



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 第9回検討会における御意見について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 第9回検討会における主な御意見（入院機能①）

### （入院機能・地域移行）

- 急性期機能、包括期機能、慢性期機能というのは分かりやすい。ただ、法として位置付けると人員配置の話も含めて最低基準となり満たさないところは厳しい状況になるため、フレキシブルに位置付けるのであれば診療報酬上で議論することが必要ではないか。
- 持続可能な救急医療体制の整備のためには、状態像によって緊急的な医療的介入の必要性を判断していく必要があって、非自発的入院かどうかということと救急が必要かどうかということとを判断することについては、再考の余地がある。
- 救急を含む急性期機能は、非自発的入院によらない医療実践を方向づける必要がある。精神保健福祉法令4年改正の附帯決議のとおり、第8次医療計画の指標例の中に非自発的入院の縮減を入れることが必要。
- 包括期機能を担う医療機関と急性期・在宅との連携をしっかりと構築する必要がある。新たな地域医療構想における協議の場については先行して早い段階からしっかりと議論を進めておく必要がある。
- 精神科病院は、あくまで治療の場であって生活の場ではないことを改めて確認するとともに、家族や病院の無理解、患者の意欲低下、社会資源の脆弱など、治療上の理由とは異なる理由で長期入院している人の在院は、人権の観点からも保険原理の観点からも問題である。思い切って慢性期機能を縮小しなければ、精神障害者が置かれている実情は変えられない。
- 将来的に、包括期機能を有する病院が地域と密着して地域の生活を支えるためには、多職種による外来や訪問、入院などの一体的なサービスが必要。看護小規模多機能型居宅介護のようなサービスが整備されていることが地域移行や長期入院予防につながるため、制度的なことも含めて整備を進めていくべき。
- 現在の病院をダウンサイジングして地域の入院需要に応えつつ、例えば、救急はすぐにでも診られるような政策医療に特化したところはしっかり残して、外来、訪問、デイケア、障害福祉や介護サービスを一体的に行うような柔軟な精神科医療機関は、地域の精神科病院の今後の施設形態として、選択肢の一つとして検討する必要がある。「かかりつけ精神科医」との連携も、うまくネットワーク化していくような地域拠点精神科病院的な位置づけが必要ではないか。
- 地方の人口の少ない地域では既に精神科の医療機関が身近にない。小規模な病院が多機能な機能を持って整備し、特に初期の患者が受け入れられ、急性期の患者は専門的な病院へ行くシステムが必要。
- 病状の重い人も地域で暮らせる支援体制づくりのため、病院から退院をチャレンジして、看護師や精神保健福祉士、医者への往診、ピアサポートにより支援をして、地域にも病院にもうまみがあるような体制づくりが必要ではないか。
- 小規模の病院が多機能に多職種によるサービスを一体的に提供するに当たって、人員配置の基準が病棟単位になっていて小規模だと基準が満たせないのが、小規模の病院が収益性も確保した上で質の高い医療が提供できるという観点からは、人員配置の基準を病院単位にするなど、柔軟な運用が必要ではないか。
- 精神科医療、障害福祉、訪問診療、訪問看護の面的整備を推進して、診療報酬や障害報酬でも評価されると、地域体制が推進できるのではないかと。

## 第9回検討会における主な御意見（入院機能②）

### （入院機能・地域移行）（続き）

- 自発的に短期入院や休息入院ができるような病床があるとよい。そういう人も受け入れられるようなソフトな、リラクゼーション的な雰囲気ユニットもあるとよいのではないか。
- 通院している診療所の中で2～3床入院できるような機能があって、そこで早期に退院でき、少し休んで退院できるような仕組みも必要とする方は一部いるのではないか。
- 退院後すぐに地域に定着するというのは難しい場合も現実的には多く、レスパイト入院を繰り返しながら地域に定着していくことが行われているので、3年、5年ぐらいのやや長期スパンで考えることも必要。
- 高齢者や多様な患者層が入院している中では、退院のためには地域の介護施設が必要となる部分もあるので、地域移行に向けて地域と連携して入院中から退院後までのシームレスな支援体制を築くことは、様々な方が混在している中では、精神保健福祉法の制度の中だけでやっていくことには難しさがある。
- 精神科地域包括ケア病棟の機能は今後も重要。中規模・小規模の病院では基準を満たすことができるよう柔軟な運用をすることや、病床削減に伴う人員とお金をここに集めることが必要ではないか。

