

第7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3年1月22日(金)

14:00～

場所 AP新橋3階Aルーム

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、ただいまから「第7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誠にありがとうございます。本日の会議時間は17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いたします。全構成員のうち、会場にお越しいただきました構成員が6名、オンラインでの出席は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、中原構成員及び朝比奈構成員におかれましては、用務の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、遅れてオンライン参加をされる予定となっております。会場の奥田構成員におかれましては、少々遅れているようです。赤澤障害保健福祉部長は、公務の都合により、途中から出席させていただきます。

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として櫻木構成員資料、資料2、地域精神医療について、資料3、精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書、参考資料として開催要綱・構成員名簿、以上になります。資料の不足等がありましたら、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いたします。

続きまして、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明いたします。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、極力実際に挙手をさせていただくようお願いいたします。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いたします。本日はチャット機能の使用は予定しておりませんので、御了承いたします。

本日、資料を用いて御説明いただく発表者の構成員におかれましては、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。スライドのページの移動については、事務局で対応しますので、「次のページ」等御指示いただくようお願いいたします。また、会場のマイクは、発言の際にボタンを押して、終了後はボタンをオフにさせていただきますようお願いいたします。

なお、神庭座長におかれましては、本日も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、座長と相談の上、今回も進行は極力事務局側で行わせてい

ただく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。ここまで、会場の音声が聞きにくい等ございませんでしょうか。それでは、引き続き事務局で進行いたします。

本日の進行の流れですが、最初に櫻木構成員から資料1に基づき御説明いただきます。次に、事務局から地域精神医療及び精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの取りまとめを説明し、ワーキンググループの座長であります藤井構成員から補足等を頂いた後、50分程度を議論の時間とします。その後、10分間の休憩を挟み、残りの70分程度も議論の時間としたいと思います。それではまず、櫻木構成員から御説明をお願いいたします。

○櫻木構成員 よろしく申し上げます。日本精神科病院協会の櫻木です。今日は、地域精神医療についてということが議題になっておりますので、民間の精神科の病院の実状を含めて考えてみたいと思っております。次のスライドをお願いいたします。日本精神科病院協会は、現在のところ会員が1,193病院あります。病床数は合計で28万床少々、平均の病床数は234.7床、最大の病床が804床、最小は20床となっております。全国的には展開をしているということで、344の二次医療圏がありますが、そのうち300の二次医療圏に精神科病院協会の所属の会員の病院があるととなっております。

次のスライドをお願いいたします。職員数は100床当たりで出してみました。戻ってください。2枚目のスライドで、職員の数を表示してほしいのですが。

○友利精神・障害保健課長補佐 申し訳ございません。ちょっとタイムラグがあり、スライドの表示が遅れているようです。

○櫻木構成員 医師は100床当たり3.2人、そのうち指定医は2.4人おります。看護職員は100床当たり46.7名。PSW、精神保健福祉士は100床当たり3.1人で、これも1病院当たりで計算すると7.7人でして、99.6%の病院に配置されています。作業療法士は100床当たり3.1人、1病院当たりで言うと7.9人で、これも98.7%の病院に配置されています。心理技術者は今のところはみなしで公認心理士ということで表示されていますが、100床当たり1.0人、1病院当たりで2.7人です。これは若干ほかの職種と違って、83.4%の病院に配置されていることになっています。

次のスライドをお願いいたします。外来部門のことですが、デイケアの関連で、デイケア(DC)、ショートケア(SC)、ナイトケア(NC)、デイナイトケア(DNC)で調べてみました。これのいずれかがある病院は947病院でして、78.6%となります。大規模デイケアが656病院、小規模が296病院で、これがベースになるかと思えます。ショートステイの制度を、このデイケアの中で取っている病院が529病院、小規模では277病院となっております。デイナイトケアが315病院、ナイトケア単独が113病院となっております。今日の議題に出きますが、精神科救急医療システムに参画している病院は79.4%の病院で、957病院となっております。常時対応型ということもできるという、いわゆる精神科救急入院料、スーパー救急の病棟を持っている所が107病院あります。それから、地域移行機能強化病棟とい

うことで、地域移行に力を入れている病院が 39 病院あり、現在のところ 2,195 床あることになっています。

次のスライドをお願いします。患者さんの入院期間別の構成割合を出してみました。1年～5年のところにピークがあり、29.2%になっています。年齢別でいうと、40～64歳のところと75歳以上のところに2つピークがあるということで、いずれも30%少々となっています。

次のスライドをお願いします。これは中での、いわゆる精神科専門療法ということですが、入院精神療法は99.6%、ほとんどの病院で実施をしています。精神科作業療法も97.5%で、ほとんどの病院でやっています。退院前訪問看護指導料ということで、退院前に6か月以内だと3回外泊のときに家を訪れて、退院後のいろいろなことについて相談をするということですが、大体半数の48.5%で実施をしています。それから、訪問看護ステーションを通さずに、病院から訪問看護をやっている方が21.4%です。入院生活機能訓練療法、SSTですが、これは比較的数字が少なく、6か月以内が1病院1か月当たり6.7件、6か月超が、同じように1病院1か月当たり35.4件です。これは実際は、もう少しやっているとと思いますが、医療経済実態調査ということで、レセプトデータを取っていますので、先ほどの入院精神療法と同じ日にSSTは算定できないという縛りがありますので、レセプトデータで取ると数が少なく集計されますが、もう少し実態としてはやっているだろうと考えています。それから、入院精神療法はこういう数になっています。精神科在宅患者支援管理料ですが、これは今回こういう名前になりました。以前は、精神科重症患者早期集中支援管理料ということで、訪問型のサービスでやっていたわけですが、今回の診療報酬の改定で、かなり対象が限定されることで、例えば措置入院対応の患者さん等で対象が絞られましたので、かなり減ってきていることになります。

次のスライドをお願いします。特殊療法と言いますか、高度化していくことで、医療計画などでも評価をするという、治療抵抗性の統合失調症指導管理料、つまりクロザピンを処方している病院が大体2割ぐらい、1病院1か月当たり1.2件となっています。修正型の電気けいれん療法は15%、116病院で実施しています。これの内訳でいうと、麻酔科の先生にお願いしてという加算が付いているのが9.2%、そうではないのが6.5%となっています。これもなかなか普及が進まないというのは、1つにはやはりクロザピンのことと言えば、副作用のことに関する管理医ですね。例えば、血液内科の先生あるいは糖尿病の専門医の先生がなかなか病院にはいらっしやらないことがあったり、修正型の電気けいれん療法だと、やはり麻酔の手技が必要になってくるので、なかなか進んでいないのが実状のようです。

次のスライドをお願いします。退院曲線についてです。これは映りが悪いかな。これは第2回の検討会にも資料として出たものですが、見にくいので口頭で説明します。青い線が、平成28年の退院極線になります。大体最近の傾向でいうと、毎年40万人前後の新規の入院の患者さんがいらっしやって、1年未満で退院される方が大体88%ということで、

1年を超えて入院をする方は20万人弱いらっしゃるということです。その中から、1年以上入院していて退院する方が5万人前後いらっしゃるというような動向が大体見えてきています。一番下の平成11年の紫のカーブからすると、次第に退院による地域移行ということが進んできているという解釈です。

次のスライドをお願いします。精神科病院は、いわゆる病棟ごとに機能分化がかなり進んできていまして、むしろ一般科のほうが、今回地域医療構想ということで左に表示してありますが、高度急性、急性、回復期、慢性期、それから在宅という形で、機能分化を図っていくということですが、精神科は病棟ごとの機能分化がかなり早い段階から進んでいたということで、右から2番目に、病棟ごとの特定入院料が表示してあります。高度急性期は、精神科救急病棟、いわゆるスーパー救急の病棟です。急性期は、精神科急性期治療病棟あるいは入院基本料で10対1～20対1の辺りです。回復期は、15対1～20対1の入院基本料の病棟です。慢性期の病棟に関して言えば、精神療養病棟や一部入院基本料の病棟もあるということになっています。

次のスライドをお願いします。現在のところと言うと、左から横に時間軸を取ってあって、退院曲線が重ねてあるわけですが、3か月までのところだと救急入院料や急性期治療病棟が担当しているし、それを超えたいわゆる回復期の部分、あるいは慢性期に経過を見ていくような場合であると、入院基本料の病棟や精神療養病棟の辺りになっているということです。途中で、退院曲線で退院をした患者さんが再入院をするケースもあるわけですが、それは15対1や精神療養病棟で、回復期はポストアキュートというか、そういったので見ていくのが今の現状になっています。

次のスライドをお願いします。今は病棟ごとの機能分化ということになっていますが、今後ダウンサイジングが進んでくるとすると、例えば高度急性期、急性期、回復期、あるいは慢性期というように病棟ごとの機能分化をしていくと、少なくとも4つの病棟が必要になってきます。ダウンサイジングしてくると、いわゆるケースミックスという形で、同じ病棟で、ある程度急性期の患者さんや回復期の患者さん、急性期と書いてありますが、そういった急性期を過ぎた患者さんも見ていく形になってくるだろうと考えているところで、精神科医療のフルラインナップというようなことを考えております。シームレスにケア行っていくということで、病棟の再編制が起こってくるのではないかと考えています。

次のスライドをお願いします。そういったことを前提に、単科の精神科の病院が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で、これからどういう医療機能、地域精神医療ということですが、それをどう担っていくかというところでまとめをしてみました。精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者を含む地域住民が地域で安心して暮らすためには、精神医療に必要とされる医療機能を明らかにする必要があるということです。

その1つとしては、ケースマネジメントをやはりやっていく必要があります。入院から地域移行、退院、地域定着に向けて、ケースマネジメントをやっていく必要があります。今日の議論でまた出てくるかもしれませんが、いわゆる「かかりつけ精神科医」という言

葉がいろいろなところで使われます。ただ、この言葉自身は、気を付けなければいけないのは、きちんとした定義がなされていないのです。かかりつけ精神科医は、どんな機能を持つのかということについては、いろいろな人がいろいろなイメージを持っているだろうということで、これからその議論を進めていかなければいけないのですが、少なくとも我々が考えているのは、ケースマネジメントをきちんとするのがかかりつけの精神科医に求められる機能であろうということです。つまり、場合によると、かかりつけ精神科医は、個人の医師というよりは、病院あるいは病院の外で活動していく多職種のチームが、かかりつけの精神科医的な機能を持っているのではないかと考えることができます。

中身を見ていくと、入院から退院、さらには地域での生活をサポートできるように多職種チームを総括するということが1つになります。それから、それぞれのフェーズに対応したクリニカルパスということで、例えば急性期の治療、あるいは回復期、リハビリテーションに関するクリニカルパス、あるいは地域移行に関するクリニカルパスといったフェーズに対応したクリニカルパスを作成して、それを活用していくことが求められるだろうということです。それから、地域移行をした後には、クライシス・プランを作成して、急変あるいは増悪時に必要な医療にアクセスができるようにしておくことが必要でしょう。そういった場合の相談窓口の役割を果たす必要があるのではないかと考えています。それから、必要に応じて、当事者のニーズに応じて、訪問診療、訪問看護についてのマネジメントも行う必要があると考えています。

次のスライドをお願いします。地域精神医療を考えた場合に、以下の役割を果たすことです。その1つとしては、例えば統合失調症、気分障害、認知症といったある程度患者さんの数が多く、しかも治療の方法や対処の仕方がある程度確立されてきている、いわゆる *common disease* に対する治療や、地域における一般医の先生、非精神科医との連携を図っていくことが求められるということです。

その次として、児童・思春期の精神疾患、発達障害、それからアルコール依存はかなり *common disease* となってきた部分があるかもしれませんが、例えば薬物依存や行動嗜癖といった新しいタイプの依存症、PTSD、高次脳機能障害や摂食障害といった、どちらかというとな数はそんなに多くないかもしれませんが、より専門的な対応ないしは治療が必要とされる疾患に対して、地域での連携拠点の機能を果たす必要があるのではないかとということです。

さらには、災害に関する医療や精神科救急、身体合併症対策、自殺の問題がここへきてかなり問題になってきていますが、そのベースにある例えばうつ病やストレス関連障害、産後うつということもかなり医療計画の中にも入ってきていますが、そういった周産期の患者さんに対する対応であるとか、それから医療観察法に係る医療といった政策医療にも関与していく必要があると考えています。

次のスライドをお願いします。今日の議題にも入っていますが、精神科救急医療体制に参画をしていくということです。その1つとしては受診前相談です。地域における精神科

医療のゲートキーパーとして、受診前相談を受け付けていくということです。それから、あえて「かかりつけ精神科医」の言葉を使いましたが、かかりつけの精神科医として入院外の医療提供ということで、電話対応や時間外診療、往診、訪問看護といったものを行っていくということです。それから、病院群輪番型あるいは常時対応型の医療機関として、入院が必要なケースに関してその提供を行っていくということです。

最後に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資する連携の拠点機能を持っていく必要があるということです。その1つとして、保健・医療・福祉等の関係者からなる協議の場に参画をしていくこと。それから、地域住民に対する普及・啓発活動にも積極的に参画・協力をしていくということ。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの関連機関に対する情報発信、研修といったものに関与していくことが求められるだろうと考えました。以上で、私の話は終わりになります。ありがとうございました。

○齋藤地域移行支援専門官 櫻木構成員、ありがとうございました。まとめたの質疑は後ほど設けますが、ただいまの櫻木構成員の説明に関して事実確認等の御質問があれば、挙手をお願いします。よろしいでしょうか。

