

令和8年3月11日（水）

令和7年度 福井県精神保健福祉従事者研修会

「にも包括」構築の推進に向けた市町村の体制整備 ～医療・保健・福祉の連動と官民協働のススメ～

mudtplow合同会社 2981

管理者・相談支援専門員 波田野隼也

青森県青森市

青森市は、青森県のほぼ中央に位置し、本州と北海道を繋ぐ交通と物流の要衝として北東北における交通・行政・経済・文化の拠点都市です。

八甲田連峰や陸奥湾などの美しい自然に囲まれ、四季折々の景観や、りんご、カシス、ナマコやホタテなど豊富な食材、日本を代表する火祭り「青森ねぶた祭」、世界遺産三内丸山遺跡をはじめとした縄文遺跡群が等があります。



- 相談支援事業所ガイドマップ
- 障害福祉サービスに向けた事業所ガイドマップ
(居住系、就労系、生活介護、障害児通所系)
- 相談支援事業所連絡会議(全体、委託、圏域)
- 基幹相談支援センター設置(R6年4月～)
- 障がい者自立支援協会の開催 年4回
4部会: みんなの未来部会、相談支援部会、就労支援部会、障害児部会
- 地域生活拠点の設置 1か所⇒ 0か所

基本情報

人口(R6.4時点)	265,073人
世帯数	136,059世帯
精神科病院の数	6病院
精神科病床数	1,084床
精神科入院者数(R6.6.30)	947人
3か月未満	208人
3か月以上1年未満	203人
1年以上(65歳未満)	153人
1年以上(65歳以上)	410人 (うちF0:225人)
特定相談支援事業所(うち機能強化型)	38ヶ所(10ヶ所)
一般相談支援事業所	17ヶ所
障害児相談支援事業所	22ヶ所
自立生活援助事業所	2ヶ所
保健所	2ヶ所
にも包括協議の場	年1~3回

「にも包括」構築の推進に向けた市町村の体制整備 ～医療・保健・福祉の連動と官民協働のススメ～

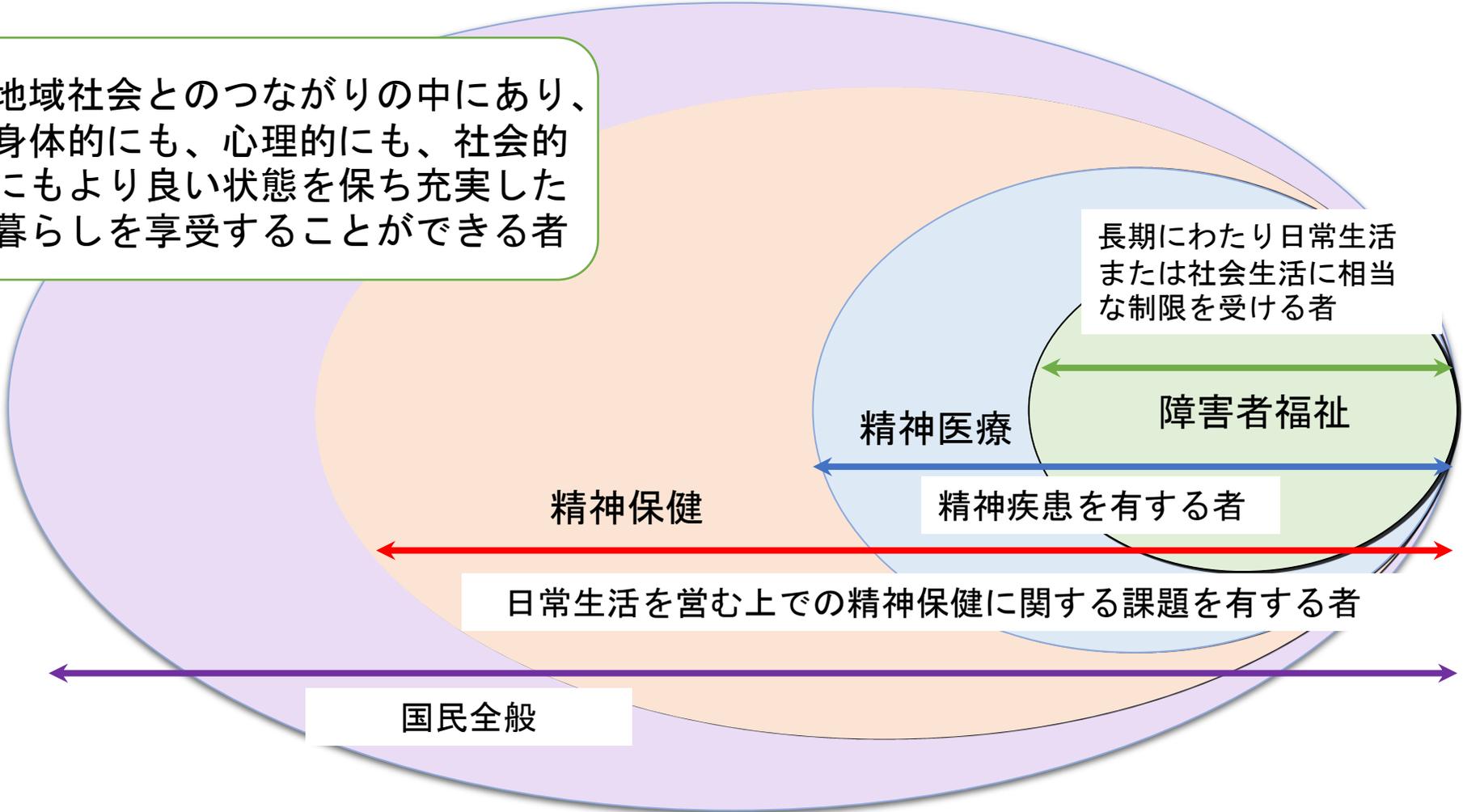
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とは
- 長期入院の解消と長期入院者を生まない取組とは
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、安心して自分らしく暮らすことができるとは
- どのように体制整備を進めていくか

精神障害にも対応した
地域包括ケアシステムの構築とは



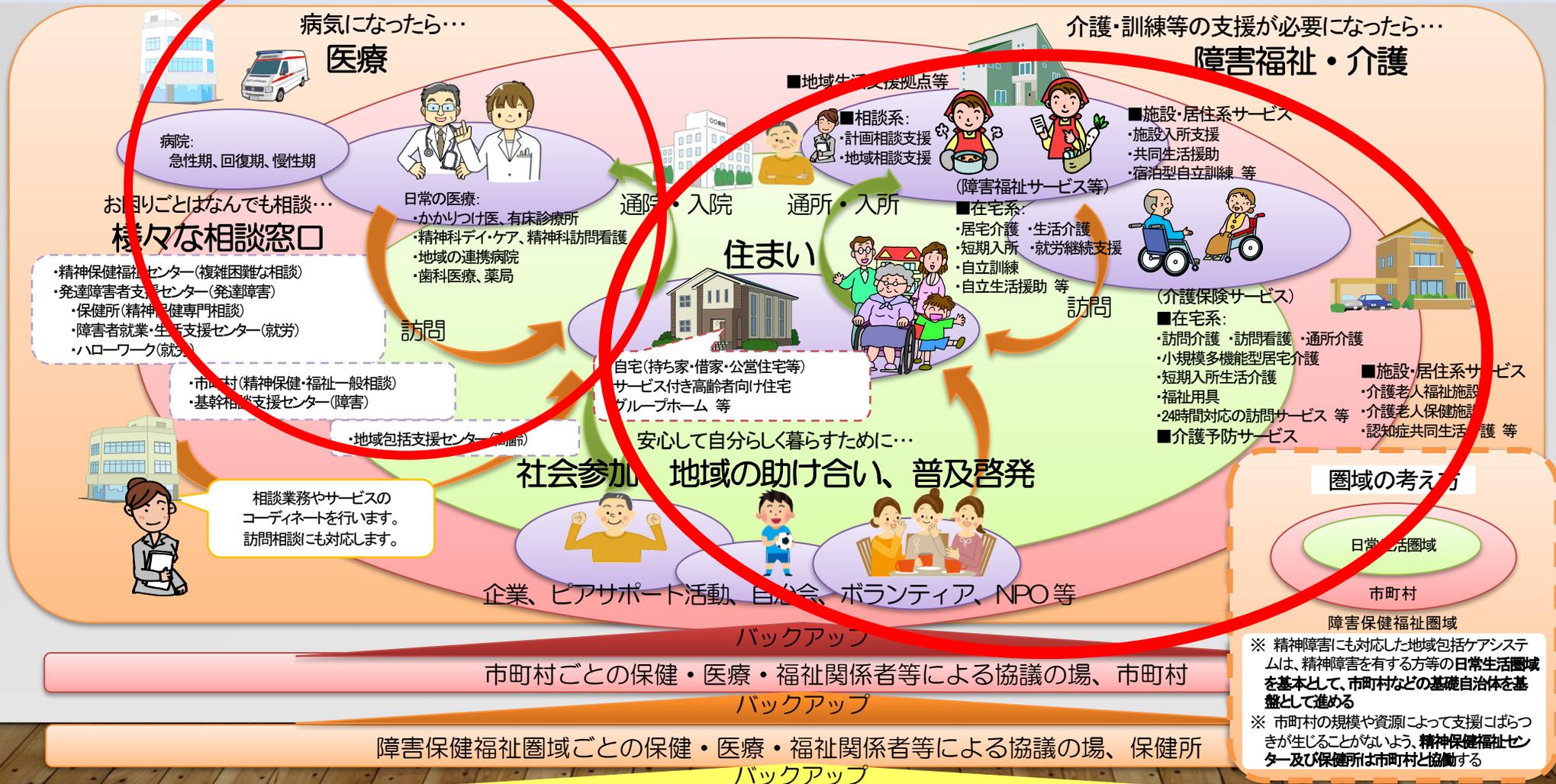
精神保健医療福祉領域での支援範囲

地域社会とのつながりの中にあり、身体的にも、心理的にも、社会的にもより良い状態を保ち充実した暮らしを享受することができる者



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて

長期入院の解消と
長期入院を生まない取組

精神障害の有無や程度にかかわらず、
安心して自分らしく暮らすことができる

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて

長期入院の解消と
長期入院者を生まない取組

精神障害の有無や程度にかかわらず、
安心して自分らしく暮らすことができる

長期入院の解消と
長期入院者を生まない取組とは



第7期障害福祉計画の成果目標

1 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

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ためには、地域における精神保健医療福祉体制の基盤を整備する必要があることから、当該整備状況を評価する指標として、精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における生活日数の平均に関する令和8年度における目標値を設定する。

当該目標値の設定に当たっては、精神障害者の精神病床からの退院後1年以内の地域における平均生活日数を**325.3日**以上とすることを基本とする。

2 精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）

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、1年以上長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、令和5年度末の精神病床における65歳以上の1年以上長期入院患者数及び令和5年度末の精神病床における65歳未満の1年以上長期入院患者数を、目標値として設定する。

3 精神病床における早期退院率（入院後3か月時点、入院後6か月時点、入院後1年時点）

地域における保健、医療、福祉の連携支援体制が強化されることによって、早期退院が可能になることを踏まえて、入院中の精神障害者の退院に関する目標値として、入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率及び入院後1年時点の退院率に関する令和8年度における目標値を設定する。

