

第2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7月5日（水）10:00～12:00

場所：厚生労働省専用25会議室（低層棟3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 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 岡部構成員 小阪構成員

（欠席：桐原構成員）

○関根専門官 皆様、おはようございます。定刻になりましたので、ただいまより第2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、本日は、お忙しい中、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日の会議は、前回と同様にオンライン会議システムZoomを活用しての実施となっております。

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。

続いて、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、カメラは映る状態にしておいていただき、音声については、発言しないときはミュートに設定いただき、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。

初めに、本日の構成員の出席状況につきましてお伝えいたしますと、11名全員の構成員に御出席をいただく予定となっております。ありがとうございます。

ただ、現在、オンラインでご参加の桐原構成員、近藤構成員の入室がまだ間に合っていないようでございますが、出席の予定でございます。

当部部長の辺見につきましては、他の公務により遅れての出席を予定しております。

また、昨日付の人事異動により、精神・障害保健課の課長が林から小林に替わりましたので、冒頭、小林より御挨拶申し上げます。

○小林課長 このたび着任いたしました、小林でございます。

構成員の皆様方、よろしくお願いたします。

私事でございますけれども、昨日まではカジノ管理委員会という組織に出向してございました。観光振興、インバウンドの推進という国の施策の一環として、大阪にIRが整備されますが、カジノによる依存への対策が求められています。

ギャンブル依存の発生をできる限り少なくする、ギャンブル依存の方を地域でサポート

する体制整備のための仕事をやっておりまして、まさにこの検討チームの内容とも近い分野で仕事をさせていただいたところでございます。

よろしくお願ひ申し上げます。

○関根専門官 ありがとうございます。

なお、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、お願ひいたします。

(報道関係者退室)

○藤井座長 皆さん、おはようございます。

ここからの進行は、藤井が務めさせていただきます。

今回は、前回から大分時間が空きまして、久しぶりの開催となります。皆さん、お久しぶりでございます。今日もよろしくお願ひいたします。

それでは、早速、事務局より資料の確認をお願ひいたします。

○関根専門官 それでは、議事次第に沿って、本日の資料を確認させていただきます。

資料1としまして、第1回検討チームにおける主な御意見。

資料2としまして、精神保健に関する相談支援体制充実のイメージ。

資料3としまして、厚労科研地域包括ケアシステム班調査報告。

資料4としまして、精神保健福祉相談員講習カリキュラム改定案。

資料5としまして、第2回検討チームにおいて御議論いただきたい点。

そのほか、参考資料1から参考資料3を、本日の議論の参考になるよう、御用意させていただきます。

以上となります。

○藤井座長 それでは、議題に入ります。

本日の主な議題は「1. 精神保健に係る相談支援体制の整備」と「2. 精神保健に係る相談支援を担う人材の育成」の2点となります。

まず事務局から資料1及び資料2についての説明をお願ひいたします。

○関根専門官 それでは、構成員の先生方には、事前に資料をお目通しいたごいでおりますので、簡単に御説明させていただきます。

資料1を御覧ください。こちらに前回の検討チームで構成員の皆様からいただいた主な御意見をまとめさせていただきます。

1 ページ目のスライドでございますけれども、相談支援体制の整備に関する現状及び課題としまして、精神保健業務の遂行になります。上から三つ目の「○保健師は、本人、家族、世帯、地区を見て地区診断をするのが本来の機能であったが、保健師が分散配置され、業務分担制になったことにより、問題対応型となり、包括ケアや重層的支援体制が必要になってしまった。」や、一番下の「○精神保健に関するニーズが分野を超えて潜在化していることから、保健師等の専門職が配置されていない部署では、事務職員が最初の相談に対応することもあるが、何かしら違和感を持っていても、それがニーズとは気がつか

ず、支援をする場合はどこの部署の誰に相談してよいのか、理解できていないことが現場の課題になっている。」といった御意見をいただきました。

2 ページのスライドですけれども、同じく相談支援体制の整備の現状と課題の部分の一つ目の「○精神障害やメンタルヘルスの相談は、もともと保健部門で担当し、保健分野の対象になっていたが、福祉サービスの対象であるかどうかということで、急遽、福祉部門の対象になったときの連携がスムーズにいかなかったという現状がある。」や、下から四つ目の「○今の体制の中で相談を持ちかけても、必ずしもワンストップではつながらずにいるので、ファーストアクションを取った後のつなぎ方を体制整備の中にどのように位置づけていくか、意識しながら検討をしていただきたい。」という御意見をいただいております。

3 ページ目では、同じく体制の整備で、体制のあり方について、今後の方策に関する御意見を頂戴しています。上から六つ目の「○人口規模や地域特性、人員配置や社会資源の状況などは様々であり、精神保健業務に関する取組状況も異なるため、各市町村が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が効果的ではないか。」や、さらに二つ下の「○保健と福祉が連携して体制整備に取り組むことが望まれるが、保健については、体制が確保されていない市町村が多いと考えられるので、まずは優先順位をつけて体制整備を行い、市町村に保健の軸をつくる必要があるのではないか。」といった御意見をいただいております。

4 ページ目ですけれども、今後の方策の中でも人材活用と人材確保といったところでは、一つ目の「○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しっかりと確保する必要がある。」や、真ん中辺りで平時の相談体制の充実ということで、「○緊急時の体制も整備しなければいけないが、平時の支援体制を手厚くすることで、緊急時の対応を減らしていけるのではないかと考えており、こういった相談支援体制を市町村単位でつくるのは大事なことはないか。」といった御意見を頂戴しております。

5 ページ目につきましては、人材育成の現状及び課題と方策についていただいた御意見を記載しております。上から三つ目の「○精神保健には誰もが関わる一方で、ある程度指導的な立場が取れるような人にいてもらうということも重要である。」や、その三つ下の「○精神保健福祉相談員として育成しても、自治体の人事ローテーションで関係のない部署に回されてしまい、非常にもったいない状況もある。」といった御意見がありました。下の研修の部分ですが、一つ目の「○事務職員も精神保健に携わる必要があるとするならば、精神保健福祉センターの大きな役割である教育研修を小規模の自治体でもやっていたらならないのではないか。」といった御意見をいただきました。

6 ページ目、その続きになりますけれども、研修部分の上から四つ目の「○精神保健に関する支援に関し、専門性の有無にかかわらず、どこの誰につなげばよいか、どこの誰の協力を得ることが効果的であるのかを理解できると、多くの課題は解決が可能であると思

う。」や、教育体制の一つ目では「○そういった職員の方を一般職員、また、実際に地区担当等で携わる職員、それをスーパーバイズする職員というように構造的に分けて研修や教育体制を考えていく必要があるのではないか。」といった御意見がありました。さらにその三つ下の「○庁内全体としての計画的な育成と配置を念頭に精神保健福祉相談員がうまく活躍できるよう工夫し、さらには退職によるつなぎ等も考え複数配置をするなど、そうした計画的な人材配置も併せて考慮する必要がある。」といった御意見をいただいております。

7 ページ目は、精神保健福祉相談員の在り方に関する御意見となっており、短期的課題への対応策では、上から三つ目の「○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、どういう役割を求めていくのかという前提が必要である。」といった御意見や、下の講習カリキュラムの部分の一つ目で「○人口規模が小さく保健師配置が少数の部署では、長期間職場を離れることができないため、保健師が講習を受講することが困難であり、204時間の講習は現実的ではなく、自治体の講習会の開催も少なくなっていることから、カリキュラムを見直すことで、より現実的かつ実効性のある制度にする必要がある。」といった御意見をいただいております。

最後に、その他で御意見いただいたもののうち、特に保健と予防の概念等については、参考資料1として、資料を準備させていただいておりますので、そちらも議論の参考にさせていただければと思います。

続きまして、資料2の説明に入らせていただきます。こちらの前半部分につきましては、前回の検討チーム等の資料の再掲となっております。

2 ページ目のスライドは、令和3年3月にとりまとめられた検討会報告書における課題と対応の方向性の整理としまして、今回御議論いただきたい体制整備の推進と人材に関する御指摘を掲載させていただいております。

3 ページ目は、令和4年6月にとりまとめられた検討会報告書で、同じテーマについてさらに議論を深めていただいたときの御意見を載せております。

4 ページ目は、法改正がございましたので、その概要で障害者や難病患者等が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として、市町村の相談支援業務の記載を参考に載せております。

5 ページ目は、令和5年6月23日の障害者部会で提示した省令事項となっており、改正後の精神保健福祉法の条文の通り、対象が拡大したところの、日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるものとして厚生労働省令で定める者との記載が、太字になっていますけれども、その部分の具体的内容案が、下のボックスの記載となっております。

