

仕 様 書

1 事業名

精神障害者地域移行促進事業

2 契約期間

令和5年4月1日から令和6年3月31日まで

3 履行場所

委託先指定相談支援事業所

4 実施日及び時間

原則として土曜日、日曜日、祝日及び令和5年12月29日（金曜日）から令和6年1月3日（水曜日）までを除く9時から17時までとする。ただし、特別な事情等がある場合は、この限りではない。

5 委託業務の内容

下記の業務を都があらかじめ指定する区域及び精神科病院において実施する。

(1) 地域移行・地域定着促進事業

地域移行コーディネーター及び安心生活支援員が、指定一般相談支援事業者、地域の関係機関に対して専門的な指導・助言等の支援を行うとともに、地域生活に関する体制づくりを支援するなど、精神障害者の地域移行・地域定着を促進するために以下の活動を行う。

なお、地域移行コーディネーター及び安心生活支援員は、精神保健福祉士又はこれと同程度の精神障害者に関する専門的な知識と経験を有する者を配置すること。地域移行コーディネーターは本事業の専従が望ましい。ただし、(2)及び(3)の業務に従事することは差支えない。

ア 地域移行コーディネーター

地域移行コーディネーターは、次に掲げる業務を行う。

(ア) 指定一般相談支援事業者等に対する地域移行・地域定着に向けた専門的な指導・助言

- a 対象者との面接及び病院や家庭への訪問技術に関すること
- b 利用者の日常生活全般の状況等の評価を通じた、利用者の希望する生活や課題等の把握に関すること
- c 利用者の状況に応じた支援計画の作成に関すること
- d 精神科病院と地域の関係機関の継続的な連絡調整及び支援方針の協議に関すること
- e 精神障害者の視点を重視した支援を行うピアサポーターの活用及び育成に関すること
- f その他地域移行・地域定着の促進に関すること

(イ) 精神科病院と区市町村、指定一般相談支援事業者等への地域情報の提供を行う等、地域移行・地域定着を促進するための普及啓発

(ウ) 精神科病院への定期的な訪問による精神障害者への個別動機付け支援、病院プログラムへの参加及びピアサポーターによる交流会等、病院内の地域移行支援体制の構築への協力

(エ) 地域移行の円滑な実施を支援するための精神科病院と区市町村、指定相談支援事業者等との連絡調整

(オ) 都立（総合）精神保健福祉センターにおいて精神障害者が円滑に地域移行を図れるための体制、並びに安定した地域生活を送るための体制の構築支援に向けた総合調整を行う課長代理

(地域体制整備担当)と連携・協力

(カ) その他精神障害者の地域移行・地域定着を推進する体制作りに必要な支援

イ 安心生活支援員

安心生活支援員は、地域移行コーディネーターと協働し、次に掲げる業務を行う。

(ア) 精神科病院、区市町村及び指定相談支援事業者等に対するピアサポート活動の推進を含めた普及啓発

(イ) 一般相談支援事業者と精神科病院及び区市町村等の連絡調整の窓口を担うなど、ネットワーク体制の構築のための一般相談支援事業者へ支援

(ウ) 精神科病院と関係機関とのネットワーク体制の構築に向けた支援

(エ) 課長代理(地域体制整備担当)と連携し、広域にわたる精神科病院と一般相談支援事業者及び区市町村等の地域移行・地域定着に向けたネットワーク体制の構築支援の協力

(オ) その他精神障害者が安定した地域生活を継続するために必要な支援

(2) ピアサポーターの育成及びピアサポートの活用を推進するための体制整備

事業の実施に当たって、ピアサポーターの育成を図る。育成に当たっては、ピアサポーターの活用が図られるよう、ピアサポーター及びピアサポーターの育成や活用を行う相談支援事業者等に対して必要な研修等を行う。

また、ピアサポーターの活動の場の拡大を目指すため、関係機関と連携しピアサポートの活用の推進に向けた体制を整備する。

なお、ピアサポーターが活動するに当たっては、ピアサポーターに対し、活動内容、報酬、活動時間等の条件を明確にし、契約書等を取り交わすこと。

(3) 地域移行関係職員に対する研修

精神障害者の地域移行・地域定着に関する保健・医療・福祉の相互理解を促進し、円滑かつ効果的な地域移行・地域定着が図られるよう、下記の研修を実施する。なお、研修の企画に当たっては、必要に応じ、課長代理(地域体制整備担当)と協議すること。

ア 対象者

(ア) 指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者の従事者

(イ) 障害福祉サービス事業所等の従事者

(ウ) 精神科病院、その他の医療機関、訪問看護ステーション等の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等

(エ) 保健所、保健センター等の精神保健担当保健師等の職員

(オ) 区市町村の障害福祉を所管する部署及び福祉事務所の職員

(カ) その他、地域移行・地域定着に関わる関係機関に従事する者等

イ 研修内容

(ア) 精神障害者の特性理解や対応方法等

(イ) 地域移行及び地域定着に関する基礎的な知識の習得

(ウ) 精神障害者の地域生活を支える関係機関の役割

(エ) 区市町村が実施する地域移行及び地域定着の先駆的な取組(ピアサポーターの活動の場の拡大に向けた取組を含む。)

(オ) 困難事例への対応力向上に向けた事例検討

(カ) その他地域移行及び地域定着に資する取組事例

ウ 実施方法

研修は、講義又はグループワークにより実施する。また、必要に応じて、精神科病院や地域活

動支援センター、グループホーム等において実地研修を実施する。

エ 実施回数

2日間×2回

オ 研修修了証

(ア) 研修修了者名簿の作成

研修を修了した者（以下「研修修了者」という。）について、研修修了者名簿（別記第1号様式）を作成し、これを個人情報として十分な注意を払った上で、長期に保管・管理しなければならない。

