

長野県地方精神保健福祉審議会

日 時 平成25年2月5日(火)

午後2時～4時

場 所 県庁3階 特別会議室

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

事務局から「精神保健福祉対策事業について」資料1～10の説明

(天野会長)

ただいまの説明に対しまして、ご質問ご意見等ございましたら、ご発言をお願いしたいと思えます。

だんだん事業が大きくなってきましたね。自殺の問題、認知症の問題、それからうつ病の問題、いろいろなことが課題としても出てきているんだと思います。事業も少しずつ大きくなって、方向性が少し広がっていると。逆に、統合失調症とか薬物依存など、ずっと問題点を抱えながらあまり変わらないというか、どう変えていったらいいのか、そういうことがあるんですけども。流れがここ10年ぐらいで変わってきているなと思うんですが。

それから、救急の対応、例えば一つ見ても、東北信で今ひとつでやっていると。資料を見ながら感じたことなんですけれども、本当に必要な救急、言い方は悪いですけども、大変な救急。そういう意味では、各地域の数はそんなに変わっていないんですね。だけど、東北信のほうが全体の数は少ないけれども、例えば入院を要したケースでは、決して、南信地域とか中信地域と同じように件数は少ないからといって、決して少なくなっていない。現実的にはそういう、割と重いケースを多く診ている。指定された医療機関以外にも地域の医療機関が非常に頑張ってやっている、指定された日以外の救急患者さんを診ている、対応しているんだということも数字になって、こういう救急体制に関して課題があるかなと感じています。いかがでしょうか。ぜひ忌憚のない意見をどうぞ。

(東城委員)

素人の立場から。今、会長さんがおっしゃったように、非常に幅広い、県民のための健康福祉の仕事を日夜、ご努力されているんだということが読みとれて、敬意を表するも

のであります。

2、3、お聞きしたいと思うんですけれども、17ページの自殺対策ですけれども、私のうちの近くもここ数年、何人か自殺した人がいて、認識としては、減少しているという認識はないんですけれども、数値的に見れば減少しているということですが。これは何が一番効果的に効いていて、自殺というものが少なくなってきたのかということはどうなる理由なんでしょうか。それで、今後も何を重点に、いろいろ手を打っていただいているんですけれども、何を重点にやっていけば、さらに減少すると思われるのか。それから54ページのところに、障害者就労支援事業費というのがあるんですけれども、この障害者が自立の道というか、それが非常に大事だと思うんですけれども。やはり障害を持ちながら、社会の一員としての自立の道、生活の道をつくっていくということが基本になるんだと思うんですけれども。企業の雇用で何%か義務づけられているような法律もできているようなことをお聞きしているんですけれども。それは企業の採用という、制度にかかっていると思うんですが。そういう人たちの、さらに何%だと求めてあるような気がするんですけれども。そうすると、伸ばしていくためにはどのような視点として政策努力をしようとしているのかというのが2点目。

あと一つは、精神障害になったときに非常に入院期間が長いんです、普通の病気に比べて。治りにくいというのは当たり前だということになるのか、今の最新の医療からいって、雇用、働きながら、もう少し入院期間というものは短くできるような手があるのか。そのような観点で、少しご説明いただければ。

(天野会長)

もう、本当に重大な課題というか、重い課題3つが述べられました。一つは自殺ですね。それから精神障害者の就労について、企業側の積極的な働き掛けなど、3番目は入院期間が得てして長いと。退院促進ですね。その入院期間のことに関連してご意見を出されているという、そういう質問でよろしいですか。事務局いかがでしょうか。

(精神保健福祉センター 小泉所長)

自殺についてですが、実際トータルの人数は、この4年間に長野県では自殺者数は減っております。何がやはり一番減っているのかと言いますと、いわゆる働き盛りの世代の男性の自殺が減っているわけです。これは日本全体の傾向と同じです。ただ、もっと細かく統計データを見ますと、高齢者の自殺が長野県は結構増えているんです。これは非常に要注意です。一時減ったんですけれども、波がありまして去年あたりが増えている。もう一つ言えば、若い層の自殺は決して減っておりません。いじめ自殺といって、今新聞で連載されているようなケースなど、青少年の自殺対策をどうするかというのが我々の課題です。

