

第1回市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム

日時：令和5年2月8日（水）14:00～16:00

場所：厚生労働省専用22会議室（18階）

（東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎第5号館）

出席者：岩上構成員 岡本構成員 小幡構成員 桐原構成員 近藤構成員

高山構成員 野口構成員 藤井構成員 古谷構成員

（欠席：岡部構成員、小阪構成員）

○山形補佐 ただいまから、第1回「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」を開催させていただきます。

構成員の皆様におかれましては、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。本日の会議は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンライン会議システムを活用しての実施となります。

本日の会議資料は、厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、傍聴の方は、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、本日の会議の進め方について御説明いたします。

構成員の先生方から御発言をいただく際には、会場またはオンラインにかかわらず、いずれの場合も挙手をお願いいたします。オンラインで御参加の場合、カメラは常に映る状態にしておいてください。また、音声については、発言しないときはミュートに設定していただき、発言するときのみミュートを解除するようにお願いいたします。

それでは、はじめに、本日の構成員の出席状況について御報告いたします。

全11名の構成員のうち、岡部構成員と小阪構成員から御欠席の御連絡をいただいております。

それでは、開会に当たり、まず、障害保健福祉部長の辺見より御挨拶を申し上げます。

○辺見部長 障害保健福祉部長の辺見でございます。よろしくお願いいたします。

マスクをつけさせていただき、失礼いたします。

本日は、御多忙のところ、第1回「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」に御出席をいただき、誠にありがとうございます。

また、構成員の皆様におかれましては、日頃より、精神保健医療福祉行政の推進に御理解と協力をいただいておりますことに、この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

精神保健医療福祉行政の動向については、令和4年6月に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報告書を取りまとめ、精神保健に関する課題が、市町村における母子保健、介護、生活困窮者支援などの分野を超えて顕在化しており、住民に身近な市町村における相談支援体制の整備の重要性が示されたところでございます。

さらに、昨年臨時国会で精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が改正され、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援では、精神障害者のほか、精神保健に課題を抱

える方も支援の対象にできるようにするとともに、これらの方の身心の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とするということが明確化されたところでございます。

令和6年度の改正法の施行に向けまして、今後、市町村では精神保健と福祉の複合的な課題を抱える方への支援を含めた精神保健の相談支援体制の整備を進めていくことが求められるところでございます。

一方で、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所、精神保健福祉センターからのバックアップ体制の確保などに課題があることも指摘をされているところでございます。

このため、本検討チームにおきまして、市町村で積極的に精神保健に関する相談支援を担っていただくための具体的かつ実効的な方策について議論を深めていただきたいと考えているところでございます。

構成員の皆様におかれましては、それぞれのお立場から忌憚のない御意見を賜りますようお願いを申し上げ、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしくお願いいたします。

○山形補佐 続きまして、構成員の皆様の御紹介をさせていただきます。

資料1の2ページ目に別紙として構成員の名簿がございますので、この名簿に沿って御紹介させていただきます。

一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事の岩上洋一構成員でございます。

続きまして、本日欠席になっておりますが、特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事の岡部正文構成員でございます。

続きまして、全国精神保健福祉相談員会理事／川口市保健所疾病対策課主査の岡本秀行構成員でございます。

続きまして、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）事務局長、小幡恭弘構成員でございます。

続きまして、全国「精神病」者集団運営委員、桐原尚之構成員でございます。

続きまして、一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構、小阪和誠構成員ですが、本日は欠席となっております。

続きまして、生駒市福祉健康部部長、近藤桂子構成員でございます。

続きまして、富士河口湖町役場住民課課長、高山美恵構成員でございます。

続きまして、岡山県精神保健福祉センター所長、野口正行構成員でございます。

続きまして、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部部長、藤井千代構成員でございます。

続きまして、高島市健康福祉部高齢者支援局地域包括支援課課長、古谷靖子構成員でございます。

以上、11名でございます。

続きまして、事務局のほうを紹介させていただきます。

まず、障害保健福祉部長の辺見でございます。

続きまして、精神・障害保健課長の林でございます。

続きまして、課長補佐の戸部でございます。

続きまして、地域移行支援専門官の関根でございます。

そして、私は今回、司会を務めさせていただきます、課長補佐の山形でございます。よろしく願いいたします。

続きまして、議事に入る前に、資料1の開催要綱の3の(4)に基づきまして、座長を決めたいと思います。

座長は、構成員の互選により選出しまして、座長代理は、構成員の中から座長が指名するということになっております。どなたか推薦をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

お願いいたします。

○岩上構成員 岩上でございます。

藤井千代構成員を推薦したいと思います。藤井先生は、障害者部会の構成員でもあらわれて、この間、政策研究をずっと引っ張ってこられて、大変見識も高く、素晴らしい方でございますので、座長をお引き受けいただけたらありがたいと思います。

以上でございます。

○山形補佐 ありがとうございます。

ただいま、岩上構成員から藤井構成員を御推薦いただく御意見がありましたが、皆様、ほかに御意見ございますでしょうか。

特にいらっしゃらないでしょうか。

特にいないようですので、藤井先生に本検討チームの座長としてお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○藤井座長 ありがとうございます。本検討チームの座長を務めさせていただきます、国立精神・神経医療研究センターの藤井と申します。

この検討チームは、先ほど辺見部長からの御挨拶にもございましたとおり、市町村における精神保健に係る相談支援体制整備に関して、具体的かつ実効性のある方法を検討していくということで、非常に重要な会議と認識してございます。

構成員の皆さん方の御協力を得まして、実りある議論にしていきたいと存じますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、まず、私のほうで座長代理を指名させていただきたいと思います。座長代理につきましては、岩上構成員をお願いしたいと思います。岩上構成員、いかがでしょうか。

○岩上構成員 ありがとうございます。お引き受けいたします。

座長代理といっても、座長がいらっしゃれば、ほぼ何もしなくても大丈夫かとは思いますが、藤井先生は大変見識が高いので、座長をお務めいただきながら、御発言もぜひ、座

長は、なかなかしにくいこともあると思いますが、御意見を承れたらありがたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○山形補佐 ありがとうございます。

それでは、ここからの議事進行については、藤井座長にお願いしたいと思います。藤井座長、よろしく願いいたします。

なお、冒頭の頭撮り撮影に関しましては、こちらで終了とさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、よろしく願いいたします。

○藤井座長 よろしく願いいたします。

それでは、早速議事に入ってまいりたいと思います。

初めに、事務局より資料の確認をお願いいたします。

○山形補佐 本日の資料について確認をさせていただきます。

まず、議事次第の1枚紙と座席図のほか、資料1として、検討チームの開催要綱がございます。

資料2で、市町村における精神保健相談支援体制の現状等。

資料3として、野口構成員からの資料。

資料4として、今後の検討の進め方（案）。

資料5として、第1回で御議論いただきたい点。

5点資料がございます。

また、参考資料が1から4までございます。

また、本資料に加えまして、机上及び構成員の皆様のお手元に岡部構成員からの資料として、第1回の本検討チームに関する意見というものを御用意しております。

資料としては、以上になります。

○藤井座長 ありがとうございます。

では、議題に入っていきたいと思います。

議題の1「市町村における精神保健に関する相談支援体制の現状及び課題」です。

事務局から資料2及び資料4について御説明をお願いいたします。

○関根専門官 資料2を御覧いただけますでしょうか。

市町村における精神保健相談支援体制の現状等について御説明いたします。

精神保健医療福祉に関する現状としまして、基本的な統計データを御提示させていただきます。

3枚目は、精神疾患を有する総患者数の推移をお示ししております。こちらを見ていただきますと、年々総患者数は増えてきておりますけれども、入院患者数につきましては、過去15年間で減少傾向となっております。

4枚目は、精神疾患を有する外来患者数の推移について疾患別に内訳をお示したのになっています。外来患者総数は増加しており、疾病別に見ますと、認知症（アルツハイ

マー病）、気分〔感情〕障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が、特に増加割合が顕著となっています。

続いて5枚目は、外来患者数の推移を年齢階級別にお示ししたものとなっていますが、75歳以上が最も占める患者数が多く、増加割合も顕著になっていることがお分かりいただけるかと思えます。

6枚目、入院患者数の推移を在院期間別にお示ししていますが、入院患者数自体は減少傾向にあります。直近の令和2年、一番下の棒グラフを見ていただきますと、全体約27万人のうち、1年以上が17万人、その内訳として1年以上5年未満、5年以上の入院患者数が半々という実態になってきております。

7枚目、直近令和2年の精神病床退院患者の退院後の行き先を示したものになっており、総数で見ますと、オレンジ色の家庭が最も多いのですけれども、入院期間を御覧いただきますと、期間が長くなるにつれて、黄色の他の病院・診療所に入院という方々が増える傾向にあります。

続きまして9枚目以降は、市町村における精神保健相談支援体制の現状に関しまして、主に、これまでの研究の成果等からデータをお示ししております。

9枚目、精神保健（メンタルヘルス）に関する問題への対応について、結果をお示ししたのになっており、こちらにございますように、現行の市町村業務の中で、精神保健（メンタルヘルス）に関連する問題が大いにある、多少あると回答した市町村が、各分野で8割以上に上る状況でした。

