

2021-12-27 第3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3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。

本日の会議につきましても、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、一般公開をしております。

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4名、オンラインでの御出席は19名となっております。個別の参加状況につきましては、座席図で御確認いただきますようお願いいたします。

なお、田辺座長につきましては、御都合により欠席との御連絡をいただいております。このため、本日の進行につきましては、座長代理である神庭構成員にお願いしたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

なお、野澤構成員、柑本構成員につきましては、遅れて御出席いただく予定となっております。

本日は、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、利用者と市町村、双方のお立場から御意見をお願いしております。

利用者のお立場から、全国「精神病」者集団の山田参考人、全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）の岡田構成員、市町村のお立場から、全国市長会・杵築市長の永松構成員、全国精神保健福祉相談員会の篠崎参考人となっております。構成員及び参考人の皆様方におかれましては、どうぞよろしくお願いいたします。

次に、本日の資料を確認させていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては事前に電子媒体で送付させていただ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、事務局登録の「第2回検討会における主な御意見について」。

資料2、事務局登録の「第2回検討会でご指摘いただいた点について」。

資料3、全国「精神病」者集団、桐原構成員より登録いただきました「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ヒアリング意見書」。

資料4、全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）、岡田構成員より登録いただきました「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ヒアリング意見書」。

資料5、全国市長会より登録いただきました「精神保健（メンタルヘルス）に関する市

町村の相談支援について」。

資料6、全国市長会・杵築市長の永松構成員より登録いただきました「大分県杵築市の取組報告」。

資料7、全国精神保健福祉相談員会、篠崎参考人より登録いただきました「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関係団体ヒアリング」。

参考資料1、全国精神保健福祉センター長会、辻本構成員より登録いただきました「市町村を中心とする重層的支援体制における精神保健福祉センターの役割と課題」。

参考資料2、国立精神・神経医療研究センター、藤井構成員より登録いただきました「これからの医療・保健・福祉領域における重層的支援体制構築の視点（案）」。

参考資料3、「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・構成員名簿」。

参考資料4、「『障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて』中間整理（概要）」。

参考資料5、「『障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて』中間整理（本文）」。

以上になります。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。

御発言については、会場参加の方におかれましては、実際に挙手をしていただき、オンライン参加の方におかれましては、Zoomの「手を挙げる」機能を併せて御活用ください。また、オンライン参加の方々におかれましては、カメラは常に映る状態にさせていただき、発言しないときはミュートにして、発言するときのみミュートを解除するようお願いいたします。

また、本日はチャット機能の使用は予定しておりませんので、御了承願います。

本日の資料を用いて御説明いただく発表者の皆様におかれましては、オンライン画面と会場のスクリーン画面に同じ資料を表示いたします。スライドページの移動については、事務局で対応いたしますので、「次のページ」等御指示いただくようお願いいたします。

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。

ここからは神庭座長代理に議事進行をお願いしたいと思います。よろしく願います。

○神庭座長代理 皆様、こんにちは。神庭です。

それでは、議事に入らせていただきます。本日の議題は「関係者からのヒアリング」と

なっています。

ヒアリングに先立ち、前回の検討会の中で「関係者の意見を聞いて事務局で整理すべき」との御意見があった事項について、事務局から議論のための素材が資料として提示されていますので、まずは事務局から説明をお願いします。

事務局からの説明に続き、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、利用者と市町村の立場からプレゼンテーションをお願いしたいと思います。

なお、市町村については、今回市長会の永松構成員に御発表をお願いしています。町村の状況等についても今後の検討会の中で議論を深めていければと思います。

このほか、本日は、辻本構成員、藤井構成員から資料を提出いただいておりますので、辻本構成員、藤井構成員から御説明をお願いしたいと思います。

その上で、事務局提出資料と構成員、参考人の皆様からの資料を基に、本日御参加の構成員の皆様から御意見をいただく時間としたいと思います。

それでは、まず事務局から資料の説明をお願いします。

○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、平岡と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

事務局からは前回の検討会、今後の議論に向けまして、あらかじめ構成員の皆様の間で理解を深めておきたいとの御意見をいただいております。そうした点について、今回議論の素材のための資料を資料2として準備をしております。前提といたしまして資料1を御覧いただければと思います。前回の検討会意見をまとめております。1ページ目、「市町村で地域包括ケアを進めるに当たっては、精神保健（メンタルヘルス）の問題は避けて通れない」「法令上、市町村の役割として明確に位置づけることが必要」という御意見が多数あった一方で、2ページ目以降になります。まず2ページ目、重層的支援体制整備事業。こちらは既存の福祉分野での相談窓口が出発点になりますので、精神保健分野と福祉分野との一体性をどのように確保していくかといった課題。当事者、ピアサポーター、家族の立場からの課題。居住支援の相談に関する課題。地域課題の抽出や普及啓発に関する課題。3ページ目、協議の場に関する課題。4ページ目、障害者部会の中間整理、本日参考資料4、5として御紹介しておりますけれども、障害者部会の中でも御意見をいただきました医療との連携に関する課題。5ページ目、保健所、精神保健福祉センターとの連携、バックアップ、役割分担に関する課題。6ページ目、当事者、ピアサポーターの参画や、本日参考人の形で御意見をいただきますが、精神保健福祉相談員の研修等の在り方など、多岐にわたる課題について御意見をいただいております。今後の検討会の中でしっかり議論を進めていきたいと思っております。

続きまして、資料2を御覧いただければと思います。前回の検討会の中で「今後の議論に向けてあらかじめ構成員の皆様の間で理解を深めておきたい」との御意見をいただきました2つの点について、今後の議論に向けた資料を準備しています。

1ページ目、前回検討会の御意見を抜粋しています。「伴走型支援」の定義、現行の相

談支援を概略的にまとめましたイメージ図について御意見をいただいたところでございます。

2 ページ目、3 ページ目が「伴走型支援について」。2 ページ目右下にありますとおり、厚生労働省内社会局にて地域共生の検討会の中で取りまとめられた資料を抜粋しております。ポイントとなると考えられる部分に下線を引いておりますけれども、「伴走型支援、つながり続けることを目指すアプローチは、支援者と本人が継続的につながり関わり合いながら、本人と周囲との関係を広げていくことを目指すものである」「本人の暮らし全体を支え、その人生の時間軸も意識しながら、継続的な関わりを行うための相談支援（手続的給付）を重視したものとなる」「地域の居場所などにおける様々な活動等を通じて日常の暮らしの中で行われる、地域住民同士の支え合いや緩やかな見守り」「『支える』『支えられる』という一方向の関係性ではなく、支援者と本人が人として出会い、そして支援の中で互いに成長することができる」などとされております。

3 ページ目、ポンチ絵の形で示されておりますけれども、右側のつながり続けることを目指すアプローチ、伴走型支援は、左側、現金・現物給付を中心とする具体的な課題解決を目指すアプローチと両輪となって、一番下のところになりますが、「本人の意向や取り巻く状況に合わせ、2つのアプローチを組み合わせることが必要」というふうに全体の支援の在り方について整理をされています。

以上、伴走型支援の定義、考え方について、厚生労働省内社会局の地域共生の検討会で議論されました資料を紹介させていただきましたが、本日の検討会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進していく上で、さらに考えるべき視点等について、構成員の皆様から御意見があれば、この後のプレゼンテーションに関する御意見とともに併せて御指摘いただければと考えております。

続きまして、資料の4ページ以下を御覧いただければと思います。4ページ目から6ページ目は前回検討会資料を抜粋したものとなっております。前回検討会では4ページ目以下、市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の現行制度につきまして、4ページ目で精神保健福祉法と地域保健法について、5ページ目で障害福祉に関する相談と重層的支援体制整備事業について、それぞれ紹介させていただき、全体のイメージというものを6ページ目のとおり今後の議論に向けて整理をさせていただいたところでございます。

6 ページ目の資料になりますが、もともとは右側の青く伸びている重層的支援体制整備事業は、福祉各分野での相談窓口で顕在化したニーズについて、制度のはざまにあるものを含めて総合的に対応するための取組といったことになっておりましたので、この絵の中でも広く制度の隙間といったものを埋めるべく、上半分は福祉の領域の形になっていますが、上の福祉の領域を超えて下の精神保健・地域保健まで広くそういった制度の隙間を埋める仕組みとして重層的支援体制整備事業、青色でカバーをしていたところでございます。

補足として、この資料を前提として御説明申し上げますと、上半分が、左側を御覧いただ

きますと障害者総合支援法とありますように、福祉に関する制度をまとめた絵。下半分が精神保健福祉法、地域保健法という形で、地域保健に関する分野をイメージとしてまとめた絵となっておりますので、重層的支援体制整備事業は、福祉で受け止めたニーズを、制度を問わず、下の保健福祉の部分まで含めて支援を実行していくという観点でしたので、前回は青の枠組みで全ての制度のはざまを埋めたという形の資料とさせていただいたところでございます。

一方で、前回の検討会の中で、6ページ目の絵について、下半分、ちょうどオレンジ、グリーンとブルーとが隣り合う箇所についてですが、ブルーの重層的支援体制整備事業は既存の福祉の相談窓口を基本とするものなので、こうした福祉の取組とオレンジ、グリーンの地域保健とが隣り合う関係、一体の関係にあると図で示すのは、現行の仕組みの説明として現場の職員にはなじまないのではないかといった御意見をいただいたところでございます。

こういった御意見を踏まえまして、7ページ目が修正のイメージとしてお示しをした資料になります。修正箇所は大きく3点になります。1つは重層的支援体制整備事業。こちらは福祉の取組になりますので、絵の上半分にとどめ、あくまで福祉の取組が基本となるといったことをイメージとして明らかにしております。

2つ目といたしまして、オレンジの点線の矢印を追加しています。これは精神保健（メンタルヘルス）に関する課題が制度横断的に顕在化する中で、精神保健に関する総合的な相談支援体制を市町村を基礎として構築する必要があるというこの検討会のテーマに当たる部分かと思っております。

3点目は、1つ目の重層的支援体制整備事業、2つ目の精神保健（メンタルヘルス）に関する総合的な相談支援体制、それぞれの事業の中で顕在化された多様なニーズ、制度のはざまにあるようなニーズについては、絵の中ではピンク色の網空きにさせていただき、福祉保健各分野の連携を一層推進していく、対応できるようにしていくといったイメージ全体を修正しております。

7ページ目の資料は、繰り返しになりますが、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、現行制度のイメージを前回検討会での御指摘を踏まえて修正したものとなっております。前回検討会で御意見をいただきましたけれども、現場の実務的な観点からも含めまして本日御意見をいただければと思っております。

事務局からの説明は以上になります。何とぞよろしく願いいたします。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、続きまして、関係者からのプレゼンテーションをお願いしたいと思います。山田参考人、岡田構成員、永松構成員、篠崎参考人の順にお願いしたいと思います。お一人10～15分を目安にお願いできますでしょうか。

それでは、山田参考人からお願いします。

○山田参考人 ありがとうございます。ただいま御紹介いただきました全国「精神病」者

集団の運営委員を務めております。山田悠平と申します。本日は貴重な機会をいただきありがとうございます。

お手元にある資料番号3を御用意いただければと思います。こちらに基づいて意見を述べさせていただきます。

1番、基本的な事項について。(1)社会モデル。障害者基本計画において障害者施策は、社会モデルの考え方を基本にすることが明文化されております。社会モデルの考え方に基づけば、障害に伴う諸問題を解決する責任は社会にあるわけであり、すなわち、精神障害者を精神科病院に入院させて解決したとみなすような社会の在り方そのものを問い、専門家だけではなく、あらゆる人が精神障害者に関わる意識を持つことと、そして精神科病院が必要以上の問題を抱え込まずに済むようにしていくことが求められております。このような社会モデルに基づく障害当事者の声は、国際的な規範として障害者権利条約として結実いたしました。本検討会でも障害の社会モデルの考え方を基本にしていくなることが必要であると考えております。

