

令和5年度 第1回 大阪市障がい者施策推進協議会 精神障がい者地域生活支援部会

1. 日 時 令和5年9月19日（火）午前10時00分～12時00分
2. 場 所 大阪市こころの健康センター大会議室
3. 出席委員 芦田委員、栄委員、大野委員、鍵本委員、倉田委員、澤委員、潮谷委員、
新田委員、檜委員（五十音順）

開 会

事務局 塩田こころの健康センター担当係長
会議の公開について

事務局 喜多村こころの健康センター所長
開会のあいさつ

事務局 塩田こころの健康センター担当係長
出席委員及び出席職員紹介
出席状況の報告
配付資料の確認

栄部会長

本会議は12時をもって終了ということですので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。
それでは次第に沿いまして、議題1について、事務局から説明のほどよろしくお願いいたします。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹
資料1について説明

栄部会長

以上議題1につきまして、事務局から説明をいただきましたが、委員の皆様からご意見とかご質問はございますか。

倉田委員挙手あり

栄部会長

倉田委員よろしく申し上げます。

倉田委員

入院によらない形で治療ができる程度まで回復している寛解と院内寛解は、高齢の方が大部分を占められておられるのか、まだお若い30代の方も含まれるのか。

寛解・院内寛解と言うと、社会的入院という事になるのですけども。

社会的入院の社会の障壁といいますかバリアといいますか、その辺の内容をちゃんと把握されているのか。

なぜこの方たちが社会的な入院をされているのかということ把握されているのか知りたいのと、あと入院していたらマズローの欲求段階でいくと生理的欲求と安全の欲求は満たされていると思うのですけども、地域に出るにしても生理的欲求と安全の欲求が満たされないと、退院することにはならないと思います。

病院に入院しているからこの生理的要求と安全のレベルが満たされている状態なので、地域に出たときに不安な状態、危険な状態になるのであれば、退院には結びつかないと思います。

寛解されている方がどのようなことを思っておられるのか、地域が今どんな状態なのか、自分が安心して暮らせる状態に地域がなっているのか、自分を受け入れる体制が地域に整っているのか、その辺の情報を得る機会を入院患者さんが持てるような支援ができていっているのかが重要になってくると思います。

栄部会長

そうしましたら、入院によらない形で治療ができる程度まで回復している寛解・院内寛解の方の現状に至る背景と、もう一つはこの方たちの個別情報をどこまで把握していらっしゃるのかという事について事務局の方よろしくお願ひいたします。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

倉田委員が最初におっしゃった年齢層ですが、資料1-3の表をご覧くださいますと寛解・院内寛解83人のうち30歳代が1名、40歳代が6名となり、83人のうちの8.4%という状況で、やはり60代70代或いは80歳以上という高齢の方が大部分を占めている状況です。(注1)

次にいわゆる社会的入院となっている方たちが何故こういった状況に置かれているのかという分析については、この調査で退院阻害要因についても調査しておりまして、去年の部会でもご説明しておりますとおり、住まいの確保が難しかったりご家族の方との調整が必要であったり、退院による環境変化に対するご本人の不安の強さや、病状は概ね落ち着いているけれども時々不

(注1) 本部会の開催後に在院患者数について修正があり、正しくは寛解・院内寛解51人のうち30歳代が1名、40歳代が4名となり、51人のうちの9.8%となる。

安定になるといった退院阻害要因が多い等挙げられています。

今申し上げたような患者さんのいらっしゃる病院に対しては、当センターで実施しています地域生活移行推進事業、或いは保護課の被保護精神障がい者等地域移行支援事業といった個別の支援を丁寧に行うことによって、退院に対する不安を解消し、地域生活に移行できるような支援を行う事が大変重要かと思えます。

もう 1 点情報提供の必要性についても先ほどおっしゃっていましたが、これまで長期入院者の方お 1 人お 1 人にきめ細かい情報提供ができてなかった点がありますが、精神保健福祉法改正によって、来年 4 月から入院者訪問支援事業が始まりますので、そういった事業等も活用しながら、入院患者お 1 人お 1 人の方に寄り添った情報提供に取り組んでいくべきと考えております。

倉田委員より挙手あり

栄部会長

倉田委員どうぞ。

倉田委員

来年の 4 月から始まる入院者訪問支援事業ですが、そちらの訪問支援員の養成については、大阪市だけが取り組むのではなく、大阪府下で研修を行っていただけるのでしょうか。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

大阪市単独ではなく、大阪府と大阪市と堺市の合同での運営を予定しています。

訪問支援員の養成についても、合同で取り組む事となるかと思えます。

倉田委員

合同で行われる支援員の養成は、例えば大阪府下で訪問支援員になりたいと思えば、大阪市か堺市が行う研修を受講すれば訪問支援員になれるということですか。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

大阪市・堺市での研修を受けていただくというか、大阪府・大阪市・堺市 3 者合同で研修を実施することになると思えますので、お住まいがどちらであっても、この研修を受けていただいたら、大阪府内で訪問支援員として、活動していただくことができることになるかと思えます。

栄部会長

倉田委員、先の二つのご質問については、ご了承いただけたということでもよろしいでしょうか。

倉田委員

ご家族の調整と住まいの確保は、一番難しい所だと思います。

その住まいの確保はまず保証人やご家族の承認がないと難しいですよ。

おそらくご家族が社会的な問題にさらされて、やむを得なく入院していた、入院して貰っているというのもあると思うのですけども。

しかし、地域に移るからには、そのご家族の問題を家族だけで問題として捉えるのではなくて、地域の問題として捉えなくてはならないと思います。

ご家族の問題ではなく、地域の問題だとして取り組めば、ご家族の負担が減るし、こころの健康センターが関わっているということで、ご家族への負担を減らすことも支援の一つじゃないかなと思います。

