

平成 26 年度 熊本市精神保健福祉審議会 議事録【概要版】

I 日 時 : 平成 27 年 2 月 2 日 (月) 午後 2 時～午後 4 時

II 会 場 : 市役所本庁舎 14 階大ホール

III 委員名簿 : 別紙参照

IV 事務局 : 熊本市障がい保健福祉課精神保健福祉室

V 会議次第 :

1. 開 会
2. 挨拶
3. 委員紹介
4. 議 事
 - (1) 精神疾患の現状等について
 - (2) 事業の実施状況等について
 - (3) 新たな取り組み等について
 - (4) その他
5. 閉 会

VI 議 事 :

- (1) 精神疾患の現状等について
※説明資料 (P.1～P.7) に沿って説明
- (2) 事業の実施状況等について
※説明資料 (P.8～P.22) に沿って説明

【松下副会長】

8 ページ「(2) 精神保健福祉相談等について」の「2) 電話相談延件数」の分類の数字が、各区役所によって大きく差がある。この分類の仕方が、各区役所の担当者で異なっている可能性があるのでは、共有する必要があるのではないかと。

【事務局：神永】

相談は明確に分類できない部分もあるため、各区役所で差が出ていると思われる。ある程度のルールがあればもう少し統一したものになると思う。

【松下副会長】

電話相談の分類の数字を見て、今後の相談対応のあり方に反映されることになると思うので、よろしく願いしたい。

【相澤委員】

8 ページの「1 年未満入院者の平均退院率」について、再度説明していただきたい。

【事務局：神永】

これは元々国が示した数値目標である。77.8%というのは、平成 25 年度 630 調査の数字である。平成 24 年 6 月に市内の精神科病院に入院した方が 442 人いて、そのうち平成 24 年 6 月中に退院した方が 112 人 (25.3%)、2 ヶ月後までには 52%の方が退院、と月毎の退院率を出して、最終的に平成 25 年 5 月末までに退院した方が 407 人 (92.1%) いた。1 ヶ月後の 25.3%、2 ヶ月後の 52%、3 ヶ月の何%という退院率を全部足して月数で割ったのが平均退院率となる。1 年以内で退院させれば良いということではなく、少しでも早く退院させてくださいということがあるため、こういう数字の出し方をしているのではないかと思う。

【相澤委員】

意味がある数字なのか疑問である。

【事務局：神永】

確かに、その数字で退院が促進されているのかと少し疑問もあるが、現在の目標値としている。新たな目標数値を検討しているので、後ほど説明させていただく。

【下地会長】

高齢の長期入院患者の退院者数に関して、目標数を超えている状況であるが、実は死亡退院とか転院とかも含まれた数字とのことである。これについて精神科病院協会はどう考えるか。

【相澤委員】

かなり高齢の人が多くなっているのが、当然そうなると思う。ADL の面から言っても単身生活は無理な人が多い。その人たちの精神症状が回復したからと言っても、実際には自宅に退院することが不可能な人たちが増えてきているのが事実である。これはある程度仕方ないと感じる。

【宮田委員】

高齢者の方の退院の問題だが、ADL も低下し、認識の部分もさらに下がっているということだが、最終的には受け皿の問題になると思う。先日、施設に入所している 2 人の方に出会った。精神症状があり若いときから入退院を繰り返していたが、その施設があるおかげで 20 年、30 年入院せずに暮らしている。ただ、縁があつてそういう施設に入れた、あるいは、症状的なものもあつたかもしれないが、受け皿の問題というのを考えないと、いつまで経っても病院にお願いすることになる。1 つの受け皿として考えられるのは、介護事業所であるが、そういう方を受け入れる能力があるのかなど、熊本市には研究課題として持っていただきたい。今は介護事業所で受け入れるというのが何人か知らないが、仮に 10 人程度であるとすれば、来年は 20 人、30 人受け入れるということになると、退院を促進したということになる。そういう可能性について追及してはどうだろうか。

【相澤委員】

他県から聞くと、熊本は受け入れがいい方である。他県の老健施設とかでは、介護保険の適用に

なるような人でも精神科の方は駄目ですと断られることが多い。私たちの病院でもいろいろお願いするが、大抵は引き受けてもらえるので、とても有難いと思っている。ただ、病院は出たけど、介護施設でいいのかという議論はあると思う。私たちはその人にとって1番生活しやすいところへと思ってしているが、それではただ居場所を替えただけではないかという議論が起こってくるという懸念もある。その辺も考える必要があるのではないか。

