

長野県地方精神保健福祉審議会議事録（概要）

日 時 平成 21 年 9 月 18 日（金） 午後 1 時 30 分～午後 3 時 50 分
場 所 長野県庁 議会増築棟 402 号会議室
出席委員 8 名 欠席 4 名

あいさつ（桑島衛生部長）

会長選出 委員の互選により天野直二委員を会長に選出

会長代理 天野会長の指名により渡辺啓一委員を会長代理に選出

審議事項

1 説明事項（事前配付資料により説明）

- (1) 長野県の精神障害者の現況等について（健康づくり支援課）
- (2) 平成 21 年度精神保健対策事業について（健康づくり支援課）
- (3) 精神科救急医療体制について（健康づくり支援課）
- (4) 精神科救急情報センターについて（健康づくり支援課）
- (5) 自殺対策等について（健康づくり支援課）
- (6) 平成 20 年度厚生労働省公衆衛生行政事務指導監査結果概要について（健康づくり支援課）
- (7) 平成 20 年度精神科病院実地指導結果について（健康づくり支援課）
- (8) 若者向け心のバリアフリー事業について（健康づくり支援課）
- (9) 精神障害者退院支援事業について（障害者自立支援課）
- (10) 精神保健福祉センター事業について（精神保健福祉センター）
以下当日配布資料により説明
 - ・駒ヶ根病院の改築について（駒ヶ根病院）
 - ・かかりつけ医うつ病対応力向上研修について（健康づくり支援課）
 - ・自閉症・発達障害支援事業の概要について（健康づくり支援課）

2 質疑等

（天野会長）

資料の説明は以上だが、事前に委員から提案された意見について、議論していく。最初に杉田委員から説明いただきたい。

（杉田委員）

地域移行支援について長野県は先駆的な取り組みをしている。一方、退院支援と同じくらい重みのある課題がある。それは地域の中で入院しないで家族が中度重度の患者をケ

アしている。そして、そういう方の両親が高齢化して実際にケアできなくなっている。地域の中でケアが限界にきている。こうした方々の地域生活支援を考えていく場合にどんなことが必要なのか。実際、中度重度、手帳で言えば1級、2級をもったかたを、家族が面倒をみられなくなった場合、現状のグループホームでは大変厳しいと思う。地域の中でケアホームを充実させていく必要がある。それから両親は高齢化しても実際は家があるわけだから、そうした家がある障害者の方々が地域の中で暮らしていくには、日常的な生活支援が必要である。そんな中で訪問看護と合わせてヘルパーさんの訪問介護による支援が欠かせないと思う。ただ、毎日ヘルパーを派遣できる地域は長野県内にはまだ少ない。そうした意味で生活介護のヘルパーの支援の充実を図っていくことが必要。またヘルパーの精神障害者への支援のスキルが不十分である。ヘルパーに話を聞くと、精神障害者というと尻込みをしてしまったり不安を感じている。したがって、精神障害者のヘルパーに就く方の研修の場を県として積極的に開催してもらう必要がある。3点目は、中度の方は通院またデイケアに通っているが、家族がなんとか送迎している事例が多いが、まもなく家族が送れなくなる。そうすると通院、デイケアに通えなくなる。そうすると通院等の交通手段、移動支援をどうするか。自立支援法の中では通院支援はできないことになっており、こうした手だてをどうするか。それから最後に相談支援であるが、2000年の全国で障害者のケアマネジメントを用いて支援した事例は2000件に満たないと言われている。地域の中でケアマネジメントを用いて支援している事例はほとんどないことになる。精神に障害のある方が地域で暮らすためには、ケアマネジメントに基づく支援が非常に必要であると思う。退院までは調整会議をもって進めてきてもその後、だれが責任をもって進めていくのか、障害者の場合途中で途切れてしまう。もちろん市町村の保健師がカバーしている部分もあるが、障害者のケアマネジメントをしっかりと位置づけてケアをしていくことが必要ではないか。当面こうした支援のしくみを作っていくことが大事だと思う。家族の高齢化の中で退院支援と同じ重みで私たちの課題が地域の中で起きているのではないか。

(天野会長)

