**平成２７年度**

**第３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２月２３日（火）

午後２時～

　　　　　　　　　　　　　　　　　場　所：大阪府庁本館１階　共用会議室

○事務局　ただいまから、「平成２７年度第３回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会　精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ」を開催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、司会進行を務めます東でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

　最初に、配付資料の確認をさせていただきます。お手元の資料を順にご覧いただけますでしょうか。

　まず、「議事次第」と「配席図」を裏表に印刷したものが１枚。

　それから、資料１「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ワーキンググループの中間まとめ（案）」というのが、ホチキス留めのＡ４の四枚物が１部、

　資料２「今後のスケジュール（案）」というＡ４の一枚物でございます。

　それから、参考資料１－１・１－２を裏表に印刷させていただいたものが、精神科病院職員研修に係わるものの資料が１枚。

　最後に、参考資料２－１・２－２を裏表に印刷させていただいておりますが、精神科病院からの地域移行に係る協議の場に関するデータの資料でございます。

　それから、議事次第には書かせていただいておりませんが、ワーキンググループのまとめに関連しまして、社会保障審議会障害者部会の報告書「障害者総合支援法施行３年後の見直しについて」という、厚生労働省が公表しております資料を１部、参考にお手元に配らせていただいております。

以上のなかで、ご不足とかございませんでしょうか。

　ないようでしたら、次に、会議の成立についてご報告させていただきます。

　ワーキンググループ運営要綱の第５条第２項の規定におきまして、「ワーキンググループ委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない」となっております。山口委員がまだお見えになられていませんが、委員総数６名のうち５名の出席がございますので、会議は有効に成立していることを当委員会にご報告させていただきます。

　なお、本ワーキンググループにつきましては、運営要綱の規定により、原則、公開となっております。個人のプライバシーに関する内容についてご議論いただきます場合には、一部非公開ということで、傍聴の方にご退席いただくことになりますので、プライバシーに関するご意見をされる場合は、申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おりますので、あらかじめご了承願います。

　それでは、これからの議事の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したいと思います。よろしくお願いいたします。

○ＷＧ長　それでは、皆さん、どうぞよろしくお願いいたします。今日は、議題のところにございます２つですが、１点目の「ワーキンググループ中間まとめ（案）」というところについて説明いただこうと思います。事務局からお願いいたします。

○事務局　それでは、事務局から「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中間まとめ（案）」についてご説明いたします。資料１をご覧ください。

　今年度、本ワーキンググループは、（平成２７年）９月と１２月の２回開催し、今後の大阪府の長期入院精神障がい者地域移行推進体制についてご審議いただきました。国の検証事業が、実質半年しか実施できない状況ですので、「現状と課題」と「次年度に向けて」という項目でまとめております。それでは、内容についてご説明いたします。

　まず、「現状と課題」についてです。ページをめくっていただいて、１ページの真ん中からになっております。「退院に向けた支援」、「関係行政機関の役割」、「精神科病院の地域偏在への対応」の３本の柱でまとめております。

　まず、退院に向けた支援のうちの「精神科病院への働きかけ」です。１ページの真ん中からをご覧ください。

　精神科病院も、地域移行推進の役割を担うべきとの認識のなかで、精神科病院の職員への研修の、継続的な実施の必要性について挙げました。参考資料１－１・１－２をあわせてご覧ください。

　今年度の検証事業で実施をしている、精神科病院院内研修のアンケート集計の速報では、２割の方が、「研修を受けるまで「地域移行」という言葉を知らなかった」、また、４分の１の方が、「地域移行とは何かを知らなかった」と答えています。

　しかし、研修受講後、「担当している長期入院患者のなかで、地域移行できるのではないかと思う患者がいる」と答えた人が約８割という結果が出ています。まだまだ潜在的な対象者がいると同時に、病院スタッフの理解促進に向けた継続的な研修が必要で、より多くの職員が研修を受講できるよう、参加しやすい環境整備が必要です。

　次に、「地域体制整備コーディネーター・精神障がい者地域移行アドバイザー」のところをご覧ください。２ページになります。

　入院患者の個別給付に至るまでの支援、退院意欲を喚起する部分で果たす役割が非常に大きいと言えます。しかし、直ちに成果が現れない地道な活動のため、他業務との兼任では後回しになりがちです。

　また、入院期間が長期になればなるほど、圏域を越えて入院される方が多くなるという状況もあり、市町村ごとの配置では活動が困難になることも予想されます。

　従って、地域体制整備コーディネーターは、他業務との兼務ではなく専任化するとともに、広域対応を考えて、保健所圏域あるいは二次医療圏単位で配置することが必要だと考えます。

　また、府域内での課題や、先進事例の共有ができるようなコーディネーターの連携を図ることも重要です。

　次は、「ピアサポーター」についてです。同じく２ページの真ん中からがピアサポーターの項目になっています。

　現在、ピアサポーターは、各圏域で、地域の状況に応じたさまざまな活動を行っています。各市町村の自立支援協議会の部会で、当事者の視点を持つピアサポーターの意見を取り入れることは有効です。

　ピアサポーターの育成については、現在は、各事業所独自で行っていただいておりますが、統一した資格や、活動内容の基準を設けるための研修を検討する必要があるのではないかと考えます。その際、従来から地域の事業所内で、日常的に支え合いの活動として行われている「ピア活動」との棲み分けも必要になります。

　また、病院内での入院患者への働きかけが形骸化している状況も見受けられ、地域移行対象者の掘り起こしにつながる活動となるよう、ピアサポーターの活用について、病院と地域が継続して検証していくことが必要です。

　次に、「本人の意向に沿った移行支援」に移ります。同じく２ページの下のほうになります。

　精神障がい者地域移行アドバイザーからの聴き取りでも、地域移行支援を利用する際の手続きの煩雑さや、本人の気持ちと支援開始のタイミングが合わないことなどから、地域移行支援給付の利用がしにくいとのご指摘が数多くありました。

　地域移行支援の仕組みを、精神障がい者の特性に応じた柔軟な対応が可能な制度に改善する必要があります。

　また、入院患者の退院意欲を高め、地域生活のイメージを具体的に持っていただくために、個別給付申請前の生活体験・宿泊体験ができる仕組みが必要だと言えます。

　実際は、個別支援につながるまでの働きかけの部分に、具体的な報酬評価の仕組みがありません。

　３ページの一番上の枠囲みの部分に例示いたしました「地域移行準備支援（仮称）」、このようなつなぎの仕組みを整えることが必要ではないかと考えます。

　地域体制整備コーディネーターが必要な支援を調整し、対象者には、例えば契約ではなく口頭で了解を得ながら進めるなど、緩やかな支援の仕組みをつくることで、地域移行支援を円滑に進めていくことができるのではないかと考えます。

　また、働きかけの対象となる事例については、関係機関で協議をしていく場を設けることが必要です。協議をする場があれば、入院期間や入院形態にこだわらず、患者一人一人の状況に応じて地域移行を考えていくことができると考えます。

　二つ目の柱は、「関係行政機関の役割」についてです。３ページの真ん中の２番のところをご覧ください。

　まずは、長期入院精神障がい者に対する地域移行の実態把握をしっかりと行うことが、大阪府の役割と考えます。毎年実施している在院患者調査で得られたデータを分析・加工し、市町村が活用しやすいものにして提供していく必要があると思います。

　そして、日常的に精神科病院とのつながりのある保健所は、市町村に任せるだけではなく、病院への働きかけを含め、今後、精神障がい者の地域移行に果たすべき役割を整理するべきだと考えます。

　市町村においては、自立支援協議会のなかに専門部会等を立ち上げるなど、精神科病院からの地域移行に係る協議の場の設置、また、基幹相談支援センターの設置を促進すべきであると考えます。

　この３ページの２のなかの枠囲みのなかの右側のところに訂正があります。「２２市４市町村」と書いておりますが、「２２市４町村」、「２１市５市町村」と書いておりますが、「２１市５町村」の間違いですので、市を抜いていただくようお願いいたします。

