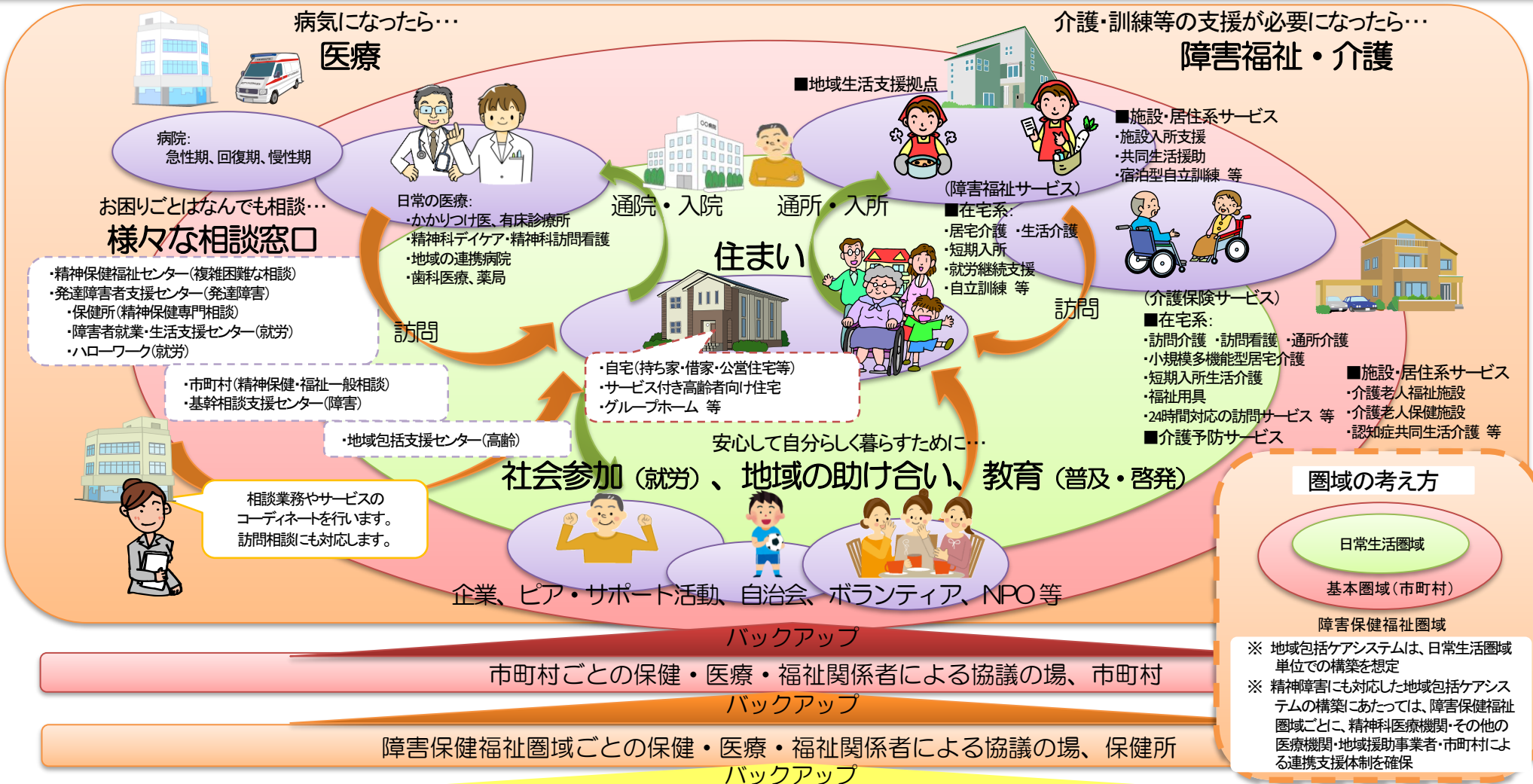


# これまでの議論の整理

厚生労働省 社会・援護局  
障害保健福祉部 精神・障害保健課

# 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）

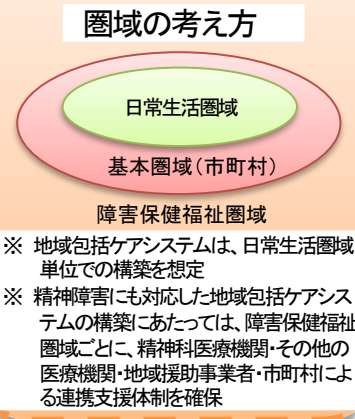
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



