

第4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

日時 令和2年9月3日(木)

16:00～

場所 AP新橋4階Dルーム

○齋藤地域移行支援専門官 定刻になりましたので、ただいまから、第4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を開催いたします。

本日、司会進行をさせていただきます、精神・障害保健課の齋藤と申します。会場及びオンラインで御出席いただいている構成員の皆様方におかれましては、貴重なお時間を確保いただきまして誠にありがとうございます。

本日の会議は、新型コロナウイルス感染症拡大予防の観点から、オンライン会議システム(Zoom)を活用しての実施とさせていただきます。一般傍聴は設けず、動画配信サービスのライブ配信により、一般公開する形としております。

本日の構成員の出席状況について報告させていただきます。全構成員のうち、会場にお越しいただきました構成員が6名、オンラインでの御出席は16名となっております。個別の参加状況については席次表を御確認いただければと思います。

なお、鎌田構成員、田村構成員につきましては遅れてオンラインで御出席いただく予定となっております。

また、岡山県保健福祉部長であった中谷構成員の人事異動に伴い、今回より後任として岐阜県健康福祉部次長の堀構成員に本検討会に御参画いただいております。

次に、厚生労働省でも人事異動があり、8月17日付けで赤澤障害保健福祉部長が着任しております。

○赤澤障害保健福祉部長 赤澤でございます、よろしくお願いいたします。

○齋藤地域移行支援専門官 なお、赤澤部長におかれましては公務の都合により途中退席させていただきます。

また、本日は国土交通省住宅局安心居住推進課の藤田課長にも御出席いただき、住まい支援の制度などについて、後ほど御説明いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日の資料を確認させていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては、事前に電子媒体で送付させていただきました資料をそれぞれ御確認ください。

資料は席次表、議事次第、資料1「重層的な連携による支援体制の構築について」、資料2「新たな住宅セーフティーネット制度等について(国土交通省提出資料)」、資料3「居住支援について(奥田構成員提出資料)」、参考資料、開催要綱、構成員名簿、以上になります。

また、構成員のみ配布資料として、今後の検討会の論点のイメージとして論点(案)をお示しした資料を配布しております。資料の不足等ございましたら事務局にお申し付けください。傍聴の方については同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、そちらを御覧いただくようお願いします。

続きまして、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明させていただきます。前回の検討会と同様に、神庭座長におかれましては、オンラインで御参加いただいております。オンライン参加での進行が難しいため、座長と事前に相談の上、今回の進行に

についても極力事務局側で行うこととさせていただきますので、御了承いただければと思います。

御発言については、会場及びオンライン、いずれの構成員におかれましても挙手をお願いします。オンラインで御参加の構成員におかれましては、カメラは常に写る状態にいただき、発言しないときにはミュートにして、発言するときにミュートを解除するようお願いいたします。本日はチャット機能の使用は予定しておりませんので御了承願います。

本日、資料を用いて御説明いただく方については、オンライン画面と会場ではスクリーン画面に同じ資料を表示します。スライドページの移動については事務局で対応しますので、「次のページ」等御指示いただくようお願いいたします。冒頭の頭撮り撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係のカメラは撮影を終了いただくようお願いいたします。

それでは、引き続き事務局で進行させていただき、議事に入りたいと思います。まずは議事1の「医療と障害福祉サービスの現状と課題について」、議事2の「住まい支援のための医療保健福祉の連携について」を資料に基づき、事務局から説明いたします。なお、事務局の説明の後には、国土交通省の藤田課長及び奥田構成員から制度や実情について、それぞれ15～20分程度で御説明いただきます。その後に、簡単に事務局で論点(案)を整理した上で、最後にまとめて議事1の質疑を25分程度、議事2の質疑を25分程度それぞれ時間を設けたいと思いますので、よろしくお願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 それでは事務局、精神・障害保健課、友利から資料1に基づきまして説明をさせていただきます。

まず第3回、前回の検討会の振り返りでございます。1つ目の○ですが、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かかわらず地域住民でありまして、住民の生活や地域づくりの視点を持って推進することが重要であるということが再度確認されております。そして、このシステムの構築の主体は市区町村を基本として、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という主な御意見がございました。

次のスライド、お願いいたします。こちらも前回の検討会の資料でお示しをしておりますけれども、前回は制度のイメージということでございましたが、今回、役割の整理ということで再度提示をさせていただいております。

次、お願いします。ここから重層的な連携による支援体制の構築について説明をさせていただきます。

次、お願いします。最初に、医療機関における地域生活支援の取組について紹介をしたいと思います。

次、お願いします。こちらは、精神科医療機関において早期の地域移行・地域定着を図るための取組を紹介しております。取組の内容については、関係機関や障害福祉等サービス事業所との情報共有や連携調整が多くなされているものがございます。

次、お願いいたします。包括的なマネジメントによる支援についてですが、地域生活支

援には精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整、包括的なマネジメントによる支援が重要とされているところです。そして、その中で再入院の予防や、効果を上げていることが広く知られている現状がございます。

次、お願いいたします。こちらは、精神科の入院医療機関と関係機関の間での連携の取組の事例について紹介をしております。入院前、入院中、退院前、退院後の切れ目のない連携支援が行われており、多職種・多機関連携による共同支援が、精神疾患を有する患者の地域移行及び地域定着に重要な役割を果たしているところでございます。

次、お願いします。こちらは外来での取組の事例について御紹介をしております。マネジメント担当者が多職種・多機関連携の調整役を担うとともに、患者に直接支援を提供する、インテンシブ・ケースマネジメントと言いますけれども、こういった取組により地域連携を促進し、重症者であっても継続的な地域生活を可能とした本人が望む生活の実現に寄与している、こういった取組を紹介をしております。

次、お願いいたします。次は入院中の支援について御紹介したいと思います。入院中の退院後生活環境相談員、ケースマネージャー等専任の有無は、退院後 6 か月以内の再入院の予防に関連することが分かっております。

次、お願いいたします。2 つ目の○で、退院後にケースマネージャーが付いている人は、院外の支援者が参加する会議の開催、住居支援、退院後の支援計画作成のいずれにおいても実施されている割合が、ケースマネージャーが付いていない人よりも有意に高いことが分かっております。

次、お願いいたします。ここから医療と障害福祉サービス等の連携の状況について御説明をしたいと思います。

こちらが障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて概要を示したものになっております。地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援、こういったものを組み合わせた支援が実施されております。

次、お願いします。こちらが地域移行支援及び地域定着支援の実態ということでございます。第 2 回検討回資料の再掲になっておりますけれども、まずお示ししたスライドでは地域移行支援の実施状況について、左側のグラフにございますように、38%、約 4 割実績があるというような状況でございます。

次、お願いいたします。こちらは地域定着支援の実施状況を示しております。こちらも左のグラフで、27.4%、約 3 割の実績があるというような状況になっております。

次、お願いいたします。こちらは自立生活援助事業の指定を受けている地域移行支援事業所の支援実績について調査をしているものになっております。地域移行支援の実績については「あり」が 64%で、地域移行支援終了者の地域移行先については、グループホーム、単身(賃貸住宅)が多かったという結果になっております。地域定着支援事業所の支援実績については 54%が「あり」となっており、利用者の住居形態は単身(賃貸住宅)が多かったというような結果になっております。地域定着支援の終了者の転帰については、期

間満了に次いで自立生活援助の利用への変更が多いといった結果になっております。

次、お願いいたします。こちら、相談支援事業所における自立生活援助事業の実施状況について御紹介をしております。平成 30 年度から障害福祉サービス等として創設された自立生活援助事業の実施状況については、まだ利用が進んでいないという状況が分かっております。

次、お願いいたします。こちらが精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況をお示したデータになっております。地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助サービスの利用については少ない状況になっております。

次、お願いいたします。こちらは、精神科病院と障害福祉サービス事業所との連携に関する調査ですけれども、精神科病院に対して、地域移行支援のサービスを知っているか聞いたところ、「知っている」と回答した割合が 9 割弱という状況でした。そして、退院支援における地域移行支援の活用については「活用している、今後も活用したい」と回答した割合が約 6 割、「活用したことはないが、今後活用したい」という回答が約 3 割弱という状況になっております。

次、お願いします。引き続き連携についてですけれども、精神科病院の医療相談室や地域連携室に所属している精神保健福祉士の方にアンケートを取っております。市町村が設置する協議の場に 5 割以上が参加をしている状況がございました。そして、協議の場に参加をしていない群に比べて地域移行支援を利用していた割合が多くございました。

次、お願いいたします。こういった状況を踏まえて、入院患者に対する地域援助事業者の紹介の割合についても調査をしております。全体の 8 割の機関が紹介をしていたという結果になっております。

次、お願いいたします。こちらからピアサポーターに期待されることということでまとめております。ピアサポーターの支援を受けた利用者本人は、ロールモデルの視点、体験の共感・共有、こういった点で支援の効果があると感じていることが分かりました。

次、お願いいたします。そして、ピアサポーターの支援が利用者に与える効果の期待の度合いについてですけれども、「経験者ならではの気持ちに寄り添った言葉をかけることができる」といったものが最も高く、その他の項目についても概ね期待が高く、事業者が期待していることが分かりました。

次に、障害福祉サービス事業所の他の職員に与える効果についてもアンケートを取っておりますけれども、概ね全ての項目について期待されているということが分かっております。

次、お願いいたします。令和 3 年度の障害福祉サービス等報酬改定に向けた主な論点がまとめられたところでございます。

次、お願いいたします。6 つ、論点が整理されております。その中の 1 つ、4 番目の項目として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進が位置付けられておりまして、今後、具体的な検討が行われる予定になっております。

次、お願いいたします。ここから、地域での生活支援に関する体制整備の状況について御説明をしたいと思います。こちらは重層的な相談支援体制についてということで、第 1 層から第 3 層まで、こういった形の連携がされているものをお示ししたものになっております。

次、お願いいたします。こちらが基幹相談支援センターの役割のイメージです。地域の相談支援の拠点として、総合的な相談業務を実施をして、地域の実情に応じてこちらの図に示しております業務を行うことになっております。

次、お願いいたします。こちらが基幹相談支援センターの設置状況についてです。毎年、少しずつ増えておりまして整備が進められている状況でございます。

次、お願いいたします。次に地域生活支援拠点等の整備についてですが、こちらについては 5 つの機能、相談、緊急時の受け入れ・対応、体験の機会・場、専門的人材の確保・養成、地域の体制づくりといった機能を持った居住支援のための取組が行われているところでございます。

次、お願いいたします。こちらが整備状況についてです。平成 31 年 4 月時点で 332 市町村、令和 2 年度に整備予定が 1,010 市町村といった形で整備を進めているところでございます。

次、お願いいたします。ここからは、多職種・多機関連携に向けた取組について御紹介をしたいと思います。こちらが昨年度の障害者総合福祉推進事業で行った調査になっておりますけれども、精神保健医療福祉の各職能・職域団体において研修の実施状況について調べております。各職能・職域団体において目指すべき人材像を検討して、それぞれ研修会など行っておりますけれども、組織間で目指すべき人材育成の方向性についてはまだ検討段階にあるということが分かっております。

次、お願いいたします。こちらが都道府県・政令指定都市の研修の実施状況について調べたものになっております。研修の 8 割程度においては、研修の目的に、赤枠で囲っております「多職種・多機関連携の促進に関する知識・技術の獲得」が含まれております。実際の実施状況を見ますと、都道府県においては障害福祉サービス報酬における精神障害者支援体制加算の対象と位置付けられる研修はよく実施がされておりますけれども、多職種多機関連携に関する内容の人材育成研修については約 3 割にとどまっていることが分かっております。

次、お願いいたします。こちらからは、住まいの確保と居住支援について御説明をさせていただきます。こちらがこれまで何度もお示ししております精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のイメージ図です。今一度確認しますと、真ん中に、精神障害者を含む一般住民の方を「住まい」を中心に位置付けているところです。

