

平成 30 年度長野県地方精神保健福祉審議会 議事録

日 時 平成 31 年 3 月 22 日 (金)

午後 2 時～ 4 時 10 分

場 所 県庁議会棟第 1 特別会議室

(小澤課長補佐兼心の健康支援係長)

それでは定刻となりましたので、ただいまから平成 30 年度長野県地方精神保健福祉審議会を開催いたします。私は司会を務めさせていただきます、長野県健康福祉部保健・疾病対策課心の健康支援係長の小澤と申します。よろしくお願いいたします。

はじめに保健・疾病対策課長の西垣よりご挨拶申し上げます。

(西垣保健・疾病対策課長)

[開会あいさつ]

(小澤課長補佐兼心の健康支援係長)

本日出席の委員の皆さまにつきましてはお手元の名簿のとおりでございます。なお、課長あいさつで申し上げましたとおり、本年度は本審議会の委員改選があり、本来であればお一人ずつに委嘱状をお渡しするところですが、時間の都合上、机の上にあらかじめ配付させていただきましたのでご承知置きください。

また、本日は現任委員による初めての審議会となりますので、お一人ずつ簡単に自己紹介をいただきたいと思っておりますので、鷲塚伸介委員からお席の順にお願いします。

(鷲塚伸介委員以下 10 名)

[自己紹介]

(小澤課長補佐兼心の健康支援係長)

皆さま、ありがとうございました。

なお、遠藤委員につきましては、若干遅れてみえると伺っております。また、渡辺委員につきましては、都合によりご欠席とのことでございます。

会議の成立についてご報告させていただきます。

本日は現在、委員 10 名に御出席いただきました。長野県地方精神保健福祉審議会運営条例第 5 条第 2 項で成立要件とする委員の過半数以上の参加を満たしておりますので、会議が成立しておりますことをご報告いたします。

続きまして、本審議会における会長職の選任に移らせていただきます。

長野県地方精神保健福祉審議会運営条例第4条では、会長は委員の互選によるとされております。事務局では、会長職はこれまで、信州大学医学部精神科教授にお務めいただいてきたことから、本任期につきましても、同職の鷺塚伸介委員がご適任と考えておりますが、委員の皆さまから会長職についてご意見等がありましたらお願いいたします。

<特に意見等なし>

それでは、鷺塚伸介委員が会長に選任されましたので、鷺塚委員は会長席にお移りいただきますようお願いいたします。

本日の日程につきまして、会議の終了はおおむね16時頃と考えておりますので、よろしくお願いいたします。

また、本日の会議につきましては公開で行われ、議事録につきましては後日、県のホームページで公開させていただきます。

それでは、議事に移りたいと思います。議事の進行を鷺塚会長にお願いいたします。

(鷺塚会長)

それでは、ご指名をいただきましたことから、会長職を務めさせていただきます。

本日お集まりの委員の皆様にご協力を頂きながら、審議が円滑に進むよう努めてまいりますので、長野県の精神保健福祉施策のため、活発な議論となるよう、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、着座にて失礼いたします。

これより会議事項に入ります。

本日の進行ですが、資料が1から13までありますので、概ね4つずつ区切って事務局から説明をし、説明後に質疑の時間を設けます。その際、質問のほかご意見も承りますが、最後に意見交換の時間を長めに取りたいと思いますので、そういった趣旨での進行にご協力をお願いいたします。

それでは資料1から4までの説明を事務局よりお願いします。

遠藤委員がお見えになりましたので、自己紹介をお願いします。

[自己紹介]

(事務局)

[資料1～4説明]

(鷺塚会長)

只今の説明を持ちまして資料1から4までの説明は終了いたしました。ボリュームが多くて盛りだくさんではございますが、ただいまの説明に関連してご意見、ご質問等ありましたらご発言をお願いいたします。

(埴原委員)

本年度に入り、通報及び措置件数が伸びている事由をはっきりさせておいた方がよいかと思えます。

個人的には、警察で通報に対するマニュアルが整備され、それに対し保健所が受理するか否かを明確にする流れができてきたことが関係しているのではないかと推測するところですが、本県だけのことか全国的な傾向なのか。また、どの保健所も措置率が伸びていて概ね 60%くらいかと思えますが、措置率の変化と県内の通報及び措置件数の動向がどうかということが、来年度以降の通報件数や措置率に反映していくと思われるが、その辺が分かれば教えていただきたい。

(事務局)

先程の西垣課長のあいさつの中でも新たな動きとして触れられていたとおり、昨年3月に国から発出された措置入院の運用及び退院後支援に関するガイドラインにおいて、全国の自治体において措置入院の運用が適切に行われるよう、精神保健福祉法上の通報の中でも最も件数が多い23条通報、いわゆる警察官通報を契機とした措置入院の標準的な手続きがガイドラインという形で整理されたところです。

本県においても、通報及び措置入院件数ともに増加しており、はっきりとした因果関係の分析にまでは至っておりませんが、事由の一つとして、本ガイドラインが一つの契機となり通報が増えているのではないかと考えているところです。

他県の動向については、先般関東甲信越ブロックの精神保健分野の担当者会議の中で情報交換する機会があり、本日は手元に詳細なデータを持ち合わせておりませんが、本県に限らず他県においても通報件数が増加しているとの話を聞いております。

措置診察の結果、措置不要となるケースもあり、そのベクトルは必ずしも一致するものではありませんが、通報件数とともに措置件数も増加しております。近年、措置件数は横ばい傾向でしたが、このままのペースでいきますと、今年度の措置件数は前年度を上回る見通しとなっております。

(草間委員)

医療関係の委員の方にお伺いしたいが、今現在の医療体制の中では措置入院が唯一制度としてある中で、措置に至った経緯については検証されているのか疑問に思っているところです。

また、治療に家族を加えないと効果がないと言われている中、県内の医療において、病状を改善するのに不可欠な家族の対応の仕方についての指導がありません。また、薬を飲むことの指導はあるものの薬に対する内容説明がなく、夏苺先生の全国調査においても、精神科医の診察、患者の4割が「医師の説明不足」と感じていることが実態調査で分かったところです。

