

平成26年度第2回精神障害者地域移行推進部会議事概要

平成26年7月2日（水）

18時～20時

中庁舎10階大会議室

出席者：富沢部会長、寺田副部会長、池澤委員、岡田委員、奥山委員、木村委員、
国分委員、酒井委員、鈴木委員、飛田野委員、平田委員、三好委員、多勢委員

開会

1 議題

(1) 遠隔地からの退院支援について

(事務局からアンケートについて説明)

(富沢部会長)

御意見、御質問等ありましたらお願いします。

対象の340人から各圏域で絞り込むと、どのようなスピードになるか。

(岡田委員)

圏域の人数が出ていて、その中の人元いた所に帰る気があるか、確認する必要があると思う。実際に病院にあたって、中には病院の近くのグループホームに帰す方がいい人もいるだろうし、これから具体的に詰めていくしかないかな、と思う。

(木村委員)

精神病院は、中々患者が出てこない所がある。いくらグループホームを作っても中々埋まらない。遠隔地の方がいても、本当に出てくるのか。

(富沢部会長)

私の意見としては、アンケートに協力してくれて、数が出てきている。遠隔地の希望をしてエントリーしてきている。退院するのに協力する意思があると理解している。

(木村委員)

数字が出てきたのはわかるが、患者を退院させると1名につき500万円の損失となると聞いている。病院にとって地域に出るのはマイナスになっているのではないか。本当に出てくるのだろうか。

(平田委員)

今回の法改正で医療保護入院になった方には院内の相談員と地域の相談支援事業者と両方担当者を決める。院内は担当を決め、院外に紹介する。法的には利用可能なルートだと思う。それがまず機能していないのかな、と思う。

(木村委員)

4月1日からだから、そうかもしれない。

(平田委員)

院内のケースワーカーが、退院後生活環境相談員が、地域援助事業者を紹介する主体となる。その相談員がちゃんと情報を持っているかどうか。おそらく、ちゃんと持っていない人が沢山いる可能性がある。入院患者 50 人に 1 人だから、とても対応しきれない。新しい制度を利用するようなサポートを県として考えているかどうか。

(事務局)

退院後生活環境相談員の研修は速やかにしないといけないと認識はしている。その前に、このようなアンケート調査を実施し、こういった対象がいる実態がわかったというメリットがある。地域の支援者の方が対象者を掘り起こすツールとなったところが大きなものと思う。一つは平田委員から話があった法改正が病院の意識改革になるのではということ、もう一つは今回のアンケートをふまえ、病院の中に入る一つの手段となったのは大きいものとする。

(三好委員)

数字が出てきたのは大きな前進で、中に入るきっかけができたのかな、と思う。ただ、どこの病院がどの数字で、どの位出そうとしているのか。

(事務局)

今後、遠隔地事業を行う際に、各圏域の地域移行支援協議会にて、アンケートそのものを提供する。また、そうすることを病院へアンケートを配布する際にも明記した。

(岡田委員)

圏域コーディネーターの会議が開催された。また、安房では毎月地域の協議会を実施しており、データが出ると言っている。具体的にはもっと細かく説明しないと行かないが、数値が出ていると、「この病院でこれ位の人がいるから、どうですか、やってみませんか」とできることになった。そういったものが全くなく、手当たり次第にどうしましょう、というよりは非常にアプローチしやすい。協議会に参加している病院のケースワーカーや看護師にもやっていますよ、というアプローチが出来る。2人を毎年やることで、少しずつ対象者が出てくれば。条件は出てくると思うが、数値が出たことは大きな意義かと思う。

(酒井委員)

今コーディネーター会議の方でも数値が発表され、これから協議会で発表されるということで、市川でも待っている。アンケートの中で「地域移行」「地域定着」の理解がない所があると思う。理解していない、わからない、地域移行を使っていない所にも何らか働きかけられないか。地域から働きかけて「どうぞ」という所もあれば、反応は様々。県が動いてくだされば、聞く耳を持ってくれるのでは。むしろ知らないという所の方が、そういう方がいるのは。折角なので、周知や情報提供ができると良いのでは。

