

令和元年度奈良市精神保健福祉連絡協議会 会議録

令和元年度奈良市精神保健福祉連絡協議会 会議録		
開催日時	令和2年2月27日（木）午後2時から4時 まで	
開催場所	奈良市保健所・教育総合センター 3階 大会議室	
出席者	委 員	出席委員：8人 代理：1名 欠席：吉田委員、佐藤委員
	事務局	5人
開催形態	公開（傍聴人0人）	
担当課	保健予防課	
議 題	1 令和元年度精神保健福祉活動の報告 2 精神障害者の退院支援体制の構築について 3 いのち支える奈良市自殺対策計画について 4 令和2年度の主な活動について（案）	
議事の概要及び議題に対する主な意見等		
1 令和元年度精神保健福祉活動の報告 事務局：資料を用いて報告 金森委員：障害福祉サービスの利用状況について、参考資料1を用いて説明。 塩入委員：当事者性を担う立場から、相談件数が伸びないことについて質問したい。医療が必要な状態なのに、病気を認めず、病院に行こうとしない本人をどのようにして医療につなげるか。病院は連れて来て下さいと言うばかりで、家族は連れて行こうとするが、30代、40代の、両親よりも体力のある当事者を医者に連れて行く事は至難の技。本当に大変。医療につなぐ事が大きな課題だが、相談の結果、どれだけ医療につながり、かつそれが継続しているのか。 事務局：相談のうち医療につながった件数は、今年度データがない。個人の印象としては、新規相談では未治療、中断の方が多く、新規の方の支援を要するケースは繋がっている。また、家族の負担にならず、本人の人権も尊重しながら医療につなぐことが出来るかは課題だと思う。 もう一つ、どうやったら中断せずに継続していくかだが、今年度からは退院後もより意識して関わり、声掛けや服薬確認しているケースもある。 塩入委員：家族会でもみんな1度や2度は保健所に相談している。しかしそれが上手いかず、相談に行ってもダメだったと諦めが出てしまって、もう相談をされようとしらない人が多い。医療にきちんとつながるまでしっかり保健所でサポートして欲しい。薬を飲まなくなると、また病識がなくなり、通院しなくなる。道筋がつくようにしっかり応援して欲しい。そうでないと問題は全く解決しない。 新川主幹：貴重な意見をいただき、またこちらで持ちかえる。 宮野委員：うちの病院では訪問診療を2,3年前から始めているが、なかなか増えないのが実態。今のところ年間50件ぐらい。従来病院は来て下さいの一辺倒で、非常に家族が困る。こちらからも出向く事が大切だという理念でやっている。 もう一つは中断。昔から中断チェックはしており、通院に来なければ電話で連絡をしている。年に1回は中断している患者を医師がリストアップし、チームで訪問診療をという取り組みをしている。また、本来もっと大胆にやらないといけませんが、他の業務も多く、医師数も限られている。うちの病院は非常に若い医師が多く、若い先生が自分達の勉強もしている中で、自ら立ち上げているのが実態。これをドラスティックに変えようと思うと、国が本気でやらないと変わらない。これがなぜ広がらないかと言うと収入にならない。診療報酬で訪問診療料が新設はされたが、訪問診療部門の収益はスーパー救急病棟内の1床とほぼ同じ。そう考えるととても微々たるもの。訪問看護も含めて、うちの病院ではどういうふうにしていくのか次のステップで悩んでいるところ。 神澤委員：以前も聞いたかもしれないが、吉田病院ではACTを一時、試みていたと思う。奈良県の訪問を中心とするアウトリーチ活動は現在どうなっているのか。 宮野委員：ACTと名の付くような本格的なチームはないと思う。いわゆる諸外国でやっているような多職種が関わり、地域割りでキャッチメントエリアを決めての濃厚なサービスはやっておらず、出来ない。なので、今できるところのアウトリーチを組み合わせるしかない。医療側は訪問診療、訪問看護。福祉側はヘルパー。それを組み合わせながらやっていかざるをえないのが現実。 神澤委員：これからの展望として、一定のケアを地域で、チームでやるとしたらどのような構想があるか。 村田委員：ACTは文字通りキャッチメントエリアを決め、1人当たりの対象の人数を限定し、地域で重度の精神障害者を支えるという基本的な理念がある。全国で実施されているところを見ると、診療報		