### （人員配置）

- 病床削減に伴って看護師等病院職員を削減するのではなく、手厚い看護等の支援が受けられるように充実化すべき。その副次的効果として、ゼロを目指した行動制限最小化にも寄与する可能性があるのではないか。
- 病床削減によって人員の余剰が出るということであれば、例えば身体合併症のある精神科患者や重篤な精神疾患・障害のある方々にも十分に余裕を持ってケア提供ができる人員配置や体制整備に充て、病棟の高機能化につなげるような仕組みを検討するべきではないか。
- 精神科病院でリハビリや栄養管理、口腔ケアといった身体のケアをしていくための人員も確保すべきではないか。
- 新たな地域医療構想での協議の場で、患者にとって不足している医療、例えば、精神科病院に入院中の患者の生活習慣病管理、あるいはリハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組について、近隣で精神科病棟に医師や専門職を派遣する仕組みが可能かどうか、そういった具体的な議論を行っていく必要がある。
- 質のよい機能を維持するには、精神保健福祉士だけでなく、例えば理学療法士、作業療法士、薬剤師など、多職種が急性期でも包括期でも慢性期でも活躍できるよう、人員配置を弾力化することも必要ではないか。
- 社会福祉士と精神保健福祉士の資格は今は別建てだが、人口が減っていることを考えると、将来的には、両資格の統合や2階建てにすることも含めた検討を行うことも考えられるのではないか。
- 精神保健福祉士と社会福祉士は、役割のすみ分けが一定程度なされているし、資格をなくしたからといって精神の領域で人員が確保できるとも考えにくい。また、精神医療や保健福祉の特殊性の中で培われてきているノウハウもある。資格統合という方向よりは、事務スタッフ等とのタスクシェアや、精神保健福祉士が専門性を発揮してしなければいけない業務を可視化し直すこと、DX化や書類の省力化が必要であり、アシスタントがいる仕組みの検討や、効率的な配置により院内で柔軟に働けるようになるのではないか。

## 第9回検討会における主な御意見（入院機能③）

### （人員配置）（続き）

- 地域によっては高齢化により人員不足となっているので、職員が複数の役割・機能を果たす体制にしていかなければならないのではないかと。
- 医療観察制度では、指定入院医療機関の職種と人員配置を定めていることを参考に、一般精神科医療において可能な範囲で多職種の配置を進めてほしい。
- 若者の自殺やアディクション、オーバードーズなど、一時的に急性期の入院治療が必要な場合や精神疾患の疾患名がつかないような人も含めて、安心できる人たちの中に入ることによって落ち着くためのところにも人員を使えるとよいのではないかと。

