**平成２８年度第1回**

**大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会
精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ**

日　時：平成２８年６月１４日（火）

午後２時～

場　所：大阪府庁別館８階

共用会議室

○事務局　定刻になりましたので、ただ今から「平成２８年度 第1回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会 精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ」を開会いたします。本日は、お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。私は、進行を務めます吉田と申します。よろしくお願いいたします。着席させていただきます。

まず、配付資料の確認をさせていただきます。

「次第」

資料１「平成２７年度精神科在院患者調査の概要（速報版）」

資料２「平成２７年度地域体制整備コーディネーター・ピアサポーター活動報告」

資料３「平成２７年度精神科病院職員研修の概要（全体研修・院内研修）」

資料４「平成２７年度精神障がい者地域移行アドバイザー・個別の入院患者への働きかけについて」

資料５「大阪府長期入院精神障がい者地域移行総合的推進体制について報告書（案）」

参考資料「ワーキンググループ委員名簿」

以上、お手元にお揃いでしょうか。

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

桃山大学社会学部教授　辻井ワ－キンググループ長でございます。

社会福祉法人自然舎地域活動支援センターいーず施設長　北野委員でございます。

大阪精神障がい者地域生活支援連絡協議会会長　河野委員でございます。

元地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター看護部長　正岡委員でございます。

一般社団法人大阪精神科病院協会副会長　南委員でございます。

また、オブザーバーとして大阪府岸和田保健所所長　北内所長にご出席いただいております。

　なお、富田林市子育て福祉部障がい福祉課長　西野委員につきましては、本日、欠席のご連絡をいただいております。

　次に事務局の職員を紹介いたします。福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長の中井でございます。

同じく課長補佐の余田でございます。

同じく総括補佐の松川でございます。

同じく総括補佐の東でございます。

同じく主査の吉田でございます。よろしくお願いいたします。

健康医療部保健医療室地域保健課　課長補佐の上野でございます。

大阪府心の健康総合センター地域保健センターの原でございます。

次に会議の成立についてご報告いたします。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出来ないとなっております。本日は、委員総数６名のうち５名の出席がございますので、会議が有効に成立していることを委員会にご報告いたします。

　なお、本ワーキン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には、お申し出いただきますようお願いいたします。

　また、議事録等作成のため録音させていただきますので、あらかじめご了承お願いいたします。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、「平成２８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」を始めたいと思います。まず最初に、オブザーバーとして北内所長にご参加頂いていますが、オブザーバーとしてでも、各委員同様にご自由にご発言いただくということで進めてまいりたいと思います。よろしくお願いいたします。

では、次第に沿って順に進めてまいります。まず、「平成２７年度大阪府精神科在院患者調査報告」について事務局から説明をお願いいたします。

○事務局　はい。それでは、在院患者調査の概要についてご説明させていただきます。本調査につきましては、大阪精神科病院協会のご協力をいただきまして、毎年、６月３０日を基準日といたしまして実施しております調査でございまして、平成２７年度の集計結果がまとまりましたのでご報告させていただきます。

今後、最終チェックや必要な手続きがございますので、それを経た後に正式な公表、例年ですと７月ごろになりまので、本日、説明させていただきます数値につきましては、あくまで速報値という取扱いでお願いしたいと思います。今後、修正等も入る可能性もありますので、あらかじめご承知をお願いいたします。

　まず、資料に沿ってご説明させていただきます。お手元の資料１です。タイトルはつけていないのですが、まず、一枚目に昨年度の報告書と今年度の報告書の変更点についてご説明させていただきます。平成２６年度につきましては、※印をつけさせていただいていますが、在院患者調査と退院患者調査という２つの調査を並行して実施しておりました都合上、１つの報告書にまとめておりますが、平成２７年度につきましては、在院患者調査のみということになっております。

　その在院患者調査につきまして、今年、構成を大きく２つ変更させていただいております。１点目は、第２章と第３章につきましては、これまでは単純集計とクロス集計が混ざり込んでいましたが、こちらの章につきましては、単純集計のみに整理させていただきまして、地域移行支援の必要性でありますとか、患者数の疾患別の上位３疾患でありますとか、よくこのワーキングでも話題にしていただいている退院の阻害要因、このようなものに着目したクロス集計を第４章にまとめて整理させていただいております。それが１点目です。

　あと、もう１つは、このワーキングでもご指摘をいただいたのですが、圏域別の集計結果をまとめて見られるようにするということで、第５章に圏域別の集計結果を掲載しております。この集計結果につきましては、報告書という形で公表させていただきますとともに、必要に応じて各市町村の自立支援協議会において活用できますように、各保健所や市町村ごとのデータを抽出したものを、容易に集計が出来るような形で、それぞれ求めに応じて提供していきたいと考えております。

　次のページからの調査結果の概要について、ご説明させていただきます。

　まず、１としまして、在院患者の状況でございます。平成２７年６月３０日時点の在院患者総数は、１万６６１１人となっておりまして、昨年度調査から見ますと２８２人の減少となっています。年齢階層で見ますと６０歳以上の方が６割強ということで、この結果につきましては、過去５年間と見比べても大きく傾向の変化はございません。

　入院形態で見ますと医療保護入院と任意入院、これを合わせまして全体で９９．４％、その割合につきましては、ほぼ半々ということになっておりますが、医療保護入院がやや多いという傾向になっておりまして、これは平成２４年度調査の時点で逆転しまして、それ以後同じ傾向を示しております。

　次のページにいきまして、疾患名、在院期間区分ですが、やはり最も多いのは、統合失調症型障がい及び妄想性障がい（Ｆ２）でありまして、９,１１１人となっておりますが、これにつきましては、５年の経過を数値として載せておりますが、年々減少している状況になっております。症状性を含む器質性精神障がい（Ｆ０）につきましては横ばい、もしくは平成２７年度に少し増えているという状況になっておりまして、こちらにつきましては、平成２７年度調査から、アルツハイマー病の認知症を含む器質性精神障がい（Ｆ００）、それから血管性認知症を含む器質性精神障がい（Ｆ０１）、それ以外という、３つの項目に区別して集計するようにお願いしておりまして、次年度以降、それぞれの数値も見ていくことが可能となっております。

　在院期間区分でいいますと、在院１年以上の長期在院患者数は、９,９０６人となっておりまして、昨年度調査から見ますと１１２人の減少となっております。こちらも年々減少の傾向でございます。

　次のページにまいりまして、状態像区分ですが、こちらにつきましては、各年度とも少しずつ数については動いていますが、それぞれの状態像の区分の割合につきましては、大きな変化は見られません。

　次のページにまいりまして、地域移行支援の必要性（可能性）でございます。こちらにつきましては、全状態像のうち寛解・院内寛解群、２,１７７人、さらにその２,１７７人の中で、地域移行支援の利用が可能（必要）と回答があった方が５６６人おられましたので、この方についての分析をさせていただいております。

　在院期間別で１年未満と１年以上という形で区分させていただきますと、およそ半々という数字が出ておりまして、６０歳以上かつ在院１年以上の方は、全体の約３割という状況になっております。

疾患名区分で見ますと、統合失調症、統合失調症型障がい及び妄想性障がい（Ｆ２）が全体の約半数、それから症状性を含む器質性障がい（Ｆ０）と気分(感情)障がい（Ｆ３）、この３つを合わせますと全体の約８割という状況になっています。

　さらに次のページにいきまして、退院阻害要因でございますが、この退院阻害要因につきましても、平成２７年度調査から少し調査の仕方を変えております。これまでは退院阻害要因、全ての患者につきまして、退院阻害要因を記載していただく形にしておりましたが、今年度から「退院阻害要因はない」「病状（主症状）が退院のレベルに至っていない」「退院予定」という、その３つでない場合のみ、具体的な退院阻害要因を複数回答していただく形に変えております。

　こちらにつきましても寛解・院内寛解群で分析させていただきまして、そのようにしますと、昨年度までの調査結果と異なり、退院意欲が乏しいということがかなり上位にランクインしてきています。特に年齢階層が６０歳以上で見ますと、第１位の退院阻害要因となっております。

また、次のページ、在院期間で見てみますと、どの項目も概ね在院期間が長いほど回答数が増えるという状況が見受けられます。

　最後のページですが、こちらは中間まとめで掲載させていただいた圏域別精神科病床と入院患者の分布の図でございますが、こちらを平成２７年度調査のデータに置き換えたものでございまして、ほぼ傾向としては変わったところは見受けられません。直近入院患者の約４分の１、２３．７％が大阪市の在院患者でございまして、泉州、堺市をはじめとする府内の各圏域に分散しているという傾向ということになっております。

　簡単ではございますが、在院患者調査の概要についての説明は以上でございます。

○ＷＧ長　はい。ありがとうございました。ただ今ご報告いただきました在院患者調査報告について、何か質問、ご意見等ございませんでしょうか。

○委員　いいですか。

○ＷＧ長　はい。

○委員　２ページ目になるのですか。速報版になるのですが、１、在院患者状況のところで、左の１列目の最後に充足率とありますが、この充足率というのは。

○事務局　病床数を分母とした際の在院患者数の割合を。

○委員　１万８８９４分の。

○事務局　はい。１万６６１１という計算式になっています。

○委員　はい。分かりました。ありがとうございます。利用率というようなものですね。

○事務局　はい。そうですね。

○ＷＧ長　ほかはいかがですか。次のページになりますが、疾患名区分別在院患者数の推移というところで、事務局から、平成２７年度からは症状性を含む精神障がい（Ｆ０）となっていますが、さらに細かく病気別に分けて集計をする、その目的を教えていただければと思います。

