

平成 29 年度第 1 回岩手県精神保健福祉審議会会議録

○ 開催日時 平成 29 年 12 月 18 日(月) 10 : 00~12 : 10

○ 開催場所 エスポワールいわて 3 階特別ホール

○ 出席者 (岩手県精神保健福祉審議会委員)

大塚 耕太郎 委員

木村 宗孝 委員

土屋 輝夫 委員

伴 亨 委員

八木 深 委員

小笠原 基也 委員

堀内 満 委員

小澤 房子 委員

加藤 隆久 委員

佐々木 僚子 委員

菅原 憲智 委員

高橋 修 委員

戸田 公明 委員

根子 忠美 委員

藤倉 良子 委員

松永 和代 委員

山口 重子 委員

(事務局：岩手県保健福祉部)

八重樫 幸治 部長

(事務局：岩手県保健福祉部障がい保健福祉課)

高橋 進 参事兼総括課長

佐々木 和哉 主幹兼こころの支援・療育担当課長

佐々木 浩一 自殺総合対策特命課長

染谷 れい子 主任主査

山本章 博 主任主査

高橋 昭彦 主査

館山 大介 主事

西島 優葵 期限付臨時職員

○ 傍聴者 一般 1人
報道 3人

○ 会議概要 別紙のとおり

1 開会

○事務局（佐々木主幹）

ただいまから、平成 29 年度第 1 回岩手県精神保健福祉審議会を開会いたします。

本日の会議は、委員 20 名中 17 名が出席しており、委員の半数以上の出席がありますので、岩手県精神保健福祉審議会条例第 5 条第 2 項の規定により、会議が成立していることを御報告いたします。

なお、本会議については「審議会等の会議の公開に関する指針」により、原則として公開されますことを申し添えます。

それでは、開会にあたりまして、八重樫保健福祉部長より、御挨拶を申し上げます。

2 挨拶

○八重樫部長

平成 29 年度第 1 回岩手県精神保健福祉審議会の開催にあたり、挨拶申し上げます。

委員の皆様には、お忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

また、日頃から本県の精神保健福祉行政の推進につきまして、御支援・御協力を賜り、深く感謝を申し上げます。

さて、精神保健や精神障がい者の福祉を取り巻く環境は、近年大きく変化してきています。国では今年 3 月、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことのできる地域づくりを進めるため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として位置づけ、平成 30 年度からの次期医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画の実施に向けて、共通のアウトカム指標によって政策を推進する、という基本的な考え方を示すとともに、第 5 期障害福祉計画の基本指針や、第 7 次医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正を行いました。

県では、改正されたこれらの指針に基づき、現在、平成 30 年度を初年度とする岩手県保健医療計画や岩手県障がい者プランの策定を進めているところです。

また、平成 26 年 5 月に施行されたアルコール健康障害対策基本法により、都道府県アルコール健康障害対策推進計画の策定が努力義務とされたとともに、平成 28 年 5 月に基本法に基づき国が策定した基本計画において、平成 32 年度までの都道府県計画策定が求められていることを踏まえ、本県においても、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進し、アルコール健康障害の発生、進行、再発の防止と支援の充実を図るため、県推進計画の策定を進めております。

本日の会議におきましては、これら 3 つの計画案の概要について、精神保健福祉医療に関する部分を中心に御説明させていただきます。委員の皆様には、限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見を賜りますようお願いいたしまして、開会にあたっての挨拶といたします。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

3 委員紹介

○事務局（佐々木主幹）

それでは次第の 3 「委員紹介」に移ります。

本日は、今年 7 月 1 日に改選以降、初めての審議会ですので、出席者名簿の順に委員の皆様を御紹介いたします。

岩手医科大学神経精神科学講座 大塚委員でございます。

岩手県医師会 木村委員でございます。

岩手県立南光病院 土屋委員でございます。

日本精神科病院協会岩手県支部 伴委員でございます。

独立行政法人国立病院機構花巻病院 八木委員でございます。

岩手弁護士会 小笠原委員でございます。

盛岡地方裁判所 堀内委員でございます。

岩手県精神保健ボランティア連絡会 小澤委員でございます。
遠野市地域活動支援センターカムカム 加藤委員でございます。
岩手県精神保健福祉士会 佐々木委員でございます。
社会福祉法人平成会 一関広域障害者就業・生活支援センターメイフラワー 菅原委員でございます。

特定非営利活動法人岩手県精神保健福祉連合会 高橋委員でございます。
岩手県市長会 戸田委員でございます。
社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 根子委員でございます。
公募委員で JDDnet いわて 藤倉委員でございます。
岩手県精神障害者社会福祉事業協会 松永委員でございます。
岩手県保健師長会 山口委員でございます。
なお、岩手県立大学 樋口委員、岩手日報社 松本委員、岩手県町村会 梶屋委員は、本日、御欠席でございます。

次に、県の職員をご紹介します。
八重樫保健福祉部長でございます。
高橋参事兼障がい保健福祉課総括課長でございます。
その他、担当職員が出席しております。

4 会長及び会長職務代理者の選出

○事務局（佐々木主幹）

それでは次第の4「会長選出」及び「会長職務代理者の選出」に移ります。

条例第3条第1項の規定により、「審議会に会長を置き、委員の互選とする。」こと、また、条例第3条第3項の規定により、「会長に事故があるときは、あらかじめ委員の中から互選された者が、その職務を代理する。」こととなっておりますが、その選出方法について委員の皆様から御意見はありますでしょうか。

御意見がないようですので、事務局から案をお示ししてよろしいでしょうか。

事務局案といたしましては、会長を大塚委員に、会長職務代理者を八木委員にお願いしたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

（「異議なし」との声、拍手あり。）

それでは本審議会の会長は大塚委員に、会長職務代理者は八木委員にお願いします。
それでは、大塚委員には、会長席に御移動願います。

5 議事

(1) 岩手県保健医療計画（精神疾患）の見直しについて

○事務局（佐々木主幹）

それでは次第の5「議事」に移ります。

条例第3条第2項の規定により、会長が会議の議長を務めることとなっておりますので、議事の進行につきましては、大塚会長にお願いいたします。

○大塚会長

岩手医大の大塚です。皆様方のお知恵をいただきながら議事を進めてまいりたいと思います。

精神保健は世界的にも、日本でもますます重要視されているところで、いろいろな領域で力を合わせて岩手の方向性を作っていくということです。御意見や御質問をいただきながら進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事の(1)「岩手県保健医療計画（精神疾患）の見直しについて」事務局から説明を