### （高齢の長期入院者への対応）

- 長期入院で、家庭環境等で戻れず、QOLも低下した高齢者となると、医療よりは介護の要素が強くなってくるので、選択しながら介護施設を利用できるように、また、介護施設側もそれに対応できるような仕組みを考えていくことが、精神障害の有無にかかわらず取り組んでいくべき課題ではないかと。
- 介護保険が適用されない比較的ADLの高い高齢者のニーズを満たす居住施設の在り方や、移行するための支援方法については検討が必要。特に、精神障害の領域で高齢者の居住支援を考えるだけでなく、ノウハウを持つ支援者が適切に関与するための仕組み、「にも包括」の体制を地域に構築していくことが望ましい。
- 高齢の長期入院患者の地域移行支援は、現場では介護施設での受入れが一番大きな課題。以前に地域体制整備コーディネーターが行っていた地域で介護や福祉の受入れ先を探すといった機能をそれぞれの地域単位でつくっていくことも必要ではないかと。
- 今すべきことは、長期入院者の人に対しての意思決定支援をしっかりとすることであり、医療機関や市町村が働きかけをして、彼らがどういう生活をしていきたいのかということを確認をする必要がある。
- 病状として老人保健施設に入所することも可能な入院患者もいる。精神障害があるから入れないならば偏見や誤解があるので正していく必要もある。一方で、長年家庭のように生活していた患者について、本人の意思決定も考えるべき。
- 当事者の立場として、政策ありきではなく、患者一人一人の思いや御意向が最大限尊重されるべきものという大前提を常に確認しつつ、丁寧な議論の積み重ねと慎重な検討がなされることが望ましい。
- 家族の立場としては、地域での暮らしを実現していくことに、医療に加えて福祉、介護、就労など、多様な社会資源、制度の資源がどれくらいあるのか、連携ができるのか、様々な医療制度、一般科も含めたところでの包括的な捉え方が前提となるべきと考える。結果的に入院を長期化させてしまうような枠組みを再生産してしまうことをなくしていくために議論を尽くしていきたい。
- 人生の最終段階において、障害を理由として必要な医療やケアが受けられないということがあってはならない。患者自身がどこで最期を迎えたいかという話と、長期在院が解決しなければならない社会的な課題であるということとは別問題である。

## 第9回検討会における主な御意見（入院機能④）

### （その他）

- 「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」においても、精神障害者同士の支え合い等を行うピアサポートを促進すると明記されていることを踏まえ、精神科医療においてもピアサポートの促進をするべき。
- 病院から地域へという流れを加速する上で、地域のほうを耕す必要もある。メンタルヘルスが受け入れられて、職場や学校や家庭で我が身の問題として捉えているが、精神疾患、統合失調症は別だという意識はまだ強い。「にも包括」の中で心のサポーターを2027年までに100万人まで増やす活動をもっと盛んにする必要があるし、メディアのガイドラインなども必要。
- 障害福祉の領域の中でも、精神障害者のことが理解されていなかったり、障害福祉サービスの地域移行の利用が非常に少なかったりする。「にも包括」でも当事者を上手に活用しているところが少ないので、当事者が前面に出て活躍できるような場面が必要ではないか。



## 第9回検討会における主な御意見（身体合併症）

- 新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられることによって、身体合併症などが地域の協議の場で精神科医療と身体科医療が一体的な医療提供体制として検討されることが重要。
- 新たな地域医療構想での検討の場での議論について、抽象的では議論が進まないのので、例えば若者の自殺未遂など精神科、身体科の両方で関わる課題に関しては精神科、身体科で一緒に検討することをガイドラインなどに明記してはどうか。
- 精神科救急で、夜間に初診の高齢者の場合は、身体的な情報を確認できないので、地域医療構想の議論の中で救急医療の話がされる場合には、先に頭のCTや心電図や採血などで身体的な情報を得られるシステムを各地域で作ればよいと考える。
- 精神科救急で身体合併症の患者が受診することも増えているが、それまでにどのような医療を提供されてきたのか分からない状況もあるので、精神科救急でも、身体科と同様に情報の取扱いの在り方について考えていく必要があるのではないかと。
- 介護施設でもある程度の精神科の症状の治療ができるような連携が必要ではないかと。
- 精神科がない病院もたくさんあるので、地域単位で精神科リエゾンができるような仕組み、制度も考えていく必要がある。配置基準など、実際に地域でリエゾンを行う場合にはどのような仕組みがあれば現実的に実施可能なのかという観点も必要。
- 精神科に入院中でも他科受診が可能となるような報酬の仕組みや、精神科の患者を積極的に受け入れている一般病院のインセンティブなども検討することが必要ではないかと。
- 精神科と一般科を分断しないための一体的な診療を受けられる体制を整えていくということを求めていくために、総合総合病院の精神科や身体合併症の対応の機能強化ということについて、さらに検討してほしい。
- 検査、治療で内科受診、他科受診が必要になるが、看護職が付き添うと、勤務時間数からこれを除外しないといけないといった現実的な課題があるので、入院中の高齢患者の受診同行、付き添いについて、医療制度で整えるのが難しければ、医療制度以外の活用なども含めて検討してほしい。
- 精神看護専門看護師は一般病院でも心のケアを行うリエゾン精神看護の役割を担うので、精神科を有さない医療機関においても専門性の高い精神看護専門看護師等の配置と役割発揮を推進することが重要。また、精神科に関する専門性の高い看護師を含むリエゾンチームや精神看護専門看護師等を地域のリソースとして確保する仕組みづくりを提案する。精神科でも、地域の様々な専門性の高い看護師等を活用することで、身体合併症患者への対応の充実が期待できることから、地域での体制整備に向けて検討を進めるべき。
- 精神症状を持った方で透析を必要な人の受皿が限られているという現実がある。身体疾患を診るための垣根を下げて、一般の人なら受けられる医療を精神症状があっても制限なく受けられる社会にしていく方向に進めていくのがよい。
- 場合によってはオンライン診療が活用できるような仕組みがあるとよいのではないかと。

