

令和元年度岡山市精神保健福祉審議会 議事概要

日時：令和2年3月25日（水）15時～17時

場所：本庁舎1階 多目的ルーム

1 挨拶

○宮地保健政策担当部長

本日は、お忙しい中、令和元年度岡山市精神保健福祉審議会にご出席いただきありがとうございます。また、委員の皆様には、平素より、精神保健福祉行政の推進に御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本日は、岡山市の精神保健医療の現状と、1月に開催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させていただいた後に、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の設置について、また、岡山市のひきこもり対策についてご意見をいただきたいと考えております。

包括ケアシステムの構築に向けて、岡山市では、長期入院患者の地域移行支援や措置入院患者の退院支援、地域への定着支援など、精神障害者の方が地域で安心して生活していけるよう様々な取組を行っており、これらの取組を推進していくため、有識者会議や実務者レベルでの協議会など、様々な場において、課題や方策について協議を行っているところです。

精神障害者が地域で安心して暮らしていくためには、医療、障害福祉、住まい、社会参加、地域の理解、家族の支援など、様々な側面から取組を進めていく必要があることから、数ある会議体の中で本審議会を包括ケアシステムの構築に向けたメインの協議の場に位置付けた上で、今後は、皆様の専門分野の見地からご意見をいただきつつ取組を推進していきたいと考えておりますので、何卒ご承認くださるようお願い申し上げます。

2 自己紹介

配席図に沿って自己紹介

3 会長互選

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 教授 山田 了士 氏を会長に選任

岡山県精神科病院協会 武田 俊彦 氏を職務代理者に選任

4 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

- ・認定者数は年々増加傾向にあり、疾病分類別に見ると最も数の多い「気分（感情）障害」の認定者数が大きく上昇しており、全国的に見ても同様の傾向となっている。

【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

- ・年度により増減があり、2,000件から2,500件の間で推移している。平成26年度以降はやや増加傾向にあるが、これは、平成25年の法改正により医療保護入院の同意要件が見直され、保護者の同意でなく家族等の同意での入院が可能となったことが要因の1つと思われる。

【措置入院の状況】 4～5 ページ

- ・平成27年度以降、通報届出数は200件前後で推移していたが、平成30年度は140件に減少している。これは、平成30年3月に、厚生労働省から「措置入院の運用に関するガイドライン」が発出され、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効果が出ているものと考えられ、「診察の必要がない」というケースが大きく減少している。
- ・F2の統合失調症・妄想性障害は一貫して大きな割合を占めているが、近年はF3の気分（感情）障害、F8の心理的発達の障害が上昇傾向にある。

【入院形態別在院患者数の状況】 6～7 ページ

- ・岡山市として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。
- ・全国、岡山県と比較すると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

- ・65歳以上の高齢者が全体の約6割を占めており、少しずつではあるが、高齢者の占める割合が年々高くなっている。
- ・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、岡山県が若干高い状況にある。

【在院患者の疾病分類別構成割合の状況】 10～11 ページ

- ・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。年度ごとの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。
- ・全国と比較すると、「統合失調症」の割合が5%ほど低く、その分「アルツハイマー型認知症」が高い状況となっている。これは、岡山市の人口1人あたりの認知症病床数が政令指定都市の中で3番目に多いという認知症病床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

- ・1年以上の長期入院患者数が減少傾向にあり、平成30年は1,149人となっており、平成23年と比べて約21%減少している。
- ・全国と比較すると、1年以上の長期入院患者の割合は、全国より6.4%低くなっている。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。以上の報告について何かご質問等がありますでしょうか。大体例年通りということだと思いますが、長期入院患者は年々減少していて、岡山市は全国でも

比較的少ないほうであるということです。

○原委員

3級の手帳の所持者が大幅に増加しているとありますが、2級の方が3級に落ちたとかではない？

○氏家委員

恐らくは患者さんの実数が増えているんだと思います。重症の方は、手帳のメリットが十分に発揮されやすい一方、3級の軽症の方は、今まであまりメリットはなかったんですが、最近ややメリットが出てきて、クリニックや精神科病院で進めているところがあるので、手帳を取得する人が増えているということだと思います。

3級が増えているのは二つ理由があり、一つは、ハローワークに行って仕事を見つけようとする、手帳を持っていると障害者枠での就労ができるので、手帳を取れと言われる。それに適した方はいいんですが、どう見ても普通枠で就労できるような方にも、のべつ幕なしにそれを進めているという状況があります。

もう一つは、役所などは障害者雇用をしないといけないので、もともと勤めている方が手帳を取ったら有利だということで取っているという状況もあります。3級のほとんどの方は本当は取らなくてもいいんですが、取っている方がかなり多いと思います。

(2) 令和元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1月に開催しました令和元年度岡山市自殺対策連絡協議会にお示した資料及び開催結果をご報告いたします。

今回の協議会では、平成30年度の協議会での議論を振り返ったのちに、自殺対策計画に掲げる重点対策に関連する事業の取組状況、また、自殺統計等を基にした岡山市の自殺の実態・傾向を説明させていただき、最後に岡山市における課題に対する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。

