**大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会**

**令和５年度第１回**

**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５年８月３１日（木）**

**午後２時００分～**

**会場：大阪赤十字会館４０１会議室**

日　　時：令和５年８月31日（木）午後２時～午後３時50分

開　　催：大阪赤十字会館４０１会議室

出席委員：大野委員、高田委員、田中委員、辻井委員（ＷＧ長）、堤委員、萩原委員、西浦委員、山本委員〔五十音順〕、谷掛オブザーバー

**◆事務局**

　それでは、定刻となりましたので、ただ今から、「令和５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」を開催いたします。

　委員の皆さま方におかれましては、ご多忙のところ、ご出席を賜りまして、誠にありがとうございます。本日の司会を務めます嘉永でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

　本日は、議事録等作成のため、この会議の録音をさせていただきますので、あらかじめご了承願います。スピーカーの音を録音しております。委員の皆さま方におかれましては、ご発言の際にマイクをお持ちいたしますので、マイクを通してご発言いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

　はじめに、大阪府福祉部障がい福祉室　生活基盤推進課　課長よりごあいさついたします。

**◆生活基盤推進課長**

　皆さま、改めまして、こんにちは。いつもお世話になっております。

　本日は、久しぶりの対面開催ということでございます。暑い中、また、コロナも地味にどんどん広がりを見せているようにも聞いておりますが、この対面開催にご理解を賜りご参画いただいておりますこと、この場をお借りして御礼申し上げます。本当にありがとうございます。

　さて、今年度１回目のワーキンググループということでございますが、実は、今日は、Ｗｅｂのときはいつも参加させてもらっていたのですが、後ろに事務局として、大阪府がお願いしている広域コーディネーターの方にもご参画をいただいております。

　ということもございまして、今日は、いつもの大阪府からの状況報告に加えまして、広域コーディネーターさんが実際にやっていただいた個別支援を通して、病院サイドの課題であるとか、地域における障がい福祉サービスや支援のあり方の課題というところを、改めて確認というか、紐解いていってみるということと、それから、その対応はどんなことが対応できたのか、また、できなかったのかという部分も、好事例だけではなくて、やはりどこでつまずいたかという問題も広域コーディネーターさんが拾ってきてくれていますので、その辺のお話しも、実態のお話しということで、皆さんと改めて意見交換をさせていただき、どこにもう少し力を入れていかないといけないとか、ここはもう少し連携がいるとか、そういったところの紐解きができればいいかと考えておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

　本日も辻井先生にはお世話をおかけしますが、皆さま、活発なご意見をいただき、円滑に進みますようにお願いして、開会のあいさつとさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

**◆事務局**

　さて、精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ長につきましては、桃山学院大学の辻井委員にお願いしております。

　また、参考資料２「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４条第２項により職務代理者として、地域活動支援センターあん施設長の高田委員を、ワーキンググループ長より指名いただいております。辻井委員、高田委員、どうぞよろしくお願いいたします。

　では、ワーキンググループ長のご紹介に続いて、本日ご出席の委員の皆さまを、委員氏名の五十音順でご紹介させていただきます。

　桃山学院大学社会学部　教授の辻井ワーキンググループ長でございます。

**○**辻井ＷＧ長　どうぞよろしくお願いいたします。

大阪府精神障害者家族会連合会　会長の大野委員でございます。

**○**大野委員　大野です。どうぞよろしくお願いいたします。

地域活動支援センター　あん　施設長の高田委員でございます。

**○**高田委員　高田でございます。よろしくお願いします。

枚方市健康福祉部障害支援課　課長の田中委員でございます。

**○**田中委員　田中でございます。よろしくお願いいたします。

大阪精神科診療所協会　会長の堤委員でございます。

**○**堤委員　堤です。よろしくお願いします。

大阪精神科病院協会　理事の西浦委員でございます。

**○**西浦委員　西浦です。よろしくお願いします。

大阪精神保健福祉士協会　会長の萩原委員でございます。

○萩原委員　萩原です。大阪精神保健福祉士協会は、６月の総会で、会長萩原は辞任しまして、幹事ということで、まだ協会の方にはいろいろ関与するのですが、協会に本当にいろいろなご支援をありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。

日本精神科看護協会大阪府支部　事務局長の平岡委員は、ご欠席の旨ご連絡をいただいております。

　大阪精神障害者連絡会　代表の山本委員でございます。

○山本委員　山本です。どうぞよろしくお願いします。

オブザーバーの大阪府守口保健所の谷掛所長でございます。

○谷掛所長　谷掛です。よろしくお願いします。

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、ご紹介いたします。

健康医療部保健医療室　地域保健課　参事の上野でございます。

〇上野参事　上野でございます。宜しくお願いいたします。

大阪府こころの健康総合センター　事業推進課長の松川でございます。

〇松川課長　松川です。宜しくお願いいたします。

次に、事務局の職員を紹介いたします。

　先ほどごあいさついたしました、福祉部障がい福祉室　生活基盤推進課長の小山です。

　同じく、課長補佐の林です。

　同じく、総括主査の中川です。

　同じく、主査の有本です。

　地域精神医療体制整備広域コーディネーター、武田、杉澤、ベルネジ、上田、福田です。

　本日は、委員９名のうち８名の出席がございます。過半数の委員にご出席いただいておりますので、参考資料２の運営要綱第５条第２項の規定により、会議が有効に成立しておりますことを報告させていただきます。

　また、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。本日は３名の方が傍聴されております。

　次に、事前にご送付しております資料の確認をさせていただきます。

　上から、

・「次第」、

　・「本日の配席図」、

　・資料１－１「令和４年度大阪府精神科在院患者調査について」、

　・資料１－２「大阪府の「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に  
おける現状と課題」、

　・資料２　　「個別支援から見えてきた地域課題について」、

　・参考資料１「地域支援推進部会運営要綱」、

　・参考資料２「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」、

　・参考資料３「委員名簿」となっております。

　事前にお送りしたものから内容を一部修正しているものがございます。お手元の資料をご参照ください。

　なお、個人のプライバシーに関する内容についてご議論いただきます場合には、一部非公開ということで、傍聴の方にご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ご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、配付資料とともに、委員の皆さまの発言内容を、そのまま議事録として府のホームページで公開する予定にしております。ただし、委員名は記載いたしません。あらかじめご了解いただきますようお願いします。

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

**◆ＷＧ長**

　失礼いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

　本日の会議については、特に決定をするという事項はございません。そういう意味では、それぞれの立場から、さまざまな意見を出していただいて、意見交換の場にさせていただければと考えております。

　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々にも、他の委員と同様にご発言をいただくということで了承いただきたいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

　それでは、早速議題に入ってまいります。今回は、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」における大阪府の現状の確認を行い、その後、府内において広域調整を行った個別の事例対応の中から見えてきた課題を、いろいろな角度から検討していくということを主眼に進めてまいりたいと思います。

　では、はじめに、議題１、事務局より大阪府の状況の報告をお願いいたします。

**◆事務局**

　では、ご説明いたします。個別にはいろいろ皆さまにお世話になっていますが、こうした対面開催は、実は、私がこの職に就いてからは初めてです。「Ｗｅｂでいいじゃないか」みたいなお声も聞きながら、リアルに会わせていただけて、私は非常に感激しています。

　現状の振り返りですが、在院患者の状況とか、若干法改正に向けてどんなことになっているかのあたりを、資料１を用いてご報告いたします。お手元の資料と、スライドも準備しています。見やすい方をご覧いただけたらと思います。

　まずは、令和４年の精神科在院患者調査の報告についてご説明いたします。

　６月、７月ぐらいにようやく報告書を、各市町村等に報告し、ホームページにも公開できている状況です。

**※事務局注**

**9月に、1病院より状態像の数について修正報告が入り、10月17日に修正報告を公開しています。その結果、この時点の議事内容の分析等と食い違いが出ております。議事録中の該当箇所には注釈を入れて**

**おります。**

　表紙に書いているのですが、減少傾向ではあります。全体的に１年以上の長期入院患者は減少傾向で、後ほど詳しく説明しますが、令和４年は、この調査を始めて、初めて9,000人を切って、１年以上の長期入院の方は減少していて、第６期障がい福祉計画の目標は8,688人ですので、一応それに向かっていっているかという状況です。

　令和４年は、引き続き、全患者数・１年以上長期入院患者数ともに減少傾向です。全患者に関しては、病床数の減少等も関係して、病院の努力によるあたりの数が影響するものですが、１年以上の長期入院になると、いろいろな要素が絡まってきて、現状、全体患者数に占める１年以上の長期入院の方の割合は、令和２年度からは若干増加傾向、６０％弱を占めるような状況になってきて、長期入院の方が病院に少し増えてきているような数値が見えてきています。割合で見ますと、１年以上の長期入院患者さんにおいて、１年以上５年未満、いわゆるニューロングステイというか、うっかりしている間に長期になってしまっている方の割合が増えているというか、多いかと。

　もちろん９割近くの方が１年で退院されるので、その方々が４０％ぐらいを占めている中、次に病院の患者さんの中で割合を占めているのが、１年以上５年未満の方という状況になっています。全体的な人数は減少傾向ですが、年代で見ると、圧倒的に７０歳代から８０歳代の方が増加傾向となっており、高齢の方が病院の患者さんの中に増えてきています。

　どういった疾患の方が増えているのかというあたりを、統合失調症圏（Ｆ２）、認知症圏を含む器質性精神疾患のＦ０圏、気分障害のＦ３圏で追ってみました。

　統合失調症圏は減少傾向です。やはり入院患者さんの中心を占めるのは、まだ６０％以上は統合失調症圏の方ですが、減少傾向です。

　認知症圏をふくむＦ０圏は増加傾向で、割合的にはこのような状況になっています。

　この調査は、主病名で調査をするので、高齢の統合失調症の方が認知症も併発されている場合は、本調査では把握ができないという状況で、病院の中のリアルな実態というのは、もう少し違う状態になっている可能性もあるかと思っているところです。

　今の３疾患についての経年変化を見てみました。

　統合失調症に関しては、６５歳以上・未満のどちらも緩やかに減少傾向で、認知症圏の方は、もちろん６５歳以上の方が多くて、若干右肩上がりで、また、気分障害の方も６５歳以上の方が多くて、右肩上がりではあるのですが、全体を押し上げているようなイメージでもなく、高齢期の増えているほとんどの方が、認知症や気分障害というわけでもなさそうかと。

ただ、傾向としては、統合失調症と、F0,F3の2疾患は逆行しているぐらいが少し見えてきたという状況ではあります。

　続きまして、長らく在院患者調査を大阪府で展開する中では、精神状態に関する区別をするというのを、在院患者調査の目標としてやっていまして、その中で、精神面の状態について、寛解や院内寛解とか、一定落ち着いていらっしゃる方は、他に阻害要因があって退院ができない方も含めて、社会的入院と考えることもできるかということで、寛解・院内寛解の状態像の方の推移を出してみると、減少傾向ではあったのですが、令和４年は７００人を超えてきて増加になっています。

　これは、令和４年６月３０日の「瞬間風速」の数値ですので、エビデンスがあってのことではないのですが、もしかしたら、新型コロナウイルス感染の拡大の影響で、外出や面会、見学などの退院前に必要な活動の支援が制限されて、退院が阻害された可能性が高いかもしれないかとは考えているところです。

