

I. 開催日時	第 1 回	平成 27 年 5 月 14 日(木)	出席者 7 名	13:30～15:30
	第 2 回	平成 27 年 7 月 9 日 (木)	出席者 11 名	13:30～15:30
	第 3 回	平成 27 年 9 月 10 日(木)	出席者 10 名	13:30～15:30
	第 4 回	平成 27 年 11 月 12 日(木)	出席者 11 名	13:30～15:30
	第 5 回	平成 27 年 12 月 10 日(木)	出席者 8 名	13:30～15:30
	第 6 回	平成 28 年 2 月 4 日(木)	出席者 9 名	13:30～15:30

II. 要 旨

第 1 回けんり・くらし部会(27.5.14)

1. 委員紹介(自己紹介)

新任委員として、あすなろのピアサポーターの山口氏、ひかり訪問看護ステーションの広瀬氏が就任。

2. 「宝塚市第 4 次障がい者施策長期推進計画」の進捗状況に対する自立支援協議会(専門部会)における意見聴取の結果について ※障害福祉課 公手課長より説明

○資料 No.34 に訪問看護は 3 割負担とあるが、自立支援医療で 1 割負担とならないか？

⇒対象は通院のみである。重症心身(身障 1 級かつ療育 A の方)は 1 割負担となるが、対象者が約 40 名に限られ、4 名程度しか利用されていない。市の予算との兼ね合いだが、身障 1 級か療育 A のどちらかのみでも対象とする等、要件緩和も検討が必要だと考えている。

○3 割負担の費用が高く、訪問リハビリの内容が周知されていないことも利用しにくい原因ではないか？

⇒3 割で高額負担がネック。リハビリの頻度を増やすと効果も高まるが、褥瘡等の処置や入浴介助と併せて実施している方がいるが、2 時間/回の制約がある。また、難病でない方は週 3 回以上利用となると、主治医の特別指示書も必要となる。難病だと週 3 日以上、3 カ所の事業所が入っても自己負担はない。

3. 全体会 (3/19)の報告

4. (医療機関・市民への) 絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

(1) 絵カード

○日中一時支援サービス「つばさ」の職員が利用者を受診同行の際に、利用をしたという話を聞いている。サービス提供事業所にも周知をしてもいいと思う。

○学齢部会に来られない人へのアプローチをどうするかも検討する必要がある。

⇒育成会の学齢部会以外の研修の場で機会を頂いたり、学校の先生等にも周知をしても良いと思う。

○育成会会員がインフルエンザで「やまおか医院」を受診し、絵カードを使ってスムーズに受診できたという声をお聞きしている。研修会で成功事例として、お話し頂くのもいい。

活用に向けて絵カードの使用方法的説明、利用者側の生の声を拾い上げていく必要がある。その場として、育成会の学齢部会での研修会を実施していく。日程等を調整していく。

(2) 受診サポート手帳

現況として、市に FAX、入力フォームともにアンケートの返信なし。

対象が知的障がいに限らないので、参考意見を求める意味で事務局の自立センター実施の障害当事者のワークショップや、チャットスポット(主に脳性麻痺等の重度の障がい者グループ)で受診サポート手帳の説明、メンバーの意見をお聞きする。育成会でもアンケート記入、返信の依頼を行う。

また、絵カードの研修会でも受診サポート手帳の周知を行っていく。

5. 精神障がいの方の医療の課題について

○相談体制と医療体制で出来ていること、出来ていないことの確認が必要。

○相談に行ける人は状態が落ち着いている。相談に行けない、自分の状態を発信できない人も多い。

病識がない、服薬をしない。治療に拒否的な人は重症化してしまうことは大きな課題である。

⇒相談事業所でも根気よく関係を築いて上手くいくケースもあるが、関わりが途切れるケースもある。

○統合失調症等、精神障がいでは途中で発症する。学歴が高く、認めたくない人も多い。松本ハウスのような当事者の芸人が講演をしても自分には関係ないと思う。講演会は関係者ばかりだったりする。

第2回けんり・くらし部会(27.7.9)

1. 委員紹介(自己紹介) *名簿参照

今回より、新任委員として、安倉南身体障害者支援センターの和田所長が出席。

2. (医療機関・市民への) 絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

～周知と活用に向けて、今後どのような取り組みが必要か～

(1) 絵カード

現状、アンケートの返答が6件しかなく、活用が進んでいるとは言い難い状況にある。

⇒9月14日の育成会学齢部会に事務局が出席し、何が、どのように使いづらいかなど、具体的に聞き取りを行う。家庭でどのように準備していたか等、成功例も聞きたいと思っている。

○医療機関以外へのアプローチも必要ではないか。例えば、幼稚園(公立)の健診の時、親がじっとするように押えるなど大変だと聞いている。小さい頃から馴染んでもらう意味からも、教育委員会を通じて、先生方にも絵カードを知ってもらえたらと思う。

○成人にも有効と思われるので、(さざんか福祉会の)各施設の保護者会への働きかけも必要と思われる。先日、さざんか福祉会主催による研修会(参加者300人)があり、発達障害の方の一日の生活で、様々な絵カードを用いた講演があった。自閉傾向、学齢期の発達障害児の父母は関心が高いようであった。

