**令和５年度第２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：令和６年２月22日（木）14時～**

**場所：大阪赤十字会館４０１会議室**

日　　時：令和６年２月22日（木）午後２時～午後４時

開　　催：大阪赤十字会館４０１会議室

出席委員：大野委員、高田委員、田中委員、辻井委員（ＷＧ長）、西浦委員、平岡委員、山本委員〔五十音順〕、谷掛オブザーバー

**◆事務局**

それでは、定刻となりましたので、ただ今から、令和５年度第２回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを開会いたします。

委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところ、ご出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、議事録等作成のため、この会議の録音をさせていただきますので、予めご了承願います。

はじめに、大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長よりご挨拶いたします。

**◆生活基盤推進課長**

皆さん、改めまして、こんにちは。よろしくお願いいたします。

今年度、２回目のワーキングということでございます。先般、委員改選をさせていただいて、ほぼ同じ委員の皆様にご協力いただけるということで、実はお一人だけ代わりましたが、残念ながら今日はご欠席ということですので、次回にご紹介させていただきます。

本日は、一年間の実績報告、そして2か所から事例を発表していただけるということで、事例ケースなど紐解きながら、課題の分析とか、いろいろな意見交換をしていただけたら有り難いと考えております。

後ほどご説明いたしますが、１年間で42名の方のご支援につながって、今、継続中のものもございますが、そのうち11名の方が退院を果たしていただいたということで、これからも引き続き、全部でないと聞いておりますが、必要に応じて引き続きの支援を続けていくということでございます。

この間、大阪府に広域コーディネーターを6名配置しまして、平成29年からこの取組みを始めておりますが、様々な市町村圏域とか、保健所圏域などの協議の場に参加させていただく、先ほども申し上げました個人の個別の支援に関わらせていただく中で、少しずつではありますが、かなり顔がつながってきたというふうに感じております。やはり支援のあり方ですね、地域でいかに顔がつながって、どこに行ってもいろいろな支援や情報があって、いろいろな支援が受けられるということが、すごく大事だということと、もう一つは、どこに支援の必要な方がいらっしゃるのか、病院の中はもちろんですが、そのような情報をみんなの顔がつながることによって情報共有して、地域移行につなげていくといったことの重要性を、この間、すごく痛感しているところでございます。今日は事例発表もしていただきますが、そのようなものを皆さんと有意義に意見交換させていただいて、決して「どこだけがやる」というものではないと思っております。地域がつながって、地域全体で障がい者の方を支えていくといったところのゴールに向けて、何ができるかということを、スピード感を持ちながらではありますが、すぐさまできることでもないと思っておりますので、でもあきらめずにしっかりと取組みを続けてまいりたいと考えております。ワーキング長、よろしくお導きいただけますようお願いいたしまして、開会の挨拶とさせていただきます。

本日は長時間になりますが、よろしくお願いいたします。

**◆事務局**

さて、挨拶でも触れさせていただきましたが、精神障がい者地域移行推進ワーキンググループについては、期間満了に伴い、２月に委員改選を行いました。ご就任いただきました委員の皆様、心よりお礼申し上げます。机上に委嘱状を置かせていただいておりますので、お持ち帰りください。

ワーキンググループ長につきましては、桃山学院大学の辻井委員にお願いしております。

また、参考資料２の精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ運営要綱第４条第２項により職務代理者として、地域活動支援センターあん施設長の高田委員をワーキンググループ長より指名いただいております。辻井委員、高田委員、どうぞよろしくお願いいたします。

では、ワーキンググループ長のご紹介に続いて、本日ご出席の委員の皆様を、委員氏名の50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　辻井（つじい）ワーキンググループ長でございます。

大阪精神保健福祉士協会　大垣　尚久委員は新たに委員にご就任されましたが、本日は欠席と伺っております。

大阪府障害者家族会連合会　会長　大野（おおの）委員でございます。

地域活動支援センター　あん　施設長　高田（たかた）委員でございます。

枚方市健康福祉部障害支援課　課長　田中（たなか）委員でございます。

大阪精神科診療所協会　会長　堤（つつみ）委員は本日欠席と伺っております。

大阪精神科病院協会　理事　西浦（にしうら）委員でございます。

日本精神科看護協会大阪府支部　事務局長　平岡（ひらおか）委員でございます。

大阪精神障害者連絡会　代表　山本（やまもと）　委員でございます。

オブザーバーの大阪府守口保健所　谷掛（たにかけ）所長でございます。

また、本日は、健康医療部より２名がオブザーバーとして出席しておりますので、ご紹介いたします。

健康医療部保健医療室地域保健課　参事上野（うえの）でございます。

大阪府こころの健康総合センター　事業推進課長　松川（まつかわ）でございます。

次に、事務局の職員を紹介いたします。

先ほど御挨拶いたしました、福祉部障がい福祉室生活基盤推進課長　小山でございます。

同じく、課長補佐　林です。

総括主査　中川です。

主査　有本です。

主事　芝田です。

地域精神医療体制整備広域コーディネーター　杉澤です。

ベルネジです。

上田です。

福田です。

髙島です。

本日は委員９名のうち７名の出席がございます。過半数の委員にご出席いただいておりますので、参考資料２、運営要綱第５条第２項の規定により、会議が有効に成立しておりますことを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。本日は１名の方が傍聴されております。

次に、本日の配布資料の確認をさせていただきます。

　次第、

本日の配席図

　資料１　大阪府長期入院精神障がい者退院支援強化事業実績報告

　資料２　実践報告　詳細版

　参考資料１　地域支援推進部会運営要綱

　参考資料２　精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ運営要綱

　参考資料３　委員名簿

　参考資料　事例詳細（会議後回収）

資料２の実践報告は事前にお送りしたものではなく、詳細版をご準備しております。また、参考資料の事例詳細については会議後回収いたしますので、お帰りの際、机の上に置いていただけるようお願い申し上げます。

なお、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お申し出いただきますようお願いいたします。

配付資料と共に、委員の皆様の発言内容をそのまま議事録として府のホームページで公開する予定にしております。但し、委員名は記載いたしません。予めご了解いただきますようお願いします。

それでは、これからの議事進行につきましては、WG長にお願いいたします。

**◆WG長**

よろしくお願いいたします。

会議に先立ちまして、例年と同様にオブザーバーの方についても、他の委員と同じように発言いただくということで、了承をいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、早速議題に入ってまいりたいと思います。

今回は、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」における大阪府の事業の実績報告の後、前回の会議で共有させていただいた地域課題に関して、今、実際に地域で支援を実践されている方２名にお越しいただいての実践報告と意見交換を予定しております。

それでは、議題１でございます。事務局より「大阪府長期入院精神障がい者退院支援事業の実績」の報告をお願いします。

**◆事務局**

では、皆様、よろしくお願いいたします。

一応、スクリーンも用意しておりますが、お手元を見ていただければと思います。資料１の方に数字の羅列にはなっておりますが、現在ご挨拶させていただきました広域コーディネーターを中心に大阪府の退院支援の事業に関しての報告をさせていただきます。もちろん大阪府全体の対応になっているわけではなく、当事業として、主に広域調整に注目して、対応がなかなか難しい、今まで動きが出ていなかったケースなどを中心に関わらせていただいたあたりのご報告になるかと思っております。

全支援者数は、先ほど課長の挨拶にもございましたが、継続ケースも含めまして、全部で42人の対応をさせていただいておりますが、もちろん濃淡がございます。やはりそんなに意欲喚起がうまくいかなくて、面会等も滞っているケースも含めまして、一応令和５年度に関わらせていただいたのが、現段階で42名、うち退院を果たされているのが11名でございますが、これもいろいろと退院促進に関する事業展開をして地域につながってという事例もあれば、広域コーディネーターが出向いたことによってスムーズに展開して、われわれがあまり動かないでも退院されている方も含めまして、全てで１１名ということになります。

性別に関して、昨今あまり出さないところも多いのではございますが、参考までに、やはり男性の方が対応させていただく中では多いのか、というぐらいを見ていただいたらと思います。年代ですが、この42人のうちの年代としましては、やはり40代、50代の方がボリュームゾーンになっておられ、入院期間としても、１年以上から10年未満の間というのがボリュームゾーンになっています。このまま何もせずに入院されていると、高齢期をお迎えになるその前にアクションを起こした方がいいかも知れない、といった事例に関してご相談が入ってくるパターンが多いのかと考えております。

入院先の医療機関にこのように広域コーディネーターが全て出向くわけなのですが、見ていただいたとおり、各圏域に結構ちらばっており、朝は泉州の方で面会をし、昼には三島の会議に出るみたいなことは、日常茶飯事的に起こっております。大阪市内の病院からのご相談も承りまして、全域に顔つなぎがつながっているという印象は持たせていただいております。

ご相談の経路なのですが、後程実践報告もしていただく障がい者相談支援事業所とか、保健所とかも数が多いですが、病院の方に事業展開させていただく中で、顔つなぎのできたワーカーから、「この人どうかな」とお声がけいただくという経路が15人で一番多かったというのが令和５年になります。昨年度から引き続き、入院病院からのご相談が一番多くて、ついで、保健所や相談支援事業所からつながっていると考えております。

本人の住所地なのですが、こちらは現在「どこがお住まいになっているか」ということですが、先ほど広域調整35名と数字をあげさせていただいていましたが、いわゆる大阪府の保健所が管轄している市内や中核市内にある病院・保健所圏域内の病院から保健所圏域内のご住所地のケースというのは、ある程度地域の支援者の皆さん手が届くかと思います。この42人中35名がその圏域を超えての広域調整になっております。このように圏域もバラついているという状況です。