次、お願いいたします。こちらは国土交通省のほうで新たな住宅セーフティーネット制度について取組が進められているところですが、後ほど国土交通省から詳しく御説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

次、お願いいたします。こちらがアンケートの集計結果になっております。第1回の資料の再掲ですけれども、協議の場には、保健、医療、福祉、市町村職員の参加は多いけれども、住まいの参加者が少なかったという結果が分かっております。そして、協議の内容としても、精神障害者の住まいの確保支援は少なかったということが分かっております。

次、お願いします。こちらが平成30年度の障害者総合福祉推進事業で行ったものになっております。精神障害者等の居住支援について、先駆的な取組を行っている地域の居住支援法人、自治体、福祉関係者等に対しヒアリングを行い、居住支援体制の構築のポイントをまとめてブックレットを作成しております。

次、お願いいたします。こちらが居住確保について実際の協議の場で議論をして、医療と福祉の関係者が地域の住宅関係者と問題を共有した事例をまとめたものになっております。こちらは精神障害に対応した地域包括ケアシステム構築のための手引というところで、自治体向けに作成をしている手引の中で、事例として具体的にお示しをしたものでございます。

次、お願いいたします。こちらが地域移行及び地域生活支援に向けたニーズということですが、1年以上精神科病床に入院されている患者を対象としたアンケートですが、半年以内の退院希望は6割弱ございまして、逆に退院を希望しない方の理由としては「退院しても住む場所が心配」というように答えている方の割合が一定程度ございました。

次、お願いいたします。患者の希望する退院先等ということですが、退院先の希望としては「自宅もしくは賃貸住宅(アパート)などで家族との同居」が最大になっておりましたが、ひとり暮らしの希望については約3割に上っていることが分かっております。そして、特に困難な退院支援業務としても赤枠で囲っております「居住の場の検討と居住先の確保」といった業務が一番多いというような結果になっております。

次、お願いいたします。こちらが実際にグループホームを利用されている方を対象にしたアンケートの結果でございます。今後の居住形態について障害の種別で見たときに、精神障害者の方の希望はグループホームが7割で最多ですが、ひとり暮らしがしたいという割合も2割という数に上っておりまして、他の障害の方と比べてもひとり暮らしを希望する傾向が見られた調査結果になっております。

次、お願いいたします。こちら、参考までに紹介をしたいと思います、介護保険における市町村による地域包括ケアシステムの構築の取組について御紹介させていただきます。こちらが地域包括ケアシステムの構築についてのイメージ図です。

次、お願いいたします。地域ケア会議の推進ということですが、介護保険法では地域ケア会議を法に規定しておりまして、多職種協働による個別事例の検討を行って、地域課題の把握などを推進しております。

次、お願いいたします。在宅医療・介護連携の推進というところですが、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会などと緊密に連携をして地域の関係機関の連携体制の構築が推進されているところでございます。

次、お願いいたします。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するために、この在宅医療・介護連携推進事業が実施されておりますけれども、この中でピンクの箱の右下、多職種の協働・連携に関する研修でしたり、医療・介護に関する研修が実施されたりと、医療・介護関係者をつなぐための研修がこの事業の中で行われているところでございます。

以上、事務局の説明とさせていただきます。整理と論点についてはまた後ほど御説明させていただきます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。最後にまとめて質疑応答としたいと思いますが、もし、どうしても今、質問があるという方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、続きまして国土交通省住宅局安心居住推進課、藤田課長から各種制度などについて御説明いただきます。よろしくお願いいたします。

○藤田国土交通省住宅局安心居住推進課長 ただいま御紹介いただきました、国土交通省安心居住推進課長の藤田と申します。今日は、よろしくお願いいたします。本日、精神障害者の方に対する住まい支援ということで、関連する制度の概要と現状について御説明申し上げますので、よろしくお願いいたします。

では、次のスライドです。まず、住宅セーフティネット制度についてお話し上げたいと思います。住宅セーフティネット制度が平成 29 年にできましたが、そのときのバックグラウンドと申しますか、背景事情についてお示ししたものです。左は、住宅確保要配慮者の状況、右側が住宅ストックの状況です。左半分を御覧いただくと、高齢者あるいは収入面、ひとり親の問題等々で、住宅確保に関して配慮が必要な方が増えているのではないかという状況があるわけです。右側の、住宅ストックの状況ですが、よく言われているところで民間の空き家・空き室が非常に増えているようなことがあり、この 2 つを結び付けて何かできないかというところで、下にありますが、空き家・空き室を活用し、住宅セーフティネット機能を強化してはどうかということで、平成 29 年の法改正で、新たな住宅セーフティネット制度が作られました。

次のスライドをお願いします。住宅確保要配慮者の範囲ですが、左側が法律で定める者、右側が省令で定める者となっております。左を御覧いただくと低額所得者、被災者、高齢者とありますが、④で障害者もこの範囲に含まれていることになっております。右側を御覧いただきますと、その他外国人の方、矯正施設退所者、大規模災害の被災者等々となっております。

次のスライドをお願いします。先ほど、厚生労働省の御説明の資料にもあった、新たな住宅セーフティネット制度の概要です。大きく 3 本の柱、登録制度、経済的支援、マッチング・入居支援でできています。まず 1 番目の登録制度につきまして、下の真ん中の青い四角囲みを御覧いただくと、賃貸人、大家さんが都道府県に、うちはセーフティネット住宅ですよということで登録をしていただき、それを要配慮者に情報提供して入居していただくということですが、入居していただくに当たっては、家賃や債務保証料の低廉化、補



助をして下げる措置を講ずることができるようになっております。左のオレンジの所が、経済的支援です。セーフティネット住宅の改修に当たっての補助、先ほども出てきましたが家賃を引き下げる場合の補助、改修費への融資制度、家賃の債務保証に関する補助の支援を講じているところです。右の緑の所のマッチング・入居支援については、大きく居住支援法人と居住支援協議会の2つの枠組みで、この要配慮者の方に対する入居支援を行っています。いわばハード面では住宅の登録制度プラス経済的支援、ソフトの面ではマッチングや入居支援のところで、ソフトとハードの両面で要配慮者の方に対する入居支援を進めていく枠組みになっております。

次のスライドをお願いします。これは制度の施行状況をお示ししたものです。大きく4つあります。要配慮者の住宅の登録の数が、全国の都道府県で約6万8,000戸です。プラス、現在受付中のものも結構あり、それを合わせると約16万4,000戸で、かなりの数になっております。下が、先ほどの居住支援法人の指定状況です。全国46都道府県で344者の法人の指定が行われております。右側の備考で、ざっと列記しておりますが島根県を除いた各都道府県で指定をいただいている状況です。1つ下の居住支援協議会の設立ですが、これは現在8月末時点でちょうど100協議会で、右の備考を見ていただきますと、まず都道府県には必ず1個ずつあり、市区町村で見ますと53の市区町で設置いただいている状況にあります。セーフティネット住宅の供給促進計画の策定については、36都道府県15市町で策定いただいている状況です。

次のスライドをお願いします。住宅の登録戸数を都道府県別に見たものです。全体的な傾向としては、一番大きいのが大阪府の約2万戸となっており、次が愛知の1万4,000戸、兵庫の1万2,000戸と全体的に近畿、中部で登録戸数が多くなっておりますが、対照的に首都圏はまだ進んでいない状況がお分かりいただけるかと思います。

次のスライドをお願いします。今度は、セーフティネット住宅の登録戸数を時系列で見たものです。当初、正直言って登録状況も芳しいものがなかったということで、様々な促進策として3つほど吹き出しで書いております。登録手続の簡素化や手数料の軽減、登録していただくデータ入力も結構な事務負担だということで、入力の手続の見直し等々の促進策で徐々に順調に増加しており、令和2年8月では、全体で16万4,000戸余りとなっております。右下に目標と書いてあるのは、これが今年度末令和3年3月末で、17万5,000戸を目指しており、かなりその目標数が見えてきたかなという状況にあります。

次のスライドをお願いします。今度は、セーフティネット住宅に対する経済的支援で、2つあります。1つは、先ほど申し上げた改修に対する支援措置で、いろいろのバリアフリー改修や、防火対策等々、耐震改修等々に対する支援。2.として掲げているのが、入居負担軽減のための支援措置です。Ⅰでは、家賃の低廉化、家賃の引き下げに対する費用、Ⅱでは、入居時の家賃の債務保証料の一部を見る支援措置を講じているところです。

次のスライドをお願いします。これは自治体の居住支援協議会の概要についてお示ししたものです。住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関するセーフティネット

住宅法に基づく協議会となっております。右下のイメージ図の所では、大きく3つの種類の団体にお入りいただくことになっており、地方公共団体の住宅・福祉部局、居住支援団体、不動産関係団体の3つが連携して、要配慮者の方に対する情報の提供等を実施していただくようなことです。設立状況は先ほど申し上げたように、全国で100協議会が設立いただいております。(2)の主な活動内容では、2ポツで要配慮者向けの賃貸住宅等の情報発信、斡旋、住宅相談サービスの実施、家賃債務保証をはじめとする支援サービスの紹介などをしていただくことです。(3)で支援と書いておりますのは、居住支援協議会等で行っていただくような入居の円滑化に対する取組につきまして、補助金で支援をさせていただいている部分もあります。

次のスライドをお願いします。居住支援協議会の設立目標です。これは全国の自治体、市区町村で見た自治体の80%の市区町村で自分で設立していただくか、あるいは都道府県で設立する協議会に参加いただくことを目標にしております。令和元年度で見ますと、それが74%、1,286自治体となっております、80%までもう1歩というところまで来ております。国としても、先ほどの居住支援協議会の活動を支援していると申しましたが、設立に向けた動きも含めて支援をしています。その他、伴走支援プロジェクトというような形で、居住支援をやりたいのだけど、はじめはなかなか分からない、居住支援協議会を作りたいのだけど、やり方が分からないといった自治体さんに対しては、もう少し準備段階からいろいろ講演をやるとか講習のサポートをする形での取組もさせていただいているところです。

次のスライドをお願いします。居住支援法人制度です。これは先ほどの住宅セーフティネット法に基づき、法人として都道府県に指定いただくことになっております。左で、指定法人はNPO、社団等々の法人、あるいは社会福祉法人、会社等々の法人の指定が可能です。業務は下の4つです。家賃債務保証、円滑な入居のための相談事業、入居された後の見守りなどの生活支援、その附帯業務を行っていただくということです。下は支援措置ですが、居住支援法人がやる業務に対して、支援もさせていただいております。

次のスライドをお願いします。居住支援法人の指定状況です。これは先ほど申し上げましたが、島根以外の46都道府県で344法人が指定されております。属性としては、株式会社及びNPO法人が多めになっており、都道府県では大阪府が56法人ということで、一番多く指定されている自治体となっております。

次のスライドをお願いします。居住支援協議会等活動支援事業の概要です。オレンジの事業内容を御覧ください。居住支援協議会又は居住支援法人等が行う、要配慮者の入居の円滑化の活動に対して支援させていただいているところです。

次のスライドをお願いします。②住宅確保要配慮者への住居提供の実態です。入居制限の状況ということで、左は住宅確保要配慮者に対する賃貸主側、つまり大家さん側の意識ということで、拒否感がどの程度ありますかというところでお聞きしたものです。高齢者に対しては約8割、障がい者の方に対しては約7割、子育て世帯に対しては約1割、外国

人に対して約 7 割が拒否感を持つということで、障がい者の方に対して 7 割の大家さんが拒否感を持っている実態があるということです。右側で、入居制限をする理由として、右下の緑の棒グラフになっております。これは全部の属性の方が一緒になっているデータですが、トップは家賃の支払いに対する不安、次が他の入居者・近隣住民との関係に対する不安、居室内での死亡事故に対する不安、この 3 つが大きく大家さんの不安の要因となっている実態がお分かりいただけるかと思います。

