

2021-11-18 第2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2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・障害保健課の森です。

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しております。

また、動画配信システムでのライブ配信により、一般公開しております。

それでは、本日の構成員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6名、オンラインでの御出席は17名となっております。

個別の参加状況につきましては、座席図を御確認ください。

なお、太田構成員におかれましては、御都合により欠席との連絡をいただいております。

また、岩上構成員、岡部構成員、櫻木構成員につきましては出席が難しいため、岩上構成員の代理として地域生活支援センターすみよしの主任相談支援専門員でいらっしゃる山口様に、岡部構成員の代理として日本相談支援専門員協会の東理事に、櫻木構成員の代理として日本精神科病院協会の政策委員会委員長でいらっしゃる新垣様にオンラインで御出席いただいております。

なお、永松構成員及び野原構成員におかれましては、遅れて御出席いただく予定となっております。

次に、本日の資料の確認を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。

資料ですが、座席図、議事次第。

資料1「第1回検討会における主な御意見について」。

資料2「市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方について」。

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。

続きまして、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明いたします。

御発言される際には、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極力、実際に挙手していただくようお願いいたします。

オンラインで御参加の方におかれましては、カメラは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。

本日は、チャット機能の使用は予定しておりませんので、御了承願います。

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 事務局からは以上となります。

ここからは、田辺座長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしくようお願いいたします。

○田辺座長 それでは、早速でございますけれども、議事に入らせていただきます。

本日の進行ですけれども、まず事務局から「市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方について」の資料説明をしていただきます。

それでは、よろしくようお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。精神・障害保健課の平岡と申します。私のほうから、資料に沿って御説明申し上げたいと思います。

まず資料1につきまして、前回検討会における主な御意見をまとめております。構成員の皆様方から多様な意見を頂戴いたしました。大変ありがとうございます。今後の検討会の議論の中でしっかり生かしていきたいと思っております。

今回につきましては、この資料のうちの1ページ目の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築」の市町村の役割といったものについて議論をしたいと思っております。

具体的には資料2を御覧いただければと思います。資料2の3ページ目になりますけれども、「第1回検討会での主なご意見」といたしまして、市町村の精神保健福祉に関する相談支援について御意見をまとめております。簡単に御紹介させていただきます。

まず1項目、(市町村の位置付け)に関しまして○の1つ目から4つ目の部分ですけれども、市町村が身近な窓口において責任を持って継続的な支援を進める必要があるのではないか。また、ひきこもり、虐待をはじめ、医療にアクセスできない人の支援についてどう考えていくかが重要ではないかという御意見をいただいております。

○の5つ目と6つ目になりますけれども、精神疾患を抱えた方々について、介護、生活困窮者支援、あるいはひきこもりですが、ひきこもりに関しましては現在ひきこもり地域支援センターといったものが都道府県指定都市のレベルでは全市町村に設置をされておりました、そういった既に市町村が取り組んでいる様々な制度との連携といったものも大事ではないか。新たな仕組みをつくるとかえって複雑になるのではないかとといった御意見を頂戴いたしました。

その関連で、本年4月から重層的支援体制整備事業、これは地域共生の観点から事業化されておりました、こういったものとの連携も必要ではないか。

次の○の部分では、市町村の必置規制については様々な論点が考えられるのではないか。

次の○の2つですけれども、市町村、都道府県、保健所の役割分担といったものも考え

ていく必要があるのではないかと。と、医療行政については、市町村については都道府県との関係も含めて、関係者総力で取り組んでいくことが必要ではないかといった御意見をいただきました。

続いて（協議の場）に関する御意見ですけれども、児童福祉法の中で規定されております要対協の取組が参考になるのではないかと。

続いて（人材確保・育成）に関しましては、前回の検討会の中でたくさんの構成員の方々から大変重要な課題であるといった御意見を頂戴いたしました。精神保健福祉相談員を配置している市町村では、事業者との連携がスムーズに進んでいる。行政職員に限らず、ピアサポートも含めて支援ができるような人材確保を多角的に考えていくべきである。

その下、基幹相談支援センター等で情報をお届けする相談支援専門員とピアスタッフ、患者のハートに訴えかけていくといった形で協働する機会を確保していくことが重要ではないかと。

さらには（普及啓発）の関係で、メンタルヘルスの問題、誰もが経験し得るといった形になりますので、メンタルヘルス・ファーストエイドの手法を取り入れて地域全体で推進していくことが必要である。

こういった御意見を頂戴したところでございます。

参考資料の5ページ目になりますけれども、前回の検討会でいただいた意見に関係するものを赤で囲んでおります。こちらは、御参考として御紹介させていただきたいと思っております。

続いて6ページ目以降につきましては、3月の検討会報告書に関係する資料を参考資料として掲載しております。説明は割愛させていただきます。

続いて11ページ目以降になりますけれども、「市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援について」の「現行制度」について御説明したいと思っております。

資料は13ページ目になりますけれども、まず○の1つ目、3月の検討会報告書でも触れられてはいるのですが、精神保健（メンタルヘルス）の課題については自殺、虐待、困窮など、市町村の各相談窓口において分野を超えて顕在化している状況にある。実際、8割以上の市町村が地域住民の身近な相談窓口として精神保健上の課題があると認識をしている。広く住民に対して実施している状況でございます。

他方で、○の4つ目になるのですけれども、精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援はこのように各分野で広くニーズとして表れている、あるいは特定の分野の形では顕在化していないケースも考えられる中ではあるのですが、法令上の市町村の責務として明確には定められていない。その結果、一般的には市町村、精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援については財源面を含めて十分な手当ができず、体制が脆弱な状況にあるといった課題が指摘されておまして、こういった点は後ほど資料の中でも御説明させていただきます。

○の2つ目、3つ目に法令上の規定を具体的に記載しておりますけれども、まずは地域

保健法です。地域保健法の中では市町村、保健センターを設置できるという形で規定しております。その上で対象者、広く住民というふうにはされているのですが、精神保健に関する相談支援、健康相談、保健指導等の一環として実施をされている状況でございます。

また、精神保健福祉法のほうでございますけれども、地域保健法とは異なって市町村における精神保健に関する相談業務は明文の形で規定をされているのですが、対象は精神障害者、かつ努力義務といった形になっております。このように、精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援といったものは法令上、市町村の責務として定められていないといった状況でございます。基本的には保健所のほうでというふうにはされている現状でございます。

続いて14ページ目に移らせていただきます。福祉に関する相談支援については、障害者総合支援法の中で市町村、精神障害者をはじめとする障害者、児、子供に対しまして相談支援を行うことが義務づけられているといった状況でございます。

また、その下のところですが、先ほど第1回検討会の中で御意見をいただいた重層的支援体制整備事業、今年度から開始されたものとなっております。市町村の意向に基づく任意事業といった形にはおるのですが、介護、障害、子供、困窮、こうした既存の福祉4分野の相談支援の中で顕在化したニーズについて広くこれを受け止めてアセスメントをして適切な支援機関につないでいくといった支援を一体的に実施する取組といったものが事業化されている状況でございます。

15ページ目は、今、申し上げた13ページ、14ページの各制度をイメージとして1枚にまとめたものになっております。精神保健に関する相談支援、真ん中のオレンジ色のところになりますけれども、精神保健福祉法に基づいて精神障害者を対象に市町村の努力義務といった形で規定されるとともに、その下、緑色のところになるのですが、こちらは地域保健法を根拠に住民に対する健康相談、保健指導などの一環として実施をされているといったところがうかがえるかと思えます。

こうした形で、市町村が実施する精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援といったものにつきましては、2つの法律の中に関係規定があるわけではございますけれども、市町村の責務としては定められていない。こういった点が、その資料の中、上の青枠になっておりますけれども、障害福祉に関する相談支援といったものは市町村の義務というふうにはされている点とは異なる状況でございます。

補足になりますけれども、青の中です。真ん中辺りで、障害の各相談支援について簡単に御紹介申し上げさせていただくと、一番上のところ、地域相談支援といった形で地域移行、地域定着というふうには書かれていますが、地域移行支援については精神科医療機関などから地域生活への移行を支援するサービス、あるいは地域定着支援のほうですけれども、居宅で生活されている障害者の方の連絡体制を確保して緊急時の支援をするといった相談業務になっております。

その下の計画相談支援というところについては、サービス利用支援、継続サービス利用

支援というふうに書かれておりますけれども、サービス利用支援というのは障害者総合支援法に基づくサービス利用に当たってケアプランといったものを作成する相談支援になっておりまして、その下の継続サービス利用支援といったものはサービス利用開始後に一定期間ごとにモニタリングする相談支援になっております。

その下のところ、市町村の障害者相談支援事業は上2つとは違って個別給付ではない、個別給付の対象にはならない相談支援として市町村の業務として行われているといった相談支援になっております。

16ページ目以降、現行制度の説明に関する参考資料を掲載しております。ボリュームが大分大きくなってはおるのですが、ここでも精神保健（メンタルヘルス）に関するニーズといったものが多様な形で顕在化しているといったことがうかがえるかと考えております。

簡単に御紹介申し上げますと、まず17ページ目のところですが、左上の部分、「精神保健（メンタルヘルス）に関する問題への対応」、先ほど8割の市町村がというふうに御説明申し上げたところなのですが、グラフの中で青と紫といった対応が「大いにある」「多少ある」というふうに回答した市町村、各分野で8割を超える形でここに数字として示されております。

その右側の「精神保健福祉相談に関する対応」、こちらは自治体の規模別に調査をしたものになっておるのですが、青と紫、「概ね対応できる」「多少の困難はあるが対応できる」といった形で、対応できると回答した自治体、下で文字の形にしておりますけれども、1万人未満の町村部、これは上のグラフで言うと1番を指しておるのですが、半数が対応できると回答している。

その下、1万から5万、5万から10万人、こちらは上のグラフの2番、3番になりますが、こちらも半数を超える自治体が「ある程度の対応はできるが苦慮している」というふうに答えている。

一方で、もっとそれより大きい規模の自治体、4番、5番になりますが、10万人から30万人、30万人以上の自治体になると対応できるといった形で回答しているといった状況でございます。

左下の部分、市町村で対応が特に困難な個別相談にはどのようなものがあるかという質問になるのですが、こちらについては各自治体規模、総じて青、オレンジ、グレーで示されていますが、受診拒否とかひきこもり、虐待、こういった事例について対応困難と回答している。

その右側、ではそれを解決するために望まれる体制といった形の調査に関しましては、いずれの規模の市町村からも人員体制の充実、あるいは精神医療の充実、連携強化、それに合わせて対応困難な事例への保健所、精神保健福祉センターからのバックアップ、こうしたものが回答として得られているところでございます。

18ページ目から21ページ目に関しましては、精神保健福祉法及び地域保健法に関する関係規定の引用をしております。下線が引かれている部分につきましては、13ページ、14ペ

ージで資料として記載をしている条文となっております。

続きまして、22ページ目以降が「障害者総合支援法における相談支援事業の体系」について参考資料として御紹介をしております。先ほど資料の中で御説明を申し上げた、一般相談支援、特定相談支援、障害者相談支援事業といったものについて体系的に整理をするとともに、23ページ目以降です。こちらは、まず全体像について配置メンバー、業務内容、実施状況といったものをまとめるとともに、24ページ目が基幹相談支援センター、25、26ページ目がプランの作成に当たる計画相談支援、27ページ目が地域移行、地域定着支援、一般の相談支援、28ページ目以降で支援に当たる相談支援専門員、それぞれの概要についての資料をお示ししております。