目標値の設定に当たっては、

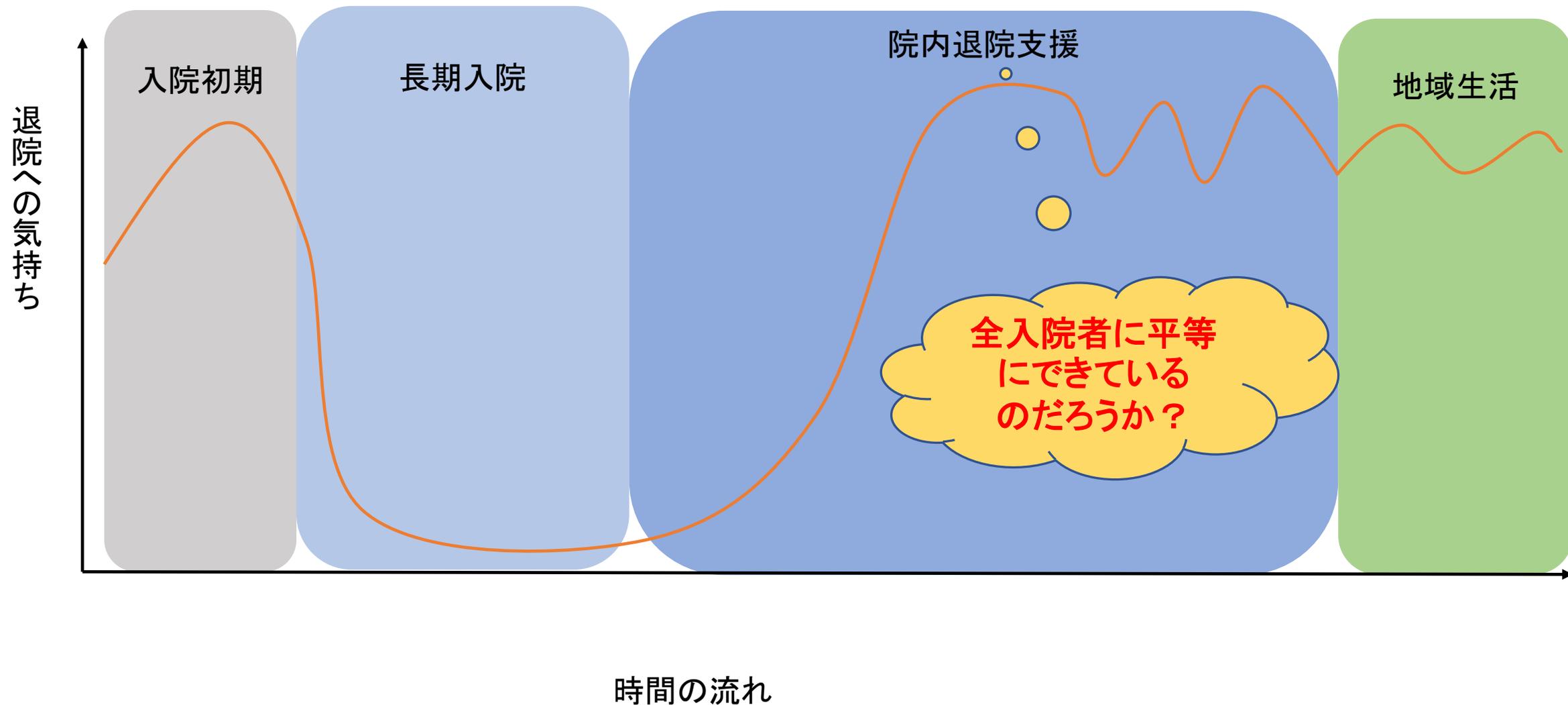
入院後3か月時点の退院率については68.9パーセント以上とし、

入院後6か月時点の退院率については84.5パーセント以上とし、

入院後1年時点の退院率については91.0パーセント以上とすることを基本とする。

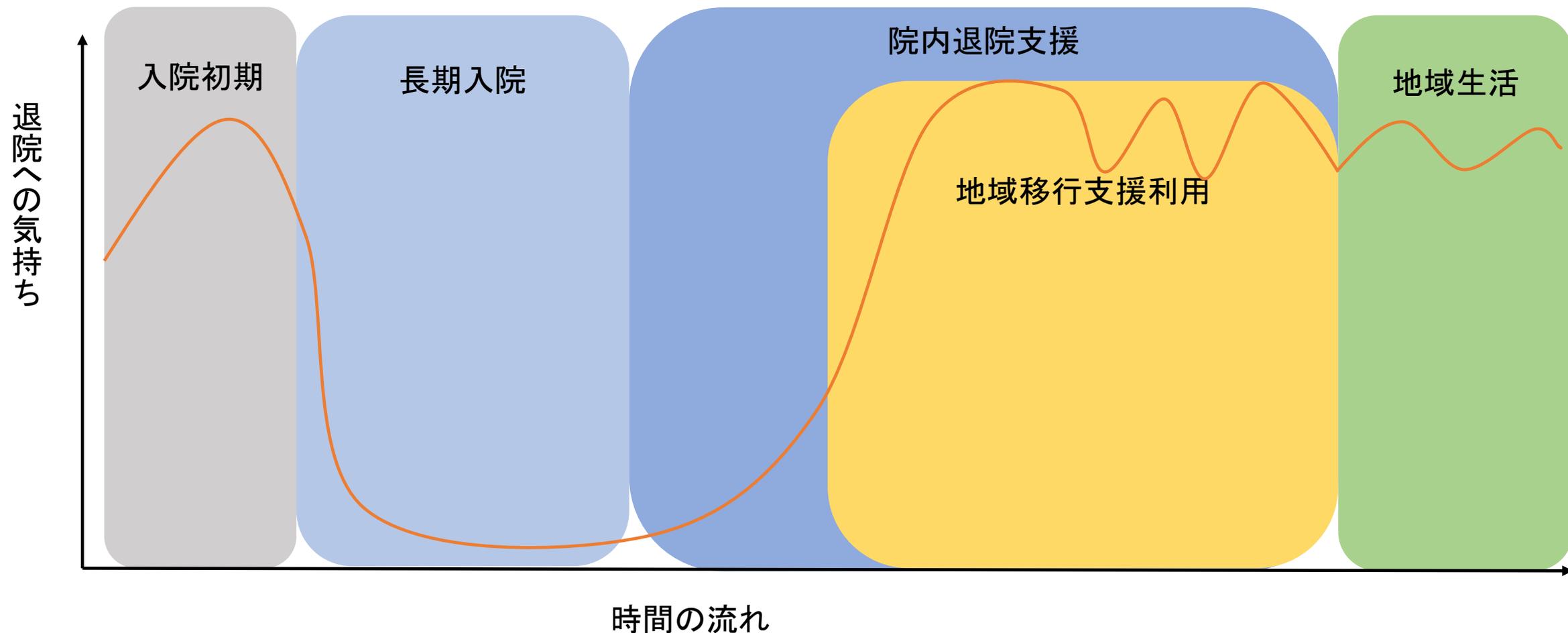
長期入院の解消に向けて

入院した人のココロの動き (例)



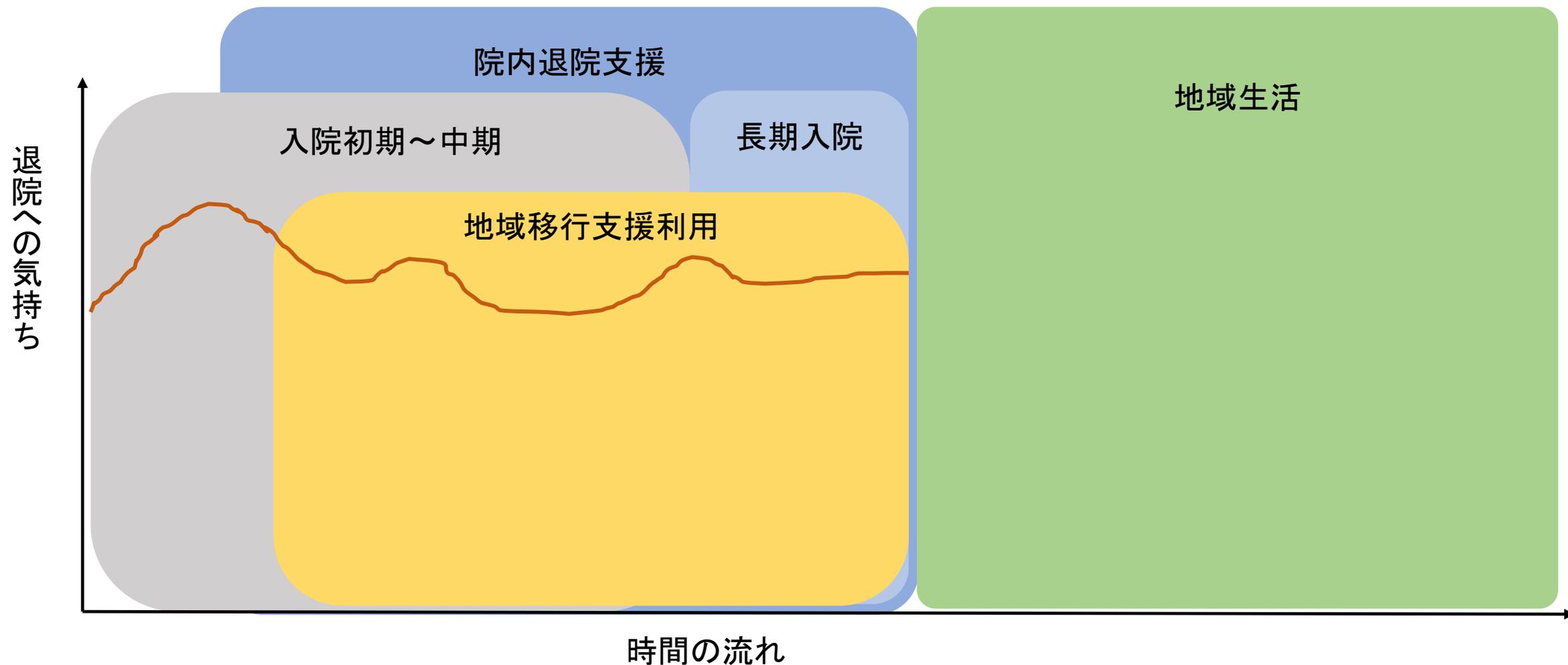
長期入院の解消に向けて

入院した人のココロの動き（例）



長期入院の解消に向けて

入院した人のココロの動き（例）



地域移行支援

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**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について、**住居の確保**その他の**地域における生活に移行するための活動に関する相談、その他の必要な支援**を行った場合は、地域移行支援サービス費が支給される。

【対象者】

以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者

- ・ 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院
- ・ **精神科病院に入院している精神障害者**
- ・ 救護施設又は更生施設に入所している障害者
- ・ 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されている者
- ・ 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業

< 具体的な状態像 >

- ・ 1年以上の長期入院者
- ・ 5年以上の長期入院者
- ・ 3か月以上1年以内の入院者
- ・ 3か月以内に退院が見込まれる入院者
- ・ 関係性の構築に時間がかかる者

地域移行支援の算定構造

基本部分	
------	--

地域移行支援サービス費	イ 地域移行支援サービス費(Ⅰ)	(1月につき3,613単位)
	ロ 地域移行支援サービス費(Ⅱ)	(1月につき3,157単位)
	ハ 地域移行支援サービス費(Ⅲ)	(1月につき2,422単位)

初回加算	(1月につき500単位を加算)
------	-----------------

集中支援加算	(1月につき500単位を加算)
--------	-----------------

退院・退所月加算	(1月につき2,700単位を加算)
----------	-------------------

障害福祉サービスの体験利用加算	イ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)	(1日につき500単位を加算)
	ロ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)	(1日につき250単位を加算)

体験宿泊加算	イ 体験宿泊加算(Ⅰ)	(1日につき300単位を加算)
	ロ 体験宿泊加算(Ⅱ)	(1日につき700単位を加算)

ピアサポート体制加算	(1月につき100単位を加算)
------------	-----------------

居住支援連携体制加算	(1月につき35単位を加算)
------------	----------------

地域居住支援体制強化推進加算(月1回を限度)	(1回につき500単位を加算)
------------------------	-----------------

注	注	注	注	注
虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	情報公表未報告減算	特別地域加算	地域生活支援拠点等機能強化加算
×99/100	×99/100 注 令和7年4月1日から適用	×95/100	+15/100	1月につき500単位

注 入院期間が3月以上1年未満の場合 +500単位

注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位

注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位

5人の地域移行支援を6か月すると・・・

計画：機能強化Ⅰ+特別地域 地域移行：地域移行Ⅰ+居住支援連携体制 の事業所の場合

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	合計	
計画相談	機能強化Ⅰ +特地+初回	機強継続Ⅰ +特地	機強継続Ⅰ +特地			機能強化Ⅰ +特地	89,820	373,220 ×5人
	26,160	20,250	20,250			23,160		
地域移行支援 合計	移Ⅰ+特地 +初回+居住	移Ⅰ+特地	移Ⅰ+特地	移Ⅰ+特地	移Ⅰ+特地	移Ⅰ+特地 +退院	283,400	1,866,100
	46,900	41,900	41,900	41,900	41,900	68,900		

計画：サービス利用支援+特別地域 地域移行：地域移行Ⅲ の事業所の場合

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	合計	
計画相談	計画 +特地+初回	モニタリング +特地	モニタリング +特地			計画 +特地	69,240	268,340 ×5人
	21,080	15,040	15,040			18,080		
地域移行支援 合計	移Ⅲ+特地 +初回	移Ⅲ+特地	移Ⅲ+特地	移Ⅲ+特地	移Ⅲ+特地	移Ⅲ+特地 +退院	199,100	1,341,700
	32,850	27,850	27,850	27,850	27,850	54,850		

差額：**524,400**



地域移行支援サービス費 I

【有資格者の配置】

- 社会福祉士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又は、従業者である相談支援専門員のうち1人以上が、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者を配置していること。

