

令和4年度長野県地方精神保健福祉審議会 議事録

日 時 令和4年8月2日(火)
午後2時～午後4時

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4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・疾病対策課長の西垣でございます。皆さんいつも大変お世話になっております。

本日はお忙しい中、この長野県地方精神保健福祉審議会に御出席くださいまして、御礼を申し上げます。

新型コロナウイルス感染症の第7波が急激に広がっていることを踏まえ、本来であれば集合形式の開催をと思っておりましたが、急遽Web形式に変更したことを御容赦いただきたいと思います。

さて、本県における精神保健福祉行政につきましては、平成30年度から、令和5年までを計画期間とする第2期信州保健医療総合計画に基づいて進めてきておりますが、来年度末の新たな計画策定に向けて、施策の方向性の検討を始めていく必要があると思っております。

本日の審議会では、主に今年度、令和4年度の県の施策についてご説明を申し上げる予定としておりますけれども、事業の推進に留意すべき点、また今後の計画を見据えた方向性について、それぞれのお立場から御意見をいただければと思っております。

どうぞ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

本日の出席の委員の皆様は、資料の名簿の通りになっております。

任期2年目となりますが、委員の変更はございません。

なお本日は、神戸委員から欠席ということでご報告をいただいております。

またその下になりますが、事務局職員につきましては、名簿下段の記載の通りとなっております。

続きまして、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11名に御出席いただいております。

長野県附属機関条例第6条第2項で、成立要件とする委員の過半数以上の参加を充たしておりますので、この会議が成立しておりますことをご報告いたします。

本日の会議の終了ですが、おおむね16時を予定しておりますので、議事進行への御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。

御発言の際には、個人情報などに御留意いただくとともに、議事録につきましては、内容確認をいただいた上で、県のホームページで後日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。

議事の進行につきましては、長野県附属機関条例第6条に基づき、鷲塚会長にお願いいたします。

鷲塚会長

本日の議事の進行を務めます、信州大学精神科の鷲塚です。

皆様方には普段から大変お世話になっております。

この審議会は、長野県のこれからの精神保健福祉施策に関わる大変重要な会議です。

今日はZoomを使ったWeb会議となりますけれども、活発な御議論を皆様をお願いします。

どうぞよろしく願いいたします。

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、全体の説明となる資料1、2に続く各施策の説明を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2～3分程度でご発言ください。

なお、ほかの委員から追加の発言があればそのあとに伺います。

また、最後には、各委員から県への要望など、再度御意見をお聞きしたいと思います。

それでは資料1、2および施策に関して、資料3から6について説明をお願いいたします。

(事務局)

資料1～6説明

鷲塚会長

御説明どうもありがとうございました。

それでは資料3から6までの施策説明に関連してご発言をいただきたいと思います。まずはこちらから指名をさせていただきます。

最初に病院として精神医療に携わっている委員の方々からの御発言をいただきます。

遠藤委員、よろしく願いいたします。

遠藤委員

精神科病院協会を代表して遠藤謙二が少しお話させていただきます。3分ぐらいですね。

精神科救急体制の変更についてという点でお願いしたいと思います。

四つのブロックに分けてできるだけ完結できる体制を目指していくことは非常に大きな進展だと思って喜んでおります。平成7年くらいからこの精神科救急システムの事業が創設されて、順次輪番病院を含めて多くの病院に参加していただいて現在に至ると理解しております。今回、ちょうど長野県の精神科救急医療整備事業実施要綱の12ページ以下、変わったということですが、平成23年に県立こころの医療センターが常時対応型施設に指定されたときに、大きく変更されたと理解しております。そこで、県の方に今までの要綱もつけていただくようにお願いして、今日付いていると思いますが、簡単に言うと、非常に時間が限られた中で急いで作っていただいたので、やむを得ないと思いますが、長野県立こころの医療センターの記載箇所は、全て常時対応型施設というふうに置き換わった形になっているかと思えます。実は平成23年のときも私達の団体といろいろ協議して、この常時対応型病院という形で実施要綱を作っていきたいというのは県の意向だったんですが、私どもとしては、やはり県立精神科病院にはそれなりの別の位置づけで対応してもらいたいということで、強くお願いして、わざわざ固有名詞として、県立こころの医療センターの名前が入ったわけです。簡単に言うと、今後四つのブロックで完結する方向で努力した上で、最後の砦として、長野県立こころの医療センターに頑張ってもらおうという形です。本当にどうしようもなくその地域で受けただけないところは、最後はやっぱり県立こころの医療センターの方で受けただけというのを明文化していく形をとっていただけるとありがたいということでございます。

たまたま都立松沢病院の前院長とお話した際に、先生は人的な資源からいっても、予算規模からいっても、それなりの自治体立の病院は、民間病院ができないところをしっかりと引き受けていこうというのが私達の責務だと明言されていました。それは岡山県立もそうですし、群馬県立もそうだと思いますが、ぜひそういう方向で明文化していただければと思います。

もし参考にされるとすると、この精神科救急整備事業を国の政策の中でリードしてこられたのは静岡の沼津中央病院の院長先生なんですけれど、静岡県もそういう面では非常に優れた実施要綱を持っています。合併症も含めて入っていますが、やっぱり県立病院は最後の砦として、後方病院として常時対応型、またあそこは基幹病院という名前です。県立病院という位置づけを取って実施要綱を作っていますので、参考にして作っていただけるといいなと思います。

もうちょっと時間ありますか？

鷲塚会長

そろそろ3分ですが、少しだけでしたらどうぞ。

遠藤委員

もう一つ、救急の件では一般救急との連携ということについて毎回この会で言っているんですが、各二次医療圏での輪番会議またはメディカルコントロール会議の精神科医の参加を呼びかけたり、予算づけをぜひ検討していただけると、一般救急と精神科救急との連携がスムーズにあって、長野県の救急医療体制全般が良くなるのではないかと考えておりますので、この点もあわせてお願いしたいと思っております。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

