

令和6年度岡山市精神保健福祉審議会 議事録

日時：令和7年1月23日（木）10時～12時

場所：ピュアリティまきび3階会議室（飛翔）

- 事務局発言
- ◎会長発言
- 委員発言

1 開会

○後河保健福祉局長

平素より保健福祉医療・行政、とりわけ、精神保健関連施策の推進に、格段のご理解ご尽力を賜り、この場を借りて厚く御礼を申し上げます。

精神保健福祉を取り巻く国の動向について、令和4年の精神保健福祉法の改正のうち、医療保護入院の入院期間、地域生活への移行支援義務、精神科病院における虐待防止措置及び都道府県等への通報義務、入院者訪問支援事業などが施行され、精神障害者の権利擁護及び地域生活支援の強化等により、精神障害者の希望に応じた支援体制の整備が進んでいるところである。

本市においては昨年度から入院者訪問支援事業を開始をするとともに、本年度からは虐待防止措置及び通報義務に関連して、精神科病院における虐待通報電話窓口を設置している。

本日の議題としては、岡山市の精神保健医療の現状についてご説明を申し上げた後、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についてご協議をお願いしたいと考えている。

本市では、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域移行に関わる人材の育成や、精神障害に対する理解の普及・啓発など、精神障害者の方が安心して生活していけるような地域づくりの他、長期入院患者の地域移行支援や、措置入院患者の退院後支援、地域への定着支援などの精神障害者の方への直接的な支援にも取り組んでいる。

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、様々な側面から取り組みを進めていく必要があることから、皆様の専門分野における貴重なご意見を頂戴し、施策に反映させていければと考えている。

本日は活発な審議のほどよろしくお願いしたい。

2 委員紹介

- ・委員4名の欠席報告

3 報告：岡山市の精神保健医療の現状

○事務局 【資料1 岡山市の精神保健医療の現状】により説明。

<岡山市のR5年度末時点の状況を中心に説明：1～6ページ>

- ◆岡山市の自立支援医療費（精神通院）の支給認定状況

- ・認定者数は毎年度上昇の一途。直近のR5年度は過去最多の16,322件となった。
- ・疾病分類別に見ると「気分（感情）障害」の認定者数が多く増加も大きい。次いで、心理的発達の障害の増加が大きい。

◆岡山市の精神障害者保健福祉手帳所持者の状況

- ・自立支援医療（精神通院）と同様、年々増加傾向にあり、特に3級の所持者数が増加。

◆岡山市の医療保護入院の状況

- ・届出件数は少しずつ増加傾向であったが、R5年度は減少に転じた。

◆岡山市の措置通報等の処理件数

- ・H27年度以降、通報処理件数は200件前後で推移。H30年度は140件に減少。この減少については、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と考えられる。
- ・市担当課及び警察、関係医療機関等で毎年度行う「精神保健医療緊急対応連絡会」において、通報時の対応についての情報共有などもあり、全体としては減少傾向。

◆岡山市の被通報届出者の主病名

- ・「統合失調症・妄想性障害」は毎年度一貫して大きな割合を占めている。
- ・R5年度においては、「気分（感情）障害（うつ病・躁うつ病等）」の増加が目立っている。

<市内精神科病院における入院状況について説明（厚生労働省の「精神保健福祉資料調査」を参考に作成）：7～14ページ>

※R3～5年度は精神病床を有する市内8病院中7病院からしか回答がないため、解釈には注意が必要（R2年度までは全8病院から提出）。

◆岡山市の在院患者の入院形態別構成割合の推移（各年6月30日時点）

- ・医療保護入院が大半を占め、徐々に増加傾向であったが、R5年度に減少に転じた。次に多いのが任意入院で、措置入院はわずか。

◆在院患者の入院形態別構成割合の比較（R5年6月30日時点）

- ・岡山市は、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。
- ・法改正によりR6年度から医療保護入院期間が定められ、病院に今まで以上に退院促進への取組が求められるようになったことから、今後医療保護入院割合の減少が見込まれる。

◆岡山市の在院患者の年齢階級別構成割合の推移（各年6月30日時点）

- ・各年において65歳以上の高齢者が全体の約6割を占める。

◆在院患者の年齢階級別構成割合の比較（R5年6月30日時点）

- ・75歳以上の割合は、岡山市は40.0%と全国の構成割合に近い。
- ・40歳未満の入院割合について、岡山市が11.2%と、全国、県と比べ高い。

◆岡山市の在院患者の疾病分類別構成割合の推移（各年6月30日時点）

- ・最も割合の高い疾病は全体の約半分を占める「統合失調症」で、2番目が「アルツハイマー型認知症」。
- ・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が、薄い水色の「心理的発達の障害」の割合は少しずつ増加。

◆在院患者の疾病分類別構成割合の比較（R5年6月30日時点）

- ・「統合失調症」の割合について岡山市が43.6%となっており、全国より6.0ポイント低い。
- ・「アルツハイマー病型認知症」は3.1ポイント、「心理的発達の障害」は2.8ポイント全国より高い。

◆岡山市の在院患者の在院期間別構成割合の推移（各年6月30日時点）

- ・入院1年以上の長期入院患者が占める割合は減少傾向であったが、R5年度は48.3%と増加した。

◆在院患者の在院期間別構成割合の比較（R5年6月30日時点）

- ・1年以上の長期入院患者割合が全国と比べ少なくなっており、65歳で区切った場合も同様の傾向。この割合は地域移行の進捗を示しており、岡山市の取組の徐々に表れてきていると考えられる。

<岡山市内精神科病院の長期入院患者の状況：15～17ページ>

- ・岡山市精神科病院入院患者実態調査の対象：市内に精神科病床を有する8病院のR5年10月31日時点で1年以上入院継続している者1,107人を対象に調査。

▼調査結果

- ・患者総数について、R5年度は1,107人となっており、R4年度の1,269人から減少している。岡山市の地域移行への取組の効果が徐々に表れてきている可能性がある。
- ・年齢階級別比較：R5年度において、70・80代が前年度に比べ大幅に減少
- ・在院期間別入院患者数：R5年度において在院期間は全ての項目において前年度よりも減少しており、特に「5年～10年未満」では71名減少と大きな差がみられる。
- ・調査時点退院可能性：地域移行を進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」の合計は増減を繰り返している。R5年度は340人と微減。
- ・R4年度の退院阻害要因：「病状不安定」「現実認識に乏しい」がそれぞれ多くなっているが、4～9%台に9項目が並んでおり、退院支援の課題の複雑さが伺える。

