

合同作業チーム（医療（その他の医療一般））議事要旨（4月）

1. 日時：平成23年4月26日（火）14：05～16：25

2. 場所：厚生労働省低層棟2階講堂

3. 出席者

堂本座長、佐藤副座長、末光副座長、川崎委員、佐野委員、関口委員、野原委員、橋本委員、広田委員

4. 議事要旨

（1）提出資料に関する議論

【重症心身障害児者と難病について】

- ・資料2に関する説明(重症心身障害児者について)
- ・資料3と参考資料2に関する説明（難病について）
- ・難病は総合福祉法になじまないと言っているわけではなく、2013年までに結論を出すことが困難な部分もあるということを述べている。総合福祉法の検討の一つの結論として、継続して検討する場を確保してほしい。難病に関してこれまでに行われた様々な検討の結果を踏まえ、取り入れられるものは漸進的に総合福祉法制に取り入れていってほしい。
- ・難病について、どこかに位置づけは必要なので、実態を把握した上でどうやっていくのか、という検討が必要だろう。
- ・医療的ケアの担い手を非医療職まで拡大していくことの必要性は、在宅、学校、通所、ケアホーム、入所支援施設など、それぞれの場で増大している。病院での介護職による医療的ケアの実施に反対の意見が国立医療労働組合から出されているが（参考資料2）民間の重症心身障害児者（重心）施設では、国立系より多数の指導員等を配置し日常的支援に当たっている。超重症準超重症児者をショートステイなどでさらに受入れていけるためには、看護師の業務がさらに増加することもあり、通常の入所児者の医療的ケアについて、必要に応じて指導員などにもできるようにしていくことが望ましい。国立でも、さらに内部改革の余地があるのではないか。
- ・背景に労働問題もあるのかも知れない。この点をあまり対立点にしない方がいいのではないか。
- ・地域で医療ケアが圧倒的に少ない。療養病棟を38万床から15万床に削減するという医療改革の中で、問題が起こっている。医療ケアを増やさないと地域で生活できないということは、同意見。しかし、経営合理化・自己改革ということだけで問題が解決するわけではない。本来、地域資源となる人材を育てていくことも国立の役割。しかし、そこができていない。労働問題だけでなく、構造的問題もある。
- ・医療職以外が医療的ケアを行うことへの反対意見は、職能団体の立場が反映されている面もある。必要な講習は受けつつ、行えることを決めていく際には、職能団体にも冷静な議論ができるよう働きかけていくべき。
- ・議論の対象となっている医療的なケアについては、病院でも看護師だけでは足りない。地域では、なおのことである。介護職が地域で暮らす障害者の医療的ケアにもかかわれるような制度としていくべき。
- ・難病と重症心身障害児者に共通して必要な支援と制度は、医療と福祉の一体提供と20歳を境にして分断されることのない「児・者一貫」体制である。ただし重度知的障害を伴う重症心身障害児者が難病と大きく異なる点は、本人の自己確認・意思確認・表出能力の困難さにある。それらに対応するためにも、「重症心身障害児者施設」が「児・者一貫」

体制のもとに堅持されることが必要である。さらに今回の東日本地震の経験からも、地域生活を安心・安全に確保するためには「重症心身障害児者通園事業」の法定化が求められる。

