

第8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2月15日(月)

14:00～

場所 AP新橋3階Aルーム(Web)

○齋藤地域移行支援専門官 定刻になりましたので、ただいまから第8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させていただきます。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して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、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。

本日の構成員の出席状況について御報告いたします。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、オンラインでの御出席が16名です。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、長谷川構成員と小幡構成員におかれましては業務の都合により遅れてオンライン参加される予定となっております。

本日の資料を確認させていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては事前に電子媒体で送付させていただきました資料をそれぞれ御確認ください。資料は、席次表、議事次第、資料1は野口構成員の資料、資料2は報告書(素案)、参考資料として開催要項、構成員名簿となります。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いたします。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、実際に挙手をしていただければと思いますが、今回からはオンライン参加の構成員におかれましては、Zoomの「手を挙げる」機能も併せて御活用ください。また、会場に御参加の構成員におかれましては、マイクのスイッチをオンにしてから御発言いただき、終了時には必ずオフにしてください。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ください、発言しないときにはミュートにして、発言するときにはミュートを解除するようお願いいたします。チャット機能の使用は予定しておりませんので御了承ください。

本日、資料を用いて御説明いただく野口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。スライドのページ移動については事務局で対応しますので、「次のページ」等の御指示を頂く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は難しいため、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きますので御了承ください。ここまで、会場の音声聞こえにくい等はございませんか。

それでは、引き続き事務局で進行させていただきます。本日の進行の流れは、最初に野口構成員から、資料1に基づいて御説明いただきます。次に、事務局から資料2の報告書

(素案)を御説明した後、野口構成員の発表内容も含め、報告書(素案)に対する議論の時間としますので、よろしくお願いいたします。

○櫻木構成員 すみません、櫻木です。本日の議題を見ると、前回報告の予定であった、救急に係る WG の報告書についての説明とか討議の時間が取られていません。前回、簡単に概要での説明はお聞きしましたが、全体に関わる説明とか、それに関する討議の時間がなかったのです。救急の WG に関する討議、あるいは説明というのは今後予定はされていないのでしょうか。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局の友利です。救急の報告については、櫻木構成員から御発言がありましたように、前回概要について御説明させていただきました。今回は精神医療ということで、報告書の中にも救急の WG について御報告をさせていただいておりますので、今回、救急の WG についても是非御意見を頂ければと思います。

○櫻木構成員 全体の説明というような形では頂けないのでしょうか。その辺を構成員で共有したいと考えております。

○友利精神・障害保健課長補佐 承知しました。救急の WG については、前回概要を報告させていただきました。今回の報告書の中にも書いておりますけれども、この報告書の中にも救急の WG の報告書を付ける予定にしておりますので、その中で併せて御意見を頂ければと思います。

○櫻木構成員 よろしくお願ひします。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、野口構成員よろしくお願ひいたします。

○野口構成員 野口です。よろしくお願ひいたします。私は、自治体の精神保健ということで、今回は第 3 回の検討会に続いて 2 回目になります。与えられた時間が 20 分ということですので、ちょっと急ぎ足になるかもしれませんがお話をさせていただきます。今回のスライドの内容については、将来の「にも包括」のイメージを基に、自治体としてどうすることが必要とされるか、そういう機能や役割を想定しながら研究班の分担班のほうで作らせていただきました。とりあえずの方向を示した上で、最後にそれを行うにはどうしたらいいかという対応策についても簡単に説明させていただきます。次をお願いします。

最初に「にも包括」の概念整理をさせていただいた上で、その中で自治体が果たす役割を全体としてお示しして、それから各機関の役割に移らせていただきます。最初のスライドが、「にも包括」の概念で、「にも包括」がなぜ必要かというところになります。社会問題において虐待、ひきこもり、その他高齢者の孤立等多領域横断的に存在するメンタルヘルスの課題があり、様々な複合的な課題が増えております。そういうものに対して、住民に身近な市町村を中心として、地域共生社会が構築されるということなので、「にも包括」もそれに合わせて、市町村、保健所、精神保健福祉センター等が協力して、相互補完的・重層的支援体制を構築するということを前回確認されたかと思います。その中で自治体がリーダーシップを発揮して、民間の医療、福祉等の機関と連携していくようになっていきます。

その際のスローガンを一番上に書いています。「心の健康づくりや生活支援の視点を重視した地域ベースの精神保健医療福祉へ」というものを仮に作ったらどうかということで提案しております。次をお願いします。

これが「にも包括」の将来的なイメージです。これは前回もお示ししたのですが、もう一度確認します。右側の地域共生社会が実現されたあかつきには「にも包括」の構築により、地域で安定して暮らせる方々が増えて、その結果として危機介入が事後的に必要となるような方々が減っていくということが想定されるかと思えます。ただ、これは単なる想定ではなく、例えば長野構成員が地域で構築していらっしゃる、実際に示しておられるところではないかと考えております。次をお願いします。

そのような将来的な「にも包括」なのですが、もうちょっとこの内容を見るとどういうものかということをご示ししております。例えば、地域包括ケアというと高齢者、あるいは子育て世代の包括的支援とかいろいろあるわけですが。メンタルヘルスの問題というのは児童虐待や高齢者の孤立やひきこもりなど、このようないろいろな世代にわたる包括ケアにも関わってくるわけですが。そういう意味では、例えば自殺やひきこもりとか依存症といったものも、やはり全世代をまたがって「にも包括」に非常に密に関係するものがあります。こういうものを更に包括するような形で、この「にも包括」というのは構築される必要があるのではないかとお考えいただけます。

また、それぞれの全世代、全障害にわたると言っても、やはり支援ニーズの軽いものから重いものといろいろあるかと思えます。それを、一番上の3つの○で示しております。1つは一般住民、国民一人ひとりのメンタルヘルスの向上。2つ目は、症状はありながら、例えば軽度から中等度の方々に対する相談体制であったり、医療・福祉の支援を提供できる体制を作る。更には非常に重度の方に対する精神障害支援体制を作っていく。こういう3段階の層が、それぞれのバランスを保ちながら構築されていく必要があるだろうというのが、我々の「にも包括」に対する理解です。次をお願いします。

それを、どのような形で自治体が担うのかがこの上の図になります。それぞれの層を市町村、保健所、精神保健福祉センターがそれぞれの配分で重層的に関わっていくのが大事なポイントではないかと思えます。市町村、保健所、精神保健福祉センターそれぞれ地域密着・多領域化、広域専門特化という形で、それぞれの長所と短所がありますので、相互補完しながら隙間のない体制を作っていくのが、これからの体制としては大事だろうと思えます。次をお願いします。

ここまでは市町村を中心としてというようなことが確認されたかと思えます。それをもう少し詳しく市町村のどういう所が担っていくのかを示したものがこの右の図になります。基本的には、市町村の保健分野が中心となって、様々な機関との連携を作っていくながら、先ほども言いましたように、子育て、高齢者、そしていろいろな包括的な支援体制を横断する形でメンタルヘルスの問題があるので、それをまとめていく。そして、全体としての地域共生社会の体制をまとめていく。そういう意味では市町村の保健分野が非常に大事な

役割を果たすことになるかと思えます。もちろん、そのための体制強化は必要かもしれません。次をお願いします。

先ほどの図は、言ってみれば重層的な体制を上から眺めたようなものですが、これはそれを横から見たものです。一番下の市町村は保健分野が中心になりながら、福祉とも連動して、福祉以外の所とも連動しながら体制を作っていくこととなります。

それぞれの機関の基本的な役割を右の説明で示しております。市町村で言えば、精神保健相談の一次窓口を行うということ、それから住民基礎サービスを横断的な体制確保をして、「にも包括」の構築推進をしていっていただくこととなります。その際には、高齢者や他の領域との横断的な連携による一体的推進、あとは基本的な精神保健相談、そして障害福祉サービス等の充実という基盤整備ということに役割としてはなるかと思えます。

それをバックアップするのが保健所や精神保健福祉センターということとなります。保健所は、一番下の市町村では精神科医療機関がある所もあればない所もあります。あるいは非常に小さい市町村もありますので、保健所が市町村としっかりタッグを組みながらやっていく。そして、保健医療連携を核とする「にも包括」の構築の推進を中心的に担っていただくことが必要であろうと思えます。

内容としては、圏域における地域ニーズの把握と、精神医療を含めた保健医療福祉体制及びそれ以外の方々との連携を促進すること。そして、現在もやっておられる危機対応を含めた広域の体制整備と、困難事例の支援という形になるかと思えます。そして、精神保健福祉センターとしては精神保健の地域の行政機関における中心的な機関として、更に困難事例の相談対応をして、それを通じて技術支援をしながら、都道府県等の精神保健全体のスキルアップを図りつつ、更にそういう経験をこの企画立案にいかしていくということになるかと思えます。それから、新しいエビデンスや支援技法を地域へ導入していく、あるいは精神医療審査会等を通じた精神医療の質の向上ということが役割になるかと思えます。次をお願いします。

これは、自治体の機関だけでこういうことができるわけではありません。特に精神科医療機関の協力が重要になります。これは、前回櫻木先生が提出された資料を基に、江澤構成員のかかりつけ医の医療的機能、社会的機能という分類を基にして整理させていただきました。特に社会的機能というのが、今後「にも包括」を構築する際には非常に重要になるということで、それぞれの役割についての詳細を示しております。ここにあるコミュニティメンタルヘルsteamというのは、前回長谷川構成員がお話された、市町村、保健所等における訪問アウトリーチ体制への多職種での支援を想定しながら書いております。次をお願いします。

以上挙げたような、それぞれの機関の中心的な役割を念頭に置きながら、もう少し具体的に、それぞれの機関がどういうふうなことをするのかということ述べさせていただきます。市町村においては、特にⅡの保健部局に精神保健相談窓口(一次相談窓口)を設置する。これが特に大きな肝になるかと思えます。今までは、これが精神保健福祉法第 47 条

で努力義務になっていて、そこをきちっと整備していくということが要の部分ではないかと思えます。そして、こういう所が困難事例に対する相談、あるいは訪問支援を担っていきながら、「にも包括」の構築を推進していくこととなります。Ⅰの普及啓発については、メンタルヘルスファーストエイドが既に導入される予定だと聞いております。

Ⅲとしては、福祉部局による地域生活支援基盤です。これについては、既に制度的にはかなり整っているのですが、全国的にばらつきがある状態ですので、それを更に均てん化していくことが大事かと思えます。次をお願いします。

保健所です。これは、先ほどのような市町村によってはなかなか難しいところがありますし、やはり医療について保健所は精神医療との関係がありますので、そういう保健所のマネジメントが「にも包括」構築によっては欠かせないものだろうと考えております。市町村を支援しながら「にも包括」の構築を行いつつ、一方では困難事例の相談もしていくということで市町村を支援していく形になるかと思えます。

保健所については、中核市や政令市についてもここに方向性を示しております。特に、中核市における第 23 条通報への対応についても整理が必要かと思われれます。これについては参考資料のほうにも提示させていただきましたので御覧ください。次をお願いします。

これは、精神保健福祉センターです。これは前回お示しした資料にも一部取り上げておりますが、複雑困難事例の個別支援を通じながら、人材育成・ネットワーク構築・企画立案等を連動させていきつつ、「にも包括」の市町村、保健所の構築を円滑化を促進するというような裏方的な役割になるかと思えます。その一方で、依存症・自殺・ひきこもり、アウトリーチ等の新しい知識についての導入を図り、あるいは精神医療審査会を通じた医療の質の向上を行っていく形になるかと思えます。次をお願いします。

実際にその業務をどのようにしていくか。これは細かいこととなりますので、ここではポイントだけかい摘んでお話しします。真ん中の辺りですが、市町村では精神保健相談が今までは義務化されていなかったものを義務化することによって、ここをしっかりと充実していくこととなります。あとは普及啓発、人材育成・団体支援ではピアサポートや、ここには書かれておりませんが家族への支援等も行っていくという形になるかと思えます。次をお願いします。

保健所については、一次的なものについては市町村に移管し、より専門性が高いもの、広域性があるようなものについて集中していく形になります。普及啓発、組織育成、相談、訪問指導については一部を市町村に移管しながら、より専門性が高いものに集中していく形になります。

集中していくと言いましても、人を減らしてそこだけできるようにするというのではなくて、これまで十分できていなかったところをきちっとできるように体制にするということであり、むしろそのような選択をすることによる体制強化ということを念頭に置いております。次をお願いします。

精神保健福祉センターにおいては、普及啓発や精神保健相談等の一次的なものは市町村

や保健所に移管していきつつ、右にあるような調査研究等、技術指導・技術援助、精神医療審査会等に集中していくという形になるかと思えます。

技術指導・技術援助については下に挙げられているように、例えば災害のメンタルヘルス、依存症相談、ひきこもりや自殺、アウトリーチ等の専門性の高いものをより重点にやっていく形になるかと思われます。次をお願いします。

これは、まとめになります。「にも包括」の概念整理を踏まえた上で、自治体としては市町村を責任主体としつつ、各機関が役割を持ち協働し、相互補完的・重層的支援体制を構築するという事。そして、一方で精神科医療と関係の深い保健所を中心とした圏域の体制整備も行っていく必要もあるだろうと思われます。自治体としては、精神保健を基盤とし個別支援を通じて、上に挙げてある3層構造における包括的支援ネットワークを作っていくこととなります。次をお願いします。

以上このように挙げましたけれども、こういう自治体業務というのはそんな簡単なことではありません。自治体の精神保健福祉を担う人材には2つ必要な視点があると指摘できます。公衆衛生的視点と臨床的視点ということです。個別支援だけやっていたらいいわけではない。企画立案でシステムが全体として動くような視点も必要である。

ただ、一方で全体だけ見ていけばいいかということそうではない。やはり個別をきちっと見ながら、個別から地域で必要な課題を把握しつつ、全体を見ていくということで、この両方が必要であるという意味では、自治体の人材というのはある意味有能な方にきちっと入っていただいて、そういう方を育てていくことが必要になります。自治体の中でも、そのような体制を取る必要がありますし、自治体を囲む関係機関の方にも是非こういう形での御理解、御協力を頂く必要があるかと思えます。これは、研修だけやればなんとかなるというものでは決してありません。日々の業務を行いながら、様々な形で進めていく必要があります。非常に大事でかつ時間のかかる難しいことであると考えています。次をお願いします。

具体的な研修のイメージをここに挙げました。これは御覧いただければと思えます。次をお願いします。

こうしたことを行うには幾つかの課題があります。1つは法体制の整備になります。ここに挙げたように、精神保健福祉法では普及啓発や精神保健相談が努力義務にとどまっています、義務ではないです。次をお願いします。

もっと大きな問題かもしれませんが、これは市町村における地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律では、医療、介護、福祉における一体的な事業推進ができるような法整備が行われたのに対して、「にも包括」についてはそういう法的な裏付けがない。「にも包括」の構築推進事業においても、市町村が対象になっていないなど、やはりいろいろと課題があります。更にここに書かれています、自殺に関しても、それとは別になっているということで、この辺りの法的な裏付けがないというところは非常に問題ではないかと思われます。次をお願いします。

方向性だけ示しますと、2 番目の精神保健福祉法については、心の健康づくりについて強化すること。さらに、市町村等による精神保健相談の義務化について検討する必要があるのではないかとということ。その上で「にも包括」が地域共生社会に資するものとして、自治体の精神保健に位置付けるためには、「にも包括」の視点から精神保健医療福祉と、その関連分野を包括・統合するような法整備・予算体系の再編が必要ではないかと思われる。次をお願いします。

ここは、今まで述べたことの最後となりますが、本当はここが一番重要だと私は思います。やはり、精神保健の自治体における位置付けとか法的根拠をきちっとしていきながら、やはり専門職をちゃんと確保する。それだけの有能な人材が必要ですので、それが確保できるような形での体制整備が是非必要かと思えます。そういう意味では、法的な整備、そして定数、それらを予算措置を伴った形でやっていただくことが必要かと思えます。特に新型コロナの状況で精神保健というのは非常に大事だと言われながらも、むしろそこからはお金が削られているような状況です。今後、自治体も人口減少に伴って「自治体戦略 2040 構想」という報告を見ると、自治体職員は半分になってもなんとかやれるみたいな話も出ています。こうなると、今後は「にも包括」の構築がうまくいかなくなるのではないかと私は懸念しております。是非この辺にも御考慮いただければと思います。ちょっと時間を過ぎてしまいましたけれども、私の話はこれで終わらせていただきます。