6 ページ目ですけれども、こちらは法改正の関係で17市町村に精神保健相談支援体制の実情をヒアリングさせていただいた結果を人口別に分けまして、簡単に整理させていただいたものになっています。

8 ページ目のスライドですけれども、今回、御議論いただく際に精神保健に関する相談

支援に係る市町村の役割のイメージを整理させていただき、さらにその下の紫のボックスのところには、今、なぜ市町村で体制整備が必要なのかという意義について、整理させていただいております。

9ページ目、10ページ目では、第1回でいただいた御意見を踏まえて、精神保健の課題を抱える方への対応のために自治体内で求められる機能を整理させていただいております。

9ページ目は、小規模な自治体をイメージしてありまして、これから取り組んでいただくところもあるかと思うのですけれども、①保健福祉の担当部門が精神保健を含めて広く保健福祉の分野を担当する場合として、一番下のところにあるような気づきや、実際の支援の機能とそれに加えて、上に記載されているような実際に対応するスタッフをスーパーバイズする機能が求められていることを示しています。

10ページ目ですけれども、こちらが中規模以上の自治体をイメージした図になっており、精神保健の担当部門が他の保健福祉の分野と異なる場合になります。気づきのほかに、実際、専門的な支援を行い、さらにはその上の推進力の発揮と連携体制づくりを実施いただく、そういった高度な機能が求められていることと、さらにその下の部分に書かれている緑の丸囲みについては、留意が必要ということで御意見をいただいております。

11ページ目、12ページ目は、人材の切り口での整理となっています。

11ページ目が小規模な自治体をイメージしてありまして、保健福祉の担当者が精神保健を含めて広く保健福祉の分野を担当する場合としまして、それぞれの人材とその右に望ましいスキルを整理させていただき、論点の資料5のペーパーとも対応するような形としております。

12ページ目では、中規模以上の自治体の人材について記載させていただいており、精神保健の担当者が他の保健福祉の分野と異なる場合で、②-Aのようなニーズに気づき、必要に応じて専門職と相談しながら一定の支援を担える人材、実際に精神保健担当者として実務を行っている②-Bの人材、さらにその上の高度な②-Cといった人材については、人事異動で経験を積みながら、自治体内で御活躍いただくことをイメージしています。

最後の13ページ目につきましては、前回、野口構成員から提出いただいた自治体の類型別の体制構築に関して整理していただきましたので、こちらを参考に御意見をいただければと思います。説明は以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

続いて、資料3及び資料4について、こちらは野口構成員から説明をお願いいたします。

○野口構成員 野口です。

私から資料3と資料4を15分ぐらいで伺っておりますので、お話をさせていただきたいと思います。

資料3をよろしくお願ひします。厚労科研の地域包括ケアシステム班での調査結果を報告させていただきます。

次、お願ひします。概要としてはここに書いているとおりで、今回、藤井先生の研究部

から全面的なバックアップを得ながら、この調査をさせていただきました。藤井先生、本当にありがとうございます。

調査目的としましては、精神保健福祉相談員や精神保健福祉士の配置状況、業務内容、求められているスキルを報告することと、調査項目のところに少し出ているのですが、地域共生社会の主要事業である重層的支援体制整備事業との関連についても調査を行っております。

対象は全国の市区町村で、回答率が46.7%ということで、比較的高い回答率が得られていると思います。

次、お願いいたします。精神福祉保健相談員の配置部署がどういうところに置かれているかということなのですが、まずは相談員自体を配置している自治体というのは、上の青いところの自治体数(N)を見ていただけたらと思うのですが、決して多いものではありません。母数がここに書いていないので、分かりにくいかと思うのですが、人口が多いところのほうが配置している自治体の割合は多くなっております。

配置している部署としては、太字になっている障害福祉担当と保健所が多いところになりますが、それ以外に保健センターにも配置が多い形になっております。

次、お願いいたします。精神保健福祉相談員がどのような役割を担っているかということで、7割を超えるところを赤字で示しておりますが、見ていただきますと、基本的には個別支援に関わるものが非常に多いことになっています。

その中では医療を受けている方もいますけれども、医療に加えて福祉の支援を必要とする方、医療を受けていなく、いわゆる「精神保健に課題を抱える人」ということで、今回の法改正で一つの大きいテーマになっているような方々への支援が非常に多いところになっております。そこから少し少なくなっていますが、多いのがマネジメント、コーディネートとか、庁内外との連携協議が非常に多くなっているのが特徴かと思えます。それ以外にも非常に多岐にわたる業務をこなしていただいているのが現状になります。

次、お願いいたします。現状はそうなのですが、求められるスキルをどう考えますかということで、これは先ほどの現状とほぼ似たような傾向になってはいますが、精神保健に関する知識、それに基づいた個別支援の提供が一番多いです。あと、アセスメントです。いずれにしても、個別支援に関わるものが一番多いです。それから、庁内外の関係部署との連携調整になっております。そのほか、助言・指導等も順番に続く形になっております。

次、お願いいたします。そういうことで個別支援のニーズが非常に多いところではあるのですが、精神保健福祉相談員を配置している自治体と精神保健福祉士を配置している自治体で、それぞれの職員、特にここでは保健師等が、どういう業務を行っているかを示す表になっております。

基本的には保健師も直接支援、個別支援が多いのですが、そのほかに庁内外の連携調整、医療導入等が多くなっております。相談員を配置している群は、有意な差があるかどうか分かりませんが、支援に係る部分の業務が増えている感じです。精神保健福祉士配置群で

若干直接支援等が減っているのは、もしかしたら精神保健福祉士がそちらを担っているのかもしれない。

次、お願いいたします。「にも包括」は地域共生社会に資するというそもそもの大きい理念、目指すべき方向があったと思います。地域共生社会の主要事業の重層的支援体制整備事業は、必ずしも精神保健という視点があるわけではないことも指摘されているわけなのですが、その中で実際に行っている事業において、メンタルヘルス課題に関してはどうかということ、ここで調べさせていただいています。

これを見ていただいたら分かりますように、メンタルヘルス課題が「とても多い」、「比較的多い」を含めると、6割ぐらいの事業実施自治体がメンタルヘルス課題の重要性を指摘している形になっております。

次、お願いいたします。問題があった際にどこに相談するのかとなりますと、庁内の保健師が一番多いです。それから、個別ケース会議、保健所という形になっております。その後で障害者相談支援事業所や基幹相談支援センターという形で続いている状況で、保健師、保健所という辺りが相談先として非常に多いところになっております。

次、お願いいたします。そういう状況ですが、メンタルヘルス課題で対応できる体制整備が必要だと考えますかという質問に対して、「必要である」、あるいは「どちらかといえば必要である」を含めると、これは重層的支援体制整備事業を行っている自治体のうち、8割は「必要である」という感じで考えているということがここで出ております。

次、お願いします。このような課題に対応する上でどういう体制が必要かとなりますと、庁内の関係部署の連携体制の必要性、担当部署内に専門職を配置するまたは増員する、保健所へ日常的に相談できる体制などのように、庁内に専門職を配置する、あるいは保健所と相談できる体制がここに挙げられています。前々から言っているのですが、コーディネートというのでしょうか、庁内外の体制との連携の必要性がここに表れていると思います。

次、お願いいたします。重層的支援体制整備事業を行っている自治体で精神保健福祉相談員がどういう業務を行っているのか、役割を行っているのかということを見ました。全体として精神保健福祉相談員を置いている自治体のうち、重層的支援体制整備事業を実施している自治体と、実施予定、そして、実施していない自治体と比べてみますと、実施している自治体と実施していない自治体を比べると分かりやすいかもしれませんが、個別支援の連携指導、医療導入などは、重層的支援体制整備事業を実施している自治体で相談員がそういう業務を担っています。連携体制の構築もやっています。

それに比べて実施していない自治体では、そういう傾向が弱いところがあります。これをどう解釈するかについてはいろいろと意見があると思うのですが、もしかしたら重層的支援体制整備事業を行うことで、組織的に精神保健福祉相談員などを配置したり、育成したりしている可能性もあるのかもしれない。

ちなみに、重層的支援体制整備事業を行っている自治体のほうが精神保健福祉相談員の配置は多いとか、精神保健福祉士の配置も多い傾向が別の資料では見られております。

次、お願いいたします。これまでの資料を踏まえまして、精神保健福祉相談員の話に戻りますけれども、まとめますと、役割としましては、精神疾患・精神障害によって医療・福祉を利用している方の相談支援、メンタルヘルス課題がある者等、要するに精神保健に課題を抱える方たちの支援、情報提供、医療導入等、それから、そういう個別支援プラス庁内外の関係機関・関係者との連携・協働という役割が、実際に配置を行っているところでの実働状況からしてもそうですし、何を期待する役割ということからも、こういうふうにまとめられると思います。

