

別添（審議経過）

（司会）

本日は、大変お忙しい中、御出席いただきましてありがとうございます。

ただいまから、千葉県地域精神保健福祉審議会を開催させていただきます。

本日の会議は、千葉県情報公開条例第27条の3の規定により公開により開催させていただいておりますが、傍聴希望者はございません。

それでは、まず最初に、開催に当たりまして戸谷健康福祉部長よりごあいさつを申し上げます

（戸谷健康福祉部長あいさつ）

皆様、こんにちは。ただいま御紹介いただきました健康福祉部長の戸谷でございます。昨日、おかげさまで、国体が終わりました。参加された選手にがんばっていただいて、総合優勝の天皇杯、女子の皇后杯がいただけるという快挙を達成することができました。10月23日から25日には障害者の大会がございます。精神に障害のある皆さんにも参加いただけるので、楽しみにしております。皆様方からもエールを送ってみたいと思います。

本当に、皆様には、御多忙の中、当審議会に御出席いただきありがとうございます。委員の皆様には、日頃から本県の精神保健福祉行政の推進につきまして特段の御理解と御協力を賜り感謝申し上げます。

さて、現在、障害者施策は皆様御案内のとおり、内閣総理大臣を本部長とする「障がい者制度改革推進本部」のもと、障害者制度全般の集中的な改革に向けて、当事者の方々も参画した検討が行われ、本年6月に、第1次意見として「障害者制度改革の推進のための基本的な方向」が提言されました。この中では、社会的入院を解消するため退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について言及されており、政府はこの提言を最大限尊重することとしています。

本県におきましては、障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくりを目指し、全国に先駆けた「第四次千葉県障害者計画」がスタートして1年半が経過しました。この計画では、入院している精神障害のある人の地域生活への移行を政策的な重要課題として位置付け、退院促進や地域での生活を支える精神科救急医療の充実などに取り組んでまいりたいと思っています。

この他に、本年度千葉県自殺対策推進計画を策定いたしました。これに関しては、皆さんご存知のとおり、うつのお患者さん、心の病気ということで大変な思いをされている方がいらっしやって、この方々に対して可能な限り声をかけ

ること、気づきが必要だということで、知事が心のキャッチボールということ
を色々な所で支援につながるようにアピールをしております。

全国で3万人の方が自殺されておりますが、千葉県では1500人の方が亡
くなられている。死というものを自ら選ばれるということは大変大きな問題で
す。そういう事に関して、私ども様々な分野の行政機関や民間団体等がそれぞ
れの役割を担い、連携して自殺対策に取り組んで行かなくてはならないとい
うことでがんばっているところでございます。関係機関には引き続き御協力をお
願いいたします。

また、認知症患者への対応についても、大きな課題です。健康福祉部では保
健医療福祉の中で、皆で関わっていこうということで、千葉県認知症対策推進
協議会を設置し、医療と介護・福祉の連携による支援体制の構築に向けた方策
の検討を行っているところです。この施策についても、皆様の御理解と御協力
を得たいと思います。

本日の議題は、来年度から始まる「次期千葉県保健医療計画」について、も
う一つは「精神障害者地域移行支援事業」について、委員の皆様にご意見をいた
ただければと思っております。計画の策定に向け、また、事業の円滑な実施に向け、
忌憚のない御意見をいただければと存じます。

終わりに、精神保健福祉の一層の向上に引き続き皆様の御指導、御協力を賜り
とうございますので、どうぞよろしく願いいたします。

(司会)

続きまして、委員に交代がありましたので、皆様に御紹介いたします。

本年3月まで委員に就任されておりました川島委員が退任されまして、後任
として千葉県精神保健福祉センター長の岡田委員が就任されましたので、御紹
介いたします。

(岡田委員)

お世話になります。よろしく願いいたします。

(司会)

続きまして、健康福祉部の幹部職員を紹介させていただきます。

※以下、司会による紹介。

戸谷健康福祉部長、乗越障害福祉課長、目黒副参事(兼)障害者計画推進室
長、森竹副課長、相澤施設福祉推進室長

私は、本日進行を努めさせていただきます、精神保健福祉推進室長の吉田で
ございます。どうぞよろしく願いいたします。

ここで、大変恐縮でございますが、戸谷部長には、公務のためここで退席さ

させていただきますことをお許し願いたいと存じます。

～戸谷部長退席～

議事に入る前に、定足数を御報告申し上げます。本日は、委員19名のうち現在のところ13名の出席をいただいておりますので、千葉県地方精神保健福祉審議会規程第6条第2項に規定する会議の開催要件であります委員の過半数以上の出席を満たしており、会議が成立していることを御報告申し上げます。

続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。

※ 資料配布一覧で確認

それでは、ただいまから議事に移りたいと存じます。

議事進行につきましては、千葉県地方精神保健福祉審議会規程第6条第1項の規定によりまして、会長が会議の議長となるとされておりますので、伊豫会長にお願いしたいと存じます。

伊豫会長よろしく申し上げます。

(伊豫会長)

それでは、議長を務めさせていただきますので、皆様の御協力をよろしくお願いいたします。

はじめに、議事録署名人につきまして千葉県地方精神保健福祉審議会規程第10条第2項の規定により、出席した委員の中から2名を指名することとされておりますので、岩崎委員と岡田委員を指名させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入ります。はじめに議題(1)の次期千葉県保健医療計画における精神医療・精神保健対策について議題といたします。事務局から、説明を御願いたします。