31ページ目になるのですがけれども、こちらは障害を含む福祉各分野における各相談支援の概要といったものの全体をまとめております。障害のほかには高齢の地域包括支援センター、子供の関係ではここに書かれております4つの相談の関係、一番右側の生活困窮の関係について全体をまとめております。

32ページ目以降、順番に、高齢に関する地域包括支援センター、33ページ目から36ページ目が子供に関する相談支援の関係、37ページ目が困窮、自立相談支援事業に関する資料といった形になっております。

38ページ目、39ページ目が重層的体制支援事業といったものの資料になっておりまして、先ほども簡単に御説明申し上げましたけれども、39ページ目を御覧いただければと思うのですが、既存の福祉4分野の相談支援でまず受け止められたニーズについて、一番下のところになりますけれども、支援プランの作成といった中でアセスメントを行い、その上、多機関協働といった形で適切な関係機関につなぎ、さらにその上、アウトリーチ、必要な方については継続的な支援を実施していくといった形で、地域の中でこういった支援を一体的に実施していく事業が法律の中で事業化されたといった形になっております。

続きまして「(2) 課題」といったところになりますけれども、41ページ目に「市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援」につきまして、現行制度の主な課題をまとめております。

まず1番、現行制度の説明の中で申し上げましたけれども、精神保健に関する相談支援は法令上、市町村の責務として定められていない。そのため、市町村の事務、予算配分について母子保健とか健康増進法に基づいて生活習慣病、重症化予防が行われておりますが、あるいは、感染症対策といった法的な裏づけのある領域が優先されてしまう。結果として、精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援の体制については脆弱な状況にあるのではないか。

これによってなののですがけれども、2番のところ、市町村の既存の相談支援の中で精神保健上のニーズが顕在化した場合でも、順に箇条書きの形にしておりますが、一番上のところ、アセスメント、その下のところで市町村内の関係部局、それから相談支援事業所、さらにはその下、医療機関、それから保健所、精神保健センター、そういった市町村内外

の機関との連携に支障が生じる。これによって継続的な支援が困難になるのではないか。

3番目なのですが、こちらは別の観点からの課題にはなるのですが、「協議の場」につきまして、個別の支援、あるいは地域の支援体制の検討といったものを進めていくに当たっては、地域の関係者間の顔の見える関係といったものが大切になるわけではございますが、同様の機能を有する協議会が多々ございます。こういったものとの整理といったものも必要になるのではないか。

42ページ目以降に、市町村の課題について、こちらは昨年度に検討会の中で御紹介された資料を「参考資料」としてお示しをする形にしております。

続きまして46ページ目、今、説明申し上げた課題といったものを踏まえた基本的な考え方につきまして、議論の素材として準備をしております。

まず○の1つ目、精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援について、市町村の責務として明確にする。現行制度の中で御紹介申し上げた精神保健福祉に関する関係法令等の改正を検討し、市町村は精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援に関して、市町村保健センター等の保健活動の拠点、それから関係機関のネットワーク、こういったものを整備する旨を明らかにしていく。これによって実施体制の充実を図っていく必要があるのではないか。

これによって○の2つ目になりますけれども、精神保健（メンタルヘルス）の課題について適切な関係機関へとつなげるようにしていく必要があるのではないか。こちら箇条書きで列挙しております内容については、先ほど41ページの2番の中で課題としてお示しをした内容を中心に記載しておるところでございます。

47ページ目以降は、「参考資料」といった形になります。

48ページ目、新型コロナウイルス感染症の拡大、行動制限に伴うメンタルヘルスへの影響に関する調査結果を御紹介しております。

その後、49ページ目以降になるのですが、既に率先して精神保健（メンタルヘルス）の課題に対応されている市町村の取組例といったものを御紹介しております。詳細な中身の御紹介は差し控えるのですが、簡単に申し上げますと、地域保健、保健部局中心で取り組まれている入間市、尾道市であったり、協議の場での取組から福祉保健部局間でのスムーズな連携につながった宮崎市のケースであったり、あるいは障害部門配置の保健師が連携して対応に当たった米子市といった形で、市町村における具体の対応の方法といったものは市町村の人口規模とか年齢分布、あるいは地域資源がこういった状況にあるのかとか、実際に行っていく支援の内容等々について、そういった事情によって変わっていくものかとは思いますが、とにかく精神保健（メンタルヘルス）の課題といったものは誰もが、いつ、何時経験するかもしれない課題となっております。そういったことを踏まえて、身近な市町村がセーフティネットの役割を担っていく。そういった取組を進めていく際の参考になるのではないかといい形で御紹介をしているものとなっております。

資料の説明は、大分駆け足で大変恐縮でしたが、以上となります。様々なお立場がある

かと思いますが、ぜひ御意見を頂戴できればと思います。よろしくお願いいたします。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。

それでは、早速でございますけれども、議論のほうに移りたいと思います。事務局の説明を踏まえまして、挙手の上で発言をお願いいたします。それでは、よろしくお願いいたします。

では、東構成員代理人よろしくお願いいたします。

○東構成員代理人（岡部構成員代理） 皆様、お世話になります。日本相談支援専門員協会の岡部委員の代理で出席しております東でございます。本日は、相談支援専門員協会の立場からお話をさせていただきたいと思っております。

相談支援は先ほどのお話にもありましたように、基幹相談支援センターを中心に各相談支援専門員がそれぞれの市町村で精神、医療、保健、福祉をつなぐ役割も踏まえ、実践していくことはとても必要なことだと考えております。

しかしながら、基幹相談支援センターに配属されている職員は、相談支援専門員が主になりますので、保健の分野についてはとても認識が薄いということも現実としてはございます。

つまり、基幹相談支援センターを含め、相談支援専門員は障害者福祉については専門的に動くことができますし、力を発揮することができるのですが、保健の分野についてはなかなかそういう機能を発揮できないという面があるのではないかと考えております。その保健の部分を予防の視点をお持ちの保健師さんに担っていただくことはとても大切なことだと思っておりますので、市町村の保健師さんにこの部分については御活躍をいただきたいと思っております。

私も保健師ですが、従来、市町村の保健師は、胎児期から高齢期に至る、生を受けてから亡くなるまでの全てのライフステージにおいて関わっておられます。その関わりの中で日常的に精神保健の部分にも必要に応じて関わっておられるのではないかと思います。その中で例えば虐待の問題や8050問題、ヤングケアラーの問題、ひきこもりの問題等を発見なさったときに、メンタルヘルスの部分でも一時的には関わるけれども、危機介入後はほかの人につないで終了してしまうということがいろいろな市町村で起こっているのではないかと考えております。

つきましては、それぞれの課題を発見されて、危機介入後に少しその部分で重層的に市町村の保健師さんが関わっていただけることがとても大事ではないかと思います。つまりいろいろな課題を起こす環境因子も含めて、住民対応としてメンタルヘルスの部分に関わっていただけたらと思っております。

この部分につきましては、住民の健康づくりという面で基礎的な支援として精神保健について関わることをまずは意識化していただくことが大事だと思っております。つまり、今までやってきておられることを意識化して実践としてつなげていただくということです。その部分で言えば、先ほどお話がありましたように、精神保健福祉法や地域保健法におい



て市町村の役割としてメンタルヘルスの部分を明確に位置づけられるということが、業務として実践を継続的にする上ではとても大事なことではないかと思っております。

相談支援専門員協会といたしましては、精神保健、医療、福祉をつなぎ、柔軟に対応するという点について、基幹相談支援センターを中心に相談支援専門員の育成に励んではまいりますが、その中で行政の保健師さんとぜひ協働させていただき、一緒に重層的な支援をしていくことができたらと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

以上です。どうもありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、続いて鎌田構成員よりよろしくお願いいたします。

○鎌田構成員 ありがとうございます。行政で働いた経験から、人材育成は非常に大事だと思っております。これまでは県の保健所の保健師が精神保健を担ってきましたが、今回、市町村が責任を持って行うにあたっては、保健所が市町村を支援することを明確に記載する必要があるかと思っております。

また、精神保健福祉に関する相談支援の担い手として、精神保健福祉相談員が挙げられていますが、現在、精神保健福祉相談員の研修時間は200時間程度となっています。全国の誰もが研修を受けられるようにeラーニングを導入するなど、精神保健福祉相談員の研修についてより受講しやすい方法を確認する必要があると思っております。

また、市町村間で住民への支援に差を生じないことが大事です。研修の内容や制度の在り方についても、精神保健福祉相談員の研修の内容も昔から全く変わっていないように思っていますので、社会の変化等を鑑みて現代に合ったものに変えるなど、研修の内容を見直す必要があると思っております。

また、本日の資料2の15ページには、精神保健福祉法の対象者や担い手などが障害者総合支援法と地域保健法に重なっているという図が記載されております。このことから、市町村では、所管する部署、または担うべき役割が曖昧になっているかと思っております。市町村と保健所が担う役割は異なるため、これまで保健所が行ってきた精神に関する業務をそのまま市町村が担うことは非常に難しいかと思っております。保健所と市町村の支援の対象や役割の違いを明確に整理し、市町村の保健師をはじめとした担当者が安心して相談支援に応じることができるように、しっかり位置づける必要があるかと思っております。そのためには、今後どこかで検討されるかと思っておりますが、保健所の関わりについても具体的に示す必要があると思っております。

また、「協議の場」について、保健所では毎年、年に1回だと思っておりますが、保健所運営協議会が開催され、その中で精神保健に関する部会が開催されています。精神疾患を有する患者は圏域を超えて医療機関に通院しています。自分が住む市町村に精神科医療機関がない場合は、自分が住む市町村を越えて受診するため、市町村で仕組みをつくることも大事ですが、その市町村を管轄する保健所が圏域を超えてどのような問題があるのかを調査することで、住民や患者が安心して療養したり治療したりすることが可能になると思いま

す。この「協議の場」を運営協議会に位置づけることは非常に難しいと思いますので、各保健所の中で運営協議会とは別に設置する必要があると思います。市町村間でのサービス格差を平準化するためには各市町村の参画が不可欠ですが、保健所の役割を示すことで、市町村も安心してこの事業に参画することができるかと思います。

私からは以上の2点です。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、山口代理人よろしくお願いいたします。

○山口構成員代理人（岩上構成員代理） 全国地域で暮らそうネットワークの岩上代表の代理で参加させていただいております山口麻衣子と申します。発言の機会をいただき、ありがとうございます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進する上で、市町村を中心とした相談支援を考えますと、障害福祉と精神保健が両輪となっております。障害者福祉は行政、基幹相談支援センター、地域生活支援拠点がその中核を担うことになると思います。ここでは市町村精神保健の方向性、位置づけを明確にすることが重要だと考えております。