どういった対策が良いかというようなご質問あったんですが、やはりエビデンスがあるものは、いろいろな啓発活動とかがあるんですけれども、やはりゲートキーパーですね。

今日、パンフレットをお配りしたんですけれども。これは一般市民向けにゲートキーパーのためのリーフレットで精神保健福祉センターが作ったものです。身近な人が気づいて、よく話を聞いてあげて、専門家につなげて、よく見守ってあげるということをやっていた。こういったゲートキーパーというのを非常に推進しております。

もう一つエビデンスがはっきりしているのは、自殺未遂者のケアですね。先ほど上田医療センターのお話をしたんですけれども、やはり未遂者のケアをやるということで、自殺者を減らせるということがあるものですから、こういった取組みが大事だと思っています。よろしいでしょうか。

(天野会長)

どうでしょう、就労のこと。

(事務局)

就労に関してですけれども。一般企業への就労というと、今現在、56人以上の会社で、1.8%の障害の方を雇うということになっておりまして、また、今度制度が変わったのが今年からだと思うんですけれども、50人以上の企業で2%以上というようなふうに、目標値が上がっているということになります。

障害者の就労に関しては、国の行政のレベルでも、県の労働雇用課等でも支援を行っておりますし、障害者支援課としては、54ページを見ていただいたように、障害のある方が職場にいて、ちょっと試しに働いて、職場の人に理解をしていただくというものを来年度から新しく、OJTによる障害者の就労促進事業、このOJTのOというのは、お試しというものの略なんですけれども、そういうような支援事業を新しく始めるとか、元来、障害者自立支援法のサービスにある就労支援、作業所等で働きながら支援をして、一般就労を目指すというような、目指す方を支援するという就労移行支援というようなサービスもございます。以上です。

(天野会長)

ありがとうございます。あと、入院期間のことですね。いろいろなところで入院を短縮しようということはされているんですが。周りの方の受け皿の活動、受け皿をどうしていくかという点もありますが、いかがでしょうか。

(事務局)

それでは、長期入院の問題について、お答えさせていただきます。

先ほどの35ページのところに、障害者プランの目標値等、掲げさせていただいたんですけれども、長野県の場合、入院して1年以内に退院されている方の割合というのが、全国と比べますと比較的多い。1年以内に退院される方の数というのは多いんですけれども、

ほかの疾病、いわゆる身体疾患の入院期間に比べますと、まだまだ精神疾患は長いという状況はございます。

これまで長期入院者の方を退院させてくる中で、地域、それから医療機関との連携、入院してから、なるべく早い時期に地域と病院が連携をとって、退院に向けた支援をしていくということが非常に大事だということがわかってきております。

そういった経験を今後も生かしまして、引き続き、地道な取り組みではあるんですけども、退院支援に向けてやっていきたいということと、やはり長期入院で、20年、30年、入院されていますと、入院されている方自身が、もうそこで住むのが当たり前、退院するということをご自身が考えないという状況の方がまだ大勢いらっしゃいます。そういった方に外へ出て地域で暮らしていこうという、そういったメッセージを、ピアの方たちの活動ですとか、コーディネーターの活動等も通しまして、引き続き病院さんと協力しながら、病院の中に入って行く活動、こういったものを取り組んでまいりたいというふうに考えております。

(天野会長)

どうもありがとうございます。いかがでしょうか、忌憚のない、いろいろな点からご意見を、どうぞ、野田委員。

(野田委員)

忌憚のない意見ということなんですけれども、1つは自殺の件です。先程、天野先生が言っていましたけれども、若年者の自殺は減っていないということは、統合失調症の問題が一つは抜けているかなと思うんです。どうしても自殺の場合、うつ病対策が先行していますけれども。それから、死に対する距離が若年性の場合はやはり近いのではないかという感じは持っております。

それともう一つ、自殺について、自殺する前の問題、そして自殺された後の問題、どちらかという、自殺される前の問題が現在やられてますけれども、資料にも若干触れてありますけれども、残された遺族の方、それから、医療関係者、自殺された医療関係者の問題がほとんど触れられていないんです。これは自殺された患者さんの医者がすごく重要かなと。結構ストレスがありまして、それを皆さん、どうされているかわかりませんが。遺族の方と医療関係者、そのあたり、もう少し何らかの対策を盛り込めないか。その辺があると、逆にデリケートな問題から細かい対策もできていくのではないかという感じは持っています。具体的にどうするかということになると、先ほど述べられたものになります。

