

長野県地方精神保健福祉審議会

日 時 平成27年2月19日（木）

午後2時～4時15分

場 所 県庁議会棟403号会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 精神保健福祉対策事業の現状について

(2) その他

(事務局)

資料1～10、別冊資料の説明

(天野会長)

資料1～10まで順次議論をやっている時間はないので、各委員さんで何番の資料か仰っていただいた上で意見を述べていただき、それに対して必要であれば事務局から説明をお願いします。では、資料1～10に関してフリートーキングでよろしくをお願いします。いかがでしょうか。

(渡辺委員)

10ページの県民協働による事業改善の点検結果の対応状況ということで、県としての対応状況という欄がありますが、その2つ目で「本事業は精神障がいのある方の病状の重篤化を防ぐことが主たる目的であり、事件の未然防止に繋がることもあるため、2次的な効果も見据えながら精神保健福祉法に規定する県の役割を果たしていきます。」と書かれていますが、こういう書き方はどうかなと思います。精神障がいの救急に対応する文言だと思いましたが、この本事業というのはいわゆる精神科救急の事業ということですよ。その事業が症状の重篤化を防ぐことが主たる目的と書かれていますが、重篤化した症状に対応することも救急で一番大事なことだと思います。その一番大事なところが抜け落ちている。本事業は精神障がいのある方の病状が非常に重篤したもので救急対応しなければならないものであって、ここでは事件の未然防止を想定するものではないと書かれていますが、精神障がいというのは大変な意味がありまして、症状と自傷・他害の行為が、おそらくそのことが事件と言っていると思いますが、事件に結びつく自傷・他害行為にどうしても繋がりがやすい。ほとんどの精神症状の重篤化には、そういったこともきちんと見守っていかなければならないのですが、そういったことを考えるとここに、こういう書き

方されていていいのかなと思うのですが。何か変なんですよ。精神障がいとは1つとして見るべきであり、精神障がいを我々が診断するときは、そこに自傷・他害行為というものがいないのかを当然診ていかなければならないし、ここの文言がよく分からないのです。一番最初に言ったのは理解してもらえと思うのですが、病状が重篤化した場合、救急で対応しなければいけないということは当たり前で、重篤化していないのだけど早く対応するために救急対応するという話なんです。病状の重篤化を防ぐことが主たる目的というこの文言がよく理解できないんですよ。

(天野会長)

「事件の未然防止を目的としているものではない」って、これははっきり言って余計な文言ですよ。

(塚田保健・疾病対策課長)

これ当日の御意見への回答という形になりまして、有識者の方から精神科に起因する社会的な事件の防止のためにこのシステムがあるのではないかとというような質問がありまして、そこで少し誤解を与えたというか、本来の趣旨からすると違うのではないかとニュアンスで、こういう形の書き方にさせていただいた部分もございます。

(天野会長)

渡辺先生が仰ったとおり、重篤化を防ぐ前に非常に重篤化な例をやっているし、悪化することを防ぐという話の連続的な繋がりがあれば、ここの答えとしては了解できる、そういうことだと思いますね。事件の未然防止はね、これは逆に言えば、それを目的にやっているわけではなくて精神障がいを治すというのが目的であり、結果的に事件を起こしているというがあるので、事件、事件とそちらの方に最初から目がいくのはおかしいのではないかと、そういうことですよ。

(塚田保健・疾病対策課長)

そういうことです。

(天野会長)

その辺は書き方をきちんとしていただくってこと、それで精神科救急は目の前で対処しなければいけないので、本当に差し迫った状況というのが一番。何が何でも対処しなければいけないというシステムを作っておかなければいけない、そういう大前提がある。そういう意味ですよ。とにかく何かを防ぐということではなくて、目の前で対処しなければいけない、そういうところから始まる事業ということを考えないといけないということですよ。

(渡辺委員)

もう1ついいですか。12ページのところで、これは去年の精神科病院協会の総会でも意見が出たと思いますが、精神科救急情報センターと保健所が、これを見るとバラバラにそれぞれ行動するようなことになっています。これではあまり合理的に対応できないのではないかと。それで確か私の記憶では保健所と精神科救急情報センターがこういうふうに分かれてしまっているのが現場が混乱してるっていう意見も

