**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**

　　　　　　　　　　　　　　日　時：平成２８年１０月７日（金）

午後２時００分～

　　　　　　　　　　　　　　場　所：國民會館住友生命ビル１２階小ホール

○事務局　定刻となりましたので、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」を開会させていただきます。本日はお忙しいなか、ご出席いただきましてありがとうございます。私は、司会進行を務めさせていただきます東と申します。よろしくお願いいたします。

失礼させていただき、着席にて進めさせていただきます。

　はじめに、配付資料のご確認をお願いいたします。

　次第

配席図

　資料１　　第４期大阪府障がい者福祉計画の成果目標（抜粋）

　資料２　　精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ報告書（案）

「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」

別冊「平成２７年度精神科在院患者調査報告書」

　資料３　　基盤整備促進ワーキンググループ報告書（案）

「地域生活支援拠点等の整備促進に向けて」

　参考資料１「部会委員名簿」

以上ですが、過不足等ございませんでしょうか。

　そうしましたら、進めさせていただきます。お手元にお配りしています委員名簿のとおり、本部会の委員は現在１１名となっていますが、今年度、市長会からご推薦いただいています委員と、オブザーバーに交代がありました。今回からご審議にご参画いただきますのでご紹介させていただきます。

　富田林市子育て福祉部障がい福祉課長の西野委員でございます。

　オブザーバーとしてご出席いただいております、大阪府岸和田保健所の北内所長でございます。

　次に、会議の成立についてご報告いたします。部会運営要綱第５条第２項の規定において「部会は、部会委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない」となっています。本日は、奥田委員、南委員の２名の方がご欠席ですが、委員総数１１名のうち９名の出席がありますので、会議は有効に成立していることをご報告いたします。

　なお、本部会につきましては、運営要綱の規定により「原則公開」となっています。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、傍聴の方にご退席を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、あらかじめお申し出いただきますようお願いいたします。

　また、議事録等作成のため録音をさせていただいていますので、あらかじめご了承願います。

　それでは、これからの議事進行につきましては、辻井部会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○部会長　それでは、皆さんどうぞよろしくお願いいたします。本日、この部会での検討する内容といたしましては、議題に示していますとおり、（１）、（２）、（３）とございますが、中心になるのは（２）と（３）でございます。その（２）と（３）に先だって、内容等審議いただくところで関係が出てくるかと思いますので、「（１）障がい福祉計画の成果目標の達成状況について」、平成２７年度の実績が出たということでございますので、まずその報告を受けてから、（２）と（３）の審議に進んでいきたいと考えております。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局　では、資料１をご覧ください。

　こちらの部会に関係しております障がい福祉計画の成果目標は、大きく分けて３つございます。

　１点目の「（１）施設入所者の地域生活への移行」では、施設入所者数と地域生活移行者数について目標を掲げています。平成27年３月末現在の施設入所者数は4,875人となっています。基準となります平成25年度末日の5,014人から比べますと、139人の減となっています。

　こちらの実績、計画につきましても、市町村のそれぞれの目標値の積み上げで、実績のほうも積み上げていくことになるのですが、市町村によって若干減少のとらえ方等々が異なっており、こちらに記載しておりますとおり、実績値としては104人の減となっています。目標値の283人と比較しますと、進捗率としましては36.7％となっています。

　続きまして、地域生活移行者数ですが、平成27年度の地域移行者数は145人となっており、前年度と比べますと52人の減少が見られています。

　平成26年度の実績については、第３期計画の実績値とカウントするところがかぶっていることから、第３期計画のほうにのみカウントするという市町村があるため、この第４期計画の目標達成としては127人ということになり、平成27年度までの累積値では272人というのが現時点での実績となります。こちらも進捗率で見ますと36.5％となっています。

　次の「（２）入院中の精神障がい者の地域生活への移行」です。こちらにつきましては３点あり、「入院後３カ月時点の退院率」、「入院後１年時点の退院率」、「在院期間１年以上の長期在院者数」という３つの項目を目標値として定めています。

　平成27年度の退院率ですが、こちらは国の調査の「６３０調査（精神保健福祉資料）」というものがあり、こちらが公表されるまで２年ほどかかっているということもあり、そちらのデータを、大阪府で独自に集計させていただいた「速報値」ということで記載させていただいています。

　これで見ますと、入院後３カ月時点の退院率は63.2％、入院後１年時点の退院率は91.5％となっており、目標値まで順調に進んでいるかとは見えますが、こちらは特に医療分野の要素が多いものですので、これは推移を見守っていくしかないかと思っています。

　続きまして、在院期間１年以上の長期在院者数ですが、平成27年６月末現在の精神科在院患者調査から速報値として記載させていただいており、9,906人となっています。基準値となります平成24年の数値から見ますと1,003人の減少となっており、進捗率は51.1％となっています。

　３つ目の「（３）障がい者の地域生活の支援」ですが、地域生活支援拠点等の整備に関しましては、平成28年９月調査時点では、豊中市と吹田市の２市が整備済みとなっており、26市町村が平成29年度に整備を予定、その他は未定となっています。事務局からは以上です。

○部会長　ありがとうございます。ここで質疑を取ってもいいのですが、後の２つの報告書のところでこの内容等が絡んできます。できましたら、そちらのほうで併せて質疑をお受けしたいと思いますが、よろしいでしょうか。はい。ありがとうございます。

　そうしましたら、議題２「精神障がい者地域移行推進ワーキンググループの検討状況について」というところで、ワーキンググループ長である私から、検討経過と報告書の概要について説明させていただきたいと思います。お手元の資料２が報告書（案）となってございます。

　まず、本ワーキンググループは、平成２７年度から大阪府が実施している国のモデル事業で、少し長い名称ですが「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」という事業において、これまで大阪府が行ってきた事業について検証を行い、今後の精神障がい者の地域移行推進体制について審議し、最終報告書（案）という形でまとめさせていただきました。

　ワーキンググループの報告書の２０ページ、一番裏ですが、最初は、平成２７年９月２７日に第１回を開催し、本年（平成２８年）９月１３日までの間に計５回開催いたしました。まずは、委員の皆さま方、審議に対してのご協力どうもありがとうございました。

　その次に、報告書の２ページの目次をご覧いただければと思います。

　報告書は全部で４章から構成されております。第１章と第２章については、昨年度末、今年の２月ですが、「中間まとめ」という形でまとめさせていただき、報告をさせていただいている内容でございます。

　第３章が最終報告書の核となる部分で、「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」というタイトルどおり、今後のネットワーク構築に向けた関係機関の役割の整理、特に、それぞれの機関が、精神障がい者の地域移行に対してどういう役割を主なものとして担っていくのかというところを明確にしていくというところがございます。

　加えて国に対する提言、現在の制度を運用していくにあたっては、利用そのものが難しくなるような点がいくつかあるので、これの改善等について提言をまとめております。

　第４章は資料編で、「平成２７年度在院患者調査報告書」を別冊という形で資料として付けております。

　今回の報告書のポイントですが、精神障がい者の地域移行ネットワークを構築するために関係機関の役割を明確にしたということと、国への提言という形で、制度の改善や、地域体制整備コーディネーターの役割を再認識ということを求めています。

　全体に取りまとめていいますと、精神障がい者の地域移行支援を進めていくにあたっては、制度上のさまざまな不備であったり、そういうものを改善していくということは大切なのですが、関係機関のネットワーク、これが成立していないと、やはり移行は進まないのだというところなのです。そういう意味で、ネットワークの新しい形というよりは、現在行われているネットワークをさらに強化をしていくと、こうしたところを中心にまとめさせていただいたと思っております。

　それからもう１つ、ワーキンググループで、これは大阪府に対してというところでございますが、来年度に当たります平成29年度から３年間を「集中的取組み期間」と位置づけて、いわゆる「社会的入院」、調査等でいいますと、「寛解・院内寛解」になる１年以上入院されている方、こうした方々の「完全解消を目指す」というところを強く求めていく、アピールするという形になっております。報告書の概要については以上でございます。

　先ほど言いましたように、第３章のところが核になっておりますが、この点についての細部の説明については、事務局から報告いただければと思います。では、よろしくお願いします。

○事務局　それでは、事務局から、最終報告書（案）の第３章のⅡ、ページでいいますと８ページからご説明します。「ネットワークの構築に向けた関係機関の役割分担」についてです。

　まず、「１　精神科病院の役割」についてです。新たに入院された患者については、９割が１年以内に退院されていますが、平成27年度の精神科在院患者調査では、１年以上入院されている9,906名のうち、寛解・院内寛解であるにも関わらず入院されている方が742名いるという現状があります。

　この状況に対処するため、精神科病院自らが、地域移行支援に積極的に取り組んでいただきたいという点が１点です。

そのためには、地域移行推進に向けて、病院職員の理解促進に努めなくてはなりません。ついては、地域の関係機関との連携により、継続的に研修に取り組むことが必要と考えます。

　続いて、８ページの下「２　市町村の役割」です。障害者総合支援法に基づく地域移行支援の主体は市町村です。しかし、精神障がい者の地域移行を考える際には、保健医療分野との連携なしには考えられません。そこで、精神障がい者の地域移行について協議する場を設置し、顔の見える関係を築く必要があります。このため、市町村自立支援協議会に専門部会を設けていただくことを提案します。