(2)障害者権利条約の政府審査を踏まえた法律等の見直しを含む必要な措置について。障害者権利条約第36条及び第39条に基づく障害者の権利に関する委員会からの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、障害者を代表と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、法律の見直しをはじめとする必要な措置を講ずるべきだと考えております。なお、第1回政府報告に対する事前質問事項については、精神保健福祉法、特にその第29条、第33条及び第37条、並びに医療観察法を撤廃すること、これらについての情報提供が求められており、2022年夏に予定されております総括所見においては、日本政府に対し、これらの法律について厳しい勧告が出されることが予想されております。

2番、精神保健福祉法について。(1)精神保健福祉法の撤廃。精神保健福祉法は、精神障害者に極限して対象に絞り込み、人権の制限につながり得るような非自発的入院や行動制限などの特別な手続を精神保健指定医に権限を集中させる形で定めております。こうした制度の設計自体が精神障害者と他の者とを分け隔てる原因ともなっており、精神保健福祉法は近い将来のうちに撤廃されるべきと考えております。

(2)精神障害者であることを要件とした非自発的入院及び行動制限の廃止について。精神保健福祉法には、精神障害者であることを要件とした非自発的入院及び行動制限の制度が規定されており、精神障害者とその他の者とで異なる扱いをする形になっております。障害者権利条約第14条ガイドラインには、精神障害者であることと追加の要件による非自発的入院等が同条約の趣旨に違反するとの見解が示されております。

また、精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準は、不穏及び多動を要件とした行動制限が定められておりますが、これらについては速やかに削除されるべきと考えております。精神保健指定医の裁量が実際の裁量よりも広く捉えられている嫌いがあり、不穏及び多動の規定こそが誤解のものと考えております。

(3) 医療保護入院の廃止。医療保護入院制度は、深刻な長期入院の温床となってきた側面が否めず、精神障害者本人と家族の絆や患者と医師の信頼関係をも壊すものへと作用することが数多くありました。本検討会においては、医療保護入院の廃止までを入院制度の在り方を見直す上での最低限の合意点として考えていただければと思います。

(4) 行動制限。国は、責任を持って身体拘束のゼロ化を目指す上での指針を定めるとともに、予算措置を講じるとともに、必要な取組をしていくべきであると考えております。また、行動制限最小化に向けた指標を設定し、都道府県が実施主体となって計画策定から実施、評価までを政策パッケージとして取り組んでいく必要があると考えております。

(5) 津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした政策と決別することへの合意についてです。精神保健福祉法に基づく市町村の精神保健福祉業務の規定については、2017年に廃案になった精神保健福祉法改正法案に規定されていた退院後支援計画と同じ趣旨の条文の中にあり、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、にも包括それ自体が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いないかということについて、深刻に憂慮しております。

「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最終報告書」には、医療等の支援の充実によって結果として犯罪防止にもつながり得るという考え方が示され、具体的には措置入院後のフォローアップが提言されました。2017年2月に国会に提出された精神保健福祉法改正法案には、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して措置入院者退院後支援及び精神障害者支援地域協議会が規定をされました。その後、同法案は参議院先議の法案としては憲政史上初めての廃案という運命をたどりました。その後、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機として、2018年3月27日に「措置入院の運用に関するガイドライン」及び「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」が作成されました。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」と発言し、法改正の遅延という形をたどりながらガイドラインの実施状況のモニタリングをする運びとなっております。

本検討会は、法改正を見据えたものであり、ガイドラインの実施状況を見て法改正を決めたものであるならば、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継ぐことになってしまいます。こうした考え方は、精神障害者が犯罪を犯すかのような偏見を助長することにつながり得るため問題があります。本検討会では、「同再発防止策検討チーム」報告書を踏襲しないことを構成員全体で合意するなど、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完全に決別をしていただきたいと考えております。

措置入院の見直しについて。本検討会では、措置入院について検討をするのかどうかは現時点では明らかではありませんが、本来は措置入院の在り方についても検討する必要があると考えております。

また、「措置入院の運用に関するガイドライン」に基づく協議の場には、警察機関が入

ることが想定されております。また、「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」にも援助関係者として警察関係者の参加を妨げないということとされております。いかなる部署であれ警察機関が取得した精神障害者の個人情報、犯罪捜査での使用を妨げるものではありません。警察機関の介入を不安に感じる精神障害者が数多くいることから、警察機関が入れないようなものに改訂し、両ガイドラインの見直しについても検討する必要があると考えております。

(6) 精神医療審査会。このたびの精神医療審査会マニュアルの見直しでは、予備委員の増員により精神医療審査会の開催頻度を増やすこと、書類審査だけではなく実地審査を基本とすることで本人の状態を見て判断できるようにすること、また、医療委員以外の委員を増員することなど、一定の改善が見込まれてはいるものの、大きな変化は期待できないのではないかと考えております。

その理由としましては、精神医療審査会が精神保健福祉法に関する法律の中に位置づけられており、同法の目的である医療及び保護、社会復帰の観点から退院等の請求及び処遇改善請求、定期報告を審査することになるからです。つまり、同法の目的自体が医学モデル的であり、その意味では顕著な人権侵害を除いては医学的に入院が不要なことが明らかでないケースにしか認容の余地がありません。精神医療審査会の制度に対しては、制度の限界を踏まえずに過度な期待をもたらさないよう工夫をしていく必要があると考えております。

医療観察法の見直しに向けた検討の開始について。医療観察法の立法過程では、再犯予測の方法論が不明であることや医療観察法によってしか実施できないとされる再び同様の行為をしないための治療なるものが不明であること、治療と刑事罰の境界が不明瞭に陥りやすいことなど立法趣旨の根拠に関わる部分について相次いでこれまで疑義が示されておりました。しかし、附則第4条において法律施行5年後の実施状況の国会への報告を規定されたことと、医療観察法の医療体制に関する懇談会が年1回開催されているだけであり、医療観察法の見直しに向けた検討などは全くされていない状況にあると考えております。立法過程で示された疑問は解消されておらず、運用が進められる中で現場においても様々な問題が引き起こされております。自殺率の高さは特筆に値します。医療観察法の廃止に関わる法律の見直しに向けた検討を開始していただきたいと考えております。

医療計画及び障害福祉計画について。(1) 基準病床算定式について。現行の算定式では、1年以上在院者を長期入院と定義をしております。しかし、実際に入院させられる私たち精神障害者にとっては、2か月であっても非常に長期間であると感じております。そのため、算定式における長期入院の定義は、現行の1年以上の在院から改める必要があると考えております。

また、現行の算定式は、1年在院者と例えば30年在院者という異なる傾向にある人々を一くくりにして長期入院と位置づけており、1年以上を一くくりにしない算定式に改めていく必要があると考えております。

現行の算定式にある政策効果係数 α （重度かつ慢性）及び政策効果係数 β 修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及による影響値は新基準病床算定式に用いないでいただきたいと考えております。

（２）指標について。2021年10月15日、日本弁護士連合会は「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」を採択し、精神保健福祉法に基づく非自発的入院の廃止と非同意入院の段階的な縮減を提言いたしました。指標には、非自発的入院の段階的な縮減や行動制限最小化のための取組を入れる必要があると考えております。

障害福祉計画について。障害福祉計画の国の指針には早期退院率1年以内92%が書き込まれました。この目標値は、新規入院者の13人に1人が新たに1年以上長期入院になっていくことが見過ごされるものとなっており、適当ではないと考えております。より高い目標値へと改められる必要があると考えております。

精神科病院の入院者に対する権利擁護。（１）外在的権利擁護体制について。精神科病院に入院している者に対する院外からの訪問による権利擁護の取組が必要とされております。権利擁護は、アドボケイトだけにとどまらず、幅広く捉えられるべきものであります。そのため、外在的権利擁護体制と内在的権利擁護体制の二面から検討される必要があります。

例えば司法救済による権利擁護については、弁護士会による当番弁護士制度、人身保護法の活用及び人身保護規則の見直し、総合法律支援法を見直し、退院等の請求などへの補助の範囲拡大などが必要と考えております。また、障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の利用の拡大なども権利擁護に関するものと考えております。

（２）内在的権利擁護体制について。精神科病院の入院者に対する意思決定及び意思表明の支援（以下、「精神科病院アドボケイト」とする）は、内在的な権利擁護体制の中に位置づけられております。精神科病院アドボケイトは、精神科病院に外部の目を入れることで風通しをよくし医療の適正化につなげること、入院者の表示意思を擁護する立場に立つ人を入れることに効果があると考えられております。対象者は、精神科病院の入院者であることとし、自発的入院と非自発的入院の双方が含まれるべきと考えております。対象者を非自発的入院に限定することは、非自発的入院という権利制限と引換えに精神科病院アドボケイトを入れる必要性があったという交換条件的な認識に陥るおそれがあり、必要な人に必要な支援を提供するという観点で損なわれかねないからであります。

障害者虐待防止法改正による精神科病院における虐待への通報義務の新設について。精神科病院における虐待については、通報義務及び通報者保護制度を新設する必要があると考えております。これによって、通報の促進、自浄作用の促進、守秘義務の対象外であることの再確認に資すると考えております。

通報義務及び通報者保護は、障害者虐待防止法を改正して障害者虐待防止法の中に規定されるべきと考えております。よって、精神保健福祉法の中に規定すべきではないと考えております。精神保健福祉法それ自体に問題があり、精神保健福祉法の目的の下に通報義

務の規定を設けるべきではないと考えております。精神保健福祉法の目的である医療及び保護、社会復帰という性格上、所轄庁は、虐待であるか、処遇であるのかについて事案を確定させなくてはならないという、事務処理としてできる場合とできない場合というバイアスが働くからと考えております。それによって虐待問題であっても医療問題として誤認されて事務処理にされるリスクが大きくなると考えております。

他方で、障害者虐待防止法に精神科病院における虐待の通報義務及び通報者保護を設けることは、精神保健福祉法の所轄部局以外の部局が所轄することで第三者の視線が確保され、事務の適正化にも資する点で効果も見込めます。近年、障害者団体や地方公共団体からは障害者虐待防止法改正を求める声が非常に大きく、かつ障害者虐待防止法の改正を見送るべき蓋然性のある根拠が存在しないことから、障害者虐待防止法改正に向けた検討を開始すべきと考えております。本検討会の報告書は、あくまで障害者虐待防止法改正でまとまるようにして、そして障害者虐待防止法改正に向けて見直しの再検討につながる必要があると考えております。

7番については、時間の兼ね合いで省略をいたします。今後の検討に活用いただけると幸いです。

以上であります。ありがとうございます。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、続きまして、岡田構成員、お願いします。

○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。本日はこのような機会を設けていただいて感謝しております。

私どもは、通称「みんなねっと」という団体ですけれども、精神障害者家族会の都道府県連合会を正会員とする家族会の連合体です。現在、全国で約1,200か所の会員家族会、約3万人の会員が各地で活動しております。月刊みんなねっと誌を発行し情報を伝える、あるいは精神障害に関する啓発活動、相談を通して家族・当事者を支える、医療福祉制度の充実に向けた活動などに取り組んでおります。

当会が2017年に行いました調査の中から、精神障害者の家族の状況について、まずお話ししていきたいと思っております。この報告書に関しましては、構成員の皆様のお手元に届くように事務局のほうから手配をしていただいておりますので、詳細は追って御覧いただければと思います。

有効回答数3,129ということで、これは全国の家族会を通して調査を行ったものになります。回答者（家族）の平均年齢69.3歳。回答者と本人の続柄は、親が85%。そのほか、きょうだい、配偶者、子供という様々な立場の方からの回答が得られています。本人の平均年齢が45.3歳という状況にあります。

この調査の大きな特徴としては、困り事ばかりではなくて、御本人はどんな方ですかということで、長所や才能とか強みを含めた御本人への思いを語っていただいている部分がありまして、家族にとって本人はかけがえのない存在であって、その本人の長所や才能、