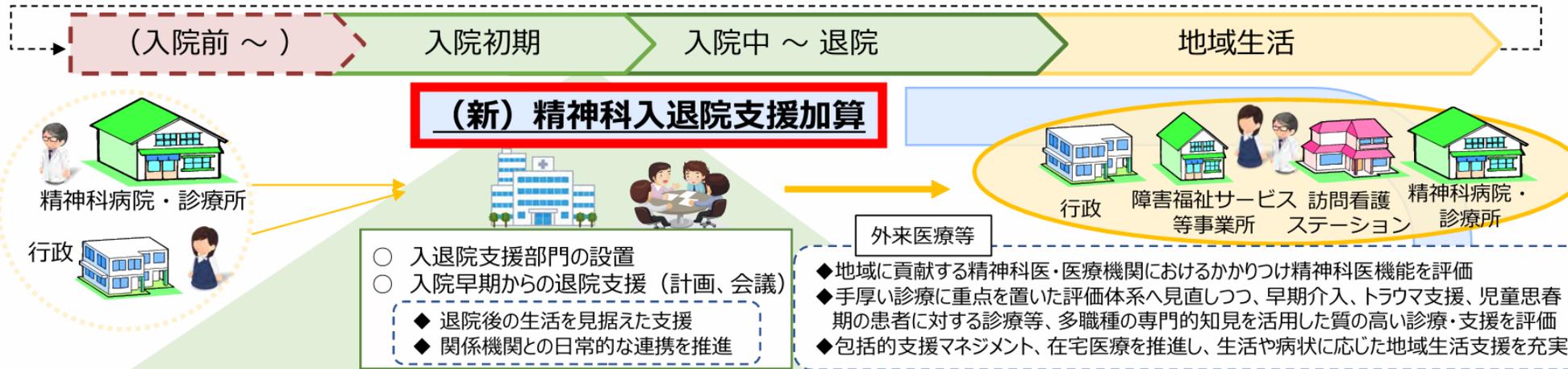
【地域移行の実績】

- 当該事業所の地域移行支援を利用した者のうち、地域移行支援計画に基づき、前年度に地域生活に移行した者が3人以上いること。

【関係機関との連携】

- 精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等、刑事施設等との緊密な連携体制が整えられてること。

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



(見直し) 地域移行機能強化 病棟入院料

- 届出期限の延長
- 要件見直し

地域生活に向けた支援が必要な回復期患者の受入れ

- 自宅等から入院
- 他の精神病床から転院・転棟



(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料（通算180日）
(新) 自宅等移行初期加算（通算90日）

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

精神科回復期医療

- 多職種含め13対1の人員配置
- 地域定着も含めた退院支援

精神科在宅医療の提供（※1）

- 在宅医療、訪問看護等の提供実績

かかりつけ精神科医機能（※1）

- 地域の精神科医療提供体制への貢献
- 時間外診療、精神科救急医療の提供

自宅等への移行

- 自宅等移行率（※2）
（新規患者）6月以内に7割
- 直近1年間の入院期間を通算

（その他）データ提出加算の届出（※2）

【経過措置】

- （※1）令和7年5月31日まで
- （※2）令和7年9月30日まで

【通院・在宅精神療法】（見直し）

60分以上の充実 30分未満の適正化 療養生活継続支援加算の充実

(新)

- 早期診療体制充実加算
- 児童思春期支援指導加算
- 心理支援加算
- 情報通信機器を用いた場合

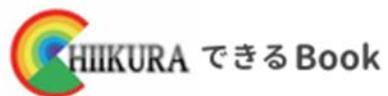


(見直し) 精神科在宅医療の推進に向けた評価の充実

- 精神科在宅患者支援管理料の対象患者を拡大（精神科地域包括ケア病棟からの退院患者等を追加）
- 在宅精神療法にも療養生活継続支援加算を設ける 等

- ◆ 病状等に応じて再入院を含め柔軟に入退院を運用
- ◆ 退院後は、在宅医療、情報通信機器を用いた精神療法、時間外診療等を活用し、地域生活を支え、不安定な病状等にもできる限り入院外で対応

⇒ **地域平均生活日数の向上**



医療と保健・福祉の 連携ができるBook

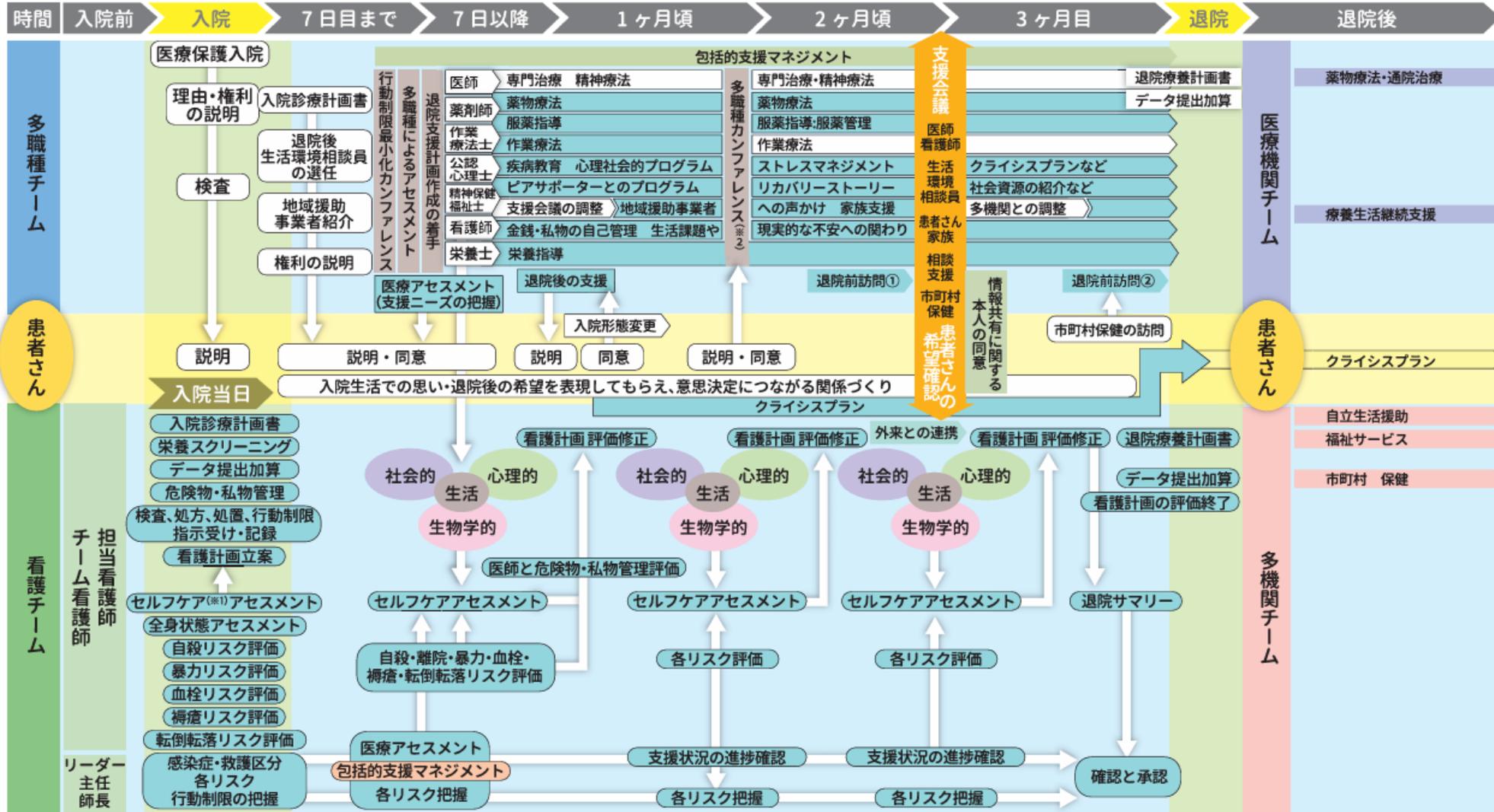
精神科病棟看護師の立場から

1

精神科急性期治療病棟での医療支援の流れ (医療保護入院での1例)

多職種チームと看護チーム

は、病棟看護師が多職種と連携して行う支援を示す



※1 セルフケアとは、ドロセア・E・オレムが提唱したセルフケア理論の基本概念。精神科看護領域では、セルフケア理論をバトリシア・R・アンダーウッドが修正しオレム・アンダーウッド理論として幅広く適応されている。「健康にとって基本的なものであり、その人の年齢、性別、文化、そして健康状態にかかわらず各個人に必要とされるもの。生命や健康、安寧を維持するために各個人が自分自身のために積極的に行う活動である」(引用1)としている。

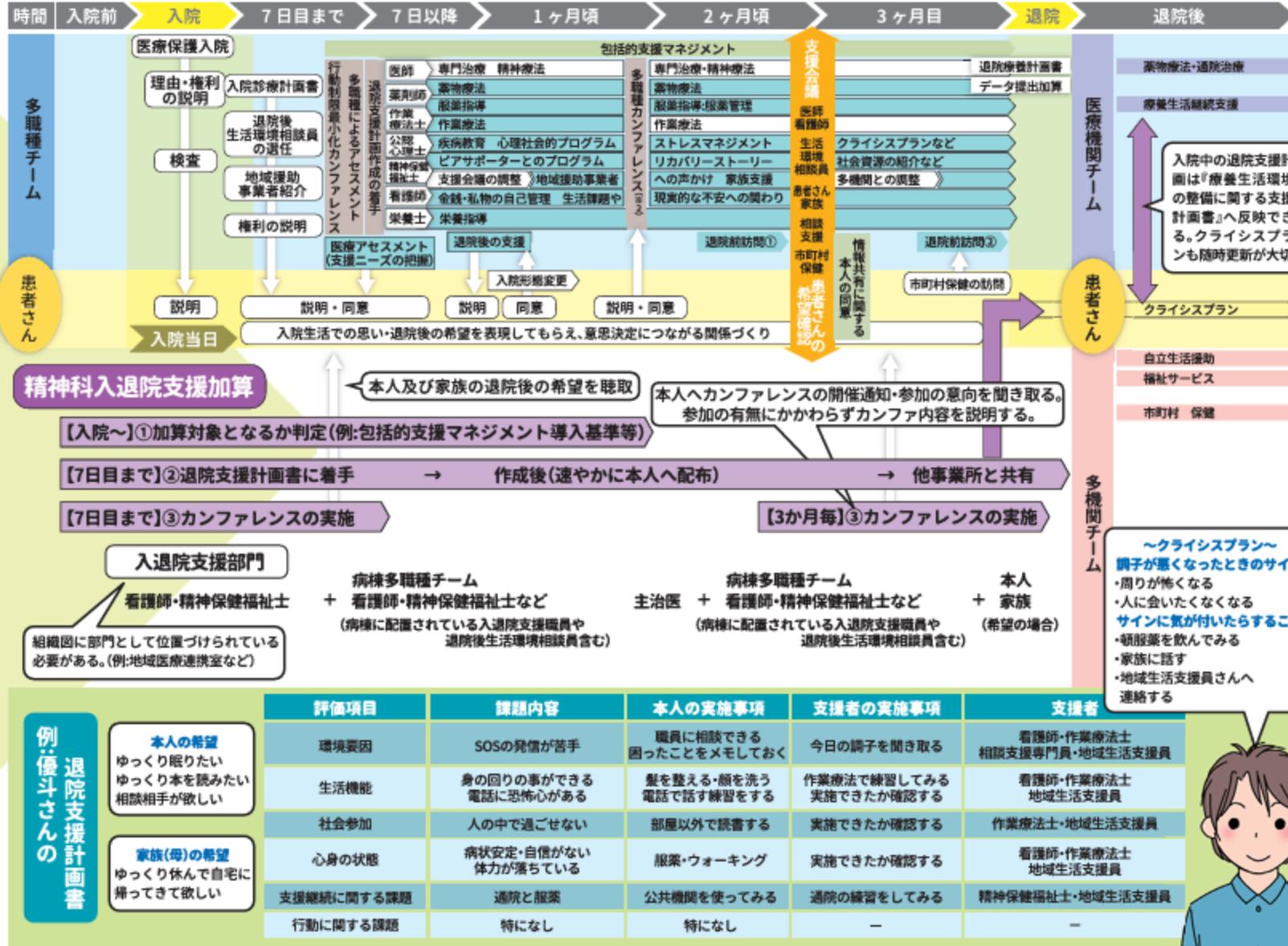
※2 医療機関内の多職種による話し合いや会議

コラム
5

精神科入退院支援加算

社会医療法人 崇徳会 田宮病院 菊入 恵一

精神科入退院支援加算は、入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施することを評価するものです。
(退院時1回 1,000点)

