

## 平成 29 年度奈良市精神保健福祉連絡協議会 会議録

開催日時	平成 30 年 2 月 7 日（水）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 10 人
	事務局	10 人
開催形態	公開（傍聴人 0 人）	
担当課	保健予防課	
議題	1 精神保健福祉活動について 2 地域移行推進の取り組みについて 3 措置入院者の支援について 4 自殺対策について 5 次年度の計画（案）について	

### 議事の概要及び議題に対する主な意見等

事務局による報告の後、委員に意見を求めた。

#### 1 精神保健福祉活動について

山口委員：新規相談の経路別は警察からが 43%を占めるとの事だが、どの新規相談につないでいるのか。

事務局：警察からは、通報前の相談も入ってくる。近隣が困っているが、どの医療や保健所の相談につないだら良いだろうか、受診の時に一緒に動いてもらう事は出来ないだろうかといった相談が多い。

塩入委員：家族教室は病気、医療、福祉サービスを学ぶ場であり、参加した家族が病気や障害に対して客観的、主体的に向き合うためのきっかけになる。教室を知らない家族も多く、家族会へつながる機会でもあるので、啓発を強化してほしい。

新規の相談経路別割合では警察等とあるが、通常家族や当事者からの相談はないのか。新しく相談にくる家族や患者はどのようにカウントされるのか。

連絡調整ケア会議は入院中の会議が 6 割を占めるが、地域でどこにもつながらずに困っている未治療や治療中断の方のケア会議はどうなっているのか。相談に来られたら、積極的に動いてほしい。

事務局：警察からの経路が一番多い事が、家族が困って警察や医療機関に相談し、保健所で相談が出来ると言われ、家族から連絡があり、直接家族が相談に来る場合が多い。保健所に相談に来る方は、家族が 8 割ぐらい。本人が来る事は本当に少ない。

保健所の相談の約 7 割が医療中断や未治療の方で、保健所と家族以外の関係者がいないケースが非常に多い。家族との面接や訪問でどう医療に結びつけるかの検討をするためケース会議開催までいかないが、相談に応じている。

塩入委員：休日、夜間の時間帯は、相談先がなく、またその時に危機的な状況を迎えてしまう事があり、夜間休日の相談支援体制を是非検討してもらいたい。保健所、障がい福祉課が、精神疾患の第一線の相談の窓口であるという呼びかけを積極的にお願いしたい。

#### 2. 地域移行推進の取り組みについて

加藤委員：参考資料 1 を用いて加藤委員より地域移行・地域定着支援事業について報告。

地域移行・地域定着支援事業の周知の為、地域の自立支援協議会で平成 29 年度版地域移行定着ハンドブックを作成、地域移行の相談を受ける事業所を開拓しようと、ハンドブックを用いた説明会を 3 月に予定。今後、奈良市のピア活動の方針を検討するため、ピア活動ワーキングも立ち上がっている。

塩入委員：厚生労働省の検討会で長期入院者の何割かは地域の受け入れ基盤があればすぐにでも退院できる状況との報告があったが、地域移行・地域定着支援事業の利用者が 2 人に対して現在 1 年以上の入院者が 321 人、この理由を教えてください。

宮野委員：地域包括ケアシステムの目標を、厚労省は 1 年以上の長期入院者の約 20%とする方針を出している。321 人の 20%は、約 60 人になるので、あわないと感じる。

20 名を病院外への目標をたてたが結局 10 数名。関連の福祉施設やグループホームを作った事は効果的だった。地域側にインフラ或いはマンパワーがないと、いくら声をあげても実績につながらな

い。一定の取り組みをしてもなお入院している長期入院患者は、慢性の重度、又は中等度から上の病状で不安定、生活のスキルやレベルが低い方が多く、正直悩みながら、地域で住めるようにと、葛藤しながら進めているが、病院から出て行くには支援者やインフラ、予算等の経済的基盤がないと進まないのが現状。