次のスライドをお願いします。先ほど御紹介した居住支援法人のフェイスシートと言って、概要紙を基にした調査結果をお示ししております。対象者ごとに、実績がありますか、得意ですかということをお聞きしたデータです。高齢者から並んでいます、上から 4 番目の所が精神障害者の方についての欄になります。そういった方に紹介なり、対応した実績があるというのが全体の約 63%、得意とする対象者、最も得意とするといった法人も 9 %で、約 1 割はあるということで、一定程度の得意としているような法人もあるのかなと考えております。

次のスライドをお願いします。居住支援の事例です。先ほど申し上げた居住支援法人にアンケートを取ってみました。そこから例を 2 つほどピックアップしております。事例は 2 つあります。事例①は、40 代の男性の方で、お母さん、姪御さんと同居していましたが、引っ越しを希望するということです。対応方としては、まず本人宅で、社協の人と基幹相談センターの職員さん同席の上で面談を実施する。保証人が無く、携帯電話もなかなか持てない状態だったということで、この法人がサブリース形式で物件を提案しています。物件の内見の際にも、面談のときの社協や基幹相談や法人の方も同行した上で実施されたようです。運よく希望に近い物件で決まって、契約についても法人でサポートいただいたということです。入居後は、前から利用している訪問看護を継続的に利用されて、定期的な訪問看護や、精神疾患以外の疾病に対してもサポートを受けながら生活を続けていらっしゃるという伺っております。社協を中心に、関係機関がうまく連携できたということがうまくいった例だと法人の方はおっしゃっていました。

事例②として、退院後の生活を見据えた入院中のケア会議です。50 代の男性の方で、近隣トラブルのために転居せざるを得なくなったという事情です。対応方としては、転居先が決まる前に退居せざるを得なくなったために、いろいろ転々とされたようですが、体調を崩されて精神病院に入院されております。その間に物件を紹介して、うまく気に入った物件が見つかったということです。退院を見据えて入院中にケア会議というものを開催いただいたものです。その中で御本人・病院関係者・地域の相談支援専門員等が参加し、退院後の治療やいろいろなサービスの対応について確認したところです。退院して在宅生活を開始した後は、保証サービスや安否確認サービス等の支援サービスの提供を受けながら生活されていると聞いております。

次のスライドをお願いします。最後は、住宅と福祉の連携について、簡単に御説明申し上げます。これは、住宅と福祉の連携について自治体の方に対して説明するときに使って

いる資料を流用しております。住宅部局の方からいろいろな意見が出ており、相談がないとか、公営住宅に空きがあるとかいろいろ言われているわけですが、是非ともいろいろな観点から、福祉部局とも連携を取って、要配慮者の方のニーズにできるだけ添うような支援を連携してやっていただきたいと呼び掛けているということです。

次のスライドをお願いします。これは要配慮者に対する居住支援施策の見取り図ということで、いろいろな属性の方を書いております。左から3番目の障害者のところでは、グループホームや公営住宅といったハード面に加え、その下の居住支援法人による入居支援や居住支援協議会の入居支援、先ほども御紹介があった地域移行支援等のサービスといったいろいろな柱がある中で、連携して提供して進めていくことが大事だと書かれているところです。

次のスライドをお願いします。住まい支援に当たって、関係省庁、部局が連携していく必要があるということで、住まい支援の連携強化のための連絡協議会を開催しております。具体的には厚生労働省、国土交通省、いわゆる出所者の方も含めてという意味で法務省も入れて、関係局、関係団体による情報共有や協議を行う連絡協議会を設置したところです。左下の所で、第1回の連絡協議会を本年8月3日に開催しております。

次のスライドをお願いします。その中でもお話ししましたが、東京だけではなく地方ブロックでも連携していきましようということで、厚生労働省では地方厚生局、国交省では地方整備局、法務省では地方更生保護委員会が連携して、自治体の居住支援協議会等への支援をしていってほしいということもお願いしているところです。若干時間を超過してしまいましたが、国交省の説明からは以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 藤田課長、ありがとうございました。それでは、どうしても今質問したい方はいらっしゃいますでしょうか。

○野口構成員 すみません。1つだけですが、セーフティネット住宅が大阪、愛知で断トツに多いのですが、これは何か理由が分かりましたら教えていただけますでしょうか。

○藤田国土交通省住宅局安心居住推進課長 自治体の方に少し聞いているところだと、やはり、特に大阪はかなり自治体が熱心で、体制も厚めにとって制度を売り込んでいる、促進していると聞いております。それが効いているという側面もあろうかと思っております。

○野口構成員 ありがとうございます。

○齋藤地域移行支援専門官 ほかは、よろしいでしょうか。

それでは続きまして、奥田構成員から、精神障害者の住まいの確保の現状と課題について御説明いただきます。よろしくお願いします。

○奥田構成員 よろしくお願いたします。NPO 法人抱樸の奥田です。また、居住支援法人の全国組織を去年立ち上げまして、全国居住支援法人協議会という団体の協同代表でもあります。資料の1ページです。今日は、抱樸についての自己紹介は短く、居住支援のゾーンと課題ということが2つ目、そして3つ目は、実際に抱樸でどのようなことを地域で

やっているかを手短かに御報告したいと思います。

次ページ、更に次ページをお願いいたします。NPO 法人抱樸は、もともとホームレスの支援団体から始まりましたが、今年で 32 年目の活動になっております。次ページです。ホームレスと一言と言っても、家がないというのは共通項なのですが、実際にその内訳でいうと仕事がない、あとは知的障害の方が 4 割を占めていました。多重債務が 6 割、あと刑務所出所者で満期出所、寄住地がないという形でそのままホームレスになっている方が相当数おられたと。最終学歴、中卒が 6 割、これも義務教育ですから、本当に中学に行っていたのかというと、小中学校も行っていないという方がほとんどでした。あと、家族との縁が切れているというのも特徴の 1 つです。

我々の活動は、①人を属性で見ない、制度から見ない、その人その人で個別支援を立てていくというやり方。②一人との出会いから事業を展開していく。今、32 年目になりましたが、27 の事業をしていて、NPO 法人は社会福祉法人とは違って比較的自由に事業をしていけます。経営、運営面は非常に大変なのですが、自由にやっているということです。我々は、③断らないということを念頭に置いてやろうということです。

次ページは沿革ですので、見ておいてください。その次のページです。特にホームレスの問題や生活困窮者の問題で、今、視点として一番大事なのは、経済的な困窮、我々はハウスレスと呼んできましたが、そのみならず、社会的に孤立しているという孤立の問題です。家族なき時代に突入してきているというところです。あるいは、家族がいても脆弱で、いわゆる身内の責任という論理では通らないということです。8050 でも象徴的なのですが、家族もろとも共倒れになるという、そういう現実が今明らかになっています。そういう関係性の問題を我々はホームという言葉を使って、ハウスとホームは違うと、ハウスレス問題とホームレス問題は違うのだと、それが私たちの活動の基本的な視点でした。

次ページでは、居住支援に絞って課題を挙げていきたいと思います。そもそも住宅がないということは何なのかと。まず一番は生命的な危機です。家がないというのは、衣、食、住と言いますが、正に大前提でなければならない、これがきちんと保障されていないという状況です。2 つ目が社会的な危機です。例えば、今回コロナで様々な給付金等の手続きありましたが、住民基本台帳のある所で申請するというのが前提なのです。あるいは、世帯主がどうのこうのと。これでは、実はいまよく引っ掛からない人たちがたくさんいたということです。つまり、家がなくなると社会的な手続きが不可能になって、様々な社会参加が阻まれます。例えば、ハローワークに行って住所を書いてくださいと言われて、ありませんと言うと、その時点で終わりますから、住居がないというのは大変なことなのです。

さらに、人間的な危機です。人間とは何か、実は私は宗教者でもあります。キリスト教会の牧師でもあるのですが、端的に言うとなんか一人では生きていけないということなのだろうと。そうなる孤立の問題、地域とのつながり、家があるということが実は地域とのつながりのベースになるのです。社会的な信用も含めてベースになります。だから、これをなくすと人とのつながりを失っていくということにもなります。住居は前提です、人権です。

しかし、なかなか住宅確保に関しては、国土交通省さんの大きな課題、住宅局を中心とした課題でしたが、公営住宅もありましたけれども、原則的には家の確保というのは、個人に任されてきました。民間の賃貸とか、あるいはサラリーマンが一生かけて家を1軒建てると、自ら家を建てるという、そういうところに重きが置かれてきて、そこをうまく管理したり、誘導したりしてきたというのが政策の基本だったと思うのです。ですので、このところがなかなか個人でカバーできないということになったときに、誰がするのかという話に今なってきています。

次ページです。居住支援という概念なのですが、これはウィキペディアなのですが、一緒に団体の代表をやっている村木厚子さんと、これいいねと言いながらこの頃紹介しています。「居住とは、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」だと。そこに家族の生活の拠点を定めて、寝食を共にし、子供を育て、客を招き、社会活動、経済活動を行い、生活していくというのが居住です。だから、住宅の支援ではないのです。住宅というハコを示す概念ではなくて、居住というのは暮らしとハコが一体化した概念で、しかも、そこに家族という広がりや関係性まで含まれるという、居住の支援というのはこういう範ちゅうでやるということなのです。ですから、単純に住宅を確保、どう手に入れるかということでは済まないというのが居住支援の議論のベースになるところです。つまり、住居というハコの問題と生活という問題と、つながりや出番、こういうのがミックスされて居住という概念になっているということです。

次ページです。供給の課題ゾーンなのですが、平成27年に厚生労働省の社会福祉推進事業で私も委員として入っていましたが、今は事務次官をされている鈴木さんが社・援局長だったときに、これから住宅問題になる、居住問題になるということで検討会が始まったのです。その結論の一枚紙なのですが、居住支援において供給が乏しいゾーンとは何かと。それは、低家賃、低廉な家賃の住宅がないということです。もう1つは、施設ほどではないけれども、支援や見守りがあるという、そういうものがないと。この2つ目の所は、従来、家庭内で家族の機能で果たしてきたところだと思うのです。家族なき時代になったときにこれを誰がするのか。今までは施設でやってくださいと、しかし、施設から地域という流れの中で誰がやるのか、この2つが供給の課題ゾーンです。

次ページです。居住支援の相談におけるポイントなのですが、相談は総合的、包括的、当たり前なのですが、住宅だけ困っている人というのはいないのです。ですから、ここをまた縦割りの相談窓口を作っても余り意味がなくて、やはり総合的な相談でないといけません。2つ目としては、総合的で包括的な相談ですが、普通はこういう支援ということを行うと入居当事者、今回でいうと精神的な課題がある人たちということになりますが、居住支援の場合は、大家さんからの相談がちゃんと受けられるか、あるいは近隣トラブルのときに、近隣からの相談が受けられるかという、本人、大家、近隣あるいは不動産屋さんですね、仲介業者、そういうところからの相談をきちんと受けられる体制が必要だと。そうでないと、大家さんがせっかく入れてくださっても2度目はないと、トラブルったらそこ

でおしまいということになる、これは就労支援でも一緒なのです。就労支援というのを、働く人の権利だけで考えているのではなくて、やはり企業のケアをどうするかというのが就労支援なので、そこを両者やっていくということです。そして、住宅を含む個別支援計画の策定が必要になります。

その他の相談機関との連携体制の構築というのが大事で、今回、議論されている枠組みです。ちなみに、今回の 2020 年度の第二次補正予算で、住まいの相談窓口という新たな相談窓口を厚労省が置こうとしているのです。その資料をその下に付けておきました。これはある意味、住まいという入口を持った専門の相談窓口を作ろうということで、補正でしたけれども 26 億円も付いていて、年度の途中なのでなかなか熟れていないのですが、こういうものもセーフティーネット法とともに使えるということになります。