10枚目は、自治体規模別の精神保健福祉相談に関する対応状況をお示ししております。規模により差はございますけれども、主に緑とピンクの部分、多少の困難があるが対応できる、あるいはある程度困難を抱えており、対応に苦慮しているといったような回答をいただいた自治体が多くございました。

さらに、11枚目では特に対応が困難な個別相談についてお尋ねをしております、いずれの自治体も受診拒否やひきこもり、虐待事例を対応困難と回答する傾向にあり、そのほか、規模別に若干中身について差が出ているような状況になっております。

12枚目は、対応が困難を解決するために望まれる体制について尋ねた結果ですけれども、いずれも人員体制の充実や、精神医療の充実、連携強化を挙げており、併せて、処遇困難事例への対応等、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップ、重層的支援が求められている現状が分かります。

続きまして13枚目は、関係機関との連携状況や今後の精神保健業務推進体制に必要な事項等を尋ねた結果で、左上に、実際の連携状況等を項目別で見えておりますけれども、項目に応じて連携があったり、なかったりという差がありました。右側では、具体的な推進に必要な事項や、推進が市町村で困難な理由について、回答が多かったもの上位3つをピンクに塗らせていただいているところです。

14枚目は、当課で昨年行った精神保健相談支援体制に関するヒアリングの結果をお示し

したもので、人口規模が750人から26万人までの17市町村、どちらかといえば、規模の小さ目のところに実施し、現状と課題の主なものを記載させていただいています。

こうした内容も踏まえながら、本日、議論をいただければと思っております。

おめくりいただきまして、16枚目のスライド以降が、精神保健福祉法、昨年12月の改正に関する概要をお示ししたものになっております。

その経緯といたしまして、直近、行われた検討会が2つございますけれども、まず16枚目に、令和3年3月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書の概要を紹介しております。市町村に関する課題の主だったものをピックアップさせていただき、対応の方向性として、矢印の下に、「体制整備の推進」と、「担い手の確保・資質向上」という2つの切り口から報告書の記載を抜粋させていただいています。

そして、17枚目のように昨年の6月には、さらに「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」報告書が取りまとめられ、課題と対応の方向性が整理をされたところでは、特に、「担い手の確保・資質向上」では、精神保健福祉相談員についても言及されており、今後、講習会の対象職種やカリキュラムの見直しを行うことなどが示されたところです。

次の18枚目が、改正法の概要となっております。今回本チームで御議論いただく改正の概要に該当するのが、「1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実」の部分になります。括弧【】書きで精神保健福祉法の記載もありますが、その③、赤枠で囲んだ「都道府県及び市町村を実施する精神保健に関する相談支援について、対象が拡大するということと、これらの方々の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する」改正が行われております。

19枚目は、障害者等も含めて安心して暮らし続けることができる地域共生社会のイメージを示したものになっており、その左側、太赤枠囲み部分に青字で市町村における精神保健に関する相談支援体制整備が記載されているところでございます。

続きまして20枚目からは、精神保健相談支援業務を担う人材の現状についてです。

まず、専門職の動向としまして、21枚目に自治体保健師の動向と関連施策の変遷を示しており、近年新しくできた法案等の流れとともに、緩やかに数が増えてきて、現在、約3万8000人に上ります。

22枚目には、常勤保健師数の推移を示しており、表の赤枠で、市区町村の合計のところを囲ませていただいておりますけれども、横ばいから微増というような傾向にございます。

次の23枚目は、直近の令和4年度に所属区分別に常勤保健師数を見たものになっております。

24枚目は、精神保健福祉士の資格登録状況を示しており、年々増加傾向となっております。

続きまして、25枚目では就業者数と場所の推移について、直近のデータを示しており、

中でも太字で囲ませていただいたように、福祉施設等で働く方々が多くを占める状況になっており、市町村を含む行政機関等で働く精神保健福祉士は、1割程度に留まっています。

さらに、26枚目では細かい精神保健福祉士の配置状況を御参考までに示しています。

27枚目は、精神保健福祉相談員というところで、その概要と資格、こういった方がなれるのかという要件を、簡単に示したものになっています。

先ほどの17枚目に示した検討会報告書で、講習会の見直しについて言及していますが、27枚目の④の下線部分の保健師に係る講習会のことを指しています。さらにその下の表で、講習会の近年の開催状況を示しており、近年はなかなか開催される自治体がないという状況です。

28枚目には、精神保健福祉相談員配置の推移を示していますが、おおむね横ばいの1,800人前後で推移をしています。

29枚目には、施行令に規定された講習会の課程を表でお示ししております。現行では、保健師を対象とし、実施主体は、国又は地方公共団体とされ、その中身は表にございますように、5分野16科目で、総時間で204時間以上と規定されているところです。

以上が資料2についての御説明となります。

資料の4のほうも続けて御説明させていただきます。

こちらは、今後の検討の進め方(案)について、御提示させていただくものになります。

表の左列にある時期のとおり、今回が第1回目の開催となりますので、少し波線で期間を空けさせていただくことを示しています。次回の第2回が、来年度の5月から6月頃、そして、第3回、第4回を開催し、大体夏から秋頃をめどに取りまとめをさせていただきたいと考えています。期間が空く背景としましては、右列に示した研究班スケジュールのとおり、研究班の中で、実際、精神保健福祉相談員等について実態調査等をしていただいているところですので、その結果等も踏まえながら、検討を進めていきたいと考えており、第2回開催までの期間を空けさせていただいています。

ご参考までに、当課としては、本検討チームと並行して、こちらに記載のあるような作業を進めてまいる予定でございます。

以上が事務局からの御説明でございます。

○藤井座長 ありがとうございます。

続きまして、資料の3について、野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 よろしくお願いたします。

資料がたくさんあるのですが、10分でしゃべってほしいと言われておりますので、かなり早口になるかと思いますが、御容赦ください。よろしくお願いたします。

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を推進する政策研究の分担研究をさせていただいております。研究代表者は、座長をしていらっしゃる藤井構成員がされているのですが、その中で自治体における包括的ケアの推進に関する研究の分担研究者です。

研究協力者としては、ここに名簿で挙げておりますように、自治体の実務者などを中心として、多岐にわたる方々に御協力をいただいております。

これが、先ほどの説明にもありましたが、スケジュールになります。次のスライドで、またも、お話をいたしますが、昨年度、自治体の職員向けの手引の作成及び研修コンテンツを作成しております。

2つに分けて説明いたしますと、今年度は法改正の行方をにらみながら、手引について保健師、それから精神科病院の方々へのヒアリングを行う一方、市町村を支える保健所センターによる縦断的な重層的支援体制の検討を行いつつ、好事例の収集を行っております。

研修コンテンツにつきましては、先日、市町村セミナーに向けた準備をして、市町村セミナーを實際させていただいたところです。

先ほどの説明にもありましたが、市町村に対する調査も準備させていただいております、現在、調査票の配付が終わって、回収をしているという段階になります。5月、6月ぐらいには調査結果公表ということで、これは、藤井構成員の研究部に、ほぼ全面的に協力していただいているところであります。

こうしたものを受けまして、令和5年度では、さらに、手引とか研修コンテンツについての精査を進めていく予定になっております。

先ほどの手引についての概要ですが、主な対象としましては、保健所を設置していない市町村の保健師の方など、必ずしも精神保健に、もちろん慣れていらっしゃる方もいらっしゃると思いますが、その方々を対象として、さらに、保健師以外の職員の方も対象としております。

目標としては、こういう職員の方々が、精神保健の意義が分かること、さらには、様々な受けられている相談において、精神保健の視点を入れたアセスメントと支援ができること。

そして、3番目としまして、そうしたアセスメントに基づいて、庁内の部門横断的な連携体制、いわゆる横串、そして、保健所や精神保健センターなどとの縦断的な重層的支援体制、いわゆる縦串というものを組むことができる。こういう連携体制が3番目になります。

そして、さらにそうした体制も使いながら、個別支援に基づいて地域の課題を整理し、そして、それを企画立案、システム構築に生かすことができること、そういったものを目標にしております。

ただ、全部は一遍にできませんで、令和3年度は、この内容のうち個別支援、連携体制、そして地域課題の抽出というものを行っております。

令和4年度は、今はちょっと準備中なのですが、令和5年度には、それをさらに進めて、協議の場の運営、そして体制整備、さらに人材育成というものを作っていく予定です。

手引の構成としましては、普及版ということで、手元に置いて、日常業務の際に手軽に参照できるようなものと、さらにもう少し詳しく知りたい場合に参照するものとして詳細

版を、2種類のものを作って、これらを継続的に改訂を行いながら、よりよいものにしていく予定です。

普及版の内容と連動しながら、研修コンテンツを作成し、試行しているという形になります。

これは研究班でも議論して整理したものになりますが、市町村の相談支援体制整備におけるポイントのようなもので、既に厚生労働省さんのほうからお示しいただいた内容と重なりますが、精神保健相談は、どこの部署が中心になって受けるのか、保健と福祉になると思うのですが、それがどのように協働していくのか、核となっていくのが1つ。それから、その核が、ほかの関係部署と市町村の他の部署と、どのような横断的な連携、いわゆる横串を作っていくのが2つ目。

