

第2回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会（持ち回り開催）

構成員意見

1 精神医療に求められる医療機能について

【神庭座長】

- 精神障害と言ってもそれぞれに大きく異なる。それを一括りにするのは無理があるのではないか。
- 退院を支援するためには、地域での住まい、日常の精神医学的支援、急変時の対応がしっかりできている必要がある。このための法整備と中心となる組織、しっかりとした財源の確保が必要である。
- 地域といってもさまざまであり、都市部と地方では状況が異なる。独自に計画を立てる。
- 協議会が機能する上で、障害となっていることを洗い出し、解決策を考える必要がある。
- 救急医療体制の整備について、WGを設置することに賛成する。

【伊澤構成員】

- 医療のアセスメント機能の明確化
 - ・医療の役割として、地域移行以外にも日常的支援、そして急変時の支援等各場面が存在する。たとえば不穏時の対応においては、全国で整備中の「地域生活支援拠点事業」の「緊急利用」機能の発動なども見込まれるが、当該局面が「要支援＝在宅可」なのか「要入院＝在宅不可」なのかの見極めの問題（アセスメント）の難しさがあり、対応必要時に、迅速に処遇の流れを作る仕組みに明確に位置づけることが求められる。
- 連携推進の制度保障
 - ・にも包括システムの構築推進に関して医療機関に協力を求めにくいという指摘があるが、医療と地域支援の連携を、医療機関と地域支援事業所のインセンティブを増長する制度保障的『仕掛け』を検討することも必要なのではないだろうか。東京都では、独自に「精神障害者早期退院支援事業」のような退院支援会議に呼んだ側（病院）・呼ばれた側（地域援助者等）相互に報酬が支払われる制度があるが、このような単発のものだけでなく、例えば、連携が日頃より取れている等を評価し、医療機関側には毎月診療報酬が、地域援助者等側にも報酬が入る仕組みなど、医療機関と地域支援側の連携、共同が深まる制度的仕掛けが必要ではないか。
- 精神医療の協議会への参画の明確化
 - ・連携を推進していくうえで、当該地域の「障害者自立支援協議会」の構成員に精神医療関係者が参入していくことを推進することは、地域支援課題の追求を中心的に担っている協議会ゆえに、精神医療を特別視することなく、生活支援の一要素としてとらえながら、精神障害者支援における連携を実態として形作るうえで極めて重要な要素である。地域の障害者自立支援協議会への精神医療関係者の参画を義務化する等の措置は必要ではないか。

【岩上構成員】

(1) 早期の退院支援としての地域連携

早期に医療・保健・福祉の包括的な支援が必要な人には、地域移行支援の活用が有効であり、医療機関の地域連携部門や外来機能の強化が重要である。

(2) 1年以上の入院者への高度な医療体制

精神症状が極めて重症、または不安定であるがために入院が必要と認められた人に対する密度の高い医療の提供等に関して、その検証状況を示していただきたい。

(3) 良質な精神医療体制を見据えた救急医療体制

精神科救急医療体制については、これまでの様々な検討会の中で、わが国の精神医療体制の在り方、病床の機能分化等の全体の精神医療の方向性のなかで議論されてきた。精神科救急医療体制のワーキンググループでは、狭義の救急医療体制だけでなく、わが国の良質な精神医療体制の提供等に資する議論をお願いしたい。

(4) 協議の場における議論

協議の場では、保健医療を起点とした協議と福祉を起点とした協議、並びに統合した協議が必要であり、特に保健医療を起点とした協議では、地域の精神医療体制の充実にむけた議論をお願いしたい。

【江澤構成員】

- 精神科かかりつけ医機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療が受けられる体制について、それぞれの地域の患者特性や社会資源の実情に応じて構築していくことが求められます。一般診療科と同様に、精神科においても退院支援から入退院支援の視点での取り組みの重要性が高まると共に、令和2年度診療報酬改定では、多職種チームで取り組む精神科退院時共同指導料（Ⅰ）・（Ⅱ）や在宅生活を支える療養生活環境整備指導加算が新設され、今後、これらの活用による取り組みが期待されます。
- 一方で、精神科疾患は複雑かつ多様な病態を呈するため、1年以内の再入院率・地域生活日数・退院患者の入院期間・1年以上入院患者の特性等について、平均値のみで判断するのではなく、疾患や病態像に着目した医学的な観点からの方策が必要と察します。
- 合わせて、地域移行の受け皿となる社会資源の配置や機能についての評価を踏まえた施策の推進が必須であり、障害者施設や介護事業所等と医療機関の連携もさらに深めていくべきと思います。また、住まいと生活を医療が支える介護医療院と同じく、長期療養に加えて生活機能を有する精神患者の新たな受け皿の検討については、将来的な課題と認識しています。
- これまで、認知症に関しては様々な取り組みがなされ、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」をはじめ、急性期医療現場の認知症対応力向上を目的とした「医療従事者認知症対応力向上研修」等も活発に行われています。精神疾患においても、一般急性期医療現場を対象とした精神疾患対応力向上研修の実施も有効と考えられます。

【岡部構成員】

- 協議の場における協議内容の多くが地域移行に関する事項と指摘されているところであるが、地域移行はもとより新たな長期入院を生まないための仕組み作りとして、日常的且つ定期的に保健・

医療・福祉が地域で支える又は必要な期間のみ入院医療を活用するための協議をする場（個別のケア会議）を繰り返し行い、徹底的に横連携を図る必要がある。そのような議論を通じて地域ごとの課題（アウトリーチ支援体制、身体疾患を有する精神障害者の医療等）を解決する個別の事例に基づいた実践を積み上げていくことが重要である。またその旗振りについては基本的には保健所が担うことが望まれる。

【奥田構成員】

- 居住支援の観点からすると、入居するご本人の安心と共に「大家の安心」をどう確保するかが課題となる。それには、緊急時の対応のみならず、日常的な精神医療へのアクセスが担保されることが重要で、訪問看護や訪問診療などを強化することで大家側の安心が高まる。
- さらに、個人情報保護の課題がある前提ではあるが、大家など家族ではないキーパーソンとの医療情報の共有などをどう可能にするかも重要。今後、単身者が増え「家族無き時代」へと向かう中で、家族を前提とした制度設計に偏らないことが重要。
- ワーキンググループ設置は賛成。その上で、今回の精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムという趣旨からして、精神医療を基軸としつつも総合的な支援体制構築の議論がなされることを期待する。居住支援、生活支援、家族支援、就労支援、地域社会への参加など、医療以外の個別課題についてどのように議論を深めていくかも重要だと思う。

【小幡構成員】

- 地域社会資源の整備の充実が必要ではあるが、退院者のみが対象ではない。当事者・家族の生活の出発点は地域の中にある。現在入院していない状況にある人に対する医療等アクセスのしやすさを確保する。
 - ・当事者の尊厳と意見の尊重（オープンダイアログ等、対話型支援の充実）
 - ・心理社会的リハビリテーションの診療報酬化（家族心理教育、訪問家族支援）
 - ・意思決定支援の充実、インフォームドコンセントの徹底、更には、SDM(共同意思決定)の実現
 - ・診療所やクリニックを含めた単科のネットワークとどまらない、一般医療機関との提携
 - ・未診断前の対象者への医療的アプローチ

【鎌田構成員】

- 精神科医療にかかわる関係団体・医療機関の協力について
 - ・論点に「法的根拠がなく医療機関に協力を求めにくいと指摘されている」と記載されているが、どのような協力を指しているのか？そういう実態があったのか？地域精神保健福祉施策の推進においては法的根拠にかかわらず、保健医療福祉の連携強化は不可欠である。
- 「精神科救急医療体制の精神科救急医療圏」について
 - ・精神科病院の所在には地域偏在等があるため、2次医療圏ごとの精神科救急医療体制の整備が難しいのは理解できる。複数の2次医療圏をまとめ、精神科救急医療圏とすることは妥当だと思う。
 - ・資料P40、41に記載されている課題解決の方策について検討が必要ではないか。
 - ・自殺対策においては、既に多くの自治体で救急指定病院と精神科医療機関、司法関係機関で連携し

た対応が取られていると思う。精神科医療機関に焦点を当てるとともに、救急指定病院等との連携のあり方について、明確にする必要があると思う。

○ 精神科救急医療体制についてワーキンググループを開催について

- ・精神科救急医療体制の整備については、既に二次医療圏をまとめたブロック単位及び保健所運営協議会精神保健部会（二次医療圏）等において、保健行政、医療機関、消防署、警察等関係機関により地域の現状・課題等について協議されている。各関係機関の上層部だけの理解に留まらず、関係する多くの職員が精神科救急医療体制の整備について理解を深めるためには、ワーキンググループで各専門職の担う役割を明確化することが必要だと考える。

【吉川構成員】

- 新たな医療機能ではありませんが、入院初期から退院後の継続医療を視野に入れた治療目標と計画を検討する仕組みと、診療報酬上の評価が必要だと思います。
- 入院長期化のリスクアセスメントと退院支援は、一体的な取り組みおよび評価になるようにするのが効果的だと思います。
- 早期退院を支援するために、外来における相談機能（看護相談を含む）の充実が望まれます。
- 高齢精神障害者の地域生活を支えるためには、生活習慣病の予防と管理をはじめ一定程度の身体疾患に対応できる、精神科訪問看護を整備する必要があると思います。
- 退院後、再発時の病状悪化や重症化を防ぐために、当事者が短期入院や計画入院をスムーズに利用できる体制が必要だと思います。
- 多機能型（通所機能、訪問機能、短期入所等）の地域ケア拠点を整備することで、地域ケア力が高まると思います。
- 医療機関等における、家族サポート機能を充実させる必要があると思います。

【小阪構成員】

- 精神医療を受けているものの立場としては、最初の受診までにつながるハードルの高さ、あるいは受診に至ったけれども、つまづく（医療機関の対応に不信感を抱くような経験をしたり、また障害や病気を本人（精神障がい者）やその家族が受け止めきれなかったり、受け止めるまでも時間がかかる）ことも少なくない。

外来も入院治療も含めて、診察時等において本人が、障害や病気を理解・受容したり、受け止めるために、十分な説明を行える時間の確保（診察時間も非常に短いことが多い印象）を改めて、検討頂きたい。

また、精神医療においては、症状等の影響が生活全般と切り離せないことから、相談毎も広範囲に及ぶことも多いかと思うが、精神医療において責任を持って対応する部分と、そうでない部分（例えばいきがいや就労や余暇活動について）を明確にし、本人に説明、理解を得て、医療によらない点は地域の相談支援等とのいっそうの連携が必要と思われる。

精神科医に、診察室や入院時に見せる本人の姿は、本人の一部でしかなく地域生活をおくる上での、見立てはそれの中だけでは行い難く、その上で、精神科医からの言葉は、本人や家族にとってはとても重く、本来の人生の可能性をかえって、萎ませてしまうようなことも起きかねない。情報提

