

令和3年度長野県地方精神保健福祉審議 議事録

日時 令和4年1月18日(火)
午後2時～3時30分

場所 Web会議

(高橋 課長補佐兼心の健康支援係長)

ただいまから令和3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の高橋でございます。

よろしくお願いいたします。初めに、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)

皆さんこんにちは、保健・疾病対策課の西垣です。

今日は皆さん大変お忙しい中、長野県地方精神保健福祉審議会にご出席いただきましてありがとうございます。

このところオミクロン株による第6波の流行が拡大している状況ということで、本日の審議会、昨年を引き続き、ウェブによる開催とさせていただきます。本県における精神保健福祉行政全般につきまして、平成30年度から令和5年度までの期間、第2期信州保健医療総合計画に基づいてそれぞれの取り組みを進めているところです。

そんな中でありますけれども、新型コロナウイルス感染症の流行が予想以上に長期化の様相を呈しておりまして、社会経済活動の制約、医療の逼迫した事態等が繰り返されております。

県民の皆さん一人一人の体や心の健康への影響というものが懸念されております中で、精神医療、そして精神保健福祉分野の重要度というものはますます高まっているものと思われま。

本日は、各分野の専門家の皆様が集っていただきます貴重な機会でございます。

日頃各分野でお感じになられている課題等について、我々にぜひご指摘いただければと存じます。

本日はご審議のほどよろしくお願いいたします。

(高橋 課長補佐兼心の健康支援係長)

本年度は本審議会の委員改選がございましたので、本日は、現任の委員による初めての審議会となります。

まずは事務局の方から、委員の皆様をご紹介します。

(資料名簿に沿って紹介)

本日出席予定なのですが、所用で30分ほど遅れるとご連絡がきております、長野県精神神経科診療所協会会長の鷲塚輝久委員がいらっしゃいます。

以上の12名でございます。よろしくお願いいたします。

続いて事務局職員につきましては資料の名簿の下の段、県関係の一覧がございますのでこちらをご確認いただければと思います。

それではまず会議の成立についてご報告いたします。

本日は委員12名中、現在11名、この後、12名全員になる予定でございますが、ご出席いただいております。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、この会議は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。

会長職につきましては、これまで信州大学医学部精神医学教室教授にお勤めいただいてきておりました、事務局としましては、今期につきましても、信州大学医学部精神学教室教授の鷲塚伸介委員が適任と考えるところですが、委員の皆様から会長職についてご意見等があればお願いいたします。

特にご異議もなく、鷲塚委員が会長に選任されました。

(鷲塚会長)

よろしく願いいたします。

(高橋 課長補佐兼心の健康支援係長)

よろしく願いいたします。

本日の会議ですが、終了は概ね15時30分を予定しております。議事進行へのご協力をお願いいたします。

また、本日の会議は公開で行っております。ご発言の際には、個人情報などにご留意いただくとともに、議事録については、内容の確認をいただいた上で、県のホームページで公開をさせていただきます。

なお、委員の皆様に関連なご意見をいただくために、会議の録画をご遠慮いただきますようお願いいたします。

それでは議事に移りたいと思います。議事の進行を鷲塚会長をお願いいたします。

(鷲塚会長)

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。

本日お集まりの皆様にご協力いただきながら、審議が円滑に進むよう務めて参りますので、長野県精神保健福祉施策のため活発な議論となるよう、どうかよろしくお願いいたします。

それではこれより会議事項に入ります。

本日の進行ですが、事務局からの説明は3部に分けて行い、その説明後に発言の時間を設けます。

その際、あらかじめこちらで発言する委員を指名させていただきますので、それぞれおおむね3分程度でご発言ください。

なお、各パートでご説明があった施策以外に関するご発言については、最後に時間を設けますのでご了承ください。

それでは事務局の方から資料1から5に関する説明をお願いいたします。

(事務局)

資料1～5説明（資料2の説明は割愛）

(鷺塚会長)

それでは資料1から5までの説明に関連して順にご発言をいただきたいと思います。

最初に草間委員からご発言をお願いいたします。

(草間委員)

ながのかれんの草間でございます。よろしくお願いいたします。

医療、福祉等につきましての審査会でございますので、福祉も含めて発言をしたいと思います。

資料2の3ページから4ページ、疾患をお持ちの方の現状についてでございますが、入院患者は横ばい、通院は約4,000人の増加ということでございます。F2、F3で約3,300人が増加をしているわけでございます。予防策の不備が問題であり、医療改革、家族支援が必要かと存じているわけでございます。

続きまして措置入院につきましては、全国平均を大きく上回っております。厚労省から出されたガイドラインにより、23条通報による措置入院の発動がしやすくなっていることが要因かと思われまます。警察官職務執行法の第3条第1項の遵守と、制度に準じた対応を求めるわけでございます。

