

第 3 部

地域移行を推進する人材養成研修 研修テキストと解説

第3部の活用について

以下では、地域移行推進ガイドラインを基本として、各地で地域移行を推進する人材養成研修を開催する際に活用されることを想定して作成した研修テキスト（パワーポイント）を掲載している。また、講義や演習で使用する研修テキストには、各スライドに対応する解説を付している。

以下に、第1部の研修プログラムを一部再掲する。

研修テキストについては、公益社団法人日本精神保健福祉士協会のウェブサイト上でダウンロードを可能としているので、あわせてご活用いただきたい。

【 地域移行支援を推進する人材養成研修プログラム 】

プログラム	時間数
講義1 「精神障害者の地域移行をめぐる動向①～精神科医療の現状～」	45分
講義2 「精神障害者の地域移行をめぐる動向②～地域移行支援について～」	45分
シェアリング	25分
講義3 「体験談から地域生活について考える」	45分
シェアリング	25分
講義4 「地域移行推進における関係機関・関係者の役割」	60分
シェアリング	20分
講義5 「退院意欲を取り戻すための支援」	40分
シェアリング	20分
講義6 「地域移行の進め方と市町村（圏域）における連携体制の構築」	60分
シェアリング	15分
演習 「病院と指定一般相談支援事業所が連携した地域移行の進め方」	90分
全体共有、まとめ	30分

【 講義1 】

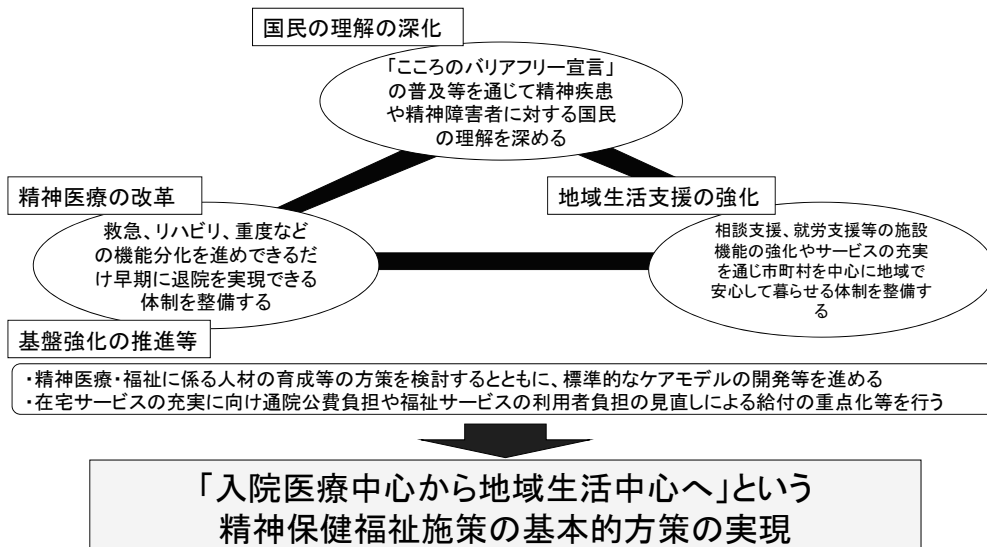
精神障害者の地域移行をめぐる動向① ～精神科医療の現状～

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

精神保健福祉施策の改革のビジョンの枠組み

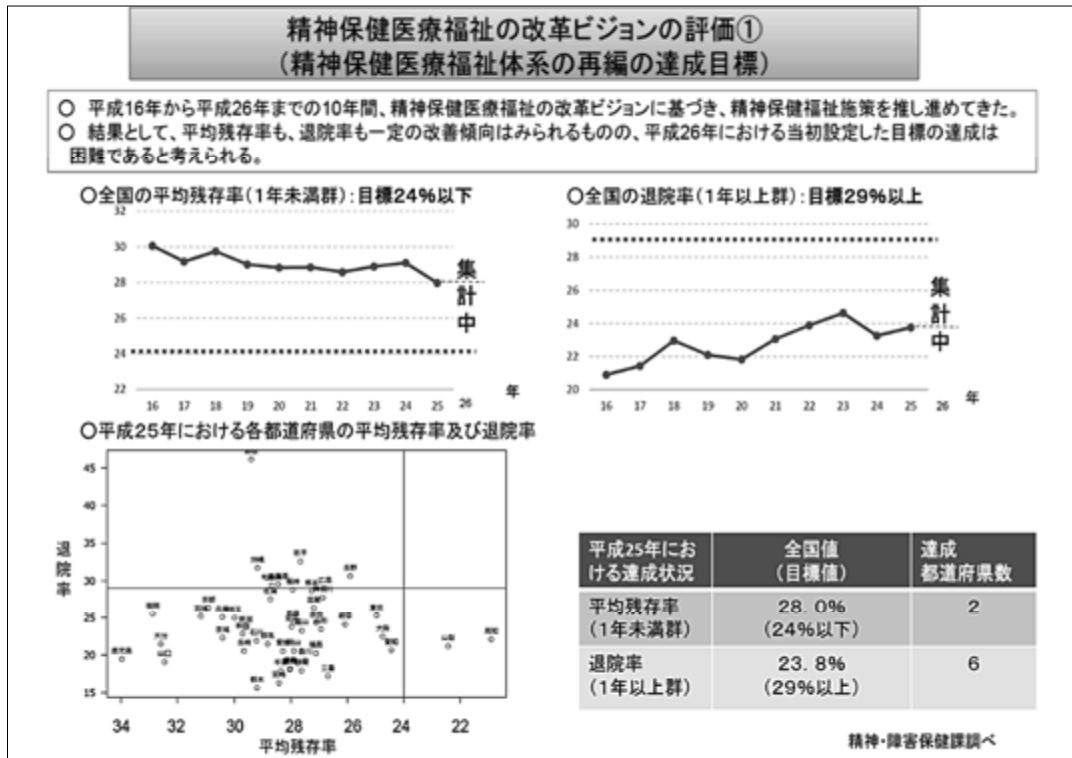
精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

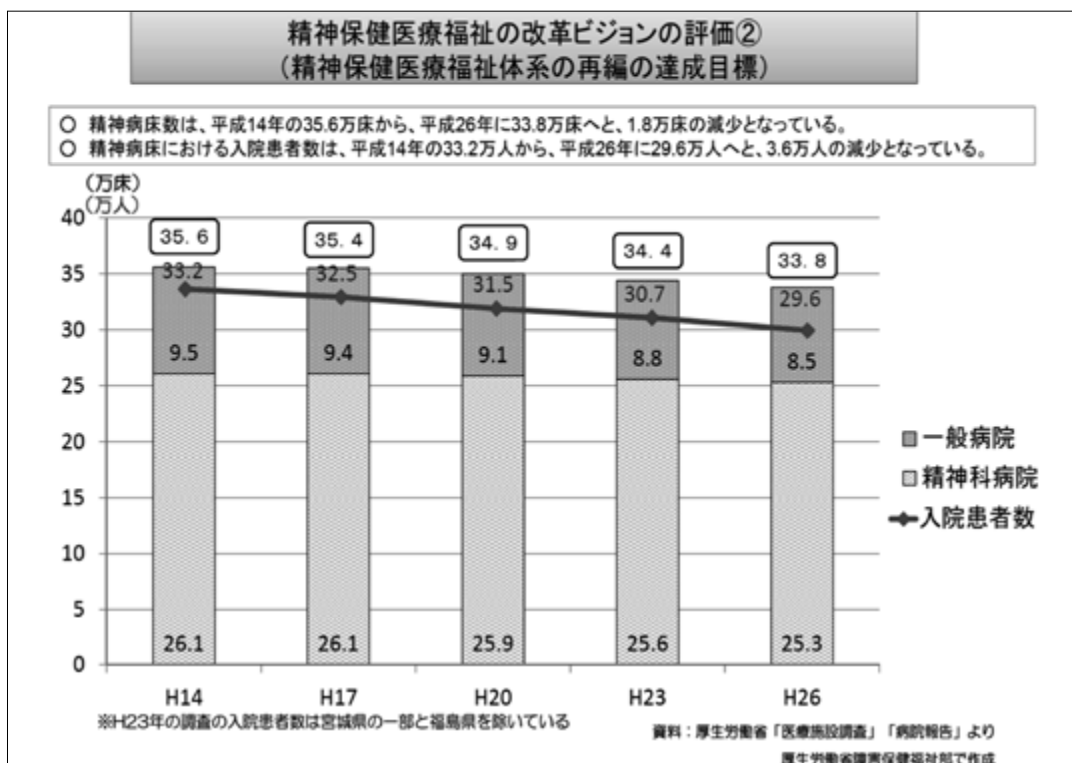
2

- ・ 病院勤務者向けというより、指定一般相談支援事業所等の参加者に精神科医療の政策動向や現状などを集約している内容となっていることを説明
- ・ 平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の内容の説明と確認



3

- ・ スライド2に基づいて精神保健福祉施策を推し進めてきたが、平成16年からの10年間について、資料より平均残存率、退院率の改善はみられるが目標達成は困難な現状を説明する

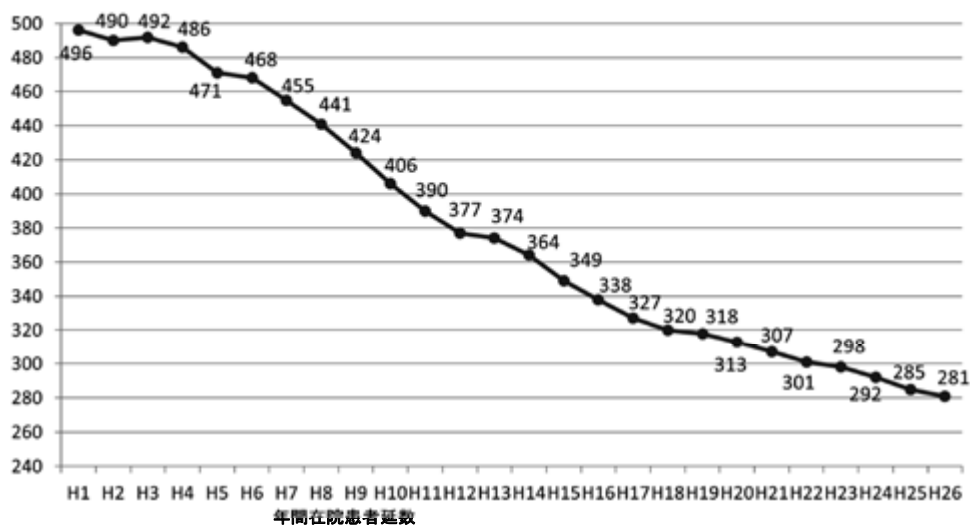


4

- ・ 平成14年約36万床からの推移として平成26年度34万床で約2万床(1.8)万床減少し、入院患者数も3.6万人減少とはなっていることを説明する

精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

在院日数(単位:日)



※平均在院日数= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\% \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

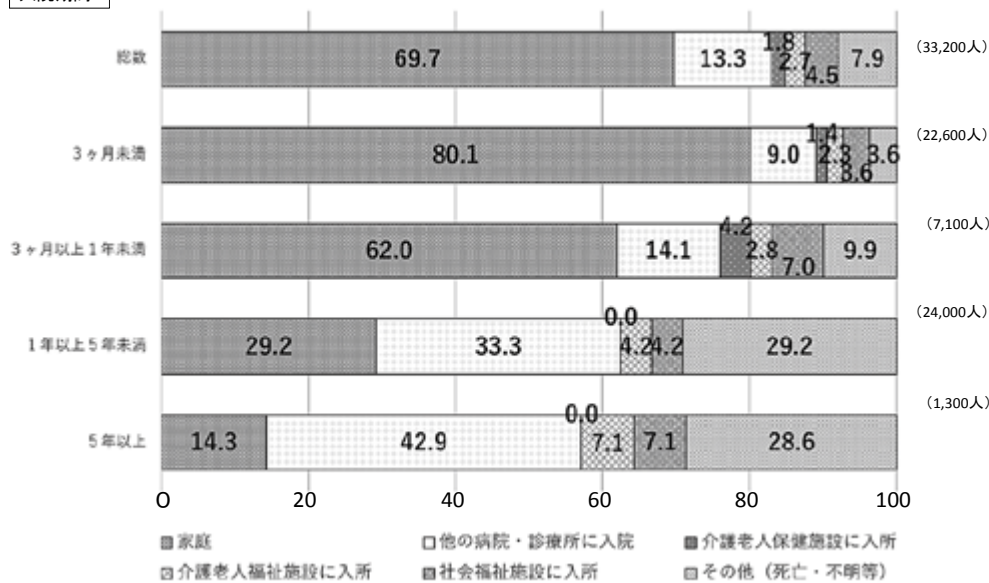
5

- ・ビジョンが示されてから平均在院日数は減少傾向にあることをスライドで説明する
- ・それでも平均281日あることを伝える

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

(単位:%)



資料:厚生労働省「患者調査」より 厚生労働省障害保健福祉部で作成

6

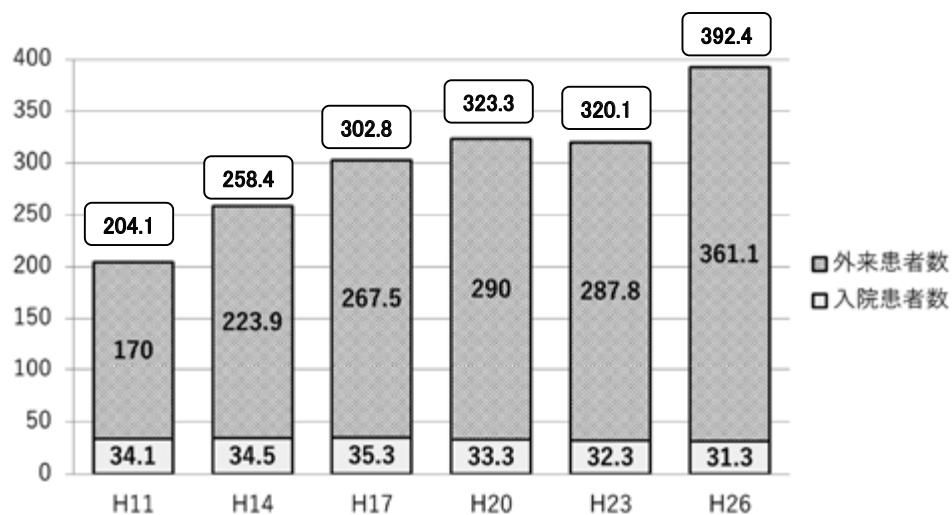
- ・退院後の行き先として、長期になれば在宅への退院が難しいこと、施設や死亡が増えていくことをスライドで説明する

精神保健医療福祉の現状について

7

精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)

