

# 医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の 地域移行推進ガイドライン

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| はじめに                            | 2  |
| 第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向            | 3  |
| 1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義      | 3  |
| 2 地域移行を推進するための国の施策              | 8  |
| 第2章 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 | 15 |
| 1 地域移行の進め方                      | 17 |
| 2 地域移行推進における関係機関・関係者の役割         | 29 |
| <b>コラム</b> 市町村（圏域）における連携体制の構築   | 38 |

## はじめに

本冊子を手にしてくださった皆さまのなかには、現在あるいはこれまでに支援した当事者の顔や名前が思い浮かぶ方も少なくないと思います。地域生活を目指す精神障害者の支援は、既に長い年月に渡って繰り返されてきました。しかし、未だにその歩みは加速されなくてはなりません。

2014（平成26）年4月の改正精神保健福祉法の施行に伴い、同年3月には「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」が告示されました。その前文では、精神障害者が地域社会の一員として安心して生活できるようにすることを目指して、「入院医療中心の精神医療から、精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へ」と精神障害者の保健・医療・福祉に関する施策の方向性を定めることが示されています。

精神障害者の地域移行支援の推進は、2004（平成16）年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」という。）以降、継続されており、公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「本協会」という。）も、精神保健福祉士の専門職団体としての活動の中心に据えて取り組んで参りました。

この実績を基盤として、本協会は2016（平成28）年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業を受け、「地域移行推進ガイドライン」及び「地域移行を推進する人材養成研修カリキュラム」を作成しました。

周知のように改正精神保健福祉法により、医療保護入院者の退院促進に関する措置として、病院管理者が退院後生活環境相談員を選任し、退院支援に向けた環境整備等について地域援助事業者と早期に連携を図ることが明記されています。また、「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」では検討課題とされた地域の受け皿づくりのあり方等に関して、長期入院精神障害者に対する支援の具体的方策、病院の構造改革の方向性が示されました。「改革ビジョン」から10年以上を経てもなお1年以上の長期在院患者は18万人にのぼり、また5年以上入院している者の約7割は、転院や死亡等による退院となっている現状があります（2014（平成26）年患者調査より/厚生労働省障害保健福祉部資料）。改正精神保健福祉法の成果は今後検証されることとなりますが、精神保健医療福祉関係者はこの現実に向き合い、精神疾患や障害のある人にかかわるすべての支援者が連携し、あらゆる資源や方策を駆使して精神障害者の地域移行支援を推進する決意を新たにすることが求められているといえます。

本協会がこのたび作成したガイドラインは、そのための具体的な道筋や方法についてわかりやすく記載しています。身近な市町村（圏域）単位において、すべての関係者が、より実効性のある連携体制の構築と協働により精神障害者の地域移行支援活動を担うための一助となることを願っております。有効にご活用いただき、また新たな人材を養成するためにカリキュラムに基づく研修を継続的に各地で実施していただければ幸いです。

末筆ながら、本事業の実施にあたり有識者と本協会構成員で構成する事業検討委員会及び事業担当者会議に参画くださった有識者の皆さまにこそより感謝申し上げます。

2017（平成29）年3月

## 第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向

### 1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義

#### (1) これまでの精神保健医療福祉施策の動向

2004（平成16）年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推し進めていくため、こころの病に対する国民の理解の深化や精神医療改革、地域生活支援の強化などを10年間で進め、精神保健福祉施策体系の再編と基盤強化により、受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人については、精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化で10年後の解消を図ることを目標とされ、その目標達成により約7万床相当の病床数の減少の促しになるとも考えられました。この方向性に沿って数々の精神保健医療福祉に関する検討会が開催され、「医療と福祉の連携」をもとに、長期入院の退院促進、新たな長期入院の予防（早期介入、早期治療、早期退院）、地域定着支援（地域生活が続けられる支援、地域づくり）などの施策が行われてきました。

精神科医療においては精神科救急医療システムの広がりや精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟等の整備が進み、「早期介入、早期受診、早期退院」の取り組みから、近年の新規入院者のうち約9割は1年以内に退院し、平均在院日数も徐々に短くなっています。また、補助金事業としての退院促進支援事業や地域移行支援事業やその後の障害者総合支援法の下での地域相談支援への取り組みが各地で行われ、地域支援者等と精神科病院が連携をとりながら、退院と地域における生活や活動の場の確保等の支援を行うことにより、地域生活へ移行する長期入院精神障害者は確実に増えています。しかしながら新規入院の1割は1年以上の長期入院に移行する現実もあり、結果として長期入院精神障害者は約20万人も存在し、依然としてこの10年では大きな変化は見られない結果となっています。

こうした現状を踏まえ、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、2013（平成25）年6月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）が改正され、一部を除き2014（平成26）年4月1日より施行されるにあたり、同年3月に「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年厚生労働省告示第65号）」（以下、「指針」という。）を定めました。指針では、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療の改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わるすべての関係者が目指すべき方向性として、急性期の精神障害者を対象とする精神病床においては医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指すこと、新たに入院する精神障害者は原則1年未満で退院する体制を確保すること等が記載されています。また、この法改正では、保護者制度の廃止に伴う医療保護入院のあり方などについても検討され、医療保護入院者を中心として退院促進のための措置を講ずることを精神科病院の管理者に義務づけたことで退院後生活環境相談員が選任され、退院支援に向けた環境整備等については地域援助事業者等と早期に連携を図ることも明記されました。また、精神障害者の権利擁護を推進するための精神医療審査会に関する見直しなどがなされています。

国は、指針に定められている「1. 精神病床の機能分化に関する事項 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する」ために、2014（平成26）年3月に「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」を設置しました。

この検討会の基本的考え方は、「①長期入院患者本人の意向を最大限尊重しながら検討する。②地域生活に直接移行することが最も重要な視点であるが、新たな選択肢も含め、地域移行を一層推進するための取り組みを幅広い観点から検討する。」こととされました。

2014（平成26）年7月、この検討会の取りまとめとして、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が示されました。そこでは、長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像が次のように共有されました。

#### 【 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像 】

- ①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」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施すること。
- ②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し、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐため、精神科救急・急性期について、一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約するとともに、地域生活を支えるための医療を充実し、併せて、回復期及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者の病床について、それぞれその機能及び特性に応じた人員配置及び環境を整備すること。
- ③②の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といった病院の構造改革が必要となる。

このような経過を踏まえ、2016（平成28）年の診療報酬改定により精神障害者に対する質の高い医療の提供、精神障害者の退院の促進及び地域生活支援のため、本人の意向を踏まえ、多職種が連携してチームで支援することを基本とし、病床削減を条件とした「地域移行機能強化病棟入院料」が新設され、全国で20か所を超える精神科病院が施設基準の届出を行っています（2016（平成28）年10月1日現在）。



## (2)障害者総合支援法における地域移行支援

2010（平成22）年12月、障害者総合支援法とのつなぎ法として、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法が改正されました。この法改正では、相談支援の充実が掲げられ、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関であって、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設として「基幹相談支援センター」を設置できることとともに、従来、法文の明記がなかった自立支援協議会を設置することも規定されました。また、サービス利用計画作成の対象者の大幅な拡大、支給決定プロセスの見直しが行われました。さらには、地域移行及び地域定着のための相談支援として、障害者支援施設等の施設に入所している障害者や精神科病院に入院している精神障害者の地域相談支援が個別給付事業として創設されました。

2012（平成24）年6月に「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法の法律名称が「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（障害者総合支援法）」に変更されました。相談支援については、前述した2010（平成22）年の改正障害者自立支援法の内容が引き継がれています（自立支援協議会の名称については、地域の実情に応じて定められるよう弾力化されました）。

長期入院精神障害者の地域移行に関する施策の経過ですが、2003（平成15）年4月に開始された精神障害者退院促進支援事業は、2008（平成20）年4月に精神障害者地域生活移行支援特別対策事業として、国の補助金事業として実施されてきました。これが、2012（平成24）年4月、障害者自立支援法の地域相談支援として規定されました。

地域移行支援を推進するためには、①相談支援体制の整備、②権利行使支援としての周知、③医療と福祉の連携、④意思表示の支援が極めて重要となります。

### 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、一般的な相談支援、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、市町村の委託による一般的な相談支援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支援でかわるということは、一般的な相談支援でし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。

### ③医療と福祉の連携

地域移行支援は、指定一般相談支援事業所が、入院している病院と退院後の居住系と通所系の障害福祉サービス事業所等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。地域移行支援を活用、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す。しかしながらこの時点での相談支援は個別給付の対象ではありません。地域移行支援へのニーズを自覚してもらうためには、退院の意思表示ができる前、迷っている段階、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」「退院はしたくはないけれど、どんな暮らしをしているのか見てみたい」という状況にある人への意思表示の支援がとても重要であると言えます。

## (3)長期入院精神障害者が地域に移行し生活することの意義

たとえ精神障害があったとしても、入院生活が当たり前でなく、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」ことが本来の流れでなければなりません。入院当初から退院を諦めている人はいません。入院が長期化したことで、地域社会とのつながりが遮断され、精神科病院では他の患者や職員以外との交流に乏しかったり、決められたルールや日課に従ったりといった受動的で非日常的な生活が常態化されていきます。

そのようななかで、元の生活がどうだったのか、自分らしい生活とは何かと考えることもなくなり、地域社会での自分自身の居場所や役割、存在自体が薄まっていきます。そして、家族構成すら変わってしまい地域生活を送っていた生活環境の多くも変わっていくなかで、いつからか退院して生活することや人生の夢や希望を諦めてしまったのか、諦めなければ日々を過ごしていくことができなかったのかと考えると想像を絶します。

「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」という状況でも我々支援者は退院支援を諦めず、本人の意向、気持ちをじっくり聞き、葛藤や心の揺れにつきあいながら、ねばり強く働きかけ、本人が望む生活の実現に向けて取り組むことが大切です。精神科病院では様々な地域移行について取り組みがなされていますが、地域定着を見据えた支援には、地域支援者等と協働して推し進めることがより効果的です。地域社会の生活場面において起こる様々なできごとのなかで、できないことは支援サービスを利用し、支えてもらいながらも自分で考えて、悩み、決断し、実行するという当たり前の生活

を取り戻し、住民として地域で生活することが、長期入院精神障害者が地域に移行し生活する意義になります。

## 2 地域移行を推進するための国の施策

### (1) 地域移行支援(障害者総合支援法)

それまで国の補助事業として取り組まれてきた「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」は、障害者自立支援法(現在の「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」(「障害者総合支援法」))の改正により、新たに他障害の施設入所者等も対象に加えた「地域相談支援」(地域移行支援、地域定着支援)として法律に定められるとともに、「地域相談支援給付費」が規定されたことにより、2012(平成24)年4月から個別給付の対象となりました。

