

第5回 精神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10月26日(月)

13:00～

場所 AP新橋4階 Dルーム

○齋藤地域移行支援専門官　ただいまから第5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。また、本日の会議時間は16時までの3時間を予定しており、長丁場となりますがどうぞよろしくお願いいたします。本日の会議についても新型コロナウイルス感染症の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。それでは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7名、オンラインでの御出席は14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ください。なお、鎌田構成員につきましては御都合により欠席の御連絡をいただいております。吉川構成員につきましては、出席が難しいため開催要綱に基づき、日本精神科看護協会の東副会長にオンラインで代理出席いただいております。なお、櫻木構成員、中原構成員、江澤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、今回より事務局として、障害保健福祉部企画課長の源河も本検討会に出席いただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。次に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は当事者、家族の関り社会参加(就労)について。資料2、小阪構成員資料。資料3、櫻田構成員資料。資料4、小幡構成員資料。資料5、長野構成員資料。資料6、精神科救急ワーキンググループの進捗について。参考資料、開催要綱、構成員名簿、以上になります。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。

続いて、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。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、極力実際に挙手をしていただくようお願いします。オンラインでの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をお願いします。本日の資料を用いて御説明いただく構成員、発表者におかれましては、オンライン画面と会場スクリーン画面に同じ資料を表示します。スライドのページ移動については事務局で対応しますので、「次のページ」と御指示いただくようお願いします。冒頭の頭取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します。事務局からは以上になります。ここからは神庭座長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○神庭座長　座長の神庭でございます。よろしくお願いいたします。それでは議事に入らせていただきます。本日の進行ですが、まず事務局から資料1の「当事者、家族の関

わり社会参加(就労)について」の資料説明をしていただきます。その後小阪構成員、櫻田構成員、小幡構成員の順に各 20 分程度で当事者・家族の関わり、ピアサポートなどについて御説明をいただき、そこまでの説明に対する簡単な質疑の時間を 10 分程度設けます。質疑のあとは 10 分程度の休憩を挟みまして、休憩明けは長野構成員から社会参加などについて御説明いただき、残りの時間約 1 時間をまとめて議論の時間としたいと思います。また、最後の 15 分程度で精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの進捗状況について事務局から御報告いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。それではまず事務局から資料説明をお願いいたします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局の精神・障害保健課の友利と申します。それでは資料 1 を御覧ください。当事者、家族の関わり社会参加(就労)について御説明をさせていただきます。こちらが検討会における検討事項、現時点のものを記載しております。6 回以降においては、現時点での案として掲載をしておりますので、御了承ください。

こちら、前回第 4 回検討会での主な意見と整理を掲載しております。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り、次の○で、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であるという御意見を頂いております。そして 3 つ目の○ですが、地域の保健、医療、障害福祉、介護、住まいなどの関係者やピアサポートなど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であるとの御意見を頂いております。さらに入院形態によらず退院支援委員会等の機会に保健所、市町村、地域援助事業者、住まい関係者、ピアサポーターなどを含めていくこと。そして市町村などが地域の関係者と協力をして研修でしたり、グループワークを開いて同じ議題でディスカッションをする必要があるという御意見を頂いております。以下、主な意見の抜粋を記載しておりますので御覧いただければと思います。

こちらがこれまで説明しておりますイメージ図ですが、今回は住まいの下に記載されている社会参加、地域の助け合い、教育、ピアサポート活動、この分野について議論を深めたいと考えております。

今回の検討会に当たって、これまでの意見の整理と論点をまとめたものになっております。1 つ目の○ですが、2 行目のほうからです。これまでの議論においては、各種制度等の中で当事者支援や家族支援について取りまとめられておりますが、当事者、家族の関わり、社会参加についてはこれまで明確に示されておりました。そして 4 つ目の○を御覧ください。この検討会の中では、当事者や家族からもピアサポーターという位置付けのほかに、こういった役割を担えるのか、そして専門職などと連携をしているのかという視点が重要であるという御指摘も頂いております。さらにピアサポートについては、当事者視点の支援の確保でしたり、ピアサポーター以外の職員の精神障害等への理解の促進に寄与する重要な視点であると御指摘をされております。

最後の○ですが、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の中において、社会参加(就労)は包括的に確保されるものとして位置付けられておりますが、その意義や目的、具体的な取組についてはこれまで示されておりました。こういったこれまでの整理を踏まえまして、下の矢印、2つ大きな論点を今回設けております。1つ目の論点として、今回特に地域生活の中で当事者、家族の意識や思いについて地域の受け止めが重要となると考えられますが、具体的にこういった課題が挙げられるのか、1つ論点として設けております。

次ですが、こうした課題を克服する上では、普及啓発による地域住民や関係者の精神障害や精神疾患に関する理解の促進でしたり、当事者の経験そして家族の知見が重要になるといったことを踏まえて、具体的にこういった方策の充実が必要と考えられるのかということで2つ目の論点として記載をしております。次以降の参考資料については、今回の議題に合わせまして、これまでの資料を掲載しております。事務局からは以上でございます。

○神庭座長 ありがとうございます。それでは、後でまとめて質疑応答としたいと思いますが、この時点で事実確認等御質問があるという方はいらっしゃいますでしょうか、挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。

続きまして小阪構成員から、当事者の関わりなどについて資料2に基づいて御説明をいただきます。よろしくお願いいたします。

○小阪構成員 改めまして、一般社団法人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。

私から、当事者性を持った立場から、また自身の病気に付随する体験のみならず、私自身が支援に従事するようになって計画相談や委託相談、地域定着支援や自立生活援助等、障害福祉サービスの提供を行っている事業所に行って、日々、精神保健福祉医療の関係者の方たちと、あるいは当事者会の方、家族会の方、社会福祉協議会の方、ボランティアの方等々、様々な方たちと関わり協働させていただく中で感じたこと、またピアサポートの人材育成に携わるようになって言葉にしてきたことなどを総括的に御説明申し上げたいと思っています。次のスライド、お願いします。

(スライド開始)

なお、本日は、この3つの表記の視点から御説明申し上げたいと思います。説明上、分かりやすいように、本日のみ、以下のように言葉を定義させていただいております。また、内容に入っていく前に、一口に「当事者」と申しまして非常に多様です。今回の資料準備に当たっては、私なりにいろいろな方たちへの思いをさせ、取り組んだわけですが、至らない点については何とぞ御容赦いただければと思います。次、お願いします。

こちらは主に、現在、私たちがピアサポート研修で使用するテキストを作成するに当たって、また研究開発に係る年表になります。後に触れますけれども、私たちは当事者同士による支え合いであるピアサポートのみで十分だという立場には立脚しておらず、多くの精神保健福祉医療領域の専門職の方たちと協働実践を行うということが一番有効

にサポートが行える、現状最適解であると認識している立場です。また、研修自体もこの年表にはありませんけれども、平成 21 年度の推進事業から変わらずに受講対象を当事者、ピアサポートを志す方のみではなく、協働実践を行っていただきたい専門職の方も受講対象とし、呼び掛けさせていただいているところです。また、双方を受講対象とする枠組は今現在でも踏襲しているところでございます。次、お願いします。

(1)当事者としての経験を改めて振り返り見えてきたものを御説明したいと思います。次、お願いします。

改めて、自分自身の当事者性を持った起点を振り返ると、よく分からないというところから始まったというのが正直なところなんですね。よく分からないけれども、自分で乗り越えなければいけないものだって抱え込んだ気がします。同時に家族も抱え込んでくれていたように思います。ところが、やはり抱え切れずにやがて限界点が来ます。限界点までは抱え込んだというように思います。

そして医療に頼るしかない、本当に切羽詰まって精神科クリニックを訪ねましたけれども、1時間ぐらい話をした後に「うちでは見られない」と言われちゃったんですね。ちょっと状況は全く、私もどう捉えていいのか分からないのですが、非常に切羽詰まった中で訪れたクリニックでそのように言われてしまった経験があるということは一つの事実です。

もう二度と医療など頼るものかと思いましたが、やはり無理が来るので改めて別のクリニックを訪れました。ところが、そこは今度私が拒否してしまったのです。当時はまだ私自身が知覚としていろいろなことを自分に起きていることを整理できていなかったということも影響しているかもしれませんが、今振り返ると医療という名の下に何か私自身が否定されたような感覚になったことを覚えています。ですが悪い話ばかりではなくて、今現在では信頼できるドクターとちゃんと出会えています。

また元気になれるということ、歩み出していくということを体現として教えてくれた A さんとのエピソードをこの場で御紹介したいと思います。

何とか医療につながった後、私はデイケアの方に通所していたわけです。少し心持ちも身体も元気になってきた中でまたもう一度働きたいと思ったわけです。それでたまたま、ピアサポートの養成事業をやっている事務職に知人の紹介で応募して働き始めることになるのですが、その同期として A さん（障害当事者）という男性と一緒に入職しました。多分 A さんと一緒に入職して、隣同士で働くということを経験しなかったと想定した時、今の私は多分構成されていないだろうと思います。隣にいて、何気ない話ができるということが、働くという、新しい環境変化を踏み出す私にとって支えになっていたかというように思います。

健常者と話す時に、実は今でもですけども私としては言葉を置き換えるというような意識をしています。変に思われまいということを経ずに A さんとはコミュニケーションが取れたんですね。

A さんはある時、私にこういうことを打ち明けてくれました。A さんは私より全然、勤怠も安定していましたし、もう寛解しているのだなと思っていたのですが、「今でも

幻聴は聞こえ続けている。そして、日々悪口を言われているんだ」というように打ち明けてくれたのですが、そのようなことに捉われずに彼は仕事も皆勤でしたし、趣味も音楽、ライブハウスに行くとかフェスに行くとかだけでなく、そのフェスをボランティアで運営するとか、あるいは当事者を支えるボランティアまでされているということで、「寛解してから歩み出すということではないんだよ」と、私のスティグマを内的に変えてくれた一人です。

精神障害に伴う様々な事柄に捉われずに自分らしく生きるということは、まずもって他者に歪みなく、在りのままに受け止められること、やがて自分でも自分を受け止められるようになりその上での一歩、そのためには A さんとのエピソードだけでなく、私の身の回りの方たちを振り返ってみても、個人的リカバリーと社会的リカバリーの両輪が必要だというように今は捉えています。次、お願いします。

ここで御紹介したいのは外見的、客観的に見えるリカバリーと同じようには内面的リカバリーは進んでいかない可能性があるということを御指摘申し上げたいと思います。黄色の折れ線の横グラフがそれを示しているものになります。

もしかすると、支援される立場というものを受容していく過程において、自尊心低下の慢性化を助長してしまうような側面もあるのではないのでしょうか。結果的に御本人にも自覚できないような乖離が生じ、本来あるべき自分らしいものとは異なった在り様に過剰適応してしまっているようなことも起きかねないと、私自身が支援で地域に入っていく中で感じているところです。社会としても、障害における様々なスティグマを解消していくとともに、障害があっても自分らしくを実現するためには社会的・外見的リカバリーと個人的・内面的リカバリーの双方が両輪として、エンパワメントを主眼としながらどちらもリカバリーしていけるということが、安心して自分らしい暮らしができるために必要なのだというように思います。次、お願いします。

2 番目に、ピアサポートが公的なサービス等として存在することの意義及び有効に作用するためにというところを御説明したいと思います。次、お願いします。

健常者と精神障害者という、2 分割するような意識が様々な根底にあり得るんだということを、一つエピソードとしてまた御紹介したいというように思います。病院で出会った方ですけれども、元地方公務員、50 代のとても元気な男性の方でした。今でも私はとても大好きな方です。非常に闊達に話されて、スポーツも万能で親しくさせていただいていました。

お昼御飯を食べた後、2 人で隣同士に座ってゆったり過ごしていたのですが、仮に B さんとしませんが、私に唐突に、前置きもなくこのように話し掛けてきました。「小阪君、小阪君は健常者の人って怖くないかい、俺は何かどこか怖いんだよね」って急に言われたんです。言われた当時、私は全くその意味を捉えることができなくて、ピアサポートに関する人材育成に関わるようになった後、様々なことを点検したりとか、言葉にしていく作業を経る中で、改めて B さんが言ってくれたことを思い出しました。そこにはスティグマ、主にセルフスティグマの影響があったのではないかと思うところです。もちろん、当事者同士にもスティグマはあるわけですがけれども、今日発表するに当たっ

て改めて思い返すともしかしたら当事者同士の場合はセルフスティグマが働き辛い、抑制されるような形でコミュニケーションが取れるのではないかと思うところです。サービスを利用したり医療を受けるだけでなく、一人の人間として駄目じゃないという、根本の安心感がほしいということではないでしょうか。その上で精神障害者の人生支援ではなくて、精神障害があっても自分の人生を歩む、そのための補完的サポートを受けたいのだというように思います。

当事者や家族の人生はどんどん過ぎていきます。国民全体のスティグマの解消と並行して、精神保健福祉医療のサービスを受ける際の不要な自尊心低下を防止し、より有効なサポートとなるように、またそのサポートを受け取る土台としてピアサポートが有効なのではないかと思います。次、お願いします。

自尊心萎縮とその影響下にある支援を構図で表してみたものになります。また少し別の方、Cさんのエピソードを御紹介したいと思います。私がデイケアに行き始めて多分数箇月ぐらいたった頃だったと思いますけれども、当時の私はまだ家族とは完全な断絶関係でした。よって、自覚できない感覚ではありましたが「自分は駄目だ」と思い続けていたのは続いていました。

そのような心情の中で、Cさんは私を在りのままで受け入れてくれて、何か、この先歩み出すために変容することが必要だというようには示唆しなかったんですね。それどころか、Cさんの御家族も御兄弟も私のことを在りのままで受け入れてくださり一緒に食事をしたり、一緒に食事を作ったり、一緒に出掛けたりと、喪失していた家族の団らんを再獲得させていただけたように思います。

Cさんは医療にはつながっていましたが、地域における支援について受けることについては拒否的でした。何となくその感覚は分かるのですが、具体的になぜということとはCさんと会話したことがありません。Cさんは発症前まではバリバリのキャリアウーマンだったんですね。支えられるということを受け止めるということは割とそれほど簡単なことではないのではないかと思います。

Cさんはまだ若くして昨年亡くなりました。Cさんは非常に温和人だったので、直接的な、自分のまわりの在り様に対する批判はされなかったですけれども、地域で支援を受けるということに対して「何か違うんだよね」とゆったりとした表現をされていました。

精神保健福祉医療の各領域では人材育成に積極的に取り組まれており、個人としても日々の実践で研鑽されている中で、更なる各領域の向上をもって、内面的萎縮の解決や支援の質の向上を図るのではなく、構造的課題として解決を図ることが有効なのではないかと、改めてCさんのことを思い出して思うところです。次、お願いいたします。