それでは続きまして、事務局から資料2に基づいて説明をさせていただきます。お願いします。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。精神・障害保健課の友利でございます。議事の1と2について、資料2のほうで御説明をさせていただきます。資料2を画面に提示をお願いしますでしょうか。

それでは、資料のページで2枚目になります。こちらが、前回第6回の検討会での人材育成について意見をまとめたものになっております。お時間があるときにこちらを御覧ください。次がこれまでの議論の整理について、主な意見を抜粋したものになっております。

それでは、右下のページで5ページになります。資料の提示でタイムラグがありますので、もう少しお待ちください。すみません、パソコンのトラブルがございますので、お手元の資料で御説明をさせていただきます。お手元の資料の5ページをお開きください。こちらが第2回の検当会でも提示をした資料ですが、精神の医療計画の通知と、あり方検討会の報告書を基に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制のイメージを記載したものになっております。今回、地域精神医療が議題の検討会ですので、御参考までにもう一度掲示をさせていただいております。

6ページになります。こちらも前回、第6回の検討会でお示しをした資料になっておりますが、地域包括ケアシステムの構築に係る各機関の役割を整理した図になっておりますので、こちらも御参考までに再度掲載をさせていただいております。

7、8ページ目になります。こちらは前回の議論の整理を掲載しております。8ページ目に、今回の議題と同じ精神医療に求められる医療機能という項目がありますが、こちらもお手元御参考までに再度掲載をさせていただいております。

9ページです。第2回の検討会におきまして、地域精神医療について広く意見を求めて

おりましたが、構成員の方々から幅広く御意見を頂いておりましたので、再度事務局で整理したものになっております。9 枚目ですが、地域精神医療に係る意見については、当事者の参画、協議の場等への精神科医療機関の参画等、そして医療機関と精神保健、福祉、住まい等との連携、アウトリーチ支援、そして次の 10 ページになりますが、精神医療における「かかりつけ医」、身体合併症の対応、ケアマネジメント等、精神障害を有する方等への説明ということで、幅広く御意見を頂いておりましたので、こちらに再度整理したものを提示させていただいております。

11 ページから、精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの取りまとめについての御報告になります。こちらのワーキンググループですが、昨年 8 月から 12 月にかけて 4 回開催し、報告書を取りまとめております。今回の資料 3 に詳細の報告書を添付しておりますが、この検討会におきましては、取りまとめの概要について次のページから御説明をさせていただきます。

12 ページ目、報告書の取りまとめの概要になります。1 番目の○ですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制については、精神障害者や精神保健(メンタルヘルス)上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の 1 つで、入院医療の提供のほか、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭に置きつつ、都道府県等が精神科病院等と連携をしながら、必要な体制整備に取り組むことが重要であり、下に 3 つ記載をしておりますが、精神科救急医療の提供に係る機能分化、身体合併症対応の充実、そして当事者、家族の参画、こういった観点から議論を整理しております。

まず、機能分化についてですが、平時の対応・受診前相談、入院外医療の提供、入院医療の提供と 3 つに分けて議論いただきました。1 つ目の平時の対応・受診前相談については、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実や、精神医療相談窓口、精神科救急情報センターの設置・充実が必要であるといった観点から議論が取りまとめられました。

2 つ目の入院外医療の提供については、かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応すること、相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が行われること、診療を行った上で入院の可否に関する判断を実施する必要があることなどが取りまとめられております。

3 つ目、入院医療の提供についてですが、※印のほうに記載しておりますが、まず前提として、地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合もありますし、あるいは医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も考えております。このようなことを前提に、平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、原則として対応要請を断らない、措置入院・緊急措置入院への対応、そして身体合併症(新型コロナウイルス感染症を含む)への対応についても可能であること、について整理をしております。

その上で、国として精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討を行い、

精神科救急医療体制に係る評価指標の検討、そして提示を行う必要があるだろうということ、それを踏まえ、都道府県においては、精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価を行って、地域の実状に合わせた体制整備の推進を行う必要があるといった観点から、報告書が取りまとめられています。

そして、次は身体合併症対応の充実についてです。こちらについては身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において、精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図るため、絵に書いているように、精神科救急医療の提供現場における連携の促進と、互いの救急医療体制の検討の場への参画についてまとめております。

それから、当事者、家族の参画ということについても特出しをしてまとめておりますが、誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会でしたり、精神科救急医療圏域ごとの検討部会において、当事者や家族が参画することが期待されていると取りまとめております。

次のスライドをお願いいたします。こちらは、先ほど御説明した文字をイメージ図に表したのになっております。一番下の緑の字のほうを見ていただきたいのですが、絵のほうですと緑の輪のほうになります。こちらが、いわゆる平時の対応として記載をしているところですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重層的な連携による支援体制における平時の対応ということで、アクセス上の利便(当事者、家族に身近なところ)を考慮した対応が必要だろうと、そしてかかりつけ精神科医等による診療、訪問看護の提供、地域精神保健や障害福祉サービス等の充実、活用が、今後より一層求められることを記載をしております。

そして、その上を受診前相談ということですが、先ほど御説明をしました精神科救急情報センターや精神医療相談窓口の充実が図られます。その上、さらに続きまして、入院外の医療の提供ということで、かかりつけ精神科医による対応についてもまとめております。そして、一番上が入院医療の提供ということで、こちら先ほど御説明をしたとおりになっております。ページの一番上の※印に記載しておりますが、まずこの体制の整備に当たっては、都道府県における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会できちんと協議をして、地域の実状に合わせて体制を構築する必要があると、このワーキングの報告書で取りまとめております。

それでは、次のスライドをお願いします。今回の検討会の論点を整理したものです。3つ論点を整理しております。まず、1つ目がこちらのスライドですが、「かかりつけ精神科医」、精神科医療機関に求められる機能や対応についてどう考えるのか、そして本人の「困りごと」について情報連携を図る方法についてどのように考えるのかについて整理をしております。

1番目の○ですが、これまでの検討において、外来・在宅医療の位置付け及び機能強化が重要であり、いわゆるかかりつけ精神科医の機能と併せて検討の必要性があると指摘を

されております。

2 つ目の○ですが、ワーキンググループの報告書においても、かかりつけ精神科医として、日頃の診療に加えて時間外の診療であったり往診などを含め、可能な限りの対応の充実を図るべきという指摘がされています。

3 つ目の○ですが、精神医療と保健、福祉等の連携の重要性はこれまでも繰り返し指摘がされており、加えて、住まい、ピアサポーターなどとの連携も求められています。

そして、4 つ目の○ですが、一般診療科におけるかかりつけ医との連携強化についてもその必要性が議論されており、関連して次の○ですが、一般診療科との連携については、先ほどのワーキンググループの中でも指摘がされています身体合併症対応についても充実をする必要があるだろうとまとめられています。

次の○です。精神科医療機関については、入院初期から退院に向けた取組を行う重要性、包括的支援マネジメントの更なる普及の重要性についてもこれまで議論がされています。

次の○ですが、可能な限り早期の退院と再入院の予防のために、入院早期からの多職種によるケースマネジメントが行われることで、再入院率の低下や退院率の上昇が図られている事例もありました。

そして次ですが、本人の困りごとを支援者で共有する取組として、地域ケア個別会議、こういったものを繰り返し行って、横連携を図る必要性について指摘がされています。以上が1 つ目の論点で、最初に申し上げたかかりつけ精神科医に求められる機能や対応についてどう考えるか、そして精神科医療機関に求められる対応、備えるべき機能について何が求められるのか、さらに本人の困りごとについて円滑な情報連携を図る方法や取組について、どのようなことが必要だと考えるのか、1 つ論点を設けております。

次のスライドをお願いします。市町村を中心とした自宅等への訪問支援を行う体制についてどのように考えるのかということで、2 つ目の論点としております。一番上の○ですが、ワーキンググループの報告書におきましては、平時の対応であったり、受診前相談の充実について記載がされています。そして、具体的には保健所や市町村保健センターからの訪問等による支援の充実であったり、危機等の状況に応じて行政が精神科医などの協力を得て、自宅などへの訪問支援を行う体制についてどう考えていくのか、これまで議論がされています。そして、市区町村における精神保健相談についても、これまでアンケートを通じて現状を把握をしております。その中で、市区町村においては精神医療の充実を求めるといった結果がありまして、具体的には精神科医による往診・訪問診療等が望まれるといった事項が多くありました。

3 つ目の○ですが、地域の訪問支援を担う機関の1 つとして精神科訪問看護があります。そして、今年度の障害者総合福祉推進事業におきまして、この精神科訪問看護の実態について調査を行っており、参考資料の36～41 ページで示しておりますが、保健所との連携状況については、困難事例の対応に関する助言を行ったり受けたりしているなどといった

ものが挙げられている一方で、例えば障害福祉に関する協働のカンファレンスを行っているだとか、困難事例へのアウトリーチ支援を行っている、こういったものについてはまだまだ低い状況がありました。また、保健所から期待されている役割としましては、病状のモニタリングなどの身近な地域の支援者としての役割でしたり、あるいは地域と医療をつなぐ役割が挙げられておりました、精神科訪問看護についても是非、御議論いただければと思います。以上を踏まえまして、平時の対応や受診前相談の充実を図る観点から、市町村を中心として自宅などへの訪問支援を行う体制を構築することについてどのように考えるか、2つ目の論点としております。

最後の3つ目の論点ですが、長期在院者への支援についてです。1つ目の○ですが、これまでの検討会での意見として、長期在院している患者への支援について、地域精神保健福祉における市町村の主体的な取組として、入院中の方に対して利用可能な福祉などに関する当事者への説明も含め、責任を持って今以上に関わる体制にしていくことが望ましいだろうということ、そして社会的な支援が必要な1年以上の入院者の支援については、医療の課題だけではなくて、地域の体制整備、福祉の課題であることも明確にする必要があるのではないかということで指摘がされております。また、本人が医療以外の支援を求めるなどの場合については、医療機関は市町村等に支援を求めることも重要であるということも指摘がされております。

次の○ですが、自治体におきましては ReMHRAD の活用等により、入院患者へのニーズ調査などを実施をして、直接、精神科医療機関へ訪問して、患者本人との面接を通じて、ニーズに応じた支援をしている例がありましたので、具体的には資料の 42～45 ページで宮崎市などの実際に取組が行われている事例について御紹介をしております。 次の○ですが、情報提供や実際の支援については、入院当初から退院まで支援できる体制が望ましいといった御意見でしたり、精神科救急においては非自発的処遇が多くなることから、患者の意思決定支援などについても検討する必要があるとあって、その際にはピアサポーターの活用についても考える必要があるだろうといった指摘がされております。

以上を踏まえまして、長期在院者への支援については市町村の主体的取組として、精神科入院医療機関へ入院している長期在院者への訪問、そして当事者への説明、支援などを位置付けることについてどのように考えるのか、そして具体的にどういったことに留意して進めるべきと考えるのかということで、3つ目の論点としてまとめております。

最後については、上記取組への推進には精神科医療機関の協力が不可欠であるけれども、全般的なこととして、精神科医療機関に求められることについてどのように考えるのかということで、論点を設けております。事務局からの説明は以上でございます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。続けて、精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの座長の藤井構成員から補足等を頂ければと思います。よろしくお願いたします。

○藤井構成員 精神科救急ワーキングの座長を務めさせていただきました藤井です。今回、

先ほど友利補佐からの御説明にありましたように、緊急の入院が必要な場合の対応や体制作りのみならず、平時の緊急の状態になる前、ならないようにするためにはどうしたらいいかといったような平時の対応についても、かなり幅広く御議論いただきました。取りまとめの概要については、先ほど御説明があったとおりです。

その体制を構築するためには、精神科救急医療体制の整備に必要な諸制度による手当てを行うことであるとか、医療計画、障害福祉計画との整合性を図るといったことも言及されております。

後ほど、ワーキングの報告書を御覧いただければと思うのですが、最後のところに精神科救急医療体制の体制整備に係る取組で、各機関がどのような役割を果たすかといったことについても取りまとめております。これについては今後、どの取組がどのような形で進んでいるかといったモニタリングも含めて、議論を継続的に検討していくべきという御指摘も構成員から繰り返しあったところです。今回、救急ワーキングは4回でかなり幅広いところを議論しましたので、十分に議論し尽くせていないところもあり、今後も継続的に議論を重ねることが重要ではないかと考えております。

この親会の構成員からも、小阪構成員、長谷川構成員、山本構成員に御参加いただきました。この場をお借りしてお礼を申し上げます。特に小阪構成員は、当事者性のあるお立場から、ただ1人の御参加ということで、かなり御苦勞をお掛けしたと思うのですが、議論を非常にいい方向に導いていただきましてお礼申し上げます。そういう観点からも、当事者、家族の参画の重要性が再確認できたかと考えております。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。それでは、地域精神医療に関する議論に移ります。ただいまから3時半ぐらいまでをめどとして、その後一旦10分ぐらいの休憩を入れて、その後再開する形で進める予定になっております。これまでの御説明などを踏まえて、御意見、御質問等がありましたら、挙手の上で発言をお願いいたします。

○野口構成員 野口です。大変幅広い議題なので、取りあえず私のほうでは、救急ワーキンググループの報告書の平時の対応の重要性という点で指摘していただいたところについて、コメントさせていただきます。