栄部会長

ありがとうございます。

退院阻害要因の住まいについては、この部会の中でずっと課題になっていますし、それこそ政策的に、居住支援というような事業をどう展開していくかも引き続き課題になっていますので、今の倉田委員の意見はこれからもぜひ取り組みの中に入れていきたいと思っています。

ありがとうございます。

こういった病院のデータが出てくる時には貴重な意見として澤委員にもご意見いただくことが多いのですが、澤委員いかがでしょうか。

澤委員

大阪精神科病院協会から参加させていただきます澤です。

非常に貴重なデータを含めてありがとうございます。

今、大阪市障がい者施策推進協議会の中で、精神障がいを抱えておられる方がいかに地域に安心して帰っていただけるか、という議論を進めていく上で、毎回申し上げてはいるのですが、今回のご提示いただいたデータの中にも、非常に重要なことが含まれていると思っています。

一つは以前から申し上げた通り精神障がいを発症される方で、特に統合失調症を中心としたご病気で長く入院されていた方が、20代30代で入院となり、その後地域で受け入れるという体制が整わないため、長年入院した経過として、現時点で70歳代になってきているというのが一つの大きなフレームだと私は理解しています。

もう一方、地域の中で受容できる体制が整えば帰れるという本来は退院できる院内寛解の30代40代の方もいらっしゃる。

あとは、いわゆる新規入院に関して、今は非常に短期間で退院する状況になってきているので、入院が長引く理由としてはほとんどが高齢化の影響だと思います。

皆さんも理解されていると思いますが、地域に帰っていただくということが一体どういうことなのか、と言うと、本来その地域移行、地域定着を考えていたそういうフェーズにあった方々がすでにもう高齢化をしていて、先ほど行政が入院患者さんは減ってきているとお示されたデ

ータは全国データでもありますが、減っている理由の中で、残念ながらご高齢に伴って身体合併症等でお亡くなりになっている方が多いと理解しています。

社会的入院という言葉がよくありますが、主症状が寛解であったとしても、統合失調症の方というのは一般の方と比べても寿命が15年ぐらい短いというデータも出ています。

身体的な治療をせざるをえない中で入院を継続し、結果として院内でお亡くなりになっていかざるをえない方々が多いというのが今の実態だと思いますので。

コロナ禍でも露呈しましたが、地域に移行する場合に、いろいろな阻害要因の中で、家が無い、働き口がないといった、いわゆる働き手の世代の方の議論ではなく、精神障がいを持つ方の体のケアができる体制が十分に取りにくい点があります。

特に精神障がいの方は診ていただけない非常に不遇な体制的な問題があります。

そうすると、病院にいるということが果たして社会的入院といえるのか。

例えば重度の身体的なケアを必要とした患者さんのいる精神療養病棟に入院されている方は非常に多いですけど、果たして地域に帰った先で、患者さん当事者の方、そして地域で支えていらっしゃる方、そしてご高齢になっているご家族は本当に安心できるのか、という議論を是非していただきたい。

入院患者数の統合失調症の平均年齢が現在70歳代になっているというデータがあります。

入院患者数の減少は主症状寛解例で地域に移行して減ったのではなくて、お身体の具合が悪くなり最終的にお亡くなりになった方というのが、含まれているはずですよ。

行政がそのデータをお持ちでしたらぜひ共有していただきたい。

若い方で帰れるのに帰れない方について、地域の受け皿を作るという議論が一軸、もう一つ、体が悪くて帰れない人を無理に返そうとすると、精神科病院へ入院している方ご本人、ご家族の経済的な負担が地域に出るよりも低いという逆説的なパラドックスがあります。

そこを解決しないと議論そのものが空回りしやすいと私は思っていますので、是非そこを議論いただければと思います。

もし入院患者数が減少で、主症状寛解でも残念ながら身体症状が悪化しお亡くなりになった方のデータがあれば、その上で議論したいと思っておりますのでご提示いただければと思います。

よろしく申し上げます。

栄部会長

どうもありがとうございました。

事務局から、今のご意見の身体的ケアのことについて、どういったデータをお持ちなのかよろしくお願いたします。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

データでお示しできるものはないのですが、令和3年度から4年度にかけて、入院患者数が減少し、1年以上の入院者数についても大きく減少したのは事実です。

病院ごとの内訳を見まして、その中でも特に大きく減少していた病院については、担当の方に少しお話はお聞きしています。

あくまで病院担当者が受けた印象の話なので、詳しい数字では示されていないのですが、確かに澤委員がおっしゃったように令和3年度から4年度にかけて、お亡くなりになった方が多かったとか、或いはコロナ禍もありましたので、精神科病院での内科治療ができない為、内科の病院へ転院された方が多かった等、そういったことで、減少したのではないかというような印象をお聞きしています。

在院患者調査の内容は数値でお示しできませんが、今年度は退院患者調査の実施年ですので、その結果も見ながらより詳しい分析を行い、澤委員がおっしゃったような、どういった層をターゲットにして、この地域生活を推進していくのかをまた検討して参りたいと思います。

大野委員挙手あり

栄部会長

大野委員どうぞ。

大野委員

精神疾患の方の合併症治療の問題は、皆さんご存知のとおり、滝山病院のように、市中の一般病院がなかなか合併症を受け入れてくれないということが多くあります。

家族としても、受け入れてくれるならば、どういう病院であれ合併症を持って担いきれない人を任せざるをえないっていうことは、東住吉区の家族会の中でもありまして、睡眠薬の飲み過ぎで、簡単な胃洗浄で済むようなことでも、大阪市内には大阪市立総合医療センター、それから大阪府急性期総合医療センターなどたくさんの総合病院がありますが、そういうところですら拒否されているという現状がございまして、その方はお亡くなりになりました。