さらに、市町村に対する、市町村だけでは完結できない問題も多々あると思いますので、そういう場合に専門機関による支援体制を、いわゆる縦串をどういうふうに作っていくのか、保健所センターの精神保健の自治体の機関による支援、そして、さらには精神科の医療機関による支援、こうしたものをどう作るのかということが3点目。

さらに4点目として、システムはもちろん大事なのですが、そのシステムを支える人材、それも市町村だけではなく、それを支える保健所と精神保健福祉センターにおいて必要な人材というのはどういうもので、そうした人材をどのように確保し、さらに育成し、さらにそれをどう配置するのかという点。

さらに5点目としましては、重層的支援体制整備事業というものが、地域共生社会の主要事業として、もう既に始まっております。非常に重要な事業であると思われませんが、精神保健の視点というものが、残念ながらちょっと欠けているように我々は考えておりました、「にも包括」がそこを補完するものとしてどのように貢献できるのか、こうしたものの検討が課題として挙げられるのではないかと考えております。

これは、市町村が保健と福祉の連携の在り方、核となる担当部署の作り方を、幾つか類型の試案として作っているものです。

まず、左上の総合相談（福祉ワンストップ型）、福祉のほうにワンストップの相談体制を作っていくタイプから、右下の保健の部門のほうにワンストップ型の体制を作るパターン、そして、右上と左下のところは、その中間ということで、大きく4つに分けて、それらがいろいろな問題について、どのように対応していくことがあり得るかというのを書かせていただいております。

これも非常に試案の段階ですし、それぞれのメリット、デメリット、そして、こういう体制が機能するには、どういうポイントを押さえる必要があるのか、こういうことは、これから事例を見ながら、検討を深めていく必要があるのではないかと考えられます。

こういうパターンを、いずれにしても参照しながら今後の市町村の保健と福祉の連携のあり方を検討していくことが必要だろうと考えております。

これは、縦串の図になります。市町村が困難を抱えた場合だけでなく、日常的に、保

健所・精神保健福祉センターのような縦串で一体となって支援していくということが大事ではないかと考えております。

さらに、自治体だけでは、なかなか手が届かないところも、いろいろあるかと思えます。そういう点で、精神科医療機関の協力も得ていく。幾つか具体的などころも書いておりますが、こうしたものをどういうふうに作っていくかということも、非常に重要な課題であると考えております。

その縦串の中のセンターと保健所について簡単に触れさせていただきますが、精神保健福祉センターというのが、精神科医も含めて多職種で構成されている強みがありますので、そういう強みを生かしつつ、個別支援、特に複雑困難事例の個別支援を、市町村を支援しつつ、OJTや研修等を通じて人材育成を図りつつ、個別支援をしながらネットワークの構築を図る、そして、さらにそうした経験を生かして、企画立案などを図っていくという形で、言ってみれば、個別ケースマネジメントと地域マネジメントを連動させていきつつ、市町村支援するということが大事だろうと考えております。

保健所につきましては、精神科医療機関、精神科救急医療のような、そういうものの確保、そして、例えば、精神科病院などと連携したアウトリーチや、地域移行支援の推進等のマネジメントが中心となるであろうと思われま。また、市町村で対応困難な事例の個別支援を協力しつつ行うということも役割としてあると思えます。

人材についてですが、一番下のところを見ていただきますと、自治体の精神保健を担う人材としては、いろいろな相談がありますので、そうした相談を個別に対応していく臨床的視点。そういうものがもちろん重要ではあるのですが、それだけではなく、それをどう地域課題を抽出して、それをまた施策に生かしていくかという、公衆衛生的視点。この両方が大事であると。こうした人材は、やはり確保していかなければいけないし、また、そこを系統的に育成していく必要がありますし、さらには、それを組織として計画的に配置していく、こうしたことが重要ではないかと考えております。

それから「にも包括」の構造。細かくは説明できないのですが、まずは市町村圏域で、まちづくりのような住民との協力関係をつくっていく。そして、障害福祉サービス等を市町村で整備していくという、いわば狭義の地域包括ケアシステムが一番基本にあります。

さらに、それを支えるものとして、市町村、それから保健所等の圏域で、保健予防、一次予防だけではなく、二次予防の早期発見、早期支援の取組などからなる地域精神保健福祉システム、そして、さらに都道府県の救急医療体制を含めた地域精神医療システム、こういう3層構造が必要であると思われま。ちょっと気になりますのが、右側にありますように、市町村の保健予防が、いろいろな事業の保険対象外となっているということで、ここがこぼれ落ちないように、注意が必要ではないかと考えております。

最後になりますが、市町村の、先ほどの調査の概要になります。目的としましては、現在の市町村の精神保健福祉相談員、精神保健福祉士等の配置状況、業務内容、それから必要とされるスキル等を把握するという目的で行っております。

この結果を受けまして、精神保健福祉相談員の講習会の見直し等に活用する予定となっております。

すみません、ちょっと時間を超過してしまいました。以上で私の説明を終わらせていただきます。

○藤井座長 野口構成員、ありがとうございました。

6月の議論は、資料5の説明を受けた後に行いたいと思いますけれども、ただいま御説明のありました資料2、3、4、この内容について、何か御質問や御確認等はございますでしょうか。

よろしいですか。

そうでしたら、資料5に沿って議論を進めたいと思います。事務局から御説明をお願いいたします。

○関根専門官 それでは、資料5を御覧ください。

今回、検討チームで御議論いただきたい点を、2つに分けて提示させていただいています。

まず、1つは「体制整備」についてです。現状及び課題は、検討会報告書の抜粋や、当該が行ったヒアリング結果をまとめさせていただいております。論点としまして、四角囲みの部分に「市町村における精神保健相談支援体制等の現状や課題を踏まえて、様々な分野において精神保健のニーズに気づき適切に対応するために市町村ではどのような点に留意して体制整備を進めるべきか。」と示し、さらには、①、②にございます点についても、どのように考えるか御意見を頂戴できればと思います。

おめぐりいただきまして、2ページ目でございますけれども、そちらには、2つ目として、「人材育成」の観点をもとめさせていただいております。現状及び課題につきましては、記載のとおりでございます。論点としましては、四角囲みにありますように「市町村において財源や地理的要因等から難しいと指摘されている精神保健相談支援の担い手となる専門職等の人材確保を進めるには、どのような工夫が考えられるか」としており、特に①、②に書かれたような点についても御意見をいただければと思っております。よろしく願いいたします。

○藤井座長 御説明ありがとうございました。

それでは、資料5の1つ目、体制整備につきましては、市町村における精神保健相談支援体制等の現状や課題を踏まえて、様々な分野において精神保健のニーズに気づき適切に対応するために市町村ではどのような点に留意して体制整備を進めるべきかという論点が挙げられてございます。

この論点について、構成員の皆様から御意見をいただきたいと思っております。その点に関する議論は、おおむね15時20分をめぐりに行いたいと思っております。

いかがでしょうか。

岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 私の意見というより、むしろ保健分野で保健師さん等の御意見を伺いたいのですが、というのも、精神保健という切り口から入ってしまうと、何か新しいことをまたやらなくてはいけないみたいになってしまうので、そこに行く前に、まず地域保健という考え方の中で、精神保健は、取り組むのは当たり前のことではないかと私は思っているのです。地域保健から精神保健を切り離すということは、基本的にはないのではないかと。

それが現状等の調査結果等で、市町村が取り組まれているという形に出ていると思いますので、その辺の現状について、構成員の皆さんの市町村の状況を、全くもって精神保健を抜きにやっているわけではないと思うので、その辺を教えていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○藤井座長 岩上構成員、ありがとうございます。

岩上構成員から御意見がございましたように、実際に市町で地域保健を担っておられる構成員の方々がいらっしゃると思えますけれども、いかがでしょうか。

近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 生駒市の現状といいますか、状況なのですけれども、もともと精神障害とかメンタルヘルスとかというのは、保健所の関係が深い保健部門のほうで担当させていただいていたということもあります。

ただ、福祉サービスの対象に、精神障害、精神障害を抱えていらっしゃる方が、福祉サービスの対象になったときに、障害部門のほうに分かれていったというのが、正直ありまして、その段階でも、メンタルヘルスの部分と、実際の福祉の分野、2本立てですべてやってくるというような状況はあります。

ただ、2本立てになってしまった関係上の問題としては、関わるタイミングというものが、その中で線引きが起こってしまっている。福祉サービスの対象であるかどうかということによって、同じ人が、ここまでは保健分野、メンタルヘルスの対象になっていたのが、急遽、福祉の対象になってきたというときの連携の在り方というものも、スムーズに行かなかった課題もあります。

あと、メンタルヘルスをずっと継続してやっているということにつきましても、健康増進の計画においても、メンタルヘルス、精神保健、心の健康というような視点、それに加えて自殺対策ということもやっていますので、そちらのほうは、そちらのほうでやっているという、やはり2本立てで同じような、全く同じではないですけれども、似たようなことをやってくるというようなのは、やはり市町村の中には多くあるのではないかなと感じているところです。