(障害福祉課)

※ 資料1及び資料2を説明。

資料とは別に、千葉県保健医療計画について委員の皆様事前に意見を照会させていただいていた訳ですけれども、千葉県精神神経科診療所協会から具体的な御意見をいただきました。その内容は、今後検討していく上で、精神保健に関する統計を把握していただきたいということです。たとえば、不登校、自殺者、精神科救急、医療機関の数、指定医の数、自立支援医療受給者の数、生活保護の中の患者の数などを広く統計的に整理していただけないかということでしたので、今後、整理してまいりたいと思います。

(伊豫会長)

ありがとうございました。事務局の説明に対し、質問・意見はございますか。

私の方から一つ触れさせていただきたいのですが、早期の相談及び精神科受診による重症化、遷延化、問題の複雑化の防止というのが資料2の課題のところにあります。

具体的なものとして、今私達の病院では、発達障害の方から診断のための心理検査を受けたいという申出が非常に多くて、2か月3か月待ちの検査体制となっているため、他の検査ができない状況になってしまっています。

そういう意味で、皆様のところでは他に特定の疾患に係る問題はありますでしょうか。

県の方では、その辺のところのお考えはあるのでしょうか。次のページの精神医療対策の推進のところに児童思春期に対する専門的医療が触れられていますが、この中には発達障害も含んでいるのでしょうか。

(障害福祉課)

統計的にきちんと把握できていませんが、現場の方からは大人の発達障害の方に関する相談だとか、発達障害の方からの近隣とうまくいかないだとかの相談などが増えてきているという報告が入っております。具体的にどのように出来るかというのが問題ですが、一方、医療がどこまで出来るのかという問題もあり、現場で苦労して取り組んでいるところです。

(伊豫会長)

ありがとうございました。医療をどうするかというのが次の問題としてありますが、その前段階で診断をどうすればいいのかということ、診断の中で検査をしていただきたいとか、又は具体的な支援活動を含めた相談ですよね、それがかなり増えている。

(黒木委員)

発達障害に関して、私のところでは職場のプログラムをデイケアでやっていますが、表向きはうつ病などの診断名を含んでいますが、長く見ていると広汎性の発達障害でアスペルガーなどの大人の事例が結構入っています。そういう人達をただ職場に返しても、また休んでしまう。本人の能力的問題だとか、うつ病とは違う適応できないような状況があるので、そのことについても、ただ職場に返すだけではなくて、何か訓練するようないところがないと今後うまく行かないという感じがありますので、多分このような事例が増えるのではないかという気がします。

(伊豫会長)

ありがとうございました。今後、相談支援体制機能の強化は、専門職員の研修等で少し考慮していただければと思います。

(寺田委員)

相談支援体制等の福祉サービス等に関しましては精神障害分野も自立支援法に統合されまして、こういう状況の中で、保健医療計画をみた時に、いま議論になっている相談支援体制機能の強化という点で、資料の中ほどに、相談支援関係機関の役割分担と連携強化というところで、より生活に身近な相談支援は市町村で、広域的あるいは専門性の高い相談支援は県が中心となってということですが、自立支援法では相談支援の実施機関は市町村であると明確な位置付けがしてある。それで、県の自立支援協議会が母体であります相談支援専門部会、今開催しておりますけれど、専門性の高い、あるいは広域的な事柄に関して、県が中心となるという位置付けはしておりません。従いまして、市町村における相談体制を如何に強化していくのか、これが重要なことだと思います。ところが、54市町村のうち3市を除いて全て民間に委託をして相談支援を行っているという実態がございます。なぜ、民間に委託しているかというと、土曜や日曜の市町村が閉庁している時間、あるいは夜間帯、そのような時間帯に民間だったらやってもらえると、あるいは人件費抑制の中で、委託という形であれば予算が取りやすいとか、様々な行政上の問題のしわ寄せを民間に委ねた形で相談支援体制が組まれている実態が、専門部会の議論の中で浮かび上がってきています。相談支援体制は自立支援法の中で根幹をなすものがありますが、その実態が幼い状況にある、ということで、如何に市町村の相談体制を強化していくのか、あるいは、そのことに対してどう県が具体的な支援を含めてバックアップできるのか、このようなことが非常に大事な事だと思います。広域的なあるいは専門性の高い相談支援や、たとえば県内では市川市で行われているような基幹型の相談支援、あるいは総合的な相談支援を構築していくことによって、今後解決の方向を探っていくべきだと思います。

(伊豫会長)

ありがとうございました。県の方から何かございますか。この方向性のところに、市町村で専門職員の配置や活用への積極的な取組みの促進というのがありますから、包括的広域的な部分は県ということなんですけれども、現実的には市町村で対応することになってしまう。

私の方から、今の話で教えていただきたいのですが、実際にこの資料に書いてある形での相談機能がいいのか、悪いのか。その辺をご存知であれば。

(寺田委員)