(富沢部会長)

アンケートに協力していただいたお礼と、その結果を病院に送るのが対応としてあり得るのでは。今後の協力関係に繋がる、いいチャンネルを繋ぐことになるのでは。理解が不十分な病院にも、他の病院の取組の啓発にもなる。

(鈴木委員)

千葉県精神科病院協会の定例の会議で報告してもらうのが良いと思う。公的な病院へは違うルートになる。自分はその協会からの推薦であるため、私から報告したいと思う。

(多勢委員)

千葉県精神科病院看護部長宛に、全施設に退院支援についてどのような課題があるか、どういった考えがあるか、独自で質問をしてみた。その中で、地域移行支援について教育が行き届いていない。今までは病院の中で困ってしまって、長期入院が増えてしまった。これからは退院に向けて、という所でまだ教育が十分ではない。知識がないという現状がある。課題に挙げたのが、今まで積極的に退院支援を行っていて受け皿が足りないのか、長期入院をずっと行ってきて受け皿が足りないのか、わからなかった。それも含めて看護部長会の方で話し合っていきたい。看護部長会では定例会を実施している。資料等いただければ、報告させていただきたい。

(富沢部会長)

病院では、看護部が動けば、きっと動く。是非取り組んでいただきたい。

(國分委員)

各圏域で2名位の目標を持っていく、ということの一つのキャンペーンとしてやるような方向はできないか。実際にやるという意識付けが必要では。

(事務局)

周知について、病院の指定の要件の中に、遠隔地の協力がある。それが、キャンペーンとまでにはいかないが、一つの周知になると考えられる。

(2) 地域移行・定着協力病院としてのインセンティブの仕組みについて

(事務局からアンケート結果等について説明)

(富沢部会長)

運用案ということで、少し条件を緩和して、柔軟にするという案件。

(平田委員)

指定要件の④を考えた時、救急病棟しかない病院は、1年以上入院している人はまずいない。運用案の解釈について、1年以内の人でも、遠隔地の退院を支援している場合は、満たすと考えてよいか。1年以上入院している方の転院を受け入れるのは不可であるが、遠隔地の入院者は結構いるので、何とか退院させたい、という場合は在院期間が1年未

満でも、要件を満たすと考えてよろしいか。そうすれば多分、協力病院になれる。

(飛田野委員)

今のお話に関連して、基本的な問題として、今までの議論だとどちらかと言うと、地域移行・地域定着協力病院を考える時には、1年以上の長期入院の患者を想定した支援という、漠然とした前提で考えていたような気がするが、今の話からすると、もうそういった前提を外し、短期の人も含めて退院支援という捉え方でいく。特定の病院だけでなく、全ての病院に関して、この支援は1年以上の長期入院患者を想定したという枠組みでなくて、全ての退院させる患者についてという風に拡大して捉える話になるか。

(富沢部会長)

原則は1年以上。急性期の病棟しかない病院についての、特例。つまり、急性期の病棟しかない、原則1年以上の患者がいない病院だから、そもそも該当しない。いくら地域移行・地域定着病院として協力したいと言っても「あなたは長期入院を満たしてない」と最初からはねられてしまう。

(飛田野委員)

特定の病院だけとし、通用するかどうか。

(富沢部会長)

例えば他に、総合病院の精神科など、急性しか持っていない所もある。そういう所も原則3カ月で退院させている。長期入院者がいない場合があり得る。

(飛田野委員)

いくつかの病院には特例をあてはめるが、それ以外の病院は1年以上の患者の話ですよ、と使い分けをするという話が、通用するかどうか。

(富沢部会長)

御意見はいかがでしょうか。

(池澤委員)

今の話は最もだと思う。要は、1年以上という風にしないで、それを取っ払い、原則遠隔地入院患者の地域移行に取り組むという、それだけにしてもいいのでは。そもそも1年以上にした理由は。

