**令和元年度**

**第1回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会**

**精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ**

日時：令和元年7月23日（火）　午後2時～

場所：大阪府庁新別館北館1階

　　　　　　　　会議室兼防災活動スペース1

**○事務局**ただいまから、令和元年度第1回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを開会いたします。本日はお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。本日司会を務めます山田でございます。よろしくお願いいたします。

では、配付資料の確認をさせていただきます。議事次第の記載順に、配席図、次第、委員名簿、資料1長期入院患者の地域移行の今後のあり方について**、**別紙1大阪府の地域精神医療体制整備広域コーディネーターの役割と在院患者の状況、別紙2長期入院精神障がい者退院促進事業のこれまでの取組について（平成29～30年度）、参考1地域生活支援拠点等の整備促進に向けてとなっております。以上、資料はお揃いでしょうか。

でははじめに、大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長の黒瀬より御挨拶いたします。

**○事務局**委員の先生方、今日はありがとうございます。4月15日付けで生活基盤推進課長を拝命いたしました黒瀬でございます。よろしくお願いします。なお本日は、大変お忙しい中、大変暑い日になってございますが、御出席賜りまして厚く御礼を申し上げる次第でございます。

まず、私、このワーキンググループの担当課長といたしまして、一言だけ御挨拶をさせていただきたいと思っております。大阪府におきましては、29年度から、この3年間の集中取組といたしまして、長期入院精神障がい者退院促進事業を実施してまいりました。まず、精神科病院における地域移行に対する理解を促進するとともに、退院可能な患者の市町村自立支援協議会等への橋渡しを進めてまいったところでございます。本事業につきましては、今年度最終年を迎えることから、本日は、私ども事務局の方から、これまでの取組における効果でありますとか、あるいはその課題について御報告をさせていただきたいというふうに思います。

先生方におかれましては、この長期入院患者の地域移行の今後の施策につきまして、それぞれの御専門のお立場から、忌憚のない御意見を賜りたいというふうに考えております。辻井ワーキンググループ長をはじめ委員の皆様には十分な御審議をいただくことをお願いいたしまして、甚だ簡単ではございますが、冒頭の挨拶とさせていただきたいというふうに思います。本日はどうかよろしくお願い申し上げます。

**○事務局**それでは、本日ご出席の委員の皆様をワーキンググループ長と委員氏名の五十音順で紹介させていただきます。

桃山学院大学社会学部教授、辻井ワーキンググループ長でございます。

公益社団法人大阪府精神障害者家族会連合会理事、角口委員でございます。

門真市保健福祉部障がい福祉課長、狩俣委員でございます。狩俣委員は前任の森川委員に代わり御就任いただいております。

一般社団法人大阪精神保健福祉士協会副会長、島田委員でございます。

地域活動支援センターあん施設長、高田委員でございます。

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター副看護部長、林委員でございます。

大阪精神障害者連絡会代表、山本深雪委員でございます。

一般社団法人大阪精神科病院協会理事、山本幸良委員でございます。

大阪府四條畷保健所長、中村オブザーバーでございます。

なお、公益社団法人大阪精神科診療所協会会長、堤委員は所用のため遅れての御出席となります。

次に事務局の職員を紹介いたします。

先ほど御挨拶いたしました福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長、黒瀬でございます。

同じく総括補佐、塩見でございます。

同じく総括主査、髙田でございます。

同じく主査、宗美でございます。

同じく杉澤でございます。

また、本日は健康医療部より2名がオブザーバーとして出席しておりますので、御紹介いたします。

健康医療部保健医療室地域保健課課長補佐、上野でございます。

大阪府こころの健康総合センター地域支援課長、鹿野でございます。

次に会議の成立について御報告いたします。精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ運営要綱第5条第2項に「ワーキンググループは、ワーキンググループ委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない」と規定しております。本日は、委員9名のうち8名の出席がございますので、会議は有効に成立していることを御報告いたします。

なお、本ワーキンググループにつきましては、運営要綱の規定により、原則公開となっております。個人のプライバシーに関する内容について御議論いただきます場合には、一部非公開ということで、傍聴の方に御退席いただくことになりますので、プライバシーに関する御意見をされる場合はお申し出いただきますようお願いいたします。

また、議事録等作成のため、録音をさせていただきますので、あらかじめ御了承願います。本日は、音声認識サービスにより、AIを活用した議事録作成を行いますので、集音のためマイクが必要となります。申し訳ありませんが、御発言の際はマイクを使い、発言の前にお名前をお願いいたします。なお、このマイクは通常のマイクのように音は響きませんが、マイクがオンになっていますので、入切スイッチはそのままでお願いいたします。

堤委員が到着されましたので紹介させていただきます。公益社団法人大阪精神科診療所協会会長、堤委員でございます。

それでは、これからの議事進行につきましては辻井ワーキンググループ長にお願いいたします。

**○WG長**はい。皆さん、どうぞよろしくお願いいたします。会議に先立ちまして、例年と同様にオブザーバーの委員の方についても、他の委員と同じように発言いただくということで、了承をいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。それでは、早速議題に入ってまいりたいと思います。議題1ですが、長期入院患者の地域移行の今後のあり方について、事務局から説明をお願いします。

**○事務局**それでは、事務局から御説明いたします。まず資料1を御覧ください。長期入院精神障がい者退院促進事業は、平成28年10月に精神障がい者地域移行推進ワーキンググループで取りまとめました報告書におきまして、入院患者が圏域を越えて入院されている状況が見られることや、入院期間が長期に渡るほど退院意欲を高めるために時間をかけて取り組む必要があること等から、広域的に活動できる専任の地域体制整備コーディネーターの役割の重要性が指摘されましたことを踏まえ、平成29年度より3年間の集中取組として実施しております。具体的な内容につきましては別紙1大阪府の地域精神医療体制整備広域コーディネーターの役割と在院患者の状況を御覧ください。

本事業の目的は、在院期間1年以上の寛解・院内寛解患者、平成28年度の在院患者調査で730名の方がいらっしゃいましたけれども、その方々の退院を目指すということで、府の非常勤職員として配置している広域コーディネーターが、精神科病院スタッフの退院促進に関する理解の促進、退院につながる入院患者の把握、市町村へのつなぎということを主な役割として、精神科病院や市町村等地域に出向き、活動しているところです。これが真ん中の図でお示しを示しているところとなっております。各病院ともに複数回のヒアリングを行いまして、730人の変化をまとめましたものが、右下の表となっております。平成31年3月31日現在、すでに退院された方は227名、入院中の方が401名、転院の方が55名、亡くなられた方が47名となっております。

次に、別紙2長期入院精神障がい者退院促進事業のこれまでの取組について（平成29～30年度）を御覧いただけたらと思います。横軸の①から③につきましては、先ほどの別紙1にもありましたように、この事業の大きな柱立てとなっております。縦軸では、これまでの取組、取組による効果と課題、令和元年度の取組で整理いたしました。地域移行の制度理解が進んできたり、研修に組織として取り組むことで多職種が参加する等の広がりが見られたり、広域コーディネーターのヒアリングや院内茶話会への関わり等から病院職員の中に「他の患者も退院の対象となるのではないか」という気づきが生まれまして、新たな患者の把握にもつながってきたり等の効果がございましたが、課題についてもございます。