○齋藤地域移行支援専門官 野口構成員、ありがとうございます。まとめたの質疑は後ほど設けますが、ただいまの野口構成員の御説明に関して、事実確認等の御質問等があれば挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。それでは、続いて事務局から資料 2 に基づいて説明させていただきます。

○友利精神・障害保健課長補佐 精神・障害保健課長補佐の友利です。資料 2 の報告書(素案)を御覧ください。下のほうにページ数が振ってありますので、そちらを参考に進めていきます。まず 1 ページ目に目次を記載しております。第 1「はじめに」。第 2「地域包括ケアシステムについて」、その中で基本的な考え方と支援体制の考え方と構築を分けています。第 3「構成する要素」として 8 つ要素を記載しています。

2 ページを御覧ください。「はじめに」のところでは、我が国の精神保健医療については、これまで様々な施策を行ってきております。そうした中、平成 29 年 2 月には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念が示されております。それ以降、都道府県等においては、障害福祉計画及び医療計画に基づいて、同システムの構築の推進を図っていたところです。

ただ、一方でこのシステムの構築を推進する上での実施主体、機関の役割の明確化、こういったことをする必要があるので課題が明らかとなってきたために、本検討会を設置し、3 ページに進んで、このシステムを構成する各論についての検討を行い、今後の方向性や取組について、この報告書として取りまとめております。

厚生労働省においては、今後この報告書に基づいて必要な諸制度の見直しや、令和 6 年

度からの次期医療計画・障害福祉計画への反映、そして必要な財政的方策等を含め具体的取組について検討し、その実現を図るべきであるという記載をしております。

4 ページです。第 2 として、精神障害に対応した地域包括ケアシステムについての基本的な考え方です。1 つ目は真ん中の四角い箱の中に、この基本的な考え方について整理をしております。1 つ目の○は、このシステムでは精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当である。2 つ目の○として、このシステムは地域共生社会を実現するための仕組みである。そのため 3 つ目の○で、このシステムの考え方や実践は、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものであるということ、基本的な考え方を 3 つ整理しております。

下から 2 つ目の○を御覧ください。また、このシステムでは、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など、以下、精神障害を有する方といたしますが、地域住民の地域生活を基本とするものであって、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と整理をしております。

最後の○は、5 ページに進んで、このシステムの構築に関する基本指針が地域住民、地域の専門職及び関係者に共有されること、規範的統合と記載しておりますけれども、これが重要であると記載しております。

次に、支援体制の考え方と構築についてです。1 つ目の○の真ん中の行になります。市町村が主体となり、保健所や精神保健福祉センターとの連携を図りつつ、以下様々な関係者を書いておりますけれども、こういった関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当であるというようにまとめております。

次の○は、この支援体制は精神障害を有する方など、一人ひとりの「本人の困りごと」、本人の関心事、自己実現への想いや潜在的ニーズ、これを「本人の困りごと等」とまとめておりますが、これに寄り添い、本人を中心として適当な人がマネジメントを行い、必要な支援を可能とする体制を構築していくことが求められます。

最後の○は、このような支援体制は身近なものであって、アクセスのしやすさも重要である観点から、地域の実情に応じて中心となる機関を定めることも重要であります。そして、精神保健福祉センター及び保健所は市町村と協働することにより、支援体制を構築することが重要であります。

6 ページです。1 つ目の○は、既存の社会資源を地域の実情に応じて応用するという観点が必要であり、ReMHRAD(下のほうに注釈で詳細な説明をしております)の活用等により、社会資源の把握、見える化を図ることで、協議の場において協議をしていくことが重要となります。

3 つ目の○は、こういった個別支援に共通する課題から地域課題を抽出することで、その解決については協議の場において様々な立場の者が議論をしていくことが基本となるという考え方を記載しております。

7 ページです。上から 2 つ目の○で、適切な支援が可能となるためには、様々な立場の者が顔の見える関係になるとともに、お互いの専門性や支援の実際を知ることが重要というようになっていきます。そして、人材の確保は重要な観点であり、後ほど詳しく説明をさせていただきます。

次の○は、協議の場に当事者やピアサポーター、家族が更に参画していくことも期待されます。また、負担の軽減を図る観点から、複数名の参加が望ましいといった議論もありました。

最後の○は、協議の場で様々な情報共有を図ることになりますので、そういった場合については守秘義務の担保も前提として、最低限にとどめるという観点が重要であるといった記載でまとめております。

8 ページです。ここから、このシステムを構成する要素について、それぞれ御説明していきます。1. 地域精神保健及び障害福祉です。1 つ目の○は、市町村が行う精神障害を有する方などの相談支援等について、「福祉に関わる相談は」精神保健福祉法第 47 条第 3 項において、少し飛んで、「及びこれらの者を指導しなければならない」といった形で、こちらは義務化されております。ただ、一方で精神保健に係る相談指導等については、精神保健福祉法第 47 条第 4 項において、「これらの者を指導するように努めなくてはならない」といった形で努力義務という形になっております。

次の○は、市町村の地域精神保健福祉相談については、障害者総合支援法の障害福祉サービス等の利用に関する相談を中心に、基本的な相談を行っているところです。ただ、しかしながら市町村における精神保健の取組については、減じているのではないかとといった御意見等が指摘されております。

一方、今回の検討会でも、市町村、精神保健福祉センター、都道府県に対してアンケート調査を取っておりますけれども、その結果を見ると、精神保健に係る相談支援の市町村の認識としては、市町村が実施主体であると認識している結果となっております。そして、精神障害者等に身近な支援となる精神保健相談についても、市町村、保健所ともに同程度が自分の機関が実施主体であるといった認識も多くありました。また、市町村における自殺対策、虐待の対応、母子保健・子育て支援等々の各種の相談業務においては、8 割以上は精神保健(メンタルヘルス)に関する課題があるとの認識があります。実際にこれらの相談について対応している状況が分かっております。

9 ページにお進みください。そのため、精神保健に関わる業務の市町村の位置付けを見直し、必要となる環境整備を行うべきではないかという形で記載しております。そして、市町村の各相談業務において、精神保健(メンタルヘルス)に関する課題は複雑多様化しております。そのため、保健所や精神保健福祉センターも市町村をしっかりと支援することが重要ではないかといった御意見を頂いています。

真ん中の○は、精神科病院に長期在院している者(長期在院者)に対する支援について、これまで精神医療の課題とされてきた側面がありましたが、長期在院者が地域で生活をす

るに当たっては、地域の基盤整備が重要であって、地域の体制整備や福祉の課題でもあるといった指摘が繰り返されており。

そして、市町村の具体的な取組の1つとして、長期在院者への支援として精神科病院との連携、そして協力の下に市町村が長期在院者への面接を通じて、ニーズに応じた支援を行っているといった自治体の例もありました。そして、これらの取組の推進については、それぞれの関係者が顔の見える関係の下に取り組みることが前提となっております。その上で協議の場を通じて、更なる連携の強化に努める必要があるだろうという御意見がありました。

最後の○は、上記の市町村の取組を参考に、長期在院者への支援については市町村が精神保健福祉センターや保健所の支援の下に、精神科病院との連携を前提にして、市町村の取組として制度上位置付ける必要があるのではないかという御意見もありました。

10 ページです。こういう取組を進めていく上では、ピアサポーターとの協働が望ましいということです。そして2番目の○は、本検討会の下に、精神科救急医療体制整備に係るWGを開催し、報告書をまとめております。その中では、平時の対応及び受診前相談の充実についても記載されております。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が必要という形で記載されています。

下から3つ目の○は、精神科救急医療における対応についてです。結果として入院医療の必要はない場合もあるため、そのような方などへの対応も充実する必要があり、具体的には障害福祉サービスには様々なものがありますので、そういったものの活用についても選択肢として視野に入れる必要があります。そのためには、一番最後の○で、地域生活支援拠点等の整備も重要であるといった御意見も頂いておりました。

11 ページです。2. 地域精神医療についてです。地域精神医療については大きく2つに分けています。11 ページの平時対応の充実と13 ページの危機的な状況に陥った場合の対応の充実ということで、2つに大きく項目を分けております。

まず11ページの(1)平時の対応の充実についてです。平時の対応の充実のためには、かかりつけとしている精神科医療機関の対応の充実が重要になってきております。そのため、精神科医療機関に求められる機能として、具体的に4つ挙げております。①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」の機能を挙げております。具体的には多職種チームを総括し「本人の困りごと」などに寄り添いケースマネジメントを行うこと。さらに、緊急時や急性増悪時の必要な医療を提供し、相談を受ける。あるいは、必要に応じた訪問診療や訪問看護に関する調整・提供といったものが挙げられます。

12 ページの②は、地域精神医療における役割について記載しております。こちらについては統合失調症、気分障害、認知症などの Common Disease に対する治療や精神科以外の診療科との連携、地域での連携拠点としての機能、そして政策に関する医療への関与が挙げられております。

③は精神科救急医療体制への参画ということで、こちらは救急のWGの報告書でも取り

まとめておりますけれども、受診前相談への対応、入院外医療の提供、そして入院医療の提供が挙げられております。

④は拠点機能についての記載になっています。具体的な協議の場への参画、普及啓発への参画等々の関与が挙げられております。

そして、この①から④以外についても更に議論が深掘りされております。関連するものになっておりますけれども、下から3つ目の○については、外来機能の位置付けと、更なる強化についても重要な課題であるといった御指摘がされております。次の○は、地域の精神科以外の診療科における「かかりつけ医」との連携の強化についても議論がされておりました。そして最後の○は、精神科医療機関における退院後支援の推進についても重要性が指摘されております。精神科医療機関の従事者が協議の場への参画を行うことで、入院している方の生活実態の把握に努める必要もあるだろうといった議論もされておりました。

13 ページの1つ目の○です。精神科医療機関においては、意思決定の支援を含めた権利擁護の機能を更に果たしていくことが求められる。次の○は、長期在院者への支援については、保健の部分でも記載したとおりですけれども、精神科の医療機関においては、関係機関と連携を図って支援をつなぐ役割が今後期待されているという議論を記載しております。

(2)危機的な状況に陥った場合の対応の充実についてです。1つ目の○は、入院医療の提供のほか、受診前相談や入院外医療によって、必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭に置いた体制整備に取り組む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○は、精神科救急のWGの報告書においても、精神科救急医療機関が取り組む必要のある事項についてまとめているため、こちらの報告書に別添としてWGの報告書を付けたいと思っております。

3番目の○は、危機等の状況に応じて、市町村が地域の精神科診療所等の精神科医等の協力も得ながら、訪問支援の充実に取り組むべきであるといった御意見も頂いております。さらに、地域の精神科診療所等は医療の立場から、このような訪問支援に積極的に参画し協力することが求められるということで、地域精神医療について記載をまとめております。

14 ページの3.住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携についてです。1つ目の○は、住まいについては生活全体を支援する居住支援の観点を持つことが必要であるといった観点で議論が進められておりました。

2つ目の○の居住支援の推進については、居住支援関係者を含め「本人の困りごと等」が起きたときに対応できる体制を構築する必要があるだろう。3つ目の○は、そのため住まいの確保と居住支援の充実には、居住支援関係者が協議の場へ更に参画するとともに、入居者の安心と賃貸住宅の大家、不動産業者の安心を確保していくことが重要であるといった御意見がありました。

下から2番目の○は、賃貸住宅の大家、不動産業者の安心のためには、普及啓発や住宅セーフティネット制度等の活用といったものに加えて、関係者と日頃から居住支援に関す

る情報を共有して、緊急時の対応法を含めて確認していくことが重要だろうといった御意見がありました。

15 ページの 4. 社会参加の推進についてです。1 つ目の○は、社会参加の前提として、いかにして社会から孤立させないか、また、孤立している方々が社会とつながりたいときに、つながることができるという観点で仕組みの構築を検討する必要がある。

2 つ目の○は、社会的な孤立を予防するためには、地域で孤立しないよう伴走することや、助言などを送ることができる支援者がいる体制の構築をしていく必要があり、また、普及啓発を通じて、地域住民など身近な人が支援の輪に入るといった取組を推進する観点も重要であるという御議論がありました。

16 ページです。さらに、こういった取組の具体例としては、2 番目の○の部分で、地域のカフェやサロンを開催している例もあり、精神障害を有する方などと地域住民との交流を推進することも重要ではないかという御意見がありました。そして、地域で居住し「はたらく」ことを支援するためには、本人を中心に適当な人が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う御意見がありました。また、企業において「はたらく」ことについても支援できる仕組みを構築していく視点も重要ではないかといった御意見も頂いております。

5. 当事者・ピアサポーターについてです。1 つ目の○は、支援体制については精神障害を有する方などにとって、その意思が尊重され、時に自らの意思に沿った行動を取りつつ、必要なときに適切な支援が受けられる体制であることが重要であるといった基本的な考え方が議論されております。次の○は、ピアサポートについて定義したものです。

17 ページです。ピアサポートについては、当事者グループ等による仲間同士の支え合い、普及啓発や地域活動支援センターや精神科病院等における当事者同士の交流会などの事業における役割。そして、先ほど御説明しました訪問支援、あるいは雇用契約に基づいた事業所等での活動など多様な活動実態や役割があります。

3 つ目の○は、ピアサポート活動を通して専門職などの当事者理解の促進、意識の変化、支援の質の向上等に寄与することが期待されております。そのため、様々な場面において、ピアサポーターが活躍できる環境を整備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。

下から 2 つ目の○は、こういう環境整備をしていくために、市町村あるいは都道府県などと連携をしながら、ピアサポーターの活動機会や場の創設に取り組むことが求められるという形で御意見をまとめております。

18 ページの一番上です。市町村等においては、日頃から当事者やピアサポーターとの意見交換も行っていく必要があるだろうといった御意見も頂いております。そして、1 つ目の○ですけれども、ピアサポーターの取組については、令和 3 年度の障害福祉サービス等報酬改定においても、その専門性について評価をされております。また、今後引き続き検討をすることというようになっております。

次は、18 ページの 6. 家族の関わりについてです。2 番目の○は、地域においては、当事者や家族がともに孤立している可能性があります。そのため、行政と家族会の協働により支援体制について検討する必要があるだろうということ。次の○は、具体的には家族同士の交流の機会も求められていて、市町村等は交流の機会を提供することも重要であるといった御意見も頂いております。

19 ページの 1 つ目の○は、協議の場については家族の参画も推進していくことが重要であるといった御意見がありました。

7. 人材育成についてです。こちらは 3 つ構成があります。1 番目は現状、2 番目は人材育成の考え方、3 番目は具体的な方法として項目を分けております。(1) 人材育成と人員配置の現状についてです。1 つ目の○は、市町村における精神保健相談業務については、市町村においては何らかの困難さを認識していて、人員体制の充実、保健所からの支援、精神医療の充実が求められております。

19 ページの最後の○は、保健所においては災害対応や今般の感染症対策等の業務も多くなっており、個別支援から協議の場の開催等多岐に渡る業務を行っております。そのため十分な人材確保が必要となっております。

20 ページの上の○です。精神保健福祉センターにおいては、専門的研修等の教育研修を行う役割を担っている一方で、多くの業務を抱えていて、こちらについても人員体制の強化が課題となっております。

(2) 人材育成の考え方です。1 つ目の○は、精神障害を有する方などを支援する者を育成する観点と、もう一つ地域づくりを推進する観点の 2 つがあるだろうという議論がありました。また、企画立案の段階から、当事者、ピアサポーター、家族等も協働していくことが重要であるといった御意見も頂いております。

実際に検討会の中で、埼玉県の地域づくりの観点から、人材育成を行うといった発表もありましたので、21 ページの上のほうに取組例として概要のイメージ図を記載しております。21 ページの最初の○は、市町村などの基礎自治体を基盤とする必要がありますけれども、やはり地域の実情に応じた人材育成の仕組みを、今後検討する必要があるといった御意見をまとめております。

(3) 人材育成の具体的な方法です。研修には様々ありますけれども、いわゆる座学によって得られる知識だけではなくて、これらを支援の提供の実際と連動させることが効果的であろうといった御意見を頂いております。

