

平成26年度第1回精神障害者地域移行推進部会議事概要

平成26年5月30日（金）

10時～12時

南庁舎別館2階第4会議室

出席者：富沢部会長、寺田副部会長、岡田委員、川村委員、木村委員、国分委員、
酒井委員、飛田野委員、平田委員、多勢委員

開会

（高橋室長）

- ・配布資料確認
- ・委員の退任者ないし新任者について

1 障害福祉課長あいさつ

- ・昨年、障害者総合支援法が本格施行された。
- ・千葉県障害者計画は、6年ぶり改定の時期であり、議論を深めていけるチャンスだと思っている。専門部会の意見を最大限活用したい。
- ・千葉県総合計画においても、入所施設から地域生活の移行の推進に次いで精神のある方の地域移行を柱として位置付けている。遠隔地の退院支援の仕組みや、医療機関の指定・公表を通じたインセンティブの仕組みについて昨年度末から動き始めている。これらを含めて、議論を深めていただき、千葉モデルを構築して、国に発信していくスタンスでいきたいと思っている。

2 議題

（1）正・副部会長の選任について

部会の継続性を踏まえ、昨年度に引き続き、富沢委員が部会長に、寺田委員が副部会長に決定。

（2）報告事項

①平成26年度重点事業について（事務局から資料の説明）

（木村委員）

地域生活支援の推進でグループホーム等の質・量的な充実を継続的に進めるとあるが、具体的にどのくらいのことを考えているのか。

（事務局）

前年度に比べて金額ベースで1.17倍くらいの伸び率を想定している。

(川村委員)

グループホーム等にレスパイトハウスが含まれているか？利用者が契約している法人に限らずいつでも利用できるものが充実していればと考える。

(事務局)

第4次障害者計画に連動し、地域移行と言う時にはグループホーム、ケアホーム、生活ホームにとどまっている。

(酒井委員)

精神科救急医療の充実強化について、精神科病院に空床を確保するとあるが、大体空床がない。ベッドが空いてないと帰されることもあるが、とても一人で一晩いられない。需要は多くなってくると思うので強化していただきたい。

(岡田委員)

ドクターの確保ができない。内科の宿直医の場合、診ることができないことがある。医師の充実等についても検討していただければありがたい。

(平田委員)

夜間休日に入院が必要な方は、その地区で空きがなければ隣の地区で探す。情報センターで探して立往生することがないように努めているが、弱点がいくつかあり、平日の日中はシステムが稼働していない。市の救急システムと県の救急システムがオーバーラップしている所がある。県の救急システムの連絡調整委員会を開いているので、事例を情報センターなり県の方に連絡すれば対策を講じることが可能。ドクターがいない地区については、遠隔地に移送しなければならず、救急システムの中で何とかしないとイケない。

(3) 審議事項

①遠隔地からの退院支援について

②地域移行・地域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

(事務局より、各病院へ実施したアンケートの説明)

※アンケートは15～16ページの一覧のうち、統合失調症治療、入院精神療法を実施している60病院に発送した。

(平田委員)

19ページの集計結果は予測よりもだいぶずれている。在院患者数に占める1年以上入院している患者は全国平均はだいたい2/3。そのうちの退院可能な患者数は、過小評価ではないか。救急病院は遠隔地からの長期入院者の転院が受け入れられない現状がある。「遠隔地入院患者の退院支援についての協力」は、自分の所に入っている患者が遠隔地へ退院することの協力はできるが、ほかの遠隔地に入っている患者を受けることができないため、アンケート調査で協力できる・できないの両方についているのはそのような意味ではないか。どちらかであれば協力病院が増えるのではないか。

(国分委員)

19ページの4-2は君津圏域が多い

(事務局)

君津圏域が多い理由は、間違えて地元の患者も含めて回答しているためである。

(酒井委員)

22ページの4-2の回答で「地域移行のみならば可能であるが、定着協力病院は難しいため」とあるが、理解されていないのではないか。

(富沢部会長)

