資料１

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る

「市町村単位の協議の場」について

　　　　　　　　　　平成３０年６月

大阪府福祉部障がい福祉室

生活基盤推進課

**Ⅰ．精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る連携支援体制について**

○　厚生労働省が策定する基本指針に基づき、全国の自治体が一斉に策定する「第５期障がい福祉計画」において、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」が新たな政策理念として位置付けられました。

〇　「第５期障がい福祉計画」では、これに関連する成果目標として、「精神病床における一年以上長期入院患者数」や「精神病床における早期退院率」という数値目標のほか、新たに「圏域及び市町村ごとの保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置」という体制整備の目標が定められており、日常生活圏域単位での地域包括ケアシステムの構築にあたって、市町村単位、圏域単位、都道府県単位の協議の場と合わせて３層構造の支援体制の確保が求められています。

○　３層構造の支援体制のイメージは次ページの表のとおりですが、このうちの「市町村単位の協議の場」については、各市町村の地域自立支援協議会に設置される精神障がいに対応した部会等を活用して位置付けていただきたいと考えており、本資料は平成30年度以降の会議運営等についてのイメージをお示しするものです。

○　なお、「圏域単位の協議の場」については平成30年度から保健所において構築される予定です。各市町村においては、保健所とも連携しながら、地域の実情に応じた協議の場の構築をご検討ください。

**＜地域包括ケアシステム構築に係る連携支援体制のイメージ＞**

|  |
| --- |
| **３層構造の主な役割** |
| **＜市町村単位の協議の場＞**  地域自立支援協議会に設置される精神障がいに対応した部会等 |
| * 保健・医療・福祉の関係者が集まる場を創出することによる「顔の見える関係」の構築 * 精神科病院に入院中の患者のうち地域移行の可能性のある患者についての事例検討 * 精神科病院から退院した精神障がい者の地域定着についての事例検討 * 事例検討等から出てきた課題について整理し、広域的な検討事項については、圏域や府の協議の場に提案 * 大阪府から提供される精神科在院患者調査から把握した住民の状況について、関係機関と共有し、病院への働きかけの方法を検討 |
| **＜圏域単位の協議の場＞**  保健所が設置する協議の場 |
| * 精神科医療機関と市町村等地域の関係機関（医療と地域生活）の「つながり」の構築 * 多様な疾患ごとに明確化された精神科医療機関の医療機能についての情報提供、在宅医療に関する情報提供 * 市町村単位の協議の場の設置・開催状況の把握、設置促進の支援 * 市町村単位の協議の場で協議された事例や地域課題、大阪府が取り組む政策課題のうち、圏域で調整や検討をすべき内容についての協議 * 大阪府から提供される精神科在院患者調査を活用し、圏域状況の把握と課題の共有 |
| **＜都道府県の協議の場＞**  大阪府自立支援協議会 地域支援推進部会 精神障がい者地域移行推進ＷＧ |
| * 市町村及び圏域単位の協議の場の設置・開催状況の把握、設置促進の支援 * 市町村単位の協議の場で協議された地域課題や、大阪府が取り組む政策課題のうち、大阪府で調整や検討をすべき内容についての協議 * 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、必要な情報を、圏域及び市町村単位の協議の場に提供 * 大阪府庁内関係部局との情報共有（計画の進捗等） |

**Ⅱ　市町村における協議の場の具体的運営について**

○　平成２４年度以降、精神科病院からの地域移行・地域定着支援の主体は市町村に位置づけられましたが、実際には、住民が精神科病院へ入院すると障がい福祉サービス等が提供されなくなり、住民である患者と市町村との関わりが切れてしまうという現状があります。また、精神科病院との接点が少ない中で、精神科病院との関わり方について苦慮している市町村も多いと思います。

○　大阪府では、第５期障がい福祉計画において成果目標に位置付けられた、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」をめざし、市町村、障がい保健福祉圏域、大阪府による３層構造の保健・医療・福祉関係者による協議の場を構築し、重層的なバックアップ体制を整備していきたいと考えています。

○　ここでは、各市町村の取り組みの一助となるよう、「市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場」の具体的な運営方法（例）についてお示しします。

**１．「市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場」の設置について**

**目的**

保健・医療・福祉の関係者が集まる場を作り「顔の見える関係」を構築する

**①　会議開催回数**

○　精神障がい者が安心して自分らしい暮らしができるようにすることを目標に、関係者同士の顔の見える関係を作り地域の課題を話し合うには、定期的な開催が望ましいと考えます。