続きまして資料4の7ページ、救急医療整備事業ということでございますが、本来、適正な医療を進める上での財源は、医療に負担を強わず、国が全額出すべきであると考えております。予防に力を入れても、完全にゼロにはできませんので、救急整備事業は重要な取り組みかと思っているわけでございます。

医療の中でも特に精神科特例は諸悪の根源の制度だと思っております。その特例の廃止と、全ての関係する制度の廃止を要望いたします。疾患に見合った診療報酬がついていないのが原因かと思われまます。精神科病院は、心の健康問題を扱うため、患者の視点に立った医療看護が行える人体制が必要でありまして、本来一般病院よりも多くの人手が必要な病院かと思っております。これに対しまして厚労省の見解では、疾患の多くは慢性疾患であるとしているわけですが、慢性疾患にしたのは誰だということでございます。障害者権利条約を批准した国の発言とは思えないことを言っております。精神科病院が、医療機関として機能し、経営が成り立つようにするには、病院自身の努力だけでなく、診療報酬など政策による根本的な改革は欠かせません。

また、社会参加を遅らせている偏見と差別でございますが、国は長年、社会防衛的な施策の結果、怖い

人との印象をアピールしてきました。結果として、偏見差別意識は根深いものがございます。都合よく政策に左右された被害者でございます。優しい心を持った人を「怖い人達」に仕立て上げたのは誰でしょうか。加害者がいて被害者がいる構図でございます。

また、素人の家族に改善に向かう対応が求められているわけでございますが、知識がないので無理でございます。その結果、いろんな事件が発生しております。社会は検証もなく凶悪と決めつけております。医療で疾患の調整をし、支援者、家族が調整をよりよいものにする仕組み作りを強く要望する次第でございます。

以上でございます。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。

続きまして、轟委員からご発言をいただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

(轟委員)

轟です。

最初のグラフの精神障がい者の入院患者数、通院患者数の推移を見ますと、やはり入院患者数は減少しており、通院患者数は増加してきています。このところずっとそういう状況ですが、これは認知症やうつ病などが増加しているために通院患者が増えたのかなと思います。

さらに今後は新型コロナウイルス関連で、うつ状態になる方がかなり増えてくると思うんです。県でも心のケア事業をやっておりますが、今後そういった方たちへの心のケアが重要で、自殺防止などにも努めていきたいと思っております。

続いて入院患者に占める措置率について、全国的に見ると長野県は高いと毎回言われますが、自傷他害の状況である場合はやむを得ないと思います。措置入院が長期化しないように、手厚い治療と同時に、県でも進めている退院に向けての家族調整や、退院後支援プログラムなどを活用していきたいと考えております。

続いて精神科救急整備事業、輪番体制に関してですが、東北信の精神科救急医療体制について、平日は東信と北信に分けて運営ができるようになり、これは一歩進んだと思っておりますが、土日に関しては、東北信がまだ1ブロックで運営されている状況で、各病院の事情もあって、なかなか分けることができず、現在に至っています。引き続き輪番病院の間で検討し、よりよい形に持っていきたいと考えております。

続いて新型コロナウイルス感染症に関してですが、こちらに関しては当病院でも院内感染が起き、いろいろとご心配おかけしまして本当に申し訳なかったと思っております。

精神科病院での感染でいろいろと大変な面がありました。感染拡大に関しては、いくつか要因がある

んですが、一つとしては、やはり精神疾患を持っていた方が罹ってしまったことが大きいと思います。慢性期の統合失調症などの方は認知能力が低下していたりするわけで、基本的な感染対策の徹底が難しかったり、部屋にいるように言っても出てきてしまったり、マスクを外してしまったりというような状況が見られました。続いて、精神科療養病棟で起こってしまったということも要因の一つかなと思います。長期入院の方が多いい病棟で、介助が必要な方も多かった。GAFスコアも低い方が多く、そのような方々を介助するにあたって、密になりやすい状況があったと思います。

それから、精神科病院の構造上の問題もあると思います。空調設備は標準的なもので、感染症を扱う病棟とは当然違う。さらに閉鎖病棟ということで、窓が大きく開かない、トイレや浴室も病棟に一つしかない等、なかなかゾーニングするのが難しかった。

最後に、感染者と非感染者が、同一の病棟で混在して治療を行ったということも大きい要因かと思います。軽症の方は、感染症の指定医療機関に転院させることができずに、当院で治療を行うことになりました。やはり感染者と非感染者を同一病棟内で診ていくというのは、大変厳しい状況があったと思います。