【岡山市自殺対策計画における重点対策と平成30年度協議会での議論】 1ページ

- ・岡山市の自殺対策計画では、「関係機関のネットワークの整備」、「世代の特徴に応じた施策の実施」、「自殺未遂者等ハイリスク者対策の充実」の3つの重点対策を掲げており、「ネットワークの整備」と「ハイリスク者対策」については、ある程度具体的な対策が展開できている一方で、「世代の特徴に応じた施策」については、特に働き盛りの層については対策が手薄な状況にあると評価しており、平成30年度の協議会では、「市民全員に対するアプローチの具体策がイメージできていないのではないか?」「もう少しターゲットを絞って具体的な施策について検討すべきではないか?」といったご意見をいただいた。
- ・こうしたご意見を踏まえて、方向性を「就職前の大学生(20歳代)～働き盛り層(50歳代)をターゲットとして具体策を検討する」こととして、今回の協議会では、それぞれの世代における課題について具体策等を議論いただいた。

【重点対策に関連する主な事業の取組状況】 2～4ページ

- ・岡山市が実施する自殺対策に係る事業のうち、重点対策に関連する主な事業をピックアップして、今回のターゲットである20歳代から50歳代、また、全世代、ハイリスクに分類して昨年度の取組状況を記載している。

【岡山市の自殺の実態・傾向】 5～17ページ

- ・岡山市の自殺死亡者数は、平成27年を除いて徐々に減少しており、平成29年に100人を下回り、直近の平成30年の自殺死亡者数は82人となっている。
- ・岡山市の自殺死亡率は、平成27年を除いて長期的に減少傾向にあり、全国、岡山県よりも低い状況にある。
- ・岡山市の自殺者死亡数の年齢階級別構成割合について、平成27年以降は40歳代の自殺死亡者の割合が増加傾向にある。
- ・平成26～30年の5年間における岡山市と全国の年齢階級別の平均自殺死亡率を男女別に比較すると、男性は20歳代、50歳代、80歳代、女性は20歳代、70歳代で全国より高い状況にある。
- ・平成26～30年の5年間における岡山市の自殺死亡者数と自殺死亡率を年齢階級別及び有職・無職別に分類してみると、自殺死亡者数では、男性で60歳以上の無職者が最も多く、続いて男性で40～59歳の有職者となっている。一方で、自殺死亡率では、男性で40～59歳の無職者が最も高く、続いて男性で20～39歳の無職者となっている。
- ・岡山市の自殺死亡者の自殺原因・動機としては、「健康問題」の割合が最も高く、次いで「経済・生活問題」、「家庭問題」となっており、この3つが全体の大半を占めている。
- ・直近の平成30年における全国の自殺死亡者の自殺原因・動機別割合みると、年齢が上がるにつれて「健康問題」の割合が高くなっており、60歳代以上では半数以上を占めている。また、「経済・生活問題」、「勤務問題」は、それぞれ、20歳代～50歳代にかけて10%～20%を占めている。
- ・直近の平成30年における全国の自殺死亡者のうち「健康問題」を自殺の原因・動機とする人のより細かな内訳をみると、40歳代までは年齢が上がるにつれて「うつ病の悩み・影響」の割合が増加していき、20～60歳代までの各年代において全体の40%以上を占めている。また、「身体の病気の悩み」は40歳代までは微増だが、50歳を超えると著しく増加し、70歳代以上においては半数以上を占めている。
- ・岡山市の自殺死亡者数の男女別及び職業別の推移をみると、男性はほぼすべての年で「被雇用・勤め人」が最も多い一方、女性はばらつきがあり、直近の平成30年では「その他の無職者」が最も多くなっている。
- ・平成26～30年の5年間における岡山市の有職者の自殺死亡者数のうち80%以上を「被雇用者・勤め人」が占めている。また市内の事業所を規模別で見ると、従業者数、事業所数いずれも従業者数50人未満の小規模事業所が大部分を占めており、従業者数50人未満の小規模事業所では、メンタルヘルス対策に遅れがあることが指摘されている。
- ・平成26～30年度の5年間における岡山市自殺対策推進センターへの相談者を年代別

にみると40歳代の相談者が最も多い一方で、年代別の自殺死亡率は20歳代と50歳代が最も高くなっている。また、年代別の自殺死亡者数では、20歳代から60歳代が多くなっており、センターへの相談者数の傾向と自殺死亡率及び自殺死亡者数の傾向には違いがある。

【自殺の実態・傾向等から見える課題】 18ページ

- ・学生・生徒等の若年層については、学生・生徒等の中で大学生の自殺死亡者数が最も多いことから、大学生が相談しやすい環境づくりや、大学生に対する相談機関の周知啓発などが課題として考えられる。
- ・20～39歳の若年層については、有職者の中でも特に被雇用者・勤め人に対するメンタルヘルス対策や、就職して間もない20歳代の若者に対する相談機関の周知啓発などが課題として考えられる。
- ・40～59歳の中老年層については、無職者・生活困窮者に対する支援、有職者の中でも特に被雇用者・勤め人に対するメンタルヘルス対策、50歳代に対する相談機関の周知啓発などが課題として考えられる。
- ・60歳以上の高齢者層については、無職者・生活困窮者に対する支援のほか、経済的な問題、介護負担の軽減、身体疾患の悩みなど、複合的な問題に対する支援、地域での声掛けや見守り、仲間づくり・生きがいがづくりなどが課題として考えられる。
- ・有職者については、岡山市内の事業所数の大部分を小規模事業所が占めていることから、小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の充実が課題として考えられる。