次ページがその対策の厚労省の絵です。次ページは先ほども言ったように、相談の所の内容が重なりますが、2 つの安心ということを頭に置かなければなりません。1 つは入居者の安心です。入居者が安心して暮らせる体制をどう確保するか、もう 1 つは大家・不動産オーナーの安心をどう作るかという 2 つの安心がテーマになるということです。特に、先ほども国交省のデータに出ていましたが、ホームレスなどは完全に拒否です。トップで挙がっていましたが、高齢者の単身者の場合は 8 割が入居拒否とか、結局、家賃の支払の心配、保証人がいないということの心配、何かあったときの相談先がないということの心配、日常的な見守りがない、あるいは最近、一番問題になっているのは孤独死、孤立死です。あるいは死後事務です。通常これは身内がやるのですが、身内がいなくて残置物の処分から始まって、お葬式の手配等をどうするかと。生活保護世帯の場合はケースワーカーさんがいてくれるのですが、それ以外の方々はどうしようもないのです。

更に厳密に言うと、それは大家さんがやるしかないではないかということにもなりかねないのですが、実は、残置物に関しては個人の所有物なのです。だから、勝手に他人が処分してしまうと訴えられかねないのです。これは実際にあった例で、不動産屋さんが半年間保存した上で処分されたのです。その後、家族が出てきて返せという話になって訴訟になって、何百万円という損害賠償請求になったと。しかも、これは家財ではなくて、思い出の品を返せと、これが更にややこしかったということでした。ここは法整備しないとどうしようもないということで、我々は大きな課題だということにしています。

次ページは、抱樸がやっている総合的な生活支援のメニューです。後で時間があるときに見てください。様々、家族機能の社会化という言い方をしていますが、従来、家族がやってきたことをいかに社会化するかということです。かつて介護の社会化ということをやりましたが、もう少し日常的な部分で社会化できるか。例えば、最後の枠にあります金銭管理、こういうものが権利擁護の世界で今、法的にも位置付けられていますが、その手前です。金銭管理においては、自主管理ができるか、自分ではできないから権利擁護で、例えば後見人等で管理するかということですが、その間があるわけです。ちょっと不安みたいだね。かつては、そこは家族がやってきたと思うのです。例えば、お祖父ちゃん

の認知が進んできたので日ごとにお金を渡すというような、そういうことを家族がやってきたのだけれども、家族がいなくなったときに誰がするのかという、いわゆる権利擁護の手前、自主管理の先、この部分が正に家族機能の社会化というところです。

次ページです。債務保証人の確保なのですが、いわゆる入居のときの保証人です。これまでは、ここも家族が引き受けてきましたけれども、家族が引き受けられないケースはどうするか。1 つは、居住支援法人の働きとして債務保証をやるということになりました。もう1 つは機関保障で、保証人を提供する会社がたくさんおられて、そういう所で補償すると。ただ、ここはやはりビジネスでされているので審査があって、うちに相談に来られる方でなかなかのつわものがいて、審査が通らないということもしばしば起こっております。大体、家賃事故になるとどうなるかというと、大家さんが最終的には明渡し訴訟という裁判を起こして、裁判所が認めて物件が明け渡される、これが大体、半年から1年掛かります。その間の家賃は、債務保証会社が払っていたりとかするわけです。なぜそうなるかというと、居住権があるからです。借地借家法に基づく居住権がある住宅に住んでいるというのが前提ですから、たとえ家賃を払っていなくても明日出ていけにはならないのです。

ちょっと余談ですが、今回コロナ禍で心配しているのは、居住権がない住宅に住んでいる人たちが一気に路上に出るのではないかという問題です。住み込み型の寮付き就労などで働いている人は、会社の寮というのは実は福利厚生の一環なのです。賃貸借契約を結んでいないので、仕事をするという条件、就労の契約に基づいて付加されている住宅なので、仕事がなくなった時点で出ていけと言われると、これは裁判にもならないのです。これが居住権がある住宅とない住宅の大きな差になってくるということです。ちなみに今、厚労省がやっている住居確保給付金という給付金は、賃貸借契約に基づく契約に対する給付金なので、これも会社の寮には適用されないということです。

次ページです。そこで抱樸は何をしたかというと、オリコフォレントインシュアというオリコグループがやっている債務保証会社と連携して、実は債務保証会社も家賃滞納事故で困っていらっしゃるのです。多くの債務保証会社が困っていると。それで、オリコと私たちが組んで、私たちが生活支援や見守りのサポートを付ける。もし失業して家賃を滞納したら、就労支援もすると。その代わり、オリコの審査で通してくださいと、審査を落とさないための保証人の設定をする。その代わり、条件として、御本人負担なのですが、月に2,000円の見守り費用を我々が受けて見守りをしていくと。オリコのサービスの中で月に2回のオートコールの生存確認機能もありますので、そういうことを与しながら、審査で落とさない生活支援付きの保証というのを数年前から始めています。

次ページです。従来の債務保証になると、入居者が大家さんにお金を払わないとそこで事故が起こって、大家さんが家賃を払ってもらっていないといって債務保証会社に連絡し、債務保証会社が保証とともに入居者に問い合わせると。これでやると、実は大家さんが家賃滞納に気付かないといつまでも発覚しないのです。もっと言うと、大家さんが「良い大



家」で、来月まで待つてあげるなどと言っていると大変なことになるのです。オリコになぜ私たちが目を付けたかという、実はオリコが入居者と大家の間に代行収納といって、家賃や自分たちの債務保証料をまず入居者から債務保証会社に入金して、それを大家さんに払うと。こうなると事故の発生情報が一番早いタイミングで発覚するのです。そのタイミングで抱樸の生活サポートセンターに連絡が来て、すぐに対処するという仕組みを作って、現在まで4年たちましたが事故はゼロできています。大体この仕組みを使っている人は、ちょっとそういうつわものばかりなので、その人たちがこの仕組みを使うことで事故ゼロできているということになります。

次ページです。ポイント⑤ですが、物件自体はどうかと。先ほど国土交通省さんから全国で820万戸も空き家があるという話があって、空き家があるのに入るのが難しい人がいるという変なことになっているわけです。では物件をどうするかと、結論から言うと、不動産の市場にすぐにでも使える物件がたくさん登録されているので、そこの不動産屋さんと連携を作る、多機関連携です。連携を作ることで不動産屋さんにも見守りの一役を担ってもらって、こちらからはお客さんを紹介する。不動産屋さんもそれがビジネスになりますから、WIN-WINの関係で進めるということです。

今、北九州・福岡で53社の不動産屋さんという居宅協力者の会というのを十数年前に作って、例えばこういう人がいます、仕事はどこどこに決まりました、お金がないので自転車か歩いていける距離にアパートを探していますというファックスを一斉に流すと、その日のうちに物件の紹介が来ます。あとは不動産屋さんがちゃんと現地まで連れていってくれるという、そういう連携の仕組みを作りました。つまり、余り無理して探さなくてもあるということです。物はある、そうするとマッチングとか、見守りとかというお世話をする人がいれば、十分に対応できるということです。

次ページです。これは2017年度ですが、うちの年間の居住だけの相談件数でいうと364件、入居支援までやった人が229人ということで、100%対応できるということです。居住支援法人については先ほど説明がありましたので、簡単に触れておきます。一言で言うと、居住支援法人だけで生きている法人はいないということです。つまり、居住支援法人というのは看板なのです。大本を社会福祉法人だったりNPO法人だったり、自分たちの得意な事業をやっている人たちが、居住支援法人という新たな看板を加えるというものが居住支援法人なのです。

だから、不動産屋さんが居住支援法人になったり、ホームレス支援団体が居住支援法人になったり、そうすると、障害分野でいうと既に居住支援を日常的にされている方々がほとんどだと思えるのです。ですから、居住支援法人は今340ぐらいしかいないのですが、これは気付きの問題で、自分たちがやっていることは居住支援ではないかということを経験できれば、居住支援法人は無限に増えると、潜在的なプレーヤーが非常に多い分野であるということだけ、言いたいことはいろいろあるのですけれども、国の補助金が1,000万円と書かれていましたが、実際はどうかという話はいろいろあるのですが、そこはまた今

度ということで次ページをお願いいたします。

居住支援法人のための全国組織を立ち上げました。村木厚子さんと、全国の賃貸協の会長の三好修さんと私の3人が協同代表になっています。今、180 ぐらいの団体がこれに参加しているということです。働きはこのような働きをしております。次ページです。ポイント⑦ですが、家族機能の社会化ということで、地域共生社会に向けたアプローチです。身内の責任だけでは持たないということで、社会化が必要だということです。すみません、他機関の「他」が普通は「多」ですよ。これは打ち間違いです。多機関連携体制の構築で、制度の連携、専門機関の連携あるいは地域の連携、家族機能をどう社会化するかということです。

抱樸では、地域で互助会というのを作って、誰でも入れます。月に500円の会費で、今、八幡東区で270名ほどが入会しています。そのうちの仲間の会というのが元ホームレス当事者です。約半分が元ホームレス当事者で、あとは地域の方です。バス旅行や様々な楽しいこともやるのですが、下の写真が私の教会でお葬式をしている場面なのですが、結局お葬式を出せない問題というのが居住支援問題においては非常に大きいのです。大家さんの拒否感情の中の1つが、死後事務の担当者がいないという、家族がないということです。ですので、ここを地域で担う仕組みを作りました。結果としては、大家の拒否がなくなったのです。最後はやってくれる人がいる、互助会葬という葬式があるということです。これまでに200人ぐらいお葬式をしていて、お骨は残念ながら家族が現れませんから、ほとんど全て私の教会で引き受けている状態です。

次ページをお願いいたします。この写真は、よくいろいろな大臣が視察に来られたりしたときにお見せする写真です。これは、お葬式の後の骨揚げの写真なのですが、家族写真に見えるでしょう。これは全員、赤の他人なのです。一番端の女性は、うちのスタッフです。真ん中の女性はボランティアさん、あとは元ホームレスのおじさんたちです。だから、いかにも家族写真に見えるのだけでも、こういう仕組みまで範ちゅうとして入ってくるのが居住という概念だということを象徴する写真です。

次ページです。ポイント⑧として、居住は先ほどの国交省の絵で、厚労省の施策は縦割りできている一方で、国交省の施策は横ぐしで通っているというあれが象徴的で、正にああいう体制、包括的な体制をどう作るかというのが大きな政策上若しくは現実的な課題です。だから、役所が縦割りだけでなくプレーヤーも縦割りで、国交省系の不動産屋さんは厚労省の施策を知らない。厚労省系のプレーヤーは国交省の施策を知らないという、そういうことをどう一体化させていくかということです。

次ページは居住支援協議会ですが、福岡の場合は居住支援法人の連絡協議会と居住支援協議会の2つを作り、居住支援法人の連絡協議会は私が代表をしているということです。政策上の課題としては、住宅ストックの福祉的な活用の仕組みが必要だということです。福祉的といっても施設を作るのではなくて、柔らかいというかおおらかな見守りや支援が付いている民間住宅をどう確保するか。あと、家賃補助の仕組みをどう考えるか、さらに、

支援する人を確保する仕組みで、この辺は厚労省や法務省が得意なことで、住宅ストックは国交省という、そういうところで一体化できるかということです。

次ページです。駆け足で行きますが、先ほど事例としてサブリースという言葉が出ましたけれども、うちがやっているサブリースモデルを最後に紹介して終わります。課題のマッチングで、不動産オーナーさんは空き家が顕在化して困っていらっしまった。でも、貸すにも先ほどの大家さんの心配があつて、なかなか貸せない。債務保証会社は家賃滞納問題を抱えて困っていると。NPO 法人は、生活支援は得意なのだけれども、その費用負担が本人から頂ける部分というのはやはり僅かなので、これをどう賄うかと。だから、地域で3人の困った人がいたのです。3人の困った人をドッキングすることによって新しい価値を生み出すという、こういうのを本当の貧困ビジネスというのかもしれない。問題を抱えている連中が共闘していくということです。それで何をしたかということ、田園興産という不動産オーナーからサブリースの物件を借り上げたということです。