先ほど申し上げたような問題は、自立支援法では基本的に相談支援は市町村になっているんですね。従いまして、民間に委託されていて、自立支援法では

相談支援業務というのは指定相談支援事業所が相談を受けるということになっておりますけれども、自立支援法の上では市町村の一般相談の委託を受けた場合でも、常勤職員1人で対応しなさいということになっています。アウトリーチが出来る状態ではないし、24時間だとか、夜間充実だとか、とても制度上ではそんなことが行われる状態ではない。精神の場合も地域活動支援センターI型という事業と併せてなんとか職員体制を維持している状態です。以前は、私たちは、地域での相談は統合失調症モデルで対応していればよかったんですが、ところが今は、発達障害も自殺関連もパーソナリティ障害など様々な対応しなければならないという状況の中で、自立支援法の相談支援体制になっている。相談支援体制の強化どころか、極めて脆弱化している状況があり、それを民間委託で実施せざるを得ないという状況になってきている。ですから、単に市町村が実施主体というだけで、実際は委託で行われているということが実態な訳で、この強化のために県としては何ができるのか考えて積極的に取り組んでいく必要があると思います。

(乗越障害福祉課長)

相談支援の体制につきましては、寺田委員が相談支援専門部会にいらっしゃいますので、御意見のとおりでございまして、市町村における相談支援体制の充実強化ということについて、どの様に始めていくかということ、県の自立支援協議会の中でしっかり議論していきたいと考えております。また、発達障害の関係につきましては、千葉市と東葛地域ということで2ヶ所やっているところですが、そちらの相談の状況につきましては、相談が増えてきて1～2か月待ちという状況にあると聞いております。そのような状況でありますので、県の発達障害者支援センターの受け入れの強化も重要ですが、やはり市町村の相談支援体制と、県だけで相談を受けるのではなく、市町村の方でも専門性を高めていくという意味での支援を発達障害者支援センターの方でも研修制度を検討していると聞いております。このような取組みをしながら県のセンターだけではなく、市町村の方でもできるだけ体制作りを進める必要があると考えています。

(伊豫会長)

相談数が増えて、内容も多様化して対応が大変になって来ていますが、よろしくをお願いします。

(志津委員)

3点伺います。資料2の精神医療・精神保健対策 現状と課題及び施策の方向性（叩き台）となっておりますが、叩き台でなくなるのは、時期としてはいつ

ごろになるのでしょうか。

(障害福祉課)

資料3の参考資料の8ページをお開きいただければと思います。保健医療計画の策定につきましては、健康福祉政策課が中心となってスケジュール管理をしているところですが、現在のところ、こちらに示したとおりのスケジュール案になっております。

(志津委員)

現状と課題及び施策の方向性で、現状ではかなりの数字が入っていますが、叩き台がはずれた時に、施策の方向性のところはかなり目標数値は入ってくる予定はあるのでしょうか。

(障害福祉課)

今日、御意見をいただいた上で、基本的には文章化していくという作業になるかと思いますが、数値目標を具体的に出来るものと出来ないものがあるかと思えます。その中でどのように数値目標が設定できるのかということになると思えます。

(志津委員)

個別の問題で質問したいと思いますが、自殺対策推進ということで、自殺防止対策事業で地域自殺対策緊急強化基金事業というのがあります。3年間で国が100億円出してますので、たぶん県には3億2千万円が3年間で入っていると思えます。県では1500人ぐらい自殺で亡くなる人がいるということですが、費用対効果は出されているのでしょうか。数値目標は立てているのか、実際はどうでしょうか。

(健康づくり支援課)

委員がおっしゃるように、千葉県には3年間で3億2千万円の金額が国から下りて来ています。自殺対策計画の中では、数値目標といたしまして、7年間の目標ですけれども自殺の死亡率を22%から17.6%という、平成9年から10年に急増した時期以前の自殺死亡率に戻していこうという数値目標がございます。そういった中で、3年間の基金事業が下りてきている訳ですので、3年間での死亡率なり自殺者の削減目標というのは特段立ててはいませんが、7年間の目標値の中でそこに達するために、この基金事業を活用しながら自殺死亡率を削減していきたいと考えています。また、先生のおっしゃったように費用対効果ですが、3億という大きなお金が下りて来ております。一つ一つの事業をあげると、普及啓発事業から相談支援事業、色んな事業を行っておりますが、例えば今まで各保健所ごとにオフィシャルな関係は全保健所にはありま

せんでしたが、全保健所でこの基金を活用しながら地域ごとの問題を話し合っ
ていながら地区連絡会を作っていて、全保健所で出来上がりました。ある
いは、細かい話になりますが、たとえば54市町村の自殺対策担当者すら今ま
で決まっていませんでしたが、この基金事業を活用する中で部署が明確化され
て各市町村の事業目標あるいは事業化が促進されたというような、個々の事業
である程度の達成感は出ております。そういうものを県の方でも毎年確認しな
がら進めてまいりたいと思っております。

(志津委員)

あと1年、来年度1億円がありますけど、どのような基準でこういうことを
やっていくと決めているのか。どなたが決めて、これに対してどう評価するの
かお教えいただきたい。

(健康づくり支援課)

来年度、最後の1年間ある訳ですけれども、基本的には市町村、民間団体、
もちろん県も基金を使える訳ですけれども、県、市町村、民間団体の要望をお
聞きしてお出ししているという形で、基本的に、基金の事業の条件に合致する
ものであればお受けしています。今まで2年間でしたけれども、3億のうち最
後の1億を残すことができたぐらいの話でしたけれども、段々少なくなって
きますので、オーバーフローする場合が出てくれば、条件に合致するかどうか
効果がどうかというのを見ていく必要があると思っております。