平時の対応の重要性を強調していただいたのは、非常に貴重なことだと思っております。報告書を見させていただいて、少し追加していただいたほうがいいのかと思ったのが、入院した方のケアマネジメントのことは書いているのですが、入院している人でなくても、外来で、例えば通院はしているのだけれどもちゃんと生活支援につながっていない、そういう方は、家族が結局は本人の生活を丸抱えして、長期化する経過の中でだんだん孤立していくケースが見受けられるのです。我々の岡山県の保健所で調べてみても、措置通報に上がってくる方の多くはそういう方でして、必ずしも入院は経ていないのです。そういう方を考えますと、外来でのケースマネジメントということはどういう方に入れていくかという、その辺のアセスメントが非常に大事ではないかなと思いますので、その辺はむしろ追加していただいたほうがいいのかと思いました。

それから、平時の対応で市町村が訪問するとなると、困りごとはあるが医療にはつながっていない方々をソフトな形で、医療につなげようとする非常に拒否が強くなったりする方もいらっしゃるのでは、これはアウトリーチ支援との関係があると思いますが、こういう方への対応も、重要な課題かと思われました。取りあえず以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。ほかの構成員はいかがですか。それでは、会場の岩上構成員、お願いいたします。その次に、櫻木構成員をお願いします。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上です。櫻木先生に御質問したいと思うのですが、よろしいでしょうか。先生、御説明いただきありがとうございました。2点のほどあり、1点は、精神科医療のフルラインアップ構想というか、そういうことを進めていくことになるだろうというお話がありましたので、それを推進するために、診療報酬上とか制度上、こういった後押しがあると、より推進できるのではないかということがありましたら教えていただきたいです。

もう1点については、11ページですが、かかりつけ精神科医機能で、ケースマネジメントをしていくチームを作っていく必要があるのではないかと、往診等も含めてということでお話がありましたが、市町村を中心としてそれをやっていくのか、そういったチームをどういった構成でしていくのか、官民連携で進めるのかといった辺りの、先生の構想がありましたら教えていただければ有り難いと思います。

○櫻木構成員 ありがとうございます。私からよろしいでしょうか。

○齋藤地域移行支援専門官 お願いします。

○櫻木構成員 今、岩上構成員から御指摘があったフルラインアップのことです。精神科は、特定入院料というシステムが一般科よりも進んで取り入れられたということで、病棟ごとの機能分化がかなり発展をしています。ただ、病棟ごとということになると、1つの機能を、例えば40床ないし60床のところを持っていくということになりますので、例えば急性期とか回復期とか、あるいは慢性期とかというふうに考えると、少なくとも4つないし5つの病棟が必要だということになってくるということで、先ほど日精協の平均の病床数が250弱というお話をしましたが、この体制であれば、病棟ごとの機能分化はあり得ると思うのですが、実際問題として、これから入院の患者さんというのは減ってくるだろうと、病棟の再編成が必要になってくるだろうと考えています。

ですから、ある程度複数の機能を持った病棟が必要になってくるだろうということで、その組合せはいろいろで、例えば急性期と回復期が一緒の病棟にあるとか、あるいは回復期と慢性に移行した患者さんの病棟が一緒にあるとか、それは様々だとは思いますが、そういった形で、今までは病棟ごとの診療報酬上の評価になっていたのを、例えば両方の機能を持っている病棟の評価をどうしていくかということです。これは実際に考えて、いろいろ診療報酬を担当している先生方とも相談しているのですが、なかなかうまくいかないのです。場合によったら、本当にお一人お一人評価をして、それで点数を付けていくという、究極的にはそういうことになってしまうのですが、それはかなり労力と時間が掛かる

作業になってしまいますので、そここのところは、お一人お一人の評価というわけには、なかなかいかないだろうということで、我々のほうでもまだはっきりした形の提示ができていません。今、研究中ということで御理解いただければと考えています。

それから、いわゆるかかりつけ精神科医ですが、我々も大多数の病院では、入院から退院、地域移行、それから地域で生活をするという部分に関して、多職種チームで対応しているケースのほうが、むしろ一般化してきています。ですから、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、場合によれば薬剤師や栄養士などにも入っていただく形で、チームを作って、ここにもありましたが、クリニカルパスなどを使いながらやっていっているというのが、それほど珍しいケースではなくて、一般化してきています。

ただ、そうなってくると、病院である程度自己完結してしまうことにもなりかねないので、これから地域とどういうふうに関連していくかに関しては、いろいろな工夫が必要かとは思いますが、ある程度そういったチームで対応していくという、場合によれば、訪問して診療するとか、あるいは訪問していろいろな支援をするというのも、そのチームを動かしていくことで可能かと思えます。ただ、これも診療報酬上の問題とか、あるいは医療法上の問題があって、特に看護師などは、病棟から出て仕事をすると、病棟の人数から減らされることになります。ですから、その人のためにいろいろなことをやっているにもかかわらず、病棟での評価から減らされるというようなことがありますので、そこは是非ともそういった人に関して、いろいろやっていることに関しては、病棟の外で活動した部分も評価をしてほしいということです。これは以前からお願いをしているところですが、まだ正直なところそこまでいっていませんので、そのことも一緒に考えていく必要があると考えています。そのようなところですが、よろしいでしょうか。

○岩上構成員 医療機関としていろいろお考えになっていて、推進しようということの後押しがないことには、良質なものを目指していけないのかと思えます。そういう意味では、きちんと推進するための議論が必要かと思ってお聞きしました。あと、後ほどもう少し検討して、自分の意見は言わせていただきたいと思います。ありがとうございました。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。ほかの委員ございますか。吉川構成員、その次に、小幡構成員お願いします。

○吉川構成員 日本精神科看護協会の吉川です。発言の機会をありがとうございます。私からは、先ほど野口構成員が触れられた外来の機能のことと、訪問看護を含めた地域ケアについて、ちょっと意見を述べさせていただきたいと思えます。

野口構成員も先ほど、外来の機能というか外来での支援が非常に大事だとおっしゃられました。最近、精神科病院の外来において、看護師が患者さんや御家族を対象として、看護相談を実施している所が少しずつ増えてきているというのを、私のほうでも少しつかんでおります。

看護相談の内容としては、心の健康の不安といったレベルのものもあれば、退院後の患者さんの、例えば病気との付き合い方とか、治療の継続と生活の両立に関する相談、御本

人若しくは御家族等からの相談に対応しています。こういった相談はいろいろな所で、地域で相談の機能というのはあると思うのですが、医療機関、医療スタッフに相談したい内容というの、当事者の方、御家族の方はそういったものもあると思いますので、医療機関、看護者が相談対応をするというのは、地域包括ケアの中でも非常に大事な役割になっていくのではないかなと思っています。ただ、これも今の外来の体制であるとか診療報酬上はなかなか評価されないことですので、こういったところをどのように充実させていくのかというのは、検討を是非していただきたいなと思っています。

それと、訪問看護を含めた地域ケアに関して、もう1つ意見を述べさせていただきます。私ども精神科看護を担っている者としては、従来は入院看護が主体で、ほぼ精神科看護という入院看護のこととして語られていました。近年は地域で訪問看護を実践する、そういった看護者も非常に増えてきています。こういった訪問看護と入院看護、看護と看護が連携していくというのも非常に重要な役割で、これは看看連携とも言われています。もちろん、医療機関と地域、医療機関と福祉との連携というのも非常に大事ですが、我々看護者としては、入院部門の看護者と外来・在宅・地域の看護者の連携を深めていくというのも大事だと思っています。

それは何のためかという、私は訪問看護とか地域ケアにおいては、地域で生活する精神疾患がある方の治療継続と地域生活の両立を支える、それが訪問看護とか地域ケアを担う職種の役割ではないかなと思っています。医療機関については、地域包括ケアの中では地域完結型医療の医療提供体制が求められていると思うのですが、訪問看護の実践例としても、入院早期のカンファレンスに訪問看護師が入って、どこから地域で支えることができるのかという、そういったどこから地域でやれるかというのを明らかにすることで、入院治療のゴールも明確になって、結果的に入院長期化を予防することにもつながっているのではないかなと思います。そこは、やはり訪問看護とか地域ケアの力によって、どこから地域でやれるかというのが変わってきますので、それぞれの地域の中でそういった力を高めていくということ、それはいろいろな機関や他職種と一緒に、いろいろなケースを積み重ねていくということが非常に大事ではないかなと思っています。

それと、最近私自身が、手厚い支援が必要な精神障害者の方の地域ケアに関する研究を2年間させていただいて、いろいろな地域を、全国20か所ぐらいを訪問させていただいて、いろいろヒアリングもしていったのですが、その中でやはり共通しているのは、地域支援者との連携、顔の見える関係、これはよく言われることなのですが、いろいろと話を聞いてみますと、やはりそれぞれの地域の中で、地域全体でとにかく支えていこうという理念がきちんと共有されているのです。そういう理念が共有されているというのが、チームとしては非常に大きな力になっていっているのだなと思いました。ですので、病院と地域とかが対立構造になるようでは、そういった地域の支える力とか、地域包括ケアシステムとか、そういった方向にはなかなか進んでいけないのかなと思っています。ですので、この地域でどのように支えていくのかとか、この地域をどのような地域にしたいのかとい

うのを、幅広い関係者で話すような、そういった場を作っていくというのが大事ななと思っています。

それと、訪問看護も、もちろん訪問看護単体で担える役割もあれば、いろいろな機関、いろいろな職種の方々とチームでなければ担えない役割もあります。医療、福祉、行政、御家族、もちろん御本人も含めて、そういった中でそれぞれの強みをいかしながら、弱いところはそれぞれ支えていただきながら、地域でのチームの一員として、訪問看護師も今後も活躍していきたいなと思っています。

先ほども、そういった地域のケア力を高めることが大事だと申し上げましたが、本当にそこはそれぞれの地域で特性があるなと思いました。制度、サービスだけではなかなか語れない、測れないというものもあって、やはり個々の対象者の特性を考慮した生活基盤を整えるために、サービスも少しアレンジしたり調整したり、そういった力を付けていくというのが大事で、そうしたことは実践しながら、事例検討とか人材育成をしながら、看護者もいろいろな職種の方、いろいろな立場の人から、ノウハウとか技術を学ばせていただいて、チームの一員として活躍していています。そういった訪問看護も非常に増えていています。あと、保健所が期待される役割というのも、今回、調査の中でも明らかになりましたので、さらに我々が何か役立てるように今後も頑張っていきたいと思っています。以上です。

○友利精神・障害保健課長補佐 吉川構成員、ありがとうございます。事務局の友利です。今回の議論の論点の2番目ですが、訪問看護も含めた連携の重要性というところを、今回、論点として挙げておりますけれども、先ほどの御発言を踏まえて、例えば具体的にどういった形で地域の中で連携をしてこういった取組を進めていけばいいのか、少し御発言いただけますでしょうか。

○吉川構成員 ありがとうございます。地域の連携のところについては、それぞれの地域でネットワークとか自立支援協議会とか、そういった公のものもあれば、例えばその地域で核となる人たちで、年数かけて顔の見える関係といろいろなネットワークができてくるという、別にそれは誰がということではないと思うのですが、そういったネットワークの中に、医療機関、医療スタッフがきちんと入っていけるようなことが、非常に大事ななと思っています。会議体というのも非常に有効だと思うのですが、私がいろいろな地域にお邪魔したときには、会議体だけではなくて、地域で事例検討を行ったりとか勉強会を行ったり、そういったことを行われている所が非常にたくさんありました。ですので、いきなり会議に入っていくということではなくて、事例検討とか勉強会、そういったことにいろいろな方に入ってきていただきながら、そこでお互いの役割とか考え方といったことへの理解を深めていくということが、結局は大事ではないかなと感じているところです。すみません、ちょっと抽象的な意見になってしまいました。

○友利精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは小幡構成員、次に鎌田構成員でお願いいたします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉会連合会の小幡です。かかりつけ精神科医について、先ほど櫻木構成員から発表いただいたところでも言われていましたが、この定義付けをどのようにしていくのかという共通の理念をちゃんと持っておかないと、どうしてもずれてしまうかなと思っているところがあります。一般のかかりつけ医とか、日常の生活をしている家族の視点からすると、小さい頃から行き付けの病院があつてというようなところの並びと、精神科医のかかりつけ医の意味合いということが、どうしてもオーバーラップしますので、意味付けをしっかりとっておかないとちょっと取り違えをしてしまうかなと思っているところです。

取り分け、平時の対応や受診前相談というところを強化していくということは、非常に重要だと思っておりますが、いわゆる診断が付く前の状況下にある、診断が下りない場合ももちろんあると思うのですけれども、当事者や家族がいろいろ日々抱え込んで、最終的に急性期に至って強制入院という例も少なくないわけです。ここに対する手立てがどのように取られるかということも含めて、受診のところについての医療アクセスを保障するという観点、また、そのときにピアサポーター等を含めた家族とかが、専門職の方や医療体制の中の連携というところだけで捉えられるわけではなくて、どちらかというユーザー側としての媒体として関わりを持つということを想定した相談の在り方というのを求めたいと思っております。

今回の議論と直接的な関係性がどこまであるかということももちろんありますが、例えばそういった手立てが十分でないと強制入院等に至るケースはあるわけですし、このときに家族同意等も含めた法的な手続を伴うことがありますけれども、できれば、医療の診断、入院の可否については、当事者家族と医療機関がしっかりと同意というか、合意が築けるような体制を作るという意味での平時の対応が求められているところだと思っておりますので、強化をお願いしたいと思います。

