

令和3年度岡山市精神保健福祉審議会 議事録

日時：令和4年3月18日（金）10時30分～12時20分

場所：ピュアリティまきび 3階「飛翔」

1 開会挨拶

○岸川保健政策担当部長

このところずっとなのですが、皆さんの前でご挨拶する時は、まず感染者の話題ということになってしまいます。来週から全国的にも蔓延防止の措置というのは解除されるようですが、皆さんご存知の通り、感染者の数は決して減っているわけではなくて、岡山市におきましても、連日200人前後の感染者が出ている、続いている状況でございます。2月ごろの、一時期の高齢者が非常に多くなって重症者も出てきたという状況は少し改善しておりますが、相変わらず10代以下の子供さんの感染というのは高い割合でございますし、春で人が増えているということから、一方では20代30代、若い方の感染というのが増えている状況で、過去においても若い方が増えるとそこから爆発的に広がるというような状況もございましたので、決して予断を許さないような状況であると考えているところでございます。

こういった状況で、年度末非常にお忙しい中、当協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、平素より、岡山市の精神保健福祉行政にご尽力ご理解いただきまして、重ねて御礼を申し上げます。

本日の協議会は、岡山市の今の取り組み内容について説明をさせていただくことに加えまして、12月に開催しました自殺対策連絡協議会の内容について、ご報告をさせていただきます。そのあとで、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について、ご議論いただけたらと考えているところでございます。

この、地域包括ケアシステムと申しますと、誰もが自分らしく生活できる地域を作っていくというものでございまして、高齢者のための地域包括ケアシステムというのが先行して取り組まれているところで、精神障害についても平成29年に国の方から打ち出されたものということでございます。精神障害で言いますと、住まい、医療、障害福祉サービス、地域、社会参加、教育、地域の支え合いというのが包括的に提供できて地域で安心して生活できる地域づくりをしていこうということで、進めていくものでございます。

岡山市におきましては、長期入院の方の地域移行支援、措置入院の方の退院であるとか、地域定着の支援、また、それを支えていく地域の人材づくりを行っているところでございますが、これからこの地域包括ケアシステムというのを構築して、さらに機能させていこうということを考えますと、今日お集まりの皆様先生、専門的な知識であるとか、経験ご意見というのが不可欠であると考えておりまして、本日は、忌憚のないご意見をいただきまして、よりよい会としていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

2 自己紹介

配席図に沿って自己紹介

3 報告事項

(1) 岡山市の精神保健医療の現状について【資料1】

○事務局

【自立支援医療費（精神通院）の支給認定状況】 1 ページ

- ・令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響のため、一律で更新期限が1年間延長となったため、支給認定者数は大幅に増加している。ただし、新型コロナウイルス感染症の影響以前から支給認定数は年々増加傾向にあり、疾病分類別に見ると「気分（感情）障害」の認定者数が特に大きく増加している。

【精神障害者保健福祉手帳の所持者数の状況】 2 ページ

- ・自立支援医療と同様、年々増加傾向にあり、特に3級の所持者数が増加している。

【医療保護入院の状況】 3 ページ

- ・医療保護入院届の届出件数は長期的に増加傾向にある。また、平成25年度の精神保健福祉法の改正で医療保護入院の同意要件が見直されたことにより市長同意の届出件数は減少したが、近年は増加傾向にある。

【措置入院の状況】 4～5 ページ

- ・平成30年度に厚生労働省のガイドラインにより、警察官通報の趣旨や、既に対象者が帰宅した後の事後通報の取扱いなどについて一定の整理がなされた結果、青色の「診察の必要がない」というケースが大きく減少している。一方で、平成30年度以降は、オレンジ色の措置診察をしたものの措置入院にいたらなかったケースが増加している。
- ・5ページは被通報者の主病名ごとの推移を示しており、統合失調症・妄想性障害は一貫して大きな割合を占めているが、平成30年度以降、「心理的発達の障害」が増加傾向にある。

【入院形態別在院患者数の状況】 6～7 ページ

- ・6ページは厚生労働省が毎年実施する630調査のうち、入院形態別の在院患者数をまとめたものになり、推移を見ると、長期入院患者の地域移行等の取組を進めていることもあり、患者数の総数は減少傾向にある。
- ・7ページは令和2年6月30日現在の、全国、岡山県、岡山市における在院患者の入院形態別構成割合を示しており、岡山市の状況としては、全国、岡山県と比べて医療保護入院

の割合が高い傾向にある。

【年齢階級別在院患者数の状況】 8～9ページ

- ・ 8ページは岡山市の年齢階級別の在院患者数の推移を示しており、65歳以上の高齢者が全体の約6割を占めている。また、下の折れ線グラフで示すように、少しずつではあるが、全体に占める高齢者の割合が年々高くなっている。
- ・ 9ページは令和2年6月30日現在の、全国、岡山県、岡山市における在院患者の年齢階級別の構成割合を示しており、岡山市の65歳以上の高齢者の割合は全国とほぼ同様の傾向を示しており、75歳以上の高齢者は岡山県が高い状況にある。

【在院患者の疾病分類別構成割合の状況】 10～11ページ

- ・ 10ページは岡山市の在院患者の疾病分類別の構成割合の推移を示しており、最も割合の高い疾病は統合失調症で約50%を占めており、2番目がアルツハイマー型認知症、3番目が気分（感情）障害となっている。構成割合に大きな変化はなく、ほぼ横ばいで推移している
- ・ 11ページは令和年6月30日現在の、全国、岡山県、岡山市における在院患者の疾病分類別の構成割合を示しており、全国と比較すると、統合失調症の割合が低く、アルツハイマー型認知症の割合が高い状況となっており、要因としては、認知症病床数の多さが影響しているものと考えられる。

【在院期間別在院患者数の状況】 12～13ページ

- ・ 12ページは岡山市の在院期間別の在院患者数の推移を示しており、1年以上の長期入院患者数が減少傾向にあり、令和2年は1,119人と、平成23年と比べて約23%減少している。
- ・ 13ページは令和2年6月30日現在の、全国、岡山県、岡山市における在院患者の在院期間別の構成割合を示しており、1年以上の長期入院患者の割合は、全体では全国より8.5%少なく、65歳未満においては、全国より10%以上少ない状況にある。長期入院患者数は、入院患者の地域移行が進んでいることを示す一つの指標であり、地域移行の取組が少しずつ浸透してきているものと考えられる。

○山田会長

ありがとうございました。それではただいまのご報告についてご質問のある方はいらっ
しゃいますでしょうか。

<質問なし>

それでは、ご質問がないようですので次に進めさせていただきます。

(2) 令和3年度岡山市自殺対策連絡協議会開催結果について【資料2】

○事務局

ここでは、本年度開催しました岡山市自殺対策連絡協議会の開催結果についてご報告いたします。今回の協議会では、主にコロナ禍における岡山市の自殺の実態・傾向を情報共有させていただき、施策の方向性や必要な取組について委員の皆様にご議論いただきました。昨年12月に開催しましたので、その際は令和2年の結果を中心に、令和3年の途中経過を含めながらご説明しております。先日、令和3年の1年間の確定値が発表されましたので、本日はその結果もあわせてご報告させていただきます。

【全国の自殺死亡者の動向】 2～6ページ

- ・2ページは全国の自殺死亡者数の年次推移を示しており、自殺死亡者数は長期的に減少傾向にあり、令和元年に統計開始以来最も少なくなったが、令和2年は増加しており、特に女性の増加が顕著だった。令和3年は令和2年と比べて、ほぼ横ばいの状態。
- ・3ページは全国の年齢階級別自殺死亡率の年次推移を示しており、令和2年は赤い線の10歳代、青い線の20歳代とで大きく上昇しており、令和3年は青い線の20歳代が引き続き上昇している。
- ・4ページは学生・生徒の自殺死亡者数の年次推移を示しており、社会全体の死亡者数が赤い折れ線、大学生と専修学校生が棒グラフのうちの緑色、児童・生徒が棒グラフのうちの青色で示したものを。学生、生徒の自殺者数は平成28年以降増加傾向にあり、令和2年以降、青色の「児童・生徒」が増加している。
- ・5ページは全国の自殺死亡者の自殺原因・動機別構成割合の男女別の推移を示しており、過去5年間の自殺原因・動機別の構成割合については、新型コロナウイルス感染の拡大前後でもほとんど変化がない。
- ・6ページは全国の職業別自殺死亡者数の構成割合の推移を示しており、男性は特に大きな変化は見られないが、女性は、令和2年以降、若干であるが、被雇用者・勤め人の割合が増加している。