22 ページの 1 つ目の○です。また、精神科医療機関の職員と障害福祉サービス等事業所の職員が互いの現場で支援の実際を学ぶ研修や、お互いの役割や理解を深めていく観点からの取組も効果的であるといった御指摘もありました。

最後の○です。先ほども少し触れましたが、市町村が行う各相談業務においては、やはり精神保健(メンタルヘルス)の観点での対応が多くなっていることを踏まえ、精神保健福祉相談以外の相談業務に当たる職員に対する精神疾患や精神障害に関する知識、対応力の

向上を図る研修も必要ではないかという御意見も頂いております。

最後は 8. 普及啓発の推進です。普及啓発については、市町村をはじめ自治体等において、これまで様々な手法を用いて取り組まれておりましたけれども、まだまだ課題があります。これまで、厚生労働省においても構築支援事業による普及啓発に係るイベントの開催等を行ってきたところですが、今一度普及啓発の方法を見直して、態度や行動の変容までつなげることを意識した普及啓発の設計が必要であろうといった御意見を頂いております。

具体的には、精神疾患への偏見と差別を減少させ、精神疾患への応急対応法を伝えることを目的としているメンタルヘルスファーストエイドの考え方を活用した普及啓発の設計や、地域でのカフェやサロンの開催による精神障害者と地域住民の交流の機会の確保などが挙げられております。

最後は 23 ページです。他にも可能な限り早期に精神障害者等への理解を促進する観点から、学校保健と連携した普及啓発も今後は重要となるといった御指摘も頂いております。最後の○は、今後は精神保健医療福祉の関係者とともに、更なる普及啓発の推進に取り組む必要があるという形で、普及啓発についてまとめております。少し長くなってしまいましたけれども、報告書(素案)について事務局から説明をさせていただきました。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、報告書(素案)に対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、御質問をお願いいたします。まず、議論の順番ですが、先ほどの報告書(素案)の目次を開いていただいて、まず第1の「はじめに」と、第2の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて」と、あとは野口構成員の発表内容も含めて、最初に第1と第2から御議論いただければと思います。その後 15 時 30 分から 10 分間休憩をはさみ、その後、第3の章の1から4の社会参加までを一旦御議論いただいて、その後に5から8までについて御議論いただければと思います。

発言についてですが、まず会場の構成員に挙手の上、発言していただいて、その後にオンライン参加の構成員に挙手、あるいは手挙げ機能を活用して御発言いただければと思います。よろしいでしょうか。それでは、まず第1と第2、それから野口構成員の発表内容も含めて、会場の構成員から挙手をお願いいたします。岩上構成員お願いいたします。

○岩上構成員 岩上でございます。まず野口構成員の御発表についてですが、大変分かりやすく自治体の方向性を示していただきまして、私は全体的に賛同をさせていただきたいと思っています。各論を言いますといろいろな意見の相違は出てくると思いますが、是非、精神保健福祉法で市町村の精神保健業務を位置付けていただきたいと思っています。

1 点ですが、野口構成員の 6 ページで、精神保健福祉センター、保健所、市町村がバックアップというのがあります。お話を聞いていますと地域ニーズを把握して都道府県の政策に反映させるということなので、市町村、保健所、精神保健福祉センターの方向のボトムアップの矢印を入れておいたほうがよろしいかなと。これは別に私がどうこう言うことではないですが、今後、非常に重要なポイントになっていくのではないかと思いますので、

そのように思いました。特に御回答は必要ございません。

次に、報告書についてですが、各構成員から出た意見あるいは議論したことを基に大変重要な視点をまとめていただいていると思います。ありがとうございます。文言のことをあまり細かく言うのは何ですが、5 ページ目、2. 重層的な連携による支援体制の考え方と構築の中で、上から3つ目に「市町村は、例えば、基幹相談支援センターを中心として」となっていますけれども、先ほどの話にもありますように、精神保健をきちんと位置付けていくとなると、例示として基幹相談支援センターだけ挙げるのは誤解を生むおそれがあると思います。基幹相談支援センターは福祉の面では重要な基点となりますけれども、例えば「保健センターと基幹相談支援センターを連携して」といった文言のほうが、よろしいかなと思います。保健センターは入れておいたほうがよろしいかと思います。

それから、7 ページ目に「事例検討」という言葉を使っていますが、これもまた誤解を生む表現になってしまいます。福祉のほうでは従来、個別支援会議を基に地域の課題を抽出するという言葉を使っていたので御検討いただければと思います。

それから、初めにになるのか、終わりにになるのか分かりませんが、この検討会はあと1回で終わりになると思いますけれども、私は非常に重要な検討の場であると思っています。先ほどの精神保健を位置付けるというのは非常に重要なことです。ただ、精神障害者御本人、御家族、精神保健・医療・福祉関係者が、この報告書を見たときに何と思うかという、従前からの課題については一体どこに行ってしまったんだろうと思うわけです。それについてはここでも議論としては出てきています。非自発的入院の問題、人員配置の課題、小幡さんがおっしゃっていた家族同意の問題、入院中の権利擁護の課題、1年以上入院した後の支援のあり方の問題、重症度の方への密度の濃い精神医療のあり方の問題、診療報酬上きちんと評価すべきだという意見も相当数出ていました。ただ、よくよく見ると、そのニュアンスが伝わってくるものは出ているのですけれども、そういったことについて、重要で今後議論していかねばいけないという共通認識は私たち自身持っていると思います。それについては御意見を頂いていいと思いますけれども、それについて書き込みがないと、報告書だけ見たときに、従前の課題は今後どうなってしまうのかで終わってしまうおそれがあることを私は危惧しています。今後取り組まなければいけないのは、「にも包括」を基軸としながらも従前からの課題にしっかりと取り組むという姿勢を、この報告書には記載することを強く求めたいと思います。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。会場、よろしいでしょうか。田村構成員、その次に藤井構成員、それから小阪構成員でお願いします。

○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。まず野口構成員の御説明、ありがとうございます。とても分かりやすく、そしてこの間議論してきた中で、この「にも包括」の検討会では、精神保健や精神障害者福祉に関して、特に精神保健について行政責任がより明確になっていく、そして各基礎自治体がしっかりとやっていく覚悟を示すものだったということ、もう一度お話をお聞きしながら感じました。

報告書にも書き込まれる必要が出てくることとして、実際に人員配置がどのように行われるのかに絡み、例えば人口何万人に対して何人くらい配置するのか。精神保健福祉業務の経験年数などについても、新人の方が1人入ったところで急にできるようなお仕事ではなく、すごく大変な業務だということですので、人材育成のあり方のみでなく、人材の採用のあり方に関しても言及していただけるといいのかなと思いました。

それから、報告書(素案)についてですが、事前レクで拝見し、痒い所にもたくさん手が届く記述をしていただいている素晴らしいなと思った一方で、先ほど岩上構成員からもありましたように、この間の精神保健福祉法の改正に向けた議論は、今後、どのようになっていくのが、この検討会でも度々出ていたと思いますけれども、この文章の中からは読み取れないところが残念です。明確な表現が欲しいと思います。例えば3ページの○で「厚生労働省は今後」という所があります。ここに「必要な諸制度の見直し」と書かれています。是非「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の見直しのための検討を行う」と明記していただきたいと思います。

それと、3番以降の所で幾つか精神保健福祉法の改正によって、より強化できることがあるのではないかと思いますので、後ほど改めて発言させていただきたいと思っていますが、まず2番までの所で、例えば5ページの2.に○が3つ並んでいます。ここにもう1つ○を増やして、「精神障害を有する方等が精神科医療機関に入院する場合においても、本人の意向が尊重される仕組みの確立は急務の課題である。平成25年改正時の附帯決議にのっとり、意思決定支援のあり方について早急に検討する必要がある」などを入れてはいかかだと思います。また、6ページで、「協議の場」について脚注が加えられていますし、協議の場という表現が随所に出てきていますけれども、障害者総合支援法に位置付けられている市町村協議会のように読めるところがあるかと思っています。ただ、それだけではなくて、例えば現行の精神保健福祉法においても医療保護入院者退院支援委員会、これは医療機関の中で行うものではあります。協議の場です。措置入院のガイドラインにおいても地域で協議をするということがあります。個別課題の検討を重ねることによって、地域の支援体制整備に通じる課題を共有するための場として活用できるものがありますので、それらについてはもう少し例示を増やしてもいいと思います。2番までの所では以上です。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した。続きまして藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 ありがとうございます。岩上構成員、田村構成員の御発言と重なるところもあるのですが、野口構成員から自治体の精神保健の御発表を頂き、研究班のほうでまとめをさせていただきました。今回は「にも包括」でかなり広い視点からの検討ということで、今まであまり議論されてこなかったような精神保健のことであるとか、ほかの精神以外の分野との連携といったところが、今回、検討会でかなり幅広く議論されていましたけれども、岩上構成員がおっしゃっていたように従前からの課題が軽視されているように見

えると、それはちょっと本末転倒かなという気がしています。

自治体の精神保健の中でも、そのことについて資料の中で一部は言及されていますが、精神保健中心になっているので、そこが見えにくいところは誤解を招きかねないところですが、そういうことではなく、精神保健を考えるときに精神保健だけでなく、従前から重度の方や高い支援ニーズを要する方をしっかりと地域で支えていく仕組みを作るところは、今まで既存の制度もきちんと使われていなかったようなところもありますから、そこはきちんと制度が使いやすいものにするとか、ある制度をきちんと使っていく。今までされてきた議論が積み残しにならないように、車の両輪として精神保健と重度の方を支える仕組みがあるんだというところは、しっかり確認しておきたいと思います。報告書の中でもそこが分かるような記載が必要かなというのは、岩上構成員、田村構成員の御意見と全く同じでございます。

絵を描かないと次に進まないというのは、前回、山本構成員がおっしゃっていたとおりですが、絵に描いた餅にならないためには予算の配分と人員配置が非常に重要になってきて、そのためには何が重要かというところ、どうしても法整備というところが外せないと考えています。具体的には、法律ではありませんけれども、大臣指針の見直しであるとか業務運営要領の見直しなど、そこは確実にしていく必要があるのと、指針や通知レベルでは弱いところは、法改正によって対応していかなくてはならないことは、繰り返し申し上げたいと思います。

その際に、もちろん精神保健福祉法の改正というのは重要ですが、これはこの報告書に書いていただく必要もないですし、今後の議論ですが、精神保健福祉法自体、福祉の部分は総合支援法にほとんどが出ていってしまっていて、言ってしまうと行政処分や根拠法みたいな形になっていますから、そこに理念的なものをどこまで位置付けられるかというのは限界があるのかなと考えています。将来的には、例えば精神保健基本法のような全体を統合するような理念法というの、今後、視野に入れていく必要があるのかなということ。これは報告書に書いてくださいということではないですが、議論の方向性としては考えていく必要があるのかなと思います。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。小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 ありがとうございます。日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構の小阪です。最初に皆さんと共有しているとおり、いつもこういう検討会の場に出る前には、僕らの中でこの議論の対象と報告書等々の資料を共有・意見交換をしています。まず初めに、返ってきたフィードバックとしては、検討会全体を通じて各構成員の方々、あるいは厚労省事務局の方々に対しての感謝の気持ちが、私たちの中で確認できているところです。今回、こうした検討会に参加させていただき、いろいろな領域の方たち、諸先生方が一生懸命考えてくださっているのだということに直に触れられて、とてもよかったと思うとともに、当事者の声が批判的ではなく一緒に考えていこうという姿勢を持って交じり合うことで、より良くなっていく未来図に本検討会として非常に可能性を感じました。

ところが、もしかして絵に描いた餅になってしまうのであれば、僕らが感謝した気持ちがちょっと違った方向になってしまうので、そこは藤井構成員が、今、御指摘くださったことや、岩上構成員、田村構成員が御指摘くださったように、従前からの課題についても是非、御検討いただきたいと思います。

それとともに、私から繰り返してしまっていて恐縮ですが、これは精神科病院の方たちに押し付けるものではなく、社会全体で考えるものとして入院治療のあり方、非自発的入院やその先にある行動制限解消の取組については、何らかの形でこの報告書に記載を残していただきたい。それはなぜかという、僕はこの報告書は多くの当事者の人たちにも見てもらおうと思っています。そのために、そういったことを国としても真剣に考えているのだということを示していただきたいと思います。

最後になりますが、6 ページに示していただいている役割の整理のイメージ図ですが、せっかく本検討会でいろいろなことが議論されて、僕としてはとてもいい素案になっているのではないかと考えています。それに付随して、これまでたくさん示された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ図)、いっぱい出てきたポンチ絵図ですが、あれも本検討会を踏まえて改変してこの報告書(素案)に載せたほうが、地域の方たち、あるいは当事者が見たときに、どういう支えがあるのか分かりやすくなるのではないかと考えました。以上です。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。では、会場の奥田構成員と山本構成員、お願いします。

○奥田構成員 野口構成員のお話、ありがとうございます。野口構成員が作ってくださった資料の 18 ページです。これが全体像を表してくださっている。一番上の所が、今、我々が議論している所です。ただ、その下の所で、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律が、こういうふうに進んでいるということで、最終的には 2040 年と書いてある辺りで地域共生社会の実現ということですが、これが現状だと思います。

しかし、今回の報告書については、ざくっとした印象で言うと精神保健のところで括られている印象が非常に強い。そこがテーマなのだからそれはそうなのでしょうけれども、しかし、例えば 4 ページの一番核になる 3 つの○ですね。3 つ目の○の所に、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方や実践は、地域共生社会の実現に資する各種の取組との連携を図り」とあります。ここに言うところの「地域共生社会の実現に資する各種の取組」というのが、どこまでの範疇が対象なのか。先ほど 6 ページの絵のことが出ましたけれども、6 ページの絵にしても、先ほどの野口構成員の 18 ページで言うと下の部分です。地域共生社会の 4 事業一体化うんぬんという所などは全く入っていない、例えば生活困窮者自立支援制度みたいなのも全く入っていない。

確かに議論の入口というか切り込み方で言うと、ここを何とかしようというのが第 1 目標だというのはよく分かるのですが、一方で本当の意味でというか、さらに先々を見越し

た地域共生社会ということを使うのなら、この部分に例えば生活困窮者自立支援制度をどう使うのか。特に生活困窮などは大分前から断らない相談というのを、これも絵に描いた餅ですけども、掲げているわけです。そうすると、属性で人を見ないということになるから生活困窮の入口などで言うと、あなたは精神だからこっちということはないという約束で 2015 年にあれを作ったのです。ですから、例えばそういうプレーヤーもいるのだということはこの分野の方々も、あるいは逆ですね、向こうの生困の自立相談員たちも相互に理解して、相互に使っていくということを射程としてもっと明確に入れたほうがいいのではないかと。報告書をずっと見ていると、障害・精神保健という辺りで、ざくっとした言い方をすると縦の印象が非常に強い。もう少し横広がり意識した部分をきちっと書く。

もっと言うと、インフォーマルな部分も含めて地域づくりなのだと思うのです。最終的な広がりというのは、そこで地域の生活、正に当事者の自己実現をどうしていくかというのは制度のカバーの分では当然足りないわけだから、そうするとインフォーマルの部分まで含めて包括的な社会を作ろうというところの射程がもう少し見えないと、議論が逆にコアなほうに向かって精神保健法の改正をどうするのだという話になる。これは大事ですけども、このコアな部分と広がり部分とがもう少し書けないかなということ。ざくっとした印象で申し訳ないですが、正に野口さんの 18 ページの絵は、今、進んでいる地域共生社会はこういうふうに進んでいるのだということを見事に書いてくださっているのです。その全体が見えるような書きぶりを随所に混ぜたほうがいい。特に最初の 3 つの目的となっている所に、地域共生社会の実現に資する各種の取組と書いてくださっていますね。前回も私は同じ発言をしたと思いますが、この各種の取組とは何を指しているのかももうひとつ分からないところで、地域の現状で言うと割と縦割りになってしまっているから、ここが結局、うまく伝わらないとプレーヤーは増えないので、包括化ができないという話になるのではないかと。1 つです。