お願いします。

○事務局（高橋主査）

（資料1-1～1-2に基づき説明）

○大塚会長

資料1-1にあるように、国としても医療計画に取り込むべき項目があります。また、資料1-2の1番前に書いてあるように、岩手県では自殺対策や震災もまだ甚大な被害ですし、地域移行や救急など、さまざまな課題が出ており、このような中で、障がいのある住民へのよりよい医療提供を考えて審議してきたことが、ご覧の案になります。

それでは、ただいまの説明について、御意見や御質問などありましたらお願いいたします。

○高橋委員

資料について1つお願いしたいことは、できれば見直しした部分は、資料として残していくために、ゴシックで記載するとか、斜線を引いていただくとか、下線を引いていただくとかという工夫をしていただくと、私共は見やすいかな、ということです。

2つ目は精神科医師数の不足についてですが、これは何年も岩手の課題として出てきているわけですが、こういう表記で果たしていいのかなと思うところがあるわけです。岩手県の精神科医は全国比だいたい77%くらいだと思いますが、そうしたときに97ページの上から2番目のような表記で何か誤解を招かないのかな、という思いがしています。というのは、「精神科病院の偏在や公共サービス等の偏りがあることから精神科医の確保～」となっています。もちろんこういう課題もあります。偏在しているのもその通りだと思います。しかし、偏りのある前に岩手県内の精神科医全体が不足になっているということをきちんと共有していかないと、文言としてはいつまでも残っているのかもしれませんが、実態として進んでいかないのではないかと、確保されていないのではないかと。「関係機関と連携して～」という対策は出ていますけれども、それだけではそう簡単に精神科医が増えてくるとは思えない。というようなことからいって、その文言の書き方が果たしていいのか、というのが1点です。

第2点は99ページにある通り、指針にもあったわけですが、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」、これが全国的に課題になっているわけです。では岩手ではこの地域包括ケアシステムの構築の具体的部分はどこに出てきているのかなというところを見たときに、私は見つけかねてしまいましたので、そこを教えていただきたいというふうに思います。

3点目は精神疾患に対する啓発、病気の特徴をきちんと理解している、そういう状況に岩手がなっているのかと考えたときに、非常に危惧するところが多々あるわけです。私も家族が精神疾患になるまでは、精神疾患について分かりませんでした。今でも無知ではあるわけですが、いくらかは（理解）するようになりました。もっともこの精神疾患に対する啓発、正しい理解についてやっていかないと、本人はもちろんのこと家族も埋もれて声を出しにくく、ひっそりと暮らさなければいけない。そういう状態が出ているのではないのでしょうか。声を出すことが怖い、先生方にも質問をなかなか出来なかったり、医療施設でやってもらえないのではないかと心配してみたり、という状況があるので、この普及啓発についてなんとかしてやっていかなければならないと思っております。

以上、いくつか申し上げましたけれども御意見をいただきたいと思っております。

○大塚会長

高橋委員のほうから医師不足と地域包括ケアの中での取扱いの具体的ところ、偏見やそういう場を防ぐような啓発や家族の支援、そういったところも含めたお話をいただきました。

事務局のほうで何かございますか？

○事務局（高橋主査）

先に2点目に御意見をいただきました地域包括ケアシステム関係について御説明させていただきたいと思っております。委員の皆様には追加資料として102ページの資料1枚ものをお渡ししていますが、102ページの下のほうに「重点施策」と「重点施策の政策ロジック」というものがあります。重点施策は説明しましたとおり、「精神障がいに対応した地域包括ケアの構築」になっています。実際に今後どういったことをしていくのかということについては、重点施策の政策ロジックとして3点掲げております。

1点目は「地域移行支援や地域定着支援による地域移行を促す基盤の整備」です。具体的には障がい保健福祉圏域ごとに保健、医療、福祉関係者による協議の場を通じて精神科病院、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村における障がい保健担当者や保健所の担当者といった方々が顔の見える関係を構築しまして、地域の課題を共有化したうえで取組みを推進していくということです。例えば協議の場を設置して顔の見える環境を構築するとか、精神障がい者の住まいの確保支援を行っていくとか、ピアサポートの活用に係る事業等について取組んでいくということについて、国のほうで取組みが示されています。県としましては指針に基づきまして、今後どのような形で事業を行っていけば地域包括ケアシステムの構築に繋がるのかということを検討したうえで、取組みを進めていきたいと考えております。

また、「治療抵抗性統合失調症の治療薬の普及の促進」等につきましては、医療の高度化によって精神科病院に入院している方が退院できるように治療の促進というところがありますし、また、認知症施策の推進を行って精神病床に入院している認知症の患者を減少させていくということになります。精神科病院に入院している方が地域で生活するといった形になったときに、保健、医療、福祉関係者が一体となって地域で包括的なケアをしていくために構築していくことが必要だと考えております。

次に1点目にいただいた精神科医につきましては、委員から御意見をいただきましたので事務局のほうで文言について検討させていただきたいと思っております。

3点目の普及啓発のところについても、持ち帰って検討させていただければと考えております。

○大塚会長

補足ですけれども、資料1-3に、修正がどのようにされたか、というものがあまして、常々言われているようにまだまだ理解は少ないというところはあるので、課題と取組みのところ、まだまだ偏見があって相談できる機会が少ないし、理解を促進することが必要ということを少し強く押ししていこうというところが補足です。

あとはめくって2枚目の左側の現状のところ、偏在というのは、9医療圏中5医療圏で精神科病院が1箇所しかないということで、1番下に精神科医数がかかなり少ないという現状を書いているというところと、包括ケアとか様々分かれています、その次のページの地域移行の推進の取組みの2段落目に、地域包括ケアというのは高齢者でも考えられたのですが、精神科は地域包括ケアでも難しい課題とされている中で、精神医療の中でも地域のほうにアプローチするということが少し検討されているところがありますので、少しそういうところを見込んだというところがあります。

今いただいた意見を事務局のほうでご検討いただくということになりますので、よろしく願いいたします。

他にいかがでしょうか？

○藤倉委員

JDDnetいわては、親の会だけではなくて、県の臨床心理士会、作業療法士会、言語聴覚士会、療育センター等々で構成された団体です。

この度初めて参加させていただきましたが、発達障がいを持つ子ども達又は方々は、手帳を取ることが多くなりました。そしてここにいらっしゃる皆様にお世話になることが多いので4点、