次ページです。結構、立派でしょう。10階建てのビルで、耐震、耐火です。築30年以上はたっていますが、ここを借り上げました。どういう仕組みを作ったかということ、もともと3万円から3万5,000円のワンルームマンションだったのを、大量に空き家になって困っていらっしまったので、うちの法人が月に2万円で借り上げました。生活保護の北九州の一人暮らしの家賃のレベルが2万9,000円なのです。その最低家賃で貸すということを決めました。それをするによって、一部屋に9,000円の差益が出るのです。これと個人が払っている2,000円を合わせて、一部屋につき月に1万1,000円の支援費用を負担できるようになったと。これを71室やると、年間で937万円の収入になります。NPOだったらここで人が3人ぐらい配置されてしまうというレベルにいけるということで、いわゆるサステナブルな、継続可能なモデルとしてこういうことをやったという話です。ここに不動産会社、債務保証会社、そして生活支援が得意なNPO法人、この3者が組んでこういう形を作れたということです。

次ページです。これも時間があるときに見ていただきたいのですが、制度外でやっている民間の支援付き住宅と理解してください。しかし、中に入っている人はこういう課題を抱えた人、下は10代から上は80代まで、障害も様々です。HLと書いてあるのはホームレス経験者です。就労している人もいれば年金の人、あるいは生活保護の人、生活保護ばかりでもないのです。ということで、「プラザ抱樸」はごちゃ混ぜで、建物や施設に関しては、制度を一切使わないで支援付きを可能にしたというのがサブリースモデルです。

次ページです。こういう方々です。ごちゃ混ぜが制度外の良さ、地域という概念そのもののなのです。ですから、構成でいうと10代から80代までごちゃ混ぜで、収入も生活保護が30名、その他就労等をしている人が21名、一番最近入ってきたのは16歳の女の子で、特定妊婦さんです。子供を産んでどうしようもない、行き場がないということで引き受けたということです。さらに、就労支援も付けていますので、入居者51名中22名が就労、60歳以下になると29名中18名が就労ということで、ここに入ると仕事の紹介までできる

ということです。

次ページをお願いいたします。このようなイメージです。制度と非制度の組合せ、官と民の組合せということで、実はこのビルの中に障害グループホームを2ユニット入れたり、今後は自立援助ホームや自立準備ホームも考えるということで、制度と非制度をミックスにして、サブリース型で展開しているということが特徴的です。

最後のページは、私が今考えている空き家活用型の住宅支援モデルの奥田試案というので付けておきましたので、時間があるときに御覧ください。次ページで終わりです。御静聴ありがとうございました。

○齋藤地域移行支援専門官 奥田構成員、ありがとうございました。今、質問したい方はいらっしゃいますか。それでは、これまでの御説明を踏まえ、最後に事務局で論点整理の説明をさせていただきます。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。資料1の55ページを開いていただければと思います。これまでの整理と論点及び方向性の案という所の矢印の下のほうを御説明させていただきます。論点と方向性ということで、3つ挙げております。1つ目の○ですが、精神障害者等一人ひとりの困り事や、それに対する支援の積み重ねから地域課題を抽出し、当該課題を当事者やその家族を含めた保健・医療・福祉関係者等による協議の場において議論し、解決していくことを基本としてはどうかと。そして、この取組の主体、圏域や関係者等についてどのように考えるかということで、1つ目の論点としております。

2つ目です。地域課題の解決には、多職種・多機関の協働・連携の更なる推進が必要となることから、連携に関する研修を整理して、医療・障害福祉・介護・住まいなどの関係者の顔の見える関係の構築の推進、そして切れ目のない支援の提供体制の構築を図ることを基本としてはどうかということで、2つ目の論点としております。

最後、3つ目の論点ですが、居住に係る施策との連動や、居住支援協議会などとの連携についてどのように考えるか。そして、住まいの賃貸者、宅建業者や居住支援法人等への具体的な支援について、どのような体制や方策が必要であり効果的であるかと考えるかということで、3つ目の論点としております。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、これまでの説明等を踏まえ、質疑等に移りたいと思います。議事1と議事2に分けて議論を行いたいと思いますので、まずは議事1「医療と障害福祉サービスの現状と課題」に関する内容について、皆様から御質問、御意見がありましたら、オンラインの構成員も含め、挙手の上で御発言をお願いしたいと思います。なお、御発言についてはできるだけ簡潔に、2、3分程度でお願いいたします。岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。御説明ありがとうございました。議事2のほうは奥田さんの話になるのでしょうかけれども、奥田さんに、ごちゃまぜ支援の話をしていただいた後に、また堅苦しい話に戻ってしまっていて大変恐縮ですが、制度としては整理をしていかなければいけないと思いますので、意見を申し上げたい

と思います。

第3回の検討会の整理はよくまとまっていると思っておりますし、地域保健を全ての基盤に位置付けるということは重要なことだと思っています。論点整理の中で示されている協議の場の議論ですが、その前に、社会的な支援が必要で長期入院となった人の地域移行支援については、避けて通ることはできないと思っています。

今回、医療の枠組みではないところで取り上げていただいたのは本当によかったと思っています。つまり、社会的な支援が必要な1年以上の入院者の支援を、全てが医療の問題ではないというわけではありませんが、医療の問題ではなく、地域の体制整備と福祉の課題であるということを明確にしていきたいと思っています。この考え方は極めて重要で、このことにより、今なお存在している医療機関の責任論や、医療機関が責められていると感じることを払拭していきたいと思っています。

これについては資料の14ページにも示されていますように、社会的な支援体制の脆弱さによる課題であるということは明確なのです。もちろん、そこに携わっている私自身も反省すべきことは大いにあると思っています。大臣指針では、重度かつ慢性患者の症状を有する精神障害者以外の1年以上の長期入院者に対しては、退院支援等の取組を推進することを示しています。

この際、重層的な相談で必要なのは、医療機関が市町村や相談支援事業所と連携しやすくなる仕組みです。これが重要です。医療機関が当てにしやすくなるような仕組みが必要だと思っています。例えば入院形態によらない退院支援委員会の実施であるとか、包括的なマネジメントによる支援の拡大、あるいは入院を1年としないという目標があるわけですから、入院が1年となる時点で、社会的な支援が必要な人に対しては市町村の関与を明確にする。そういった制度設計の上で、協議の場については議論すべきだと思います。

そういったことがない中で、協議の場で全て解決できるかということ、そういったことではない。医療が連携しやすくなる、医療機関が使いやすくなる。元をたどれば御本人が望んでいる生活ですけれども、そのために精神科医療が使いやすくなる福祉であって、そういった議論が必要かなと思っています。

その上で協議の場について考えた場合には、保健医療を起点とするということと、福祉を起点とするということとを統合した基盤整備が必要なので、そういったことの議論を今後進めていきたいと思っています。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。吉川構成員、よろしくお願いします。

○吉川構成員 今、岩上構成員から、医療機関がもっと関われるようにといった御意見を頂いたので、私からも意見になるのですが、今回の論点の保健・医療・福祉関係者による協議の場のことと、連携に関する研修、顔の見える関係のことについて、医療職、看護職の立場から、意見を申し上げたいと思います。

今、岩上構成員もおっしゃったのですが、例えば今日の資料の内容について医療機関、医療職、看護職が、どれだけ分かるかということ、実はなかなかなじみがない、そういった

ところがあります。そういった面もあって、なかなか看護師とか医療職が、地域の協議の場に入っていけないといったハードルがあると思っています。

そこで、もっともっと地域単位で医療職、医療機関を仲間に入れていただいて、特に看護師も退院後の継続医療などを考えたり、先ほどの外交省の藤田課長の資料にもありましたが、要配慮者の入居支援のところでも、私がいろいろと地域を調査で回ったときにも、よくお伺いするのですが、お互いの安心感、トラブルとかいろいろな対応面で、訪問看護とか、看護師が関わっていることで、入居がスムーズにいつているという状況もたくさんありましたので、もっともっとこれからの時代に向けて、地域と医療機関のつながりを是非考えていただけたらと思います。

そこで看護師がいきなりケース検討とか、地域の協議会に入って発言をするというのは、なかなか難しいのかなと思います。これまでの私の経験でも、医療機関が加わっているときには保健所の保健師さんに橋渡しをしていただいたり、地域の中でコーディネートしていただいているケースが多かったという印象もあります。保健師さんは医療と福祉の両面の角度からもサポートができると思いますので、そういったコーディネートは是非保健所の保健師さんには期待していきたいと思っています。

それと、これは我々の反省点でもあるのですが、病院の中で地域移行や退院支援を考えると、精神保健福祉士(PSW)の方に任せきりという姿勢が今まで高かったかなと思います。退院後の継続医療という面を考えても、病院の中でソーシャルワーカー、PSW と看護師と一緒に活動できるような体制作りを、診療報酬のほうでもこれまでよりもきちんと検討していただけたらなと思います。

このように看護師、医療職が地域の方と関わる、もちろん顔の見える関係というのも非常に大事なのですが、地域の方と関わることで一番のメリットは、医療機関の職員、特に看護師などが、地域の支援力、ケア力がわかることです。地域の支援力、ケア力が想像付かないと、いろいろなことが退院困難要因になってしまいます。ですので、地域の方といろいろと関わる機会を作り、このように支援ができるのだということ、このように支えているのだといったところを実感することで、地域の支援力、地域のケア力の理解が深まって、もっと病院とか看護師ができることというのも考えられるようになると思います。是非そういった取組を、我々もいろいろやっていきたいと思いますので、いろいろと御支援いただければと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。先ほど挙手がございました岡部構成員、続いて櫻田構成員にお願いいたします。岡部構成員からお願いいたします。

○岡部構成員 岩上構成員、吉川構成員の意見に重ねる形の意見になると思います。全く賛成です。今回の資料で、協議の場の参加者が 50%ということがありましたが、少ないなという感想です。それがもっと増えてくるように仕掛けていく必要があるということの中に、退院支援委員会等に、きちんと地域や行政の方を呼んでいただくような仕組みを早急に整備すべきだというのが 1 点目です。

ただ、懸念していることは、医療と福祉で、そういった形でコミュニケーション量が増えて、やっていくことは非常に大事だと思うのですが、そうやってもまだうまくいかない部分があるのではないかと考えています。そこに吉川構成員がおっしゃっていましたが、行政の関与が必要であるとともに、次回の論点ではありますが、ピアサポーターがきちんと入っているという4者構造にしていくことが大変重要なことではないかと思っています。

ここに連携の研修の話もここにありますが、連携研修をするだけではなく、実際の事例で4者が協働し合うという風景にしていくことが大事かなと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。続きまして櫻田構成員、お願いいたします。

○櫻田構成員 当事者の櫻田です。私からは、今回の御説明の中で純粋に疑問に思ったこととか、当事者の立場からという形で発言させていただきます。

今回の資料の中で、地域移行とか地域定着の話もあったと思うのですが、実際の実態のところでは、実績があるところが、私としては思ったより少ないという印象をすごく受けております。資料を示していただいた中で、依頼がないために実績がない所が非常に多い割合を占めているところです。

そもそものところで、地域移行支援、地域定着支援を使うときに、御本人に御説明はしていただいていると思うのですが、分かりやすくとか、納得できるような説明がきちんとされているのかというのが、この資料を拝見した中で純粋に疑問に思ったことです。

私たち当事者は、入院はもちろんしたくないですし、できれば地域、自分が育った場所とか、住んでいた場所で生活をやり直したいとか、もう一度生活したいという気持ちがあるので、やはりそこに帰りたいという気持ちはすごくあるのですが、そこに帰るためにも、私たち当事者が納得ができるような形で、支援体制はこのような形でやっていきますとか、このような制度が使えるということ、きちんと説明していただかないと、私たち自身が不安で、なかなか退院支援にもつながらないと思うので、そこら辺を今後どうしていくのかというのも、議論の中で考えていかななくてはならないのではないかと思います。

説明するにも、紙を1枚渡すだけで、説明しましたという話も結構聞いたりするので、そうではなくてちゃんと対面で話していただいて、納得して制度利用ができるような流れをしていただけたらいいかなというのは、すごく思ったところですので、私を感じた意見として述べさせていただきました。

