

特集

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの現状と今後について

菊入 恵一^{*1,2}

***1 医療法人崇徳会 田宮病院**

***2 厚生労働省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 広域アドバイザー**

1. はじめに

近年、地域精神医療福祉サービスの増加や薬物による治療の進歩に伴って、精神疾患になったとしても社会生活を維持しながら外来で治療を受けている患者は増えている。一方で入院患者は減少傾向にあり、入院患者の6割を占めている1年以上の入院患者（以下、長期入院者）の高齢化による死亡退院や身体的不調による転院は加速的に増加している。また、診療報酬では救急医療と地域連携に関わる報酬を厚くしており、全体的には病院完結型から地域完結型（地域医療構想）へ推し進められてきている。今後、精神科医療は重要な転換期に差し掛かっており精神科作業療法（以下、OT）も影響を受けている。現在、OTの多くは集団活動による実施でありその対象は長期入院者が多い。当院の状況は、OT利用者の5割が長期入院者であり、ADLや活動意欲の低下によって大集団による実施が難しい患者が増えてきている。今後、維持期から急性期・回復期・外来を中心としていくことと、統合失調症に加え、気分障害や認知症、発達障害等にも対応していくことが必要となっている。このような流れにある中、国策として打ち出された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、病院を含めた地域全体を障害をもったとしても住みやすい街にしていくための仕組みづくりである。筆者は、このシステムについて我々が行う事は以下の3つであると理解している。①病気が悪くなったら入院、良くなったら退院し地域で長く住み続けるための支援の仕組みづくり（共助）②国民の精神障害の特性の理解を促し、気が付いたらこの誰に相談するかという仕組みづくり（自助・互助）③は①と②が我が町にとってどのように推し進めるのか戦略をたてる協議会を実施すること（公助）である。この施策は、患者の「活動と参加」の促進を生業としている作業療法士（以下、OTR）にとって絶好の機会である。また、長期入院者の地域移行だけでなく、新しい長期入院者を防止

するための地域づくりも含んでいる。我々がこの施策を知り活用していくことは、社会に寄与できる専門職へとつながっていく。今回、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについての経緯と概略、OTRが今後どのように活用していくのかについて筆者の構想と知見を含め、伝えたいと考える。

2. 精神科医療の経緯と地域包括ケアシステムまでの流れ

＜現状＞日本における精神疾患患者は420万人（平成29年）を超え増加傾向にあり、5大疾病（癌・脳卒中・虚血性心疾患・糖尿病）の中で最も多い人数となっている。以前に比べると、精神科に受診するという点については特別なものではなくなっているが、社会における根深い差別や偏見は存在し、精神疾患の理解は十分ではない状況がある。現在の精神科入院者は27万人であり、その中でも1年以上の長期入院者は17万人、年齢は65歳以上の割合が50%を超えている¹⁾。

＜経緯＞我が国の精神保健医療福祉について、平成16年に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われ、平成29年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書¹⁾では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行をすすめるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるように、医療、障害福祉・介護・社会参加、住まい地域の助け合い、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」の構築を目指すことを理念として明確にした。これは、高齢期を念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」の必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域で自立した生活を支援

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～R2年度

2. 基本指針の主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・就労定着に向けた支援
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数: H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数: H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(項目の見直し)

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数: 14.6万人～15.7万人に
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率: 入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者: H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所: 5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率: 80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・難病患者への一層の周知
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

図1 第5期障害福祉計画に関わる国の基本方針について(厚生労働省資料)

精神疾患の医療体制の構築(第7次医療計画)について

- 精神障害者が、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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 2020年度末、2024年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病、躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。



図2 精神疾患の医療体制の構築(第7期医療計画)について(厚生労働省資料)