(富沢部会長)

長期入院者の退院促進を行うものが、そもそものコンセプト。

(平田委員)

事業そのものは、遠隔地に限らず地域移行・地域定着事業の対象は、在院期間が1年以上と限られていると思う。

(岡田委員)

実際、市町村によって色々な格差があるが、地域移行の事業を行う時に、市町村の指定が概ね1年以上と国の要綱に縛りがあるので、基本的に市町村では1年以上入院した人でないと、地域移行の個別給付の対象にならないということがあがる。地域移行・地域定

着協力病院の主旨とは違うかもしれないが、サービスを使う場合には、その縛りがあるので、市町村には支給決定がおりない場合がある。

(平田委員)

国の制度がそうなっている。そこを変えないとしょうがない。いかがでしょう。

(飛田野委員)

個人的には取っ払った方がいいとは思ってなくて、それは、現実的に、各圏域に2名というような事業という想定で考えれば、ある程度対象者を絞ることが前提で、入院期間を取っ払い、入院期間が短い人を対象にしましょうというのはこの事業にマッチしないと思う。

(富沢部会長)

一つは1年以上という前提で議論が進んでいて、アンケートも1年以上の対象者に絞って出された数。その前提を崩すと、数自体が正当性を持つのか、という話になってしまう。もう一つは地域移行・定着協力病院はなるべく多くの病院になっていただくことで、一つの県内の動き・ムーブメント・流れが出来ていくだろう、という戦略的読み、その問題だと思う。平田委員が言われたように救急病院で1年以上の患者がいらないから、地域移行・定着協力病院にはなれません、ということになると、一生懸命遠隔地の方でも地域移行に協力して、他の病院で長期入院後にブレイクダウンした患者さんを診ている救急病院の、職員の士気にも関わる、という意見もあった。そういうことを加味すると、やはり条件をある程度緩めて、地域移行・定着協力病院をなるべく多く認めて、可能であれば、県下の全病院がそうなってもらいたい、というのがこの会の皆さんのお考えと思うので、あまり狭く取るよりは、広く認めていった方がいいように私は思う。

(平田委員)

議論の前提を確認しておきたいが、遠隔地への退院支援事業は、1年以上在院の方優先すべきだと思う。しかし、協力病院となると別の話になる。地域移行は遠隔地に限らない。指定は県独自に行うもの。事業は国からのお金が出ているので、ある程度の縛りがある。1年未満の人の方が効果が上がるけれども、事業対象は1年以上になるので、そういう人が優先されるべきだと思う。協力病院になってもいいが、事業にあえて対象にしなくてもいい、と考える。

(飛田野委員)

その辺が明確に分かった方がいいと思う。一般の、急性期だけやっている病院ではなく、一般の精神科の病院からすると、特定の病院のみ、出す方だけやるのみで協力しているとする、と、自分達は短期の患者を出したくても出せない。受け入れもやる、というのは不公平ではないか、と情動的に反発が出ると思う。

(富沢部会長)

出ないと思われる。一般医療を担っている病院と、特殊な高度な任務を担っている病院と、おのずと違うというのは共通認識として、ある。同じ土俵にはない、という共通認

識がある。いかがでしょうか。

(三好委員)

運用案でいいと思うが、さっき、地域移行の対象が1年という話があった。措置入院や医療保護の場合には1年でなくてもいい、というのが付いていると思う。なぜかという
と、長引きそうな人に関しては1年以上でなくても地域移行として取り扱っていい、
ということと思う。1年以上は優先的ではあるけれども、それに絶対ということではなく、
運用案のようにして構わないと思う。

(富沢部会長)

ありがとうございます。議論を変えていいでしょうか。③だが、デイケアや訪問看護の
実施、地域との連携した取組等が考えられる、とある。今年度については、地域移行サ
ービスの利用、障害福祉サービス事業所との連携を要件とする、とあるのは、デイケア
や訪問看護の実施をしている病院の位置づけは、今年度はどうなるか。