　参考資料２－１に、自立支援協議会の部会及び基幹相談支援センターの設置状況、参考資料２－２で、府内市町村で精神障がい者地域移行に係る具体的な取組みの例を載せています。これらの情報発信も、大阪府が取り組むべき役割だと思います。参考資料２－２の具体的な取組みについて簡単にご説明いたします。

　市内に精神科病院がある市の取組みとして、Ａ市は、自立支援協議会の部会の活動として、精神科病院の長期入院患者に訪問・面接を行っています。

　また、Ｂ市では、市内の病院の地域移行ワーキングを設置、その後、隣接市の病院に入院している市民のための地域移行ワーキングを別に立ち上げました。

　Ｃ市では、部会を二部構成にして、支給決定を受けた事例の検討と、決定は受けていなくても、それぞれ関係機関から事例を出し合って協議したり、課題の共有をしているところもあります。

　市内に精神科病院のない市町村では、Ｄ市のように、在院患者調査のデータを活用し、市民が多く入院している病院を把握し、その精神科病院を部会のメンバーにしているところもあります。

　また、Ｅ市については、この下の項目のＧ圏域と関連がありますが、まず、保健所圏域内で複数市町村で地域移行に関しての会議を立ち上げ、圏域の病院の状況を知ったうえで、市独自の部会の準備会を立ち上げ、市の福祉サービスの説明のために精神科病院の訪問を行っているとのことです。

　また、部会とは別に、保健所の自立支援促進会議を引き継ぐ形で協議の場を継続しているところもあります。

　次に、三つ目の柱、「精神科病院の地域偏在への対応」についてです。３ページの下のほうの３の部分をご覧ください。

　大阪府特有の課題として、精神科病院の地域偏在があります。次の４ページに、在院患者調査からまとめた「大阪府内の圏域別精神科病床と入院者の分布」を、入院期間３カ月未満と、１年以上で比較をしています。

　表の見方ですが、横軸に患者の入院時の住所地を示し、例えば、豊能圏域にお住まいの方が、縦軸のどの圏域の病院に入院しているのかの比率を表しています。

　入院期間３カ月未満の患者の入院時の住所地別では、おおむね６～８割程度が、住所地圏域に所在する精神科病院に入院をしていますが、精神科病院の病床数が少ない大阪市では１０％にとどまっています。

　また、入院期間１年以上患者の入院時の住所地が、大阪市以外はおおむね入院期間３カ月未満と同様ですが、入院前居住地が、大阪市の方は大阪市内の病院には入院しておらず、長期入院患者の約４分の１を占める約２３８０名が府域の病院に分散していることがわかります。

　このことから、今後の地域移行推進体制を考えるうえでは、大阪市と堺市との協議も必須ではないかと考えています。以上が現状と課題です。

　次に、５ページをご覧ください。「次年度に向けて」ということでまとめております。

　まず、一点目は、平成２７年度は、国モデル事業の開始時期が９月になったため、事業実施・検証期間が短く、現状と課題の整理（一部の項目を除く）にとどまった。

　二点目は、また、検証にあたっては、地域の社会資源をどのように整備していくのか、求められるニーズに応じた利用可能なサービスメニューをどのようにそろえていくのかという視点が重要との意見がありました。特に、居住の場の確保や、地域生活を支えるサービス、医療サービスの確保に関しては、関係部局との連携体制の強化が必要です。

　三点目、一方、平成２７年１２月に取りまとめられた社会保障審議会障害者部会報告書「障害者総合支援法施行３年後の見直しについて」のなかで、精神障がい者の地域移行、地域生活の支援の取組みを進めていくためには、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共同して取り組むための体制を構築すべきであると明記されました。

　四点目、平成２８年度においては、各課題に対する方策を検討し、大阪府における長期入院精神障がい者の地域移行に係る総合的推進体制のあり方について、それぞれの取組みの目的や手法、各行政機関の役割分担等についてあらためて整理することとする。

　この四点を次年度に向けた中間まとめとしています。

　最終のページには、今年度のワーキンググループの開催経過、委員の皆さまの名簿を付けております。事務局からは以上です。ご審議よろしくお願いいたします。

○ＷＧ長　ありがとうございました。ただいま、事務局から「中間まとめ（案）」について説明がございました。９月と１２月の２回のワーキンググループで、それぞれの委員の方々から、地域の実情を踏まえながら、いろいろご意見をいただきまして、加えて、事務局が精神科病院の職員さんのアンケート調査、市町村への実際の聴き取りであるとか、この辺のデータも交えまして、ただいまのような報告案を作成していただいております。質問とか意見とか合わせてで結構ですので、皆さま方から何かございましたら、ご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

○委員　私もまだ具体的に何かよくわからない。前の会議のときにも少し言ったかと思うのですが、地域移行の体制が変わって、市町村にというふうになった時期がありますよね。

　それで、各市町村によっては、基幹をつくったり、部会をつくったりという独自の取組みみたいなものを進めていくところもあったりという、そういうふうに流れてきているのですけれども。

　国のその報告も含めて、さらにもう一度、大阪府、市町村、その辺の連携を、保健所も入れてもう一度きちんとつくり直していったほうがいいのではないかとなっていく流れが、ちょっとまだ、私もすっきりと何となく入ってこないし、たぶん、ずっと「市町村でやらないとといけないですよ」と言われ続けてきた市町村も、「またか」という感じがあると思うのです。

　だから、具体的にどういうことを想定しているのか、例えば、保健所というところはどういう役割を、都道府県がどういう役割をというふうにイメージして、この内容を出していただいているのだと、少しその辺の話が必要ではないかと思うのですけれど。

○事務局　はい。実は、そこはまだぼやっとしておりまして、都道府県の財源負担も含めて、どこまでが都道府県の役割で、ここからは市町村にお願いしましょう、ここは保健所でしますよ、ここは事業所にお願いしますよという整理を、もう少し具体に詰めていかないといけない段階です。

　ですから、もう少しお時間をいただいてということで、報告書をまとめるのにもう少しかかるかというところでございます。

　それで、実は国も同じようなことを考えていまして、やはり都道府県抜きでするのは厳しいという感じで報告書をまとめておりますので、そこも参考にしながら、最終の案を取りまとめたいと思っております。

○委員　国が、地域体制整備の事業を、全く非効率であるということでやめた経過がありますよね。

　それで、地域体制整備コーディネーターというのは、今は府のほうで、このワーキンググループでも出ているのは、要するに、無所属というかフリーで動けるというところで想定しておられると思うのですけれども。

　そうしたら、どこがその財源的な負担をしていくのかという、要するに、効率的ではないから廃止しましょうと決めてきた経過があって、なおかつ、これから地域体制整備コーディネーターを置いていくということになれば、その財源負担はどこがするのだろうというのは、大阪府が出していくのだろうかという、その辺も含めて、要するにそこが成り立たないと、いくら案をつくっても動かないとは思うのです。

○事務局　後でもスケジュールをお示ししますが、まず、国に対して報告書がまとまった段階で、国の概算要求に間に合うように、うちとしては打ち込みをもう一度したい。

　国としても、やはり地域体制整備コーディネーターの役割の重要性を認識いただいて、何か制度を起こしてほしい。それが無理であるならば、今度は都道府県、それで、都道府県単独で無理であれば、都道府県と市町村を巻き込んで、一定の負担をしてほしいという話に落ちていくのかという気がしております。

　その非効率というのが、何を持って非効率と言われたのがわからないですが、たぶん、そのときも兼務をされているはずなのです。一般相談も受けながら、これもやりながらということなので、なかなかそれは、そういう意味で、逆の非効率性が表れているのではないかと思いますので、専任いただけるのであれば、そこは何らかの形で成果が出るのかと考えています。

　それで、これも、まだうちのなかでも議論もまだまだなのですが、一定期間を決めて、例えばコーディネーターの配置も含めて、地域移行支援がなかなか利用されないというので、緩やかな「地域移行支援準備」という制度も含めまして、大阪府が一定期間はある程度面倒を見て、国の制度なりが充実したらフェイドアウトしていくとか、そういう手法もありかなとは、ぼんやりながら思っておりますので、そこら辺も含めて。おっしゃるように「財源はどうするの」というのが、一番私どもの悩ましいところです。