**②　参加メンバー（コアメンバー）の例**

**〔保健〕**　保健所担当者（「圏域協議の場」の代表者）

**〔医療〕**　精神科医療機関のスタッフ

（精神科病院や精神科診療所の精神保健福祉士や看護師、訪問看護ステーションスタッフ等）

**〔福祉〕**　市町村障がい福祉担当者、基幹相談支援センター、相談支援事業所 など

**〔地　域〕**　当事者、家族、住民　など

※ 地域の実情や協議内容等により参加メンバーやゲストメンバーを追加してください。例えば、介護施策との連携が必要な高齢の精神障がい者の課題を検討する際に、市町村の高齢者担当部局や地域包括支援センターの担当者をメンバーに加えるなどが考えられます。

※　精神科医療機関がない市町村では、医療分野からのメンバー選定を考える際に、精神科在院患者調査のデータを集計し、住民が多く入院している病院に参加をお願いする方法もあります。

※　精神障がい者の地域移行について検討するために自立支援協議会に専門部会等を設置している市町村は、その会議を今回お示しする「市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場」として活用する方法もあります。

**③　会議を開催するための準備（データ整理）**

〇　市町村域における社会資源の種類や利用状況、精神障がい者の地域移行支援や地域定着支援サービスの利用者数などのデータを整理します。

＜整理例＞

・障がい福祉サービス事業所の数と種類、精神障がい者の利用状況から、地域で暮らす精神障がい者がどのような福祉サービスを利用しているか、利用できるかが把握できます。

・地域移行支援や地域定着支援を利用している精神障がい者とその利用期間などから、退院に向けた支援の状況や、利用後の行先について把握できます。

・精神障がいに関係する地域活動（ボランティアやピアサポート活動）から障

がい福祉サービスや医療以外の社会資源の状況を把握することができます。

○　大阪府から各市町村障がい福祉担当課に提供する「精神科在院患者調査」などのデータを整理します。

・入院中の住民の数、入院期間、年齢層、入院先の病院などから、１年以上

の長期入院患者が何人いるのか、今後の支援対象者の目安、高齢者施策の

担当者との協議の必要性、アプローチすべき病院などがわかります。

＜「精神科在院患者調査」から把握できること＞

**２．「市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場」の運営について**

**協議内容（例）**

**①　参加者同士がそれぞれの業務内容を共有する**

○　市町村ごとに地域の状況は異なります。会議に参加する者同士が、お互いの業務内容や地域での役割を知ることは、自分たちの「強み」を知ることになります。

＜具体例＞

・パンフレット等を持ち寄り、所属機関の説明と、お互いの仕事についての理解

・福祉サービス事業所など地域の中の社会資源の情報共有（種類や場所や人材）

など

**②　精神障がいに対する理解を深める**

○　市町村の協議の場を活性化していくには、精神障がいや精神疾患に対する理解が不可欠です。会議の内容に小規模な講義を取り入れ、関係者で勉強会を実施することも効果的です。

＜具体例＞

・入院に関する制度や流れ、精神障がいの特性の理解（保健所職員）

・精神科病院にいる職種とその役割（精神科病院スタッフ）

・精神科診療所にいる職種とその役割（精神科診療所スタッフ）

・訪問看護の役割（訪問看護ステーションスタッフ）

・福祉サービス事業所の活動（福祉サービス事業所スタッフ）

・当事者の体験談や思い（ピアサポート活動従事者など） など

**③　整理したデータをもとに、協議の場でできることを考える**

○　１．③であらかじめ整理をしておいたデータから、精神障がい者が地域で安心して自分らしい暮らしをするために協議の場でできることを考えます。

　　特に精神科病院からの地域移行を考えるときは、地域移行の可能性がある住民の情報を把握するために、精神科病院の取り組みに協力するのも一つの方法です。また、広く住民に対する精神障がいの理解啓発も重要な役割になります。

・精神科病院が実施している院内での退院意欲喚起の取り組み（茶話会等）に協力する。

・精神科病院が実施する院内職員研修に協力する。

・「住民まつり」などで、精神障がいの理解・啓発イベントを企画、実施する。 など

＜整理例＞

**④　事例検討を行い地域の課題を考える**

○　地域移行の可能性のある入院患者に対しどのように支援していくのがいいのか、また、退院後地域で生活をする精神障がい者が抱えている課題に対しどのように支援していけばいいのか、事例について話し合います。（P.７～ 「事例の検討にあたって」参照）

・地域移行支援の申請を希望する事例について考える。（精神科病院から）

・地域移行支援サービスを支給決定した事例についての経過を共有し、課題があれば検討する。（市町村と相談支援事業所から）

・相談支援事業所、地域活動支援センター、事業所等に通所している精神障がい者の生活に関する課題について検討する。

・退院先が決まらない等、精神障がい者の住まいに関する課題について検討する。など

＜考えられる事例＞

**Ⅲ　その他の留意事項について**

〇　事例検討等市町村の協議の場での検討事項の中で、市町村のみで解決できない内容があれば、圏域の保健・医療・福祉関係者による協議の場で、内容を検討してもらうことができます。積極的に活用し、連携してください。