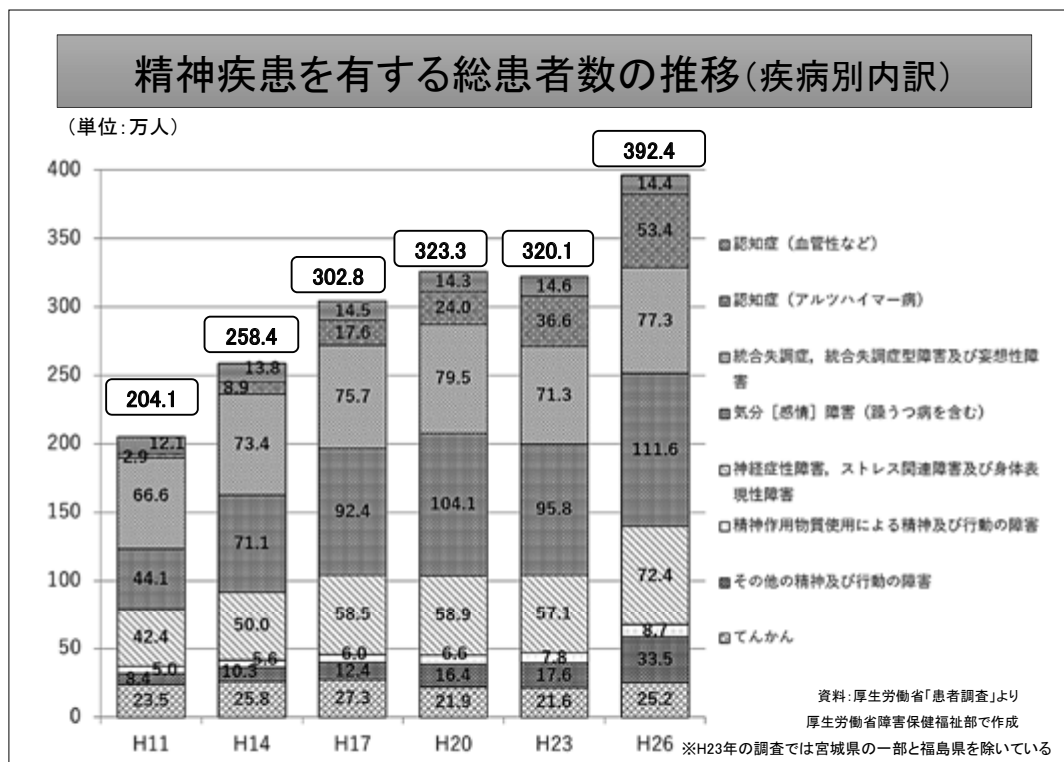


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

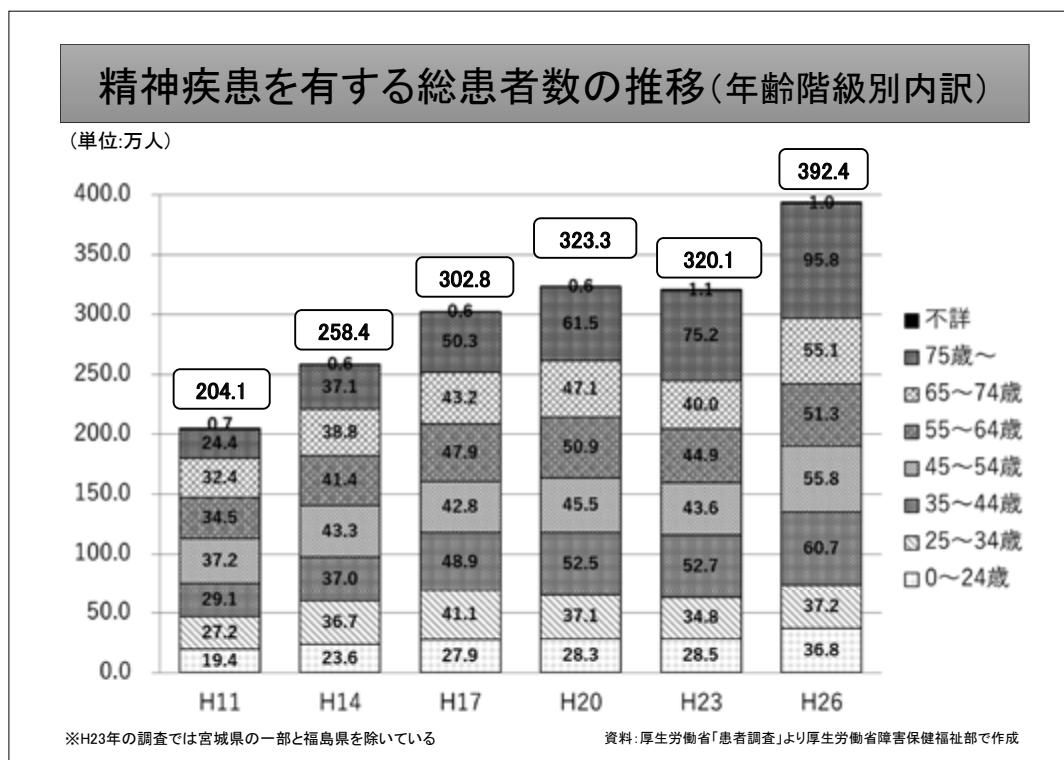
8

- ・ 入院は減少しているが外来患者数が大幅に増え、全体では約400万人であることを説明する



9

- ・ 全体で約400万人いて、認知症関係が増加していることにも着目するよう説明する

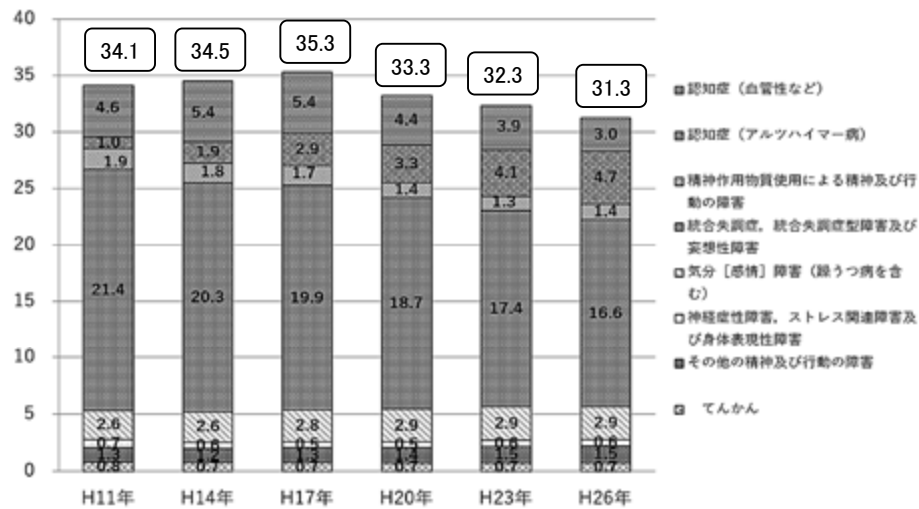


10

- ・ 入院外来患者全体数で55歳以上の割合が約半分を占め、65歳以上の割合も増えていることを説明する

精神疾患を有する入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

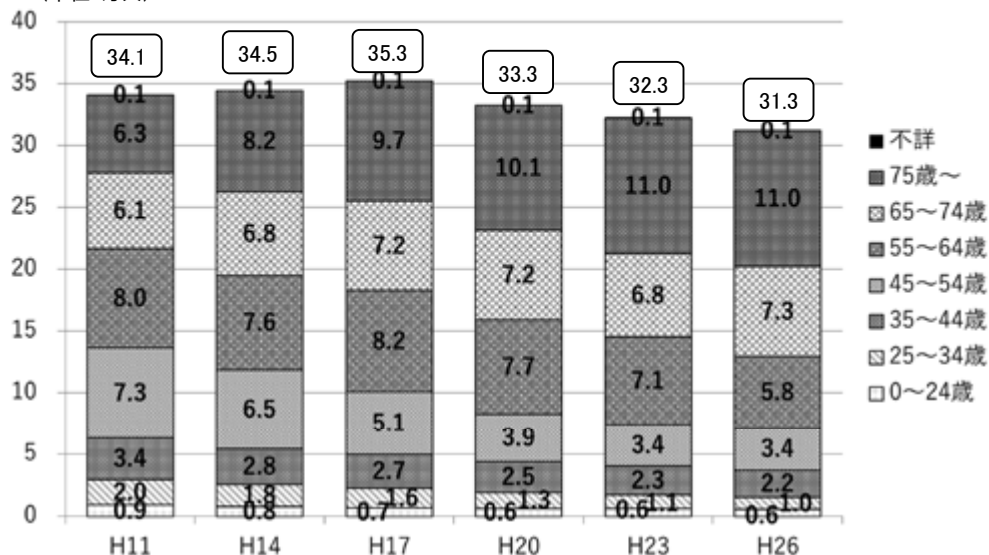
資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

11

- 精神疾患を有する入院患者の疾患別の説明を行い、唯一、認知症(アルツハイマー病)が増加していることを説明する

精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

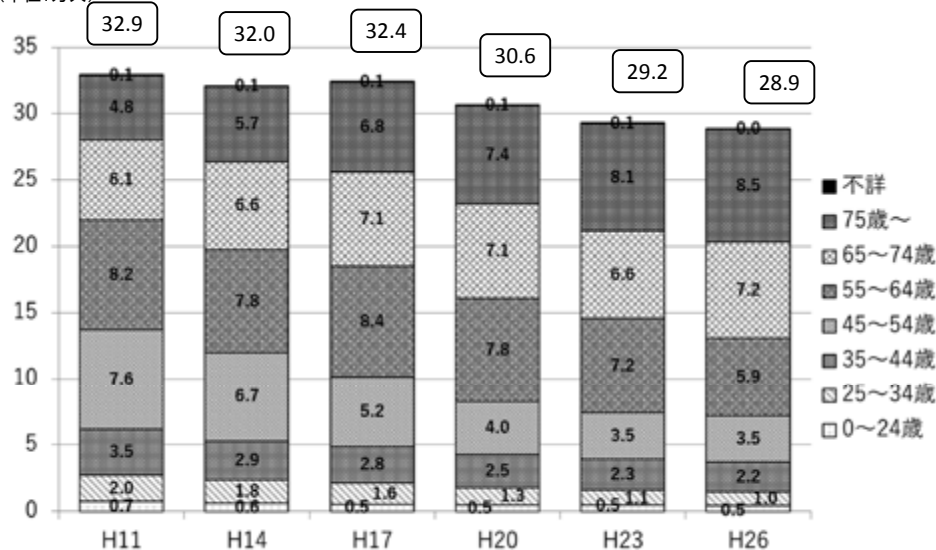
資料:厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

12

- スライド 11 に関連付けし、入院患者の高齢化が進み 65 歳以上の人が増加していることを説明する

精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位: 万人)



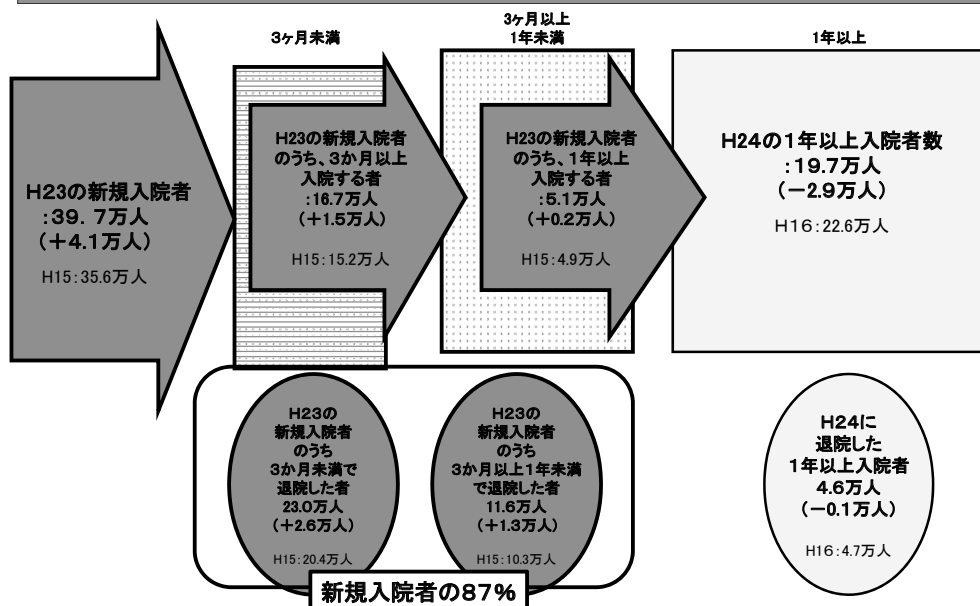
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

13

- 精神病床においても精神疾患を有する年齢階級別内訳同様に推移していることを説明し、参加者の所属と照らし合わせて考えてみるよう伝える

精神病床における患者の動態の年次推移

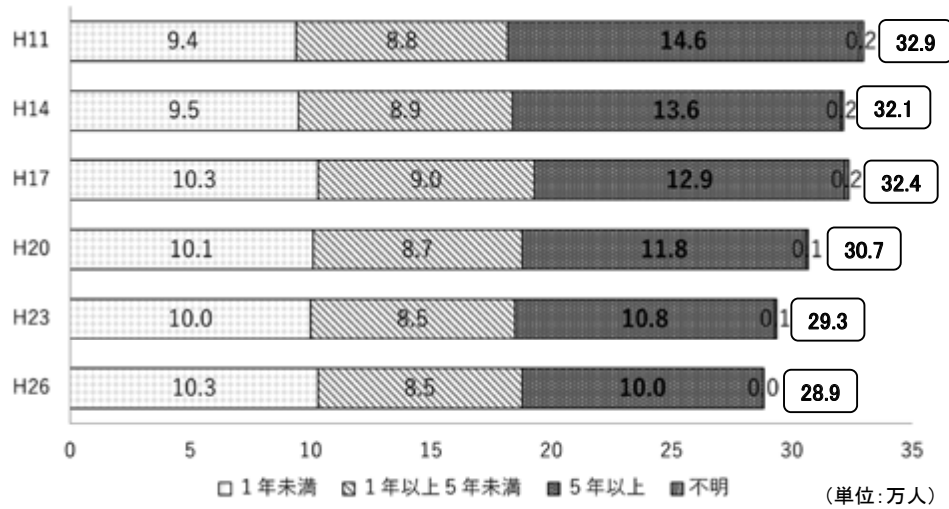


資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

14

- 新規入院者の6割が3か月以内で退院し、全体では新規入院者の9割が1年以内に退院しているが、その反面1割の人が長期入院に移行していることを伝える

精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)



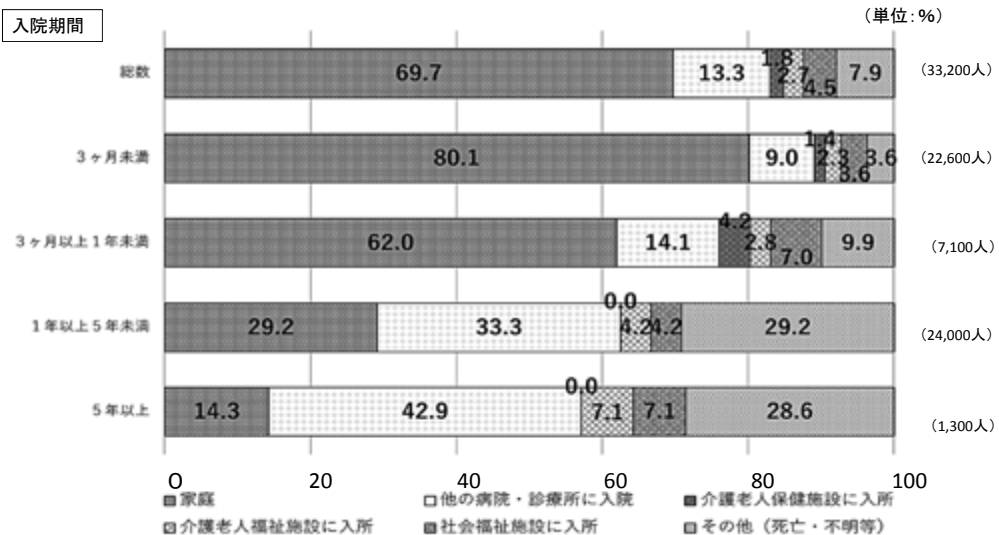
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

15

- ・ 全体的に患者数は減っているものの、5年以上が減って1年未満が増加していることを伝える
- ・ 5年以上の減については死亡退院も年間約2万人いる現状を伝える

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

16

- ・ 退院後の行き先として、入院期間が長期になるほど在宅への退院が難しいこと、そのため高齢施設への退院や身体合併による転院や死亡が増えていくことを伝える

長期入院精神障害者の地域移行について

17

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要厚生労働省資料 (平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 改正法の概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族になる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

18

- ・精神保健福祉法改正の概要について説明する
- ・改正のポイントとして新たな長期入院をうまない(新規入院患者は1年以内の退院を目指す)よう改正になっていることを示す
- ・また、退院後生活環境相談員の役割についても説明を加える

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を重視して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するにつれて、その置き換えが必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わり確保、等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援（退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援）等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保（公営住宅の活用促進等）
- ・地域生活を支えるサービスの確保（地域生活を支える医療・福祉サービスの充実）等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

＜病院資源のグループホームとしての活用について＞

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底してもなお退院意欲が生まれない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け（※）を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な移行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方（※※）。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を保障する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援」とし、基本的な利用原則を設ける。等

※※例えば、居住の場としての活用は否と否との違い、見直しがあった。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。（財政的な方策も併せて必要）
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

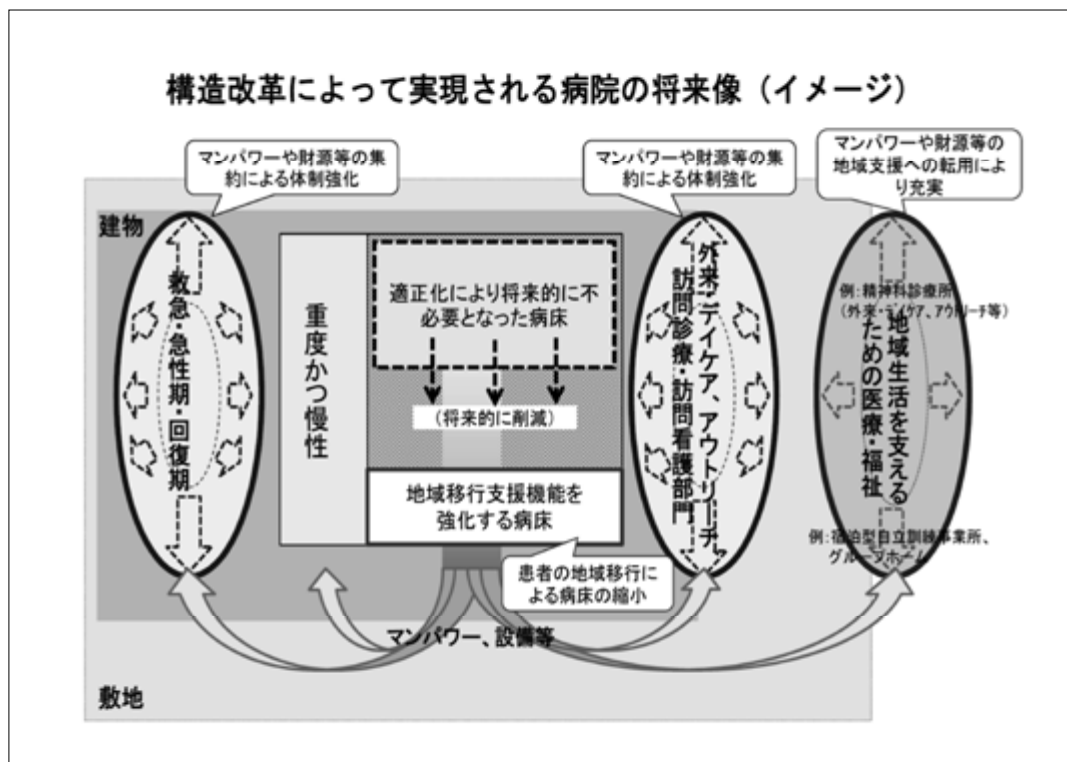
19

- ・精神医療が良質かつ適切な医療提供ができれば長期入院を防ぐことにつながるため、病院の構造改革が必要である
- ・スライド内の1, 2, 3, について順次説明する



