

宝塚市自立支援協議会 専門部会「けんり・くらし部会」【地域生活 Gr】

平成 29 年度活動結果報告

I. 開催日時	【部会】	第1回	平成29年5月25日(木)	出席者8名	13:30～15:30
		第2回	平成29年7月6日(木)	出席者10名	13:30～15:30
		第3回	平成29年9月28日(木)	出席者8名	13:30～15:30
		第4回	平成30年1月25日(木)	出席者9名	13:30～15:30
		第5回	平成30年3月8日(木)	出席者11名	13:30～15:30
	【ワーキング】	第1回	平成29年8月25日(金)	出席者9名	13:30～15:00
		第2回	平成29年11月17日(金)	出席者10名	13:30～15:30
		第3回	平成30年2月16日(金)	出席者9名	13:30～15:30

II. 要 旨

第1回けんり・くらし部会 地域生活Gr (29.5.25)

1. 自己紹介

2. 部会長と副部会長の選出

事務局より、部会長、副部会長の任命案があり、各委員の了解を得る。

3. 前年度の振り返り

①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出た。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 に代わる体制作りを協議。複数の支援者で情報を共有しながら、そして一致し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、創設が必要との結論に達し、そのための「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。29年度より部会のなかにワーキンググループを設置し、連携会議を実施することとなった。

②知的障害者の高齢化について

本人だけではなく、親の高齢化も伴い、生じる問題である。育成会の高齢さわやか部会より、支援サービスと人の確保問題、安心できる終の棲家の問題、成年後見制度、お金の問題、親亡き後の準備、高齢期の医療・健康問題の幅広く課題提起があり、29年度はけんり・くらし部会として、各課題の内容を掘り下げて確認をしながら、どの問題に焦点をあてるのかを定めて協議を進めていくこととなった。

③身体障害者の医療的ケアについて

地域で暮らす吸痰や胃瘻などの医療的ケアが必要となる重度の身体障害者は、社会参加が制限されてしまう現状がある。医療的ケアへの対応として看護師を配置できている施設は生活介護を実施する身体障害者支援センター等のごく一部に限られており、定員にもほぼ空きがない状況。就労継続支援施設等に至っては医療的ケアに対応できる施設はない状況のため、就労の意欲や作業力はあっても、利用ができない。

また、自立生活をする、地域のサロンや行事に参加する場合には医療ケアを行えるヘルパーの確保が必須となるが、研修制度の高額な費用や受講期間が長いこと等の負担がネックとなっている。29年度はこれらの課題への対応、ニーズの充足度についても現状確認を行い、今後の対応を協議していくこととなった。

4. (仮称) 宝塚市身体障害者リハビリセンター 建設構想

宝塚市健康福祉部福祉推進室長より、同構想に関する説明をしていただく。4～5年後の建設を目途にしている。父母の会が阪神間に建設を要望している県立のセンターとは別件。

第2回けんり・くらし部会 地域生活Gr (29.7.6)

1. 自己紹介

2. 精神障害者の保健医療福祉連携推進会議 (ワーキング) 進捗報告

ワーキングのメンバーが確定し、副部会長にワーキング長に就いて頂き、今年度は3回(8月・11月・2月)の開催を予定する。

3. 身体障害者の医療的ケアについて

ゲストスピーカーとして、市内の医療的ケア対応を行う事業所の所長より以下の話を伺う。

所長は宝塚市社会福祉協議会の職員として、老人デイサービスに2年、身障センターに17年、計19年間、現場の仕事に携わり、高齢化のために子を介護する力が弱くなっていく親の姿を見て、重度障害者の在宅生活を支える活動の必要性を感じ、NPOの事業所を立ち上げた。市内の障害者支援センターに通所されている方がたのような重度心身障害者への支援がメインで、利用者32名の内9名が医療的ケアを必要とされている。スタッフは、登録ヘルパーを含め、15名でその内2名が看護師、12名が医療的ケアに対応できる。ポリシーとして外出支援に力を入れ、吸痰が必要な人などから依頼が入った場合、担いででも外出支援を行っている。提供する福祉サービスとしては、居宅介護・重度訪問介護・移動支援・日中一時支援・短期入所で、短期入所は一日3名の利用を上限としている。医療的ケアを必要とされる9名の人たちのケアの内容もいろいろで、胃ろう、喀痰吸引、鼻チューブ、導尿、座薬の挿入などで、喀痰吸引の資格なら、特定の方を対象としたケアの3号は2日間研修の受講で得ることができる。3号の研修の主催準備を年明けを目途に、現在進めているところで、同時に重度訪問介護従事者研修の主催も計画している。将来的な構想としては、医療的ケアを必要とする人たちも生活できるグループホームも作りたいと考えている。

【質問・意見交換の主な内容】

○3号の研修の費用はどのぐらい？

⇒民間主催で、3万円位。

○短期入所の利用状況は？

⇒月平均の稼働率は70%位。利用者1名の時は、マンツーマンの対応になる。医療的ケアを必要とする方の場合、看護師も対応している。採算度外視の事業となっている。バリアフリーの民家を借りての運営で、施設のように何時間間隔で見回るのではなく、スタッフがすぐ側にいる。てんかんのある方の利用も多い。

○利用されている方の年齢は？

⇒平均30歳～40歳代の方が多い。

○利用される方は定期的な利用？緊急時の利用？

⇒定期的利用の方が多いが、緊急の希望が入った時は、譲ってもらったりして対応している。無理な時には、他市の事業所をお願いすることもある。

○ヘルパー事業所の立場として、医療的ケアのできるヘルパーが足りないのか、医療的ケアを求め人が増えたのか。どのようにお考えか。

⇒ヘルパーが集まらない。ひと昔前なら時給1,200円は結構高い額であったが、今はさほどではない。介護の担い手の確保は、今日的の大きな共通課題である。

○3号の資格なら2～3万の受講料で取得できるとのことだが、1号や2号でなくても対応できるのか？

⇒大丈夫だが、看護師の常駐が前提。看護師を外部から呼ぶとなれば、費用が高くつく。入所施設でも、夜間に看護師が常駐していない所は対応が難しい。

○自分の子どもは宝塚養護学校の3年生。医療的ケアが必要で行ける所が限られている。放課後デイも2～3年前からようやく利用できる事業が。様々な面で制限されることなく利用できるようになって欲しい。養護学校の全生徒25名中、10名ほどが医療的ケアを必要としている。学校卒業後に行き場がないことも重要な課題である。

○病院も同様で、ヘルパーが不足している。法改正でヘルパーが吸引等の行為ができるようになったが、慣れていない。今後、介護職に就こうとしている若い学生に医療的ケアに対する教育も必要である。

第1回ワーキング「精神保健医療福祉連携推進会議」(29.8.25)

1. 開催挨拶：事務局より、当該会議の位置付けと設置経緯、部会での協議内容を報告。
2. 精神保健医療福祉連携推進会議について

(1) 自己紹介(各5分程度)

○A 委員(ワーキンググループリーダー)： 学識経験者

昨年11月より、「けんり・くらし部会 地域生活グループ」に委員として参加。関係者の顔が見える関係が大事であり、連携が取れる機関だけで支援が完結してしまうことがある。1人1人の地域生活で考えた時、全体としてどうなのかは非常に気になる。まずは専門職の連携になるが、本人・家族が取り残されていないかが確認していきたい。専門職だけではなく、同じ課題に取り組む、共に考えていく人たちの中でどういうケースがあるのか、どのような意識形成が大事かに興味がある。この会議をベースにして1つの核になるものができればいい。地域移行については別のグループがあるが、なかなか地域の受け皿というか体制作りが課題なので、この中でも取り上げることができればと思う。

○B 委員： 保健所

職種は保健師。現状は事務局の資料どおりだが、公衆衛生業務の中の精神保健業務、特に宝塚と三田を宝塚健康福祉事務所が担っているので広域になる。業務分担もあって専門的・広域的な役割を果たすということが、地域保健法に基づく保健所になっている。

昔、三田と宝塚に保健所があった時とは違う。緊急介入、適正な医療につなげていくための受診支援とかが精神保健支援の中心になってきている。措置入院患者の退院後の支援、孤立化をさせないで再発をできるだけ予防するための継続支援チームとして、市の関係者の皆さんにも協力頂いている。その他に23条通報の対応で、精神障害で自傷・他害のおそれがある方の通報への対応と、自殺対策が中心になる。自殺予防や未遂者対策が精神担当の保健師が4名いる。複雑困難な事例が多いので複数名で対応するようにしている。緊急対応が中心になっているのが現状。その中で医療機関・訪問看護から情報を頂きながらどのように過ごされているのかを把握して対応している状況。家族会を始め、自分達で活動して頂きながら成長してこられている。グループホームやNPO法人で、地域の中で暮らす心の病も持つ家族の方に対して支援