県立こころの医療センター駒ヶ根の位置づけ、それから一般救急と精神科救急との関係性をどうするかというお話がいただけたと思います。

それでは続きまして轟委員、よろしくお願いたします。

轟委員

長野県精神科病院協会副会長の轟です。よろしくお願いたします。

資料に沿って、お話をさせていただきます。まず精神医療審査会に関して、前年度は医療委員と保健福祉委員を増員しましたが、退院請求審査期間は多少延びております。これは、退院請求件数の増加などが関与していると思いますが、引き続き審査期間の短縮に向けて協力していこうと思っております。

次に、精神障害者保健福祉手帳に関しては、全国的に見て長野県は1級が多いという御説明でした。何故、長野県は1級が多いのか、今後、原因や理由なども検討していく必要があるのかなと思っております。

続いて資料4の精神科救急医療の整備事業に関しては、全県4ブロックでの運営が進んできていると思っております。ただ、東北信ブロックは、平日は別々に運営できていますが、週末は、2ブロック合同での運用となっています。週末も独立した形で運営出来るよう整備を進めたいと思っております。

次の8ページのグラフですが、精神科救急を受診後の帰結状況を見ると、非入院が6割となっています。精神科救急を受診されても入院不要なケースが多いという事で、ソフトな精神科救急にも対応していることがわかります。精神科救急整備事業実施要項では、「緊急に医療を必要とする精神障がい者等に対して診察を行う」となっており、比較的ハードな精神科救急を診ることを重視していますが、実際はソフトな救急も多いようです。しかし、あまり緊急性のない受診が増えてしまうと、当番病院の疲弊にも繋がりますので検討していきたいと思っております。

続いて、11ページの精神科救急体制に関しては、目指す姿の位置関係が記載されています。

先ほど、遠藤先生からもお話があったように、こころの医療センター駒ヶ根におかれましては、やはり県立病院という立場で、最後の砦になって欲しいと思っております。各地区の常時対応型が受けられない場合には、県立病院が受けるようなシステムを希望します。県立病院はなにかと大変だと思っておりますが、

南信ブロックだけでなく、全県をカバーしてもらえるシステムを要望します。

最後に、コロナに関しては、今回、第7波となり、BA・5など感染力が相当高く、職員の家族であるとか、職員自身も陽性になったりしております。また濃厚接触者でも自宅療養が必要であり、マンパワーの不足が問題になります。引き続き、感染症対応医療チーム派遣事業など継続していただければと思います。

以上で私の発言を終わります。

鷲塚会長

ありがとうございました各項目にまんべんなくご意見いただけたと思います。

それでは埴原委員よろしく願いいたします。

埴原委員

こころの医療センター駒ヶ根の埴原です。よろしく願いいたします。

精神医療審査会等、多分時間が延びてるところはコロナの影響もあつたのかなという点も多分あるのかなと私は推測しております。

手帳に関しては、やはり全国的な形として、どういう結果こういう形で一級が多く出てるのかまた精保センターを中心に、正しい姿の方にご指導いただければと思っております。

精神科救急医療体制についてですけれども、この4医療圏域になって各地域で完結する姿を目指すということに関しては、非常に進歩だと考えております。今回は年度途中での常時対応型の指定が新たに加わったという形となっておりますので、この先の整備の姿に関しては、まだ少し議論は残ってるのかなと思っております。特に北信圏域がいつ、常時対応型と輪番型の形がきちんと整備されるのかということが、非常に重要かと思っております。この輪番と常時対応型の体制の中の患者さんの実際のフォローの状態など、圏域でちゃんと行われるのかどうかということがあって、その後の最後の砦だと私は考えております。おっしゃる通り、当院は政策医療を担うところでありまして、現在も、少なくとも本年度いっぱいは今までと同じ体制を維持して精神科救急にあたりますし、その他コロナ、依存症をはじめ児童等、様々な形で県の中で貢献していきたいと考えております。ただあくまでもその患者さん中心で、どれが良いかということはこの4圏域の形で進行して進展していくものと思っておりますので、これがいい形で整備された上で、必要なものが何かというところをよくご相談させていただければと現在のところ考えております。

DPAT活動に関してですが、今、6チーム6病院整備されたということですが、おそらく、まだ足りないのが現状かと思っております。昨年、駒ヶ根市で県の総合防災訓練がありまして、私も統括者として訓練に参加させていただきましたが、DPAT自身の訓練と実践に臨むレベルとしてはまだまだで、特に本部運営等に関しては、かなりの課題があると考えておりますので、他の統括者の方々と、本部運営ができるようなDPATのチームを作っていくということもぜひ県の中で考えていただければと思います。

また、ここでは触れておりませんが、いずれ災害拠点精神科病院のあり方等、どのように

していったらいいかということについても検討いただければと思っております。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

他にですね、今回ご指名しなかった委員の中で御意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

もしそういう方いらっしゃいましたら手を挙げていただければと思います。

佐藤委員さんお願いいたします。

佐藤委員

19ページ20ページの地方公共団体による精神障がい者の退院後支援のガイドラインについてですが、昨年度の件数は半年間の件数ではあるものの、かなり少なくなっているなという印象です。

措置入院に関しては、やはり重篤な症状の方が、入院対象になる方なのでせつかくこの応対支援という制度もありますので、保健所の方、コロナ対策でお忙しいと思うんですが、運用をうまくしていただければと思います。

鷲塚会長

ありがとうございました貴重な御意見かと思えます。

それから草間委員から手が挙がりましたね。はい草間さんどうぞ。

草間委員

10ページの「非自発的治療」についてでございますが、通報に基づく診察の実施状況ですが、松本地域の23条通報が66件で、措置人数が56名。通報のあった方の約85%が措置入院されています。

長野地域と比べてみますと、134件の通報に対し措置人数は55名。措置率は約41%でございます。松本地域の措置率の高さが示されています。担当医師のさじ加減とか、通報者への付度ということは無いと思いますが、制度で決められている措置基準に沿った厳格な対応を求めたいと思うわけでございます。