資料46ページの「市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方（案）」のところについてですが、精神保健に関する相談支援を法律に明確に位置づけていただくことが必要だと考えます。といいますのも、今回参考資料の55ページに私ども宮崎市の事例を載せていただいておりますが、宮崎市は中核市でございますのでこういった取組が進んでおります。保健センターの保健師さんはライフステージに応じて日常的な支援の中で精神保健に取り組んでくださっており、市民にとってはとても頼りになる存在です。また、私たち基幹相談支援センターとしましても、個別のケースを通じて保健師さんが精神保健の立場で関わってくださるので、とても充実した連携ができております。

ですが、先ほど東構成員代理人がおっしゃっていたように、中核市ではない多くの市町村では、先ほどの御説明にもありましたが、きちんと法律に位置づけがないということで、こうしたことがうまく機能していないと思います。

市町村の役割をきちんと法律に位置づけていただき、まずは大がかりなことではなく、今やっぴらっしゃる地域保健の業務の中に、要望も含めた精神保健に関する役割を明確に位置づけていただければと思っております。

加えて、同じく46ページの2つ目の○のところに「伴走型」の支援を実現する体制を整備するとございますが、初めから「伴走型」を目指すものではなく、市町村がライフステージにおける身近な相談先としてしっかり相談に乗り、課題を解決することが基本的に必要であると考えております。

こうしたことを基盤として、先ほどから申し上げておりますように、精神保健をしっかりと市町村の役割として法律に位置づけた上で、必要な方には「伴走型」の支援を提供できるようにしていくことが望ましいと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き新垣代理人よろしく願いいたします。

○新垣構成員代理人（櫻木構成員代理） よろしく願いします。日本精神科病院協会常務理事櫻木の代理として新垣が発言します。この機会をありがとうございます。

精神科病院の立場からすると、入院中心から地域で暮らしていこうというような大きな掛け声の下に「にも包括」が出て、それで地域で安心して暮らせる精神保健、医療、福祉体制ということでこの検討会が開催されているかと理解しています。

その中で精神科病院、特に患者様がいらっしゃるところでこれから送り出そうという立場からすると少し心配な点があるんです。

というのは、実際に精神障害者というか、患者様というか、この方がある程度の症状が固定化しているにしても治療が必要なところがあるんです。やはり治療を受けていないと悪くなったり、時にはよくなって治療が要らなくなるのかもしれませんが、それにしても、どちらにしても医療が常に福祉と連携が取れているというところが大事かと思っています。

そういうふうな観点から見ると、どうやって生活させていこうか、どうやって安心させていこうか、どういう相談なんだというところに医療が抜けているような、だから医師の意見書とか、意見がもらえると、そういうふうなところの両輪として医療と福祉の両輪というところがはっきりしていないと、あちらこちら、例えば県だ、例えば保健所だ、例えば市町村だといったとき、医療が絡むような話が全く載っていないようなところがあって、そこが非常に送り出すほうとしては不安なんですね。ですから、その辺をきちんと入れていただきたいというのが一つの大きなところです。

そこが、福祉の方はどうしてもモデルが知的、身体なのかとは思いますが、それと少し違って、長い間には慢性的に進行する疾患というところのイメージありますので、そこら辺のところをもう少しきちんと捉えてこの中に固定していただきたいことがあります。

それともう一つですけれども、このお話を聞いていて、昨日まさに県のほうに行ったときに、母子のほうから看護鬱とかでどうしても相談したいということで、鬱とかある人は専門家に相談したり、医療が必要になるのではないかと。経験として宮崎のものもいいんですけども、もう少し深刻な場合、要するにパブリックなメンタルヘルスというところと、やはり医療が必要というところの2つが大きく分かれるのかなと思っているんです。

これまでは精神科病院というところが何となくどちらも、例えば問題のある人はずっと入れていてねとか、いろんなことがあったかと思うんですけども、それが医療というところと、メンタルヘルスというところと、少し分かれてくるのかなということを最近感じていて、そこら辺についても精神科病院の役割ということで、ここに全然載っていないわけですけれども、やはり地域で安心して暮らしていくというのは誰かが支える。それで、だめなときにどうするんだという話のところにもう少し精神科病院の役割も位置づけてい

ただけるといいのかなと考えております。

以上、この2点をよろしく申し上げます。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、次に中原構成員よろしくお願ひいたします。

○中原構成員 全国保健所長会から代表で出ております中原です。よろしくお願ひいたします。

今まで構成員の方々から色々な御意見が出てきて、私もなるほどと思って聞かせていただきました。まず今回、市町村が相談支援の第一線ということで、法的に明確にしていくという方向性になり、本当に身近な相談窓口ということで、住民の方々にも分かりやすくなっていいことだと思います。

ただ、やはり市町村というと本当に格差が大きいというか、大きな市町村もあれば小さな市町村もあり、人員の配置も十分なところもあれば十分でないところもあり、政令指定都市から村というところまである中で、同じようなサービスをできるだけ提供できるような体制といったところで、今保健所では、色々な分野の市町村の支援ということをさせていただいております。

先ほどもちょっと話が出ましたが、精神障害者の方については医療の部分というのがどうしても定期的に必要なものになってくるので、やはり福祉、保健、医療、年齢によっては介護が必要ということになります。そこら辺を包括ケア、「にも包括」ということで調整するに当たって、市町村さん、あなたが実施主体なのだから本当にしっかりやってくださいねと言うだけでは、やはり地域全体に広がっていくことは難しいことなのだろうと思っています。

実際、在宅医療介護連携を進めていくときにも、保健所もずっと一緒に協議会の会議に出席させていただいたり、あるいはケア会議にもお邪魔させていただいて、いろいろとお話を聞かせていただいたりという中で、地域全体としてどう進めていくのか、体制を構築していくのかということでやらせていただきました。今も高齢者のケア会議に保健所の保健師は出席をしている状況です。そういった中で、今回「にも包括」を進めていくに当たっても、市町村の人材配置というのも大事なのですが、保健所にもやはりきちんと人を配置して、それで市町村を支援できるような体制を構築して、少しでも市町村をならした形で体制が進んでいくようにしていかなければならないと思ひながら、構成員の方々のお話を聞かせていただいております。

あとは、市町村の人材の育成確保といったところが一番大きな課題となっているのですが、そこを担っていただくのは、地域で言えば精神保健福祉センターで、しっかりと市町村にも市町村職員を対象とした教育、研修といったことを定期的に行っていただき、そこで人材の育成ということも恒常的に図っていかねばならないと思ひます。地域の体制づくりということで、色々な関係者の人たちがみんな自分たちの役割をしっかりと、あなたの役割は何ですよというところをちゃんと明確にして、地域全体で体制をつくって

いく必要があるのだろうと思っております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き岡田構成員よろしくお願いたします。

○岡田構成員 ありがとうございます。全国精神保健福祉会連合会の岡田です。地域で暮らす市民として、また身近に精神疾患、精神障害を体験した家族の視点から少しお話をさせていただきます。

46ページの基本的な考え方にありますように、精神保健に関する相談支援について、市町村の責務として明確にする必要があるというふうに私も考えております。前回の会議で、市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つ部署が必要ではないかというような発言もさせていただきました。先ほど、現状として実際に市町村ではメンタルヘルスに関連した相談対応に取り組まれているという説明もあったように、やはり困ったときには身近なところに相談するのが人の行動として当たり前だと思うんです。そこでしっかりと受け止めて、必要に応じて専門的な観点からの支援を継続してもらえる仕組み、これがすごく必要だなというふうに実感しております。

精神保健に関する課題については、より専門的な視点が不可欠です。そのためには、市町村が精神保健の相談支援を行うことを法的に義務化して、義務化に伴って財源の確保であったり、人材確保というものがちゃんと伴う体制が必要だと考えています。

それで、その人材確保としてはピアサポーターが活躍できる体制を進めていくこと、これが私は一つ大きな力になるのではないかと考えております。

また、利用する立場から考えると、分かりやすさというのはとても大事なんです。相談窓口の分かりやすさですね。資料の7ページの図に様々な相談窓口ということでいろいろ書かれていますけれども、一見たくさん相談窓口があって安心という受け止めもあるかと思うのですが、実際に経験した者からすると、分かりにくくて、いざとなったときに探さなくちゃいけない。どこに相談すればいいのというようなあたふたするような経験もしておりますので、日常生活を送る中で、あそこにメンタルヘルスに関する窓口があるんだということを自然に知っていること、それがすごく重要だと考えています。

地域のどこに市役所や町役場があるかというのは、多くの市民が当然、生活の中で知ることになります。それと同じくらいの感覚で、精神保健の相談窓口の存在を認知できるような仕掛けが必要ではないかと思っています。

つまり、保健センターや保健所のカウンターの一部にひっそりと窓口があるというのではなくて、独立した建物があればそれはベストなんですけれども、なかなかそんなふうにはいかないと思いますので、何か存在をきちんと認識できるような工夫とか仕掛けというのが必要かと大変強く思っております。

それで、行く行くは、精神疾患は国の5大疾病というふうにもなっておりますので、その精神疾患を含めた地域のメンタルヘルスに責任を持つ身近な精神保健センター、今は県

に1か所ですけれども、もっと身近なところに精神保健センターのような機関を目指すということもぜひ考えていただけたらと思っております。

また、先ほど「伴走型」の支援という話が出ましたけれども、私の身近なところで、中学生で不登校になったときに、早い段階で精神科医療を受診したんだけど、特に問題ないよというふうに返されて、そこでぷつんと切れてしまったわけですね。それで、その数か月後に自宅にひきこもるようになって、その後、家庭内暴力が始まって、そこからがすごく大変で、数年かけて家族が苦勞して医療につないで統合失調症というふうに分かったというケースがあります。

これがもし最初の段階で、本人も一緒に相談に行かれるような状況のときに、その「伴走型」の支援というものにつながっていたら、その後も時々状況を伝えたり、本人や家族が支援の方にお話を聞いてもらうなどして、家族だけではない専門的な関わりの中でよい方向に向かっていったか、あるいは家庭内暴力が始まる以前のもっと早い段階で医療につながることであったのではないかと考えます。家族としては、このようなことから身近で分かりやすくつながりやすい、そして継続的、「伴走型」の相談支援体制を期待したいと考えております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、上ノ山構成員よろしくお願ひいたします。

○上ノ山構成員 上ノ山です。よろしくお願ひします。

今回は、市町村の責任ということを強調されたのはすばらしいと思います。今後は市町村が責任を持ってこのメンタルヘルスの領域に積極的に関わっていく必要があると思っております。

今回は相談支援に関して議論になっているわけですが、相談支援というのはケースマネジメントの訳と言われているのですが、現在は市町村の相談支援ということもありますが、福祉サイドの相談支援事業所の相談支援として一般的に使われている面もあります。

私は、医療もこの中に組み込んだ相談支援活動を今後充実させていく必要があると思っております。精神障害をお持ちの方の特徴として、その病状には波がありますので、単にサービスの手配をするだけではなくて「伴走型」の支援が求められているということをおっしゃっているわけですね。その病状の変化にタイムリーに対応していく。伴走しながら対応していくということが必要なんですけれども、医療機関のPSWなどがその役割を果たすことは可能であると私は思っております。

例えば、計画相談を全サービス利用者に行っていくということになっては思いますが、そのうちセルフマネジメントが20%あるということらしいです。第三者に自分の生活のマネジメントを任せてしまうというのを快く思わない障害者の方も多いということだと思います。