○事務局　はい。昨年度の調査結果をいろいろな方に見ていただいたときのご意見といたしまして、入院患者の中で認知症の患者が増える傾向にあるのではないかということがございましたので、そちらがどのようになってきているのかというデータを取るために、こちらを分割させていただきました。

○ＷＧ長　はい。ありがとうございます。ほかはいかかでしょうか。報告いただいた内容を見ますと、全体的には入院患者数そのものの総数は減少を続けているという傾向で、ただし、いわゆる地域移行支援の対象となるような方々が、激減しているのかというと、割合からいえばそう大きく変わっていない。数というか、取り組むべき数としては非常に多いというところがありまして。

○委員　退院阻害要因ですが、今後、長い部分で病状が不安定だとか、通院の中断が予測される。要するにその患者の状態像が退院に値する状態ではないという部分が非常にたくさん出ているのです。下の部分というのは、地域にこのようなものがないので無理を言えばという部分ではないかと見たのですが、その辺がまだ、おられる患者の中で症状的にまだ不安定という方々がたくさんいるというふうに、図の上ではなってると見ればいいのですか。

○事務局　そうですね。この辺の数値の評価につきましては、あくまで病院のご協力で病院の方に書いていただいている関係上、例えば病状が不安定な方について、そのサポートがないから退院できないという答えまで至らない方もいらっしゃると思いますので、単純に同じベースで多い少ないというのは見られないのではないかとは思います。

○委員　誰が判断をして記入したかということですね。

○事務局　はい。ただ、まずは退院意欲が乏しいというところがぐっと出てきて、病状が不安定な部分は多少あるとは思いますが、そのようなところから取りかかっていかなければいけないのではないかという結果にはなっているかと思います。

○委員　それが一番大きいですね。

○事務局　はい。

○ＷＧ長　河野委員から指摘のあったところの、これも推察ですが、４の上の項目というのは、いわゆる医療スタッフが直接目にしている部分ということが、当然、ここが中心になってくるのだろうと思います。地域にあるサポート体制の具体的なものをどれだけ念頭において、この人が退院の可能性があるのかないのかみたいなところを、まだまだ周知しきれていないところが、やっとこれで反映されているのではないかと思います。

○オブザーバー　すみません。退院阻害要因がないというのは、１４８人の方は阻害要因がないということですが、そのチェックをしている基準というものは、何かあるのでしょうか。つまり、本人の病状においても退院可能だし、例えば住まい等の確保も出来ているなど、そのようなことを踏まえてチェックされているのかどうかということをお聞きしたいと思います。

○事務局　そこまで内容を掘り下げてというところまでは確認出来ていません。退院阻害要因がない方、それから退院予定の方、それから病状がそのレベルに達していない、まだまだ入院治療が必要という方というのは、あくまでその言葉で病院のスタッフに書いていただいている状況ですので、退院阻害要因がないという方が、どのような状況の中で、その阻害要因がない状況でいらっしゃるのかということまでは、深く確認出来ていません。

○オブザーバー　そのあと退院されたかどうかというのは。

○事務局　そこまで追えていません。あくまでも６月３０日時点で病院のスタッフの方が、その日に入院されている患者さんをどのように見られたかということだけですので、それ以上には分からないです。

○ＷＧ長　これ、不思議ですよね。退院阻害要因はないのです。しかも病状が退院のレベルに至っていない部分にも分類されないのです。それで退院の予定でもない。何なのでしょう。少し分かりにくいところがあります。

○委員　そのように言われれば、退院の意思がない。本人はそのような意思がないということにつながっていくのですか。

○ＷＧ長　どうなのでしょう。

○委員　その後の結果というのは、今後どのように流れていきますか。これは今、速報、あと自治体に情報提供いただくのですね。

○事務局　はい、そうですね。当然のことながらご協力いただいた病院、それから各市町村、大阪府の保健所に、報告書として完成しましたら皆様に送らせていただきます。先ほどもご説明させていただきましたように、さらに必要に応じてデータでの提供をさせていただいて、各市町村の協議会で、それぞれの市町村の単位や保健所単位で、どのような状況、他の府県と大阪府全体で見てどのような違いが出てくるのか、みたいなところを分析していただけるように、データを提供していきたいと考えております。

○委員　何月頃になりますか。

○事務局　今の時点では、７月、８月くらいには公表できるかと思います。

○委員　少し教えてほしいのですが、先ほど退院阻害要因の部分と退院阻害要因複数回答の部分で、特に下の表です。ここに挙げている退院阻害要因として列挙されています。これについては、何かこのようなもの、普遍的なもの学問的に何かあるのですか。それともいろいろ考え抜いて大阪府独自に、少しそこをまず聞かせてください。

○事務局　この選択肢をどのように考えたのかという。

○委員　はい。どのようにつくったのかという。簡単でいいですが。

○事務局　これについては調査が始まったときから、ほぼこれで変わっていないという感じです。

○委員　その時点では、何かこれ、根拠はあるのですか。特にないのですか。

○事務局　特にないと思います。

○委員　少し私はよく分からないのですが、例えば退院意欲が乏しいとあります。この阻害要因ですが、これを見ますと退院意欲が乏しいとなれば、これは主軸症状みたいなことでもあるのではないかと思ったのです。それで上に戻って、例えば主軸症状だといえば、上のこの丸い円グラフから見れば、「主症状が退院のレベルに至っていない」に当たるのではないかと思ったのですが、どうも「退院阻害要因がある」の中に入れているのです。それも少し難しいところなのですが、でも何か決めなければいけないので、いわゆる（Ｆ２）の患者特有のこのような、やはり意欲が出ないといいますか、これは主症状の、時間が経つと、これはあると思いますので、このようなものがもともと何かあるのかなという気がしたのですが。

○ＷＧ長　これは記入要領のようなところで、例えば退院阻害要因とつけているときに、まずは退院予定者が挙がって、次に病状が退院に至っていない者が挙がって、それで阻害要因がないという。このような場合がいわゆる退院阻害要因があってという。そのものについては、下の選択肢の中から選んでいく。そのような記入要領みたいなものがあるのですか。

○事務局　昨年度、初めてこのような形にさせていただいたのは、これまでは当然、全患者さんに聞いておりましたので、主症状がレベルに至っていないのであれば、当然、病状が不安定ということになってきますから、病状が不安定の数がすごく多くなってしまう。そのようなことであれば、そもそも委員がおっしゃったように、退院の可能性のある人の中での退院阻害要因があぶり出せていないということで、今年は聞き方を変えたのですが、初めての年度でございますので、各病院からもいろいろ問い合わせも受けましたし。

○委員　今みたいな質問はありましたか。

○事務局　はい。どちらに○をするのかみたいなところがありましたので、今年度は少し過渡期の部分もあると思いますので、そこは少し加味していただければと思います。

○事務局　聞き方の順番としては、退院阻害要因はないですか。その次が、主症状が退院レベルに至っていない方ですか。退院予定の方ですか。このような聞き方をしているのです。

○委員　順番があるのですか。

○事務局　順番といいますか、番号の振り方だけの話ですが、そこの順番を入れ替えたほうがいいというのであれば、また、今年度トライさせていただきますし。

○ＷＧ長　まず、退院阻害要因がないのかどうかを最初に聞くと。

○事務局　ないというか、番号の振り方でいけばトップにくる。

○ＷＧ長　ああ、そうですか。

○委員　ある程度重複するようなところはやむを得ないと思いますが。だから最後に具体的な、はっきり分かりやすいのが出てきます、阻害している要因は。下にいけばいくほど。

○事務局　そうですね。ヘビーな阻害要因かという気がしますが。

○委員　はい。ありがとうございます。

○ＷＧ長　はい。分かりました。

○委員　内容と少しずれてしまうかもしれないのですが、実は今、少し自立支援協議会、先ほど自治体のほうにデータがいって、自治体の中でいろいろ協議や分析がという話が出たのですが、実際、『６３０（ろくさんまる）』に関して、自治体が把握していないところがかなり最近多くなってきているようです。自立支援協議会やワーキングに参加させていただく中で、『６３０』調査が各自治体にいってると思いますがと言ったときに、自治体の担当者の方が、そのような結果が来ているということを把握されていないということがいくつかあったのです。

とてもいい情報であって、やはりそこの周知というのが、せっかくであればもう少し出来てから、自立支援協議会やワーキングに挙がってくる機会があったのかなということが、正直、いろいろなワーキング等に参加する中で今回思ったことなので、いったんこの場でお話をさせていただいてと。

○委員　やはりその辺、保健所でも残務があって取り切れなかったのです。保健所のガードの問題もありますし、その問題、少しややこしいところで出来ているのではないですか。

○委員　どうしても自治体の部署が、このような『６３０』や精神保健に興味のある方がいるところは、結構、『６３０』っていうデータがありましたと出してくれるのですが、逆に言ったら新任で来ましたなど、あまり精神に詳しくなくてという自治体では、そのようなデータが過去に来ていたか少し見てみますと返しがあるくらいで、とてももったいないということを感じましたので、その辺、またシステムなどがあればと思いましたので。

○事務局　まず１点、少し誤解のないように訂正させていただきます。６３０調査とこの調査は違う調査になります。『６３０』調査というのは、国の調査でございまして、まだ、平成２４年度の調査までしか、全国的に公表されていないのです。

それとは別に大阪府で独自にやっているのが、この「精神科在院患者調査」というものでございまして、こちらについては、毎年、情報は各市町村にお流しさせていただいていますが、ワーキングでご指摘いただいたように、ローデータだけをお渡ししていますので、数字の羅列のデータだったので、もらったほうもその時点で何のことか分からないところがたくさんあったと思います。