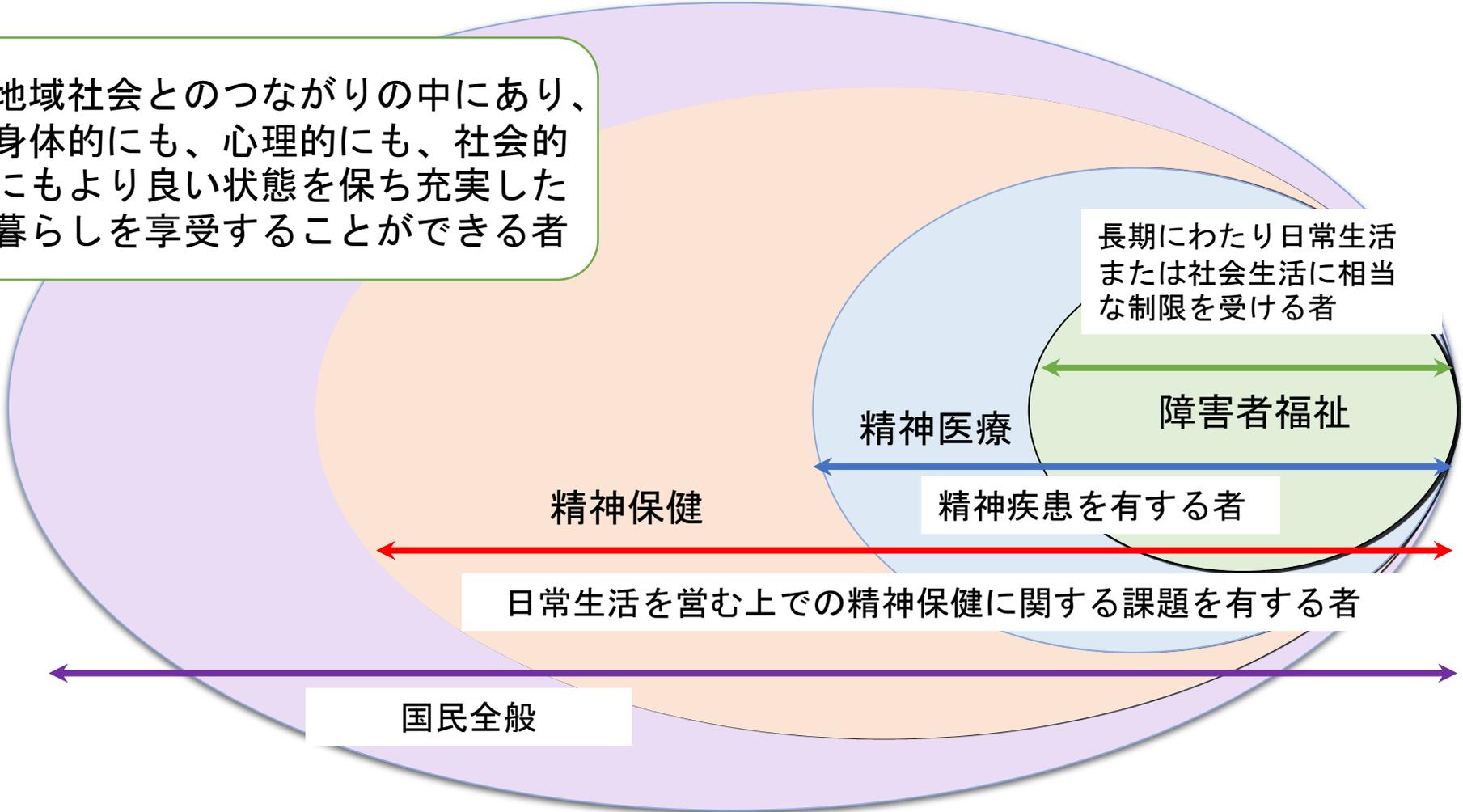


精神障害の有無や程度にかかわらず、
安心して自分らしく暮らすことができるとは



精神保健医療福祉領域での支援範囲

地域社会とのつながりの中にあり、
身体的にも、心理的にも、社会的
にもより良い状態を保ち充実した
暮らしを享受することができる者



長期にわたり日常生活
または社会生活に相当
な制限を受ける者

精神医療

障害者福祉

精神保健

精神疾患を有する者

日常生活を営む上での精神保健に関する課題を有する者

国民全般

メンタルヘルスとは

- 体の健康ではなく、こころの健康状態を意味します。
- 体が軽いとか、力が湧いてくるといった感覚と同じように、心が軽い、穏やかな気持ち、やる気が湧いてくるような気持ちの時は、こころが健康といえるでしょう。
- しかし、だれでも気持ちが沈んだり、落ち込んだりすることはあります。日々の生活の中でストレスを感じることも少なくありません。
- 気分が落ち込んだり、ストレスを感じることは自然なことですが、このような気分やストレスが続いてしまうと、こころの調子をくずしてしまう原因にもなります。
- さらにこころの不調は、周囲の人に気づかれにくく、自分からも伝えづらいため、回復に時間がかかってしまうこともあります。

メンタルヘルス課題とは



メンタルヘルス不調・・・精神的健康が損なわれている状態



生活のしづらさ・・・生活するうえでの困難さ、生きづらさ



支援や制度が行き届かず、取りこぼされてしまう



【ウェルビーイング】

精神疾患の有無にかかわらず、地域社会とのつながりの中にあり、身体的にも、心理的にも、社会的にもより良い状態を保ち充実した暮らしを享受することができる

各ライフステージにおける メンタルヘルスの課題



ライフサイクル（ライフステージ）

乳児期
0～1.5歳

幼児期
1.5～4歳

遊戯期
4～6歳

学童期
6～12歳



ライフサイクル (ライフステージ)

思春期 青年期 12～18歳	成人期 18～40歳	壮年期 40～65歳	老年期 65歳～
----------------------	---------------	---------------	-------------



各ライフサイクル（ライフステージ）のメンタルヘルスの課題とは

	乳児期 0～1.5歳 	幼児期 1.5～4歳 	遊戯期 4～6歳 	学童期 6～12歳 
ミクロ	疾病・成長・発育・発達			勉強・運動 友だち作り
メゾ	子育て・親同士のつながり・保育園等の行事			いじめ・学校
マクロ	健診・保育所待機・子育て支援施策			



各ライフサイクル（ライフステージ）のメンタルヘルスの課題とは

	思春期 青年期 12～18歳 	成人期 18～40歳 	壮年期 40～65歳 	老年期 65歳～ 
ミクロ	進学・就職 仲間づくり	就職・転職・結婚・子育て ライフワークバランス	家族との死別、新たな家族 身体の不調・変化	過度な孤独
メゾ	いじめ SNSの使い方	人間関係・労働環境・近所づきあい・近隣トラブル		
マクロ	子どもの自殺者数増	働き盛り世代の自殺者数 社会保障（経済的な不安定・物価高・年金問題等）	孤立	

ライフステージごとのメンタルヘルス課題の例

周産期

○「妊娠中からとても気分が不安定だった。産後は子どもをかわいいと思えず、毎日涙がとまらない。子育てできるか不安。」

○「子どもが親のいうことを聞かず、毎日いらいらしてしまう。親とは目を合わせもしないし、まるで言葉が届いていないよう。」

幼年期

○「子どもが、落ち着きがなく頻繁にけがをしたり、買い物中にすぐにどこかに行ってしまう目が離せない。こどものことで毎日くたくたに疲れてしまう。」

○「子育てのことで夫と折り合わず、毎日言い争いが絶えず。イライラしてしまう。」

児童期

○「授業に集中できない。勉強が手につかない。周りから取り残されている気がする」

○「部活で嫌なことがあった。先輩や後輩に馬鹿にされている。部活を辞めたい。」

○「友だちと話が合わず学校ではひとりぼっち。一人でいるのがつらく学校に行きたくない。」

思春期

○「子どもが深夜までSNSを使用し、起床できず遅刻ばかり、なんとかならないか」

○「子どものお風呂の時間が気になる、一度入ると数時間出てこない、ボディソープやシャンプーがすぐになくなってしまい困っている。」

青年期

○「家族に隠れて、食べ物を食べている、いつのまにか冷蔵庫が空になることもある。逆に、トイレに籠り吐いている様子もある。とてもやせてしまう時もあり心配。」

ライフステージごとのメンタルヘルス課題の例

青年期

○「最近、仕事量が増えて残業続き、肩こりや腰痛がひどくてつらい」

○「仕事に集中することができず、ケアレスミスを指摘されることが増えた。」

○「仕事が忙しく運動する時間もない。晩酌が唯一の楽しみ」(腹部が10cm増)

壮年期

○「身体は疲れているのにぐっすり眠れない。家に帰っても残務が気になり寝つきが悪い。夜中にハッとして目が覚めてしまう。」

青年期

○「上司との折り合いが悪くストレスが高い。同僚も自分のことを避けているようだ。」

○「夫は帰宅しても会話もなく、自室に籠ってしまふ。電気もつけずPCに向かいブツブツと独り言を言っている。なんだか最近表情も晴れないようす。」

壮年期

○「うちの地区のAさん。最近、ご近所の奥さんとトラブルが増えている。何かにつけてご近所に押し掛け、朝晩構わず大声で怒号を挙げている。」

壮年期

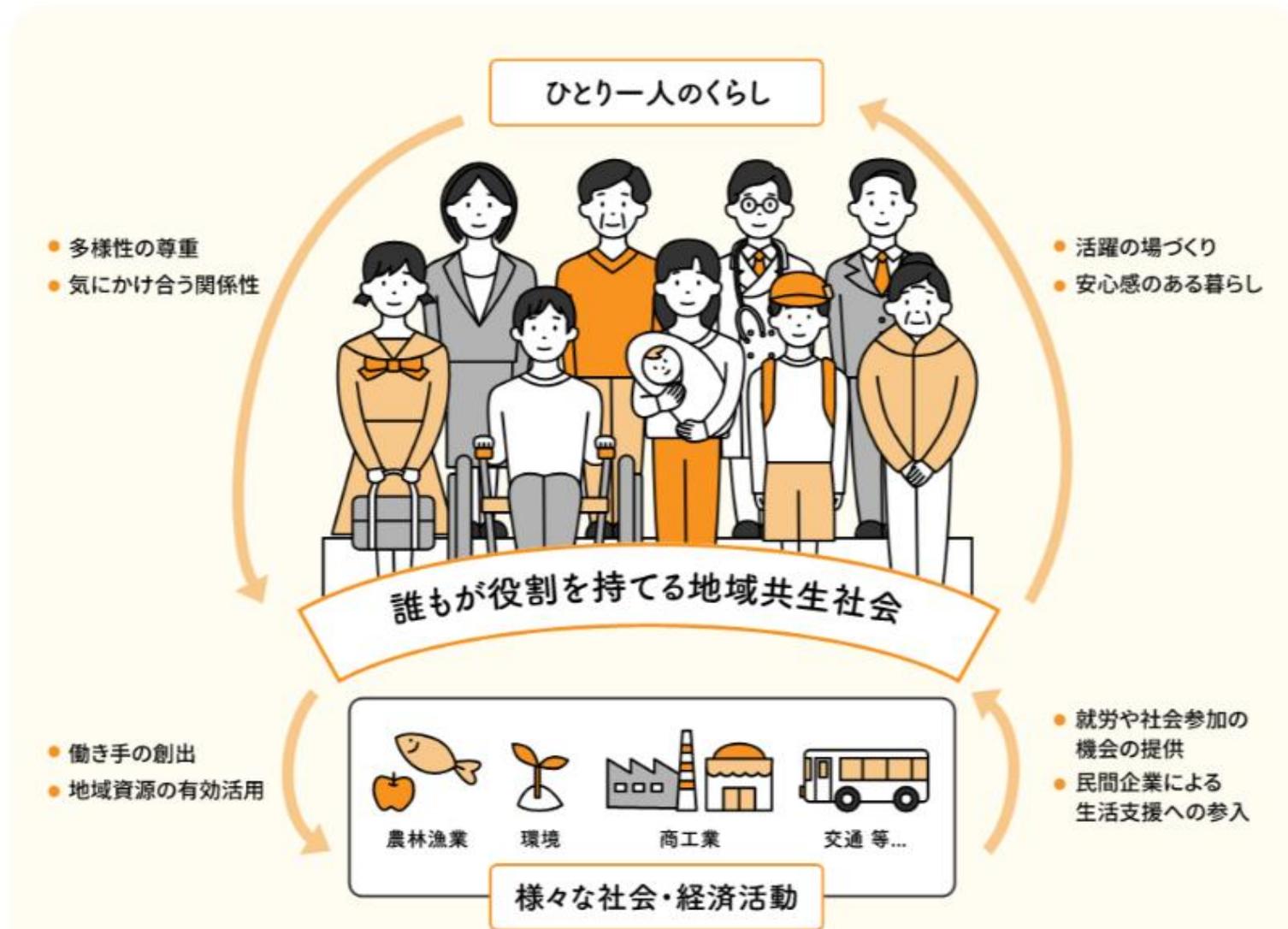
○「うちの地域のBさん、数年前連れ合いをなくしふさぎ込んでいる。以前は快活で近所づきあいもしていたが、最近、近所でも顔を見ていないと。」