○委員　この地域移行準備支援というのは、実質、実態がこうなのです。要するに、サービス利用につながっていない。けれども、結構な人たちが地域移行で動いている。それは何の保障もないという部分も、何らかの形でフォローしていこうということだと思うのです。それを制度化されて、また本来の本事業へ移行していくというのはあってもいいのかとも思うのですけれども。

○事務局　どうしても本事業、国がいうところの地域移行支援で、支給決定される前段は何とかしないといけない。それは国も報告書には書いているのですが、これもどこまで制度化されるかわかりませんので、そこを、例えば限定１～２年、大阪府単費ででも取り組んで成果は出せるのではないかと。

　例えば長期入院、１年以上の方が約１万人以上いらっしゃいますが、全件フィルターを掛けて、一度何かのアクションを起こしてみるというのも一つの案であると僕は思っています。いろんな案が組み合わさって、試行錯誤しながらでいいと思うのですが、何かそういうアクションを起こす、一度起こして流れを何かつくりたいというのが事務局の思いです。

○委員　国の出している地域移行のシステムが、決して満点ではなくて、あれも見直さないといけないとは思うのですけれども。

○事務局　そうですね。

○委員　それと別個に“ＩＮＧ”の部分の保障というのはあってもいいのかとは思います。

○事務局　そうですね。全く無報酬ですから、それは少し、いくら何でも。

○委員　そうですね。

○事務局　そこも、未来永劫、大阪府が全額負担するわけではなくて、国の制度ができてくればそちらにシフトして、一定期間集中的に投資を行って、クリアになればそこは引かせていただくというのも、それは財政議論のなかではありかと思いますので。

○委員　はい。

○ＷＧ長　ありがとうございます。今年度、この事業は半期分でしかなかったというところで、大阪府で行ってきたこれまでの１０年少しの経過を振り返って、制度が変わってくるなかで、現状なりに問題があるのかという洗い出しが中心だったかと思っています。

　そんなところでは、今、議論がありましたように、市町村というところに、この事業をお任せするという流れになっていたのですが、実は、それでうまくいっていないところが散見される。そういう意味では、もう一度仕切り直しではないですが、市町村だけではなくて、市町村以外のところがどんな役割を担っていくのか。それから、今ある制度を何らかの形で補足するようなものを加えることで、本来の地域移行の事業が進むような、そういうものを検討していかないといけないというところまではこのワーキンググループに来ているのだろうと思っているのです。

　次年度については、今回の今年度の中間まとめを踏まえて、今、言っていたような議論のもう少し具体的な、この大きな課題のなかで、具体として当面大阪府がやるのかどうかを含めて、具体的な策だとかシステムを次年度というところに移っていくのだろうと、私自身は認識をしています。

　そういう意味では、今、本当に課題になっているものは何かというところを抽出したものとしては、非常にわかりやすい浮き彫りになっているのではないかと思っています。

　ただ、河野委員が発言されていたように、これまでの流れのなかでは市町村というところで、いかに市町村にしていただくのかというところの流れで来ていて、市町村はそれなりに準備をしながら、財源のないなかでいろいろ苦労をしてきているわけですが、それが、また改めて、今度は不問となってきたときに、きちんと市町村にも理解をしていただきながら、丁寧な説明を含めて行っていく必要があるのだということが確認されたように思います。ありがとうございます。

　ほかはいかがでしょうか。

○委員　入院患者の退院に向けた支援で、「病院への働きかけ」のところのアンケート結果が出ていますが、研修を受けるまで「地域移行」という言葉を聞いたことがなかったというのが２割というか、３割近いぐらいの数値が出ているということは、やはり「地域移行」ということは、結構、本当に何年も前から言葉としては述べているとは思うのですが、やはり結果としてこういうことが出ているというところは、例えば、スタッフとしてそこに本当に関心がないのか、病院としてそういう取組みというのをあまり意識していないから、病院のなかでこういうことというのがあまり聞かれないのかと、少し疑問に感じた部分もあります。

　「地域移行とは何かを知らなかった」、でも、その次の最後の分で、「地域移行できるのではと思う人がいる」というのも８割ぐらいになっているという状況のなかで、この「地域移行ができる」というのは、たぶん、病院のなかで生活している人を見ているときに、普通に病院のなかであればきちんと生活できているし、そのまま地域に出てもできるのではないかと思っている部分もここに含まれているのだと思います。

　ただ、長期入院をされている方で、病院で本当に問題もなく経過されている、過ごされているという方が、そうしたら、そのまま「はい。地域に行って生活しましょう」というところで、すぐに移れるかというと、やはりそこに結構いろいろな困難があって、ここのなかでもあったように、居住の問題であったり、本当に地域で生活する地域のルール的なものというのがそこできちんとできるのかとか、経済的な面とかという、その支援サポート的なものが、どれだけそこに関わりが持てて「これであれば何とかできる」という状況まで持っていけるというのが、本当に個人によってかなり差があるというところでは、ここの「８割」という部分でも、やはり本当はしたくても、なかなかその動きまで至らないということも含まれているのだろうなと思います。

　それと、うちのセンター（大阪府立精神医療センター）は基幹病院というところで、ケースワーカーさんもそれなりに一緒に動いてくださったりとか、他職種で考えるという、そういう方向性というのはだんだんできてきているので、この人にとって必要な支援が何かということを、いろいろな角度から、地域の方も入っていただいて考えるというようなところもまだできているほうかとは思うのですけれども。

　病院によっては、やはりそこの資源の利用であったりとか、他職種で係わるとかというところはなかなか難しいところもあるのだろうと。

　ただ、「できる人がいる」という数値が、どこまで本当にできるのかと。やはりいろいろな意味でハードルがあるのだということも少し感じました。

○事務局　はい。

○委員　今回、研修を大精協（大阪精神科病院協会）でおろしてくださったので、「えーっ」というふうな、「やるので、どうしたらいいですか」という相談をしてこられて、大精協というのはすごいんだなとか私も思いながら。枚方市の三つの病院はすべてするということで。

○事務局　ありがとうございます。

○委員　だから、本当に「初めて地域移行の話を聞く」なんていう人が、結構いたと思います。

○委員　そうかもしれないですね。

○委員　ただ、本当にどう関係をつくって動いていけばいいかというのは、全く未知の動きだと思うのです。だけれども、聞いていただけるというだけでも、特に、これは全体研修が、看護の人がお話ししてくださった、精神科病院の目指す技術スタッフのイメージみたいな話をしてくださった、その辺などは非常に大きいのだろうとは思いますけれどもね。

○事務局　少し補足させていただきますと、看護師さんは、経験年数が短い方が結構いらっしゃるので、やはり回転されるのかという気がしていますので、そういう意味でも継続してさせていただかないといけないのと、事務局ではあまり気づかなかったのですが、座学だけではなくて、地域の社会資源を見学したりとか、いろいろな工夫も病院にはしていただいて、それは非常にありがたかったので、そこらあたりも念頭に置いて、また来年度研修を組み立てていきたいと考えております。

○委員　日精看（日本精神科看護協会）というのは、看護師協会の部分で周知をしていますが、やはり病院によって、結構、研修にも積極的に出していただける病院と、なかなかほとんど見えていないという病院もやはりそこにはあるのかと。

　あと、個人が、どれだけ関心を持っているかで見えている人もいますが、そこにはやはり入会率とは比例でもないのですが、そういうふうな感じのところでは、やはり地域の差みたいなのができているのかというのも感じております。

　ただ、こういう関連の研修というのは、毎年何らかの形を組み入れてはいるのですが、そんなに多いかというと、あまりこういうのをしないといけないということで、特に増えているという感じはないのかと思っております。

　ただ、全体にこういう形で研修もあったので、やはり病院のなかで認知度というか、認識的なものは少し高まって、そこに向けての取組みというのを病院のなかでどういうふうに、結構、個人では「この人、退院させたいな」と思っている看護師というのは結構いると思うのです。「何とかならないのかな」という思いはみんな持っているのですが、いざ、対象を一人の人をとなったときには、やはり個人とか、病棟単位でちょっとやるだけではなかなか難しいというところも現実に感じているものかと思います。