<精神科病院における虐待通報電話窓口の受付状況：18ページ>

- ・当該窓口は、精神保健福祉法改正により、虐待通報が義務化されたことに伴い、R6年度から開設。
- ・令和6年11月末現在で、受理した件数は48件、うち虐待認定した件数は1件。
- ・虐待認定案件については、看護補助者が、入浴を嫌がる患者を無理やり患者の部屋から浴室まで引きずって連れて行ったものであった。

<「岡山市入院者訪問支援事業」について説明：19ページ>

- ・「入院者訪問支援事業」は、支援員が精神科病院の入院者を訪問し、体験や気持ちを丁寧に聞くとともに、入院中の生活に関する一般的な相談や必要な情報提供等を行うことで、入院者本人の孤独感や自尊心低下を解消することを目的として実施。

- ・岡山市では、全国に先駆けて事業を開始しており、養成研修を終えたR5年10月から派遣を開始し、R5年度は半年で21件の訪問を行った。
- ・訪問希望者の特徴としては、男性が多いこと、6カ月以内の入院患者が4割以上を占めること、退院を希望する依頼者が多いことなどがあげられる。
- ・R6年度は、R6年11月末までで33件の訪問となっており、順調に件数を増やしている。

(質 疑 応 答)

◎山田会長（岡山県精神科医療センター理事長・特任院長）

岡山市の医療保護入院の割合について、全国に比べ高くなっているが、他の年も同程度の数字だっただろうか。また、他の政令市等の状況についてわかればご教示いただきたい。

○事務局

手元の資料だけではお答えしかねる。調査すれば確認できると思うので、後日共有させていただきたい。

4 議事

○事務局：議事を山田会長（岡山県精神科医療センター理事長・特任院長）へ委任

◎山田会長

R元年度の審議会において、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に位置づけ、行政として取り組むべきことや保健、医療、福祉それぞれの立場で取り組めることなどについて協議することとなった。

まずは、事務局から各事業の取組状況についてご説明いただく。

○事務局 【資料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向けた各事業の取組状況と課題】により説明。

<①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは：2～4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に、国がH29年に明示した政策理念であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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である（国のイメージ図により説明）。
- ・岡山市では、本会議を当該システム構築に係る協議の場として位置付けている。
- ・障害福祉サービスによる地域移行・地域定着支援等の状況について、自立生活援助以外の事業者数については、緩やかに増加傾向。
利用者数について、地域定着支援については毎年度緩やかに増加傾向である一方、地域移行支援、自立生活援助についてはいずれも減少。これは、受け皿となる事業者数がなかな

が増加していかないことが原因と考えられる。

受け皿を増やすための試みとして岡山市こころの健康センターでは、自立支援協議会の地域部会内の地域移行ワーキングにて、事業者に対して、地域移行・地域定着支援等についての研修会を定期的に行っている。

<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向けた取組状況：5～15ページ>

- ・岡山市の取組状況：障害福祉サービスと保健所やこころの健康センターによる支援の両輪で、急性期・入院治療時・通院治療時それぞれの状況に適した支援を行っている。
- ・保健所とこころの健康センターによる基盤整備：精神障害者等が生活するうえでの地域づくりとして、普及啓発、人材育成、ネットワークづくり及び組織育成等を行っている。

▼以下、個別の事業について説明

- ・措置入院者等への退院後支援<<地域移行支援+地域定着支援>>

退院前後の訪問やケア会議、月例フォロー会議などを通じ、関係各課と連携しながら措置入院者等を支援。毎年度利用者数は13～17人で推移。保健センターでは、訪問・面接等による見守りを地域で続け、早期発見・早期治療につなげている。

- ・入院者の地域移行支援－1 利用者数

入院患者実態調査をもとに、長期入院患者を選定し、地域移行の支援を行っている。具体的には、ピアサポーターや病院職員との協働による患者本人への個別支援、グループワーク・地域交流会などによる退院意欲喚起、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。R5年度は63名を対象に支援。入院者へのピアサポートについてはR5年度は30名と、R4年度の3倍に増加。

- ・入院者の地域移行支援－2 退院者の状況

H22年度からR5年度の累積で80名が退院。退院者の入院期間は、地域移行開始時点で3年未満までの入院が40%以上を占める一方、10年以上の入院も20%近くを占める。退院までの支援期間は、3年未満が全体の9割近くを占める。退院時の年齢は、40代から60代が全体の8割近くを占める。退院先は約半数がアパートとなっており、次いで自宅、高齢者施設が多くなっている。

- ・訪問、往診・危機介入（アウトリーチ支援）<<地域定着支援>>

「訪問・往診」は、地域で暮らす緊急性の低い精神障害者等に対し、医師や専門職が行う支援。「危機介入」は受診中断や未受診者、長期入院後の退院者など、緊急性の高い精神障害者等への支援。

R5年度の危機介入対象者の特徴として、年代は40代から60代が全体の9割以上を占めていること、相談経路において約8割が家族・保健センターからの電話相談で、本人からの電話相談がないことなどがあげられる。

- ・普及啓発<<基盤整備：普及啓発>>

住民のこころの健康の保持増進を図るとともに、精神障害に対する偏見を解消し、障害者を地域で支える環境づくりを推進するため、地域住民を対象とした普及啓発講演会等の開催や、精神障害者ピアサポーターの派遣、ボランティアグループ活動への支援を実施。

- ・人材育成及びネットワークづくり・組織育成《基盤整備：人材育成+ネットワークづくり》
精神保健福祉関係者等に対し、医療・福祉の連携や、障害者支援を主なテーマに、必要な知識の習得、人材交流及び情報共有などを目的に、各種連絡会・研修等を実施。
- ・精神障害者家族会及び当事者会の支援《基盤整備：ネットワークづくり・組織育成》
精神障害者に対する偏見や差別をなくすための主体的な啓発や交流会等を通じ、精神障害者に対する正しい理解と、互いの学び合い・交流を目的に活動。岡山市では、これらの活動の事務サポートや活動費の助成、各区での会議出席などを通じ、後方支援を行っている。
- ・岡山市障害者基幹相談支援センターとの連携《基盤整備》
岡山市障害者基幹相談支援センターでは、障害者の総合相談支援や支援者のスキルアップ、障害福祉関係事業者や行政との連携促進などの活動を通じ、精神障害者の状況に応じた適切な支援が提供するための環境づくりを進めている。

