**平成30年度**

**第２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：平成31年３月18日（月）　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　ただいまから平成30年度第２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。本日はお忙しい中御出席いただきましてありがとうございます。私は司会進行を務めます山田でございます。

配布資料の確認です。次第の一番上から、資料１－１退院患者調査結果の概要、資料１－２退院患者調査結果、資料２－１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、資料２－２長期入院精神障がい者退院促進事業のこれまでの取り組みについて、参考資料１委員名簿、参考資料２地域生活支援拠点等の整備促進に向けて（素案)、参考資料３地域移行・地域定着支援者養成研修事業、以上７点でございますがお揃いでしょうか。

それでは、初めに大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長の中井より御挨拶いたします。

○中井　こんにちは。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の開催にあたり、一言御挨拶申し上げます。

委員の皆様方には、本日はお忙しい中ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。また、日ごろから本府障がい者福祉施策の推進に御理解、御協力をいただきまして、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。前回の本ワーキンググループにおきましては、保健・医療・福祉関係者による市町村ごとの協議の場の設置に向けた会議運営の手引き、これと退院患者調査について御審議いただきました。この手引きにつきましては、昨年６月から７月にかけて府内各市町村に配付いたしますとともに、直接説明を行わせていただきました。

本日は昨年９月１日から11月30日の３ヶ月間、府内の精神科病床を有する医療機関を対象に実施いたしました退院患者調査の結果と平成29年度から実施しております長期入院精神障がい者退院促進事業の進捗状況について御報告し、御意見を頂戴できればと考えております。辻井ワーキンググループ長をはじめ委員の皆様方には忌憚のない御意見を賜りますようお願いいたしまして、御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局　本日御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50音順で御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。角口委員は、前任の山本勝子委員に代わり御就任いただきました。

　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。

　大阪府四條畷保健所長の中村オブザーバーでございます。

　公益社団法人大阪精神科診療所協会会長堤委員は遅れての御出席となります。

なお、

地域活動支援センターあん相談支援専門員の高田委員、

摂津市保健福祉部障害福祉課長の森川委員、

一般社団法人大阪精神科病院協会理事の山本幸良委員　　　　　　　　　　　　　　　　　は、所用のため御欠席となっております。

次に、事務局の御紹介をいたします。

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中井でございます。

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。

同じく総括主査松川でございます。

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。ワーキンググループ運営要綱第５条第２項の規定において、「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」となっております。本日は、委員総数９名のうち、６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、録音させていただきますのであらかじめ御了承願います。今回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。

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。それでは皆様、よろしくお願いいたします。年度末にかかわらず参加いただきましてありがとうございます。本日の議題につきましては次第にあるとおりでございます。１，２，３の順でまいりたいと思います。また、前回と同様にオブザーバー委員であっても、他の委員と同様に、質問、発言をいただきたいというふうに思っておりますので、よろしくお願いいたします。それでは早速議題に入ります。議題の１、退院患者調査についてです。事務局から説明をお願いします。

○事務局　事務局です。それでは事務局の方から退院患者調査についてご説明をいたします。まず資料の１ー１退院患者調査結果の概要を御覧ください。この調査の目的は、精神科病院からの退院促進を進めるにあたって、地域でのサポート体制や基盤整備について御検討いただくため、実際に患者がどこに退院しているのかを調査いたしました。

調査の対象は昨年９月１日から11月30日までの間に大阪府内の精神科病床を有する61の医療機関から退院した患者全員といたしました。この61の医療機関全ての病院から6,718票の御回答をいただいております。調査項目は、「年齢区分」「疾患名区分」「今回の入院日」「今回の退院日」「入院前住所地」「退院後住所地」「入院前の場所」「本人が希望していた退院先」「実際の退院後の行き先」という９つの項目となっております。

その下にあるのが、１年以上の長期入院者について過去に大阪府が実施した退院患者調査との比較です。過去の調査は平成18年と26年に実施をしております。それによりますと、65歳未満、65歳以上ともに自宅退院が減少して高齢者福祉関係の施設や住まいに退院する方が増加をしています。65歳以上の患者では、今回、障がい者福祉関係の施設に退院された方はゼロという結果になっております。資料１ー１の裏面はこの表面の棒グラフの詳細となっております。

次に資料１ー２を御覧ください。退院患者調査結果について御報告をいたします。まず、1ページ目の単純集計をご覧ください。「年齢区分」では、入院期間１年以上の患者66.4％が65歳以上の患者となっています。50歳未満の患者さんでは右端の割合にあるように、９割以上の方が１年未満で退院をしています。次に、「入院期間」では退院患者の57.9％が3ヶ月未満、81.5％が６ヶ月未満、88.6％が入院期間１年未満で退院をしております。参考までに、今年度から始まりました第５期障がい福祉計画の数値目標にあてはめますと、入院後3ヶ月時点での退院率について目標との差が大きくなっています。

次に、２ページを御覧ください。「疾患名区分」を見ると疾患ごとの割合として「症状性を含む器質性精神障害F０」と「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害F２」の患者のうち、1年未満で退院した患者は83.3％となっています。その他の疾患の割合を見ますと、１年未満で退院した患者は概ね90％を超えていることがわかります。

次に、３ページを御覧ください。３ページ目からは調査結果のクロス集計をしております。まず一番として「入院前の居場所」と「退院後の行き先」をクロスしました。ここでは転院した患者、亡くなった患者を除き小計として割合を出しています。障がい者支援施設、救護施設、障がい者向けグループホーム、有料老人ホームでは90％以上の患者が同じ場所に退院しています。入院前に障がい者向けグループホームに入居していた患者は126人、そのうち109人は同じく障がい者向けグループホームに退院しています。

続いて４ページを御覧ください。同じく「入院前の居場所」と「退院後の行き先」を入院期間１年未満と１年以上に分けてクロスをかけております。１年未満では入院前と同じ場所に戻る患者が多いですが、1年以上になるとその割合が低くなります。例えば、自宅への退院を見ても、入院まで単身の方で退院後も単身という方は１年未満では84.5％ですが、1年以上になると38.7％となっています。入院前に家族との同居だった方が家族との同居で退院された方は、1年未満では90.7％だったのが1年以上になると46.5％となっています。