　また、本日の資料２として配布しています「精神科在院患者調査結果」の活用です。データは市町村にもお送りしていますので、それぞれの市民の入院状況について把握することが可能です。そのデータを専門部会で共有し、部会として精神科病院への働きかけを行うなどの仕組みを構築するべきです。

　専門部会では、個別患者を把握するために院内茶話会や病棟訪問などの実施や事例検討、地域移行に関連する相談支援事業所との連携などを協議していただきたいと考えます。

　このような業務に携わる人材として、地域体制整備コーディネーターが考えられます。現状では、「市町村の基幹相談支援センターに置く」と例示されていますが、入院中の市民に関わるためには、市域を越えた活動が必要になります。

　そこで、保健所圏域あるいは二次医療圏域など、広域で共同設置をするという方法も考えられます。配置の方法、活動内容については、大阪府との施策との整合性も念頭に置き、地域の実情に応じた形で適切な方法を選択していくことが望ましいと考えます。

　後ほどご説明する「厚生労働省に対する提言」にも出てきますが、地域体制整備コーディネーターの配置などについては、大阪府としても財政支援が必要と考えています。

　９ページの真ん中「３　保健所の役割」です。保健所は、日常的に精神科病院、市町村、事業所などと連携をしながら業務を行っていますので、地域における精神保健福祉の体制整備を担う中心機関としての役割を果たすべきと考えます。

　そのため、精神科在院患者調査等を活用し、圏域内の状況把握、課題の整理をしておく必要があります。

　また、市町村支援という観点から、圏域内の市町村が専門部会を既に設置している場合は、会議に積極的に参画し、市町村のみで対応困難な専門的・広域的な課題についてしっかりと支援していくべきです。

　また、専門部会が未設置の場合は、その立ち上げを積極的に支援していくことが大切で、加えて、専門部会立ち上げまでの間は、圏域内の関係者間で課題の認識共有ができるように、保健所主催の会議等でも精神障がい者の地域移行について取り上げるなど、積極的な対応をしていただきたいと考えます。

　次に１０ページにいきまして「４　大阪府こころの健康総合センターの役割」についてです。地域精神保健福祉活動推進の中核機能を備える精神保健福祉センターとして、市町村枠を超えた広域の情報収集や、保健所等への技術支援を行うとともに、精神科在院患者調査でのデータ分析など、専門的な立場から助言・協力をしていただきたいと考えます。

　また、センターは、人材育成という大きな役割も担っており、地域移行に関わる職員への研修、府域を対象としたピアサポーター交流会の継続開催などに取り組み、地域移行を推進する人材を育てていただきたいと思います。

　次に１０ページの真ん中「５　大阪府等地域移行担当部署等の役割」についてです。精神障がい者の地域移行を考える際、福祉担当部局だけではなく、庁内の関係する部署が精神障がい者の地域生活を支えるため、それぞれが積極的に自分たちの役割として行動することが必要かと思います。そこで、この報告書では、「医療」と「住宅」の部分について、それぞれ健康医療部、住宅まちづくり部に記載をお願いしました。

　まず、「（１）医療」に関してです。精神障がい者の地域移行を考える際、在宅での医療サービスの確保は重要です。平成３０年度からの次期医療計画策定に関しては、障がい者計画との整合性を図ることが必要で、関係部局が課題を共有し、共に検討することが必要です。

　次に、「（２）住宅」に関しましては、公営住宅を活用してのグループホームの整備促進に取り組んでいるところです。全国の公営住宅における障がい者グループホーム利用住戸のうち、６割強が大阪府内にあるなど、早くから住宅まちづくり部の協力の下、障がい者の住まい確保に取り組んできました。

　また、現在、「高齢者及び障がい者住宅計画等審議会」では、計画の見直し検討に入っているとのことで、具体的な施策の提言が望まれるところです。

　次に１１ページをご覧ください。「（３）福祉」に関してです。福祉部の役割です。まず、市町村に対して、専門部会を立ち上げていただくために、市町村の状況を把握するとともに、市町村間の調整などを通して、府域全体の底上げを図る必要があります。

　市町村の自立支援協議会で協議された地域課題については、本ワーキンググループで集約し、市町村単位の解決が難しい広域的な課題については、本ワーキンググループでご検討いただくようにしますので、引き続きご協力をお願いいたします。

　また、長期入院患者の大きなウエイトを占める政令市２市についてですが、本報告書の内容の共有は当然ながら、在院患者調査や施策の展開についても今まで以上に連携し、地域移行推進のための体制も共に検討し整備していくこととします。

　地域体制整備コーディネーターが活動しやすいように、必要に応じて保健所と連携をし、また、「地域体制整備コーディネーター連絡会」を開催し、情報共有と課題の検討を行います。

　精神科在院患者調査についてですが、今年度から既に取組みを始めていますが、貴重なデータですので、例えば、経年比較をしてみること、また、加工・分析をし、その情報を保健所、精神科病院、市町村自立支援協議会にわかりやすいデータとして、より活用しやすいものとして提供をしていきます。

　こころの健康総合センターで開催している府域のピアサポーター交流会に協力をし、引き続き精神障がい者の地域移行及び地域生活の支援にとって必要なピアサポーターの位置付けを検討します。以上が、第３章「Ⅱ　関係機関の役割分担について」です。

　次に１２ページをご覧ください。

　「Ⅲ　地域移行支援型ホーム（いわゆる病院敷地内のグループホーム）について」です。厚生労働省の検討会が、平成26年７月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」では、病院の構造改革の一環として、不必要となった病床をグループホームに転換し、「地域移行支援型ホーム」として有効活用するという提案がされました。

　精神科病院の病床をグループホームとして活用するためには、都道府県等の条例、いわゆる最低基準条例において、グループホームの設置場所として、「病院敷地内」を認める必要がありますが、本年１月現在の都道府県等の対応状況は、都道府県・政令市・中核市の計112自治体のうち、54の自治体が対応済みとなっています。

　本ワーキンググループでご審議いただきました結果、主な発言は記載のとおりです。いくつかご紹介します。

　長期入院している精神障がい者が、入院中に地域での生活体験などが必要であり、そのための取組みの一つとして、地域移行支援型ホームという選択肢があってもいいのではないか。

　体験施設など、中間施設の場と機会の提供の重要性は認められるが、それらが病院敷地内にある必要性はない。

　患者にとって、閉鎖病棟から介護病棟に移った程度の感覚しかない、そもそもグループホームを病院敷地内につくることが地域移行といえるのか。

　「病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない」との大原則に反する。

　大阪府の精神保健福祉審議会では、「社会的入院については人権侵害である」との答申がなされており、病院内にグループホームをつくることは、社会的入院をより深刻化させ、終末施設となる恐れがある。

　厚生労働省は、地域移行支援型ホームを認める前提として、精神障がい者本人の自由意志に基づく選択の自由等が条件であるとしていますが、ご審議をいただいた結果、精神障がい者の地域移行を進めるための手法の一つとしては評価できるが、地域移行支援型ホームを推進すべきではない、つまり、大阪府としては、「本来取り組むべき地域移行の推進施策を強化していくこととすべき」というのが本ワーキンググループの結論となりました。

　次に１３ページの真ん中、「Ⅳ　厚生労働省に対する提言」をご説明します。

　ここでは、３つの柱、「地域相談支援制度」、「地域体制整備コーディネーターの配置」、「精神科病院の取組み促進策」について提言したいと考えています。

　まず、「地域相談支援制度」についてです。１３ページの真ん中、「１　報酬上の評価」を挙げています。長期入院者に対する関わりでは、支給決定までの働きかけの段階に大変な労力を要しますが、それは支給決定後の関わりと同様であるにも関わらず報酬上の評価はありません。支給決定されれば受けられる生活体験・宿泊体験などが、決定前の患者に対しても利用できれば、より退院への意欲が高まり、支援者のアセスメントにも有効で、本人の意向に沿った支援につながる可能性が高いと言えます。

　また、市町村域を超えて患者が入院している現状があり、事業者が遠方の精神科病院に働きかけを行うことを想定した交通費の加算制度などを考える必要があります。

　以上のことから、支給決定前の働きかけに関しては、新たに報酬上の評価を行うほか、地域移行支援給付に対しての現状にあったきめ細かい報酬算定上の改善が必要だと提言したいと思います。

　次に１４ページをご覧ください。２点目は、「精神障がい者の特性に合った制度改善」です。

　精神科在院患者調査によると、寛解・院内寛解群患者２１７７人のうち２６．０％に当たる５６６人について、病院スタッフは、地域移行支援制度の利用の必要性があると考えていますが、利用者の割合が５２人（２．４％）にとどまります。つまり、病院のスタッフは必要性を感じているが、実際の利用者は少ないというのが現状です。