御質問いたします。

まずは医師不足というところを先程高橋委員からお話いただきました。発達障がい早期発見することは凄く大事なことです。岩手県では発達障がいを診ることのできる医師がだいぶ増えてきましたが、足りないという状況は岩手県だけでなく全国同じ問題になっております。2週間前に全国のJDDnetの会議に行っていました。そこにいらっしゃる超党派の発達障がいを考える国会議員の方々の代表の方が仰っていましたけれども、10ヶ月待ちが普通だということで、これをどうにかしなければいけないというお話がありました。その中で岡山市の例で医師不足をフォローするために、怪しいなと思った子ども達はすぐに福祉と教育の分野で連携をして療育を始める。なぜかという、発達障がいの子ども達は発見されなかったり療育が遅れると、小学校3年生くらいからひきこもりや不登校が始まってきます。そういったことをなるべく防ぐ、大人になったときにひきこもったりすることを防ぐ、そういったために小さいときから「怪しいな」と思ったら、即、医師の力も得ながら各機関と連携して療育を始めるというのが公的な取り組みとして行われていますので、是非御参考に、各関係機関の皆様、岡山市の例を見ていただければと思います。

2つ目は岩手県医師会には発達障がいにつきまして大変御協力いただきまして、ありがとうございます。県医師会のホームページに、発達障がいの子ども達又は人達を診ていただける、県内の大きな病院だけでなく開業医の病院も全部掲載していただきまして、本当にありがとうございます。感謝の気持ちをお伝えしたうえでお願いがございまして。発達障がいを診ていただける小児科もちろん大事ですけれども、二次障害を起こしたとき、二次障害以降の精神の問題を起こしたとき、この102ページの最後に書いてある、薬物依存、ギャンブル、摂食障害、てんかん、これらはほとんど発達障がいの子ども達が大人になるにつれて二次障害以降に出てくる症状で、ギャンブル等依存症、これはギャンブルだけじゃなくてゲームやSNSにもなりますが、こういった二次障害以降の症状を起こしたときに何処に行けばよろしいのか、それが私共は分からない、うまく繋がる人のほうが少数派です。なのでよろしければ医師会の理事会等でお話をさせていただいて、二次障害以降の状態になったときに何処に何えばよろしいのかをホームページ上に掲載していただければ大変嬉しく存じます。

3点目は大人になってひきこもり等になって発達障がいの精神的な疾患を持った人達は、就労ができずにいるという問題があります。そういったときによくいるのが民生委員です。民生委員の方がチェックしてくださったり、重くなったときに各家庭の状況を把握していて、例えば震災等があったときに何処にどのような支援があればいいかということをお教えいただいたり、登録していただいたりするのはするのですが、ここに残念ながら偏見というのがあります。仕事をリタイアされた方など、偏見を持った民生委員の方と出会うと家族は大変悩みます。なので、民生委員の研修等の強化、それから保健師の研修の強化。発達障がいの早期発見は保健師の健診のところで出てきますので、そこで保健師が親や家族の心へ寄り添えない状態になりますと、そこから医師や教育、福祉、就労のところに、親のほうで拒否をしてしまっていて繋がらない。そうなるとう将来的にこの会議に出てくださっている皆様のお世話になるという状態になるので、保健師と民生委員の研修強化、実践強化を是非お願いしたいと思っております。

4点目は就労のところ、ひきこもりというのは精神疾患がある方々皆様の共通の問題だと思いますが、この場に就労の方がいらっしゃらないのがとても残念です。なぜかという、精神疾患のこういう取り組みをしているということをお労働の人達も知っているということが連携にとっても強く繋がるのではないかと考えております。先日JDDnetいわてで初めて労働基準局や障がい者のセンターの協力を得て全国セミナーを行いました。そのときに精神疾患のある方、発達障がいの方々が就労をするために労働側も繋がりがなかったのに、どうしたらいいか分からなかったという声も多数ありました。私側で労働のほうはどうしたらいいかと悩むより、可能であれば次回の改正のときにこの委員の中に労働の方も含めていただいて、皆さんで連携を強化するというのを是非お願いしたいと思っております。

○大塚会長

少し要望も頂きましたが、県のほうで回答できる部分はございますか？医師会や医療のほうに対する御要望もあります、医療計画や医療の体制のほうもいかがでしょうか？

○事務局（佐々木主幹）

何点かお答えしたいと思います。1点目が発達障がいの方を診ることのできる医師の不足ということで、今年度から医師会に御協力をいただきながらかかりつけ医研修ということで、小児科の先生方に参加していただける、発達障がいについて概要を学んでいただくための研修を開始しておりまして、1回目を11月に行い、医療関係者だけでなく幼稚園など教育の現場の方も含め300名を超える方にご参加いただいて研修会を開催したところです。これについては引き続き取組みを進めていきたいと思っております。

3点目についてですが、民生委員への研修につきましては、県の各振興局単位で民生児童委員研修会を行っておりまして、毎年テーマを選定していただきながら各地域で取組んでおりますが、その中で障がいの方への偏見をなくし理解を深めるためのテーマを研修に取入れていただけるように考えていきたいと思っております。

4点目の審議会の構成メンバーにつきましては、次回の改選の機会等も含め検討させていただきたいと思っております。

○大塚会長

関係委員の皆様、何かありますでしょうか？お話に出たように、発達障がいを診る専門医も増やしていかなければならないので、小児科の先生達にも診ていただいていますし、岩手医大では専門のところ沿岸も含めて行くようにしていますが、そういう専門も力を入れていかなければならないと思います。就労も、就労をするという支援と就労をした後に大変になってきたり、今まで検知されていない人で発達障がいかなという視点で見ると大変ご苦労している障がい者の方もいるんだろうと思うので、その辺は産業保健というところも含めて見ていかなければならないと思うので、非常に貴重な御意見をいただいたかなと思います。

(2) 岩手県障がい者プランの策定について

○大塚会長

続きまして、議事の(2)「次期「岩手県障がい者プラン」の策定について」事務局から説明をお願いします。

○事務局（山本主任主査）

(資料2に基づき説明)

○大塚会長

先程各委員から御意見いただいた医療計画のほうに行くことと、障がい者プランのほうで分けているところもあるかなと思いますが、こちらに関しても各委員から質問、御意見等ありましたらお願いいたします。

○木村委員

最初に、JDDnetいわてからの、二次障害に関する件は、持ち帰って検討させていただきます。

地域包括ケアシステムに精神障がいを取り入れるということですが、相談窓口は地域包括支援センターのほうになるのでしょうか？精神障がいの人に対して経験の全く無い人達ばかりですけれども。