強みが最大限に発揮できるような支援体制の構築ということを望んでいる、このことを大前提にこれからお話をさせていただきたいと思っております。

まず、本人の状況についてですが、四角の中にまとめてございます。家族との同居としては、「同居している」が75.6%です。親との同居が65.7%、きょうだいとの同居が18.9%ということで、成人した多くの当事者が親やきょうだいと同居をした生活を送っております。

手帳の有無は、「取得している」が89.6%。これは家族会を通しての調査ですので、かなり高い割合になっているかと思えます。

支援区分認定については、「受けていない」が約4割です。「わからない」という回答が5割ということで、この辺りがちょっと不透明な感じになっています。

福祉サービスの利用については、「どれも利用していない」という方が約4割。

日中の活動状況は、「特に何もしていない」という方が2割ということで、家族と同居しながらひきこもりの状態でいらっしゃる方が2～4割という状況になるかと思えます。

そのような当事者と同居している、あるいは支えている家族について聞いた質問について少し説明をさせていただきます。本人の病状が悪化したときの状態ということで、「そのような状態になったことはない」が7%で、それ以外の93%の方は、何らかの病状の悪化を体験しているということになります。

本人の状態が悪化して危機的な状況になったときの家族の苦労や心配事というのがそこに書かれていますが、約9割の方がとても大変なことになるのではないかという恐怖心であったり、仕事を休んでの対応であったり、自分自身が危険になるのではないかというような苦労や心配事を経験しています。

自由記述につきましては、時間の関係上、後で読んでいただけるといいと思うのですが、そんな家族の中で、家族の意見を代表するようなものを自由記述で挙げさせていただいています。24時間相談してくれるところ、市内に相談員がいて家に来てくれるというような安心感を求めていますし、退院してからも社会に出ているような支援があるとよいというような意見があります。

そのような家族の状況ですけれども、精神的健康状態というのをK6テストというもので実施をしています。その結果、無回答を除くと73.3%の人が日常的にストレスを感じていて、これらの人が抑うつ状態である可能性が高いということが明らかになっています。このようなストレスフルな家庭内の状況は本人の病状に影響を与えることとなります。なので、ここも早く改善すべきと考えますし、このため、家族会活動では、まず家族が元気になることを目指して活動しております。

そのような疲弊した家族の人たちが信頼して相談できる専門家がいるかないかというこの問いに対して、およそ3分の2の方、67.7%が「いる」と回答しています。「いない」は32.3%です。

「いる」と答えた方の中で、どのような方を信頼できる専門家としているかという具体

名が四角の中にまとめてあります。主治医が一番高い。そして家族会会員、相談事業所の相談員、家族、病院のケースワーカーなどが挙げられていますけれども、この中で家族会員とか家族というのはいわゆる専門家とは異なるということを考慮しますと、約6割の家族は専門家の相談につながっていない可能性があると考えられます。

本人の病状が悪化して危機的な状態になったときの家族の苦労や心配事の中にこのような回答が見出されました。「家族が精神科医療機関に相談しても、有効な支援は得られなかった」16.9%、「保健所に相談しても、有効な支援が得られなかった」11.8%、「警察に相談しても、有効な支援が得られなかった」6.7%ということで、家族なりにいろいろと相談をしても、納得できるような有効な手段が得られなかったと感じている家族が35.4%ということで、多分支援する立場の方は一生懸命に対応してくださっているのだろうと考えていますが、相談したり、助けを求めた家族は、結果、何もしてもらえなかったというふうに感じてしまっている現状があるということ。これは事実です。このような声は家族会員同士の話し合いの中でも大変多く聞かれております。

その下に会員からの声として、現状では市町村・保健所等へ家族が相談に行っても、安心できる対応がされていない。家庭訪問もほとんどされていない。あるいは一般の病気に休日診療があるように、精神疾患にも24時間365日対応の相談窓口が必要だというような声。これは本当に切実な家族の声です。

本人の病状が悪化して危機的な状況になった際にどのような支援が必要かということを知ったときに、一番回答が多かったのが「同じ病気を体験した人が、訪問して働きかけること」というふうになりました。これはピアの方の活動への大きな期待だと受け止めております。また、「どのように対応したらよいか24時間相談に乗ってくれること」「本人との話し合いの場に同席し、対応を考えてくれること」ということで、一緒に考えてくれる支援を求めているというふうに理解できるかと思えます。そのような中で、「すぐに入院できるように搬送してくれること」という答えも、これは複数選択できますので、46.7%というふうになっております。

支援する家族がいなくなってしまう際の心配事を聞いたところ、「緊急時の対応について」79.6%。これが一番高いです。また、「近隣に迷惑をかけてしまわないか」「親族に迷惑をかけてしまわないか」ということが続いております。このことは逆に言えば家族は常にこのようなことに気遣いながら日々の生活を送っているということでもあると思います。

本人を支援する家族がいなくなってしまうとき、入院していれば安心という気持ちになったことがあるかどうかを聞いたときに、「ある」と答えた方が44.3%です。

退院支援などの際には、退院を受け入れない家族がいるということが大きな理由として挙げられることがありますけれども、このように支援を受けられないままの状況が続いていると、家族はどうしてもこのような心境に陥ってしまうという現状がありますので、家族が支えられること、相談や支援につながれることがとても重要なことだと考えます。

以上、このような調査結果から見えたこととしてのまとめが報告書にも書かれております。回答者の身内の患者の多くが医療を受け、障害者手帳を持つなど、一定の制度利用をしている。と同時に、重度かつ慢性と言われるような方々が福祉サービスを十分に利用することなく、地域での生活を送っていることが推定され、その結果、家族が日頃からかなり疲弊していること、さらには家族自身が高齢化し、支援する家族がいなくなってしまう後への不安が強いことが示されました。また、制度の変化などについて「わからない」という回答が少なくなかったことから、家族に十分な情報が届いていない可能性も示唆されました。特に平素から信頼できる相談者がいない家族をはじめ、必要なだけ相談できる体制が整備されていないことが背景となり、急を要する患者の状態悪化時に特に家族の負担が限界にまで高まる状況になることが分かりました。このことから、家族内でのいろいろな事件などにも発展してしまうということがあります。

この調査は家族会を通して実施していますので、回答者は家族会員になります。家族会につながっていない精神障害者家族の実態はより深刻で、困難な状況にあることが予想されます。

このような家族の視点から求める相談支援体制については、私たちは、大切な家族の精神的不調が病気かもしれないと気づいて精神科医療につながまでに多くの時間を費やすという体験をしています。2009年度の調査では平均約1年を費やしたというふうに出ています。それは、精神疾患がどのようなものか知らず、どこに相談したらよいかも分からなかったため、本人の苦痛や生活への障害がかなり大きくなってからようやく医療が必要だと気づくためであり、また、偏見から精神の病気と認めることへの抵抗感も医療につながることを遅らせることに影響しています。

これらのことから、精神疾患の予防と早期の気づき、早期支援、重度化予防のための啓発教育の普及と、地域における相談窓口の整備と強化が大変に重要だと考えています。具体的には資料に書かせていただきましたが、相談窓口の整備ということで、早期相談支援体制、24時間365日対応の相談窓口の開設、精神保健福祉の専門相談員、訪問サービスの実施ということで、精神的不調に早い段階で気づいて相談支援につながるが必要で、そのために相談できる窓口が身近で分かりやすく、いつでも安心して相談ができること、専門的な知識を持った人が対応してくれること、また、必要に応じて当たり前訪問サービスが受けられること、そして必要に応じて継続的な相談、医療的なケアにつながる仕組みが必要だと考えています。

まずは身近な市町村にこのような相談窓口を整備していただき、地域のメンタルヘル스에責任を持つ体制づくりを進めていただくことを希望いたします。と同時に、私たち家族会も会の活動を通して相談支援の実績がありますので、専門家の方々とは別の役割として、ピアとしての体験を生かした相談窓口となったり、あるいは家族支援の一翼を担うことができるとも考えております。

最後の部分は将来的な希望ともなりますが、現状感染症対策で手いっぱいの保健所の状

況があります。5疾病となった精神疾患ですので、精神保健に関する機能を保健所から独立させた形で、一定の地域を目安にメンタルヘルスの責任を持つセンターを設置することを私どもは希望しております。

以上で私からの発言を終わります。御清聴ありがとうございました。

○神庭座長代理 ありがとうございました。

それでは、続きまして、永松構成員、お願いします。

○永松構成員 全国市長会の大分県の杵築市長の永松です。発言の機会をいただきましてありがとうございます。

私の発表については資料5になります。まず、全国市長会の社会文教委員会の委員を対象に意見を取りまとめた結果の報告です。

精神保健に関する相談支援の体制整備については、「法的根拠が必要である。市区の責務として明確化されることで、相談支援の質の向上、関係機関との連携、地域における精神保健に関する普及啓発の強化が期待できる。法によって政策を進めるわけであるから、法的根拠がやはり欲しい」という意見があった一方、市区からは以下のような課題や懸念が数多く出されました。

その主なものは1ページの下半分ぐらいにありますが、「保健師とか精神保健福祉士、臨床心理士等の専門職の配置、財源の確保、都道府県（保健所や精神保健福祉センター）のバックアップ体制を構築した上で検討すべきである。」、「専門職を採用しようとしても、その応募がない。地域には人材がないのが現状。専門職の配置に当たっては、必要数の確保がそもそも困難であり、法律によって市の責務となっても実際に配置できるか、非常に課題が大きいし、残る」ということです。

「市区は、こういう形で法的根拠を与えられたとしても、国や県、保健所、医療機関、精神保健福祉センター等のほかの機関の役割についても明確化することが必要である」という御意見。

2ページになります。「地域には精神科の医療資源が乏しく、専門的知識を有する人員を配置するだけで対応できる分野ではない。要は、高い専門性と経験が必要であり、これについて市区でその責務を負うというのはなかなか厳しい。都道府県の役割も含めて俯瞰的に検討すべきではないか」という御意見。

「相談支援体制が十分に整っていない状況で市町村の責務とされた場合、相談支援の質が保てないということで、かえって当事者のためにならない可能性が出てくる」という御意見。

「精神保健行政においては、精神科医療との連携は必須であり、医療資源の地域差、職員のスキルから市区で業務を担うには相応の体制整備や専門性確保が必要」という御意見などをいただきました。要約すると、市長会としては精神保健に関する相談支援を法令上で市町村の責務として明確化することについては、拙速を避け、慎重に検討すべきである。また、一律に市町村に義務づけるべきではない。まず、保健師等の専門職の確保や人材育

成に対する財政支援等を充実させることで、市町村の取組を後押ししてほしい、というのが多数でした。

ここで少し、時間をいただきまして、杵築市での今の取り組みについて、報告を少しさせていただきますと思います。まず、1ページになります。杵築市は人口2万8千人ぐらいですけども、市と市民が一体となって身近な地域の課題の解決を目指す「協働によるまちづくり」を進め、地域共生社会の実現を図ることを市の最重要課題の一つとしております。

2ページは、現在、杵築市における精神障害の方への相談支援体制です。令和2年4月から市の社会福祉協議会の中に全世代支援センター「まるっと」をつくっております、下の左ですが、健康長寿あんしん課の市民健康係が精神保健の事業を担当しているところです。

下の右のグリーンのところは、福祉事務所の障がい福祉係が障害者総合支援法とか就労支援を担当していますが、結局、「健康」の面と「福祉」の面と全世代支援センター「まるっと」の3者が協働して支援を必要とする人にアセスメントしながら寄り添う形で取り組んでいるところです。

左側には管轄の保健所であるとか警察、右のほうでは医療機関、相談支援事業所、これらの情報も常に共有される形にしています。

3ページは、杵築市における相談支援の課題と対策です。これは全国市長会の中でも同じように取り上げられております。人材確保・育成であるとか、普及啓発、連携体制、そして法整備・財政支援ですが、どの分野も人材確保が厳しく、専門職の確保はとりわけ困難を極めているという状況です。