退院阻害要因の一つとしては、やはり統合失調症の治療をしておりますと、合併症を持ちやすいです。

特に肥満や血糖値が上がる等、それに基づく二次障がい治療の場所がないことは非常に大きな問題でしてこれを退院される方、それから地域で暮らす精神疾患者にとっても医療として、等しく精神科も五大疾病の中に入ったわけですけれども、等しく治療されないということの不安、どこも受け手が無いからということで受けるという病院もあるのではないかと思います。

大阪府下でもそれは決して甘く見てはいけないというのが家族の実感です。

ですので、退院阻害要因については資料の2のところでも少し触れさせていただこうかと思いましたがけれども、合併症治療を保障するということを、総合病院にもう少し周知していただきたい。

精神科病院で合併症の治療ができる、内科機能を持っていらっしゃる場所というのはごく少ないわけです。大阪市内には非常に優秀な総合病院があります。

ぜひ合併症治療のところでは受入病院に関してもう少し積極的に大阪市さん要請していただけないでしょうか。

栄部会長

ありがとうございます。

退院患者調査が、これから始まるとの事ですけど、こういった項目を入れると、より退院阻害要因が見えてくるといった調査に使えるような項目があればご教示いただければと思いますが、澤委員いかがでしょうか。

澤委員

今お話されたように身体合併症の問題は本当に大きな問題です。

主症状寛解でもお帰りいただきにくい要因の中、他の身体的な要因がどの程度あるのかということとはぜひ確認いただくべきだと思います。

それがいわゆる老健であるとか、サ高住とかであるとか地域で看ることのできるレベルなのか、そうでないのかという検証なしに地域移行をすると、ご本人、当事者支援者すべてにとって安心できる展開にはならないと思います。

もう一つ、これは大阪市とか大阪府の問題ではなく、国の抱えている構造的な問題の中でいわゆる少子高齢化がどんどん進んでいます。

統合失調症の方の身体合併症、それは糖尿病だけではなくて、いわゆる生活習慣病全体に非常なしやすい傾向がございます。

実は精神科の入院患者さんは一般人口と比べて生活習慣病の方が少ないというデータが出ています。

それが外来患者さんになりますと、実際のところ糖尿も脂質異常症の高血圧症も、一般人口と比べて優位に有病率が高いというデータが出ております。

したがって本当に地域に帰るということは、それらのケアが十分に行き届かない中に帰っていただいた場合に、患者さんご本人にとって非常にご迷惑かけることになるということは理解しておかないといけないと思います。

あと先ほどの合併症ですが、総合病院の体制強化は私たち病院協会からも非常に強くお願いしています。

これは委員の皆様方もご存知のこともあればそうでないこともあるかもしれませんが、全国的に見ると大阪府、大阪市というのは私の感覚ではまだよい方だと思っておりますが、いわゆる診療報酬の構造的な限界もあり、総合病院の中における精神科の「有床」いわゆるベッドがあるような状況での、有床総合病院の精神科というのが機能しにくいような状況が発生しているということは、ぜひ共有いただいた方がいいと思います。

私達病院協会からも国へ働きかけてはいるのですけれども、精神科有床総合病院が、総合病院の中におけるその機能を発揮しにくくなっているという状況が実際にあります。

今前線で起こっていることは精神科病院でも、機能的に動いている病院と、いわゆる一般科で機能的に動いている病院が地域の中での連携をどんどん深めているというのが現状であります。診療所の先生方のご理解ご協力いただきながら進めているのが、現状になりますので、急性期総合医療センターもかなりご苦労されていると思いますので、総合病院の体制強化は、行政からこの部会の皆さん、審議会の皆さんに情報共有いただける点がありましたら、その上で議論された方が正確かなと思いました。よろしくお祈りします。

栄部会長

ありがとうございます。
もしよろしければ、鍵本委員から地域の診療所での、他科との連携の状況がありましたら、ご教示いただければと思います。

鍵本委員

我々も外来の中で身体合併症の方の入院をお願いする時に、病院側がなかなか受け入れなくて困っていることは結構あります。
外来レベル横の連携が取れる形で内科と十分連携を取って、そこから内科の先生から、どこかを紹介していただくという形を取ることがあります。
精神疾患ということを前面に出して、身体合併症で受けてくださいと言っても、受け入れ先が無いことが現状なので非常に我々も困っています。
これは、おそらく診療所協会の会員先生方すべて同じように認識しているのではないかなと思いますので、確かに構造的な問題だと思います。
本当に総合病院の中で精神科の病床がどんどん削られていまして、なかなか診ていただけるキャパがないというのが現状なので、その部分は本当に地域だけの問題じゃなく、国全体としても考えていただかないと限界があるのではないかと考えております。

栄部会長

私たちは『地域』といいながらも、そういった他科との連携や安心して医療が受けられる体制はとても大切なので、その辺りも事務局は文言として残していただいて、対策に取り上げてもらえればと思います。

芦田委員挙手あり

栄部会長

芦田委員お祈りします。

芦田委員

身体合併の話が出ましたので、私が地域移行の支援をしていた時のことはなしですが、その方は精神的にはほとんどもう症状が落ち着いていて退院できる状態だけれど、糖尿病があるので、毎日インスリン注射をしていました。

地域で診てもらえるように、糖尿病専門の先生にお願いをしたら、精神疾患を持っている方でも診てくださることになったので、退院前に受診することになったのですが、その方、生活保護受給者だったのですが、生活保護課の方が1疾病については、1医療機関でしか受診はできませんと言われました。

入院中の病院で糖尿病を診ているなら、退院するからと言って別の医療機関で同じ疾患を診てもらうのは駄目ですとなりました。

退院したらその医療機関で診てもらうためには、外来で受診をしてそこで検査を受けないといけないと、1疾病1医療機関という所だけ引っかかってしまいました。

そこだけがクリアできれば退院できるのだっていうことで、入院先の病院のワーカーさんも頑張って生活保護の方と話をしてもらって、やっと退院の過渡期には1疾病に2医療機関をOKいただいて無事退院が出来ました。

