**平成２９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２９年１０月１９日（木曜日）１４時～

場　所：大阪赤十字会館４階４０２号室

○事務局　では、定刻になりましたので、ただいまから「平成２９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」を開会させていただきます。本日はお忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございます。

最初に配布資料のご確認をお願いいたします。

　次第・配席図　裏表になっているもの

　資料１「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）」

　資料２「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る連携支援体制について」

　資料３「大阪府における長期入院精神障がい者に対する退院促進支援連携体制

〔Ｈ２９～〕」

　資料４「入院期間１年以上の寛解・院内寛解患者（７３０人―平成２９年度在院患者調査）の疾患別状況」

　資料５「地域精神医療体制整備広域コーディネーターの活動状況」

　参考資料１「委員名簿」

　参考資料２「入院期間１年以上の寛解・院内寛解患者の状況《Ｈ２９在院患者調査

（速報）》」

　参考資料３「市町村の『保健・医療・福祉による協議の場』の設置及び開催状況」

　以上でございますが、過不足等はございませんでしょうか。

　それでは、はじめに、大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長の中井より、ごあいさつをさせていただきます。

○中井課長　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の開催にあたりまして、ひと言ごあいさつを申し上げます。委員の皆様方には、本日はお忙しい中ご出席を賜りまして、誠にありがとうございます。また、日ごろから、本府障がい者福祉施策の推進にご協力とご理解をいただきまして、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

　本ワーキンググループは、今年度（平成２９年度）委員改選の年を迎えまして、ご出席の皆様方には快く委員就任をお引き受けいただきまして感謝申し上げます。このワーキンググループでは、精神障がい者の地域移行推進方策に関して調査、ご審議いただくことがその役割となっています。ワーキンググループ長には、引き続き、桃山学院大学の辻井教授にお願いしたいと存じます。

　国は、本年（平成２９年）２月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」におきまして、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を打ち出しました。今年度からは、本ワーキンググループを、この精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築をするための都道府県単位の協議の場と位置づけ、市町村に設置される協議の場における課題解決のバックアップを行うことで、精神障がいのある方が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるような、そういう体制を目指してまいりたいと考えております。

　本日は、昨年度（平成２８年度）に取りまとめていただきました報告書を受けて、新たに本年４月から実施しています「長期入院精神障がい者退院促進事業」、これによって見えてきた課題や今後取り組むべき方向性についてご議論いただきたいと考えています。

　辻井ワーキンググループ長をはじめ委員の皆様方には、忌憚のないご意見を賜りまして、実りあるご審議をいただきますようお願いいたしまして、ごあいさつとさせていただきます。どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

○事務局　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のご氏名の五十音順でご紹介させていただきます。

桃山学院大学社会学部・教授の辻井ワーキンググループ長でございます。

　一般社団法人大阪精神保健福祉士協会・副会長の島田委員でございます。

　地域活動支援センターあん・相談支援専門員の高田委員でございます。

　公益社団法人大阪精神科診療所協会・会長の堤委員でございます。

　地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター・副看護部長の林委員でございます。

　公益社団法人大阪府精神障害者家族会連合会・監事の山本勝子委員でございます。

　大阪精神障害者連絡会・代表の山本深雪委員でございます。

　一般社団法人大阪精神科病院協会・理事の山本幸良委員でございます。

　なお、本日、和泉市生きがい健康部障がい福祉課長の小林委員及び大阪府岸和田保健所長の田中オブザーバーにおかれましては、所用のためご欠席となっております。

　次に、事務局の職員を紹介させていただきます。先ほどごあいさつをさせていただきました、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、総括補佐の塩見でございます。

　同じく、総括主査の松川でございます。

　それから、私、総括主査の東です。よろしくお願いします。後ろにまいりまして、大阪府こころの健康総合センター・地域支援課長の鹿野でございます。

　健康医療部保健医療室の地域保健課から上野課長補佐が出席の予定になっておりますが、別の会議と時間が重なっておりますので、少し遅れてまいることになっています。

　次に、会議の成立についてご報告をさせていただきます。ワーキンググループ運営要綱第５条第２項の規定におきまして、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できないとなっております。本日は、委員総数９名のうち８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ご報告させていただきます。また、本ワーキンググループにつきましては、運営要綱の規定により原則公開となっております。個人のプライバシーに関する内容についてご議論を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、あらかじめ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おりますので、こちらについてもご了承をお願いいたします。

　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したいと思います。よろしくお願いいたします。

○WG長　はい。それでは皆様、どうぞよろしくお願いいたします。本日、進行させていただきます議題については、お手元にあります次第のとおりで、（１）（２）（３）とございます。（４）「その他」というように挙げておりますが、もしここで、この３つの議題以外で、皆さん方で「特にこの点を」ということがございましたらお伺いいたしますが、いかがでしょうか。

　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、時間の関係もございますので、早速ですが議題に入ってまいりたいと思います。

まずは、議題（１）「ワーキンググループの位置づけについて」、このワーキンググループの位置づけというところについて、事務局から説明をお願いしたいと思います。お願いします。

○事務局　はい。それでは事務局から、「ワーキンググループの位置づけについて」ということで説明をさせていただきます。資料１「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）」をごらんください。

　精神科病院からの地域移行に関連する国の動きといたしまして、平成２９年２月に出されました、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」で、「精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を打ち出しています。この資料１は、そのイメージ図となっております。

　このイメージを現実のものとしていくため、図の下の部分になるのですが、保健・医療・福祉関係者の協議の場を市町村ごとに設置する、それをバックアップする形で、障がい保健福祉圏域ごとの協議の場を設置する、それをバックアップする形で、都道府県単位の協議の場を設置して、重層的なバックアップ体制を構築すべき、としています。

　また、平成３０年度からの次期障がい福祉計画で、市町村ごとの保健・医療・福祉の協議の場の設置、障がい福祉圏域ごとの保健・医療・福祉の協議の場の設置が、新たに成果目標として加わっております。

　これに基づきまして、大阪府でのこの３層構造の協議の場のイメージをまとめました。資料２「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る連携支援体制について」をごらんください。精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る連携支援体制のイメージということで、３層構造の主な役割をまとめております。

　まず、１層目の市町村の協議の場として、市町村の自立支援協議会に設置される精神障がいに対応した部会を考えております。市町村では、顔の見える関係の構築をメインに、事例検討から抽出される課題検討を中心に行っていただきたいと考えています。

　また、障がい保健福祉圏域の協議の場として、大阪府では保健所が設置する協議の場を位置づけることとしています。圏域の協議の場では、精神科の医療機関と市町村と地域の関係機関、医療と地域生活のつながりの構築を目指していただきたいと考えています。

　そして、３層目として、本ワーキンググループを都道府県の保健・医療・福祉の関係者による協議の場として位置づけ、市町村や圏域の協議の場と連携しながら、広域的な課題について協議していく場としていきたいと考えています。以上です。

○WG長　はい。ありがとうございました。ただいま、事務局から資料１及び資料２について説明がございました。特に今説明のあったところについて質問がある方はお受けいたしますので、どうぞ。発言をお願いいたします。

○委員　よろしいですか。

○WG長　はい。お願いします。

○委員　この精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの３層構造というのは、これが基本的に、一般というと何ですが、現在、いろいろな形で地域ごとに進めております、医療と介護、あるいは地域の保健福祉関係者を含めた、例えば、認知症の方とか高齢者の方々に関する地域包括ケアシステム、これが今、国の施策の中でも非常に重要視されておりまして、特にこの医療と介護の連携担当者に対しては、市町村を通じて国から連携担当者に対するお金が出るような仕組みが始まっております。地域ごとの、いわゆる地区医師会等がその担い手になって、そういう連携担当の専従者を設置し、地域包括ケアの中で医療と介護、福祉や地域の保健システムが円滑に動くようなことが現実に行われつつあります。