強いてもっと踏み込んで言いますと、家族同意については、なくても機能するような体制に持っていけるということも含めて、法の整備についても、できれば思いを寄せながら議論を進められたらと思っているところです。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。鎌田構成員、お願いいたします。

○鎌田構成員 まず、本日の論点の1つ目と2つ目について、意見を述べさせてもらいます。まず、14ページの論点1です。本人の困りごとに関して円滑な情報連携を図る方法や取組をどう考えるかということについては、これまでも議論されていたとおり、医療機関から地域への早期退院が進められており、住み慣れた地域で生活を送るためには、やはり本人の困りごとを気軽に相談でき、かつ必要なサービス等につなげる場というのが必要です。本日の資料2の7ページにも、地域包括ケアシステムの基本的な考え方が示されており、市町村や障害者福祉、介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健医療福祉等関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関その他の医療機関等と重層的な連携による支援体制を構築していくことが必

要。」とのこれまでの議論が整理されております。

看護職は、これまでも当事者のみならず、家族や住民の身近な場所で、医療から暮らしまで様々な困りごとに対応し、必要なときは行政サービスや医療機関への受診につなげてきました。本人のニーズに応じた支援を提供する観点からも、当事者や家族、近隣住民が、身近な場所で気軽に看護職に相談できる場の創出が必要だと考えます。資料 13 ページの受診前相談等には、身近な場所に気軽に相談できる場を設置、かかりつけ精神科医機能等が示されていますが、看護職に相談する場も必要ではないかと思えます。

また、地域包括ケアシステムを構築するためには、困りごとの対応をはじめとした、個別の事例への対応だけでなく、個別の事例を検討する中で、地域に共通する課題を抽出し、それを解決するために、関係者との合意形成を図りながら対応策を検討していくことで、障害を持った方が安心して生活できる地域になると考えます。そのためには、これまでもこの検討会で発言してきましたが、保健・医療・福祉・サービスの全体を俯瞰できる保健所単位で、公平な立場で協議・検討する場を設置することで、既存の様々なサービスの見直しや、新たなサービスの創出により重なりや空白となる状況がなくなり、本人が困るといった場面がなくなるのではないかなど考えております。

次に、15 ページに示されています論点の 2 点目です。重層的な連携による支援体制における平時の対応や受診前相談の充実を図る観点から、市町村を中心として、訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、自宅等への訪問支援を体制する構築をどう考えるかという論点ですが、住民に最も近い市町村に訪問支援を行う専門職のチームを設置することについては賛成します。しかし、自治体の規模や保健・医療・福祉の様々なサービス、資源等の差によって体制構築に差が生じる可能性もあり、1 つの自治体では完結しない精神医療も含めた支援の実施や重層的な連携を考えると、保健所単位で管内の市町村や精神・保健・医療・福祉の関係機関が参集して協議する場を設け、地域課題や取組を共有していくことが必要です。

櫻木構成員の資料にも、保健・医療・福祉関係者からなる協議の場に参画と書いてありますが、そこは保健所等が公的機関としての役割を果たす必要があると思えます。また、保健所や精神保健福祉センターが事例検討会等の個別支援における協働や、専門職の人材育成を通して、市町村を支援していく体制が求められると考えます。

また、最後の長期在院者への支援についてですが、やはり当事者の希望を考慮して他職種や他機関で支援方針を検討していく必要があります。医療機関の退院時には、医療機関や保健所や訪問看護事業所等が集まり、退院時のカンファレンスを実施されている所も増えております。

しかし、退院後に当事者や保健所、市町村の保健師、訪問看護ステーションの看護師などの地域の関係者も含めて、支援方針に関するカンファレンスが継続的に行われるということが少ないように思います。安心して自分らしい暮らしを送るためには、退院後も定期的かつ継続的に当事者や支援者が集まり、方針や具体策を話し合い、支援計画を修正する

ことが重要です。このような取組を、診療報酬等の制度上に位置付け、継続性を担保する必要があると考えます。先ほど医療機関の、外来から患者への訪問を行っても診療報酬上認められていないといったところでは、精神に限らず、内科の疾患等、例えば糖尿病患者の自宅を病院の外来に勤務する看護師が訪問し何らかの看護を提供しても、無償になっております。、そのような際の診療報酬等の制度上の位置づけを今後検討する必要があると考えます。論点についての意見は以上です。

○佐々木精神・障害保健課長 途中ですみません。精神・障害保健課長の佐々木です。御意見を頂きまして、ありがとうございます。鎌田委員にせっかく論点の1番目について触れていただきましたので、ここを是非深掘りで、また皆様方からも御意見を頂けたらと思っているのですが、本人の困りごと若しくはそのニーズについて、情報というのは地域包括ケアシステムを推進していく上で大変重要になってくるのではないかなと思っておりまして、ファーストタッチについては、先ほど来お話があるような、かかりつけの精神科医とか看護職員の方々が関わって、当事者の方々等を交えて議論していくというところは分かるのですが、どんどんステージが変わっていく中で、情報というのをどのように共有して、活用していくのかについて、お考えとかツール等について、現場での御体験若しくは具体的な御提案等を頂けたら大変有り難いなと思っております。よろしくお願ひいたします。

○鎌田構成員 過去に保健所と精神保健福祉センター等で勤務した経験から言いますと、主治医や当事者に関わっている医療機関の看護職またはPSW等との日頃の連携、情報共有の場が必要だと考えます。保健所保健師も医療機関、グループホーム等に出向いていますが、顔の見える関係だけでは先に進みません。まず、顔の見える関係は大事なのですが、地域で支えるためには、定期的なカンファレンスの場を設ける等、継続するためのシステムづくりを実践していく必要があると考えます。

そのような点で保健所の役割は重要であり、また保健所をバックアップする精神保健福祉センターは担当者を明確にし、責任を持って支援するといった、都道府県本庁、精神保健福祉センター、保健所、管内市町村の重層的な連携体制を構築する必要があると考えます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。今、手を挙げていただいているのですが、鎌田委員と同じ議論、本人の困りごとのところの論点について先に御意見のある方、すみませんが挙手をお願いいたします。では、まず江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員 地域包括ケアシステム構築の観点から、まず精神医療における地域の課題を抽出して把握することが、はじめの第一歩になるかと思えます。それは、地域の実情に応じて大きく異なりがあると思えますが、そういったことをどこでどのように行っていくのか、そして当然それに伴って、ReMHRAD等を有効活用することが望まれますけれども、地域の社会資源の把握ということが非常に重要になってくると思えます。

例えば、病院においても、精神科の急性期から慢性期までいろいろ役割が異なっており

ますし、診療所においても在宅医療を行っている所もあれば、専門特化している所もあって、それが地域の中でマッピングだけでは分からない部分でもありますので、そういったところですか、それから訪問看護ステーションも、かなり精神訪問看護に積極的に取り組んでいる所もあれば、まだまだ少ない部分もあります。ただ、全国的には今、精神訪問看護の提供は非常に伸びを示しているのです、着実に社会資源としては増えているのかなと思います。

それから、先ほどから出ている地域で支える人たち、特に医師、看護職員以外のコメディカルスタッフがどこにどのように点在して、今そういったところに力を注げるマンパワーがどれくらいあるのかということ、まず地域の課題について、地域の社会資源の把握ということ、地域包括ケアシステムは既存の社会資源を有効活用することをまず当初に考えることですので、そういった辺りで、先ほど鎌田委員もおっしゃいましたが、そういった関係者が集まって地域ごとに話し合う場、あるいは協議を行う場というのをセッティングすることが最初に重要ではないかと思っています。特に、かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能があります。社会的機能というのは、医療を取り巻く社会的活動あるいは行政活動に積極的に参加する、その前提としては地域住民との信頼関係を構築しておく、そして保健・介護・福祉関係者とも連携するという、そういう役割です。これはもちろん、かかりつけ医全てが行うものではないのですが、そういった活動が非常に今後、精神科のみならず一般かかりつけ医でも大きく期待されているところです。

最近では、社会的処方という言葉もありまして、社会的機能に準じた内容ですが、例えば、かかりつけ医機能の役割には、気軽に相談に応じるということも一般のかかりつけ医では役割として認知されているわけですが、そういった中で、地域で精神障害の方が孤立しないような処方箋、そういった社会的処方というのを、これから積極的に取り組んでいくことも重要ではないかと思ひますし、併せて精神科のかかりつけ医の先生と一般のかかりつけ医の医師が話し合いができる場、先ほどの場も含めて、そういった場を作っていくことも重要ではないかなと思ひております。

先ほどから入院の話もありますが、一般の入院では、既に診療報酬上に入退院支援加算というのがあって、入院時あるいは入院前から退院後のことを想定して、いろいろチームで取り組んでいくという仕組みが導入されています。そういったものを参考に、精神科の入院領域においても、そういったことに取り組むことも重要ではないかと思ひます。それから、現行は、これは建前上ですが、入院期間が3か月、12か月ということでカットラインがあって、急性期、回復期、慢性期というように、おおむね今、精神科ではそのように制度上はなっておりますけれども、個々の疾患の状況あるいは個々の事例ごとに、きめ細かく入退院支援の取組を行うことによって、急性期、回復期、慢性期あるいは在宅へ向けた取組が一層推進するのではないかということ、あるいは入院から在宅へ向けたパスというの、いろいろ話し合いができるのではないかと思ひているところです。

論点2と論点3については、またこの後ということによろしいでしょうか。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。

○江澤構成員 15 ページの論点については、この後でいいですか。

○齋藤地域移行支援専門官 はい、後ほどよろしくお願ひいたします。

○江澤構成員 はい。では、14 ページについては、今申し上げたことで以上です。ありがとうございます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。そのほか、本人のニーズに応じた支援、本人の困りごとということで、いかがでしょうか。では、会場の小阪委員、お願ひいたします。

○小阪構成員 本人の困りごとについてと、情報連携を図る方法、取組についてというところですが、今、課長と目が合って、ずっと深く自分の中で落とし込んで考えてみたのですけれども、私自身もやはり、困りごとというのは普段からあるのです。そうしたときに、こんなことを言ったら身も蓋もないことになってしまうのですが、そこに有効に支援してくれる人というのはすごく少なく、今、私が信頼できるのは、元主治医だけなのです。私の困りごとを知っている人はほかにもいらっしゃるのですが。なので、本当に本人に寄り添って情報連携や取組について考えるのであれば、本人にこの人なら信頼できるという人を事前に選んでおいてもらう、地域の関係者はそれを共有しておくということは、1 つ在り方としてありかなと思ひました。

また、本人に言葉としてもらうときにも、話している中で、本人の中で、自分の本当の困りごとから少しずれていくということがあり得るので、そうした意味でも、別に私の立場から申し上げるわけではないですが、ピアサポート的な部分がやはりあったほうが、言葉とずれているところに割と気付きやすくて、チームに伝えやすくなるかなと思ひます。また、聞くだけで具体的には何もしてくれないということが実際の地域のユーザーとしては結構多くて、やはり聞いたことについて明確に取組をするということも、是非ちゃんとしていただきたいなと思ひました。まとまりがなくすみません。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、まず岡部構成員、お願ひいたします。

○岡部構成員 ありがとうございます。時間もないので手短かにいたします。考え方として、確かに御本人の困りごとに対して対応していくということはあると思ひますが、この包括ケアシステムの目指すところというのは、安心して楽しく暮らしていくということからすると、当初は困りごとに対応していくことも大事だと思ひますが、その後に、御本人が関心を持っていること等についても、しっかり視点を当てて情報連携していかなければいけないけれども、今はまず困りごとに対応しようねという考え方の中で、御本人の暮らしを支えていくという指向性を共通認識することが大事かなと思ひています。

また、先ほど小阪構成員も言っていたように、本音の言える関係性をまず作るということが大事だと思ひますが、本音を言える関係性がピアサポーターなのか専門職なのか、はたまた違う人なのかということがあると思ひますが、情報連携を図るときに、御本

人がうまく自分の事実を正しく伝えられないというようなことがあったりすることも多いと思います。ですので、そこを通訳するような形で、伴走的にサポートするような連携の仕方が必要だということからすると、情報連携を図るための通訳者をきちんと配置していくためにも、ピアサポーターの育成を早期にして、一緒に主治医の所に伝えに行ったりとか、専門職の所に伝えに行ったりというような体制を構築すべきではないかと思います。

最後になりますが、そういった御本人の了解を得ながら、困りごとや関心事については、できれば地域の共通カルテのようなものがあって、この時代、電子カルテのようなもので、お互い忙しいですが、空き時間を見ながら連携を図れるようなシステムなどもあるといいかなと思いました。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。野口構成員の後に、長野構成員でお願いいたします。

○野口構成員 長野構成員のほうが早く手を挙げられていたかと思うのですが。

○齋藤地域移行支援専門官 では長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員 すみません、ありがとうございます。この「困りごと」というキーワードが出てきていることにとってもいいなと思っています。ただ、かかりつけ医のイメージと同じで、この捉え方は千差万別になってくるだろうと思うので、事あるごとに、体制の成熟度ごとに、ずっと議論していくことがとても大事だとまず思います。

