

YAMANASHI

精神障害者の地域移行支援 のためのハンドブック

(Ver.1)



富士の国やまなしキャラバン隊長 ©武田菱丸

平成28年9月

山梨県障害者自立支援協議会地域移行部会

※このハンドブックは官民協働による地域づくり
プロジェクト会議の皆さんの協力により、作成しています。

目次

1	ハンドブック作成にあたって・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	山梨県精神障害者地域移行・地域定着に関する施策について・・・・・・・・	2
	（1）これまでの経緯	
	（2）自立支援協議会地域移行部会、官民協働による地域づくりプロジェクト会議との連携について	
	（3）第4期障害福祉計画数値目標について	
	（4）今後の取組について	
3	各機関の役割・・・・・・・・・・・・・・・・	6
	（1）病院	
	（2）県	
	（3）市町村	
	（4）相談支援事業所	
4	地域移行支援の進め方・・・・・・・・・・・・・・・・	12
5	ピアサポーターの活用・・・・・・・・・・・・・・・・	17
6	事例集・・・・・・・・・・・・・・・・	19
7	地域移行Q&A・・・・・・・・・・・・・・・・	22
8	参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・	24

○山梨県版地域移行リーフレット

○山梨県障害者、障害児相談支援体制事業所一覧表

○障害者福祉サービスのご案内

※山梨県のホームページからダウンロードできます

(<http://www.pref.yamanashi.jp/shogai-fks/34465103733.html>)

1 ハンドブック作成にあたって

(1) ハンドブック作成の趣旨

「地域移行を誰もが当たり前に語れる社会の実現」を目指して山梨県自立支援協議会では地域移行部会を平成24年に設置、地域の中核的な支援者と協働しながら山梨県らしい地域移行の在り方について考えてきました。

あれから5年、相談支援事業所や行政の方、医療機関、障害者支援施設等、様々な立場にある人達が協力し、連携ができるようになったと手応えを感じる一方で、障がいのある方が地域で生活するということはまだまだ高いハードルであるようにも思います。何故ならば、未だに地域移行支援は特殊な支援者が特殊な対象者に行う特別なものとして捉えている方も少なくありませんし、何より当事者自身が医療機関や入所施設を出た後の生活について考える機会を持つことが少なく、自身の可能性や夢を語る事が出来ない現状では「誰もが当たり前に語れる社会」とは程遠いと言わざるを得ないからです。

このハンドブックは県自立支援協議会地域移行部会と官民協働による地域づくりプロジェクト会議が仕掛ける次の一手です。「どういう人にサービスを導入すべきか?」「支援の進め方をどうしたらよいか?」といった日々の小さな疑問に答え、このハンドブックをきっかけに障がい者支援に関わる皆さんが地域移行を身近に感じ、一人一人が地域移行の担い手となって頂けることを期待し作りました。とかく日々の業務に忙殺されがちな私達ですが、当事者の方の想いに耳を傾け、一緒に将来の夢を語り、山梨らしい地域づくりの一助となれば幸いです。

(2) 取り組み経過

平成27年10月と3月に、県自立支援協議会地域移行部会が進める「官民協働による地域づくりプロジェクト会議」において、ハンドブックの内容について各種意見をもらい、地域移行部会で作成しました。