○事務局（染谷主任主査）

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」というのは、介護保険のシステムに精神障がいに乗せるという意味ではなく、精神障がいの分野でも地域包括ケアシステムに似たような考え方を政策理念として掲げようというものです。例えば介護保険の地域包括ケアシステムというのは、地域包括支援センターがあって、中学校区くらいでその方の生活を支える仕組みが完結するというようなことを聞いておりますけれども、精神障がいのほうは医療機関は2次医療圏くらいで対応できるようにしようとか、生活の支援については市町村単位くらいで支援できるようにしようといったイメージ図を国のほうで出しております。ですので、これは新しく仕組みを作るというよりは既にあるものを充実させていたり、連携を強化したりすることによって実現しようとする理念とお考えいただければと思います。

○木村委員

地域包括ケアシステムは介護とは別だとはいっても、住民のほうの捉えかたとしては、同じ言葉を使ってしまえばそこに相談に行くと思いますが、そこでの相談が不十分な状態になるでしょうし、知識も地域包括支援センターのほうで持ち合わせていないとなれば、「介護」地域包括支援センターなど名称を考えないと、現場が混乱することが考えられるので、考慮していただければと思います。

○大塚会長

伴委員から何かありますか？

○伴委員

地域包括ケアシステムについては、精神科をもう入れるということで計画することになっておりますけれども、私の理解では、病気の状態に限らず、予防からお亡くなりになるまでをその地域で全て診ることができるような形を構築することが施策で始まったと思っていますが、そこに精神障がい者も入ってきた形で、あと3年程度の間に仕組みを考えてほしいということだと理解しておりました。名称は同じかもしれないし変わるかもしれないし、支援センターがどういう呼び方になるか分かりませんが、それが拡大されるのか充実されるのか別のものができるのかも分かりませんが、そういった形で計画されるのではないかと感じておりました。もちろんそういうことに関しては、協力は惜しまないです。

○木村委員

いきいき支援財団の理事をしておりますけれども、介護だけで精神の話とか全く入っていないですし、専門家もいませんし、そこが地域包括支援センターのいわゆる教育機関ということになっているので、そういった方面もこれから考えなければならぬのではないのでしょうか。地域包括支援センターの統括的な部署としてあそこがあるものですから、県としてはどういうふうにしていくか整理してもらえればと思います。

○大塚会長

補足ですが、介護領域でも精神科のところは大変だね、というところがあって、逆の動きで、精神科の中で訪問サービスを厚くしたり、そういう診療報酬上の流れも出てくるということがたぶんあって、ただ伴先生がおっしゃったように、懸念としては、地域のいろいろな資源を活用しながらサポートしていくという考えのところに理念として乗っているという現状なので、今後言葉が変わってくるかもしれませんが、現段階では同じような言葉になっているところです。

○木村委員

現場の声をよく聞くのですが、地域包括ケアシステムの名の下に地域包括支援センターの仕事

量が増大する一方で、刑務所等を出所した人達もそこで見るようにという話とか、別枠ですが精神科のほうも見なければならぬとか、現状の3種の資格の中でこれを見ていくのは少し無理がある。地域包括支援センターというのは保健師と社会福祉士とケアマネージャーでした。そういった枠の中でそういった方達を見ていくのはなかなか難しいものがあると思います。少し整理が必要かという感じがいたします。

○事務局（高橋参事）

現在のところ精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムで、既存の介護保険のほうの地域包括支援センターで何かをするということは想定されていないです。名前が地域包括ケアと一緒に、混乱を招くかもしれないという部分は確かにあると思いますので、他の国の動向も見ながら私共も考えていきたいと思っています。

一方で、障がい者一般でいうと、障がい者の方の高齢化というのも問題になってきておりまして、精神障がいの方が高齢化して共生型のサービスなどを使っていたとすることも今後出てくることになるかと思っていますので、そういった部分で地域包括支援センターのほうで精神障がいといったものにも知識を持っていただくということは必要になってくるかなというところはありますので、こちらは所管の長寿社会課と相談しながらおこなっていければと思います。

○大塚会長

司法関係で八木先生から何か追加することはありますか？

○八木委員

花巻病院も指定入院医療機関として入院を行っておりまして、通院に関しては地域に戻っていただくということで地域との連携が不可欠です。今後とも戻っていただくときも地域と連携しながら行っていきたくて思っておりますけれども、岩手県は比較的に内陸部に医療機関が厚くて沿岸部が薄いです。沿岸出身の方が苦戦してしまっている状況が個別にはございまして、また地域の皆様と協力できたらと思っております。よろしく申し上げます。

○戸田委員

皆様ご存知のとおり、各自治体では現在高齢化の進展に伴いまして、地域包括ケアシステムは介護を中心として行っております。その一方で高齢化がこれからも数十年、7,80年くらいゆっくりゆっくり進んでいくという中で、人口も減少していきますし、地域でどうやって高齢化した方々を支えていくのだろうかという動きの中で、例えば大船渡市でいえば地区ごとに地域で助け合う協議会を作って、みんなで安心して住める街を作っていくという動きがあります。恐らくこれが全国の自治体の大きな流れです。そういった中できっと障がい者についてもいつかそういうことが言えるのだろうかと思うのです。気仙地域を考えた場合に、大船渡には障がい者支援の県立学校があります。それから陸前高田市には精神科病院があります。一方で特別支援学校がないので、恐らく1つ1つの自治体でこれが完結していくものか、あるいは圏域毎にフレキシブルに対応していくべきものか、様々な課題があると思いますが、「地域包括ケアシステム」この言葉はともかくとして、恐らくこういう動きの中にあるのだろうかという気がします。ただ、今のように地域支援が限定されていますので、難しい取り組みだろうなという感じは致します。

ただ、とにかくやらなくてはならない、と思います。就労支援もしていかなければなりません。

○小澤委員

私は精神障がい者のボランティアを20年位やっておりますけれども、この頃感じることは、当事者も高齢化しているし、ボランティア自身も高齢化しております。それでもこれからどんどん生活基盤を地域に移すということになりますと、先程、高橋委員がおっしゃったように、精神障

がい者に対する理解をしてもらっているというのはとても大事なことだと思っております。私達がボランティアを始めた頃は「精神障がい者ボランティア養成講座」を市町村ごとに行ったのですが、この頃それができないような状況が出てきております。それは行政が非常に大変だということもあると思いますけれども、障がい者に対する啓発をどんどん進めていただきたいと思ひますし、ボランティアの養成講座も行っていただきたいと、それが一番、受入れる体制としては大事ではないかなと思ひますので、それをお願いしたいと思ひます。