をしていかれる中の応援とか、一緒に取り組ませて頂くこともある。

○C 委員： 相談支援事業所

障害者相談支援コーディネーターという立場で活動。もともと県指定の一般の相談支援事業所で、24年度からは計画相談も開始。計画相談は三田市の委託を受けて精神障害者支援センターで一般相談も受けている。法人自体は今年で9年目に入る。地域移行と地域定着は切っても切れないものなので、今後お話をしていきたい。国でも精神障害に対応した地域包括ケアシステムの整備を打ち出しており、昨年度から研修事業ということで豊岡の保健所が精神障害に対応した地域包括ケアシステムを実践的に取り組んでいる。精神科病院から定期的に地域移行のサービスを利用して地域に戻っていく。なおかつ帰られた後の定着支援も含めて地域全体として精神障害の方をどうやって支えていくかを積極的に考える必要がある。三田では相談は基幹相談支援センターが7月にでき、兵庫県下で今後できるところも合わせると15箇所が基幹支援センター。虐待通報も含めて24時間365日対応が相談支援センターでできるようになった。緊急時の一時避難、宿泊施設や整備は今後進んでいくべきだと思う。病院から退院された人の保証人問題も課題。それも含めて地域で24時間365日緊急時の対応であったり、普段の生活の場所、日中活動ができる場所など、包括的にシステムとして活動していかなければならない時期。宝塚市で一人一人の精神障害の方が安心して過ごせる議論をしたい。

○D 委員： ピアサポーター

今56歳だが、10代で発症。大阪で入院と退院を7回くらいしながら、今は障害者雇用で週5日働いている。昔はデイケア等は何もない状態。引きこもりをしている時代から、いつの間にかデイケアができたから行ってみたらと親に言われて行った。それから作業所が出来て行き始めた。時代を追って変わってきた。病院の入退院を繰り返す中で段々、こうだったらいいのと思うところが、改善されていった。例えば、電話が4Fから1Fまでで1つしかなかったのが各階に出来たり、大部屋に間仕切りができたり、だんだん施設も良くなってきた。当事者の立場から言えたらいいかと思う。包括的なものは必要で、どこに相談したらいいのかを1本化して、全部対応してくれるところがあればと思う。

○E 委員： 当事者団体等

発症年齢が青年期の場合など、親も困り果てている。家族会で悩みや色々お話をされる。同じご家族の経験談の話を聞くことによって、精神的な支えになっている会。宝塚市の家族会だが県の兵家連ともつながり、全国組織のみんなネットでは障害者の問題を話し合っ計画しようという機会を設けて頂いている。家族が困ることは発症した時にどこに相談したらいいのかである。市や保健所に相談に行っても家族会の情報が得られなかったという話をお聞きしたが、

行き違いもある。

家族は本人の生活が良くなる方向で相談できる場所がほしい。医療の問題として、市内には個人の病院はたくさんあるが、入院施設がない。緊急時の対応は皆さん困っており、ショートステイもない。市立病院には心療内科はあるが、精神科はない。入院している方も多いが引きこもっている方も多。なかなか外に出られない、パニック障害等も増えている。市への要望書の中に1年以内、以上入院している方はどのくらいいるのか、地域移行はどのくらい進んでいるのかと質問したが、進捗状況がわからない。宝塚市は入院施設もないし、地域移行が本当に進んでいるのかも知りたい。

OF 委員： NPO法人

就労継続支援B型の事業所で主に内職作業中心に行っている、その他掃除や花壇の水遣り等、外作業もある。基本的には皆さんの希望を取りながら、外や中での軽作業を進めていく。利用者の相談や悩んでいることを聞いて、一緒に考えてどういう方向に進んでいくのかを色々な関係機関と連携を取って進めている。作業以外ではレクリエーションがあり、外に出て気分転換に出かけている。法人全体での遠足や一泊研修旅行もあり、全体での行事も年に何回か行う。就労を希望する方に対しては、就労支援センターでの面談やハローワークに同行したり、新たにどちらか希望される事業所がある場合は見学や体験も一緒に同行して話し合いをする。来られている方は調子が良い時もあれば少し波があって全く来れなくなってしまうたり、先ほど話にもあったように自分で薬を止めてしまう、飲まないことがあって病状悪化したり、様子を見ながら本人・家族にも話を聞きながら、ちょっとしたサインを見逃さないように日々の生活・体調を見ている。法人内では他に地域活動支援センターが3箇所、グループホームが定員16名、圧倒的に男性が多いが、夜間の緊急対応が課題にもなっている。普段の業務の中で他職種との連携が大事だと実感している。

OG 委員： 訪問看護ステーション

病院は神戸市北区と三田市にあり、訪問看護ステーションは現在4箇所ある。宝塚には開設して2～3年くらい。利用者はどんどん増えている状況。私は宝塚で働きだして1年程で地域性は詳しくはわからない。しかし、この1年取り組みで感じていることはご家族の緊急時の対応が困るということ。どうしたらよいか、どこに相談したらよいかとよく話を聞く。当事業所では緊急の電話を夜間・休日持っており、家族で契約したい方は任意だが夜間でも電話で対応している。それで少しは不安が軽減しているという話はよく聞く。訪問支援のなかで引きこもりの方が増えていると感じる。両親も高齢になってきて、子供の将来が心配に感じており、少しでも外に出る関わりをしているが、なかなか難しいのが現状。あとご家族も孤立しないように支援をしており、地域に家族会やセミナー等があるので、参加の声掛けをしており、それで救われたという話も聞く。

OH 委員： 訪問介護

訪問介護をしている。昨年8月から引きこもりの方や、関わっている利用者さんが、手足が動くのにもったいない、作業にも行かないで家の中にいる人が実際多かった。そのために、8月から就AとBの混合とショートステイの建物を建てた。その中で今まで困っていたことを自社だったり、相談支援に相談はしていた。このチームに参加することによって色々な意見が聞けたり、これからの対策について、専門職が集まるということを知ったので、今回参加させて頂くことになった。

実際、夜中を含めて24時間色々な相談がある。1人2人なら抱えられるが、いっぱいになると抱えきれなくなる。地域で分担して助けてもらえたら、もう少し見れる人が増やせると思う。今は自社だけがかかえている対応している状態だが、その部分で連携がとれたらいいと思う。一番身近で利用者と対面することが多いので連携の場が作れたらいいと思う。役所もお願いします。

OI 委員： 医療機関

一般の精神科病院で、デイケアも併設。特に専門プログラムや治療はない。救急病棟もあるので、現状として病院に来られる方の8、9割は救急入院の方で占めている。短期で退院される方もいるので、地域資源や退院後の環境調整が必要な方はなかなかつなぎにくい。再入院で戻って来られる方も多いが、逆に全くゼロから地域資源につなげた方は入院としては病院に戻ってこないという現状もある。そのため、地域資源の大切さ、つながりは医療機関にいて強く感じる。

当院でも定期的な退院促進、地域移行を院内での会議もしている。私だけかもしれないが、医療機関では本人の地域の生活状況や環境は見えないのが現状。支援者がいる方については入院前の生活状況や色々な経過や、今後どういった環境にその方が出ていかれるのかがわかりやすいし、入院中に関わらせてもらう中でアプローチがしやすい側面がある。

しかし、私の所感として、他の精神科病院に比べたら、地域の環境作りや支援につなぐというところが当院は少ないという現状を感じる。救急で来院して一定期間で退院される、違う目でみたら医療としては短期の入院治療で地域に帰るのはいいが、逆に整わない中で繰り返されるのができてしまっていると感じる。関係機関としては介護保険の施設を持つてはいるが障害に特化した、障害の領域で考えると地域資源としては病院としては持っていない。病院としてはグループホームしかもっていないので、今後、様々な地域資源についてはご相談がでてくると思う。広域から相談が来ており、兵庫県の阪神圏域、東・但馬・丹波には病院が少ない。当院は北にあるので、北の方から来られる人が実情多いかと思う。色々ご相談・ご協力させていただきたい。

(2) 今後の展開について

会議としては年3回開催。今後の2回は皆さんに出して頂いた精神保健福祉全体の課題、それぞれの視点で見た各機関における課題が見えてきたと思う。もう少し詳細を確認したい点がお互いあったかと思うので、次回テーマ抽出をしていければいきたい。

<意見交換の主な内容>

○24時間対応は夜中も電話があるのか？

⇒電話、FAX、警察からもある。

○昼夜逆転されている方で、聞いてほしいという感じの穏やかな電話なのか、パニックになって、すぐに入院が必要という発信が多いのか。色々か？

⇒色々。暴言もあるし、「死にたい」と落ちている時もあるし、長く話す時もある。暴言の時は近所で暴れていることもあるので、走って止めにいくという現状。相談支援から色々なところに連絡をしてくれて、また話が入るといふ形。それをすることによって人数に限られる。10人、20人も私1人ではかかえきれないので、精神の方はたくさん診てあげることができない。

⇒相談支援の24時間対応は絶対に必要だが、夜中や休日だと事業所が対応をしてくれているのが現状。そこから実際に診てもらっている先生や保健師に相談している、他の関係者にも相談してどう対応していくか。後見人がついている場合は相談して、対応を決めて動いている。

