

2021-10-11 第1回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

○森精神・障害保健課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第1回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催いたします。

本日、司会進行をさせていただきます精神・障害保健課の森と申します。

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。

本日の会議は、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なります。

初めに、本日の構成員の先生方の出席状況について御報告いたします。全24名の構成員のうち、会場にお越しいただきました方が7名、オンラインで御出席は17名となっております。

なお、桐原構成員につきましては遅れて御出席いただくこととなっております。

次に、本日の資料の御確認をお願いいたします。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、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、座席図、議事次第。

資料1「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会開催要綱」。

資料2「「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」について」。

以上となります。資料の不足等ございましたら、事務局にお申しつけください。

また、傍聴の方々におかれましては、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きます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。

御発言いただく際には会場及びオンライン、いずれの構成員の先生方におかれましても挙手をお願いいたします。

オンラインで御参加の方におかれましてはカメラを常に映る状態にいただき、発言しないときはミュートにして、発言するときのみミュートを解除するようお願いいたします。

それでは、本日が第1回目の検討会となりますので、障害保健福祉部長、田原より一言御挨拶をさせていただきます。

○田原障害保健福祉部長 障害保健福祉部長の田原でございます。

構成員の皆様におかれましては、日頃より精神保健医療福祉、そして精神障害をお持ちの方の支援の充実に御尽力、御協力をいただいております。心より感謝を申し上げます。

さて、精神保健医療福祉の施策に関しましては、平成16年の改革ビジョンにおきまして、入院医療中心から地域生活中心へという基本的方策の実現を掲げて取り組んでまいりまし

た。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きまして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の理念、これが報告書に盛り込まれたところでございます。この検討会では、当時担当課長をしておりまして、ここにいらっしゃる方々のかなりの方から御支援を直接いただきました。この場を借りて感謝を申し上げます。また、本日構成員として新たに加わった方々もいろいろと御意見を賜りたいと考えております。

そして、平成29年の報告書から4年たちました今年の3月には、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会の報告書におきまして、そのシステムの基本的な考え方、それから保健医療福祉サービス、そして住まい、社会参加、当事者、ピアサポーター、御家族など、このシステムを構成する各要素について整理がなされました。

精神障害等をお持ちの方々が地域で安心して暮らせる社会を実現するには、さらに努力をしていかなければならないと考えております。このため、この地域包括システムのより一層の推進を図ってまいりたいと考えておりますし、さらに入院制度の在り方、患者意思決定支援、患者の意思に基づいた退院後支援の在り方など、これまで課題とされてきた事項につきまして、患者さんの地域生活を支える観点から改めて検討する必要があると考えております。

そのため、今般この地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会を開催させていただくことにいたしました。地域包括ケアシステムの構築に向けた実効的な仕組みの在り方などにつきまして御議論をいただく予定でございます。構成員の皆様方におかれましては、様々な立場から活発な御議論をお願いしたいと考えております。

昨日は世界メンタルヘルスデーということで、メンタルヘルスに対する理解を広げる運動のシンボル、シルバーリボンにちなみまして東京タワーをシルバーライトアップしました。

厚生労働省といたしましては、構成員の皆様のお力添えをいただきながら、精神障害をお持ちの方々が地域で安心して暮らせる体制を実現していきたいと思っております。ぜひよろしくお願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 冒頭の頭撮り撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係のカメラは撮影を終了いただきますようお願いいたします。

(報道関係撮影終了)

○森精神・障害保健課長補佐 では、議事に入るに当たりまして、資料1の本検討会開催要綱3(4)において、座長は構成員の互選により選出し、座長代理は構成員の中から座長が指名することとしておりますので、まずは座長を決めたいと思います。

本検討会ですが、今年3月に取りまとめを行いました「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」で座長をお務めになりました神庭先生にも構成員として御参加いただいております。

神庭構成員、どなたか御推薦をお願いできればと思うのですが、いかがでしょうか。

○神庭構成員 田辺構成員にお願いしてはどうかと思います。

○森精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。

ただいま神庭構成員より、田辺構成員を御推薦いただく御意見がございました。事務局としまして、国立社会保障・人口問題研究所所長で中医協の会長もお務めになりまして、社会保障政策や行政学等、幅広い学識経験と御知見をお持ちの田辺構成員を推薦させていただきたいと思います。皆様、いかがでしょう。

(拍手起こる)

○森精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。では、本検討会の座長を田辺構成員にお願いしたいと思います。

(田辺構成員 座長席へ移動)

○森精神・障害保健課長補佐 では、今後の議事進行につきましては田辺座長にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○田辺座長 本検討会の座長を務めさせていただきます国立社会保障・人口問題研究所の田辺でございます。よろしくお願ひ申し上げます。

では、議事に入るに当たり、本検討会開催要綱3(4)に基づき、私のほうで座長代理を指名させていただきます。座長代理につきましては、神庭構成員にお願いしたいと思いますが、神庭構成員いかがでございましょうか。

○神庭構成員 私ではよろしければ、務めさせていただきます。

○田辺座長 よろしくお願ひいたします。

それでは、早速議事に入りたくと存じます。

まず議題1「今後の進め方」について、資料に基づき事務局から説明をお願いいたします。

では、事務局よろしくお願ひいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 精神・障害保健課課長補佐の平岡と申します。私のほうから、資料1及び資料2に基づき御説明させていただきたいと思います。

お手元に資料1の御準備をお願いできればと思います。こちらは、本検討会の開催要綱となっております。

1ページ目につきましては、追って資料2に沿って御説明申し上げたいと思いますので、御説明は割愛させていただきます。

続きまして2ページ目、本検討会の構成員名簿をつけさせていただいております。時間の都合もあり、構成員の方々からの御挨拶は省略させていただきますので、こちらの名簿を御参照いただければと存じます。

続きまして、資料2をお手元に御用意いただければと思います。資料2の2ページ目になりますが、本検討会の今後の進め方についてまずは御説明させていただきたいと思ひます。

資料の3ページ目を御覧いただければと思います。上の囲みのところになりますけれど

も、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にという観点から、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につきましては、本年3月、検討会の報告書を取りまとめておりまして、こちらの中で基本的な考え方、あるいは今後の方向性等について整理をされているところでございます。

また、この報告書の中では、これまで精神保健医療福祉の領域で課題とされておりました入院に関する制度の在り方、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援の在り方等の事項について別途検討が行われるべきとされております。

詳細について下に記載しておりますが、(1)の○の2つ目、報告書の中で具体的な諸点として5点ほど列挙されております。

1点目、支援体制につきましては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のではないか。

2点目、多職種・多機関の情報共有について、協議の場が重要であるのではないか。

3点目、精神科医療機関につきましては退院後支援を推進する役割といったこともあるのではないか。

4点目、精神科救急医療体制に関する役割、こうしたことも手当てを行う必要があるのではないか。

5点目、ピアサポーターの役割等々について記載をされているところでございます。

本検討会はこれが第1の検討事項となりますが、地域包括ケアシステムの構築に関する具体的かつ実効的な仕組みや体制の在り方について検討いただきたいと思っております。

続いて一番下の○ですが、検討事項の2つ目となるのですが、現在の医療計画は令和5年度末で期限を迎えることとなります。については、次期医療計画の見直しに向けた検討を本検討会において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のより一層の推進を見据えて進める予定としています。

資料の4ページ目を御覧いただければと思います。本検討会の3点目の検討事項となりますが、入院に関わる制度の在り方等について記載されております。

まず1つ目の○は患者の意思決定支援、2つ目の○につきましては医療保護入院の在り方に関しまして29年法案に盛り込まれた事項に関して、廃案となったことに伴い今後の在り方をどう考えるのか。

3点目、患者の意思決定に基づいた退院後支援に関してどう考えるのかといったことに加えまして、隔離・身体的拘束の最小化に係る取組、そのほか虐待に関する取組について本検討会で検討したいと考えております。

4ページ目の下は、以上の点について箇条書きで列挙しております。

5ページ目、【想定される具体的な検討事項】という形になりますが、1つ目は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」ということで、本年3月の検討会報告書の中で取りまとめられていた各事項について、1点目は市町村における役割、2点目は協議の場を通じた多職種・多機関の連携の在り方、3点目は精神医療の提供体制に関し、平

時の対応、それから救急医療体制の整備、こういった点に関してどのように考えるか。4点目、市町村における精神保健に関する相談指導の充実に向けた人材の確保についてどう考えるか。こうした点が主な論点として想定されるのではないかと考えております。

2点目、「令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制」の在り方については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をより一層推進する観点からどのように考えるのか。

さらに3点目、「入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組」について、記載されております事項について「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し、患者の地域生活を効果的に支援していく観点から、これまで検討が求められてきた課題についてどのように考えるのかといった点が想定されるのではないかと資料に記載しております。

続いて6ページ目、今後のスケジュールについて現時点のイメージを御説明させていただきます。本検討会は本日第1回となりますが、おおむね今後、月1回程度のペースで年内にまず「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築について、年明け1月から2月めどになると思いますけれども、検討事項の2つ目、「第8次医療計画に関する検討会」、こちらは医政局のほうで主催をしているものですが、こちらの検討会への報告を想定し、医療計画の在り方について御議論いただいた後、おおむね3月以降の期間で入院制度の在り方等について御議論いただき、来年夏めどの取りまとめといったものを現時点ではスケジュールとしてイメージをしております。

資料の7ページ以降、今の御説明の補足をさせていただきたいと思っております。

まずは1点目、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について、現在の状況について御紹介させていただきたいと思っております。

資料の8ページ目は、平成29年2月のこれからの精神医療保健福祉の在り方に関する検討会報告書の中で提示されました精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念についてお示しをしております。

続きまして資料の9ページは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のさらなる促進に向けまして、昨年2月から開催されました検討会についての御紹介になります。本日お集まりの構成員の皆様方にも多く御参加いただいた検討会となっております。

続きまして資料の10ページ目になりますが、具体的な検討会報告書の内容となっております。一番上の囲みのところですが、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては」という形で、精神障害者や精神保健上の課題を抱えた方々等の日常生活圏域を基本に、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のではないかと。また、市町村は精神保健センター及び保健所との重層的な連携を確保し、支援体制を構築していくべきではないかといったことが記載されております。

具体的な連携先の基本的な要素といたしまして、資料の下側、地域精神保健及び障害福祉、さらに精神医療、住まい、社会参加、当事者・ピアサポーター、家族、そういった方々との連携を想定するとともに、人材育成についての課題が示されたところでございます。

資料の11ページ目は、10ページ目の資料を絵で御説明申し上げたものになります。オレンジと青の部分が市町村と保健所、精神保健センターとの連携、または緑色の部分で精神保健、福祉・医療、それから住まい、社会参加、ピアサポーター等の連携についてお示しをしたものとなっております。