#### ① 地域移行支援の対象者

- ・ 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院、矯正施設等又は保護施設に入所している障害者
- ・ 精神科病院に入院している精神障害者

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年以上の入院者を中心に対象としています。1年未満の入院者については、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とする者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者など)を対象とします。

#### ② 地域移行支援の実施者

地域移行支援は都道府県知事(指定都市市長、中核市市長)が指定する一般相談支援事業を行う者(以下、「指定一般相談支援事業者」という。)により実施されます。指定一般相談支援事業者は管理者(兼務可)と相談支援専門員を1人以上置かなければなりません。

#### ③ 指定一般相談支援事業者の従事者が行う地域移行支援業務

指定一般支援事業者の従事者(主に相談支援専門員)が行う地域移行支援の業務は次の通りです。

##### ■ 地域移行支援計画の作成

- ア. 利用者に面接した上でのアセスメントの実施  
利用者について、その心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握
- イ. アセスメントと支援内容の検討に基づく地域移行支援計画案の作成  
利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、地域移行支援の目標及びその達成時期並びに地域移行支援を提供する上での留意事項等の記載
- ウ. 計画作成会議の開催(利用者に係る精神科病院の担当者等を招集して行う会議)
- エ. 地域移行支援計画の作成



**■地域生活に移行するための活動に関する支援**

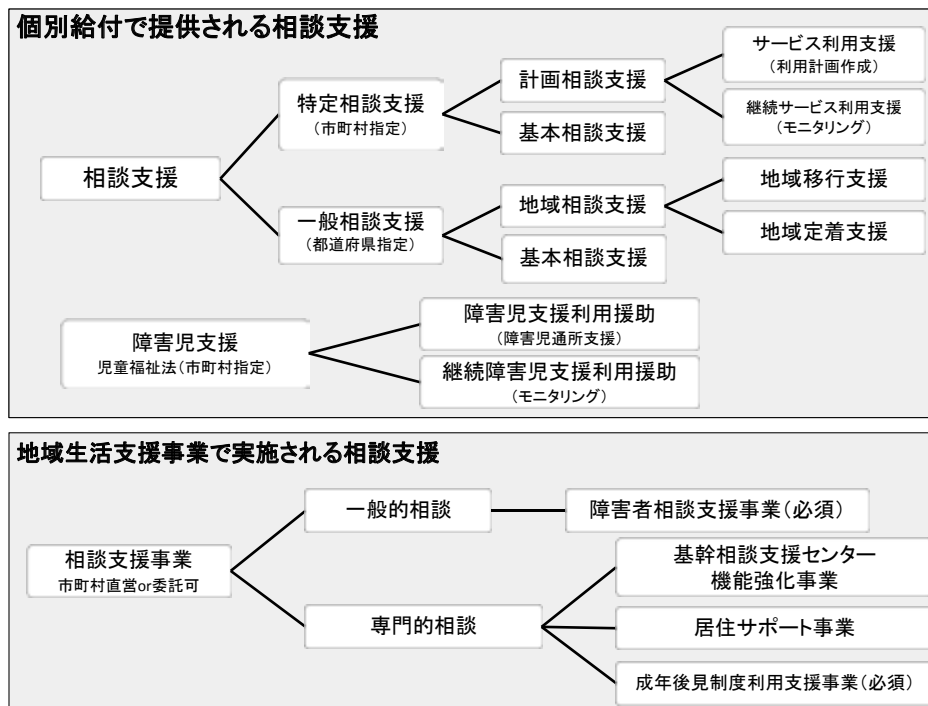
- ア. 住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談
- イ. 外出の際の同行
- ウ. 障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援)の体験的な利用支援
- エ. 体験的な宿泊支援
- オ. その他の必要な支援

従事者が利用者に対してこれらの支援を行うにあたっては、おおむね週に1回以上、利用者との対面により行わなければならないとされています。また、市町村、障害福祉サービス事業者等や、退院や退所後の地域生活に係る機関との連絡調整等を行うことも求められています。

**※特定相談支援事業と一般相談支援事業との関係について****■障害者の相談支援体制について**

- ・ 障害者総合支援法に基づく相談支援には、市町村などから指定を受けた相談支援事業者が実施する「基本相談支援」「計画相談支援」「地域相談支援」さらに、市町村が地域生活支援事業として実施する「相談支援事業」があります。(次ページの図参照)
- ・ 地域生活支援事業の市町村が担う「相談支援事業」のうち、必須事業である「障害者相談支援事業」は指定特定もしくは指定一般相談支援事業者に委託が可能とされています。
- ・ 「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する様々な問題につき、障害者や障害児の保護者または障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、あわせてこれらの者と市町村及び障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を行います。これは指定特定・指定一般相談支援事業者がともに基本的に行う相談とされています。
- ・ 「計画相談支援」は指定特定相談支援事業者が行うものです。総合支援法上のサービスを利用する場合には、サービス等利用計画の作成が必要となりますが、「計画相談支援」とは「基本相談支援」を行い、サービス等利用計画を作成し、定期的なモニタリングを実施することを指します。
- ・ 「地域相談支援」は指定一般相談支援事業者が行います。この事業には「地域移行支援」と「地域定着支援」があります。このサービスについては、別途記載します。

## 【 障害者の相談支援体制 】

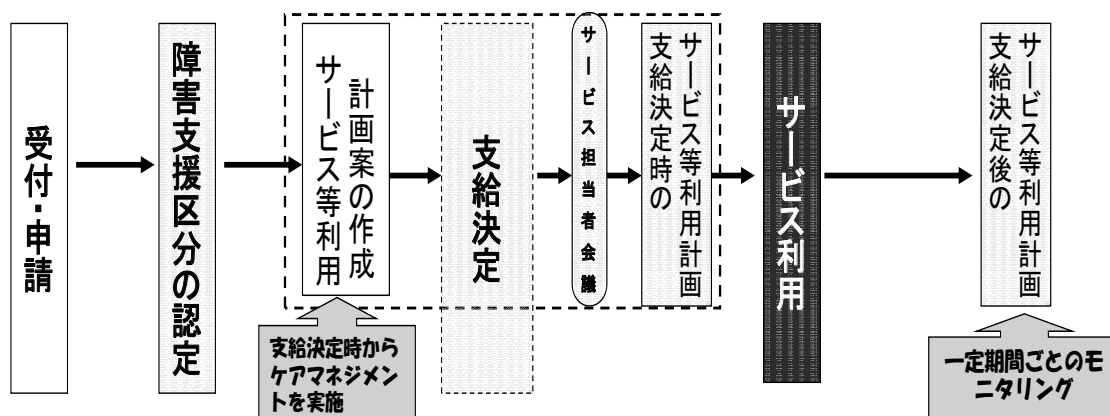


資料：『行政説明「障害者福祉における相談支援の充実に向けた取組について」』,厚生労働省,  
第123回市町村職員を対象とするセミナーより抜粋

## ■支給決定・給付決定のプロセス

- ・「計画相談支援」に関する申請から利用までの流れは下図のようになります。
- ・「地域移行支援」の給付決定を希望する場合は、「計画相談支援」の申請にあわせて「地域相談支援」の申請も必要となります。「地域相談支援」の利用については、制度上、障害支援区分の認定調査は必要ですが、障害支援区分そのものは不要となっています。しかし、退院後の障害福祉サービス等を利用する場合に備え、障害支援区分が出るよう申請しておくことが推奨されます。

## 【 支給決定・給付決定のプロセス 】



資料：「障害支援区分の認定を含めた支給決定のあり方について」,厚生労働省,社会保障審議会障害者部会(第70回)  
資料より抜粋

## (2)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 (精神保健福祉法)

精神保健福祉法の改正に伴い「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」が2014（平成26）年4月1日に告示されました。この指針のなかには次の通り地域移行支援に関連した事項が盛り込まれています。

### ①精神病床の機能分化に関する事項

#### ■入院医療から地域生活への移行の推進

- ・精神病床の機能分化にあたっては、それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供すること等により精神障害者の退院の促進に取り組む。
- ・病院内で精神障害者の退院支援にかかわる者は、精神障害者に必要な情報を提供した上で、精神障害者本人の希望等も踏まえながら、できる限り早い段階から地域の相談支援専門員や介護支援専門員等と連携しつつ、精神障害者に対する働きかけを行うとともに、精神障害者が地域で生活するための必要な環境整備を推進する。
- ・退院後の生活環境の整備状況等を踏まえつつ、入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携し、精神障害者に対する入院医療の継続の必要性について、随時検討する体制を整備する。

#### ■重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の、入院期間が一年以上の長期入院精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保等

- ・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時点で一年以上の長期入院をしている者については、退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進し、あわせて、当該長期入院精神障害者の状態に合わせた医療を提供するための体制を確保する。
- ・当該体制の確保のため、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時点で一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取り組みを推進する。
- ・当該長期入院をしている者に対しては、原則として行動の制限は行わないこととし、精神科病院内での面会や外出支援等の支援を通じて、障害福祉サービスを行う事業者等の外部の支援者との関係をつくりやすい環境や、社会とのつながりを深められるような開放的な環境を整備すること等により、地域生活に近い療養環境の整備を推進する。

## ②精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

### ■福祉サービスの提供等

- ・地域移行・地域定着支援サービスの充実を図るため、市町村が単独または共同して設置する協議会における地域の関係機関等の連携及び支援体制の整備に関する機能を強化するとともに、市町村における基幹相談支援センターの整備を目指す。

## (3)精神科地域移行実施加算、地域移行機能強化病棟入院料、精神科退院指導料・地域移行支援加算(診療報酬)

精神科医療に関する診療報酬のうち、長期入院精神障害者の地域移行に関連する項目についてその概要を示します。なお、診療報酬点数は1点につき10円となります。

### ①精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取り組みを計画的に進めることにより、入院期間が5年を超える入院患者のうち、退院した患者(退院後3月以内に再入院した患者を除く)の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1日につき20点を1年間算定するものです。

算定の対象となる患者は、精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1の入院基本料に限る)、特定機能病院入院基本料(15対1の精神病棟入院基本料に限る)、精神療養病棟入院料を算定している病棟に入院している者です。

この加算を算定するための施設基準には、病院に地域移行推進室が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていることや、地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること等が規定されています。

### ②地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料は2016(平成28)年4月の診療報酬改定で新設された項目です。1年以上入院している患者や入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟です。入院料は1日につき1,527点で精神療養病棟入院料(1,090点)と比較して高く設定されています。

また、この病棟には2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていることが施設基準に規定されています。

### ■退院支援相談員の業務

- ・病棟の退院支援相談員（主に精神保健福祉士を想定）は次の業務を行うこととなります（アからエまでは必須）。

#### ア. 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

- a) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。
- b) a)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。
- c) a)及びb)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。
- d) 退院に向けた相談支援を行うにあたっては、主治医、当該患者の治療にかかわる者及び相談支援事業者または居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整にかかわる者との連携を図ること。