○齋藤地域移行支援専門官 櫻田構成員、ありがとうございます。続きまして、先ほど挙手のありました田村構成員、鎌田構成員の順でお願いいたします。田村構成員、お願いいたします。

○田村構成員 本日も御報告ありがとうございます。まず、医療と福祉の連携ということですが、前回の協議にもありましたように、市町村の位置付けをもっと明確にし、義務規定にすることにおいて、市町村の職員が、入院中の方に対しても今以上に関わっていただいて、福祉の必要性について、当事者への説明も含めて、責任をもってやっていただい

る体制は望ましいと思っています。

現在は、医療保護入院の方には退院後生活環境相談員が選任され、退院支援委員会等も必要に応じて行われていますが、これを医療保護の方だけではない形に広げていくことと、そこに市町村の方や地域援助事業者の方が入るようなことが、仕組みとして作られていくと、より連携が進むのではないかと考えます。

今回の資料の中で、精神科病院と障害福祉サービス事業所、特に相談支援事業所との連携の話が出ていましたが、よく連携が行われている医療機関が地域移行支援に関して唯一課題と感じているのが、どうしても手間がかかる、そして病院側には何ら報酬がない点で、使い勝手がよくないと感じられるようです。

地域移行支援を利用するということは、病院は病院でいろいろな努力をチーム医療として行っているから、そこに対しても何かしらの手当が付くように考えることによって、地域と連携しやすくなるよう、診療報酬による後押し等を考えていただけないのではないかと思います。

それから、そもそも地域包括ケアシステムの中で、病気や障害があっても安心して地域で生活できるようにしていくには何が必要かということだと思っておりますが、病気になったときに、安心してかかる医療というのが全体的に必要で、病院に対する敷居の低さが、昔に比べれば低くはなりましたが、時折、精神科病院の不祥事等の話がありますと、そこでイメージが一気に悪くなってしまいます。多くの精神科病院は努力されているのに、大変もったいないと思いますので、精神科病院における権利擁護の仕組みに関しては、精神保健福祉法を改正することも含めて、今後検討することを期待しております。今後の協議の中に示されている論点として、医療のことについては、「地域精神医療」となっているのですが、医療機関の中における特に入院医療の在り方について協議をする必要はあるのではないかと思います。

それから、計画相談にどうつなげていくかという話と、緊急時の対応がどれだけできるかということは連動しており、また、居住支援とも絡む話かもしれませんが、例えば、何かあったら困るので住居を貸せないとか、引受けられないということがあるわけですが、極力、そういった何かが起こらないような体制を御本人の希望の下に作っていくことが望ましく、そのためには様々なサービスが上手にマネジメントされる必要があると思います。

計画相談の質を上げることも必要ですが、相談支援事業者はどこも忙しくて、新規の依頼があっても受けられないとか、地域移行支援や地域定着支援の依頼があっても受けられないということがあります。絶対に計画相談支援を相談支援事業所がやらなければいけないのか、それともセルフプラン等で、自分で自分の支援サービスをマネジメントできる利用者を増やしていく。それは当事者に力を付けていただくということですが、そういったことも考えられるのかどうか、例えばピアサポーターの役割として、当事者が自分でサービスをマネジメントすることについて御一緒に考えていただくこととか、その辺りも次回以降、ピアポーターが論点になるようですので、是非情報があれば出していただける



といいなと思います。

もう1点、人材育成に関して、職能団体に調査がいろいろとされているのですが、例えばミクロの一人ひとりの支援を考えながら、そこから地域の課題、若しくは政策の課題といったメゾ・マクロのところまで視点を広げていくことに関しては、ソーシャルワークの重要な機能ですし、ソーシャルワーカーを教育している養成校も、そういった人材育成には御協力できるかと思います。各自治体で教育機関を輪の中に入れていただいて、一緒に地域づくりを考えていくことを目指していただけたらと思います。

こういったことをトータルに考えるには、市町村に専門職がいないと、難しいのかなと思いますので、是非配置の促進もしていただいて、精神保健福祉相談員の方が増えていくことを期待します。

○齋藤地域移行支援専門官 田村構成員、ありがとうございます。鎌田構成員、お願いいたします。続いて野口構成員、お願いいたします。

○鎌田構成員 報告ありがとうございます。医療機関から地域への早期退院が進められている中、退院された方が住み慣れた地域で長く生活を送るためには、本日報告のあった居住支援だけではなく退院当初から治療や療養支援といった、医療や介護、看護の介入が必要だと思っております。

しかし、本日の資料42ページ、協議の場の協議内容についてのグラフを見ますと、身体疾患を有する精神障害者の医療や精神医療について、退院後の医療継続等に対する支援の項目で、非常に実施割合が低くなっています。協議の在り方について協議の主催者にしっかりと検討していただきたいと考えます。

また、退院後を生活する中で病状の悪化も考えられます。そのときに早期発見をし、再入院を防ぐためには、生活の視点、医療や看護を一体的に検討して、フォーマルやインフォーマル等、地域の提供体制を作ることが、非常に重要です。正に地域包括ケアシステムです。市町村等において、このシステムを推進するということは、非常に大事だと思います。

ただ、精神障害を持った方のかかりつけの医療機関を見ますと、居住地の市町村を越えて通院、入院されている方も多くいらっしゃいます。地域包括ケアを推進していくためには、論点にあるように、一人ひとりの困り事や、それに対する支援の積み重ね、個別の支援も必要なのですが、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だと思っております。

そのためには、2次医療圏全体を俯瞰している保健所が中心となり、保健・医療・福祉、その他インフォーマルの方等も含めて、関係者等による協議の場を、2次医療圏単位に設置することで、重なりや空白となる状況がなくなるのではないかと考えております。

私も保健所の保健師をしていましたが、日頃、障害を持つ方と関わっていく中で、問題が複雑化、多様化していると実感しておりました。医療機関に勤務する看護師が大規模な協議の場に参加し意見を言うということは難しいこともあると思います。そうしたときに、

保健所保健師が開催する事例検討会等で一緒に課題を解決し、精神障害を持った方々を支援することが必要と考えます。また、その事例検討会に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、当事者の生活について一緒に考えていくことも重要かと思います。このような事例検討会の開催につきまして、保健所の役割として明確にする必要がありますし、精神保健福祉センターの強力なバックアップも重要であるため、前回の論点整理でされていましたが、それぞれの機関の役割を明確化する必要があると考えます。

○齋藤地域移行支援専門官 鎌田構成員、ありがとうございました。お時間もありますので、次の方からはできれば簡潔にお願いしたいと思います。野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 今までに長期入院の話が中心だったと思うのですが、地域包括ケアを考える場合には、入院に至らないで済む予防的な関わりが必要だと思います。そういう点では、外来で医療機関と障害福祉サービスがきちんとつながれるような仕組みということで、先ほどほっとステーション、長谷川先生がいらっしゃいますが、その事例も出されていましたが、そういうケアマネジメントを医療機関の外来レベルで、必要な人に行えるということによって、障害福祉サービスと外来レベルできちんとつながって、入院に至らない仕組みができるというのは大事なかなと思います。

それから、障害福祉サービス等の地域との連携で言いますと、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なと思います。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なと思います。これは高齢者の地域包括ケアでも、そのような訪問診療、在宅医療ということは非常に強く言われていると思いますので、その辺りの充実をどうするかということも大きな課題ではないかなと思います。

それから協議の場ですが、これも個別から地域の課題という、非常に大事な問題設定かだと思いますので、これは是非、どのようにやっていくかというのは検討したいと思いますが、PSW に来ていただくというのはとても大事なのですが、医師の参加がなかなか得られなかったりすると、実際的なことが決まらないということもありますので、医師の参加をどうやって確保していくか。これは訪問診療の医師の確保も大事ですが、そういう意味では、医師がどう地域に目を向けていくかということも大きな課題ではないかなと思っています。

○齋藤地域移行支援専門官 野口構成員、ありがとうございました。続いて江澤構成員、その次が長谷川構成員、その次が長野構成員の順でお願いいたします。

○齋藤地域移行支援専門官 江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員 一般病棟とか療養病棟では、診療報酬上に入退院支援加算の評価があって、入院前からの退院支援というのが、かなり各医療機関で取り組まれていますので、精神病棟においても、そういった考え方や仕組みの導入が必要ではないかなと思っています。

今年度の診療報酬改定で精神科退院時共同指導料というのが新設されておりますので、

そういった中におきましても、あるいは入退院支援の取組の中でも、地域移行支援あるいは地域定着支援というものが定着するように、また検討していただきたいと思います。

もう一点は、地域でいかに孤立しないかということが重要ですので、地域包括ケアシステムの観点から申し上げますと、住民を主体とした住民とのネットワークが極めて重要であると思っておりますので、こういった中で、論点にも「医療・障害福祉・介護・住まい等関係者の顔の見える関係の構築の推進や切れ目のない支援の提供体制の構築を図る」というようにございますので、私が過去に地元で取り組んで立ち上げたものを申し上げますと、1つは地域ケア会議の一環として、毎年講演を行って、その後に地域住民を多く交えて、行政関係者、専門職が入ったグループワークを開いておりますし、もう一つ在宅医療・介護連携推進事業の取組としては、行政関係者と医師会の役員等と、要は顔の見える関係を作るために、これも研修とグループワークを開いて、要は平場で、同じ議題でディスカッションするということは、会議は多いのですが、なかなかないので、そういったことで功を奏しているということもございますので、是非そういった形であの手この手でいろいろ顔の見える関係を構築していただきたいと思います。特に、住民とのネットワークは重要ですので、やはり住民の方の御理解で、地域で孤立しないような取組を是非強く推進していただければと思っております。ですから、協議の場においても、住民の方を交えたり、いろいろと意見を反映できるようにしていただければと思っております。

○齋藤地域移行支援専門官 江澤構成員、ありがとうございました。長谷川構成員の前に、櫻木構成員、お願いできますでしょうか。

○櫻木構成員 日本精神科病院協会の櫻木です。極めて具体的に、簡潔に3点ほどお話をします。

田村構成員からも触れられましたが、前回の精神保健福祉法の改正で、いわゆる保護者制度が廃止になった、その見返りということでもありませんが、退院の促進ということで退院後生活環境相談員の選任、医療保護入院者退院支援委員会の設置が義務付けられました。医療保護入院の患者に関しては、こういったもので退院を促進しているということですが、これはこれでかなりエネルギーを要することです。

田村構成員がお触れになりましたが、今後、医療保護入院以外の入院形態の方についても、こういった仕組みが活用されるということになるかと思えます。診療報酬上の評価をと田村構成員が御指摘になっていますが、我々、この退院後生活環境相談員、あるいは医療保護入院者退院支援委員会について、診療報酬上の評価というものをずっと求めてきているわけですが、厚生労働省の担当課では、いわゆる法律で決められたことに関しては、診療報酬上の評価は難しいということですので、何らかの形で、それに対する評価というのを頂ければと思っております。

それから、医療と障害福祉サービスの連携ということに関してですが、確かに、ケア会議あるいはカンファレンスということも行われています。でも、一番大事なものは、私が常々考えているのは、主治医の意見書を活用する在り方が必要なのではないかと考えていま

す。

現在も主治医の意見書というのは、支援区分の審査のときに、いわゆる施設系の介護給付サービスを受給する場合には活用されますが、いわゆる訓練等給付等のサービスに関しては、活用が十分になされていません。ですから、主治医が知らない間に、何らかの障害福祉サービスが開始されていることもありますし、それについての連絡、報告も受けないでいるということもあります。ですから、主治医の意見書というものを、もう少し活用するようなことを考えていただければと思います。

それから、ピアサポーターに関しては次回以降の議論ということでしたけれども、きちんとピアサポーターも報酬を得られるような仕組みが必要だと思います。例えば病院でピアサポーターを雇用するというようになったときに、いわゆる学生が使っているインターンシップの考え方を入れて活用したらどうかと考えています。いわゆる試験就労であるとか、インターンシップによって就労の経験を積んでいただくというのが趣旨の制度です。ですから、障害者が、今は福祉的就労というようなこともやられていますが、インターンシップという考え方で、試験的な就労をされる、あるいは就労の経験を積んでいただくということも考えていただいたらいいのではないかと考えています。

