

## 山梨県精神保健福祉審議会 会議録

1 日時 令和5年11月14日（火）午後6時30分～8時15分

2 場所 防災新館409会議室

3 出席者（14名）

・委員（五十音順）

相澤 栄一	小川 忍	奥山 智栄	小澤 政司
川崎 加代	切刀 融	久保田 正春	竹下 茂
千野 由貴子	平田 卓志	藤井 康男	藤森 一浩
宮田 量治	望月 義次		

・オブザーバー

渡邊 文昭（障害福祉課課長）  
志田 博和（精神保健福祉センター所長）

・事務局

福祉保健部 部長 井上 弘之  
福祉保健部 健康増進課 課長 清水 康邦  
福祉保健部 健康増進課 総括課長補佐 谷口 順一 他

・欠席委員（5名）

飯室 正明 池田 理恵 内藤 久夫 松井 紀和 山崎 泰洋

4 傍聴者等の数

一般 1名

報道関係者 1名

5 次第

（1）開会

（2）挨拶

（3）議事

（ア）第8次山梨県地域保健医療計画（精神疾患）案について

（イ）やまなし障害児・障害者プラン2024（仮称）（精神保健福祉）案について

（ウ）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

（エ）その他

#### (4) 閉会

### 6 概要

議事は藤井会長が議長となって進行した。

=以下、議事=

#### ≪報告事項≫

(ア) 第8次山梨県地域保健医療計画（精神疾患）案について  
資料1-1、資料1-2、に基づき、事務局から一括説明

#### ○ 委員（宮田）

項目「主な疾病・取組ごとの状況」に一つ追加したほうが良いのではないかと  
いうことについて申し上げる。

数はそれほど多くないが、強度行動障害について診たり入院したりできる医療機  
関が山梨県にはない。

精神科病院では恐らく、どの病院でも1~2人程度、強度行動障害の症状が重い  
方を抱えていると思う。

専門の医療機関1箇所に集約して適切な指導をすればもっと良くなる方がいる  
と思うが、現状は、ケアする力や環境という点で非常に苦境に立たされている。

入院できない例では在宅で診ることになり、かなりひどいご負担を家庭で背負っ  
ているケースも恐らくあると思うので、そういった施設は作ったほうが良いと思う。

強度行動障害はそのベースに重症の知的障害や発達障害発達障害をもたれてい  
る方がいらっしゃるの、お一人お一人を見るのが非常に大変だと思う。

そういった施設をすぐに作ることは難しいが、強度行動障害について一切書かれ  
ていないので、せめてこの項目中に追加した方が良いと思う。

#### ○ 事務局

強度行動障害について現在具体的な施策はないが、当障害を抱えている方への支  
援が必要とのご意見は加味する方向で検討したい。

#### ○ 議長

項目「主な疾病・取組ごとの状況」に入れるか入れないかは別にして、計画の中  
には何か文言を入れても良いと思う。

国も重点的に取り組むよう言っているので工夫していただきたい。

#### ○ 事務局

強度行動障害については本文で触れたい。

○ 委員（小川）

主な数値目標のところ、退院後1年以内の平均生活日数が上がっている。

確認だが、資料1-2の126ページより、山梨県の入院後の退院率が高く、再入院の患者数の割合も全国より高くなっている。再入院の患者の割合を下げることによって、退院後1年以内の平均生活日数が上がるという考え方でよろしいか。

○ 議長

おっしゃる通りだと思う。

ただ一方で、長期入院していると再入院はないが、退院すると再入院が起り得るので、再入院が多いことが悪いことかというところがあると思う。

全体として病院にいる日数を減らしていくということが一番大切で、そういう意味で1年以内の平均生活日数を増やしていくという考え方であり、その間に短期の入院があっても、ご自宅で過ごされる日数を増やしていくというのが正しい。

もちろん入院しないで過ごされるのが一番良いが、ずっと入院していると、それは入院しているだけで地域にはいられないわけなので、それをとにかく減らしていくという考え方で良いのではないか。