(2) 受診サポート手帳

現況として、市にFAX、入力フォームともにアンケートの返信なし。

○医師会の会合での周知は、当日の出席者に限定される。週に一度、医師会の事務局より各医院に届く医師会報等の郵送物に同封する方法もあるが、本当に見ていただけるか、効果は疑問である。

○育成会の会員からは記入はしたとの声は聞いたが、親と一緒にいる場合、見せる機会がないのかもしれない。今後、親の高齢化に伴い、必要とする機会は増えると思われる。

⇒親と一緒に通院の場合、サポート手帳を使うメリットは何なのか。それがなくなかなか浸透しない。

⇒本人が携帯していると、緊急時に役立つ。作成初期の目的でもある。

⇒障害者自立生活支援センター所属の当事者グループ「チャットスポット」の方と付き添いのヘルパーは関心を示された。通院には、ヘルパーにも尋ね、同様の反応であった。

3. 重度の肢体障害の方の18歳以降のリハビリ体制について

前年度からの課題。リハビリは18歳以降になると、すみれ園でもすなご医療福祉センターでも受けられない。年を経るごとに体が硬くなって必要性が増すにも関わらず、リハビリを受ける機関がないとの問題がある。訪問リハビリを受ける方もいるが、費用負担が医療保険で3割負担となることや介護保険による高齢者を対象とした事業所が多く、障害に特化した事業所がなく、リハビリの質の面からも問題がある。

<宝塚市安倉南身体障害者支援センターの取り組みについて：和田委員より配布資料を基に説明>

障害者総合支援法に基づく、生活介護施設である。自治体によって取り組みが異なり、伊丹市では機能訓練が含まれ、職員に理学療法士(PT)がいる。運営主体は宝塚市で、指定管理制度に基づき5年契約(25年度～29年度)により社会福祉協議会が請け負っている。南支援センターの場合、定員40名(満員)。スタッフ31名(内看護師5名)。車両7台を用いての送迎。帰りは15時までの方と17時までの二手がある。個別支援計画(3ヶ月ごとのモニタリング)に基づき、個々のニーズに応じたプログラム提供を行っている。武庫川女子大学の協力により、音楽を聴きながら体を動かし、体の可動域が広がった方もおられる。意図的に地域に出ていくことを大切にしている。

二つの課題がある。一つは医療的ケアを必要とする人たちへの支援。40名の利用者の内、胃ろう、

てんかん、心臓病、事故により瞬きしかできない人などの医療的ケアの必要な人が12人おられ、ナースにかかる負担が大きく、責任が重い。作業療法士には週に一度来てもらい、座位保持の角度、電動車いすの操作方法食事の時の嚥下に関わるいすの角度のことなどの指導をして頂いているが、医療的ケアの必要な方への医療的指示、相談ができる医師の常駐が望まれる。二つめが「地域での暮らしづらさ」である。年に6回、生活懇談会を開いているが、父兄から自治会の旅行参加を最初から対象外となった話しが出てきた。地域で安全に、安心して暮らしていけるように、地域とつなぐ役割を担うことも必要と思っている。

○医療的ケアを必要とする重度の方に何かあった時には、それぞれの人の主治医と連絡を取られるのか？

⇒主治医とすぐに連絡が取れるとは限らないので、緊急用マニュアルを作り、対応している。

○月に1度、センターに来られる医師には、何をしてもらうのか？

⇒スタッフが個々の方の医療的ケアの面で困っていることなどを医師に相談し、指示を仰ぐことが多い。

保護者からも質問がある時は、予め書面で提出してもらっている。

○南支援センターでPTを雇い、18歳以上のリハビリの課題解決を図ることは、出来ないのですか？

⇒現状では、生活介護の枠内の予算分しかない。市当局が予算計上をしてくれないと無理である。

○今年度、教育委員会にOTとSTが配属。ライフステージの観点から継続した訓練になっているか？

⇒18歳まではすみれ園で訓練を受けているので、18歳以降もセンターですみれ園の外来という形で訓練を受けることを望んでいる。場所の問題なら、養護学校でも良いが、訓練法の違いもあるので、難しい。

4. 精神障がいの方の医療の課題について

○相談体制と医療体制で、出来ていること、出来ていないことの確認が必要である。

⇒医療体制としては宝塚市内には入院病床のある精神科の病院がない。相談体制として、家族会で相談を受けるが、痛みを分かち合うピアカウンセリング的で限界がある。困るのは、医者との繋がりを断っている方の場合である。親も拒否する場合も多い。薬に対する疑問も強い。

○三田の場合、相談事業所・あすなろが中核となり、作業所、病院、訪問看護事業所との連携があり、退院前から一貫した支援体制がある。宝塚は相談事業所は8ヶ所あるが、個別的な事業所との連携である。また、休日・夜間対応など、課題も多い。

○障害に対して、本人自身に偏見があることがある。ピアカウンセリングが効果的であると思われる。

○医療と福祉の連携をとるための連絡会が必要である。

第3回けんり・くらし部会(27.9.10)