　私の職場があります大阪市城東区でも、城東区の区役所が、ネットワーク会議という名前で毎月会議を開いて、そこの場に地域のさまざまな方々が出てくる。医療関係者としては医師会の、医師会からは在宅医療のことなんかは直接やっていない医師会長も出てきますし、それからいろいろな方が出てくる。実は、その中に精神だけではないのですが、障がい者のケアを担当する障がい者の総合相談窓口というのが何年か前に市町村に設置されておりますが、城東区の場合でもその総合相談窓口を担当する事業所の責任者が出てきておりまして、障がい者の地域包括ケアシステムと、いわゆる高齢者を中心にする地域包括ケアとを同じ場で協議、話をしていこうと。

　それは現実問題として、１つの家族の中に障がいを持った方もおられるし、障がいを持った方を見ていた家族、例えば母親が認知症になって、そのときに家族の障がい特性も把握しないと適切なケアができないと。これはいまさら言うまでもなく、そういうケースについても、現実にはいろいろな方が参画しておられるわけですが。

　実はここで言う市町村ごとの協議の場、この精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムというのは、精神障がい者に対する部会をつくっていただくということは、それ自身も非常に結構なことで、その精神障がい者の地域の中でいろいろな立場の者、医療・保健・福祉の関係者が集まるということは、それ自身にも意味があるのですが、私はそれ以上に、その地域の中の医療・保健・福祉の精神のことをわかっている人間、例えば、ここにおられる委員の方々とかが、広い意味での高齢者を中心にする地域包括ケアシステムのそのネットワークの中に参画して、精神の問題もその中で地域の課題として、問題というのはそれこそ言葉が不適切ですが、課題として一緒に考えていくような形に発展していくということを、やはりどこかに書き込んでいただけたらなとは思っているわけであります。

　今ちょうど、医療計画のことが進んでいますが、そういうところを見ていますと、やはり医療計画を地域の中でつくっていくというときに、作成する委員の中から、例えば、おそらく精神の障がいがあると思われる方々がなかなか医療につながってくれないと。

そういう方についてどうしたらいいのかというような問題が課題として出てきて、あたかもそれは、どうやって精神科に連れて行くのかというような形から協議されるような、今でもそういうところがあるような気がいたします。

実際にはそうではなくて、地域の中での課題として、精神障がい者に対する関係者だけではなく、あらゆる地域の方々がみんなで一緒に考えて、どうするかを考える中で精神科医療につなげるということも、１つの手段として、方法として、プロセスとしてはそれはもちろんあるわけですが。

　ただ、精神科にどうつなぐか、どうやって精神科に連れて行くのかということだけをもし協議されるとすると、やはり精神障がい者は別物と。あるいは地域の中でどうやって出て行ってもらうかみたいな話になりかねないというところがやはりあって、精神障がい者だけの地域包括ケアシステムではなく、地域全体の医療と介護、保健福祉の地域包括ケアシステムの中の重要な構成員として、精神障がいのことを知っている方々が必ず入るようなシステムを、ぜひ今後検討していく必要があると思っています。ぜひ、そのことを強調させていただきたいと思います。

○WG長　はい。ありがとうございます。次の議題の先取りした形でご提言いただきまして、ありがとうございました。

今ご提案いただいた内容で進めていくという、当然、最初の段階での皆さんの確認ということになろうかと思いますが。まずはこの１点目の議題については、その全体を見渡したうちで、３層構造でバックアップ体制をつくっていきましょうというようになっていて、このワーキンググループはいわゆる府域レベルをバックアップしていくのだと。その先には、いわゆる保健所という、障がい福祉圏域を担当するようなところがあって、それで一番地元である市町村、こういう３層構造でやっていく、うちのこのワーキンググループで、府域でどのように進めていったらいいのかというところを検討する場だと、あるいは協議をする場だというような位置づけにしたいということでございます。この点については、いかがでしょうか。ほかにご意見等はございますでしょうか。

　はい。ありがとうございます。そうしたら、今、委員から提案がありましたが、そのことにも関わることでございますが、２番目の、議題（２）「長期入院精神障がい者退院促進事業について」、特に今年度から新たにスタートした事業の取組みも含めてですが。

それと関連しまして、３番目の「精神障がいにも対応した」の「にも対応した」というようなところの、議題（３）「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る連携支援体制について」を、あわせて議論したほうが進めやすいのかなと思いますので、事務局からこの２つの議題をあわせて説明いただきたいと思います。どうぞ、よろしくお願いします。

○事務局　はい。それでは事務局からご説明いたします。本ワーキンググループでは、昨年（平成２８年）１０月に報告書を取りまとめていただきました。その内容を受けて、今年度から大阪府では新たに「長期入院精神障がい者退院促進事業」を実施しております。資料３「大阪府における長期入院精神障がい者に対する退院促進支援連携体制〔Ｈ２９～〕」をごらんください。

　新たな事業では、平成２９年度からの３年間で、１年以上入院している寛解・院内寛解患者が、平成２８年度の在院患者調査では７３０人でした。その方々の退院を目指して、集中的に地域移行に取り組むということとしております。精神科病院からの地域移行では、対象となる患者さんの把握と働きかけが重要であるということから、今回のこの新しい事業では、体制整備コーディネート業務を専任化して広域で活動ができるように、大阪府の非常勤職員として「地域精神医療体制整備広域コーディネーター」という名称で配置しております。現在はコーディネーター３名で活動をしております。

　コーディネーターの主な役割ですが、これは資料３の裏面のイメージ図をごらんください。まず、大きく分けて２つの役割を活動の中で担っております。１つ目は、病院スタッフの退院促進に関する理解促進ということです。地域移行の必要性を精神科病院の職員に根づかせていくために、精神科病院自らが研修を企画するという事業を、この退院促進事業の中に設けております。その研修を企画・実施するための支援をコーディネーターが行うという形になっております。

　２つ目は、退院の可能性のある入院患者を把握し、対象の方を市町村につなぐという役割です。精神科病院への働きかけをする中で、精神科在院患者調査のデータとか、あと、圏域での事例等を活用して、病院が積極的に支援対象者を把握することを促進していきます。なかなか退院をしたいというお声があげられない患者さんへの働きかけとして、精神科病院と連携協力の下で、院内茶話会・交流会を企画・実施したり、そのような働きかけを精神科病院と協力しながら行うことによって、対象となる患者さんを把握し、その患者さんを市町村が設置する精神障がい者の地域移行について協議する場につなぐという役割を担うことにしております。

　まず、本事業の対象となっております、平成２８年度在院患者調査の中で入院期間１年以上の寛解・院内寛解患者７３０人の状況について説明いたします。資料４「入院期間１年以上の寛解・院内寛解患者（７３０人―平成２8年度在院患者調査）の疾患別状況」をごらんください。

　年齢階層と、それから疾患名でクロスをかけております。７３０人という合計になる、括弧の中が平成２８年度在院患者調査、平成２８年６月３０日時点の７３０人の状況です。上段の括弧に入っていない数字は、その７３０人の方々に対して、今年（平成２９年）の３月１日時点の状況を改めて対象となる患者さんがいらっしゃる病院に調査しました。

　その中であがってきた入院中の患者さんということで、５５７人の方が３月１日時点でもまだ入院をされているという状況でありました。その中の内訳を示しております。患者数で見ますと、統合失調症の方が圧倒的に多くて、ついで器質性精神障がいの方、気分障がいの方、精神作用物質使用ということで依存症の方の順となっております。３月１日の追加調査で、まだ入院を続けていらっしゃる方の割合を一番下に残存率という形で書かせていただいております。数の多い上位４疾患で見ると、統合失調症の方が８３．４％と高い割合になっております。