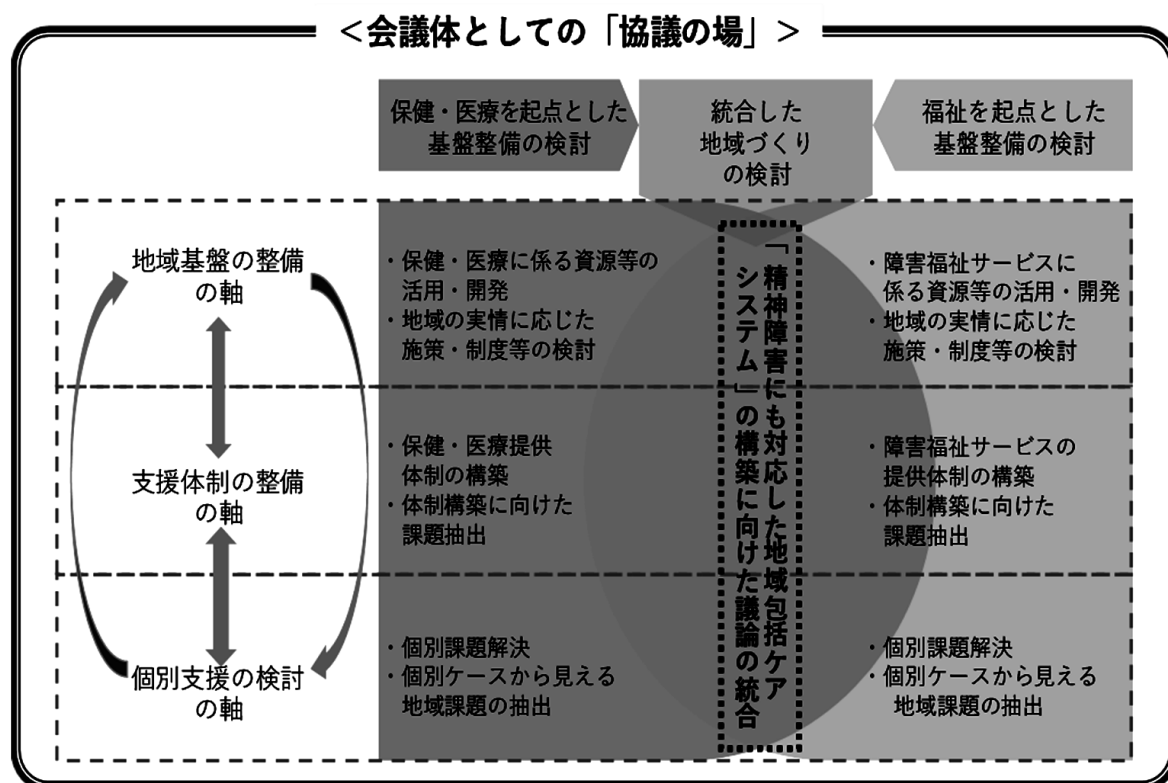


図3 「保健・医療・福祉関係者による協議の場」の機能と協議内容の構造の概念（厚生労働省資料）

するという考え方を応用したものであり、異なるものであることに留意が必要である²⁾。筆者の感覚として、目指す目的は概ね一緒ではあるが、目標や方法にあたる精神障害の特性の違いや障害福祉のサービスの違うという印象である。

国は、これらを推し進めるために各自治体の第5期障害福祉計画の基本指針（図1）・第7次医療計画の見直し（図2）を示し、医療と福祉の適合性を図りながら自治体が各地域ごとの特性に沿って取り組んでいくことを述べている²⁾。

厚生労働省は、なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要なのかということについて以下のように述べている。①1年以上の入院者17万人、うち5年以上の入院者は9万人である。②精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。また、包括的支援が必要とされた者のうち、居住地区における地域サービスを利用していたものは33%であり十分利用できていない。③1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。④精神療養病棟に入院する患者の約50%が在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされているということから、地域の基盤整備が必要である。以上の理由から必要性を訴えている²⁾。

第5期障害福祉計画のなかで、保健・医療・福祉関係者による協議の場を令和2年度までに協議の場を設置することとしており、保健・医療から地域を考える視点と障害福祉から地域を考える視点の両視点を持った上に個別支援の検討・支援体制の整備地域基盤の整備の3つの軸に沿って様々な機能を発揮することが求められる³⁾（図3）。そして、この協議の進め方については①地域課題の共有②目標設定③計画の実施④成果の確認という流れで実施されることが望ましいとされている。