　サービスの利用にあたっては、契約に対する本人の抵抗があったり、退院意欲の高まりに利用のタイミングが合わなかったりするケースが見られます。

　また、原則６カ月という利用期間についても、体験のメニューが支給決定後でしか使えないこと、退院意欲の喚起に時間を要すること、また、精神障がい者の気持ちの揺れなどを考えると、利用期間は短いと言えます。

　平成２７年１０月に、厚生労働省が行った調査結果を見ても、地域移行支援決定を受けた方のうち４０％弱の方々が６カ月以上の利用となっています。延長は認められているものの、本人の状況に応じた長期計画が立てにくいこと、支援者が本人の支援をしながら、並行して延長の手続申請をする必要があるなどで、支援者が制度利用を見送る場合があるとのことです。

　以上のようなことから、精神障がい者の特性に合った柔軟な対応ができるよう、制度改善が必要だと提言します。

　次に１５ページをご覧ください。２つ目が、「地域体制整備コーディネーターの配置」についてです。

　地域移行支援給付の申請にたどり着くための患者の把握や、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認識すべきです。

　地域移行支援の主体は市町村ですが、市町村域を超えて入院している患者が多いことから、保健所圏域・二次医療圏程度の広域的な活動が求められます。

　また、長期に入院している精神障がい者への取組みは、すぐに結果が出せるものではないため、ほかの仕事との兼務では後回しにせざるを得ない状況であることを考えると、専任化も必要と考えます。

　以上のことから、広域的に活動する専任の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を、都道府県とともに講ずるべきであると提言します。

　３つ目が、１５ページの真ん中です。「精神科病院の取組み促進策」です。１７・１８ページの資料Ⅰ－１に記載の検証事業の研修結果を見ても、精神科病院スタッフの理解促進が重要であり、そのためには継続的に研修を行うことが必要です。

　また、スタッフが研修を受講しやすい環境をつくることも重要であり、研修実施に対する診療報酬上の評価や、研修受講時間を実働時間数に算入を認めるなどの措置を検討するべきです。

　また、診療報酬の算定にあたっても、「精神科地域移行実施加算」の充実や、「地域移行機能強化病棟入院料」の新設など、一定の改善は見られていますが、長期入院患者が減少していくなか、働きかけに時間のかかる患者が長期入院で残されてきている現状を考えますと、診療報酬の制度のあり方についても検討する必要があると考えています。

以上が国への提言の内容になります。最終報告書の内容については以上です。ご審議よろしくお願いいたします。

○部会長　ありがとうございました。第３章については少し詳しく事務局から説明いただきました。本日の議題の１点目にございました平成27年度の実績のところと併せて、皆さんから質問、意見等承りたいと思いますので、ご発言いただければと思います。いかがでしょうか。

○委員　では。

○部会長　はい。

○委員　大変まとめていただいたことに敬意を表します。長期入院患者の実態調査を見ますと、長期になりますので、当然、年齢の高い人が半数以上と。つまり、介護保険の対象の人が半数以上というなかで、どうすべきかというところに、そういう介護保険のこととか、あるいは、高齢者福祉の社会資源のことが全く触れられていないのは少しまずいかなというのが私の感想なのですが。

　具体的には、やはりネットワークのところで、介護保険の地域包括支援センターですとか、認知症のいろいろな制度・施策、「認知症カフェ」等が、当然、そのネットワークのなかに入ってくると思うのですが、それをあえて書かなかったということなのでしょうか。その辺はいかがですか。

○部会長　あえて書かなかったということではないです。

○委員　では、やはり書かないと駄目ですね。書かなかったという理由がないのであれば、やはり対象者が６５歳以上の方が半数以上というなかでの支援を考えるのであれば。

○部会長　ワーキンググループの委員の方はいかがですか。その辺の議論というところはあったのかどうか。

○委員　いいですか。実際あまり出てきていないのが事実なのです。実際に１年までに退院する人は確かに増えていっていますと。

　あと一方で、高齢、６５歳以上の人が非常にたくさんになってきているという現実があるのです。その現実はあるのですが、取りあえず、今、市町村がやるべきとなった地域移行の動きを、もう一回どのように戻すかというか、見直すかというところにどうも視点がいって、そのシステムをどのようにするかという論議が中心に進められてきたようには思うのです。体制整備コーディネーターの位置付けの問題であったり、「大阪府でなくて市町村の役割なのですよ」といった部分をもう一度大阪府に戻したりという。要するに、その辺に視点を向けた検討だったかと思います。

　委員が言われたように、実際は、「高齢の人をどうしよう」と、私たちが、やはりいつも対象なのはほとんど６５歳を過ぎた人が多い、「行き先をどうしよう」という、そんな現場なのですが、その辺は確かに十分ではなかったです。

○委員　やはりこれは、書き足さないといけないと私は思います。比較的若い精神障がいの方であれば、この報告書で十分なのですが、やはり半数以上が６５歳以上というか、もともと統計が６５歳で切れていないので、その視点がひょっとしたら最初から抜けていたのかもしれませんけれども。「６０歳代」「７０歳代」と括っておられるので。

　ただ、やはり現実の制度を考えると、６５歳からは介護保険の制度を使うのが一般的ですし、やはりそこの資源を無視して地域移行はなかなか考えられないと私は認識しますが。

○部会長　いかがでしょうか。ほかの委員の方のご意見は。

○委員　少し関連して。

○部会長　はい。どうぞ。

○委員　高齢者の方であれば、制度でカバーできるところもという、今の話もありますし、私などは所属が社会福祉協議会ですので、地域で精神障がいのある方を支える、例えばボランティアのグループや、あるいは、先程来出ています「認知症カフェ」などに地域の当事者の方であったりとか、あるいは、その家族の方など、福祉の関係者などが、そういった場を精神障がいの方に限らず、地域の居場所づくりのようなところで、今、取組みも少しずつ広がってきているところであります。

　こうしたいろいろなネットワークや、関係機関の役割というところで、関係機関ではないのですが、地域に全て役割をと過度に期待しすぎるのはよくないのですが、地域の何か役割というか、少し行政等の専門機関でバックアップのもと、地域と協働できるような部分みたいなところは、今後のところでは、若干触れておく必要もあるのかなという印象は持っております。

○部会長　ありがとうございます。今、意見をいただいていますのは、報告書の案のなかでは、１点は、高齢者の精神障がい者の地域移行を検討していく際については、介護保険制度を中心とした、いわゆる高齢者施策との連携ということは当然出てくるはずであるが、報告書のなかには触れられていない。これは、やはり書き込むべきではないかという点を１点いただいております。

　それから、あわせて、当然のことではあるのですが、関係機関のみで対応していくというものだけではなくて、加えて市民レベルの連携といいますか、何というのですか、「地域づくり」といいますか。その辺のところも視野に入れながら進めていかないことには、そもそも精神障がい者の社会的入院や長期入院というのは、そうしたところの要素も絡んでくるわけですから、その辺の視点もやはり触れるべきではないかというご意見をいただいております。

○委員　現場では、やはり６５歳以上の高齢の方々が非常に多くなってきて、その方々は、やはり介護保険対応の施設に、いかに理解してもらいながら、対応してもらえるのかというのは結構課題にはなってきていて、その辺の考え方のギャップ、基本、高齢になっている方を何とか無事に日々過ごしてもらったらいいという関わりと、少しでもより良い自分らしい生活をしていこうという障がい者の関わりとで非常に違いがあって、その辺の違いをとても感じながら、いかにしてわかってもらうのかみたいなことで、やはり実際は行っているのです。　病院のほうも、やはり包括などのところとネットワークなど、要するに、研修会を開いたり、見学会を行ったりして、病院によってですが、結構お互いに行き来のできる関係というのは持とうとしています。それは、１つは病院のなかにある高齢の問題、もう１つは、地域にある認知を含めた高齢者に医療機関は何ができるかという問題と絡めて、お互いにもっと理解し合いましょうという動きが出てきています。だから、少しその辺の視点をどこかに入れていくべきかなと。

　だから、在院患者調査のなかの６５歳以上の年齢のところがどれぐらいのパーセントというか、その部分を少し入れることで、何かそういう内容を盛り込んでいくということはできるのかなとは思うのです。

地域移行は本当に６５歳以上の人か、あるいは、知的等いろいろ合併している方、そういう方が非常に増えているのです。だから、今までとは少し違った地域移行の取組みを考えないといけないというのはあるので。

○部会長　なるほど。わかりました。そうすると、いただきました意見については、まず１点目の高齢者のことに関連してですが、これは、役割というところの分野に入れるのか、それ以外のところで書き込むのかを含めて、今いただいた意見を報告書（案）のなかに盛り込むというところで進めていきたいと思います。

　この点については、私と事務局とで調整をさせていただきまして、最終的に今いただいた文言を盛り込むというところで進めさせていただきたいと思います。

　もう１点のボランティア活動、市民活動、これを精神障がい者の地域移行にどのように取り組んでいくというか、進めていくのか。この点の視点も必要だというところについても、同じように、どこの部署に入れるのかも含めてですが、事務局と私で調整させていただき、必要があれば、ワーキンググループの委員に確認を取りながらということで進めさせていただきたいと考えております。ほかの点、いかがでしょうか。