この1疾病1医療機関は今まで精神科病院の中で内科的なものを診て頂いたとき、地域に出る際の生活保護の壁が結構大きかったということです。

医療機関だけの話ではなくて、生活保護の方にも十分検討していただきたいなと思います。

それがなければ、なかなか退院が難ということになると思います。

栄部会長

ありがとうございます。

今のご意見をどこまで深めようかと思いつつも、後程、生活保護課から大阪市被保護精神障がい者等地域移行支援事業の実績報告のところ、そこも踏まえた制度的なこともご説明いただき、芦田委員の意見を深めるということによろしいですか。

芦田委員

はい。

ありがとうございます。

栄部会長

精神科の病院の実情というのを説明していただき、高齢者の方が非常に多いということでした。

もしよろしければ新田委員から、何か得策や、我々が認識しておくべきことがありましたら、ご意見をいただけますでしょうか

新田委員

まず住まいに関して、以前から気になっているのは、住む家としては一人一人違うと思います。本当はどこか住宅を借りるパターンもあるし、ある程度見守りが必要なところなど、グループホームや生活保護の救護施設。

長期入院で介護が必要になれば、例えば特養であれば、受け入れられるわけですよ。

話を聞いていつも思いますが、何か一本調子というか、やはり一人一人住まいがどうなのか、家族はどうなのか介護はどうなのか。

極端な言い方すると退院に向けてのアセスメントというか、チェックリストですよ。

家族が高齢化していなかったら、代わりに、地域。

でも地域も高齢化で実はそんなに支援する力がもうないのですよ。

そうしたときに、家族の代わりに後見人をつけているのか、1人で限界があれば、複数後見でいくのか法人後見でいくのか。

病院さんに行く支援、服薬管理は誰がするとか、そこら辺をやはり項目ごとに、年齢、介護の有無、治療の必要度に分けて、一人一人のアセスメントをやっていくような形にしないといけない。実際は大阪市の特養入所見ていると、精神科からの入所は結構増えています。

特養は要介護3以上の方が対象ですが特例入所で要介護1でも2でも入れなくはないですよ。

大阪市で月に1回やっている特例入所判定委員会を見ていると、精神科から、ADLはそんなに悪くないけれども、見守りや食事や24時間の医学的な管理が必要ということで、特養入所も結構増えて来ているのですよね。

60代以上の方が非常に多いですが、入院期間が30年、40年の人はやはり家族がいなかったりADLが落ちていたりするので、一人一人を把握できるような、アセスメントというかチェックが必要なのではないかなというのを思っていました。

以上です。

栄部会長

ありがとうございます。

そういった意味では寛解・院内寛解の方の一人おひとりのアセスメントが必要という点では皆さん共通してらっしゃると思っています。また後程の事業報告の中でも重なる部分がありますので、一旦こちらはご意見よろしいでしょうか。

次にいきたいと思います。議題2について事務局から説明をお願いいたします。

事務局 山崎大阪市こころの健康センター担当係長

資料2-1及び資料2-2、資料2-3について説明

事務局 三方福祉局生活福祉部保護課生活保護調査担当課長

資料2-4について説明

栄部会長

どうもありがとうございます。

皆様から貴重なご意見をいただきましたが、このにも包括にかかる取り組みは、重層的に関わってくるということもあります。

皆さんよろしければ、ご質問ご意見がありましたら、いただけますでしょうか。

いかがでしょうか。

倉田委員挙手あり

栄部会長

倉田委員お願いします。

倉田委員

ピアサポーターの件ですが、私も寝屋川市でピアサポーターとして活動しています。

ケアスタッフとして活動しているのは2人なのですが、ピアサポーターとして活動しているのは、5人ぐらいです。

ピアサポーター活動としては、ここに書いてあるように語り部活動、啓発活動であったりとか、病院訪問とかをやっていますが、発表する機会や訪問する回数とかが少ないので、5人いる中でも2人だけしか行けないとか、そういう状態になって数少ない訪問の機会や発表の場を譲り合ったりしています。

病棟訪問って院内寛解されておられる方に見れば、1ヶ月に1回とかの訪問はすごく少なく感じます。

本当は毎日来てもらっても話すことがあるぐらいの感じで待っておられる方が多いです。

病院訪問に関する支援のお金とサポーターとして訪問するお金の額が関係してきて、訪問回数が減るかとか、そういう問題もあると思いますが、ピアサポーターの養成講座を受ける人が増えてアサポーターの母数が増えていっても、参加する機会、語る場が少ないと、ピアサポーターとしての資格を生かす機会が少なくなる事にもなりかねないので、機会を増やしてほしいなと思います。

栄部会長

倉田委員ありがとうございます。

ピアサポーターが活躍できるようにより多様な場を開発して欲しいという事ですね。

大野委員より挙手あり

栄部会長

大野委員お願いします。

大野委員

ここで質問してよしいのかどうかわかりませんが今国事業として、市長入院同意患者に対する訪問活動が始まりますけれども、このピアサポーターとの関係性はどうなるのかなと
いうことで、非常に第三者が入っていくというのが画期的な国の提案だと思っておりますけれども、
退院に向けてピアサポーターに思いのたけを話していく人たち、それから訪問してきてくれる
人たちの話。

そうなると話したのはいいのだけれども、自分が話していることは実際の退院に繋がるのかと
いう整合性をどうやって取っていかれるのかなというのを、一つどうしてもお聞きしたいこと
で。