私たちが困りごとを見て何を一番感じるかということ、実は精神科医療、精神科医はこの困りごとに非常に高い確率で出会っていただけるのです。私たちは地域で支援していて、10年家から出られない、20年出られない方々に、どうやって出会って、どうやって何かお役に立てるかとするときに、とにかく出会うことに一番困難を感じます。よく見ていると、とても困難を抱えた方が小学生時代に寝られないということで、一度だけ精神科にかかっているのだけれど、この出会いをどうしていかせてなかったのだろうかなど、そういうことにすごく出会っていきます。

精神科は、寝られないとか、うつになりましたとか、よく物忘れがしますということで、その裏に、たくさん困っていること、生活課題を抱えられていて、つながるチャンスをいち早く得られることがあると思うのです。それを、寝られないから眠剤出しましょう、効かなかったらそれで終わりとか、物忘れが始まったときに間違いなく年齢を重ねていくと進む可能性があるのに、今の時点では認知症ではないですよとぼっさり切れてしまったりとか、そういうような、根底につながり続けておけば何とか寄り添えたのにというチャンスを逃していることがすごく多くて、今であれば、私たちの所に仕事を紹介してくださいとか、お金がないんですという、そういうそちらの入口の受診もずいぶん増えてきています。

その困りごとを総合して、精神科医がきちんと捉えてつながると、全部できるようになるとは言えないと思いますが、つながる所につながって、本当にそのチャンス、御本人にとってもチャンスをつぶさないような解釈の仕方、見立てがとても必要になります。つな

がり続ける機能というのがとても大事なかなと思っていて、この「困りごと」というキーワードはこれからずっと順を追って、体制とともに深めていかなければいけないキーワードだと大事に思っています。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。それでは、野口構成員をお願いします。

○野口構成員 長野構成員が非常にいいことを言ってくれまして、本当にありがとうございます。改正社会福祉法などで、課題解決型支援だけでなく、寄り添って、ずっと継続して関わり続けるという支援も大事だということが言われていましたが、困りごとにもすぐに出てくるわけではなかったり、いろいろ問題行動のような形で出てくるのだけれども、関わる中でだんだんと本人のニーズが少しずつ分かっていくということも多いので、やはり丁寧に関わっていくということ、問題行動があるからすぐ入院とか、そういうような形ではなくて、非常にソフトな形で、本人に寄り添った形で、少しずつニーズを引き出していけるような形のサポートですね。やはりこれは、ただ医療機関だけというのではなくて、市町村であったり、いろいろな方たちが共有しながらやっていく必要があるだろうなと思いました。

それから、先ほど江澤構成員が言われた社会的処方という考えも非常に重要だと思ひまして、精神科の場合、特にいろいろな社会的な問題が非常に複雑に絡み合っている方が多くて、いろいろな方との共同作業が必要となります。そういう社会的処方、社会的機能というものを、かかりつけ医もしっかり意識しながらやっていかなければいけないかなと思います。

前にも言ったかもしれませんが、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の審査会をやっていますが、そういうところに出てくる非常に困難な課題に、ちょっと残念ながら、精神科医の存在が薄いというか、医療機関からの情報が入ってきづらいという問題があります。先ほどのケアマネジメントの課題と同じで、やはりそういうほかの機関との情報をしっかり連携できる、共有できるような医療機関側の何らかの仕組み、仕掛けのようなものも必要だと思いますし、もちろん医療者側の姿勢も両方大事ではないかなと思っております。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。それでは、会場で挙手されていた奥田構成員、その次に山本構成員でお願いいたします。

○奥田構成員 すぐに終わります。ほかにも言いたいことがあるので、それは休憩の後に話します。先ほどの情報提供のことです。こちらの基本的な法律の枠組みとかがきちっと学べてないのですが、同じ議論が生活困窮者自立支援制度を作るときにありまして、あときは支援調整会議という、正に多機関連携で集まった会議で、情報提供することに関していいのか、どうかというところからの議論がありました。結局、当事者がいて、支援者がいて、連携先がいてという、これが全て線で結ばればいいのか、連携先から生活困窮者の自立相談窓口、本人を介さず情報が流れてしまうという、この線を付け

るのか付けないのか、付けられないのではないかというところで、これ結局、結論を出すのに3年掛かりまして、2015年の法律ができた時点ではできなかったのです。

そして、2018年の改正案の中で、第9条第5項にまず会議体の設置ということを経法律で定めて、その上で更に守秘義務を課すというところまで条文で入れたのです。この第9条を入れることによって法的に、現場ではいろいろ、正におっしゃるとおりの、言っていることがうまく伝わっていないとか、本当に第三者、会ってもいない人たちが自分の話をしているというのは本当にいいのかという話とか、そういう現場の話はあるとしても、法的枠組みを改正案で作って、そこで実質的には多機関連携の仕組みの担保としたというのが、生活困窮者自立支援法のときにはありました。

先ほどお話を聞いていて、同じ議論を何年もしていたなという話を思い出しました。そうすると、情報の守秘義務等の担保の話とともに、会議体自体をきちんとした法的なもの、あるいは制度的なもので位置付けられるかというところが大事なのではないかなという、そんなことを考えながら、先ほどの御質問を聞いていました。以上です。多機関連携の在り方については、またもう一度お話をしたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。会場で順番が違いますが、田村構成員、その次に藤井構成員、その次に山本構成員でよろしいでしょうか。では、お願いいたします。

○田村構成員 ありがとうございます。日本精神保健福祉士協会の田村です。先ほど小阪さん、岡部さんもおっしゃっていたように、御本人がどういうことを困っていて、それを誰に知ってもらいたいかを一番大事にしないといけないと思います。

とにかく、情報共有と言われ、支援者としては知りたいのですけれども、御本人にしてみたら知られたくない場合もあると思います。基本的にケア会議に御本人が必ずいらっしゃれば、もちろんその意向をきちんとお聞きしながら検討できると思うのですが、逆にその支援者に囲まれてしまって萎縮して言えないというようなことも考えられますので、小阪さんがおっしゃったように、一番信頼できる方に、まずお話を、その人の言葉で言うただくというのは、すごく大事な仕組みではないかと思います。

また、市町村が今後、受診前相談などをしていく中で、周囲の住民から困った人に関する情報が入ることがあると思うのです。これは障害当事者にとっての困りごとでもあるかもしれませんが、その人から迷惑を掛けられて周囲が困っているという、そういう地域住民の声、そちらのほうが声が大きかったりして、引っ張られすぎてしまうことのないように十分気を付けたいと思うのです。この論点では、「本人の「困りごと」」となっているのですけれども、鍵括弧は「本人の」から始めて「本人の困りごと」として、常に「本人の困りごと」は何なのか、主体を明確にさせていただけたらと思います。以上です。

○友利精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。事務局でございますが、モニター上で中島構成員と櫻田構成員の挙手を確認できておりますので、申し訳ございませんが、藤井先生に先に御発言いただき、その次にお願いしたいと思います。また指名させて

いただきます。それでは藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 お先にすみません。本人の困りごとに関してなのですけれども、これは長野構成員がおっしゃったように、非常に幅広い意味があるので、今、医療受けている方で、今、困りごとがある方というように、一応範囲を狭めてお伝えをしたいと思います。

困りごとへの対応に関しては、情報共有が非常に重要ですが、本人に常時寄り添っているような方が、少なくとも1人は必要なのだろうと思います。主治医だけで治療を完結できる方もいらっしゃると思うのですが、複数の課題、様々な困りごとを抱えている方に関しては、なかなか医師だけでは対応しきれないことも多いですし、その場合に、先ほどから話題になっているケースマネジメントは非常に有効だと思うのです。地域医療が進んだ諸外国では、本人に伴走して寄り添い、直接支援をしながら本人の困りごとを聞いて、本人のことを一番分かっている伴走者がケースマネジャーと呼ばれることが多いと理解しております。主治医と緊密に連絡を取りながら、御本人が困ったときに、一番最初に相談できる人が誰なのかをはっきりさせておくことが必要かなと思います。ピアサポーターであるとか、地域でのアドボケートをする方がいらっしゃるの理想ではあるのですが、そこがなかなかすぐには手当てできないとしたら、ケースマネジメントをする担当者がいるというのは、インテンシブケースマネジメントの基本でもありますので、少なくともその体制が維持できるような形を取る必要はあるかなと思います。これはかかりつけ医の議論にもつながってくると思うのですが、櫻木構成員の御発言の中でもありましたけれども、主治医1人というわけではなくて、チームで見るという観点からも、ケースマネジメントを担う人が主治医とともに関わるといったような体制が、かかりつけ医には必要かなと思います。

そのかかりつけ医に関してですけれども、まだ議論に出ていないところでは、身体疾患に関してきちんと把握しておく必要があるのかなとは考えています。身体合併症の議論の中にもありましたけれども、少なくとも御本人がどのような身体疾患を抱えていて、どの身体科にかかっているのか、どのような薬を飲んでいるのかということを中心に、必要に応じて必要な身体科の治療につなげられるというような、そういう体制も取る必要があるのかなと考えます。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。次に、中島構成員お願いいたします。

○中島構成員 ありがとうございます。皆さん方がおっしゃっていることはごく当たり前のことであって、当然、厚生労働省も分かっていると思います。

ただ、気になるのは、身体科の先生方との緊密な連携体制をどう増やしていくか、このところが抜けていると私は思います。これがないと、患者さんは大変しんどい、辛い目に遭い続けるということですよ。櫻木構成員がおっしゃっていたようなECTあるいはクロザピンの使用がなかなかできないというのも、身体科との連携がきちっと取れないからですよ。

また、もう1つは、基本的には今の個人情報というのは、とにかく秘密を守るという形でできていますので、これをどこまで広げられるかというのは大変難しい問題ですけれども、ただ、情報を共有しないことが、その当事者にとって極めて不利な状況をもたらす場合、あるいは大変な事態を引き起こすという場合は、躊躇なく連携すべきであります。この辺りの決断というのが、ちょっと精神科医療をやっている人には足りないのではないかなと私は思っているところです。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。会場の山本構成員の次に、櫻田構成員お願いいたします。その次に、伊澤構成員お願いいたします。

○山本構成員 お時間が迫っているところ、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。お話を伺っている中で、幾つか行政の立場からということでお伝えしたいと思います。

これまでの議論を踏まえてですが、私がこの仕事を始めるとき、もう20数年前、30年弱になりますが、作業所活動を体験し社会的入院の問題に関心があって、PSWになったわけですが、この検討会で、まだ当時と同じような課題で同じ議論をしていることに危機感を持っております。一方で、最近では社会的孤立の話が市町村の中では大変大きな問題になっていて、福祉サイドで伴走型支援の取組が既に始まっているところです。その伴走型支援の中に、伴走型と併せて予防的な介入が求められており、我が町のことは我が町というのが大前提でございますので、私たち自治体行政としては、福祉による契約前の「本人の困りごと」への訪問支援については保健師やケースワーカーによる個別支援の強化が必要となるものです。その中では、保健所の精神保健福祉相談員による協働や助言であるとか、精神科医療の方つまり、かかりつけ精神科医や訪問看護の方との多職種訪問や助言が入ってくるということが、地域で実践していく中での安心の材料になるものであり、OJTになるのではないかと思います。

今日もそうなのですが、小阪さんがおっしゃっていたように、私どもの相談支援の中でも、相談先はたくさん増えているのだけれども、『「私の困りごと」について相談に答えてくれる機関がない』ということは、私どもの地域でも当事者さんの中からそのような切実な声を聴いております。御本人の困りごとに寄り添える相談支援員の確保、相談支援体制、伴走型支援と問題解決型支援の連動する支援体制の実装がまだまだ課題になっておりますし、それを解決に向けていく人材というのが足りていない実情ということも痛感しております。

その中でですが、これまで大臣指針が示されていたり、附帯決議でいろいろ課題が残っている点について、先延ばしせず体制整備していくことを具体的にまとめていかなければいけないのではないかと思います。中でも御本人の意思決定支援などにつきましては、余り議論がされていないところかと思うのですが、その辺りも是非、医療の話の中で詰めるべきところではないかなと考えております。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。それでは、櫻田構成員お願いいた

します。

○櫻田構成員 ありがとうございます。当事者の櫻田です。小阪構成員も先ほどおっしゃっていたのですけれども、確かに私たちが困っていることを実際に聞いてくれるというか、有効に支援をそのときにしてくださる方が少ないとは私も感じています。でも、そのままでもいいのかというと、やはりそうではなくて、有効というか、もしかしたら有効になるかもしれないというところでは、ピアサポーターの導入を、早期にというよりかは、これからきちんと着手していかなければいけないのかなとはすごく感じているところです。

先ほど岡部構成員からもありましたとおり、情報連携のための通訳者という役割がピアサポーターだと私自身は思っています。御本人と専門職の方をつなぐ役割もしていると思いますし、つなげられるのはピアサポーターだと思っています。どちらの気持ちもすごくよく分かりますし、当事者としての自分の気持ちもありますし、支援者としての自分の気持ちも伝えられるというところは、やはり強いのかなと私自身は感じているところです。あとは、御本人の困りごとを素早くキャッチできたりですとか、吸い上げられる立場としても非常に有効なのではないかと感じていますので、少しそこだけ発言させていただきたく挙手させていただきました。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。伊澤構成員の次に、長谷川構成員、そこで休憩を一旦入れたいと思います。お願いいたします。