　そうしましたら、まずは、ここでいったん２つ目の議題については一応区切りとさせていただきまして、もう１つございます３つ目の議題に進めさせていただき、後ほど、もう一度精神障がい者の部分についてのご意見等がございましたら、そこで改めていただくという形で進めさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

　それでは、議題の３点目にあたりますが、「（３）基盤整備促進ワーキンググループの検討状況について」というところで、グループ長であります谷口委員から検討経過と報告書の概要について説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○委員　それでは、資料３に基づきまして「地域生活支援拠点等の整備促進に向けての報告書（案）」の説明をさせていただきます。私からは、報告書の中のいくつかポイントを中心に、その後、事務局から詳細かつ正確な説明をしていただければと思います。よろしくお願いします。

　では資料３ですが、「はじめに」のところにも書かせていただいていますとおり、平成２８年度より、基盤整備促進ワーキンググループにおいて、地域生活支援拠点等の整備に特化して審議を行ってまいりました。審議回数ですが、この報告書の最後にも記載しておりますが、平成２８年５月・７月・９月に委員が集まったと。それ以外に関しては、頻繁にメールのやり取りで、事務局の方にかなりの負荷をかけたと思いますが、そういう形でまとめ上げたものとなっております。

　内容ですが、資料３の２ページに目次を掲載しております。大きくは４点になります。

　１点目は、「１　地域生活支援拠点等の整備の進め方」というところでございます。ここでは、市町村が整備を進めていくうえで、よく市町村から「具体的なイメージが湧かない」等々、不明確な点が多いという指摘があったということから、第４期障がい福祉計画期間中に整備を行う到達点と、その整備に関する考え方を整理しております。

２つ目の「２　地域生活支援拠点等に必要な機能を実施する体制等について」は、本ワーキンググループでは、２４時間の相談機能および緊急時の受入対応がないということはあり得ないということ、さらに今後の状況を考えますと、障がい者の重度化・高齢化を見据えたグループホームの整備、この３点は必須機能だということでまとめ上げております。

　目次の「３　課題　厚生労働省に対する提言」ということでございます。これは、一義的に市町村が実施主体となって進めていくべきものではございますが、やはりそのなかで、大阪府として、あるいは、府下市町村としての抱えている課題、それに対しての提言、財政支援等々も含めた厚生労働省等への提言という形でまとめております。

　私からは、３ページ以降のなかで、いくつかポイントというか、背景的なところを中心にお話をさせていただきます。

　それで、４ページの中程、四角囲みのすぐ下ですが、「地域生活支援拠点等の整備に関する考え方」です。国は、現時点では、「多機能拠点整備型」と「面的整備型」の大きくは２つの例を出しておりますが、ワーキンググループでは、面的整備型を重点的に議論を重ねてまいりました。これは、もちろん多機能拠点型を否定するものではないのですが、多機能拠点の場合は、その箱ができなければその先に進まないという、極端に言えば、言い訳をつくってしまうということになるので、別に施設などがなくても機能を組み合わせれば、どのような地域でも、むしろその地域特性に合わせて整備ができるはずだということで、面的整備型を中心に議論を重ねてきております。

　それから、６ページでございますが、これ以外のページでも、よく「協議会」という部分が記載されておりますが、とにかくこの整備に当たっては、行政内部の検討ではなく協議会を事実上動かせていくと、休眠状態ではなく、事実上動かしていって、開かれた場で議論していく、あるいは、そこに閉じた障がいの専門家だけではなく、広く自治会も巻き込んでいく。この意図は後ほどのイメージのところで説明させていただきます。それが７ページのイメージ図です。

　それで、ほかの地域、あるいは、都道府県等で検討されているイメージと少し違うところが、日常生活圏域のさらに下の分野で、「地域生活圏域」（仮称）という部分を設定しております。これは、結局はその人たちが生活していくというと、中学校区では広すぎると。当然ながら小学校区、あるいは、それ以下の生活圏域で交流を含めて図っていく、それが体制だろうということで、こうした部分を入れているということ。

　それから、地域にはたくさんの資源がある、互いを認識していないだけで資源があります。特に、先ほどの重度化・高齢化ということでいえば、老人福祉施設やデイサービスなどですが、６５歳以上の方に関してはこうした事業との連携も必要だということで書き込んでおります。

　次に、８ページで子どもに関して書き込んでいるところがあります。ここでは「子どもに関しても一応念頭に置いておきますよ」と書いていますが、ワーキンググループで一番申し上げたいのは４点目で、これは極端に言えば、「子どもはしかるべき部署で一義的に検討されるべきだ」ということです。それは、「障がい児は小さな障がい者ではない」ということ。ですから、子どもに関しては、障がい福祉の担当で一義的に検討するのではなく、子どもは子どもということで、児童福祉の担当部署、あるいは、児童福祉の支援をするなかで一義的に検討していただきたいということで、この体制には子どもはイメージしておりません。

　あとはかなり数字等もございますが、この辺はまた事務局にお願いしたいと思います。

　最後の提言のところは、大阪府が抱える課題として、これは、ここで書き込むべきかどうかというのは議論もありましたし、今日、意見をいただければと思いますが、相談支援に関して、やはりこういう体制整備が非常に重要になってきますが、大阪府下の状況は必ずしも良好とは言えないということで、これをどのようにして整備していくべきかといったような提言、それから、厚生労働省に関しては、財政支援を中心として提言を盛り込んでいます。

雑ぱくではございますが、ポイントに関して、私からは以上のとおりです。あと、申し訳ないですが、事務局から補足をお願いできればと思います。

○事務局　それでは、事務局からも説明させていただきます。３ページに戻っていただきまして、ページに沿って説明させていただきたいと思います。

　３ページでは、冒頭に、そもそも「この拠点整備とは何か」というところで、四角囲みのところには、国からの基本指針の抜粋を載せています。昨年度の第２回の部会でもご紹介させていただいたかと思いますが、国が地域生活支援拠点等に求める機能としましては、上のほうに書いてあります「相談、体験の機会、緊急時の受入、専門性、地域の体制づくり」という５つの機能が必要ということ。整備手法としては、グループホームや障がい者施設等に機能を集約する「多機能拠点型」や、地域の関係機関が連携して整備する「面的整備型」というイメージを示されておりました。

　委員からも説明のあったとおり、府内市町村におかれましては、とはいえ何を持って整備なのかイメージが湧きにくい、また、財源に関しても、この拠点に特化したものがないということで、なかなか整備が進められないということで、この３ページの下、「府内市町村の状況」のところには、平成27年12月の調査時点で19市町村が未検討となっております。

　それから、その右側に、「自立支援協議会等で検討」の16市町村があるのですが、この16市町村に関しても、実際に具体な検討には進めなかったという意見が非常に多くありました。

　ただ、今年度の８月のヒアリングの際には、少し数字上も状況が変わっており、「自立支援協議会等で検討」の21市町村に関しましても、具体な検討を始めているという市町村が非常に多かったので、一定進んでいる部分はあるのかとは思います。

　ただ、ここにも示していますとおり、12の市町村はまだ未検討というところもありますので、やはり何らかの手掛かりなりをお示ししていかないといけないということでは、この報告書を持って、市町村と共に進めていきたいと思っています。

　それから４ページですが、ここでは、「何を持って拠点を整備したとするか」と、少なくとも第４期障がい福祉計画期間中に取り組むこととして、この枠囲みに示させていただきました。この部分に関しては、ワーキンググループのなかでもかなり議論がありましたが、最終的にこうした文言になっています。

　この枠囲みの具体的な考え方については、４～５ページの４項目にまとめています。

　まず、１点目としましては、１項目目の「どのような場で協議するか」ということで、協議の場を設けていただきたいということがまず大前提になるかと思います。自立支援協議会が、一番協議の場では中心かと思うのですが、市町村においては、それ以外のプロジェクトチームでありますとか、ワーキンググループでも構わないので、外部の委員の方で構成されていること。また、ワーキンググループ委員の皆さまの意見としまして、特に当事者の方の意見を反映できる協議の場を設けていただくということをまず項目として挙げています。

　また、２つ目の項目では、「ニーズ把握やサービス提供体制の把握」ということで、特にニーズ把握に関しては、委員の方からも「把握は難しい」との指摘もあり、丁寧な調査等で把握をお願いしたいと考えています。

　その例として、この枠の「個別調査事案」とさせていただきまして、●（黒丸）の１つ目と２つ目に、地域生活移行を考えている施設入所者や現在サービスを利用していない障がい者など、将来的に必要になるニーズや、顕在化していないニーズに対しても十分配慮を行うように求めていきたいと思います。

　３つ目の項目としまして、地域生活支援拠点等は、当面は計画圏域内で整備していくということになると思いますが、その体制や規模に関しては、例えば小さな圏域、中学校圏域に１箇所とか、協議の場でそのあたりの整備の範囲等を決めていただければと思います。

　それから４つ目の項目で、ここは市町村のとらえ方を間違っていただきたくないというところなのですが、「整備をするかを明らかにするとはどういう意味か」というところでは、２つ目の●のところに示していますとおり、「具体に何らかの行動を起こすこと」を意味しています。