このように要因がいくつか考えられますが、収束に向けて重要なことは、やはり外部の機関と協力することだと思います。長野県の保健・疾病対策課とかクラスター対策チーム、また、長野市の保健所などからたくさんの指導や援助をいただきました。また、近隣の内科の先生たちからも、治療計画を立てていただいたり、診断をしていただいたり、看護師を派遣してくれた病院もあり、本当に助かりました。

今後はやはり、精神科病院に入院中の方でも、感染が発覚した後は速やかに感染症治療できる医療機関に転院ができるようになればいいかなと思っています。

以上です。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。

それでは続きまして、神戸委員のからご発言いただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

(神戸委員)

長野県弁護士会の神戸です。よろしく申し上げます。

資料2の精神障がい者の現状についてですが、私も通院患者数の伸びが令和2年から3年にかけて多いというのが気になっているところです。先ほど轟委員さんから、認知症や新型コロナウイルスの影響等のものもあるのではというお話がありましたが、特に新型コロナウイルスの影響による精神疾患の通院の増加があるのであれば、その辺も分析等していただければと思います。

それから同じ資料2の4の入院形態別の入院患者数の推移の中で、令和2年に医療保護の入院が増えていて任意入院が減っているというところが気になる場所でした。措置と違って家族の同意がある

とはいえ、やはり、患者さんご本人の同意に基づく任意入院が原則であり、本来の形だと思っておりますので、いろいろな事情があるとは思いますが、本人の同意や理解が得られない場合に、安易に家族同意で入院にならないように、県としても要因把握等の取り組みをしていただきたいと思いますと考えております。

続きまして資料3の1の長野県精神医療審査会についてですが、(2)の審査内容の結果の②退院・処遇改善請求の審査結果で、他の入院形態への移行が適当というものと、入院処遇が不適当というものが1件ずつ出ています。この結果は、精神医療審査会が実質的な審査を行って、精神障がい者の権利擁護に機能したということの表れと思われ、評価できると考えました。精神医療審査会は審査件数も多いと思いますが、引き続き、入院患者が意に反して不必要に入院継続されていたり、不適当な処遇を受けている場合には救済がなされるように、実質的な厳正な審査を行っていただきたいと思います。

続きまして資料4の22ページ、地方公共団体による精神障がい者の退院後支援ですが、令和3年は、コロナの影響などあるとは思いますが、件数が伸び悩んでいるのかなと感じました。退院支援が進まない要因というのは、新型コロナだけなのかどうか、そのあたりも分析していただきたいと思います。家族の協力が得られずに、退院後の環境整備が進まないため、退院ができない精神障がい者の方が多数いると認識しています。長期化してしまいますと、退院がより困難になると思っていますので、入院の早い段階から病院と行政が連携して、社会生活への移行を検討していくことが重要と思われれます。また、退院した後に再び入院することにならないように、継続的な支援も必要で、そういうことが可能なのも行政だと思います。精神障がい者については、認知症高齢者等と比較して、行政側の対応のノウハウや精神障がい者に対する理解が十分ではなく、例えば、精神保健福祉士の配置などもまだ不足しているような気もいたしますので、そのあたりも実態を把握して退院後支援が進むように取り組みをお願いできればと考えております。

私の方からは以上です。

(鷲塚会長)

ありがとうございました。

遠藤委員が戻られましたので、ご発言をお願いします。

(遠藤委員)

私は、特に資料に関してということではなく、お願いしたい部分を3点お話したいと思います。

私が精神医療でいつも感じているのは、偏見差別を低減していく方策を進めてほしいということだと思います。

一つは今年度から高校教育に精神疾患4つが正式に採用されます。県として内容充実に寄与する施策に努力をしてほしいと思います。当精神科病院協会でも協力は惜しまないつもりでございます。これは県とか国がマターということなので、ぜひよろしくお話ししたいと思います。

もう一つは、広域連合が中心の自立支援協議会というのが、各地域、おそらく10圏域ごとにあると思いますが、その中の地域移行部会等に加えて、精神障がい全体を包括する部会の新設とか、10年以上前

にあった、保健所主導での精神保健福祉協議会の復活を、県の主導でしていただければと思います。どうしても自立支援協議会の中で、精神疾患、精神障がいについては、いろいろな面で特性がある部分が薄められてしまって、私が参加している中では非常に手薄になっている印象を持っています。これは、今求められている、精神障がいにも対応する地域包括ケアシステムを各地域で構築する上で、極めて重要な機能になるのではないかと考えていますので、よろしくお願いします。