それから、就労の問題。就労の前に、復職がなかなかできないということがあります。障害を持ちまして停職する。その期間が長くなると、受け入れるのが産業医です。産業医が精神科の場合ならいいんですけども、他科の先生が産業医になるという傾向がある。

それで精神科の、主治医としてやってきていまして、それで就労可という状態でも、産業医が認めない。ただ、疾患、障害の特殊性としまして、再発はこれ防げない、どうしても。だからなかなか復職がスムーズがいけない。これ問題だと思います。

それからもう一つは、いろいろ対策はとってあるようではすけれども、自閉症ということになりますと、面接に至るケースはまれです。面接に至ってもなかなか就労できない。仮に就労できたとしても、大体、機械が発達しているものですから、それに適応できない人は悪循環で就労しづらくなっている。

それから入院期間ですね、再入院の数字はありますか？早く退院しても再入院というのは結構あると思うんです。ゆっくりやっけてもらって退院していくような人もいても良いと思うんですけれども。入院した日に退院の日が決まるといった傾向の病院も割とあるようです。入院までの期間も結構あるということで、入院するまでの問題、それから入院した後の問題、それから退院して、やはり、いろいろストレスがあるものから、それが続きますと、また失職するという傾向があると思うんです。

ですから、私、日数だけじゃなくて、内容をきちんとしたほうがいいんじゃないかと、そういうふうに思います。

(天野会長)

自殺のほうは、医療者の方に関してというのは、確かに我々、自衛的にお互いに守り合っている、やっぱり医者同士が。では、我々医療者が自殺された場合にどういう形で守ってくれるんですか。僕も正直いって家族の方から激しく攻撃されました。そんな経験があります。ものすごく苦しいですね。それは経験がありますので、それはよくわかるんですけれども、どういう形で守っていったらいいのかと。僕はやっぱりそうやって苦しんでいる医師は絶対守らなければいけないと自分に言い聞かせていますけれども。やさしい声をかけるとか、お前だけの問題じゃないとか、いろいろな言い方はあるんですけれども。

もう一つは、家族、遺族については、小泉先生のところで積極的に自死遺族への取組みという動きが出てきています。ここ数年間。これは非常に大きな成果を持ってきているのではないかと評価しています。

復職支援というのは各会社や企業、官公庁、相当しっかりしてきました。だから、先生の今言われたことと、それがしっかりしてきたことと、どういう相関関係にあるのかと。

それから、入院期間の短縮化と再入院率の上昇というのは必ず起きる現象で、どれくらい入院期間が本当に適切なのかという数字をきちんと出すべきという思いは、そういう考えで聞いていましたけれども、何せ10年、20年、30年という、もうそこに住み込んでいようような人たちをどうしようかというのと、野田先生が言われた話とは少し分けて考えなければいけないかと。もう入院して1週間、10日で退院しなさいという、もうものすごく再入院率が高いというようなことですので、そういう意味では、急性期の対応の仕方は、きちんと我々医療者は考えなければいけないと思います。

どうでしょう、非常に重い問題として、今野田先生からも言われましたけれども、事務局のほうで、どうぞ。

(小林健康長寿課長)

健康長寿課長の小林と申します。ありがとうございます。

後ほど説明する予定でしたけれども、お手元の資料に、厚い、500ページに及ぶ資料があったと思いますけれども。今、野田委員さんがおっしゃった点、413ページと414ページにわたって、参考としては載せてございます

413ページ、これは指標のところですが、一番下の2つの部分が、先ほど資料で説明を申し上げた1年未満の平均退院率、全国で2番目に短く、率は高くなっているんですけどもこれをさらに伸ばしていきたい。

それから5年以上65歳以上という、いわゆる高齢で長期の方の入院の方を退院に導いていくというようなことで、これは逆に長野県においては少し全国よりも数字が低くなっているものですから取り組んでいきたい。ただ、実際には高齢者の地域生活を支えるいろいろな仕組みがないとなかなか難しいというのは、私どもも承知はしております。

それで414ページに、平均在院日数ということで精神科病院、精神科病床全体でいうと約300日弱ぐらいで、全国よりは短くなっておりまして、これをもっと目に見えてというのは難しいものですから、目標としては現状維持を何とか続けるというような書きぶりになってございます。短くするということになっております。