【岡山市の自殺死亡者数の動向】 8～11ページ

- ・7ページは岡山市の自殺死亡者数の年次推移を示しており、新型コロナウイルス感染症の感染拡大がはじまった令和2年は令和元年とくらべて横ばいであったが、令和3年には大きく増加している。
- ・8ページは、岡山市の年齢階級別自殺死亡者数の年次推移で、令和2年度は20歳未満が増加していたが、令和3年は20歳代から50歳代のいわゆる「働き盛り層」と70歳代

以上の高齢者の自殺死亡者数が増加している。

- ・ 10 ページは岡山市の男女別の自殺原因・動機別割合の推移を示しており、男性女性とも「健康問題」の割合が最も高く、特に女性においてその割合が高くなっている。
- ・ 11 ページは岡山市の男女別の職業別の自殺死亡者数の構成割合の推移を示しており、全国と比較すると全体数が少ないので、年ごとの変動が大きく出てしまうが、令和3年は女性の「被雇用者・務め人」の割合が高くなっている。

【生活保護及び生活困窮者の状況】 12 ページ

- ・ 12 ページは令和3年10月末時点の生活保護及び生活困窮者の状況を示しており、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時においても、「経済・生活問題」を動機とする自殺の割合が大きく増加していない背景には、緊急小口資金特例貸付や住居確保給付金といったセーフティネットがあると考えられる。

【岡山市自殺対策推進センターへの相談状況】 13～15 ページ

- ・ 13 ページは岡山市自殺対策推進センターへの相談件数の月別推移を示しており、令和3年度は相談件数が大きく増加している。
- ・ 14 ページは岡山市自殺対策推進センターへの相談者の年齢階級別割合の推移を示しており、令和3年度の2月末時点では20歳代以下からの割合が50%を超えており、若い世代からの相談が増加している。
- ・ 15 ページは岡山市自殺対策推進センターへの相談経路を示しており、令和2年度と令和3年度はインターネットで相談窓口を知る割合が増加している。

【岡山市こころの健康に関する意識調査結果（速報値）】 17～18 ページ

- ・ 17 ページは今年度9月から10月にかけて、無作為抽出した15歳～89歳の男女3000人に対しアンケートを実施し、1312人から回答をいただいた「岡山市こころの健康に関する意識調査」の一部について、結果の速報値を掲載したもの。
- ・ メンタルヘルスに関する情報源として最も信頼するのは、家族や友人等で、次いでネットやソーシャルメディアのニュースという結果が出ている。
- ・ 18 ページは新型コロナウイルス感染拡大によりストレス解消法などに変化が生じていることや、新型コロナウイルス感染症拡大後に死にたいと思ったことのある人は7.5%いること、またうつ病・不安障害のスクリーニング指標の項目では、うつ病・不安障害の疑いがある人が16.5%いるとの結果を掲載している。

【コロナ禍における岡山市の現状の考察及び課題】 19 ページ

- ・ 19 ページは、コロナ禍における岡山市の現状と考察、課題のまとめを掲載している。
 - ① 岡山市の自殺死亡者数は過去5年間で最も高く、コロナ禍における様々な要因が自殺

にも影響していると思われるが、その要因を特定すること困難であるが、一方で、自殺の原因・動機別で見ると、その割合に大きな変化はなく、また、各種生活困窮者支援事業の相談・利用件数が飛躍的に増加していることから、コロナ禍でセーフティネットが一定程度有効に機能し、生活苦による自殺が抑制されていると考えられる。

- ② 全国的に学生・生徒の自殺死亡者数の増加については、岡山市でも若いうちからストレスへの対処方法や「助けを求めること」に関する啓発を行うとともに、学校管理者やスクールカウンセラー等への自殺に関する研修の実施やゲートキーパー養成等により、身近で相談がしやすい環境を整えていく必要があると考えられる。
- ③ 20代以下及びインターネット経由の相談の増加については、若者には潜在的な相談支援ニーズがあると考えられるため、市ホームページの充実など、若者が情報を入手しやすい情報発信手段を強化していく必要があり、加えて、各年代ごとに適切な情報発信手段を取り入れていくことで、岡山市地域自殺対策推進センターに相談しやすい環境を整えていく必要がある。
- ④ 自損による救急搬送数の増加については、自損に至る前の段階で相談支援につなげるため、引き続き各種相談窓口の周知を行うとともに、相談を受けた機関がハイリスクであると判断すれば、必要に応じて岡山市地域自殺対策推進センター等へつなぐことができるよう、より一層の顔の見える関係づくりが重要ということが考えられる。また、自損後のフォローについて、救急病院、精神科病院との連携を更に強化していく必要がある。

【自殺対策の今後の動き】 21～22ページ

- ・ 21ページは国の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱の改定のスケジュールを示しており、令和4年度の改定に向けて、現在有識者会議を重ねているところ。夏ごろには大綱案が示され、閣議決定がされる予定である。
- ・ 22ページは岡山市も現在の自殺対策推進計画が、令和4年度に改定になります。そのため、令和4年度は精神保健福祉審議会を夏ごろに開催し、委員の皆様からご意見を伺いたいと考えている。

【各団体からの主な意見等】 24ページ

- ・ 24ページは、今回の自殺対策連絡協議会において、各委員から出た意見をまとめたもの。今回の協議会で情報共有した内容やご意見を踏まえながら、今後も岡山市を含めた構成団体で自殺対策に取り組んでいきたいと考えている。

○山田会長

コロナ禍で若い方、特に女性の自殺が増えていることは、マスコミ報道とかでもご存知かと思いますが、令和3年は全国ではそんなに増えなかったが、岡山市では増えていると

いうことで、これまたいろいろ考えていけないといけないのですが、確かに大学病院でも救急搬送で自殺企図の方が非常に多くて、精神科から関与するのは救急で搬送された、入院された方の 5 割以上です。全員が自殺企図ではないですけども、そういうことがあったことも付け加えると、今後岡山市でも、自殺対策連絡協議会とかこの審議会を通して、これまでずっと検討していただきましたので、それを生かして行って、自殺対策推進センターへの繋ぎももっとふやしていかないといけないなと思った次第です。

どなたか質問等ございませんか。

○原委員

自殺対策のことについて、岡山大学の方では受け入れてくださっていて、その方が搬送で運ばれたら、すぐ入院ということにさせていただいて、守られているということでしょうか。

○山田会長

入院かどうかは身体的な入院が必要かどうかはまず一つで、精神的な問題で精神科の病棟に来られる人もいれば、体のほうの治療がそんなに必要ない方はかかってらっしゃる病院にお願いすることもあり、ケースによってということになります。

○藤田委員

今私が県立高校の校医をしております、ここ 3 年やはりコロナということで、いろんな学年で「修学旅行はない」「卒業式はない」「入学式もない」。そこではもう楽しい時間であったものがないというのを過ごしてきた中学 3 年高校 1 年で、今高校 1 年になっている子とか、非常に不登校が増えていまして、その子たちといろいろお話をしている中で本当にもう、何か楽しみがないということで、そのままそれを放っておくと、多分この自殺対策に関わるような子たちにもなってくる。ちょうど 20 代以下の方が多いということでもあったので、やっぱり中にはもう死にたいということをするような生徒さんがおられるので、自殺対策として、死にたいと思う前の段階の、そういう関わりというのがとても大切ではないのかなと思うので、またそこにも意識を向けていただけたらと思います。