引き続き、12ページ目から15ページ目は報告書の概要を文章の形でお示しをしているところでございます。具体の御説明は割愛させていただきますが、一番上の枠囲みの中には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」のさらなる推進を図るため、必要な諸制度の見直し、令和6年度からの次期医療計画の反映、必要な財政的方策等を含め、関係省庁等との連携を図りつつ、具体的な取組について検討を行い、その実現を図るべきとされたところでございます。

資料の15ページ目からは、平成29年度以降、政府の予算事業で取り組んでいる資料となっております。

まず15ページ目、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築といった観点から、推進事業、支援事業を実施しております。

16ページ目が構築推進事業の資料となりますが、上の枠囲みの中、こちらの事業は地域の保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化、その上で地域包括ケアシステムの構築に関する取組を推進するといった事業となっております。

この資料の16ページ目の一番下に自治体での実施状況といったものをお示しするとともに、17ページ目にそれぞれの実施自治体でどのような事業が取り組まれているのかといった点について御紹介させていただいております。

資料の18ページ目を御覧いただければと思いますが、こちらは構築支援事業の御紹介となっております。一番上の枠囲みの中ですが、こちらの事業は関係者間でのノウハウの共有等を図ることを目的に、国において実践経験のあるアドバイザーを設置いたしまして、自治体と連携をしながら精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモデルを示すといったことを目的としている事業でございます。

19ページ目は、現在、調査研究事業で作成を進めている自治体向けの構築ガイドラインの御紹介となっております。右側の研究内容のところですが、具体的な中身といたしまして自治体における好事例の分析、あるいは人材育成に向けた研修案の作成といったものを主に想定しております。

20ページ目を御覧いただければと思いますが、こちらは、本年度から開始をされた予算事業となっておりますが、心のサポーター養成事業で、上の枠囲みの中に書かれておりますとおり、メンタルヘルス・ファーストエイドという考え方に基きまして、地域の中でメンタルヘルスの問題を抱える人に対して住民による支援、その上で専門家への相談につなげるといった取組を想定しております。具体的には右の赤囲みのところですが、心のサポーターといったものを2時間の研修を基本に養成いたしまして、今後10年間で100

万人の養成を目指すとしています。

続きまして、21ページ目以降は精神科救急医療体制整備の御紹介となっております。

21ページ目、上の枠囲みの中ですけれども、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた精神科救急医療体制といったことで、地域生活を支える重要な基盤の一つとして入院医療の提供のほか、必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭に置きながら体制整備に取り組むことが重要とされております。

こうした観点から資料の22ページになりますけれども、こちらのイメージ図は23ページにありますワーキンググループの議論を経て整理をさせていただいたものとなっております。22ページの資料の下側、地域での入院外の医療、あるいは受診前相談に加えまして、かかりつけ、精神科医による診療、訪問、看護等を充実させるとともに、上側は入院医療になりますけれども、こういった入院外、入院医療を地域の実情に合わせて整備することが求められております。

資料の24ページ目を御覧いただければと思うのですが、こちらは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、令和3年度の障害福祉サービスの報酬の中で措置された内容となっております。例えば左上のところになりますけれども、地域の自立生活援助事業者が緊急時に利用者からの養成に基づき深夜の訪問、あるいは電話相談を行った場合の加算について評価をするとともに、右下のところになりますけれども、相談支援事業所あるいは地域援助事業者等におけるピアサポートの専門性についての評価等を加算しているところでございます。

続いて資料25ページ目以降、医療計画に関する御説明に入らせていただきたいと思っております。

まず26ページですが、こちらは「医療計画について」の御説明をしております。一番上の枠ですが、医療計画は都道府県が国の定める基本方針に即し、6年間を期間として定めるものとなっております。現行の第7次医療計画は2018年度から2023年度ということになっておりまして、2024年度ですので令和6年度から第8次の医療計画の策定期間に入るといったこととなります。

具体的な記載事項ですが、資料の左側、基準病床数に関する事項、また右側、赤囲みをしておりますけれども、精神疾患は5疾病の中の1つといたしまして、PDCAサイクルの推進という形で、医療資源、医療連携等に関する現状把握、それから課題の抽出、課題を踏まえた数値目標の設定、その目標に向けた具体的な施策等の策定を行うことになっております。

資料の27ページ目、現在の第7次医療計画を御紹介しております。

資料の28ページ目に第8次の医療計画の策定に向けた今後のスケジュール、こちらは医政局の第8次医療計画等に関する検討会の資料において現時点で想定されているイメージを御紹介しております。

令和6年度第8次医療計画の開始に向けまして、令和5年度に都道府県で第8次医療計

画の策定、それに先立つ形で国において令和5年の1～3月、資料にお示しのとおり基本方針の改正等を行うといったスケジュールになっておりまして、この改正に向けて来年、令和4年の1～3月に本検討会で精神疾患に関する分野の医療計画について議論をいただきたいという現時点でのスケジュールをお示ししております。

資料の29ページ目からは、「入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組」について御紹介させていただいております。

30ページ目、「精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究」事業の御紹介です。上の絵の中に示されておりますけれども、個別相談員が病棟に訪問、面会をするといった形で、精神科病院に入院している患者の権利擁護を行うという提案が示されております。相談に当たっては、その下に文章で示されておりますけれども、本人の立場、希望に基づくとといった形で、「相談後の対応」といたしまして病棟スタッフ等に患者の考えや希望を伝える手伝いをする、あるいは退院請求や処遇改善請求制度の情報提供をするといった形での御提案がなされています。

「相談の際の留意点」のところになりますけれども、あくまでも「本人の味方」として対応するといった形になっていきますので、本人の了解なく相談内容や個人情報や病棟スタッフに話さない、また、一番下のところ、個別の相談員は病院スタッフの下請をするわけではないという点に留意が必要といったことが示されております。

31ページ目は、令和2年度のオンライン面会での実行可能性についての調査研究になります。左側のところですが、精神科病院の協力をいただきながらチラシを院内に置いていただくとか、タブレットの保管を実施してもらうとか、あるいは面会場所の確保といったものを依頼する形になっておりますが、その下のところ、本人が希望した場合でなければ面会に立ち会えないとされております。

続きまして、資料の32ページ以降は平成29年度の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」での報告書の概要をお示ししております。考えられる論点といたしまして赤枠で囲んでおりますが、医療保護入院制度の在り方であったり、あるいはこの後、御説明申し上げますが、33ページ目の3の(3)として記載されております退院後の医療等の継続支援、退院後支援計画の作成といったことがこの検討会で提案されております。

続いて資料の34ページ目、その検討会を踏まえて29年に提出をされました精神保健福祉法の一部改正法案の概要をお示ししております。こちらは、結果といたしましては廃案といった形になっておりますが、今、御説明申し上げた検討会の報告書を踏まえる形で5.のところ「医療保護入院の入院手続等の見直し」、それから2.のところ退院後支援計画の作成といったことが盛り込まれたものとなっております。

35ページ目からは、退院後支援の在り方について、法案は廃案となりましたが、各自治体にガイドラインとしてお示ししました内容の概要です。一番上のところ、退院後支援の具体的な手順について自治体にお示しをしたものとなっております、II番目は「退院後支援に関する計画の作成」といったところですが、まず対象者といたしましては、



退院後支援を行うことについて同意が得られた方としたうえで、その下、支援内容を協議する会議におきましては本人、家族、その他の支援者の方の参画を十分に働きかけるとされております。

その会議の開催につきまして4. のところですが、参加者につきましては本人、家族、その他の支援者の参加が原則という点、または本人が弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合はこれらの方の参加を認めるといった点、あるいは36ページ目のところですが、そのほかの支援関係者の方をしっかりと構成員として入れるという点、※のところにかかれておりますが、防犯の観点から警察の参加といったものは認められないといった点がガイドラインに記載されております。

続きまして、37ページ、38ページ目が隔離・身体拘束の最小化に関しまして具体的な件数を棒グラフでお示ししております。増加の傾向にあることがうかがえるかと思えます。

最後は資料の39ページ目、こちらは虐待が疑われる事案についての把握結果になっております。過去5年間、具体的には平成27年度から令和元年度になりますが、資料の左側、把握された件数は72件となっており、その下側におきまして医療機関の改善措置内容、あるいはの対応についてまとめるとともに、こういった点に関しまして各自治体に共有されるように厚生労働省として対応しています。

資料の御説明は、以上となります。どうぞよろしく願いいたします。

○田辺座長 御説明どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの事務局からの説明につきまして構成員の皆様方から御意見をいただきたいと存じます。今回は第1回の検討会になりますので、事務局からの資料に基づき、構成員の皆様方のお考えをお伺いできればと存じます。御発言を希望される構成員の方におかれましては、挙手をお願いいたします。それでは、よろしく願いいたします。

では、まず岩上構成員よろしく願いいたします。

○岩上構成員 全国地域で暮らそうネットワークの岩上でございます。

御説明ありがとうございました。この検討会でぜひ今、御提示いただいていることが皆さんと議論をして、いいものがまとまっていくといいなと思っています。

まず、この検討会に寄らないところのことで1つお願いをしておきたい。今日は部長と津曲障害福祉課長もおいでなので申し上げておきたいと思うのですが、ページで言いますと10ページにございます「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の報告書のまとめの「地域精神保健及び障害福祉」の中で、「長期在院者の支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける」ということで、これはどういうことかと私が申し上げるのもあれなんです、構成員でありましたので、またこういう意見を言ってきたことで申し上げたいと思うのですけれども、社会的な支援が必要で、なおかつ長期入院の方の問題を精神科医療の問題ではなくて地域の体制整備の問題にしていく。

医療機関の責任論と、医療機関側も責められ感みたいなことを長く続けているのは脱却

して、地域の脆弱性に問題がある。これは、今日お見えの田村構成員がまとめた厚生労働科学研究でもそういったことが統計上見られておりましたので、それは今、議論されている総合支援法の3年後の見直しの中できちんと地域生活への移行について社会的脆弱性に視点を当てて議論をしていただきたいということを1つ前もってお願いをしておきたいと思っております。

それから、医療計画の議論もこの場でできるということは非常に重要なことではないかと思っております。

もう一つ、意思決定支援の議論はかなり長年重要視されていながら推進できてこなかったということがございまして、いろいろ議論の幅を広げて権利擁護全体をすることは必要だとは思いますが、まずは前回の法律改正の積み残しという申し訳ないのですが、できなかったところの部分で、医療保護入院者で市町村長同意の必要性を考えるとといった点と権利擁護の部分は、今回の議論ではきちんと取りまとめて法改正に持って行っていただきたいと思っております。

その部分と、身体拘束と虐待の問題は両方とも非常に重要だとは思いますが、あまり全てを混ぜこぜにして何かを考えようとすると議論がまとまらなくなるのではないかと、これを長年の経験から思っておりまして、私としては意思決定支援と医療保護入院の問題はきちんと議論するというのと、ほかの身体拘束と虐待の問題は、それはそれとして病院の人員配置の問題等とも合わさった問題だと思いますので、少し分けて議論を設定していただきたいと思っております。