そちらについては、今年度からきちんと集計しやすい形で提供させていただいて、より活用していただけるようにしたいと思っていますので、よろしくお願いします。

○ＷＧ長　それでは少し時間の関係もございますので、この部分に関する質問がございましたら、最後のところでお願いします。

　それでは、議題（１）に移りたいと思います。「平成２７年度 長期入院精神障がい者地域移行総合的推進体制検証事業実績報告」について、事務局からご説明していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○事務局　はい。議題（１）「平成２７年度長期入院精神障がい者地域移行総合的推進体制検証事業の実績報告」について、ご説明いたします。資料は２、３、４になりますが、少し説明の中で資料番号が前後することがありますので、ご了承ください。

まず、精神科病院の職員研修についてということで、資料３をご覧ください。今年度、新たに「病院から押し出す力」を支援するという目的で実施させていただきました。主な全体研修に関しては、前の部会でご説明しましたので、省略させていただきます。そのときと同じ資料を載せております。その裏面をご覧ください。「平成２７年度精神科病院職員研修、院内研修の概要」ということになっております。

昨年度は、国からの補助金採択の通知が遅くなりまして、９月の事業開始で半年ほどの期間で実施していただいております。しかし、対象病院の半数にあたる２５病院にて実施していただいております。内容としましては、そこに挙げさせていただいておりますが、座学や施設見学など、病院で様々な企画をしていただいて、メニューを工夫して実施していただいております。

アンケート結果ですが、前年度の第３回ワーキングで１０病院のデータによる速報、それから全体研修のアンケート結果をご報告させていただいたときとほぼ同じ状況でした。研修受講時点では、地域移行という言葉を知らなかったという方が２１．７％、地域移行とは何かを知らなかったという方が２６．６％、研修受講後には、８割近くの方が担当している患者の中で地域移行できるのではと思う人がいるとの結果が出ております。

次に、精神障がい者地域移行アドバイザーの活動報告になります。資料２、Ａ３の資料をご覧ください。資料２の左側に、昨年度の活動内容と成果をまとめております。精神障がい者地域移行アドバイザーは、地域移行につなげるための患者の掘り起しやネットワーク構築に大きな役割を果たしています。市町村の自立支援協議会専門部会にも参加していただいて、情報提供や課題整理を行うことで、自立支援協議会の部会の取り組みとして、精神科病院への働きかけを行ったり、入院患者への働きかけを行う市町村も出てきました。

大阪府がお願いしております地域移行の専門部会の立ち上げにも協力していただいて、平成２８年度に、新たに専門部会を立ち上げる市町村も出てきております。アドバイザーの活動については、それぞれの委託事業所では、他の業務と兼務で行っていただいております。アドバイザーの活動時間は、１カ月の総活動時間のうち、平均すると７％に満たないという現状の中で活動していただいております。

次に、資料４をご覧ください。この資料では、精神障がい者地域移行アドバイザーが個別の入院患者に対して、退院意欲の喚起も含めて働きかけを行った状況をまとめています。昨年度中にアドバイザーが関わった１０１名の患者について、年度末の状況をとりまとめました。退院した方は２５名、うち地域移行支援を利用して退院した方は５名でした。

２０名は地域移行支援を利用せずアドバイザーの働きかけのみで退院されていました。

２番目のアドバイザーの関わりの内容を見ますと、地域移行支援支給決定後のサービス内容と同様の関わりをしていただきました。また、（３）になりますが、なぜ地域移行支援につながなかったのかという理由を聞いたところ、記載していますとおり、退院意欲の醸成と働きかけをすることですぐに退院につながった人、制度利用を検討したが結果として利用しなかった人、核となる支援者が存在し、アドバイザーは側面的支援を行い制度利用を必要としなかった人、この３つに分けられることが見えてきました。精神障がい者の特性に合った個別給付の制度設計になっていないことなども出てきて、課題が見えてきたと思っております。

資料２に戻っていただきまして、右側にあります今後の方策と関係機関の役割分担については、今年度の事業から見えてきた課題を整理したもので、これについては、本日、ご審議いただく最終報告書（案）の内容とも重なってきますので、この後の最終報告書（案）についてで、詳しくご説明させていただきます。昨年度の事業報告につきましては、これで終わらせていただきます。以上です。

○ＷＧ長　はい。ありがとうございました。ただ今ご報告いただきました本事業の昨年度の結果の集約になりますが、いかがでしょうか。はい。どうぞ。

○委員　実際、アドバイザーをさせていただいている、アドバイザーとしての立場としての話を、このネットワークの中で、実際アドバイザーとしての動きにくさの根底にあるものが、やはり１年契約ということがかなり大きく出ているのかと思います。要は１年の中で、来年もう終わりますよということを前提として１年が始まる中で、どこまでのスパンでやればいいのか。また、来年、それでいて継続的になったときに、各自治体のモチベーションも何か下がってしまうのです。

正直、今年度のアドバイザーの動きに関して、実は功を奏したことが少しあったのです。

２７年の３月にアドバイザーの完全終了をしますということでいったん終了して、９月に新しくまた開始したじゃないですか。実はその半年のブランクで、各自治体が自分たちでやらなければいけないという意識が若干芽生えたのです。そこで９月に、ではアドバイザーが出来ましたという中で、各自治体のコアな部分に、アドバイザーが入りやすかったということがすごくありました。そこの部分、きちんとアドバイザーの役割が中途半端になっているような、来年に続くのか続かないのか、続くのであればアドバイザーにコーディネーターの役割をやってもらえばいいのではないかという自治体もすごくあるのです。

そこでもやはり単年度契約というのは、すごく動きにくい環境にあるのかと思うのが１点と、あと、アドバイザーが働きかけてそのまま退院した患者が２０人とありましたが、これも実はアドバイザーが関わる中で、退院意欲がつきました、そこを積極的にしている各自治体を経てスイッチングするということが、とても大事なことかと思うのです。

これまでずっと地域移行の関わりで訪問していた人が、いざ退院するとなって、これからは違う事業所で見ますとなったときに、北野さん何で来ないの、みたいな話になってくると。そこがとてもスイッチングしにくかったということが何回かあり、結局アドバイザーは何をしていたのですかというケースが何例かあったのです。

役割を明確にしないと、きちんとスイッチングできないというジレンマがすごくあります。アドバイザーはどこまで言っていいのか分からないということがあり、ほかのアドバイザーからもよく聞かれたりするのですが。

○委員　ほかの地域は分からないですが、あまり私たちは、そのアドバイザーや地域移行、アドバイザーでありこのように動いているということは。あまりにも期間が、去年は９月からでしたね。今年は最初からということですが、９月まではどのようにしていたのかといえば、必要だから動いていたのです。あとから飾りがついてきたということであり、だから必要のないことでも、地域であまり意識せずに動いているのです。対医療機関的にも。

○委員　私もそれでずっとやってきたのですが、うちの圏域が3市2町1村あるので。

○委員　そんなにやっぱり差があるのですね。

○委員　正直、その「肩書き」といえば「肩書き」なのですが。要はそれがなくなったときに、では、最後まで委託で動いている事業所がなぜ富田林の支援なのか、河内長野の支援で動くのか。ここがものすごく弊害になってくるところで、そこがとても動きづらくなっている。

○ＷＧ長　それぞれ個別の状況を分析していかなければいけない課題はもちろんあるでしょうが、大阪府全体の総体としてみたときに、少しここのワーキングの議論になっていたアドバイザー業務の役割というところが不明確で、実際のアドバイザーとしてやる人もそうですし、周りがそのアドバイザーがどのようなことをする人なのかというところが、共通認識になかなか至っていないのではないか。ただ、そこには地域移行とで、北野委員が言われたような、やっていく中で自ずとアドバイザーはこのような役割をするのですよと明確になってきている地域もあるのでしょうが、全体としてみたときには、業務が明確化されていない。

　だから、このワーキングでも報告書の中では、アドバイザーの役割がどのようなものであるということを明確にしていくと。それから今、北野委員から指摘がありました。もう１つは、アドバイザーの専任化というところです。契約期間があいまいで、例えばひょっとすると今年度限りでこのアドバイザーの仕事がなくなるかもしれないという話になっているのですが、そこは常任化、専任化というところが求められるところにつながるのだと思います。

　もう１つは、事務局から報告のあったところと絡むのですが、アドバイザーとしての役割を、昨年度、全体業務の中で７％と報告がありました。つまり、圧倒的にはほかの業務にずっと従事していて、その中の１割にも満たない部分だけがアドバイザーの役割をしているというところがあります。アドバイザーの個別支援というところでの仕事をしていてそれらがメインになってしまっているというところも。先ほど言った、このワーキングでのことは明確にすべきだという。いわゆるアドバイザー、かつての名前のコーディネーターの役割を明確化させていくことと、専任化ですね。そのことに専念するスタイルをつくっていくというところで、次のテーマになるのかとも思いますが、報告書（案）のところでも関わってくるかと思います。

○委員　後ろのところで７％を提示していたかと思いますが、毎月の出している実績の数字をもとにしているのかと思いますが、あれは非常に難しくて、実際、７％なんてあり得ないのです。

一人の人間が地域移行対象になっている人に、何時間動いたかを報告しなければいけないから報告しているのであって、かなり報告と違う形で関わりをしているのです。それは数字では出てこない。７％ということはあり得ないです。もっといろいろな部分で関わりをしているのですが、そこら辺の問題が１つあることと、先ほども対象になっている５人と２０人の違い、これは本人が明らかに制度利用をした退院の仕方をした人、２０人というのはそうではなく、退院しているよという人がたくさんいるということだと思います。

これも、やはりアドバイザーが関わっているのです。ほかの職員も関わっているのです。ですが、実際の計画という部分で、地域移行を使って退院したというのは、現実、このようにしか表には出ていないということだと思うのです。