【協議会の各構成団体からの意見等】 19ページ

- ・学生・生徒等の若年層については、助けを求めてよいという教育は若い頃から行っていく必要がある、といったご意見や、大学生の自殺死亡者が特に多いため、弁護士会が行うワークショップの授業を大学にも展開していく必要がある、といったご意見をいただいた。
- ・有職者については、岡山労働局から、小規模事業所に対する問題点は認識しているが、50名未満の事業所への義務化は、社会的なコンセンサスの問題など非常に難しいところがあり、慎重に議論して進めていく必要がある、といったご意見をいただいた。
- ・ハイリスク者については、自殺企図者は繰り返し自殺企図をする可能性が高いため、何かしら関係機関で情報共有できる仕組みが必要ではないか、といったご意見をいただいた。

○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やいますでしょうか。

<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。

5 議事

- (1) 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の設置につい

て【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とは】 2～7ページ

- ・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、国が平成29年に明示した新たな政策理念であり、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をいい、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であるとされている。
- ・国の630調査では、平成29年時点で、全国の精神疾患による入院患者28万人のうち、1年以上の長期入院患者が17万人で、全体の約60%を占めていることや、精神病床から退院した患者のうち、約4割の方が1年以内に再度入院している実態があること。
- ・特定の精神科病院の新規入院患者のうち、包括的な支援が必要な重症精神障害者を対象に国が調査を行ったところ、退院後に地域サービスを利用していた者の割合が全体の33%に留まっていたという結果から、精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない実態があること。
- ・入院期間が1年半以上の長期入院患者を対象として国が平成24年に行った調査では、退院が困難とされた者が85%に上ったが、そのうち3分の1は「精神症状が重症である」といった理由ではなく、居住・支援がないため退院が困難とされていること。
- ・精神科病院の療養病棟に入院する患者の退院見通しについて、国が平成26年に調査した結果では、精神療養病棟に入院する患者の約半数が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされていること。
- ・こうした状況から、精神障害者が地域で安心して暮らしていくための基盤整備が必要とされ、包括ケアシステムの構築を目指すことが国における新たな政策理念として明確にされた。
- ・地域包括ケアシステムの構築を推進していくため、国では地方自治体に対して、財政的、人的な支援メニューを設けている。地方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と、包括ケアシステムの構築について実践経験のあるアドバイザーを地方自治体に派遣する構築支援事業とがあり、国では毎年補助メニューと予算額の充実を図りながら、地方自治体の取組を促進している。

【地域包括ケアシステムの構築に向けた今後の方向性】 9～11ページ

- ・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、岡山市では、障害福祉サービスによる支援と、障害福祉サービスではない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地域移行支援、地位定着支援が挙げられるが、地域移行支援についてはまだまだ利用が少ない状況にある。
- ・保健所、こころの健康センターによる取組について、地域精神保健活動では、地域で生活する精神障害者への訪問や複雑困難事例へ対応など、入院患者への退院支援では、措置入

院患者の退院後支援やピアサポーターの派遣、長期入院患者の地域移行支援など、治療中断・再発防止では、訪問支援や地域定着支援、危機介入などに取り組んでいる。

- ・国が示す「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」については、現在、ほとんどのメニューに取り組んでいるが、保健・医療・福祉関係者による協議の場が設置できていないため、国庫補助金の活用には至っていない状況にある。こうしたことから、今後は、岡山市精神保健福祉審議会を包括ケアシステムの構築に向けた協議の場に位置付けた上で、皆様から意見をいただきつつ、引き続き長期入院患者の地域移行支援と措置入院患者の退院後支援を核とした取組を推進するとともに、今後は、ピアサポートの活用やアウトリーチ支援などの取組についてもより一層推進していきたいと考えている。
- ・協議の場の参加者について、現在、本審議会には福祉関係者の委員がいないため、今後、地域活動支援センター I 型の従事者等の福祉関係者を委員に加える方向で検討していきたいと考えている。
- ・協議の場における協議事項については、精神障害者が地域で安心して暮らしていくためには様々な側面から取組を進めていく必要があることから、長期入院患者の地域移行や措置入院者の退院後支援、ピアサポーターの養成・活用、アウトリーチ支援、家族支援、地域移行に関わる人材育成やネットワークづくり、普及啓発など幅広い事項について協議をお願いしたいと考えている。
- ・協議の場の開催頻度については、年 1 回程度を考慮しており、協議の場としての開催が 1 回、また、地域包括ケアシステムの構築に関すること以外の精神保健福祉分野の施策に関する通常の審議を 1 回、合計 2 回を年間で開催できればと考えている。

