**大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会**

**令和６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６年８月29日（木）**

**午後２時００分～**

**場所：大阪赤十字会館　401会議室　および**

**オンライン開催**

日　　時：令和６年８月29日（木）午後２時～午後４時

開　　催：大阪赤十字会館　401会議室　および　Teamsを利用したオンライン

出席委員：大野委員、高田委員、堤委員、辻井委員（ＷＧ長）、西浦委員、平岡委員、
前澤委員、山本委員〔五十音順〕、森脇オブザーバー

**◆事務局**

　定刻となりましたので、ただいまから、「令和６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、司会を務めます嘉永です。どうぞよろしくお願いいたします。

　委員の皆さま方におかれましては、台風１０号の接近に伴い、開催方法をオンラインに変更するなど、直前に大変お騒がせしました。ご協力いただき、誠にありがとうございます。

　本日は、議事録等作成のため、オンライン会議を録画させていただきますので、予めご了承願います。オンライン参加の方は、カメラを常にオンに、マイクは発言時以外はミュートにしてください。

　初めに、大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長よりご挨拶をいたします。

**◆生活基盤推進課長**

皆さん、こんにちは。そして初めまして。本年（令和6年）４月に生活基盤推進課長を拝命いたしました、佐藤です。どうぞよろしくお願いいたします。

　本日は、お忙しい中、ご出席をいただきまして本当にありがとうございます。先ほども話がありましたが、本来であれば対面で皆さまと一緒に話をしたかったのですが、生憎の台風によりまして、この形で、ウェブで開催することになりましたが、よろしくお願いいたします。

　初めに、本ワーキンググループの委員についてご報告いたします。市町村の代表委員が交代されて今回は、大阪狭山市から前澤課長が就任しておられます。また、オブザーバーにつきましても、藤井寺保健所の森脇所長に参画をしていただいていますので、ご報告いたします。

　本日のワーキンググループですが、議題の一つ目に掲げています、「令和５年度大阪府精神科在院および退院患者の状況について」ということでご説明をいたしますが、これは昨年度（令和５年度）、２つの調査を実施しています。１つは、毎年度実施をしています、「在院患者調査」、それから、概ね５年に１度実施をしている「退院患者調査」のこの２つの調査の結果報告と、そこから見えてくる課題について協議をしたいと思っています。

　コロナ禍の中で、医療機関においても大きな環境変化がありまして、在院患者数等に大きな変動を与えていく状況でした。ただ、この状況においても、府としては、冷静な視点で残された課題について確認を行っていくことが重要だと考えています。

　また一方で、協議の場ですね、各圏域とか、また市町村において継続して開催されています。少しずつですが、それらの地域における連携強化についても少しずつ進んでいくのではないかと感じているところです。

その中で、大阪府、それからこのワーキンググループの役割としては、ひとつはそのような各地域での課題、これをいかに吸い上げて、集約をしていくか、また、各地域で行われている非常によい取組みもありますので、それらの好事例をいかに横展開していくかということが役割ではないかと、改めて認識をしているところで、今回、各地域から寄せられた声を集めて、大阪府として取組みの横展開を図っていくべく、２つ目の議題としまして、「ポータルサイトの提案」ということで、大阪府から提案をしたいと思っています。

　皆さまには、活発なご議論、忌憚のないご意見を伺いたいと思っていますので、本日は最後までどうぞよろしくお願いいたします。

**◆事務局**

　課長の挨拶でも触れましたが、精神障がい者地域移行推進ワーキンググループについては、市町村からの委員に交代がありました。今回より大阪狭山市健康福祉部福祉政策グループ前澤委員が参画されます。また、オブザーバーとして、今回より大阪府藤井寺保健所の森脇所長が参画されます。何卒よろしくお願いいたします。ワーキンググループ長については、桃山学院大学の辻井委員に引き続きお願いをしています。また、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をいただいています。辻井委員、高田委員、どうぞよろしくお願いいたします。

　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いたします。ウェブでご参加の委員の方は、ご紹介のあとマイクをオンにして、一言ご挨拶をお願いいたします。

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す。

　大阪精神保健福祉士協会　大垣委員は、途中からご参加される予定です。(最終的には欠席)

　大阪府精神障害者家族会連合会会長　大野委員です。

　地域活動支援センターあん施設長　高田委員です。

　大阪精神科診療所協会監事　堤委員です。

　日本精神科看護協会大阪府支部事務局長　平岡委員です。

　大阪狭山市健康福祉部福祉政策グループ課長　前澤委員です。

　大阪精神障害者連絡会代表　山本委員は、会場にてご参加いただいています。

　オブザーバーの大阪府藤井寺保健所　森脇所長です。

　大阪精神科病院協会理事　西浦委員はまもなく参加予定です。

また、健康医療部より２名がオブザーバーとして出席していますので、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　上野です。

　大阪府こころの健康総合センター事業推進課長　松川です。

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の佐藤です。

同じく、課長補佐の林です。

総括主査の中川です。

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の杉澤です。

ベルネジです。

上田です。

中岡です。

本日は、途中参加予定含め、委員９名全員ご出席の予定(最終的には9人中8名の参加)になっています。参考資料２、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いることを報告いたします。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いますが、本日は、傍聴の方はおられません。

次に、本日の配布資料の確認をいたします。事前配布時より修正したものもありますので、オンライン参加の委員には、昨日送付させていただいたものをご参照ください。また、画面も随時共有させていただきます。

　次第

　資料１　　「令和５年度大阪府精神科在院および退院患者調査について」

　資料２　　「大阪府版『にも包括』ポータルサイトについて（案）」

　参考資料１「令和５年度精神科在院患者調査報告書」

　参考資料２「令和５年度精神科退院患者調査結果」

　参考資料３「地域支援推進部会運営要綱」

　参考資料４「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５「委員名簿」

配布資料とともに、委員の皆様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います。但し、委員名は記載いたしません。予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いては、ワーキンググループ長にお願いいたします。

**◆ワーキンググループ長**

本日は、お忙しい中、ありがとうございます。

ウェブと会場とで、ハイブリッドというやり方になって、少し進行でドタバタする可能性がありますが、ご協力いただきますようお願いいたします。

最初に、本ワーキンググループにおいては、オブザーバーの委員も各委員と同等にご発言をいただくということで、まず皆さんにご了解いただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。はい。異議がないようですから、オブザーバーの方にも委員と同じように発言をいただくということで進行をさせていただきます。

今回は、先ほども課長から挨拶がありましたが、２つの調査の結果を踏まえての報告及び「にも包括」に関わる大阪府が提案をしようとしている、ポータルサイトの案内が大きな議題です。

「その他」ということも挙げていますので、もし、委員の方々から「その他」で情報提供もしくは、問題提起等あれば、いただければと考えています。

それでは、議題の１に入ります。「令和５年度の大阪府の在院および退院患者の状況」について事務局より説明をお願いいたします。

**◆事務局**

どうぞよろしくお願いいたします。資料など、お手元に届いているかと思うのですが、画面でも共有いたします。

何か不具合があれば、チャットや、途中で発言をして呼んでいただければと思います。

　では、議題１の説明に入ります。在院患者調査等についてのご説明ですから、大精協（大阪精神科病院協会）の委員はまだ来られていないのですが、精神科病院にご協力をいただいての調査に関しての報告をいたします。

　表紙には、また後ほど詳細を説明しますが、１年以上の長期入院患者数の推移をグラフとして載せています。

　こちらは、大阪府でも障がい福祉計画の目標値として設定している数値でして、報告の第一弾といたしまして、令和５年の調査で、１年以上の長期入院患者数は、８，１３２人になりました。第６期障がい福祉計画の目標値は、８，６８８人でしたから、長期入院患者数といたしましては、障がい福祉計画の中で達成されたということになっています。もう少し詳細に説明をしたいと思います。