老年期

○「自治会で、最近もめごとがあつて。ゴミ出しができず、敷地内がゴミの山になってる家がある。家主は高齢の女性で、話をしようと思つても、まったく聞く耳を持たない。ブツクサブツクサ独り言のようなことを言っているが、会話にならない。」

地域共生社会とは

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



重層的支援体制整備事業について

地域共生社会の実現を目指すための体制整備事業として、

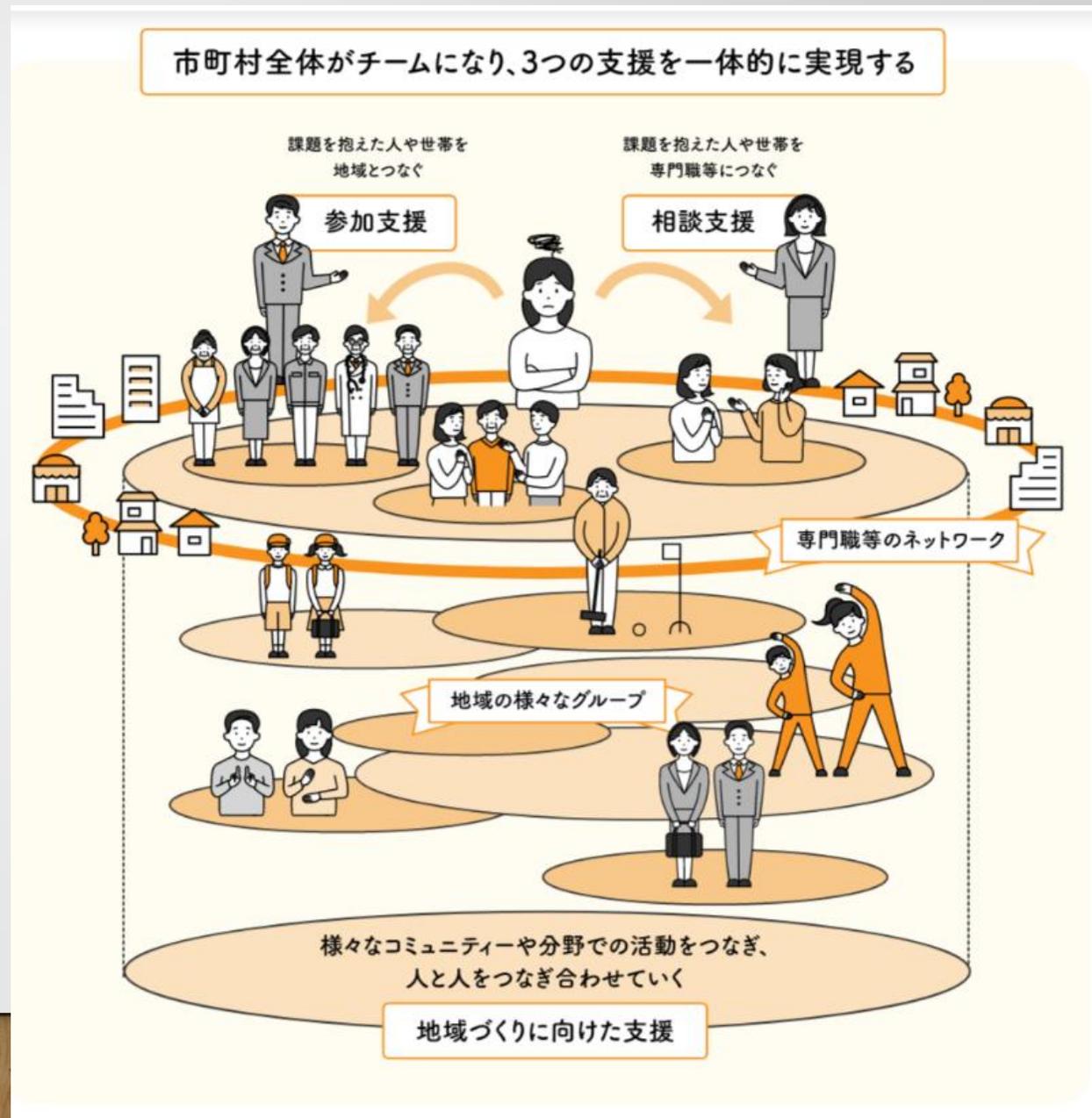
「属性を問わない相談支援」

「参加支援」

「地域づくりに向けた支援」

を一体的に実施する新たな事業が、令和3年4月からスタートしました。

※実施を希望する市町村による任意事業



重層的支援体制整備事業を構成する事業（社会福祉法第106条の4第2項）

		機能	既存制度の対象事業等
第1号	イ	相談支援	【介護】 地域包括支援センターの運営
	ロ		【障害】 障害者相談支援事業
	ハ		【子ども】 利用者支援事業
	ニ		【困窮】 自立相談支援事業
第2号		参加支援 社会とのつながりを回復するため、既存の取組では対応できない狭間のニーズについて、就労支援や見守り等居住支援などを提供	新
第3号	イ	地域づくりに向けた支援	【介護】 一般介護予防事業のうち厚生労働大臣が定めるもの（地域介護予防活動支援事業）
	ロ		【介護】 生活支援体制整備事業
	ハ		【障害】 地域活動支援センター事業
	ニ		【子ども】 地域子育て支援拠点事業
第4号		アウトリーチ等を通じた継続的支援 訪問等により継続的に繋がり続ける機能	新
第5号		多機関協働 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能	新
第6号		支援プランの作成（※）	新

（※）支援プランの作成は、多機関協働と一体的に実施。

※令和7年度第1回都道府県等担当者・アドバイザー合同会議 地域福祉課資料より抜粋

精神保健医療福祉領域での支援範囲

地域社会とのつながりの中にあり、身体的にも、心理的にも、社会的にもより良い状態を保ち充実した暮らしを享受することができる者



精神保健

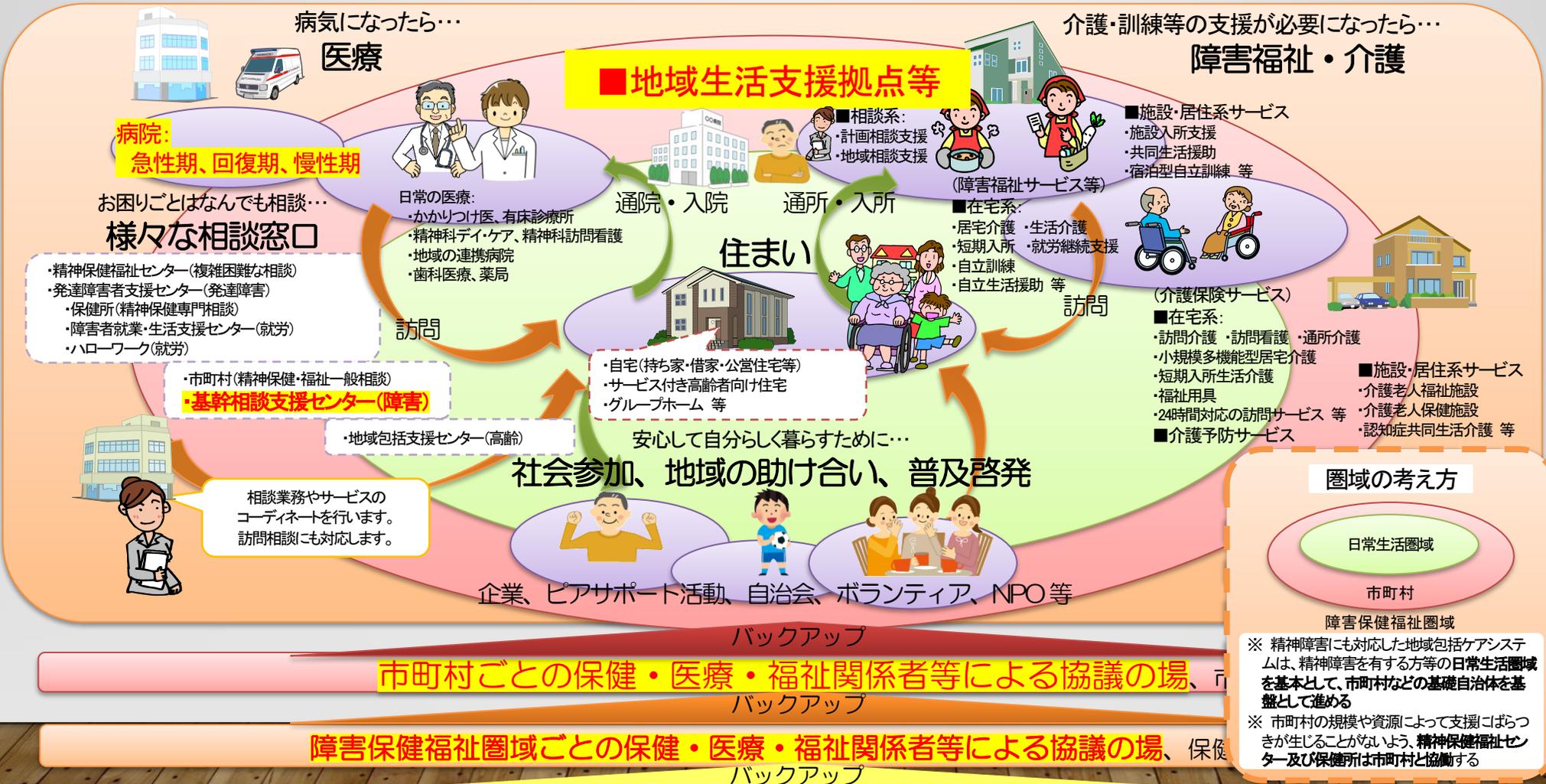
日常生活を営む上での精神保健に関する課題を有する者

国民全般

目指す社会	地域共生社会の実現		
地域共生社会を実現するための各分野の取組や法 * 一部抜粋	社会福祉法	精神保健福祉法	総合支援法
	包括的な支援体制の整備 (社会福祉法第106条) 3 市町村は、地域住民等及び支援関係機関による、地域福祉の推進のための相互の協力が円滑に行われ、地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制(包括的な支援体制)を整備するよう努める。	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム (精神保健福祉法第46条等) 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員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「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指す。	地域生活支援拠点等 (総合支援法第77条) 3 市町村は、地域において生活する障害者等及び地域における生活に移行することを希望する障害者等につき、地域において安心して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にするため、次に掲げる事業を行うよう努めるものとする。 4 市町村は、これらの事業を効果的に実施するために、地域生活支援拠点等を整備するものとする。
対象者	「地域生活課題を抱える地域住民等」 * 属性・世代を問わない	主として「精神障害者」「精神保健に課題を抱える者」等	「地域生活障害者等」 * 地域において生活する障害者等及び地域における生活に移行することを希望する障害者等
共通しているプロセス	どのような地域を目指すのか、地域住民を含む関係者ととともに議論する。地域にどのようなニーズ、社会資源があるのかを把握する。これまでどのような取組をしてきたのか確認・共有する。		
活用できる制度・予算	生活困窮者自立支援制度を中心に整備を促進 * 体制整備初期段階で、既存制度・機関の支援者の対応力強化と既存制度・機関間の連携強化を図るため、重層的支援体制整備事業を活用することも可能。	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業 心のサポーター養成事業 精神科救急医療体制整備事業	地域生活支援拠点等・ネットワーク運営推進事業 障害福祉サービス等報酬(地域生活支援拠点等機能強化加算等)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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



第7期障害福祉計画の成果目標

1 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

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ためには、地域における精神保健医療福祉体制の基盤を整備する必要があることから、当該整備状況を評価する指標として、精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における生活日数の平均に関する令和8年度における目標値を設定する。

当該目標値の設定に当たっては、精神障害者の精神病床からの退院後1年以内の地域における平均生活日数を325.3日以上とすることを基本とする。

2 精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）

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、1年以上長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、令和5年度末の精神病床における65歳以上の1年以上長期入院患者数及び令和5年度末の精神病床における65歳未満の1年以上長期入院患者数を、目標値として設定する。

3 精神病床における早期退院率（入院後3か月時点、入院後6か月時点、入院後1年時点）

地域における保健、医療、福祉の連携支援体制が強化されることによって、早期退院が可能になることを踏まえて、入院中の精神障害者の退院に関する目標値として、入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率及び入院後1年時点の退院率に関する令和8年度における目標値を設定する。