20

- ・病院での取り組み、地域の取り組み、行政の役割について説明する



21

- ・ 構造改革によって実現される病院の将来像についてイメージを説明する

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

●(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点(1日につき)

[施設基準]

1. 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が 15:1 以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
2. 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が 40 を超える場合は3名以上)配置されていること。
3. 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の 90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)
4. 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の 1.5%に相当する数以上であること。
5. 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
6. 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
7. 平成 31 年度までに新規の届出を行うこと。

●精神科地域移行実施加算の評価(10点→20点)

22

- ・ 地域移行機能強化病棟について説明する

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめより

精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状

- ・最近の新規入院者は3か月で約6割、1年以内に9割が退院している。1割の人は長期入院になり、1年以上の長期入院精神障害者は約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）であり、そのうち毎年約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が1年以上の長期入院に移行している。
- ・長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、65歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。（1年以上の入院者の51%は65歳以上）
- ・死亡による退院が増加傾向となっている。（年間1万人超の長期入院精神障害者が死亡により退院）

新たな地域精神保健医療体制のあり方についての論点整理より

○精神病床数（入院患者数）の変化をみると、平成14年の35.6万床（33.2万人）から、平成26年に33.8万床（29.6万人）へと、1.8万床（3.6万人）減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。

○厚生労働科学研究（平成24～27年度）において、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案の取り扱いを検討する必要がある。

（対応の方向性）

○「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち約4割は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。

23

- ・ 重度かつ慢性については取扱いに注意し、6割に該当する人にこそ地域移行に向けて手あつきの医療（人材、財源）を提供し、自分らしく地域で暮らすことの実現を目標とすることが重要であることを補足する

・あなたの地域の精神科病院には、
何人の長期入院患者がいますか？

・あなたの勤める精神科病院には、
何人の長期入院患者がいますか？

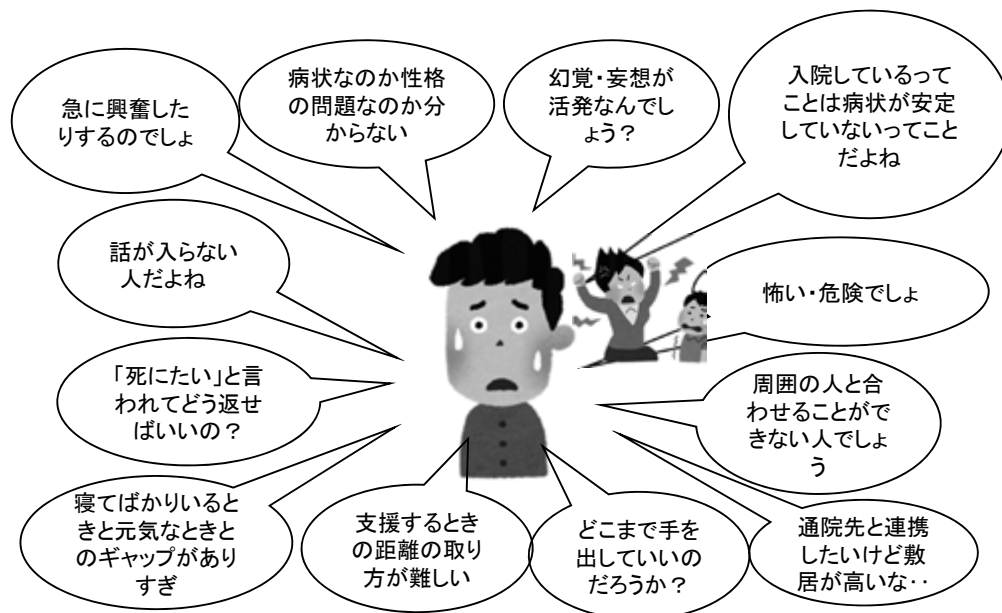
24

- ・ 参加者が所属する医療機関や事業所、自治体に1年以上の長期入院患者が何人いるかを参加者に確認する
- ・ 政策動向を知り、参加者個々の所属等の実態を把握するような働きかけと、医療と福祉と行政が協働した動きが大切であると説明する

長期精神障害者のイメージ

25

長期精神障害者の対応に不安を感じたりしていませんか？



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より
筆者一部加筆

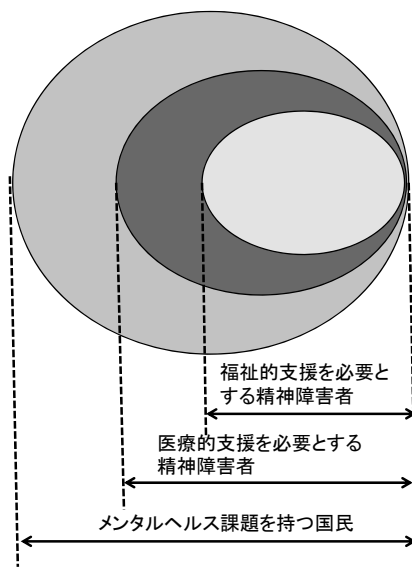
26

- ・ イメージは精神障害者と接する機会が少ない事業所職員や地域支援者などからよく聞かれることを講師の体験も交えながら一つひとつ読み上げ、出ている内容はマイナスのイメージが先行していることが多いこと、このことが世間一般のイメージと直結している場合が多いと説明する

精神障害者の特性について

27

精神障害者の定義



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

精神保健福祉法

➤この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

医療にかかっている精神障害者は約400万人！

障害者基本法

➤身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

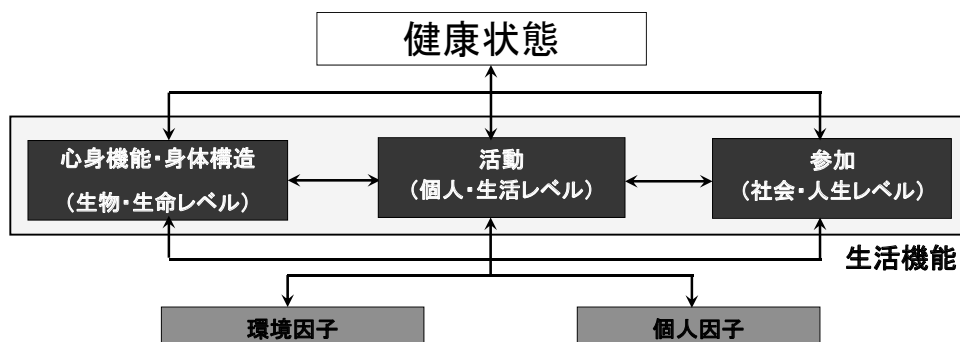
障害福祉サービス等を利用している精神障害者は約16万人

28

- ・ わが国では精神障害者の定義が2つあり、医療的支援を必要とする精神障害者数に対して、実際の障害福祉サービス等は利用者がまだまだ少なく、福祉的支援を必要としている精神障害者の潜在的ニーズが高いことを示す

精神障害者の障害特性の理解のために ～国際生活機能分類(ICF)の活用～

ICFの目的 「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」



- 生活機能の3レベル(心身の働き、生活行為、家庭・社会への関与・役割)は相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」・「個人因子」からも影響を受ける。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

29

- ・ 生活機能分類(ICF)の生活機能構造モデルを示し、3つのレベル及び健康状態・個人因子・環境因子がそれぞれ影響しあって、障害の状態が現れていることを理解してもらう

精神障害者の障害特性理解のためのポイント①

- ・ 生活に必要な体験の不足、歪みがある
- ・ 集中力、記憶力、整理能力、計画能力、問題解決能力など、社会機能(統合的な認知機能)の障害がある
- ・ 状況や人への依存性が高い(限局された依存関係)
- ・ 要素的な障害や問題への対処はあまり効果がない
- ・ 個々の差が大きい(同じ疾病?)

30

- ・ 多くの精神障害者に共通する障害特性を例示しながら確認する

精神障害者の障害特性理解のためのポイント②

- ・疾病と障害が分かちがたく併存し、病状が障害に影響する。このため日常生活および社会生活において障害の現われ方に波がある。

例) 昨日やれていたことが今日はできない。

- ・社会的障壁が活動制限や参加制約の要因となって、本人の生きづらさ、生活のしづらさにつながっている。

例) 精神障害者に対する誤解や偏見、理解の低さ

- ・過度の自信喪失、自己肯定感の低下が認められる場合がある。
- ・二次的な障害である長期間にわたり刺激の少ない環境にいたことによる施設症(感情の平板化、意欲の低下、従順さ、等)と区別する。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

31

- ・多くの精神障害者に共通する障害特性を例示しながら確認する

支援のポイント

- ・まず出会ってください 出会いが理解の第一歩です
- ・一人ひとりが豊かな個性を持った人です
- ・精神障害者がその人ではなく、その人がたまたま精神疾患にかかり生活のしづらさ等の障害を持ったということ。
- ・自らの力をより発揮し、できないことが支援を受けることで自分らしく生きていくことができることを認めることが大切です
- ・支援や対応の仕方に正解はありません。
- ・障害があっても、高齢になっても、適切な環境で成長、変化できることに確信をもち、その人なりの自立を支援してください。
- ・1人で抱え込まず、他の支援者や機関とチームを組んで支援するという意識を持ちましょう。連携、協働していくことで答えが見えてきます。
- ・苦手に思えることも視点を変えてみると、その人への理解が深まり、支援が楽しくなります。リフレーミングしてみましょう！

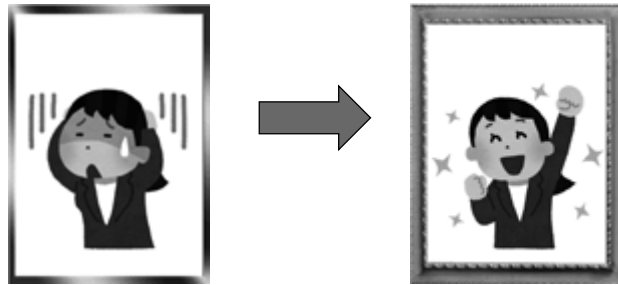
平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より筆者加筆

32

- ・支援のポイントとして8点に絞って説き及ぼし理解してもらう
- ・一人ひとりの生活のしづらさ・生きづらさが違い、個別に理解する姿勢がより良い支援につながることを補足する

リフレーミングとは

- 世界的な名画も、額縁(フレーム)を変えるとその印象もがらりと変わります。
- リフレーミングとは、ある枠組み(フレーム)で捉えられている物事を枠組みをはずして、違う枠組みで見ることです。
- 同じ物事でも、人によって見方や感じ方が異なり、ある角度で見たら長所や強みになり、また短所や弱みにもなるものです。



平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

33

- スライド32で取り上げたリフレーミングの説明を行う
- 研修の導入の部分であるため、楽しく受講することを喚起する

【講義2】

精神障害者の地域移行をめぐる動向② ～地域移行支援について～

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

【基本的な考え方】

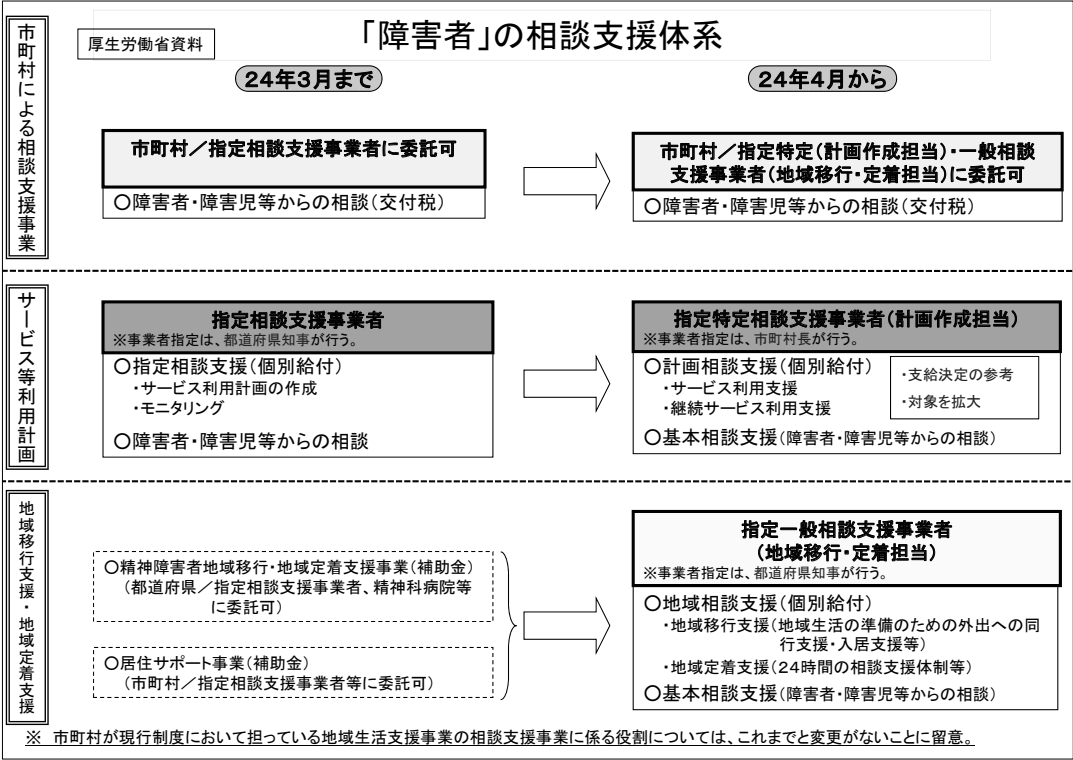
- ・昭和29(1954)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数130万人のうち、要入院者は35万人であり、当時の病床(約3万床)は、その10分の1にも満たないとしていました。
- ・同時期に改正された精神衛生法は、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けました。
- ・昭和33(1958)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおりです。
- ・その後30年かけて、この要入院者35万人という推計を、国策として追い求めてきました。
- ・これが、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならない根拠です。
- ・この間、多くの国民は、こうした実態を十分に認識できないまま容認してきました。この現実を、国民は、自らが担う共通の課題として認識すべきです。⇒医療と福祉で、協力、連携して支援していきましょう。

【事業の変遷】

- ・我が国は、国民の要請に応じて、国策として必要とされた病床の拡大をしてきました。しかし、向精神薬や医療看護技術の進歩と共に、入院治療から地域生活支援中心へと改革することになりました。医療機関は、これまで少ないマンパワーのなか、直近の入院患者さん、退院患者さんへの支援に追われてきました。社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援は労力がかかるなか、医療機関が中心に行ってききましたが、時代とともに新たなモデルが必要となり以下のような政策がすすめられました。
- ・平成15～17年度は、「精神障害者退院促進支援モデル事業」として実施。
- ・平成18～19年度は、「精神障害者退院促進支援事業」として実施。
- ・平成20年度からは、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターを配置することとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」。
- ・平成22年度からは、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」。
- ・平成24年4月、障害者自立支援法の「地域相談支援」となる。

2

- ・地域移行支援の歴史的背景に基づいた歴史的な背景を示して、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけずに、国家、国民の課題として取り組む意義を説明する
- ・その上で、地域相談支援に至るこの間の事業の変遷について説明する



3

・ 平成24年4月以後の市町村を中心とした相談支援について解説する

市町村で実施している相談支援事業 障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう身近な市町村を中心とした相談支援事業を実施しています。※市町村によっては実施していない事業もあります。	
障害者相談支援事業	【内容等】 障害者の福祉に関する様々な問題について、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行います。 また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、自立支援協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進します。 【相談窓口】 市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援
基幹相談支援センターの設置	【内容等】 地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援事業者間の連絡調整や関係機関の連携支援など、相談支援体制の強化の取組等を行います。 【相談窓口】 基幹相談支援センター（市町村の障害福祉担当部署又は市町村から委託された法人等）
（自立支援）協議会	障害者総合支援法第89条の3において、地方公共団体は障害者や障害児への支援体制の整備を図るため、関係機関等で構成される協議会の設置に努めることとされています。 協議会は、地域における障害者や障害児への支援体制に関する課題についての情報を共有し、関係機関等の連携を推進し、地域の実情に応じた体制の整備について協議します。 市町村によっては、相談支援事業者、精神科病院、障害者支援施設、保健所等をメンバーに、地域移行・地域定着支援に関する専門部会を設置し、関係機関の連携体制及び支援体制の強化を図り、円滑な地域生活への移行等に取り組んでいるところもあります。

4

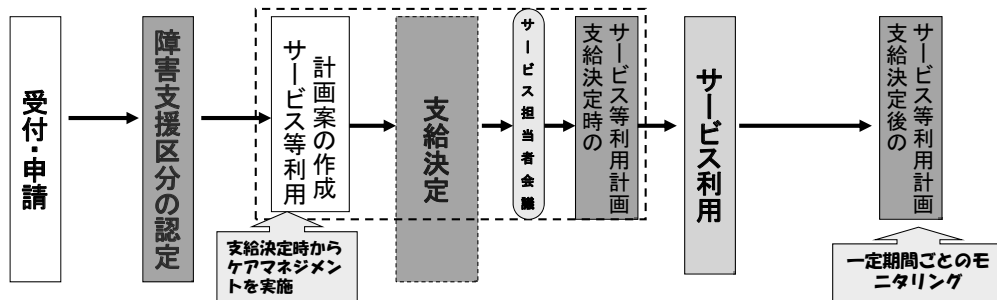
・ 市町村が実施する相談支援、基幹相談支援センター、協議会について解説する

・ 個別を通じた連携も重要であるが、協議会を活用して地域移行支援を地域の課題として取り組むことが効果的であり、医療と福祉と行政の連携を基盤とすることで、地域住民の新たなニーズに応えることができることを伝える