酬や障害福祉サービスの活用等、色々な組み合わせでやっている。なかなか収入が上がりにくい、平成 30 年の診療報酬改定で訪問診療の要件が緩和され、各病院でもぜひ取り組んで欲しいと機会があれば話している。いくつかの病院が吉田病院に話を聞きに行ったと聞いている。

あと検討しているところだが、行政で何ができるかということ。人員増や、直営で何かをすることはかなりハードルが高い。一旦事業化しても 3 年で終了するという考え方があり、それをどう継続させるのかということもある。各地で先行した事例等を収集し何ができるか検討している段階。

神澤委員：ACT-K から始まったような ACT-J、ACT-Q のような活動等、色々な形の活動もありえると思う。

ニーズはあると思うので、近い将来こういう活動を実現できる方向ですすめて欲しい。

新川主幹：塩入委員に伺うが、昨年度この協議会で意見のあった家族教室からともしび会に見学について、見学後、家族会につながった人はいるか。

塩入委員：保健所の家族教室はとても大切で、それを通じてともしび会のことを知り、入会される方もここ数年毎年 5、6 名ほどおられる。保健所が毎年家族教室を開催されていることを感謝したい。

新川主幹：精神保健福祉センターでの依存症に対する相談支援状況はどうか。

田中委員：参考資料を見て欲しい。精神保健福祉相談としてのギャンブル・薬物依存症相談については全県一区で対応しており、奈良市民も含まれる。2 月までの数字となるが、今年度については、ギャンブルについては本人が実 8 名、延べ 40 名。家族については実 15 名、述べ 18 名。薬物については実 6 名で延べ 9 名。家族については 4 名となっている。

ギャンブル、薬物の回復プログラムとして集団でのプログラムも開催しており、ギャンブルについては家族教室も実施している。実績はご覧の通りで、毎月開催している。

新川主幹：宮野委員に伺う。昨年度のこの協議会で、吉田病院がアルコール依存症の拠点病院を目指しているとあったが、現在はどのような状況か。

宮野委員：県はアルコール依存症の医療機関を増やし、令和 5 年度までに専門医療機関として 4 カ所の選を考えている。まず専門医療機関としてスタートし、その実績をもって審査が通れば拠点病院となる。吉田病院としては、まず専門医療機関として登録の申請をあげているところ。

残念ながら、アルコール依存症については経験値が非常に低い病院であり、一から手探りで始めているのが実態。担当医師や、多職種が研修に行くなど準備をしているところ。経験値が少ないというデメリットと、逆にメリットもあると思う。従来型のアルコール病棟方式でない形にならざるをえず、アルコール専門医ではなく、アルコールを担当する医師を中心にワンチームで行う。他の精神科の医師もアルコールを診ていくスタイルでアルコール病棟を作るのではなく、既存の病棟の中の開放ユニットの一部を使ってと計画している。

新川主幹：奈良市では、専門医療機関、地域包括支援センター、行政が協力してアルコール関連問題懇談会で取り組みをしている。今後ともに活動していければ良いと思っており、また声掛けをさせて頂く。