退院支援の中で帰ったのはいいのだけれど、家族の介護が非常に高齢化している。また通院、デイケアにも送迎できない事態が起き、また病院に戻るということもあるようだが、委員のみなさんいかが。

(樋掛委員)

手取り足取り介護していた場合に、それがなくなると長期入院の患者より生活能力は低くなる。また、患者が一人ではなく複数いるような多問題家族の場合、関係者の調整会議が必要になる。そういう家族に対するケアマネジメントも重要と考える。

(山本委員)

保健センター等の主催するヘルパーの研修に参加したことがあるが、講師の方に障害者への偏見があった。ヘルパー養成講座である以上、精神障害に対する理解を深めてもらいたい。そういうところでは県の指導も必要かなと感じる。

(太田委員)

絆の会でグループホームを5か所運営しているが、職員は50代以上が半数以上。中には60,70代もいる。職員の支援体制がうまくいかず、グループホームで生活していたが結局入院された例があった。会では今年度と来年度でグループホームを整備するよう計画している。ケアホームを充実させたものを考えているが、入居されている方の高齢化はどこでも出てきているので、支援の中でどの程度までみていけるのか、それは精神障害者だけでなく、知的の方も同様、高齢化したらどうするのかという問題はある。その辺を課題にして検討してほしい。

(戸田委員)

家族会の会員も平均年齢60を超えている。家族会の会員として会議に出て来れるのはまだ良い方。出て来れるということは、本人が通所できる、就労目指して働けるということだが、高齢化の問題は心配。親がなくなったらどうするのか。そこで我々とすればお金のかからない後見制度、そういうしくみを社協と連携しながら詰めをしている。

もう一つ、入院をしていない本人がどうしているかということ、ほとんどひきこもりの状態。通所もしない、デイケアにも行かない、家族も仕事ができないで面倒をみる。しかし、ここにヘルパーが入るとまた問題がある。それはヘルパーの資質の問題、本人とコミュニケーションがとれない、また本人ととれているときは、逆に親ととれていない。ヘルパーだけに問題を押し付けるわけではないが、ヘルパーのスキルを上げてもらうことが必要。

次に退院支援で、グループホームの方が定着率がいいが、家庭だと戻っても数か月でまた入院というケースが多い。この辺は家族にも問題があって家族のスキルを上げなくてはならない。

(小泉所長)

退院してからの支援はある程度システム化して、家族を支援する力をもっとつけるとか、障害者支援センターでケアマネジメントができるようになれば、地域移行をきちんとやって居住場所だけでなく日中の生活まで考えて支援していくことができる。しかし、かえって家にいる人のほうがそういう支援がないから外へは病院に行くくらいでひきこもりがちになる。在宅の方への生活支援もシステム化できるよう家族会とも相談して考えていきたい。

(小林課長)

患者は家族の力で支えられている。家族の状況も見据えた支援が必要。これまでどちらかということご本人をどうするかということが優先的になっていた。今後、社会全体が高齢化していく中で、そこまで見据えたサポートがどういうふうに見えるか、またそれが患者の病状にも影響するという意味では、患者を支援している我々にも関係してくるので、その状況について確認していきたい。

(山本課長)

地域に生活する障害者の相談にのるということで、障害者総合支援センターを県下10圏

域に設置して市町村と県で費用を負担しあって相談員を配置し相談にのっている。平成 20 年度、相談の数は、三障害で最も多いのは知的障害で 11,699 人のうち 3,250 人、率でいうと 27.8%、その次が精神障害で 3,024 人、率で 25.8%となっている。その次が身体障害で 11.9%ということで、相談に利用していただいている障害者の方は知的と精神がほぼ同じ。地域における相談ということで活用いただいている。それから延べ件数についても同じような状況で知的障害が 33%、精神障害が 27%、身体障害が 11%ということで、地域で生活している精神障害の方にも利用していただいている数字となっている。もう一つは生活の場としてケアホームが、という話があったがグループホームの整備状況ということでいえば、アバウトな数字だが年間にグループホームの定員が 200 人ずつ増えている状況である。そのうち西駒郷や他の入所施設あるいは病院から退院する人で半分くらいは利用されており地域生活移行ができています。把握できていない部分でも退院する人はいるので、100 人が地域移行の人で、残り 100 人は地域に生活していてグループホームに移っていくことが可能であるとはいえない。グループホームもケアホームも施設の整備状況から利用できない要素はあるが、定員から見れば地域の方が利用できる状況にはある。もう 1 点は、今年の 10 月から始まることだが、グループホームやケアホームは今まで身体障害者の方は対象になっていなかった。これが一定の条件を満たせば 10 月から対象になってくる。また施設整備の補助金としてグループホームやケアホームにエレベータを設置することが認められた。バリアフリー化へのひとつのきっかけとなる。