支給決定プロセスの見直し等（平成27年4月～完全実施）

- ① 法 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画書の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。
- * 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案（セルフプラン）を提出可。
 - * サービス等利用計画作成対象者を拡大する。
- ② 法 支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）について、計画相談支援給付費を支給する。
- ③ 法 障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画（障害者のサービス等利用計画に相当）を作成する。
- * 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。（障害児に係る計画は、同一事業者が一体的（通所・居宅）に作成）

④ 法 とあるものは法律に規定されている事項。以下同じ。

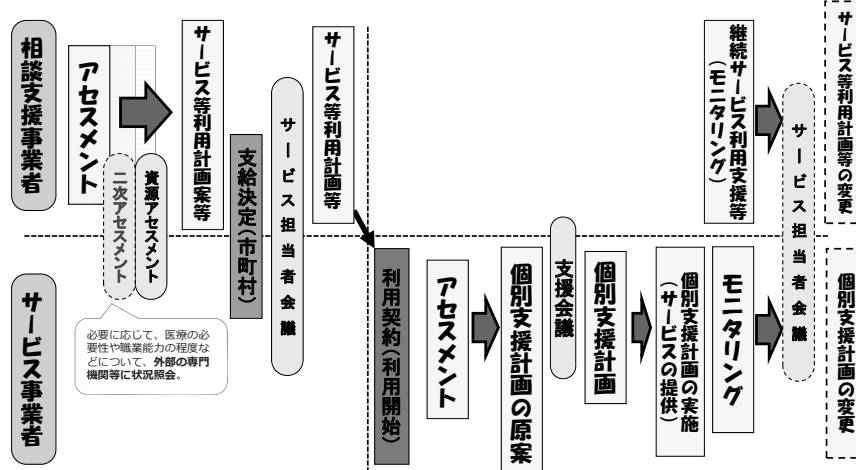


5

- ・ 障害福祉サービスの決定プロセスについて説明する

指定特定相談支援事業者（計画作成担当）及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係

厚生労働省資料



※点線枠部分は、必要により実施

6

- ・ 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係を説明する
- ・ サービス等利用計画と個別支援計画の関係を説明する

計画相談支援・障害児相談支援

1. 対象者

厚生労働省資料

- 障害者(児)の自立した生活を支え、障害者(児)の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するため、対象者を大幅に拡大。
具体的な対象者については、以下のとおり。

(障害者自立支援法の計画相談支援の対象者)

- ・ 障害福祉サービスを申請した障害者又は障害児
- ・ 地域相談支援を申請した障害者

※ 介護保険制度のサービスを利用する場合については、障害福祉サービス固有の行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援等の場合で、市町村が必要と認めるとき求めるものとする。

(児童福祉法の障害児相談支援の対象者)

障害児通所支援を申請した障害児

- 対象拡大に当たっては相談支援の提供体制の整備が必要であるため、平成24年度から段階的に拡大し、平成27年3月31日以降は、原則としてすべての対象者について実施。

また、新規利用者、従前のサービス利用計画作成費の支給対象者(※)、施設入所者を優先して拡大することとし、年次計画や個別の対象者の選定については、市町村が上記の優先対象を勘案して判断。

なお、施設入所支援と就労継続支援B型又は生活介護の利用の組み合わせは、ケアマネジメント等の手続きを前提に認めることとしているため、当該組み合わせに係る平成24年4月以降の新規利用者はサービス等利用計画作成が必須となることに留意。

- ※ ① 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行う必要がある者
② 単身世帯の者等、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者
③ 常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する者(ただし、重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者に限る。)

2. サービス内容

○ 支給決定時(サービス利用支援・障害児支援利用援助)

- 法 ・ 支給決定又は支給決定の変更前に、サービス等利用計画・障害児支援利用計画(以下、「計画」という。)案を作成。
・ 支給決定又は変更後、サービス事業者等との連絡調整、計画の作成。

○ 支給決定後(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

- 法 ・ 厚生労働省令で定める期間ごとに、サービス等の利用状況の検証を行い計画の見直しを行う(モニタリング)。
・ サービス事業者等との連絡調整、支給決定又は支給決定の変更に係る申請の勧奨。

7

- ・ 計画相談支援の概要を説明する①

3. 事業の実施者(市町村が指定する特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者(計画作成担当))

厚生労働省資料

(指定手続)

- 「総合的に相談支援を行う者として厚生労働省令で定める基準に該当する者」が、事業所の所在地を管轄する市町村長に申請し、当該市町村長が指定。(事業所の所在地以外の市町村の障害者(児)への計画相談支援、障害児相談支援も実施可。)
- 「総合的に相談支援を行う者」の基準については、以下を満たす事業者とする。
- ① 三障害対応可(事業の主たる対象とする障害の種類を定めている場合でも、他の事業所との連携により対応可能な場合や、身近な地域に指定特定・障害児相談支援事業所がないときを含む。)
 - ② 医療機関や行政機関等の関係機関との連携体制を確保していること
 - ③ 計画的に研修や事例検討を行う体制を整えていること

(人員基準)

- 管理者及び相談支援専門員(従前の指定相談支援事業者と同じ)とする。
- ※ 事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない。(地域相談支援は業務に支障がないものとして兼務可)
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

(運営基準)

- 計画作成に当たっては、利用者の希望等を踏まえて作成。
- 計画作成手続
 - ① 支給決定前に、利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを行い、計画面案(モニタリング期間の提案を含む)を作成。
 - ② 利用者等の同意を得て、計画面案を利用者に交付。
 - ③ 支給決定後、事業者と連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議の開催等により、計画面案の内容の説明及び意見を求める。
 - ④ ③により意見を求めた計画面案について、利用者等に説明し、文書により同意を得て、計画を利用者に交付。
- 掲示等
重要事項(運営規定の概要、業務の実施状況、従事者の資格、経験年数、勤務体制等)の掲示義務の他、公表の努力規定。

※ その他、従前の指定相談支援に係る指定基準と同様に、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

(その他)

- 障害児については、指定特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の両方の指定を受けることが基本。
- 市町村直営の場合には、支給決定を行う組織とは独立した体制が確保されている場合に限り、指定。

8

- ・ 計画相談支援の概要を説明する②

4. 報酬

○ 計画相談支援・障害児相談支援は、従前のサービス利用計画作成費の基本報酬を踏まえて基本報酬を設定しつつ、従前の特定事業所加算分を組み入れて報酬単位を引上げ。

- ・ サービス利用支援・障害児支援利用援助（計画作成） 1,606単位／月
- ・ 継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助（モニタリング） 1,306単位／月
- ・ 特別地域加算 +15／100
- ・ 利用者負担上限額管理加算 150単位

※ 介護保険のケアプランが作成されている利用者にサービス等利用計画の作成を求める場合であって、同一の者が作成を担当する場合には、報酬上の調整を行う。

※ 障害児が障害福祉サービスと障害児通所支援の両方を利用する場合には、計画相談支援及び障害児相談支援の対象となる。
この場合の報酬については、障害児相談支援給付費のみ支給。

厚生労働省資料

9

・ 計画相談支援の概要を説明する③

指定特定相談支援事業者

業務・役割：計画相談支援（サービス等利用計画）の作成

退院にあたっての地域移行支援等の利用や、退院後の障害福祉サービスの利用等について、市町村の支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス調整会議を開催するなど、サービス事業者との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成します。

サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者が作成する総合的なプランで、地域で生活するための課題解決や必要なサービスの利用を支援するために作成するものです。本人の状況や退院後の生活全体に関わる視点を持ってアセスメントし、最も適切なサービスの利用について検討し、作成します。

10

・ 指定特定相談支援事業者の地域移行支援の際の役割を説明する①



3. 給付決定の有効期間

厚生労働省資料

(地域移行支援)

- 6か月以内。地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月以内で更新可。
更なる更新については、必要に応じて市町村審査会の個別審査を経て判断。

(地域定着支援)

- 1年以内。地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、1年以内で更新可。(その後の更新も同じ)

4. 事業の実施者（都道府県・指定都市・中核市が指定する一般相談支援事業者（地域移行・定着担当））

- ※ 施行（平成24年4月1日）の際、既存の指定相談支援事業者は、1年以内は「指定一般相談支援事業者（地域移行・定着担当）」とみなす。（期間内に指定申請しないときは、その効力を失うことに留意。）

(指定手続)

- 当該事業所の所在地を管轄する都道府県知事・指定都市市長・中核市市長に申請し、当該自治体が指定。

(人員基準)

- 管理者、地域移行支援・地域定着支援を担当する者(そのうち1人は相談支援専門員)とする。
※ 事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない(計画相談支援・障害児相談支援との兼務は可)。
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
※ 相談支援専門員については、自ら地域相談支援を実施する他、その他の者への技術的指導、助言を行う役割。
※ 地域移行支援・地域定着支援を担当する者については、資格や経験を問わない。
※ 従前の精神障害者地域移行・地域定着支援事業を実施する事業者は、当面の間、相談支援専門員の有無に関わらず指定できる。
(できる限り速やかに相談支援専門員を配置することが望ましい。)

(運営基準（地域移行支援））

- 地域移行支援計画の作成
対象者ごとに地域移行支援計画を作成。
なお、作成に当たっては、利用者への面接や障害者支援施設等又は精神科病院の担当者を招集した会議を開催し意見を求める。
 - 相談及び援助
利用者への面接による相談や障害者支援施設等又は精神科病院からの同行支援について、概ね週1回、少なくとも1月に2回行う。
 - 体験利用、体験宿泊の実施
利用者の状況等に応じ、障害福祉サービス事業の体験利用(委託)、一人暮らしに向けた体験宿泊(自ら実施又は障害福祉サービス事業所への委託可)を実施。
 - 重要事項の揭示義務、公表の努力規定。
- ※ その他、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

13

・地域相談支援の概要を説明する④

(運営基準（地域定着支援））

厚生労働省資料

- 地域定着支援台帳の作成
対象者ごとに、緊急時において必要となる家族、サービス事業者、医療機関等の連絡先等を記載した地域定着支援台帳を作成。
作成に当たっては、利用者へ面接によるアセスメントを実施し、作成。
 - 常時の連絡体制の確保等
利用者との常時の連絡体制を確保するとともに、居宅への訪問等を行い、利用者の状況を把握。
 - 緊急の事態への対処等
緊急時に速やかに居宅への訪問等による状況把握を実施するとともに、利用者の家族、関係機関との連絡調整、緊急一時的な滞在支援(指定障害福祉サービス事業者に委託可)等の支援。
 - 地域移行支援と同様に、重要事項の揭示義務、公表の努力規定。
- ※ その他、秘密保持、苦情解決、記録の整備等必要な事項について規定。

(その他)

- 地域移行支援・地域定着支援はできる限り支援の継続性を確保する観点から、両方の指定を受けることが基本。
ただし、他の事業所との連携等により適切に支援することが可能な場合には、地域移行支援のみ又は地域定着支援のみの指定可。

5. 報酬

地域移行支援・地域定着支援は、毎月定額で算定する報酬を設定しつつ、特に支援を実施した場合等を加算で評価。

(地域移行支援)

- ・ 地域移行支援サービス費 2,300単位/月(毎月算定。少なくとも月2回以上面接・同行による支援が要件。)
- ・ 退院・退所月加算 2,700単位/月(退院・退所月に加算)
- ・ 集中支援加算 500単位/月(退院・退所月以外で月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- ・ 障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日(障害福祉サービスの体験利用を行った場合に加算)
- ・ 体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日(体験宿泊を行った場合に加算。(Ⅱ)が算定される場合は除く。)
- ・ 体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日(夜間支援を行う者を配置等して体験宿泊を行った場合に加算)
- ・ 特別地域加算 +15/100

(地域定着支援)

- ・ 地域定着支援サービス費[体制確保分] 300単位/月(毎月算定)
- ・ [緊急時支援分] 700単位/日(緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定)
- ・ 特別地域加算 +15/100

14

・地域相談支援の概要を説明する⑤

地域移行支援の対象拡大について

厚生労働省資料

地域生活への移行のために支援を必要とする者を広く地域移行支援の対象とする観点から、現行の障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者に加えて、**その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるもの**を追加。
【平成26年4月1日施行】

⇒ 保護施設、矯正施設等を退所する障害者などに対象拡大

1. 基本的な考え方に関すること

- 重点的な支援を行うことで地域生活に円滑に移行できることが期待される者として、
 - ① 入所期間の長期化や高齢化が進んでいる保護施設に入所している障害者、
 - ② 退所後の住居を確保し、円滑に福祉サービス等につなげることで再犯防止が期待される矯正施設等に入所している障害者

を新たに地域移行支援の対象とする。

2. 保護施設に入所している障害者に関すること

- 保護施設のうち、「身体上又は精神上の理由」が入所の要件となっている「救護施設」及び「更生施設」に入所している障害者を地域移行支援の対象とする。

3. 矯正施設等に入所している障害者に関すること

- 対象とする矯正施設の種別は、刑事施設（刑務所、少年刑務所及び拘置所）及び少年院とする。
- 対象とする障害者は、矯正施設の長が施設外で処遇を行うことを認め、地域相談支援事業者によって障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊などを実施することが可能な者に限定する。
 - ※ 「矯正施設内で行う支援」（入所している障害者に対する面談、支援計画の作成、住居の確保等）は、現在も保護観察所、地域生活定着支援センターとの連携により実施。
 - ※ 具体的には、「刑事施設又は少年院の職員の同行が可能である障害者」や、「刑事施設、少年院の長が刑事施設、少年院の職員の同行なしでの外出又は外泊を許可した障害者」が想定されるが、具体的な対象施設、対象者の範囲等については関係省庁等とも検討中。
- また、矯正施設を出所した障害者は、出所後の一定期間、更生保護施設等を利用するケースが少なくないことから、更生保護施設等に入所した障害者についても支援の対象とする。

15

- ・ 地域相談支援の概要を説明する⑥

指定一般相談支援事業者：地域移行支援の実施

精神科病院等から退院・退所する際に支援が必要な方を対象として、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る）の体験的な利用支援、民間アパート等への体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。支援の実施の際には、地域移行支援計画を作成します。

精神科病院に入院している精神障害者が利用する場合、原則として、直近の入院期間が1年以上の方が対象となりますが、直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となります。

- 入所している障害者とは、サービス等利用計画の作成を通して出会うことができる。相談支援専門員の重要な役割です。
- 精神科病院に入院している精神障害者は、手をあげないと相談支援専門員と出会うことができない。
⇒ 基幹相談支援センター、委託相談支援事業所の役割、協議会の活用等
- 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者への支援、1年未満の入院者でも、特に支援が必要な者へは、医療機関との連携の上で早めに活用する。

16

- ・ 指定特定相談支援事業者の地域移行支援の際の役割を説明する

指定一般相談支援事業者：地域定着支援の実施

地域で、単身等で生活する障害のある方に対し、休日や夜間等でも常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行います。

このサービスでは、精神科病院や入所施設から退院または退所した方や地域生活が不安定な方などに、常時の連絡体制の確保や緊急時支援を行うことで、障害のある方の地域生活の継続を支援するものです。

○ 委託相談支援事業所には、地域定着支援に該当する事例が多数あり、個別給付事業の対象者に切り替えることが望ましい。

○ 緊急の事態への対処とは、24時間相談とは異なるもので、そのためにも、クライシスプランの作成等、本人と緊急の事態とその際の対応方法を明確にしておく。

○ 緊急の事態とは、本人にとっての「一大事」への対応であり、必ずしも医療的な緊急事態とは合致しない。

17

- ・ 指定特定相談支援事業者の地域定着支援の際の役割を説明する

地域移行支援を推進するために

① 相談支援体制の整備

地域移行支援を推進する上では、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えることが重要です。相談支援体制が整わないなかで、地域移行支援だけが推進されることはありません。相談支援体制を整えるなかで、地域移行支援の重要性を確認して共通認識を持つとともに、地域移行支援を推進するための仕組みと人材育成の体制を整備する必要があります。例えば、市町村の委託として一般的な相談のなかで地域移行支援を行っている事例がありますが、個別給付の対象者に一般的な相談でかかわるということは、一般的な相談でしかかかわれない対象者への相談支援に支障が生じていることになります。このような認識を持って個別給付の活用を推進する必要があります。また、基幹相談支援センターや地域移行支援に精通している事業所が新たに地域移行に取り組む事業所へのアドバイザー役を担う等の推進体制を整えていくことも重要です。

② 権利行使支援としての周知

入院している精神障害者に「地域移行支援、つまり退院のための支援が受けられる」ということを周知することは最も重要な権利行使支援の一つです。国、都道府県、精神科病院の管理者は地域移行支援が受けられることを入院しているすべての人に説明する必要があると考えます。

18

- ・ 地域移行支援を推進するために重要なことを説明する

① 相談支援体制の整備

② 権利行使支援としての周知

地域移行支援を推進するために

③医療と福祉の連携

地域移行支援は、相談支援事業所が、入院している病院と退院後の居住系と通所系の事業所との連携の上で行われています。しかし、実際に、地域移行支援に取り組んでいない相談支援事業所、精神科病院にとっては、制度やそれぞれの機関・事業者のこともよくわからないため、連携して支援することに慣れていません。協議会等が活用されている事例もありますが、地域移行支援を推進するための部会の設置、実務者向けの研修会、連携のための事例検討会の実施が有効であると考えられます。