供や実際の支援連携も含めて、入院時であれば入院当初から退院まで、精神医療と行政、相談支援等がサポートを行える体制が望ましい。

また、精神医療を受け、症状等が改善されても、例えば入院から退院に至らなかったり、退院しても地域生活においてのリカバリーが思うように進まないことの要因のひとつに、精神医療時における行動制限が少なからず影響を及ぼしているように思われる。行動制限は、本人の自尊心を著しく損ない、なんとかその苦しさに対応するために、結果的に過剰適応を引き起こし、生きる力の縮小を招きかねない。今後において、あるべき精神医療として、まずもって身体拘束のない治療を当たり前とできるような研究、施策を推進して頂きたい。

- 論点及び方向性案において「精神科救急医療体制の整備の在り方について本検討会の下、別にワーキンググループを開催し、議論することとしてはどうか」とあるが、その場においては、医療提供者だけでなく、受け手である精神障がい当事者を複数名、構成員に加えて頂きたい。

【櫻木構成員】

- 第1回当検討会の議論において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの目標とするものは、地域共生社会の実現であることが明らかにされた。またその対象者の考え方についても、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすよう、重層的な連携による支援体制を構築ことが適当である、と整理された。こうした視点に立てば、「精神医療に求められる医療機能」についても、これまでとは全く違った見え方ができるのではないだろうか。換言すれば、地域で暮らすすべての人が、精神医療を含めて適切な医療を受ける権利のあることを認めて、それを確保していく。これが「精神医療に求められる医療機能」であると言えるのではないだろうか。「長期入院精神障害者の地域移行（その多くの人達は高齢化した統合失調症患者である）」も揺るがせにはできない課題ではある。しかし、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの本来の対象者や目標について考える時、「長期入院精神障害者の地域移行」という単一の課題のみの議論に終わることなく、幅広い議論の展開が求められるのではないだろうか。
- 協議の場における協議内容についても、上記の視点に立てば、地域移行に関する事項に議論が終始することは許されない。また、単なる看板の掛け替えに過ぎない自立支援協議会を母体とする協議の場での議論に限界のあることは言を俟たない。広く地域に開かれた構成員による協議の場で、地域課題の把握や地域づくりに資する議論が交わされ、ひいては地域共生社会の実現に資する政策形成に至ることが望まれる。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、市町村が主体となって取り組む法的根拠がないとの指摘がなされている。地域包括ケアシステムの構築を目的のひとつとしている医療介護総合確保法においては、地域介護施設整備促進法、医療法、介護保険法のそれぞれに関係した部分から成っている。精神保健福祉法、障害者総合支援法のみならず、医療法や介護保険法との関連性をもった新たな法体系の構築が必要なのではないだろうか。
- 精神科救急体制は、地域における精神医療へのアクセスを保証するうえで、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築においては、極めて重要な構成要素のひとつである。翻ってみれば、これまで精神科救急システムの構築について、国の確固たる方針は示されずにきたと言わざるを得ない。予算上は輪番制の救急体制を中心に据えているように見えて、その実、診療報酬上は、

常時対応型救急医療施設とすべく救急入院料に高点数を設定して政策誘導を行ってきた。しかし、20年診療報酬改定では、一転して救急入院料の病床制限の経過措置に2年間の時限を決め総量抑制へと急激な舵を切ったため、救急入院料算定病院のなかには、経営危機に陥っている病院も出現している。これこそが、まさに猫の目のように変わる政策転換の象徴のように見える。また昨今の医師の働き方改革や専門医制度の方向性によっては、救急輪番制度から離脱する医療機関が相次ぎ、やがて救急輪番制度が崩壊するのも、そう遠い将来の話ではないのではないかと。今後の精神科救急の方向性をきちんと定めるためにも、集中的な議論が必要であると考えます。一例を挙げると24時間精神医療相談窓口の設置は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にとって、極めて重要な施策であるが、従来から精神科救急に係る予算措置（精神科救急医療体制整備事業）は、あまりにもその予算規模が小さすぎるし、そこには“国のやる気”といったものが感じられない。この際、地域に暮らすすべての人を対象とする精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの意義を強調して、大幅な予算の増額を求めるべきであろう。

- 従来、精神科医療機関のもつ役割については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において整理されていた。しかし、これはその字句どおりあくまでも精神障害者を対象であるものであって、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの対象とする者やその目標から見れば、足らざるものが多いものと言わざるを得ない。この際、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、「精神医療に求められる医療機能」について再考するための集中的な議論が必要なのではないか。
- 殊に、この間精神科医療機関の果たす役割のうち、外来機能についての議論・検討がほとんど行われてこなかったのは、極めて奇異なことと言わざるを得ない。多くの民間精神科病院では、障害者総合支援法やその前身である障害者自立支援法が制定されるかなり以前から、グループホーム等の運営を独自に行ってきた。こうした歴史を背景にして、外来のみならず入院機能から社会復帰活動までのフルラインナップの医療機能を持った精神科病院（残念ながら、われわれの努力不足もあって一般住民が下駄ばきで受診するには少々敷居が高い）として、ある意味では地域における社会資源となっている。他方、特に都市部では日中の診療に限定したいわゆる“ビル診”が急速に増加して、これらに二極分化しているのが、現状である。また、精神科デイケアや訪問診療・看護、さらにはアウトリーチサービスといった地域での基盤となる機能が外来での医療機能には含まれる。さらに、かかりつけ医をはじめとする一般診療科との連携の窓口となる機能も重要である。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中に、外来機能をどう位置付け、構築していくかは、極めて重要な課題である。

【櫻田構成員】

- 『当事者、家族の意見も取り入れ、それを反映させる形で』医療提供体制及び求められる医療機能について考えていただきたいと思います。
- この場で発言している当事者だけでなく、今実際に困っている当事者、家族の声を集約し反映できるようにしていただきたいと思います。そして、そのことを明記していただきたいと思います。上記『』内のような形で明記していただくと幸いです。文言は似たようなニュアンスであれば変更してもいいと思います。

【田村構成員】

- 平均生活日数を延ばすための方策として、地域生活支援体制の充実強化を考えることとともに、精神科治療の質を向上させるための取組についてもモニタリングする必要があるのではないか。実際に、社会資源を駆使しても数か月間しか地域生活が維持できない方もいる。症状再燃や悪化に伴う再入院があるとすれば、それは精神科医療の課題といえる。近年、精神疾患の患者数（推計）は大幅に増加しているが、こうした状況変化に応じて精神医学的な診断や治療の技術はどの程度向上しているのか、この検討会の趣旨とは異なるかもしれないが、平行して分析する必要があるのではないかと。
- 救急医療体制の整備については、多くの精神障害者が精神疾患をもちながら生活することを考えると必須の課題といえる。夜間や休日に救急対応できる精神科医療機関を、身近な地域で受けられるように配備する必要がある。前提として、かかりつけ医による夜間休日対応の稼働率を上げる工夫（報酬加算等）が必要ではないか。
- 障害福祉サービスの自立生活援助や地域定着支援では緊急時対応がメニューにあり、精神科医療的な対応も行われている。精神科救急の不足を障害福祉サービスで補うために、相応の報酬を付けて専門職を配置するなどの対応が可能か検討してはどうか。

【中島構成員】

- 「にも包括」とは、精神障害者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が切れ目なく一体的に提供される体制のことだろう。この体制の構築を検討するのが目的だが、このような議論をする場合の精神障害者は、いつも「統合失調症モデル」である。これが適切かどうか、議論をその範囲にとどめるのか否か。
- 慢性の統合失調症の人だけをイメージするならば、現行の福祉サービスで概ね対応可能であるが、今後の高齢化、介護が必要な慢性統合失調症患者が増えることを考えれば、精神科特養、精神科介護医療院などについても検討する必要がある。現在の精神病床の一部（10万床程度）を精神科特養、精神科介護医療院に転用することも検討すべきである。
- また、それらの前提として、精神科救急体制の抜本的改革と充実が必要であり、別途ワーキンググループを立ち上げてでも、急ぎ検討を行う必要がある。

【中谷構成員】

- 自治体として取り組むには、法的根拠が必要である。
- 精神科救急の関係者が集まる協議の場には、地域で精神保健サービスを提供する事業者なども含める必要がある。ワーキンググループも同様である。
- 精神医療の提供体制を検討する際には、医療提供だけでなく、訪問や相談機能などの生活支援サービスの提供体制も併せて考慮する必要がある。

【長野構成員】

- 当事者視点を必ず中心、根底に据えることが不可欠。今回の検討会における“当事者”とは「メンタルヘルスに不安を抱えている人」「メンタルヘルスに不調を感じ支援を利用しようとしている人」「精神科などに通院や入院をしていたり福祉サービスを利用して、外からみると症状は落ち着いているが、ご本人としては生活するうえで課題を感じている人」「医療保護入院など非自発的医療の対象になっている人」「長期入院を強いられている人」など幅広く、かつ、それぞれを深く考慮する必要がある。
- 「P14の提供体制のイメージ」においても、「必要な連携を担う拠点」に「ご本人の参画を原則とした、ご本人の希望に基づく個別ケア会議」を根本に位置付ける必要がある。現行の「協議の場」「関係機関の連携」はどうしても支援者側が主体になりがちだと感じている。
- P14の図の内容を丁寧に深掘りしていく必要がある。特に「日常の支援」、プライマリ・ケアの議論はこれまでもあまりできておらず、今後の検討につなげられたらいいと考える。
- 救急医療は地域包括ケアにおいても極めて重要な機能で、ワーキンググループにおいて、きめ細やかに検討することに異論はない。ただし、これまで「危機」をすべて救急医療で対応してこざるを得なかった状況もあり、危機回避の手段が必ずしも治療目的ではない「入院」に偏りがちではなかったか検証が必要。ご本人の危機が「病状の急性増悪」によるものなのか、「環境との相互関係」によるものなのかなど「危機」の内容を精査し、それぞれに対して保健福祉なども含め適切な緊急対応ができる体制を総合的に目指さなければならない。また、精神科救急も「1次」と「2次・3次」に分けて考える段階にきている。ご本人に徹底的に寄り添った丁寧な1次精神科救急の体制ができれば、地域包括ケアを進める大きな基盤となりうる。

【野口構成員】

- 精神障害者も地域生活が基本であり、在宅医療でも言われるように、「ほとんど在宅、時々入院」という状態が本来のあり方であり、理念上も入院治療は地域生活維持のための役割を担うという、地域から見た病院の役割が明確にされることが必要ではないか。精神科救急医療体制のそもそもの役割の明確化が大切。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点からは、精神医療が保健や福祉などと有効な連携関係を結ぶ必要がある。退院支援だけではなく、通常の外来通院でも特に重症例では福祉や保健と支援を共有するなど、生活面での安心感を高めること、治療や支援が中断することがないように予防的な対応を充実させることが必要。措置通報者の経験でも、外来通院はしているが、生活支援が入っていない人の通報が多い状況もある。資料P.52では日常の支援のところでこのような連携の記載が必要。
- 精神科救急についてのワーキンググループを設置して検討するならば、単に入院受入れの仕組みを検討するのではなく、精神科救急医療の対象、ニーズを把握し調整を行って必要に応じた治療に結び付ける機能、精神科救急での治療後の支援の継続性などの現状と課題も把握すべき。現状では、精神科救急の対象では、病状の急変というより、医療中断しても十分な支援がなされないまま病状悪化し、ある程度時間を経たのち、家族や地域での行動上の問題から救急を通じて入院に至る事例が少なくない。この点では、医療中断したまま支援につながらない人たちへのアウトリーチ機能ももちろん課題となるだろう。