実際にそのために求められる知識・技術としては、精神保健、精神疾患、精神障害に関する知識、アセスメントができること、そうした個別相談、支援、医療導入を必要に応じて行えることです。もちろん医療導入ありきではありませんで、そのようなものも含めてということになります。包括的なアセスメント支援ができることと、庁内外の関係機関・関係者との連携・協働ができるというところにまとめられると思います。

次、お願いいたします。そうした精神保健福祉相談員の期待する役割、コアとなる機能をまとめて、どういう形で講習会を構成すればいいかということなのですが、含まれる内容としては、精神障害等に関する知識として、ここに挙げられているようなものです。それから、主な精神疾患に関する治療、利用できる制度やサービス、施策の動向、権利擁護があります。

2番目としましては、アセスメントに関することで、それをどういうふうに見立てるのか、特に精神保健に課題を抱える方で顕著かもしれませんが、個人のアセスメントだけではなくて、世帯全体としてのアセスメントができることも非常に重要ではないかと考えられます。

3番目としましては、個別相談と支援を行える、必要に応じて医療の導入の援助を行うものに関することです。これは実際の支援のノウハウに関することではありますので、ここに挙げているように対応やコミュニケーションの基本、事例検討などになります。

4番目としましては、庁内外の関係機関・関係者との連携・協働に関することで、関係機関の業務にはどういうものがあるのか、どういうような役割があるのかということを知っていること、そして、事例検討などの具体的な事例を通しての細かい連携の仕方について学ぶという内容とまとめられることができると思います。

次、お願いいたします。今回の精神保健福祉相談員の講習の対象になっております。もともとの精神保健福祉相談員の講習は、前回の204時間ぐらいでしたか、この三角形でいいますと、レベルがかなり高いところの相談員を養成するものになっていた可能性があると思われませんが、先ほどの前回までに出た意見とか、厚労省さんの資料でも出ていました3層構造に分けます。

一つ目は、例えば事務員の方もいますが、一般的なヘルスケア、福祉的支援を提供する自治体職員の方、二つ目は、必ずしも精神保健を専門にやっていることではないのだけれども、相談支援を行う人で、母子保健であったり、いろいろなところでの相談支援を行う

方、三つ目は、より高い精神保健に関する専門性を有する方に分けることができます。今回の講習については、真ん中の二つ目の層の方を対象にすることがどうだろうかという感じで、今、検討を行っているところであります。

ここを検討することがポイントとなる理由としては、ここの層の方を増やすということで、市町村の精神保健福祉相談の充実を図ります。もちろん市町村によって非常に頑張っている自治体の方もたくさんいらっしゃるのですが、そういう方たちは、今も当然しているわけなのですが、中には精神保健について苦手だという意識を持っている市町村の方も決して少なくない現状がありますので、まず全体的な底上げを図ることで、それによって、今後、リーダー層の方の育成が必要だとしても、そういう方への過剰な業務の負担の集中を軽減させるということが必要ではないかと思えます。

何しろ精神障害を持っている方は、統計的には人口全体の20%ぐらいになるという報告もあるわけで、非常に数が多いわけです。糖尿病の方とか、予備軍を含めても15%ぐらいなので、それよりもさらに多いところからすると、特定の専門職の非常にプロフェッショナルな方だけで対応できる数ではありませんので、全体的な底上げプラス専門職の方、専門性が高い方という3層構造を考える必要があるだろうということで、今回は真ん中の専門職の層の方たちを対象に考えております。

資料3はこのスライドで終了でしょうか。

次の実際の具体的なカリキュラムになります。ちょっと見づらくて申し訳ありません。もしよろしければ、お手元の資料を見ていただけたらと思います。

先ほどのようなところで、相談員の養成を図るところではあるのですが、もともとの204時間は、そもそも時間数が長過ぎるという問題がありますので、かなり思い切って削除しております。

ちなみに、この検討につきましては、全国精神保健福祉相談員会の方にも研究班に入らせていただいておりますし、そういう方を中心に案を作成しながら、保健師の方々にも検討に入らせていただいておりますし、そうした研究班のメンバーで検討を行っております。

以前の講習内容に比べると、基本的には基礎的な心理学の概論は外しております。

ただ、最初の講習の時代から大分時間がたってきて、その後のいろいろな施策の展開や、新しい理念などもいろいろ出てきておりますので、そうしたものを盛り込んでおります。例えば今回の法改正の経緯であったり、「にも包括」も取り上げていますし、重要なものとして国連の障害者権利条約も含ませていただいております。

そのほか、ソーシャルインクルージョン、リカバリー、ICFなども重要な動きだろうということで含めているところです。

法律については、かなり削除して手短になっております。

重点を置いているところとして、精神疾患を有する人の医学的な治療とリハビリテーションについても時間を割いております。また、精神保健に課題を抱える方への実際の支援で、特に自治体の方が医療につながりにくい方への支援を実際に行っているという現状が

ありますので、そういう方へどうつながりをつくっていくのかについては、6番の精神保健の課題を抱える人への支援に入れさせていただいております。

そのほか、7番の相談支援には、ピアサポートや家族支援を入れていたり、新しいところとしましては、10番の当事者・家族の体験を聞く項目を入れております。

実際の自治体内での機関の実例なども盛り込んでいるところでありまして、最後に振り返りの時間をつくらせていただきました。

原案としましては、1～8までは動画視聴等を用いることも検討しております。全部で22時間ぐらいになるのですが、それだけの時間を行うとしても、1週間近くかかってしまうので、それだけの時間を空けるのは難しいこともあるでしょうから、動画視聴の用意をすることができるのではないかと考えております。

事例検討等については、それぞれの皆さんが顔なじみになることが非常に大事なので、9～12については対面になります。ただ、全部行えるかどうかは、いろいろあると思いますので、9、10、12については、必須として、11については、自治体により調整可能という形にさせていただきました。

内容としては、個別支援に重点を置いて、連携については、今回はそれほど大きく触れていないところなのですが、精神保健についての基礎的な概要を習得していただくことを念頭に、以上のようにつくらせていただいております。

時間が過ぎましたが、以上で私の話は終了させていただきます。ありがとうございました。

○藤井座長 野口構成員、ありがとうございました。

ただいまの説明にありました資料1から資料4までの事務局と野口構成員からの説明に関して、御質問等ございましたら、お願いいたします。よろしいでしょうか。

この後、討議がありますので、そのときにでも御意見をいただければと思っております。

そうしましたら、資料5に沿って議論を始めたいと思いますので、まずは事務局から説明をお願いいたします。

○関根専門官 事務局でございます。

資料5を御覧ください。

1ページ目に「1. 精神保健に係る相談支援体制の整備」としまして、現状と課題とあります。検討会報告書や法改正、また、前回いただいた御意見などを基にまとめさせていただき、実際の論点は、真ん中から下の辺りを御覧いただければと思います。

市町村が実施する精神保健に関する相談支援の位置づけの明確化について、具体化を図っていくべきではないかということで、その際には以下のような点に留意して進めていくべきではないかとして、二つの論点を挙げさせていただいています。

一つ目の・でございますが、市町村は住民に身近という特性から、福祉・母子保健・介護等の様々な支援の現場で精神保健の支援ニーズに気づきやすく、精神保健に関する相談支援体制を整備することは、精神保健だけでなく、各領域、ライフステージでの支援の実

効性を高めることにもつながるものであり、こうした認識について、一層の普及を図っていくべきではないか、という論点です。

二つ目といたしまして、市町村における相談支援体制の構築に当たりましては、様々な現場で住民の精神保健に関するニーズに気づく機能、支援する機能、さらには地域の特性に合わせた連携構築を図って、体制整備を推進する機能も必要であることから、これらの機能について、現在の体制や組織等に照らしてどのように整備を図ることが有効か、市町村の事例も踏まえて示していくこととしてはどうか、とさせていただいております。イメージ的には資料2の13枚目に示させていただいたような整理の仕方を考えております。