　例えば、緊急時の受入について、計画圏域内において連携することを決めたとか、緊急時の受入の居室を１室確保したとか、何らかその全体像を描いたうえで、拠点の整備につながる何かをしたということをもって、第４期障がい福祉計画においては「整備したと見なしましょう」というところで設けました。

　それから、下の「※」のところなのですが、少し６ページにもつながっているのですが、施設入所者の地域生活等の現状については、大阪府が主体となって調査等を行う必要性について記載しています。

　それから、６ページですが、「機能を維持・発展させていくために必要なこと」としまして、「○（丸）」を５点ほど挙げさせていただいています。この拠点について協議を行ったうえで、計画を立て整備を行うことが決まったとしても、それで終わりではなく、変化する利用者のニーズや福祉制度等、随時検証を行いながら機能を維持・発展させていく必要があることについて書かせていただきました。

　この項目のなかでも、今後、維持・発展させていくということに関しては、介護分野や医療機関、さまざまな地域の関係機関等、体制整備を考えるうえでは多様な支援者の参画が必要なことを挙げています。

　特に伝えたいこととしましては、先ほどもお伝えしましたが、現在見えていないニーズなどをどのように把握し、サービス提供体制を整えていくかが、拠点の機能の維持・発展には重要かと思っています。

　７ページをご覧いただきまして、「体制整備イメージ図」というところです。まず、１つ目の図ですが、「住まい」と書かれた場所が利用者さんとしますと、日常的に関わりのある生活圏域には、おそらく日中活動事業所や相談支援事業所が挙げられると思いますが、おおよそ太枠の線なのですが、「中学校区域」かと思います。

　それから、８ページの２つ目の□（四角）にも記載していますが、何か突発的な事項が起こった際に、日常的に関わりのある事業所等が連携して対応されるかとは思うのですが、それでも対応できないような場合を想定して、市町村域で対応の検討が必要だろうと思っています。

　さらに、市町村域でも対応できないような高度専門領域については、近隣の市町村や、保健福祉圏域での対応が必要だろうと。そうした市町村または圏域で検討される際の大きな整理としてのイメージ図となっています。

　また、先ほど委員からもご説明がありましたが、８ページの４つ目と５つ目の「□（四角）」、児童期に関することなのですが、子ども施策が中心とはなるのですが、地域においては、将来的に「障がい児」が「障がい者」に移行するということも考えて、つながりのあるものとして念頭に置いておく必要があるとしています。

　次の９ページの図です。本ワーキンググループでは、２４時間の相談受付と緊急の受入体制が必須機能と考えて、図の下のほうに示しています。ここでの「体制１」というのは、先ほどの７ページの図の太枠線の中学校圏域と同じと考えていただければと思います。そのような体制が市町村のなかにいくつかあり、いくつかの事業所は、その体制の部分と重なり合うということを示しています。

　協議の場において、例えば、この体制を一から整備していくということもあるかと思いますが、体制の括り方や整備方法はそれぞれの協議の場で検討されるので、この図に限定されるものではないと思います。

　少し１１ページの表につながる話なので、１１ページの表も見ながら話したいと思います。

　先ほどの９ページの図を落とし込んだのがこの１１ページの表になります。こちらで伝えたいことのポイントとしましては、緊急時の受入等に対応するであろう短期入所の利用に関しては、利用者さんにおかれましては、なじみの事業所があるとは思いますが、その事業所が緊急時に使えなかった場合、市町村または圏域で対応する必要があると思いますので、平常時から対応可能な事業所を把握しておく必要があるかと思います。

　つまり、整備圏域内において、短期入所事業所群として把握しておくということで、この表にもそのように表現しています。

　また、このような表で整理しておくと、どの範囲で体制を整備するか、地域生活圏域なのか、日中活動の事業所圏域なのか抽出を行うことができるかと思います。

　また、一人ひとりの状況についても個別抽出ができ、緊急時の対応における事前の検討を行うことができるのではないかと思います。

　このように整理をできるだけ事前に共有しておくことで、例えば、地域に一人、二人しか存在しないような地域をよく知る人材に頼るのではなく、誰でも拠点の機能を担えるようになるのではないかと考えます。

　簡単に表の説明をしますと、上段の全体を整理した表から、Ａ生活介護事業所を利用されている方を抽出すると、中段の表となります。

　また、個人単位で緊急時の対応を考える際には、一番下の表で個別抽出するという形になります。

　また、上の表のＢ圏域のＢ－６の方については、この方は、現在どのサービスにもつながっていない方を表現しています。それぞれの地域において、今後何らかの支援が必要になることを見据えて、そうした方も把握する必要があるという表になっています。こちらに関しても、あくまでイメージ図や参考の表なので、市町村においてこうした表を参考にしながら拠点整備を進めていっていただければと思っています。

　１２ページにいっていただきまして、こちらは「地域生活支援拠点等に必要な機能を実施する体制」ということで、モデルパターンをいくつか示しました。大きく３つの項目を立てて、本ワーキンググループで必須機能とした２４時間相談受付と緊急時の受入対応、また、重度化・高齢化を見据えたグループホームの体制を示しています。

　１２ページ冒頭の「※」にも記載していますが、こちらも参考例ですので、単価や方策を限定するものではなく、具体な整備等を考える際の参考としていただきたいと思います。

　「モデルパターンⅠ」では、２４時間相談受付を行う方法として、相談支援事業所や基幹相談支援センターに委託、または２４時間対応できるサービス事業所が兼務するパターンを挙げています。

　１３ページの「モデルパターンⅡ」では、必要に応じて駆けつけるパターンも入れています。Ⅱ－２では、国が通知で示しています障がい福祉サービスの地域定着支援を活用したパターンですが、地域定着支援単独の報酬では難しいかという試算も入れています。

　１４ページの「モデルパターンⅢ」では、緊急時の受入として３つ挙げています。１つ目は、短期入所事業所で受けるパターン、２つ目は、居室を確保し、とにかく緊急の状況をしのぐというパターン、３つ目は、短期入所事業所等では対応できないが、支援者が出向くことで対応できるのではないかというパターンを挙げています。

　１５ページの「モデルパターンⅣ」では、重度化・高齢化を見据えたグループホームの人員体制や必要な設備について挙げています。ワーキンググループでも、看護師配置の必要性や、特に身体障がいの方については、新設のグループホームが必要となるという意見もあったので、相当な財源が必要だろうということを表しています。

　全体を通してですが、現在の障がい福祉サービスの報酬体系や、既存の財源からのやりくりでは拠点に特化した財源がないことから、新たな財政負担が必要となり厳しいものが多いと思います。

　１６ページ以降には、課題と提言をまとめています。大阪府の課題として、相談支援事業所の状況、人材の養成・確保、グループホームのスプリンクラー設備の設置について挙げています。

　相談支援に関しては、本ワーキンググループでは、地域生活支援の核となる相談支援が機能することなしに、地域生活支援拠点等の整備は考えられないとの意見で一致しています。

　人材の養成と確保に関しては、さまざまな相互交流等の研修があるとの報告もありましたが、小規模な事業所等においては、研修や会議すら実施できないという現状もあるということで、どのように支えていくかが課題であると考えています。

　また、グループホームの設置促進ということで、大阪府においては、小規模でかつ重度の方が多く暮らしていらっしゃいますので、スプリンクラー設備の設置促進や、要件緩和などを課題として考えていることを記載させていただいています。

　１８ページをご覧ください。厚生労働省への提言としまして、３つの財政支援としました。

　１つ目は、拠点に特化した財源の確保。特に、本ワーキンググループで示した２４時間相談受付を実現するためには、既存のサービス報酬のみでのやりくりは難しいことから、拠点の機能に特化した財源が必要と考えています。

　また、２４時間の相談受付が行えて初めて声が上がるということも考えられますので、顕在化していないニーズの把握につながる部分になると考えています。

　２つ目は、人材確保についても、そもそも低い賃金で雇わざるを得ない報酬体系ということを踏まえて、拠点を動かす人材の確保となれば、さらに相当な財源が必要となると考えています。

　１９ページ、３つ目として、グループホームの設置促進策として、重度化・高齢化を見据えた体制が取れるよう、報酬上の評価を行うことや、スプリンクラー設備の設置に伴う施設整備費補助金の予算枠拡大を求めています。

　２０ページに、「地域生活支援拠点等の整備に向けて」ということで、委員からもありましたが、まずは面的整備ということを念頭に置いて進めてきたということ。

　それから、多機能型拠点に関しましても、社会資源の充足状況や人材養成の観点からも有効であるということを載せさせていただいています。

　また、入所施設に関しましても、２４時間相談受付や、何らかの必須機能を具備することで、今日的な施設の意義を見いだせるのではないかと書かせていただいています。

　このように本ワーキンググループとしてまとめさせていただきました。事務局としましても、何も動き出せない市町村に対しまして、何か手掛かりとなるようなものを示して、一歩でも動き出していただきたい。ただ「やりました」で終わるのではなく、この拠点等の整備は、長期または永続的に続くものとも考えられますので、協議の場で随時検証を行うことを明記することで、動き続けるサイクルを見いだせるのではないかと考えています。