④意思表示の支援

長期に入院している精神障害者が、退院を希望して地域移行支援を利用するという意思表示に至るには相当の支援と時間を要します。地域移行支援を推進するためには、退院の動機づけが極めて重要な支援であり、相談支援事業所はここに労力を要していますが、この時点での支援は個別給付の対象外です。地域移行支援は、退院の意思表示ができる前、迷っている段階から支援が受けられること、例えば、「退院することは決められないけれど、退院したらどこに住むのか知りたい」「退院はしたくないけれど、どんな暮らしをしているのか見てみたい」という人が利用できることを検討するよう求められています。

19

- ・ 地域移行支援を推進するために重要なことを説明する

- ③ 医療と福祉の連携
- ④ 意思表示の支援

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及び児童福祉法の一部を改正する法律(概要)(平成28年5月25日成立)

厚生労働省資料

趣 旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概 要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する(自立生活援助)
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する(就労定着支援)
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減(償還)できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要がある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日(2.(3)については公布の日)

20

以下、参考資料

- ・ 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及び児童福祉法の一部を改正する法律(概要)(平成28年5月25日成立)
- ・ 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する(自立生活援助)ことに着目してほしい

地域生活を支援する新たなサービス(自立生活援助)の創設

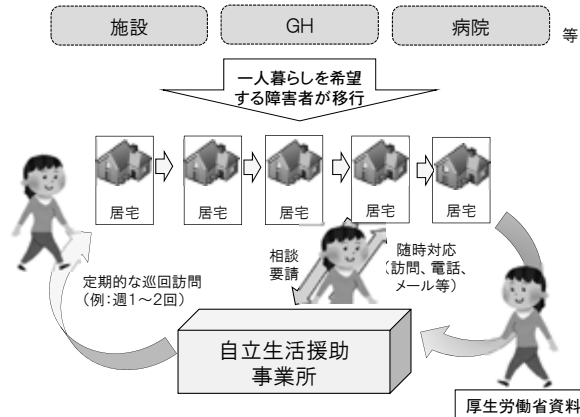
- 障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが求められているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。
- このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する(「自立生活援助」)。

対象者

- 障害者支援施設やグループホーム等を利用していた障害者で一人暮らしを希望する者等

支援内容

- 定期的に利用者の居宅を訪問し、
 - ・ 食事、洗濯、掃除などに課題はないか
 - ・ 公共料金や家賃に滞納はないか
 - ・ 体調に変化はないか、通院しているか
 - ・ 地域住民との関係は良好か
 などについて確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。
- 定期的な訪問だけではなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行う。



21

- ・ 障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する(「自立生活援助」)ということで、地域移行支援後の支援として期待できる

「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ(概要)

(出典 厚労省資料)

趣旨

平成27年4月から原則として全ての障害児者に専門的な相談支援を実施することとされている中、障害児者の相談支援の質の向上を図るため、有識者や関係団体で構成する「相談支援の質の向上に向けた検討会」において相談支援専門員の資質の向上や相談支援体制の在り方について幅広く議論を行い、今後目指すべき方向性をとりまとめた。(平成28年3月から7月まで計5回開催)

とりまとめのポイントⅠ ～相談支援専門員の資質の向上について～

① 基本的な考え方について

- ・ 相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてスキル・知識を高めつつ、インフォーマルサービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている。また将来的には、社会経済や雇用情勢なども含め、幅広い見識を有するソーシャルワーカーとしての活躍が期待される。

② 人材育成の方策について

- ・ 相談支援専門員の要件である研修制度や実務経験年数などの見直しを行うとともに、キャリアパスの一環として指定特定相談支援事業だけでなく、サービス管理責任者や基幹相談支援センターの業務を担うなど、幅広い活躍の場が得られる仕組みを検討するべき。
- ・ 研修カリキュラムの見直しについては、「初任者研修」及び「現任研修」の更なる充実に加え、指導的役割を担う「主任相談支援専門員(仮称)」の育成に必要な研修プログラムを新たに設けるとともに、より効果的な実地研修(OJT)を組み込むべき。

③ 指導的役割を担う「主任相談支援専門員(仮称)」について

- ・ 相談支援専門員の支援スキルやサービス等利用計画について適切に評価・助言を行い、相談支援の質の確保を図る役割が期待されており、基幹相談支援センター等に計画的に配置されるべき。また、更新研修等も導入すべき。
- ・ 指導的役割を果たすため、適切な指導や助言を行う技術や知識を習得する機会が確保されるよう、都道府県等が人材育成に関するビジョンを策定するなど、地域における相談支援従事者の段階的な人材育成に取り組むべき。

④ 相談支援専門員と介護支援専門員について

- ・ 障害者的高齢化や「親亡き後」へのより適切な支援を行うため、両者の合同での研修会等の実施や日々の業務で支援方針等について連携を図るとともに、両方の資格を有する者を拡大することも一案と考えられる。

⑤ 障害児支援利用計画について

- ・ 障害児支援利用計画については、いわゆるセルフプランの割合が高いが、障害児についての十分な知識や経験を有する相談支援専門員が少ないことが原因の一つと考えられる。これまでの専門コース別研修に加え、障害児支援に関する実地研修などを設けるべき。
- ・ 市町村においても、障害児を取り巻く状況を十分把握し、評価を加えた上で適切な関係機関につなぐなど十分配慮し、そのために必要な知見の習得に努めるべき。

22

- ・ 「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ(概要)

とりまとめのポイントⅡ ～相談支援体制について～

(出典 厚労省資料)

① 相談支援の関係機関の機能分担について

- ・ 基本相談支援を基盤とした計画相談支援、一般的な相談支援、体制整備や社会資源の開発等の役割について、地域の実情に応じて関係機関が十分に機能を果たすことが必要である。そのためには、協議会等が中心となって調整を進めるとともに、市町村職員の深い理解や都道府県を中心に協議会担当者向けの研修会を推進する必要がある。
- ・ 市町村は、計画相談支援の対象とならない事例や支援区分認定が難しい事例に対しても積極的かつ真摯に対応することが求められており、この点は相談支援事業者に委託する場合であっても同様であることに留意するべき。

② 基幹相談支援センターの設置促進等について

- ・ 基幹相談支援センターの設置促進に向け、市町村において、障害福祉計画の作成等に際して相談支援の提供体制の確保に関する方策を整理し、地域の関係者と十分議論することが重要。仮に基幹相談支援センターの設置に一定期間を要する場合でも、基幹相談支援センターが担うべき役割をどのような形で補完するか市町村において整理するべき。
- ・ 都道府県においても、障害福祉計画のとりまとめ等の際に、基幹相談支援センターを設置していない市町村に対して相談支援体制の確保に関する取り組みをフォローし、必要に応じて広域調整などの支援を行うべき。

③ 相談窓口の一元化等について

- ・ 相談支援の関係機関の相談機能の調整にあたっては、必要に応じて地域包括支援センター等との連携や相談窓口の一元化なども視野に入れ、地域の相談体制を総合的に考える視点も必要。
- ・ こうした取組を進めるにあたっては、すでに一部の地域で先駆的に実施されている取組状況を広く横展開することが有効。
- ・ 総合的な相談窓口は必要であるが、一方で身近な窓口や専門的な相談機関も求められている。いずれの場合でもワンストップで適切な関係機関に必ずつながるよう、関係機関間の連携強化を図るなど、各自自治体において適した取組を考えるべき。

④ 計画相談支援におけるモニタリング及び市町村職員の役割について

- ・ 計画相談支援におけるモニタリングは、サービス利用状況の確認のみならず、利用者との一層の信頼関係を醸成し、新たなニーズや状況の変化に応じたニーズを見出し、サービスの再調整に関する助言をするなど、継続的かつ定期的に実施することが重要である。
- ・ 特に高齢障害者が介護保険サービスへ移行する際には、制度間の隙間が生じないよう相談支援専門員による十分なモニタリングを実施し、その結果を介護支援専門員によるアセスメントにもつなげるべき。
- ・ 相談支援専門員一人が担当する利用者の数もしくは一月あたりの対応件数について、一定の目安を設定することも相談支援の質の確保にあたっては必要。また、地域相談支援についても、障害者の地域移行を促進する観点から、計画相談支援との連携をより一層有効に進めるべき。
- ・ 障害福祉サービス等の支給決定の内容がサービス等利用計画案と大きく異なる場合には、市町村の担当職員や相談支援専門員を中心として地域の関係者間で調整を行う必要がある。そのため、市町村の担当職員においては、機械的に事務処理を進めることのないよう、相談支援従事者研修などに参加することなどを通じて一定の専門的知見を身に付け、適切かつ積極的な調整を行うべき。

23

- ・ 計画相談支援におけるモニタリングは、サービス利用状況の確認のみならず、利用者との一層の信頼関係を醸成し、ということに注目したい
- ・ 相談支援専門員にとって関係性が中核であり、本質である

ピアサポート活動の考え方 リカバリーを促進する

人はその営みの中で、他者との様々なかかわりを持っている。しかし、障害者は往々にしてこの関係性を失い、孤独でひきこもりがちな生活を送ることがある。自分の人生を取り戻して自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりはなくてはならない。

このことを基本として、

- ① コミュニケーションを大切にしたい日常的な仲間活動
- ② 自らの体験を生かした社会的な活動
- ③ 関係性を生かしてピアスタッフとして働くこと

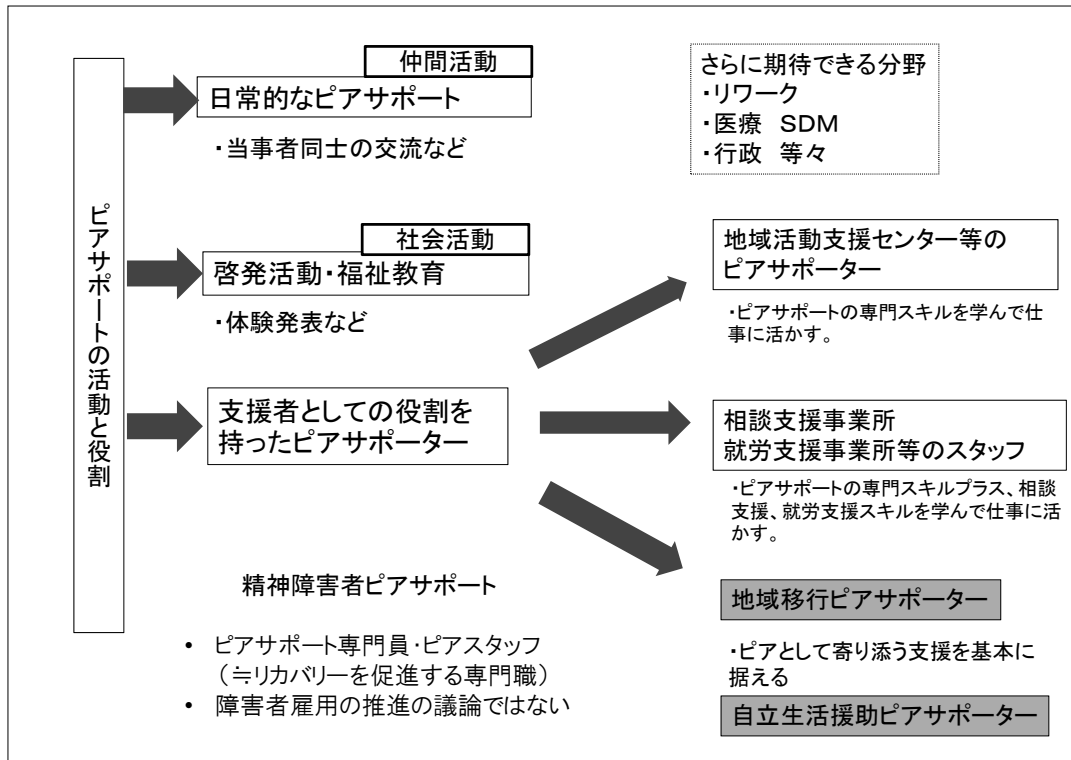
ピアサポーターとして働くことを整理する。

- ① あなたにとって、生きること、働くこととは？
- ② あなたにとって仕事をするとは？
- ③ あなたにとって障害をもちながら仕事をするとは？
- ④ あなたにとって当事者を支援対象として仕事をするとは？

* ピアサポーター及び雇用主のガイドラインと一定の研修が必要です。

24

- ・ ピアサポートについて整理、解説を加える①



25

・ピアサポートについて整理、解説を加える②

【 講義3 】

体験談から地域生活について考える

1

- ・ピアサポーター等の当事者から入院体験や現在の地域生活の感想、専門職に望むことを聞く

【 講義4 】

地域移行推進における 関係機関・関係者の役割

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

はじめに 本講義の目的

- 精神障害者の地域移行には、医療機関、相談支援事業所や居宅介護支援事業所などの地域援助事業者、行政などの多機関がかかわります。
- また、医療機関では多職種による支援を行い、相談支援事業所では相談支援専門員やピアサポーターがかかわり、それぞれの役割を担うことになります。
- そのため、市町村などの圏域で、地域移行を進めていくために関係者が協議する場が必要となります。

- 本講義は、地域移行にかかわる機関や各職種、市町村協議会の役割、機能について解説し、理解を深めることを目的とします。

2

- ・ 関係機関・関係者の役割を理解する意義について解説する

行政担当者 保健所①



- ・保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、各関係機関と緊密に連携し、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と経済活動への参加の促進を図る等の役割を担っています。
- ・また、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域の精神障害者に対する支援施策を実施することとしており、市町村の精神保健福祉業務が円滑に実施できるように専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要とされています。

3

- ・保健所の役割について説明する
- ・内容は、保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（平成12年3月31日障第251号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領より抜粋

行政担当者 保健所②



【保健所に期待される役割】

- ・圏域内市町村の精神障害者の現状の把握と市町村の計画策定等に必要なデータの提供
- ・精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が連携する体制を構築できるよう、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- ・管内精神科病院へ地域移行推進の働きかけが、円滑にできるようにコーディネートする
- ・他市町村とのつながりを広域的に働きかけ、広域の仕組みを作る

4

- ・市町村単位の入院者数は630調査等、国の調査ではわからないため、都道府県または各保健所で現状を把握する必要があることを解説する

行政担当者 市町村①



- ・障害福祉サービスや生活に関する相談窓口や地域における生活支援などの基本的なサービスは、住民に最も身近な自治体である市町村が担っています。都道府県や保健所を中心に行われていた精神保健福祉行政の実施主体は、市町村へ移されてきています。
- ・障害者基本法では、市町村は、障害者の状況等を踏まえ、当該市町村における障害者の施策に関する基本的な計画を策定しなければならないとされています（障害者計画）。
- ・また、障害者総合支援法では、市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画を定めるものとしています（障害福祉計画）。

5

- ・障害福祉サービスや相談の実施主体は、市町村に移管してきていることを解説する
- ・障害者計画、障害福祉計画について説明する

行政担当者 市町村②



【障害福祉計画作成に係る国の基本指針】（平成26年告示）

- ・入院中の精神障害者の地域生活への移行について、精神障害者を地域で支える環境を整備するため、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を設定。

【良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針】（平成26年3月7日告示）

- ・市町村は、その実情に応じて、都道府県及び保健所と協力しながら、心の健康づくりや精神保健に関する相談への対応に努める。
- ・障害者福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、地域包括支援センターで高齢者の相談に対応すること等によりこれらのサービスの利用に関する相談に対応する。

6

- ・都道府県や市町村の精神障害者の地域移行の障害福祉計画の目標値等を例示して解説する
- ・良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針における市町村の役割について説明する

行政担当者 市町村③

- 市町村は、入院中の精神障害者の現状を把握するとともに精神障害者の地域移行に向けた方策を計画し、それぞれの市町村で具体的に進めていく役割があります。



そのためには、

- 都道府県・保健所と連携し、当該市町村における精神科病院に入院している精神障害者の実態の把握
- 精神障害者の地域生活支援のための福祉サービス提供体制の整備
- 当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築するための協議の場の設置
- 自立支援協議会等を活用し、市町村を単位とした地域移行推進チームの設置
- 介護保険、生活保護担当部局など庁内関係機関との協力体制の確立などが必要です

※トピックス市町村(圏域)における連携体制の構築参照

7

- 市町村の役割の整理と地域移行を具体的に進めていく上で必要と思われることについて解説する

市町村の(自立支援)協議会①



- 障害者総合支援法に規定され、障害者本人、家族、福祉、医療、教育、雇用等の地域の関係者が相互の連絡を図ることにより、地域における支援体制の課題について情報を共有し、関係機関の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制について協議し、支援体制の地域サービスの基盤整備を図ることを目的に設置される機関です。
- 市町村は、市町村障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合において、あらかじめ、協議会の意見を聴くよう努めなければならないと規定されています。

8

- 市町村の協議会の目的について説明する

市町村の(自立支援)協議会②



【市町村協議会の主な機能】

地域における

- ・ 障害者等への支援体制に関する課題の共有
- ・ 相談支援体制の整備状況や課題・ニーズ等の把握
- ・ 相談支援従事者等の質の向上を図るための取り組み
- ・ 個別支援事例への支援のあり方に関する協議・調整
- ・ 専門部会の設置・運営 等

9

- ・ 協議会の機能について説明する
- ・ 協議会の運営は形骸化しているところも少なくないため、具体的に地域移行を進めるための仕組みやどのようなメンバーが必要かを投げかけ、地域移行を進めるために協議会に求められる機能について、次のスライドで説明する