○大塚会長

只今おっしゃったところは、健康づくり等の第四次の計画のところでは、地域づくりでソーシャル・キャピタルを活かしながら地域全体で進めていく。これは地域包括ケアも関わるころなんですけど、地域づくり全体として、先程言ったボランティアや民生委員の方々のお話が出ましたけれども、それぞれ大変な現状がある中で、皆が参加しながら行っていくという視点が大事なかなと思ひます。そういう中で市町村の中でやれるところと、広域医療圏で共有していかねばならないところと並存するのだからなというところがあります。こちらのほうも県の障がい者プランでどういうふうを考えているのかというところはあるのですが、理念としておっしゃっているところなかなと思ひます。

他にいかがでしょうか？

○小笠原委員

厚いほうの 56 ページの「福祉サービスの利用援助」というところになりますが、成年後見の関係でお話があります。

この線が引いてあるところは新しいところということだと思いますが、3番目に「市民後見人や法人後見団体の育成等の支援」というのがあります。精神障がいや知的障がいをお持ちの方というのは、先程、就労の話が出ましたけれども、非常に収入が少ない。老齢世代だと現役世代の年金があるので、少ない中でもそれなりに収入がありますが、障がい年金プラス生活保護というのが非常に多い中で、後見人を育てたところできちんとした報酬が出ないと、なかなか運営が大変だというところがあります。これは他でも同様ですが。専門家は一番大変なときはやってくるのですが、離れていったときに、その後は市民後見人に、というふうにやっていくのが理想だろうと思ひます。そうすると今言った経済面について、成年後見制度の利用促進事業として厚労省がお金を出している事業があります。市町村単位でこの事業を行っていくのですが、市町村長申立てについては申し立て費用とかその後の後見費用については出す制度をだいたいのところでは取り入れています、収入が少ない世帯についてまで出してくれるところというのは、私が知っている中で宮古市とあと一箇所あったかどうかといったところでして、1番大きな盛岡市でもまだ行ってないということです。国が半分、残りの半分を市町村と県が半分ずつ出すという形ですので、是非これを県のほうで。書き方としてはこういう感じなのでしょうが、4番目の基本計画とも関連するのですが、基本計画の中にも促進事業の更なる利用というのがありますし、2番目の日常生活自立支援事業の関係でもここから成年後見に移行すべきだというのが基本計画の中であって、日常生活自立支援事業の予算が削られていますので、そういった点での予算的な配慮をするとともに、市町村と連携しつつとなりますので、広めの支援や事業の策定を県のほうも市町村と連携しつつ行っていただければなというのが1点です。

もう1つは「市民後見人や法人後見団体の育成等を支援します。」の「等」にどこまで入っているのかということですが、今は育成のための研修を行って終わりになっていないかというのがありまして、育成の段階というのは研修をすればそれなりの知識は出るのですが、後見業務を行っていくといろいろな迷いというのが、我々専門家でもあります。それが市民後見人になると更にあるだろうと思ひます。そういった市民後見人や法人後見を行っている方のネットワーク作りとか、支援や相談ができるような連携を作っていくとだめなかなというふうにお思ひますので、育成だけではなくその後のバックアップについても行っていただけないかな

というふうに思います。そうしないと経済的な面がクリアされたとしても、なり手がなかなか確保されなかったり、よく分からないうちに不祥事に繋がるということもありますし、そういう連携や監督が出来て初めて裁判所も安心して市民後見人に委ねることができるのではないかなと思います。難しい依頼については専門家である我々弁護士会、司法書士会あるいは社会福祉士会が推薦し、裁判所から選任されていますが、それはそれぞれが所属する会のバックアップというか、指導監督権限も強力にあるものですから、それも含めてあるところではあるのです。これから後見の数が増えてくるといって話になってくると、第一義的に監督権限や監督義務も含めて裁判所になります。それでは追いつかなくなっていくときにそういった県の団体ないしネットワーク、そういったものが監督も含めた相談体制を作ることによって、市民が安心して利用できるような形にする。安心してというのは裁判所だけではなくて、県民から見ても不祥事等が無いような形であつ法律的に、迷ったら専門家に来ていただいてということもあるんだと思いますが、そういったネットワーク作りについても、市町村についてはうまくいっているところはそれなりにできているんですけども、県のほうでも育成していくということだとすると、それらについても御検討いただければと思います。

○事務局（山本主任主査）

障がい者プランにつきましては、福祉のみならず各分野にまたがって策定する計画でございます。福祉サービスについても当課と地域福祉課等、関係課がありますので、今の御意見も中で共有しまして、具体的な対策方針につきまして検討させていただきたいと思っております。

○藤倉委員

2点お話をさせていただきます。A3版の資料の1番最後のページの右端の8番「必要なサービス見込量確保のための方策」というところがございますが、その1番下に「放課後等デイサービス 市町村と協力し地域療育体制を拡充」とございます。先程申し上げた全国の会議で大問題になったのがここでした。何が問題かと言いますと、放課後等デイサービスがたくさん出来てきました。増えてきて親たちは少し楽ができるかなという状態になってきた反面、利用の基準というのが大変緩かったり、又はこのデイサービスの支援の質について、極端な話、学校に迎えに行き車に乗せたままグルグル周って時間になったらそのまま家へ連れて行くとか、大きなテレビ画面をずっと見せておいて時間になったら連れて行くだけとか、あるいは発達障がいの子に特化したデイサービスでは勉強のところだけ行うとか、極端なところがいっぱい出ておまして、放課後等デイサービスの本来の目的である、将来社会に出るために少しでも集団生活の場をとというもの、支援する家族が少し休めるような場、介護と同じ考えだと思っておりますが、そういうものとはかけ離れてきているのが多くなってきています。

今、一番大問題になっているのは、各都道府県の特別支援学校のスクールバスが、あまりにも放課後等デイサービスが使われるようになって、週に何回か行き帰りのバスが無くなるなど、本来あってはならないことが岩手県でも起きていることはご存知でしょうか？これは岩手県だけではなく、全国で大問題になっております。この見込量を確保ということで、国の予算が全体でこの5年間で40億～50億、この放課後等デイサービスに対して増えている。けれども質といった大問題が、本来サービスが県の税金で行わなければならないところに行かずに、違うところに行っている。それは本来あってはならないことだと思っております。そのところをどのようにこれから福祉のほうでは考えていらっしゃるのかお伺いしたいと思います。