　大阪府としましても、市町村と共に整備の課題等を共有し、それらの課題等を解決する方策を検討し、少しでも障がい者の地域での暮らしが豊かになることを願っています。報告は以上です。ご審議のほどよろしくお願いします。

○部会長　ありがとうございました。ただ今ご説明いただきました報告書案、また冒頭で説明いただきました平成27年度の実績の速報値の報告と、あわせて質疑意見等いただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

○委員　すみません。

○部会長　はい。

○委員　私は、地域活動支援センターと相談支援事業所の運営と管理者をさせていただいている者なのですが、実際に、２４時間の相談受付対応は非常に必要だと思うのです。

　ただ、やはり２４時間受付対応するリスクの高さというのが、私は普段からとても考えさせられていて、今回、実際にこの体制で賃金、もちろんそれを保証するような、要は「財源の確保」という一文があるのですが、ごめんなさい。経営者としての話なのですが、このなかで、今回モデルパターンⅠ－１が宿直手当での対応の財源になっていると。正直、２４時間対応となってくると、私個人的には、宿直でまかなえるような状況ではないような気がするのです。

　しかも、今回、２４時間対応、緊急時に駆けつける緊急対応機能のモデルパターンというのであっても、「１回あたり２時間」という回数になっているのですが、この根拠の部分で、正直、やはり緊急時、夜間対応に行ったときに、センターに掛けて緊急受入れ先の病院を探す、これを行うだけでもやはり夜間は５時間ぐらいかかってしまうと。こうした状況で、もし、このまま動きだしてしまったときに、正直私が怖いのは、市町村がこれをモデルとしてやっていこうとしたときに、やはりまた地域の相談支援事業所がマンパワー不足になったりとか、バーンアウトの原因になってしまうという要因につながるのではないかと。私は見ていてとても怖くて、最初にここだけは、この根拠という部分を少しお聞かせいただきたいと思って出させてもらったのです。

○部会長　というご意見でございます。人材確保で財源がもちろん必要でというところになるのですが、一応その目安として、積算を記載いただいているのですが、今いただいた意見は、もしこれで、例えば財源が確保され、「こういう形で進めていきましょう」と事業所に持ってこられたときに、とても現場ではこれでは対応できないのではないかという意見で、その根拠を含めて説明いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○事務局　ワーキンググループでも、「本当に２４時間相談は必要なのか」という意見がありました。実際、そのように看板を掲げたことで、相談に集中して、ほかの相談に対応できないというご意見もありました。委員のご指摘のとおり、宿直手当で十分まかなえないのではないかということですが、こちらに示させていただいたのは、最低限これぐらいは必要だろうというところでございまして、われわれも十分ではないというところの認識はあるのです。あくまで、これぐらいの予算は必要ですよと。

　もう一つ大事にしたのは、お一人の人件費として必要だと。何時間、何時間というぶつ切りの今の報酬体系、スポットでというのではなく、やはり一人の人材を雇うには、最低限これぐらいは必要ではないかというところで示させていただきました。

　ですから、「２時間ではとても足りない」というご指摘もあるとは思うのですが、最低限これぐらいは掛かってくるということを示したかったところなので、望むならと言うとあれなのですが、市町村でこれから協議していくところにおいて、そうした具体な事業所からの意見をきちんと吸い取っていただいて、「では、実際どのようにしていくのだ」という議論にこれを活用していただきたいと思っているので。

○委員　わかりました。

○委員　すみません。

○部会長　はい。

○委員　この支援拠点の議論で、枚方市などではまだ始まっていないというか、していかないといけないという状況なのですが、この部会でされるときに、やはり拠点をつくる必要があるということになっていった経過はあるのでしょうか。その辺、国はこのように出していますが、実際の現場の各地域、地域の状況を見ていて、２４時間３６５日という体制が、入所施設などがそうですよね。そういうものというのは、地域、地域でやはり整備されていくべきかどうなのかというような議論はあったのですか。

○委員　入所施設を新たに作るという議論はありません。むしろ、現在の入所施設に今日的な機能を持ってもらうべきだという結論となっています。

○委員　入所施設の議論ではなくて。入所施設は対応できますよね。

○委員　２４時間３６５日は、先ほど事務局がおっしゃったように、「本当に必要なのか」というのが当初ありました。

　検討の結果、「絶対に必要」となった背景ですが、例えが悪いですが、１１０番、１１９番は私たちの安心にとっては必須のものです。最初は相談が来る・来ないは関係なく、とにかくいつでも受けますと、つながっていますというのを示すためには、２４時間３６５日の相談体制は必要ということで進めています。現時点で相談がすぐに入ってくるかどうかはわからないですが、いつでもつながるわけではない状況は、ニーズを埋もれさせているということは否定できません。

　これをどこに求めるかといったときに、一例として、これを入所施設が具備することで、これまでの入所者だけに対応しているような旧来の施設像から、今日的な施設というところにもう一つ変わっていくきっかけにもなるかもしれないし、必ずしもそれは市町村で、ここでないと駄目ということを示すつもりは全くないです。それは各地域で特性に合わせて考えていってもらえればということで落ち着いたような経緯です。

○委員　やはり相談支援というのは、今、相談支援の事業所は、おそらく２４時間対応しているところはそれほどなくて。けれども、緊急時対応を皆それなりに取っているのです。ほとんどは電話対応であったりという形かと思うのですが。

　だから、実際に、今は自分のところの守備範囲の範疇の人たちからの緊急のものが入ってくる。全く地域に一つというものではない、関係している人たちからの諸々の相談なのですが、その相談のなかで本当に緊急といわれるものはかなり限られたものだと思うのです。そうではなくてもいいものも入ってきます。

　だから、その辺で、実際に本当に命に関わるようなこともあるので、やはり設置しないといけないのだということで、設置を進めていくということが、今、この時点で本当に必要なのかどうなのだろうなと。

　それと、実際に、相談支援のいろいろなところがまだ体制がきちんとしていないという現状もあるなかで、どうなのだろうと少し思ったりもしたので、その辺はどのような論議があったのかと。

○委員　まず、ワーキンググループでは、先ほどの部分で、結局なければ電話もかけないというところもあると。だから、まず必要なのは、実績をつくってからそういう体制整備をしていくのか、ともかくいつでもつながりますという体制を整備していくのかといったときに、ワーキンググループとしては「体制を整備していくのだ」ということになりました。

　それで、相談支援が実際それに対応できるかというと、これは非常に議論があると思いますが、今の大阪府下の市町村の相談支援整備状況や、決定を打っている率などを見ると動くとは到底思えません。だから、相談体制をしっかり整備していく。それは市町村と大阪府が一緒になって人材は養成していかないといけないし、決定もきちんと打っていかないといけないし、それで一対一という形で貼り付けていくことで初めて動くのであって、今の大阪府下の市町村の相談支援でセルフプランを濫発している状況では動きません。

○委員　そうですね。それは思いますね。

○部会長　今のやりとりでいきますと、拠点を整備していく際に、本ワーキンググループでは、２４時間相談を必須という形でうたうと。このことについて、現状から考えると、非常にこれをうたうことが難しいのではないかというご意見。

　ただし、ワーキンググループで検討いただいたなかでは、むしろ体制をつくっていくという、そういう意味から考えると、ここで打ち出す拠点については、やはり「２４時間体制」、これを打ち出し、そこで人材あるいは財源をどのように補っていってもらうのか、そこに持っていくという、そういう意味合いで「２４時間」ということを入れているというやりとりかと思います。この点について、ほかの委員の先生方、ご意見等ございますでしょうか。どうですか。

○委員　はい。

○部会長　はい。お願いします。

○委員　市町村が取り組むべき課題としてはうまく整理できていると思うのです。ただ、大阪府としてもう少し何かできないのかという気がします。

それは何かというと、具体的な私のイメージは、「地域生活支援拠点バックアップセンター」です。いわゆる現場の相談員が２４時間電話を待っていても、必ずしもつながらないですよね。それをカバーできるような拠点は、やはり大阪府として１つ、それも入所施設がいいと思います。例えば、大阪府立砂川厚生福祉センターにバックアップセンターを持っていってもいいと思うのです。要は、本当に緊急なのに地元の２４時間ではつながらないという事態を、大阪府としてどのように支えていくのかという、多分そういう課題があるのです。それはやはり市町村ではできないので、大阪府として、拠点のバックアップセンターみたいな、そんなものがシステムとしてできないのかなという気がします。

　当然、そこでは２４時間の相談プラス緊急一時保護です。砂川センターばかりではないですが、大阪府立金剛コロニーでも構わないですが、一時保護をされています。そこをいつも満杯にするのではなく、空のベッドを何床か用意して、本当に対応できるようにするとか。

　それから、当然、現場の相談員は結構孤独なので、それをきちんとスーパーバイズするような機能ですとか、あるいは、このなかに書かれているような人材育成・研修などの機能を合わせ持った、さらにほかの制度で、例えば、虐待防止で、大阪府は権利擁護センターを一応持っていることになっていますので、そのような機能なども合体させたらどうかという気がします。