#### イ. 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、退院支援委員会を、患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。

#### ウ. 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

#### エ. 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。作成した退院支援計画の内容を患者またはその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者またはその家族等に文書で説明すること。

### ③精神科退院指導料・地域移行支援加算

精神科退院指導料は、1月を超えて入院している精神疾患患者またはその家族等に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が協働して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービスまたは福祉サービス等に関する計画を策定し、文書で退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービスまたは福祉サービス等について医師が説明を行った場合に320点を算定します（入院中1回に限る）。

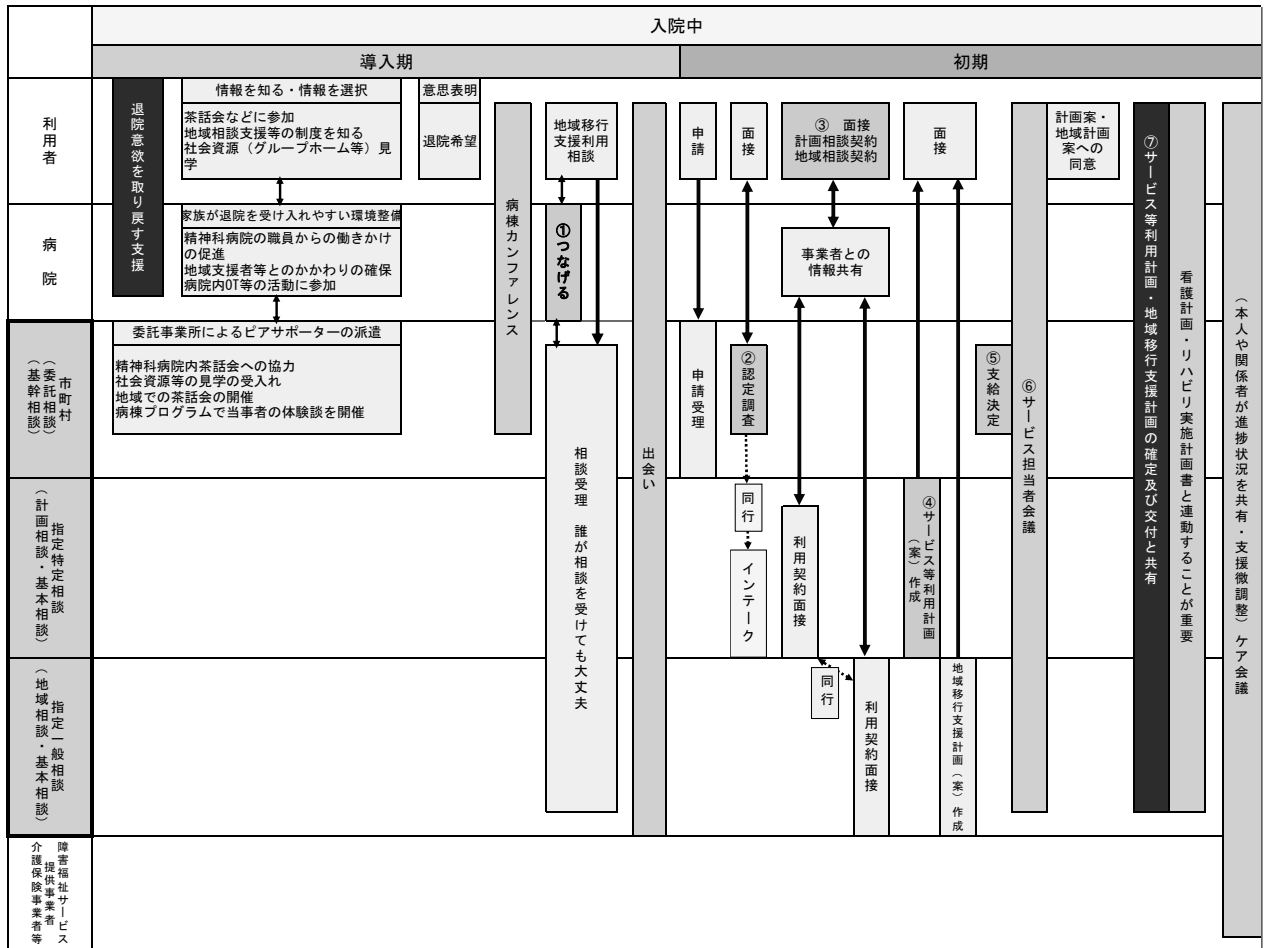


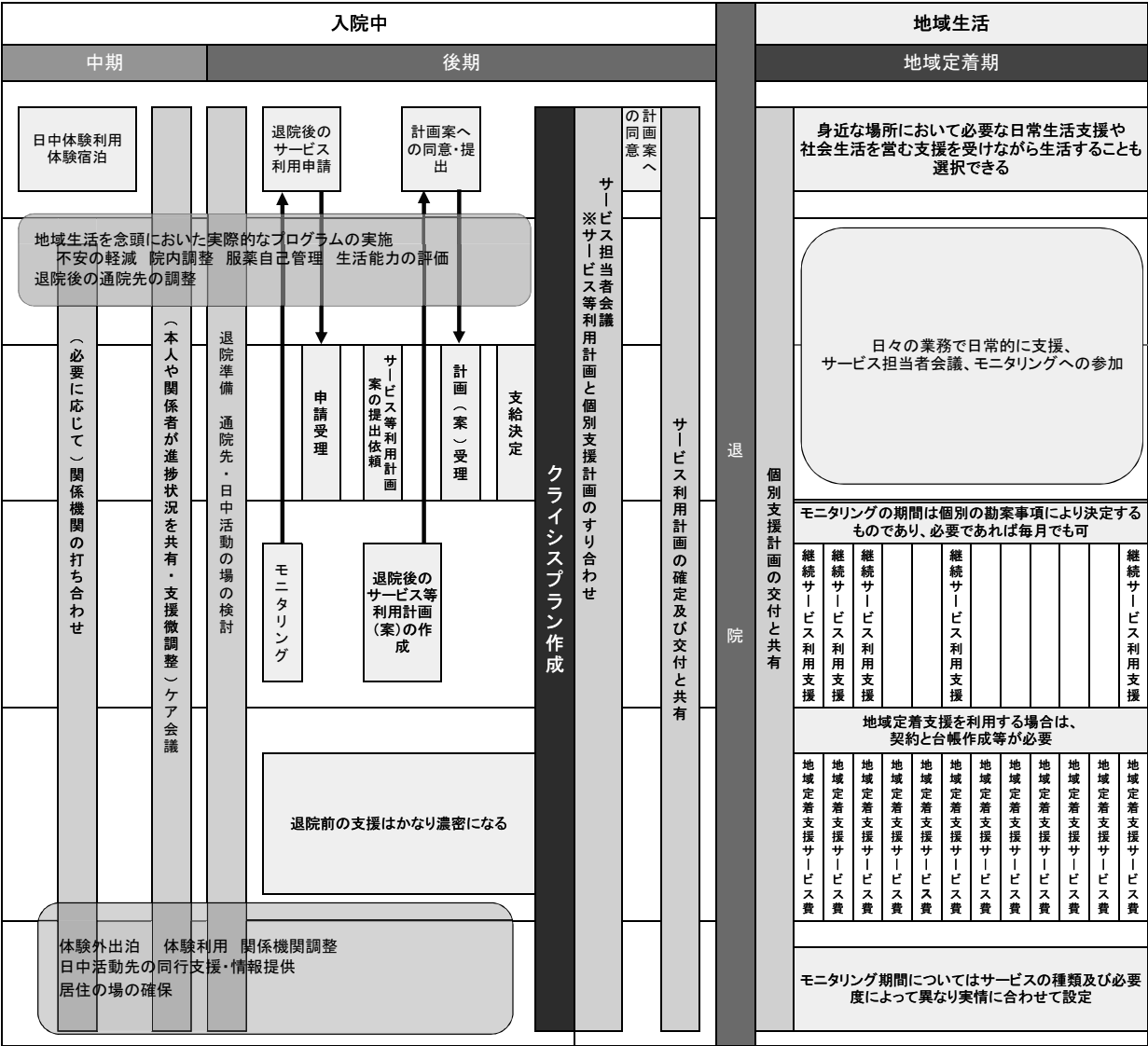
また、地域移行支援加算は、入院期間が1年を超える精神疾患患者またはその家族等に対して、計画に基づき必要な指導を行った場合で、患者の退院時に1回に限り200点を算定するものです。

なお、退院支援委員会には、患者の同意が得られない場合を除き、指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境にかかわる者に必ず出席を求めることとされています。