○夜中の対応件数はどのくらい？訪問看護も同様に夜間対応等があるのか？

⇒基本は電話対応のみで、出向く事はあまりない。日々訪問でまわっている時にどのような状態なのかを把握と、早期に介入して早めに対応、関係機関にも情報共有して皆でみていく体制を作る。事前に家族に何かあったら連絡してと言っているがあるので、安心してゆとりを持たれる。

○市の体制が24時間対応はできないと頑なにしている今の状態がおかしい。連絡先に公的な機関が24時間そちらで対応という機能があって然るべきと思う。

○今の制度の中で出来る方法を専門と一緒に考えて欲しい。素人には報酬のことはわからない。個別ケースの話をするのか、社会資源の確認をしていくのか。まず困った時にどこに行けばいいのか、パンフレット等はあるのか？そういうのも確認が必要。

⇒市のホームページに障害福祉サービス事業所一覧はあるが、実際に使いやすく整理されたものはない。この場でも出し合いながら作っていく。

⇒それは行政の怠慢だと思う。

○訪問介護、訪問看護含めて全般的に人材不足も確実にある。精神だけではなく難病も。人が欲しくても成り手がいない現状は全国共通。宝塚がどれくらい充足、不足しているのかも見ていく必要がある。

○緊急時、本人が一番身近なホームヘルパーに先に頼る。相談窓口があっても、内面的な部分は言えない。

⇒24時間365日対応はシステムとして構築されないといけない。本来あるべきところが参加されていないなら、そこからシステム作りになっていく。行政が予算をつける必要があるが、お金をつけたからやれと言えど動いてくれるところも多いと思う。でもそれだけでは、今ある施設間・機関間の連携も含めてつながりが増えていかない。

⇒社協には地区担当がいるので、それも1つの社会資源であるという話もあった。どう組み合わせていくかもシステム作りになっていく。使えるのに使えていない社会資源もあるかもしれない。

○兵庫県には精神科救急医療体制で精神科救急情報センターがあり、一般の方も電話できる。電話番号は平日の17時から21時、土日9時～21時でホームページにも情報がある。夜間と休日。そういう時には一度ここに相談してみてください、Drではなく精神保健福祉士が対応してくれる。

⇒情報面での差、アクセスすることへの問題と実際の対応の問題がある。今後引き続き検討していく課題。まずは情報収集、情報交換が大きいと思う。委員の皆様の機関情報ももう少し確認をしていきたい。社会資源を確認することで、H委員だけではなく、本来はこちらに相談や支援をお願いできるといったことが見えてくるかもしれない。

○ピアサポーターの仕事がしたいのに雇ってもらえる場がない人たちがいる。緊急対応の時一緒に行ってくれと言ったら、それならできるという人もいると思うので、把握してほしい。

○基幹相談支援センターは早く宝塚にも欲しい。次回11月のワーキングで、基幹型相談支援センター設置について、宝塚市の取り組み予定を教えてほしい。市の方針、第4次計画でどの程度、精神保健福祉を進めてきたのか、総括して頂きたい。

今ある資源の整理というところから手をつけることは可能。それらの情報を本人や家族に届く形できちんと提供されなければならないし、あわせて事業所自体も他にこれだけ資源があるんだと、こういう時に活用できると情報提供されるのも大事。情報整理と今後、人の動きとしてどのようにしていくのかを同時に考えていかないといけない。実際の対応・場面の時にどういう動きが必要になってくるのか、どういった機関を設けるのかを、現状とともにどうしていきたいのか、どうあったほうがいいのかということの整理をして展開していければと思う。

⇒次回のワーキングでは、市の福祉ハンドブックに事業所一覧はあるのでそれをベースに、相談支援事業所やグループホーム等の情報をまとめ、皆さんが持っている情報をお互い出し合うという形で進めていきたい。今日来ていただいている皆さんの事業所の情報も入っ出して頂きたい。

第3回けんり・くらし部会 地域生活Gr (29.9.28)

1. 宝塚市自立支援協議会 定例会(7/14開催) 報告
2. 第1回精神障害者保健医療福祉連携推進会議報告…別紙報告書をもとに報告。
3. 前回部会(7/6開催)の振り返り…別紙報告書をもとに報告。

<意見交換の主な内容>

○前回の部会は身体の医療的ケアについての協議だったが、この課題解決を今後どう進めていくのか？

⇒平成30年に共生型サービスがスタートする。高齢のデイサービスも、今後は主に重度の身体障害も対象に生活介護のサービスを開始する動きもある。

4. 協議事項

(1) 第1回精神障害者保健医療福祉連携推進会議に対する質問と意見交換

《質問・意見交換の主な内容》

○宝塚市の基幹相談支援センターはいつ出来るのか？

⇒現在、計画中。市の委託相談支援は3つあるが、個別のケース対応で一杯の状況もある。

今ある3つの委託の相談機関の充実も課題である。基幹の設置については色々な方式があるが、委託相談支援等の足元の相談支援体制をしっかりと固める必要がある。

○障害当事者、家族が本当に困っている。疾患による症状のしんどさ、家族の高齢化のしんどさ、将来への不安等がある。支援者も対応することの大変さの話を実感した。それぞれがうまく繋がることで支援が出来ることもあるが、マンパワー不足もある。相談支援、訪問介護についても十分に人員がいるわけではない。委員の阪神北圏域の相談支援コーディネーターは宝塚市を含め他市の状況を見ているので、様々な情報や協議も出来ることは有意義である。

○保健所にダイレクトに相談が入ることがあるのか

⇒宝塚や三田から相談があるが、匿名での相談もある。発達障害の二次障害として、精神を発症された方の相談もある。精神で相談があっても、突き詰めていくと、発達障害の診断を受けた方もいる。気分障害と発達障害、双極性障害と発達障害と重複障害の方たちもおられる。アルコールや自殺、知的な方など、様々な課題、ケースがあり、困りごとから相談を受けていく。

○相談を受ける中で発達障害と気づいた時にはどのような対応をしているのか。

⇒年間24回のこころのケア相談で精神科医につないで、精神科医の診断を受けて頂くこともある。他にも学校等、身近なところで相談を受けてもらえるように助言することもある。

⇒発達障害の専門医療機関が少ない中で、受診に1~2か月待ちになることもある。行きたいと気持ちになった時に受診できるのが一番よい。

⇒宝塚には専門の医療機関はないが、診ることのできる先生はいると思う。

○この連携推進会議では事業所一覧を作ったり、福祉ハンドブック等への掲載等は考えているか？

⇒具体的には決まっていないが、そのような事業所一覧は必要である。

○色々な場面でピアサポーターを活用してほしい。家族会にも何名かいるが、同じ体験をし

たが、説得力がある。ピアサポーターは当事者にとって心強いので、活用してほしい。

○直接関連はしないかもしれないが、この連携推進会議の取り組みの参考としてほしいこととして、10/19 に岡山県倉敷市で豊岡保健所の所長による地域包括ケアシステムについての講演会がある。みんなねっとで検索したら、情報が出てくる。

○市内にピアサポーターの活動拠点があれば地域移行や定着が進んでいくと思う。

⇒事務局である相談支援事業所でも、市障害福祉課からの委託業務として、ピアサポート事業を実施している。カウンセリング、サロン、地域での啓発活動を行っている。実績が少なく、十分に活用できているとまではまだ言えない現状であり、連絡会を実施しながら、今後の活用についても進めていこうとしている。

(2) 知的障害者の高齢化への対応

<意見交換の主な内容>

○他障害のことも含めてわからないことが多く、課題も共通した課題も多い。知的のみならず、身体・知的・精神の3障害、各々の立場から課題分析を行いたい。

⇒これまでの協議で幅広く課題が出されたが、詳細を確認、分析していく必要がある。そのために作成した課題分析シートについて、事務局より説明。

まずは、親と同居のパターンから進めていき、現状～課題まで可能な範囲で記入頂く。次回の部会(1月開催)までに委員の皆様にも各々の立場で考え、記入して頂く。事務局より各委員にデータを送信し、次回の部会までに事務局に提出頂く。頂いた課題分析シートをもとに、1月の部会で協議を行う。

第2回ワーキング「精神保健医療福祉連携推進会議」(29.11.17)

1. 精神障害の方が利用できる社会資源について

(1) 情報交換

○A 委員 (訪問介護等)

就労継続支援 A 型と B 型、短期入所、訪問介護のサービスを提供している。就労支援は精神の方が多く、出勤率で定着しない方が数人おられる。短期入所と訪問介護は身体的な介助が多い。特に今は就労継続支援 A 型に関して、A 型なのに週 3 日しか来られない方がいたり、A 型の在り方に悩んでいる。作業的にも B 型の利用者の方が一生懸命である。できないことはたくさんあっても自分のできることを一生懸命やっているが、A 型の人にはできるのに手を抜くことがある。楽な方法を知っているので、理由をつけて休んだり、遅刻したりする。