【岡山市内精神科病院の入院患者の状況】 13～16 ページ

- ・岡山市こころの健康センターでは、地域移行支援の取組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 8 病院に対して、受入条件が整えば退院可能な精神障害者の状況を調査しており、令和元年度は 8 病院すべてから回答が得られ、うち 1 病院については「該当なし」との回答だった。
- ・昨年度の調査結果に今年度の調査結果を加えて 8 病院の長期入院者を集計した結果、令和元年度調査時点で入院期間が 1 年以上の長期入院者数は合計で 1, 163 名となっている。
- ・病院別でみると、長期入院患者の多い病院少ない病院があり、C 病院、E 病院、F 病院の 3 病院で市内の長期入院患者の約 70% を占めています。
- ・年代別では 70 代が 330 名と最も多く、次いで 60 代が 265 名となっており、長期入院患者の高齢化が伺われる。
- ・在院期間別では、5 年以上の入院患者が合計で 621 名と、全体の半数以上を占めている。
- ・主治医からみた現時点での退院可能性については、「残存で入院継続」が 407 名、「難治又は長期化の見込み」が 413 名と多かったが、「残存だが支援により退院可能」が 203 名、「寛解だが社会的入院」が 126 名と、全体の 30% 程度が、状況が整えば退院可能な状況にある。
- ・退院を阻害している要因としては、「病状が不安定」が最も多く、次いで「現実認識が乏

しい」、「病識がない」となっており、社会的な阻害要因としては、「住まいの確保ができていない」が最も多く、次いで「家族がいない」となっている。

【岡山市における精神障害者の地域移行・地域定着支援の取組状況】 18～24ページ

- ・障害福祉サービスによる地域移行・地域定着支援の状況について、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まだまだ少ない状況にあるが、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、近年、地域移行支援サービスの利用者は近年増加傾向にある。また、計画相談支援事業者の数は徐々に増加しているが、地域移行支援、地域定着支援を提供する事業者の数はほぼ横ばいとなっている。
- ・こころの健康センターによる地域移行支援の取組状況について、支援の利用者数は年々増加しており、令和元年度は継続者53名、新規利用者33名の合計86名に支援を行い、うち4名が退院、10名が病状や身体症状の悪化で利用を休止しており、現在は72名へ支援を行っている。
- ・こころの健康センターが実施する地域移行支援による退院者の状況について、令和元年度は新たに4名が退院したことで、平成22年度からの累計で46名が退院している。退院までの支援期間としては、2年未満までが全体の8割近くを占めており、また、退院先としてはアパートが最も多く、43.5%となっている。
- ・地域移行・地域定着に係るその他の取組として、こころの健康センターでは、退院意欲が低下している入院患者を対象としたグループ活動や、入院中の患者と地域で生活している精神障害者との交流会、精神科病院の支援者と地域支援事業所の支援者の円滑な連携を促進することを目的とした連絡会を実施しているほか、令和元年度からは、長期入院者への支援に特化したピアサポーターを登録し、グループワークや個別支援への同行を開始している。
- ・保健所では、平成25年度から市主催でピアサポーターの養成講座を、また、翌年度からは派遣事業を開始しており、平成30年度からは養成講座と派遣事業を併せて市内の社会福祉法人に委託して実施している。令和元年度は、前年度と比較して精神障害者個人への派遣が増加しており、地域で生活する精神障害者へのピアサポーターを通じた地域定着支援が拡大傾向にあることが伺える。
- ・また、保健所では平成29年度からモデル的に措置入院者等への退院後支援を実施していたが、平成30年度末に厚労省が退院後支援のガイドラインを発出して以降は、このガイドラインに基づく退院後支援を実施しており、措置入院患者が新たな長期入院ケースにならないよう、入院中から退院後支援に至るまでの一貫した支援体制の構築に取り組んでいる。実績としては、平成30年度が新規12件に対して支援を実施し、そのうち1件が年度内に終了、令和元年度は12月末現在で、新規5件、継続11件の合計16件に対して支援を実施し、年度内に終了したものが8件となっている。
- ・地域移行・地域定着支援の人材育成に係る取組について、こころの健康センターでは、包括支援センターの職員を対象にした事例検討会や、県内の市町村や精神科病院、相談支援事業所等を対象とした、精神障害者支援に携わる職員の対応力向上に向けた研修を実施しているほか、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所向けの講演会や、精神科病院、

相談支援事業所等と共同で実践報告会を開催している。また、保健所では、精神科医療機関、精神保健福祉関係機関などの精神保健福祉医療に携わる関係者の資質向上を図ることを目的とした研修会を福祉地域ごとで実施しているほか、就労移行支援事業所等を対象として、精神障害者の就労に関する福祉と医療の連携や支援方法についての研修を実施している。