(3) 利用方法

このハンドブックは、支援者がお互いの役割を理解し、入院患者の「退院したい」という希望を叶えるための支援方法に関する情報を掲載しています。

精神科病院、市町村、相談支援事業所、ピアサポーターなどの支援者が、支援に困った時や新たな取り組みをする時の参考にしていただきたいと思います。

このパンフレットを活用することで、精神障害者の地域移行についての理解がさらに進み、各圏域における官民協働の支援体制が構築されることを期待しています。

2 山梨県精神障害者地域移行・地域定着に関する施策について

(1) これまでの経緯

- 精神保健福祉施策については、国が精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年9月）で「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針を示し、長期入院の精神障害者を地域で支援する方策を推進してきました。
- 本県においても平成17年度に「精神障害者退院促進支援事業(平成21年度から「精神障害者地域移行支援特別対策事業」と改める)」を開始、当事者も含めた「地域移行推進員」を委嘱、地域生活の準備のための外出同行支援や入居支援等を行ってきたところです。また、保健所の精神保健福祉相談員を「地域体制整備コーディネーター」として配置し、精神科病院と地域との連携体制の整備に努めてきました。
- 平成24年4月に「地域移行推進員」が担ってきた業務が個別給付化され、県事業としての地域移行推進員の活動は終了しましたが、当事者地域移行推進員は「ピアサポーター」として位置づけ、現在県内で31名を委嘱し、精神科病院入院者に対しての個別支援や、病院プログラムへの参加といったグループ支援を行っているところです。「地域体制整備コーディネーター」は引き続き保健所の精神保健福祉相談員が担っています。
- その他、「地域移行・地域定着連絡協議会（全県、圏域）」の開催、「自立支援協議会地域移行部会」や「官民協働による地域づくりプロジェクト会議」との連携、地域移行リーフレットの作成、県精神科病院長期入院者の実態調査の実施、人材育成の研修といった取組を行っています。平成27年度は、改正精神保健福祉法で定められた「退院後生活環境相談員」と、「地域援助事業者」に対しての研修会を実施し、医療と福祉の連携に力をいれているところであり、これからも官民協働で精神障害者の地域移行・定着を進めていきます。

(2) 自立支援協議会地域移行部会、官民協働による地域づくりプロジェクト会議との連携について

○県自立支援協議会では地域移行部会を設置し、社会的入院・入所している障害のある方等の「地域移行」について障害当事者・家族・精神科病院・障害者支援施設・相談支援事業所・市町村・県等の関係者が課題を話し合い、解決策を提案することで「地域移行・地域定着支援」の促進を図り、誰もが「地域移行」を当たり前語る社会を目指す取組をしています。

○平成25年度、地域移行部会を中心に「官民協働による地域移行プロジェクト会議」が立ち上がり、県内関係機関（精神科病院・相談支援事業所、市町村、保健所等）の50名以上の委員に地域移行についての検討をいただいています。また県の人材育成研修において、委員には企画運営、ファシリテーター等として協力をいただいています。なお、本会議は今後、県単位から圏域単位での活動を目指しています。

○これらの部会や会議と協働しながら、精神障害者の地域移行を進めています。

(3) 第4期障害福祉計画数値目標について

○山梨県では、障害者基本法第11条第2項の規定に基づく山梨県障害者計画と、障害者総合支援法第89条第1項の規定に基づく第4期山梨県障害福祉計画を統合した「やまなし障害者プラン2015」（平成27年度から平成29年度）を策定しました。第4期障害福祉計画における具体的な数値目標については以下のとおりです。（参考：平成24年6月30日時点、全入院者数2,015人うち1年以上の長期入院者数1,389人）

具体的な数値目標

入院中の精神障害者の地域生活への移行

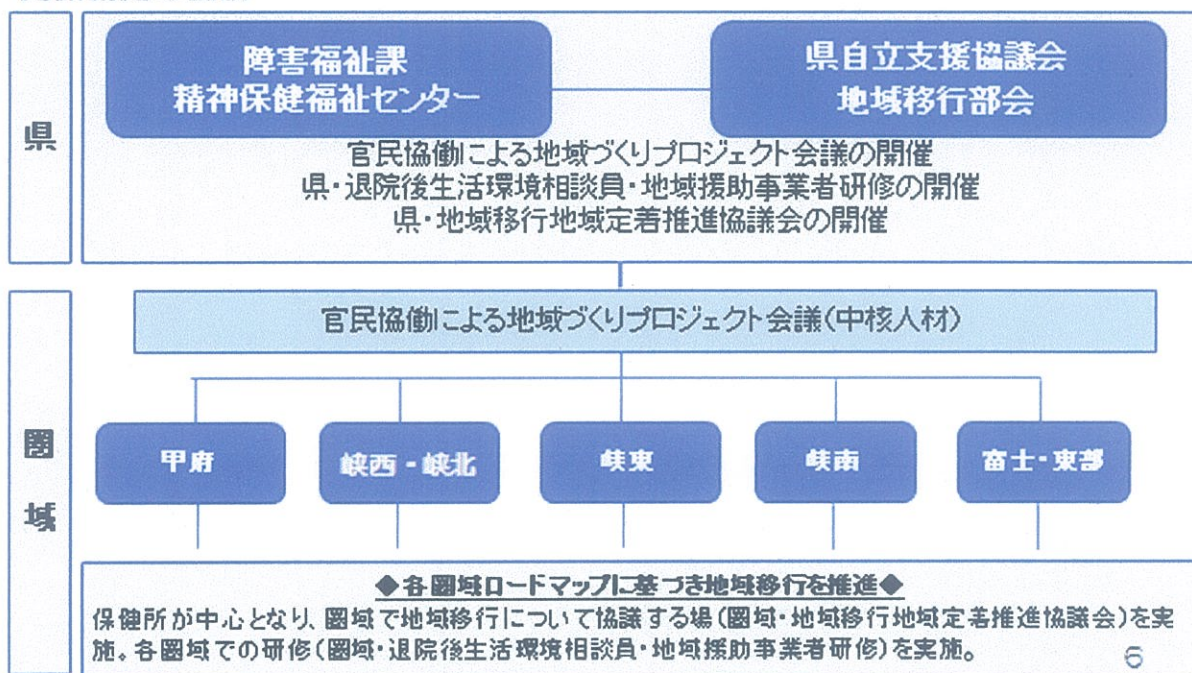
- ①平成29年度における入院後3ヶ月経過時点の退院率を64%以上
- ②平成29年度における入院後1年経過時点の退院率を91%以上
- ③平成29年6月末時点における長期在院者数を