【精神障害について】

- ・ 資料1と参考資料1に関する補足説明(精神障害について)
 - ・ 資料1について。災害時を含め緊急一時保護という案があり、「ACT (Asserted Community Treatment) の福祉型」を考えている。クライシスセンターで緊急一時保護しても、そこに必ずしも医者がいる必要はない。入院するかどうかは、本人が主治医と決めて決めるべき。病床がない市区町村では、消防では警察を呼ぶように言われ、そのとおりすると強制入院になってしまう。また、資料では被災地のことにも触れている。厚労省が6月30日時点で行った調査で、宮城、岩手、福島の入院、通院、手帳それぞれの数をみると、入院は増えていないが、外来は増えている。突出して福島県に入院が多い。人口に比例しているとは言えない。入院数が多いのは、認知症の入院が多いからではないか。
 - ・ 参考資料1について。厚労省の今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会の資料に問題点があげてあり、これらの問題点をひとつずつ、検討していく必要がある。
- ・ 医療的ケアと福祉的ケアの重なりあいの部分は、精神も関係する。精神の在宅のサービスは2種類。訪問看護(診療報酬)とヘルパー(介護等給付)があり、単価が全く違う。福祉型アウトリーチといった場合に、もう少し効率よく在宅支援のためにお金をつかっていけないか。訪問を嫌がる精神障害者もいるので、ある程度ガイドラインを定めてはどうか。グループホームやケアホームは、利用権の問題とされているが、本来は居住権の問題であるべき。ヘルパーや訪問看護が使える制度にしてほしい。
- ・ 自立支援法で、精神が入って歴史が浅い。家族支援は精神も難病も入っていない。難病も精神も地域で生活する上で医療は不可欠。医療と保健と福祉の連携は重要である。どのような形で連携しながら、在宅生活を支えていくか、考えるべき。
- ・ 駆け込み寺で一時保護をしている。一晩眠れないために、躁転してしまつては本人のためにならない、そういう例をたくさん見ている。職員の質の改善が望まれる場合も多い。判断能力や危機管理能力を精神障害者へ与えられるような力が身につけていない。
- ・ PSW やソーシャルワーカー以外は相談員になれないということでは問題が残る。ピアサポーターにできることは大きい。ただ、研修を受けていただくようなことは必要だと思う。家族も当事者も「専門家」だが、他の人の相談にのることについての学習は必要。「当事者・家族による相談」が大切である。

(2) 報告書作成に向けた議論

【まとめ方について】

- ・ 地域で医療を受け、福祉サービスを使いながら生活することは同じとしても、実態は、難病、重心、精神それぞれで随分違う。それをどう報告にまとめるか。別の視点として、歯科の視点も大事である。「噛める」ということが身体全体にかかわる。また、自立支援法でやっと3障害が区別なく並んだ。精神では、自立支援法で初めて実現した施策もある。しかし、市町村の能力不足で、補助金の執行にも余りが出ている状況である。それぞれの領域で、地域医療の充実と、福祉との連携について、どうバランスがとれるか考えて欲しい。
- ・ 横断的課題は、混在した福祉・医療をどうするか、慢性期疾患に力点をシフトすべきでないか等、いくつかピックアップして、概論的なものとして「はじめに」を置いてはどうか。
- ・ 医療と福祉の連携、治す医療から支える医療へということ、総合福祉法に結びつくこ

の医療作業チームの報告でどう書くのか。福祉サービスは、どのように医療の場で提供されるべきか、といった具体的なことを、たとえば「医療と福祉の連携」という見出しの下に、列挙していく、ということも大切だと思う。

- ・今の法律でも、医療と保健と福祉の連携とは書いてあるが、実態は必ずしもそうになっていない。総合福祉法のスケジュールは決まっているので、具体的な内容まで詰めるのは難しいかもしれない。医療と福祉の連携のあるべき姿まで総合福祉法の制度設計の中ですべて解決することは不可能ではないか。しかし、基本法と整合をとりつつ総合福祉法の内容への提言として、この作業チームで何を出すべきか、問題を整理し、メッセージとしては伝えるという対応が必要ではないか。
- ・精神の分野で、コミュニティ・メンタル・ヘルス・チームというのをよく聞く。人口1万人あたりで1チームを組んで、地域で福祉と医療に対応している。こうしたものが精神だけでなく難病でも必要ではないか。訪問看護や介助を自分自身でコーディネートできない場合、どうするか。また、ケアマネジメントの強化の話があるが、介護保険のケアマネと同じ構造だと当事者主権という観点から問題があるとすれば、制度化するにあたってどうするかを書き込むべきではないか。
- ・基本法で精神は特出しされなかった。今更、精神に特化した制度を総合福祉法でつくることのできるのか。障害種別をこえた保健センターを自治体に設けるということも考えられる。
- ・いろいろな専門家がいてアドバイスするが、本当に必要なのは、当事者が求めているものにこたえること。本当に必要なところへお金をかけるべき。