○事務局　今、河野委員の言われた２０人の方も、やはり事業所が関わっているのだとおっしゃっている。それは、具体にはどのような関わりを持っていらっしゃるのですか。

○委員　計画までは作ってほしくないと。しかしこの人を退院させたいという医療機関からの要請があったり、保健所からの要請があります。それで、会いに行ったり、いろいろしている中で。

○事務局　そのときは病院に出向いたりしていただいていますよね。

○委員　はい。それはもちろん、１からやりますので、同じです、動きは全く。ただ、計画をつくって契約をするかしないかの違いはあります。それだけの違いです。

○事務局　そこが掘り起こしであったり、中間まとめに書かせていただいた判子を押して成約をするのと一歩違うだけの話ですよね。

○委員　だから、直接一緒に同行したりお話をしていく中で、「退院していかない？」みたいな関係がつくられていくのです。それで本人が外へ出ようとなっていって、退院してもいいかなというようなものを時間をかけてしていく。そのときに、それがこのような事情であり、契約が必要なのですということを今更持ち出さないという、そういった経緯があるのです。そのまま退院になっていき、退院支援もやるのですが、そのような形態には、要するに落としてやらなかったということで、記録はすべてついていますし、でもそのような契約行為には至っていないのです。その辺が難しいところなのです。

○ＷＧ長　アドバイザーが関われば必ず地域移行支援につながるという話ではなくて、

そのようなものを使わなくても、何らかの支援なり関わりなり、援助なりというところで退院につながっていくことになれば、それはそれでいいと思いますが、結果として河野委員が言っていたように、資料４の一番最初の数値というのは、アドバイザーが関わる中で、結果としては、移行支援事業を使って退院した人は５名なのだという数字、それ以外のところで、この事業を利用せずに結果として２０名の人が、という捉え方をすべきだと思います。よろしいですか。

○事務局　先ほどの複数年契約というか、単年度契約で身分保障があやふやということですね。要は、そこは役所の契約書は非常に難しいのです。うちもたまたまといいますか、平成２７、２８年度は国の補助金がもらえたのでこの事業を展開させてもらっているのですが、あとでも出てきますが、これは大阪府単費で国庫補助なしで、予算が確保できるかと言えば、非常にハードルが高いと思います。ただ、だからこそ大阪府としても何かやらなければいけないということで、少しまとめさせてもらっていますので、そこはご相談といいますか、お知恵を拝借したいと思います。

○ＷＧ長　ほか、いかかでしょうか。もしよろしければ、事務局から説明があったように資料２の右側の部分です。次の議題の報告書（案）のところで議論したいと思いますので、次の議題に移らせていただいてよろしいでしょうか。それでは、事務局から報告書（案）について説明をお願いします。

○事務局　はい。資料は、お手元の５番になります。３月に作成いただきました、中間まとめをベースとしまして、今、ワーキング長に言っていただきました資料２の右側を踏まえて（案）としてご提出させていただいております。現在、５割程度の仕上がり状況だと思いますが、今後、さらに文章のブラッシュアップは当然なのですが、庁内関係課、例えば健康医療部、住宅まちづくり部との調整、最終チェックを踏まえまして、９月に予定しております第２回ワーキンググループでご提示させていただいて、確認後に公表する予定となっております。

それでは、資料５をご覧いただきまして、順にご説明させていただきます。たぶん今回、これがエキスだと思いますので、少し丁寧にご説明させていただきます。ご了承ください。

まず、１ページでございますが、今回の報告書を取りまとめるきっかけとなった経過について記載しております。大阪府精神保健福祉審議会の答申を受けた平成１１年からの取組み、それから、国の「障害者総合支援法」、「精神保健福祉法」の改正を経て、現在、計画期間中の第４期障がい福祉計画に、精神障がい者の地域移行の目標値を明記しております。

繰り返しになりますが、国のモデル事業採択を受けまして、平成２７年度からこの検証事業を行い、先進と言われる大阪府でございますが、あらためてネットワークを構築するための検証をしていくということで、この報告書を取りまとめとるということでございます。

　全体の構成ですが、１ページめくっていただきまして２ページに、資料の目次がございます。第１章、大阪府におけるこれまでの地域移行への取組みの変遷を記載しております。第２章は、これまで去年、３回のワーキンググループにおけます委員の方々からの意見を集約したもので、中間まとめに記載させていただいた事項について再度整理したものでございます。柱立てとしては３本、退院に向けた支援について、関係行政機関が抱える課題、３点目が、精神科病院の地域偏在という構成になっております。

　続きまして第３章、この報告書のキモとなる部分でございまして、まずは１番で、地域移行ネットワークの構築と題しまして、大阪府における長期入院患者の地域移行に関するネットワークについて記載しております。２番では関係機関の役割分担ということで関係機関、精神科病院、市町村、保健所、そして、４つ目で実際に地域移行を担当する部署の役割について記載しております。３番では、厚生労働省に対する提言を取りまとめております。

第４章が、資料編となっているところでございます。

　それでは、各章の内容につきまして、順を追ってご説明いたします。３ページをご覧ください。大阪府における取組みの変遷と題しまして、皆さんご存じのとおり、平成９年に、大阪市内の病院で起きた不適切な処遇事件、これを契機として、精神保健福祉政策の見直しに大阪府は着手いたしました。平成１１年３月に審議会答申を受け、社会的入院というのは人権侵害であると位置づけられまして、その解消に向けて具体的に取り組むために、新しい事業として「精神障がい者社会的入院解消研究事業」を創設しまして、退院の促進と地域支援対策の強化、この２つを柱に事業を開始したところでございます。

　平成１５年、この大阪府で先進的に取り組んだ「精神障がい者退院促進事業」は、国庫補助事業となりまして、一部の府県でモデル実施がされております。平成１８年にはすべての都道府県で本格実施となっております。

　その後、平成２０年度、事業名称の変更や、地域体制整備コーディネーターの設置が、国庫補助の対象とされました。このときから大阪府でも政令市を除く１６の保健所圏域で地域体制整備コーディネーターを配置して、その方にパイプ役を、事業所と病院のパイプ役となっていただいて、自立支援協議会への働きかけを含め、支援体制の強化に向けた活動を、保健所とともに行っていただいたところでございます。

そのあと、平成２４年に「障害者総合支援法」が改正され、精神障がい者の支援については、ほかの障がいと同じように市町村の責務となりまして、都道府県は側面支援に留まると改正されたところでございます。

法改正後ですが、他府県の動向や厚労省の研究会の内容を見ましても、やはり市町村の対応だけでは困難ではないかと、全国的にも問題提起されているところです。実際に３年後の見直しに向けて取りまとめられた報告書におきましても、精神障がい者に対する今後の支援につきましては、住民に最も身近な基礎自治体である市町村が中心であるものの、都道府県、保健所、市町村が適切かつ重層的な役割分担をしながら、協働して取り組むための体制を構築するべきであると書かれておりますので、全く市町村にお任せではうまくいかないということは、国も認識しているところかと思います。

このような経過を踏まえまして、平成２７年度から、長期入院精神障がい者の地域移行総合推進体制検証事業を実施してきました。目的はこれまでの先駆的な取組み、手法効果についてあらためて検証し、ネットワークの構築を目指すというところです。これが第１章の変遷という内容になっています。

次に、４ページをご覧ください。４ページは、先ほども言いましたように、これまでワーキンググループ委員の先生方からお出しいただいてきた意見を取りまとめて整理したものでございます。内容は中間まとめとほぼ変わっておりませんので割愛させていただきます。

７ページをご覧ください。第３章としまして、長期入院精神障がい者の地域移行ネットワークの構築に向けてということで、２つの項目立てをしております。まず、１点目は、地域移行ネットワークの構築ということで、下にフロー図です。これは最初のワーキングでお示ししたと思いますが、このようなネットワークが必要だと現時点でも思っております。

文章のほうの２番目です。少しこれはご相談といいますか、後押し支援をお願いしたいところなのですが、先ほどから申しておりますように、大阪府は、以前から予算をかなり取って長期入院の課題に取り組んでまいったのですが、今、あらためて市町村に実施主体がいって３年が経過しましたが、やはりこの状況を見ますと、都道府県としても一定の何らかの取組みが必要ではないかということで、平成２９年度からの３年間、この３年間を集中取組み期間として、地域移行に重点的に取り組むべきであるというご意見を頂戴できればと思っております。

そのミソは、社会的入院、特に寛解・院内寛解患者であって、１年以上入院している患者の完全解消を、大阪府として目指すべきではないかという提言めいた内容を、報告書に主体的に書こうと考えております。ちなみに、寛解・院内寛解患者で１年以上入院されている方、去年の在院患者調査結果では７４２名おられます。この方たちの完全リセットを目指したいと。年齢構成は６０歳以上が大半でございまして、かなりの方が高齢者になっておりますので、その方の完全解消を目指すべきではないかと記載しております。

それから今後のワーキングの進め方にも関わってくるのですが、この地域移行ネットワーク構築の進捗状況について、このワーキングで引き続き検証していきたいと考えております。

次に、８ページをご覧ください。大きな項目立ての２番です。関係機関の役割分担等ということで、４者の役割を整理しております。

まず、精神科病院の役割です。最近の傾向としまして、新たに入院された患者の９割以上が１年以内に退院されています。それは厳然たる事実として数字にも表れております。ただ、一方で先程来言っています寛解・院内寛解患者であり、１年以上入院されている方も７００名以上存在されていることが厳然たる事実です。この現実に鑑みて、早期の退院を目指し、精神科病院自らが地域移行を進める役割を担っていただくべきだと考えております。

