

第6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12月17日(木)

17:00～

場所 TKP新橋カンファレンスセンター

15階Dルーム

○齋藤地域移行支援専門官 ただいまから、第6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。本日の会議時間は、20時までの3時間を予定しておりますので、どうぞよろしくお願い致します。本日の会議についても、新型コロナウイルス感染症拡大の予防の観点から、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いた構成員が5名、オンライン参加での御出席は16名となっております。個別の参加状況については、席次表を御確認ください。なお、中原構成員は、御都合により欠席の連絡を頂いております。堀構成員におかれましては、用務の都合により1時間程度遅れてオンライン参加される連絡を頂いております。鎌田構成員についても遅れる旨の連絡を頂いております。

なお、本日は当事者の視点から、全国「精神病」者集団の桐原様に参考人として御出席いただき、後ほど御発表いただきたいと思います。よろしく申し上げます。また、人材育成の観点から、埼玉県立精神保健福祉センター精神保健福祉部長の広沢様にも参考人として御出席いただき、後ほど御発表いただきますので、どうぞよろしくお願い致します。

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い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は桐原参考人資料、資料2は広沢参考人資料、資料3は岩上構成員資料、資料4は事務局資料の人材育成について、資料5が事務局資料のこれまでの議論の整理、参考資料として開催要綱、構成員名簿、以上です。資料の不足等が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します。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、極力実際に挙手をしていただきますようお願い致します。オンラインで御参加の構成員におかれましては、カメラは常に映る状態にしていただき、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致します。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発表者の皆様におかれましては、オンライン画面と会場の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、事務局で対応いたしますので、「次のページ」など御指示いただくようお願い致します。

なお、神庭座長におかれましては、本日はオンラインでの御参加となります。オンライン参加での進行が難しいため、座長と御相談の上、進行は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。冒頭の頭撮りはここまでとさせていただきますので、報道の方の撮影は終了いただきます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1のヒアリングに移ります。本検討会については、構成員として当事者の方にも御参加いただいておりますが、更に幅広い当事者の視点での意見を頂くために、全国「精神病」者集団の桐原参考人から御発表いただきます。桐原参考人、参考人席へ御着席の上、御発表よろしく申し上げます。

○桐原参考人 全国「精神病」者集団の桐原です。本日は、第6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のヒアリングに招致していただき、ありがとうございます。全国「精神病」者集団は、1974年5月に結成した精神障害者個人及び団体で構成される全国組織です。地域患者会、病院患者自治会、都道府県や市町村単位の連合会、障害福祉サービス事業所のピアスタッフ、自立生活センタースタッフなど幅広い会員層をシェアしています。

全国「精神病」者集団は、最も伝統ある精神障害者の世界組織である世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク、略称WNUSPの正会員です。WNUSPは世界精神保健の国際的な動向の中で、医師がメディカルモデルを主張し、法律家がリーガルモデルを主張する中、社会モデルという全く異なるパラダイムを主張してきました。国際的な障害者団体の中で最も伝統ある団体として国際障害同盟というのがあり、WNUSPは国際障害同盟の会員となっています。国際障害同盟は、国際障害者年の成果である障害者の機会均等化に関する基準規則のモニタリング委員会に加わった障害者団体によって組織されたもので、障害者権利条約の制定に大きな役割を果たしました。

障害者権利条約は、社会モデルをベースにしています。社会モデルには複数の位相があります。障害の原因が個人にあるのか社会にあるのかということだけではなく、責任が個人にあるのか社会にあるのか、誰が解消するのかなど、複数の位相を持っています。当然、原因が個人にあるのか社会にあるのかということも大事なのですが、最も重要なのは責任が社会にあるのか、それとも個人の責任で障害を克服しなければいけないのか、そういったところにあると思います。

障害者権利条約についてです。障害者権利条約第14条は、障害を理由とした身体の自由の剥奪を禁止した条文です。障害者権利委員会というのが本条約の第35条に定められています。以下、委員会と略しますが、委員会は第14条ガイドラインというものをを出しており、そのパラグラフ7において、障害とその他の要件を理由とした非自発的入院制度を同条約第14条に反するとしています。そのため、精神障害であることと自傷他害、あるいは医療の必要性を追加の要件とする現行の非自発的入院制度は、障害者権利条約の趣旨に反すると考えられています。

委員会が政府に出した事前質問事項では、精神保健福祉法、医療観察法を含む障害に基づき身体の自由を制限する法律を撤廃するために講じた措置についての情報提供を求めています。このことから、日本政府は国連から非自発的入院制度の廃止を求める厳しい勧告

を受けることが指摘されています。なお、厚生労働省は勧告を受けた場合、関連法制度の見直しを検討し、法制度を含む必要な措置を講じるといった答弁をしています。

退院後支援についてです。退院後支援の問題は、津久井やまゆり園事件の再発防止策の検討チームの報告書に示されたとおり、事件の再発防止を契機として成立したという経緯があります。精神障害と犯罪を結び付ける偏見が助長され、医療現場が治安的にゆがめられてしまわないかと深刻に憂慮しています。これは、第193回国会で法案概要が削除されるなど、問題になっています。退院後支援ガイドラインは、医療保護入院や任意入院といった措置入院以外の入院も対象にしています。しかし、構築推進事業の補助金事業は、措置入院者の退院後支援だけを対象にしています。対象範囲の拡大が必要ではないかと思えます。

また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き(2019年度版)には、退院後支援のモデル事業として鳥取県の取組が紹介されています。鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアルというのは、廃案になった精神保健福祉法改正法案が審議入りする前の2017年3月に公布されたものです。内容は、法案審査の内容を一定反映している、厚生労働省が出した退院後支援ガイドラインとも大きく異なります。全体的にこうした流れが治安的な方向に進んでしまわないかということをお慮しています。参議院先議の法案が継続審議から廃案になるのは憲政史上初のことであり、その後の法改正の遅延も前代未聞の出来事です。これは重く受け止められなければならないはずだと思っています。

措置入院の運用の協議の場では、グレーゾーンの協議について操作的にならないよう、慎重でなければならないと思います。また、措置入院の診察時に指定医が警察から情報提供を受ける場合には、様々な注意が必要であると感じています。

ピアサポートの活用についてです。私たちとしても最も関心の高いテーマの1つです。障害者基本計画において、当事者活動は、国際協力活動や政策決定過程で参画して、障害当事者の立場から意見を言うこと、それから支援にピアサポートを活用すること等が定められています。これらは並列に扱ってほしいです。ピアスタッフが安価な労働力に陥らないためにも、ピアサポーターの独立性が必要です。具体的な方策としては、ピアサポートに対する報酬の付与、研修の構築とピアサポートの組織化、障害者団体との連携、団体としてのピアサポート、最も重要なのが固有の役割の明確化というものがあります。このうち後ろ3つは十分に着手されていません。

国のテキストでは、疾病経験があるから共感できるということ、利用者にとっても相談しやすいこと、多職種と同じ立場を共有し、利用者と周囲の橋渡しをしていくことがピアサポートに期待される役割とされています。しかし、ピアサポーターは単に障害の経験値を使って共感したり、健常者の専門職に向けて言語化したりする中継職にとどまっています。ピアサポートは経験以上に立場が重要になります。同じ問題に直面した者同士が同じ立場で問題を共有し、立ち向かうからこそ、自分だけの問題ではない、我

々全体の問題なのだ、私は孤立していないのだという自信や希望につながっていきます。私という個人の問題から、私たちの問題という一人称複数形の社会問題へと飛躍させていくことでエンパワーメントにつながるし、当事者意識やアイデンティティで、精神医学とは異なるアプローチだと、そう言い得るのではないかと思います。多職種連携は、互いの異なる役割を明確化し尊重し合う、そうして独立性というものを認め合って、成り立つものだと思います。

そのため、立場の違いをいかした形で、障害福祉サービス事業における業務への携わり方というのを模索していくことが重要であると考えます。サービス評価における当事者の視点からの役割や、虐待防止、差別解消をはじめとする障害福祉サービス事業の職員向けの研修における役割など、そういったものがピアサポーターとしては役割的に期待されてよいのではないかとということで、私たちから提案いたします。

そういう意味では、全ての障害福祉サービス事業が報酬対象、ピアスタッフを雇った場合の報酬の加算対象になるべきだと思います。また、ピアサポーターは仲間同士の集合的合意により承認されるものであるため、ピアであることの挙証方法というのは、障害者手帳やカルテといった機能障害の証明にすべきではないと思います。ピアサポート研修テキストは、ピアサポートの独立性の観点から大幅な見直しを要します。ピアサポートの価値に関わる認識を共有する上で、当事者活動の歴史を踏襲した内容にしていかなければならないのではないかと思います。

制度化されたピアサポート活動は、従来の当事者活動と切り離されて進んでしまっていて、分断、価値の継承、独立性という点で問題があります。全国組織では、全国精神障害者団体連合会さんとか、私たち全国「精神病」者集団もそうなのですが、非常に長いこと電話相談等の活動を続けてきています。これら団体としてのピアサポートを支援する方策を考える必要があると思います。肝心の部分をボランティアベースに依拠してしまっているということは、問題があると思います。本日、人材育成のことについて議論されるので、人材育成のための研修コンテンツ等の作成プロセスに対して、精神障害領域に関してはこういった主立った障害当事者団体の参画が得られているとは言い難い状況にあります。特に、今後は職能団体等の正員として、障害当事者団体とどのようにパートナーシップを組むのかななどをプログラムしていく必要があります、人材育成についてはピアサポートに限らず、障害当事者団体の参画が不可欠になってきます。私たちもできる限り、こうしたプログラムに参画していきたいと思っています。

地域移行と基準病床についてです。障害福祉計画の国の指針には、早期退院率1年以内92%が書き込まれました。これでは新規入院者の約15人に1人が、新たに1年以上長期入院になっていくことを意味します。新たな長期入院者がつくり出されないような目標値にしなければなりません。現行の算定式は、1年以上在院者を長期入院の定義としていますが、実際に入院すると、2か月であっても精神障害者としては非常に長く感じています。長期入院の定義は改められるべきです。長期入院需要については、10年以上在院者も1年

以上の人と同じように長期入院と定義されるわけなのですが、10年以上ということは一般的に需要という言葉で表現すべきではないのではないかと考えます。基準病床算定式の係数 a、重度かつ慢性と係数 b、修正型電気けいれん療法と治療抵抗性の抗精神薬の普及に関する治療の影響ですが、これらは長期入院を疾病の問題に帰属させてしまうという観点に立っていて、その点では問題があると思います。いたって社会的な偏見や差別といったものが、社会的入院の大きな原因になっていると見立てるべきではないかと思えます。

行動制限の最少化についてです。入院医療から地域生活に移行する上では、病院医療の質がその後の生活の質に大きく関わってくると思います。特に行動制限はその後の信頼関係に関わるため、無視できない問題です。身体拘束については、現場の努力だけでは限界があって、現場というのは病院ですが、病院スタッフだけでは限界があり、国が例えばゼロ化を目指すとか指針を出すといったことをして、予算措置を講じて取り組むなどしなければなかなか進んでいかないと思います。

最後になりますが、今後の検討会についてです。本検討会は障害福祉部長が開催するもので、必要に応じ構成員による協議の上、適当と認めるものを参考人として招致することができるとされています。私たちは冒頭で申し上げたとおり、非常に幅広い会員層をシェアしている精神障害者の全国組織です。そういった全国「精神病」者集団のように、幅広い会員層をシェアする団体からの参画が不可欠であると考えるので、是非、今後開催される検討会全てに参考人として招致を続けていただきたいなどお願いをいたします。よろしく申し上げます。以上です。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 桐原参考人、ありがとうございました。ただいまの発表に関して、御質問等がございましたら申し上げます。質問はよろしいでしょうか。桐原様、貴重な御発表をどうもありがとうございました。席にお戻りいただくよう申し上げます。

ここからの進行の流れですが、議事2の人材育成に関して広沢参考人、岩上構成員からそれぞれ資料を説明していただき、最後に事務局が説明をした後、人材育成に関する議論の時間を40分程度設けたいと思います。その後、10分程度の休憩を挟み、議事2のこれまでの議論の整理に関して事務局から説明した後、残り50分程度の時間を議論の整理に係る議論の時間といたしますので、よろしく申し上げます。それでは、人材育成に関して、広沢参考人から御説明をお願いしたいと思いますので、参考人席に御着席の上、発表をお願いします。