山口委員：地域移行グループを行う地域生活支援部会の立場と、私見を併せて話す。退院率は、目標の入院後3か月時点、1年時点は達成している。障害福祉計画にもあるが、1年以上は321名と経年でも増えており、課題と認識している。奈良市で地域移行・地域定着支援事業の障害福祉サービスの利用が上がらない事に着目し、利用者や、関係機関への周知のためパンフレットを作成し、活用に向けて動いてきた。しかし、指定一般相談事業所が行う地域移行・地域定着支援事業だけで進むことは到底ない。まずは地域移行を実際に見込む人数は二つの医療機関でどれだけいるのか、どのような方なら地域で受けられるのかという事を明らかにする。そして、何名が一般相談支援を使って地域移行を進められるのか、地域定着支援の利用に応じて一般相談支援事業所数や相談支援専門員の確保をする。グループホームは増えているが、精神科の医療機関だけでなく、身体障害者、知的障害者の施設からの地域移行も含め、グループホームで受け入れができるよう行政の声かけも必要。

平成30年4月から自立生活援助という新しい障害福祉サービスができるが、どれだけの人が必要として、実際にどれだけ数の事業所を確保したら良いのか、皆が協力し整備に向け動くことが必要と思う。地域移行グループでもそのどれかに取り組めたら良いと思う。

宮野委員：同感。20%60人をこの町で受けるための受け皿づくりのマスタープランづくりが必要。行政だけではできない。民間もあつまり、それぞれが出来ることを出し合えて作れたらと思う。

地域づくりや受け皿づくりはワーカー職だけでなく、病院や訪問看護師等の看護職も考える取り組みが必要である。ワーカー職は地域におり、長期入院で精神症状がかなり残っている方をグループホームで受け入れる時、入院治療が必要な病状の方との関わりが少ないため戸惑う場合がある。看護職は慣れており知識や技術も持っているので看護職の協力のもと、つくっていく発想が必要である。

パンフレットが出来た事は良いが、字が分かりづらい、当事者には視覚化の方が良く、小さな成功体験でも良いので、動画などのわかりやすいビジュアルで訴えるような道具もあれば良いと思う。

加藤委員：参考資料2に基づき、障害福祉サービスの利用状況について報告。

宮野委員：地域の受け入れ側のスタッフのほとんどはワーカーで、病院側は看護師。その意識のずれがあり、それぞれの特徴を生かし合い、関係性を作るのが非常に難しいと感じている。

目の前にグループホームがあり、外泊のスペースもあり、計画をたてて外泊から始め、半年くらいかかってやっと退院するというのが実態。そうやって積み重ねてもやはり少数である。

上野会長：貴重な意見、長期入院者の退院に向けた体制整備という目標は同じでも、医療職と福祉職の考え方の違いやそのギャップを埋める対策も考慮していく必要があることも分かった。

グループホームにとってはなかなか難しい課題と思うので、解決に向けて、自立支援協議会をはじめ、関係機関で取り組んでいかないといけない事と思う。地域移行・地域定着支援事業を担う事業所が増えていくことも必要と考える。グループホームが地域移行の受け皿として重要であることに変わりはないが、住宅確保問題には様々な課題があり、今後も地域と共に検討を要する課題である。

村田委員：県では、精神障害者の地域移行は、医療計画の大きなテーマのひとつになっている。精神保健福祉資料では、6月30日現在の精神科病院の入院患者の調査が平成29年に大きく変わった。これまでは各病院で1年以上の入院者が何人いるかの把握は出来たが、平成29年からは市町村ごとの入院者の状況がつかめる仕組みになった。国立精神神経研究センターのホームページに最新の状況がアップされている。元々奈良県に住所のある方で一年以上の入院の方が1040人。この数が少ないのではないかと国立精神神経センターに連絡をしている。その数値に基づき医療計画も3か月未満、6か月未満、1年未満、1年以上の退院率を目標設定にしている。奈良市の資料にもあるが、1年以内に約9割の退院が全国の通説、残り1割が長期に移行する。精神科病院には何十年も入院している方も多く、対策として地域に帰ってもらうための基盤の整備や長期の方は認知症も多く、認知症施策の推進も必要。なかなか治療効果がでなくて退院に結びつかない人には、クロザリル等を使い難治性の統合失調症の症状を改善していく。