あと、昨年10月に日弁連人権擁護委員会シンポジウムを取材した共同通信の、主に地方紙を中心に掲載された記事に、「精神科病院入院患者の8割が苦痛体験／尊厳を奪い人生を破壊」という、非常に激しい表現でタイトルがついていました。確かに神出病院事件に代表されるように、精神科病院に問題がないとは私自身も感じているわけではありませんが、精神科病院に限らず他の組織、機関にも問題が起きているのは皆さんご承知の通りです。精神科病院に限って多く問題が起こっていると認知されてしまうと、10代の人を中心に様々な偏見がさらに助長しかねないと危惧しています。新聞の性質上、当たり前のことは報道しない、ちょっと珍しいことを報道するという特性があると思いますが、メディアカンファレンス等を定期的に開催し、精神疾患、精神障がいの理解を推進し、偏見を低減する記事にしてほしいと思います。

また、私も精神医療福祉関係者の間でも、精神医療・福祉の問題を他の関係団体、関係機関の批判をして県民の偏見を助長し、ひいては精神障がい者の不利益になる現象が時折見受けられます。みんなで協力して精神医療福祉が当事者の方の幸せの方向に前進するように、県の方でコーディネートしていただければと思います。

以上です。

(驚塚会長)

ありがとうございました。

ここまでの皆様のご意見、非常に貴重なもの重要なものがありますが、既に時間をかなりオーバーしておりますので、一番最後にまた時間を設けてご意見をいただくということで、とりあえず議事を先に進めさせていただきます。

コメントいただいた委員の方々どうもありがとうございました。

(事務局)

資料6～10説明

(驚塚会長)

ありがとうございました。

資料6から10までの説明に関連して順にご発言をいただきたいと思います。

最初に小林委員さんご意見いただけますでしょうか。

(小林委員)

長野県市長会所属、東御市健康福祉部長の小林秀行と申します。

よろしく申し上げます。

資料6から10の中で、私は31ページからの資料7の認知症施策総合推進事業につきまして、意見を申し上げます。

32ページの下段のイメージ図にありますように、当市におきましても、認知症初期集中支援チームを設置しております。チームのメンバーとしましては、東御市民病院のサポート医、看護師などの他、地域包括支援センター職員、また市内の居宅介護支援事業所が現在登録をしております。ご家族から相談があったときは、支援チームのチラシをお持ちしながら訪問しまして、相談を受けております。その中で、認知症のご本人による暴力や徘徊によって、ご家族がお困りの場合、医療での対応が必要と判断したときは、33ページの認知症疾患医療センターであります千曲荘病院に相談させていただいており、32ページ【主な事業内容】にございます急性期入院医療等のお願いをしております。

また、同じ32ページの【主な事業内容】の中の地域連携のための協議会としまして、千曲荘病院の認知症疾患医療センター主催によります認知症疾患医療連携協議会におきまして、関係機関での認知症に関する取り組みと課題等の情報共有をさせていただいております。

当市では、市民を対象にしました認知症講演会を開催しているところでございます。今後ともこの事業によって、ご本人ですとか、ご家族に対する支援を継続していきたいと考えております。

以上でございます。

(鷲塚会長)

ありがとうございました。

続きまして花石委員さんの方からご意見いただけますでしょうか。

(花石委員)

花石と申します。よろしくお願ひいたします。

私は、子供が2人おまして、1人は発達障がいがあり、もう1人は不安障がいを抱えた子の親の立場と、あわせて通信制高校のサポート校の支援員という2つの立場でお伝えしたいと思います。

まず、資料10発達障がいについてですが、この中で長野県発達障がい診療医・専門医の認定数が45名というのが、かなり少ないのではないかと感じています。県で実施されている発達障がいに関する実態調査の人数を見ると、調べられているのは公立高校や、小中学校の人数だけです。私どものような通信制高校や私立高校に発達障がいと思われる子供たちは多いと思いますので、どれぐらいの専門医を増やしたらいいのか基準を決めるためには、県民の中にどれぐらい発達障がいの子がいるかを、公立校だけに偏らず調査していただきたいです。

もうひとつ医者を増やしていただきたい理由は、初診の予約が数ヶ月待ちになっている問題です。

待っている間、親は関わり方を学べず、それによってよくない関わりをしたり、学校の先生の関わり方が原因で二次障がいにしてしまうのを避けてほしいです。圏域のばらつきについては、遠くまで受診に行かなければいけないというのは、親の負担がかなりあります。私もそれで仕事を辞めたので、そういった家族の負担を考えていただきたいです。

2つ目ですが、早期発見・早期療育をされても、小児科から精神科に移行するタイミングに悩みます。精神科は混んでいてどこに行ったら良いかわからない等の悩みをサポートしていただける場や、比較的落ち着いている児童生徒が成人になった時に相談できる場所、発達障がいがあっても二次障がいさせないよう学校等に働きかけられる人、親にも発達障がいや精神疾患がある場合の家族ぐるみで支援をしていただける場所が必要だと思うと、県の発達障がい者支援センターを、もう少し強化していただきたい。啓発活動等で協力していただいていると思いますが、さらに広い範囲でお願いしたいです。