ついてはまず、地域移行の推進にあたっては、精神科病院が取り組むべき課題という認識に立っていただいて、退院に反対する患者の家族や、そのような方への対応、それから病院スタッフの理解促進を図るための研修事業です。そのようなものに取り組んでいただくべきではないかと考えております。

２点目、市町村の役割です。市町村につきましては、大阪府はかねてより言っているのですが、市町村の自立支援協議会、これは法定の協議会なのですが、その中に精神障がい者の地域移行について協議する場、機会を設けてくださいと。その会議に精神科病院や保健所のスタッフであるとか、地域の相談支援事業所であるとか、ピアサポーターの方、そのような方の参画を求めてほしいと考えております。

2つ目、地域移行支援給付申請にたどり着くまでの掘り起こしです。この方であれば、この期間入院されている方であれば、退院のターゲットになるのではないかという患者さんの掘り起こし、働きかけを維持する仕組みとして、地域体制整備コーディネーターを配置するべきだと考えております。地域体制整備コーディネーターにつきましては、各市町村の機関相談支援センター、核となる機関です。そちらに配置することが望ましいと。ただし、精神障がい者支援に対し経験豊富な事業所に委託するなど、そこはそれぞれの地域の実情に応じた適切な方法を選択して対応してくださいということが、基本的な考え方でございます。

3つ目、大阪府の自戒を込めてなのですが、精神科病院の在院患者調査結果、これを使いやすい形で提供させていただき、それを活用していただくことが何より肝要かと考えております。その活用の場としては、やはり自立支援協議会の専門部会が適切であろうと考えております。

最後の項目は、少し難しいのですが、地域移行支援を目指すために、一般相談支援事業所の数を増やしていただきたいと。人材の養成やいろいろ難しい問題はあると思いますが、地域の体制整備を進めていただく。これは基本的には一義的には市町村の役割かと考えております。

３点目、保健所の役割です。市町村に責任主体を法上は位置づけていますが、やはり市町村とは違って日常的に精神科病院との関わりというのは、保健所はより色濃く残っていると思いますので、地域の精神保健福祉業務の中心として、保健所は役割を求められていると考えております。このため市町村の自立支援協議会専門部会に参画いただいて、専門的、広域的な支援や精神科病院への働きかけでなど、そのような形で地域と精神科病院をつなぐ役割を整理していただければと考えております。

次に、９ページになりまして、これは大阪府等と書いていますのは、大阪市と堺市を含めた地域移行担当部署、私どもの担当部署の役割を整理しております。まず、１つ目、地域移行の課題、よく医療機関の方とお話をしますと、地域の受け皿はどのようになっているのですかということが必ず出てきますので、精神科病院の地域偏在、それから退院後の地域生活を支えるサービス、医療のサービス、在宅サービスの確保など、保健医療計画で議論されている課題と密接に関わる内容があると考えます。これらの課題につきまして、障がい計画との整合性を図って、安心して退院でき、適切な医療サービスが提供できますよう。関係部局との連携を進めていくべきではないかという内容の報告になっております。これにつきましては、健康医療部にご議論いただくべき課題かと考えております。

２つ目、これも重要なことということで、患者さんの家族、団体からもよくお話をいただくのですが、グループホームに代表される住まいの場の確保、これにも積極的に大阪府として取り組んでほしいと。例えば施設コンフリクトの解消や、公営住宅のさらなる活用の促進、そのような住まいの場の確保というのは、なければいくら退院させようと思っても行き場所がないのではないかということになりますので、それはやはり大阪府として取り組むべき課題だと思います。

３つ目は、少し仕方のない面もありますが、中間まとめにも記載しましたが、精神科病院の地域偏在、これは厳然たる事実ですので、そこを解消ということではなく、逆に大阪市、堺市とで情報共有を定期的に行うと。これは何度か大阪市、堺市とも話をしました。この報告書を受けて、大阪市、堺市でも来年度に向けて何らかの予算要求なり、制度の検討をしていただこうと考えております。

次に、先程来出ております地域体制整備コーディネーター、これについては市町村が設置すべきだということで記載しましたが、やはり患者さんの入院状況等を鑑みますと、より広域的に活動が出来るよう、そして効率的に活動が出来るように、必要に応じて市町村を支援する体制が都道府県に求められるのではないかと考えております。

それから、在院患者調査です。先程来申しておりますように、せっかくの貴重なデータですから、これを活用しない手はないということで考えております。

大きな３点目です。厚生労働省に対する提言として、３点挙げております。１つ目は、地域相談支援制度につきましてです。これは制度改善の要望でございます。先ほど河野委員も言われましたが、契約という行為には至らないのだけれども、その前の段階で掘り起こしだとか、寄り添いであるとか、そのようなことをやっているのだというところを評価いただくべきではないかと考えております。

２つ目です。現在のサービス利用にあたっては、本人との契約に基づく開始決定が基本とされており、手続きの煩雑さ、契約に対して本人の理解が得られないということで、断念するケースが見られますので、そのような堅いことを言わずに、１０ページにまいりまして、もう少し緩やかな制度で認めてもらうことは出来ないのか。また、利用制限期間は原則６カ月になっておりますので、その延長手続きも非常に煩雑と聞いております。その辺りを柔軟に対応していただければと考えております。

　次に、地域移行準備段階の報酬上の評価。失礼しました。これが先程来、河野委員が言われた部分です。退院意欲を喚起するために、かなり長期間個別の患者に働きかけをやっていただいています。その面が全くサービス報酬に反映されていないということですので、その地域移行支援決定前に、地域生活の体験や、体験宿泊などの仕組みにもっと緩やかな仕組みがあってもいいのではないかということで、厚生労働省に提案していきたいと思っております。細かい話をすれば、圏域を越えた精神科病院に働きかけを行う場合の、交通費の加算制度もないということが現状のようでございます。

　大きな２点目です。地域体制整備コーディネーターの配置ということで、やはり地域移行支援給付の申請にたどり着くまでの掘り起こしから働きかけを維持する仕組みとして、地域体制整備コーディネーターの存在意義を再び認識してほしいということを、厚生労働省に申し述べたいと思います。

　それで、地域体制整備コーディネーターの配置にあたっては、地域を越えて入院されている方、市町村単位の活動に留まらない活動がありますので、広域的に配置するために、何とかそのような制度を起こしてほしいと。そのあとの３つ目のパラグラフでございますが、コーディネーターの活動状況を見ますと、コーディネート業務に従事する割合というのは、活動時間のうちの平均７％弱というのが、私どもの委託料の支払い上の数字から出ております。

　このような現状に鑑みて、コーディネーターに専任化していただくとともに、相談支援員の増強、要は従事する方を増やすという仕組みづくりを検討するべきでしょうという内容でございます。

以上から、地域体制整備コーディネーター配置に関する財政支援策、これは都道府県も知らないとは言えませんので、国で都道府県とともにタッグを組んで、何とかそのような制度をつくってもらえないですかという内容を提案したいと考えております。

最後に、精神科病院の取組み促進策でございます。これは大きく分けまして２点です。平成２７年度から精神科病院スタッフに対する研修や、自ら企画していただく研修をやっていただきました。半年の間に非常にたくさんの病院に取り組んでいただいて感謝しております。そのような研修に参加する際に、やはり国も配慮してほしいと。研修に参加するのであれば時間外でなければ駄目ですとか、そのようなケチくさいことを言わずに、これだけ地域移行が重要だというのであれば、その時間というのは、国のほうでも配慮していただきたいということが１点目です。

　最終の１１ページです。同じく地域移行に積極的に取り組む精神科病院に、診療報酬上の算定に当たって非常に評価をいただいている制度があるようです。一定の制度改善はされているようですが、なかなかそれに取り組まれる病院が増えないというのは、やはり制度に問題があると。長期に入院されている患者が徐々に退院されていかれて、残られている方というのは、非常に手の掛かる、時間のかかる、長期化する可能性のある患者さんに取り組んでいただいているという辺りをもう一度評価いただき、精神科病院への取組みを一層進めていただければという。制度改善要望をしたいと考えております。

すみません。長い時間の説明で申し訳ないのですが、資料５の報告書（案）について、ご説明申し上げました。よろしくご審議をお願いいたします。

○ＷＧ長　はい。ありがとうございました。これまでのワーキングでされてきたことを踏まえて、大阪府で取り組んでいただいたのではないかと思いましたが、いくつか確認するべきところもございますが、どなたかございましたら、発言をお願いします。

○委員　すみません。３ページの大阪府における取組みの実態のところで。

○事務局　誤認がありますか。

○委員　いえ、少しどのように解釈を。平成２４年に改正総合支援法になって、市町村にということになりましたよね。それで、都道府県は側面支援に留まっていたと。市町村において対応困難であったり、全国的にもそこが問題視されてきたという。その結果として、３年後の「総合支援法」見直しのときに、そのようなことがうたわれたという意味ですか、ここは。

「総合支援法」見直しをやるまでに全国から出てきていれば、問題点みたいなものは、内輪でいろいろなことを言っていたということはありますが、かなりそのようなものはどこかに集まってくるのでしょうか。都道府県がしているのだとか、市町村だけで足りるのではないかとか、そのようなことは、かなり課題としていろいろ挙げられていたのですか。

○事務局　そうですね。国の検討会議では挙がっております。うちも他府県調査をしたのですが、どのような形でされていますかと言えば、やはり市だけでやっている府県はなかったです。何らかの形で、都道府県が。