平成24年6月末時点から18%以上減少

(4) 今後の取組について

- 障害福祉計画の数値目標を念頭に、新たな長期入院者を生まないこと、現時点での長期入院者を削減することを目指します。
- 各機関（精神科病院、市町村、圏域等）の実情に合わせた取組を行います。

関係機関の役割



<本県の地域移行推進体制>

山梨県の精神障害者地域移行について

◎ やまなし障害者プラン2015における数値目標
 平成29年度における①入院後3か月経過時点の退院率を64%以上とし、②1年経過時点の退院率を91%以上とし、③平成29年6月末時点における長期在院者数を平成24年6月末時点から18%以上(250人以上)減少させる。 県独自:ピアの活動回数 80回

精神科病院(11ヶ所)

H24.6末
 全入院患者数 2,015人
 (65歳以上 1,017人)
 うち1年以上入院者数 1,389人 (69%)
 (65歳以上 754人)

H27.6末
 全入院患者数 1,924人
 (65歳以上 1,029人)
 うち1年以上入院者数 1,249人 (65%)
 (65歳以上 729人)

H27退院後生活環境相談員 58人

- (課題)
- ・1年以上長期入院者がなかなか減らない (H24 69% → H27 65%)
 - ・入院患者の高齢化 (H24 50% → H27 53%)
 - ・新たな長期入院者の存在
 - ・市町村が把握できない入院者の存在

ピアサポとの協働!

県(障害福祉課・保健所・精保センター)

1 患者に対する働きかけ

- ①ピアサポーターの育成と積極的活用
- ②地域移行・地域定着の利用の促進

2 職員(病院・地域)に対する働きかけ

- ①退院後生活環境相談員・地域援助事業者等研修会等を通じての人材育成 全県版+各圏域版
- ②自立支援協議会地域移行部会(プロジェクト)と協働
- ③地域移行・地域定着推進協議会の開催
- ④地域体制整備コーディネーターによる調整
- ⑤病院・地域の実態把握
- ⑥実地指導・審査での働きかけ(年1回)

3 行政機関に対する働きかけ

- ①市町村との役割分担
- ②住宅・介護保険・生保等の施策と連携
- ③障害者プラン・計画をもとに連携強化
- ④長期入院者実態調査の結果提供

地域

H27年度地域相談支援給付対象
 延人数 198人
 (H26 153人)

H27年度精神保健福祉手帳取得者数
 6,704人
 (H26 6,379人)

ピアサポーター委嘱数 31人

市町村 27
 基幹相談支援センター 8ヶ所
 指定特定相談支援事業所 85ヶ所
 指定一般相談支援事業所 23ヶ所
 グループホーム 684人定員

H28.11現在

(課題)

- 居住の場の確保
- 住宅施策や介護保険施策との連携
- 地域生活を支えるサービスの確保



3 各機関の役割

(1) 病院

① 精神科病院

- ✦ 多職種による治療チームで、患者さんの退院に向けた治療を行います。
- ✦ 医療保護入院者には退院後生活環境相談員が選任され、患者さんの退院後の生活について中心となって支援をします。