それと、これもざくっとした話ですが、2 つ目として何でこの地域包括ケアが必要なのかということ、もう少しあってもいいのではないかと。それは個別の精神障害うんぬんの方々の、例えば今までの入院の現実とか、同意なしうんぬんという現実もある。一方で、大きく地域共生社会全体の議論から言うと孤立の問題が大きかったのだと。社会的孤立という問題が相当大的な問題になってきている。その裏返しとして、もう身内の責任というようなことで括れなくなってきました。そこをどう社会化するかというのが地域共生社会の 1 つのニーズなのです。だから、8050 に象徴される家族で何とかしろというのはもうできないことが見えてきたときに、地域の共生社会をどう作るか。これは正に社会化の問題だったのです。その社会化の背景には家族の限界あるいは孤立という問題があって、その切り口みたいなところはどこかで触れたほうが、よろしいのではないかと。気がします。これが 2 つ目です。

3 つ目としては、生活困窮も地域共生社会もそうですが、基本は市町村というか自治体

でやる。これはそうしかできないと思います。国が全部措置的にやっていた時代から、どんどん地域でもっと顔の見える関係でやると。ただ、全体の議論を見ていて、生活困窮者自立支援制度もそうですが、責務に関しては自治体がやれと法律で定めたのです。一方で国の責務とは何なんだろうというのは、実際やっていくときに、例えば一律の事業を一斉にやれというのだったら分かりやすいですが、生活困窮者の場合で言うと、法に定められた事業に必須事業と任意事業があって、任意に関しては自治体の判断なのです。国がいくら旗を振っても、やらないよと言った自治体はずっとやらないわけです。このときに本当に自治体の責務で、ここから先は国は応援団です、全部自治体がやるんですと、だからこそ法律の問題が出てくると思います。ですから、国の責務という考えをどう取るのか。実施は自治体がやるというのは大賛成ですが、この 20 年ぐらいの議論はずっとそっちを向いてきたので、逆に国の責務が曖昧になるのは困ると思います。

今回のコロナのこともそうなのです。国は緊急的に補正予算を組んだけれども自治体が使わないわけです。結局、自治体が手を挙げて使わない限り、10 分の 10 であっても事業がされないというのが、今回、コロナで明らかになりました。そういうことにならないように、一方で自治体と国の関係にどう踏み込むかというのは、少し何か考え方があっていいのではないかと、触れてもいいのではないかと気がしました。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。山本構成員、お願いします。

○山本構成員 ありがとうございます。全国精神保健福祉相談員会の山本です。野口先生、報告ありがとうございます。また報告書に関して、会場の構成員の皆様から出た内容をなぞる形かもしれませんが、私のほうからも自治体職員で構成される全国精神保健福祉相談従事者の立場から発言をさせていただきます。

まずもって、今、お話がありました、ここ 20 年の間に精神保健が失われてきたところについて、今回の検討会で裏付けられたと思います。というのは、今もお話がありましたが、平成 14 年から市町村で精神保健福祉と言われながら、精神障害者の福祉は法的な裏付けによりまた、その後当時は障害者自立支援法ですが、障害者総合支援法により進められてきましたが、精神保健が薄まってしまったことが大きな問題であったと共通認識されたと思いました。そのことに関しましては、是非、報告書にあるとおり諸制度の手当をしていただくことと、良質な餅は日持ちしにくいので、描いた餅がカビないように財政的な裏付けも含めて御検討いただければと思います。

また、その中できちんと動かせる人材を担保していくことが行政の一番の課題になると思います。今回、人材育成ということで先ほど田村構成員からご指摘がありましたが、そこまでは書かれたけれども具体的な話がもう少し必要ではないかということは、私どもも是非、そのようなところで具体的に確保・育成ということを早急に手当てすることが必要で、更に一步進めていかなければならないと考えています。

すでに、児童福祉法では人材確保が手当されています。精神保健がまた出遅れたという印象を持っていて、児童福祉法ではきちんと人材の確保が義務付けられています。もし精

神保健福祉法を改正ということであれば、これもまだ時間がかかることと思いますが、人材確保に関して位置付けをしていくロールモデルになるものと考えていますので、その辺り、是非検討を続けていただきたいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。それでは、お待たせいたしました。オンラインの構成員につきまして挙手をお願いいたします。江澤構成員、櫻木構成員、朝比奈構成員、吉川構成員、堀構成員、長野構成員、鎌田構成員の順番でお願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。報告書(素案)の4ページ、第2.精神障害にも対応したうんぬんを見出しにありますけれども、まず、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念とか定義を明記してから記載するほうが、読者が分かりやすいのではないかと思います。特に地域包括ケアシステムの本質は地域づくりなので、その辺りは、まず理念、定義を明確化した上で後段に続くほうが分かりやすいかなと感じています。

そこの○の3つ目、1行目の後半から、「地域共生社会高齢者分野における地域包括ケアシステム」とあり、また「精神障害に特化した別の地域包括ケアシステムを構築するものとの認識がされている側面がある」ということですが、本来、平成25年の社会保障と税の一体改革において、地域包括ケアシステムというのは、もともと全世代型が想定されていたはずで、もともと全世代、全住民を対象として掲げられていて、実態として高齢者中心のように見えるかのごとくになっていたと認識しています。この4行の記載内容が適切かどうかまた検討いただければと思います。

それから、その下の四角の○の2つ目に、『「地域共生社会」は』という書きぶりがありますけれども、この地域共生社会は住民や多様な主体が参画して、人と人、人と資源がつながって住民一人ひとりの暮らしと生きがいや、地域を共に作っていく社会ですので、決してイメージやビジョンではないのではないかと感じていますので意見を申し上げます。

それと、4ページの下から2つ目の○の3行目に、『「地域生活」を基本とするものであり』とあります。この中の『「地域生活」を基本とする』というのが、日本語的に分かりにくいという気がしています。

最後に、5ページ目、2.の2つ目の○の3行目に「本人を中心として適当な人がマネジメント」とありますが、「適当な人」というのも非常に分かりにくい表現ではないかと思っています。以上、意見です。またご検討いただければと思います。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。次、櫻木構成員、お願いいたします。

○櫻木構成員 ありがとうございます。まず野口構成員、本当に分かりやすくよくまとめていただいてありがとうございます。奥田構成員の御指摘になっていたのと同じ所ですが、私も興味深く見ました。一方では地域共生社会の実現のための様々な法律の改正というような中で、奥田構成員の言われた断らない相談をはじめ、縦割りではないいろいろな相談システムということがうたわれています。

野口構成員の18ページの図を見ると、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムだ

けが上に乗っているような形で、これだと精神障害だけを対象にしてという話になってしまうので、それこそ地域共生社会というのとまた外れてしまうのではないかと、その辺の調整がこれから必要になってくるのではないかと考えました。

それから、報告書の素案ですが、2 ページの所の下から 2 つ目の○の所に、この報告書で報告すべき点が 3 つ挙げてあります。システムの構築を推進にする上で実施主体(責任の主体)はどこにあるのかと。それから精神保健医療福祉に携わる機関の役割の明確化、重層的な連携による支援体制の構築の更なる推進に関する検討。この 3 つがこの報告書で述べられるべき中身だと、ここにはっきりうたっているわけです。

その各論については後で触れるとして、個別のところをいくと、田村構成員も御指摘になった 6 ページの所で、協議の場というのがいろいろ出てきて、注の 2 の所に「協議の場」というのがあります。これは確かに自治体とかいろいろな所のアンケートを取ると、協議の場とは一体何をやる所で、どういう構成になっていてというのが、はっきり分からないというのが非常に多く出てきました。やはりこの所はもっと丁寧に分かりやすくしていく必要があるのではないかと思います。

例えば手引きというのを作ったとき、協議の場について図を使ったり、あるいは様々な説明をしておられました。最低でもあのぐらいの説明はしないと、実際にこの報告書に基づいていろいろなことを地域の場で進めていこうとした場合、一体協議の場とは何なんだということになり兼ねないと思いました。

それから全体的な話をもう一度させていただくと、3 ページの一番最後の所で、厚生労働省は今後、本報告書に基づき、必要な諸制度の見直しや医療計画・障害福祉計画への反映、それから必要な財政的方策等も含め、具体的な取組について検討し、その実現を図るべきであると述べてあります。いわゆる今後のロードマップというのをどう考えているのかというようなことをお伺いしたい。

この報告書は大体文末が何々は重要である、何々は必要である、何々については検討の必要があるといったように、少々評論家的な感じ、具体的にこうやってやっていくのだという、いわゆる当事者感というのがなかなか出てこないというところがあります。ですから、その最後の○の所で、今後どういうふうな手立てでどういうふうに進めていくか。そのためには、新たな検討をどういうふうと考えていくのか。例えばこの検討会というのは今日を入れてあと 2 回ということですがけれども、必要があれば具体的な方向性について、この検討会を使って更に検討していくというようなことも出てくるかもしれません。それから藤井構成員あるいは田村構成員がおっしゃったみたいに法律、精神保健福祉法、これをどうしていくか。

これの成り立ちから考えても、そもそもは精神衛生法を改正して精神保健法になった。それが精神保健福祉法になった。その後、障害者自立支援法あるいは障害者総合支援法という中で福祉の部分がある程度そっちにいったということになると、この法律というのはもともとの衛生法を改正して保健法になったときの中身なのか。それとも藤井構成員がお

っしゃったみたいに保健の部分をもう少し理念的に捉えていくとすると、例えば精神保健の基本法みたいな考え方も必要なのではないかというようなことについて、少なくともあと1回、2回では議論が尽くせないですね。それについてはどこでどういうふうに取り上げていくのかというようなことも必要な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。朝比奈構成員、お願いします。

○朝比奈構成員 朝比奈です。野口構成員の冒頭の御説明ありがとうございます。3回目に藤井構成員からお話しいただいた内容と一部重なっていたかと思うのですが、改めて全体の整理ができたとして私としては捉えています。

その点でスライドの2枚目に、例えば2040年の地域共生社会の目指すイメージ、3層が示されています。それからスライドの3枚目でも、「にも包括」の構造ということで3層構造、国民一人ひとりのメンタルヘルスリテラシーの向上、支援ニーズに応じた体制、集中的・包括的な支援が必要な状態の方々への体制作り、こうした3つの構造が示されているのですが、私はこの構造をしっかりと説明として入れていくことが必要なのではないかと考えています。

恐らくそれぞれの項目で触れられていることが、いろいろな想定があっただとは思うのですが、この前提の共有がないと何を指しているのかが不明確のままになってしまうし、場合によっては読み手によって解釈の仕方が変わってしまうこともあり得るのではないかと危惧しています。

その点で、先ほど奥田構成員からも御意見がありました。生活困窮者支援法の改正、それから今回の社会福祉法改正の中で、強調された社会的孤立ということ、しっかりとこの中でも取り上げていくことを明示してはどうかと考えています。

先ほどの3層構造でいけば、国民一人ひとりのメンタルヘルスリテラシーの向上の中の、例えばソーシャルキャピタルの醸成などということがここに深く関わってくるかと思えます。社会的孤立を解消していく一人ひとりが、自分なりに地域の中でつながって暮らしていくという状態を目指していく観点を持てば、後半のほうで出てくる医療や社会参加のところ、ややもすると管理的なイメージ、危険なイメージが付きまってしまうので、そこについてもしっかりと説明をしていくことができるのではないかと考えたので、御検討をお願いしたいと思います。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。次、吉川構成員お願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。日本精神科看護協会の吉川です。私は報告書(素案)の第2の所について意見を述べさせていただきます。まず、5ページの2.重層的な連携による支援体制の考え方と構築という所になります。こちらに市町村が主体となって保健所、精神保健福祉センターとの連携を図りつつ、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者うんぬんと、いろいろと地域で関係機関となるところの記載がありますが、この精神科医療機関、その他の医療機関という記載では、恐らく市町村の担当者の皆さんがそこに訪問看護を提供する事業所が該当することがちょっと分かりにくいと思いますの

で、訪問看護ステーションがそこに含まれていることが分かるような記載を是非お願いします。それについては7ページの上から2つ目の○の重層的な連携、顔の見える関係作りの所でも、やはり同じように明記していただければうれしいと思います。

それから8ページ目の第3.精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素という所で、まず1.地域精神保健及び障害福祉についてという所ですが、精神障害がある方が安心して地域で暮らすためには、心の健康のみならず体の健康も合わせて考えていくことが必要だと思います。

精神障害がある方も中高年齢になると、糖尿病や高血圧といったいわゆる生活習慣病が問題となる方も少なくないのと、またがんやその他の病気になる方も当然いらっしゃると思います。そこで地域精神保健及び障害福祉についての項目の中に、精神的健康と身体的健康、これは心の健康と体の健康でもいいのですが、それを合わせて支えることが必要であることを是非明記していただきたいと思います。

また、2040年はそういったことを見据えて、そういった課題が既に地域で起こっていますが、精神障害がある方が高齢になっても地域で安心して暮らすことができるためには、高齢精神障害者の支援を充実させることが必要だと考えます。さらに高齢になっても住みなれた地域、在宅で最後まで暮らしたいと希望される方を地域でどのように支援していくのかも、検討していく必要があると思いますので、そういったことについても是非明記していただきたいと思います。私からは以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。第1と第2に関する御意見ということで、次に堀構成員お願いいたします。

○堀構成員 岐阜県健康福祉部の堀です。よろしく申し上げます。まず冒頭で、先ほど野口構成員から自治体の精神保健ということで、市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務の見直しの方向性や、それに向けた課題について大変クリアに整理いただき感謝を申し上げます。

野口構成員に御指摘いただいた課題や問題意識と重なる部分は多いかと思いますがけれども、県の立場ということで報告書(素案)の前半部分について、2つほどコメントをさせていただきます。

まず1点目ですけれども、保健所と精神保健福祉センターの体制についてです。市町村が「にも包括」の中核的な実施主体となる場合、市町村に対して保健所や精神保健福祉センターから適切な支援を行うことが不可欠になってきます。しかしながら、例えば当県の現状を申し上げますと、保健所は平成8年に県内14保健所がありましたが、その後数が減少していて、現在は8保健所ということでピーク時と比較するとほぼ半減しております。

このように人員が減っている中で、保健所の精神業務については保健所によって多少の濃淡はありますがけれども、多くの保健所において緊急対応で手一杯の状況ということで、地域移行や地域づくり、また市町村の支援に十分に取り組んでいるとは言い難い状況です。

また、昨年からは新型コロナウイルス感染症の拡大により、保健所としてコロナ対応に

多くのエフォートを割かざるを得ない状況となっております。現在の感染症担当だけではとても対応できないということで、精神を含めた保健所内の感染症以外の担当や県庁本庁からも多くの人を出して何とかコロナ対応業務を回していますので、精神を含め感染症以外の業務を増やせる余裕がなかなかないという状況です。

また、精神保健福祉センターについても引きこもり、各種依存症、自殺対策など、年々業務が増える中、なかなか業務を行う常勤スタッフを増やせておらず、会計年度任用職員の確保により何とか対応している状況で、現状では保健所や市町村の支援が必ずしも十分に行われているとは言えません。

報告書の素案の5ページに、市町村を主体として保健所や精神保健福祉センターがこれを支える体制についてまとめていただいておりますけれども、現状の体制のままでは難しい状況になりますので、市町村の人員体制を充実することが必要であることに加え、保健所、精神保健福祉センターにも必要な人員確保が行えるよう、制度的、財政的な裏打ちをしっかりと行っていただく必要があると考えております。

それから2点目ですけれども、5ページ以降に記載があります重層的な連携による支援体制についてです。6ページの上に各機関の役割の整理が示されており、保健所と精神保健福祉センターは明示をされておりますけれども、圏域における県の福祉担当部局の役割については記載されていません。また、6ページ目の最後の○についても、協議の場での参加者として医療機関の職員を含め、様々な関係者が列挙されておりますけれども、福祉部門への直接の言及はありません。

当県では圏域ごとの自立支援協議会を所管する福祉担当課とも協働して、各圏域での協議を進める体制としておりますけれども、県の中でも医療部門と福祉部門との協働は鍵になると考えられるため、福祉部門についての言及があってもよいのではないかと考えています。以上2点よろしく申し上げます。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。長野構成員申し上げます。

○長野構成員 よろしく申し上げます。第1の「はじめに」の所の最後の○、厚生労働省の責務をここではっきり書き加えていることをうれしく思います。ただこの中で、奥田構成員のお話にも通じるかと思うのですが、諸制度の見直しと医療計画・障害福祉計画というところまで書き込んでいるのですけれども、加えて省内や省庁間の調整を継続して行うことを是非書き込んでいただくと有り難いです。