1 重度の肢体障がいの方の18歳以降のリハビリ体制について

～周知と活用に向けて、今後どのような取り組みが必要か～

○宝塚市肢体不自由児者父母の会 会員 村上氏より養護学校のリハビリの取り組みについて
<養護学校のリハビリの取り組みについて>

子供はすみれ園を卒業し、現在は養護学校の高等部に在学中。就学後はすみれ園での訓練が外来訓練に切り替わる。OT,PT,STともに月1回のリハビリ。OTが3月末に退職して後任が配属されたが、すみれ園の園児優先のため、外来訓練は受けていない。月1回、40～50分のリハビリで体や機能、筋肉の緊張度合いのチェック等で終わるため、本格的な訓練とは言えない。就学期の子供は成長がとても早く、体の変化に対応できない子供が多い。親御さんは大阪や神戸の病院に時間をかけて通院しており、1クール12回程程度のリハビリを受けている。車が運転できない人は遠方であるため、行けずにリハビリを受けられない人もいる。その1クールのリハビリが終了すれば、次のリハビリまで1年待ちになって暫くリハビリを受けられない時期もある。近隣に子供を見てくれるリハビリ施設がないので、体が大きくなるにつれて、リハビリを受けるために遠方へ子供と出かけることは大きな負担となる。

養護学校では1時間目に動作法の時間が設けられており、医師の指示がなくても教室で実施できる。新任の先生は動作法のスキルを身に着けるのに時間を要する。動作法は体を通して心のやりとりをするものだと認識しているので、専門的な知識を持って医師の指示を受けてするリハビリとは違うと考えている。4月から学校教育課により、OT(週3日、月・火・水勤務)、ST(週2日勤務)が配置されたが、直接リハビリをするのではなく、専用の椅子の調整や食事介助の仕方等を、今までのすみれ園からの教育相談の訪

問日が少なかったため、先生方が身近に相談できるようになった。学校教育課付けの勤務なので、市内の障害児学級を巡回しているため、常時、養護学校に勤務はしていない。親御さんたちからすれば、成長期で体も変化していくので、すみれ園卒業後にも市内で継続してリハビリを受けられる施設がほしい。

○学校教育課より OT,ST が配置されたが、今後どうしていくのか。

⇒椅子の調整や食事介助方法以外に I-pad を使う授業時に手の動かし方等を先生に指導したり、親も OT に相談することもできる。OT が子供の体に触れてリハビリ等をするわけではない。

○理想とするリハビリ体制はどのようなものか？

⇒すみれ園での外来リハビリが継続的に受けられることが望ましい。

○訪問看護でリハビリを受けたり、月 1 回、藤田先生にリハビリを覚えてもらうが、費用負担は大きい。訪問看護のリハビリも障害者医療費助成が使えて 600 円/回ぐらいになれば、助かる。

○安倉南身体障害者支援センターはすみれ園の PT の田中先生はどのぐらい来ているのか？

最近は来れない時もあるが、月 1 回程度で 1 時間程。スタッフへの指導をしてもらう。

自治体の考えによるが、伊丹社協の障害デイサービスは生活介護と機能訓練の両方を事業として実施している。正規、常勤雇用で PT、OT が配置されていたと思う。

2 精神障がいの方の医療の課題について

○訪問看護ステーション ありまこうげん宝塚 所長 染矢氏より、

<訪問看護の立場から感じる精神障がい者の医療の課題について>

神戸市北区にある医療法人 寿栄会の有馬高原病院が母体。訪問看護は尼崎、神戸市北区、宝塚の 3 箇所開設。宝塚は昨年 12 月に開設。年末に尼崎に 1 箇所開設予定で、クリニック、デイケアも開設予定。母体が精神科病床 450 床程の病院なので、結果的に利用者は精神障がいの方が 100%。宝塚ステーションでは利用契約者数が 75 名程で入院者を除くと 65 名程。訪問件数は 250 件程度で、3 名の看護師で対応。母体の有馬高原病院以外の病院や診療所、行政や宝塚市障害者自立生活支援センター等の相談事業所からの依頼も多い。

依頼内容は入退院を繰り返す方の地域での安定した生活の支援依頼も多い。月に 3~4 回、週 1 回程度の支援が多いが、薬の管理がうまくいかずに週 3 回という方もいれば、安定していて月 1 回という方もいる。バイタルチェックやお薬の管理の仕方、うまく医療が継続できるようにお話をすることが主である。訪問時間数は 1~2 時間かける場合もあれば、精神状態が悪くしんどい時は 15 分程度の訪問にしたりと、その方の状態に合わせている。必要に応じて 24 時間の連絡対応をするが、訪問対応はできていない。スタッフ体制を整えば、緊急時の訪問対応もしていく予定である。お薬を飲みすぎた、救急車を呼んだほうが良いのか等、日常の困りごとで夜間に電話を頂くことも多い。緊急時に限定しても、利用者には緊急の基準は判断しづらいので、利用者には緊急とはどのような場合かを話をしている。家族会等への周知も今後、しっかりとしていきたい。退院促進で長期入院ができにくい現状だが、尼崎のグループホームは病院をこまめに訪問して時間をかけて関係作りをしながら、本人の地域での生活の不安を解消されていたりする。

未受診者の医療へのつながりも課題だが、有馬高原病院は医師が保健師からの依頼に応じて、往診を行った後に、地域のクリニックにつなげていく取り組みもしてきた。未受診の方は警察や地域の方からの声で発覚することが多い。医療につながった後もヘルパーさんや作業所、グループホーム等の多職種連携が大事だと感じている。訪問看護事業所全体の現状として、精神科の研修が報酬請求の要件となったため、支援に入らなくなった訪問看護事業所もある。一般の指示書で入る事業所もあるが、当ステーションは精神科の指示書で入っている。訪問看護協会にも所属しているが、他の訪問看護事業所からも精神障害の方への対応の仕方でご相談を頂くことも多い。

