

会議録（要点記録）

会議名称	令和4年度 第3回小金井市精神保健福祉連絡協議会		
開催日時	令和4年11月24日（木）14:00～15:57		
開催場所	小金井市商工会館3階 萌え木ホール・B会議室		
出席者等	<p>委員：小高会長、牧野副会長、鴻丸委員、中村委員、坂上委員、執行委員、小椋委員、鈴木委員、佐々木委員、東郷委員、杉山委員（欠席）、藤原委員、中谷委員（欠席）</p> <p>事務局：自立生活支援課長、相談支援係長、相談支援係主事</p>		
傍聴の可否	可	傍聴者数	0人
会議次第	<p>1 開会</p> <p>2 議題</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 今年度の地域移行（退院促進）の状況について</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について</p> <p style="padding-left: 20px;">(3) その他</p> <p>3 次年度の開催日について</p> <p>4 閉会</p>		
会議結果	<p>1 開会</p> <p>◎事務局 本日、2名の委員から欠席、1名の委員から遅刻の連絡が入っている。小金井市精神保健福祉連絡協議会設置要綱第5条第4項の規定により、会議が成立することを報告する。</p> <p style="padding-left: 20px;">1点目は、本日の次第、2点目、資料1-1から1-3まで、退院促進の状況に関する資料、3点目が資料の2-1及び2-2、入院から退院までの流れに関する資料、4点目、参考資料として市内グループホームの状況についての資料、本日の配付物は以上。</p> <p>2 議題</p> <p>(1)「今年度の地域移行（退院促進）の状況について」</p> <p>◎事務局 第1回協議会で地域移行の目標とする対象者を抽出いただき、第2回協議会で、その進捗について報告し、その状況を踏まえ、新たにアプローチする5名の方を抽出していただいた。</p> <p style="padding-left: 20px;">本日は、その方々を含め今年度、地域移行につなぐことができた方の報告を行い、目標に対する評価を行う。なお、第6期小金井市障害福祉計画では、令和4年度の精神障害者の地域移行支援の利用者数について2人を目標としている。</p> <p style="padding-left: 20px;">地域移行の状況について報告。</p> <p style="padding-left: 20px;">対象の方のみ抽出したものを資料1-1から3の形で配布した。</p> <p style="padding-left: 20px;">資料1-1が7月にあった協議会でピックアップしていただいた最初の3名、6-①、13-②、31-①について、最新の状況を報告する。</p>		

6-①の方、てんかん性めまいの方、この方、特段その後、進捗なし。

13-②の方、27歳女性。都外の、東京都の外の施設を見学し、入居に向けて実際調整が動き出したという表記にしてあるが、今朝、入居がおおむね決まったという話があり、もう少し事務的な手続で詰める段階に来ているとのこと。3月中には入居できるだろうという、地区担当からの報告があった。

31-①の方。37歳の男性の方については、アプローチしようとしたところ、精神科薬、内科的な合併症の治療で1回精神科薬を中断してしまい精神症状が悪化したというところで面会できなかったケース。その後、薬の副作用による悪性症候群で調子を崩したという方。精神症状がその後戻らず、このアンケートを答えたときが最も健康だったようである。そのとき使っていた薬の副作用が強く使えなくなり、精神症状が悪い、かつ水中毒もあり薬の調整と飲水コントロール等が難しく、病院のワーカーに最新の状況を確認したが、地域移行として継続的に支援をかけていくケースとしては難しくなっているとのこと。

次に、資料1-2。前回11月の協議会で新たに5人ピックアップされた方。13-③、59歳の男性、アルコール依存症の方、この方については予約していたグループホーム、気に入ったグループホームが空くまで待っていたところ、空きが出たので入居の準備中。こちらの方も3月中には入居できる見込みで、現在、計画相談の方と本人と顔合わせを来週にでも、今、担当の地区の担当者が行うところ。

31-②の方は、こちらの方も病院のワーカーに確認。妄想が強く、かつ、認知機能も低下してきていて、隔離室対応をせざるを得ない状況が続いているということ。もともと家族と関係が悪く、家族から支援や協力を得られる状況でもなく、かつ病棟の中で他の患者さんの部屋に入る、荷物を持ってくる、盗むことがあったので、なかなかすぐに退院の支援というのは、まだ難しいだろうとのこと。