確かあったのです。保健所から言ってきてベッドが埋まったけど、その後また精神科救急情報センターから受診勧奨があって対応が困ったという意見がありました。はっきり記憶していませんが。いずれにせよこの図はおかしいと思いますね。保健所が扱う精神科救急の状態と、精神科救急情報センターが扱う精神科救急の状態が違うみたいな感じで。精神科救急が扱う状態はあくまでも同じ状態であるわけですから、保健所と精神科救急情報センターが当然一緒になるか、上手く情報を取り合って現場が混乱しないような体制にしなければならない。保健所のところに「自傷・他害のおそれのある精神障がい者の情報を24時間365日体制で受け付け」って書いてありますが、それはまさに精神科救急で一番大事なところで、それがどうしてこの精神科救急情報センターと関係なくなってしまうのか、分けているのは良くないと思うのですが。

(天野会長)

これ実際どうなんですか。

(樋掛委員)

これ確かに議論がありまして、渡辺先生が先程言われたように、精神科救急情報センターからの連絡で緊急対応して、その後に措置入院の事例が同じ病院で発生した際、保健所の方から何故受け入れられないんだってというやりとりがあったと聞いています。担当する分野がどうしても措置入院というと保健所ですし、精神科救急情報センターの相談は医療保護入院に係る相談が主になるんですよね。そのような違いはありますが、どのように連携したらいいのかというのは検討課題だと思います。

(塚田保健・疾病対策課長)

一番は空床の情報が共有できていないという部分がいろいろあってのお話かと思いますので、今その辺につきましては精神科救急情報センターと保健所での空床情報の共有化のためのシステムを4月から始められるような形で調整をしているところです。まずは、そういうところから改善して、図の書き方については少し工夫させていただきます。

(天野会長)

これ医療保護か措置入院かって言ったら、これ本当にもう判断がガラッと変わってまいりますし、これ密に連絡は取れているんですよね。

(塚田保健・疾病対策課長)

そこがちょっと。

(天野会長)

そこら辺なんですか、落とし穴が。そういう意味ですね。

(渡辺委員)

それからもう1つ、もし精神科救急情報センターが情報を一手に握って保健所だとかに指示、そういう

言い方としては駄目か。例えば救急のベッドが1床しかない場合に措置を入院させるか医療保護を入院させるかって言ったら、その1床は常識的には措置入院の患者さんのために確保すると思うんです。だから医療保護は翌日に待ってもらうとか、その救急のベッドを誰が使うかっていう判断も大事だと思うんですよ。もし精神科救急情報センターが情報を握っていて現場の方に指示を出しているとしたら、医療保護入院で入院が必要な人もいるんだけど措置の方を優先して、この人を入院させておこうと、そういう指示が的確に出せると思います。これがバラバラになっていると医療保護入院の人を入院させてもうベッドありません。で、その後に保健所からより重篤で入院がさらに必要な措置入院の患者さんの受入要請があった際、ベッドの確保ができてないという状況も出てしまうんですよ。だからどうしても精神科救急情報センターの中に保健所を取り込むか、一緒にやっていかないと。だから精神科救急というのは措置だとか医療保護だとか任意だとか分けられないんですよ。その状態によって何を一番優先するとかそういうことになっていくものだから、これどうしても分けるべきではないと思います。

(精神保健福祉センター小泉所長)

渡辺先生は、電話で精神科救急情報センターがそういったトライアージできると思いますか。

(遠藤委員)

私も精神科救急情報センターについてすごく関心を持っているのですがけれども、県精神科病院協会の際にも出たんですけど、精神科救急情報センターの顔が見えないんですよ。たぶん保健所にも各医療機関にも。何をしているのかなってくらいで、せめてトライアージできなくてもまず前段階として電話で情報を、こういうケースがあるんだけどとかをやりとりできる体制にしておかないと次に進まないと思いますね。将来的には情報を蓄積して県内の重要な情報は精神科救急情報センターで、今はコンピューターがありますから入れといってもらえればいろんな面で使いやすくなると思います。自分の病院のことを言っていけないんですけれども、うちも電子カルテを入れて、うちの病院にかかった人や相談の人は皆入っています。だから電子カルテを見ればみんな見れる体制になっています。なので、誰が相談を受けても何らかの対応はできます。そういうのを県の精神科救急情報センターの方である程度緊急度が高い人の情報はぜひ入れ込んでもらって、少なくとも情報のやりとりはやって顔が見える関係を作ってほしいと思います。今は顔が全く見えないんですよ。各救急病院に聞いても。一度も連絡いただきませんか、電話したこともありませんとかが多かったのが事実だと思います。