　改めまして、在院患者調査につきまして、どのような調査であったかということを、振り返りを含めて、説明のページを入れました。在院患者調査は、大阪府独自の調査ですが、ベースになっているものは、国が毎年秋頃に実施している、「６３０調査」です。精神科医療機関に対して、国が実施をする６月３０日時点での患者の状況についての報告調査に合わせて、精神科病院にのみ、大阪府の在院患者調査として、患者さまの状態像や退院阻害要因について追加して聞かせていただいているということが在院患者調査になります。

　「６３０調査」自体は、精神科の医療機関、クリニックとか、訪問看護などすべてに調査が入るわけですが、そのうち、精神科病院を対象にしているものが在院患者調査になります。

　また、令和５年は、同じ時期に調査依頼をかけたのですが、退院患者調査を実施いたしました。これは純粋に大阪府独自の調査で、概ね５年に１回程度で実施しており、退院促進をすすめるにあたって、主には、精神科病院から退院する患者さまの行先等について調査をしているものです。これも５年に１回程度なので、調査方法にいろいろと変更がありまして、通年の１年間の退院患者さまについて尋ねていた時期を経まして、前回の調査から９月から１１月までの退院患者について、３カ月間の追跡調査をお願いするものに変更となっています。

　調査方法に関しては、医療機関に調査シートを配布し、これも患者さま１人に１行でエクセルに入力をする大変、お手数のかかるものではありますが、こちらから補足をして、大阪市、堺市も含めまして、大阪府の対象となる医療機関、現在は、５９病院ありますが、こちらから悉皆で回答を得ているものになります。退院患者も同じように調査票を配布しています。

　大阪府では、この報告に関しまして、ホームページで公開していますので、こちらのアドレスを参照していただければと思いますが、今日は資料といたしまして、参考資料１と参考資料２として在院及び退院患者調査報告書も配布しています。

　報告書が６０ページにわたるものとなりますし、今日は、そこから抜粋をしてご案内できればと思います。まず、在院患者調査から。こちらの報告は、精神ワーキングのほうでも毎年、行っていますのである意味、見慣れたグラフにはなっていると思いますが、改めて令和５年度分を追加して表現しています。

　先ほど申し上げましたとおり、長期入院患者数に関しては、大阪府として平成２８年から比べても最少人数になっておりまして、また、１年以上の方の入院患者の占める割合も５５．８％（パーセント）と、こちらも最少になっています。

　今まで、縦棒グラフで表していましたが、第６期障がい福祉計画の最終年が令和５年のため、この障がい福祉計画の基準になったものが令和元年の数字であったため、この５年間を横棒グラフで表現しました。

　このように全体の人数は減少傾向で、令和５年ですね。１年未満の患者数は、ここで減少をしてきて、また増加傾向ですが、要するに１年未満の患者さまは、医療が必要な場合は医療を受けてもらうことが精神疾患をお持ちの場合は重要なので、１年未満の入院で回復し、サイクルを回し、また必要なときに医療を受けるということがある意味、オーソドックスな形になるのですが、その意味では、１年未満の患者さまの数が増えてきているということは、必要時に医療を受けている方は、きちんと体制が確保できているといえるのではないかと思います。

　「１年以上５年未満」から「５年以上」、「１０年以上」とこちらはまんべんなく少しずつ減少していて、結果として「１年以上」の方すべての人数が減少していることが見えるグラフになっています。ただ、「１年以上５年未満」の方に関しては、一定数の割合は占めています。

　割合で表わした１００％の積み上げグラフですが、やはり、「１年以上５年未満」が３０％を切ってきてはいますが、一定数の割合を持ちながらも、「１年未満」の方が４４．２％。これはこの５年間の割合としては一番、大きな数字になってきています。

　「１年以上５年未満」を増加させない対策は、今後も課題として念頭に置いておかなければいけないと考えています。

　次は、年代区分別の患者数の推移です。特にこの令和４年から令和５年に突出して減った年代があるようには見えず、まんべんなく減少されているのではと。もちろん、全体数としては高齢期、特に７０歳以上の方々の人数の割合は多いのですが、減少傾向に転じているのではないかと思います。ただ、これを１００％のグラフで見ますと、割合として増加しているのは８０歳代以上。しかし、精神科病院には、統合失調症も含めた高齢期の患者さまの増加とか、長期入院化ということはひとつの課題と聞いていますので、そのあたりも反映しているグラフになっているのではと感じています。

　在患者調査がおそらく、平成１３年くらいを皮切りに調査を開始していると思うのですが、調査の始まりの大きなきっかけとなったことは、社会的入院に対してどのように考えていくか、でした。この社会的入院とは何かということですが、ひとつの考え方としまして、在患者調査で特に調査をしている状態像、このうち、病院での生活において、ある程度精神症状のほうは治まっている、このような方々を寛解・院内寛解群として調査をしていますが、ある意味、条件が整えば、退院が可能かもしれないという方々を社会的入院のひとつとして考えるということもあって、この方々の割合とか、人数がどのように推移しているかということは、在院患者のひとつの大きなポイントになるかと思います。

　ここに関して、令和４年から令和５年においては若干の数ですが、「１年以上」の方が減ったにもかかわらず、１年以上の院内寛解の方は、少し増加です。令和元年からも減少傾向とはなかなかいうことができない横ばいの状況です。割合で表しても、いわゆる７％弱の方が精神症状としては院内寛解で、入院は継続されているように見えます。

　この寛解・院内寛解群の方々に関しまして、左上のグラフですが、伝統的に使っていて少しわかり辛いグラフで恐縮なのですが、退院阻害要因に関しては、入院の患者さま全体で調査をしています。入院患者さま全体ですから、症状が落ち着いて入院によらない形で治療ができるまで回復されている方は、１５％程度で、そのうちの９０％近くの方に退院阻害要因がある。患者さま全体ではこのグラフですが、右下です。１年以上の寛解・院内寛解群の方には、病状が回復されている方が６２．５％おられるうちの９６．５％に退院阻害要因があるということでやはり、ある程度症状が落ち着いておられる方で退院ができていないということに関しては、退院阻害要因があるのだろうということがこのグラフから見えると思います。

　それから、退院阻害要因につきまして、これは今回もそのように大きな変化はなかったと思っています。やはりと言えばやはりなのですが、「退院意欲が乏しい」とか、「現実に意識が乏しい」、「退院による環境変化への不安が強い」というこのあたりは、入院期間が長くなるほど割合として高くなる。人数が減ってきますので、割合で比べておりまして、長期入院の方は、このような意欲の喚起や、不安が強いことに対することへの解消とか、このあたりをかなり丁寧に対応しないと退院に結びつきにくいのではないかという数値のグラフになっています。

　住まいの確保に関しましては、様々な課題としていつもご意見をいただく部分ですが、こちらに関しては、令和５年度の調査でも入院期間が短い方のほうが、阻害要因とされる割合が高くなっています。

　後ほど報告をしますが、現在、住まいの確保に関して、地域の資源というものは、少し増加傾向に転じているので、ある程度調整をすると、その地域の資源に退院される方は増えている印象は持っているのですが、ただそれが１年以内で解消される方よりも入院直後にそれが課題になっていてなかなか、調整がつかずに長期化されているということは、このグラフからも課題として残っていると考えています。