○伊澤構成員 ありがとうございます。精神保健福祉事業団体連絡会の伊澤です。お話をいろいろ伺っていて、先ほどの中島構成員のお話の中で、非精神科医療との連携というお話がありました。これは櫻木構成員からもお話いただいた部分ですけれども、非常に重要な部分だと思っております。実際に地域の中でいろいろな相談支援などをさせていただいておられますと、複数の医療機関に受診されている方が結構いらして、例えば精神科以外の所から眠剤薬などをもらっているのを精神科の医師が知らないみたいな状況は結構あるのです。この辺りは非常に危うさを感じていますし、これが次第次第に増幅していけば、恐らく御本人の困りごとに発展していくという、そういう危機感をすごく感じております。

ですので、この辺の医療連携ですかね。情報の交流。もちろん御本人を交えてのいろいろな同意や合意を構成していかなければならないとは思いますが、この辺りは非常に大きな課題ではないかなと思っております。かかりつけ医のある種担う役割の中にも、その辺の連携の主導的な部分を果たしていくようなことも視野に入れて作っていくというか、作りを立ち上げていくような、そういう視点が大事ではないかなと思っております。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。長谷川構成員、お願いいたします。

○長谷川構成員 困りごとの話から少し離れて、チームについてのお話でもいいですか。休みの時間の後のほうがいいですか。

○齋藤地域移行支援専門官 可能であれば、次の休憩後の部分でお願いできますでしょうか。

○長谷川構成員 分かりました。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、少し長くなりましたけれども、一旦休憩を入れたいと思います。再開は 16 時 5 分をお願いいたします。それでは 10 分間の休憩に入ります。

(休憩)

○友利精神・障害保健課長補佐 そろそろ時間になりましたので、オンラインの方はカメラをオンにしてくださいでしょうか。

残りは約 1 時間少々となりましたが、論点は 2 つ残っております。1 つは市町村を中心とした自宅等への訪問支援を行うことについてどう考えていくかということです。もう 1 つが、こちらも市町村の主体的な取組として、長期の在院者へどういった取組が考えられるのかということで、こちらでは具体的に 1 年以上の取組について、これまでの検討会でも繰り返し指摘されていた事項について記載しておりますが、こちらの両方の観点について、御意見を頂ければと思います。

そして、最後の 15 分程度のところで、総合的な論点 1、論点 2、論点 3 をまとめたところの御意見を頂こうかと思っておりますので、これから 4 時 45 分ぐらいまで、論点 2、論点 3 についての御意見を頂ければと思います。そして、質問の時間については、それぞれを区切って、事務局から指名させていただきたいと思います。質問はありますかということで挙手を頂きますので、挙手のあった方全員をこちらから指名させていただいて、順次御発言いただきたいと思います。そして、指名した方の全ての発言が終わりましたら、再度区切って、改めて指名させていただきたいと思っております。

それでは、論点 2 あるいは論点 3 について御発言いただきたいと思います。挙手をお願いいたします。まず、長谷川先生をお願いしたいと思います。その次に、岩上構成員、田村構成員、藤井構成員、江澤構成員、岡部構成員、小幡構成員、長野構成員、野口構成員、伊澤構成員の順でお願いしたいと思います。では、長谷川構成員をお願いいたします。

○長谷川構成員 精神科診療所協会の長谷川です。行政が編成する訪問支援を行う専門職等で構成されるチームについて、これは 2 つのタイプがあると思います。1 つは未治療や治療中断例で、2 つ目は既に治療につながっているけれども困っているケースだと思います。

最初の未治療や治療中断例については、まず市町村から訪問して、当事者とともにチーム構成員を選びます。チーム構成員は当事者のニーズによって異なりますが、診断、診立てがあるために、医師は絶対に必要だと思います。また、この危機介入の時期が過ぎたら、チームの構成員も変わることになると思います。必ずしも危機介入時に構成員だった医師が所属する医療機関に通院するのではなくて、当事者のつながりやすい所につなげます。つながる予定先の医療機関の医師がケア会議に参加しにくいときは、つなげる前にオンラインを利用するなどして参加することもできると思います。

また、もう1つの、既に治療につながっているけれども困っているケースについては、担当医や担当ソーシャルワーカー、また当事者や訪問看護ステーションなど関わっている人から、行政に「お助けチーム」の編成を依頼することになると思います。入院も視野に入れなければならない場合もあると思いますが、そのような場合で担当医が診療所の医師の場合は、後方支援として精神科病院のソーシャルワーカーや医師がチームに入ります。そして、この後方支援に対しては何らかの報酬があるとよいと思います。そして、危機介入時が去ったら、「お助けチーム」が解散するか構成員が変わることになると思います。

この2つのどちらのタイプであっても、当事者がその状態で仕事をしたいと希望すれば、初期から就労支援事業所がチームに入るべきだと思います。そのほうが御本人のモチベーションが上がって、回復につながりやすいからです。また、この2つのどちらのタイプであっても、夜間と休日の救急化を防ぐこと、自殺を防ぐなどの意味、危機介入ということですので、介入初期のチーム編成には、医療のケアマネジメントは絶対に必要だと思います。そして、行政が編成するチームは、訪問看護ステーション、相談事業所、医師やソーシャルワーカー、ピアサポーターなど、構成員を選んで編成することができます。

また、よりスピード感を持って介入するとしたら、日頃より地域でのチーム医療、他機関連携、アウトリーチに慣れている医療機関を主軸として、3か月から6か月委託して、その後、当事者のつながりやすい医療機関につなげながら、行政主導で構成員を編成し直すという方法もある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。次に岩上構成員、お願いいたします。

○岩上構成員 岩上です。救急医療の13ページの救急医療体制のイメージ図で、この中に市町村の福祉所管課がきちんと位置付いていないので、これは位置付けていただいたほうがよいと思います。所管課と基幹相談支援センターと地域生活支援拠点というのは役割が違うので、この位置付けがないと、今後協議をしていく中での福祉所管課の位置付けが分かりにくくなると思います。

それから、その前のかかりつけのところで、先ほど申し上げられなかったのですが、福祉のほうは精神障害者になってサービスを使うとなると、サービス等利用計画の対象になるので、基本的には相談支援専門員が寄り添うことができます。それに比べて、言うならば保健と医療の部分の本人の困りごとに寄り添う体制が弱いのではないかと思います。そうしますと、きちんと精神保健を位置付けて、なおかつ、引きこもり支援も、生活困窮者のほうはどこで市町村は相談を受けるのかということを探っていますが、きちんと精神障害・保健課として精神保健としての引きこもり支援を求める通知等が必要であると思っています。

今回の議論となっている2番目と3番目ですが、市町村を中心とした訪問支援については、今、長谷川構成員からもありましたし、その前に櫻木構成員と吉川構成員からもありましたが、民間としての既存のチームがあるといったことと連動させる仕組みが必要だと

思います。その上で、障害福祉でいえば基幹相談支援センターがありますので、同様に官民連携の精神保健版の基幹センターが必要になるのではないかと思います。

最後に長期入院者の支援については、今回参考事例を挙げさせていただきましたが、基本的には社会的な支援が必要な人の支援を医療機関の課題としないということ、ここを明確にしないと進まないと思います。それについて、市町村や世田谷区の事例もありまして、きちんと住民支援として働き掛けをしているという事例がこれだけ挙がってきているわけですが、これは全国的に見れば、まだまだ進んでいないところもありますので、きちんと制度上、市町村の責任として社会的な支援が必要な人の退院支援は行うということ、そこまでのつなぎの部分で医療機関としてきちんとやっていただくという、そういった位置付けを是非進めていただきたいと思います。

これができるかと、医療機関に責任をなすり付けるような、まだまだそういった意見を言う人がいらっしゃるのですが、実際には市民への責任を自治体が持つことが必要だと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 次に、田村構成員をお願いします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。今の岩上さんのお話にも私も賛成ですが、自治体としての市町村の役割について、今回の検討会ではかなり強化する方向で議論されており、一面では心強い面ものの、本当に自治体のほうでできる体制をどのように作っていくかが不明瞭なままですと、絵に描いた餅になってしまうと思います。専門職も一定程度いないと、実際に職員がどうしていいかわからないという状況が生じることも考えられます。地域に核となる医療機関や相談支援事業所などがあればいいのですが、必ず頼りになる所があるわけではない現実の中で、どのように市町村のサポート体制を作るか、もう少し議論が必要ではないかと思います。

かかりつけ医の話とも重なりますが、受診したいときに受け入れてくれる病院が見つけられない地域もあると聞いています。例えば初発ですぐに受診したくとも、予約して1か月待ちと言われてしまうといったことは現実には起こっています。医療提供体制が十分に足りているのか、精神科医の数が十分に足りているのかということも見る必要があると思います。

今日のお話では、医療機関に期待する部分も多くございますし、主治医にしっかりと生活全体まで把握した上で治療していただくことも求められるかと思うのですが、精神科病院では、医師の数が精神科特例等もあってそもそも少ない現実もあります。お忙しい中で、どこまで時間を割いていただけるのかということについても、気になります。

また一方で、地域にたくさんの精神科診療所がありますが、医師と事務の方のみというような所も当然ありますし、地域の支援者側としては連携しづらい診療所もあることを、現場の精神保健福祉士は感じているという声が結構あります。ですので、地域によってかなりばらばらな中で、市町村でネットワークを構築するためには、それなりの専門性が求められると思いますので、そこの担保が重要だと考えます。

それから、長期在院者についてですが、これは病院側からの働き掛けを待っているのではなくて、今回紹介していただいたように、自治体とか地域の事業者の方々が ReMHRAD などを通して把握して、働き掛けをしてということがあります。普段からの連携があるからこそできるところかとは思いますが、なかなか働き掛けに応じていただけない場合もあるのではないかと思いますので、ここは是非行政責任を明確にさせていただくとか、あるいは医療保護入院者等に関して実地指導、実地審査なども行われているわけですので、そういった機会をきちんと活用するというのも1つの方法かと思えます。また、例えば生活保護の方などですと、長期間生活保護を受けて入院している方の所には、定期的に担当ケースワーカーがやって来て、実態把握をされる仕組みがあります。それと同じような形を取れないかということもお考えいただけるといいと思えます。

○齋藤地域移行支援専門官 藤井構成員、次にお願いたします。

○藤井構成員 市町村を中心として訪問支援を行うということは、多くの場合はなかなか医療機関につながらないということが想定できますし、先ほど長谷川構成員がおっしゃった2つのパターン、それに関しては賛成です。民間の医療機関の力を活用しながら、一部は委託ということも考えつつ、チームを編成していくということになるかと思うのですが、そういう民間チームというか医療機関に、一定の公的役割を担ってもらおうということになるのかなと思えます。

その場合に注意しなければいけないのが、民間に丸投げをしないというのが非常に重要かなと思っています。民間だけで動くことになってしまうと、市町村の相談する力であるとか落ちてしまい、自治体がモニタリング機能を果たせないような状況になってきたりとか、民間のみで行った場合の様々な弊害というのは、福祉の領域でも出てきているところですので、そこは注意していかないといけないかなと思えます。

あと、先ほど長谷川構成員がおっしゃっていた2つのパターン以外に重要だと思われるのが、先ほど長野構成員がおっしゃっていた「困りごとに対してつながり続ける」ということです。医療契約ができていたりとか、福祉が入っていれば、そこでつながり続けることもできますが、そうではないケースでつながり続ける必要がある方もたくさんいらっしゃいますので、それができるのは自治体ということになってくると思えます。短い期間では事態が動かないこともしばしば経験しますので、つながり続けられるような、必要時には訪問できるような体制も同時に考えていく必要があるのかなと思えます。

○齋藤地域移行支援専門官 会場の構成員の発言が終わりましたので、Web上の江澤構成員、願いたします。

○江澤構成員 15 ページの論点に関して、意見を申し上げさせていただきます。まず、ここでは、市町村を中心として訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、アウトリーチ的な取組を行う、あるいは長期入院患者に対して、市町村の主体的取組として、ここに記載されていることを行うということになっております。

当然、民間委託も十分に視野に入れていかないといけないと思えますし、現行、市町村

で、特に今はコロナ禍の状況において、こういった提案が現実的であるかどうか也十分に検討していかないと、絵に描いた餅になることが危惧されます。特に、ここに書いてある取組以外にも、地域の実情に応じて、これらに代替するような方法も考えつつ、そして、訪問する場合には、既にかかりつけ医がいらっしゃる場合もありますし、あるいは地区医師会とか、いろいろと関係団体もございますので、そういった所とも連携をしながら総力戦で行わないと、今の現状を見ていると、なかなか厳しいのかなという気がしています。

それから、似たような取組を例に挙げますと、例えば認知症初期集中支援チームというのが、全国の市町村で行われています。これも自治体が主体的に行うケースと民間委託がございますが、そういったものも参考にしながら、認知症初期集中支援チームでは市町村に、例えば検討委員会等が設置されておりまして、常に進捗をモニタリングしながら、あるいは PDCA をいかに回していくかという議論がなされておりまして、そういった委員会の設置等を含めて、こういった体制を後押しする仕組みが必要ではないかと思っております。ただ、マンパワー的な側面も含めまして、どこまで実効が担保できるのか、あるいはどこまで期待すべきかということも含めて、いろいろな地域の社会資源、関係者を交えて、総力戦で取り組む姿勢が必要ではないかと思っております。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。次に岡部構成員、お願いします。