- 精神科救急の在り方として、入院を前提とするのではなく、精神的危機における電話相談（ヘルプライン）、訪問による危機介入（モバイル救急）、精神的危機をやり過ごす短期間の宿泊（クライシスハウス）、これらを支える地域精神医療などの地域ベースの救急体制の整備も検討すべき。
- 急変時の対応では、精神科救急と一括しているが、精神科救急でもいわゆるアキュート（高度急性期）、サブアキュート（急性期一般）、ポストアキュート（急性期後の回復期あたり）の考え方は適用できるのではないかと。スーパー救急のアキュートの機能では対応が困難な興奮が激しい精神病状態や自殺リスクが高い場合を優先的に診るようすべき。サブアキュートでは、いわゆるスーパー救急病棟ではなくても、休息入院などのように短期の入院で自宅から離れることで落ち着く場合があり、地域の一般精神科病院がこの役割を果たすことが大切。ポストアキュートは、急性期の病状が落ち着いてきて退院後の生活のための支援の調整に時間がかかる場合に、スーパー救急病棟などから転院、あるいは転棟などが相当する。ある程度、このような役割分担を意識した救急体制が望ましいのではないかと。

【長谷川構成員】

- 基礎自治体である市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つチーム、いわゆるコミュニティメンタルヘルsteam（CMHT）を立ち上げる。CMHTの構成メンバーは、行政（精神保健センター、基幹相談支援センター、保健所等）、地域連携拠点機能医療機関、相談支援事業所、就労支援事業所、訪問看護事業所、ピアサポーターなどである。

ケアマネジメントのチームリーダーはそのケースによって異なる。

CMHT 登録医療機関は、施設基準は見直す必要があるが、「地域移行・地域生活支援事業実施要綱」に示されている「精神科地域共生型拠点病院」及び「精神科地域共生型拠点診療所」になる。これらは、地域連携ができる医療機関であり、ケアマネジメントをやっているなどの施設基準を満たすことになる。地域医療から支援が始まることを想定し、入院病床の有無を問わない。地域医療から支援が始まるという発想が、新規の入院数を減らし、結果、1年以上の長期入院に移行する数を減らす。発生した事例によって、その登録医療機関から行政が選んでその事例の CMHT に加わることを打診する。

また、地域によっては既に、医療、福祉、保健の連携がうまく出来上がって機能しているところもある（例として、鳥根県出雲ふあっと、大阪府寝屋川市関連法人協働 HD 経営モデル、滋賀県琵琶湖湖東圏域の連携、東京都墨田区錦糸町モデルなど）。例えば、事例によっては、このような既にある連携にまると CMHT を委託する方法もある。より早く、低コストで実施できる。

- ① 1年以上（1年以上になることを回避するために6か月以上にしたほうがよいかもしれない）の長期入院からの地域移行、措置入院からの退院⇒CMHT と入院側医療機関、当事者本人、通院医療機関によるケア会議を実施。ケアマネジメントのチームリーダーは行政が担う。
- ② 1年未満（もしくは6か月未満）の入院からの地域移行⇒CMHT メンバーもしくは通院側医療機関 PSW がケアマネジメントのチームリーダーを担う。
- ③ 地域定着・地域生活支援⇒相談支援事業所やケアマネジメントができる、かかりつけ医療機関 PSW がチームリーダーを担う。地域定着が困難なケースで、要請があれば、CMHT から参加。
- ④ 上の枠組みには、保護観察所社会復帰調整官がチームリーダーを務める医療観察法処遇は除

く。

- 日本精神神経科診療所協会の2018年の調査によると、都道府県の精神科救急事業に協力している診療所の医師は全体の29.8%であった。しかし、診療所が精神科救急に参加できるような枠組みについては、都道府県によって差が大きい。ほとんどの診療所は、病床を持たないために入院を受け入れることは困難だが、地域の精神科救急において、もっと貢献できる可能性がある。

時間外対応加算の施設基準を届けている診療所は、加算1～3を合わせて21.6%であった。また、届け出はしないままに一部の患者に対して24時間対応をしている診療所が20.2%あった。平日18時以降も診療をする診療所は曜日によって異なるが、概ね全体の3割前後であり、土曜診療に関しては、午前が88.7%、午後が37.5%であった。PSWを雇用している診療所は31.6%、Nsを雇用している診療所は63.3%ある。

これらをふまえて、精神科救急において診療所の力を引き出すには、各自治体が、例えば「16時から20～21時」までの時間帯の精神科救急対象者を、精神保健センター等のトリアージ必ずしも入院を必要としないと推測される人を精神科診療所につなげる方法もある。あらかじめ、協力できる診療所を自治体が募り、協力できる日を聞いて振り分ける。勿論、地域によっては、協力できる診療所がない場合も考えられるが、協力できる診療所の力を引き出して、生かすことができる。自治体から協力できるかどうか、調査して募った方が、協力できる診療所は声をあげて参加しやすい。

【藤井構成員】

- 入院初期から退院に向けた取り組みを行うことや、退院時の共同支援、退院後支援等は個人に対して適切なケアを提供するうえでも、地域連携を図るうえでも重要であり、p32-35のような取り組みがさらに普及することが望ましいと考える。他方、包括的な支援が必要とされるのは入院中や退院後だけではなく、たとえば治療開始初期の丁寧なかかわりや、家族等のケアラーへの支援、病状悪化の兆候が見られた場合の時宜を得た対応など、入院を介さずともインテンシブな関わりが重要となる状況は多い。本人が望む場所でニーズに応じた治療を受けられるように、外来・在宅医療の機能の強化が必要であると考ええる。
- 外来・在宅医療の機能強化を検討する際には、現在身体科で推進されているような「かかりつけ医」機能のあり方を検討することも必要ではないか。
- 受診する側の心理的抵抗感が小さい精神科医療機関の第一は、精神科診療所であると考えられる。これまで精神科診療所の地域における役割については、あまり議論されてこなかったと認識しているが、診療所は重要な地域資源であり、にも包括における診療所の役割について議論を深める機会があったほうがよいのではないか。
- 精神障害者やその家族（ケアラー）が安心して地域で生活していくためには、病状悪化時に早めに支援を提供できる体制が必要である。このため、精神科医療体制の充実や均てん化は、にも包括においても重要と考えられ、精神科救急医療体制の整備のあり方についてワーキンググループで議論することには賛成したい。ワーキングでは、精神科救急医療体制整備事業で対応せざるを得ない状況になる前の、病状悪化の初期段階からの適切な支援のあり方についても検討していただきたい。特に、自ら外来受診ができない場合の対応として、電話やウェブ面接、ラインなどを活用した

相談体制（必ずしもすべて自治体が体制整備する必要はなく、民間の支援団体等との連携も考えられる）の整備、アウトリーチによる支援の充実などが必要ではないか。

- アウトリーチ支援については、訪問看護については普及が進みつつあるものの、支援の質評価のあり方は検討する必要があるように思われる。多職種アウトリーチ支援については、診療報酬は算定要件が厳しいこともあり普及が進んでいるとは言い難く、精神障害者地域生活支援広域調整等事業のアウトリーチ事業もほとんど実施されていない。まずは保健師や精神保健福祉相談員、嘱託医等の訪問や、医師の往診・訪問診療のさらなる充実を図ることが望まれるのではないかと。（状況に応じて多職種アウトリーチによる支援を提供できる体制があれば、より望ましい。）
- 病状悪化の程度によっては、在宅での支援が困難な場合もあるが、その場合でも、必ずしもすべてのケースで入院が必要であるとは限らない。わが国においては、その場合の治療の場が入院となる場合が多いが、今後は本人の希望や病状によっては、ショートステイの柔軟な活用を考慮するなど、いわゆるクライシスハウスのような支援も選択できるよう、病状悪化時の治療の場の選択肢を広げることも考慮してよいのではないかと。
- 近年は、国民全体の高齢化が進んでいることから、精神障害者の高齢化、認知症等の身体疾患に伴う精神症状への対応の必要性が増している。高齢者は身体疾患を合併している可能性が高く、在宅で精神科医療を提供する場合も、入院の場合も、身体合併症対応が重要となる。さらに、最近では COVID-19 への対応という課題が生じ、精神科医療における身体合併症対策は喫緊の課題となっている。総合病院精神科の位置づけも含め、身体合併症がある場合の精神科救急医療体制についても検討していただきたい。
- 精神科病床の機能分化は、精神医療施策の重点課題であったと認識している。令和 2 年度の診療報酬改定では、精神科救急入院料を算定できる病床数の上限が設定され、現在運用中の精神科救急病床も上限を超える場合には削減が求められているが、必要とされる精神科救急病床数は、病院単位ではなく地域の実情に応じて地域ごとに定められるべきではないかと。地域ごとに必要とされる病床数の推計を行い、地域のニーズに応じた病床機能分化を進めることが必要ではないかと。
- 精神科救急医療体制について検討する場合、民間救急利用の実態等についても考慮し、移送のあり方についても再検討してはどうか。
- 精神科救急においては、非自発的処遇が多くなることから、患者の意思決定支援や、精神医療審査会機能の強化を含む、人権擁護のあり方についても併せて検討する必要があるのではないかと。その際、ピアサポーターの活用についても考えてはどうか。

【山本構成員】

【前提】

- 二次医療圏域毎に議論する内容と救急医療圏、精神科医療圏毎に協議する内容を分けて検討すべきではないかと。
- 精神科医療と地域処遇の連動、システム構築に向けて、今後ワーキンググループでの検討に際しては、当会も参画できるよう望みます。

【意見等】

- （出口）協議の場において精神科医療機関と福祉サービス提供事業者、居住支援協議会等と更な

る連携強化を図ることとし、地域移行（在院日数の短縮化及び地域平均生活日数の長期化）の推進については、新たに市町村が主体の協議の場で取り組むこととし、保健所等が協働する仕組みに展開してはかがか。

- （入口）精神科救急の充実を図ることは基より、地域医療、地域保健による訪問支援体制を充実することにより、精神科救急事例化の予防や任意入院を原則とする精神科医療を目指すこととしてはかがか。
- （入口・出口）身体科合併症や精神科救急医療体制に関する医療連携システムの確立とともに、救急対応後の生活支援のため地域処遇への連携パスが必要である。
- （在宅1）DUPの短縮にむけて地域の教育関係者・保健関係者、一般医療（かかりつけ医等）と精神科医療との連携パスを確立し、重症化予防にむけた取組を推進する必要がある。
- （在宅2）精神科領域においても、地域完結型医療の考え方を念頭におきつつ、地域の実情に合わせた多職種訪問支援体制の構築を目指してはかがか。地域保健活動（保健師・精神保健福祉相談員）による訪問支援との連動や福祉型アウトリーチ活動と連携し展開されることが望ましい。
- 未治療などの困難事例や医療中断事例の訪問支援を強化することにより、ニューロングステイを防止する必要がある。
- （入院）非自発的入院患者への適正な医療提供について、意思決定支援の具体化及び精神医療審査会の運営体制の見直しが必要である。