現場で縦割りを排するのもそう簡単なことではありませんが、現場で縦割りを排そうと思ったときに、気づくと大本で割れていた。前回の老健局との話もありますし、今後、地域行政ということであれば課も違いますので、その調整が継続されていかないと、いつの間にかまた精神保健の中に留まってしまうことが起きてしまいます。

今の担当の皆さんが、非常に精力的に調整をしてくださっていることは伝わってきているのですけれども、ここまで10年ちょっと勤めていると波があるように思います。人によるということでは、やはり生活をしている我々、また皆さんの中で、とても困ることが

起きていて、省内の調整、協働を行うということと、省庁間、生活でいくとももちろん厚生労働省だけで納まるものではありませんから、その調整を継続的に行うのだというところは、是非1つ書き加えていただければ有り難いと思います。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。次、鎌田構成員をお願いします。

○鎌田構成員 野口構成員、ありがとうございます。自治体精神保健としての方向性を明確にさせていただいたと思います。

そこで事務局に質問です。報告書案の「はじめに」の下から2つ目の○、検討会の中で実施主体及び精神保健医療福祉に携わる機関の役割の明確化等の課題が明らかになってきたというところですが、野口構成員の資料で、保健所や精神保健福祉センターの方向性、また今後考えられる業務等を詳しく示していただいています。

しかし、目次では各機関の役割が見えてきません。文中には保健所、精神保健福祉センター等に関する記載はあるのですが、目次の項立てとして各機関の役割が、追加されてもいいのではないかと考えます。その余地があるのか事務局にお伺いしたいと思います。また、報告書の素案6ページに「協議の場」に関する記載があります。先ほど櫻木構成員も言われましたが、協議は非常に重要なことです。一方で協議の場をどのような単位で設置するかということが、具体的に明確に示されていません。今までの発言の繰り返しになりますが、市町村を保健所が支援するという意味では、保健所単位、二次医療圏単位で検討の場を設置し、個別事例から抽出された地域課題の解決に向けて、検討することが重要です。保健所、市町村及び保健医療福祉の関係機関、関係者が連携して包括的・継続的な体制構築をするためには、協議の場の設置主体についても明確にすべきだと考えます。

人材育成と確保については、これまでも各構成員が述べられましたとおり、非常に大事です。報告書の7ページを見ますと、ここでは研修の実施のみの言及に留まっています。また19ページにあります人材育成と人材配置は切っても切り離せない問題であり、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の実効性を担保するには、人材育成と人材確保は両輪で進められるべきと考えます。

この「にも包括」ケアシステムの構築の基盤となる市町村において、保健師はアウトリーチ、相談対応などによる個別事例から、地域課題を抽出し関係機関等との調整を経て施策化につなげており、市町村保健師は今後ますます重要な役割を果たすと考えています。

しかしながら、市町村によっては保健師の人数も少なく、様々な業務を担っているというところから、市町村において精神保健福祉を担当する保健師をはじめとした、専門職員の人員体制の拡充並びに研修体制の拡充について、明確に記載することが必要です。研修等については後半で意見させて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。

○友利精神・障害保健課長補佐 事務局です。ただいま鎌田構成員から御質問のありました目次の件についてです。このあと第3の項目についても御意見を頂きますけれども、そこ併せて目次の構成についても御意見を頂ければと思っています。よろしくお願いた

します。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、時間が押ししましたけれども、休憩を約5分とさせていただきます、16時再開といたしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(休憩)

○齋藤地域移行支援専門官 会議を再開いたします。引き続き報告書(素案)に関する議論なのですが、先ほど第3を2つに分けると申し上げましたが、都合上、第3の1から8までをまとめて議論をお願いしたいと思います。まず、オンライン上の構成員から、御意見のある方は挙手をお願いいたします。江澤構成員、鎌田構成員、櫻木構成員、朝比奈構成員、長谷川構成員、伊澤構成員、吉川構成員、櫻田構成員、野口構成員、岡部構成員、小幡構成員の順で御発言をお願いいたします。

○江澤構成員 まず、素案の8ページの見出しの地域包括ケアシステムを構成する要素ですが、一般的な地域包括ケアの構成要素としては、本人・家族の選択と心構え、住まいと住まい方、生活支援、医療・介護・予防の一体的な提供というところなのですが、全体的に本人・家族の選択と心構えに関する部分の記載が少ないと感じているので、必要に応じて検討いただければと思います。

それから、11ページです。地域精神医療というものの定義をどう考えるかということで、一般的には医療機関以外の保健所とか福祉施設あるいは介護事業所等の社会資源と連携して、地域の中で治療をして支えていくようなイメージなのですが、ここは医療機関に特化して書いてあるので、地域精神医療の定義を明確化したほうがいいのかどうかということを感じています。

その11ページの(1)の2つ目に、「精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関」、「かかりつけ精神科医」とありますが、かかりつけ精神科医の医療機関の規模や役割が書いてありますが、例えば精神科の診療所でも、こういうかかりつけ医タイプもあれば、専門特化タイプ、一般的な医療で言うと、かかりつけ医機能を担うのは診療所と200床未満の中小病院が該当しますので、この精神医療機関での役割分担とか規模感というのが分かりにくいので、ここをどう考えるべきか、整理する必要があるのかどうかを御検討いただければと思います。

その下の①に、かかりつけ精神科医の機能がございしますが、先ほどの野口先生の資料の7ページで社会的機能をきれいに整理していただいておりますが、かかりつけ精神科医の機能としては、医療的機能と社会的機能、あるいは孤立を防ぐための社会的処方といったものも、かかりつけ精神科医の役割ではないかと思っておりますので、また検討いただければと思います。更に身体合併症の時の医療機関の連携、あるいは専門医療機関への紹介、障害福祉サービス、介護保険サービスとの連携といったものも、かかりつけ精神科医の機能に含まれるものではないかと思っております。

12ページの③の所の2行目に、『いわゆる「かかりつけ精神科医」として、入院外医療の提供』ということで、このかかりつけ精神科医というのは外来に特化しているのかと

ということで、その2つ下の④の2つ目の所に、「精神科医療機関の外来は」と文章が続いて、最後に『「かかりつけ精神科医」の機能と併せて外来機能の位置付け及び強化』と書いてありますので、ここは精神科医療機関の外来とかかりつけ精神科医の機能というのが分かりにくいので、ここをまた整理するのかどうか御検討いただければと思います。

それから、13 ページの中程の(2)の平時の対応の充実に対して、危機的な状況に陥った場合というのがあるのですが、危機的な状況というのをもう少し分かりやすく表記したほうがよろしいかどうか。危機的な状況というのはいろいろなバリエーションがありますので、何に対する危機的な状況なのかが分かりにくいと感じています。

15 ページの 4. 社会参加の推進で、2 つ目の○に社会的な孤立予防の中に精神科のかかりつけ医の役割として、先ほど申しました社会的機能あるいは社会的処方といったものを追記してもよろしいかなと思いました。

17 ページの下から 2 つ目の○に、「ピアサポーターの活動機会や場の創設」ということで、例えば認知症に関しては、認知症カフェを病院あるいは介護施設、老健施設等で、自ら主催してやっている所も増えてきておりますから、ここには余り民間の事業者が書かれておりませんが、民間事業者の活用も場の創設等でいろいろと協力できるのではないかなと思っています。

19 ページの一番下の所に、「精神保健医療福祉以外では」と書いてありますが、むしろ精神保健医療福祉以外の医療や介護従事者が、なかなか日頃接点がないこともあって、精神障害者への対応が不得手であったり不慣れであるということがありますので、そういった一般の医療介護従事者に対する理解を深めるための研修等も必要ではないかなと思っております。

21 ページに埼玉県事例がありますが、国の取組として、国と県と市町村を並べるのも分かりやすいかなと感じました。

それから、全体的に「地域包括支援センター」という表記が見当たらないので、その辺りも役割があるのではないかなと思っておりますので、また御検討いただければと思います。

最後に質問です。1 つは、この報告書がまとまった後、どういう取扱いになるのか、どういう政策に用いられるのか、報告書の取扱いについての御質問です。

もう一点は、全体的にここで書いてあることは充実に向けて必要なことで、有り難いと思っておりますが、現状のコロナ禍においては取り組めないものがたくさんあるような気がしていますので、コロナが収束するまでの間のことについての記載があってもいいのかなと感じております。

○友利精神・障害保健課長補佐 江澤構成員の御指摘について、回答させていただきます。様々な御意見を頂いておりますが、今回の報告書を踏まえて、まずは報告書で取りまとめられたものをベースにして、今後、実践できる取組について、まずは進めていきたいと考えております。構成員の方々からは、法改正や指針、通知、運営要領、様々な御指摘がございましたけれども、まずは事務局として、今後手を付けられるところから取組を始めて

いきたいと思っております。

○齋藤地域移行支援専門官 江澤構成員、よろしいでしょうか。

○江澤構成員 はい。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは、鎌田構成員、お願いします。

○鎌田構成員 19 ページの人材育成、人材確保はとても重要な課題と考えております。ここには、保健所が市町村等に対する研修を担っていること、重層的な連携構築に向けた保健所の人材確保の必要性などが述べられています。

しかし、保健所や精神保健福祉センターが効果的に市町村を支援していくためには、人材確保だけではなく、保健所や精神保健福祉センターの専門職の人材育成も必要であり、研修受講などで専門性を高める機会の創出も重要と考えています。

自治体保健師の現状ですが、数年前より多くの保健師が定年退職する時期を迎えており、都道府県では新人教育が喫緊の課題となっております。特に新人教育における精神保健分野において、高度な知識や技術が求められています。

自治体で精神保健福祉分野に対応する職員への養成研修について、野口構成員の資料 16 ページに、精神保健福祉相談員養成研修等を示されておりますが、精神保健福祉相談員養成研修は、現在、私が知り得る限り京都市のみ活用しています。以前の検討会でも質問させていただき、国では予算が確保されているということですが、それを十分に活用できていないのではないのでしょうか。精神保健福祉センター、都道府県本庁が主体となり、専門職の人材育成に取り組む必要があります、具体的にどのような研修をするのかといった内容を報告書に明記しなければならないと思います。単独での開催が難しければ、ブロック単位で開催するなどの工夫ができますし、私自身、精神保健福祉相談員養成研修を受けたことで得られた、精神保健福祉に関する学びは大きかったと思っております。昨今、複雑多様化する中で、今の時代に合った精神保健福祉相談員養成研修のカリキュラムの見直しを含めて、これらの研修が活用され、自治体の職員の質の向上、質の担保につながればよいと考えます。

○齋藤地域移行支援専門官 次に櫻木構成員、お願いします。

○櫻木構成員 先ほど救急の WG の話をしたのですが、ここで取り上げていいのですね。

○友利精神・障害保健課長補佐 はい、結構でございます。

○櫻木構成員 ほかの構成員の先生方に報告書をどのぐらい見ていただいているか分からないのですが、少なくとも、今回この検討会の下に WG を作って、精神科救急医療体制の検討を行ったということに関しては、我々としては 2 つの危機感がありました。

1 つは、本検討会の地域包括ケアシステムの中で、精神科救急医療体制は不可欠で、非常に重要な問題であるということの問題意識です。

もう一つは、今の精神科救急医療体制が、例えば働き方改革であるとか、あるいは今回の診療報酬の改定によって、我々の考え方としては存続が難しいのではないかと。そこからいろいろな医療機関が離脱していくのではないかとという問題意識を持っていました。

それで、出てきた報告書、救急の WG の報告書の 3 ページに、厚生労働省は今後、本報告書に基づき、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療体制整備を図ることができるよう、精神科救急医療体制を取り巻く諸制度である医療計画及び障害福祉計画に基づき、精神科救急医療体制整備事業や診療報酬等が連携していることを意識しつつ、それぞれの取組を推進すべきであると報告書には出ているわけです。

これは何を言っているかと言うと、1 つは働き方改革で宿日直許可という制度があるのです。精神科の当直の先生というのは、大体、一晩決まった指示を出すとか、簡単な電話対応をするだけで、ほとんどあとは救急の患者がどんどん来て、それに対応するという体制にはなっていないので、宿直許可というのを労働基準局にもらって、次の日は日勤をするという体制ですとやってきたのです。今度、見直しが行われて、いわゆる救急の輪番日を除くというような表記になったので、精神科救急の輪番に当たっている日に当直をした先生は、次の日に日勤ができないのではないかという話になっています。そうすると、例えばそれぞれの病院の指定医の先生というのは、そんなに数がいるわけではないですから、その先生が次の日に日勤ができない、あるいはインターバル制と言って、19 時間間を空けなければいけないというようになると、とてもじゃないけどうちは精神科の輪番には参加できないというような議論が起こってきた。

もう一つは、精神科の救急入院料を取っている病院は、そういった意味ではかなり人的配置、医師、看護スタッフ、コメディカルスタッフの人的配置も重く取って、それで許可をもらっている病院・病棟なのですが、その病院で持てる救急入院料の病棟の数というのが経過措置ということで、今までの実績をそのまま認めていただいていたのが、今度の診療報酬の改定でキャップ制と言って、例えば 60 床が限度です、あるいは 300 以上の所だったら 2 割以下が限度ですというように、2 年間の経過措置になったと。そうすると、それまで人的な配置を重くする、場合によっては構造的なハードの部分を更新していくということでやってきたのだけれども、いきなりそれを、例えば 60 床に限定するという話になると、とてもやっていけませんというような議論があって、そういったことで現行の精神科救急医療体制が存続できるのかどうかという問題意識を持っています。

この報告書では、そのように明確には言っていませんけれども、診療報酬であるとか、あるいは整備事業が連携していることを意識しつつ、それぞれの取組を推進すべきであるというような結論を出しているわけです。

この WG の先生たちは本当に頑張っただいて、一番最後のほうの今後の精神科救急医療体制整備に係る取組という所で、国、都道府県、一般医療機関、精神科医療機関、当事者あるいは家族といった形で、それぞれの課題を挙げてあるのです。国の所ですが、精神科救急医療体制の整備を所掌する厚生労働省においては、精神科救急医療体制の整備に必要な諸制度による手当を行うと書いてあります。これは我々が持っていた危機感に対応して、このような文言が出てきたと私は解釈しているのですが、この検討会の中で、個別にこういった報告書の説明というのは頂いていませんし、それについて私が、これはこう

ということなのですかという質問もできていないので、あえてここでそのことをお話しているわけです。

今度の報告書の素案の中でも、幾らか「WGの報告書による」という所が出てきているわけです。例えば10ページの2つ目の○ですが、いわゆる平時の対応、受診前の相談の充実を求めているということです。それから、いろいろWGの報告書というのが出てきているのですが、残念なことに、13ページの(2)危機的な状態に陥った場合の対応の充実の2つ目の○ですが、最終的には「参照いただきたい」と。これは、多分この報告書にWGの報告書も一緒にくっつけるのでしょうけれども、これは余りにも不親切だと思うのです。

ですから、WGから上がってきた報告書について、我々の検討会の構成員がそれぞれ共有・理解した上で、この報告書にどのように載せていくかという議論をしないと、「参照いただきたい」というだけでは、一生懸命頑張ってくださったWGの先生方に非常に申し訳ない思いをしているのです。ですから、ここで救急のWGについてきちんと議論をした上で、その報告書について共有・理解をした上で、検討会の親会のほうの報告書に、どのようにそれを反映していくかという議論が、どうしても必要だろうと考えています。

もう一つです。一番最後に8.普及啓発の推進とあります。これは残念なことに、一番最後かよというのが私の正直な感想です。今、一番足りないというか、地域で障害を持っている人、あるいは持っていない人も一緒に地域共生社会というのを作っていくためには、普及啓発というのが一丁目一番地だと思うのです。ですから、この内容が一番最後にきているということと、ここは余りこの検討会でも議論がなかったという印象を私は持っているので、どこか評論家的な記述に終わっています。もう少し踏み込んで、具体的にこのようにやっていくのだといった普及啓発についての考えが必要ではないかと思います。

どちらかと言うと、これは目次の所で言うと、第3.の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素と言うよりは、もっとベーシックに、地域包括ケアシステムを構築していく上では必要不可欠な要素だということになれば、第2.に入っても然るべきではないかと考えています。