(樋掛委員)

開設初期には今日はどこが輪番か確認して、そこに夕方の時点で電話をかけさせていただいたりしていたんですよ。空床について。ただ、それについて異議を唱える病院もあったものですから、そこで途絶えてしまっているんですよ。だから輪番の病院に患者さんが来る前にベッドが空いているかどうかのを確認できるようになると顔が見えるようになると思うんですよ。

(遠藤委員)

ぜひ会議が良いか分かりませんが、席をともしする場があればいいなと思いますね。こういう人が相談を受けているのかっていうのが分かるように。今は全く知らないですよ。

(樋掛委員)

ベテランの元看護師のような方に担当してもらっています。ベテランの者が受けているはずですので、事情は分かりながらやっていると思います。確かに今言ったような事情でそういう工夫が必要かなと思います。

(遠藤委員)

ぜひお願いします。連携には絶対顔が見えないと繋がらないと思いますので。

(精神保健福祉センター小泉所長)

精神科救急情報センターがベッドコントロールして、ちゃんと輪番の先生たちがそうなるかっていうのが非常に山があって難しいんですよ。それで渡辺先生が言うように先に医療保護で入ってしまったら措置の人が後から行っても入れないですよ。世の中どんどん変わっていて、この2、3年で何が起きているのかと言うと長野県内でスーパー救急の問題が出てきて、スーパー救急の病院が3つあって、今、措置入院の入院患者が一番多いのがこちらの医療センター駒ヶ根です。次が千曲荘病院です。3番目が村井病院なんです。今は2番目、3番目の措置はスーパー救急で受けてくださっているんです。なので日曜・祭日とかもスーパー救急の先生たちが結構吸収してくださっているのがまた事実であって、そういう動きが今起きているんですよ。本当に精神科救急情報センターでベッドコントロールができるのかっていうのが大きな山だと思います。

(樋掛委員)

来年度から4圏域に、東北信が分かれて4圏域になってアクセスしやすくなるというのは、精神科救急情報センターの相談員としても、とてもやりやすくなるというふうに評価しています。

(天野会長)

精神科救急の問題は本当に大きな問題で、例えば精神科病院協会だっているようなブロックで、皆さん自分たちでやっているから、こういうときにですね、ここが確かに大事な決定的な機関であると思うんですよ。これは話し合うと1時間や2時間かかると思います。良い方向に持っていくのに。この場では、私が、じゃあ連携をしっかりとっていくようにしてくださいとかね、そういう言葉で終わっちゃうんですけどね。これは、おそらくここ数年の懸案事項になっていくと思います。で、今小泉先生が言われたようにスーパー救急、これも本当に集中してくると思いますね。維持していくのも大変だし、そのためにオープンにしている病棟ですから。これからも今の3つの病院に集中してくると思います。それはそれですごく機能的になっていくと思いますし、だからそれをですね、1つは連絡網、それから、顔が見えるともっと親身になってくるという、この2点すごく大事だと思って思います。情報の共有と顔が見えるっていうね、この2つがどうも焦点になってきているのかなって。

(精神保健福祉センター小泉所長)

今、天野先生から御提案いただいたような形でまた、県の方で3月に精神科救急の連絡調整会議がある

と思うので、そこでぜひ話し合っていたいただきたいと思います。そして、そこにオブザーバー参加で来ていただいても良いわけですから。これ本当にここで話したせば本当に1時間や2時間はかかってしまいます。

(天野会長)

ベッドがどこにあって、どんな感じかって大雑把な情報は掴んでいないと電話だって大変ですよ。これは掴んでいるんですか。ベッドの空き具合っていうのは。

(樋掛委員)

そこまでは掴んでいないです。

(天野会長)

まあ、空いていたからといって入れてくれるかは分かりませんが。

(小泉先生)

3、4年前はベッドが1つ空いていたら常時対応型で県立こころの医療センターに送るということになってましたが、駒ヶ根まで行くということは大変なことで、今はそれこそスーパー救急が吸収してくれているんですよ。

(天野会長)

精神科救急は精神障がい者の安全を守るという意味では絶対に大事なことです。彼ら自身が怪我したりですね、事故に合う、場合によっては犯罪になってしまったら本当に悲劇ですよ。なので、一番最初に渡辺先生が言ったように現場で何とかしなきゃいけない、早く何とかしなきゃいけない、まさにそれだと思います。精神科救急の意味はですね。なので、ぜひ本質的なところがパツ、パツと語られましたが、それらを県の方ですくい上げてください。よろしくお願いします。