2点目はA3版のほうの2ページ目Ⅱ番、主な取組の「ライフステージに応じた切れ目のない支援を提供」ということで、是非お願いしたいのですが、上から4番目の「高齢者や障がい児・者が共に利用できる「共生型サービス」の活用の推進」というところですが、こういう精神障がいだけに限らず、私は対象児が3人おまして、子どもは4人で健常児の親でもあります。いろいろな立場から考えまして、こういった精神障がいの障がい児・者の支援で本当に支援していただきたいのは家族なんですね。障がいがあった時点で、当事者への支援はもちろんいただき

たいですが、障がいがあったと同時に家族の支援に入っていたかないと、家族が疲労していきます。

少し前に都会のほうで「保育園落ちた。〇〇」という過激な言葉が出ましたけれども、同じ時期に「障がい児産んだ。私の人生終わった。」というのが全国に回りました。その時に凄く意見が出ましたが、何故そんな言葉が出るかというと、介護や支援となると、まずは家庭の中でやらなきゃならないのが女性です。家族の中で女性、母親だけや誰かだけが、その人の将来の人生を全部諦めて、その支援に入るということをずっと日本は続けてきましたが、これが限界にきているのではないかと。なぜかというと、旦那さんが働いて女性が家にいるというのは高度成長期のときはまだ良かったのですが、今はお母さんも働いている家のほうが多いです。その中で障がい児・者の支援を母だけがやる、親だけがやるというのはもう限界です。私は権利主義者ではありませんけれども、実際に自分の子どもをやっておりまして、支援学校に任せている娘がおりますが、朝の送迎がありません。スクールバスが来なくなった高等部になると朝の支援が無くて、そうすると支援学校が始まるのがだいたい8時50分でちょっと遅いです。そうすると8時半、9時からの仕事に従事している母親は仕事を辞めなければなりません。朝の送迎サービスが福祉になるので、そういったところで、「じゃああなたが全部支援やってね。人生諦めてね。」といったことになってしまう。そうすると母たちは一生懸命頑張りますが、母たちがうつ病などになっていく。プチ入眠剤を飲んでみたりなど、そういう状況になっていくので、是非家族への支援を、障がいがあった時点で一緒に入っていたきたい。そういうシステムを作っていたきたいと思います。

実際にJDDネットいわてでは、岩手県から委託を受けて、ペアレントメンターの事業をやっておりますが、その中でも外に出せない母たちや家族の人たちが、どんどん自分の中にももって、親たちが精神の障がいを発症していく。そうになっていくと税金だけで全部やるのかということではないですね。予防というところにもっとお金をかけないと、放課後等デイサービスも80何億円というお金をかけるより、予防のところにお金をかければ、もっと税金は違うところに使えるという考え方が出てきたのではないかと考えておりますので、ご検討をよろしくお願いいたします。

○事務局（佐々木主幹）

1点目の放課後等デイサービスにつきまして、基準が曖昧であったり質が低いところがあったりというお話がございました。今、どんどん参入してくる事業所も増えていきますし、比較するわけではありませんが、従来福祉というのは社会福祉法人がやっていましたが、今は民間の団体も参入してこられるようになっていきますので、そういったところへの指導や、いろいろな通知を守っていただくなど、そういったことにつきましては、様々な機会で行っていく必要があると思いますので、今の御意見もふまえて、対応については検討させていただきたいと思います。

○事務局（山本主任主査）

もう1点、御指摘のありました家族への支援への関係については、先程、共生型サービスの話がありましたけれども、障がい児・者ご両者共に支えるサービス提供体制を整えていきたいと思います。ということですが、個々の障がい者に焦点を当ててサービスを提供する、支援をするということもさることながら、それを支えるご家族の方々も一緒に支えていくには、どういった形で支援していけばいいのかということも確かに重要な視点だと思っております。こちらのプランの中でどういった形で反映させるかというのはさることながら、そういった支援のあり方については、我々も重要課題ということで認識し検討したいと思っております。

○高橋委員

今、家族支援のことが出ているわけですが、まさに御意見いただいたとおりだと思います。といますのは、今日の資料の2枚目、「岩手県障がい者計画（案）の概要」の現状のところの障が

い児・者の現状（５）のところに「地域移行者数は第４期障がい福祉計画（H27～29）の目標値 260 人に対し、H28 年度時点で 160 人とやや遅れている状況」と、こういうふうに記載されております。確かに H29 年度分の数値が出ていないわけですから 260 人に対して 160 人はやや遅れているという表記になったのかもしれませんが、いずれにしても増えて。これはなぜかというと、先生方もご存知だと思いますが、家庭に帰られてもなんとも困るという実態が無きにしも非ずというのが、精神障がい者を抱えている家族の生活の実態です。だから、なかなか数値目標通りにはいかないし、地域移行もなかなかその通りなわけです。家族支援というところは極めて大きな課題であって、加えて私は前々から申し上げていますが、知的障がい者の家族相談員、身体障がい者の家族相談員は既に国の法律で決められて進んでいるようでありますが、精神障がい者家族相談員については設置されていないですね。家族が家族の思いを伝えたり、相談しやすい窓口というのは、やはり家族を持っている家族相談員だろうと思います。それを県単で行うという意気込みも必要ではないのかなど。他県では既に取組んでいる県もあるわけですが、国で行ってなくても。そういうことも考えていく時期にもう入っているのではないかと。そうでないと包括ケアシステム～といっても、とても包括ケアはできないのではないかと。家族がもう倒れてしまう状況になっているわけですから。

○大塚会長

岩手県の場合は県土が広く、山間部などのいろいろなところに患者さんがいらっしゃるの、退院させたときに近くにサービスがなかったりすると、家族もかなり厳しい状況になったりします。岩手県の場合、精神障がい者の支援のことは、必ずしも法律的なことでは対処できない部分があります。欧米などは地域ケアの予算を国の予算の 1.5 倍とか増やして導入するのですが、そういう形ではなくていて、かなり現場の中で歪みが出てしまうということになるので、現場では結構大変だけれども、それ以上にサービスを拡大するというのがなかなか大変なので。

そうすると先程言ったように、家族の支援などを地域の中でどうするかなど、地域の課題として住民やボランティアを含めて行ったり、いろいろなところで人の協力など、そういったこともできるということかなと思っています。