○佐々木精神・障害保健課長 櫻木構成員から御指摘いただきまして、誠にありがとうございます。精神科救急の話をお聞きいただきありがとうございますので、それについてのみお答えさせていただきますと思います。

本検討会の中で、地域包括ケアを推進していくポイントとして、精神科救急について議論が必要だということでWGを設置させていただいたというくだりは、御指摘のとおりだと思っています。

そして、前回の検討会が地域精神医療ということでしたので、ある意味、それに間に合わせる格好でWGを藤井先生の下でおまとめいただきまして、提示させていただいたということです。前回、報告書をつぶさには御説明していませんが、我々事務局としては、報告書の概要という形で御説明申し上げまして、御議論いただいたというところです。

今の報告書の素案の13ページの「参照いただきたい」という書き方が不親切ではない

かという御指摘は受け止めまして、書きぶりについて考えさせていただきたいと思っておりますけれども、一応、御議論いただいた精神科救急に関するところは、報告書のことも含めてエッセンスを、この項目に記載させていただいているところですので、もし不十分だ、こういった意見も尊重して追加すべきだということがあれば、あくまでも地域包括ケアの文脈でお願いしたいと思っておりますので、追加で御発言等を頂けたらと思っております。

○櫻木構成員 やはり報告書の素案の中にも、救急の WG でこういう議論があった、それに関してこのように考えるという記載がありますので、「つぶさには」というお話ですけれども、ある程度、この中身というのを構成員が共有した上で、こちらの報告書にどのように反映して、どのような記載をするかということは必要だと考えていますので、そこはどうぞお考えを頂きたいと考えています。

○佐々木精神・障害保健課長 御指摘を踏まえまして工夫させていただきまして、報告書のまとめに向かって、構成員の皆様方の御意見を集約できるようにしたいと思っております。

○櫻木構成員 例えばここでの議論が難しいのであれば、メールなり何なりで意見を出していただくということもお願いしたいと思います。

○佐々木精神・障害保健課長 検討したいと思います。

○齋藤地域移行支援専門官 朝比奈構成員、お願いします。

○朝比奈構成員 何点か申し上げたいと思います。まず、10 ページの上から 4 つ目のボツに、「保健所や市町村保健センターには、平時から精神障害を有する方等の状態について把握し」という記述があるのですが、これは具体的にどのような方法をもって、これができるのかということについて疑問を持ちながら読み進めたところ、その後にかかりつけの先生方の役割が詳述されていましたので、かかりつけの先生方との連携という中で把握していくのかなと捉えたのですが、そうであった場合、かかりつけの先生の治療から、その方が治療中断をしてしまったときに、どうするかということになるかと思えます。その場合には、例えば地域生活支援の関係の方、福祉サービスを使っている場合には、そういう方々や後半に出てくる居住支援の関係の方々との連携の中で、もう一度治療につながっていくという連携体制作りということが必要になってくると思いますから、その辺りの記述が必要なかなと思ったのが 1 点です。

それから、11 ページの一番上の所に、『精神障害を有する方等が、「本人の困りごと等」に対して』というところで、困りごとが精神保健医療福祉にかかわるものの連携強化ということだけで済まされてしまっていて、この辺りが精神障害を有する方等という方の状態、暮らしぶりがどういう形なのかということに関わってきて、この精神保健医療福祉を超えた体制作りが必要になってくるのではないかと思いましたので、その辺りが先ほど意見で述べた、どういう人たちを想定しているかということに関わってくるかなと思います。

それから、15 ページの 4. 社会参加の推進の所なのですが、1 つ目の○で少し孤立のこ

とに触れられているのですが、もう少ししっかりと孤立ということを取り上げた上で、これを書いていかないと、意味が繋がっていかないとと思います。

それと「また」の所が気になりまして、御本人とつながっている人全てが、その方の障害や病気のことを知っていなくてもいいだろう。障害や病気がある人として知り合っているわけではなくて、1人の名前のある個人としてつながっている方々がたくさんいらっしゃると思うので、ここで、もちろんこの点は指摘しておくことが重要なものかもしれないのですが、ここでセットで言わないほうがいいのではないかとと思いました。

あと、ちょっとした疑問なのですが、16ページの上から3つ目で、『「はたらく」重要な機能のひとつであり、居住の場と別の場所にあっては機能せず』というのが、何を意味しているのかがよく分かりませんでした。

それから、先ほどの御意見でもありましたが、「本人を中心に適当な人がマネジメントを行い」というのもよく分かりませんでした。このマネジメントについても、御本人の意向をきちんと汲んで代弁をする人と、ケースマネージャー役というのは、場合によっては別のこともあるだろうと思いますので、その辺りも記述上の整理が必要なのではないかとと思いました。

○齋藤地域移行支援専門官 次に長谷川構成員、お願いいたします。

○長谷川構成員 ありがとうございます。10ページの下から2つ目の○の所ですが、「具体的には、障害福祉サービス等の活用においては、医療と福祉の連携の下、計画相談支援の質の向上を図るとともに、障害福祉サービス等における緊急対応や」とありますが、この医療と福祉の連携というのは平時における連携と、入院になるかもしれないような危機的な状況での連携とは分けて書いたほうがいいと思います。平時には、地域生活を支えるために福祉のケアマネジメントが中心になることも多いと思います。ただ、危機的な状況では医療のケアマネジメントも必要だと思います。医療のケアマネジメントと福祉のケアマネジメントとの濃淡が、ケースによって違うと思います。例えば、危機的な状況で福祉のショートステイと医療のデイナイトケアなどを組み合わせて危機的な状況などを乗り越えるということもできるのではないかとと思います。

もう一つですが、先ほど奥田構成員がおっしゃったことで、前回もおっしゃっていたと思いますが、今日の会議でも話されていたことは重要で、生活困窮者や更生保護に係る人のことも検討に入れるべきであるという御意見です。精神医療が必要な方が相当数その中にいると、私も自分の仕事の中で思っています。これは、今ということではないかもしれませんが、法務省とも連携して今後話し合いを開い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。伊澤構成員、お願いいたします。

○伊澤構成員 ありがとうございます。9ページですが、1つ目の○です。その末尾のほうなのですが、今日、野口構成員から御指摘もありましたし、複数の構成員の方からも御発言がありましたが、「必要となる環境整備を行うべきである」というこの書きぶりは非常に甘いなという感じがしています。はっきり言うと、要するに努力規定を義務規定に変

えていくような、そういう法改正なり整備なりというところを、しっかりと記載すべきではないかなと思いました。

10 ページですが、今、朝比奈構成員、長谷川構成員が御指摘いただいた部分でもあるのですが、緊急時の対応におけるアセスメントの問題は非常に緻密さを要すると言うか、前回もちょっと発言させていただきましたが、この方の緊急状態が、いうならば入院を要するものであるのか、あるいは福祉的な支援サービスで乗り切れるものなのか、その見極めの問題というのはすごく大きいと思います。ですから、そこを確保していくための仕組みやシステムというところをもう少ししっかりと書き込んでいく。なかなかイメージが付きにくい部分もあるのですが、その大事なところをしっかりと書くべきではないかなと思います。

それと 13 ページです。2 つ目の○なのですが、長期在院者の方々に対する対応における、ここもアセスメントですが、2 行目です。「長期在院者の病状等のアセスメントが重要であり」という書き方なのですが、それだけではなくて、日常生活動作(ADL)を含めてその方の生活対応力というか、そういったことも捉えていくことも大事なのではないかと思います。やはりここで地域生活支援拠点の体験の場というものも、かなり「にも包括」の中では地域生活支援拠点がそれなりにフューチャーされ、かつ重きを置かれているとも思えるわけで、そこにおける体験の場の利用なども通じて、十分に生活の力を確保する、見極めるような、そういう視点も大事なのではないかなという書き方はあっていいのかなと思いました。

それから 15 ページです。3 つ目の○に、居住支援協議会が、ぼっとここで出てくるのです。いろいろとお話で居住支援の大事さを聞くに及んで、この居住支援協議会が構造化された協議体が各地に増設なり整備なりという方向が、しっかりと指し示される必要があるかなと思っています。まだまだ未設置の地域は多いと思います。私の地元でも話が出ていますが、なかなか形になっていかないという状況がある中で、こういう報告書の中ではしっかりと後押しするような設置推進というようなニュアンスで書いていただきたいと思いました。

16 ページの上から 3 つ目の○なのですが、先ほど朝比奈構成員のお話でもありましたが、2 行目の「居住の場と別の場所にあっては機能せず」、この辺のニュアンスが分かりにくい。察するに、住んでいる所と通う場所が近くにあってという意味だと思うのですが、その辺のことはもうちょっと明らかにすべきかと、ただ、離れていてもそれなりにその方の暮らしにおける 1 つの要素としては成り立つ話でもあるので、この辺の書き方は注意したほうがいいかなと思います。このままだと本当に住み込み就労 OK、推進というような、そのようなニュアンスにもなってしまいます。

22 ページです。1 つ目の○の末尾なのですが、この 1 つ前の未定稿の報告書案を見させていただいたときに、この末尾の書き方が「効果的であるとの指摘もある」と、この書きぶりではなくて「必要である」と、はっきりと言い切っていたいただいたというところで、と

ても爽快感とともに明瞭感がありました。確かに人事交流を含め、実際に体験していますが、とても実効性があると実感しています。ですので、1 つ前の報告書案の記述のとおり「必要である」と言い切っていたいただきたいという感じもしています。

最後、23 ページです。先ほど櫻木構成員からもお話がありました、やはり普及啓発の Kategorie と言いますか、要素が末尾に置かれているというのは非常に違和感とともに、どうしてなのだろうと思います。22 ページの 8. の 2 つ目の○の 2 行目には、「最も重要な要素の一つであり」という書き方なのです。とても強調されているのです。この大事な要素が末尾に巻末に置かれているというところは、やはり違和感を感じるとともに、23 ページの 1 つ目の○は「にも包括」全体を通じて、まちづくり、あるいは支え合い、住民の自治、そういったものがものすごく強調されている内容だと思います。だとするならば、社会福祉協議会の登場をなぜ意識しないのか、この報告書の中にも社会福祉協議会の存在は 1 つも出てこないです。先ほど申し上げた、支え合い、自治やまちづくりの観点から、この「にも包括」を実現させていく上で、やはり社協の持っている枝葉のように張り巡らせたネットワークや人脈は、とても大事な部分だと思います。ですので、1 つ目の○の中に、末尾のほうで例えば「こういったものを鑑みながら総じて地域福祉推進の観点から、社会福祉協議会の本課題への関与を強く求めていく」というような、そのような書きぶりなども求めてい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。吉川構成員、お願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。先ほど、私は心の健康だけでなく体の健康も合わせて支える必要性や、高齢になっても安心して暮らせる地域づくりということを申し上げましたが、それは 4 ページの第 2 の 1. 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の所で、そういったことも少し踏まえていただきたいと、ちょっと場所を間違えていました。失礼しました。

そういった考えを持った上で、11 ページからの地域精神医療について、意見を述べさせていただきます。 (1) の平時の対応の充実という所、具体的には 12 ページの身体疾患の対応の所に、かかりつけ医との連携などについて記載されていますが、先ほど申し上げましたように、精神科訪問看護師が生活習慣病をはじめ身体疾患の予防や早期発見を行うとともに、精神的ケアに合わせて身体的ケアを行うことも非常に有効だと考えています。そういったところも、少し記載をしていただければと思います。

また、同じく 12 ページの 1 番下の○には退院後の支援に関する記載があります。入院長期化を防ぐためには、退院後支援としての継続医療、看護が欠かせません。さらに統合失調症など精神疾患がある方は、一旦回復して安定しても、やはりまた生活リズムが変化したり、日常生活上のストレスなどによって病状が不安定になったり、再発しやすいといった特徴があるかと思っています。したがって、日頃から精神科訪問看護師が再発防止に向けた支援を行うなど、治療継続と地域生活の両立について支援をするとともに、再発兆候に早めに気付いて、重症化しないように支援することが重要である、そういったこともやは

り記載をしていただきたいと思います。

最後に 13 ページで、(2)危機的な状況に陥った場合の対応の充実の所、こちら先ほど申し上げました再発時の重症化を防ぐ役割ということが、地域の精神科訪問看護を提供する事業所にもあると考えています。さらに精神科の看護師は、臨床的リカバリーとパーソナルリカバリーの両面の視点から医療機関や関係機関と連携をしながら、病状面や生活障害などで不安がある方、若しくは多様な課題があって医療面、生活面の課題を切り分けることが難しい方々のアセスメントを行いながら、地域生活が送れるように支えています。訪問看護師ステーションは、24 時間 365 日地域の中で電話対応や緊急訪問もできる、そういった体制もありますので、是非、アウトリーチ機能を含めた地域ケア力の高いチーム編成についても、引き続き検討することが必要だということを明記していただきたいと思います。先ほど、ちょっと再発などそういったところがありました。クライシスプランを効果的に活用するなど、そういったことも大事ではないかと思っています。

それと先ほど何名かの構成員の方が御指摘された短期入所についても、私も大学がある神奈川県内の何箇所もお邪魔して、福祉で短期入所されている所にいろいろお話を伺ったときに、やはり圧倒的に計画的な利用が多くて、危機回避や病状が不安定になったときの利用というのは、御本人もそういう活用の仕方を想定されていないことと、福祉事業所のスタッフの方もなかなかそういう状態ですぐ対応できるかということ、やはり難しいという声が多かったと思いますので、こういった危機回避の仕組みについても引き続き検討する必要があります。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。櫻田構成員、お願いいたします。

○櫻田構成員 櫻田です。私からは、4. 社会参加の推進の部分と当事者、ピアサポーターの部分について、幾つか意見を述べさせていただきます。社会参加の推進の所の 16 ページの上から 3 つ目です。伊澤構成員もおっしゃられていた精神障害の方が「はたらく」というところについて、「居住の場と別の場所にあっては機能せず」という所は、私もちょっと違和感がありましたので、その書き方をちょっと変えていただけたらと思います。

あとその下の所です。『地域で居住し「はたらく」ことを支援するためには』と始まって、続いて行ってその下のほうに「本人を中心に適当な人がマネジメントを行い」と書いてあるのですが、この「適当な人」というのは正にそのとおりだとは思いますが、ここをもうちょっと具体的に書いていただけると、よりこの報告書を読んだ方がイメージしやすいのかなというところは思いましたので、ここの書き方をちょっと御検討いただければと思います。

もう 1 つ下の所の『企業において「はたらく」精神障害を有する方等の支援を充実する観点から』という所の真ん中辺りの「企業での就労経験のあるピアサポーターによる支援の充実」と書かれていると思いますが、ゆくゆくはこうなればいいかなと思っています。私今、就労支援をしている立場上、なかなか企業さんの中にピアサポーターの方が入って支援するという事は、現状難しい状況です。ゆくゆくはこうなってほしいので

すが、現状としては就労経験のあるピアサポーターの方が活躍する場として、例えばデイケアでの支援が可能であったり、就労移行支援事業所などでの定着支援のところなど、もうちょっと具体的と言うか、そういった例示をしていただければ有り難いかなと思っています。

次に 5. 当事者・ピアサポーターの所で、意見を述べさせていただきます。17 ページの下から 3 つ目です。こちらのピアサポート活動の拡充に向けてはという所で、「様々な場面においてピアサポーターが活躍できる環境を整備していくことが重要である」と書かれている所、同じページが一番下からつながっている 18 ページの所にも同じようなことが書かれているのですが、実際に具体的にピアサポーターが活躍できる場所の整備をどのようにしていけばいいのかという例示があると、より分かりやすいかなと思っていますので、その例示を幾つか載せていただけたらと思っています。

同じページの上から 3 つ目の○の所で、「一方で、例えば、精神科医療機関等におけるピアサポーターの活動実態の多くは把握されていない状況である」というのは、正にそのとおりだと思っています。最後のほうに「必要な実態把握に努めることも必要である」と書かれているのですが、具体的にどのように実態把握を進めていくのかというのは、多分、今後話し合っていくことだと思うのですが、その辺りもここに書いてある以上は進めていただければいいかなと思っています。私からは以上です。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。野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 野口です。簡潔に 4 点だけ、1 つがこの報告書全体の書き方なのですが、先ほど江澤構成員からも社会保障制度改革国民会議の報告書の話が出ましたが、やはりそもそもこれまでのこういう議論のベースになったようなところについてはきちんと押さえながら、何が課題で、どういうことでやってきたかという前回からの積み残しのところなどを、例えば前回の平成 26 年の病院の構造改革のような話も出ていたわけですが、それがその後の課題としてどうなったのかなど、そういうところもやはり踏まえながら書いていただくといいのかなと思いました。