一方、相談支援事業者は今かなり手いっぱい、申請してもサービス利用を待ってもらっているという状況があると思います。そういうときに、御本人の利用意向を踏まえて医療機関のPSW等がケースマネジャーとしてその計画相談を立てることを支援するというのをやってもいいんじゃないか。それがセルフマネジメントになるのではないかと感じたりします。

このような形で医療機関をうまく利用する相談支援体制というようなことも重要になってくるのではないかと思います。医療機関では、最近の診療報酬では包括的支援マネジメントということで診療報酬は若干認められたりしているんですけども、これはどちらかというと病院からの地域移行の人を中心にマネジメントしていこうということですので、今回の「にも包括」の趣旨の一部しか反映していない。今回の「にも包括」では、やはり危機に対応した御本人の困り事に寄り添って「伴走型」の支援をしていくということが求められているとしたら、望ましい包括的支援マネジメントというものはもう少し対象者を広げて医療機関としてのマネジメントを行えるようにしていく必要がある。

このような形で、医療の側からのマネジメント、福祉の側のマネジメント、そして市町村の責任、役割というようなものが一体的に行われる中で地域のメンタルヘルスが充実していくというようなことになればいいなと思っています。

それで、相談支援体制の充実について相談支援専門員というものの質の担保も必要になってくるのではないかと思います。これまでは、ケースマネジメントを充実させていくという観点から専門家を増やすということでやってきたわけですけども、実態はこの資料にもありますように、実務経験と研修だけで相談支援専門員になれるわけです。つまり、PSW等の資格がなくてもなれるわけで、これは少し専門性を担保するという意味では問題があるのではないかと感じます。それが基幹相談支援事業所というのもできてはいるんですけども、ひょっとしたらそういう無資格の人が基幹とか主任というような形で地域で活動している場合もあるのかもしれないと思ったりもします。そのようなことで、地域における人材養成についてももう少し考えていただけたらと思います。

このような形で、市町村が責任を持って相談活動している中で「協議の場」ということが求められるわけなんですけれども、協議をしているばかりでは先に進まない。御本人の困り事に寄り添って支援体制を組んでいくということで、実際に協議するだけではなくて動くチームが必要であると思っています。それがコミュニティーメンタルヘルsteamではないかと思うのですが、今回の「にも包括」の報告書の中にも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の協力を得て自宅等への訪問支援を行う。そういうチームを編成して充実させていくというようなことが書かれています。

このような形で、地域で必要に応じて実際に動けるチームをつくって寄り添っていくという体制をつくっていく。そういう意味で、今回、私としては地域の相談体制で一番の重要な問題点はそういうコミュニティーメンタルヘルsteamをつくるということと、地域の個別のケア会議を法的に整備するということを進めていくことではないかと思っています。

す。そのような中で、医療機関としても積極的に関与できたらと思っています。

以上です。よろしくお願いします。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員よろしくお願ひいたします。

○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ございます。私からは2点ございます。

1点目は、第1回目の意見のところから医療行政は関係者総力で取り組むことということと、それと地域における重層的な支援体制、これらが重要であるといった御意見が御紹介されていまして。今回の検討会での議論で、そのような体制づくりが進むことを願っております。

ただ、これは私の意見ですが、先ほど新垣構成員代理人や上ノ山構成員などからも御発言があったように、私も地域の相談支援体制における医療の役割というものがやはり明確に示されていないと感じます。医療にアクセスできていない人のみならず、医療にアクセスできなくなった人、これは中断された方、そういった方々の支援は地域において重要な課題だと思っています。市町村、保健所、相談支援事業所だけでは支援を行うことが難しい状況もやはりあると思います。したがって、医療機関、もしくは医療職との連携というものが欠かせないと思います。

相談支援における医療機関、訪問看護ステーションの役割、位置づけをぜひ示していただければと思います。医療機関や訪問看護ステーションにとっても地域での役割に関する認識が高まると思いますが、市町村や保健所からも医療に連携を求めやすくなるのではないかと思います。また、地域における危機介入支援、そういった体制づくりにもつながっていくのではないかと考えます。

2点目は少し変わりますが、住まいの場の確保に関する相談をどこが担うのか、どこが窓口になるのかということところが医療機関から見たときに非常に分かりにくい状況になっていると思いましたが。そのため、これもこれまでの議論に出てきましたが、精神科病院からの退院や地域移行支援、そしてグループホームの生活からの移行などで、住居が確保できないことで支援が進まなくなるということがやはり少なくないと思っています。

参考資料の中で、宮崎市における取組の中では精神科病院に入院されていることで住居を借りられないといった事例を自立支援協議会でそういった課題を協議して取組を行ったといった事例が御紹介されていしましたが、この住まいの場が確保できないということをまずどこに相談したらいいのか、本日の法律や機関別の相談内容の資料では特に明記されなかったと思います。

障害福祉に関する相談に含まれるのかなど、これまでの経過からはそのように思うのですが、それとも今回市町村がそういったところの窓口になっていただけなのか。そういったところもぜひ示していただきたいと思っています。

私からは以上です。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、森構成員よろしく願いいたします。

○森構成員 精神保健福祉事業団体連絡会の森です。よろしく願いします。

資料の46ページに明記されている精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援は市町村の責務として明確にし、法律の中に規定し、人員配置をきっちりする。それから、「伴走型」の支援を実現する体制というのは皆さんがおっしゃったように、これが実現できれば本当に地域も変わってくるのかなと思います。

地域住民を考えますと、やはり身近な相談の窓口というのは非常に必要なことで、これが欠かせないと思っていますが、実は15ページを見ていただくと分かるかと思いますが、一般住民の方にとって今、相談の窓口があまりにも複雑になってきて非常に分かりにくい状況ができてしまっているのではないかと。福祉の領域で非常に相談の支援事業がたくさんになり過ぎて、どこへどういうふうについていいのかという非常に戸惑いを持たれるような状況があります。

ましてや福祉と保健との連携がうまくいかない、いていないような市町村も多々あって、地域住民は股裂き状態になるような感じのときがあります。そういう面で、精神保健に関して市町村がきっちりと専門性の高い職員を配置して相談窓口を設けていくということが非常に大事かと思っています。

そして、相談窓口というのはただ単に困ったことの相談を受けていく、対応していくということだけではなくて、まさにソーシャルワーク、地域づくりというのがとても欠かせないかなと思います。何人かの方がおっしゃっていますが、医療とどうつないでいくかというのは、いきなり事例が出てきて医療機関につなぐというのは非常に難しいと思います。普段クリニックだとか、あるいは訪問看護、こういうような方たちとの連携、会議などを通じたり、地域づくりをしていき、そういう顔の見える連携があって初めてつながっていくものかと思っています。

実際に私の事業をやっております岐阜などですと、岐阜の北に山県市という人口2万8000人ほどの小さな市があって、精神に関する社会資源は全くございません。

ところが、伝統的に保健師が精神に関して非常に熱心な地域でして、そこへ10年ほど前に障害福祉のほうで精神保健福祉士が配置されて、そして非常に連携をうまく取っていくことによっていろんな社会資源をつくり上げていきました。グループワークだとか、家族の集いだとか、私どものやっている当事者の人たちを利用して保健師さんが抱えているひきこもりの家庭に当事者の人が出かけて行って一緒に相談に乗っていく。それから、介護の関係の包括の人たちと自立支援協議会の中での会議をやっていって、顔の見える連携を取っていくことによって、かなり社会資源がなくてもいろいろなものができていく。

ところが、そういう人が配置されていないところになると、結構いろんなところへ丸投げしていくような感じで、結局家族が、それも他市に嫁いでしまっている兄弟などに負担をかけてしまっているような事例を見ると、まさに市町村できっちりと受け止める人の体

制が大事かと思えます。

それから、保健福祉圏域に1か所ある保健所だとか、県に1か所ある精神保健福祉センター、これは一般住民にとっては非常になじみの得にくい機関です。これなどは、本当に市町村の後方支援をきっちりとやって人材育成、人材確保、それから広報普及などの役割をしっかりと担っていく体制というのが大事かと思えます。こういう地域づくりをきっちりと継続してやっていくことで、初めて「伴走型」の支援が成り立っていくのではないかと考えております。そこにきちんとこういう職員が配置でき、市町村が責任を持てる体制が必要ではないかと考えております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、北村構成員よろしくお願ひいたします。

○北村構成員 全国自治体病院協議会の精神科特別部会を代表して、石川県立高松病院の北村といいます。

高松病院という名前なので、旧河北郡高松町というところにあるのですがけれども、何の病院か分かりにくいということで来週から石川県立こころの病院というふうに名前が変わりますので、皆さんよろしくお願ひいたします。

今までの話はいろいろありましたけれども、メンタルヘルスの相談に市町村が中心となってやることとか、それを法律で明確に規定していくというのは当然のことだろうと思うのですが、精神科というか、精神障害に関しましてはやはりほかのものちょっと違うところがあって、例えばコロナの予防注射だったら市町村でやれと言ったら規模の違いはあってもいろいろできるのですが、精神科の場合はまず先ほどから出ていますけれども、医療機関が非常に偏在しているということで、うちのあるのはかほく市ということで、3万数千人の人口の規模に県立の400床の病院があるので、かほく市のほうはかなりいろいろやりやすいんだらうと思えますが、奥能登などに行ったら全く精神科のクリニックすらないわけですから、そこで相談を仮に受けるにしても差が出るだろう。

それから、上ノ山先生などもおっしゃっていましたがけれども、精神障害は状態が変化するので、やはり福祉の相談だけで全てが解決するということはあり得ないし、発達障害の就労支援のこととかいろいろ話してみましても、結局医療的なことが分からないので、この人はどうして話が伝わらないんだらうということで悩まれて、ぜひ医療のほうからちょっとそういうことを教えてくれということもよく言われますので、やはり医療が入らないと大したものにはならないなと思うわけです。

そうしますと、やはり保健所なり県なりの後方支援の組織をしっかりとつくる、あるいはそういうものが何か要すると思うのですがけれども、結局そう言いましてもみんな忙しいわけですから、私が思うのは辻本先生に聞いてみなければ分からないのですが、精神保健福祉センターの機能を非常に強化して医者を複数名置くとか、医者が無理でもPSWとか保健師なりを入れるとか、あるいは民間の病院からも募って各病院から1人ずつ精神保健福祉士が

そういう県の市町村に対する後方支援事業に協力するような体制を取るとか、そういうことをしないとなかなか難しいんじゃないかと思います。

それから、先ほどから出ている相談員のクオリティーの問題ですが、それについても非常にピンからキリまであるなど実際に経験して思うわけですが、しかし、13ページを見ますと、メンタルヘルスの課題は非常に多様化していて、自殺対策から、虐待から、DVから、認知症から、貧困から、何とかからと物すごい幅があるわけです。ですから、それらの一つ一つの専門家を育てるということになると物すごい人数が要ると思うので、今は医療でも専門医と総合医に分けて、やはり総合医を育てたほうがいいという話になっていきますけれども、それと同じように幅広くこういうメンタルヘルスの相談をできるような研修と、もう一つ専門的なことを深くやるような研修みたいなものをもうちょっと考えて、先ほどから分かりにくいとだめだという意見もいっぱいありますけれども、どうもこれを見ていて一体何がどうなっているのか、相談事業の仕組みがさっぱり分からないというがあるので、もうちょっとその辺りを広く浅くやる人と、専門的にやる人と、というようなピラミッド型というのか、そういう形で組み立てていったほうがいいものになるのかなと思います。

