての入院患者と家族に対し転院・退院の意向確認を行う／患者意向調査モデル実施

神戸市市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況（行政（神戸市））

・神戸市では国に対し法令改正を要望（※）しているが、その結果を待たず、独自の取り組みとして市内の精神科病院（14施設）に対し、主として以下の点を守ることを確認している。（令和2年7月30日）

①虐待、暴行を含む不適切行為が疑われる事案が発生した場合には、速やかに神戸市保健所に報告すること。また、資料の一切を保全し、保健所による円滑な調査の実施に協力すること。②病院職員等が入院患者への不適切な処遇を発見した場合は、保健所に速やかに通報できるように、その通報先を院内に掲示し、職員に広く周知すること。③虐待防止マニュアルを整備し、職員に周知することともに、人権尊重や倫理をテーマとした職員研修を実施すること。（外部関係者の参加を含む。）

神戸市市民福祉調査委員会 令和3年度 第1回 精神保健福祉専門部会資料

人権上の課題

■神出病院 ※いま、わかっていること

(3) 対応の状況

• 病院

新しい院長を招聘／危機管理委員会を開催／家族説明会を開催／再生プロジェクトの設置
／指導にもとづき第三者委員会を設置・報告書提出は2022年3月31日を目標／

行政の改善命令に対して改善計画書を提出

- ・当該自治体議会

障害者虐待防止法の通報義務対象に医療機関を入れるよう国に求める意見書を提出

- ・ 民間の権利擁護団体

国会議員会館にて集会／行政や厚生労働省あてに申し入れ、要望書を提出など



人権上の課題

- 身体拘束にかんする事件の報道例
- 1998年 国立療養所犀川病院（新潟県） 拘束中に窒息死
（月単位で拘束を指示、指示内容「不穏時、興奮時抑制をしてください」）
- 2008年 貝塚中央病院（大阪府） 腹部圧迫が原因
（指定医の指示がないまま看護師が拘束）
- 2016年 ときわ病院（石川県） エコノミークラス症候群
（判決：指定医の判断は早すぎ、裁量を逸脱。「身体拘束以外によい代替法がない場合」にもあたらない）
- 2017年 大和病院（神奈川県） エコノミークラス症候群

背景にある課題 ～制度設計の問題・偏見など～

- 精神保健福祉に関する法律・制度の歴史
- 家族について
- マンパワーについて
- 地域資源について
- 偏見について

精神保健福祉に関する法律・制度の歴史

- 1900年～ 治療なき隔離・私宅監置の時代（精神病者監護法～精神病院法）
 - ↓ 自宅で、家族の責任で・行政は許可のみ（私宅監置）
- 1950年代 治療を伴う隔離・病院収容の時代（精神衛生法）
 - ↓ 病院で、家族の同意による入院（保護観察者）・公立病院設置を義務化
 - ※精神科病床の増加（背景には、精神科特例・医療金融庫が民間病院の設立に低金利融資がある）
- 1960年代 隔離収容の強化 & 地域ケアの萌芽 通院医療、地域医療の方向（精神衛生法改正）
 - ↓ ライシャワー事件を背景に入院制度の強化・保健所機能の強化・通院医療公費負担制度（地域医療整備の一方で、地域での監視体制としても機能した）
 - ※社会的入院者が増加・病床は不足し、さらに精神科病床は増加
 - 宇都宮病院事件が起こる

精神保健福祉に関する法律・制度の歴史

- 1980年代 地域ケアを中心とする体制（精神保健法）
 - ↓ 任意入院の創設・精神医療審査会を設置・行動制限の基準がつけられる
家族の負担の軽減（保護義務者→保護者へ） →→→大和川病院事件など
- 1990年代以降 権利擁護と社会生活の実現に向ける時代へ（精神保健福祉法・障害者基本法・改革ビジョンなど）
 - ↓ 精神保健福祉手帳制度の導入・社会復帰施設の法定化・精神保健指定医制度の強化・家族の負担をさらに軽減（→現在は保護者制度廃止）・地域生活支援体制の強化・精神医療審査会の委員の見直し・
入院医療中心から地域生活中心へ、受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）について、10年後の解消を図る

家族について

- **民法（714条）**
- （責任無能力者の監督義務者等の責任）
- 第714条** 前二条（※）の規定により責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかったとき、又はその義務を怠らなくとも損害が生ずべきであったときは、この限りでない。
- 2** 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。
- ※前二条
（責任能力）
- 第712条** 未成年者は、他人に損害を加えた場合において、自己の行為の責任を弁識するに足る知識を備えていなかったときは、その行為について賠償の責任を負わない。
- 第713条** 精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない。ただし、故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない。

マンパワーについて

■精神科特例

1958年に発出された厚生省事務次官通知で定められた、精神科病院従業者の定員の特例。
入院患者に対し、医師数は一般病床の3分の1、看護師・准看護師は3分の2でよいと規定。

[illegible]

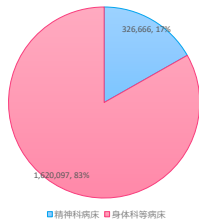
※1 大学病院(特定機能病院及び精神医療のみを有する病院を除く。)(のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する)30床以上の病院(特定機能病院を除く。)(のことをいう。

厚生労働省【第5回 地域で安心】で明らかにする精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会 資料1（2022年2月17日）より