(遠藤委員)

関連で前も発言したかもしれないんですが、各保健所のエリアで消防、市町村、警察、医療関係者で年に1回以上は会議をやるように応援してほしいのですが、今10医療圏全部でやっていますか。上田はたまたまここ数年やっていなくて2年前にやり始めてからとても有効で有りがたい。ちょっとそれを確認させてください。県の会議は1回やっているんですよ。保健所単位でやっているのかというのを教えてください。

(塚田保健・疾病対策課長)

地域ごとの自殺対策協議会のような形で9か所やっています。1か所だけ今やっていないのですけれども。

(遠藤委員)

それでは残りの1か所はぜひやるようにしてください。

(天野会長)

続きまして、これはぜひ言っておきたいというのを順番にお願いします。

(福田委員)

救急の関係なんです、私ども福祉の立場からは救急医療の対象者となる方も大切ですが、かかりつけ医の先生たちがこれだけの数を救急以外に診ていただいてすごくありがたいと感じています。安心して地域生活を送っていくためには、どうしても医療が欠かせないところがあります。このことは大切なことなので、このことも検討をお願いします。もう1つは高齢の精神障がい者の方で、認知症にならなくて、でも高齢の障がい者の方の処遇については、今後うまく介護保険の方たちと連携ができていくような仕組みについても考えていただけるようなところが増えてくればいいなと思います。

(精神保健福祉センター小泉所長)

今、福田委員が言われた介護保険で、高齢者のサービスの人のためのテキストもこれに入っているんですよ。要するに高齢の認知症も入っているし、高齢になった人の統合失調症もは入れるような形でまとめてこれを作っています。そういう介護保険の方も非常に重要だと思います。

(天野会長)

これ、それが書いてあるんですね。

(精神保健福祉センター小泉所長)

はい、テキストにしています。今年は樋掛院長に話に来てもらっています。

(樋掛委員)

高齢者の事例検討会があったんですけど、やはり患者の中で障がい重なっているんですね。また、家族に複数の問題の人がいて、介護の方から精神科的な知識を得たいというニーズも非常に高いと思いました。

(天野会長)

高齢者になると地域包括支援とはまた違った多職種連携、全然違うわけではないんですけどね、非常に重みがそちらに出てくるので、今言われたように繋がらないと全く機能しないですね、高齢者は。ぜひまた今の意見を吸い上げて医療と地域包括ケアシステムですね、それから精神障がい者もそこにスムーズに入り込めるように。

(精神保健福祉センター小泉所長)

そういった可能性を探るための研修会なんですよ。

(天野会長)

家族の立場として戸田委員、御意見をお願いします。

(戸田委員)

家族の立場として、今認知症の問題が出ましたけれども、統合失調症の方がですね、どうも統合失調症の症状だけではないかと、何か認知症的な症状も見えるというケースも増えてきていると思います。そういった場合の家族の対処の仕方が困る。本人の言うことで家族が非常にそういった面でストレスを抱えちゃっている、それで家族がうつ病を発症するというケースが今、非常に多いような気がします。この辺の対処の仕方を個別にいろんな研修などで知識を得る機会が欲しいなというふうに思います。それともう1つは当事者に対する対応というのがある程度できるんですけども、その中で家族がいろんな悩みやストレスを抱えるケースが非常に増えてきている。で、そういった家族がストレスを抱えながら無理をしましてうつ病になり、認知症がひどくなったりするケースも非常に多いのかなというふうに感じています。そう言った意味で制度としての家族支援をどのようにもっていくのか、家族もですね、やはりお医者さんに行かなければいけない、だけどなかなか行かれない、本人もだんだんと認知症的な感覚になってきて通院が不可能になってくると、そうすると訪問診療ですとか、チームによる家族支援のようなものを制度として考えていただきたいというふうに今感じています。

(天野会長)

統合失調の人が年をとってきて認知症になる、容態の変化ってどういうふうになっていくかっていうことをしっかり把握しなければいけないですね。おそらく認知症になれば統合失調症の症状が逆に消えてしまうんじゃないかって簡単に考えられやすいって、2つ重なった場合はどうなるのかなって、私これからちょっと研究してみます。本当に大事なことですね。家族は戸惑いますよね。