現在の利用者は A 型は 3 名全員が精神の方。B 型は登録数 23 人中、15 人は精神の方。

○B 委員 (行政職員)

相談支援事業所、居宅介護、短期入所、就労継続支援等の事業所一覧を配布した。障害福祉サービ

スの利用は相談支援事業所で計画案を作成してから、市が支給決定をしている。

市のホームページ内に障害福祉サービス事業所一覧が掲載されており、データ抽出をすると、精神の方が利用できる施設が一覧表示される。1つの事業所が複数のサービスを提供している場合もあるので重複もある。一覧になっただけのものなので、サービス内容や提供日時等の詳細はこの一覧表だけではわからない。

また、実際の利用者は重度の身体障害者であっても、一覧表上は全ての障害を対象とする表示になっている事業所もあり、利用に当たっては各事業所への確認が必要である。

他に、精神保健福祉センターが公的機関向けに作った「精神保健福祉関係機関等便覧」があり、様々な相談窓口や医療機関等の情報が掲載されている。発行が平成27年3月で、タイムリーに情報の修正や追記がされたものではない。一般の方には兵庫県のHPにもある医療機関情報システムがあり、地域や診療科を選択したら診療時間帯等も表示されるが、タイムリーな情報とは限らないので参考程度に見る情報になる。

OC 委員（訪問看護）

当訪問看護ステーションでは、24時間365日受け入れ体制により地域の精神科救急医療に取り組んでいる。兵庫県訪問看護連絡協議会のホームページを閲覧すると、県内の訪問看護ステーション一覧も表示される。その中で精神科訪問看護への対応が可能か、24時間の連絡体制、24時間の対応体制についてもチェック欄があるため、対応可能かが確認できる。

OD 委員（保健所）

保健所では「こころのケア相談」と保健師による電話相談・面接を行っている。「こころのケア相談」は毎月第2、4木曜実施だが、先生の都合や日にちの関係で変更になる場合もあって事前予約制にしている。「こころのケア相談」は保健師だけではなく、精神科の先生も来られており、年24回実施。基本的には健康福祉事務所が依頼しているが、案内時にはどの先生かはお知らせしていない。その時々様子によってこころの悩み、アルコール、引きこもり等を含めて精神科の先生の相談が無料で受けられるという相談。保健師の電話相談は随時受け付けている。面談はできるだけ予約をお願いしている。精神プラス難病の担当をしていて、今指定難病の受給者証の更新の時期で保健師が対応に追われている。

その他に精神科救急医療体制として、精神科救急情報センターは一般の方も利用できる。平日の17時から翌9時＋土日ということを書いてある。

こころの悩みを聞いてほしい場合は「いのちとこころのサポートダイヤル」をご利用いただくこともできる。ゆっくり地域の保健師が関わったほうが相談を聞いたほうが良いという場合はできれば平日月から金までの8：45～17時としているが、電話自体は17：45まではつながる。それ以降はいったん別の部署に連絡することになるので緊急の時だけになってしまう。平日にお電話いただくとありがたい。

こころの健康相談統一ダイヤルは精神保健福祉センターに電話がかかり、匿名でも全然電話ができ、身近な保健所では嫌だという方にはこれが活用できる。

こころのケアセンターはトラウマや PTSD に関する相談を受けている。診療所になっていて保険診療を受けて頂き、治療をしてもらえる。事前予約制だが、例えば、虐待を受けたとか、性的被害を受けたとかの PTSD・こころのトラウマの専門的な治療ができる。

精神保健福祉センターでは、薬物依存の相談も受けている。治療ではなく、どう対応したらよいかの助言をしてもらえる。

○E 委員 (NPO 法人)

当法人では事業所は就労継続支援 B 型が 1 箇所ある。定員は 27 名。紙袋の加工やパッケージのシール貼り等の作業を行う。従たる事業所はホテル等のアメニティ・ブラシや櫛を検品して袋入れしたり、50 本・100 本単位で箱に梱包する作業。2 つの事業所で共同作業もあるが、基本的には作業内容は違う。見学・体験に来られた方には、両方見て頂いて自分に合ったものを選んで頂く。

事業所のメンバー同士で音楽グループを作っており、定期的にメンバーと職員ともに参加する発表会を行っている。

地域活動支援センターは 3 箇所ある。喫茶店業務をしながら、生活リズムを整えたり、お客さんやその他の方との対人関係の練習をしている。働くことを身近に意識してもらって次へのステップアップになるよう取り組んでいる。

また、居場所型の地域活動支援センターがあり、退院してから少しゆっくりしたり、目標に向かってステップアップしたいという方が来られており、それぞれの利用目的がある。月曜はクッキー作り、火曜・木曜は昼食作り、金曜はお菓子作りをしている。水曜は音楽クラブ・フリーデーとして、他の事業所の方も来れる様にしており、たくさん来られる時もある。

グループホームは基本的には男性部屋 6 箇所、女性部屋は 2 箇所の計 18 名で、現在は少し空きもある。月・火・木・金の週 4 日夕食提供もしている。17 時～17 時半までには来て食事をして頂いて、18 時には各 GH に帰って頂いている。お金の使い方や薬を自分で管理しつつも、飲み忘れがあるので職員が確認している。市役所での手続きや通院のサポート、入院された場合のグループホームへの外出同行等を必要に応じて職員が行っている。家族会とも関わりがあり、お世話になっている。

○F 委員 (当事者団体等)

家族会では会報を出しており、先日、岡山で開催された全国大会みんなねつとに参加した内容を抜粋して載せている。家族会では家族交流会を毎月第 4 水曜に実施している。保健所の方や事業所から交代で職員が入ったり、家族の方、当事者グループの方も参加して頂いている。交流会が終わった後に家族・当事者含めピア相談を場所は保健所内、近くの逆瀬川周辺の喫茶店ですることもある。最近、新規の方が 4 名程度来られて、若い方も少しずつ増えている。私も当事者だが、家族だけ当事者でもあるというピアの方もいたり、親だけではなく、夫婦とか子どもとか、普通は家族会は親子が主に

なることが多いが、そういった形でも受け入れてくれている。私たちピアにとってもありがたいと思う。宜しくお願いします。

○G 委員（ピアサポーター）

他市の相談支援事業所でピアサポーターとして火曜・木曜に活動をしている。月・水・金は別のピアサポーターが担当。

ピアサポーターとしての活動時は職員と2人体制で出て行くことが多い。有馬高原病院へ行くことが一番多く、患者さんの退院支援を行った。大学や専門学校に授業のピアサポーターとして参加して、授業協力を行っている。滋賀でも講演やお手伝いしている。

○H 委員（相談支援事業所）

G 委員と同じ相談支援事業所で管理者をしている。G 委員が話をしたとおり、地域移行の支援ということで、支援者とピアサポーターが2人セットで地域移行支援サービスをしている。引き続き地域定着にうつる場合もあるが、基本的にはピアサポーターと活動。ピアサポーターの出張講演を昔から行っており、家族会にも参加した。

精神科病院に3.4ヶ月に一度行き、退院間近の看者さんとの交流会にピアサポーターと一緒にいく事が多い。

最近少し変わったのは、三田に基幹相談支援事業所が出来たことである。ヘルパー事業所でも精神障害のある方の支援をする事業所が少ないが、その事業所向けに研修をして支援をして頂くように働きかけをした。その他に、尼崎の就労移行支援事業所に、当事者向けだが、講習をしている。

○I 委員（医療機関）

当病院は併設として福祉ホーム・GHが3箇所ある。併設施設のパンフレットはなく、病院案内のパンフレットでまとめている。365日24時間体制で医療対応している。

（2）社会資源に関する今後の取り組みについて

○家族会に繋がっていない方が市の窓口に行った時に、家族会等の情報にスムーズにアクセスできるかどうかという問題が前回の部会で出ていたが…。

⇒ひきこもり関連でご家族が市の窓口相談に来られることが多い。家族会の紹介はすることもあるが、どのように繋いでいけばよいかを十分に確認できていなかった。

○連絡先は事務局の「地域活動支援センター ふらっと」で良いのか？宝塚家族会の直接の連絡先や家族会の紹介パンフレットはあるのか？

⇒「ふらっと」に連絡して頂いて、本部から会長に連絡させて頂く。パンフレットは古いかもしれな

い。

○前回のワーキングで課題の1つであった24時間365日対応だが、今回話に出た県の相談窓口にはアクセスはしやすいのか？

⇒精神保健相談員は県の事業でやっていて市町ごとに、三田市なら市の広報に今月の担当と書いてある。一応予約制で相談窓口は設置されている。

⇒頻りに電話相談をする方はいる。その方に反応を聞くと話を聞くだけで答えてくれないと不満を聞くことがある。ここに相談して、本人の悩みが解決するのかなと正直思う。

⇒相談の内容によって全然違う。病院を教えてほしい等であれば、1回で終わる場合もある。大変な気持ちを聞いて欲しいとか、聞いても解決できないこともあると、何度もかかってくる場合もある。