マンパワーについて

■精神科病床数と精神科医療費

全国の総病床数に占める精神科病床

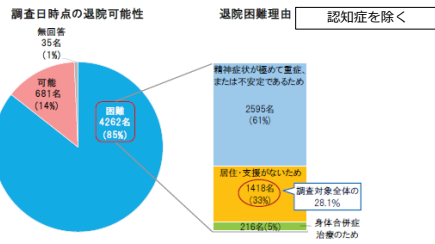


(2019年度医療施設(動態調査)・病院報告)



地域資源について

■1年半以上の長期入院患者の退院可能性、困難な理由



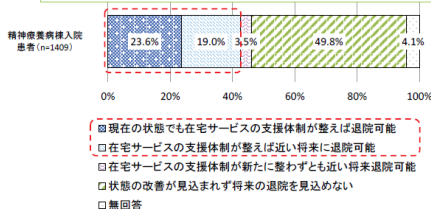
出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金「障害者社会参加研究事業」新入「精神科地域医療連携体制の構築に向けた取り組みに関する研究」

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手引き2019（平成31）年3月
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 より

地域資源について

■精神療養病棟に入院患者の退院の見通し

○精神療養病棟に入院する患者の約40%が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

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2019（平成31）年3月
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 より

地域資源について

■施設の整備状況

・共同生活援助の事業所数は増加傾向であり、事業所の設置主体を見ると、特に、営利法人が設置する事業所が増加している。

・障害福祉サービスの実績や経験が乏しい事業者の参入が多く見受けられ、障害特性や障害程度を踏まえた支援の質の確保が懸念される状況がある。



社会保険業協会障害者部 R3.11.5 資料

障害者の居住支援について より

偏見について

■施設コンフリクト

・自宅に近ければ近いほど反対が増えている

・「どちらともいえない」も反対とカウントすると、約80%の人は自宅の隣の建設は反対

精神障害者施設・事業所などが居住する生活圏内に建設されることについてどう思うか					
	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	39.4%	66.6%	59.5%	61.6%	71.5%
反対する	13.5%	9.3%	12.2%	20.4%	11.1%
どちらともいえない	50.2%	23.9%	28.3%	18.0%	17.4%

精神障害者施設・事業所などが居住する生活圏内に建設されることについてどう思うか					
	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	32.0%	58.1%	46.8%	33.6%	57.5%
反対する	21.0%	15.1%	20.3%	47.7%	20.2%
どちらともいえない	47.0%	26.8%	32.9%	18.7%	22.3%

精神障害者施設・事業所などが自宅の隣に建設されることについてどう思うか					
	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
賛成する	22.6%	44.6%	45.4%	28.7%	61.6%
反対する	32.3%	24.4%	21.2%	50.4%	17.5%
どちらともいえない	45.1%	31.1%	33.4%	20.9%	20.9%

野村基代「障害者施策に関する一考察－「障害者理解」の観点から－」
2021年度日本社会学会発表資料より

偏見について

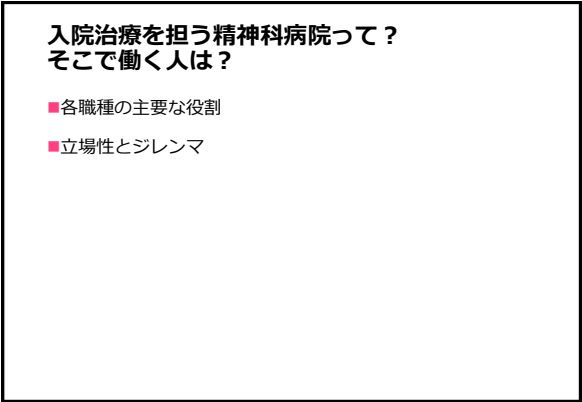
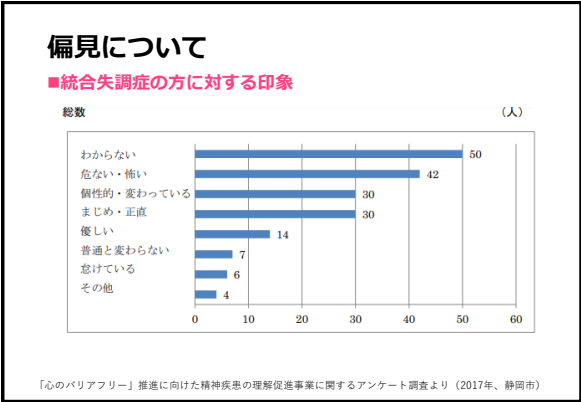
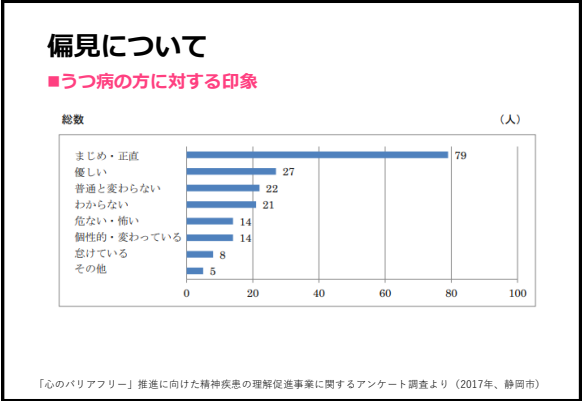
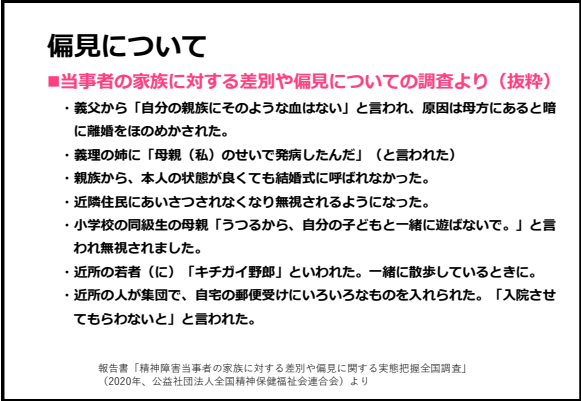
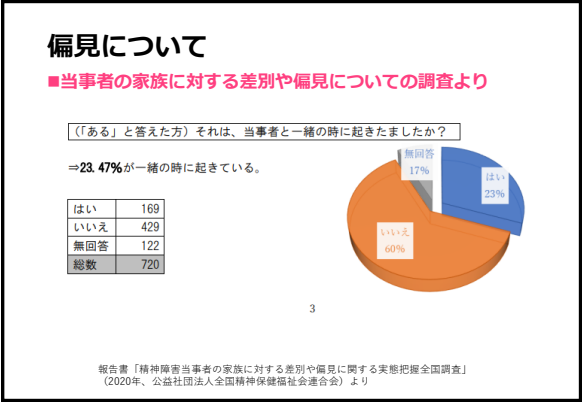
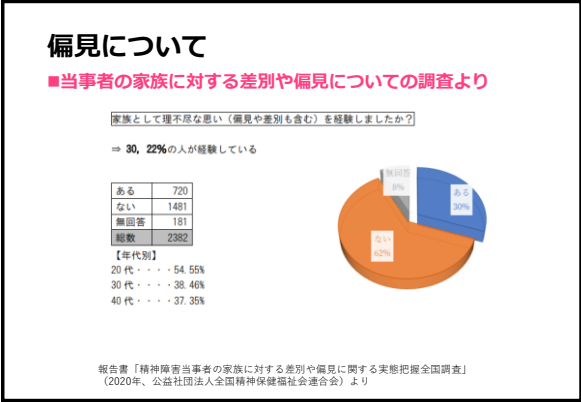
■施設コンフリクト