○ 委員（小川）

そうするとこの目標数は、短期入院を繰り返しながらも、とにかく地域での生活できる日数を増やすということで考えれば良いか。

○ 議長

それだけではないが、そういうふうな方もいらっしゃるということ。

ずっと長期入院しているのではなくて、短期入院は何回かするが、地域で結構いられるという方が増えてくるのは一つの前進であろうかなと思う。

もちろん退院して地域にずっといられるのが一番良い。

○ 委員（小川）

山梨県で、今後1年以内の平均生活日数を増やすことに関して、今課題として挙げられていることは何か具体的にあるか。

○ 事務局

退院後に地域の中で暮らしていただくということになると、ご自宅や施設でのケアや支援が必要ということが課題になると思う。

平均退院日数を増やすためには、退院後の方に対して、その後のケアをより充実させる必要があると考えている。

○ 委員（小川）

看護協会では、訪問看護支援センターを設けており、今、精神の患者さんへの訪問看護のステーションが増えているので、何か看護協会でもできることがあるのかなという趣旨で質問させていただいた。

○ 委員（小澤）

医療計画というのは、精神疾患全体に対して、その疾病や取り組みごとの状況を分析したり、その課題を出したりしているが、そのアウトカムである数値目標が入院に関することだけになっている。

せっかく色々な疾患に対しての取り組みが行われているのに対して、目標が入院ばかりになっているので少し違和感がある。

もう少し幅広い目で見えた数値目標があってもいいのかなと思う。

○ 議長

例えばどんな数値目標があったらいいか。

○ 委員（小澤）

入院というのは数で見えるから手っ取り早いですが、もう少し今の精神医療は地域に目を向けてやっていくべきだと思うし、先程の1年以内の平均生活日数とも関係していると思うが、患者さんたちが地域で生活を継続していくにはどんなことに取り組んで、どういう目標でやっていけばいいのかということ、目標としてあげることがいいのかなと思う。

○ 事務局

国の指標などを参考にし、具体的な数値目標は示せないかもしれないが、定性的な目標について触れていきたいと考える。

○ 委員（宮田）

国が出している ReMHRAD では、ストラクチャー、プロセスという項目で、様々な精神保健に関する指標が、都道府県ごとに順位付けされている。

山梨県の方で上位にあるものもあれば、下位にあるものもあるので、そういった中から適切な目標数値、項目を選べば良いのではないか。

○ 議長

項目を選ぶのに大変参考になる。

今回はなかなか大変かもしれないが、今後重要な方向かと思う。

○ 委員（藤森）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築というところで、ピアサポーターによる退院支援というのはあったが、入院期間の話で特に医療機関以外の方と面会が途切れやすい患者さんは、不安だったり、孤独だったり、自尊心が低下して、退院を諦めざるを得ないというのは、本当に現実的だなと思っている。

よく聞く話だが、内科等の一般科でも、コロナで面会ができなくなって、かなり病気の進行が早くなり、逆に、最近面会ができるようになってきて、家族からも何かとても良くなってきているという話を聞く。

そこで、このピアサポーターが、退院時にどういうふうな役割を果たしていくのか、具体的にどのような方策があるか教えていただきたい。

○ 事務局

ピアサポーターの皆様が一番期待させてもらいたいところは、同じ気持ち、立場になって傾聴ができるというところで、入院患者様や障害者施設の入所者様に対してご自身の体験などをお話しいただくことにより、治療の効果を上げたり、治療に向かう意欲を上げたりしていただきたい。

もう一つは、精神保健福祉法の改正により、入院者訪問支援事業が検討されているので、山梨県としてもそういった制度を活用する際にはピアサポーターの皆様にご協力いただきたいと考えている。

○ 委員（宮田）

計画（案）の131ページに摂食障害支援の拠点の整備とあるが、具体的にはどういうことを想定した記載なのか伺いたい。

重症な摂食障害のケースについては受け皿があまり決まってない。

できればそういう重症例は、各科がそろった大学病院や県立中央病院のようなところで診るというような役割機能が明確化されたらいいのではないかと考えている。

○ 議長

摂食障害は非常に多岐に渡り、非常に重症な方もいるし、過食であったり、犯罪に走る方もいらっしゃるし、様々な側面を持っている。

小児科や内科など他科との連携も不可欠だが、拠点的なところはどういうふうに考えているか、事務局で何か考えはあるか。

○ 事務局

具体的な拠点となると、どこかの医療機関で主体となって担っていただく形になる。

方向性とする、医療機関の明確化、精神疾患ごとに対応できる医療機関を定め

ということかと思う。

摂食障害について強く担っていただいている医療機関は把握していないが、高次脳機能障害やてんかんといった専門的内容と同様、摂食障害についても拠点機関を位置づけていくことを目指すべきと考えている。