いずれにしても、精神科の病院は医師を含め、職員がかつかつでやっておりますから、なかなか県の仕事とか手伝えと言っても県職員でも難しいので、それは民間の病院にお願いすることはまず不可能だと思います。ですから、そういう公的な立場の医療人というか、そういうものを予算で規定するのかどうか分かりませんが、いっばいつくっていかないと、せっかくいい相談のそういう仕組みができたにしても、なかなか身のあるものにはならないのではないかと思います。

いろいろありますけれども、取りあえずこのくらいでよろしくお願いします。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、野澤構成員お願いいたします。

○野澤構成員 野澤です。よろしくお願いします。

先ほどから皆さん御指摘があるように、法令上、市町村の責務として認めていくというのは自然の流れかと思っております。私は千葉県の浦安市というところで障害関係のNPOとかやっているんですけども、人口17万人で、もともと精神の相談に特化したセンターというものを市が持っているのですが、全然足りないですよ。

それで、医療につながった統合失調症の方は何とかなるけれども、それ以外は全然どうにもならなくて、去年からそれとは別に市がまた独自に発達障害のセンターをつくって、それを私がやっているNPOが委託を受けています。発達障害以外の利用者がいっぱいくるんです。1つは重なっているケースがすごく多くて、認知症とか高齢ですよ。それと、知的障害と重なっていたり、生活困窮と重なっていたり。DV、ひきこもりなども含めてとにかくそういうものがいっぱいくる。

もう一つは、障害があるかどうかは分からないけれども、発達か、精神か、よくわから

ないけれども支援の必要な人に違いないというようなケースで、ひきこもりで全然会えないとか診断もできないというケースがどんどん持ち込まれてきます。

人口17万人でもこんな状況なので、先ほど市町村ごとに対応できているかどうかという調査があって、規模が大きいところは半分以上対応できているというんだけれども、対応できているというのはどのくらいまで対応できていると思っているのかというのがちょっと私は気になるんです。

それで、行政からすると、医療につながって福祉のサービスというか、日中活動があって住居があると「対応できている」というふうに考えているのかなと思うんですけども、それはすごく大事なことなのですが、ひきこもりとか、依存症だとか、虐待だとか、自殺だとか、そういうすごくあふれかえっているものを見ると、医療や福祉や住居もさることながら、何かサブシステムというか、システム外のところですね。孤立とか、疎外とか、夜一人でいられない。寂しくて仕方ないとか、あるいは性の問題とか、この辺りのことがすごく大事だなと思っています。先ほどの関係機関間のコーディネートももちろん大事ですけども、地域とのコーディネートがしっかりできる専門性というのはやはり必要だろうと思うんです。あるいは当事者性といいますか、市町村の責務として精神に特化した相談窓口を1つつくれば良いということではもはやないような気がしていて、もっと違う発想で、御本人を地域につなげて、その地域もつくっていく。

この一つの武器は、重層的支援体制の構築だと思うんです。こういう武器というか、ツールを使ってその地域ごとにつくって行って、そこに本人がつなげていけるような、そういう発想のものが必要だと思います。

それで、市町村の責務というと、多分市町村は、またかと思ってちょっと引いていくような気もするんです。ですから、ここはやはり国も大変でしょうけれども、財源だとか、人材だとか、あるいは専門性とか、もう一つは社会資源ですね。地域の理解みたいなものを含めたソーシャルリソース。どうやって市町村にバックアップしていくかというようなものが問われているんだろうなと思います。その上で、精神の相談機関あるいはサポートするセンターというものが役割をどうするのか、対象者をどういうふうに考えていくのかということです。

ほかの機関との分担と連携というのをどうやって明確化していくのか。地域によって資源は相当違うと思いますし、先ほど宮崎市の例とかも非常にすばらしいものがあると思いますので、そういう先行している地域を参考にしながらそれぞれの地域の実情に合ったものをつくっていくことが必要だろうと思っています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、神庭構成員よろしく願いいたします。

○神庭構成員 ありがとうございます。

繰り返しになりますけれども、先立って行われた「にも包括」の中で議論していただい

た幾つかのキーワードをまたちょっと皆さんに思い出していただきたいのですが、重層的支援体制を整備して、困り事から様々な問題に対応できるような体制を目指していたと思います。

ただし、相談の入り口はワンストップとどなたかがおっしゃっていたと思うんですけども、分かりやすいキーワードです。そこへ相談に行くと、体制内の密な連携の中でいろんな問題に対応していきける。必要な人に合った人を紹介いただく。こういう体制ができるといいなと思っています。

それから、今日はあまり資料の中に出てきておりませんでした。何人かの先生がおっしゃったように精神科医の役割は「にも包括」でかかりつけ精神科医という言葉だったと思うんですけども、かかりつけ精神科医の関与は不可欠だと思います。

その理由は、説明されていると思いますが、ぜひその役割ですね。具体的にどういうふうな相談を、どういうふうな体制で関わっていくかということを明確化できるといいなと思います。

それから、もう一つは心のサポーター、つまりゲートキーパー養成で地域のメンタルヘルス意識を耕すといえますか、メンタルヘルスが重要だということは口では言われていますけれども、まだ本当にその重要性が伝わっている、あるいは正しくメンタルヘルスが理解されているとは思えないわけです。

それで思い出すことは、英国の元メイ首相がサイコロジカル・ファーストエイドを広めて、英国のメンタルヘルスの認識、アウェアネスを高めるんだという政策を打ち出したことです。日本でもそういうふうな形でメンタルヘルスのアウェアネスが高まっていくことが重要だと思っております。そういった地域の中に相談支援システムが動いていくというのが目指すべき在り方かなと思った次第です。

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願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

46ページの相談支援の基本的な考え方の案について意見を申し上げたいと思います。

まず、相談支援について市町村の責務として法令上、明確にするということについては賛成でございますが、いかに実効性を担保するかが重要であると思っています。法令上の責務といたしましても、ある日突然何かが変わるわけではないので、そのための支援なり戦略を練っていく必要があると思っています。特に地域の課題、住民側の課題を各市町村において抽出して、その地域課題をいかに分析するのか。それと同時に、ニーズを把握していくということが重要であるかと思っております。その中で、今後に向けてはいろいろとデータベースの構築というのも必要ではないかと思っています。

今回のコロナ禍においても、保健所においても聞き取ったものを紙でやり取りすることが全国の保健所でかなり見られたこともございますし、今後ある程度データベース

というものが必要で、それに基づいて戦略を考えていくことが重要ではないかと思っています。それによって緊急性の高いもの、あるいは優先順位をどう考えるかで、地域の課題がより見える化できるのではないかと思っています。

その中で、保健師とか精神保健福祉士等の専門職の配置等、実地体制の充実を図る点、これは大変好ましい、望ましいことだと思いますけれども、一方で全国の、特に地方に行きますと市町村の人口減少、労働人口の減少というのは今後ますます加速していくわけで、市町村の実情に応じてその辺りの体制をどう考えていくのか。特にこの相談支援の担当者がもちろん万能プレイヤーでは一般的にはないわけですし、地域の社会資源を把握した上でどう地域とネットワークをして、専門性の高いニーズを有する人に関してはそういった機関と連携していくということをどうこれから考えていくかということも重要ではないかと思っています。

特に一例で言いますと、全国の市町村の地域包括支援センター、これは高齢者、あるいは介護の世界ですけれども、従前、この10年くらいの間にかなり地域包括支援センターの機能強化という政策がずっと取られ続けてきましたが、その中で人の配置もあまり増えることなく、機能強化の下に業務が増えて、ある意味では機能不全の様相も呈している部分は否めないと考えていますので、人の配置と機能強化のバランスを取っていかに実効性を担保していくかということが非常に重要ではないかと思います。

また、市町村を支える保健所におきましてもかなり経年的に機能の脆弱化で保健所をどうするかというのはずっと課題でしたけれども、このコロナ禍においても脆弱性が露呈したり、もちろん現場の職員さん、保健師さんをはじめ大変な思いをされたわけですけれども、そういったところの体制もどう考えていくのかという形で、市町村だけで解決する問題ではないので、圏域あるいは都道府県全体として考えていくことが重要であると思います。

もう一点は、多くの構成員の方がおっしゃっています医療との関わりについてですけれども、まずは地域での御本人の生活を下支えするものが福祉であり、介護であり、そして医療だと思っていますから、特にメンタルヘルスの視点において考えると、医療との連携とか医療機関との連携、あるいは精神科のかかりつけ医、そして一般のかかりつけ医にもメンタルヘルスの患者さんは結構かかっていらっしゃる、そういった辺りの連携というのは極めて重要だと思いますので、医療と福祉が連携した上で御本人の生活を支えるという構図の中で、医療の果たす役割をもう少し市町村のほうで認識を高めて具体的にどういうビジョンを描くのかということが課題ではないかと思っています。

最近では女性や子供、若年者の自殺の問題も出ておりますけれども、自殺者の多くは精神疾患を有していますが、一方で過半数の人は精神医療機関にかかっていない。いわゆる医療に届いていないという現実も指摘されておりますから、そういったことも含めて医療と福祉の連携をした上での体制というものをぜひお願いしたいと思います。

2点目は2つ目の○ですけれども、市町村が関係機関間のコーディネートをを行い、「伴

走型」の支援を実現する体制の整備という記載がございます。先ほど同様な意見が出ましたけれども、そのためには何が必要かと考えますと、市町村と関係機関の常日頃からの良好な連携、顔の見える関係というのが非常に不可欠となると考えています。

特に関係機関、一例で申し上げますと、平成24年に始まりました在宅医療・介護連携推進事業、これは市町村と地区医師会が円滑に連携しない限りはなし得ない事業となっておりますけれども、そのときに当時は市町村の方が例えば地区の医師会にどういうふうに声かけをしていいのかわからないといったようなプリミティブな質問も厚労省のほうに寄せられていたことがございます。

私は当時、地元の県におきまして、これは県の医師会の主催として企画いたしました、市町村の在宅医療の実務担当者、保健所、あるいは地域包括支援センター、そういった行政の方々と県内の各地域の地区医師会の会長、あるいは在宅医療の担当理事が一堂に会する研修会を平成24年から毎年、今までも続けておりますけれども、合同研修会というものを開催しています。

実はこれを企画したきっかけが何かと申しますと、普通の会議ではその市の担当者と例えば医師会の担当理事とかは当然会議の場ではよく面識はあるんですけども、こういった研修会で、講演とグループワークという形式にしていますが、ある地域の課題を一緒に時間をかけて行政の担当者と例えばかかりつけ医とか医師会の担当者が平場でディスカッションするというのは極めてないんです。そういったところで、顔の見える関係とか、普通に会話ができることをつくることによって在宅医療・介護連携推進事業がうまく進むのではないかと考えて立ち上げました。