○山田会長

はいありがとうございます貴重なご意見ありがとうございました。

それでは時間の関係もございますので、この問題も大きいですけども次の議題でございますので進めていきたいと思えます。

では、次第 4 の議事に入りたいと思えます。

令和元年度の審議会では本審議会を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場ということで、位置づけるということが決まっております。行政として取り組むこととか、保健・医療・福祉、それぞれの立場で取り組めることについて協議していく

ということにしております。

ということで本日は令和 3 年度の協議の場という、その開催になるということで、それで精神障害にも対応した地域包括ケア、システムの構築に向けた各事業の取り組み状況と、それから課題についてということで、事務局からまずご説明をお願いいたします。

(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた各事業の取り組み状況と課題【資料3】

○事務局

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステム】 2～3 ページ

- ・ 2 ページは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて、国のイメージ図を掲載している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは、精神障害者の一層の地域移行を実現していくために、国が平成 29 年に明示した政策理念であり、精神障害者が地域で安心して暮らし続けられるよう、医療や障害福祉、住まい、社会参加、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステムのこと。精神障害者が地域で安心して暮らしていくために必要なすべてであり、この包括ケアシステムの構築にあたっては、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、医療機関、地域援助事業者、行政が連携して支援体制を構築していくことが必要とされている。
- ・ 3 ページは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、現在、岡山市が取り組んでいることイメージ図としてまとめている。岡山市では、障害福祉サービスによる支援と、保健所やこころの健康センターによる支援の両輪で精神障害者の地域移行・地域定着に取り組んでいる。障害福祉サービスとしては、主に計画相談支援や、病院や施設から地域生活へ移行するための地域移行支援、施設や病院等を退所・退院した方へ定期及び随時の訪問支援等を行う自立生活援助、単身生活者に対して緊急時の支援等を行う地域定着支援などが挙げられる。また、保健所やこころの健康センターによる支援は、未治療や病状が悪化した際には、保健所や保健センターによる精神障害者への訪問や、こころの健康センターによる危機介入対応など、入院患者の地域移行の段階では、こころの健康センターによる地域移行支援や保健所による措置入院患者の退院後支援など、地域定着の段階では、治療中断・再発防止を目的とした訪問支援や危機介入対応などに取り組んでいる。そのほか、基盤整備として、地域のネットワークづくりや地域移行・地域定着支援に関わる人材の育成、地域住民への普及啓発に取り組んでいる。
- ・ 3 ページの右側の一覧表は、国が自治体の取組に対して財政的な支援を行う構築推進事業のメニューを記載しており、赤字の事業が、現在、岡山市が取り組んでいるもの。保健医療福祉の協議の場は必須であり、本審議会が岡山市の協議の場となっている。

【障害福祉サービスによる地域移行・地域定着支援の状況】 4 ページ

- ・ 4 ページは 3 ページで説明した両輪による支援のうち、障害福祉サービスによる地域移

行・地域定着支援の利用状況等を示しており、地域相談支援利用者数の推移では、地域移行支援サービスは地域定着支援サービスに比べて利用者が少ない状況にあるものの、こころの健康センターによる地域移行の取組の効果もあり、利用者は近年増加傾向にある。

- ・自立生活援助サービスは、施設やグループホーム等を利用していた障害者で一人暮らしを希望する方に対して、定期的な訪問により生活状況や体調等を確認し、必要な助言や連絡調整を行うほか、随時の相談対応等を行うサービスで、平成30年度にスタートし、令和2年度は11名の利用がある。

【地域包括ケアシステム構築推進事業の取組状況】 6～14ページ

- ・6ページからは14ページにかけては、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて岡山市が実施する各事業の取組状況を、3ページでご説明した国の構築推進事業のメニューに沿ってまとめた資料になっている。
- ・8ページのピアサポートの活用に係る事業について、岡山市では精神障害者の地域移行・地域定着支援や、精神障害に対する理解の促進・普及啓発を目的としてピアサポーターの養成・派遣事業を行っている。具体的には、地域移行・地域定着支援では、病棟での交流会や長期入院患者との面談、ピアカウンセリング等を、また、障害理解・普及啓発では、ボランティア団体や民生委員、愛育委員、学校向けの体験発表、職員研修の講師、当事者会や家族会での交流会を実施している。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響のため、派遣依頼は大きく減少している。派遣件数も派遣者の延人数も増加しているが、派遣者の実人数の増加の割合は小さく、実際に派遣される方が固定化しているといった課題がある。
- ・9ページのアウトリーチ支援に係る事業について、岡山市では、こころの健康センターに精神科医師や保健師、精神保健福祉士等の多職種を配置し、支援対象者やその家族の状態に応じて、訪問・往診等による支援を行っている。訪問・往診件数の実績が資料左上のグラフで、このなかで精神医療の受診中断者や精神疾患が疑われる未受診者に対して、状況に応じた危機介入支援を行っている。令和2年度から令和3年度については、は新型コロナウイルスの影響により訪問・往診件数は減少している一方で、危機介入対応の実人数と訪問対応件数は増加している。この危機介入のうちおよそ半分が家族からの相談で、残りの半分が様々な関係機関からの相談となっている。
- ・12ページの入院中の精神障害者の地域移行支援に係る事業では、こころの健康センターでは、ピアサポーターや病院職員と協働した対象者への個別支援や、グループワーク・地域交流会などによる退院意欲の喚起、精神科病院と地域支援事業所との円滑な連携を目的とした地域移行支援連絡会の開催等を通じて、長期入院患者の地域移行を促進している。支援の利用者数は年々増加しており、令和3年度は合計で72名となっており、12月末時点で5名が退院、4名がこころの健康センターが実施する地域定着支援事業へ移行した。また、1名が利用を休止しており、現在は66名を支援している。今年度は新型

コロナウイルス感染拡大の影響により、以前のように病院内に入ることが難しく、訪問外出同行などの直接支援が激減しているため、Web 面接等での支援を新たに開始したが、実績はなかなか伸び悩んでいる。

- ・ 13 ページは、地域移行支援による退院者の状況をまとめており、令和3年度は新たに5名が退院したことで、平成22年度からの累計で65名が退院している。入院期間としては3年未満までが40%以上を占める一方で、10年以上の入院期間の方も20%を占めている。
- ・ 14 ページは、令和3年6月1日に設置された岡山市障害者基幹相談支援センターにおける取組の全体像を示している。このうち精神保健分野では、赤い枠で囲っている「地域以降・地域定着」について基幹相談支援センターと連携して、相談支援事業所に向けた研修の企画や、地域移行支援におけるクリニカルパスの作成の協議をしており、今後も継続して連携していく。

【岡山市長期入院患者実態調査】 16～20 ページ

- ・ こころの健康センターでは、地域移行支援の基礎資料とするため、平成29年度から市内の精神科病院に対して、受入条件が整えば退院可能な長期入院患者の状況を調査している。
- ・ 令和3年度調査では、市内の8病院のから回答が得られ、令和3年度調査時点で入院期間が1年以上の長期入院患者数は合計で1,187名となっている。
- ・ 17 ページは年齢階級別入院患者数の推移を示しており、年代別では70代が最も多く、次いで60代が多かったが、令和3年度の調査では2番目に多い年代が80代となっており、長期入院患者の高齢化が伺える。
- ・ 18 ページは在院期間別の入院患者数の推移を示しており、令和3年には長期入院の患者数は5年間で最も多くなっているが、これは入院1年から2年未満の患者数が増加したことが影響している。
- ・ 19 ページは主治医から見た調査時点の退院可能性についての推移を示しており、地域移行をすすめていく対象となる「寛解だが社会的入院」及び「残存だが支援により退院可能」赤い枠で囲っている部分であり、こちらについては少しずつであるが減少傾向にある。
- ・ 20 ページは主治医からみた調査時点の退院可能性が「寛解だが社会的入院」「残存だが支援により退院可能」に該当する患者について、退院阻害要因を回答していただいた結果を示している。「食事、洗濯、金銭管理といった家事ができない」という回答が増加しているが、家事については障害福祉サービスを利用することでクリアできる部分もあるため、今後も精神科病院と地域支援事業者との円滑な連携を促進し、障害福祉サービスの導入につなげていく必要がある。