○ 委員（宮田）

ぜひお考えいただき、できればいいと思っている。

次に132のページの合併症について、ここに書いていないが、いざとなると本当に困るのは透析が必要な方。

透析できる場所がなく、いろいろ問題が起きている東京の病院に送るわけにもいかないの、本当にそういう事例が出た時に行き場がなくなってしまうかもしれないので本腰を入れてお考えいただきたいと思う。

あとは、136ページの依存症の対策。色々取り組まれているが、先日も県の後援している会に出させていただいたが、今度イオンモールで依存症のキャンペーンをやるといって団体が来ており、なるほどと思ったが、それは高知県初のNPO法人だった。

この団体は国から予算を580万円もらって、各地でいろんなイベントをやっているとのことだが、イオンモールという場は、山梨県で一般の人が多く集まる場所なので、ああいったところで定期的に各種依存症のことを表舞台に出していく、普及していくということは大事。

山梨県でもそういうことを考えただけなら良いなと思っている。

依存症が一番かかっている人数が多いものなので、民間団体の活動支援などにそんなことも実施できるようになれば良いなと思った。

○ 事務局

行政の取り組みだけだと限界もあると思うので、民間事業者様のアイデアや機動性といったものも是非活用させていただきながら取り組むことができれば良いと考える。

○ 議長

うつ病等対策のところは、安心して治療、ということしか書かれていない。

うつ病はやはり治療とリハビリテーションというのが大変大切なように思うので、さきほどリワークという話が出たが、ぜひこの中に安心して治療に加えて、リハビリテーションを受けられる環境の整備など、リハビリテーションという言葉を入れていただきたい。

今私も多少関わっているが、大きな会社などでうつになって、復帰するときのリワークする場所が極めて足りず、入ることができずに困っているという状況があるので、そういったことも踏まえ、治療とリハビリというのは両方大切なのでぜひ検

討していただけたらと思う。

○ 委員（久保田）

長期入院の方にも、退院できるけど入院している方と、行くところがなく、行くことすらできずに入院されている方がいらっしゃる。

以前から重度化慢性の方という話があり、いつまでたっても定義もされず、いつまでたっても場所が定まらないものがある。

こちらについては、あるところでしっかりとした対応をしていかないとならない。

この医療計画自体がすべての患者さんを地域で生活させると唱ってしまったらとても成り立たないことは当然皆さんもご存知の通りであり、適切にその方が、その方らしく生きていくための場所がどこかというのは考えていただくことが必要。

そういう意味で、話は戻るが、入院数を減らせばそれですべて事足りるかといえ、そうはいかないかなと思うし、先ほど小澤委員からも出たアウトカムの問題で、見たときからずっと本当に変なアウトカムだなと思っていた。

本来のアウトカムは障害を持った方がその方らしく生きていけることで、一つのポイントとして、入院数が減るともしかしたら地域の人が増えるのではないかと。

それだけの意味なのに最終的な結論のように書くというのは何か違うなという気がしている。

認知症について非常に困るのは、障害福祉課と健康長寿推進課との振り分けがいまひとつ分からない。

また、若年性の認知症の方を主に担当するのはどちらの課になるのか。

法律的には、若い方の場合、精神保健福祉法の方での処遇が必要な面がかなりある。

若年性認知症の方は、高齢の方の施設に行くとお年寄りの中になぜ私がいるのかということになり、そうかと言って、若い人たちのところ行くなぜ物忘れする人がここにいるのかということになり、本当に居場所がなく気の毒な状況。

その辺りを集中的に考えることが必要で、色々な政策を考えてくれてはいるが、実際は65歳以前の段階での精神症状ということで、私ども精神科病院や精神保健福祉法もしくは障害年金などの制度をすべて使っていかななくてはならないというところを考えると、こちらからも温かい手を差し伸べるべきではないかなと思った。

○ 議長

若年性認知症に関しては、相談体制づくりというものはできているのか。

○ 事務局

具体的にできているものはないが、山梨県の場合、認証については健康長寿推進課が全般的に主担当となっている。

ただ障害というところ而言えば、その程度により、健康増進課や障害福祉課も絡

んでくるため、全県として連携しながら進めていく。

○ 委員（宮田）

統合失調症も 20 代ぐらいから発症する慢性の精神疾患で、そういう方々はただ療養しているというには若すぎる。

そうするとその人の能力でできる、働く環境づくり、というのも大事で、機能が落ちてきても就労できる場所、或いはそういう工夫をしていかななくてはいけないということがある。