もう一点ですが、資料7の認知症に入るかわかりませんが、認知症の方をケアしている中に、子供たちもいます。ヤングケアラーたちが受けられる支援についても考えていただきたいです。

以上3点お伝えしたかったことです。

(鷲塚会長)

現場の切実なお声だったかと思います。ありがとうございます。

続きまして埴原委員の方からコメントいただけますでしょうか。

(埴原委員)

こころの医療センター駒ヶ根の埴原です。よろしくお願いします。

災害精神医療、DPATの活動ですが、先日、災害の訓練を行いまして、参加して非常に有意義でした。実際の場面になった場合に、本部運営ができる人材の育成というのは非常に重要ですし、現在の6チームではまだまだ足りない状況だと思いますので、ぜひ医療計画の中でこのことについて県で位置づけをして後に出てくる災害拠点精神科病院の問題もあると思いますので、それも進めていただければと思います。

続きまして認知症施策ですが、これでやっと10圏域、認知症疾患医療センターが揃うということで、数値目標も叶うということを伺っております。次は連携と外部評価、あるいは自己評価を含めて疾患センターの運営が実のあるものにして継続していただければと思います。

てんかんに関しては、長野県は専門医が不足していて非常に少ない状況ということで、これもぜひ継続していただければと思います。

依存症医療に関しては、当院が拠点として指定されました。非常に広い長野県のどこにいても、治療や診断が受けられるという状況を作っていくためには、国の厳しい基準をクリアしながら治療機関としての登録を受けていくため、やはり行政からの援助がないと精神科病院では非常に大変だと思います。特にコメディカルスタッフの育成というのには非常に時間も手間もかかりますので、県から補助していただけると、依存症医療はさらに進展していくと思います。また、認知症疾患センターと同様に数値目標を

はっきり持って、示していただいて、それに向かって、援助していただければと思っております。

最後に発達障がいですが、発達障がい診療医育成の、信州大学に委託している事業をぜひぜひ継続していただきたいと思っております。確かに45名という数は非常に少ないですし、4名おります当院でも診察まで2ヶ月待ちというのは続いております。この状況を打破するには、医療人の育成というのが全ての礎ですから、これを進めた上で、どういうところで診察ができるのか、あるいは治療ができるのかということに関しても、さらに進めていただきたいと思っておりますし、先ほど委員の方から挙がっていましたが、移行期支援の問題も発達障がいの中で既に出てきており、これに関しては、小児科と精神科がネットワークを作ってやっていかなければいけないと思っております。それを行うためにはやはり、成人を診ている精神科側の力をつけていく必要があると思っておりますので、県と信州大学と協力しながら、当院も参加しておりますけれども、この事業をぜひ続けていただければと思っております。

以上です。

(驚塚会長)

ありがとうございました。

それではこのパートでは最後になりますが驚塚輝久委員からのご発言いただきたいと思っております。

(驚塚輝久委員)

東口メンタルクリニックの驚塚ですが、よろしくお願いします。

だいたい出尽くした感はあるんですが、てんかんの専門医は本当に少なく、うちのクリニックで脳波の検査をすると、脳波異常やてんかんが見つかったりすることがけっこうありますが、比較的薬物で抑えやすいてんかんもあるので、そういうことをみんなに啓発していくということはすごく大事なことで、専門医を増やしてほしいと思っています。

依存症に関してはこころの医療センター駒ヶ根さんが中心になってやっていたというのか、今は、そこしかないような状況になっていて、入院が必要になるとどうしてもそこに送らざるを得ないというような状況で、もう少し治療の場所が増えるといいなと思っています。

最後に発達障がいに関してですが、花石委員が言われた通りの部分がかかなりあって、医者が足りないのは間違いないことだと思います。医者が診断をつけたところで「あなたは発達障がいです」と言われて、それで終わりになっているケースが結構あります。診断だけつけても全く意味がなく、その後ちゃんと継続できることが必要ですし、花石委員がおっしゃっていたように、小児科と精神科の連携が非常に悪いので、小児科で「15歳過ぎたから精神科に行ってください」と言われたからと精神科に来られて、小児科で何を言われたかを尋ねると、「いやなんか発達障がいのグレーゾーンみたいなこと言われたんですけどそれで終わりました」みたいな感じで、深刻味がなかったり、病気として理解してなかったりで、もう1回検査し直して説明することから始めなきゃいけないこともあるんです。一番問題だと思うのは、グレーゾーンと診断をつけた後、そのグレーゾーンを引き継いで診ていく人がいないということです。グレーゾーンと