にも包括とおっしゃいましたので資料 2-2 ですが退院者が実績として 13 名。

13 名だけしか対象にならなかった理由は何なのか。

退院阻害要因というのは、これは行政の方で解消していくという、行政的な裏打ちがなければ、
その人の心意気ピアサポーターの心意気では解消しないことです。

13 人しか成功する人がいなかったっていうのはなぜなのか。

資料 2-3 によりますと、利用者の状況を見ますと、この 8 番の方ですね。

本人の意向が変わらないために終了したことになってしまいますけれども、退院して地域で暮
らす人たちには継続して支援していく制度にはならないのかなと思うのです。

4 番の方も今じゃなくていいという、ご本人の意思ですが、ご本人が嫌だからもうこれで終わり
じゃなくて、今じゃなくていいという言葉の中におそらくいろいろな不安ものが含まれている
と思うので、一度アプローチして駄目でもやはり継続的に退院阻害要因を行政の方で取り除く
のかどうか。

本人の意向だけで終了させないでいただきたい。

不安要因を取り除いていただきたいなと思う次第。

栄部会長

ありがとうございます。

最初のピアサポーターが訪問するっていう件も入れて 3 点ですね。

1 点目は、訪問事業が始まった時に、ピアサポーターも病院に訪問していると、それぞれが訪問
するけども、本人の立場にたった情報交換や、建設的な情報の共有はどのようにするのか。

2 点目は、資料 2-2 です。退院者が 13 名ということなので、もう少し増やすことが出来ないの
かという点ですね。

3 点目は資料 2-3。こちらも同じく推進事業の利用者の状況をみて、この期間について融通性
とか、柔軟性ということ踏まえて、個人にアプローチできないのだろうかことで大野委員よろし
いでしょうか。

大野委員

はい。

栄部会長

事務局の方よろしくお願いたします。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

まず1点目、入院者訪問支援事業については、訪問支援員の養成においては、資格要件はありませんので、もちろんピアサポーターさんも、支援養成研修を受けていただいたら、訪問支援員になっていただけますので、入院患者訪問支援事業として、今後、入院患者さんへ訪問していただくことが可能だと思いますし、そういった方が増えていただければと思います。

ご本人様のお話をお聞きしたりした情報共有というのは、退院に向けて具体的にどういった動きに繋がっていくかとか、そういったあたりでしょうか。

大野委員

訪問していただく当人にしてみれば、地域に帰りたいとか、現在の病院の処遇に不満だとかいうことがある。

二つの流れができている場合に、どういうふうの実現に向けて誰が、動いてくれるのかということとところで戸惑いが出てこないのか。

ピアサポーターさんは退院に向けて動くということですが、国の訪問相談支援ってというのは、実は療養環境検討協議会の中でお聞きしたのですが、どこまでやるかということはまだ国としても、訪問というところまではいいのだけれども、どこまで仕事ができるかっていうと非常に曖昧だとお聞きしております。

だから、いろいろなファクターが入ってくることは良い反面、訪問される当事者が一体自分の悩みは誰が責任を持って回収してくれるのだと。

一方で病院のケースワーカーさんも居ると思います。

だから、流れの複雑化というところでは、当人にしてみれば困るなど。

実は当事者の方に相談してきたのですが『そりゃあ話聞いてくれるのはいいけど。多分混乱するわ』という意見ですよ。

栄部会長

事業がどうしても縦割りになっているので、その縦割りの情報を誰がコミットして、一つのものとしてアプローチしていくか、これは前から出ていて、福祉課の方は生活保護のワーカーも訪問していますよね。

そういったことを考えると、いろんな人が来てくれるけども、ご本人の立場にたつと、自分の思

いを形にしてくれる人はどんな人だろうかという事がありますね。
事務局でイメージというか青写真があればお願いします。

事務局 健康局こころの健康センター長尾保健副主幹

入院患者訪問支援事業で、入院者さんとお話した内容を病院のソーシャルワーカーさんと共有ができるのかとか、或いは行政の地域移行支援を担当している部署と共有ができるのかとか、そういった枠組みについては今の時点ではまだ検討していません。

果たしてそういった枠組みを作ることが今後可能なのか、考えていけたらと思います。

ただし、入院者訪問支援事業の大きな役割としては、ご本人様の話を傾聴する、情報提供を行う、ご本人がどういった支援を利用できるのか、そういった情報を提供して、ご本人さんが声を発することができるように、声を上げていけるように、お手伝いするっていうのが一つの重要な役割と思っています。

先ほどおっしゃられたようなことは、参考にさせていただいて、これからどのような枠組みを作っていけるか考えていきたいと思っています。

2点目の質問ですが、13人の方しか、地域移行支援を利用して退院に至っていないということですが、令和4年度中に地域移行支援サービスを利用して、令和4年度中に退院まで至った方が13人ということですので、もちろんこれ以外に、令和4年度に地域移行支援のサービスを利用されている方、今も利用されている方とかは、ここには含まれていませんので、もう少しあると思います。

ただもちろん83人^(注2)という数字に比べれば小さな数字にはなりますけれども、そこはご本人との契約に基づいて、利用していただくものになりますので、そこをご本人が利用しようという意欲が持てるように、この推進事業を使って、ご本人の意欲を引き出していき、そういった、関わりが必要かなと思っています。

数的には小さいですけれども、推進事業の新規利用もこれから増やしていき、1人でも多くの方が地域移行支援サービスの利用に繋がるように支援していきたいと考えています。

3点目のご質問についてなんですけど、資料2-3にありますように確かに推進事業を利用したけれども、地域移行支援に繋がらなかった方。

特にご本人さんの意思が変わらなくて、繋がらなかった方がいらっしゃるんですけど、確かに1回利用して、地域移行支援に繋がらなかったからそれで終わりではなく、こちらも病院と病院のソーシャルワーカーさんと連携をとり、ご本人さんのお気持ちが少しでも変化があれば、また入らせてもらいたいっていうことはお伝えしています。