案の定、非常にいい関係ができて、いつも時間をオーバーして、あるいは会が終了しても担当者と現場の医師が時間を超えてでも話し合いをしている光景をよく見ますけれども、特にそういう日頃からの関係性というのは重要であるので、そういったことを下地として行うとこの「協議の場」というものがかなり充実してくるのではないかと考えております。

以上です。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、会場の小阪構成員お願いいたします。

○小阪構成員 ありがとうございます。日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪です。

46ページにお示しの上から4行目の人員配置の記載ですね。「保健師、精神保健福祉士等の精神保健の専門職の配置等」とありますけれども、「等」に何が含まれるかということですが、今般精神障害者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において数十か所にわたってピアサポートと打ち出していただいたと思います。ですから、ここに「等」に含まずにピアサポーターを明示したほうがよいのではないかと

思います。

もう少し付け加えれば、身近な相談先となり得る市町村の相談支援体制においてしっかりとピアサポートも位置づけていくということが今後の精神保健福祉について望ましい体制なのではないかと思います。

それから、本検討会において今回「伴走型」支援を前面に打ち出していただいたことについて、当事者の立場から見ても大変望ましい方向性だと思っています。その上で、「伴走型」支援の定義について本検討会内ではどういう扱いになっているのかという点が少し心配になっています。例えば、「伴走型」支援の実際の担い手やその支援の在り方等について、本検討会内において共通の理解を持つために定義について明示していただき、重要な要素となる「伴走型」支援のその中身等についても本検討会における各構成員間で一定の共通のイメージを持ち、合意形成や確認を図れることが安心感につながると思います。

追加で、もう2点だけ触れたいことがあります。

1点目は、エンパワメントについてです。今回の資料内において、エンパワメントという言葉は一切見当たりませんでした。特に精神障害領域ですね。障害や疾病などの当事者経験を得ると、自分の可能性を信じられなくなることがあります。社会生活や、日常生活の質や、その幅について縮小した形で捉える力学が当事者の内面において働いている、そういった心理構造があり得ます。

よって、議論の相談支援等も含めてですけれども、障害者支援に当たってはリカバリーやエンパワメント、ストレングス視点などを主眼としながら、ややもすると御本人が信じられなくなっているような御本人自身の人生や社会生活、日常生活の可能性を広げられるように、エンパワメント的視点が市町村の実地する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方についてもきちんと位置づけられていることが必要かと思います。

2点目です。これは十分に私の中でもまだ言語化できていないんですけども、46ページの○の2番目で示していただいた、「市町村が、対象者の希望や状態に応じて、関係機関のコーディネートを行い」という文言です。これは、厚生労働省のほうから事前説明を受けたときから私はずっと気になっていたんです。それで、ずっともやもやしていて、今日午前中にいろいろ考えてもどうやって言葉にしているのか分からなかったんですけども、今日皆さんの議論を聞いていてはっきり自覚できたところがあります。

それは、誰のためにというところが弱いと思います。もう少し踏み込めば、御本人となり得る方がどこか置いてきぼりになっていないかということを感じます。主体は御本人だと思うんです。御本人のための支援なので、例えばこの文言を用いるのであれば、「市町村が対象となる御本人の希望や状況に応じて」、この後に「御本人」もつけてほしいんです。「御本人とともに、関係機関のコーディネートを行い」、というふうにするのはいかがかと思います。

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、桐原構成員よろしくお願ひいたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。

時間が限られているので、申し訳ないですけども、早口で言います。

精神保健福祉業務を市町村の責務に改めて、「にも包括」の実施主体にしていくということについては、基礎自治体中心で連携を推進し、人材面も確保するという点では一見よさそうに見えるわけなのですが、御説明にあった実際の役割が連携や調整等であるということだけだと、法改正を必要とするだけの趣旨が十分に見えてこない部分があるように思います。何のための法改正であるのか、より積極的な動議づけをしていかないと、法改正の必要性を見出すことができなくなる可能性もあると思います。

市町村の精神保健福祉業務が規定されている条文は、2017年に廃案になった精神保健福祉法改正案でいうと、退院後支援計画が規定されていた条文と基本的に同じ部分となり、市町村の精神保健福祉業務としても退院後支援を含み得ることから、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組という位置づけになってしまわないかと、深刻に憂慮しています。

現行の精神保健福祉法附則第8条には、施行3年をめぐりに見直しを行うとともに必要な措置を講じるものとする規定があり、検討の場として2016年よりこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会が設置されました。ここでの検討結果を踏まえて講じられたのが、2017年に廃案になった精神保健福祉法改正法案の提出だったわけです。

他方、津久井やまゆり園事件の再発防止策については、相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームの報告書にまとめられています。ここには措置入院者の退院後のフォローアップについては書かれていますが、精神保健福祉法改正とまでは書かれていません。

当初、同再発防止策検討チームの報告書に書かれた再発防止策の実行手段は精神保健福祉法改正でした。ただし、精神保健福祉法改正は同あり方検討会の中で議論された結果であって、直接的に津久井やまゆり園事件の再発防止策として改正されたわけではなく、再発防止策を契機とした改正という整理でまとまったという経緯があります。

ところが、精神保健福祉法改正案が廃案となったことで、再発防止検討チーム報告書に書かれた再発防止策の実行手段は、通知によるガイドラインの周知に変更されました。当時の厚生労働大臣は、ガイドラインの実施状況を見て法改正を決めたいとして、法改正の遅延という形を取りながら実施状況のモニタリングをしてきました。

本検討会は法改正を見据えたものであり、ガイドライン実施状況を見て法改正を決めたものとされるのならば、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした法改正という過去からの連続性を引きずることになってしまいます。

私としましては、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組という文脈とは、何らかの形で完全に決別してほしいと思っています。例えば、本検討会では同再発防止検討チーム報告書を踏襲しないということ、立場として全員で合意したということ、そうい

うものを記述することなどが必要なのではないかと思います。

資料にありました市町村の弱み、課題に対する対応として、未治療者や治療中断者に対して治療することが取り上げられています。

しかし、精神障害者の中には未治療者や治療中断者で不要な治療を施したがために、かえって症状や生活状況が悪化したという人も少なからず存在します。治療をしてよくなる人もいますが、悪くなる人もいます。治療しないで悪くなる人もいますが、よくなる人もいます。この病気はとても複雑です。ですから、精神保健福祉業務が治療はよいことという方向性一辺倒になってしまわないようにしてほしいと思っています。今後は、精神保健福祉業務が何でもかんでも抱え込んでしまい過ぎないようにするためにも、スクリーニングやクリアリングの体系化といったことも進められたほうがよいのではないかと思います。

人材育成については各関係専門職や行政職員、その他に向けた者を含む人材育成のための研修コンテンツ等の作成プロセスに、主だった精神障害者の当事者団体の参画が得られているとは言い難い状況があります。特に今後は障害当事団体とどのようにパートナーシップを組むのかをプログラムにしていく必要があります。人材育成については、障害当事者団体の参画は不可欠です。

また、障害者権利条約では同条約に係る普及研修が必要であるとされています。本検討会においても、普及、研修には障害者権利条約に関するものが書き込まれる必要があると考えます。

それから、障害者ピアサポート研修事業については国のシラバスやテキストにおいてピアサポートを十分に捉え切れていない部分があるため、大幅なブラッシュアップが必要であることを本検討会においても確認されることを望みます。

また、2021年3月31日付で事務連絡が厚生労働省から出ていますが、運営会議や講師の選任について特定の団体に問い合わせることとしていると読める記述があるため、参加希望していても参加できない人たちが出てきています。幅広い人々の参加を可能としていくようなピアサポート研修事業が望ましいと思います。

最後ですけれども、「協議の場」における情報共有について御説明がありましたが、措置入院の運用ガイドラインに基づく「協議の場」にはケースの情報共有の仕組みを援用しないようにお願いします。

それと、これは厚生労働省への質問になりますが、御説明にあった市町村における「協議の場」には措置入院の運用ガイドラインに基づく「協議の場」を想定しているのか、そして含み得るのかどうかについて回答いただけたらうれしく思います。

以上です。ありがとうございます。

○田辺座長 1点御質問がございましたけれども、レスポンスはこの場でできませんでしょうか。お願いします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 今の御質問の点に関しまして、委員の問題意識として、

途中でやまゆり園からの決別といった問題意識等々もございました。今、構成員から示されました問題意識を踏まえて、この場で明確にどちらかという回答は難しいのですが、今、委員からお示しいただいた問題点をしっかり踏まえて、我々は今後検討会の中でも検討させていただくようにしたいと思いますので、引き続きどうぞよろしく申し上げます。ありがとうございます。

○田辺座長 よろしゅうございますか。

それでは、またスクリーンのほうに戻りまして、野原構成員よろしくお願いたします。

○野原構成員 岩手県保健福祉部の野原でございます。

46ページに市町村における精神保健福祉に関する相談支援の考え方を示されていますが、こちらについては基本的に賛成の立場で、41ページに示されております課題について幾つか意見を述べさせていただきます。

課題1にも示されているように、岩手県でも特に小規模な自治体においては地域保健分野に従事する保健師の確保にも苦労している実態があり、こうした市町村では精神保健に関する相談支援を行っていくためには人員体制の整備が課題であります。また、精神保健に関する日常的な相談、訪問、受診支援などについて、市町村と保健所のどちらが主体となって支援を行うかという役割分担や、精神保健福祉センターも含めた情報共有や連携の在り方について、より明確化していく必要があると考えています。

市町村の役割を法的に明確にし、法的根拠を持つことにより、財政的、人材的な裏づけを持った対応も可能となり、課題2にも示された保健師等の専門人材の確保、育成にもつながっていくのではないかと考えています。

課題3の「協議の場」については、精神保健、医療福祉の支援が必要な方は同時に介護や生活困窮などの支援が必要な方も多く、重層的な支援が求められています。今、多くの自治体ではヤングケアラーやひきこもり支援の検討も行っていますが、同様の課題があると考えています。現在、各地で重層的支援体制整備事業の取組が始まったところですが、精神保健福祉分野も連携して取り組めるよう推進していく必要があると考えています。

資料の31ページに各福祉制度における協議、組織を示していただきましたが、単に新たに協議の場を設置するというにこだわらず、資料41ページに示したような同様の機能を有する他の協議会等との関係について整理を行うとともに、各構成員からも意見が出ていますが、各市町村で精神保健医療資源がかなり異なります。こうした地域の事情も踏まえて、根拠制度や財政的な点も含めた柔軟な運用の在り方についても検討を進めていただければと考えています。

本日は市町村の体制整備について議論が進められており、この検討会は全国市長会から永松構成員が参加をされておりますが、当事者である特に町村などの小規模自治体の意見なども十分聞きながら検討を進めていただければと考えております。

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した。

それでは、田村構成員よろしくお願ひいたします。

○田村構成員 ありがとうございます。日本精神保健福祉士協会の田村です。

市町村でメンタルヘルスに関する相談支援を責務とすることは「にも包括」検討会のときから言われていたことであり、私どもも賛成しています。そのうえで気がかりな点を申し上げます。精神保健福祉法の目的というか、精神衛生法から精神保健法への改正の際、国民の精神保健の向上が目的に位置づけられたと思うのですが、その当時の日本の状況は今ほど精神保健を深刻に捉える世の中ではなかったと思います。