また、日本精神科病院協会会長から「精神科医にピストルを」との言葉が平然と発言される異常さを踏まえ、措置入院制度しかない中であって、措置入院以外の予防もあるのではないかと考えますがいかがでしょうか。

(鷲塚会長)

只今の質問を少し整理すると、まず、措置に至った経過をきちんと検証して欲しいということについては、病状が悪化してそういう事態に至った訳で、そこに立ち至った経緯をはっきりさせないと再発予

防に繋がらないということ、また、ご家族を巻き込んで、ご家族に対する適切な疾患教育がなされているのかということ、これらについて、県精神科病院協会会長の遠藤委員に発言をお願いします。

(遠藤委員)

大事なお指摘を頂きありがとうございます。

ご存知のことかと思いますが、精神科の入院形態は、本人が自ら治療に同意し、一緒に治療しようという任意入院を基本としております。また、強制入院の一つになりますが、ご家族等の同意により治療を行う医療保護入院があります。そして、自傷他害のおそれがありということで、精神保健指定医が二人とも同意した時に初めて措置入院という判断が下りますので、実際、例えば630調査で言いますと、長野県ですと、おそらく1パーセントくらいの方が措置入院と、非常に例数としては少ないと理解しております。

もう一点、再発予防については非常に重要なご指摘で、措置入院に限らず、担当医が様々な努力をチームでしていると認識していますが、例えば統合失調症に代表される入院患者さんにおいては、ご自分でもう良くなったから服薬を止めてしまうとかいう事象が多いのではないかと思います。そればかりではありませんが、再発しないために、現在、服薬をかなり早くに中断してしまう方のためには、デポ注射という月に1～2回、服薬を忘れないように働きかける取り組みを長野県でも推進しております。

家族教室については、診療報酬上の様々な問題がございまして、家族教育に関しては全く診療報酬の点数がつかないという状況の中で、現実的には弱い点になっているという点については私も理解しております。地域には地域活動支援センターがございまして、私のところでも持っておりますが、そういうところで家族教室を実施しているところが増えてきているのではないかと思います。上小地域では、私のところの地域活動支援センターで、少ないとは思いますが年5回開催しております。それをもっと増やしていかなければいけないと考えております。

薬についての説明は、確かに夏苺先生のアンケートについては、私も地域医療計画のシンポジストに夏苺先生をお招きしたのでよく覚えておりますが、患者さんと治療関係者との間に非常に齟齬があると思っております。様々な点で、副作用の問題等も十分主治医に伝えられないとの問題もございまして、それは非常に重要な視点で、私たちももう少し何とかしていかなければならないと思っております。

私どもの病院では、入院中に必ず、お薬については心理・薬事教育として、できるだけ患者さん自身に理解してもらって、合った薬を継続するよう努力をしているところです。

あと、日本精神科病院協会の冊子の巻頭言の件ですけれども、草間委員さん、全文を読まれましたか？

(草間委員)

ええ。

(遠藤委員)

全文を読まれた、そうですね。私も決してあのタイトルがいいとは思ってはいませんが、ただ、中身を読むと、書いた人が精神科医にピストルを持たせろと言っている訳ではないです。一番言いたかったことは、これはこういう審議会の場だからお伝えしてもいいのかもしれませんが、私どもの病院でも、女医さんが患者さんから抗不安薬をどうしても出せと強要されて、強く威嚇されて、非常に先生は震えてしまって、私が会議で出られなかったために、先生が涙を流して「先生、守ってくれなかった。」

ということが実際に起こっていて、今は、カスタマー・ハラスメント、精神科に限りませんけれども、医療関係者も脅されるとか、非常に暴力的な行為を受けているのにそれを黙っていて、メンタルトラブルを起こしている人もいます。そのことを会長はただ言いたかったと、僕は読み取ったのですが、ただ、これもちょっと言い過ぎかもしれませんが、精神医療は、ある面では、いろんな思想の方がいらっしゃる。例えば、トム・クルーズに代表されるサイエントロジーという協会をご存知でしょうか？薬は神経毒だと言ってずっと運動を続けていて、僕らも学会に行くと、「先生、薬は飲ませないでください。」という運動を展開している団体も日本にはたくさんあります。私の病院は精神科病院と呼んでいますが、その演者は、精神病院と呼びました。先生が壇上から降りてきたときに、「先生、今は精神科病院も変わったので、精神科病院と呼んでください。」と言ったら、「いや、これは悪の象徴なので、精神病院という言葉は絶対に譲れません。」と返され、非常に僕は啞然とした思いがあつて。

ある面で、精神科医療に対しては、様々な点でいろいろな思想の方がいらっしゃって、それに対し、非常に極端な論点でメディア等に登場する方もたくさんいるのが現実です。ただ、僕らは、本当に患者さんがよくなるためにはどうすればいいかということを実際に意見交換しないといけないと思っています。

以上です。

(鷺塚会長)

事務局どうぞ。

(事務局)

只今、措置入院の関係でご質問があったということで、措置入院につきましては都道府県知事が決定する権限を持っており、県知事が決定しているものですから、行政の方から補足でご説明させていただければと思います。

特に、家族の方へのご支援との話もありましたが、資料 50 頁のところをご覧ください。後ほどご説明しようと思っていたのですが、先程、課長のあいさつにもありました退院後支援のガイドラインの概要のところ退院後支援計画の作成を行っていくとあり、計画の方は、支援対象者である本人、家族その他の支援者の参画により作っていくということを国のガイドランで示しているところをございまして、ご家族の方もそうした形で、含めて一緒に計画の策定に関わっていただきながら、退院後の支援を進めていくという取り組みが始まっておりますので、ご質問のあったところの一つの答えになるかと考えております。

私からは以上でございます。

(鷺塚会長)

草間委員から一言いただいてこの件は一旦打ち切り、次に進ませてもらいたいと思います。

(草間委員)