【岡山市における地域移行・地域定着支援推進体制の課題と今後の方向性】 26ページ

- ・長期入院患者の地域移行・地域定着支援の促進に関して、今後も病院調査を継続して退院支援対象者の把握を行い、対象者の把握後は、病院スタッフと速やかに協議を行っていきたいと考えている。
- ・障害福祉サービス（地域移行支援）の利用促進については、現在、自立支援協議会地域支援部会において地域移行支援促進のワーキングを開始しているが、サービスの利用件数が低調であることから、今後は、自立支援協議会の全地域部会で地域移行支援に取り組むことができるようアプローチしていきたいと考えている。
- ・地域移行支援連絡会においては、医療機関のメディカルの方の参加は進んでいる一方で医師の参加が進んでいないという状況があるが、今後も連絡会を継続実施して、医療機関と相談支援事業所のマッチングを促進していきたいと考えている。
- ・ピアサポーターの活用について、利用件数は増加傾向にあるが、ピアサポーターと協働した具体的な個別退院支援やコーディネートのある方はまだ試行錯誤の段階にあるため、今後は、ピアサポーター養成委託事業所や当事者グループと連携しつつ、入院経験のあるピアサポーターと協働して具体的な個別退院支援やコーディネートを行っていきたいと考えている。
- ・新たな長期入院患者を増やさない取組に関して、現在は、措置入院患者の退院後支援について、関係機関と情報共有・役割確認をすることで、タイムリーでスムーズな支援に繋がっているが、医療保護入院での困難事例など、入院形態の違いにより支援が十分整っていない場合があるため、将来的には、入院形態に関わることなく、退院支援の仕組みが定着することを目指していきたいと考えている。
- ・また、退院時に家族の受け入れが十分に得られない場合があることから、個別家族支援の実施や、家族会が行う家族教室等の疾病理解のための研修開催への支援を継続していきたいと考えている。

○山田会長

ありがとうございました。最初に宮地部長がご挨拶でもおっしゃっていたように、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、岡山市は長期入院患者や措置入院患者の退院支援、それから退院して地域に帰ってからの定着支援をしていくということと、地域移行に関する人材を育成していくということ、それから最終的には精神障害に対する理解の普及啓発、そういったところに岡山市では取り組んでいらっしゃるということでご説明がありました。

この度は、包括ケアシステムの構築に向けた正式な協議の場が今設定されておらず、国の

補助が受けられないということで、協議の場の設置についてのご提案がありました。いろいろなメンバー構成での審議会や協議会が市ではおありだという資料もありましたけれども、医療や障害福祉だけでなく、家族だとか、地域だとか、そういった理解・支援といったものも含めて総合的にメンバーが構成されていて、審議ができる会というのは本審議会ではなかろうかということで、本審議会を協議の場に位置づけるということが妥当ではないかと、そういうふうにも私の方でも考えます。そういうことで、本審議会を協議の場として位置づけることにご賛同いただけるかどうかということ。また、開催の頻度としましては、まずこの地域包括ケアシステムの構築に関するところが1回、それから精神保健福祉に関する審議がもう一度で、合計年2回の開催のということになりますけれども、本審議会を協議の場として位置づけることにご賛同いただけますでしょうか。

<異議なし>

特にご異論ありませんので、そのようにさせていただきます。どうもありがとうございました。それでは本審議会を正式な協議の場に位置付けるということになりましたので、岡山市における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課題と方向性について審議していきたいと思えます。先ほどご説明がありました資料3の最後のところに、地域移行・地域定着支援推進体制の課題と今後の方向性が提示されています。岡山市にとってもいろいろな課題があるわけですが、これらについてご意見を伺えればと思えます。大きく分けて、長期入院患者を地域に移行して定着することを促進する、それから、新たな長期入院患者を増やさない、この二つに分かれると思えます。まず、障害福祉サービスと地域移行支援の利用促進のあたりで、コメディカルや相談支援事業所の相互理解は進んでいますが医師の参加があまり進んでいない、という課題がありました。この件について精神科病院協会の方から武田委員何かご意見がありますでしょうか。

○武田委員

医師の参加を促進するためにどういうところへ出向いたら一番望ましいのでしょうか。

○こころの健康センター太田所長

ここに書いてある連絡会を3か月に1回開催していて、実はこの連絡会の性格づけを試行錯誤しているところです。初回の開催では、各病院の院長先生や地域連携室の方を仕切っている先生を呼ぶというふうに考えて動いていたんです。できるだけ偉い人に来てもらいましょうと。そういう方々と、I型であったり地域の福祉事業者の方に来てもらって、お互いによくわかってもらいましょうというところから始めたんですけれども、この連絡会を今まで4回やって、だんだん医者が来なくなったというのが現状として実はありまして。精神科医の先生方にもっと参加していただくには、どういうふうなことをすればいいか、もっと言えばこの会はどういう形で持っていけばそれが可能になるかと。もしかしたら、もう病院のコメディカルや地域連携室の人たちと地域の福祉事業所だけでもいいのかもしれないということ、今、内部でも検討している段階にあります。ですので、病院の先生方には、

こちらからお声かけした時に、よし行ってやるよと言ってもらえればと思っております。

○武田委員

私もそういう会に参加したことがないのでよくわからないんですが、医者というのは腰が重いので、医者として手応えがあるという会議ならば多分継続はすると思うんです。医者が参加して、何かちょっと物足りない、というのがあるんじゃないかというのが1点、それから、各病院には退院支援チームなり退院支援担当医師がいる場合が多いんです。やっぱりそういう人が出るのが望ましいんじゃないかと思います。特に長期入院している方を退院させるというのは結構難しいです。各病院が複合的な問題を抱えていて、なかなか上手にいけないという実態を、大きな会ではなかなか出せない場合が多いので、どちらかという出張して各病院に来ていただいて、意見交換をしっかりとすることから始められた方がいいんじゃないかと思います。例えば、長期入院の方だと65歳以上の方が多く、そうすると経済的な問題が大きいですね。入院していた方が介護保険施設を使うよりも費用は安いんです。そうすると、それだけでご本人もご家族も退院モチベーションがぐっと下がってしまいます。長期入院の方というのは、病院の中で割とネットワークができてしまっているので、新しいネットワークのところへ出て行くというのはとても大変なことで、それがかなりモチベーションの低下につながっているんです。それから、なかなか出るに出不られる方というのは、犯罪傾向のある方の問題であるとか、ちょっとやそつではなかなかいかない問題もたくさんあるので、そういう問題を現場へ行って聞かれて、もうちょっと問題を整理して会議を開いてはどうかと思います。