先ほどの資料1の1ページ目に戻っていただけたらと思います。市町村によっては、基幹相談支援センターの機能が不十分でありますこと、また、患者がどのような生活を希望されておられるかですとか、その希望を実現するために、どの地域に退院するのか決定するまでには時間がかかり、それまでの間、支援する市町村や事業所が決まらないという状況もあります。また、全く事例のない市町村もあり、実際の事例に関わる経験が少ないため、支援ノウハウが蓄積されない状況もあります。他にも、病院が地域移行支援のサービス利用を検討しても、相談支援事業所が決まらず支援が進まないという状況もあります。地域移行支援・退院支援につきましては、市町村の役割ですが、このような状況もありますことから、令和2年度以降の地域移行のあり方についての検討が必要ではないかと考えており、本日は論点を3つ挙げております。

2ページ目を御覧ください。論点の1つ目は対象者についてです。平成28年度の在院患者調査で730名の方がいらっしゃいましたけれども、その方々の退院を目指すということで、広域コーディネーターが活動しております。広域コーディネーターのヒアリングですとか、院内茶話会への関わり等から、病院職員の「他の患者も退院の対象になるのではないか」という気づきにつながり、対象者につきましても、平成28年度以降に入院期間が1年以上になった患者も含めての取組を実施しております。また、昨年度実施いたしました退院患者調査におきましても、入院期間が1年以上になりますと、入院前と同じ場所に退院される患者の割合が低くなりますことや、入院期間が長期になりますと、自宅への退院割合が低くなるということもわかってまいりました。このような状況から、対象者につきまして、集中的に取り組む入院期間の患者を設定すること等が必要かということにつきましても、御意見等いただければと考えております。

3ページ目を御覧ください。論点の2つ目は広域コーディネーターの関わりについてです。現在、広域コーディネーターは、精神科病院スタッフの退院促進に関する理解の促進のため、病院が退院促進に関する研修を企画立案、継続実施できるように支援を行っているところです。また、病院職員が支援対象者を把握することを促進するため、精神科在院患者調査のデータ等を活用したり、患者が退院について考える機会として病院との連携協力のもと、院内茶話会等を実施する等をしまして、退院につながる患者をみつける取組も行っております。退院につながる患者につきましては、病院と連携し、関係機関を交えた個別カンファレンスを開催するための調整を実施しているところです。そして、市町村の求めに応じまして、市町村の自立支援協議会専門部会等に出席し、他の地域での取組紹介や事例検討にあたっての助言を行っていると、このような流れで活動をしております。平成30年度につきましては16市町14部会の市町村自立支援協議会専門部会に出席し、そのうち、事例検討が実施されたのは10部会ございました。また、730名の状況を把握しましたところ、退院阻害要因は、精神症状の悪化ですとか、身体合併症により安静が必要等現状ではなかなか方針が立てられない、あるいは退院に対する御本人の拒否や、御家族の反対があるとか、退院先を検討されているが御本人の病状の回復を待っている状況ですとか等多岐にわたりまして、病院だけで退院支援をするということが難しいことがわかりました。また、患者がどの地域に退院を希望されるのか等を決定するまでには時間がかかり、それまでの間は支援する市町村や事業所が決まらないという状況もありますことから、広域コーディネーターの関わりで、他にできる関わりがあるのかということにつきましても御意見等いただければというふうに考えております。

4ページ目を御覧ください。論点の3つ目ですが院内茶話会についてです。広域コーディネーターは病院の院内茶話会の実施を支援、具体的には、患者の選定、退院支援のプログラムの企画、終了後の個別患者の振り返り等に一貫して関わることで病院とともに院内茶話会に参加されている患者の変化を把握できるようにしております。退院したいという気持ちを高めていただくための働きかけとして、ピアサポーターにつきましては、相談支援事業所に所属されているピアサポーターだけでなく、退院して間もない方にピアサポーターになっていただき、体験談や退院後の生活についてお話しいただくという病院もあります。現在、院内茶話会につきましては、相談支援事業所に委託して実施しております。流れとしましては、病院が年間計画を立てて、その計画書をもとに、相談支援事業所がピアサポーターを派遣するという形になっており、平成30年度は7事業所16病院、令和元年度は6事業所13病院で実施しております。院内茶話会の内容ですとか、実施方法等につきましても、何か工夫できます点があるのか等につきましてもご意見いただければと考えております。

また、この論点3つに限らず、こういった取組等が必要ではないか等につきましても御意見を頂戴できればと考えております。事務局からは以上です。

**○WG長**ありがとうございました。ただいま、今年度、最終年度になっている3年間の事業の主な内容と成果を含めて、説明がありました。この事業の今後のあり方についてというところで、皆さんに意見をいただくことになるわけですが、その前に、今報告いただいた内容を少し確認したいと思います。質疑応答したいと思いますが、いかがでしょうか。お願いします。

**○委員**別紙1の右下に、実績のデータをいただいております。この730人のうち227人が退院されたということでございますけれども、これは成果の評価としてはどれぐらいになるのか、もし検証をされていたら教えていただければと思っています。こういう方たちが、何もせずにどれぐらいの方が退院されるのが普通であるか。それと比べることによって、この事業の効果があったのかどうかということがわかると思うんです。

**○WG長**　よろしくお願いします。

**○事務局**データとして何かをお示しし、比較ができればいいのですけれども、なかなかそういうデータがございません。数字として比較するということは難しいのでございますけれども、1つはコーディネーターが入り、病院の院内研修の実施により、退院支援の機運が高まってきたり、あるいは看護師の異動等がある中で、毎年退院支援に向けた理解の促進が図られているという面におきましては、一定の効果はあったんではないかというふうに事務局としては考えております。

**○WG長**　すみません、よろしいでしょうか。今、委員から指摘があったのは、この事業がこの数字に対してどれだけの効果があったかという、比較対象とするところのものが、あるのかどうかということで、データそのものはあるのでしょうか、ないのでしょうか。難しいと思いますが、この事業に取り組んでいなかったらどのぐらいの方が退院されているのかという対象になるような人たちが…。ないということでいいんですかね。

そうすると、例えば、直接それで確認できるかどうか分からないんですが、平成29年度と平成30年度の大阪府内での地域移行支援の実施数、およびそれで退院した人の数。この辺りとそれ以前の年度での地域移行支援の実施、および退院した人の数を比較することで、間接的ではあるのですが、この事業が、多少効果を得ているのかどうかということは確認できるのではないかというふうに思いますので、今後検証していくにあたっては、今言ったようなところの指標を見ていただくというのも、参考になるんじゃないかと思います。

　　　ありがとうございます。他いかがでしょうか。では、私から確認ですけれども、今、御指摘いただいている表のところですけれども、この事業を取り組むに当たっては、当初いわゆる730名をターゲットにして、3年間で完全解消していきましょうということで取り組んだものであります。ですが、この表の中で、現在入院中の方が401名おられるんですけれども、退院に向けた取組を実施している人たち以外の方々、入院している方で、本人の拒否や家族の反対等でということと、それから病状の悪化等でというのをどう見るかというのは難しいんですが、元々は寛解・院内寛解の方を対象にということだったので、病状が悪化してしまって、今退院そのものを考えられないというような状況であれば、ちょっとこの事業の対象というのは難しいのかもわからない。そう考えていった時に、この90名や、病状悪化といわれている158名の方、具体的な内容はちょっと分かりませんけれども、このあたりに、ちょっと言い方は悪いんですが、積み残しっていうか、この事業で完全に解消されていなかった部分が残っているっていう形ですかね。トライできてない、要するに課題が残ってるっていうんですかね。約3割強ぐらいの方が課題として残っているというふうに理解をしていいのかどうか、事務局としてはいかがでしょうか。