以上でございます。長くなってすみませんでした。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

では、桐原構成員よろしくお願いたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。全国「精神病」者集団は、1974年に結成した精神障害者個人及び団体が構成される全国組織です。私自身も精神障害の当事者です。よろしくお願いたします。

検討事項の論点の追加について御提案をさせていただきます。

第1に、障害者の権利に関する条約の第1回政府審査に関わる対応について何らかの形で論点に入れていただきたいです。同条約第36条及び第39条に基づき、障害者の権利に関する委員会から提案及び一般的な性格を有する勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で当該提案及び勧告に基づく現状の問題点の把握を行い、関連法制度の見直しをはじめとする必要な措置を講じることになるかと思っております。現在、国連人権高等弁務官事務所のサイト上には、来年の春頃に審査が行われるという予定が示されておりますので、何とぞよろしくお願いたします。

第2に、措置入院の運用についてです。地方公共団体における退院後支援と措置入院の運用は、相模原市の障害者施設で発生した連続殺傷事件の再発防止策の検討を契機として、

措置入院後のフォローアップという形で整備した施策です。現在、地方公共団体における退院後支援と措置入院の運用はガイドラインにより運用されているところではありますが、とりわけグレーゾーンについては批判的な意見も多かったところなので、この検討会が法改正も念頭に置いているものであれば、退院後支援だけではなくグレーゾーン対応をはじめとする措置入院の運用についてもガイドラインの見直しとかを含む慎重な検討は避けて通れないのではないかと思います。

以上、よろしくお願いします。

○田辺座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでございましょうか。

では、太田構成員よろしくお願いします。

○太田構成員 太田匡彦と申します。前回、平成29年までの検討会に参画して以来となります。よろしくお願いします。

行政法と、行政法の観点から社会保障法と呼ばれる分野を特に研究しておりますが、その観点から申し上げますと、前回積み残しになってしまった医療保護入院の手続は、法律家から見るとやはりいかにも乱暴であるという感じがいたします。ですので、その部分はやはり法案となったものをベースにした方針を実現していただければ幸いです。

それから、入院させたからには退院させさないといけないはずであって、退院後支援というのもやはり十分な時間を取って議論していただきたいと思いますし、法律家として人身の自由というのは最上の価値ですので、拘束、はては虐待というのは本当に等閑視できないといいますか、後回しというのはおかしな話ではないかと正直思っております。

その上で、地域移行というのは避け難いというか、当然自然な流れの論点になるわけであり、地域包括ケアシステムと整合させる、あるいはそこに統合していくということも踏まえてという方針は十分理解できます。

そう考えますと、市町村を基盤としてという方向も非常に自然なものなのですが、そこから先の実現に当たっては、行政法学者としては非常に大変な論点が出てくるだろうと考えています。

まず市町村の体制整備というのは現実の問題としても重要であろうし、その際に体制整備を実現するために、市町村の行政組織に対して必置規制のようなものをかけていくとなりますと、これは地方自治法の自治の問題に抵触を来すということになります。要するに市町村の自己決定の問題、自律の問題との抵触で緊張関係が走るということになります。

それからもう一つは、そういうことで厚生労働省はしばしば補助条件、あるいはガイドラインという形で、一定の体制を持ったところにしか委託をするなというようなことで対応したりしてきたのですが、これは詰まるところ、ひもづけ補助金と大して変わらない手法でございまして、ここら辺はやはりきちんと市町村の納得を得ながらやっていくということがどうしても必要になるだろうと思います。

他方において、ガイドラインで適当にやっているということになりますと、これはやは

り法律では全く分からない。私の専門分野から見ると、厚生労働省の法律というのは法律を読んでもよく分からない。ほかの省庁に比べてもよく分からないという代表格で、はっきり言うと裁判所で非常にトラブルになりやすい法律の代表格なんですけれども、そういったことをガイドラインで済ますというのではない、やはりきちんとしたそれなりの対応が必要であろうと思います。

したがって、ここは実現するとなると物すごく厄介な論点の多いところであって、私としては、だからやめておくということではなくて、そのような部分についてゆっくりと議論をして何かいい方向が得られればと考えております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

では、岡田構成員よろしく願いいたします。

○岡田構成員 私はこのいわゆる「にも包括」の検討に関しては初めて参加をさせていただきますので、皆様とはこれまでの経過とかについては少し実質上のギャップがあるかなと考えて聞いておりました。少し家族の立場からお話をさせていただきたいと思っています。

現在、この「にも包括」の構築が進められているとはいいいながら、なかなか具体的には見えてきていないというのが地域で生活している私たちからの見方になっております。まずは具体的な姿がなかなか見えてこないというのがあって、どこに拠点を位置づけて動いていくのかとか、キーパーソンは誰になるのかとか、そういうところが分からない中で、ぜひ市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つ仕組みというものがきちんと構築されることを期待しているというのが私たちの考え方になります。

現状を申し上げますと、以前から家族会の中で語られることといたしましては、精神疾患に関する相談窓口は保健所だということが分からなかった、知らなかったという家族がたくさんおります。保健所の電話とか面談の相談につながっても、話は聞いてもらえたけれども何もしてもらえなかったという実感を抱えている家族がたくさんいます。そこで粘って頑張って訪問はしてくれたけれども、本人と会えないので何もできないと言われて、何回かは訪問してもらっても、いつの間にかそれも来なくなって相変わらずの状態が続いて、結局は病気や困り事を抱えた御本人が近隣に何らかの迷惑行為をすることによって警察が動いたら保健所も動いてくれた。こういう話が、本当に多くの家族から聞かれているんですね。

その一方で、保健所の職員の方からは、私たちはちゃんと仕事をしているんです。家族会の方々よりももっと大変な状況を抱えた方が地域にはたくさんいるんですという話もお聞きをしております。

つまり、家族の体験からも、保健所の職員の立場からも、現在の体制では地域のメンタルヘルスの課題に対応し切れていないというところで、だからこそ「にも包括」なんだと

思うんですけれども、やはり根本的なところから体制を見直していかないと、なかなか現実に沿った体制にはならないんだなと実感しているということをお伝えしたかったんです。

そのためには、やはり早い段階で相談や支援につながる仕組みとしての身近で分かりやすい相談窓口であったり、専門的な知識や経験を持つ人がきちんと対応してもらえる。それから、支援の必要がなくなるまでは責任を持って支援を継続できる体制、その責任を持ってというところが私たち家族からすると見当たらないんです。結局、最終的には家族に丸投げされている感覚を私たちはどうしても拭い切れないので、そのところをこの検討会の中でも、ではどうすればいいのかというのを皆さんと御一緒に考えていきたいと思っております。

そういう中で、私は家族支援ということがすごく大事だと思っております、御本人の地域生活継続のためにも家族支援の視点というのはすごく重要だと思うんです。それで、いろいろな場面で家族支援というのが重要視されるんですけれども、まずは精神疾患や精神障害に関する正しい知識を得る機会というのは全くない現状にあります。

いろいろな場面でそういう情報提供は必要なんですけれども、今すぐ取り組んでいただきたいのは、精神科医療を利用している家族への心理教育などを活用した家族支援です。本人がどんな病気で、どんな体験をしていて、どんな治療法があって、どんな回復経過でというようなことをきちんと知ることによって不安が軽減されたり、これを座学で知るだけでは駄目で、家族がそれまでどんな体験をしてきたかというのを語る時間というのはすごく大事なんです。

退院後支援に関しては、退院される御本人も不安だということをよく言われますけれども、家族も不安なんです。退院を勧めるときに、家族が受け入れられないから退院できないというような声をたくさん聞くんですけれども、やはり家族は不安なんです。あんなことがあったのに退院させて大丈夫なのかという状況のまま退院の日を迎えてしまうと、やはり家族は不安の中で受け入れますので、退院後も自宅で御本人を抱え込むことをよしとしてしまう。こういうことが地域で繰り返されていると思っております。

この現状は、精神疾患や精神障害の偏見を助長することにもつながっていると思います。ぜひ家族支援の重要性ということはこの「にも包括」の中でももっともっと強調していただいて、そういうことがきちんとなされる体制づくり、そのためには私たち家族会の力も大いに活用していただいて、そういう体制が構築できればいいなと思っております。

最後に医療保護入院についてなんですけれども、根本的な疑問で、なぜ家族等の同意が必要なのかというのが家族会の中でいつも話題になっております。入院の必要のありなしはやはり医療的な観点から決められるべきで、そこに家族等の同意がなぜ必要なのかという明確な理由を理解できている家族はほとんどおりません。医療保護入院制度自体は日本独自の制度というふうに聞いておりますので、諸外国ではこのような制度がない中で、どのようにして必要な人に医療提供がなされているのかということをきちんと調査研究する必要があるのではないかと。そして、できれば医療保護入院制度がない中で、きちんと医療

につながって支援体制の中に組み込まれて、地域生活がきちんと継続できるような、そういう仕組みを目指したいというふうに私どもは考えております。

以上になります。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、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。日本精神科病院協会の櫻木です。よろしく申し上げます。

本検討会の進め方ということで、先ほど御説明をいただきました。大きく言うと、3つの柱があるのだらうと私は理解しました。1つは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する事項、それから医療計画との連携の話、それから入院中の患者さんの権利擁護、場合によったら非同意的な入院の在り方というようなことであつたろうと思います。

なかなか皆さん初回なので口が重いようなのですけれども……。私は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の検討会にも出ておりました。そこで感じたのは、非常に熱のこもった議論をしていただいて、かなり報告書の中でも踏み込んだ内容というのが記載されたのではないかということです。

最後の報告書をまとめる段階の議論では、せっかくその報告書をつくってもいわゆる絵に描いた餅であるとか、あるいは仏をつくって魂入れずというふうにならないようにという懸念が各構成員から出されて、この12ページの報告書概要の上の囲みのところですね。諸制度の見直しであるとか障害福祉サービス、あるいは医療計画との反映、それからここはかなり踏み込んでいると思うんですけれども、必要な財政的方策、これを含め、関係省庁及び省内関係部局との連携を図りつつ、具体的な取組について検討して実現を図るべきというふうにその報告書に明記をしました。今日から始まるこの検討会がそのバトンを受けて、ここから走り出すんだというふうに考えています。

岡田構成員のほうから、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというもののなかなか姿が見えてこないというようなお話がありました。実際に、私も地域にいてそのとおりだと思います。そこで私が個人的に考えるのは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、とりあえず先行して着手すべき要素というのが3つあると思います。その第1は、普及啓発です。それから、人材の育成です。それから、精神科救急システムの充実構築ということです。

普及啓発に関しては、先ほども御説明がありましたけれども、メンタルヘルス・ファーストエイトの手法を取り入れてやっていくんだということがはっきり示されています。これは地域でどんどん進められるように後押しを国のほうにはお願いをしたいと思います。