## 第2章 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

### 【 地域移行の進め方(全体の流れ) 】

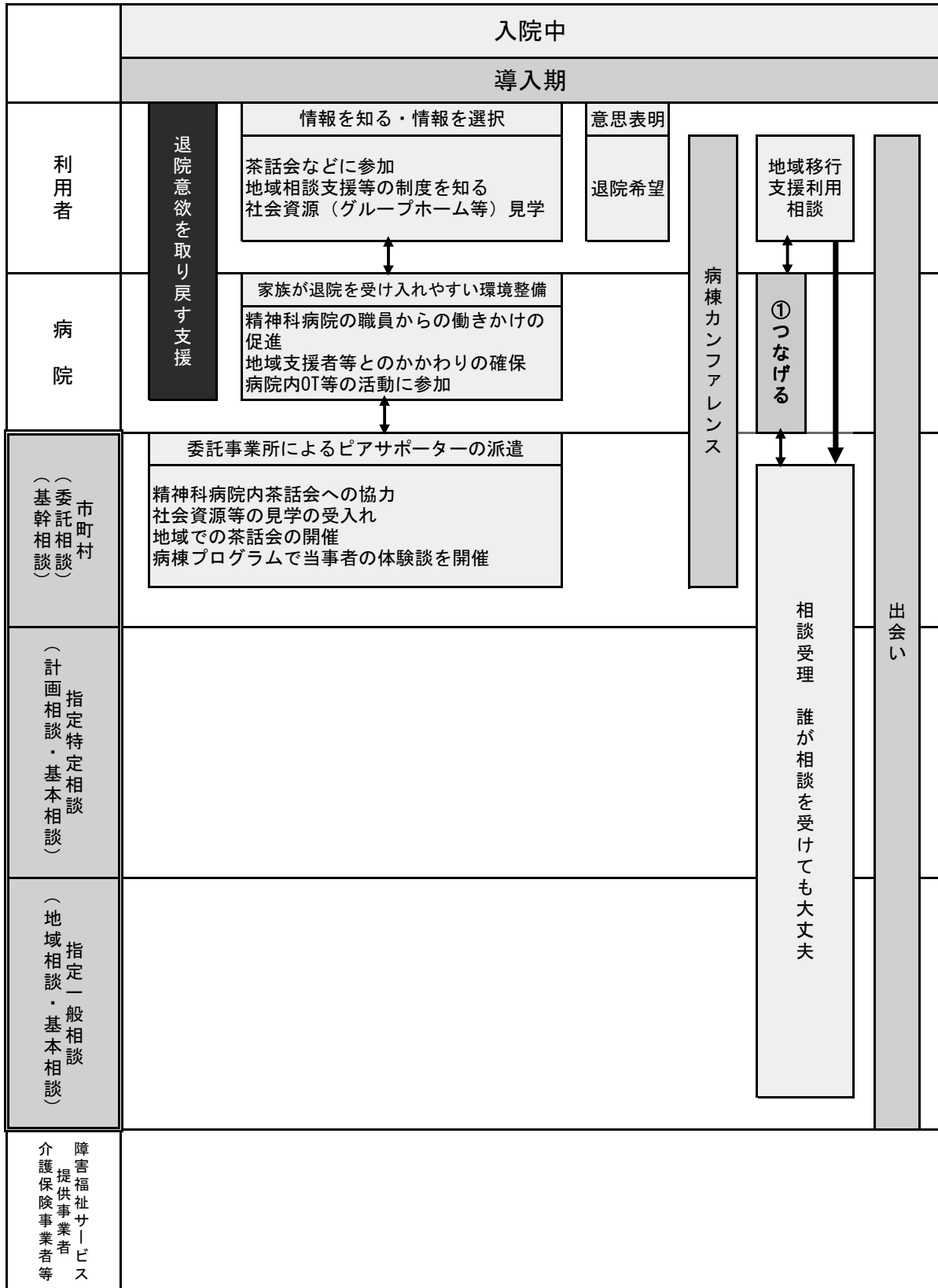




# 1 地域移行の進め方

## (1) 導入期

本人が退院希望をし、地域相談支援のサービス申請をするまでを導入期とします。



## ①本人との出会いと支援関係の形成

導入期は、地域支援者等（市町村の障害福祉担当職員、基幹相談支援センター、委託相談事業所の相談支援専門員、ピアサポーター等）が、入院中の本人とどのように出会うかが大切です。

精神科病院での入院が長期化すると、本人は「退院したくない」「病院だけが自分の居場所だ」など、様々な気持ちを抱えています。地域支援者等は「退院」を強く持ち出すのではなく、まずは「あなたの味方です」という気持ちで入院している本人へ丁寧にあいさつすることが大事になります。

入院が長期化することで、本人・家族・病院職員は退院することを諦めてしまうこともあります。退院への働きかけが疎かになると、本人の退院意欲を低下させる要因になります。入院前と同じ環境への退院が難しい場合でも、病院職員が、粘り強くどんな環境や支援があれば退院できるのかを考え続け、あきらめない姿勢を持ち続けてください。そして地域支援者等は、病院職員と一緒に考える存在になりましょう。

本人の退院意欲が低下している場合、本人のライフストーリーや現在の希望などを丁寧に聞き、退院したくない理由をしっかりと受け止めましょう。その上で、本人が本当の希望を自発的に話せるような関係づくり・場づくりを行います。入院が長期化することで、退院後の生活に不安が伴うと予測されます。葛藤する本人に寄り添い、本人の変化の可能性を信じ、粘り強く働きかけることが必要です。また本人を支える周囲の人や環境に働きかける視点を持つことも大切です。

## ②退院後生活のイメージづくり

具体的な手立てを考えてみます。

退院に関するサービス等の情報を本人へ届けることが必要です。地域移行支援・地域定着支援をはじめ、居住のこと、所得補償のこと、生活支援のことなどの情報が必要です。その際に、パンフレットやポスターなどを活用して、本人・家族が理解しやすいように工夫する必要があります。

それぞれの関係機関の役割を明確に伝え、退院後の生活全般について多職種が協働して相談に応じられることを明示することが必要です。

精神科病院は、地域の支援者が病棟に入りやすい環境を整えましょう。地域支援者等と本人が顔を合わせ一緒に活動できる場をつくることは非常に大切です。例えば、院内茶話会等を開き、本人が地域支援者等やピアサポーターとかわかり、信頼関係を構築していくことは大切です。ピアサポーターの体験を聞くことで、本人も退院後の生活のイメージがしやすくなり、自信にもつながります。同時に、病院スタッフにとっても退院への理解が深まり、支援のモチベーションを保つきっかけになるでしょう。

ご本人の退院意欲を取り戻すために、地域の活動に参加することも有効な方法です。ご本人と、日中の活動の場である就労継続支援事業所や地域活動支援センター等や、住まいの場であるグループホーム等の見学をする機会があると、より地域生活をイメージしやすくなります。また地域で茶話会などを開き、顔見知りの仲間が増えることで、退院後の生活の不安解消にもつながります。地域活動に参加することで、病棟の看護師や作業療法士などの理解促進にもつながります。



### ③病院職員と地域支援者の連携

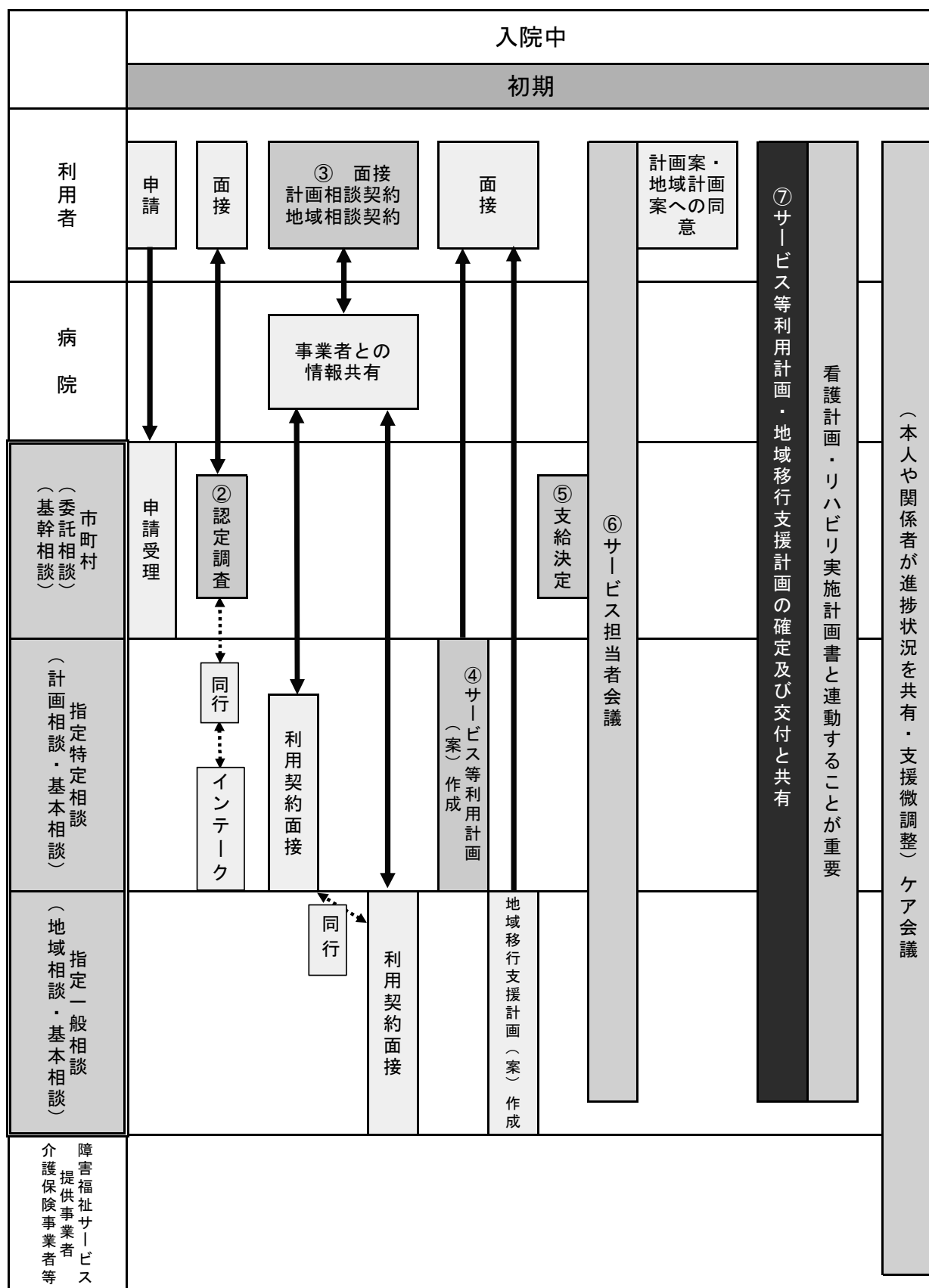
病院職員と地域支援者等が、退院支援をともに行うことで、両者の共通理解を図ることができます。入院治療が終われば、退院して地域生活に戻るのは当たり前のことです。本人が望む地域で生活できるように、制度やサービスの理解、障害者の権利について、研修会や事例検討会などを取り入れて、病院職員と地域支援者等が共通理解を深めることも大切です。

このようなプロセスを、精神科病院の職員だけではなく、本人の地域生活を支える家族や地域支援者等とともに取り組むことが望ましいでしょう。病棟プログラム等を通じて、普段から地域支援者が病棟に入りやすく、本人に社会資源の情報が届きやすい環境を整えることが大切です。精神科病院の職員と地域支援者等が同じ場面で本人の退院について話し合い、本人や家族の思いを皆で共有できる場にしていきましょう。

家族への支援を丁寧にすることも忘れてはいけません。本人に対し数年前に悩んでいた苦勞でも、昨日のことに感じています。本人と同じく、情報を届け理解していただくことで、安心して退院を受け入れる協力を求めています。

## (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を初期とします。地域移行支援計画の作成を通し、具体的な方針を立てていきます。



### ①障害福祉サービスの利用手続き

本人が申請してから支給決定されるまでに、おおむね1か月程度かかります。精神科病院側はこの1か月の時期を見越して、支援していく必要があります。また市町村は、なるべくスムーズに支給決定できるよう検討しておきましょう。

例えば、前ページのチャートを制度上の厳密な流れでいうと②で調査し、③で指定特定相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所と契約になります。入院している本人が自ら制度を知り、自ら申請する人はほとんどいないと考えられるため、精神科病院の職員が支援して本人が市町村に利用申請を行います。