・反対理由としては、漠然とした不安感が一番多い。

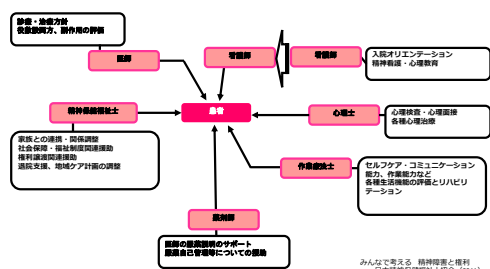
・次いで治安上の不安、住環境の悪化
精神障害者に対する漠然とした不安は日本だけではなく、他の地域でも見られますが、割合を見ると、日本は危険視や不安感が一番高い

精神障害者施設・事業所などが自宅の隣に建設されることを反対する理由					
	日本	スウェーデン	アメリカ	中国	インド
障害者施設及び施設利用者への危険視や不安	67.0%	39.6%	43.4%	51.5%	52.7%
治安上の不安	58.4%	68.3%	64.8%	59.9%	51.8%
住環境の悪化	34.6%	31.7%	25.4%	30.4%	23.6%
町のイメージダウンにつながる	16.2%	13.7%	18.9%	18.7%	20.0%
不動産価値が下がる	15.1%	25.2%	29.5%	14.7%	25.5%
事前了解をとっていない	18.4%	10.8%	20.5%	24.1%	20.9%
説明などの手続きが不十分	26.5%	15.1%	23.8%	14.0%	25.5%
その他	4.9%	13.7%	11.5%	3.0%	6.4%

野村基代「障害者施策に関する一考察－「障害者理解」の観点から－」
2021年度日本社会学会発表資料より



各職種の主要な役割



各職種の主要な役割

■看護師の役割

- ・ 診療の補助
 - 患者さんがよりよい診療を受けることができるように援助します。
 - ・ 療養上の世話
 - 病院の中では、最も患者さんのそばにすることができる存在です。
 - ・ コミュニケーションを通じて心のケア
 - ・ 患者さんの様子をしっかりと見て、その変化に対応
 - ・ 退院後の生活を見据えたセルフケアの援助
- などを行います。

各職種の主要な役割

■作業療法士（OT）の役割

- ・精神科の治療のひとつで、人の生活、目標を作業の切り口でかわります。
- ・自分のしたい作業がうまくできることが役に立つことだと考えていて、それがうまくいこうにお手伝いする仕事です。
- ・本人さんが、生活の中でより健康やしたい生活につながっていけるように、お手伝いをします。

各職種の主要な役割

■精神保健福祉士（PSW）の役割

- ・医療機関にあっても、精神障害者の「生活」を支援する立場であり、医療と地域生活の橋渡しをすること、常に権利擁護の視点を持ち「かわり」を続けることを大切にする職種。



※精神科ソーシャルワーカー（PSW：Psychiatric Social Worker）という名称で1950年代より精神科医療機関を中心に医療チームの一員として導入された専門職。現在は医療機関以外にも様々な機関で活動している。相談員・ソーシャルワーカー・ケースワーカーなど機関によって呼称は様々です。

各職種の主要な役割

■精神保健福祉士（PSW）の役割

- ・ 病気になったことで起こる様々な問題にかかわる。
 - ・ 家族関係など人間関係の調整
 - ・ 経済的問題、職業上の問題
 - ・ 住居の問題 など
- ⇒本人、家族の不安に寄り添うところから・・・
- ・ 解決のために関係機関と協働し、社会資源に繋ぐ。