**○事務局**　事務局といたしましては、特に、「③病状の悪化等で当面退院が難しい状況」というところは、やはり積み残しになるのかなというふうに考えております。といいますのは、当初730名の退院の目標値の設定が、そもそも寛解あるいは院内寛解患者ということで設定をしたわけですけれども、当初から既に、退院が難しい患者がいらっしゃったということで、次年度以降に退院促進事業を行う場合の目標数値としては、この辺のところは、考えていかないといけないんじゃないかというふうに考えています。

**○WG長**　はい。ありがとうございます。今の考え方からすると、その表で見れば、この事業としての残される課題というのは、いわゆる今現在、実施中というところですよね。これをどれだけバックアップしていくかという意味で、153人と、それから、やはり社会的入院というか社会的な諸条件の整備を進めていくことで、対応ができるだろうと考えられているこの90人のあわせて243人というところが、3年間やっている中で、まだクリアされていないというふうに理解をするということでよろしいでしょうかね。他いかがでしょうか。

それでは、大きなテーマになりますが、そもそも今年度で、いわゆる広域コーディネーターの配置という事業が終了してしまうにあたって、ぜひともこのワーキングの中で、この事業そのもの、例えば継続の意義であるとか、あるいは違うものに変えてしまうというふうなことなのか、あるいはこの事業を継続するにあたって、事務局から論点を3つ用意いただいておりますけれど、これはまた後で議論させていただきます。この事業は最終年度に入っておりますが、継続性についての御意見をいただければというふうに考えております。私自身は、先ほど言いましたように、この3年間で対象にしていた人たちが、やはり課題として2～3割ぐらいの数が残っているということですから、当然これは引き続きやっていくべきものだろうというふうに考えております。ただ、先ほど委員から指摘があったこの事業の検証というか意義そのものの効果というところを、もちろん検討しないといけないとは思います。他の委員の皆さん方で、事業の継続についての御意見をいただきたいと思います。どなたか御意見ございますでしょうか。

**○委員**論点3と書かれた資料を見ているのですが、院内茶話会が、令和元年度6事業所13病院で実施というふうな表現があります。こういうのを見ていても、大阪府下の病院の数あるいは相談支援事業所の状況や数等を考えてみたときに、まだまだこの事業が行き渡っていないように私たちからは見えますので、ぜひ継続をしていただきたいと思います。

**○WG長**　ありがとうございます。他いかがでしょうか。

**○委員**事業自体はもちろん継続していただけたらと。広域コーディネーターの病院への啓発であったりとか、地域の事業所を交えての茶話会の実施等はあると思うんですが、やはり個別ケースの橋渡しみたいなところが必要かと思います。課題にも書かれてあるんですけれども、病院側が退院に向けて動いてはいるけれども、事業所が決まらないとか、地域移行支援への個別給付は、非常に申請にも時間がかかりますし、私も実際にやっているんですけれども、1人につき書類を10枚、12・13枚ぐらい揃えて印鑑をもらって、それを市町村に出して、みたいな流れがあるんです。病院側としては2、3ヶ月で退院させたいので、地域移行支援を事業所に頼むけれども、手続きに3ヶ月かかるし、どうしてもタイムラグができてしまって、地域の事業者が関わるまでの間に退院してしまったりとか。逆に、そのタイムラグの間に、関わるきっかけを失ったりとかっていうことがある。そういうことを思うと、もうちょっとケースに対して関わってほしい。中身としては、ケースの橋渡しとか、コーディネートの方々がケースを持って、宙ぶらりんになりそうな時間帯を防ぐというかつなぐというか。そういう関わりをしていかないと、市町村もわからないし、事業所もわからないし、病院もわからないしみたいなところで、やっぱりケースをとるみたいなところを具体にしていただけたら、私はいいのかなと考えていました。

**○委員**私も今の意見と同じで、広域コーディネーターというか、名前はともかく、こういう事業に担当する方が専従できる事業は、ぜひ続けないと、これまでの3年間も意味がないと思います。今回のこの3年間というか途中の約2年間での状況把握でも、まず対象者の730人の最初の選定の仕方がどうだったかという話も、最初に事務局からありましたけれども、病院側もどんな人をこの事業の対象にあげたらよかったのか、おそらく病院の先生方や病院スタッフも十分把握できてなくて、出てきたところもあったと思います。こういうことをやることによって、ようやく病院サイドも、それからこの広域コーディネーターとして活動された方々も、その現状とかについて色々な点が、事業を行うことで見えてきた部分がやっぱりあるのかなと思います。それを土台にして、これからやっぱりやっていくべきで、これからは、こういう事業の啓発ということよりも、今おっしゃったように、個別ケースで具体的に間に入って動ける人としてのコーディネーターの役割が求められているんじゃないのかなと。例になるのか、比較対象として適切かは分かりませんけれども、大阪でも2、3年前から認知症の初期集中支援チームができていまして、今、大阪市内では全ての区でできています。ほぼ、府域全ての市町村が、いろんな形でやっているんですけれども、この事業に関しては、大阪市がやっているシステムが、私は一番優れているんじゃないかと。なぜかといいますと、大阪市だけは専従者がいるんですね。初期集中支援に専従するものが必ずいて、その事業のことだけをやってる人が各区に2～3名いるんですね。そうすると全然スピード感が違いますし、それから、個別の事例に対してこまめなケアができ、もちろん初期集中ですから、あんまり長いこと関わっていられないのはあって、ケースも掘り起こしていくと、どんどん出てきますから大変なんですけれども。それでもやはり、地域の包括の担当者が、他の事業と掛け持ちでやってるときとは全然違う展開があったことがあるんで、この事業でも、ぜひコーディネートの方には、専従で個々のケースを1例ずつ地域につなげていくことを目的とした事業展開というのを、ぜひ入れた上で継続していただけたら、次の何年間かではもっと大きな効果が出てくるんちゃうのかなという気がします。

**○WG長**　他いかがでしょうか。

**○委員**個別への関わりも大事ですし、あとコーディネーターの関わりで、3年の実績で16市町14部会の自立支援協議会専門部会等に参加しているということなんですけれども、この長期入院の患者さんの課題があるということを、まさに広域的でとらえて、市町村の方にも課題があることを伝えていくというふうな立場からしても、こういった位置の方というのは必要かなと思います。地域の中で、地域移行という課題について、精神の専門でやっているところは、ある程度把握しているかもしれませんけれども、部会の中でその地域の課題として、全体で捉えるというようなことを伝えていくというふうな立場でも必要と思います。この16市町っていうのが、実はしている市町村がそれだけしかないのか、あるいはコーディネーターの方の数に限りがあるので、行きたくても行けないのかっていうところもありますので、そのあたりもできれば検証というか考えて、この活動を広げて、続けていただければありがたいなと思っております。

**○WG長**ありがとうございます。他よろしいでしょうか。

**○委員**コーディネーターの活動が3年目になって、スキルっていうのは、だいぶ上がっているのか、専属で3年間やられたのか、なり手がなくて、スキルがちょっとできたらやめられるのかとか、そういう個人的なスキルとかの評価も、ある程度聞かせていただけたらなと思います。

**○事務局**コーディネーターですけれども、29年度に3名で始めまして、29年度は結局3名で運営をしました。30年度に2名追加し、5名で30年度は行いました。その間、やめたコーディネーターはおりません。なので、皆さん2年目あるいは、3年目ということで、病院との顔の見える関係もできておりますし、スキルも上がっているのかなというふうに考えておるところでございます。専従かどうかということにつきましては、現在は大阪府の非常勤職員として、この長期入院の退院促進事業のみに関わっていただくということでしておりますので、専従ということでございます。