4ページ、地域共生社会の実現を目指す上での課題ということになります。杵築市における課題としてまとめていますけれども、市の「政策機能の強化」と「相談支援機関の強化」の2つです。この二本柱で地域共生社会を進めていくことにしております。

6ページ、平成28年5月から全世代地域ケア会議を設置し、多職種による協議を続けています。関係者は社協とか職業安定、障害者相談支援、福祉・保健・医療部局の市職員です。

多くの職種の皆さん方で生活困窮であるとか障害者・児、子ども子育て、あらゆる課題をそれぞれ参加者、助言者が意見を出し合ってアセスメントしながら、半年後、どういう姿が一番いいのか、それからどんな困難が待ち構えていると思うか協議します。要は、「対策型」でなくて、こういう助言者、参加者でそのケースを家族単位、家族全体を見て、できるだけ細かく分析して早めに手を打つ「予防型」が必要であろうということで、全世代対象の地域ケア会議をスタートさせました。

このことによって、いろんな職種の人がほかの職種の方の意見を聴いたり、考え方が少しずつ理解できるようになって、行革で職員の数を増やすということができない中で、一つの職種の人が多方面の見方ができるようになる。そしてマルチの対応ができるようになる

ることで、援者側の質が向上し、相談に来られた人の状況が改善していくこととなります。

職員がチームで対応していく中で、いろんな知恵、経験が積み重ねられ、精神の方の相談・ニーズに沿った支援も充実していくことが、期待されるところです。

7ページ、この中で赤のところですが、何らかの支援が必要な人の就労支援、高次脳機能障害の人の生活訓練、ひきこもりとなっている長期未治療者の精神障害の分野、トリプルケア、認知症の母親と精神障害治療中の妻と発達障害のある子供さんのケースなど、こんな小さな市ですけれども、いろんな問題があります。

先ほどの財源とか人材育成、それはそのとおりなのですが、地域包括ケアを始めると、こういった体制が整ってから対応しましょうというよりも、毎週そういった問題が出てくるものですから、専門性があるかどうかというのはとても大切なのですが、ケースを目の前にすると、いろんな職種で案を出し合っ、見守りを始めます。

要は、対策型でなくて、気がついて、そして早く精神の専門の先生に診てもらおうとか、応援してもらおうとか、そういう発見と対応をより早く正確にしなければならないということです。検討ケースがたくさんあり、その中で精神の分野のものは非常に緊急を要する場合もありますので、法的な根拠というのはいずれにしても必要かなというふうには思っています。

次に、8ページです。地域共生社会の実現を目指した重層的支援体制の整備、地域共生社会の推進本部の設置についてです。人口は少ないのですが、こういう重層的な支援体制整備が結局は必要になってくるということです。昨年の社会福祉法の改正で重層的支援体制の整備事業が創設されましたので、令和4年度から本格的に実施する予定です。

9ページ、重層的支援体制整備につきましては、既に包括的相談支援事業者として、社会福祉協議会の中に全世代包括支援センターを整備しております。これまで別々に設置していました高齢者、子ども、生活困窮、3つのセンターを統合しまして、障害者については、市内の法人に委託している相談支援事業所はそのまま残して、全世代支援センターは基幹型相談支援事業所としての役割を担っています。

さらに、左下のほうですが、参加支援であるとか地域づくり、アウトリーチ、多機関協働事業など一括して社協に委託する予定です。杵築市としては、社協の中にこういう重層的支援体制整備の中核を持ってきて、そして市が関わっていくということにしております。

最後のページです。当市には旧小学校単位に住民自治協議会というものを設置しております。条例を改正して、公民館をコミュニティセンターとして機能強化しました。そしてそれぞれの地域住民が中心となって地域づくり計画を作成しています。

その旧校区の中で、住民が主体となる「福祉部会」というのを設けて、それが地区社協の役割も果たすのですが、様々な困りごとの情報を共有しながら、早く気づいて、市役所や社協と連携し、早く対応する仕組みを作っているところです。

今、大きな問題として取り上げられる、新聞記事に載るような事件があるのですけれども、ただ、基礎自治体として早めに気づくような体制はできないのか。早く支援すること

で将来の大きな事件を防ぐことはできないだろうか。市町村からすると、気づいたらそのままにしないことぐらいしかできないのですが、ただ、いろんな人材を集めて協議する場を作っていくと情報が集まり非常に動きやすくなります。

住民の皆さんが暮らしている身近なところで、精神に障がいがある人にこういう仕事があるとか、こういう活動に入ったらどうだろうとかの情報がいただけるようになる。

市民が精神のハンディキャップのある方と一緒に暮らすということは当然ですがけれども、偏見をなくすということで、まずは、こういう住民自治協議会の中に「福祉部会」を設けて、地区の社会福祉協議会と一緒に機能を持たせながら、そして守秘義務を守りながら精神障がいの方に対する正しい理解を広げていきたいと思えます。

さらに、ご本人にスティグマを与えずに、専門家が地域の「まるっと」という包括支援会議で、心配になる事案があれば、早めに出かけて行って、そして保健師や、民生委員さんも同行したり、精神科の先生のアドバイスをいただいたりしながら支援していく予定です。

市としては、県の機関に精神の専門家がいらっしゃいますので、全世代の地域包括ケア会議に派遣していただいて、精神に関する相談事とか緊急を要すること、これから先、ケースですごく心配なこと、素人ですので本当にはらはらしているのですが、そういうときに適切な御助言をいただけるような仕組みができると助かります。

もちろん、全国市長会の意見は時期尚早だということもあります。そのとおりですが、さはさりながら、不十分ですが杵築市がそういう活動をしている中で、専門性が欲しい、獲得したい、法律をつくってくれるとうれしい。でも、それがすぐにはできないということであれば、県であるとか精神科の先生、医療機関の先生がアウトリーチをかけてくれて、そういう包括の中に入ってきていろいろな御指導をいただく。精神科の先生がいよいよ偏見をなくす「地域づくり」をしていただけるような、そんな地域ができるといい。それでこういう住民自治協議会を設けて、早期発見のための受け皿をつくっていききたい。

早期発見、早期支援、寄り添い型の地域をつくる中で、こういうことをやりたいなと思っています。まだ道半ばですけれども、そういう方向で頑張ってまいりたいというお話です。

御清聴ありがとうございました。

○神庭座長代理　ありがとうございました。

それでは、続きまして、篠崎参考人、お願いいたします。

○篠崎参考人　全国精神保健福祉相談員会の篠崎と申します。本日はこのような場をつくっていただいてありがとうございました。

資料に基づいて説明をさせていただきますので、資料7を御参照ください。当会については、全国の保健所、精神保健福祉センター、市町村において精神保健福祉業務に従事する職員で構成されている団体になります。2枚目のところに沿革のほうをつけておきましたので、こちらは後ほど参考に見ていただければと思います。

時間もありませんので、早速本題に入らせていただきます。今回は市町村の相談支援体制を中心にということでしたので、そこについて資料のほうをまとめさせていただきました。第2回検討会で基本的な考え方が示されているように、「住民に身近で、安心して相談できる窓口の設置のため」という方向性については、当会としてもこれは進めていくべきであろうと考えております。実際市町村では母子の問題、生活困窮、高齢、介護など、既に様々な分野での相談支援が行われていて、それぞれ各分野でメンタルヘルスの問題は対応していると考えています。ただ、その反面、メンタルヘルスの分野の課題が処遇困難例で挙がってくるということが非常に多くなっているため、やはり基礎自治体である市町村において精神保健相談を行っていくことが、地域の様々な分野の支援体制の底上げにつながるのではないかと考えています。

そのためには、こちらの資料の中に赤字で書いておりますとおり、市町村の責務を明確にしていくこと。精神保健が市町村の様々な分野と重層的な関わりを展開して、伴走的支援を予防という視点の中で進めていくこと。そのために、精神保健福祉士等の専門職を確保して、精神保健福祉相談員の任用を推進すること。その3点が行政として求められているのではないかと考えております。

それについて幾つか視点がありますので、一つ一つ説明をさせていただこうと思います。1点目、市町村が相談支援等を積極的に担うために必要な環境整備としては、先ほどから出ているように、市町村の精神保健相談を義務化する必要があると考えています。つまり、精神保健福祉法の47条の改正が必要ではないかと考えております。

これを行うことによって、ここに書いてあるとおり、住民の精神的健康の早期相談支援であるとか、メンタルヘルスニーズの把握による地区診断等が進んでいって、市町村の中でも精神保健福祉に対応した支援がより充実するのではないかと考えております。

もう一点が精神保健福祉相談員の配置及び任命の義務化というところです。市町村が義務を負ったとしても、それを行う職員が地域の中にいないと、それは実効性がないのではないかと考えております。このため、相談の義務化に合わせて48条を改正して、精神保健福祉相談員の配置を各市町村の中で行っていく必要があるのではないかと考えております。

ただし、多くの市町村では精神保健福祉士の採用が困難だと聞いておりますので、保健師に協力をしていただきながら精神保健福祉相談員を担っていただくということも考えられると思います。その際の研修の時間については、当会の中でもかなり議論がありますので、参考資料3の中に書いてありますが、今後検討が必要なのではないかと考えているところです。

続いて、市町村が積極的に行えるような方策のもう一つは、保健所、精神保健福祉センターの機能強化ということが挙げられると思います。現状、市町村単独では精神保健の業務をすることがなかなか難しいということがありますので、同時に保健所、精神保健福祉センターの機能強化を図って、人材育成。これは同時に訪問する等のOJTを行っていくこと。あるいは業務運営要領の改訂、財政的支援、この辺りを行っていったら、地域の中で重層的

な支援体制が維持できるようにしていくことも現状必要かと考えております。

続いてのところが保健所政令市における精神保健福祉業務の平準化ということで、こちらは現行の精神保健福祉法の中で行われている各種ガイドラインについて、保健所政令市及び中核市の権限を明確にする必要があるということになります。令和2年度の研究班の調査を見てみると、8割以上の中核市が現在の業務運営要領下では業務運営に対する判断や対応に苦慮した経験を持っているということが資料として出てきております。このため、特に中核市の権限を明確化していった、措置業務などの非自発的入院に関わる業務について、都道府県との役割を今後明確にするなど整理を行っていく必要があるのではないかと考えています。具体的には参考資料7、8、9のところに挙げておりますので、後ほど見ていただけるとありがたいです。

次の資料は参考として、保健所、中核市保健所、政令市保健所の現状の課題をまとめた資料になりますので、こちらも後ほど見ていただけるとありがたいと思います。

続きまして、市町村に対する見解5のところになります。市町村が主体の地域包括ケアシステムを底支えする精神科救急体制の強化が必要であると考えております。先ほどの家族会の話にもあったとおり、地域の中で精神科医療を必要とするのだけれども、なかなかそこにつながらないということが多く起きております。特に行政の中では緊急対応についてはある程度制度化がされて対応ができています部分もありますが、特に予防から急性期対応を含んだ広い意味での精神科救急体制がまだまだ脆弱な面がありますので、医療圏域あるいは障害保健福祉圏域において、各自治体がこれらも意識して体制を構築していくことが必要になると思います、これがないと市町村における地域包括ケアシステムは有効に機能しないのではないかと考えております。

続いて、見解6として、保健・医療・福祉関係者等による協議の場についての課題を挙げさせていただきました。協議の場については各市町村のほうで行われるようになると思いますが、その中に必ず精神障害のある方、ないしはその家族が参画できるように各自治体で配慮することが必要と考えております。ピアサポートを行っていく方が支援者として入っている自治体もありますけれども、ほとんどの自治体で自立支援協議会でもなかなか当事者の参画が難しいという状況がありますので、この辺りは具体的にどうやって進めていくのか、議論が必要かと考えております。

また、精神保健福祉センターや本庁については、市町村による協議の場と連動してもう少し広い地域の中での施策推進に関する協議をしっかりと行うことによって、地域の中で重層的な支援体制をつくっていくことも非常に必要であろうと考えておりますので、協議の場の設置に関してはこの辺りを注意しながら行っていただければと思います。