**※事務局注**

**9月に、1病院より状態像の数について修正報告が入り、再集計したところ、結果的にれ話4年6月30日時点の寛解・院内寛解の方は前年より減少しておりました。**

**修正版の資料1をアップロードしております。議事内容との際についてご了承ください。**

　退院阻害要因についても調査していますのでご報告いたします。

　１年以上の長期入院の方の右下のところで、１年以上の寛解・院内寛解の方で、主病状が落ち着いている方の約９４％に退院阻害要因があるという状況です。

　その阻害要因を見ていくと、退院意欲が乏しいとか、現実認識が乏しいというあたりは、少し見にくくて恐縮ですが、入院期間が長くなるほど、このあたりが低下する。これは、人数というよりは割合なのですが、阻害要因の割合が多くなっているという結果になっています。

　住まいの確保ができないというところが真ん中にありますが、これに関しては、入院期間が短い方の方が阻害要因として挙げられているという、割合が高いという状況にもなっています。

　それから、今回の調査から、先ほど申し上げた状態像というのが、精神の状態によるところですので、身体合併症やＡＤＬの低下という、身体的な要因に関しては、調査ではなかなか測りきれなかったものですから、２項目を追加して阻害要因の調査を開始したのが令和４年の調査になります。

　それで、ここの部分ですが、寛解・院内寛解は、入院期間が長くなるほど、この２項目が退院阻害要因として回答されるという割合が高くなっています。下の方が、入院期間が長い方、身体の方の阻害要因も出てきているということが見えてきました。

　年齢別の方ですが、身体的機能やＡＤＬの部分ですが、もちろん高齢期の方の方が、阻害要因として圧倒的に回答されているという状況です。

　特に寛解・院内寛解群で、ＡＤＬの低下、この部分の身体合併症が重度なところ、これは、長期入院の患者全体数を見ているのですが、ＡＤＬの低下に関しては少し低かったのですが、寛解・院内寛解の方に絞っていくと、身体合併症が重度の方の割合が増えてくるわけなのです。

　ですので、精神の病状は落ち着いても、身体合併症の重度の方が退院を阻害されているというようなことが、もしかしたら、見えてきているのかもしれないというような結果が一応出てきてはいます。

　受け入れ先がないというご意見とかを聞く場合もあります。

**※事務局注**

**ADLの低下、および身体合併症に関する阻害要因に関する議事と調査結果に差異が出ております。**

　それから、二次医療圏の状態像による比較を若干しています。これは住所地ベースです。患者さんの入院時の住所地がどこにあるか、そこの地域に住んでいらっしゃる方の入院者数がこのグラフになります。

　泉州地域は病院が多く、地元に入院されるということもありますので、病院数、入院患者数も多くなってしまっているのですが、次に大阪市がかなり割合を占めて人数が多くなっているという状況です。

　これに関して、入院時の住所地が上なのですが、これは、入院時の住所地の住民さんがどこの圏域の病院に入院されているかというのを数字で出しているものです。

　例えば、豊能圏域の方が、豊能圏域の病院に入院されるとか、その住民の方がその圏域に入院されることについては、概ね６割以上の方々が近隣の住所地圏域の病院に入院されているので、この場合退院支援の焦点も当てやすくはなっているのですが、大阪市は、長期の入院に対応できる病床がないので、各圏域に散らばっておられるという、現実的にこういった状況になっています。

　また、状態像に関して、人数は先ほどのグラフでわかるのですが、入院患者さんの中における寛解・院内寛解の割合などを見ると、地域によっていろいろで、中河内は寛解・院内寛解の方が多い、堺市は経年変化を見ると少し増えていたり、泉州は人数は多いのですが、より重度の方のご対応をされていることになるのかとか、このあたりも浮かび上がってはきているところです。

**※事務局注**

**堺市の寛解・院内寛解者数は経年変化において、減少傾向でした。**

　在院患者調査に関しては、このようになっています。

　続きまして、法改正とかも少し含めながら、現状の課題をざっとご説明したいと思います。

　「にも包括（精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム）」に関しては、国の改革ビジョンから発して、「にも包括」の検討報告書とかがずっと流れてきて、この度の令和６年４月の法改正において、第４６条に規定されるということで、ようやく法規定が追いついてきたと、われわれは認識しています。

　こちらのイメージ図もよくご覧になっているとは思うのですが、「にも包括」の今のところの最終報告において、対象者を、「精神障害の有無や程度に関わらず誰もが」としているところです。これは、令和２年の報告だと、「精神障害者が」になっていたのが、対象をより広げて、地域共生社会の実現に向けて対象者を広げているというのが、現状の「にも包括」のシステムになります。法案の改正の概要についても、法規定されたということが載っています。いろいろな重要事項が載っているのですが、「にも包括」に関してはこのような感じです。

　今回の法改正では、相談支援機能の強化が言われており、左下ですが、障害者総合支援法において、基幹相談支援センターの設置の努力義務化が位置づけられ、また、精神保健福祉法の第４７条に、市町村における精神保健に関する相談支援体制を整備するということが規定されてきて、このあたりは、精神保健の相談支援に関するところの法規定が追いついてきて、相談支援の強化が求められている状況と認識しています。役割分担に関して、これは厚生労働省の資料ですが、市町村は相談支援体制の整備、保健所や都道府県に関しては状況把握と人材育成となっています。

　大阪府は、歴史的に長年、保健所と市町村がタイアップを組んで個別支援をするということは続いてきているかと思います。状況把握を行いながらも、個別支援をしないというわけではなく、保健所・都道府県ともに、個別支援を含めながら、一緒に相談支援体制を整えていければいいのでないかと考えているところです。

　障がい福祉計画の成果目標等ですが、現状、平均生活日数や退院率に関しては、大事な数値ではあるのですが、公表が遅れており、現時点の最新値が令和元年分で、退院率も平均生活日数もその時点で若干目標を下回っているかギリギリといったところで、引き続き第７期障がい福祉計画でも、目標設定にはせざるを得ないかとはなっているのですが、なかなか評価が難しいところです。

　長期入院に関しては、冒頭にお知らせしたとおり、8,764人ということで、達成率が82％ぐらいにはなってきているところです。ですので、大阪府の課題としては、先ほど在院患者調査でもお伝えした、ニューロングステイの割合が高いというところ、退院支援が滞っている中での長期化が出てきていないか。これは、入院時から退院を見据えた支援というのが、もしかしたら、不十分なのかもしれない。地域の受け皿に関しては、これも常々お伝えしているところですが、住まいの確保や当事者の孤立、それから、支援者の孤立という問題も出てきています。そういったことで、「相談体制は脆弱」とは書いていますが、その辺の充実は課題になっているかと考えているところです。

　こちらは、長期入院精神障がい者退院支援強化事業ということで、書いていますが、大きくは、先ほどご紹介した広域コーディネーターを配置して、病院との顔つなぎを実施し、市町村の協議の場にも顔を出して、それぞれの顔つなぎをすることにより、押し出す力と引っ張る力をマッチングして、長期入院解消を目指すというものを展開しています。

　こういったことで、個別支援が重要だろうということをお伝えしているところですが、ケースワークを実践したうえで、研修等の受講をし、人材育成を図っていただき、支援者のスキルアップを各地域で図っていただき、その中で、圏域や都道府県を含め、スーパーバイズ体制の整備を整えていただいて、医療と福祉連携が重要なところですので、医療を含めた見立をきちんとしていただき、役割を超えた部分のつながりをやっていただき、専門職として、支援のゴールをきちんと支援チームで決めていただきたいということを、今、協議の場等でお伝えしているというところです。説明は以上になります。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございました。ただ今説明いただきましたが、まずは、在院患者調査、それから、「にも包括」の課題でございます。何かご質問等はございますでしょうか。

**◆委員**

　はい。

**◆ＷＧ長**

　はい。お願いします。

**○委員**

　ちょっと状況がよくわからないので、質問をさせていただきます。コロナの中で、面会がなかなかできない状況で、最近になって、やっと家族の面会が可能になったというふうな連絡をいただくのです。入院中の方から。

　そういう状況の中で、広域コーディネーターの方々は、病棟の中に、この３年間、入ることができていたのでしょうか、どうだったのでしょうか。

**◆事務局**

　ありがとうございます。まず、いろいろと病院差があったことは否めません。全面的に面会が禁止だった、期間によってもそういう状況がありました。

　で、この３年間やっている中で、特に後半、退院に関わるカンファレンスとか、退院支援委員会を含め、必要に応じて、病院に入って面会をすることは、新型コロナが２類の時からも増えてはきており、令和３年度の後半から令和４年度に関しては、面会の回数がちょっと増えてきたという状況です。

　ただ、やはり院内で感染が発生したら、全く入れなくなるので、様子を見計らいながら、呼吸を合わせて面会に行くという感じで、総体的には全面的に会えなかった時期というのは、割と短かったかとは感じているところです。ただ、コロナの前みたいに、必要に応じて気楽に会いに行ったりとか、月に１回、定期的に面会に行くみたいなことはなかなか難しかったです。現状は少し回復してきています。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。ひょっとすると、議題２のところで、またそのあたりのことが出てくるかと思います。他にいかがでしょうか。お願いします。

**◆委員**

　在院患者調査の詳細な分析をありがとうございます。こういうふうにして見ると、変化とかがすごくわかるなと思って見させていただいたのですが、今現在、精神科病院に入院されている方の中で、高齢の方、特に７０歳を超えた方が大変多くなっていると、認知症の方も増えていっているかなと。あと、統合失調症の方で、これまでは地域生活を、入院、地域生活、入院、地域生活という方が、だんだん生活能力が落ちてきて入院になっていくみたいな感じかなと思ったのですが。

　これの福祉部署の介護保険分野の支援者、地域の中での支援が、どういうふうに展開されると地域生活ができるかということで、高齢分野との連携や支援とかというところが、ここの中にはあまり見えてこなかったのですが、そのあたり、大阪府の考えをお願いします。

**◆事務局**

　代表してということではないのですが、まだ現状の把握しかできていないのですけれども。高齢のところの連携については、各市町村でいろいろと取組をされているところも増えてはきていますが、やはりばらつきがある状況だとは認識しています。

　地域によっては、自然発生的に近いのですが、障がいの支援者と高齢のケアマネさんを含めた連絡会議が定期的に開催されるようになっていたりとか、やはり必要に応じて、必要に迫られて連携が始まっているところはあります。

　ただ、今、大阪府の方で、高齢と福祉でこういった施策に対して、「何かしてください」とまで言えている状況ではないので、地域の好事例の取組を横展開していっている現状かと思います。

　市の協議会部会には、必ず包括の代表者が出てこられえいるところもあり、「にも包括」の協議の場等に、高齢分野の方が参画されているということは増えてはきていますが、これも１００％ではないという現状です。

**◆WG長**

　　いかがでしょう。では、お願いします。

**◆委員**

　高齢になられた精神障がいを有している方々が、人生の最後をどんな形でお迎えになるかということについては、たまたまですが、半年ほど前に、大学の同門会があった時に、阪大の教授が、高齢になった精神障がいの方々は、どんなふうに人生の最後をお迎えになるかということについて、データがあまりないのだと。精神科病院に長期入院をされている方に関しては経過がよくわかるのですけれども。

　例えば、私などでも、診療所を３０年やっていますと、ずっと長年関わりのあった精神障がいのあった患者さんが高齢になられて、いわゆるフレイルになられたり、コロナの中で特にそうですが、地域を離れて老人施設に入居なさると、最後、紹介状を書くと。そこまでは、われわれがフォローして、最後はこんな薬を使っていたというのは見えるのですけれど。