ピアサポートという言葉に内抱される在り様は現在、余りにも混沌としておりまして、とても一言で表出できるものではありませんので、一つ、働き方という側面と役割という観点から次のスライドと合わせて少しだけ整理したいと思います。純粋にボランティアとしての活躍、あるいは都度都度の謝金が発生するような活躍の仕方、あるいは雇用契約を結び事業所等に配属される活躍の仕方、どの活躍の仕方も等しく尊く、優劣

はありませんが、大事なことはどのような活躍をしたいのか。ピアサポート活動従事者自身も自身の選択として行い、またその活躍の場を創出する側としてもどのようなピアサポート活動になにを求めているのか、あるいは求めたいのかを整理・選択するという視点が必要です。次、お願いします。

また、役割という観点からも２種に大別できます。障害の有無に関わらず、同じような業務をする中で適宜必要な時に、必要に応じてピアサポート的特性をいかすという役割発揮の在り方、一方ピアサポート活動従事者の特性をいかすということに特化した役割を求められる形の２種類があります。少し整理されるだけでも、ピアサポートを一括りにして捉えることで生じる様々な混乱を防げるかというように思います。次、お願いします。

これまで地域移行や退院促進の部分にフォーカスしてピアサポートという役割が求められていたという背景もあるかと思いますが、一部分のみにピアサポートが有効なのではなくて、人生の都度都度でピアサポートの特性を活かした関わりが有効な場面がありますので、それらを受けられ得る選択の機会を担保できるよう、サービス等であれば表記のように横断的に配置される、そのような在り方が望ましいのではないかと思います。

黄色の矢印で、一番右に「幸せになりたい」と今回改めて入れさせてもらったのですが、実は幸せになりたいという言葉すら萎縮して、自分の中で生まれる諦めの渦に呑み込まれて、知らず知らずに忘れていってしまう、様々なことが仕方ないのだと受容してしまう感覚が多くの場合ある、私自身もそういう時期があったというように思います。ですが、障害に捉われずに、「幸せになりたい」という言葉が当たり前に、内面から表出されるような、そのような在り様になってほしいというように思います。次、お願いします。

3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける１及び２の活用についてということで、次をお願いいたします。

ピアサポートの特性を活かした関係性構築をもって、利用者の思いの言語化サポートを行い、必要に応じて支援チームと調整をしたり、本質的リカバリーを促進したり、あるいはロールモデルとして、言葉に頼らず存在し多様なリカバリーの在り様を体現していくということ、それらはリカバリーの経験に基づき、リカバリーの構成要素やその過程の言語化を行い、もって利用者、組織、地域でのリカバリーの促進のために寄与していくということが、ピアサポーターの役割・専門性になるかというように思います。言葉にすることの価値、人は無意識に自分の知っていることを相手も知っていると思い込んでしまいます。ピアサポートが生まれてきた背景に思いをはせますと、まさに私たちのような立場から、「言葉をつむぐ」ということがとても大事なのだというように改めて思います。次をお願いします。

協働の私どものイメージ図になります。次、お願いします。

実際に地域の相談支援事業所でピアサポート専門員と専門職の協働実践を通じて見えてきたことになります。ピアサポート専門員も専門職も、協働するということは互いの



価値変容を自然ともたらすことになりますので、自然と双方に様々な葛藤が生まれることもあります。でも、それは支援の質向上を目指した相互作用として必要な過程ですが、中途半端な覚悟ではやはり瓦解し易く、支えるという仕事をより良いものにしていくためという原点を互いに共有しつつ、双方一緒に協働していくのだという覚悟もどこかで必要になってくると思います。

私が普段勤務している事業所は「全ての人に安心を」というスローガンで地域で働かせていただいています。それを実現するためにはピアサポート専門員も専門職も互いを知る、互いを尊重する、互いの強みを理解するという姿勢を持って取り組んでいくことが必要であろうと思うところです。次、お願いします。

これは先ほど出させていただいた図の再掲になります。協働実践を積んできたピアサポート活動従事者は、いたずらに誰かを、今ある精神保健福祉医療を、ただ批判すればより良い方向に向かっていくとは捉えておらず、精神保健福祉医療に関わる多くの方たちと互いの強みを認め合い、尊重し合い、重層的な支えとして働き得る。また、そうしたことを当事者性を持った立場から言葉にすることの実践を積んできたことをもって価値変容を自然と発生的にもたらしめますので、地域の在り様を検討するような場においても位置付けていくということが「幸せになりたい」と障害体験があっても萎縮したままで推移せず、また表出できるような、そんな誰もが暮らし易い地域づくりに寄与できるのではないかと思います。次、お願いします。

まとめです。当事者としての経験を改めて振り返り見えてきたものとしては、安心して自分らしい暮らしができるようになるためには個人的、内面的リカバリーと社会的、外見的反リカバリーとの両輪が必要だというように思います。また、ピアサポートが公的なサービス等として存在することの意義及び有効に作用するためとして、地域住民の一員である一当事者の個人のリカバリーに有効に作用するだけでなく、精神保健福祉医療における構造的課題に対しても有効なのではないでしょうか。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 1 及び 2 の活用についてですが、リカバリーの概念を自ら実践獲得し、スティグマの解消とエンパワメントの重要性を我がこととして実感を持って体感し、自らのリカバリー経験を基にした専門性を活かし、日々支援に従事する中で各領域の専門職との協働実践を積み、生じる様々な葛藤を乗り越えようとし、かつ様々な付随することの言語化実践を積む、障害者ピアサポーターの力を地域における協議の場にも活用することが望ましいというように思います。

最後になりましたが、精神障害ということでどうしても派生する自尊心の萎縮がもたらす様々な構造的課題を緩和し、自分の人生を自ら真に取り戻す、そういうことが当たり前になってほしいという言葉を申し添えて私からの御説明を終えたいと思います。どうもありがとうございました。

○神庭座長 大変貴重なお話をありがとうございました。それでは、事実確認等、今、御質問したいという方はいらっしゃるのでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして櫻田構成員から、ピアサポーターについて資料 3 に基づいて御説明いただきます。よろしくお願いします。

○櫻田構成員 改めまして、株式会社 MARS の櫻田と申します。私も小阪構成員同様、当事者という立場もあり、ピアサポーターとして現在医療機関に従事しておりますので、自分のリカバリーストーリーと、専門職と協働するということで感じたことなどを、この場でお伝えさせていただけたらと思いますので、よろしくお願いいたします。

次をお願いします。私自身の今までの経験などをお話させていただけたらと思います。私は 14 歳のときに不登校になりまして、そこから精神科の受診を開始しております。そのときとしては、小阪構成員同様、何が何だか分からないという状況の中で、精神科を受診しております。高校、大学と進学しまして、大学 1 年生のときに再び不登校になり、また精神科をその頃から再受診して、服薬を開始しております。最終的には大学は中退しまして、1 年半ぐらいは、ほぼ引きこもりの状態の生活をしており、薬も母に取ってきてもらっていたというような生活を繰り返していました。

次のページをお願いします。この頃は母と二人暮らしというところもありまして、母親に構ってほしくて暴れたり泣いたりとかということをやっと繰り返してしまして、親子ともども喧嘩も絶えず、お互いに疲弊して生活をしていたのですが、そのような中に、私が今、巡り巡ってではあるのですが、仕事をしているクリニックのデイケアのほうにつながりまして、そちらのデイケアのほうに行き始めるのですが、なかなか始めず、話すこともできずという形で、すぐにデイケアのほうには行きたくなくて拒否をしていた状況が 1 年ぐらい続いていたのですが、そのデイケアのプログラムの中でも、就労支援だけを受けていたのが 1 年間ぐらいずっとありました。

次のページをお願いします。それが実りまして、都内の企業のほうに障害者雇用という形で就職していたのですが、この頃も症状がなくなっていたわけではなく、幻聴と被害妄想が通勤途中もそうですし、仕事中でもずっと入っているような状態でして、最終的には出社拒否をしたりとかもしていましたし、当時の就労担当のスタッフにも朝から連絡を掛けて、「行けません」というような感じで、いろいろぐちぐち言っていたのが 1 年半ぐらいやっていました。

次のページをお願いします。それが続くはずもなく、1 年半後に退職をしまして、その間に一人暮らしをしていたので、一人暮らしの部屋に 3 か月間ぐらい引きこもっていました。その頃に、東日本大震災も経験しておりまして、それを切っ掛けにデイケアのほうにも再びつながったのですが、なかなか長居もできず、いることもできずというところに、私の現在のピアサポーターの先輩が同じアパートのはす向かいに住んでいたもので、デイケアで炊き出しを行ったものを持って来てもらったりして、世話を焼いてくれていた時期が 1 か月ぐらいありました。その後に、そのピアの先輩とクリニックのスタッフが訪問に来てくれました。

次のページをお願いします。そこで、訪問が入って、デイケアのほうがもう一つ小さいデイケアを作ったので、そちらに行ってみないかということをお誘いいただいて、小さいデイケアのほうにつながりました。そこは 10 人もいれば多いぐらいのデイケアで、小ぢんまりしていたというのもあったので、話しやすくて、顔見知りばかりになって、気が付いたら半年間毎日デイケアに通っていたという状況がありました。

次のページをお願いします。そのうち、どうしても働かなければならない状況にあった中で、後でまた御説明させていただくのですが、ピアサポーターの先輩の姿を拝見して、私もこうなりたいなという希望が出てきたのです。その希望が出てきたのをクリニックのスタッフにお伝えさせていただいて、せっかくだからピアサポーターをやってみないかとお誘いいただいて、ピアサポーターとしての勤務がデイケアでスタートしたというのが、10年ぐらい前の話になります。その後に、いろいろな施設の異動はあったのですが、現在はクリニックのデイケアで就労支援の担当者として、現在は勤務をしているような状況になっています。ここまでが私の今までの経歴になります。

次のページをお願いします。その前に、現在私が勤務している医療法人社団宙麦会の組織の説明をさせていただきます。今、3つのクリニックと1つの訪問看護ステーション、あと医療社団法人のほうで相談支援事業所を展開しています。そのグループ会社として、私が現在勤務している株式会社MARSというものがあまして、そちらで5つの福祉事業所を展開しておりまして、就労系から医療がちゃんと関われるようなデイケアからというのを展開しているのが、宙麦会の株式会社MARSがやっているようなものになっております。

次のページをお願いします。現在、株式会社MARSの社員数、本当に小さな会社で福祉の事業所を展開している会社なのですが、そのうち当事者の社員が14名、うちピアサポーターが11名という形で、ピアサポーターが半分以上を占めているような会社になっております。各事業所それぞれに、1名はピアサポーターが勤務しておりまして、兼務もあることはあるのですが、大体1名ないし多くて3名のピアサポーターが、それぞれの事業所で勤務をしておりまして、利用者との関わりを日々しているような状況になっています。

次のページをお願いします。先ほどもちょっと御説明させていただいたのですが、私がピアサポーターになろうと思ったきっかけは、ピアサポーターの先輩である者が勤務していた姿を見てというところなのですが、何でそれがすごく素敵に見えたというところなのですが、利用者との関わりがすごく上手な方で、それを見ていいなと思ったのは、当時の記憶としても鮮明に覚えています。そのようなロールモデル、モデルとなるピアサポーターがいたので、私としてもピアサポーターになろうと思ったきっかけになったと思うのですが、各事業所などでもそうだと思うのですが、病気の経験をしたピアサポーターが元気でいたりとか、関わり合いの中で親身になって関わっていただけるという環境があったのが非常に大きいなとは思っています。そのような環境があることによって、自分もこうなれるのだ、こういうようにリカバリーできるのだというところをモデルとして示せるというのがピアサポーターの特徴と言いますか、強味であると思っておりますし、その姿を見て、自分もピアサポーターになりたいという憧れを抱いてもらえるというところもすごく大きいのではないかと考えております。

次のページをお願いします。最初のほうのピアサポーターの仕事としては、デイケアでのピアサポーター業務として利用者と話したりということが主だったところが、次第に仕事の幅が広がってきまして、多機能型事業所のほうに、生活訓練と就労移行をやっ

ている事業所に異動になりまして、そちらのほうで仕事の幅が大分広がったかなと思っています。どちらかと言うと、プログラムの補助的な役割のところから、自分がプログラムを運営する立場になったりとか、あとは記録とか、カルテ記入などもクリニックのほうではやっているのですが、そのような形の仕事も任せていただいたり、あとは普段は管理者がやるような仕事も、事務ができるからというところで任せていただいたりというところもあるので、ピアサポーターの仕事としてもいろいろなところでお聞きするのは、利用者と話すのが主で、事務系の仕事は余りやりませんという方もいらっしゃるのですが、どちらかと言うと私たちの法人では、ピアサポーターができることはピアサポーターにも仕事を任せるというところも理念としてあるので、そこは専門職のスタッフと分け隔てなく仕事を与えていただいているというところも、ピアサポーターにも必要な部分なのかなと思っていますし、仕事を与えていただけるというのは、私たちとしてもやりがいを感じている部分ではあります。

次のページをお願いします。なのですが、ピアサポーターも自分の症状などを抱えていますので、順調にいくばかりではありません。ここでは「問題だらけ」と書かせていただいているのですが、常に自分の症状と付き合いながらとは言いながらも、時期的なものとか、何かのきっかけで体調を崩すことはよくあるのです。そういったときの自己管理というのも、ピアサポーターとしては大事な要素でもありますし、それを支えていく専門職の方との協力体制もすごく大事なのではないかと私自身は感じております。私どもの法人では、体調が悪いからといって休むというよりは、体調は悪いのだけれども、それを見せにくるのも仕事の1つだということで、体調が悪いながらも仕事をしていたりとか、頑張っている姿を見せるのも仕事の1個だからおいでみたいな感じで、昔は専門職の看護師に言ってもらって、その積み重ねで今があるのだと感じております。

次のページをお願いします。最初は、もちろんうまくいくことばかりではないですし、うまくいかないことでもやもやして調子を崩したりということもあるのですが、そのうち、これというのは毎回あることだから考えても仕方がないと言うか、考え方の切り替えもうまくなってきたりするのかなと思っていて、気持ちの変化が現れてくると、ピアサポーターとしても伸びしろが出てくるのではないかと私自身の経験からも感じているところです。本当に、ある日を境に切り替えがうまくいくようになって、それが結構仕事にいい影響をもたらしてくれて、それを評価していただいて、新たな仕事につながるというところは、ピアサポーターだけではないのですが、自分たちができなかったところができるようになって、仕事としてつながっていくというのは、ピアサポーターとしてやりがいがあったり、専門職の方も、その姿を見ていただいて、次はこういう仕事を一緒にやろうかと言っていただけなので、そのように協働という部分では、お互いがいい部分と言うか、補えるというよりはいい部分を高め合っていけるような関係というのが、すごく協働の部分では必要なのではないかと考えております。