- 様々な相談窓口**
- ・精神保健福祉センター（複雑困難な相談）
  - ・発達障害者支援センター（発達障害）
  - ・保健所（精神保健専門相談）
  - ・障害者就業・生活支援センター（就労）
  - ・ハローワーク（就労）

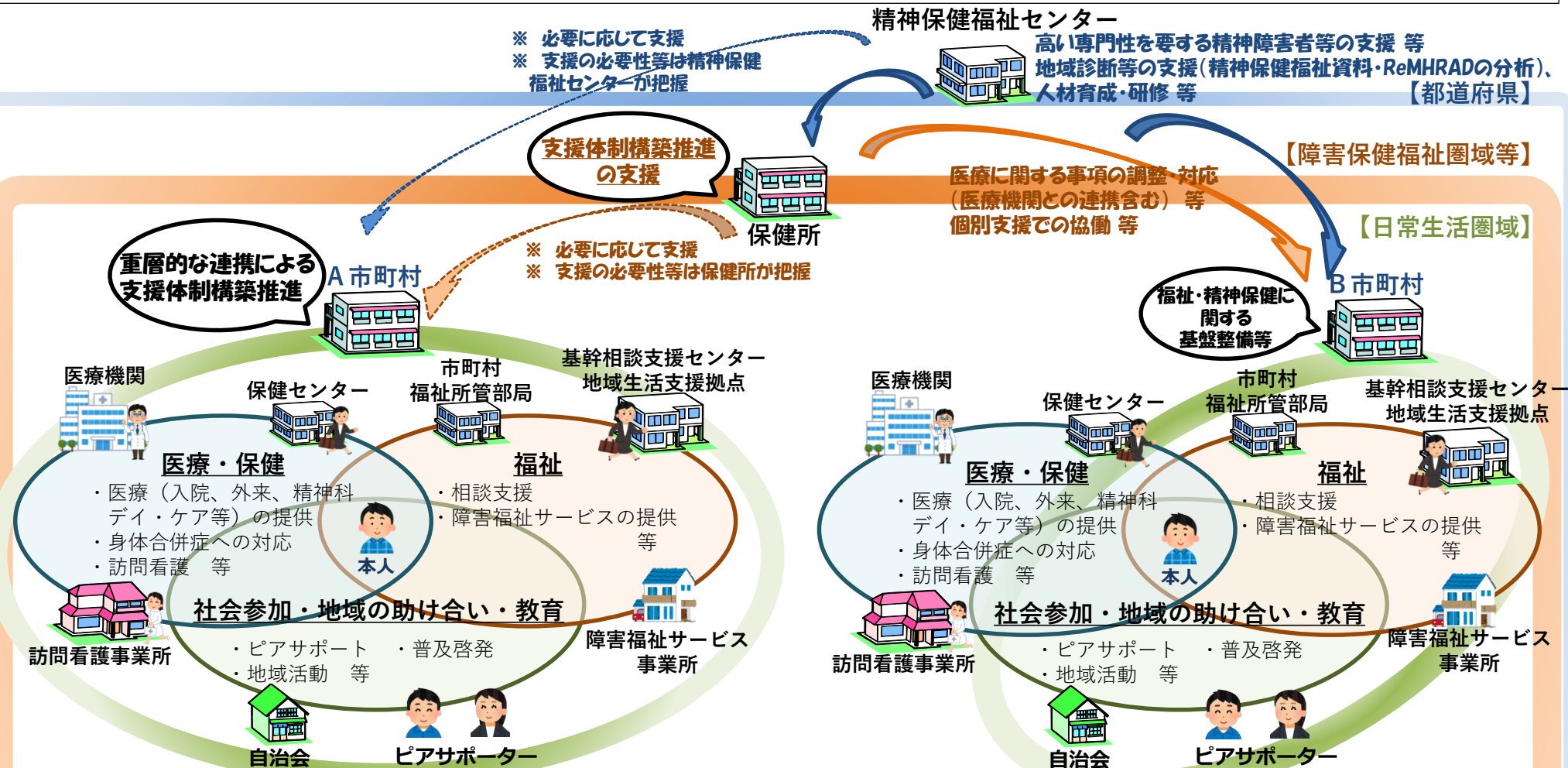
- ・市町村（精神保健・福祉一般相談）
- ・基幹相談支援センター（障害）
- ・地域包括支援センター（高齢）