・支援策を考えるに当たり、精神疾患を理解するため医師の知見を求めたい。

・精神疾患だけではなく他科の疾患もあり、地域の詳しい医療情報が知りたい。

・福祉サービスの利用以外の支援が必要な事例について考えてほしい。

・その他、市町村単位の協議の場で調整や解決が難しい事例について考えてほしい。 　 など

＜考えられる内容＞

**事例検討に共通する地域の課題を検討できる場にしていきましょう。**

**事例の検討にあたって**

　市町村単位の協議の場では、「顔の見える関係の構築」が目的です。

支援者が行き詰まったり迷ったりしたとき、他機関からアドバイスをもらえる場であるとともに、本人の思いや希望を大切にし、精神障がい者が地域で安心して自分らしく過ごすためには何が必要か、参加メンバーが意見を出し合い地域の課題を解決していく場になればと考えます。

（１）個々の事例を検討する

ここでは、大阪府が現在実施している「長期入院精神障がい者退院促進事業」で把握された退院の可能性のある患者さん（Ａさん、Ｂさん）を例に、市町村単位の協議の場で関係者がどのように支援の検討を始めればいいのか、その流れ（①～④）を例示しました。

**①支援のアドバイスを求めたい（支援者から協議の場に）。**

**②もっと本人のことが知りたい（協議の場から支援者に）。**

**③本人の状況を共有する。**

**④意見を出し合う（課題の共有）。**

課題の共有ができたら、10ページの検討のポイントを参考に、本人の思いを確認しながら、協議の場でその方に必要な支援内容の検討を進めてください。

（２）地域の課題を検討する

事例の検討を積み重ねることで、複数の事例に共通する課題（たとえば、既存のサービスの不足、改善すべき点、必要となる新たなサービスなど）が明らかになってくるでしょう。

個々の事例から地域の課題を整理し、協議の場で検討を進めてください。

* **事例1 「院内茶話会に参加し、施設見学を希望しているＡさん」**

|  |
| --- |
| **支援のアドバイスを求めたい（支援者から協議の場に）** |
| もともと「病院にいる方が楽、ご飯作らなくていいし・・」と発言していたＡさんですが、先日、病院の院内茶話会に参加したことがきっかけで、「施設の見学をしてみたい」との希望が出てきました。  施設見学に行くことが出来たら、本人のイメージもでき、退院の話も具体的にすすめることができるのではないかと考えています。  この地域で入院中の患者さんが見学できる施設がありますか？ |
|  |
| **もっとＡさんの状況を教えてほしい（協議の場から支援者に）** |
| ・Ａさんは何歳ですか？  ・どれくらいの期間入院してるのですか？  ・家族の状況は？  ・生活費はどうしてるのですか？  ・「施設」と言っても住まいの場や日中活動の場などいろいろありますが、どんな施設を見学したいのですか？  ・Ａさんは退院したいという気持ちを持っているのですか？ |
|  |
| **Ａさんの状況を共有する** |
| ・70代男性、統合失調症、入院歴通算25年（3回退院経験あり）、生活保護受給中。  ・家族は高齢で本人の支援が難しい。  ・これまでは、不眠になると病気が再発しているが、Ａさんは眠れなくなってもなかなか主治医に伝えられない。  ・「病院にいる方が楽、ご飯作らなくていい」と発言していたが、院内茶話会に参加し、地域の福祉サービス事業所の職員と話ができた事がきっかけで意欲的になり、施設（ＧＨや日中活動の場）見学を希望。  ・同時期に、生活保護の医療の要否審査で退院妥当との判断があった。  ・どのようなところに住めばいいか、Ａさん自身にも具体的なイメージがない状況。 |
|  |
| **意見を出し合う（課題の共有）** |
| ・Ａさんは退院に意欲的になってきているので、この気持ちが続くように支援してあげたい。  ・退院に向けた具体的なイメージについて、Ａさんの意見を聞いてこの場で考えたらいいのではないか。  ・Ａさんの不眠が始まったときに支援者が気づけば、入院しなくてもいいのではないか。  ・年齢が70代なので、高齢者福祉の関係者にも一緒に考えてもらうことができないか。  ・見学可能な施設はいくつかあるので、まずはＡさんの希望を聞いてみたらどうか。 |