それから、3カ月以内の再入院率、これは長野県も全国と同じくらいになっておりまして、6人に1人といったことになると思うんですけども。こんなところも確認をしながら、患者さんに対して適切な入院治療、あるいは、逆に退院ということで取り組んでいければということで、次の計画でも取り組んでおります。以上です。

(天野会長)

どうもありがとうございます。野田委員さん、どうもありがとうございました。

では、保健医療計画の話を終えてから全体のディスカッションにしたほうがよいと思うので、次に進ませていただきます。

(2) 信州保健医療総合計画(案)について

(天野会長)

会議事項(2)ですが、信州保健医療総合計画(案)について、まず、小林課長から説明をお願いいたします。

(小林健康長寿課長)

資料の説明

(天野会長)

どうもありがとうございました。この保健医療総合計画、精神の部分で私が座長をいたしました。その中で課題になったこと、今、簡単に説明いたします。

まず、どんどん増えていく診療所です。そこでどういう治療が行われているかということの把握。医療の状況を見るために、それをきちんと診ていく必要があるだろうと、そういう意見が出ました。

それから、うつ病、自殺対策等だけでなく、やはり病気として統合失調症とか依存症とか、そういう非常に大きな課題が厳然として残っているんだと。そちらも何とかしなければいけないという強い意見がございました。

それから、救急ですね。身体合併症を持つ精神障害者の救急は確かにやっている。どこでもやっているんだけど、どうも断られやすいという現状をかんがみると、今後、きちんと対応していかなければいけないのではないかと。

それから措置入院を減らそうという目標が出たのですが、なぜ措置入院が多いか、むしろ、そちらの解析が大事なんだと。先ほど事務局のほうからいただいた資料で、なぜ多いかということ、その視点に対する対策が重要ではないかと、そういう話し合いがありました。

遠藤先生と一緒にやった委員会のメンバーの一人でございますし、補足があったらいろいろつけ足していただくとか、あるいは、他の委員の方々から、それこそ忌憚のない意見をこれからも出していただければと思います。

小林課長の説明に対する質問も含めてどうぞ、よろしく申し上げます。では、遠藤先生。

(遠藤委員)

先ほど、天野先生も言われていたところで、やっぱり、私が精神科病院の立場で気になるのはクリニックの話。今日、診察に忙しい中、クリニックの代表の野田先生に出てきていただいて、本当に感謝を申し上げる次第ですけれども。

その前に、さっき医療関係者のストレスのことが出たのですけれども、医者や看護師の自殺も非常に多いです。圧倒的上位は精神科医師の自殺、統計上。精神科医療をよく頑張っているなど僕は個人的には思っているのですが、非常に救急等で、やっぱりハードなところで頑張っているということで、クリニックの先生も本当に頑張っているしやるなど思っています。昔の数字のことでこだわっていけないのですけれども、90数医療機関の精神科の届出をして、私たちがやっぱり顔が見られるのは40何カ所程度で、しかも診療所協会に入っているのは、16、17カ所ということはやっぱりすごく気になっていて、その辺の、私は野田先生とはいつもいい連携で、日ごろから忌憚のないお話はできるから、あえて、県の方でも結構ですけれども、野田先生から率直なコメントをいただければ、今後の精神科医療

に生かせるかなと思ったのですが、あえてこんな質問をさせていただきますけれども。

(野田委員)

今日、実は、私、外来を午後やっているはずだったのです。急遽、今日見える方に対して電話を一生懸命しまして、午後は休みということでした承していただいて、それで今日出てきました。

診療所の医者は、救急とかやっていないのではないかと、9時開院して5時には終わっているんじゃないかというような言われ方をして、あまり働いていないという言い方をされるようなことが多いのですけれども。大体スタッフは少ない、一人でやっているというので、結構ストレスは多いですね。何かちょっと相談したいなと思ったときに相談できないということがあります。そういうときは遠藤先生とかに電話してお願いしたりとか、それから年に一度、天野先生には講義していただいて、その後、座談会から懇親会などをやっております。

そういうふうに、診療所の医者に必要なのは、さっきの自殺の問題も含めまして、やっぱりよそとの連携、それから他職種といいますか他業種との連携。例えばお互いにサポートし合う関係になっていってしやるとか、特に自殺された患者さんがいる場合は、遠藤先生もおっしゃったように、精神科医の自殺もある。