５ページを御覧ください。同じく年齢65歳未満と65歳以上でクロスをしております。65歳未満の方では、障がい者支援施設、特別養護老人ホーム、家族との同居、救護施設、障がい者向けグループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅から入院し、同じところへ戻る患者の割合が９割以上となっています。65歳以上では退院先として自宅から自宅への退院の割合は低くなり、入院前と同じく単身での退院は65歳以上では65.1％、65歳未満では90.1％、同じく家族との同居での退院は65歳以上では76.0％、65歳未満では94.7％となります。

次に６ページから７ページを御覧ください。ここでは「退院後の行き先」と「入院期間」をクロスしています。まず６ページを御覧ください。１年未満で退院した患者のうち64.2％が自宅への退院をしておりますが、１年以上５年未満の入院期間で退院された方になりますと、自宅への退院は13.1％と割合が急激に低くなります。入院期間が長くなれば、自宅への退院の割合は低くなっております。

次に、７ページを御覧ください。「退院後の行き先」と「入院期間」のクロス集計を、65歳未満と65歳以上で分けています。65歳未満で入院期間1年未満の患者では79.7％が自宅に退院しています。入院期間が１年以上になると割合が低くなり、転院する患者の割合が高くなっています。65歳以上は1年未満では自宅退院が40.6％、1年以上になると、転院や死亡の割合が増えています。また、1年以上の入院では障がい者福祉関係の施設への退院は0人となっています。

次に、８ページから９ページを御覧ください。８ページから９ページでは、「入院前の場所」と「本人が希望していた退院先」、「本人が希望していた退院先」と「実際の退院後の行き先」の二通りでクロス集計をしています。本人の希望が不明の702人は除いております。まず8ページでは、「入院前の場所」と「本人が希望していた退院先」でクロス集計をしております。入院前と同じ場所に退院して戻ることを希望する患者が多くなっています。入院前と同じく単身を希望する患者は85.2％、入院前と同じく家族との同居を希望する患者は89.9％です。また、障がい者支援施設、救護施設、養護老人ホームや障がい者向けグループホームから入院した患者の９割以上が、入院前と同じ場所に退院することを希望しています。

次に、９ページを御覧ください。９ページでは、「本人が希望していた退院先」と「実際の退院後の行き先」をクロスしています。ここでは転院と死亡の数を除いています。単身を希望していた患者の89.6％、家族との同居を希望していた患者の93.0％が希望通りに退院をしています。障がい者向けグループホームを希望した患者の90.7％が希望通りに退院をしています。

次に、10ページから11ページを御覧ください。ここでは同じく「入院前の場所」と「本人が希望していた退院先」、「本人が希望していた退院先」と「実際の退院後の行き先」の二通りで入院期間１年以上の患者についてクロス集計をしております。本人の希望が不明の224人は除いております。10ページを御覧ください。入院前と同じく単身を希望する患者は46.7％、入院前と同じく家族との同居での退院を希望する患者は50.4％と、全体に比べて割合は低くなっています。また、障がい者向けグループホームを希望する方は30人で全体の5.5％、半数の方は入院前は自宅で暮らしていました。

11ページを御覧ください。11ページでは「本人が希望していた退院先」と「実際の退院後の行き先」をクロスしています。ここでは転院と死亡の数を除いています。191人中111人が自宅に戻ることを希望して、そのうち希望通り自宅に退院したのは77人でした。施設への退院は希望通り退院した患者が多く、宿泊型自立訓練事業所、障がい者支援施設、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では全員希望通り退院しています。また、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅へは９割以上の患者が希望通り退院をしました。

次に12ページを御覧ください。12ページは、「入院前の住所地圏域」と「退院後の住所地圏域」でクロスをかけています。ここでは、死亡した患者を除き集計をしています。全体では８割以上の患者が退院の時にも入院時と同じ圏域に退院をしています。しかし、入院期間が1年以上になると入院前と同じ圏域への退院の割合が減っています。

以上が今年度に実施いたしました退院患者調査の結果についての御報告となります。事務局からは以上です。

○WG長　はい。ありがとうございました。ただいま資料１－１および１－２に基づいて説明がございました。いかがでしょうか。何か質問等ございますでしょうか。

私から一点よろしいでしょうか。資料１－２の、８ページから出てきます「本人が希望していた退院先」という項目を挙げていただいていますが、これはどの時点での希望かわかりますかね。退院する１ヶ月ぐらい前に聞いているのか、入院した段階で聞いているのかということですが。

○事務局　これは退院が近づいた時期でということでお願いをしております。

○委員　資料を見させていただいて、長年精神科病院で働いている私としては、精神科病院の役割と地域の今の社会資源の広がりというか役割分担が徐々にではありますけどできてきたのかと思います。感想だけなんですが。高齢者の方々が精神科病院に入院されるというケースがあるんですが、それは薬物調整であったり、療養環境であったりが主で、そこだけ調整をさせていただいて、また戻っていただくということで、できるだけ短期間の入院期間というところで設定をしているので、９割以上がその場に戻っていますが、それが入院の条件みたいになってしまっていることもあろうかと思います。あと長期在院されている高齢になられた方の退院先としては、今は高齢者住宅がすごい勢いで増えてまして、精神症状さえ落ち着いておられれば、入ってもらっても結構ですよということで入ってもらっているケースもありますし、知的障がいの方も、高齢者のところに行っていただけるケースもちょこちょことあります。あまり年齢に関係なく受けてくれるケースもあるので、その辺の広がりもかなり退院促進には繋がってきてるのかなというのが、現場で働いている感想です。

○委員　ちょっとよくわかりにくいのでお尋ねですが、最初の退院患者調査結果の1年以上入院者の退院先という抜粋の一番下の欄、平成30年度退院患者の行き先の中で障がい者福祉関係が65歳以上では０％になっているのはどういう理由が考えられるのかなと思って、そこのところを教えていただければ助かります。

○事務局　先ほどもあったように高齢者福祉の部分で施設なり住居ということで、いろいろ幅広く受け入れてもらうところがあるというところで高齢の方はそういうふうな高齢者の施設の方に行かれる方が多いのかなと。65歳以上では障がい者の施設というよりかは高齢の施設の方を選ばれていかれる方が多いのかなというふうに思います。ですので、今回は65歳以上で１年以上の方で障がい者の関連の福祉施設に退院した方がゼロとなったのかなと思います。それぞれの方の理由はわからないですけどもそんな流れじゃないかと思います。