続いて12-③の方、こちら年齢が介護年齢に該当している方、介護のほうで要介護の認定が下りていて、そちらのサービスの検討という段階。

最後に、1-④の方と不明になっている方、こちらはどちらも武蔵野中央病院のケース。面会の日程調整。最後の不明の方に関しては、名前等の情報がなかったため、もし可能なら個人の特定をワーカーに依頼をしているところ。

以上が、1-1、1-2の資料にあるのが前回までの協議会でピックアップしていただいた方々の近況となる。

続いて資料1-3、地域移行支援の障害福祉サービスとしての支給決定をされていた3名に関して、前回協議会でも報告したが、50代

の男性、50代の女性、50代の女性という3人の方がこの令和4年度に地域移行支援を利用されていて、女性二名に関しては退院し、その後もそれぞれグループホームで生活をされているという状況。

男性の方に関しては、引き続き地域移行支援を利用、退院に向けて準備をしているという段階。

最後に前回の部会、第2回部会で話題に上がり、前回の協議会でも事例として出しましたKという50代の男性の方、この方に関しては地区担当と私、事務局も一緒に本人に会いに行った。その方についても、今、地区担当のほうでグループホーム等、都内、都外併せて本人に紹介をしたりとか問合せをしたりというところで、見学日程調整中というところ。

◎会長

アンケートで抽出した対象者に限らずということであれば、地域移行支援の利用者数は計画上の目標2人に対して4名という形で。

◎事務局 3名が正しい。

◎会長 3名という報告ですが、目標に対する評価につきましては、計画上の数値をクリアしていますので、今年度については達成ということによろしいか。

(異議なし)

では、令和4年度の地域移行支援の利用者数については、目標達成ということで評価する。

次に、アンケートで抽出した対象者について、現在の状況について報告あったが、質問や今後の支援に関する意見などがあれば求める。

その前に私から1点質問。

6-①の最初の方に関しては、特に現在の状況とか進捗、報告がなかったように思うが、そのあたり補足いただけるとありがたい。

◎事務局 6-①の方、この方、他市の病院に入院をされていて、てんかん性めまいで立ち上がることもままならないと言っていた方、アプローチは特段できていない。次の段階として、本人がどこへ退院したいか確認するところで止まっている。

◎会長 他に質問がないようであれば次の議題に移る。

(2)「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」

◎事務局 委員の任期は2年であるため、今回最後の協議会である。事務局としては、2期目も皆様に継続してほしいが、要綱の規定上、1期目最後の協議会ということなので、本協議会のメインテーマであるシステムの構築について、これまでの協議等を振り返りながら、意見をいただきたい。

資料2-1と資料2-2について。こちらは小金井病院に御協力をいただき、本市の担当職員が精神保健福祉士の方にヒアリングした内容についてまとめたもの。担当職員から説明する。

◎事務局 小金井病院で精神保健福祉士の方に聞き取りし、そちらを基に作成したもの。ご協力に感謝する。

また、居住支援協議会を小金井市で開催しているが、そちらにも参加し、不動産業者の方と対話する機会があった。そちらの意見も資料2-2に一部反映させたので、併せて説明する。

資料2-1、入院から退院までのフローチャートを作成した。左のほうから、まず何かしらの事情があって入院されて、急性期の病棟で過ごした後に、病状の改善をもって慢性期に移られる。インタビューの内容では、地域生活を営む上での日常生活動作の取得を慢性期病棟で行って退院に向けて準備をしていくとのこと。

ただし、今現在、新型コロナウイルス感染症の影響で転棟やベッドコントロールが停滞しており、うまくサイクルができていないという話もあった。

そのような中で、慢性期病棟で過ごしたあと、前提として医師の判断、退院できると判断された患者ということ为前提として、右側の必要な3つの要素が重要であるという話があった。資料2-2を参照しつつ説明する。

最初は「病識、意欲の向上」。資料2-2に細かく書いたが、最初、初回入院あるいは比較的若年の方に関しては、一般的に退院したいという意欲は高いが、入院期間が長ければ長くなるほど、入院していれば衣食住、安全が保障されることもあり、意欲が低下していく傾向があるとのこと。