**○委員**市町村へのつなぎということで、市の地域移行支援事業に最終市が実施していくというところになるところなんですが、現状としまして、市が主体的に病院への周知であるとか、働きかけというのは、なかなかできていないところがございます。よその市を聞いている限りでも、なかなかこう進んでないっていうところもありまして、引き続き現状をとらえまして、コーディネーターの配置というのは引き続きお願いしたいなというふうに思っております。

**○委員**精神科病院の立場から申し上げますけれども、広域コーディネーターの活動は当然継続していただきたいというふうに思っております。ただ、広域コーディネーターが精神科病院スタッフの啓発事業とつなぎの事業と両方されていて、しかも府下で5人と非常にマンパワーの少ない状況でやられているので、これがもっと発展的に充足されていったらいいなと思うんですけれども。病院におります者として、非常に何か残念で寂しいのは、長期入院の方を退院促進するのは我々精神科病院のスタッフとしては、当然の本質的な仕事だと思うんですけれども、スタッフの理解不足は今でもあって、周りの患者さんを見回してこの人をつなげるんじゃないかという気づきがあったというようなことをお聞きするとすごくショックなんですけれども。これ質問でもあるんですけれど、やっぱり精神科病院のスタッフというのは、まだまだこういうところに理解がなくて、啓発を継続する必要があるのかということが1点でございます。それが必要だったら続けなあかんと思うんですけれども、そうでないとしたら、先ほどから出ています個別支援への重点の置き方をやっぱり考えないといかんかと。先ほど委員が認知症の初期集中支援チームの話をおっしゃいましたけれど、私もまさに、集中支援というような言葉が使えるような内容になって欲しいというふうに思っております。認知症の初期集中支援は入り口の問題で、医療とか介護に関わってない人を拾い出してということですけれども、この逆の方法ですよね。現にその病院の中におられる方の中からそういう必要な人を拾い出して、集中的に支援するというようなことができればなあというふうに思っております。非常勤の専従の方というふうに伺いましたけれども、ぜひ色んな年代の活力のある方に、コーディネーターになっていただきたいというふうに思っております。

**○WG長**ありがとうございます。あえて整理をすることなしに進みたいと思いますが、一応、今コーディネーターの話がありましたが、皆さんから頂いた意見からすれば、これは3年間の事業ということであったけれども、基本的にはこの事業は継続していくべきではないか、ただし進めるにあたっては、今、御意見いただいた内容を踏まえながら新たな工夫をしていただきたいということで、御意見いただいたと考えています。今、コーディネーターの役割のところで御意見いただいておりますので、まずは事務局から出していただいた論点２のコーディネーターについて御意見をいただけたらと思います。いかがでしょうか。

**○委員**先ほどの委員のお話のところにも重なるんですけれども、この事業の中の精神科病院のスタッフの方への理解促進というようなところで、うちの事業所もここ何年か近隣の病院の方に行かしていただいています。退院をどう進めていくかっていうことも大事なんですけれども、退院した後に、どういうふうな地域の受け皿があるかですとか、今どういう制度になっているかっていうのは、普段関わっておられる業務が全然違いますので、看護の方を中心に初めて知ったという意見がありました。そういうふうな状況があるんであれば、退院もできるのではないかというようなお話を看護師の方からもいただいたりとかするので、そういった関わりというのは必要かと思います。それは、コーディネーターの方が中心になっていただければ、やりやすいのかなとは思っております。

**○委員**今おっしゃっていたような感じのところもそうなんですけれども、切り口として、家族への働きかけであったりとか、今までは、基本入院中の患者さんと病院スタッフという形ではあったんですけれども、より行政的な看板を背負ってできるみたいなところでは、家族への関わりなんかをお願いしたいです。今もやっておられると思うんですが、地域移行の個別給付は、ほとんど進んでいかない。地域の事業所の開拓であったりとか、もうちょっと個別への事業所への関わりなんかも、ぜひお願いできたらというのは思っているところです。

**○WG長**他はどうでしょうか。

**○委員**コーディネーターの役割として、大きく3つあると思うんですけれども、理解の促進とか、市町村に患者をつなぐ中に地域移行部会の参加とかは、理解するんですけれども、退院につながる患者さんをどのように見つけ出すか、どう関わっていくかというところが、実際に退院の支援をしていく方を増やしていくっていうところにかかってくると思いますし、そこが一番の今後の課題なのかなとは思います。地域の事業所から病院になかなか関わることができないので、入院している人の退院が決まってから地域が関わるということがどうしても多いと。それだと、この地域移行の支援にはつながらないけれども退院促進をしているというような場合があるので、地域移行に関する事業をどう進めていくのかというところも、このコーディネーター単独のことではないですけれども、どう地域の事業所に伝えていくのかとか、関わっていくのかっていうふうなことも合わせて考えていかないと、コーディネーターが続いたとしてもなかなか実績が上がらないかなと思いますので、あわせて考えていくことと思います。

**○WG長**はい。ありがとうございます。1つ確認をしたいんですが、今見ていただいている現在の広域コーディネーターの役割のところで、まず1点目が、いわゆるスタッフに対する啓発というか、こういう事業があってこういう取組をするとこんなふうになっていくんだなってことを伝えるような役割、これはもちろんありますよね。その次に、どうやって院内にいる退院の可能性のある人を見出して退院を促していくのかという、そこらあたりのサジェスチョンというのも、当然2つ目ありますよね。市町村に患者をつなぐってあるんですけれども、この間っていうのはどうなっているんでしょう。市町村に患者をつなぐところまで広域コーディネーターって関わるんですかね。この辺がちょっとイメージがしにくくて、どちらかというと、広域コーディネーターというのは患者を見出して事業に乗せられるように病院スタッフにサジェスチョンしていきながら、病院の職員が実際に個別に関わって、市町村の事業に申請するというところを促していく、そういう意味での市町村に患者をつなぐという意味なのでしょうか。もしくは、直接コーディネーターが個別に継続面談して、その人に申請しましょうというところまで持っていくのか、そのあたりをちょっと教えてもらっていいですか。

**○事務局**今現在、広域コーディネーターは個別のケースは持っておりません。一例にはなりますけれども、広域コーディネーターが、長期入院の方で退院を考えたいという方のケースカンファレンスを調整させていただくことがあるんですけれども、実際に御家族がとても反対されてきたということで、病院の担当者が面接をするときに同席させていただいたりですとか、その後、御家族の思いをお聞きするという場面を調整してはどうですかと提案したりというようなこと等をしているケースもございます。また、茶話会につきましては、市町村の方にも参加しましょうという形で実際に来ていただいたりですとか、基幹相談支援センターの方に来ていただいたりですとか、地域移行の計画の場面でも一緒に検討させていただいたりということをしております。

**○WG長**　コーディネーターのところでは、いかがでしょうか。そうしましたら、広域コーディネーターの関わり方について御意見いただきましたので、事務局の方で、来年度以降、事業を継続するにあわせて、このあたりの工夫なりを取り入れていただければというふうに思います。今度は、論点1の方になりますけれども、ここでいう対象者というのは、大阪府が3年間で解消しましょうと言っていた1年以上入院された院内寛解・寛解の方々です。ただ、実際の事業では、その後に1年以上になった人たちにも当然支援を継続して行っているという内容でございました。今後、この事業を継続するにあたって、今まで取り組んでいた対象というところの考え方でいいのかどうか。特に事務局からは、集中的に取り組む入院期間の患者というところを設定するのはどうかということを提案という形でいただいておりますけれども、この辺も含めて、何か御意見等ございますでしょうか。集中的に取り組む入院期間の患者を設定すること等が必要かというのは具体的にはどういうことなんですかね。例えば入院して10年以上になっている方に、今年度集中して取り組みましょうとか、そういう風な意味合いと考えてよろしいんでしょうか。