以上でございます。

鷲塚会長

ありがとうございました。

他にも御意見あるかもしれませんが、時間になってまいりましたので、また最後にお取りしている発言の時間に御発言をいただければと思います。

皆様、御意見ありがとうございました。

それでは次に資料7から9まで事務局からご説明をお願いいたします。

(事務局)

資料7～9説明

鷲塚会長

御説明ありがとうございました。

それでは資料7から9までの説明に関連して御発言をいただきたいと思います。

まずこちらから指名をさせていただきます最初に花石委員どうぞよろしくお願いいたします。

花石委員

花石です。よろしくお願いいたします。

最初に資料10の発達障がい診療体制整備事業についてですが、35ページの長野県発達障がい支援診療医・専門医圏域別認定状況を見ると、前回の審議会資料から5名も増えていることは、計画通りということで大変ありがたいなと思ってます。

今回の資料から、人口10万人単位の人数が明記されているので、圏域のばらつきがすごくわかりやすくなったというところでは資料としてありがたいんですが、先ほど担当の方もおっしゃっていた通り、北信圏域はゼロなので、北信圏域の方はどこに行っているのか疑問です。北信圏域の方も長野圏域で受診しているのであれば、診療医・専門医の人数が少ないことに不安はあります。診療医が増えない理由は、検討されていると思いますので、この人口10万単位の数値を基準に、ばらつきの解消を目指していただきたいなと思います。

一つ確認したいのですが、この診療医・専門医の中には、個人を含めた精神科や心療内科の先生も含まれているのでしょうか。人数が少ないので、もしかしたら小児科の先生しか入ってないのかなというのをちょっと感じました。今の発達障がいと診断されている子どもたちは、いずれ成人になるので、大人の発達障がいの方が安心して受診できる医療機関の充実というのを求めていきたいなと思います。

最後に資料9、依存症対策についてです。これには、ギャンブル等依存症と書かれているんですけども、この中にはゲーム依存の方も含まれているのかというのが気になってます。ニュースとか新聞で、ゲーム依存が問題だというのは聞いてるんですけども、長野県はゲーム依存について実態を調査して対策を討議しているのでしょうか。もしなければ、ぜひやっていただきたいというのが今回感じたところです。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

今診療医や専門医に精神科や心療内科の先生が多いのかという御質問がありましたが、この人材育成事業は信州大学で委託されて行っておりまして、私どもの方で本田教授を中心にやっておりますので、私から簡単にお答えいたします。御懸念された通り、小児科の先生の方が多くて、成人の発達障がいの方も安心してかかれるという状況にはまだなっていないという実情ですので、委員御指摘の通り、この育成事業はさらに進めていただきたいと私も考えております。

御発言ありがとうございました。

それでは小林委員、次ご意見いただけますでしょうか。

小林委員

長野県市長会所属で、東御市健康福祉部長の小林秀行と申します。

私は33ページの資料9発達障がい診療体制整備事業について申し上げたいと思います。

発達障がいは、早期から子どもの成長に寄り添って、継続的にかかわっていく必要がございます、放置しますと、生きづらさからの二次的障がいも懸念されております。早期の支援や二次的障がいの予防に欠かせない発達障がい診療は、医師の先生の不足によりまして、発達障がいが疑われる方の初診療待ちがございます、東御市としましても、発達障がいを専門的に診断して、助言や御支援をいただく医師の先生方の継続的な養成・確保を望んでおります。この件につきましては、東御市以外の市におきましても危機感を感じておりまして、共通認識として、長野県市長会でも話題になっております。資料33ページの下の2事業内容の2項目につきましては、今後も継続して実施していただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

鷲塚会長

どうもありがとうございました。

それではPSWのお立場から佐藤委員さん、御発言をお願いいたします。

佐藤委員

依存症対策についてですが、依存症は当事者の経験談がとても薬になる、回復に向けて力になる分野であります。ただコロナ禍において、なかなか自助グループの開催が難しい現状もあつたりしますが、頑張って地域で自助グループをやっている方々もいらっしゃるの、ぜひ開催しているときには、保健所の保健師さんや、市町村の保健師さんといった支援者が依存症のグループに出かけることで、その皆さんも体験談をお話することもできますし、自助グループ支援という形になると思いますので、ぜひそういったところでの、自助グループ支援をしていただければと思います。予算額が

だいぶ下がっているのがかなり気になるころではあります。

あと、県の方から「ダメ絶対」という薬物依存のポスターが病院にも届いたんですが、ダメ絶対は、当事者グループからもそうですが、それをやってしまうと、薬物を使ってしまった人が人間じゃないよな、そんな表現もされているキャンペーンでもあります。それをしてしまうと、当事者の人たちがどんどん孤立して行って、医療に繋がりがづらくなっていったり、回復への妨げになったりするのです、そういったところをもう少し、依存症に対する理解を広げていっていただけるとありがたいなと思います。

あと発達障がい診療体制は先ほどお二人がお話していただいたのでいいかなと思います。

以上です。

鷺塚会長

はい、ありがとうございました。

時間がまだ少し残っておりますので、私がちょっと伺いたいんですが、ダメ絶対は聞いていて確かにそうかなと思ったんですけど、何かいいキャッチコピーはございますでしょうか？

佐藤委員

私がキャッチコピーをつけるのは難しいんですが。

でも、病院にそのポスターが送られてきたことは結構ショッキングなこととして、当事者団体の中ではダメ絶対ではなくて、早く誰かに相談をして、早急に回復に向かって歩き出すという方向、ダメ絶対だと本当に人間として終わってしまうようなキャンペーンを昔取られていて、まだそれが、そのようなポスターが継続されている、国の助成でもあるんですが、当事者団体からは批判が大きいものなので、長野県としてはそういう方向になって欲しくないなと思っております。