今まで見ていなかった訳ではありませんで、ある程度ヒアリング等の中では
お話しているんですけれども、先生のおっしゃるような、はっきりした形で、
こういうのは絶対だめだとか、これは是非やって欲しいとか、条件とか基準と
いう形でのタイトなものというのは特に作っておりません。自殺計画の中の大
きな趣旨にあったものとか、国の方の基金の補助要件にあったものというのを
出来るだけ受け入れる形でやっております。

(黒木委員)

基本的な事ですが、(年間自殺者)1500人の分析はされているんでしょ
うか。

(伊豫会長)

死因とか、背景という意味ですか。

(黒木委員)

それに職種も含めてです。

(健康づくり支援課)

千葉県と全国で特に大きな健康の差がある訳ではないのですが、基本的によ

く言われることですがけれども、中高年の働き盛りの男性の自殺者が多いということが一つ挙げられると思います。職種としても一番多いのが、全国でも同じですが、無職の方が多く、精神疾患で無職になられたのか、あるいは自ら無職になったのか色々あると思いますが、職种的には全国同じ様に無職の方の自殺者が多いと言われております。

(伊豫会長)

医療機関にかかっていたかどうかというのは分かりますか。通院していたとか。

(健康づくり支援課)

5割ぐらいの方が精神科にかかっていなかったというデータもあります。ですから、ほぼ半々で受診していた方と受診していなかった方が自殺されているということです。

(黒木委員)

自殺の件ですけれども、最初のところの精神医療・精神保健対策のところ、自殺の防止を図るために、相談窓口を充実しますと書いてありますが、その窓口は自殺を考えている人のための相談窓口という趣旨なんですか。よく私も研究した訳ではないですが、多分自殺を考えている方というのは、非常に社会的に孤立されている方なので、自分から家族・社会との繋がりがなかなか持てないという方が大半なのかな、と思うんですね。そういう方に対して何とか自殺を思い留まらせようとするときに、相談窓口があるのももちろんいいと思いますが、それがトップにくるのかなというのがちょっと解らなかったのと、それと、うつということがかなり強調されているような文言がありますが、先ほどの質問のように、亡くなられた方の少し細かなデータを取られて、医療機関に本当に受診されていたのか、無いのか、何かハイリスクと言ったときに、そういった疾患データがなくて生活状況とかそういったところの問題が大変大きいというところが出てくるんじゃないかなと思うので、その辺から対策を考えないと、なかなか自殺者の減少ということには繋がらないのではないかと、自殺防止対策事業の今後についてそんな感じがしています。

(岩崎委員)

地域移行の支援は、長期入院者を中心に捕らえていると思うのですが、地域移行支援となりますと福祉とか就労支援が中心になってくると思います。その一方で実は地域で生活する精神障害を持つ人は、危機介入（クライシスイターベーション）が重要だと思います。今は多分退院支援の視点からどのように対応できるのかというところで考えていらっしゃるのかなとも思っていますが、

家族のサポートが低下してきているこの状況の中で、また、退院された方もそう簡単に医療に結びつかないことがありうるかもしれないときに、危機介入をどのように考えていらっしゃるかというところを少しお聞かせいただきたい。

(障害福祉課)

危機介入に関する御質問ですが、現時点では、危機介入については保健所で対応することが多くなっております。そういった場合は、保健所の例えば定例相談とか、相談員が入りながら、場合によっては市町村の保健センターの方と一緒に同行しながら、介入するケースもあります。ただ、危機介入に関してのシステム化ということは、現時点では千葉県では実施しておりません。今後の検討課題だと思っております。地域移行に関する御質問ですが、退院後のケアという意味では、今15圏域中8圏域でまだ未実施の圏域がございます。年度内に1圏域を増やしまして、来年度は複数圏域を指定する方向でおります。退院に関しまして、先月地域移行に関する連絡会議を千葉県で初めて行いました。そこに出席された地域移行推進員の方から、今後研修を受けながら、より退院が促進されるような形にするにはどうしたらいいのかというお話がありました。今後、議論しながら退院に関する臨床的な配慮を含めて検討していきたいと思っております。連絡会議で今後も継続して議論していきたいと思っております。

(寺尾委員)

色々なところに相談の窓口があるのはいいことだと思いますが、ただ、窓口だけで解決する訳ではなく、市の担当課や保健所へ振り分けをするわけですね。

それである程度解決するところはいいんですが、大体制度が出来ているものについては解決する。家族会のところにたまに電話がかかって来ますが、どこに行っても解決しませんと。例えば、うちの子供は病院に行こうとしても、どうしても行かない。どうしたらいいんでしょう。相談の中に知識や制度の仕組みを知らないの、そこに行ったら解決するという種類と、どうしてもどうしたらいいか仕組みが見つからなくて困っているという2つがあると思うんですね。千葉県づくり条例についてはある程度中身ができて、これを解決するにはどうしたらいいかというのが分かっている。制度のものは大体持っていけば行政は対応してくれますから、解決すると思えますけど、医療について医師に行けば解決する、あるいは薬を飲んで解決するというのと、しかし、本人がどうしても行かないと言っている、保健所に行ったら、病院に連れて行きなさいと、連れて行けるぐらいなら簡単だけど、行かないから困って相談している、どうしたらいいかと、こういう話です。それで、相談を受けて解決したかしないか、解決しない問題はメモをとっておいて、こういう席で出して、県としてどう取