○藤井座長 ありがとうございます。現状のお話をいただきました。

古谷構成員、その後、桐原構成員。

○古谷構成員 古谷です。よろしくをお願いします。

保健師のほうですけれども、地域保健法の中で、地域における保健活動という保健師の活動指針においては、保健師は地区担当制による活動を展開するとなっております。

そのような体制の中で、保健師のほうには、保健分野のほうで、ふだんの健康相談の中では、精神、メンタルに関わる相談というものは非常に多くなってきております。

ここをしっかりと受け止めるというような力量を保健師は積んできているのではないかなとは考えております。

ただ、課題としましては、そこで保健師が事例を、今、複雑になっていく中でいろいろな課題を、保健師自身が抱え込んでしまって、しんどい思いをしてしまうというところは、高島市でもよく見受けられるところでした。ですので、高島市のほうでは、重層の取組の中では、保健師の相談支援に関しての孤立化や、課題を抱え込むというところを何とか解消しようということで、地域ごとに様々な福祉の専門職や福祉の相談に携わる人たちの打合せ会というものを、月に1回持ったりとか、あと、複雑になったケースについては、しっかりとそこをコーディネートする、重層の相談支援室ができていますので、そこにつないでコーディネートしながら、保健師のそういった個別の事案に対してチームで関われる体制というものを取ってきている状況であります。

それで、全国保健師長会でも聞かせていただきましたら、やはり保健師が、精神保健に携わっているのがしっかりあるのですけれども、そういったサポート体制をもっと上層部の管理者の部門からでもしっかり理解していただいた上での体制が必要ではないかというような御意見もいただいているところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

では、桐原構成員、お願いします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。精神障害の当事者です。

体制整備について思っていることを言います。

スライドで、資料3にありましたとおり、4つぐらいに分類されておりました。担当部署横断的連携体制のイメージということで、バリエーションを分かりやすく整理して示されていてよかったと思います。

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のほうでも、市町村における相談は、基本的には障害福祉がワンストップを担うべきなのではないかということ強く意見を出してきました。

その根拠について、今、岩上構成員からも意見が出された通り、保健というのは精神保健という専門的なカテゴリを扱う部署や担当者を必置するということではなくて、地域保健の中で精神にも対応していくことかたちが望ましいのではないかと思います。また、私たち当事者にとっての保健所のイメージというのは、二面性があって、すごく必要なものでもあり、一方ですごく怖い存在でもあるなと思っています。

わたしは、京都在住なのですがけれども、京都の北部の地域などは、ほとんど障害福祉サービスがないので、やはり公的機関の役割が非常に大きなウエートを占めているわけです。そういう意味では、保健所の訪問活動は、かなり重要な意味を持っています。

なくなったら大変なことになってしまいます。

一方で、危機介入的訪問というのですかね、措置入院のときに警察と一緒に来る人だとか、強制力をもっているイメージもあります。

それは、警察ではできない、もう一つの役割を強制力の行使という面で持っているのです、そういう意味で怖い存在でもあるわけです。

予防についての話も出たので、お話したいのですけれども、発生予防というのが、障害当事者にとってどういうニュアンスで聞こえるかということ、障害を持って生きていないほうがいいでしょうというようなニュアンスに聞き取れるわけです。障害を持って生きることや、障害それ自体に対するネガティブな印象を非常に強めてしまうものになりかねないなと思っています。

もちろん、痛みは少ないほうがいい、苦痛は少ないほうがいい。そういう意味では、痛みや苦痛が取り除かれるような取組が必要ではあるのですけれども、病気や障害を持っていけること自体が、ネガティブなものだと思われぬような工夫が必要かなと思っています。

とりあえず、一旦ここまでです。

○藤井座長 ありがとうございます。

では、高山構成員、お願いします。

○高山構成員 すみません、自己紹介が遅くなりました。高山です。よろしく願いいたします。

富士河口湖町の現状も含めて、お話をさせていただきたいと思います。

うちの町では、合併ということもありまして、今までは小さい町、村では、一人保健師が全ての精神疾患患者も含めながら、精神保健も含めながら、地区担当制でやっていたのですが、合併を契機に、保健師の活動が業務分担制に移行してきた状況になります。

そして、保健所のほうから、障害の、町のほうに仕事を送られてきたときにスムーズにいかなくて、障害福祉のときに保健師が配属に、されていません。なので、そこに精神保健福祉相談員が、ソーシャルワーカーの方がいて、全てをやっている状況になっています。

今、地域保健の計画の中には、心の健康づくりというところもテーマの中で計画はしているのですが、実際のところ、保健師が具体的に地域の中の相談だとか、そういうところには、具体的には行っていない状況にもあります。

以前は保健所さんのほうで、精神の教育だとか、そういう保健師に対する支援などを行っていたのですが、直接的支援や教育支援というのは少なくなっている状況だと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。

小幡構成員、お願いします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉会連合会の小幡です。

体制のところでは言いますと、今、お話の中でも幾つか出てきているのです。私たち家族

は多くの場合、地区担当制の保健所の保健師さんが、かなり活躍されていた、経験値をかなり持っています。これが市町村に下りていくにしても、業務分担的な取扱いにスライドしているところはかなり多くなっている。当事者の日々の症状が、例えば、医療への最初のアクセスができなくて、急性期の状況になったりというような場面での接点しか持ち得ないことも増えてきている。昔は、もう少し日常の中での、その人の状態像なども把握してもらおうことが、全部ではないにしても、部分的にあったところで、そこに至る前のアクセスやサポートもできていたような状況もあった。これを精神保健福祉センターや、それから保健所、市町村となっていくとき、どういうふうに整理をしながらやっていくのかというところ。相談を今の体制の中で持ちかけていくと、必ずしもワンストップではつながらずにあります。ファーストアクションを取った後のつなぎ方をどういうふうに位置づけていくかという体制整備の中に、ぜひ意識しながら検討をしていただきたいということ。

あと、桐原構成員もおっしゃっていましたが、日々の生活の中で支えるという場面での保健師さんたちが登場する場面と、それから急性期等に対応しなければいけないところでの登場の仕方というのは、かなり色合いが違います。ここについても、ユーザーである家族や当事者のほうから見たときに、政策運用される皆さんとのそごがないようすり合わせをどのようにするのかということについては、今後検討会で、構成員だけでは、なかなか深まらないところがあるとするれば、スケジュールの関係もあるかと思いますが、より多くのヒアリング等もしていただくことについてもぜひ検討をいただけないかと思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

では、岡本構成員、お願いします。

○岡本構成員 改めまして、全国精神保健福祉相談員会から参りました岡本でございます。

当会は、全国の都道府県及び市区町村において、精神保健福祉関係業務に従事している職員にて構成された職能団体です。市町村というお話であります。全国には1718の市町村があり、人口規模や地域特性、人材の配置や社会資源の状況などは様々です。精神保健業務に関する取り組み状況も、率先して取り組んでいるところもあれば、まだこれから検討するという市町村もあり、市町村という一言では表せない状況があると思います。

そのような中で、実際にはもっと多くのパターンがあると思いますが、先ほど桐原構成員もおっしゃっていたように、野口構成員の資料の中で複数の代表的事例を提示していただきましたが、このように各市町村がその地域特性に応じた精神保健体制を検討する上で、参考となるモデルを示していくことは非常に効果的だと思います。

しかしながら、皆様のご発言にもありますように、市町村だけで、その体制を整備するというのは困難であり、例えば個別支援においても、市町村だけでは対応が難しい事例も多いと思います。

今後、市町村において精神保健相談支援体制整備を進めるためには、保健所・精神保健

福祉センターといった都道府県のバックアップは大変重要になるかと思っております。先ほど申し上げたように、千差万別の市町村の状況に合わせて、都道府県がサポートをしていくということになりますと、ワンパターンのサポートでは対応できません。地域の実情に合わせて、オーダーメイドのサポートを行う必要があることから、保健所や精神保健福祉センターには地域をアセスメントする力や、幅広い知識や技術が求められるため、今まで以上に求められる役割も専門性も高くなると思います。

また、市町村における精神保健の相談体制を語る上では、やはり市町村の業務である市町村長同意との連動性というところも検討しなければいけないと思います。

昨年末に可決成立した改正精神保健福祉法における検討においても、市町村長同意の在り方について検討がなされたところではあるかと思いますが、医療保護入院において、家族等に代わり同意するという事は、非常に責任の大きい業務であると思います。

例えば、措置入院制度においては、退院後支援計画の策定などを活用して、都道府県が退院後支援に積極的に取り組んでいる仕組みがありますが、同じように市町村長同意についても、単なる形式的な事務行為ではなく、相談支援に位置づけて同意後の支援に結びつけていく仕組みが必要だと思えます。

その結果として医療機関との連携が強化されることなど、市町村が精神保健業務に取り組むきっかけになる効果が期待されるのではないかと思います。

そのためには、参考資料3にお示しいただいた業務運営要領等において、市町村業務について、市町村長同意に関する事項の項目立てをしていただいて、しっかり支援の1つとして位置づけていただくことを検討されてはいかがでしょうかと思います。

また、福祉と保健の連携についてなのですが、本来であれば、保健と福祉が車の両輪のように一体となって連携しながら体制整備をしていくことが望まれると思いますが、既に義務規定になっている福祉に比べ、保健については、まだ体制が確保されていない市町村が多いと考えております。

これでは、福祉と保健の連携というのは、なかなか成し得ないと思いますので、優先順位をつけて体制整備を行うことが必要と考えます。まずは市町村に保健の軸を作る必要があると思います。