それから、市町村が中心になって、岡田構成員の言い方で言えば、「地域のメンタルヘル스에責任を持つ仕組みということが必要だ」。これには、私も異論はありません。いわゆる改正社会福祉法では、断らない相談支援ということが言われていますけれども、そこ

の部分になかなか精神、保健、医療、福祉は乗り遅れたようなところがありますので、そこは乗り遅れないように、そのためには市町村の人材の育成ということが欠かせないというふうに思いますので、このことも強力に後押しをしていただきたいと思います。

それから、精神科救急に関してです。私だけではなく、日精協も含めてですけれども、地域での精神科救急医療体制の先行きにはかなり心配、不安を持っています。それは働き方改革でありますとか、あるいは診療報酬上の精神科救急入院医療の経過措置の問題とかがあって、地域での救急輪番体制が崩壊するのではないかとという心配です。

今回の救急に関する報告書でもありますように、入院に関わらないかなり早い段階からの相談、これも含めて救急体制で見ていこうということですから、ここがしっかりしていないことには地域包括ケアシステムの構築は難しいと言わざるを得ません。ですから、今お示しをした3つの部分についてはかなり早い段階から力を入れて後押しをしていただかないと、地域ではなかなか支え切れないのではないかと考えています。

それから、2番目の医療計画との連携の話です。私は医療計画の見直しの検討会にも出ていますので、第7次、前回の医療計画の見直しの作業のところはかなり精神のほうは議論する時間がなかったというか、これからの精神保健医療福祉のあり方を考える検討会のほうの報告が遅れたという事情もありますけれども、ほとんど医療計画の見直しの検討会ではそちらの検討会の報告を受けるというだけに終わってしまいました。ほかの4疾病の場合には、その担当する検討会との意見のやり取りというようなことがあって、医療計画が構築をされていくというようなどころを見ておりましたので、精神についても今度は早い段階でそういった議論が見直しの検討会等ができるようにしていただきたいと思います。

それから、3番目の権利擁護のことです。これは一部の報道などでも誤解されている部分があって残念なことなんですけれども、精神保健福祉法にきちんと定義をされて厚生労働大臣の示した基準に従って行われる、いわゆる医療の中で行われる行動制限、つまり隔離であるとか、あるいは身体的拘束と、残念ながら虐待というのが同列に取り上げられてしまうということがあります。

我々もその行動制限、隔離であるとか、あるいは身体的拘束の最小化を進めていくためには努力を惜しまないつもりでありますけれども、そのことと虐待が同列に取り上げられてしまうというのはちょっと残念に思います。確かに一部、非常に恥ずべき虐待の事例があります。そのことは決して許されるものではありません。ですから、そのことについても何らかの対策が必要だというふうには考えられますけれども、これは最終的には刑法上の問題にもなると思います。ですから、その部分というのはしっかり区別をして、しっかりした議論をしていきたい、お願いをしたいというふうに思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き北村構成員よろしくお願いたします。

○北村構成員 全国自治体病院協議会の北村といたします。

前回の検討会までは岡山の中島豊爾先生が出られていたと思うんですけども、その替わりということになるかと思えます。

今までいろいろお話がありました入院患者の権利擁護とか、医療保護入院の問題とか、それから精神科救急の問題とか、現場の立場として言いたいことはいっぱいあるんですけども、そうしていますとすぐ6時になりそうなので、自分の言えることだけちょっと簡単に言います。

何やかんや言いながら私も精神科医を30年もやっていますと、地域での生活支援とか、医療へのアクセスとか、昔に比べるととてもよくなっていると思うんです。問題は、「にも包括」ということを考えたときに、要するに医療にアクセスしている人はいいんですけども、医療にアクセスできない人たちをどうするかというのが特に今ひきこもりの問題とか8050とかの話で浮かび上がってきたときに、我々医療者側はその人たちを何とかしてあげたいと思っても、行ったら何か不法侵入とか、連れてきたら誘拐とかの話にもなるので、結局、病院では何もできないということになれば、当然市町村なり保健所なりが初めにそういうのを整理することが絶対必要になってくるわけです。だから、当然お金もいっぱいつける必要がありますし、人材育成に関して保健師の資格を持っているからいきなりそういうことができるかといったらそういうこともありませんし、どんどん子供の虐待家庭とか、愛着障害でいろいろ問題が起こってくる思春期の人とか、ひきこもりの中高年とか、むしろ精神病院とか精神科のクリニックにアクセスしていない人たちに対してきちんと何がしかの政策を出していくということがこの検討会の重要な話なのではないかと思うんです。

でも、精神障害者にも対応したと書いてあるので、この人たちは精神障害と言われていないからそうじゃないのかなとか思ったりするんですけども、そういう問題の一つは絶対あると思います。

それからもう一つは、こういう検討会をするときの精神障害という人たちですが、皆さんは幾つぐらいのどのような人たちを対象に思っているのか。昔、結局出ていたのは長期入院患者を地域で支えるためにはという話で、それはもちろんいいんですけども、長期入院患者で地域に出した人は我々の病院は出せるだけ出しています。そうしますと、うちの近くにあるグループホームなどで最長の方が80歳になっています。そうすると、その80歳の方は今度は一人でグループホームとかで生活できなくなったらどこに行くんだといったときに、うちの病院で昔ちょっと看護師が研究したことがあるんですけども、やはり特別養護老人ホームなどでは通常の認知症の方よりも精神障害の方が扱いにくい。そういうことは全国調査であるかないか知りませんが、やはり扱いにくいのでちょっと敬遠される嫌いがあるんです。それで、今はまだいいんですけども、もっともっと高齢化が進んで普通の人でも老人ホームに入れなくなったときに、そういう地域にいる精神障害者の高齢になった方は、結局、病院に戻ってくるしかないんじゃないか。それがいいのか悪いのか分かりませんが、そういうことは日頃から思っておりますので、この会議でいろ



いろな年代をイメージしないといけないけれども、高齢になった地域の精神障害者ということもちょっと視点として要るのではないか。要するに、介護と合併症ですよね。合併症に関しても、結局かかりつけ精神科医とか、そういう言葉も出てきていますけれども、通常の内科のかかりつけ医の先生とどのように連携していくか。

うちの病院などだったら、みんな精神科病院に来て合併症の治療とかもしているんですけども、それがどこまでできるかとか、普通の病院とかかかりつけ医の人とどうネットワークをつくるかとか、そういうこともしてあげないと、あんたは体が悪いから好きなどころの病院に行って診てもらいなさいといってもなかなか診てもらえない人が多いわけなので、そういうような高齢になった地域でいる方々の合併症の問題も少し考えていく必要があるのではないかと思います。

そのほか、いっぱい言いたいことはあるんですけども、取りあえず今回はここまでしておきます。

○田辺座長 ありがとうございます。

続いて、藤井構成員よろしくお願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。国立精神神経医療研究センターの藤井と申します。

論点のおまとめ等、ありがとうございます。その中で、市町村が精神保健にしっかりと関与していくというところで、様々なほかの政策との連動を意識すべきというようなこと、その際に財政的なことであるとか省内外の連携について進めていくということを前回の検討会の報告書にも明記していただいていますので、これからこのことについて具体的に話を進めていくかと思うのですが、次回以降、現時点での財政的なところの手当がどの程度までできそうな状況であるのかとか、省内外での連携の具体的な進捗状況等も教えていただけるとありがたいと思います。

市町村が中心となって進めていくと明記はされているのですが、今は「にも包括」の構築支援事業に関しては市町村が直接に受けることはできないような仕組みになっていますので、これについても、より市町村が「にも包括」を進めていきやすいような事業の在り方というのを併せて検討していく必要があるのかなと考えております。

もう一つは、「にも包括」を一層推進するに当たっての保健医療福祉の在り方の特に医療に関してなのですが、医療計画との連動等も考えるときに、前回の報告書で出ていましたかかりつけ精神科医というのは一体どういう機能なのかということについて整理が必要なのではないかと思います。この概略は報告書のほうにお示しいただいていますけれども、そこからイメージするかかりつけ精神科医像というのは人によってかなり異なるのではないかと思います。

あとは、これまでの議論の中で精神科の診療所であるとか総合病院精神科というところが十分に議論されていなかったと思いますけれども、「にも包括」を考えるに当たっては診療所や総合病院精神科も非常に重要な役割を担っていただくことにはなるかと思うので、それらについても検討していく必要があるとも考えております。

ひきこもり等の話も先ほど出ましたけれども、在宅医療というものが精神科医療の中でも非常に重要だと思うのですが、今はなかなか在宅医療が十分進んでいない現状がありますので、そこは自治体との連携をしやすいような在宅医療の在り方でありますとか、高齢化した精神障害者を支える上での在宅医療の在り方とか、身体科の在宅医療も含めた全体の中で精神科の在宅医療はどうあるべきかということ、これも医療計画等を考えるに当たっては視野に入れていく必要があるかと考えます。

権利擁護に関しては非常に重要な観点なので、ぜひ議論を深めていくべきだと思いますが、その際にやはり精神科病院に第三者の目が入るような仕組みをしっかりとつくっていく必要があると思います。これは、精神科病院を監視するとか、そういうネガティブな意味ではなくて、精神科病院の側も第三者の目が入ることによって、よりよい精神科医療を提供できるというようなポジティブな側面が感じられるような仕組みにしていく必要があるかと思っています。

決して権利擁護の仕組みというのが精神科病院と敵対するわけではなくて、これは適正な医療、よりよい医療を提供する上で非常に重要なというか、必要な仕組みだと思います。一部の地域にはNPO団体等が精神科病院に訪問する仕組みがありますけれども、その精神科病院の先生方にお話を伺うと、かなりポジティブに捉えられているところも感じられるように思いますので、今後病院にとってもメリットがあるような形で権利擁護の仕組みというのは考えていく必要があるのかなと思います。

あともう一点、退院後支援に関してですが、桐原構成員からもお話がありましたけれども、前回の相模原事件が契機で整備されたという側面が、やはり当事者の方や支援者側にも引っ掛かりがあることは否めないかと思っています。今、ガイドラインを基に退院後支援が徐々に進んでいますけれども、その運用の中でメリット、デメリット等も見えてきているところがありますので、それらを踏まえて当事者の方が不安に感じないような、当事者の方にとっていい支援が提供できるような仕組みをさらに検討していく必要があると思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、永松構成員よろしく願いいたします。

○永松構成員 全国市長会の永松と申します。大分県杵築市長です。

1点だけ、市町村の職員がメンタルヘルスに責任を持つというのは、本当にそのとおりでと思います。というのも、地域包括ケアを進めていくときには、どうしても問題が複合化しており、障害であるとか、貧困であるとか、その専門職だけでは支援が難しく、うまくいきません。家族全体を丸ごとサポートするということが当然必要になります。そうすると、例えば「ひきこもり」であるとか、先ほどお話がありましたように「8050問題」、DV、虐待、依存症など、地域包括ケアシステムを進めれば進めるほど、市町村職員にとって精神の分野、これは精神科の先生であるとか、医療ソーシャルワーカーであるとか、こ