○事務局（高橋参事）

精神障がいに関する家族相談員の関係につきましては、御提言などをいただいて私共も国のほうには要望はしている状況であります。他県で県単で行われているところもあるということですので、その辺の情報を収集すると共に、これは市町村とも相談しなければならないことになると思いますので、検討して参りたいと思います。

(3) 岩手県アルコール健康障害対策推進計画（仮称）の策定について

○大塚会長

続きまして、議事の(3)「岩手県アルコール健康障害対策推進計画（仮称）の策定について」事務局から説明をお願いします。

○事務局（染谷主任主査）

（資料 3 に基づき説明）

○大塚会長

只今の話について、御質問や御意見等ありましたらお願いします。

○加藤委員

私自身の経験からでもありますが、大学に入学した時に因習的にサークル等で強制的に飲ませると、そういうふうなことが一切あってはならないと思います。その為にはやはり先輩たちにも

飲酒について怖いということをつからせることが必要ではないかと思っているのですが、これは中学、高校の段階で授業での周知が必要になると思うので、そちらのほうもよろしくお願ひしたいと思ひます。

○大塚会長

こちらのは不適切な飲酒などに対する教育というところで、もっと早期から行くと。飲酒を覚える前の教育は非常に大事かなと思ひますので。

根子委員はいかがでしょうか？

○根子委員

新しい計画なので目標の設定の仕方について3点確認いたします。

まず基本的な方向1ですが、目標が生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を、男性13.0%、女性6.4%まで減少させるということなのですけれども、この数字にした考え方を確認したいと思ひております。

2点目の基本的な方向2ですが、地域における相談拠点を1箇所以上定めること、これについては地域というのはエリアが何なのか？例えば障がい福祉圏域だとかいろいろなエリアがあると思ひますが、これだけだと分かりにくいのでそこを確認したいです。

それから基本的な方向4についてはアルコール健康障害を有する者等やその家族の自助グループの参加者数を増加させることという目標なのですけれども、これは増加させるということなので、基準値がどれくらいの数かということと、数値目標を出さなかったのは1人でも多くという趣旨だと思ひますけれども、出さなかった場合は設定しにくいということでこういうふう設定したのか、そこの考え方を知りたいです。

○事務局（染谷主任主査）

目標値の設定の考え方ですが、1の「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合」は健康いわて21プランの二次計画と同じで、調和を図るということで設定したものです。この数値は国の健康増進計画と同じですが、健康いわて21プランでは今年、中間評価をしたところ、飲酒をしている方の割合が実は増えてしまっていて、達成度がマイナスになっているということで、引続きこの数値に向かって取組みを進めるということで設定したというふう聞いております。

地域における相談拠点ですが、こちらは国が基本計画のほうで各都道府県に拠点を設けることを求めているものです。国の計画でいうところの地域というのは、都道府県エリアというふう考えております。県といたしましては、県に1ヶ所は最低限としつつも、相談支援体制の整備に向けた検討を引続き行って、県としてどういう相談支援体制を構築すべきか検討を続け、相談拠点の数や何処に置くかといったことを決めていきたいと考えております。

アルコール健康障害を有する者等やその家族の自助グループの参加者数ですが、こちらは計画（仮称）の案の32ページの図になります。まだ作成中のものですが、今年の3月末現在で当課で調べた各自助グループと通常参加されている方の数でまとめております。AAなどなかなか把握できていないところがあるので、確認作業をしております。ここでまとめた数値を基点にして増やしていきたいということなのですけれども、我々の取組みによってどのくらい増えるかという目標値の設定が難しかったので、増加させたいということで目標としたものです。

○大塚会長

特に拠点のところは、岩手県は四国くらいのところですので、各圏域、岩手県1ヶ所となつてかなり遠方まで移動しなければならないところがありますので、そこをふまえて何処の地域でもある程度はアルコールの問題を適切に相談できればいいなということも理念としてあるかなと思ひます。圏域を越えて移動して入院だと結構大変なこともありますので、両方合わせて平行しているという感じなのかなと思ひます。

伴委員は医療計画との関連で、何か補足はありますか？

○伴委員

補足はありませんが、ヒアリングを行うにあたって、連続式蒸留焼酎と単式蒸留焼酎の違いは何かあるのですか？資料3-2の6ページの表が少し分かりにくいです。ブランデーは、岩手は0.0で全国が0.1だと岩手県はないということですか？あと甘味果実酒と果実酒はどこが違うのか、例をあげたほうが分かりやすいかもしれない。

○八木委員

補足ですが、生活習慣病のリスクを高める量というのも明示しておいたほうがいいのではないのでしょうか？それ以上飲んだら危ないよということを、県民の皆様にするべきなので数値目標としてまとめておいたほうが。具体的にはどのくらいの量なのか？

○事務局（染谷主任主査）

計画案の7ページの注のところに「生活習慣病のリスクを高める量」として、男性は純アルコール摂取量40g以上、女性20g以上とありますが、具体的なお酒の量ということになるとこれでは分かりづらいということがあると思います。国が出している「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングとその評価結果に基づく減酒支援の手引き」を参考資料として収録することとして案を作成中ですが、45ページに酒類のドリンク換算表を載せております。どのくらいの量が生活習慣病のリスクを高める量なのかというのを分かりやすく標記する方向で検討したいと思います。

○大塚会長

7ページの注は、40g、20gと定義して進めたということで、保健指導の教育では適正飲酒量を1単位まで減らして、しかも時々休肝日を入れてということが教育目標なので、ぐんと低くなるかなと思っております。

○小笠原委員

先程、教育啓発の話でありましたが、私は児童相談所のほうにも出ているのですが、やはり児童、子供さんの前で飲んだりするというのは、私自身の教訓でもあるのですが、危ないのかなというふうに思っております。DV等の問題行動に繋がりがやすいということと、そこまでいなくてもアルコールに対して良いものだ。この法律自体が先にアルコールに対する良いところを挙げてしまっているので仕方ない部分はありますが、他方で煙草の場合、子どもの前で吸うというのは悪ですよ？健康被害が明らかになっているので。そうするとアルコールというのは基本的には毒なんだよということで、コミュニケーションツールと言われてはいるけれども、子どもの前で飲むことの問題性というのは何処かで教育を。学校教育としてはありますが、家庭教育としては1行くらいしかなかったの、その点についても。まだ一般的な見解まではいっておらず、私自身の考えでしかないのかもしれませんが、御留意いただければなというふうに思いました。