○ＷＧ長　「退院促進」と呼ばれていた時代から、「地域移行」という呼ばれ方をして、この間に関わっていた人間からすると、そもそも周知の事実ではないかという感覚があるのですが、やはりまだまだ知られていないというところを改めて認識しないといけないのだということを、こういう調査を通じて見えてきますね。

　とかく、われわれの感覚のなかでやっていると、「ええ、こんなのは既に知られて当然のことを」のような感覚でいるのですが、それをわれわれの感覚ではなくて、現実のデータから見ていったときに知られていないという、やはり普及啓発というところになるのだろうと思いますが、これはしていかないといけないことだろうと、そういうことをいろいろと思います。

　大阪府の場合は、大精協という組織がこの事業に理解を示していただいて、積極的に参加いただいているというところはとてもありがたいといいましょうか、そういうところであります。

　もう一方で、市町村という、実際にこの事業を実施していく主体となるべきところへの啓発というのでしょうか。このあたりも、一方で、われわれは、当然市町村で法制度の事業に位置づいているものだから、当然ながら認知していただいているものという思い込みがひょっとしてあるのではないのだろうかと。そういう意味では、市町村に対しても、あわせてこの重要性であるというか、そういうことを啓発していくという取組みはやはり必要なのだろうと思います。

　事務局が、市町村に対していろいろな啓発をしてきていただいていますので、後ろの資料にありますように、いわゆる精神障がい者の地域移行を検討する部会を設けている市町村が、大阪府内で約半分強、このぐらいを示しているというようなところを見ますと、もちろん普及啓発をしていただいているのかと思うのですが、一方で、ある地域などに行くと、すべての市町村が全く入れられていない地域もあるというところもありますので、そこもあわせて普及啓発していくことがやはり必要なのだろうと思います。

○委員　でも、変わったなと思うのは、今まではやはり病院に地域移行の話や何かをするというと、保健所がメインに行っていました。

　それで今回、この研修は、市町村は支給決定の話や市はこんなことをしていますという、市の立場できちんと講師で行き、保健所は行かないのです。

　だから、市町村は自分たちで事業の説明もしないといけないし、利用するときには支給決定しないといけないのだということもきちんと説明をされるという、市町村スタンスがそういうふうに変わってきているという、それは感じますね。

○事務局　たぶん、その流れは戻ることはないのでしょうが、そこに任せるだけでは駄目だと思うので。

○委員　はい。

○事務局　例えば、本編にも書かせてもらったのですが、大精協さんのご協力を得て行っている在院患者調査、あれをトータルバージョンだけでぼんと投げているだけなので、やはり圏域ごとに分析して、「あなたの市町村、あなたの圏域は、今、ほかの圏域に比べてこんな状況ですよ」というところをわかっていただくようなデータを渡さないと、たぶん市町村もわからないはずなのです。自分のところは、施策として、いったいどのポジションにいるのか、上にいるのか下にいるのか、ちょうど平均的なのか、そこすらわからないというのは、僕たちの責任が過去にあったのだろうなと思いますので、そこはやはりフィードバックすべきことだったと思います。

○委員　いいですか。

○ＷＧ長　はい。

○委員　私は病院協会（大阪精神科病院協会）なので、大きな３番の「精神科病院の地域偏在への対応」というところ、特にこの表ですね、その次のページの表を見て、既に結論は上に書いてあるのですけれども。

○事務局　はい。

○委員　やはり大阪府というのは、最初に「精神科病院の地域偏在」と書いていますが、それは、この偏在というのは大体全国共通していると思います、世界的にも共通していると思います。

○事務局　はい。

○委員　そんな地域に、精神科病院がフリーアクセスで、身近なところで行ける国というのは結構少ないと思います。特に、歴史的には「ドイツ精神医学」というのですか、そういうものは、統合失調の診断がついた場合は、病院で治療することを長期間にわたってドイツは指導してきた。それの学派のものが、日本でいうと、診療所で治療するということはしていませんでしたから。それと、例えば、圏域は県で一つというのは国が決めているということですので、大体この状況は各都道府県、これがいいとは思いませんが、むしろ僕は、大阪府などですと、どちらかというと近いと思うのです。１時間以内でほとんどのところが、距離的には非常に近いと思います。

　スイスのあたりに行くと、すごい山の上に精神科のそんな中間施設があったり、閉鎖施設とかはびっくりするようなところにあるのです。

　それで、この問題もあるのですが、僕ちょっと、一番の問題は、地域移行となれば、この二つの表、３カ月未満と１年以上の、ここでの大阪市の状況、この数字で見ていくと、既に上に書いていますが、「両市との協議が必須である」と、必須ということは、言葉はかなり強い語調ですので、「必要である」よりも「必須である」というのは稀ですよね。これで、「必須」のほうがいいと思うのですが、この問題については、数値は別にして、いかがなものなのですか。大阪府と大阪市と堺市と、救急医療などはよく集まって、事業として三者合体で行っていますね、合併症などは。

○委員　そうですね。

○委員　この問題についてはどうされているのですか。

○事務局　恥ずかしながら、今まで全く協議してこなかったのです。先ほどの在院患者調査のデータとかは共有しているのですが、一歩踏み込んで、「こんな偏在があるのにどうするの」という話までいっていなかったというのが過去の状況でございます。

　それで、堺市は、まだほかの圏域と遜色ないぐらいの数値は出ているのですが、大阪市なのです。そことは近々にというか、していかないといけない。次回のワーキンググループまでには、一度大阪市の精神保健センターでしたか。

○委員　こころの健康センター。

○事務局　あちらと少しヒアリングをさせていただいて、「あなたのところの取組みはどうしていくの」という話をしようかということで考えております。

○委員　わかりました。物理的には非常に近いところですね。

○事務局　そうなのです。物理的には近いのですが。

○委員　心情的には。

○事務局　非情に遠いのです。

○委員　これが必須だと思うのです。

○事務局　そうですね。

○委員　もう一つ、大阪市から入った長期入院患者で、本当に大阪市が自分の地域だと思っている人はどのくらいいるのですか。

○事務局　ああ、そうですね。

○委員　というのは、貝塚市などは、大阪市出身者で、この地域移行を推進しようと思うと、地元のアパートとかで、そんな１０人、２０人とかと違いますよ。住まわれて、そこできちんとした生活ができている人もいるのです。

　それで、そういうのを病院が推進しようとすると、非常に行政などは、最近でこそこういう看板ができているので、「これが新しいことなのか」というようなことでしていますが、数年前ぐらいまでは、大分イメージが違いましたね。何か病院と患者の間に入って、われわれは悪者みたいになった感じがして。

○委員　あまり長期の入院にならずに、３カ月ぐらいで退院してこられるのであれば、大阪市から入院して、また戻るというのはあるのだろうけれどね

○委員　先生、今はあれですよ、初期入院患者は、ほぼ１年以内に９割は退院されていますよ。

○委員　そうですね。

○委員　長期の歴史的なそういう入院群というのがあるのです。

○委員　そうですね。だから、今、よく精神医療センターに入院している大阪市内の人たちは、要するに程度区分、支援区分の認定などをうちが行ったりするのですが、長い人たちで、結局、大阪市に住所があるから大阪市から依頼があるのですが、帰るのはあまり大阪市に帰りたくない、そのような人たちが結構多くなっていますね。

○事務局　そうなってくると、障がい福祉サービスの費用負担の話と、この方が生活保護を受けられていたら、生活保護の担当部局との調整も必要になりますので。

○委員　そうですね。

○事務局　そこを含めて、少し大阪市とは、取りあえずこころの健康センターと一度話をして、で、障がい担当部局、生活保護担当部局。それで、大阪市の生活保護は、前の市長の肝いりで生活保護対策プロジェクトチームをつくっていますので、そこらあたりの話にもなってくるのかと思いますが、できるところから切り崩していきたいと思っております。