○広沢参考人 埼玉県立精神保健福祉センターの広沢です。よろしく申し上げます。本日は地域包括ケアに関連した人材育成ということで、埼玉県の精神保健福祉センターとしての取組をお話します。精神保健福祉センターの現状、課題、今後の方向性については、7月の検討会で既に取り上げられているかと思うのですが、地域によって本当に様々な状況があると思います。埼玉県のセンターは、平成2年にオープンして、そのときから保健所に対する、精神保健福祉センターの運営要領と言う技術援助・指導、埼玉では技術協力と言っていますが、コメディカルのスタッフで保健所を担当して実践してきたというのが、

まず前提にあります。

その時代によって技術協力のテーマは変化しますが、実際の体制も変わってきています。今の状況としては、私が所属する地域支援担当の3名が保健所を3、4箇所ずつ受け持って、地域に出向いて活動しています。その中で、包括ケアをテーマとした取組を行ってきたということになります。

スライドをお願いします。精神保健福祉センターは様々な研修を実施しておりまして、今回は、この包括ケアに関連する部分を抜き出しています。この資料の左上にあるように、人材育成は、どうしても研修を行うというイメージを持たれがちなのですが、単に研修を行うだけではなく、地域づくりを想定しながら、地域の人をつないで、会議や研修の場を連動させて行うことを大事にして取り組んでまいりました。

そういう意味では、ここの図にある研修に関しては上段が、全県を対象とした研修から保健所レベルの研修につながるという流れの枠組みとなっています。中段の「協議の場」は、県の協議の場として、自立支援協議会の精神の部会があり、これは平成29年から始まっています。続いて保健所ごとの協議の場ですが、埼玉県では平成30年から保健所単位で設置しており、会議と研修を連動させながら取り組んでいます。市町村ごとの協議の場は、まだ全部が設置されているわけではないのですが、センターとしては、保健所と市町村それぞれの協議の場において、地域で出された課題に取り組むという方向性を共有できるように関わってきました。

下段の所は、精神保健福祉センターの役割で、それぞれの協議の場に対して関わってきました。市町村に対しては、保健所と市町村との関係がありますので、保健所と相談しながら一緒に関わるようにしています。これが今まで取り組んできた大枠です。

続いてお願いします。そういった中で、センターが具体的に何をやってきたかということをお話しします。埼玉県の場合は本庁にPSWが2名配置されていまして、福祉と保健医療の部それぞれにPSWがいます。精神保健福祉センターは福祉部、保健所は保健医療部の所管です。包括ケアに関しては福祉部の所管で、そちらのPSWにとっては、包括ケアを進めるうえで、会議や研修をどのようにするか、包括ケアの概念をどのように具体的な形にしていくかなど分かりづらいところがありました。こうしたことを本庁担当者が地域の支援者にわかりやすく伝えるため、センターは具体的な資料を提示するなどのサポートをしてきました。

もう1つは、保健所が実際に市町村とどのように協力しながらやっていくかということがあります。既に福祉部では相談支援に関するアドバイザー派遣事業が先行してありましたので、そちらの対象を保健所まで拡大するため、本庁と関連団体をつなぐといったこともセンターが協力しています。

次をお願いします。保健所レベルの人材育成ですが、保健所は通報対応で手一杯というのが現状です。そういった中で新たに包括ケアという概念を踏まえて、協議の場で何を協議したらよいか、研修をどのように行えばよいかといった戸惑いがあったのが実際のところ

ろです。

そういった戸惑いに対して、センターでは技術協力担当者が、実際に保健所へ出向いて、保健所の担当者と相談しながら研修の企画とか、会議運営に関してサポートしてきました。そういう流れの中で、保健所と本庁の間をつなぐ必要を感じて、去年は連絡会の場を設けています。

次をお願いします。こうした関わりの中で、包括ケアをどのように理解していくか、何を大切にしてきたかということですが、そもそも地域共生社会が上位概念にあって、その目指す途上に、地域で暮らすためのケアを包括的に提供できるようにしていくという手段であることを、繰り返し本庁や保健所との打合せや会議の場で伝えてきました。

それと県の自立支援協議会において、精神障害にも対応した地域包括ケアは、障害福祉だけではなく、メンタルヘルス課題を抱えた方々とか、幅広い対象の個別ニーズを捉えて検討していくべきであるということもコンセンサスを得ています。

もう1つは、市町村レベルになると相談支援の在り方が課題になってきますので、今後はサービス調整を軸とした相談支援だけではなく、具体的なサービスにつながりにくい方々への相談をどのようにやっていくかが課題になるということも共有するようになってきました。

次をお願いします。今、本庁や保健所と協働するためにどのようなキーワードを共有してきたかというお話をしましたが、言葉だけでやり取りをしても分かりにくいので、具体的な資料をセンターで検討し、自立支援協議会の資料となる素案を本庁に提示したり、それらを保健所の研修や会議の場で活用してきました。その資料が、この後に続くスライドで何枚かあります。

これは埼玉の包括ケアを考える上で県の自立支援協議会に提示した資料ですが、医療につながっている方々と、まだつながっていない方々も全部含めて、地域の個別支援ニーズであるという考えを基本にしたものです。データである程度の規模感を示すことも大事なのですが、とにかくデータは一人歩きしてしまいますので、地域生活や退院支援のニーズを例示として書き込んであります。このスライドを地域で活用する場合には、具体的な個別ニーズを現場で共有するため、地域ごとにその部分を書き換えたりしながら活用していただくように説明しております。

次をお願いします。これは研修と会議を連動させるという趣旨と、市町村や相談支援事業所に対する相談支援専門員協会のアドバイザーを派遣する県委託事業を保健所に拡大したことなど、そういった関連性を示す図です。これらはセンターで素案を考えて、本庁のPSWと共有しながら作成しています。

次をお願いします。これは地域保健の領域では御存じの方もいらっしゃると思うのですが、佐々木雄司先生が考えた疾病と健康に対する構えをラクビーボールにたとえた図です。相談ニーズと精神医療とのアクセスの関係を表した図になります。障害というより住民ベースの考えから、どういう形で相談ニーズが地域で展開するかを表しています。こういっ

た図は、本庁担当者と共有するだけでなく、必要に応じて改定しながら保健所の研修や会議の場で活用しています。センターの役割として、特にこの2年ぐらいは、こうした資料作成を集中してやってきました。

次をお願いします。実際の研修内容の話になります。このスライドにある医療と保健福祉の連携研修ですが、これは包括ケアの話が出る以前から、平成26年度の法改正のときにあった人材育成の話をきっかけにスタートしています。それが途中で包括ケアと連動して、保健所にも同じような研修の場をつくっていくという流れになっております。センターとしては、研修のワーキンググループにも関与しながら、内容を一緒に詰めていきました。

次をお願いします。現在の研修は冒頭のスライドで示したように、全県レベルと保健所レベルの枠組みになっておりまして、全県レベルは先ほどお話しした医療と保健福祉の連携研修という名称で平成26年から行っていますが、保健所の研修は昨年からは実施しています。

次をお願いします。この図は、人材育成のベースとなるコンセプトを整理したものです。全県レベルの研修は、本庁や保健所、精神保健福祉センターだけではなくて、精神科病院協会とか、相談支援専門員協会とか、幾つかの関連団体と協働しながら、検討の場をワーキンググループという形で行っています。研修自体は相談支援専門員向けの地域移行関係の研修がありますので、それを包括ケアと関連付けて開催しています。

県レベルで検討していますが実際の狙いは、この図の左側ですが、メゾレベル、地域での機関間連携が円滑に行われるように、地域づくりと一緒にできるような人材を育成することにあります。次の保健所レベルは、市町村単位で実際の相談を通じた連携などが円滑にできるように、政策の方向性を共有することも含めて、支援者間連携を狙いとして実施しています。実際の研修内容は、行政説明や活動の報告を中心に、全県レベルで実施した医療と保健福祉の連携研修プログラムをひな形としています。

保健所でも研修を開催するようになった関係で、全県レベルの研修は、昨年からは地域づくりをどのように行うかというノウハウを共有する内容に少し修正しています。人材育成と言っても実際には地域づくりを想定した連携促進を狙いとした趣旨の研修になりますので、当然、関係機関が参加する地域の会議と連動させることを想定して行います。これ以外に、実際の地域での事例検討会とか、スキルアップに関する研修に対しても、センターが保健所への技術協力として関わります。こういったようなところが、ここ2年ぐらいを中心とした人材育成全体の構図です。次をお願いします。これが具体的なプログラムの例示です。

次をお願いします。これは先ほど申し上げたように全県レベルの研修は、地域づくりのノウハウを共有するため講義と演習を組み合わせたプログラムとしましたので、ワーキンググループでその演習用のシートとして考えたものです。

次をお願いします。これは全県レベルだと1日単位で実施するのですが、保健所だと

かなかそこまでは厳しいという声もありましたので、半日に圧縮して実施できるよう標準プログラムを提示しています。保健所で研修を実施する際には、センターの技術協力担当者が出向いて、企画から一緒に考えます。

次をお願いします。これは相談支援の体制整備に関する市町村とか相談支援事業所に対するアドバイザー派遣のシステムを保健所へも広げたので、その考え方とか利用の方法について整理したものです。

次をお願いします。これまで実施した全県レベル、保健所レベルの研修のアンケート結果から主なものを抜粋したものです、医療保健福祉それぞれの立場からの声がありますが、顔の見える関係が大事だということは繰り返し出ています。それぞれの立場で知らなかったこととか、新たな気づきを得られたという声が毎回出されています。今後はそのような声を踏まえ、連携促進のため人材育成や会議の在り方などを検討する際に反映させていく必要があると思います。

次をお願いします。ちょっと駆け足の説明になりましたが、埼玉県における人材育成の取組の中で精神保健福祉センターとしては、保健所との関係性をベースにしながら、かつての障害者ケアマネジメント研修で、地域づくりを意識した研修実施の経験なども踏まえて取り組んできたと思います。保健所への技術協力では、政策理念をどれだけ分かりやすく伝えるか、個別ニーズから地域課題をどう抽出するかといった観点を大切にしながら行ってきました。そういう意味では、センターが実際に地域に出向いて、地域の人たちとつながって、それを保健所や本庁の人たちと共有していくという活動を通して人材育成を行ってきたのだと思います。既に地域で様々な活動を展開されている方がいらっしゃいますので、人材を発掘し人と人をつなぐということが、これまでのプロセスでやってきたというところで、それが埼玉県の実態ではないかと思われまます。しかし、そうは言っても精神保健福祉センターはマンパワーの限界もあり、これまでお話しした取組を全県一律的に展開できているわけではありません。また、今後の支援体制整備、地域づくりを想定したとき、そのノウハウを持っている職員との世代の入れ替わりという問題がありますので、どう伝えていくかといった課題もあります。雑駁な報告でしたが、以上になります。

○齋藤地域移行支援専門官 広沢参考人、ありがとうございました。引き続き、岩上構成員から御説明をお願いします。

○岩上構成員 皆さん、こんにちは。岩上です。ただいま埼玉県の人材育成の取組が構造的に行われていることを、広沢参考人から御紹介いただいたところです。「にも包括」は、その目的に向けて人材育成に限らず構造的に構築していくということは、この検討会の中でも共有しつつあるかなと思っています。

そこで、私のほうでは人材育成ということよりも、むしろ、にも包括の構築支援事業が既に4年目を迎えて実施してきていますので、その構造も、今、広沢参考人がお話になりましたようなものと合致していますので、少しそちらの支援事業について御紹介させていただきます。

次のスライドをお願いします。これは何度も皆さんに御覧いただいたとおりです。ここにある②ですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業ということで、国において地域包括ケアシステムの構築の推進に、実践経験のあるアドバイザーから構成される組織を設置するというので、私は、この広域アドバイザー委員会の委員長を務めさせていただいております。そういったことがございまして、今日御説明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。同様の構築支援事業は、現在 20 の自治体に御参加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。これは私のほうで作成したのですが、この後、構造的な話になりますが、地域共生社会という考え方は、何も新しいことではなく、特に精神障害者の皆さんと関わりを持ってきた私たちにとっては、当たり前な価値観というように思っています。むしろ、私たちのほうがスタートは早いのではないかと思うところです。今、子ども食堂の話をよく耳にしますが、私たちは 20 数年前に精神障害者の皆さんとサロンを作って、夜は食堂を開き、多くの市民の人たち、ボランティアの人たち、あるいはそのお子さんたちと一緒にやってきたという歴史があります。そういったコミュニティをつくってきたということがちょっと薄れてしまっているのが、また問題なのかなと思います。ただ、そういった人とのつながりを前提とした上で、ここでは構造的な話をさせていただくということで御理解いただきたいと思います。