【課題 ピアサポーターの活用について】 22～23 ページ

- ・退院意欲の向上や精神障害に対する理解の促進のためにピアサポートを活用することは有用であり、岡山市では、平成25年度からピアサポーターの養成・派遣の取組を進めており、資料8ページのとおり派遣件数は増加傾向にある。
- ・一方で、養成講座修了者の累計は増加しているが、実派遣人数は伸び悩んでおり、実際に派遣される方が固定化しており、昨年度の審議会で、事業内容の周知やニーズの把握が課題となっていることをお話したところ。
- ・そういった昨年度からの課題があり、今年度、岡山市保健所では、計画相談支援事業所を対象にしたアンケート調査を実施し、事業の認知度やニーズについて把握した。22ページからアンケート結果をお示ししたもの。アンケートの結果、80%以上がピアサポーター養成研修・派遣事業を「知っている」と回答しており、認知度については高いことがわかる。
- ・入院患者への個別支援や在宅精神障害者への個別支援など各ピアサポート活動については、半数以上が「知っているが利用したことない」と回答があり、自由記述からも今後利用していくためには、「具体的な活用方法や成功事例を啓発してほしい。」という意見が複数あったため、今後は具体的な利用イメージを持つことができるような研修会や説明会の開催を行っていく予定にしている。
- ・岡山市としては、ピアサポートの活用についてご説明させていただいた取り組みをすすめていきたいと考えているが、この他にも、ピアサポーターを広く活用していくにあたって、どのような取組が求められるのか、委員の皆様にご意見を伺いたい。

【課題 治療中断を未然に防ぐための体制の整備及び未治療者への早期支援について】 24ページ

- ・資料の9ページのアウトリーチのところでも説明したとおり、令和3年度はこころの健康センターによる危機介入の対応実績が大きく増加しており、大きく増加した要因の一つには、こころの健康センターで実施している危機介入という事業が、関係機関に浸透してきたという側面もあるかと思うが、これは地域的一部分でしかなく、精神科医療を含めた支援が必要な方が、地域に潜在的にもっとおられるのではないかと考えている。
- ・岡山市が危機介入として対象者と初めて関わる場合、既に精神症状が悪化しており、なかなか状況の改善が見られず支援が長期化するケースもある。このため、危機的状態に至る前の段階で、できるだけ早期に発見・介入できるよう、保健・医療・福祉が連携した重層的な支援や、支援が途切れても早期に支援を再開できるシステムが必要であるといったことを課題として感じている。
- ・今年度の危機介入の対象者となった54人のうち、治療中断の背景には、本人に病識がなく、福祉サービスにつながりにくい、単身で家族がおらず家族のサポート力がない、家事等はできるので福祉サービスの利用はなく医療しか支援が入っていないといった問題がそれぞれある。それぞれ個別の背景はあるものの、危機介入の対象者は大きくは「治療中

断者」と「未治療者」に分けて考えることができ、それぞれに対策を考えていく必要があると考えている。

- ・特に治療中断者は一度でも医療等の支援につながっている人であり、その人たちが危機介入を必要とする状態まで症状が悪化するのを防ぐために、保健・医療・福祉の連携という観点から検討する必要があるケースも多いので、治療中断を未然に防ぐため、また一度治療中断になっても早期に支援につながるためには、それぞれの機関でどのような取り組みが考えられるか、委員の皆さまにご意見を伺いたい。
- ・また、未治療者については、行政とのファーストコンタクトが措置通報であったり、危機介入とならないために、早期支援を目指していかなければならないと考えており、岡山市としましても、関係機関からご相談いただければ一緒に考えていきたいので、地域で暮らす未治療者に対する早期支援につきまして、それぞれの機関でどのような取り組みが考えられるか、委員の皆さまにご意見を伺いたい。

○山田会長

はい。どうもありがとうございました。それでは審議に移りたいと思います。

今ご報告がありましたけれども、岡山市はピアサポート事業の普及啓発のために、ピアサポーターの研修を進めていくということです。

ピアサポーターもなかなか大変で、その立場の人への、ピアサポーターの立場の方への支援、それから派遣依頼する側の立場の人がどういうことを求めているかといったところについて皆さんのご意見をいただけたらと思っております。

○鈴木委員

ピアサポーターで、僕が個人的にやっている方で言うと、支援に繋がらない人、さっき医療は繋がっているけど福祉には繋がらない。福祉とか医療もそうですけど、結構そういうものに対して傷つきを持っている方がおられて、そういった方だとやっぱりもう支援者というだけで駄目だったりとか、支援者の方に気を使われていて、「何でそれを言っていないの？」っていうことが、支援者の方には伝わってなくて、「いや、言った方がいいよ」と言うのだけど、どうもやっぱり伝えてない、みたいなところがあって。よくよく聞いていると過去のトラウマとかを出して、支援者に実はそんなものないでしょうみたいなことが言われたの言っていたりとか。本当は、そういったところに、ピアサポーターがちょっと入れたらいいかなって思うんですけど。結構実際として、ピアサポーター自体のばらつきが多い。やっぱり相性とか特性、その人の経験だったりなんかが大きかったりします。

一つ僕が思うには計画の人でもおそらくピアサポーターを使いたいという方がおられると思うんですけど、その時のマッチングするための場がやっぱり必要なんじゃないかと。計画の人もそうですし、ピアサポーターの人となりを知って、この人なら、この利用者さんと一緒に入ってもいいという人をマッチングさせていって、指名して、依頼をかけていくとい

う形が、いいのかなあとも思ったりはしております。

それと、ある病院に僕がピアサポーターに入っていた時に、支援者はいろいろ考えていただいてるんですけど、問題解決にずっと意識がいつてしまって、その人の強みであるとか、普通に話すだけでなく、お金の管理とかいろんなものを細々と言い出して。それで問題もさらに大きくなっていくという悪循環ですが、僕が入って、バランスを少し振って戻すということをする、その人もその問題も起こらなくなって、地域で今暮らしておられて。ただ、以前のこともありまして、人がかかわらなくなったらまたなっても、いろいろ起きるかもしれないので、自分で友達ができるようになるまでは、ピアサポートは入ったらいいいよねという形で、継続しておられる方はおります。そういった形で、バランスをとる意味合いで、支援的な技法に傾かないという意味でも、ピアサポーターの活用はうまくやれるといいと思います。

それと、木本さんがやられているリカバリーカレッジとか、僕も思うのが「支援」とか、相手に問題があるから解決しようというスタンスが、僕でも辛いし、他の人でも結構つらかったりする。カレッジに関してはそういう縛りはなくて、講座を作るとか新しい学びをとということで、問題解決ではない部分で、支援者とかかわらせていただける。非常に僕らにとってはありがたいし、多分僕らの支援者で、普通に支援しては見えてない部分も伝わっているのではと思っています。そういった活動も、医療福祉ではない、また違うような形で、かといって教育かといったらそうでもないような気がする。一方的に教えられるものではないし、お互いで学び合って、お互いで成長していけるようなものを、どこかで、ピアサポーターを活用しながらいっぱい作っとかないと、おそらく医療福祉で漏れた人たちがどこかでかかって、そこでまたそちらを利用したりとか次につなげられるような形ができるといいかなと思って今僕は支援をやったりとか、他のいろんな団体でそういうことを動けるような形で動いております。