○委員　これに一番初期に関わるのは、病院であればケースワーカーですよね。患者さんの立場からいうと、入院時点で一番先に関わるのは家族、もしくは生活保護などを受けられている場合、医療扶助を受けられている場合は、その行政の担当者と。

○事務局　福祉事務所ですね。

○委員　ところが、この間、日本精神科病院協会で、「面会に来たか」という調査で、僕、調査したことがあるのです。結構退院までに来ていないところが多いんですね。まず、そのあたりから、以前から言われていることですが、行政も人が足りないと思うのですが、病院も、例えば入院患者のことだけですが、６０人ぐらいの病棟で、ケースワーカーが何人ぐらいいるかというと、よくいる病院で一人ぐらいじゃないですかね。その１病棟に二人ケースワーカーを配置しているというところは、ほとんどないように思いますが、そういう数値というのは出ているのですか。

○事務局　大阪府のケースワーカーの平均、病院ではないのですけれども・・・。

○委員　病棟数とケースワーカー、これはやはり最初に関わると思うのです。それで、ケースワーカーも、入院ばかりしているのではないですから。

　結構、ケースワーカーでないと、看護の場合は、話は聞いてケースワーカーにつないでいっても、本来業務ではないですよね。

○委員　そうです。これはありません。

○委員　看護業務のほうが本来なので。それで、実際にはケースワーカーがいっぱい動くのです、アパートを探しに行ったり。

○委員　そうですね。

○委員　看護は、病棟から離れてはいけないということが法律できちんと、デイケアで外に行っても駄目ですね。本来、病棟のなかに張り付けしないと、法見解を見ましたらそうなっています。だから、他科受診に同伴しても、看護は時間から削除されるという規定になっているのです。

○委員　そうです。そこのなかで業務している時間のカウントというところには。

○委員　病棟のなかで業務しているカウントになっている。だから、その患者さんが「どこかに行きたい」と言っても、看護は一緒についていけない。そうすると、ケースワーカーとなれば、車に乗って、患者さんを乗せてとかしないといけないとなれば、物理的に一人ですよね。そのなかでしているから、その辺を助けていかないと。配置があればいいと思うのですけれども。

　余談になるのですが、ちょっとこれは話題なのですけれども。精神科病院の病床を削減していこうということは、以前からいろいろな形で言われていますよね。

○委員　そうですね。

○委員　今回の診療報酬改定で、新しい項目が１個できるのです。既に表に出ていますが、それが、「精神科地域移行支援病棟」というのができて報酬がつくのです。

　本来であれば１００くれるところを、お金を１５０出しますというような１．５倍ぐらいの費用を出しますと。そこに、ケースワーカーの基準値というのがあるのですが、「４０人に２人つけなさい」と。「６０人入れた場合は３人つけなさい」という。ということは、地域移行しようと思ったら、国は「２０人に１人ケースワーカーをつけておきなさい」ということを言っているわけです。地域移行だけではないですが、それは一つの、僕も絶対そのぐらいは必要かと思います。

　それで、病床にそれだけお金をつける代わりにベッド数を、例えば６０ベッドだと１２ベッドぐらいを１年間で削減していきなさいと。

○委員　そうですね。

○委員　それで、５年間経ったら、６０ベッドをその病院で減らしなさいと。今、全国の病床の利用率は９割を少し切っていると思うのです。そんなこともあるので、病院も、そういうことであれば、患者さんも少ないし、それを使ってしていこうかと思っている人も多いと思うのですが、そこでも一つネックになるのはケースワーカーの数ですね。そんな数はいないと思いますが、どうでしょうか。だから、マンパワーが足らないのですよ。

○事務局　現実に、福祉事務所もケースワーク自体が足りなくて、きゅうきゅう言っていますから。

○委員　足りないでしょうね。だから、面会とかなかなか来られないのですね。特別な理由があって来ているのでしょうけれど。

○事務局　大阪市は、僕も聞きましたが、南のほうに結構患者さんが入院されていますので、「１年に１回行ければいい」とおっしゃっていました、病院から聞くと。

○委員　年に１回は行かなければならないのです。

○事務局　かろうじてそれだけ行っていると。ただ、行っても、全員の話を聞くことをする時間はないとおっしゃっています、病院側は。

○委員　ですよね。かといって、物理的に病院を別途大阪市内につくるというのも、ちょっと非常に困難性はあるでしょうし。そうしたら、グループホームとか、そんなものを大阪市が何か準備したりとか、行政で準備しなくても委託するとか、そんな動きもあまりないのではないですか。

○事務局　全然ないですね。

○委員　あんなのをしていただくと、行きやすいですけれどね。何か病院で留めたり、病院が「生活の場」でないという、そんなのは決まり切っている。職員でそんなことを思っている人は誰もいませんよ。外から見たら、そういう形になっていますが、実際には支援したいのだけれども。

○委員　そうですね。

○委員　ですよね。

○委員　はい。何十年前かは、「生活の場」という表現をしているときもありましたが、今は治療の場で、やはり生活は地域に出てしていただくというところで、みんな思ってはいるのですけれど。

○ＷＧ長　そもそも大阪府で退院促進支援事業がスタートした。それは、何で立ち上がったのかというところなのですが、いわゆる「社会的入院」と言われる状態があって、それを、本来ならば、病院のケースワーカーやソーシャルワーカーと言われる人たちが退院支援をしていく。

　それから、地域の保健所や福祉事務所や行政の入院に携わったところが、今度は迎えにいくという、本来はそれで循環すべきなのです。

　ところが、現実、それはできていないです。それは、マンパワーだけの話ではないのかもわからないですが、では、その間でつなぐところを事業化しましょう、それで地域移行しましょうというのが、そもそもの始まりだったと思います。

　今、南委員が言われたように、今度、新しい診療報酬体系のなかで、そういう退院を促すような職員を一定基準以上病院に配置をさせていきましょうというところが、これを進めていくうえでは、とても大きな意味になってくるのだと思うのです。

○委員　だから、辻井先生がおっしゃるように、今まで手をつないでなくても、行政も、地域も、関わった人がみんな一緒にしていかないと、こんなのは受け入れませんよね。

○ＷＧ長　はい。

○委員　そうですね。同じようにして。

○委員　患者さんもそういうのが。それで、今は意識的にはね、病院に入院しますでしょう。ほとんどは最初からこういうことを頭に置いて主治医も話などはしていますね。

○ＷＧ長　そうですね。

○委員　それで、若い先生も多いし、年配の先生はそういうことをしないのかというと、そうでもないし。ところが、なかなかいろいろなところで行き詰まってきて。

○委員　受け皿の問題もありますよね。

○委員　そうです。

○委員　だから、出していこうといって動いても、受けていけるグループホームなどはそう簡単にできるものではないし、地域の支える体制が全然豊かになっていかない。病院は、こういうふうにケースワーカーを２０人に１人つけるかもしれないけれど、地域にはそんな人材を配置してくださるようなお金が回ってこないのです。

○委員　それも、でもね、２０人に１人いる病棟をつくるということは、厚生労働省も、ハードルは目の上の、そのもう一つ上ぐらいにあって、どの病院も簡単には手が届かないと分かりながら、そういう基準を言っているところはあると思います。予算の関係があると思いますので。

○委員　はい。

○委員　でも、もう少し病院からいうと、私のところのなかで、保健所から来ていただいて、これの勉強会をしたりもしていますが、やはり人が足りないから、例えば、こういう患者さんのピアサポーターとか、こういう人が来てくださって、一緒になって話をしていただければかなり違うと思いますけれどね。受入れのほうは、だんだんそういうのになじんできているのではないですか。

○委員　はい。

○委員　実際に現場で、「じゃ、地域移行で」となったときに、病院側が、「じゃ、出しましょう」となった方がいらっしゃって、それを、正直、行政のケースワーカーが止めるという実際もやはりあるのはあるのです。

　なぜかとこれを考えたときに、要は、援護課のケースワーカーというなかで、福祉に携わっていないケースワーカーさんという方は少なくないと思うのです。そのなかで、過去に起こした患者さんのエピソードというのがあるではないですか。