(杉田委員)

確かに障害者支援センターはあるが、精神のコーディネーターがいっしょに仕事をしていて一人で 2 市 2 郡をカバーしては、とても持ちきれない。一生懸命やっているのはわかるが、一人ひとりのきめの細かい支援、ケアマネジメントに基づく支援はとてもできない状況である。大きな市では、補助があって相談支援員を配置していくしくみがあっていいと思う。もう一つは医療機関のソーシャルワーカーがケアマネジメントして退院後も支援していくことがあってもよいのでは。また、地域からグループホームに入っていくという話があったが、親御さんといっしょに暮らしていて親御さんがホームに入ったり病院に行ってしまう自分でも面倒見切れない、でも家は残っている、そういう状態ではグループホームより家で暮らしたいというのが本人の思いである。そのためにはどういう支援をしていったら家で暮らせるのか、その辺のしくみがあればいい。

(山本課長)

退院支援コーディネーターの手がいっぱいになってきている状況は聞いているが、ケアマネジメントの手法を使ってという点では、今回廃案となった自立支援法の見直しの中で、個別支援計画作成の対象をサービスを受ける全対象者に拡大するという方向で見直しが進められていた。法案が通れば平成 24 年度からそういう方向でということだった。もちろん個別支援計画については、ケアマネジメント手法を取り入れてという方向で進んできていた。それが今回廃案となり先が見えない状態。

(天野会長)

杉田委員の提案の高齢者対策の問題は非常に大きい。

(寺沢課長)

高齢化の話で太田委員から話があったが、知的障害も全く同じ状況にある。地域移行については精神よりも早く進めていてグループホーム等もたくさんできてきているが、反面高齢化ということも課題になってきている。障害が重くなった方が最後までいられないという実態。また施設に戻るのか、特別養護老人ホームに入所するのか検討せざるを得ない。介護度的にいうと寝たきりになっている人が少ないので、介護度が低いということがあったり、知的の障害特性ということも含めて通常の特養に行けるかどうか難しいということで、知的障害者福祉協会でも研究についての状況。

(樋掛委員)

(駒ヶ根病院の)病床縮小ということで、退院支援をして1年以上の方が80数名から30数名に減ったが、残っている方は高齢者や生活能力が低いのでケアを入れた形でないといられない。

(天野会長)

高齢という問題は個々にやっても進まない。知的、精神、認知症一緒に考えていく必要がある。次の提案、戸田委員から願います。

(戸田委員)

障害者年金の更新申請にあたり、仕事をして収入があると更新が認められない事例が出ている。収入があれば年金をもらわなくても生活できるといった理由から非該当になるケースがある。また、精神障害者年金では2級の方が多いが、年収100万くらいのそういう方が一生懸命がんばっても、1年目はよくても次から疲れてしまい集中力が続かなくて休んでしまうことがある。そうした不安定な状況下に非該当となると、生活を維持していくことができなくなる。最近の新聞でも取り上げられているが、社会保険事務所に話してもそんなことはないときっぱり言われてしまうだけ。不安な障害者からは私のところにも相談が寄せられるが、大丈夫だとも何とも言えない不安定な状況にある。これは家族会だけでなく皆様の力で実際のところはどうなんだと、またそういうことがないようにするためにはどうすればよいかということに御配慮いただきたい。

(小林課長)

今年7月17日に社会保険庁から各社会保険事務所あてに出された通知によると障害の程度は原因や症状、治療、病状の経過、具体的な日常生活の状況を総合的に踏まえて決めるというのが大前提になっている。国としては働いているからすぐだめだとはしていないと説明している。また、日常生活の能力の判定は、肉体的精神的な機能、情緒的な部分、社会的な適応性によって判断している。さらに現に仕事に従事している者はその療養状況を考慮し、仕事の種類、内容、期間、就業状況による影響等を参考に決定しているというのが国の説明。ただ、説明が不十分であったことは確かなようで、相手の方に十分な情報提