それ以降の部分につきましては、精神保健福祉法関連の権限や実施主体の現状と新たな体制整備に向けた提言ということとで、それぞれ都道府県、指定都市、保健所設置市、市町村、分割をしていった段階でこのような機能を持つのではないかと考えられるものを、現状分かる時点で、特に赤字のところを書いておきましたので、御参考に見ていただければ

ばと思います。

その次の2枚目の資料については、細かくして、依存症の支援事業であるとかアウトリーチ事業、あるいは関係者の養成研修等がどのような役割分担になっていくのか、あるいは根拠法が何になるのかというのをまとめた資料になってまいります。

続いての資料は精神保健行政の再構築後の具体的な事務事業のイメージということで、精神保健福祉相談については、一次相談を市町村が受け、保健所が二次的な専門相談を受け、精神保健福祉センターが特定相談を受けるなど、今後展開されていく形はこのような形になるのではないかとすることを会として整理をしたものですので、御覧いただければと思います。

次の資料も一緒です。

最後に、会として要望事項を少しまとめさせていただきました。精神保健福祉法は地域実践において我々の業務の中で実務上の課題が非常に大きくなっていますので、これについては多方面から早急な改正が必要であろうと考えております。

特に自治体間格差の是正のために、現行の業務運営要領については改訂をするとともに、保健所政令市に関する業務運営要領の策定をぜひお願いしたいと思っております。

もう一点が、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保する指針」の中で行政機関の機能というものが書かれておりますが、これを実態に合わせて見直すことが必要ではないでしょうか。

その次に、今後市町村の取組として精神保健相談、啓発事業、人材育成等を促進していくために、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業の実施主体を市町村に拡大するなど、事業実施に関わる財源確保が必要と考えております。

もう一点、市町村の取組を後押しするために、アウトリーチや地域移行、ピアサポート、家族支援、普及啓発については協働重点事業とし、国庫補助率を上げるなど政策誘導を図ることが必要と思われれます。

もう一点、今回の検討会の中で触れられるどうか不明ですが、非自発的入院に関わる意思決定支援等の課題については、その実態を明らかにするとともに、別途これについてはヒアリングや関係団体の意見交換の機会というものがあつたほうがいいのではないかなと思っております。特に市町村の中では現行も医療保護入院の市町村同意等、問題があるというか、各自治体で手続が十分に行われているかどうか分からない業務もありますので、そこについての検討も必要ではないかと考えております。

最後に、精神保健行政を実効性があるものにするために重要な人材確保であるとか育成に対する取組強化については、当会としても他の職能団体と協力して今後も努力をしようと考えております。

以上、全国精神保健福祉相談員からの意見を伝えさせていただきました。ありがとうございます。

○神庭座長代理 ありがとうございました。

それでは、引き続き辻本構成員、藤井構成員から資料の御説明をお願いします。時間の都合もございますので、恐縮ですが、御説明は可能な限り簡潔にお願いできませんでしょうか。

それでは、辻本構成員からお願いします。

○辻本構成員 このような場をつくっていただき、どうもありがとうございます。精神保健福祉センター（以下、センター）の役割と課題というところで、にも包括を進めていく上で、皆さんおっしゃるように、市町村、保健所、センターが重層的支援として支えること。そのためには、市町村のみならず、保健所、センターが人員体制を強化していく。その一体性が必要ではないかということで、バックアップを今、センターがどうやっているのか、今後の役割や課題について御説明しようと思います。

このスライドは皆さんも御存じのように、市町があつて、圏域として保健所があつて、都道府県全体をセンターなり本庁が見ていくという図です。この中で重層的支援、バックアップをどう考えるかというところをお話ししていきたいと思います。

市町村の相談支援の困難さを軽減するための対策のアンケート調査の結果です。御覧いただけるように、精神医療との連携、医療の充実、保健所・センターによるバックアップ、人員体制の充実、この辺が市町村の相談支援が必要とされています。

包括ケアシステムとしてバックアップ、重層的支援体制を考える上で、各機関、これはセンターだけではないと思うのですが、いろんな役割があると考えています。その中で例えばセンターはこういうことを担っているというところを今日はお話ししていこうと思います。

センターの強みとしては、精神科医を含む多職種チームが存在することです。

9割以上の都道府県・政令市のセンターが依存症相談拠点も担っています。

自殺対策推進センターやひきこもり地域支援センター併設のセンターもあるほか、積極的に自殺対策やひきこもり支援などに取り組んでいるところも多いのです。いわゆる隙間になるようなところ、精神医療でも生活困窮でもないようなところ、あるいは両方がオーバーラップしているところもセンターはカバーしています。

いくつかのセンターでは、依存症、自殺、ひきこもりなどの専門相談、本人・家族支援プログラムを実施するほか、市町村等の人材育成や連携会議を運営しています。

DPATの拠点、災害支援に関してもセンターが担っている自治体が多いのです。

さらに、精神科救急情報センターの機能を担うセンターもあるほか、基本的な事務的な業務として審査会業務とか手帳とか自立支援とか、そういう法的なところも担い、かつ、所長が精神科医であることが多いので医療機関とのパイプが太いのです。

精神科医を含む多職種チームを有しており、自治体と精神科医療機関とのつながりが強い広域的な専門機関とすることができます。

広域的な支援内容として、まず大切なのが困難事例に対する支援になります。事例検討とかスーパーバイズ、特定相談、場合によっては精神科医が同行訪問、多職種アウトリー

チチームで動くことも大事です。支援経験を活用しての人材育成、OJTや研修、マニュアル作成等もあげられます。市町村や保健所主催の地域の研修に出向いていってネットワークをつくる。現場経験を生かした協議の場や企画立案へも助言をしています。市町村とか保健所、本庁へも意見していますし、協議の場でも助言・提案、計画策定や事業施策への提言、データの活用とかもしているところがあります。

センターの強みとしては、精神科医、多職種が存在、相談、企画立案、人材育成等の多機能、精神科医療機関とのつながりを生かした地域包括ケアシステム構築支援を全般的にできるということになります。

具体的な取組例として、時間の関係であまり話せませんが、自治体のセンターごとに特色のある強みを生かした支援をしています。例えば依存症支援では、ギャンブルの集団療法のプログラムをつくって、それを全国に普及啓発しています。

アウトリーチ支援に関しては、地域移行・地域定着促進で幾つかのセンターでセンター直営のアウトリーチチームを持っています。

市町村等と同行訪問をしていくとか、ケースに伴走できるような支援をしています。

措置入院等の退院後支援に関しては、措置入院者に対して積極的に退院後支援をしていく活動もしています。

措置通報対応と退院後支援を一体化していくということにおいては、精神科救急情報センターを県の中心に置いて、そこの救急事案を通していろんな多機関とも連携をするような場をもっているセンターもあります。

ICTも活用して保健所支援をしている県も幾つかあります。

にも包括に関しては、市町村内部の多機関の重層的支援（横串）だけでなく、圏域や広域の精神保健専門機関による重層的支援（縦串）、両方がクロスするところにセンターがあるように思います。

審査会業務や各種の支援センター及び相談拠点機能を通じた専門医療機関とのつながりも重層的な支援に生かします。

全国センター長会としてもまとまりがよろしいので、好事例とかを横展開で広げていくということもできるかなと考えております。

これはどこもおっしゃっていることですが、人員不足が課題です。スライドの通り、常勤専任の精神科医不在のセンターも4分の1、医者が不在のところも4分の1あたりします。その下書いてある、センターの常勤職員は増えないのに業務が増え、その対応には非常勤職員を配置し実施するような予算づけが多くて、常勤職員の負担は増えるばかりです。頑張っているいろんなことをやろうと積極的にやっているのですが、人と金がないので、努力で何とかやっているのですが、なかなか苦しいところがあります。これはほかの専門機関も全部そうだと思うのですが、センターも例外ではないということです。

センターがセンター自身の必要な機能を果たすためには、人員体制の充実、人材育成、人の異動とか人材配置に関しても一貫した体制が必要。自治体自体が精神保健の重要性を

認識してもらい、予算を取ってもらいたいところです。バックアップする機能を持っているセンターでもなかなか苦しく、頑張っているところを知っていただきたいと思っています。

最後のスライドになります。にも包括に向けたセンターが機能発揮のために必要な施策としては、精神保健の重層的支援に対する専門機関としての位置づけ。専門機関として必要な人材体制の明確化とニーズに見合った人員配置。アウトリーチするにも医者がいないのであれば、病院の医者でなくても、センターの医者が出ていくという行政サービスも考えられます。精神科医をセンターに確保していきたいということです。専門性が高い職員の必要数の計画的配置。相談支援・企画立案・審査機能のバランスの取れた業務配分。

精神保健専門機関としての実質的な体制強化が求められる。市町における支援も大事なのですが、そのバックアップする機関もより充実を図ってほしいということです。

以上になります。どうもありがとうございました。

○神庭座長代理 ありがとうございました。

それでは、次に藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 ありがとうございます。国立精神・神経医療研究センターの藤井です。資料の御説明の機会をいただきましてありがとうございます。

参考資料2を出していただいてもよろしいでしょうか。1枚紙ですので、できるだけ簡潔に御説明させていただきたいと思います。

この表は、現在、私どもの研究班で市町村を対象としたにも包括の研修のトライアルを実施しているのですが、その研修会で使用した資料からの抜粋です。これから市町村で総合的な支援の体制構築を進めていくに当たって、重層的支援体制整備とにも包括との関係性をお示ししているものです。

地域で顕在化しているニーズの例として、表の右にお示ししているような不登校とかひきこもりをはじめとするニーズがあるかと思います。ここにお示ししているニーズについては、いずれも精神保健の視点を持って早期に対応することや、場合によっては精神科医療機関の関与も必要になってくるケースかと思います。先ほど永松構成員のプレゼンでもお示しいただいたように、重層的支援体制により対応することが想定されているケースの中には、メンタルヘルスの課題が顕在化している場合も少なくないと思われるのですが、重層的支援体制整備事業と精神保健の連携については明示的には示されていない状況かと思っておりますので、にも包括の構築を推進することによって、地域全体の生活支援とか地域保健システムの強化を図ることが望ましいと考えております。

つまり、精神保健は、自治体内あるいは自治体外の連携を促進する際のキーになる視点であると考えられますので、市町村を中心として地域共生社会を実現していくということの本気で進めようとしているのであれば、市町村の役割として精神保健を明確に位置づけて、保健所とか精神保健福祉センターのバックアップ体制の確保と、精神科医療機関とか精神科医が市町村業務に協力しやすくなるような体制の検討というものが重要であるかな

と考えております。

このことは先ほど事務局から資料2の7ページでお示しいただいた、現状では別の支援体制として認識されている重層的支援体制整備事業と精神保健が重なり合うようにしていくという図につながるものではないかなと思います。先ほど市長会からの御指摘にもありましたように、市町村だけで精神保健の課題に対応するのは困難な状況もあるということが懸念されるわけですが、とはいえ、市町村の保健師さんが例えば母子保健とか介護とか精神保健の領域で支援を行う際に、精神保健相談のニーズに気づいた場合に、精神保健だけ切り分けて保健所に対応を依頼するといったことはされていないはずで、何らかの形で精神保健に関しても対応されているのではないかと思います。

精神保健に関しては、もしかすると現在保健所が実施されているような措置対応とか危機介入をイメージされてしまうのかもしれないですが、主として市町村が担うべきなのは、危機介入に至る前の早期段階の住民のメンタルヘルスニーズへの対応になってくるかと思えますし、これは現状でも既に精神保健業務と意識されないままに実施されているのではないかと思います。

精神保健を市町村の役割として明確化することによって、現状行っている精神保健業務をさらに充実させて、町内外の連携を促進するということは、市町村の住民サービスの質の向上にもつながるのではないかと思いますし、地域共生社会の構築に向けて自治体が動き出している今が精神保健を充実させる絶好の機会だと思いますので、この機会に関係者、関係団体が連携・協力して体制の構築、人材育成を進めていく必要があるかなと思っております。