○ＷＧ長　同じページで、使い方の問題なのですが、ここに出ている自立支援協議会はすべて括弧書きになっているのですが、これは何か特別な意味があるのでしょうか。

○事務局　ございません。

○ＷＧ長　ああ、そうですか。

○事務局　はい。ないです。取りましょうか。

○ＷＧ長　そうですね。何か意味があるのであれば。

○事務局　いえ、ないです。はい。

○オブザーバー　すみません。8ページの保健所の役割なのですが、ここには精神科病院に対する働きかけと書いてありますが、岸和田保健所では地域活動支援センターなども一緒に病院訪問などもしていますので、病院だけではなく、そのような地域の事業所の方とも現に一緒にやっていますし、そのようなところの名称や、そのようなところとの連携というのは、言葉として残していただいてもいいのではないかと思います。

○事務局　地域の事業所や関係機関とも連携しながらということになりますか。

○オブザーバー　はい。病院以外にもあると思います。

○ＷＧ長　はい。

○委員　私は３月まで病院にいまして、４月から非常勤ですけれど保健所におります。長期の入院患者さんが退院といったときに、本当に地域に受け入れる連携がどれだけいいかというところで、退院の進め方というのは違ってくるなというのは、とても感じます。病院に対して、住む場所が決まればそこに入っていただければいいということになりますが、住むところが決まった。でも、それに伴って地域で住むためにはいろいろなことが関係してくるなと。

キーパーソンになる人、これも一例なのですが、結構年齢の高い母親と４０、５０歳ぐらいの息子さんといった、そのような生活をされている中で、バランスが取れていてそこで生活はされているのですが、高齢者のお母さんが入院されたりとか、倒れられると、そこでの生活がすぐ崩れてしまって難しくなるという環境、地域で生活していくために、積極的に地域包括であるとか、生活保護課であるとか、社会福祉協議会であるとか、いろいろなところが関係していて、この人のサポートをどのようにしていくかを考えていく中で、本当に必要な支援をどこが関わっていくのかということが決まっていくのかと、とても今、感じているところがあるのです。

長期の人を退院させるとなったときに、退院阻害要因で、年齢、５年以上や７年以上で複数回答したところがあるのですが、そこを見たときに、病識が通院服薬の中断が予測されるであるとか、退院意欲が乏しい、現実認識が乏しい、環境変化への不安が強い、家事が出来ない、家族がいない。この項目というのは、本当に長期入院していることによるデメリットの部分だと思います。

長期入院している人であれば、本当に、そのように出来ないかどうかというのは、たぶん評価がうまく出来ていないこともあるのだろうなと。長期入院している人と関わるには、実際には、そのことに一生懸命関わったら、こんなことが出来るのだということが見えてくることもありますので、ここがどうかというのは、職員が見て、たぶん出来ないなどということが挙がってくると思いますが、もう少し丁寧に関われば、ここの部分は出来ているが、ここはかなり支援しなければ難しいというところが出てくるのだろうと。それには、たとえ長く入院されているので、そこを確実に取り戻していくためにもそれなりの期間がやはり必要ではないかと感じるところがありました。

○委員　期間で、制度の要望をしますよね、ここをもっと強烈に。原則は６カ月ですよね。それで２回、それは市町村によって違うのだと思いますが、審査会に何回かかけて４回、５回となるのですが、それをまずは、その辺くらいは変えられるでしょうと思うのですが。

○委員　４ページの地域体制整備コーディネーターのところなのですが、最後のところに時間をかけて取り組む必要がある。他の業務との兼務では後回しになりがちであるとありますが、このような書き方だと、逆にいえば、アドバイザーがほかの業務を優先しているのではないかととられがちなのです。実際、現状は後回しにならざるを得ない状況になっているということを少しクローズアップしてほしいと。背景がそのようになっていることによってまわらないという状況で、それを地域移行に、そこら辺の状況を強調してほしいなと思います。

○事務局　分かりました。

○ＷＧ長　はい。どうぞ。

○委員　７ページの第３章のところです。「また、」というところです。平成２９年度からの３年間、集中的に重点的に取り組み、完全解消を目指すということなのですが、文字面はこれでいいと思いますが、具体的に予算とかは請求しているのですか。

○事務局　平成２９年度予算の要求は、まだ始まっていません。今年の１０月くらいからの見込みです。

○委員　ここに書けば、おそらくそのようなアクションを起こすのではないですか。その部分を少し、この文を見れば違うのですが、具体的に予算はどのくらい増やすのですか、希望として。増えそうですか。これだけをしようと思えばかなりかかると思いますが、文字面はこれでいいと思いますが。

○事務局　私の頭の中で今考えていますのは、まずここの報告書をまとめて、国に対して制度の要求をしたいと。国として取り組んでいただきたい。それが無理であるならば、都道府県の事業としてやってほしい。都道府県がまるまる抱えるわけにはいかないので、やはり実施主体は市町村ですから、市町村と都道府県で一緒にやりませんかと。それで都道府県も未来永劫にやる訳にはいかない。法上の実施者はやはり市町村ですから、国が制度化する。または市町村が独り立ちすれば、都道府県はフェイドアウトするべきではないかと僕は考えます。

○委員　このようなものはあれですか。もっと上席の部でヒアリングすれば、かなり動く方向にあるのですか。大阪府の方向性としては、極端に言えば最終は知事ですが、中間に入る判断をする人はいますでしょうか。そのような方は、これに対して理解はあるのですか。

○事務局　最終、どこまでのレベルに行くか分からないですが、予算が、知事重点枠というものが別枠で予算額が確保されているのです。そこにエントリーしたいと考えています。どこまでいくか分かりませんけれども、はい。

○委員　最近は、なかなか予算獲得が難しいと。

○事務局　非常に難しいです。

○委員　難しい。お金がかかることなので。

○事務局　はい。後ろ盾が何らかほしいのです。

○委員　はい。ありがとうございます。

○委員　何年か前に大阪が体制整備の予算をつけていた時期がありました。制度の見直しがあり、何人かの委員が「効果なし」ということで廃止になった経緯があります。あれは何年前だったのか。あれで体制整備がなくなったと思います。

そのときの国の状況と、今の国がどのように言っているのかというところだと思います。どれだけの違いが果たしてあるのかという部分が、まずはネックになるやろうなと。非常に大阪の状況というのは、予算を頂いてというのはありますが、全国的にはどうなのだろうかと。その辺はどうですか。

○事務局　国ですが、この検証事業を採択された理由は２つです。役割分担をどこまで整理してくれるかというところに期待していると思います。それともう１つは、院内グループホームを進めたいということが、国がこの事業を始めた理由なのです。本音なのです。そこの結論を出してほしいというのが僕らに求められていることだと思います。

後者のほうはまだしも、前者の役割分担というのは、このような形で整理をして、やはり市町村にまるっきりお任せではなかなか進まない。都道府県もかんでいかなければいけない。そのためには国も少し考えてくださいというロジックで話をしたいと思っています。

それが全国の状況かと言われるとそれは少し分からないです。ただ、どこの府県もこれを本当に市町村に任せていいのかなという気になっているのではないかと思います。国の報告書が出ていますから。

○ＷＧ長　精神障がい者の地域移行支援で、国が進めていくという話の大前提になるのは、７ページで事務局がうたっているところがあります。いつから何年間でというところは、報告として社会的入院、寛解・院内寛解者、この人を入院の状態で置いているということがそもそもの問題であって、早く何とかしないといけないと、10何年前から問題提起してきました。

ここが出来ていないというところをわれわれは考えなければいけないので、その上では、やはり仕組みの中での役割分担が、忠実にやってきてはいるものの明確になってないところや、あるいは強化すべきところであるとか、その辺のところが定められていなかったと。そのような意味では、この１年半くらいの間で、大阪府でこの事業を進めていく上での検討をしましょうということですので、その前提として、これがなければ話にならないと思います。

ぜひこれは、われわれとしては書いていただきたいと。具体的な話になりますと、それは事務局の中でどのように予算を確保するのか。どのような事業を組むのかというところについては、事務局で決めていただくことになるのでしょうが、少なくともこれを解消するという。これがなければ、われわれは何のために検討しているのかという話になりますので、ぜひこのことは入れていただきたいと思います。

○委員　いいですか。

○ＷＧ長　はい。どうぞ。

○委員　院内グループホームをつくるわけですが、各都道府県レベルで結構、認可しないということが起こっているみたいですが、そちらのほうが圧倒的に多いみたいです。

○ＷＧ長　これは今ご質問いただいたところなのですが、最後の「その他」のところで、事務局からそのことをテーマに少しここのワーキングで確認をしたいということでございますので、そちらのほうであわせてかまいませんでしょうか。

○委員　はい。

○ＷＧ長　ほか、いかがでしょうか。

○委員　この寛解患者の解消をするということは、絶対に削除しないでください。

○ＷＧ長　そら、そうですね。

○事務局　今日のご指摘を踏まえて、もう少しブレイクダウンしたような形の報告書に書き直したいのですが。

○ＷＧ長　すみません。少し気になる。表現が、意味は同じことなのですが、例えば８ページのところですが、それ以外も出てきますが、「保健所の役割」というところで、地域の精神保健業務の中心としての役割という表現が出てきますが、一般的に使われている中心機関とか、そのような使われ方をするのですが、精神保健業務の中心としての役割、どうなのですか。中心としての役割、おかしくはないと思いますが、ほかでも同じ表現があります。中心とした役割、その辺を少し聞きたいと思います。

○事務局　分かりました。

○ＷＧ長　それと先ほど、北内先生からお話がありました保健所の役割というお話で、精神科病院との関わりがあるかということなのですが、直接精神科病院だけに関わるのではなく、地域に関係する機関とともに、精神科の医療機関に対して地域移行を促進させるための関わりという、そういうところの役割を果たしていただくという。そのような趣旨の発言ですよね。