り組むべきかという、そういう体制が理想をいえば必要だと思う。解決しない問題は、たらい回しになって、家族会の集まりでは、もうだめですよと、諦めている。

そのような問題の解決に仕方について、配慮とか検討とかいただきたいと思っています。

(伊豫会長)

ひきこもってしまって、その患者さんが幻覚・妄想気味で、受診を拒否するという様な時にどうするか。我々も、往診とか訪問とか、こちらから出て行って対応するといったものが、今の精神医療ではほとんど無くなっているという現状があります。

(浅野委員)

寺尾委員のおっしゃる通りだと思います。家族をなくされた方が精神科救急の中に多く来られているというのが、私の印象です。このような方は、なかなか退院が出来ない。家族がいらっしゃれば、そうでもないのですが、在宅で支援を受けられない中で、行き詰った患者さんが救急の窓口にもた来られるという現状があります。1人になった方への退院後の支援が、非常に脆弱であるということ、最近痛感しています。まず、住居の問題があります。また、訪問支援についても、日本では医療的なサービスとして十分出来ていない、法律の壁があるのか私も整理して申し上げられないのですが、いずれにしても、もっと具体的なことでこの会議を進められたら良いと思います。具体的ではないという意味ではないのですが、先ほどの自殺問題も係ってきますけれども、患者さんが、死ぬか生きるかということになったときに、電話に出るだけでも、大分効果があります。ただ、相談窓口はいくらあっても、解決できることより、解決できないことの方がやや段々膨らんでいる感じがします。そのところの対策を考える必要があると思います。

(伊豫会長)

資料の施策の方向性の2ページの、地域での生活を支える医療体制・機能の充実に向けて政策、ここら辺の必要に応じたアウトリーチとか、そういった形のもとで今問題をどうしていくかということだと思っております。

(松永委員)

今、案を見せていただいて、地域に出した後のことはいくつか触れてあるんですけど、実際のグループホームの地域の居場所というのが、千葉県下で複数あってやっているところと、15の圏域で8圏域で年に1回1つぐらいのそのスピードで、実際の地域移行で退院していた人が再入院しないようなあるいは

より豊かな地域生活ができるようなことができるのかなと思います。もう少し、県の方から、あの辺が少ないから、やりそうと思えるところに何か指導をしていただけないんですかということと、地域移行をやるためにグループホームや在所ということで、特に予算とかも考えていらっしゃるんですかということをお願いしたい。

(伊豫会長)

参考資料の9ページにグループホームの定員数などについて、平成20年度の調査時のものを入れておいた方がいいかと思います。

(松永委員)

また、参考資料の9ページに、精神障害者退院促進支援事業の実施圏域が目標16のところ現時点では8であるというのは分かるんですが、精神障害者ホームヘルパー養成数が目標700人のところ1,463人とか、グループホーム等の定員数が目標410人のところ現時点では900人となっている、これは目標よりはるかに超えているということでしょうか、これがよく分からない。

(伊豫会長)

グループホーム等の設置について地域差が大きいのではないかと、その大きい、特に無いところに対して県の方から少し指導していただくことが可能なのかどうか、それから9ページの数字の見方について、事務局からご説明いただければと思います。

(障害福祉課)

9ページの精神障害者ホームヘルパー養成数の22年度の目標数の700人は、各年度の養成者の積み上げ数ですが、22年3月時点までで1,463人が養成を終えています。

(伊豫会長)

グループホームの定員数は900人ということで、よろしいのでしょうか。

(障害福祉課)

はい。精神障害者の受け入れ可のグループホーム等の定員数です。

(伊豫会長)

20年度に立てた目標は達成ということになるのでしょうか。ただし、地域差がかなりあるということでもよろしいのでしょうか。

(寺田委員)

グループホームの900というのは、前は精神障害者のグループホームとはっきり分かっていたのですが、自立支援法が出来てその区別を付けない統計になってしまっているんですね。ですから、他の障害も丸め込んでいる。

(伊豫会長)

これは、精神障害者が利用できるということによろしいでしょうか。

(乗越障害福祉課長)

定員につきましては、精神障害の方も利用できるということで、届けが出ているものを集計したということです。一緒に知的障害者の方も利用できるという場合でもカウントされています。地域の資源について手厚く指導ができないかというところがございますが、寺田委員のお話にもありましたが、地域の中にこういった課題があって、こういった資源が必要なのか、ということについては、正に市町村の地域自立支援協議会の中で、課題を抽出して、その中でこういったものが足りないのかといったことを御議論していただくというのが、今、自立支援法の中で求められていることだと考えています。そういった意味で、この自立支援協議会をいかに回していくかということでの取組みを県の自立支援協議会の中でも議論しているところがございます。県の自立支援協議会でも地域の自立支援協議会との意見交換を現在進めているところで、地域の状況の把握ですとか、地域での課題を確認しているところです。

資源が足りないところに対して、支援がされているかというところがございますが、たとえば、グループホームにつきましては、建設費の50%とか、運営費の補助を行っているというところがございます。そういったものを活用していただいて地域資源を増やして行きたいと考えているところです。

(寺田委員)