<令和5年度審議会における意見及び取組状況：16～18ページ>

・「課題：ピアサポーターの活用・活動の促進」に係る昨年度のご意見及び取組状況

(意見) 様々な障害福祉サービス事業所での利用が促進されるとよい。

→岡山市障害者自立支援協議会にて事業所に対し、派遣事業・養成研修の広報活動を実施。

(意見) ピアサポーターの活動内容の調整や心身のケアなどを、丁寧に行っていく必要がある。

→活動時にはコーディネーター(精神保健福祉士等)が介入しており、適宜調整を行っている。月に1回「ピアサポート連絡会」を実施し、ピアサポーターの悩み、困りごとの共有やグループワークを通じたモチベーションの維持、向上を図っている。

(意見) ピアサポーターのサポート役には高度なスキルが求められるため、活動の場を広げていくにあたって人材育成は重要。

→活動の場を広げていく目的で、地域活動支援センターI型とピアサポーターの交流会をほぼ毎月実施している

(意見) 相談窓口を明確にしていく必要がある。

→岡山市障害者自立支援協議会が運営するHP「え〜んじゃネット」にピアサポーターの窓口等について公開している。掲載内容についてはピアサポーターが考案したものとなっている。

(直近の取組実績)

- ・R6年12月末までのデータで、修了者数は順調に増加。ピアサポーターの派遣も年度でみて増加する見込みで推移。

- ・R6年は依頼元として障害福祉サービス事業所が61.5%と増加。活動種別については、活動種別については主に市民・家族等への講演会のほか、職員研修、交流会、デイケアなどにおけるピアサポーターの体験発表や、語り合いなどの普及啓発活動の割合が41.0%と増加。これは、広くピアサポート活動について知っていただく機会が

増えていることを示しており、前向きな結果が得られているといえる。

※詳細は資料参照

・「課題：精神障害者の高齢化～障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行～」に係る
昨年度の意見

(意見) 精神障害者のケアマネジメントや介護保険サービスへの切替のポイントなどについて学ぶ機会を充実させることが重要

(意見) 支援者間で顔を合わせ、ケア会議を丁寧にしていくことが重要。

→保健センターへの説明会や、支援機関を集めた研修会、情報提供の場などを通じ、精神障害者のケアマネジメント、障害から介護保険へのサービスの切替のポイントや、支援者間の連携の重要性などについて学び、知る機会を設けている。

※詳細は資料参照

(質疑：なし)

○事務局説明

【課題Ⅰ：精神障害者等の治療・支援体制について】

岡山市では、地域生活の維持・継続が困難になり日常生活上の危機が発生している者に対し、危機介入事業を行っている。対象者は未治療・治療中断状態であり、相談経路は保健センター経由と家族からの電話相談が8割を占めている。

このほか、精神障害者が未治療・治療中断に至るまえに適切な支援につながるができるよう、精神障害者にやさしい地域づくりのため、「ピアサポーターの派遣」「精神障害者地域交流事業」「地域住民を対象とした講演会」「共生のまちづくり事業」に、支援者間の連携強化のため、「地域精神保健福祉連絡会」「精神障害者就労支援研修会」「地域移行・地域定着支援事業研修会」に取り組んでいる。

地域で暮らす未治療者や治療中断者に対する早期支援についての好事例や、精神障害者の方が早期に適切な支援につながるができるようにするために、岡山市や各機関が連携してどのような取組ができるか、ご意見をお聞かせいただきたい。

【課題Ⅱ：「障害福祉サービスと介護保険サービスの連携を深めるための方策について」】

高齢の親とひきこもりの子の世帯（いわゆる8050世帯）の支援には、子への障害福祉サービスと親への介護保険サービスがそれぞれ必要となるため、世帯の問題解決には双方の支援者間の連携が重要だが、制度間の壁が課題となることが多くなっている。

この壁を解消し、それぞれの支援者が連携を深めるための方策について、岡山市障害者自立支援協議会地域精神保健福祉部会にて調査研究を実施。

令和3年度に精神障害のある子の支援機関である自立支援協議会の各地域部会・保健センター・精神科病院に対しヒアリングを行い、令和4年度に高齢の親の支援機関である地域包括支援センターにヒアリングを行った。そして、令和5年度に調査結果について集約した。

▼調査結果

- ・当事者側の課題：「キーパーソンの不在」「即時支援が困難な個別事情」「問題の固定化・長期化により解決が困難」「親の固定観念により、SOSを出せない」「病識がない」など
- ・支援課者側の課題：「高齢/障害と機能分化しているためそれぞれは世帯の一員にのみ関わることが多くなる」「支援者間で役割の線引きがおこりやすい」「世帯全体に関わるには、連携が必須であるが『時間のかけかた、関わりかた、ケアマネジメントの方法の違い』といった文化の違いがあり連携が難しい」「問題解決が困難な状況が長く続くことで困難さを強く感じ、意欲的に動くことができない」「危機介入が必要な場合、さらに連携機関が増え、足並みをそろえることが困難」など
- ・好事例からわかった重要ポイント：「支援者間の連絡・情報共有を密に行う」、「ともに悩みを共有し、必要な支援に繋げる姿勢を持つ」、「関わりながら、適切なタイミングで支援を行う」

見聞きされた好事例や、岡山市としてどのような取組ができるかなど、広くご意見をお聞かせいただきたい。

【課題Ⅰ：精神障害者等の治療・支援体制について】 協議・意見交換

◎山田会長

岡山市は精神障害者の方が重篤な状態に陥る前に、適切な支援ができるように精神障害者にやさしい地域づくりや、支援機関の連携強化ということに取り組んでいるとのこと。こうしたことに加えて、どのような取り組みが考えられるか、好事例のご紹介なども含め、課題点やご指摘など、それぞれご意見をいただきたい。

それでは岡山弁護士会の秋山委員から、権利擁護の活動などを通じ、発見が遅れてしまった未治療・治療中断の精神障害者の方の支援でご苦労された経験などあれば、お話いただきたい。

●岡山弁護士会 秋山委員

月1回、とある市の虐待アドバイザーとして活動している。高齢者と障害者の両方が対象になっているもので、行政からいろんな困難事案について、相談を受け、場合によっては、市長申立をするか、後見人をつけるかどうか判断したり、場合によっては自身が後見人になり、精神障害者の支援をすることもある。

発見が遅れたという意味で言うと、最初は世帯の高齢の親の問題としてケース会議にかかってきたが、いろいろ見てみると、それだけの問題ではなく、資料の中でも説明があったとおり、子の精神的な問題があり、母がそれに対し無理解、母自身も精神や知的の問題などあり、全然治療に繋がっていない、ずっと家にひきこもって病院にも全く繋がっていないというようなことが明らかになり、母の問題だけ解決しても一家としてうまくいかないというような局面が非常によくある。