○ネットで調べたのか、カウンセリングで60万円の請求がきた方がいる。

カウンセリングは保険が使えないと、大体1万プラス消費税で30分、50分とか。

○死にたいとなった時は「いのちの電話」とかネットで調べるとすぐ出てくるので電話されているのかなと思う。宝塚は夜間の相談窓口がないことが現実的であっても、すぐに解決できる問題ではない。地域生活拠点や基幹型相談支援ができた時にどういうふうに対応していけるか。ACTの方の話も聞いたことがあるが、夜間対応の件数も多くなく、日中に対応しているからだと言った。24時間対応はできないが、日中に話を聞いてもらったという安心感があれば、ある程度は防げるのかと思う。

○退院時にどのような形で患者や家族に情報の提供をされているのか？

⇒退院前にケースワーカーからカンファレンス開催の連絡がある。ケアマネ、家族、訪問看護等の関わっている方を含めて、退院後の体制を決めてから退院という形を取っている。

⇒救急で来られた方は誰がどこまで関わっているかが見えにくい。それが見える方は退院前カンファレンスを開いたり、関係者から情報の聞き取りをしたりもする。入院患者は阪神圏の各市から来られており、病院自体は各市の情報がない。市やホームページ等から社会資源の情報を入手して、口頭や紙媒体でお渡ししている。例えば、退院までに相談支援のみをくっつけて、退院された後に地域で枠組みを作っていたりする場合もある。ケースバイケースで、大きな流れとしてはそうした形で動いている。

○退院される方には、基本的には相談窓口の紹介はされているのか？

⇒主として相談窓口は伝えている。何も支援を利用することなく退院される方、全てを拒否して退院される方には最低限、居住地の相談窓口をお伝えするようにしている。

○個々の機関で対応することの限界もかなりある。退院される方に向けた必要な情報をまとめたものが作成できたら、いいのかもしれない。宝塚市の障害福祉ハンドブック情報を膨らましたり削るのは

可能なのか？

⇒障害福祉ハンドブックはかなり薄くなっている。中身を改定することはかなり労力が必要。電話番号、住所から少し違ったら訂正が必要であり、正確に一字一句確認する作業はかなり困難。事業所の開所・閉所、年金や手当等、制度や情報の変更が多く、細かく記載すると情報の確認や訂正が追い付かない。間違いを伝えてはいけないので、結局は詳細な情報を載せられなくなっている。

障害福祉ハンドブックに全て記載するより、テーマを決めて別紙で情報の挟み込みをするのは可能かと思う。製作は自立支援協議会のしごと部会、こども部会、地域移行グループとか。以前に「しごと部会」が通所施設の一覧を別冊で作成したことがあり、とても役立つものであった。しかし、今となっては古い情報となってしまう、使う時には事業所が現存するのか、開所日時や場所、サービス内容等に変更がないか等を確認してからでないと、使いにくいものとなっている。紙媒体は特に情報の更新が課題になる。

○病院からの紹介で相談支援につながった方がおられて。20代で発症され今本人は60歳。60歳になって、初めて支援機関につながった。20代で仕事を退職してそこからどこにも相談できないで両親と一緒に暮らしてきた。年齢は重ねてしまったが就労したいという気持ちはあり、一緒に考えていきたいと思いますというケースがあった。母親は高齢でなかなかネットにアクセスすることが難しい方であった。本人は近場で図書館とか静かなところなら人との距離もなくて、気にならずにゆっくり過ごせる方。当たり前本人や家族が行きやすい場所に紙媒体のものがあれば、情報として届きやすい。ネットはなかなか届かない方も多い。

⇒手元に情報があつた方がいいし、図書館とかコンビニに行かれる方も多い。

○自立支援協議会だからこそ出来ることはあると思う。自立支援協議会の名前を上にして事務局で調べてくださいだと、情報の種類や量、精度に限界があるのかもしれない。

しかし、このワーキングではテーマを基本合意のもとで話しており、各委員から出して頂く資料を集めるので、無理がない。自身の所属機関での取り組みや情報を提供してもらい、それを皆で繋ぎ合わせることで、より良いものが出来上がる。

⇒次回のワーキングに向けて各委員に考えてもらい、退院時に何が一番情報として、聞きたいか、何が必要かを出し合ってみてはどうか。

⇒それは必要。退院患者の生の声を教えて頂きたい。

⇒この情報を提供して良かったとか、こんな事例があつたと言っていたら参考になる。

⇒それが出来て、計画相談の方が配ってくれれば、当方への連絡が少なくなる可能性はある。しかし、直接連絡が当方に入って、利用者に、どこに連絡してくださいと言う事はケンカのもとになるので、自分が電話するしかない。利用者は興奮しているか、落ち込んでいるか等の変な状況なので、ヘルパー事業所の意見として難しいと思う。それなら、病院の退院前にカンファレンスだけではなく、そういう時はここに連絡するんだと利用者に最初から理解してもらおうほうが、事業所の負担は軽減

される。そういう情報なら、病院だけではなく、ヘルパー事業所にもほしい。

○仮に精神の方が使える資源、リーフレットを作るとしても配布対象が誰なのかを考えたほうが良い。見た時に本人・家族が制度等に詳しくてわかるならいいが、結局わからなくて誰に聞けばいいのとなると相談窓口になると思うので。相談事業所の情報を中心に冊子を作ったほうがいいのか、どのレベルで作るかを考えたほうがよい。

⇒当相談支援事業所では、必要な方に相談窓口につながってほしいというのがあって、奇数月に「社協たからづか」という会報誌に、相談窓口として載せている。その他に、ピアカウンセリングも周知していこうとチラシを作っている。それを事業所や地域に配布していこうかとやっている。

⇒ヘルパー事業所の立場からだが、利用者から相談を受けている時点で、利用者は助けてほしいという時なので、冷静に相談窓口があるよと伝えている場合じゃない。今すぐ動かないといけない。例えば、警察からかかってきたら対応せざるを得ない。退院時と一緒に家に配ってもらったら、そちらに電話するかもしれない。

<今回の協議の結論>

日ごろの体制作りが大事である。日中に各機関の窓口が開いている時間で最大限できることも含めて考える、やっていく必要がある。そのうえで、それぞれの機関が担えること、できること、をさらに押し進めていく。

今回は特に病院より退院される方を含めて、精神障害のあるご本人や家族が必要と思われる情報をまとめたリーフレットを作るという話になったが、リーフレット作りを本当に進めていくのか、進めるなら情報制度を網羅したものが必要なのか、相談できる窓口だけわかればいいのか等、社会資源についての取り組みを引き続き、協議をする。

そのために、病院から退院される方が不安に思うこと、必要と思う情報は何なのか、どういう形のものが必要なのかを次回皆さんから出していただく。

第4回けんり・くらし部会 地域生活 Gr(30.1.25)

1. 宝塚市自立支援協議会 全体会(11月10日 開催) 報告

2. 第5期障害福祉計画案…別紙をもとに市障害福祉課より報告。

実施したアンケート結果報告と、4月からの障害者総合支援法の改正内容について、当部会に関連するものとして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築等について説明を頂いた。

《質問・意見交換の主な内容》

○自立生活援助は在宅や家からの一人暮らしは対象にならないのか？

⇒自立生活援助は施設やグループホームから移行をした1人暮らしの方が対象である。

○どのような方がその支援を行うのか？

⇒グループホーム職員を想定しているが、30年度の実施目標人数が0の市もあるなど、各市も取り組み方を決めきれていない。

○精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムは圏域ごとの実施とあるが、圏域とはどこを指すのか？

⇒阪神北圏域の宝塚市、伊丹市、三田市、川西市、猪名川町である。

○精神障害者保健医療福祉連携推進会議や地域移行グループ等、目指すところや協議内容が重なるので、リンクしていくべきではないか。

○既に高齢分野は地域包括ケアシステム構築の協議が始まっているが、精神障害の方はこれとは別でシステムを作っていくのか？

⇒地域包括ケアシステムが縦割りではよくない。児童、障害者、高齢福祉、地域福祉とも連携をとっていくもので、1つのものとして作っていくべきものである。

○医療的ケアの支援体制整備が何故、児童だけなのか？具体的な支援体制の構築があるのか？

当部会でも協議をしているように、家庭、就労支援の場、短期入所等の各施設で成人の方の医療的ケアへの対応が課題になっている。

⇒国は医療的ケアが必要にも関わらず、居場所がない子供が多いと考えている。放課後デイサービスはあるが、医療的ケアがあることで利用が出来ていない子がいる。すみれ園が宝塚にはあって進んでいる部分もある。各市で重症心身障害の児童、医療的ケアに対応した施設を1ヶ所設置することが目標と掲げている。人員基準は医師、看護師など。