申請した段階では、退院後の明確な居住先が決まっていなくても構いません。ある程度グループホームや一人暮らしなど方針を持っていたとしてもよいのですが、最終的にどこに退院して住むのかは、体験宿泊や体験利用を通して本人の意向により具体的な生活の方針が決まります。申請の段階で大切なのは、「本人の退院したい気持ち」です。本人がより退院へのモチベーションを上げていく効果が期待できるので、地域移行支援やサービス等利用計画の申請は、本人から市区町村窓口にてかけてもらうことが望ましいです。また、65歳以上の入院患者であらかじめ退院後に介護保険サービスの利用が見込まれている場合は、障害福祉サービス利用申請時に介護保険サービスの利用について、担当課に相談をしておくことも重要です。

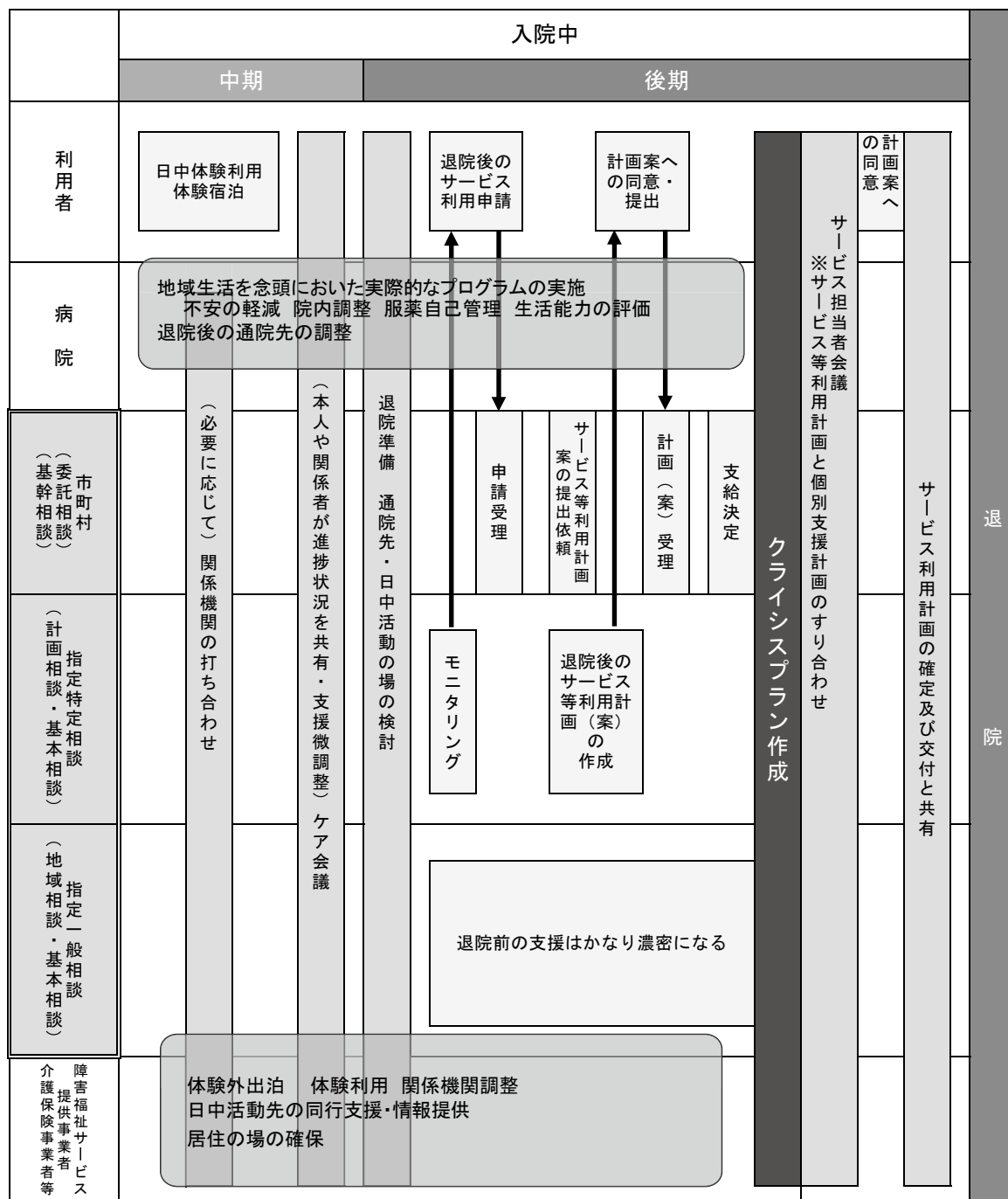
### ②サービス担当者会議の実施

サービス担当者会議は、本人・家族、病院関係者、指定特定相談支援事業所（計画相談を担当）・指定一般相談支援事業所（地域移行支援を担当）の相談支援専門員、もしくは地域移行推進員、障害福祉サービス提供事業者などに参加してもらいます。指定特定相談支援事業所の相談支援専門員が会議を進行するとともに、本人の意見に基づいて作成したサービス等利用計画（案）を提示し、本人の意向、総合的な支援の方針、中長期的な支援目標、本人・家族、関係者の役割を確認し今後の進め方について合意形成を図ります。

指定一般相談支援事業者が作成する地域移行支援計画（参考資料1、27ページ）は、今後の具体的な動きを本人へ提示します。そして作成した計画は、指定一般相談支援事業所が本人へ説明し、同意、交付が義務づけられています。また、精神科病院の看護計画や退院支援計画、リハビリテーション実施計画書等との連動が重要であり、地域と精神科病院が一体的に動ける計画を作成しましょう。自宅の環境整備、病棟での作業療法やSSTなどへの参加も、本人の無理のない範囲で他者との交流を促進し、具体的で実効性のある計画になるよう心がけます。

### (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、通院先などを決めていくのが中期・後期になります。



#### ①地域移行支援計画の開始とケア会議の実施

中期・後期は、地域移行支援計画を実行していきます。指定一般相談支援事業所の担当者は、月に2回以上本人と会って支援していきます。電話のみでの対応は認められていません。

地域移行支援の経過のなかで本人の病状の変化や不安の増大、支援内容の変更が必要な時、退

院へのモチベーションが低下した時、維持が必要な時、地域移行支援の関係者の理解と調整が必要なタイミングでケア会議を開催します。ケア会議での本人を中心とした関係者との協議によって必要な見学や体験等を決めていきます。こうした協議を通じて主となるマネジメントの役割は病院の退院後生活環境相談員等から地域の相談支援専門員へ徐々に移っていきます。

## ②地域移行に向けた病院内プログラムと病院外での体験

精神科病院は作業療法などのプログラムも地域生活を念頭において実施していきます。

例えば家電製品の使い方や調理の練習、公共交通機関を利用したり、買い物をしたりする等の練習も行います。心理教育プログラムではSST等を通じてSOSの出し方や相談相手など具体的な対処方法を考えます。「お薬カレンダー」等を用いて内服の自己管理を行い習慣にしていくこと、また退院後の生活に必要なサービスの書類作成や手続きを一緒に行っていきます。どのような工夫でセルフケア能力を高めていく支援ができるのか、本人と一緒に考えていきます。

地域移行支援としては、障害福祉サービスの事業所を本人と一緒に見学したり、体験したりすることで、具体的な退院後の生活のイメージをつくることが重要です。

まずは、本人の楽しみを見出しながら、外食したり家電量販店に必要な物の下見に行ったりして、生活のイメージを少しずつ高めていきます。また交通機関の利用が心配な方は一緒に利用してみることも大切です。病院の精神保健福祉士や看護師も同行することで、病院でも実際に行える支援が見えてくることもあります。

退院後どこに住むのかは、本人にとっても関係者にとっても考えなければならない重要事項の一つです。

例えば、グループホームや宿泊型自立訓練施設などで、体験宿泊を利用することができます。最初は1泊くらいからはじめ、自信がついてきたら2泊・3泊と延ばしてみましょう。病棟の生活とは違うので、食事の準備や服薬、お金のことなど生活面がどこまでできるかアセスメントすることができます。体験宿泊等を通じて、一人暮らしが良いのか、グループホームのようなところが良いのか決めていきます。また自宅へ戻ることを希望している場合、自宅の状況を確認する必要があります。片づけを一緒に行い、住みやすい環境に整備していくことも大切な支援になります。一人暮らしを希望している場合は、不動産屋さんと一緒に行って物件を探し、その物件の周りを歩いてスーパーやバス停の位置なども確認する必要があるでしょう。そして退院間近には、アパートの契約手続きを一緒に行えるよう支援します。また必要な日用品や家電製品を購入する手続きも必要になります。

日中活動先に考えられる就労継続支援事業所や自立訓練事業所などに体験利用をしてみること、本人の希望とする作業内容なのか、集中して利用できるのか等もアセスメントできます。この体験はできないことを発見するために行うのではなく、本人のストレングスを見出し、できる可能性を見つけることが大切です。ホームヘルパーや訪問看護などのサービスを利用するかどうするか考えるきっかけになります。事業所と情報を共有しながら本人と事業所の支援者との関係を構築していきます。

### ③退院後のサービス等の利用調整

指定特定相談支援事業所は、退院後のサービス利用の計画を念頭に、本人に市町村へ申請手続きの支援を行います。退院後の地域生活に必要なフォーマル・インフォーマルサービスを含んだサービス等利用計画（案）をサービス担当者会議で提示し、本人の意向に沿った支援計画となるよう必要な修正や確認を行っていきます。また、サービス提供事業所の個別支援計画とすり合わせることも大切になります。

病院は、退院後の通院先の調整をしていきましょう。入院している精神科病院に外来通院する場合、受付から診察までの手順を確認しておくこともできます。また入院とは別の医療機関に通院する場合は、交通手段や初診日、紹介状の準備、自立支援医療の手続きや情報の共有などが必要になってきます。退院後も本人が安心して通院できるよう支援します。

病院と指定一般相談支援事業所は、本人と協力してクライシスプラン（参考資料2、27ページ）を作成することが有効であると考えます。クライシスとは、本人にとって危機的な状況です。クライシスプランは、入院中に作成することが望ましいです。クライシスプランがあることで、本人の安心にもつながるとともに、地域支援者等の適切な支援につながります。まずクライシスとは、どのような状況なのか本人と確認します。ここで注意すべきことは、クライシスは支援者が心配な状況とは限らないことです。周囲の人にとってはささいなことでも、本人にとっては心配なこともあるのです。クライシスな状況を乗り越えることで、本人が地域で安心して生活していく自信が深まります。