鷺塚会長

ありがとうございました。

それでは鷺塚輝久委員、御発言の方よろしく願いいたします。

鷺塚委員

東口メンタルクリニックの鷺塚です。

まずてんかん医療体制とギャンブル依存ですが、発達障がいも含めて、多分精神科医はできるだけ診たくないなと思っている方がまだほとんどではないかと思えます。そこで、てんかんに関しても依存症に関しても、発達障がいと同じように、県の認定医でもいいので、ある程度資格を決めて、講習を受けた先生がもう少し増えてくると、もっと診療がスムーズに回るのかなと。おそらく、てんかんに関しても、依存症に関しても、多分一定の機関に集中しているんじゃないかと思えますし、「来てもうちでは診ませんよ」と言われることは結構あるんじゃないかなと思っていますので、そこはきちんとやっていただけ

ればいいかなと思っています。

発達障がいに関して、私の前に皆さんおっしゃってましたが、人材の育成事業は当然続けていた
だかなければいけませんし、まだまだ足りないのはもう目に見えているとこだと思います。開業している
と、診療後の夜に研修を受けに行くというのはなかなか難しいことですので、オンデマンドで研修を
実施してテストを受けたいとか、そういった方法があると、一般の精神科医も受けやすいのでは
ないかというのは思っています。

それともう一つは、僕は小学校高学年以降の発達障がいを診ることが多いんですが、やはり小児科
の先生方とのすり合わせということがなかなかできていない。中学生を卒業すると、あとは精神科医へと
回ってくる人が多いんですが、診断はもちろん書いてあるけれども、それまでどういうことを目標にして
やってきたのかというのは、あまり伝わってこないことが多いんです。だから、移行の段階で、そういうこ
とを精神科医との間で話し合う場面は必要なのではないかなと思っています。そうじゃないと、それまで
やってきたことを信じていて、移行してからやるのが全く違ってしまうということになってはいけません
しね。あと、前回もお話ししましたが、グレーゾーンという話を聞いてから、全くフォローを受けてこなく
て、年齢がきて、手帳を取りたいとか、免許を取りたいとかで来られることがあるんですが、もう少しやり
ようがあったんじゃないかなと感じることが多いです。

あと発達障がいの場合に、二次障害にならないように、小さい頃からきちんと見てあげることがすご
く大事だと思うので、診断をつけるだけではなくて、その後の発達をどういうふうによく促していくか
とか、どうやって自分に対する自己評価が下がらないようにしてあげることとか、そういうことに関しても、
皆で協力し合っていないとなかなかうまくいかない。それで精神科に来られても、やりようがなかったり
することがあって、そこら辺あたりをこれからもう少しやっていかなければいけないんじゃないかな、と
感じています。

ありがとうございます。

鷲塚会長

ありがとうございました。

その他の委員、私が今指名しなかった委員の中で御発言ある方いらっしゃいましたら、手を挙げて
いただけますでしょうか？

埴原委員どうぞ。

埴原委員

こころの医療センター駒ヶ根の埴原でございます。

まず発達障がいに関して、この事業5年で育成ということですが、とても5年で完結するような問題
ではありませんので、さらに5年10年続けていただかなければならないと現場では思っております。

それともう一つは、その裾野を広げるだけでなく、専門医療をどういう形で提供するかということに関

しても、計画の中で今ネットワーク事業が出てますけど、3病院で完結するものではありませんし、発達障がいには関わらないものの、同じ領域では摂食障がいの問題がかなり出てきているので、摂食障がいの特に若い方々がきちんと治療できる場に関しても、県の中で考えていただきたいということを付け加えておきたいと思います。

ゲームネット依存に関しては、依存症の話も出ましたけれども、当院でやっと、今年から始めることができいております。主に青少年、思春期の治療という形でやっております。他の依存症治療のノウハウがかなり役に立っておりますので、ある程度依存症の治療ができるところで行うのが望ましいという感想を持っております。

依存症治療拠点に関してですけれども、当院は3つの分野で最初の拠点となって、今度小諸高原病院が専門医療機関として追加されたということで、非常に喜ばしく思っておりますし、長野県全域でそういう治療ができる、特に入院治療ができる病院ができてくることが望ましいと思っております。ただ、依存症の治療拠点を維持していくためには、大変な講習をコメディカルを含めたくさんの方が受けなければいけない現状があります。当院でも人の出入りがありまして、この3つの依存症の治療拠点の資格を維持していくために、職員の研修の機会に申込みをしても、外れてしまうような状況も今は出てきています。これは全国的な問題だと思いますので、依存症に関する研修の拠点を指定していくとともに、そういう人材を各病院に配置できるような予算の措置と、講習の機会というのを県にお願いしたいと思います。

私の発言は以上になります。

鷲塚会長

ありがとうございました。

今、埴原委員からお話ありましたように、医師をどんどん作っていくことはもちろんそうなんですけど、今現在困っている入院が必要になった方を受け入れる医療機関が非常に限られてきておりまして、私どものところもそうですが、入院してしまうと今度はなかなか退院できないという事情もございます。この人材育成事業というのは、長期的な視野に立って続けていかなければいけないんじゃないかと考えております。

他に御意見のある委員の方いらっしゃいますでしょうか。

県の方から何か発達障がい事業も含めてコメントございますでしょうか。

高橋 課長補佐兼心の健康支援係長

貴重なご意見たくさんありがとうございます。

やはり専門的な治療ができるドクターの確保は、非常に大きな課題だと思っております。

ドクターの育成事業は、例えばその周りのコメディカルの方の育成ですとか、支援者の育成にも繋がるような、一番の基幹といいますか、元になる部分だと思っておりますので、担当課としまして

は、こちらを継続できるように、これから来年度に向けて、予算ですとか事業内容を詰めていく時期になっていくわけですけれども、そういったところには最大限取り組んでまいりたいと思っております。