○委員　はい。

○委員　それが非常に派手だったら、派手なほど、安定はされているのに繰り返すのではないかということで「うん」と言わないところも問題の一つではあるのかとは思ったりするのです。

○委員　そこら辺も、うちもよく抱えているところではありますけれども。

○委員　ただ、話をすれば、その辺はわかってくれるでしょう。

○委員　そう。

○委員　そうなのです。話をしていったら、ただ、何かあったときに責任はどこが取るんだという話に。

○委員　なると思いますよね。

○委員　はい。なってしまうことが結構あってですね。

○委員　それなりのきちんと詰めた取組みというか、動きをして、こうなっているんだということが理解できればオーケーされます。

○委員　はい。

○委員　ぽんと出すだけ出して、後は何もしないのだろうみたいなふうに思うと、こんなふうにかなり反対しますけれども。

○委員　昨今、そんな流れがいくつかあって、要は、患者さんがお金を貯めて外に出たと。けれども、患者さんが勝手に外に出たのだから、援護としてはストップをかけるよと、後は、その市町村でお金がなくなったら申請に行ってくれという話が、うちの何ケースか耳にしたなかで、自治体の援護課のほうが、少し柔軟な歩み寄りができにくくなったという事例などがあって、やはりそこら辺の意識という部分をきちんと皆さんで共有していかないといけないのか、地域移行にというのは、常に課題としては思ったりはするのです。

○委員　もう一つだけいいですか。患者さん自身が、入院した患者さんが、自らの意思で「できるだけ退院したい」と言った場合、ドクターは、症状等勘案して、「これはオーケーです」というような、必要とする治療がある場合はオーケーと言いません。でも、退院したいと言って、症状が整ってきた場合は、まず出しています。それで、そういう人というのは、割とスムーズに、いろいろなお金の問題もあっても何とか進んでいきます。

　ところが、今ここで問題になっているのは、自分からそういうことを言わない人なのです。たぶん１年以上とか、いろいろなそれが常態化しているような人に、気づきとかそういう、今度は患者さん側にもそれを啓発していくというのは、そこがこの事業の難しいところではないのかと思います。

　自分でする人は、ほとんどサポートしなくてもいいですね、家族さんとか。

○委員　そういうのがあれば、退院はされていかれます。

○委員　極端な場合、「病院にいたい」と言っても、今であれば、できたら外で生活をしたらどうかということはプッシュしていますよ。ただし、むちゃくちゃはしませんよ。そんなのをしたら大変なことが起こるから。実際にそういうことも、どの病院でも経験していると思います。

○委員　そうです。

○委員　でも、何て言うのですか、「こういう方法がありますよ。あなた、一人で生活しませんか」というような話は、少なからずとも病棟内ではしていると思いますけれどもね。やっていますでしょ。

○委員　やっています。やっていますし、ご家族に説明する場合もあるのですが、やはり長期になればなるほど、「ここに置いておいてください」という。

○委員　「いいか？」と言う人が結構いる。

○委員　当センターの役割も、安定されている方はうちでなくても、ご家族なら、ご家族の近くの病院であったりとか、そういう居住地の近くでというのもお薦めしたりするのもあるのですが、結果としては、「いや。そう言わないでここに置いておいてください」というふうなあたり。それは誰でも。

○委員　いや、そんなのは学生もそのようになっていると思いますよ。「ステレオタイプ」というのがあるのです。ステレオというのは、「常に同じ」という。

○委員　なるほど。

○委員　人間は同じパターンのことを繰り返して、あまりエネルギーを使わないのですが、引っ越ししたりとか、違うことをする、それにはかなりのいろんな能力が必要になるので、やはり本人も疲れるから、「もうこのままで」というようになるのですが、それが駄目だということでなっているのだと思うので。

　こういうピアサポーターとか、コーディネーターとか、いろいろな人が絡んでいくような雰囲気を醸成するしかないのではないかと。

○ＷＧ長　ないですね。今までの取組みなどを振り返ってみてもそうですが、何も社会的入院とか、長期入院というのは、医療機関、あるいは、医療の専門職が手をかけていないからこうなっているという話ではなくて、結構、歴史的に日本のなかでつくられてきた構造みたいなものがあって、「それはやはり人権侵害になるだろう」という言葉を掲げて取り組んだのが大阪だと思いますので、そのことを改めて認識したうえで、新規に入ってくる入院患者さんについては、今はとても順調にといいましょうか、いくのですが、歴史的に形成されてきたところの人たちにどう関わっていくかというときに、いきなり追い出すという話になって、そんなことはできないわけですから、そこにどれだけ丁寧に関わっていくかということがやはり求められるのだと思うのです。

　そのときに、医療機関の職員だけにそれをお願いしていいのかといったときに、やはりそれは違うだろうと。社会的に形成されてきたものであるから、やはり社会的に解決していきましょう、その趣旨で、そこの間を事業化して取組みをしていきましょうというのが、本来のこの事業の趣旨です。

　それを進めていこうとしたときに、先ほど発言のなかにありましたが、個別給付化という制度になったときに、本人自らが「こんなふうに利用したいんです」と訴える人は、全国事業化になっていますから使えるのですが、その意思を出せない、あるいは出さない、こういう人たちは制度に乗っていかないような仕組みになってしまっているのです。

　それで、大阪が当時行っていたのは、そういう人たちに対して丁寧に時間をかけて、本人が「じゃ、一回考えてみようか」とか、「じゃ、一回見学でも行ってみようか」とかという、そういう取組みをずっと行っていたのですが、その仕組みが変わってしまったことによって、そういう人たちがどんどん置かれていってしまう。それを市町村が、体制整備のコーディネーターなどを基幹相談支援センターに配置することができるかという仕組みを行っていたのですが、先ほどの議論であったように、やはり市町村だけではなかなか取り組めないと。自分のところの市町村のなかに精神科病院があるところであれば、そういう仕組みもつくらないことはないのでしょうが、やはり医療というのは市町村単位ではなくて、保健所圏域とか、二次医療圏域みたいなところにまたがっていますから、やはり市町村だけでするというのは限界があるだろうと。

　そういう意味では、元に戻してしまうということに完全にはならないと思いますが、やはり市町村、あるいは保健所、医療機関、地域の事業所を含めて一緒に取り組む姿勢というのがないと進まない。そういうのをどんどん大阪府が、保健所で「自立支援促進会議」という、いろいろな機関を集めて、事例も含めて一緒に考えていきましょうという仕組みにあったのが、個別給付化で市町村に移行してしまったと。それがうまく市町村の協議会のなかに乗かっていっているところはまだいいのですが、それが乗り切れていない。それが、事務局が整理していただいている最後の資料なのですが、市町村でなかなかそういう取組みが進んでいない。

　そういう意味では、やはりもう一度、それぞれの都道府県・市町村・医療機関・地域の事業所等が、どういう役割を担ってこれを進めていくのかという、もう一度仕切り直しというのか、役割分担を含めて明確にしていく必要があるだろうというところが今年度の振り返りと思います。

　具体的なところは、来年度、実際こうしていきましょうというのをぜひ提案したいとは思いますが、そのあたりでの整理はできているのではないかとは思います。

　特に、南委員もおっしゃっていましたが、やはり病院だけでとか、保健所だけでとか、市役所だけでという、そういう話ではないのです。家族だけでとか、それではできませんので、この地域移行、もともとの退院促進の趣旨というところでは、関わっているすべての人が一緒に取り組む、そうしないとこれは絶対解決しないということが確認されていますので、その仕組みをもう一度作り直すという。

　事務局がまとめてくださっている３ページの上のところに出てきますが、「地域移行の対象者の事例について、関係機関で一緒に協議する場」ですね。ここをしっかりつくっていくということがとても重要なことだろうと思っています。

　「会議ばかりして、あまり意味がないのではないか」ということを言われたりするのですが、やはり一緒に話をするというところにおいてはとても大事で、いろいろなところで「連携」と叫ばれるのですが、やはりお互いにどんな役割を持っていてとか、どういうできにくさみたいなものを持っているのかということを話し合わないことには、これは連携ができない、役割分担ができない。