供をして、支給停止をするならその理由を説明して理解いただくようにしなさいというのが通知の趣旨である。

(寺沢課長)

9月8日付けの信毎にあいつぐ不支給決定という記事が出たので、社会保険事務局へ聞き行ってきた。そうしたら7月に通知も出ているが、基準が変わったわけではないと言っていた。あくまで総合的に判断をするということで、就労をもってだめと言っているわけではないと、また100万円とか雇用保険に入っているとだめだとかいう話はないと明言された。

(樋掛委員)

実際には違う。1年以内に入院歴がある人が止められている。そして何か異議を言おうとすると遡って返せと言わんばかりの態度に出られる。

(寺沢課長)

きちんと説明してほしいという点では、不支給になった場合に「障害の状態が改善した」という言葉しかないらしい。実際に事務局に聞いてもそれ以上細かなものはなかなか書けないのではないかというような言い方をしていた。

(小泉所長)

このことについては、今日欠席の宮尾委員が詳しく調べている。また精神保健福祉協会でも実態調査をしている。

(杉田委員)

ソーシャルワーカーの仲間で、事例を集めている。また、分析して近々出せると思う。最近の1例は不服の申し立てをしている。もう1例は社会保険事務所へ同伴で行ってどうして止まったのか一緒に確認をしてみようと思っている。

(渡辺委員)

杉田委員の言われるまとめたもの、是非我々にもいただきたい。障害者年金の診断書を忙しい仕事の中でつい簡単に書いてしまうということがあると思う。是非保護者の方が主治医のところへ行って正確な情報を伝えることが大事だと思う。

(天野会長)

実態をまとめたものというのは大きな力になると思う。

(山本委員)

年金更新のときに何らかの対処の仕方を考えておくことが大切。行政の方で基準のない中で打ち切られるのは不安定であるし、生活が成り立っていないので、そういう方向でお願いしたい。

(山本課長)

今回の不支給決定であり、受給権そのものは解消されていない。受給権はあるから障害の程度が重くなった場合には再申請ができるということ。不支給決定後1年間はできないが、それ以降は再申請ができるので、不支給決定になってもあきらめないということは

必要である。

(天野会長)

次に精神科救急情報センターについて、戸田委員さん。

(戸田委員)

昨年精神科救急情報センター「りんどう」が開設されたが、使う側からすれば今の状況を先生にうまく伝えられないことが多い。本人、主治医、家族と救急で受けた先生が患者の状況が分かるしくみがあればいい。そこで1冊のノートに本人、家族の状況を記しておく、何かあった時にはそれを参考に状況をつかむ、そんなお薬手帳、カルテプラス生活の機能含んだ手帳をもっていけばよいのかなと思う。こうしたしくみは東京のメンタルヘルズ協会が国の助成を受けて、1冊の手帳の中に、オレンジノートという形で現在試行錯誤して取り組んでいる。これがあれば、急に具合が悪くなったときに言葉で言わなくても用が足りる。ところがこの1冊に個人情報が入っており、その扱いが難しいところがあるが、こうしたノートを活用した救急医療のしくみができないか提案させていただく。

(天野会長)

情報センターの活動として、本人、家族、医者正しい情報を把握することが、まず必要。そして、実際救急対応に出向いたときにこういうもの(手帳)があると医者も判断がしやすい。救急体制の中で正しい情報がつかめるしくみができることは大事なことです。

(小林課長)

りんどうの相談の中で、どこかの病院あるいは何々先生にかかっていることは分かる。しかし、病名やどんな薬を使っているかが分からないということで、開業している先生の緊急連絡先、つまり個人の携帯になるが、情報センターが連絡をとれるルートを教えていただき、患者が急変した時に患者の情報を主治医にお聞きするというしくみを去年から準備し始めて半分くらいの先生から情報がとれる体制ができている。患者の情報が現場に伝わるように努力している。さらに精神科の先生からそういった協力が得られるようにしていきたい。あと提案のオレンジノートはユニークな取り組みである。松本ではお産の共通ノートの取り組みが行われている。糖尿病手帳、血圧手帳もあるので、発想としては考えるべきものと思うが、主治医の先生がどのように考えるか、そういった状況も踏まえて考えていきたい。