○山田会長

ありがとうございます。

非常に貴重なご意見だったとピアサポーターの方がマッチングという制度も取り入れたのかということとか、支援者が一生懸命に問題解決に走ってしまうと、それはつらいので若干友達っぽいピアサポートというのがもっと活用できると、実際相談できないことができる。一つそういうご意見でした。

それからピアサポーターについては、ピアサポーターを招いて精神障害に対する理解と普及啓発を愛育委員協議会で行ってらっしゃると思いますけど、横山委員の方から、何かございましょうか。

○横山委員

はい。私たち愛育委員会としては、弊社の活動は行政の出先機関として、乳幼児から高齢

者までのヘルスポランテニアをしています。赤ちゃん訪問や愛育訪問などで、相談を受けることがあります。そういう声を拾ったときは、保健師の方を通じて保健センターに連絡したりしていますけれども、何年か前に、岡山市の4区に分かれて、計3年ずつ合わせて12年間精神障害者社会参加普及啓発活動に取り組み、様々な方面から、講演や作業所、石鹸センターなどで当事者の声を聞くことができました。理解して欲しいとか、自分たちの居場所が欲しいという声をたくさん聞くことができました。中区の中学校区では、引き続き、健康市民岡山21で心の健康講座を年1回、行っています。太田順一郎先生の講演や専門医の講座とか、こころの健康センターの作野保健師よりひきこもりの理解と支援というお話を聞き、とても勉強になったところですけども、ひきこもりの背景には様々な状況があり、精神的疲労が長期間続いた結果見られることとか周りの環境や、理解する人の存在が重要であるということを理解しましたので、私たちも寄り添っていきたいと思っています。他の地域でも精神障害者の社会復帰支援の施設の見学に行き、利用者の声を聞いて参りました。話を聞くことで病気を抱えている人の気持ちが理解できたので、ピアサポーターの活用をより多くの人に知っていただきたいと思いました。

私たちも日常の声かけや、本人や家族の方の話を聞いて相談機関があるということをお伝えしていきたいと思っております。

○山田会長

どうもありがとうございます。数々の活動を行っていただいていますけれども、ピアサポートの今後の活用の仕方についてもちょっとご意見いただきました。そのほかにどなたか、ご意見がありましたらお願いいたします。よろしいですか。

そうしましたら、二つ目の課題ということですけども、先ほど資料もご説明がありましたが、資料3の9ページで、こころの健康センターの危機介入の件数が、令和2年から令和3年と大幅に増加していて、その背景として、一つ目は未治療のままで症状が悪化している方がいるということ、それから治療中断、治療を受けたけれども中断をして、悪化しているという状況があるということがみてとれます。

治療中断の人は1回医療に繋がっている人なので、その人たちがまた危機介入の対象にならないようにということで、治療中断を防ぐため、また治療中断となったときに早期に介入するということでもあります。それからあとは治療再開ということに結びつけるような、各団体のお力が必要ですけども、そういった面についてもご意見をお聞きしたいと思います。

治療中断を未然に防ぐための体制の整備、それから未治療者への早期支援ということで、まず治療中断についてまずご意見を伺いたと思います。

これは病院の方で、武田委員からお願いできますでしょうか。

○武田委員

退院された方か、或いは外来治療を開始された方が治療中断される。そのために、病状が悪化する。そういうことは多々あることでして、特に統合失調症と気分障害の方でそれが割と問題になるんですけども、要因がたくさんあって、これ割と複合的なんですけども、今回のお話に関係していることとして、4つぐらい考えていました。

一つはですね、当事者の方の疾病、その他に関する知識であるとか技能の問題ですね。疾病であるとか医療ですね、薬物療法も含めて、それから制度とか。そういうことに関する知識、それから技能が不足しているがためにということ。

それから、偏見の問題ですよ。周囲からの偏見による圧力と、ご自分も持つとられて障害を否認をしたいという、そういう思いもある。

それから、生活の不安定化ですよ。いろんな仕事を失ったり学業がうまくいかなくなったりとか、人間関係がちょっととだえたりとかするようなことによる生活の不安定化があります。それはもちろん孤立ってということも含まれます。

それから、医療が責任のあることなんですけど、病気がしっかり治りきってないという問題ですね。これは、病気自体が難しい病気でもあるので、完全寛解まで至らない場合も少なくないですが、やはりいろんな症状があるがために、治療が続けられなくなるというような、そういう大きく四つの要因が考えられるんです。

我々どうしてるかっていうと、まず1番目の知識技能に関しては、これはやはり教育的配慮をするということになるわけです。いわゆる心理教育をしていくわけです。ただですね、これはそれだけではもちろん足りないわけですよ。今鈴木委員がおっしゃったように、そういう教科書に書いてあるような、あるいは文書で作られているような知識技能だけでは到底足りないものがあるわけですね。そういうものは、やっぱり当事者同士の情報交換であるとか、共同の生活であるとか、そういうところでしか得られないもので、特に価値感であるとか、病気に対する感覚であるとか、生活のフィーリングであるとか、或いは成功体験の習得であるとかが重要です。自分がまだ成功してないんですけども、成功者を見てそれを学ぶというような、そういう学習ですよ、これ非常に重要なところなんです。それから偏見は、これはとても難しい問題です。健常と言われている人が、障害持った方に偏見教育をするってことはとても難しいです。ここでやっぱり鈴木委員たち活躍していただく、或いは当事者同士の集団に入っていただくという、ピアな関係作りが非常に重要になってくるわけですね。もちろん、失敗から学ぶということが多々ありまして、失敗というのはトラウマにはなるものではあるんですけども、仕切り直しという面では、学習機会でもあるんですね。そういうところから徐々に偏見を変えていく可能性が生まれます。じゃあ、医療とか福祉はそこにどう関与をしていくかっていうと、そういう健全な当事者集団を運営していく支援をする。或いは、いわゆる「きずな支援」っていうんですけども、きずなを作っていき支援をしていくということ、やってくということになる。

それから生活の安定化っていうのは、これはいろいろありますよね。経済的な支援をする、

制度を紹介する、居住環境を提供する、訪問であるとかヘルパーというようなね、人的関与していくというようなものがあるんですけども、こういうことを積極的にやっていく。ここでは、かなりそのご本人の要望とかですね、経済状況とかいろんな要因でマッチングしていくということが必要になってきますね。同時にやっぱり孤立させないということが非常に重要になってくるので、どこでどういう生活を今後していくのかっていうことを、やっぱりきちっと、入院の段階からイメージして支援をしていくということになってきます。

それから最後の中途半端な改善の問題ですけども、これは、いろんな治療にもやっぱり限界はどうしてもあるんですね。完全寛解まで至らないケースもやっぱり結構あるんですが、やはり改善度合いが高い人ほどやっぱり治療の継続率が高いように思われます。単純に言うと、支援者は敵っぽいというふうに思われてもちょっと困るということなんです。

今退院支援で一番重点して我々やらないといけないっていう人は、退院意欲があるんですけども、症状が残っているために退院ができないという方々ですね。特に陽性の症状が残っている。そういう方に関してはクロザリルっていうお薬が今かなり効くので、クロザリルをしっかり処方して、そうすると、結構症状が取れて退院まで至るという方もおられるので、そのところが注目ポイントなんです。だから中途半端な改善ということに関して言うと、新しい薬などでもっと積極的に治療をしていくということになるんですね。

絆っていうのは非常に重要です。要するに知識技能をきちっと学んでもらうためにはですね、やはりピアの関係作りや、ピアの集団にきちっと入っていくということが重要です。それは、ピアの横からの関係というのは、かなり価値観の変容をきたすんですよ。障害受容であるとか、偏見の克服とか、そういうことをきたしやすいですね。それらは、我々がどんなに説明してもなかなか難しいところですけども、同じご病気で活躍している方とか見ると、安心もでき、ゆとりもできる。それから、目標にもなる。ただ自分から絆を作るのが苦手な人もいますので、そういう人には、藤田先生たちもやっているような、かなり生活に密着した訪問支援というのをせざるをえないですよ。一緒に遊びに行きますというレベルからやっていって、しかもそのスタッフは変わらず、年単位で同じ人が関わっていくというような支援をしていくということになってくるんですよ。そうやってスタッフがピアになっていく。だからこの絆支援は、基本的には通所型と、訪問型っていうのがあって、通所型としては、今デイケアであるとか、いろんな作業所であるとかいろんなものがあります。各種あるので、それを複数使っている方も結構おられます。