○大塚会長

岩手県からすると酒造組合など作る側や消費する側も含めて、適切な飲酒を教育していくなどの幅広い考えで進めていただいているということで、今いただいた意見をご検討いただければなと思います。

DVなどのところは、相談の関連のところでも少し出てくるのかなと思うのですが、自傷他害のリスクも高まることもあるのかなということなので、こちらも重要な指摘かなと思います。

後はよろしいでしょうか？山口委員お願いします。

○山口委員

市町村の保健師の発言ですが、このアルコール計画の策定ということで進めて見ると、市町村では母子手帳発行時はアルコールのことを指導しますとか、健診のときにアルコール摂取量の適正な指導を行いますなど、具体的に市町村が行うところを書いてありますが、この計画が策定された暁には、もっと具体的に市町村に対してこういうところを強化してほしいなどの説明など、今後そのような予定はあるのでしょうか？

○事務局（染谷主任主査）

まずはこれからパブリック・コメントを実施しますが、その時に市町村の皆様方にも計画案をお送りして御意見があればお聞きしたいと思っております。

計画策定でも、市町村の皆様のご取り組みは非常に重要だと思っております。例えば研修には参加していただきたいとか、そういったことで市町村のほうにお願いすることもあると思いますが、基本的には36ページの推進体制のところでも市町村の役割について書いておりますので、それを基本として考えていただければと思います。

○大塚会長

保健指導は様々なやり方があるって、特定保健指導でキャッチしたときにどんな保健指導をしたらいいのかとか、いろいろなプログラムがあるので、そういうところがこういう計画を推進する中で市町村の指導とか勉強するときにまた出てくればいいのではないかなと個人的には思っています。

(4) その他

○大塚会長

議事の(4)その他についてですが、こちらはまだ御発言のない委員から御意見をいただきたいです。お1人1分程度でお願いしたいと思っておりますので、土屋委員からお願いします。

○土屋委員

医療の今後の計画についてはこういう状況だということで。私のほうからは、先程高橋委員から医師の確保について、何年も続いている課題ですが、さまざまな研修制度について、県内の精神科については今のところ岩手医大1箇所ということで、県内の医師確保は苦しい状況にあると思っています。もちろん県の各病院のひとつが研修生に関して中心的な役割を担えるようになると良いと思いますが、県立病院の話は医療とは別の話になるのかもしれませんが。

○堀内委員

こちらは司法の見地からになりますけれども、例えば、小笠原委員から後見監督のお話がありましたが、地域と連携しながらあるべき高齢者の財産管理等に御協力いただきたいと思っております。

○佐々木委員

先程、地域包括ケアシステムのところで出てきた、連携の強化というところが、日々の業務に当たる上で大事ななと思っていたところです。特に長期入院の方の地域移行を進めるのはもちろんですが、長期入院の方を新たに生み出さない、増やさないための取り組みというのにも必要だなと感じています。その為に地域で精神障がい者の方を支える体制や、入院した方に対しても入院早期からの退院に向けた取組みがスムーズに進められるといいなと感じております。医療機関と地域での相談支援事業所や市町村などとの連携を更に強化させて、地域での生活を関係機関と一体になって取り組んでいけるようにしたいなと思ったところです。

○菅原委員

今日のこういう審議会は初めての参加で、こういった案があつての協議にはなりますが、意見をいろいろ吸い上げた中で、この場で発表できればなというのが私の中の主な課題でした。

参加者の部分ですが、先程、労働関係者も入れていただければということで、私もそれはいいなと感じました。発達障がい者の方の早期発見について、今では一般高校のグレーゾーンの方の支援でご苦労されているというのをよく聞きますし、うちの圏域でもそういった現状がありますので、是非次回は委員の部分はそのようなメンバーも入れていただきたいなというふうに感じました。

○松永委員

今日は精神障害者社会福祉事業協会ということで出席させていただいています。精神障がいを持つ方が主に利用している事業所の横の繋がりというか、かつての社会復帰施設協会という名称で組織していました。今年度の総合支援法の改正で、福祉サービスも大きく変更がされるのではないかと、職員や事業所側では動向を気にしており、変更された後に私達が福祉の事業所のサービスの中で、どういったところを担っていくべきなのかなというところを凄く気にしています。

私の勤め先は就労継続のB型事業を行っていますが、就労については、精神障がいをお持ちの方の就職率は非常に上がっていますよ、というデータがたくさん職業安定所の統計に出てきていますが、それは就労継続A型も含まれてのデータなのかなということを少し感じます。職安を通しての就職なので、A型の事業所もそこでは実績に含まれて当然だと思いますが、福祉サービス事業所サイドからすると、それはサービスの変更であつて就職ではないですよ、という認識になってきているので、私達の実績としてはカウントされないと。勤め先のほうではその部分があり就労移行支援のほうが減算になってしまつて、お恥ずかしいところではありますが、そういった認識の違いというか、そういったところの足並みを合わせながら現状を見ていける機会があればいいなということを感じていました。

最後にアルコールの相談のほうで、相談支援体制というところで目標を掲げています。以前に私が相談を受けたケースで、家族会のことで聞きたいことがあつて相談したんだけど、相談したいという電話をしたときに、「分かりました。ではお名前と対象者の生年月日を教えてください。」とすぐに言われてしまつて、信頼関係を築く前の段階だったのでどうしたらいいか困つてしまいましたということがありました。私の仕事の中でも電話相談を受けることがあり、自分の身にも振り返ることができる中身だったので、それ以後気をつけるようにはしていますが、電話をしてきた時点で凄く勇気を持って電話してくださっているんだろうなというところにかに寄り添っていくかというところを、研修の中で担当される方に身につけていただくような中身であればいいなという感想です。

○大塚会長

それでは皆様から、これだけは言っておきたいというのはございませんでしょうか？

今まで大変活発なご意見をいただきまして、ありがとうございます。

私の担当のほうは終わりました、事務局に戻したいと思います。

6 その他

○事務局（佐々木主幹）

大塚会長並びに委員の皆様大変ありがとうございました。

「6 その他」ですが、議事以外で皆様から何かございますか。

事務局より1点、御連絡いたします。

今年度は年度末にもう1回、審議会の開催を予定しております。年明けには委員の皆様には日程調整の御連絡を差し上げますので、ご対応くださいますようお願いいたします。

7 閉会

○事務局（佐々木主幹）

以上をもちまして、平成 29 年度第 1 回岩手県精神保健福祉審議会を閉会いたします。
長時間にわたりまして、大変ありがとうございました。