鷺塚会長さんの方から二つの意見ということでしたが、これは一つです。措置入院、どうしても措置入院しなくてはならない方もいるかと思えます。でも、実質的に措置入院をされた方、家族の対応が良かったりだとかによって、措置入院に至らないということがあられるわけです。その辺が、遠藤先生からお答えが

いただけなかった。家族教室の方は、点数にならないからという、その次元の問題ではないです。回復という、医療者として回復ということを目指すとするれば、家族への対応指導は医療に必須です。

ついでに一点、暴力の問題、そのピストルの問題。諸外国ではプロレスラーのような人を雇ってだとかということも書かれています。あの、それ以前の問題があると私は思うんですね。暴力というのは、統合失調症の症状ではないんですよ。誰にでも起こる症状。で、どのような状態でそれが起こるのかということは、信大の先生も偉い医師の方もおいでですけれども、ご存知と思いますけれども、脅かされたりだとか不安を感じたりだとか恐怖を感じたときに現れることなんです。だから、それを鑑みれば、いかに高圧的なことを、もし暴力が起こっているとすれば、そのようなことです。以上です。

(鷺塚会長)

これ、議論、時間が短いことは大変申し訳ないのですが、やり出すと沢山お互い言い分がある件だと思いますので、最後に時間があればやらせていただきたいと思います。

暴力の問題、病院の問題と草間委員は強調されておられていたかと思いますが、措置に至ったというのは、病院外で暴力が発生した時点で措置の発動が掛かる訳ですから、必ずしも病院だけということではないと思います。

この議論は一旦預からせていただいて、次に進めさせていただきたいと思います。

それでは、資料5から8について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

[資料5～8説明]

(鷺塚会長)

資料5から8までの説明をしていただきました。只今の説明に関連して、ご意見やご質問がありましたら発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

(遠藤委員)

資料5の発達障がい診療体制整備事業について、この事業とは直接関係ないのですが、発達障がいの一群の中に強度行動障がいがある訳ですが、重度の知的障害、自閉症障がいと合併したもので、私どもの病院でも、どうしても福祉施設等で対応できないということでお受けすることが多いのですが、なかなか対応困難なことがございます。長野県では縦割りで難しさはあると思いますが、福祉部門が中心になってやっておられて、健康部門が少し補足するような位置づけと思いますが、その辺、より連携をする、あるいは、私の知っている範囲だと、例えば、群馬県にある国の福祉の施設がありますが、当院のスタッフが十何人研修に行きますが、ここは福祉で頑張ります、福祉の分野ですからと言われるようで、長野県も方向性をだんだん明確にしていただければありがたいと思っています。何故かという、先程の話とも繋がってきますが、物が壊れてしまったときに誰が補償するか、群馬県の施設も殆ど何もない施設で、壊れたらそのまま放置するらしいですが、これまた検討いただければと思います。

以上です。

(障がい者支援課和田企画幹)

ご意見ありがとうございました。

障がい者支援課企画幹の和田と申します。

強度行動障がいについては、基本的には施設の方で受け入れていく現状ですが、受け入れに対して十分かと言えばそうではないというのが現状でありまして、言葉は悪いのですが、その沢山の者を一つの施設で受け入れられるわけでもないですし、規模的に受け入れられる施設も限られている状況もあります。そうしたところを今後もう少しサポートしていかなければいけないということで、支援者の研修は逐次やっていますが、体制についても充実させていく必要があると認識しており、また今後の課題として積極的に取り組んでいきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

(西垣保健・疾病対策課長)

追加で発言させていただきます。

強度行動障がいは障がいということで、福祉部門で所管しておりますけれども、急変時、急性期に関しましては、医療の果たす役割も非常に大きいと思っております。そういった中で、精神科医療機関のご協力が今後必要になってまいりますので、先程和田企画幹から、県としても検討して参るとの発言もありましたけれども、ご協力をお願いしたいと思っております。

以上でございます。

(埴原委員)

今の西垣課長の発言と関連しますが、一つには強度行動障がいの方が地域で暮らしている中での緊急時のセーフティ・ネットの問題が大きいと思います。各圏域でセーフティ・ネットがあると言いますが、常時対応型のセーフティ・ネットを持っている施設が実際はないということと、短期入所した場合でも期間というものも多分限定されているし、強度行動障がいの緊急ショートステイをやるとしたら、1対2くらいの状況で、しかもハードを十分整備した形でやらなければならない、それ自身はやはり福祉の方で整備していただいた上で、医療が必要な部分は協力していきますという形でやっていきたいと思うので、まずは緊急ショートステイのネットワーク、セーフティ・ネットの全圏域がどうなっていくのかということを明示していただけるような形をとっていただければ、こちらも協力していけるかなと思います。

(草間委員)

発達障がいの研修会等で早期に医療と繋がるようにと言われております。私は松本在住ですが、実質的に信大病院は今現在パンク状態で4月からの受入はできないということで、ご相談があってもどこを紹介していいのか、その辺のところが進まないということになっているというのが松本の現状です。

以上です。

(鷲塚会長)

この件について信大が出ましたので、私の方からご説明させていただきますが、今現在、受診が1年待

ちです。これは、全国的に診断する医師自体が圧倒的に少ないという実態があって、これが全く進まないものですから、県のご協力を頂いて、信州大学への委託事業として、医師を養成するシステムをやっと作ったというところなのです。ですから、草間委員のお話、全くもったもなことでありまして、これから進めていくということなので、あとしばらくお時間をいただくこととなります。しかも松本だけではなくて、松本は未だましな方で、他の地域が困っているわけです。私どもでは全県に医師なり心理士なりの相談に応じられる者を配置できるような形を考えておりますので、その辺についてはもう少しお待ちいただきたいと思っております。

(鷲塚(輝) 委員)

