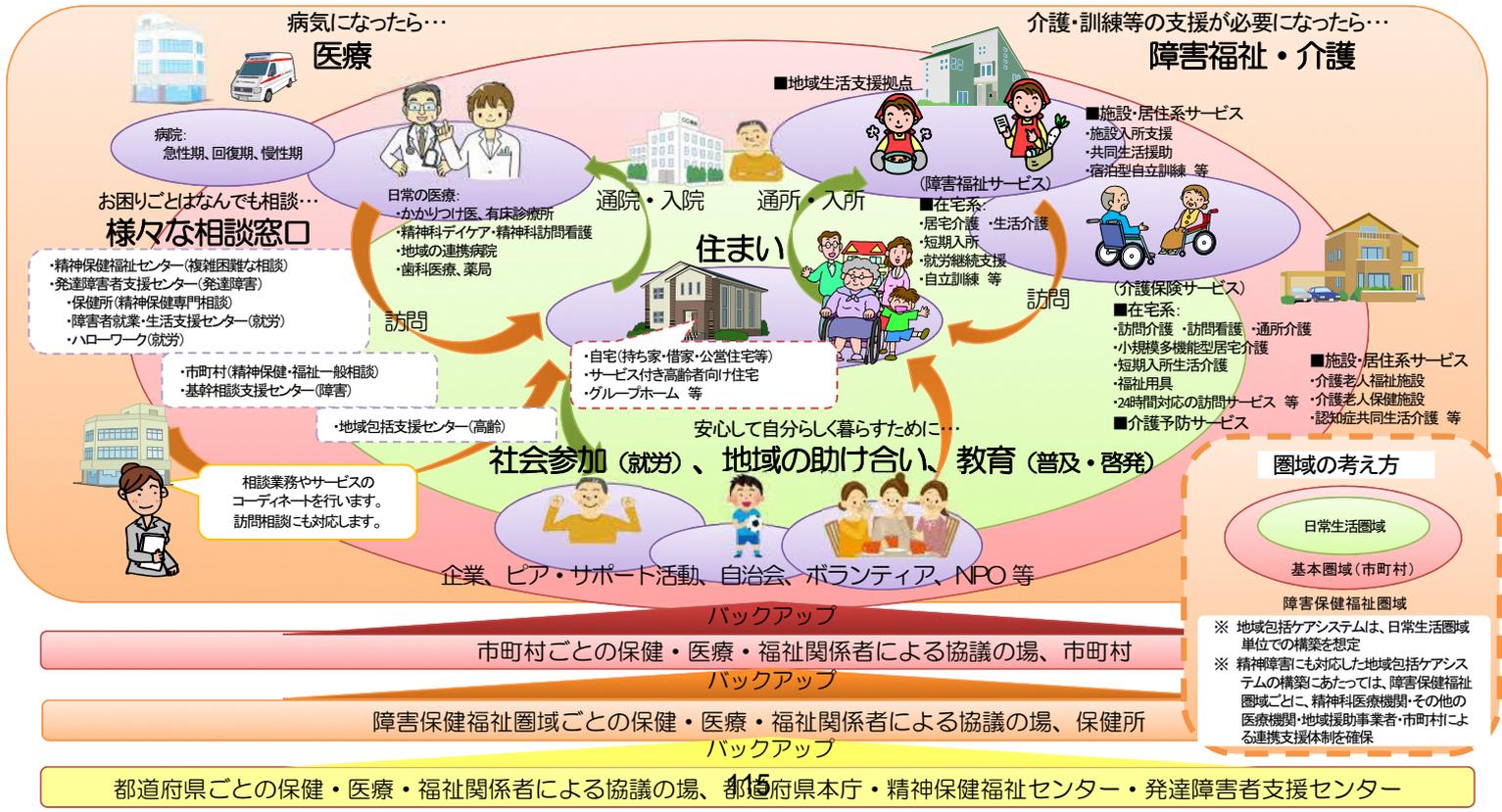


- 精神障害者が、地域の一人として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

令和3年度予算案：584,453千円（令和2年度予算額：532,733千円）

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

令和3年度予算案：40,821千円（令和2年度予算額：40,821千円）

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

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を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