2 重層的な連携による支援体制の構築について

【神庭座長】

- 重層的な連携の姿が、地域レベルで異なるであろうから、地域および広域での連携協議会が、地域の必要とされていること、地域資源などを整理し、地域に即した設計図を描く必要がある。

【朝比奈構成員】

- 論点をもう少し具体的に整理することが必要と思います。たとえば、人口規模によって分類してみる、先進的な取り組みの具体的なプロセスやポイントを整理する、効果を上げた理由を分析するなどにより、何らかの指標が作れば各自治体が仕組みを検討するにあたって具体的に考えやすいと思います。「重層的」といった時に、何を重ね合わせておく必要があるのか、それはどのような理由によるものなのか、目的を明確にしておく必要があると思います。

また、相談支援体制はライフステージによって異なるため、そこは分けて考えていく必要があると思います。

【伊澤構成員】

- アドバイザーの役割の明確化と活動の活性化
 - ・にも包括構築における各自治体内での会議体としては、地域ごとの特性の違いが大きい為、モデルを示すのが難しい。各地域の『歴史』を踏まえての体制の構築は、やはり必要と考える。そこに対しては、現状の構築推進事業等のようなアドバイザーの存在が必要であり、かつ継続していく必要がある。その際、アドバイザーの役割の明確化と自治体内での行動様式をさらに明確化する必要があるのではないか。自治体内において、保健分野と福祉分野との連携の取れなさ(舵取りの渡し合い)が行われている話をよく耳にするが、それも『その地域の歴史』として捉え、アドバイザー等の調整力を要するよう思われる。
- 個別支援の深化（進化）から包括ケア体制整備へ
 - ・包括ケアを、新規の、あるいは既存会議体の活用も含め、構造的な整備という、大上段から迫る方式もあるが、個別支援対象者のケア会議を重ねながら、「普段使いのネットワーク」の構築をはかりつつ、次第に包括ケアシステムに昇華していくというボトムアップ方式もあると思ひ、個別ケア会議の大事を思う。

【岩上構成員】

(1) 精神保健について

精神保健福祉法の第1条にある国民の精神保健の向上を図るための政策が必要と考える。その一つとして、法第47条の4における市町村の精神保健相談を努力義務規定から義務規定にすべきである。現状では、精神保健相談には乗らないが福祉支援は行うといった矛盾した規定となっている。

また、国民の精神保健の向上の観点から、学校健診や住民検診に位置づけることも重要である。

保健所は、市町村保健部門に対して、専門的な技術支援を行うことが求められ、重層的、相補的な支援体制を構築することになる。保健所に特に求められる機能には、未受診、医療中断者への専門的な支援があるが、嘱託医師による精神保健相談については、往診中心に切り替えることを提案

したい。

このように精神保健における自治体の役割がとても大きいのだが、その重要な指針となる「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」及び「精神保健福祉センター運営要領」については、現状に即しておらず、早急に改定すべきである。

(2) 精神医療について

高齢者の包括ケアシステムに包含する場合、国民の精神保健・精神医療にかかる、「かかりつけ医」をどのように位置づけるかが課題となる。従来の「かかりつけ医」が精神保健を適切に担うのか、精神科医療との連携をさらに強化するのか等の議論が必要である。

(3) 精神障害と福祉について

精神障害者の福祉サービスは、基本的には総合支援法に基づいて、市町村が障害福祉計画を作成し、体制整備を行う。障害者の福祉支援は、高齢者の包括ケアシステムのように中学校単位だけでなく、一定程度広域での面的支援と組み合わせる必要である。そのためには、計画相談、市町村の一般的相談支援、基幹相談支援センター等の重層的な相談支援体制の構築と地域生活支援拠点の整備が不可欠である。中でも今年度末に市町村に設置することとされている地域生活支援拠点は精神障害者が安心して地域生活を送る上でも重要な役割を果たすことになる。高齢者の支援体制に比べて脆弱であり課題は山積しているものの、一貫した方向性が示されており、体制整備と質の担保を図ることで、国民の期待に応えられるであろう。

【江澤構成員】

- 地域包括ケアシステムについて、主役は地域住民であり、既存の機能や社会資源のネットワークをできる限り活用することを前提としており、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態、すなわち、「規範的統合」を推進することが前提となります。
- さらに、地域課題を踏まえ、全国一律ではなく、地域の実情に応じたご当地システムの視点が不可欠であり、住民が仮に精神障害者である場合の特性を踏まえた検討が求められます。精神障害者が高齢者の場合には、本人の意思が尊重され、人生の最期まで生き生きと暮らせることを保障することも重要な役割となります。
- これらを推進するためには、都道府県医師会、地区医師会、精神科医療関係団体等と都道府県、市町村等の行政機関との継続的かつ実効性のある会議体の運営が必須となり、PDCA サイクルを回していくことを地域で共有し取り組むことが重要です。

【岡部構成員】

- 住民に最も身近な相談窓口としては市町村役場があげられるが、所轄課の人員体制の課題もあることから基幹相談支援センター（委託相談支援含む）や地域生活支援拠点がその役割を補完することが重要である。障害福祉サービスを利用している精神障害者については計画相談支援が責任を持ち、それ以外の者については基幹相談支援センター等が医療機関とも連携を図りながら責任を持つという役割分担の中で、相談支援体制を構築することが必要であると考えます。そのような整理の中

で、市町村は福祉的サービスの改善・開発に尽力し、保健所はアウトリーチ支援や救急医療等の改善・開発に尽力する他、広域的な課題に対応する必要がある。

【奥田構成員】

- 相談窓口の重層的連携が重要であると共に「受け皿」に当たる部分、つまり居住や就労などの支援やサービスの提供者の連携体制が必要。日常生活支援、就労支援などを総合的にコーディネートできる観点を持つこと。この点においては、「生活困窮者自立支援制度」との連携が重要。精神保健福祉センターや基幹相談支援センターなどと「生活困窮者自立支援制度」の自立相談窓口との連携体制を相互に意識づけることが重要。
- また、生活保護を受給している人の場合、ケースワーカーが医療扶助の手続業務に終始せず、ケースワークできる連携が必要だが、現実には厳しい。ちなみに生活保護受給者は、生活困窮者自立支援制度の対象にならない。

【小幡構成員】

- 当事者・家族が孤立しないためのネットワーク構築は組織図的な体制でなく、機能的な実質的対応こそ必要。責任所在（キーパーソン）を明らかにした支援体制の確立を求める。
 - ・ 相談窓口の整備（早期相談支援体制の構築・24時間365日対応相談窓口の開設・精神保健福祉の専門相談員・訪問サービス実施）
 - ・ 一定の地域（人口5万人目安）にメンタルヘルスの責任をもつセンターの設置（一般医療機関との連携・ネットワークの構築）
 - ・ 本人・家族のもとに届けられる多職種チームによる訪問型支援・治療サービスの充実

【鎌田構成員】

- 市町村単位、都道府県単位等の重層的な連携による支援体制の構築について
 - ・ 従来より保健所が核となり、健康づくり・地域づくりをしてきた実績がある。地域保健対策の推進に関する基本的な指針にも、「県型保健所が市町村と情報共有をし、重層的な連携の下、地域保健対策の推進、介護及び福祉等の施策との調整について積極的な役割を果たす必要がある」等と示されている。よって保健所を中心とし、医療機関、福祉関係施設、都道府県本庁、精神保健福祉センターや基幹相談支援センター等と連携しながら支援体制の充実を図ることが妥当だと考える。

【吉川構成員】

- まず「どのような地域にしたいのか」ということを、地域単位で考える機会をつくる必要があるのではないだろうか。
- 圏域の考え方を、できるだけシンプルにする措置を検討していただきたいと思います。そして、当事者や医療機関の職員にわかりやすく提示してもらえると嬉しいです。
- 地域づくりの視点で考えると、他業種（保健医療福祉以外の職種や企業）の活用が期待されると思います。これまでの常識にとらわれない、柔軟な発想で考えてはどうでしょうか。
- 支援体制づくりが形だけにならないように、支援体制を効果的に活用する仕組みを検討する必要

があると思います。

- たとえば、医療機関の職員が、地域の支える力（支援力、ケア力）を知ることができるような取り組みが必要だと思います。
- 医療機関の職員と地域支援の職員との人事交流ができる仕組みがあると、相互の役割や機能などの理解が深まると思います。
- 精神障害者の高齢化への対応として、地域において身体ケア・介護との連携を含めて考えることが必要だと思います。

【小阪構成員】

- 構築のまえに、視点として「医療や福祉等の場において、真に精神障がい者が尊重される」ことの大切さを改めて確認したい。支援体制側というハード面が充実しても、ソフト面において、支援対象となる精神障がい者本人が安心できる、本人の意思を最大限尊重するという在り方がなければ本当の意味での支えには成り得ない。支援体制に関わる業種、職種における教育・研修等の中で、上記点及びエンパワメントについていっそう理解促進に取り組む必要があると思われる。
- 精神障がいという見えない障害は、その障害や症状だけでなく、本人の内面的な部分の回復（リカバリー）が、地域生活を送る上で、非常に重要な要素になってくる。リカバリーの経験を実体験として持っている、ピアサポート従事者を基幹相談支援センターや精神保健福祉センター、各区市町村の委託相談等において配置をし、当事者経験をもつピアサポート従事者との相談の機会を各地域において担保することにより、権利擁護をいっそう担保することや、障害や病気があっても地域生活を営み、自己実現をし得るロールモデル（リカバリーの証・希望）や支援対象となる精神障がい者の言語化サポート（⇒支援チームとの調整）等の専門性を活用して、精神障がい者の本質的リカバリーを促進しうる体制の構築を検討頂きたい（P25「退院を希望しない理由」に示されているような精神障がい者の不安解消にも効果が期待できる）。

【櫻木構成員】

- 主に高齢者を対象とした従来の地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。これに対し、精神医療圏は二次医療圏を基本とするものの、医療提供体制や障害福祉サービス提供等の資源偏在の問題もあって、全県1区の設定がなされている自治体も少なくない。精神医療圏以外にも、精神科救急医療圏域、障害福祉圏域、さらには老人福祉圏域等、さまざまな圏域が設定されている。これらの概念についての整理が行われることによって、市町村、保健所（都道府県あるいは中核市）、精神保健福祉センター（都道府県、政令市）それぞれの役割が整理され、明確となるのではないかと。

【櫻田構成員】

- 文章内に『更なる連携』とありますが、具体的にはどのようなものを指しているのか少し分かりにくく感じました。

精神障害が関わっているケースは多岐にわたり、似たようなケースでも支援結果が同じになると

は限りません。役割も同じ役割の時もあれば違う役割の時もあるなど、ケースによって異なります。上記のようなふわっとした書き方では、イメージしているものが伝わらないように思います。少しでもいいので、具体的に示していただけると伝わりやすくなるのではないかと、思います。