長野市で精神科をやっていて、多分、中学生以上の発達障がいが一番診ているのではないかと思います。一つは、小さい頃から医者との関与が必要であり、医療ができることは限られておりますが、診断はつけられるし、必要に応じて口に出すこともできるし、僕の場合はデイケアもやっているので、子どもデイケアをやると非常によくなります。そういうことをやるのが非常に大事だと思っておりますけど、子どもの療育をやっているところは月に1回診られればいい方だと仰ります。そういう療育で、効果がどこまであるのかということがあって、やらなければいけないことが確かにいっぱいあって、いろいろ皆で協力してできることをやっていかなければならないと思っております。僕としては、小さい子どもの療育も始めなければいけないかなと思っておりますので、人材が集まればやろうと思っております。

もう一つは、学校との連携をどうやって持っていくのか、学校の先生と話すのはタダ、全くタダです。僕は、いつも夜9時頃から、ちょっとお待たせして10時頃から診たり話をしたりしていますが、ゼロ、ボランティアです。ただ子どものためになると思ってやっています。来てくれる学校の先生は対応してくれていいのですが、学校で困っている、問題行動を起こしていても来ない学校の先生もいます。

去年も発言しましたが、未だに発達障がいを認めない先生もいたりだとか、全然勉強していない先生がいらっしやったりとか、あとこの間どこかの県で、学校の先生の言葉が最後に不安になって自殺したとの報告が出ましたけれど、子どもと一緒にいじめている先生が本当にいらっしやる。これは驚くべきことですが、こんな先生がいるのかと思っておりますが、その先生をどうするかと言ったら、他に移すだけです。その先生に対する指導は全くなくただ移すだけで、そこの辺りをもう少ししっかりしていかないと、子どもの自殺の一つの引き金に学校の先生の言動というものがあるのではないかと思います。その点についてももう少しきちんとやっていかないと、ただ他の地域に送るといっただけで蓋をするようなことだけずっとやっていくというのでは、たぶん子どもたちのためには何にもならないだろうと思っております。そうした事例を一人だけ起こしたというのなら、たまたま相性ということも考えられますが、何度も同じような事例を子どもたちに起こしている先生については、もう少しきちんと対応することを考えないと、本当に子どもがかわいそうなことになるのではと思っております。自分の子どもを受け持ってもらおう気持ちに全くなれない先生もいらっしやるので、そこはもう少し考えていかなければならない、もう少し医療と教育とが色々なところで連携を取ればいいと思っております。

(鷲塚会長)

県の方から、これについて発言を。

(事務局)

ご意見をいただきありがとうございます。

先程申し上げました発達障がい診療体制部会であったり、そうした会議の場でも県教委と同じ事務局として、横の繋がりを持って進めていきたいと思ひますし、また各圏域で行われている事例検討会などでも医療・福祉に関わらず教育の関係者にも各圏域でご参加いただいて、連携をさらに進めていこうという体制を整えてまいりますので、今後ともよろしくお願ひします。

(事務局)

今の件に補足させて頂ければと思ひます。

担当から説明させて頂きましたが、発達障がいについては各部会に分かれて対応しております。昨年度から今年度にかけて部会の構成も変えまして、その中で教育委員会関係については連携支援部会の中で検討する形になっております。その部会には、これまで教育委員会は基本的に入らなかったのですが、今年度から教育委員会各関係課が入って、そこで一緒に議論をしていく形になります。

先日、発達障がいの支援対策協議会、全体会があつて、そこで各部会からの報告があつたわけですが、その際にも、部会の今年度の成果として、連携支援部会からは、教育委員会が入って、これまでよくわからなかった点が非常によくわかつてきた、学校が何を考へているのか、学校が何を困っているのか、医療に対してどういふことを求めているのかということが非常によく出てきて、大変有意義だったという話があります。こちらも緒に着いたばかりということで、これからのところもあるわけですが、そういった動きが始まってきているということをご紹介させていただきます。

(鷺塚会長)

富田委員さん、どうぞ。

(富田委員)

資料6、37頁の精神障がい者地域生活支援事業、これで地域移行して地域で暮らし始めた方々は、大抵就労を希望されています。そして、色々な問題がありました。その中で、精神障がい者、発達障がい者の方々は、今年度中にチャレンジ雇用は長野県からすごく一杯出してくださつて、精神の方、発達の方、とてもそれに勇気づけられていますが、チャレンジ雇用というのは3年までの雇用です。よく、手帳をお持ちの方から質問を受けます。身体障がいの方は身体障がいの枠で県の職員としての試験があるけれど、手帳の違う身体障がい以外の手帳の方は、同じ障がい者なのにどうしてチャレンジ雇用しかないのかという質問が今年も沢山ありました。勿論、来年度直ぐというのはなかなか難しいと思ひますので、そして保健・疾病対策課がそれに関わるといふのではないのかもしれませんが、県全体として、そういう動きを障がい者の方のために作る方向をお願いできたらと思ひます。

よろしくお願ひします。

(鷺塚会長)

では、これは県の方からご説明をお願いします。

(障がい者支援課和田企画幹)

只今ご発言がありましたように、チャレンジ雇用自体は、精神障がい者、知的障がい者の方を県で一定期間雇い、その経験を以って一般企業等への就職を促していくというものでございます。今年度の雇用率の算定誤りを契機といたしまして、県でも障がい者の受入れについてどのようにすれば障がい者の方が働きやすい職場環境になるのかということのプランを立て、来年度その計画1年目ということになり、今後それをブラッシュアップしていき、障がいの種別等に関わらずどうやって行けばいいかという取り組みを行っている最中ですので、あの問題を受けて、県庁全体が変わっていかうということで、動き出しているところであり、やっていかなければならないと思っているところですので、よろしく願いいたします。

(鷺塚会長)

はい、どうぞ。

(佐藤委員)

資料7のアルコール健康障害対策事業について、当院においても依存症の病棟を持っていますが、当院を退院された患者様が地域の精神科病院に行かれる際に、うちはアルコールの患者は扱っていないので精神科の病院にと、精神科病院から言われてしまうことがあるので、精神科の中での理解も広めていただきたいと思いますと思うのと、県に対しては、昨日参加した断酒会の方で、3年間で保健師さんが2回しか来なかったと言われる方もいて、断酒会も回復のためには大変必要なものであるもので、そうしたところへの支援もお願いしたいと思えます。