○山田会長

ありがとうございます。医者の参加については、もう少し現場で退院支援をされている先生に声をかけてはどうかということですね。若い先生が聞いてきて言ってもなかなか上は動いてくれないということもあり、難しいところがありますけど、今度は退院支援に診療報酬が付きますよね。

○武田委員

一番新しいのは承知していませんが、加算はついてます。

○山田会長

そういうところが一番動きやすいという気はします。あと、武田委員からのご発言もありましたけれども、地域移行については、患者さんのモチベーションの問題や経済的な問題、年齢構成の問題があると言われました。そのあたりについて、クリニックの先生とかは、退院するに当たって福祉サービスとの繋がり、それから病院との間に入ってのつなぎのような形であったり、そういった現場での問題などはありませんでしょうか。

○氏家委員

特に何も問題は感じていません。クリニックで初発の患者さんについて、少なくともうち

に限っては随分気を遣っていただいている、非常に安定した軽い方しか来られていないので。そういった方はやっぱり家族のバックグラウンドを持っているので、これに関しては、関わるようなケースがあまり来られてないのが事実です。

○山田会長

ありがとうございます。山本委員はいかがですか。

○山本委員

全く一緒です。そういう難しい人は来ないですね、気を遣っていただいている。もともと地域で暮らしている人が、交通の便の関係などで病院まで行くのが大変だから、なるべく近いところへ、ということで紹介されるくらいであって、特に困ってないです。

○山田会長

ありがとうございました。どうしてもそういう方を地域にということになると、いろいろな職種がいる病院の外来という形で我々も考えがちで、そこらへんをクリニックの先生にお願いすると、なかなか話が進みにくいかなというふうには確かに思います。それから、看護協会の難波委員いかがでしょうか。入院患者さんが地域に帰っていくにあたって、看護師さんとして、あるいは看護協会としてご意見はございませんでしょうか。

○難波委員

成功例が数例ありましたが、そういう具体的なことにどこかで関わるところが見えてくると、一緒に参加できると思います。新たな長期入院患者を生まないということについて、入院が少し遠い医療機関になって、自宅に帰ってからの通院が難しい時などに、地域のいろんな方との連携が少し見えてくると、サポートもしやすいのではないかなと思います。

○山田会長

ありがとうございます。それからご家族の受け入れの問題もいろいろあると思うので、家族会の原委員から何かご意見がありましたらお願いしたいと思います。家族会で取り組まれていることなどはありますでしょうか。

○原委員

家族会では、地域で困られている方などを家族学習会にお誘いして、そこに来ていただいて一緒に学び合うということをやっていますが、地域のどこにご家族がいらっしゃるかがちょっと見えていないので、保健所の保健師さんなどにご協力いただいてご紹介をいただくのが一番かなと思います。また、病院であれば新しい入院患者さんもいらっしゃって、ご家族もついていらっしゃると思うので、そういう方もできればご紹介をいただけたらいいのかなと考えています。

○山田会長

ありがとうございます。なかなか窓口として皆さん十分認知ができてないというところがありますよね。貴重なご意見ありがとうございます。

○山本委員

趣旨として地域移行は賛成なんですけど、今、災害が多発していて、こういった方が退院されたら災害弱者になると思うんです。そのバランスを考えないと、いざという時にこういった方が避難所に避難するだとか、非常に難しい面があるんじゃないかと。65歳以上の高齢者がもともと多いわけですし、それでメンタルの病気もあるということであれば気を付けないといけないし、そこも考えたほうがいいかなと思いました。

○山田会長

ありがとうございます。非常に重要なご指摘だと思います。今みたいに感染が流行ったりすると、単身で生活をしていくと不安な面もいろいろあるかもしれませんし、今言われたように、震災なりそういったものが起こった時に、周囲や地域との繋がりが大事になってくるし、そういうことをあまり考えずに、やみくもに退院を促進してもいいものではないということですね。地域でどう安心して暮らしていくかということについて、人権の面で長吉委員の方から何かありましたらお願いします。

○長吉委員

地域移行・地域定着の支援に対して、頑張っている患者さんが相談にいらして、どうしたらいいかという悩みを言われたときに、的確な答えが言えているかどうかというのは、私たちもまだ自信がないところなので、昨年も県の方から研修に来ていただいて、私たちが今勉強させていただいているような状態です。こういう研修や病院などの現場を通じて実態を研修していかなければいけないというのが今の状況です。

○山田会長

ありがとうございます。先ほど山本委員が言われた、いろいろな不測の事態に備えるというのは非常に重要ですが、こういうことを全部役所に頼るのはよくないんですけども、そういう災害対策についてはどうなっていますでしょうか。