先ほど課長の挨拶にもありましたが、退院後のご支援なのですが、11人の方、全ての方に行けているわけではないのですが、半年を目処にモニタリングを実施させていただいている方が８名いらっしゃって、半年超えてモニタリングも終えた方が１名いらっしゃいます。また、退院以外の終結、病状の改善がなかなか見込めなくて引き続き入院継続で一旦終結した方も３名いらっしゃるというような状況です。

退院したケースの年代としましては、やはりボリュームゾーンの40代、50代の方が多くなっていますが、合計11人の年代はこのようになっております。

退院した方の入院期間ですが、これも現実的に、短めの方が退院されているということになっています。ただ、今、最長で入院期間が50年の方に面会開始させていただいていますが、支援から１年以上経過して、当初、「もういいです。いいです。お帰りください」みたいなところが、「大好きだった西城秀樹の動画を見るのが楽しみに面会を心待ちにしてくださる」という段階に辿り着いている、というころもあったりして、この数字以上の行間のご説明とかも、今後させていただけるといいかと思っています。

年代別にグラフにさせていただいている３ページ目のスライドでございますが、今、ご説明したようなところを視覚的に表現させていただいておりますので、ご参照ください。

では、事業の中の個別面談以外の事業についてのご説明でございますが、４枚目のスライドには病院研修の状況について書かせていただいております。令和２年、令和３年と、コロナの影響で、とてもでないけれど病院に誰かが出向くということができなかった中、令和４年度ぐらいから、それでも何かやらなければいけないと病院の認識を変えていただきまして、現時点で17回実施しています。これはすでに終っている病院の回数でございまして、５枚目のスライドが、今後予定させていただいております病院でございます。特に当WGに大精協からご参加いただいている委員の先生の病院につきましては、院長自ら司会をしていただくとか、地域の方と触れ合っていただくとか、この研修を非常に重要に捉えていただいています。このように各病院に対して、毎年、有意義な研修を実施させていただいているかと思っております。また、内容としましては、法改正のことも含めまして、権利擁護の視点（長期入院というのは人権侵害である）といった、地域移行に関する根本的なところから虐待に対する考え方も含めて、認定看護師の方から病院スタッフにお伝えいただくような人権擁護に関する研修もにわかに増えてきている印象がございます。

また、１月23日に録画いたしました全体研修、これは今在配信させていただいているのですが、こちらは都立松沢病院の名誉院長の齋藤正彦先生からご講演を賜ることができました。非常に好評で、「病院のトップから考える行動制限最小化」についてなど、大きな提言をいただけた大変有意義な研修になりました。

実践報告についても、毎年２病院からコンスタントに報告をさせていただくことができており、大変有り難く思っているところでございます。

ピアサポート強化事業について、ピア活動を支援するということが、大阪府でもできないものかということで、金額からすると随分目減りはしているところではございますが、今、ご報告できる内容としましては、８圏域９事業所で実施、そのうち大阪府が事業を委託しているのは７圏域になります。「泉州中」と書いている岸和田市に関しましては、岸和田市が独自に予算設定されております。この岸和田市のピア活動にも広域コーディネーターが参加させていただいております。ここに書かせていただいている各病院に向けては、ピアサポーターが何らかのアプローチを開始していただいております。院内茶話会や個別面談も再開していただいているところが増えてまいりました。

もう一つの大きな役割であります、協議の場に顔を出して支援者との関係をつなぐというところですが、７ページ目のスライドでございますが、協議の場に関しての開催状況のモニタリングをさせていただいております。ざっくり、開催したところおよび開催予定のところを書かせていただいているのですが、圏域で１圏域、市で１か所以外、全て協議の場の開催を確認していて、大阪府からも、ほぼ顔を出せている、という状況です。緊急的に開催されたところに広域コーディネーターが入れなかったということもあるのですが、お声掛けはいただいているというような状況です。出席回数としましては、トータルしましたら100回を超える会議に参加している状況でございます。

スライド８枚目ですが、こちらが出席している協議の場の構成メンバー・検討課題の内容です。こちらは大きく何かが変わるというよりは、参加メンバーが、この会議の重要性に気づいて、より深い検討が継続されている、といった印象を持ったのが令和５年度でございます。

今後の活動につきましては、令和６年度も引き続き広域コーディネーターの配置は決定させていただいておりますので、病院から押し出す力と地域から引っ張る力をマッチングさせて、目標としましては、人権侵害ともいわれる長期入院精神障がい者のさらなる削減をめざしていくことになろうかと考えております。

具体的な活動としましては、病院への研修、意欲喚起への働きかけ。そして、協議の場の参加に加えまして、個別支援をかなり強化したのと、今年度からWG長を助言者にお迎えして、広域コーディネーターのスーパーバイズ研修による研鑽も積み上げていきたいと考えております。これは令和６年度も継続させていただきたいと思っております。今年度は、３月に実施を予定しております。

資料１の説明は以上です。

**◆WG長**

はい、ありがとうございました。ただ今説明いただいた内容に、何か質問等ございましたらお受けいたしますので、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

では、令和６年度も引き続きよろしくお願いいたします。

それでは、本日の議題の２でございます。先ほど申し上げましたように、２つの所から実践報告をいただくことにさせていただいております。事務局から紹介いただいた後に、１事例ずつ報告いただいて、まずは一つの報告に対しての質疑ですね。意見は後程、意見交換をいたしますので、発表内容についての質疑を行い、その後、２事例目も報告いただいて、これに関する質疑を取っていきたいと思います。２つの報告が終ってから、全体の意見交換をしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

では、まず、事務局から２名の方のご紹介をお願いいたします。

**◆事務局**

それでは、本日実践報告をお願いしました、２名の方をご紹介させていただきたいと思います。

（実践報告者①②　2名のご紹介）

本日は、まず実践報告者①の方から、第１回ワーキンググループの課題共有でもご紹介したケースを中心にご報告をお願いし、続いて、実践報告者②の方から地域支援についてのご報告をいただきます。

ケースの報告に留まらず、地域の支援者としての強みや、それぞれの抱えている課題、また地域全体の課題についても、ご意見をいただきたいと思って資料を準備していただいております。

２つ目の事例については、少し詳細なものをお手元に配布しております。こちらに関しては会議後回収いたしますのでよろしくお願いいたします。

それでは、よろしくお願いいたします。

**◆実践報告者①**

ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

資料２の「保健所（大阪府管）における実践」で、資料に沿って説明いたします。よろしくお願いいたします。

当保健所の現状を簡単に説明させていただきます。職員体制は、精神保健福祉相談員としてケースワーカー、保健師です。非常勤嘱託医や非常勤心理士は、一旦精神保健福祉相談員が相談を受けた後、必要があれば一緒に相談に乗っていただくことになりますので、主な相談はこの５名で対応していまして、二つの市を管轄しています。

年間相談件数が、延べ相談件数が約4,000件となっています。

内容的には、主には統合失調症、うつ病、依存症、発達障がいやひきこもり、強迫性障がいなど結構相談があり、多問題や貧困問題のある方もいます。

未治療や治療中断の方の治療導入や、治療継続で関わることが主な支援になっています。

具体的な活動ですが、中核は、個別相談を大切にするように業務に取組んでいて、その他、研修開催では、地域の支援者が困っていることや課題に対応できることを地域の支援者にとって学びになるような内容にしたり、自殺者が増えていますので、自殺対策や依存症対策中心に取組んでいます。その他、自殺対策連絡会議や大阪府警と連携した自殺未遂者相談支援事業は年間約40件あります。

心身喪失者等医療観察法のケースも数件あります。措置診察業務は、精神保健福祉法に関係する業務ですので、警察官通報等があれば対応しています。

措置入院者等退院支援事業も年間数件、病院より対象者の連絡が入ります。その他、精神科病院実地指導、精神医療懇話会、保健所管内で地域包括ケアシステムを検討する場があります。

依存症も、予防啓発等を関係機関と連携しながら進めています。保健所の相談では、支援者の方が対応に困って、「コンサルテーションして欲しい」ことが非常に多いです。また、若年者の自殺が増えていることもあって、学校関係からの相談があり、大変難しい事例で、児童思春期の専門の先生が少ない中で、所内で検討して対応しています。

管轄2市の自立支援協議会の部会は月２、３回ずつ両市であるので、月４、５回参加しています。地域の断酒会と連携して、相談ケースを会へつないだり、困っていることを一緒に考えたりとかもしています。

保健所の課題は、相談件数が高止まりで、4,000件を超えています。内容も変化してきており、緊急性が非常に高く、課題が複雑化した事例が増えています。対象者に丁寧に関わりたいと思っていますが、難しい状況になっています。

また、家族の方が勇気を出して相談してくださって、継続した相談対応や、家族が孤独になっておられるので、家族が孤立しないように家族など交流の場や、勉強する場が必要とは思いますが、今の圏域にはなく、保健所として対応できていないと思っています。

市の職員が困っているときに、協働したいと保健所は思っているのですが、対応する時間が取れなくなってきています。

長期入院の方や遠方の医療機関に入院された方に地域移行支援が保健所では丁寧に関われていないため、広域コーディネーターや福祉部の力を借りて、何とかできているという状況です。また、このような状況で、若手職員が保健所に入ってきても、事例対応が難しく、若手職員が1人で担当しにくい事例が多く、人材育成が追いつかない状況になっており、負担がかかっています。中堅ベテラン職員が少ないため対応が困難になるのではないかと思っています。

関係機関と一緒に関わった事例の概要を報告します。

相談経路は、在院患者調査等を福祉部で分析、事例の掘り起こしにより、地域移行支援のきっかけを作っていただいて支援を開始しています。事例の概要は、「50代の女性で、アルコール依存症、相談歴は長くて、子どもの養育や、人間関係等多くの問題を抱えているケース」でした。