推進事業を担当した事業者も、電話や手紙で連絡を取ったり、或いは事業者によっては訪問してくださっているところも、あると聞いています。

ご本人さんとの繋がりを絶やさないように続けていっていただいているので、そういった繋がりの

(注2) 本部会の開催後に修正があり、正しくは51名

中でもう一度チャンスがあれば、ぜひこの事業を利用していただいたり、或いはそのときにはもう推進事業じゃなくて地域移行支援で入らせて頂いたりとそれで終わりではなくって、そのご本人さんの人の繋がりを途切れさせないようにして、次のチャンスを待つといった状態となっています。

栄部会長

有難うございました。

大野委員、こちらで回答になってますでしょうか。

大野委員

4番の方、それから8番の方も終了と書いていますが、継続ですよ。

事務局 長尾大阪市こころの健康センター保健副主幹

推進事業としては終了しましたという意味で、支援結果は終了と記載させていただいています。

大野委員

申し訳ないですけど、本人にとってみると支援事業という事業によるかどうかは、行政の企画であって、本人主体に考えていけば、事業終了後継続というふうな言葉をきっちり入れておいていただきたいなと思います。

栄部会長

有難うございました。

倉田委員より挙手あり

栄部会長

倉谷委員お願いします。

倉田委員

ピアサポーターの訪問回数が増えると。

入院患者さんも、「私と同じ精神疾患の人たちが毎日訪問に来てくれるっていうことは、この人たちは安心して地域で暮らしている」と考えると思います。

そして、自分たちも退院して、ピアサポーターになって病院に来て、もっと仲間を病院から退院に結びつけたいと思うような機会になると思うので、ぜひその訪問の機会を増やしていただきたいなと思います。

栄部会長

ありがとうございます。

色んな方が入院者のところに訪れる、訪問事業であったり、ピアサポートの訪問であったり、それから今回身体合併の話も出たりしたのですが、そのあたりで檜委員の看護の立場からですね、訪問看護のような地域の支え手、病院の中の看護の役割と言ったところで、ご意見いただければと思いますが、いかがでしょう。

檜委員

ピアサポーターの活動などの内容について、実は病院の看護師があまり情報を持っていないことがあるとは思っています。

コロナ前に看護協会の大阪支部の退院支援の研修で、ピアサポーターの活動のお話をいただいた時に、実際に活動が実施されている病院の看護師はしっかり理解しているのですが、こういった活動があるのかと感じている看護師が多数でした。

多くがピアサポーター活動を知っているわけではないという現状がある。

実際そういった機会をふやしていく必要があるとは感じたのですが、コロナの流行があり、研修の機会や実際にピアサポーターも入りにくくなったのではないかなと思います。

この5月から5類になり病棟も開放しているので、訪問の機会がもっと増えるようにしていけないといけないと思います。

精神科看護協会大阪支部としては、今後も研修の中にこういったことを取り入れて、ピアサポーターの方に来ていただいて、実際の活動の現状を語っていただく機会も研修の中でも取り込めるのかなとは感じております。

身体合併については、実際に身体的に治療の必要性があり、今すぐにでも治療を受けていただきたいという現状に対して、ずっと入れてくれる場合もあるのですが、何度も、どこにかけても、ひどい時は10件ぐらい断られ、その日は断念し翌日に依頼する、そんな案件があることは事実です。

精神科と一般科で連携をとる部分が増えているのは事実ですけれども、それでもなお時間がかかっている現状がありますので、そのあたりは皆さんも共有して頂けたらと思います。

栄部会長

ありがとうございます。

資料2-4のところですね、被保護精神障がい者の事業のことについてご説明をいただいておりますが、これに関わっていただいている芦田委員からコメントをいただくとともに、先ほどの1疾患1医療機関のことも併せて福祉局の方から、ご意見をお願いしてよろしいですか。

事務局 三方福祉局生活福祉部保護課生活保護調査担当課長

先ほど芦田委員から地域移行の方で、被保護者の方については、制度的なところが課題になると

ご指摘いただきましたが、生活保護制度は国が制度の取り決めをしておりますので、自治体の独自の解釈が難しいのですけれども、個々の事例の中で制度の解釈を国に確認しながら、実施機関と連携し引き続き取り組んでいきたいと考えております。

栄部会長

芦田委員いかがでしょうか。

芦田委員

ありがとうございました。

どうしても高齢の方の地域移行になると、それこそ精神疾患は寛解状態であっても、何かしらご病気を持たれていると思いますが、だから退院できないのだと、いう事ではなく地域の医療さえ充実してれば退院でき、地域の医療機関で診てもらえるのではないかという可能性ですよ。その可能性はやはり国の生活保護の制度があるから退院できないっていうことになるのと二重のバリアになってしまう。

個別の対応ということで考えていただければと思います。

今、いろんな意味でこの被保護者の方の地域移行とか、それから地域生活移行推進事業、退院のコーディネーターが病院に入っていくということで、いろんな形で大阪府下の精神科病院の中に支援者がいますが、その取り組みはすごいと思います。

これから入院者訪問事業で入っていくことで、先ほど大野委員がおっしゃったようにそこにピアサポートがということで、ご本人が混乱するのではないかと思います。精神科病院に風通しが良くなるようにいろんな方がいろんな事業が入っていくというのは、良いことだなあというふうに思います。

個人情報のあることあるので本人さんの情報をどのように共有するかは、大事なことで、本人さんにとってより良くなる退院に向けての情報だったら共有できるというような、何かそういうものが、事業を展開していく中で検討されるのかなと思います。

来年4月からの事業になるので、まだまだ国もわからない、大阪府もわからないという感じかとは思いますが、入院者の方にとっても病院にとっても良い取り組みになればいいなと思っております。

栄部会長

ありがとうございます。

「にも包括」では、今までの縦割り事業をいかに分野横断的にやっていくかっていうのがポイントとなります。今回も、いろいろな個別の、とてもすぐれた事業がありながらも、それをどうやって当事者の立場に立ってつなげていくかを、考えていければいいなと思っています。