今後に出てくる予定の精神保健福祉法の改正案には、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築という新たな考え方も出ている。地域の事業所はワーカー職がたくさん相談を受けているが、病院では看護師が支援しており、地域包括ケアを推進していく一つのキーワードが多職種連携の構築。地域に色々な協議会を作ることも厚生労働省のポンチ絵に出ている。担当者がいろんな業務を兼ね、会議のテーマは違っても、参集する方が一緒というのもあるため、合理的に進めていくことの

検討も必要。

加藤委員：先ほど病棟の看護師とワーカーの意識の違いの話があったが、詳細を聞きたい。

宮野委員：端的に言うと病棟は病棟の仕事をしており、地域を知らない。逆にワーカーは地域の一部の精神障害者は知っているが、病院で入院をしている重症患者は知らない。一番問題なのは、地域の作業所等に通っている患者の層は、今のインフラで対応できるが、長期入院のもう少し上のレベルの患者さんに対しては、お互いに歩み寄って協力し合わないと上手くいかないという感触を持っている。

### 3. 措置入院者の支援について

宮野委員：多くの病院は予約制で、誰が受診したのかすぐに分かる。当病院では、中断者へ看護師が連絡をし、場合によって訪問をして出来るだけ中断しないようなフォローを心がけている。それでも来られない方がいるのも事実。親だけ来院する方もいる。本人が来院しない人を20人程リストアップし、病状等でグループ分けをして、訪問活動に取り組んだ。医師の往診や看護師の訪問等を集中的に取り組むと、今まで一番悪いAグループだった人がBグループ、Cグループになっており、効果は出ていると思う。アウトリーチ、往診や訪問等、在宅に出かける精神科医療がこれから求められると思う。

しかし人や財政がないと出来ない。精神科は、精神科特例があり、雇いたくても人を雇えない構造的な問題を抱えている。さらに専門志向が精神科だけでなく医師全体に進んでおり、地域に密着して医療をやる医師が少なくなっているため、地域を見る医者を一人でも育てたい。

北村委員：精神保健福祉法23条通報の対象者で、クリニックが通院先の11名はかなりの数。市内の精神科クリニックは現在14~15程あり、昔に比べて増えている。新しく開業する医院の患者は、うつ状態や神経症圏等の方で、非常に重い精神病レベルは非常に少ないのが現状で、11件は意外。病院のように中断した方を把握しフォローする事はおそらくしていないと思うので、クリニックの診療を継続して診ていくうえでは問題があると思う。新しく開業する医院は神経症レベルが多く、ドクターショッピング等で新しいところに移る方も多い。重い精神病圏の方が、1年位来られなかったら、カルテを調べてみるなど何らかの対策があると良いが、難しいのが現状である。11人との数はそういった事もあるのではないかと。

村田委員：奈良県の措置入院者は年間80人から90人位。昨年度は少なくても51人。これは異例。おそらく今年度も80人位。通報の傾向として、都道府県の対応が一律になっておらず、今回の法改正でも指摘された。措置入院に関しては入り口を含めて措置入院のガイドラインを策定する流れになっており、厚生労働省科学研究班で検討されている。

退院支援については、医療保護入院者と同様に退院の為の環境調整相談員をつける事。退院後の支援計画を策定する事と言われており、各保健所の保健師、ワーカー等で集まり、支援計画について検討を続けている。

支援者は、患者管理ではなく、退院後に地域等で孤立無縁な状態になることを避けるための計画を作りたいと考え、様式や事例を出し合い、チェックしているところ。

退院後支援のガイドラインが、厚生労働省科学研究班で検討されており、最終は全国共通のガイドラインになると思う。そのガイドラインとの整合性を図り、退院後支援計画を立てるという流れで進めていきたいと思っている。

### 4. 自殺対策について

高橋委員：奈良のうちの電話では色々な方の電話を受けている。中でも約半数がうつ病等でしんどい方。先日何時間もかけてやっとつながった。これで死ななくてすむとそれだけ言って切れた若い人からの電話があった。私たちは24時間電話の前に座らないといけな思っているが、相談員の減少でなかなか難しい。

自死遺族支援に関わっていて、親、兄弟の自死を子ども自身が悲しめないのが気になる。子は母の悲しんでいる顔を見たら、自分の悲しみを隠して親の機嫌をとる。親に心配を掛けてはいけなと自分を隠してしまう状況が電話相談でも見られる。