そういった局面で母の支援とは別に、ずっと見過ごされていた子が、例えば親から経済的虐待を受けているなど、様々な困難な問題があって、子の方にも、任意の後見人として私が介入していくというような局面は過去に何度かあった。

そこで、私の子に対し何が出来るかということ、行政とも協力しながら考えるわけだが、やはり経済的に世帯として非常に難しい問題がある。子と親の少ない収入で、借金もたくさんあり、非常に経済的に困窮しているという中で、「治療につなげよう」とかいう話をしても、なかなか親から協力を得られない。そもそも後見人つけること自体に抵抗があるということもあり、子の問題だけどうにかしようと思っても全然解決にならないといったケースがとても多い。

そういうときに我々が考えるのは、子の支援者だけでいろいろ考えても解決しないので、市であれば包括が中心になって、母の支援者と、子の支援者、行政の高齢・障害も合わせて、みんなで集まってトータルとしてどういうことができるか考える。虐待が激しいような場合であれば、分離も考えていく。やはり、トータルで、家族全体の問題として、関係者が全員集まって、連携を図りながら解決していくということしかない。言葉で言うほど簡単に解決できる問題ばかりではないが、それを1つ1つしていくしかないのかなと感じている。

◎山田会長

大変難しいケースが多々あることかと思う。今ご説明いただいたのは、8050世帯というわけではなく、もっと若い世帯も指しているということでしょうか。

●岡山弁護士会 秋山委員

やはり典型的には8050のようなパターンが多いと思う。子が長期間働けておらず、家に引きこもっており、どこにも繋がっていないような。

でもある時、例えば「家から声が聞こえてくる」など、近所の方を通じて、行政に繋がっていくみたいなパターンがある。

もちろん子が小さい場合というのものもある。私自身もそういう虐待案件で、未成年後見、後見人として介入して行って、親に対し「この予算では無理だろう」ということで施設に子をして分離してというような局面もある。

◎山田会長

精神科看護協会岩切委員にお聞かせいただきたい。病気の発見が遅れたため、精神症状が悪化した状態での入院になってしまった経験などあるか。また、早期発見について、看護師の立場としてどのようなことを感じているか教えていただきたい。

●日本精神科看護協会 岡山県支部 岩切委員

発見が遅れたといえるのかわからないが、やはり急性期症状で救急に入ってきた人を見ていると、「もうちょっと早く繋がればいいのにな」と思う方はおられる。

ただそこに繋がるまでに、何か壁があるんだろうなと感じる。やはり地域で、どう支えていくかが重要。救急では来られた方を治療するため、出て行ってまでは治療できないというのがあるので、やはり地域の中でどういうふうにつなげていただけるかというのが考えていく部分かと思う。

再燃の方達は、こちら支援体制を整えながら対応しているが、介入拒否の方たちもたくさんおられて、誰も受け付けず1人でいて、またすごく悪くなって入院してこられる方たちもおられる。支援拒否の人達へどのような支援ができるのかと考えている。

やはり病院に来ることに抵抗があり、治療を受けることにも抵抗があるという方たちだったり、

病気のこともあってどんどん自分の中に入っていってしまう人たちへの介入の難しさを感じる。今は、地域訪問も広がってきているので、いろんな人が支えられる安心できる環境のなかで、「少し治療を受けてみようかな」と感じてもらい、そこから繋がっていくといいのかなと思っている。

◎山田会長

岡山県精神障がい者団体連合会の鈴木委員にお伺いしたい。

ピアサポート活動を通じて、治療になかなか繋がることのできなかった経験を持つ方はいたか。また、治療までに時間がかかってしまった理由や、どんなことがあったかなどご経験を教えていただきたい。

●岡山県精神障がい者団体連合会 鈴木委員

よく聞くのが祈祷やお祓い、今でいう遠隔ヒーリングみたいなどころに行ってしまう、結局高額な請求をされる。それで病院と繋がりにくかったり、服薬を辞めてしまったりする方もおられる。

岡山市の中学生に向けた疾病の教育に関する事業を、市全体に広げる必要があると思う。そしてそこにピアサポーターが入って、体験を話し、交流をするというのが大切だと思う。

あと医療に一旦繋がっても、その初診のときに、新患待ち、新患を受け入れてない、新患の受け入れが先のところもあったりするので、今どこが受け入れ可能かわかるとよいと思う。

あと、やはりファーストコンタクトのときに傷つけを抱えてしまう人もあるので、可能な限り丁寧な対応が必要だと思う。

また、長年医療に関わっていない人でも、地域で岡山市がメンタルヘルスについて岡山市がされてるようなところがあることによって、家族と一緒に出てきたりする方もおられて、そういう場面でピアサポーターと一緒に、グループワークなどをすることで、治療や服薬管理などができるようになってくるんじゃないかと思う。

私は、教会に呼ばれて月1でメンタルヘルスの勉強会に入っている。会に来られる当事者で、服薬をやめて再入院となり、障害年金を病気のために申請したくないという方がおられたが、勉強会に来て講演会を受講したり、いろんな話をしたりすることによって、薬が飲めるようになり、先生との関係も良好になった。家に引きこもっていた状態だが、徐々に活動を増やしていこうとされている。

ちなみに、その方に「リカバリーにはお金が大切だ」という話をして、障害年金が一番効果のある治療法と伝えたら、障害年金の申請にも前向きになった。支援とお金の問題というのをセットにして、「障害があっても大丈夫だ」と思える状態が必要で、そのお手本となるピアサポーターのロールモデルというものが大切。病識がないと言われてしまうと、結構きつくて、そこから先に進みづらくなるかなと思う。

またそれと、実際地域で服薬が大事だよとか、どこかに繋がるとか、心理社会プログラムモデルのようなものが実際に受けられる状況ではなく、病院のデイケアなどでしているところはあるが、クリニックに行かれてる方などは、なかなかそういうプログラムが受けられない。

この前あすなろ福祉会さんのピアサポートをやっているところで、当事者のファシリテーターが入って、IMR疾病管理とリカバリーや、ラップなどをしたら、両方とも10人弱ぐらいの人が

集まって、みんなで話し合いながら、一緒に病気の勉強や服薬の大事さ、当事者自身がやっていることなんかを共有しながら活動できた。このような活動によって、大分変わっていきけるんじゃないかと思う。