○齋藤地域移行支援専門官 櫻木構成員、ありがとうございました。長谷川構成員、お願いいたします。

○長谷川構成員 全体的な図表や絵が、入院を起点にしているので、地域生活の定着を図るのでしたら、図表自体の、全体的に表現も考えたほうが分かりやすいですし、発想も進むのではないかと思います。

同時に、ケア会議に対する評価は、現在のところ、入院した方が退院するときの共同指導料から始まる仕組みになっていますが、これもケアマネジメントが必要な人について、地域生活を支えるものをケア会議を評価していただければと思います。そして、それは入院の有無にかかわらずということです。それが結果的に入院を減らすということになると思います。

また、外来機能しか持っていない診療所のような場合、難しい人を地域で支えるときに、医療観察法の後方支援病院のような位置付けで、精神科病院もケア会議に入っていたときに、その病院にも何らかの報酬や評価が付くような形にいただければ、また地域連携が進むのではないかと考えています。

もう一つ多機能の研修ですが、日本多機能型精神科診療所研究会というのが、職能団体として平成 27 年度からあります。そちらでも研修があり、今年はコロナで難しかったのですが、そちらでも行っていますので、情報だけお伝えしたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。続きまして、伊澤構成員、お願いいたします。

○伊澤構成員 精神保健福祉事業団体連絡会の伊澤です。様々な御意見を頂いて、私は医療と福祉の接点をいかに拡充していくか、それが非常に大きなテーマだと思っています。

にも包括の大きな眼目は地域移行の促進と再入院防止、この２つの大きな柱になっていると思います。それをしていくために連携が欠かせないし、そこを肉厚にしていくという試みが是非重要だと思います。

先ほど来から意見が様々に出ていますが、例えば退院支援委員会のほうに、もっともっと地域の関係者あるいは行政の部署の方を呼んでいただきたい。余り呼ばれていることが件数として上がってきていないと言うか、そういう声が聞かれていない現状がありますので、連携をもっと深めるためには、委員会への招聘をもっと加熱させてほしいという思いがございます。当然、対象の方を拡大していくこともございます。田村構成員がおっしゃったように、医療保護入院の患者だけでなく、それ以外の種別の方々に対しても、きっちりとした関与が必要だと強く思います。

それと、もう一つ要素として、入院医療の関係者の方が地域へ出て、協議の場にしっかりと関与していただくということも同時に進めていくということがとても大事だと思っております。障害者自立支援協議会が各地で行われております。にも包括の協議体の前に、自立支援協議会の部会構成も含めて、それなりに活発に動いている地域もございまして、そこに医療関係の方が参与しているところが、先ほど来データでも出ておりましたが、このデータをもっとパーセンテージを上げていくということはもちろんなのですが、全体会とか、総合的な話合いの場に医療の方が出るだけではなくて、部会とか、ワーキンググループのようなものを形成しながら、個別の支援課題に向けて動き出しているということもございますので、是非そういう細やかな所に参与していただくような形も、これから先は考えていただきたいということを強く思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。お時間もございますので、一度ここで次に移らせていただければよろしいでしょうか。その次にまた機会を設けたいと思います。取りあえず次の議題に入らせていただければと思います。

続いて議事２の「住まい支援のための医療保健福祉の連携について」、皆様から御質問、御意見がございましたら、挙手の上で御発言をお願いいたします。岩上構成員、お願いいたします。

○岩上構成員 藤田課長と奥田構成員の話は大変分かりやすく参考になりました。居住支援協議会、今までこの精神系の検討会ですと、居住支援の課題になったときに、居住支援協議会を活用することの一边倒でして、その細かい内容を議論することができていないまま来ている。これは内閣府の障害者政策委員会も同じなのです。協議会さえあれば何とかなるみたいな話できていましたので、今日のような各論の議論を進めていくというのは非常に重要だと思いました。ただ、奥田構成員がおっしゃったように、実際に精神障害者の支援をしている相談支援事業所であれば、不動産屋さんとの連携なしに、あるいは大家さんとの連携なしに支援というのは基本的にはあり得ないと思っているのです。そういう意味では、もう少し精神障害を支援している、特に居住支援で、奥田構成員が言われる生活支援も含めてですけれども、今までにもいろいろな推進事業等を精神・障害保健課で走ら

せていますけれども、その辺りで見えてきた課題があるのではないかと、そういったところとのもっとネットワークが組めるのではないかなと思いました。

もう1つは、居住支援協議会は都道府県ごとにやっていますけれども、範囲が広すぎるというか、申し訳ないのですが、それがごちゃ混ぜでいいのですけれども、精神障害を主たる支援としている者からすると、居住支援協議会の範囲が広すぎて、なかなか都道府県が焦点を絞れていないのではないかと。そういう意味では、この居住支援協議会のネットワークの中に居住支援法人等が入っていますけれども、相談支援で地域生活、精神障害の支援をしている者を、きちんと都道府県の居住支援協議会に配置する仕組みを作っていたら、もう少し幅広の議論ができるのではないかなと思いました。これは感想になりますけれども、以上でございます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。

○岩上構成員 奥田構成員、何かございますか。

○齋藤地域移行支援専門官 奥田構成員、お願いします。

○奥田構成員 すみません。ありがとうございます。おっしゃるとおりで、そもそもこちらの協議の場に住まいの関係者が2割しか出ていないと。一方で、居住支援協議会にも逆の参加がないわけです。ですから、これはまず総合的にやらないと、居住支援協議会がもうあらゆるプレーヤーが集まって、居住という横ぐしで議論しているかといったら、実はそんなことができて自治体はほとんどないと私は思います。主にやはり不動産関係の議論が中心になるということです。それともっと言うと、今回の書類の中に出てくる、個別のケースからやるという発想は生活保護・救済でもやはりこういう発想です。ですからあて職ではなくて、逆に言うと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居住協議会もなっていないのです。個別ケースをほとんどやっていない。ですから居住支援協議会の改革も一方でこれは進めないといけない。だからお互いに相互乗り入れをしないと顔が見える関係にならないし、そのポイントは個別支援だということです。

それともう1つは、蛇足で御免なさい。今日の私の報告の中で全般的な話をさせていただきましたが、この会議に出てから私が思うのは、医療だったら医療の報酬、障害だったら障害の報酬というのがあるけれども、居住の部分に関してはそれがないというのが最大の問題なのです。だから結局、居住支援をやるということに関して、それがないからサブリースモデルのような民間活用型のソーシャルビジネスモデルを作らざるを得ないということなのです。ただ、これはうまくいけば、うまくいくけれども、立ち上げの費用から含めて相当大変なのです。ですから報酬という概念をこの居住支援の部分に入れるかどうかという話も含めて、私は今後議論していただきたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。田村構成員、お願いいたします。

○田村構成員 ありがとうございます。度々すみません。居住支援に関しては、相談支援事業所等が、自立生活援助の話がありましたように、緊急時の対応などきめの細かい対応をすることによって、緊急連絡先がない方や孤立死の心配がある方に対しての事前の策が

かなりできるのではないかと思います。まだ非常に実施事業所が少ないですし、今後その基盤整備量の目標値等を掲げる中でも、市町村として考えていただけるといいなと思います。ただ、この検討会が精神・障害保健課で行われているので、こういった話の実効性はどのくらいなのかとか、隣の障害福祉課と連携していただけているのかどうか、よく分からないのでお聞きしたいのです。事務局からお答えいただけたらと思います。

もう1つは、物件はあるのだけれども、生活のスキルがない方に対して、やはりヘルパーさんはとても大事なのですが、ヘルパー事業所の中には、残念ながらいまだに精神障害の方となると、お断わりされるというのが、現場のソーシャルワーカーの実感です。かつては精神障害の方というのは、本当に障害福祉とは別立てで処遇されていましたが、もう3障害が一元化されて20年近く経とうとしているなかで、それでもまだ普及啓発が必要だということを認識した上で、ヘルパーを養成することに関しても、是非、人材養成、育成のところで考えていただきたいと思います。これに関しても、どちらかというところ、障害福祉課の範ちゅうかなと思っております。そういったことについて、今後もどの程度ここで扱っていただけるのかをお聞きできればと思います。以上です。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。田村構成員、ありがとうございます。ただいまの御質問に関しての回答ですけれども、この第1回目の検討会でも少し申し上げたと思いますけれども、今回の検討会では幅広く御議論いただきまして、課題を整理していきたいと思っております。この検討会の開催に当たりまして、国土交通省、他省庁も含めて、厚労省内部でもうちの課以外の他の課ともかなりいろいろディスカッションをしておりますので、今回の検討会では、幅広く課題をまとめて整理をして、今後につなげる報告書を取りまとめたいと考えております。

○齋藤地域移行支援専門官 続きまして中島構成員、お願いいたします。その次に朝比奈構成員、お願いいたします。

○中島構成員 どうもありがとうございます。皆さんのお話を聞いて、大変勉強になりました。特に奥田構成員の話には感激いたしました。当事者の方々が、ワンストップで適切な支援を受けられないという現状が問題なのです。だから、そのためにはやはり実際にやっている市町村の役割を明確にして、これは市町村が主体的にやらなければいけないことなのだとすることを、今回ちゃんと分かるように、かつ、半分義務化できるように、言ってみれば政省令を改正しないと、前には進まないのではないかと思います。会議をやっているだけでは進まないと思います。

もう1点は、いろいろな所で言われますが、自助、共助、公助というものですけれども、共助と公助の間がどうもはっきりしないような気がするのです。これは国と自治体との間で難しいところかもしれませんが、その辺りもちゃんと整理して、そしてどの職種であっても、患者さんの人生、つまりペイシェント・フロー・マネジメントという考えの中で、きちっと自分たちは、今何をしているかということをよく分かってやっていただきたいと思います。質問ではありませんでした。失礼しました。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。朝比奈構成員、お願いいたします。

○朝比奈構成員 ありがとうございます。中核支援センターがじゅまるの朝比奈です。今日、様々に勉強させていただきました。2点ほど申し上げたいと思います。1つは、私たちの地域でもホームレス支援の団体がさまざまに活動を広げてくださっていて、居住支援法人も特定活動をしています。実際のところ、病院からの連携ということでは、障害福祉サービスだけではなくて、このホームレス支援団体、居住支援法人にもダイレクトに連携の要請がいくというような状況もあって、実際のところはかなり厚労省が描いている絵よりも広い範囲でいろいろなつながりが動いているのではないかと実感しています。場合によっては、制度の中で動いている人たちが困難だと感じて受けられない相談ケースについて、ホームレス支援団体が要請を受けて動いていたりするような実情もあります。この辺りについてはさまざまな角度から検討する余地がありそうな気がしています。

やはり精神障害の方々の一番生きづらさの最たるものが、やはり人との距離感をどのように作っていくかというところなのではないかなと思っています。その意味で奥田構成員がスライドの最初のほうで説明されていた、施設ほどではない見守り支援を具体的にどのようにしていくかというところが、例えば治療を継続するという意味でも重要だと思いますし、それから住まいの場を安定的に確保するという意味でも重要だと思います。これを障害のある御本人から選んでいけることが重要で、その点では障害福祉以外の選択肢があることが、ある意味、とても幅広のケアシステムになるのだろうと思っています。