頻繁な電話や呼び出しで、子どもたちも本人対応に疲弊されて、家族も距離を取っている状況でした。寂しさを紛らわすための飲酒量が増加し、入退院を何回も繰り返されていました。前回の退院時、関係機関と一緒に支援して、自宅に退院したのですが、退院後、数日で再飲酒、再入院になって５年以上経過した事例で、保健所でも担当者がいない状態でした。地域の協議の場やワーキングの活動の中で、本人を把握できているか検討して、関係機関全員で振り返りして対応策を検討しました。入院先の病院には広域コーディネーターが関わり、本人と地域の橋渡しは、何とか可能になったと思います。地域での地域移行支援制度が、どうしても使えないことがあり、病院と保健所・広域コーディネーターを中心に調整して何とか退院できました。関わった機関は、入院先の病院・保健所・住所地の市町村の生活保護課と障がい福祉課・広域コーディネーターで、地域における「地域移行に関するワーキングメンバー」による情報及び課題の共有を行いました。

スライド３です。役割分担ですが、本人には、主に病院のケースワーカーと広域コーディネーターが対応して、保健所も本人対応したと記載していますが、本人対応の狭間のところを保健所が手伝わせていただきました。この事例が退院できた要因は、５年以上経過して、退院したいという気持ちがそれほど高くなかった状態から退院したい気持ちを維持できるよう広域コーディネーターが丁寧に本人の相談に乗って、退院したい気持ちを関係者に伝えることができたのが大きな要因だったと思います。１回の面談では無理で、何回も面談して相談に乗れることが広域コーディネーターの強みと思っていて、保健所は１、２回しか面談に行けなくて、広域コーディネーターの役割が大変大きかったと思います。

家族支援は、保健所が何とか役割を担いたいと思い、何度か家族に電話したり、不安が高い家族に説明をしたりするのは、病院のケースワーカーと保健所で一緒に行いました。退院の具体的な支援は、病院のケースワーカー・広域コーディネーター、住所地の障がい福祉課と生活保護課が、大変支援してくれ、相談事業所と保健所で検討して、退院先や、支援方法、見学など一緒に決めました。

退院先のサポートマンションですが、保健所の圏域外になったので、誰が対応するか役割分担が難しい部分を、広域コーディネーターがカバーしてくれました。相談支援事業所等との地域側の連携は保健所がする、というように役割分担をしました。

個別面談は広域コーディネーターも保健所もしていたのですが、最初は主治医との連携がとても大変でした。退院に向けての見解の相違などあり、広域コーディネーターが入って、主治医が退院できないのではないか？との思いを少しずつ安心させたり、保健所が少し助けるように関わることで病院との退院に向けた見解の相違を修復することができていったと思います。

経過としては、在院患者調査の分析から把握して、病院に問合せし、退院に向けて少し停滞していた主治医と本人の気持ちを退院できるかもと思えるように病院に関わっていくことから始めていただきました。病院が「何のために面会するのか？」と当初難色を示すこともあったのですが、何とか「必要だ」とを伝え、広域コーディネーターが入って、関わりが始まりました。

本人の希望は、地元での一人暮らしだったのですが、「誰も退院の話をしてくれないのであきらめていた」という話も最初はあったそうです。病院の提案は、法人内のグループホームの一択だったので、本人が納得できないまま５年以上過ぎていました。病院からは、「グループホーム以外選択肢はないし、提示しないで欲しい」と疑問に思う意見もあった中、カンファレンスを何回かして、病院の主治医のご意見を聴き、保健所も意見を言い、広域コーディネーターが主治医にいろいろな質問とか、「これではどうですか」といろいろな提案をして、やっと法人内のグループホーム以外の選択肢の紹介が可能となり、とても時間がかかりました。

家族も病院に近いグループホームを希望していたのですが、何とか保健所から、「ここはこんなところなので大丈夫だよ」とか、「こういうサポートがあるからいけるよ」と伝えていたら、やがて同意もしてくださり、退院を前向きに考えられるようになりました。

住所地の地域支援者のカンファレンスを行ったのですが、地域移行制度に乗らなかったという経過もあり、その狭間をどう埋めるのかということで、市役所の障がい福祉課や相談支援事業所の方に入っていただき検討、支給決定をどこがして、どこの部分を誰が担うのかをすごく考えました。地域移行制度を使う難しさを私も改めて実感しました。病院のケースワーカーが、「退院したい」という希望が出た方の元々の居住地の市役所に電話をしたら「どこに帰るか決まってから電話してください」と言われるので心が折れることがあると言っていて、元の居住地の市町村からどこに帰るか決まってから連絡してほしいと言われることで地域移行が停滞していることがわかり、私たちも地域の課題に気づくことができました。その後、面会を重ねたり、とても遠方の病院でしたので、車を出してもらって見学に一緒に行ったりしたのですが、何回か積み重ねて、支援を継続して、本人がここに住みたいというサポートマンションへの入居の方向に決まりました。地元での一人暮らしを希望されたので、地元のグループホームも選択肢として、本人が納得されるように見学に行ったのですが、総合的に判断してサポートマンションという結果になりました。

支給決定も、調整が難しく、入院時住所地の市役所が頑張って調整して決定でき、スムーズに退院することができたと思います。

課題の共有ですが、入院の長期化により、保健所含めて地域の支援者との関係性が全く切れている、「知らない方」が長期入院となっていることです。誰も地域移行の話をする人がいないので、意欲が低下していってしまう、家族が退院について反対だと、家族の退院に関する不安を解消する人がいないため、結局、地域移行が進まなくなるようです。

また、医療機関のみの調整が中心の場合、選択肢が一択になってしまうと思います。

対象者の掘り起こしも、福祉部でしていただきましたが、大変時間をかけていただいたかと思っています。

ケアマネジメントを誰がするのか不明確なので、ケアマネジメントをどうしていくのか考えながら進めていかないといけないのではないかと思っています。

地域移行支援は、広域調整が多くなるほど事業所負担が大きくて、交通費も出なかったり、月２回会うという制度のルールであったり、地域移行進めるためにいくつか壁を越えないといけないのが、実際、制度の実情なので、結局、制度が絵に描いたモチになっているのではないかと実感しています。

居住先の設定に難航しましたので、選択肢の提案も支援者側が選択肢を圏外含めて知っていないと難しいので、幅広く選択肢を知っている広域コーディネーターがいるということは強みです。地域を限定せずに選択肢を提案することができるので、幅広い情報が必要だと思います。「居住先が決まらないと支援者が決まりませんよ」と市役所の方が言われるのですが、これは重要な課題だと思っていて、支援者決定までの狭間を埋めるのがすごく難しいと思います。

広域調整の支援者の関わりは「丁寧」になりにくく、つながりにくい状況があること、退院前から退院後まで、連続的に支援する仕組みが、現実的には少ないのではないかと思っています。その中でも保健所の強みがあるのか？と考えてみたのですが、住むところが決まっていないと動けないという市のルールのようなものがあるなら、保健所の判断にもよるのですが、保健所はケースバイケースで動けるのではないかと思います。保健所は自由度があって、本人の状況とかに合わせやすいと思っています。また、保健所は通常業務で医療機関とのやり取りが複数ありますので、病院の主治医や看護師、ワーカー等と連携しやすいということ、保健所での相談は、家族からの相談が多いので、家族への支援も、保健所の強みではないかと思っています。本人や家族の希望があって、希望に沿った地域の社会資源に限界があったり、ないものがあると、所内で検討した上で、関係機関と協力しながら支援の幅を広げることが、場合によっては、保健所は可能かと思っています。

地域に期待することとしては、居住地が決定しない方の退院支援の相談窓口を地域で確保できればと思います。医療機関に気軽に出向く機会であったり、地域の支援者でもできるシステムの創設です。交通費や人件費等の確保、定期的に地域の関係機関の支援者間で支援の困り事を気軽に安心して共有し、相談できる場の確保や適切なスーパーバイズ、当事者、本人、家族が安心して自分たちの声を届けることができる場といったものがあったらいいなと思っています。以上です。

**◆WG長**

はい、ありがとうございました。まず、今の報告に関しての質疑を取りたいと思います。いかがでしょうか。お願いいたします。

**◆委員**

今、府内に非常に多くの長期入院の方がいらっしゃる中で、伺っている範囲では、このご本人の退院意欲というのはさほどご自身にはなかったという中で、この方に白羽の矢を立てた経過をぜひ伺いたい。というのは、退院促進事業に乗らなくても、乗れなくても、退院したい方は、他にもたくさんいらっしゃるのに、なぜ選定のこの方に白羽の矢を立てたのか、お伺いしたいのです。

**◆事務局**

最初にご説明いただいた在院患者調査の分析というあたりなのですが、在院患者調査は、長らく国の６３０（ロクサンマル）調査に追加する形で長年実施している大阪府の調査ですが、悉皆で全病院から調査回答があがってきます。入院期間何年ぐらいの人がどこの病院に何人ぐらいいというのは、ある程度見えてくるものです。ただ、長年ずっと調査はしているのですが、その結果をもとに「この人どうですか」と個人を特定して聞きに行けない調査というか、ただ、数を聞いているだけなので、個人特定はしにくく、「何となくこんな状況ですよ」ということをお知らせしているものです。ただ、今回、地域のワーキングでかなり絞り込んで、遠方の病院に長期入院しているが、状態も安定されている方がいそうだけれども…となり、しかし、この病院に直接「この人誰ですか」と聞けないので、頻繁にこの病院に院内茶話会などで出かけていた広域コーディネーターが、「調査からこんな人があがってきているのだけど、思い当たる人いませんか」と聞いてみたのです。病院ワーカーから、「そういえば、５年以上経っているその地域の人がいますよ」という回答がきて、そこで本人のご意向を病院の方で確認していただく、みたいな形でスタートしています。希望が聞こえてこない中で、ちょっとこちらから押していったみたいな形になっております。