## 第9回検討会における主な御意見（かかりつけ精神科医機能）

- 地域包括ケアの基盤になっていくときに、かかりつけ医とどう連携を取っていけばよいのかというところについて考えが及ぶように、制度設計の基盤としてどう位置づけるのかというのをもう少し分かるようにしてほしい。
- かかりつけ医機能は、全診療科共通の機能であり、「精神科におけるかかりつけ医機能」と称することが混乱を生じないのではないか。精神疾患、精神障害を特別視することなく、一般のかかりつけ医機能の中でしっかりと支えていくことが重要。かかりつけ医機能報告制度は医療機関の役割分担と連携によって地域を面として支えるべく、最適な医療提供体制を構築することを目的としているので、精神科の地域医療体制を議論する協議の場において、各地域でしっかり議論していただくことが重要。
- 広義の「にも包括」に貢献するための機能として、措置診察を行うことや、地域の委員会に出ること、アウトリーチを手伝うことなどを求めているということであれば、対応できる診療所に診療報酬で手当するようにすれば、「にも包括」の推進にもつながるのではなか。
- 療報酬に関しては、現在は単一の医療機関で実施していることを評価をしているのが基本だが、今後は、地域で面として機能を発揮しているところについて、何らかの評価をしていくという方向が望まれるのではないか。
- 精神疾患に関しての医療計画の中では、地域の医療機関がどのような機能・役割を担うかということに関して、あまりしっかり話し合われていない地域も多いので、今後は面的支援を進めるという観点から、地域での話し合いもされていくのが望ましいのではないか。
- 医療計画で、都道府県連携拠点としての機能を持つ医療機関と、地域連携拠点として担う医療機関、地域精神科医療供給機能を持つような医療機関というように、地域ごとにカバーできるような方法を県で考えて行くのがよいのではないか。
- 力がある医療機関が頑張ってしまうと、そこだけに全てお願いして、市町村が基盤整備しないという事例が多いので、複数でネットワークをつくって、医療機関が持っている機能を地域に還元してもらおうのが機能的ではないか。
- 精神科の患者の中でも入院を経験しない人がほとんどであることから、平時で対応できるかかりつけ精神科医で、何かあったらコネクต์できるような機能があればよいのではないか。医療機関が外来で、多職種で面で支えることで患者さんをサポートしていく体制が必要で、フルサポートにならなくても、患者に必要なサポートを見極めていく必要がある。
- フルサポートでなくても、ある程度の広い意味での医療機能を備えていないと、かかりつけ精神科医として認めていくのは難しいのではないか。
- 行政が関わる部分が多いが、現実的に市町村レベルにこれ以上負担を掛けるのは難しいので、例えば、対面でなくても実施できる部分については、全国統一で相談システムを作ってもらえると、都道府県や市町村にとってはありがたい。