**○事務局**今は1年以上の方全てを対象にしているわけでございますけれども、それを1年から5年の入院期間の方を集中的にやりましょうとか、期間でもって区切る必要があるのかどうかというところを、皆さんの御意見をお聞かせいただけたらなというふうに考えている次第です。

**○WG長**事務局から、そういう考え方で、こういうような取組もあっていいんだろうかということを御意見いただきたいということですが、いかがでしょうか。

**○オブザーバー**ちょっと確認させていただきたいのですが、対象患者に設定したら、その後は、その方が退院されるまで、ずっと支援を続けていらっしゃるのでしょうか。退院支援は、さっきの初期集中支援じゃないですけれど、一定期間やったらやめるようになっているのかということですね。私の経験では、毎年ずっと同じ人を対象でやられている市町村もあったりするので、集中的に取り組む期間も、一定やっぱりなかなか難しいかと。どう判断して、止めるかみたいな線引きがないと、もともと730人を対象にして、コーディネーターは最初3人で後から追加されて5人いますが、コーディネーター1人当たり、200名近くから百何十人の方にどれだけ関わるのかと。この期間にどれだけ関わるのかっていうことの設計が、どういうふうになっていたのかということを、初めにちょっと教えていただけたらなと思っています。よろしくお願いします。

**○事務局**当初は、大阪市、堺市を除いて6名という事で設計をしていたわけでございます。けれども、結果的に人が集まらないという状況で、初年度は、予算に対する国の内示も遅くて、とりあえず3人で始めるしかなかったという事情もございました。結局、年間を通して3名以上増えなかったというところもあるんですけれども、はじめは大阪市・堺市を除いて6名で、それぞれ圏域を分担してやっていこうという設計でございまして、現在も5名ですので1名足りない状況ということでございます。

**○オブザーバー**人数の話もさることながら、その人数で、地域単位で設定されておられて、その地域にそれぞれがいきますよというふうになったときに、今年は何人を対象として支援しましょうと。730人を約6分の1にわけて、3年間ずっとやりましょうっていう制度設計で、退院したら終わりだけれど、退院しなかったらずっとやろうという制度設計なのか。そうではなくて、ある程度支援したら、次の市町村や次の病院でやっていくとか。多分、730人を最初に対象にしたら、それぞれにある人を全部設定しているみたいな感じでやっていたのかなと感じたんですが、そうじゃないでしょうか。

**○事務局**　当初は730名の方全てのリストを、病院に作っていただきまして、その方が退院するまでずっと追いかけるという設計でございました。途中から、この表にございますように②③あたりの方がいらっしゃって、当初のこの730人というのは難しいだろうということが分かりましたので、その後、30年あるいは31年に1年以上という範疇に入ってこられる入院患者も対象にしていこうというふうに、途中から変えてございます。けれども、当初の730人の方が、特に③でない限りは、ずっと今も追いかけているという状況でございます。

**○オブザーバー**ありがとうございました。そういう意味では、他の委員が言われたように、初期集中支援の患者ではないけれども、新しく対象になって、本当は退院したら効果がありそうな人が次々出ているのか、どれくらいが対象に入って支援できていたのかみたいなのがあるのかなと。これは最初のモデル事業なので、どれぐらいの支援が必要なのかなとか、そういうことも分析をして、どれぐらいまでは支援して、スタッフも色々と支援をしているわけだから、今度はどこでその人は任せましょうとするのか、どこかの線引きがいるような気がします。保健所も一緒に入って自立支援協議会とか、提携先のこととかを担当が聞いてきているんですが、ずっと同じ人の支援をやっているところなんかは、これでいいのかなみたいな感じがありましたので、そういう制度設計は、見直すところがあるのではないかというふうに感じました。

**○WG長**はい。ありがとうございます。他はどうでしょうか。

**○委員**対象者について、この730名の院内寛解・寛解っていうのは、病院が患者の状態をこうだろうと思ってリストをあげた人達なんですよね。その後の、その730名の状況の変化っていうのは、毎年、問い合わせているのか、最初に決めた人はもう固定かによっても変わってくるなという気はします。

**○事務局**730名の方につきましては、28年度時点での大阪府在院患者調査における寛解・院内寛解の患者です。その後については、コーディネーターがそれぞれの患者の状況を聞き取っている中で、状態が悪化したという部分もあるんですけれども、当初の730人をそのまま追わせていただいているという状況になっております。

**○WG長**そうですね。その後は広域コーディネーターが、対象になった人たちの状況を聞き取って、その数字がこの表に出てるということですね。はい、お願いします。

**○委員**モデル事業として、もし集中支援ということをするとなれば、今のコーディネーターの数では730人は多すぎると思います。これは、在院患者調査で院内寛解・寛解の方を全て選んだということですが、そこからセレクションを進めていく必要があるんじゃないかと思います。一つは年齢、別紙1の右下の表では65歳未満と65歳以上というふうに分かれているんですが、人数はほぼ同数ですけれど、退院に至った数はかなり違います。65歳未満の方が、かなり退院が多くなっているということをどう考えるかですよね。つまり若い人を集中支援した方がいいのかどうか。65歳以上となると、少し様相が変わってきます。介護保険の利用が可能だし、多分この中には、認知症の方がかなり含まれているということで、そうした方たちの退院支援は少し違う要素があると思うんで、その辺も勘案して、どこに絞るかということを、もう少し考えた方が成果があるんじゃないかなという気がいたします。

**○WG長**はい。ありがとうございます。他はどうでしょうか。

**○委員**先日うちの圏域で地域移行のワーキングがありまして、そこでコーディネーターから退院患者調査のことも伺ったんですけれども、対象者がこの在院患者調査の対象とは違いますし、確か去年の3ヶ月間に退院された方に対する調査ということだったので、また違うんですけれども、ただ、その中でも高齢の方が多かったとか、退院先の分布とかでも、自宅よりもそのまま施設、例えばサービス付高齢者住宅ですとか、そういうところも多いというような傾向があったという説明がありました。ですので、今委員がおっしゃったように、年齢が高くなると色々と支援の幅も広くなってくるし、そこに関わった方がより難しいので良いのか、あるいは、65歳未満で数も多いところが良いのかと。退院の希望があれば関わりたいと思うのは、現場は同じなので、年齢で分けるっていうのは難しいところもあるんですけれども、コーディネーターの数が限られている中で、どこに集中するかというような話になってくると、そこは検討しないといけない問題なのかなとは思います。

**○WG長**ありがとうございます。どうでしょうか。そうしましたら、もう1つの論点、院内茶話会の取組に関しての御意見等をいただければと思います。これは、広域コーディネーターの役割にあるような病院職員に対する啓発という側面も、一部含んでいるんですが、入院患者さんで、この事業の対象だけではなくて、それ以外の人たちにも、退院ということを意識してもらうような取組っていうのは進められているということだろうし、それから、随分前に大阪府が手帳所持者に対して実施した調査なんかでも、入院患者はその地域で暮らすということについて、具体的にイメージが持てないというところが大部分を占めていたっていうことなので、具体的なイメージを持ってもらうという意味では、実際に地域移行を体験された方がやってきて、地域での暮らしを伝えていくっていうふうな役割を担ってきたものというふうに理解をしております。これは当然、今後も継続していくんでしょうけれども、やり方とかのところで、何か御意見等いただければということになります。冒頭で委員から御指摘がありましたが、大阪府内で実施している病院数ですよね。限られている部分があるので広げていくとか、それから、この事業の委託を受けている事業所は、圏域で1ヶ所とかって決まっていましたっけ。それなら、委託事業所の数が増えるってことはないですよね。また、実施している病院が16とか、今年度については13なので広げていくようなところがいるだろうという御指摘がありましたけれども、それ以外に何か御意見等ございましたら、伺いたいと思います。いかがでしょうか。