* **事例２「家族の不安が大きく、退院の話が進まないＢさん」**

|  |
| --- |
| **支援のアドバイスを求めたい（支援者から協議の場に）** |
| 院外のコンビニまで散歩するのが日々の日課となっているＢさんは、時々病院のスタッフに「退院したい」と話すことがあります。  唯一の家族であるＢさんの姉はＧＨの情報を熱心に集めており、Ｂさんの退院に反対しているわけではありません。  なのに、なかなか退院の話が具体的に進まないので悩んでいます。 |
|  |
| **もっとBさんの状況を教えてほしい（協議の場から支援者に）** |
| ・Ｂさんは何歳ですか？  ・どれくらいの期間入院してるのですか？  ・Bさんは退院に対してどのようなイメージを持っているのですか？  ・姉はＧＨへの入居を希望しているのですか？ |
|  |
| **Bさんの状況を共有する** |
| ・50代女性、統合失調症、入院期間５年。  ・毎日、院外のコンビニまで散歩するのが日課になっている。  ・Ｂさん自身は、支援がなくてもなんでも自分でできると思っているが、お金の管理など生活面での支援は必要。  ・「退院したい」と話すことはあるが、具体的にどのようなイメージを持っているかの聞き取りはこれからである。  ・姉は、Ｂさんに合う施設を探そうと熱心に動いている。  ・姉は、“万全の体制”の施設でないとＢさんを退院させられないと考えており、姉の納得する施設は現在のところ見つかっていない。 |
|  |
| **意見を出し合う（課題の共有）** |
| ・Ｂさんも姉も退院を拒否しているわけではないのに、退院が進まないのはなぜか。  ・これからどうしていきたいとＢさんは考えているのか。  ・Ｂさんに、自分でできることと支援が必要なことをわかってもらう取り組みが必要なのではないか。  ・地域生活の体験や、体験宿泊してみるといいのではないか。  ・姉が退院についてどのようにイメージしているのか、どのような不安があるのか聞きたい。  ・姉には、ＧＨの情報以外にも、Ｂさんが利用できる福祉サービス全般の情報提供をする必要があるのではないか。 |

* **退院支援を進める際に協議の場で検討するポイント**

参加メンバーで状況や課題が共有できたら、常に本人の思いを確認しながら、

一人ひとりにあった退院支援について具体的に話し合っていきましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| **住まい** | ***退院後どこに住むのか、誰と住むのかを決めることは、退院支援を進めていくうえで重要です。***  ***（障がい福祉/介護サービスとも関連します。）*** |
| 【住まいの場】自宅・ＧＨ・宿泊型自立訓練施設・高齢者向けの施設 など  【誰と住むのか】一人暮らし・家族・仲間  ⇒本人の思いを聞き、不動産・施設情報の収集や見学・体験宿泊の利用を考えてみる。 |
| **障がい福祉/**  **介護サービス** | ***スムーズな退院支援や退院後の生活を始めるために、どのような障がい福祉/介護サービスを利用するかを考えます。*** |
| 【入院中】地域移行支援  【退院後】住まい（ＧＨ・宿泊型自立支援施設・高齢者向けの施設 など）  日中活動の場（就労系事業所・生活訓練事業所・地域活動支援センター　など）  生活のサポート（地域定着支援・自立生活援助　など）  ⇒退院に向けて、地域移行支援サービスが必要か検討する。  　退院後の生活について本人の思いを聞き、見学や体験利用を考えてみる。 |
| **医療** | ***本人の病状が悪化しないようにするため、また再入院を防ぐために、退院後の医療支援体制を考えます。*** |
| 【退院後に必要な医療サービス】通院する医療機関・デイケア・訪問看護 など  ⇒本人と相談し、薬の自己管理など入院中からできる取り組みを考えてみる。  デイケアの見学をする。訪問看護のサービスについて説明する。  　通院の方法について確認する。 |
| **関係づくり** | ***入院中から本人との関係づくりや、家族の不安を解消するための支援を行います。また、退院後、本人が困ったときにどこの誰に相談するのかを明確にしておきます。*** |
| 【相談機関】相談支援事業所・地域包括支援センター・市役所（障がい福祉・高齢者福祉・障がい福祉・生活保護など）・保健所 など  ⇒入院中から、退院後に関わる支援機関とそれぞれの役割を本人を交えて確認しておく。 |
| **経済的基盤** | ***退院後の生活費やその管理方法について本人と話し合います。*** |
| 【生活費】障がい年金・生活保護 など  【利用できるサービス】日常生活自立支援事業　など  ⇒入院中から、本人とともに生活に必要なお金についてのイメージを話し合う。  　障がい年金の取得や金銭管理サービスなどについて本人に情報提供をする。 |