こちらに関しては、以前退院した方のインタビューの際に、当事者の方が退院するとき怖かった、という話があったことを確認している。

次に、病識について。病識は症状の安定具合に直結し、市も精神疾患のある方を支援している中では、服薬、通院、医療の中断によって状態が進行してしまい、なかなか難しい状況に陥るといふ方を何人も見ている。そのため、インタビューでもあったが、病識のその理解といふところも退院に必要な大事な要素と考えている。

2番目の家族の理解・協力について。大体初回の入院の場合、家族が引き取り、もとの生活に戻るといふことは比較的多いという話。

ただし、何回も入退院を繰り返している場合は、退院はいいが、自宅に戻ってくることを躊躇する家族もいるとのこと。

また、別居であったとしても同一市内に戻ってくると、また自分の家にすぐ戻ってきてしまうのではないかと、家族が不安な思いをし、退院に対して協力してもらえない場合があるとの話もあった。

家族も、市も支援していて経過とか聞くと事情があり、入院に至るまでに家族がかなりつらい思いを経験し、病気に対する恐怖心や絶望感、どうせ治らない病気と諦めを抱いている家族もいるとのこと。

あるいは、例え退院して受け入れるという気持ちがあっても、高齢

で自分の生活で精いっぱい結果的に難しいという案件もある。

さらに、福祉の現場で支援しているとよくあるが、両親が亡くなり支援者が兄弟姉妹になった場合になると、関わってもらうことが難しくなるケースというのが多い。インタビューでも言っていたが、市の福祉の支援現場でも、兄弟になったら、なかなか協力いただけないという案件も正直あると感じている。

3番目が、地域の受皿、福祉資源の確保というところ。当然、病院から出た後は居宅生活などに移行するわけだが、先ほど家族のもとへの帰宅が難しくとなると、アパートを借りての独居、グループホーム、あるいは施設等に行くということになる。

しかし、先日の協議会でも話題に出たが、市内のグループホームなど福祉資源は不足気味である。あと何度も入退院を繰り返すと、例えば一度グループホームに退院した後、そこで問題行動を起こし入院の場合、同じ場所に戻ることはできないという形になっていることが多い。つまり、入退院を繰り返すことは、福祉資源を利用し尽くしてしまう事に繋がる。

そのように繰り返していると、探しても施設を使い切ってしまうと、行き先が見つからないケースとなる。

高齢化に伴い、精神疾患に加え認知症、車椅子の利用などのADLの低下した方の場合、介護施設、高齢なので介護施設とかを前提にするが、介護で、かつ精神疾患のある方の受入れをしてくれる施設が少ない。

また、障害福祉サービスの地域移行支援の利用について、病院現場の感覚だと、支給決定まで時間がかかり、支給しても月2回しか来てくれない。そのためスピード感がなかなか課題なのではないかとのこと。

最後の資料2の最後の行、先日の居住支援協議会で精神疾患の方とかその単身生活の賃貸借契約の話題が出た。不動産会社の方の意見として、精神疾患のある方を受け入れて何かクレームがあると、隣人、近所の方からなぜそういう人を入れたのだ、というクレームが入ることがある。こちら地域の受皿という意味では一つ課題と考えた。

以上のとおり、退院に向けた課題として、医師の判断と病識・意欲の向上、家族の理解・協力、地域の受皿、資源の確保というものが重要であるということで報告する。

(3)「その他」

◎会長 事務局の説明が終わったが、今期最後の協議会なので、今の事務局の説明、それからこれまで事例検討などの際に出された意見、あるいは皆の業務などを通じての意見など、今回ここが一番大きなテーマに、議題として、システムの構築という側面から地域につなげていく意味を含めて自由に意見、提案をいただきたい。

なお市内のグループホーム一覧は前回、こちらの会議の際にグループホームの数がどれほどあるのかという質問から参考資料という形で配布されている。

◎委員 退院に必要な3つの要素の一番下のところの障害福祉サービス、地域移行支援を利用することでむしろ時間がかかってしまう。標準支給決定が半年と書かれているが、移行支援を利用しない場合というのは。

◎事務局 病院、ワーカーが直接グループホームを探して、体験利用の予定まで組み、市も支給決定が後から追いかけるような形というパターンもあるし、必ずしも障害福祉サービスの地域移行支援を使わなくても、とんとん拍子に退院先が見つかり、退院後の生活の通所先も整った場合、支給決定まで一、二か月している間に話が進んでいくことがある。