## 第9回検討会における主な御意見（初診待機）

- 各医療機関の初診の受入れ状況はデータが取れるので、まずは各地域の実情を把握し、各地域で話し合っただけで対応をしていくべき。
- スクリーニングとトリアージで対応することが必要だが、どこも人が足りないのでは、どんな職種で誰がというよりは、職種をまたいでいろいろな人がやるしかないのではないか。
- 行政は、長年のひきこもりの方などをファーストキャッチすることも多いので、その際にはタイムリーに精神科受診できるよう、例えば輪番制の仕組みが行政相談と円滑につながるような仕組みを併せて検討していくことが重要ではないか。
- 相談支援では、地域の中にサービス等利用計画を必要とする人を自治体が把握して、相談支援事業所にマッチングを図っている。精神科の初診でも、行政とコミットしながら、医療機関と協議会などを通じて見える化の作業を行う仕組みがあるとよいのではないか。
- 医療が必要かどうかの判断は、家族がそれで納得するかという問題もある。例えば子どもの専門医が小学校に訪問してスクリーニングをするなどの方法が考えられるのではないか。また、国や県がしたメンタルヘルス支援センターのようなものを作り、スクリーニングをしやすいなどの方法が考えられるのではないか。
- 不登校やひきこもりなどで医療機関を受診させることが必ずしも必要でないという事例に関しては、アセスメントできるような相談員のスキルアップが大事ではないか。また、受診を円滑にするために、初期対応は公認心理師、精神保健福祉士がトータルで見てスーパーバイズし、協力が得られる医療機関は行政からの相談については優先的に診るような仕組みをつくったらどうか。生活課題も踏まえたようなところで病状悪化しないような、精神科医だけでなく専門職が生活をちゃんと見ていくことが大事ではないか。
- 行政窓口では、医療につなげるだけでなく相談支援を行い、アセスメントなども含めて専門知識や技術が必要になる。また、医療機関の外来機能の中に、医師の診察だけでなく、例えば認定看護師や専門看護師、精神保健福祉士や公認心理師などによる受診前相談や継続相談が医療機関でも評価される仕組みがあるとよいのではないか。
- 入り口だけではなくて、例えば児童精神科では、医療が継続的にずっと診るのではなく、学校や相談機関で支援者・専門職がフォローし、必要に応じて医療にかかるようにしていくということも検討することが大事ではないか。
- 精神科医療機関と地域機関が同じフォーマットを使い、本人の同意の下に情報共有する取組は参考になるのではないか。
- 初診優先枠を設け、それを担う医療機関が輪番制で決まっている地域もあるが、初診のための時間を空けることとなるので、インセンティブは必要となる。また、行政からの連携が依頼された場合には率先して医療機関も協力してくような仕組みも必要であり、それが評価される仕組みにするとよいのではないか。
- 初診対応できる枠を確保するために、再診の診察時間を相対的に短くするような政策誘導を行うのであれば、患者本位とは言えないので、行うべきではない。
- 遠隔診療も積極的に使うことは初診待機の緩和につながっていくのではないか。
- 安心できる大人や仲間、支援につながるだけで、若者の自殺や精神障害に至る手前で救うことができるかもしれないので、多職種連携で必要なときに医療につなげることができれば、初診待機の問題にも対応できる。



