

平成29年度第3回 精神障害者地域移行推進専門部会議事録

日時 平成29年10月30日(月)18時～20時

本庁舎5階大会議室

出席者：渡邊部会長、三好副部会長、浅井委員、石渡委員、岡田委員、奥山委員、
亀山委員、桑田委員、國分委員、千葉委員、深見委員、谷下田委員

(事務局)

ただいまから、平成29年度第3回精神障害者地域移行推進部会を開催いたします。

私は、障害者福祉推進課の高品と申します。どうぞ、よろしくお願いいたします。

(資料確認)

(障害者福祉推進課長あいさつ)

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただき、誠にありがとうございます。また、日頃から本県の障害者施策の推進に格別のご理解ご支援を賜り、厚くお礼申し上げます。

第2回会議では、第六次千葉県障害者計画の素案を作成するにあたり、委員の皆様からさまざまな御意見をいただきました。今回の会議では、前回の委員の皆様からの御意見、国の要綱をもとに作成した第六次千葉県障害者計画に係る素案についてご審議いただきます。

ぜひ、委員の皆様からは、御忌憚のないご意見を賜りたいと存じます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

ここからは、渡邊部会長に進行をお願いします。どうぞよろしくお願いいたします。

(渡邊部会長)

よろしくお願いいたします。

それでは、議題(1)「第六次千葉県障害者計画の素案について」各項目ごとに事務局から説明をお願いしたいと思います。それではまず、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」説明をお願いします。

議題 (1) 第六次千葉県障害者計画の素案について

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」

(事務局説明)

(渡邊部会長)

それでは、事務局で説明した素案について、何かご質問ご意見等ございましたらお願いします。

(奥山委員)

資料1 2 ページ目の9行目。「本体住居の食堂等を利用するなど密接な連携を前提とした、一人暮らしに近い形態のサテライト型住居のさらなる周知…」とあるが、これはどういう意味か

(事務局)

サテライト型住居というのは、グループホーム本体があり、本体の近くにアパートの1室で生活している人を、グループホームの1人として世話人が本体とアパートを行き来するもの。

(奥山委員)

グループホームの食堂を利用するということか

(事務局)

その通り。

(國分委員)

4 ページの⑱重度心身障害者（児）医療費助成について。家族会の要望を取り入れていただきありがとうございます。関東では、神奈川県・埼玉県が手帳1級所持者に対する助成制度を取り入れた。全国統一の制度では時間がかかってしまう。県として、助成制度についての考え方はどうなのか。あくまで国に要望するということか。

(吉田課長)

県と市が折半する制度。昨年度後半、市町村に意向を聞いたところ、現時点では精神への拡大は難しいと回答したところが過半数。

市や医療機関、支払い基金が支えていく制度。県が先行して拡大しますと言うのは難しい。市町村との意見交換を通して検討することとしていきたい。重要な課題なので引き続き検討していく。

(桑田委員)

3 ページ⑨には、あんしん賃貸支援事業のことかと思うが、実質機能していなかった

り、知らない人が多い。以前から居住支援協議会が別の課で行われており、生活困窮者への住まいのことが検討されていると思うが、今後その協議会とどう連動していくのか、ということも計画にどう反映されるのか

あと保証人の問題。公的保証の仕組みを計画の中でつけれないか、ということも含めて、居住支援協議会との連携を組み入れてほしい。

(事務局)

居住支援協議会については、当課の共生社会推進室が委員なので、情報を共有し、住宅課との連携も密にしていきたい。民間のアパートについては、市川圏域がすすんでいるので、取り組みを参考に居住の確保については検討したい。

(桑田委員)

長期入院の高齢者が施設に入るときに保証人を依頼しても断られるケースが多い。公的保証を市や県が制度のようなものを検討していただけると助かる。

(岡田委員)

家族はいるが、保証人がいないとなると施設側としても困ることもある。本人の入所したいという意向だけでは弱い。みんなで地域で支えていけるような、家賃だけでなく心理的部分で安心できるものがあれば、本人のサービス利用にもつなげられる。