2ページ目以降が「2. 精神保健に係る相談支援を担う人材の育成」について、整理をしています。

1点目が体制整備のために必要な人材育成のあり方といたしまして、同じく現状及び課題を整理しております。

実際の論点につきましては、真ん中以降を御覧いただきまして、(1)本検討チームで議論する精神保健の支援に関連する人材育成について、大まかに以下のような人材に類型化して議論することについて、どう考えるかといたしまして、先ほど説明させていただいた資料2の11ページ、12ページの人材と一致する記号を振らせていただき、小規模の自治体については11ページ目の①-Aと①-B、中規模以上の自治体の場合は12ページの②-Aから②-Cを考えております。

(2)小規模な自治体で精神保健に限らない地域保健活動を行う人材として①-Aを想定した場合、精神保健に特化した検証を行うことには限界がある中で、資質の向上を図る方法についてどのように考えるか。

(3)中規模以上の自治体を想定した場合ですが、論点は二つございまして、(ア)としまして、精神保健のニーズに気づくための人材は、市町村内の各部門や関係機関に幅広く必要であることから、住民との関わりを持つ専門職、12ページの②-B、専門職以外の職員、②-Aのいずれもが精神保健上のニーズに気づけるように取り組んでいく必要があるのではないかと。そのために、市町村において非専門職を含めた関係職員、②-A、②-Bを対象とした研修を行う等の取組を促していくこととしてはどうかということです。

(イ)としましては、庁内で連携体制の構築を担うなど、推進力を発揮する経験豊富な人材、②-Cの育成のためには、専門職が精神保健業務の経験を一定程度積めるようにするとともに、他の部署に異動しても、当該経験を有効に活用できるようにしていくべきではないかと。

そして、二つ目の論点としまして、2)精神保健福祉相談員の養成について、整理させていただきました。

現状及び課題は、記載のとおりでございます。

論点としましては、二つございまして、一つ目の(1)にありますように、現場において精神保健のニーズや相談支援に役立つ重要な内容となるよう、講習カリキュラム等を精査

した上で受講しやすいものとするべきではないか。

(2) としまして、実際に今回の資料4で具体的な中身について提案いただいたところですが、そちらが効果的なものになっているか、また、研修として実効性のあるものになっているかについて、御意見いただければと思います。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。

それでは、今、御説明いただきました資料5の「1. 精神保健に係る相談支援体制の整備」の市町村が実施する相談支援の位置づけの明確化の具体化を図る際の注意事項として、二つの論点を提示していただいています。この2点について、まずは御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。岡本構成員、お願いします。

○岡本構成員 ありがとうございます。岡本でございます。

御説明、御提案いただき、ありがとうございます。

今、体制の話ということで、いろいろ御提案をいただいたところではありますけれども、市町村では、地域特性や社会資源の配置状況等、抱えている体制の問題としては、千差万別な状況ではありますけれども、市町村が今まで担ってきた役割や業務の積み重ねを生かしながら、体制を整備していくことになると思います。そのような中で、市町村では精神保健福祉の分野において制度的な位置づけがされている関係で、恐らく福祉の分野が先行して体制をつくってきた自治体が多いと思います。

一方で、前回の会議からも話題になっているように、今回、体制整備として肝になるのは、保健と福祉の両方の基軸をつくっていくことが大事になってくると思いますので、例えば福祉のワンストップ型も御提案として入っていたと思いますが、そうしたところだとしても、保健師が配置されているとか、保健の機軸をしっかりつくっていくことを意識して体制整備をしていくことについて、広く伝えていく必要がある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。

ほかにいかがでしょうか。野口構成員、お願いします。その後、高山構成員、お願いします。

○野口構成員 聞き取りにくかったもので申し訳ありません。

先ほどの体制整備のお話ではあるのですが、もちろん我々都道府県でも保健師さんなどの専門職の方たちに対して、いろいろとアプローチは行っていきたいとは思いますが、事業として市町村に位置づけられていない中で限界があるところもありまして、その辺を市町村の上層部の方にどう理解していただくかというところの検討も必要になるのではないかと思います。

精神についてあまり理解がされていない場合では、現場レベルでは非常に大事だと言っても、そこを上層部に吸い取っていただけないという現状もあるのではないかと思いますので、一方では、この辺の検討も必要だと思うところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

高山構成員、お願いいたします。

○高山構成員 説明をありがとうございます。

今回の体制の整備について、市町村に一層の普及を図る必要性ですけれども、市町村は各領域での精神保健のニーズに気づきやすく、実効性を高めることにつながることにあって、必要性の理解を市町村内で深められることが重要だと思っています。

そこで、今、市町村に配置が広まっている統括保健師の役割の機能を発揮することが必要だと思います。統括保健師は、市町村の保健活動全体の方向性の集約が困難なところから提言されて、配置をすることになってきております。

今回、統括保健師の役割機能には、円滑的な保健活動を推進するために統括的な管理、調整をすることとし、重点的に取り組む課題を明確にすること、また、柔軟的な調整をする、人材的な課題を明確化するところが役割として明記しています。

今回、精神保健に出てきている各領域で精神保健に関する事例が多いことの課題の明確化や地域の精神保健の対象のニーズに気づける体制づくり、組織内での横断的に支援する市町村内での分野の課題を共有できる体制づくり、また、地域づくりへの展開などが統括保健師の役割機能の中に入っているのではないかと感じております。

今年度、保健師の活動指針の見直しがあり、来年度は新たに指針が示されることにおきまして、統括保健師の配置と共に役割機能について提案できるかと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。先に近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 参加が遅れてしまいまして、申し訳ありませんでした。

先ほど出ました統括保健師の機能なのですけれども、実際に統括保健師の機能の発揮というのは重要なポイントだと思います。私自身が統括保健師の研修などを受けていて、一応統括保健師をスタートさせたのですけれども、結局のところ、統括保健師の位置づけが市町村において明確化されていないので、設置が伸び悩んでいることが実態だと思いますので、統括保健師の見直しをされるのに当たって、どうしても肩書であったり、そういう上席でないといけないかのように認識されている自治体も多いと思いますので、実際に現場に近いような次期リーダー格の保健師が統括になったほうが、今後、横のつながりがつきやすいと思っていますところでは。

それ以外にも、保健師のキャリアラダーということで、様々な段階を踏んで、どういう能力が必要かという辺りに関しましても、もう少し具体的な辺りを明確にしたキャリアラダーを各自治体においてつくっていくことも大事と思っていることと、精神に関して、先ほど先生がおっしゃっていたみたいに、糖尿病は予備軍を含めて15%に対して、精神に何らかの課題を抱えていらっしゃる方が20%ということをお考えた場合、障害の分野だけではないという認識を持つ保健師は出てくると思いますので、疾患の管理の部分の意識は、統

括もそうですけれども、全体的な研修の中においては、十分に育成はされていくものと思いますので、そういう意味では、研修の在り方は今後も重要だと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

岡部構成員、お待たせしました。

○岡部構成員 整理いただいたスライドの11ページ、12ページの資料については、大変分かりやすいと思って拝見させていただきまして、特に今までぼんやりこういうことが大事だと思ってきたことを、その自治体の規模に合わせて、指標としてそういうところに力を入れていかなければいけないという確認ができることとしては、とてもいいと思って聞かせていただきました。

ただ、一方で、野口構成員もおっしゃったように、これが現場レベルだけではなく、現場の上層部にもしっかり伝わっていくことが非常に大事なのだろうということと、もう一つは、野口構成員が出された資料の9ページにありましたけれども、重層の中でメンタルヘルスの課題に対応できる体制整備が必要だという回答が全体の8割を占めているのですが、その着目よりも2割が必要を感じていないところのほうがかなり大きな問題だと思っているので、今回の論点にも上げていただいたように、一層の普及を図っていく部分におきましては、第1回の議論の資料を読ませていただいたように、重層への位置づけ等も今後の課題として踏まえながら、検討していく必要があるのではないかと思います。

私からは以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 御説明ありがとうございました。

市町村においていろいろな職員が精神保健に関わっているという意識の醸成が非常に重要だと考えております。なので、保健師だけではなく、障害に関わる福祉の分野の社会福祉士等の理解や活躍も必要になってくるのではないかと思いますし、その上で福祉と保健の連携が理解を通してできる体制づくりが求められてくると思うと、重層を踏まえた中で各市町村の在り方を考える中で体制を取っていくことが必要だということを考えます。

あと、ここは自治体内ということで考えていただいているところですが、小規模であったり、自治体内だけでそういった専門職の確保がなかなか難しい中では、もう少しスーパーバイズしていただくところでは、都道府県や保健所の御支援も具体的な絵の中に描いていただけると、分かりやすくなるのではないかと考えております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 私は重層の主任の相談員もさせていただいて、関係機関にいろいろと話をしていく中で、精神疾患なり、メンタルヘルスを抱えていらっしゃる方への対応とい