にも包括の医療機関と保健所と市町村と基幹相談支援センターは、この支援事業の中では基軸となる機関としてお示ししています。しかし、この基軸となる全ての機関が一定水準以上の役割を果たしている地域は少ないのが現状で、むしろ、ある機関が肩代わりをすることで、ほかの機関が本来の役割を果たしていないということが分かってきています。これは多いのですが、頼れる医療機関があると、その地域の市町村の基盤整備が進まない。何か困ると、病院にお願いして終了というような、そのため給付決定もままならないといった自治体も、支援事業の中ではございました。市町村の福祉がしっかりと専門職を配置していて、それ自体は悪いことではないのですが、民間の相談支援体制が脆弱になってしまう。あるいは保健所が精神保健、精神医療の中核というより、まだまだ障害者支援の中核として期待をされてしまう。期待をされて悪いわけではないと思うのですが、本来、機能を発揮していただきたい所が発揮しない。こういった課題があることが分かりまして、そういった意味では基軸となる機関が、それぞれ一定水準以上の役割を果たすことで、重層的な連携体制を構築する、そして障害者が地域の一員として自分らしく暮らすことができる地域をつくるといった価値観を共有し、なお、こういったことをアセスメントして、その地域をどうつくっていくかを考えていただく。

会議が始まる前に山本構成員から、基幹相談支援センターというのは市町村の業務として、それを委託するというので、この市町村との枠組みはどのようなかというお話があったので、ちょっと御紹介します。基軸としては、基幹相談支援センターは独立したものとして考えています。なぜかと言うと、基幹相談支援センターはしっかりしているけれども、

市町村にはなかなかお力を発揮していただけていない、その逆もあるということです。ただし、この両軸がきちんとその機能を発揮することに意味があると思っているので、この4つの機能を、ここでは示しているところです。

次のスライドをお願いします。手引きの中でも、構築のプロセスということで、障害福祉計画、医療計画、介護保険事業計画の各計画と連動させて推進するというを示しています。次をお願いします。これは障害福祉計画で、次は第6期です。次が第7次の医療計画です。こういったことと連動させるということを示しています。

次のスライドをお願いします。これは藤井先生にお作りいただいたもので手引きにも掲載しておりますが、構成要素としては医療、障害福祉・介護、住まい、保健・予防、社会参加(就労等)、地域の助け合い・教育(普及啓発)と、具体的な取組を示しています。

この後はスライドを4枚ぐらい飛ばして、そこで止めてください。構造的な取組をしていただきたいということで、先ほど広沢参考人にお示しいただいたミクロ、メゾ、マクロの人材育成の図と重なると認識していただいてよろしいかと思えます。協議の場では、個別支援の検討、支援体制の整備、地域基盤の整備の3つの機能を求めておりまして、個別支援の検討から問題を集約してボトムアップする、そして議論する。あるいは各種計画にある地域基盤の整備の目標値からブレイクダウンして議論する。この両面を活用していただきたいということをお示ししています。障害福祉のほうで自立支援協議会がなかなかうまくいかなかった歴史があって、そこにはボトムアップとブレイクダウンの両軸をきちんと展開することが、うまくいっていないということがありまして、にも包括の中では、こうした取り組みを求めてきています。

次のスライドをお願いします。とは言うものの、最も重要な点は、リーダーシップとコミュニケーションにあるということで、にも包括主管課の周りにいろいろな都道府県の課の名前が書いてあります。これは全てが合致するというより、その都道府県によって違うわけですが、そこときちんと合意形成を図っていただきたいと。同様に各種団体がございまして、各種団体の皆さんとも意見交換をしていただきたい。精神科医療関係者、精神障害当事者の方々とは、特に強く意見を交換して、お互いに共通理解を持っていくということをお求めしております。

次のスライドをお願いします。ここに「取組状況チェックシート」というのを示して、都道府県、保健所、市町村を今回は紹介していますが、そのほか、医療機関、基幹相談支援センターとして、こういったことに取り組んでいるかのチェックシートを用意しています。チェックをすればいいというよりは、むしろ共通認識を持っていただくというものです。リーダーシップを発揮しているかとか、省内及び関係団体との合意形成を図っているか、良質な実践の視察を行っているかなども、ここに書いてあるということです。

3枚くらいスライドを飛ばします。今回、にも包括の中で市町村を主体としてということで、いろいろ文言は出ておりますが、現在のところ市町村に精神保健が位置付いていない以上、精神医療と福祉をつなぐには、保健所の地域保健機能を遺憾なく発揮していただ

きたいと思っているところです。ついては、保健所長には精神科医療機関に出向いて、当事者会に出向くことももちろんですが、地域ごとの住民ニーズに合った良質な精神医療体制の構築に向けて、意見交換、協議をすることのお願いをしているところです。このようなトップセールスが重要なことを保健所職員にも理解していただくことが求められております。ただし、別にこれは新しいことではなくて、もともと得意としていることを適切に運用していただくということになるかと思えます。

3枚ぐらい飛ばして、次のスライドをお願いします。会議体としての協議の場、検討会でも議論を深めているところですが、支援事業の中では協議の場の機能の横軸と、協議の内容の構造の縦軸の概念を示しています。

次のスライドをお願いします。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するための協議の場の重要なポイントは、保健医療から地域を考える視点と、障害福祉から地域を考える視点の両視点の統合、それぞれの視点を統合し、その地域全体を見渡した包括的、継続的な体制構築に向けた議論が行われることを求めています。

次のスライドをお願いします。こういった議論の中で、先ほど広沢参考人にお示しいただいたような人材育成も重要な要素になってくるという認識を持っています。この議論の中では、ある自治体では措置入院者の多くが医療中断、家族同居という統計を示すことによって、参加者が自分事として支援体制の整備を考えるようになった。生活保護受給者の支援課題から、生活保護行政と相談支援事業所との強化を図った。入退院を繰り返している事例から家族支援の必要性が浮き彫りになって、家族支援を強化した。居住支援の課題から不動産屋との勉強会が始まった。地域のニーズから鬱病リワークデイケアが始まり、職場のメンタルヘルス講座が開かれた。多様な精神疾患への対応に向けて、精神医療と一般医療の連携が強化された。このような事例が紹介されているところです。

次のスライドをお願いします。これは僭越ですが、私の地元の協議の場の構造を示したものです。左側に「コアミーティング」というのがございますが、ここで議論をして課題を抽出して、保健医療からの視点と、それを基に自立支援協議会を使って福祉の基盤整備をしているという図式です。

最後のスライドをお願いします。ということは今まで支援事業の中では示してきたところですが、今回の検討会の議論を踏まえると、保健医療を起点とした基盤というよりは、保健を起点とした基盤整備の検討と、医療を起点とした基盤整備の検討と、福祉を起点とした基盤整備の検討と、それを統合したものが必要になってくるというように認識しています。その構造は右側に示したように、一般市民、国民を対象とすると国民全ての精神保健というのがありまして、精神疾患がある人の医療があり、精神障害の福祉があるといった認識かと思えます。支援事業に携わっている所管ですが、どの自治体もとても熱心に取り組んでいます。ただし、どうしても担当者にお任せというところもありますので、国として、主管課としてのリーダーシップを求める手立てが必要かと思えます。その際、例えば障害福祉計画、医療計画について、これはなかなか国の縛りが緩いような気がしまして、

切迫感がなかなか感じられないので、目標がきちんとすることの、国と都道府県との合意形成が必要ではないかと思っています。それから、行政のリーダーシップは重要で、先ほどの埼玉県の事例を見るまでもないと思いますが、ここではしっかりと民間と連携することが肝要で、優秀な公務員の皆さんは民間人を上手に活用することができると思いますので、それによって横断的、相補的、重層的、包括的、いろいろな言葉がございしますが、そういった仕組みをつくることのできるのではないかと。また、この検討会を通して、にも包括の方向性が示されると思いますが、都道府県にこれだけのことを求めていくのと同時に、厚労省内でもほかの部局との合意形成をお願いするとともに、ここまで大きく、にも包括で取りまとめをしていくとなると、大臣指針の見直しや法改正の手立て等も、併せて推進していただく必要があるかなということも思っています。構造的なものにはにも包括では推進しながら、その中で人材育成も進めていくといった認識です。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 岩上構成員、ありがとうございます。まとめたの質疑は事務局説明の後に設けますが、広沢参考人、岩上構成員の説明に対する事実確認等の御質問はございますでしょうか。野口構成員、お願いします。

○野口構成員 広沢参考人に質問します。大変すばらしい実践だと思いました。埼玉県のセンターの全体の人員構成とか、広沢参考人が言われた地域支援課は、体制が3名で、どういう活動をされているのか、ほかの業務がある中でどういう役割分担をされているのかとか、その辺りの背景情報を教えていただけますでしょうか。

○広沢参考人 私どものセンターは、いわゆる精神保健福祉部というのが主に精神保健福祉センターの運営の中核部分の機能を担うようなセクションで、ここは専門職だけで20名程度になります。それ以外にデイケアと自立訓練施設がございしますので、そういった所ではそれぞれ心理・OT・保健師などの職員がいて、あと精神科救急情報センターが併設されています。精神保健福祉センター全体の人員としては、事務職を入れて50名以上になります。精神保健福祉部としては、今回お話した地域包括ケア絡みで、実際に保健所へ出向いて行くのは地域支援担当ですが、その他に啓発普及等を担当する企画広報担当、自殺対策、依存症等を受け持つ相談担当があって、審査担当を除くこれらの3担当、10人程度で行っているというのが実態ではあります。

そういう意味では、十分に保健所に出向いてやれているわけではありません。主に保健所に出向くのは、先ほど申し上げた3名が中心で、内容によっては、ほかに心理職とかもおりますので一緒に出向いたりして、やり繰りしながら実際には技術協力を提供しています。どうしても埼玉県は全体としては大所帯に見られるので、人員は十分かということになるのですが、地域に働き掛けるという意味では、他県のセンターと同じような規模ではあると思います。ただ、人事異動として、特に精神保健福祉士は本庁、保健所、センターの各部門を異動しますので、その中で臨床的なスキルを蓄積するなど、そういったメリットはあると思います。

○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、続きまして事務局か

ら、人材育成について説明します。お願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 資料4を御覧ください。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する人材育成について御説明します。

次をお願いします。こちらは検討会の今後のスケジュールの予定を掲載しております。次をお願いします。こちらは前回、第5回の検討会での主な意見と整理をしておりますので、御覧いただければと思います。

次をお願いします。こちらから今回の議題になっている人材育成について御説明します。このイメージ図については、大変な小さい字で恐縮ですが、下の欄に記載をしております。これまで様々な事業で行ってきた研修や、今回の埼玉県の御発表を少し参考にしながら、人材育成のイメージ図を作成しております。今回の議題の人材育成の議論のたたき台として作成しております。求められる人材のイメージは、まず上から下のほうに流れて説明します。都道府県においては、人材育成のシステムづくりができる人で、具体的には都道府県の担当者、保健医療・福祉等の関係者をイメージしております。圏域においては、保健・医療・福祉等の連携が図れる人で、具体的には各機関の代表者をイメージしております。市町村については、現場で連携しながら個別支援を実施できる人で、具体的には、以下に示しているそれぞれの職員をイメージしております。

次をお願いします。これまでの意見等の整理です。1番目の○、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する人材育成について、人材育成の在り方が検討されて、研修など、それぞれ取組が実施されております。本システムの構築推進事業における精神障害者の地域移行、地域定着関係職員に対する研修に係る事業を活用している自治体については57自治体ありまして、地域の実情に応じた取組が様々なされております。人材育成に係る都道府県、精神保健福祉センター、保健所、市町村等の連携体制について、これまでの検討会において、様々な意見や調査結果があり、以下、簡単にまとめております。

まず、都道府県に関連するものについては、都道府県等が実施する研修について、多職種・多機関連携に関する内容の人材育成研修は約3割にとどまるという調査結果があり、地域の福祉サービス事業者への研修等、人材育成の実施主体については、精神保健福祉センターは精神保健福祉センターと回答しており、保健所、市区町村については、保健所と回答をしております。お互いの認識が異なるという結果がありました。3ポツ目、職能・職域団体の研修の実施状況については、各職の職域団体におきましては、組織間で連携をし、地域でどのような人材育成をするのかについては、まだ検討段階の状況でした。

圏域に関しては、保健所については市町村、精神科の医療機関との連携体制を構築する、都道府県については、より広域の課題や専門的な人材を育成する。精神保健福祉センターについては、それぞれをバックアップする仕組みを構築してはどうかといった御意見がありました。市町村や圏域単位での重層的な支援体制を構築するためには、市町村と精神科医療機関、障害福祉サービス事業所等との連携が欠かせないため、保健所が障害者総合支

援法に基づく協議会にしっかり関与して、医療と福祉の両面からの支援体制を構築できるよう関わっていく必要があるといった御意見もありました。3 ポツ目、個別支援に共通する課題から、地域課題を抽出するために、協議の場において様々な立場の者が協同して解決していく必要があるといった御意見がありました。