## 第9回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療）

- 医学的な有効性・必要性・安全性が最優先されるべきであり、これらが担保されたものは推進すべきだが、利便性や効率性のみを重視した安易な拡大をすべきでない。日本では精神科領域におけるオンライン診療は、特に初診についてはまだ少数な検討しかなされておらず、まだ一般化するだけのエビデンスはない。最近では、精神科領域において初診から診断書を書くことを売りとしているような医療機関も散見される。したがって、引き続き十分な調査・分析を行い、検証を重ねながら今後の対応を丁寧に検討していくことが必要ではないか。実態を把握するに当たっては、実際にオンライン診療を行っている医療機関へヒアリングを行い、課題を抽出することが有用ではないか。
- オンライン診療で、急変が起こったときに地元の医療機関が対応しないということにならないように、地域の医療機関と連携するような計画をオンライン診療には義務づけていくようなところがあってもよいのではないかと。早く診られるというところとしっかり診るところを選別していくことが大事ではないか。
- 不適切事例があると非常に問題となるので、質を担保するような監督機能をきちんと持った方がよいのではないかと。
- 必要性・有効性・安全性を踏まえた利用が原則だが、僻地の方、体の病気で歩けない方、産後間もない方には必要ではないか。既にしっかり信頼関係が構築されている患者との間においては、対面とオンラインを組み合わせることで治療を続けることは可能。熱があるときなどに緊急的にオンラインに切り替えるということがあってもよいのではないかと。
- オンライン診療の安全性を検証するに当たっては、精神科医療一般等の問題とオンライン診療特有の問題とを切り分けた上で、オンライン診療特有の問題という観点から検討されるべき。例えば、初診で診断書を出す医療機関の存在が指摘されているが、対面でも初診から診断書を出しており、オンライン診療特有の問題という観点から安全性を懸念する材料とはなり得ないのではないかと。また、居住地域の医師との連携不足の可能性を憂慮する意見について、オンライン診療特有の問題ではないのではないかと。措置入院も、居住地の精神科病院というよりは、通報した警察の所轄管内の精神科病院で入院するので、同様の問題が指摘されるべきではないかと。オンライン診療の検討に当たっては、患者目線の必要性や課題を明らかにしつつ検討される必要がある。
- 地域によっては初診待機が4か月を超えるところがある。地域ごとの資源が異なるため、各地域の努力に委ねることで解決をしようとするのは困難であることが予想される。そのため、地域格差を是正する観点からも、オンライン診療を初診から使えるようにすることが必要であると考えます。

## 第9回検討会における主な御意見（「にも包括」の推進①）

### （精神科訪問看護）

- 「地域で拠点となる精神科訪問看護事業所」は、「にも包括」において精神科訪問看護事業所がその専門性や役割をしっかりと地域の中で発揮していくことができるよう資質の向上を目指すものと理解している。目指すものを実現するには、適切に役割を担える看護管理者・看護師をはじめ充実した体制を整える必要があるため、経済的な支援も含め行政側の支援が必須ではないか。
- 「地域で拠点となる精神科訪問看護事業所」については、行政が行うアウトリーチ支援への協力・連携の役割を何らかの方法で位置づけることを考えてはどうか。
- 「地域で拠点となる精神科訪問看護事業所」は、自立支援協議会や「にも包括」の会議への参加を必須とすることや、基幹相談支援事業への協力をする、地域の事例検討会への出席を必須にすることなどの条件を課すことによって「にも包括」の推進に資する訪問看護事業所が作られていくとよいのではないかと。また、利用者は、アルコールや薬物などのアディクション群、虐待等のトラウマを持つ方、摂食障害のある方、重度の鬱などで自殺念慮が強い方や自殺企図やリストカットを繰り返す方、あるいはひきこもり状態の方などが考えられるのではないかと。ただ、いずれも医療につながることだけを目的化するのではなくて、あくまでもその方が暮らしている場所で相談にのり、本人の安心・安全を保障しながら自己実現に向けた支援をするものであるべき。
- 「地域で拠点となる精神科訪問看護事業所」による支援を提供できる体制を整えるのはよいが、本来必要のない人に過剰な支援になってしまうと、本人の力をそぐことにもなってしまうので、そこは留意が必要ではないかと。現状でも、必要でない訪問看護を提供しているようなことが問題になっている。
- 過重なサービスにならないようにするためには、指示書の在り方について検討する必要がある。
- 急増している訪問看護事業所においては、サービスの提供状況にかなりのばらつきもあるのではないかと。現時点で訪問看護に過度な期待を託すことには、当事者の立場からは懸念を感じている。
- 精神科を得意とする、身体科や小児科など他分野を得意とするなど、様々な訪問看護事業が、個別のニーズに応じた看護を提供している。地域においてどのようなニーズがあるのか、現状の在宅生活を支える資源の過不足などを市町村や保健所単位で把握し、体制を構築していくことが必要。精神科訪問看護も含めて「にも包括」を支える地域資源の実態を行政側は把握し、地域の関係機関との協議の場を設けるなど、網目の細かい面のサービス、仕組みをつくる仕掛けが必要ではないかと。
- 精神科訪問看護における身体ケア力の向上に向けては、精神医療・看護の分野での特定行為研修制度の導入・推進を積極的に考えていくことが必要。そのためには、精神科の医師、精神科の看護管理者への普及も必要であり、実習協力施設の確保も大切になるので、その支援体制についてもぜひ検討してほしい。
- 訪問看護ステーションに関しては定期的な会議も大事だが、日常的に連絡できない、臨機応変な対応ができない、24時間365日対応ができないところがあるので、連絡調整として精神保健福祉士、社会福祉士を充実して、ケースワークを充実するような仕組みにしてはどうか。