(渡邊部会長)

その場合は誰が窓口になるのか。

(岡田委員)

生保だと市役所。緊急連絡先だけはほしいと言われると、身寄りがいないときは、私が対応すると言っている。それで不動産屋も仕方ないと受けてくれる。生保は市や定期的に私たちやヘルパーなどが入っているとなんとかなる。大家さんから万が一亡くなったときは遺体はどうするのかと言われると、生保は市が入るはそれ以外は厳しい。本人が退院したいと言っているのに入院させておくわけにはいかない。

(桑田委員)

障害サービスだと比較的入居立ち合い人がいるので、わりとスムーズにいくが、介護保険だと圧倒的にだめと門前払い。他県や遠くまで相談する。アパートは岡田委員と同じく私が緊急連絡先になることも。生保だったら市が入ってくれるが、亡くなったときに、遺体だけでなくたんすや衣類や通帳の財産をどうするのか、不動産屋は気にする。障害担当と生保担当で協力してほしいと思う。

(谷下田委員)

補助人や保佐人がいればスムーズに話がすすむのか。実際家族が拒否的だが、保佐人がいるならと引き受けてくれた不動産屋もあった。施設利用は円滑にすすむのか。

(桑田委員)

円滑ではないが、少しは間口が広がる程度。保佐人や補助人が不動産の契約行為ができるのかというハードルがある。できないと保佐人が契約代理人になってくれるので、わりと話がすすみやすいが、代理権がついてないとややこしくなるケースも。

(三好委員)

入居するのに後見人は保証人になってくれないので、そういう人があるというだけの安心感で保証人なしで入る場合も。今日もまさに母はいるが、手間をかけたくないので保証人なしでやってくれないかと相談があった。

(渡邊部会長)

保証人問題は地域移行にとって大きな問題。そこをきちんと施策にアプローチできる仕組みが必要。

(亀山委員)

ピアサポートについて。県と市でそれぞれやっていると思うが、今後もそういう方向性なのか、具体的にどうすすめていくのか。

(事務局)

ピアサポートの活用については国からも言われているところ。保健所等でも養成はしているが、その後の活用については検討が必要。病院や事業所など当事者がいる場での活躍の場ができればと考えている。障害保健福祉圏域ごとに地域移行支援協議会が設置されているが、今後地域包括ケアシステム事業に移行するにあたり、住居の確保やピアサポーターの活用など各圏域で協議してもらいたいと考えている。ケアシステムについては次年度にまた方向性を示していきたい。

(渡邊部会長)

今後具体的なものがわかれば教えてほしい。

(桑田委員)

県の養成プログラム受講後、仲良くなってそのあとのつながりもある。傷ついたりつ

らい思いをしたときに吐き出せるような、職能団体とまではいかないがピアサポーターのネットワークみたいなものがあれば。現場のつらさをわかちあえるような場、それをバックアップできるような仕組みがほしい。

(亀山委員)

全国的にはある。県だとコンボ。ただ、点と線でうまく結びついておらず孤立しているというのが現状。今後どうまとめるのかが重要。

(事務局)

ピアサポーターの交流会を精神保健福祉センターで実施する予定。

(岡田委員)

交流会は県内で3か所でやっていきたいと金田一委員から聞いた。県の養成講座を受けた人だけではなく、そういう活動をしている人も含め顔合わせみたいなかんじで始められたら。少しずつ広がっていけばいいと思う。県北と長生、安房でもやりたいと聞いている。

(渡邊委員)

ピアサポーターを支えるネットワークづくりについての文言を素案に組み込んでもらえれば。

(2) 精神科救急医療体制の充実

(3) 高次脳機能障害について

(4) ひきこもりに対するアウトリーチ型支援の推進

(5) DPATについて

(事務局説明)

(渡邊部会長)

まず(2)精神科救急医療体制について、深見委員から補足があればお願いします。

(深見委員)