3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム概要について

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（図4）とは精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、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するものである。また、システム構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備すること。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ができるように、圏域ごとの保険・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、地域援助事業所、市町村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として

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）

- 精神障害者が、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。

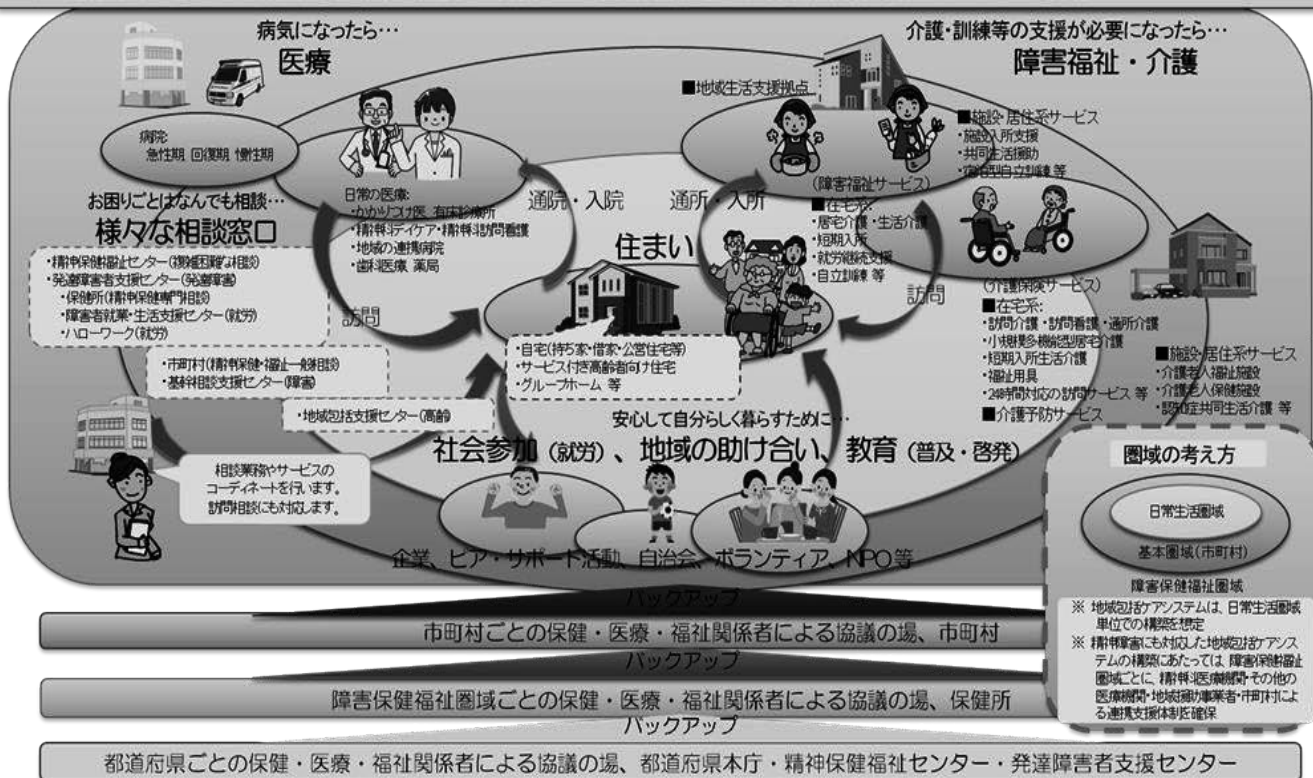


図4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（厚生労働省資料）

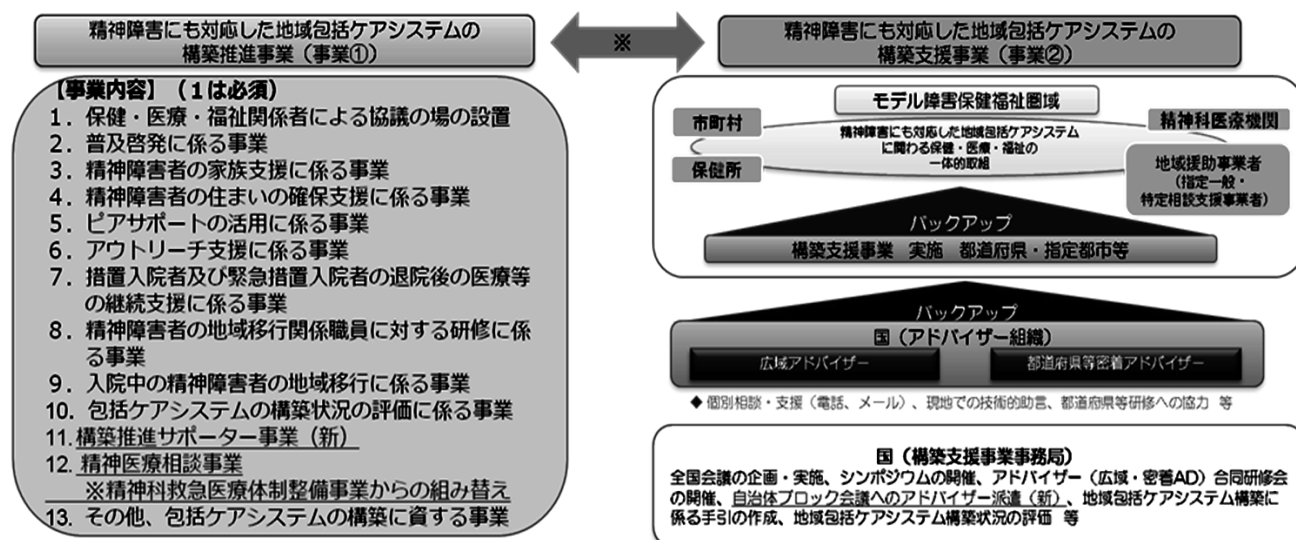


図5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム 事業①②（厚生労働省資料）

新潟県

地域移行に関する協議会 イメージ図

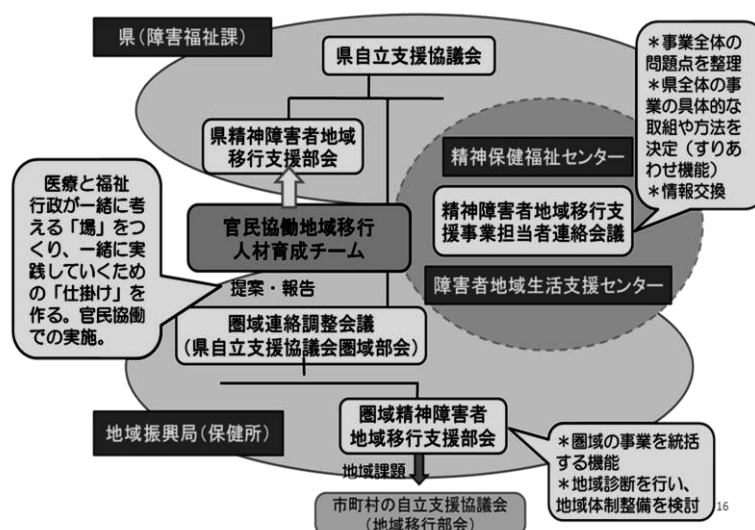


図6 新潟県における地域移行に関する協議会 イメージ図

いる。システム構築によって期待できる効果として①精神障害者とその家族が暮らしやすくなる。②ニーズに沿った多様なサービスの創出と連携の強化③精神疾患に起因する問題に対する速やかな対応④精神障害者の社会参加（就労）の促進⑤地域住民の精神障害に対する理解の促進⁴⁾を挙げている。