うのは、現場でも困っていらっしゃるということで、それに対してスーパーバイズしてくれるような存在は非常に助かるという声もたくさんいただいています。

現場としては、障害であったり、生活困窮もそうなのですけれども、メンタルヘルスに関する課題は各現場で考えていらっしゃって、その手だてに対して誰に相談を仰いだらいいのか、誰とそういうことを共有していいのかということは、本当に悩んでいらっしゃるような状況です。そういうことは、重層というのは、市町村で精神に関する理解を深めていくに当たっての入り口としては、非常に導入しやすいと思っています。

あと、おっしゃっているみたいに、小さな規模の場合ですと、そこを中心に引っ張っていく人は難しいと思いますので、以前ですと、例えば保健所が地域保健の担当職員を集めての研修などもされていて、今は保健所規模では難しいので、都道府県規模でされていたりもしているのですけれども、そういう顔の見える関係性で、横のつながりは大事で、小さな規模であるほど、隣の市町でどんなふうに悩んでいるのか、どのように解決しているのかということを検討される話ができるような機会は、広域で保健所ないし都道府県の辺りで調整をしていただくことによって、全体的な底上げなどができるのではないかと考えております。

以上です。

○藤井座長 岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 岩上でございます。

重層は非常に重要だと思いますが、市町村の精神保健の適切な基盤整備がない中で重層に飛び乗ってしまうと、結局、引き受け手がなくなってしまって、その中だけで御苦労するという状況になると思います。

それは現実的にもともと保健センターを中心に精神保健を始めた平成14年の改正の際に、精神障害の福祉については市町村で行うということで、福祉が精神障害について携わることになったわけです。その際に芽生えていた地域保健の中での精神保健が薄くなってしまって、福祉に全部持っていったつもりになってしまったことと同じ状況が重層では起こるのではないかと思います。

本来は起こらないのですが、なぜ起こるかという、重層は基本的に福祉の基幹相談であるとか、包括であるとか、生活困窮がしっかりとされていて、なおかつその中で複合的な問題が起きたことについて、より主導権を取ってマネジメントしやすくするためにつくったはずですが、全くできていないところに限って重層を始めているのが多く見受けられる状況なので、そうだとすると、重層は非常にいいけれども、そこで先ほど野口構成員から上げられたような状況を見ると、精神保健の課題がいっぱいあります。そこで適切に対応するのは非常に重要だけれども、基盤がない中で対応しようとする、どこにも戻すところがなくなってしまう可能性というか、悪い意味のことが起こっていますから、そこは少し気をつけておいたほうがいいです。

そうだとすると、精神・障害保健課として、先ほど野口構成員の調査は非常に有効な調

査結果だと思しますので、それについては、社会・援護局と重層の中での精神保健の位置づけについてどうしていくのかということが1点と、もう一つは、どうも社会・援護局が目指しているような形になっていないように見受けられるけれども、つまりそれぞれの体制が整備されていないところで総合窓口だけ始めてしまっているといった状況について、どういう展開をしていこうとしているのかということを確認して、このチームの中で御教示をいただけると、次の展開になる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。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 岩上先生のおっしゃられたとおりで、重層、重層と言っている、本当にその身近な受皿のところで精神をきちんとできる対応がなければ、重層でそういったいろいろな複合的な問題が来たときに、精神の方をどう支援するのかという問題になったときの受皿が弱いと、機能しなくなっていると考えてるので、そこについての体制整備がまずあった上での体制を考えないといけないのかと思います。

その上で、保健師のほうが大変だと思っているのは、ケース調整での医療調整のところは非常に難しいとみんな考えています。なので、庁内だけではなくて、医療機関も含めた中で相談支援体制を調整できるような部署も必要です。連携、協力というところの体制もお願いしたいと考えております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

そうしたら、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。

今、古谷構成員がおっしゃっていたところと重なるのですけれども、いかに連携をしていくのか。相談していく側からすると、一番身近な相談窓口とは言われているものの、それを担っていく人たちは、非常に見えにくくなってしまいうことも逆にあります。相談者が頼ったときに、こういうような場合には、こういうところとこんな人たちが関わって、このことについて一緒に解決に向けて歩いていくのですというイメージが持てる相談の受付ができるようにしていただきたいと思っています。

とりわけ精神というと、どうしても一般市民も含めて精神障害者とか、患者さんのことをイメージしてしまうケースが多いと思います。あえてここでもととの精神保健が活かされているとは思うのです。医療機関との連携だけではなくて、市町村の保健所などの保健師がどのように私たちのことを取り扱うというか、関係性を持って進めてくれるのかを示していただくと、ワンストップでここに相談すればいいのだという安心感が生まれると思っています。

重層とか、いろいろなことになっていったときには、それが逆に見えにくくなってしまいう可能性もありますので、自分たちが相談などのアクションを取ったときに最初にファー

ストコンタクトを取る人がそのことを示していけるような体制づくりを、相談支援の中で忘れずに組み込んでいただきたいと思います。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 重層に関しての私の認識と違うと思うところなのですが、今、生駒市でやっている重層に関しましては、相談窓口、相談支援、コーディネートしていくところは、従来の機関の相談支援センターであったり、社協であったり、そういったところで受けるのが基本で、そのまま継続なのです。

ただ、窓口が横の連携を持っていくことで、今までだったら包括は高齢者ですから、子供のこととか、子育てだったり、それは関係ありませんと言っていたものを、どこの窓口であっても、重層に関して意識を持ってもらって、取りあえず受け付けてもらう。受け付けた段階で、その窓口で次につなげる先はどこなのかということを中心に整理して、次に御本人さんの同意動向の下、次につなげるようなことをしていくけれども、どこにつながったらいいかわからないところが、最終的に重層を担当している部局で対応していくようなことをしています。

重層だからそこがワンストップであることが重層的支援体制整備事業ではないと思っておりまして、お話を聞いていて、重層に関して精神保健の基盤がないからとか、重層で担当している者だけがやるということではなくて、重層の体制を整備していくことが、しいては精神保健に関しての理解を深めていくような人材をつくっていくことにもなるのではないかと考えていたので、私の私見なのか、生駒市独自の考え方なのか分かりませんが、意見として述べさせていただきます。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 近藤さんの生駒市はすばらしいと思います。近藤さんがおっしゃったことができるのであれば、正しくそのとおりだと思います。ただ、全国的な状況を見たときにそういった理解が進んでいるのかということについては、私自身は疑問に思っていることと、厚生労働省自体がそういった精神保健をしっかり重層に位置づけてということを示しているとは思えません。なので、近藤さんのやっていることが全国的になるのが一番ですし、そういう価値観であれば、先ほどのお話のとおりだと思います。

加えて言うとするならば、先ほど申し上げましたように、まず市町村で精神保健の窓口としての日常的な支援の基盤をつくっていただいて、重層の中でも必ずそういった問題解決が必要になってくるのは、先ほどの統計の結果です。ですから、そこでもきちんと精神保健に問題解決型でも関わっていく。サンドイッチにしていきたいわけです。

ただ、サンドイッチにしようとするときに、基盤がない中で重層だけというところが目

につくので、それは重層の中だけで物事を先に進めようとする、ちょっと危険ではないかということで、意見を述べさせていただきましたので、多分同じ考えだと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

小阪構成員、お願いします。

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

意見を申し上げたいと思いますが、自分の中で十分整理されて、言語化されているわけではない中で発言するので、まとまりのない発言があったら、御容赦いただければと思います。

精神保健に係る相談支援体制の整備が論点に示されることについては、特に異論はないところではあるのですが、論点の一つ目の・の最後、こうした認識について、一層の普及を図っていくべきということで、市町村の体制のことをおっしゃってくださっているのだと思うのですが、これまでの構成員の方々の議論についても、おおむね支援者としての市町村の体制整備の在り方という議論が非常に多かったと思っています。

一当事者として考えたときに、もちろん市町村は論点で示していただいているとおり、住民にとって身近な相談窓口という側面もあるとは思いますが、恐らく我々当事者からすると、メンタルヘルスに関する相談については、非常にハードルが高いと思っています。なので、充実した支援の相談支援体制の整備という観点だけではなくて、もしかしたらファーストステップとして相談しやすい市町村の窓口はどういう在り方なのかという視点もとても大事なのではないかと思います。