【田村構成員】

- 市町村や圏域単位での包括的な支援体制を構築するうえで、市町村（行政）と精神科医療機関・障害福祉サービス事業所等の連携が欠かせないが、障害者総合支援法に基づく協議会では、市町村が福祉の基盤整備を中心に考える立場であり、精神科医療そのものについて協議することは少ない印象である。医療の整備は都道府県で行われていることから、保健所が協議会にしっかり関与し、医療と福祉の両面からの支援体制構築について協議する必要がある。または、保健所が圏域の精神科医療機関との連絡会議等を開催している場合もあるが、そこに市町村も絡めて両面から検討することもあり得ると考える。
- 平均生活日数を延ばすうえで、地域における生活支援体制の充実と、個々人への適切な計画相談支援（ケアマネジメント）が欠かせないと考えられるが、特に短期入院者の場合、退院後の生活に向けて相談支援事業所にどの程度適切に紹介できているか精査すべき。
- 地域移行支援にもいえることだが、自治体によっては、申請から調査までに1か月以上も待たされる現状があり、精神科病院からすると入院中に相談支援事業所へつなぐことが現実的ではないと思われる面もある。市町村における給付決定の手続きを簡略化し、申請から決定までの日数の上限を短く設定すべき。
- この10～20年間で精神保健福祉に関する社会資源は確実に増え、従事者も増加している。しかし、精神障害者の地域生活支援に従事する者のなかには、精神科医療機関の専門職との連携に対する敷居の高さが現存している。精神科医療と障害者福祉の連携をとりもつことのできる専門職として精神保健福祉士を保健所と市町村に必置できないか。

【中島構成員】

- 生活機能のレベルは千差万別なので、「にも包括」の対象者に、社会的不適応を起こした大人の発達障害、引きこもり、さらにはアルコール・ギャンブル・ゲーム依存まで含めた、カテゴリーごとの議論を深める必要がある。
- 相談窓口は（実際機能しているかどうかは別として）数多くあるので、ワンストップ方式の導入がぜひ必要である。
- また何よりも、人材の確保と育成が急務である。一つ一つのケースには大変手間がかかるので、医療職、福祉職、心理職を増員し、必要な研修を行う必要がある。

【中谷構成員】

- 精神保健福祉センターの機能は、保健所や市町村の精神保健対応の支援（専門性向上のための研修等）や、高い専門性を要する重症患者の支援などがあると考えられる。
精神医療の抱える課題が多様化・複雑化している現状に鑑み、精神保健福祉センターの更なる体制強化（法的根拠に基づく増員）が必要ではないか。

【長野構成員】

- 地域包括ケアシステムは、高齢者などと同様、ご本人の生活圏域と一致した「市町村などの基礎自治体」を基盤に取り組みなければ進まない。幸い、高齢者の地域包括ケアシステムなどの取り組みで、多くの市町村は不安を感じつつも多くの実践・経験を重ねてきている。法的根拠を整備し、体制強化と専門的後方支援に取り組むべき。

【野口構成員】

- 相談窓口がいろいろあることは、特に身近な場所に相談窓口があることになるので、悪いことではない。一旦はそこで相談を受け止めて、必要な支援につなぐことができれば、窓口が多様であることで受け止められる人数も種類も増えることになる。それぞれの相談窓口が相談を受けた時に、「精神はこちらの管轄ではない」として他所に安易に振ってしまうのが問題。
- 精神保健の担当部署なり機関なりを決めると、そこに業務が集中して、他がそこに丸投げする事態が生じがちである。精神保健はだれかに任せてしまえばよい、という考え方ではなく、それぞれが一旦は受け止めて協力して支援するという考えが大切である。またそれを可能にするために必要な人員体制も担保すべき。川崎市のように窓口を一本化している取り組みのようないろいろな好事例を取り上げて、地域ごとにどのようなやり方がよいかを選べるようにすることも有用。
- 重層的な支援体制という場合、注意しないと、例えば市町村が対応をまず行うべきという話になると、都道府県は「市町村の役割であるので、県ではない」として、人を減らす事態が起きる可能性がある。現実的には精神保健では人が足りていない。重層的に重なり合う、その意味では少し無駄のように見える部分がないと、支援から零れ落ちる人が増えてくることは明確にすべき。
- 市町村が第一の精神保健の相談窓口になることは賛成である。ただしこのことができるためには、精神保健も重要な領域であることを市町村のリーダーレベルが認識する必要がある。全体として、精神保健は限定された人の限定された領域という意識が自治体には根強いのではないか。精神保健業務が、危険な人から社会を守るというような社会防衛という視点からではなく、さまざまな社会問題の解決には不可欠の視点という形で捉えなおし、自治体の理解を促進する必要があるのではないか。例えば川崎市、豊中市などの取り組みは参考になる。もちろんこの点は市町村のみではなく、都道府県でも重要である。
- 認知症対策、自殺対策、生活困窮者自立支援など、精神保健医療とつながりの深い施策をすでに市町村は行っているので、これらに横串を刺すように、市町村レベルの相談体制を考えてはどうか。都道府県や保健所設置市においては、入院を要する、より専門的な関与が必要なケースの対応を促すように、保健所が市町村および精神科医療機関との連携体制を構築し、より広域の課題や専門的な人材育成については都道府県およびその機関である精神保健福祉センターがバックアップする仕組みを構築してはどうか。そのため、地域医療構想（医療計画）および外来医療計画と精神医療の連動性を高めること、さらには都道府県の病院指導、保健所の医療監視、精神保健福祉センターの精神医療審査会事務などの機能を重層的な連携にも生かしてゆくことが考えられる。同時に、それらの実行が可能な職種や員数などの人員体制の確保が都道府県市本庁・保健所・精神保健福祉センターにおいても必要である。またこのような審査機能が有効になるためには、精神保健指定医

が公務員業務に協力できるような体制（診療報酬によるインセンティブ付与も含めて）の検討も必要である。

- 精神疾患に関する在宅医療の整備を行うとともに、地区医師会等の協力を得て市町村レベルでの在宅医療と保健福祉サービスの連携を進める取組を行ってはどうか。高齢者における、在宅医療介護連携推進事業は参考になると考える。
- 「一方で、市町村、精神保健福祉センター保健所等それぞれの相談窓口においては役割が理解されていない」ということであるが、運営要領にはお互いの役割があいまいにしか書かれていないなど、運営要領の問題がある。まずは、精神保健の対象となる事例—たとえば、医療へのアクセスが難しい、ひきこもりなど医療にアクセスしても解決しない—を明らかにする。その上で、精神保健の役割と、誰がどの業務を担うのかということとを、体系的に検討し整理する。そして、市町村、保健所、センターの運営要領を包括的に見直すことが必要。

【中原構成員】

- 医療機関職員からすると、サービスの利用をするかどうかわからない段階で自治体へ相談をする場合、どこが窓口なのかわかりにくい。複雑なサービス体系の中で必要なサービスや利用できるサービスに適切につなげるために、サービス利用を前提にすることなく、医療機関職員が退院時自治体に気軽に相談できるよう、基幹相談支援センターの設置を進めていく。

【長谷川構成員】

- 地域で支援を受けている人で、包括的支援マネジメントの要件を3つ以上満たしているようなケースに対し、定期的なケア会議を持ち、ケアマネジメントを続けることが、診療報酬に反映されることが望まれる。

地域医療から考える支援では、平時のケアマネジメントで継続していて、危機介入を要する状態になった場合、CMHTに登録している医療機関や事業所、行政がチームに加わる。

令和2年度の診療報酬改訂では、入院医療機関チームと退院後の外来医療チームとの退院前のケア会議に、退院時共同指導料が認められた。今後は、更に、頻回入院、長期入院後の退院、再入院のリスクが高いケースでは、退院後のケア会議に入院医療機関のPSWが出席することに診療報酬がつけば、病診連携が促進されるのではないだろうか。

【藤井構成員】

- にも包括の構築は日常生活圏域を単位としており、基礎自治体による支援体制を充実させていくことが重要であると思われる。しかしながら、p17に示されている通り、市町村の精神保健は現状では努力義務にとどまっており、福祉的支援につながらないケースへの積極的な支援を提供するうえでの法的根拠が弱い。精神保健福祉法第47条の改正により、市町村の精神保健業務を義務化することを検討してはどうか。
- 自治体における相談業務の実態の資料からは、市町村が、精神保健の相談や支援業務を実施することが難しい場合も多いことがわかる（特に小規模の市町村）。しかし、高齢者の地域包括ケアシステムや、自殺対策、生活困窮者自立支援、子育て支援等、市町村が取り組んでいる施策の中には

精神保健の視点が重要な取り組みは多い。これらの取り組みを行うにあたり、精神保健医療福祉の支援が必要と考えられた場合の対応を検討することから開始してもよいのではないか。これらの相談業務にあたる職員の基本的なスキルとして、相談者がメンタルヘルスの課題を抱えている可能性がある場合の対応のしかた等、基本的なメンタルヘルス支援の研修を推奨することも考えられるのではないか。

- 保健所は、救急相当のケースや、措置入院対応、退院後支援等に重点を置いた支援を通じて市町村と連携し、必要に応じたバックアップをすることが考えられるが、市町村との役割分担を明確にしすぎると支援の狭間が生じることや、急性期・重症ケースのみの対応となった保健所職員の燃え尽きなども懸念される。個々のケースへの協働での支援を積み重ねることにより、「どちらかが支援する」というより「協働で支援する」という体制をつくれるとよいのではないか。
- 精神保健の相談窓口には本人が行けないことも多いことから、訪問による相談支援（嘱託医の訪問を含む）や、オンラインによる相談支援の強化が必要であると考えられる。医療機関につなげる必要がある場合に、円滑な医療導入ができるよう、地域の医療機関との連携構築も必要である。市町村と医療機関の人材交流、市町村の精神保健業務に協力している医療機関に対して何らかのインセンティブをつけるといったことも検討してはどうか。
- 市町村が実施している在宅医療介護連携推進事業などの既存の枠組みを活用して、そこに精神科医療機関が参画するなど、高齢者領域の支援の仕組みを精神障害にも対応できるように拡充していく（まずは認知症のBPSD対応に焦点をあてるなど）という方法もあるかもしれない。
- 市町村・保健所・精神保健福祉センターの業務運営要領を改定し、周知することも必要。

【山本構成員】

【前提】

- 地域包括ケアシステムは、既存の日常生活圏域を基本としたシステムへの統合を目指すとともに、自治体が障害保健福祉圏域において精神保健に関する重層的な連携体制を構築するもの。
- 重層的な連携による支援体制の構築の目的は、住民の精神保健の向上、ニーズキャッチ、DUPの短縮による重症化予防等早期の適切な対応を図りニューロングステイを防止すること、併せてロングステイの解消を図る取組であること。