次のスライドをお願いします。ピアサポーターと協働するのもすごく大変なことかもしれないのですが、メリットもすごくたくさんあるのは事実です。この検討会でもずっ

とおっしゃっていることだと思うのですが、当事者視点での支援が可能になるというのは、とても大きいと思います。当事者にしか分からない気持ちや境遇に寄り添えるというところが、ピアサポーターの意義としてすごく強い部分かと思っています。

例として挙げさせていただくのが、お薬の使い方とか使い心地です。同じお薬を飲んでいても効き方が人それぞれ違ったり、この薬のことに興味があるのだけれども使っている人の話を聞きたいというときとかはピアサポーターを呼んでいただいて、薬の使い心地とか、副作用はどのような感じになるかとか、いい悪いで評価できない部分ではあると思うのですが、使い心地とか飲み心地の部分の話ができるというのは、ピアサポーターならではの仕事なのではないかと思っています。

あとは、自分が支援を受けてきた立場というところもありますので、受けたかった支援とか受けたくない支援を具体的に言語化でき、それを基にチーム支援の形を作っていくことができるのではないかと考えております。体験してきたからこそその言葉の重みというのは、ピアサポーターの中では言葉としても重い部分、体験してきたからこそ言えることになると思うので、そこら辺を是非チーム支援の中でいかしていくような環境作りというのも大事なのではないかと考えています。今まで歩んできた人生経験そのものが、支援をするときに役立つのがピアサポーターの強い部分でもありますので、そういうところも活用していただければいいのかなと思っています。

次のスライドをお願いします。ピアサポーターとして、私自身が期待することです。ピアサポーターにしてもそうですし、ほかの専門職の方と一緒に仕事をさせていただくときの期待しているところとしましては、ピアサポーターの活躍している場面を、もっとたくさんの方に知っていただきたいと思っています。それを知っていただくことによって、ピアサポーター自身の必要性とか可能性を知っていただく機会をもっとたくさん作っていただきたいとは思っています。ですので、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で、その可能性を探っていくたり、実際に活躍している場を見ていただいて、ピアサポーターはこういうことができるのだということをより多くの方に実感していただきたいと思っています。

あと、ピアサポーターと専門職の方が協働できる環境作りも必要不可欠だと考えています。なので、専門職の方へのピアサポーターとの関わり方をどうするかということで、教育の部分に当たると思うのですが、そこら辺が必要だったり、ピアサポーター自身が学ぶ機会の提供をもっと広めていく必要があるのではないかと考えています。なので、専門職の方に、まずピアサポーターがいることによるメリットとか、支援の有効性、必要性を感じていただく機会をシステムの中で活用できればいいとは思っています。

次のスライドをお願いします。それをやるためにも、ピアサポーターが活躍できる場所の確保が早急に求められるのではないかと考えております。いろいろな所でピアサポーターは活躍しているのですが、もっと力が発揮できる場所としては、訪問支援、デイケア、もちろん福祉の事業所にもピアサポーターに行っていただいて、有効性とか可能性が広がっていくような、実際に見ていただけるような場所の確保が必要だと思っています。

ます。ピアサポーターの強みが発揮できる支援内容の確立も、併せて必要かと思えます。引きこもりの方との関わり方は、引きこもっていた経験のあるピアサポーターが活躍できる場所だと思いますし、お薬の使い心地などに関しては、実際に皆さんはお薬を飲んだ経験もたくさんあるので、それに関してグループで話し合ったりとかという場所にピアサポーターを活用するというのも1つの手かと思えます。

また、チーム支援の中の一員としてのピアサポーターの役割です。やはりチームで支援をしていくと思うので、チーム支援の中でピアサポーターはこういう役割を担ってくださいというのが、実際に専門職の方とかお医者さんからあると、ピアサポーターとしてもやりがいを感じて、そこに注力できると思うので、そこを明確にするということが非常に大事だと思っています。協働を進めることで支援の幅が広がっていくことは、地域だけではないのですが、同じような御経験をされた当事者の方ですとか、御家族にとってとてもいいことだとは思っております。

次のスライドをお願いします。今まではピアサポーターの視点でお話をさせていただいていたのですが、これから当事者として、私自身が病気の経験をした上で期待することとしましては、住み慣れた地域で支援が受けられることほどうれしいことはないと思っていますし、地域で暮らしていくための支援内容、支援自体を受けたいと思っている方はたくさんいらっしゃるので、そのための支援内容の充実がシステムの中でできればいいのではないかと考えております。あと、相談や支援者にすぐにつながるような体制作りというのもとても大事なのではないかと感じております。市役所とか、その他の窓口というのはたくさんあるのですが、敷居が高いという話も聞きますので、敷居が低くなるような体制作りの必要性が早急に必要なのではないかと考えています。それに伴っての課題をどう解決していくかとか、どういう支援が望まれているのかなど、どちらかと言うと、その地域で暮らしている当事者とか御家族の声をたくさん拾っていただいて、それを是非ここに反映させていただければと感じております。

次のスライドをお願いします。地域で暮らして困っている1人の当事者に対して、様々な立場の支援者が関わっていくことが大事ですし、その方が地域で暮らしやすいように支援していったほしいと思っています。私自身もピアサポーターとして支援者という立場でもあります、1人の当事者として思うところではあります。ですので、支援の手の届いていない部分もあることは事実ですので、そういうような課題を一つ一つでいいので、当事者とか家族の方が安心して暮らしていけるようなお手伝いを、ピアサポーターを含めて是非させていただけたらと考えております。困ったときに、どこにでも、誰とでもつながっていただけるような仕組みが、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの中で作っていけるようなことは、私自身は期待をしております。あと、地域で活躍できるピアサポーターの育成も早急に必要だとは考えておまして、活躍できるピアサポーターの育成と、活躍できる場所の確保、そして役割の明確化というものも、是非専門職の方と一緒に考えていければいいかなと考えております。

次のスライドをお願いします。最後になりますが、まとめとして今後私が実際にやっていきたいことをお伝えして終わりにしたいと思います。

私が今後やりたいこととしては、ピアサポーターの可能性やできることをもっと外に発信させていただいて、自分は実際にこういうことができるということを証明していきたいと思っています。それをするによって、私がピアサポーターの先輩を見てピアサポーターになりたいと思ったのと一緒に、そのようにピアの輪がつながっていけばいいかなと思っています。あとは、就労支援者という側面も現在は持っておりますので、経験をたくさん積んでいきたいということです。あとは、ピアサポーターとか当事者だからというのを抜きにして、1人の人間として、楽しいことをたくさんやって過ごしていきたいとは常々思っております。私の願いとしては、ピアサポーターとして活躍の場が増えていたり、専門職の方との協働がうまくいく事例がたくさん増えていくいいと思っています。そして、今までできなかったこと、諦めていたことを、1人の人間としてたくさん経験させていただいて、体験して、それを実際に伝えていければいいのかなとは思っているのです、そのような形の活動が今後広がっていき、自分自身できるといいかなとは思っている次第です。まとまりのない話で申し訳なかったのですが、これで私の話は終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

○神庭座長 どうも貴重なお話ありがとうございました。それでは、ただいまの櫻田構成員からのお話につきまして事実確認等ございますか。

ないようでございますので、続きまして、小幡構成員から家族の関わりについて資料4に基づいて御説明をいただきます。よろしくお願いいたします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉会連合会の小幡です。どうぞよろしくお願いいたします。私のほうからは、家族の関わりということでテーマいただいておりますけれども、包括ケアシステムの中で家族が何を担えるかという点に絞って、今日はお話させていただければというふうに思いまして、私たちの実績の中から御紹介する案件について紹介いたします。

次のページお願いいたします。主には、赤字で示しました家族による家族学習会という学習会事業があります。昔、保健所がやっていた家族教室みたいな位置付けというふうな理解をされてもいいかもしれません、少し違いますけれどね。あとは、地域で取り組んでおります電話相談の実施。今この2つを少し融合しながら、アドバイザーとか、研修した養成者を築いていこうということがありますので、今日はこの2つに絞って御提案したいと思いますし、あとの2つの各家族の立場、家族と今までとらえても、主には兄弟や親御さんの立場がどうしても多かったのですが、子どもの立場や配偶者というところの立場をもっとリアルに表していきたいということで、各グループの活動展開もしていますので、最後はそれをちょっと紹介いたします。また、この時代いろいろ出て来ておりますが、リアルな家族会に参加いただけない方も数多くいらっしゃいますので、オンラインでつながれる場を設定しようということで、新たなサロンをこの9月終わりに開設しましたので、その御紹介もさせていただければと思っております。

それでは、次をお願いいたします。そのメインの家族による家族学習会事業なのですが、これは何か教室という形ではなく、同じ立場の当事者の方が同じ目線で何か取りまとめをするというよりは、その経験者としての話をアドバイザーの方には振って

いただきながら、初めて参加された方たちが自分たちが抱えてきている悩み等をそこで表出していくプログラムで、全5回の日程。かなり濃厚なグループワークもして、進めていくプログラムとなっております。テキストも定めておりまして、そのテキストをちゃんと活用して、どの場面になっても同じ水準の内容が展開できるようにということで、知識・知恵を共有するということをぶれないようにしております。これ、先ほども言いましたけれども、多くの場合、統合失調症の親御さんの立場に偏重しがちだったので、このところは子どもの立場ですとか、配偶者の立場が新しい視点も、それ専用のテキストを付加して、展開するというようなことをやり始めています。

次お願いいたします。このプログラム事業、実は、みんなねっとなっていてやっているだけではなく、その前身は地域精神保健福祉機構の、コンボのほうで取り組みをしていたものを、今私どもが引き継いでやっているような形になっておりますけれども、独自の補助金事業で取り組んでいたのですが、だんだん実績が出て来ておりまして、行政による財政の裏付けなんかももらって、事業展開できるところが幾つか出て来ております。取り分け、誰でもそのリーダーやチューターになるということではなく、一定水準の知識や普遍的な態度が身に付けられるようにということで行政構造をやっているのですけれども、このときに専門職の方や保健所などにも協力いただいて学習会の告知なんかもしていくのですけれども、基本的には参加者が Win Win の関係でいられるということで、誰が上、誰が下というような講図にならないような工夫をしています。家族会としても自分の家族会員に向けてやるというよりは、初期のこの病気にかかってしまった医療アクセス後、何をどういうふうにしていったらいいのかという不安にかられている会員さんや、市民の方を相手に展開する学習会ですので、そこについても隔たりがないようにするという意味で平等なというか、立場としては同じだよということを大切にしていって、展開をしているところです。

次のスライドをお願いいたします。では、ただ勝手に学習会やプログラムを作っているのかというとそうではなくて、基本的には、もともと似たベースになるのはアメリカのほうで開発されたプログラムがあったのを日本に持って来たときに、コンボなんかを中心になってテキストをまとめ、展開をしてきているわけですが、家族学習会のプログラムをやるにあたっては、参加者にその都度振り返り作業なんかもしまして、内容についてのブラッシュアップをしてきております。ここ、ちょっと左が欠けてしまっておりますけれども、そこだけ読み上げると、「家族による家族学習会プログラムの前後に、参加者と担当者に自己式質問紙調査を行いました。その結果、参加者と担当者ともにプログラムに参加することで心配の程度が低下し、エンパワメントが高まっていました。このように参加者と担当者の両者に効果が認められました」とあります。実は、参加されている方ではなくて、コリーダーになった人たちがまたそこで新たな学びを得ていくというような構成にもなっているということを示しております。

次のスライドをお願いいたします。家族学習会については様々な経過をたどっていくわけですが、プロローグの場面から始まっていく中で完全にクローズド制の会合になっておりますので、そこから外にいろいろなことが漏れていくということはないと



いう安心感が大前提にあつて、5回にわたるコミュニケーションを取る中で、1回だけではなかなか関係性が築けないところを、5回の積み重ねの中で人間と人間の結びつきも強化されて、発言がしていけるというようなことがあります。ここの学習スタイルはなかなかなくて、最初は苦しいことや悩みが多いのですけれども、大きなテーマとしては「語って笑ってつながって」というようなところがありますので、家族自身が自分自身の体験談を話すことによって気が楽になっていくというようなこと。それから、強いでは自分自身の生き方にもつながっていく。その安心感が障害を持たれている当事者の方に向き合うときの余裕を持つというような構成を作っていけるように、また多くの経験を担当者が聞くことによって、更にその経験をほかの方に伝えていく普遍性へ展開できる仕組みが出来ているということになっています。

次のスライドをお願いいたします。では、その家族学習会で担当する人たちがどういうふうに質を担保していくのかというところで、多くは最初にやはりこのプログラムに参加するということから始まります。参加者の中から必ず自分事だけだったのが、ほかにも経験を聞くことによって豊かになっていく。自分だけではなかったんだとか、こういった視点もあるんだとかいうことの気づきの中で、是非そのことをまたほかにも伝えていきたいという意識が芽生える方が何人か出て来ます。その方たちを研修しまして、担当者というふうになりまして、今度はその学習会を実際に運営進行するサポート役を担っていただきます。また、その中から更に今度は会全体を取りまとめていくというような立場に進んでいく方がいらっしゃいますので、その方に研修をして、今度は運営全体をまとめるアドバイザーとしてやっていくというような研修を組んでいただくということをしております。

次をお願いいたします。そういった活動をしていきますと、井の中のかかわりの活動になりにくいということや、先ほど言ったように、会員さんだけではなく、多くのこの病気にかかった方の関係性の中で学習を展開していきますので、新たな方との出会いということもできるようになっていきますので、私たちの会としては会の発展というようなこともありますし、また家族学習会に参加された方については、自分だけでは得られない、いろいろな方の経験値を共有するということによって、自分自身の意識も向上していくというようなことができるというふうになっています。

次のスライドをお願いいたします。これ、ちょっと古い文章になっていて申し訳ありませんが、地域の家族会だけではなくて、病院施設等でもこの学習会を用いて様々な取組をしていく中で病院職員の方の協力も得て、このプログラムが展開されるような仕組みということもパターンの中にはあつたりします。そうしますと、こういった学習会を病院独自でプログラムで持たれているところもあると思うのですけれども、そうでないところは私たちのシステムなんかを、このプログラムを使っただいて家族に適切な知識や、またいろいろな地域での生活を支える社会資源についてのアドバイスや手続等についても触れられていますので、そのことを提供することができるというような関係もできているところがあります。プログラムをやはり実行していくには、私たち家族会だけで広報しているだけではなかなか足りないところがありますので、孤立している家