目標値の設定に当たっては、
入院後3か月時点の退院率については68.9パーセント以上とし、
入院後6か月時点の退院率については84.5パーセント以上とし、
入院後1年時点の退院率については91.0パーセント以上とすること
を基本とする。

どのように体制整備を進めていくか



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける保健医療福祉の連携構築体制

保健

医療

福祉

相談体制

受診体制

外来体制

入院

退院

地域体制

- どこにどんな窓口があるのか
- どのように連携しているか
- 窓口の周知はどのようにおこなっているのか
- 人員配置は十分か

- クリニックや病院の受診状況はどうか
- 平常時の初診までの時間（日数）は
- 緊急時の受入れ体制は
- どこが把握しているのか

- どこでどんな治療をしているのか
- 外来の相談員がいるところはどこか
- 訪問看護等の体制はどうか
- 病院やクリニックでは、どのような連携を行っているのか

- 病床の空き状況はどうか
- 入院中にどのような治療を受けられるのか
- 看護師の役割はどうか
- 退院後生活環境相談員はどうか
- 退院支援委員会に地域援助事業者が参加しているか

- 直近の退院率
- 長期入院者の状況を把握しているか
- 地域移行支援が利用されているか
- 入院中に地域生活を見据えて支援体制を検討しているか

- 基幹相談支援センターの役割は整理されているか
- 委託相談支援は機能しているか
- 地域生活支援拠点が精神障害にも対応しているか
- 拠点機能で体験利用や体験宿泊ができる状態か

精神保健医療福祉領域での支援範囲



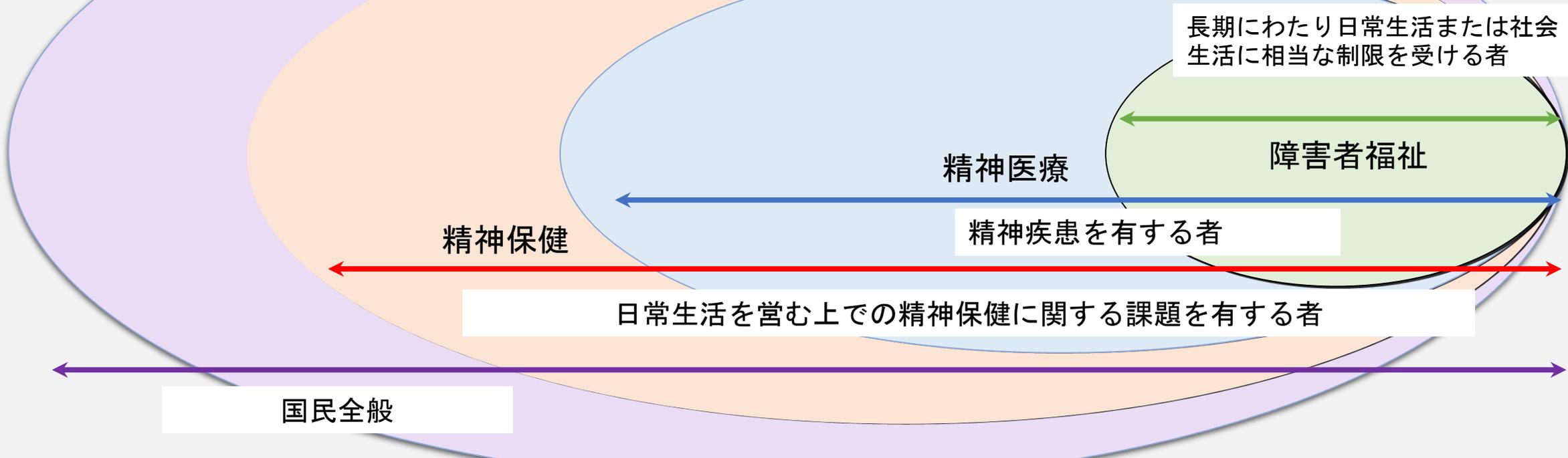
保健

医療

福祉

地域社会とのつながりの中であり、身体的にも、心理的にも、社会的にもより良い状態を保ち充実した暮らしを享受することができる者

長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者



精神医療

障害者福祉

精神保健

精神疾患を有する者

日常生活を営む上での精神保健に関する課題を有する者

国民全般

相談体制

受診体制

外来体制

入院

退院

地域体制

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける保健医療福祉の連携構築体制に向けた3つの視点

保健

医療

福祉

マクロ：県協議会、県政策、国の制度・政策・報酬関係 等

メゾ：（自立支援）協議会、にも協議の場、部会、市町村障害福祉計画 等

ミクロ：個別対応、個別支援、サービス担当者会議、支援会議

相談体制

受診体制

外来体制

入院

退院

地域体制

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける保健医療福祉の連携体制



あなたの地域では、どの機関がどのように動いていて、どのような連携をしているのか、共有しましょう

保健所 センター						
病院 クリニック 訪問看護						
市町村福祉 主管課 相談支援 事業所等						

HIKURA できる Book

共生のまちへ

体制整備ができるBOOK
〜田中係長と7つのエピソード〜

精神保健福祉法の改正
障害者総合支援法の改正
社会福祉法の改正

国の制度や施策には様々な概念がある

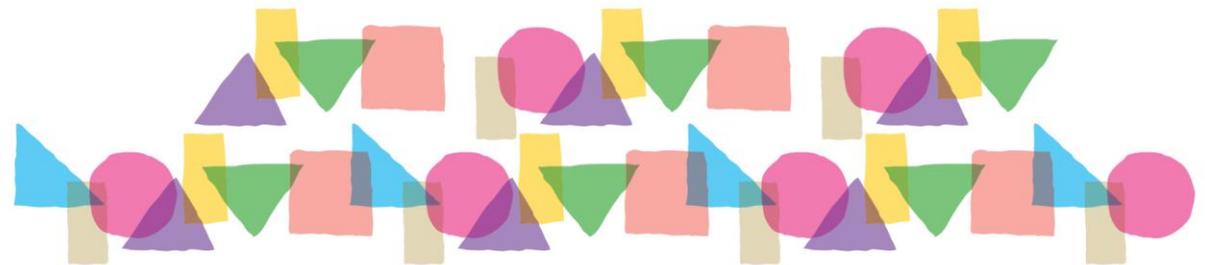
概念と制度を整理したストーリー（事例）があったらいい

国民のメンタルヘルスをベースに

精神保健に課題を抱えた方が、
住み慣れた場所で自分らしく暮らしていくためには



- 保健から医療へのアクセス
（医療から地域への協力）
- 医療と保健・福祉の連携
- **市町村の基盤整備**



Bookの目的と構成

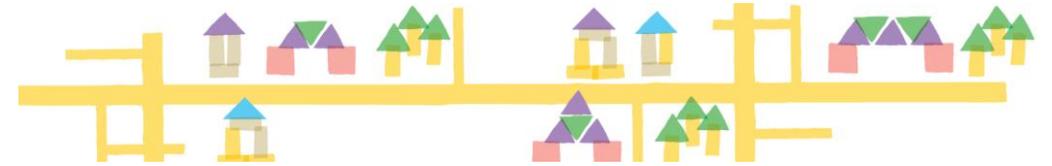
【目的】

- 地域共生社会の実現に向けた道のり（プロセス）の理解を促進
- 現状の制度や政策をどのように活用方法を知る
- 市町村の体制整備を可視化
- 官民協働の地域づくりの実践に向けて

【構成】

- ストーリー形式
- 主人公は自治体職員
- 読者は、自治体職員以外でも自分の自治体と比較しながら考えられる

エピソードの舞台



■ なないろ市の特徴 ■

- 人口約10万人
- 子育て世代が増えている高齢者世帯が多い過疎地区もある
- 基幹相談支援センター5名
- 基幹に拠点機能を持たせているが、コーディネーター未配置
- 基幹、拠点、協議会、重層の総合窓口の整備済

■ 主人公 田中係長 ■

- 40代女性
- 行政経験20年、福祉分野には縁がなかったが、今年の4月から配属
- 相談支援を担当する係
- 障害福祉課は15名



7つのエピソード

- エピソード1 ～行政窓口はどうなってるの？の巻～ 5
- エピソード2 ～相談支援体制は大丈夫？の巻～ 11
- エピソード3 ～(自立支援)協議会は何を協議するの？の巻～ 17
- エピソード4 ～地域生活支援拠点等は機能してる？の巻～ 23
- エピソード5 ～重層的支援体制整備事業（包括的相談支援事業）で
総合相談窓口を作ったけれども？の巻～ 29
- エピソード6 ～精神保健の窓口はどこ？の巻～ 35
- エピソード7 ～「国民にも」への気づき！の巻～ 41

エピソードの構成

基幹相談支援センター、地域生活支援拠点等、（自立支援）協議会、
重層的支援体制整備事業の総合相談窓口など、一通り体制の整備はしたけども・・・

各エピソードの流れ	狙い
現状を知る	現状把握
上手くいってそうに見えていたが、 実はそうでもないことがわかる	課題抽出
田中係長がどうするか考える	課題解決への検討
連携のエピソード	実践
少し良くなったこと	効果

EPISODE
エピソード
1

～行政窓口はどうなってるの？の巻～

登場人物

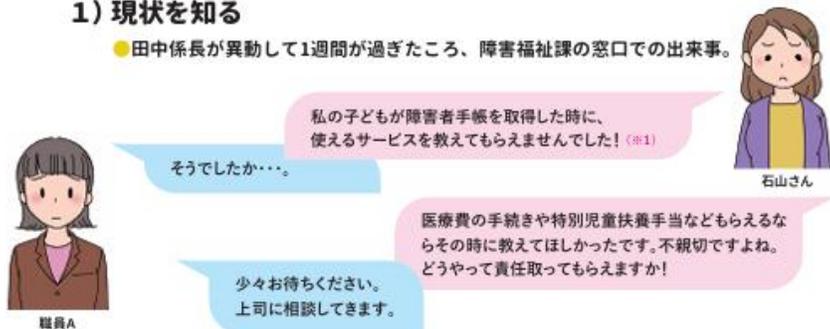


背景

田中係長は、今年の4月に障害福祉課に異動となりました。ある日、窓口で市民の困っている声が聞こえてきました。

1) 現状を知る

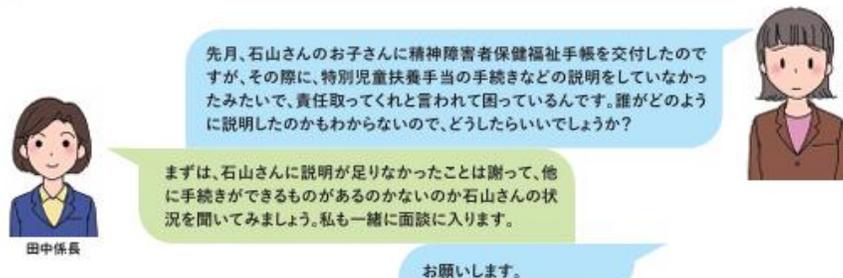
- 田中係長が異動して1週間が過ぎたころ、障害福祉課の窓口での出来事。



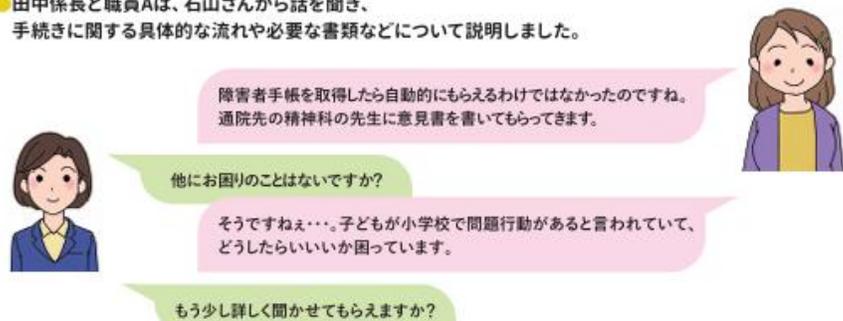
※1

障害者手帳を取得することで障害者総合支援法の対象となり(手帳がなくても診断書等で障害福祉サービスを利用することはできる)様々な支援を利用できるとともに、自治体や事業者が独自に提供するサービスを受けることもできる。自治体ではこうした情報を窓口で丁寧に伝えることが必要。
参考:障害者手帳、厚生労働省

- 職員Aが田中係長に相談しました。



- 田中係長と職員Aは、石山さんから話を聞き、手続きに関する具体的な流れや必要な書類などについて説明しました。



- その後、石山さんは、お子さんの家での様子や小学校での様子をお話しされました。職員Aは、お子さんの生活スキルや他者とのかわり方を身につけていくことができる放課後等デイサービス(※2)の利用を勧めると、石山さんは前向きに利用を検討することにしました。

課題

障害者手帳を交付する際に、福祉制度の説明や暮らしの中の困りごとを聴き取っていないため、必要なサービスや利用できるサービスにつなげていない等、情報の保証ができていない。

※2

放課後等デイサービスとは、学校教育法第1条に規定する学校(幼稚園及び大学を除く。)又は専修学校等(同法第124条に規定する専修学校及び同法第134条第1項に規定する各種学校をいう。以下同じ。)に就学している障害児(専修学校等に就学している障害児にあっては、その福祉の増進を図るため、授業の終了後又は休業日における支援の必要があると市町村長(特別区の区長を含む。)が認める者に限る。)につき、授業の終了後又は休業日に児童発達支援センターその他の内閣府令で定める施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な支援、社会との交流の促進その他の便宜を供与することをいう。
引用:児童福祉法第6条の2の2第3項

～地域生活支援拠点等は機能してる?の巻～

登場人物



田中係長



地区担当職員



基幹相談支援センター長



高橋一郎さん(当事者)と母

背景

障害者の重度化、高齢化や親亡き後の暮らしに備えて、地域生活支援拠点等を整備したはずだったが・・・

1) 現状を知る

- 地域生活支援拠点等の機能を活用しようとしたところ・・・



田中係長

ああ、高橋さんのお宅は、一郎さんとお母さんの二人暮らしだね。ただ、セルフプランで担当の相談支援専門員がないから基幹相談支援センターに連絡して地域生活支援拠点等の短期入所※23を使わせてもらいましょうか?