　だから、市町村の体制はこれでいいのですが、もう一歩、それをバックアップするような大阪府の役割を書けないかという感想です。

○委員　大阪府として答えにくいと思いますが、われわれワーキンググループで意識をして整理したつもりです。それは何かというと、大阪府、あるいは、国は、やはり財政的な部分や、技術的な助言、研修等も含めた人材養成の部分での果たすべき役割を持っていただければと。

　それで、いくつかご提案いただいたなかの最初の部分で、市町村でつながらなかったときのセンターをどのようにするのかという部分は、私としては、それはやはりサービス、あるいは相談に属する部分なので、それはまず市町村のなかでさらに考えるべきものであり、「対人援助の部分は一義的に市町村ですよ」というほうがすっきりくるのかなと。

　それで、「パンクしそうなのです」といえば、「複数箇所が必要でしょう」というのは、大阪府がそれを用意するのではなく、市町村が用意するべきなのかと。そういう意味もあり、あえて切り分けさせています。

○委員　はい。それは非常にきれいだと私は思うのですが、ただ、人材育成やスーパーバイズをしようと思うと、やはりそういう現場をある程度持っていないとしんどいですよ。だから、そういう意味で、大阪府のなかにもそういう機能を若干残すと。

　それで実際に、例えば、障がい者更生相談所が大阪府にありますから、そういうところに専門職がいますので、そういうところとうまく連携してバックアップセンターが立ち上がらないかなといった考えです。

○事務局　今回、第４期障がい福祉計画で、地域生活支援拠点について一定の目標を市町村に掲げてもらう、計画をつくってもらうのです。それが、今、拠点は２つしかありませんが、それが増えてきて、大半の市町村がそういう拠点機能を設けましたという後の議論なのかという気がします。

○委員　うん。

○事務局　今、うちが例えば、財政に要求したとしても全く話を聞いてくれない、何をするのかもわからないという状況ですので、一定市町村が実績を積み上げていった後で、何らかの形で大阪府としてもスーパーバイズは考えるべきであると思います。やはりそこは広域機能だと思いますので、最後のセイフティーネットになるでしょうね。

○委員　やはり少なくとも府下市町村の半分以上つくらないと、それは手が出せないですね。

○事務局　下手に大阪府が先に手を出してしまうと、「そこでしてください」ということになってしまうので。

○部会長　なるほど。

○事務局　第５期計画になるのか、そのあたりですかね。

○部会長　今いただいた意見のやり取りを踏まえますと、大阪府の役割として、バックアップセンターというような機能、このあたりについては、何らかの提案なりを入れていくべきではないかという話ではあるのでしたが、まず市町村で拠点を、現在は２箇所が手を挙げかけているというか、それに向けて動いているだけですので、まずその整備をと。そこから出てくるニーズについて、大阪府としての広域的な対応を以後検討していきましょうという対応でいきたいと思います。他はどうでしょうか。

○委員　もう１つだけ。

○部会長　はい。

○委員　実は、子どもの扱いなのです。子どもは子どもでということなのですが、子どものほうは、障がい児は障がいでと、多分押しつけ合いをすると思うのです。だから、やはりここはこのように書くとしたら、しっかりと担保を取らないと、宙ぶらりんになってしまうということです。だから、「こども総合計画のなかで」と書けば、本当にこども総合計画のなかに障がい児のことが書かれているのかという確認は。

○事務局　そこは一応確認をしています。

○委員　大丈夫ですか。

○事務局　子ども総合計画のなかには、「障がいのある子どもへの支援」という施策であるとか、あと細かいことを言えば何点かは挙げられますので、一応向こうのほうで対応すると。

○委員　はい。

○事務局　それで、今、おっしゃるような話、障がい児を障がい室でするのか、こども室でするのかという議論もずっとしているのですが、多分最終決着はこども室になると思います。

○委員　ああ、そうですか。それはある意味画期的ですね。

○部会長　はい。他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

　では、確認ですが、「２４時間」については、この提案どおり、そのままにさせていただくということでいきたいと思います。

　大阪府のバックアップセンター等の機能については、先ほど述べたようなところで扱いをしていきたいと思っております。他、よろしいでしょうか。

　そうしましたら、併せて、先ほど議論いたしました精神障がい者の地域移行の分で、改めてご意見や質問等ございましたらお受けいたしますが、いかがでしょうか。

○委員　いいですか。

○部会長　はい。どうぞ。

○委員　今日、このペーパーでの説明のあった箇所に関して、大きく書かれている事柄について異議はありません。保健所や第二次医療圏できちんと手を取れるようにという、そちらのほうに持っていこうというのは、そもそもそれが必要であるというのは、何年か前からわかっていましたので、それは早急に書き込んでいただくということでよいと思います。

　１点気になるのが、文章にするときれいになっているのですが、私たちが病院訪問をしている折に、訪問しているだけの者に対して、病院の事務長などが、廊下で私に対して言ったりされるのは、「病床が９５％を切ると赤字経営に転落する。そのことをわかったうえで、あなた方はここに訪問してきているのか」等、そういうものの言い方であるとか、あまりにも病室が窮屈で、荷物置き場がトイレであったり、病室が荷物置き場になっていて、全くゆったりとした療養環境がないというようなミーティングをしていると、「病床を削減しろと言いに来たのか」などと言って、それも事務長ですが、怒り出したりという感じで、すごくその病床削減、彼らいわく「９０％以上に病床を削減するような事柄を求められるとどうしようもないのだ」と。だから、「退院させろとか、退院しなさい」というようなことはあまり言うなというノリが、病棟に行くといつも感じていて、そういう言葉かけが私たちにあるのです。

　それで、私たちは「何を言っているのですか」ということで、それでやりとりしてきましたが、多分病院に新しく入ることになるであろうピアサポーターや、さまざまなワーカー、地域から行かれた方々に対しても、そういう声かけというのは多分なされるであろうと推測ができるのです。

　そのように考えますと、私は何が言いたいのかというと、例えば、ここの４ページのあたりで、「入院が長期になった方の退院意欲の喚起が困難となり」ということで、入院している方の状態像によって困難だったみたいに書かれてしまっているのですが、私自身の受け止め方としては、病院側が経営困難になることを理由にして蓋をしてきたという感覚がずっとあるので、そこのところは一切触れられていないのですが、それはそれでいいのかなと。少し何かえこひいきというか、患者さんのせいだけにしないでほしいなというのが正直感じます。

　病院が「退院するな」みたいな空気を、詰め所単位であるとか、事務所機能の中心メンバーなどが、やはりそういう空気を病棟のなかで醸し出していますので。外から来た者に対してでも平気で言えるような感覚で運営していますので、そういう部分をどのように改善していくのかという発想というか、何か持たないと、多分病院側がしていくことというのは、多分Ａ病院を退院させてＢ病院に入院しました。Ｂ病院を退院してＣ病院に入院しましたという「ところてん方式の退院」といわれるものを、今、現にそれをやりはじめているというか、入院患者さんたちの話から聞こえてきておりますので、そういうことで終わってしまうだろうなというおそれを感じます。

　ですから、やっていただいている職員研修はとても有効だとは思います。思いますが、同時に何て言うのでしょうか、患者さんを囲い込んでおいたら経営が安定するという、その仕組み自身を何とか見直していくという、長い距離のスパンでの発想がないと、きっとうまくいかないだろうなとは私は感じます。

○部会長　なるほど。ありがとうございます。精神障がい者の地域移行支援を考えていくときに、必ず検討課題として挙げられるのは、取り組む側がよく使うのですが、「退院意欲がない、それをどのように喚起するか」という、必ず出てくる言葉なのですが、それは、支援する側がそのように見ているだけであり、実は、それはご本人の問題ではなく、環境とかそういうところでつくられてきているものなのです。それを、あたかもご本人のそもそものみたいなところでやるというのはいかがなものかと。そういう思考性をしていると、この問題はいつまで経っても解決しないのだというのは、ずっと言われていることなのです。

　ただ、残念ながら、調査をしていくなかで項目として挙げていったときに、どうしてもこういう言葉が使われているので、それに基づいた文章をつくっていくとこのように書かざるを得ないみたいなところがあるので、こういう形で使われてしまっていますが、ここには、今、委員が言われたようなことがきちんと含みとしてあるのだということは、このなかでは認識してもらわないといけないだろうと思うし、以後、こういう表現をしていくときに、調査項目のなかでも、そのあたりを文言として工夫していくということは必要だろうということで受け取りたいと思っています。

　もう１つの、病院が経営そのものを考えていったときに、退院を促していくというところが経営に直結するので、どうもそれに規制をかけようとしているようなものが働いているのではないだろうかという、現場を回っておられる委員からのご意見でございました。そのあたりをここにどのように書き込むのかというのは、非常に難しいところがございます。

　ご指摘いただいたように、地域移行支援を進めていくというのは、やはりこれまでの日本の精神科医療のあり方という、いわゆる病院に入院させて治療をしていく、従来から言われている「入院中心主義」という。ただ、その理念が、今度は地域へとなっているのですが、それをまかなう医療上の経営システムというか、経済システムというか、診療報酬体系全て含めて、そこがまだまだ地域移行型になっていない、少しずつそういう診療報酬項目をつくってきたというところはあるのですが、大もとがそのようになっていないところでは、なかなかこれを進めていくとしても、遅々とした歩みぐらいにしかならないのではないかというご意見はいただきました。