○尼崎は保健政令市なので精神保健も生活支援も全てをカバーする。宝塚等の市町村は市があって、保健所がある。精神保健は旧来より行っているが、福祉は市の方に移って棲み分けができている。市民からすれば関係ないことで、お互いの連携は必要だとは思う。精神疾患は本人にとっては認めがたい病気なので、いきなり医療よりも生活支援から入ったほうが良いことがあり、市との連携が必要になる。母子や高齢等、ライフステージに応じた精神保健の課題があり、市と連携して支援したいと思うが、市の方にも専門性を持った職員がいてほしいが、実際には事務職の方になり、緊急時のリスク、責任が負え

なくなる。市で保健師活動をどう位置づけるかを理解して明確化されないと、リスクの高い精神保健活動は負えないと言われてしまう。平成6年に保健所法から地域保健法に変わってから、プライマリの部分は市、保健所は市の後方支援という形に変わってきている。そのため、保健所の数が26から現在は13箇所。

○前回の部会でも挙げた医療と福祉の連絡会についてはどう考えるか。

⇒同じような会議の場がいくつもあるのなら要らない。

⇒三田市の自立支援協議会でも同じような話が出ており、必要に応じてケース検討や研修会が開催されている。

呼びかけは有難いが、定例化されると実務的に辛いものがある。

⇒単なる個別ケース検討に留まらず、課題の抽出と解決のためのシステム作りまで行っていければ良い。

⇒集まる意義は必ずあると思う。顔の見える関係を築くことは大事であり、そこから連携を取りやすくなる。

3 (医療機関・市民への)絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

事務局より報告：9/14(月)育成会の学齢部会で再周知と活用を進めるための改善点等を確認するために

会員の生の声をお聞きする。新たな周知活動としてワークプラザ、さざんかの家、かしの木工房、けやきの里、あしたば園、自立の家きららの6つの保護者会を対象に進める。

また、受診サポート手帳のアンケート返信が8月上旬にあった。ご家族が旅先で使われた長野県の医療機関からは説明する手間が省け、スムーズに診療が行えた。お子さんがどの程度、コミュニケーションが取れるのかが具体的に分かると良いという意見も頂いている。

第4回けんり・くらし部会(27.11.12)

1 (医療機関・市民への)絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

(1) 絵カード・受診サポート手帳の各施設保護者会の周知状況に関する報告

○事務局が「かしの木工房」「きらら」「ワークプラザ宝塚」「さざんかの家」「あしたば園」の各保護者会において、周知度、活用度等について聞き取りを行った。絵カードは、知っている方もいたが、活用者はいない。受診サポート手帳は記入済みは何人かいたが、実際に利用は一人だけであった。サポート手帳は概ね好評ではあるが、親子で慣れたかかりつけの医院を利用するので、使う場面がない。かしの木工房では絵カードに馴染むために、健康診断の時に用いてみようかと言う意見も出た。また、何人かは病院側からの絵カードだけではなく、お腹が痛いと言った患者側からの絵カードも必要との意見を頂いた。それ以降、アンケートの返答は今のところ届いていない。

(2) 絵カード・受診サポート手帳の周知と活用に向けて、今後どのような取り組みが必要か。

○保護者会の出席者も半数位であるので、欠席者へのアプローチをどうするのか。必要ではないか。

⇒各施設の保護者会の出席者は、ほぼ同じ顔ぶれなので、もう一度開いてもあまり意味がない。

親から離れて生活をするグループホームの方が、受診サポート手帳を使われるのではないかと。20ヶ所あるホームの合同保護者会も開かれる。絵カードは年配の方からダウンロードが出来ないとの声が聞かれる。親の高齢化に伴い、ヘルパーと通院する人が増えると受診サポート手帳のニーズも高まる。

○肢体障害者の場合は、どうなのか。

⇒親が病院に連れていけない時はヘルパーと通院するので、受診サポート手帳は持たせている。

○精神障害の人の場合は、どうなのか。

⇒受診サポート手帳は必要。グループホームで生活している方が発作を起こし、職員が到着する前に救急車を呼んだが、飲んでる薬がわからず困った。災害時にも役に立つのではないかと。

○啓発を続けることとモデル的に使ってみるということが大切である。モデル的ということでまずはグループホームで生活している人、全員に配布できるように段取りをつける。

○育成会以外の団体には、どのようにアプローチしていくのか。

⇒父母の会：11月14日の役員会で受診サポート手帳を配布して頂く(150名分必要)

精神家族会：11月18日の役員会で配布して頂く(80名分必要)

○医療機関の立場から、サポート手帳には、大きな病気(心臓、肺)、現在服用している薬、主たる病院名を記載してほしい。そうすれば、さほどの記載量にはならないと思う。

2 重度の肢体障がいの方の18歳以降のリハビリ体制について

～周知と活用に向けて、今後どのような取り組みが必要か～

- 事務局より伊丹市社会福祉協議会が運営する「アイ愛センター」吉野所長より聞き取りの報告
アイ愛センターは多機能型のセンターで、生活介護（34名）と自立訓練（1日6名）の両機能を有する。PTは常勤1名（社協職員）と補助員1名。生活介護の利用者のPT訓練は、一人につき月1回。自立訓練の方は外来を受け入れ、訓練等給付として、2年間の訓練が可能。外来は現在30名で、月に5回受けている人もあり。同じ建物内に障害者福祉センターの部門があり、その部門でOTの相談を受けることも可能。