以上になります。

○藤井座長 ありがとうございます。

非常に幅広い観点から御意見をいただきまして、ほかに大丈夫でしょうか。

重層のことについて御意見をいただいておりますけれども、重層の支援体制整備事業と精神保健の関係は非常に重要で、保健所と福祉との連携、福祉中心で推進されている重曹に、地域保健、精神保健を明確に位置づけけるべきであるのご意見だったかと思います。御家族や御本人にとって相談しやすい体制、ファーストステップでまずどこに相談すればいいかがわかりやすいということを含めて、相談しやすい体制をつくっていくという観点についても御意見をいただきました。

そうしましたら、次に移ってもよろしいでしょうか。また何かありましたら、次のところで御意見をいただければと思いますので、次に進みたいと思います。

資料の2ページです。「2. 精神保健に係る相談支援を担う人材の育成」について、体制整備のために必要な人材育成の在り方の論点については、資料2の11枚目から12枚目を併せて御覧いただきながら、ここにつきまして、人材育成の類型化を意識して今後の議論を進めさせていただければと思うのですが、いかがでしょうか。特段ございませんでしょうか。

そうしましたら、(2)の論点について、御意見をいただきたいと思いますが、小規模な自治体で精神保健に限らない地域保健活動を行う人材を想定した場合、精神保健に特化した研修を行うことには限界もある中で、資質の向上を図るところですけれども、いかがでしょうか。岡本構成員、お願いします。

○岡本構成員 ありがとうございます。岡本です。

人材育成の在り方につきまして、まず御提案をいただいているように、地域保健のニーズの気づきとか、実際に支援をしていく人を養成して、増やしていくことは、支援の裾野を広げていく意味ではとても有効なことだと思いますので、まず優先順位としてこちらから取り組んでいくことについては、賛成をしているところです。

一方で、例えば資料の中にある①-Bとか、②-B、②-Cにありますように、実際に支援する方をスーパーバイズする人材や、庁内外の連携の構築を図って、いわゆる「にも包括」を推進していくようなリーダー的な人材の養成も将来的には検討される必要があるのではないかと考えております。

また、先ほど体制のところでも古谷構成員や近藤構成員がおっしゃっているように、人材育成に関しても、特に中規模以下の小規模の自治体では、自分たちで人材育成をしていくことは非常に困難を抱えていると思いますので、保健所や、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が人材育成においてもかなり重要なウエイトを占めていると思いますので、市町村の人材を養成していくことと同時に、都道府県の体制整備や人材育成についても、併せて検討していく必要があると思います。

あと、非専門職のことについても触れられていると思いますが、先ほど来お話しいただいているように、組織的にメンタルヘルスの支援、ニーズに対応していくことが必要になっていくと思います。お聞きするところによると、例えば専門職が配置されても、その専門職の活用方法が分からなく、専門性が発揮できていないことや、限られた専門職に業務や責任が多くのかかってしまうような自治体もあるようです。また、中規模以上の自治体では、多くの市民との窓口が設置されている関係で、非専門職の方が市民とのファーストコンタクト、ファーストタッチをすることもあり得るということを考えますと、専門職だけではなく、非専門職の方についてもメンタルヘルスの支援の必要性とか、専門職の配置の意義とか、そういったことを共通理解にしておくことは必要になるのではないかと考えております。その際、既に厚生労働省で実施していただいている「こころサポーター養成研修」や「ゲートキーパー研修」等の、既存の研修を活用していただくことが非常に効果的ではないかと考えております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

岡部構成員、お願いします。

○岡部構成員 小規模な自治体でというところの意見ですけれども、この後の論点3では、野口構成員が出してくださったカリキュラム改定案がありますが、これは事前視聴ができ

る設計になっていくのは大賛成で、この中の一部分とか、小規模な自治体さんが視聴できるなどの有効活用ができるといいのではないかと思います。先ほど岡本構成員もおっしゃったように、ほかの教材等も動画で学べるとか、研修にわざわざ行かなくても学べるようなツールを十分にそろえていくべきではないかと思っています。

もう一点、小規模な自治体をイメージしたときに圏域ごとの集まりが限界かと思うのですが、前半の意見交換にも出ていましたけれども、専門職ではない方でも時間の制約はあるのですが、圏域ごとで様々な事例検討が行われていると思うので、精神保健に特化しない形で、例えば基幹相談支援センターが実施している公開型の事例検討に足を運んでみて気づきを得たり、こういう支援者がいるのだという顔を覚えたり、そういうつながりを様々な取組を通じて職員さんが触れ合うという機会を担保していくことも重要ではないかという意見を持っています。

私からは以上です。

○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。

先ほどの岡本構成員から発言があったこととも関係しますし、私が先ほど言ったこととも関係するのですが、スーパーバイズする人材とか、特に相談員などは、市町村、都道府県でもそうなのですが、計画的で長期的な意図を持った人材配置が行われないと、せっかく相談員として養成しても、全く関係のない部署に行ってしまいます。何らかの意図を持ってその人の見識を深めるためというのがあれば、もちろんそれはそれでいいのですけれども、ある程度のスペシャリスト的な要素を持った人材を計画的に育成しないと、これから複雑な精神保健の問題が出てきた場合に対応できないのではないかと思います。

例えば精神保健福祉士などを1人養成して、その人が何のバックアップもない状態になると、結局、その人が十分に育たないことになってしまいます。そういう人材をどう生かしていくか、こういう組織のマネジメントになってくると、そのための研修をどこが行うのかということも難しい問題になると思いますし、人事異動についても、それぞれの市町村とか、都道府県の慣習などもあると思うので、すぐに変えられるものではないかもしれませんが、その辺りの検討をしていかないと、相談員の養成とか、いろいろな育成をしたとしても、結局、それが有効に活用されないことには駄目ではないかと思いますので、都道府県も含めてですが、自治体の組織運営を検討をしていただくことは、何がすぐにできるか分かりませんが、必要ではないかと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 例えば関わる人材の方を①-Bや①-Aのように類型化することで、相談支援体制に必要な人材の役割はすごく明確化になると考えております。ただし、現場につ

いては、このような役割を明確に分けて動くことが難しく、役割を担える人材について、先ほど来も先生方がおっしゃっているように、ジョブローテーションが非常に難しくなってくるので、今後もそういった人材を創出し続けられるかということが自治体内では課題になってくると思います。

そういったことを踏まえると、役割分担を導入しても、基本的にはどの分野の担当者においても、精神に関する知識や対応技術の水準を今以上に引き上げるところで、潜在化する精神保健に関する課題について、適切にアセスメントができる力をいろいろな方が備えるというところで、先ほどもおっしゃっていた底上げということは非常に重要だと考えております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

近藤構成員、お願いいたします。

○近藤構成員 人材育成に関してなのですけれども、市町村の規模によって様々だと思うのですが、恐らくそれぞれの自治体において、人材育成での計画的なものがあると思います。それにおいて事務職員も含めた人材育成が中心となってきて、私は中でもすごく迷っていて、まだなし得ないまま終わってしまったところなのですけれども、保健師は保健師で先ほど言いましたキャリアラダーに基づいた人材育成をしていきたいというような思いもありましたが、そことは一体化させるとか、同じように組み入れていくことが難しかったところはありました。

それぞれの市町村の自治体においての人材育成の中で、専門職の人材育成に関しても検討していけるようなもので、これは何がしか自分の意見があるわけではないのですけれども、各自自治体における人材育成の枠の中に専門職の人材育成、キャリアラダーを組み入れていくという二本立てでできるような何かしらのいい案とか、全国的に何かしらの指標なりを示していただけるようなものがあれば、恐らく各自自治体において、ジョブローテーションを含めた保健師なり、専門職のキャリアラダーの積み上げができているところだと思います。

そういった意味で、次の計画であったり、長期的のようなことを考え、統括保健師を設置するときに、どうしても統括という肩書において、各自自治体の特に上層部などは、肩書がある人間が統括すればいいのではないかという認識になってしまうのですけれども、次を担えるような人が統括保健師であるべきだということころは、考えていけるような今後の統括保健師の育成を意識していただかないと、その人が退職をしてしまったら、次がいなくなったということが往々にしてあるのではないかと感じているところです。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。高山構成員、お願いします。

○高山構成員 こちらの資料にありますように、業務分担制と、地区分担制で分けられて

いるのはすごく分かりやすいところもありますが、業務分担制における連携における人材育成をどのような形にしていくのかは、大きな課題だと思っております。

また、保健師の地区活動において地区分担制を取っている市町村もありますが、小規模で地区活動が推進していないところもある。保健師活動体制の相違はあるが、私は精神保健のニーズに気づく力や、アセスメント能力が発揮できる、そういう人材の育成に関してどのような強化をするのかも重要と考えます、さらに保健師活動の精神保健の地域づくりに対して、人材育成の研修の在り方は重要かと思っております。