れは専門性が非常に高いものですから、なかなか手が出せないというか、分からないというのが本音だと思います。

ただ、そこが分からないと、本当の意味の家族を丸ごとサポートする地域包括ケアシステムを進める、従来の対策型から支援して伴走型にする、あるいは、市町村職員がアンテナを高くして、予防段階から家庭に入っていくことで医療費とか、介護であるとか、いろいろなところの負担が少なくなり、何よりもご本人たちに真に必要なサポートが行き届きます。人材も乏しく、確保も難しい市町村に対して精神科の先生や精神保健福祉士をを派遣して、サポートしていただけることが最も必要なんだろうと思います。まずは、普及啓発からですが、保健所を持っている市町村と持っていない市町村では、かなりの差があります。

持っていない市町村でもやはり地域包括ケアを進めないわけにはまいりませんので、①「普及啓発」、②「人材育成」、それから③地域で安心して生活するための「救急体制」が本当にこれから先できるのかという不安もございますので、そういったところも今後検討していただきたい。また、引き続き市町村の意見も聞いていただければと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、上ノ山構成員よろしくお願いたします。

○上ノ山構成員 上ノ山です。日本精神神経科診療所協会から出させていただいています。

今回、先ほど来、皆様方がおっしゃっておられるように、「にも包括」における市町村の役割を強調されたことはすばらしいことだと思っています。これまでも自分から支援を求めてこられない人たちに対する関わりは医療契約がないとなかなか先に進まないというようなことがあります。

また、地域包括などで高齢者介護をめぐっていろいろケア会議をしても、多くの方が精神疾患、精神障害に関連する問題を抱えていて、それに対するニーズは非常に高いと思います。そこで、やはり市町村が役割を自覚し、責任を持って対応できる形に持っていただきたいと思います。

それに対して、具体的にはケア会議というのが大事なんですけれども、個別の支援に関する会議ですね。これをやはり制度化していく必要があると思っています。これは介護保険ではそういうふうになっているんですけれども、総合支援法と精神保健福祉法でもケア会議というのは位置づけられていない。

それから、それに伴って、必要に応じてはチームで、多職種で多機関の連携の下に訪問支援をするというコミュニティメンタルヘルsteamについても言及していただいておりますが、このこともぜひ実現していただけたらと思っています。どちらかというと「にも包括」の議論がこれまで理念先行といいますか、いろいろ夢を描いていただいているんですけれども、具体的にそれを法制化するなり制度化していくということが必要になってくると思います。

まだ残っている課題としましては、かかりつけ精神科医というような言葉が出ていたもので、これはやはりしっかり定義していく必要があるというようなこととか、あるいは医療と福祉の関係、これも長年のテーマですけれども、なかなかうまく連携しにくい体制になっていることがあります。

例えば、総合支援法で障害程度区分等を決めても、それを主治医には連絡されないということになっていますし、それからこれまでもケアマネジメントは誰がするのかというようなことがありましたけれども、現在のケアマネジメントはやはり福祉サイドの相談支援事業ということに位置づけられています。かかりつけ精神科医はケアマネジメントせよという話に今回なっていますので、そうすると精神科医、あるいは医療機関がケアマネジメントした場合、どのような裏づけが得られるのかというようなこと、これもすごく大事なことで、医療からのケアマネジメントも当然あり得ると思います。

医療と福祉というのは裏表の関係ですので、一方だけで終わりとはなりません。今はどちらかという医療が少し入りにくいという形になってしまっているのを少し改める必要があるのではないかと思います。

それから、拠点という言葉もよく出てきますけれども、地域生活拠点事業というのはどちらかという福祉サイドの制度になっています。私は、やはり地域での医療拠点も必要ではないかと思います。これが、先ほど言ったコミュニティーメンタルヘルsteamなどとうまく連携しながら医療を巻き込んだ拠点というものができたらいいなと思っています。

このたびの検討会では、外来での医療計画なども話をされるようですので、これはすごく期待しています。というのは、これまで医療計画というのは、どちらかという病床削減とか、ベッドの割り振りだとか、そのようなことが中心で、地域でどういうふうにしていくのかということについての議論はほとんどなかったと思うんです。我々もそれなりにもし何かできたら、それに対して答えていく体制、責任というものが出てくると思います。そういう中で、かかりつけ精神科医についての議論もうまくかみ合っていけばいいなというふうに思っています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、櫻田構成員よろしくお願ひいたします。

○櫻田構成員 ありがとうございます。櫻田でございます。

私のほうは今、医療計画等に多分入ってきたり、入院制度に関することにも入ってくるのだと思うんですけれども、そこにぜひピアサポーターを絡められないとか、そういうことのお話を少しさせていただけたらと思います。

多分これから期限を迎える医療計画の見直しをしていくとは思いますが、そこに例えば入院する前ですとか入院しているとき、それから退院支援とか退院後とかに、実際にその病気の経験をした方の意見とか経験を活用する場が今後必要になってくるかと思っています。

それは多分、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中に、今年度からピアサポーターの方がついたということにも関連してくると思うのですが、ピアサポーター自体の専門性のところに価値を見出していこうということにはなっていない流れだと思うので、そこでぜひ医療機関の精神科病院のほうにピアサポーターの方をぜひ配置していただくというような検討を進めていただければいいかというのがまず意見です。

それに関連してというか、今回ついたピア加算についての関連ではあるんですけども、実際ピア加算をつけたのはいいが、では実際それをどう活用できているかとか、どういうふうになるかというのを、ぜひそのままにはせずにちょっと追っていただくような形で今後検討を進めていただければと思います。

実際、今年度からピア加算は始まりまして、各市町村とか自治体さんのほうで研修が始まっていく形にはなっているんですが、そこで研修に対しての応募人数というのは各自治体さんは増えているというお話は聞かせていただいております。

私が今おります千葉県さんのほうでも、研修を進めていくに当たり例年以上の応募がありまして選考を進めていくような形にはなるので、その研修を受けた方が事業者さんとかで活動されていく中で、では実際にピアの方の活動が本当に生きているのかとか、いるだけになっていないかとか、見直しというか、結果をちょっと追っていくようなことが今後必要になってくると思っております、地位包括ケアシステムを今後推進していくためにもそれは必要なことではないかと思っておりますので意見を述べさせていただきました。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

引き続き、吉川構成員よろしくお願いたします。

○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と申します。

私からは協議の場と、隔離・身体的拘束の検討の仕方について意見を述べさせていただきます。

まずは協議の場につきまして、保健医療福祉関係者などによる協議の場というのが前回の検討会のときからずっと言われていることで、精神科医療機関には退院後支援を推進する役割として継続医療や継続看護が必要ということまでは示されております。

ただ、地域では現在、高齢の対象者、または身体ケアが必要な対象者が増えてきています。この身体ケアというのは生活習慣病の予防とか悪化を防ぐことも含めて、今後は地域で医療の対応が必要な人がますます増えてくるのが考えられますので、この協議の場というところに医療機関であるとか、医療に関わる職員がどのように協働するのか、協働できるのか、地域で医療や医療機関の職員が協働できる体制についてもぜひ検討していただきたいと思っております。

それと、2つ目の隔離・身体的拘束についてです。この議論については、私自身も権利擁護の観点から重要な課題であるとは考えています。

ただし、今後の具体的な解決に向けた検討では、権利擁護や法律の側面だけではなく、

ぜひとも医療ケアの側面から検討をしていただきたいと思います。急性期状態や病状増悪など、隔離・身体的拘束を要する状態にある患者さんのケアや見守りが24時間体制でできるような医療体制、看護体制をぜひ検討する必要があると考えております。これは、診療報酬に関連することだと思っております。令和4年の改正に間に合わなければ、令和6年の改正に向けてぜひとも検討していただきたいと思います。

私からは以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、野原構成員よろしくお願いたします。

○野原構成員 岩手県保健福祉部長の野原と申します。どうぞよろしくお願いたします。私からは、都道府県の立場で幾つか意見を述べさせていただければと思っております。

まず、今回論点を示していただきましたけれども、地域包括ケアシステムの構築の部分です。永松構成員もおっしゃっておられました。保健所を有する中核市から小さな町村部まで、保健医療福祉の精神を担う人材についてはかなり差があるのも事実ですので、人材育成が非常に重要ではないかと考えています。やはり地域性というのもあろうかと思っておりますので、そういった配慮も必要かと思っております。

また、市町村を主体としてこの体制整備を進めていくためにも、市町村と都道府県、保健所の役割分担ですね、こういったものも、法令の中で市町村の役割として少し盛り込んでいただくと体制強化も進むのではないかと考えています。

重層的な連携というのがキーワードとして示されています。今、市町村を中心に住民の特性とか、年代にかかわらず複合的な福祉課題に対応するために重層的支援体制整備事業というものが進められております。これはまだ任意事業となっていることもあって、着手している市町村はこれからというのが現状ですが、精神疾患を抱えた方々というのは介護でありますとか生活困窮者支援、こういったような様々な福祉と連携して取り組まなければならない方が多くおられますので、ぜひこれは障害保健福祉部だけでは進まないかと思っておりますけれども、厚生労働省全体でこの重層的支援体制整備という視点で取組を進めていただければと考えています。

また、医療計画の見直しに向けた検討ということでございます。今は新型コロナウイルス感染症で各医療機関や自治体のほうで様々な取組を進めています。次期医療計画の中で、新興感染症の対応が新たに盛り込まれることになりました。各都道府県では、精神疾患を有する患者さんの新型コロナにおける医療体制が大きな課題になっていまして、それぞれ精神科救急の医療機関などを中心に関係者に御協力いただきながら対応しております。

21ページの資料の中にも、精神科救急の医療体制の中で新型コロナに対応できるという記載をされているところかと思っております。こちらについては主に医政局の検討会で議論されると認識しておりますけれども、現下の対応として大きな課題でもありますので、そうした点についても論点として取り上げていただければと思っております。

私からは以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、野澤構成員よろしく願いいたします。

○野澤構成員 野澤と申します。よろしく願いいたします。

私は長らく報道の現場で仕事をしていたものですが、2年前から大学の教員をやったり、千葉県浦安市にあるNPOで障害者の地域生活の支援をする法人の経営とか、運営をやったりしている立場であります。

去年から発達障害者の支援センターを市から委託を受けてやっているんですけども、コロナ禍が長引いているということもあり、発達障害だけじゃなくてDV、ひきこもり、それから貧困、依存症、8050、鬱、認知症、様々な困難なケースが家族ごとこんがらがっちゃっているような事例が次々に持ち込まれてきているんですね。

これまでも私は精神保健福祉課の検討会に何度かメンバーに入れさせてもらったんですが、従来は長期入院をどうするかとか、地域移行をどうするかとか、そういうことが主なテーマだったと思いますが、今は地域での広い意味での精神科領域の問題というのは喫緊の課題だなというのを身に染みて感じております。