やはり病院や通院、このようなプログラムもそうだが、「アクセスのしやすさ」というのが、出て来るときに重要なんじゃないかと思う。

岡山市で行っている家族向けプログラムの当事者向けがあってもいいんじゃないかなと思った。

◎山田会長

岡山市医師会の高橋委員にお伺いしたい。

発見が遅れた方のお話が続いているが、発見が遅れた方の回復は難しくなるんだろうかということと、早期発見のポイントなど、ドクターの立場から、お話ししたい。

●岡山市医師会 高橋委員

発症してから治療に繋がるまでの未治療期間という期間が長ければどうなのかということだと思う。一般的に言えば薬物療法の効果や回復の度合いというのが低下して、確率が悪くなっていくので、発症したらすぐに治療に入れば一番良いというのが治療者からすれば本音だが、なかなかそうはいかないなというのが現状だという話なんだろうと思う。

発症してなかなかどこにも相談ができていないというのは、病識がない、支援機関にアクセスができない、家族の無理解など、いろいろな要因があると思うが、いろいろな方面の方、一般人も含め精神疾患への理解が深まっていくと、そのあたりは大分変わってくるのかなと思う。

いまだに一般人の精神科医療への偏見等強く、子供が鬱病になっても、40代50代の父母が、「薬を飲まないほうがいいよ」、「治療なんかなくていいよ」、「根性だ」みたいなことを言うというのがいまだにあるという現状なのでまだまだ課題は大きいんだろうと思う。

早期発見に必要なポイントというのは、やはり一般の人の精神科医療、精神障害等への理解を深めていくというのがあると思う。医師会の方からいえるのは、医師会員は精神科がごくごく一部で、内科・耳鼻科皮膚科などの先生の方が多いが、その先生方が、例えば8050問題の家族の方に教えてあげられるとよい。

診察にこられた家族に精神疾患等の疑いのある方がおられたら、精神科以外の医療機関の医師がどこに相談をしたらいいのか、どのように紹介させてもらったらいいのかというのが、自分としてもまだ明らかではないと思う。

保健所等に相談するよう言えないことはないが、一般的に精神科以外の医療機関の方などが、どうやって調べて、そこに行き着くことができるのか、わかりやすい形で明示できるとよい。その辺りが知識を広げていく鍵になるのではないかと思うし、もし現在そういうホームページやビラ等あれば医師会の方でも、ご紹介させていただくので、よろしくお伺いしたい。

◎山田会長

岡山市民生委員児童委員協議会辻委員にお伺いしたい。

地域の方と接する中で、治療中断や未治療の方が治療につながったことや、困りごとを抱える方と接点を持つにあたって工夫していることなどあれば教えてもらいたい。

●岡山市民生委員児童委員協議会 辻委員

特別な事例というものはないが、困りごとといえば、とりあえずその方の家族などに会えないこと。

2年前も同じようなことを話したが、民生委員児童委員協議会には、地区ごとに担当がいるので、おかしいなと思うようなことがあったら、とりあえず包括につなぐということをしている。ほとんど包括が対応してくださっているが、やはり地域としてみんなが仲良くなっていけないと、会話ができない。

お声掛けをしても、「うちは大丈夫です」というのが大体のお返事ではあるが、来ていただければいろんな話もできるし、聞くような体制にできればいいなと思いながら活動はしている。

今ちょうど災害が多く出ていて、防災の運動なんかをしているので、愛育委員協議会や、連合町内会などみんなと一緒に会合し、そういうお話を聞きにきていただけないかと訪問している。他の地区の集まりなどのお誘いもしている。なかなか出てきてくださらないが、声かけだけはしていこうと活動している。

◎山田会長

ほか、この課題についてご意見などあればお聞かせいただきたい。

●岡山市精神障害者家族会連絡会 小森委員

会議に参加するにあたり、岡山市家族会の方から、ぜひ伝えてもらいたいと頼まれていることがある。先ほど鈴木委員から話があったが、精神障害者に対する理解について、大人に理解してもらうのは難しいが、小学生の頃から教育に取り入れていただいて、「精神障害者は怖くない」とか、「誰でもかかる病気だ」とか、「100人に1人はどんな環境であろうと、発症するんだ」とか、「他の病気と同じような発症率だ」といったことを理解していただけるよう、子供の頃から地域で教育してもらおうということが重要であるということをお伝えしたい。

私の地域では愛育委員の会合だったか、民生委員の会合だったかは忘れてしまったが、ピアサポーターの方が大勢の前で発表されたことがあった。最近はそういうことが少なくなっている。

小学校にピアサポーターが入るといのは理想だなと思うし、急には難しいとは思いますが、そういうことをしていけないと、地域の偏見などはなくなっていかないと思う。なぜかというと、コロナの関係もあるが、私たちが一生懸命家族ゼミナールをしたり、家族学習会をしたりしても、なかなか本当に必要な人のところに届かないというか、参加される対象者の方もやはり偏見があって、そういう学習会などになかなか足を運んでいただけないため。

だから、その父母や、ご家族の方自身の偏見をなくすためには、子供のころからの環境を整えていかないと、なかなか地域の中に偏見がなくならないということ、どうしても伝えてもらいたいと頼まれている。

このような会議の場で伝えるのがふさわしいかどうかかわからないが、「精神障害は誰でもかかる病気であって、怖くない」と「治療をすれば、地域の中でみんなと暮らしていける、仲良く暮らしていけるということ、広く教育して欲しい」と、家族会の方が切実に訴えていた。そのことをお伝えしたかった。

◎山田会長

大変重要なことを教えていただいた。教育との連携ということが大切。偏見や無理解があると、大きな壁が生まれてしまうように感じる。

ニューヨークの病院の精神科救急に勤める医師の本によると、様々な人種とかかわるなかで、アジア人が他の人種と比べ、最もセルフスティグマが強く、ギリギリまで我慢してしまうとのこと。小さい頃からそういうところを少しずつ溶かしていくことが大切だと、小森委員のお話を聞いて本のことを思い出し、みなさんにお話しさせてもらった。

【課題Ⅱ：障害福祉サービスと介護保険サービスの連携を深めるための方策について】

協議・意見交換

◎山田会長

ひきこもりの子と高齢の親の支援、子は障害福祉サービス、親は介護保険サービスということそれぞれが必要になるということが多くなってきた。

先ほどご指摘もいただいたが、双方の支援者間の連携が重要となる。

とはいえ、異なる制度であることが、連携を難しくしている面もあり、これを解消するために、岡山市でも調査研究を行っているとのこと。この調査結果を踏まえ、皆さんが、見聞きされた障害福祉と介護保険の連携や、その実現のため、岡山市としてどういった取組が考えられるか、それぞれご意見をいただきたい。

ではまず岡山人権擁護協議会の川上委員にお尋ねしたい。人権擁護に関する相談を受けることが多いと思うが、8050もしくは9060もかもしれないが、そのような世帯から相談を受けることはあるか、また、制度間の壁の問題についてどのように感じるか教えていただきたい。