　また、令和４年の調査から今回は２回目になりますが、まず、身体的機能や状態を要因としたＡＤＬ（Activities of Daily Living：日常生活動作）の低下。この低下とそれから身体合併症が重いという身体面のフォローが必要な方。この２つを退院阻害要因として調査を開始していまして、今回の調査におきましては、入院期間が１０年未満で退院阻害要因とされる方は、ＡＤＬの低下のほうが影響されているかもしれないというグラフになっています。身体合併症の程度が重いよりもＡＤＬの低下が阻害をしている可能性があるかもしれないです。

　また、６５歳未満、以上で見ますと、明らかに６５歳以上の方は、ＡＤＬの低下と身体合併症が重度ということが阻害要因となっている割合が６５歳未満に比べて、圧倒的に高くなっています。寛解・院内寛解群で６５歳以上ですと、特に精神症状を含めた状態が落ち着いている方は、ADLの低下が退院を阻害している可能性が、高齢期の中で高いということがわかるグラフになってきています。

　こちらは、入院時住所地と病院がどこにあるかのクロスの表になりますが、入院されたときの住所地が例えば、豊能圏域の方が豊能圏域にある病院に入院されている割合は、７２．３％と見るものになりますが、このように入院時の住所地と二次医療圏の病院の所在地が一致する方々、概ね６割以上は、近くの病院に入院をされているように見受けるのですが、大阪市に関しましては、大阪市内に長期入院で対応される病院がほぼありませんので、大阪市に関しては、各圏域に散らばっておられると。もともと母数も多いですし、このようにあちらこちらに退院支援をかけないといけないということが、大阪府の課題でもありますし、大阪市としては突出して、そのあたりが課題として見えてきている表になります。

　次からのグラフは、第６期障がい福祉計画が令和５年で一度、評価をされるので、このときに各市町村でも長期入院患者数を目標値としてそれぞれ設定をされているわけですが、各市町村が今回、令和５年６月３０日時点で目標を達成されているように見えるのかどうなのかというあたりのグラフになります。これも数字としては、ずっと公表をしていましたが、見やすいようにグラフにしました。

　今、紫で引いた線の左側。熊取町から左側が目標を達成すると０人になるグラフですから、２６市町村と大阪府が第６期障がい福祉計画の目標を達成したように見えているグラフです。そして、右側が市町村としての目標にはまだ届いていない市町村になりまして、これは、何が進んだから長期入院患者が減るという単純なものではありませんので、市町村の取組みで何か、突出してよいものがあるかというとか、おそらくそのようなことではないと思うのですが、障がい福祉計画の目標の評価としてはこのような見え方になっています。

　本日から参加されている委員のおられる市に関しましては、目標よりも９人の長期入院患者さまが少なくなっているという、このような見方になっています。一応、達成率も見ました。今回の達成率は、目標値から実績値を引いて、目標値で割ったという数値ですが、これももちろん達成されて、左側が目標達成で、達成率が上になっているということになりますが、先ほどの人数と単純比較より達成率からすると、またここにも順位の変動がある程度見えますがだからといって、この順位の一番左側の市町村の活動が素晴らしいのかというと、そういうことではないのです。あくまでも参考としてこのグラフも作成いたしました。印刷などすると、小さいと思うのです。拡大してまたご確認ください。

　あとは、このグラフをどのように見ていくかということで、参考として様々なグラフを作成して、圏域協議の場や、市町村協議の場でもプレゼンテーションをしようと思っています。例えば、この長期入院の患者数を市町村ごとに分けてグラフにしますと、人数自体が多い政令市や中核市などが左側に来るわけですが、これを総人口との比で見て、長期入院患者さまがその市町村の人口に対してどのくらいの割合を占めるかということをパーミル（‰）にはなるのですが、並べてみると、左側に来るのがやはり病院が多い泉州地域の市町村になる傾向があるという感じです。要するに、市町村の行政として焦点をどのようにして当てていくかということのひとつのヒントになればと思ってこのようなグラフも作成してみました。

　次のページは、長期入院患者の中で、何回も申し上げている寛解・院内寛解群の方がどのくらいいるか、長期入院で寛解・院内寛解群の方ですね。上のグラフは単純に人数ですが、下のグラフは、これを入院されている総患者に比べて、長期入院で寛解・院内寛解群の方がどのくらいいるかということを割合で見ると、このようなグラフになり、各市町村で共有が開始されていまして、いろいろと課題を共有しているのですが、特に左側にこのように見えてしまう市町村に関してやはり、地域移行の課題は残っていると思われるので、ここも今日の議題のひとつにしても良いのではないかと思います。

　ただし、右側でゼロになっていて、このあたりで課題が解消されているという安心感を与えることができるところまでいかない表現でもありますので、まず、ご自身の市町村がどの位置にあるかとか、どのような課題を考えていくかということを本当に参考にするというグラフとして作成しています。こちらは、市町村とか、保健所圏域の会議でそれぞれまたご案内していきます。

　続きまして、久しぶりに実施しました、退院患者調査から抜粋してご報告いたします。１年以上の入院患者さまの退院先を主に見ていく調査で、このようにグループ分けをしまして、左側の退院先、そのうちの割合がどのようであったか、６５歳以上と未満とではどのようであったかということを比べました。

　今、手元にある調査として、平成１８年が一番古いもので、４回くらいの調査を比べることができます。概ね５年と申し上げましたが、調査期間は結構、ばらばらで、おおよその傾向を確認いただければと思います。

　長期入院の患者の方ですが、平成１８年と平成２６年は、１年間の患者さまを追っていますが、平成３０年と令和５年は、３カ月間です。だから、人数の母数が違うため、割合で比べています。

　その中で、１年以上入院をされていて、退院された先をピックアップしていますが、自宅への退院が大幅に減少しているということがわかりました。そして、令和５年ですが、右側が死亡退院の方で、３１．３％、それから身体科等への転科、転院ですね。精神科以外に転院されている方が２９．４％と合わせると、６割以上の方が亡くなられているか、転院されているという状況でした。

　在院患者調査が６月３０日現在、令和５年の退院患者調査は、９月から11月のため、患者さまの層が合致しているわけではないのですが、１年以上の長期入院の患者さまは減りましたが、退院先としては、このような状況であることを確認できると思います。

　６５歳未満、６５歳以上でそれぞれのグラフを作りました。まず、上が６５歳未満で、令和５年がこのようになりますが、障がい者福祉関係施設というものを全て合わせてこの緑の部分になっていて、ここに退院をされている６５歳未満の方が一番、割合が高かったです。この障がい者福祉関係施設の中で一番多いのがグループホームへの退院です。そして、６５歳以上ですが、この高齢者福祉関係施設への退院というものがある程度の割合を占めていて、１７．８％です。ここは、老健施設（介護老人保健施設）や老人ホームなどいろいろあるのですが、令和５年の調査で一番、多かったのは、有料老人ホームでした。有料老人ホームは、割とフレキシブルに居宅サービス等を使って、退院できるサポート的な住居になっています。サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）は、ある程度自立されている方が入居される枠組みになっていますので、精神科病院に長期入院をされている方はサ高住ではなくて、有料老人ホームに退院されている割合が多かったようです。

　１年以上入院された６５歳以上の方で、亡くなられている方と他科への転院を合わせまして、７割以上の方がこの２つの項目によっての退院になっていますので、地域移行をされているわけではないと考えます。

　次の表ですが、これは、令和５年の退院患者調査で、追加項目を入れたものです。９月から１１月までの退院患者さまの中で９月から１１月までの間で同じ病院に再入院をされた方をピックアップした表です。