4. 国の取り組みについて

（図5）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）として予算は約53.2億円（31年度）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として4億円（31年度）の予算をつけている。実施主体としては都道府県、指定都市、特別区、保健所設置市（①のみ）としている。①の事業メニューは図5のようになっており、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置は必須として他のメニューの実施については各自治体の取り組みに合わせて選択できる形になっている。②の事業については、アドバイザー派遣事業であり、筆者は広域アドバイザーとしてシステム構築へ向け自治体に出向き支援を行っている。先にも述べた①地域課題の共有②目標設定③計画の実施④成果の確認という流れに沿って進めており、その実績を紹介する。

＜平成30年度：静岡県を担当＞

県から選出された密着アドバイザー3名（県精神保健福祉センター1名、相談支援1名、OTR1名）と共に包括ケアシステム推進行動計画を立案。①地域課題としては、静岡県内で先駆的な地域移行支援やピア活動はあるが、他の圏域に広がっていない

こと。もう一つは圏域事の取り組みをコントロールする県の事務局機能がないこと。②目標設定は他の圏域に先駆的な取り組みを知ってもらうための研修会を実施。県の自立支援協議会地域移行支援部会にて事務局を立ち上げることを目標とした。③計画の実施では「県自立支援協議会地域移行部会への参加」し事務局機能の必要性を提案する。「静岡県精神障害者地域移行定着推進研修会への講師としての参加」を実施している。④結果は、研修実施し取り組みを周知できたことと、県自立支援協議会地域移行部会の事務局機能を設置について検討が始まった。

このように、行政側の協議会運営のための助言や、広く精神関係者に向けた研修会を実施している。

これらの国の取り組みは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムポータルサイト（Web検索）にて活動内容から講師資料まで閲覧できるので参照していただきたい。

5. 新潟県の取り組み状況について

県では、地域包括ケアシステム構築推進事業（図5）のメニューの内、1.協議の場の構築事業、6.アウトリーチ推進事業（こころのクリニックウィズ・メンタルケア中条へ委託）、7.措置入院者事業、8.研修事業（県作業療法士会委託）10.包括ケアシステム構築状況の評価（佐渡圏域）の5つを選択し取り組んでいる。主管は新潟県障害福祉課のちとところの支援室であり、精神保健福祉センターと協働して実施している。協議会については、新潟県の協議会のイメージ（図6）のように構成されており、部会

の名称も令和2年度より地域移行支援部会から精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを考える協議会として広く推進する部会へ改称する予定となっている。県地域移行支援部会の目標として掲げられていることとして、平成30～令和2年の間に地域移行相談を利用した退院支援45件を掲げている⁵⁾。今後は、人材育成チームが、県アドバイザーとして各圏域の協議会や市町村の協議会へ出向いて支援するという話しが出ている。

6. 県作業療法士会（以下、県士会）の取り組み状況

平成24年より、筆者は県士会の精神担当理事の立場で、他団体の推薦を契機に人材育成の為の研修企画へ参加している。平成27年には、県士会の提案により、研修企画にとどまらず県全体で地域移行を推し進めるためワーキングチームとして「新潟県地域移行人材育成チーム」が立ち上がっている。研修会の内容も、病院で多職種のチームを作り福祉職員と協働して地域移行を推し進めるための戦略を立てる会議として実施。地域移行支援研修会を4年間継続して実施し、各地で継続的な会議につながりその中で各病院の状況に合わせた取り組みが行われている。

7. 当院の取り組み

当院では、県地域移行支援研修参加を契機に「地域移行を考える会」が誕生し、退院準備グループ「あゆみの会」に地域支援者や当事者と交流する機会を病院や病院外でもつことにし、この活動から退院者も年に1～2名程だしている。平成31年度は地域支援者のアセスメントと病院スタッフのアセスメントをすり合わせるための事例検討を実施。令和元年度は、地域支援者と病院職員と本人と面談をし、退院についての話を聞くことや入院生活の相談をする機会をもつことにした。結果については目標1件を達成することが出来た。また、今年度新たな動きとして重度閉鎖病棟に地域支援者と入院者の交流会を開催し、また地域支援者との面談から、地域移行支援を2件挙げている。徐々に地域支援者と医療スタッフの協働による退院支援が行われるようになってきている。