○WG長　見たところの印象ですけども、理解しやすい内容というか、想定しているものが数字で裏づけられてるっていうようなことがわかりやすい調査だったなというふうに思っています。特に全体的なとこですが、高齢化というのは間違いなく出てきているところであるということと、それからやはり長年言われている入院期間が１年というところの線引きですよね。ですから１年以内に何とか退院ということが言われていることがまさしく裏付けられているというところと、もう一つは65歳以上ですよね。ここの線引きというところで支援のあり方みたいなものが明確に変わってくる。ですからそこまで分析して言えるのかどうかわかりませんけれども、今言った課題のところで考えれば、医療的なサイドからのアプローチよりも、むしろ、１年以上65歳以上になれば当然ですけど福祉サイドからのアプローチというところが課題になっているんだということが非常によくわかるものになっているというふうに感じております。他よろしいでしょうか。はいどうぞ。

○委員　全体的なところで障がい福祉関係で受け入れる数が少ないかなと思います。先ほど話もあったと思うのですが、高齢者福祉関係の数が伸びてきているとか、施設がたくさんできてきているという反面、障がい者福祉関係の施設的なところや住居的なところの少なさを物語っているのかどうかというのが一つ気になります。かなり医療的なケアが必要な方たちっていうのは、やっぱり既存の障がい福祉のグループホームだけで支えるのが難しかったりして、どうしても24時間職員がいるような高齢者福祉関係のところに退院しがちやったりすることもあると思うのですけれども。障がい福祉関係の数っていうのは少ないのかなという印象はあるのですけれどもその辺はいかがなんでしょうか。

○WG長　障がい福祉サービスの資源の少なさという御指摘ですか。

○委員　少なさみたいところがあって、その資源の少なさ自体が課題なのではないか、というところです。だから高齢者の方の施設が増えているからといってそれだけでＯＫということにしたらあかんのかなという思いはしたのですけれど。

○事務局　なかなか難しいです。この項目だけではそこまで深く読み取れない部分もありますし、希望通りっていうところもどういう形で御本人の希望を聞くかっていうところもあり、厳密に言うと対面で聞くということにならないとはっきりとしたところっていうのは見えないし、本当に御本人が選択できるような形での御希望なのか、あるいはもうこれしかないわというふうな状況なのか、あるいはいろんな状況を判断して御本人が決められるというふうな状況とか、そこもなかなか難しいなと思っています。ただ、希望通りの方がこの調査からすれば多いなと、もう少し希望通りじゃないという人もいるのかなっていう予測はあったんですけれども、希望通りの数が多いなという印象を事務局でも受けています。

○委員　65歳未満の方がもうちょっと高齢者福祉関係にいってるかなっていう印象があったんですがこの調査からは意外にそうでもなかったんやなということで、自宅帰ったり、家族と同居してはるねんなということが分かりました。私の勝手な先入観で、施設がいっぱいできてきているから、たくさんそっちに行ってはるんかなという印象があったんです。ただ障がい福祉関係の施設とか資源は明らかに高齢者の施設と比べてその数は見劣りするところもあるし、ただ24時間人がいてたらいいんかというだけではないものの、障がい福祉関係の住居の支援であったり、住居必要性というのが大きくあるだろうなっていうのはちょっと思ったので、言いたかったなというところです。

○WG長　他どうでしょう、いかがでしょうか。次の議題にあるところの内容と比較をしていくとまた違うところの側面が合わせて見れるのかなというふうにも思いますので、とりあえずは一件目の議題についてはここで一度打ち切らせていただきまして、また後ほどこの点に戻って質疑を受けるということもお受けしたいと思います。次の議題に進めさせていただきます。それでは議題の2でございますが、長期入院精神障がい者退院促進事業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長期入院精神障がい者退院促進事業について御説明いたします。まず資料２－１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の資料を御覧ください。平成29年度から３年間の取り組みとして始まりました本事業の目的ですけれども、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人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された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、それから退院に繋がる入院患者の把握、市町村への繋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。これが資料２－１の真ん中の部分の図でお示しをしているところです。まず、精神科病院職員の退院促進に関する理解の促進というところですが、病院自ら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、病院職員が積極的に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などを実施して退院に繋がる患者を見つける取組も行っております。そして、市町村が設置する精神障がい者の地域移行について協議する場に支援対象者を繋ぎ、検討にあたっての助言を行っていると、このような流れで今活動をしているところです。

資料２－１の左下の表をご覧ください。毎年大阪府が実施しております精神科在院患者調査での在院患者数、１年以上の長期入院者数、１年以上入院の寛解・院内寛解患者数の３年間の推移となっております。在院期間１年以上の寛解・院内寛解の患者数は、28年６月時点では730人、29年６月時点では629人、30年６月今年度の調査では545人となっております。この事業の中では、この平成28年度調査での１年以上寛解・院内寛解患者の730人の退院を目指すということで、広域コーディネーターが対象となる患者がいる病院を回って患者の状況についてヒアリングを行っております。この２年間に各病院ともに複数回のヒアリングを行って730人の変化を今月８日時点でまとめたものが右下の表になっております。730人の状況、平成31年３月８日現在というところを御覧ください。退院した方は226人、入院中の方が402人、転院の方が55人、亡くなられた方が47人、計730人となっております。入院中の患者さんの状況についてはコーディネーターが病院の職員さんにヒアリングした状況から大まかに四つに分類しております。①は協議の場や関係機関で協議中あるいは地域移行支援利用中かそれに向けた動きを進めている患者です。②は地域の機関との個別協議を進めている患者で、例えば生活保護の担当者が面談に訪れたりとか、基幹相談支援センターの担当者と面談をしたり、あるいは保健所の長期在院患者面接などで病院以外の機関が患者とのつながりを持っている方が含まれております。③は、病院が主体的に退院支援中の患者です。個々の状況に応じて退院への取組を進めているという患者さんが含まれています。例えば本事業の取組の一つでもある院内茶話会の参加者はこの③に含まれております。④には、精神症状の悪化や身体合併症により安静が必要など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本人の拒否や家族の反対があるとか、退院先を検討しているが本人の病状の回復を待っている状況とか、本人と施設のマッチングがうまくいかないなどの状況の方が含まれています。

次に、資料の２－２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年から30年度を御覧ください。ここでは、本事業の２年間の取組と効果と課題、来年度の取組についてまとめております。横の項目①から③は先ほどの資料２－１にもありましたように、この事業の大きな柱の部分になっております。縦にこれまでの取組、それによる効果と課題、来年度の取組の項目で整理をいたしました。