その後の、例えばバブルの崩壊後、そして平成の大不況の中で、鬱病の増加や、自死者（企図者を含む）が非常に増える中で制度も変わってきて、今、国民のメンタルヘルスの課題については誰もが認識していると思います。ある意味、この法律がつくられた当時の精神疾患の予防や精神障害のある方々の社会復帰支援とともに語られていた、その当時の国民の精神保健の向上ということより、現在はかなり幅の広いものが「メンタルヘルス」という言葉で表現されているのではないかと思います。

そのため、市町村に期待されていることは具体的にどの辺りまでなのか、市町村は一体何をやればいいのかイメージできているのかどうか、ちょっと不明に思います。

今までのお話の中では、やはり何らか生きづらさを抱えている方々の中で未受診ながら精神疾患がありそうな人たちと、既に精神疾患があるということが分かっている中で生活支援も必要とする人たちを、保健と福祉と医療が連携してその方に合った支援をその地域で行っていくということを目指していると思います。

前回は申し上げましたが、本協会でも心の健康電話相談などをやっております、本当に幅の広い御相談が「メンタルヘルス相談」として寄せられています。例えば、親との関係の悩みとか、大学生が就職先でうまくいかなそうでどうしようという悩み、いわゆる身近な人間関係の不和など本当に多様なことが心の悩みとなっていて、それらを相談する場がないことから電話相談は回線がパンクするほど必要とされています。

今後、市町村がメンタルヘルス、精神保健の窓口を設けるとなったときに、どういう部署にどういう形で設けることが想定されるのか、担い手と業務についてももう少し明確にする必要を感じます。

また別のことですが、精神科医療機関の関与というのは非常に重要だと思いますが、市町村単位になりますと、先ほどからもご発言がありますように、医療機関の偏在がかなりありますので、市町村の職員の方々が広域的に精神科医療機関に関する情報と連携体制を構築しなければいけないことになります。そこについては基幹相談支援センターとか、あとは保健所等がしっかりバックアップすることが必要になると思います。

それが既にうまくいっている地域であれば、改めて新しいことをしなくても自然に既に流れていっていると思いますが、これまでうまくいっていないところはそれぞれの地域事情の分析をするような仕組みが必要ではないかとも感じます。

あとは、特に公立の病院が減っているというか、国立、県立だったものが独立行政法人

等になったりしており、民間の精神科医療機関を当てにするとところが当然必要かと思えます。その質の均一化も求めていく必要があると思えますし、精神科クリニックについては先生の得意分野、不得意分野によって特徴がかなりあると思えます。例えば、若い方が相談したいけれども、そういう方は得意ではないといったところもあったりします。メンタルヘルスや精神医療が取り扱うのは相当幅の広いもので、まだ社会資源としては十分ではない地域もあると思えますが、どうやって市町村単位で整えていけるのか、なかなか具体的にイメージをつかめていない自治体もあるのではないかと思います。

重層的支援体制整備事業についてはこれから広がっていくと期待しますが、特に小さい市町等は、各課題に対応するために独立した多様な部門を設けるよりも、重層的支援ということで一くくりにしたほうが、マンパワーが節約できることもあって1か所でやるという選択もあるかもしれません。ただ、そうすると広く浅くなって、専門的なことが担える方を一市町村で確保するのは難しいのではないかと想像します。重層的支援体制をきちんと市町村がもっていけるためには民間との協働が欠かせないと思えますので、民間と市町村との連携について、体制づくりを牽引していただけるような方が地域で、例えば基幹相談支援センター等が担っていただければいいと思えますが、まだ足りていないところもあるのではないのでしょうか。

この辺りを検討会で、好事例とか、こういったパターンがある、ということをお示ししていくことで、それぞれの市町村がその自治体の特性に合ったスタイルで重層的支援体制整備の中にメンタルヘルスも組み入れていただけるといいのではないかと考えています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、藤井構成員よろしくお願ひいたします。

○藤井構成員 国立精神・神経医療研究センターの藤井でございます。

先ほどから各構成員の皆様が、市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方について、市町村が精神保健を責務として行っていくことを明確に位置づけることについて多くの方が賛成しておられるとおり、私も市町村の責務の明確化に関しては賛成の立場です。

実際に市町村で様々な業務を行う中で、現在でも精神保健の課題に対応しているという現状があるということを考えますと、やはりここは人員の量、質、ともに確保していくこと、財源を確保していくことが重要であろうかと思います。

一方で、先ほど桐原構成員が懸念を表明されていましたが、津久井やまゆり園の事件の再発防止策としてこのような市町村の精神保健の業務の明確化を責務とすることが、そのように捉えられるという懸念があるということは、私も先ほど御意見を伺うまでは全く思い至らなかったことで、そのような文脈ではないと理解はしていますが、実際にそのような懸念があるということは重く受け止めて、当事者の方や国民に誤解を生じないようにしていくということも重要であろうと考えます。

人員の確保についてですけれども、今、国からの統計で、地域保健健康増進事業報告等で市町村の人員体制等は経年変化が見られるようになってはいますが、精神保健福祉の業務を担うと思われる精神保健福祉士であるとか、精神保健福祉相談員に関しては、徐々に常勤職員が減少しているという状況がございます。

その分、会計年度任用職員、非常勤の職員がかなり増えているという状況で、非常勤でかなり補っているというような現状があると思います。これから潜在的なニーズに対しても対応していくということを考えると、非常勤を増やすということではなかなか対応し切れないところがあるかと思えます。

もちろん、非常勤の方に関しても活躍をしていただく場はたくさんあると思うんですけれども、一定数、常勤職員がしっかりいないと、継続的に相談支援を担っていくことであるとか、連携に関して部局内、あるいは庁外との連携をしっかりしていくという意味では、非常勤の職員では対応が難しい面があると思います。したがって、常勤職員をしっかり確保していくというような視点も大事ではないかと思えます。

とはいえ、なかなか人材確保というのはすぐできるものではないかと思えますので、今いる人員でスキルアップをしていくというような観点も必要かと思えますが、これに関しましては鎌田構成員がおっしゃっていましたが、精神保健福祉相談員を増やしていくというような観点から、保健師の方に精神保健福祉相談員を担っていただくとか、そのようなことも考えていく必要があるかと思えますけれども、その際に問題になってくるのが、研修に非常に長時間を要してしまうということです。200時間以上の研修というのは現実的ではないということもありますし、実際に保健師さんのベースのスキルを考えると、そこまで長時間の研修が本当に必要なのだろうかということもありますので、そこは研修の在り方を見直していくことでありますとか、その際に当事者の方であるとか、御家族の御意見を取り入れた上で研修を組み立てていくということは、研修を考え直すときに考慮に入れるということも必要かと思えます。

相談支援に関しては多くの市町村が取組に困難を感じておられるところですので、人員体制を増やしていくことと同時に、保健所であるとか医療機関のバックアップ体制もしっかりしていくということも必要だと思えます。市町村の人員体制だけをしっかりと確保して、それでよしとするのではなくて、保健所でありますとか精保センターのようなバックアップを担うところの機能強化ということも同時に考えていく必要があるかと思えます。

あとは、これも多くの構成員がおっしゃっていましたが、医療機関との連携というところです。医療機関との連携に関しては、これも未受診、未治療の方、あるいはひきこもりの方で医療が必要な方に適切な医療を受けていただくという観点から非常に重要なところだと思えますけれども、現状では医療機関と連携するということの困難を抱えている市町村が多いと伺っています。

認知症の初期集中支援チームではサポート医が役割を担って、認知症の初期の対応をしているという仕組みが現時点で市町村にあると思うのですけれども、そのような形で医療

機関がメンタルヘルスに関してもサポートしていくというような仕組みも必要ではないかと思えます。

その際に非常に重要なのは、当事者の方と医療との最初の出会い最初の出会いの段階で印象がよくなければ必要な医療をその後、受けられなくなってしまったりとか、もう二度と医療にはかからないというふうに思われる方も実際に少なくないところがありますので、保健と医療のつなぎを担うような精神科医、精神科医療の従事者の教育が非常に重要かと思えます。

最初の出会いで精神科医療にかかってよかったと思ってもらえるような医療体制をつくっていくということも同時に考えていく必要があるように思えます。

あとは、バックアップ体制ですけれども、行政などでは、受け渡して終わるという形になってくことも多いので、どちらかが担うというのではなくてチームで担うという考え方も必要かと思えます。

資料の中での例が、尾道市の取組ですね。52ページですけれども、アウトリーチチームによるサービス提供を対象者個々のチームで編成して対応しているというような例があります。このような形でチームを組んで個別支援を行っていくというような体制が組めるということも考慮していく必要があるかと思えます。

もう一つ、15ページの図ですけれども、これはすごく大事だと思います。まだこれは整理の途中だと拝察いたしますけれども、これを拝見したときに重層的支援体制整備事業、社会福祉法に位置づけられている事業と、精神保健等の相談が並列になっているように見えるんですね。現場レベルでは、社会福祉法の事業と現行の精神保健福祉法、地域保健法の相談支援とは相入れないところがありますので、ここは国のほうで整理をしていただかないと現場のほうは混乱する可能性があるかと思えます。これに関しては、現場の市町村の職員の方に、現場の動きを踏まえるとどのように整理していくの適切であるかということについてぜひヒアリングをしていただければと思います。

もう一つ、すみません。精神保健福祉法に関連するところで、市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領があると思うんですけれども、その後、業務運営要領は長く改定されていないかと思えます。

法律で地域保健法であるとか社会福祉法と精神福祉法を一体化していくというのはすぐにはなかなか難しい話だと思うんですけれども、地域保健法、あるいは社会福祉法の基本指針と精神保健福祉法上の業務運営要領との整合性を取っていくような形で、業務運営要領の改定を早急にしていく必要があるのではないかと考えます。

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、柑本委員よろしくお願いたします。

○柑本委員 柑本です。簡単に法律的なことだけ述べさせていただきます。今回メンタルヘルスに関する相談支援について市町村の責務として法律上明確にすることが必要ではな

いかという点につきましては、私は全面的に賛成いたします。

私は児童福祉、児童虐待に関連する仕事をするのですが、児童福祉の現場でもやはり住民に身近な市町村において虐待の未然防止、早期発見を中心に積極的な取組を行うということを期待して、それまでは児童相談所等が通告先だったものに市町村が追加されたという経緯がございます。それが追加されたことによって、市町村がかなり動けるようになってきているというところがございますし、それに伴って予算もつけられているというような実情もございますので、ぜひこの点は実現していただきたいと思います。

そして、現在の児童相談所、それから市町村の役割分担ですけれども、市町村は児童や保護者の身近な支援を、児童相談所は児童や保護者に対する専門的な支援を行うことというふうにされております。やはり市町村のバックにそういった専門機関があるということ、そこに十分な財源が確保されていて、それから人的資源がきちんと配置されているということは非常に重要ですので、精神保健の仕組みの中でもぜひその点は考慮していただきたいと思います。

さらに、窓口としての市町村が法律上に明確にされたと同時に要保護児童対策地域協議会の規定も併せて児童福祉法上に設けられました。この規定が設けられたことによりまして、情報の共有が非常にスムーズに進んで支援がしやすくなったというふうなことを現場の方たちからよく聞いております。