例えば 1 時間だけ働くとか、半日だけ働くとか、週 1 日だけ働くとか、或いはその人ができる業務というのをやって、フル勤務というイメージではない色々な選択肢を増やしていけば、短時間ならできる人というのは結構いらっしゃると思う。

そういうことがあることで、病気があっても、障害があっても、張り合いのある暮らしというのが実現できることもあるので、社会全体で考えていくことが大事と思っている。

こういったことは一企業の努力というより政策としてやっていかないと進まないため、色々な人にとって機会が増えることに繋がるのでどこかでお考えいただけたらいいなと思った。

○ 議長

統合失調症対策の中で、治療抵抗性統合失調症治療薬という言葉が出ているが、具体的に言えばクロザピンという薬に関して、国も積極的に推進しており、統合失調症の中で少なく見積もっても 2 割の方はこの対象になるということで、この薬を使っている方は全国的に言えば山梨は結構進んでいる。

まずそのことを一般に知っていただかなければいけないし、ただ、進んでいるといっても世界的に見るとまだ少ないため、こういうものに関して一つの数値目標としてもとらえるのが良いと感じているので、今後ぜひ県としても力を入れて取り上げていただけたらと思う。

《報告事項》

（イ）やまなし障害児・障害者プラン 2024（仮称）（精神保健福祉）案について  
資料 2-1、資料 2-2、資料 2-3、に基づき、事務局から一括説明

○ 委員（宮田）

施策の柱が三つあり、ソフトな表記になっているため好感が持てると思っている。ただ、柱（1）については、個人的に内容と示しているものにズレ感を感じた。潤いのあるまち、というのはどういう意味か。

○ 事務局



これまでのプランで表現として使ってきたものであり、曖昧ところもあるが、誰もが暮らしやすいまち、地域を作るというところで、この柱に対する施策として合致しているのではないかと考えている。

○ 委員（宮田）

個人的に今、瞬間風速で考えると、誰でも安心安全な居場所があると感じられるまちを作る、とか、安全・安心というのは大事なキーワードで、差別解消など重々しい言葉がある裏で、そんなふうには書いたら私としたら心がこもっていると思う。

○ 委員（奥山）

私自身今休職中だが、障害者雇用の枠は前より広がったように感じるが、実際に就職して働き始めると、障害に対する配慮がない場合や、あっても初めだけで、長く働き続けることがいつも大変に感じている。

初めは色々配慮してくれるが、だんだん厳しくなってくるように感じる。

○ 委員（宮田）

住吉病院が熱心にやっていると聞いているが、援助付き雇用（IPS）というものがある。

従来、日本ではまだ、デイケアや作業所のようなものから少しずつリハビリをしながら力を伸ばしていくというやり方が主流であり、一般就労というゴールにたどり着けない方が多く出ているとも指摘されている。

一方、IPSでは、いきなり職場に就かせるが、サポーターが2人ぐらい付いて、職場の担当者と支援の担当者がいつもエスコートしてくれて、しかもフル勤務ではなくて、短い時間からスタートして、ずっと就労し続ける人もいる。

いつまでたってもフル勤務はしないがちょっとだけ働くみたいな感じでやるものも含めて支援すると、本人には、リハビリに比べてやりがいが出る。

というのも、お金がその働いた分だけもらえるからで、今のリハビリ主体の支援体制だと賃金が大してもらえないので、そもそもやる気も出ないが、それしかないからそれで我慢しろというような進め方が割とある。

IPSのような、いきなり仕事に就かせて、最初だけでなく、定着できるまでずっと支援してくれるサービスが、大事なテクニックとしてだんだん広まっていけば良いと思う。

奥山委員の話聞いて、せっかく頑張っても後味が悪く、広い意味で自信をなくさせてしまうことにもなるので、そういう手厚いやり方もテクニックとしてはあるのだから、人員等色々な問題があるからかわからないがなかなか普及していないため、ぜひ普及できたらいいなと思う。

○ 議長

就労サポートというのは、次期計画の施策には入っているのか。

○ 事務局

資料2-1に雇用就労定着に向けた支援について総合的に記載している。

また、障害者雇用促進法をはじめ、県にもそういった産業労働の部署がある。

障害を持つ方の雇用の促進・定着というところは課題としてとらえているので、障害児・障害者プランに具体的な取り組みとして明記するのは難しいと思うが、関係課が連携して取り組みを進めていくよう働きかけたいと思う。