この論点を示されたのは私はいいと思っているんですけども、特にやはり人材確保と育成、ここはもう避けて通れないなと思っています。2019年ぐらいでしたか、厚労省が出した試算で、これから先、いろいろなAIの導入だとか省力化、あるいは健康寿命を延ばすことによって医療福祉の人員不足を何とかしていこうとしていたんですが、それでもやはり100万人ぐらいは足りないんです。ここをどうやっていくのか、なかなか答えが出てこないところなんですけれども、現役世代の人口が減っていく一方で、精神科領域の地域の課題というのは増していく一方なので、特にこの辺りを重点的に考えなければいけないなと思っています。

そのときに、医療福祉の専門職を増やしていくというだけではもう足りないんじゃないかなと最近思っていて、医療福祉専門職、あるいは行政だけではとても手が届かないような気もしていて、ピアサポートももちろんですけども、伴走型支援ができるような人材確保とか、私が今やっている発達障害支援センターでもいろいろな大学の学生を動員してやっているんです。それで、その学生自身も発達障害があったり、過去に依存症だったり、いろいろな問題を抱えている学生なんですけども、意外に専門職が手が届かないところをうまくやっていったりとか、だけでももちろん専門職じゃないとできないことはいっぱいあるわけだから基本だと思いますけれども、多角的に人材確保とかというものを考えていくべきだろうと思ったりしております。

それともう一つは、住まいとか居場所とかをどうするかという問題だと思うんです。地域包括ケアだとそこは避けて通れなくて、今、障害者のグループホームはすごく増えてきて14万人を超えましたか。やはり世界的に見てもグループホームでいいのかというお考えがどんどん出てきているし、日本国内においても厚労省の中でもちょっとグループホームに入らなくてもいい人まで入っているんじゃないか。これからグループホームをどういう

ふうにしていくのかという議論を今、障害福祉課でしていますよね。

それと連動して、やはり住まいというのをこれからどうしていくのか。ただ住むというだけではなくて、社会の中で接点を持ったり、あるいは居場所とか、安心感とか、充足感とか、そういうものをどうやって地域でつくり出していけるんだらうかというのはやはり重要な課題になってくるなと最近思っているんですね。

ただ単に家があって支援があればいいということではないなということもちょっと感じていて、この辺りをどんなふうに考えていけるのかというのも一つの論点として考えていたらと思っています。

以上です。よろしく申し上げます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、鎌田構成員よろしくお願ひいたします。

○鎌田構成員 日本看護協会の鎌田です。

先ほどから、人材確保、育成の話が出ておりますが、まさにそのとおりであり、昨年度の検討会でも強く発言したところですが、市町村の相談指導等の充実について、どちらかと精神に関しては保健所で相談を受けて、市町村と協働しながら受けていますが、市町村だけでは、なかなか難しいと思います。

また、今は自治体で働く保健師の世代交代が進んでおり、経験を積んだ保健師が定年で退職しています。若い保健師が増えていくと、精神に関する知識が十分でないので、今後の検討会で具体的にどのように人材を確保していくのか、人材を育成していくのかという点が話題になるかと思いますが、ぜひそこは協力的に進めていく必要があると思います。

また、人材確保については、先ほど新型コロナウイルス感染症の話も出ておりましたが、総務省で感染症に従事する保健師をこの2年間、全国で900人増員するという予算が計上されました。

同様に、例えば精神保健福祉についても、市町村と都道府県を含め、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを充実させるためには、保健師に限らずほかの専門職についても、どのように人材確保をしていくのかという点を今後詰めていく必要があると思います。

また、医療計画については先ほど櫻木委員から、前回の医療計画の見直し等に関する検討会の中で十分に検討が進まなかったという発言がありました。この検討会が医療計画については来年の2月に検討するとのことですが、この検討会が医療計画のワーキンググループの位置づけになるのか、本検討会を踏まえて更なる検討がなされるのか、この検討会と医療計画の部会との関連についてお聞かせいただきたいと思っています。

先ほど吉川委員も言われたかと思いますが、今、精神疾患を有する方の地域における生活を支えるためには、継続的に切れ目のない看護提供体制の整備が必要だと思っています。退院支援の充実や、外来看護の強化、24時間対応と併せて、働く世代のメンタルヘルスを考えると、がんと同様に、治療と仕事の両立支援の仕組みについても検討が必要かと思いま



すので、具体については医療計画の検討の際に発言すると思いますが、そういう観点でこの医療計画のところは協議、論点として挙げていただければと思います。

私からは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、江澤構成員よろしくお願ひいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。大きく4点申し上げたいと思います。

まず1点目は、今回のテーマは地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現ということでございますので、まず地域で安心して暮らせない課題が各地域においてどうあるのかということの課題を抽出して、いま一度整理して取り組む必要があるのではないかと考えています。

その課題を解決するための仕組みやルールづくりがどうなっているのか、それも十分検討する必要がありますし、それから市町村の協議の場の活性化も含めていかに実効性を担保するのか、「にも包括」にはすばらしい内容が取りまとめられておりますが、これは実現しないと意味がないので、そういったことを各地域で考えていく必要があります。

あわせて、いろいろなこういった精神科領域においてはかなりデータが不足していて、市町村では今後の人口推計値とかは詳しく出ておりますし、一般の主な疾患の今後の推計値も示されていますが、そういったことと同様に、やはりデータに基づいて政策をつくっていかなければならないと思いますので、できる限りこの分野においてもデータを推計して、それに基づいてニーズを把握して取り組んでいく。それに伴って必要なマンパワーというのが想定される。全体的には当然、我が国の人口は減少傾向にあるので、その中で各地域で何ができるのかということを考えていく必要があると考えています。

2点目は、精神保健医療福祉体制の実現に当たって、まず基本的なことですが、地域包括ケアシステムの本質は地域づくりであって、主人公は地域住民、あるいは精神障害者本人になりますし、住み慣れた地域の選択は自己の選択によるとされていますから、精神障害者御本人の意思に基づいた住み慣れた地域であったり、生活というものを念頭に置いていく必要があるわけでありす。

特に規範的統合は地域包括ケアシステムを構築するための前提条件である一方で、全国の市町村の規模は様々でありますし、また担当職員の人事異動もつきものでありますので、市町村が担う役割というのも十分踏まえながら総力戦で取り組んでいくべきだと思っています。市町村においては在宅医療・介護連携推進事業で初めて医療行政に着手したところでございますので、特に医療行政については市町村のみならず、都道府県も含めて関係者総力で取り組んでいく必要があると考えております。

また、地域づくりの観点においては、地域の既存の社会資源をいかに有効活用できるのかということに基づいて、とにかく地域の実情に応じて地域づくりを推進していくということで、全国一律の金太郎あめではないということが大事だと思います。

3点目は、医療面について何人かの先生から御意見がございましたけれども、かかりつ

け精神科医の機能というのはまだ議論が十分に満たされていないと思っています。したがって、かかりつけ精神科医機能というのは実際どういったことが期待されていて、実際にどういう機能が果たせるのか、一般かかりつけ医との連携、あるいはその他のコメディカルのスタッフであったり行政であったり関係者との連携はどういった在り方がいいのか、それによって医療提供体制をどう構築していくのかということを議論していく必要があると思います。

入院医療につきましては、一般の分野では既に診療報酬に導入されている入退院支援という考え方がありますので、すなわち退院時や退院後支援も踏まえながら、一方で入院時、入院前からの支援を付加していくことも方策となるのではないかと考えています。

救急医療については、平時からの救急時の対応の想定が重要であって、ケアマネジャーさんがつくるケアプランも予後予測を踏まえたプランというものが期待されているところでございますので、事前からの予測というのが重要ではないかと思っています。

また、あわせて地域包括ケアを支えるものとして診療報酬では地域包括ケア病床、あるいは病棟というものが既に創設されて病床が順調に増えてきており、ポストアキュート、サブアキュート、在宅支援の3つの機能を担うわけですが、こういったものは精神科領域でも十分参考となるものではないかと思っています。

もう一点は、介護分野においてはリハビリテーションマネジメントというものが非常に効果を発揮してきています。特に在宅のリハにおいては本人、家族あるいはケアマネジャー、関係者が一堂に会して医師の説明と同意に基づくいわゆる地域にフィッティングしたカンファレンスということの位置づけとしてリハビリテーションマネジメントが行われておりまして、これは非常にいい結果を出しておりますので、そういったことも参考にしながら進めていくことも重要ではないかと思っています。

最後に権利擁護ですけれども、拘束と虐待というのは全く次元が違うものでございますので、それぞれ別々に考えて対応していく必要があるかと思っています。介護分野では、国の定めたいわゆる3要件の全てに合致したときに、利用者の担当職員やチームでもなくて施設全体で拘束をどうするかを考えるということになっております。したがって、医療機関においてもこういったことは十分応用可能であって、そうしますと経営者とか病院長のいろいろな差配も非常に重要でありますし、常日頃から医療機関は職員の就職・退職の回転が早い部分がございますので、そういった組織風土をつくっていくということが重要でありますし、併せまして医療機関による自助努力というのも重要ではないかと思っています。

自主的にこういった虐待防止とか廃止の委員会活動、あるいはもっと積極的な取組を継続的に行っていくこと、特に身体拘束では3要件のうちの1つの代替案、ここがかなり経験と議論の差が出やすい部分でございますので、そういったことの切磋琢磨を続けていく。いろいろな方策があると思いますので、今後引き続きまたいろいろ検討していただければと思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、小坂構成員よろしくお願ひします。

○小坂構成員 日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小坂と申します。私からは、当事者性を持った立場から言葉を紡ぎたいと思っています。

検討事項として大きく3つにまとめて示されていますが、いずれかの中で長期入院の解消について5枚目の具体的な検討事項として入れ込まなくてよいかという確認になります。

岩上構成員が前半で、精神科医療機関の問題としてではなくて社会的問題として地域の支えの脆弱性という整理ということがありましたけれども、そのとおりなのだろうなというふうに思いながら、一方で平成16年に精神保健医療福祉の改革ビジョンが示されたところですが、10年以上を経過した現在、当検討会において特に改めて覚悟を持った取組として長期入院解消について触れなくてよいかという確認になります。もちろん問題意識がないわけではないというふうに理解していますが、5ページの【想定される具体的な検討事項】に記載がなかったのも、一当事者としては心配になったところではあります。

2点目が、平時の適切な精神科医療の提供についてです。5ページの①の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」、あるいは②の「令和5年度末で期限を迎える医療計画等に向けた地域精神保健医療福祉体制」のいずれかにおいて、平時の適切な精神科医療提供等について当事者の構成員も複数入っている本検討会において触れなくてよいか、具体的な具体的な事項として触れなくてよいかという確認になります。