精神科救急基幹病院数については、新たに増えてこの実数となった。以前は病床確保率は4割から6割であり当番以外の病院に診療をお願いするケースもあった。今年度基幹病院が増えて、救急に対応できるようご尽力もあり、この数か月はベッドが足りなくて困っているということはない。ただ、ベッドがあっても千葉県は広いので搬送

する距離が広範囲。100kmはいかないにしても50km以上だと救急としていかなものか。欲を言えば2次医療圏域ごとに基幹があり地域で対応できるようになれば理想。現状のシステムでまかなえている部分はあるが。地域に密着した救急医療ができることが大きな目標。

身体合併症に対応できる数は基幹に参画している5つの総合病院。総合病院で精神科を標榜しているところの多くは病床を有していないため、精神科の当直はおらず救急対応できていないのが現状。なかなか難しい。診療科が違くとコミュニケーションが悪い。患者のおしつけあいになってしまう。連携が必要になってくる。精神科と内科外科でうまくいっているところは少ないのではないかと。障害者福祉推進課で病床を有さない精神科を標榜している総合病院への働きかけは行っている。精神科は標榜していないが、救急を標榜しているところに身体的処置を依頼し落ちたらこちらの精神のシステムののせるということも考えていきたい。まずは身体的処置を総合病院等に依頼し処置が終わったら精神のルートにのせるというのが現状。

(浅井委員)

救急身体合併症に対応できる施設は、身体合併症が主たる患者なのか、精神科患者の救急対応なのかどちらをイメージしているのか。

(深見委員)

本来は精神疾患の治療が優先させる方だけど、例えば在宅酸素や人工透析など内科でも濃厚なケアを必要とする場合は単科の病院では断られる。

(事務局)

精神科救急システム連絡調整委員会で具体的に議論している。

(國分委員)

精神症状が悪化すると家族は大変な思いをして保健所に連絡したり、警察にお願いをするが家族が思うような形で搬送されない。保健所の体制が少ないように思うがこれからも変わらないのか。

(事務局)

保健所の仕組みは変わらないが、市も専門職の配置が増えており、相談体制ができている。行政以外の一般の相談窓口もある。家族が思う緊急と医療側からの緊急度が一致しないこともあるかもしれない。保健所は移送で関わることもあるが、行政を安易に広げるのも人権問題が絡んでくるので問題になる。適正な形でかかわっていききたい。できるだけ本人の意思にそった支援を行いたい。

(國分委員)

市町村にもその体制はあるのか。

(事務局)

相談窓口はある。

(國分委員)

24時間体制か。

(事務局)

市は24時間体制ではない。県の救急医療相談窓口がある。

(國分委員)

緊急時は市に連絡していいのか。

昼間は相談場所は多いが、夜中に声を出してしまうときは？

(事務局)

夜間は県の精神科救急医療相談窓口が24時間体制であるのでそちらを利用してほしい。行動が凶暴化している場合は警察に連絡を。

(渡邊部会長)

(3) 高次脳機能障害について意見があればお願いしたい。

(全員)

意見なし

(渡邊部会長)

(4) ひきこもりに対するアウトリーチ型支援の推進について意見があればお願いしたい。

(國分委員)

家族会の中にもひきこもりを抱えている人がおり、家族も勉強はしている。相談機関も増えているが、対応の仕方のレベルを上げてほしい。24時間対応なのか？相談したが「専門的のところへ」と言われてしまう。個々にフォローアップはしていると思うが。ひきこもりサポーターを広めてほしいが、実際にひきこもりサポータ

一はいるのか。

(事務局)

ひきこもり支援については、精神保健福祉センター内にひきこもり支援センターを設置し、電話対応を行っている。24時間ではなく平日日中のみ。電話だけではなく訪問もすることはあるが、件数がのびないため積極的に外に出ていく仕組みをつくりたい。県も広いので市町村や中核地域支援センターとも連携して対応したい。

養成研修については、実施しているもののひきこもり支援をうけたいという希望が少なく数は伸び悩んでいる。今後はひきこもり支援センターの見直しも含めて検討していく。

(桑田委員)