退院が目前に迫ると、本人が不安や心配で揺れる可能性もあります。そこに一番寄り添える看護師をはじめとした病棟スタッフの力が、退院への安心感を与えます。



退院はゴールではありません。退院後、落ち着いて地域生活ができるよう支援していくことがスタートになります。

|                                |        |                                                |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
|--------------------------------|--------|------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
|                                |        | 地域生活                                           |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
|                                |        | 地域定着期                                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| 利用者                            | 退<br>院 | 身近な場所において必要な日常生活支援や社会生活を営む支援を受けながら生活することも選択できる |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| 病院                             |        |                                                |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| （委託相談）<br>（基幹相談）<br>市町村        |        | 日々の業務で日常的に支援、サービス担当者会議、モニタリングへの参加              |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| （計画相談・基本相談）<br>指定特定相談          |        | モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可      |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| （地域相談・基本相談）<br>指定一般相談          |        | 地域定着支援を利用する場合は、契約と台帳作成等が必要                     |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |
| 障害福祉サービス<br>提供事業者等<br>介護保険事業者等 |        | 継続サービス利用支援                                     | 継続サービス利用支援  | 継続サービス利用支援  |             |             | 継続サービス利用支援  |             |             |             |             | 継続サービス利用支援  |  |
|                                |        | 地域定着支援サービス費                                    | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 | 地域定着支援サービス費 |  |
|                                |        | モニタリング期間についてはサービスの種類及び必要度によって異なり<br>実情に合わせて設定  |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |  |

### ①緊急時の支援体制

緊急時に支援が必要な事態が生じた場合に備えて、地域定着支援が利用できます。地域定着支援は、常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な際は速やかに利用者の居宅訪問や電話などにより状況把握を行い、本人の状況に応じて支援を適切に行います。また地域定着支援台帳(参考資料3、28ページ)を作成しておく必要があります。地域定着支援で行う夜間など時間外の対応を適切に行うために、クライシスプランを活用して本人と緊急時支援の内容をよく話し合っておくことが重要です。また、医療機関とも情報共有を図っておくことでより適切な緊急時対応が可能になると考えられます。

### ②モニタリングの実施

指定特定相談支援事業者は計画相談支援によるモニタリングを、退院後3か月は毎月実施し、地域生活に慣れていけるよう見守ります。また本人の生活状況に応じて、必要なサービス等の調整を行っていきます。その後は、本人の状況を厚生労働省の定める基準に照らし合わせ、毎月、3か月、6か月ごとにモニタリングを実施することができます。また、本人の状況によっては2か月ごと、4か月ごとの実施も可能です。

モニタリングを重ねていくことはとても重要な支援です。例えば、夜間になると寂しくなることが多いので対応策を考える。外食が増えてお金がかかるので、ホームヘルパーを利用するか検討する。このように入院中の生活だけではわからない部分を、モニタリングを通じて再調整していきます。

### ③退院後に活用できる支援

医療サービスとして精神科訪問看護や精神科デイケアがあります。障害福祉サービスとして、居宅介護(ホームヘルプサービス)や自立訓練、地域定着支援など様々なサービスがあります。また2018(平成30)年度から新たな障害福祉サービスと位置づけられる自立生活援助なども、退院後の本人を支える有効な支援になると考えられます。

なお、65歳以上では介護保険サービスの利用が優先されます。その場合は、居宅介護支援事業者によるケアプランの作成が必要となります。介護保険サービスにない地域定着支援等の障害福祉サービスは利用できます。

こうした地域資源を活用して地域移行支援を進めるには、支援を実施する市町村でどのようなサービスがあるか、日頃から確認しておくことが大切になります。



【 参考資料 3 地域定着支援台帳 】

| 地域定着支援計画兼台帳            |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|----------|----------|------------------|----------|
| 利用者氏名                  |                                                                                                                                                                       | 住所           | 〇〇〇市 〇〇町 〇〇番地 |          | 電話番号     |                  |          |
| 障害福祉サービス受給者証番号         |                                                                                                                                                                       | 障害支援区分       |               |          | 計画作成担当者  |                  |          |
| 地域相談支援受給者証番号           |                                                                                                                                                                       | 指定一般相談支援事業者名 |               |          | 利用者同意署名欄 |                  |          |
| 計画案作成日                 | 平成 年 月 日                                                                                                                                                              | 支給有効期限       | 平成 年 月 日迄     |          |          |                  |          |
| 心身の状況                  |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
| 置かれている環境               | <input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 障害・疾病・高齢等の家族と同居 <input type="checkbox"/> 退院・退所直後及び地域生活不安定 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |              |               |          |          |                  |          |
| 長期で目指す姿                | 平成 年 月頃                                                                                                                                                               |              |               |          |          |                  |          |
| 短期で目指す姿                | 平成 年 月頃                                                                                                                                                               |              |               |          |          |                  |          |
| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間)                                                                                                                                             | 提供<br>期間     | 支援<br>担当者     | 私(本人)の役割 | 支援者等の役割  | その他<br>支援上の留意事項等 | 評価<br>時期 |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
| 緊急時に必要となる連絡先           | 所属                                                                                                                                                                    | 担当者          |               | 連絡先      |          | その他              |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |
|                        |                                                                                                                                                                       |              |               |          |          |                  |          |

## 2

## 地域移行推進における関係機関・関係者の役割

## (1)行政担当者

## ①保健所

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。

保健所には、①圏域内市町村の精神障害者の現状の把握と市町村が計画策定等に必要データの提供、②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、③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、④他市町村とのつながりを広域的に働きかけなど、広域の仕組みをつくる役割が期待されます。

## ②市町村

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おり、かつて都道府県及び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ました。

障害者基本法において、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。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。国の基本指針（平成26年厚生労働省告示第231号）では、入院中の精神障害者の地域生活への移行について、入院中心医療から精神障害者を支えるための精神医療への改革の実現を目指すという方針を踏まえ、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します。

「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年厚生労働省告示第65号）」では、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。また障害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とあります。

市町村では地域生活支援事業における障害者相談支援事業を必須事業として実施しています。障害者相談支援事業は市直営で実施しているところや指定一般相談支援事業所等に委託して行っているところなど、市町村によって様々ですが、いずれにしても市町村は、当該市町村における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関する相談支援体制整備を含めた方策を計画し、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、①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、

②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、③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、④（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、⑤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、などが必要となります。

## （2）市町村（自立支援）協議会

市町村（自立支援）協議会（以下、「協議会」という。）は、障害者総合支援法第89条の3第1項に規定され、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、また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。協議会の主な機能は、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、地域における相談支援体制の整備状況や課題・ニーズ等の把握、地域における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・運営等が挙げられます。

地域移行を進めるためには、市町村や相談支援事業者およびサービス提供事業者らが協議会の機能を活用することで、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し、①地域移行の目標値を設定、②課題解決に向けた協議、③地域移行推進に向けた仕組みづくり等を協議し、計画立案、実行、評価を行うことが求められます。また、地域移行を具体的に実行していく地域移行推進チームを市町村ごとに設置することが望ましいと考えます。この際、具体的な協議を進める委員については、できる限り実務者レベルで構成されることで、具体性のある協議とそれに基づいた実効性の高い取り組みにつながりやすくなるでしょう。（コラム：市町村（圏域）における連携体制の構築、38ページ～）

## （3）障害者相談支援事業と基幹相談支援センター

### ①障害者相談支援事業

障害者総合支援法では、先にも述べたように市町村は地域生活支援事業における障害者相談支援事業を必須で直営または適切な指定一般相談支援事業者等への委託により実施しなければなりません。（2016（平成28）年4月時点で90%の市町村が委託により実施）

障害者相談支援事業は個別給付費ではなく直営あるいは委託費で実施される事業です。そのため、指定特定相談支援事業者が実施する基本相談支援や計画相談支援では対応しにくい、個別給付につながる前の相談、あるいは個別給付にはつながらない相談等繰り返しの訪問、継続的な面接や同行支援に対応できる相談支援事業です。そのため、地域移行に関わる支援において、個別給付では手が届かないニーズへの対応に活用できる相談支援事業と言えます。



## ②基幹相談支援センター

市町村または市町村が委託するもの（社会福祉法人、特定非営利活動法人等）は、地域の中核的な役割を担う拠点として、基幹相談支援センターを設置できるとされています。また、2016（平成28）年7月『「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』においても、相談支援が円滑に効果的に提供できる体制を構築していくために、基幹相談支援センターを有効に活用することが重要であることが示されています。（2016（平成28）年時点で27%（473市町村・534か所）が設置。（「障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果について」社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室））

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、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・地域定着支援の体制整備を行う役割を担っています。さらに、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。また、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。

そのなかで、基幹相談支援センターの役割の一つである地域相談支援の推進、特に精神障害者の地域移行については地域格差も大きく、全般的に進まない状況にあります。地域移行・定着支援そのものは指定一般相談支援事業所が担いますが、地域相談支援をめぐる地域課題は指定一般相談支援事業所単独で解決できるものではありません。基幹相談支援センターが相談支援の体制を構築するなかで、地域相談をめぐる課題を解決していく役割は非常に大きいものといえます。

そこで、基幹相談支援センターは、まず、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。そして、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かけていくことが重要となります（例：協議会のなかに部会として位置づける等）。

個別の取り組みとして、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と同時に、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相談支援事業所及び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ことも重要となります。しかし、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。そこで、地域移行にかかわることができる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。

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きます。

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となります。

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。

## (4) 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者

「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、同一事業所が双方の指定を受けることが可能であるため、実際の支援場面においては、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」を行うことが多く見受けられます。

別事業所もしくは別の相談員がそれぞれ「計画相談支援」と「地域移行支援」を担当する場合もありますが、連携を図り、「サービス等利用計画」及び「地域移行支援計画」双方の計画のすり合わせを確実に行うとともに、その計画に沿って地域移行を進めていくことが肝要です。

### ① 相談支援専門員

実務につくためには、それまでの所定の相談支援業務や直接支援業務の経験年数と「相談支援従事者初任者研修」の受講が必須となります。地域移行を担う指定一般相談支援事業者は配置基準を満たしていれば、相談支援専門員が作成する地域移行支援計画に基づいて相談支援専門員ではない指定地域移行支援従事者が支援を実施することができます。基本相談支援を基盤としてサービス等利用計画を作成したり、地域移行支援計画を作成する相談支援専門員は地域移行や地域生活を維持する際の要となる専門職です。

なお、具体的な支援の方法は、「第2章 1 地域移行の進め方」(17ページ～)に示されていますのでそれを参考にしてください。

### ② ピアサポーター

2014(平成26)年に国が示した「長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策」では、退院に向けた意欲の喚起のなかに、外部の支援者等とのかかわりの確保として“ピアサポート”という言葉が出てきます。つまり、地域移行をより推進していくためには、当事者性をいかした支援が必要であることを示しています。しかし、制度としてこのことに取り組む当事者の方々の名称は整理されていません。ここでは、まずピアとは「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」、そして、そのために支援を行う人をピアサポーターとします。