相談業務やサービスの  
 コーディネートを行います。  
 訪問相談にも対応します。



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、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。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



## これまでの議論の整理①

### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する。
- 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・福祉等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。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、「地域共生社会」を実現するための仕組みであり、欠かせないものである。

### 重層的な連携による支援体制の構築推進

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの主役は精神障害の有無や程度に関わらず地域住民であり、住民の生活や地域づくりの視点をもって推進することが重要。このため、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。  
また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。
- 重層的な連携による支援体制は、一人ひとりの「困りごと」に寄り添い、必要な支援が可能となる体制が求められる。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築には、個別支援の観点と地域の課題を把握し地域づくり・資源開発（人材育成等）をしていく企画立案において重層的な支援体制の構築が必要であり、具体的に進めるためには地域精神保健の強化が重要である。
- 地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して、利用可能な福祉等に関する当事者への説明も含め責任をもち、今以上に関わる体制にしていくことが望ましい。社会的な支援が必要な1年以上入院者の支援を、医療の課題だけではなく、地域の体制整備、福祉の課題でもあるということを明確にする必要がある。
- 市町村等の業務の明確化や体制強化を図り、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、当該システムの構築に係る事項や市町村における地域精神保健の取組について法的根拠を整備するとともに、「精神保健福祉センター運営要領」や「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」についても必要な手当てを行う必要がある。



## これまでの議論の整理②

### 住宅の確保と居住支援の充実、居住との連携

- 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」。「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」を意味することから、住宅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。
- 個別支援を基軸として、居住支援法人等の住宅関係者とも顔の見える関係を構築していく必要がある。
- 精神障害者等の支援を行っている者が居住支援協議会に参加していくことや、保健・医療・福祉等関係者からなる協議の場に居住支援法人等の住宅関係者が参加することで、居住の確保と居住支援の充実、居住との連携の強化につながると考えられることから、相互で連携することを推進していくことが重要。
- 住宅の確保と居住支援の充実には、入居者の安心と賃貸住宅の大家、不動産業者の安心の確保が重要。大家等は、精神障害者等の入居等について、何かあったときの心配をすることも多い。「困りごと」が起きたときに駆け付けることができるよう体制を構築し、安心して受け入れられる基盤整備も必要。

### ピアサポートの充実

- ピアサポーターの活動は、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となることや各種窓口で精神障害者等の「困りごと」等の言語化により、当事者や窓口の職員を支援すること、アウトリーチ支援における活躍などが期待されており、ピアサポーターが医療機関や地域援助事業者等の職員と協働しながら活動できる体制の構築が必要。
- ピアサポーターが活動できる体制の構築では、諸外国ではピアサポーターが安価な労働力として見られるといった弊害が出ていることを踏まえ、ピアサポーターが労働者として働く環境を整備する等雇用に関して十分注意しながら推進する必要がある。

### 家族の関わり

- これまで家族会の活動は多くの場合、親やきょうだいという家族の立場に偏重しがちであったが、最近では子どもや配偶者の立場での家族会の取組も行っており、これらの取組を重層的に実施することで様々な選択肢が広がり、ひとりでも多くの方に情報を届けられるよう活動されている。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中では、家族からの電話相談や家族学習会の展開が提供できる。
- 当事者、家族ともに孤立している可能性があることから、どのように支援をつなげていくかは課題であり、アウトリーチ支援の充実は重要。例えば、家族もピアとしての活躍の場としてアウトリーチ支援に与していくことが求められている。

## これまでの議論の整理③

### 普及啓発の推進

- 地域住民への精神障害等に関する普及啓発は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際して重要課題である。全国の自治体で取り組む仕組みづくり、予算措置を行う必要がある。
- 精神保健医療福祉だけでなく、児童福祉や教育、若年層の支援や生活困窮者支援、労働分野、高齢者福祉等に携わる相談機関に対し、精神疾患に関する知識と理解を広めることを位置づける必要があり、各分野の研修にメンタルヘルス・ファーストエイド等の活用が有用。
- 地域でのカフェ・サロンの開催等で、精神障害者と地域住民が交流している成功事例があるように、事例を示していくことも重要。