鷲塚会長

ありがとうございました。

多分この後に出てくると思いますが、自殺対策という話を考えたときに、発達障がいの方たちが、かなり絶望してしまって自死を選ぶということも、少なからずあるんじゃないかというようなことを考えたりしております。それから引きこもりですよ。5080問題のことは皆さんご存知かと思いますが、その中の一定数の方が発達障がいの方で、社会に出られなくなってるって方は多いんじゃないかと思っておりますので、いろんな意味で根本的な施策であると私どもと皆さんの共通認識として持っていますので、ぜひ今後の施策に生かしていただきたいと思います。

それでは皆さん御意見どうもありがとうございました。

最後に、資料10、11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10、11説明

鷲塚会長

ありがとうございました。

それではただいまの説明に関連して御発言をいただきたいと思っております。

最初に、精神障がい者に関する県の施策にも関わっておられます、草間委員さん、御発言いただけますでしょうか？

草間委員

ながのかれんの草間と申します。

資料10の自殺、資料11の地域生活支援事業につきまして3点ほど申し上げたいと思っております。

まずは、社会参加を阻む差別と偏見についてでございます。

国がリーダーシップをとり長年築いた、「精神疾患を持つ人たちは怖い存在である」という位置づけで社会防衛的な政策が社会の偏見・人権差別を助長してまいりました。国は、障害者権利条約に沿った、当事者、家族等の人権の回復を図る施策の早期執行を進めていただきたい。また、県につきましては、県条例を施行しただけでなく、県民への周知をお願いするところでございます。

次に家族支援についてでございます。

国は地域移行を進めるにあたり、再発防止等のための施策を未整備のまま強引に進めてきました。

改善のキーポイントを握る家族・福祉・医療関係者・社会に、情報の提供普及もなく全ての介護を押し付けてきました。また、帰るところのない人等が入居するグループホームは、緊急時のSOSを発信しても対応してくれるアクト的な医療機関もなく、場所もなく、誰でもが入所できる状況にはありません。家族に託された役割は多く、家族支援法もなく、孤立し、長期に渡る介護で疲弊しております。感情表出の研究(EE研究)でも明らかで、過度のストレスを避ける環境整備により再発悪化を減少できるという研究報告がございます。これら回復に重要な人薬関係の情報の提供、周知・制度の改善をお願いしたいわけがございます。

最後に、当事者の社会参加を阻む社会障壁の除去について、社会参加の接点を障がい者就労に求める方が大勢いるわけがございます。自立支援法で、三障害共通の福祉サービスの提供が謳われ、三障害対応可能と明記した事業所に通いながらも、人間関係で悩み、せつかくの決断も実らず、再び心に傷をいadak当事者が大勢います。原因は明確で、病気の理解がなく、合理的配慮を求められず、職場での人間関係の悪化が主な原因となります。長野労働局が先日発表した統計では、精神関係の就職率に高い伸びが見られます。しかし、就労継続期間は短く、1年後は約半数の方が離職するとの報告があります。健常者中心の一般論的な会話での対応は、当事者のストレスを増し、病状の悪化を招く大きな要因であります。三障害対応を可能としている事業者等への実態調査を求めるとともに、受け入れ可能な障害区分を、正しく表示していただくための行政指導を、県にお願いするものでございます。

以上でございます。

鷲塚会長

ありがとうございました。

それでは、ピアサポートの形でも関わっていただいております大堀委員さんから、次の御発言をお願いします。

大堀委員

はい、ありがとうございます。

私はNPO法人ポプラの会と長野県ピアサポートネットワークという精神障がいを持った当事者会で活動しております。現在、コロナの中であつたり、本日の救急医療体制の話でもそうですが、医療の現場の先生方や看護師や皆さんに支援をいただき、医療を受けてやっていけることがありがたいと思いました。ありがとうございます。

それから、地域での移行支援センターを、ピアスタッフ6名、当事者スタッフ6名で働いてるんですけども、草間委員さんがおっしゃったように、医学モデルというどうしても資料2にあるように、例えば統合失調症の方が一番多かったですとか、気分障がいとか発達障がいとかそういう形にはなるのですが、実際リアルな人間関係の中では、病名とか障がい名で付き合うわけではないので、障害だけで

生きてるわけではなくて、やっぱりその人の歴史とか背景とか、取り巻く状況をお互いに話し合ったり、理解し合うことがとても大事だなと思っております。そういった意味でも、長野県障がい者支え合い活動支援事業の中で普及啓発をさせていただいたり、当事者支援員が病院を訪問して地域移行に関わることができたとき、少しずつそういった活動ができていることがありがたいなと思います。

発達障がいの件で、予算とか施策をたてていただいていることが本当にありがたいと思います。発達障がいの方の生きづらさが自殺にも結び付いているという意見もあったのですが、この生きづらさというのは、もちろん自殺だけではなくて人間関係の中でいろいろあったり、社会的なスティグマであったり、またそういった人が生きているリアルの中では、互いに理解し合うということがとても大事だと思いますし、それを理解してくださる方の人材育成ということは、すごくありがたいなと思います。

また、支え合い活動支援事業などで、当事者支援員が活動することに御支援いただいている、今コロナで病院訪問の方も減っていますが、やはり入院をした経験があったり、また病気をした生きづらさを感じていながらも、人と繋がっていかれるということによって、リカバリーまたはスティグマの受入れができていくと思います。様々な社会的な障壁があっても、自分らしく充実して生きていかれるための地域作りは、やっぱりみんなで作っていきたいと思いますので、ぜひこれからもよろしく願います。

ありがとうございます。

鷲塚会長

はい、どうもありがとうございました。

それでは富田委員さんの方から御発言をお願いしたいと思います。

富田委員

はい、富田ですよろしくお願いします。

ハローワークで障がい者の就労支援をしています。

まず、自殺対策推進事業関連です。

コロナや社会不安により、自殺対策が重要となっています。対面型相談事業、人材育成、普及啓発と1番から6番の継続も大変重要で、自殺を考えている人に相談や支援が可能という情報が届くという工夫が大切です。