次に、精神科の診療所での救急の問題。簡単に言いますと軽い救急は毎日やっているんです。また、できるだけ早期に入院というようなことをしたいのですけれども、いかんせん、メンタルクリニックは患者さんが多くなりまして、今、なかなかどこも予約の時間がかなり長くなっているということは、私たちが解決すべき問題だと常々思っています。

それからもう一つは、やはり、私、開業してもう20年たったのですけれども、初期のころはかなり重い救急の形で来たのです。そのうち、ケアに時間をかけて説得、もしくはいろいろ病状の説明、把握ですね、そういうことをやりました。今、なかなかそういう患者さんがすぐ診られるような状況にない。北信地区ではなかなか入院できないのです。転院する場合は、簡単にいうと、つてを頼る。個人的なつき合いを頼んで、そのための電話にかなり時間をとられます。何時間もかかる場合もありますし、30分、1時間待たせられて出てきたところで断られる。

ですから、やはりこれ、私としては、遠藤先生もおっしゃったように、一緒に酒を飲んだりそういうことをしながらやっているのが現状です。答えになりましたかどうか。

(天野会長)

その委員会で話題になったのは、顔の見えるクリニック、診療所の先生方はどういう連携をとれているか。これだけの人数の、これだけの複数のクリニックがありながら、私たちの目に見えない、そのクリニックがどういう活動をどういう形でやっておられるかというのが見えてこないというのが、それはそれですごく大きな課題なんです。

だから、先ほど言った診療所協会加盟の先生が半分以下だと。そういうところをどういうふうに連携をとっていったらいいのか、我々に見えるようにしていただきたいというのがワーキングで出ました。その点は先生いかがでしょう。非常にうまくいっているものと、見えてこないものがある。そういうことはいかがでしょう。

(野田委員)

そうですね。顔が見えるということは大事ですね。診療所協会という組織があるのですけれども。北信、南信、中信、東信、全部あわせて半分はいいいなと思います。北信は大分多いですけれども。北信では月に一度勉強会をやったりしているのですけれども。遅くまで診療している人も結構おりますし、なかなか忙しいということもありますけれども、私は義務だと思ってやっています。

(天野会長)

丁寧な説明、どうもありがとうございます。小泉先生、どうぞ。

(精神保健福祉センター 小泉先生)

今の診療所の問題は、1年前の精神保健審議会のときからいただいておまして、この第6次の医療計画でも、ずっとそのことが話題になっておりました。

今日、紹介しますけれども、この信州保健医療総合計画の別冊というのをちょっとごらんいただけますか。17ページです。医療推進課が8月にアンケートをしたものです。精神科を標榜する精神科診療所に対して。その結果は発表していませんけれども、とりあえず精神科診療所、一番左のところですね。精神科診療、訪問看護ステーションということで、夜間、休日・夜間対応とか、精神科訪問診療、精神科訪問看護をやっているところだけ、こういう形でピックアップするというので出てきますね。

ここで、この中でも、さっき言われたのが、僕たちはいろいろな関係で、名前と、あるいは顔の見える関係の部分もあるのですけれども。今回、アンケートで幾つか、初めて知ったところもあったものですから、やっぱり調査をしていかなければいけないのかということは思っております。

(天野会長)

どうもありがとうございます。いかがでしょうか、渡辺先生、どうぞ。

(渡辺委員)

措置入院のことですが。今、私は措置入院はむしろ少ないし、どうも一般に誤解されているような印象を持ったんです。というのは、強制入院の中で医療保護入院が多くあるのですが。患者さんの立場を守るということを見ると、医療保護入院よりもはるかに措置入

院のほうが患者さんの立場を守っているんです。特に入院するとき、例えば医療保護でしたら、精神科医1名と保護者の2名だけの判断で強制入院になるわけですが、措置入院の場合は、行政を含めて非常に多くの人たちがかかわるのです。しかも措置入院と判断する場合には精神保健指定医2名の意見が一致しなければいけないということで、医療保護入院に比べて措置入院は本当に恣意的なところが全くない。しかも、それで医療保護入院を見ても、明らかに措置症状があるのに医療入院になっている場合が私の目から見てもかなり多いんですよ。それと、私が医者になったのは30年ぐらい前、どのくらい前までだったか記憶がありませんが、以前は行政の方から明らかに措置症状があるのに医療入院にしてくれませんかというお願いは、我々、現場で非常に受けていたんです。それももともとで、これ精神科医が非常に非協力というところもありまして、行政側のほうでも、措置入院に持っていく場合に、協力してくれる精神保健指定医を探し出すというのは、これ結構大変なことだと思うんです。そういったことから、いわゆる措置鑑定しなければいけないのだけれども、医療保護入院に変えているということがあったように私には思えるのです。