○ 委員（宮田）

そういう時にどんな仕事があれば働けるのかみたいなことを当事者の方によく聞いてもらう機会を設けて対策を進めていけたら良いと思う。

○ 議長

家族の立場から、竹下委員は何かご意見はあるか。

○ 委員（竹下）

プランの中では家族について殆ど触れられていない。

家族会連合会が家族の相談を受ける中で、状況を伺っていると、当事者より家族が病んでいる可能性が多々見受けられる。

当事者は法律・制度に守られているが、家族は守られていない。

将来的に、このプランを作成するにあたり、家族の支援を入れて頂ければと思う。

○ 事務局

ご家族への支援をとりたてて入れている部分はないが、当事者の方だけではなく、ご家族への支援ということも含めることは考えている。

プラン全体をもう一度見直して、当事者だけでなく、ご家族にも配慮した方向性にしたいと思う。

○ 議長

地域生活をいろいろ支援するという立場で、川崎委員から何かご意見はあるか。

○ 委員（川崎）

地域で生活していて感じることは、高齢の独居の方がいたり、先ほどあったように精神障害者の方については家族が高齢になって、不安になって相談に乗ってほしいと言われたり、またシングルマザー等の理由で大変な方などいろんな方がいらっしゃる。

一番感じるのは、孤独にならないよう、孤独にさせないようないろんな地域の活

動を今細々とやっているところだが、そういった取り組みも大事かと思う。

○ 委員（宮田）

精神保健福祉センターが中心となって自殺の症例を、総合病院にかかった人をどうやって精神科につなげるかということをやっていたり、先日私も参加したアルコール依存症のシンポジウムで、県がSBIRTSということをやっていたりする。

SBIRTSというのは、総合病院に来たアルコールの問題のある人を簡単に指導したり、教育したり、或いは重たい人は精神科の病院に紹介するという政策だが、いわゆる割と精神的に病んでいる人がまず総合病院にかかられるということに関して、どこかに記載はあるのか。

総合病院の方への普及啓発とか、或いは連携協力とか、精神科の病院と総合病院との連携について、特に例えば、アルコール依存症など最初の受診先がまず総合病院になることの多い精神疾患に関して何か記載はあるのか。

○ 事務局

今のプランの体系や取り組みに総合病院との連携といった記述はないが、保健医療の充実といったところでご意見いただいた部分を踏まえられれば検討したいと思う。

○ 委員（平田）

確かに依存症や、摂食障害もそうかもしれないが、その病状に対して本人が必ずしも治療を求めている、または精神的な介入に抵抗がある方が、総合病院とは限らず身体科にかかるケースがあって、受診を促しても、精神科には行きたくないということで、何とかしたいけれどもどうしていいのかわからず、専門外のところでの対応を困ってらっしゃる部分はある。

恐らく摂食障害についても、特に重症な人ほど、拠点があってもなかなかそこにかかりたがらないかもしれないため、そこにどう手当するかというのはとても大事な視点だと思う。

○ 議長

総合病院も含めたネットワークづくりは、一つの軸として重要になると思う。

今回は難しいかもしれないが、総合病院も含めたネットワークといった一言を付け加えていただくと良い。

摂食障害については医療計画の方に入っていたか。

○ 事務局

摂食障害の記載については、障害児・障害者プランがふさわしいか、医療計画がふさわしいか検討し、ご意見については反映したい。

《報告事項》

(イ) やまなし障害児・障害者プラン 2024 (仮称) (精神保健福祉) 案について  
資料 2 - 3 について事務局から追加説明

○ 委員 (功刀)

長期入院の方は、家庭のほう引き受けるのを拒むような例があり、強制的に退院ということはできないので、そういう面で長くなってしまいう傾向がある。

それともう一つは、精神障害と身体合併があった場合に、公立病院や一般病院のほうに、円滑に速やかに治療実施できるよう受け入れていただけるような体制をぜひ取っていただきたい。

○ 議長

65 歳未満の方が退院できる可能性が少ない状態になっているので、病状の問題も含めて難しい方が結構いらっしゃるということが課題かと思う。

○ 委員 (宮田)