**◆委員**

　分かりました。

**◆実践報告者①**

希望自体は、あがってくれば対応できるのですが、希望がないところをどう入っていくかというのが非常に難しいです。サイレントというか、声なき声というか、病院に入ってしまったら、そのようなものが全く見えない中を、在院患者調査で何とか個人情報を守りながら把握していくと、「このリストでは、このような人が遠方の医療機関に入院している」と、おおまかなものが把握できるのです。把握した方を支援者が病院にあたって確認してみたというのが、白羽の矢みたいなものになっているのだと思います。病院からはあがってこなかったです。

**◆事務局**

一般的に使われる手法、ということはないです。今回、たまたま感が強いと思います。

**◆実践報告者①**

ただ、この事例を機に、この病院はその後、退院相談ケースを複数出してくれています。「このように地域の支援者に伝えたら、病院のワーカーが悩んでいるケースも、助けてくれるのだ」というのが分かってもらえたと思っていて、他にも退院したい人を見つけ始めてくれていると聞いています。

**◆委員**

ありがとうございます。私の質問の趣旨というのは、やはり本人の希望ということだけでなく、意欲を失っている方で長期入院していらっしゃる方の掘り起こしというのは、ぜひしていただきたいので、今、お伺いしていると、そういう形の掘り起こしだな、と思いますが、長期入院しておられる方の居住地というのは、どこが把握しているのですか。病院でしょうか、それともどこかが把握しているのでしょうか。

**◆事務局**

　まず、「居住地」というのは、病院の今の診療情報にある現時点での住所地で考えさせていただいております。

**◆委員**

　そうすると、病院ごとに居住地の個人情報は、「オープンにしてくれ」と言えば、オープンにしてくださるのですか。

**◆委員**

　どこにオープンにするということですか。

**◆委員**

保健所がそのような掘り起こしをしたい場合、例えば「〇○市で長期入院している人いませんか」というふうな問い合わせができるものなのかどうかなのです。

**◆委員**

ちょっと難しいと思います。関係が取れていて、個人情報が特定できないという確約がある場合はできるかもしれませんが、それを大阪府内の病院全てに投げかけて、は多分、無理だと思います。

**◆委員**

その無理な理由、個人情報は大事なもので、優先順位の第一位で守らなければいけないのですが、長期入院・退院という一つの大きな命題の中で、それでも個人情報は公開されずに、お話しの中で経過がまだよく分かっていないのですが、巡り会われたというか、紹介ですか？

**◆委員**

生活保護を受けておられたりとかであれば、ある程度オープンにできる場合もあるかも知れませんが、そのようなところに引っかかってこない、大阪府が把握しきれない患者が一定数おられるのですが、その方をやはりオープンにするのは難しいと思います。

**◆WG長**

はい、アプローチの課題というところで、最後の意見交換でやろうと思っています。この機会については、あくまでこの事例の最初の取っかかりがどうだったのかというところなので、もう１回そこを整理していただければと思います。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。

他に質問、いかがでしょうか。

では、私からよろしいでしょうか。２点あります。

１点は、アルコール依存症という診断名がありますが、再入院してから５年が経過していますが、アルコール依存症という名前で５年の入院というのは、ちょっと想像ができないのです。その他の何かがあったと想像するのですが、その辺の５年の入院の経過の必要性は、どういう理由でどうなったのかというのを分かれば教えて欲しいということと、もう一つは、保健所というよりは、報告の中で冒頭に出てきた保健所の精神保健福祉相談の体制ですね。人数のところの報告があって、こちらの保健所はケースワーカー３、保健師２という５人の形でやっているみたいなところ、この配置基準ですね。報告の中であったのですが、「もっと丁寧に関わりたいけれどできない」と、「新人が入ってきて、新人の育成にもなかなか手が回らない」というようなことがコメントとしてたくさん出ているのですが、大阪府保健所の精神保健福祉相談の体制ですね。人数の配置基準というのですか、何をもとに人数を配置しているのかというところをぜひ教えていただきたいと思います。以上２点です。

**◆実践報告者①**

多分、この方は生活力がそこまで高くないのと、「言えない」ということも相まっての５年だと思いますが、

ご家族が全員本人と距離をとっておられて、「ぜひ、この人を退院させたい」という人がほとんどいなかったので、どちらかというと、病院の中で完結してほしい、病院の近場でお願いしたいという家族しかいなかったという５年間だったと思います。それ以外に何か追加があれば。広域コーディネーターがよくご存知ではないかと思います。

**◆広域コーディネーター**

本人の意向が、「地元での一人暮らし」で、病院の意向は、「病院の敷地内のグループホーム」という平行線が５年続いたというのが一番大きかったかと感じております。

**◆実践報告者①**

病院からグループホームへ退院という提案に対して、本人が「一人暮らしがしたい」と希望を言う力がなかったことで、５年以上経過したのかと思います。

**◆WG長**

　ありがとうございました。

**◆オブザーバー**

すみません。配置基準なのですが、もとになっているのは、平成14年の法改正です。それまで全て都道府県でやっていた元の配置は、基本的には保健所全て二人担当でやっている、そのような配置基準で、大型保健所、人口の多いところだけ「３」という時代がありました。そして、平成14年の法改正で、一部市町村に業務が移管されたときに、全部の業務を見直しまして、その時に、その後、市町村に移った後の新たな保健所の業務を全て出して、それにどれぐらい業務量がかかるかということと、その前の何年間かの保健所の相談業務がどれぐらい件数があるかというのを時間数で積んだり、業務の積みをしたのが現在の配置基準となっております。もちろんその後から少しずつ仕事の内容が変っていたりとか、重視されなかった仕事もあれば、新たに増えた仕事もあります。特に相談件数、確かに、こちらの保健所は非常に多いのですが、これがずっと続くとなると、また、配置基準を見直さないといけないのですが、いろいろな要因がありまして、関係機関との関係とか、職員の異動の関係とか、いろいろなことがあるので、数年単位でみると、相談数が多かったり、少なかったり、別の保健所がすごく多かったりというようなことがあるので、今のところは、平成14年の法改正後の保健所の新たな保健所の業務で積んだところで配置をさせていただいているということになっています。

**◆WG長**

ありがとうございました。単純に管轄人口というところだけではなくて、いわゆる業務という、相談件数を含めたそこに応じて配置をしているというように考えてよろしいのですね。はい、ありがとうございます。

他いかがでしょうか。よろしければこの事例についての質疑はここで終えたいと思います。

それでは、続きまして、2事例目の報告お願いいたします。

**◆事務局**

２事例目の説明お願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

**◆実践報告者②**

よろしくお願いいたします。

まず、当センターの事業形態なのですが、地域活動支援センターⅠ型のサロンと、委託相談・地域移行・地域定着・計画相談・児童の計画相談、この５つの事業を５名の職員で展開しています。この５名の内訳は、資料のようになっていまして、主任相談支援専門員が２名と相談支援専門員専従２名（うち主任相談支援専門員は１名）が入って、委託相談１名、地域活動支援センターⅠ型の専従の１名の、この５人になっています。計画相談の方は、サービス等利用計画のことなのですが、年間で約560件ほど、モニタリングやサービス等利用計画をやっています。委託相談の内容としましては、主に傾聴支援、年金の申請とか、事業所探し、通学同行などの相談があります。計画相談は、月ベースでいきますと50件強、モニタリングとサービス等利用計画作成を行っています。

また、市の主な計画相談、事業所が集まって支援学校にて、３月に卒業を迎える生徒の保護者を対象に事業所紹介を行っています。計画相談を担当する事業所が決まると、卒業を待たずに在学中から支援を行って、関係を構築しています。

地域移行支援としましては、令和４年に３名の方を支援しましたが、今年度は支援ができていません。地域定着支援は、現在５名の方を支援していますが、退院後施設に入られる方が多いので、地域移行からそのまま引き続き支援をしているという方が少なくて、現在は１名です。地域定着支援のほとんどが傾聴支援ですが、最近でしたら、コロナウイルスに感染されたので食材を届けに行った緊急対応とか、あとは「急に病院に行きたい、」同行して欲しい」とかの緊急時の通院・同行などもありました。

市の基幹相談が主催している計画相談事業所向けの勉強会というのがありまして、それに当センターの主任相談支援専門員がアドバイザーとして参加して、支援について一緒に考えたり、スーパーバイズしたりとか、ということはよく行っています。

事業所の課題としては、ご覧のとおり、人手が足りないとか、お金が低いというところなのですが、自立支援協議会の部会の方には積極的に参加しており、サービス等利用計画の書き方の勉強会というのも、先ほどお伝えした通りです。