○事務局　ありがとうございます。実は保健所の役割は非常に悩んでおりまして、もう一度具体的に書いたほうがいいのかどうかというのは少し、また、ご相談を。

○オブザーバー　少しこれだと何か。今の保健所の役割なども少し具体的に書いていただいて。

○事務局　抽象的ですし、ありがとうございます。

○委員　少し今、中心ということですが、市町村、障がいと保健所の役割の分担といいますか、その辺も中核市になって、保健所は市で、精神に関しても関わりが両方ありますので。

○事務局　障害部門と保健所で。

○委員　何とか市保健所と何とか障がい福祉部と。だから、精神障がい者ということを見ましても、同じように動いてはいますので、全く同じではないですが、保健所は保健所が得意とすることと、市町村は市町村の得意とすること。そこら辺の整理を市町村だけでも出来ていない。きれいに分けられていないと思いますが、実態はこのように動いている。どう違うのかと外からは見えているという。そのようなことが少しありますので。

○委員　中核市になって、ほかの部署との連携はしやすくなったみたいなことは聞いています。すぐに相談にといいますか、情報も共有できる部分もある中で、では最初の訪問時には一緒に行きましょうかみたいな会議が出来たりといったところは、まだ。中核市になって、連携の取りやすさや地域包括との連携の取りやすさみたいなところも多少、出来ていたのかなという感じが、私は４月からだけなのですが、そのような印象は受けております。

○ＷＧ長　ほかはいかがでしょうか。細部のところ、あるいはもう少し検討しなければいけないところがあるのかも分かりませんが、まず、全体の構成というところでお示ししていただいておりますが、最終報告書（案）の全体構成については、これで進めていってもらってもよろしいでしょうか。９月の段階では、今、議題に挙がっています報告書（案）の具体的な方法として、提案ということもあろうかと思いますが、特にここの段階でこれを確認、あるいは意見をということがございましたら、いただけますがいかがでしょうか。

　そうしましたら、このワーキングでの結果、事務局がご提案いただいたことについて確認出来たということと、出来れば最終報告（案）のときには、もう少し具体的なものが入っているといいのではないかというところで確認させていただきたいと思います。ありがとうございました。

　それでは、一応、議題については終わりましたので、先ほど委員からご質問があったことに関連しますが、次第では「その他」に挙がっておりますが、グループホームの件について、事務局からご説明をお願いします。今、資料をお配りしております。

○事務局　はい。タイムリーに委員からご質問をいただきまして、まず、タイトルの裏面をご覧ください。参考ということになります。厚生労働省の精神障がい保健課が集計しました地域移行支援型ホームでは、病院内グループホームの特例に伴う条例改正の有無という表でございます。都道府県、政令市、中核市、全国で１１２の総数がございますが、その中で地域移行支援型ホームを特例として認めるように条令改正をしたところが１５自治体、改正した（省令準拠）というのは、国の省令をそのまま飲み込んでいますので、何もしなくても対応は出来ますという都道府県、消極的な改正になると思いますが、そちらが３９、合わせて５４自治体がすでに対応済みという状況でございます。下の枠外に書いていますように、５４自治体のうち実際に目の前に案件があり、それの検討をされているところは２自治体しかないというのが、これが全国の状況です。

　元に戻っていただきまして表面です。長期入院精神障がい者の地域移行に向けた具体的な方策の今後の方向性、これは厚生労働省の検討会で取りまとめられた、平成２６年７月の資料から引っ張ってきております。病院の構造改革という中で、病院資源のグループホームとしての活用について、退院に向けた支援を徹底して実施しても、なお退院意欲が高まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的には移行も含めて入院の場から生活の場に居住の場をつくることが必要だと。その選択肢の一つとして病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、条約の観点も踏まえて、一定の条件づけを行った上で、敷地内の設置を認めるというのが国の在り方、検討会の取りまとめ報告でございます。

　これを受けて大阪府としてどのようにするのかという判断をしなければいけないので、今回は、せっかく長期入院精神障がい者の地域移行ネットワークをつくりましょうという報告書をおまとめいただく予定でございますので、ぜひともこの病院内グループホームについて、大阪府の専門機関として意思表示をしたいと考えておりますので、そのご提案をさせていただきます。

　裏面を見ていただきまして、肯定的な見解として、これは検討会の意見としてでたものが大きく２つです。中段から下、否定的な見解として並んでおりますのが、検討会の意見で３つ、加えて生活基盤推進課と書いていますが、私どもの考え方として５つほど掲げております。これにつきまして、どのような方向で大阪府としては臨むべきなのかというところを、少し先生方にご議論いただいて、出来ましたら最終報告書に何らかの形で落とし込みをしたいと考えております。

　補足としまして、私どもが考えました否定的な見解をざっと申し上げますと、大原則、病院は医療を提供する場ですので、生活の場であるべきではないという原則に反するのではないかと。院内グループホームを認めれば、このような大原則に反するのではないかと考えております。

　あと社会的入院解消の根本的な解決策ではない。むしろ今まで取り組んできた地域移行推進施策を強化すべきであり、このような小手先といいますか、そのようなことで進めるべきではないと大阪府としては考えます。ただ、国が今いいますように、選択肢の一つとしては、このような病院内グループホームを選択される都道府県があっても、それは大阪府としては否定しません。ただ、大阪府としては、これは取り組むべきではないと事務局としては考えております。どうぞ、ご議論いただければと思います。

○ＷＧ長　すみません。議題（２）は終わりましたといいましたが、議題（２）の中身として、今の議案について、皆さんにご議論いただいて結果が出ましたら、報告書の中に入れることでお願いしたいと思います。

○委員　いいですか。

○ＷＧ長　はい。どうぞ。

○委員　最初にご説明がございました裏面の一番下の参考資料の読み方なのですが、行政用語で言われても少し分かりにくいのです。一番下の条令改正をした５４自治体、ここは分かりますが、そのうちの実施という意味と実施についての検討、この実施というのは。

○事務局　実施というのは、院内グループホームを開設するご相談を受けておられるということです。

○委員　具体的にですか。それが実施。

○事務局　はい。ですので、それについて検討する予定ですよとお答えになったところが２つということです。

○委員　それが全国で２カ所。

○事務局　はい。２自治体です。ですから、その中でグループホームが何カ所か分からないですが、５４のうちの２つの自治体は面前に具体的な相談を受けておられると。

○委員　ああ、そういうことですか。

○事務局　はい。事項があると、国のほうでは言っています。

○委員　分かりました。

○オブザーバー　ごめんなさい。５４の改正した自治体というのは。

○事務局　１５と３９の合計です。改正したところが１５です。改正したところと改正した（省令準拠）の違いなのですが、改正したというところは、明確に「病院敷地内にグループホームの設置を云々」と書いたのが改正した１５です。（省令準拠）というのは「もともとの条例が国の省令に準じて設置を認めます」という書き方をしていますので、国が病院内グループホームを認めると言えば、それがすなわちその府県では病院内グループホームを認めるという結果を招くという。

○オブザーバー　分かりました。

○事務局　それを改正したかどうかというのは少し疑問なのですが、大阪府は、当然改正していない１９の中に入っているということです。

○ＷＧ長　ちなみに、そこまで分かるかどうかですが、今、見ている表のところで、改正していないという５８の自治体ですが、あくまで改正していないということであり、改正しないということではないのですね。

○事務局　そうですね。国の聞き方は、「していますか。していませんか」という聞き方ですので、今後の予定について、または、意思決定しているかどうかまでは踏み込んで聞いていないです。国の調査はそれはやっていないです。

○ＷＧ長　省令準拠のことにも触れてはいないという自治体だということですか。

○事務局　はい。

○ＷＧ長　はい。

○委員　まずは、これも何年か前にも出た問題ですね。今入院中の、社会的入院の方は、このような形で出ていただくように支援していきましょうという提案をいろいろみんなで検討している中で、これってそれにプラスになるような制度とは思えないですね。

今、このようなものがつくられてせっかく病棟から出て地域のホームに行った方も、また、同じように地域移行支援の対象になっていくのだろうと私は思います。病院の敷地の中で、一応開放病棟にいる人であっても、やはり同じように病院にずっといたいからと、入院を継続している人はいるわけですから同じことだと思います。だから病院で長期に入院患者を抱えていて、その人を何とかしなければいけないのは、従来の課題であって、病院の課題でもあり、別の施策として検討すべきであり、これは安直すぎる。それはどうしてもいろいろなところから反対が出されているわけで、これをつくるわれわれが、やってはいけないことだと私は思うのですが、はっきり言って。書いておいていただいたほうが。もう一度地域移行・退院促進をまたやらなければいけないことにならないようにとは思うのですが。

○オブザーバー　私は今の委員の意見は貴重だと思っていますが、やりたいと思うのです。先ほど、いろいろなことができないできないと思っていますが、少し見ているとできることが分かるのだとおっしゃっているように、それを、時間をかけて支援していく。そのような意味で地域に出るまでのところで、いろいろな自信を取り戻したり金銭管理をしたりなど、そのようなことをしていくこところが必要だと思います。

○委員　必要だと思いますが、病院が運営する病院の敷地の中のホームだとは思わないです。地域につくるほうが、地域にかえすことが出来るのではないかと。

○ＷＧ長　今、確認をいただきたいのですが、制度上の不備があり今は活用されていませんが、地域移行支援というのは、まさにこれなのです。だから入院している間に地域に出掛けて、そこでいろいろな訓練や体験をするようなことをやりましょうというのが地域移行支援なのです。これが制度上の不備があると考えていますが、それがうまく使われていない。

あれをもう少し、まさにワーキングで議論しているこのようにしていくべきだということで進めていくことで、わざわざ病院の敷地内に新たに建物を造ってそこでやるということではなくて、本来的なところをもう少し進めていってほしいと思います。