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ（看護師）

- ・病院内ではあからさまな暴力や暴言はなくとも、侮辱や侮蔑のようなことはありました。自分自身もバターンリズムの対応をしていたところがあったと思います。そういった行為に対しては、日常の同僚との関係の中では指摘しにくく、人権について職場で語るほどに孤立してゆく感が強まりました。
- こうしたしんどさを乗り越えられたかといえば、乗り越えられなかったのかもしれません。孤立していくのが実感としてありました。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ（看護師）

- ・スタッフが少ないし、薬で鎮静されている患者さんがそのあたりをウロウロしている、患者さん同士が喧嘩し始める、廊下になにが落ちていて、病棟や隔離室に鍵をかけている、外に出られない...そういう現実を目の当たりにしました。
- ・「看護って何?」「看護師って何?」「精神科看護って何?」と思いました。そこでは、患者さんを「管理」はしているけれども、「看護」はしていないと感じていました。
- ・ずっと不全感がありましたし、ジレンマもありました。「自分は何をしているんだろう?」と考えることがありました。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■病院職員のジレンマ（PSW）

- ・管理的なシステム、年上の患者さんに敬語を使わない看護師さんなど、おかしいと思うことがたくさんあり、我慢できずに口に出していました。
- 他職種も含めて上司や同僚はそんな私の気持ちを受け止め、話を聞いてくれました。今思えばそんな新人の意見をしっかりと聞こうとしてくれた先輩方に感謝をしています。

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

立場性とジレンマ

■PSWのジレンマ

- ・「精神保健福祉法ができて、ソーシャルワーカーがいなくなった」との言葉が聞かれるようになりました。病院のPSWが「サラリーマン化」し、与えられた仕事だけを「こなす」PSWも存在します。
- ・一方で、職場の枠組みを超え、制度の枠組みを超え、本人の望む生活の実現に「かわわり」を続けるPSWも存在します。
- ・この後者の「かわわり」を私たちは求めていいのではないかと思います！

大阪精神医療人権センターに届く職員の方の声より

講座 5
精神科アドボケイトとは

講座 5 「精神科アドボケイトとは」の趣旨

- 精神科アドボケイトの役割
- 療養環境へのアプローチ * 1
- 個別相談でのアプローチ * 2

* 1・2 は大阪精神医療人権センターでの実践を紹介

精神科アドボケイトの役割

- 精神科アドボケイトとは？
精神科医療機関（精神科病院）に
入院している方の権利擁護活動をする人
- 大阪では・・・
精神科アドボケイトがグループもしくはペアで精神科病院へ出向き、病棟内の視察や聞き取りをしたり（療養環境へのアプローチ）入院中の方と面会したり（個別相談でのアプローチ）するなかで、権利擁護を実践している

大阪精神医療人権センターの体制

- 事務局
常勤 1 名、非常勤 5 名
- 精神科アドボケイト
5 0 名
- * 精神科病院訪問は月 1 回、入院中の方との面会は適宜。
- * 事務局がコーディネートしている

大阪精神医療人権センターの実例から

大阪精神医療人権センターの 2 つの活動

- 療養環境サポーター活動 （スライド左側に青のライン）
- 電話相談、個別相談活動 （スライド右側に赤のライン）

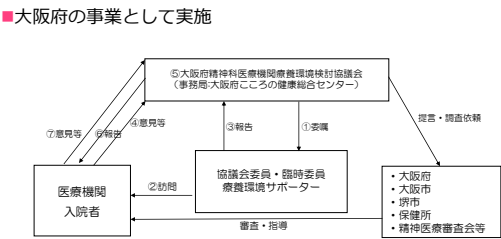
なぜ、この活動が始まったのか？

- きっかけは、精神科病院で起きた人権侵害・暴力事件
大和川病院事件、箕面が丘病院事件・・・「精神科病院の閉鎖性・密着性が課題」
- 入院中の方の声を聞く、精神科病院の扉をひらく * 電話相談は 8 7 年から。
1 9 9 8 年 9 月 ぶらり訪問
大阪精神医療センターから大阪精神病院協会委員会に訪問活動の協力依頼
→ 任意の関係で病院訪問活動を開始
2 0 0 0 年 大阪府精神保健福祉審議会から大阪府に意見具申を提出
「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」
意見具申を具体化する作業として大阪府精神障害者権利擁護検討協議会が発足
2 0 0 3 年 4 月 精神医療オンブズマン制度開始
2 0 0 9 年 4 月 療養環境サポーター制度開始 * 現行

療養環境へのアプローチが必要な理由

- 新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさ
(フローレンス・ナイチンゲール『看護覚え書』)
 - プライバシー、対人関係
- 療養環境がもたらす入院している方への影響

療養環境サポーター制度
(正式名称：大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業)



大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会 構成機関等

大阪精神科病院協会
大阪精神科診療所協会
日本精神科看護協会大阪府支部
大阪精神保健福祉士協会
大阪弁護士会（高齢者・障害者総合支援センター）
大阪精神医療人権センター
大阪精神障害者連絡会
大阪府精神障害者家族会連合会
大阪府社会福祉協議会（大阪後見支援センター）
大阪府保健所長会
大阪府・堺市・大阪市
学識経験者
事務局：大阪府こころの健康総合センター