診断をつけて、「また何かあったら来てください」で終わっていて、結局その後どうにもなっていないかったというケースがかなり多いです。それと、発達障がいの中でも知的障がいのケースがかなり見逃されていて、明らかに知的障害であっても、高校までは学校さえ行っていれば、テストの点数が何点であろうと比較的卒業させてくれるんですね。それが卒業して就職したら全く何もできない。本人たちは全くわからない授業を12年間高校卒業までずっと通して聞いてきた。非常に悪い体験をしてるわけです。そういうことを見逃さないようにしていかなければいけないんですが、学校の先生の中で、発達障がいについて熱心な先生とそうでない先生の差があまりにも大きすぎて、研修会でも出席するのはいつも同じような先生ばかりだし、校長先生、教頭先生であっても、発達障がいに理解のない先生が多くて、校長先生が変わった途端に、学校の方針が全く変わってしまうというのが繰り返されているんです。この点に関しては、医療と学校の連携会議もあるようなので、なんとかそこをしっかりと、未だに発達障がいを認めていない学校の先生もいるという状況があるんだということを理解して、政策を進めていただけたらありがたいと、いつも思っています。

以上です。

(驚塚会長)

ありがとうございました。

特にこのセッションでは医師不足のことを、認知症から依存症から発達障がいに関してほぼ全ての委員の方からご意見いただいたと思っております。

私のところは信州大学として医師養成、専門医の養成を担っておりますので、一言だけ言わせていただきますと、まず本田先生の「子どものこころの発達医学教室」が、実は5年間の時限教室であるということ、あまり皆さんご存知なくて、このまま放置しておくともなく終わってしまうんです。せっかく医師を増やし始めたところでこの事業が折れてしまうというのは、道義的にも許されないことだと思うところがありまして、ぜひ県の方にはこの件についてご尽力をお願いしたいと思っております。

それから、依存症についてもここ駒さんしか病院がないということも非常に気になっているところではあるんですが、なかなか医師の養成が進まないということはお詫びを申し上げます。今、アルコールとかギャンブルを別々に計画を作ってはいるけれども、とにかく効率的に一体化して施策をどんどん進めていくというのにも必要なんじゃないかと思っておりますので、その点についても県にはご尽力をいただければと思っております。

それから認知症について、医療はもちろん、福祉その他様々な分野との連携が欠かせなくて、高齢者施策との連携も当然必要になっておりますので、県庁の中でもぜひ連携をしていただきたいということと、私どものところに入院してこられる患者さんに若年性認知症の方が多くて、診断をつけて治療を始めてもその後の引き受け手がないというか、受け皿がなくなっているというのが非常に問題になっております。どうかそのあたりも目を向けていただきたい。

あと、委員さんからご発言のあった、ヤングケアラーの問題ですが、お子さんたちが精神障がいの家族

やお母さんお父さんの面倒みていたり、若年性認知症の患者さんを、まだ若い人たちが面倒をみているということが現実起きておりますので、その点についてもぜひご配慮いただきたいと思っております。

それでは最後に資料11、12について事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局)

資料11～12説明

ありがとうございました。

ではただいまの説明に関連して順次ご発言をいただきたいと思えます。

最初に大堀委員さんの方からお願いしたいと思えます。

(大堀委員)

長野県ピアサポートネットワークの大堀と申します。

よろしく願いいたします。

自殺対策に関しては、コロナ禍ということもあって自殺者が、特に若い女性が増えていることをとても心配しております。外へ出かける機会が減り、人との繋がりがなかなか持てないということもあると思えますし、若い方のお話や、SNSで見受けられるものから、白と黒がはっきりというところ、やり直しにくいところ、すぐ結果を求められるということなど、それらが見えない生き辛さになっているかなと思えます。相談支援体制に関しましても、なかなか電話が繋がらないことも多いので、オンラインでのカウンセリングや相談に乗ってもらえるような事業者施設が増えるといいなと思っておりますので、ぜひ県でもそういった取り組みをしていただけるとありがたいと思えます。相談に乗ってもらうことで、気持ちが安定したり、問題解決そのものではなくてもエンパワメントされて、またやり直そうと思えたりするのが、とても大切だと思えますので、ぜひそういった相談支援体制をよろしく願いします。

精神障がい者地域生活支援事業に関しましては、県の障害者支え合い活動支援事業を継続していただきましてありがとうございます。当事者支援員が退院支援コーディネーターと組んで病院に行って、どんな活動をされているかという、地域の話をしたり、今年は特にコロナのためにオンラインで相談にのられたということもあるそうです。その当事者支援員の方が、症状が悪くてどうしても病院を訪問できなかったり、自身が入院したりすることがあるんですけど、地域ではピアサポート体制加算もついたので、症状が安定して他の方と連携してピアサポーターとして働ける、またそういった意欲を持っている方々が活動できるように、事業の継続と関係者の皆様にもぜひご支援賜りたいと思えます。