でもそういうところが苦手な人っていうのも結構おられて、やっぱひきこもってしまって、ひきこもってしまうと、もう通院とか、医療が途絶えてしまうので、何とかそこへ行ってきずなを保つ、できたらちょっと一緒に手つないで何かきずなの中に入れてあげる、構築してあげるっていうようなことをしてくっていうのが、継続支援の根幹にはなってくんですね。昔は絆支援は通所型しかなかったんですけど、今訪問型の支援っていうのは結構今いっぱいあるので、それを、ご本人にマッチングして、コーディネートしていくということが今、非常に重要なところになっています。ただ問題点としてはやっぱり時間かかることですね。

各施設が全部のメニュー持っているわけでもないという問題もあるんですね。

それから、若い元気な機能の高い人っていうのが、逆に治療から落ちやすいという問題ですね。どうしても若い人たちは偏見に対して敏感ですし、上手な失敗体験のない若い人たちは、そのような意欲を醸成しにくいところがあります。失敗から学んだりするというのが、治療意欲であるとか学習意欲に繋がるところが、今のところあるので、そこもちょっと今課題ですね。

○山田会長

ありがとうございました。四つぐらいの課題があってそれで具体的な取り組みについて、詳しくお話いただきましたけど訪問看護をされている立場から西川委員、どうでしょうか。

○西川委員

今、武田委員がおっしゃっていたお話ですね、本当に日々の訪問看護の実践の中でそうだなと思うところが随分ありました。

私たちは、主に治療中断の方になるんですけども、やはりもともとの病状であるとかそれから生活体験であるとかその方の性格とかにもよると思うんですけども、他者を拒絶する感覚が非常に強い方、それから、医療への非常に強い不信感を持っていらっしゃる方がどうしても治療中断のリスクが常にある。そういう方が多いなっていうのを実際に感じています。

そういう方々が、先ほどもお話ありましたけれども、お金の問題、経済的な不安であるとか、あとは食事ですね。いっぺんにお金を使ってしまって、今日明日食べるものがないとか、そういったような危機が訪れると。意外にもとても多くのケースが、やっぱり服薬中断であるとか訪問そのものを拒絶しやすくなっていらっしゃるような気がします。そういう方々がそういうことをきっかけに、治療中断になっていくというようなケースがとても多いような気がしています。そういう時にじゃあ私たちは何ができるかということになるんですけども、特に大事にしているのは、何でもない時間をともに過ごす、共有するということです。私たちは主治医の先生からは、服薬の管理をお願いしますといった依頼で入ることが多いんですけども、それを中心に関わるというのはとても難しい。まずは医療不信のある方に、いかに私たちを信頼してもらえるか。心を開いてもいいと思っていただけるかというところがとても難しく、その信頼を得るために、ご本人が興味のあることであるとかご本人が、日々の生活の時間をともに過ごすその時間を共有していくということを積み重ねていくということを大事にしています。

そういう中断とかのリスクが、危機が、出てきたときにやっぱりその積み重ねた時間がやっぱり生きてくるような気がしています。

そういうものがあると、これはちょっと危ないなと思っても、一気にクライシスになる前にですね、時間的な猶予が持てる。何だかその間に何か手だてを見つけられる時間的余裕が

持てるようになっていくのかなというふうな気がしています。

ですので、それにはとても時間がかかって、多くの関係者の方とも連携しながらしているんですけども、何をしているのか一見わからないような訪問になってしまうことはあるんですけどね。訪問看護は「それ、訪問看護なの？」と思われるようなこともあるんですけども、実際にはそれがとても大事で、その中で利用者さんの、微細な変化をキャッチしたり、アセスメントしたり、主治医に連絡を取ったり、関係機関と情報共有したり、そういったようなことがやっぱりとても大事なんじゃないかなというふうに思っています。

やはり、いかに孤立させないかということがとても私たちも実感として思っていて、やはりあの報告にもありましたけれども、一旦悪くなったところにですね、そこを初めて入るっていうのは到底難しく、やはり、普段安定している、例えば退院の時点であるとか、良い状況の中で、私たちを利用していただくというのが、とても意味があるのかなと思っています。

○山田会長

はいありがとうございました。先ほどから鈴木委員、武田委員、西川委員のお話では共通した一つのテーマもあったように思いますけれども。原委員、どうぞご家族の立場で。

○原委員

はい。私は家族なんですけれども、昨日私の家族で座談会をいたしまして、うちの家族会以外の方も呼び出したんですが、やはり入退院を繰り返して、医療に不信を持って、今自宅で、孤立していて、来てくれる人へも拒否をして、自分は病気ではないと思われているみたいなんです。

昨日、藤田委員に講師で来ていただいて、いい出会いがあればいいかなと。こころの健康センターの太田先生もう一度行ってくださって、なかなか、かなり難しい方なので、ご家族が本当に困ってます。息子さんが一人暮らしをされていて、人が来るのを拒否して、お金はご実家のお母さんに無心して生活費出していただいて、生活ができていようなんですけども、強固に拒否されていて、今困られています。

あと 3 名ぐらいひきこもって孤立しているということを知っていますので、武田委員が言われた病院に行けたらちゃんと孤立しないようにして下さっているってことはわかったんですけど。行かないんですよ。もうそれは私もどうして差し上げていいかもわからない。孤立した人は、拒否をするから、この関わりを今西川委員も言うて下さったけど時間がかかるし、もう、何でもない時間を共有するまではいかないです。拒否するから。そこをどうやって入っていただけるのか。他人事では思えないので、そこを考えていただいて、その孤立を防いでいただけたらありがたいなと思っています。

○藤田委員

昨日もいろいろとご家族の方から、聞いたんですけど、僕ら拒否されても拒否されたら帰る、その人との関わりで拒否されたら逃げるも、帰れと言われたら帰りますで帰るっていうのも、大切な関わりなのかなということ、やっています。

治療中断ということで、先ほど鈴木委員が言われたように、僕たちも危機介入、治療中断で、20 ケースの方ぐらいの話を聞くと、6~7 割の方が今までの精神科医療への不信を持っている。かなり高い。もちろん僕らがそういうふうにしてきたんだと思うんですね。だから、そういうことを考えると、治療云々という前に、そういう方たちには信頼の回復から入らないといけない。

なので、太田先生もされているような、治療中断になってぐっと悪くなった状態の方の不信感に対して、信頼の回復から入ろうとすると、非常に難しかったり、時間がかかったり、でも僕らはそれはやっていけないかなということ、思っていて。あと気分障害の方や、統合失調症ひきこもり不登校の方、僕のずっとなんかこうやっていて、勉強があまり好きじゃないので、教科書読まないんですけど、ただずっと目の前の方から教えてもらいながら何となく思うのは、そういう方たちは人間関係とか医療での挫折っていうものから、自信を失ってしまう。なので、僕はその治療と言われるものはまず自信の回復っていうことから、やっていくことが治療ではないんだろうかというふうにも思っています。