　あわせて、ちょっと資料は飛びますが、参考資料２「入院期間１年以上の寛解・院内寛解患者の状況《Ｈ２９在院患者調査（速報）》」をごらんください。参考資料２は、今年度の６月３０日時点の在院患者調査の速報値となっております。この速報値の中で、１年以上入院期間の寛解・院内寛解患者の状況ということでまとめております。

　今年度、１年以上入院期間の寛解・院内寛解患者さんの数は６４７人となっております。真ん中の疾患区分のところで見ますと、統合失調症の患者さんの数は４４１人ということで、昨年に比べて少なくはなっているのですが、この６４７人の患者さんの内訳で見ると、６８．２％ということで高い割合になっているという状況になっております。

　もう一度資料に戻っていただきまして、次は資料５「地域精神医療体制整備広域コーディネーターの活動状況」をごらんください。先ほどご説明いたしました、退院促進事業の中で配置しております地域精神医療体制整備広域コーディネーターの半年間の活動について、ご報告いたします。コーディネーターの活動状況は、資料５の上の囲みのところをごらんください。

　まず、コーディネーターは、４月に、前年度までの委託事業所に対してヒアリングを行うという作業を行っております。５月の連休明けから、各精神科病院に訪問をするという形でヒアリングに出かけております。対象病院５０病院中４０病院に現在訪問をさせていただいているという状況です。対象病院といいますのは、大学病院とか総合病院で１年以上の患者さんがいらっしゃらないところは、今回は訪問はしていないという状況ですので５０病院となっております。

　病院への訪問に加え、コーディネーターが他市町村とか保健所等の会議で事業の説明等も含めて会議への出席をさせていただいております。これが１３市町村２保健所となっております。

　ダイヤの４番目です。コーディネーターが病院を訪問したあとに、各病院に対象となった７３０人の患者さんの状況について聞き取りを行っております。病院から詳しく患者さんの状況についてご回答をいただいておりますが、まだ回答をいただいているのが１４０名ということで、少ない状況です。１９病院から詳しい患者さんの状況を教えていただいておりまして、その中で１４０人中現在もまだ入院されている方が１２６名、退院された方が１１名、亡くなられた方が３名いらっしゃるという状況になっております。

　次に、地域精神医療体制整備広域コーディネーターの活動から見えてきたこと、ということで下に書かせていただいております。まず①から④までの部分をごらんください。今年度からの事業の活動内容に沿う形で①から④まで分けた形で、今までの活動で見えてきたことをまとめております。

　まず、①番ですが、対象となる患者７３０人の状況についてということで、まずコーディネーターは、在院患者調査の回答だけではわからない、患者さん一人一人の状況について、病院に情報提供を依頼させていただきました。

その中で見えてきたこととして、統合失調症の患者さんが一番多いので、追加調査時点での残存率も高い。あと、高齢化によるＡＤＬ（日常生活動作）の低下で車いすになられたりとか、あとは寝たきりの状態になられている患者さんもいらっしゃるということ。あと、がんになられたりとか、糖尿病の状況が思わしくないというような合併症が出てこられている患者さんがいらっしゃるということ。

あるいは病状自体、少し外泊をされたりとかそのような刺激があると不安定になられるというような患者さんもいらっしゃること。あと、ご家族の思いなども、それぞれの患者さんによって違っているということで、当然といえば当然のことなのですが、一人一人の状況が、やはり本当に一人一人違うということがはっきりしてきたと。在院患者調査結果の状態像が同じということだけではわからない個別の状況が見えてきました。

　②番としまして、院内茶話会の開催について聞き取りを行っております。茶話会の実施を希望される病院に関しては、どのような茶話会が入院患者さんに対して有効なのか、ピアサポートの活用も含めて一緒に検討して実施に向けた支援を今年度は行っております。

　聞き取りの中から見えてきたこととして、これまでも地域関係機関との協働で実施してきた茶話会ですが、そういう実施方法でやってきた病院のスタッフからも、「患者さんを集めるのになかなか苦労がいるんです」とか、大変な思いをしていますというお話が出たりとか。あと、「茶話会では退院の話をするので参加したくない」というような患者さんもいらっしゃるという話が出ていました。このことから、関係機関同士の連携が十分でない中で茶話会が実施されてきた結果があるのではないのかと考えられます。

　次は③番ですが、精神科病院職員の地域移行に関する理解促進についてということで、コーディネーターからは、病院のヒアリングの中で、今年度はどのような研修が必要なのか、病院の担当者と一緒に検討して実施に向けた支援を行っております。

　ヒアリングから見えてきたこととしては、病院の中では安定をされていても、外泊とか退院後の症状の再燃を不安に思う病院職員がいらっしゃるということもわかりました。また、他職種とか経験年数によって職員の知識や考え方に違いがあるということも見えてきました。病棟で患者さんと関わる際に、地域移行の視点を持てるような研修を希望するというような病院も出てきました。

　次に④番として、患者さんの地域移行を考える協議の場についてということです。今回、コーディネーターの役割の中では、把握できた患者さんを地域の市町村の協議会につなぐという役割があるのですが、まだ個別の患者さんを市町村につなぐ段階までコーディネーターの活動は進んでおりませんが、市町村の自立支援協議会の専門部会からの求めに応じて、会議に参加している市町村があります。

その会議に参加した内容ですが、事例検討を実施している市町村がありましたが、数としては少なく、情報共有するというところが、会議の内容としては多かったようです。

　ただ、共有はしたものの、そこからどのようにその会議の中で進めていったらいいのかというところが、なかなかその中で決められずに手探りの状況の市町村が多いという状況でした。地域移行支援を利用したい患者さんが今までも精神科病院にいらっしゃって、その方を申請につなげたいという動きをされた病院もあったのですが、なかなかスムーズに申請につながらないというようなことで、市町村とのやり取りがうまくいかなかったというような経験があると、市町村等地域の関係機関との連携に消極的な意見を述べられる病院もありました。

　保健所が地域の調整役を担ってくれている圏域もあって、そういう圏域と、そうでない圏域とを比較して見ると、市町村と地域の事業所などの連携状況に差異が見られました。そのようなことがコーディネーターの半年間の活動の中で見えてきた事柄になっています。

　このようなことから、精神科病院からの長期入院者の地域移行に関しては、今までは入院患者さん一人一人にあった支援メニューがきちんと提供されていないのではないのかということと、それから、長期入院の精神障がい者の現状が、地域の関係機関で共有できていない、あるいは共有する場がないのではないのか、という状況が見えてきました。一人一人の状況をしっかりと聞いて、その方に何が支援メニューとして必要なのかということと、あとは画一化された支援ではなくて、いわゆるその患者さんそれぞれに対してオーダーメードに支援を考えていくと。それを関係者で考えていくということが、今後求められることになるのかなと思います。

　その際、最初の議題でご説明をいたしました、資料２の３層構造の連携支援体制が十分に機能する体制にしていく、ということが望ましいのではないのか。それがまずは第一歩ではないのかというように考えております。

　参考資料３「市町村の『保健・医療・福祉による協議の場』の設置及び開催状況」を見ていただけますでしょうか。市町村の保健・医療・福祉による協議の場の設置及び開催状況について、今年度の８月時点の状況をまとめておりますが。

　現状では、地域移行の主体である市町村には、自立支援協議会の専門部会など協議の場を設置している市町村も徐々に増えてきておりまして、今のところ、設置済みというのが２０市５町村というようになっております。ただ、まだ６市５町では設置がされていないという状況もあります。

　実施をされている市町村においても、開催頻度を見ますとまちまちで、月に１回程度やっておられるところが８市、それから２、３か月に１回程度やっているところが１５市１町村ということで、年に数回、年に１回程度というところもあります。　広域コーディネーターの活動の中からは、先ほど申し上げましたように、精神科医療機関を交えた事例検討を行っている市町村は少なく、その運営に苦慮している状況が見えてきたという現状があります。その現状を考えますと、今後すべての市町村が協議の場を設置・運営していくために、まずは参考となるものを提示するなど、市町村が協議の場に対するバックアップが必要ではないのかと考えております。