以上です。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。

続きまして佐藤委員さんの方からご意見いただけますでしょうか

(佐藤委員)

長野県精神保健福祉協会の佐藤です。よろしくお願いします。

まず自殺対策についてですが、当協会でも毎年、東北中南信それぞれの圏域で自殺の初期介入スキルワークショップというものを開催させていただいております。毎回参加者は満員になりますので、支援者、教育福祉、医療支援者の自殺に関する注目度は高いと感じているのですが、なかなか自殺者数は下がっていかないというところで、本当に苦しんでいる当事者の方々に、まだこの支援の情報が届いていないのかなと思います。先ほど、コンビニにハンカチのリーフレット置くという話もありましたが、そういったものを行いながら、苦しんでいる当事者の方々に、そういった情報が届くような体制をつくっていただければと思っております。また、子供の生きていく力サポートプロジェクトにある「子供の自殺危機対応チーム」は、大変良いもので、当協会の会員も参加しているとは聞きますが、なかなか周知がされていないという現状を感じております。必要なときに動いてくださっている、とても力強いチームだということは聞いていますが、それを知っている支援者が少ないことが課題だと思っておりますので、もう少し周知をしていただけると良いかと思えます。

精神障がい者地域生活支援事業ですが、大堀委員もおっしゃっていた通り、当事者の方々による活動の力はとても大切だと思いますし、今後も支援していただきたいと思えます。当事者の姿を見る、言葉を聞くというのが、遠藤委員がおっしゃった、世の中の偏見を解消していくことにつながると思えますので、いろいろな場で当事者の方のお話を聞いて、それが普及啓発になっていけばと考えております。ピアサポーター講座が終わって、「せっかく講座終わったけどこの後どうすればいいんだろう」なんという声も聞かれますので、活動、活躍ができるような場を、福祉の方でも、県でも、作っていただければと思っております。

以上です。

(鷺塚会長)

ありがとうございました。

最後に富田委員さんの方からご発言いただけますでしょうか。

(富田委員)

公募委員の富田と申します。今は障がい者の就労支援に従事しています。

よろしくお願いします。

まず、自殺対策推進事業です。コロナが始まってからうつや自殺の増加が心配されていて現在行って

いる自殺対策推進事業の継続が本当に大切だと思っています。今はうつ状態や不適応に繋がっていない人たちが、コロナ禍の後、うつとなり、自殺へ繋がっていくという、そういうことにならないよう、見守っていく必要があります。特に今、子供が思春期や青年期になったとき、それから今の思春期青年期の人が大人になったときに、鬱から自殺の方向に進まないための施策を、この現状の大変なコロナの危機が少し収まり次第、県が準備していただけたらと思います。今、我慢しているってということにも気がついていない若い人たちの、これからがとっても心配なので、どうぞよろしくをお願いします。

精神障がい者地域生活支援事業、障害者支えあい活動支援事業や精神障がい者地域ケア推進事業、若者向けの心のバリアフリー事業等の活用で精神障がい者や発達障がい者への理解が進み、精神保健の重要性をみんなが他人ごとではなくて、我が事として捉えてくれる地域になることを願っています。私が今携わっている就労支援の現場では、精神障がいや発達障がいの方の雇用が少しずつ増加しています。清掃などの体を動かす分野や事務補助の仕事が多い現状です。もちろんそのような雇用の増加もまだまだ必要です。また、障がいを持つ方々には様々な素晴らしい能力があって、それを十分に発揮できる職種、障がい者雇用の増加も必要だと思いますし、多くの当事者の方々が、自分の能力を生かして働いていける仕事を日々探しておられます。当事者のためにも、地域社会のためにも、そして企業のためにも、先ほど申し上げた障害者支えあい活動支援事業などで、地域の精神障がいや発達障がいへの理解が進んでいくことがまず重要だと思います。精神障がい者地域生活支援事業の中では、地域移行が進んで、地域で暮らしてよかったと感じる人が1人でも増えてほしいです。長期入院者の高齢化が年々進み、ご家族も高齢化しておられるという現状です。それを踏まえて、障がい福祉医療だけでなく介護保険の有効活用等を含めて、地域で受け入れる形をより考えていく必要があると思います。

どうもありがとうございました。

(鷺塚会長)

どうもありがとうございました。

皆様からたくさんのご意見いただきまして本当にありがとうございました。

それでは最後に、これまでの議論の中で、どうしてもこれだけは発言しておきたいというものがありましたら、ご発言いただきたいと思いますので、ご意見がおありの方いらっしゃったら挙手をお願いできますでしょうか。

遠藤委員よろしくお願いいいたします。

(遠藤委員)