(樋掛委員)

病院サイドでは、どうしても家族教室っていう形でしかできないんですよ。病気の理解とか、こういうふうに関わってほしいとかまではできるんですけど、家族支援という声は聞いていますが、実際にそれを病院の中でどのようにするかは非常に難しいので、やはり行政とか精神保健福祉センターとかでどういうふうにしていくのかってことを考えてほしいですね。

(精神保健福祉センター小泉所長)

今、厚生労働省も頑張っていますし、地域移行と言っても、医療保護入院の制度が変わったので家族が引き取らなくてもいいのですが、家族に重みを背負わしてはいけないのですから、同時に地域移行を言うのであれば家族支援をやっていかなければいけないと思います。

(渡辺委員)

認知症の人はショートステイがあると思いますが、社会福祉制度の援護料も統合失調症の人のショートステイにもあるんですよ。1週間くらいでしたっけ。

(福田委員)

今は各市町村で給付期間が、その人の状態・状況によって決まってきます。

(渡辺委員)

市町村が決めるわけですね。

(福田委員)

支給量は市町村に本人・ご家族が相談して、最終的に市町村が支給決定されます。

(樋掛委員)

レスパイトケアといって、休むための支援をするような手段がありますよね。そういうところもしっかりやっていただきたいと思います。

(天野会長)

竹内委員、御発言をお願いします。

(竹内委員)

私どもダルクはアルコール依存、薬物依存のリハビリ施設なんですが、やはり高齢化が進んでいまして、私もその中の1人なんですが、高齢化と同時に薬物依存、アルコール依存だけでなくその前の疾患というふうに千曲荘病院の院長から紹介していただいた担当医さんがいるんですが、8年くらい続けて診てもらっているんですが、大体7割5分くらいの方が、今から10年前くらいから薬の切れない統合失調症であったり、発達障がいということで、なかなか長期の入寮ですね、そして1級の精神障害者保健福祉手帳を持った人たちがダルクにも2人ほど来られたのですが、やはり不平不満というか、処方薬を切っていくと症状が悪化して関係機関、千曲荘病院であったり役所であったり、各場所で罵声を浴びせてしまうので行き場所がなくなってしまうんですね。そういった人が県に4人ほどいるという情報を得ています。先日、院長先生と心配だねという話をしたところです。やはり、今日この会議でお聞きしている措置入院とか、医療保護入院もありますし、自殺者もこの前出ました。死ななかつたのですが、何しろどうしてよいのか分からなくなってしまうような、掘って起こしてみた病院でしっかり統合失調症という診断を受けていた。それを隠して自己処方と称して風邪薬を飲み続けていたんですよね。それで飲み続けられなくなると、今度は狂っていくという持病が発症するんですよね。全国のダルクも今度の22日に50人くらいのダルクのメンバーがセンターの方に来るのですが、やはりものすごく高齢化が進んでいまして、老人ホームを作るかということをやっていたのですが、やはり認知症、糖尿病からの合併というのが、先生よく言われるのですが、それが特にひどく進んでいるような状態ですね、1か月で社会に復帰していくというよりもダルクに長く置いてもらいたいという行政機関からの希望の方が今は6割から7割増えてきているという状況です。そして、更生施設からも今度は行き場所がない、その精神疾患のある方が一部執行猶予という形で今度6月から法律が決まる中で薬物に関連した人や、アルコールに関連した人たちがぜひ使わせてほしいと、刑務所の方などがダルクに1日のプログラムを体験しに来るという中で、

たくさん疾患を持った、元々の疾患を持った方々が来る中でやはり病院との連携であったり、保健所との連携であったり、過去の情報というものがとても必要なのかなと思いました。そして村井病院の院長先生もベッドが空いているとか空いていないとかですね、私たちが相談を受けて、私たちが病院に連れて行く、暴れて仕方がないという場合にはですね、お腹に新聞を巻いて行くときがあるんですが、やはり行ってポツと入れてくれる、来ても分からないよというふうには言われるんですけど、行けば何とかはしてもらえますのですが、そういったその設定というか、いろいろな情報を共有していく形であれば、やはり私たちもこれから安心の材料となっていくのかなというのを今日強く感じました。

(樋掛委員)