近藤構成員がおっしゃったように、やはりここも統括保健師が保健師の人材育成をどう考えているのかは、大きなポイントになってくると思いますので、今後、統括保健師の機能の向上に向けての研修の在り方も検討する必要があると思っております。

小規模の市町村の研修の受けやすさでは、広域の県レベルなどで実施することで、皆さん、行きやすいと思っております。

非専門職を含めた関係職員を対象とした研修におきましては、介護保険でも認定調査員においては、一般の職員が研修を受けることによって認定調査ができるので、そういうところに関わる職員になっております。そういった部分では、一般職員であったとしても精神保健の基礎研修を受けて、相談業務とか、一緒に取り組める関係職員としてのレベルを高めることにおいては、重要だと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

時間がございますので、次に中規模以上の自治体を想定した場合ということで、(ア)(イ)に関して御意見をいただきたいと思いますが、今の小規模の自治体のところでいただいた御意見は、こちらにもかなり通じるところもありますが、追加で御発言があれば、お願いいたします。野口構成員、お願いします。

○野口構成員 私が間違えて中規模のほうもお話をしてしまったような気がするのですが、先ほど皆さんからの広域的な支援というのでしょうか、都道府県の支援の必要性をいろいろと言っていたかと思えます。これは小規模、中規模のどちらにしても必要だと思っていて、精神保健福祉センターがその辺りを頑張っていかなければいけないと思いますので、それはやりたいと思います。

一方で、都道府県もコロナ対応で非常に疲弊していて、若い保健師がなかなか経験を積めないような状況がありましたので、もちろん都道府県が支援するという形でありますけれども、市町村と保健所の両方とも一緒に人材育成を図っていかなければいけないという感じでは思っています。一方で、精神保健福祉センターも位置づけが弱い中で、精神科医の確保もできないセンターもある状況ですので、厚労省の方をお願いするのがいいのかどうか分かりませんが、運営要領等でそうした都道府県が保健所やセンターの体制を強化するためのバックアップをお願いしたいと思っております。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。岡部構成員、お願いします。

○岡部構成員 私の無知をさらけ出すようになってしまうかもしれないので、間違っていたら教えてください。論点の②-A、②-B、②-Cは、私にとってはキャリアラダーに見えて、一定の支援を担える人材を養成し、担当者として担う人材になっていき、その後、庁内連携を図れる人材とだんだんステップアップしていくイメージなのですが、②-Aとか、②-Bについては、現場レベルでできるのではないかと思うのですが、②-Cの辺りについては、例えば国レベルで養成し、中核人材になると思うので、それを都道府県内で指導するという体制があれば、全く問題ないのですけれども、もしないとすれば中央での人材育成で、なかなか難しいところなので、そういった取組もあっていいのではなかろうかと思いました。現実にあるようであれば、スルーしていただいて構いません。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○関根専門官 岡部構成員からいただいた御質問というか、御意見は国でということかと思うのですけれども、それが資料2でいくと、12ページの②-Cの方のようなもので、小規模でいくと、①-Bのような方でしょうか。

このイメージの図としては、自治体内で育成していただいて、それは必ずしも、研修だけで身につくものではないと思っており、自治体の方からも御意見をいただきましたので、そういう意味では、ローテーションで経験値や人間関係を築いていけることもあるのではないかと考えていますので、今、おっしゃっていただいたもので行われていることではないのですけれども、そういう考え方ももちろんあると思いますので、御意見として伺わせていただきます。ありがとうございます。

○岡部構成員 ありがとうございます。私は、②-C限定で意見を述べていた状況です。

○藤井座長 ありがとうございます。

12ページを御覧いただいていると思いますが、そこに関して追加で御意見がございましたら、お願いします。小阪構成員、どうぞ。

○小阪構成員 中規模の自治体に限定したほうがいいのか、ちょっと迷いながら発言するのですけれども、精神保健の支援に関連する人材の育成というか、確保というところで、ピアサポート活動従事者を活用することに位置づけていくことは、特に中規模以上の自治体においては、考えてもいいのではないかと思います。

ピアサポート活動従事者と働く市町村職員はもちろん、相談する人にとってもロールモデルとして出会えるメリットがあると思うのですけれども、一緒に働く市町村の精神保健に関わる職員に対しても、当事者と一緒に働くという経験の中で精神保健に関する理解は深まってくる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。

野口構成員、お願いします。

○野口構成員 野口です。

先ほどの②-Cの人材育成の国のほうでという話がありましたが、例えば保健医療科学院などで保健師向けの研修を行っているということは聞いているのですが、例えばその中に精神保健の研修などを盛り込むことはあり得る話なのでしょうか。

○関根専門官 ありがとうございます。

先ほど私から国がと申し上げたのは、精神保健に関するということで、当課が行っている研修という趣旨で申し上げたのですけれども、実際、保健師には広く地域保健で活躍していただいているので、おっしゃっていただいたように、当省で別の部署の所管になりますが、保健医療科学院が管理期等の保健師を対象に研修を行っているのは事実です。そこにそういう内容を含めていく方向は、省内関係部署等との調整や検討が必要かと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 ②-Cに関しまして、ここは保健師だけではないと考えます。行政の職員においても、社会福祉士等においても、福祉の現場を積んでおられる方とか、庁内での連携などのネットワークをすごく持っておられて、理解をしてくれていて、今、現に高島市でも力量を発揮してくれている人材もいますし、多機関との人脈もある中でやってくれている人はおりますので、ここは保健師だけではなく、他分野においても育成を図っていくことも必要だと思いますし、そこに保健師等の精神保健に精通する者としてしっかりタッグを組んでやっていけると、よりいいシステムができるのではないかと考えます。

以上です。

○藤井座長 ほかによろしいでしょうか。近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 先ほどおっしゃったみたいに、保健師の育成のように話が進んできていたのは私も気になるところでして、自治体によっては社会福祉士もおりますし、生駒市の場合であれば、精神保健福祉士もおりますので、誰が②-Cになるかということ、保健師だけではないということもありましたので、育成に関しても、保健医療科学院だけではなく、看護協会だけでもなくということになってくるとは思っています。

その中で感じているのは、以前であれば、奈良県の場合ですけれども、保健所単位で地域保健の関係職員の研修をしていただいたことがありましたので、都道府県の職員さんは負担になるかもしれませんが、地域保健全体を見る職員を対象とした研修であったり、全体的なスキルの底上げということで、研修をしていただくに当たっては、国単位がいいのか、もっと身近な都道府県単位でいいのか分かりませんが、もう少し対象を広く考えていただけたらいいと思いました。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかに追加で御発言はございますでしょうか。

人材育成に関しては、対象を広くとらえていく必要があるということでしたが、地域保健の人材だけでなく、重層的支援の人材に関しても、ピアサポーターなども含めて考えていく必要があるかもしれません。

ほかはよろしいですか。

そうしましたら、次に行きたいと思います。3ページです。精神保健福祉相談員の養成のところ、(1) (2)の論点、二つ挙げていただきましたが、これについての御意見をお願いできますでしょうか。近藤構成員、お願いします。

○近藤構成員 研修の内容とかもかなりスリムにといいますか、要点をまとめていただいた研修内容になっているということで、全体的な人を増やすに当たっては、とてもいいプログラムだと感じました。

ただ、評価のところ、到達度の評価の判断をどうするのかというところ、理解するか、知るとか、そういう到達になっていますけれども、それは自己評価でいいのかとか、客観的な何かしら到達していますという指標を今後考えていかれるのかによって、多分それぞれの自治体によってのスキルの差が出てくるという危惧はあるのですが、その点だけどのように考えていらっしゃるのか、お聞かせいただけたらありがたいです。

○藤井座長 ありがとうございます。

野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 一応そういうところも研究班で検討したほうがいいのかという話になっていますが、具体的にどうするかが出ているわけではありません。

あと、到達度の評価と関係するところでいえば、例えば内容の理解という点でいえば、動画を自分だけで見るのがいいのか、それともある程度人数で集まって、1單元ごとに振り返りをみんなでやるほうがいいのかとか、やり方はいろいろとあり得ると思います。そこは検討しないといけないところだと思います。自分で見ただけだと、途中で眠くなってしまったりして、ほとんど見なかったとか、そういうこともあり得ると思いますので、実際の評価だけではなくて、講習の行い方についても、幾つか検討は必要だと思います。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

補足しますと、現在の自己点検リストに関しては、作成をしていくような話にはなっていたかと思いますが、今、野口構成員におっしゃっていただいたように、それでいいのかという部分も含めて、また御意見を伺えれば検討したいと思います。重要なところだと思いますので、今後も検討を進めていくことになるかと思っています。