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ふたををしてしまっている方、自らが退院して暮らすことの具体的なイメージを持てず、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方、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えている方等々、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えています。しかし、それらに対する様々な思いを必ずしも病院の職員に言葉で伝えることができるとは限りません。さらに、その思いに病院の職員がどれだけ気づくことができ、共感することができるか、それには大きな限界があります。そこで、同じような経験をした者同士のかかわり合いが大きな力を発揮することになります。

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ます。具体的な支援として、

例えば、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つくり、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や、居住先や日中活動の場の見学等への同行等を行うことで、退院後の生活の不安を解消する手立てとなります。つまり、ピアの存在は、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。

しかし、ピアサポーターとしてその役割を担っていくためには、他の専門職と同様に研修が必要となります。しかし、全国的にはまだまだピアサポーターを養成する研修が実施できる体制が整備されているところは少ない状況があります。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等に雇用され、地域移行支援に取り組んでいくことが期待されます。また、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。

### （5）居宅介護支援事業所（介護支援専門員）

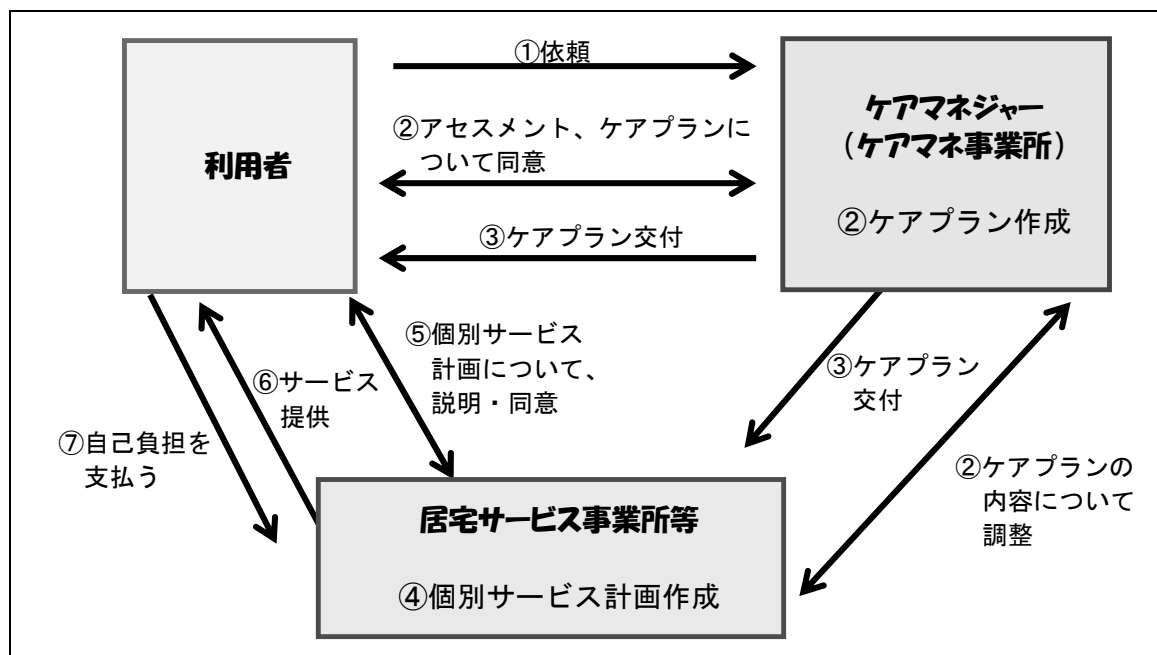
居宅介護支援事業所は、居宅（軽費老人ホーム、有料老人ホーム等を含む）において介護が必要な高齢者等について、介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの適切な利用等を行うことができるような「居宅介護支援」を行う事業所です。

- ・ 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）を作成する。
- ・ 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。
- ・ 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。

そして、実際に居宅介護支援を行う職種が介護支援専門員で、通称ケアマネ（ケアマネジャー）とも呼ばれています。介護支援専門員は、居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所（地域包括支援センター）にいるほか、特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設にもいますが、施設の介護支援専門員はその入所者について主に施設サービス計画を作成します。

精神科病院に入院している65歳以上の精神障害者のなかには、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。

## 【 居宅介護支援における業務の流れ（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>

## (6)精神科病院

### ①主治医

主治医は病院内のチーム（以下、「チーム」という。）のなかで中心の役割を果たします。治療方針をはじめ、担当する患者本人にかか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かかわること、退院までの進め方についてや、退院の決定など治療を行うなかでの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。特に地域移行機能強化病棟においては毎月退院支援委員会を開催し、当該病棟に入院している本人の進捗を確認します。その時、主治医からは主に治療経過と今後の見通しについて意見が出されます。今の病状、退院後の経過予想、処方内容についてなど主に治療に関することが話されます。各職種から出された課題に基づきチームとして地域移行のプログラムを進めるなかで、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）「好ましくない行動」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。あくまでも治療を優先しつつ、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。こうした日々の意見交換を通じて主治医と患者の関係が改善され、チームの本人や治



療に対する相互理解が深まる結果に至ることもあります。

## ②病棟の看護師等

多くの精神科病院は本人受け持ち制をとっているため、本人には担当看護師がついています。さらに病棟内をチーム分けしているところなどはチームの担当の看護師もいることになります。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。看護師のアセスメントはチームのなかで情報を得たものであり、受け持ち看護師個人ではなく多様な支援者（同じチーム内の看護師、主治医、作業療法士、精神保健福祉士、栄養士、看護助手など）の視点を含んでいます。また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ていきます。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なかでも患者の状態を観察し、適切な声かけを行っていきます。地域移行をはじめたことが不安になってきた患者にも寄り添い、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かたち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はじめると同時に、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。

## ③作業療法士

何らかの疾患や障害があると、特に精神疾患の増悪においては生理機能、身体機能、認知機能の低下により人はそれまで特に緊張もせず、なんの苦もなく行っていたことが自然にできないような状態になります。このような状態は本人自身の生活のしづらさを引き起こして自己評価の低下など心理的問題を引き起こすとともに、家族を含めた周囲との社会的関係性に支障をきたすことにもなります。

作業療法士はこのような状態に対して様々な“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。地域移行にかか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。まずは病院近隣への外出を行い、徐々に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。グループの方が参加しやすい人もいれば個別でないと参加できない人もいますので日頃のかかわりのなかでどちらの方がその人にとって負担が少ないかを考えます。入院生活のなかではあまり体験できない自由な時間（とはいえまだ入院中なので制限はあるのですが）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。その後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ともにやっていきます。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ていくことに

なります。退院準備をしていくなかでの作業療法は退院後の生活支援に向けて問題解決能力、現実検討力の維持を図るための作業を用いることが中心になります。この時期は、本人が置かれている環境において最大限の適応的生活が可能となるように、生活上での問題解決への相談支援や家族を含めた周囲の人たちに対する相談支援も含めた環境調整が必要になります。

#### ④薬剤師

薬剤師は医師の指示のもとに処方薬剤を調剤する業務だけでなく、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。服薬指導は地域移行する本人に限られたことではなく、入院中の本人も対象になります。わかりやすく薬の話をするだけでなく、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、あわせて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できるように支援していきます。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。患者のなかには「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ人もいますので、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。

#### ⑤(管理)栄養士

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。精神障害の有無にかかわらず、人は身体疾患に対する健康管理が必要です。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、その予防と早期発見、早期治療、治療継続の必要性は高いと考えられます。そこで内服による治療とあわ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。

薬剤師同様わかりやすく患者に説明し、理解できるように工夫しながら指導を行っていきます。食材が書かれたカードを使って一日の献立を考えたり、スーパーなどで売っているお惣菜のカードをつくり、三食の食事ではどのメニューを選ぶか、栄養やカロリーを考えながら献立を立てたりするプログラムも行います。地域移行を進めるなかで退院して一番良かったことは？と患者に聞くと「好きなものが食べられること」という患者が多くいます。入院中は三食とも決まった給食を食べ、おやつにも制限がある入院生活では好きなものを食べるという当たり前のことができない状況です。特に退院直後の本人は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、なかには「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ことを伝えながら、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。また合併症の治療も行っている本人については、入院中はカロリー計算された食事が出てきましたが、退院後は本人が気を付けるしかないのが実情です。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する患者も出てきました。このように栄養士は主治医をはじ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かわりを持っていきます。



## ⑥臨床心理技術者

臨床心理技術者は、医師とは異なる学問的背景から患者の特性、心理的特徴を明らかにします。臨床心理技術者は、医師の指示を受けて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(WA I S)では知能の高低のみならず、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ることができます。

適応がある場合には、認知行動療法等、エビデンスの高い心理療法を行うことにより、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。

## ⑦精神保健福祉士

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、退院を阻害しうる社会的な課題の解決をすることで早期退院、必要のない長期入院の解消を目指していきます。必要性の乏しい長期入院を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。

入院が長期になった本人のなかには退院することを望まない人もいます。退院する先がないことが理由であったり、家族が退院を反対したりしているからとか、ただ単に「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なかなか納得せず、地域移行のプログラムへの参加を拒否する人もいます。長期入院になってしまった患者のなかには入院中になんの働きかけもされなかったということではなく、病院内のチームのメンバーからの働きかけを何らかの理由によって拒み続けていた患者もいます。

しかし、ここ最近地域移行の必要性が大きく取りざたされ「地域移行機能強化病棟」も開設されました。1年以上入院している患者を地域に退院させることを目的に新設されたこの病棟では毎月の退院支援委員会で本人の地域移行に向けた活動についての進捗を報告します。そこで主治医をはじめとした看護師、作業療法士、薬剤師等の意見も聞きながら患者一人ひとりの方向性を確認していきます。

この病棟の精神保健福祉士は「退院支援相談員」として機能することになりますが、患者の個性も大事にしながら、なかなか退院に気持ちが向かない本人のために病棟や作業療法のプログラムのなかで、地域の相談支援事業所を招いて交流したり、時には一緒に外出をしたりして、地域の方と顔なじみの関係をつくり、そのなかから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ていきます。しかし、退院後生活環境相談員だけがこれらすべての関係調整を doing は一人で抱え込み疲弊や孤立感を生む原因にもなりかねません。精神保健福祉士と退院支援相談員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、さら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うことになります。