北病院で 7 月にクロザピン相談外来を開設し、当初はテレビで放映されて 5、6 人のご相談があったが、その後ピタリと止んでしまっている。クロザピンという薬物は導入時に思っても見ない合併症が出ることもあるので、導入の時にはとても神経を使って難しい薬。

山梨県で使っている方が 200 人ちょっとくらいと言われていて、候補となるケースは、統合失調症の人が 1 万 3000 人だとすると、その 3 割と言われていたので大体数千人はいる。

その中で、特に治療の難しい方が数千人いて、その中の 5、6 割には効果があると言われていてる薬物なので、本当は投与したらよくなる人もいるかもしれないと言われていてるが、なかなか普及が進んでいない。

北病院ではそういうことに熱心に取り組んでいる医師がいて、最もクロザピンを導入したお医者さんは 27 人導入していて、2 番は 17 人が 2 人いる。

たくさんのお医者さんがいてもクロザピンをあまり使わないお医者さんの方が北病院ですら大半だが、使うと、本当に難しい方が良くなることもあるし、65 歳未満の方にこういった薬が届いたらいいなと思っている。

相談もやっていたり、手紙を作って各医療機関にも宣伝をしたりしているのでぜひご利用、ご活用いただきたい。

《報告事項》

(ウ) 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  
資料3、参考資料1、参考資料2に基づき、事務局から一括説明

○ 委員（千野）【補足説明】

資料3の重層的な地域包括ケアシステムの協議の場の充実というところについて、地域協議会というものが各市町村にあるが、大きな市であれば1市で協議会を持っている。

富士北麓、それから東部エリア、それから峡南エリアは行政単位がとても小さいので、その小さな行政が集まって一つの協議会を作っている。

具体的に言うと、北麓エリアで6市町村、その協議の場に市から村までが集団になっている。

東部エリアは3市、3村という形になるので、そこで足並みが揃うということが非常に難しいというのが、現状をお邪魔させてもらった中で感じられたところ。

さらに、そうやって行政単位がそれぞれ小さいところで協議会を持っているが、なかなか足並みが揃わないだけでなく、自分たちの地域課題、自分たちの行政の中にある強みや、反対に弱みが非常に見えづらいという状態になっているので、今は地域移行部会の部会員がこちらにお邪魔させていただきながら、まずは、地域診断というが、自分たちの足元、地域の状態について少し情報を整理していこうよと、そしてやっていること、やっていないことを、どこが弱くて、どこが強みなのかをちょっと整理してみようということそれぞれの地域でやらせてもらっている。

先程計画の中にも書いてあったが、にも包括に関して言うと、国民全体の精神保健を課題にした方へのアプローチも期待される中で、それを限定的な医療機関や保健所だけが頑張ればそういったことができるわけではない。

まさに市町村レベルにおいても、保健師さんであるとか、地域包括であるとか、基幹相談であるとか、いろんなところの方達が関わりながら身近な相談体制を作っていくという感じになってくると思うが、今そこについてもアプローチをし始めている。

なかなかこんなふうに行っているとは明示できないが、実際に小さな市町村であればあるほど、行政単位が小さいからこそ、そこが大きな強みになって顔の見える関係づくりができやすいというところも見え、一つの行政のモデルとして提案ができるかなと思っている。

先ほど資料で説明があった成年後見制度の利用について、提言書の概要版をつけさせていただいた。

県から市町村に向けての提言と、私たちの方から県に向けても投げかけたものについてもきちんと受けとめていただき、この計画立案をする前に市町村にも発出をしていただいたこととあわせ、先ほど説明があったとおり、福祉保健部内の関係課で連携をしていただきながら研修の協力をしていただいたというところは大きな一歩と思っている。

成年後見の制度は健康長寿推進課が主になって旗を振っているが、高齢者の専売特許ではないので、先ほどから話が上がっている高齢障害者の問題もあるし、知的障害の方も実際には利用されている方がたくさんいらっしゃるというところなので、横断的に協力をしていただけるということで非常に頼もしく思っている。

○ 委員（相澤）

親亡き後の生活について話し合うことがある。

私も昨年母を亡くし、両親ともに他界してしまって、今現在も持ち家で弟と一緒に生活している。

生前親亡き後に困らないようにと両親がきちんとしてくれて安心して生活している。

親亡き後の話の中で、自分の持ち家が維持していけるのか、一人暮らしをサポートしてくれるサービスや住まい、特にヘルパーさんは利用したくても利用できない現状もあり、断られてしまうという事例もあったり、住まいについても、当然不動産屋さんの理解が必要で、大家さんに聞いてみないと前向きに考えてもらえなかったり、働かないとそれができない。