(事務局)

国の要綱によると、「デイケアの利用者のうち、地域移行サービスに繋がっている者」と
あったが、実際、アンケートの項目で定着に一番近い項目が③の内容と考えられる。今
回はデイケアや訪問看護の実施を要件に含めるのではなく、今年度は地域移行サービ
スの利用やサービス事業所との連携を行っていることが確認できれば、それをもって要件
とすることを考えている。

(富沢部会長)

単にデイケアや訪問看護をやっていることだけでは要件にならない、ということでは
うか。

(事務局)

はい。しかし、それを定着の要件とする余地はあると考える。

(富沢部会長)

もう少し進めたいと思うが、木村委員から病床転換型居住系施設と第五次計画について、
レジメが提出されている。この点に関して、つい先日、厚生労働省の会議で病床転換型
についての一定の重要な結論が出たようで、平田委員がその会に出席されていたので、
簡単に、その報告だけお願い出来ればと思う。

(平田委員)

流れをざっと説明すると、昨年度の法改正で第41条に医療を提供するための指針を定め
ることが義務付けられている。その検討会が昨年6月から1月まで開かれ、かなり総
和に盛り込まれた指針が出された。その中で大方の意見の対立はなかったが、唯一対立
したのがやはり病床転換型居住系施設に対する意見であった。対立を解消する意味も含
めて、今年の3月から長期在院者の地域移行のための具体策を検討するための地域移行
検討会、前者を指針検討会というが、後者を地域移行検討会という。これが同じメンバ
ーで開催された。全国の精神医療保健福祉の関連団体の代表者が29名構成員として参

加した。それに自分も含められ、参加した。千葉県からは他に成田赤十字病院の佐藤医師、千葉大学の伊豫教授の3人が入っている。3月以降の地域移行検討会の方は1年以上の長期在院をしている方をどうやって地域に移行していくか、ここでやってきたことと類似のもの、また、追いかけるような議論をずっと行った。全部で4回検討会が行われた。その間に作業部会があり、これが全部で6回程度行われた。作業部会では、一つは長期入院をしている方達のニーズ調査と、退院して地域で暮らすにはこんな制度がある、ということを紹介した上で、地域に移りたいか、病院に残りたいか、のニーズ調査をした。そうすると、長期在院している人の半分以上が「病院にいるより地域で暮らしたい」と結果が出ている。そういうニーズに基づき、作業部会では色々な課題が検討された。主に、住居をどう確保するか、その方法論、制度論がずっと議論されてきた。長期在院の人を徐々に移行させ、病床を削減するということに関しては、異論はなかった。やはり、どうしても意見が合わないのは、現在長期在院している方たちを、収容している病棟を、言い方に語弊があるかもしれないが、病棟の看板を立て替えて、医療施設から福祉施設に転換しましょう、そういうことも地域移行の選択肢の一つとして認めるか、認めないか、議論が白熱した。昨日も9時から10時位まで話をして、絶対反対、と言う人もいた。当事者や家族会の方、生活支援団体、グループ、「それでは退院したことにならない。地域移行にならない」と言う意見であった。他の委員からも色々意見が出たが、私も含め、原則はなしだろう、と。名目上したからと言って、そこにいる人達の生活自体が変わらなければ無意味だろう、と。その原則は変わらないが、ただ、病床転換型居住系施設を一切認めないと言ってしまうと、10年経っても今の状況と基本的に変わらない可能性がある。10年前からずっと地域移行・在宅支援と議論されてきているが、現状基本的に変わらない。10年前から7万人は退院出来る、と色々な制度的な援護射撃をしてきたが、診療報酬も含めて小出しであった。結局自然減はあったが33万が32万に減った。これはどこかで抜本的な改革を考えないといかん、といつまでも病床転換型居住系施設を認めないと議論が進まないから、そこはごく例外的な形として認めて良い、認めるに当たっては厳しい条件をつける、というところで、何とか妥協が得られた。厳しい条件の中に色々なことが含まれている。私は、アメニティと尊厳性を保障されなければ、例えば4人部屋は認めない、できればトイレ、洗面台付きの個室がきちんと確保されて、プライバシーが保てること、解放処遇はもちろん、医療、第三者評価、外部からの評価の目が入ること、行政監査が入ってもいい、と考える。福祉施設における虐待の例を踏まえるとそういうことも必要。厳しい条件をいくつか作って、認めるとことにしたらどうか、と何とか妥協が得られた。最後まで反対意見があるということを明記する、というような書きぶりになっている。その中で気になったのは日精協の委員が、おそらくそういう形で病床転換型の居住系施設が認められたとしても、現状ではそれに乗る経営者は殆どいないだろう、と。例えばグループホームを今は敷地内に作れないが、法改正をして作れる、と仮定したとしても、つぎ込むコストに対してペイをしないと、