8. 精神にも対応した地域包括ケアシステム想定される OTR の関与について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて、今後どのように OTR が寄与していくかについて筆者の経験を元に伝える。高齢における地域

包括ケアシステムが中学校区域を想定しているのに対し、精神障害はそこまで小さな地区は想定していない。既に動いているのは、圏域精神障害者地域移行部会である。圏域事にどのような地域課題があってどのような資源が必要かということが協議することになる。方法として、地域移行困難事例の検討。そして①医療アクセス②住まい③介護支援④就労⑤保険予防⑥啓発活動・ピア活動の推進など³⁾のカテゴリーをアセスメントしていく中で地域課題を抽出する方法になると考える。例えばこのような感じで協議が進む。【再入院を繰り返している A さんが長期入院になってしまった。さて、地域生活をした際に何が問題となっていたのか、支えるサービスや人は不足していないか、医療とのつながりはどうだったのか、また障害福祉とつながらないのか、長期入院にならないようにするにはどのような検討機会があるか】と、事例に対し、どのような地域サービス（基盤整備）が必要なのかを探るなかで地域課題を見つけていくという方法である。

9. 想定される OTR としての関与

- ①圏域協議会に OTR が参加すること。協議会への参加については県士会がバックアップして、最低でも新潟市・7圏域ごとに行われる協議会に参加できる OTR を選出したいと考える。今後は、市町村事でも協議会を開始するところもあり、行政から直接 OTR に話しが行く可能性もある。その際は是非、断らないで検討してもらうことと、県士会精神分野推進委員会まで連絡を頂きたい。
- ②圏域協議会へ参加する OTR は、1圏域1名～2名であり、県全体では15名程がその役割を担うことに誰もがこの協議会に参加できるわけではない。それ以外の OTR の役割としては、自分の圏域部会の OTR は誰が参加していて、どのような検討がなされているのかという情報をキャッチしておくことが望ましい。また、普段感じている自分の圏域にこんなサービスが必要という意見を、協議会参加する OT に届けると施策に反映されていくことになる。例えば、グループホームが足りない。アパートの保証人がいない。サービスを利用して退院したいが家族が反対して本人の権利が守れない。などである。是非、現場の声を届けてほしい。
- ③障害福祉サービスである地域移行支援を利用して進めるということは有効な手立てである。この支援の対象は1年以上の入院者と限定されていたが30年度より1年以下の入院者にも適用できるようになった。入退院を繰り返し医療だけでは支えられない人がいるのなら是非検討して頂きたい。このような人の場合、病院だけによる退院支援だけ

ReMHRAD(リムラッド):地域精神保健医療福祉資源分析データベース Regional Mental Health Resources Analyzing Database

4つのコンテンツからなる地図情報を利用した、精神保健医療福祉上の情報を統合したWeb上のデータベース

4つのコンテンツ

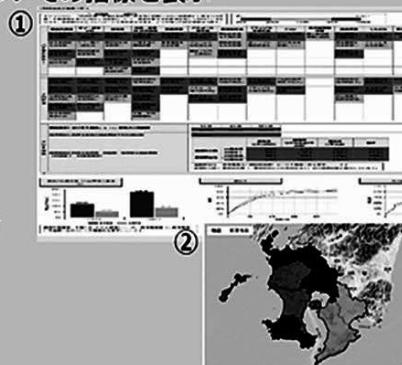
1. 多様な精神疾患の指標 (医療計画)

精神疾患の医療体制についての指標を表示

(主にNDBで把握)

① 都道府県別; 指標毎に、全国平均と比べた4分位で表示 (例; 鹿児島県)

② 二次医療圏別; 指標毎に、全国平均と比べた8分位で表示 (例; 鹿児島県)