次の市町村に関するものについては、繰り返し構成員の方々から御意見を頂いております。本システムの構築の主体については、市町村であることを基本として、保健所や精神保健福祉センターがそれぞれ専門的な立場から市町村を支援する体制が必要であり、1 ポツ目に記載しております。このシステムを推進していくためには、個別支援を通して、お互いの顔の見える関係を更に密にしていくことが重要であるといった御意見を頂いております。3 つ目、人材の育成については、医療機関の職員に対して、地域の支援力やケア力を理解するための研修や人事交流も行う必要があります、さらに、市町村の高齢者施策、自殺対策、生活困窮者自立支援、子育て支援等の業務においては、精神保健の視点が重要になるため、相談業務に携わる職員の基本的なスキルとして、メンタルヘルス支援の研修を推奨してはどうかといった御意見も頂いております。最後のポツについては、市町村の取組として、福祉など社会的な支援が必要な対象者として、今まで以上に関わる体制にしていくことが望ましいという御意見を頂いております。以上を踏まえまして、下の箱の中に論点を記載しております。

1 つ目の○、人材育成において求められる人材像として、先ほどのイメージ図でも御説明しましたが、都道府県、圏域、市町村、それぞれの枠組みが考えられ、この捉え方についてどのように考えるか、1 つ論点を設けております。さらに、人材を育成するための体系、方法についてどのように考えるか、論点2として置いております。最後の論点ですが、人材育成について国、都道府県、精神保健福祉センター、保健所、市町村、関係団体等、それぞれの役割をどのように考えるかということで、論点を3つ提示をさせていただきたいと思っております。以下については、参考資料としております。事務局からの説明は以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。それでは、人材育成に関する議論に移ります。これまでの説明などを踏まえて、御意見、御質問等ありましたら、挙手の上で御発言をお願いします。

○野口構成員 岩上構成員にまず質問を最初にします。先ほど自立支援協議会では、ボトムアップとトップダウンを統合することがうまくいかなかったということを言われました。これは確かにそういうような方向を統合するのは非常に大事だということは、私も全く意見は一緒ですが、この辺りがなぜうまくいかなかったのか、どういうふうな形をすればうまくいくとお考えなのか、この辺は今後の人材育成にも関わってくると思いますので、お考えをお聞かせいただきたいと思っております。

○齋藤地域移行支援専門官 岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 ありがとうございます。協議会がうまくいかなかったとはっきり言ってしまふと問題だったかもしれませんが、もともと自立支援協議会の在り方の本を、障害福祉課の推進事業で作っていただいた中には、ボトムアップだけではなくて、トップダウンのやり方もきちんと講じなければいけないということをマニュアルとしては載せてあります。しかし、厚労省でお示ししたポンチへも含めて、個別支援から検討して課題を抽出して、地域体制整備をするということだけがインパクトが強かったということはあるかと思いません。

それは重々大切ですが、一方で障害福祉計画の中で、かなりきめ細やかに求めることは出している。それをきちんと展開する機能が弱かったと思っております。そういう意味では、今、基幹相談支援センターができたことによって、地域の課題を集約する機能と、障害福祉計画に基づいて市町村が施策を推進することを後押しする。そのための体制整備をする機能が発揮できるようになったと思っておりますので、今後は障害福祉の自立支援協議会や、基幹相談支援センターの機能は充実していくということを期待したいと思っております。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。ほかはいかがですか。長野構成員、お願いします。

○長野構成員 なんぐん市場の長野です。貴重な話をありがとうございます。人材育成で、精神保健医療福祉関係者の研修体制としては、構造も含めて、こういうやり方しかないのかなという気はするのですが、地域包括ケアを目指す上で一番大事なのは、その生活圏の人づくりだと思います。介護保険の事業所の方々がどれだけ精神障害のことを分かってくれて一緒にやってくれるか。地域の住民の方がどうやって一緒に学び合って、高め合っていくのか。人材育成と言って、すぐピンと来るのは、実はスタッフの育成よりはむしろ地域の方々、育成と言いますと上意下達ではないので、学び合う、高め合うみたいなのところかもしれませんが、その仕組みづくりが何より真っ先にやったことだし、必要なことだと思うのです。今回、誤解を受けないようにしなければいけないのは、人材育成のシステムづくりを県の位置付けにしていますが、これは実は市町村がやらなければいけない大きなことだと思うのです。市町村がこんな人をつくっていかなければ包括ケアは成り立たない、総合病院の中に理解者をどうつくるかとか、それを精神保健福祉センターが助ける、保健所が助けるみたいな、そんなイメージがとても大事だと思うのです。

いつも研修となると上意下達型にどうしてもなって、国が県を指導して、県が市町村を教えるという形になってしまうのですが、実際、地域包括ケアになりますと、現場で一番研鑽を積んでいる人たちが一番勉強をしていることもたくさんありますし、少し離れた位置の方々のほうが勉強していることもありますから、逆に、都道府県と圏域保健所と市町村というのは、縦並びというよりは横並び、パートナーシップであるべきではないかと思うのです。市町村が企画する研修に県が手伝いに来るというのもあるでしょうし、県が逆

にトップダウンで、これはお伝えしておかなければということで、県のほうに呼ばれて勉強することもあっていいと思うのですが、何となく上意下達になってしまうと、現場から乖離していくところで、もう少し人材というものの幅を広げて考えないと、地域の中の精神保健福祉医療関係者の研修システムで陥ってしまうのではないかという心配をしました。政策にするにはすごく難しいことかもしれませんが、とても大事な視点のような気がします。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。山本構成員、お願いします。

○山本構成員 全国精神保健福祉相談委員会の山本です。今の長野構成員の御意見に対して、市町村の行政の立場からお話をさせていただきたいと思います。

私も今回、事前のレクを受けまして、この人材育成に関する協議はどこを切り口にするのかというのは、少しもやもやしながら今日参加しております。今、長野構成員からご指摘いただいたように、市町村では、既に福祉の担い手が減ってきている非常に危機感を持ち地域福祉を推進しております。

一方で、当事者の方が活躍をすることで担い手になっていくという形も、実践が始まっていると認識しております。併せて、支援者に関しても、地域では医療・介護、福祉の事業者の方たちと、例えば在宅医療連携の中で、同じ水平レベルで連携をつくるという取組も始まっております。認知症サポーターであるとか、様々なサポーター、自殺対策でも互助を醸成する取組が始まっているところかと思えます。一番はやはり共生社会、互助をどれだけ分厚くできるか。その中でどのように精神保健に関する知識を普及していくか、当事者の方が活躍ができる場をいかにして創り出すか、その辺りの育成や制度的な報酬等の裏付けについても検討に入れていただければと思います。

また、我々行政の職員は、これから都道府県、精神保健福祉センター、保健所、市町村自治体のそれぞれの機能強化に向けた専門性の確保が求められていると認識しております。やはり、今回の新型コロナウイルス対策の関係で、今、保健所の方は相当に疲弊もしていますし、市町村の保健師も保健所に応援に出しておりますが、やはり公衆衛生の中で感染症対策が相当に評価され優先される。一方で、特に保健所における精神保健対策については、その陰に入って、全くもって後回しの業務となっている。この状況がどのように改善されるか分かりませんが、ウィズコロナ、アフターコロナの中で地域精神保健業務がいかに置き去りにされず、きちんとした体制を確保し強化していけるかということであり、数十年来の積み残し課題であると改めて顕在化したものと考えているところであり、保健所機能の強化と市町村における推進体制構築が必要です。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。ほかの構成員、いかがですか。会場の藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 人材育成に関して、にも包括は市区町村が中心で、人材育成に関しては市区町村が核になっていくというような御意見に賛同したいと思います。

一方で、市区町村の中には、なかなか保健の部門に精通している方が少なかったり、市

町村がベースで人材育成をしようと思っても、なかなかそのスキルがないようなところも、実際には数多くあるかと思しますので、都道府県、圏域、市町村という形で人材育成をしていくという、資料に示されたような図で行っていくことも一方では必要ではないかとは思っています。

その際に、この図の中に是非入れていただきたいのは、先ほど桐原参考人からもお話がありました、当事者の視点であるとか、家族の視点というもの、ピアサポーターに関して書かれてありますが、人材育成をする上で当事者の視点、家族の視点といったものは必ず入れていくように心掛けることは意識しておかなければいけないのかなとは思っています。

人材育成に関しては、人員配置と不可分の問題だと思っているのですが、市町村で個別支援をしながら、それを地域の課題にしていくということを考えたときに、精神保健相談に関しても一定のスキルを持つ人材が市町村に配置されているということが必要になってくるのではないかと思います。これは今回、埼玉県のを御紹介いただきましたが、私どもの調査では、埼玉県は市町村へのPSWの配置がほかの県と比べると多という結果が出ています。精神保健福祉相談員に関しては、どこの市町村もあまり配置されていないという実態もありますので、精神保健福祉相談に関する一定のスキルを持つ人材を市町村に配置して、個別の支援スキルを保健師その他の精神保健を専門としない方にも実地で伝達できるような仕組みが必要かなと思えます。

その具体例としては、精神保健福祉センターが行っているようなアウトリーチ、野口構成員から、もし必要でしたら補足いただきたいと思えますが、保健のアウトリーチ活動を通じて、保健所や市町村に個別支援のスーパーバイズであるとか、一緒に個別支援をすることで、それを人材育成につなげるという方法もあると思えます。市町村に関しては、例えば尾道市の例を挙げますと、精神保健福祉士を委託で雇用されて、その方を核としたチームを組んで、訪問型の精神保健相談をして、その活動によってほかの方のスキルアップを図ることもされていますので、実地の人材育成の方法についても検討が必要かなと考えます。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。櫻田構成員、お願いします。

○櫻田構成員 当事者の櫻田です。人材育成に関して御説明いただきありがとうございます。資料を拝見し、人材育成のシステムづくりができる人という所で、小さくピアサポーターの存在が書いてあるのですが、ピアサポーターや当事者で、ピアサポーターになりたい方に対しても、人材育成という意味では研修などが必要なのかなとは思っております。私が今いる事業所は千葉県ですが、千葉県でも6年前から独自でピアサポーターの研修が始まっておりまして、県で研修を行っています。そちらでも大事にしているのが当事者の視点で、グループワークを中心に行っているのですが、お仕事としてピアサポーターをされる方の中には、当事者視点を見落としがちになってしまう方もいらっしゃるの、当事者の視点はすごく大事だということを研修でもお伝えは常々しています。そういうような研修がこれから都道府県なり、市町村でもいいと思えますが、活発になっていけばいいの

ではないかと考えています。

全国的にもこれからピアサポーターの研修が始まっていくと思いますが、そこで共通したカリキュラムも必要ですし、共通したカリキュラム自体をこれから作っていく形にはなっていくと思いますが、それを汎化させていくとか、多分、地域性によっても多少求められるものが変わってくると思いますので、その地域に合わせた研修をこれからどう行っていくかは、都道府県のほうが考えていかなければいけないのかなと思います。そこに当事者の声を是非入れていただいて、都道府県とか市町村の地域と当事者の方と一緒に研修をつくり上げていくような形が、今後できるようになればいいのではないかと、私自身は考えておりますので、そのような流れを今後どうつくっていくか考えていければいいのかなとは思っています。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。

○野口構成員 藤井先生、お話を振っていただいてありがとうございます。私のほうも、人材育成と言っても、研修だけ単発でやっても、それは余り効果が十分ではないなと感じています。実際にアウトリーチ等を通して動いて、民生委員さんとか町内会の方も含めて、専門職と専門職ではない方たちと一緒にチームを組んで動くことで、我々もすごく学ぶことが多いと常々感じますので、そういう実践経験を基にして、そこから研修を作っていく。そういう形で、広沢参考人が言われたように、研修と支援と、ほかのものと企画を連動させていくことが必要ではないかと思っております。

そのためには相談支援と企画立案を行政機関でバランスを、私は行政機関なので行政機関の話をしますと、そこをうまく組み合わせることが必要です。そうなってくると人事異動をどうするのかとか、行政機関は本当はジェネラリストですが、その中でも、ある程度福祉・医療について専門的な経験を持った人を育成していくとか、人材配置も2、3年でころころ変わるのではなくて、少し長い期間いられるようにするとか、そういうことも必要になるかと思えます。