澤委員より挙手あり

栄部会長

澤委員をお願いします。

澤委員

にも包括という言葉自体本来その包括は高齢者のところで始まった、いわゆる住み慣れた地域で安心して、生活できるようにということだったと思いますけど、精神障がいにも対応したにも包括というところで、精神障がいの方だけ別枠とはおかしいと思いますが、ただ、いずれにしても精神障がいのにも包括を考えた際に、先ほどから出ているように、対象となる方の年齢層を二つに分けて考えていく議論が必要だということ、国自体が大分理解されてきているようで、にも包括の中で今のままの構造だと先ほどから申し上げているようにどうしても身体が悪くなってもすぐに診て頂きにくいことが地域でも、精神科病院の中でも総合病院の中にも発生している。それは介護施設でもどこでも一緒だと思います。

それがこのコロナ禍で露呈しましたので、そういう方々をどうキャッチしていくのかというのは話し合いが進んでいっていると聞いています。

ですからいわゆる地域に帰すという場合、その地域の中にいわゆる病院が含まれるものなのかどうなのか、ここの議論を間違えると精神科病院から『退院させた＝地域』に帰したとなった時に、帰った先の人たちが困らないようにするのが大前提だと思います。

高齢者の包括といわゆる精神障がいにも対応したにも包括は、この数年で重なってきている部分が非常に大きくなっていくように進むと私たちの方でも考えています。

大阪市は非常に先進的に取り組んでらっしゃって、先ほどの生活保護の話もよかったと思うのですが、合併症の問題は私たちも国へ働きかけますけど、特に行政が困っているとなれば厚生労働省も看過できないと思います。

大都市大阪でもこういう問題が発生しているということを多方面からぜひ主張していただければというのが私の意見になります。

栄部会長

貴重なご意見どうもありがとうございました。

事務局からも私たちの部会からの意見として、挙げていただければと思います。

議題3の方に移らしていただきたいと思います。

安孫子西成区保健福祉センター保健副主幹

議題3資料3について報告

栄部会長

どうもご報告ありがとうございました。

委員の皆様ご意見等ございますか。

倉田委員挙手あり

栄部会長

倉田委員よろしく申し上げます。

倉田委員

西成ということで、釜ヶ崎芸術大学というところがあるのですが、そちらとの連携とか考えておられるのでしょうか。

安孫子西成区保健福祉センター保健副主幹

具体的にそちらの方と連携するという形が整っている状況ではないのですが、精神にかかる課題ってというのは、みなさん直面しておられると思いますので、色んな連携機関や地域の方、当事者の方とリンクをして活動していきたいなと思っています。

栄部会長

ありがとうございました。

今日の意見では今後の課題に医療分野の参加拡大として、精神科だけではなく、他科ということもありました。ぜひ進捗状況なりを報告していただければなと思っています。どうもありがとうございました。

そうしましたら議題の4に移りたいと思います。事務局お願いします。

事務局 三浦福祉局障がい福祉課長

資料4について報告

栄部会長

どうもありがとうございます。

今ご説明いただいたことは素案ですが、我々の意見を今出してもいいという事ですか。それともパブリックコメントで、あげた方が良いですか。

事務局 三浦福祉局障がい福祉課長

こちらの部会でのご報告も審議一つとなっていますのでご意見いただける部分だけいただけたらと思います。

倉田委員挙手あり

栄部会長

倉田委員をお願いします。

倉田委員

私は去年、調子崩れていまして、回復していく過程を自分で考えていたのですが、マズローの5段階欲求になぞって回復していきました。

まずは生理的欲求、次は安全の欲求を求めて回復していった、次は社会的欲求を満たすように回復していった、次の承認欲求、最後に今大分回復して、自己実現の欲求まで回復している状態です。アマルティア・センが言う真の福祉とは何かといったときに、その人の可能性を生かした、社会生活が送れること、その人の可能性を最大限生かすことのできる社会であることそれが真の福祉の社会だというふうにおっしゃっているのですけども、この障がい福祉計画がそのように計画を進めていく上では、マズローの5段階欲求になぞらえると計画が進みやすいと思います。

まず入院している患者さんは、その生理的欲求を満たすために、入院しておられて、地域に戻る時は、安全の欲求が満たされれば地域に移っていかれて、地域で暮らす時に社会的欲求を満たすように、地域の活動をされていくと、最後はそちらで認められ、自分たちが認められ、最後は自分で働きたいとか、自己実現の欲求までたどり着けるような福祉計画の進め方をさせていただけると、スムーズに進むのかなと思います。

栄部会長

貴重なご意見ありがとうございます。

そういった観点で、この章立てを見るとまた違った気づきがあるかと思いました。

できれば今日の色々出た意見を取り入れていただければいいかなと思いますがいかがでしょうか。

事務局 三浦福祉局障がい福祉課長

本日この部会での議論について、この間作ってきた計画をイメージしながら聞かせていただきました。

訪問支援事業について記載させていただいておりますことはご報告させていただきましたが、その他の精神科病院からの入院に関する記載について、ワーキングでいろいろとご議論いただきました文言についても追加させていただきました。

それと先ほど、倉田委員からのご意見があった、地域で暮らしていただくことにあたり、ご本人の居場所づくり、地域の理解促進、居住支援の課題についても今回新たに記載させていただいております。

ここですべてお伝えすることが叶わなく申し訳ありませんが、基本的には本日ご議論いただい

たことは計画に何らかの形で反映をさせていただいていると思っております。

素案の具体的な中身につきましては本日お渡しさせて頂いておりますので後日でも結構ですのご意見いただければそちらも含めて計画に反映させていただきたいと思っております。

栄部会長

素案の第3章や、成果目標の2という辺りは今回かなり深めて議論をさせていただいたとおもいます。

障がい者障がい児という枠組みですが、年齢を重ねて65歳以上の方の課題も非常にあります。そういったこともお含めいただければと思っています。生活環境と言ったとき、物理的な環境もとても大事ですけど、偏見や意識的なバリアもまだまだ高くあります。今回の他科受診のこともそうですし、精神科以外の受診の事でも生きづらさなどを含めていただければと思った次第です。