塩入委員：家族会の全国団体が、家族が理不尽な体験をしたことがあるかという全国調査をした。ともしび会でも回答者の約半数が「ある」と答えた。たとえば、ひきつけを起こして町の内科医を受診した時、診察後に、次からは精神科のある総合病院で診てもらってくれ。」と言われた事例。自治会から「(お宅の息子を)早く入院させてくれ。そうじゃなかったら出て行ってくれ。」と言われた事例。従姉妹から「彼が退院してきて近所に住むんやったら私は家を出て行く。」と言われた人もある。今でもこんなに偏見が残っている。先ほどの報告でも、病気の事を家族があまり知らないとあった。精神疾患、精神障害に対する啓発に力を入れて欲しい。生駒市の市民広報誌では、この 3 年間で 2 回精神疾患の特集がされた。1 回目は巻頭 6 ページを使っていた。奈良市のしみんだよりではひきこもりの特集がされていた。精神疾患もまだまだ理解が進んでおらず是非啓発に取り組んで欲しい。

新川主幹：大変重要な事だと思う。

2 精神障害者の退院支援体制の構築について

事務局：資料を用いて報告

新川主幹：県での退院後の支援状況はどうなっているか。また、今後どのような支援を考えているか。

村田委員：参考資料を見て欲しい。先ほど事務局の報告にもあったが、県で退院後支援のマニュアルを作成し、そのマニュアルにそって退院後支援をしている。措置入院の決定は疾病対策課、その他保健所、入院先の医療機関の役割をあげている。入院中から本人の同意が得られた人にニーズアセスメントし、最低、本人、医療機関の担当者、保健所等が集まって支援会議をする。その中で計画を作成し、退院後の支援を行うといった流れになっている。

平成 31 年度 4 月から 1 月末まで、全県で措置入院者が 27 人。30 年度は 60 人で少なくなっている。同意を得、医療機関に関わってもらい、今年度全県で 16 名に支援を行っている。原則 6 か月の支援で、すでに支援を終了した人もいるが、基本的には中断をせず、地域の孤立を防ぐことを主体において支援をしている。

新川主幹：奈良県がマニュアルを作成し、今年度から開始しているが、医療保護入院も含めて、病院として退院支援をスムーズにしていくためにはどのような事をしていけば良いと思うか。

宮野委員：なかなか包括的な自立支援が出来ないという現状の中、地域でサポートする関係者や、ネットワークを作っていく事からスタートするしかない。支援者それぞれ顔が見え、互いを尊重し合い、役割も理解し合いながら、地域でチームでのネットワーク作りが大切だと思う。そういう意味で、医療保護入院の退院支援は一つの手がかりとして有力な方法だと思う。しかし実際は難しい。うちの病院では年間 550 人程入院するが、約 90%以上は 3 か月以内に退院する。スムーズに治療が進めば 2 か月くらいで退院する人も多い。家族関係等の生活背景等が難しいケースでは 3 か月という期間に医療側は非常にプレッシャーを感じている。そういう中で、一律に 1 か月前に会議をしなければならなのはプレッシャー。或いは本人と治療者が焦る可能性があり、ケースの選択を考える必要があるが、まずは始める事が大切。

新川主幹：地域の立場としてはどうか。

谷脇委員：元々関わっている人には、地域からも入院中から退院に向けての意欲が落ちないように関わり、退院が近づくにつれて安定してくるケースも多い。申請のしなおいしで、調査が必要な場合は、2 か月程かかり、その為に退院が延びたり、早めに退院となる時は、福祉サービスが入らず、訪問看護が入り、関わるケースもある。

宮野委員：退院に向けて、関係者間で会議を持つことは非常に大切だが、退院後誰がコーディネーターするのか。医療機関であればケースワーカーが担当すると思うが、ケースワーカーは多忙で、うちの病院では来年からアルコールもやらなくてはいけない。認知症患者センターもある。その中で経営もあるため人員増できない。実際入院をしている患者のケースマネジメントだけで手いっぱい。以前なら、外来の患者もケースワーカーが担当制でしていたが、現在はそういう形はとれない。

一方、相談支援事業所のケースワーカーも圧倒的に足りず、退院後誰がコーディネートするのかは詰めていかないとはいけない。

谷脇委員：退院し、新しく関わるケースについては、計画相談をたてる担当が少ないことも大きな課題。地域に戻った後の調整機能は相談支援で担当することで情報を共有できる方が良い。病院の退院に向けての会議でも、相談支援事業所で主催するケースもあると思う。