やはり我々の病院も平成5年からアルコール依存症病棟を持って、薬物依存の方も少し来られています。高齢化と重複障がいの問題にどう対応していくか、うつ病はよくあるんですけども、発達障がいですとか、女性だと摂食障がいなど、いろいろ隠れていたものが見えてくるんですが、発達障がいの方なんてグループ治療は難しいんですよね。個別のケアになってくるということで、そういう場面の苦労もあるんじゃないかなと思います。昔、久里浜医療センターでやっていたような形とはずいぶん、久里浜だと昔は45歳くらいが平均年齢でしたが、今はそれより10歳かそれ以上に上がってきていますから、高齢化と重複障がいという問題になってきていると思います。

(天野会長)

貴重な御意見、どうもありがとうございました。続きまして東城委員をお願いします。

(東城委員)

私は長い間、民間企業にいまして、そういう観点から長野県の自殺者が増えているという傾向としてはですね、やはり民間企業の中でも毎年何人が自殺者が出てくるんですが、それは転勤だとか組合対策だとか、成果重視だとか、それからどんどん首を切っていく状況の中で、何人が精神障がいになっているという現実を見てきました。どういうところに目を付けてやっていけばいいのかというと、相談の窓口というか傾聴する、上手く聞いてあげる、その部分が一番大事なのかなと思います。自殺まで追い込まれる前にそういう窓口があって相談する体制ができれば少しでも防ぐことができたのではないかなという感想を持っています。ここにも重点的に手を打つと言っている、30代、50代が増えてきていると、そういう企業で働いている人の自殺者をいかに減らしていくかっていうことが重点的な、これから大事なところじゃないかなと、そんなふうに感じました。企業の中でも組織力をあげていくという観点でいうとですねIQよりも、教育はEQというか知能指数が上がった人を探っていくという傾向にもあるんですよ。それは何でかという組織を強化するためにも、マンパワーをあげていくためにはIQだけでなくEQも教育したり、組織強化のための研修に取り入れているんですよ。そういう意味で教育の方向を自分の感情を把握して行動を変えるようなことができるとか他者への共感力が高くなるとか、心の知能指数をあげていくような教育もだんだん取り上げて行く必要があるんじゃないかなというふうに感じます。35ページにある精神障がい者地域支援事業というのを今、やってもらっているんですが、これは精神障がい者が自立するためにはより重要なテーマではないかなと思います。先程御報告がありましたように、あれは長野県の全圏域を網羅するようなことに将来はなるのでしょうか。

(塚田保健・疾病対策課長)

今、各圏域ごとにそれぞれの自立支援協議会を含めまして構築をしているところですので、最終的には全圏域へ、多少やり方は変わってくるかもしれませんが、それぞれの圏域の形で地域支援ができるように進めていきたいと考えております。

(東城委員)

ぜひ全圏域にできればいいなと思っています。よろしくお願いします。

(天野会長)

野田委員、御発言をお願いします。

(野田委員)

今日は具たくさんのもので、何を焦点にすればよいのかということですが、やはり1つは自殺が依然としてあるし、また増えたということもあるので、東城委員さんじゃないですけど自殺のことよく考えてみたいと思います。うつ病と自殺の関係でいろいろやっつけらっしゃることは分かるのですが、やはり統合失調症とか、薬物依存、アルコール依存、こういう方の自殺っていうのもかなり多いんです。ですから、これはある意味少し手を入れられないのかってことが1つ。それからもう1つは自殺の要因として健康問題というふうに書いてあるんですけども、この言葉は私どうもよく理解できないのです。健康問題という言葉から推定しますと、病状としての健康問題なのか、それとも自分で何らかの病気を持ったため社会に適応できにくくなったということなのか、この健康問題という言葉でできれば少し分かりやすい言葉で表現した方がいいんじゃないかと感じました。それからもう1つは依然として、自殺する理由はいろいろあるんだと思いますが、1つは希望が断たれた人、希望がある間はどうか暮らしていけると思いますが、例えば東城委員さんが仰ったように会社では、だんだん排除していきますよね、精神障がいがあると。その前に適応できなくなる、リハビリをやりようとしてもなかなか受け入れてくれない、もっと言うのですね、こちらでいいなと思って診断書を書く、そういう場合大体、産業医が駄目だと言うんですよ。産業医がどういう立場に立っているかということ、やはり企業側に立っていると思います。産業医の立場というものを、ずっと考えておったのですけども、どうも産業医の質が変わってきているんじゃないかと。産業医講習とかやっているようですが、大体やることは一律なんです。図書館に行きなさいとか、日誌を書きなさいとか、そうやって一律になってきていると。なかなか良い状態のときにサッと戻れないケースが多くなっています。ですから企業内で成果主義を続けるんじゃなくて、もう少し温情のあるような、企業はリハビリ施設ではないと言った産業医がいるんですけども、私はちょっとひどい言葉だなと考えていました。ですから、企業内のリハビリはもう少しやりやすいような体制に持っていければいいなという、これは希望ですね。それともう1つはやはり経済情勢ですね。いったん仕事を辞めると、35歳を過ぎますと仕事に就けないです。いくら仕事を探しても仕事が見つからない。結局それで悪いスパイラルになっていく、それで亡くなって（葬式のそう）しまうというケースもありますよ。去年も言った覚えがあるんですけども、何らかの形で生活できるような予算が付けられないかと、先程の予算案を少し見てみたんですけども、職業訓練などもやっていますが、やったはいいけ