　まず、これに関しては、左側の全体の表は、９月から１１月までに退院されたすべての患者さまが再入院をされたかどうかということなのですが、自宅に退院された方の３４．１％が３か月以内に再入院。他科へ転院された方の４６．３％が再入院されているということです。これは、再入院された方のうちのパーセンテージですから、母数としてはとても少ないです。６，２６１人が退院をされている中で、再入院されたのは、４５１人。このうち何パーセントがこのような振分になっているかということなので、数字のマジックがあって見にくいのですが、要するに患者全体でも再入院される方は、自宅に退院された方は、もしかすると、調整がうまくいかずにまた状態が悪くなって、再入院された方も含まれると思う自宅への退院と、それから他科への転科ですね。肺炎になられたり、骨折されたりで一度、身体科へ行かれて３か月以内に戻られたという方になると思われます。

　入院期間が１年以上で退院をされた方は、５８８人ですが、このうち３カ月以内に再入院された方がほぼ、他科への転院であったということがある程度の傾向として把握できました。

　再入院先の対象をグラフにしたものですが、在院期間が１年未満の方で、再入院された方の分布がこの青い線になっています。先ほどの表と同じなのですが。そして、突出しているのが、１年以上入院された方が退院されても、７３人の方は、また他科への転院など戻られて、調査上は、この方々は、入院としては１年未満の入院に、いわゆる、リセットになりますので、ここが在院患者調査の限界といいますか、どのような形で１年以上の方が減ったのかということをある程度注意をしてみて行かなければいけないという結果になっています。

　在院患者調査、退院患者調査から見えてくる大阪府の課題は、最初のグラフで案内をしました、１年以上５年未満の方を増加に転じないような対策が必要だと。それから、やはり寛解・院内寛解群の方がわずかでも増加していることに関しては、我々が退院を促進する事業を展開している中で、課題はまだ、残存していると考えなければいけないと。

　それから、退院されたという数値は上がっていますが、その退院の多くは、特に高齢期の方に多いのですが、死亡と転科ということを考えると、適切な地域移行に関しては、まだまだ課題は残されていると思います。

　この３点を課題として抽出できるのではないかということで、調査報告は終わります。議題１の報告は以上です。

**◆ワーキンググループ長**

　ありがとうございました。既に資料も送られているので、対応も踏まえて、観察をされている方もおられると思いますが、今、説明があった内容についてまずは、質問を受けたいと思います。質問はありますか。

　もし、質問がないようでしたら、見ていただき、報告をいただいて、一応、課題の整理もしていますが、皆さんのそれぞれのお立場からご意見、感想でも構いませんが、この在院患者調査と５年に１回の退院患者調査の結果を踏まえてご意見をいただきたいと思います。どなたからでも構いません。いかがでしょうか。

**◆委員**

　身体合併症の方が戻ってこられるということは、やはり、精神症状が残っているのではと思うのですが、精神症状がそれほど、目立たない、本当の寛解状態であれば、おそらく戻る必要はなく、そこから介護施設などに働きかけができるのではないかというようには少し疑問には思っているのですが。そのあたりは、各地域とか医療機関によって急性期の一般身体科はやはり、短期で治療が終わると退院をさせなければいけないというところもあるのかもしれませんが、おそらく、精神症状があるからどうしても元の病院に戻ってきているという解釈ではないのかと。だから、寛解ということがどこまで信憑性があるのか、僕も疑問に思っています。

**◆ワーキンググループ長**

ありがとうございます。いかがでしょうか。今のお話に関して。私もそのあたりは、気になっているところで、データから読み取るとおそらく、この精神症状があるので、身体合併症の治療は終わったということで、引き続き精神科での治療が必要であるから戻っているという理解なのですが、果たして実際はそのあたりどのような状態なのかという。身体合併症の治療は終わったけれども、そのまま地域にその身体合併症で受け入れている病院が地域移行というか、それをしていくことが難しくて、実態としては、「受け入れたのだから、戻します。」というところがあるのではないかということも想像はできます。このあたりは、実態がデータでは正しく出ていませんので、何とも言えませんが、先ほどの委員がおっしゃったように、確かに症状があるからということももちろん、考えられますが、もう少しその中身を見ていかないと課題があるかもしれないということがあります。他、いかがですか？どうぞ。

**◆委員**

身体合併症の点では、たまたま昨日、ある家族から訴えが入りまして、相当重篤な循環器系の治療を府下の病院で受けて、そして命に関わるという状況でしたから、南の循環器の専門病院で受けてくれたのだけれども、「脳の状態がよくなれば、早く退院をして、精神のほうに戻ってください。」ということをいわれて、大変困ったということです。

　その方１人だけではなく、その地域の家族会の中のかなりの数の方がやはり、命に関わる状況を脱すれば、精神専門のほうに帰ってくださいというようにはっきり宣言されるということで、その状況がそこの南の地域だけではなく、いろいろな所で起こり得る可能性があるというように思っていまして、そこだけではなく、某有名な循環器の病院でも、それをいわれているという実際の声も聞きますので、ある意味、五大疾病になっても精神疾患があると、重篤な状況から回復の目処がついて落ち着くまでという一般の人が普通に受けることができる経過をかなり短縮して、退院を迫られることがあるのは事実なのでこのあたり、一般の医療の皆さんのご理解もいるし、ある意味、事業所の差別といってよいのかどうかわかりませんが、私たちは家族会で差別だと認識をしているのですが、事業者の差別については、法的義務にもなっている中で、そちらとの連携でこの合併症がある人たちがもう一度、精神のほうに帰ってくるということを綿密に、なぜ帰ってきているのかということはしっかりと把握をし、他科の、一般の医療機関に働きかけなければいけないことであれば、それは対処していくべきだと思います。以上です。

**◆ワーキンググループ長**

 　ありがとうございます。他、いかがでしょうか。お願いいたします。

**◆委員**

　今、ご発言のあったことは、非常に重要な報告ですが、今の一般医療の中で必ずしも、精神障がい者だけが早期退院を迫られているという差別を受けているとはなかなかいい切れないところがある。一般病床がもう、明確に急性期の病院とリハビリテーション等を行う病院と療養型の長期入院を受ける病院と、もう明確に病院が病棟ごとに区別されていまして、急性期の病院はどこも家族のご意向などはほとんど斟酌されなくて、一定の治療が終わると直ちに退院という実態が事実としてあるので、なかなか難しいところがあります。

　だから、精神科病院も、精神病床も必ずしも全部一括りでみなすことはできないと。今、精神病床はもう、明確にスーパー救急とか急性期医療を担う病床と、病棟とそれから療養型の病棟と、明確に分けられていまして、皮肉なことに長年、いろいろなことで人権の問題などが考慮されてきている中で、精神の障がいがあり、身体的な様々な合併症がある方にとって、これはなかなか明確には言いにくいところですが、一番、質の良い医療や介護が提供できている所は、もしかするとその府域にある６０の精神科病院の精神療養病床かもしれないと思います。

　私は、今年（令和６年）の４月から大阪府の精神医療審査会の委員会に出始めて、医療保護入院の入院報告書などを毎月、チェックをする役割をしているのですが、私が見ている限りでは、この４月以降も精神科病院に医療保護入院をされている方の８割は高齢者です。新規入院の方々は。認知症のＰＴＳＤ（Post-Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）や、一般病院や高齢者施設で対処しきれない方々の受け皿として、精神科病院に入院される。そして、ご家族の同意による医療保護入院されているという実態があり、確かにこれらの方々は、落ち着いたあと、速やかにそれぞれの地域に戻っていくはずなのですが、これは本当に難しいことですが、高齢になられると本当にわずかなケアの食い違いといいますか、ケアレベルの食い違いで極めて容易に再度、せん妄状態になられてしまうと、この方々に対処できる一定の医療水準や医療技術を持っているという点では、やはり精神科病院の療養病床あるいは、認知症治療病棟ですね。これらの病棟の機能というものは、良い悪いはありますが、現実的に必要とされているという部分はあって、そのあたりと単に長期入院になっている方々との区別をデータの中でどのようにきちんと見極めていって、そして、不適切な長期入院をどのように減らすのかということを考える。それと、高齢者になられて、なかなか他に行き場のない方も来られてという部分とをデータ上でどのように見極めていき、適切な施策を打つことはますます、難しくなってきているということを実感しています。