新川主幹：保健所としてもより連携がスムーズに図れるよう顔の見える関係作りを図っていきたい。

塩入委員：精神障害者の退院支援体制の構築についてという事ですが、2004 年度に厚生労働省は精神保健福祉の改革ビジョンで、社会的入院の解消が喫緊に重要だとして、7 万人の社会的入院者を地域に戻す目標を掲げたが進んでいない。しかしたとえば豊岡では目覚ましく進んでいる。これは保健所のリーダーシップによるもので、保健所が、病院と密接に連携し協働して退院支援を推進したことによる。特にピアサポーターの活用が極めて有効だったとの実績報告がされている。

県の医療計画では、全県で 600 人の長期入院者を地域に移行させる計画です。奈良市で 200 人くらいになるかと思うが、地域生活へのサポート、コーディネートが不可欠で、関係者の支援等、退院支援の中核として保健所が役割を果たして進めて欲しい。

新川主幹：貴重な情報ありがたくいただく。

3 いのち支える奈良市自殺対策計画について

事務局：資料を用いて報告

神澤委員：臨床心理士によるこころの健康相談を 15 回しているが、件数が 21 件。もう少し説明が欲しい。

事務局：毎月第 2 第 4 の月曜日にしており、月曜日は祭日が多く祝日は別日を設けていない。申込があっても当日キャンセル等で、件数的には伸び悩んでいる状況。

神澤委員：こころの体温計の年代別のアクセス数は、奈良の若年層対策にも関連する数値で、30 代女性が一番多い。本人、家族のニーズもあると思うが、次年度に向けて、月曜日は休みが多いと思うが、せっきくの事業なので、多くの人が利用できるような PR を。現在はどんな形でしているのか。

事務局：広報には毎月掲載している。色々なこころの不調にお悩みの方と言う事で勧奨している。またどのような人に勧奨すれば良いのかは今後の検討課題。

神澤委員：国全体としては、SNS を使った紙でない媒体でのものも多くなっており、効果もあるよう。もし出来たら、そういう方法もご検討して欲しい、

松田委員：いのちの電話には自殺のことだけではなく、様々な相談がかかって来る。この会議に出席しているのは自殺予防委員という立場で、自死遺族支援をしている。毎週木曜にセンターの会議室を借りて電話相談と、第 4 木曜日は対面相談もしている。

保健所で自死遺族支援を始めて一番ありがたく思っているのは、行政は信頼できる機関だからということ。奈良いのちの電話協会は民間団体で、40 年と長く続けている団体で信用も出来ているが、や

はり奈良県、奈良市のバックアップは大きい。県や市の広報で紹介されると目にとまりやすく、みんな安心する。自死遺族支援と言うと敷居が高く、来るのにも気を使って来られないという事がある。そういう面でも保健所は誰もが出入り出来る場所であり本当にありがたい。今後も継続して欲しい。

新川主幹：自殺に至るまでには多くの未遂者がいる。資料にもあったが、奈良市は既遂者における自殺未遂者の割合が県、国よりも高い。それを受けて昨年度末から未遂者支援として救急隊と連携して、未遂者支援啓発カードの配布を始めている。精神保健福祉センターでの取り組みはどうか。

田中委員：参考資料を見て欲しい。センターの資料は、警察庁の統計を用いている。奈良市が作成した資料では令和元年度の自殺死亡者数が 20,164 人となっているが、センターの資料では 18,494 人となっている。これは、センターが使用したのは、自殺日居住地別という集計表で、全国が公表しているのは、発見日発見地という集計表であり、どちらも正しい数字。