**○委員**　院内茶話会の事業所とか病院っていうことなんですが、病院名とか教えていただけるんでしょうか。

**○事務局**実施する病院を教えられないことはないので、後日、個別にお答えさせていただきます。ただ、ここの13病院だけが熱心にやっておられるという意味ではございませんで、これ以外に、病院独自でされているところもございます。その辺の誤解が生じないように、ここでは病院名を公表してないんですけれども、そういう誤解がないということでございましたら、お教えすることは可能というふうに考えています。

**○委員**院内茶話会のピアサポーターとして参加されている方々からの意見を聞く場が、昨年か今年に入ってあったんですけれども、そのときに出ていた言葉としては、年間予定をたてた後でその内容を、病院のソーシャルワーカーからピアサポーターの方にお示しがあったんですが、私たちが話した2名のピアサポーターは、年間予定表をたてるときにピアサポーターからも1名入らせて欲しかったということでした。自分たちの意見も出したいんだっていうことのようでした。確かに1年間の流れっていうのはあるような、予定表になっているなというふうには、見てそう思ったのですが、そこら辺のミーティングがうまくピアサポーターの方とできていないのかなという気もしました。なので、年間予定をたてていかれる際なんかには、共同作業として一緒に連携して取り組んでいただけるような流れが作ってもらえたらいいのかなと思います。

**○WG長**他、いかがでしょう。

**○委員**院内茶話会については、このコーディネーター事業の前のときから支援センターを中心に、さっきおっしゃったように、圏域毎で1ヶ所とかでやってきています。各事業所とその病院さんとの信頼関係ですとか、病院が多いとか少ないとかって地域性だとかっていうようなところでそれぞれ築いてきた中で、このコーディネーターの役割の中に引き継がれたというような認識です。ですので、29年度にコーディネーターが始まったときに、これまでピアサポでやってきた方とかは、形が変わって何かやりにくいなとか、予算の問題とかもあったりとかで活動がしにくいなっていうような話を聞いた経緯もあります。予算の問題とかもあると思いますけれども、院内茶話会とかピアサポーターの活動とかっていうのは、コーディネーターとは別ででも活動を継続できればいいのかなと思います。コーディネーターの方にはやはり個別の部分での関わりが求められるとかって今のお話でもありますので、できればそういったことに関しては、地域の方でとか、別の事業でとかっていうような検討もしていただければいいのかなとは思います。

**○委員**確認なんですけれども、院内茶話会とかの活動を通じて、長期入院者の中で寛解している方々の地域生活への移行の意欲を高めることが目的だと思うんですけれども、実際に地域での生活を体験してもらうとか、そういうことは当然必要になってくると思います。この院内茶話会とかのレベルでは、例えば地域の作業所の見学とか、退院前に地域に、もちろんどこの地域に退院するか決まってないということも含めて、退院前に色々な体験をしたりしているんでしょうか。それは、コーディネーターの業務でなくて、地域でのそれぞれ地域定着支援を行う各地の事業所の方の業務ということになるんで、地域での体験活動とかは次の段階のレベルということになるんでしょうか。ちょっとその辺教えていただけたらと思います。

**○事務局**院内茶話会の中で、実際に地域の資源を見たいということで、事業所に見学に行かれてという形で実施されるということはございます。

**○WG長**他どうでしょう。はい。

**○委員**事務局の方々に質問なんですけれども、院内茶話会をしている中での参加人数の推移とかで、実際に人数的なものはどうなっているのかっていうのと、コーディネーターの方々が院内茶話会を企画される中で、言える範囲で結構なんですけれど入りやすさとか入りにくさとか。私が委託事業所でやってたときなんかは、前の年は20人ぐらい参加してくださってたんですけれど、翌年にはもう2人しか出すなみたいなことを言われたこともあったりして。すごい聞きづらいんですけれども、その辺の何か感覚的なものとかって実際どうなんかなとか、ちなみに東西南北どこがやりやすいとかやりにくいとかあったら、言える範囲で教えていただけたらと。実態として気になるなというところです。

**○WG長**あわせてですが、ここで30年度は16病院で今年度は13病院となっていますが、このあたり、同じ病院でずっと継続されているのか、それとも転々と変わっていって、府内ほとんどの病院で実施されているのかというところはいかがですか。病院の事情で今年度はできるけれど、次年度はできないみたいなことは当然あると思うんですけれども、そういう意味で、府内の全病院でこの事業が実施されているようにとらえていいのかどうか、そこも分かるんであればあわせて教えていただきたいと思います。

**○事務局**まず、茶話会の参加人数の推移についてお答えします。ちょっと本当に感覚的な話で恐縮なんですけれども、病院さんによって茶話会の参加人数というのは結構違いまして、20人クラスで実施される病院と、逆に地域移行を目指す人という形で絞ってされている病院とまちまちです。それぞれの病院さんの考え方に寄り添って進めさせていただいています。ただ、茶話会を実際に実施する中で、やっぱりこのテーマでこのメンバーでやった方がいいなみたいな意識の変化みたいなものが現れてきていまして、今までは大規模でやってたけれども、今年度から変えようとか、そういう変化は少しずつ出てきているような状況です。ですから参加人数の推移だけが良い悪いではなくて、逆に、例えば高齢者の方を集めているのに就労移行支援の話ばかりしても変な話なので、テーマごとに人数を絞って実施しようということもコーディネーターの方から提案をさせていただいています。ちょっと意識の変化等が見られるかなというところです。

入りにくい病院というのは難しいですけれども、過去の事業では事業者に委託して広域的な役割を担っていただいてたのが、府の非常勤職員の役割に変わったことで、府の職員だからということで少し入りやすくなった病院というのは出てきていまして、今まで研修も要りませんって言っていたところが、来年からお願いしますとか、そういう変化が現れてきてるっていうような感じです。

WG長がおっしゃっていた病院なんですけれど、比較的同じ病院が多いかなという感じです。ただ、課題としまして引き受けてくださる事業所さんがいないからできないっていう課題も出てきていまして、その辺は課題認識を持っているところです。

**○WG長**はい、ありがとうございます。いかがでしょうか。そうしましたら論点に挙げられている3点以外のことで地域移行支援といいましょうか、退院促進といいますか、こういったところに関連して、この事業だけではなくて付属するような御意見等あればお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

**○委員**何回もすみません。今やっておられるのかどうかわからないんですけれど、福祉事務所の方たちが生活保護を受給されている長期入院の方への聞き取りみたいな事業をどこでやってたっていうところなんですが、大阪市とかは確かやってたような気がするんですけれど、その辺のリンクが今後あるんかないんかみたいなところが、私も全然分からないですけれども。ただそれはそれで、たぶん独自の聞き取り方をしてたと思うので、生保の方のお力をお借りするというのも1つなんだろうなというふうに思ったりしています。また、先ほどWG長も言ってくださっていたんですが、堺市は基幹が全部吸収してやってたりしますし、大阪市はこころの健康センターなんかもやってたりするんですが、堺市と大阪市で微妙に退促のあり方が違いますし、この大阪の狭い中で、府と堺市と大阪市みたいなところの連携なんかもいずれあるのかないのか、何をしているのかどうかっていうのは、何か共有か資料とかでもいただけるとありがたいなというのを思いました。