次のページになりますがケースの概要です。今回、紹介させていただくケースは、統合失調症の40歳の男性です。落ち着きがなく、30分も同じ場所にいて過ごすことが難しい、地域活動支援センターⅠ型と就労継続支援事業所に登録しているが、通所してもすぐにいなくなってしまうという方なのですが、よく市内を自転車でまわっていたり、実家でゆっくりしていることが多くて、気が向けば地域活動支援センターに来られるというような生活を行っていました。母親に対して強い威圧と、父親への暴行が日常的にあり、両親からも相談を受けていたのですが、暴力の原因としましては、外であった他者とのコミュニケーションのストレスとか、薬の欲求とか、今現在、このようになっているのは両親のせいだと思い込んでいるところから暴力につながっている感じです。でも、両親のことはすごく大好きな方なのですが、世帯分離を勧めて、一人暮らしをしたのですが、部屋には寝に帰るだけで、日中は実家に戻って、これまでと変らない生活を送っているというのがずっと続いていたというところで、お母さんはテレビが好きなのですが、統合失調症のご本人にとっては、テレビがあまりにも刺激が強いというので、お母さんがテレビを見ているとコンセントを抜いたりとか、はさみで切ったりとかで、お母様は寝室のベッドの隙間に入って、スマホの小さな画面でイヤホンを付けて、本人が帰ってきても本人にばれないようにと、息を殺しながら、小さい画面で見ているような生活をずっとしていたということでした。キッチンにご飯だけ置いてあるというような毎日がずっと続いていて、疲れておられたという感じです。

通所先で暴力事件を起こしたのですが、今までは家族以外には手は出さなかったのですが、たまたま就Bに顔を出したときに、そこの利用者さんと意見がぶつかったというか、気持ちが堪えられなかったのか、そのまま手を出してしまったというところで、市から連絡がありまして、「計画相談に入って欲しい」というようなことになりました。

39歳の時、就労支援B型で、他の利用者とトラブルになり、暴力を振るい、相手を骨折させる事件があったのですが、事業所がこれを問題にしなかったのです。結局、誰も知らない状態で、本人が反省する機会がなかったというところで、「あれは終ったことだ」という感じで、相手を傷つけたことや暴力を振るったことに対して、そんなに悪いという気持ちが芽生えなかった、気づかなかったというのが、地域で事例検討させてもらった内容なのですが、このようなことがありました。

その後、実家で暴れ、翌日の診察で入院になったのですが、ご両親もご本人も疲れ果てていて、ご両親は会わないようにといろいろ工夫していたのですが、ある日、実家の玄関先でお父様と鉢合わせになって、そこで大きく暴れてという感じで、翌日の診察で入院ということになりました。お母さんも「子どもだから」かわいそうという気持ちが芽生えていて、お弁当を門の前に毎日かけていたのです。それを本人が取りに来て食べて帰るとか、そんな毎日で、それを取りに来たときにお父様と鉢合わせになったという感じです。お弁当というのもすごく愛を感じるというところだったのですが…というところです。

次のページに行かせていただきます。関係づくりに移ります。役割分担はご覧のとおりです。主に相談支援事業所が絡んでいるというところです。経過ですが、薬の欲求が強く、父親が管理していた頃は、要求の際に暴力を振るうことがよくあり、訪問看護が薬を管理するようになったときに、薬が欲しいために訪問看護は楽しみにしていたというところで、これでお父様への暴力は少し減ったのですが、たまに「予備があるだろう、出してくれ」というような感じで、飛び込みで家に行ったり、ということがありました。

地域活動支援センターのサロンに来たときは、毎回面談を行い、最近の生活を一緒に振り返り、頑張ったことに対して評価を行ったというところなのですが、面談もホワイトボードを使って、本人の発言を文字で書いていって、可視化しながら振り返って、「次の課題とか、どうかな」とか、一緒に振り返りをして、最後にホワイトボードを写真で撮って、印刷して本人に渡すというような作業をしていました。

過去の入院で、保護室に入ったことで、「本人がかわいそう」と、強引に退院させた両親に対して、「今回は、退院の許可が出るまで頑張りましょう」という感じで励ましていました。以前の入院は、ご両親も本人も、保護室に入ったということがあまりいい印象ではなくて、痩せていく本人を見ていたら、お母さん、お父さんがかわいそうだということで、「一時退院をさせてくれ」とかと言って、そのまま病院に帰さなかったということなのですが、そのような印象があるので、何回も病院に入院を勧めていたのですが、ずっとご家族が拒否されていて、今回の入院で、僕的には「やっと出来た」みたいな感じでほっとしたところもありました。入院した時にも、ご両親がお小遣いを渡しに毎週面会に行かれていて。「退院のタイミングは先生に任せますよ」という感じで、お父さんとお母さんに釘を刺すというか。そう言いながら、２ヶ月入院されたため、お父さんも怯える日がなくなったとか、お母さんも大きい画面でテレビが見れるとか、日常の喜びを取り戻したというか、それで楽しんでおられるのを見て、「今回は大丈夫だ」と思いました。

院内カンファレンスを行って、本人にたくさんの支援者がいることを理解してもらったというところもあります。病院のワーカーと、退院後のイメージを、時間をかけて説明。施設見学をするまでに時間がかかり、体験するまで時間がかかりましたが、反復的な説明と気持ちを整理する時間がたっぷりあったため、体験後から入居まで非常にスムーズであったということでした。これは病院のワーカーにすごく頑張ってもらって、「言ってくれ、言ってくれ」と随分おしりを押したのです。また、ご両親の面会にもそれとなく「退院後のイメージを言ってくださいね」という形でお願いしたのです。お母さんたちも「言って来たよ」と。「何と言ったのですか」と聞いたら、「退院するのは他の市やで、とか、もう実家には帰られへんよ。グループホームに入るねんで」みたいな感じで。ちょっと破壊力のある言葉だと思っていたのですが、やはりそれを毎週何ヵ月も言われたら、本人も「あぁ、そうかな」という感じになったのかという感じで、最初、見学に行くときには、「ここに行くのかな」という気持ちで車に乗っていたような印象でした。

最後の課題の共有ですが、事例から導き出される課題としましては、本人が福祉サービスを必要としていないが、家族と周囲が必要としている場合の支援ということについて、本人が困らないと何も動けないということを痛感したという事例です。落ち着きがなく、事業所を利用しても数分でいないという、福祉サービスが定着しないというところで、先ほどの就Bの事業所でも９時に開所するのですが、８時か８時半に来て、周りを掃除してから帰るといって、９時前には帰ってしまっているみたいな感じですが、「自分は行っている」とかいう感覚でいる。ただ、訪問看護が来る時間は完璧に定着していたということでして、薬をくれるからだと思いますが…というところです。

福祉サービスを必要としていないため、グループホームに入居しても、日中の支援ができなくなってしまう恐れがあるので、常時対応する資源が少ない中、日中活動が必ず必要なグループホームではだめで、退院時の選択肢がなかなかない、というのが正直なところで、これはどうしたらいいのかとすごく悩みました。文字にしたら「落ち着きがない」とか、「暴力を振るう」とか、「薬を要求する」とか、「支援を必要としていない」とかと、「どこが受けてくれるのか？」という感覚で。実際、市の自立支援協議会の部会で事例検討としてこれをあげさせてもらって、広域コーディネーターから、「良いとこあるかも」と声をかけてもらって、サービス付き高齢者住宅を紹介してもらったというところです。お父さんも「息子には、合ってるわ」という感じで、すごく喜んでいました。

課題として、当事者が家族に対して暴力を行った場合、本人の支援はもちろんなのですが、家族へのケアというのをどうしたらいいのだろうというようなところ、実際、何度も「警察に相談するように」と言ったのですが、ご両親は相談することなく、本人の機嫌を損ねないような形で対応していたというのが悩ましかったです。

強みとしては、地域活動支援センター（サロン）の事業を行っていることかと思います。市内ではうちだけでやっている事業なのですが、地域活動支援センターは自由に利用ができて、細かい縛りもないので、今回のケースの彼も利用しやすかったかと思いますし、逆に、地域活動支援センターがなければうちに来ることもなくて、意見交換することもできず、自分の気持ちが両親に言えないという小さなコミュニティになっていたのかと思います。

地域に期待することとしましては、自立支援協議会の活性化ということと、にも包括におけるネットワークの拡大、風通しが良くなれば、支援の質が上がるのかというふうに思います。

以上で報告を終りたいと思います。ありがとうございました。

**◆WG長**

はい、ありがとうございます。では、まず、この事例の報告についての質疑を受けたいと思います。いかがでしょうか。はい、お願いいたします。

**◆委員**

すみません。ご本人とのお付き合いが、だいぶん長いお付き合いがあるのかと感じるのですが、２２歳頃からセンターに関わっておられるわけですよね。

**◆実践報告者②**

　はい、そうです。

**◆委員**

文章を見せていただいたときに、本人が何を求めておられるのかという主語が「本人」になる言葉の内容がないような気がして、非常に気になりました。どことなしに主語が「母親」であったり、「父親」であったりという、そちらの方にとても傾いておられて、本人がセンターとの関わりの中で、ご自身のことで何を求めているのかということ、どのようにおっしゃっていたのか、やはり淋しかったりしたはずですし、本人が求めていたものというのは、もう少し教えていただけますか。

**◆実践報告者②**

ありがとうございます。ご本人、割とふわっと来て、ふわっと帰るというところで、本当に雲を掴むような感じの方ではあったのですが、よくあるのが、「こんな夢見た」ということで10分、20分しゃべられたり、やはり誰かと関わりたいという気持ちは伝わってきたので、その都度、会ってゆっくり時間をかけて傾聴ということをさせてはいたのですが、本人が、「どうするの。これからどうしていく、どうしていけばいい」と言ったら、「まあ、いいじゃないですか」とか、「僕は終わったのです。終わりです」という感じの、どちらかというと、無気力的なところが結構長いというのを感じました。

**◆WG長**

他どうでしょうか。ちょっと読み込みすぎかも知れませんが、今のことに関連するのですが、事業所が彼に関わっていくときに、傾聴支援というのをよくされるのですよね。傾聴支援というのは聞いているだけかという話と、そうではなくて、おそらく本人の困り事とか、悩み事であるとか、現実と非現実が根になっているような、そういうところの語りを流して、本人の思いというか、そのようなところを探ろうとしていたのかと想像しますが、それでよろしいのでしょうか。