(鷺塚会長)

これは、お願いして検討いただくということでよろしいでしょうか。

そのことについて、医師の教育のことも絡んでいて、初期研修を行っている大学病院が、そういう対応するには実は脆弱な医療機関であるということで、研修医が依存症の問題になかなか関わらないままに外に行ってしまうと、例えばこころの医療センター駒ヶ根は専門の病棟を持っておりますので、そちらでしっかり勉強してきてくれるのですが、そうでない医師との間にバラつきがあることは事実ですので、その点についてはこちらの方で検討させていただきたいと思えます。

ちょっと時間が押しておりますので、未だ質疑多々あるかと思えますけれど、先に進めさせていただきたいと思えます。

最後に、資料9から13について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

[資料9～13説明]

(鷺塚会長)

資料9から13までの説明が終了しました。只今の説明に関連して、ご意見やご質問等がありましたら

発言をお願いしたいと思います。

(埴原委員)

たびたび措置入院の話で申し訳ないが、ガイドラインが示されたということでその運用を目指すということで、当院でもそのように考えています。関連する保健所としては、当院では伊那、諏訪、飯田圏域、特に伊那が多いですが、基本的には措置入院というのは夜間、休日を以って緊急措置は行わない、受け入れ病院は二次診察を行わないという原則がこのガイドラインには明記されている。地域の事情もあって、そのような運用できないこともあります。なるべく理想に近づける形で運用していければ、その方が、緊急措置とか、どうしても予防的な形で一昼夜あるいは三日間過ぎることもありますので、そういうことのないような形で運用できるように、各保健所の方でご努力をいただいて、勿論病院の方のご協力もいただいてやっていけるような形を整えていただければと思います。

(鷲塚会長)

はい、ありがとうございます。これは、要するに指定医の確保という問題に繋がってくると思います。どうしても地域によって指定医が少ない、あるいは指定医業務をしてくれる先生が見つからないということがあって、こうした問題が出てきていると思います。ただ、実際に指定医を持っている人が長野県に少ないのかと言えば決してそんなことはなく、指定医を持っているが業務を遂行してくれない先生が一定数いるということは一点、今の埴原委員の議論に繋がってくるのではないかと私は思っております。その辺りをどうするのかということも今後の課題になるかと思っております。

さて、他にいかがでしょうか。はいどうぞ、大堀委員。

(大堀委員)

50 頁にあります地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインがありますけれど、実際に、37 頁の資料 6 に障がい者支え合い活動支援事業というのがありまして、私共ピアサポートネットワークで受託させていただいております。そこで、当事者支援員も家族支援員も地域移行に関わりたいということで、実際、県内でも研修会が増えてきてまして、病院で当事者支援員を受け入れて、その入院患者さんと当事者支援員がお話し合いをしたり相談に乗ったりということで、件数が昨年度は延べ 238 人と増えています。

その点で一つお願いですけれども、このガイドラインの中には、当事者支援員は含まれていないように、対象者本人、家族、その他支援者の奥さんだけということがあるのですけれども、そこに当事者支援員、県内では事業で登録している方が約 100 名いらっしゃいます。当事者だからと言って支援員にすぐなれるだとか、症状が安定していなければ逆に病院に伺うということとはよくないことだとは勿論思いますが、状態が安定してこうした資格を取られる方が増えておりますので、当事者支援員、家族支援員の方も是非入れていただきたいというのが一つあります。

それからもう一点がお伺いですが、実際に病院に訪問する支援者が増えている一方で、ある病院では受け入れているけれども、ある病院ではそういう方を一切受け入れない、例えば長野市の自立支援協議会で病院訪問しようとするすと、当事者が行くと病院で入院されている方が不穏になるからという理由で、それが本当のことなのか私共にはわかりませんが、そういった理由で病院訪問がで

きない状況があります。ある病院では受け入れられて、ある病院ではそれができない、例えば小諸高原病院さんとか村井病院さんなどでは退院支援プログラムが敷かれていて、そこに支援者の人が組んで、当事者支援員が病院訪問を行っているという実績があります。ですので、当事者だから、支援員だから別に万能とかそういう意味ではありませんが、やはり当事者のニーズを伝えたり、こんな当事者でも地域で暮らせませよという話をする事で、入院されている方が元気をいただいたりエンパワーメントされているというお話も聞きますので、ぜひそう言ったこともご検討いただければ嬉しいと思います。

よろしくお願ひします。これは要望か質問かわからないのですが。

(鷺塚会長)

この件は県の方でお答えすることができますか。

(事務局)

先程、当事者支援員の方の参画という形でお話しをいただいたところですが、私の方からガイドラインの説明をつぶさにできなかつたところであったのですが、資料51頁をご覧いただく中で、ローマ数字Ⅱの退院後支援の計画の作成の続きのところの③のところ、この退院後支援計画を成案化する会議の参加者として、本人、家族については参加原則となっているほか、その支援関係者ということで、支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者というものが明記されております。ここに、作成主体の自治体、帰住先の市町村、入院先病院等が入っておりますが、この中に、NPOなどの支援者、民生委員等という形で触れられておりますので、当事者支援員の方も、こういった退院後の医療の関係者の一つとしてガイドラインに明記されておりますことをご披露させていただきました。

(鷺塚会長)

それでは、大堀委員、これに関連して。

(大堀委員)

そのところで可能でしたら、当事者支援員ですとか家族支援員という文言を入れていただければと思います。

(事務局)

今回の退院後支援のガイドラインですけれど、長野県の対応として、先程、担当からもご説明したように、各地域でいろいろな形で退院後支援の取組みが、現在、既に進んでいるところに国のガイドラインが出たということもあり、各地域の取組みに合わせて進めていくということを基本に考えております。そこで、県全体で決まった形で、県のガイドラインというものを作るということは想定しておりません、各地域の中で必要に応じてご対応いただくということを基本としているところでございます。