逆に、地域移行支援を利用するために、担当者が病院に行って日程調整をしていると、時間が過ぎていって、標準支給決定期間は法が決めた期間なので、半年がもう、二、三回しか会ってないのに経過したということもあり得る。

◎委員 おそらく、病院のケースワーカーが紹介してすぐに決まるケースというのは、あまり問題がなくて、若い方とかですんなり受け入れてくれる方だと思うし、移行支援を使ってみんなでネットワークをつくって退院しなければいけない方というのは、やっぱりそれなりに困難な方だと考えられ、移行支援が長いからまずいということではないと考える。

◎委員 先ほどの地域移行支援を使うと時間がかかる話にもつながるが、いわゆるここを出ている急性期病棟から症状がよくなって慢性期病棟で退院支援が始まりますよというケースが出ているが、多分、全部ではなく、急性期病棟でどんどん退院支援が進んで、いわゆるニューロングステイみたいなものを生まないようにどうするか、みたいなことで最近退院支援を力入れている病院は多いと思う。そういう場合は、必ずしも慢性期病棟からという話にはならないと思う。

一方で、長期入院している方々というのはやっぱり慢性期病棟に多いので、そういう方は、私も病院にいたが、関わり自体が年単位となりやすい。一朝一夕ですぐケースが動いていくわけではないということが多い。

実際、私も病院にいたときに、地域移行支援は使いづらいなとよく思っていた。病院側からの立場からいうと、支給決定までに時間かかるし、地域の事業者との連絡調整に手間がすごく取られることを、私は病院にいて感じていた。だから病院で対応したほうが早いと思っていた。

しかし、私も地域で支援していて思うのは、そういうふうな退院が

病院の関わりだけで進んでいく方はそれで退院していけばいいが、ワーカーも患者10人に対して1人いるかというとは決してそんなことはなく、病院も人数を置けないというのは現実的にはあると思う。慢性期病棟の患者全員に支援をできるかという、なかなか厳しいのが現実にあると思う。必要な方々に、かつ年単位でやっぱり関わる必要があり、しっかり支援を入れる必要がある方は、地域移行支援で拾うべきと自分は地域に出て思っているところ。

その辺を病院とどう協力してやるかというところが、すごく大事だと考える。

あと、今回が任期の最後の会ということで、この、やっぱり協議会に出ていて、地域移行の話が結構中心にあるのかなと思ったときに、例えば、市内でほかに、今回、相談支援事業所の立場で出させてもらっているのが、私とあと基幹相談支援センターの委員であるが、あと地域相談事業をやっている所や、グループホームの職員さんに出てもらって、地域の実情、支援に関しての実情について聞き取りするのもいいのでは。

結構病院の窓口として一緒に動くのは、ワーカーが多いので、そのような方も出席してもらえると深い議論ができると思う。

都事業の体制整備の方にも出てもらおう。毎回でなくてもスポットでもいいので。

◎会長 今2点、地域移行支援と病院との連携、協力の話と、それから来年度以降の、次期以降、より地域の事業所、病院のワーカーにもこの会議体に入ってもらい活発な意見、別の視点から意見いただけるのではないかということ。

ほかにどうか。特に何か決まっているわけではないので、大きなテーマである地域のこのシステムに関し、本当にミクロなところからマクロなところまで忌憚のない意見等を頂戴したい。

◎委員 目標達成の3名の退院支援おめでとうございます。

2年間やってきて、退院した人の受け入れや関わりから、退院がゴールではなくスタートであり、その人が安心安全に住める環境で、その中で混乱し昼夜問わず精神状態が悪くなることもあるので、そのサポートをもっとしていきたい。

関わっている方の中で威嚇してくる、お酒を飲んでしまうなど、今この状況で地域生活は難しいという人が何人かいるが、病院は入院させてくれない。情報共有が足りてないのか、足並みがそろわない状態で患者だけが暴走し、支援者が怒られないように当たり障りのない言葉を行っている現状が果たして正しいのかと思うときもある。

なので、今後も病院との協力、関わっている人たちの情報共有を密に地域に関わることが、1人の患者が安心して生活をしていくには、今の小金井市は難しいと感じた2年間だった。

質問だが、支援している患者の友達の方から、自分の家族が精神疾患で、介護保険とか使えない状態で、長期にわたる服薬と精神状態の悪化で歩行が困難になっておる人に対して、手すりの設置の支援が受けられない話があった。