個別事例を市町村につなぐ広域コーディネーターの活動と平行して、今回病院から聞き取りをしている対象者の事例から幾つかのモデルパターンをあげて、事例検討を行う際の視点など、協議の場の運営に参考となる事柄をまとめた事例集のようなものを作成し、市町村に対して本ワーキンググループから提示すればどうかと考えております。以上、長くなりましたが、議題（２）、議題（３）の説明を終わります。

○WG長　はい。ありがとうございました。少し委員の皆様方にはわかりづらいところがあろうかと思いますが、冒頭で出てきた「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」、これをつくっていくのだというのが念頭にあるわけですが。今、説明をいただいたのは、その中でも「特に」というところで、地域移行支援というところに、かねてからこのワーキンググループが取り組んできたものと、それから前年度（平成２８年度）に取りまとめて提案をした中で、大阪府が独自にこういう体制整備の広域の人を配置して取り組もうと進めてきたと。その検証も含めて、大きなテーマではあるのですが、やはりその核となるといいましょうか、地域移行支援のところをベースに見ていく必要があるのではないのかという提案だったように思います。

　そういう意味では、これからこのワーキンググループの際には、地域全体に考えていったときには、さまざまな論点が出てこようかと思います。忌憚のないところで、「ぜひ、このところをやりたい」というようなことがありましたらお出しいただければと思いますが。

　まずは、今取り組んでいる地域移行支援、特に平成２４年度からだったと思いますが、障害者総合支援法という枠組みの中で、地域相談支援という形でこの地域移行の取組みが事業化されて、市町村にメインに取り組んでいただくところが移ったと。これまではなかなか精神障がいのことに取り組んでいなかった市町村が、いきなりそういう形でやっていかなければならないと。特に医療機関との連携というところでは、市町村というところと医療機関というところとでは、うまくいっているところもあるのでしょうが、なかなか全体としては進みにくいと。そういう中で地域移行がなかなか進んでいないという、こういったところが課題としてあって、その点を先ほどご報告いただいた中でも、「どうして進まないのか」みたいなところの課題を抽出していただいたというようなところがございます。

　それを含めて、今後このワーキンググループでは、地域移行を核として議論を進めていければというような提案だったのではないのかなと受けとめております。説明いただいた内容等でもかまいませんので、まずは質疑から取っていきたいと思いますので、何かございましたら発言いただければと思います。いかがでしょうか。

○委員　よろしいですか。

○WG長　はい。お願いします。

○委員　調査の数のことなのですが。昨年、１年以上の入院の寛解・院内寛解患者が７３０人おられて、ことし調査してみるとその方たちは５５７名と、１７０人ぐらい減っているのですが。これは何でそうなったのかというのと、ことしの速報値は６４７と、これもかなり減っていますでしょう。この原因はどういうことがあったのかというのを教えてくれますか。

○事務局　追加調査によって７３０人の入院患者さんが５５７人になったということですが。既にその３月１日時点で退院をされている方が１１８名、３月中に退院予定の方が７人、退院後また再入院をされているという方が２２人、転院が１０人、お亡くなりになられた方が１６人ということす。

○委員　退院をされた方は何人ですか。

○事務局　はい。既に退院された方は１１８人。

○委員　１１８人も退院されている。

○事務局　はい。

○委員　その中で地域移行支援事業を利用された方というのはどれぐらいあるのですか。退院されたあとは。

○事務局　そこはちょっと確認をしていないのですが。そのあと病院のヒアリングをコーディネーターがした中で、今取り組んでいるという患者さんに限っては、まだ６人ぐらいに地域移行支援を検討しているという答えだったので、１１８人の中でどのぐらいの方が援助されていて、それを使われたのかというのはちょっと調べていないので。

○委員　ああ、そうですか。ぜひ、それも調べていただいて。

○事務局　でも、たぶん少ないのではないのかなと思います。今退院された方に関しても、どちらのほうに退院されたのかということも病院で確認しているところですので、そのあたりもまとめられるかなとは思っています。

○委員　よろしいですか。

○WG長　はい。どうぞ。

○委員　現時点でわかっている１１８名の退院された方の退院先ですよね。どこへ、どういう形で退院されているのかということについても、やはりデータとして出していただかないと。

やはり現状がどういう形で、本当に地域移行という形で退院者が増えて、そして長期在院者が減っているのか。それとも何か別のところでやはり入院しているのと同じような形で、ただ病院から出たというだけなのかということが。そこがやはり、退院先についての調査は必要かと思います。

○事務局　はい。

○WG長　はい。お願いします。

○委員　先ほどの、ずっとこの間の流れの中で、大阪府が独自で府の単費費用というようにしながら、社会的入院の解消に向けた予算化をしてきた経緯があったかと思うのですが。

それが平成２０年から障害者総合福祉法の地域移行支援の自己申告制というか、患者が手を挙げて自分でお金を支払ってそれを使うとなって以降、あまりそこの枠を使っての退院の実績というのが、確か二桁ぐらいで推移してきたような、すごく人数が減ってきていると感じてきています。それを何とかしていこうということで、たぶんこの広域コーディネーターの方にお仕事していただこうということなんだろうと理解しているのですが。

　広域コーディネーターの方が入られるとしても、ベースとなる医療機関と市町村との連携というあたりについて、市町村というと障がい福祉課なのかと思うのですが。そこと医療機関との連携などについて、どういうように今までなされてきたのかなというのを教えていただけると助かります。

○事務局　退院促進支援事業は、平成２３年度まで大阪府がやっていた事業の中では、保健所が核となってやっていた経過があります。対象となる方の推薦を病院が保健所に出されて、そこの保健所の会議、自立支援促進会議というところで、市町村の担当の方も集まって、地域の福祉事業所の方も集まって、もちろん精神科の医療機関の方々も集まって検討するというような形で、一同にその患者さんのことをどうしていこうかということを考える会というのがあったので。医療の部分と、それから福祉施策というか、退院後の自立生活をつなぐような形で間に保健所が入ってやっていたという経過があります。

ただ、それが平成２４年度に総合支援法になって、地域移行は市町村の事業ということで個別給付になった時点で、それは市町村の役割であろうという形で、その保健所を核とした今までのやり方がなくなってしまったという経過があります。その中で、大阪府としては市町村のそういう自立支援協議会の中に部会をつくっていただいて、そこが役割を担ってほしいということで進めてきた経過はありますが。

やはり市町村にとっては医療との連携はすごく難しい部分があるということと、あとは、患者さんが入院されるのが把握できないところがあったということで、本来でしたら、そこの精神科病院から、そろそろ退院というときに、市町村の窓口にスムーズにつなげられるようなルートがあるべきだとは思うのですが。

そこがきちんとつくられてきていないという現状があると思います。ですので、そこをもう一度つなぎ直したいということが、今回の事業の目的でもあると思います。

○委員　もう１回言うと、患者さんが入院したことを市町村が把握できるようにして、退院に向けてサポートという形で見守りができるようにしていこうということですか。

○事務局　そうですね。病院の方々にも、なかなかどういう形でつないだらいいのかがわかりにくい、と言われるスタッフの方もいらっしゃいましたし。市町村は、医療機関との連携はなかなか敷居が高いというのもあって、どういうようにしていったらいいのだろうというところで、本当にルートがつながっていないというようなところがあるのかと思いますので、そこをしっかりとつなぐというようなところが課題になるのかと思っています。

○委員　平成２３年度まであった、保健所を媒介にして推薦していくような関係性というのはつくりあげていかれる予定ではあるのですか。

○事務局　推薦ということではなく、やはり働きかけをしっかりと、市町村を含めて精神科病院にできるような形と、それと地域移行の、この方であれば退院可能ではないのかということをしっかりと病院のスタッフの方が患者さんを把握して、その方を、戻りたいと患者さんが望まれる市町村へつなげるという役割と。どちらもがその辺をきちんと意識しながらやっていっていただけるようにしていかないとと思っています。