当事者支援員の方につきましても、ケースバイケースで考えていく中で進めていくものと、こちらでは考えているところでございます。

(鷺塚会長)

地域の実情に応じて、取り決めをしていくということだろうとは思いますが、他にいかがでしょうか。

(神戸委員)

資料 11 の退院後支援に絡んでですが、今もご説明があったように、地域の実情に応じて進められていくということですが、このガイドラインは基本的には措置入院が対象になるという風に読めるのですが、措置入院以外の精神障がい者の方もやはり退院後支援とか退院に向けた支援が重要だと日頃実務を行う中でも思っており、このガイドラインをほかの入院形態の方にも広げていくようなことを地域でも**長野県全体**としても検討していただきたいというのが一つあります。

それからそれと絡んで、先程の資料 6 のところで精神障がい者の方の地域移行の支援があったと思いますが、この中身を見せていただくと、支援していく支援者の方の養成だとか支援者の底を広げていくような施策が主なところですが、精神障がい者の方そのもの、もしくはご家族の方が直接的に支援を求められるような相談体制だとかがあってもいいのではないかと感じております。

それで、自殺対策のところはかなり相談できる体制ができていて、精神障がい者の方もそこを利用することができるのかなと思うのですが、自殺対策として相談が挙がっていると、一般的に障がい者の方が地域で生活していく中で悩んでいることだとかを挙げていくようなことがしづらいのかなということも感じております。

(鷺塚会長)

それでは事務局から。

(事務局)

神戸委員からご意見をいただきました、退院後支援を措置入院の方以外の入院形態についてもということですが、資料 50 頁ガイドラインの概要に説明書きがあり、退院後支援を必要とすると認められた者のうち本人の同意が得られた者について計画を作っていくのが原則になっており、措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が高い者から支援対象者とすることでありますが、医療保護入院者等に作成することも可とされております。この退院後支援の対象とされるのはやはり措置入院の方が主であると思いますが、このガイドラインの仕組み上は医療保護入院者等に作成することも可能とされておりますのでご説明させていただきました。

(西垣保健・疾病対策課長)

加えて申し上げますと、ガイドラインができたのは昨年度ですが、長野県ではそれ以前から、保健所ですとか地域の医療機関の皆さまを中心に、措置入院者に限らない退院後の支援が行われているところがあります。そうした中で今回、国から示されたガイドラインに、一定の方向性がありますけれど、これまで長野県の各圏域で行われてきた退院後支援というものも十分に尊重しながら進めていく必要があると考えており、県として一律な退院後支援ガイドラインを定めなかったというのはそうした流れでございますのでご理解いただければと思います。

(事務局)

それから、二つ目の相談の関係のご質問をいただきました。先程自殺対策の関係では確かにかなり施策としても進めているところもありまして詳しく説明をさせていただきましたが、それ以外の精神、ここに関するご相談というものも当然、窓口を設けている状況でございます。一つには、精神保健福祉センターが全県を対象に受けているところ、もう一つは10圏域の各保健福祉事務所がこちらの相談ということで随時、お電話あるいはご訪問いただいて相談いただければ保健師が対応させていただいておりますし、あるいは月1回、精神保健福祉相談ということで、精神科医師の方にご相談いただく機会を設けたりとか、そうした形で県民の皆さまからご相談があれば対応できる体制を採っている状況でございますのでご紹介させていただきます。

(神戸委員)

ありがとうございました。

精神障がい者の方の相談については、今、精神科医の先生方だとか医療・福祉分野での相談の機会はあるのかもしれませんが、自殺のようにワンストップ的な、例えば就労だとか法律問題だとかを含めて相談できるような体制を整えていただくこともご検討いただきたいと思います。そうした窓口もあると思いますが、より充実させていただいて、利用がしやすい形で広報していただくことが必要だと思います。

(鷺塚会長)

ご提案、ありがとうございました。他にいかがでしょうか。では、轟委員。

(轟委員)

措置入院患者の精神医療の評価の件の件ですが、つい先日アンケートみたいなものが各病院に届いたと思うのですが、これは用意できたところからスタートするのか、それとも、全部一律にスタートさせるように考えているのか、その辺を教えてくださいませんか。

(事務局)

先だっでご通知させていただいたところですが、国ガイドラインを踏まえた退院後支援の取組み開始時期は3月1日以降とご案内させていただいておりますが、これはあくまで一つの起点ということでございまして、各病院様と最寄りの保健所との間で具体的な退院後支援の手続きをどのように進めていくかについて調整が済んだところから順次にという風に考えておりますし、勿論、本人の同意が得られたケースが具体的に発生したところから始めていただくということになりますので、徐々にお取組みいただければと考えております。

(轟委員)

はい、わかりました。

(埴原委員)

3月からとの通知を受けまして、当院で2例ほどモデルケースを始めたところです。保健所の方にも来ていただき、アセスメントやクライシスプランを作ったり、なかなか手間のかかる作業で、本人の同意

が取れた方で、当院に通院するという方で始めておりますので、ノウハウがなかなか結構あると思うので、もしわからないことがあれば、当院の心理とPSWに尋ねていただければ、患者さんにとってはいいことだと思いますので、試しに始めたところですから、どこかで発表できる機会があればと考えております。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。佐藤委員、どうぞ。

(佐藤委員)

精神障害者手帳の件ですが、手帳を申請してから手元に来るまでに現状3か月かかっているかと思います。また、障がい福祉の担当になるかと思いますが、障がい区分認定の方も申請してから、制度が使えるようになるまでには2か月かそれ以上かかっている。ご本人や家族が一生懸命にやっていて、それでも大変で手を借りたいなと思って申請されてから、やはりそのタイムラグが2か月くらいかかってしまいます。大変な時は市町村の方で一生懸命考えて対策を採ってくれたりしますが、本人たちが待っていますので、できるだけそのタイムラグがなくなり、スムーズにサービスに繋がれる対策をお願いしたいと思います。

(小林精神保健福祉センター次長)