つまり、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報告書内でも2の精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医療として(2)平時の対応の充実という項目があり、そこに記載されていることに私は賛成なのですが、まだ現場対応レベルも含めた実際の具体的な検討には至っていないと理解しています。

例えば、短時間診療の問題ですね。私自身も短時間診療というのは実際に身をもって体験しました。3分診療ならぬ30秒診察、あるいは10秒診察でした。これは、当事者にとっては本当にしんどいものになります。基盤的な部分が揺らぐということになります。私だけの経験ではなくて、皆さん御承知のとおり、「先生が忙しいから」ということで短時間診療は当たり前のように受け止めてくださっている当事者の方はたくさんいらっしゃいます。ぜひここは問題だというふうに改めて強調しておきたいと思ひます。

精神障害にまつわる支えとしては、もちろん精神科医療に限らず広範囲な多機関多職種、あるいは当事者自身のエンパワーメントも大事なのだとは思ひますが、その中で特に精神科医療について平時の適切な精神科医療の提供がなされているということが当事者にとっても大切な要素であると考えています。

一当事者としてこういった場で言葉を紡ぐときには、いろんな当事者の方たちの言葉を思い浮かべています。リカバリーした元気な当事者の人たちもいらっしゃれば、一方で残念ながら無念な思ひを抱えて自死されてしまったような当事者の方もいらっしゃいます。

私は、適切な精神科医療が平時からきちんと提供されていれば、救われた命はたくさんあるのではないかと考えているのです。適切な精神科医療というものを考えるときに、提供者側だけで考えては片手落ちだと私は思っています。受け手である人がいて初めて精神科医療というものは成立するのだと思います。ですから、適切な精神科医療については複数の当事者が構成員にいる本検討会において改めて検討していただきたいとお願いしたいところになります。

私からは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、柑本委員よろしくお願ひします。

○柑本構成員 東海大学法学部の柑本と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。私からは、3点申し上げたいと思います。

まず地域包括ケアシステムについてですが、先ほど来伺っていますと、市町村による協議の場を設けて多職種多機関が関与し、情報共有が可能なシステムを構築するというようなところが基本ではないかと思うのです。そのことを考えたときに、ほかの制度の中で何か既に出来上がっているものを検討の俎上に載せてもいいのかなと思います。その場合、児童福祉において要対協というシステムがありますので、これは児童福祉法にも書き込まれていますし、既にもう20年近くも動いているシステムですので非常に参考になるのではないかと考えています。

特に中核になる組織をきちんと置いて、情報共有を可能とするような規定というものが非常に細かく置かれているところで私は参考になるのではないかと考えています。このシステムというのが、例えば退院後の支援システムでも応用できるのではないかと考えていますので、ぜひ御検討いただければと思います。

これから多分DV法の改正が行われるのではないかと考えていますけれども、児童福祉だけではなくてDVのほうについてもやはり同じようなシステムが必要ではないかというような話が出ていますので、非常に検討に値するのではないかと考えています。

それから、医療保護入院における権利擁護につきましては、私自身は家族の方だけに権利擁護を担わせるというのは非常に酷だとずっと感じておりましたので、今回入院中の患者さんの意思決定や権利擁護の仕組みについて議論ができるということはとても重要だと思っています。かつて精神衛生法から精神保健法になりましたときに、その時点で家族による援助というのが利益相反ということもありましてなかなか難しいので、第三者による患者さんに対する援助が必要だというようなことは既に主張がされておりました。それがなかなか実現できずにここまで至ってしまったわけですが、そのことを考えますと、今回きちんとこの場が設けられているというのは非常に素晴らしいことではないかと思ひます。

ただ、先ほど太田構成員や岡田構成員がおっしゃっていましたように、そもそも医療保護入院という制度の中に家族の方の同意が必要なのかということやはり根本的に考えな

ければいけないところだと思っておりますので、できればそういうところまで議論が進めばいいと思いますし、そうなりますと精神医療審査会の機能の充実といったところまで話を広げていかなければいけないので、そこも併せて考えていただければと正直思っております。

3点目ですけれども、身体拘束・隔離につきましては、既に医療観察法のほうでこれに関する取組というものが一生懸命行われていますので、そういったことも参考にしながら、例えば倫理会議を構築するとか、そういったことも一つは検討に値するのではないかと思います。

それから、虐待の問題につきましては、先ほど藤井構成員が第三者の目を入れるということをポジティブに考えていただきたいとおっしゃっていましたが、実際に埼玉県のとある精神科病院で虐待事件が起きた後、第三者評価制度というものをその病院がつくりまして、私自身がその委員を15年近く続けさせていただいています。3か月に1回くらいそちらの病院を抜き打ちで見させていただいて、とにかく何でもいいから忌憚のない意見を言うてくるということで、看護師さん、介護士さんから病院のドクターの診察などにも入れていただいて、言葉遣いから何からここはどうだというようなことを述べさせていただいたりして、随分と変わってきているのではないかと思います。ですので、第三者の目を入れるということは非常に大事だと思っておりますし、そういったことが何らかの形で今回ちょっとでも検討できればと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、田村構成員よろしく願いいたします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。よろしく願いいたします。

前回の「にも包括」の検討会にも出させていただいております、そのときのことも思い出しながら先ほどの御報告、そして今の構成員の皆様のお話もお聞きした次第です。今回の検討会は、それより前の検討会ときの課題も引き継いでいるということになるかと思っておりますので、そのことも改めて確認した場合、先ほど小阪構成員がおっしゃったように、精神科病院における長期入院の解消については、やはり大きな目的としていまだに忘れられないので、きちんと検討事項の一つとして明確に記していただく必要があるのではないかと思います。

その上で、先ほどからも出ていますが、精神科病院の入院患者さんも当然年々、年齢が上がっているということや、また患者層の二極化、そして近年新たに精神疾患と診断されるような方々も増えてきていますので、非常に多岐にわたる疾患、症状をお持ちの方々が入院していらっしゃる中、一方では高齢者も増えて介護の手も取られ、合併症の方たちも見なければいけないとなりますと、どう考えても精神科医療機関のマンパワー不足は紛れもない事実だと思います。

過去にも病床の機能分化ですとか、人材配置については検討されたかと思うのですが、

精神科特例の問題についても、このたびの検討会の中で一定程度、検討する必要があるのではないかと思います。

やれる病院さんは本当にしっかりやったださっていて、地域移行も進んでいると思いますので、これ以上長期入院の方がいないとか、地域に送り出せる方はもういないということもあると思いますし、どうしても医療上必要であって隔離や拘束をしなければいけない方ということもあると思います。ですが、そういうことではなくてマンパワー不足が何かの理由にされてしまっている可能性はないのだろうかということは、私は精神保健福祉士の全国団体におりますので、各地に勤めている精神保健福祉士の話を聞く中では、やはり機関格差が相当大きいのではないかと思います。

これまでは、より進んでいる病院に頑張ってもらって地域移行を進めていたと思いますけれども、底上げということについて国の明確な姿勢も示していただきたいと考えております。

次に、「にも包括」に関しては、前回の検討会で非常にいい報告書を書いていただいたので、これを実行させていくことはすごく重要だと思っています。一方で、前回の検討会でも私は発言しましたが、いつまで「精神障害にも」対応した地域包括ケアシステムという言い方をしていくのかということについても考える必要があると思います。

つまり、「精神障害」をいつまで特出しをした表現をしなければならないのか、いい地域づくりができないのかということです。先ほど野澤構成員をはじめ、複数の先生方がおっしゃっていましたが、メンタルヘルスをキーワードにしますと精神疾患や精神障害として明確に診断や認定されていない多様な方々も含まれてきます。私自身、電話相談等に対応していても、例えば普通に就職できなくてとか、親との関係で悩んでいるとか、子育てに迷っているとか、そういう方々もたくさんいらっしゃるわけですし、病院にかかってお薬を飲めば治るということではない心の悩みを抱えていて、それが長期化し、やがてその方の生活をいろいろな形で歪めているということが現実にあります。

そういう方々の相談に応じていくことは非常に手間や時間がかかることでもあります。では、これを市町村でメンタルヘルスだからやっただささいというふうに簡単にはできないと思います。本当に人材育成が重要だと思うのと同時に、普及啓発という言葉がしきりに出ていたけれども、本当に市民の皆さん全体の普及啓発が大事だと思います。

今後、精神保健は高校の保健体育で教育されるようになっていくので、先々には自分のメンタルヘルスについて認識を持っている人たちも増えるかもしれませんが、そこに至らない段階ではやはりメンタルの相談に乗れるプロフェッショナルを育てていくことは重要だと思います。

今、国のほうで心のサポーター養成も実施してくださっているところですので、その充実を一方でしながら、もう一方で障害福祉に関しては、精神障害だからということではなく、障害福祉全般を考えていく中に当然のこととして入れていく必要があると思います。

精神障害の方が法定雇用率に入ってもう数年たちますし、近年の障害福祉サービスの利

用に関しては精神障害の伸び率が高いという数値が出されています。つまり、精神障害を持ちながら地域で生活し、福祉サービス等を利用したり、障害者としての市民権を得ている人たちもたくさんいらっしゃることは事実だと思いますので、その方々をいつまでも「精神障害だから」ということで切り分けることがないような施策にどのように結びつけていくのが大事かと思います。

それらを考えますと、現在は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律となっているものを、どのような法律にしていくことが望ましいのかということについて、「にも包括」の検討会でも話し合われましたが、今回の検討会においても引き続き検討していただきたい。

ただ、その中で議論がし尽くせるかどうかというのはちょっと難しいところかと思うので、その後の見通しとして、来年の夏頃に取りまとめるということですが、それがどの辺りまでを目指していて、その後にどうしようとしているのかといったスケジュールに関して、次回以降で結構ですが、併せてお示しいただきたい。そして、議論に優先順位をつけていかないと、あまりにも幅広いので、進め方の工夫が必要になるのではと感じました。

もちろん十分お考えくださっているかと思うので、スケジュール感や見通しについてももう少し明確にお示しいただけるとありがたいです。

もう一点だけ、前回法改正が廃案で流れてしまっていますので、平成26年改正施行後の見直しが明確になされていません。ただ、改正により、精神医療審査会の充実や退院支援委員会や退院後生活環境相談員の仕組みなども新たに導入されましたので、その結果について、一定程度の検証は既に可能ではないかと思います。

私どもの協会でも、今年度厚労省の推進事業を頂戴しまして、退院後生活環境相談員の役割や退院支援委員会の概況把握のための調査をさせていただいているところで、できればこの検討会の中で一定程度、速報で年度内にご報告できればとも思っております。そこで、26年改正後のデータ等をほかにもお示しいただければ、前回の廃案後、数年の間で改正精神保健福祉法は動いてきているわけですので、そこについても協議できるのではないかと考えます。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、岡部構成員よろしくお願ひいたします。