### 精神医療に求められる医療機能

※精神医療に関する事項は第7回本検討会にて議論予定。以下は、第2回本検討会意見より抜粋。

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの対象者は精神障害の有無や程度に関わらないと整理されたことから、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、確保していくことが重要。
- かかりつけ精神科医の機能の充実、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、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る。
- 精神科の外来には精神科デイ・ケア、訪問診療・看護やアウトリーチ支援など地域の基盤となる機能が含まれ、本人が望む場所でニーズに応じた治療が受けられる体制を構築する観点から、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。
- 精神障害者の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。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。
- 1年以上の入院者に対して、適切なアセスメントの下、医療以外の社会的な支援が必要であり、本人が医療以外の支援を求める等の場合、医療機関は市町村等に支援を求めることも重要。
- 精神科救急医療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中でも極めて重要な構成要素のひとつである。当該体制整備では、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者等の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等も重要。

### 社会参加（就労）の推進

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で「はたらく」ことは重要な機能のひとつであり、居住の場と別の場所にあっては機能せず、当事者のすぐに手の届くところに働く場所が必要となる。
- 「はたらくたい」以前には、本人の障害の受け止めやこれを外部へ明かすことへの葛藤などの思いや感情があり、これらのことを常に考えながら様々な「はたらく」ことについて地域で掘り下げていくことが重要。
- 多様な方が地域の中はたらくことで、地域の雇用や包摂に対する文化が刻々と変化、成熟していくことが期待される。
- 地域で居住し「はたらくこと」を支援するためには、障害者総合支援法や介護保険法に基づくケアマネジメントの枠組みだけでなく、全体を見ながら本人を中心に最適の人がケアマネジメントを行い、本人と伴走していくことが重要。

# 參考資料

# 第1回検討会での主な意見と整理

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に関する意見

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは高齢者の地域包括ケアシステムに組み込むこととしているのか、それとも新たに精神版の地域包括ケアシステムを構築するのか。新たに精神版のシステムを構築するものと認識されている実態もあり、当事者やその家族がまったく異なるシステムに閉じ込められると認識されている。
- 精神障害に特化するのにはあり得ないことから、これからの精神保健福祉の在り方検討会で精神障害「にも対応した」を提案した。社会全体で支える仕組みづくりが重要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと地域共生社会の実現との関係を整理する必要がある。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方の整理

- 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」は、今後、日本社会全体で実現していくとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。
- 地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、**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は、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないもの。**
- 高齢者分野に端を発した地域包括ケアシステムであるが、これらの考え方や実践は、精神障害者やその家族等への支援体制を構築する上でも活用できるもの。
- 精神分野においては、**精神障害者やその家族等を取り巻く様々な環境を考慮しつつ、関係者の重層的な連携による支援体制を構築する必要があり、精神分野についてある程度特化した取組も必要**ではないか。

## 対象者の考え方

- これまでの精神保健医療福祉に関する検討会では精神科医療機関に入院している人を対象（中心）として議論している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム本来の理念が浸透していない。対象も不明確なので、そこを明確にする必要がある。
- これまでの精神保健医療福祉に関する議論は入院ありきの議論となっていた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは地域づくりが重要。地域住民に見える形で施策を打つべき。地域住民のニーズを聴くべき。関係者の中だけの議論で終わってしまっている。
- 全世代を対象としたものなのか。各世代のニーズを反映できる施策が必要。
- 地域包括ケアシステムの考え方は当初から全世代型である。また、既存の資源を活用するもの。地域課題を積み上げたうえで解決していく必要がある。
- 医療、福祉に繋がっていない人が多い。メンタルヘルス課題を持つ人も増えており、このような者をどう支えていくかの議論も必要。

## 対象者の考え方の整理

- 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。**



## 第2回検討会での主な意見と整理 論点1.精神医療に求められる医療機能

- 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの設置について賛同する意見が多数であり、反対意見はなかった。
- 当該ワーキンググループでの議論では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という趣旨を鑑み、精神科医療を基軸としつつ、総合的な支援体制構築の議論がなされることへの期待が寄せられた。
- 精神科救急医療体制整備のあり方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等についても意見が出された。