今訪問していて治療中断というのが、僕らで言えば、訪問はしているけど、薬は飲まれないということであれば服薬中断が一つそういうことなのかもしれない。

治療中断を未然に防ぐための取り組みということでは、僕たちとしては、自ら通院できない、自ら必要な福祉的サービスを受けられない、対象の方が高校生であれば不登校であったりとか、医療機関の大和診療所としては、従来の精神科医療、特に薬物療法の前に、その前に、まずほっとして安心して楽しいとか、やりたいことを探していこうよっていう、まずそこから入る。ここをポイントにして、ただこれは医療じゃないかという、僕としてはこれが本来の精神科医療のまず始まりじゃないんだろうかというふうに思って訪問しています。でも、現在訪問で120人ぐらいの方に訪問していて、現在で6人ぐらい入院されている。その2人は身体的な心不全であったり末期がんであったりなんですけど、4人の方は精神症状の悪化、やっぱり精神症状なんかの4人の方の2人は、症状悪化で行動化してしまって、警察が介入する状況。あと2人の方は、同じ状況で、家族の方がもう疲弊されてしまうということでもう入院。もちろんそういう時にはいろんな慈恵病院さんも含めて、もういろんな病院にお願いしたり、ということをしています。

こういうところからですね、一般クリニックでも無理なく取り組めることって何なんだろうかと考えてみました。そうすると、やっぱりさっきのほっとして安心して楽しいやりたいこと探し、そこは西川さんも言われたように、そういうポイント、思いを持つ訪問看護ステーションに、通常外来にこられている方もそこに指示書を出せば、そういう訪問看護ステーションからの訪問があるので、それは普通の診療所でも大いにできること。

ただいろんな訪問看護ステーションがあるので、思いを持ってポイントをしっかり押さえてもらえるところに依頼をするということが大切かなと。

また、ちょっとした危機っていう状況であれば、岡山市の方でも、さっき言われたように相談支援事業所ですね、福祉的なサービスの地域定着とかを依頼していく。ただ、これは事前に申請が必要であって、うちもNPOで相談支援事業所やってるんですが、今っていう時に入れない。非常に申請もちょっと時間がかかりすぐに使えない。これはどうにかならないんだろうかと思っています。

今後はまた診療報酬の改定によって、市町村保健所からの依頼で訪問診療に、気になる人に依頼があれば、それもまた訪問診療所でちょっと近くの方で気になるという方に少し訪問に行く、そういう依頼を受けて、ということであれば診療報酬の方も、管理料も含めて、できるようになるというふうに聞いています。

新型コロナウイルスの感染がここ2～3年は拡大していますが、僕は訪問をしていて、その方の行動とか家族の行動まではわかるので、不特定多数の方が来る外来よりも安心した状況で、訪問していったなっていうことは感じています。

次に医療機関ではなくて相談支援事業所、福祉の方ですが、それをNPOでやっています。そこでは通常の相談支援事業所は多いので、先ほど言ったような対象者の方を強く意識して、生活の場に出向くような支援、特に地域定着を実施しています。この課題では、そういう意識で地域定着をやってはいるんですが、その件数が多くなると、行政から今度は何かこう目をつけられると。そうなると、今度それをやらないか、サービスでも請求しなくなる。となると今度は採算がとれなくなるので、僕は個人的に、そこに補填をしていかないといけなくなる。こんな状況では、やるところはなかなか増えないんじゃないかなとも感じております。

最後に、入院ではないけど家族とちょっと折り合いが悪い時に使えていたショートステイホテルは岡山県内でも減ってきて、最後残っているのは精神科医療センターの前のビジネスホテルのウェルの二部屋。この状況で入院じゃなくてもいいのに入院を依頼しないといけない状況になってしまう方も結構おられて。やはりこれに対しては新しい箱物を作る予算はとてでもないもので、現在もしてるんですが、家族の方が持っていて使っていないマンション、そういうところを1泊1000円とか1500円ぐらいで、そういうものを活用して、入院ではなく、やっていくというのを、この4月から始めようかなとは思っていて、その実績を持って、岡山市とか、県の方に、家族会の方からですけど、その実績とともに、そういう事業の予算が取れないだろうかというようなことを考えています。

○山田会長

どうもありがとうございます。いろんな取り組みをしていただいている、でも不特定多数ではないかなという面もあるということですけど、榎谷先生は不特定多数の人を診ている。新型コロナ禍で今、いろいろ大変な状況ですけど、いかがでしょう。

○榎谷委員

私普段クリニック開業してまして、その観点からの意見になるかと思うんですけども、患者さんが治療中断するのを未然に防ぐというのは基本的には、まず、実際その患者さんが通院している医療機関での取り組みが非常に重要なかと思っているんですけども。これは当院で取り組んでいる一つの例で、ご紹介させていただきますと、まず当院の外来診療は、完全予約制ということにしておりまして、ほとんどのクリニックはそうされているかと思うんですけども、予約日に受診されなかった方は、そのまま放置しておきますと当然薬も切れて、病状が悪化する可能性が非常に高い方たちということでして。去年、1年間で、当院で予約日に何の連絡もなくこられなかった方というのを調べてみたんですけど、延べ人数ですけど500から600人ぐらいいまして、全体の5~6%ぐらいの方がいたんですけども、そこでですね、当院で取り組んでいることとしましては、その中断された方に対して、翌日から3日間、その方またはご家族の連絡先がわかっている方は、ご家族に対して電話をかけてまして、電話が繋がった場合は、次の受診の予約を取っていただいております。

ただ、1回目の電話ではなかなか繋がらないことも多くて、これもカウントしてみたんですけども、1回目の電話で繋がって再予約取られた方は、中断者の大体50%、これを3日間するんですけども、3日間3回電話かけますと、中断者の大体75%の方が再予約をとられます。

3回、やっぱり電話してつながなかった方は25%おられるんですけども、このうちの15%の方は日にちがしばらく経ってから、患者さんの方から、例えばまた調子が悪くなったのでまた受診したいんですけども予約取れますかと連絡があります。それが25%のうちの15%ですね。この方も、その前にこちらから3回、しつこく電話、かけていましたからおそらく、そのかけていたときは、その患者さんが、しつこいなとか、いい加減にしるよとか、そういう感じでおられたんだと思うんですけど。

いざ調子が悪くなった時に初めて、そこは何回も電話してくれていたなとか、自分のことはやっぱり気にしてくれていたんだとか、多分そういうふうに思い出していただいて、それで患者さんの方から、電話をかけやすくなっている面もあるんだろうなっていうふうに、私が勝手に、これは想像していることですけども。

結局、3、3回の電話が繋がらなかった。その25%から、しばらく経って患者さんから電話があった15%を引いた残りの10%の方ですね。それが最終的な中断者っていうことになっているんですけども、見方によっては3回電話をかけるっていう方法は、中断者を10分の1にしているっていうことになるので、この電話連絡っていうのは、結構型にはまったシステムティックなやり方で、ものすごくありふれた方法ですけども、非常に有効だなあと考えております。

ポイントは、嫌われてもいいから、最低3回電話するということで、小さなテクニックとしましては、患者さんが電話取りやすい時間帯、仕事されている方は、18時、19時頃にかけ、とにかくしつこく電話する。4回以上はしつこすぎるので、3回まではOKかなと思っ

ています。

最終的に、通院中断された方が10分の1になるということであれば、やってみる価値はあるのかなと思っております。

○山田会長

はいありがとうございます。電話連絡で中断者の方の部分も拾えるのではないかと思います。福祉の観点で旭川荘の村下さん、いかがでしょうか。

○村下委員

皆さんの話を聞いていて、孤立させないことが大切ということがテーマかなと思ってます。相談支援専門員も多くおりますし、事業所もいっぱいあるんですが、精神障害にとっても理解を示している人ばかりではなくて、いろんな職種の人がいるということで、鈴木委員がおっしゃったピアサポーターのマッチングっていうのもありますけれども、相談支援専門員も、その方に寄り添えるっていう、お互い人間なので、相性もあると思うので、そういうようマッチングも必要かなと思って聞かせていただきました。