② 各職種の役割

- ✦ 医師：病気の説明をしたり、薬物治療や入院期間の検討などを行います。
- ✦ 精神保健福祉士（退院後生活環境相談員）：院内の調整をしたり、退院後の生活に必要な支援について検討し、サービスの導入の調整等を行います。医療保護入院の退院支援を中心となって行います。
- ✦ 看護師：入院生活全般の支援や、生活能力の把握をしてくれます。
- ✦ 心理士：心理検査等を実施し、患者さんの特性や考え方の偏りなどを把握してくれます。
- ✦ 作業療法士：生活能力の評価、能力の向上を支援してくれます。
- ✦ 栄養士：患者さんに適した食生活について検討してくれます。

③ 地域の関係機関との連携

- ✦ 病院は、患者さんを通してだけでなく、日頃から、市町村、相談支援事業所等の各機関と連携し、地域の特性や支援等について情報を取得し、スムーズに支援を展開できるような体制を整えています。

☆病院は、積極的に地域の方に支援に携わっていただくようにするとともに、地域の支援者の方も、治療チームの一員として病院を連携することが重要です。



(2) 県

① 県障害福祉課

- ✦ 全県で地域移行が進んでいくために、全県における研修会を開催します。
- ✦ 地域体制整備コーディネーターを保健所に配置します。
- ✦ ピアサポーターの委嘱を行いピアサポーターの活動をサポートします。
- ✦ その他全県の状況を把握し、必要な指導や助言を行います。

② 保健所

- ✦ 地域体制整備コーディネーターが配置されています。
- ✦ 委託事業所と協力して、ピアサポーターの活動を支援します。
- ✦ 地域移行を進めるために、地域移行地定着推進会議を開催します。
- ✦ 地域移行が円滑に進むように関係機関の連携を支援します。
- ✦ その他、健康に関する相談、精神保健に関する相談などを行っています。

③ 精神保健福祉センター

- ✦ 全県の地域移行の状況を把握し、必要な研修を開催します。
- ✦ ピアサポーターの養成研修や、フォローアップ研修を開催します。

☆関係者が実情を把握し、情報を共有、目標を確認することが重要です。
精神保健福祉センター、障害福祉課では地域移行に関する研修や官民協同の
会議を開催したりしています。
誰かが進めていくのではなく、一人一人が進めていく姿勢が重要です。

(3) 市町村

① 市町村の役割が明確になっています！

✦ 障害者相談支援事業

・障害福祉サービスの利用の有無に関わらず、障害児・者、(難病や発達障害者も含む)及びその家族からの相談に応じ、障害のある人が普通に暮らせる地域づくりのための相談支援。

・市町村が直接行う場合の【直営】と、民間の相談支援事業者【委託】が相談に応じます。

✦ 基幹相談支援センター

・困難な相談や、複数の関係者が連携する相談等については高い専門性が求められることから、平成24年度から基幹相談支援センターが新たに位置づけられました。

・山梨県でも8か所のセンターが設置されており、他地域でも設置化が予定されています。

✦ 支給決定

・福祉サービスの利用にあたって、市町村では障害支援区分、障害福祉サービスの種類、支給期間、モニタリング期間等を、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画案」に基づき支給決定します。地域移行・地域定着支援など「地域相談」を実施する場合も、市町村が医療機関や入所施設等と連携しながら支給決定を行ないます。

② 自立支援協議会の法定化がされています！

✦ 山梨県の自立支援協議会

・相談支援事業を充実強化するとともに、地域の課題を検討し、社会資源を改善、開発するための支援体制作りや体制整備をするための「官民協働」の協議会が設置されています。

・山梨県では、地域自立支援協議会(27市町村)の設置率は100%です。

・年1回、山梨県自立支援協議会と地域の合同自立支援協議会が開催され、地域移行部会の中で、精神障害等の地域移行の課題を協議しています。

☆地域移行の対象者は、入院期間が1年以上という縛りは改正され、1年未満の方でも、必要な方には利用できます。市町村や関係者との連携の中で、「退院したい」という当事者の意思決定を尊重して支給決定します。