### 意見の抜粋

- 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。
- 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。
- 病状悪化の程度によっては、在宅での支援が困難なこともあるが、必ずしもすべての場合で入院が必要であるとは限らない。わが国においては、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、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、ショートステイの柔軟な活用を考慮するなど、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。
- 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。
- 診療報酬改定により、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。
- 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こと、これらの医療機関の稼働率を上げることの工夫が必要。
- 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、精神科救急対応後の生活支援のためには、連携パスが必要。
- 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る。
- 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。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。
- 精神科救急医療の対象者を精神保健福祉センター等によるトリアージにより、必ずしも入院を必要としないと推測される者を精神科診療所につなげる方法もある。

## 第2回検討会での主な意見と整理 論点2.重層的な連携による支援体制の構築

① 精神保健福祉相談における医療・保健・福祉の支援体制の構築について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- 身近な市町村の福祉サービスとの連携、相談支援体制について
  - ・ 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や地域生活支援拠点は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。
  - ・ 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。
  - ・ 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がある。 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。
- 生活困窮者自立支援制度の相談窓口との連携、就労支援と日常生活支援との連携について
  - ・ 「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との連携体制が必要。 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。

② 圏域の考え方について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- ・ 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」を基盤に取り組まなければ進まない。
- ・ 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。

③ 精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

#### ○ 精神保健福祉センターの役割について

- 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。
- 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。

#### ○ 保健所の役割について

- 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。
- 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。
- 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。

#### ○ 市町村の役割について

- 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。
- 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。

④ 精神保健における医療・保健・福祉の重層的な連携による支援体制の構築について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- 保健所を中心とし市町村を重層的に支える医療・保健・福祉の連携支援体制の構築について
  - 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
  - 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。
  - 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は、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。
  - 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。

### ⑤ 人員配置・人材育成について、以下の内容の意見があった。

#### 意見の抜粋

##### ○ 人員配置（増員）について

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

##### ○ 研修等について

- 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。
- 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、精神保健医療福祉的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。



## 第2回検討会での主な意見と整理 論点2.重層的な連携による支援体制の構築

⑥ 法整備の必要性について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- 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。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。
- 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。
- 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。

⑦ 精神保健福祉センター運営要領、保健所及び市町村における精神福祉業務運営要領について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- 「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。
- 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。

⑧ その他、重層的な連携による支援体制について、以下の内容の意見があった。

### 意見の抜粋

- リカバリーの経験を実体験としてもっている、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。
- 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。

メンタルヘルス・ファーストエイドを活用した普及啓発については、賛同する意見が多かった。また、支援に携わる関係者への普及啓発の必要性や、学校教育での普及啓発に関する意見が多かった。

### 意見の抜粋

- 賛同意見について
  - ・ 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。
  - ・ 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。
  - ・ 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。
- 支援に携わる関係者への普及啓発について
  - ・ 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。
  - ・ 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。
- 学校教育での普及啓発について
  - ・ 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。
  - ・ 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、全国的課題となるように押し上げることに結びつけたい。
  - ・ 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。
  - ・ 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。
- その他の普及啓発に関する意見について
  - ・ 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。
  - ・ 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。

## 第3回検討会での主な意見と整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの主役は精神障害の有無や程度に関わらず地域住民であり、住民の生活や地域づくりの視点をもって推進することが重要である。このため、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の主体は市区町村であることを基本とし、保健所や精神保健福祉センターが専門的な立場から、市区町村を重層的に支援する体制が必要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築には、個別支援の観点と地域の課題を把握し地域づくり・資源開発をしていく企画立案において重層的な支援体制の構築が必要であり、具体的に進めるためには地域精神保健の強化が重要である。地域精神保健について、市区町村が主体的に取り組めるよう、制度的な手当や人員体制の強化等をする必要がある。