族の方は医療アクセスさえ……あれば、クリニックや医療機関では必ず立ち寄るというか、接触があるところですので、このときに1人で抱え込まないための自分たちの学習する場があるというようなことを是非申し伝えていただけますと、直接支援するのは当事者の方ではあるのですが、その方を支える側に立ったり、ときには利益相反的な関係性になりやすい家族に対して立場をどういうふうに持っていくのか、自分自身は自分自身の人生を歩んでいいんだよというようなことを、効率的にといたら表現がおかしいですけども、紹介できる場になると思いますので、是非関係者の方にはそういったものがあるという機会の提供をしていただけるようなことはないかというふうに思いますし、自治体等については多少の費用がやはり掛かりますので、財政的な支援をお願いしたいと思っていますところであります。

次のスライドをお願いいたします。今回、例えば岡山県の例になりますけれども、岡山県では今言った家族学習会に参加をして、その後担当者の養成や経験をして、今度アドバイザーになっていくというような中から、電話相談事業も含めて、そこで培われた専門性といいますか、一定の経験値の蓄積によって、その観点から相談業務ができるよということ、家族学習会及び電話相談員の養成を兼ねるというような取組になっているスタイルが出て来ています。

次のスライドをお願いいたします。それがここでは全部触れませんが、こういう研修コースを敷いていますよということですね。この裏の背景が肌色になっているところは自分たちの、私たちの自財源でやっている取組がほとんどです。状況によって幾つかの自治体がここに部分についてもお金を出していただけています。岡山はここについても少しお金が付いています。

次のスライドをお願いいたします。多くの場合はそのリーダーの養成というところにお金が出ているのですけれども、今回参考資料の13ページとかにも、家族のところに対する自治体がどれぐらいお金を出しているかみたいな資料も出ておりましたが、まだまだ全体の母数からすると少ないというのが実情になっております。では、私たちの家族学習会って、実際に今までどれぐらいの実績があるのかというのが次のスライドになります。

現在16年からの数字を載せておりますけれども、養成者としては各都市300名前後を輩出していくというようなことで取組はしているところです。これが全都道府県展開すれば、もっと数は増えていくのかなというふうに思っています。左の下のはセミナーという家族学習会って、こういうプログラムがありますよという御紹介のもの。それから、実際に担当者を養成した研修会がここだよ、アドバイザーっていう研修をしたのがここだよというのが出ております。右の表は、黄色くマーキングしてあるところがまだこの5年間で開催に至っていない県になっておりますが、この県なんかをテコ入れしながら全国で何らかの取組ができていけるよということに進めております。結果、今3,000名を超える3,600ですかね、今年4,000ぐらいまで迫るように計画をしていたところですが、コロナ禍でオンラインの方法を模索しているところですけども、それぐらいの参加者がいます。担当者も逆に2,000人を超えるということで、延

べ人数になりますが取組をしているというようなことで、今、家族がもしこの地域包括支援ケアシステムの中でそのエビデンス、経験値というものをちゃんと持ちながら関われるという要素があるとしたら一定のカバーができるのではないかというふうに思いまして、この実績は載せていただきました。

次のページをお願いいたします。行政からの支援一例は、いろいろなタイプがあります。県が単独で出したり、市が単独で出しているところ、また県と市、政令市が各々出しているものがありますけれども、電話相談事業とこの家族学習会をピア活動として認めてつけているのが埼玉県の例です。愛知県は、どちらかというとピアサポートと言いますが、内容は電話相談につけているよというような例です。

次のページをお願いいたします。広島県は、この電話相談と家族学習会の両方をカバーするような形でつけていただいて、なおかつ、市の広報等でも御案内をさせていただいているということになります。

次のページをお願いいたします。では、補助金やその自治体からの援助がないところはどのようにしているのかというと、私たち独自の取組で少なくとも電話相談の養成事業はしていこうということで18年度まではやっていました。19年度以降はこの電話相談と学習会をできるだけ一本化するというので、電話相談員の養成という実績はないのですが、ここに挙げているのは電話相談員の実績になります。参加者833人、全国の18か所でやっていて、それから地域の単会というふうな見方をすると50か所分カバーをして、ピアサポーターの養成をしております。ですので、養成プログラムを新たに持っていたかなくても、要望があれば私たちのもので事足りるということがあれば補強もしていただきながら活用していただくことは可能かなというふうに思っています。

家族学習会については、参加された方の中でどういう効果があるかといいますと、担当者でそのリーダー、コリーダーになった方については学習会を機に親族に開示する決意、カミングアウトというのですかね、それをした人たちが多く出て来ますので、そのことをちゃんと受け止める中で感動したという気持ちの変容がありながら、専門性を高めていくということがあります。それから病状が変わらないと、本当に長期に悩んでいた人たちが、表情がほころんできて、自分自身の生きざまとして発言がしていけるようになっていくとか、いろいろな手続制度については日々変わっていくわけですが、その知識をちゃんと整理をして、誤った手続方法とかがないように、改めて知識を更新していくということにチャレンジしていくと、これが養成研修に挑んでいくというような気持ちになっています。参加者のほうは、学習会だけではなかなか限りあるということがありますので、そこでできた関係性を基に日々の相談ができるようになったとか、専門職の方に聞いていただくにはやはりちょっと敷居が高いのだけれども、同じ立場だからこそ聞いていただけるということについての安心感を持っているというようなことがあった。あと自分の中のスティグマに気がついて、よりこれを超えていくために外に発信していかなければいけないということで気持ちが強くなったとか、近所の方に相談ができるようになったというような効果が生まれているよということがあります。電話相談然りそうですけれども、正直家族同士でやっていると、知識が伴った上での話にな

りますが、ときには専門職の方が踏み込めないような形、例えばうちの子がこういう状況になっちゃって、本当に一緒に死にたくなっちゃったわというような気持ちが分かるぞと、そういうのは普通だよというようなことが実感を持って伝えられるみたいなことが象徴的に言われることがあるんですけれども。そのことを乗り越えて、先ほどいった、御本人が笑っていける。ただ、これはやはり当事者の方そのものの支援ではないということに私たちも気がついて、家族がどういった立場で何ができるのかというところを押さえられるものとして電話相談や家族学習会のプログラムを是非全国普及させていきたいということと、この構築システムの中に解け込めさせることができるプログラムかなということで、御紹介をしたところです。

次のスライドをお願いいたします。そういった中で、そう言うものの、では家族会で、今、組織率ってどれぐらいなのということもあったりするわけで、あとは構成メンバーが正直のところやはり 50 以上、60～80 代の方が大半、7 割ぐらいを占めているという状況の中では、若い世代の人たちが足を運んでも少し乖離的な現象があるのは事実なのです。そこもありまして、みんなねっとではオンラインサロンを立ち上げてまして、会費も要らないし、こちらの名簿登録は本名を頂きますけれども、チャット上では仮名でもできるというような場を作りました。リアルな家族会には足が運びにくい方も、ここで交流をしていただくことで孤立はしないというようなシステム、ここでつながったやり取りができれば、今紹介したような家族学習会にもつながっていくといいなというふうに思って、裾野を広げるための展開としてやり始めました。一部この中から LINE 家族会というのも今やっているのですけれども、そちらのほうの展開もしています。そこは発症した時期が大体似かよった人たちを 30～50 人ぐらいのグループにしてやっていきますと、いろいろな課題が共通した時期に重なりますので、意見が活発にやり取りされます。一定程度期間が過ぎていきますと、解決していくので次のステージになって、こういった家族学習会の講師なんかに結びついていたり、取組をしていくということになってきてます。

次のスライドをお願いいたします。そういった活動をしていく中で、最初のほうにも言いました、こどもびあというのが、子どもの立場のグループとして今みんなねっとと一緒に取組をしています。書籍も出しております。「静かなる変革者たち」という書籍も出しています。また、配偶者パートナーのグループもあります。ここは本当に最初から匿名制で、ニックネームだけで参加していいよという取組をずっとしてきているのですけれども、この今月出版したばかりの「心病む夫と生きていく方法」ということで、これは妻のバージョンになりますけれども、本を出しております。それから今紹介しました LINE 家族会も取組をしておりまして、こういったグループ活動を重層的にやる中で選べるというか、いろいろな選択肢が広がるということで、家族の立場から 1 人でも多くの方に情報が届けられるようにしていくために、是非このケアシステムの中で役割を担うとしたらこの電話相談、家族学習会を展開していくということが私たちとして提供できることなのかなということで紹介させていただきました。ありがとうございました。

○神庭座長 大変貴重なお話をありがとうございました。ここまでのお話で、多少の質疑をお受けしたいと思います。この後、休憩をはさんで長野構成員のお話を頂いた後に討論の時間を設けておりますけれども、この時点で御質問ございますか。

○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。3名の方の御発表、大変感銘を受けました。どうもありがとうございました。今日の論点に入っていないことで、なおかつ、皆さんがお話しになったことでないことなので大変恐縮なのですが、今後のためにちょっと確認をしておきたいことがあるので、御質問をさせていただきたいと思うのです。小幡さんのお話、とても家族会が熱心になさっているのがよく分かって本当に良かったのですが、その中で利益相反があるんだとお話しになってまして。私やはり気になっているのは、26年改正で保護者制度を廃止して家族同意を残したのですが、やはりこのままでいいのかなということをちょっと確認というか、このままではいけないのじゃないかという、私は立場なのですが、お聞きしたいのは、そういうことについて今家族会のほうでどう考えなのかとお聞きしたいのと、もう1つはその点について小阪さんと櫻田さんに、その際に26年の法改正のときも、保護者制度を廃止して代弁者を入れようという話が出ていたのだけれども、それもないまま家族同意だけ、家族の瞬間同意が残ってしまったみたいなの。その課題はそのままにしながら包括ケアだけ考えるというのは、ちょっと無理があるかなと思ってはいるのです。ですので、聞きたいのだけれども、その際にピアサポーターの話を聞いたところで、やはりそういうアドボケーターとして強制入院に対してピアサポートが入るということが効果的なのではないかというふうには考えているのですが、その点についてだけ、今日の論点ではないのでお考えだけお聞きして、問題意識を共有させていただきたいと思います。

○神庭座長 それでは小幡さん、いかがでしょう。

○小幡構成員 小幡です。家族会、みんなねっととしては、この家族同意撤廃していただきたいというふうには思っているところです。やはり様々な弊害が現状の中ではありますので、この整理の仕方どうしていくのかという議論あるかと思いますけど、方向性としては家族同意への廃止ということを望んでいます。

○神庭座長 小阪さん、櫻田さん、何か追加で御発言ございますか。

○小阪構成員 岩上構成員、ありがとうございます。率直に、情緒的な印象として、強制入院というところにおける当事者が感じる大きな不安というのは、とてつもないものだというふうに思います。そうした場において、私や櫻田構成員がお話くださっていた特性をいかしたピアサポーターが関わってくれるという環境は、あるべき姿の1つではないかというふうに思います。以上です。

○神庭座長 櫻田さん、お願いします。

○櫻田構成員 岩上構成員、ありがとうございます。そうですね、強制入院自体は、自体というか多分なくならないのかよく分からないのですが、もし強制入院になってしまった場合にはやはりそのピアサポーターとしての関わりを是非入れていただきたいとは思っております。やはりその小阪構成員もおっしゃっていただいたとおり、強制入

院とか入院自体がそんなに私たち当事者からすると余り印象は良くないというか、必要なことなのですけれども、印象自体が余り良くないので、医療不信にもやはりその後つながりやすいというところでは、そのピアサポーターが入院はしたのだけでも、その退院したらこういうこともあるし、やはり治療の必要性を説いていく必要性もあるのではないかなというふうに、私自身は考えております。以上です。

○神庭座長　どうぞ。

○岩上構成員　ありがとうございました。この後の議論では、皆さんの発表の中にあったピアサポートとか、家族の活動についていろいろ御意見が出るとお思いますので、それで全然構わないのですが、今話したその同意の問題とか、アドボケートの問題というのは必ず論点として残っているので、今回の議論の中でできるかどうか分かりませんが、検討していただければというふうにお願いしておきたいとお思います。ありがとうございました。

○神庭座長　はい。ほかにはよろしいでしょうか。それでは時間も押しておりますので、ここで10分間の休憩をはさみまして、14時40分再開とさせていただきますとお思います。よろしくお願ひします。

(休憩)

○神庭座長　それでは、時間となりましたので会議を再開したいと思います。長野構成員から社会参加などについて、資料5に基づき御説明をお願いいたします。

○長野構成員　貴重な機会をありがとうございます。よろしくお願ひいたします。まず表紙の所からですが、社会参加・就労ということに関し、まず言葉の問題にぶつかりました。社会参加という言葉でいいのか、就労・就業と様々なものを使いますが、その中で今回は「はたらく」という普段日常で使っている言葉、ICFで言うと、いわゆる参加に近い概念でしょうか。家庭内の役割であつたりとか、給料をもらって仕事をするという役割まで幅広に捉えた参加というものに近いような感じ、地域包括ケアシステムにとつてはこの「はたらく」全般がとても大事なことであるとお思ひて、少し幅広に捉えたもので話題を提供させていただきます。

今回、話題提供は3本で、1つは実践をどうしてきたか。というのは、実践の中で見えてきたものがとても多くて、この「はたらくこと」の支援であつたり、「はたらく」場を作ることであつたり、一緒にやってくることであつたりとか、とにかくここにエネルギーを使っていますので、実践の概略、その中でどんな「はたらきたい」というものに様々に出会ってきたのか。

働くというと、御本人ももちろんそうですけれども、給料をもらって仕事に行くというようなことに、どうしても狭くなりがちですけれども、そうではないところをしっかりと見ておかなければいけないというようなこともあつて、どんな「はたらきたい」と出会ってきたのか。あとは地域包括ケアシステムの中でどう考えているのかという3本柱でお話をしたいと思います。

はじめの所、詳細には説明ができませんけれども、本当に一個一個のことを丁寧に実践を重ねています。左半分が主に地域、環境を作っていくというような所、右半分はそ

の中で医療とか福祉がどうあるべきかというところを書いています、数十年にわたって実践を重ねてきました。一番左端をちょっと見ていただくと、一番はじめに障害を持った方を支えるというふうに始まった活動も、だんだん一緒にやっていくうちに、「共に」という言葉をさかんに使い始めました。私もこの辺りから 20 年以上一緒にやっていますが、「共に」という言葉に更に行き詰まりました。というのは、「共に」というのは、精神障害を持った方と健常者の間に境があって、違うものだから「共に」と言わなければならないのではないかという問い掛けに対し、答を見いだせなかったのです。