(渡辺委員)

実際の診療には助かると思う。

(小泉所長)

それに関してこの2月に県の家族会の方と松本市の浅間で勉強会をしたが、(オレンジノートは)東京都の精神科診療所協会とメンタルケア協議会のモデル事業として実際動いている。

(天野会長)

今後手帳についてプレゼンテーションして、誰がどのような内容で書いていくか検討し

ていく必要がある。

(桑島部長)

どこかモデル的にやっていただけそうなところはないか。いきなり全県的というわけにはいかないと思う。

(天野会長)

次に山本委員の提案。一つひとつお願いします。

(山本委員)

障害割引ということで、手帳への写真貼付が完了したが、長野県として精神障害者への割引制度ができないか。長野電鉄に対しては、沿線の作業所等にアンケートを配布し、運賃割引について直接交渉する準備を進めている。三障害一元化の中で手帳をもっていれば割引の制度の中に含めるべきではないか。

(寺沢課長)

確かに鉄道運賃については、身体と知的しか決まっていない。バスについても各事業者ごとに実施しているのが実態である。事業者がやっているなので個々の事業者に対してというのではなく、国に対して毎年、県からあるいはブロックからの要望事項という形で精神障害者についても同様な制度となるようにということで、全体的なことで要望しているので、なかなか実現しないのが実情である。

(山本委員)

私たちが今やっている長野電鉄さんへの要望が、だんだん広がって行って、ゆくゆくは拡大につながっていくと考えた方がいいということか。

(寺沢課長)

もともとバスは5割引と身体、知的はなっているが、精神の場合は各事業所が判断するというですべてが一律ではない。

(山本委員)

一律でないことは分かっている。県としてもう少し前向きに取り組んでほしいと言いたい。ポプラの会としては長野電鉄さんに交渉していくので、またご協力をお願いしたい。

(小泉所長)

手帳に写真を貼付したのは、他の障害と同じようなサービスを受けられるようにしたわけなのだから、(受けられないでは)意味がないことになってしまう。ただ、都会では最近偽手帳というのが出てきている。それで携帯料金が半額になることを悪用している人もいる。

(天野会長)

次に雇用率促進の件。

(山本委員)

県全体の障害者就業率が1.4%となっている。法定雇用率の1.60%には及んでいない。また、長野労働局に聞いた中では障害別の雇用率は明確ではなく、精神障害者の雇用がど

のくらい進んでいるかも明確ではない。これからの方向性として雇用の計画が図られるよう就労後のサポートの充実、一旦就労した人でも必要な人にはサポートしていただきたい。また、受け入れ企業にも障害に対する理解をしてもらえるような研修を受けてもらうような制度が必要。

(山本課長)

障害者の雇用そのものについては、ハローワークを中心とした労働局で所管している。障害者の就労支援ということで総合支援センターに配置されている障害者就業生活支援センターがあり、そこで相談にのりながら就業にむけての支援をさせていただいている。ここで就業支援ワーカーが県下全体で3名増加した。十分ではないが体制の充実が多少はかかれた状況である。就業支援ワーカーが中心となって三障害の方の就業支援、また就業したら継続できる安全雇用につながるということで相談にのらせてもらいながら支援をさせていただいているという状況である。今リストラにあうような厳しい状況下であるが、就業支援ワーカーに他の制度も活用し、ひとりでも多くの雇用につながるようお願いしている。

(山本委員)

就労後の支援ということもよろしくお願ひしたい。

(小泉所長)

精神障害者の雇用率をあげるといってもオープンにしているか、クローズにしているか決めてきちんと対応しないと、オープンに同意していないのに雇用した人が精神障害者であることが表面化して後で問題になるケースがあった。

(天野会長)

続いて、心の健康問題について。

(山本委員)

企業や学校で行われている健康診断に心の健康も義務化してほしい。大企業ではやっていると思うが、体だけでなくメンタルヘルス、心の健康の健診を行うことで本人、家族、企業も気づくことができる。小学校から年齢を問わず公の健康診断の中で問診の形で項目として入れてほしい。自殺対策緊急強化事業を見て思うことは、当事者の立場からの意見に耳を傾けることで、実効性のある対策を生み出すことができるのではないかと考える。