どその後のフォローがないんですよ。何らかの格好でフォローできるような体制をとっていただけないかなと思っています。それで長野県で自殺者が増えた原因はよく分からないんですけども、これは小泉先生、何かあるんですか。

(精神保健福祉センター小泉所長)

今までずっと減ってきて、このままずっと減ってほしかったんですけども、やっぱりさっき言ったように多様ですよ。増えた方がね。有職者の方も増えたとし、無職者の方も増えているから、職場施策だけでなく、いわゆる無職の人で生活困窮者に対しても働きかけていかないと減少傾向にはならないと思いますね。

(野田委員)

実質的には賃金の上昇した企業もあるかもしれませんが、いろんな料金が値上がりしていますよね。消費税も値上がりしている。結果としてマイナスの状況になっているわけです。患者さんで生活を切り詰めている人もかなり多いんですよ。これは、やはり経済問題ということがこの件にも絡んでくると思いますけど。一旦、職を失っちゃうとなかなか浮かびあがれないような気がします。先程、戸田委員さんから家族の問題、非常に印象づけられたんですけども、逆にですね、家族機能が弱くなってきているんじゃないか。

というのはどういうことかと言いますと、1つ事例を申し上げますと、診療所に家族から電話がよくかかってくるんです、具合が悪い中でどうしたら医者へ連れていけるのか教えてくれと、マニュアルを求められます。昔は、家族の場合はかなり説得しまして連れてきたりとか、場合によっては悪いところがあるかどうか、多分悪いところはないんだろうけど診てもらおうとか、それなりに工夫があったのです。また、私が病院に勤めていたときでかなり前になるんですけども、自殺しようとした患者さんで舌を噛み切ろうとしたんです。親が口に指を挟んで舌を噛み切るのを防ぎながら連れてきた例もあります。さらに印象に残っているのは、患者さんを縄でぐるぐる巻きにしまして、これは親も大変だったと思いますが、そういう家族機能の問題がかなり弱くなってきているのではないかと思います。一生懸命やっている家族も、もちろんいるんですけども。家族がどうすれば良いのか人の意見を聞きたがる。

ですからその家族機能の強化ができるような方策をどうしていくべきか、先程のお話を聞いて考えました。

(戸田委員)

確かに家族機能と言えば、思えばやはり弱くはなっていると思いますね。家族皆で病院をケアしていくという力は確かになくなっていると思います。それは1つは高齢化という問題、それともう1つは当事者と一緒にはいたくないねっていうような感覚が増えてきているというのが事実だと思います。その反動で地域移行といいますかね、例えばグループホームですとか、そういうところに何とか入れたいなという、本来の家族の機能とずれてきているのかなというのが確かにあると思います。そういった中で家族全体を強くするにはどうするのかというと、私がよく言うのは、とにかく、くよくよしては駄目なんだよと、一旦開き直って自分の健康を先に考えようよという話をよくするんですけども、そういう方へ向く雰囲気は今、家族にはないということだと思えるんですよ。ですからどうしてもご本人に振り回さ

れてしまう。その結果、私のところに来る相談事例の中でも最近では自殺に絡むものが増えてきています。本人が自殺をしたい、死にたいと言っているけどどうしたらよいのかという。それに対して家族が説得できていないというのと、もう一つは逆にもう手に負えないと、親の方が死にたいというような相談もあるんです。これはもう私どもも聞くしかないものですから1時間、2時間じっくり話を聞いて、ある程度時期がきてもう話がないときにはフォローの電話を入れるとかですね、対応はしているんですけども、確かに精神障がい者を抱えた家族がどうあるべきかとうのをもう一度原点に戻って考えてみる必要があると。その原点に戻ったところで家族支援をどう考えるかということを検討し、それを制度化していくことが必要じゃないのかなと感じています。