そして、7番の自殺未遂者実態把握調査に大いに期待をしています。調査結果を早期に検討し、有効な対策を探る必要な施策を立案し、実行していくことが、1967年以下の自殺死亡率を達成する方法ではないかと思います。それが結果的に未成年者の自殺ゼロに近づく道ではないかと思います。そして、次期長野県自殺対策の推進計画に活かしてほしいと思っております。

また、職安の業務から感じることがあります。養護学校以外の高校生は担任と保健室の先生と進路指導の先生が発達障がいや精神障がいの生徒の相談に乗っています。学校によりかなりの数の発達障がいの生徒が在籍していて、先生や保護者の努力だけに頼っているのが現状です。今、スク

ールカウンセラーやソーシャルワーカーの相談だけでは人材が足りません。学業、進路の相談も重要ですが、先生方もさっきおっしゃったように、二次障害や自尊感情の低下を防いで、命を大切に育てていく、そして医療との連携をしていって、生き育っていくために、高校に人材が足りないと感じています。保健・疾病対策課の枠を超えた課題であるとは思いますが、青少年が育ち、疾病を予防するために各課の枠を超えた対策をお願いしたいと思います。

資料11の精神障がい者地域生活支援事業です。

精神障がい者地域生活支援事業、精神障がい者支え合い事業を活用し、社会資源を整え、1人でも多くの入院者が退院できることを願います。先日、草間委員さんのご縁で障がい者支えあい活動支援事業の研修会に出席させていただきました。多くのご家族と支援関係者がともに学び、家族の体験から学びを深める活動、この活動に大変重要性を感じました。障がい者の雇用率は、令和3年6月1日の調査で、長野県は達成しています。雇用されている障がい者の数は上昇傾向ですが、地方公共団体等では、まだ48機関が未達成のままです。つまり、まだ障がい者への理解が足りていません。精神障がい者地域ケア推進事業と若者向け心のバリアフリー事業等で、当事者の体験、リアルな体験から社会全体への理解を深めていくことが有効だと思っています。この事業の存続をこれからもずっとよろしく願います。

鷲塚会長

どうもありがとうございました。

現場に根ざしたご意見のお三方からだと思います。非常に貴重な御発言が揃ったんじゃないかと思います。本当にありがとうございました。

それでは、たくさんのご意見を頂戴しましたが、冒頭の西垣課長さんのご挨拶にもありましたように、この会が今後の県の保健医療総合計画の策定のお話にも繋がってきております。私がせっかちに進めさせていただいたためか、ちょっと時間があります。各委員、言い残されたことがたくさんあるんじゃないかと思いますので、少しずつ伺いできればと考えております。2、3分は時間が取れると思いますので、また追加の御発言をいただきたいと思いますがどうでしょう。

手あげより、順番に指していきますので、特に御意見はもう十分済んだという方は、そのまま流していただいて結構です。たくさん喋りたい方は、私が途中で遮りますのでそれまで喋っていただくという形にしましょうか。

それでは最初に遠藤委員の方から御発言ありましたら、御意見いただきたいです。

遠藤委員

最後の資料11に近いんです。

精神障がい者地域生活支援事業で県の方から、精神障がい者にも対応した地域包括ケアという言葉が出て嬉しかったんですけど、事業展開の中での実態だとか、予算化されたとか、ここでこれを

やっているんだよというのが見えてこない感じがしています。これは平成29年から精神障がいとの関係の国の機関がやってくということで進めてきたんだと思います。県でもこれをぜひ進めていただければと思います。

ちょうど次のページの図表に県の自立支援協議会で各圏域の自立支援協議会のことも書いてあります。地域包括ケアは上小地域でもやっていて、地域包括ケアを推進する委員会があるんですが、精神障がいにも対応した地域包括ケアということがあるんだから、精神の関係者として私どものスタッフも入れてもらおうとすると、まだまだ高齢者で手一杯でとても入れない、というようなことがあります。ぜひ県の方でも、精神障がいにも対応した地域包括ケアという施策をさらに推進していただけるように、予算化を含めて様々な努力をしていただければと思います。

もう一点は、とうとう今年から高校授業に精神疾患が入りました。おかげさまで三つぐらいの教科書があって、一つの教科書は、偏見・差別とかスティグマについてダイレクトに1ページを割いています。非常に私は期待しているので、大堀さんもいらっしゃいますが、いずれは「ピアサポーター」もその高校の授業の中に参画できるような、そういう体制を作って、教科書の中だけでなく、実際に当事者の方が元気でやってる姿を見ることができればずいぶん違うのではないかと思います。ぜひここにも、予算化、あるいは事業展開をしていただければと思います。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

それでは轟委員さんいかがでしょうか？

轟委員

再度、救急医療体制のことになりますが、目指す姿で北信地区がまだ常時対応型が決まっておられません。こちら、整備できるようにやっていきたいと思います。あと、圏域内で完結できるような体制作りということを仰っておりますが、やはり圏域内だけでなく、各ブロック間の横の繋がりも必要かなと思います。

例えば千曲荘病院が満床だったら村井病院へ依頼できるようになった方がいいです。13ページにも記載されていますが、常時対応型病院は確保している空床が既に利用されている場合には、他の圏域の常時対応型に依頼できるとなっております。目指す姿の図では、四つに区切られてしまっていて、他の圏域のつながりがない図になっているので、その辺を検討して頂きたいと思います。