神戸委員から措置入院退院後支援の件について触れていただきました。

私も今、長野県で平成30年度から、措置入院退院後支援がどういう状況にあるのかまとめていますが、コロナのことでなかなか計画が進まなかったことと、もう一つ、退院後の精神療法は患者さんの自己負担

が倍ぐらいかかるというのがあって、患者さんの自己負担が数百円高くなることをご説明すると、躊躇される方が非常に多いです。国のお金で補助してもらえばもちろんいいんですが、県の方でそういう施策を国にあげるなり、県の中でやっていただくと、けっこう計画者が増えると思うんです。生活に余裕がない方が多く、毎回数百円高いというだけで、やだという方が非常に多いというのが現状です。

以上です。

(鷺塚会長)

ありがとうございました他にいかがでしょうか。

大堀委員さんどうぞ。

(大堀委員)

草間委員さんもおっしゃってたんですけれども、ぜひ精神科特例の廃止を国に要望していただければと思います。当事者の皆様にとっても、入院している患者にとっても、家族にとっても、不利益なことだと思えますし、どちらが被害者とか加害者とかいう形になってしまうのもいやなので、制度を変えていくといったことがすごく大事だと思いますので、ぜひ国の方にそういった要望を出していただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

(鷺塚会長)

草間委員どうぞ。

(草間委員)

予算についてのお話が出されましたが、国は福祉予算を4年間で4兆円削減をしているんですね。

この関係で、保健所等の機能も縮小をせざるを得ないというような状況でございます。

それでですね、消費税が10%になりましたが、この税金は福祉目的税ということで課税をされているもので、巷でささやかれている「84%が福祉以外に使われているんだけど、8%の4割は使途不明である」と。これは財務省の見解です。16%が福祉にということでございますので、このようなですね、目的に合わない使い方はぜひやめてもらいたい。そう思うわけでございます。

以上です。

(鷺塚会長)

花石委員どうぞ。

(花石委員)

この審議会の資料を拝見すると、精神障がいになった方の後の対応策を取り上げていますが、先ほど草間委員さんがおっしゃった、予防というか、精神科にかからなくても生活できる社会をどう作るか、子供

にもメンタルケアの学びを提供するとか、そういったことをこれから取り上げていただけるとありがたいです。
以上です。

(鷺塚会長)

先ほど遠藤委員の方から高校教育で精神障がいを取り上げられるという話が出ましたけれども、そういったところの充実が求められるということかと思えます。ありがとうございました。

東口メンタルの鷺塚委員どうぞ。

(鷺塚輝久委員)

昨年も言ったような気がするんですが、自殺対策でいつも数字が出てくるんですけど、例えば、長野県の若者の自殺がなぜ多いのかというような、検討された課題が全く出てこない。毎年数字だけ並べていても、あまり意味がないと思うので、ぜひ県として、どんな評価をしてるのかということ、この次の会ではぜひ出してほしいと希望しています。お願いします。

(鷺塚会長)

私の方から一言だけお願いというか意見です。

この審議会は、毎年1月から3月にかけて開催されていますが、それだと予算編成に間に合わない。施策を実行するには、お金が必要だと思えますが、ここでせつかく議論したことが予算編成につながらないので、できればもう少し早い時期にこの会を開催して、それを予算編成に反映させるような形にしていただけるといいかと思えます。県の方でご検討いただけないでしょうか。

それでは時間が参りましたので、ここで閉じさせていただきます。

県におかれては、委員の皆様からのご意見等を踏まえ、引き続き精神保健福祉施策の推進に取り組んでいただきますようお願いいたします。

また委員の皆様方におかれましてもそれぞれの立場からのご協力をお願いいたします。

それでは進行の方事務局にお返しいたします。

(西垣 保健・疾病対策課長)

鷺塚会長、議事の進行ありがとうございました。

委員の皆さん、本当に長時間にわたりまして貴重なご意見をいただきお礼を申し上げたいと思います。

皆さんからのご意見は、精神医療、精神保健を主として担当します当科で、しっかり受け止めさせていただくと同時に、福祉の部分を担当する部署を含めて健康福祉部全体、そしてヤングケアラーの問題や、発達障がいのこと等に関しては、県民文化部や教育委員会といった、様々な部署と一緒に受け止め、それぞれ担当部署に本日のご意見しっかりと伝えるとともに、一緒に考えてまいりたいと存じます。

鷲塚先生のおっしゃっていた開催時期に関しては、来年度以降、そのようにさせていただきたいと思っております。

引き続き委員の皆様、これからはばらくコロナの流行も拡大していくかと思えます。

皆様ご自愛いただきましてご活躍いただきますようお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

本日は本当にありがとうございました。

(高橋 課長補佐兼心の健康支援係長)

それでは、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。

皆様大変お忙しい中を本当にありがとうございました。