先ほどのこのワーキングの議論でもありました３年かけて対象となる人をゼロにする、解消していく。本来のところに持っていくということを掲げている以上は、閉鎖病棟から開放病棟に移ったぐらいの意味でしかないと思いますので、これは地域移行ではないと思います。そのことをあらためて大阪府として条例を改正して、それを認めますよというところを書き込むのは、ここで議論してまとめている方向性と、それは相反するものではないかと思います。

○委員　精神障がいの住居の問題というのは、もともと少ないからそのような中間施設的なものというのが欲しいなというのは、病院に勤務しているときからそれはずっと思っていました。いきなり長期入院の人を地域に、最初は結構、アパート暮らし生活が多かったりしますと、やはり出来る人というのがどうしても限られてしまうということがあり、もう少し手厚くいろいろな訓練をしながら自信をつけてもらって、一人で生活するとか家に帰ることが出来れば、病院はそのようなところが欲しいとずっと思っていたのです。

ただ、それが病院の敷地内にあるということになりますと、入院している方からすれば、病院に入院していることとそう変わらないのではないか。場所が変わって少し開放度が上がる感覚にはなるのかもしれないですが、そこで地域生活を送るとかとなったときに、どれだけ意識の変化が出来るのかといえば、そこの部分の難しさはあるのではないかと。病院外に出ることによって、例えばグループホームでも集団生活をする場でもいいのですが、やはり病院と違う場所に行って、そこでいろいろなことをやって、一人で住みたい人は一人で住むという形でやっていくほうがいいのではないかという思いをしています。

○ＷＧ長　いかがでしょうか。

○委員　以前から思っていたのですが、「なぜグループホームなのか」ということがすごくイメージとしてあり、もし病院から離してというのであれば、近場の生活拠点でもいいのであって、訓練を目的とした事業主体がまだ理にかなうと思いますが、今、正直グループホームというのは、法整備としては計画性があることなのかと思います。

有期でもないですし、期限もなければ、居たいだけいればよい。それなのに訓練のための給付というのは、市の裁量で少し追いつかない、判定基準で利用できるわけではないですか。そのような脆弱性を持つ市民をなぜ病院で確保しているのだろうという。それよりは、もう少し宿泊型の生活訓練のように、きちんとした役割であり目的を持ったものであれば、まだ論点は出てくると思いますが、今、ここがなぜ病院の中なのかという。その辺がかなり疑問なのです。スタッフの中では。

○委員　宿泊型生活訓練は、病院はもうやっています。ただ、敷地の中にベッドをつぶして宿舎まで造るということに問題があるのです。だから今までのベッドを維持しようという、その仕方が、今までの社会福祉施設というもので固定するというのは違うのではないかと。

○委員　うちの圏域でも病院の中に宿泊型生活訓練がある病院があり、ただ、もともとそれが建つことによってこれまで介護に当たっていた人が、若干地域移行の流れが増えてきたという。

○委員　それはあると思います。

○委員　ただ、実際、その論点の中でグループホームというのはまったく違うというところがありまして、あくまで有期の中で期限があって、きちんと目的があって、その中で何かしら変わってくるという、動きが取れないのかと思ったりしているのです。

○委員　それまでに医療機関が、入院中にこの人は退院するのだという一つの、要するにずっと病院にいる人ではなく、地域に戻って暮らすのだという。精神科の病院であって通過点なのだという発想で入院すれば、一定の症状が治まれば、そこで生活訓練なりは病院の中で組み立てられると思いますが、金銭の管理などいろんなことを失ってしまわないように。

○委員　もちろんそこもありますし、病院の中のプログラムに、それに見合うだけの地域支援が確立しているのかということもあり、もちろんそこの部分で病院がやる、地域がやるということで、地域に予算がついて、地域が対応としてやりますというところまでいくのにどのくらい時間がかかるのかとすごく思っているのですが。

○委員　私が思うことは、地域がというより、医療機関の中でこの人は何も出来ないから、民間の施設的なところに入ってもらって、そこで地域に出て行く訓練をというよりは、これから新たに入院してきた人が、それを失ってしまわないように病院機関の中でもリハビリだろうとやれるのではないかと思うんですよ。うんと症状があるときは難しいでしょうが、やはり通過点で出ていく、地域に戻る人だというのが当たり前になっていけば、入院中に関わる治療も変わっていかなければいけないと思います。

○委員　私も本当に、病状が不安定な状況で訓練をしましょうというのが、今、正直、地域でどこまであるのか疑問に思っていて、もちろんそれが医療機関の役割だとなればいいなと思いますが、逆に症状は少し不安定だけど、取りあえずいろいろな訓練や経過を見極める。生活終末施設にならないように、ある程度の対応がある中で、そのような視点があっても個人的には面白いのかと思います。

○ＷＧ長　はい。新たなサービスとして、例えば今、既存のサービスがある中で、地域移行が進まない層に対して、新たな施策なりサービスなり制度をつくりましょうということで考えていることは、僕はあってもいいのだと思います。しかし、グループホーム生活の場なのですが、このようなものの基準を変える。病院の敷地内に建てることを可能にするということについては、僕はやってはいけないことだと思います。

○委員　うちもグループホームは論外だと思っています。居住の場という中継のものを病院の中に造るということは、決してあってはいけないと思います。それは住まいではないと思います。では、住まいではない場所で何か出来ることはないのかというところの論議のほうが、政策は高いのかも。

○ＷＧ長　それは、今回、提案していただいていることとは少し別の話であり、新たなそのような取組み、ものを選ぶことはあってもいいと思いますが、今回、議論されているのは、「グループホーム」というものがあり、今その制度があるわけですが、この設置場所を医療機関の施設内に設けるということに、大阪府としてどのように考えていくかと。それに合わせて条例を改正するべきかと。事務局とすれば、ここに挙げている資料の中の入院について、それはすべきではないという提案を頂いているということでございますので、当ワーキンググループにおいても、事務局が提案しているその方向性に賛同するということでよろしいでしょうか。はい。

○委員　僕だけ病院協会で、ちゃんと発言しておきますから。

この地域移行支援型ホームというのは、病院協会が政策的にこのようなものをつくってほしいと言ってできたものではないのです。

私も病院協会を代表しているわけではありませんが。先週の木曜日、日本精神科病院協会の全国の総会がありましたが、その時に常務理事が言っていました。こういうものをかなり望んでいるという意見はないのです。大阪府もこれをやりたいからどうのという、そのような動きはないのと違いますか。

病院がこの患者を囲い込むとか、これは歴史的長期の入院ですね、この人は。新しい人は１年ぐらいでだいたい退院していますので、この人たちを何か自分のところの余った病棟に安上がりにやるとか、そのようなことを考えている人は時代遅れだと思います。そのような考え方で治療している若い人はいません。またそのようなことをやっていれば、そのようなところにはドクターもなかなか赴任しないのです。

ただ、私は、本来は行政でこのような歴史的長期入院群を、少数なりともやはり準備する。そのようなことが動かないのだから、山が動かないのだから、社会的資源を投入できないのだから、代替策として国が出してきているのが、病棟が空いている場合は、病院協会も喜ぶのではないかというような、そのような感じなのです。

　これは下手をすれば、どちらかできなければ、ヨーロッパの例なのですが、こういうグループホーム、あるいは先ほどおっしゃいました地域に出してという、病院からもっと離れた山の上など、そのようなところにスイスやドイツではやはりあるのです。なかなかそのようなことは計画させないですが、しかし、日本の今の社会ではそのようにはならないと思いますが、何らかの形でやはり行政が、これは市町村ですけれども、少しずつでもやれば違うのではないかと思います。お金はかかると思いますが。僕は、グループホームは自分のところではつくってないです。

　２５年程前に納谷先生に大阪府の住宅を貸してくださいといって、１か２しかなかったのです。

○事務局　府営住宅ですか。

○委員　はい。それでかなり流れが変わりました。今は、府営住宅を借りていますが、「院長出てこい」ということが何度もありましたが、一回も行ったことはないです。

このようなことは、苦肉の策で住宅と言っているだけで、あまり協会としてもそのように積極的に押しているものではないということだけはご理解ください。よろしいでしょうか。

○事務局　はい。

○ＷＧ長　例えば事務局から提案いただいた部分でこのワーキンググループも賛同することにしたいと思います。それではこの議題を終了したいと思います。最後、その他というところで、事務局からよろしくお願いします。

○事務局　はい。ありがとうございました。事務局から、次回の第２回ワーキンググループの日程について、委員の皆様、お忙しいと思いますので、この場でご都合をお伺いしたいと思います。９月に開催すると先ほどのお話の中でも出ていたのですが、日程調整をさせていただきたいのですが、９月６日、７日、１３日辺りでご都合が悪いという日はありますでしょうか。

○事務局　火曜日、水曜日、翌週の火曜日です。６日、７日、１３日でお願いします。

○委員　すみません。７日の午後、２時以降で、月に１度の協会の月例会があります。出来れば時間を変えていただければと思います。７日は２時から５時です。協会が入っているのは。

○事務局　はい。ほかの委員の皆様のご都合はいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。６日か１３日。

○事務局　では、１３日で大丈夫ですか。１３日の午後２時で予定させていただきます。

○事務局　では、９月１３日、火曜日の２時からということで決めさせていただきますので、よろしくお願いします。

○ＷＧ長　それでは、次回の日程も決まりましたので、本日の次第については、ここまでとさせていただきます。どうもありがとうございました。では、事務局にお返しいたします。

○事務局　ありがとうございました。以上をもちまして、「平成２８年度 第１回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会 精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ」を終了いたします。委員の皆様、本日はお忙しい中ありがとうございました。

○事務局　ありがとうございました。

(終了)