市町村の精神保健相談支援を充実させるためには、精神科医療機関の協力も不可欠であると思えますので、精神科医療機関が市町村の精神保健業務に協力することを促すための仕組みも併せて検討する必要があると思えますし、我々精神科医の多くが所属している精神神経学会のような学術団体でもそのような視点からの精神医療の在り方を検討していく必要があるかと考えております。

以上で御説明を終わります。ありがとうございました。

○神庭座長代理 ありがとうございました。

それでは、ただいまの事務局提出資料、構成員及び参考人の皆様からの資料について、御意見、御質問等ございましたら、挙手の上、御発言をお願いします。どうぞよろしくお願いします。それでは、岩上構成員、櫻木構成員の順でお願いします。

○岩上構成員 岩上でございます。

皆さん、御説明をいただきまして本当にありがとうございました。大変参考になりました。杵築市の取組は、目指している方向性と近いのではないかなと思っております。市長会のお立場もありますので、これだけすばらしいことをなさっているのに御発言もいろいろ御配慮があったのかなと思っております。

特に皆さんに御質問ということではないのですが、今までのお話を伺っております。

重層的とか包括的支援がなぜ必要になったかということについて、これは福祉を対象にしたからだと思っているのです。福祉というのは、本来は住民の幸せになりますけれども、非常に対象者が限定されているのです。限定されているからこそ包括的とか重層的といった考え方が必要になったと思っています。

一方で、保健については、先ほど永松構成員もお話しになりましたように、家族単位で見て、地域単位、住民単位で物事を考えてきた歴史がございます。もともとはごまの問題についても保健は取り組んできたということがありますので、皆さん、伴走的支援に関心がおありのようですけれども、私からしますと、従来の保健の機能だと思うのです。従来の保健の機能が弱っている。事業に追われているということもあって、また、保健師さんたちが非常に優秀なのでいろいろな領域で力を発揮することになって、従来の保健の機能が弱っていることが大きな課題です。つまり、新たに何か大きなことに取り組んでいただくということよりも、むしろ現有勢力、保健師さんの力量を向上していただきたい。それによって、もともと得意としている分野なので、十分精神保健の地域保健、メンタルヘルスの体制は整えられるのではないかということ、皆さんの意見を聞きながら考えておりました。

最後に藤井構成員がお話しになりましたように、この精神保健、メンタルヘルスについての市町村の取組が強化されることによって、今後議論していかなければいけないかかりつけ精神科医との連携がより強化されていくであろうと思いました。

以上でございます。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、櫻木構成員、お願いします。

○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。

今日のプレゼンテーションをいただいて、ありがとうございました。本当にいろいろ考えさせられる意義深い御発表であったと思います。特に大分県の杵築市の取組というのは、改めて目を見開いたような気がします。人口が3万人弱ということで、私が住んでいます徳島県的美馬市も人口が大体2万8000人ぐらいのところ。同じような規模の町でこれだけのことをやっておられるということに本当に感心しました。地域共生社会の構築を目指すということで、いろんな取組をされています。全世代の地域ケアの会議をつくって、幅広く住民の方に参加していただいて協議をされているということで、本当に感心をしました。

前の検討会、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中で一番最初に確認をしたのは、地域包括ケアシステムというのは、精神に特化した特別のものを別につくるということではないのだということです。特に高齢者であるとか、あるいは認知症対策などで先行している地域包括ケアシステムを精神障害にも対応させていくのだということが確認されたわけです。ということは、やはり日常生活圏域でそのケアを進めていくということになりますし、そうであれば、基礎自治体としての市町村の役割はかな

り重要になってきます。市長会のほうから御提言があつて、拙速に一律に市町村に義務を義務化するべきではないということが片方にありつつ、やはり専門職の確保であるとか、あるいは人材育成に対する財政支援を充実させてほしいということがあります。このことは二律背反するようなことであつて、法律的に根拠がなければ財政支援も受けられないのだろうと考えています。

そういった意味では、市町村での相談支援。これは藤井構成員もおっしゃいましたけれども、何か精神だけ特別にやるということではなくて、いわゆる住民の日常生活の中で出てきたいろんな問題点を解決するためには、場合によつたらメンタルヘルスの面からのアプローチも必要だろうということと考えていけばいいのかなと考えています。

藤井構成員も御指摘になりましたが、精神科の病院との連携といいますか、我々精神科の病院の機能も活用していただくという考え方ができようかと思ひます。資源が偏在しているというお話もありましたけれども、実は全国344二次医療圏のうち、300の二次医療圏に我々日本精神科病院協会に加盟している民間の精神科の病院が立地しております。そういった意味では、全国津々浦々にそういった資源があるということです。

それから、岩上構成員も御指摘になりましたが、我々、かかりつけ精神科医機能ということで、病院の中に多職種チームを持っています。その多職種チームによって患者さんお一人お一人のケースマネジメントをやっております。こういった機能を利用させていただいて結構かなと思ひます。この間、会員の先生方にお伺ひしたら、地域によっては精神科の病院から人員を出向させているという市があるようです。ただ、1人だけ出向しても、賃金体系が違ふとか、あるいは臨時の職員であつて、福利厚生がうまくいかないということがありましたので、我々が持っているいわゆる多職種チームを使つていただいても構わないと思ひます。場合によつたら、その業務をある程度委託していただくということもあつてもいいのかなと考えています。何せ基礎自治体である市町村の中で精神保健に関する相談支援ということが完成できるように、我々もできるだけ努力はしたいと考えておりますので、そういったことについてまた検討いただければと考えております。

以上です。ありがとうございました。

○神庭座長代理 ありがとうございました。

では、続きまして、上ノ山構成員、お願いします。

○上ノ山構成員 上ノ山です。発言の機会を与えていただきありがとうございます。

今までの話を伺つていまして、市町村に精神保健業務の責任を明確化していくということについては、ほぼ共通の認識ができたのではないかなと思ひます。それから、メンタルヘルスを考えていくに当たつて、医療をどのように組み込んでいくのかということも大きなテーマだと思ひます。今、藤井先生もおっしゃつたように、医療をいかにうまく引き込んでいくかというのが一つの課題かなと思ひます。これまでの精神保健医療福祉の改革というのは、改革ビジョンに示されたように、「入院医療から地域生活中心へ」ということで、それはそれで立派なスローガンなのですけれども、その間の項目、外来医療の項目と

か地域で支えるときの医療機能について若干乏しかった。あるいは福祉の充実ということかもしれませんが、医療機関の関わりをむしろ排除するような方向の改革がなされてきたような気がします。例えば総合支援法では、障害支援区分のフィードバックがされませんし、ケア会議というものが評価されていません。あるいは自立支援協議会にも一応医療が入っている場合もありますけれども、必ずしも入れなくてもいいというか、入っていないところも結構あるという状況です。ですから、医療をいかにうまく組み込んでいくのかということが一つ大きな課題かなと思います。

保健の領域に関しても非常に重要な領域で、今、話題になっていますひきこもりとか虐待とか、あるいはその他、貧困の問題も含めて、医療が関わっていくべき領域が非常に多いと思うのですが、先ほど岩上さんもおっしゃったように、福祉の領域の支援を充実させていくときに対象を限定してきたというところがあって、それでこのような領域に関しては若干手薄であった。それなりに頑張っているのだけれどもその根拠が少なく、そこに精神科医を巻き込んでいくという観点ではちょっと乏しかった。こちらも参加しにくかったという面もあるかと思っています。

もう一つは、協議の場をつくるということが課題としてありますが、これも前回も少し申し上げたのですが、単に集まって会議をするというだけの協議だと、なかなか先へ進んでいかない。そこから一歩踏み込んでアウトリーチを含めて支援していく、あるいは伴走型の支援をしていくという体制をつくらないといけない。動けるような協議の場が必要ではないかと思っています。例えば認知症初期集中支援チームというのが一つのモデルになるかと思うのですが、これは医療が入っていることによって、初期の認知症に対して、アウトリーチを含めて支援していくという体制が全国の市町村でできているわけです。これが精神保健の領域でできないわけがないので、ぜひ実現していただけたらありがたいと思います。それがコミュニティメンタルヘルスチームをつくり上げていくということにつながると思います。

そういう形で精神医療をうまく組み込んでいただきたいのですが、その場合、精神科医療機関が偏在しているとか、あるいは予算がないとか、そのようなところで常に行き詰まってしまう可能性があります。この検討会で医療計画も含めて議論がなされていくということですので、偏在している場合に、あるいは医療機関が市町村にない場合に、どのように助け合っていくのかとか、こういう仕組みについてしっかり議論して、それを医療計画の中に書き込んでいく。とりわけ外来医療計画の中に書き込んでいくということが必要ではないかと思っています。

以上です。よろしく申し上げます。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員、お願いします。

○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。本日は多くの皆さんのプレゼンテーション、ありがとうございました。

それぞれの方のいろんな御意見を伺っていて私が気になったのが、専門職の確保とか人材の確保についての部分です。そこに関しての私の意見を述べさせていただきます。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について、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるように」と示されていることが非常に大切だと思っていて、特に「精神障害の程度にかかわらず」というところを考えますと、これまでよりも病状が不安定な方、または再発のリスクが高い方もできるだけ地域で御本人が望む生活が送れるように支援すること、そういった相談支援を実際に行っていくことが非常に大事になってくると思います。ただ、そのためには、地域で重症化を防いで、地域での生活が継続できることを目的とした、これはいい言い方がないのですが、危機回避を支援する、そういった体制も必要になってくると思っています。そういう体制がないと、なかなか実現に向かわないのではないかと思います。

冒頭の資料にもありました伴走型支援を進めるためにも、人権に配慮した危機回避のための支援が必要だと思います。保健所、市町村など行政機関の相談支援体制にそういった役割・機能を求めるのも人材面、そして経験面。経験面というのは、行政機関、保健師さんなども数年で異動されるということがありますので、そういった状況から考えますと、必ずしも容易ではないのではないかと思います。

本日のヒアリング、各団体からの御報告でも人材確保の課題が多く指摘されました。危機回避をするための支援としてアウトリーチ支援というのもよく出てきます。アウトリーチ支援にその役割が期待されているところだと私も感じていますが、同じく人材確保などの課題から進んでいない状況があるのではないかと感じています。

これは私の意見ですが、人材確保の課題を解決するためにそれぞれの地域の実情に応じたアウトリーチ支援チームをつくるために、例えば地域医療とか支援を担う医療機関、または訪問看護ステーション、またはその職員を協力機関とか協力の職員として登録制にするなどして、既存の機関とか人材を活用した官民協働で支援する体制づくりをぜひ考えていただきたいなと思います。先ほど櫻木構成員から委託という考え方が出ましたが、私も委託という考え方は非常にいいと思いますので、こういった既存のいろんな機関や人材、そういった資源を活用して官民協働で行える支援を考えていくのが望ましいのではないかと思います。ですので、そのための財政的な支援もぜひ充実していただければと思います。

私からは以上です。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、続きまして、北村構成員、お願いします。

○北村構成員 一応、全国自治体病院協議会を代表しているということになってはいますが、ほとんど個人的な意見を言わせていただきます。石川県立こころの病院の北村と言います。

今までいろんな方がおっしゃっているとおりで、人材が要るとかバックアップ機能が要るとのことですが、ただ、精神科のこういう顕在化しているメンタルヘルスの問題とい

うのは非常に難しく、本当に解決策があるかどうか分からない問題もたくさんあって、ですから、相談がきちっとできて、医療が関わればうまくいくという幻想みたいな話になってはいけないのではないかとちょっと思いました。