市町村の(自立支援)協議会③



【地域移行を進めるために】

- ・ 都道府県・保健所・医療機関等と連携し、当該市町村の住民が精神科病院に何人入院しているか等の実態を把握するとともに、
- ・ 地域移行の目標値を設定し、
- ・ 課題解決に向けた協議を行い、
- ・ 地域移行推進に向けた仕組み作り等を協議し、計画立案、実行評価を行うことが求められます。
- ・ 地域移行を具体的に実行していく地域移行部会を市町村ごとに設置することが望ましい。

10

- ・ 地域移行を進めていく上で協議会に求められる機能について説明する
- ・ 市町村ごとに地域移行部会を設置することが望ましいこと、具体的な協議を進める委員は実務者レベルで構成することを解説する

※ 地域移行部会については、「第2部 地域移行推進ガイドライン」のコラム参照

基幹相談支援センター①



- ・基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて障害種別にかかわらず次の機能を担っています。
 - ①各種ニーズに対応しながら総合的、専門的な相談支援の実施
 - ②権利擁護や虐待防止にかかわる支援
 - ③地域の相談支援体制を強化するために、相談支援事業者へのスーパービジョン、人材育成、様々な相談機関とのネットワークづくり
 - ④地域移行・地域定着にかかわる支援
- これらの活動から顕在化した地域課題を解決するために、（自立支援）協議会を機能させ、地域ネットワークの強化、資源の創出等に取り組んでいくことも期待されています。
- 地域全体を包括的、俯瞰的に捉え、誰もが安心、安全に暮らし続けることのできる地域づくりを官民協働で取り組んでいくためには、より質の高い専門性が求められます。

11

- ・基幹相談支援センターの機能について説明する

基幹相談支援センター②



【地域相談支援の推進】

- ・精神障害者にかかわる地域移行・地域定着の課題は未だ解決されないままとなっています。関係機関が連携しながらその課題解決に向けて取り組んでいく上で、基幹相談支援センターの役割は非常に大きいものがあります。
 - 委託の相談支援事業者とともに、入院している精神障害者の状況を把握し、地域移行へのニーズを明らかにしていくことから始まります。
 - これらのニーズを地域課題化し、地域移行が十分に推進されていないことの共通認識を持ち、そのことを検討する場を設置することへ働き掛けていくことが重要となります。（例：協議会の中に部会として位置づける等）

12

- ・地域移行を推進していく上での基幹相談支援センターの役割について説明

基幹相談支援センター③



【地域相談支援の個別の取り組み】

- 入院している精神障害者へ地域移行に関する情報を届ける
- ニーズが発生した場合には、入院している精神障害者と指定特定・指定一般相談支援事業所をつなげ、地域移行への取り組みを具体的に実施できるよう働きかけていく。
- 日頃、精神科病院と連携していない相談支援事業者は、どのように取り組んでいいのかわからない具体的なイメージを持たず、大きな不安を抱えています。
- 地域移行にかかわることができる指定特定・指定一般相談支援事業所の拡大を目的として、一緒に地域移行支援に取り組むことも必要となります。

13

- ・ 入院している精神障害者に情報を届けると同時にニーズがある場合には、相談支援事業所につなげ、退院支援を進めていく取り組みが重要であることを解説する
- ・ 地域移行の経験がない相談支援事業所が地域移行にかかわることができるようにする取り組みが必要なことを説明する

基幹相談支援センター④

- 精神科病院に対しても地域の情報を届け、地域で支える体制があることを共有し、より一層の地域移行への取り組みを展開していくことへとつなげていく。
- さらに、より質の高い支援を展開できるように人材育成を目的とした研修企画等も重要。

- ・ このように、基幹相談支援センターは、地域移行が円滑に進めることができる地域の仕組みづくりをコーディネートする役割を担っています。



14

- ・ 精神科病院への働きかけ、人材育成も重要であることを説明する
- ・ 基幹相談支援センターは、地域の仕組みづくりをコーディネートする役割があることを説明する

相談支援事業所 相談支援専門員①



- 地域相談支援は、地域移行支援と地域定着支援からなり、それぞれが独立した障害福祉サービスであり、地域移行を推進していくための要のサービスです。
- その利用は、他の障害福祉サービスと同様に指定特定相談支援事業所（計画作成担当）が作成するサービス等利用計画から始まり、市町村によって支給決定された後、指定一般相談支援事業所が地域移行支援を行うことになります。
- 「計画相談支援」と「地域移行支援」を別の相談員が担当する場合は、連携を図り、「サービス等利用計画」と「地域移行支援計画」双方の摺合せを行うとともに計画に沿って地域移行を進めていくことが肝要です。

※「計画相談支援」を担う「指定特定相談支援事業者」と「地域移行支援」を担う「指定一般相談支援事業者」については、同一事業所の同じ相談支援専門員が「計画相談支援」と「地域移行支援」を行うことが可能

15

- ・ 計画相談支援と地域移行支援の関係について説明する

相談支援事業所 相談支援専門員②

- 計画担当と地域移行担当は、随時連絡を取り合いながら、進捗状況の確認、共有に努めていきます。計画担当は、地域移行担当の報告を受け、各種ケア会議への助言、協力し、必要に応じて参加することが望ましいです。
- さらに、退院が具体化する時期には、障害福祉サービスの利用が想定されます。介護給付の場合は支給決定までに時間を要する場合もあるので、計画担当は、サービス等利用計画の作成のタイミングが退院時期から遅くならないよう十分留意する必要があります。



16

- ・ 計画担当と地域移行担当がいる場合の連携について説明する
- ・ また計画担当は、サービス等利用計画の作成のタイミングが退院時期から遅くならないよう十分留意することを伝える

相談支援事業所 相談支援専門員③

- ・地域移行担当は、まず利用者の退院に対する不安やあきらめ等のありのままの気持ちを受け止め、本人の思いに沿いながら地域移行支援計画を作成します。
- ・その際、精神科病院で作成している退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書等と連動させることが重要となります。



17

- ・地域移行の進め方のチャート、初期の⑦参照し、説明する

相談支援事業所 相談支援専門員④

- ・また、地域移行支援計画は、それにかかわるすべての人たちの役割を明確にし、具体的に何に取り組んでいくのかを見える化し、常に支援の方向性がぶれることのない共通の地図になります。
- ・そのためには、退院に向かっていくための本人を中心とした支援チームづくりであることを意識し、常にチームで合意形成を図りながら進めていくことが肝要です。また、支給決定期間内で退院できるとは限りません。
- ・場合によっては支給の更新が必要となる場合もあります。円滑に更新が行われるためには、支給決定機関である行政とも支援の進捗を共有していくことも重要です。



18

- ・地域移行の進め方のチャート初期、中期、後期を参照し、説明する

相談支援事業所 相談支援専門員⑤

- 具体的な進め方は、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、グループホームや民間アパートへの体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。
- この間、退院への様々な葛藤や不安、それにかかわって病状悪化等が見られることも想定されます。
- しかし、こうした状況となることは今後の地域生活でも起こりうることです。精神科病院と地域が一体となって途切れることのない支援を継続する意識を持つことが大切です。

※具体的な支援の方法は、2-1地域移行の進め方を参照



19

- ・ 具体的な支援の例を挙げ、説明する

相談支援事業所 ピアサポーター①

【ピアサポーターとは】

- ピアとは「仲間、対等、同等のもの、同僚、同輩」
- ピアサポートは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」
- そのために支援を行う人を「ピアサポーター」とします。



20

- ・ ピアサポーターの名称は未整理のため、ここでは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」をピアサポート、そのための支援を行う人を「ピアサポーター」とすることを説明する

相談支援事業所 ピアサポーター②



多くの地域移行の対象となる人たちは、

- 退院したいという思いにフタをしてしまっている
- 自らが退院して暮らすことの具体的なイメージをもてず、退院することへ一歩踏み出す勇気を持つことができない
- 退院したい気持ちはあるが職員に伝えてもいいのかと不安を抱いている 等々、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えています。
- ピアサポーターは、同じような精神疾患を経験しているからこそ、退院に向かっていく中で生じる様々な不安や葛藤をリアリティーをもって共感することができます。
- さらに、専門職では気づけない視点や助言をすることも可能です。これは、一歩先行く先輩として具体的な地域で暮らしていくことのロールモデルとして、多くの安心感を届けることができるのです。

21

- ・ ピアサポーターの役割について説明する

相談支援事業所 ピアサポーター③

【具体的な支援として】

- 精神科病院に相談支援専門員などと一緒に出向き、院内茶話会などの機会を作り、入院している精神障害者との交流を通して、退院後の生活イメージの具体化
- 居住先や日中活動の場の見学等への同行等
 - ピアの活動は、退院後の生活の不安を解消する手立てとなり、精神科病院での生活が長期化し本来の暮らす場所から長く遠ざかっている人にとって、大きな力となり希望を見出すことにつながります。



22

- ・ ピアサポーターの具体的な活動を例示し説明する

相談支援事業所 ピアサポーター④

- ・ピアサポーターとしてその役割を担っていくためには、ピアとしての学びが必要となります。
- ・しかし、全国的にはピアサポーターを養成する研修は少ない状況であり、今後、多くのピアサポーターの方々とともに地域移行を進めていくためには、その体制整備を図り、養成だけにとどまることなく雇用の創出のバランスをとりながら進めていく必要があります。
- ・その活躍の場として、指定一般相談支援事業所に雇用され、地域移行支援に取り組んでいくことが期待されます。
- ・これらの課題を、基幹型相談支援センター(委託)が中心となって取り組む、あるいは市町村協議会で地域課題として検討する等の具体的な取り組みが求められます。

23

- ・ピアサポーターの養成とその課題、雇用にむけた働きかけについて説明する

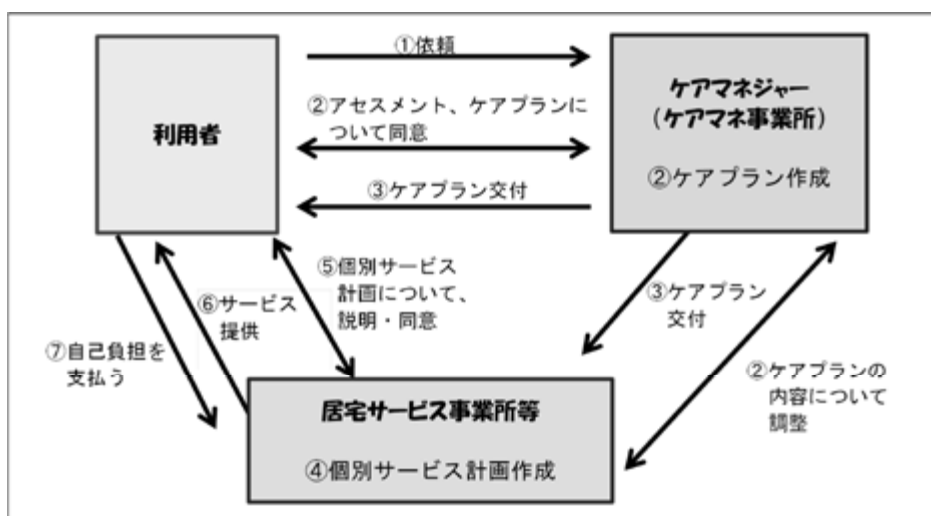
居宅介護支援事業所 介護支援専門員①

- ・精神科病院に入院している65歳以上の精神障害者の中には、介護保険のサービスを必要とする人も多いので、その方々の地域移行を進めていく上では、相談支援専門員は介護支援専門員との連携が欠かせなくなります。
- ・介護支援専門員は、介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう以下の「居宅介護支援」を行います。
 - ①本人の依頼を受けて、本人の心身の状況、置かれている環境、本人や家族の希望等を勘案し、利用する介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの種類及び内容等を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成
 - ②作成した居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるように、居宅サービス事業者等との連絡調整等を行う。
 - ③本人が地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設への入所が必要な場合には、それらの施設への紹介等を行う。

24

- ・65歳以上の入院患者も多く介護支援専門員との連携が重要なこと、介護支援専門員の役割について説明する

居宅における介護支援専門員の業務の流れ(イメージ)



資料:「介護・高齢者福祉 施策情報 介護職員・介護支援専門員 2. 介護支援専門員」をもとに作成
(厚生労働省ウェブサイト 2017年2月23日)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf>

25

・ 居宅における介護支援専門員の業務の流れのイメージ図

精神科病院 主治医①



- ・ 主治医は病院内のチーム(以下、チーム)の中で中心の役割を果たす。治療方針をはじめ、担当する患者本人(以下、本人)に関わる多くのことは主治医の指示によって行われています。
- ・ 入院時における入院形態の決定や入院後の治療に関わること、退院までの進め方や、退院の決定など治療を行う中で大きな判断は主治医の許可がないと進めることはできません。
- ・ 急性期の時期を過ぎ、少し入院が長くなってきてしまった本人に対して、どのように地域移行を進めていくのかは主治医をはじめとしたチーム全体で話し合う必要があります。

26

・ 主治医の役割について説明する

精神科病院 主治医②

- 地域移行のプログラムを進める中で、入院中の患者に自傷や他害を含む様々な(本人とチームにとって)「好ましからざる行動」が起こることがあります。
- そのことがその後の入院をさらに長引かせることのないよう、チーム内に起こる陰性感情や混乱などを最小限に抑え、治療効果を維持するために主治医の果たす役割は大きいといえます。
- 治療を優先しつつ、本人の希望を聞き、可能な範囲でそれを受け入れるという態度を表明することが医師の対応の基本となります。



27

- ・「好ましからざる行動」が起こったときの主治医の果たす役割について解説する

精神科病院 病棟の看護師①



- 看護師は24時間365日、常に本人の傍にいて観察し、療養上の世話をチームでしていることが特徴です。
- 看護師としての医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることができるのが看護師の強みといえます。
- 日常の様子を把握しているからこそ、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きく、日頃病棟内で見える患者の様子から退院の可能性を探り、できるかできないかのアセスメントをし、できない部分は患者とともに一緒にやってみながら自立を支援します。

28

- ・ 看護師は、日常の様子を把握しており、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きいこと、医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることが重要であることを説明する

精神科病院 病棟の看護師②

- 入院が長くなったことによって退院意欲とともにADL(日常生活動作)も落ちてしまわないように日々の病棟生活の中でも患者の状態を観察し、適切な声掛けを行います。
- 地域移行に向けての患者の不安な気持ちに寄り添い、チームに本人の様子や気持ちを伝え、支援のスピードを再検討したり、時には延期したりという患者本人に負担のない形を検討することもあります。
- 地域支援者等も本人とのかかわりを始めるにあたって、まず本人の担当看護師から情報を得ることも有効であるといえます。



29

- ・ 地域移行における看護師の役割について説明する

精神科病院 作業療法士①



- 作業療法士は様々な“作業”を手段として用い、本人の退院後の生活に向けた支援を行います。
- 地域移行に関わる作業療法の範囲としては日常生活活動に関するADL訓練、家事、外出等のIADL訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、などがありその人に応じたプログラムを考えます。
- 病院近隣への外出、買い物や外食等を行いながら活動範囲を広げ、交通機関を使った外出や社会資源の見学などを行います。その人のペースで個別に行うこともありますが、何人かのグループで活動することもあります。

30

- ・ 地域移行における作業療法士の役割について説明する

精神科病院 作業療法士②

- ・入院生活の中ではあまり体験できない自由な時間を持つことで退院について消極的だった本人もだんだんと外に目が向いていくことが実感できます。
- ・具体的に退院の話が進んでいくと、住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者と共にを行います。
- ・準備には様々な活動があるため時には看護師、精神保健福祉士も同行したり分担したりすることがあり、チーム全体で本人の地域移行を支援します。



31

- ・住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者と一緒にすることも作業療法士の役割であることを説明する

精神科病院 薬剤師①



- ・薬剤師は、薬剤の専門家として服薬の必要性を患者にわかりやすく説明し、本人自身が自主的に服薬を継続できるようになることを目標として服薬指導を行います。
- ・服薬指導は、わかりやすく服薬の意義を説明するとともに副作用に対する本人の不安も傾聴します。また、剤型等の情報を提供し、本人の希望に沿った剤型の選択が出来るように支援します。
- ・飲み忘れを防ぐための工夫（一包化する、おくすりカレンダーを使う、おくすりボックスを使う、日付を入れる等）について本人やチームと検討することもあります。
- ・患者の中には「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ人もいるので、薬剤師と話すことで本人の本音や副作用が出ていることが明らかになる場合もあります。
- ・薬剤師は聞き取った患者の声を医師にフィードバックすることにより、薬物治療の効果や安全性を高める役割を果たしています。

32

- ・薬剤師の役割について説明する

精神科病院（管理）栄養士①



- 栄養士は給食関係の業務だけでなく、医師の指示により栄養指導を行うことも大きな業務の一つです
- 退院すると、栄養面などを一切考えず、好きなものを好きに食べるという人もいますが、中には「お金がなくなったら困る」と極端に節約し毎食おにぎりだけという人もいます。
- 極端な食事が健康に良くない事を伝えながら、具体的にどのような食事をとればいいのかを本人と一緒に栄養士も考えます。
- 一部の精神疾患では生活習慣病になりやすいといわれており、内服による治療と併せて食事療法のための指導を栄養士がすることになります。
- 個人で制限された食事を続けるのは大変なので、最近では治療食の宅配弁当などを利用できます。
- このように栄養士は主治医を始めとした医療チームの一員として、患者の健康を守るために退院後の患者にも関わりを持ちます。