(天野会長)

最初、事務局の説明が非常に長いので、40分くらい。予定の時間と違っていましたので、やっぱりここで委員さんがせっかく来たので全員話してもらおうということが大前提ということでやってもらう。まあ、樋掛先生は県の組織だから、どうせしょっちゅう話していますよね。一応、樋掛先生はいろいろ発言してもらっているからもういいですかね。それで、各委員さんからの話はこれで終わって、実はですね、もう1つポプラの会の委員さんからの質問で、長期入院精神障害者の地域移行、先程報告がありましたよね。そこの取りまとめについて、その後と現在の国の動きについて教えてほしいという質問と、これは御意見ですけども地域移行を進める上で、地域が病院に入っていられないこと、これは問題点として要求していく。それから3番目のアスタリスクのところは施設の問題。4番目は、これは退院… 資料ないですか。配ってあると聞いていましたが。

(事務局)

山本委員が来られたら、議事に含めていただきたいということで。

(天野会長)

この資料は持ってかえってもらっていいんですよ。

(事務局)

山本委員からは発言したい旨の連絡はありましたが、配ることについて了解はいただいております。

(天野会長)

これはもう話をしなくて良いということですか。

(事務局)

山本委員からは、もし欠席になった場合は、事務局から別の機会に回答してほしいと聞いております。

(天野会長)

これは、ポプラの会の山本委員からこういう意見があったということで共有する必要があると思います。ここで今、話し合うかは別としても他の委員さんに配っておいたほうがよいのではないですか。せ

ひ、こういう意見があったということで共有させていただきたいので、委員に配ってください。

(事務局)

わかりました。

(天野会長)

時間がないので、ここでこの話は打ち切りますが、事務局の方でコンタクトを取って回答をお願いします。それから、2番目の方、その他ということで資料がいろいろ付いておりますが、この説明を事務局の方から5分くらいでお願いします。

(事務局)

別冊資料について説明。

(天野会長)

あまりにも議題が多いこと、それから時間が極めて少ないこと、結局意見を述べてその後どうしていくのかっていう皆さんの建設的な意見の集約っていうところまでたどり着かないので、座長をやっているすごいジレンマです。これ、やっぱり会議のあり方について考えていかないといけませんね。これ、ひとつ1つの問題が重すぎるんですよ。精神科救急だったらそれだけとかですね、そういう形だけでやっているともありますけど、ちょっとまた考えましょう。私はもう皆さんから御意見をとってという言葉が発せられない状況です。もう時間がないんでね。これでも話し合いみたいな感じになってしまったんですが、終わらなければいけないと、時間ももう過ぎていきますので。もう1つですね、私自信があと一月をもって大学を退官します。ということは、これたぶん信州大学の精神科の教授の役職指定じゃないかなと思っていますので、今回これで最後ということですね、ずっとこの会議は出て本当にもう十数回ですかね、毎年。感じていたのは、いつも時間が足りないことで、どんどん問題が変わってきているのも事実で、問題が新しく出てきているのも事実で、やはり高齢化というのは大きなキーワード、これはもうはっきりしていますよね。それから自殺が増えたという自殺の問題がありますよね。この2つが今日、相当象徴的に語られたという、これを事務局の方でぜひ受け止めて考えてください。それから会議の開催の時期のことで、もう少し早めにしてほしい、こういう意見が私の方に来ています。予算をお伝えする会なのかなとかね、予算に影響を与える会なのかなによって時期がまた違ってくると思うんですけども、その辺もまた検討していただければと思いますね。別にこうしなさいっていう意味ではないですけども、検討してくださいという意味でございます。それから、ここで話したことが記録に載るからそれなりの力は絶対に持つと思うんですけども、個別に県の方にパイプを持って自分らの意見を伝えるという、それはぜひやっていただきたいと思います。これは事務局の方も非常にありがたいですよ。いろんな意味で修正できますよね。なのでぜひ意見を述べていってください。私の方の司会としては、ここで事務局にバトンタッチします。どうもありがとうございました。

4 閉 会