○渡邊保健管理課長

精神保健に限った災害対応というのは正直難しいところですが、危機管理部門が災害関係全般をまとめておりまして、その中で高齢者や障害者、乳幼児なんかも含めて、いわゆる災害弱者に対してどうやっていこうかというのは市全体としては考えていますが、すべての分野にもれなくちゃんと対応ができていくかどうかというのは、正直、今後の対応というところとしてとらまえております。

○山田会長

どうもありがとうございました。いろいろ幅広い分野ですからなかなか一つの窓口では難しいのだらうと思えますけれども、そういった点でこれからも検討をお願いできればと思います。精神障害者がその地域で暮らしていくとなると、経済的な問題も含めて難しいとは言っても、安心して暮らしていけるようにするのはやはり大事な目標の一つで、医療や福祉、住まいや社会参加、地域の理解、家族の支援、いろんな取組が必要だということです。来年度からはこの審議会で、行政として取り組むべきことや、保健・医療・福祉の立場で取り組むべきことを協議させていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

(2) 岡山市のひきこもり対策について【資料4】

○事務局

【岡山市ひきこもり地域支援センターの概要と支援の流れ】 1～4ページ

- ・岡山市ひきこもり地域支援センターは、平成22年に岡山市こころの健康センター内に設置され、保健師や心理士・精神保健福祉士などが相談対応をしている。本人の状況に応じて、段階的に支援をしており、最初は、ご家族からの相談が多いため、家族面接や家族教室、家庭訪問、本人に会うことができ、ご本人が外出に目が向き始めたら、来所していただき面接をし、本人が支援者以外に会ってみようと思えるようになれば、小集団活動に参加していただく。その過程の中で、ひきこもり地域支援センターの相談を経て、就労など社会参加ができた方をピアサポーターとして、ひきこもり支援に協力いただいている。
- ・就労や社会参加の支援について、個別ではひきこもり支援センターが直営で支援しているが、集団に適應できる場合は、委託先で支援を行っている。
- ・すぐにでも就労を希望する方については、生活困窮者自立支援制度による自立相談支援機関である寄り添いサポートセンターにつなげた上で、就労準備についてはワーカーズコープ、就労促進についてはパソナなどと連携して支援している。また、まずは社会参加からという場合は、委託先につなげて支援をしている。

【ひきこもり相談の現状】 5～11ページ

- ・ひきこもり地域支援センターを開所した平成22年から相談件数は年々増加しており、特に平成28年7月からは相談電話受付を週2日から平日毎日に変更したことにより、平成28年以降電話相談件数が著しく増加している。また、新規相談対応件数は、平成29年を除いては、40～60件で増減を繰り返している。
- ・初回相談者種は家族が多く、全体の60%以上であり、次いで本人となっている。
- ・初回相談時の対象者の年齢は、39歳までの若者層が全体の大半を占めており、40歳以上の中高年層の相談は年々増えてはいるものの少ない状況。
- ・初回相談時点におけるひきこもり期間が1年未満の相談が年々増加しており、早期に相談に結び付くケースが多くなっている一方で、ひきこもり期間が5年以上の長期の方が全体の40%程度を占めている。
- ・平成22～30年までの間に支援した方について、支援の結果、何らかの変化に結び付いた中では「就労・就学」が最も多く23.2%となっている一方で、「中断」や「変化なし」を合わせると、全体の約半数を占めている。また、初回相談時点でひきこもり期間が

短いほど、「就学・就労」に結び付く割合が高くなる傾向にある。

【ひきこもり対策の課題と今後の方向性】 12ページ

- ・内閣府の調査をもとに、岡山市の中高年齢層のひきこもり者を推計すると、約3千人となるが、40歳代以上の中高年齢層からの相談者は少ない状況にある。また、ひきこもり期間が5年以上の長期の方が全体の40%程度を占めており、長期化すると社会復帰に時間を要するため、早期発見・早期支援が必要である。そのためには、中高年のひきこもりが相談できる体制の整備が必要であり、高齢な親からの相談を受ける機会がある地域包括支援センターなどが、ひきこもり地域支援センターへ適切につなげる仕組みの構築や、家族が当事者に隠すことなく相談できる窓口の周知や知識の普及啓発が必要と考える。
- ・就労支援・社会参加の場については、対象者に応じたきめ細かな支援と本人の特性などを踏まえた多種多様な就労や社会参加の場が必要であり、ひきこもり地域支援センターのほか、寄り添いサポートセンターやハローワーク、若者サポートステーションなどの関係機関が取り組んでいるが、相互の情報共有や連携が不十分な場合もあるため、就労に加えて、社会参加に関する地域の受け皿として、ボランティア・地域活動などの居場所の開拓を行っていききたいと考えている。
- ・ひきこもり相談があったケースには、不登校やいじめ、知的障害や発達障害などの問題を抱えたまま、義務教育終了時や18歳到達時に支援が途切れてしまい、結果ひきこもりになってしまうケースが少なくないため、各機関の関わりが終了した後も支援が途切れないよう、必要な機関へのつなぎや適切な相談窓口の紹介など、切れ目ない支援ができる体制の整備を検討していききたいと考えている。