埼玉県もされているようですが、岡山県でも今始めてはいるのですが、医療・福祉・保健関係者も、若いときから一緒に動いたり、話し合う機会をつくっていく、長期的な視点が必要ではないか。10年単位ぐらいのスパンでものを考えないといけないのかなと感じまして、人材育成のスケジュール感も考えながら検討していくことは必要かなと思います。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。小幡構成員、お願いします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉会連合会の小幡です。よろしく申し上げます。先ほど藤井構成員、櫻田構成員もおっしゃいましたが、私たち家族、当事者の立場から見たときに、この人材育成のカリキュラムがどういうふうに作られるかは、当事者、家族の意見が入れられるというだけではなく、肌身を感じられるような実践をどういうふうに積み上げていくのかということと連動していると思います。多くの場合、研修をやっていくときには、自治体が直でやるというよりは、法人等に委託されていくと思います。サービス管理責任

者の研修もそうですが、実際、地域の特性をいかすというところでは、各地域が担うということの良いかと思いますが、水平展開をして、各自治体が行っている研修の良いところと言いますか、先進的な取組をやっているものが全国共有できるようなブラッシュアップをするシステムを作っていただけないかと思います。

本当に小さな市町村で、精神領域の専門性を持っている職員が十二分にいればまた違うのですが、なかなか人材がそろっていないという中では、果たして研修内容が全国的に見たときに耐えうるものなのかというところを、厚労省として今回マニュアルの基準を作ったにしても、展開する中でずれていってしまう傾向が見受けられると思いますので、是非、その過程の中にも当事者を入れてほしい。それは単数ではなく、複数の立場で研修をしたいので、できるだけ多くの当事者、家族が参加をしながら、そのことが研修できるようなシステムも検討いただきたいと思います。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。奥田構成員、お願いします。

○奥田構成員 いろいろ御発表ありがとうございます。勉強になりました。私はもう単純なのですが、資料4-3で書かれているイメージなのですが、ここに書かれているとおりで、保健・医療・福祉というところでやはりまとまっている。これ自体が包括的につながっていくのが1つ課題であるというのはよく分かるのですが、資料5にも出てくる、いつも使われている地域包括ケアシステムのイメージの図なのですが、真ん中が住まいです。今回の、にも包括の議論の中で、住まいをどう確保するかというところは結構重点になるのではないのかなと思うのです。そうすると、現場で連携しながら個別支援を実施できる人、市町村の部分なのですが、この部分で、やはり居住支援の人たちがこのことをきちんと理解できないとなかなか難しいのではないかと思います。私のほうで1個だけ絵を画面共有してもいいですか、できますか。

○齋藤地域移行支援専門官 確認をします。

○奥田構成員 この後にも、資料4で、高齢者施設とか自殺対策、生活困窮者への支援、子育て等において、精神保健の視点が重要だと書かれているのですが、逆もまた真なりで、これらのところに関して、ここに書かれている、現場で連携しながら個別支援ができる人が、それらのことをどう学ぶかということもやはり大事だと思います。ちょっと無理ですか、資料共有は。

○齋藤地域移行支援専門官 奥田構成員側の操作で共有が可能だということです。

○奥田構成員 分かりました。では、今、共有します。これは、国交省の施策と厚労省の施策を縦横軸で並べた絵です。個別、小さな字でいっぱい書いていますが、要するに、厚労省の施策が縦でずっと並んでいます。国交省の住宅施策というのを当てはめると、横軸でブルーの所が全部、国交省の住宅施策です。住宅というものが持っている、居住支援というものが持っている包括性というのは、この絵でも明らかです。ですから、今回、もとの議論で、やはり住まいが真ん中にきていましたから、そこはちょっと重点を置かないと、このままいくと、やはり保健と医療と福祉で縦割化するという感じが、人材育成に

において非常にそのようなイメージがあります。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。伊澤構成員の次に朝比奈構成員、お願いします。

○伊澤構成員 精神保健福祉事業団体連絡会の伊澤です。よろしく申し上げます。御発表、いろいろありがとうございました。情報をたくさん頂きまして、いろいろな気付きがありました。私が申し上げたいのは、広沢参考人から出された資料の中の 17 ページ、研修で聞かれた現場の声に着目しました。医療機関と福祉の現場では、まだお互いを知らないことがあると実感したという。このことは非常に重いのです。再三言われている部分ではありますが、ここがどうも超克できないというか、なかなかクリアできないままに来ているという印象が非常に強いです。

そもそも、にも包括の議論が始まるその前に、現状を捉えたときに、退院した方の 4 割が 1 年以内に再入院をしている。それと、必要な地域のサービスの十分な利用ができていない。ある病院の調査では、33%の人が支援サービスとつながっていて、そのほかの人たちは、なかなか地域との支援関係が結べていないことがデータとしても明らかになりました。つまり、退院時のマネジメントが十分に行き届いていないところをすごく感じるのです。ですから、長らく地域の中にとどまれないということがあるのではないかと思ったりもします。そうすると、この研修の大きな眼目の中に、医療機関と地域の結び付きというところを大きく織り込んでいくようなスタイルのものを、どんどんつぎ込んでいかなければいけないと思うのです。つまり、退院時のマネジメントが弱い故に地域の中に長くとどまれないということは、医療と福祉の連結が不十分であるということの証左ではないかと私は思っております。ですので、研修、あるいは実習も含めて、数回前に、医療と福祉の人事交流というワードも出ましたが、そういうものを駆使しながら、医療従事者と地域福祉関係者がしっかりと結び付け合うような合流ポイントを、たくさん作っていく必要があるのではないかと思っております。

数年前まで、実は東京都は、東京都社会福祉協議会に委託をかけて、地域の支援者が病院の中に実習に行く。数日、病院の中で過ごしながら、看護職員やワーカーさんやドクターともいろいろと交わりを持ちながらイメージを深める、業務もある意味では重ね合わせる。一方で、医療従事者、看護や、ドクターも一部いましたが、ワーカーさんが地域の現場に来て、どういう実践が行われているのか、そういうことを十分に情報としてつかみながら、相互に交流をしながら、お互いの役割機能を意識しながら協働・連携のイメージも深めるという研修があったのです。今は途絶えてしまったのですが。そういう種の、交わるような研修や実習を多様に出すような目線はとても大事ではないかと思っております。

それと、ちょっと変わりますが、冒頭で桐原参考人がお話になった、協議会や検討会の場にたくさんのユーザーの方を基本に招致しながら御意見を伺うということは、とても大事な視点だと思います。あのお言葉をしっかり受け止めながら、本協議会も進捗してほしいという思いを深めております。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。朝比奈構成員の次に、会場の田村構成員でお願いします。

○朝比奈構成員 中核センターがじゅまるの朝比奈です。

○朝比奈構成員 先ほどの奥田構成員の御意見に私も賛成です。第3回の検討会だったかと思いますが、藤井構成員を中心とした研究事業の資料で、幾つかの階層が示されていたかと思いますが。にも包括のイメージ図が何をしようとしているのかが、今一つ共通のイメージが作りにくいという議論が出ていたかと思うのですが、今回の人材育成にしても、精神科の症状が中程度から重度で、日常的に障害を持って福祉サービスの支援を得ながら暮らしていく人たちを支えるスタッフの人材育成なのか、それとも、もう少し一般社会との接点を多く持ちながら、むしろ福祉サービスとの接点が少なく生活をしていく人たちを支える人たちの人材育成なのか、その辺りも含めて、少し構造化をしながら、この検討会では、中心的にどこの部分の人材をイメージして議論をしていくのかという整理も一方で必要なかなと思いました。

そういう意味では、先ほどの長野構成員の御意見などは、むしろ地域づくりに近い部分の印象を私としては持っています。地域に合った戦略というか、精神医療、保健福祉に関わる人たちと企画をするのではなくて、もっと地域社会の中で、例えば、ほかの分野と協働しながら戦略的に作っていくような学びのプログラムのイメージを持ちましたので、その辺りを全体として整理を付けつつ、この検討会でやる人材育成の議論はどこの部分なのかということの整理が必要な気がしました。

併せて、地域で仕事をしていますと、精神障害の方々に関わる福祉の事業所のスタッフの人たちが見ている範囲がすごく狭いような印象があります。みんな、自分が見えている世界の中だけで片付けてしまいがちな印象があるので、逆に、そうした従事者の人たちが自分の分野以外のことを学ぶような部分も当然に必要で、そこは、もしかしたら保健所なりが企画するのではなくて、外に出て行って学ぶ部分だと思いますので、人材育成の全体図の中にはそうしたところも盛り込んだものにしておく。ただ、その企画は、にも包括の中心的なメニューにはならないと思いますが、そうした部分も視野に入れておくことが必要かなと思います。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。会場の田村構成員、お願いします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。プレゼンテーションをしてくださった皆様、どうもありがとうございました。事前にも資料を拝見していたので、いろいろ勉強させていただきました。今、皆さんがお話されている資料4の3ページの「求められる人材のイメージ」の所ですとか、広沢さんや岩上さんがお話されたように、ミクロ、メゾ、マクロの連動性のある人材育成と、その仕組みの中で、地域包括ケアシステムが動いていくことは非常に重要だと私も思います。ミクロ、メゾ、マクロというのは連動していることに意味があると思いますし、そういう中でのソーシャルワークの展開が重要だということと考えますと、私ども精神保健福祉士は、まさにそのための専門教育を受けた者ですの

で、是非、こういった研修の場、若しくは、体制構築の場でも各地域で活用していただきたいと思っています。

ただ、現状はどこの市町村にも、精神保健福祉士が必ず配置されているわけではありませんので、自治体以外でも、例えば医療機関や基幹相談支援センターをはじめとした地域の事業所に精神保健福祉士がいれば、是非、協議の場に呼び出していただきたいというか、もちろん、私どものほうからも出ていくことを躊躇せずに行いたいと思っています。

先ほどから人材育成の話がされているのですが、それ自体は手段であって、育成すること自体が目的ではなく、その地域で誰でも安心して生活できる、特に、精神障害のある方やメンタルヘルスの課題を抱えている方も安心して暮らせる地域をつくること自体が目的で、そのための様々な担い手をいろいろな所につくっていかうということだと思います。人材育成自体が目的のようになってしまい、研修自体を目的化してしまわないよう、注意が必要だと思います。もちろん、研修等の企画実施や人材育成の必要性を明確に伝え、意識化されるよう、うたい続けることは重要だとも思っています。

それから、専門職だけが育てばいいということではないと思います。今、少子化や人口減少の中で、専門職の不足はどこでも言われています。精神保健福祉分野だけではなくて、地域共生社会づくりに住民をいかに巻き込んでいくかということが議論されています。そこで、精神疾患や精神障害、またメンタルヘルスのことを、より多くの地域住民の方々に我が事として考えていただけるような普及啓発も重要だと思います。例えば、1960年代、70年代には、優生保護法下では精神病について学ぶ際、不良な子孫を残さないようにする教えられていたわけですが、学習指導要領が約40年に改められ、精神疾患に関して、規則正しい生活をしながら心の健康を維持していきましょうという方向に、例えば高校の保健体育の教科書なども変わると聞いています。先ほど野口構成員がおっしゃったように、長いスパンで見ると、精神疾患に対する国民全体の見方は変わっていくと思いますが、まだ今はその過渡期にあると感じます。障害者権利条約もありますが、やはり精神病や精神障害に対する偏見の目が、未だに地域住民の中にもあることを踏まえながら、いや、そうではないのだということを伝えていくためには、当事者の方々のお力はすごく重要です。当事者の方々と触れ合うことによって、例えば小学生、中学生であっても理解が深まるでしょうし、誤解は解けていくことがあります。そういう機会をつくっていくことも大事ではないかと思えますし、それが地域づくりに資すると思っています。

そういった、この地域をどのような地域にしていこうかという作戦会議ができる場を必ずつくるのが大事だと思います。にも包括の協議会があればそこでされていると思うのですが、まだ十分設置されていなかったり、設置すること自体が目的になってしまっている地域も、もしかしたらまだあるのかなと思います。何の協議をしなければいけないかということについて、岩上構成員からお話があったように、是非、広域アドバイザー等の方々が先進例や好事例をどんどん伝えていくことについて、国として、もうしばらく尽力していただく必要があると思いました。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。長谷川構成員、お願いします。

○長谷川構成員 研修というのは、地域の中で地域連携のためにお互いを知ることから始まるのかと思いますが、もう少し実践的な内容も必要になってくると思います。地域連携がしっかりしていれば、地域での対応力が上がって、救急化するケースが減ってくると思います。そのために、アウトリーチの実践などを研修の内容に入れるのは必要ですが、もう一つ、先ほど奥田先生がおっしゃったような住まいというのは、使い方によっては非常にいろいろなふうに使えるものだと思います。普段、自分の家にいる方でも、ショートステイのような形でグループホームに入って、日中をデイケアなどで見ているということで、入院もしないで危機的なところを過ごせるようなケースもありますので、そのような実践的なやり方も研修の中に入れて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。会場の小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 日本メンタルヘルスパイアサポート研修機構の小阪です。先に、そうあってほしいなと思ったのが、長野構成員がおっしゃった、人材育成というところの人材を、幅をもう少し広く取ってということなんです。偏った保健・福祉・医療の関係者だけで当事者の暮らしを支えることは、多分、考えきれないと思います。