　ですから、少し地味な取組みかもわかりませんが、こういう協議を、いろいろなところが集まって協議をする場をしっかりつくっていくという、これはとても重要なポイントになるかという、今の皆さんの意見を聞いていて思いました。

○委員　あと、もう一つ、やはりそういう形で、全体として動いていくという動きが一方で求められるのと、あと、やはりそういう人たちが地域で住めるということ、その制度を、今の障がい福祉サービスはあまりにも貧弱ですから。

　要するに、出たいと思っていても出てこられない。家がないとか、支える体制がないとか、だから、そこら辺も一緒に入れていっていただいたほうがいいとは思います。病院がお金をつけて、何とか出ていきましょうというのはいいのですね。だけれども、地域にもっと人手がいるし、いろいろなものがなくては。

○委員　出て、そこに地域生活を継続していくためにというのが、やはりそこで求められるものだと。

○委員　そうです。あとは、訪問看護にしても何にしても、やはり地域の体制は、きちんと支援の体制をつくっていかないと生活できないというのがあるのでと思います。

○ＷＧ長　報告書のなかでも触れていただいていましたが、既存の地域の社会資源が持っている機能とか役割では、今、地域移行を進めていこうというその対象となる方々のサービスとしてマッチするのかどうかというあたりですね。そういう意味では、もう少し「新たなもの」みたいなのがいるのだと思うのです。

○委員　利用できない人たちがいるというのを踏まえて。

○ＷＧ長　そういうことですよね。そこらあたりのことも含めてよく考えていかないと、ただ単に病院から出ていっていただいたらそれでいいのだという話ではなくて、これも、この事業もそうなのですが、退院する前から地域のどこかにつながるという、その人が最も行きやすいとか、つながりやすいところにやはりつながるという、そのつながりをつけてから退院に導いていくのだというのがポイントですので、その社会資源が、かつてのように、例えば、当時「作業所」と言われていたところが、非常に幅広い、本当に大変な層からいつ仕事に行ってもいいレベルまで、非常に幅広く受け入れていたという。それも、あまり利用者の数がそれほど多くなかったところで、職員が何とか対応できていたという、非常に柔軟な社会資源があったのです。

　今は、障害者総合支援法の事業の下で明確化されていますので、そういうニーズの人しか対応できないというスパンになっているから、非常に柔軟な対応というのは難しいのです。

○委員　そうですね。

○ＷＧ長　そういう意味でいくと、地域移行の対象となっているような方々が、地域に出たときに、行きやすいとか、生きる場所という、やはりそういうものを新たにつくっていかないといけないと思います。

○委員　そうなのです、難しくなって、浮いてしまう、入れない。

○ＷＧ長　入れないですね。

○委員　はい。

○事務局　それは居住の場も含めてということですか。

○委員　居住の場もですね。絶対グループホームは。

○ＷＧ長　それはもちろん、そうですけれどもね。

○事務局　居住の場と日中活動、過ごす場ということですね。

○委員　日中活動ですね、

○委員　はい。

○事務局　昔の小規模授産的なものが何か少し思い浮かんだのですが、ああいうところなどは、今はどんどん淘汰されていっているわけですけれども。

○ＷＧ長　そうですね。だから、就労というところに非常に主眼が置かれていますから。働く訓練という、そういう位置づけはとても明確になっていますので、そうではないという、ただ、今、地域活動支援センターというのは、一部そういうのを担う場所になっているのですが、一方で、全く入院しないで地域で暮らし続けている人たちというのは増えていますから、そんな人たちが集まる地域活動支援センターですので、長期に入院していた方が、ぱっと退院をしてきてそこにいきなり合流できるかというと、層が変わってきていますから。そういう意味では、やはり新たな受入れの資源というところも含めて検討していかないといけないのかと。

○委員　先生がおっしゃるように、就労のところにすぐに。例えば、就労支援のＢ型とか、そういう就労支援に退院後すぐに行けるような人は、そんな長期入院はしていないです。

○ＷＧ長　そういうことです。

○委員　そうです。

○委員　今も就労系、就継とか就労移行支援のＡ型とか、そんななかにも・・。

○ＷＧ長　そうですね。

○委員　もっと、何もしないでもあれでしょ。生産的なことをしなくても、どこかの場に過ごすところを。

○委員　そうですね。過ごす、今、家で過ごすというと。

○委員　地活Ⅰ（地域活動支援センターⅠ型）が、割とそういう要素を持っているのですが、地活Ⅰは、今言われたみたいに、本当にそう？という、非常に元気な入院歴のないような人たち、若い人たちがいっぱいいるのです。それで、３０年ぐらいの人たちがふっと来て、居る場所がない。

○委員　ですね。それで何か話のなかで、「じゃ、生活介護はどうなの」と前に話があって、生活介護に行ったら、やはり区分の高い療育の方などが多くて、なかなか居場所がないということで断念したということも、やはり結構ありました。

○委員　生活介護というのは、本当に介護を少し必要とされる人たちが行くので、また少し違う。

○ＷＧ長　そのあたりは違うのですね。

○委員　その辺が、今の制度は何かどうしようもないところですね。

○ＷＧ長　はい。

○委員　病院も。

○委員　ちょっと今回は、よろしいですか。

○委員　はい。

○委員　この人数で、ここに書いていないですが、１年以上の患者さんの年齢というのは大分高齢化しているようですね、６０歳、たぶん。

○ＷＧ長　平均するとそんなものですかね。６０歳前後ぐらいですか。

○委員　５０～６０歳の人が退院してきていますよね。

○事務局　人数のピークが、このあたりにピークがきますので、平均するとそのぐらいになると思います。６０歳代、５０歳代の方がやはり一番多いです。

○委員　その辺の人が、また介護保険の年齢にだんだん近づいていく。

○委員　そうですね。

○委員　介護保険の施設に行くには割と元気なので、そこでも浮くのですね。

○委員　病院のなかのデイケアも、以前はどちらかというと居場所型的な形できていたところはあるのですが、やはり就労支援というようなところも少し組み込みを始めて、家族会とかからは、就労支援ということにはとても関心を持たれているというようなのがありますので、そちらを進めてほしいという意見もありますけれども。

　いざ、そうすると、今まで居場所型でずっと通っていた人たちのことというのをどのようにしていくかというところも、病院としてもデイケアのあり方みたいなところも、今、少し考えているような。

　それで、診療報酬も、デイケアが週何日以上だと点数が少し下がってくるとかというふうなことも、今回、少し何かあったかなと。

○委員　あります。回数が減ってきますけれども、長期化した。

○委員　あと、今まで５日間していたけれど、４日以上というと下がるから３日でというと、この２日はどこに行くのという。

○委員　そんなのになってくるね。行き場所がなくなってきますね。

○ＷＧ長　ありがとうございます。

○委員　少しその辺をセットで考えていかないといけませんね。

○事務局　はい。

○ＷＧ長　今回のまとめのなかに入れ込むかというところが少し難しい面があるので、今、出してきたところについては、来年度最終的に、最終的にというか、来年度のまとめのなかに、あるいは、具体策として、そういう部分を書いて進めていきたいと思っております。特に、この中間まとめでも書いていただいていますが、やはり大阪市、堺市、大阪府、この三者で取り組んでいるのですが、まさしく、入院している方、それから、その方が地域に移行される、もちろんその前の居住地も含めてですが、これは、堺市は堺市内で全部収まるわけではありませんし、大阪市はもちろん大阪府との関係でいったときには、非常に大阪市内ではないというところですね、こういうところがとても明確になっています。

　ただ、事業の実施主体という考え方からいくと、どうしてもこの三つの行政体に分かれて取り組まざるをえないという。

　それで、それぞれの主体性というか独自性、それはそれで尊重しながらも、やはり協議をする場という、これはぜひ何らかの形で、定例化するなり何なりというものを、ぜひとも事務局サイドで進めていただきたい。

　だから、報告書のなかでは「必須である」と明確に書いていただいていますので、これを具体にどう進めていくか。まず、その前の話し合いみたいなのがあるのでしょうけれど、ここのワーキンググループとしては、そういうものを、少なくとも大阪府、大阪市、堺市の三つが、定例で定期的に協議をする、意見交換する、やはりそんな場を設置していただきたいと、ぜひとも意見として述べたいとは思います。