わざわざ作り直す経営者は1%未満だろう、というような言い方であった。病棟を手直しし、改築し、ケアホームとすれば、現在の社会復帰関連のペイをするような方向に持ってくる可能性がある。あとは、おそらく、病床転換を認めるとしたら、国はそれに合わせて色々な制度の変更であるとか、補助金など、診療報酬体系の手直しも図ってくるはず。来年度の予算編成に間に合わせるため、ギリギリに間に合った。転換の条件など、様々なところで議論されており、注目する必要があると思う。病床転換という抜け道が、実際の地域移行の力を妨げて、削いでしまう、抜け道になってしまうのが怖い。病床を名目上32万から、急には減らないが、二十数万、何万規模で減ったとしても、よく見たら、ただ名称が変わっただけで、患者さんは依然として病院の敷地内に長々と生活している、と。これでは無意味。そういうことが起こらないような仕組みをどうするか、という段階。一応、妥協案は出たが、中身をどう作っていくか、に関してはまだまだスタートの段階だと言う風に考えている。

(富沢部会長)

最新の情報をありがとうございます。地域移行定着・協力病院の指定に話を戻すが、御意見・御提案がありましたら、お願いします。

(三好委員)

千葉市の状況についてだが、②になるが、地域移行支援協議会を設置していない、ということだが、私も千葉市に来て3カ月になるが、やっと、自立支援協議会に入れてください、ということで、この間オブザーバーとして出席をしてきたが、3カ月に1回の協議会で、それも部会がない。全部が一緒になっている。緑区、若葉区が合同の会に参加してきた。その中で、児童関係やヘルパーの人、色々な方々が来ていて、とても精神に特化して話し合う、ということではできないかな、と感じている。「協議会等」となっているので、他に何を指すのかな、というところだと思うが、医療関係者が入ってくることも中々難しいのではないかな、という感じがする。千葉市の病院がこれをクリアするのは難しいのではないかな、と感じている。

(富沢部会長)

他にはいかがでしょうか。アンケートの結果では、地域移行・定着協力病院の要件4つを満たす場合、地域移行・地域定着協力病院になっていただけますか、という質問に対して、26病院が「はい」と答えていただいている。4項目を満たしていない病院でも、「はい」という意向を示した病院もいくつかあると思う。病院長の決裁まで経たうえで、「はい」と○をつけているわけなので、かなり積極的に協力病院になっていい、という意向が26病院から示された。資料1-4によると、実際に満たしているのは18病院、うち「はい」と言ってくれたのが15病院。数が違ってきて、これはやむを得ない。運用案で条件を緩和した場合、この26病院が大体含まれるか。

(事務局)

今後病院に確認を行いながら指定をする予定。その中で、この部会で出た意見の他に「う

ちの病院ではこんな事情がある」という話が出てくる可能性はあると思う。これまで部会で検討してきたように、かなり拡大解釈をすれば、「全くやっていない」という病院は少ないのではないかと、感想として思う。

(富沢部会長)

ここである程度の運用案の結論が出れば、それをもっともう一度病院に確認作業を行う、と。そういった流れになる。

(酒井委員)