◎会長 退院がゴールではないということで、そこから地域でどのように安全安心な生活を送っていただくかというところで、それが昼夜問わずというところで、そういった生活を支えるための病院、それから地域の事業所のネットワークのコーディネートというか、円滑に支援を足並みそろえて行っていくというところが、まだまだ課題ではないかという意見をいただいた。

それから、前回も出たが、重複障害、疾患がある場合のサポート体制というのが、まだまだ不足しているのではないかというような内容につながると感じた。

◎事務局 質問の手すりの案件。担当のほうを考えられる方法は2つ。1つが介護保険の2号保険者のほうで介護保険制度としての住宅改修のものを受けるという方法が考えられるのが1つ目。ただ、64歳以下の場合特定疾病になって該当するか確認する必要がある。

2つ目が市自立生活支援課で所管する地域生活支援事業の日常生活用具の給付という制度。要件に該当すれば改修の費用というのは支給することは可能である。ただ、一般的に身体障害のある方を想定しているので、例えば精神疾患、知的障害のみで支給というのは難しいのが現状。

◎委員 資料2-1、この3つの要素は非常に大事だなというところ。キーパーソンの理解、協力というところがかなり、訪問看護でもそうだと思うが、本人の病態、病識が低下していった段階に、1回通院、継続して通院を怠ってしまう方もいると考える。キーパーソンの方、家族の協力というところが非常に大事だなと思った。

あと、地域の受け皿のところ、確かに退院となると、それこそMSW、医療ソーシャルワーカーには退院に向けての動きの中では、毎日連絡するなど対応する中で、動き出したケースの中では支給決定一、二か月かかるというところは、なかなか使いにくい制度かなとは個人的には確かに思う。一、二か月あったら、精神の方に限らず身体の方とかだと、もう既に退院し支援の必要が終わっている方もいる。

ただ、他市町村を見ていると、そういう退院支援自体、あまり積極的に認めていない市町村も実際ある中なので、そういった意味では小金井市は前向きに取り組まれていると思った。

逆に来年度以降は、地域資源の開発、あくまでも精神障害の方にも対応したというところなので、精神障害の方、それこそ地域の理解が得られてない現状があるのであれば、むしろ地域の方、精神障害をお持ちの方が地域移行することのメリットなんかを説明できるような場

があったら、よりいいのかと思った。

◎会長 4点。キーパーソンの理解・協力のところ、特に病識、認知機能などの低下のところでは重要であるということと、やはり病院のワーカーと連携すればすぐに動き出すことを、地域移行支援はなかなか一、二か月かかるというのは使いづらいのではないかということ。

他市町村と比較すると、退院支援には積極的であるということは評価できると。

そして最後に、地域資源、特に市民の方の理解。やはり偏見差別がまだまだ強い中で、そういった市民の方の理解も得るための説明会であるとか、何かそういった工夫が来年度以降できるといいのではないかという意見を頂いた。

◎委員 とても難しい困難な問題をこうして地域の皆さんが協力して考えるということで、そういった意味ではすごく貴重で意義のある会議であったと思う。日々私どもも相談を受ける中で、精神疾患のある方に関する相談は非常に多くある。そういった意味でももっと様々な理解を深め、それから地域の方々の協力も必要と感じたところ。

◎委員 本当に困難なケースばかりなので、なかなか地域生活に移行していくというのはとても大変なことだと実感した。

資料2-1と2-2に入院から退院までのチャートが分かりやすく考える上での頭の中の整理になると思って見た。

今回はグループホームの空きが出たとかいろいろ何かきっかけがあったりして、地域生活につながることもあると思うが、ただ3つの要素の中の最後のやはり地域の受皿、福祉資源の確保というところにすごく課題が大きいのかなと感じている。

病識、意欲の向上とか、家族の協力・理解というところもとても大切だと思うが、支援の中でやる内容だが、資源はどうやったら増えていくのかということのはとても大きなテーマなのだと。増えていく中で地域の理解も得られていくものなのかなと思う。

私どもの法人は、知的な障害の方が中心のグループホームなので、また精神の方とは違うかもしれないが、やはり地域の中にグループホームを設置するとき、地域の理解を得るというのはすごく大事なテーマになっていて、かなり丁寧に説明し理解いただくという手順を踏んで今にも至っている。