その際に、いきなり全部を担うというのは難しいと思いますので、優先順位をつけて体制整備を行うことが必要と考えます。まずは、市町村が得意としている、市民に向けた普及啓発や疾病予防といった一次予防の取り組みや、住民の一次相談の窓口としてのキャッチアップする業務など、市町村が取り組みやすい業務から位置づけていくことで、より市町村が精神保健に関する体制整備を進めていくきっかけになるのではないかと思います。

以上でございます。

○藤井座長 ありがとうございます。

野口構成員、お願いします。

○野口構成員 野口です。

先ほどちょっとお話をさせていただいたのですが、少し補足のような形になるかもしれませんが、基本的には、桐原構成員が言われるように、できれば、緊急時の体制というのは、整備をしなければいけないのですが、やはり平時の支援の体制を厚くすることによって、緊急時の対応を減らしていけるというのでしょうかね、これを市町村単位でつくっていくというのは大事ではないかと思っております。

手引も、我々は、そういう形で、なるべくソフトな形での支援導入というのを考えているところであります。

そのためには、基本的には市町村が中心に窓口で受けるとしても、市町村が自分たちだけがやらなければいけないのではないかと、難しい方の支援を押しつけられてしまうのではないかと、そういう不安を感じなくて済むように、受けたとしても、それをみんなで協力できるという、そういう安心・安全の感覚を持って業務ができるように、横串、縦串、特に縦串などを整備していく必要があるのではないかと思っております。

それで、市町村の横串については、精神保健の相談窓口を作るのか、どうするのかというのは、議論があると思いますが、いずれにしても、担当窓口を作ったところに、全部精神が丸投げされてしまうという形は、避けなければいけないと思います。担当部門を作る場合に、ここをどうバックアップできるか、あるいは支援の流れをどうつくるのかと、その辺の細かい制度設計が、重要ではないかと。

これは、実際、うまく回している事例などを参考にしながら、分析をしていく必要があるのではないかなと思っております。

あと、縦串の在り方についても、保健所、精神保健福祉センターの支援が非常に必要だと思いますが、保健所についても、全部ではないかもしれませんが、中堅の年代が、今、少なくなってベテランと新人が増えてきたとか、あるいはコロナの御時世で、新しく入った保健師が、なかなか精神保健、地域保健の経験ができないという御意見も聞いておりますので、もちろん市町村の保健師の育成も大事ですが、保健所、そしてセンターの職員の育成等も併せて、一体となって考えていかないと、市町村だけを考えてやればよいという問題ではないのではないかなと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

では、大体ひと当たり御意見をいただいたところですのでけれども、お願いします。

○岩上構成員 すみません、私が最初に御質問したので、今、お話を承っていて、やはり、まずは市民の健康をつかさどる保健の視点で、その中で精神保健も少し位置づけていただくといいのだということが大事なのではないかと思うのです。

それで最初に質問したのですが、それについては、やっていますというお話だと思っていますので、そこがまずベースとしてあると。それをきちんと、今後進めていただくというのが、それを求めてきているのではないかと私は思っているのです。

それで、別に保健所の仕事を全部市町村にお願いするという話ではないということ、

検討会ではずっと確認してきましたので、医療アクセス等は、まだ違うわけですね。

保健をやっていくと、しかし、困難事例が生じたときどうするのかという話になってきて、そこで、保健所等のサポートが必要あるいは精神科医のサポートが必要だと。でも、そのベースは、目指すところの80%、90%は、もうやってきているのだというのをちゃんと共有しておかないといけないのかなと思っています。

その上で、医療アクセスの問題とか、医療アクセスというと、また誤解があるといけな
いのけれども、身近な医療を使えるようにしていくという話だと思うので、もう一方で、
岡本さんがさっきおっしゃったように福祉については、障害福祉としてきちんと位置づけ
ているので、ただし、生駒の事例等でも、やはり連動して仕事をするというのがなかなか
難しいというところが課題であるということで、私の意見として、やはり先ほども言っ
ていましたけれども、地域保健の中で精神保健の軸をしっかりさせて、なおかつ市町村の福
祉の軸もあって、そこが連動していくような体制整備が必要だと思います。私が知ってい
る事例だと、どちらかが頑張っていて、どちらかがあまりうまくいっていないというこ
とが多いということ、行政が頑張りが過ぎると民間が育たない。民間がしっかりやっていると、
行政がやらないと、こういうことをきちんと体制整備していく必要があると思っています。

藤井先生、いかがですか。

○藤井座長 ありがとうございます。

複数の御意見をいただきまして、まず、保健や予防は何を指すのかというところで、若
干の認識の違いがあるように思いました。特に、小幡構成員、桐原構成員がおっしゃった
ように、当事者の側から見ると、予防といったときに、一次予防、特に疾病や障害の予防
というところに焦点が置かれるようです。予防という概念は、非常に広くて、生活支援を
行っていくほか、何らかのストレスを抱えている方に早目に支援を届けるとか、コミュニ
ケーションをとることなど、二次予防、三次予防という概念も含まれますが、その辺りの
ところに少し認識の差があると、議論がかみ合っていない可能性があると感じていたと
ころです。

この地域保健の中には、もともと精神保健も含まれると認識していますけれども、保健
というのが、何をするのかというのが、危機介入をイメージする場合もあり、寄り添い型
の支援だったり、生活支援というものもあります。市町村が行う保健と、保健所が行うべ
き保健の整理をした上で、市区町村では、どこを担うのかということを検討していくおく
必要があるのかなと思いました。

今、岩上構成員がおっしゃったように、地域保健の中で、精神保健をまずしっかり位置
づけるということで、それで、既に市町村で体制整備が行われている障害福祉のほうの支
援とどのように連携していくのか、そして、外部の関係機関で保健所、精神保健福祉セン
ターという外の機関との連携、あるいはバックアップ体制をどうするのかいうところを整
理していく必要があると思うのですけれども、なかなかたたき台がないところで議論をい
ただくのも難しいと思いますので、例えば、野口構成員から出していただいた4つの体制

のイメージ図があると思うのですけれども、これを念頭に置かれて、保健と福祉の連携をどのようにしていくのかという体制整備について、追加で御意見がございましたら、お願いしたいと思います。特に庁内の横断的な支援体制をどのように確保していくべきかという辺りのところ、実際に実務を担っている構成員の皆様、御意見をお願いしたいところですけれども。

近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 生駒市ですけれども、これを見させていただいたときに感じたのは、4つがベースだとは思っているのですけれども、今、保健センター、保健分野というのは、どちらかというと、庁外、本庁から離れたところでされているところが多いのではないかなと思ったときに、やはりある意味、連携というような形を取らざるを得ないのではないかなと思っています。ただ連携とか協働だけをしてしまうと、どこが中心になるのか、下になるのかというところが曖昧になってきますので、そういう意味では、包括連携型という辺りに、いずれは移行していくほうがスムーズに行くのではないかと、規模が、生駒市のように十何万人ぐらいであれば、そのほうが動きやすいのではないかと考えています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 高島市です。

高島市のほうでは、重層のほうの相談の支援体制を、かなり協議をさせていただいておりまして、そこでいろいろな相談がある中では、やはり精神面の御相談も、いろいろな分野から入ってくることになります。なので、地域の地区担当をする保健師との連携というものは、常日頃からさせていただいています。

その中で、障害分野や社会福祉、高齢分野との連携につきましては、ある一定のツールを用いて重層的に支援をするところで考えていけないといけないケースについては、連携シートというものを作りまして、それを共有して地域ケア会議を何度も開きながら、チームで携わっていくように、連携をするように、一定のルールをさせていただいております。

それによって、その連携が落ちるということはなく、今、スムーズに支援ができるようになってきたかなと思っています。

なお、現状で、他機関との連携についてもそのシートを用いながらケア会議をして、チームで関わるという体制を敷かせていただいております。

また、庁内については、庁内のあらゆる課、市民課であったりとか、教育関係や住宅、環境、そういった課との庁内連携会議というものを持たせていただいて、そこでゲートキーパーの研修であったりとか、初期相談の研修であったりとか、行政職員自身が窓口となって聞いてくる相談もあるので、それをいかにきちんとつなぐことができるかというところでの研修会や協議などをさせていただきながら、みんなの力量を高められるような取組

を進めさせていただいているところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

連携の具体的な方法についても言及いただきました。

ほかに、いかがでしょうか。

高山構成員、お願いします。

○高山構成員 皆様のところは、本当に、いろいろ体制整備もしていて、会議も充実している様子ですが、うちの町の相談は、普通の行政職員が窓口の中で立っていたとかしている現状で、その中でチームという体制もまだ整っていないところもあります。

それから、母子保健で、今、業務分担ということにもなっていて、母子保健のほうでもかなり保健師は不安になっているのですが、専門職の助言を聞くということも、なかなか難しい現状にもなっています。

ですので、重層的な支援体制もありますけれども、小さい町村になってくると、職員の教育も含めながら、定期的に、ほかの課に相談業務を依頼するのではなくて、みんなでやっていくといった定期的な話し合い、会議、それから教育体制も一緒にできるような体制ができればいいと思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