もう1つは、地域定着支援とか、地域移行支援とか、自立援助というようなメニューが示されて、もちろん有力な支援のリソースだと認識していますけれども、やはり奥田構成員のお話に私たちが学ばなければならないのは、いろいろな議論があると思うのですが、奥田構成員たちの取組は少なくとも死後まで見据えているというところだと思うのです。長く続く人生の最後のところまで見届けるぞという気概をもって、仕組み作りをされているというところで、例えば地域定着や自立生活援助はいずれも1年とか2年とかの期間限定ですから、いいときも悪いときも含めて長い人生にどういうように距離感を持ちながら伴走していくか。この仕組み作りをどうしていくかが極めて重要なだろうと思っています。その観点で言えば、先ほど奥田構成員が居住支援にどういう基盤が必要かを議論する必要があるとおっしゃいましたが、私も正にそのとおりだと思っています。特に身寄りがない人が多いということを考えると、やはり公共性の基盤はとても重要だろうと思っています。その辺り、ある意味、長期入院の人たちというのは、いろいろな問題を象徴的に表わしている課題を持っていらっしゃると思っています。そこを突破口に、その問題についても議論を広げていくことができればと思います。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。次は藤井先生にお願いするのですけれども、ここで議題2は区切らせていただいて、議題1で挙手されていた長野構成員にお願いいたします。藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。私は自治体でアウトリーチ支援等を行っているの



ですが、その中で住まいの確保が課題になることがしばしばございます。大家さんや不動産業者の方は、何かあったときにどうするのだといった心配をされていらっしゃることも多いようです。アウトリーチ支援の支援対象となっている方の中には、何かしらの行動上の特性があって、近隣の方とトラブルになった方もいらっしゃるって、同様のトラブルがまた起こるのではないかと心配されるようです。何か困りごとが起きたときに駆け付けることができるのか、医療と福祉がしっかり連携して、大家さんの心配ごとの相談に乗れるのか、そういうような体制ができていることで安心して受け入れてくださることもあると思います。

先ほどから野口構成員、長谷川構成員などもおっしゃっていましたが、しっかりケースマネジメントをして、その上で、必要なときにはその場に行って相談ができること、ご本人の相談だけでなく、大家さんや近隣の方の相談にも乗れるようなサービスが必要ではないかと思います。医療でも訪問診療や往診あるいは訪問看護などの枠組みで対応できる場所もありますが、医療福祉のサービスの範ちゅうに入らないような支援が必要な場合もあって、そういうときは自治体が核となったようなアウトリーチ支援がかなり有効なのかと思います。

医療と福祉の連携については、どのように連携したらいいかは、今回の資料で示されている好事例に示されています。旭中央病院とかほっとステーションの事例、我々の研究データなどを示していただいていますけれども、これらを見れば、どうすればいいかはほぼわかっているわけです。でもなぜそれが普及しないのかを考えてみますと、医療機関の負担が大きすぎることも一因だと思います。これら好事例の医療機関が行っているサービスのうち、診療報酬がつかないサービスはどの程度あるのかというデータもありますので、制度設計する上では、そのような観点も取り入れていただく必要があるのかなと思います。

あとは医療と福祉のことに戻りますが、医療側から福祉を利用するときに、事業所によっては精神障害の方の支援に慣れていないところもあり、精神障害の方の支援に自信がないといわれることもあります。そのため研修については、多職種の研修を進めていただくのみでなく、たと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オン・ザ・ジョブトレーニングができるようにするといった工夫も大事なのではないかと思います。

あとは障害福祉サービスの相談支援がかなり伸びているとはいえ、人手不足で新規の計画相談がなかなか受けられないということ場合もありますので、先ほど田村構成員からもありましたけれども、セルフプランを支援する仕組みとかも考えていく必要があると思います。手続の煩雑さを指摘する声もありますので、いろいろ制度を新設するのも大事なのですが、簡略化できるところはないかを考えていくのも今後必要ではないかと思います。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官　ありがとうございます。議題1に戻ってしまうのですが、長野構成員が先ほど挙手されてしまったので、お願いします。

○長野構成員　すみません1点、ケースマネジメントの有効性が資料で多々示されている

と思います。長年の課題でもありますし、とても重要なことなのですから、ケースマネジメントがどうきちっと御本人に届くか、希望する方に届くかというところが、とても大事なことになると思います。やはり計画相談、福祉サービス利用を前提とした計画相談、総合支援法の中の相談支援だけではケースマネジメントがどうしても適切に届きません。先ほど朝比奈構成員がおっしゃられた死後も見据えた距離を取った伴走型支援にも、その中間が要るのだらうと思うのです。診療所に PSW の配置の問題で前回の検討会でも出てきたと思いますけれども、ずっと御本人に寄り添って、必要なときにケースマネジメントが効く仕組み、これがもう福祉サービスに限定しないというところも含めて、それがまた伴走型支援も視野に入れたケースマネジメントの検討をきちっとしないと、いつまでも福祉サービスを使う、入院するという以外の方々、とても大事な方々がずっと誰も見守っていないという状況になっていって、ここがまたクライシスを起こしてくることになるので、さまざまな重層的なケースマネジメントの仕組みを構築していく必要があると思います。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。最後になりますが、山本構成員、小阪構成員、お願いいたします。

○山本構成員 全国精神保健福祉相談員会の山本です。第3回では、市町村における精神保健業務に関して検討の機会を頂きましてありがとうございました。今日のテーマである居住支援については市町村としてはまだまだ手が付いていないところと認識しています。一方では、公営住宅の維持管理や空き家対策は多くの自治体の課題となっていると思います。今、それぞれの構成員の先生から市町村への強い期待の御意見を頂きまして、これから市町村がこのにも包括の仕組みに、どうやってどこから着手していくか、まず、福祉の起点というのは既に始まってきていますし、前回お話をした精神保健の起点というところでは、それぞれ自治体規模が違う中で、各市町村が、保健所と連携しながら地域の医師会等と協議し、どのようにして地域精神医療保健の体制を組むのか、行政職員が中心となってどのような形で「我が町のご当地システム」を担うのか。先ほど構成員の先生からありましたが、市町村の人材のところについては、とても重要なところですが、相当に業務量が増えることにもなるかと思いますが、今一度、整理をしながら、現場に実装できる形をどういうスケジュール感でやっていくのかというところを、もう少し具体的に検討会の中で進めていただきたいと感じております。

といいますのは、にも包括がいかに、ご当地の社会資源を活用し、当事者の方を中心に、他領域の課題を踏まえベストミックスで重層的な支援体制を作るか、そこで市町村の職員、つまり行政職と専門職がそれぞれの専門性を発揮し、政策として立案し、住民や関係者間のファシリテートができるかどうかというところが、今後、問われてくるかだと思います。地元で住民の参画をさらに推進しなければいけませんし、保健師や地域の援助事業者とすでに取り組がすすめられている在宅医療・介護連携や子育て支援ネットワークの方々、居住支援の方々とがいかに相互に連携し協議を進めていくか、その協議を進めるた

めの知恵を持って、実装していくためには、より専門性をもち社会開発ができるソーシャルワーカー、つまり精神保健福祉士などの人材配置が必要になってくると思います。居住支援は多くの自治体でこれからの取組となると思いますので、そういうところも含めて、広く取り組む必要があるだろうと思っています。その中で大切なのは、誰のためのシステムか。住民の一人としての当事者の参画を中心におき共助の取組を具体的に進めるのに、どのような形で精神のにも包括が他の領域の包括同様の規範的統合により共助を作り直していくかも含めて考えていければなと思いました。今後、何回か議論の中でその辺りを構成員の先生方と御意見を交換できればと思っています。ありがとうございました。

○齋藤移行支援専門官　ありがとうございます。小阪構成員お願いします。

○小阪構成員　ありがとうございます。日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪です。また、当事者性を持った立場から発言させていただければと思います。振っていただいてありがとうございました。振っていただかなかっただけ、やはり発言するのは難しいですね。うまく言えるかどうかちょっと分かりませんが、3点だけ、伝えたいなと思うことがあります。まず、地域移行については、サービスの提供実績が少ないという調査があったと思うのですが、プラス、45ページには退院したいという希望が約6割あって、退院したいということがイコール地域移行支援を利用したいということにはならない気がするのです。地域移行を利用したいという当事者の人たちがいて、サービスが利用できていない、その乖離がどれくらいあるのかというのを私は知りたいと思いました。そこはすごく切実だと思うのです。単にサービス提供者側だけの調査だけでは見えないところがあるのではないかと思います。つまり、誰のためのサービスかというところです。

あと、40ページにお示しのいつものイメージ図でも、本人と住まいは中心に据えていただいていると思うのです。今日の議論の流れ、文脈を踏まえて申し上げたいことは、住まいというところが困り事の中心に近い部分にもしあるのであれば、地域包括ケアの協議の場において、当事者やその家族を含めた保健・医療・福祉等で「等」に括られている部分から、居住関係者の人は特出しで出したほうが分かりやすいのではないかと思います。というのも、もちろん住居も、奥田先生がおっしゃったように、とても私たちも大事だとは思いますが、保健とか医療とか福祉だけで、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、議論する協議の場として、それで資するのかというところが疑問なのです。少なくとも、今日の議論から言うと、住居については「等」に含まずに特出ししてほしいなと思いました。

あともう1点、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ということを、少し当事者目線で言い換えさせていただければ、地域でリカバリーを歩んでいくということになるのだと思うのです。私たちからすると、そのリカバリーの過程で外せない要素が2つあって、まずエンパワーメントです。資料を検索させていただいたのですが、エンパワーメントという言葉は一切出てこないのです。なので、エンパワーメントの要素を本検討会の最終的な取りまとめにおいて、イメージ図を出すのであれば、そのエンパワ

ーメントの要素を是非入れていただきたいというのが1点です。

あと、スティグマの解消です。地域で安心して暮らしていくときに、私たちの中にあるスティグマ、あるいは世間一般にあるスティグマを解消していかなければ、地域で安心して暮らしていくことは実現しないと思うので、それもエンパワーメントと同じように、イメージ図、あるいはあるべき姿として、示していただきたいと思いました。以上です。

○齋藤移行支援専門官 ありがとうございます。それでは本日のこれまでの議論を踏まえ、最後に神庭座長から一言お願いしてもよろしいでしょうか。

○神庭座長 前回に引き続き、Web 会議となりましたが、今回も皆様から非常に多くのまとまった、かつ、貴重な御意見、御提案を頂きまして、誠にありがとうございました。全ての御発言が今後の検討に値する貴重なものだったと思っております。

また、奥田構成員から、NPO の抱撲が長年取り組んでこられた居住支援、今後の参考になる貴重なご報告だったと思います。国交省の藤田課長には、住宅セーフティネット制度の取組について御報告いただき、ありがとうございました。こうして聞いていますと、地域移行支援とか、地域定着支援、基幹相談支援センター、地域生活支援拠点、住宅セーフティネット制度など、重要な取組が進められているように思います。しかしながら、それぞれの現状調査からは、これらの制度がまだ十分に機能を発揮できていないのではないかと、実効性のある取組を考えていく必要性が今後残されているなと思います。

また、ピアサポーターを含めて、多職種の人材育成、これを力強く進めていく必要性などが今日の論点として見えてきたように思います。また、医療機関と地域、市町村の制度とが、お互いに顔が見える関係に更になっていき、両者のつながりを格段に密にする重要性が指摘されたと思います。そのためには関係各位が同じ方向を目指して、柔軟に変わっていく必要があると思います。地域共生社会を支えるために、今回は特に住居の確保にとどまらず、居住支援が重要であることを御指摘いただいたと思います。その経済的基盤をどうするか、この問題は更に検討を進めることになろうかと思います。医療、福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合いなどが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築、これを目指して検討班の皆様方には、今後とも引き続き活発な御議論をお願いしたいと思います。本日は誠にありがとうございました。

○齋藤移行支援専門官 神庭座長ありがとうございました。本日の議論はここまでしたいと思います。最後に今後のスケジュール等について、事務局から説明いたします。

○友利精神・障害保健課長補佐 次回の検討会についてですが、現在、日程調整中ですが、10 月の中・下旬ごろに開催したいと考えておりますので、また、改めて事務局のほうから連絡をさせていただきます。

○齋藤移行支援専門官 それでは以上をもちまして、本日の検討会はこれで閉会といたします。構成員の皆様ありがとうございました。

○神庭座長 ありがとうございます。