4項目はとても大事な物で、とりあえず指定の要件として、皆さんと話し合ったことで進めていけばいいと思う。4項目の中でやはり、③が簡単にクリア出来そうで出来ない。考え方によれば地域移行を必要な者に行っているか、よく考えるとすごく大変な問題で、簡単に考えれば地域移行以外でも利用して連携していれば〇になってしまうような、かなり幅が広いようなところ。しかし、私としてはこの4項目の中で、ここは単に協議会に出るよりもすごく大事な部分で、本当に必要な人が取りこぼされているということがあり得る、といつも思っているので、この地域定着に関して今後考えていくこともあるが、地域移行に関してもどういう風にやっているか、ということをお皆さんと議論等しながらやっていきたいと思っている。宜しくお願いします

(富沢部会長)

ありがとうございます。

(木村委員)

できるだけ多くの病院に参加していただきたい、ということで、色々な運用案が出ているところ。以前、院内の会議に地域の方が参加してらっしゃる、と聞いた。中々実現できない現実がある。今、運用案には「院内において多職種の者が」とある。院外の者は中々入れない。今度の医療保護入院の退院支援委員会、要するに医療保護入院となった人は3カ月や半年など、最初の支援計画があつて、それ以上になった時は外部の支援者を呼ぶ、ということがあるのかもしれないが、それ以前のところによると、中々呼んでいただけない、地域の支援団体が入れないという現実がある。初めはいいと思うが、運用案はどの辺までそのことを考えているのか、それとも地域のことは全く考えないで運用案を作成したのか。

(事務局)

病院だけ、地域だけでなく、両方が連携や協議し合っていく体制がいいか、と考える。

(富沢部会長)

②は医療保護者退院支援委員会を含めるとすると、相当幅が広がっているのだから、「地域の職員が出席し」は残していいのでは。

(鈴木委員)

要件を考えた時には、地域移行のケースが出る、あるいは受け入れる院内の会議がある。医療保護入院者退院支援委員会で個別のケースが出た時に、当事者と担当のケースワー

カーと、主治医と、地域のスタッフが病院で会議をする用意がある、そういうことで良いのでは。今まで地域の人が出席しなかったが、退院をめぐる会議で、より広げようとして用意があるということ、そうした内容で良いと思う。実績面では、協議会に実際に参加している実績がある、ということになるが、参加できる用意がある、とすると結構広がる。

(酒井委員)

要件①の院内のケース会議は病院側が主催になっているのか、地域移行の事業者が開いているのか、色々な会議があると思う。どこが開いたとしても、院内で開いている会議に、院内のスタッフと地域のスタッフが入っている会議をやっている、「やっている」と考えて良いのでは。地域移行をする時は病院や市役所から「こういう人がいて地域移行を」という話があると、受給者証をもらうために市の職員が聞き取り調査に出向くのに同行している。ケースワーカーや看護師が同席し、今後を検討していれば、そこでも1回、移行の会議をしたことになる。その後、次に住まいやサービスを考え、相談する。私たちの地域移行をやっている者としてはそういうものをどんどん仕掛けていかないと進まないのでは、病院が開く会議というよりは、私のイメージとしては、ケースワーカーともやりとりをするが、可能だったら医師も参加をお願いしているので、どっちが音頭を取っているとかは、特に問わなくていいと考える。病院内と病院外の人達が集まって会議をやっているか、いないか、ということだったら、かなりやっているのでは、と思う。

(木村委員)

地域にもよるが、地域から入るのが困難な所もある。

(富沢部会長)

私の意見だが、院内の会議は、やはり一応、病院の組織の中で重要な問題でないと、継続した会議にしない。院内で地域移行に関する会議を持っているということは、病院長も当然知っていて、幹部が出る会議となる。病院として医療行為を行っていく中で、会を持っているということは、地域移行をしっかりと、一つの業務として位置付けていることとなる。酒井委員が言われたように、色々なケースを通じたやり取りは、一杯あった方がいいが、病院の立場から言うと、組織として、地域移行をこの病院の業務としてやっていく、と表しているのが会議となる。そういう意味では「院内の会議」という方がいいと考える。