別に上ノ山先生に盾突くわけではないのですけれども、認知症の初期集中支援チームは、主に医療につなげることと、6か月という期限がありますから比較的やりやすいのですが、例えばDV家庭で児童虐待があって、お母さんもうつでというものに対して、果たして我々が力いっぱい介入してもどこまでどうなるかという問題もありますし、それから御家族とか御本人の望んでいる解決策と我々が思うところが全然違う可能性もあるので、だからこそケア会議とか多職種の関わりが必要なのではと思うのですが、本当に問題は複雑で、先ほどから出ている伴走型という言葉にとらわれ過ぎると、もしかしたら市町村の担当になった保健師さんはどうかなってしまうのではないかと、心を病んでしまうのではないかと、そういうことすら思うところがあります。

いずれにしても、そんな皮肉ばかり言っても仕方ないのですけれども、とにかくバックアップ機能をつくる必要が絶対あって、47条を改正して市町村に相談云々という話がありますが、あれはたしか医師を相談させることということが書いてありますから、そうしますと、いきなり市町村分の医師が毎月1回でも行かないといけなくなるわけです。石川県は精神科医が多いとかいってシーリングがかかっている県ですけれども、でも、保健所の相談に行く医者を探すのが大変です。我々の病院も行っていますし、日精協ももちろん協力していますけれども、なかなかそんな簡単に行けない。現状でもそうなのに、ここで簡単に医師が見つかるかということからまず考えなければいけない。

具体的に言うならば、精神保健福祉センターに医者を固めるとか、先ほどの櫻木先生のように日精協とか民間団体が協力して何かをするとか、もうちょっと現実的な。医師だけでないですが、そういうバックアップ体制をしっかりとすることから考えないと、なかなか現実には難しいのではないかなと思いました。

話はそれですけれども、昨日「青天を衝け」というのが終わって、僕は珍しく大河ドラマを全部見たのですが、明治時代にこの国をつくった人は立派だったなど。いいか悪いか分かりませんが思いました。あの頃、富国強兵とか殖産興業という国の目指す目標、そういうキャッチフレーズがありました。今の日本を見ると、それはコロナ対策か防災対策か知りませんが、メンタルヘルス対策とか、国民の心を健全なものにするというのは、将来に対して物すごく重要な課題ではないかなと思っています。

四文字熟語を考えていたのですけれども、頭が悪くて思いつかないのですが、そのぐらい重要な課題なので、ここはどこにどう力を入れればいいのか分からないのですけれども、もっと真剣に考えないと、特にこれからの子供については大変ですね。愛着障害の子は、程度が軽かったらADHDみたいになって、重かったら発達障害みたいになると言われていますが、それに対して何かできているのかと言ったら、何もできていないわけです。我々精神科の医者、うちの病院などは、急性期で来たときに、病気になってしまった人を扱う

しかないのですけれども、もっと予防的に関われるかといったら、医療が予防的に関わることは無理です。だって、お金にならないもの。そのようなことを考えると、行政なり保健とか、よく分からないのですが、もっとこの国をどうつくるかということを偉い人が考えてやるべきだと思いました。

ちょっと話がそれましたけれども、以上です。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、続きまして、太田構成員、お願いします。

○太田構成員 太田です。今回は欠席をして失礼いたしました。

様々な御意見をありがとうございました。精神医療福祉に携わっているわけでありませんで、言葉は悪いのですが、部外者としてとても勉強になった次第でございます。他方で、部外者であってはいかぬというのが、今日のいろんな方のプレゼンテーションの前提であったと思います。

行政制度を法律から考えている者として若干お伺いしたいことがございます。主として永松構成員と篠崎参考人のプレゼンテーションに関わります。もう一点、事務局が説明してくださった伴走型支援についてもお伺いしたいことがございます。

まず、行政制度に関わる方の質問ですが、市町村に今後精神保健福祉に関する責務を負ってもらいたいというのが、ここで実務に携わっている方の基本的なコンセンサスであり、永松構成員ご自身は、どちらかという法律に書いてくれたほうがという立場をほのめかしつつ、全国市長会としては反対であると。地方公共団体がこの手の義務づけ、枠づけ、あるいは必置規制に対して必ず抑制的な対応を取られるのは、いろんなところ、別の審議会等でも見知っておりますので、そのこと自体は驚かないのでございますが、他方で確認をしておきたいと思うことがございます。

第一に、櫻木構成員も既に指摘されたことでありますが、責務というものが法制上、明確に書いていないと財源措置もしにくいのではないかとというのが一つ。

もう一つは、必置規制にしても、専門家の任用規制にしても、つまり、何もなくても専門家が手に入る、それを十分雇用できる財源があるというときには、実は規制をする必要もないのです。よりよい方向を目指すように各自創意工夫をしてもらえばいいし、そのリソースもあるということになります。したがって、この手のものの規制に意味があるのは、何とかぎりぎりこの水準は守っていただきたいというときであって、永松構成員にお伺いしてもというところはあるのですが、市長会としては、ややその部分に消極的な態度を示す。これは条件闘争であれば、あとは厚生労働省と財務省と総務省辺りにやっていただければよろしいのですけれども、それではなくて、そういうレベルでは説得されないだろうということをして市長会が考えているのであれば、その理由を追加で教えていただけないかというのが一つです。

今一つ、行政制度に関して、皆様のお話を聞いていて疑問に思ったのは、市町村に担ってもらおうという形で、やや一枚岩的に捉えてある点です。ところが、バックアップという

話題になりますと、保健所とか精神保健福祉センターという形で、具体的な組織名が挙がってくる。ただ、これは法律家から見ますと、保健所とか精神保健福祉センターとかは、基本的に都道府県の組織、機関であって、保健所は中核市という市町村があると、そこに下りているというふうに考えます。とすると、市町村に仕事をしてもらおうというときにも、具体的にどの機関を主たる担い手として想定するのかというところまで考えないと、十分な制度化にはならないだろう。

前回お配りいただいた事務局から出てきた資料とか、今日の永松構成員の資料を見ますと、幾つかの可能性があるだろうと思われまます。一つは、杵築が取られているのは基幹相談支援センターを社協に委託するもので社協がそれを全世代支援センターという名前の下で中心的に担っている。行政のほうは保健部局もあるが、福祉事務所、福祉系も絡む。こういう形で運用されているように思います。つまり、福祉系で行く、福祉事務所のような福祉系のものを巻き込むという感じがするわけです。

ところが、包括ケアとの関係で話を進めると行くと、多くの方は、福祉系が中心になっている印象をお持ちになり、精神医療が疎外されているといったような感じの御意見に聞こえます。しかし、私から見ていると、今日のプレゼンテーションは全部保健所とか精神保健福祉センターとか市町村保健福祉センターという形で、どちらかというとも保健医療サイド系の拡充、それに福祉を取り込もうとしているというようなベクトルのお話に聞こえていて、むしろ、市町村というのは福祉部局を持っているのだから、それをきちんと制度に組み込むような構想のほうが現実的ではないかと思えました。

他方において、そこから先はよく分からないところがあるのですが、基幹相談支援センターというのは、障害者総合支援法を見ますと、どうも相談支援のバックアップを担当する、研修とか擁護とかのバックアップ型のものであって、個別ニーズに対応するケアプランを個々につくるようなことは例外的ではないか。基幹相談支援センターを精神障害の人たちの地域生活支援の拠点にするというのと、ちょっと性格が変わるかなとも思います。

個人のニーズに対応するのは、ケースワークをやっているということになると、実は福祉事務所ですが、これは皆さん御存じのように、生活保護が中心になってくるものでございます。したがって、精神障害者に対応できるのかということ、かなりの人員の拡充が必要であろう。

また、市町村保健センターということになると、これは必置でも何でも無い。置かれていないところがむしろ多いので、さて、どうするのか。精神保健相談員というのを市町村に置く。精神保健福祉法は、都道府県または市町村に精神保健相談員を置くということになって、これを市町村に置くということになりますと、市町村のどの機関に置くのか。別に本庁の課に置いてもいいのですが、多分それでは専門性として弱いだろう。

そこら辺のことを考えて、今日、篠崎参考人、永松構成員の中でもう少し具体的にどういう機関を念頭に置きながらお話しいただいているかお教えいただけませんか。杵築のことについてはもうお伺いできていますので、篠崎参考人がどういうふうにお考え

になっているのかというのをもうちょっと補充していただければと思います。

次に、事務局に対してですが、伴走型支援が今のはやりであるというのは、社会保障法をやっていて、さすがにその名前、あるいは有効であるというのは私も存じ上げておりますが、他方において若干危惧、制度に乗るのかなと思うことがあります。まず、これが精神障害者に対しても有効であろうという確証が得られているのかというのが一つの質問です。

もう一つ、支え、支え合うとか、そういうつもりでケースワークをやってくださるなら、それを止めはしませんが、他方において、「支える」「支えられる」という一方向の関係性ではなくて、支援者と本人が人として出会い、そして支援の中で互いに解決というのは、これは大丈夫なのかなと思わないでもありません。例えばお医者さんが、自分が成長するために医療行為を行うと言ったら、医療倫理上、かなり厄介な問題だと思います。自分の腕を上げるために手術をするというのは変な話だと直感的に思うので。こういうもので十分な支援の定式ということになるのかというのは、実務家の方々に、お伺いしたいと思います。

それから、これを診療報酬とか障害報酬のほうで公費で負担するということになると、友達付き合いにお金を出し続けるというのは変な話だろう。したがって、伴走型支援も何らかの問題がある人に何らかの問題を解消するために行われる一つの技法、テクニックであるはずで、そうなりますと、どういう条件を満たしたときに払い、どういう条件を満たしたときに終えるのか等々の問題があるのですが、こういうもので支援の在り方としていいというふうには実務家の方々はお考えになられるのかということが疑問になります。どなたでもいいのですが、あるいは事務局から現在のコンセンサスはこの辺りです、業界のコンセンサスはこの辺りですと御説明いただくのが一番よろしいかと思うのですが、そういった辺りを素人にお教えいただけると幸いに存じます。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

幾つか御質問がございましたけれども、お名前が挙げた永松構成員、篠崎参考人のほうからご質問がございませうでしょうか。永松構成員、お願いします。

○永松構成員 太田構成員さんから御質問をいただきました。市長会のほうがメンタルヘルスの相談支援について法的根拠を与えるということで、やはり時期尚早ではないかとか、人材確保と言ってもすぐにはできないし、それから御案内のように、今、市町村の財政状況は厳しいので、人員増というのは厳しい。それから財政的な問題もいろいろあるのですが、市長会としてそういう御意見が多かったというのは、法的義務づけをされるということはそのまま法的責任を問われるということになるからではないかと思います。私もそう思います。

ただ、法的責任を取らされるというか、取る、引き受けるということは、きちんとした対応を市町村としてはしたい。いろんな精神科相談に対して、ドクターももちろんするのですが、市町村としてもその前段階で精神相談を受けなさいと言っても、それは専門家が

どうしても必要だし、その人に頼るということになるので、人材がないのに責任だけというのも難しいのではないかと。そういう御意見だと思います。

それに関しましては、杵築市単体の意見ですけれども、法的に根拠があるというのは、住民の皆さんであるとか各種団体と話をするとき、もちろん人材が確保できてからという話になるのですが、そういう明確な方向づけを国のほうでしていただいて、そして財源措置をする。それから精神科のいろんなプロの方から地域包括ケア会議等に出ていただいて情報を共有して、その知見が市の多くの職種、市だけでなくいろんな団体とドクターの話が、非常に困難ケースを抱えておりますので身につけやすいとか、ああ、そうだったのかと。本当に苦しい中ですので、そういう先生のお力をぜひいただきたいというところがありますので、法的根拠があると先生にお願いしやすいし、リモートでも結構なのですが、もちろん守秘義務もかけますし、いろんな施策も取らないといけないのでしょうか、とにかく活動しているというのが実態です。

法的責任どうのということよりも、まず助けるというか、自分たちが力をつけないといけない。そのためには、一日も早くそういう先生方の知見がこういう田舎の会議の中でも聞けるような制度になればいいなど。そうすると、研修もより身が入って取り組めると。