まず、事業の柱の①精神科病院スタッフの退院促進に関する理解の促進について御覧ください。これまでの取組では、地域移行制度の理解や当事者の話を聞くなどが中心でしたが、病棟経験や地域移行支援の実践をしている認定看護師を講師とした研修を新たにコーディネートしました。その取組による効果と課題ですが、真ん中の四角のところを御覧ください。制度理解が進んできたり、また研修に組織として取り組むことで、多職種が参加するなどの広がりが見られてきました。研修後のアンケートからも、受講した職員自身が日々の実践にこれから活かしていきたいとか、院内の他の職種との連携の必要性を感じるというふうな感想が多く聞かれました。このような研修は継続的に定着させていく必要があると考えています。来年度は研修内容がより効果的になるよう、例えば高齢者に関する制度について学んだり、事例検討やグループワークを取り入れて院内の多職種で具体的な退院支援を考える内容にしたり、あるいは職員全員に研修内容が伝わるような開催方法を工夫するなど、効果的な研修の実施をコーディネーターとともに検討していきます。

次に②の退院に繋がる患者を見つけ出すというところを御覧ください。これまでの取組では、病院へのヒアリングを行い、730人の状況を把握しました。また病院が主体となった院内茶話会の実施を支援して、企画から、それが終了した後の振り返りまで一貫したかかわりの中で、参加している患者の変化を把握できるようにしました。その下の取り組みによる効果と課題では、730人のうち、先ほども御説明いたしましたが入院中の患者の中には④に分類される患者もいるということで、病院だけで退院支援を進めていくことが難しい状況も出てきています。また、家族状況や本人の思いなど病状以外の情報の把握不足が感じられる患者もいました。ただ、このような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などから病院職員の中に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が生まれ、新たな患者の把握にも繋がってきています。

次に、③のこれまでの取組の部分を御覧ください。これまでの取組としては、精神科病院が実施する院内茶話会に市町村や基幹相談支援センターなどの参加をお願いしてきました。また、市町村の求めに応じ自立支援協議会の専門部会などの場で他地域の取組や事例検討の助言などを行いました。また、病院と連携し、地域の機関も交えた個別のカンファレンスを開催するためにコーディネーターが調整を行いました。続いて取組による効果と課題として、真ん中の四角の部分を御覧ください。自立支援協議会の専門部会等で事例検討を実施する部会が増えてきております。しかし、市町村によっては全く事例のない市町村もあり、支援のノウハウが蓄積されない状況もあります。また、病院が地域移行支援サービスを利用検討してもなかなか相談支援事業所が決まらないという状況もありました。

②と③に共通する取組による効果と課題として、病院と退院先の市町村が遠方の場合、支援が進まない状況も見受けられたのですが、広域コーディネーターの働きかけで個別のカンファレンスを行う病院が増えてきています。あと広域コーディネーターが個別のケースとして把握し、カンファレンス等の開催など個別支援を検討しているのは、平成31年２月末時点で107人の患者さんがおられます。やはり病院と市町村の理解を深めるためには、個別の支援なりカンファレンスを通して顔の見える関係をつくることが不可欠です。

来年度の取組についてですが、②については、患者の状況に応じタイムリーな支援を進めていきます。また、広域コーディネーターが患者を取り巻く状況を整理して、今後の支援方法を一緒に考える旗振り役として活動していきます。③については、市町村や地域の関係機関の経験不足を補うために協議の場で事例検討の際の助言等を実施していきます。また、病院から遠方に退院を考えている患者の支援を広域コーディネーターが調整していきます。②と③に共通する来年度の取組として、精神科病院と市町村、地域の関係機関を繋ぎ、複数の機関で患者の退院支援を考える意識の醸成を図っていきたいと思っております。事務局からは以上です。

○WG長　はい。ありがとうございました。退院支援の事業に関する説明でございました。質問等ございますでしょうか。一点教えてください。資料の２－２の真ん中になるのですが、個別ケースのフォローアップをしていただいてるということで、数字が107人というふうに挙げられているんですけど、これは実人数ととらえていいんでしょうか。

○事務局　そうです。

○WG長　はい。ありがとうございます。

○委員　まことに聞きづらいのですが、精神科病院スタッフの退院促進に関する理解の促進というところは、医療機関によってかなり差があると思うんですが、その辺はどんな感じでしょうか。感触としては。

○事務局　入院している患者の層も違ったり、病院の規模も含めて、それぞれの病院で違います。そこを地域移行の研修ってこうだよっていうことで同じ内容で行うというのではなくその病院独自のいろんな悩みなどもあるので、広域コーディネーターが研修実施の前に打ち合わせということで時間が許す限り調整をしています。打合せの中で講師の先生とともに病院の困りごととか悩みとかそういうことも聞き出しながら、この病院ではこういうテーマも入れてみましょうとか、こういうふうなやり方をしましょう、っていうことで病院ごとに内容を変えていただいている状況があります。

研修を実施した病院ではやはり好評で、受講者の中には研修が終わってから講師の先生にもいろんな話をしたりとか、あるいはその後、自発的にいろんな勉強会に参加されたりする方もいらっしゃると聞いてますので、少しずつそういう思いを繋げていきたいと思っています。

○WG長　あわせて伺いますが、研修の開催回数について、平成29年度の実績と30年度の見込み数を上げていただいてるんですけど、実際に病院に出向いて研修を行うというスタイルなのか、どこかに集めて研修をするっていうスタイルなのか、その比率みたいなものがわかれば教えてほしいです。

○事務局　病院の研修は、大阪精神科病院協会に委託をして事業を進めています。年に1回全体研修を大阪市内を会場にして実施しています。それ以外は各病院の院内研修という形になります。その病院によっては地域の事業所の人にもぜひ聞いてほしいということで地域の関係者も声掛けをしてくださって一緒に勉強するという形をとっているところもあります。

○WG長　はい。ありがとうございます。これまでのこのワーキングでも課題になっていて、職員で地域移行支援の制度を知らないという人がずいぶんいるということで、研修もこうやって何年も続けてきているんだけれども、人が変わってしまうっていうようなところがあって、広がりが難しいというようなことがあります。一方で、病院では看護師が院内にいないといけないという中で外部の研修に参加するというのは非常に難しい。そういう意味では病院に出向いてもらってやる方が実効性があるのではないかという議論が以前ありました。それを今回こういう形でやっていただいてると確認できました。ありがとうございます。他はどうでしょうか。はい、お願いします。