(酒井委員)

そうすると、かなりの病院で地域の方を呼んでいるのかどうか。院内で定期的に行っている会議で呼ばれたことがないが。

(寺田副部会長)

ケース会議と、富沢委員が言ったような院内会議との違いがある。

(富沢部会長)

院内会議でも、ケースを話題にする時は、来てもらったりする。堅苦しい会議というよりは、ケースが中心となるようなこともある。

(鈴木委員)

一つは、地域移行の事業の中での検討会議でなくても、患者さんと、主治医と、地域のスタッフが一緒になって退院後のことについて話している。そういうことができるかどうかではないか。

(富沢部会長)

そういう会議も含めている。

(鈴木委員)

地域のコーディネーターがいて、担当の看護スタッフ、ソーシャルワーカーと、主治医と一緒にやるのに実績がある病院、そういうことができる病院であれば良いのでは。今まではやっていなかったが、この事業に参加するに当たって、そういうことを受け入れる、ということを表示してくれればいいわけですよね。今までの実績がある、となると調べればわかる。もっと広げたいということならば、参加意欲があれば、ソーシャルワーカーが「うちの病院でも参加しよう」と病院の中で作っている材料になるだろう、と思う。それはそれで、良いと思う。そういうレベルの内容で良いのでは。院長と幹部が集まって、地域の方に来てもらって、そこに患者さんがいればいいが、そうではなくて抽象的に地域移行ということを経営でやっているのは殆ど意味がないと思う。

(寺田副部会長)

この議論は基本的に病院のハードルを出来るだけ低くしよう、という方向での話がある。そう考えれば、院内の会議、あるいは委員会の名称はともかくとして、地域の方も含めた多くの職種の方が参加する会議の用意があるかどうか、このあたりを基準にする、と。こういう整理でいいと思う。

(鈴木委員)

それでいいと思う。

(寺田副部会長)

当然その中には法改正による医療保護入院者の退院支援も当然含める。地域の職員が病院の幹部の会議に急遽呼ばれたこともある。

(三好委員)

地域移行のサービスについて説明をしに行ってきた。幹部に対してなので、殆ど一からの説明という感じであった。師長が対象。

(鈴木委員)

医者も看護師も大体知らない。なぜか、と言ったらメデイカルな世界であるから。障害福祉サービスと言っても、何のことですか、となる。病院には本来、障害支援サービス等、ソーシャルなモデルはない。病院はメデイカルによって成り立っている。当然知らない、そういう病院が多いと思う。福祉は本当にきめ細かくなっている。あまりに細か

くなっていて、メディカルは追いつかない。メディカルの方から言うとおまかせしたこともある。

(富沢部会長)

時間の問題もあり、事務局としてこれらをまとめるのは大変かと思うが、まとめてください。

(鈴木委員)

要件を絞って、そういう方向に参加できるという所も含めればいいと思う。

(酒井委員)

「わからない所に周知してほしい」ということがある。地域移行で病院に行った時に、いくら説明しても介護保険と勘違いしていて、介護保険のことばかり言われる。52歳の患者さんのことであるのに、医師との話が進まなかったことがある。また、院内の会議ということで、院内で会議をする場所もない病院もある。本当にひどい場所は、酸欠になってしまうような狭い所で、家族が途中で具合が悪くなったこともある。会議する場所も用意しなくては、という方向になることを期待している。

(事務局)

今の議論を整理すると、まず原則として幅広くエントリーをいただくことが原則とし、その中で意向、やりたいという希望も含めて範疇に入れるという整理でいいかと考える。アプローチする際には、意向があることを前提に出来る。

(鈴木委員)

アンケートで15病院はもう意思確認ができています。問題はこれをあと5病院、10病院と増やせるかどうかであり、各条件をもう少し方向性を持ったものに。

(富沢部会長)