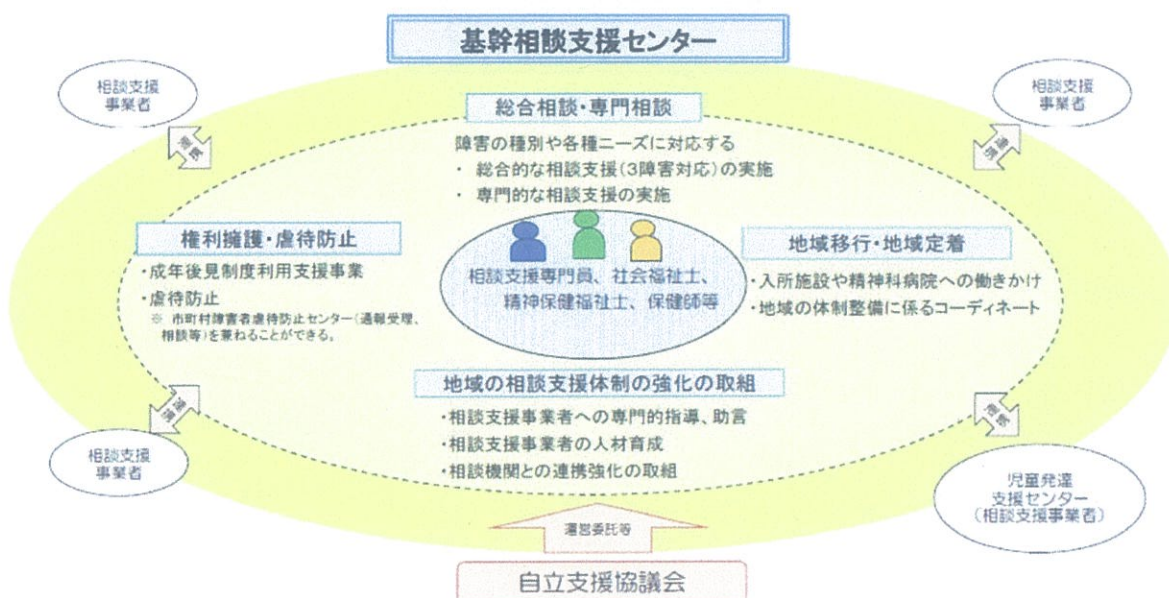
(4) 相談支援事業

① 基幹相談支援センター

- ✦ 退院後生活環境相談員と連携し地域相談の導入などについて協議を行います。
- ✦ 総合的で専門的な相談支援を行います（精神保健福祉士など専門職の配置）。
- ✦ 地域の相談支援事業所への専門的指導や助言、研修などを行います。
- ✦ 地域自立支援協議会の運営を行い、地域の課題の解決や地域資源の創出を関係機関とのネットワークの中で行っていきます。

基幹相談支援センターの役割のイメージ

基幹相談支援センターは、地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務（身体障害・知的障害・精神障害）及び成年後見制度利用支援事業を実施し、地域の実情に応じて以下の業務を行う。



② 計画相談支援（指定特定相談支援事業）

- ✦ 地域相談支援（地域移行・地域定着）の支給決定の根拠となる、サービス等利用計画を作成します。
- ✦ 本人（者）のニーズや意向に基づき「サービス等利用計画」を作成します。サービス提供事業所や地域資源を繋ぎ、本人の地域生活を応援します。
- ✦ 「モニタリング」を行いながら、利用しているサービスが適正か確認を行い、必要があれば変更なども行っていきます。

③ 地域相談支援（指定一般相談支援事業）

○地域移行支援（標準支給期間6ヶ月、状況により延期可能）

- ✚ 精神科病院や施設に入院・入所している障がいのある方に、啓もう活動や日中活動の体験利用、体験宿泊、住居の確保の支援など地域生活に移行するための相談やその他の支援を行います。

○地域定着支援（標準支給期間12ヶ月、状況により延期可能）

- ✚ 居宅にて単身等で生活する障がいのある方に、常時の連絡体制を確保し、緊急の時に家庭訪問や相談、その他の支援を行います。地域定着支援単独での支給が可能です。

④ 障害児相談支援（障害児相談支援事業）

- ✚ 障がいのある子ども（児）や家族のニーズや意向に基づき「障害児支援利用計画」を作成します。サービス提供事業所や教育機関を繋ぎ、本人の地域生活や発達を応援します。
- ✚ 「モニタリング」を行いながら、利用しているサービスが適正か確認を行い、必要があれば変更なども行っていきます。



※山梨県自立支援協議会では、山梨県内の①～④までの相談支援機関を一覧表に作成し情報提供しています。（山梨県自立支援協議会のホームページに掲載しています）（巻末の参考資料に掲載）