鷲塚会長

ありがとうございました。埴原委員いかがでしょうか。最後をお願いします。

埴原委員

精神障がいにも対応した地域包括ケアということで、退院支援の問題と地域における定着、再入院の防止という視点が大事だと思うんですね。

今度、生活支援を広げる形ができてきているんですが、精神障がい者における地域でのフォローの大きな主体が市町村になってしまうところを一番懸念しています。

長野県は非常に、市町村の大きさが違ったり、マンパワーが違ったりしています。医療の側からはどちらの地域、市町村でもアプローチできるんですけども、市町村任せにしないような形で、県全体で、精神障がい者の方の地域での生活を支援していく体制というものに関して、県がスーパーバイズあるいは音頭をとっていただけるような、そういう体制をとっていただければ、地域での精神障がい者の方の、定着、再入院防止、社会復帰が進むのではないかと考えておりますので、その点を県にはお願いしたいと思います。

以上でございます。

鷲塚会長

ありがとうございました。

それでは、花石委員さん。

花石委員

よろしく申し上げます。

私、長野県自閉症協会の北信地区会長も担当していて、4月2日の世界自閉症啓発デーの啓発活動をしています。3月26日はてんかんの世界パープルデーといったように、そういった啓発活動を個々の団体で行っているのが見受けられます。メンタルヘルスや発達障害の二次障害の予防については、県民の皆さんが知っておいた方がいいことなので、県として計画を立て、予算をつけて啓発していただきたいです。

もう一つ発達障がいの理解を推進する中で、お願いがあります。発達障がいがあると子育てしにくい、生きにくいなど、悪いイメージが表面に出やすいです。発達障がいがあっても、支援を受けたり、医療にかかりながら、上手に日常生活をしている人もいます。そういったいい事例を啓発の中で広めただけだと、安心して子育てできる家庭が増えるのではないかと感じました。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

小林委員さん、いかがでしょうか？

小林委員

東御市は小さな市ではありますが、様々な議論を重ねながらこれからも努めてまいりたいと思います。ありがとうございます。

鷲塚会長

それではPSWの立場から佐藤委員さん、いかがでしょう。

佐藤委員

どこの部門でとちよつと言えないんですが、コロナ禍において、やっぱり当事者の方々って情報弱者になりやすい。携帯電話、スマートフォンが持てなかったり、経済的な事情、病気の状況で、今はネット社会なんですけど、そういったものが使えない方々もいらっしゃるんで、ぜひ情報が当事者の方に届くような、そんなシステムができればいいんじゃないかなと思っております。

それから、どうしても情報弱者になりやすいので、そういったところで、Zoomはどうやって使うんだというところから、具体的などころはうまく思い浮かばないんですけど、そういったところの支援をしていただくといいのかなと思ってます。

あとお話の中で、人材育成という言葉がいくつか出てきたんですが、人材育成の中でもやはり、専門家の知識を持ってもらうのもそうなんですけど、その専門知識を、できれば福祉の人にも伝えていくという観点も持っていて、病院だけで完結するのではなくて、福祉へ情報を提供できる医療者の育成という観点も持っていていただきたいかなと思ってます。

それから措置入院に関してなんですが、資料によると、警察官通報はかなり多い。警察官が通報できるようになったという背景もあるかもしれないですけど、現場では、上手く警察との連携がとれていないな、というような事案も拝見しておりますので、警察官通報だけではなくて、そのほかの一般からの通報もそうですが、しっかりと連携をとって措置入院に対応していただければと思います。

以上です。

鷲塚会長

ありがとうございました。

それでは鷲塚輝久委員、いかがでしょうか？

鷲塚委員

鷲塚です。

ひとつは、子どもの自殺の件ですが、理由として、もっともなことを挙げられているんですけども、これ、地方都市ならどこでもあることだと思うんですね。小規模校から大きな中学高校に行ったときに、どうして悪くなるのかとか、中学校までできた生徒が高校行って評価されないとか、地方都市なら

いくらでもあることだと思うので。でも、長野県は多いわけですよね。何か県独自の問題があるんじゃないかってことは、やっぱり挙げていかないと。全国と同じようなことを言っても、変化しないんじゃないかなというのはいつも危惧しているので。県独自の視点があるんじゃないかっていうことは、あるいは同じような規模の市でうまくいってるところがあれば、ことどこが違うのかっていうことに注視しなければいけないんじゃないかと自殺については思っています。

就労に関しては、確かに精神障がい者の就労が増えているんですけども、長く続かないことの一つは、やっぱり受ける側がまだ精神障がいに対しての理解がすごく少ないんですね。それで、すごくちゃんと普通の人と同じように働かせようとするか、逆にあまりにも気を遣いすぎて仕事を与えないかなんです。例えば7時間とか8時間勤務時間があつたとしても、ちょっとできる人だと仕事が半日で終わってしまうんです。早く終わった分、やることないと言わなきゃいけないことがあつたりして、そういうことをコーディネーターが、当事者の方と職場とをうまく繋げてあげるといのが必要なんじゃないかなと。そこで、非常に気を使ってるつもりなんだけど、当事者にとってはつらい状況に置かれてるといふこともあるんだって解っていただくことが必要かなと思います。

あと救急の事例に関しては、精神科病院協会に協力しなければいけないんですけども、あまり協力してなくて本当に申し訳ないです。救急で警察官通報が多いのは、暴力行為とかつてことも多いだろうと思うんですけど、それで、措置入院、医療保護入院にさせていただいて本当にありがたい面もあるんですが、入院できなかったケースで、その後また事件を起こしてしまつたり、事故を起こしてしまつたり、あるいはその時入院できなかったの、なぜ警察官を呼んだりしたんだつて、家族とうまくいかなくなつて、病院に繋がらなくなつてしまうというケースもあつたんですね。それで、入院させなかったことがよかつたのかどうかつていうことを、きちんと検討することも必要なんじゃないかなと。もちろん、できれば入院させないで、その後外来を続けられるのが一番いいケースなんですけども。入院かどうか迷うようなソフトなケースで入院させなかったために、その後、治療が逆に途切れてしまつケースもあるということを知つて、医者の方としても、その時はそれでよかつたと思つて入院させないで外来で見えていきたいと思いますわけなんですけども、逆に、患者にとってはうまくいかないケースになってしまうこともあるんだつていうことは、教えていただかないと、診察した方もわからないこともあるので、そういううまくいかなかつたケースを、ちょっと困つたことがありましたがつて連絡をもらつと、医者の方にもいいように思っています。