○委員　市町村が病院に働きかけるというあたりが少しわかりづらいのですが。

○事務局　精神科病院への働きかけということで、市町村も基幹相談支援センターとか、そういうところが役割として担っていただくようにはなっているのですが。その方が、市町村の方たちが精神科病院とのつながりができていないというのがあるので、コーディネーターのほうが市町村の協議の場、専門部会からしっかりと精神科病院へ働きかけができるようにつないでいきたいという思いでいますので、まずはその精神科病院から対象となる患者さんを市町村へつないで、その方の事例を検討することから始めていけたらと思っています。

○委員　よろしいですか。

○WG長　はい。

○委員　病院の立場からしますと、保健所は病院の監督官庁という立場にあって、例えば、医療保護入院の方が入院されると保健所に情報を渡す。ただ、相手が市町村に変わったところで、市町村との連携は本当に難しいですね。

１つは、市町村に理解できるスタッフが、専門職がいないということがあって。保健所ですと、精神保健の相談員の方か保健師がいらっしゃるのですが、市町村は保健師はいるのですが、精神保健福祉士が市町村にいないということが大きな問題かなと、私は思っているのですが。精神保健福祉士がこういう連携の専門家ですので、そういう方たちが市町村に配置できるような、こんなことを言うと、大阪府がやりたいと言ってもできないかもしれませんが、そこに大きな問題があるという気がしています。

　各事例について、市町村で協議するということは、個人情報の問題もあるし、なかなかできかねる。事例をあげて、地域ケアケース会議みたいなのはありますから、そこに精神科の医療に出ていただいてできるかもしれませんが。それぞれの個々のケースについて連携することは、具体的方法は今はほとんどない状態ではないのかなという気がしますが。そこを何とか解決する方法を考えないと、市町村との連携は病院としては非常に難しいと思っています。

○委員　よろしいですか。

○WG長　はい。どうぞ。

○委員　長期入院患者さんが地域に帰ってこられるとなったときに、精神障がい者の方なわけですから、ほとんどのケースが退院後も継続した医療は必要とされるということは想像されるわけです。

そうなりますと、退院後の医療の担い手が誰なのかということがあって。もちろん、入院されていた病院から引き続き退院後のケアをしていただくケースも、これは当然あってもいいわけですから、その場合は比較的医療の連携はスムーズかと思うのですが。特に大阪の場合、大阪市の人は病院と居住地が遠く離れているようなケースも多くあるので、それはやはり退院後の医療の意味合いとしては、その地域の中にある医療機関となりますと、多くの場合は、例えば精神科の診療所とかということになるかとは思うのです。

　我々、精神科の診療所の中では、大体このあいだまでは２割ぐらいだったのですが、今は４割近くの医療機関が、ＰＳＷ（精神保健福祉士）を配置しているという現状がありますので。

ぜひ、医療の担い手としては広域コーディネーターの方が間に入って市町村との連携を取る中で、そこの市町村にはどういう資源があるかということについて十分に把握して動いていただいて、必ず行政の中の人だけとの連携ではなく、地域の中の診療所のＰＳＷとか、あるいは精神科の医者も含めてですが、あるいは精神科の看護師、そういう方も含めて十分な連携の場を持っていくこととして。

　幸い大阪では、例えば、訪問看護ステーションが無数と言っていいほど今できていまして、その中でおそらく精神科訪問看護を断るステーションは今はもうほとんどないと思います。精神障がい者の方であっても、訪問看護が必要という指示が出れば、ほとんどの訪問看護ステーションが精神科に特に特化されていなくても引き受けていただけるような人員の準備はあるので、訪問看護とかも十分、担い手はほとんどの市町村で期待されるというか。そういう地域の民間と行政と、そういう地域の資源をいかに横のつながりをつけて、ユーザーの方の周辺に配置していってニーズを満たしていくのかという、そこの連携を考えていけば、市町村レベルでできることはまだまだきっとあると思います。

　そこの連携、そこの地域の中の医療間を、介護保険の担当者ももちろん含まれてくる、高齢者もいるわけですから、そういうネットワークの中に精神障がい者の方の情報をつなげていくということを、私は大阪府が今回設置してくれた広域コーディネーターの方に非常に期待するところは、その役割なのかなと思っています。

○WG長　はい。どうぞ。

○委員　今おっしゃられたところは本当にもっともなところだと思うのです。本当に幅広い社会資源を利用したネットワークづくりの中で、その方をどう支援していくのかということは話し合われるべきだとは思うのですが。やはり核になるところが必要だと思うのです。その核がなければ連携、チームワークというのはなかなかつくっていくことは難しいと思うんですね。その核をどうするのかということを、この場でやはり協議していっていただきたいと思います。核がしっかりすれば、チームの連携は自然と、徐々にでもでき上がってくると思いますので、そのことをちょっとここの場で協議していただきたいと思います。

○WG長　どうでしょうか、ほかは。はい。

○委員　退院促進の地域体制整備コーディネーターの件ですが。先ほどもおっしゃっていたと思うのですが、自立支援促進会議とかが保健所でやっているときは、そこで退院者の、圏域ごとに退院に関するアプローチができる方はどうなんだろうというのを出し合って動いていた経過もあって、そこから地域体制整備コーディネーターとかが地域相談支援マネジャーという形で、１６圏域でしたか、１６個の事業所に振り分けてという形でやっていたと思うのです。そこでも実際に金額的なものも含めて、実際に事業所で１人のＰＳＷを雇うのも非常に厳しかったりして、どうしても兼任、兼務になってしまうという、力が入れにくい事業所もたくさんあったと思うのですが。

　それにしても、ことしから地域広域コーディネーターが３名というところで、もちろん専任というのはとてもいいのかなとは思うのですが。実際にその３名で非常勤という形で、どこまでができるのかなというところがとても疑問に思うところがあって。その３名という根拠も教えていただきたいですし。ここにあがっている活動状況でも、以前からずっと言われてきたことではあるのかなとも思うので、その辺を今後どこまで体制、広域コーディネーターに求めるのかなというところに、今の展望を何か教えていただけるとありがたいなと思うのですが。

○事務局　はい。広域コーディネーターを４月から３名という形で雇用しています。実際のところは、事業的には二次医療圏ごとに１名ずつということで８名が事業としてはコーディネーターの数なのですが。最初は、国の医療介護基金を使っておりまして、その内示が出るのが遅いということで、とりあえず３名からスタートしようということで、３名で半年がきたのです。

国の予算も決まりましたので数を増やそうということで、年度途中で募集をかけているのですが応募がないという状況で、１１月１日採用でハローワークにかけましたが、今のところ未着ということで、毎月募集をかけていく形ではしていこうとは思っているのですが。という感じです。増やしたいという思いは持っています。３名では全然足りないということも、それも感じています。

○委員　個別のケースにも関わっていくと、関わるというか、実質的な動きというのは、個別給付のほうで動ける事業所があったら動くのかなと思うのですが。どこまでをイメージされているのですか。つなぎみたいなところですか。

○事務局　つなぎですよね。個別のケースをコーディネーターが実際に持って支援をするということは考えていません。その方たちを、精神科病院ときちんと連携しながら、地域移行の対象となる方の把握をしっかりとして、その方のご希望をまず聞きながら、退院が可能、退院をしたいという市町村につないでいくという役割ということですよね。

　もちろん、そのつなぐ先が協議会なり、そういう会議の場には、患者さんの情報を、もちろん病院なり患者さんの了解のもとに、「こういう方がそちらの市に帰りたいというようにおっしゃっていますので、ぜひ、どんなふうにしたら退院ができるのかということを一緒に考えてください」ということで、患者さんをつなぐということで。その会議の場に患者さんをつなげたら、やはりそこに参画をして一緒に考えていくというような考えを思っております。