恐らくそういう中では様々な意見もあったと思うが、本当に身近な方々が理解をしてもらうことで進めていくしかないと思うので、やはり資源を確保することと同時に理解が深まっていくのではないかと。ただ、それをどうやったら増やしていけるのかというのが、とても大きなテーマかなと思っている。

◎委員 本当にこの協議会に参加し地域への移行というのが本当に大変なことだというのは改めて実感している。いろいろな方々がいるで、

その方の希望に沿った退院先を見つけるということ、もちろん資源として本当に探すのは大変というのは、前の委員の話にもあったように私も感じているところで、それを増やすということは本当に難しいことだと思っている。

ただ、グループホームの状況というのを見て、ここ何年かですごく増えた印象も同時に持っている。グループホームだけでないと思うが、やはり退院後の生活を支えていくということに関しては、地域の事業所ごとのサポートが本当に必要で、どのようにサポートしていくかもすごく重要だと思っている。

こういう方々と直接関わるということはないが、入院後をどういうふうに支えていくかということに関しては、私たちも関わることはすごく多いので、本当に地域の重要性とサポートの割り振り、誰がどう対応していくみたいなところを決めなくてはいけないことと、やっぱり狭間に置かれてしまう状況の方々、機関によっては支援の範疇ではない、というようなこともすごく多くあるので、そこを誰がサポートしていくのかというのは、今後の退院促進に向けての支援体制をしっかりとしていかなきゃいけないと感じたところ。

◎委員 先ほど意見が上がった地域体制整備の担当者のほうは、一応今日、伝えておく。自分が思うには、この協議会の下にもう1個本当は連絡協議会があったほうがいい。ほかの市は幾つかそういう形でとっている。他市なんかもう1ランク下の精神連絡会議というのがあり、その辺で計画相談の人が出席し、市の障害福祉課の担当者と、あとは保健所が出席し、いろいろ意見を出し合い全体像をつかむというやり方をやって、多摩総合精神保健福祉センターとしてはその中で困難事例があると、事例検討会をやる形で、医師が出席する場合もあるし、横の連携が取れてないというのが結構いろいろなところで発生し、やはり情報共有はすごく大事だと考え努力している。

ある委員が言った、うちの担当じゃないということはどこの市でも多い。そういう細かい小さい調整はもう1ランク下の委員会があると、もっと情報共有できるのかなと。

担当課がまとめてくれた資料の3番目の地域住民の理解がないというところは他でもある。この前も保証人がいない、保証会社が断ってくるとか。このケースは話が進んでそういう悪い事業所は障害者差別に該当するから公表するべきなどの過激な意見が出た。でもこれから対策を練っていくこととなっはいたが。市として地域の普通の一般市民に対して理解を示す教育活動をやっていく必要があるのではないか。

◎委員 小金井市内のグループホームのリストは、知らないところがたくさんありびっくりした。そういう知らない、初めて聞く施設は対象が大体株式会社が多いというのもありますけど。事業所によって向

き不向きがあると思うが、実際に付き合ってみないと分からないので、これからなるべく積極的に利用していきたい。

◎委員 前回初参加で今回最後ということで、あまり話に乗れないうちに終わってしまうが、保健所のほうでは措置入院の方について、入院した後に退院に向けて病院の方から連絡いただければ退院後支援計画を作成し、退院後支援を行うようになっている。

措置入院の方の場合は、1か月ぐらいで連絡をもらい、大部屋のほうに移動となったら面会し、本人の意向を伺うようにしている。

長期になる前に体制を組んで早く出てこられるといいとは思っているが、やっぱり困ったケースは重複障害の方で、身体と精神の合併とか、知的・精神の合併とか、やっぱり行く先がなくてとても時間を要したことがあった。

グループホームも利用させていただいた方もいるが、小金井市もすぐたくさんあると思ったが、精神に関して見ると、全部で12か所。しかも人数が2人、3人と少なかったりして、まだ実際にはそんなに大勢は扱えないものだと実感している。

あと、計画相談も少なめな気がするがいかがか。精神の計画相談の方はなかなか決まらないというようなことがある。地域の資源がそろっていくといいと思うのと、それから市民に対してほかの市でも講演会とかやっているところもあって、理解がすすむといいと思う。