それから、今回、非常に盛りだくさんな内容が盛り込まれているのですが、優先的に今回取り組むものは何であって、どこが積み残しになっているのか、今後の検討が必要なのかということ、少し整理して分けて書いていただけると分かりやすいのではないかと思います。

中身の各論になりますが、10 ページ目の平時の支援の所、相談支援になるのですが、10 ページ目の上から 4 つ目の○の所です。保健所や市町村が訪問をしてということなのですが、ちょっと書きぶりが何か医療につなげるというような感じで、もちろんこういう形で比較的簡単につながる方もいらっしゃると思うのですが、やはり中には複雑多重な方で支援の拒否が強い方などは、こういう形になかなかつなぎにくく、医療機関の方が入っていただいても、しばらくは寄り沿いながら伴走の型の支援をしていくしかないような、そういう方も結構多いと思いますので、ちょっとこの辺りの書きぶりは伴走型の支援、問

題解決型の支援という対比をちょっと使いながら書いていただいたほうがいいのかと思いました。

12 ページ、かかりつけ精神科医的な機能の所の④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能の所ですが、特に精神科医療機関の方々、あるいは精神保健指定医の公務員機能がありまして、措置診察への協力であったり、精神医療審査会の協力、そのほかそういう公的業務があります。そういうものへも、是非協力するということが必要ではないかと思しますので、ここの記載も入れていただければと思います。

最後に 20 ページ目の人材育成の所で、最初の○に精神保健福祉センターについても書いていただいて、ありがとうございます。ただ、何か精神保健福祉センターの最後が人員体制の強化が課題となっているので終わっていますので、必要であるとも何とも書いていないのは、これは何かセンターはそこまで重要ではないのかなと、ちょっとひがみっぽく思えてしまいましたので、やはり市町村、保健所と同じように充実、確保が必要であると言いつけていただきたいなと思います。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。岡部構成員、お願いいたします。

○岡部構成員 ありがとうございます。1 点だけです。私が報告書を見落としていたら申し訳ないのですが、よく読んだつもりなのですが、意見としては前半に法改正の話や市町村を中心ということは大賛成なのですが、今回の報告書がリアルをイメージしたものにとどまっていなかったところに、ちょっと引っ掛かりを感じています。この 1 年間、コロナの関係で随分リモートでのやり取りに支援者は慣れてきているのですが、当事者がそういったリモートの状況にまだまだ慣れていない人が少ないと思っています。今、小学生 7 歳から 12 歳の方が 10 年後には 17 歳や 22 歳になっていくときに、このリアルだけではない情報保障のあり方を勝手に身に付けていくのだろうと、ただ、今 50 ぐらいの方がその保障はなかなかない、40 ぐらいでもなかなか出会えないという方が多いとする中で、これだけ ICT によるコミュニケーションが発達してきている中で、特に社会参加の推進やピアサポート活動、また御家族、相談のあり方、そういったものもリモートを活用して保障していくという書きぶりであってもいいのではないかと感じているところです。

また、そういったことを研究したり、実践を積み重ねていくという方向性が書かれていてもいいのではないかなと感じましたが、もし私の見落としでしたら、すみません。私の意見は以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 ありがとうございます。小幡構成員、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。これまでの議論の中では、システムをどのように構築していくかというところで家族が担えることは何かという視点で発言をしてきたところです。例えば 18 ページの 6. 家族の関わりの、特に 2 つ目の○で、未治療や治療中断になってしまった当事者の方を家族が引き受けているところでの困りごとがかなりある。その中で、どのように解決の方向に持っていくかは、根本的な差し迫った目の前の課題としてはかなりあるわけです。ここについては、そのアクセスをどうするかと

というのは、先ほど来、平時の取組や危機的状況に陥ったところとも関連が出てくるが、どのようなアクションが具体的に取れるかということを示していかないと、解決に至らないかと思います。家族自身が治療の協力者であったり、支援者の補完的な役割を担うというよりは、一定程度社会的な責務として、賄えることが必要になってくると思います。そのことと家族の役割が各々違うこともあるということを改めて述べておきたいと思います。当事者の方が発症したときに、家族自身も大きなショックを受けて、受け止めきれず、どのように解決に導いていくのか、治るということを信じていろいろな行動を取っていきこうとしたときに、時には家族間で意見の対立も乗り越えながら関係者と結び付いていくというようなところで、家族がピアサポーター的な役割を家族同士が担うことももちろんあります。ベースとしてはそれを解決する制度なり、整備がされていくということが前提にあっての取組だと思っています。

また、法関係で家族同意等については、まだまだ課題が保留になったままということもあると思います。家族というと、今回の報告書でも一部触れられていますが、親や兄弟というところよりは子供やパートナーという立場の人たちがいます。子供からすると、自分自身が親を見捨ててはいけないのか、なぜこの親の下で生活をしているのかという葛藤が、また親や兄弟とは違ったものを担いながら日々生活を送っているというところがあります。扶養義務や経済面の問題も含めて、いろいろな問題が社会の縮図的に家族や御本人の中に投下されています。法の隙間や制度の隙間で埋もれてしまった課題について全部一手に引き受けているということ、どのように解決していくかという点から、家族がそれを乗り越えていくためにお互いの家族の関わりがあるという意味で、家族が担えることをこれまで述べてきたつもりでいます。そもそもの課題としては障害当事者と家族の困りごとにフォーカスして、取りわけ平時のところでもまだ診断や未治療の方がいらっしゃる時の家族が行動したときに、どこが支えてくれるのか、どこが伴走してくれるのかという点についても、是非、認識を深めて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。それでは、手を挙げていただいている中島構成員、長野構成員、それから会場の構成員でお願いしたいと思います。

○中島構成員 ありがとうございます。日本公的病院精神科協会の中島です。1つは、救急については櫻木構成員がおっしゃったことも大変大切なところなので、是非入れていただきたい。余り細かいことは言いたくなかったのですが、12ページの②の1つ目の○です。地域精神医療における役割という所で、「統合失調症、気分障害や認知症等の Common Disease」、この Common Disease の中に、今や発達障害が入っているということ、を明確にさせていただきたいと思います。ですから「統合失調症、気分障害や」の「や」を取って「、」にして「認知症、発達障害等の Common Disease」と直していただきたいと思います。ただ、これは担当課の違い等がありますので、やや難しい点もあるかと思いますが、是非よろしくお願いしたいと思います。それと細かい点なのですが、時代の変遷とともに地域保健福祉と精神科医療は、一体的に構想されないと全体構想ができない状況が、

今やでき上がりつつあるということだと思います。そのことを踏まえながら、これをざっと読んでみますと、確かに何を優先的にやるのかは書いていないのです。よく読めば書いているのですが、分らないです。何となくぼんやりしている。これはとても重要なことです。ここでパラダイムシフトを起こそうとするときには、こういう書きぶりになってしまうのではないかと思います。今、精神保健福祉法の改定が国会に出せないという状況の下で、どういう検討会を開いて突破していこうかと、やはり地域の医療と福祉で精神科病院を包囲していこうという方向に、私はパラダイムシフトを起こそうと、佐々木課長は明確に判断されたのではないかと考えています。このパラダイムシフトそのものが起こりつつあるということが、構成員一人ひとりの中にしっかり認識されていないと、私はこの文書が余り意味をなさなくなるのではないかと考えています。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。長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員 長野です。よろしく申し上げます。全体を通して、とても大事なものは2点、1つは皆さんがおっしゃられているように、絶対絵に描いた餅にしないということだと思います。もう一つは、地域包括ケアというのは実践を重ねれば重ねるほど必要なことがどんどん出てきます。野口先生の所で1つの目安が2040年ということですが、どんどん改善しながらの長い歩みが必ず必要です。この2点、書き込みが必要だと思います。絵に描いた餅にしないというところでは、人材育成のところやはり大事で、ここの書きぶりが全体的にローカルの実践者をどう育てるかというような、そのような書きぶりに見えます。例えば21ページの所で、職能団体という言葉が出てきますが、何年か集中的に、ある意味キャンペーンを張らなくてはいけないのではないかなと思います。例えば職能団体で日看協であったり、日精協であったり、PSW協会であったり、OT協会であったり、様々な職能団体どこでも必ず年に1回、2回は地域包括ケアを切り口として研修会が行われる。また、ここに書き込みがないのですが、学会の協力も必ず不可欠だと思います。医師が変わる、看護師が変わる、変わっていかないと、先ほど中島先生のパラダイムシフトではないですが、これまでの従来の医療的な考え方のみでは結局ばらばらになって、地域共生に向かわないということも十分に起こり得るので、様々な学会の協力も不可欠だと思います。それを少なくともはじめ数年間、全国的にひたすら展開をしながら、団体によっていろいろな考え方があり、いろいろな研修があっという間だと思いますが、様々な団体でどこにいても地域包括ケアだよという、そういう大きな転換点があるのかなと。そのような重層的な人材育成をしないと、本当に絵に描いた餅になるのではないかと思いますので、その辺りは必ず書き込むべきだろうと思います。

もう一点は、継続してやらなければいけないということです。やはり今回、積み残している議論、従来からのものもこれから継続してどんどん進化させなければいけませんし、例えば、すごく気になるのは医療の質です。地域包括ケアが進めば進むほど、求められる医療も変わってきます。今のクロザピンの話や多剤併用の話、今されているベンゾジアゼピンの問題、次々検討されていることもたくさんありますが、それも包括ケアが進めば進

むほど進化を要求されていきます。これは長期間に渡って、地域共生に向かうというところで、継続して積み残したものは常に検討し続けるというところの一文が必ずどこかに必要だと思います。ですので、人材育成のところをもっと大々的に学会や職能団体ですということと、もう一つは継続的に検討するというこの2点は必ず必要かなと。

もう一つ、前回、奥田構成員にアドバイスを頂いていると思いますが、母子であったり、ほかの生活困窮の人たちにメンタルヘルスを学んでもらうという記述はあるのですが、やはり私たち精神関係者が別のものをしっかり皆さんに関係あるものを学ぶという一文は、必ず必要ではないかなと思います。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。ここでお時間にはなっているのですが、まだ御発言を頂いていない中原構成員に御発言を頂いて、その後、会場の構成員から御発言ということにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。では、中原構成員、お願いいたします。

○齋藤地域移行支援専門官 それでは中原構成員お願いします。

○中原構成員 全国保健所長会の中原です。ありがとうございます。先ほどから出ている19ページの人材確保・育成の所について、一言御意見を述べさせていただきます。先ほどから人材確保も大事ですが、人材育成も大事だというお話が出てきております。全国保健所長会でも、ここ4、5年、「にも包括」を進めていくための人材の育成についての要望を挙げさせていただいております。やはり、単純に人がいればいいというわけではなくて、「にも包括」を進めていくための企画や調整ができる人材をしっかり研修等で育成していくこととお願いをしております。

先ほどの長野構成員の御意見とも重なる部分はあるのですが、そういった研修をしっかりとやって、やはり「にも包括」を継続的に進めていくための人材の育成もしっかり書き込んでいただければと思います。

保健所については、今、コロナ禍の中で、十分な人材確保が必要であると書き込んでいただいております。

あと重層的な連携というところで、市町村の役割、保健所の役割、精神保健福祉センターの役割については、冒頭で野口先生からしっかりきれいにまとめていただいて、それをこの報告書の中にそれぞれどこの役割と書き込むことがいいのか。あるいはもうばらまかれているので、それでいいのかというのは、私もどちらがいいかよく分からないのですが。少なくとも、市町村が何をやらなければいけない、保健所が何をやらなければいけない、精神保健福祉センターがどういう役割を担うのだというところを、こうやってしっかりまとめていただいた以上、これは精神保健福祉業務運営要領等にしっかり書き込んでいただいて、なるべくそちらの改訂等を早めに進めていただければ、市町村もしっかり業務に取り組むことができると思います。保健所、精神保健福祉センターも、自分たちがどういう役割を持って取り組まなければいけないのかというところは、きちんと共通認識ができると思いますので、そういったところの改正も是非お願いしたいと思います。以上です。

○齋藤地域移行支援専門官 中原構成員、ありがとうございました。それでは、会場の構成員、挙手をお願いします。それでは岩上構成員から、順番をお願いします。

○岩上構成員 中島構成員がおっしゃったパラダイムシフトを起こすということは、是非、期待をしたいと思っています。ただ、そういったことが分かる文言が必要かなど。具体的には、先ほども申し上げたような従前の課題についてもきちんと取り上げていただきたいとは思っております。

皆さんのほうから、ショートステイの話が出ておりましたが、これだけ期待されているということであれば、もっと報酬改定の前に応援をしていただければ良かったなと思っています。ショートステイについて、私ども地域で暮らそうネットワークとしては、アセスメント機能をすることによって報酬上評価してはどうかという提案はさせていただいたのですが、サービス管理責任者を置かなくてもショートステイというのはできてしまうということもありまして、それが進んでいないので、それは総合支援法の法改正に向けて、また意見を集約していく必要があるかなと思っています。

協議の場についてももう少し詳しい説明をしてはどうかという御提案については私も賛成しております。手引きについて書かれているような内容もよろしいのではないかと、櫻木構成員から御提案がありましたが、私が検討会でお話したように、手引きですと保健医療を基点とした基盤整備、福祉を基点とした基盤整備、統合した基盤整備という書き方をしているのですが、今回保健をきちんと明確に位置付けるとなると、保健と医療は分けて基盤整備が必要だという協議の場のイメージを、私も提案をさせていただいたところですが、掲載するとしたらそういう形がよろしいかと思えます。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。奥田構成員、お願いします。

○奥田構成員 私はまず、3 の住まいの確保についての所です。なかなか共通認識は難しいかもしれませんが、居住支援関係者がいて、そこが居住支援というトータルな支援をやるときに必要なことですが、実はこの分野は住宅セーフティネットも含めて、私は全国居住支援法人協議会の代表ということでここに参加させていただいたのですが、まだまだなのです。ですから、まず前提としては、この「にも包括」に居住支援というものは絶対的に必要なのだということと、それをきちんとできる体制作り、つまり「にも包括」の体制作りと言っているのではなくて、居住支援というものの体制を整える必要がある。具体的に言いますと、居住支援に関する費用負担というのは制度がないのです。多分、いろいろな制度の中で、例えば、自律生活援助であったり、見直しの中で居住支援法人との連携ということは非常に強調されるのですが、その制度側は居住支援法人と連携することによって費用負担がある一定確保できる。その居住支援法人のほうには何も付かないのです。ですから、居住支援というものの自体が横串の部分ですが、国土交通省も含め、居住支援そのものをきちんと拡充する必要があるということと、まず前提に変えていただいた上でどう連携するのかと。これだけ読みますと居住支援チームが完成されたものがあって、そこと連携すればいいのだよと読めるのですが、そこが完成されていないというのが、当事者

の感覚で、そののところを少し丁寧に、まずは居住支援自体の拡充がこの国には必要なのだと。「にも包括」を考えるとときにも、それが必要なのだということをまず大前提に書いていただいて、具体的には居住支援にかかる費用負担に関しては、今後議論が必要だぐらいの踏み込みがいるのではないかとというのが1つです。

もう一つは、先ほども御意見が出ましたが、居住支援協議会のことですが、今、国交省の住生活基本計画の見直しの審議会をやっています。そこに私も入っているのですが、今後の住生活基本計画の見直しで、居住支援協議会を全国自治体の30%を目標値で置くと。それでも、まだ3割なのです。今、100ぐらいできているのですが、全体で3割を目指しましょうということになっているのですが、問題は数ではなくて、まさにここに書かれているあらゆる分野の人がここに入っていなければいけないのです。しかし、現状としては居住支援協議会はほとんど住宅部門の人だけが集まっている会議というのが全国的には多いのです。ですから、数の問題と同時にまさにここに書かれている居住支援協議会を作るのだったら、精神分野の方や困窮の方、そういう全員が入る居住支援協議会が必要なのだということをもっと強調したほうが、居住支援協議会ができたところで、言い方はきついですが「にも包括」のこの議論に余り関係ない、コミットできない居住支援協議会があってもそれは仕方がないということです。ここに書かれているのですが、もう一步踏み込んだほうが何なのかというのが分かるかもしれません。