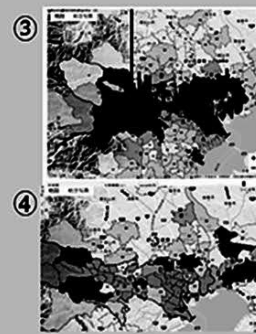
2. 入院者の状況

精神病床の入院者の状況を入院期間毎に表示

(主に630調査で把握)

③ 自区市町村の医療機関に入院している患者は、どの住民か。 (例; 八王子市)

④ 自区市町村に住所がある患者は、どの区市町村の医療機関に入院しているか。 (例; 江東区)



3. 地域包括ケアのための資源の状況 (障害福祉・訪問看護)

(主にWAMNETと630調査で把握)

⑤ 区市町村別; 障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの設置数 (人口10万対・実数) を、全国平均と比べた8分位で表示 (例; 東京都)



4. 各社会資源のマッピング (医療機関・障害福祉・訪問看護)

(主に日本医師会地域医療情報システム、WAMNET 及び630調査で把握)

⑥ 区市町村別; 精神科医療機関、障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの位置を表示 (例; 奈良県)



令和元年度厚生労働科学研究『医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究』(研究代表者NCNP 山之内 芳雄; 研究分担者 東洋大学吉田 光爾)

図7 ReMHRAD: 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (<https://remhrad.ncnp.go.jp/>)

では退院後の生活を支えられないばかりか、地域包括ケアが推進されないという考え方もできる。例でいうと、病院だけで地域移行をすすめる→地域支援者が把握していない→行政も関与せず状況が分からない→本人が悪くなり地域で不和が生じる→悪くなって入院する→治りが遅くなり長期化→地域での不和により元いた場所に帰りにくくなる。という感じである。OTRと地域支援者が手をつないで、伴走しての退院。それが、地域包括ケアを育てるという発想をもてると良い。例えば、地域支援者と一緒に何か社会資源を回るツアーをOT活動と絡めてやると本人や地域と顔の見える関係につながり、両者のアクセスはとても良くなる。OTRは、活動を通して病院スタッフと地域支援者をつなぐ役割が出来ると良い。

④ 予備知識として、地域課題を生み出すまでのプロセスに必要な知識としては社会資源の把握 (図7) と障害福祉サービスの知識は圧倒的に不足してい

と思われるので知っておきたい。事例の読み解きについては、普段行っている事例検討が出来ていれば問題ない。そしてMTDLPのようなOTの思考プロセスを使って伝える技術は武器になる。他に、会議を円滑に進めるファシリテーションの知識があると会として重宝される。これらについては学ぶ機会として、県研修や協議会、県士会、精神科OTネットワーク@新潟で作っていきたいと考える。

10. おわりに

精神障害にも応じた地域包括ケアシステムについて状況把握ができましたか? やる気のある方がいたら声を上げて頂きたい。精神にも風向きが出てきて、OTが更に楽しくなる絶好のチャンスを逃さないで欲しい。患者の活動と参加を生み出す為に、まずOTRが病院から飛び出せる職場を作っていくことが大切であり、この時代に応えられるOTRが増

えて欲しいと考える。

11. 文献

- 1) 第8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報告書(オンライン) <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000151157.pdf>> (参照 7-8).
- 2) 厚生労働省：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平成30年度第2回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R30.10.15 厚生労働省説明資料1(オンライン) 入手先<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201802data/m201802_ref1.pdf> (参照 3-7).
- 3) 厚生労働省：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令和元年度第1回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R1.5.29 厚生労働省説明資料1(オンライン) 入手先<<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201905ap/ref1.pdf>> (参照 1-12. 18).
- 4) 藤井千代：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令和元年度第1回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R1.5.29 厚生労働省説明資料2(オンライン) 入手先<<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201905ap/ref2.pdf>> (参照 4. 8.).
- 5) 新潟県障害福祉課：自立支援協議会精神障害地域移行支援部会 R1.9.11 資料3-1.