【下地会長】

受け入れ施設の経営主体というのは、官、民、半官半民、どれが1番良いと考えるか。

【宮田委員】

例えば私の経営するグループホームには、65歳以上の方が3人いるが、もう5年間暮らし続けている。1人は12年間入院した後だったので、最初の半年間は苦労もあったが、社会の中で暮らすということが、その方の回復にはまず1番だと思う。ただ年々いろんな生活習慣病が出てきて、精神症状でない他の症状で私たちのスタッフが走り回っている。受け皿があって出たけれども、今度は高齢化したときに一般的な介護保険との関係で、私たちのグループホームがどういうふうに機能すればいいのかという問題も出てくる。ちょっと側面が違うが、高齢者の入院患者が地域に出るという点では1つ重要なことだと思う。

【下地会長】

非常に重要な課題がいくつも山積みしている領域である。これはまた今後も引き続き検討していく課題だと思う。

(3) 新たな取り組み等について

※説明資料 (P.23～P.27) に沿って説明

※説明資料 (P.28) については、松本委員に説明を依頼。

(4) その他

※説明資料 (「病院の敷地内における指定共同生活援助の事業等の経過的特例について」)
に沿って説明

【下地会長】

今回もやはり重要な課題が出てきている。精神科病院における長期入院者の問題、それからピアサポーター制度、これは1病院で始まっている。それと危険ドラッグの事業、それから精神科病院敷地内におけるグループホームの問題。これは病院側、家族会、当事者間においてそれぞれの意見があるが、省令の改正が平成27年1月16日にあり、4月1日から施行される。これに関して相澤委員はどう思われるか。

【相澤委員】

検討会でいろいろ議論を呼んだという話は聞いているが、そんなに議論しなくてはいけないことなのかなと思う。大きく言えば、ベッドが空いたところを利用してそこに患者を囲い込むのではないかというような議論があるが、ベッドが空いているところに入る人がいるのだろうかと思う。空床が出来て、そこにグループホームを作って人を入れるのは駄目だというのが、退院した人がそこに

入ってくるというのは理屈に合わないし、それをしようとする病院がそんなにあるのだろうかと思う。ただし、1つ言えるのは、地域移行をしようとするときに、10年20年と入院していた人たちの中には病院から離れるのが不安だという人たちがいる。そういう人たちにワンステップ置く場所としてそういうものが利用できるなら非常に有効だという気はする。もちろん地域にグループホームがたくさん出来て受け皿になるというのが断然1番のことだが、そこに行くワンステップとして、1つの選択肢としてそういうものが出来るということであるならば、それは意味があるのではないかと思う。ただし、今のところ熊本でそういうことをしようという話を聞いたこともないし、そこまで関心はないのではないかと思う。

【宮田委員】

病棟を転換するということについては、我々家族会は絶対反対。でも、熊本は社会資源が割りと良く出来ていて、地域の福祉に委ねるという方向性が病院との連携でもちゃんと出来ている地域なので、具体的には通らないかもしれない。我々もずっと病院に居られる方を遮二無二出すとかいうことは言っていない。それはもうやむを得ないと思う。病院の一部を地域移行のための、あるいは終末を迎える方のために利用しようということなのかもしれないが、そういうものを我々も否定しているわけではない。ただし、根本的な理念として、障害者権利条約を結んだ以上、個人がどこに住むかを選択する権利をもし阻むようなことがあれば、これは絶対に許すことはできないというスタンスである。それから厚生労働省自らが地域移行を基本として据えてきた政策をやってきたわけなので、それを修正するような方向性を打ち出すような文言が出かかったときにはそれなりに批判させていただいた。今回出てきたものについては、「指定共同生活援助等の量が都道府県障害福祉計画に定める量に満たないこと」という条件があるので、これは地域によってはどうしても社会資源が足りないということもあり、それは否定できないし、病院の敷地内のものがあっても仕方ないと思う。ただし、原理原則的なものとしては、やはり地域に帰すということが、遥かに本人のためには良いと思う。