未遂歴の有無を奈良県と全国で示している。奈良県は全国よりも自殺者の未遂歴が平成 28 年当時は 33.7%とかなり高かったが、少し下がってきている。令和元年の暫定値は、24.3%で、約 4 分の 1 に未遂歴ある。男女別に見ると、男性は 19.2%だが、女性は 33.3%で、女性の方が高い。昨年は奈良市の取り組み同様、未遂者が救急搬送された時に、本人や家族に相談先の連絡先の案内を配布する為、41 の救急告知病院に案内の設置をお願いしたが、今年度案内を見ての電話は 2 件しかなかった。どうにかして未遂で救急搬送された人へのアプローチは出来ないかと考え、令和元年 10 月から医療機関と連携した取り組みを始めた。救急搬送された際に、現在は、奈良県立医科大学附属病院と奈良県総合医療センターの精神科と連携をして、救急から精神科でのフォローが必要だとなり、退院後地域での相談機関での支援が必要なケースについて、病院で本人、家族の了解を取り、センターに連絡が入る。

一旦センターで入院中の本人、家族と面談し、必要に応じて住いの市町村の自殺対策の窓口、或いは福祉の窓口につなぎ、市町村とともにケース支援をしている。両病院からの連絡は 5 件ある。ただ、タイムリーではなく、搬送から 2 週間から 1 か月程度会うまでにずれる事がある。すると、会った全員が「大丈夫です。もうしません。」と言い、その当時に抱えていた苦しみ等を上手く引き出せない。病院との役割分担やタイミングを話し合わない、継続支援に結びつかない実感がある。

新川主幹：奈良市の特徴としては、高齢者、生活困窮者、無職失業者、子ども若者の自殺リスクが高く、重点対象となっている。奈良市でも作業部会を実施し、対象者が相談する窓口の課と連携の在り方を模索しているところ。神澤委員には職員対象の研修会や、作業部会で自殺予防のための講演をしていただいたが、今後どのような対策が必要か。

神澤委員：まずは重点課題の高齢者と言うキーワードだが、一貫して多い。高齢者は決して下がっていない。その一方で若年層が伸び続けている。どちらにウエイトを置くかという話になると具合が悪い。未遂者対策というのは奈良の大きな課題だと思う。これは奈良市も同じ。若年層対策は奈良だけでなく、世界的な課題。今、県の教育委員会と協力して、学校教育の枠組みの中で、子ども達の自殺予防対策を進める活動が動いています。

市役所のどこかの部署が単独に動いてどうにかなる話では決していない。そこでつながりシートを考え、なんとか職員の間で共有したいが、それを運用するには、これからまだ工夫が必要。連携をして各部署の力が 1 + 1 でなく、掛け算になるような動きができるかを今模索しているところかと思う。

田中委員：子どもの SOS の出し方教育は、国の自殺対策の中で、どの自治体でも取り組むべき基本施策の柱になっている。奈良県は子どもへの教育の前に、教員が子どもの SOS をきちんと受け止める資質を高める事を目的に、今年度、知事部局と、奈良県教育委員会が協力して教員研修のテキスト作りに取り組んだ。次の春休みに 5 校程度の県立学校をモデル校として教員全員に受けてもらおうと準備しているところ。来年度は県の教育委員会から各市町村教育委員会に話をし、教育委員会単位での教員への教育を進め、県立学校全校と 39 市町村の教育委員会で、3 年程度程度の計画ですべての教員に研修し、テキストが行き渡るようにし、次の段階として、子どもの SOS の出し方教育進めていく予定。来年度、奈良市教育委員会にも県教育委員から連絡があると思うので、研修会に是非取り組んでほしい。

神澤委員：ゲートキーパー養成講座をもう 10 年近く奈良県下でしている。奈良市職員も数千人を対象に実施した。しかし、全職員ではないかもしれない、1 度で分かるというものでもない。やはり自殺に対する意識付けを市民全員にすることが大事。できたらこれを定例化し、市民の教育啓発の柱の一つとか、重要ポイントとして拡大してもらいたい。特に民生児童委員は町で一番しんどい人と会う機会が多く、今、奈良県下の市町村で民生児童委員を対象にゲートキーパー養成研修をしている。奈良市でもさらにしていけば、さらに効果が上がると思う。