**○WG長**他、どうでしょうか。私からですが、資料1の下側に出てくるんですけれども、地域移行支援（退院支援）は市町村の役割であるというこういう表現が、私はこの事業を広めていく上では大きなブレーキになってるんだという風に思っています。大阪府がもともとこの事業を始めたときに、病院の努力ということではなくて、むしろ地域側の精神障がい者に関わる様々な機関が取り組まないと、この問題って解消できないんだっていうところで始まってるんですよね。途中で何度か、大阪府もこの事業のあり方を見直すときにも確認されていることですが、やはり、どこそこがやらないといけないという話ではなくて、これ全てのものが取り組まないと解消できないんだって、ここは何度も確認されていることなんですね。ただ、平成24年度から総合支援法の中での位置づけでは、市町村がこの事業を実施するという、より実施主体としても位置づけられたってことはありますが、こういう風に書いてしまうと、市町村がこれをやらないといけないということになります。果たして社会的入院の状態にあるような人たちの退院を促していくっていうのは、個々でできるものなのかっていう話なんですよね。ここでいろんなところが関わっていくというその姿勢がないと、これはもう市町村の事業ですから市町村が主体的になってやってもらわないとできませんって話になっちゃうと、やっぱり進まないですよね。広域コーディネーターを置いたっていうのも、市町村の事業になったんだけれど、市町村が病院の中に積極的にどんどん入っていけるのかっていうと、これまでの実績とか市町村がやっている役割から考えると、医療の中に入っていくっていうのは、とてもハードルが高いから進めないだろうから、大阪府が独自にこの広域コーディネーターを置いてその橋渡し、病院の中に入っていくっていう役割を担いましょうということでやってきたわけです。書き方の問題ではあるんで、もちろん事業の実施主体は市町村で、市町村が主体的になってやっていくというのは当然求められることではあるんですが、やっぱりこの社会的入院というのを解消していくには、全てが関わっていくというところがとても大事なことなので、表現というんですかね、この辺りも気をつけていかないといけないことじゃないんだろうかなという風に考えています。

それともう1つは、この事業の中身ではなくて、今の発言と関連するんですけれども、この事業を実施する相談支援事業所の数を開拓していかないと進まないと思います。理念や制度はあるんですけれど、実際それを提供できるサービス機関がないとなればサービスがないのと同じなんで、開拓をどうしていくかですよね。もちろんお金の問題っていうかね。事業をやる上では必要な経費が発生しますので、それがちゃんと保障されているものでないと進まないですよね。自己犠牲で成り立つものではないので、そこら辺りをどうしていくかっていうのは、府単独でするとかいう話だけではなくて、国への要求もそうでしょうけれども、そこは行政というところで考えていただかないといけないことなんだろうなというふうに思います。

もう1点、今のことに関連するんですけれども、やっぱり保健所の役割ですよね。これまでやってきた中でいくと、都道府県が主体となってやっていた時期、実際の現場では保健所がイニシアチブをとって、この事業を引っ張ってきたという言い方はおかしいですが、展開をしてきたっていうのは間違いない事実ですよね。これが制度が変わったというところで、どうしても保健所の役割が後退をしてしまっているという風に私は見ています。この地域移行支援事業の件数が、平成24年度に一気に下がって、それ以降本当にちょっとずつしか回復してきていない。これは制度が変わったということなんでしょうけれども、やっぱり都道府県主体でずっとやってきた精神障がいに関わる事業が市町村にうつって、そういう意味では市町村が新たに取り組まないといけないので、一定の時間が必要なんでしょうけれども。ただ、保健所というところがどれだけこの事業に関われるか、自分たちの仕事として関わっていくという今は地域の協議会というところで保健所がずいぶん役割を果たしてくれているところもあるんですけれども、全体とすれば役割が後退しているという風に見えてしまいます。そういう意味では、保健所がどれだけこの事業にあるいは側面的にも含めてかんでいくのかぜひ考えてほしいというふうに思いますし、ここは声を大にして言いたいところです。こういう事業展開をしていく時には、色んなところが協力をして連携してというふうに叫ばれるんですけれど、実際この事業を展開していこうとする大阪府の組織の中で、保健所を所管する部とこういう福祉事業を所管する部が連携できてないとなると、外にばっかり連携してくれと言っても、中では連携できてないとなると、それこそ、全く進まないことになっちゃうだろうと思います。そういう意味では、もちろん内部的に色んな努力はしていただけているんだと思いますが、ことこの事業に関しては、保健所というところにこの役割をしっかり担っていただけるような位置づけを入れていただかないと、福祉の部分だけで福祉のサービスだけで解決できるものではやっぱりないんだということは、もう何年もやってきて確認されていることです。そこはやっぱり意識をしてほしいというふうに考えております。私からは以上ですが、他に何か御意見ございますか。

**○委員**長期入院患者さんの対象ですけれども、もちろん在院期間が1年以上というのがあるんですけれども、今10年とか20年とかっていう方は、もちろんまだいらっしゃいますけれども、1年とか2年とか最近入院されて早めに支援することによってさらなる長期化が避けられるパターンだとか、あるいは何回も繰り返し入退院をされているうちに、地域の方とか御家族の方から、もう病院の方にずっと入っていてほしいみたいな形で、関係が悪化してより難しくなる事例、入退院を繰り返してしまって、より支援が難しくなってくる事例とかっていうのが、今現場でやっている中で体感する部分でございます。長期入院患者の地域移行というようなことで、そういった方がこの対象のところにかかるかもしれませんけれども、そういった視点で、どこに支援をしていくかっていうところも考える1つかなと思います。

**○WG長**他はどうでしょうか。

**○オブザーバー**先ほど保健所への様々な御意見もありがとうございます。様々な事業や法令等が変わってきている中で、保健所の役割も変わってきております。その中で、精神障がいを含めた地域包括ケアシステムの検討の会議のあり方っていう話が指針で出ていまして、それを受けて市町村単位と、市町村では先ほどあったように病院との関わりがなかなか難しいでしょうということで、圏域単位の協議会の場を設けて、市町村の自立支援協議会の中で挙がってきたものについて、解決の手段を検討していきましょうという形で、市町村、それから圏域保健所、それから都道府県全体という3層構造で支援のあり方の検討という風なことになってます。個別の話というところは市町村の会議の方で、それについては保健所の方も可能な範囲で、各保健所で色々やり方はあるとは思いますけれども、参加させていただきながら助言をさせていただきますし、そこから挙がった課題については、個別事案とか全体のシステムの検討と両方あるんでしょうけれども、保健所の圏域単位の協議の場で検討するというようなことは、今進んできておるところでございます。