それから刑の一部の執行猶予制度の創設について、福祉の立場から言えば、触法の障がい者、あるいは触法で障がいとは認定されていないけれども社会不適用という点では障がい者と同様の対応をすべきではないかという人が多い。特に執行猶予の方、また刑期を短めにして社会に出ましよう判断された方というのは、その傾向が圧倒的に強い。それを今後福祉との連携によって法務行政のうちの保護観察を社会化していこうという提案だと思っている。ところが、現実には、それを受ける受け皿の問題、それからそれを具体的に執行して保護観察を行う保護司の問題、それからその量の問題、まだまだたくさん問題点を含んでいる。今後法務省と厚生労働省でどのような方向性を出されるか分からないが、たまたま何かの理由でそういうふうにならざるを得なかった若者は、成育の問題をずっと引きずるようなことがあるので、まさに福祉の出番なのではないかと思う。熊本県では次年度の計画の中に、保護観察所との連携をとるという文言が既に入っているが、熊本市はまだ入っていないので、是非検討していただきたい。

【下地会長】

熊本は医療と福祉が非常に上手くいっている県の1つであるとの話だった。

【相澤委員】

今まで福祉をしてきた方と医療は非常に上手くいっているというのはあるが、グループホームなどは福祉系ではない人たちが増えてきている。その点も1つ見ていかなければいけない問題がある

と思う。A型事業所とか、グループホームの質の確保について、熊本市の意見を聞きたい。

【事務局：神永】

障がい保健福祉課では、各施設の実地検査などを行っているが、適切にサービスを提供するというのは大事なことであるので、伝えさせていただく。

【松下副会長】

就労の件だが、障がい者手帳を持っている方に限って50人以上の事業所が雇い入れなさいということになっている。そういうところと、A型事業所とが関係している。当事者の方がトレーニングをして少しでも就労に繋がろうと頑張っているけど、A型事業所の方ではもっとやらないとあなたは一人前ではないとか、すごくストレスをかけられてしまって、状態を悪くしているという例が多々ある。そういうところは当事者の方の話を聞かないと出てこないのではないかなと思う。一方で、ただそこに一日居てもそれでも良いという事業所もあったりして、ミスマッチも起こっているのではないかなと思う。こういうところのコーディネーターも必要ではないかなと感じているところが1つある。

もう1点は、一人暮らしの方が多くなっていくということになると、訪問看護ステーションであったり、ささえりあであったり、いろんな方々の訪問もあるかなと思うが、民生委員・児童委員の方々は、1ヶ月に1回必ず訪問しなくてはいけないということで、非常に苦慮されている方も多いのではないかなと思う。熊本市外の市町村では、繋がりがあつた中で訪問が可能であるが、熊本市内になると、それがなかなか難しいということである。独居で、障がいをもち、かつ高齢であるということで、孤独死に繋がることも結構あつて、そういうところに市職員の方が訪問に行つてご遺体と遭遇するということもあり、そのあたりのフォローを民生委員・児童委員の方々だけに押し付けてしまつてはいないか。民生委員・児童委員の方々に負担があるのではないかと危惧している。もう1つ、なり手がいないということで、輪番制をしいている地域もあつたりする。現実的には受け皿の1つとして動いている人たちが共倒れにならないようにしていかなないとこのシステムも上手く動いていかなないのではないかなと思う。

【事務局：田端】

市内の65歳以上の住民票登録者の方は、現時点で17万人ぐらいいるが、事前に個人情報管理の研修を受けた民生委員の方に、名簿を提供している。そして、市内27の地域包括支援センターささえりあも協議しながら、一定のルールを設けて地域の方で見守っていただくという取り組みをしているところである。

それから、民生委員のなり手不足の問題。これは全国共通の課題を抱えていて、この支援のあり方については、国でも議論がスタートしていると聞いている。本市の民生委員の方は1,456人いたかと思うが、欠員率で言うと、そう低いものではなく、受け持つ世帯数を見ても、政令指定都市の中では、手厚いという状況になっている。これまでも役員の方々との意見交換はやっているが、これからは一人一人の民生委員の方からの意見を聞く機会なども設けながら、どういった形の支援が出来るのかを検討していきたいと考えているところである。

【松下副会長】

少し安心したが、もう1つ、医療・福祉の連携という中に精神科の医療機関が地域に開かれるという部分が必要だと思う。ソーシャルワーカーであったり、看護であったり、作業療法士であったり、訪問看護に出向いたりもしていると思うが、地域の人的資源の連携をどうやっていくかという