相談支援について、一言付け加えさせていただきます。先ほど寺尾委員からも様々な具体展開するご指摘がありました。基本的に地域生活を創造していく体制をどうゆう部分で支えるのか。先ほどの危機介入でいえば、病人が日に日に悪化してきた、あるいはごみの山ができて、受診はしているんだけど飲まない薬が山になっているなど、こういったところでどういう体制が動き出すのか、どこで支援のスイッチが入るのかということが極めて重要なことなんだらうなと思います。

その時に、支援事業所なりヘルパー事業所なりが、日常的に訪問してその生活の状況を見ていると、この体制が非常に大事なんだらうと、その中で、病状の変化なども発見できるというふうに思っています。それを制度的に担保しているのが自立支援法のサービス利用計画作成費の個別給付、いわゆるケアマネジメントで、その支給を決定するのが市町村なんですね。そして相談支援事業所の数よりも支給決定した件数のほうがはるかに少ないです。ということは、極めてケアマネジメントに乗っている相談件数が少ないという状況があるんで

すね。是非、県の立場として今後市町村に対して継続的なケアマネジメントを
行っていくということ、極力バックアップしていただくというか、指導して
いただくという、そういう点が必要だと思えます。

(伊豫会長)

ケアマネジメントとかケースマネジメントと言いますか、様々な社会資源を
使っていくということ、そういったものをコーディネートしてくれる人、
マネージャーが必要だと思えます。

では、かなり色々御意見、御質問が出ました。本日の意見を反映させてい
ただいて、千葉県保健医療計画における精神医療・精神保健対策を検討いた
だきたいと思えます。

次に、議題(2)の精神障害者地域移行支援事業についてを議題とします。
事務局から説明をお願いします。

(障害福祉課)

資料5に基づき説明。

(伊豫会長)

ありがとうございました。この資料の8又は9ですが、8のところだと対象
者数は98人ですね、また引き続き支援を継続している者の数が65人、9の
ところだと対象者が154人、退院者が74人、80人の方がまだというこ
とであるということですが、どういったことが問題でなかなか進まない
原因ですか、いくつかあると思うのですが。

(障害福祉課)

原因は1つだけというわけにはいかないと思えますが、最近の傾向としまし
ては、病院から相談は上がっては来るんですが、上がってきた段階で、対象者
を受け入れるアセスメントをどうしたらいいのかということで、悩んでいらっ
しゃる方が多い印象を受けます。先日、地域移行支援事業連絡会議を初めて実
施しましたが、その中でも、上がってきた対象者をどうしたらいいのか悩んで
いる方が多いということをお伺いしております。例えば、先ほど話のあった発達障
害とかが上がってくるんですけど、そういった方を対象として、うまく臨床的
な部分で、ノウハウが分からないというご意見がありまして、地域移行推進員
の方の臨床的なスキルアップが必要なのかなという感じはいたします。

(岩崎委員)

退院できない原因が、当事者の側と受け入れ側と両方あって、その辺の細か
い具体が分かると支援の体系も考えられるんじゃないかというのが自殺対策の
ところから出てきましたけど、地域生活移行支援というのは色々な要素が絡んで

くるので、できるだけ具体的などんな要因が関係してくるかというのを、もう少し細かく見ていかれると随分違ってくるかなと思います。

(伊豫会長)

Discharge Readiness Inventory (DRI、退院準備度評価尺度) というのがあるのですが、そのようなものを使ったりされているんですか。

(障害福祉課)

しておりません。

(伊豫会長)

地域、家族、精神症状の問題とか、地域の受入状況、家族との関係性の問題などについて、かなり項目数が多いのですが、アメリカで病床削減が行われた際にできたものです。やはり、そのような評価尺度を使ってもよいかと思いますが、家族会からどうでしょうか。

(寺尾委員)

家族会ですが、地域移行ということは、病院から地域へということですがけれども、高齢化の家族が抱えていた子供を地域で親から独立しての生活へという、これも地域移行です。何で家族が抱えているかということ、自立能力ないというのか、自立までもいかないのか、医師からそういう意味の診断を、病気の現状ということだけではなく、生活能力はどうかという診断をいただきたい。

病院からの地域移行は、こういうことで色々調べてどういう風にしたらいいか、出来るわけですが、たとえば家族の面倒をみていたお母さんが突然入院して、放り出されて、困っているケースがたまにある。この地域移行というのを家族からの地域移行にどう応用するか、私どもに関心があり、そういう知識の集積としてネットワークみたいなものを持っていますので、どうかよろしくお願いします。

(伊豫会長)

ありがとうございました。入院患者さん達の退院を推進しようとする時に、問題になったのは、一つは精神症状としての重症度、中々幻覚妄想が取れなくて行動がまとまらないというようなタイプと、もう一つは今、寺尾委員から御指摘のあったような生活機能の障害というか、IADL的な事が問題となっているタイプの2つです。医療的な部分と生活的な支援を組み合わせになるのかなと思います。高齢家族の方々から面倒見てもらっている人たちや、自立していない人たちの地域移行を考えて、今後検討していく必要があると思います。その辺のお考えはどうでしょうか。

(障害福祉課)

今まで、当事者への支援が強かったのですが、今後は家族という視点を含めて地域移行支援事業に関して、家族の支援も含めてどうやっていけば良いのか、議論を深めて行きたいと思っています。

(近藤委員)