○委員　今の広域コーディネーターの体制というか人数的な配置を教えていただきたいのと、資料２－２で来年度の取組も挙がっていたんですけれども、広域コーディネーターの方が旗を振ってカンファレンスとか開催して退院にまで結びついたケースがあるのかと、それによって周りがどういう反応だったのかっていうのが何かあれば教えてください。

○事務局　今現在広域コーディネーターの人数は５人です。実際は６人体制にできるので、１名募集中という状況です。実際に退院に繋がった方っていうのは数的には把握できていないですけれども、いろんなところから相談があり、病院からもそうですし、出向いている市町村からも、「病院から市町村に相談があったけれども、どのように進めたらいいか一緒に聞いてほしい」ということで、会議に同席したりしています。どんなふうにみんなで考える場が作っていけるかということを考えて組み立てていっているところです。

○オブザーバー　私からお伺いしたいのは、資料２ー１で広域コーディネーターの対象となった患者が平成28年の730人ということで、730人を追ってきているということですよね。広域コーディネーターの事業は、この年に１年以上の寛解・院内寛解で入院中の方を対象として、翌年２年目になってない人でこの人たちの方が早く退院できるのにみたいな人の対象があって、またその次の年も、さっきの調査じゃないけどやはり１年以上だけど、２年とか３年とかの人はここの中には入っていないということでいいのでしょうか。

それはこの730人の状況が実はこの資料２－１の中でも、先ほどの２－２でいう個別のケースのフォローアップ107人って、多分この２－１の表の②と③を足したものということなのかなと思ったのですけどそうではないのでしょうか。

　　　この対象が本来２年目３年目になったら足して来る人があるんだろうと思うんですけどその推移が入ってるのか入ってないのか、それによって、毎年の退院支援でできた数っていうのは見方が変わってくるんじゃないかと思うんです。それがちょっとこの表ではどれもわからないのかなと思ったので、それをお示しいただければありがたいなと思います。

そのことが、資料の２－２の中の真ん中の取組による効果と課題にある「他の入院患者さんも退院の対象になるんじゃないか」っていうのは、これは２年目の人のこと、３年目の人のことを言ってるのかなとか、あるいは全く別のものなのかちょっとよくわからなかったので教えていただけますでしょうか。

○事務局　ありがとうございます。730人の方の退院を目指すというのは事業の目的というか、大きな柱の部分で、その方々をずっと追っているというのがこの資料２－１の右下の表になっています。ただ、もう一つの退院に繋がる患者を見つけ出すというところでは、病院が主体となって患者さんの退院意欲の喚起に取り組むという動きをとっていただいて、「院内茶話会等にぜひ参加してほしい」と考える患者を選んでもらうという形で進めていますので、その中には730人の中に入っている方もいらっしゃれば、そうではない方、病院がぜひこの人にというふうな形で選ばれた方も入っているという状況になっています。ですので、730人の方のヒアリングで状況を確認しながらそこから退院の可能性がよりある方に関しては個別のフォローをしていきませんかという提案をさせてもらう。それから院内茶話会で患者をみていく中で個別のフォローをしながら「退院に向けて進めていくのはどうでしょうか」という提案をさせてもらっています。院内茶話会の中には730人の方もいるし新たに選ばれた患者もいますので、この事業的には730人の方を進めていくというところと、それ以外の患者さんでも退院支援が可能だと見つけ出したところとどちらも病院と一緒に協力してやっているというところです。ちなみにこの個別ケースのフォローアップっていうのは、内訳としては730人の対象者の方が30人、院内茶話会等その他病院からの相談等が77人という状況になっているところです。

○オブザーバー　よろしいでしょうか。そうすると、資料の２－１の入院中で、②と③これは個別のフォローアップの対象になっているというふうに思ったのですが、この数とはまた違うのでしょうか。そこを整理していただけたらというのが一点です。それからもう一点、今のお話で新しい人も入ってるよと、私も新しい人をどんどん入れていくべきといつも思ってたんですけれど、新しくもっと退院させられる人を選んでくるということが見受けられましたので、そこの割合が分かるような形で資料を出していただいた方がいいんじゃないかなと思います。

最初の730人っていうのをはっきりと出しておられるので730人の人を目標に事業をやってるっていうふうにちょっと見えてしまうのかなと。そこは730人はこうなっていて、そうじゃなくて新しく入ってきた人だと対象は毎年こんなふうに増えているみたいなのが、事業の経過としてはわかるし、コーディネーターの役割もわかるのではないかと思いました。

○WG長　他はどうでしょうか。はいどうぞ。

○委員　資料２ー１の右下の730人の状況というところなんですが、入院中の地域移行支援の利用中の方々が極端に少ないような感じがとても印象としてあって、それが制度の使いにくさなのか、市町村の職員の理解がまだまだないのか、はたまた病院に入りにくい環境になっているのかとか、地域の事業所がないのかっていうところも含めて、その辺の分析とかって何かありましたら教えていただけたらなと思いました。

○事務局　すいません。7人という形ですごく少なくなってるんですけれども、地域移行支援を利用されて退院の数に入っている患者もいるので、あくまでもこの時点でということになっています。それでも利用してらっしゃる方っていうのは少ないかもしれないですね。なかなかそこまで結びつかない形でいる方がまだ多いかもしれないです。

○委員　実際地域移行支援を利用されて退院される方は何人ぐらいいるのですか。

○事務局　すいません、ちょっと数までは今把握できていないんですけれども、そんなに多くはないかなという感じです。

○WG長　ありがとうございます。大阪府がスタートした退院促進支援事業、あるいはその途中から国の事業化になってきましたけど、一気に全国的に数が減ったのが、個別給付化になったところですよね。制度上の使い方とか、使い勝手の悪さとかいろんなことが言われてますけどそこで一気に数が少なくなったという、それ以後あまり全体的に復調しているようなところが見られない。大阪府においても同じなのかなというふうに思いますけれども、ただ少なからずこの730人を対象とした中でも、実際に事業を利用して退院をされた方も実際にはいると、ただ全体から見たときに、この数字というのは少し低いように感じるというところがあったと思います。ありがとうございます。他どうでしょうか。