　ですので、個別の患者さんの把握とつなぎ、それから、その把握をするために、例えば大阪府で行っております、在院患者調査のデータを皆さんと一緒にもう一度見直してみると。そこから患者さんそれぞれの詳細な情報を聞き取りながら、「この方はどうなんだろうか」ということを病院と検討していくということ。あと、病院側が望んでいらっしゃる茶話会とか、そういうのをどのように企画したらいいのかとか、というようなことも今は進めているところです。

　茶話会も、患者さんを病棟で集めてということで、ばくっと「参加してもらいましょう」というような誘い掛けで病院もしていたのですが、そうではなくて、どういう患者さんに茶話会が有効と考えているのかとか、あるいは、この患者さんにはこういう茶話会の集団の場に出てきてほしいんだというような、患者さんを病院のほうでセレクトしていただく。それで進めていただくという方法もありまして、例えば、ある病院では初回の茶話会は、女性で一人暮らしを考えていらっしゃる患者さんということで絞っていく。その次は、ぐっとこう、退院について考える会ということで患者さんを集めるというような形で、タイトルをつけるというか、目的をきちんと絞った形で患者さんに来ていただいて、その患者さんがその会に参加されたときにどうだったかというとこら辺から、次の支援を考えるという形で。

本当に地道な作業といえばそうなのですが、お一人お一人に視点を向けてということで、今動いているところです。それで３名ではやはり足りないというところは思いますので、何とか人を増やしたいなということは考えております。

○WG長　計画して実施する段階では、いわゆる二次医療圏に１名ずつというところで進めてきたのですが、実質的に雇用に至らなかったというところで今は３名になっているという話ですよね。はい。ありがとうございます。はい。どうぞ。

○委員　すみません。市町村の協議の場というところで、参考資料３をいただいているのですが。この各圏域の状況で、協議の場に、例えば、精神科病院とかクリニックとか医療機関が参加している、あるいは、していないというようなところはわかるのかな、どうですかというところが１つあります。

うちの保健所圏域では、地域移行という協議の場、大きな場では医療機関は入っていないです。精神障がいのワーキングという形で圏域の病院、保健所圏域で１箇所だけなのですが、入っていただいて協議をしているというところがあります。市町村と医療機関との連携といいますか、なかなか市町村がどういうふうに連携を取っていいのかわからないというようなことでは、こういった協議の場に参加していただいて、まずは顔の見える関係ですとか、情報共有とかということは１つ必要かなと思います。

　あと、圏域ごとの協議の場ということで示していただいている中で、保健所が設置する協議の場とあるのですが。おそらく、この各圏域の今やっている市町村の協議の場には、保健所は入っているんだろうなと思うのです。それがあって、これが１つの場ということで、圏域ごとの協議の場というのはどのようなものをイメージすればいいのかなと。

それは先ほど出ていた、以前あった自立支援促進会議みたいな形なのか。そうではなくて、また違う何かをいいものができるのか。本当にこのイメージがなかなかできないもので、市町村あたりもここで協議しないといけないのか、ちょっと何かあるのかを教えていただけたらと思います。

○事務局　市町村の協議の場で、コーディネーターが今参加させてもらっている１１の協議会、１３市町村で複数で開催している協議会もあるので、１１の協議会で参加させてもらっているのですが。

その中では、２つの協議会で医療機関が入っておられないというところがありますが、そのほかは精神科の医療機関に入ってもらっているということで聞いております。顔の見える関係をつくるというのはおっしゃるとおりすごく大事なことだと思うので、今回の計画で目標として設置するようにと言われている市町村の協議の場に関しては、医療・保健・福祉の関係者が集まる場ということになっていますので、医療の部分で病院ないし診療所の医療機関からもスタッフに出てもらいたいということも依頼していただけるようにと思っています。

　大阪府には障がい保健福祉圏域と保健所圏域と同じくあります。精神障がいのことを考えるときに保健所を抜きにしては考えられないところがあると思いますので、保健所が設置する協議の場をお願いしているところです。どのような話をするのかということ、あくまでも、この３層構造の中のイメージ図ですので、今後検討していかないといけないのかなと思います。

○WG長　はい。今、資料２のところの話になるわけです。ここに書いているのは、現段階で考えている保健所がその協議の場となった場合に、主にこういうような役割を担ってもらえるのではないのかというところを示しているということですよね。このあたりについて、例えば、こういう機能をこの場に入れるべきみたいな話は、ここの場で出していただいて議論をするということはもちろんかまわないと思います。

○事務局　はい。

○事務局　ちょっとよろしいでしょうか。

○WG長　はい。どうぞ。

○事務局　はい。先ほどからコーディネーター、広域コーディネーターの活動に関するお話が出ておりますが。本来ですと、法律上、平成24年度からは、市町村が役割を担うということになったのですが、なかなか進まないと。

先ほどもご意見がありましたように、市と医療機関の連携は非常にまだまだハードルが高いというような意見がございますが、なかなか任せていては進まないというところで、大阪府で、従来の保健所でやっていたような形をもう一度専任という形でやりましょうということです。今のところの予定としましては、３年間の期間限定といいますか、それでこれを始めたところです。

　これをいつまでも大阪府が続けるわけにはいきませんので、今後はやはり市町村にやってもらわなければいけない。その市町村に動いていただくためには、このような視点なり活動が必要ですよというようなところを、何とかこの場で議論いただいて、事例とともにお示しできないかと考えております。

　ですから、皆様方には、今の広域コーディネーターがやっております活動に対するアドバイスであったり、市町村の段階ではこういうことが必要だよね、というようなご意見をいただいて、我々が次回、ある程度たたき台というような形でお示しをさせていただきたいと考えております。

本日はコーディネーターの活動に関して見えてきた課題については、「こうしたらどうですか」といったようなご意見ですとか、先ほど来いただいております、市の資源を把握することが必要だといったようなご意見等をいただければと思っております。よろしくお願いいたします。

○WG長　ありがとうございます。先ほど私から少し説明をさせてもらったのですが、平成２４年度から大阪府がずっと今までやってきた保健所をベースにしながら、実際にこの長期入院者であったり、社会的入院の状態にある人をどうやって地域にというようなところをみんなで考えながら、「この人のことをこうしていきましょう」というようなことを進めてきたと。

そのあり方が、国の制度自体が基本的に変わってしまった。いわゆる市町村ベースでやっていくんですよとなってしまったと。だから、基本的な制度がそうなってしまったので、「じゃ、その制度の中でどう進めていったらいいのか」というあたりで大変苦労をしてきたというようなところがあろうかと思います。

　その中で言いますと、今まで大阪府が担ってきた、あるいは保健所が担ってきていた部分が、制度上は市町村の中の基幹相談支援センターという、ここのところに体制整備のコーディネーターを配置することができるみたいな規定があって。

ところが、市町村にとってみると、基幹相談支援センターを立ち上げること自体なかなかハードルが高くて難しいという側面もあるのですが。そこにプラス専門職であるような体制整備コーディネーターを配置していくというのはとても、次のハードルがもっと高いという。それでなかなか進まなくなってしまった。実質、地域移行の件数もどんどん少なくなっていったという。

この中でどういう仕組みをつくっていくべきなのかということで、このワーキンググループでは過去数年にわたっていろいろ検討した結果、今年度からまた新たにこの大阪府の単費でこういう広域コーディネーターを配置をして仕組みづくりを、ケアシステムをつくってもらうような働きかけをしていきましょうというようなところに至っているということです。

　それを今、事務局から３年間の期限つきのものなのだという話がありましたが、ここのワーキングの中で、精神障がいも含めた包括的なケアシステムをつくっていく上においては、やはりこの部分の都道府県の役割が必要なのだということがここの中で合意されるのであれば、ぜひ、大阪府のほうに我々も引き続き、同じような機能でいいのか、もう少し違う機能を持ったところがいいのか、そんなこともここの議論でまとまれば、ぜひ提案はしていきたいとは思っています。