周りの大人があなたの悲しみは分かっていると、寄り添える学校の先生でもいい、近所の人でもいい。だれかが「今悲しいと言って良い、自由に気持ちを出して良い。」と伝える。その事が子の自尊心を育て、思春期に向かって乗り越える力になっていくと感じている。

自死に限らず親の病死、別離も含めて、起こった後、大人と一緒に死について考える事をしないと、いけなと感じている。どうしても口をつぐんでしまうが、学校も逃げてはいけな。小学校6年生時に親の自死を経験した遺族は、学校の先生の「あなた、大変だったね。何か手伝えることがあったら

言ってね。」との一言がすごく心に残ったと話をしていた。周りの大人の死から子どもを守る事が大事であると思っている。

伊東委員：奈良市同様、奈良県も他の世代は全国よりも自殺死亡率が低い、若年層が低くない。県は若年層対策を重大な課題と捉え、当センターで対策を行っている。

帝塚山大学の心理学部の学生と一緒にしている取り組みがある。大学生の有志と、自殺予防を目的にサークル活動を通して、こころの健康問題、若者の視点で情報を発信する取り組みをしている。

若者の視点を取り入れた情報発信をセンターも心がけており、具体的には、学園祭時のパネル展示、普及啓発、シンポジウム、参加型のイベント企画や、学校内のゲートキーパー研修を行っている。

課題は一つの大学に限られていること、横に展開され、若者同士のネットワークが確立できれば良いと感じる。学生や若者主体の先駆的な取り組みであり、大事にしていきたい。

神澤委員：帝塚山大学は心理学部があり、学生を中心にぷりべんしょんというサークルを作った。学園祭のシンポジウムや、学生が主体のゲートキーパー研修を去年行った。今年も3月23日に開催予定。

若年層の対策では、自殺を語れないとの話もあるが、誤解や偏見が口を開く機会を奪ってしまう。教育の枠組みではデス・エデュケーション(死への準備教育)と言い、自殺対策に限ると若年層の中学生対策が大切。自殺は思い立ってから亡くなるまで5~7年の年数がかかるとのデータがある。その間に何らかのアプローチが出来ると自殺を止める確率が高くなる。自殺を考える若者や、周りが学ぶことが大切である。毎年、奈良県の教育委員会、他市の教員対象にゲートキーパー研修をしている。しかし、昨年9月の日本自殺予防学会で東京都の方とも、予防研修を歓迎しない声があるとの話になったが、子ども達はとっくに目覚めている。SNSに接近し、様々な自殺情報にさらされている。後ろに控えず、子ども達と一緒に自殺やいのちの問題を考えることが積極的な抑止につながる。

言いたいことを言えない子どもが将来どうなるか。おそらく、将来、言いたいことを言って良いのかを考える子どもになるかもしれない。自己肯定感が低いまま成長すれば、自分に向かって攻撃的な行動である自傷行為や、自殺企図をするかもしれない。思春期の自傷率は13%。子ども達は10代のうちに13%が一回は自分を傷つける。そして一回傷つけた子は数回繰り返して傷つける。この先が大事で、実際に自殺で亡くなった方の自傷経験調査では、自傷経験のない人の何倍、何十倍、一番大きなデータで言うと200倍くらいになる。自殺の問題は、思春期、若年層の子ども達のこころの健康を考えることと私は考えている。そのための努力をセンターやいのちの電話と協力してやっている。

世界的にも緊急の課題は若年層対策、奈良市は深刻、私も出来る範囲で協力しようと思うので積極的に若年層対策を立案実行してもらいたい。

## 5. 次年度の計画(案)について

上野会長：次年度の計画(案)について意見等はあるか。

意見がないので、案を取り、次年度の計画として承認された。

資 料	資 料 1	精神保健福祉活動について
	資 料 2	地域移行推進の取り組みについて
	資 料 3	措置入院者の支援について
	資 料 4	自殺対策について
	資 料 5	次年度の計画(案)について
	参考資料 1	障がい福祉課の地域移行・地域定着支援事業について
	参考資料 2	障害福祉サービスの利用状況について