⇒2年後の訓練はどうなるのか。

⇒再度、聞き取りを行い、次回の部会で報告します。

- この課題に対しての解決法は、すみれ園の対象拡大と身体障害者支援センターでの訓練実施等が考えられるが、どのように考えるか、まとめていかないといけない。

3. 精神障がいの方の医療の課題について

- 医療と福祉の連絡会の実施が求められる。市内においては市と保健所の会議は実施されているが相談支援や訪問看護等の機関は入っていない。医療の課題の抽出や共有の機会がなく、機関同士のつながりも薄い。3ヶ月に1度の割合で開催してはどうかと考える。

- 訪問看護の24時間対応について

24時間対応の訪問看護が増えている。

第5回けんり・くらし部会(27.12.10)

1. 精神障がいの方の医療の課題について

(1) 医療と福祉の連絡会について

- 保健所の役割と市(障害福祉課)の役割分担がわかりにくい。マップのようなものがあればわかりやすい。支援者の支援が一方通行では困るので、密な連携が必要。
⇒市と保健所の明確な役割分担は難しい。保健所は適切に医療につなげる、緊急介入時を中心とした関わりが役割と考えている。市は生活面、障害福祉サービス利用の相談での関わりが中心になると考えている。
- ⇒保健所は公衆衛生業務機関の役割のなかの1つとして、精神保健がある。自殺対策や長期入院者の地域移行時の医療機関との調整の施策が中心となる。個別支援は市や相談支援事業所が中心となる。
- 医療的な部分での関わりは確かにあるが、医療と福祉の連絡会が必要な背景は何かを確認したい。
⇒これまでの部会でACTのように24時間対応の問題などが部会で課題として挙がっており、それに代わる体制を作る足掛かりとして医療と福祉の連絡会の実施を検討することとなった。
- ⇒市と保健所間では受理会議は実施されているが、訪問看護や相談支援事業所等の支援者、当事者や家族が入る会議がない。各々の立場によっても困り事は異なり、症状が重症化して地域との摩擦が起きて排除されているケースへの対応など様々な課題はあるが、それを共有し解決に向けて検討をする場がない。
- ⇒計画相談に入っていない人は訪問看護の24時間対応も知らない人が大多数である。精神を専門にしている訪問看護と高齢者を主対象としている訪問看護では病状への認識や支援が異なる。
- 地域の精神医療問題への取り組みで、来年度、心のケア相談を輪番制で地域の精神科医と調整中。しかし、医師会に市内9カ所の精神科医の連絡会があるが、出席率は約半数で、こころのケア相談においても各医師の個々の事情もあって協力を得にくい場合もある。おそらく、3～4人の先生に引き受けて頂くことになる。
- 宝塚家族会で市立病院との話合いの機会があって家族会として考える医療の問題をお話した。解決策の1つとして、市立病院での週1回の心療内科外来をセカンドオピニオン的に受診してはどうかという話があった。ただ、主治医の紹介状も必要であるが、セカンドオピニオンに困っている家族もいるので、朗報であった。
⇒受診サポート手帳の活用にもつながる話。医療の質であり医師の考えによるが、多剤投与についても受診サポート手帳に薬の情報も記入をしていけば、セカンドオピニオンの医師にも判断をしてもらいやすい。
- 様々な問題があるが、この医療と福祉の連絡会の目的や狙いを明確化されて共通の認識のもとに話し合える場なら実施する意義はあると思うが、現段階では具体性に欠けている。
⇒カンファレンスの実施や訪問看護等の様々な社会資源の情報を共有するのも1つのあり方だとは思う。

(2) 訪問看護の24時間体制について：広瀬委員より説明

別紙の宝塚市訪問看護事業運営協議会名簿は市内の訪問看護事業所の一覧表であり、精神障害の24時間の電話対応をしているのが、「ありまこうげん宝塚」になる。阪神北ブロック一覧表では精神障害への対応をしているかが確認できる。精神科対応の訪問看護は増えているが、24時間対応をしているのは「ありまこうげん宝塚」のみになるが、緊急訪問は現時点ではできない。訪問看護は医師の指示書が必要になる。

○精神科と内科を受診する方でお薬が多く、調整や服薬管理をしたい方がいる。訪問看護の指示書は内科医が書くが、内科医の指示書で動く訪問看護に抗精神薬の管理を頼むことは難しいか？

⇒対応するが、主治医も精神科のお薬を勝手に変更はできない。精神科を受診する、訪問看護が受診同行をして精神科医に処方箋の減薬を相談することもある。服薬が多い方は薬剤師に薬剤指導に入ってもらおう。

○薬剤指導はどのような経路で支援に入るのか？

⇒普段利用の調剤薬局からの訪問による薬剤指導になる。実施している薬局も増えている。

指導料は550円かかり、医師の指示のもとに動く。本人、家族への指導だけではなく、薬剤師が精神科医にもお薬について相談をしてくれる。薬剤師が報告書も作成して、医師に渡している。