### 意見の抜粋

- 2025年、2040年という先を見通して、現在取り組まれている福祉領域の包括的支援に内在するメンタルヘルス課題への取組を強化するためには、地域精神保健活動の充実が必要であり、これにより先行する地域包括ケアシステムと連動・統合していくことが必要。
- 精神保健福祉法における市町村の位置付けについて、福祉に関しては市町村の義務となっているが、福祉業務をしていく上で必然的に同時に行うこととなる精神保健に関する業務については努力義務であり、現場の活動と乖離がある。このため、人員体制を充実させる根拠になりにくい等様々な問題が起こってきているとの指摘がある。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のために取り組むべき課題として、精神保健相談体制の再構築が重要であり、精神保健福祉法第47条第4項の整備や各種運営要領の改正、財源の確保、人員の確保等の基盤の整備が必要。
- 各種運営要領の改正は必要であるが、市町村や市町村保健センターの業務はここ数年で変化し、非常に業務が多忙となっていることも事実であるため、調整が必要。
- 精神保健福祉法第47条第4項を改正した上で、各種運営要領を改正して精神保健相談やその体制等が完成されるものではなく、ある程度一定の落ち着きが見られるまでは時間を要すと考えられ、制度が現場にそぐわず、壊すだけという結果にもなる可能性があることから、頻回に見直しを行う必要がある。
- 地域の共生社会を支えるために、各機関が重層的連携あるいは協働していくその在り方、協議の場における当事者や住民の参加の重要性、各機関におけるマンパワー不足、法整備の問題点など、これらも喫緊の課題として検討していくことが必要。
- 行政機関における精神保健相談の窓口や役割が多岐にわたり、明確でないことから、当事者がどこに具体的に相談してよいかわかりにくくなっている。役割がもう少し明確化され、示してもらえると、相談の間口が広がるのではないかと。また連携もスムーズになるのではないかと。
- 精神保健相談は必ずしも当事者にとって相談しやすいものではなく、サービスの受け手を考慮する必要がある。精神障害からのリカバリーの経験を持つ当事者の力、現在進行形でリカバリーを成し遂げていっている障害者ピアサポーターの姿、その力を活用することは重要であり、精神保健相談を担う場に障害者ピアサポーター等の配置が必要。
- 市区町村が直接、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を請け負うことができないため、市区町村が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに対して、どのような位置付けなのかが、分かりにくくなっている状況がある。

## 第4回検討会での主な意見と整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進していくためには、**一人ひとりの困り事やそれに対する支援の積み重ね（個別支援）が何よりも重要である。**
- **多くの方々の個別支援に共通する課題から、地域課題を抽出することが重要。**地域課題は、協議の場等において、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者やピアサポーター、住まい関係者等様々な立場の者が協働し解決していくことが必要。
- **地域の保健、医療、障害福祉、介護、住まい等関係者やピアサポーター等が、更にお互いが顔の見える関係になり、つながりを格段に密にすることが重要。**顔の見える関係を構築し連携を深めるためには、**入院形態によらず退院支援委員会等の機会に保健所や市町村、地域援助事業者、住まい関係者やピアサポーター等を含めていくことや、市町村等が地域の関係者と協力して研修やグループワークを開き同じ議題でディスカッションする**等有効と考えられる取組を検討し講じていくことが必要。

### 意見の抜粋

- 地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して、福祉の必要性に関する当事者への説明も含め、責任をもち今以上に関わる体制にしていくことが望ましい。また、社会的な支援が必要な1年以上の入院者の支援を、医療の課題ではなく、地域の体制整備、福祉の課題であるということを確認にする必要がある。
- 医療機関の職員が地域の支援力、ケア力の想像がつかないと、様々なことが退院困難要因と成り得る。医療機関の職員と地域が関わる機会をつくり、地域での支援を実感することで、医療機関の職員の地域の支援力、ケア力の理解が深まる。地域と医療機関のつながりについて検討する必要があり、医療機関の職員が地域の協議会等に参加する際に保健師によるコーディネートを期待したい。
- 退院支援委員会等に、地域援助事業者や行政を呼ぶ仕組みを早急に整備すべき。連携研修をするだけではなく、実際の事例で4者（医療、福祉、行政、ピアサポーター）が協働し合うという風景にしていくことが大事。
- 事例検討会等では、専門職だけではなく、当事者や当事者を支える様々な立場の方が参加し、一緒に当事者の生活について考えることや課題を解決し、精神障害を持った方々を支援することが必要と考える。
- ピアサポーターも報酬を得られるような仕組みが必要。例えば病院でピアサポーターを受け入れ就労経験を積んでもらうといった趣旨の制度などを考えていくことも必要。
- 居住支援協議会のネットワークに居住支援法人等が入るが、精神障害の支援をしている者を都道府県の居住支援協議会に配置する仕組みを作ることで少し幅広の議論ができるのではないか。
- 個別ケースから多機関連携を作っていくというやり方に居住支援協議会はなっていない。個別支援を基軸とし、居住支援協議会も含めた相互乗り入れにより顔が見える関係を構築していく必要がある。
- 大家や不動産業者は、何かあったときにどうするのかといった心配をすることも多い。何か困りごとが起きたときに駆け付けることができる、医療と福祉がしっかり連携して大家等の心配事の相談に乗れる等の体制を構築し、安心して受け入れられる基盤整備も必要。
- 精神障害の方の支援に自信がないといわれることもある。多職種の研修だけではなく、例えば精神障害の方を余り受けていない事業所が人材交流などでOJT等ができるようにするといった工夫も大事。
- 訪問診療が増えていかないと、施設の中に医療があるだけではつながりが難しくなるのではないか。訪問診療をもっと充実させていく必要があるのではないか。