松戸市で行われている居住サポート事業が、まさに地域から地域への移行を支援しています。高齢化とかいろいろな事情で家族と暮らしていけない方の支援を市町村事業として行っています。多くの地域が障害者のサポート事業としてやっていけば、家族のニーズにも応えられるのかと思います。地域移行に当たっては、保証人の問題や、保証人協会の問題がかなり大きく影響を及ぼしています。たとえば保証人協会を使おうとしても審査が通らず、アパートに入居できない方もおります。どんなことが原因かわかりませんが、そうしたことが解決していけば病院から地域への移行が解決していくと思います。

自立支援法に移行してから、地域格差が大きくなったように思います。市川市は早くから福祉事業に力を入れてきたものですから、マンパワーが豊かだと思のですが、いろいろな事業を行うときに、所謂サービス管理責任者の資格所持者、また相談支援専門員が必要となります。とくに地域には経験者が少ないように思います。ですから地域のサービスが充実するには時間がかかると思います。

たとえば病院にはたくさんの専門家が配置されているわけです。ケアマネジメントなどの相談支援事業は病院から地域に移行していくことが必要です。現在の段階では、そういう意味では、ケアマネジメントが一部の地域でしか機能していない状態です。ケアマネジャーを確保することが大変難しい状況であることを、病院関係者に知っていただきたいと思いますし、もっと関わっていただきたいと思います。地域と医療関係者が連携を密にしないと地域の実情を共有できないのではと思います。

地域移行に関して言えばこの事業が始まってから分かったことは、病院で退院支援が可能な長期入院者は病院の力で退院しているんですね。50年も長期にわたって入院された方が退院できるなどが例です。地域移行支援事業には、実はとても難しい患者さんが回ってきているということです。発達障害のケースとか合併症のケースとか、複雑な要因を抱えているケースが回ってきていて、退院をさせることが難しいということに関係者から聞きました。このように、困難事例の場合は病院だけの支援では退院させられなくて、地域の力が必要なので、病院と地域が助けあっていくことが求められると思います。

(寺田委員)

知的障害の場合に、施設から地域へという動きになるわけですが、それではっきり分かっていることは、先ほど寺尾委員の話にありましたけれど、家族の支援を主な支援としないということなんですね。家族にあまり大きな負担をかけないということ。こういうような支援体制をいかに作るかということが地域移行ということでもとても大事なことだと思う。家族は肉親としてのつながりは非常に大事なことだが、実際の介護というか支援を主に担うことを家族には期待しないということ。家族には絆を大事にしていきたいというのが、1点。それから地域移行をしていく場合、あるいは地域生活支援をしていく場合に、医療者側と地域の支援体制と比較してみますと、精神症状に対する評価が若干異なっていると思います。例えば精神症状だけでみると、かなり重篤な精神症状をもっていても実は地域生活が可能な人がいます。一方では、精神症状としてはそれほどでないけれども、地域では中々難しいという方もいます。たまにやってしまう乱暴行為など。私の施設で担当している人が、傷害事件を起こし、その1週間後にも起こすということがありました。その時に医療機関は、“これは事件になっているから警察をお願いします。これは入院治療の対象じゃありません。”と、警察の方は“これは精神障害ですから病院をお願いします。”ということでした。というようなことで、どちらも中途半端になってしまします。こういうような点について対策をとる必要があると思います。

それから、最後に申し上げたいと思いますが、先ほど国体の話がございました。皆様にお伝えしておくのが、私の今の義務だと思ってお話ししますが、皇族が外房線を利用いたしました。大網と茂原の線路に沿ったところに実はグループホーム等がございます。そこに対して警察官が事前に立ち入りをしました。そして、どこのどんな人がどんな病原でここに入所しているのかと、こういう調査をかけようといいました。これは、実は国体のある他の県でも同じようなことを聞いております。皇族が国体に臨席するときその車列が通る沿道に面した施設とかに入ってくるということはたくさんあるんですね。今回は電車が通るそばに線路のそばにある施設の入所者に対しての調査なんですね。これは千葉県づくり条例や地域移行という観点からこれは是非皆さんに考えていただきたいなあと、そんなふうに思っています。どこから、この調査の命令が出たのかよくお考えいただければと思います。

(伊豫会長)

暴力行為があった時、警察などで措置なり何なりしていただいた方が受け入れ易いと思います。もし医療のまま受け入れてしまうと、その人の行った行為

が精神障害のためのものだったとなり、本人も精神障害者だから許されるのだと考えるようになってしまう可能性があります。また医療的にも問題として暴力があったということを明確に書きづらいので、一旦警察なりに事件は事件として取り扱ってもらってから医療に回ってきていただく方が、実際の医療に繋げ易いところです。

(寺田委員)

会長のおっしゃるように、そういう様な場合に宙ぶらりんになってしまいます。

地域生活支援が成り立たないんですね。相談支援体制の中で、色々な関係機関が一緒になってチームとして対応していくのが地域生活支援な訳ですけども、その中で、何らかのスイッチが、色々な関係機関がぱっと動き出すという基本的な対応が、色々な関係機関がそれぞれの役割に応じて動いていただくというのが、一番大事なことだろうと思いますね。

(伊豫会長)

医療面で、地域生活を送る上で再発の問題というのは非常に大きいと思います。今、携帯電話などで、早期発見、早期介入して、ボヤの段階で抑えて火事にしないというシステムを日本でも導入して一部試行していますが、かなり入院期間が短くなる可能性があります。