**◆実践報告者②**

そうですね。ホワイトボードで言っていることを全部、一旦書き出して、「これとこれは、こうつながっている」とかという感じで、視覚的にお互い、ずれがないような形で話ししていったり、最後に、「この写真を撮って、持って帰って」という形で、次に来たとき、何週間かしたときにそれをまだ持っていて、「この話をしたけど、続きです」ということがあったりしていたので、その辺のコミュニケーションというのは取れていたかという実感はあります。

**◆WG長**

　はい、ありがとうございます。他、いかがでしょう。

**◆委員**

この病気付き合っていますと、本人が自分の意向を言えるようになるというのは、非常に長い期間かかりまして、本人がこのセンターに行くということ自体、そのことは大事な意思表示で、しかもお薬が欲しいということは、自分が苦しいときにはお薬が欲しいなと、そのような行動に現れている本人の抱える要求とか、そういうものは見捨てないで付き合っておられるのは、わたしは非常に感動したのです。

**◆実践報告者②**

　ありがとうございます。

**◆委員**

お父さんが、「いいじゃないか」とかおっしゃったのでしょうが、親的立場で申し上げると、本人の意向をどのように組んだらいいかと迷いつつ、本人を見捨てたくはないし、つかず離れずというところで、10年、20年と苦しむのが、実は、親なのですね。そうやってつかず離れずのところに、一定程度、地域支援が入ってきて、ホワイトボードに書く、そこにご本人が付き合っていたわけですよね。やはり他との関わりができると、私、親として見ていますと、本人の言葉としての意向はないのだけれど、そうやって地域支援とつかず離れずといるという中で、おそらく20年、30年と関わっていただいて、はじめてご本人の姿、ご自分も分かるだろうし、地域支援の方も理解していくのだろうと、長い長い時間がいるというというのは、私、親としての実感ですので、大変感動して聞きました。

逆に、お父さん、お母さんというのは、ある意味、健常ですから、自分たちの苦しさを吐き出してしまうのですが、親としても、その苦しさを吐き出すところが必要なわけで、このような地域支援のところに吐き出すことができたというのも、聞いていただいたというのも、私は感心して聞いておりました。

**◆WG長**

　はい、ありがとうございます。どうぞ。

**◆委員**

すみません。基本情報のところですが、39歳のときに、他の利用者とトラブルがあって、骨折させた、とおっしゃったところの確認なのですが、骨折させたけれども、事業所側が問題にしなかった、それはそのとき気づかなかったから、後々、それを掘り下げるのは、本人にとって理解し難いからしなかったのか、その辺りの理由は何だったのでしょうか。

**◆実践報告者②**

就Bの方が事なかれ主義的なところもあったかと思いますが、これも偶然知ったことで、この就Bの事業所の別の職員と、たまたまやり取りとしたときに、「そういえばこの方が骨を折ったの知っていますか」みたいな感じで言われて、「えっ」という形だったのです。事件が起こってから何日か経った後の話で、僕ら職員で周知して、本人が来たときに、「ちょいちょい」と呼んで、「何かあった？」と聞くと、「何もないです」と。「あっ、そう。誰か骨が粉々になったらしいけど」という感じで言うと、「あぁ、あれは話は一応解決しているのです」と本人が言ってて、という感じだったので。そこで警察沙汰になって、傷害事件になりました、など、反省の環境が作れたら、手を出さないでおこうとか、何かの抑止になっていたかと思いますが、「あれは終ったことなので」という形だったときに、後から追いかけても、多分、焼け石に水ではないですが、言ってもあれかな…というところで、ちょっとモヤモヤしていたところはあったというところです。

**◆委員**

骨が粉々ということであれば、相手の方から何かしら苦情だとか、他の利用者の見てての反応とか…。私どもの法人では、暴力沙汰ではなくて、ちょっとした暴言とか、あのようなことでも、他の方に影響が大きいので、そのあたりが丸く収まっていたのかどうか、少々疑問だったのです。

**◆実践報告者②**

相手側が、多分、ふっかけた形になっていたみたいで、「お互い様やね」ということで事業所が収めた感じのパターンです。

**◆委員**

　それ以降は、そのような暴力的なことは見られなかったのですか。

**◆実践報告者②**

そうですね。ただ、入院中でも３回ぐらい保護室に入っているので、トラブルになっていたと思いますが。この事業所には、ばつ悪く感じたのか、あまり行っていない、元々行かないのに、さらに行かなくなったという感じでした。

**◆委員**

　分かりました。ありがとうございます。

**◆WG長**

ありがとうございます。

では、質疑がなければ意見交換していきたいと思います。一つは、１つ目の事例でありましたが、入り口と言いますかね、本人と病院以外の制度やサービス、もしくは病院以外の社会資源ですね、そことの接点、これをどのように持っていくのか、ここの接点がなければ、そもそも退院は実現できていない、特に１事例目は、いわゆる社会的入院といった状態ということであったのが、保健所中心としての働きかけ、もちろん間の広域コーディネーターのおかげだというのは、とても大きいのですが、そこがないと実現できていないという例なので、入口のところですよね。これをどのように確保していくのか、つないでいくというところが課題になるのだろうと思います。そのあり方みたいなところを少し意見交換できればと思っています。

２事例目については、社会的入院みたいな状態かといわれると、この時点ではどうなのというところもあるのですが、もし関わりがなければ、おそらくニューロングステイというか、次の社会的入院になっていくであろうということが想定されるような事例なので、この段階で関わっていただいて、なんとかこう退院になったと、こう考えられるかと思いますが、２つに共通しているのは、報告の中にもありましたが、時間とエネルギーを要する、これはもうまず間違いない話なのです。長期入院とか、社会的入院の状態の人に、特に本人がアプローチを求めていない、支援を求めていないとか、あきらめていたとか、そのようなところの人に関与していって、「じゃあ」といって動いてもらう、そこまで係わるのにものすごく時間がかかるし、なかなかすんなりとはいかないというところもあると思います。嘘みたいな時間とエネルギーを要するので、なかなかとっつきにくいといいますか、取り扱いにくいというのは間違いないのだろうと思います。それを２つの事例で実現していただいたという、その事例を通じてですが、このあたりでいくと、１つ目の事例は、先ほども言いましたように最初の接点のところ、２つ目の事例で見ていくと、協議の場というところがキーワードになってくるのかと思いました。

1つ目の事例を発表していただいた方も発言しておられましたが、課題として、協議の場の活性化というのをあげてくれています。１つ目の入口のところにも係わるのですが、やはり協議の場、ここを活性化させるというか、機能させていくというところが、この２つの事例通じて感じるところかと思います。

その点、それぞれご意見お持ちかと思いますので、ぜひ、発言いただいてというふうに思います。オブザーバー参加ではございますが、ぜひ、所長の方からお願いいたします。実際にやっていただいた保健所でございますので、どんどん意見を出していただいて、実りのあるものにしたいと思っています。前置き長くて、すみません。後で、しっかり意見交換の場を作りますので、ここのワーキングの課題とすれば、地域移行支援をどれだけ実現させていくか、元々大阪府が取組んでいた社会的入院の状態を早く解消していく、そのための取組みの一つなのですが、これをどう進めていくか。障害者総合支援法の地域移行支援制度になってから、特に件数が上がらない、取組みが進まない、これをどう進めていくかというのが、ここの大きな課題ということになります。そこに今回、実際にやっていただいた実現された事例を発表いただいて、ここから何か進めていくための一般化できるようなものをここのワーキングで見出したいというのが、そもそもの趣旨でございましたので、それぞれのご質問もあろうかと思いますので、ぜひ、意見交換していただければと思います。いかがでしょうか。何かございませんでしょうか。

**◆委員**

本人から退院したいという方の意向を受けて、あるいは退院意欲を失っている方の掘り起こしも含めて、両方するとなると、今のご報告を聞いていますと、一人の方に数名の人手がかかるということで、私たちいつも思っていますのは、地域移行を進めるために、今の保健所の人数は、とてもじゃないけど無理でしょうというふうなことで、大家連としても、要望の中に常に入れさせていただいているのですが、結局、これだけのパワーとエネルギー、それから非常にゆとりを持った気持ちで接していただくために、地域の保健所の人数の確保と、すみません、要望ではないのですが、施設でも相当な人数が関わっていただいているので、地域支援の方たちが、ちゃんと関わっていけるような待遇補償がないと、なり手がないというのは、実際うちの地域でも、地域で暮らすためのホームヘルパー事業所でも、実は、うちも夫が介護認定を受けまして、介護１なのですが、ヘルパー事業所が悲鳴をあげていまして、人数が足りないと。障がい者の方のヘルパーも足りないと。地域基盤整備というところで、国からの予算問題もあるのでしょうが、大阪府がどれだけの財政措置を講じられるかというところに期待するしかないかと思います。結論みたいなことを言って申し訳ありません。常々、何を言っても、病院協会だけを責めても何も始まらないぞというふうに思っていまして、地域に出たいなという人がいて、それから退院を誘ったときに、「こういう家があるよ」と、そのような住んでみたいような住宅の確保、これも前の会でも申し上げたのですが、今、３省一帯となって住宅セーフティネット検討会と、福祉もドッキングさせているプロジェクトが始まっていますので、そういうものも取り入れていただいて、まず、人手確保と、住まい、「こんなところ住んでみたいな」という住まいの確保かなと思います。常日頃思っているところで、今日の発表の中で、やはり人数がいるなと、この人材の方たちが疲れてしまったらダメだよねということで、発言させていただきました。