4. 社会参加ですが、言葉のニュアンスかもしれませんが、社会参加の推進というのは少しハードルが高いなという感じがするのです。もっと言いますと、社会参加の推進だから、ある意味、孤立させない社会をまず作りましょうというのが何よりも大事で、つながりのある社会を目指すということがあって、初めてそこで参加というところが出てくるので、一気に孤立している人を社会参加させるという印象で取られると、非常に直感的で申し訳ないのですが、これはハードルが高い印象を持ちました。タイトルにしても、つながりのある社会の創造と社会参加の推進みたいな2段階ぐらいで書いたほうが分かりやすいかなと思いました。孤立から参加というのはハードルが高くて、孤立があつてつながりがあつて参加があるというホップ・ステップ・ジャンプみたいな、これは言葉のニュアンスですが、そんな感じがいたしました。

先ほどから出てくる居住の場と別の場所の働き場というのは、確かに分かりにくいので、私も読んでいて、具体的に何を言おうとしているのか分かりませんでしたので、そこは少し丁寧に書かれたほうがいいように思いました。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。小阪構成員、お願いします。

○小阪構成員 私からは2点申し上げたいところですが、その前に1点だけ、先ほど伊澤構成員が社会福祉協議会の関わりについて報告書に明記してほしいということについて、私も同意します。当事者としても、地域の支援に携わらせていただいている中で、社会福祉協議会の方が貢献してくださっていることについてはとても大きいですし、草の根活動だと思っております。

地域精神医療について、かかりつけ精神科医とか精神科医療機関についての機能や対応について報告書にお示しくございましたが、その前に常日頃の診察における丁寧な対応がまずもって本当に基盤として必要だと思います。もちろん全ての医療提供者が該当するわけではないのですが、地域の実態としては受診者の立場からすると、診察時間が非常に短いこと、相談したいことが十分に相談できないなどを当事者間のコミュニケーションでよく聞きます。常日頃の精神科医療提供が、本来あるべきものになっていなければ、幾らかかりつけ精神科医とか精神科医療機関等、あるいは「にも包括」全体についても、機能や対応についてより良い取組が示されたとしても、そもそもの基盤が不十分になってしまって、結果的に不必要な入院等を生みかねないと思います。

少し私自身の話をしますと、私は良質な医療を受けた経験もありますし、今現在は非常によろしくない医療を受けている立場で、1分に満たない診察を受けています。それが10か月ぐらい続いているのですが、実際に私の立場であっても、それを医療側に問題提起するとか、あるいは主治医に何か言うというのは結構難しく、そういった人はきっと私だけではなく、地域にいらっしゃるのではないかとこのところを是非真剣に受け止めて、その解消に取り組んでいただきたいと思います。

2点目は、17ページにピアサポートの協議の場等々、準備から協議の場について協働していくということをお示しいただいて、ありがとうございます。そのとおりだと思います。付随して、行政の方、精神保健福祉関係者、あるいはこれからは居住支援関係者の方達が協議の場に参画していく、そこにまた新たに当事者、家族、ピアサポーターが関わっていく中で、これまでの地域の協議の場が十分に機能していなかったから本検討会が組まれているという要素もあるのではということから、当事者、ピアサポーターの参画、これは必要なのですが、そこだけを理念として示されたときに、実際の地域の人たちがきちんとそこを受け止められるか、あるいはこれから参画しようとする当事者、ピアサポーターがきちんと離脱しないで、バーンアウトしないで適切に役割を果たしていけるようになるかというところが、実際に今私が検討会に参加していてとても心配なところです。ですから、そこはピアサポーターも、専門職や居住支援関係者等々が共通で共有できるガイドライン的なものがないと、参加する当事者やピアサポーターにとってはしんどいことになりそうな気がします。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 ありがとうございます。時間ですので手短かに、人材育成のところに絞って発言したいと思います。様々な構成員からお話を頂きましたが、懸念されるのは、この後の市町村の格差、住む場所によって受けられるサービスの差が出てきてしまう現状をどう縮めていくのか具体的な対策が必要となります。そのことについては、堀構成員や鎌田構成員にもご指摘をいただいておりますが、やはり保健所並びに精神保健福祉センターの機能をきちんと維持、強化していくことが大事であろうと考えております。

また市町村については、先ほど中原構成員からもお話を頂きましたが、やはり市町村の

保健は何が役割なのだというところは、明確に運営要領等の手立てが必要であり、早急に対応をいただきたいと考えております。

例えば児童福祉のように法改正に併せて、専門職の配置が義務付けされると手立てされればいいのですが、それまでも相当に時間がかかることを見込みますと、その間、当面の間は市町村の保健師、保健センターと基幹相談支援センターの連携をきちんと構築するというので、市町村の保健師が地域の中で活躍ができる、ほかの業務がいろいろある中で、精神保健業務がきちんと位置付けられるということが、まず一番に取り組むことが必要と考えますので、この報告書の中でも、そのような記載にする必要があると思います。

また、啓発に関してですが、江澤先生からの御指摘の通り地域共生社会における地域づくりの視点をふまえると、市町村が取組む人材育成として、ピアサポーターの方の育成・養成を進め、そのことに合わせてピアサポーターの方々が参画する場を提供することを当たり前にしていく。ピアサポーターが活躍している姿を自然な形で住民との交流にしていくことが啓発を深化するものと思います。このことが「にも包括」の目玉のひとつであり、公助の役割、自助と互助の醸成として位置づけるとよいのではない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。藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 幾つか細かい点ですが、13 ページの 1 つ目の○です。「意思決定の支援を含めた権利擁護の機能を更に果たしていくことが求められる」という記載がありますが、権利擁護に関しては、もちろん、医療機関も権利擁護をしっかりとしていかなければいけないのですが、外部の目が入るとというのが非常に大事なかなと思いますので、医療機関がその機能を果たすというのは少し無理があるかなということで、記載の検討をしていただきたいと思います。

あとかかりつけ医に関してですが、精神保健指定医業務に関して機能を果たしていく必要があるのかなということ。自治体からしますと、指定医の確保というのはかなり大きな課題になっています。その辺りにも参画していけるような形にしたほうがいいのではないかと考えました。

普及啓発に関しては、皆さんおっしゃっているように非常に重要なところですが、関心を持っていない層にどう届けるかというのが非常に重要なところで、そのためにはメディアや SNS、そういう媒体の活用も考えていかなければいけなくて、それは使い方によっては諸刃の刃のところはあるのですが、今はそこを無視してはなかなか普及啓発できないところでもありますので、十分に留意しながら、留意点はどこかということにも配慮しながら、メディアや SNS 等の活用も今後は考えていかなければいけないかなと思います。

あとは同じく普及啓発のところ、**「はたらく」**というところにもつながるのですが、身近な職場で精神障害を持つ方が働いているというのは普及啓発にもつながるところですので、企業が働きやすい環境にしていくことや、精神障害を持つ方が**「はたらく」**ことを続けられるような環境を作ることが、普及啓発にもつながるのではないかと考えております。

「はたらく」ことに関する記載と連動させて、そういうことにも配慮していただけるといいかなと思いました。

もう一つ、研究をしている立場から申し上げますと、より良い実践をしていくには、様々なエビデンスのある実践というものがあまして、そこはなかなか普及していないような実状もあります。様々なエビデンスが出ているものに関しては、実践ができるような仕組みなどを考えていく必要があるかなと思います。エビデンスで示せないようなものもありますので、エビデンスが全てとは私は思っていないですが、ただ少なくとも、確実に効果があると言われているような心理社会的な治療や様々な実践については、より実践しやすいような仕組みを作っていく必要があります。更には、エビデンスを更に蓄積していくことで、研究の推進であるとか、もう一つは研究の推進を今後進めていくときに、研究の計画段階から当事者の意見を入れるというところが、これはがんの分野やそういう研究では最近進んでおりますので、精神の分野においても当事者参画の研究を進めていくということも、これはどこに書き込むといいか分からないのですが、次のステップを見越したことについても触れていただくと有り難いと思います。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。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。昨年末から厚生労働省の補助金事業で、心の健康相談電話窓口を私どもの協会が、日精看と日本公認心理士会に御協力いただいて毎日行っております。実に様々な御相談の電話がかかってきます。中学生ぐらいの方から年輩の方まで、多くの方がやはりどこに相談したらいいか、話を聞いてもらえるのが分からないと。しかし、その方たちの多くはかかりつけの病院があったり、相談支援専門員がついていたりということがあるのです。あとは「自治体にも電話をしているのだけでも」とおっしゃる方が多いです。つまり、自分の得たい答えがなかなか得られずにさまよっている方が非常に多くいらっしゃって、その方々の心の健康として精神保健が強化されることは、本当に私たちが力を合わせて支えていこうという決意だろうと思うのです。そうであるならば、やはり相談する力を本当につけなければいけない。これは専門職の私たちも戒めを込めて、そのことを今一度確認する必要があると感じています。

さて、私ども日本精神保健福祉士協会では、今回、この検討会に出させていただいて、やはり前回の検討会後の従前の課題がどうなっていくのかということに関心を持っています。長期入院者の社会復帰、地域生活支援は、私ども精神保健福祉士の使命でもありますし、当事者の方の自己決定、意思決定を支援することや権利擁護に関しても非常に重要な課題だと捉えております。この報告書に追記していただきたいことに関して、その観点に絞って幾つか申し上げます。

8 ページの 1 つ目の○の所です。例えば、地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインが、地方自治法には示されているわけですが、現実に活用や運用をされていないという声が精神保健福祉士の中からは聞かれております。法律に位置付けられても、実際に運用されない実態があることも踏まえて、今後の実効性、地域格差を是正

するために国がどうできるか考える必要があると思います。

次は 9 ページ、2 つ目の○の末尾の所に、「この際、本人が自らの意思で治療を受けることができるように、本人との関わりを重視した対応に努めることが重要である」と加えていただいて、御本人の意思による受診や受療を支援する発想を、より強化していただきたいと思います。

同じ 9 ページの 3 つ目の○、精神科病院に長期在院している方への支援の文末に、「さらに隔離拘束等の行動制限の状況把握を含め、その状況改善のために市町村は取り組む必要がある」と明記してはいかがでしょうか。また、この後に 1 つ項目を加えて、精神医療審査会を機能させてはどうでしょうか。退院支援委員会のあり方に関する指導や、障害福祉サービス等の利用について市町村に助言するといったことを、精神医療審査会の役割として追加するという提案です。これは市町村が精神科病院と顔の見える関係性があり、精神科病院の理解や協力があれば幾らでも入っていくことができますが、それができない医療機関も現実にはあります。市町村が把握できない内容について、精神医療審査会の側から助言・指導等を受けることによって、地域の基盤整備に関する課題を把握するような方策を加えてはいかがかということです。精神医療審査会には保健福祉に関する学識委員がおりますので、その役割は担えるかと思います。

同じ 9 ページの 4 つ目の○の所ですが、ここでは、ReMHRAD 等の活用によって自分の自治体の住民の状況を把握すると書かれておりますが、この末尾に「長期在院者の早期退院を実現するためには、入院形態や推定入院期間に関わらず、全ての入院患者に定期的に退院支援委員会を開催し、協議するように法律を改正してはいかがか」と入れてはどうでしょうか。特に改正精神保健福祉法の施行前からの医療保護入院者や、重度かつ慢性のために審議継続しないとされた患者さんに対しては、退院支援委員会のような協議の場の対象から除外されてしまう現状があります。ここを改善することによって長期在院者の退院支援を進めることができるのではないかということです。

次に 10 ページ、4 つ目の○の所です。「医療等の支援へつなげる判断をする」と書いてあり、「当事者の意思を尊重しつつ」とは書いていただいているのですが、「本人の意思を尊重した受診、受療を保障するために、意思決定のための支援が重要であり、継続的にこの仕組みの構築を検討する必要がある」と加えていただきたいと思います。これは前回の法改正の持ち越しの課題です。

11 ページ、2. 地域精神医療の 1 つ目の○の「適切な医療を受けられるものとして確保していく」という所です。精神医療を含めということですが、ここでは特に精神医療に関して、適切な医療に関して申し上げます。その病院が良質な医療を提供しているということは、地域の住民の方であれば、口コミ等でも把握できます。一方で、その精神科病院の中で虐待事件などが発生すると聞けば、当然それは関わりたくない病院になると思います。いまだに残念ながら精神科病院の中で虐待事件が発生している事実はあるわけですので、「精神科病院を障害者虐待防止法の対象にすることも、検討課題として残る」と記載して

はいかがかと思えます。同じ○の末尾の所に危機的な状況に陥った場合のことがあります。が、「本人の意向を尊重した医療の提供を原則とし、アドボケーターの活用による意思決定支援が必要である」といったことを記載してはいかがかと思えます。

12 ページ、④の2つ目の○です。その2行目に「退院後支援」という言葉が出てきますが、例えば、措置入院者に関しては、措置入院者退院後支援ガイドラインがありますが、前回の改正法案が廃止されたために、法的な位置付けがないので、現在は自治体間での運用格差があると聞いております。これに関しても精神保健福祉法の持ち越しの課題の1つとして明記する必要があるのではないかと思います。

13 ページ、1つ目の○の所で、3行目に「権利擁護の機能を更に果たしていくことが求められる」と書かれておりますが、その後続けて「行動制限を最小化すること、そのための適正な人員配置への見直しが必要である。安全かつ良質な医療の提供に努める観点から、精神科病院内で虐待が起こらないような権利擁護機能の強化が求められる」といったことも記載してはいかががでしょうか。

同じく13ページの(2)の2つ目の○で、「危機的な状況においても精神医療の提供にあたり、本人の意向が置きざりにされないことが前提である」と明記していただきたいと思えます。この辺りはもちろん救急WGの報告書にも書かれているかと思えますが、この報告書をどういう書きぶりにしていくかまだ分かりませんが、「本人の意向を尊重する」という記述がやや薄い印象を受けます。もう少し書き足していただければいかがかと思えます。(2)の3つ目の○の後に続けて、「さらに市町村が体制整備に取り組む上では、措置入院に関する精神障害者支援地域協議会の代表者会議も協議の場として活用することが望ましい」などといった記載を加えてはいかががでしょうか。先ほど2番の所でも申し上げたのですが、協議の場という表現は度々出てくるのですが、どういう協議の場が活用できるかという例示を全体に増やす意図での1つの御提案です。

19 ページ、「家族の関わり」の所ですが、先ほど小幡構成員も少し触れられていたかと思えますが、御家族の関わりに関して言いますと、医療保護入院の同意者としての役割が法律上に残っていて、負担がやはり大きいと思えます。今回、市町村の役割はこれまでに以上に強化されますので、非自発的入院は市町村の責任とするといったような、前回の法改正の議論でも少し持ち越されていた課題について、今後継続的に検討するという表現を、この報告書の中に何かしら残し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。よろしいですか。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すか。

○神庭座長 ありがとうございます。大幅に延長しておりますので、恐縮ですが、私から一言だけの御挨拶で終わらせていただきたいと思います。本日も皆様方から大変建設的な議論を活発にいただきましてありがとうございます。この報告書の提案が実現して、実装化されたらパラダイムシフトなのだろうなと思って聞いておりました。これから更に事務局で練り上げていただきます。次回が2週間と少ししかありませんので、事務局も大

変だと思いますが、是非、皆さんが納得するような形にまとめ上げていただきたいと思います。議論がし尽くせないということがないように、何らかの対応策を考えていただきたいと思います。検討班の皆様方、今日は本当に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した。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　次回のスケジュールを御案内する前に、今回、幅広く御意見を頂きましたが、まだ十分に御発言いただけていない点もあろうかと思えます。どのような形式でも結構ですので、メールで事務局まで御連絡を頂ければと思います。またこの後、事務局からも構成員の方々にメールで御案内させていただきますが、次回が3月4日(木)14時から17時の開催予定です。次回の検討会まであまり日がない都合上、木曜か金曜までに追加の御意見を頂きたいと思えます。詳細については御連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

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