183

療養環境サポーターの活動内容

■大阪府下の精神科病院を訪問し、各病棟の視察と入院している方へ聞き取りを行う

参考：『入院中の精神障害者の権利に関する宣言』

■当日病院と意見交換し、後日協議会へ報告する

「欠点や悪いところを探す」「できていないことを責める」のではなく、安心してかけられる精神医療の実現に向けて、病院とキャッチボールをしていく姿勢

療養環境サポーターの活動内容

■各病棟の視察ポイント（どんなところをみているか）

①ナースステーション

病棟の特徴、外出や買い物・お金の取り扱い、この病棟で努力していること・大変なこと

②隔離室の療養環境

広さ・清潔さ・におい・日差し、カレンダーや時計の設置状況、トイレ、入室者が職員を呼ぶ方法

③病棟の療養環境

ベッド周りのカーテンの設置、衣類や私物が置ける場所があるか、トイレや電話の設置状況、浴室の利用状況、デイルーム

療養環境サポーターの活動内容

■（病院全体の）人権に関する取り組み

- ・意見箱の活用状況
- ・人権委員会の実施状況
- ・人権に関する研修の実施状況

療養環境サポーターの活動内容

■入院している方へ聞き取り（どんなことをおたずねするか）

- ・職員の接遇
- ・治療に関する説明を受けているか
（診断名、治療計画、薬の説明、退院など）
- ・手紙や電話、外出、面会
- ・入院生活で楽しんでいること
- ・入院生活での困りごと、不満

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるよう、次の権利を有しています。これらの権利が、精神障害者本人及び医療従事職員、家族をはじめすべての人々に十分に理解され、それが保障されることこそ、精神障害者の人権を尊重した安心してかけられる医療を実現していく上で、欠かせない重要なことであることをここに明らかにします。

- 1 常にどういときでも、個人として、その人格を尊重される権利
暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利

188

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 2 自分が受ける治療について、分かりやすい説明を理解できるまで受ける権利、自分が受けている治療について知る権利
- 3 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利、不適切な治療及び対応を拒む権利
- 4 退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利

189

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 5 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利
また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
- 6 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利
必要な補助者“通訳、点字等”をつけて説明を受ける権利
- 7 できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利

190

【入院中の精神障害者の権利に関する宣言】

- 8 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
- 9 通信・面会を自由に行える権利
- 10 退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利
これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利
また、これらの請求や申し立てをしたことによって不利に扱われない権利

大阪府精神保健福祉審議会 （2000年5月19日）

療養環境サポーターの活動事例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例

■ 隔離室について （ハード面）

入院している方からの聞き取り

「職員を呼ぶとき、大声で呼び、扉をたたいている」

「なかなか対応してくれなかった」

療養環境サポーター

隔離室にナースコールを設置する、音に反応する器具などをつけて、患者さんの呼びかけに即応してほしい

病院からの回答

「隔離室は30分ごとに目視にて観察を行っています」

「ポータブルのナースコールの使用を検討しています」

療養環境サポーターの活動事例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例

■ 公衆電話の設置場所と環境について （ハード面）

入院している方からの聞き取り

「落ち着いて電話ができない」

療養環境サポーター

（設置場所と環境を訪問時に確認したうえで）

設置場所の変更や囲いの設置などを検討してください

病院からの回答

「電話の周りに囲いを付けました」

「電話の設置場所を再検討します」

療養環境サポーターの活動事例
病院にお伝えしたこととその回答、改善例

■ 職員の接遇、言葉遣いについて（ソフト面）

入院している方からの聞き取り

「看護職員からあだ名で呼ばれる。人間扱いされない」

「逆らうと『隔離室に入れる』と言われる」

療養環境サポーター

入院している方が「大切に扱われている」と感じれるよう、職員の接遇、言葉遣いをお願いしたい

病院からの回答

「そのような対応があったかどうか各病棟で調査し、注意喚起しました」

「職員研修を行いました」

療養環境サポーターの活動実例 病院にお伝えしたこととその回答、改善例

- 退院に向けての情報提供等について（ソフト面）

入院している方からの聞き取り

「退院したいが、誰に相談できるのかわからない」

「主治医に退院したいという『もうちょっと待って』と言われ、はぐらかされる」

療養環境サポーター

入院している方へ相談員がいることや治療計画書の説明と確認をお願いしたい

病院からの回答

「退院の相談がPSWできることを病棟内にわかりやすく掲示しました」

「改めて患者に応じた説明を行うように努めます」

療養環境サポーター活動で、できないこと

- 精神科病院への指導や強制

- カルテの閲覧

- アポなしの訪問や視察

- 頻回な視察・訪問（現状は5年に1回） など

→ 「できないこと」もあるけれど、

精神科病院と「おたずねする・話し合う」関係があれば、
気になることを「検討事項」として伝えることができる

個別相談でのアプローチ （大阪精神医療人権センターの実践）

- 主に精神科病院に入院している方のための個別相談

- 個別相談の実績（2019年度）

- ・ 電話相談 885件（のべ）＊電話相談日 ○日／月
- ・ 手紙 200通（のべ）
- ・ 個別面会 179回（のべ）

個別相談でのアプローチ （大阪精神医療人権センターの実践）

- 電話相談や個別面会の相談内容

- ・ 主治医から「退院はまだ難しい」と言われる
- ・ 身体拘束がいつまで続くかわからないので不安
- ・ 電話をかけようとしたら「どこにかけろの？」と言われて困った
- ・ 誰に相談（質問）したらよいかわからない
- ・ どのように相談したらいいかわからない
- 多いのは、「退院したい」「面会に来てほしい」「話をきいてほしい」