薬剤師は単発の指導になるので、1週間に1度は訪問看護が入るなど、併用してもらおうのが望ましい。

○訪問看護は月1回は利用して指示書も書いてもらうなど、利用の決まりはあるのか？

⇒医師の判断によって指示書が毎月出る方もいれば、病状が安定していて6ヶ月ごとの方もいる。

訪問看護指示書料は生活保護の方なら不要。1割負担の方は300円、3割負担の方は900円かかる。費用面を考慮して指示書を書く期間を設定していたりもする。毎月、訪問看護を利用する決まりはないが、今の状態を主治医にきちんと知ってもらう意味では、定期的に受診もした方がよい。

2. 重度の肢体障害の方の18歳以降のリハビリ体制について

前回の部会で出た確認事項について事務局より以下の内容を報告

(1) 伊丹・アイ愛センターにおける外来リハビリについて

障害福祉サービスの受給者証で機能訓練のサービスの支給決定が必要である。機能訓練は2年間の期限付きだが、2年過ぎた後、伊丹市は地域生活支援事業(市町村事業)として、継続して利用可能。

(2) 病院での外来リハを受ける方法や費用について：他市の医療機関より聞き取り

①尼崎市のつじもと整形外科

整形外科でリハビリを受けることは可能。PTのいない医院もいるため、事前確認が必要。費用は障害者医療費受給者証を用いて、600円/回で月2回までの負担で可能。

②常岡病院(伊丹市) 地域医療連携室からの聞き取り

- ・脳性麻痺の障害名だけでは医療保険を使ってのリハビリは受けられない。
- ・外来受診が大前提。月・水・金の院長先生診察時に診察を受けていただく。

診察で何かしらの病名がつくとリハビリを受けることができる。

おそらくリハビリの期間も主治医が判断していると思うが、詳細は直接、院長に確認が必要。

③宮地病院(神戸市東灘区) 医療福祉相談室からの聞き取り

- ・主治医からの診療情報提供書を宮地病院に送っていただく。
- ・宮地病院にて診療情報提供書の内容を確認し、必要性を判定する
- ・必要性があると考えられる場合には、診察案内を行う。
- ・診察で身体の歪みや運動機能の低下等が確認できた場合にはリハビリを受けられる。

医療保険適用で日数制限はない。

※診療報酬早見表に記載

※児童のリハビリは不可。

※近隣にリハビリ可能な病院、施設がある場合は対象外。

(3) 他市(川西・尼崎・西宮)肢体不自由児者父母の会会長からの聞き取りについて

川西：社会福祉協議会が運営する「ひまわり荘(デイサービス)」でリハビリが可能。外来はなし。

尼崎：障害者福祉センターで実施。1年6ヶ月は1週間に1度、利用可能。その後は月1回利用可能。

西宮：総合福祉センター内での利用可能だが、障害者だけではなく高齢者も利用できる。但し、広くはなく、実際は幼い頃から馴染みのあるボバースやボイター等の機関を利用する方が多い。リハビリについての要望は父母の会のなかでは特にでない。

(4) リハビリテーションセンターの設立について

阪神7市1町の肢体不自由児者父母の会ではアンケート調査結果をもとに、兵庫県に対して、阪神間にリハビリテーションセンターの建設を要望している。12/5に行われた県肢連50周年記念会で兵庫県立リハビリテーションセンターの澤村誠志先生が、県に強く働きかけていることを公言している。

○川西市社会福祉協議会のデイは生活介護だけではなく、機能訓練の指定も取っているのか？

⇒生活介護と地域生活支援事業として移動支援は実施されている。人員配置は事務局で次回までに確認。

○市内の医療機関(入院病床を持つ総合病院)では何故、受け入れができないのか？

⇒PTやOTの人員配置の問題であったり、急性期からのリハビリ適用日数を過ぎたことが理由としてあった。ただ、常岡病院や宮地病院の事例を考えると別の要因があるかもしれない。

○病名がつけばリハビリを受けられると思うが、日数制限無く受けられるのか？脳卒中や心疾患等の急性期はリハビリの診療報酬が大きいので、病院経営の点からはそちらの方がよいと医療機関は考える。

○医療機関のPT等のリハスタッフの配置体制のリストはあるのか？

⇒そのようなリストは聞いたことがないのでわからないが、医師会に確認をしてみる。

⇒地域包括ケアで阪神北圏域リハビリテーション支援センターの名称をお願いしているのが、川西の協立温泉病院である。地域包括ケアを推進するために地域の社会資源や人材を調査するアンケートを実施したが、回収率は10%程度であった。PTやOTは各病院にとっての貴重な資源なので、地域の社会資源として見られるのは困るという考えもあったかもしれない。実態把握が難しい。

⇒病院は外来と入院患者のリハビリも実施するため、キャパシティー的にも限度はあるのではないかと。

3. (医療機関・市民への)絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

○コスモスの施設の各所長に受診サポート手帳の説明を先日行い、利用者数分(約80部)もって帰ってもらった。各所長より利用者の方1人1人に記入方法を説明したうえで、まずは記入をしてもらうことから進めている。書きあがった後に利用者側のアンケートを記入してほしいと各所長にお願いをした。