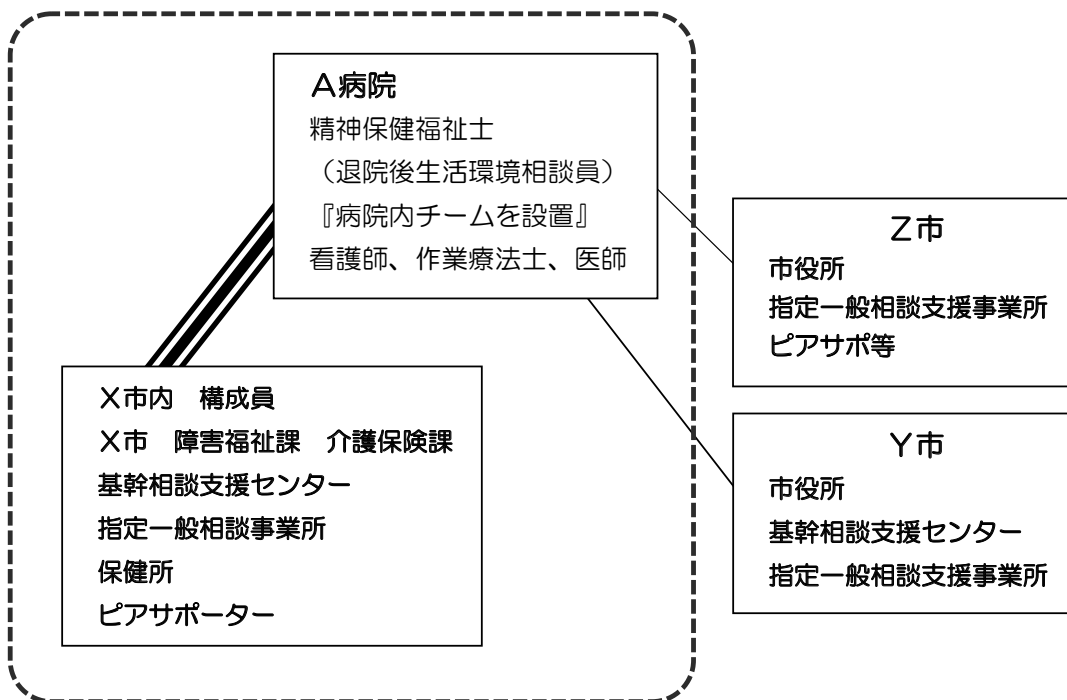
## コラム Colum

### 市町村（圏域）における連携体制の構築

#### ▶ 1 地域移行部会を市町村の協議会に設置する意義

- ・ これまでなぜ地域移行支援は進まず、必要性の乏しい長期入院が解消されなかったのでしょうか。
- ・ 精神障害者の福祉施策は、制度化の面で歴史的な浅さがあります。障害者支援が制度化されるまでは「精神病患者」として捉えられており、「障害者」として福祉の対象にはされてきませんでした。また、精神科特例によって、一般科医療に比べて少ない人員で治療にあたり、支援にあたる人材不足もありました。さらには、これまで医療分野と福祉分野それぞれで従事者研修や検討が行われてきましたが、分野横断的な研修が行われておらず、連携が不十分でした。
- ・ そこで、地域移行支援を進めるにあたって下図で示すような地域移行部会を市町村の自立支援協議会の機能を活用して、精神科病院とその病院のある市区町村（障害福祉課・介護保険課等）、基幹相談支援センター、指定一般相談事業所、保健所、ピアサポーター等がメンバーとなって、地域移行部会を設置することを提案します。

【 地域移行部会の設置図（案） 】



- ・ それでは、前ページの【地域移行部会の設置図（案）】について解説します。
- ・ なぜ、A病院とA病院のある市区町村を中心に設置するのか。A病院には、X市以外のY市やZ市の方も入院しています。当然X市役所からは、「なぜX市なのに、Y市やZ市のこともやらないといけないのか」という意見が出るのが予想されます。
- ・ しかし、このような考え方をしてはいかがでしょうか。
- ・ 『A病院に入院している長期入院の患者の課題は、X市の地域課題』
- ・ やや突飛な考え方かもしれませんが、保健所圏域でチームをつくったとしても、圏域外の入院患者の支援についての課題は出てきます。精神科病院からは、「地域移行について、市のどこに相談すれば支援してくれるの？」「市によって窓口が、福祉課だったり、基幹相談だったりして困ってます」などの声が聞かれます。
- ・ そこで、精神科病院がどのように地域移行を進めるのか迷った時は、まずは地元の「地域移行部会」に安心して相談できる体制をつくりましょう。患者本人の希望を踏まえた上で、支援の検討を行います。そこには、当然Y市の方の相談や検討も行います。「Y市に帰って生活する方法はあるのか」「A病院近くのX市で生活した方が良いのか」「地域移行支援を利用した方が良いのか」などを協議します。それぞれの機関だけで考えて支援に行き詰まったとしても、地域移行のメンバーが集まって考えることで支援のアイデアが増え、本人の退院の可能性が広がります。必要に応じ、Y市の福祉課や基幹センターなどをチームの会議に呼んで、一緒に検討することも必要です。
- ・ 病院がないY市やZ市も、日頃から地域移行について協議する場を市町村に設置しておくことは必要です。

## ▶ 2 連携にあたっての留意事項

- ・ 地域移行部会を設置するにあたっての留意事項です。
- ・ 地域移行部会の役割は、
  - ① 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
- ・ 地域移行部会の役割は、①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の3つです。地域移行部会の構成メンバーは、地域の実情に応じて構成する必要がありますし、どのような人に集まってもらうと地域移行支援が進むのか、メンバーの所属、名前をイメージしてみましよう。自分たちの市町村で地域移行を妨げている課題を見つけ、課題に対する手立

てを考えていくことも大事な作業になります。

例) 個別のケースから支援方法を共有する

例) 我が町の住民が何人入院しているのか把握する

例) (自立支援) 協議会等に働きかけを行う

### 【精神科病院の役割】

- ・ 個々の精神科病院の職員や相談支援専門員、各精神科病院や事業所のみでは解決できない問題も、チームで話し合うことで解決策を見出すことができます。
- ・ 精神科病院は、入院中の精神障害者の基本情報は常に把握してください。
- ・ 精神障害者本人の住所地の市町村はどこか。またその市町村には何人ぐらいの方が入院しているのか。65歳以上の方は何人入院していて、65歳未満の方が何人入院しているのか。1年以上の方が何人入院していて、1年未満の方が何人ぐらい入院しているのか。家族の状況や支援者の有無、なぜ入院が長くなっているのか。このような情報を把握してください。
- ・ そして、精神科病院内にチームをつくってください。
- ・ 支援を進めるにあたって、担当している精神保健福祉士や看護師が窓口になることが一般的です。地域移行支援に関して精神科病院内で周知し、理解を深めていくために、精神科病院内チームをつくってください。この精神科病院内チームが中心となって、精神科病院職員の理解を深めるための研修会を企画し、地域の支援者に講師になってもらう方法も有効です。支援について精神科病院内でうまく進まない時は、精神科病院内チームが必要なアドバイスをすることができる仕組みをつくってください。もしも精神科病院内チームだけで解決できない時は、地域移行推進チームに相談し解決を図りましょう。

### 【市町村の役割】

- ・ 2016(平成28)年12月22日に開催された第5回「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料には、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があり、そこには、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者の協議の場の設置について示されています。市町村単位でも、精神障害者の生活支援をさらに考えていく必要が求められています。
- ・ 市町村の自立支援協議会を活用して、地域移行部会が機能できる下支えを構築してください。入院中の患者の半分は65歳以上です。障害福祉担当課だけではなく、介護保険の担当や生活保護担当なども必要に応じ参加してもらるように、役所内の周知を行ってください。65歳以上の患者については、退院するまでの部分は障害福祉サービスである地域移行支援を利用し、退院後の生活は介護保険が利用できるよう協力体制を庁内につくっておく必要があ

ります。

- ・ 自分たちの市区町村の住民が、どこ精神科病院に何人ずつ入院しているのか把握してください。その数値を障害者福祉計画や社会資源の開発につなげる根拠としてください。

#### 【障害者相談支援事業・基幹相談支援センターの役割】

- ・ 障害者相談支援事業に従事する相談支援専門員は、入院している精神障害者に会いに病院へ出向いてください。そして地域移行支援に関する情報を届けてください。長い入院生活によって、退院に不安を抱えている精神障害者については、退院意欲を喚起する支援を行ってください。退院意欲が低下し、地域移行支援の申請をするまでのかかわりは病院内の取り組みだけでは困難です。病院の外からの取り組みが必要です。指定一般相談支援事業所につなぎ、地域相談が円滑に進むように進捗を見守る役割も必要です。
- ・ 地域移行部会で体制整備のための協議を活性化していくためには、基幹相談支援センターの役割が必要です。
- ・ 基幹相談支援センターは地域移行支援の体制整備のために、各病院の管理者への働きかけの他にも、他市町村とのつながりを広域的に働きかけ、広域の仕組みをつくる役割が期待されます。その際、保健所にも基幹相談支援センターと連携し地域関係者が病院へスムーズに働きかけられるためのコーディネートの役割が期待されます。

#### 【指定特定相談事業所・指定一般相談事業所の役割】

- ・ 指定特定相談事業所、指定一般相談支援事業所は、地域相談支援の相談があった時にいつでも支援できる体制を準備しましょう。現在地域で生活している人への計画相談支援に追われ忙しいとしても、地域移行支援ができる人員体制の確保と業務バランスが必要になります。

#### 【ピアサポーターの役割】

- ・ ピアサポーターは、入院されている精神障害者への退院意欲や自分の希望を語る力を取り戻す支援、推進チーム内への働きかけ、精神科病院の職員への理解促進などの役割があります。特に長期入院している精神障害者にとっては、生活者としての身近なモデルになります。



## 【参考文献】

### ■第1章 精神障害者の地域移行をめぐる動向

#### 1 長期入院精神障害者の地域移行を推進することの意義

- ・「平成27年 厚生労働省 医療と福祉の連携を推進する都道府県における中核的人材育成テキスト」, 厚生労働省, 第2章より
- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 平成27年
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2014年

### ■第2章 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

#### 2 地域移行推進における関係機関・関係者の役割

##### (1)行政担当者、(2)市町村(自立支援)協議会

- ・「我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)平成27年度版」, 日本公衆衛生協会, 2016年, pp63-63
- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 2014年
- ・「精神保健福祉白書2014年度版」, 中央法規, 2013年, pp71-72
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン」, 社団法人支援の三角点研究会, 2011年, pp50-52

##### (3)障害者相談支援事業と基幹相談支援センター

- ・「障害福祉関係主管課長会議資料」, 厚生労働省, 2010年10月31日
- ・「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」, 厚生労働省, 2015年7月19日
- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年

##### (4)指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者

- ・「精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック」, 公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2013年
- ・「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
- ・「精神障がい者ピアサポート専門員養成のためのテキストガイド」, 一般社団法人 障がい者福祉支援人材育成研究会, 2015年
- ・「第2回チイクラフォーラム&全国ネット巡回フォーラム資料 ピアの時代を見据えて」, 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク

##### (5)居宅介護支援事業所(介護支援専門員)、(6)精神科病院

- ・「平成26年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修 退院後生活環境相談員養成研修テキスト」, 厚生労働省, 2014年