そうこうして、いろいろなことを一緒に取り組んでいるうちに、そこに境がないことに気付いて、地域の状況も厳しくなってきた、もう「私たち」という言葉を最近使っています。一番上に「すべてのひとが、誇りを失わず、生涯を全うできる社会へ」という、遠い目標を掲げていますが、「共に生きる」という目標を掲げながらも、そこから先にこういう言葉を使うように最近なってきた、実践の中で変化してきた気持ちがあります。

地域包括ケアシステムの中では絶対に外してはいけない機能で、実践の中でもエネルギーの 8、9 割は実はこの働く場所を作ることに使っているような気がします。その働く場所というのは、住んでいる場所と別の場所にあったのでは機能しません。通勤時間となるのか分かりませんが、1 時間、2 時間離れた場所にあってもそれは皆さんの生活の中では機能していかなくて、どうしてもこの地元にいる、私たちの近くにいるということで資源作りということはとても大事なことになってきます。

そういうあがきというか、作るということは先輩たちから始まっていて、昭和 49 年には必死で共同生活をして収入を得るような活動をスタートしています。ただ、やはり 10 年ぐらいで衰退をしてきています。本当に厳しい時代だったのであらうと思います。

それから今度は給料を取って働くことの厳しさにぶつかった後は、やはり底辺を広げるといのかたくさんの支援者と一緒にやろうよということで、次々と住民の方々とネットワークを組んでいって、そこに様々なイベントであったりとか、バザーであったりとか、お祭りなどをどんどん展開してみました。皆さんも「ちょっとおいでよ」という参加の段階から主催者になっていたり、参画に変わっていくというのがこういうところだったと思います。年間 20 回を超えるようなイベントをずっとやり続けてきた経緯があります。とても大事な場所になります。

さらに平成 15、16 年頃から大きな企業撤退とか、地域の人々の合い言葉が「仕事がないね」というぐらいに、500 人以上雇用していた企業が一気に撤退して子会社が全部潰れたりとか、とにかく地域に仕事がない、雇用がないという状況になってきました。そのときは障害者就労をお願いする企業を開拓するなんていう雰囲気は町ではとても持てなくて、もう障害を持った方も何も関係ないよね、皆さんが働ける場所を作っていかなきゃね、というのはその頃 15 年ぐらい前です。

私たちも皆さんの力と一緒に何とかして働く場所、給料を得られる場所を作っていこうということで、この 10 年以上懸命にやってきました。それが今全体の事業を映して

いるものです。温泉から農業であったり、魚の養殖までやっています。農業に至っては農地が10ha、東京ドーム2つ分を超えています。管理している山でいくと、ディズニールランドぐらいの広さの管理をしながら、何とか地域の産業の仲間入りを皆と一緒にやってきたというようなことがあります。

その次ですが、その母体となった法人は、地域の方々と一緒に作りました。この平成18年に書いた設立趣意ですが、この段階で高齢者のためにとか、障害者の方をとか、困った方をとかという枕詞はもう到底入れられるような状況ではなくて、主語を様々な立場の住民という形で設立趣意といたしました。本当にいろいろな方とやっていると、肩書きであったり枕詞で付き合うというのは不可能になります。その支援する側、される側ができていくような状況でこういう取組は到底できません。そこでどうしてもこういう主語をどうするかということが必要になってきます。私たちは「様々な立場の住民が」という書き方をしました。

その一番下に、その主役は私たち、この「たち」の間には全ての方が入るということです。全ての方が私たちと言えると、先に進みます。そう簡単なことではありませんけれども、こういうことを掲げてやってみています。

その次のページですが、かと言って評論で終わるわけにはいきませんので、一個一個分析と実践が必要です。これに関しては、就労・就業というちょっと狭めた視点で連携をしていたりとか、実践しているものを赤字で書き込んでみました。これを書き込みながらやはり分かるのは、町の中に働く場所であったり、チャンスというのはたくさん必要ですけれども、それだけでは絶対に完結しないということです。ありとあらゆるものを使いながら何とか生きていかなければいけませんので、こういう広域の視点がとても必要になってきます。地域包括ケアのエリアを考える上でもとても大事なことになると思っています。

その次の段になりますが、どんな「はたらきたい」と出会ってきたのかということ。その次のスライドをお願いします。ただ、働きたいという前に、いろいろな感情が長年うずまきます。それも刻々と変化します。やはり今の障害者就労の問題を見ている、やはりどうしても障害受容と開示というのが後々の定着にもいいのは分かっているにしても、障害受容と開示というものをスタートラインとした働きたいの実現であると、ここは多くの方が届かないところになっています。ハードルがどうしても上がります。その働きたいの前に、様々な思いがあって、皆さんの「はたらきたい」が出てくるときには、すぐに手に届くところに働く場が要るのだということを表現してみました。

もう一つは様々な「はたらく」としましたけれども、これは一般雇用がよくて、有償ボランティアが低レベルだという話では決してありません。全部同等にとっても大事な場になってきます。ここのいろいろなものが渦巻きながらやっていく、その働きたいの前の感情であったり、思いというのを常に考えながらやらなければいけないと思っています。

その次に、私たちもこの様々な「はたらきたい」に関して、一遍に視野に入ることが難しかった経過があります。歴史の中で振り返ったところ、初めはいろいろなものを何



とか稼いで自立しようという、昭和 50 年代のところから始まって、少しでも工賃が入ればということで作業所が立ち上がった。それで、やはりもっと広くの人が活躍するのというところでボランティアという考え方が出てきて、それからボランティアをしながら、もうちょっとボランティアの活動を自立させよう、稼ごうよという考え方が出てきて、そこで店番をする方々、有償ボランティアのようなことでやりながら、そこからやっぱり雇用だよねって、ちゃんと最低賃金をクリアした時給をもらって初めて働いていると言えるよねっていう方々もたくさん出て来て、なんぐん市場というのを興しました。

この右上の所、「障害の有無、年齢にかかわらず」という所、現在も現場に入っている方は、一番働いている方はもう 80 歳になります。いろいろな考え方を内包しながら立ち上げたもの。そうこうすると、やはり工賃という多様な働き方も要るのだということに戻ってきました。さらに最後に、次の次で「地域包括ケアシステムとはたらく」という所にはしていますが、精神障害というところを分離するなんていうことはとても不可能です。配慮は必要だと思いますけれども、全体の中でやるということ。工賃とか給与が発生しない「はたらく」というのも連続線上の中に必ずなければいけないということ。

それから地域保健との連携。ケアマネジメントがとても重要になります。ケアマネジメントの重要性ですけれども、1つの制度の枠内では、最適な「はたらく」につながらない。先ほどの図にもありましたけれども、本当に多様なものを視野に入れて、マネジメントが必要になってきます。そのときに、やはり総合支援法だけに立脚したところ、介護保険に立脚したところ、その法制度が設置根拠になる場合にどうしても視野が狭くなりがちですね。地域経済であつたり、生活であつたり様々なものをうまくやりながら、マネジメントしていくことが必要になります。どうしてもベースになる法的根拠というのをもう少し広くしないと、現状ではやはり広がっていないという気がします。将来的に本当に市町村の地域保健が充実したとき、そこがケアマネジメントの機能を持つという選択肢も十分に考えられると思います。

2 ポツ目ですが、やはりこの 20 年就労施策、福祉・労働施策は本当に充実したと思います。外来でもよくお話を聞きますが、皆さん町が変わってきたよねと、10 年前、20 年前ではとても考えられなかったけれども、受けたら通りました、ずっと働いているんです、というようなことがどんどん聞かれるようになっていきます。ただ、地域格差はかなり著しいので、注意が必要かなと。

勢いのある就労・就業施策ですけれども、方向性がやや画一的になる懸念があります。どんどん一般就労を目指そうよと、これも大事なことでありますけれども、本当にそれでいいのかというようにところに立ち止まって考える必要があると思います。また、一個一個の制度がかなり高度化してきましたので、そうすると狭間がどんどんできていっています。支援する側・される側というのは、どう考えてももう限界にきています。制度として、バージョンアップをする。これまでが駄目だったとかそういうことで

はなくて、1.0 から 2.0 になるというか、3.0 を目指すのか、バージョンアップをしていくことが大事な時期にきていると思います。

3 ポツ目ですけれども、この働く場に関してとても大事なものは、その地域がそもそも経済活動の基盤として機能するかどうかです。地方はとても厳しい状況にあります。仕事ということ、就職ということに関しても、とてもそういう場がどんどんなくなっているときです。その持続に対し適応しながらやらなければいけないということです。私たちはそこに対して一緒にやりながら取り組まないと、効果が上がってこない、成果が上がってこないということになります。

とても苦しいですね。簡単なことでは決してありませんので、この地域の持続性ということも視野に入れながら、その中で多様な人たちが自分の人生を歩んでいけるというような仕組みにしていく必要があると思います。この「すべての社会・経済活動の基盤」という言葉はこの地域共生社会、地域福祉課の地域共生社会のものから頂きました。この一番下の部分です。どうしても生活基盤であったり、医療・福祉が地域包括ケアでは考えられがちですけれども、その一番根底にある社会・経済活動の基盤としての地域づくりまでを、視野に入れて取り組む必要があると思います。

その次、愛南町の実践から気付いたこと。もちろん海外であったり、いろいろなものを見に行っていますけれども、そのような中で、グローバルスタンダードとしてソーシャルファームというものがどんな位置付けにあるかということで、ちょっと藤井先生のお力を借りました。次のページになりますが、藤井先生、ここを少し補足をお願いできますか。

○藤井構成員 はい、長野構成員、ありがとうございます。長野構成員から御依頼いただきまして、ソーシャルファームについて簡単にまとめましたので、私のほうから御説明をさせていただきたいと思います。私は長野構成員の実践の場である愛南町には何度かお伺いして、お伺いする度に非常にすばらしい取組で、これがまた更に年々進化しているところがまたすばらしいと思っています。いつもちょっと残念に思っているのが、愛南町の取組が非常に特殊なもので、なかなかほかではできないと。長野先生がいるからできるんだよね、というような言われ方をすることが多い。そこが非常に残念だなといつも感じています。

愛南町の取組というのは、今、御紹介するソーシャルファームのまた更に先をいくような地域づくりも含めた取組ではあるのですが、長野先生の所の取組とコンセプトが共通するような、世界で広がっている取組として、ソーシャルファームというものを御紹介したいと思います。

ソーシャルファームは、様々な定義がありますがけれども、ここではよく引用されるソーシャルファームヨーロッパの定義を挙げています。これは障害のある人々や労働市場において不利な立場にある方々たちを雇用するために作られたビジネスで、社会的な使命を追求するために、サービス提供を行って、収益の 50% 以上は実際の取引によって得られることが定義として挙げられています。

従業員の相当数が障害のある人、あるいは労働市場で不利な立場にある人々で構成されていることですか、全ての従業員が同じ権利と義務を持っているということが、特徴として挙げられます。次、お願いします。

ソーシャルファームはヨーロッパをはじめ、様々な国で展開されている取組です。厳密な研究によってエビデンスを示すことは、なかなか難しいのですが、それでも限定的ながらエビデンスが出されてきています。これは比較的最近のシステマティックレビューに示された図なのですが、ソーシャルファームの中間的な効果として、個人に対しての効果だけではなく、その周辺のコミュニティ、地域に対しても良い効果があって、効果が個人にとどまらず、より広い社会にとって様々なレベルで利点があることを示しています。さらに長期的な転帰で見ていくと、健康あるいはウェルビーイングというものの改善につながるというような一定のエビデンスがあります。

精神障害の方に特化した研究も幾つかあって、多くのソーシャルファームは精神障害の方を雇用されているのですが、その中でも重度の精神障害の方を雇用されている所も一定数以上ありまして、さらには雇用者のために医療とも連携しているというようなことが言われています。雇用に関しては、かなり強いエビデンスのある IPS という支援がありますけれども、そのソーシャルファームの精神障害者の方の雇用の期間、就労継続期間を見たとき、その IPS と遜色のない、あるいはそれ以上の就労期間が認められたというようなエビデンスもあります。愛南町の取組は、世界で今広がりを見せているソーシャルファームというエビデンスのある取組と、コンセプトとしては共通していることをお示ししたいと思います。

日本でも、東京では今年の 6 月からソーシャルファーム条例が施行されていることが知られていますし、決して 1 つの特殊な地域の取組という形で見のではなく、我々がそこからどのようなことを学ぶかを考えていければと思っています。以上です。

○長野構成員 ありがとうございます。すみません、最後ですけれども 12 ページに一度戻ってください。時計を見間違えて端折ってしまいました、ごめんなさい。12 ページの「どのようなはたらきたいに出会ってきたか」の最後の大事な所です。

最後から 2 つ目のポツ、多様な方が地域の風景の中ではたらいっていると、地域の文化が成熟していくのだという書き方をしていますけれども、皆さんが働いていたりとか、町にいと、私も私もという形で皆さんがどんどんトライをし始めます。作業所時代は僅か 10 人ぐらいが働くという所にいたのかもしれませんが、今はもう 150 人とか驚くほどどんどん可能性が広がってきます。それは更に地域に包摂の文化を生み出したりして、地域の文化そのものに好循環を生んでいるような感じがあります。

さらに、医療・福祉からどんなにアプローチしていてもつながらないところ、御本人の豊かな生活が次々生み出されていって、逆にうらやましかったりするようなこともあって、やはり地域包括ケアの中での「はたらく」ということに関しては、丁寧に丁寧に掘り下げていく必要があると思います。

最後の所ですけれども、ここは少し大局の話ですけれども、人口はどんどん小さくなります。確かに行政とか包摂社会に向かうチャンスでもあるかもしれませんが、

人であったり財源というのは急速に枯渇をしていきます。この中で持続可能な取組にしていけないとかなわないということです。やはり一度根底から見直すことが要ると思います。

あと一番下です。地域包括ケアシステムの中で働くことにとてもこだわっていますが、支援する側・される側を打破するというのはお互いにとってとても難しいことです。何度も何度も壁にぶつかります。けれどもこの働く中で、ひょっとして初めてこれを打破できているのかなと思う瞬間があります。次の関係性も生まれてきます。

こういう一方通行の関係性を打破する最適解が見つかるのは、この「はたらく」ということではないかと思っていて、しっかりとこれの実践も考えることもしていけたらなと思っています。以上です。

○神庭座長 はい、ありがとうございます。それではこれまでの全ての御説明を踏まえ、当事者、家族の関わり、ピアサポート、社会参加、就労に関する議論に移りたいと思います。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の方も含め、挙手の上で発言をお願いします。なお、御発言については、できるだけ簡潔に2、3分程度をお願いします。どうぞ、いかがでしょうか。野口構成員をお願いします。