一番いいのはこの26病院が入れること。

(3) 第五次千葉県障害者計画

(事務局から計画の策定について説明)

(富沢部会長)

かなり広い範囲の骨子案、今後の検討すべき問題の切り分けを提示していただいた。先ほどの説明にもあったように骨子案は今月の9日に本部会があり、そこで出す必要がある。大幅な修正は難しい、とのこと。根本的に違うこと等は勿論修正をしないとイケないと思う。更に肉付けが必要な点は提案していただき、次回以降議論していく。

担当部会の切り分けだが、住まいはこの部会からは除かれるか？

(事務局)

ここでも必要であれば議論をしていただき、他の部会等に伝え、取りまとめに生かして

もらうことができる。

(木村委員)

家族の支援が必要とあるが、患者は月1日以外は家において、それ以外は家族が世話をしている例が沢山ある。作業所等へ通所出来ない人が大勢いる。ひきこもりの実態は殆どわかっていない。他の所でやった調査では8.8%が引きこもりであるという計算も出ている。家族支援は重要。みんなねっとがイギリスから家族支援の専門家を呼び、シンポジウムを実施したところ、半数以上は支援者であった。これらは家族支援の時代。広い意味で検討していただきたい。

(寺田副部長)

ここに含まれない部分はワーキングチーム等で、ということだが、説明部分において、地域移行を進める上で重要となる受け皿の検討については、キーワードだけでも必要では。

(国分委員)

ある家族に聞いたら、病院の側の偏見があるのでは、偏見を防止するようなことが必要では、とのこと。入れられるかどうか、は別にして、病院自体の認識を変えることがほしい。精神のあの病院はそういう病院だ、ということ修正するような社会に。偏見をなくすような形のものを取り入れていただけるとありがたい。

(奥山委員)

高齢長期退院支援と、それに対応する指標の高齢長期退院者数などの言葉がわかりにくい。高齢で、長期入院者数ということか。また、支援の推進イコール高次脳機能障害となるのか、と感じてしまう。分かりやすい表現がないか。受け皿の問題についてはぜひ入れていただきたい。

(富沢部長)

高齢長期退院支援は、国の事業名である。

(事務局)

「事業」等入れるなど、表現を考える必要はある。

(木村)

ワーキングチームとの関係は、どこまでか。

(富沢部長)

切り分けは資料2-5にある。受け皿についてここでも議論し、提案したことをワーキングチームに生かしていくこととなる。

(木村委員)

どうしてワーキングチームがないといけないのか。承認機関なのか。

(事務局)

今回の計画策定にあたり、県の総合計画に準じた形となっている。総合計画は7つの柱がある。それぞれ担当する部会があるが、担当するにふさわしい部会がなかったため、

特別に入所・地域移行ワーキングチームを作った。国の障害者基本計画の中で総合計画に含まれていない部分を検討することもミッション。精神との関係は、難しいところがあり、「地域移行」は知的障害者の入所施設からのグループホーム等の移行も含まれる。精神の部会で取り上げるのであれば、ワーキングチームへ意見を送付し、検討することも考えている。意見として並行して議論する方法もあるが、できれば精神関係はこの部会で主に議論していただき、それをベースに検討していくのがいいかと考える。

(池澤委員)

前の資料にあったが、グループホームの基準緩和や不動産の業界団体との連携を提案した。担当部会で切り分けられた時に、きちんと取り扱い、議論ができると良い。

(富沢部会長)

精神科病院の情報公開へ向けての取組も入れていただきたい。

(木村委員)

病床転換型居住系施設について、県としてどういう風にやっていくか。

(富沢部会長)

資料2-5に表現されている。言葉の確認もしておいてほしい。

今日はタイムアップだが、次回以降肉付けの議論を進めたい。

(事務局)

御提案いただいた、わかりにくい表現を改善すること、受け皿というキーワード、普及啓発を盛り込むということを検討させていただく。