○入所施設・病院から将来は自宅等を希望の方が9人とあるが、その障害種別は？

⇒この9名は長期入院の方が多い。詳しい内訳については後日であれば確認可能。

○障害者手帳の種別が不明な人もいるが、何故か？

⇒質問時に未記入になっている。

3. 第2回精神障害者保健医療福祉連携会議{ワーキング}(11月17日開催)…別紙報告書をもとに報告。

<意見交換の主な内容>

○精神保健福祉に関する情報を病院が持っていないと地域移行が難しい。病院と連携しないと地域移行は困難と考える。

○障害福祉ハンドブックの精神保健バージョンがなぜ、宝塚市にないのか。宝塚市民が精神科

病院に何人入院しているかを把握出来ない。ただ、仮に障害福祉ハンドブックの精神保健バージョンがあってもアプローチが難しい。

- 当事者に病識がなければ、入院しても他機関と連携をとることなく退院してしまう。また本人の家族が援助に拒否を示せば、それ以上踏み込むことは困難である。
- 精神の方が使える資源、リーフレットが手元にあった方がいいのは間違いない。
- 精神科病院の精神保健福祉士、社会福祉士にリーフレットを配布したらどうか。実際、自殺予防のリーフレットは配られている。
- 精神病院の訪問看護師と相談員（社協）の連携が出来ている。宝塚市に精神病院の訪問看護ステーションが開いてからかなり地域との連携や課題が見えるようになった。
- 仮にリーフレットがあっても当事者、家族は相談窓口が分からない。
- 精神、知的、身体の課題が連動できるとより良い。話し合いの中で重複している点があるため、整理していきたい。しかし、どのように連動させていくかが今後の課題である。

4. 本日の課題

(1) 知的障害者の高齢化への対応

- ・別紙の課題分析シートについて、提出があった分を報告。

<親の高齢化・現状>

両親は、現在元気なので、特に問題はない。母は通所施設へ娘と一緒に通っている。22歳から娘は、てんかん発作を発症。てんかん発作が送迎中にあったため、現在は一緒に送迎している。送迎はバスもあるが定員いっぱい。いつまで母親が通所施設へ娘を送迎できるのか分からない。

<親の高齢化・支援をしている人>

支援は、母親が行っている。母親が倒れた時、どの事業所、相談機関に連絡するか、どのようにお薬を服用させるか等についてパニックシートを作成。母が倒れた場合、地域に一本連絡したら、あとは娘の対応で地域がすぐ動けるようになることが理想である。

<支援サービス・人の確保>

人員確保はものすごく難しい。通所先は何人か支援員がいる。宝塚さざんか福祉会も色々と考えてはいるが、グループホームは重度・軽度の障害によって体制が違う。重度障害は、夜間の支援員がいる。軽度障害は、夜間の支援員がいないため、グループホームの体制もどうにかならないか考えている。

<終の棲家・現状>

終の棲家は、グループホームと考えていたがいつまで利用できるのか。看取りまでしてくれるグループホームは現状少ない。グループホームが無理なら入所も考えている。しかし定員はいっぱい。

<成年後見制度・現状>

成年後見制度は、子どもは先が長いため、成年後見制度の費用がどのくらいかかるのか心配。

〈お金・現状〉

お金は、障害基礎年金（1級）・通所事業所の工賃。課題は、親亡き後が心配ということ。

《意見交換の主な内容》

○身上看護は兄弟がいいのか、後見人がいいのかは難しい問題。兄弟がない場合はどうするのか。

⇒育成会は、保護者が後見人をしている。成年後見制度を利用している人は少ない。既に両親を亡くしている人は、第3者が後見人になっている。

○成年後見人制度を利用したら月2万円はかかる。また第3者の後見人はどこまで寄り添ってくれるのか推測できない。勿論、財産目的の人はいない。仕事で後見人をやっているが、お金をあまり使おうとしない。そのお金のさじ加減も親亡き後は後見人任せになるので不安である。

○キーパーソンになる人が必要で、身上看護をしている人は成年後見人が多い。寄り添う後見人もいれば、手続きのみで事務的な人もいて、後見人も十人十色である。週1回会いにくる先生もいれば、そうでいない人もいる。

○早い段階で後見人がいる人は、良好な信頼関係をとれるケースもある。早い段階で導入すれば、兄弟やご家族が後見人に本人に関するのことをしっかりと引き継いでいける。早い段階で成年後見制度を利用することも一つの手段である。

○どういった人が後見人としては適切なのか？

⇒弁護士や司法書士は、福祉について詳しくない。生活保護の方は社会福祉士が適切なのか、状況に応じて後見を考えるべき。市民後見や法人後見があり、それぞれの長所や短所が見えにくい。

○育成会は、成年後見制度の研修もある。何故法人後見がいいのか。後見人が亡くなった後も法人であれば、誰かが繋いでくれる。色々と促進法もあるが、なかなか家族は踏み切ることが出来ない。

○成年後見制度を、とある親に勧めたら、ニュースで後見人の横領があったため断られた。

○後見の現状や今のあり方をみていければ、何か分かるかもしれない。

○お金よりも身上監護が課題である。

【今回の意見交換の結論】

・各委員がシートを持ち帰って、どのような手立てが出来るのか、次の機会までに考えてもらう。

当事者や家族の立場からは現状や課題は埋められるが、解決策までは埋められない。

支援者は出来る限り、その解決策を次回までに考えておく。

第3回ワーキング「精神保健医療福祉連携推進会議」(30.2.16)

1. 前回の振り返り

このワーキングは皆のつながり、顔合わせから始まり、今回はさらに相互理解を深めるために各委員の事業所、医療機関等に資料をもとに紹介頂いた。現状確認や意見交換のなかで、病院から退院される方に情報提供のリーフレットを作成していくこととなった。また、次年度以降にも繋がる話だが、宝塚においても24時間365日の対応が求められているという大きな目標のもとに動いていく。

2. 精神障害の方が利用できる社会資源に関するリーフレット作成について

※リーフレット作成の参考とするため、各委員より持参した資料について説明いただいた。

A委員：「地域移行の取り組み～実践例～」という冊子。昨年11月に倉敷でみんなネット、精神の家族会の全国大会が行われた。地域移行の具体的な取り組みの話もあり、この冊子に報告として内容を掲載している。

宝塚の現状は地域移行の具体的な事例がなかなか挙がってこない。

今後のアプローチも地域により様々だが、地域移行の一例としてご覧頂きたい。

B委員：「不安を乗り越えて～体験者からの生活ガイドブック」という冊子。平成24年度頃に兵庫県で地域移行・地域定着事業があり、阪神北圏域では当事業所と伊丹の事業所が応募した。阪神北圏域はこの2か所、県全体では9か所が当該事業を実施した。病院での地域生活報告会、地域向け研修・啓発活動などを行った。宝塚市でも民生委員に話をさせてもらい、7つの地区のうち、5つはまわった。

その活動のなかで精神科病院向けに、この冊子を作成した。予算は10万円程。見開きは私が書いたが、目次、中身、構成等はほぼ、ピアサポーターが作った。これに先立って、ピアサポーター養成講座もしており、10名ほど参加され、そのなかの4.5人で冊子を作った。今も当事業所でピアサポーターをして頂いている。冊子内の漫画は絵に長けた当事者の方にお願いした。それぞれのリカバリー方法や生活に必要な知恵として電子レンジの使用方法や、医者との付き合い方等も掲載した。第1版には地域の社会資源のページがあり、阪神北圏域、神戸北の社会資源のマップを掲載した。どこの地域に相談支援事業所が何件あるとか、グループホームが何件、就労継続支援B型が何件あるとかの情報だったが、情報更新の問題もあって、この第2版からはなくなっている。

最後に「兵家連」や「いのちの電話」と、「命とこころのサポートダイヤル」等の電話相談窓口は番号も変わらないので、載せている。当時は近隣病院や心療内科に配布し、説明を行った。

冊子は何百部かを発行し、在庫がなくなった際に内容を変えて第2版を発行した。

<質問や意見交換の主な内容>

- 患者さん自身が考えて作られたと聞いて驚いている。
- ⇒当時のピアサポーターが作った。近隣やどこに何があるという情報、地図は載せるべき。
- ⇒勘違いかもしれないが、宝塚市内の相談支援事業所の方が不動産に勤めていたことがあり、ご自身でイラストみたいなマップを作られたことがあったと思う。それをもとに今三田の社会資源マップを当方が更新して使用している。
- ⇒病院から退院して、行きたいのは仕事。ハローワーク、作業所の場所等の情報も必要。
- 著作権もないので、改良して使用しても問題ない。データもあるので、加工もできる。
- 内容、ボリュームはこの冊子ぐらいが丁度良い。分厚いと読む気がしなくなり、薄いと信用性に欠ける。大きすぎても、小さすぎても駄目で、これはB5サイズである。
- 本当に良い冊子。宝塚の相談支援事業所が載せられたら、このままでもいい。
- ハローワークで相談する際に、障害のクローズとオープンがあること等、初めて知る知識を載せるとわかりやすい。デイケア⇒作業所⇒ハローワークと状態に合わせて、段階的に利用できる場所があることを載せたい。服薬が治療の全てではないが、止めたら再発する可能性が高くなることから服薬の大切さ、ヨガや体操等の精神の安定に関わることを書くといい。
- 各医療機関の入院者で宝塚に戻る方には渡せるが、宝塚以外の広域の方も使えるものを作ろうとすると、マップ作成は大変である。宝塚以外の人にはもらえないという不満が出る可能性がある。
- 前回は地域移行の方を対象にする話であったが、家庭で生活している方も、相談窓口がどこにあるのかが分かると助かる。