個別相談の経過

- 継続が多い。

- 1回お会いしたいだけでは解決しない

権利を行使することの難しさ。（入院中の方にとって、権利があっても、それを行使するのは、やはり勇気がいる。）

- つながりやすい（アクセスしやすい）

本人からの希望にあわせて対応、電話や手紙でもつながる

- 問題だけではなくいろいろなお話しをする

その人との関係性をつくれる

個別相談の活動実例

- 入院中の方の声「退院したい」

- アドボケート「誰かに相談できていますか？」

「どんなやりとりをしていますか？」

「精神医療審査会をご存知ですか？」

提案 → 本人から主治医・担当PSWに相談

一緒に担当PSWとの面談、一緒に担当看護師への質問
弁護士に代理人になってもらって退院請求

結果 → 退院の相談ができる・退院請求ができるようになる
具体的に退院支援が開始

個別相談の活動事例

- 入院中の方の声「薬を飲みたくない」
- アドボケイト「どのように説明を受けていますか？」
「不安は何ですか？」

提案 → 本人から主治医・薬剤師にこんな風に聞いてみますか？
弁護士に代理人になってもらっての処遇改善請求

結果 → 主治医や薬剤師に説明をしてほしいと言えるようになる
薬について相談相談したり説明をうけられるようになる

個別相談の活動事例

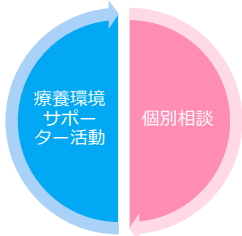
- 入院中の方の声「手元にカーディガン（ハンカチ）を置きたい」
- アドボケイト「大事なものを置く棚はありますか？」
「職員とどんなやりとりをしていますか？」

提案 → 本人から職員に希望を伝える

結果 → 本人から職員に相談や希望を言えるようになる
希望するときに着られるようになる
手元に置けるようになる

療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 2つの活動を並行して行うことにより、病院や入院している方の状況の把握が立体的になり、活動に相乗効果が生まれる



療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 療養環境サポーター活動では、病院の取り組みや全体の雰囲気把握することができる



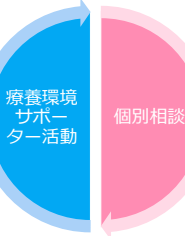
療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 個別相談では、入院している方の思いや希望をじっくりと聞き、その方にとっての「療養環境」を知ることができる



療養環境サポーター活動と個別相談の関係

- 強み
- ・複数の方からお話を聞く機会がある＊
- ・検討協議会に報告し、改善に向けた検討ができ、その結果を公開できる
- ・病院（病棟）に入院中の方全員の**権利が守られること**につながる



- 強み
- ・入院中の方と面会室でお話を聞けることが多い。その方へ権利を伝え、使う方法を伝える
- ・継続して相談に応じることができる
- ・その方の**希望の実現**にむけて個別に対応を検討する

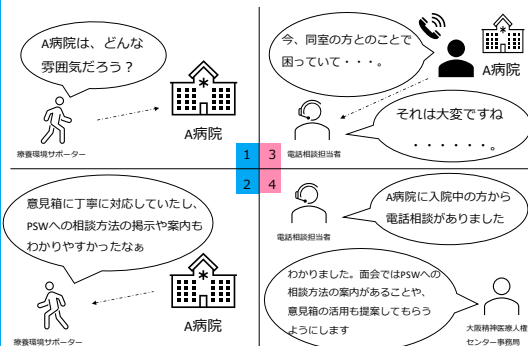
→ どちらも「安心してかかれる精神医療の実現」が目標

療養環境サポーター活動と個別相談の関係

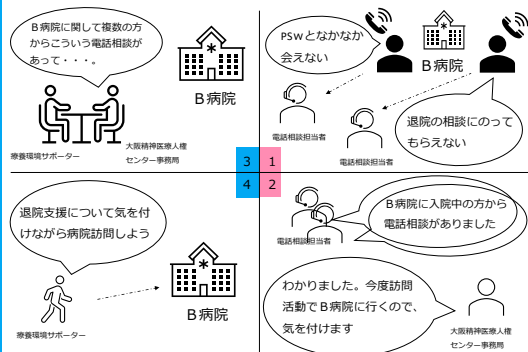
- 2つの活動を並行して行うことにより、病院や入院している方の状況の把握が立体的になり、活動に相乗効果が生まれる
- 大きな目標は同じ「安心」してかかれる精神医療の実現！

療養環境サポーター活動	個別相談活動の強み
＝「システムアドボカシー」の強み ・病院の取り組みや全体の雰囲気把握する ・その日に会った複数の方からお話を聞くことができる ・病院との意見交換、検討協議会で改善に向けた検討ができ、その結果は聞くできる ・病院（病棟）に院内の方全員の権利が守られることにつながる	＝「ケースアドボカシー」の強み ・その方のように希望をじっくりと聞き、その思いやこれからの「療養環境」を知ることできる ・約束をしていただいた面会室等でお話を聞くことができる ・その方へ権利を伝え、使う方法を一緒に考え、継続して相談に応じることができる ・その方の希望の実現にむけて個別に対応を検討する

療養環境サポーター活動と個別相談の関係



療養環境サポーター活動と個別相談の関係



あらためて、精神科アドボケイトの役割

- ・望ましいこと
 - ・本人の話を丁寧に聞き、本人の側に立ち、味方になる
公平中立ではない
 - ・エンパワメントを大事にする
「どうするか」を決めるのは、本人である
 - ・本人に権利があることを伝え、権利を使う後押しをする
アドボケイトが直接にかをするわけではない