【意見等】

- 既に高齢福祉の実践が示す通り、市区町村が実施主体となることにより、地域住民、産業、住居など既存の街づくり関連の取組との連携を図り、精神障害者が地域の一員として安心して暮らせる地域づくりの実現にむけた取組が推進されるものである。
- 住民に身近な市区町村(保健)が、福祉的支援につながらないケースなど、地域に潜在化・顕在化する様々なメンタルヘルスニーズに一元的に対応していくために、精神保健相談の根拠規定である精神保健福祉法第47条の4について、市町村の精神保健業務の位置づけを努力義務から義務規定に改正し相談体制を強化する。
- 市区町村(保健)は、障害者相談支援、地域包括支援センター、子育て包括支援センター、障害者虐待防止センター、教育センターとの連携を図るとともに、市区町村(福祉事務所)により取組がはじめられている(福祉型)総合相談支援と連動した仕組みとして精神保健相談体制を構築す

る。

- 保健所は、一次相談を担う市区町村（保健部門、福祉・介護部門）等と協働し、主に救急対応事例や措置入院等非自発的入院者支援など高度な精神保健相談業務（二次相談）、管内関係者研修、協議の場による支援体制強化の取組を実施するとともに、地域完結型医療体制の構築との整合を図るため、保健医療福祉圏域連携会議を活用するなど、市区町村に任せるのではなく、システム構築について強力に推進する。
- 精神保健福祉センターは、技術的中核機関としての機能を強化し、災害（事件・事故等を含む）メンタルヘルスや様々なアディクションなど専門相談事業、人材育成、研修、地区分析や企画立案、調査研究等により、保健所、市区町村への技術的支援及び本庁への協力等の実施体制を強化することが必要である。
- これらの実効性を担保するため、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領、精神保健福祉センター業務運営要領を改定するとともにガイドラインを策定するなど、自治体業務を明確に提示し重層連携の再構築を図ることが必要である。
- 検討会で精神医療に関するワーキンググループを設置するとのことであるが、同様に、重層的な連携による支援体制に関する自治体機能に関するワーキングを設置し、より具体的な検討を進めていただきたい。

3 普及啓発について

【神庭座長】

- 地域移行を進めるためには、国民の精神疾患への正しい理解が必要である。
英米にみるように、日本版 MHFA の普及を、行政が音頭をとって、進めて欲しい。COVID-19 によるメンタルヘルスへの甚大な影響が予測されている現在、遅滞なくアクションを起こすべきプロジェクトである。
- 知識の普及では十分でなく、実際の患者さん達と交流する機会が必要であろう。
- メンタルヘルスサポーターの養成は進めたい。

【朝比奈構成員】

- 基本的な考え方でも述べましたが、一般施策としての児童福祉や教育、若者支援や困窮者支援、労働相談、高齢者福祉等に携わる相談機関に対して精神疾患に関する知識と理解を広めることを位置づけていただきたいと思います。
精神障害のある人たちは、障害の専門性のある特別な窓口でしか対応できないという状況は、一方で相談のタイミングを遅らせ、また地域社会からの排除につながることも考えられます。
精神疾患が5大疾病となった現在、一般施策を基本に、より重篤で困難な支援を要する部分を障害者福祉が専門性をもって対応していくという方向性を描いていくことが必要ではないでしょうか。

【伊澤構成員】

- 広報の拡充と地域社会資源（ピアサポーター・地域支援事業所）の積極的活用
 - ・地域住民への「精神障害」の普及啓発は「にも包括」創設の重要課題である。認知症や自殺対策を例にしているように、メンタルヘルス・ファーストエイドの活用は有用と思われる。
 - ・市民が精神保健的な課題を抱えた際に、肝心の「相談先」が地域の情報として根付いていなければ、市民との繋がりを作りようがない。よって市民への自治体等の広報における精神障害についての普及啓発の中には、所謂「障害福祉サービス」の存在、その機能についても欠かさず盛り込み、市民のアクセス保障を意識すべきである。
 - ・普及啓発において、最大の発信力と思しきピアサポーターの存在を多様に生かす術を開発すべきである。
 - ・地域支援事業所が平素より行っている、様々な場面を通じた広報ならびに啓発活動活～講演会・地域イベント開催による広報、事業所紹介のニュースレターの発信、バザー等による販売を通じた活動報告、実践現場へのボランティアの迎え入れと利用者交流ならびにボランティア養成研修開催等々～、への強力な制度的支援は、現地密着、当該地域の風土や文化に依拠した、柔軟ゆえに実効性のある営みとして実施できると思う。

【岩上構成員】

(1) 精神保健

国民が正しく理解するためには、学校、社会教育における一層の取組みが必要である。特に学校教

育においては、五大疾病ではあるが他の疾病のように、「命を脅かす」とか「なってはいけない」といったイメージを植え付けることがないよう教育していただきたい。「病気についての正しい知識を伝える」よりも、「病気や障害についてのポジティブイメージや安心感を伝える」ことが大切である。

また、精神保健を包含し、健康教育として充実することも重要である。従来の取組みである、自殺予防、認知症の理解と組みあわせた啓発も有効と考える。精神保健、精神疾患を学び、認知症サポーター「プラス」とか、ゲートキーパー「プラス」となることが現実的と考える。

(2) 精神医療

わが国の「良質な精神医療」を国民に適切に理解していただく必要がある。現在の精神医療に関する情報は、精神医療の問題に焦点をあてたものがあり、バランスを欠いた情報は、国民の偏見を助長することになる。

(3) 精神障害と福祉

子ども食堂よりも20年前、全国には「精神障害者食堂」があり、ここには、障害者、家族、市民、ボランティア、子どもたち、そして支援者が集まっていた。

障害者総合支援法の時代は、精神障害に特化せずに、地域共生社会の思想性の中で、啓発普及を行うことが重要と考える。

令和2年度の地域生活支援事業に「障害者ピアサポート研修事業」が創設されたことは、まさに時宜を得たもので、自ら障害や疾病等の経験を持ち、その経験を活かしながら他の障害や疾病のある障害者の支援を行うピアサポーターの活躍は、現在国会で審議されている社会福祉法改正において、主眼をおかれている地域共生社会の理念を具現化するものであり、精神障害の理解においても寄与すると考える。

【江澤構成員】

- 地域包括ケアシステムの本質である「地域づくり」の視点からも、孤立を防ぐために、「包括的な生活支援の拠点」が必要です。相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、生きがい創出、閉じこもり予防等の効果が期待できる拠点が求められています。
- 現状、〇〇サポーター的な名称が地域に複数存在し、その役割を担うことについて時に負担感を感じる住民も想定されるため、住民主体のカフェ等の「通いの場」を活用する住民とのネットワークの構築の中で、自然なかかわりにおいてサポートできている状況を創り出すことも重要と感じます。MHFAを推進することは賛成ですが、その際に、あまりハードルを上げることなく、誰でも気軽に参加できることがポイントと察します。
- 理想的には、本人にとっても精神障害者の集まりではなく、地域の一住民として、一般の集いの場への参加を継続することであり、そのための施策も検討すべきと思います。

【岡部構成員】

- 認知症サポーターの養成やゲートキーパー養成等にならった取り組みは一定程度の年齢の高い階層に有効であると感じる。中間層に対してはこれまで以上に映画やドラマ等を通じて精神障害を積極的に取り上げる手法も有効ではないかと考える。

【奥田構成員】

- 地域住民への啓発は必要だが、従来の研修会や講演会という形式だけではなかなか価値観が変わるところまではいかない。当事者団体の協力を得て当事者の声を聴く機会を増やすこと、あるいは病院を開放して交流の場とすることなど、「情報ではなく出会い」を中心とした啓発が必要。
- 施設建築に対する住民反対運動に象徴されるように社会全体に排除の傾向が強まっている。大家や不動産業者への啓発を特に強化すべきである。
- ゲートキーパー養成のような裾野を広げた支援体制は必要。
- 一方で、各分野において、すでに相談事業や支援事業に従事している方々に対して、それぞれの分野でなされている研修カリキュラムにメンタルヘルス・ファーストエイド等を用いての研修を実施する。
- また、精神医療従事者が、福祉制度、特に居住支援にかかる制度や生活困窮者支援制度などと学ぶことも重要だと思う。

【小幡構成員】

- 普及啓発には、教育カリキュラムでの基礎教育があるなしによってもその効果は左右される。メンタルヘルス政策を分野別課題に留めることなく、全国民的課題となるように押し上げることに結びつけたい。
- ・啓発教育の推進（学校教育・一般市民・医療関係者への精神疾患・精神障害の教育）
- ・ピアサポートの充実（ピアによる活動や家族会支援・家族による家族支援）
- ・義務教育課程の学習指導要領への反映

【鎌田構成員】

- 支援の輪の充実や普及啓発について
- ・地域でのカフェ・サロンの開催等で、精神障がい者と地域住民が交流している成功事例がある。そのような成功事例を示すことはいかがか。
- ・都道府県の本庁が普及啓発の仕組みを作り、保健所に示していくことが重要。そのための予算化、人材確保・育成も必要になると考える。
- ・地域住民と交流しながら地域で生活するためには、精神障がい者が治療中断することなく、適切な医療が受けられることが必要であり、治療の継続支援が重要と考える。

【吉川構成員】

- 普及啓発は単独事業として考えるのではなく、地域住民と関係者が一緒に地域づくりに取り組む機会をつくるなど、その地域にとって必要で、地域単位で継続して行える活動に繋げていくことが重要だと思います。
- たとえば、「精神疾患になっても安心して暮らすことができる地域とは？」などをテーマに、地域のさまざまな年齢、立場の人と一緒に考えることから始めるなど、共感を呼ぶ行動が重要になると思います。

【小阪構成員】

○ 教育の在り方について

2022年度から高校の新学習指導要領において、保健体育に「精神疾患の予防と回復」の項目が加わることは、とても良いと思われるが、義務教育課程においても、同様の項目を入れ込むことも検討頂きたい。

○ 地域生活支援事業において、障害者ピアサポート研修事業が位置づけられたが、その活用促進することにより、精神障がい者のリカバリーそのものを促進し、地域で暮らす精神障がい者が当たり前にいること、それがひいては社会全体における差別や偏見の解消へと繋がるものとする。

○ 障がい者スポーツの拡充

スポーツにおいては、障害の有無によらず、交流を行えたり、またチーム制の協議であると、精神障がい特有のコミュニケーション力を自然と向上させる要素があると思われ、その取り組みをいっそうの推進をすることによって、スポーツを通じた、「障がい者ではない」（競技中の姿は、障がい者に見えない生き活きとした姿がある）交流を促進したり、差別偏見解消のためにも、全国障害者スポーツ大会において、精神障がい者における正式種目を卓球競技、ソフトバレーボールに限らず、その種目を増やしていくことが望ましい。

○ リカバリーフェスティバル等の催しを地域住民と協力して実施

福祉施設等中心でなく、地域の商工会や社会福祉協議会、自治会、行政と精神障がい者や家族会による、企画委員会を構成し、その地域毎のイベントを通じて、地域住民と精神障がい者との直接の交流の場を創出し、地域住民との協力の場や互いの理解促進を図る。