私の住んでいる地域は町工場が多いので、障害の理解などがまだまだかなと感じるところもあり、他の障害と比較されることも多い。

にも包括からも感じるが、障害者、特に精神の理解促進はまだまだできてないこと、誰かがそばにいるから、私の場合は弟ですが、生活できているということを感じている。

もう一つ、甲府方面に受診に行く人が増えているので、リモート受診ができればいいなと思っている。

○ 議長

今の相澤委員の話にもあるように、いろんな意味での支援が必要で、少しずつ進んではいるが、まだこれからの領域も多々あると思っている。

○ 委員（望月）

計画の方に話が戻ってしまうかもしれないが、結局は、精神の方たちが安心して暮らしていけるためにはどうしたらいいか、というところがにも包括の肝と思っている。

国が示したポンチ絵を何度も見てきた中で、今更気づいたが、いわゆるフォーマル支援というところが、この絵の3分の2ぐらいを占めていて、表面上ではインフォーマルな支援が必要となっているが、実際はフォーマル支援でご本人さんを支えていかなければならない、専門家が支えてかなきゃならない部分が大半ではあるかなと思うが、そうは言っても、インフォーマルな関りをしていただく方達がいろいろ気づいていただかない限りは専門家の介入もできないというところでは、相澤委

員のお話しのとおり、地域の理解というのはすごく大事だと思っている。

ポンチ絵内に小さく企業と書いてあるが、働いている方であればその同僚の方、会社の方たちが一番最初に気づいてくれるのが早い。

宮田先生が、1人1時間、2時間でも働くような仕組みについてお話しされていたが、来年の4月から法定雇用率が上がり、企業さんが何人まで雇わなければならないかが上がって、業種における免除率も全て下がる予定。

これは精神だけではなく障害者の皆さんも雇用していこうというところで、精神の0.5カウントはまだ延長されるし、なおかつ、4月から1週間で10時間働けばカウント出来るという制度になるので、おそらくこの4月1日から法定雇用率が上がるというところで、今の時点から企業が動き出しているという情報もある。

そこについて、奥山委員も、企業に行き、なかなか理解が得られなくてまた調子悪くなってということをお話しされていたが、どんどん雇用していこうという制度にはなっていくが、会社に対するフォローというところが追いついてない。

障害福祉サービス等を使っていて就労をした人たちは、就労後に極端に支援者が減り、障害者就業・生活支援センターなどにつながりがない方であれば、支援者がゼロになってしまうということもあったりする。

そうすると当事者さんたちは孤独になり、会社に行き理解がなければそこでも具合が悪くなり、家の中に引きこもる、治療中断してしまう、ということも。

そのような状態にならないよう、企業に勤めている方も一住民なので、やはり一般住民の方への普及啓発はあったほうが良いと思っており、そこは、にも包括の根幹な部分と思う。

それから、ピアサポートに対する期待がすごく高く、もう12、13年ぐらいは精神科ピアサポーターがいるが、今、障害者ピアサポーターに全て障害が一括されているが、その中でも精神科ピアサポーターという形で養成したり、障害者ピアサポーターという形で養成したり、ピアサポーターという名前の役割がたくさん増えてきている。

支援者であっても医療者であっても、ピアサポーターといっても、実際どの場面でどのピアサポーターに頼めばいいかというのをしっかり理解している支援者はかなり少ない。

養成して増えていくのはいいが、そこに対するPR、正しい啓発・啓蒙はしっかりしていけばいいと思うので、少し組み込めていけるならばお願いしたい。

○ 議長

非常に貴重なご意見だと思う。

企業に対するアプローチというのはどこかに入っているのか。

○ 事務局

障害児・障害者プランで申し上げた就労支援といったところに追い込まれると思

うが、本日の議論を踏まえ、本課及び関係各課で考えたい。

○ 委員（望月）

あとはピアサポーターについて、場面によって違うため、ピアサポーターを養成して、より有効に活用するという体制は極めて重要かなと思った。

○ 議長

いろいろなご意見があり、大変参考になったかと思う。

事務局は本日各委員から出された意見や提言を踏まえて、計画や今後の取り組みについて検討をよろしくお願いしたい。

終了