重ねて今のところになるんですが、これ前回のところでも、随分議論になったと思いますけれども、今見ていただいてる資料２－１の右下の730人の状況のところなんですが、入院中の④ですよね。退院支援を行える状況にないというところ。平成28年６月の調査の段階でこういう取組の対象として考えられるのはっていうことで、1年以上入院してて、寛解もしくは院内寛解の方に対してはやっぱり福祉サイドからのアプローチをしていくことで退院を目指していくべきだという理屈ですすめてきたわけですけれども、実際に④の数字が平成31年の３月８日現在でこれだけの数を占めているということですね。

もちろん精神科疾患ですから病状が変化をするということは当然想定されるんでしょうけれども、質問したいところはですね、この④の数字というのはどういう形で把握しているのか、いわゆる質問紙で回答してもらっているのかどうか、その際に退院支援を行える状況にないというところに具体例を挙げているのかどうか、例えば本人の拒否や家族の反対があるっていうのをこれでもって退院支援を行える状況でないと考えるのはどうかというふうなことももちろんあるわけなんですけれども、このあたりの把握の仕方ですよね。これをどんなふうに把握しているのか、プラス④の退院支援を行える状況にないという選択肢を選ぶ際に具体例みたいなことを挙げているのかどうか、そのあたりを教えてください。

○事務局　これはこちらが後から①から④に振り分けたという形です。広域コーディネーターのヒアリングによって振り分けているという状況なので、もしかすればまだもっと聞けば変わるかもしれないみたいなところはないとは言えないんです。本当に客観的なものではない部分もあるというところはあります。

**〇WG長**なるほどありがとうございます。質問紙によって調査をして回答している数字ではないということですよね。コーディネーターの方々がそれぞれヒアリングの中で聞き取ってきたものを事務局が振り分けたということですよね。こういうふうに考えていくと、例えば本人としてそのマッチングがうまくいかないなんていうのはまさしく取り組んでいると考えてよいです。これを退院支援を行える状況にないっていう枠組に入れちゃうとちょっと齟齬が出てくるんじゃないかというふうに思うので、その辺の何か基準のもうちょっと内容を検討すれば数字がずいぶん変わるのかなと。この数字だけ見ると何かとてもおかしな感じがするんですね。もともと寛解もしくは院内寛解だった人に対して取り組んでいきましょうとなってて、このようなところがこれだけの数字っていうのはちょっと違和感があるので、振り分けをもう少し考えてもらったらどうかと思うんですけどね。他どうでしょうか。

○委員　今のお話、全くそうで、長期在院の患者さんが社会へ出る不安感の方が強いので、退院の２文字をあげただけで病状がぐっと悪くなったように思えるような不安感を出されるんです。なので、やはり退院っていう一歩踏み出すこちらのスタッフも、患者がどういうふうな反応を示すのかっていうことも理解して退院支援をしていかないといけません。もう追い出すみたいな感じで受け取られる方がまだ長期在院の方にはたくさんいますので、やっぱり今こういうふうに社会って変わってきてるんやということをちょっとずつ患者が知れる環境作りにぜひともコーディネーターの方々に、大変ですけどやっていただけたら私たちも助かります。

○WG長　他いかがですか。はい。そうしましたらもう一度先ほどの資料１の調査も含めてですが、何か質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。はいどうぞ。

○委員　家族会のメンバーの中に２人ほどいるんですけれども、入院と同時に「３ヶ月後の何月何日が退院日ですよ」って言われて、入院中はそれに向けての治療を受けられて、３ヶ月過ぎて退院おめでとうって言ったら、１週間でまた再入院したのよっていう、そういうケースで親も本人も戸惑ってるっていう状況があるんですね。もう一つは、援護寮っていうんでしょうかね。病院から退院できる状況になるということで援護寮に入ったんですけれども、そこで体調が悪くなって、病院の中の援護寮だったのですぐ治療には繋がったんですが、退院の話が近づいてくると親の方がとても不安になって、援護寮も期限があるんですね。その後どこへ行ったらいいのかも病状も心配だけれども行く先がない、自分とこの自宅には連れて帰れない状況、いろんなケースがあるかとは思うんですけれども、そういう状況の中で私達に相談されることがあります。広域コーディネーターっていうことで、私は本当勉強不足で余りよくわからなかったんですが、こういうところにSOSを出していけば道が開けていくのでしょうか。ちょっと教えていただけたらなと思います。それと、グループホームとかそういうのができてるっていう話ですけれども、どれぐらいの量のそういう施設があるのかっていうのも把握できているものなら知りたいなと思います。

○WG長　今の質問でいくと３年間の限定の事業で取り組んでいる大阪府の広域コーディネーターの役割というところで、個別に相談を投げかけていいんでしょうかというふうなところだと思うんですけども、そういうふうな状況になって困ったときにどこに相談をすればいいんでしょうかというふうなことと、もう一つは入院された患者さんが退院していく先の一つとしてグループホーム等がありますけれども、そういった施設がどの程度大阪府内において整備されているのかというふうなところの質問でよろしいですかね。すいません。お願いします。

○事務局　広域コーディネーターの方は、３年間の限定の事業ということで今進めていますが、個別のケースは持たないということでやっております。今のお話で例えば３ヶ月で退院をされてまた１週間で再入院してしまったというところで次どうしていこうというようなときには、病院との御相談かなと、病院の方も地域移行で対応するときにコーディネーターの存在はこの２年間ほどで理解をしていただいておりますので、なかなか退院が難しい、みんなで考えていった方がいいよねっていうふうなケースに関してはコーディネーターに、「こんなケースの方がいらっしゃるんですけれども」っていうお声掛けいただくことも増えてきています。病院と退院先の地域が一緒に相談をして一番良い方法で対応していただく調整をしていくというのがコーディネーターの役割かなと思っています。入院中でまた再入院されて次退院するときどうしようっていうのはまず病院の方に御相談していただいて、「退院の相談をもっと地域の方とも一緒に考えてほしいんだけれども」ということをお伝えいただければいいのではないかなと思います。

また援護寮に入ったけれども体調が悪くなって、また入院をされて今度退院するときにどうしようと御家族の方も退院先のことをすごく心配されているということですが、この方は一旦援護寮に入っておられたということであれば、福祉のサービスを受けていたということになりますので、市町村の方も御存じの患者さんになるかなと思います。そういう場合であれば、まず市町村の窓口へ御相談に行かれるのもいいかもしれませんし、あと同じように病院のケースワーカーさんの方に御不安を伝えられて、みんなで考えて欲しいとお伝えいただければいいのではないかなと思います。