先ほど申しましたように、措置の方がはるかに多くの人がかかわっていて、入院した後も、医療入院の場合はそのままずっと第三者の目に入らないですが、措置入院の場合には3カ月目に必ず県のほうから指定医の診察、第三者的な指定医が来て必ず診る。しかも、実地指導で措置は必ず診ているんですね。いわゆる第三者的な精神科医が行政側の人間として診ていく。

だから、そういうことを考えると、措置というのを、なぜ皆さんがこんなに嫌がるのか、私には全く不思議でしょうがない。患者さんの立場を医療保護に比べて遥かに守っているんですね。僕は長野県においてもおかしくないと思っているし、全国的に見れば全く少ない。むしろ私から見ると、長野県の行政の皆さんのほうが非常に職務に忠実というか、職務に熱心なために多くなっていて、それで全国的に見ると、そういった行政側の担当者の職務怠慢のために措置入院というのが少なくなっていると、私はそういうふうに思っていますが。

(天野会長)

いわゆる強制というと、患者さんの自傷他害という部分ですね。あそこが僕、ちょっと引っかかるんです。興奮性患者がすべて自傷他害なのではないか、僕ら大学病院でやっていると、どうしても措置入院の患者さんと接しているというのが少ないわけですから、今、渡辺先生はもう本当に逼迫した状況というか、精神科病院で重い患者さんを診ていられるという、僕たちは割と行政的な目で見ってしまう、そういうところで判断してしまうわけです。今、言ったように、非常に興奮性の高い方がすべて措置かどうか、ここに疑問視を抱いてと、これはもう一般的な課題です。ただ、今まで激しく興奮されていて、なかなか言うことをきいてくれなくて、それで何とかしなければいけないというときに、家族の同意だけで本当に入院してしまうのではなくて、精神科医が2人かかわって、措置鑑定をして、

きちんと精神医療をいろいろな行政とタッグを組んでやっていく、そういう、今、渡辺先生のご意見がございました。

その辺、どうですか。まず入り口のところの考え方の違いみたいなことがあって、現場での非常にこう大変さの中での声ですね。僕、2種類を抱えているんじゃないかというふうに思ったんですけども、これに関してはどうでしょう。

とにかく措置を減らせという、数字であらわされた部分に対しては、いや、そうじゃないんだと、なぜ措置が必要なのか、なぜ措置があるのか、目的はと、そういうところを解析しようという話があったんです。それに対して、今の渡辺先生のご意見に対していかがでしょうか、事務局、何か難しい問題ですね。これに答えられる人はいないですね、課題ですね。僕も今、渡辺先生から言われてハッと思いました。

(遠藤委員)

今日の資料の6ページの通報等に基づく診察実施状況という6ページの下段ですね。平成13年の通報件数が113、120台で、突然、196、平成18年では253名、これはおそらく天野先生が言われたように、仕組みが何か変わったと考えて分析をする必要があるのではないかと。

(小林健康長寿課長)

この通報対応は、警察官通報、24条通報がかなりの割合を占めておりまして、また警察官の対応もこれまで職務執行法関係で対応してきたんですけども。この精神保健福祉法との関係というのがありまして、警察官のほうでも、やはり精神科疾患が疑われる場合には、これまでは警察官のみの対応で病院にお世話になっていたケースも、しっかり通報を出して、行政のルートで対応していくというようなことが、やはりここ10年ぐらいの間に、これは長野県だけではなくて、全国的にも一つの大きな流れになってきているのかなというの思います。

それと、あと医療法入院の関係については、国においても、国際的な観点からも、日本における強制入院のあり方については検討されておりますので、やはり非常に大事な視点だというふうには思っております。

(遠藤委員)

今のご説明というか、今の解析だと、あれですね、全国的に新規の措置入院が増えていくという理解でいいですか、この10年で。結構増えているんですね。

(小林健康長寿課長)