　確かにそういう側面もあるのだろうと思いますが、今回、２年間、国からの補助金を受けて、大阪府の体制を検証して、これから進めていくうえでは、こういう取組みが必要だというまとめとしての報告書なので、どうしても限界があり、いわゆる大阪府が行ってきたなかでいくと、ネットワークシステムをいかに構築していくか。このことが、大阪府が行ってきたなかでは、地域移行支援を進めていくことについてとても重要な事項なのだと。そのうえで、それぞれの役割を明記していきましょうというところでしか書けない部分があるので、それはある意味限界かなと。

　ただ、この報告書でも触れていますが、病院職員への研修というのが、やはりこれは、われわれもこの結果を見て意外だったのですが、われわれワーキンググループの委員のメンバーのなかでは、病院の職員というのはもっと地域移行支援のことを知っているだろう、随分前から大阪府は行っているわけですから、知っているだろうという感覚でいたのですが、実は、その事業の内容そのものを知らない人がかなりいるという。これはやはり啓発をしていくといいますか、重要な事項なのだろうと思っています。

　そんななかで、直接、今、委員から発言があったような病院の経営者の感覚まで変化を促していけるようなところまでいけるのかというのは課題ではありますが、いただいた意見としては、今後、検討していくときには、やはりそれは十分念頭に置いて進めないといけないところであるのですが、今回、２年間のいわゆる検証事業の報告書ですので、今言ったようなところでまとめさせていただきたいと思います。

○委員　わかりました。はい。

○部会長　ありがとうございます。はい。どうぞ、お願いします。

○オブザーバー　今の委員の意見を聞いていて思ったのですが、私は、時々病院に行って、退院したいという方のところにお伺いすることがあるのですが、退院意欲のない人を、まず退院意欲を喚起させることが大事だと書いてあるのですが、そのほかにも、退院したいのですが、家族も誰もいなくて、比較的若いのですが退院できないという人もいらっしゃるのです。

　それで、その人たちをどのようにするかということを考えたときに、もちろん症状が十分に寛解していないものの地域でいけそうだというような方について、病院職員は、おそらく地域体制整備コーディネーターのことをあまり知らない。特にどこに相談すればいいのかということを知らないのではないかと思うのです。

　あるいは、やっていただける方が十分地域に存在しないのかもしれないし、そういった具体的にどこに相談すればいいのかということを、少し病院への研修でお伝えいただけるといいかなと思います。

○部会長　そうですね。もちろん研修のなかでもそうなのですが、大阪府は随分以前から、いわゆる「院内茶話会」であったり、病院職員への説明会であったり、従来から体制整備コーディネーターという人たちが、そのような取組みを地道ではあるのですが行ってきているというところです。研修という位置付けのなかでも、実際、地域のこれに関わる事業所、相談窓口、こうしたところを院内のスタッフにも周知していくということに取り組んでほしいというご意見でいただきたいと思います。ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○委員　それでは少し。

○部会長　はい。

○委員　資料１で、以前に私が質問させていただいて、今日は数字が出ているので、それを少し教えていただきたいと。

　要は、この精神科の統計は２年待たないと出てこないということなのですが、やはりこれは計画策定にとってとても課題だと思うのです。この真ん中の２番目の表で、平成25年度は「実績値」、平成26年度は「暫定値」、平成27年度は「速報値」なのです。これは、どんなからくりなのでしょうか。

○事務局　詳しいからくりを、こちらもわかっているわけではないのですが、国のほうが、統計を研究所か何かでまとめておられるのです。それで、もともと６３０調査が各病院に協力を求めているものであるということもありまして、提出を促し、督促し、その後にデータの齟齬を確認するにあたっての調整をされているとは思うのですが、そうした作業が全て協力のもとに行っていることと、体制の問題もあるのかもしれません。確定して、実績として公表されるのにどうしてもタイムラグが生じているようです。

　実は、この数ヶ月前までは、平成24年度までしか出ていなくて、今回、平成25・26年度の暫定という形で、取りあえず、やはりそれは遅すぎるだろうということで、まだ数字は変わるかもしれないということで、いったん平成26年度のものまで公表はされましたので、少しややこしいですが、こういう「実績」と「暫定」という形で表記させていただいています。

　平成27年度分につきましては、既に国に提出して、今、集計をされているところだと思いますが、国に出した調査票をこちらで独自に集計させていただいて、「速報値」という形で出させていただいています。

○委員　その大阪府の集計だけで比較するのは、やはりまずいのですか。僕はその考えがよくわからないのですが。

○事務局　いったん大阪府を窓口に集約して国に提出するのですが、その後、修正が入ったかどうかのやりとりが大阪府抜きで直接病院とやりとりされてしまいますので、大阪府で持っているものが最終版でない可能性があるのです。その関係上、ここを「実績」とは申し上げられないという事情なので、ここはご容赦いただくしかないかと。

○委員　でもそれは、修正があれば、病院から大阪府にも通知するように連絡するようにという仕組みを。

○事務局　仕組みにはなっていないので。

○委員　ですから仕組みをつくれば、大阪府としての、いわゆる監視指導行政から言えば、より正確なものが把握できると思いますが。

○事務局　はい。そういうことにはなるかとは思いますが。先ほども申しましたように、この調査そのものが、法律に明記された、都道府県の業務ということにしっかりなっているものでもないようでして、みんなが協力関係のなかで行っていますので、多分そこまで国も、いちいち修正がある・ないまで都道府県をかませるとなると、いろいろ問題が生じるということもあるのかとは思います。

○委員　はい。わかりました。

○部会長　はい。

○事務局　縦割りの話で申し訳ないのですが、この上の２つについては６３０調査で、健康医療部が所管している調査なので、私どもの意見は全然通らないのです。健康医療部はスルーで出してあとは知らないということで、出しているだけなので触りようがない。だから、委員から、会議のたびに「何でこんなに遅いの」と言われるのです。

○委員　６３０調査を情報公開請求して、私たちは毎年入手しているのですが、やはりＡ病院には５つしか病床がないはずなのに６つ病床があるなど、明らかに誤記であると、私たちから見てわかるようなデータが国にいっているときがあるのです。

○委員　そういうからくりなのですね。

○委員　だから、明らかに「あれ？」という、どう見てもこれは間違っているというデータをはねることが府でできれば、もっと早くできるのだと思います。ですが、今は国までいかないと、しかも全国でないと無理ということになるので、時間がかかってしまっている。

○委員　わかりました。

○部会長　なるほど。はい。わかりました。ありがとうございます。では、どうでしょうか。他はよろしいでしょうか。

　そうしましたら、資料２は、先ほど言いましたように、ご意見をいただいた部分については、事務局と私で調整をさせていただいて、修正させていただくことで進めていきたいと思います。

　資料３については、基本的にはこの報告書（案）をお認めいただいたというところで進めていきたいと思っております。これで議事は終了いたしますので、事務局に進行をお渡しいたします。

○事務局　辻井部会長、どうもありがとうございました。それでは最後に、会議の閉会にあたりまして、障がい福祉室生活基盤推進課長の中井よりごあいさつ申し上げます。

○課長　中井でございます。辻井部会長をはじめ、委員の皆さま方には、本日、お忙しいなかご出席賜りまして、また、長時間にわたりご審議いただきまして、誠にありがとうございます。

　昨年９月に再開させていただきました本部会にございますように、設置している２つのワーキンググループそれぞれに報告書を取りまとめていただきました。辻井グループ長、谷口グループ長をはじめ、各ワーキンググループ委員の皆さま方には大変感謝申し上げます。

　精神障がい者地域移行推進ワーキンググループにおきましては、本府におけます長期入院精神障がい者地域移行総合的推進体制のあり方について、今後取り組むべき方策と、関係機関の役割分担について整理していただきました。

　基盤整備促進ワーキンググループにおきましては、地域生活支援拠点等の整備促進をテーマとして、整備を進めるなかでの課題整理、そして、整備モデル案を作成していただきました。

　両報告書につきましては、本日いただきましたご意見に基づいて、一部加筆修正をお願いしたうえで、市町村をはじめ、関係機関に周知してまいります。

　また、国に対する施策提言等を通じまして、大阪府の施策について改めて検討を行い、市町村の取組みを強力に支援してまいりたいと思っています。

　本部会は、障がい者が安心、安定した地域生活が送れる地域生活支援システム構築について調査・ご審議いただくことがその役割でありますことから、守備範囲も広く、課題がまだまだ数多くございます。

　委員の皆さま方には、引き続きお力添えを賜りますことをお願いいたしまして、閉会のごあいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。

○事務局　最後になりましたが、今年度は、後もう一回、平成２９年３月ごろに会議を開催させていただく予定としています。開催にあたりましては、今回と同様に、あらためまして日程調整をさせていただきますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

　それでは、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」を終了させていただきます。委員の皆さま、本日はどうもありがとうございました。

（終了）