●岡山人権擁護委員協議会 川上委員

8050など、大人同士の家族の間で相談というのは、あまりない。

むしろ、高齢者の場合であれば、高齢による二次問題があるなという相談は、全体の半分近くある。しかもそういう方々は割と頻繁にかけてこられる。これが最近の傾向といえる。

精神科病棟におられる方と思しき人物からの相談というのも、かなりの割合である。公衆電話でかけてきていることがわかるようなケースも多い。このような方は、繰り返しかけてくるが、同じ話を何でも同じように聞いて、聞いて、それである程度何回かそれを繰り返すと、ある程度、納得されることが多い。

自分自身の人権以外に関することでは、いじめの問題、雇用関係の問題についての相談などは多い。

制度間の課題という点においては、これは人権相談の関係ではないが、身近に、難病指定を受けた者がおり、介護保険にも入っているが、制度のどちらかを選ばなくてはならず、両方の制度から支援を受けることができない状態にある。自費で払えばできるのだろうが、制度的には難病の支援を受けることになる。自分が受けた治療があつてそれを受けていくには、介護保険からの支援は受けられないという困った状態にある。

おそらくそれに近い感じの話なのではないかと思うが、そのあたりをうまく調整して両方の制

度からの支援を活用できるようコーディネート、とりまとめをしてくれる方がいるとよい。

◎山田会長

家族会の活動で8050の世帯の方とかかわることがあるか、また、支援者間で連携してうまくいった事例などがあるか、岡山市精神障害者家族会連絡会小森委員にお聞かせ願いたい。

●岡山市精神障害者家族会連絡会 小森委員

私が関わっている家族会はあすなろ家族の会だが、ほとんどの方が70代で、80代の方もちらほらおられる。皆さんおっしゃられるのが、親亡き後、子供はどうなるだろうかというのが、最終的な皆さんの悩み事となっている。そのような状況に備え、成年後見人制度について学んだり、子供を自立させるための一人暮らしを促進したりなどしている。だから、8050問題予備軍の方ばかりという状況にある。親が70代、子が40代という世帯が多い。

私は家族会をすごく信用している。危機的な状況にある方が来られて家族会で悩みを一生懸命吐き出し、何回か話ができたら、「同じような方がいっぱいおられるんだ」と言って、心が安定し子どもも安定した、といったことが多い。

支援者間の好事例でいうと、息子と父親の父子家庭で、息子が働かないことを父が責め続けてきたが、家族会で「そうじゃない、責めてはいけない」と言われ、責めなくなったところ家が平和になったという家庭があった。

また、80代のご夫婦とその息子の例でいうと、家族会で言われ、父が息子を責め続けてきたのをやめたところ、息子が安定したそうである。

だから、家族会は本当に家族の心を安定させる。「納得するまで家にいていい」という声掛けで安定につながっていく。そんな好事例はたくさん見てきた。

◎山田会長

大和診療所の藤田委員にお伺いしたい。介護と障害の支援者間の連携のポイントについて、地域で診療されるなかで感じるポイントなどはあるか。

●大和診療所 藤田委員

今までの協議のなかで、質問や意見などあったので、それも含めてお話できたらと思う。

今小森委員の方からお話のあった、8050問題に関連して最近僕が体験するのは、お子さんが働いていない世帯は、「家にいる息子さんがいろんな手伝いをしてくれて、最近親子関係は助かる助かる」という人が意外に多く、最近でも2、3家族体験がある。親としたら、「自分の目の黒いうちに自立させたい。ただそれはあまり言うとは良くなるな」というところで、親にも、「あんまり自立自立って言わんでいいんじゃないですかね、子供は親が生きてるうちはどんな状態でも生きてる親に甘えてしまう」といった話をしたりする。

あと国の地域包括ケアシステムの構築のイメージ図なんかで、最近僕もその人権云々ということで少し関わっているのが、あまりここに「人権」という言葉が入っていないんだと思う。何かいろんなことはこれが人権を意味してるということはあるかもしれないが、今後やはり何かいろんなことに関わったり制度を作ったりという時に、障害者の方の人権という前に、まず人としての人権というものの意識を持っていかないと多分、「いやそれは当たり前だから書いてないです」

という話は多分当たり前の中は意識もされてないだろうなというふうに思う。少し、そういう単語・言葉を入れるだけでも必要なんじゃないかを感じる。

あと、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み状況の6ページ。ぱっと見たら急性期で病状悪化のときにサッと入院という話から始まっている。これは入院から始まるのではなく、地域で支えるところから始まる。地域支援から始まって、ちょっとうまくいかない状況のときには入院もあり得るかもしれないという意識をもつのが重要。その人の人生のうちで入院なんて一部分でしかないが、このようなイメージ図はよく見るなあと感じた。

あと先ほどの、早期に適切な支援に繋がることができるようというところについて、やはりここも、さっき言った「人権」。自分がやってきたことを思うと、本人のニーズ・希望とか、ペース。こちらのペースではなく、ご本人の自由意志や、自己決定というものを大切にしてきた。それらが何か人権というものに繋がるんじゃないかという意識を持って、出向くということが重要なのではないかと考えている。

ただ医療につなげようと思って出向くとかではなく、ご本人が「いやもうほっといてくれ」ということも含めて、「そうなんだな」という意識を持って、「ただ出向く」ということによって、いろんな場面に出くわす。その方がたまたまご家族に会いに行ったときにでもいいが、何回か行くうちに、トイレに行くところで、玄関先で「出くわす」。その時にそういう意識を持って「出くわす」ということが少し可能性を広げることもあるので、出向くことは、非常に意味があって大きい。太田先生などもされている。出向くことで、すごくその後が変わってきて、必要な支援に繋がる可能性も出てくると感じる。そこでもやはり地域支援からスタートする意識が重要。

今は、その地域定着が入ったらいいなと思って、それを申請してからおりるまでが、時間がかかる。今必要だという時に定着支援ができないことがあるので、そこは行政の方に少し意識していただけたらと思う。

当事者側の課題とか、支援者側の課題でいうと、役割の線引が起りやすかったりなかなかこういう共有ができなかったり、それぞれの機関で動くタイミングが違ったりなど。これらは僕らも非常によく体験することだが、そもそも僕らのACTは、通常のケアマネジメントでは多機関連携が難しい状況で、連携をしなくていい「抱え込める重装備のチームを作る」という発想からくる、包括型ケアマネジメントである。だから、今の状況を考えて、バランスを保ちつつ抱え込むことが必要なのであれば、そういう包括型のケアマネジメントを意識する。そこで一旦抱え込んだ後に、落ち着いてきたら、多機関連携で大丈夫な通常のケアマネジメントに落とし込んでいくという意識がやはり必要だと感じる。