C委員：デイケアについてのリーフレット。

診療所と併設してデイケア、訪問看護ステーションがある。入院中から作業療法を利用している方は退院後も、その流れでデイケアを使いやすい。日中に行くところがない、生活のリズムを整えたい方が利用されている。自立支援医療が使えるので金銭的な負担も減る。デイケアは他クリニックからの紹介も受付可。

訪問看護を利用される方はどんなことをしてくれるのかを当然気にされるが、その必要性をどこまで理解してくれるかによる。1回お試しして考えてもらうことも1つの方法だと説明することもあり、ほとんどの方が受け入れている。家にこもっていて人との関わりが訪問看護だけという方もおられ、どのような思いでおられるか。

- 保健所では昔、デイケアをしていたが、地域保健法が変わったことで保健所は専門的・広域的な位置付けになった。デイケアをしていた時には県の保健所は20数か所あった。

また、中核都市・政令都市がしていた時代（宝塚・三田にもあった）には、十分な職員数がいたの

で色々な事ができた。

しかし、全国的に保健所は統合ありきの時代となり、変わった。神戸市でも保健所は1か所で、区ごとのセンターは関わりはするが、保健所の機能は1つしかない。

県の保健所も半分の13か所になってマンパワーも削られ、機能が精神保健福祉法でも生活に近いところは市町村が持ち、医療部分（緊急支援・精神保健診察）は県がすると役割分担ができた。

保健所でデイケアを実施していた時は皆さんの困り事も手にとってわかり、季節に応じ生活に身近な調理したり、ガイドブックに載っていることもしていた。今は相談支援事業所からの緊急支援が中心。役割分担をしながら、協働をしている。

このワーキングの委員の皆様と一緒に支えていくこと、保健・医療・福祉の連携が大事。

昔は精神に関わることは全て保健所だったが、今は市や相談支援事業所等に委託されている。昔は保健所と病院・診療所ぐらいで、無料で行政サービスとして提供していたものが、今は利用できる社会資源がかなり増えて、個人の契約・応益者負担になった。契約を結びながら、地域でどう生活していくかに変わった。私たちが担ってきた色々な役割が変遷して別の組織がでてきている。

⇒今務めている事業所は作業所があるが、デイケアはない。私がデイケアに行ったのは病院から退院して、作業所も何もまだなかったからである。デイケアができて、保健所に行ったので経験した。2週間程行くと、絵を描いたり、調理したりと自分でできることが増え、次は賃金がほしいから、作業所に通った。

⇒昔は保健所が中心に進めていたことも、今は色々な法人が進出してきて、家族会もNPOを設立して自分たちの子供たちが通う居場所やグループホームを作った。

⇒状況の変化は当然あるが、現在相談につながっていない方のことを考えたら、どうなっていくのかが見えない。様々な役割が委託等で民間に移管したことで、どこにアクセスすればいいのかが、さらにわからなくなっている。本人の持つ力や環境に委ねられることとなり、本人に力がなければアクセスできない。色々な資源があるところにこそ起こってしまいがちである。

○ここにさえ連絡すれば色々な窓口につながるというワンストップ窓口が精神だけではなく、どの障害にも必要。

⇒三田市には障害のある人の総合相談窓口ができた。既存の障害者生活支援センター、障害者就業支援センター、精神障害者支援センターに障害者基幹相談支援センターを加え、窓口を一元化している。

⇒ワンストップでいいが、受け身では駄目。気になる方は地域にたくさんおり、その方たちをどうやって相談や継続した支援につながられるかが大事。

⇒市役所、地域包括、保健所、相談支援事業所とその人により相談に行かれるところは違う。インターネットで検索して見つけたところであったり、民生委員に教えてもらって地域包括や市役所に紹介される場合もある。市民は身近なところは市役所と思われているのでストレートに「どうにかして」と言う人もいる。

○相談窓口が多いと逆にきちんとつながっていない。社内で今まで障害のある方が65歳で介護保険に移行していく方へのスムーズな連携をどうするか、ケアマネも含め研修をした。ケアマネに話を聞くと、高齢の親を担当しているが、実は子どもが発達障害があったり、退職してうつ状態で引きこもっているなどのケースをよく聞く。明らかに障害の相談支援につながってほしいケースがある。ケアマネもどこに相談したらよいかとわからずに抱え込み、相談できる場所は多いのにきちんとつながっていない現状がある。

⇒相談窓口をわかりやすい形にする必要がある。

⇒一覧表は便利そうで不便である。選択肢がありすぎて余計わからなくなる。

⇒家族が相談に行く時は切羽詰まった状況のため、病院で情報を絞り込み紹介するか、病院と繋がりがある機関にお願いをしている。

○精神科病院の患者で、福祉サービスや相談支援を利用せず、自立支援医療を使ってデイケアのみを利用している方はいるか。

⇒グループホームとA棟という地域のアパート扱いのところで生活している方もいるが、高齢化が進んでいる。10、20年入院の方もいるが、家族が外、病院の門から外には出してくれるなどと言う方が多い。病院敷地内は入院だと説得して、敷地内の近くのグループホームに移行した方たちがいる。そこから院内のデイナイトケアで日中は必ず見守り、何かあったら入院できる体制になる。狭い世界にはなるが、外出したり、本人なりの生活はできる。

⇒今回の社会資源リーフレットは退院される方向けの前提だが、デイナイトケア等の情報も渡せばいい。

○訪問看護からヘルパーが必要だと依頼がくるケースも少なからずある。人が来ること、時間を削られることも嫌だという場合もある。繋ぐのは難しいが、色々な支援者が入ったほうがその人のためになる。

⇒人に会いたくない人にとって、ハードルが低いのが訪問看護と移動支援かと思う。その2つから家族に勧めることが多い。ヘルパーに家のなかで色々されると自分は家に居られないとなるので、まずは薬を飲んでいるとか健康的に大丈夫か、心配なことないなどを聞いてもらうだけでも気持ちが楽になると話したりする。

○全ての関わりを拒否する方はどうしたらよいか。アウトリーチも限界がある。

訪問看護や医療で診ていくのか。

⇒薬はとても大事だが、世間話や趣味の話から関係性を作っていく方も多い。

○リーフレット作成に向けて、相談窓口はたくさんあっても、一方でうまく繋げる方法が課題になる。使い方までを想定しておかないと、一覧表渡すだけでは結果的に困りごとを増やすことになる。支援者やピアサポーター用に使い方のマニュアルも必要。

○B4サイズがよい。大きすぎても邪魔になり、小さすぎると目立たず、見栄えも悪いので使ってもらえない。

○リーフレットに絶対入れてほしいのは社会資源の所在地図。市役所、ハローワーク、作業所など。

- 三田で作成したものは広げると A3 サイズ、カラー刷り。道・駅など目印となるものと、病院、施設、グループホーム、相談支援事談所を主に載せている。
- 前回のワーキングでもあった、退院される本人はどういうことを知りたいのかを中心に作ったらいい。B4 で本人が中心のイラストを書いて知りたいことがいくつも出てきて、裏にそれに対してこういった事業所があるという形。マップもつけると良い。情報更新の問題もあるので、掲載する事業所情報は集約したほうがよい。
- ⇒市役所、保健所、市が委託している支援機関等は基本的に閉所することはないので掲載してもよい。民間は公平性の観点から特定の事業所のみ掲載は難しいこともあるが、事業名のみを載せて詳細は問い合わせ頂くぐらいがよいと思う。
- ⇒私なら、作業所は知りたい。時給 100 円でもいいから働ける場所があったらありがたい。
- 心療内科、精神科は載せた方がよい。
- ⇒全部載せると二十数か所になり、別冊でないと難しい。医療に関する相談は保健所という括りで掲載したら良いのではないかな。

<今回の協議の結論>

各委員が考えるリーフレットに掲載したい情報等についてのズレがあるため、次回のワーキングでイメージの共有、内容を具体的に決めていく。

その方法としてグループワークを実施し、ポストイットに各自が考えるリーフレットに必要な情報等を記入、模造紙に貼り付けてグループ内で共有し、その後に全体での共有を行う。

また、リーフレットを利用する側である本人の思いを落とし込んでおくことが大前提となるため、精神科病院でも入院患者さんの声を集めて頂き、同様に共有をする。

3. 「精神保健医療福祉連携推進会議」の今後の協議事項・取り組みについて

このワーキングは「けんり・くらし部会 地域生活グループ」内に位置付けられているため、協議状況等は共有している。部会と兼任のメンバーもいるが、このワーキングは精神に特化している。同じ「けんり・くらし部会」の地域移行グループの方にも別機関の医療保健福祉関係のメンバーがいる。地域移行と地域生活はリンクする話であり、メンバーも内容も縦割りにはできない。それを前提としながら、リーフレット作成以外の協議事項や進め方を決めて行く必要がある。