また、既に複数の構成員、藤井構成員、櫻田構成員、小幡構成員が触れているので、あえて私から触れなくてもいいのかなとは思っていますが、人材育成の検討、企画立案の段階から当事者や家族の声を入れていくことは必要なことで、これまでの流れを振り返ると、本当の当事者の思いと実際にある支援に少し乖離があるのではないかと思うのです。この先の数年、数十年にそういったことを起こさせないために、人材育成の検討、企画立案の段階から当事者と家族の声を聞いていったほうが良いと思います。

もう一点、ピアサポーターも、保健・医療・福祉、もちろんそこで所属して働くのでその関係者にはなりますが、企画立案等の場においては、ピアサポーターは特出しで立場を保証しておいたほうが多分、良いかなと思うのです。ピアサポーターの立場としては、当事者はもちろん、支援者の人たちも一生懸命やってくれているのは私たちもよく分かっています。ただ、そこにもしかすると、乖離があるかもしれないという本質的な言葉をピアサポーターが言いやすくなるためには、ピアサポーターということで、その立場を保証して会議の場に参加させたほうが良いのではないかと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。では最後に山本構成員、お願いします。

○山本構成員 先ほど、田村構成員から、学習指導要領の話がありましたので、その関連で1点、これは要望になるかもしれませんが。地元飯能市でも、地域活動支援センターとピアサポーターのグループが、看護師を養成する県立高校から依頼を受けて、講師派遣をしております。学生さんたちからのアンケートを見ていますと大変効果が高いものと思っています。市町村がこれから共生社会の実現に向けて取り組むに当たっては、市町村教育委員会と市町村行政で連携をしていくこと。これは実は、我々の仲間内でも相当、教育と福

社の連携は壁があって、お互いが一緒に動き出すという実践がまだまだ少ない現状があるのですが、ここでようやく 40 年ぶりに高等学校の学習指導要領が変わったということです。第 3 回で精神保健教育の実施とお示ししましたが、願わくば是非、市町村レベルで、好発年齢たる中学生とか、もっと言うと小学生でもいいのかなと思うのですが、福祉教育は既にその年代に対して始まっておりますので、精神保健教育という形で、もう少し年代を低く、ターゲットを低く実施する枠組みを位置づけていただきたいと思います。そうすることによって、今、10 代の方が 20 年後、2040 年には 20 代後半から 30 代という形で担い手となっていく。長期的な人材としての育成ができるのではないかなと思いますので、文科省の領域になるかもしれませんが、検討の土俵に乗せ調整していただければと思います。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。それでは、お時間もまいりましたので、ここで休憩を入れたいと思います。19 時 5 分まで休憩とします。

(休憩)

○齋藤地域移行支援専門官 お時間となりましたので、会議を再開します。議事 3、これまでの議論の整理について、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、友利です。資料 5「これまでの議論の整理」を御覧ください。それでは、資料 5 に基づきまして御説明します。

3 枚目のスライドを御覧ください。これまでの議論の整理ということですが、改めまして、本システムの基本的な考え方という所で、3 つ要点を記載しております。精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。2 番目の○、本システムの構築に当たっては、圏域ごとの保健医療・福祉等関係者による協議の場を通じて、重層的な連携による支援体制を構築していく必要がございます。最後の○、本システムは地域共生社会を実現するための仕組みであり、欠かせないものであるということをご共有させていただきます。

次、重層的な連携による支援体制の構築推進についてのこれまでの御意見をまとめたものです。1 つ目の○ですが、本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、日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。そして、精神保健福祉センター、保健所は市町村との協働により支援体制を構築することが重要であるといった御意見をまとめております。次の○ですが、重層的な連携による支援体制は、一人一人の困りごとに寄り添い、必要な支援が可能となる体制が求められており、次の○、2 行目ですが、具体的に進めていくためには地域精神保健の強化が重要であるという御意見を頂いております。4 つ目の○ですが、地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して利用可能な福祉等に関する当事者への説

明も含め、責任を持ち、今以上に関わる体制にしていくことが望ましいという御意見も頂いております。最後の○ですが、市町村等の業務の明確化や体制強化を図り、本システムの構築を推進する観点から、本システムの構築に係る事項や市町村における地域精神保健への取組について法的根拠を整備するとともに、運営要領等についても必要な手当を行う必要があるといった御意見を頂いております。

次、4 ページにお進みください。住宅の確保と居住支援の充実、居住との連携についてです。こちらについては、住宅確保に関して重要な視点は居住支援であるという意見を頂いております。そして、個別支援を軸として、住宅関係者とも顔の見える関係を構築していく必要があり、協議の場に居住支援、法人等の住宅関係者が参加をして、相互の連携を推進していくことが重要といった御意見を頂いております。4 つ目の○ですが、住宅の確保と居住支援の充実には入居者の安心、大家、不動産業者の安心の確保も重要であるといった御意見を頂いております。

次にピアサポートの充実ですが、1 つ目の○の 2 行目、最後の所ですが、ピアサポーターが医療機関や地域援助事業者等の職員と協働しながら活動できる体制の構築が必要であるといった御意見、そして 2 番目の○の最後の行、雇用に関しては十分注意をしながら推進をする必要があるといった御意見を頂いております。

次に家族の関わりですが、1 つ目の○、最近では子どもや配偶者の立場での家族会の取組も行っており、このシステムの中では家族からの電話相談や家族学習会の提供もできるといった御意見を頂いております。次の○ですが、当事者・家族ともに孤立している可能性があることから、どのように支援をつなげていくかが課題であるといった御意見を頂いております。

次、5 枚目のスライドを御覧ください。普及啓発の推進についてですが、地域住民への普及啓発については重要な課題であるという御意見を頂いております。メンタルヘルス・ファーストエイドといった研修も活用しながら、ただ、地域での様々がございますので、そうした事例を示していくことも重要だという御意見を頂いております。

精神医療に求められる医療機能ですが、こちらについては次回、1 月の検討会で精神医療について議論いただく予定にしております。医療については第 2 回の持ち回り開催で、構成員の方々から頂いた御意見をこちらにまとめております。例えば 2 番目の○、かかりつけ精神科医の機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化も重要である。3 つ目の○、外来機能をどう位置付け、構築していくかが重要な課題である。下から 2 つ目の○ですが、1 年以上の入院者に対しては医療以外の社会的な支援も必要であるといった御意見を頂いております。最後の○ですが、精神科の救急医療体制については重要な構成要素の 1 つであるということで、精神科の救急医療のワーキング開催をしまして今般報告書(案)ができておりますので、次回の検討会で御報告をさせていただく予定にしております。

最後、社会参加(就労)の推進ですが、1 つ目の○、本システムの中で働くことは重要な

機能の1つである。そして、次の○ですが、様々働くことについて地域で掘り下げていくことが重要ではないか。最後の○ですが、地域で居住をして働くことを支援するためには、全体を見ながら、本人を中心に最適な人がケアマネジメントを行い、本人と伴走していくことが重要であるといった御意見を頂いております。

次のページ以降は参考資料で、これまでの主な意見と整理を抜粋している資料です。事務局から、これまでの議論の整理について提示させていただきました。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。それでは、事務局の説明を踏まえ、これまでの議論の整理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挙手の上で御発言をお願いします。長野構成員、お願いします。

○長野構成員 長野です。ピアサポートの充実のことがかなり明確に書かれていてとてもいいなと思うのですが、今回、いわゆるピアスタッフというか、医療・福祉の現場で働くことを想定したようなピアサポーターの在り方というのが強調された書きぶりになっていると思います。ただ、一方では緩やかなピアサポートといいますか、外来で出会って、それからずっと電話を取り合って相談し合っているとか、グループ活動、私たちの地域でも30年に及ぶ緩やかなピアグループが活動していますけれども、そこで出会ってお互い助け合いながら、楽しみ合いながら生きていくような友人を得たりとか、それを専門職が目くばせをしながら、障害しないように、育むとまではできませんけれども見守るというか、いいなと思いつつ見たりとか、そこで男女の出会いがあつて結婚される方があつたりとか、先ほどのグループの活動に対する支援、そういうものも含めた、いわゆる専門職として働くピアスタッフのことだけではなく、緩やかなピアサポートはとても大事なことで、そういうグループであつたり団体であつたり、もちろん御家族も含めた所で、そういうことに対する支援は忘れてはいけないと思うので、○がもう1つ要るのではないかと思います。

御家族も今回、家族としてより参画していただくような話題を提供していただいて本当に有り難いと思うのですが、一人一人でいくと、今まで家族会というものに家族支援を任せきりにしてしまった歴史があるような気がしています。日本はケアラー、個別支援であつたりとか、そういうものはやはり弱いと思います。家族支援の視点というのは常に忘れてはいけないなと思つていて、家族の関わりでも、家族に対する支援は要るので、○がもう1つ要るの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。櫻田構成員、お願いします。次に野口構成員、お願いします。

○櫻田構成員 櫻田です。今の長野構成員のお話をお聞きしてすごくうなずいています。やはり、職業としてのピアサポーターの役割ももちろん大事なのですが、グループの中で生まれてきた仲間たちのつながりはピアサポートの土台になるので、そこもすごく大事にしながら、更に職業としてのピアも大事という二本柱だと、私は思っています。どちらも大事だと思つているので、どちらに対してもやはり支援といいますか、支えていただく何

かがあるといいのかなとすごく思っています。

あと、ピアというところと言うと、家族の関わりでも書いていただいているのですが、御家族同士のピアの関係もすごく大事だと思っています。実際、私も当事者として、あとピアサポーターとして働いている立場ではあるのですが、家族同士の支え合い、ピア・トゥ・ピアの関係というのは、家族は家族にしか分からない気持ちとか、家族にしか分からないような境遇がありますので、そこで家族同士で、こういうこともあったけれども、これからこういう楽しいこともあるし、だからそこを乗り越えていこうよみたいな感じ、当事者のピアサポーターみたいな感じの家族の関わり合いの中でのピア・トゥ・ピアの関係も大事な要素の1つだと思うので、そこも支えていただけるような何かがあるといいのかなと、ちょっと漠然と思います。

最後のほうで働くという就労も出てきていて、ここはピアサポーターもちょっと重なってくるのですが、ピアサポーターになりたいのだけれども、働くピアになりたいのだけれども実際働ける場所がないんだよねとか、なかなか難しいよねというお話も聞いたりはしています。実際のピアサポーターの雇用先の開拓と言うとちょっと違うかもしれないのですが、ピアを活用していただけるような場所を広げていくというのも、今後の課題として生まれてくるのではないかというようには考えています。実際、ピアサポーターの活動が広がっていくのはすごくいいことだとは思いますが、仕事としてピアサポーターをやりたいという方が多くなってくると雇用先の問題も非常に出てきますし、賃金の問題も非常に問題というか、課題としては結構挙がってきていることだと思います。そこを解決というか、すり合わせをしていくためにも、現場のピアの方の声を実際に拾っていただいて、雇用主の方と、実際、こういうようにしてやっていこうかというような協議の場が設置されるような形の流れが今後できるといいのかなと私自身は感じています。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。野口構成員、お願いします。

○野口構成員 度々すみません。ここに書かれていることはもっともなことばかりですし、皆さん、言っていることは本当にそのとおりだなと思います。私はここで、にも包括がどう周知、広がっていくかという点から、専門職の役割というか、その中での周知に関する役割ということを1つ考えたいと思います。私は精神科医なので、精神科医の中でも、にも包括というのはそんなに周知されていないというか、知られていないような感じがします。こういう学術団体だったり専門職の団体での周知ということは考えていく必要があるのかなとは思っております。

実際、地域の現場というのは実際の訪問に行くとか、現場の中に精神科医が入って、その現場を見るという経験がないと、なかなかイメージしづらいと思いますので、そういう教育の機会をどうつくっていくかということは大変大事ではないか。多職種協働で地域でやる、しかも医療・保健・福祉関係者だけとではなくて、いろいろな人たちと交わるといった経験は、教育機会としてつくっていくことは今後の課題だと1つ思います。かかりつけ医という点で言えば精神科医だけではなく、普通のかかりつけ医も精神を結構診ているの