情報共有を行うに当たっては、やはり法律に書き込まれているかどうかということは非常に大きな問題で、各種研修会に出ても必ずこの点の質問が寄せられます。ですので、「協議の場」というのをどのような形で設けてくださっても結構なんですけれども、何らかの「協議の場」を設けることができるような根拠規定というのでしょうか、そういったものを置く方向で考え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、櫻田構成員よろしく願いいたします。

○櫻田構成員 櫻田でございます。私のほうからは、1点だけ申し上げたいと思います。

皆様がおっしゃられている市町村の責務として、メンタルヘルスに関する相談支援について明確化するということは私も賛成です。

あとは、「伴走型」の支援の中にピアサポーターのことを入れていただいたこともすごくありがたいと思っております。

ですが、小阪構成員もおっしゃっていたかと思うんですけれども、御本人が一番メインにくるべきというか、御本人メインで何事も考えていかないといけないと思っているんですけれども、やはりその御本人を置き去りにしないような形でうまく市町村との関係ですとか、その他の相談業務の関係とかも成り立っていけばいいのかなと思っているので、そこだけちょっと御意見として述べさせていただきます。

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、小阪構成員どうぞ。

○小阪構成員 ありがとうございます。

先ほど私の発言機会が1点だけ大事なことを言い忘れてしまって、支援がこういった検討会で手厚くなるのはとてもいいことだとは思っています。

一方で、支援が手厚くなるのが当事者の人たちにとって、今、櫻田構成員もおっしゃっていただきましたけれども、当事者にとって支援されるという立場を強化することになっては私はいけないと思うんです。精神障害領域、精神的困難に直面した経験がある人でも十分に力はあるんです。それをしっかりエンパワーメントしていただくという観点がとても大事だということを、先ほど野澤構成員が私に改めて気づかせてくれたんです。御本人とともに地域をつくっていく観点、これはぜひ市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方の一つに据えたほうが、より我が国にとって望ましい精神保健福祉体制になるのではないかと思います。

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、新垣代理人よろしく願いいたします。

○新垣構成員代理人（櫻木構成員代理） 2回目ですが、2つあります。

1つは先ほど言ってもらったように、精神科病院というのは全国にあって、そこにある程度人が集まっている状態なので、そこは少し使えるのかなというところがありました。

それと、ここで言うべきものかどうか私も分かっていないのですが、桐原構成員にはちょっとあれなのですが、医療保護の入院の市町村長同意のその後の支援というところが絡むのかなと思って、そこがちょっと気になったので発言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。

ほかはいかがでございましょうか。

辻本構成員、よろしく願いいたします。

○辻本構成員 精神保健福祉センターの立場で4点ほど、スライド41と46中心のコメントになります。

1つ目は皆さんがおっしゃっている法的な裏づけで、これはしっかりしていただきたいという話です。

2つ目は人員体制で、これも繰り返し言われていますが、保健師さんとか精神保健福祉士さんとか専門職の充実、ここも実際に委員がおっしゃるとおり非常勤でいいのかというところで、これは支援の質だとか、継続性だとか、あとは体制づくりから考えるとなかなか非常勤の方では難しいところがあるので、仕組みをつくるのであればやはり常勤でしっかりした方々でお願いしたいということです。

3点目が、市町村の相談の在り方について幾つかお聞きして感じたのですが、1つは何遍も出ているような医療機関との連携というか、精神科の医療機関が市町村に直接、あるいは保健所と連携して医療的なバックアップ体制を保障することが大事かと思います。厚労省は最近言われなくなったんですけれども、かかりつけ精神科医がどういうふうな役割をしていくのかとか、この地域の中で診療報酬もちゃんと見据えていかないと、やれ、やれだけではなかなか動かないんじゃないかと感じました。

一方で、精神科医療以外の支援も市町村はやっていくというところで、すぐに医療でなくて、医療が不必要な方々もおられるかとは思っているので、その辺をどう考えるか。そのときに、すぐに市町村に全部というわけにはいかないの、保健所や精神保健福祉センターなどのバックアップになってくるのですが、当面はやはり依存症だとか、ひきこもりだとか、自殺対策だとかは、なかなか一般的な支援、予防的な支援では難しいので、そういう専門性のあることに関しては、より重層的に、あるいは処遇困難と言われるというか、対応がなかなか難しい。警察だとか消防とかも入ってくるような事案に関しては、より専門性の高い機関が事例検討や訪問などもしていくのではないかと、必要ではないかと。

あとは、最近のリムラッドだとか、地域分析、そういうようなものも市町では難しいと思うので、そういうことに関しても、より専門的な保健所とか精神保健福祉センター等々が担っていく役割かなと思います。

バックアップというのは何か起こったときだけに出動するのではなくて、北村先生だとか、藤井先生だとか、その他の先生方もおっしゃっていたのですが、やはり顔の見える連携というか、日頃から情報共有をちゃんとしておかないと、いざというときだけではうまくいかない。これは今回のコロナ対策でも一緒だと思うのですが、平時からちゃんと市町とか、保健所とか、センターが状況をつかんでいる。そういうことが必要なので、より充実した体制、市町だけではなくてそのほかの保健所、センターも、より重層的な支援を組み立てられるような形を取っていただきたいと思います。

4つ目になるのですが、課題についてなのですが、市町を見ていると保健の部署と福祉の部署がどれだけちゃんと連携しているかというところがあるかと思います。保健のほうは全住民のライフステージに応じてちゃんと見ておられるのですが、予防の観点が強いです。これは強いとは思いますが、そこと福祉の関係がちゃんと連携してもらいたいと思います。

逆に福祉のほうは法律の立てつけなので、どうしても縦割りになっていく。相談窓口についてもそういうことが言えてくるので、一本化も大事なのですが、どの窓口に行ってもちゃんと包括的に連絡調整をしてみんなで関わっていきける。いろんな課題があるときに1か所では無理なので、包括的な支援を横軸、市町のほうも連携して持っていく。例えば、自殺対策だとか困窮問題、先ほど出ました発達障害とかも課題が重なっているわけなので、そこは「にも包括」を訴える上ではみんな市町も横並びになってほしいと思います。

最後に、そうは言っても法改正を待ってられないので、現場では日本の人口動態だと

か、地域の格差とかある中で、市町が頑張っている子育て支援だとか、高齢者支援だとか、そこら辺は今回の支援を見ていると包括が動いているわけですね。その中に精神障害者もかなり入っているの、そこを拡充というか、応援してもらって精神障害者も地域で見えていくものだというのを広げられたらどうかと感じました。

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。

到着早々申し訳ございませんけれども、永松構成員から何か御意見ございますでしょうか。今回の論点、課題として出ていますのは、メンタルヘルスに関する相談支援というのを市町村の責務として法令上位置づけられないかという点、それから相談支援の専門職の確保、育成に関わる問題、3番目として地域の関係者による「協議の場」の開催等についてどうお考えかということでございますけれども、御意見がございましたらよろしく願います。

○永松構成員 全国市長会の代表の大分県の杵築市長です。御指名いただきましてありがとうございます。

精神保健の相談支援につきましては、法令上、市町村の責務として明確に位置づけていただきたいと思えます。市町村にとって地域包括を進めていく、寄り添い型の支援をしていくということになると、必ず精神の問題がある意味、中核にあります。

経済的な支援であるとか、相談支援機関につないだりとか、民間のNPOをお願いしたりとか、いろんなサポートができるんですけども、医学的な精神のサポートという核心の部分ではできません。何かしたいけれども、専門性がいかにもない。

ただ、ないからできないということであれば、5年たっても10年たってもできません。これが市町村の責務となると、大変な重圧があるけれども、その責任の重さがあるからこそ、精神科のドクターであるとか、メンタルヘルスの専門家が地域包括の中にアドバイザーとして入ってくると、市町村は自信をもって取り組みます。

役に立ったという実感や経験が、地方自治体職員のモチベーションになります。やはり困難ケースを市町村職員が支援するときに精神の問題は避けては通れないので、大きな、大きな責任があるんですけども、アドバイスをいただき取り組むことで資質は向上していくと考えます。

それと、精神科の先生であるとか、医療機関に勤める方々が診療を放っぼらかして市町村に来てくれるかという問題がありますので、これは診療報酬で評価を是非していただきたい。地域に精神で苦しんでいる方たち、家族の方たちをサポートしようとする市町村の地域包括ケア体制の重要な強化策になります。患者を待つだけでなく、アウトリーチをかけて、地域包括で多職種が連携するところに精神科の先生がお越しになって、私たちがやっている介護であるとか、障害であるとか、生活困窮であるとか、ひきこもりであるとか、高齢者の問題とか、虐待の問題とか、そういったこと全てに、精神科の先生の御意見を賜

れば一番ありがたい。それがないと真の地域包括は進みませんので、是非そうしていただきたい。

あと、メンタルヘルスは、保健所や精神保健福祉センターと連携することが必要です。児童虐待の分野では要保護児童対策地域協議会というものが既にあります。

精神で苦しんでいる方たちの中には、明日何が起きるか分からない非常に心配なケースもありますので、共同管理台帳のようなものが保健所や精神保健福祉センターと市町村が共同で管理できるような形になってくると、即応体制が整います。

やはり市町村だけに責任があるというのはなかなか厳しいので、保健所や精神保健福祉センターに困難ケースの状況変化を必ずインプットしていくシステムが必要だと思います。

繰り返しになりますけれども、精神科の関連職種の方たちが市町村にアドバイザーで来るときはその時間は、診療報酬の対象になりませんので、その分の対策を取って正當に評価するような仕組みができるとうかがいます。以上です。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

一通り御発言いただいたと思っておりますけれども、重ねて発言したいという方がございましたら挙手をお願いいたしますが、よろしゅうございますか。

それでは、本日の議論はここまでとしたいと存じます。本日は、事務局から提示されました基本的な考え案について実に様々な意見をいただきました。非常に有意義な議論だと思っております。

このように、いろんな立場から意見が出てまいりましたけれども、メンタルヘルスに関する課題というのが国民にとって非常に地域において身近な問題であって、この課題が生じた際に身近な市町村で相談できるある種のセーフティーネットを早急に整備するということが求められているのではないかという認識の表れだと捉えているところでございます。

本日の議論におきまして、市町村が実施するメンタルヘルスに関する相談支援を市町村の責務として法令上、明確化するということに関しましては、どなたも反対がなかったと私は認識しております。その意味で、意見の一致が見られたと思っております。

ただ、その後、実際の体制、それから人材、財源等々、いろいろな連携の仕方も含めまして、実質をどうするんだというところの懸念に関しては様々な御意見をいただいたところでございます。これは市町村の実務に関わる内容でございますので、今後実際の担い手となる自治体、それから当然ながら利用者の意見もお聞きしながら、さらに議論を深められるよう、事務局のほうには準備をお願いしたいと思っております。

最後に、今後のスケジュール等につきまして事務局のほうから御報告等をお願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

次回、第3回の検討会につきましては、日程調整の上で改めて御連絡させていただきますので、その旨御承知おきください。ありがとうございました。

○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閉会といたします。構成員の皆様方、お忙しい中、御参集いただきましてありがとうございました。

それでは、これで散会いたします。