精神科アドボケイトの役割

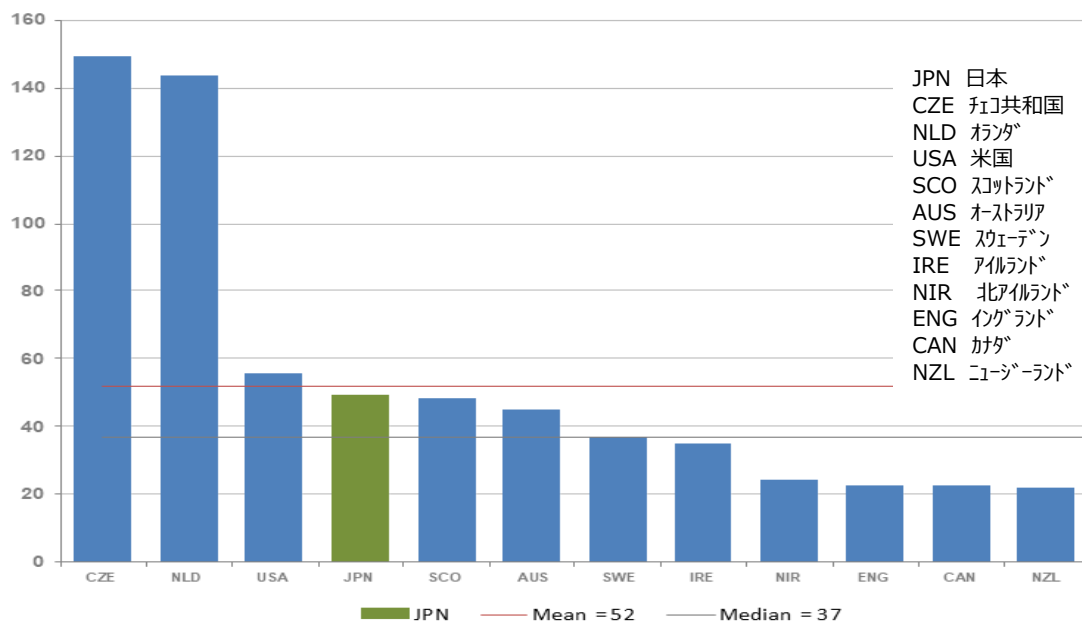
- 望ましくないこと
 - ・代理で何かをすること
 - 例：精神医療審査会への審査請求
 - ・本来、医療機関などが行うべき業務の代行
 - 例：家族との連絡調整、退院先の確保
 - ・医療的判断にかかわること
 - 例：薬の服用

訪問活動の報告を掲載
(病院からの回答を含む)



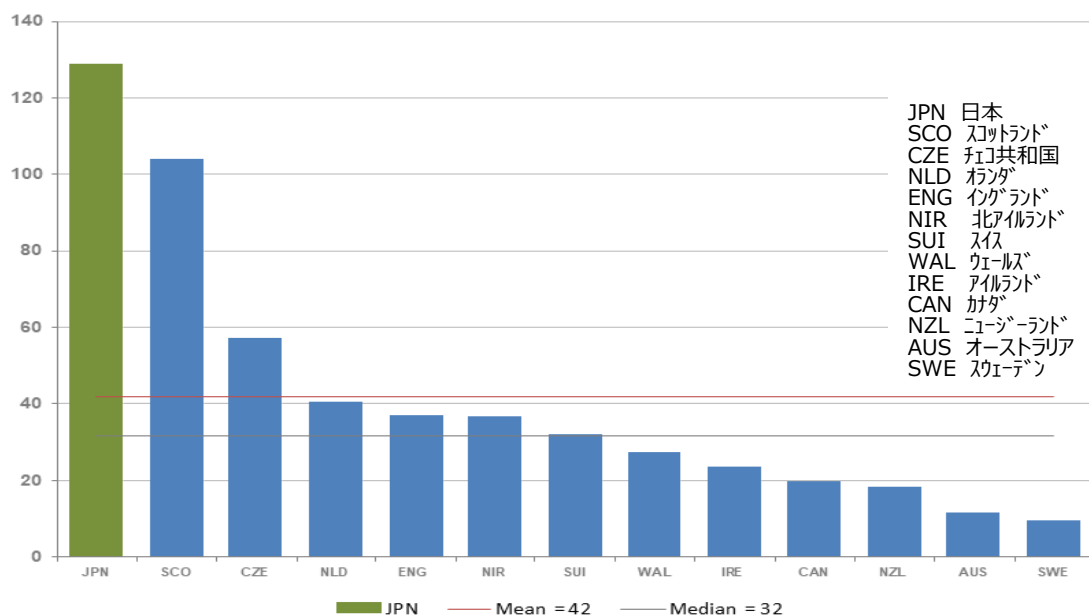
最新号
2021年1月発行
<https://www.psy-jinken-osaka.org/archives/saishin/5401/>