ところで、顔をお互い知り合っていくというところがとても重要と思う。何かあったら病院のソーシャルワーカーに電話をすれば直ぐ駆けつけてくれるとか、やはり行政だけに求めるのは人的にも難しいので、福祉と医療と保健の連携をもっと密にする。顔が見えるような研修会等をやっていく必要があるのではないかと思う。私はある医療機関で地域連携会に参加しているが、やはり顔が見えてくると、フットワークが良くなるので、もっと医療機関との連携を強めて、広げる必要があるのではないかと思う。精神疾患の患者も高齢になっているので、そういうところをもう少し充実させていかなければならないと思う。

【下地会長】

16ページに就労支援ということで、講演のテーマでIPS型就労支援ということを取り上げている。これは今さっき問題になったA型事業所の問題とも関わることだが、IPS型を導入するという動きがあるのか。

【事務局：田上】

一人一人の特性に沿った就労支援を広げていきたいということで、講演会の中でこういうものを少しずつ入れてきている状況である。そして、連絡協議会などを地域の就労支援の方々と蜜にやっていて、地域ではそういう就労に向けての支援意欲が高まって来ていると感じている。あと、医療機関と地域・福祉という繋がりの中で、手を差し伸べて繋ぎあう部分がもっとスムーズに行くようになると、また動きが始まるのではないかと感じている。

少し話が戻るが、保護観察所で開かれている連絡会にこころの健康センターも参加していて、各機関や警察、保護観察所などと問題を共有しながら連携を取っている。一部執行猶予で出られる方たちの受入人会とか家族会などに出て、例えば薬物について家族の方への教室をしたりしながら、一緒に取り組んでいるところである。それからもう1つ、こころの健康センターでやっている当事者のグループミーティングには、一部執行猶予で出て来た保護観察期間の方たちを受け入れることを考えている。

【下地会長】

行政レベルからそれぞれの社会資源、地域との繋がりがかなり具体化しつつあるという非常に心強い流れだと思う。IPSに関しては、まず精神障がい者の方を採用して、それからいろんなトレーニングとかスキルアップするという流れであって、今まではいろんなスキルアップ、トレーニングをした先に雇用があるという流れだった。それを逆にする。まず雇用する場所を確保する。それからそこでいろんなサポートする。仕事に関するスキルを身に付けていただく。その流れがアメリカで発展したIPSである。熊本市でもそれに関心を持っているということで、非常に心強く思う。

それから、ここで問題になったのは、長期入院者の問題、そして宮田委員もおっしゃった障がい者の権利条約、権利擁護の問題。それを地域に開かれるということで松下委員もおっしゃった。それで弁護士会から、そういう病院と地域の開かれた関係、長期入院者の地域で暮らすという流れの中で、権利擁護ということで全国的な弁護士会の動きについて、話をさせていただきたい。

【古城委員】

最近、計画されてて実施されつつあるのは、無料の訪問相談とか、社会福祉協議会のほうから要請があれば出かけて行って相談を受けるとか、老人福祉施設のほうに出かけて行って、無料相談会を行うとか、そういう形で外に弁護士が出て行って相談を受けるとか、そういうことを行っている。それは

後見制度の後見人を付けることに繋がって、権利擁護に繋がっていくと思う。ただし、主に高齢者の方に重点を置かれているような感じはする。障がい者の方の後見とかに関しては、病院からの勧めがあって付けられているパターンの方が、ご家族というよりも多いと思う。実際、精神的に病気を患って、退院しても就労できずに、生活保護と障害年金で何とか生活しているという方に、交際相手と名乗る相手が出てきたりして、その年金とかを利用したりしているというのものもある。そういう方たちを病院から出られた後もフォローしていくということになると、これは地域の方にさせていただくしかないと感じる。

【下地会長】

今のところは病院からの依頼があって動いているとのことだが、制度化する等の動きはないか。

【古城委員】

今までは来られる相談を受ける側ばかりだったが、出て行って受けようという形に徐々に変わっていると思う。

【下地会長】

熊本県精神障害者福祉会連合会の津田委員からも意見をいただきたい。

【津田委員】

まだ、熊本県精神障害者福祉会連合会では具体的に検討はしていないが、これから大事になっていく話だと思う。今後、県連としても協議していきたいと思う。

【下地会長】

長期入院者の問題、それから高齢者の問題、認知症の問題など、非常に多岐に渡っている。宮田委員の話だと、熊本は医療と福祉の連携が上手くいっている県ということであった。