【櫻木構成員】

○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の目標を、地域共生社会の実現とするのであれば、地域住民の精神障害に対する理解の促進、言い換えれば様々なスティグマの解消は極めて重要な構成要素のひとつである。メンタルヘルス・ファーストエイド（MHFA）は、自殺予防やゲートキーパー養成のイメージが強いが、本来の意義や特徴である、①こころの健康の問題を抱える人全般が対象であり、②非専門家が可能な支援プログラムで、③効果検証がなされており、④偏見対策に有用である、といった側面が評価されて英国や米国では、政府が主導して普及が図られている。わが国でも、本腰を入れた導入が必要なのではないか。

○ 地域での普及啓発の例として取り上げられる「認知症サポーター」は、特に地域の自治会、老人クラブや職場や学校において実績を挙げている。以前は、各地で保健所が主催する「精神保健ボランティア講座」が行われ、修了者が核となってボランティアグループが組織され、さらに小規模作業所の運営にもあたっていた。近年徳島県では、県教委が県精神保健福祉協会に委託して、「阿波っ子心の健康づくり巡回講座」を実施し、令和元年度には小学6年生、中学生、高校生を対象に37校で実施されている。社会参加に対する意欲の旺盛な高齢者に対して、あるいは教育現場での普及啓発の取り組みは、有用かつ重要ではないだろうか。

【櫻田構成員】

○ メンタルヘルス・ファーストエイドの活用は賛成です。まずはそういったものがあるという事を

知っていただきたいと思うので、そのための周知、啓発をどのように行っていったらいいのかを論点に加えていただけたらと思います。(次の論点かもしれませんが) 時期などの目標値を明確に定めそれに向けての議論も必要かと思います。

【田村構成員】

- 精神保健福祉の改革ビジョン以降、地域で生活する精神障害者の増加や、多様なメンタルヘルス課題を抱える国民が増加したことにより、かつてに比べれば普及啓発は進んでいるといえる。しかし、さらに「わが事」として考えられるようにするためには、義務教育課程で精神疾患や障害について学ぶ機会を設ける必要があるのではないか。
- 精神疾患や障害のある人も地域住民として共生できるためには、「支援する・される」関係から「支え合う」関係性への進化が求められる。直接触れ合う機会の提供とともに、いわゆる処遇困難事例に対する専門職的確なコンサルテーションやスーパービジョンにより、精神障害者への苦手意識や拒否感を払拭する働きかけのための仕組みを構築できると良いのではないか。

【中島構成員】

- 被虐待児対応を、将来を見据えた対策とすることが重要であろう。親への援助、就学前～学童期の子供への支援をどう考え、医療、福祉、行政、教育が、効果的に連携し合わなければならない。国の将来を考えたとき、普及啓発の主要な観点をここに置くことが大切ではないか。
- IT化、オンライン化を、個人情報に配慮しながら全面的に推進することが急務である。

【中谷構成員】

- サポーター養成には賛同する。サポーターが地域で活躍できるような仕組み（地域の推進員として、法律に位置付けるなど）についても検討が必要ではないか。

【長野構成員】

- スティグマに対する取り組みはすべての基礎で、多角的な視点からの取り組みは常に絶やしてはいけない。方法は種々あり、海外の方法も積極的に取り入れていくべきだが、実践を重ねながら、日本版に地域特性も考慮しながら成熟させていかなければならない。認知症サポーターも初期のころから見るとそれぞれの地域特性にあわせながら成熟してきていると感じる。また、「啓発」に関する直接的な活動ではないが、「就労・就業」など啓発にも多大な寄与するものにも注意を払い続けなければならない。短期的には直接的な効果がなかなか評価できないが、実践を丁寧に続け、振り返れば「地域社会」が変化してきたことをご本人ともども必ず実感できる。

【野口構成員】

- 上記の理念を基にした普及啓発においては、メンタルヘルスファーストエイドは役立つツールとは思いますが、スティグマ減少のためには、単に知識や対応技術の普及にとどまらず、精神疾患のある人と触れ合う体験の普及や行き過ぎたマスコミ報道の影響を軽減する取組も必要と考える。また学校保健・教育での取り組みなどもあるので、それらの好事例の収集も有用。ただし、学校教育につ

いては、現場の負担もあるので、導入には慎重な検討が必要だろう。

- マスコミの報道については重要な点であり、自殺対策の観点から提言がなされたと記憶するが、重大な他害行為に関する報道において、容疑者の病歴などにつき誤解や偏見を招く報道を避けるなど一定の方針を提案できるとよいのではないか。
- 認知症では、身近な人たちに認知症がおり、また自分も含めて身近な人たちもなりうる状態であることが周知されて、人ごとではなくなってきたところがある。一方精神障害ではうつ病は別として、統合失調症や依存症は我がごととなりにくいところがある。このあたりの認知症での成果とその成功要因の分析とそれがどれくらい精神障害にも該当しうるのかのきめ細かい分析が必要ではないか。
- 普及啓発の目的や理念に、精神的健康の増進、精神疾患の早期発見・早期対応とともに、精神疾患のある人やその家族等の身近な援助者（ケアラー）が臆することなく参加しやすい社会づくりを加えてはどうか。
- 普及啓発のテーマとしては、精神疾患やそれを抱える本人だけでなく、ケアラーの独自のニーズも含めるべきである。
- メンタルヘルスファーストエイドは本来リカバリーやアンチスティグマの観点を入れたものと理解している。そのままのやり方を導入する方法もあるが、疾患別の各論はもう少し簡単にして、疾患のありなしにかかわらず、本人のセルフヘルプを家族がどう応援するか、一次予防の視点を強調することも検討してみることもありうる（CRAFTの要素など）。特に資料で「りはあさる」として取り上げているところの「り」はリスク評価であり、実際の事例の相談を受けた、事例に出会った時の対応なので、いわゆる精神保健に関する普及啓発というのとは意味合いが異なるところがある。専門家につなげるといふ側面だけが強調されると、「にも包括」の趣旨とはずれる可能性がある。リカバリーの視点やソーシャルキャピタルやソーシャルサポートの重要性という視点を入れた普及啓発を考えることが大切。また一般向けの講習を本格的にする前に、まずは専門職向けを行うなど段階的な導入もありうるのではないか。

【中原構成員】

- 認知症サポーター養成講座のように、全国の自治体で取り組むような仕組みづくりや予算措置をしっかりと行うことが必要。

【長谷川構成員】

- 普及啓発は大変重要な取り組みである。メンタルヘルス・ファーストエイドを活用した自殺対策におけるゲートキーパー養成に際しては、日本精神神経科診療所協会に要請があれば、全国に呼び掛け、各地域で協力医を募ることができる。

【藤井構成員】

- メンタルヘルスファーストエイドは、自殺対策においても実績があり、精神障害等に関するサポーター養成などに活用することには賛成したい。メンタルヘルスファーストエイドのみではなく、基本的な傾聴のしかたや簡易な CBT 等、目的と対象に応じて研修内容も柔軟に検討できるとよいと

思う。

- メンタルヘルスファーストエイドの普及にあたっては、専門的な相談を受けられる体制があることが重要であり、前項の精神保健相談・支援の充実が必要。また、医療が必要な場合には適時適切な医療の提供ができるように、地域の精神科医療機関や医師会との連携も重要であると考え。ただし、過剰な医療化が起こる懸念は否定できず、初回の診察は非常に重要であることなどから、専門医や他の専門職教育において地域やゲートキーパーからの相談を受けた際の対応についても教育を受ける機会があることが望ましいと思われる。一方で、専門家につなげることが主目的とならないよう留意する必要もある。
- 精神障害者、精神疾患を経験した人との交流の機会を増やす試み（地域のイベントや、学校教育の中で直接交流や意見交換などができる機会をつくるなど）も重要ではないか。
- 精神障害者が同じ職場の同僚として働いていることは、精神障害への理解を深めるよい機会となると考えられる。就労支援の一層の充実と、就労後の本人支援だけでなく、雇用側の支援をより充実させることで、理解の促進につなげられるのではないか。
- 精神障害、メンタルヘルスの課題に関心のない層の認識を変えるためには、マスメディア関係者とともに関心のある層の報道のありかたを検討することや、影響力のある人からのメンタルヘルスに関するメッセージの継続的な発信を企画することも必要ではないか。

【山本構成員】

【前提】

- 精神保健教育と双方向交流型による福祉・人権教育の推進

【意見】

- 保健所及び精神保健福祉センターは、教育行政と連携し高等教育等における精神保健教育を実施する。
- MHFA 等による健康教育、メンタルヘルスリテラシー向上（DUP 短縮）にむけた取組の実施にむけて、エビデンスに基づいた実装可能なプログラム開発が必要である。
- 市区町村は、中長期的な取組として市区町村教育委員会と連携し、福祉教育/人権教育を実施する。精神障害者への正しい理解のため、当事者が参画した双方向交流型の啓発事業を実施する
- 産業保健と地域保健において企業と連携した普及啓発プログラムを開発する。メンタルヘルス思想のさらなる普及、退職者や失業者への医療・生活保障、当面の課題として生活習慣病対策における標準的な健診・保健指導プログラムを参考とし、標準化した AI 関連問題への取組やリワーク支援など企業内支援体制構築にむけた取組を進めてはどうか。
- なお、メディアを活用した普及啓発を実施する場合、いわゆる「ウエルテル効果」を生み出さないよう、報道機関への働きかけも必要である。

4 その他（1～3以外に関するご意見）

【朝比奈構成員】

<基本的な考え方について>

○ 対象者について、「精神障害の有無や程度にかかわらず」（資料P2）とされていますが、P6の「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）」の図は、精神障害を抱えて何らかの医療や福祉を必要としている青年期から老年期の人を想定しているという印象を持ちます。

すべての人を対象とするのであれば、まずは児童期から老年期までのライフステージを支える教育や福祉、労働施策に関わる相談機関やその担い手が精神疾患についての理解を深め、一般施策における対応力を高めることが重要と考えます。実際に現場でのニーズは高く、各分野では精神疾患を抱えた人たちにどのように対応していくかが大きなテーマとなっています。

そのうえで、中程度から重度の精神障害のある人を取り巻く特有の状況や課題もありますので、そこは絞って取り上げて議論していただきたいと思います。議論を整理していくうえで、認識や前提を共有しておくことが重要と考えます。

【伊澤構成員】

○ 地域支援体制の拡充は多年に及ぶ課題であり、しっかりとした事業運営基盤の構築が依然として問題となっている。とりわけ「相談支援事業所」の苦境、そして日中活動の精神障害利用割合の高い「就労継続B型」の運営難を克服する策が必要。

○ 「顔の見える関係」が共同連携の肝という言葉があるが、関係性として顔見知りレベルでは不十分。包括ケアは「腹の見える関係」を追求すべし。

【岩上構成員】

<議論の前提として>

1 議論の軸が必要であること

P2の対象者の考え方の整理では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは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、重層的な連携による支援体制を構築することが適当」としている。

本検討会の議論の軸として、広く国民の精神保健に関わること、精神医療に関わること、精神障害と福祉に関わること、加えて重層的な課題であること等、明確にしておく必要がある。

2 現状認識の議論が必要であること

平成16年9月に示した、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」以降、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する報告書」等、あるいは、心身喪失者等医療観察法の付則では、精神医療全般の水準の向上及び精神障害者福祉の向上を図ることを求めてきた。ビジョンや指針があつて現在があることから、検討会では、厚生労働省の現状分析、見解をお示しいただき、現状認識について議論する必要があると考える。