危機になったときに必要なのは、情報の共有と、あとタイムリーな動きになるが、多機関連携だとそれがどんどん落ちていく。「今動いておけばよかったのに動けなかった」ということになる。結局その方の「家で暮らしたい」という思いが、実現できなくなり、不利益を被ることになってしまうので、このようなケアマネジメントの話は、研修などでされていて大分変わってきているとは思いますが、もう少し意識していく必要がある。

さらに具体的な包括型のケアマネジメントも含めた上で、「高齢者の精神障害者のケアマネジメント」というものを共有していけるといいかと思う。皆さんも例えば僕らの「出向く」という訪問がどんなことかということであれば、来ていただければ一緒に訪問もできる。

◎山田会長

多機関連携では対応できない人たちを包括的にケアマネジメントして、ある程度うまくいくようになったら多機関連携で行ける。そういう流れみたいなのが必要ということではなかったらどうか。

●大和診療所 藤田委員

そのとおり。ただ、基本的には僕らも多機関連携でやっているのだから、ああいう多機関連携が難しいぞとなったら、先ほどのような説明をして、「ちょっと抱え込ませてもらっていいですか」と提案をしている。

外来の場とか病棟ではなく、その方のうちに行くので、会いに行くのはご本人だが、その場での親子との緊張関係とか、その雰囲気とか空気というのは非常に感じるのだから、そういう話もできるというメリットは大きい。

◎山田会長

それでは、地域活動支援センター旭川壮の村下委員にお願いしたい。

世帯の問題が、支援者間の連携で問題解決につながったような事例というのがあるか。また、自立支援協議会の調査結果ふまえ、どういったことがポイントだと感じるか教えていただきたい。

●地域活動支援センター旭川壮 村下委員

自立支援協議会の調査結果について、この調査結果がどれを指すのかがよくわからないが、最初にお話のあった、令和3年度に行ったクリニックを対象にした調査ということであれば、その時は、相談支援専門員がどういう役割を持っているかということの認知度がすごく低かった。受診されたときに、「ヘルパーがいるよね」とか、「こういうサービスが必要だよ」と思っても、それをどこによってマネジメントしてもらおうかということがわかっていなかったというのが、この令和3年度の結果ということになる。そこから大分進んできて、福祉サービスを使うには相談支援専門員の計画が必要というふうに、少しずつ認知が広がってきていたら嬉しく思う。

それから、障害者は相談支援専門員、介護保険ではケアマネージャーというが、この2つをマネジメントの手法やサービスの組み立て方の違いがあり、そこをうまく連携していくために、合同の研修会を、岡山県の相談支援専門員協会と、介護福祉専門員協会で行っている。

それから、好事例ということでは、やはり最初に発見したときに、介護保険とか、ケアマネージャーとか訪問看護ステーションからご相談があれば、その世帯に、精神障害の人がいるとか、知的障害の人がいるということを受けたとしても、それぞれに対応して情報共有しているので、家族としてまとめて考えていける。チームを作るためには、やはり地域包括支援センターや、基幹相談支援センター、岡山市だったら、機能強化事業所というところの人がキーとなって、先ほど藤田先生から話のあった包括型マネジメントなども活用し、一旦そこで全体を見て、それぞれに割り振っていくことが重要。そのときに、やはりキーパーソンを誰にするか。家族支援をどのようにしていくかということを考えなければならない。

やはり「ケアマネージャー」は介護保険始まって大分経つのもありとても認知度は高いが、「相談支援専門員」はなかなかまだ認知されていないところもあるので、この広報をしていけたらと思っている。

それから、自立岡山市の自立支援協議会のホームページには、ピアサポーターのことも、掲載している。もう少し利用が広がればと思っている。

◎山田会長

それでは、最後に岡山市社会福祉協議会の森本委員にお伺いする。

社会福祉協議会では、地域連携を進めておられることかと思うが、障害福祉と介護保険の連携に係る課題、好事例などあればご教示いただきたい。

●岡山市社会福祉協議会 森本委員

岡山市社協の方では、障害者の方を対象としたものとして、居宅支援センターの居宅支援事業を実施しているが、これは身体精神にかかわらず行っており、昨年も少しお話したが、年齢が上がって障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する際は契約の変更手続きなど、ご本人やご家族がいろいろな負担に感じられることが多いというふうに聞いている。具体的には、サービスが変わることによって、自己負担額が増えたり、家事援助などの時間が短くなったりするようなことの理解がなかなかしづらいということがある。

また、別の事業として、よりそいサポートセンターという、生活困窮者の方の相談支援事業を行っている。これは岡山市からの委託事業で、福祉事務所などから私どもの方に、「生活に困っている」、「家賃が払えなくて困っている」というような内容で相談を受けるのだが、大抵そういった世帯は、世帯構成はいろいろではあるが、複合的な課題を抱えていらっしゃる方が、ほとんど。

お子さんがいると虐待の問題があるし、発達障害のお子さんがいたりというのもあるし、ご家族の中にやっぱり疾病、精神障害の方もいらっしゃるということで、入口は生活費のことであるが、多機関が関わってこざるをえない。

ご本人に、他のいろいろな方が相談に関わるることについて了解していただければ前に進まないこともある。必要であれば、私どものほうで、他の機関、地域包括センター、地域こども相談センター、保健所などの担当の方に声かけして、このようなケースのケース検討の会議を定期的に行っている。

ちょうど国の方からも重層的な支援体制整備ということを求められているので、そういった各機関が制度のはざまのようなものを埋めていくためにどうしたらいいか、チームのような形で、情報共有、それからアウトリーチも行い、支援が必要な世帯について伴走的な支援を行っていくということで、動いている。

一方で生活に一定のめどが立った場合には、今後その地域で、その人が安心して暮らすことができるようにということで、支え合いの地域づくりという活動も行っている。地域の民生委員や愛育委員などと連携し、地域のサロン活動や見守り、また一人暮らしの方の給食会などにお誘いするなどして地域での居場所づくりや、ボランティアグループを紹介するなどして、伴走的な支援を継続して行っていきたいと考えている。