【内容に関すること】

(自殺について)

- ・自殺についてはどうか。自分は、警察署で自殺未遂者をサポートした経験がある。今は、家族との関係で悩んでいる人を家族のもとへ返しているのが実情だ。本来は総合病院で精神科があれば、外科的応急処置→総合病院精神科→帰宅と行けばいいのだが、そのまま家族のもとに帰って自殺されてしまった例も知っている。また、身体合併症のある精神障害者の医療確保も重要なテーマだ。
- ・医療を原因とする自殺もある。家族に重介護をさせたくなくて自ら死を選ぶ人もいる。自殺を問題として取り上げることに賛成。福祉と医療が混在したサービスが必要とされる中で、障害の種類ごとに独自の問題もあるという認識が共有化されたことはよかった。

(社会的入院について)

- ・社会的入院の根絶について、精神で議論があったが、医療一般に敷衍すると異論が出てくる。老人医療でも社会的入院がある。医療が必要でなくても、家族が支えられず入院せざるを得ないこともある。専門医療を受けるために雪国で2～3ヶ月は通院のための移動ができず入院ということもある。一般的な場合も軽減すべきだが、慎重な議論も必要。
- ・精神の社会的入院については、「根絶」ではなく「開放」という表現のほうがよいのではないか。

(保健医療について)

- ・予防が最大の経費削減。うつと認知症の予防、総合病院という観点を入れてほしい。
- ・「予防」について、先天性疾患に関しては、生命倫理の問題もあるので慎重に扱うべき。
- ・精神保健福祉法が医療と保護ということで、行動制限が正当化されている。地域主権改革の流れの中で、地域の保健所が減っている。保健所への予算が一般財源となり、地域で統合されて減った。保健所は必要なので、保健所の設置は自治体まかせにすべきでない。今般の震災でも、被災地での安否確認は、自治体に情報はあるので、自治体がちゃんとやってほしい。
- ・全体の枠組みをきちっとすべき。保健所のあり方や早期発見についてとか。着床前診断

まで含めるのなら、倫理的問題もあり、そうした意味での早期発見には反対だ。

- ・ 難病は、難病の視点からまとめた素案が、「資料3」にある。
- ・ 今ある4項目の1の前に、「保健」の観点を加えてはどうか。
- ・ 突然、冒頭に保健所の話がでると、専門職の養成はどうするか、とかいろいろ出てきて、まとめるのは難しい。
- ・ 被災県では保健師が不眠不休でやっている。通常から保健所のあり方は大事。

(医療に関する差別について)

- ・ 言語をもたない障害者のコミュニケーションの問題がある。ALS患者やその家族へのひどい告知がなされている場合がある。傷ついて治療を断ることもある。当事者側と医療従事者側のALS観がちがう。QOLが低くなる、家族が崩壊するとか、悲観的な話ばかりされる。本人は生きてくても、家族が離脱してしまう。呼吸器をつけることを家族が躊躇する。ことばができなくなった状態で入院すると看護師が忙しくて文字盤もとってもらえないことがある。福祉と連携したコミュニケーション、情報提供をしてほしい。重度ということを理由に治療を差し控えないでほしい。震災でもひどい目にあっている。避難所へ行けず、孤立している。どこにいるかもわからない。アンビューバッグで手動で2、3日家族の手で呼吸を確保していたという例もある。

【分担、進め方など】

- ・ 5月31日が作業チームの検討の最後の会合。6月9日が作業チーム報告の事務局提出締切。前回、座長が示した柱をもとに担当を決めてはどうか。1. 経済的負担の軽減、2. 医療的ケアのあり方(たんの吸引など)、3. 地域生活を容易にするための医療の在り方(福祉との連携、支える医療、救急医療、歯科医療)、4. その他(障害を理由とした医療面の差別禁止関係)。分量は資料を含めて10ページ以内厳守。
- ・ 作業チームで出た意見を事務局で整理し柱建てしたものに、メンバーが書き込む。メンバーから出た文章は事務局から全員へ送る。出てきたものを全員で練っていく。

以上