宮野委員：正しいやり方だと思うが、当事者はどうか。若い人の自殺未遂や、高齢者が入院しているのを見るとこういう形では拾えないなと思う。特に子どもたちは、家庭環境の中で色々な複雑な逆境的な体験で育っており、その中で自己防衛をしながら生きてきており、すごく閉鎖的。家族そのものが閉

鎖的な中で、SOSを出しなさいと言っても出ないというのが正直な印象。そういう人達をどう拾うのかは、もう少し当事者の声に合わせた対策が必要。マスの部分と、ナラティブな部分の両面のアプローチが必要だと思う。

神澤委員：まさに核心の部分だと思う。18歳までに1割の人が自傷行為をする。一つの柱として学校教育でマスでやるだけではなく、自傷行為のある子ども達にどう対応していくのかがもう一つの大きな柱。精神障害者の長期入院の対策としてピアグループという話がでたが、子ども達のピアグループではないが、子ども達同士がいのちの問題を考えたり、しんどいこととどう関わるのかも含めて、SOSの出し方を奈良らしく考えていきたい。

それから、どこまで正しいかは分からないが、WHOは自殺者の97%以上が直前には精神障害の状態にあるといっており、精神障害の地域での生きづらさの支援をすることは、自殺対策に直結していると私は考えている。宮野委員の発言のような、入退院を繰り返し、居場所が少し狭くなる等、生きづらくなっている人に直接アプローチすることが、自殺対策になっている。各部署との連携とはそういう意味だと思う。奈良県内で亡くなっている200人が何人か少なくなるよう、直接関わっている医師、福祉職員、家族会と連携をし、自殺の事を考えていけたらさらに効果の高い対策が出来ると思う。

4 令和2年度の主な活動について（案）

事務局より報告：資料を用いて報告

塩入委員：主な活動というのは、精神保健福祉連絡協議会としての主な活動ということか。

事務局：精神障害者に関わっているところの部分で一緒にやっていくという事で、協議会としてではない。

塩入委員：保健所の活動なら、まずは相談支援体制を強化していただきたい。相談に丁寧に対応し、途切れることなく医療・福祉につながるようにサポートしていただきたい。それから、退院促進については、長期入院の解消が、人権上も最も優先的に取り組まなければならない問題。

事務局：ここに書いているのは基本的には医療につながり退院した後、今度は中断することなく医療が継続できるようにということで、出口の部分を強調した書き方にはなっている。めざす姿にあるように基本的に、適切な時期医療を受け、中断することなく生活出来ることを目指している。

宮野委員：長期入院者の退院支援はどこに行ったのか。県の医療計画で600人の退院を推進するとしていたが何もしていない。うちの病院では、20人程の長期入院者が退院したが、それにはかなりの力、エネルギー、時間、グループホーム等の住まいの場、働く人々の熱意がいるような仕事だった。本気でやらないと進まない。是非その辺を県にお願いしたい。

新川主幹：地域移行の取り組みについてはどうか。

谷脇委員：地域移行については自立支援協議会の地域生活支援部会地域移行グループの中で、相談支援事業所、障がい福祉課、サービス事業所等が集まり、地域移行に向けた取り組みについて検討している場はある。しかし、病院から上がるケースを地域の事業所が受けられる状況になかったり、地域は受けられる状況にあっても、病院からなかなか希望者がでないなど、タイムリーに対応できるようなマッチングのシステムがない事が課題。来年度取り組む必要があることを話しているところ。

宮野委員：病院側は諦めている。例えばうちならグループホームを作りながらやってきたという経過がある。そういう具体的な目標がないと本当に大変。上がってこないから待っているでは進まない。

新川主幹：その他意見がないので、案をとり、令和2年度の主な活動とする。

資 料	資料 参考資料1 参考資料2 参考資料3
-----	-------------------------------