・地域移行だけでなく定着も協力の条件にいったほうがいいとなり加わった。障害福祉サービス所等との連携した支援がない等、難しいと思う病院もある。

・数自体はアバウトであり、19ページの3-1が4-1を上回ることはありえない。アンケート自体が複雑だったが、回答率が73%であるのは高い。病院の過半数は協力的な回答である。4-2の1164人という数は、53ページの抽出作業が大変になる。

(事務局)

今後は、各圏域のコーディネーターにアンケートの結果を公開し、それをきっかけに病院に確認していく予定。遠隔地であっても、病院の隣接地区であるものも想定されるため、個別に把握していく。

(富沢部会長)

病院に対し対象者の聞き取りを実施し、どの程度の患者なのか等の把握が必要。

(寺田副部会長)

事業を始めるに当たり、対象者の数を把握し、そこから絞り込みをした方が良い。

(事務局)

対象者の人数については精査したい。

(平田委員)

4つめの要件について、救急病院であるために転院が受けられない場合について検討していただきたい。1年以上入院している患者がいないため、遠隔地事業の対象にならない。ソーシャルワーカーが住まいの調整をするなど、努力している。そういった病院が指定されないと、逆のレッテルが貼られ、現場の士気が下がってしまう。地域移行の効果も1年以内が高い。早く地域に出してあげる方が定着もしやすいはずである。

(富沢部会長)

地域移行の裏側には救急医療がないと成り立たない。裏から支えている。

(木村委員)

病院が住まいを探している一方、グループホームは中々埋まらず、ミスマッチしている現実がある。

(平田委員)

地域に住めなくなった患者は、住まいを探す必要があるが、どこでもいいとは限らない。

利用者側と施設提供側の条件のマッチングがうまくいかないこともある。グループホームの空き状況がリアルタイムでわかるシステムがあると良い。

(寺田副部長)

経営主体により、スピードが違う。株式会社だと3カ月も経つと埋まり、福祉法人だと、いつまでも埋まらないことがある。

(富沢部長)

病院の指定に了解したのは26病院だが、要件に全て該当するのは18病院であり、この矛盾の整理が必要。要件の意味や認識は病院によって色々あるよう。病院の指定をし、病院の地域移行の応援をし、進めていくためには、できるだけ多くの病院を指定できるのが良いと思う。例えばだが、4つの要件のうち3つを満たしていれば指定できるとするのはどうか。

(酒井委員)

協力病院の指定の要件については、認識がまだと思う。院内のケース会議に地域が出向いて参加しているものもある。また、協議会の参加について、病院の職員は忙しくて年間全ての会議に出られないが、全ての参加が義務ではない。認識さえ持てば、難しいものもある。会議に出ているケースワーカーが意識をしても、病棟の医師や看護師などにはまだ浸透していない部分がある。地道にやらないと協力病院は増えないのかな、とも思う。

(山田障害福祉課長)

指定の4つの項目は異なる内容で、いずれも必須項目と思う。4つの要件の解釈を拡大できないか。地域定着の意味としては、39ページの図には、通院、デイケア、訪問看護とあるが、そういったことを実施していればクリアするなどの解釈ができないか。要件の③の福祉サービスとの連携は、地域移行の意味のようである。

(木村委員)

福祉サービスでは個別支援計画を作成しており、地域と一緒に患者をみていく、ということ定着の解釈ができるのでは。

(事務局)

次回までに、解釈を広げた案を作成したい。

③第五次障害者計画

(事務局より、第五次計画の策定について説明)

(木村委員)

地域移行支援病床等について、千葉県版のモデルをどう出せるのか、しっかりと議論してほしい。

(富沢部長)

昨年度も意見を出した議論すべき課題として、家族支援のあり方、保証人含めた住居の問題が大きな論点としてあったと思う。それ以外の論点があれば出していただきたい。

(国分委員)

家族の立場として、当事者との関係がうまくいかなくなってしまう事情もあり、地域移行の受け皿として、精神障害者の場合、グループホームを良しとしない場合もあり、そのことも踏まえてほしい。