<意見交換の主な内容>

- 協議内容によって、ゲストスピーカーに来ていただくのも良い。
- ⇒働くことは生活を考えるなかで大事なので、就労支援機関に来て頂いてもいい。
- 基幹型相談支援センターのことも、このワーキング内でも話には出たが、この場で継続して話をしていく必要がある。
- 生活のなかで、どのような問題があるのかを共有することも大事。何かあった時に発信する。当事

者や家族、多くの支援者の思いを発信していくことのできる場の1つにすることが大事。

○8050という問題。親が80で子どもが50歳でひきこもりの子がいて、親が高齢化というケース。金銭面や親なき後の事など、様々な問題がある。

○12月に障害5団体と市長とで話をした。精神からは緊急時の24時間体制をお願いしたいと話したが、医療の問題があるので難しいとの回答であった。家族会としては家で見きれない時があるので、夜どこか開放できる場所を作って、家族がみてもいいし家族以外の支援者と話して、気持ちを落ち着けて月曜に主治医にかかる場所がほしい。医者が常駐じゃなくても設備・施設があればいいなど考えている。平日の居場所はあるが、土日祝の居場所がなくて1人でこもってしまうことがある。精神に限らず色々な障害の方が自由に利用できる新しい施設ができるとのことなので、そこで居場所を作ろうと5団体で話し合っている。ここでもピアの方から土日の居場所の話が出ていたので、希望していることが伺える。

⇒自立支援協議会では居住部会を立ち上げてやっている自治体もある。そこで初めて市の住宅部と話ができた、大きな垣根があると聞く。垣根を超える事例もあれば、なかなか難しい時もある。

第5回 けんり・くらし部会 地域生活 Gr (30.3.8)

1. 平成29年度 第3回宝塚市自立支援協議会定例会（2月20日開催）報告
2. 第3回精神障害者保健医療福祉連携会議{ワーキング}（2月16日開催）報告

《意見交換の主な内容》

○リーフレット作成はより細かい内容が必要となってくる。意見が出過ぎるくらい出ている。次年度も継続し、形あるものを作成したい。

⇒今年は3回しか開催が出来なかったため、来年は開催日数を増やす。

○病院は外の資源が入りにくいいため、リーフレットがあれば活用することは可能だと考える。しかし、病院という枠内でどこまで、どういった形でリーフレットを渡すかは検討するべき。

⇒次回のグループワークで意見交換をするため、訪問看護ステーションの話を聞いてほしい。

3. 本日の課題

《1》知的障害者の高齢化の対応

〈意見交換の主な内容〉

○知的障害者の高齢化への事例はないか。

○成年後見制度はいつ頃から活用しているのか。

⇒高齢者の方の後見について沢山事例はある。判断能力があるうちに任意後見をしている。身内

の方がいれば、後見をお願いしている。独居の方は、成年後見制度が必要になっている。

○まだ知的障害者が歳をとっていない場合は、親も成年後見制度が必要だと分かっているがなかなか踏み切れない。親が亡くなった後に年金の中から成年後見制度の費用が2万円は高い。

○後見人により十人十色で、契約事項範囲の人もいれば、細かいケアをする人がいる。

○後見人によっては、なかなかお金を使ってくれないケースがあると聞いている。

○後見人は、司法書士や弁護士が多い。

⇒どこまで障害を理解しているのか。様々な研修を受けたが、細かいケアをしているのは社会福祉士が多い。親の責任はそういった人を探さないといけない。

○長期入院の方で後見人が付いているケースもあるが、病院から見て、質はどうか？

⇒後見人で社会福祉士はほぼいない。司法書士や弁護士がほぼ占めている。障害をどこまで理解しているかと言われると微妙である。後見人の立ち位置上、財産管理やお金の流れを厳格にしなければならない。しかし対象の方の特性を照らし合わせた時にどこを省いて、どこを利用するかはきわどい。それが対象の方が不安定になってしまうことがある。病院は、金銭的な流れでしか見えない。そのため、大きな支障はない。ただ地域に帰った時、後見人の動きも変わってくる。そのため地域に帰った時は、司法書士より社会福祉士が向いているかもしれない。

○病院の中でおすすめの後見人などはいるのか。逆におすすめしない後見人はいるのか。

⇒見えることは金銭的な面のため限られている。良し悪しは分からない。

○後見人が寄り添ってくれないという相談が入っている。

⇒弁護する訳ではないが一部を除いては、本当に良い後見（司法書士・弁護士）が多い。

○社会福祉士の後見人にあつたことがない。親身になって考えてくれる後見人もいる。しかし、どこまで後見人の言うとおりに進めていいのか分からない。決定権はどこなのか、危うい所がある。

→非常に大切な意見だと思う。

・補佐人、補助レベルで関わっている人もいる。どういったところで関わるか部分的な契約を結んでいる人もいる。ご両親として、その後の人生を支えて欲しいことをしっかりと伝えていくことはとても大切だと思う。

・相談支援で後見より補助人をつけている人もいる。地域包括センターの元ケアマネージャーが補助人になっているケースがる。その方は制度もしっかりと分かっているため、とても動きやすいと感じた。

・地域で暮らせる支援体制があればいいが・・・。

・終の棲家がなくなっている。グループホームの状況がよく分からない。

→4対1が3対1の体制に変わってきている。そのため単価も変わっている。少し見通しが見える。

・グループホームの場ではなく、居住の場に変ってきている。親の立場からするとグループホームが安心か？

→正直、安心ではない。ただ親に何かあつた時にグループホームに住んでいると安心であらう。

・年齢が若い時は、グループホームに住むことが出来る。しかし高齢になった場合どうなるのか。グループホームの施設によっては2階建てで、高齢になってから階段の上り下りが難しい。

・長年グループホームに住んでいたのに他市の施設へ入所したケースがある。知的障害があり認知症が入ってきて、老人の施設に行くことが半々になっている。高齢化してもグループホームへ住み続けるは難しい。

→地域へ住み続けることは難しい。通常は医療費を削減する施策である。

・在宅で医療というニーズはあるが、限界があるのでは。

→医療を提供する側の限界は勿論ある。しかし、そうならない様に訪問看護ステーションを巻き込んでいる。精神の方を対応する往診もあればいいが、精神科の先生はクリニックで見るのが時間的に精一杯である。

・地域に密着した訪問看護ステーションじゃなくても全国で運営している株式会社もある。

→精神に対応した訪問看護ステーションはある。

・病院に掛かっている人、相談支援に行っている人、各々の場所で情報を得ている。

→MCA という情報ツールがある。訪問看護ステーション、ヘルパー、医師、相談事業所などが連携している。リアルタイムで情報共有ができる。

《2》身体障害の医療的ケアについて

〈意見交換の主な内容〉

・ヘルパーがいくら痰吸引の資格をもっていてもやはりリスクが高い。ヘルパーも看護師がいると安心する。

→家族が痰吸引しているのに何故資格がいるのか。資格というものがあるため、逆にできない。何か問題が起きた時にこの人は資格がないとなってしまう。

・親としては、痰吸引を他者にしてもらうことは少し躊躇してしまう。何処に行くにしても医療的ケアが付きまってしまう。放課後デイサービスは痰吸引ができる事業所が増えてきている。高校卒業後の方がより選択の幅が狭まってしまう。

・人材の定着をどうしていくのか。養成研修もどういう風な計画をもっているのか。県の訪問看護協会にこの内容を伝え、来年度の部会にもっていく。

4. その他

・医師会の役員の交代の時期になっている。もしも可能であれば、小児科か整形外科の先生に来てもらうか。何科の先生が一番適任か。

→何科が一番適しているというのは、難しい。

・地域医療の担当は現委員のため、今後も継続してほしい。

III. 今後の展開

「知的障害者の高齢化への対応」については、引き続き、課題分析シートをもとに課題の

詳細と背景、課題に対する取組の現状を確認しながら、解決策を協議していく。

「身体障害者の医療的ケア」については当事者や家族からの声は勿論のこと、訪問介護のみならず、訪問看護や通所施設等のサービス事業所の取り組みの現状や課題等も確認しながら、自立支援協議会としてどのような対応をしていくかを協議していく。

「精神障害者保健医療福祉連携推進会議」は、まずは精神障害当事者や家族が必要と思われる社会資源の情報をまとめたリーフレットづくりを進めていく。

また、第1回ワーキングで課題として出てきた緊急時の対応や支援者が抱え込んでしまう現状等についての解決策も協議していく。それぞれの持つ機能や役割の確認とつながり作りを行いながら、不足する機能や役割について、どのような社会資源が必要か、各委員の立場からどのような対応がしていけるのかを協議していく。