◎委員 うち、措置入院はなくて、内科、理学療法をやっている、かなり精神というより重複障害の方が結構いる病院であるが、グループホームに入る人が少ない。入院患者の相談も足のリハビリできないかとかのそのような相談が多い。

意欲という話。本人は歩きたいと言いつつも、誰か足を支えてとか頼んでくる。60歳過ぎて長い統合失調症の方で、退院支援はいろいろあったと思われるが、近くの病院で体のリハビリはやってくれということで通院してきたが、やはり意欲という観点では、何とか少しでも歩きたいと言っているから何とかやろうという話になる。

先ほどの話で若い方は割とずっと退院できるだろうが、何回も繰り返している方は、家族も親もいなくなって、兄弟がいるけど、そのうち本人が糖尿病になったり足を折ったりすると、疾患の調整と、理学療法とか、いろいろあり難しいと考えつつ、何とか病院からホーム、あるいは施設に行けるようにしているつもりである。

小金井市内で精神関係でのこういう機会はなかなか今までなかった。特に前回、日本の精神科医療、特に精神病院のベッドが多過ぎると常に外国に比べて多いというようなことを言われているが、これ機能が違うので、外国は興奮が静まったらもう退院、その先は千差万別のようなのだが、日本の場合は1か所で見ているという、よくも悪くもそれがいい面と悪い面があるということをお伝えできたのは、私として

は長年の胸のつかえが少し治まった思いだ。

◎会長 私自身は20年ほど前、今は変わったが、当時国立精神・神経医療研究センターの武蔵病院の社会復帰病棟で、研究兼臨床という形で社会復帰病棟のいわゆるオールドロングステイの退院支援で、ソーシャルワーク業務をやっていた。

先ほど来からお話が出ているが、患者さん10人に1人のワーカーがいるわけではないという環境で、私が退院支援していたときは、1病棟に非常勤のワーカーも含めて3名のワーカーの体制でそこに心理士も入っているような形で、病棟でこのチャートにあるような病識、意欲の向上というところも病棟内で退院プログラムというSSTのモジュールを用いたものだったが、そちらをやっていたことを思い出しながら話を聞いていた。

いろいろ意見を頂戴したが、こういった情報共有、意見交換ができる場があるということがまず単純に意義のあることだということを改めて聞けたのと、もっとざっくばらんに情報交換ができる、情報共有ができるような場があってもいいのではないかとということで、下位組織のような形の委員会、連絡会があるとより横のつながりができるという話も頂戴した。

その資源を新しくつくるというところはなかなか一朝一夕にはいかなないけれども、その中で住民の理解というところについて、住民理解が先なのか、施設か、サービスができることによって理解が進むのかと、本当に両輪になっていくのかなと思うが、話が出てきた教育活動というのか、どういう理解をしていただくか教育啓発活動というのも今後、より重要になってくるのではないかという意見も頂戴した。

あと、重複障害のところ、なかなか利用したくても利用できるサービスがないという話もあった。それから他市の話も頂戴した、やはりどこも恐らくはグッドプラクティスみたいなことを報告していると思うので、地域性は異なるが、そういったところから工夫するとかが必要ではないか。資源をすぐにつくりだすことは難しいけれど、既存の資源を新たに資源化していく働きなど、何か他市から情報を得ることなんていうのも今後有益になってくる話を伺った。

最後は日本の精神科の病棟の病院のベッドの役割というところについても、説明いただいた。

委員の方から話から、質問、追加とかあるか。事務局のほうから何かあるか。

◎事務局 特段なし。

◎会長 今回、本日の意見、これまでの経験、そういったことも踏まえ次回以降も精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築ということで、今後も移行協議を進めていきたいと思うのでよろしくお願ひしたい。では最後に次回の開催日を、事務局から。

	<p>3 次年度の開催日について</p> <p>◎事務局 令和5年度の協議会は、5月、10月、2月の3回の開催を予定。年度が変わること、委員の任期が切れることから、委嘱の手続等も含め、改めて調整する。</p> <p>また、開催日につきまして、会長と調整の上候補日を幾つか設定し、後日調整するので、協力願う。</p> <p>4 閉会</p>
提出資料	<p>資料1 小金井市精神保健福祉連絡協議会委員名簿</p> <p>資料2 アンケート集計結果</p> <p>資料3 対象者概要</p> <p>資料その他 出席委員からの配布資料</p>