地区担当職員

今日、高橋一郎さんのお母様が窓口いらして、今度、お母様が検査入院するそうなんです。お母様の入院中、一郎さんが夜間一人で過ごせるか心配だとの話があって・・・



田中係長

そうですね。私も一郎さんの将来を考えたら、今回、短期入所を利用してみるのがいいと思ったんです。さっそく基幹相談支援センターに電話したんですが、断られてしまいました。登録してないと使えないと・・・

あら!? どういうことなのかしら?

どうも事前に利用希望者として登録しておかないと使えないルールらしいんです。

うーん・・・?

2) 上手くいってそうに見えていたが、実はそうでもないことがわかる

- 田中係長は、基幹相談支援センターを訪ね、センター長と話をしました。



田中係長

高橋一郎さんの短期入所が利用できないというのは、どういうことですか?



基幹相談支援センター長

言いにくい話なんですけど、基幹相談支援センターを受託したら、仕様書に地域生活支援拠点等の仕事も書かれて、実際、うちには専任のコーディネーターがいないんです。それでとりあえず利用希望者だけでも登録してもらっている状況なんです。



◎田中係長の頭の中◎
えっ? 基幹相談支援センターの中に地域生活支援拠点等? それってどういうことなのかしら? ※24

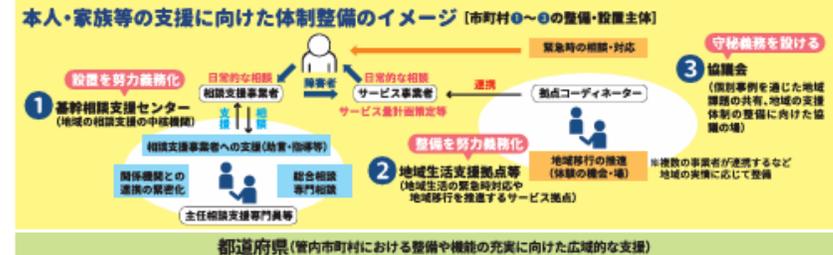
なるほど。基幹相談支援センターと地域生活支援拠点等は別物だけど、私たちの地域ではその整理がされていないということなのですね。

課題

基幹相談支援センター業務と地域生活支援拠点等業務の整理ができていない。

令和4年改正法 地域の障害者・精神保健に関する課題を抱える者の支援体制の整備

基幹相談支援センターは、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、平成24年から法律で位置づけられたが、設置市町村は半数程度にとどまっている。
障害者の重度化・高齢化や親亡き後を見え、緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を平成27年から推進してきたが、約5割の市町村での整備にとどまっている。※令和3年4月時点整備状況(全1741市町村) 地域生活支援拠点等921市町村(53%)、基幹相談支援センター873市町村(50%)
市町村では、精神保健に関する課題が、子育て、介護、困難者支援等、分野を超えて顕在化している状況。また、精神保健に関する課題は、複雑多様化しており、対応に困難を抱えている事例もある。※自殺、ひきこもり、虐待等
●基幹相談支援センターについて、地域の相談支援の中核機関としての役割・機能の強化を図るとともに、その設置に関する市町村の努力義務等を定める。
●地域生活支援拠点等を障害者総合支援法に位置付けるとともに、その整備に関する市町村の努力義務等を定める。
●地域の協議会で障害者の個々の事例について情報共有することを障害者総合支援法上明記するとともに、協議会の参加者に対する守秘義務及び関係機関による協議会への情報提供に関する努力義務を定める。
●市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者(※)も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。また、精神保健福祉士の業務として、精神保健に課題を抱える者等に対する精神保健に関する相談援助を追加する。※具体的には厚生労働省令で定める予定。



※23
地域生活支援拠点等が担うべき機能
「地域生活障害者等の介護を行う者の障害、疾病等のため、当該地域生活障害者等に対し、当該地域生活障害者等の介護を行う者による支援が見込めない事態等(以下単に「緊急事態」という。)や地域生活障害者等が希望する地域移行に向けた支援についての機能を担うものである。」
引用:地域生活支援拠点等の整備の推進及び機能強化について(障発第0329第1号 令和6年3月29日付 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

※24
地域の障害者・精神保健に関する課題を抱える者の支援体制の整備
・基幹相談支援センターについて、地域の相談支援の中核機関としての役割・機能の強化を図るとともに、その設置に関する市町村の努力義務等を定める。
・地域生活拠点等を障害者総合支援法に位置付けるとともに、その整備に関する市町村の努力義務を定める。
参考:厚生労働省「令和6年4月施行の改正精神保健福祉法と精神保健に関する相談支援体制整備」
・拠点コーディネーターの具体的な業務例について
市町村担当者や各行政機関、指定障害福祉サービス事業者等、医療機関、基幹相談支援センターその他の関係機関(以下「拠点関係機関」という。)と日頃から情報連携や協議会の参加等を通じて連携体制を構築する。平時からの相談として、行政機関(市町村障害者相談支援事業の受託事業所含む)等と連携して相談支援機関に繋げる。緊急時に備える等の相談業務を行う。
引用:地域生活支援拠点等の整備の推進及び機能強化について(障発第0329第1号 令和6年3月29日付 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

体制整備を進めていくために

- 体制整備は一気に完成しない
- 小さな改善を積み重ねることによって変化が起こる
- 官民協働でどのように力を合わせるかが『鍵』
- 自分の地域に置き換えて考えていく
- 読む → 話す → 試す → 見直す の繰り返し



ケース報告(様式)

報告者:相談支援事業所 相談支援専門員

【参考】

青森市の相談支援部会で行ってる
個別事例から地域課題を抽出するための共通の様式

1 事例を報告する背景と目的

【事例報告の目的】

○事例報告の目的
『事例報告の場に提出して伝えたいこと』をイメージして記入

○背景
個別的な理由なのか、社会全体の要因なのか、どの目標での取り上げたい理由なのかなどは、事例提出者の判断で記載。

○困り感
本人や家族、支援者の困り感を記載。支援者の範囲についてはケースで困り感を抱えている支援者が相談支援専門員以外もいる場合にはその支援者についても記載可能。

【取り上げた背景】

(本人や家族、支援者が抱えている困り感)

本人

家族

支援者

2 事例概要

【生活歴】

事例の具体的な状況を記載。障がいの種類や程度、ケースに関わる周囲の人や物の状況なども記載し、エコマップも作成してください。週間予定表は事例提出者が添付が必要と判断した場合には提出してください。

【支援経過】

障がい者手帳の情報(種別、等級、身障なら障がい部位など)
障がいに係る医療の情報(医療機関、疾患名、服薬状況、通院頻度等)
公的支援の利用状況(障害福祉サービス、介護保険等)
その他の支援(インフォーマルな支援等)を記載してください。
※当然、個人が特定できないように加工してください。事業所名や医療機関名等は関連のないアルファベット表記にしてください。

(障がいに関わる状況、サービスや制度等の利用状況など)

【ジェノグラム】

記載はポイント10.5が原則。セルの幅の調整は可能とするが、印刷して読むのが困難な大きさは控えましょう。

【エコマップ】

ケースに関わる周囲の人や物の状況なども記載。

3 課題と要因

【課題】

【本人】

【記載の着眼点】
・事例において、障がいのある方が直面している具体的な課題や困難な点を記載。(例:車椅子での移動の困難さ、情報伝達の不備、周囲の理解不足など)
・課題が顕在化している状況や頻度など、可能な範囲で定量的な情報も記述。

【生活圏】

【青森市】

【県、国】

【要因】

ハード面(設備、施設など)の要因、ソフト面(情報提供、支援体制など)の要因、制度や仕組み要因、家族や地域住民または関係者の理解不足など本人を取り巻く環境的な要因、サービス提供内容や事業所に関する要因などを記載。

【課題解決のための方策、アイデア】

本人、取り巻く環境など、地域の持つ力など、ストレングスに焦点を当て記載してください。

ケース報告(様式)

報告者: 相談支援事業所 相談支援専門員

【記載例】

1 事例を報告する背景と目的

【事例報告の目的】
親が元気がうちから、親元を離れて生活できるようになってほしいと親は考えている。既存の自立訓練施設やグループホームだけでなく、重度の知的障害者でも一人暮らしを選択できる社会の実現に向けて課題を検討していきたい。

【取り上げた背景】
将来の自立に向けた取り組みの一環として親元を離れて生活するという体験をさせて生活スキルの評価や今後の課題の整理を行いたい。青森市にはそのような体験の場がない。

(本人や家族、支援者が抱えている困り感)
○本人
親がいなくなったらどうなるのか。

○家族
将来の自立に向けて親以外との生活の場を経験させてみたいがどうしたらいいのか分からない。

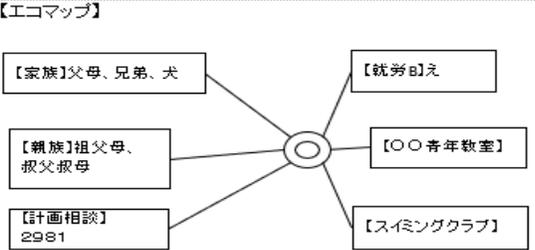
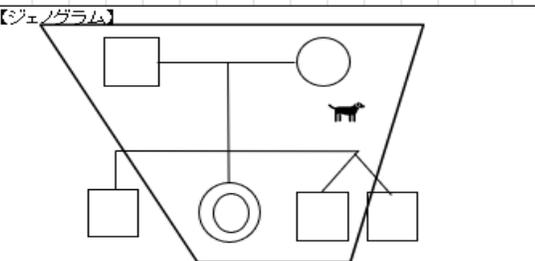
○支援者
拠点等における体験の場がない。

2 事例概要

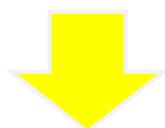
【生活歴】生後8日目に全身状態の悪化により〇〇病院へ救急搬送され、染色体検査にてダウン症と診断され、学歴は小学3年生で退学。就労支援施設に就労している。

【支援経過】
青森県立〇〇高等養護学校卒業後、就労B「ある」通って、1ヶ月前の年益田から行った就労B「ある」が本職で、現在は就労B「ある」で働いている。

(障害に関する状況、サービスや制度等の利用状況など)
◎愛護手帳A ◎就労B
◎障害基礎年金1級 ◎〇〇青年教室
◎特別障害者手当



参画事業所が個別事例を報告



3 課題と要因

【課題】
【本人】
・家庭以外では発語が極端に少ない。
・本人が働いた人でなければ話をすることはできない。疎通も難しい。
・親から離れて生活することのイメージを持つことが難しい。

【要因】
・経験や体験をしてみないと自分がどこで生活したいかを考えることが難しい。
・何度も会って一緒に何かをするという経験がないと関わることはできない。
・いきなりGHの体験はハードルが高い。

【課題解決のための方策、アイデア】
・相談支援専門員が自宅に訪問する機会や一緒に何かをする機会を増やす。
・家族以外と活動する場面を増やす。
・アパートタイプのGHの体験から進める。
・自立訓練も体験してみたらどうか。
・気軽に体験できる短期入所をしてみたらどうか。