　だから、必ずしも、一般の循環器の急性期専門病院に長期入院ができていないということは、精神疾患の体系だけではないとも思われます。そのあたり、見た目の方法があればよいのではと思うのですが。難しいところかと思います。

**◆委員**

今、私が言いましたのは、精神疾患があるという理由で、早期退院を迫られたということです。様々な理由で今の医療全体が、ゆっくりとした治療というものをし辛くなっているという状況もあるのかもしれませんが、私が今、言ったことは、「精神疾患があるので。」ということを明確に宣言されていますので、その病院だけの事例ではなく、他にもいくつか聞いています。以上です。

**◆ワーキンググループ長**

はい。ありがとうございます。他はいかがでしょうか。今のことと関連しますが、事務局からもありましたが、まずは第６期の大阪府障がい福祉計画の目標数値、これはあくまでも１年以上入院した人の数ということで見ているのですが、これ自体が一応、目標数値をクリアしているということです。これ自体は、悪いことではなくて、進めてきたことの結果の一つだと見てよいのかもしれませんが、やはり課題になることは、寛解や院内寛解の方々が少しでも増えているか、横ばいのままという事。先ほど、委員から発言がありましたが、やはり不適切な入院というものは、これはなくしていくという取組みをしなければいけない。これはもともと、社会的入院解消ということと関連をしていますが、そのように考えると、もう少し詳しいデータがいるのではないかと思ったのは、「寛解の場合に入院をされていることはおかしいのではないか。」という話にはなるのですが、これは調査の時点で寛解をしているので、「退院を勧めています。」とか、「退院準備中です。」というような人たちがやはり、入っていると思うのですね。

　このあたりは別に問題はないと思いますが、院内寛解の中でも退院がほぼ決まっていて、「それに向けて取り組んでいます。」ということとがこの状態のままなので、何もアプローチができていませんという中身をもう少し見ていかなければならないということが、どこまで調査ができるのかというと難しいところはありますが。

もうひとつは、退院阻害要因という話なのですが、これはずっと出てきますが、退院意欲ということをどのように見るかということです。これは、症状としての退院意欲そのものだという側面もあるだろうと思うし、そうではなくて、諦めということで意欲が出てこないという側面もあるのでしょうけれども、それよりもむしろ、住まいの確保とか、家事、ここが課題で退院ができていないというか、それからあとは、ＡＤＬなどもそうかもしれませんが、これらで精神科病院にずっと入院をしているというこれは、適切な入院とはなかなかいえないのだろうと。このあたりをどのようにクリアしていくのかということが早期な課題になってくるのだろうということと、目標数値は達成しているのだけれども、特にこのワーキングで検討をしている中身については、進んでいない、止まったままではないかということは、私たちが認識をしなければいけない点だと思いました。

　加えて、退院先ですが、１年以上の方々も残念なことに死亡退院が最も多いという、３割以上を占めているという。このあたりは、まだまだこの地域移行ワーキングでしっかりと意見をまとめて、大阪府には、施策の中心にしていただかなければいけないところではないかと感じています。

　他、何かありますか。お願いいたします。

**◆委員**

　昨年（令和５年）、一昨年度（令和４年度）もあったかもしれませんが、コーディネーターさんが関わって、退院に至ったケース。保健所圏域の機関も関わったケースがあったのですが、その方でも先ほどワーキンググループ長がおっしゃったように退院意欲が乏しいのか、退院するきっかけだとか、退院できるという可能性をあまり知らされていなかったというか、何年も退院の話がなく、もう病院の中のホームなのか、施設などでなければ無理だというところから、１年少しくらいだったかと思うのですが、コーディネーターさん、あとの退院に向けた関り機関。市役所とか、保健所などいろいろな所が関わられて、無事、退院されたという事例があり、やはりそのような本人の意欲の問題なのか、現実認識なのか。諦めざるを得なかったとか、そのような方法があるということを知らなかったなどということは大きいと思いますので、そこは、どの退院支援が届くかということも今後、コーディネーターさんとの連携や活躍も含めて大切なことではないかと思いました。

　また、この退院阻害の中でも、ＡＤＬの低下とか、そのあたりに関してはやはり、長期入院の患者さまでも年を取られてくると、もう自然とそのＡＤＬの課題は出てきやすくなるので、また違う理由ですが、やはり、いつの間にかもう、５年、１０年近く入院をしていた方というのがこの患者調査とか、地域などで話し合っていると、「このような方がいたね。」ということがあって、もう７年くらい関りがなくて、それはもう、地域でも保健所でも市役所でも見逃されていて、今回引っ掛かってきたというところがあるので、そのようになってくるとやはり、４０歳代が５０歳代になって、５０歳代が６０歳代になっていくと、やはり退院をする労力と時間もかかってしまいがちなので、そのあたり、早く関わることができるような仕組みが今後、必要ではないかと思いました。以上です。

**◆ワーキンググループ長**

　　ありがとうございました。どうぞ。

**◆委員**

　先ほどの身体合併症の転院の箇所なのですが、私が勤務をしていた時のひとつの話ですが、骨折で手術が必要だというケースで、他の病院へ行ってもらうときに、精神科の患者さんだったので、「リハビリは無理ですよ。手術だけはしますけれども。」などということを事前にいわれたことが実際にやはり、あります。だから、私の所も病院としては、お願いをしている立場なので、当然、患者さんもその立場は同じだと思うのですが、そこは、必要なリハビリテーションというものを受けることができずに帰ってこられた患者さんがいたということは実際の話としてあるということを言いたかったのです。それがひとつ。

　あと少し話は外れるのですが、退院阻害要因で、ＡＤＬの低下というあたりの言葉があったかと思うのですが、実際に私が勤務をしていたときのことを思い出すと、ＡＤＬが低下したときというと、高齢者福祉サービスのほうがハード的にもよかったりとか、チャンスという表現は適切ではないということは十分にわかっているのですが、本人に適した療養環境に移るひとつのきっかけにはなり得るということだったので、もしかすると、地域差というか、高齢者福祉サービスの地域差があったりすると思うので、もう少しこの阻害要因としてＡＤＬの低下を挙げているとすれば、分析をしていくと、福祉サービスの提供というあたりをもっと強化するということにつながるのではないかと感じました。

**◆ワーキンググループ長**

　ありがとうございました。他、よろしいでしょうか。

　それでは、続きまして議題２に入ります。大阪府版の「にも包括」のポータルサイトについてです。事務局から説明をお願いいたします。

**◆事務局**

　引き続き、説明をさせていただきます。ワーキング長からも案内がありましたとおり、「大阪府版の『にも包括』ポータルサイト」、これは、大阪府の生活基盤推進課の中で勝手に言っているというよりは、いろいろな経過を経て、この案に行き着いているということを説明させていただきます。

　これはもう、ある程度皆さんに説明をさせていただいています、「長期入院精神障がい者退院支援強化事業」を継続していて、広域コーディネーターを配置しているわけですが、圏域協議の場とか、市町村協議の場は開催される限りは、なるべく参加するようにしています。その中でも各地域の部会での課題集約とか、苦労されている面も含めていろいろと見えてきているということが現状です。

　やはり、継続的に顔の見える関係づくりもひとつの目標であるということが、協議の場が開催されることで、同じ市町村や同じ圏域での地域支援者同士の連携。委員がおられる市の連携とか、保健所も含めたワーキングの連携など、これらを例に挙げまして、本当にどこの地域でも強化されているのではないかと思います。