岡本構成員、お願いします。

○岡本構成員 ありがとうございます。

今の話題で言うのであれば、今回のカリキュラムというのは、あくまでエントリーモデルというか、担い手の間口を広げていくことが目的であり、まずは受講のハードルを下げて、精神保健相談に対応していただくための基礎的なところを学んでいただくということ

なのだと認識しています。今回の研修を受講したことによる評価も大事かとは思いますが、けれども、恐らく今回の研修を受けただけで完結するものではないので、達成度も含めて、長いスパンで評価する必要があると思います。学び続けて、経験を積み上げていくことで、より実践的な業務を担っていただけるようになっていただくということからすると、継続的な人材育成のシステムがやはり必要で、この講習を受けた方たちが、さらに技術を磨いていくために、引き続き、今、都道府県で行われているような研修とか、先ほど皆さんがおっしゃっているように、例えば保健所や精神保健福祉センターのスーパーバイズや技術協力等がこれからもさらに必要になっていくのではないかと思います。

私としても、このカリキュラムに関しては、最低限精神保健相談を担うために必要なものが含まれていると思いますので、この内容については賛成の立場です。こういったことが示されることで、全国の標準化というか、人材育成に一つの横串を差すようなものにもなるかと思しますので、こういった指標を基に各自治体において人材育成をされていくということは、非常によろしいことだと思っております。

この講習をより効果的に活用してもらうために、やはり受講を促すための仕掛けや、精神保健福祉相談員になられた方が、先ほど来おっしゃっているように、専門性を発揮しながら現場で実践できるように組織的な理解と土壌を用意していく必要があると思います。

人材育成ということを言うのであれば、この講習会においても、このカリキュラムに肉づけして、運営していくということも必要になってくるかと思しますので、その際には各自治体が、地元の教育機関や職能団体と連携しつつ、地域の関係機関の方たちと一緒にこの講習会をつくり上げていくことが必要だと思います。

例えば職能団体で言うのであれば、私どものような職能団体も毎年全国的に行政職員を対象とした研修会を開いておりますし、そういった今までのノウハウを提供することもできると思いますので、全国で既存の機関や団体と連携しながら、この講習会が運営されていくことが望まし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。

ほかに御意見はいかがでしょうか。小幡構成員、お願いいたします。

○小幡構成員 全国精神保健福祉社会連合会の小幡です。

感想めいた意見になってしまいますけれども、カリキュラムの案の中で、当事者家族の声を直接聞くようなプログラムが検討されているということで、そこはありがたいと思っております。当事者家族も誰でもいいというわけではきっとないと思います。一定の普遍化したものがちゃんと生かされる体系なりがどうすれば提供できるのかということは、私たちからもいろいろなアイデアも含めて、共有できたらいいと思います。

カリキュラムの外になってしまうと思うのですが、研修が終わった方が自分の自治体にいる当事者の家族からも経験値というか、体験を学ぶような投げかけを盛り込んでいただくことはできないかと感じました。全体で学ぶものと、それこそ小さい自治体、大

きい自治体、中間以上の自治体という話もありましたが、細かいところが実際の窓口業務をやっていくときには問われるというか、大切な経験値になることもあるかと思いました。そういう追補のカリキュラムについては、どういう扱いに今後なっていくのかというのは気になったところでもありますし、複数の当事者家族の方の類例が紹介できるといいと感じました。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

古谷構成員、手を挙げておられますでしょうか。古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 失礼します。

精神保健福祉相談員の講習の対象層という三角の構図があったかと思うのですが、その構図が本当にキャリアラダーだということ、先ほどの12ページの絵もまさにキャリアラダーだという御意見もあったのですが、この3層もキャリアラダーだと感じます。なので、先ほどから保健師の人材育成のガイドライン等にこういった研修対応も載せていくといいのではないかという御意見もあったので、ここはぜひ都道府県に持ち帰っていただいて、しっかりと載せて、市町でも人材育成に役立てていけるとよいと考えます。

もう一つは、保健師だけではなく、社会福祉士や一般の行政職の方でも福祉の分野に関わる人のキャリアラダーというか、職員の養成の構図になっていくというところでのカリキュラムの受講になっていくといいと思いました。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

高山構成員、お願いします。

○高山構成員 ありがとうございます。

小規模の市町村であるので、このように22時間と短縮されたものになったことに関しては、本当に感謝しております。

その中でも、やはり精神保健福祉の基本となる項目が入っているところは、誰もが受講すべき内容になっていると思っています。3層の表のところにもありますように、中間となる人の人材をできるだけ多く得ることによって、精神保健の支援関係者の基盤づくりになるものにつながっていくと思っています。

それから、この研修をすることによって、新たに検証しながら、また中身を考えていく必要もあると思っています。ここにもあったように、今の現場の保健師が精神保健の中で、家族支援とか、ピアサポートをする人材とか、地域にいる支援関係者をどれだけ知っているのかといったところにも、やはり保健師に気づいてほしい、ほかの社会福祉士の人たちにも地域にどんな人がいるのか、地域がどんな声を出しているのかということを知ることがあるということは、素晴らしいことだと思っています。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

岩上構成員、お願いします。

○岩上構成員 岩上です。

私も皆さんと同様で、このカリキュラム案には賛成です。時間数等も御配慮いただいているということと、内容についても非常にまとめられていると思います。

従来から、私は保健師だけに受けさせるのはいかなものかということがあるのですが、省令改正等をしませんと、精神保健福祉士等が受けることもないので、ただ、この内容であれば、いずれ省令改正までいかないにしても、保健師以外の皆さん、あるいは精神保健福祉士の人にも一緒に受けていただくというような仕掛けをしていただきたいと思います。

次に実施主体として今後を考えていくときには、やはり都道府県にしっかりやっていただく。これができなかつたら、精神保健福祉センターがある意味があまりないので、基本的には対面でやっていただきたいと思います。これが主催できなかつたら、精神保健福祉センターは必要ないということになってしまいますから、やっていただきたいと思います。

これは絶好のチャンスなのです。市町村の皆さんに我が県が考えている精神保健体制をしっかりつくっていくことについて、協働してやりましょうという、この絶好のチャンスを逃したらもったいないですから、これは対面でしっかり都道府県にやっていただきたいと思います。そのための指導者研修を国で行うということ、厚生労働省にいろいろ考えて進めていただいていることを市町村の現場で反映していただく。そういう意味では、研修というのは、本当にとってもいい機会になりますので、研修をやりながら、都道府県や市町村の人材育成をしながら仕組みをつくっていくことをぜひお願いしたいと思います。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかはいかがですか。

岡部構成員からは、3ページ目の件については、提案内容に賛成ですというチャットをいただいています。ありがとうございます。

全体を通じて、ほかにももしございましたら、お願いいたします。よろしいですか。岡部構成員、お願いいたします。

○岡部構成員 すみません、一言だけでやめたいと思います。

岩上構成員の意見や岡本構成員の意見には、もちろん賛成なのですが、相談支援の研修等を行っている中で、都道府県格差をなくすといった観点から、例えば科目名の1番から5番までは標準的なオンデマンドの動画視聴ができるような体制を組むとか、6番目以降は各自治体において内容を考えると、最後の演習部分と9番目以降については、様々な機関の協力を得てやるか、想定されているとは思いますが、そういった自治体のレベル差が出ないような取組も考え方の一つにあってもいいと思いました。

以上です。

○藤井座長 ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。

それでは、大体予定の時間となりましたので、本日の議論はここまでにしたいと思います。

すけれども、本当に活発な御意見、御議論をいただきまして、ありがとうございます。課題だけではなくて、根底的にどうするかという視点も踏まえて御意見をいただきまして、非常に有意義な議論をいただいたと思います。

今回いただいた御意見を踏まえまして、事務局にはまとめに向けての論点整理をしていただきたいと思います。

研究班では、資料2の13枚目にある体制のイメージ図について、支援までのプロセスに関する記載なども含めて、新たな体制図の追加等も併せて検討して行って、第3回にはそれらを事務局から御提示いただきたいと思います。

最後に事務局から連絡事項がございましたら、お願いします。

○関根専門官 次回開催までの資料準備につきましては、了解いたしました。

次の第3回につきましては、8月上旬の開催を予定しております。場所等の詳細につきましては、構成員の皆様に改めて御案内させていただきます。

本日は、どうもありがとうございました。

○藤井座長 本日は、ありがとうございました。

今回は8月となりますが、よろしく願いいたします。

お疲れさまでございました。