○野口構成員 岡山県の全国精神保健福祉センター長の野口と申します。よろしくお願ひします。大変に貴重な話を本当にありがとうございました。非常に勉強になりました。私からは簡単に3点あります。1つが今回は余り取り上げられていませんでしたけれども、住民のつながりについてです。

地域包括ケアでは、住民同士のつながりがソーシャルキャピタルということで、地域保健の現場で注目されています。これは必ずしも精神障害の知識を持っているかどうかに限らず、住民それぞれのつながり、支え合いが大事だということになります。実際に私たちが民生委員とか愛育委員の声かけが、例えば自殺防止に対しても効果があるらしいことも調べてみると分かっている、やはりこういう住民同士のつながりが、精神障害のサポートに対しても大事ではないかと考えられます。住民参加についてはその辺の視点は余り言われていなかったと思います。

もう1つはピアの方なのですが、これは長野構成員の話ともつながるのですが、障害を持った方が働く場、それも多様な場をどう確保するか、きちんと雇用につながるというのを考えるのが大事かと思われまふ。具体的にどうするというのはないのですが。

家族会の方のお話でもありましたが、私達も岡山県で保健所の方と相談して、非常に気になるのが、措置通報が上がる方を調べてみると、通院につながっている方で、家族がいて通院はしているのだけれども生活支援がないという方が多数なのです。ということで、本人・家族ともに孤立している可能性があつて、そこをどう支援につなげていくか。そういう点で例えばアウトリーチサービスももちろん必要だと思いますし、一方で家族の方とも同様な仕組みを作っていくのも必要だと思ひました。

今、いわゆる8050問題と言われているのは、引きこもりだけではなくて、統合失調症や発達障害も含めていろいろな現場で起きているので、本人、家族が孤立している人たを支援する、アウトリーチのような仕組みが必要ではないかと思われまふ。家族の

方とのつながりをどう作るか、それから訪問支援ができるような医療というものも必要なのではないかと思います。以上です。

○神庭座長 はい、ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。山本構成員お願いします。

○山本構成員 ありがとうございます、全国精神保健福祉相談員会の山本です。今の野口先生の御意見に関連して、ちょっと不勉強で申し訳ないのですが、北海道の長谷川先生にもし補足をお願いできればなのですが。

この後報告があると思うのですが、救急の話の際にミクロの救急の話がありまして、その中で地域保健、精神保健の相談の体制をどうするかという所も議論があると思います。市町村がこの包括ケアのプラットフォームになるということで話を進めていただいているのですが、それを担う人材をこれからどう強化していくかと考えた場合、やはり地域の医療、それからコミュニティメンタルヘルスチームの方と訪問のアプローチをしていくことになると思いますが、その際に訪問のチームの中にピアの方や家族会、知識を持った家族の方が、チームの一員として参加していくところに、可能性を見いだしたいと個人的には思います。私ちょっと不勉強で申し訳ないのですが、この辺りの実践は今どういう状況にあるのか、どなたかお答えいただければと思います。

○神庭座長 はい、ありがとうございました。いかがでしょうか。今、長谷川さんを御指名されましたかね。長谷川さん、よろしいでしょうか。

○長谷川構成員 コミュニティメンタルヘルスチームについては、難しい方や危機介入が必要な方で、行政の責任において地域で登録制で、例えばアルコールの人でしたらアルコール依存症をよく診ている医療機関や、回復支援施設の方やピアサポーターの方などが入ってチームを組んだり、その人の回復に従ってチームが解散したりというようなイメージで考えていました。

それは今後のことへの提言ですけれども、現在においてはケアマネジメントの中に家族の方やもちろん当事者、ピアサポーターが入るということもあると思います。実際、私達の診療所でも、ケアマネジメント、ケア会議の中に御本人が信頼しているピアサポーターの方が、一緒に話し合いに参加されることがたびたびあります。

長野先生の御発言にもあったように、その人らしい生活を送ってもらうためには、こういうケアマネジメントが重要ですし、もちろん先程の CMHT でもケアマネジメントが土台になっているかと思います。

それで医療と福祉と地域保健が円滑に連携することが求められていますので、ちょっと大きな話になるかもしれませんが、全体で考えると、是非精神保健福祉法に、ケア会議やケアマネジメントのことを1項目入れていただければ、全体がまとまるかなと常々思っています。

○山本構成員 先生、ありがとうございます。1点、今の話を受けて、地域保健の所で入口の所に、ピアや御家族、当事者が参加をされる際に、それを支えていく支援者側というのでしょうか、支援する、されるではないという話もある中なのですが、我々自身がその価値をきちんと押さえた上で、ピアの方の内面的なりカバリー、外面的なりカ

バリーの話がありましたが、そこでピアの方が活躍できるようにしていくには、やはりピアのサポートの所を強化していく必要があるのではないかと考えています。

市町村としては今、総合支援法の中に、地域生活支援事業で自発的活動支援事業という補助金を使えるものがあるのですが、これが多分現実的に地域に広がってきていないのではないかと考えていて、この辺りと精神保健で取り組むものの整理も必要になるのではないかと考えています。

また、福祉のサイドからすると、既にピアの活動というのは広がりつつあると思いますので、今後もそこは強化していければと思います。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。ほかに、先に手を挙げていただいた岡部構成員お願いいたします。

○岡部構成員 日本相談支援専門員協会の岡部です。ピアサポートのことにに関してですが、今日のスライドの5枚目で、今後、どのような方策の充実が必要と考えるかという点に関してです。やはり、私は相談支援事業所を運営している中で、相談支援専門員だけで事業運営していると、どこかで息切れをしたり、障害当事者の方と向き合っても諦めたりするようなことがどうしても発生してしまいます。

その反省に基づいて、私は当事者のピアサポーターと一緒に働く形態を設けているのですが、やはり、一緒に働くことで、そうやすやすとは諦めきれない、諦めることはできないという支援者の覚悟が決まってくることにも有効でありますし、小阪構成員が言われていたとおり、一緒に働かないとお互いが分かり合えない、私も実感として3年ぐらいお互いの良さを分かるまでにかかった経験があります。

何よりも当事者と一緒に働くということは、支援の質の向上につながると考えており、やはり、これからの方策という意味では、まだまだピアの方の立場が弱いので、例えば、小阪構成員が言われていましたが、委託の相談支援事業に配置することを必須とするなど、そういった立場をきちんと設けて、お互いが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と考えております。

また、岩上構成員も言われていましたが、アドボケイト活動においても、当事者のピアサポーターだけが病院に出向くよりは、相談支援専門員や保健所の職員等々と共同しながらアドボケイト活動をするという体制を作っていくためにも、一定程度、研修も必要でしょうが、一緒に働く経験をしっかり担保していくことが方策として必要ではないかと考えております。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。続いて、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。4人の構成員よりお話を伺い、大変、大きな学びの機会を得たことを感謝申し上げます。長野構成員のお話の中で、多様な方が地域の風景の中で働いている。参加という言葉もお使いになりましたが、正に、参加の幅が広がっていくことによって、地域の包摂の分化が成熟していくというテーマというか、台詞というか、包摂した非常に大きなテーマになると思います。

同時に、この参加の機会を保障していく、幅を広げていくことを考えたときに、なかなか参加ができていない方々のことが非常に気掛りです。言うまでもなく、長期に在院

した状態の方々がまだまだ多くいらっしゃいます。包括ケアシステムを立ち上げていくときの大きなテーマの中に地域移行があります。そこを強力に促進していくためにも、ピアの方々のお力を、是非、大きく起用・登用していくような場面を多く作っていただきたいと思います。

これまでの流れの中で、地域移行促進に関しては、退院促進支援事業から特別対策事業、そして平成 24 年度からは、福祉サービスの 1 つとして地域移行が個別給付化された経緯があります。個別給付化されて実践は確かに広がり、あるいは深まりということもありますが、その個別給付事業の対象者の方は、実は退院の意志を固めた方なのです。退院しようという思いを持たれた方です。

私が申し上げたいのは、私も東京都の地域移行の促進事業の受託を 13 年ほどやっており、多くの長期入院の方と出会いますが、多くの方が退院に対して恐れや諦めを抱いております。退院したくない、もう自分は退院しなくてもよい。そのような思いに囚われているのです。そのような方々の気持ちが何とか前を向いていただく、その前を向いていただくための活動にピアの方々の力はとても絶大です。

私の所属する事業所でも、ピアサポーターのチームを作っていただき、コーディネーターと一緒に病院に入り込み、病院の支援プログラムの中で出会いながら徐々に前を向いていただく、そのような働き掛けを重ねてまいりました。多くの方が退院に結び付いていったという経緯です。

この活動を再編・強化していく、そのような視点を強く持っていただきたい。そして、ピアの方々に、是非、そのような活動に積極的に参加していただきたいと思います。それを保障するための制度保障を、是非、強く求めていきたいと思っております。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。続いて、田村構成員、藤井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 日本精神保健福祉士協会の田村です。本日は 4 名の方のプレゼンテーションをお伺いし、いろいろなことを考えさせられました。本当にありがとうございます。まず、ピアサポーターというか、当事者の立場で御発言された小阪構成員に特に伺いたいと思ったことがあります。小阪構成員は病の体験を経て、もう一度、働きたいという気持ちになって、そのとき知り合った方の御紹介もあり、ピアサポーターという方向に歩んでいかれたと伺いました。私は、現在企業の健康管理支援の仕事をしており、社員の中にもメンタル不調になり、仕事ができず休職が長引き、そして退職という道を選ばれる方もあります。そのような方々が退職せず、病気や障害を持ちながらも社会生活というか、会社生活を送れるような、そういう道筋はないものかと感じる場合があります。

障害者手帳を取得し、障害者雇用の枠に変わる選択肢もあり得ると思いますが、待遇が、例えば最低賃金などに激減してしまうことや、同じ職場の同僚が、今度から障害者雇用になる、というのは現実的には容易ではありません。小阪構成員の場合は退職されたと伺いましたが、元の仕事へ復帰し、障害をもちながらも自分らしく働くという方向

性であったり、他のメンタル不調の方にとって会社の中でのピアサポーター的な働きなどの可能性は考えられませんでしたか。医療や保健福祉の分野では、ピアサポーターやピアサポートが、随分、知られてきていますが、一般企業では、まだ余り聞かないと思います。以上が小阪構成員へのお尋ねです。

次に、長野構成員のお話からは、そのような線引きはないということが、本当に実感として伝わってきましたが、お示しいただいたスライドの9ページ「施策等の視点による就労・就業支援の概略」の中に、一般企業という言葉が何回か出て来ていました。法人として何か働き掛けをされていたのか、されていたとしたら、どのような形なのかをお聞かせいただきたいと思います。

というのは、一般企業で働いている方々に、近年メンタルヘルスの不調を来たす方は少なくない状況があり、昔に比べたら、本当に精神疾患や精神障害を抱えながらも一人の社会人として生きている方がたくさんいることは知られてきていると思います。ただ、知られてきてはいるものの、何か精神疾患を負ったことによって、まるで人種が変わってしまったかのように、自他ともにそのような認識が変わってしまうところがあるとすると、もっと若いうちから教育する必要もあると思いますし、今、既に働いている人や学校教育を終えている人たちに対して、普及啓発をしていく必要があると思っており、何かそのヒントが頂けたらと質問いたします。以上です。よろしくお願いいたします。

○神庭座長 ありがとうございます。それでは、小阪構成員、長野構成員からお答えをいただけますでしょうか。

○小阪構成員 田村構成員、御質問をありがとうございます。会社を辞めることなく、継続して働けるような在り方になってほしいと個人的には思うところですが、私自身の経験を振り返って、以前、勤めていた会社で働き続けるというのは、サポートがあったとしても非常に難しかったと思います。それは、多分、私自身が精神保健に関する知識を十分に持ち得ていなかったということが1つです。

それから、会社全体としても、なかなか精神保健というところを十分御理解いただける方が現状ではないと思います。仮に、そのような知識や理解が十分にあった場合において、そのような遡上があり、かつピアサポーター的な関わりが会社内であった場合には、そのずれの解消は起き得る可能性を個人的には感じています。

結果的に、会社で障害や病気があっても働けるといふ、その機会が担保されるということは、波及的には全ての人が働きやすい会社の有り様に変革していくのではないかと思いますし、また、そういったことを私も探っていきたいと思います。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。長野構成員お願いいたします。

○長野構成員 大事なことだと思います。一般企業と書いた意味の中には、大きく2つあり、1つは職場開拓的に新たに障害者雇用的に取り入れてくれるような職場開拓の働き掛けは、ある程度やはりいろいろな所からあります。ただ、これに関しては、職場開拓がもう余り必要なくなっていて、人材不足のところ当たり前のよう障害を持ったことが明らかになっている方々も当たり前に就職して、働けるかどうかできちんと判



断してくれるようになってきています。本当に、環境が変わってきたと思います。当初はお願いしますということが必要だったのですが、今はほとんどそれもいらない状況になってきています。ただ、その後のフォローはいると思います。

一般企業、例えば、行政などの中で精神不調を起こして、御本人が望んで、働き続けていただくためのサポートには、やはり、医療の在り方がとても大事だと思っています。御本人が受診をする、相談をするという、まず相談をしてもらえること。今、よくあるのは、職場に勧められて御本人も同意して来られ、その医療に、まず、私たちの所にちゃんと来ていただけるかどうか、ここに私たちの在り方がまず問われます。

来られたときに、まず一番大事な一番初めに宣言するのは、私は主治医なので御本人の味方ですということを職場に対しても明示します。意地でも御本人の味方の立場を貫きます。職場もそれを理解した上でお願いしますというやり取りをしながらも、職場も配置換えであったり、仕事の負担であったり、休む期間であったり、様々な配慮をしてもらいながら三者でうまく対話していけるような地域の文化を作っていくことがとても大事です。

私たちの街は小さいので、今はもう知らない企業などもほとんどありませんから、かなり相談はして頂けます。その中で、やはり御本人が地元は生きにくいと余所に行かれる方もいますが、どなたかとやり取りしているようなやり方がかなり浸透しているので、無下に「もう無理です」ということは随分なくなってきたと思います。ただ、ここは一番初めの接点になる医療の在り方が一般企業の文化を変えていく上ではとても大事だと思います。

○田村構成員 ありがとうございます。精神疾患は、今、五大疾患の1つになっているぐらいで、多くの国民にとっても本当に治したいし、治療しながらも今の生活を継続したい、そのような病気の1つです。例えば、がんは、がんになっても働き続けられるようにという対策も成されてきています。精神疾患に関しては、ストレスとの兼ね合いでは、随分、取り上げられ、労働安全衛生法の改正などもあります。今、長野構成員がおっしゃったように、精神医療の在り方は特に大事だと思います。かかりやすい医療が必要ですし、従事者は、一般企業の人たちにも分かりやすい言葉で、病気や対応の仕方に関する理解を促進していくための言葉が使えるようになる必要があると思います。いろいろな精神疾患があるけれど、病気を持ちながらも働き続けられるように、治療と仕事の両立を支援できる精神医療が求められています。そういう意味で、精神医学教育のなかでもこのような視点が重視されているのかどうか、この検討会では、精神医療の在り方についても協議されるのだと思い、長野構成員にお伺いしていいのか分からないのですが、いかがでしょうか。