人口 10 万人当たりの一般精神科病床の数



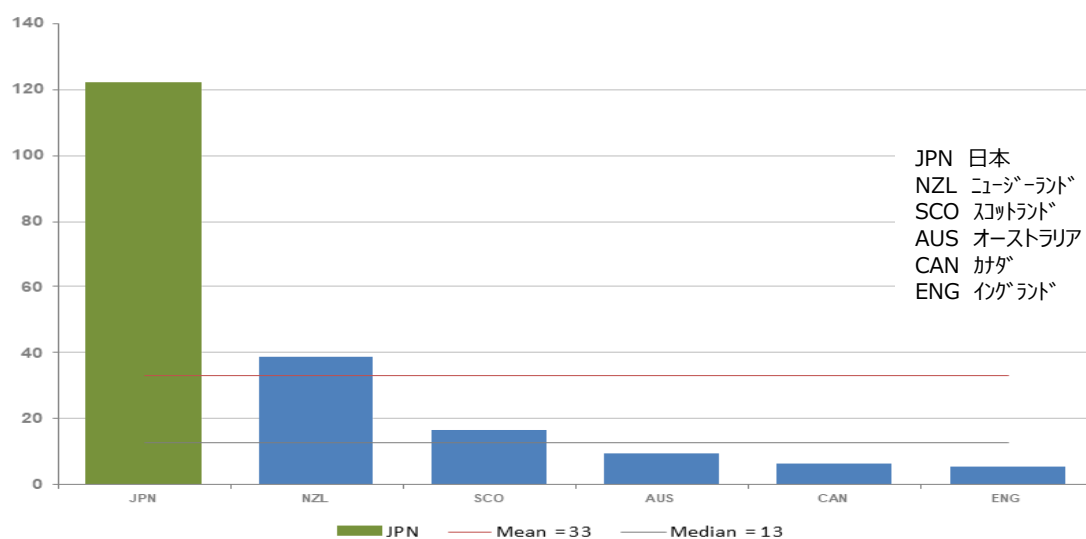
一般精神科病床の定義：労働年齢の成人のための精神科病床。一般的な評価や治療、または摂食障害や周産期のメンタルケア、PICU も含む。高齢者のための病床、長期のリハビリテーション病床、司法精神科病床は含まない。日本のデータの定義：13対1以上の看護基準の精神科病床。高齢者を含む。（40%以上が3か月以内に退院する）

一般精神科病床の平均在院日数（外泊を含む）



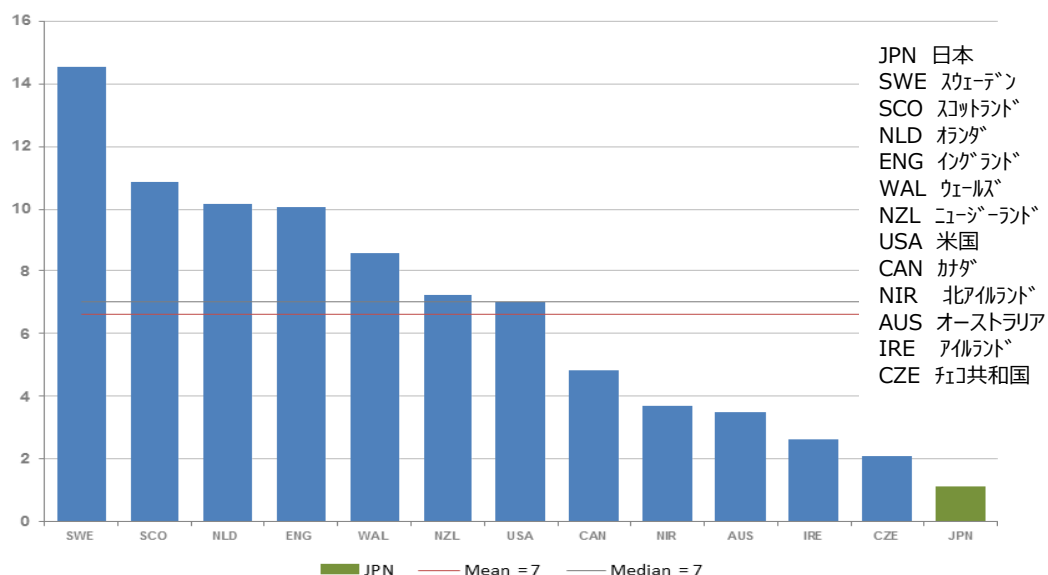
一般精神科病床の平均在院日数の定義：PICU、摂食障害や周産期のメンタルケア病床を除く、労働年齢の成人のための急性期精神科病床の平均在院日数。日本のデータの定義：13対1以上の看護基準の精神科病床における平均在院日数。

人口 10 万人当たりの精神科リハビリテーション病床の数



精神科リハビリテーション病床の定義：長期ケアまたはリハビリテーションのための精神科病床。
日本のデータの定義：30対1以下の看護基準の精神科病床。

人口 10 万人当たりの司法精神科病床の数



司法精神科病床の定義：触法行為を行った精神障害者のための精神科病床。刑務所から移送された重度精神障害者のための病床を含む。
日本のデータの定義：医療観察法に基づく入院病床。刑務所からの移送は受けていない。

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
椎名 明大	うつ病による被害妄想等の強い影響による犯行が心神喪失と認定された事件 精神科医のコメント	季刊刑事弁護	104	134-135	2020
菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人	司法精神科病棟の機能分化：英国Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆	日本社会精神医学雑誌	30(1)	20-34	2021
Akihiro Shiina, Aiko Sato, Masaomi Iyo, Yoshito Igarashi	Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts	International Journal of Law and Psychiatry	77	101-102	2021
Shiina A, Sato A, Iyo M, Fujii C	Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan	World Journal of Psychiatry	9(7)	99-106	2019
Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C	Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population	International Journal of Mental Health Systems		13-22	2019
瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 大塚達以, 太田順一郎, 吉住 昭	長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究	臨床精神医学	48(5)	637-648	2019