　老人施設に入りますと、ほとんどそこの施設に関係のあるドクターが、内科であったり、精神科であったり、それはさまざまですが、その方々がフォローしていただけるふうになって、バトンタッチはしていくのですが、その後のことは、われわれにもよくわからない。大学の教授に言わせると、明確なデータもないのだと。

　今、おっしゃったように、高齢になられた精神障がいを若いときから持っておられた方々が、介護保険を中心とした高齢者介護の中で、どういうふうに過ごしていかれて、その方らしい生活を維持できているのかどうかについては、今後、やはりもっとしっかり調査をしていったり、それを追跡していくような手立てをもっと考えていかないと、僕個人的にも、今、一番気になっていることです。最近、自分の人生のエンドステージを自分で決めるという、何でしたか、ＡＣＰ(アドバンス・ケア・プランニング)というのがありますが、そういうものの中に、精神障がいを有している方々もぜひ参画してほしいと思うのですけれども。そのことも含めて、そのことについて、今後の大きな検討課題で、ただ地域に戻せばいいというだけではなくて、戻った後、ぶっちゃけて言うと、例えば、どこまで精神の治療が必要なのかどうかも、実はよくわかっていないところがあるわけでして、場合によっては、必要以上に向精神薬を使いすぎることが、マイナスになる要因も出てくるかもしれません。その辺も、全然エビデンスも何もないので、わからないところがあるので、今後、そういうことは、やはり医療側でも、行政も、あるいは地域のさまざまな立ち位置の方々も含めて、どういうフォローアップをしていったらいいのかということについては、大きな検討課題になるのかなと感じているところです。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。いかがでしょうか。はい。どうぞ。お願いします。

**◆委員**

　退院阻害要因のご報告の中で、スライドでいうと１３番のところです。住まいの確保ができていないというところで、１年未満の方が多いということがあるということでしたけれども。これに関しては、何か背景にあるものとかというのは推測されたりとか、何かお話があるかどうかを伺いたくて、質問です。

**◆ＷＧ長**

　もし、議題２のところで、詳しく説明があるのだったら、そちらでも構わないのですけれども。

**◆事務局**

　そうですね。議題２は1事例なのですけれど、これも、在院患者調査は6月30日その日のデータしかわからないので、たまたまの数字が出ている場合もあることも含めて、住まいの確保に関しては、ご家族が対応をかなり苦労されて、入院され、その後、ご自宅では見られないから違うところを探してほしいという段階で、住まいの確保が課題になりますので、そういったところで、入院期間の短い方は、なかなか住居設定ができない可能性は高いかと思っています。

　ただ、すべてにエビデンスがある話ではないので、いろいろ状況を聞きながらと思ったりしているところです。

**◆委員**

　「家族が退院を反対している」というところが、そう高くないので、なぜかなというふうなところを感じたのです。

**◆事務局**

　そうですね。反対は、退院に反対ではなくて、退院は賛成なのだけれど、うちでは見れないという場合に、住まいの確保が阻害要因になるので、いろいろと背景はあるかもしれないです。

**◆委員**

　　退院自体はいいけれども、「自宅に帰ってきてもらったら…」ということとか。

**◆事務局**

　そうです。

**◆委員**

　ちょっと実感として、いろいろ入院期間が短い方、急に悪くなったりとか、短い入院を何回か繰り返している方でも、１年未満になってきますよね。グループホームに入っていたけれども、そこで悪くなって、じゃ、次のところだとか、２箇所目、３箇所目となってくると、なかなか調整が難しくなったりとか、受け入れが難しくなるというような問題もあるのかなというのは、ちょっと体験からの推測ではあるのですけれども。

**◆事務局**

　そうですね。その感覚は本当に感じているところです。ありがとうございます。

**◆ＷＧ長**

　はい。お願いします。

**◆委員**

議題２のところで申し上げようと思ったのですが、今日はどうしても申し上げたいなと思っておりますのは、この全体、「にも包括」、あるいは地域移行に関しまして、課題と踏まえていらっしゃる府の課題設定と対応がかみ合っていないなということもありまして、住まいの問題は、私は、地域移行に関して最も大きなテーマだと思っているのですが。

　府の皆さんはご存じでしょうか。７月の、『朝日新聞』の記事で、国が、「住宅確保要配慮者に対する居住支援機能等のあり方に関する検討会」というのを立ち上げまして、要するに、地域で暮らすために住まい問題が一番大きいのではないかと。

　今まで、国土交通省が、物件の提供のようなところでは貢献してきたのだけれども、物件を提供するだけでは済まない。福祉と合致した提案をしようと。国の方策の提案として、私は非常に期待をしているところなのですが。

　国土交通省、厚生労働省、法務局が組んでおりまして、障がい者のみならず、ひとり親、高齢者、生活困難者、ここに渡る支援をしようというので、私は、１回目はＺｏｏｍで参加させていただきました。

　今、府が提案していただいているようなことのすべては、やはり国家戦略として取り組まなければいけない問題ばかりだと思うのですね。

　私、「にも包括」に関する委員会に何回か参加させていただいておりますが、これは、議題２のところで言うべきなのかもしれませんが、課題認識と分析というのは非常にされておられるのですけれども。じゃ、どういうふうに解決するかというところでは、技術支援、支援の仕方を一生懸命考えておられるのですが、支援の仕方ではなく、実態の受け皿の整備をどうするかというところに踏み込まない限り、支援問題としてだけでは、隔靴掻痒、本質には全く触れてこないだろうなと思うのですね。

　１０ページですか、寛解者が、令和４年には、令和３年から２００名近く増えているのですね。ですから、なぜ増えたかということを一つお伺いしたい、増えたとデータ化されたのかということをお聞きしたいのと、これだけ増えたのであれば、やはり院内寛解者の数に応じた支援策、策というのは、技術も大事なのですが、住まい、地域の人手、生活資金、このあたりにどう応えていくかという提示がないまま、こういう議論を、支援はどうあるべきかという議論を進めるのは非常にむなしいなと思っております。

**※事務局注**

**寛解・院内寛解者数において、修正後令和4年度は減少しており、議事と差異が出ております。**

　一つ、院内寛解者がなぜ増えたかということと、今、通称「住宅セーフティネット検討委員会」ということで、９月の中に中間取りまとめが出るということで、Ｚｏｏｍ参加は自由ということですので、私は真ん中が抜けているのですが、見守りたいと思っておりますので、国との連携というふうなものを考えておられるのかどうか、これもお伺いしたいなと思います。２点です。

**◆ＷＧ長**

　　よろしいですか。お願いします。

**◆事務局**

　そうですね。議題２にたぶん大きく関わってきて、たぶん議題２でも、委員のご質問に答えきれないだろうなと思いながらではありますが、もちろん今の住まいの提供に関しての課題は、ずっとオンラインのときから続いてきていて、実際の個別支援でも挙がってきて、何をお伝えして、やっていかなければいけないかというのを、今、集約しているところではあります。

　ですので、こうやって支援をすればよくて、これを国に戦略的に持ちかけていって、何かを打ち出すというところに、まだまだ到達はしていないのですが、少なくとも、やるたび、やるたびに、課題として認識されていっている段階です。

　国との連携に関しては、こういったいろいろなワーキング、自立支援協議会でまとまってきた意見に対して、国家要望をずっとあげ続けているわけですが。いいですか、課長。

**◆生活基盤推進課長**

　ありがとうございます。国との連携ですが、委員のご意見も踏まえ、また、皆さんもご存じかと思うのですが、親会の障がい者自立支援協議会の方で、昨年に提言が出されました。

　これは、別に精神障がい者の方が外れているお話ではなく、３障がいすべての方々に、相談体制の再構築という問題、病院や入所施設のあり方みたいなところのお話も出ていますので、そういうことを踏まえて、各ワーキンググループで、今、お住まいの問題も含め、また、先ほど出ていました高齢との連携の問題というのは、今、どの部会でもすごく意見が出ていますので、そこはしっかりと。

　で、高齢の問題については、ご意見をいただいたように、特に情報がない。各市町村で、きちんと支給決定なり、介護との併用、障がいの施策と高齢介護の併用というところが、きちんと徹底されているのかというところの情報がありませんので、そういった実態把握をするということ。

　それから、最後におっしゃった国との連携ですが、先ほどご提供いただいたように、国も新たな動きを始めているという情報もありますので、国が制度をつくる際、報酬改定とか、いろいろな補助金とか、いろいろな制度をつくる際に、エビデンスが必要になってきます。そのエビデンスを取るモデル事業として、大阪府がこういうことをやりたいとか、そういう提案をしていかないといけないのかと考えています。

　今申しました要望は、普段から一生懸命やっているのですが、働きかけだけではなかなかですので、実際に国の制度が動くような、新しい制度設計がなされるようなエビデンス取りのための事業を、先に国と握って、モデル事業を構築してやっていくというような、そういったやり方というのを、一つ、考えていくべきではないかということで、今、内部で話をしているところです。

**◆ＷＧ長**

　　ありがとうございます。どうぞ。

**◆委員**

　私は、市の基幹でのお仕事をさせていただいているので、市の、「にも包括」、精神保健福祉審議会とか、地域コーディネーターの集まり等の会議にも参加させていただいているという立場なのですが。

　やはり居住の問題というときに、先ほど委員がおっしゃったように、居住支援法人ということで、国土交通省と福祉の分野で、居住弱者ということで、高齢、外国籍、シンママ(一人で子育てをしているお母さん)とか、その中に、障がいの分野もあって。でも、一番は家賃が払いきれないから出てくれみたいな方のご支援をしてくださっているのですが。

　精神の分野でいうと、精神科病院のソーシャルワーカーが言うのは、家を契約するときに、３等親以内の家族の緊急連絡先を求めると。だから、支援者ではなく、やはりまだ家族に求めているところがあって、そこが難しいのだと。

　だから、家を探すときに、緊急連絡先に居住支援法人の方もなってくださるのですが、誰がなるのか、と。やはり家族さんだと求められたところで、難しいというところが現状あったりして、もちろんそういうものを求めない物件のところもあるのですが、そうすると、ご本人の希望となかなか合わないから、退院をするときに、「ちょっとやっぱり難しいな」というのが、今の現状かなと思います。

　なので、そのあたりの保証人制度というのですか、障がいのある方、「特に精神障がいの方の家探しは難しい」みたいに言われたりするのですが、家主さんが断られるということで。私たちも精神保健福祉士として、結構、具合が悪くなったときに、ご近所にどんどん行かれることも現状ありますので、難しいのですけれど、何か保証人制度なり、緊急の制度というところに、もう一個何か制度があると、住まいの問題というのが、もう少し改善しないのかなと思います。　国土交通省的には、空き家対策というところから、いろいろあるという、「空き家が多いのです」と言われたりするので、そこがもう少しマッチングするような仕組みがあればいいかなと思います。

　「じゃ、基幹がそこら辺で動いてくれ」という話も実はあったのですが、その方とお会いしていないときに、何かあったときに、それを、何かトラブルを防ぐみたいな形の支援というのはできないので、安心して暮らせるような地域づくりが基本にあったうえで、住まいとの連携というときに、そこの仕組みというのが一つほしいなと思っています。

　あと、もう一つ、本当にいろいろなクロスかけをしてくださって、ご入院されている病院と、戻って行かれるというか、入院前住所が離れていると、やはり支援は難しいなと思っていて、特に大阪市、あと、堺市に関しても、堺市の病院に大阪市の方もご入院されているとか、これを見て、いろいろ思うところはあるのですが、堺市と大阪府、それから大阪市の退院支援にあたるコーディネーターの連携というか、そこも、もう少し何か仕組みがあってもいいのかなと思ったりします。