毎週電話してチェックリストを使ったものでは、従来通りの医療に比べても入院期間が3分の1近く短縮し、また単に電話しているだけでも半分ぐらいの入院期間になり、非常に効率も上がっています。現在も使用できるものがあるので医療機関としても、そのような方法を患者、家族に提示して行く必要があると思います。

(吉田委員)

私は、当事者です。難しい事は分かりませんが、親は先に死ぬ訳ですから、親がいるうちにそういう暮らしをさせて、経験させてもらえるような支援があったらいいなと思っているので、この場を借りて発言させていただきます。

(伊豫会長)

ありがとうございました。その他いかがでしょうか。ディスカッションの中で、中々結論が出ないのですが、保健医療計画の中に入れていただきたいというのが何点か出てまいりました。

(寺尾委員)

先ほど、発達障害の方の検査ですね、色々検査方法はあるんでしょうけど、統合失調症患者に対する検査というのは、有効なものが有るのか無いのか、家

族会としてもお尋ねしたい点なんです。様子を見ていて、論理性が欠けているとか、認知力が無いとか、いわゆる心神喪失で、お金があったら全部使ってしまうという様な事というのは性格を含めて、何か能力の検査によって分かるようになりませんか。それが親亡き後の生活をどうするかというのに役立つといいと思うんですけど、その辺はいかがなものでしょうか。

(伊豫会長)

まず、例えば統合失調症の患者さんであれば、幻覚妄想の症状が来る前に、一部認知機能が低下してしまっているという報告があり、実際、私たちの調査でも明らかとなっています。ただ、それは個人によって差がありますけれど、やはりその低下が著しいと社会生活が出来なくなる可能性があります。ここ数年、アメリカで認知機能を改善させる薬物療法や社会復帰プログラムを検査と含めて開発しようというプロジェクトが行われています。日本でもそれらに関してかなりやられてきています。

ただ、実際我々自身も、薬を新しく開発していますが、一般臨床で使用するまでには至っていません。それから、画像脳血流検査とか、そういうものを行いますとやはり一部特徴的な脳の血流の変化というものがございます。それを他の検査と実際に出てきた幻覚妄想の症状と組み合わせれば、かなり高い確率で診断は出来るだろうという状況です。その一方で、患者さん自身が幻覚妄想状態の時には、ご説明しても中々御理解いただけないということがあります。ですから、幻覚妄想が治っていく段階で理解を求めていくことと、もう一つは再発させないことだと思えます。再発してしまうと、一度理解していただいても、幻覚妄想の影響を強く受けてしまうので、そういったものを否定することになると思えます。患者さんに十分納得いただくには、症状を軽くして改善というのが絶対条件にならざるを得ないと思っています。

(寺尾委員)

本人は、自分は病気じゃないんだというのをかなりの家族から聞くんですけど、そういう人に対する周囲が、親がなくなった時、こういう人たちを介護できるかどうかというのを、検査などで、理解できる仕組みが必要なんじゃないかという気がするんです。親が一番不安なのは、後に残った一人の生活能力を周りがすぐにわかってくれるだろうかということです。それに対する検査方法があるなら、その検査方法をオープンにしてもらって、この人はこういう状況なんだと、皆がわかることが大事です。

(伊豫会長)

実際に認知機能とか生活能力の評価の方法は尺度としてございますので、そ

のような尺度をわかりやすいものにして、複数の専門家が共通のものとして理解していき、かつケアマネージャー又はケースマネージャーたちが把握して、患者さんに適切な地域環境の整備をコーディネートしていくということが、絶対的に必要だと思います。

寺尾委員がおっしゃっている共通認識できるような、症状なり生活能力の尺度を感じながらやっていく場合もやはり今回も出ていますけれど、ケースマネジメントのようなものを確立することが大事になってくるとは思います

(浅野委員)

今、家族会の寺尾委員のおっしゃられた疑義にここで正確のお答えできる訳ではありませんが、日本の精神医療というのは、家族に非常に依存しているから成り立っていると、私ども医療の現場にいるとつくづく感じます。家族がいなくて本当に困ります。家族がいれば何とか救急医療が成立するのですが、家族がいなくて退院できない。これはやはり家族というものに安直に依存しないもう一つ社会のシステムを作り直さなければ、おそらくは難しいだろうと感じております。

(伊豫会長)

ありがとうございました。その他いかがでしょうか。

その他事務局の方からございますか。

(司会)

その他、意見があればいただきたいと思います。

(伊豫会長)

これまでの議題や別の件についての、御意見、御質問等あればいただければと思います。

無いようですので、本日の議事はこれで終了いたします。

御協力ありがとうございました。それでは、進行を事務局にお返ししたいと思います。

(司会)

伊豫会長、どうもありがとうございました。本日の審議会は以上をもちまして終了させていただきます。

本日は長時間に亘りましてご審議いただきありがとうございました。

本日、審議いただきました保健医療計画の関係でございますが、本日の議論を踏まえて案文をつくりまして、事前に皆様にお示しする予定でございますので、改めてご検討いただきたいと思います。

その際に改めてご意見いただきたいと思います。

次回の審議会でございますが、3月の下旬に千葉県保健医療計画でございますとか、精神保健福祉法に基づく指定病院の指定、これは3年に1度の指定になりますが、これらについてご意見をいただきます。

年度末で御多忙中かとは存じますが、御出席いただきますようお願いいたします。
本日は、どうもありがとうございました。