医療機関のアンケートは実際に医療機関で受診サポート手帳を利用してから、先生に記入をお願いする。

○さざんか福祉会等の6箇所の通所施設保護者会に周知をしてきたが、各保護者会とも出席率は半数程度で、欠席者への周知をどうしていくか？

⇒絵カード・受診サポート手帳のためだけの説明会では集まりにくいと思う。育成会やさざんか福祉会等が行う行事と抱き合わせで行う方がいいかもしれない。

○肢体不自由児者父母の会にも周知をしたが、絵カード・受診サポート手帳共に知らない方が多い。文書料を取られる心配があるということで、まずは市内の医療機関のみで受診サポート手帳を使っていくという話になった。

○普段は保護者が一緒に行くので、絵カードも受診サポート手帳も使う機会が少ない。実際に使ってみて良かったという口コミがもっと広がれば、イメージもできて活用につながる。

○宝塚家族会でも受診サポート手帳の周知をしたため、1月までにはアンケートの結果も確認はできる。

○さざんか福祉会グループホーム全体保護者会(12/15)にて周知と活用、アンケートの記入・返信依頼を事務局より行う。絵カードの説明には動画(DVD)とサンプルを、受診サポート手帳はサンプルと記入用を配布して説明を行う。

第6回けんり・くらし部会(28.2.4)

1. 精神障がいの方の医療の課題について

部会で検討をしてきた医療と福祉の連絡会「(仮)保健医療福祉連携推進会議」について、以下の事務局案をもとに協議を行った。

「(仮)保健医療福祉連携推進会議」について

(1) 目的

宝塚市における地域保健・医療・福祉の総合的かつ一体的な連携の推進を図り、精神障害児者が地域で安心して暮らせる仕組みの推進を検討するため。

(2) 連携についての現状

① 支援者間の連携に関する問題点

- ・ 医師との連携の機会の少なさ
 - ・ 各支援者相互の役割理解不足
 - ・ 各支援者相互の信頼不足
 - ・ 職種間の専門性の違いや専門意識の差
 - ・ 連携の必要性の認識の差、問題意識の差
 - ・ 連携や連絡調整作業の煩雑さと日常業務の多忙さからの難しさ
 - ・ 連携の機会不足による課題抽出と解決の場の不足
- 保健・医療・福祉と各分野別の定例会議はあるが、横断的に実施されているものがない！
- ・ 各支援者による困難ケースの抱え込み⇒出口が見つからず、当事者の病状の重症化や世帯の生活破綻、支援者のバーンアウト
- ⇒市全域でのシステムとしての保健・医療・福祉の連携の場が必要

② 当事者・家族と支援者、地域の連携に関する問題点

- ・ 当事者と地域との摩擦⇒当事者・家族の地域からの孤立
- ・ 個人情報弊害により、情報共有や連携がしづらい⇒支援の未介入・介入不可
- ・ 地域への相談窓口や制度についての情報不足と情報共有ツールの不備
- ・ 介護保険制度のように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムが必要？⇒地域リーダー、地域資源、住民互助の必要性
- ・ 市や相談支援事業所への個別相談や個別対応の限界、
⇒仕組みとして当事者・家族の思いや課題を挙げていく場、解決に向けて協議できる場が必要。

(3) 検討事項

- ① 地域保健・医療・福祉の各分野別の課題と課題解決に関すること
- ② 地域保健・医療・福祉の連携のあり方に関すること
- ③ 制度やサービス、その他社会資源利用にかかる地域理解に関すること
- ④ その他の地域保健・医療・福祉の連携推進に必要と認められる事項

(4) 組織

- ① 連携推進会議は、別表に掲げる者をもって組織する。※1
- ② 委員の任期は2年とし、委員が欠けた場合の後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。但し、再任は妨げない。

※1：委員構成(案)として、宝塚市医師会、精神科病院 精神科医、薬剤師、宝塚健康福祉事務所(保健所)、宝塚市障害福祉課、宝塚市立病院 医療相談員、障害者相談支援事業所、ピアサポーター、宝塚家族会、訪問看護事業所(精神科)、精神科病院 医療相談員、民生児童委員、学識経験者等

<意見交換の主な内容>

- ・ これだけの取り組みをして頂けるなら、宝塚家族会が一番望ましいと思っていることである。問題は宝塚市の中で精神科医が心のケアというものの取り組みをどのように考え、協力が得られるかである。
- ・ 推進会議に障害当事者、本人が入らないのかという事については、どう思われますか？
家族会は当事者になりますが、ピアサポーターは支援者側になるのですね。
⇒委員構成案は固定メンバーであって、会議によって参加してもらう事になる。

⇒医師会は、内科ではなく医師会の中の精神科医を指していますか？

一般の心療科、精神科以外です。

- ・精神だけではなく、他の障害についても地域で孤立している状況はある。母と重度の障害の子2人暮らしで、地域の会に参加したいと言ったら断れたと。障害に拘らず、生きづらさはある。

2. (医療機関・市民への) 絵カード・受診サポート手帳の周知と活用について

育成会、さざんか福祉会通所施設やグループホームでのPR済み。4月より、現物を障害福祉課と自立生活支援センターに置き、その案内を市広報4月号で掲載予定。使用方法の説明書を見本に添え、使って頂くようにする。費用の点から白黒で印刷する。