○長野構成員 そうですね。教育のことは神庭座長にお任せしたいと思いますが、やはり問題なのは、不調でかかれた、これは仕事を休まなければいけない、病気で3か月という診断書が初診で出る。休みなさいという初診の診断書だけ出して、その後、フォローも何もしていない、復職に向けてのカウンセリングも何もしていないくて、職場とのやり取りも全くしないなど、そのような医療機関も多々あると思います。やはり御本人

が望むならば職場との調整もやりますという、もちろん、休んでどうするかということもきちんと相談に乗り、後の仕事のことも相談に乗るといような感覚がなく、治療のために休まなければ良くなならないから抗うつ薬を飲んで休んでくださいね、はい、みたいな所にもかなり遭遇してしまいます。皆さんの時間をかなりロスしてしまいます。

医療の在り方は、出会ったときにどこまでやらせていただけるか、企業とも突然連絡を取り合っても医者に対する信頼感も必要ですし、企業の雇用側の都合もかなりあります。それもきちんと含み置いて、本人の味方になれるだけの力量が要ると思います。教育という点でも、医療側が根底から勉強し直さなければいけないと思っております。

○神庭座長 ありがとうございます。藤井構成員どうぞ。

○藤井構成員 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの藤井です。今の田村構成員、長野構成員のお話を引き続いての「はたらく」ということについてですが、長野構成員の御発表にもありましたように、障害福祉は、非常に今、就労支援も含めてかなり充実してきているのですが、長野構成員の懸念にもありましたように、障害福祉の枠にとどめてしまうところが、逆に、サービスが発展してきたために問題になりつつあるところかと思えます。

今の田村構成員のお話にもありましたように、障害福祉の枠や障害福祉サービス、あるいは医療で支援する中で得られた知見であったり支援の方法というのは、一般労働施策に充分いかせるところが非常に大きいと思っております。障害福祉支援で得られた知見を、今後、一般労働施策にどうかしていくかという、縦割りを排除したような考えや施策が、今後の方向性としては目指すべきだと考えました。

もう1つのピアことは、山本構成員、野口構成員からもお話がありましたが、アウトリーチの重要性のところで、最初の入口でなかなか御自身から医療機関に行ったり、支援を求めたりするのが難しい方に関しては、確かにアウトリーチというのは非常に重要な手段で、もっと広がる必要があると思います。しかし裏を返せば、御本人にとっては、結構、侵襲的なサービスでもあり、自分の所に来られるというのが、なかなか受け入れ難い方もいらっしゃることを考えると、山本構成員がおっしゃったように、ピアの方であったり、御家族の立場の方の訪問もできるというのは非常に有効なというか、受ける側にとってもハードルが低くなるのではないかと思います。

私もアウトリーチ支援をしており、実際には、ピアの方と一緒にアウトリーチをする機会は残念ながらありませんが、しばしば、そのような支援と一緒にしてくださるピアの方がいらっしゃればいいという場面は非常に多くあります。今後、そのようなサービスができることが、ピアの方の活躍、あるいは御家族のピアとしての活躍の場としては、すごく求められているのではないかと思います。

あと、ピアサポートの制度化に関しての懸念事項です。ピアサポートがもっと広がってほしいというのは、皆さんと同じように思っているのですが、ピアの先進国であるほかの外国で問題になっていることとして、ピアサポーター、ピアスタッフの雇用に関して、安い労働力として見られてしまうことが起こっているということです。強い言葉で言うと搾取、労働力の搾取のようなことが実際に起こって問題になっている所もありま

すので、ピアスタッフを雇用するときに、そのような弊害が起こらないように十分注意することも非常に重要な点ではないかと考えます。以上です。

○神庭座長 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 がじゅまるの朝比奈です。皆さんからの御発表は、大変、参考になり、いろいろ考えさせられました。1つが意見で、1つが長野構成員に伺いたいことです。生活困窮者支援法改正のときに、社会的孤立ということが法文上も取り上げられ、困窮者像というのが明確にされました。それとつながっていると思いますが、今回の地域共生の政策の中でもやはり孤立をどのように、違う言い方をすれば分断と言ってもいいのかもしれませんが、それをどのように包摂していくか。共生社会として地域づくりを行っていくかということがテーマになっています。

そのような意味では、今回の議論の中でも孤立ということをきちんと位置付けておく必要があるのではないかと考えています。その点で、第2回検討会だったかと思いますが、藤井構成員から研究事業の中で描かれた地域共生社会のイメージのところ、三角形で一番上が重篤な医療を必要とするケースで、真ん中が保健や福祉サービスとつながりながら生活をしていくグループで、一番下に地域共生社会の中で生活をしていくという、その3段があったかと思いますが、ここのところの福祉サービスの進展で、1段目と2段目は何となくつながって機能しているのではないかと考えていますが、2段目と3段目の中で重なりを作っていく、グラデーションを作っていくなど、この行ったり来たりをしっかりと捕まえておくというところが、今回、テーマになってくるのかなと個人的に感じています。

その意味で、前回の検討会のときの居住の問題、今回、長野構成員から御発表いただきました「はたらく」という、ここが非常に重要になってくると思っています。前回も私から質問させていただいたときに、長野構成員からケアマネジメントというお話が出されていました。これは、私が想像するに、恐らく、障害者総合支援法におけるサービスと利用計画を超えた、もう少し広義のことをおっしゃっているのだと思いますが、現実の仕掛け、居住と「はたらく」ということを置いたときに、2段目と3段目の結節というのか、連続性というのか、ここにケアマネジメントをどのように置けばいいのかということについて、もう少し、お考えをお聞かせいただければと思います。

○神庭座長 どうぞ。

○長野構成員 今回、地域保健も考えられるという書き方をしましたが、とても難しいというか、大事なことだと思います。私たちの実践では、実は介護保険が入ったときもケアマネジメントをケアマネジャーに任せないようにしようという、その介護保険が入る前からケアマネジメントをできるだけたくさんのもので学び、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す。

医療だと受診で比較的いろいろとつながってくるので、そのケアマネジメントをする立場の者が意識して伴走しながら最終責任を取るという位置付けにできています。ただ、地域の中で、逆に、介護保険が整い、今度、相談支援専門医ができてしまうと、ケアマネジメントはそちらに任せっきりになってしまい、それ以外のケアマネジメントが

逆になされなくなってしまった傾向にあります。もう一度ケアマネジメントの原点に立ち返って、法律を使っていくことも含めて、全体像が見えながら御本人としっかりと離れないように、離れないというのは必要な距離です。伴走しながら必要なときに最終責任、最終的なところまで何とかするというケアマネジメントを行っていくのは、全体的にいくと地域保健に置くしかないのかなと思っています。そうしないと、サービス利用にしても法律の中にどうしても小さくなっていってしまう、そうならないように皆さんが懸命に研修をされているのはよく知っているつもりですが、実際は、法律の中のサービスのリンケージで止まっているものがほとんどなので、そういう意味では、地域保健の中に置きながら、ケアマネジメント全体の底上げの基礎機能として、全体で学んでいくという二本立てが機能するような気がします。以上です。

○神庭座長　奥田構成員どうぞ。

○奥田構成員　全国居住支援法人協議会の奥田です。本日の皆さんの発表、ありがとうございました。すごくいろいろなことを勉強させられました。私は3点です。1つは質問でもあるのですが、やはりピアの部分はとても大事だと思います。私は元々困窮者やホームレス分野なのですが、実は、ホームレス経験者がホームレスのケアに当たっているという、仲間の会という当事者組織を作り、そのアプローチというのは我々支援者と言ってきた人たちとは全然違うアプローチで成立しているというのは体験的にもあり、ただ、そのところが何の制度にもものらないので、やはり自分たちで互助会を作り、当事者たちがみんなで月500円の会費を出しながら、その経費を賄っているという支え合いの組織です。

そこで1つ、単純な質問ですが、ピアの強みや価値が、本日のお二人の発言でたくさん整理していただき、学ばせていただいたのですが、逆に、ピアサポーターの弱み、例えば、体調が悪いことを見せるのも仕事なのだというのは、すごくいいなというか、そこは正にピアの世界、専門家だったら休みなさいという話になってしまいますが、わざわざ体調が悪いというのを共有するのがピアの強みだという、本当にそうだなと思いました。

私が少し気になるのが、ピアの強みというのは、個別性であり経験性だと思います。この個別の経験が逆に言うと普遍化できないという限界、病気の名前でいうと統合失調症という病気ですが、それこそ、「べてる」が自分の病名を付けているように、それぞれ、全然、経験も、例えば、ホームレス支援といっても、ホームレスの経験は100人いたら100人違います。その強みと弱みはやはり出てきて、俺はこうだった式でやってしまうとアウトになってしまいます。ですから、ピアのあえて弱みというか、気を付けなければならない部分を教えていただければという思うのが1つです。

2つ目は、先ほど朝比奈構成員から孤立の問題が大きな1つのテーマだという話で出てきました。生活困窮や地域共生社会のフェーズでいうと、今回、出てきたピアの部分のサポートと専門家のサポートが共生社会の議論でいうと、ある意味、完全に一致しているかどうかは別としても、今までの専門家による支援というのは課題解決型の支援だったと、それに対して、もう1つの支援の両輪は孤立ということに焦点を当てた、つな

がりということに重点を置く伴走型支援だという、問題解決型支援と伴走型支援という2つが、これから地域共生社会の支援の両輪になりますと。本日お話を聞いてますと、どちらかという、ピアのアプローチというのはつながりを中心としたようなアプローチが強いのかなと、専門家のアプローチというのは、やはり課題解決や起こっている事象をどう解決するかというアプローチなのかなと、しかし、これは両輪だから、お互いが理解しないと、多分うまくいかない。ピアサポーターの養成を私はある程度制度化してバックアップしたほうが絶対いいと思います。

一方で、この支援の2つのアプローチ、特に孤立というものが相当大的な社会的分断が進んでいく中、そのときには伴走型、問題解決いわば、つながるや参加など、そのようなところにポイントを置いている支援論が成立するのだと、これは案外、専門家はずっと問題解決できたから言っても分からないのです。問題解決しなくてもいいのですかというが先に出てきてしまうので、いつも私は悶々としてしまいます。正直、30年もやっていると、なかなか解決しないです。特に精神の分野や障害の分野は、そもそもが解決ではないと思います。そこを逆に専門家の人たちの教育、その中で、アプローチの重要性みたいなものを孤立という観点からしっかりと専門家側が身に付けなければならないと思います。これが意見です。

3つ目は、先ほど藤井構成員がおっしゃったことと同じで、ピアの部分のブラック化と同時に、長野構成員の発表が非常におもしろくて、是非、私は北九州なので、近いので見に行こうかなと思っていたのですが、一方で、働くということが必ずしも賃金や工賃とは関係なく「はたらく」という大きな概念を持つのだというときに、やはりピアサポーターのいわゆるブラック化と同時に、働くということ自体が、ややもすれば、正にそうになっていくのです。つまり就労という形態になると、ある程度の就労関係の法律で守られてきますが、法外の働きに関して、一定の基準というか、ある意味きつい言葉でいうと監視みたいな、なぜかという、生活困窮者自立支援法が2015年にできたときに、障害分野以外のところで就労訓練事業を作ったのです。

これは、いわゆる最低賃金を守らなくていいですよ、その代わり、事業所を就労訓練事業所ということで区議長が認定するという枠をはめました。私は実は賛成でした。働くという概念が、必ずしも賃労働あるいは最低賃金のみならず、いろいろな働き方から入っていけばいいのだと、もっと言うと、今回、共生社会で就労B型なりに、手帳を持っていない人も行っていいですよという枠が来年からスタートしますよね。逆に、一般就労という枠で考えている人たちが障害就労にも一部入ってくる。これは参加支援事業という部分で入ってきます。そのような時代に入ってくる中で、実は生活困窮のときの議論で、最賃を外すということに関して、相当、反対がありました。特に連合は、相当、審議会でもやり合った経験があり、本日、長野構成員のお話にすごく刺激を受け、そのとおりだと思いましたが、一方で、広い働き方を目指せば目指すほど、いろいろな人が入って来ってしまうという危険性があります。この辺もやはり、先ほどのピアサポーター自体の安価な労働力化やブラック化とともに、「はたらく」概念を広げれば広げるほ

どブラック化するという危険をどこで止めるかということも議論すべきだと考えます。以上です。

○神庭座長 長野構成員どうぞ。

○長野構成員 ありがとうございます。私たちがぶつかってきた一番大きな問題です。実はNPOを立ち上げるまでは、とにかく無給で勝手にボランティアだとか言いながら私たちも休みも土日も全くないままに、ひたすら動き続けてきて、やらなければいけないことを無償でたくさんの人に頼んで、それをボランティアだとやってきました。そこと実は決別しようとしたのがNPOなんぐん市場だったのです。仕事という以上は絶対最低賃金以上だと、もう最賃除外も一切しない。全部給料は払ってやろうと思って、なんぐん市場を始めました。ですのでボランティアはそこで一旦全部そこでゼロにしたのです。全てに給料を払う。しかしそうすると給料を払う側から求めることも、もちろん出てきます。そうしてこぼれていく人がたくさん出てきて、そこを実はある程度縛りながらカバーできるのは、就労Bの次の在り方なのだと気づいて、就労時の多機能事業所を立ち上げたのです。実は今もそういう無償のボランティアを使うという感覚は全くなくて、それはもう自発的にやられる方々のやっていることをつないでみることはあるのですが、労働力が足りないからボランティアというのは、この前のコロナのときにミカン取りの手が足りないから自分たちも取りに行くぐらいのことはしますけれども、そういうことは実は一切やめています。ですのでそういうモラルというのが、バランスがとても難しく法律でどこまで縛るか。縛りすぎると今度は動けなくなるので、自分たちのモラルというのがとても問われるなど日々悶々としていく。お金がいくらでもあれば格好いいことをずっと言えるのですけれども、コウコウの問題と今回のコロナの資金繰りもそうですけれども、その中でブラック化というのは何度も経験しながら改善しながらということを繰り返している、苦悩が続いているということは御報告できたらと思います。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。議論は尽きないかと思いますが、予定の時刻も近づいてきました。手短であればもう1つぐらい御意見を伺いたいと思います。