　府が退院促進支援事業をしていた平成２３年くらいまでは、保健所がある程度中心になって会議を開いてやっていたあの時代が少しずつ戻ってきているのではないかという印象を個人的に持っています。

　今回から参加されている市町村からの委員がおられる市も基幹相談が中心になりまして、病院も含めてやり取りをする中で、コロナの影響もあってなかなか難しかった院内研修の開催とか、院内茶話会というものが開かれるようになってきたという、１歩も２歩も前進されている地域が本当に増えてきていると思っています。

　だから、同じ地域内での地域支援者同士の連携は非常に強化されている。もう、力のあることも含めて強化をされている。ただやはり、地域移行の実施状況は、地域によって様々だし、件数がないからできていないということでもなく、それどころではなくて今、地域にいる方を定着させることで手一杯だとか、相談支援事業所のマンパワーが足りなくて、計画相談がなかなか着けることができないとか、そうなると、地域移行支援の支給決定を受けて支援をできる所がほとんどないとか、もっと事業所が、１サービス事業所の居宅サービスなどの受けても減っているとか、全体的にそのような課題がある中で、地域のばらつきということも非常に感じてきています。

　これは、昨年度のワーキングで保健所長がお話をされていたのですが、どこの業種も人が少なくなってきているので、限りある資源、限りある人手をいかにうまく使っていくかということは、非常に重要だということを前回のワーキングで確認したことがあります。そのような状況下で、当課でできることのひとつとして、他の地域でうまくしておられる取組み。それから、協議の場でどのような活動をしているか、これらをもっと知っていただくことができればよいのではと思い、当面我々は、行った先で「他の市でこのようなことをされていますよ。」や、「この市でこのような媒体を作られましたよ。」と例示を挙げていたのですが、「それらをもっと詳しく聞きたい。」というリクエストが増えてきたことも昨年から現在にかけてになります。

　そのような中で、厚労省（厚生労働省）が運営しているポータルサイトというものがあるのですが、「これの大阪府版を作ってはいかがですか。」と言われまして、なるほどなと思いました。もちろん、他の地域がどのようにしているかという情報を載せることも重要ですし、たとえば、病院のワーカーさんがこの市町村の住民の方の支援をお願いするとき、「どこに連絡をすればよいか。」ということがホームページ等である程度、確認して、意を決して電話を掛けると、「うちではありません。」といって、電話を切られるという心が折れるようなことが少しでも減るという希望も含めまして、大阪版のポータルサイトができないか、ということから今回の提案につながってきています。

　厚労省のポータルサイトですが、これはお手元の資料に載せていないのですが、これでして、ここに大阪府がありまして、これをクリックしますと、これは、私が作ったシートですが、大阪府の「にも包括」がどのようになっているかという情報が確認できる自治体シートにつながるようになっています。

　このように大阪府の状況とか、事業の説明とか、大阪府の経過など、このような形のものを自由に作らせていただき、当ワーキングの協議の場も含めて、大阪府の協議の場がどのようになっているか。目標設定がどのようになっているかということをこのように全国展開でホームページに掲載しています。

　ここからが今回の提案なのですが、大阪府のホームページに「大阪府版精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムのポータルサイト」ということで、大阪府とそれから、保健所でも圏域協議の場を開催していただいていますので、保健所版と、それから、各市町村と政令市と中核市と一般市町村に分けてクリックをすると、その市町村の情報シートに飛ぶというようなサイトを一度、作らせていただけないかと思っています。

　この個票についての提案を次にいたします。これは例えば、大阪府で例として作りました。必須として載せることは、「窓口」と、「にも包括協議の場の状況」とそれから、「このような情報を」ということで、特に載せる情報がなければ、これは除いてもよいと思いますし、フレキシブルな作成を想定しています。

　窓口をクリックしてめくりますと、特に大阪府は、地域事業をしていますし、市町村に対して、地域移行を検討するときということで、やはりこのワーキングで提案するポータルサイトなので、少し攻め込んで、地域移行を検討するときに連絡する窓口を明らかにしてもらう。これは、病院からもありますし、入所施設からの地域移行ももちろん、あると思うのですが、その病院や施設にいるその地の住民の相談をするとき。特に、施設にしても、病院にしても広域にまたがっていることが多いため、どこに連絡をすればよいかということを市町村から明らかにしていただけないかという念願もありますし、提案でもありますし。大阪府としては、私どもの課にありますので、生活基盤推進課の整備グループ。こちらで出せる情報を出してもらおうと思っています。担当が３年くらいで代わっていくので、担当や、している職種名くらいを入れてもらうとよいのではと思います。

　２番目の「にも包括」協議の場のシートに関しては、文字情報ばかりが多いと見にくいといわれるのですが、画像を載せるということは、ハードルも高いかもしれないと思いますので、最低限、協議の場として開催している会議の名称とか、開催頻度、そしてここが重要なのですが、事務局をどこが担っているかということと、そして構成員はどのような人を呼んでいるか。

　具体的な内容に関しては、「昨年度、これをやりました。」でもよいし、「今年度（令和６年度）はこれを予定しています。」でもよいし、これらを書いていただき、他地域が協議の場で何をしているかというヒントを得てもらうことができるものになればよいと思っています。

　情報に関しては、ここは地域差がいろいろとあるのですが、大阪府の場合、長期入院精神障がい者の退院促進のホームページを作っていますので、ここにこのようにリンクで飛べるようなものにしたりとか、去年（令和５年）のワーキングで紹介しました、退院支援パンフレットを紹介するページを入れたり、市町村によっては独自の媒体や、連絡シートを作成している所がありますので、公開してよい情報は、横展開していただきたいということも含めて、情報としてのシートを作成していただきたいなと思っています。

　市町村には、書式案ですが、地域移行の相談窓口を掲載するものでお願いしたいと思っています。

　保健所においては、地域移行特化の支援というよりは、やはり、入院時から退院を含めた精神医療保健の相談を受けているということで、精神保健福祉に関する窓口ということで、精神チームを案内するようなもの。これで保健所にはご連絡をかけていきたいと思っています。

　保健所の情報提供もこころのセンター（こころの健康総合センター）の情報をどのように入れていくかいろいろと工夫するところはあるかもしれませんが、保健所独自にパンフレットを作っている所も結構あるので、可能な範囲で情報を載せていただきたいと思っています。

　例えば、厚生労働省が、引きこもり相談の窓口のポータルサイトを作るときに厚労省が「このようなものを設定したいので、窓口を明らかにしてください。」という依頼を都道府県から出したりしていたことがあるのですが、このような地域移行の窓口とか、精神保健の窓口を改めて大阪府から各市町村、各保健所に依頼するにあたっては、やはりこの精神ワーキンググループで「これは必要なものだ。」という承認をいただいて、依頼をかけることができるのではないかと考えていますので、本日、この場で議論をしていただきたいと思って提案いたしました。説明は以上です。

**◆ワーキンググループ長**

　はい。ありがとうございました。今、説明をいただいた素案ですが、すべてできているものではありませんが、説明をいただいた内容について質問等、ありますか。ないようでしたら、今、これを作成していくにあたって、このワーキンググループから薦めていただきたいということでした。これに関して何か、ご意見はありますでしょうか。お願いいたします。