で、例えば総合診療医とかかかりつけ医、精神科の連携も大事ではないかと思えます。

最後に、行政では、地域共生社会とも包括は予算が全く別になっていて、完全に別なものとして扱われてしまいます。その辺りの今後の予算の整理というか統合も考えることが必要かなと思えます。自殺対策やひきこもりとか、コロナでもすごく注目されているのですが、にも包括がもう別の扱いみたいな感じになっていて、先ほど山本構成員が言われたような形でちょっと危惧するところがありますので、これは行政の中で一緒のものかどうか、いずれは一緒になるという辺りがきちんと整理されていくことが必要ではないかと思えます。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。小幡構成員の次に奥田構成員、その次に鎌田構成員の順でお願いします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉会連合会の小幡です。家族の話が幾つか出ておりましたので、補足といいますか、私からもお話ししたいと思います。

家族自身がこれまで、当事者である御本人がなかなか表舞台に発言権を持ってない中で、代弁をしていくような背景もかなりありました。そのことを引き続きやっていくことは非常に大切なのですが、やはり家族は家族、御本人は御本人の主張もあると思えますので、それをちゃんといかしていくためには、両方の意見をちゃんと取り入れられるシステムが欲しいなと思っています。

それだけに特化、今から言うことに特化するわけではないのですが、とりわけ医療にアクセスできていない疾患を持たれた方に対するアプローチの手法が少ない中で、家族がそれを背負っていることは多々あります。家族支援の中でも、医療にまだアクセスできていない人たちを抱えるという問題については、専門職の方も含めてコントロールしにくいところもあると思えますので、この視点からだけでも家族とどういうように支え合ってフォローを入れていくのかということについても思いをはせながら、いろいろなシステム構築をしていただきたいなと思っています。

かかりつけ医についても、精神科医の先生たちだけではなく、一般医の人たちがどれぐらいこの領域について理解を進めていくのかということも、引いては今、ここで言われている医療と福祉等の連携についても橋渡しになるような推進力になると思えますので、一般医の方に向けてのアプローチの仕方についても是非検討を続けていってほしいなと思っています。

そうは言うものの、最終的にまだまだ当事者・家族の声がそう多く、重層的に多様な意見を取り入れるというところまでは行き付いていないかと思えます。繰り返して申し訳ございませんが、多々あるいろいろな機会の場に複数の家族・当事者を是非召喚しながら議論を進めていただければと思えます。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。奥田構成員、お願いします。

○奥田構成員 ありがとうございます。私は3点です。1つは住宅の確保と居住支援の充実ということですが、前にも一度ここで発題というか、発表させていただいたときに言い

ましたが、居住支援の住宅を基本としたステージのニーズというのは比較的廉価なというか、安い家賃の物件で、なおかつ施設ほどではないけれども、ある程度の支援や見守りが付いているという、それが居住支援の住宅というところで言う、ニーズがそこにあるということが厚生労働省の研究会の中で指摘されています。

そこをカバーするのが居住支援なのですが、一番の問題は、施設ほどではないけれども、見守りや支援が付いているというところをカバーするために居住支援法人が存在しているというように皆さん理解していると思うのですが、ここのコストがどこからも出ない問題。支援は必要だし見守りも必要だという、今まで家族が機能してきた部分ですよ。家族機能としてカバーしてきたところを、家族だけでは難しいので、そこを居住支援でカバーしようと。ただ、家族の機能というのは、今までお金が付かない、家族がやることって当たり前でしょということで済まされてきた。身内の責任論の強い社会になっていますから、ここがなかなか難しい。

ではどうするかということで、やはり使える制度とか仕組みをどう机に乗せていくか。例えば今、岩上さんが中心になって進めておられる自立生活援助の見直しのようなものが、居住支援の団体でもうまく使えるようになるというのではないか。あと、国土交通省も住宅セーフティネット等の施策がうまく使えるようになるとか、その辺りを手当しないと、居住支援が必要だということは多くの人認めているところだけれども、誰がするのか、どうやってそれを継続的・持続的にやるのかというのが大きな課題になります。その辺りで省庁を超えた、立っている者は親でも使え作戦みたいなものが実際には必要なのだというところをもう一步踏み込まないと、何にニーズがあるのか、何が必要かということは明確に書かれているのですが、じゃ、どうするの、というところがちょっと届いていないのではないかという印象です。

2 目、今のところに絡むのですが、身内の責任で結構来た 8050 問題などは全くそのとおりで、未だに家族は責任取れというところでやっている。この家族との関わりということですが、家族をどうサポートするか、あるいは家族同士がどうサポートし合うか。こういうことはとても大事なのですが、一方で私は、ある程度家族の機能を社会化するという視点、家族を支えるという視点だけではなくて、従来家族が担ってきた機能というものをいかに社会化するか、地域で担うか、その仕組みづくりが並行してなされないと、家族に対するサポートだけでは、なかなかしんどいのではないかという印象を持っています。これが 2 点目です。

3 点目、最後ですが、社会参加の推進で、働くということが強調されていて、これはとても大事なのですが、ちょっとそこに集約し過ぎているのではないか。社会参加という言葉が意味していることは、やはり対極にあるのは社会的孤立なのだと思います。家族も本人も孤立しているという言葉も出てきますけれども、地域共生社会においても、生活困窮者自立支援制度においても、この社会的孤立ということが非常に大きなテーマとして掲げられた。特に生活困窮者法においては、孤立という言葉が初めて法律に入った場面だった

のです。そこから考えると、社会参加の中身として働くということ、これは賃労働か、そうでないかということだけでなく、もっと広い意味での働くということによって平仮名にされているのだと思いますが、もう1つ手前に社会参加そのもの、つながりそのものをどうつくるか。孤立させない、一人にしない、そういうような仕組みをどうつくるかということをもとに話をした上で、働くという出番の問題を展開する。2つあっていいのではないかと。最後に「伴走していくことが重要だ」と書かれていますけれども、地域共生社会の議論の中で従来の問題解決型、課題解決型の支援と、支援の両輪として、もう1つの支援として、つながりを目的とした支援ということで、伴走型支援という言葉が使われています。これは地域共生社会の議論です。ですから、問題解決型の支援だけではなくて、伴走型の支援ということが地域共生社会の大きな理念になっていますから、そこからしても出口を、働くということだけでなく、もうちょっと広い概念、つながりとか、正に書かれている参加というところをもう少し書いた方がいいのではないかと印象を受けました。私は以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。鎌田構成員の次に櫻木構成員、お願いします。

○鎌田構成員 本日御発表いただいた皆様、ありがとうございます。もともと、地域包括ケアシステムは高齢者のための介護保険を対象として、構築が進められてきました。その後、地域共生社会の実現に向け、現在検討しております精神障害者だけでなく、母子など様々な領域で地域包括ケアシステムの構築が求められております。

日本看護協会でも精神障害者に限らず、全世代型の地域包括ケアシステムを目指し、事業を行っております。全国でのヒアリング等を通して、医療現場と地域がつながっていないといった実情も明らかになっており、保健医療福祉の連携を強化する必要があると考えます。

先ほどから、家族同士の支え合いやピアサポーターといった話も出ています。私は行政保健師として保健所や精神保健福祉センター等で勤務した経験がありますが、40年以上前、保健所に配属された当時、家族会がない中で家族会を結成し、精神障がい者の共同作業所を作り、家族会と協働しながら当事者の居場所づくりをするといった過程で、家族同士の支え合いが出来て、家族が元気になるといった事例も経験しております。しかし、今回の資料を拝見し、40年以上たった今でも、社会参加や地域の助け合いといった活動が強化されていないと感じました。

社会参加では「働くこと」に集約され過ぎているとも考えています。社会の中で地域住民と交流できる場や資源を創出することは、とても重要であり、そのためには、広域的な視点を持つ保健所が力を付けるべきだと思っております。市町村は少人数で業務を行っているため専門的な視点においては保健所又は精神保健福祉センターが十分なサポートを行う必要があると考えます。

野口構成員が言われていました、未受診の対象者にどうアプローチするかということも重要だと思います。医療機関の受診は敷居が高い、抵抗があると家族の方が話され、病状

が悪化したのちに通報に至るといったケースもこれまでに経験しています。精神疾患は誰しもが起こりうることであるため、保健所・市町村の窓口に気軽に相談できるように、地域住民に啓発していく必要があると考えます。

また、資料5の1ページの図について、狭義では市町村単位での地域包括システムとなりますが、精神医療は自治体単位のみではなく、より広域的に整備・提供されています。そのため、広域的な仕組みづくりを考える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。櫻木構成員の次に、藤井構成員の順でお願いします。

○櫻木構成員 日本精神科病院協会の櫻木です。この検討会の議論も今日で6回目というのですが、各回それぞれの専門領域をもたれる構成員から、重要なお話を頂いています。いろいろ私も検討会に出ているのですが、これだけ専門的なそれぞれの現場の話が毎回聞けるといって検討会は珍しいと思います。ただ、そういった意味では多岐にわたって深まった議論を毎回お聞きしていますので、どうしても私の頭の中が集約していく方向性というよりは、だんだん拡散していく方向性になって、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというイメージがどんどん分からなくなって薄れていくという心配をしていたのですが、今日の最後のペーパーで、これまでの議論の整理ということで、ようやくもう1つ像が結べるようになってきました。

これはちょっと先走りになるかもしれませんが、これだけの分量の、かなり深い各方面のお話をどのような形でまとめていくのだろうかという心配をしています。最初、私は、始める前には精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというのを、それぞれの地域でつくっていくガイドラインのようなものをまとめていくのかなと、ぼやっとしたイメージがあったのですが、そのようなことにもなかなかならないのではないかとということで、事務局のほうはそういった取りまとめに関してはかなり御苦労があるかと思いますが、その辺のイメージをどのように考えておられるのかお聞きしたいと思っています。

それと、何回もこれは出てきて、精神障害を持っている方に特別のシステムをつくるのではなくて、あくまでもその地域で暮らす人たち全体が対象になっているということで、今、鎌田構成員からもいろいろなディメンジョンで地域包括ケアシステム、例えば高齢者であったり、母子であったりと、いろいろなフェーズで地域包括ケアシステムというのは考えられているのだというお話がありました。だとすると、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムで出た議論をほかのディメンジョンの部分と、やはりすり合わせをしていかないといけないのだろうと。それはどの場面で、どの場所でそのすり合わせをしていくのかということが分からないので、それも教えていただきたいと思っています。

それと、やはり法的なその根拠であるとか、あるいは様々な運営要領のようなものがないと、なかなかこれは実際問題として進んでいかない。場合によると、視野には入ってきていないのですが、精神保健福祉法の改正の問題であるとか、あるいはそれに基づく大臣指針というのも精神医療に関しては出てきているわけですが、それとどうい

うスケジュール感で結び付けをしていくのか。つまり地域包括ケアシステム、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム、スケジュール感ですけれども、いつ、どういう形でそれというのを実現していくのか、これがなかなか見えにくい。

ですから、例えば協会の中でも、ほかの先生たちと話をしていて感じるのは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと言われてもピンとこない、どのような内容なのか分からない、具体的にどのようなスケジュール感でそのことが実現していくのか分からないというようなところで、なかなか具体化していくという作業が難しいのかなと感じています。幾つか今、御質問を申し上げたのですけれども、答えを頂ける範囲で事務局からお話を頂ければと思います。よろしくをお願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。御質問を頂きまして、ありがとうございます。最初に櫻木構成員から御質問がありました取りまとめのイメージですけれども、まさに今回これまでの議論について、整理させていただき、先ほどの資料4で今後の検討会のスケジュールをお示ししております。、今回折り返しになっておりますので、一度議論を整理し、幅広く御意見を頂いているところです。1月に医療について御議論いただき、2月15日に県、精神保健福祉センター、保健所、市町村等の役割について議論する予定にしており、櫻木構成員から御質問の内容にありました横串のすり合わせについても、こちらで併せて議論を行い、報告書の素案という形で、報告書のイメージを事務局から提示し御意見を頂きたいと思っております。

今後のスケジュールですが、今回のこの検討会で報告書をまとめることで、具体的に今後どういった取組を進めていくのかを、まとめたいと思っております。

○櫻木構成員 例えばガイドラインみたいなものをまとめていくというのが、次のステップとおっしゃった中に入るのでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 どういったガイドラインを作るのかということについても、今後報告書をまとめていく中で、例えば先ほどの構築支援事業でも手引きをまとめておりますが、他にもな運営要領等がありますので、そういったものの改正も含め、更に何か必要なものがあれば、検討していきたいと考えております。

○櫻木構成員 やはりガイドラインみたいなものがあつたほうが、現場は分かりやすいとか、それをそれぞれの地域に合わせたような形でアレンジしていけばいいと思えますけれども、例えば地域医療構想みたいなのは、そういったような形でガイドラインをまず作った上で、いろいろな現場での議論、地域での議論というように発展していったというように理解していますので、その辺もまた考えていただければと思います。