○櫻木構成員 ありがとうございます。日本精神科病院協会の櫻木です。ピアサポーターはじめそれぞれの経験に基づいたお話をいただいて本当にありがたかったかと思います。2回目のときですか、ピアサポーターにはきちんと給料を払えるような仕組みをと私は言いました。ピアサポーターをはじめ、私の患者などでも、「先生、働きたいのだけど、まだ自信がないから、先生の病院で働かせてください」というようなことを言われるのですけれども、これは1つはCOIの問題もあって、私の所で働いてもらうのがいいのかということがありますし、以前は結構そのところはフリーに働いてもらっていた病院もあったようです。ただ藤井構成員とか奥田構成員が御指摘されたように、搾取であるとか、あるいはブラック化であるとか、その頃よく言われたのが使役だというように言われたのです。大体の病院はもう手を引いてしまっています。だからその部分の働くということ、いわゆる助走期間をどのように考えるかということで言えば、2回目のときに私言ったのですけれども、学生さんのインターンシップ、そういった考え方と

いうのは、きちんとした形で考えられないかというようなことを考えています。以上です。

○神庭座長 ありがとうございます。そろそろ時刻ですが、今日、御欠席の日本看護協会の鎌田構成員から御意見を頂いております。残念ながらこれ、友利さん、回覧資料でよろしいでしょうか。後で見ていただくということで。

○友利精神・障害保健課長補佐 承知いたしました。

○神庭座長 この議論の最後に小阪構成員及び櫻田構成員から御感想を是非、頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

○小阪構成員 ありがとうございます。先ほど奥田構成員から御質問があったと思うので、それに答えつつ全体的な感想を述べさせていただければと思います。ピアの弱みというものももちろん確かにおっしゃられるとおりにあると思います。1番が親和性とか共感性が高いことによって、関係性が地域のグループの中で固着したときに、上下関係のようなことが発生すると、これはピアの良さが出にくくなってしまっていると思います。私どもは親和性とか共感性が高いことがあるということを十分に認知した上で、既存の専門職の方以上に、「黒子である」（支援の対象となる御本人が主役）ということをしてピアとして活躍する上では、自戒として思っているところです。またその自戒がきちんと機能として位置付けられるためには、ピアさん、ピアサポートを担われている方が、既存のグループの中だけで議論するのではなくて、いろいろな都道府県を跨いでとか、全国的なところで、「どんな当事者同士の支え合いがあるべき姿」なのか、ということを経験する場というものを担保していくと、そういった弱みについては起きにくくなるかと思っています。

また2点目で、問題解決型の支援者ですが、正直ピアから言うと、問題解決型の支援者と協働させていただくことは、役割分担ができてよくて、未治療の方を医療につなぐということは、もう問題解決型側に任せて、私どもはあくまでもつながるということだけを目指して関わると、私たちのことは受け入れてくださるということには実際にはあるので、そういう強みをいかすというあり方もあるのではないかと思います。全体的な感想としては、ピアサポートを位置付ける動きが10年以上前からあったわけですが、このように公の場で改めて議論させていただけたことに、多くの方々に感謝申し上げます。

○神庭座長 ありがとうございます。櫻田構成員、いかがでしょうか。

○櫻田構成員 ありがとうございます。私からも御質問があったことについてお答えさせていただけたらと思っております。ピアの弱みというところでは、やはり小阪構成員におっしゃっていただいたとおりの共感するが故に引っ張られやすいというところは、非常にあるかと思っています。やはり共感することも非常に大事なのですが、ある程度自分の中で境界線を引いておかなければ、やはりそこに共感しているのはいいのですが、そこに引っ張られてしまうと、自分自身の体調管理にも響いてきますので、その辺りの線引きがいかにかできるかが、ちょっと弱いところなのかなと私も感じております。

全体的なまとめとしては、本当に小阪構成員もおっしゃっていたとおり、ピアサポーターのことがこの場で議論としてされてきたことが、非常にありがたい限りだと思います。先ほども皆さんの御意見をお聞かせいただいた中で感じたことは、やはりピアの労働に関しての賃金ですとか、環境とかも非常に大事だと思うのですが、やはり働くことに対しての意識の問題も、ピア自身の問題でもあるのですけれども、ピアの質の担保をどこでするかも、多分今後の課題にも上がってくるかと思えますし、質が担保されたことによつての賃金形態が今後、議論されていくのかなとすごく感じました。あとはピアが働くための環境整備をどのようにしていけばいいのか。多分全国的に見ても、ピアサポーターを雇っている所はたくさんあると思うので、その事例もいかしていただきながら、全国にピアを雇用することが今後広がっていくと、より支援の幅も広がりますし、私たちとしてもありがたい限りかなとは、今日の御議論を聞かせていただいて最終的に思ったところになります。以上になります。ありがとうございました。

○神庭座長　ありがとうございました。まだ議論は尽きないですし、大変重要な課題、今日は4人の構成員からお話を頂けたと思います。

○中島構成員　一言よろしいでしょうか。公精協の中島でございます。要するに今日の議論でピアサポーターの制度化はほぼ決まったと考えていいのではないかと考えております。ただ制度を作るだけでは必ず狭間に落ちていく人たちが出てくる。そこを埋めていくのは、我々のコンパッション、我々の心ですから、これを忘れないようによろしくお願いしたいと思います。

○神庭座長　中島構成員に見事にまとめていただきまして、ありがとうございました。それではここまでとさせていただきます。大変恐縮ですが、議題3の精神科救急医療体制整備に関わるワーキンググループの進捗状況について事務局から説明をお願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐　事務局の友利でございます。時間も少し押しておりますので、簡単に説明させていただきます。資料6です。現在、検討が進んでおります精神科救急ワーキンググループの進捗について現状を報告させていただきます。まず3枚目を御覧ください。こちらがワーキンググループでの議論の進め方ですが、これまでに第2回まで検討を進めております。第1回ではこちらの議論の進め方にありますように、そもそもの精神障害に対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置付けの確認を行った上で、精神科救急医療体制の整備を取り巻く課題の整備及び検討を行っております。その中で大きく3つ課題を設定しておりまして、1つが地域における精神科救急医療の需要、救急医療圏域の設定。そして2つ目が対象者像と急性増悪時の危機への対応の在り方ということで、相談体制、外来と入院の役割、精神科救急医療施設の役割等々ということで設定しております。

そして3つ目が、精神科救急医療体制整備事業の課題ということで、幅広く第1回については議論を行っております。第2回については、2番目の課題、整備についてさらに議論をしております。



右下の 6 枚目までお進みください。こちらが第 1 回ワーキンググループでの主な意見と整理です。そもそもの位置付けの確認として、3 つ目の○に記載されておりますが、既存の精神科救急医療体制整備事業の枠組の手前の段階の対応も強化していく必要があるだろうということです。そして次の○です。地域の支援者が連携することで、緊急的な入院に至る手前での入院ありきではない支え方も検討すべきだという位置付けの確認を行っております。そして課題の整理、検討ということで幅広く第 1 回目は御意見を頂いております。そして対象者像については幅広く設定すべきだろうということです。医療圏域の設定の考え方については、地元の医療機関での対応が望まれるが、医療機関が偏在している中で、こういった取組を行うか協議を行う必要があるだろうということです。そして地域における相談体制については、救急情報センター相談窓口がございますが、さらにアンケートを取りながら具体的に調べたほうがよいのではないかという御意見を頂いております。

こちらが外来と入院の役割についての記載です。診療所についても夜間に診療を行っているところもあり、引き続き協力を行っていくという御意見を頂いております。医療機関については現在、働き方改革も進んでいる中で、特に輪番の医療機関についても、さまざまな課題がありますので、そのようなことも踏まえた上で検討が必要という御意見を頂いております。そして精神科救急医療施設等の役割ですけれども、特に身体合併症については、精神科の医療機関そして一般の救急から見ても、課題が多いのでそちらも検討していく必要があるという形で御意見を頂いております。

そして精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能ということですが、やはり各地域の資源の把握、見える化、こういったことを進めながら具体的な連携方法を探る必要がある。その上でやはり委員会の役割が大きいだろうという御意見を頂いております。

右下 9 ページです。第 1 回のワーキングを踏まえまして、第 2 回では更に具体的に議論を進めておりますが、精神科救急に係る対象者像と危機への対応の在り方で、受診前相談を含め、地域で支えていく視点はよいけれども、危機等であるから全て医療というわけではなくて、社会的要因についても支援をしていくことを明確にしていく必要があるだろうということで御意見を頂いております。そして先ほどの検討会でもお話があったような形で、地域の中で危機に対して介入するためのチーム、市町村でもコーディネートして派遣するような仕組みも考えてはどうかという御意見を頂いております。そして精神科救急医療施設への受診件数以外にも電話相談のニーズも多くあるという御意見も頂いております。そして医療機関にかかるまでに救急センターを介する必要はなく、救急医療施設へつなげる体制も望ましいのではないかと御意見があった一方、救急情報センターを介しないと病病連携、受け入れる機関を探せないという実態も指摘されており、検討が必要という御意見を頂いております。

そして次に各精神科救急医療施設の役割について、御意見を頂いておりますけれども、常時対応型については、ある程度の条件の設定によって質を担保して、地域の中で公的な役割を果たせるような位置付けをしてはどうか。更に 24 時間、365 日受入れを断わらない。そして総合病院等との連携により、多様な疾患に対応できることが望まし

いのではないかという御意見を頂いております。また、常時対応にかかわらず、精神科救急医療施設の設置については、重症例、困難症例にしっかり対応している機関が評価されるような実績評価、指標、基準について、きちんと考えたほうがよいのではないかと。そして身体合併症についてもその対応は課題であり、やはり連携を取れる仕組みが必要だろう。その上で精神科と精神科以外の他科が、お互いに対診等による支援をし合う仕組みを考えることが必要なのではないかという形で幅広く御意見を頂いております。

次の 10、11 枚目のスライドはこれまでの議論を踏まえまして、イメージと素案でございます。御参考までに提示をさせていただきました。事務局からは以上でございます。

○神庭座長 ただいまの御説明につきまして、御意見、御質問等ございませんでしょうか。

○櫻木構成員 ありがとうございます。日本精神科病院協会の櫻木です。私、実は今の精神科救急医療体制、これは非常に危機感を持っています。今の説明にもありましたけれども、大体 1 つは輪番制の対応施設、これが 1 つ、危機に瀕しています。いわゆる働き方改革で宿当直許可というのを我々は頂いて、夜勤というよりはむしろ当直、当直をした次の日も病院で勤務をしているわけです。少なくとも精神科救急の輪番日というのは、その許可から外すというようなことが言われています。そうすると先ほどお話にありましたように例えば、輪番の当番日に当然指定医が当直をする形を取るわけですが、それが当直ではなくて夜勤だということになると、その指定医は次の日に勤務はできません。なかなか地方は指定医の確保が難しい病院が出てきていますから、そういった病院が一斉にその輪番から外れてしまうのではないかという心配。それからそういった部分を後方でしっかり支援をしていただいていたのが、いわゆる常時対応型の施設、これはもういわゆるスーパー救急、救急入院医療の基準を満たした病院が常時対応型の病院となっているのですが、今度の診療報酬の改定でかなり経過措置が明確になって、大部分の病院がスーパー救急の病棟から撤退をしなければいけないのではないかとというようなことで、大変ななっています。そうすると、いわゆる精神科救急医療体制をかなり両方で両輪として支えた輪番の病院、それから常時対応の施設であったスーパー救急の病院、両方がかなり今までの体制を取れないのではないかとようなことがあります。だからそういったようなことも含めて、国として精神科救急医療体制をどのように考えていく。それを含めて提言をお願いしたらと考えていたのですが、なかなかその部分まで議論が、ひょっとすると私ほど危機感がないのかもしれませんが、そういった状況で何か歯痒いような感じが実はしております。今後の議論、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○神庭座長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○岩上構成員 遅くなつてしまひましたが、全国地域で暮らそうネットワークの岩上です。今、櫻木構成員が危惧されていることについてはまた是非、議論していただきたひなということをお祈ひしたいと思ひます。あとこの図を見てもみますと、かかり

つけ医精神科医という言葉が今まで余り目にしない言葉で出てきているのですが、私もこれはこの間、江澤構成員に、こういうのはどうなのですかと席が隣だったときにお聞きしたのですけれども、包括ケアをしていく上では非常に重要なので、このかかりつけ精神科医とかかりつけ医との連携の辺り、ここの救急でやる、救急の前提条件になってくと思うので、そこは少し分かりやすくしておいていただくと、今後のためにいいかなという意見を持っています。

もう1つは、病院が体制整備をしていただくというのはあると思うのですが、クリニックの位置付けで、そういったことに積極的に協力というか、やっていただけるクリニックと、なかなかそうはいかないクリニックというのは、やはりきちんと位置付けを分けていただいたほうが今後のためにはいいと思うのです。全てが救急対応ができるというわけではないので、その辺はまた議論していただけると、病院はもちろん今、櫻木先生がおっしゃったことだと思いますけれども、クリニックが地方によるとは思いますけれども、その位置付けがみんな同じクリニックのように見えているけれども、中身は全然違うといったときに、救急体制はどうしていくのかは、議論していただけるとありがたいなと思います。ありがとうございました。

○神庭座長　ありがとうございました。ほかにはよろしいですか。

○江澤構成員　ありがとうございます。今の件ですけれども、例えば認知症はコモンディゼーズ、診療報酬上も糖尿病、脂質異常症、高血圧症と横並びで一般かかりつけ医が診る疾患と明確に定められていますし、実態もそうなっております。ところが精神障害とか、なかなか専門性が高い疾患においては現状は今御指摘のとりの状況でございますので、要は一般かかりつけ医と精神専門の診療所等の先生方との連携は、まだまだ正直課題の部分だと思っております。今おっしゃられたように特に地域の役割分担、ベースは連携があって、たとえば、急変に対してどう対応するかという基盤の強化が重要と受け止めておりますので、医師会として引き続き取り組んでいきたいと思っております。以上でございます。

○神庭座長　ありがとうございました。ほかにはよろしいでしょうか。それでは次回のスケジュール等について事務局からお願いします。

○齋藤地域移行支援専門官　事務局より次回開催について御連絡いたします。第6回の検討会につきましては、12月上旬頃の開催に向けてただいま調整中でございます。詳細につきましては近日中に事務局から改めて連絡させていただきます。

○神庭座長　ありがとうございます。途中、駆け足で司会をしてしまいまして、数々失礼があったと思います。どうぞ御容赦ください。それでは以上をもちまして本日の検討会は閉会としたいと思います。構成員の皆様方、熱心な御討議をいただきました。大変ありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。