## 第5回検討会での主な意見と整理

- 地域の当事者、家族への支援におけるアウトリーチチームにピアサポーターや家族の立場の人に一員として参加してもらうこと、長期入院患者に対するピアサポートや一般企業でのピアサポート活動など、ピアサポーターや家族の活動に対する期待が高い。
- ピアサポーターが職員等と協働しながら活動する体制をつくっていくべき。研修や共に働く経験の担保など、ピアサポーターの養成をバックアップしていく必要がある。ピアサポーターの雇用においては、立場を設けて互いに同じ労働者として、働く環境を整備していくことが重要である。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても地域保健のソーシャルキャピタルの視点で、住民同士がつながり支え合っていくことが重要である。地域で居住し働くことについては、地域保健の中で、本人を中心に最適な人がケアマネジメントを行い、全体像を見ながら本人から離れず伴走していくことが重要である。

### 意見の抜粋

- 家族がおり通院しているが生活支援がなく措置通報につながる事例が多数ある。本人・家族ともに孤立している可能性があることから、支援につなげるためには、アウトリーチ支援の充実が必要であり、家族会とともに支援する仕組みを作っていく必要がある。
- 市町村が地域包括ケアのプラットフォームという前提で話せば、コミュニティメンタルヘルsteam（CMHT）として訪問アプローチをする場合には、訪問チームの中に、ピアサポーターや家族会が参加していくことに可能性を見出したい。
- アウトリーチでピアサポーターや家族の立場の者も訪問することは、非常に有効であり、受ける側のハードルも低くなるのではないか。
- 多くの長期入院者との出会いから、長期入院者の多くは置かれている環境により、退院に対して恐れやあきらめを抱いている。そのような方の気持ちが前に向いてもらうためにピアサポーターの力は絶大である。
- 障害福祉支援で得られたピアサポーターの活動の知見を、一般労働施策に活かしていく方向性を目指すべき。
- 当事者と一緒に働くことは支援の質の向上につながる。例えば委託の相談支援事業にピアサポーターを配置することを必須とするなど、立場を設けて互いに同じ労働者として働く環境を整備していくことが重要である。
- アドボケイト活動において、ピアサポーターのみ病院に出向くより、相談支援専門員や保健所職員等と協働しながら活動する体制を作っていく。そのためには研修も必要だが、一緒に働く経験を担保していく必要がある。
- 外国ではピアサポーターが安価な労働力として見られる問題が起きている。ピアサポーターの雇用に関して十分注意する必要がある。
- ピアサポーターの養成をある程度制度化してバックアップした方がよい。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても、地域保健で言われているソーシャルキャピタルの視点で、住民同士がつながり支え合っていくことが大事である。
- 地域の中で、居住と「はたらく」ことに対するケアマネジメントについて、その人にとって必要な人、一番最適な人がケアマネジメントをするという考え方で、ケアマネジメントが介護あるいは医療に移ったとしても任せきりにはしない。全体像を見ながら本人から離れず伴走し最終責任、最終的なところでなんとかするケアマネジメントを行うという意味では、地域保健の中に位置づけられる。