芦田委員より挙手あり

栄部会長

芦田委員お願いします。

芦田委員

西成の精神保健福祉連携部会のご報告ありがとうございました。

にも包括の実現のためには地域でどう取り組んでいくか、地域での新たな入院者を作らないというか、必要な時はもちろん入院は必要ですが、やはり地域で精神障がい者を受け入れるという体制を作っていないか、と思います。

こういう取り組みが、各区にできていくのが一番いいと思います。

私はつながる場のSVをさせていただいているのですが、治療中断や、医療に繋がらない方を、どうしたらいいのかと話し合いもするのですけれど、入院が目的ということじゃないよねということで、本当にその通りだと思います。

やはり精神科も他科も含めた医療機関の先生がこの部会の中に入れていただくような形になれば、より充実したものになるかなと思います。

そこも含めて地域なのだということで、何かあったらすぐ入院ではなくて地域で踏ん張れる体制というか、みんなで見守る体制の中には医療機関も入っていただくということになると思います。

こういった先行の取り組みも、この資料2-1の中の地域の取り組みという形で入れていき、広がりを見せられるようになればいいなと思います。

私も地元でこういう展開ができるように頑張りたいなと思いました。

倉田委員より挙手あり

栄部会長

倉田委員をお願いします。

倉田委員

精神障がいの中で、統合失調症や双極性障がいとは代表的ですけれども、発達障がいも精神障がいに含まれています。

発達障がいで早期に発見されるがゆえに、統合失調症の患者になってしまわない水際対策を取ることで、統合失調症になる人が減ってきているというデータがあるのですが、その一方で、発達障がいの方たちへの支援がまだまだ行き届いていない。

どこにも相談していくところがなく、自分はグレーゾーンで苦しい思いするけど、本当に発達障がいなのか、そうじゃないのか、と悩んでいるうちに悩みこんでは統合失調症や双極性障がいに発展してしまうというケースが多いと思います。

統合失調症になってしまったら仕方がないのですが、その前の発達障がいの段階で、水際で防げるような支援も必要ないかなと思います。

大野委員

前回の議事録を見まして私 8050 問題は申し上げているのですがけれども、西成のこのプランを見まして、やはりこれは親自身の高齢化の問題もここに入っているかと思っています。

非常に具体的な展開図でありがたいなと思っております。

何度も申し上げますけれども、滝山病院の問題も含めて構造的に親が過剰な負担を強いられている問題につきましても、本当に不十分ではありますけれども、NHK でアンコール放送があるバリバラに私も出演させていただいております、9月22日の夜10時からの放送を観ていただけますと、やはり構造的な問題を含んでいます。

西成が具体的な提案していただけるのはぜひ、各区に広がっていただければ、大変ありがたいなと思いました。

栄部会長

構造的な問題と言ったときに、大阪市の地域特性があります。精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムと言った時に「精神障がい者」がまずつきますが、この部会でご意見もらいながら、例えば独自の事業を作ってきたという実績もあります。

今回、西成区から新たな体制ということでご報告を受けましたので、そういったことも私たちの一般化できるような体制になればいいなと思っています。

皆さんの貴重なご意見ありがとうございました。

その意見をまとめる形で潮谷委員の方から、最後にまとめのご意見よろしくお願ひいたします。

潮谷副部長

西成区の先駆的な取り組みについては、ぜひ大阪市の全体の自立支援協議会にも反映していきたいと思っております。

自立支援協議会は来年度から会議体の位置付けが明確になりますので、こういった精神障がい
に特化した部会を作っていくことが、その会議の中においても定期的に問題を検討することに
繋がっていくと思っておりますので、この動きをぜひ全体に情報発信していく必要があると思ってお
ります。

あと、今日の議論を聞いておましてやはりこの地域生活移行推進事業につなげていく寛解・院
内寛解の方のアセスメント、チェックリストを明確にしていく必要性はあるだろうと思いまし
た。

月 3 回以上で 180 日間の支援を行っていくとなっておりますが、方法について明確に出してい
ただいた方がいいのかなと思っております。

私は地域移行支援の更新協議の評価をやっているのですが、その中で気になっているのが、集中
支援が余りにも少ないです。

月 2 回ぐらいの訪問で移行に繋がるかと言うと難しく、まずは集中支援でイメージづくりをし
ていく。

それこそ今オープンダイアログみたいな手法も明確になっていますので、それこそ 10 日ぐらい
ですね集中的に関わって行ってイメージしていくような方法を検討していかないといけないの
ではと思います。

実際、集中支援に入っているのが、退院することが決まってから支援が始まっているのです。

そうではなく、退院することが決まる前の集中支援が本当は大事なのではないかと思います。

ぜひこの推進事業の中での支援方法はこうなのだというモデルがあると、地域移行支援にも繋
がっていくのではないかなと思いました。

あとですね、ピアサポーターの活用というところでは、様々なところで活用して欲しいなとい
う思いです。

特に相談支援の場での活用状況ですが、実際に加算の研修などをしていただいておりますので、
その辺りがどう変化しているのか少しデータで集めていただけたらなと思っております。

最後に 8050 問題というところで昨年度に大阪市は、地域生活支援拠点等の体験ということも行
い出しました。

ただ、これがなかなか実施に繋がってないという状況もありまして精神障がい者の方たちも、今
後使っていただきたい制度になりますのでどう作っていくのか、大きな課題だというふうに思
いました。

以上です。

栄部長

そうでしたらこれで事務局へお返ししたいと思います。
どうも皆さんありがとうございました。

事務局 吉田こころの健康センター精神保健医療担当課長
閉会の辞