(イ) 研修修了証の作成

東京都福祉保健局障害者施策推進部長は研修修了者名簿に基づき、修了者管理番号を付して、研修修了証（別記第2号様式）を作成する。なお、修了者管理番号の管理については、別表の修了者管理番号細目によるものとする。

(ウ) 研修修了証の交付

研修修了証を研修修了者に交付する。

(エ) 研修修了者名簿記載事項確認書の交付

東京都福祉保健局障害者施策推進部長は研修修了者等から研修修了者名簿記載事項について、「東京都精神障害者地域移行促進事業研修修了者名簿記載事項確認申請書」（別記第3号様式）の提出を受けたときは、内容を照合し、適当と認められる場合、「精神障害者地域移行促進事業研修修了者名簿記載事項確認書」（別記第4号様式。以下「確認書」という。）の交付を行うことができる。

なお、この場合、研修修了者等が提出した添付書類については、確認書の交付時に返還するものとする。

6 担当者連絡会及び地域移行関係機関連絡会等

(1) 担当者連絡会

地域移行コーディネーター及び安心生活支援員は、本事業の取組状況等について情報交換・意見交換を行い、支援の取組の現状・課題等に係る情報を広く共有し、担当者間の緊密な連携を図ることを目的として都が開催する担当者連絡会に出席すること。

(2) 地域移行関係機関連絡会

ア 受託者は、精神障害者の地域保健福祉に関わる関係者との連携を密にし、効果的な事業の実施を図るため、必要に応じて地域移行関係機関連絡会（以下「関係機関連絡会」という。）を開催するものとし、事務局は受託者が担当する。

なお、関係機関連絡会は、区市町村が行う協議会等を活用して実施することができる。また、関係機関連絡会を開催した場合は、結果を都に報告すること。

イ 関係機関連絡会の業務は下記のとおりとする。

(ア) 精神科病院との地域の関係機関との連絡調整

(イ) 地域における地域移行・地域定着を促進するためのネットワーク体制の構築に関する協議

(ウ) その他本業務の実施に当たり必要な事項

ウ 関係機関連絡会は、地域移行コーディネーター、安心生活支援員、課長代理（地域体制整備担当）及び次に掲げる機関に所属する職員により構成する。

(ア) 保健所・保健センター

(イ) 区市町村障害福祉主管課

(ウ) 福祉事務所

(エ) 精神科医療機関

(オ) 訪問看護ステーション

- (カ) 指定一般相談支援事業者等
- (キ) 障害福祉サービス事業所等
- (ク) その他必要と認められるもの

(3) その他

地域移行コーディネーター、安心生活支援員は、区市町村が主催する地域包括ケアシステムの構築に向けた保健・医療・福祉の協議の場に参加するものとする。

7 報告

事業の進行管理のため、活動状況について月毎、四半期毎及び年間の事業実績報告を行うこと。報告様式については別途提示する。

8 守秘義務

本事業に関わる関係者は、その業務の遂行に当たっては、対象者の人権を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。

9 書類の保管

受託者は、個人情報を取り扱う場合は、取扱いを厳守するとともに、本事業の利用のために使用した帳票及び利用者負担金収納簿その他必要な帳票を整理し、5年間保存するものとする。

また、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分するとともに、関係帳簿を整理し、5年間保存するものとする。

10 苦情解決等

受託者は、苦情や事故（以下「苦情等」という。）が発生したときは速やかに都に届けるとともに、苦情等に関して都が行う調査に協力するものとする。

また、都から苦情等の対応について指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従い解決を図るよう努めるものとする。

11 その他

- (1) 次年度の事業を検討するため、都が年度内に活動実績調査等を行う場合は、これに協力すること。
- (2) 他の精神障害者地域移行促進事業受託事業者と連携・協力すること。
- (3) その他不明な点について、都の担当者に問い合わせること。

研 修 修 了 証

(修了者管理番号)

氏 名

生年月日

あなたは、東京都精神障害者地域移行促進事業における地域移行関係職員に対する研修を修了したことを証します。

年 月 日

東京都福祉保健局障害者施策推進部長

年 月 日

東京都精神障害者地域移行促進事業研修修了者名簿記載事項確認申請書

東京都福祉保健局障害者施策推進部長 殿

氏 名
住 所
電話番号

印

私こと（氏 名）が、東京都精神障害者地域移行促進事業における地域移行関係職員に対する研修の修了者名簿に登録されていることについて、確認願いたく下記のとおり申請します。

記

1 研修等に関する事項

研修年度	
修了者管理番号	
氏 名	(新氏名)
	(旧氏名)
生年月日	年 月 日
研修受講時の勤務先 (法人名・事業所名)	法 人 名 事業所名
修了証が使用できない理由 (紛失・破損等)	
証明書の使途	

※研修受講時と現在の氏名が異なる場合は、証明書類（以下のうち1つ）を添付願います。

- ・戸籍謄本（写）・・・発行後3か月以内のもの
- ・住民票又は住民票記載事項証明書（写）及び運転免許証（写）

※申請の際は、返信用封筒に住所・氏名を記入の上、切手（84円）を貼付して申請書とともに送付願います。

東京都精神障害者地域移行促進事業研修修了者名簿記載事項確認書

(申請者氏名・住所)

東京都福祉保健局障害者施策推進部長



年 月 日に申請のあったこのことについて、下記のとおり、東京都精神障害者地域移行促進事業における地域移行関係職員に対する研修の修了者名簿に登録のあることを確認しました。

記

1 名簿記載内容

研修年度	
修了者管理番号	
氏 名	
生年月日	年 月 日