一例ですが、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したときに、御家族がとても反対をされてきたということで、家族の方にもお話聞いてみましょうと病院の担当者の方が面接をするときに同席をさせてもらったり、その後御家族にも来てもらって御家族の思いをお聞きするという場面をカンファレンスで調整しました。その後、いろんなサービスがあるんだなあということも御理解いただいて、継続的にそのカンファレンスに御家族も参加するという経過をたどって今退院に向けて進めているケースもあります。個々の患者さんの状況に応じて調整をしていくということが可能になるかなと思いますので、そういう形でコーディネーターの活用をしていただけたらと思います。

○WG長　いかがでしょうか。よろしいですか。はい。そうしましたら議題３になりますがその他のところで参考資料１，２，３とございますので、その説明を事務局からお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○事務局　事務局です。参考資料２と横文字で入っている、資料を御覧いただけますでしょうか。こちらは地域生活支援拠点等の整備促進に向けての素案ということです。地域生活支援拠点等につきましては、平成28年10月に基盤整備促進ワーキンググループから報告書という形で市町村にお示しさせていただいております。以降、市町村で協議の方は進められるようになって、平成32年度末までに市町村で一つもしくは圏域で一つ整備しましょうということなんですが、府内でも６市と、まだ整備が進んでいない状況です。

そこで改めて今回基盤整備促進ワーキンググループで、整備促進について検討する運びとなりました。本日は先日２月28日に行われました第二回ワーキンググループの資料について御説明をさせていただきます。この素案については次回平成31年５月か６月頃に第三回ワーキンググループを開催する予定で、そこで案という形でお示しして７月頃には府からの報告書という形で、府内市町村にお示ししたいと考えております。資料に沿って説明させていただきます。

この素案については大きく二つのテーマ構成となっています。一つは、まず最低限市町村に取り組んでいただきたいこととして、緊急時に体系的に対応できる仕組みを作っていただくということ。もう一つは市町村が整備を進めていくにあたり、段階的に解決すべき課題についてまとめています。

１ページ目を御覧ください。今回改めて報告書という形でお示しすることにした経緯について説明しております。

続いて２ページ目を御覧ください。こちらでは府としての地域生活支援拠点等の整備の考え方をお伝えしています。大阪府としては、地域生活支援拠点等の目的を障がい者やその家族の緊急事態に対応するために市町村や基幹相談支援センターなどを中心とした地域資源のネットワークを構築することとしています。その目的を達成するために最低限取り組むべきところとしまして、対象者を事前に把握するとともに、緊急時の相談受付を可能とすること、その際の支援の流れを明確にしておくことが必要だと考えています。その手法としまして、①緊急時の定義づけを行うこと、②登録制の導入を行うこと、③緊急時の体制確保に向けたネットワークを構築すること、この３点を市町村に提案したいと考えております。参考に厚生労働省の通知という形で、平成29年７月７日に地域生活支援拠点等の目的ということで示されているものを記載しています。

次のページを御覧ください。提案1、緊急時の定義づけというところです。緊急時は人によって捉え方が異なり、対象者を把握することが難しく、どのような対象者にどのような体制をとり、どのように対応するのかを整理するために、まず緊急時の定義づけが必要ではないかと考えます。府として緊急時の定義づけの例としまして、介護者が急病、入院、葬祭、死亡などで不在もしくはそれに近い状態になり、障がい者のケアができない、日常生活が危ぶまれる、在宅での生活ができなくなる状況、というふうに考えております。緊急時の定義づけを行いまして、緊急時に24時間対応するとともに、将来起こりうる緊急時に備えることが必要だと考えております。

続いて４ページを御覧ください。こちらでは登録制の導入の提案となっております。緊急時にスムーズに支援するためには事前に障がい者の特性などを把握してから支援する必要があると考えます。３ページで示したような緊急時の定義づけをもとに、まずは緊急対応が必要な障がい者を事前に把握する登録制を導入することを提案します。登録制を導入し対応していくためには、登録に向けた取組が必要になります。丸一つ目は緊急対応の可能性が高い障がい者をピックアップし、登録を働きかけることです。登録を働きかける際には、個人情報の観点も注意しなければならないということにも触れています。緊急対応が必要となる可能性が高い障がい者として、※１の8050世帯や、課題を複数抱える世帯を例示で挙げております。ピックアップするための手法としまして、サービスに繋がっている障がい者については、市町村や基幹相談支援センターが中心となり、特定相談支援事業所と連携し、状況把握を行っていただくとか、障がい支援区分認定審査時でもこのような状況把握を挙げています。サービス未利用者については、市町村が障がい者手帳や障害年金の更新時に対面で状況把握を行うことを挙げています。特に高齢者で手帳を持っていて重度障がいなどがあればリスクが高い可能性があると考えます。こういった方々から登録に向けて働きかけるのも一つではないかと考えています。二つ目の丸です。委託相談支援事業所や特定相談支援事業所といった障がい福祉サービス事業所、生活保護・高齢福祉・保健医療といった庁内関係部署、社会福祉協議会、民生委員、コミュニティソーシャルワーカーといった関係機関に地域生活支援拠点等のことを周知すること。そういった機関にはサービス未利用者の情報が入ってくることが多いということですのでサービス未利用者の情報については市町村に集約し、市町村や基幹相談支援センターが把握すること。三つ目の丸ですが、登録情報について、緊急時の対応が必要となった場合に備え、市町村や基幹相談支援センターなどで一元管理する、定期的に情報の更新を行う取組を挙げています。最後の丸になります。登録制を進めていく中でサービスを利用されていない人は、なかなか登録に結びつかないといった意見もございました。登録を拒否された方にも継続的に状況を把握していくこと、登録に繋がる前に緊急対応が必要となる場合には緊急のケース会議や措置、特例介護給付の活用も含め検討が必要であるということにも触れております。

続いて５ページ目を御覧ください。こちらでは提案３緊急時の体制確保に向けたネットワークの構築の提案です。障がい者の緊急時の支援をスムーズにするためには、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と考えます。こちらでは登録の情報を一元的に把握している市町村や基幹相談支援センターなどがコーディネートを行うネットワークを構築することが必要であるということを提案したいと考えています。真ん中の緊急対応のイメージでは、障がい者や家族からの緊急時の相談対応の流れを示しております。市町村や基幹相談支援センターに一旦情報を集約し、そこから情報提供やコーディネートを行っていくということが必要だと考えています。コーディネート先として短期入所事業所、居宅介護支援事業所などを挙げています。また、緊急時の受入れ可能な事業所を増やすために登録した方に短期入所の体験を促していくということや、体験を拒否されたりする方につきましては、短期入所事業所等の職員が訪問し面談するなどを挙げています。また、地域協議会などに参加し、地域資源の空き情報とかこの事業所がどういった障がい特性に強いのかとか特色などを把握しておくことで、緊急時の対応がスムーズになるのではないかということにも触れています。ここまでが市町村にまず地域生活支援拠点等の整備に向けて段階的に最大限取り組んでいただきたいところというふうに考えています。