○岡部構成員 論点 2 と論点 3 につきましては、これまで各構成員の皆さんがおっしゃっていたことに賛成ですし、論点 2、論点 3 とともに、そういう体制の構築を是非進めていただきたいと思う中で、論点 2 については、これまで意見が出てきたように、ピアサポーターは大変有効かと思えますけれども、今、養成を重ねているという段階においては、訪問時に一緒に行くということもさることながら、訪問前にそういった方の支援をどうしたらいいかというようなケア会議を、専門職だけでやるところに参加してピアサポーターの視点を頂く、そこを活用しながら、どのような支援が有効かというような取組も必要かなと感じているところです。そういった取組を通じて、ピアサポーターの価値観や視点をお互いに共有していくプロセスが、チーム編成、チームの育成に大事かなと思うところです。

また、長期入院の取組については、私も現場で職員がやっていますが、市町村が、あなたを市民として見ていて、お邪魔していますということをメッセージとして伝え続けていくために、細かい技術ですが、市報を持って行ったり、区報を持って行ったりすることを、それが、とかく単発な取組に終わりがちになるところもあるので、その後も定期的に関わり続けることを忘れないようにしていく必要があると思います。例えば、年賀状や暑中見舞いを出すこと、それも返信葉書を付けて出したりすると、そういったつながりも退院に向けて有効かなと思っております。

前後してしましますが、いずれにしても、アウトリーチチームを作るにしても、なかなか市町村で予算を取りにくいということがあるので、きちんと位置付けを明確にさせていただいて、予算確保の辺りも配慮いただくとよろしいかなと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 次に長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員 チームのところで、先ほど江澤先生から初期集中の話が出ましたが、本当に勉強することがたくさんだと思います。私たちも行政と共同でチームを立ち上げて非常にアクティブに動いていますが、すごくいい面と反省すべき点と、常にバージョンアップしている感じなのです。

全国の初期集中は玉石混交だと思います。医療機関に受診したら終わりというようなことで、全然つながっていない所もあるし、一方で個人情報保護のことは余り配慮されていない所もあるし、しっかりと初期集中の利点と良いところと分析をちゃんとして、バージョンアップして、それをまた初期集中にもフィードバックするというようなことができる。非常に有効な、市町村ベースで法的位置付けをちゃんとするという一番のハードルは越えていますので、是非ここを参考にしていっていいのではないかと思います。

もう1つは、長期入院のところで留意して進めること、ここがとても大事で、私は例外なく皆さんに手紙であったり、何であったり、一旦全部の患者に情報は届けられるべきだと思うのです。こういう情報の場合、状況によっては御本人が動揺するからということで、逆に病院の判断で止まったり、家族の判断で情報が止まったりすることがあって、それを見てどう捉えるかは御本人の希望、その後は御本人の希望で捉えるべきですが、まず一旦は御本人にちゃんと情報がいくということがとても大事だと思っていて、ここをしっかりとやりながら、その後しっかりと御本人の希望によって情報を提供していく手段が、コロナ禍ですので大変ですが、コロナ禍だからといって情報が止まってしまうと、とても難しくなってくると思いますので、まず全体を絶対に届けるということが大事かと思っています。

かかりつけ精神科医のところで1点だけ言わせてください。ケアマネジメント、ケースマネジメントですが、私がかかりつけ精神科医というのは、御本人が必要なときに、ちゃんとした医療が使えるということが、かかりつけ医の一番だと思いますし、それを受けてケースマネジメントをちゃんとするのが、かかりつけ精神科医だと思います。

その中で、ケアマネジメント、ケースマネジメントという言葉が頻繁に出るようになっていきますし、私も大事だと思うのですが、ここも、「ケアマネジメントとは」、「ケースマネジメントとは」ということもちゃんと見直しておかないと、介護保険も含めて、これも玉石混交になっていて、ちゃんとケアマネジメントの意味も確認しなければいけないのではないかと思っています。

○齋藤地域移行支援専門官 次は野口構成員、お願いします。

○野口構成員 皆さんの御意見はもっともだと思っています。チームについて発言させていただきます。自治体のほうも8050問題とか、引きこもりだったり、精神障害かどうかははっきりしないような方たち、また、ニーズが潜在していて、なかなかアプローチしづらい方がかなり問題になっていきますし、先ほどの救急の平時の対応を含めて、こういうチームの編成というのは非常に大事ではないかと思っています。

一方で、地域事情で、市町村だけで精神科医を確保するとなると、なかなか難しいところも多いかと思っていますので、できるところから少しずつモデル的にやっていただきながら、

保健所がきちんと関わるとか、あるいは市町村、センターのようなものも、自治体の精神保健の軸でもきちんと関わるといふ体制が必要ではないかと思ひますし、それを委託、丸投げにしないという点からも、市町村のほうの専門職の配置や確保、人材育成も併せてやっけていく必要があると思ひます。

また、精神科医がそこに協力するための仕掛けもいろいろと必要かなと思ひていまして、そういう精神科医が地域に興味を持って、これは精神症状だからすぐに入院という形ではなくて、もちろん入院という選択肢も持ちながら、社会的処方という形でどう関わられるかという、その辺りの精神科医の育成、そして実際に精神科医が育成されたとして、病院外あるいは診療所外で活動することになって、言ってみれば自分の所属先にメリットが必ずしもあるわけではない活動をしなければいけないわけで、そこをどう担保するかという、その辺りの仕組みも考へていく必要があるのではないかと思ひれます。

○齋藤地域移行支援専門官 次に伊澤構成員、お願いいたします。

○伊澤構成員 今日、全体に地域精神医療についてというところで、その括りでお話をしたいのですが、実際に支援の現場にいますと見極めの問題というのがとても大きくて、福祉的支援で乗りきれぬ局面なのか、入院も含めて医療の濃厚な関わりが必要なのか、その見極めがとても難しいのです。アセスメントということをもう少し深めていくような場面に、先ほどかかりつけ医の話もありましたが、そういう機能が欲しいのです。もちろん、訪問で行った先でのそれもそうなのですが。

なので、どういう局面なのかという判断を付けていくときに、もちろん医療の判断だけで事が進むとは当然思ひません。その方の生活支援が、どういう形で成り立っていて、どういう支援関係を結びながら町で暮らしているかの情報は得た上で、あるいは御本人の希望もしっかりと担保した上で、総合的な判断として見極めていくということになるのですが、そこに医療的な要素がまだまだ地域には足りないので、そこを担保していくような仕組みが必要だということを感じています。

それから、長期入院の方々に対する対応に関しては、前回も申し上げましたが、ピアの方々の活動にとっても私は期待してて、実際にそういうチーム編成を、ピアの方たちのチームを作りながら病院に足を運んで、入院患者と出会いながらという実績を重ねてきておりますが、非常に有効に働いているということで、退院の促進につながっています。これを実態としてちゃんと捉えた上で、ピアの方々の活動を一層活性化していくと。つまり、長く入院しているの方々の気持ちを整えていく、前向きに退院に向けて歩いていけるような条件や状況を作っていくときの、ピアの力というのをとても強く感じております。

併せまして、この方が退院が可能なのかの見極めも、先ほどの見極めの問題にも入ってきますが、そういうような場面や機会というのをたくさん作っていくということも感じています。例えば地域生活支援拠点事業が、にも包括の中でも福祉的な支援サービスの中で結構大きく取り上げられておりますが、体験の場の提供というところが強調されています。体験の場、つまり長期入院の方が、地域生活支援拠点等の短期入所などを使いながら、そ

の方の生活能力を見極めていくという機能をしっかりと強調しながら、地域移行の促進に力添えをしていくというか、そういう流れを大きく作っていく必要があるのではないかと思います。そこにおける医師の目線みたいなものも、当然必要になってくるとも思います。そのようなことを考えています。

○齋藤地域移行支援専門官 次に中島構成員、小幡構成員の順でお願いします。

○中島構成員 後ろの2つということで、市町村の役割と長期在院者についての対策ということですね。

市町村の役割についてですが、本来、福祉的なことは市町村の業務だけれども、それを市町村があまり知らないということが、まず大問題です。だから、市町村の役割を明確化して、政省令を改正して発出するという、これがまず何よりも必要です。それをやった上で、様々なことが出てくるのではないかと考えております。

もう1つ、長期在院者の問題は昔から言われていて、中には長い間入院しているために生活能力を失い、退院できなくなった人がたくさんいらっしゃるわけです。このことに対して、精神科医としては、自分自身を断罪しなくてはいけない状況にあるわけです。それにもかかわらず、のんびり構えている状態ではないと思います。

では、どうするのかとなるわけですが、今日は櫻木構成員がいいものを出してくださったのですが、大体は診療報酬が付いていることしかほぼされておられませんね。そういうことだと思うのです。やはりトータルなフルラインナップの病院にしていこうと、構想としては聞こえはいいのですが、患者の囲い込みになってしまうということにもなります。そうではなくて、この中にいらっしゃる、例えば75歳以上の方が33.4%、65歳から74歳の方も26.5%いらっしゃる、このうちの全部がそうだとは言いませんが、このうちの半分か3分の1は恐らく人為的な、医原的な病気になっているのではないかと思います。

ということは、この辺りの人については、精神科介護医療院というものを積極的に検討すべき時期にきていると私は思います。一般の医療で介護医療院ができていのに、なぜ精神科は、これだけ病床数が多くて、年を取った人の入院が多いのに、介護医療院が少ないのか。では、介護医療院として、これを分けていくためには何をしたらいいか、どうやったらいいかということ、ぜひ厚生労働省としてもしっかりと考えていただきたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 小幡構成員、奥田構成員、櫻木構成員、山本構成員、小阪構成員の順でお願いします。では、お願いいたします。

○小幡構成員 2点目の論点の重層的な連携、自宅への訪問等についてですが、これまでも、ほかの構成員の方たちからも御発言がありました。保健医療の部分と福祉、この網目になかなか掛からない、隙間に落ちている、特に未受診者については、どのようにしていくのかを継続的にケアをするということが非常に重要だと思っております。家族の立場ということで、家族がいることを前提にした話も多々ありますが、お一人暮らしや世帯等に関係なく、いろいろなバリエーションもありますし、場合によっては家族が抵抗的な状

況になるということもあると思いますので、このチーム編成をしていく中に、先ほど来出ているピアサポート、これは当事者の方、家族のバージョンがあると思いますが、そういったところも積極的に参加して、計画が構築されるような手立てが取れるといいと思っています。社会的支援ということと治療ということ、しっかりと区分していくことによって、各々が担う責任性がどこにあるのかということも必要かなと思います。

あと、少し視点や位置付けが変わってしまうかと思いますが、そもそも、例えば町中の一般医のほうで思春期等にかかっている治療を受けるというところから、精神領域のほうに結び付いていないような事例があるときに、一般医の人たちが市町村の動きと、どのようなつながりを持っていくのかというのは、先ほどの一般のかかりつけ医と精神科のかかりつけ医の位置付けの問題にも共通するところだと思うのですが、ここについても、できれば市町村が、一般の診療所等についても政策が発出できるような方法は何かないかということも意識したほうがいいのではないかと考えております。

長期入院のところは、伊澤構成員ともお話をしていましたが、ピアの方たちが、地域での生活はこうだったよというところを想起させるということと併せてやっていかないと、長い生活の中で、本来の自分の描いていたものが消失させられてしまっているような場面があるときには非常に有効だと思いますので、その辺の手立ても強化していただきたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 会場の奥田構成員、お願いします。

○奥田構成員 私は第2番目の論点のところ、既に何人かの先生がおっしゃっていますが、市町村を中心としてやっていくということで、しかも、それが医療部分だけではなくて社会的と言うのがいいのかよく分かりませんが、その部分をどうカバーしていくかということにおいては、具体的に言うと、1つは生活困窮者自立支援制度の活用です。基礎自治体には全て置きましたから、全国で1,100以上の相談事業所があって、相談員も配置されているということです。任意事業ではありますが、就労準備支援事業や家計の管理です。多分、現場では家計の管理が自分でできないというケースは多いと思うのです。だから、こういう機能も持っているということです。

しかし、一方で脆弱な部分もあるわけです。その議論の中で、今年の春から重層的支援体制整備事業が始まります。これは一見、屋上屋のように見えるのですが、困難ケースが出てきた場合に、多機関連携等を図る中で、重層型支援会議のようなものを入れて、しかも、その事業の中にアウトリーチを中心とした継続的支援事業も入れているのです。ですから、こちらからの議論と、あちらからの議論が、同じ現場でうまく結び付けば、うまくいくと思うので、特に基礎自治体ベースで議論するのだったら、生活困窮者自立支援制度と多機関連携等を含めた重層的支援体制整備事業をどう使うかという、非常に具体的なところの切り口を明確にしたほうがいいのではないかとすることが1つです。

それから、これは今回の論点ではありませんが、繰り返し出てくる、様々な所との連携が必要だということ、これはそのとおりなのですが、精神医療と保健及び福祉等という話

になるのですが、多分「福祉等」という言葉の取り方が様々で、「福祉等」というのは誰を言っているのか。具体的なプレイヤー、例えば「住まい」という言い方であるのか、「居住支援」という書き方にするのかで、大分イメージが違うのです。「住まい」というと、本当に箱という話になって、プレイヤーは不動産屋かという話になります。「居住支援」になると、居住支援法人かという話になりますし、生困も入ってくる。ホームレス支援団体も入ってきます。ですから「等」について、もう少し具体的に明記することだと思います。