◎山田会長

一通りのご意見をいただいた。そのほか、委員から、或いは事務局から何かご意見などあればご発言いただきたい。

●日本精神科看護協会岡山県支部 岩切委員

資料1の16ページの入院患者数の推移をみると、60代70代80代の方の入院数が減っているという事実があるとのこと。自分の立場から言うと、この障害と介護保険が分かれているおかげで、65歳になったら行く場所がある。退院していただく場所があるというのが、私たちの実感としてある。65歳まで待って、障害で入れる施設がなかなかないので、介護保険の施設に入らせていただくということがあって、その背景には介護施設がコロナもあって空きがある現状などがあるのかもしれないが、岡山市がここをどういうふうに判断しているのか気になっている。地域だどここが分かれていることがすごくネックになってるのもわかるが、病院から退院していただくには、何かサポートがないと、生活ができない。

施設に退院していった方は、行ってみたら生き生きして暮らしているというのを、本部にいたスタッフから聞くことがある。

障害の施設がもう少し増えていけばこの壁を私たちは感じなくて済むんだろうが、岡山市として、この高齢者の入院患者数、患者の割合が減ってきたことについてどのように分析しているかお聞かせ願いたい。

○事務局

ご質問について、岡山市の方では詳細には分析をしていないため、またそういうところも含めて、可能であれば確認して参りたいと思う。

◎山田会長 総括

それでは、本日の議事については以上とする。

根本的な取り組みの考え方や捉え方、いろいろな具体的で実効性の高そうな方法など、たくさん貴重なご意見をいただいたと思う。各方面で取組されているわけだが、どれも非常に有効であると感じたと同時に、少しずつ取組を集約して機能していくようにしていければというふうに思いながらお聞きしていた。

委員の皆様方においては、本日の議論でたくさんの気付きがあったと思うので、所属団体に持ち帰っていただき、情報共有していただければと思う。

私の議事進行はここまでとし、司会を事務局にお返しする。

○事務局

事務局の方から少し付け加えさせていただく。

冒頭で会長からご質問いただいた、資料1の8ページのところについて、医療保護入院の政令市等の状況について回答させていただきたい。

政令市の大規模都市でいうと、横浜市の数字があったのでご紹介する。令和5年で3,900人ぐらいが入院していて、うち68.3%が医療法入院となっている。ちなみに岡山市の令和元年が69.8%で、横浜市が同時期に66.3%となっており、岡山市の数字が令和3年から5年までの間、1病院抜けているのもあり、その影響で数字的には高くなっていると考えられる。また、人口的にも近い堺市は、入院患者2,000人ほどで、医療保護入院が65.2%という

ところなので、60%中盤ぐらいであれば平均に近い数字であると考えられる。

●閉会あいさつ：太田こころの健康センター所長

本日は、たくさんのご意見をうかがわせていただき感謝申し上げます。

いろいろなことが頭を巡ってはいるが、やらなければいけないことをいくつかイメージするなかで、小森委員の「小学生に教える」ということについては、やりたいと思っている。

ただ小森委員自身が言われたように小学生に、「この病気はこうなんだ」と教えるのはどうなのかというのはあって、今までやってきたのは、ターゲットは中2だった。中2の子供たちに、統合失調症のことを知ってもらう。ねらいは、「アンチスティグマ」と「援助希求力を高める」と両方のことを考えていて、二兎追うからいけないのかもしれないが、最近はなかなか授業をやってもらえていない。それをもう1回ちゃんとやろうと思っていることが1つ。

特に僕たちが実感として経験した「ピアってすごいな」というのは今後もやっていきたい。中学校に頼んで、2年生の授業に時間もらう。2週間か1週間あけて、45分の授業をやらしてもらって、1回目に統合失調症のことを知ってもらって、2回目にピアの人と一緒に行って当事者の人の話を聞いてもらう。そうしたらやはりすごい。担任の先生から、ちょっとやんちゃな男の子のことを、「あいつがあんな反応すると思わなかった」みたいな感想が返ってくるので、続けたいが、なかなか学校も忙しいようで取り入れてもらえないという現状がある。

小学生もやろうと思っているが、同じことは難しいかなと思うので、援助希求の力を伸ばす方に力を入れてまずやってみようかなと思っている。そんなふうにして、小中高にアプローチをしていきたいと思っているが、僕は庶民の臨床医から抜けられないので、公衆衛生学的なことがまだ考えられていなくて、どうやれば岡山市のスティグマを軽減していけるか。統合失調症の人、躁うつ病の人、いろんな精神疾患を持つ人たちに対する、特にセルフスティグマを軽減していけるかというのはとても難しいと思っている。ご本人もご家族も引っ込んで出てこなくなってしまうようなところに、話をしようとしてもなかなか難しい。

だから災害の話に行きなさいみたいなことになるんだと思うが、何というか、学校で教えるよりは普段一緒に話をしてくれればそれでいい。だが、セルフスティグマが強いので、出てこなくなって、だから話ができなくてというのが、悪くなるように回っている。それをどうにか変えていきたいと思う。「うちの子供は花粉症ひどいんよ」みたいな感じで、「幻聴ひどいんよ」と言えたらいいと思うが、なかなか実現しない。そこにどう切り込んでいくかを、これから考えていきたいなと思っている。

一対一で患者さんに対するよりも、ここをどう変えていくかはとても難しいが、やはり彼らが引っ込んでしまわないで地域の中に出てきてくれて、それに対して、僕ら専門職から高齢者の専門職の人達も、対応していけるようになればと思う。家族会に行ったら、「そんな仕事せんでええよ」、「叱らんでいい」というふうに言ってもらえるわけだが、家族会に行かなくても、民生委員さんに言ってもらえる。でもそのためには民生委員さんと話をしなくてはいけない。それができるようにならなきゃいけないっていう。何か「これだけじゃいけない」というところがたくさんあるが、何とかそれを越えていきたいなと思った。

それから、高橋先生、もしそういうお医者さんがおられたら、こころの健康センター086-803-

1273 に電話して、太田に紹介したいと言ってもらえたらとりあえずは、何でも受ける。今アルコール問題に関しては G-P ネットを作っている。G は一般医で、P 精神科医。双方顔の見える関係を作るということは、かなりできてきているが、医師全体に広げることができていないので、そのシステムができるまではとりあえず電話してくれたらよい。

それから藤田先生も、定着支援がすぐに使えなかったらこころの健康センターに相談をいただければうちがやる。うちの事業としてもやっているが、単にやっているだけではなく、長期入院の人の地域移行支援とか、地域定着支援というのは、今福祉サービスでお金も払ってやっているわけだが、行政が責任持ってやるべき。だからうちに電話してもらいたい。

ということで、岡山市全体のそのスティグマをどう軽減するかを、考えていきたいと思っているので、今後もよろしくお願ひしたい。