(小林課長)

健康診断そのものに加えるかどうかは別としてこの問題に周りが気づいて早く対応しなくてはいけない。学校関係は、学校保健安全法で、心の問題を学校として対応するようにしている。

(山本委員)

ただ表面化した人だけが相談に行くというのではなく、自分自身も気づいていない人たちもいると思う。そのひとたちが問診を受けることで気づくことがあると思う。

(小林課長)

労働安全衛生法の中でも職場でのメンタルヘルスへの取り組みについて規定がある。必ずしも問診はないがそうした取り組みはすでに行われている。自殺対策については、小泉先生のところで自死遺族の会の取り組みをしていただいている。われわれも当事者の方から話を伺いたいが、非常に難しい問題である。

(小泉所長)

自殺問題は死亡小票にもとづいた分析も健康づくり支援課で実施していく予定。また、山本委員が心のバリアフリー事業で学校に行かれているが、その中で希望者がいれば病気の形をとらなくてもその前段でも相談できるということが必要。(アットリスクでの相談)

(天野会長)

最後に福祉医療の対象者を手帳2級に拡大することについて、関係課から願います。

(黒井国保・医療福祉係長)

福祉医療制度は市町村が実施主体ということで、県は市町村が給付した額の1/2を補助しているということで、実際市町村では1~3級、入院通院問わず補助しているところもある。平成19年度に市町村長と県の担当部長で構成する検討会を設け、1級から2級に拡大すること、所得制限を1級は特別障害者手当に準拠するように緩和すること、それから入院については現行どおり対象外とすること、実施時期については20年度以降、財政状況等いろんな条件を勘案しながら実施するという報告をいただいた。これを受け県では昨年8月に1級の所得制限を市町村民税非課税世帯者から特別障害者手当準拠に緩和した。2級についてはまだ拡大していないが、精神障害者の現況のところでも説明があったが、今後どのように手帳所持者を見込むかは難しい。これは県だけでなく市町村も同じように見極めていかななくてはならない状況にあり、検討していく必要がある。

(天野会長)

前回の審議会では精神科救急の話題が大きかったが、今回また別の問題が話題となり本当にいろんな視点があるんだなと感じた。問題は山積しておりこの時間だけでは足りないというのが正直なところだが、弁護士の田下さん、弁護士の立場から全体を通じていかが。

(田下委員)

自殺問題が顕在化している。平成19年2月だったが、主人をなくされた奥さんから立て続けに相談を受けた。過払いの問題で、相続放棄をしたいと申し出があった。実際調査をしてみると借金を払いすぎている例であった。

先ほどの障害福祉年金の話では、法律的に言うとどんどん意見を出していただいて、どういうケースで支給停止になっているか、そういう具体的な例を集めた事例の集積が必要になってきている。また、生活保護についても勉強して何か力になれることがあれば協力したい。

(太田委員)

精神保健福祉士という福祉の分野で仕事をさせていただいて、今日はじめてこうした会議に出席させていただいた。時間が足りなくらい問題があって参加できてよかった

し、できれば福祉のことをもっと知っていただければいいと思った。長野県に生活できてよかったといわれるような福祉行政をという点では、この審議会が年1回程度というのではなく、議論する時間が足りないというのであれば、もう少し考えていただければ私とすればやりがいがあるのかなと思う。

(天野会長)

こういう会議の場でなくても意見が言えることが必要だと考える。是非言いたいことは言っていただきたい。まだいろいろあるかと思うが事務局にバトンタッチしたい。

(桑島衛生部長)

おっしゃるとおり時間がたりない。ひとつの話題を取り上げてもこれだけだから、全般を網羅することとなれば何回かやらなければいけないのかなということが分かった。10年前に大分県にいたとき家族会の皆さんと社会復帰施設をずいぶん造らせていただいて、そのとき会長から怒られたのが、患者さんとよく話せということ、役所は家族会の人とは話せても患者さんと直接話さなかったのが、実際に現場に行っていっしょに話したという記憶がある。そういうことを思い出しながら精神障害の方への支援をもっと充実させていきたい、というふうに思った次第である。