○山田会長

ありがとうございました。世間では8050問題とも言われて、最近注目されていますが、岡山市では平成22年からひきこもり地域支援センターを設置して対策を行っておられるということです。本審議会でも初めて議題にされたということで、岡山市の支援体制や相談の現状について今回初めて知りましたという方もいらっしゃるかと思います。何かご質問やご意見がございましたらお願いしたいのですがいかがでしょうか。社協の方でひきこもりの方を含む生活困窮の方に対する支援を展開されていると思いますけれども、そういった方の支援を行う上で何か今お感じのこととか課題とかございましたらお教えくださればと思います。

○山上委員

社協の寄り添いサポートセンター、あと、同じ社協のフロアにワーカーズコープの職員も入っていただいて、いわゆる家計相談を行っていますが、それこそ今住む家がないんだとか、もう本当に緊急を要する方が非常に多い部分もございます。また、もっと厳しい方をどうするのかということで、相談支援包括化推進室というのを作りまして、複合的な課題を持った方、子どもさんがいっぱいいらっしゃるって発達障害を持っておられるとか、障害者手帳を申請するお金がないとか、いろんな複合的なケースがあつて、それをどういうふうで解決する

かということで、社協の職員が関係者を集めて協議をしております。どう対応していいのかわからない複雑な家庭は非常に多いと思います。その中で、少しでも就労に結びつけられる方がいらっしゃれば、ワーカーズコープでの家計相談で何とか通してはいますが、後追いがなかなかできない部分もあります。社協の方もマンパワー的にはかなり不足しているんですが、対応する件数はどんどん増えているというところでございます。

○山田会長

ありがとうございました。今お聞きして、最近8050の50の方の入院が結構たくさんいて、体の方が悪くなって支えきれなくなって、それで救急受診ということになって、よく見てみると8050みたいな形で発達障害が強くて、我々の病院、病棟に移ってきてといった人が最近すごく増えているように感じます。

○山上委員

複合的な課題を全部持ってらっしゃるという中で、私も行政経験者ですけども、縦割りの中では、その隙間を埋めることができない部分をどうするかというのが、これからの大きな課題になるかと思います。

○山田会長

ありがとうございます。これからもよろしくお願いします。あと地域の方では辻委員にお聞きしたいんですが、民生委員さんとしては、ひきこもりの方々に出会うこともあるかもしれませんが、日々の活動の中で感じていらっしゃることがありましたらお願いします。

○辻委員

大体のところは把握できるんですが、関わり合っていくということがとても難しく、親御さんから相談があれば、こちらから相談に行ったりもできるんですが、なかなかそこまで来てくださる方は難しいですね。ですので、こういう支援がありますというリーフレットのようなものを入れてあげることはできるんですが、個々に話をしているところまではなかなか進んでないようです。

○山田会長

ありがとうございます。親御さんの方に働きかけた時にむしろ拒否されるケースもあります。親御さんが心を開いてくださる方もいらっしゃいますけど、まだ難しいですね。だからどういふふうに関わり合っていこうかという話をするんですけど、その中までまだ踏み込んでいけてないという感じですかね。こういうご相談はクリニックはいかがですか、来られますか。

○氏家委員

クリニックの方には、ずっと続いている患者さんで、実はうちの子がひきこもっているという相談が少しですがあります。ひきこもり地域支援センターを紹介するぐらいしかでき

ていませんが、結果うまくいったことはあまりないです。1回は行ったけど中断してしまっ
て続かないみたいなことが多くて。

○山田会長

ありがとうございます。確かに継続していくのは難しいので、継続できるぐらいならなか
なかひきこもらないということもあるかもしれないし、非常に課題が多いところかなと思
います。その他、追加で何かご意見とかございませんでしょうか。

○山本委員

単なる思い付きなんですけど、地域の受け皿ということで、コロナ騒動の中で、自宅で仕
事を、Web上で仕事を、というのが増えてくるのかなと思っているんですが、ひきこもっ
ている人を対象に何か事業を作って、このテストに合格したらこの仕事をしてもいいです
よというような認定をして、昼夜逆転していようが、夜でも過集中を起こして仕事をしてく
れるだとか、ひきこもった状態でも何か仕事ができる、そういうのができたらいいなと思
いました。

○山田会長

ありがとうございます。ひょっとすると一部の人には、かなり有用な手段かもわからない。
社会もどんどん変わっていくと思うので、それに応じていろんな支援の候補を考えていく
ということですね。その他特にございませんでしょうか。今回はこのひきこもり対策のこ
とが初めて議題になったということで、馴染みが薄い委員の方もひょっとしたらいらっし
ゃったかもしれませんが、岡山市の取組やひきこもり相談の現状について知ることができる
良い機会になって私も勉強になりました。

(3) その他

特に無し

6 閉会挨拶

○渡邊保健管理課長

今日はまずもってご参加ありがとうございました。今日ご参加いただいた方々もこの会
のみならずいろんなところでご活躍ご協力いただいております、重ねて御礼を申し上げ
るところです。

今日いろいろご審議いただきまして、新しい気づきの点もありましたので、これから参考
にして市政をやって参りたいと思っております。ひきこもり他、なかなか難しい問題が出て
いるところなんですけど、少しずつ一歩ずつでもやっていきたいと思っております。その中
でも、顔の見える関係が大事だと考えておりますので、この会のみならずいろんなところ
でまたご協力いただきまして、市政全般を進めていきたいと思っております。今後とも引き続
きよろしくお願いいたします。

以上