**○WG長**　ありがとうございます。他よろしいでしょうか。それでは1の議題をこれで終わらせていただきまして、議題2ですが、その他として、地域生活支援拠点について事務局からよろしくお願いします。

**○事務局**参考1の地域生活支援拠点等の整備促進に向けてを御覧いただけますでしょうか。こちらは、部会の基盤整備促進ワーキンググループでの議論を踏まえまして、取りまとめたものです。先般7月1日に、市町村や基幹相談支援センターなど、市町村の自立支援協議会を構成するメンバー向けの研修を大阪府で行った時にも、こちらの資料の説明をさせていただいています。中身の御説明をさせていただけたらと思います。まず2ページ、地域生活支援拠点等の目的についてというところで、参考というところを御覧いただけますでしょうか。厚生労働省の通知では、地域生活支援拠点等の整備の目的は、障がい者等の重度化・高齢化や「親亡き後」に備えるとともに、地域移行を進めるため、重度障がいにも対応できる専門性を有し、地域生活において、障がい者等やその家族の緊急事態に対応を図るもので、具体的に2つの目的を持つとしております。まず1つ目は、緊急時の迅速・確実な相談支援の実施・短期入所等を活用し、地域における安心感を担保する機能を備える。2つ目は、体験の機会の提供を通じて、施設や親元からグループホーム、一人暮らし等への生活の場の移行をしやすくする支援を提供する体制を整備し、障がい者等の地域での生活を支援するとあります。大阪府では令和2年度末までに、市町村もしくは圏域で少なくとも1つ以上整備することとしております。基本的には市町村が主体となりまして、拠点等の整備を進めていただくことになりますが、市町村の整備促進の後方支援を担うのが大阪府の役割となっており、今回こちらの資料を市町村に向けて、お示しさせていただきました。2019年4月1日の府内市町村の整備状況を御報告しますと13市町村8ヶ所と、まだまだ整備が進んでいない状況となっております。大阪府では、昨年度市町村にヒアリングを行い、課題を整理しました。市町村における課題は様々で、こちらは資料に載ってないんですけれども、主なものとしましては、緊急時に対応しなければならないけれども、緊急時は人によって様々で、対象者がなかなか把握できないといったことや、サービス未利用者等の初対面の方は短期入所等ではなかなか受け入れてもらえないといったことや、緊急時の受入・対応、体験の機会・場、専門的人材の養成・確保、地域の体制づくりの5つの機能がこの地域生活支援拠点には求められているんですけれども、全ての機能を備えて整備をスタートすることはなかなか難しいという課題であったりだとか、緊急受入先の空床確保の財源を確保するといったことが難しいといったこと等が挙げられていました。

そういった課題を踏まえまして、大阪府としましては、整備に向けてまず取り組むべきことを、緊急時の受入対応の体制づくりとしまして提案しております。緊急時の受入対応の体制づくりのための整備手法として、3つ提案をしています。2ページの上段に示されていますように、緊急時の定義づけ、登録制の導入、緊急時の体制確保に向けたネットワークの構築の3つを大阪府から提案しております。3ページから6ページでは、３つの提案について、具体的な取組を例とともにお示ししております。7ページ、8ページは、大阪府内の市町村であったり、他府県で地域生活支援拠点等を整備しているところの具体的な取組例を掲載し、府内市町村の取組の参考となるように示させていただいております。9ページから10ページにつきましては、解決すべき課題ということで、緊急時の受入対応の体制づくり以外で、今後整備を進めていく上で出てくる課題であったりだとかいうのを、大阪府や市町村それぞれで施策や課題解決に向けて国へ要望したり、施策を充実していくことが求められるといったところを記載しています。

続いて、3ページから6ページについて御説明をさせていただけたらと思います。緊急時の定義づけというところで、事前に対象者を把握して支援するためには、緊急時の定義づけが必要だと考えています。緊急時の定義づけの例を大阪府として提案しています。続いて4ページ、登録制の導入を提案しています。緊急時の支援を適切かつスムーズに行うためには、事前に障がい特性や障がい福祉サービスの利用状況等を把握しておくことが求められるとし、事前に把握しておくために、登録制を導入することを提案しています。続いて5ページです。緊急時の体制確保に向けたネットワークの構築を提案しています。こちらでは、緊急時の支援を行うためには、「誰が」中心となって、「どこで」「どのように支援するのか」を明確にしておくことが必要であるとし、市町村や基幹相談支援センター等が中心となってネットワークを構築していくことを提案しています。府としましては、まず市町村に緊急時の受入対応の体制づくりについて整備をスタートしていただきたいと考えています。厚生労働省からも拠点等として機能の整備については段階的にでもよいのでまずは整備をスタートさせることが大切であるということを、先日行われた都道府県ブロック会議の方で市町村に向けて示されております。まずは市町村が拠点等の整備をスタートさせていただきたいということで、今回こちらの「地域生活支援拠点等の整備促進に向けて」をとりまとめました。説明は以上です。

**○WG長**　ありがとうございました。このワーキングで御報告いただいている関連性とか趣旨とかというところは、どういうところにあるんでしょうか。

**○事務局**精神科病院からの地域移行と直接関連するわけではないんですけれども、今国の方で、親亡き後を見据えて地域生活支援拠点の整備促進が進められているというところで、関連する取組として御説明させていただいています。地域生活支援拠点等は、地域で生活する上での取組として、緊急時の対応であったりとか、相談支援、体験と、かなり幅広い内容になっていますので、府としては、まずは緊急時の対応について重点的に取り組んでいってほしいということで市町村に考え方を示させていただいています。ただ今後、地域で生活する上での暮らしということで、幅広な取組になっていくのかなと思いますので、情報提供させていただいた次第になります。

**○WG長**ありがとうございます。ここで出てくる障がい者っていうのは精神障がいを含めてと考えていいんですかね。障がい者の緊急時の対応とかということで、地域で拠点施設を作って進めていきましょうというのがこの趣旨だと思うんですね。ここでいわれている障がい者というところに関して、精神も含めてという風に理解をしていいのかどうか、この辺りどうですか。

**○事務局**この辺りは、今後市町村の中で整備を進められていく中で、御検討いただくものと考えています。私どもで市町村の方にヒアリングさせていただいた時に、対象者がはっきり絞れていないがために、どういう体制を敷けばいいのかという議論ができていないという状況がございましたので、まずは緊急時ってどういうことかっていうのを地域で話し合っていただいて、その定義に基づいてこういう方が支援の対象になるよねっていうことで御議論いただくことになると考えております。ですので、地域によって、少し変わってくるかなというふうに思っております。

**○WG長**はい、わかりました。じゃあここで書いてある障がい者って文字が出てくるんですけれど、これはあくまでも市町村の提案ということだと思いますが、ここでいう障がい者の中には精神障がいが含まれていると考えていいですか。それとも含まれていないと考えたらいいんですか。

**○事務局**市町村によって変わるかもしれないですけれど、こちらの資料では含まれているという形です。ただ、緊急度を市町村の方で御検討いただいて整理いただくという風に考えています。

**○WG長**　ここでいう障がい者は当然精神障がいも含まれていますよということですね。ただ、あくまでも作るのは市町村なので、市町村によってはその対象を違うものに限定する場合があるかも分からないっていうことですね。ありがとうございました。

何か皆さんございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは本日予定をしておりました議題につきまして、これで検討を終えたいと思います。どうも皆さん活発な御意見ありがとうございました。では事務局にお返しいたします。

**○事務局**WG長、ありがとうございました。最後に、生活基盤推進課長より一言、御挨拶いたします。

**○事務局**委員の皆様方、長時間ありがとうございました。このワーキンググループは今月末をもって任期満了を迎えるという格好になってございます。この間の29年から約5回にわたって、色々な御議論いただきました。おかげをもちまして地域包括ケアシステムの構築にかかります市町村単位の協議の場についての冊子、こういったものもまとめていただきました。本当にありがとうございました。また私どもといたしましては、本日の会議で議論いただきました内容を十分に踏まえた格好で、来年度以降のこの促進事業の具体的な内容等につきまして**、**より具体的な施策そのものを考えてまいりたいというふうに考えてございます。今後ともぜひとも、御指導・御鞭撻をいただきますようにお願い申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

**○事務局**以上をもちまして、令和元年度第1回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを終了いたします。委員の皆様、本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。