　私が言っていいかどうかわからないですが、広域コーディネーターの方が何人いらっしゃるのか、今、どのぐらいの予算を取っているのかなということも含めて、いろいろな提言とか、厚生労働省の「にも包括」の中でも、精神の人も含めて地域で暮らせるような仕組みづくりをしなさいというときに、いったいどのぐらいのお金を遣って、何人でやっているのかなと思います。

　だから、形だけつくっているのだけれど、そこに割く費用も含めて、人員も含めて、やはりそこがないと、何かやろうとするのだけれど、なかなかそこに人も手も足らないみたいなことで、形だけつくって、「やっていますよ」というのではないものがいるのではないかなと思います。

　だから、最後のところで、「支援の最前線で必要なことは」に、ケースワークの実践、研修の受講、支援者のスキルアップ、支援者へのスーパーバイズ体制の整備とかが書かれていて、「なるほど」と思うのですが、９のスライドなのですが、そこのところの具体のところで、大阪府が何か考えていらっしゃる仕組みとかがあれば教えていただきたいと思います。以上です。

**◆ＷＧ長**

　お願いします。

**◆事務局**

　このあたりに関しては、議題２の方でお伝えできることが出てくるかと思うのですが、そこで足りなかったらまた回答をさせていただきます。

**◆ＷＧ長**

　わかりました。ありがとうございます。では、また議題２のところで、今の話をしていただければと思います。

　いろいろな意見をいただきました。まだあろうかと思いますが、もう一つ議題がありますので、次に進めていきたいのですが、今、いただいた内容をある程度総括をすると、在院患者調査のところと、「にも包括」のシステムの運用を考えていったときに、地域移行を進める際に、これまでの手法では進められないというところが、一つ問題点としてあって、その最大の要因は何かというと、最も大きいのは高齢化というところですね。

　それと、プラス、その課題を実現させるために、委員から意見もありましたが、ソフト面ですね。ここも、もちろん重要であって、大事なものではあるのですが、プラス、どういう社会資源が、その組み合わせも含めて、いわゆるハード面のあたりと、それから、システムですね。このあたりで、何を必要とするのか、それをしないと解決できないのではないか、このあたりを探っていこうと。

　ただ、それについては、事務局からもありましたし、委員からもありましたが、まだ実態をきちんとつかめていないというところがあるので、そこを追求していくというか、明らかにしていって、どういうものを、どれだけ用意していくかというところが、これから追求をしていかないといけないというところになるのだろうと思いました。ありがとうございます。

　では、議題２にまいりたいと思います。事務局から説明をお願いいたします。

**◆事務局**

　議題２に関して、ワーキンググループ長、委員からのご意見を読ませていただいてよろしいですか。

**◆ＷＧ長**

　　先ほどもいただいているので。繰り返しでも構いませんが。

**◆事務局**

　そうですね。先だってご発言のあった内容と同じですが、事前にも委員からいただいている意見を、皆さんのお手元の資料２の後ろの方に付けさせていただいています。

　「支援者側の手法を提示していただいているが、それよりも退院後の地域福祉サービスの実態、住まい、支援者、日中の場、経済的な保障、これらの実際の体験を重ねることができる具体例を提示し、退院の推進を進めることが最も現実的な支援ではないか。ですので、協議の場では、支援手法を議論するよりは、課題に対する直接の課題解決の議論を俎上に載せていただきたい」ということで、本当に貴重なご意見で、今回、個別事例において、支援手法が中心になってしまっている面は否めませんが、これを検討することではなく、そこから浮かび上がってくるさまざまな課題を共有するということを、ずっと課題の共有ばかりやっていて、たぶん委員はご不満だとは思うのですが、やはりやっていかないと実態が把握できませんので、やっていきたいと思います。

　委員が挙げられている課題の中で、実際の体験について言及できることは、この後の説明でしようとは思っています。

　他の委員がおっしゃっていた、どういう人を付けて、どれぐらいの活動というところも触れられたらと思います。

　地域の現状をお伝えしたうえで、対応を進める中の課題や対応策などについて、今後、委員の皆さまから、ぜひ建設的なご意見もいただけるとありがたいなと思いますので、これをもって、議題２の方に進めさせていただきたいと思います。

　ワーキンググループ長、よろしいでしょうか、事例の報告から。

**◆ＷＧ長**

　お願いします。

**◆事務局**

　お手元のＡ３の資料で一覧的にしたものを出しています。今回、最初の課長のあいさつにもありましたが、広域コーディネーターが対応した具体的な事例として５０歳代女性の事例を、横に矢印で通していますが、これを対応する中で、それぞれ１～４の段階において、地域課題が浮かび上がってきていますので、この中に、いろいろとマクロな問題もミクロの問題も含めて議論をしたいということで、このように分けています。

　事例を説明した後、できれば１番から順番に課題をより具体的に集約したいと思っていますので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

　では、まず、横に通っている矢印の部分の事例の紹介だけさせていただきます。

　５０歳代の女性で、アルコール依存の方でした。住所地は北河内で、入院地が泉州地域ということで、かなり広域の調整になりました。

　入院期間は、入退院を繰り返しておられましたが、今回の入院は約５年が経過しているという状況です。

　この方に関しては、病院から、「この人は退院ができそうです」というような問い合わせが入ったということではなくて、先ほどの在院患者調査の絞り込みを分析したら、「どうやら北河内の方で退院できそうな状態像の人が泉州に入院されているかもしれない」という状況まで浮かび上がってきて、個別に病院に、「対象者の方はいらっしゃるでしょうか」みたいな感じで問い合わせをしました。

　在院患者調査では「この人が、今、どうなっているか」ということが、調査の性質上、１年以上前のデータになりますし、個人特定をするような調査目的ではないので、そういった聞き方はできなくて、「退院できそうな方がいらっしゃる傾向にありますか、どうですか」みたいな聞き方にはなるので、なかなか浮かび上がってこないのですが、この方に関しては、「この人は退院対象になりそうです」と、病院からも個別の事例相談があったという形になります。５年が経っていますと、地域の担当者も異動されていたり、いったん支給決定とかが終わっておられますので、地域支援者とはもう一回接続のし直しが必要だったので、カンファレンスの開催などを病院にお願いしました。

　その中で、本人のご意向もケースワーカーさんを中心に確認していただいたら、「自分には誰も退院の話をしてくれないので、もう、退院のことはあきらめていました」というご発言がありました。やはり、こういったことが、埋もれておられる方がいらっしゃるのだろうなという状況でした。

　当初の病院側の意見としては、同法人が持っていらっしゃるグループホーム以外の選択肢というのをあまり考えていないので、カンファレンスを開いても、「どうでしょうね」みたいな感じではありました。２番目の「関係づくり」ですが、市役所の担当課とか相談支援事業所との関係づくりをもう一回やり直していただくことを、病院側と市町村側にお願いをして、その間を埋めるために、今回は広域で活動しやすいと思われる保健所に、かなりご足労をお願いして、病院のカンファレンスを含めて、広域コーディネーターと保健所で、その病院に定期的に訪問を開始するという形で動いています。

　また、家族も疲弊されていましたので、家族調整の実施も、保健所と広域コーディネーターで、特に保健所の方で実施していただいています。

　それで、こういった支援が開始したということを、住所地の北河内の方の協議の場で、状況を共有していただきました。

　具体的な活動としては、まず、本人さんの状態は、この段階で院内寛解でいらっしゃったので、地域移行制度を利用できるだろうということだったのですが、お住まいになっている住所地で、地域移行の対応ができる一般相談支援事業所がありませんでした。

　また、そういったときは、委託相談や基幹相談が前さばきをするという制度上の立て付けにはなっていますが、「入院先が広域でなかなか負担が重く、フットワーク軽く行けない」という状況でした。「じゃ、誰ができるかな」というところで、ここも、保健所と広域コーディネーターが対応しているというところです。

　具体的な退院先の設定等は、病院のワーカーが中心となられて、複数の退院先候補の資源を見学先として設定されました。病院の外出見学の際には、保健所及び広域コーディネーターがバックアップをして、地域と病院でチームを組んで、退院に向けての活動を実施するという形になっています。地域移行支援が利用できませんでしたので、このような形になりました。退院後に向けて、複数の選択肢の提示をすることができました。グループホーム、障がいサービスを利用したサポート的なマンション、それから、生活保護を受給されていましたので救護施設と、このあたりの見学に行かれました。

　いろいろ見学した後に、本人の振り返りを、担当した広域コーディネーターを交えて実施していただき、「やっぱり私はここに行きたい」という意向により、ご本人の希望を優先で退院先を設定しています。この段階で、退院までの間に、地域支援者との顔つなぎを、見学とかも含めて実施しました。実は、今日この段階で、「退院できました」とご報告をしたかったのですが、ちょっとコロナの感染が災いしまして、現在、まだ最終退院日を調整中です。

退院後も、退院支援をした広域コーディネーターを中心に、半年を目処にモニタリングをかけていきたいという事例になります。

　さまざまに問題が出てきましたので、それぞれの段階で課題検討をさせていただければと思います。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。一連の流れについては、１、２、３、４というプロセスを経てということになっております。少し細かいということではないですが、詳しく議論をしていくために段階ごとに区切って、事務局の方から課題を出していただいて、それについて、どうしていくべきなのか、みたいなところを、少し皆さんからいただくような手法で進めていきたいと思います。

　まず、１段階目ですが、タイトルとしては、「対象者の掘り起こし」となっておりますが、ここの部分に関連してというところで、事例から導き出される課題等について、事務局から説明をお願いいたします。

**◆事務局**

　この資料の１番の縦のラインをみていただけるように、分割したデータは表に出しています。

　個別の事例については、先ほど説明した状況ですが、その中で、事例から導き出された課題として事務局でまとめたのが、入院が長期化すると、地域との関係性が失われてしまって、当事者に関する情報が失われていくと。この方は５０歳代でいらっしゃいますが、これが高齢期になったら、より関係性の途切れというのが顕著になってくることは明らかです。

　入院が長期化する中で、当事者自身も、退院に向けての気力が低下していくということで、これは、当事者の方が入られている協議の場で、当事者の方がおっしゃっていたのですが、  
「１０年も入院をしていると、退院しようなんていう気力はほんとになくなる。そこを誰かの力を借りないと、全く、自分で退院しようという気持ちにはなかなかならなかった」みたいなご意見を頂戴しているところです。

　何となくお話をしているご家族ですが、やはりずっと対応に疲弊されている場合も多くて、これは、地域定着の場合も、もちろんご家族へのご支援も含めての検討は必要ですが、この方に関しても、適切な治療につながるまで、既に非常に疲弊されているので、そうすると、なかなかご家族が中心になって、退院に向けて積極的になりにくいという面が見受けられることはあると思われました。それから、こうして地域の支援者との関係が途切れますと、病院のご対応で調整をかけていかざるを得ないということが多いかと思います。ただ、そうしますと、先ほどの⑤の病院側の意見で、「グループホーム以外の選択肢はあまり出さないでね」みたいになったりとか、医療機関だけの調整になると、選択肢の幅が狭くなるような面もありまして、こういったあたりが課題として浮かび上がってきたところです。

　対応や提案としては、実際にやったところも含めてですが、在院患者調査のデータの分析で、「退院の可能性のある方はいらっしゃいませんか」と地域からアクセスをしていくということは、協議の場で、あちこちで話題になっています。一つの方法かなとは思います。