傾向としては、増えていると思います。

(天野会長)

どうぞ何かご意見、ぜひ、時間も押してきているので、ぜひ、もういい機会だと思うので、もっと聞かせていただければと思います。

(福田委員)

ではすみません、5年以上入院されていて、65歳以上の方の地域移行というところですけども。認知症のところでは介護保険の事業者というのが出ているのですけれども、健康でいて、なおかつ地域移行を目指していくというときに、やはり介護保険の事業者とどう連携していくのかという、すごい課題だと思うのですけれども。県としては、その辺はどういうふうにお考えでしょうか。

(事務局)

それにつきましてですけども、今年度、健康長寿課長、それから介護保険室長連名で地域の事業者の方に、長期高齢者の方の入院支援をお願いしたいということで、市町村長向け、それからあと、介護保険事業者向けの通知を出してございまして、県下各地、いろいろな立場でご協力をいただきたいということで、お願いをしているところです。

また、各保健福祉事務所単位ごとに地域の地域支援の連携協議会というのがございまして、今年度、重点的に高齢者の地域移行促進をということで、市町村の地域包括支援センターさん等にお声がけをしまして、同じ土俵に立って地域移行を進めていただきたいというようなことで、研修会等をこまめに持つような形のことも進めているところでございます。

(天野会長)

ありがとうございました。竹内先生はいかがでしょう。

(竹内委員)

自殺という言葉がたくさん聞くんですが。昨日も新潟県のほうから、元私どもの施設にいた者に電話しましたときに、1年に一つぐらいあります。亡くなられるたびに写真が出てきて、とてもつらい思いをしている。私ども上田にありますが、その入院という難しいセッティング、これを割りとスムーズに千曲荘病院でやってもらっているので、私たちは幸せを感じております。

(天野会長)

どうもありがとうございます。どうですか、福田委員さん、いかがでしょう。

(福田委員)

実はその入院については、やはり家族として、やはり毎日見ているので、薬物療法で安定しているときには簡単ですが、やはり薬を飲まなくなるとかいうときに、例えば昼間ですと、先生に連絡をして入院させてといたしますと、今の状態ではちょっと入院は無理だと判断してくれるものですから、少し薬を見て様子を見ましょうと。薬をちょっと余計に出してくれるものですから、それでしばらくいいというようなケースが非常に多いということです。要するに相談事業の中で、相談件数も結構多いんです。

クリニックの先生もそうですし、やはり病院の先生もそうですが、相対的に薬で何かを抑えると。それから、当事者に対して薬を飲んでいけば大丈夫だというアドバイスをする。ただ、親に対するアドバイスというのは全然無い訳です。親にはまだこの状態なら大丈夫ですと、そのようなコメントで週に一回とか、月に一回とかというような診察を繰り返しているというケース。それと、例えばある程度そういう話があっても、本人の荒っぽさが治らないというときに、入院ということを主治医の先生にお願いをしても、なかなか言うことを聞かないというのが実情だと思うのです。

そういった中で、今の措置入院もそうですけれども、本当に措置入院をしなくてはいけないときに、今の仕組みの中でスムーズにいけるのかということのはちょっと疑問を持っています。具体的にはちょっとありませんけれども、何となく親としては、うまくいくのかなというような、そういう心配を持ちながら保護者と接しているという現状かなと思います。

それから、私どもの相談事業の中でいろいろ出てくる中で、やはり自殺についても何件かありますけれども、親からやはり話が来るんですね、ちょっと様子がおかしいと。そういったときに、親がどこにどういう相談をかけたらいいいのかと、そこら辺が明確になっていない。例えば各圏域にコーディネーターがいるけれども、昼間の時間帯ならOKなんですけど、休日ですとか夜間ですとか、例えば長期、親はびくびくして一晩過ごすというケースがあったりとか、やはり親が何かあったときに、親がどう対応したらいいのかといういわゆる家族支援、通常の家族支援、そういうような緊急を要するよなときの家族支援の対応の仕方、こういったものをきちんとシステムで何か対応をするという方法がなければというようなことを思っております。