実際、小さな村では、一般職員さんが結果的にメンタルの対応もされているという現状もあるかと思えますので、その辺りのことも考えて体制整備をするということになりますね。

ほかは、いかがでしょうか。

岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 高山さんのお話は、高山さんのところは、もう既に重層なのだと思いますよ。

○藤井座長 いかがでしょうか、高山構成員。

○高山構成員 各々の業務分担課で仕事をしている現状があります。これが、本当に重層型の、みんなで話し合う機会が持てれば、重層的になるのかなと思うのですが、前の構成員の方もおっしゃったように、誰がそこを、リーダーが取れるかといったところが課題と思います。

○岩上構成員 それは、大事ですね。

○高山構成員 福祉で取るのか、保健で取るのか、母子で取るのか、そのチームをちゃんと位置づけたところではなければいけないと思います。義務的な形でもいいので、やっていかなければ、他の課に仕事を押しつけて終わってしまう状況にもあるのかなと思っています。

○岩上構成員 でも、私が聞いていて、そこにちゃんと精神保健も入っているわけですか

ら、今、全国で行われている重層には精神保健は入っていないので、ですから、高山さんのところで、そこでリーダーシップが取れるようになったら、全国一だと思います。

○高山構成員 ありがとうございます。

○岩上構成員 私の意見としては、先ほど古谷さんがおっしゃったような保健師さんが地区担当ができるかできないかというのが、結構大きいのではないかなと思っていて、地区担当があつてこそ、この精神保健体制を進める上での肝になると思っています。

なぜならば、私は精神保健福祉士なのですがけれども、私も保健所勤務も精神保健福祉センターの勤務もありました、市町村ともずっと仕事をしてきましたので、保健師さんは御本人を見て、家族を見て、世帯を見て、そして地区を見るのですね、それで地区診断をされるではないですか、その機能が本来的であつて、その機能が、大変申し訳ないけれども、保健師さんが非常に優秀なので、いろいろなところで分散配置をされて、業務別になつてしまったことによって、ほかの部門で問題が生じるようになり、しかし障害であり、高齢であり、児童であり、生活困窮でありというところで、問題対応型になつてしまつて、それも対応できないので、包括ケアであり、重層でありということが必要になつてしまったのです。

ですので、もう一度、保健のところをしっかりと押さえていただいて、なおかつ問題が生じたときに、さらに、先ほど言ったように、では、この問題については、誰がリーダーシップを取つてやるのというところで、精神保健で挟み撃ちにすると、挟み撃ちというと、また、言葉が悪いので、ニーズを挟んでいくというか、そういう体制づくりを目指すことが、今的かなと、私は思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

本来的な保健師さんの役割に立ち返つて考えてみるというところも非常に重要で、世帯を見ていくというところが、保健師さんの1つの特徴ではないかと思つたので、その機能をどう機能していただくのか、連携するとき、どこがリーダーシップを取つていくのか、どこがといより、こういうのは、大抵俗人的になりがちで、誰がなることが多いかと思うのですけれども、そういうリーダーシップの在り方とか、その辺りではないかなと思つた。

大体予定の時間になつてきているのですけれども、このルールに関しましては、第2回目以降も引き続き行う予定でございます。本日は、いろいろな角度から御意見をいただきまして、ブレインストーミング的な話になつていたかと思つたので、この議論を踏まえて、また、論点整理をして、2回目以降に、また、より具体的なお話ができればと思つた。

その際に、保健とは何ぞやとか、予防というのは何を指すのかという辺りを、その意思統一も図つていきつつというのが必要かなと思つたので、事務局のほうとも御相談をさせていただきながら、次回以降進めていければと思つた。ありがとうございます。

そうでしたら、次に進んでいきたいと思えます。

資料5の2つ目です。人材育成につきまして、現在、市町村では保健福祉に係る部分に従事する保健師、福祉関係の専門職、事務職員等のスタッフが、精神保健に関する支援に関し、質を向上し、より積極的に取り組めるようにするためにはどうすればよいかとの論点が挙げられていますので、皆様から御意見をいただきたいと思えます。

いかがでしょうか。

近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 よろしくをお願いします。

人材育成ということですが、この専門職のスタッフということになりますと、生駒市の場合、恵まれているほうなのかなと、今年度、精神保健福祉士2名、雇用もしました。ただ、精神障害者の方々を市町村で支援するときに、やはり保健師のスキルだけとか知識だけだと、自分自身もそうですけれども、やはり受ける方にとって不安ではないかということで、私自身も、そのときはまだ講習会を受けられましたので、精神保健福祉士の資格も取らせていただきました。

ただ、それは、ある意味、誰に向かって発信するわけでもなく、自分の中だけで終わってしまっていたという辺りが、今から考えると、もったいないことをしたなど、もう少し発信していくことによって、そのスキルを持った人たちを、さらに引っ張っていくこともできたし、住民の方々も安心できたのかなと思えます。

ただ、そういう視点を持っている保健師が1人なり、いることによって、現在、生駒市においては、職員対象にゲートキーパーの養成研修もさせていただいていますし、精神だけではなくて、障害に対するあいさポーター研修、そういったものもしていくということで、専門職だけではなくて全職員に対しても理解を深めていただくことによって、専門職が働きやすい環境になってきているというようには感じています。どうしても専門職がいると、保健師だけにさせたいというような風潮がどうしても組織の中であるのですけれども、現在、生駒市で重層の体制を整備して進めています、それも中心は、事務職員が中心になってやってくれています。

ですので、そこから発信することによって、かなり広い角度でも見られています。その中での専門的な助言というのは、保健師としては必ずすべきだと思うのですが、保健師だからしなくてはならない、専門職だからやらなければならないというように、がんじがらめになってしまうことによって、もしかすると、そういう人材育成の範囲とかが狭められているのではないかなというのが、ちょっと危惧するところです。

あと、精神保健福祉相談員ということにつきまして、カリキュラムを見せていただきましたが、かなり条件だったりとか、保健師に課せられているカリキュラムの負担というのが大きい、その割には扱いであったりとか、住民さん側から見たときの認知であったりとか、期待というのが、あまり響いてこないなというところがありますので、ある程度相談員として配置を進めていく立場の者を整備していくというのであれば、何らかの付加価値

がないと広がっていかないのではないのかなという気がします。例えば、認定看護師とかというように、この研修を受けることによって、その自治体だけでなく、いろいろな場面で活躍できるとか、何かしらの付加価値があることによって、もう少し受けようかなとか、チャレンジしてみようかなというような職員が増えてくればいいなとは思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

非常に重要な視点をいただきましたが、野口構成員、お願いします。

○野口構成員 すみません、保健師の方に先に言っていたほうがよかったですでしょうか、大丈夫ですか。

○藤井座長 はい、野口構成員、どうぞ。

○野口構成員 それでは、先ほど近藤構成員が言われたようなことは、私も大事なところだと思っておりまして、先ほどの改正とも関係するところだと思いますが、専門の方を1人あるいは専門部署を作るだけというのでは駄目で、特にメンタルヘルスに関係するというと、物すごく対象の方が広がりますし、そういう窓口を作っても、そこに精神の相談だったら行きたくないとか、あるいは自分が、そもそも精神保健の課題を抱えていると感じてもなくて、とにかく困っているの、どこかの窓口に行った。その窓口で精神保健の課題に気づかれるというものもあると思いますので、相談体制としては、非常に専門的な知識を持って、ほかの相談員を、例えば、スーパーバイズをしたりとか、必要な連携体制を指示したり、あるいは場合によっては、部門とつなぐような役割を果たすような、コアになる人材と、それから実際の相談業務を担うような専門的なスキルがある方と、それから、実際には、精神保健の相談はやらないのだけれども、例えば事務職の方で、税務であったり、いろいろなところにおいて、ちょっとあれっと思ったときに精神保健の課題に気づけるような人材、そういう3層構造みたいな形で人材育成を整備していくこと、育成していくということも必要なのかなと思っています。

実際、精神保健福祉相談員のような形で育成した方は、自治体の人事異動のローテーションで全然関係ないところに回られてしまうと、非常にもったいないということがあります。これは市町村に限らず、都道府県などでもよくあることなのですが、やはり全体としての、庁内としての計画的な育成と、計画的な配置というものを考えて、その方がうまく活躍できるようにする。ただ1人の方が、ずっと同じ部署でやっているのと、その方が今度退職をされたりすると、つながりができなくなるので、複数配置などそこは考えなくてはいけないところですが、そういう計画的な人材配置も併せて考える必要があるのかなと思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 高島市では、県の保健師の人材のガイドラインを基に、保健師の人材育成のガイドラインというものを策定しております、保健師の自己研鑽についても明記しています。

その中に、精神保健福祉士の資格というものも、この分散配置が進む中で、自分の力量を高めるためにも取っていきましょうということを、強制ではないのですが、位置づけて、保健師の方々に専門性を高めながらもやっていただけるようにというところで、人事課にも共有をして、そういったことを進めています。

ただ、人事異動となりますと、そのキャリアがしっかり生かせていない、野口先生が言われたようなところがありますので、やはり、本人の思いも聞きつつ、そのキャリアが生かせる人事体制というものを、しっかりと人事課とも協議していく必要があるのかなとも考えました。