**◆WG長**

　ありがとうございます。どうぞ。

**◆オブザーバー**

発言の機会をいただき、ありがとうございます。保健所の精神保健福祉相談員の増員は、行政的に考えると、今から少子高齢化で働き手が減っていく中で、障がいだけではなくて、高齢介護やそれ以外の仕事でも人材不足になってきています。全ての仕事が人材不足になっているのであれば、限りある資源や職員数でどう対応していくかを考えなければならない段階だと思っています。高齢介護の分野であれば、ロボットとか、ITを使うことで仕事の効率化を図る話が進んでいるので、障がいの分野もロボットやITを使うことで仕事の効率化を図っていかないといけない段階に来たのではないかと思います。また、保健所では協議の場を開催していますので、様々な関係機関に集まっていただき、地域の課題について検討することができます。関係機関の一つひとつの力を結集して、地域移行したい方を何とか支えていきたいというのが、これから目指す方向なのかと考えています。

事例１では、保健所管内ではない病院に入院されていて、しかも、退院先が保健所管内でないという、地域移行が難しい事例と思います。保健所管外で調整が困難な地域移行支援を保健所だけでは進めることは難しいですが、病院のある保健所に頼めるかというと、その保健所も業務多忙で頼めないため、広域コーディネーターの役割が非常に大きくなっているのではないかと感じています。

広域コーディネーターが何度も病院にも行って対応してくださっているので、病院と顔つなぎができてきた、地域の資源も大阪府内のほぼすべての協議の場に参加してくださっていることで、保健所の圏域外のサービスを把握しておられるので、協議の場で圏域外のサービスについて教えていただける。保健所は地域移行支援の隙間になるような、家族支援とか、支援者が対応困難な部分は保健所でやりましょうかと提案できればいいのですが、保健所によっては今回の事例のように対応できる職員は多くはないと思われます。保健所の精神保健担当者の対応力の差がある中、保健所がどのように地域移行に関わることができるかが問われているのではないかと思います。

**◆WG長**

　ありがとうございます。お願いいたします。

**◆委員**

私は、病院で勤務する看護師としてというところなのですが、先ほど最初の質疑のところでもあったような個人情報の問題もありまして、地域とか、保健所含めて、そちらの方からのピックアップというのは難しい状況なのです。となると口火を切るのは病院の方かと思っております。

退院に向けての意欲という話もありましたが、医療者の中では、私は看護師なのですが、医療者の地域移行に対する意欲というところも、一つ大きな課題なのかと思います。やはり10年、20年入院されていると、「もう無理だろう」と医療者自体も思ってくるのです。ご本人含めてそうですけれども。で、私、今は児童の病棟で勤務しているのですが、その前は、地域医療推進委員会というところの長をやっておりまして、５年以上の人たちを地域移行してもらうというところで、各病棟からケースワーカー・看護師に集まってもらって、そこの委員会を開いていたのですが、10年、20年になってくると、今は電子カルテとかで患者の情報を把握していくのですが、キーパーソンが亡くなっていたりとか、連絡先が大きく変っていたりとか、まず、一番最初に始めたのは、患者の基本情報の整理というところを最初に取組みました。すごい変わっていました。例えば「家族が反対しているのだと、だから地域移行は難しい人なのだ」というような意見があったけれども、実はその家族はもう亡くなっていたとか、情報の整理というところから始めたのと、次は、ターゲティングです。全員に同じ支援というのは難しいので、病棟の中で、まず、一人、二人、何年間でという計画を立てて実践していきましょうということで、そこは結構根付いていて、５年以上の方が、今は年間コンスタントに５名か６名ずつぐらいは、地域移行をしている感じです。ここではお金の話に移ってくるのですが、採算制というのを求められます。下世話な話、患者が退院すると、病床利用率が下がるのです。このような地域移行支援のところも、すごく人手と時間がかかるのですが、お金というところになかなかつながりにくいというところもあって、病院側の後押しというところも、実際、地域移行支援が大切だというところは、結構謳われるところではあるのですが、なかなかそれをガンガン後押しというのは、職員のパッションというか、情熱に頼られているところが現状でして、初期入院患者の地域移行実施加算とかいうところはあるのですが、もう少しお金を付けていただければ、病院全体で頑張っていけるというところにつながるのかなと思っております。

感想を交えましたが、以上です。

**◆WG長**

　ありがとうございます。他いかがでしょうか。お願いいたします。

**◆委員**

最初の保健所のケースですが、私も少し関わらせていただいたケースですが、前回のこのワーキングでも伺ったものと重なるかも知れませんが、先ほど所長がおっしゃった病院が接点どうするかというところで、どうつながっていくのか、この方も在院患者調査をもとに、５～６件、そういうケースが出てきた中で、年齢ですとか、何年入院していたとか、いろいろな条件、相談用件とかを出していただいて、もちろん個人名とか分からないですが、この方にアプローチができるのではないかということで出していただいて、動いていただいてつながっていったところがあります。

この1事例目の方は最終的には望まれるというか、ある程度、満足された生活を喜んでいらっしゃるという報告を聞いて、「このような退院促進の支援の事業をやっていて、昔と比べたら何ですが、改めてやってよかった」と。このような方、５年以上入院されていて、退院する気力とかそのような考えもなかった方が、喜んで帰って行かれたというのは、本当に関わってよかったと思います。何もしていないのですが。よかったなという思いがあったので、そのようなところで、どうつながっていくのかというのはすごく難しいので、このワーキングでも話があったかと思いますが、入院している方へどのようにアプローチしていくかというのは、最初の段階で、まずは、一つはこのような支援があると、地域移行とか、広域コーディネーターがあるということを病院に知っていただくとか、あるいは地域での相談支援だとかがあるかを知っていただくことが必要だと思います。いろいろな保健所、市役所も人事異動があったり、私たち民間でも退職があったりとか、入れ替わりがある中で、どうしても関わりが途切れてしまうと、２つめのケースでは、途切れる前に関わっていたとか、以前から関わりがあったからこそ、ここまでつながりができてというところもあったので、入院したとか、何年経ったとかの情報をどうつなげていくのか、病院に、「このような地域のつながりがありました」ということを伝えていくことがあれば、改めてケースがありますよね」と。でも、分からないので、一年前の情報からしか探れないというようなことで、少しでもつながりやすくなるかと思っていたところができればいいなと、今回のケースを通じて改めて思ったところでした。

また、経済的な分をいうと何ですが、今回、最初42人の支援に対して退院が11人出来たと、地域移行支援の件数は上がらないのですが、42人の方に、もちろん１ヶ所だけではないですが、42人の方をそれぞれの地域移行支援の事業所が関わったとして、どれぐらいの報酬があるかというと、もちろんそれだけでは成り立たない部分もあるので、だからこそ、やった分だけの、ある程度そこへつながるまでの分はどうしても出ないところですので、そこをいかにロスなく効率良く、人が代っても、そのような仕組みがあればつながりやすいですよねというふうなことができれば、いいかなと改めて思いました。以上です。

**◆WG長**

　はい、ありがとうございます。他はいかがでしょうか。はい、どうぞ。

**◆委員**

今の委員の話を聞いて、言うのを忘れていたかと思います。

職員の意欲の話を先ほどさせていただきましたが、その意欲が一番変化するというのが、「あの人が退院できたの？」というのが一番大きかったです。何をもって成功かというところは分からないですが、この地域移行、どんな人が関わって、どのような働きかけをして、地域移行ができたのかという流れを共有するというのはすごく大事かと思います。私もやっていた中で、「えっ、あの人行けるなら、この人も行けるのと違うの？」というみたいな感じで、何人かトントンと進んだりしたこともありましたので、このような事例の共有というのはすごく大切なことかと思っています。

**◆WG長**

ありがとうございます。一つ目の事例でも報告してくれていましたが、最初この事例に関わったときに、病院の捉え方にズレがあったと。何度も何度も関わる中でそのズレを合わせていきながら、実際に退院になった、そうすると、また、今度は同じ病棟か分からないですが、病院の中で似たような患者に対してアプローチできることになってきたという、今の話と通じるのだろうと思います。

ありがとうございます。他にどうでしょうか。

**◆事務局**

　市町村の難しさでしょうか。

**◆委員**

このような場合、なかなか言いにくいことが多々ありまして、うちの市の方でも地域移行ということで、自立支援協議会、推進部会で取組んでおります。平成23年～25年頃だったかと思いますが、それぐらいから、令和になりまして、コロナの兼ね合いで、病院の方にも入れないということで、ここ何年間は全く止まっております。私が今の部署に来まして、１年ちょうどになるのですが、私自身、どのような方を対象にと動いているところを見ていないので、事前に病院と話をさせていただいて、その対象となる方を選んで、そこに部会のメンバーが行ってという形で、この間ずっと取らせていただいていました。その中で高齢者サポートセンターですね。包括の職員も入っていまして、入院が長引く中で65歳以上の方、そういう方が対象にならないのかというと、高齢者サポートセンターの職員もそのグループ、ワーキングの中に入っておりまして、例えば年齢がある程度いかれている方でしたら、その職員が一緒に聞き取りに行くと、そこで「地域ではこういうサービスが受けられるよ」という部分の説明を行う、「地域に帰ってから、こういう暮らしができますよ」ということを知っていただく、そのような取組みかと思います。

先ほどのお話を聞いていまして、この間３年、４年できてない中で関係性が希薄になっていると、今まで病院にいた方、それとこちらが何年かやっていく中で関係性ができてきて、イメージができてきたのですが、行政にはどうしても異動したり、退職したりがございます。人の回転が速いので、ほとんど今までの経過を知っている人間がいないので、そこをもう一度作り直さないといけないのかという、いま、そのタイミングに来ているのかと思います。