それと、もう一つは、今、家族が一番気持ちで常に持っているのは、親なきあと当事者がどういう生活をしていくのかとか、そのためには親が何をしなくてはいけないのかということ。その中で、例えば一つの例として、親が家族会の話をするということをやっているんですけど、システムとして、例えば昔憩いの家というのがありました。憩いの場所をつくるとかそういったものがありましたけれども。家族支援の中でそういったものをつくる。そういう支援があれば、また違った形で家族支援がうまく回っていくのではないかと考えてます。

(天野会長)

はい。非常に大切なことを指摘していただきました。家族に対する支援です。非常に大

切なことで。

時間が押していますので、患者さんの立場から、ぜひ、山本委員さん、よろしくお願ひします。

(山本委員)

私の場合は、クリニックさんが、診療所協会さんのほうで、クリニック療養が大分できている、多くいる中で、総合病院から精神科医が減っていくのではないかということがすごく心配なんです。

それで、統合失調症であれば、急性期であれば長期入院が必要なんでしょうけれども、僕の考えからすると、例えば一つの例として、ご両親が入院させたいと、警察がこなくても。警察が来るとピタッと幻覚が変わって、普通になってしまうというのがあって、どうしても入院に結びつかない。それでクリニックに行った場合に、本人が入院したくないと言えば、入院させることができないんだと、親の介入ができないということと言われて、それで病床がなくて困っている人も現にいる訳なんです。入院させられるものだったら入院させたいという親が、できないでいる状態もあるというので、それで困っているということもあります。

(天野会長)

ほかに何かございますか。

(戸田委員)

僕は、休息入院の必要性も非常に、認めてもいいのではないかと思うんです。ただ、やっぱり統合失調症の場合は短期ではまずい、急性期の場合は長期入院が必要ですけども。

やっぱり休息入院というと、本人が入院してちょっと休息をとりたいと、1週間なり2週間でもいいから入院したいというときであれば、それを認めて、受け皿の必要性をすごく感じるんですね。私自身も休息入院をしたいと思ったときに、入院をすると、もう最低でも3カ月、それ以上になってしまうので、先生との折り合いの中で、1週間なり2週間、休息入院ができればありがたいなというふうに感じています。以上です。

(天野会長)

どうもありがとうございます。そうですね、家族支援という視点では、非常に大事なポイントだと思うんですが。

(小林健康長寿課長)

保健所とか、今、市町村でも、ご家族の方へいろいろな、SSPの関係とか、プログラムをつくったりしてやっております。

ただ、個々にはおそらくいろいろなお困りのケースで対応してくださる方もいらっしゃいますので、やはり個別には、日ごろから市町村や保健所の皆さんにも相談していただくとか、あと、どうしても夜間・休日で、緊急でということであれば、今日は資料でも紹介をいたしましたけれども、「りんどう」という相談窓口がありますので、そこをお使いいただきながら対応をしていくということになるかと思えます。

(遠藤委員)

戸田委員さんが言われた家族支援の支援、今の診療報酬の中で抜け落ちているんですね。だから、私どもの病院でも家族教室とかやりたいと思っても、診療報酬が変わらないとすれば、ぜひ、行政のほうでどれだけ応援できるか、保健所とかその他で、個別と言われてもなかなか人員の関係がありますから、何かまたいい知恵を、ある程度、経済的な面も手当てしないと、サポートはできないと思います。ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

(天野会長)

入院ですね、スムーズな入院ということで、別途、これは私たちベッドを持っている病院としては、なかなかどうしたらいいのかと。ある程度、病床も限られているし、その辺も勘案して。

(遠藤委員)

さっき措置入院の問題が出たんですけれども、それこそ早く、ある程度入院に結びつけたほうが、やはり2週間とか1週間で退院できるということがあるので、頑張り過ぎてしまうというのはちょっと問題ですよ。薬で頑張り過ぎて、多剤になっているという面も無きにしもあらずなので、その辺は早期入院、早期退院ということを実際に考えていいことではないでしょうか。入院がやっぱりマイナスだというイメージを、特に医療関係者以外の方は結構持っていますから。

(天野会長)

病院に対する、むしろ敬遠の現状、結果、入院に対して遅れてしまうという結果じゃないかと、そういうご指摘をいただきました。

今日、いろいろな話が出たと思います。非常に勉強になります。

ちょっと時間が押してしまって申し訳ございませんでした。今日のこの会議はここで終わらせていただいて、司会を事務局に返します。

4 閉 会