続きまして解決すべき課題というところを御覧ください。ここからは解決すべき課題として、市町村内の実施状況を見ながら課題等を関係者間で協議していくこと、また地域生活支援拠点等が機能するためには、支援を必要とする人を、適切なサービスに繋ぐことが重要であると考えます。サービス利用の有無にかかわらず、地域で暮らす障がい者の状況把握は欠かせないこと、また対象者を拡大し持続的に取り組んでいくためには、課題に対する国への要望や府・市町村における施策を充実させていくことが必要であるといったことをこの五つの項目に分けて記載しています。

〇の一つ目、コーディネーターの配置についてです。地域生活支援拠点等の相談は特定相談支援事業所に報酬加算が設けられていますが、基幹相談支援センターが休日夜間の利用者からの相談対応、地域の社会資源への繋ぎ、登録情報の管理を行うコーディネートを行うためには、人件費が措置されることが必要ということ。また、現在報酬上緊急時のコーディネートの役割を担う機関は特定相談支援事業所のみとなっておりますが、基幹相談支援センターが行う場合にも報酬の対象となることが必要であるとしています。

二つ目ですが、相談支援機能の強化についてです。特定相談支援事業所は、緊急時の短期入所など、障がい福祉サービスを利用する上で不可欠な機関であります。報酬の見直しに伴い、小規模な事業所では運営が厳しい状況となっております。地域生活支援拠点等の窓口となり、緊急時のコーディネートを行う特定相談支援事業所が障がい者や家族に寄り添い、適切なケアマネジメントを行うためには、質の高い人材を確保し、安定した運営を行うことが可能な報酬が必要であると考えます。

次の最終ページを御覧ください。緊急時の受け入れ先の確保について。緊急時や受入先である短期入所事業所はレスパイト等の定期利用で慢性的に満床状態となっている場合が多く、緊急時の利用が難しい状況となっています。短期入所事業所が緊急受け入れ先として機能を発揮するための空床確保のための体制整備や、グループホーム、特別養護老人ホームの短期入所など地域の社会資源の空きスペースを最大限活用するなどの柔軟な受け入れ体制が必要であると考えます。また、強度行動障がいなどの重度障がい者の緊急時の受入れを短期入所事業所やグループホームなどで行った場合マンツーマンの支援や関わりが必要であったりということから初期に適切な支援を可能とするための初期加算の充実が必要であると考えます。

〇の二つ目、生活の場の確保についてです。緊急時には地域生活支援拠点等で対応するが、家庭で障がい者の生活を支えてきた家族の高齢化に伴い、いずれ家族と離れて生活することなどにも備え、障がい者がグループホームや一人暮らしなどの今後の生活の場や日中活動の場を選択できるようにすることが求められます。そのためには、障がい福祉サービスの利用促進や、体験できる機会の確保、それぞれの障がいの状況に応じた環境整備、消防用設備等への対応が必要であると考えます。最後に、地域生活支援拠点等を支える人材の確保についてです。緊急時の受入れ先や体験の場、生活の場といった受入れ側では、医療的ケアの必要な障がい者、行動障がいを有する重度の障がい者の支援には、専門的な知識や技術を持つ職員配置が必要となってきます。一方、地域生活支援拠点等において、コーディネート、地域の体制作りの中核を担う相談支援事業所においても必要なケアマネジメント能力が求められます。相談支援、強度行動障がい者支援、医療的ケアなどの専門性を高めるための研修の充実やスキルを有する事業所によるサポート体制などが必要であると考えています。この資料の説明は以上になります。

○事務局　続きまして参考資料３をご覧ください。地域移行・定着支援者養成研修事業というタ　　イトルです。こちらは来年度、平成31年度からの新規予算となっています。事業の概要を御説明させていただきます。平成30年度障がい福祉サービス等報酬改定では、障がい者支援施設や精神科病院等からの地域移行を促進するために地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価する基本報酬が新設されたところです。右の概要の抜粋のところを御覧いただければと思います。真ん中、中ほどになるんですけれども、地域移行支援サービス費１と２と二つあるんですけれども。１を算定する事業所の要件としまして、（２）次の要件のうち、いずれかを満たすことということで、①従業者のうち、１人以上は社会福祉士または精神保健福祉士であること、②従事者である相談支援専門員のうち１人以上は精神障がい者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者であることというのが設けられております。この研修が今まで大阪府内では実施されていないところです。

その下の府内の一般相談支援事業所の状況について御説明させていただきます。こちらは４月1日現在の厚生労働省の調査結果なのですけれども、相談支援の業務に従事する方の資格の取得状況をまとめたものになります。こちらに記載していますとおり、社会福祉士や精神保健福祉士、いずれも配置のない、例えば介護福祉士さんなどがいらっしゃるんですが、約半数の51％の事業所でどちらもいないという状況になっています。このため、ちょっと左に戻るんですが、新たな基本報酬での対応と地域移行を実施していただく方の人材養成を目的に、このタイトルの研修を実施させていただきたいというふうに思っています。実施方法につきましては１日の研修を２回という形で実施させていただきたいというふうに思っています。こちらは相談支援事業所さんがかなりお忙しいというふうに聞いていますので、また１人で事業所を運営されているというケースもかなり多いというふうに聞いていますので、平日１日と週末に１日と、２日同じ研修を実施することで、なるべく参加しやすいようにというふうに思っています。以上のような研修内容で実施させていただきたいというふうに思っています。御説明は以上です。

○WG長　はい。ありがとうございました。参考資料の説明ですが、何かございますでしょうか。よろしいですかね。はい。そうしましたら本日予定しておりました議題を全て終了いたしましたので事務局に進行をお返ししたいと思います。

○事務局　ワーキンググループ長ありがとうございました。次回のワーキンググループは６月頃の開催を予定しております。今回と同様に、日程調整をさせていただく予定としておりますので、よろしくお願いいたします。以上をもちまして平成30年度第２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、どうもありがとうございました。