　それと同時に、ニューロングステイの話で申し上げましたが、入院時から地域の支援が途切れないように、退院調整の際はどこに連絡をするかということを明らかにしていくような情報提供が必要だろうと。地域支援者との再接続に向けては、取りあえず、住民の方が入院されている窓口は、「支援者を紹介する窓口は市役所の障がい福祉課ですよ」みたいなことを明らかにしておくとか、前さばきの段階から、支援者を確保していただくとか。できているところもあるのですが、できていないところもあって、でも、これは、かなり必要なことだろうと感じているところです。

　「対象者の掘り起こし」の部分ですので、そうはいっても、自分は退院する気力なんてなくなっているという当事者に向けて、気力を出していただくためには、院内茶話会等、当事者交流の機会の確保というのは必要でしょうし、それから、病院のスタッフの方への啓発に関しては、対象者がいらっしゃっても、「(この方は)『いい患者さん』で、何も問題を起こさなくて病棟で落ち着いて過ごしておられる方」だという、もちろん入院継続は可能だと思う、この方に関して、もう一声、考えを変えていただくような啓発的な研修なども、させていただくことも必要ですし、研修していただくことも必要かと思っています。

　実際にやっていただいている活動としては、ピアサポーターの交流は、引き続き継続されているところも多いです。

　入院時に関わった支援者から、病院の問い合わせ先についての一覧表を病院に情報提供されているところもありました。これは、報酬が発生する場合もありますし、こういった入院時の情報提供をうまくされているところもありました。

　それから、病院スタッフの啓発研修の継続は、大阪府の事業でもしていますし、病院独自で展開されているところも多いですが、やはり必要だなと。

　それから、市町村の窓口の明確化、これが、委託相談なのか、市町村の障がい福祉課なのかということも含めて、市町村協議の場の議題の中で窓口を明確化し、「病院に窓口を案内できるところまでもっていきたい」という地域も実際に出てきています。

　下の主な好事例は、実際に行われた活動として書いているところです。

　流してのご説明になりましたが、以上です。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。まずは、ここのプロセスのところで、課題がこういうふうなところで、対応支援がこうで、実際の事例としては、このようなものがあるというふうなところでまとめていただいております。何かご意見等はございますでしょうか。

**◆委員**

　はい。

**◆ＷＧ長**

　はい。どうぞ。

**◆委員**

　揚げ足を取るようなことで申し訳ないのですが、少し気になる言葉がありまして、「対象者の掘り起こし」というところで、家族には頼らない？何ておっしゃいましたか、家族は中心にはなりにくいと。それは、全体として家族を対象にしているということ自体、外していただくべきだと思います。そういう前提で、もし、この掘り起こしの際、家族も、受け入れ要員。治療要員、支援要員の中に入っているとしたら、やはり大阪府の地域支援の全体の方向性の勘違いというのがあるのではないかなと思います。

　それから、もう一つ、「いい患者さんだ」という言葉がありましたが、そういう認識のあり方が、もし、全省庁の中にあるとしたら、これも非常に重大な間違いだと思いますので、いい・悪いという価値判断が、退院促進の中で、どこか根っこをひきずっているのではないかなというのは、私たち、地域で暮らす者に関していうと、「いい子にしていれば退院はできるけれども、いい子じゃないと退院できないよね」という、そういう俗なことにつながりやすいと。そういう言葉が、今、このフォーマルな席でおっしゃったというのは大変ショックを受けました。ですので、やはり家族は一切、家族と本人とは別人格であって、本来ならば、本人の意向を踏まえて。実は、私も出演させていただいた『バリバラ』の中で申し上げたのですが、やはり家族が一生懸命介護をするのではなくて、本人が望ましいと思える暮らしを選択できる支援、これの実現がなければ、小手先のことをいろいろやっても無駄ですよということをお願いしたかったのです。ですので、「いい患者さん」、これは非常に衝撃的なお言葉でした。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。どうしましょう。家族を前提としないというのは、これからの障がい者福祉という意味では当然の話であって。ただ、現実として、医療機関が退院を具体的に考えていくときに、やはりどうしても家族というところを念頭に考えているという部分は、全くないわけではないということは、一つ現実としてあるのだと。

　ただ、やはり障がい施策を進めていくうえでは、委員の言われたとおりで、家族のケアを前提としないという、これは、当然の話だと思います。

　「いい患者さん」という表現があったと。これは、趣旨はどういう趣旨だったかというのを説明しておいてもらえたらいいのでは。

**◆事務局**

　そうですね。ちょっと早口で言いまして。「いい患者さんで、入院継続が可能な方が、退院の対象になるのではないか」というふうに発想を転換してほしいという研修をずっとしているのです。「いい患者さんを増やしましょう」ではないのです。病院のスタッフが、いい患者さんだと考えている方、この方に対しての考え方を、もう少し変えましょうという研修を、今、実施しているということをお伝えしたかったのです。

　オフィシャルな場で、「いい患者さんを増やしましょう」と言っているわけでは全然なくて、退院の可能性がある方をどういうふうに考えるか、病院の看護の視点も含めてですが、その方の選択肢をきちんと提案していただくようにやっていただきたいという研修をしたいということを申し上げているつもりだったのですが、ワードが飛び出してしまって申し訳ありません。ですので、否定的な意味で使わせてもらっていました。伝わっていますでしょうか。

**◆委員**

　苦しいですね。

**◆事務局**

　ただ、ワーキンググループ長もおっしゃったように、医療機関として、家族の反対があるから退院支援を薦めにくいですとか、おとなしくされている方に、どうしても目が向きにくいですとか、そういった面も出てきてしまっているというご意見もあるので、そこを変えていきましょうという活動が必要だというお話です。

**◆委員**

　口答えばかりして申し訳ないのですけれども。今、滝山病院問題が出ておりまして、ここで唐突に申し上げるのは非常に申し訳ないのですけれども。滝山病院問題の根付いているところは、やはり家族及び行政が、手に負えない人を、ある意味、捨て場に、置き去りにするという行動があります。ですので、私たち家族会、それから、「みんなねっと」も含めて、滝山病院問題だけを解決すればいい問題ではないということの根底には、やはり過度な家族依存の体質、偏見の体質、それから、今、否定的な意味で、「いい患者さん」とおっしゃいましたが、ちょっとお話としては非常に苦しい弁明だったかなと思いますけれども。権利条約が目指しているものを、やはり各自治体も、そこをどれほど取り込めるかと。やはり障がい者の生存する意味、納税者にはならない人も生存できると、大事にされるという意味を踏まえていらっしゃるならば、そういうお言葉は出ないかなと思っておりまして、私のこの発言は、別に攻撃的に非難をしているわけではなく、やはり生きる意味というものを、本当に納税者にはなれなくても、生きる意味が大事にされるという社会を、大阪府も目指していらっしゃるかなと。

　「いのち輝く未来社会づくり」という言葉が、今、横行しておりますが、この計画ですと、全然いのち輝かないのですよ。すみません。そういうことです。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。どのような患者であれ、特に時間とエネルギーを要する患者さんについては、どうしても支援が後回しになってしまうという現実があると。　だからこそ、そういう人たちも含めて、すべての患者さんが退院を行えるような関わり方を促していくという、そういう意味で捉えていただきたいというところでお願いしたいと思います。他に、一つ目のプロセスのところで何かございますか。

**◆委員**

　はい。

**◆ＷＧ長**

　お願いします。

**◆委員**

「対象者の掘り起こし」というところで、「ご本人さまの意向の確認」となっていて、私も精神科病院で働いているときに、ご本人が、退院したいとおっしゃってくださったら、すごく動きやすいのですが、そういった気持ちの言い出しにくさというのがあると思うのです。

　だから、「言ってもな」とか、何かいろいろなところから、本当に感情障がいというか、気分障がいの方で、ちょっと躁的な状態になられたら、「退院したい」とおっしゃるのだけれど、ちょっとうつになってしまったら、「あのときに言っていたから、どうなの」と言ったら、「いや。今はいいんだ」みたいな感じだったりとか、やはりみんな迷いがあって、今の現状が追認ではないのです。精神科病院にいることの現状はこうなのだけれど、じゃ、次、退院したらどんな生活が待っているかわからないから、そこの中で、難しさというのがあるかと思います。入院生活には慣れていらっしゃるけれど、退院しての生活というと、なかなかイメージがしにくい問題があって、そこのご本人の意向の確認ということが、まだまだここが課題なのかなと思ったりしています。

　病院の職員というか、精神保健福祉士が、そこらあたりをしないと駄目なのですが、力不足なところもあって、やはり外側から来た者も含めて、ご本人の意向の確認をしていくような仕組みというのは、まだまだ足らないのかなと思います。

　議題１でいくと、いろいろなクロスをしてくださっていて、いわゆる寛解・院内寛解の方が増えているということもあって、堺市の方も、寛解・院内寛解が増えているのは、やはりコロナで退院支援がうまく進んでいなかったことなのかなと思ったりしているのですが。ここと、入院形態のクロス集計というのがほしいなと見たりしていました。

**※事務局注**

**寛解・院内寛解者数において、修正後令和4年度は減少しており、議事と差異が出ております。**

　なので、もちろん医療保護入院の方だって退院支援をしていくわけなのですが、良い入院ということで、今現状の入院で、「いいよ」と言ってくださっている方が、これが、だから、ご本人の意向の確認というのがもっといるのかなと思ったりして。

　ここのところで、法律が変わっていくということも、令和５年・６年というところで、「医療保護入院であっても、本人の意向に基づいた支援をしていきなさい」と国の方が示しているところもあったりする中で、大阪府のいろいろな取組についてお教えいただければと思っています。以上です。

**◆ＷＧ長**

　お願いします。

**◆事務局**

　ありがとうございます。そうですね。入院形態と寛解・院内寛解のクロスは、データとして出せるかどうか、ちょっと確認して、また検討したいと思います。

　特にご本人の意向の確認というのは、この事例をやっているときも、べつにご本人さんが退院したいとおっしゃっていたわけではない方でしたので、よくよく聞いたら、このようにおっしゃったというところでは、誰かが聞きにいってあげないといけないけれど、その仕組みづくりというのが明確にできているわけではないという状況です。

　私は、委員とそんなにずれているつもりはなかったので恐縮なのですが、患者さんとして、病院の中でどういう状況でいらっしゃるかというのは関係なく、患者さん自身のご意向を掘り起こす、聞き出す、選択肢を提示していただく、これをお伝えしていきたいと思っていて。

　先ほどのご質問にもありましたが、大阪府の事業としては、政令市以外の各医療圏域に大体一人ずつの勘定で枠としては６名、広域コーディネーターを配置しており、常時３０人弱ぐらいのケースワークに対応しているという状況です。

　ただ、去年はコロナの影響もあって、この中で実際に退院ができたという方は５人なので、この数字をどう考えるかということもありますけれども。誰かが退院されても、また次のケースが上がってきてということで、常時コンスタントに３０人前後、今、３４～３５人の対応になっているというところです。(広域コーディネーターの)人数（配置）的には、どうですかね、結構、みな毎日出張で出払っていて、という感じで、ぎりぎりの活動になってきています。

　予算規模的に、なかなかここまでの人員配置を都道府県につけるというのは、他にあまり例がないかもしれません。それを、他地域では市町村とかの委託相談・基幹相談に求めているというのが、現状の制度の立て付けにはなっているのだと思います。