また、その職種がいるから、そこに相談が一気に集中するというところが危惧されています。重層の体制での相談窓口を作ったところに、あらゆる相談をワンストップにすると、いろいろな相談が舞い込んで対処し切れなくなるという課題が出てきたので、そこについては、一定の整理をする中で、そういったことにならないように、みんなで取り組む体制を進めてきています。

精神の問題につきましても、本当に困られている方、相談しにくい方、いろいろな方々がメンタルの課題を抱えておられるとしたら、いろいろな相談がそこに集中するということは、非常に大変かなと思いますので、そういった相談があったとき、どういうふうにならしていくのか、役割をどうするのかということは、しっかりと協議をする必要があるのかなと考えます。

また、資格だけではなくて、日々のケア会議であったりとか、事例検討会議、そういったものを積み重ねることで、力量が高まるのではないかなと思うのですが、やはりそこへのスーパーバイザーの派遣というところにつきましても、専門の先生方の御支援等をいただければ、大変いいのではないかなと考えております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

岡本構成員、お願いします。

○岡本構成員

精神保健福祉相談員については、既に法的に規定されている資格でありながら、資料2や参考資料1で示されているように配置が進んでない状況があり、その要因について一度検証する必要があるかと思えます。

まだ、精神保健福祉相談員自体を御存じないという自治体もかなりあると伺っておりますので、具合的な役割や活用の方法について、広く周知をしていく動きが必要であると思えます。

本来であれば、皆様のご発言にありますように、精神保健福祉士と保健師が協働して業務にあたることを望ましいと思いますが、資料2の保健所非設置市等への精神保健相談支援体制に関するヒアリング結果に示されているように、現状では人材確保等の課題が全国的にあると思われます。

また、精神保健業務に多くの保健師が従事している現状もあることから、まずは保健師等、既に自治体に配置されている職種を活用し、精神保健業務に従事する人材をまずはしっかり確保する必要があると思われます。

そして、確保した人材が活躍するための土壌を整えていく必要があると思います。先ほど皆様からご発言があったように、連携をしやすいための環境整備や、継続して専門性を学び続けるための体制整備というところが、市町村に求められていくのではないかなと思います。

あとは、精神保健福祉相談員の講習会のことについてですが、やはり204時間の研修というのは、あまり現実的ではないというところで、講習会が少なくなっているというところがあるかと思います。精神保健福祉相談員の講習会のカリキュラムを見直し、より現実的かつ実効性のある制度に見直すことが必要であると考えております。

その際は、座学による講習だけではなくて、一つのアイデアとして、他の行政機関や地域の医療機関や関係機関の見学や実習等を積極的にカリキュラムに取り入れるなど、他の自治体や地域と連携しながら学びを深めることで、より効果的かつ実践的な学びを得られるだけでなく、関係機関との相互理解が深まり連携が促進されること等、様々な効果が期待されると思いますので、検討されてみてはいかがでしょうかと思います。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

桐原構成員、お願いします。

○桐原構成員 桐原です。

人材育成についてなのですが、障害者権利条約の初回審査に関わる総括所見においては、専門職等に対して障害者権利条約についての研修等を実施することということが書かれておまして、条約の本文にも、そのことについては複数言及があります。

わたしのほうから強く求めたいのは、全ての職員や、それから専門職教育、あらゆる課程において、障害者権利条約については、一定の分量で伝えるといったことを必ず入れてほしいなと思っています。

あと人材の確保についてなのですが、数年前に、津久井やまゆり園事件がありまして、その後、津久井やまゆり園の再発防止の検証の中で、措置入院の退院後のフォローアップという論点が挙がり、それを契機として、さらに退院後支援というものが、制度化に向けて調整が行われ、地方交付税によって、実際に措置入院者退院後支援計画を作る保健所の職員の増員に対して、予算を出すというような措置が取られました。

これは、分割すると、いろいろな思惑がある中で、結果が最大公約数で、とにかく地域

で措置入院になっている人が入院中から退院に向けた、いろいろな支援を受けられるようにして、そのための人材を増やすのだと、その1点において、結論面から見ると、よかったという評価がされがちなのですが、肝心の動機の部分が非常に治安的であったことは見逃すことができません。津久井やまゆり園事件の再発防止のためにやるという、そういった認識に人々がなってしまうと、それは治安的に運用されていくことになるだろうと思っています。

ですので、人員増については、必ずそういった犯罪防止だとか、そういったことを彷彿させるような表現それ自体を取り払ってほしいです。処遇困難例みたいな言い方も、わたしたちにとっては非常に侮蔑的な表現だと思いますので、できるだけそういった表現を修正していただきたいです。

あと、実際の「にも包括」構築推進事業のメニューにも、退院後支援は措置入院だけを対象としています。実際の地方公共団体の退院後支援のガイドラインは、この全ての入院形態を対象としているのに対して、予算の性質上いろいろあるにせよ、措置入院だけが対象となっていることに津久井やまゆり園事件との関係もあって違和感が禁じ得ません。やはり、こういう形で進んでほしくはないなと思うところが、ところどころに残っています。

そういったことを指摘した上で、調整していただけるとうれしいなと思っています。

○藤井座長 ありがとうございます。

当事者の立場からの留意点などをいただいて、ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか、小幡構成員、お願いします。

○小幡構成員 少しポイントがずれてしまうかなと思うのですが、いろいろなカリキュラム、プログラムを作られていく中で、アグレッシブに動いていただいて、非常に利用者というか、家族とかから評判がいい、公務員という立場を度外視したような対応をしていただくみたいなことで、かなり親和性がある保健師さんが、気がつく、いつの間にかいなくなっているみたいなのが現実的にはあったりする感覚を持っています。

そのときに、その人が持っていた知的経験値か、次の保健師さんたちに、ちゃんとつないでいってもらえる、引き継がれるというところが、どうしても途絶えがちにありますので、先輩職員から若い職員が学ぶということも、もちろんそうなのですが、地区担当だったり、任務が変わって、新しい方に赴任が代わるといったところの接続をどうしていくのかというようなところについては、何か学びの仕掛けとして工夫することはできないのかなという思いがあります。

もう一つは、このカリキュラム等に直接ではないと思うのですが、例えば、今年度、大阪府などは、保健師さんがずっと減っていたところが増員になるというようなことがありました。実際、限られている予算や人員の中でやっつけようという工夫での議論も、この場でしていくことになると思うのです。やはり従事している皆さんが、必要な人材確保には、増員が必要というようなことがあるのだとすれば、私たち当事者なども含めて、

そのことを、どういうふうアプローチしていくのかについても、積極的に考えていいのだというようなメッセージを、どこかに盛り込んでいただくことができたなら心強いなと思っています。今後の議論の中でも、その辺について少し論点がずれてしまうかもしれませんが、発言ができたなら考えたところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

全然論点はずれていなくて、非常に重要な点の御指摘だと思います。ありがとうございました。

高山構成員、お願いします。

○高山構成員 小さい村町だと、以前、精神保健福祉相談員の研修に行かれた方が言っていました、6か月ぐらいかかるといったところで、町村で、私は一人保健師だったのですけれども、行けない状況にもなっていました。

ですので、精神に関しては一人で、その現場に、経験をもとに、住民の方を支援していたという経過がありますが、そのときは、かなり保健所の精神保健福祉相談員の方が、市町村のスタッフが少ないと、支援をしていただいたところもあります。

今回ここにありますように、気づき、精神保健のニーズに気づける保健師がどのくらいいるのかといったところは、改めて、ニーズに気づく研修を、実際、丁寧にしていかなければいけないのかとは感じています。

専門職を置くから、その人がするのではなく、各市町村の保健師活動の格差も大きいので、ライフサイクルにおいて精神保健ということがあるので、全体的な支援をもてる保健師の教育体制というのをしていただけたらありがたいなと思います。

実際、私のいるところでは、精神保健福祉センターが、実際どういう役割をとっているのかわかりにくいです。身近な市町村にあまりかかわりがなかったもので、縦串の中の位置づけに、あと教育体制に、役割を担っていただけるといったところも、期待をしているところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

受講の時間数に関しては、何人かの構成員からもお話がありましたけれども、6月に取りまとめられた検討会の報告書でも、受講をしやすくするための精神保健福祉相談員の講習会の見直しを行うべきということもございましたので、何人かの方には御意見をいただいているところですが、特に時間のこともありますので、相談員に期待される資質とか、今、お話のあった受講のしやすさとか、そういう観点からどのようなカリキュラムがいいのか、あるいは具体的に対象職種を、精神保健福祉士とか社会福祉士などにも広げるのか、あるいは事務職にも受けていただけるようにするのかとかといった、そういう時間的なことに関しても御意見をいただければと思います。

岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 ありがとうございます。

まず、私は、基本的には精神保健福祉相談員の研修は要らないと思っているのです。だけれども、必要であればという立場で話します。それは、特別ではないのですよ、精神保健の仕事は。私が知っている自治体で精神保健を保健師さんたちがやっているところで、精神保健福祉相談員の研修を受けた人というのはいないです。日常的な保健業務の延長として、精神保健に携わっているということのできる範疇ではないかと認識しています。それは中核の保健所であっても同じだと思うのです。ですので、基本的には、それほどハードルを上げる必要はないと思います。