次に地域移行とか地域定着がなかなか進んでいないので、今、岡山市の障害者基幹相談支援センターの方で、研修会をしたりだとか、地域部会の中で精神障害者部会を作ったりだとかして活動しているんですけども、病院から退院されるっていうケースの方のご紹介も繋ぎの部分が手薄になっているのかなと思っていて、やっぱりその人に寄り添うためには早くから情報を知っていて、寄り添っていききたいと思うんですけども、退院される時に福祉サービスをつなげるための相談支援専門員ということでご紹介いただくとなかなかうまくいかなかったりするので、やっぱりマッチングが大切かなと思ってます。

それから、就労の人もいらっちゃって、てんかんを隠して就労されている方が、お昼の服薬を隠して、結局てんかん発作を起こして、会社に知られてしまうということもあつたりするので、お薬を飲むことがどうしても必要ということとか、障害受容どうするかということも大切なことかなと思っております。

体調不良になったときの一番の発見者というと、寄り添っている訪問看護ステーションであつたり、ヘルパーさんが、今日は顔色が違うとか、お薬飲んでないっていうことを、誰に報告して、医療につなげていくかっていうことも大切かなと思っております。

○山田会長

はい、どうもありがとうございます。ここまで大変貴重なご意見をたくさんいただきました。この治療中断のお話で、時間が尽きてしまいました。未治療者についても本当に議論が必要なところで、これからもお願いしたいんですけども、最後これまでのお話も含めて、未治療者のことも含めてですけど、それぞれのお立場から一言ずつご意見いただきたいと思えます。

○辻委員

皆さんおっしゃったことはよくわかるんですけど、民生委員としてはもう地域でサポートしていくという感じになるので、相談事があれば行きますけど、なかなか相談には乗ってきてくれないので。こちらから、今だったら防災があるのでその時にアンケートを出したりして、「何か意見があったら言ってくださいね」と言っても、何も返ってきません。

「どういうふうにしたらいいでしょうか？」と言っても返ってきませんが、中では一人だけでしたかね。「子供はジーンと人を見るくせがあるから、ちょっと不安感をいだかせるかもしれないんですけど、頑張ってフォローしてください」とか、あとは「何々しようね。何々行こうね。というように同調したことを言って欲しい」というようなことが書いてありまして、否定的になるとパニックになりやすいという感じのことを書いておられましたので、貴重な意見だと思って、それに応えながら家族のサポートをしていこうと思って。地域の民生委員はそういうふうにしていこうかなと思っています。あと、私の地域はマンションばかりですので、マンションとの交流がほとんどできなくて、もう民生委員としては今苦労しているところです。今はちょっと大変な時期。それで、コロナのこともありましてあまり会うことも少なくて、こちらから行くっていうのは、なかなか難しく。訪問看護さんなんかは言ってくださっているところの情報があったりすると、またその時に親御さんたちには話をしたりして、地域でサポートしていこうかなという状況です。

○森本委員

私ども社会福祉協議会といたしましても、社協の事業、例えば日常生活自立支援事業でありますとか、成年後見事業などを行っております。あと今日お話があった保健医療福祉の連携という点で、社協の方も市の行政のほか、いろんな専門機関、相談機関の方と連携を強めていくということで、新年度からもそうしたその他機関による包括的な相談支援体制を強化していくということで、行政とお話をしています。

それからもう一つ私ども個別の方々への支援とですね、あとそういった方々が地域で自立して生活できるようにということで、地域包括ケアは高齢者を中心に進んではいるんですが、いろんな複合的な課題を抱えた方を対象に、地域づくりを地域の民生委員さんや愛育委員さん町内会なども連携取りながら、社協としてはそういった方々をつなぐ役割として、これからそういった活動を強化していきたいなと思っております。

○秋山委員

治療中断というテーマに関して言うと、ちょっとテーマの範囲が狭過ぎるんですけど、ご本人の生活が荒れていて、治療も拒否されているようなケースで、我々が関わるとしたら、おそらく成年後見人という立場であろうと思われ。協力的なご家族ももういないというようなケースが想定されると思います。我々は、後見人としてできることというのは、権

限を持って意思決定をする。ご本人の合理的な意思に反しない限度で、法的な意思決定をするというところにつきます。例えば、金銭の支出であったりとか、相続問題の解決であったりとか、ご家族の経済的虐待、これに対応するであるとか。よくわからない人が出入りしていて、その人が何かお金を取っているような感じがするとか、そういう人の対応するとか、そういうところの対応にどうしても限定されてしまいます。

今日いろんな委員からお話のあった医療や福祉や地域の問題についてはですね、正直もう素人でございます。全く知恵もございません。そういうところは支援者の方にいろいろ協力していただきながら進めていくしかありません。だから、やっぱり役割分担だと思っただすよね。我々はそういう意思決定ができる、面倒くさい人への対応ができる。あとは個人情報、法定代理人ですので、個人情報のことをあまり気にせずに情報を持つことができる。行政なんかどうしても情報を外部に出すことに対して、個人情報保護の観点もあって、躊躇されるところは、そういうところ、辛うじて我々が動ける分野ということになりますので、あくまでもチームの一員として、ご本人の生活を少しでもこう整理して、安定できるものにしていこう手伝いをするということかなと思います。

○川上委員

人権分野では、昨年度障害者差別解消に係る法律の改定がありまして、「合理的配慮の義務化」がなされました。それから改定に伴って地域連携をもっとしっかりやりなさいという内容のことも指示されています。具体的に言いますと、障害者差別解消支援地域協議会というものに、人権擁護の方からも積極的に関わっていった方がいいんじゃないかという、これは中央の方からの指示がきているのが現状です。

今日のお話の中で印象に残ったのは、地域の連携ですね。いろんな包括支援センターも含めてそういうものが必要だと。そういう段階にきているんだなと、私はそういうふうに理解したんです。私ども平素は、相談活動をやっております。相談の内容では、精神科病棟の患者さんからかかってくる頻度がかなりあります。それと、地域で暮らしておられる方で、生活が難しいと、生きづらいというそういう相談もたくさんあります。もちろん病院に入ったたり出たりということを繰り返されているような方も含めてです。そういう中で今日の連携の必要性を感じております。残念なことに、人権擁護委員会というのは非常に小さな団体で、私どもの会の協議会でも定員が66名、岡山市、玉野市、吉備中央町、赤磐市、これ含めてですから、岡山市内でいうと、中学校区に1人というぐらいの配置になっておりまして、地域で1人で動くというのはとても大変なんです。

そういう理由があるんですけども、相談活動をしている中で思うことは、私たちはプライバシーの問題があるからといって、そういう情報は、委員同士でもあまり共有をしません。法務局の担当へ上げていくのが主な活動で、そういう状況ですから、もういろんな情報を持ってないというのは、正直なところの私たちの現状である。

ですから、こういう会に出ささせていただいて、以後はもっと連携活動をする必要があると

感じました。

○山田会長

どうもありがとうございます。

本日はいろんなご意見をいただいて、それぞれの立場から非常に貴重なご意見があって、共通したものが見えてきた部分もあったかなと思います。それぞれ持ち帰っていただいて情報共有ということで、また進めていただければありがたいと思います。

5 閉会挨拶

○太田所長

どうも時間設定を間違えてしまった事務局の責任だと思います。次回をちゃんとやりますので、おつき合いをお願いしたいと思います。今日後半は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの話だったはずなんですけども、その中でも本当に狭い治療中断の話が中心になってしまって、そのわりにはいろんな課題がたくさん出てきて、医療の話なのに医療にとどまらない。秋山委員は「弁護士は苦手」って言われたけども、やっぱり「寄り添う」というのがかなり大事なキーワードとして出てきていて、この問題を解決しないといけないですけど、「問題解決型ではない」、「寄り添っていく」、「自信」とか、「信頼」とか、いろんなキーワードでありましたけども、そういう方向でどうすればいいかっていうのをこれから考えなさいということは、今日、与えていただいた気がいたします。

次回もう少し時間をちゃんと取った上で、この課題をどうするかという話に進めていければいいなと思っております。

本日はどうもご苦勞様でございました。