お答えになるかどうか分かりませんが、以上です。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

篠崎参考人のほうからありますか。

○篠崎参考人 御質問ありがとうございます。市町村に実際に実装されたときに、市町村の中で福祉部門が持つか、それとも保健部門が持つか、そのような御質問の内容だったと理解しております。結論から言うと、会としてもどちらのほうがいいというのは、まだ統一した見解は持っておりません。ただ、印象の中ですけれども、福祉部門のほうに行ってしまうと、先ほど岩上先生の話にもあったように、どうしても福祉は対象が限定されているので、なかなか予防的な介入ができないまま問題に追われてしまっていて、結果、問題が重篤化してから対応するということが行政の中で非常に多くなっていくかなと思っております。

精神の業界の中でも以前は保健の中で対応していたものが、手帳ができ、総合支援法に入り、徐々に行政が福祉にシフトして業務をしてきた経過があると思うのですが、その中で保健の考え方が非常に薄まってきているのではないかと、そういう危機感が当会の会員の中にもかなり出てきております。

なので、個人的な見解で言うと、市町村の保健の中に精神の部分も入って行って、もう少し予防的な支援をすること。それによって全体のバランスが取れるのではないかと。にも包括については、当然市町村の中で保健と福祉が十分に連携して対応していくべきなのではないかと。そのように考えているところです。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

3点目の伴走型について、事務局のほうからお願いできますでしょうか。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局に対しましては、3点御質問をいただいたかと思えます。1点目が伴走型支援に関する確証的な部分。2つ目が「支える」「支えられる」という関係の射程といった部分。3点目が具体的な課題解決、何らかの課題を前提にしないでよろしいのかという観点だったかと理解をしております。

1点目、確証という部分に関しては、定量的な確証をこの場で御説明するのはちょっと難しいところではあるのですが、一例として申し上げますと、これは令和3年度の障害福祉の報酬改定の中ではピアサポートの専門性といった形で、こちらは一般相談、特定相談と申し上げますのは、一般相談というのは例えば精神科医療機関のほうに入院されている患者さんの退院、地域への移行を促すための支援、あるいは特定相談と申し上げましたのは、障害福祉サービスを利用するに当たって、介護保険で申し上げますとケアプランの作成のような場面ですが、そういったサービスにおいて利用者と同じ目線に立って相談援助をするといったことが本人の自立に向けた支援にプラスになるのではないかとといったことから、報酬上評価された仕組みといったものがございまして、障害福祉サービスの中ではそういった形で評価をしているような制度の実情がございまして。

2つ目の「支える」「支えられる」という関係についてですが、こちらは社会局の資料を抜粋してございまして、地域共生、こちらは先生は御案内のとおりだと思っておりますが、いわゆる「我が事、丸ごと」というキャッチフレーズ、理念の下に整理されたような経緯等々もございまして。こういった地域共生における整理、概念での前提があるかと思っております。こういった地域共生に関する整理を前提に、先ほど御説明申し上げた障害福祉の分野ではいろんな報酬上の評価といった形で具体化等々としているところでございまして、社会局の概念を前提にしながら具体的な制度の評価等々が行われていく、そういった側面があるのではないかと考えておるところでございまして。

3点目、何からの問題という御指摘がございました。こちらは今回の資料、スライドでもお示した「対人支援において今後求められるアプローチ」、歯車の両輪的な形で全体整理をしておりますが、もちろん伴走型支援はつながり続けることを目指すアプローチといった形で、これ自体、非常に大事な取組であるとは思いますが、それと併せて、両輪という形で具体的な問題解決を目指すアプローチといったものも相互に連携し合う、関連し合うような形で御本人の意向、あるいは置かれている今の環境に合わせた支援を実施していくといった形で整理をされておるところでございまして、どちらかだけとか、そういった形ではなく、両者相まって支援をしていくといったような形になるのかと思っております。

以上になります。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、江澤構成員、お願いします。その次、小阪構成員、お願いします。

○江澤構成員 本日は貴重なヒアリングで様々な御意見や課題を教えていただきまして、誠にありがとうございます。

私のほうからは若干意見だけを述べさせていただきたいと思います。資料2の4ページ目から相談支援体制について触れられておりまして、さらに6ページ、7ページにそのイメージが示されています。この検討会のタイトルは「精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」と銘打っているわけですが、資料2、これは見出し部分だけの話ですけれども、「精神保健福祉に関する相談支援」ということで、ここには「医療」という言葉が省かれているところがございます。当然この絵の中には医療に対する支援が盛り込まれておりますが、本日のヒアリングでも医療の相談支援の必要性が多々述べられたところでもありますし、参考資料5の障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する中間報告においても、医療と福祉の連携の推進が掲げられておりまして、その中で福祉と医療の両面からの支援、マネジメントが重要であると明記されております。特にこの分野におきましては、潜在的な医療ニーズをいかに医療機関につなげていくのか、あるいは地域での暮らしにおける状態の悪化について、早期にスムーズに必要な医療につなげていくのかという視点が重要であります。

資料2の6ページ、7ページのイメージにおいて、医療に関する相談支援の充実・強化がより図られることが必要と考えております。ただし、その際において、自治体においては例えば新たに人材確保が可能であるのか、あるいは既存の人員・戦力で対応できるのか、また、地域の社会資源と連携するのか。いろいろな地域の実情に応じて柔軟に検討することが必要であると思います。また、その際には市町村、保健所、精神保健福祉センターとの連携や役割分担も検討することが必要であろうと思っております。要は、地域の実情に応じて、与えられた状況で最大のパフォーマンスを出力できる最適化を模索していく必要があると思っております。

また、本検討会は体制の実現に向けた検討会でもあり、本日も相談支援の体制について議論しております。すなわち、ストラクチャーについて主に議論をしているところがございます。当然ながら大切なのは取組の活性化によるプロセスの充実、さらには取組後のアウトカムであるのは共通のことであると思っております。したがって、こういった取組において、各地域で検証を行って課題であると認識をすることによって、地域の社会資源を踏まえ、地域の実情に応じた地域づくりにつなげていくことも必要だと思っております。

規範的統合は、市町村の地域包括ケアシステムの構築に掲げる基本方針を関係者で共有することではありますが、特に市町村においても、地域づくりの観点から我が地域をどうしていきたいのか、いくのか、その辺りのリーダーシップも必要であろうと考えています。最終的にはストラクチャーがないと、よきプロセス、アウトカムも得られませんが、住民一人一人が誰もが人生の最期まで尊厳が保持されて、誇りを持って暮らせる地域共生社会の実現のためにあるわけでございますので、そのための体制として何が必要なのか、柔軟にいろいろな幅広い視点で考えていく必要があると思っております。

以上でございます。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

それでは、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ピアサポート専門員研修機構の小阪と申します。

まず最初に、日々よりよい精神保健医療福祉等の実現について、各構成員の皆様、それから本日においては参考人の皆様、それから厚労省の事務局の皆様が一生懸命に御検討いただいていること、実際に支援くださっている皆様に御礼申し上げます。その上で、一当事者として一つだけ申し添えたいことがあります。それは精神保健（メンタルヘルス）に関する市町村の相談支援体制検討として、市町村にその義務を付するだけでなく、特に精神科医療機関等における長期在院者への訪問支援等については、国としても強力に後押しすべきということについてです。平成16年に入院医療中心から地域生活中心と国としてもビジョンを明確にし、様々に政策を行ってくださっているものと承知しているところですが、例えば今般の障害福祉計画どおりに推移したとしても、長期在院者の解消については、そのめどすら立っていないのが実情のように思います。

皆様も御承知のとおり、今年の3月に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が取りまとめられたところですが、市町村に関連する記述について、15ページ上段に長期在院者への支援について、「市町村が精神保健福祉センターや保健所の支援の下、精神科病院との連携を前提として、長期在院者を訪問し、利用可能な制度や障害福祉サービス等に関する説明及び支援等を行うことを、地域精神保健及び障害福祉における市町村の取組として制度上位置付ける必要がある」と示していただいております。

皆さんの中でもEテレ特集「ドキュメント精神科病院×コロナ」を御覧になった方も多いいと思います。ごく一部であると私は信じたいところですが、番組内で報道された精神科病院における入院医療やその環境について、看過しがたいゆゆしき状況が現代の我が国の国民的医療の一部に現状としてあると知った以上、当事者性を持つ私たちとしては、新たに制度上に位置づけられるまでただただ傍観というわけには決していかないと思っています。

おのおのおの立場もあられると思いますが、精神保健医療福祉等の関係者でもあられる多くの構成員の皆さんとも、自治体の皆さんとも、また、厚労省の皆さんともその思いは共有できるものと信じています。私たちは、地域精神保健及び障害福祉における市町村の取組として新たに制度上位置づけられるそのときまでとても待ってられないのです。国として市町村が精神科病院との連携を前提として「長期在院者を訪問し、利用可能な制度や障害福祉サービス等に関する説明及び支援などを行うこと」という方向性を既に示しているのであれば、例えば厚労省通知等で一部の自治体で行われ始めている精神科病院への長期入院患者に関するアンケート調査や、地域生活移行支援に向けたニーズ調査などの自治体や自立支援協議会等の積極的関与や取組について、その汎化を積極的に推進していた

だきたいのです。

また、地域生活支援事業実施要綱内の障害者相談支援事業における市町村の努力義務として、精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うように努めることと示していることについて、国としてもいま一度市町村の皆さんを強力にバックアップしていただきたいと思います。

そして、市町村の皆さんは人員確保や予算確保等課題があることは重々承知していますが、我が国において精神疾患を有する方が約420万人になっているという現実、五大疾病の一つという国民的課題になっている状況を踏まえ、また、住民にとって身近な市町村での支えを実現する観点を踏まえて、可能な限り地域住民のためにも御協力をいただきたいのです。

なお、さきに述べたアンケート調査やニーズ調査だけでなく、実際に市町村などから病院内の長期在院者の方々の下へ会いに行く取組、実際に会って、ただの統計的数字ではなく、一人の顔の見える方としていくということを具体的な取組の一つとして進めることが喫緊として必要であり、かつ長期在院の解消に最も有効な手だての一つであると私は考えています。

地域移行支援については、その依頼経路が医療機関または障害者支援施設からの依頼が大半であることが示されていますが、その状況は病院等の発信を待っているだけ、広く国民的課題を病院等に押しつけているという構図、捉え方も成り立つと思っています。市町村等も含めた私たち地域の側から病院の長期在院者の下に会いに行くという取組の必要性を広く共有し、その取組を国としても後押しをし、市町村の理解を得ながら汎化され、病院からの発信と対の取組、一体として両輪で取り組めるようになっていくことが必要だと思います。

かつ、例えば病院などからの見立てとして退院可能とされる方のみに会うのだけではなく、誰一人見捨てずに全員に会うことが権利擁護の一環として、国としての取組、市町村としての取組、地域援助の取組として病院の皆さんとともに協力し合いながらなされていけば、長期在院の解消を推進していくことにつながる。ひいては我が国におけるよりよい精神保健医療福祉体制の包括的実現に必ずつながるものと考えています。

最後にもう一点だけ。先ほどから出ている伴走型支援については、太田構成員や岩上構成員からも少し疑義があったと思いますが、私も資料2で示されている今の伴走型支援がそのままこの検討会で合意されているとは思ってなくて、まだまだもう少し議論が必要なのではないかと思っています。

私からは以上です。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

そのほかに御意見、御質問ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の議論はここまでにしたいと思います。

本日は市町村が実施する精神保健（メンタルヘルス）に関する相談支援について、利用

者、担い手双方の立場から様々な御意見・御要望が出てまいりました。事務局においては、前回検討会で提示いただいた「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」の資料について、本日の議論や前回検討会での意見を踏まえ、よく整理していただければと思います。

最後に、今後のスケジュール等について、事務局からお願いいたします。

○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。

次回の第4回の開催につきまして御連絡させていただきます。次回の第4回検討会は2月3日（木）13時から16時を予定しております。正式には改めて御連絡させていただきます。

事務局からは以上です。

○神庭座長代理 ありがとうございます。

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、参考人の皆様、どうもありがとうございました。