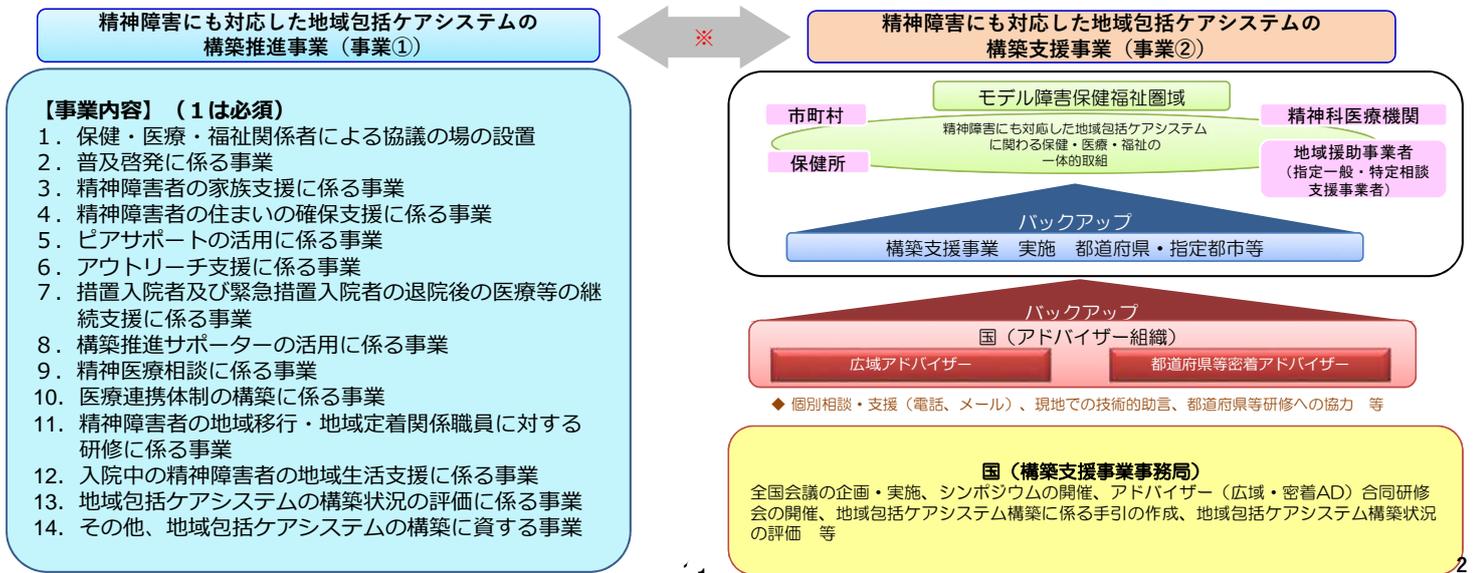
<実施主体> 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

- ◆ 国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。
- ◆ 都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- ◆ 関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。

<参加主体> 都道府県・指定都市・特別区

※①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することが可能



精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業の取組状況

アドバイザーの選定と主な役割

<広域アドバイザー>

埼玉県立精神保健福祉センター
広沢昇氏

○保健・医療・福祉それぞれの分野における取組の実践経験を生かし、システム構築が推進されるよう、密着アドバイザーや都道府県に対し相談・助言・支援を行う。
○必要に応じ、オンラインでの会議参加や現地支援も可

連携

<密着アドバイザー>

医療：こころの医療センター鬼村師長、
医療：海星病院矢野相談員
福祉：ふあっと渡部相談員

○広域アドバイザー及び県担当者と協力した、モデル圏域における課題の明確化、課題解決に向けた具体的な相談・助言・支援、事業の評価。
○保健医療福祉関係者による協議の場への参画

事業の取組状況

	5月	6月	7月	8月
概要	密着ADとの課題整理	計画、評価指標作成	ロードマップ作成	具体的な事業実施
国	第1回担当者合同会議（12日） 受け身→出向く・手を伸ばす生活を支えることで病状を整える実践や個の課題→地域課題→協議の場で検討	第1回AD合同会議（25日） 市町村中心とした仕組みづくり、課題の共有 個の課題から施策化へ 病院と地域相互が感じているニーズの共有 地域生活におけるリスク整理し、予防的介入による支援→長期入院を減らす		
圏域	密着アドバイザーとの打合せ会（9日） 退院直前ではなく早期からの地域移行・地域定着支援 クライシスプランの活用 ピアサポーター活動の見直し 1市1圏域としての協議の場の整理		広域・密着AD合同ミーティング（19日）	

1 圏域の基礎情報

	現状		備考
精神科病院の数	4		
精神科クリニック数	8		
精神科病床数	460		
入院精神患者数 (H30)	合計	326 人	入院患者数は65歳以上が約6割
	うち65歳未満	136 人	
	うち65歳以上	190 人	
	3ヶ月未満(%)	75 人	23%
	3ヶ月以上1年未満	62 人	19%
	1年以上	189 人	58%
退院率 (H29)	入院後3ヶ月時点	66 %	県目標：69%
	入院後6ヶ月時点	86 %	県目標：84%
	入院後12ヶ月時点	86 %	県目標：90%
再入院率	退院後3ヶ月時点	26 %	1年以上入院者の再入院率が高い
	退院後6ヶ月時点	30 %	
	退院後12ヶ月時点	42 %	
	(1年以上入院者)	80 %	