33

- ・ 食事について支援が必要であり、栄養士の役割について説明する

精神科病院 臨床心理技術者①

- 臨床心理技術者は、患者の特性を客観的な尺度から明らかにするための各種心理テストを施行したり、治療標的を絞った上で、医師の診察よりも時間をかけた心理療法による治療介入を行います。
- 例えば、ウェクスラー成人知能検査(WAIS)では、各種作業能力、発達的な認知の質について多くの示唆を与えます。心理検査の結果は、医師の診察中に観察されたことや作業療法中の様子の報告などと擦り合わせることで、職種間で患者の状態理解を深める上で役立ててすることができます。
- 適応がある場合には、認知行動療法等を行うことにより、認知や行動の変容を通じ、患者が疾患と上手につき合い、心理社会的ストレスを減じる力をつける援助をします。

34

- ・ 臨床心理技術者の役割について説明する

精神科病院 精神保健福祉士①

- 精神保健福祉士は入院当初から本人の気持ちを聴き、早期にアセスメントを行い、入院前にかかわっていた機関や人とのつながりを持ちながら、退院を阻害する社会的な課題の解決をすることで早期退院、社会的入院の解消を目指します。
- 必要性の乏しい長期入院している本人に対しても定期的な面接を継続して行うことで退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながったりしていくこともあります。



35

- ・ 精神保健福祉士の役割について説明する

精神科病院 精神保健福祉士②



- 入院が長期になった本人の中には退院することを望まない人、退院する先がない、家族が退院を反対している、「ずっと病院にいたい」という人もいます。病院はずっといる場所ではないから病気が良くなったら退院しましょうと言っても納得せず、地域移行のプログラムへの参加を拒否する人もいます。
- 精神保健福祉士は、退院に気持ちが向かない本人のために、地域の相談支援事業所やピアサポーターを招いて交流の機会をつくったり、一緒に外出をしたりして、退院したいという患者が出てくるよう工夫をこらして支援します。

36

- ・ 退院に気持ちが向かない人に対する支援について説明する

精神科病院 精神保健福祉士③

- ・精神保健福祉士は病院と地域をつなぐ窓口として多職種や本人と家族等の隙間を埋め、更に制度や障害福祉サービスと本人をつなげる共通の目的・役割があります。
- ・また目下の課題としては必要性の乏しい入院が長期化しないように医療保護入院者退院支援委員会を通じて退院への取り組みを推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担います。



37

- ・精神保健福祉士が病院と地域をつなぐ窓口であること、チームの調整、本人とサービスをつなぐ役割があることを説明する

【 講義5 】

退院意欲を取り戻すための支援

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

長期入院者が地域移行する意義

入院生活が当たり前ではなく、
地域社会で暮らすことが普通の姿であり、
入院が必要なほど病状が悪い時には入院治療し、良くなれば退院して地域での生活に戻る。



2

- ・ 入院していることが当たり前ではなく地域社会で暮らすことこそが普通であるという基本的なことを地域のスタッフだけでなく病院のスタッフにも理解しておいてもらいたい旨を説明する

入院治療が終われば退院するのが当たり前で
あり、
本人の権利として本人の望む地域で暮らすこと
ができる。



3

- ・社会的入院は人権侵害である事、支援者は障害者権利条約や障害者差別解消法などに謳われている障害者の権利についてきちんと理解していることが大切である

退院したくないという人も…

- ・退院に対する意欲が感じられない
- ・退院を諦めてしまっている
- ・退院後の生活に不安が強い
- ・退院を応援してくれる人がいない



4

- ・病状の一つとして意欲低下、以前に退院を考えたが中断してしまった経験からの諦め、地域生活を想像できない現状、支援者の存在を知らないなど具体的な例を挙げる

なぜ退院したくないと 思ってしまうのか

- 地域社会とのつながりが遮断され
入院生活という非日常的な生活が日常的に
なってしまう
- 地域社会から離れた生活を送る中で自分の
居場所や役割を失ってしまう

⇒ 退院することや人生の夢や希望も
諦めてしまう

5

- ・ 制限がある生活が長くなると、その生活が日常になってしまうため、今の生活を変えようという気持ちになりにくいのではないか
- ・ 長い入院で本人の社会的な役割も変化していることから戻る場所もないと思っている人もいるが退院をあきらめる必要はない

支援者(病院・地域)の対応の基本

- 諦めず、粘り強く
- 本人の意向、気持ちを聞き葛藤やこころの揺れにつき合いながら
- 本人が望む生活の実現に向けた取り組みを行う



6

- ・ 病院であれ地域であれ支援者は本人の地域移行について、決してあきらめてはいけない
- ・ 一度や二度の面接で退院したいという気持ちにさせることは実際には無理、本人が望む生活の実現に向けて丁寧に話を聞いていくことが重要

どうやったら「退院したい！」という気持ちになるのか？

- ・どこにその人のスイッチがあるかはわからない
- ・本人の意向を尊重した関わり
- ・関わりを重ねる中で見えてくるものもたくさんある
- ・支援者があきらめず、向き合っていくこと

7

- ・関わりを通して丁寧にアセスメントすること、本人の不安・恐怖・迷いなどをしっかりと受け止めること、「どんな人生を送りたいか？」という人生の目標を共有することなどを例示する
- ・支援者があきらめず関わり続ける事で、変化が期待できるのではないか

ある方は…

- ・入院生活50年
- ・精神症状は安定
- ・退院には興味なし、OTも不参加
- ・地域関係者の関わりも拒否



8

- ・事例：A氏60代前半男性、統合失調症。ADL自立し病棟内でも問題なし。病識はないが状態は安定し開放病棟に入院中。病棟スタッフから退院できるのではないかという意見が出され、病棟や地域が関わりを開始するも強い拒否でなかなか面接できず経過

地域支援者が毎月の面会を2年間続けたところ

- ・喫茶店でおいしいコーヒーが飲みたい
- ・院内の売店ではなく気に入った店の服が買いたい

と思っていたことが判明し、支援者、ピアサポーターとともに希望することを叶えていった

9

- ・ 同じ病棟に退院支援を始めたB氏がいたので、地域スタッフ来院時にはA氏にも面接を申し出るも拒否が続く
- ・ しかし根気強く毎月訪問することで徐々に面接を受け入れ始めた、次第に自分の希望を話し始めたりするようになった

ある日の外出で先に退院した病棟の友人宅を訪問。
その生活ぶりを実際に見て

- ・ 「退院すると自由にテレビが見られる」
- ・ 「好きなご飯も食べられる」
- ・ 「この人ができてるんだから自分もできるんじゃないか」

ということに改めて気づき

10

- ・ 先に退院したB氏宅で支援者と共に鍋パーティーを行い、初めて単身生活のイメージが湧き自分にもできるのではないかと思い始めた

地域支援者のかかわり開始から2年半で

「退院したい！」

と自分から言えるように



11

- ・関わりを開始してから2年半たった頃「自分も退院してアパートに住みたい」と自分の言葉として言えるようになった
- ・その後、希望通り退院し、現在はアパートで介護保険のサービスを受けながら地域で生活している

退院支援を始めてから 病院でできること①

- ・本人がやりたいと思っていることを聞く
- ・医療チームの中で退院についてのアセスメントをする(退院支援委員会を活用する)
- ・行動拡大を始める
- ・家族に退院についての話をする
- ・地域の支援者と本人が
会う場面を作る



12

- ・退院支援を病院で始めるにあたって、準備段階としてまずは病棟内でできることから取り組むことも重要である
- ・その際、関わる医療チームのチーム員がそれぞれどんな役割をするのかを明示する必要がある

本人がやりたいと思っていることを聞く

- ・退院したいかどうかにかかわらず、今やってみたいこと、これからやってみたいと思っていること、将来の夢など本人の気持ちをじっくり聞く
- ・話をする中で退院に関することが出てきたら、本人の今考えている事を無理のない範囲で聞いていく

13

- ・退院に消極的な人に退院の話ばかりすると、追い詰められた気持ちになってしまいかねない
- ・まずは将来の夢や希望はあるのかなどを聞いていく中で、退院の話題になったら少し聞きこんでいくようにする

医療チームの中で退院についてのアセスメントをする

- ・退院支援員会(地域移行機能強化病棟は毎月開催)の中で本人の病状、病棟内での生活の様子、作業療法での様子などを報告しあい、本人の退院の可能性についてチーム内で検討する

14

- ・地域移行機能強化病棟では毎月「退院支援委員会」を開催することになっているので、この時間に本人の退院に関する話し合いを行ってもよい

行動拡大を始める

- ・入院形態の切り替えの検討
- ・院内の外出などについて見直しをする
(単独での院内散歩、外出など)
- ・病棟スタッフとの外出
- ・地域支援者との外出(単独で、グループで)

15

- ・退院に向けて病棟でできることは色々あり、入院形態を任意入院に変更したり、院内散歩や外出できる範囲を拡大していくことも必要である
- ・その際、病棟スタッフと共に外出すると本人の病棟での姿とは違った様子が見られアセスメントにも生かすことができる

家族に退院についての話をする

- ・退院できる状態であることを主治医から話す
- ・退院についての家族の思いを聞く
(退院させないでほしいという話であっても一旦は聞く)
- ・退院に向けて進める中で、家族が関われる部分の確認
- ・地域の支援者の紹介や制度の説明をする

16

- ・家族にも退院についての話はする必要がある。本人の病状や近年の病院の機能(長く入院するのではなく必要な時だけ入院する)も説明しつつ退院についての話をする
- ・家族にすべて託すのではなく支援者や制度があることを説明することが重要である

地域の支援者と本人が会う機会を作る

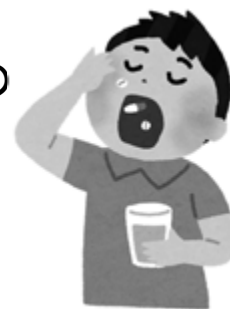
- 病棟やOTプログラムなどで地域の支援者と交流する会を企画し、特にピアサポーターとの交流の場は継続して設けるようにする
- ピアサポーターから退院までのプロセスや今の生活について体験談を話してもらう機会を作る

17

- ・ 退院を手伝ってくれる地域のスタッフがいるという話だけでなく、実際に顔合わせをすること
- ・ その際、ピアサポーターとの顔合わせも大切で、その後の支援の中でピアとの関わりが一番有効なアドバイスになることも多い

退院支援を始めてから 病院でできること②

- 服薬管理を始める
- 金銭自己管理を始める
- 院内の退院支援グループに参加する
- 地域の社会資源を見学に行く
- OTやDCなど退院後使える院内のサービスを見学する



18

服薬管理を始める

- 数日分から徐々に日数を増やし、薬の自己管理ができるようにする。
同時に薬剤師からの服薬指導があると、薬を飲む意味などについてもふれられるので効果的
- 実際に地域移行を見据えた場合の服薬について医療チームで検討する
(剤型の検討、注射薬について)
- 退院後の管理方法についての検討
(具体的な服薬確認の方法、管理の仕方、おくすりカレンダーの利用等)

19

- ・ 退院後の生活に見合った服薬管理の方法を多職種チームで検討し、入院中から取り入れると良い

金銭自己管理を始める

- 担当の看護師とともに小遣いをふくめたお金の使い方について話し合う
- 小遣い帳などを使って使用状況を確認する
- 買い物を自分ですることで現実感が持てる
- 退院後の生活費のイメージが持てる

20

- ・ 自分の収入を知ること(障害年金や生活保護も含む)、現金を使用して買い物をすることなどによって、金銭感覚を取戻し、具体的な生活のイメージにつなげる

院内の退院支援グループに参加する

- ・ 院内にすでに活動している退院支援のグループ(病棟内やOTのグループ等)があれば参加してみる。その際担当の看護師も一緒に参加すると、そのグループに参加した時の様子がわかる
- ・ 退院を目指す仲間との出会いがモチベーションを上げる

21

- ・ グループ内での本人の発言や、他者の発言への反応を、個別の退院支援の参考にすると良い

地域の社会資源を見学する

- ・ 退院する地域が決まっていなくても、病院の周りにある社会資源を実際に見学に行ってみる(相談支援事業所、作業所、保健所、福祉事務所等)
- ・ 外出することが少ない人には、病院の周りのスーパーや飲食店なども回り、地域生活のイメージを持ってもらう

22

- ・ 本人が地域に出向くことで、地域の支援者の役割を知るきっかけにもなる
- ・ 地域の中に本人が過ごせる場を開拓したり、創り出す事も支援者の役割の一つである

退院後使える院内のサービスを見学する

- ・病院内にデイケアがある場合、案外本人はデイケアの存在を知らないことがあるので（病棟スタッフも詳しくは知らないことがある）病棟スタッフとともに見学に行くといよい
- ・デイケアの他、外来OTなどがある場合は退院後どちらを利用したいのかを確認する意味でも見学や試し参加は必要

23

- ・利用する、しないに限らず、知ってもらうことが大切である

地域の支援者とともに行うこと

- ・地域の支援体制や支援の制度について病院スタッフ向けに説明会を開催する
- ・病院で茶話会を企画し地域の支援者に病院（病棟、OTグループ等）にきてもらう機会を設ける
- ・ピアサポーターの話を聞く機会を設け、病院スタッフにも参加してもらうようにする
- ・支援者主導で地域の社会資源見学ツアーなどを企画する

24

- ・地域の支援者が病院に入りやすい仕組みをつくる必要がある
- ・地域で暮らすピアサポーターの姿を見ることは病院職員の退院支援へのモチベーションの向上につながることを期待できる

意欲を取り戻す支援とは…

- 失ったものを取り戻すにはそれなりの時間と労力が必要
- 特に疾病特性からくる意欲低下もあるので、焦らず諦めず働きかけていく必要がある
- 関わっていたケースの担当交代があっても交代したことで支援が途切れないようにする
- チーム内の情報交換を定期的に行い小さな変化も共有する
- スタッフの思いが本人の負担になっていないか都度確認する

25

- 意欲を取り戻すための支援とは、本人の主体性を取り戻すための支援であり、「権利支援」であるということを再確認する

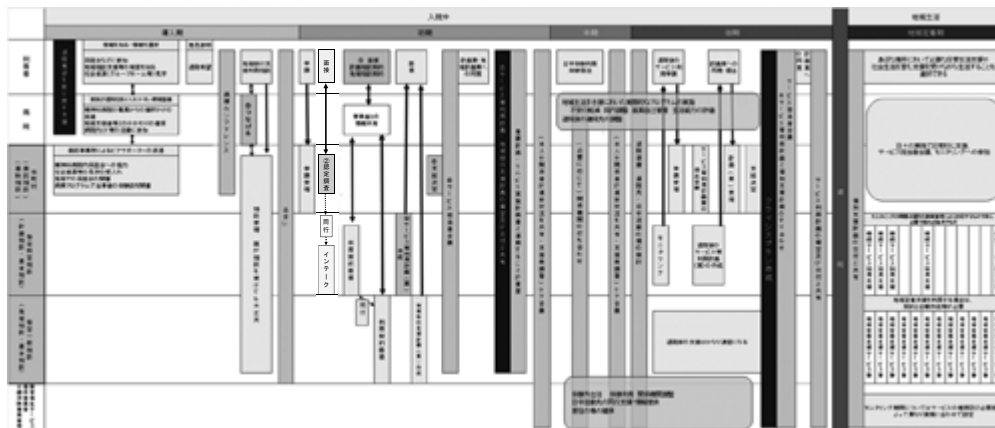
【 講義6 】

地域移行の進め方と市町村（圏域） における連携体制の構築

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

地域移行の進め方



2

- ・ 導入期、初期、中期、後期、退院後の地域生活の機関で、精神科病院、行政、相談支援事業所がどのような役割があるのかをチャートに基づいて説明する
- ・ それぞれの役割りが連動していること、官民協働が大切なことを説明する

退院できない理由は何か・・・



3

- ・ 精神科病院での入院が長期化する理由は何か？本人の退院意欲がない、家族が拒否している、グループホーム等の社会資源がないから等の理由が言われている
- ・ その理由を解決するための一考察について説明する



和歌山県自立支援協議会より引用

1 情報を届ける①

半田市自立支援協議会(愛知県)より引用



4

- ・ 入院しているご本人にどのように地域移行支援の情報を届けるのか、地域側で働きかけた実践例について説明する
- ・ 和歌山県の自立支援協議会作成のポスター、半田市自立支援協議会作成のリーフレットの意義について説明する

問い合わせ先

幸手保健所管内は、久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町です。
これ以外にお住まいの方は、入院した時に住んでいた市町村にお問い合わせください。

《相談支援事業所 問い合わせ先》

○埼玉北埼玉生活支援センターふれんど	0480-36-2600
○埼玉北埼玉生活支援センターベル	0480-25-2755
○埼玉北埼玉生活支援センターきらら（啓和食）	0480-26-4866
○埼玉北埼玉生活支援センターきらら（みゆま福祉）	0480-26-9753
○埼玉北埼玉生活支援センターたいよう	0480-48-7731

《管内市町の担当 問い合わせ先》

○久喜市役所 障がい者福祉課	0480-22-1111
○蓮田市役所 福祉課	048-768-3111
○幸手市役所 社会福祉課	0480-43-1111
○白岡市役所 福祉課	0480-92-1111
○宮代町役所 福祉課	0480-34-1111
○杉戸町役所 福祉課	0480-33-1111