　このワーキングで、これまでやってきた中で、今年度から大阪府が３年間で、先ほど出ていた７３０人ですが、この人たちを０にするのだとなって、そのための１つの施策としてこれを取り上げるというように大阪府が施策化してくれたんですね。

それはやはりワーキングの中でずいぶん意見交換があって、こういうようなものを大阪府としてやはり設置すべきだというようなところを要求していた中で、大阪府が施策化してくれたというところがありますので、「ぜひとも、こういうものが必要だ」というようなところが合意形成されれば、大阪府もやはり予算も含めて考えていただけるのだと思いますので。ぜひとも、「制度上、仕方がないので」ではなく、「やはりこういうものがいるのだ」ということを、ぜひ、皆様から意見をいただきたいと思っています。

　ほか、どうでしょうか。何かございますでしょうか。はい。お願いします。

○委員　今も部会長がおっしゃったように、あるいはほかの委員の方もおっしゃったように、市町村ごとに協議の場、３層構造でこういう精神障がいにも対応した包括ケアシステムのいろいろなものを検証の場をつくるということが必要だと思います。

最終的にはその検証する場が提案することは、先ほどもおっしゃったように、結局地域の中でどこが最終的に地域の中の精神障がいの、精神障がいだけではないですが、いろいろな障がいをお持ちの方々の地域包括ケアのハブになる所はどこなのかということを、やはり市町村ごとに明確化していって、そこを中心にしてその地域の中の資源を横のつながりをつくってまとめていく必要があるので。

　それぞれの市町村が指定している、例えば、障がい者の活動支援センターとか生活支援センターとか、そういうところがこういう今後、この地域移行も含めて、あるいは地域移行だけではなく、地域移行後の地域生活の支援センターとして、当然、一定の役割を担ってもらわないといけないところですし、そのために既に公的なお金が入っているところもあるわけですから。そこら辺を、どの市町村にはどういうものがあるのかということを、やはり市町村ごとに改めてニーズ、ニーズというか、自分のところの強みみたいなものをやはり検討して知っておいていただけるような働きかけをしていくと。

　そして、そういう支援センター等が、個別事例についてのケア会議を開くときには、この今回の広域コーディネーターが、場合によってはオブザーバーとか、スーパーバイザー的な立場でやはりケース会議にも入る。あるいは、そのケース会議に参加してもらえるスーパーバイザーを推薦するような機能を持っているとか、そういうことを検討していけるように、圏域ごと、市町村ごとの協議の場に提言していけると、少しずつ進んでいくのかなと。

　それはモデルとしては、やはり介護保険で地域包括支援センターというのが、高齢者ですね。高齢者包括支援センターができて、最初はなかなか「何するねん」みたいなことを言っていましたが、やはり年々その機能が充実してきて、役割がだんだん明確化してきて、多くの介護保険事業者と包括支援センターの役割というのが、少しずつ明確になってきているのかなと。それを１つのモデルとして、それの障がい者版を見ていくのだということを、市町村に提言していけるということが大事なのかなという気はいたします。

○WG長　どうでしょうか。何かございますでしょうか。はい。どうぞ。

○委員　市町村と精神科病院をつなぐと言われましたが、市町村によってかなり精神障がい者の地域移行に対して、考え方に格差があるように見受けられます。

精神科病院が建っている地域、市町村は、「もう、近くにあるもんやからしゃあなしに」、どうしてもそこに精神障がい者の方が来られるので、そこの退院先としてやはり病院の近くにたくさん住まれる傾向にあると。

これを見てみると、もう大阪市なんて全然関係ない。大阪市の住民の方は、精神科病院はほかの市町村へ丸投げして大阪市は全然関係ないみたいになってしまうので。この辺、大阪府として市に何かものを言うのはなかなか難しいとは思うのですが、やはり保健所のほうがやはり現場、精神科病院としてはものは言いやすいというのが現実のところだと思うので、その辺は大阪府にもしてもらいながら、保健所もある程度窓口をさらに強化していただけたらと思っています。

○WG長　いかがですか。大阪府全体で協議していく部分で必ずネックになってくるのが、大阪市という、ね。

ここと、その他のいわゆる市町村との中で全体像をどうつくっていくのか。特に精神科領域の話になりますと、大阪市内ではなく入院する場合は違うところへという。そこら辺の課題はものすごく大きな課題があって、行政の母体が違うのでどう進めていくのかという。その辺りがものすごく大きな課題になって、常に検討されるところなのですが。

やはり精神障がいのあり方を考えていくときには、割と狭い地域というか、そういうところで議論すべきこともあるのですが。一方で、医療ということを考えたときに、都道府県単位というか、このような領域で物事を見ていかないといけないという、両者の側面がいるのだろうなと思っております。いただいた大きな課題ではあろうかと考えていますが。

　保健所というところが、きょうの皆さんの意見の中でも出てきたかと思います。平成２４年度まで保健所が担ってきていた、特に自立支援促進会議とかを中心に地域移行についての役割があったかとは思いますが、それ以降について、保健所はこの地域移行に関してどういう役割を担ってきているのかみたいなところを、少し教えていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○事務局　平成２３年度までの退院促進支援事業が終わり、平成２４年度に市町村の事業化になる時点で、大阪府からは保健所での事業は終わるということで、市町村のほうでその会議をちゃんとつくってやっていってくださいとお願いしております。そこには必ず保健所が参画して、その会議を支援していってくださいというようなところでのお願いということで。保健所は今も自立支援協議会の部会に入って、会議に出席しているところがほとんどだと思います。

ただ実際に、じゃ、病院がする院内茶話会にどう協力するのかとか、あるいは病院側がこの事業の院内研修会にどういうアドバイスをしていくのかというような、精神科病院のほうがいろいろなことを企画されたり考えられることに対して、どこまでの協力をされているのかを見ると、コーディネーターが動いている中では、圏域保健所ごとに差があって、茶話会でも市町村とか相談支援事業所と精神科病院とで話をしながら一緒に協力をしてやっていきましょうと進めていってもらっている保健所もあれば、そうではないところもあります。その後の関わり具合というのはとても差が出てきているのかなと思っています。

○WG長　はい。なるほど。わかりました。制度上の仕組みが市町村の事業となってしまっているので、そこへ保健所が行って主導権を握るということは基本的にはできないことですので、あくまでも市町村が主になって、ただし、そこで開かれている精神に関連するような部会であるとか、そういったものについては保健所が基本的にはメンバーになって関わっていく、支援をしていくと。こう理解をしてよろしいのでしょうか。

もちろん、個別の医療機関の利用相談であるとか、それはもう個別で保健所が担っている部分で、病院と直接やり取りをしていて地域移行支援を使わずに退院していくというところでも、保健所は担っていただいている部分かとは思いますが。この地域移行の枠組みで考えたときに、役割というのは、平成２４年度以降については、市町村が主となってやっていく。そこに側面的な支援だと、こういうような理解でよろしいですかね。

○事務局　はい。

○WG長　はい。ありがとうございます。ほかはどうでしょうか。何かございますでしょうか。

○委員　はい。

○WG長　はい。お願いします。

○委員　かつては精神保健の中の医療については、保健所が第一線機関という位置づけになっていて、それがこの３層構造になって、市町村が第一線ということになったのです。そこでやはり医療との関わりが、まだ市町村が非常に未成熟な中でいきなり第一線に立たされてしまって、うまくいっていないという現状があると思うのです。

例えば、相談窓口ですね。ここの表にもありますが、保健所の精神保健専門相談というのは今もあるわけですよね。嘱託医が、専門部の精神科医が、保健所の嘱託によって第一線で相談を受けているというような姿は、少し何か変えられないのかなと。