○友利精神・障害保健課長補佐 御意見を頂きまして、ありがとうございます。

○齋藤地域移行支援専門官 続いて、会場の藤井構成員の次に江澤構成員、その次が中島構成員、その次に会場の田村構成員でお願いします。

○藤井構成員 これまでの議論の整理をしていただきまして、ありがとうございました。今日、冒頭で桐原参考人から、かなり大局的なところからの御示唆を頂いたかなと考えて

いるのですけれども、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方として、桐原参考人のお話にあった社会モデルとか、障害者権利条約の理念というものは踏まえていく必要があるのかなと思いました。もちろん局面によっては、メディカルモデルとかリーガルモデルで対応しなくてはいけない場合があるとは思いますが、地域共生社会ということのをベースに考えていくとすると、やはり社会モデルを基本としたような考え方が非常に大事かなと考えます。

もう1つは、重層的な連携による支援体制の構築で、市町村の保健所調査の業務運営要領等についての言及もしていただきまして、ありがとうございます。これと関連するのですが、今、確か地域保健法の基本指針を改正しているところかと思いますが、地域保健法の基本指針には本来は精神保健がしっかり入っていかなければいけないところかと思しますので、基本指針とすり合わせを行うことも検討していただければ有り難いと思いました。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。次は江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 資料5の2ページに各機関の役割の整理ということで図が出ております。まず、地域包括ケアシステムは、地域共生社会を実現するためのツールというように考えられておりますので、当然、地域包括ケアシステムを推進していくことによって地域共生社会の実現につながるわけですが、まず、地域包括ケアシステムについて市町村の、いわゆる規範的統合と申しますが、市町村の掲げる地域づくりに関する基本方針、これを住民も含め、関係機関、関係者が共有する状態、すなわち規範的統合というものを前提として進める必要があると考えられています。そういった中で、当然コミュニティベースドのインテグレイティッドケアシステムなわけなのですが、ということは御当地システムで、地域の実情に応じた地域づくりをしていく方向になるわけで、ですから、ここに2つ絵が出ていますけれども、金太郎飴ではなくて、地域の実情、地域の社会資源に応じて、そして、既存の社会資源を有効活用する視点で考えていく必要があるのが1点です。

もともと地域包括ケアシステムの考え方は、当初から全世代、全住民対象ということが基本となっておりますので、精神障害の方も地域住民の一員であるという視点の下に考えていく必要があるというように考えています。そういった中で、地域の実情に応じてどう考えていくのか、特に、先ほど社会的孤立という言葉も出ましたが、正におっしゃるとおりで、例えば、かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能というのがあります。医療機能は当然、日常の医学的な管理あるいは専門医療との連携、ここで申しますと、一般かかりつけ医と精神科領域の先生との連携等が入ってきますし、それから、もう1つの社会的機能、これは行政活動とか、地域の保健活動に積極的に参加して協力、あるいは協働する機能で、最近では、俗に社会的処方とも言われたりしますが、例えば臨床というよりは、自分の患者さんが社会的な孤立の危機にあるといったようなときに、地域で孤立しないようなアドバイスを送る。こういった社会的な処方箋をきるということを活用することも今後は期待されますし、介護保険の一般介護予防においては、住民主体の場に

専門職が積極的に関わって行って、有意義な取組にしていこうということが来年の4月以降に始まってくるので、何も精神障害が特別な領域ではなく、他のいろいろな施策等の中で同様に位置付けて行って、当然その中で精神障害独自の取組や社会資源が必要なわけですが、まずはそういった中の地域づくりの視点で考えていくことが必要ではないかと思っています。

したがいまして、最終的には医療介護連携というのは地域包括ケアシステムをつくるための前提条件であって、特に異業種、異分野連携といったものをこの中に位置付けていかないと、地域づくりは進まないと思います。特に住民の理解あるいは地域の住民をはじめとする受皿づくりというのが非常に重要だと思いますので、そういった視点も是非、取りまとめの中では盛り込んでいただければ有り難いかと思っております。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。次は中島構成員、お願いします。

○中島構成員 公的病院精神科協会の中島です。実は、櫻木先生、江澤先生、藤井先生のお話を聞いているうちに、だんだん何も言う気がしなくなったのですけれども、その理由は、みんなが良いことばかりを言われるものですから、もうそれでいいのではないの、という感じですよ。これ、余りに当然のことを皆さんがおっしゃっておられるということで、だけれども、現実には実施していくには隘路がたくさんあるということが問題であろうと。この隘路というのは、地域ごとに実施していこうとしたときに、そこにそれぞれ色々なボスがいるということです。精神医療関係のボスが支配する事態を打ち破るという皆さん方の心意気というか、僕はもう体力がありませんからもう無理ですけれども、そういうことが必要なのではないか。特に今、こういう議論をしているということは、コロナの後を考えなければいけない。後でしょうね、ウィズコロナというより、ポストコロナをちゃんと考えないといけないと思います。日本はどんどん貧困化していますので、この中であれもやれ、これもやれ、これもしてくれと言っても、もう国はできないのでしょうか。その中で何をしてもらったら私たちが頑張れるか、こういうことを1つ考えなければいけないと思います。一人二役ですね。立っている者は親でも使えと、どなたかおっしゃいましたけれども、一人一役していたら、もう駄目です。一人二役でなければいけない。特に市町村、県のお役人、国のお役人はそうです。今の倍、働かないといけない。こうなると、また労働基準局から文句が出て捕まると、こういうことになっています。世の中、うまくいきませんね。ということで、いずれにしても櫻木先生が、これは取りあえず報告書をまとめた後に具体的なことは出てくるのだとおっしゃいましたが、どうもそのようですので、私は、これで結構です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。次は会場の田村構成員、お願いします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。何となく話しにくい感じがするのですけれども、中島先生がおっしゃったことも本当にそのとおりでなと思って、今、拝聴いたしました。今更のような話かもしれませんが、地域ごとにと言ったときに、長期に入院

している方もその地域の市民ということをお忘れしないでやっていく必要があると思います。ReMHRAD ができて人数は把握できるようになりましたが、現実にはどういった方がうちの市の住民票を持って、どこの病院にいるかということは、顔を見に行かなければ把握できませんので、この仕組みをもう少し明確にしていく必要があると思います。私たち精神保健福祉士は、精神科病院においてはほぼ採用していただいておりますので、当然、地域との橋渡しの役もしなければいけないと思っておりますが、それだけではなくて、例えば、前回の精神保健福祉法の改正によって、退院後生活環境相談員の仕組みもつくられたわけですし、それがどのように機能しているのか、評価をする必要があるのではないのでしょうか。それと併せて、先ほどから出ている大臣指針に関しても、その効果のモニタリングが必要ではないかと思っております。

もう一点は、櫻木先生が御質問されて、事務局のお答えはありましたが、報告書に盛り込む骨子がある程度示されてきています。この検討会の開始時に話題になったかどうか記憶があいまいですが、「精神障害にも」という表現をいつまでも引きずっていくのか、ということについて、この場でも議論をする必要があると思います。今の時点ではまだ必要だということは十分分かるのですが、先ほどから出ているように、地域の一市民となったときに、いつまでも精神障害の方が色分けされていることは、本当の意味での市民になっていないのではないかと思うので、長期的なビジョンとしては、地域共生社会の中での、ほかのと言ったら変ですけども、包括ケアシステムの中に一緒に含まれていくということを方向性として描いていただきたいと思います。当然、精神保健福祉法という法の在り方自体についても問われる必要がありますし、改正の方向というか、改正に向けた論点ぐらひはこの報告書の中に、盛り込んでいくことが必要だと思っております。御検討いただければと思います。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。岩上構成員、小阪構成員の順でお願いします。

○岩上構成員 私も中島構成員がまとめていただいたのに、後追いしているような感じがして、申し訳ないのですが、先ほども申し上げましたように、今、田村構成員や櫻木構成員もおっしゃったように、大臣指針の問題の見直しと、法改正の検討に入るということについて、他部局とのすり合わせについては、この検討会の中で方向性を少し示していただきたいという希望を持っています。

それから、ちょっと自分自身、残念に思っていることは、今回、取りまとめていただいて、みんなで一生懸命やっている内容は、ちょっとセンスのいいソーシャルワーカーや相談支援専門員がいれば、かなり推進できる話だと思っているのです。ですので、先ほど藤井構成員が精神保健の中にソーシャルワーカーのこともおっしゃったのですが、今ぐらいのレベルの人を配置しても、それほど良くなれないと思っております。よほどの覚悟を持って配置することにしませんと意味がない。優先順位は精神科病院にきちんと PSW を配置、次に福祉の事業所への配置であって、行政に配置されてしまうと、人材が足りなくなると

思っています。行政にはよほど優秀なソーシャルワーカーを配置するという位置付けを考えていかないと、なかなか今までのレベルでは何か心もとないと思います。、自分自身がPSWで相談支援専門員なので、自分に向けて言っていますが。

それで、このような話をして申し訳なかったのですが、1つお願いしたいのは、今回の取りまとめで非常に重要なのは、そうは言っても精神保健の位置付けだと思うので、ここでは重層的な連携による支援体制の構築推進というようにまとめて書かれていますが、精神保健はきちんと頭出しをして、市町村に位置付けるということを明確にさせていただきたいと思っています。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。小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 3点ありますけれども、なるべく短くまとめます。1点目は、奥田構成員が社会参加の推進で、一方で対極にあるとしたら社会的孤立だろうとおっしゃって、私の頭ではなくて、内面的琴線にすごく触れて、社会的孤立の環境下にある人にとって働くというのは、とてつもなくハードルが高いので、いわゆる社会とのつながりということを広く取って明記しておいたほうがいだろうということと付随して、地域住民の所の方たちと近い活動をしなが、社会的サポートをなさっている社会福祉協議会の方の力をここで発揮していただくような発想をしてもいいのではないかと思います。

2点目は、ピアサポートの充実をいろいろ打ち出させていただいて、ありがとうございます。各領域の職員と協働しながら活動できる体制の構築が必要ということで、正に協働するための事業、国のほうで既に地域生活支援事業、障害者ピアサポート研修ということで事業化していますので、当該研修も、もちろんブラッシュアップしながら、本来求められる形で実施できるようにしていただきたいと思いますが、充実ということを打ち出させていただいたので、本検討会でも、そこを後押ししていただけたと思います。

3点目、そうは言っても、ピアサポートがなぜ必要とされるようになってきたかという背景を是非、考えていただきたいと思います。そこが抜け落ちたまま、各領域の専門職の方にそこを考えていただかないままでピアサポートの推進をすると、私たちのリカバリーの経験がきちんと活かされ、発揮されるようなことはないと思っています。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。そろそろお時間になりましたので、よろしいでしょうか。それでは、本日のこれまでの議論を踏まえて、最後に神庭座長から、一言お願いしてよろしいでしょうか。

○神庭座長 皆様、長時間にわたり、熱心に御討議いただきまして、また、建設的な御意見を頂きまして、ありがとうございます。桐原参考人、広沢参考人、岩上構成員、皆様から貴重な御説明を聞くことができました。誠にありがとうございました。

総合討論では、様々な貴重な御意見を頂きまして、にも包括のシステムを動かしていくために人材教育は欠かせないわけですが、狭い意味での人材教育を超えた議論に、今日は発展したと思います。つまり、人材育成を考えていくことで、より良いにも包括のシステムを構築していく上で、必要なことが逆に見えてきたように思います。そして、各プレー

ヤーの役割が少しずつ明確になってきた。その中でも、これまでも繰り返し皆様が言われてきたこととしてキーワード的に挙げます。市町村が中心的役割を担う。しかし、人的パワー、法的根拠は十分ではないのではない。医療と福祉の連携などプレーヤー同士の連携強化の改善が必要である。人材も関係者にとどまらず、広く一般住民の方を含めて捉えていく必要がある。当事者あるいは家族の視点が重要である。ピアサポーターの重要性も、皆様から繰り返し強調されてきました。そして、住まいを中心に考える視点、市町村で居住支援の人たちに、メンタルヘルスに関してさらに理解を深めていただくことが欠かせないという御指摘もありました。ほかにも数多くの御提案を頂いたと思います。この検討会も、残すところ、あと3回となります。徐々に議論をまとめていく段階に入りますが、着地点はまだはっきりとは見えていません。より良いにも包括システムを構想できるように、引き続き皆様の貴重な御高見を頂きたく、どうぞよろしくお願い致します。今日は、お疲れさまでした。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。それでは、ほかによろしければ、本日の議論は、ここまでとしたいと思います。最後に、次回のスケジュール等について、事務局から御説明します。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局より、次回の開催について御連絡させていただきます。次回、第7回の検討会については、年明け1月22日の14時から17時を予定しております。場所等の詳細については、事務局から改めて御連絡させていただければと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、以上をもちまして、本日の検討会は、これで閉会します。皆様、ありがとうございます。