## 第9回検討会における主な御意見（「にも包括」の推進②）

### （行政が行うアウトリーチ支援）

- 精神保健福祉センターにアウトリーチの担当支援チームを必置にして、各保健所と連携しながら、本人の理解と同意を得られるような、信頼関係構築というプロセスを大切にしたい、医療につなぐことありきではないアウトリーチ支援というものも、当事者本位という観点から求められる一つの形ではないか。
- 特に若者支援を重点的に行うことが必要ではないか。
- 行政の相談窓口等を通じてだけでなく、医療機関にファーストアクセスできることをどうするのかということも見ていくことが必要。医療と福祉の両面からアウトリーチのバランスの取り方は、当事者や家族の現状も踏まえた上で検討をしてほしい。
- 市町村が行うアウトリーチ支援では、市町村の精神保健福祉の相談支援体制が整備されている必要があり、そのためには財源も必要。精神保健福祉士や精神保健福祉相談員の配置のない市町村では、精神科医療の必要性に係る見立ては十分ではないのが現状であり、精神科医療機関や保健所等との連携・協働が必要となる。精神科医療機関、精神科クリニックにもケースマネジメント機能がなければ、相談支援の充実は難しい。さ市町村職員がケースのアセスメントやマネジメント、伴走支援を行っていく力量をつけるため、都道府県は精神保健福祉相談員講習会を実施し、市町村職員が受講できるよう支援することも一つの方法。
- 保健師や認知症初期集中支援チームのような小さめのアウトリーチで、対応で迷ったり、アセスメントが必要だったり、見立てが必要になったときに相談できる体制や、場合によっては一緒に動いてくれる医療機関が「にも包括」の機能を担う医療機関として位置づけられることも必要ではないか。その際、医療につなぐことを目的にするのではなくて、医療につながなくてもよい方に関しては、どのような支援が必要かということを経験機関も一緒に考えていけるような体制にしていくことが大事。
- アウトリーチは専門性の高い支援で、質の担保は難しい。保健所や精神保健福祉センターが中心になって、専門的な検証をしっかりと行ってほしい。医療機関や福祉の領域、当事者が加わった研修を積み重ねていって専門性を高めてほしい。
- 認知症初期集中支援チームの枠組みを精神科版でつくれるとよい。そこで、オンラインで医師とつなげるようなシステムができたらよいのではないか。多職種で訪問して、現地で本人に付き添うなどして、医師につなげるといったことができないか。
- 認知症サポート医と要件を満たす専門職2名で構成する認知症初期集中支援チームをモデルとし、財源を確保するという方法で、精神障害にも対応した初期集中支援チームとして実装できればよいのではないか。

### （その他）

- 特に支援が困難とされる強度行動障害のある人の地域生活については、重度訪問介護や行動援護、自立生活援助の活用が効果的である。加えて、強度行動障害支援のノウハウの蓄積が実践を充実させていくことにつながると考えている。そのためにも、マンパワーを充実させていくための予算の確保が必要と考える。
- 自殺企図、オーバードーズ、摂食障害などもあるので、特に若者の場合は学校保健、小児科、精神科との連携なども強化して、居場所をつくって、ピアサポートもできればよいのではないか。義務教育の段階から心の健康教育などが行えるとよいのではないか。
- 児童だけでなく、大学生でもメンタルヘルスは大きな問題になっている。義務教育、高校教育、大学教育でも今以上の取組が行われるとよいと考える。