**◆委員**

　今ご説明をいただいた「にも包括」なのですが、私たち地域で暮らしている、当事者家族からしますと、長期入院の方たちが地域で当たり前に暮らすための基盤整備も大事なのですが、ある意味、地域で支援難民という状況で長期にわたり、支援がつながらない状況が非常に多くありまして、今ここで議論をしているようなことが支援難民になっている地域で暮らす人たちというものは、やはり力が尽きたときに長期入院に戻ってしまうということを再生産している状況にあるのですね。このことを実感として私は、いろいろな会議でお願いをしているわけですが、結局、重層的に支援事業者につながって行くということをいったい、どこに相談に行けばよいのかという地域で暮らす人たちの窓口感覚が私たちはわかりませんで、試行錯誤をし、私は大阪市内の人間ですから、今日は大阪府の「にも包括」の協議の場なのですが、どのようにすればよいかというと、保健センターからマップを渡されて、ポンと「これ、これね。」というやり方なのです。だから、点として支援事業所があったとしても、それをつなぐ相談支援事業所がどこにあって、そしてその方たちにと。私の家も家族を通じて体験しているのですが、紹介はしてくださっても、そのあと結局、そこにフィットしているのかどうかということを。紹介をしていって、そのあと、「どのような利用状況になっていますか。」というところまでつないでいただくことができるつなぎ役も引き受けていただくことがなければ、ただ、紹介屋さんに紹介をしていただいて、うまくいかずに帰ってきたあとが皆さん、孤立していくのですね。

　結局、紹介事業所にとっては、紹介をしても通所ができないという所は、報酬にはならないのですか。だから、見放されているのです。実は。だから、その事業所の存続の経営的な問題がどうしても私たちには見えてきてしまって、私たち家族にとって使うことができるようなつなぎをぜひ、お願いしたいと思うのですが、今の窓口ということで中川さんが紹介されたものは、いったい、誰のための窓口なのかと。今日の会議を私が地域に持って帰っても「パソコンを見て探せ。」というようなことは家族には、ほとんど馴染みませんし、誰のための窓口なのか私もお聞きしていてわかり辛いと思うので、結局は、長期入院の方が帰ってきても地域で長期支援難民でいるような人間が２０１９年の大阪市の調査だと、ほとんどが地域支援につながっていなくて、１０％くらいしか地域支援につながっていないわけです。９０％くらいは、地域支援難民だと私たち家族会は認識をしています。

　この状況の中で、今日の協議会の議論がどのように有機的に今後、我々、地域で難民化している家族が救われるのかと大変わかり辛くて、初歩的な、素朴な疑問で申し訳ありませんが、現状としてご理解をいただければということで申し上げました。

**◆ワーキンググループ長**

　ありがとうございます。いわゆる、相談支援事業の体制整理というところの話と、今回、大阪府から提案のあったポータルサイト。ここについては、私の理解とすると、とりあえず市町村の職員で協議の場を運営していこうという人たちがいかに地域移行支援を進めていくのかというところに参考となるようなサイトを立ち上げようということで、こちらを一般の方が利用してはいけないということはまったくないのですが、念頭に置いているのが、市町村職員だと認識をしているのですが、このあたり事務局から説明をお願いいたします。

**◆事務局**

本当に委員の課題につきましては、よくわかるところもあるし、本当にどうすればよいのかというところもあり、いつも勉強をさせていただいています。貴重なご意見をありがとうございます。すべてに手を届かせて、解決することは難しいと思いまして、今回の提案に関しては、当方の耳に入ってくることというものは、今、ワーキンググループ長がおっしゃった支援者がそもそも、難民になっているというあたり。ここに大阪府として何ができるかということがきっかけでしたから、当初、ここをターゲットに。誰のための窓口かというと、やはり支援者を念頭に置いているということです。そして、ここで窓口になっている人がいろいろと地域の情報を集めて、プレゼンテーションをしていくとか、聴取をしていくかということには変わりはないので、このポータルサイトを一般の方に見ていただき、とりあえずここに電話をしていただいたときに受け止めていただきたいということは前提としてはありますが、まずは、支援者が横につながっていくために、どのような相談や活動をしているかということをしていただくために一歩、進めようとしていることにならざるを得ないと思っています。

　だから、委員のご希望のところまでなかなか到達はできないのですが、ないよりはマシかなというあたりから始めたいと思っています。

**◆ワーキンググループ長**

　はい。ありがとうございます。これに関連してどうでしょうか。委員、お願いいたします。

**◆委員**

今回の提案が大阪府としてこのような相談支援を中心にした事業の連携のためのポータルサイトに関しては、大賛成なのですが、委員がおっしゃったことと同じことは、我々が地域で診療をしていていつも感じていることですが、特にいろいろな地域で活動をされている、障がい者福祉サービス事業の中で相談支援の事業ほど、役に立っていないと実感をすることが非常に多くて、相談支援担当者をようやく、私どものケースワーカーが探して、探して見つけておつなぎをしても、初回の面談をしたあと、３カ月経っても一度も当事者の所に相談支援担当からコンタクトがない。当事者が些細な不安を持ったときに少し話を聞いてもらえるだけでも当事者は頼もしく感じると思うのですが、そのような役割は、今の相談支援担当者には到底、期待ができない。彼らの多くはやはり、Ｂ型作業所の運営に直接、携わっている人や、あるいはグループホームの運営を担っているとか、他にオーナーの役割を持っている人たちで、名前は、相談支援担当者で登録はしているけれども、そのために専従で動くことができるような形態的なバックボーンもありませんし、それこそ、介護保険開設当時のケアマネージャーと同じですよね。あのときも最初は、ケアマネージャーがすべてマネジメントをして、マネジメントをすることによって、彼らなりのビジョン築いていると思っていましたけれども、実態はそれぞれ皆、事業者に所属して、そこの片手間でしておられるような形になってしまったのですが。

　精神障がい者の相談支援事業というものもこの定義づけというものをもう一度、国にお願いをして、その事業の重要性や役割を明確にしないと、今のままでは、相談支援担当というものを決めても、実際には役に立たなくて、本当にその人のことを知っている者たちが皆で集まって、何とか支援をしていく以外に方法はないというそのジレンマが抜けきれない。システムとして動いていないということを感じているところです。

　ポータルサイトは大賛成です。しかし、そのことと相談支援を中心にした地域の中でのネットワークづくり、その中核になる方をいかに育てるかということはこれは非常に重要な課題だと思います。その方々が相談支援で食べていくことができるという体制をどのように作るかということをぜひ、考えていかなければいけないと思います。

**◆ワーキンググループ長**

　ありがとうございます。もちろん、すべての相談支援事業に従事している人がまったく対応できていないということではないのですが、ただ、現実の問題としてこのようなことが地域の中であるという事なのですね。これについてなのですが、ひとつは、障がい者の基本相談支援と計画相談支援と地域移行支援。これらの相談の枠組みは、市町村が障害者総合支援法の主体となっています。そこを地域の法人等に委託をして、実施をするという基本スタイルだと思うのですね。ここについてお二人の委員から今、意見があったので、ぜひとも各委員からご意見をいただければと思います。いかがですか。

**◆委員**

私の市では、今、入院施設のある精神科病院を２つ抱えていまして、やはり退院支援ということでは、相談員さんの力というものはかなり大きいところがあると思っています。そしてまた、退院をしたあとにサービスを使うところで私が担当をしている部署では、そのサービスの受給決定などをしているのですが、やはり家に帰った途端に不安になり、再入院になられて、短期間でまた退院して、サービスが途切れてしまうような方はたくさん、今まで見てきましたので、そこの支援というものが難しいということをここの職場に来て感じています。ご質問の内容から外れているかもしれませんが、委員がおっしゃっていたことも私も聞いていて、大変、胸が詰まる思いでした。以上です。

**◆ワーキンググループ長**

　　ありがとうございます。いかがですか。

**◆委員**

　委員のお話を伺って、相談支援の途切れの部分と、経済的なバックボーンのことも併せて言っていただいていたので、そのあたりの私たちの苦労や難しさも理解いただいているということは感じました。