その中でこの間の成功例ですよね。成功例というのは、「退院したよね」で終るのではなくて、一度この間、訪問ができないのなら、この間の成功例、もしくは失敗例ですよね。そのようなものを一度整理して、成功の蓄積、失敗したものからも見えてくるものもあると思いますので、ひょっとしたら、そのようなものを整理するような時期なのかと、今、お話を聞いていて感じたところです。

先ほどございましたが、私、高齢の部署にいまして、その時期にずっと言われていたのが、「施設を建てるのもいいけれど、お金よりも人の手当してくれ」と、「もうお金はいらないので、人を手当してくれ」ということをずっと言われていて。施設の方も、特別老人養護ホームでしたら、要介護２以上しか入れない、入所なさっている方に要介護３の方がおられないところで、今まで要介護４、５とか重度な方がおられると、比較的職員と、いわゆる非常勤職員みたいな形で回っていたものが、非常勤職員では回らないと、５人置かないといけないのなら５人全てを正職にしないといけない、人件費がきついというのはおっしゃっていました。特にヘルパーの成り手がないと、特に若い方、福祉の現場めざしている方も多々いてるのですが、どうしても人のご自宅に入るのに抵抗があると。サービス提供するのでも、例えば箱物の中の、デイみたいな感じですかね、あのような形で来ていただいて、何かあったときにでも、自分ひとりで判断しなくても、周りにスタッフもいるということで。今、どこもヘルパーの成り手が少ないと、大手の社会福祉法人でもやはり厳しいので、先ほどもありましたデイサービスとか、その辺も厳しい。障がいの方を取っているところもあるのですが、障がいの方を取ると、報酬で介護より若干少ないというのがあって、そこも積極的になれない、障がいの方を取れば取るほど経営が厳しくなるという、どうしても身体的、身体障がい者の方でしたら、特養とか、他のところで機械浴のようなものが設置している入浴サービス等がなかったら、厳しい方もおられるかと思います。その辺は、施設の方から話は聞かされています。うちの方としましては、先ほどありましたが、この間、一度、今までの事業の蓄積ですよね、そこを整理できたらと思いましたので、そのあたり担当の方にも伝えようと思います。以上です。

**◆WG長**

　はい、ありがとうございます。他に、いかがでしょうか。

**◆事務局**

　委員お願いできますでしょうか。

**◆WG長**

　事務局から指名がありました。

**◆委員**

病院主体で積極的に退院支援のアプローチを行うのが理想でありますが、私自身の経験から、本人、家族共に退院を望まない方に対する退院支援には大変な困難を伴うものと認識しております。その支援に関わった支援者ほぼ全員が燃え尽きてしまうという状況を見てきました。このようなことから府内全病院に退院支援を同じように働きかけていくということに抵抗を感じております。広域コーディネーターの支援が加わり、寛解、院内寛解の方が介護施設を含めた地域への退院を促す等の一つ一つの積み重ねが大事になってくると考えております。また、任意入院の方でも家族が退院に反対する事例では、経済面を含め生活の支援に難しい問題が残り、多職種によるカバーが必要となるため年単位で考えていく必要があると思っております。以上です。

**◆WG長**

　ありがとうございます。他、よろしいでしょうか。

はい、たくさん意見を出していただきました。意見交換の場で最初に出てきたのは、本人へのアプローチというか、そういう人をまず発見するというか、潜在しているところを発見するというか、アプローチしていくという、そこの難しさのところまで出てきましたが、ここでも地域移行支援そのものが市町村が主体となっていますので、市町村が働きかけることなしには動きませんので、そこをどうしていくかですね。積極的に自分のところの住民であるということで、長期入院している人のリストに基づいて、病院に「こんなアプローチさせてもらえるかどうか本人に了解を取って欲しい」とか、積極的に働きかけているところもあれば、そこまでいっていないところもある。そのようなところをどう動かしていくのかとなったときに、協議の場という、ここで関係者が働きかけていくというか、意識化させていくところがいるのだろうというふうに思います。市町村も、医療機関、特に精神科となったときに、いつもここのワーキングで課題になるのですが、圏域を超えていくという、市町村は特にそうなのですが、保健所圏域でも、今日の事例でもありましたが、違う圏域に移動して、一緒にやっていかないといけないとなったときに、市というところはなかなか動きにくいのです。そこらに限界があるので、やろうとしてもどう動いたらいいのか、何をしたらいいのかというところが見えにくいところがあるのだと思います。そんなところでは、協議の中に来ている他の機関ですよね、ここが一緒に考えていくスタンスで見出していくことが必要なのかと思います。そこに大阪府が広域コーディネーターという役割の人を配置してくれているので、まだ何とかカバーできている部分もありましたが、市町村を中心とした、保健所圏域もそうですが、やはり協議の場ですよね。ここをいかに活性化させるか、形骸化ではなくて、活性化させるというところがものすごく重要になってくるのかと思いました。

もう一つは、仮に活性化させたとしても、実際に事業所とか、あるいは保健所なんかも言えるのかも分からないですが、病院のスタッフにも言えるかも分かりませんが、先ほど発言があったかと思いますが、意識ですよね、時間とエネルギーをものすごく要するので、それよりも他に優先すべきことがたくさんあったときに、そこにわざわざ時間を割けるのかということです。

今月初めに、大阪府の地域活動支援センターが集まる協議会の場があったのですが、そこで少しそんな話題が出ていました。かつて大阪府が始めた、社会的入院解消研究事業を始めた頃というのは、みんなそれなりに意義を感じて前向きに取組んでいたけれども、今、新しく現場に入ってくる人たちが、「地域移行支援って何なの」みたいなことになるし。時間とエネルギーがかかってしまうので、それよりも報酬のこともあるのでしょうが、意識の問題ですね、ここは僕、ものすごく大事だと思っていまして。大阪府が1999年に出した精神保健福祉審議会の答申の中に書き込まれた、「社会的入院は人権侵害なんだ」と、いくら手間と時間がかかろうが、人権侵害の状態にあるのを見て、放置するというのは関わる人間にとってやってはいけないことなのだろうというふうなところが大きいのかと思いました。

これも皆さんの意見が出ていましたが、人材不足というところが出てきています。どこの分野でも、保健・医療・福祉に限らず、その他の産業の中でも人材不足で、いかに優秀な労働能力を確保していくかというところが、ものすごく大きな課題になっています。そういう意味では、他の産業に比べると、医療・福祉・保健領域というのは、遅れをとっているというか、負けてしまうという言い方がいいのかどうか分からないですが、そんな状況なのです。単に何かお金を増やしてやったら人が増えるというそんな発想では、太刀打ち全然できないと思います。

人材育成ということもそうだし、人材活用というか、これから専門職のあり方が問われてくると思います。専門職が全てカバーするという発想ではなくて、専門職でなければできないところ、専門職以外でできるところ、ここを見分けていくという専門職の能力みたいなものがこれから必要になってくるかと思います。そんなところの発想も踏まえながら、今日出てきたキーワードは、「役割分担」というところが大きなものになると思います。一つ目の事例もそうですが、いくつかの機関が係わって、「私とこはここ、私とこはここ、あなたはここ」という役割分担ですね。これができていないと進まない、これがものすごくよく分かった事例ですので、そういう意味において、この専門職でないとここはできないけど、ここは専門職でなくても、こういうようなところでできるとか、そのようなことを見分けながらやっていかないと、全てカバーできるなどという発想は、もう太刀打ちできないと思います。どんな方法でそのようにやっていくのかは、これからの課題かと思います。私も専門職育成というところに関わっていますので、今、そういうところで課題だと認識していたのですが、今日のやり取りを聞かせてもらって、改めて、私も再認識できたというところでございます。少し時間押しましたが、本当にいい報告をいただいたということと、それを受けて、活発な意見交換ができたというふうに感じております。まだまだ話したいこともあろうかと思いますが、とりあえず、今日はここで終了させていただいてと考えております。また、このような機会を設けたいと思っています。

それでは、最後、事務局から何か情報提供あれば、お願いいたします。

**◆事務局**

皆さんのお手元に置かせてもらっているのですが、１回目のワーキングでご報告させていただいた退院支援パンフレットが出来上りましたので、取り急ぎ、皆様には一部サンプルをお渡しさせていただいております。１回目のワーキングで、フリーダウンロードして利用できるようになるか？と言っていたところですが、パンフレットを制作された公民連携企業より「著作権が発生するので、フリーダウンロードはできない」ということになりました。委員ともご相談していたのですが、随時使っていく中で、増刷していただけるというお言葉はいただいていますので、サンプルを見ていただいて、どうやって使っていくかとか、そうだったら数がいるねという話を企業側にあげさせていただいて、また、随時追加配布していただけるように持っていきたいと思っています。第一弾のこれは、大精協の先生方のご意見をいろいろいただいて出来たものですので、今後広がっていくといいなと思っております。どうぞご参照ください。以上です。

**◆WG長**

　はい、ありがとうございます。

　　それでは、本日のいただいた議題は全て終了したと思いますので、事務局にお返しいたします。

**◆事務局**

WG長、長時間の進行、ありがとうございます。

委員の皆様、実践報告をいただきましたお二方には、ワーキンググループへのご協力に厚くお礼申し上げます。以上をもちまして、令和５年度第２回大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを終了いたします。

なお、来年度も引き続き年２回程度の開催を予定しております。委員の皆様には日程調整等のご協力をなにとぞよろしくお願いいたします。本日はお忙しい中、ありがとうございました。（終了）