例えば、更生保護の分野も大きなテーマです。私の団体ほうぼくは、福岡県の定着支援センターを10年ほどやっているのですが、来年からは入口支援で、基礎段階で裁判の中に支援を入れようとしています。その重点の方々の中に、満期出所者うんぬんというのが出口の支援の中心だったのですが、今回、入口のほうで、2年前からパイロットをしていて、やはり薬物とか性犯うんぬんというのが入ってくるのです。それはほとんどの場合、精神医療との連携の中でやっていくという話になります。ですから、更生保護の部分をどう捉えるかとか、あとは当然、前回に議論が出た就労支援とかです。プレイヤーの具体的なイメージをもうちょっと書かないと、福祉というと障害分野の方は障害福祉のことだと思うだろうし、それぞれだと思うのです。障害でも3分野、4分野とありますから。ですから、連携をとるのだけれども、何との連携なのかというイメージを具体化したほうがいいのではないかと思います。

そういう中で、第3のポイントですが、長期入院の方々との話も、既に各地でされていると思いますが、入院中のところに社会的支援がどう入っていくかということです。当然、そこにはピアサポーターがいるのは非常に大事だと思いますが、一方で、具体的な提案、プランを提示していくものとして、生困のグループとか重層型のグループなどが、病院の中でどう連携が図れるかというところが肝かなと思います。

先ほどの議論で、その人の困りごとを中心にやっていくということ、これは大賛成で、その人からいかないといけないと思います。困りごと中心になると、地域で排除が起こっているのは、困っている人が困った人になる瞬間なのです。あの人は困っているよねと言っているうちはまだいいのだけれども、あの人は困った人だよねと言われた瞬間に排除になるのです。だから、その人の困りごとが中心だということです。

だけれども、一方で、先ほどから少し出てきている継続的な伴走型支援という考え方からいくと、困りごとという括りでやると、やはり問題解決型、課題解決型のイメージが強すぎるのです。困ったことを一緒に皆でそこを解消していくとともに、社会保障の最終的な目標は、その人なりの人生を生きていくという自己実現なのだと思うのです。ですから、困ったことだけで終わらせないで、その人が楽しく幸せに生きていくことを継続的にやっていくということと言うと伴走型支援という、課題解決型の支援と伴走型の支援が支援の両輪で、これも重層的支援体制整備事業の基本理念なのです。この辺は結構使えると思います。困りごとプラス、その人の自己実現みたいなものを、時間をかけて一緒にやってい

くのだということです。

人を困りごとだけで見てしまうと、相変わらず属性やリスクで見てしまうので、属性やリスクになってしまうと、再び制度の枠に押し込めていくという話になりかねないです。ですから、そうなるとお金が付くか付かないかというような話になってしまうのです。そうではなくて、包括的な体制を作る、精神障害にも適応できる包括的な地域を作っていこうという話ですから、もうちょっと広く考えると、困りごと以上に、その人がその人として生きていくというところは、伴走型の支援という考え方が非常に重要になるのです。ですから、理念の中に、伴走型の支援と課題解決型の支援が両輪で要るのだということ、そうなる時間軸が、問題に取り組んで解決までという時間軸だけではなくて、人生という時間軸が範疇に入ってくるというということです。そうすると、やはり地域との連携なのだということ、その組立てがもう少し明確に出たほうが、私はいいのではないかと思います。困りごとだけでは括らないほうがいいのではないかと思いますというのが、率直な感想として持ちました。

○齋藤地域移行支援専門官 櫻木構成員、お願いします。

○櫻木構成員 論点の最後に、「上記取組の推進には精神科医療機関の協力は不可欠であるが、精神科医療機関に求められることについてどのように考えるか」という論点が挙げられていますので、精神科医療機関の立場から話をさせていただきます。

まず、市町村を中心とした訪問支援のチームのことです。これは長谷川構成員もおっしゃっていましたが、例えば我々もチームで訪問支援をしています。ただ、これは明確に治療関係が成立していて、治療計画に基づいて診療報酬の裏付けがあってやっている、いわゆる医療的な立場での訪問です。それに対して問題になってくるのは、やはり受診前相談を含んで、まだ診断が付いていない、ないしは、どこにも治療関係あるいは治療契約が成立していない、いわゆる保健的な立場で行われる訪問支援だと考えますので、やはりこれは市町村を中心にやっていただくということになります。

ただ、そこに例えば精神科医が必要であるとか、あるいは看護スタッフが必要であるとか、あるいは精神保健福祉士が必要であるといった場合には、協力することはやぶさかではないわけですが、ただ、いわゆる病院外のいろいろな業務をするということに関しては、様々な問題も生じるということが考えられますので、そこに関して、どのようにやっていくかということについては協議が必要だろうと考えています。

それから、長期在院者についての訪問、病院に訪問して支援していくということで、これは田村構成員から、例えば医療保護入院の現地指導であるとか、生活保護の実調を使うのはどうかというお話がありましたが、残念ながら率直に言って、私はそこには違和感があります。こういった部分で言えば、常に行政、市町村と、我々精神科医療機関のほうが、常日頃の連携、関係性を持って、いわゆる顔の見える関係の中でこのことはやっていきたいということです。以前にも、いろいろと各地での事例の話があって、突然訪問が来て、あなたは退院しましょうと言われて困ったというような話を聞かされています。唐突な訪

間ではなくて、常に連携の中でやっていくということです。ただ、現状としては、自立支援委員会のほうに、医療のほうがなかなか入っていないということがありますので、そこも変えながら、ケースによって問題点を解決していくという取組をお願いしたいと思いません。

最後に、大先輩の中島先生から御提案があった介護医療院ですが、これは我々もずっと考えていまして、以前から精神科版の老人保健施設というような構想がありましたし、介護医療院ができるとき、やはり精神障害を持っている方でも年齢が達すれば、当然権利として介護保険のサービスを使う権利はあるのだということで、ずっとお話をしていたのですが、それぞれ病院がそういったものを計画して、市町村と協議をするという、介護保険の事業計画を立てるときに協議をするのですが、そのこのところで乗り越えていくのが難しいような事情があります。これは、市町村が介護保険の事業計画を立てるときに、優先順位として、例えば介護保険の療養病棟であるとか、あるいは一般の医療保険の療養病棟のほうを優先して移行しているという事情があるようですが、中島先生の考え方に私も賛成ですので、厚生労働省としても、そういったところの検討を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 会場の小阪構成員、お願いいたします。

○小阪構成員 先ほど奥田構成員がおっしゃったことについて、私は全面的に大賛成です。

論点 2、論点 3 に入る前に、かかりつけ医のことについて触れておきたいのですが、資料の 12 枚目の入院外医療の提供についてです。かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応、あるいは相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能ということなのですが、特に後者の往診は実現可能な形で、報酬や人員配置を含めて具体的に検討いただきたいと思いました。なぜそう思ったかという、私自身もそうだったのですが、医療中断というのは起きるのです。私も経験があります。調子が悪くなり始めたときというのは、そもそも医療機関にも行けないという実態があるのです。地域の支援者から見たら、医療拒否と見られてしまうかもしれないのですが、そういうときに、信頼しているということが条件ですが、信頼している主治医がもし往診してくれたら、私の社会と断絶してしまった期間は必ず短くなっていただろうと思います。不随して、肝心の地域医療提供の平時における診療提供のあり方（診察の中身や診察時間そのものも含む）が脆弱ではとても困ってしまうということを改めて知っておいてほしいということ、抜かさないでほしいということも付け加えておきます。

論点 2 ですが、市町村を中心とした訪問支援チームを構築することについても非常に有効だと思いますし、歓迎するところです。ただ、矛盾するようですが、受け手の立場としては、自宅の訪問を受け入れることの難しさとか葛藤もあって、そのチームの構成員には顔の分かる人が必ず 1 人はいてほしいということと、付随して同じような経験を持つピアサポート従事者がいたほうがいいのではないかと思います。また、訪問支援そのものの在り様なども、実際に求められるものと一致するように、議論、検討、確認するような場が、

別途改めて必要なのではないかと思います。訪問支援という行為は必要だと思うのですが、有効に作用するためというところの整理が更に必要だと思います。

それから、15枚目の論点2に「非自発的処遇が多くなることから」とありますが、是非、非自発的処遇が多くなることについては当たり前とせずに、意思決定支援やピアサポートの活用以外にも、喫緊に非自発的処遇がなくなるように御検討いただきたいと思いません。

論点3の長期在院者への市町村を主体とした取組、説明及び支援についてですが、これも非常に有効だと思います。更に付け加えれば、自分自身がその受け手であると考えたときに、そうは言っても、支援者に対して気持ちがしぼむような感覚がどうしても付きまとう気がするのです。これは決して批判的な話ではなくて、支援については、感謝とともに気持ちがしぼむような、遠慮してしまうような感覚というのは、同時に発生し得るものだと思います。

外からの訪問には、長期在院者の立場に立ってみれば、そのような揺れ動きの中でも必ず期待をなさると思います。その期待はとても淡く、訪問の時間や、その期待との齟齬を生まないように、できる限りその時間を有効作用できるようにということを、併せて検討する必要があると思います。訪問時には何か特別なことをせずとも、ピアサポート従事者に同行してもらって、訪問時に感じたことや今後について思うことなど、訪問支援に対するフィードバックをもらうような取組があってもいいかもしれません。それは後々の訪問支援にもきつといきると思います。もちろん、実際の訪問時にピアサポート従事者に、緩やかに第三者的な立ち位置で、コミュニケーションを取ったり、必要に応じて自己開示をしてもらったり等、いわゆる医療関係者や支援者とは共有しづらいような心持ちなども話せるような機会を充実させていくことも平行して考えてもいいかもしれません。やはり「無理かも」と本人の中で揺れることがあると思いますので、希望を裏切らずに、エンパワメントを主眼とするという留意点が必要かと思いません。

○齋藤地域移行支援専門官 山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 時間もなくて、まとめられるわけではないのですが、中身の議論については、今、構成員の皆様がお話いただいた内容で全く異論がないところです。行政の実務者という視点から、最後に一言意見を申し上げたいと思っています。

先ほど来、絵に描いた餅で、実効性の担保が大事だというようにお話を頂いておられますが、行政職員の感覚としては、絵に描いた餅を是非、具体的に描いていただきたいというところです。行政は、絵がかなり具体的に描かれていなければ、身動きが取れないということがあります。それについては、先ほど中島構成員や奥田構成員にもお話いただきましたが、根拠となる枠組み、法改正、政省令、通知などをきちんと整理していただき、かつ大事なことは財政的な裏づけを含めて、例えば介護保険の中で精神保健をどう位置付けるのか、地域共生社会の議論や生活困窮者自立支援制度の中で精神保健をどう位置付けるのか、そこの辺りはっきりと位置付けして頂くことが前提になればと思っています。

飯能市では、今から 10 年程前の平成 20 年頃から 8050 の支援を開始していますが 10 年たった今、私どもの地域では「60 問題」というように既に新しい課題設定をしています。つまり社会的孤立の話につながっているところなのですが、その辺りは、既に 10 年の時間がたち課題が変化しておりますので、お尻を決めた議論という形での、しっかりと裏付けのある「絵にかいた餅」を必要としている時期ではないかと考えております。

虐待防止センターの設置にしても、地域生活支援拠点等の整備にしても、法的な、財政的な裏付けがある事業であれば市町村のほうできちんとお尻を決めて準備をしている状況です。行政マンですので、きちんとお尻が決まっています、ルールと財源が決まっていれば、その準備に入ります。そこは市町村でできることだと思っておりますが、一方で、量的な整備できても質の担保ができないというところが、市町村の弱さだと思いますので、その辺りは是非、都道府県の方、保健所や精神保健福祉センターの機能も強化し、精神保健福祉相談員や精神科医等の専門性による、バックアップ体制を作り、また、それ以外にも一般の社会資源の方たちとの連携を深めていく、そういう方向性での基盤整備、市町村が規範的統合をきちんとして責任を持ってやっていく形で全国的な格差を最小限に均てん化し展開していくことが必要と考えます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。お時間になりましたので、本日のこれまでの議論を踏まえて、最後に神庭座長より一言お願いいたします。

○神庭座長 皆様、今日も大変活発な御議論を頂きまして、ありがとうございます。3 時間があつたという間に思えるほどでした。

冒頭に櫻木構成員と藤井構成員から貴重なお話を頂きました。本日の論点は、かかりつけ精神科医、訪問支援、退院支援でした。かかりつけ精神科医に関して、機能として必要であることは異論がないわけですが、それを誰がどのようにしていくのか、これからまた更に具体化していく作業が残されているなと思われました。

また、更に検討が必要な重要キーワードとして、その人の困りごとの相談です。これも更に検討が必要だと思います。今日の御議論を聞いていまして、市町村に大きな役割を期待することになりそうですが、その市町村に対応能力があるのか、その地域差の問題をどうするかなどが、今後の課題になるだろうなと思われました。

あと残すところ 2 回となりました。地域の共生社会を築くために、各プレイヤーが協同して作り上げる全体像の共通理解に近付いているように思います。一方で、皆様に御提案いただいたこの地域包括ケアシステムを、あるべき論にとどめず、実現を目指すことが必要です。そのためには、これから大きなあるいは小さな問題が多く出てくるだろうと思います。検討班の皆様方には、引き続き活発な御議論を頂きたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。今日はお疲れさまでございました。

○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、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、事務局から説明いたします。

○友利精神・障害保健課長補佐 次回、第8回の検討会は事前に御連絡させていただきましたとおり、2月15日(月)の14時から17時を予定しております。場所等の詳細につきましては、また事務局から改めて御連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、以上をもちまして本日の検討会は閉会といたします。皆様、長時間ありがとうございました。