一門委員にも意見をいただきたい。

【一門委員】

本日欠席の熊本県精神障害者団体連合会の徳山委員に尋ねたところ、病棟転換には絶対反対という意見だった。先ほど相澤委員が、熊本でそういうことをする病院はないと話していたので、そのように伝えようと思う。

逆転の発想でいくと、病室や病棟が空になったというときに、凄く素敵なりフォームをして、マンションのようにして、グループホームとして提供すれば、当事者の方はすごく安心すると思う。病院は良い自然環境にあるところもたくさんある。少ない資本で作った簡単なグループホームより、遥かに良いものが出来るのではないかと思う。いつかそういうところを目指すべきなのが、精神医療機関の1つの夢物語のようなところにあると感じる。

それからもう1つ、発達障がい者のことがこの説明資料には記載していないが、おそらく思春期のところに関わっていると思う。いくつかの病院が、思春期の外来、思春期の病棟を持っているが、中には、もしかしたら人を殺してみたかったというケースもいるかもしれない。数的には少ないかもしれないが、大変な悲劇をもたらす場合もある。教育でも、福祉でもお手上げ、それで精神科医療からも歓迎されない。その結果、ああいうことが佐世保や名古屋で起きている。私は自閉症スペクトラムとか、軽度な発達障がいの子たちと付き合っているが、統合失調症の方と比べると、発達

障がいの方が厳しい。小学校から不登校になっていたりする。最近は家族に2人とか3人、全部発達障がいの子という場合もある。こういう家族への支援はどこが責任持つのだろうか。

発達障がい者支援センターのみなわが非常に苦勞している。スタッフはこころ変わり、相談件数は山のように多く、対応も難しい。尚且つ今は再契約のためのコンペをする必要があると言われている。発達障がいの方たちは、本当に狭間で、何か大事件が起きても、またかぐらいで済んで、そこら辺が非常に弱い。特別支援教育の面でも弱い。それから精神科医療の面でも、通院ぐらいはしている方がたくさんいるが、例え入院しても早めに退院して、家でまた暴れるという子もいる。もう次第に家族が段々病んでくる。母親も鬱になり、父親も酒浸りになって、家族みんなが潰れる。そういうのを目の当たりにしていると、この辺にどこが責任を持っていくのか疑問である。

【宮田委員】

発達障がいの問題というのものもあるが、発達上の困難を抱えたがために、鬱や統合失調症、そして精神障がいではないけれども、パーソナリティーだった方。何ケースも見えてきたが、本当手が足りない。時間と人をかければ解決できる問題がたくさんある。それともう1つは、子どもとか3世代とか重複した困難のある家庭。その部分というのが今制度的にはない。障がい者のケアマネージャーとしてはいるが、実は1番の問題は子どもだったとか言ったとき、ケアマネージャーでは無理というとき、行政の中に専門家を1人とか2人、3人配置してもらえたら有難い。

【下地会長】

一門委員がおっしゃった病棟転換の問題。イタリアでは、病院を全部ホテル化した。それで、患者さんと呼ばずにお客様と呼ぶようになった。向こうはほとんどの病院がパブリックだからそれが出来たわけだが、そのことをおっしゃったのだろうと思う。

それから、行政レベル、もしくは国レベルで、統合失調症の精神科病院にいる長期入院の問題、それから認知症、うつ病対策、自殺対策、そして次は発達障がいへ行くと思う。今回の意見がそれを熊本市で先取りするというきっかけになるかもしれない。

【事務局：田上】

18歳以上の方の発達障がいの相談は、こころの健康センターで受けている。その前の段階の方の相談は、子ども発達支援センターで受けている。こころの健康センターに相談が寄せられる自殺願望や統合失調症、感情障がい、依存というような方々の中には、基本に発達障がいを持っている方が多いと感じる。今後はますますそこにも力を入れていかなければならないと認識している。

【下地会長】

皆さんご協力を本当にありがとうございました。熊本市のほうからもいろいろ多くの事業等の説明があり、それに対して皆さんの意見も非常に活発に行われて、非常に有意義な時間帯だったと思う。皆さんには今後も意見などをいただきたいと思う。