当事業所もひきこもりの相談は多い。本人はひきこもりたいが家族は出したい。今はネットで外とつながることができるので、つらい思いをして出さなくてもいいのではないかと支援者が本人に寄り添うたびに感じてしまうことも。家族と利益相反してしまい、本人からは満足してもらえたが、家族からは満足してもらえなかったという結果になる。ひきこもり支援センターのアウトリーチが難しいというのはわかるが、今の体制であれば、例えば家族向けの研修を実施するなど家族の理解を深めていくことも必要だと思う。

(奥山委員)

ひきこもりの相談は多い。話を聞いていると、なぜこの人にアウトリーチしているのかと不思議に思うことがある。結果ますますひどくなっていくというケースがいっぱいある。今は支援者に対する研修の段階だと思う。

素案 取組みの方向性②で「早期発見に努めます」とあるが、これだけではなく、「早期対応」「早期支援」といった文言も入れてほしい。

(谷下田委員)

ひきこもり支援の中であがってくるのが、生活困窮者の自立支援事業から家族が経済的問題を抱えており、その子どもがひきこもり、というケース。精神疾患の有無にかかわらず、いろんな窓口から情報があがってくるので連携を密にしていきたい。

(渡邊部会長)

たくさん意見ありがとうございます。支援者に対する研修が必要であること、早期支援という文言にするといったところでしょうか。

生活困窮者の話も出たが、精神疾患の未治療とも関連してくる、ひきこもりはある一

つの病態ではなくいろいろな生活のしづらさ、困難の一部でひきこもっているのでたくさん関わりででてくる。ここで計画に載せているのは精神障害に特化したものということか。

(事務局)

そうではなく一般的なひきこもり支援ということ。

(渡邊委員)

病理性・治療的介入ということだけではないので、具体的というよりは、総論、研修や連携体制の構築という書き方になる。

(渡邊部会長)

(5) DPATについて、深見委員から補足をお願いします。

(深見委員)

DPATは災害時の精神医療チーム。災害医療チームDMATにならってつけられたもの。災害時の精神保健は、長期避難や仮設住宅での生活を強いられたり、財産が無くなったことによる生活困窮者も出てくることから、長期的な精神保健は重要視されている。3次ストレス、災害時に新たに発生したストレス対策も必要。障害のある人が災害により治療や支援が途絶えることが想定されるため、直後からしっかりと支援できるよう現場にかけつけるのが大事。それだけではなく、数か月後に発生しうるこころの問題にも支援が必要。言うのは簡単だがやることはいっぱいある。訓練や勉強が大事。障害のある人も安心して暮らしている、また新たにこころの病にかかっても支援できる体制が必要。

(桑田委員)

DPATの研修の中にLGBTに対する支援も取り入れてほしい。2次障害で精神疾患を抱えている方が多い。実際避難しているときも、物品支給やトイレのときに苦しむ。こころのケアチームでこういった方々への配慮、相談対応ができるような研修を入れてほしい。

(事務局)

今後検討する。

(國分委員)

DMATとは何か。

(事務局)

救急医療の対応チーム。D P A Tは精神医療チーム。

(渡邊部会長)

たくさんの意見ありがとうございます。最後に、議題(3)その他、として何かありましたらお願いします。

(全員)

特になし

(事務局)

素案について、今日の意見の他に持ち帰りいただき意見があればメール等でも受け付ける。11月6日(月)までをお願いします。修正を行ったら、委員に再度送付する。そして、11月14日開催の本部会にあげる。

資料4は第六次千葉県障害者計画フォーラム開催の案内、資料5は今後のスケジュールの流れですので確認をお願いします。

(渡邊部会長)

ありがとうございました。

それでは、こちらで議事を終了し、進行を事務局にお返しいたします。

(事務局)

それでは、以上をもちまして本日の「第3回精神障害者地域移行推進専門部会」を終了いたします。

長時間にわたり御審議をいただきありがとうございました。次回の開催については、改めて御案内させていただきます。

以上でございます。本日はお疲れ様でした。