大阪府だけでも市町村が第一線になって、そことの連携はなかなかうまくいっていないのではないのかと思うのですが。個別のケースが出てきても、それを市町村へつなぐ方法が出されているのですかね。僕はあまりよくわからないのですが。何か工夫できるとすれば、それを有効な市町村の相談につなげる方法を考えていただくということは可能ではないのかと思うのですが。

　それと地域の問題ですよね。特に大阪府は病院の地域偏在が大きく、大阪南部に病院が集中していて、大阪は日本一の病床過疎地域であるという特色があるのですが。ですから、精神科病院と地域の市町村の連携だけでは非常に不足している部分があります。そこの視点があまりないように思ったのですが、それは何か対策を考える必要があるのでしょうが。

　それと、長期入院患者さんの地域移行支援、これはとても大事なことだとは思うのですが、そればかりが強調されているというか、今、入院された患者さんの９割の方は１年以内に地域に移行されているわけですから、その方たちの支援をどうするのかというのはあまりここには書かれていませんし。最初、言われていましたように、医療にかかっていない精神障がい者がおられるわけで、そういう方たちの地域包括支援をどうするのかというのが、ここに上がっていないのが少し残念だなと思っています。

○WG長　そうですね。

○委員　はい。

○WG長　はい。

○委員　そういう意味では、ピアサポーターとかがちょっと弱くなった感じがするのかなと思うのです。あと、広域コーディネーターのことで、地域性みたいなところが、一たん今まで積み上げてきた地域のノウハウみたいなことが、広域コーディネーターの方々がうまく吸い上げられているような状況にはなっていないと思うので。そこをつなぐ仕組みがやはりいるのかなと。

以前から１６圏域でやっていたようなやり方を復活させるというのではないのですが、その１６圏域に一人ずつぐらい委託された人たちがいて、プラス広域コーディネーターみたいな人たちがいたら、包括的にもうちょっと動くシステムが、地域性も吸い上げながら動けるのかなというのは、印象としては思ったのですが。

　実際に私も体制整備コーディネーターとしてやったことがあるのですが、他圏域の一事業所対精神科病院みたいな感じで、かなり対決な構図になってしまって、それは私たちのやり方も悪かったところもすごくあるのですが。そこをフォローする形で広域コーディネーターがいたらいいんだろうなというのが１つ、具体的には思ったところなのですが。

○WG長　はい。ありがとうございます。地域移行の取組みについての意見がもちろん活発であって、そこがメインになっていくのだろうとは考えているのですが。

一方でご指摘がありましたように、地域移行で地域に定着というか、地域に住まれた方々をあとどうフォローしていくのかという、全体の包括的な支援システム、ケアシステムということをやはり考えないといけない。そのことはイコール３９０万人ぐらい精神科の医療を受けている方がいるという、この状況の中で考えれば、当然その地域のケアシステムをどう考えるのかというのは、ここでも検討すべきことなんだろうと思いますが。

あまりにも多くの論点といいましょうか、大きい課題になってきますので、そのあたりをこのワーキングでどこに焦点を当てて議論していくのかというような話になろうかと思います。

　今いただいた意見というのは、ここは検討すべきだろうとか、このことはやはり念頭に置いておかないといけないという、そういう意味で貴重な意見だとは思うのですが。すべてを取り入れて、すべてをここで議論をしていくことは不可能に近いのだろうと考えております。そういう意味では、いただいた意見を踏まえながら、あくまでも冒頭にありましたように、精神障がいのある方も含めての地域の包括的なケアシステムを構築していくための軸というか、基盤というか、核というか、このあたりで今、大阪府が一番取り組もうとしている、数は少ないし、その意味では全体の中では位置づけとしてどうなのかという意見もあろうかとは思いますが、私自身はやはりこの寛解、あるいは院内寛解の状態なのに退院できずにいるという、この人たちを数が少ないからといって、置いておくという言い方はおかしいですが、もっと他に力を入れるべきだという話には私はならないのだと思っているんですね。ここを何とかしないことには、「あるべき地域包括ケアシステム」はつくれないのではないのかと。あるものについては、排除して、そこにはちょっとふたをしておくみたいな。これまでの、もう今はずいぶん変わってはきているのでしょうが。やはりこれまでの精神障がい者に対する対策、施策みたいな考え方がそこに出てしまうのではないのかと。

　そういう意味では、大阪府がずっとこだわってやってきた地域移行支援という、ここを。実際にやはり何百人という方がいるわけですから、この人たちをとにかく、何とか早く、そこに焦点を当てながら、一方で、大きな課題ですが、地域全体のところをどう提言していくのかみたいな、そういう方向でまとめ上げられたらいいのではないのかなと、今考えております。

　そういう意味では、不十分な点もあろうかとは思いますが、どこまで拾えるかはわかりませんが、ここはいろいろな意見を出し合う場だと認識いただいてご議論いただくと。それを、ぜひ、大阪府で何らかの施策化というか、制度化というか、そこに取り組んでいただきたいと、そういうように考えております。

　一応、予定している時間が３時半と念頭に置いておりました。もし、ここで、「このことは一言」ということがございましたら、最後に何かお受けいたしますが、ございますでしょうか。

○委員　一言。

○WG長　はい。どうぞ。

○委員　この資料４でも、大体その５５７人の半分ぐらいの方が６０代、７０代になっています。地域で支えている方でも、精神の枠だけでは支えきれなくて、介護保険等の制度と一緒にやらないといけない部分があります。最初のところでおっしゃっていましたが、やはり介護保険ですとか、介護保険のほうも介護度「要支援」が出なくても、新しく支援ができるような方法も考えられていたりとか。精神の方はどうしてもそういう介護度が出ないという部分がありますので、そのあたりを介護保険とか高齢者分野と連携して考えるというところは欠かせない部分かと。

　うちの地域の話で申し訳ないのですが、この圏域での話し合いの場には、高齢福祉課とか包括支援センターとかも入ってもらって、精神だけの問題じゃないよと。精神科の人と言っていますが、６５歳以上の高齢者の方で帰れないという問題があるんだよというようなことで、自分の知った問題として考えやすいように少し工夫はしているところなので、そういったところの視点も含めて考えていければいいのかと思っています。

○WG長　そうですね。はい。ありがとうございます。よろしいでしょうか、ほかの方は。

○委員　すみません。

○WG長　はい。どうぞ。

○委員　今後でいいのですが。受け皿の部分の議論を、いずれ取り上げていただけたらなと思ったりしています。

○WG長　はい。わかりました。いかがでしょうか。よろしいですかね。はい。どうぞ。

○委員　今、社会的入院をされている方を病院から押し出す力と、それを受けていく力というのは、やはり車の両輪だと思うのですね。やはり同時進行でいかなければ、こちらだけがんばっても、退院後に豊かな暮らしをしていただくためには、やはり両方を同時進行でやっていかないといけないと思いますので。そこはもちろん、かなりたくさんのことを議論していかないといけないし、それを実現化するためにどうしていったらいいのかということを、ものすごく考えていかないといけないと思うのですが。やはりその視点は大切だと思います。

○WG長　そうですね。はい。わかります。ほかはよろしいでしょうか。

　はい。そうしましたら、きょう予定しておりました議題についてはこれで終わりたいと思います。それでは、議事について、事務局にお返ししたいと思います。

○事務局　ワーキンググループ長、どうもありがとうございました。次回のワーキンググループですが、今日いただいたご意見を踏まえて、こちらで整理させていただく時間を取らせていただきたいと思いますので、来年、年明け１月ごろの開催を考えているところでございます。今回と同様に、開催日の日程調整はまた後日にさせていただくことになりますので、その節は、よろしくご協力のほどをお願いいたします。

では、以上をもちまして、「平成２９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」を終了させていただきます。今日はどうもありがとうございました。

（終了）