ご意見いただき、ありがとうございます。

精神保健福祉手帳につきましても受給者証につきましても、精神保健福祉センターでは月2回、手続きを行っており、速やかに対応するよう努力しておりますのでよろしくお願いいたします。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。では、遠藤委員。

(遠藤委員)

関連したことがあったので、小さなことかもしれませんが申し上げたい。大堀委員さんも、家族会の方もいらっしゃるので、これ国の話だと思うのですが、現在、精神障がいには障害者手帳、知的障害は療育手帳、身体障害は身体障害者手帳というように分かれようとしています。それは、当事者の方とかご家族の方とか、ぜひ県、あるいは国の方に要望を上げた方がいいのではないかと思います。何故かと言え、私が一番気になるのは、手帳に精神と名前が付くことへの偏見の問題で、却っていろいろな面でややこしさが出る、偏見の元になるのではないかと思います。ぜひまたご意見を上げていただければと思います。

(鷺塚会長)

国の方に上げるというのは、どういう形で上げればよろしいとお考えですか。

(遠藤委員)

当事者団体を通じて早めに上げないとこぼれてしまう。現に意見等は出ていませんか。

(大堀委員)

精神障がいに対する差別だとか偏見だとかは確かにあると思いますけれど、精神障がいや精神疾患は事実なので、そのこと自体を手帳に付けたからと言って、そういったことに対する拒否反応みたいなものは当事者会としてはありません。

むしろ、精神障がいについて理解してもらったり、例えば措置入院ですとか急性期の状態とかがとても大きく取り上げられますが、そうでない多くの精神障がい者が地域で普通に暮らしたり、働いたり、生活している人たちの実態が、逆にあまり知られていないので、マスメディアの報道の仕方ですとかが是正されていけば、徐々にそうした地域での生活を知っていただければ、むしろそうした普及・啓発の方が大事ではないかと思います。手帳に付いた名前自体については、自分も精神障がいであるということを実事として受け入れているので、抵抗はあまりありません。

(遠藤委員)

そう言っていただければ少し安心しました。私が少しデリケートになっているのかもしれない。

一般の人が見たとき、障害者手帳と身体障害者手帳と療育手帳があるのはとても違和感があると思ったのでお聞きしました。

ありがとうございました。

(鷺塚会長)

他にいかがでしょう。諏訪委員さん、ハートライン松本で管理者をされていらっしゃるということで、日頃お感じになられていることがもしあれば、ご意見等いただければ。

(諏訪委員)

ありがとうございます。

今日から参加させていただいて、皆様のご意見をお聞きしておりましたが、私は松本市内で障害福祉サービス事業所を運営しておりますが、県の動きがどうなっているのか、なかなか見えてこないところがあります。それが今日は見えることができ、学ぶことが多かったと思っております。

これから3年務める中で、この会議に向けた準備をしながら、意見が言えるようになればと思っております。

ありがとうございました。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。

他に全体を通してでも結構ですので何か。大堀委員さん、どうぞ。

(大堀委員)

私の方から5つ質問、提案、お願いがあります。

一つは、入院環境の処遇改善についてのお願いです。資料47頁の中では、請求が実際180件あって、

審査されたのが73件、うち適切であったものが72件、不適切であったものが1件とありました。

私、精神で6年前に入院経験がありまして、その前にも入院経験がありましたが、実際に身体拘束を受けました。自分でもそうした状況は覚えているのですが、先程草間委員さんから意見があったように、やはり同じように身体拘束を受けた入院患者さんのお話を聞いてみると、恐怖で、例えば鎮静剤などの注射をされる際にもっと優しい言葉掛けとか、症状は人それぞれなので一概には言えませんが、優しい言葉掛けがなくいきなり注射させられる恐怖とか興奮状態に陥ってしまったということがありました。医療者の方の安全もちろん大事だと思いますが、そういった状態になったときに多くの人に取り囲まれるとさらに恐怖に襲われました。身体拘束という状態になって2週間以上に及びましたし、2週間後身体拘束を解いてほしいと訴えても、自傷他害がなくても、やはり家族は本人の安全のためという状況がわからないので言うのですが、私もたまたま友人のご主人が弁護士さんで、夫がその弁護士さんをお願いして病院に来てもらいましたところ、身体拘束が解かれました。その状況で、エコノミー症候群で亡くなった方もいますし、日本ではこの10年間で2倍ほど身体拘束は増えているという実状があるのですが、自分の足で立てず、1mも歩けませんでしたし、車椅子での移動となりました。そこまでしないと症状が治まらなかったという訳ではなく、日本の身体拘束の状況はやはり欧米と比べて時間も日数も長いですし、そうされた人間からすると本当に拷問のように、身体的にも肉体的にも苦痛でしかありません。それが本当に治療なのかというところとそうではないと思います。ですので、もちろん医療者側の方の安全もあるかと思いますが、どうしても身体拘束が必要な場合もあるかと思いますが、なるべく早く身体拘束を解くとか、もちろん医療側の事情で、医療者の人数が少ないとかはあるとは思いますが、もっとやはり人間として、物としてではなく、患者も心がありますので、そういった患者の気持ちですとか尊厳とか人権とかに配慮した治療が行われることを切に望みます。

実際、私の当事者会ですと、やはり入院経験が多い方が来て仰るのですが、身体拘束というか簀巻きにされて、さらにそこで薬を打たれたという話も聞きます。あまりにも非人道的な話だと思います。もちろん、一生懸命治療してくださる先生方や看護師さんもいらっしゃいますし、みんながそうだとか全部の病院がそうだという訳ではありませんが、630調査の新聞報道がありましたように、精神科調査が全国では非公開が相次ぐということになっております。病状が悪くても患者は病院を選ぶ権利はないかもしれませんが、そういった情報公開をしていただきたいことと、処遇改善、実際にはそういう風に訴えたりすると入院が長引いてしまったり退院ができないという恐れがあって言えないということもあります。