　ちょっと話があちこちになりますが、委員がおっしゃったような、データで見えてくるところとかは出していきながら、あとは、やはり病院とのコミュニケーションをかなりよくして、意向が出てこない人に対してどうアプローチをするか、病院だけのアプローチにお任せしていいのかどうかも含めて、いろいろと検討はしたいと思います。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。病院だけに任せておくというので進んだことがないので、広域コーディネーターを配置して大阪府はやっているわけですから、そこは(病院だけに)任せるわけにはいかないと。ただ、やはり広域コーディネーターが、すべてを対応できるわけではありませんので、病院の職員と、俗に言う連携ですが、どう動かせていくのかみたいなところは問われるところかとは思います。ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

ちょっと時間の関係なのですが、一つずつプロセスをと思ったのですが、すみませんが、事務局からの説明を、次に２と３、「関係づくり」と「具体的な活動」、ここを二つまとめていただいてお願いしたいと思います。

**◆事務局**

「関係づくり」と「具体的な活動」については、本当に病院だけにお任せしないで、どういったことができたかも含めて、事例の方でご報告しました。

　この中で、「関係づくり」から導き出された課題ですが、退院の意欲喚起と、意欲喚起というか、退院を確認できたということの他に、物理的に、地域の支援者を確保しなければいけないというのが、まだまだすごく課題でした。

　地域移行支援を使いたいということも含めてですが、気持ちを整えるのに非常に時間を要するということが明らかになっています。

　また、今回は地域移行制度を使いませんでしたが、こういったケースワーク、ケアマネジメントをいったい誰が担うのか。もちろん高齢期の問題もあるのですが、高齢期は、やはりケアマネさんという一つの大きな核がいらっしゃるので、入院されたときでも、入院病院からケアマネさんに退院時の連絡が入ったりというのが、非常にスムーズに進んでおられるというのはよく聞くのです。

　障がいサービスの中で、「相談支援専門員です」と病院に言ったら、特に一般の病院などは、「それ、何ですか」と聞かれたりするので、「障がいサービスのケアマネみたいな者です」と言って訪ねていくという方もいらっしゃるということなのです。相談支援という認知度も低いですし、そこに、一人で担いきれないぐらいの負担が地域ではかかっているということも含めて、ケアマネジメントを誰が担うのかというのが課題でした。

　家族を支援の対象としないということで、委員のお言葉どおり受けとめているつもりではありますが、病院から、「家族が反対しているから退院支援はしていないのです」みたいなご発言はやはり出るのです。そうではないかなというあたり、このあたりのすき間を埋めていくところも課題として感じられました。

　この事例の方は、住所地が北河内で入院地が泉州でしたが、とにかく広域支援は、自治体の相談支援事業所の１箇所が担うことになると、あまりにも負担が大きいというところもありました。

　３番の方にいきまして、地域移行制度ですが、対応できる地域移行支援の事業所が少ないということでしたが、これも、この方以外の事例でも何件かあって、対応できる事業所がないということは本当によくあります。大きな市ほど資源が多いようなイメージもあるのですが、例えば中核市だからといって、相談支援が潤沢ではないという現状が明らかになってきています。

　また、地域移行制度が受けにくいという中には、月２回の面接が、特に広域になると対応しきれないみたいな、制度の縛りというのも感じているとおっしゃっているところもあります。

　広域というのは、意欲喚起も大変ですが、見学とかの同行支援も非常に大変で、その前の段階で、居住先の設定に非常に難航してしまって、住所地のある市町村に連絡すると、「長く入院されているから、べつにうちに帰ってきてもらわなくてもいいですよ。グループホームとかが決まったら教えてください」とおっしゃることがあるのですが、居住地の設定自体にすごく難航するので、ここのケアマネジメントを誰が担うのか。２と３は同じ話ですが、居住先設定に非常に難航することが多いです。

　ここに住みますということが確定しないと、支給決定を含めて、支援者が決定できないという場合も多く、これで、病院のケースワーカーさんが非常に孤立してしまって、孤独な支援を展開されていることも多いです。

　金銭面ですが、ここもなかなか解消の糸口が見つけにくい部分ではあるのですが、病院によっては、スタッフが同行されるときに本人への負担金が発生するところもあり、本人の負担が増える場合もあったり、そもそも本人さんが外出することに関して、全く金銭的に余裕のない方は、外出支援すらできないみたいなところもあったりということで、金銭面も大きなハードルになることが多々あります。

　広域調整で、まばらに、何とか前さばきで、１カ月に１回、２カ月に１回程度の面会をしていただくと、非常に提案が唐突になりまして、「はじめまして」で会って、次に会ったときは外出で、「見学に一緒に行こうよ」と言って、本人さんがすごく不安でしょうがないというところで、これでつまずいたという事例が出てきたこともあります。

　それから、事前にお送りしたところには書き切れていなかったのですが、やはり身体合併症があると、それだけで受け入れ先がないので、支援が滞っていますということは、病院のケースワーカーさんからよく聞く言葉です。

　対応や提案に関しては、書いているとおりなので、さっと言わせていただきますが、やはり１箇所・１機関だけでの支援というのは非常に難しく、多職種多機関連携の調整が必須になってきています。

　ケアマネジメントを相談支援で担えない場合、行政や基幹相談など、複数で情報共有をして体制をつくってしまうということが必要だろうと。家族の調整や地域の支援者との再接続は、病院だけで担っていただくのは非常に困難でした。カンファレンスを開いていただくのは病院側にお願いすることにはなりますが、この中で役割分担を明確にするということで、特にこの事例の方などは、うまく動いた面もあります。

　委員もおっしゃっていましたが、「家族を説得して家に帰しましょう」という退院支援ではなくて、ご家族を含めた家族全体の、当事者の方の社会を支援するという視点が必要なのだろうと感じていて、そのように動くと、この事例のように展開していくと、家族と切り離して支援が展開したということになりました。

　その中で、フォーマルな支援との連携ですが、まずこれは大事です。使えるサービスは使っていただきたい。やはり地域移行支援を使っていただくということは重要だと思います。また、お話が出ましたが、居住支援法人などのお力も非常に有効だと思うのですが、なかなかここの接続もいろいろと課題になってきています。

　インフォーマルというのは少しわかりにくいのですが、例えば、計画相談にのっていない相談支援事業所が、持ち出しで病院の方に面会に行って退院支援をされるとか、制度にのっていない部分のインフォーマル支援というのは有効ではあるのですが、誰かに負担がかかっていることも含めて、利用は必要ですが、確認も必要かと。

　願わくは、連続性のある同じ人が同じ体制で支援をするという、これは、大阪府がやっている退院促進支援事業から同じですが、同じメンバーでやっていただくチームづくりが理想だろうと。

　地域の資源に関しては、家庭に戻ること以外にも、最近、いろいろと資源は出てきており、設定自体は２～３年前よりはしやすくなっているというご意見は非常によく聞きます。

　ただ、今度は、どういったところが運営されているどんなサービスなのかという質の担保というか、質をきちんと把握することも課題になってきているようです。

　身体科との連携に関しては、これは、前回のワーキンググループでもあったのですが、うまくいっていない地域ばかりかと思ったら、北河内の連携などは非常にうまくいっているというところもあって、地域差があるということも一つ課題でもありますが、いいところの取組などをお伝えしていくことも必要なのだろうと思います。

　実際の好事例としては、基幹相談が頑張っていらっしゃるところ、ピアサポーターが継続的に面会をされているところ、保健所などが家族支援に前面に出ていただいているところ、カンファレンスを定期的に開催していただいているところ、研修をしたうえで、病院スタッフが意欲喚起に積極的になってくださっているところが出てきています。

　病院の退院支援では、退院前の訪問などの診療報酬なども使っていただいて、積極的にやっていただいているところもありますし、保健所や広域コーディネーターが、ある意味フォーマルなサービスですが、連携を進めているところがあります。

　選択肢を提供していただいて、チームをつくってやっていただくということと、身体科に関しては、救命救急と精神科のスムーズな連携が行われている地域などの好事例なども、皆さんにお伝えしていく必要があるだろうと思います。

　２番、３番は、確かに重複しているところもいろいろありましたが、こんな状況です。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。いかがでしょうか。何かございますでしょうか。はい。お願いします。

**◆委員**

私が勤める地域も、病院が市内にはなくて、保健所圏域でいうと２箇所で、１箇所は大学病院みたいな形ですので、精神科病院は１箇所で、多くの方、近くの北河内圏域というところもいらっしゃいますが、この事例の泉州だとか、結構遠いところに入院されている方もいたりします。

　そういった方の支援に関していいますと、広域コーディネーターが始まる前、もっと前、例えば、復帰協（精神障害者社会復帰促進協会）さんがあったりとかという時代から、「地元に帰りたい」とかというニーズがあっても、なかなか行くのが大変だというようなことがあって、そこはずっと課題ではあるのですけれども。

　これから考えるにあたって、先ほど言ったインフォーマルな支援というのが、インフォーマルなのかイレギュラーなのかはあれですが、たぶん本来はその方の住所地の事業所が、一般相談として関わっていくというのが地域移行支援なのかもしれませんけれども。

　例えば、泉州地域の病院であれば、そこの一般相談をやっているところが関わって、連携していって関わっていくと、それも一般相談支援みたいな形でいけるのかとか、そういった活用というふうなことが、おっしゃっているインフォーマルな支援みたいなことかなと理解しているのですけれども。そういった距離があっても、その近くの一般相談支援をやっている相談支援専門員だとか事業所とかが関わることができれば、多少は使いやすくなるのかなというところがあります。

　あと、行き先が確定しないと関われない。私どもも相談支援事業をやっている中で、どこから関わったらいいのかなという、ケアマネジメントを誰が担うのかというところがありますが、地域移行が長期入院からとなったときに、事業所ごとによって多少は違うかもしれませんが、やはり行政、府だとか保健所だとかというところが、最初は関わってほしいという、そこでしっかり関わって、実際的に住むところでの支援とか、コーディネート的なことはうちかなとかというのは、地域の事業所は思うかと思うのですけれども。そのあたりを、どういうふうに進めていけるのかというのは、実際にやっていく中で連携の取り方は課題かと思います。

　もう一つ、先ほどの議題１の最後のところにあったと思うのですが、相談支援専門員というか、支援者のスキルアップですね。大阪府の研修でも、地域移行の研修をされていると思うのですが、結構若いというか、多くの相談支援をやっている方でも、地域移行支援に携わったことがない、退院支援に携わったことがないという方も増えてきていて。その研修で話す機会があったのですけれども、「結構新鮮だ」とか、「そういうふうなこともやっていかないといけないなと思った」とか、そういうふうなことを言われることがあるのですね。当たり前のように退院支援は、相談支援専門員というか、精神保健福祉士として大事な仕事だと思ってはいるけれども、実際には関われていない、他の一般の計画相談だとかが増えている中で、「やりたいと思っているけれど、なかなかできない」とか、「やり方がわからない」という方も多いので、そのあたりのスキルアップというか、支援ということも必要だなと思っております。以上です。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。他にご意見はございますでしょうか。

**◆委員**

　こういう相談支援は、特に退院後地域で支援することについては、一定の報酬が、今、障害者総合支援法の中でもきちんと定額のものが認められているわけですが、地域で定着するまでの間は無報酬だということですね。