部会で課題や要因、解決のための方策を検討

【生活圏】
・本人の特性に合わせた一人暮らしをできる場所がない。
・経済的に借りられる部屋などがない。

・実質的に、アパートやGH以外の居住の場の選択肢がない。
・宿泊型自立訓練+日中もセットになっている現状がある。

・空き家の活用
・圏域ごとに集える場、場の運営
・一人暮らしの練習目的の場があればいい。市営住宅の閉まっている場所を活用するか地域エリアごとであればいい。

【青森市】
・地域生活支援拠点等における体験の場・一人暮らしの機会・場の提供がない。
・グループホームの体験利用をしても空床がない、タイムリーな空き情報の把握が難しい。
・知的障害者向けの自立訓練施設がない。
・地域生活支援拠点等における体験の場がない。

・地域生活支援拠点等を整備していくのにもその機能や役割を支援者側が理解ができていない。
・知的障害者の特性に合わせた支援や訓練をできる自立訓練施設がない。

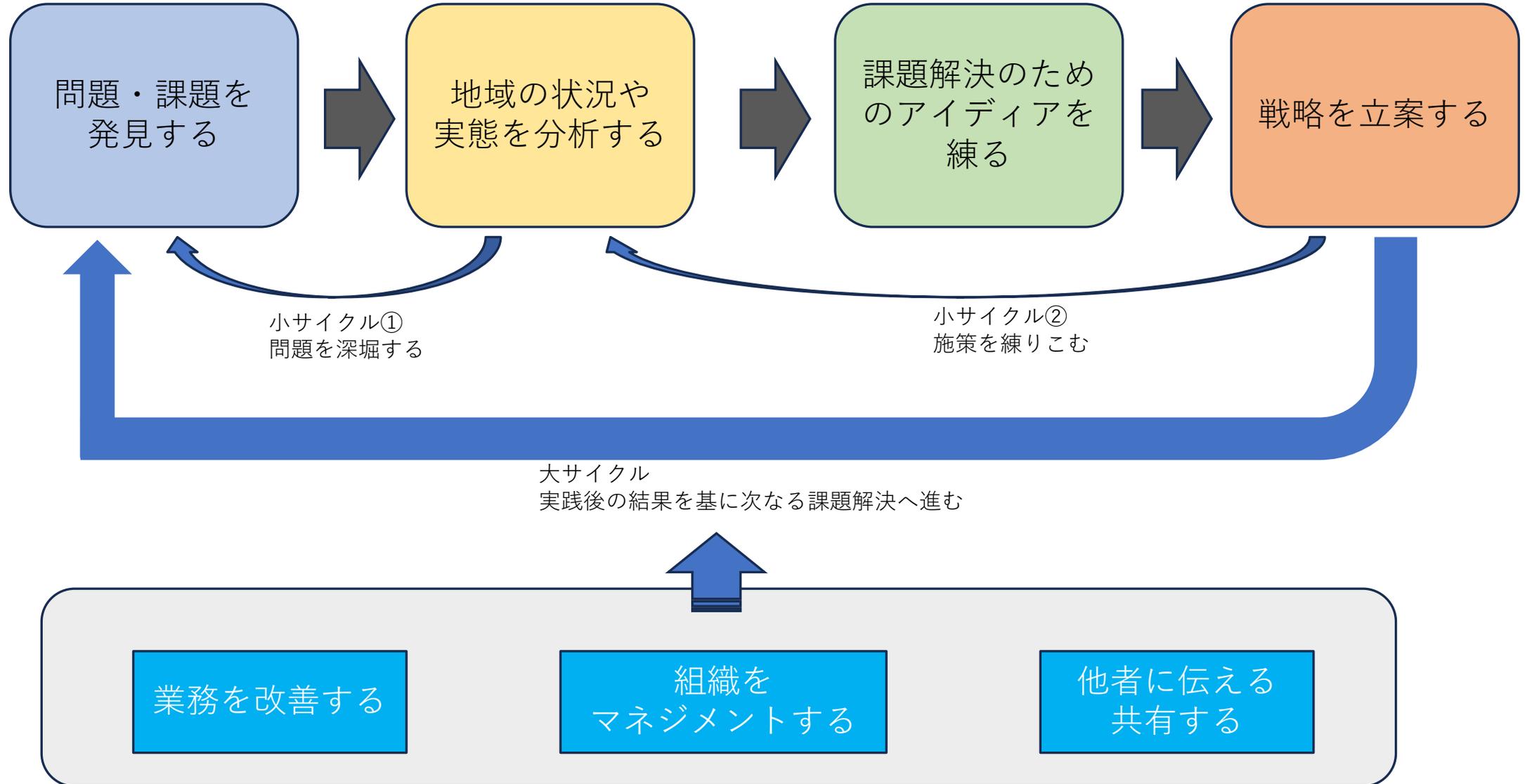
・地域生活支援拠点等は様々な障害に対応する必要があり、面的整備を行いながら柔軟に対応できる体制の構築、拠点コーディネーターを青森市全体で議論する。
・地域アセスメントを行い、足りないサービスやサービスの様態を市が把握し、障害福祉計画を形式的なものにする。

【県、国】
・家族同居からの一人暮らし支援を目的としたサービス体系がない。

・地域移行支援は、施設からの移行、病院からの移行のみが対象になっている。

・新たな移行支援の体系
・通過型GHを作る
・IADLのアセスメントをとれず事業・サービス等を作る
・OTIで地域で活躍してもらおう
・就労選択支援の生活版みたいな事業を作る

問題・課題解決に向けたプロセス

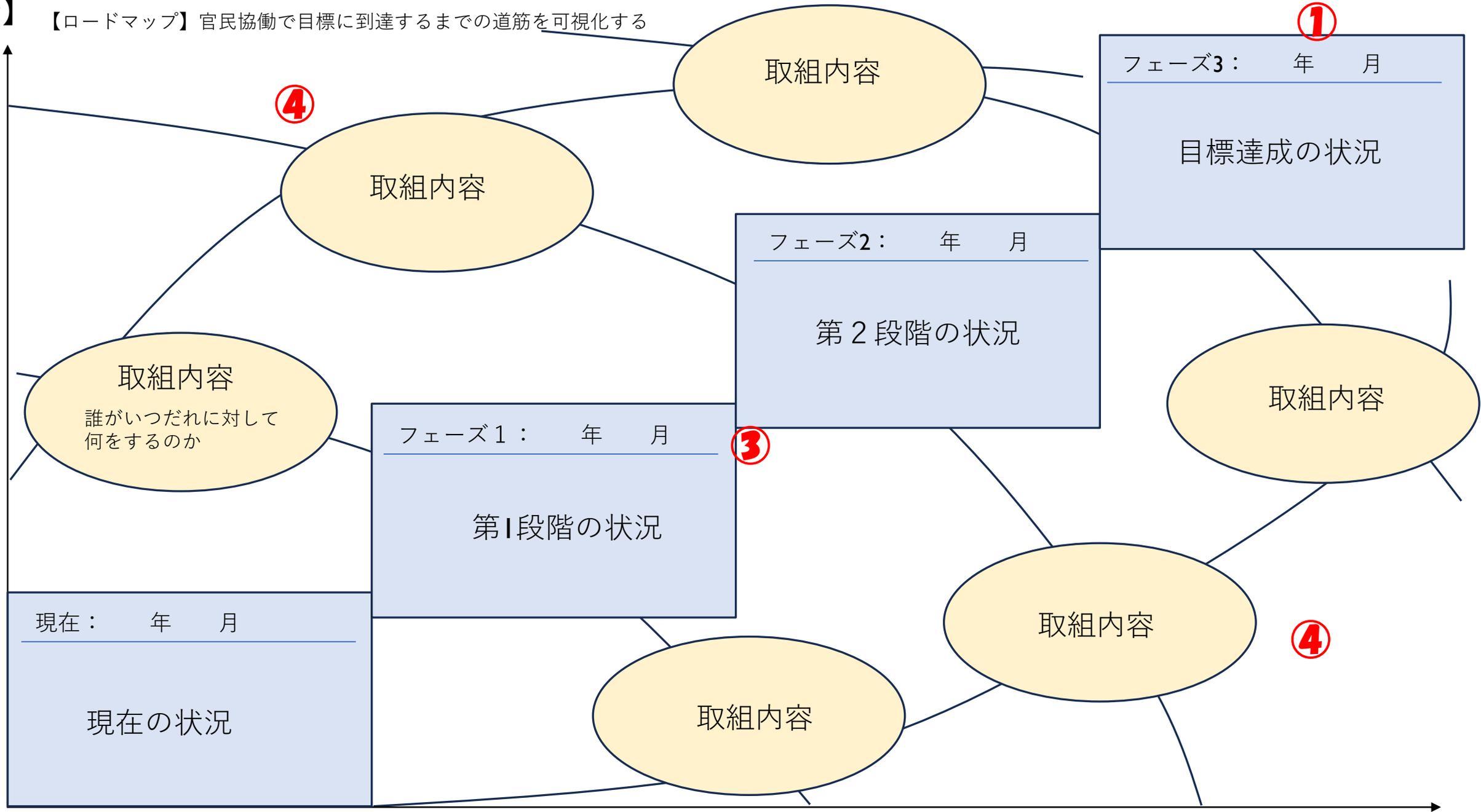


【参考】

【ロードマップ】 官民協働で目標に到達するまでの道筋を可視化する

地域への働きかけ

行政内での働きかけ・体制



【ロードマップ】 記入例

地域への仕掛け

2

現在：令和6年4月

個別事例からの地域課題が整理されていない。

- ・協議会は形式的に年1回
- ・基幹センターは直営で専門職は1名
- ・拠点機能が発揮されていない、周知されていない

取組内容

協議会において、構成員より、運営会議や部会の設置を提案、地域課題があることを伝える。

4

- ・協議会で検討されている内容を周知する。
- ・相談支援部会に地域の事業所に参画してもらい、現状と課題を官民協働で整理する。

- ・協議会の取組内容や地域課題を明らかにして、ホームページで公開や各事業所へメールなどで周知する
- ・課題解決に向けて、様々な機関に協力を求めている。

フェーズ1：令和7年4月

- ・協議会に相談支援部会を設置し地域課題の洗い出しと整理をする
- ・基幹センターは、モニタリング報告書を基に相談支援の質を点検する。
- ・拠点の課題を整理し、面的整備を進める。コーディネーターの配置に向けて動き出す

3

行政の担当課長と基幹センター職員と複数の相談支援事業所で現状について意見交換をする

フェーズ2：令和8年4月

- ・協議会に課題別部会を複数設置し、地域課題に対する取組を検討する。
- ・基幹センターに専任の相談員が3名配置され、相談支援体制整備や質の向上に向けた取組みが行っている。
- ・拠点コーディネーターが1名配置され、面的整備を行いながら、各機関との調整を行う。

- ・相談支援事業所から拠点コーディネーターを輩出できる場所がないか行政が話し合いを全事業所へ持ちかける。
- ・協議会の運営会議で地域課題を改善していくための部会設置を検討する。

4

フェーズ3：令和9年4月

協議会、基幹相談支援センター、地域生活拠点が機能的に動いて地域の課題が改善されている

協議会：年4回（部会：月1回）
基幹センター人員：4名配置
拠点コーディネーター：3名配置

1

- ・協議会で明らかになった地域課題を解決していくために、必要な人員配置と財源を確保するための情報を整理する。

組織への働きかけ・体制

個人ワークとグループワーク



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける保健医療福祉の連携構築体制

保健

医療

福祉

相談体制

受診体制

外来体制

入院

退院

地域体制

- どこにどんな窓口があるのか
- どのように連携しているか
- 窓口の周知はどのようにおこなっているのか
- 人員配置は十分か

- クリニックや病院の受診状況はどうか
- 平常時の初診までの時間（日数）は
- 緊急時の受入れ体制は
- どこが把握しているのか

- どこでどんな治療をしているのか
- 外来の相談員がいるところはどこか
- 訪問看護等の体制はどうか
- 病院やクリニックでは、どのような連携を行っているのか

- 病床の空き状況はどうか
- 入院中にどのような治療を受けられるのか
- 看護師の役割はどうか
- 退院後生活環境相談員はどうか
- 退院支援委員会に地域援助事業者が参加しているか

- 直近の退院率
- 長期入院者の状況を把握しているか
- 地域移行支援が利用されているか
- 入院中に地域生活を見据えて支援体制を検討しているか

- 基幹相談支援センターの役割は整理されているか
- 委託相談支援は機能しているか
- 地域生活支援拠点が精神障害にも対応しているか
- 拠点機能で体験利用や体験宿泊ができる状態か

私たちの地域にも包括を考える

強み・取組
(できているところ)

課題・困難さ・未実施
(できていないところ)

福祉

保健

医療

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける保健医療福祉の連携体制



保健

医療

福祉

相談体制

受診体制

外来体制

入院

退院

地域体制

あなたの地域では、どの機関がどのように動いていて、どのような連携をしているのか、共有しましょう

保健所 センター						
病院 クリニック 訪問看護						
市町村福祉 主管課 相談支援事業所等						