○岡部構成員 ありがとうございます。日本相談支援専門員協会の岡部と申します。

私のほうからは、入院中の患者の意思決定の支援について意見を述べさせていただきます。

ロングステイの対象やニューロングステイの予防に向けて、入院患者さんの意思決定を支援するために、スライドにお示ししていただいていますように外部から面会活動を行う、またはオンライン活動の調査研究等も記載されているわけですが、こういったことがしっかりと進んでいくといいなというふうに思っております。

特にそういった場でピアサポーターやピアスタッフは活躍できるというふうに感じておりまして、私ども相談支援専門員は様々な情報をお届けして退院の見通しをつけるとか、様々な方の協力を得るようなネットワークを構築するというところは得意ですけども、ピアスタッフの方の得意なところは患者さんのハートにアクセスして患者さんの気持ちを分かってくれるというところで、やはり私どもはなかなか勝てない部分かなと思っています。

そういった意味で、ピアサポートの有効性が前回の報告書からかなり声高に、またしっかりと記載されているわけですけども、相談支援専門員とピアスタッフが協働する活動としてこういったような取組は、これから相談支援専門員の人材不足ということもありますが、御本人さんの意思を形成したり、決定したり、表明する中で非常に有効だと思っております。

それを具体的に実行するためには、本日、田原部長や津曲課長さんも出てくださっていますが、やはり障害福祉課さんとの連携は欠かせないと思っております、特に基幹相談支援センターは私も運営しておりますけれども、どうしても精神のことは後回しにされやすい状況が残念ながらありますので、基幹センターにおける地域移行の促進や権利擁護の機能も持っておりますし、また地域の相談支援体制の取組という辺りも大事になってくることから、例えば基幹相談支援センターはまだ設置が全国で半数までいっていませんけれども、その促進を障害福祉課さんにも頑張ってもらったり、またその中にピアスタッフの配置等を検討いただいたりする中で、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの課題のことについて、そちらの課でも熱心に取り組んでいただくような働きかけをしていただく必要があろうかと思えます。

私のほうからは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、森構成員、お待たせしました。よろしく願いいたします。

○森構成員 ありがとうございます。

精神保健福祉事業団体連絡会、精事連と申しますが、副代表の森と申します。

「にも包括」の検討会では伊澤代表が参加させていただいていたのですが、今回は私が伊澤代表に替わって参加させていただきます。よろしく願いします。

精事連は精神障害者を主な利用対象者として生活訓練やグループホームなどの生活支援から就労訓練、そして基幹相談支援だとか計画相談などの相談支援事業を運営している障害福祉サービスの事業所の集まり、全国組織です。今回は、福祉の事業所を運営している者からという形で、生活支援の部分と相談の部分で少し意見を述べさせていただきたいと思えます。

まず生活支援ですが、どなたか御意見を言っておられましたように、福祉の領域で住む場所を提供しているグループホームなどでもかなり高齢化が見られるようになってきて、高齢の精神障害者が介護の事業所にスムーズに移行できるという状況ではございませ



ん。それで、高齢になったからまた精神病院へ再入院するというような方も何人かおられます。精神病院へ戻らなければならないという選択肢しかない状況というのはちょっと問題かなと思います。どういう支援が必要なのか、介護の関係との課題も少し検討できればと思っております。

それから、相談の支援の中で生活困窮の相談などを受けておりますと、コロナの関係で非常に多くの問題が出てきたんですけれども、何人かの方がおっしゃって見えましたが、8050問題というのが当たり前のようには言われているのですが、実は生活困窮の相談を受けていく中では決して8050ではなくて、既に7040くらいの年齢が下がってきた形でも大きな問題があって、全く未治療の方たちの相談を受けなければならない。医療にどうやってつなげていくのか。そういう問題もかなり深刻な問題として出てきております。

福祉の相談の中では、どうしても市町村や保健所などとの連携というのは決して欠かせません。非常に重要なことになっております。「にも包括」では市町村が主体的に精神に責任を持って支援していくというような文言が幾つか出てきております。これは非常に大切なことかと思うのですが、地方では精神に関する社会資源が全くない。病院もクリニックも福祉も施設も全くないような市町村もあったりして、非常に市町村で格差がございます。やはりこれを埋めていくのはマンパワーの充実が欠かせないかなと思っております。

精神保健福祉法の第48条では、市町村に精神保健福祉相談員を置くことができるとはなっています。進んでいる市町村などではきちんとこういう方を配置して、その方を中心にしていろんなことを私たちと連携を取りながらやっているところは非常にスムーズに医療につながっていくようなことも多くありますので、48条などは本当に必置にすべきではないかと思われま。この辺りも議論できればと思っております。

それから、市町村によっては福祉と保健との縦割りの壁がいろんな相談を現場で受けていく中で感じざるを得ない課題が幾つかありますので、この辺りもきちんと課題を検討していただければと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

では、神庭構成員よろしく申し上げます。

○神庭座長代理 2点ほどお話しします。

1つは、「にも包括」の推進事業の進捗状況のアンケートの結果をお示しいただきましたけれども、この各種のそれぞれの事業が持っている難易度の違いもあると思いますし、今お話がありましたように、各地域の社会資源の問題も含めて、複雑な要素があると思うのですが、ぜひ進捗実態を正確に把握していただいて、うまくいっていないものはなぜなのか、その理由を明らかにして対策を講じていていただきたいと思っております。

それからもう一つは障害者権利条約と関係する拘束の問題なのですが、この問題は大変重要な、しかも根の深い様々な問題と連動している問題だと思います。このことを

取り上げていただくのは画期的なことだと思っております。

ただ、表面的な議論をしていても何の解決にも至らないのではないかと思います。世界精神医学会という参加国120以上の国際学会でもこの拘束の問題を取り上げて特別委員会をつくっております。その特別委員会の目指しているところは、拘束を現在の精神医学のレベルでゼロにすることは難しいとしても、それに代わる、それを減らすことが可能となる代替案を見つけていこうということです。

その特別委員会では、日本のデータを見て、なぜ日本ではこんなに拘束が多いんだということを時々指摘されます。それで、答えに窮してしまいます。深い議論がこの検討会でできないのであればワーキンググループをつくるなり、研究班を設置するなりしていただきたい。ここから始めるということが重要であると思ったわけです。

また、拘束時間を減らすとか、拘束の数を減らすという量的な問題だけではないと思います。当事者の方が拘束の体験を語るときに、トラウマとして語られることが多い。現在の医学のレベルではそれはゼロにできないんですけれども、どうしたらその体験がトラウマに可能な限りならないように努力できるか。そういったことも含めて、検討していく必要があるのではないかと。前へ向かって進んでいかなければならない問題で、よくぞ取り上げていただいたと思っております。よろしくお願いします。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございますでしょうか。一通り御発言いただきましたか。

辻本構成員、何か御発言ございますか。

○辻本構成員 多種多様なテーマで、いろんな人がいろんなことを言われるので取りまとめはどうされるのかとまず感じました。

それと、精神保健福祉法との連携がどうなっていくのか。これはやはりみんな何とかしなければいけないと思っているので、これを3つ上げていくのかどうかと思いました。

あとは、市町で連携していくという中では、自殺対策基本法というのは市町に下りているわけで、そこに精神障害者もかなり入ったりはするので、そこはどう考えていくのかとか、先ほど話に出ましたけれども、生活困窮者自立支援法も市町で下りていて、ひきこもり支援センターもそういう部署であって、そこは既に就労だとか教育だとか住居だとか、連携して進んでいるところは現場としてやっているの、新たな仕組みをつくられるとまたかえって余計ややこしくなるのではないかと思います。発達障害支援法についてもそういう感じを持ちました。

いただいた資料で言いますと、まず21枚目の精神科救急医療体制のほうで私は委員をさせてもらったんですけれども、今回のコロナ禍でいろんなものが顕在化してきたと思います。医療計画に関係していくかと思うのですけれども、5疾病、ほかの疾病は地域医療構想にリンクしていると思うのですが、精神はそれとは違うところでの包括をどう入れていくか、軸が違うところをどうしていくのかということ、第7次の見直し中ですが、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制構築とかもどういうふうに進められるのかなと

いうところで、今後多くの議題が増えるのではないかと思います。

ですから、24枚目のスライドで地域医療構想というのは医療が中心になってくるとしたら、こういうお金というか、お金だけで引っ張るわけではないでしょうけれども、目に見えて病院が頑張ってるようなものを持ってこない、理屈はあるが医療がついていかないうような感じがしたりします。特に公的病院などはなかなか財政的にもしんどくなっているので、そういうこともいかないとまた理念だけになっていきそうかなという心配をします。

31ページのスライドに関してはオンライン面談、これは理念としてはすばらしいのですが、行政の中でまだオンラインというものにはちゃんと慣れていないわけです。これをソフトの面でもハードの面でも文化の面でも、守秘義務だとか、そういう面に関しても精神科自体のオンライン診療自体もまだなかなか安定していないのに、その次のステップで大丈夫なのかなとは感じました。

あとは、33枚目のスライドの中で措置入院についても患者に対して文書により説明するということなのですが、これも民間病院さんとか公的病院にいろんな仕事をまた増やすことになって今、働き方改革がいろいろ叫ばれる中、行政的な役割をちゃんと評価されるような仕組みになっているのか。これは指定医の在り方にも関係してくるのですが、こういうものはやはり病院のほうにお任せしながらその評価をどうしていくのかというのは、これも精神保健福祉法に関係して見直さなければいけないのかなと思います。

最後になりますが、身体的拘束なんですけれども、これもコロナ禍を見ていて精神障害者プラスコロナの方々がどういうふうな医療を受けているか、自治体によっていろいろあるわけで、どれが正解ではないかと思うのですが、例えば精神障害プラスコロナの方が一般科の中で拘束されているのはどうなっているのか。精神科の中で拘束されていたらどうなのか。そのときの人権はどうなっているのか、あるいは介護施設の中で診られている人はどうなっているのかとか、明らかになっているんですけれども、人権上の配慮がどうだったかというのは分からないわけです。ですから、コロナ禍で感染症プラスが全てとは思わないですが、同じようなことが認知症の対応でも起こってきているのではないかとと思うので、そういうことも見ていってほしいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

一通り皆様方からの御発言を承りました。大分時間も差し迫ってまいりましたけれども、何か追加の御発言をぜひともという方がいらっしゃいましたら。

よろしいですか。それでは、ないようでございますので、本日の議論はここまでとしたいと存じます。本当に貴重な様々な御意見をいただきまして感謝申し上げます。

最後に今後のスケジュールにつきまして事務局のほうから説明をお願いしたいと思います。

では、お願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 本日は、様々な御意見をいただきありがとうございました。

次回、第2回の検討会につきましては11月中旬頃を予定しております。正式には、事務局のほうから改めて調整をいたしまし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。

○田辺座長 それでは、以上をもちまして本日の検討会はこれで終了でございます。閉会といたします。構成員の皆様、御参集いただきましてありがとうございました。

では、散会いたします。