　例えば、退院前カンファレンスなどについて、医療保険の中では、退院後の通院医療を担う医療機関が、退院前カンファレンスに参加したら、退院後、当事者の方が、実際に通院なり訪問診療を始めて、地域で医療を担う側が、初めて初診料の算定をするときに、その前の入院中に行った退院前カンファレンスの点数が取れるというふうな制度は、あまり活用されていないのは事実ですが、あるのはあるのです。

　これは、やはり地域の中で、相談支援を行って、かつ、地域定着を図る事業者にも、成功報酬とは少し違うと思うのですが、やはり携わって、その方が、本当に地域の中で引き続き相談支援の事業所や、地域での支援を行う事業所が関わりを始めた時点で、それまでの事前の関わりについても、何らかの報酬があるというふうなことは、そういう制度はないのかなと思ったのですが、それを確認したいのと、もし、なければ、やはりそういうことを国に提言していくことが大事かなということを思ったりしていますので、以上です。

**◆ＷＧ長**

　お願いします。

**◆事務局**

　制度の整理をしますと、今、委員がおっしゃった、退院前から関わったところに報酬が発生するのは、地域移行制度に乗っていただくということになると思うのです。契約をしていただいて、月２回の面接を経てという活動になります。

　他の委員がおっしゃっていた、そこまでの退院意欲を掘り起こすような活動に関しては報酬が設定されていないので、ここはずっと要望も上がってきていますし、府もお伝えしているところではあるのですが、契約が実施できない以上、報酬は発生しないということで、そこの埋める部分は、委託相談とか基幹相談で対応をすべしというようなことになっていて、特別にプラスアルファで出てくるものではないというのが、たぶん現状のサービスの整理になろうかと思います。

　大阪府は、そこに入るために、広域コーディネーターを事業として設定して、予算的にも人を配置していて、ここにプラスアルファを付けていますが、こういったことをしない限り、現状の委託相談や基幹相談で、そこをまかなって動けるというのは、状況的には厳しいとは聞いています。そんなところではないかと思うのですけれども。

**◆ＷＧ長**

　制度の説明は、そういったところでよろしいでしょうか。はい。

　あとは、私からなのですけれども。ここの中には出てきていないのですが、いわゆる精神保健福祉法の関係のところで、例えば、医療保護入院の方になってしまいますが、退院後生活環境相談員が選任されるという制度になっていて、この方が、退院支援委員会を開催して、入院中から地域の事業者につなげていくというようなものがあります。

　ここのあたりのところも、刺激という言い方はおかしいのでしょうが、審査会で上がってきた中で、定期病状報告とか、そんなところでは、どういう取組がなされたのか、あるいは重度かつ継続なので、退院支援委員会を開かないとか、そんなふうなところが情報として上がってくるのですよね。ここのあたりとの連携というか、いわゆる大阪府でいうと、健康医療部になるのかと思いますが、そこらあたりとの関わりですよね。

　だから、制度上は、退院後生活環境相談員が、退院に向けて取り組んでもらえているというふうに受け取るのですが、実際にどんなふうな活動をしているのかというところについては、病院外からすると、なかなか見えにくいのですね。

　制度上からいくと、あそこの様式の中に書かれているものでしかまずは見られないわけなのですが、そのあたりなども取り組んでいくというか、何か連携ができないのかなと感じるところです。

　先ほどの意見にもありましたが、外から病院の中に入っていくというのは、とても大事なのですが、外から入っていって、中のことを全部やるなんていうことは当然できませんので、実際には病院の方に動いていただかないといけないわけですから、そのように動いてもらえるような仕組みづくりというのを、単に福祉サイドの制度だけではなくて、精神保健福祉法の病院の実地指導なども含めてですが、このあたりとの連携みたいなことも、ぜひ考えていただきたいと思っています。ありがとうございます。

**◆事務局**

　ありがとうございます。

**◆ＷＧ長**

　よろしいでしょうか。では、最後のプロセスですが、「退院後に向けて」というところの説明をお願いいたします。

**◆事務局**

　では、最後の４番目としてご紹介いたします。

　退院後の地域生活を考えるうえでの課題を申し上げるわけですが、地域定着に関する課題になってきますので、ここが充実して安定することということで、ここが充実している地域には、長期入院の方が退院していけるわけですので、ここの課題というのがより重要になってくるかと感じているところです。

　まず、退院後の居住の設定、何から取りかかるかと先ほど委員がおっしゃいましたが、非常に難しくて、本人さんのご希望を聞いて、ご意向を確認して、でも、現実的にいろいろな選択肢を提案する中で、今回、一つの住所地に決めての提案はできませんでした。４箇所ほど見学に行かれているのですが、全部違う市町村、全部違う資源みたいなことになっています。ということは、それを担うケアマネジメントを、５年振りに、「ご無沙汰しています」でお会いされる地域の支援者が、そこを担えるのかとなるとそれは難しく、今回この方の場合には、基本的には病院のワーカーさんを中心に資源をいろいろ探してはいただいたのですが、広域コーディネーターの情報をお渡ししたり、生活保護のお力を借りて救護施設の見学に行ったりという、ありとあらゆる方策を検討したという形になっています。

　それで、退院先が決定した後も、大きな政令市とかに退院をする場合など、区分の申請から認定まですごく時間がかかって、退院になかなかタイミングが合わなかったり、計画相談の事業所を設定するのにも時間がかかったりみたいなところがありました。この方の場合は、政令市の資源も選択肢に入れたりしていたので、いろいろな状況があるので、それを、北河内の元の住所地がどこまで担ってくれるのかみたいな調整も必要だったりしました。それから、今の退院後の資源というのは、少しずつ増えてきて、支援者も増えてきて、サービスも増えてきてという委員のお話でしたが、退院前から利用できるものというのが非常に脆弱ですので、連続的に支援ができるというのが本当に少ないというのを実感しています。

　対応や提案ですが、退院先の調整は、４箇所ほど見学したと申し上げましたが、設定するのが本当に大変でした。さまざまな情報や調整を必要とします。入院中からの顔つなぎとして、退院支援委員会に地域支援者を呼んでほしいということは、割と広く広まってきて、もちろん法的に開催されているので、われわれも、「もし可能だったら参加させてください」というお声かけをするようにはしているのですが、なかなか病院側からは、「退院支援委員会をするので来てください」とは、関係性が取れている個別ケース以外の新規ケースで呼ばれることはありませんので、どうやって情報を入れていくかということは必要かもしれません。カンファレンスに参加すると、比較的連続的に支援者の顔つなぎができていくかと感じているところです。

　こういったところでは、その方の個別支援プラス、地域住民も含めて、ご家族の支援を含めて検討して、役割分担を担っていただくことが、より重要かと感じているところです。この事例の場合は、それぞれに相談者をきちんと設定して、それぞれに安心していただいたみたいな経過があります。

　ご家族と本人の意向の確認というのは、やはり複数でいろいろな人が確認していただかないといけないかと。病院側がご家族にご意向を確認したら、「もう家では見られませんので反対です」となった段階で止まってしまうことが多いのは現実ではあるので。でも、今まで関わっていた保健所の人がご家族に話をしたら、実は意見がちょっと違ったとか、情報の量が少なかった、みたいなこともありました。

　それから、障がいのサービスと高齢のサービスの併用に関しては、協議の場でもいろいろと話題になっていて、状況によって、順次スムーズにやろうとしているところも含めて、比較的併用がうまくいっているケースも情報としては入ってきています。

　先ほど委員のおっしゃった、ゆくゆくの状況まできちんとモニタリングできるシステムというのは、まだまだですので、データとしては、そこには上がってきていないのだと思うのですが、少なくともサービスの連携というのは、俎上には上がってきて、やろうとされている市町村が多いような印象ではあります。

　ですので、退院支援の際も、高齢の方だからできないではなくて、高齢のどこのサービスにつながるかということを念頭に置いて、これは、保健所や広域コーディネーターになるのであれば、きちんと地域に接続を図っていきたいと思っているところです。

　それと同時に、退院された後が、支援者が全く切り替わってしまって、元の支援者にはその後の情報が入ってこないというのは、現実に高齢事例とかではなくても起こっていましたので、ある程度広域コーディネーターのモニタリングなど、できる者がモニタリングをするということは必要だろうということで、この事業がある間は、広域コーディネーターは、半年を目処にモニタリングを実施していきたいと思っています。

　コーディネートとしては、退院に向けては、福祉サービスの調整というのは非常に重要ではありますが、同時に、訪問看護等の医療サービスの連携、特に、訪問看護は非常にフレキシブルに、また退院後すぐに入っていただきやすいですので、医療機関と訪問看護との連携などが重要になってくる場合が多いと思います。退院前カンファレンスがきちんと開催されているところは、やはりスムーズに地域移行をされている印象があります。

　高齢期の支援者との連携について、これもすべてがうまくいっているわけではないですが、うまくいっている好事例などの横展開を図っていきたいと思っているところです。説明としては以上です。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。いかがでしょうか。「退院後に向けて」というステージです。はい。お願いします。

**◆委員**

　この中に、「家族支援」という言葉があるのですけれども。ちょっとお答えしておきますが、私、今まで、「家族をあてにしないでね」というのは、退院したら絶対に顔も合わせたくないとか、そういう意味ではなくて、会いたいときに会えて食事でもして、普通の家族として穏やかに暮らせるという、そこを大事にしていったうえで、「同居を前提としないでくださいね」ということなのですね。ですので、誤解していただきたくないのですけれども。

　この場合、「家族支援」とおっしゃっているのは、具体的には何を指しておられるのかということと、今、おっしゃった中で、この事業が市町村格差があると、市町村によってはうまくいく・いかないということもありましたけれども。これが、市町村格差があるということは、非常に由々しきことで、やはりそのあたりの公平性というのは何とか保たれないのだろうかなと、この２点をお伺いしたいと思います。

**◆ＷＧ長**

　よろしいですか。

**◆事務局**

　ありがとうございます。

　家族支援について、まず、この事例に関してご説明すると、家族は子どもさんでいらっしゃったのですが、頻回の救急対応などに巻き込まれたりして、非常に疲弊されていて、他県にお引っ越しとかもされたりという子どもさんが多かったです。ただし、ご同意、「こういう状況で、こういう支援を入れるのでよろしいでしょうか」というご了承はしていただく必要がありましたので、保健所の方で家族とアクセスを取っていただいて、「連絡先の一番が家族になるような支援はしません。こういったことで、こういった支援をして安心を図りますので、退院に向けて動くことにご了解ください」というようなご説明をしたというのが、この事例の場合は家族支援になります。

　ですので、委員がおっしゃっているように、家族にご負担を強いるのではなくて、家族もご本人も、それぞれが人生を穏やかに過ごしていただける、楽しく過ごしていただける選択肢を、それぞれ役割分担をして支えていけるような支援者をつけるということを、一応目標にしているつもりで書いています。

　市町村の格差に関しては、たまたまも含めて、同じようなケースが上がってきても、動きがいろいろ違うというのは実際に起こっています。大阪府としても問題と認識していて、広域コーディネーターを、ほぼ全ての協議の場に派遣して、「できていないことをあげるのは簡単なのですが、できていることを言ってほしい」とお願いしています。その好事例を横展開して、「この地域だったら、これならできそうだ」ということを発見していただいて、そこで部会を通じて取組が進んだということが、少しずつは出来上がってきています。