《保健所 問い合わせ先》

○埼玉東埼玉保健所 保健予防推進担当	0480-42-1101
--------------------	--------------

1 情報を届ける②

入院された方へ

地域援助事業者等を ご存知ですか？



埼玉北地区自立支援協議会

埼玉北自立支援協議会（埼玉県）より引用



まずは、病院の退院後生活環境相談員にご相談ください。ご連絡お待ちしています。

5

- ・ 病院側から呼んでもらえることを待つのではなく、地域側から呼んでもらえる働きかけについて説明する

地域援助事業者は、どんな支援をしてくれますか？

～退院後の「どうすればいいの？」を一緒に考えます。～

早く退院するためには、

病気が回復しても生活で「どうすればいいの？」はできません。安んじた暮らしをしていくために、病院の方と連携しながら、あなたと一緒に考えて、生活環境を整えていきます。

生活環境って、なんですか？

生活環境は、住む場所、家事サービス、日中の活動場所などです。障がい者サービスや介護サービスについて、サービスの最新情報を学べ、利用ができるようになります。

相談できる人が身近に欲しい人は、

入院中から支援者と顔見知りになることで、安んじた相談ができるようになります。



相談は、無料です。
興味がある方は、ぜひ一度お問い合わせください。
※問い合わせの電話番号は、裏面に記載しています。

知っておきたい、大切な情報！！

大切な情報① 退院後生活環境相談員

医療保護入院された方には、必ず退院後生活環境相談員が選任されています。可能な限り早期に退院できるように、中心的な役割を果たしてくれます。
『あなたの担当の退院後生活環境相談員は誰か？』確認してみてください。

大切な情報② 医療保護入院者退院支援委員会

退院支援委員会は、退院に向けた大切な話し合いです。入院診療計画書に記載された入院期間が経過する頃に行われます。話し合う内容は、主に次の3点です。

①入院継続の必要性の有無
②入院継続が必要な場合の想定される入院期間
③退院に向けた取り組み

入院されているあなたも希望すれば参加できます。また、担当の先生や看護師さん、あなたの希望に応じて、ご家族や地域援助事業者なども参加できます。

6

- ・ 入院している患者さんに情報が届けられているか、情報を届けることが本人の権利擁護につながっていることを説明する

退院支援意欲を取り戻すために

- ・DVDの作成
- ・院内茶話会⇒保健所で実施
- ・社会資源の見学
- ・ピアとの出会い

病院 ⇒ 地域を受け入れる準備

地域 ⇒ 委託相談・基幹相談の充実

7

- ・退院支援意欲を取り戻すための具体的方法について説明する
- ・DVDの作成、院内茶話会の実施、社会資源の見学、ピアとの交流をしていくために、病院と地域がそれぞれ連携する環境づくりが大切なことを説明する

退院意欲の喚起より

退院支援意欲の喚起が必要ではないか？

「退院意欲の喚起」という言葉は、入院されている方に失礼ではないかと思いません。それは入院している立場である私だったかもしれない方、それをAさんとしてみると、Aさんは「お願いですから家に帰らせてください」と何度訴えられたことでしょうか。何度扉を叩かれたことでしょうか。その上で、何度戒められたことでしょうか。その度に薬や注射が増えるということを体で学び身に付けていかれたことでしょうか。そういう時間の経過の中で、訴えなくなることを医療従事者の方々は「沈黙」と評価されてきたのではないのでしょうか。刺激を避けることを良しとし、情報を遮断し続ける環境が提供されてきたのではないのでしょうか。

私は、こうした退院を懇願した経験のある方が、検討会の委員の中で半数を占めていない状況があることに少し違和感を持っています。

大きな問題の解決を、患者さんの「退院意欲の喚起」に帰結していいとは思いません。国、あるいは病院、地域社会に向けた「退院支援意欲の喚起」が、本質的な焦点ではなからうかと思えます。

[長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会（厚生労働省）
山本深雪（大阪精神医療人権センター）, H26.5.12]

8

- ・大阪精神医療人権センターの山本さんのメッセージを伝え、患者さんの退院支援意欲の喚起のためには、そこにかかわる支援者の退院支援意欲の喚起が大切であり、患者さんよりも先に、支援者が退院をあきらめてはいけないことを説明する

中期・後期の役割

精神科病院	地域
地域生活を念頭においたプログラムの実施 ・不安の軽減、 ・服薬の自己管理 ・生活能力の評価 ・退院後の通院先の調整 クライシスプランの作成	・体験外出泊 ・体験利用 ・日中活動先の同行支援 ・関係機関の調整 ・居住の場の確保 ケア会議の実施（適宜） 退院後の生活を念頭においたサービスの申請

精神科病院から地域へ
マネジメントの主導権を移していきます。

9

- ・導入期の精神科病院、地域の役割、実際にできる支援の方法について説明する

2 初期

本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでが初期です。

【あくまで簡易版】

本人が市町村に申請をし、市町村は認定調査を行います。指定特定相談事業所と契約をまずし、そこから必要な障害福祉サービスを考えて、指定一般事業所と契約になります。厳密に言えば、入院中から利用できるサービスは地域移行支援のみなので、その利用が想定されての認定調査になりますから、認定調査から計画作成（案）までは同時並行の場合もあります。

10

- ・初期：本人が地域移行支援の申請をし、支給決定されるまでの時期について説明する
- ・計画相談と連動させ、スムーズに支給決定につながる考え方について説明する

申請について

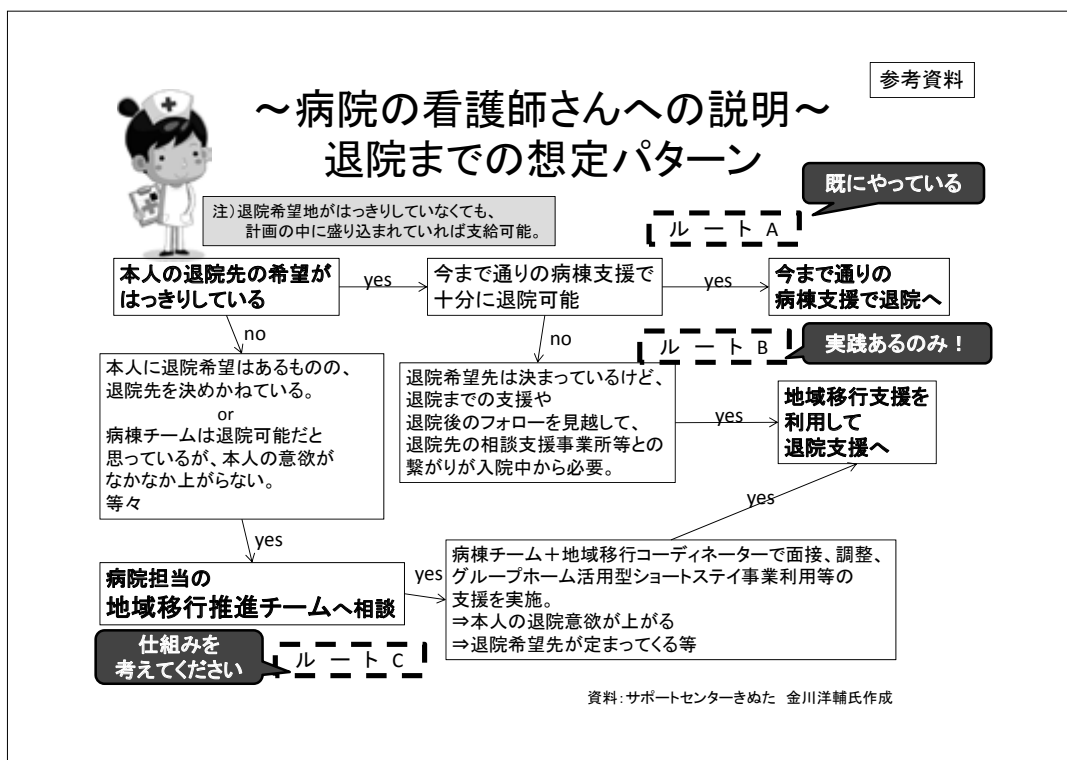
病院側が大事ななのは、本人の「退院したい気持ち」です。

本人が可能な限り、市役所へ申請をする

65歳以上の方は、介護保険の区分認定を済ませる働きかけも必要です。

11

- ・申請の段階で、支援者が確認することを説明する
- ・「退院したい気持ち」を大切にすること、65歳以上の高齢者の場合、介護保険の申請も見据えて申請していくことを説明する



12

- ・退院までの想定パターンについて、特に大事ななのは、退院先が想定されていても、退院後支援者とののかかわりが必要であり、それを見すえて地域移行を活用していく有効性について説明する

地域移行支援計画

資料：「障害者地域相談のための実践ガイドライン」一般社団法人支援の三角点設置研究会,2014年より(<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/> ダウンロードできます)

地域移行支援計画

これから、おかわりの計画です。自分のペースで取り組めます。毎月確認して、必要は修正をしましょう。

利用者の氏名: _____ 作成年月日: _____

サービス開始日(移行開始) _____

(1) 長期計画(移行開始) _____

(2) 短期計画(移行開始) _____

※ 本人自身がすることと担当の下に書き込みます

本人の 期待や不安	その人に 協力する人	協力する 内容	支援上の留意 事項等	協力(支援)の目安													
				月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月		

同意日: _____ 利用者の氏名: _____

指定一般相談事業所: _____

相談支援専門員(地域移行担当): _____

リハビリ計画・看護計画などと連動させましょう。

13

- ・ 地域移行支援計画作成の際、精神科病院のリハビリ計画・看護計画などと連動させていくことが大事であり、連動させることで支援が見える化されることを説明する

初期の役割

精神科病院	地域
申請から支給決定まで、1か月程かかるので、見越して申請しましょう。	スムーズに支給決定ができるよう、準備をしておきましょう(市町村)
本人が市役所に申請できるように。 申請手続きに心配な本人に寄り添いましょう。	サービス担当者会議の開催 「誰を呼ぶか？いつするか？」 (指定特定相談事業所)
	地域移行支援計画の作成 (指定一般相談事業所)

14

- ・ 初期の精神科病院、地域の役割、実際にできる支援の方法について説明する

3 中期・後期

地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先なども決めていく時期です。

⇒毎月2回会いに行く

⇒実際の体験を通して、具体的な生活をイメージしていく。

15

- ・ 中期・後期については、地域移行支援計画に沿って、居住の場の確保や日中の活動先などについて具体的に見学や体験をして支援を進めていく時期であることを説明する

クライシスプラン ～本人のお守り～

危機かな(ピンチかな)と思った時に (クライシスプラン)	
利用者の氏名	さん 作成年月日
私の調子が悪くなる前は(サインは)	
サインがなと思ったら...	
私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	
作成日 年 月 日	主治医: _____ 連絡先: _____ 主治医: _____ 連絡先: _____ 行政: _____ 連絡先: _____ その他: _____ 連絡先: _____

資料:「障害者地域相談のための実践ガイドライン」一般社団法人支援の三角点設置研究会2014年より(<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/> ダウンロードできます)

16

- ・ クライシスプランの作成の意義について説明する
- ・ 入院中に作成し、看護やOT、地域援助事業者、本人が参画して作成する大切さについて説明する

中期・後期の役割

精神科病院	地域
地域生活を念頭においたプログラムの実施 ・不安の軽減、 ・服薬の自己管理 ・生活能力の評価 ・退院後の通院先の調整 クライシスプランの作成	・体験外出泊 ・体験利用 ・日中活動先の同行支援 ・関係機関の調整 ・居住の場の確保 ケア会議の実施（適宜） 退院後の生活を念頭においたサービスの申請

精神科病院から地域へ
マネジメントの主導権を移していきます。

17

- ・ 中期 ・ 後期の精神科病院、地域の役割について、具体的にできる支援の方法について説明する
- ・ 精神科病院から地域へマネジメントの主導権が動いていくことを説明する

4 退院後の地域生活

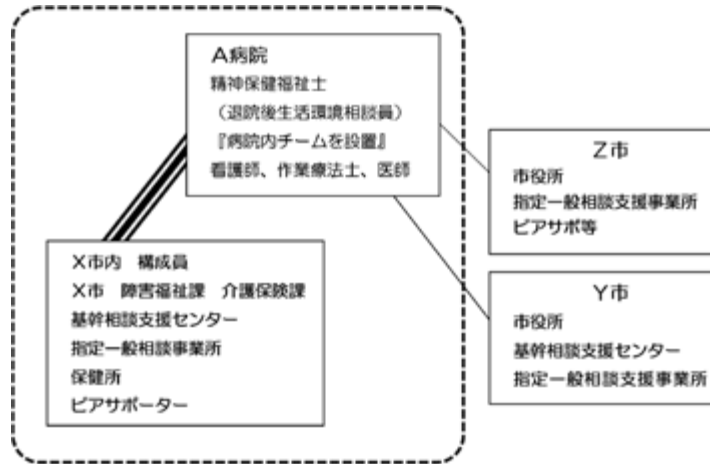
退院はゴールではありません。

退院後、落ち着いて生活できるよう支援していくことがスタートになります。

18

- ・ 退院後の地域生活について、入院中からの支援を継続させ、本人が安心して地域生活を過ごしていける関わりについて説明する

5. 市町村(圏域)における連携体制の構築



19

- ・ 市町村(圏域)において、協議の場が大切であり、そのメンバー構成や連携体制の意義について説明する
- ・ 特に病院所在地の市町村は、精神科病院の課題を地域課題として取り組むことを説明する

地域移行推進チームの役割

- ①精神科病院への働きかけ
- ②地域への働きかけ
- ③ネットワークへの働きかけ

20

- ・ ①精神科病院への働きかけ、②地域への働きかけ、③ネットワークへの働きかけ、この3つの具体的な方法について、地域移行の進め方を踏まえ説明する

地域移行推進チームのメンバー

- 精神科病院
- 市区町村
（障害福祉担当、生保担当、介護保険担当等）
- 委託相談事業所及び機関相談支援センター
- 指定特定相談支援事業所
- 指定一般相談支援事業所
- 保健所
- ピアサポーター

21

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する①

地域移行推進チームのメンバーの役割①

- 精神科病院
入院患者の把握 病院内チームの設置
- 市区町村
（障害福祉担当、生保担当、介護保険担当等）
必要な担当課の連携 障害福祉計画の策定
自立支援協議会の設置

22

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する②

地域移行推進チームのメンバーの役割②

- ・ 委託相談事業所及び基幹相談支援センター
退院意欲を取り戻す支援
地域移行推進チームのエンジン
- ・ 指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所
地域相談支援ができる体制づくり
- ・ 保健所
精神科病院への働きかけ、市町村へのつなぎ
- ・ ピアサポーター
身近な生活者としてのモデル

23

- ・ 地域移行部会の構成員について、参加してもらいたいメンバー、その役割について説明する③

地域移行支援チームの手だて

- ・ 個別のケースから支援方法を共有する
- ・ 我が町の住人が何人入院しているか把握
- ・ 自立支援協議会に働きかけを行う
- ・ 茶話会の企画・運営への協力

24

- ・ 地域移行を進めるために、このチームが何をしなければならないか、支援の手だてについて具体的に説明する

【演習】

病院と指定一般相談支援事業所が 連携した地域移行の進め方

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1

演習の流れ

テーマ①～③ ・各グループで話し合い ・全体シェアリング	15分×3 (45分)
テーマ④⑤ ・テーマに沿って場面設定 ・ロールプレイ ・振り返り ・全体シェアリング	20分×2 (40分)
休憩	5分
演習振り返り	20分

2

- ・演習全体の流れをPPT資料に沿って説明する
- ・①～⑤の演習が終わった後に5分間の休憩を入れる
- ・その後、演習全体の振り返りを参加者全員から一言ずつ発表してもらう
- ・ただし、参加人数によって発表者数は調整する

①退院意欲の喚起をする方法

退院意欲を喚起するにはどのような方法が考えられるでしょうか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

3

- ・ 退院意欲を喚起するために各職種としてどんな取り組みができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

②退院支援意欲を喚起をする方法

退院支援意欲を喚起するにはどのような方法が考えられるでしょうか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

4

- ・ 退院支援意欲を喚起するために各職種としてどんな取り組みができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

③ピアサポーターとの連携

ピアサポーターとどのように一緒に取り組んでいきますか 各グループで検討しましょう	10分
全体シェアリング	5分

5

- ・ 1 日目のピアの発表を参考にしながら、ピアサポーターとどのように一緒に取り組むことができるかアイデアを出し合う
- ・ 各グループに話し合った内容を、ポイントを絞って発表してもらう
- ・ 全体の進行役は、発表に対し簡単なコメントをする

④対象者と指定一般相談支援事業所の出会いの場面

対象者と指定一般相談支援事業所の出会いの場面を設定しましょう	3分
ロールプレイ	10分
振り返り	5分
全体シェアリング（本人役の感想）	2分

6

- ・ 両者の出会いの場面及び配役を設定しロールプレイを行う
- ・ 配役のなかったものは観察者となる
- ・ 振り返りはそれぞれの立場としての感想を出し合う
- ・ 最後に、全体の進行役は本人役の者の感想を聞く

⑤退院支援が進まなくなった時の対策

退院支援が進まなくなった時のケア 会議を設定しましょう	3分
ロールプレイ	10分
振り返り	5分
全体シェアリング(本人役の感想)	2分

7

- ・ 本人の「退院したくない」という思いが出てきたときに開くケア会議を想定する
- ・ 配役を決め、ロールプレイを行う
- ・ 振り返りはそれぞれの立場としての感想を出し合う
- ・ 最後に、全体の進行役は本人役の者の感想を聞く