3 1年以上入院者で社会的な支援が必要な人に対する市町村の関与を明確にすること

地域移行支援は、入院期間に関わらずその対象者となることが示されている。つまり、社会的な

支援が行き届かないために1年以上の入院になっている人だけでなく、例えば、入院期間3か月でも医療・保健・福祉による包括的な支援が必要な人も利用できるサービスである。

検討会の議論の前提として、1年以上入院者で社会的な支援が必要な人に対する市町村の関与を明確することを特に提案しておきたい。このことにより、今なお存在している医療機関責任論や医療機関が責められていると感じることを払拭して、資料P27の社会的な支援体制の脆弱さに焦点をあてて議論することができるようになる。

医療機関は、1年以上の入院者に対して、適切なアセスメントの上で退院を求める。その際、本人が医療機関の支援だけを求める場合以外で、自らの力では退院できず、社会的な支援が必要である場合、医療機関は市町村に関与を求める。これを原則としたい。市町村は、基幹相談支援センター等と連携して、医療機関に指導を仰ぎながら、本人への支援を行うことになる。もちろん、こうした仕組みには様々な課題はあるが、むしろ課題が明確になることで、必要な社会的な支援体制（人材・サービス等）を構築することができる。

<その他>

- 包括ケアに資する議論を行う上では、健康局、老健局、医政局、保険局、社会援護局等関係部局並びに障害福祉課から直接、お話をうかがい、議論する機会が必要と考える。
- 新型コロナウイルス感染症発生に伴う、精神保健、精神医療、精神障害と福祉における課題を整理して、必要な政策のもと、第二波等の備えをお願いしたい。

【江澤構成員】

- 地域包括ケアシステムは、当初から全世代の全住民を対象とした普遍的なシステムであり、当然、精神障害も対象に含まれています。従って、「精神障害にも対応した」ではなく、地域の一員として「精神障害を支える」地域包括ケアシステムとして検討されるべきです。精神障害者であっても、住み慣れた地域で生き生きと人生の最期まで暮らせることを念頭においた地域づくりの議論が欠かせないと考えます。

【岡部構成員】

- 精神科救急医療体制の整備の在り方については、本検討会の下、別にワーキンググループを開催し、議論することが適当だと考える。
- 精神障害者の単身生活及び親亡き後の生活を支える手立てとして有効な自立生活援助事業者の更なる設置促進を図るべきと考える。

【奥田構成員】

- 精神障害者に限らず、地域で暮らすためにまず必要なのが「住居」である。現在、全国で空き家は840万戸以上あるとされており、不動産流通に乗っている物件、つまり即入居可能な物件だけでも200万戸程度存在する。空き家があるにも拘わらず「住宅確保要配慮者」（入居困難者）が多数存在し、その中に精神障害のある人々も含まれている。このアンバランスの要因の一つは、課題のある方々に対する「大家の入居拒否感情」にある。
- 大家の拒否感情は、1) 家賃滞納の怖れ 2) 保証人不在 3) 何かあった時の相談先無 4)

死後事務担当不在などであるが、これらの課題は従来家族が引き受けることでクリアしてきた。地域で暮らす精神障害者も単身生活をされる方が今後増えると思われる。「家族がいないと現実」を前提とした議論が必要。大家の不安を払拭するには、どのような仕組みが必要かは、国交省の住宅セーフティーネットの場面においても最大の課題の一つである。この課題が解決しないと地域包括ケアの前提である住宅確保自体が進まないことになる。

- 2017年に国土交通省によって「住宅セーフティーネット制度」が改正され「居住支援法人」が誕生した。全国で300程度の法人がすでに居住支援法人の登録を済ませている。この特徴は、登録法人の約半数が不動産事業者であり、半数が福祉事業者であること。両者の連携が地域で成立することで、「住宅というハードの面」と「暮らしや福祉というソフトの面」が組み合わせられた支援が可能となる。この部分に精神医療との連携が成立することで、精神障害者の地域生活は可能となる。ちなみに居住支援法人が加入する「一般社団法人 全国居住支援協議会」に150を超える居住支援法人が加入しており、国交省より居住支援法人向けの研修や相談の事業を受託している。この研修においても「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の論点の共有が出来ればと思う。
- 住宅確保に関して重要な「視点」は、「住居支援」ではなく「居住支援」という視点である。「住居」は建物を指すが「居住」は「一定の住まいを定め、そこに住んで自分たちの生活を営むこと」を意味する。つまり、住居の確保のみならず生活全体を支援するのが「居住支援」である。このような「視点」は、まさに「地域包括ケア」の視点だと言える。
- 今後の方向性として空き家活用し、居住支援法人など支援団体が物件をサブリースし「支援付き住宅」として運営する形式の「居住支援」が必要である。NPO法人抱樸では、4年前からこのモデルの事業を実施している。現在70室以上をサブリースしており、様々な課題を抱えた十代から八十代までの人々が暮らしている。支援団体が、一括して借り上げることで「大家の安心」と「総合的で包括的な支援体制」が可能になる。また、サブリース方式は、家賃の差益が生じ、支援団体のサステナブルな活動を担保できるメリットもある。このような家族機能や就労支援など総合支援を備えた「支援付き住居」の事業を居住支援法人や困窮者支援法人、あるいは社会福祉法人が運営できるように基盤を整える必要がある。
- 国としても「居住支援にかかる費用」の一部を補助できる仕組みを考える必要がある。居住支援法人に対して国交省は、補助金を出しているが、一時的であり「住宅マッチング」が重視されている。「見守り」や「生活支援」の費用負担がなく、これが居住支援法人の登録のスピードを鈍らせている。居住支援法人の生活支援にかかる費用が出る仕組みがあれば、居住支援法人はさらに活躍できる。
- この点において障害福祉サービスにある「自立生活援助」に注目している。この制度が施行されて数年経つが、上手く機能していない印象がある。この仕組みを「地域包括ケア」の中いかにして活用できるかの検討をするべき。
- 今回のコロナ緊急対策の第二次補正予算に「生活困窮者等の住まいの対策推進」が盛り込まれている（社援局）。これは「住まいの相談窓口」を中心とした支援スキームであるが、これは、今後の精神障害者を含む地域包括ケアシステムにおける住宅確保のヒントになると思われる。

【小幡構成員】

- 精神保健医療福祉に係る予算配分の見直しをされたい。
 - ・診療報酬や人員配置の水準を一般診療科と同等にする（※いわゆる精神科特例の廃止）
 - ・精神医療審査会の人権擁護機能の充実（必要最小限の行動制限：身体拘束・隔離等）

【鎌田構成員】

- 基幹相談支援センターの設置、地域移行支援や地域定着支援の取り組みが進んでいない要因の明確化と解決が喫緊の課題であるので、本検討会が効率効果的に開催されることを期待している。

【櫻木構成員】

- 地域包括ケアシステムの構築を目的のひとつとしている医療介護総合確保推進法では、地域介護施設整備促進法、医療法、介護保険法のそれぞれに関係した部分を包含している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するのにおいても、これからの議論のなかで、精神保健福祉法や障害者総合支援法のみならず、医療法や介護保険法にも関連する課題が浮かび上がってくることが想定される。もちろん精神保健福祉法についての徹底的な議論は必要である。加えて、本検討会では診療報酬に関わる部分や介護保険に関わる部分は取り上げないというのではなく、関連する部分は関係する部局にも出席を要請して、相互に理解を深めていくべきではないか。一例を挙げると、医政局の主管する医療計画の議論においては、5疾病に挙げられている精神疾患について、あるいは5事業のうち精神科救急に関する検討においては、障害福祉部局の報告を受けるのみで、平場の議論がほとんど行われない。誤解を恐れずに敢えて意見を具申すれば、「まず隗から始めよ」。厚生労働省の省内においてこそ、普及啓発が必要なのではないか。

【中島構成員】

- 蛇足ながら、各制度が「お仕着せ」にならないよう、運用上細心の注意を払うこと。

【野口構成員】

- 自治体の役割は広範であり、多岐にわたるため、役割や機能が十分に周知され、整理された上で議論されているとは言い難い。今後の検討会でも1回だけの検討会で議論しつくすことは難しいのではないかと想像される。できればWGを設置することも検討いただきたい。

【中原構成員】

- 本庁内での精神保健医療分野と障害福祉分野の役割分担及び十分な協力体制がしっかりできていないと、取り組みは進んでいかない。
- 全国保健所長会研究班の取り組みや「にも事業」の取り組みにより、積極的に取り組む地域は増えてきているし、また体制構築のノウハウも広く周知されてきている。しかし、各自治体の取り組みにまかせているだけでは、これを全国に横展開していくことは難しい。全国に広く取り組みを進めるには、法整備やインセンティブ制度等が必要。
- 保健所では、救急対応や自殺対策等、目の前にある問題解決や法的根拠がある事業に追われ、後回しになっている現状がある。支援体制構築は片手間に取り組めるものではなく、人材確保が必

要。

【長谷川構成員】

- 令和2年度の診療報酬改定で、精神科在宅患者支援管理料の（ハ）がなくなりましたが、引きこもりの問題、自殺対策、治療中断もしくは未治療の患者に対する地域医療の発展に逆行するものである。例えば包括的支援マネジメント導入基準を3つ以上満たす人を対象にする等、導入条件をつけて再開することが望ましい。
- 2015年の知的障害以外の精神障害を有する入所受刑者は、2825人で総数の11.8%であった。これらは、診断がついている者の割合であり、この他、矯正施設には未治療の統合失調症患者や、福祉のケアに結びついていない知的障害者、反復する違法行為が病態に大きく関係する人達が多い。これらの人たちも精神医療の対象である。例えば、窃盗はそれらの一部であり、背景にアルコールやギャンブルなどの嗜癖、知的障害や精神病からくる生活障害を抱える人が多い。女性は覚醒剤の自己使用と摂食障害等からくる盗癖の受刑者が多い。服役中の教育プログラムは、精神症状や知的障害が重い人、所内で不適応を起している人は受けることはできない。出所してまた問題を反復する。

行動制御能力に障害を及ぼすような精神疾患が影響して反復する違法行為について、服役ではない別の枠組みで処遇することを検討する委員会等を厚労省と法務省とが連携して立ち上げてもらいたい。

【山本構成員】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについては、他の包括的支援と同様に法に条文化し実施主体を基礎自治体と位置付けることにより、他の地域包括ケアシステム構築が目指す2025年を目途に統合する道筋をつけることが肝要と考えます。
- 市区町村が一元的な精神保健相談窓口を設置するにあっては、施行準備のための十分な期間がありますが、必要な人員確保にむけた財政的支援（例えば、介護保険や国保施策同様のインセンティブの提示等）、人材育成、研修機会の提供などが必要となります。
- 全国精神保健福祉相談員会は、行政機関職員の資質向上にむけ取り組むことはもとより、地域の関係者の皆様と協働することにより、精神障害者が地域の一員として安心して暮らせるための地域包括ケアシステムの構築実現に貢献していく所存です。