2 圏域の強みと課題

【特徴（強み）】

- H19年度から県委託の退院支援事業を実施し、多くの長期入院者が退院している。
- 各種事業や個別支援を通じて基盤整備に取り組み、精神保健分野での顔の見える関係性が出来ている。
- 精神科医療機関においてアセスメントの工夫や病棟看護師中心に生活の場を想定した支援の組み立て、支援機関が明確な場合は入院早期からの多機関・多職種での情報共有等に努められている。
- コロナ禍の影響はあるが、一定数の出前講座やチラシ配布等の啓発活動は継続している。
- 相談支援事業所、障がい者GH、就労支援事業所等、社会資源の数は増加している

課題

①必要な医療への適時適切なアクセス

- 平時からの対応充実（不調時のサイン等の整理）、
- 急性増悪時の連携体制（情報提供に活用可能な共通項目）

②医療の継続支援・地域定着の取組強化

- 対象者が高齢化する中で身体科との連携強化
- 危機介入が必要な事例増加し、治療中断への介入
- ガイドライン未利用者も含む地域支援体制の構築

③地域移行支援の強化による長期入院者の減少

- 早期から退院支援につながる地域と医療の連携強化
- 複合化する問題への多機関・多職種での支援促進
- 地域移行支援のイメージ共有、過程に沿った支援内容や各機関の役割等の明確化
- 医療保健福祉の相互理解の場
- クライシスプラン等の理解促進、アセスメント等の実態把握

④住まい

- 医療と福祉の相互理解により受け入れ可能な施設の増加

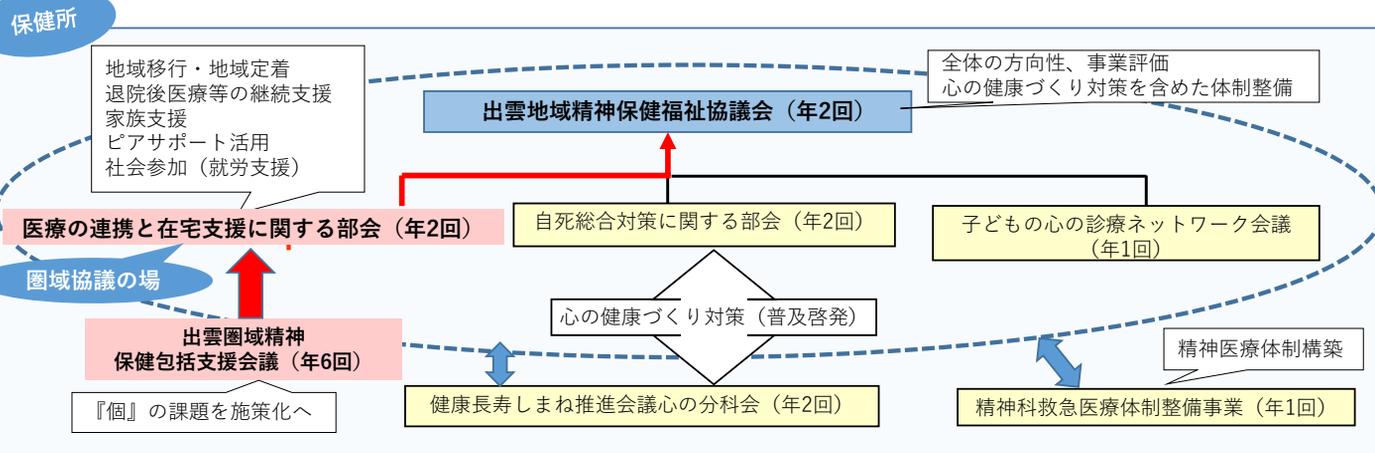
⑤地域の助け合い、社会参加（就労）、普及啓発

- 家族機能が脆弱化する中で、家族支援の強化
- ピアサポート活動の見直し、関係機関への理解促進
- コロナ禍での啓発活動の工夫、働き盛り世代への取組強化
- 障がい受容に向けた自己理解、就労機関含む連携強化

⑥障がい福祉・介護、地域精神保健

- 障がいと介護サービスの円滑な繋ぎ、介護保険関係者との顔の見える関係づくり
- 高齢者関連施設や介護支援専門員の理解促進
- 多職種、多機関での支援ネットワークの拡大

出雲圏域における推進体制～協議の場の連動



連携