　今のところは、「横並びにそろえなさい」と、上から命令できるものは何もありませんので、好事例を横展開していく中で、その地域でできる取組をしていただきながら、人権侵害をしていないかどうかをきちんと立ち返っていただいて、「地域移行は、こんなに手間暇がかかって、しんどいし、負担も多いし、やりたくないけれど、なぜしないといけないのか。」「やはり長期入院は、人権を侵害していることなのだと。これはやらなければいけないことなのだ」ということを大前提にやっていただくということを、協議の場でお伝えし続けて、格差を埋めていきたいと活動しているところです。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。他にいかがでしょうか。はい。どうぞ。

**◆委員**

　対象者の掘り起こしから退院後に向けてということで考えていくと、もちろんこれまでも退院支援を少しなりにも関わってきた立場からいうと、掘り起こしの難しさと、これは、やはりやっていかないといけないと思うし、関係をつくっていって、退院が近づいてくると、すごく困難なところが出てきて、最終的にはやはりハードの問題、他の委員もおっしゃっていましたが、結局、支援の過程から最終的なところのハードルというのは、やはり受け入れ先があるかとかというところにもなってきます。

　あと、いろいろな同行支援の問題だとか、複数の退院先を提示したときとか、退院前でも、いろいろな福祉サービスの見学ができるのかとか、就労継続支援Ｂ型事業所とか、そういったところを考えていく中で、一つ解決できるのは、地域移行支援が充実していたら、できるのだろうなというところはあるのはあるのです。地域移行支援がなくて、一緒に見学に行ったりというところになると、就労継続支援Ｂ型事業所なり、確かそこにも報酬がいくような形だったと思うのですけれども。なので、地域移行支援が取りやすいとか、やりやすいというか、その分の支援の対価がわかりやすいとか、そのようなところも考えていかないといけないと思います。

　先ほども申し上げたように、病院の地域と受け入れの地域というところの課題、そこが結構離れているというような課題に関しては、２箇所で支援をするようなやり方、それが認められるのか、あるいはそれに対する報酬もどういうふうにしていくのかとか。やはり月２回の面接というのは、なかなかハードルが高いところがあるので、それが月１回ではどうなのかとか、月１回の面接プラス地域での受け入れへの同行だとかというふうなやり方はどうかとか、そのあたりの柔軟な地域移行支援の考え方というのが、現実に沿って考えていただければ、少しはやりようというのも出てくるのかなとは思いました。以上です。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいですか。

　では、私からです。プロセス全体を通じて、になりますが、やはり原点に戻らないといけないと常に思っています。精神障がいのある人の地域移行支援を進めていくというのは、まずは、本人の思いを大切にしていくということと、本人が納得しながら進めていくということと、何よりも大事なのは、本人のペースです。これを、時間とエネルギーをかけないとできないので、これは前提にあるということですね。ここを省略してしまうと、これは置き去りのままになってしまうので、大阪府でこの事業の取り組みを始めたときのキーワードというか、大切にしないといけないところはそこなのだというところなので、やはりこれは忘れてはいけないことなのだろうなと思うのです。

　それを考えていったときに、今のシステムの中でどう動かせていくかといったときに、今回、議題２で挙げていただいているように、ケアマネジメントというか、コーディネートする部分をどこが担っていくかという。もちろん事例によって違うのですが、やはりどこが担うのか、どこがイニシアチブを取るのかという。

　やはり社会的入院を解消していくというのは、一つの機関だけがやればいいという話ではなくて、すべての機関で取り組まないといけないというのも、大阪府が積み上げてきた歴史の中で確認できていることですので、そういう意味では、とかくイニシアチブを取るところが見えにくくなってしまうというか、取りにくくなってしまうというか、どこかがやるのではないかと、そうなりがちなのですね。そういう意味では、コーディネートをするところはどこが担っていくのか、みたいなところ、このあたりが、とても重要になってくるのだなというのが、議題２の整理をしていただいたところで見えてきたと。

　その中で、特に市町村の実践力もすごく重要なのは間違いないのですが、もう一つは、一般の相談支援事業所ですね、実際に地域移行支援をやってくれるところですよね。ここの意見もそうなのですが、制度のすき間を埋めていかないといけないというところが、やはり大きなポイントになるので、大阪府の広域コーディネーターの役割というところと、いくつも出てきていますが、保健所ですね。保健所が一緒になって動いてくれるという、制度のすき間をうめてくれるという。どうしても医療機関や事業所というのは、報酬体系の中で動かざるを得ませんので、そこにならないところをどう埋めていくかという。これが、まさしくコーディネートとか、イニシアチブをどう取るのかみたいな話になってくるので、ここは、やはり大阪府独自の施策の広域コーディネーター、それから保健所、ここがいかに絡んでいくか。特に、何度も繰り返しになりますが、精神障がい者の地域移行を考えたときに、医療機関、あるいは治療、精神科の医療が関わってきますので、市町村がイニシアチブを取りにくいという、しかも、自分の市域の中に病院があれば、まだ関わることも可能ですけれども。そうではないところに関わっていかないといけないとなると、どうしてもイニシアチブを取りにくいという、そんなところをどうカバーしていくかということを考えると、ここに課題として挙げてくれていますが、やはり広域コーディネーターと保健所が一緒になって動いてもらわないと、なかなか進まないのだなということが確認できたと、私は思いました。はい。他によろしいですか。

　そうしましたら、議題そのものはこれで終わりたいと思います。

　あとは、何か情報提供が、皆さんの方から、あるいは団体、委員長でも構いませんが、情報提供があればいただけたらと思いますが、ございますでしょうか。

**◆委員**

　すみません。

**◆ＷＧ長**

　では、お願いします。

**◆委員**

　大阪府にも、ぜひ傍聴していただきたいので申し上げますが、先ほどの住宅安心セーフティネット、これの窓口は国土交通省の住宅局安心居住推進課に申込めば、オンライン参加ができます。９月２１日が中間取りまとめです。これは、物件を紹介するだけではなく、地域の暮らしに必要な福祉も一緒にセットにするという企画ですので、私が、最初の第１回目に傍聴したときは、９９団体、９９名の団体代表が参加しております。ですので、大阪府も、積極的に参加していただいて、ぜひ情報を取り込んでいただきたい。画期的な、国家戦略のあり方としては、福祉とハードの部分の両方が回らなければ進まないということを明らかにしておりますので、このまま関心なく放置していれば、やはりそれなりにしか動かないと思いますので、ぜひご参加のほど、よろしくお願いいたします。

**◆ＷＧ長**

　ありがとうございます。では、事務局からお願いします。

**◆事務局**

　事務局から一つ情報提供です。お手元に資料ご用意できなかったので、スライドショーでご説明いたします。

　大阪府の方で、退院支援の意欲喚起の一環として、どういったことで退院支援に何かアプローチができるだろうかと考える中で、やはり媒体は必要かというところですが、媒体をつくるにはお金がかかりますし、どうしようかなという中、大阪府の方で協定を結んでいただいている大塚製薬さんとの公民連携事業として、「退院支援パンフレット」を作成していただく運びになっています。

　今、最終的に内容を、自分自身の振り返りとか説明とかを入れているものですが、大阪精神科病院協会に監修をご依頼していて、もうすぐ質疑応答がくるのですが、それを経て、１０月ごろに発行したいと思っているものになります。

　公表が本日に間に合わなかったのですが、こういった形で、退院を前面に押し出すというよりは、お手伝いする人がいますよとか、こういった先輩の意見がありますよみたいなことを載せるようなイメージです。また、中に挟み込むシートに、ご自身の振り返りをしていただいて、どこにいるとか、入院してどれぐらいですかとか、あなたは何入院かなみたいなことを、例えば、ＰＳＷさんと一緒に振り返りに使っていただくようなシートも挟み込んで、意欲喚起の一環にしていただくようなパンフレットの制作を、今、企画しているところです。対象としては、大阪府の精神科病院にお配りしていただいて、使い方としては、机の上に配置して持っていっていただくのではなくて、相談員さんが必要に応じて個別に使っていただくような内容で、使っていただけるといいかと思っています。発行と公表ができましたら、委員の皆さまにも情報をお伝えさせていただくとともに、次のワーキンググループで現物を見ていただけるようになるといいかなと思っています。以上です。

**◆ＷＧ長**

　はい。どうぞ。

**◆委員**

　１，０００部というと、これはご本人に届ける分ですよね。

**◆事務局**

　そうです。

**◆委員**

　ちょっと少ない感じもするのですけれど。

**◆事務局**

　そうですね。対象の寛解・院内寛解の方が７００人ぐらいみたいなところもあるのですが、取りあえずは６０病院で１０部ずつで、それも、持っていてもらうものではなくて、一個ずつ丁寧に使っていただくイメージではあるのですが。

**◆委員**

　６０病院に、それぞれの医療機関に１０部ということですよね。

**◆事務局**

　おしなべると、になります。ちょっと人数は調整しますが。

**◆委員**

　入院病床数に比例するのか。

**◆事務局**

　そうです。

**◆委員**

　寛解・院内寛解のところが多いみたいな感じですか。

**◆事務局**

　そこは、病院の考え方によると思うので、比例するのは病院病床数かと。それと、長期入院がいらっしゃるところです。

**◆委員**

　長期入院者の数に応じた配布。何となく、私の中では１，０００部がちょっと少なめという感じがしたので。

**◆事務局**

　わかりました。対応できるかははっきりお伝え出来ませんが…

**◆委員**

　ホームページのどこかに掲載されて、それをダウンロードして使うとかということも併せてお考えいただいたらいいかなと思います。

**◆事務局**

　承知いたしました。

**◆ＷＧ長**

　既に予算とかが決まっているから、今から部数を増やすのは難しいのでしょうが、版権とかの関係で、ダウンロードで使えるような工夫をやってもらえればということで終わりたいと思います。

**◆事務局**

　はい。

**◆ＷＧ長**

よろしいですか。私から皆さんにですが、事務局、次回のワーキンググループは、大体いつぐらいを予定でしょうか。

**◆事務局**

　　（令和６年）２月開催ぐらいになりそうかと思っています。

**◆ＷＧ長**

　　２月ぐらいですかね。

**◆事務局**

実は、皆さんの委員の任期が、市町村以外は、令和６年１月末なので、改選の後にワーキンググループの開催になる可能性があるので、随時ご説明になるかと思っています。

**◆ＷＧ長**

　なるほど。わかりました。ちょっとその関係があるのですが、実は、私が皆さんにきちんとお伝えしておけばよかったのですが、本ワーキンググループの運営要綱の第９条に、「ワーキンググループは、その審議を行うために必要があると認めるときは、関係者に対してその意見を聞き又は資料の提出を求めることができる」という規定があるのですね。これをもっと活用したらよかったなと思っていまして、委員の皆さん方から、ぜひ大阪府の事務局に対して、こういうところの資料だとか、こういうデータだとか、このあたりはどうなっているかというところの説明を、もしご希望があれば出していただきたいと考えております。

　すべてに対応してもらえるかどうかは別にしても、たくさん意見が出た場合は、私が調整をさせてもらうことになるかもわかりませんが、ぜひとも、そういうところの意見をいただいて、そういう資料なり説明をいただくのも、本ワーキンググループの位置付けにとっては大事なことかと思いますので、次のワーキンググループまでに、もし、そういうところがございましたら、意見をいただければということを、皆さんに案内をさせていただきたいと思います。はい。

　　それでは、以上で、本日の会議を終了したいと思います。では、事務局に渡します。

**◆事務局**

　ワーキンググループ長、長時間の進行ありがとうございました。

　委員の皆さまにおかれましても、活発なご議論をいただき、誠にありがとうございました。

　以上をもちまして、「令和５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。委員の皆さま、本日はお忙しい中ありがとうございました。

（終了）