<意見交換の主な内容>

- ・学齢部会では歯医者バージョンがほしいとの意見が出た。サポート手帳はヘルパーと行く時には持っているとのこと。ダウンロードに対してはマイナスな意見が多い。
- ・緊急時には親も慌てるので、そのような時のために必要と思われる。安心感はある。災害時にも必要。
- ・子供が小さい時に困ったので、昔からあれば良かったという声を聞いた。周知してほしい。
- ・サポート手帳のアンケートを宝塚家族会でも80部、各施設に書いてもらった。職員からの意見も聞いたが、良い点としては、病歴、受診歴、主治医の連絡先が一目でわかるので、入院対応がしやすい。指示を受けやすい。薬の詳細記載欄がある。服薬の把握ができるので良い。改善点としては、三障害の統一版であったので、コミュニケーションが苦手等、当てはまらない箇所がある。精神の場合症状はそれぞれ違うので、項目にわけるとは困難である。フリーの記入欄がもっと大きければ。お薬手帳を持っているので、必要ないのでは。まだ緊急事態がないので、具体的な使用例がない。本人の症状を記載する欄があっても良いのでは。精神の方が、本人が話している事が、妄想なのか現実なのか、区別がつかない場合がある。症状の把握によりひきとりの際に正しい情報を得られる。主治医の意見欄があってもいいのではないかと。

3. 重度の肢体障害の方の18歳以降のリハビリ体制について

- ・尼崎市立身体障害者福祉センター(JR立花駅近く)では、通所で自立訓練事業を実施しており、県下では3ヶ所だけである。前例はないが、例えば尼崎市と宝塚市で契約をすれば、宝塚の障害者も利用可能と聞いた。事業は水・木・金・土と行っていて、1人あたり週2~3回利用されているそう。ただし期間は18か月で、それ以上は利用できない。受給者証の発行が必要。どの様な契約かまではわからない。
- ・18歳まですみれ園で外来訓練を受けていて、そこで切れてしまうという事が一番ネックである。すみれ園でのリハビリの拡充、そこを拠点として支援センターに派遣してもらえれば一番ありがたい。期間を設ける事なく継続していける期間が欲しいと思っている。福祉センターで相談し、個人の方向性を作ってもらえたら。センターに通所されている方には先生に来てもらって、されていない方へは福祉センターでリハビリできるシステムを作してほしい。
- ・条例で、支援センターでは生活介護しかできないとなっている。

⇒先日、行政との懇談会で市長は継続して利用できる話しをすすめていると言われていた。

- ・総合福祉センターで行うのはどうか？

⇒場所的な事はそこに限らず、訓練の継続ができれば拘らない。

- ・一番話しを進めやすいのは、すみれ園の外来・年齢延長案である。一番現実可能な方法ではないか。

4. 今後の部会について

- ・絵カード、精神障害の方の医療の課題、重度身体障害のリハビリについて検討をしてきた。地域医療グループを生活について扱うグループにすれば幅広くできるのではないかと。
- ・みんなが、障害者だけではなく同じように問題を考えていけたら。親も認知症になったら障害のある子をケアしていくことがしんどくなってくる。生活上で困る事は多くなるので、そのあたりを相談できたらと思う。
- ・家で老々介護になっている場合もあるが、知的の場合は障老介護になっている事がある。全員がグループホームに入れる訳でもないし、見通しも立たないので、親としては不安。育成会がグループホームを作っていた時は良かったが、今は卒業しても行き場がない事を考えたら、先が不安。親子で同じ施設で住めたらとい

う希望も聞く。介護保険、障害サービス、年金、子供の生活に対して不安は大きい。エンディングノートの書き方も意識している人も増えている。

- ・高齢化社会に伴って、「生活」というテーマでいいのでは。
-

<課題と今後の取り組み>

1. 受診しやすい環境作り

絵カード、受診サポート手帳を作成し、主として育成会で試行的に使ってもらうこととしたが、現状はあまり使われていない。

次に、市民に広報でお知らせをする計画を立てているが、どこまで使って頂けるのかが懸念される。

2. 精神障害者の支援について

地域で安心して医療を受けられる体制作りとして、ACT(多職種による医療・福祉職等によるチームアプローチ)の必要性が意見としてでた。しかし、ACT 設置には核となる精神科医が必要であること、財源の確保等の課題があることから、ACT に代わる体制づくりを目指していくこととなった。

ACT に代わる体制として、複数の支援者で情報を共有しながら、そして一致できた支援方針に向けて活動することと、社会資源の検討を行うことで、社会資源を改良、創設していくことが必要である。

そのために保健医療福祉連携推進会議を立ち上げ、複数の支援者でケースの情報共有と社会資源の検討も行う。

3. 重度身体障害者の18歳以降のリハビリ体制の構築

18歳以上になると市内でリハビリを受けるところがあまりない。体が硬直するのを防止するため、継続的なリハビリが必要である。

すみれ園での外来対象者を成人まで拡大してもらえれば、就学前からの一貫したリハビリが継続でき、親子とも安心できる。

すみれ園は、障がいがある本人そして家族にとって、一生何かにつけて支えてもらえる機関として存在してもらいたい。そのことが地域生活を安心して送ることにつながるのである。

※今後の部会運営について、「地域医療」より幅広いテーマが扱えるように名称を「地域生活」にする。