　実際に今、地域移行なり、その地域に帰ってこられた方の支援にどのようにつながって行くかということで、多くの相談員は、話が来て、３カ月会わないということはまずないと思いたいのですが、実際に私の周りにそれはないのですが。

　ただ、直接的なヘルパーとか、移動支援だとか何か、就労支援を提供するなどといった職種ではなくて、全体的なサービスへとつないでいく、本人と行政の手続きを手伝うということ、あとサービス以外の医療的なことだとか、生活の中での不安を受け止めるとか、年金や生活保護の手続きをするなどといったことも実際には、基本相談支援としてはあるはずなのですが、一部の指定特定相談支援事業所に関しては、計画は立てると。しかし、年金のことや医療的な不安を受け止めるということは、「私たちの仕事ではないよ。」というようになっている所もなくはないと思っています。実際に。だから、そのあたりは、基本相談支援事業というのは、何かということを相談支援専門員自体も考えなければいけないと思いますし、そのような、なかなか形にしづらい支援に対して評価をする。それは、経済的な評価も含めてどのようにとらえていただくことができるか。そしてそれをこちらもどのようにしていくかということも大事なことだと思っています。

　このポータルサイトにつきましては、パッと見たときに地域移行に関するいろいろな情報だとかいろいろな窓口だととらえられがちなのですが、よく見ると、もちろん各市町村でこの「にも包括」に関する協議をしていかなければいけない状況の中で、どのようにしていけばよいのか。あるいはその、どのように地域を巻き込んで、この地域移行に関することを議論できるかということを考えてはいるけれども、なかなか難しいと思っている市町村の担当だとか、あと、私たちのような相談事業所はあるかと思いますので、門真の場合だとそれを４カ月に１回ですね。３回の地域移行のワーキングで、コーディネーターさんとか、大阪府から教えていただくというようなものがあるのですが、このポータルサイトができればもう少し、タイムリーに誰もがアクセスしやすく、情報を得ることができて、それを自分たちの地域で生かすことができるものを使っていくだとか、それを見て、自分の地域で足りないものの活動ができるのだというヒントを得ることはできるということでは、やっていく意義は十分あると思っています。以上です。

**◆ワーキンググループ長**

はい。ありがとうございました。他はいかがでしょうか。

　ありがとうございます。今、意見があったように大阪府が府内の市町村に対する情報提供の場としてポータルサイトを運営していくという取組みについて、反対をする意見はそもそもないのだと思います。ただ、私が気になることは、このようなポータルサイトを作ったときにこれを活用しようとする意識のある人にとっては、非常に有効に活用をされることになるのかもしれませんが、そこまでの意識を持つことができない人たちにとっては、ポータルサイトがあってもあまり意味をなさないということを私は、感じています。

　今の議論と関連するのですが、地域移行支援を進めていくときに、現制度の中では、やはり市町村が主体となっての協議の場をどのように活性化をしていくかというところが大きな要素になるのだろうと思うのですね。その意味では、地域移行を進めていくということでこのポータルサイトがあるのですが、やはり、市町村レベルの協議の場が活性化されるという、そこを念頭に置いたポータルサイトの運営・中身を事務局にしてほしいということと、もうひとつは、これを進めていくことと同時にぜひ、検討してほしいことは、今日、皆さんからいただいた意見も踏まえてなのですが、市町村の職員を対象とした、研修を実施して欲しいと思うのですね。実際にこの地域移行支援を担当する所の職員さん、必ずしも、専門職が配置されているとは限りませんし、新たに業務担当になった方もいる。しかし、残念ながら、そこにはあまり積極的ではない。

　特に、管内に精神科病院がないという市町村にとっては、なかなか精神科医療への接し方やコンタクトなどに大きな壁があるということをよく聞きます。その意味でも、ぜひ、市町村の担当者を集めた研修会を実施していただきたいと思います。

　昨年度、このワーキングで開催をした、実際にいろいろな機関が取り組んで退院が実現したという事例は、報告していただいています。あれを共有していくという。成功体験を共有していくということは、地域支援で担当する専門職にとっては、非常に大きな力になっていくので、それを念頭に置いた、研修会をぜひ、検討していただきたい。

　それを継続していく中で、例えば市が直接相談支援に従事している所もあれば、先ほど言ったように社会福祉法人に相談事業を委託して実施しているという所が多いと思うのですが、そのあたりの質というものが、その確保も踏まえて、研修会の中で取り上げていってもらえるようなことも含めて、ぜひ、検討していただきたいということが私の意見ですし、ワーキングの意見として、ぜひとも大阪府にお願いをしたいと考えています。他、何かありますか。

　それでは、議題２については、今のような意見でまとめたいと思います。準備している議題は２つですが、委員の皆さんの中で今日ここで特に、「この点について」ということがあればお受けいたしますが、いかがでしょうか。情報提供でも、ご提案でも、あるいは、質問でも結構です。何かありますか。よろしいでしょうか。

　特にないようですから、大阪府からお願いいたします。

**◆事務局**

　皆さま、長時間のご議論をありがとうございました。ポータルサイトにつきましては、きちんと受け止めさせていただき、まず、ゼロからの発信ですから、できるところからさせていただき、ワーキンググループ長をはじめ、いただきました課題に対して対応できるところを進めていきたいと思います。特に今日、参加されている委員のおられる市は、2カ所とも１００％で計画相談を付けておられるので、相談支援と地域の連携と事業所との連携は、他よりは割と見えてきているし、進んでいる印象はあるのですが、別にセルフプランが悪いというわけではないのですが、届いていないということに関して、協議の場でも話題になっているということは増えていますので、トップダウンではなくて、ボトムアップでどのようなことをすればよいかという好事例を吸い上げていくという役割は、少なくとも果していきたいと思っています。

　お時間をいただきましたのは、今日、提案できる画像がなくて恐縮なのですが、昨年度、このワーキングでも報告をさせていただきました、退院支援のパンフレットの中で、入院患者さんに対して、希望を聞いていただくような「私の希望シート」というものを挟み込んだ退院支援パンフレットを作成し、大塚製薬に印刷していただき、大精協（大阪精神科病院協会）の病院等に配布していて、結構、評判はよくて、「足りないから増刷をしてください。」ということで今、増刷依頼をかけていることにはなってきています。

　特にこの「私の希望シート」に関しては、「退院したいですか。」とダイレクトに聞くものではなくて、「会いたい人はどなたですか。」とか、「何年くらいこの病院に入院していますか。」ということを紐解きながら徐々にご本人さんとの関係性を深めていただく内容に仕上げているつもりで、これに関しては、特出しをして、大阪府からダウンロードをして使っていただいても特に構わないというご了解をいただきまして、昨年度は、パンフレットに関しては、「フリーダウンロードはできません。」というご報告をさせていただいたのですが、ご本人の希望を聞いていただいて、カンファレンス等のご本人さまの振り返り等に使うシートに関しては、再構成をしまして、大阪府のホームページからダウンロードをして、病院等で使えるものにしたいと思っています。またできましたら、２回目のワーキングでご報告いたします。以上、事務局からでした。

**◆ワーキンググループ長**

　はい。ありがとうございます。よろしいでしょうか。本日の議事については、すべて終了いたしましたので、進行を事務局にお返しいたします。

**◆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。委員の皆さまには、直前のオンライン変更など、ご迷惑をおかけいたしました。ありがとうございました。

　以上をもちまして、令和６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。

　なお、第２回目につきましては、２月頃の開催を予定しています。委員の皆様には日程調整等のご協力をなにとぞよろしくお願いいたします。

　本日はお忙しい中、ありがとうございました。