この精神保健福祉相談員は、もともと精神保健福祉士の資格がないときに作ったものだから、この資格ができたことによって精神保健福祉相談員は、精神保健福祉士は、そのままなれるという形にしていますが、この位置づけももう一度考え直したほうがいいと思います。

精神保健福祉士、精神保健に携わるということ、もう少し分かりやすくしていく必要がある。精神保健福祉相談員という位置づけも必要だということであれば、それを受ける場合に何を求めていくかということ、きちんとして決めていかなくてはいけない。つまり先ほど出て来ているようなこと、権利意識をちゃんと持てるようにするとか、保健と福祉を連動する必要があるとか、あるいは、民間の事業所をちゃんと育てなくてはいけないとか、ネットワークを作るとかということ、そういう位置づけであれば必要かなと思います。

そうだとすると、これは保健師だけにかけるものではなくて、精神保健福祉士の皆さんにも受けていただかなくてはならないものにしたほうがいいと思います。精神保健福祉相談員の位置づけをきちんとしておきまさんと、非常に分かりにくくなる。

もう一つは、事務の方というのは、これは住民サービスとしてやるしかないのであって、あえて、何かこれを勉強して特別なことができるようにするという必要は、私はないと思っています。

それで、事務の方も精神保健に携わる必要があるとするならば、先ほど高山さんが、あまり聞いたことがないとおっしゃっていた精神保健福祉センターがしっかり教育をすることだと思えます。教育研修というのは精神保健福祉センターの大きな役割になっていますから、幾ら小さいところでもしっかりやっていただかなくてはいけないと思います。

先ほど野口先生も言いましたが、そういう一般職員向けの教育体制と、実際に地区担当等で携わる人たちの教育体制と、それとスーパーバイズする人の研修を構造的に考えていくことが必要だと思います。

それで、もし、精神保健福祉相談員の研修をしっかりと都道府県にやっていただくとするならば、国として、そういった人たち向けの指導者研修をやって、国はこういうことを考えているのだということ、ちゃんと都道府県に分かっていただいて、市町村の精神保健体制を整えていくと、そういった意味では、非常に重要な研修になるかなと。そこをなくし

て、この研修というのは作っても、なかなか思うようにはいかないのではないかと思います。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

まず、精神保健福祉相談員は何を担うのかというところが、ある程度コンセンサスを得ていないと、教育体制を作るにしても、そもそものところが重要というところは、まさにそのとおりかなと思います。

それで、いかがでしょうか、皆様。

事務局からお願いします。

○関根専門官 ありがとうございます。

今、岩上構成員からいただいた御意見とも関連しますが、資料2の27ページのところに、私どものほうで、今回、精神保健福祉相談員とはということで、現場で働かれている方は御存知だと思うのですが、特に当事者や御家族の方、保健師等自治体職員でも知らない方もいらっしゃると思いますので、定義などについて確認しておきたいと思います。概要に、精神保健福祉相談員は「精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うための職員」と定義がされており、資格に関しましては、①が精神保健福祉士、②は、社会福祉や心理学の課程を修めて卒業した方ということで、社会福祉士や、心理を学ばれた方々が該当し、③に医師、④が先ほどから御議論いただいている講習会の課程を修了した保健師、⑤はそれに準ずるものという形で必要な知識及び経験を有するもの、の5つが規定されています。まさにこの部分についてもどう考えるかという御意見もいただきましたので、先ほど野口構成員から御紹介いただいた自治体への実態調査等の結果から見えてくるところで、必要な能力や、実際の講習会での到達目標など、課程の中身も含めて検討していく予定としております。

以上です。

○岩上構成員 すみません、私が申し上げたのは、このままですと、ソーシャルワーカーもどき、精神保健福祉士もどきを作るというのは、保健師さんに対して大変失礼だと思っているのですよ、ずっと。

それで、保健師さんには、保健師さんの専門性があるって、精神保健福祉士には、精神保健福祉士の専門性があるので、これもどちらかに偏ったものについて、保健師さんにだけ勉強してくださいということをやっているんで、先ほど来意見が出ているような、何かハードルが高いものを作り上げてしまっていると。精神保健に関わるということは、結構勉強しなくてはできないみたいなことを何か作ってしまっているのではないかと思いますので、そういう意味では、もう少しハードルを下げて、精神保健福祉士であろうと、社会福祉士であろうと専門職ですね、保健師であろうと、きちんと行政の中で働く相談員としては、こういったことを身につけておいていただくと、いろいろなことに役に立つと、そういった位置づけのほうが本来的ではないかということ。

今後、人口がどんどん減っていきますので、ますます、いろいろな専門性に分かれていけばいくほど、人材不足に陥りますから、そういった観点も必要かなと思います。

以上です。

○関根専門官 ありがとうございます。

次回、岩上構成員からいただいた視点も踏まえて、論点を整理させていただいたものを提示させていただければと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

次回の資料では、今回の議論と、あとは調査結果も踏まえて、また、新たに論点を示しただけということですので、本日、また追加で御意見はありますでしょうか。

野口構成員、どうぞ。

○野口構成員 ありがとうございます。

今の議論は、それで終了な感じの雰囲気ではありますが、岩上構成員のお話は、確かに考えさせられるなというところはありませんでしたが、精神は誰もが、関わる人もやっていきつつ、一方で、例えば精神科の看護師であれば、認定看護師、先ほど、近藤構成員も言われたように、ある程度指導的な立場が取れるような人も、全員ではなくていいのですけれども、全部の自治体に置けるのかどうかは別として、やはりそういう形の方がいていただけるといのは重要ではないかなという気もします。その辺り、どういう対象を考えるのか、そうなるのかなり対象としては絞られることになるわけですけれども、検討が必要なのかなと思っております。

私としては、先ほどの3層で言えば、一番リーダーシップが取れるような方をイメージしながら考えていたところではあるのですが、その辺りの整理は必要かなと思いました。

あと、精神保健福祉センターの話題が出たので、一言。確かにセンターのほうも県内の研修を広げて、やはり市町村の方々がちゃんと精神保健の基礎的なところをしていけるような形を、研修等で人材育成をしていく必要があるかと思っております。

ただ、研修だけでは、やはり十分ではなくて、研修をして実際に事例検討を行ったり、あるいは訪問と一緒にいたりとか、やはりこういう幾つかのパターンで行っていくというのも、大変重要であると思っておりますので、そういうのはセンターの役割として考えていきたいと思っております。ただ、そうなりますと、研修もたくさん種類があつて、ばらばらとあれこれとやるような感じになりますので、研修の内容も、これも国のほうから下りてくるようなところもあるのですが、もう少し精査というか、整理というのは考えていく必要があるのかなとは思っております。

それから、センターとしても、そういう人材育成は、やはり研修だけではなくて、もう少し実際に市町村と寄り添って一緒にできるような体制も、保健所も併せてですが、検討をしていくことが必要ではないかなと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

時間ですが、どうぞ。

○岩上構成員　すぐ終わります。

そういう整理は、それとして僕もよく分かります。したがって、精神保健福祉相談員の研修として、誰に対して何をやっていくのか、そしてどういう役割を求めていくのかというのがあっての話だと思うので、野口先生がおっしゃったように、指導者向けにやっていこうというのであれば、それも非常に重要だと思いますし、指導者向けということは、一般的に仕事をしている人向けには、県の精神保健福祉センターでどういう教育が必要なのかという話と連動していくのかなど。指導者だけを教育しても、一般の人たちが、仕事ができなくて、ちょっと残念な形になってしまうので、そういうことが議論されていくのかなと思ひまして、特にそれについて、何か僕は反対しているということはありません。

○藤井座長　ありがとうございます。

もし追加であれば、お受けしますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。人材育成に関しても、2回目以降も、さらに資料をそろえた上で、もう一度御議論いただく機会がございますので、今日は、本当に精神保健福祉相談員の研修という狭いことだけではなくて、かなり幅広い観点から御議論をいただいたかと思ひます。

研修会だけではなくて、その後のスーパーバイズであったりとか、いかにサステナブルな体制をつくっていくかというような観点からの御意見もいただきましたし、内容についても、押さえておくべきポイントについてもいただいておりますので、いただいた御意見を基に、研究会のほうでの調査結果も踏まえて、資料を作成していただいて、次回に備えたいと思ひます。

それでは、ちょうど予定の時間となりましたので、本日の議論はここまでとしたいと思います。今日は、活発な御議論をいただきまして、本当にありがとうございます。

冒頭に事務局から御説明がありましたとおり、第2回目の検討チームまでは、少し時間が空きます。今回の御意見とか、調査結果を踏まえて、論点整理をしていただいて、第2回目以降の議論を、また、引き続き、お願いしたいと思ひますので、御協力をお願いいたします。

最後に、事務局から事務連絡、連絡事項はございますか。

○山形補佐　今日は、ありがとうございました。

次回の予定については、第2回検討会、厚生労働科学研究の進捗状況を踏まえまして、令和5年の5月から6月頃での開催を予定しております。構成員の皆様方には、また改めて御案内させていただきますので、よろしくお願ひいたします。

以上になります。

○藤井座長　ありがとうございます。

それでは、今日は、長時間お疲れさまでございました。次回等も、どうぞよろしくお願ひいたします。これで散会いたします。