

第3回検討会における主なご意見について

第3回検討会での主なご意見①

市町村が実施する精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援

（基本的な認識）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというのは、精神に特化した特別のものを別につくることではない。高齢者、認知症対策等で先行している地域包括ケアシステムを精神障害にも対応させていくもの。そうすると、やはり日常生活圏域でそのケアを進めていくことになり、であれば、基礎自治体としての市町村の役割は重要。
拙速に一律に市町村に義務化するべきではないということが片方にありつつ、専門職の確保や人材育成に対する財政支援を充実させてほしいというのは、二律背反するようなことであり、やはり法律的に根拠がなければ財政支援も受けられないのではないか。
そういった意味では、市町村での相談支援は、精神だけ何か特別にやるということではなく、住民の日常生活の中で出てきた色々な問題点を解決するためには、メンタルヘルスの面からのアプローチも必要という観点で考えれば良いのではないか。
- 市町村保健センターは、法令上、必置ではない。他方、市町村は福祉部局を持っているので、福祉を組み込むベクトルで考えた方が制度として現実的ではないか。
- 福祉は対象が限定されているので、なかなか予防的な介入が進まず、結果として、問題が重篤化してから対応することが多くなってしまうと思う。市町村の保健の中に精神も入り、もう少し予防的な支援をすること。その上で、市町村の中で保健と福祉が十分に連携して対応していくべきではないか。

（伴走型支援）

- もともと福祉は、非常に対象者が限定されているからこそ、包括的・重層的という考え方が必要になった。一方、保健は、家族単位・地域単位・住民単位で取り組んできた歴史がある。伴走型支援は従来の保健の機能と言える。新たに何か大きなことに取り組むというより、むしろ現有勢力、保健師の力量の向上を図ることにより、もともと得意としている分野なので、十分、地域の精神保健、メンタルヘルスの体制は整えられるのではないか。
- 伴走型支援については、もう少し議論が必要。

第3回検討会での主なご意見②

(長期在院者への支援)

○ 長期在院者への支援については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」において、市町村の取組として制度上位置付ける必要があると示していただいた。精神科医療機関等における長期在院者への訪問支援等については、国としても強力に後押しすべき。

例えば厚労省通知等で一部の自治体で行われ始めている精神科病院への長期入院患者に関するアンケート調査や、地域生活移行支援に向けたニーズ調査などの自治体や自立支援協議会等の積極的関与や取組について、その汎化を積極的に推進していただきたい。

また、地域生活支援事業実施要綱内の障害者相談支援事業における市町村の努力義務として、精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うように努めることと示していることについて、国としてもいま一度市町村を強力にバックアップしていただきたい。

市町村には人員確保や予算確保等課題があることは重々承知しているものの、精神疾患を有する方が約420万人になっている現実、五大疾病の一つという国民的課題になっている状況を踏まえ、また、住民にとって身近な市町村での支えを実現する観点を踏まえて可能な限り地域住民のためにも御協力いただきたい。

上記のアンケート調査やニーズ調査だけでなく、実際に市町村などから病院内の長期在院者の方々の下へ会いに行く取組、実際に会って、統計的数字ではなく、一人の顔の見える方としていくということを具体的な取組の一つとして進めることが喫緊として必要かつ長期在院の解消に最も有効な手だての一つである。

地域移行支援については、市町村等も含めた地域の側から病院の長期在院者の下に会いに行くという取組の必要性を広く共有し、その取組を国としても後押しをし、市町村の理解を得ながら汎化され、病院からの発信と対の取組・一体として両輪で取り組めるようになっていくことが必要。

病院などからの見立てとして退院可能とされる方のみで会うのではなく、誰一人見捨てずに全員に会うことが権利擁護の一環として、国・市町村としての取組、地域援助の取組として、病院とともに協力し合いながらなされていけば、長期在院の解消を推進していくことにつながると考えている。

第3回検討会での主なご意見③

(医療との連携)

- 障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する障害者部会の中間報告では、医療と福祉の連携の推進が掲げられ、医療・福祉両面からの支援、マネジメントが重要と明記されている。特にこの精神保健の分野では、潜在的な医療ニーズをいかに医療機関につなげていくのか、あるいは、地域の暮らしの中で状態が悪化したときに、早期にスムーズに必要な医療につなげていくのかという視点が重要。

その際、自治体においては、例えば新たに人材確保が可能であるのか、あるいは既存の人員・戦力で対応できるのか、それとも、地域の社会資源と連携するのか等、地域の実情に応じて柔軟に検討することが必要。また、その際には、市町村、保健所、精神保健福祉センターとの連携・役割分担も検討することが必要。このようにして、地域の実情に応じ、与えられた状況で最大のパフォーマンスを出力できる最適化を模索していくことが必要。
- 医療をいかにうまく引き込んでいくかというのが一つの課題。例えば総合支援法では、障害支援区分のフィードバックがされない、ケア会議が評価されていない、自立支援協議会に医療が入る場合もあるが、入っていないところが結構あるという状況。
- 精神科の病院について、資源が偏在しているというお話もあったが、実は全国344二次医療圏のうち、300の二次医療圏に日本精神科病院協会に加盟している民間の精神科の病院が立地している。そうした意味では、全国津々浦々に資源があるということ。

精神科の病院では、かかりつけ精神科医機能として、病院の中に多職種チームを持ち、そこで患者さんお一人お一人のケースマネジメントを行っている。市町村には、場合によっては、相談支援の業務をある程度委託いただく等、こういった機能を利用していきたい。

基礎自治体である市町村の中で精神保健に関する相談支援が完成できるように、日本精神科病院協会もできるだけ努力はしたいと考えており、そういったことについて検討いただければと考えている。
- 市町村の相談支援に、精神医療をうまく組み込んでいきたいが、その場合、精神科医療機関が偏在している等により、行き詰まってしまう可能性がある。偏在している場合や医療機関が市町村にない場合に、どのように助け合っていくのか、しっかり議論し、それを医療計画の中に書き込んでいくことが必要ではないか。
- 人材確保の課題を解決するため、例えば、地域の医療機関、訪問看護ステーション、協力機関等に委託という考え方は非常に良いと思う。官民協働で行える支援を考えていくのが望ましい。

第3回検討会での主なご意見④

(医療との連携)

- 協議の場は、単に集まり会議をするだけではなく、一歩踏み込み、アウトリーチ・伴走型の支援をする体制を作る必要がある。例えば、認知症初期集中支援チームが一つのモデルにならないか。医療が入ることにより、初期の認知症に対し、アウトリーチを含めて支援していく体制が、全国の市町村で整備されている。ぜひ実現していただきたい。
- 認知症の初期集中支援チームは、主に医療につなげることと、6か月という期限があるから比較的やりやすいが、精神保健の問題は複雑、バックアップ機能が必要になる。日精協等の民間団体が協力して何かをするといったバックアップ体制がないと、なかなか現実には難しいのではないか。