入院患者の治療を普段行ってくださっていることに、私もそれで退院できたということで感謝しているのですが、ぜひ入院患者又は家族の心情を慮って、症状が改善されたらすぐ身体拘束を解いていただいたり、清潔で明るい病室を作っていただいて、あまりそこに長居してはいけないのですが、地域に戻れるようにしていただきたいという要望が一点です。

あと、手短かに申し上げます。

二番目に、2014年から15年に、国が地域移行の方針転換をしました。その時に、病棟転換を居住施設に変えるという動きに関して、長野県では私たちが書面で陳情・請願しまして、県議会一致で国に意見書を出してくださいました。その意見書の内容は、病院の中にそういった退院施設を作るのではなくて、地域移行を進めるという意見書を全国で初めて出してくださいました。そのため、長野県では進んでいないのですが、県外ではそういった施設が作られています。意見書もずっと有効ではないと思いますが、長野県では県議会一致でくださったことに関して、今後どういう風にされる意向かということをお伺

いしたいと思います。

三番目に、先程伺った地域移行で、病院訪問を受け入れている病院があるかないかというところに関してご質問させていただきましたがご回答がありませんでした。病院訪問を受け入れるところと受け入れないところとどういう風に違うのかという事情について教えていただきたいと思います。

四番目に、普及啓発の必要性で、先程「SOSの出し方教育」のところ研修会を行っていると同いしましたが、実際せいしれんが「若者向けこころのバリアフリー事業」を通じて、高校で体験者の発表を聞く授業を行っております。しかし、1年間で5校でして、実際にSOSの出し方が下手だとか、どこでSOSを出していいのかわからなくて重篤になるということがよくありますので、回復した当事者から、こうしたSOSがあったらということを経験した若い人に感じてもらい、家族に知ってもらい、なるべく早く医療機関にかかり相談するという普及啓発を県でもぜひ「若者向けこころのバリアフリー事業」をもっと推進していただくようにというお願いです。

以上です。

(鷲塚会長)

ありがとうございました。どういたしましょうか、遠藤委員にお答えいただき、その後に県からお答えできる点についてお答えいただきたい。

(遠藤委員)

身体拘束に関しては、大堀委員が言うとおりでと思います。身体合併症が多くなりますし、患者さんの尊厳を損なうので、私たち精神科病院もできるだけ少なくなるよう皆で努力していきたいと思っております。

もう一つ、居住施設のことですが、多分去年か一昨年に出たと思いますが、正確には平成31年3月の段階で全国的にゼロのはずです。それは、どこもそれをやるような状況、条件になかった。もう少し言うと、山梨県立病院が、全く基準に合わないがやむを得ず、「退院支援ホーム」という名前で行政が許可し、それは非常にうまくいっていると聞いております。私自身の考えで言えば、退院支援ホームなり、地域に出ていく人を増やすことはいいことだと思っております。私の病院施設には認知症グループホームがあり、行政の人も応援してくれて、ぜひ作ってくれと言われ、とてもうまくいっておりますが、私どものところでは、精神障がいの方のグループホームはできません。私としてはそれは逆と思っておりますが、あまりにもできないような仕組みが作られているので全国的にゼロで、国も止めると言っています。

普及啓発についてもう一点だけ、平成35年からだと思いますが、高校の教科書に精神疾患が「健康」の部分に入ります。今、一生懸命専門家が教科書づくりを急いでいますから、ぜひその前の段階で、保健体育の先生に、もうそろそろ働き掛けながら、普及啓発に長野県もぜひ、率先して進めて欲しいと思います。それは多分、切り口になる。ご存じのとおり、1970年代から一切、精神の疾患については教科書から外されています。高校が入り、今度中学が入りますので、ぜひその間に普及啓発を頑張れば良いと思っております。

(事務局)

まず、高校生に向けての普及啓発についての部分につきましては、先程お話のあった「SOSの出し方

教育」を自殺対策の中で行っておりまして、こちらは今年度、モデル校6校で実施し、いろいろな方が見学に来られており、来年度、全県に広げていくこととしております。

もう一つ、バリアフリー教育の関係ですが、当事者支援員の方が各高校に出向くものですが、毎年教育委員会に周知しまして、各高校に手を挙げていただいている状況でございます。現在のところ、毎年5校くらいで推移しておりますが、こちらについてはさらに広げていくように周知を徹底していきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

もう一つ、630 調査のお話がありました。この調査、ご存じのない方もいらっしゃるかと思いますので簡単にご説明しますと、毎年6月30日に精神科病院に入院されている方の情報を中心とした国の統計調査でございます。それが、県を通じて調査がありまして、各精神科病院に調査票をお配りして調査を行っております。最近、新聞報道で630 調査の結果について各都道府県に新聞社の方あるいは団体の方が公文書公開請求をしたところ都道府県によって対応が分かれ、非開示としている自治体があったりしたことが記事になっていたかと思えます。

長野県の基本的な考え方を申し上げますと、行政文書に該当しますので、原則的には公開するものと思えますが、精神疾患というその方個人に関わる大変デリケートな項目を扱っておりますことから、個人が特定できるという情報は絶対隠さなければならないと考えておりまして、その部分を非公開とした上でその他の部分については公開をしていくというスタンスで対応しておりますので、ご理解いただければと思います。

こちらからは以上でございます。

(鷲塚会長)

ありがとうございました。

本当に活発に、多種多様な議論、ご意見を、貴重なご提言を頂戴したかと思えます。

これを踏まえて、県はもとより委員の皆さま方におかれましても、それぞれが当事者意識をもって対応するということがとても大事なことと思っております。

それぞれのお立場で、精神保健施策の推進に引き続きご尽力いただきますようお願いいたします。

それでは本日の議事が終了しましたので、進行を事務局にお返しします。

(事務局)

鷲塚会長、議事の進行、ありがとうございました。

終わりに、保健・疾病対策課長の西垣から御礼のあいさつを申し上げます。

(西垣保健・疾病対策課長)

[閉会あいさつ]

(小澤課長補佐兼心の健康支援係長)

以上をもちまして、本日の審議会を終了させていただきます。皆様、どうもありがとうございました。