　ほかいかがでしょうか。ご意見はございませんでしょうか。

　おおむね、今まで意見を出していただいたことについては、文章化されているように私自身は考えていますので、この中間まとめについては、これでおおむねよろしいのではないかと考えます。よろしいでしょうか。

○委員　もしよかったら、ピアサポーターなのですが、実際、今ピアサポーターをされている圏域のなかの委託を受けている事業所なのですけれども、正直、ピアサポーターの育成などが、その委託を受けている自治体の市町村だけに少し強い。

　では、その圏域で受けている場合に、うちなどが、うちは３市２町１村受けているのですが、大阪狭山市のピアサポーターの方は、結構啓発であったりとか、ミーティングはできるのですが、少し離れた富田林市や河内長野市になってくると、実際、やはりその自治体によってカラーが変わってくるので、要は、ピアサポーターの掘り起こしなどが非常に難色を示すことがあって、一応、関係機関で協力していただいて、いろいろ紹介などは受けているのですが。

　ピアサポーターの方自体が、定期的に市を渡ってからミーティングに来にくいというのが実はあって、しかも、これまで自分と全然関わっていないところへいきなり入っていくというのは、結構ハードルが高いというのもあって、実際、ピアサポーターのあり方が、圏域というのがいいのか、それとも正直、もう少し小規模でしたほうがピアサポーターが育成できるのかというのは、実際少し関わっていて感じるところがあったので、またがる部分では、それも少し課題に入れていただければと。

○ＷＧ長　活動する場所を考えたときには、やはり地元という、そういう移動しやすいところで活動ができるということはとても大事なことだと思います。

　一方で、そこだけではなくて、ほかの市域などもそうですが、ピアサポーターの活動しているところ同士が、隣の圏域だとか、隣の市町村、例えば、意見交換をしていく、そういうことを考えると、育成そのものはやはり圏域みたいなところでいいかと僕は思うのです。

　ただ、活動できる場所を、本人が実際活動できる場所は、その人の身近で、通いやすいところというか、文化圏も含めてですが、要するに、そういうところの数を増やしていくということになるのだろうと思います。

　一方で、圏域単位なり、府域単位で情報交換しながら、やはり自分たちの取組みのいいところを伝えたりとか、よそが行っているいいところを取り入れたりとか、そういうところも非常に大事な面、両側面がいるのかなとは思うのです。

○委員　ちょうど管轄する圏域で、そのなかで小拠点がいくつかあれば、とてもいいと思うのですが。

○ＷＧ長　そうですね。

○委員　今、ピアサポーターも、ブロックごとの交流会とかあって。

○委員、はい。やっているのです。

○ＷＧ長　はい。

○委員　行く人は、あっちに行ったりこっちに行ったりされているのですが、それは何て言うのか、ピアサポーターさんの嗜好性もあるし、いろいろな。

○委員　これだけしか駄目とかとなる場合も、もちろんあるでしょうし。

○委員　もう少し何か共有、行動範囲の渡しなども、もっとフットワーク軽く動ければいいのですが、なかなかそれが取れていなくてですね。

○ＷＧ長　はい。ありがとうございます。来年度、ピアサポーターの支援というか、そういうところのなかに。今年度のところでは、いわゆる研修制度みたいなものもきちんと設けていくべきだろうというのができると、その先にある、ピアサポーターとして、ピアサポーターがピアサポーターとして働けるというか、そういう職場というのでしょうか、それをつくっていくというのも一つだし、もう一つ書いてくださっていますが、純粋なピア活動という、「純粋」という言い方をしていいのかわからないですが、べつに報酬を伴わない、自分たちで主体的にしようとする活動、そういうのは、広域というのでしょうか、柔軟にいろいろなパターンがあって、一つは、やはりピアサポーターとして働けるという、そんなものをメニューのなかに取り入れていくということは、やはり大事だろうと思います。

来年度検討する際には、具体のなかに、今、言ったようなこととか、北野委員がいってくださったような、活動しやすいような育成をどんどんしていくというのでしょうか、そうしたところも取り入れていければと思っております。ありがとうございます。

　いいですか。ほかよろしいですか。

○委員　今後の進め方というと、この中間まとめを上げられて、来年も引き続きこのワーキンググループを行うということは、一応決まりですか。

○事務局　はい。

○委員　なるほど。それで、それは１年かけて行う。

○事務局　後ほどスケジュールをご説明しますが、大体。

○ＷＧ長　それは議題（２）というか、次のところでいいのですね。

○事務局　はい。

○ＷＧ長　それでは、取りあえず、今、議論していました議題（１）になりますが、この中間まとめ（案）については、このワーキンググループとしては、これで直接提案していくというか、次の部会のところにこれを出していくという方向でよろしいでしょうか。

○委員　はい。

○ＷＧ長　ありがとうございます。それでは、引き続きになりますが、議題（２）「その他」、今後のスケジュールというところも関係するかと思います。では、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局　はい。では、議題（２）「その他」ということで、資料２「今後のスケジュール（案）」を示させていただいております。先程来から出ている話に対して、ここでご説明させていただけると思います。

　今年度につきましては、本日の中間まとめの議論を踏まえまして、この案を取れたものにさせていただいて、これを３月７日に開催いたします地域移行推進部会に報告させていただいて、そちらで最終固めるということになります。

　あと、今年度の残りの動きとしましては、３月１５日に、国の研修事業を活用して事業を実施していただいています精神障がい者の地域移行アドバイザーの方にお集まりいただきまして、今年度の事業状況を聞かせていただくとともに、来年度に向けていろいろな課題が今回改めて出ていますので、この課題に対する具体的な方策を今後検討していくにあたってのいろいろな意見をいただきたいという場を設けたいと思っております。

　こうしたアドバイザーの連絡会を踏まえまして、次年度の平成２８年度を、ちょうど今年度の事業の実績報告が出揃う頃ということで、平成２８年５月から６月ぐらいにかけて、第１回目のワーキンググループを開催させていただこうと考えております。

　こちらのほうで、より具体的な方策を含めた検討をまず一回させていただいて、その後、微調整等々させていただいたうえで、最終的には、大阪府として新たに予算要求とかが関わってくる事業も出てくると思いますので、予算要求の前の時期に入る前の９月ごろに、最終的なワーキンググループの報告書を取りまとめたいと、今のところスケジュールとしては考えております。

　その前に、この間に、国の概算要求が入ってまいりますので、国に対して一応、何らかの働きかけをすることも少し念頭に入れて、スケジュールは柔軟に対応してまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。事務局からは以上です。

○ＷＧ長　ありがとうございます。資料２にあるとおり、「今後のスケジュール（案）」というところでございます。ワーキンググループとしては、今年度内については、本日が最終ということになりますが、次年度については、おおむね５～６月ごろに１回、そして、９月ごろにはまとめというスケジュールでいきたいというところでございます。いかがでしょうか。こんなところでいいですか。

　今年度は、あくまでも「中間まとめ」という形で出すわけですね。それで、来年度がいわゆるこの・・。

○事務局　最終報告になります。

○ＷＧ長　はい、わかりました。

○事務局　先程来、ご審議いただいています都道府県・市町村・事業主体・保健所の役割分担を決めたやつを９月ごろに正式に。

○ＷＧ長　なるほど。

○事務局　それで、それを持って、必要があれば、市町村は予算要求につなげていただく。その前段として、今、東が言いましたように、国の概算要求に向けて、うちはアクションを起こしたいので、５月末か６月ぐらいに一度国に当たることになると思います。

○ＷＧ長　はい。わかりました。特に意見等ございませんでしょうか。はい。ありがとうございました。

　それでは、今後のスケジュールについてはこれでいきたいというところで。

　そうしたら、本日の審議の内容についてはこれで終わりになります。では、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の辻井先生、どうもありがとうございました。では、少し時間は早いですが、以上を持ちまして、「平成２７年度 第３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」を閉会させていただきます。委員の皆さま、本日はお忙しい中、どうも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）