ありがとうございました

鷲塚会長

はい、ありがとうございました。

それでは草間委員さん、御意見いかがでしょうか？

草間委員

さきほど遠藤委員から、救急医療体制についてお話をいただきましたが、私的には、難しい患者は国・公立病院が全て引き受けるべきだと思います。民間病院の精神科特例で定められた配置基準の粗悪さは、行政は百も承知のことだと思います。民間医療機関の負担軽減を図り、患者の人権擁護が可能となるような意味を含めて、難しい患者は国・公立病院が受け持つ、という意見に対しては賛成でございます。

自殺でございますが、やはりいじめ等依然として増えております。子どもだけの問題ではないわけですが、長野県民性というのもあると思いますが、御両親の方が非常に真面目で、道徳観念が豊富で、かなり子どもに圧力がかかっているんじゃないかと。子ども権利条約等のさらなる普及が必要なのかなと思います。

それから最後に、精神障がい者にも対応した地域包括システムの件でございます。先日、ある新聞社の厚生事業団がワークショップを開催しました。私もそこに参加をしましたが、内容にがっかりして途中で退室をしたわけなんですけども、自助にすぎるんじゃなくて、公助を前面に出して進めてもらいたいと思うわけでございます。

以上でございます。

鷲塚会長

はい、ありがとうございます。

それでは大堀委員さん、いかがでしょうか？

大堀委員

はい、ありがとうございます。

私は、入院経験が自分の中のスティグマに繋がったりすることについてお話をさせていただきたいと思います。

大阪の精神医療人権センターの調査によっても、2つ非常に問題だと思うのは、ここ数年から10年の間に身体拘束が2倍に増えているという点と、それから強制入院、特に医療保護入院と措置入院になった場合に、例えば、当事者と家族との関係とか、また本人の回復にとっても、どういう影響があるのか、なぜ強制入院が増えているのかという背景を知りたいと思います。長野県の実態がどうなのかということ、権利擁護の観点からもぜひ調べていただいて、実態を教えてくださいました。

また、精神科特例が廃止されたとはいえ、やはり医療従事者の数が一般病院に比べて精神科病院では少なく、診療報酬も低いことから、医療の提供であったり、医療機関の方の働きやすさなどに影響していると思います。例えば精神科病院協会から長野県に、長野県から国に、精神科の報酬を一般科と均一にしてもらいたいといった、医療機関の方が働きやすくなるような要望を出していただきたく、お願いしたいと思います。

次の要望としては、身体拘束の要件緩和についてです。

今年の5月に、「地域で安心して暮らせる精神保健医療体制の実現に向けた検討会」で、厚生労働省の大臣告示によって身体拘束の要件が緩和されようとしています。それに対して非常に危機感を持っておりまして、私達のまわりでも以前に拘束を受けた経験のある者が多いのですが、今までは「多動または不穏が顕著な場合」であって、且つそのままにすれば患者の生命にまで危険が及ぶことがある場合、又は「検査や処置を行うことができない場合」とありますけど、その検査や、処置などに関して、大臣告示によって、この人身の自由に関わる問題を関係者の検討で、というところも問題だと思えます。要件緩和については、「治療が困難」ですが、この要件を緩和すると、患者としては抵抗できないです。実際、本当にその身体拘束が必要かどうかということも、ぜひ医療者の皆様にも御検討いただきたいですし、やっぱりそれが本人の回復とかスティグマ、それから地域に戻ってからの心持ちや、家族、他者との信頼関係に影響していると思います。実際にどういう影響があるかということは、スティグマにも大きく関わりますし、人権侵害の問題もあり、また自己肯定感とか、自尊感情が非常に大きく関わる問題です。ぜひ県に、要件緩和の基準見直しに関して反対の意見を述べてほしいです。

あともう一点は、訪問医療に関して、ぜひ予算付けをしていただきたいということです。入院中心の医療から、今地域での訪問看護が増えているのですが、入院せずに地域で治して暮らせることも非常に大事だと思いますので、国や県が、そういった訪問医療に対する予算付けもしてほしいという要望がありますので、ぜひよろしく願いいたします。

以上です。ありがとうございました。

鷲塚会長

具体的な提言いろいろとありがとうございました。

それでは最後に富田委員さん、御発言の方よろしく願いいたします。

富田委員

鷲塚先生も、おっしゃった通り、障がい者雇用が進んでいるとはいえ、本当に早く退職をしてしまうという、精神障がい者の方、発達障がい者の方が多くおられます。そこで、長野県さんにも願いがあります。本当にとっても優秀な能力とか、とても素晴らしい点を持っているチャレンジ雇用の職員さんや、障がい者雇用の臨時的職員さん、それから障がい者雇用の職員さんが長野県に入っておられます。その方の長所とか、得意な点を本当に活かして、それでその方々が長野県で働いてよかったと思われるような支援を、長野県として、モデルケースとして、しっかり構築していただけたらと思います。そうしたら、未達成の企業様それから未達成の市町村等も、長野県モデルに見習って、就労支援をやっている、こんなことが夢ではない現実になるようにお願いしたいと思います。

ありがとうございます。

よろしく願いいたします。

鷲塚会長

どうもありがとうございました。

それぞれの立場から、最後はかなり具体的なお提言をいただけたんじゃないかなと思います。

ぜひ必要なことを県の施策の方に盛り込んでいただければというふうに思うんですが、皆さんの発言をお伺いしていて、私が思ったことをちょっと最後に総括的にお話をさせていただきます。

全体を通してですね、いろんなところでまずしっかり調査をしたらどうか、それについての分析をしたらどうか、とくに長野県ならではの問題があるんじゃないかというのは、御発言が何回かあったかと思うんですけども、やはりそのあたりのことをまずきっちりやって分析をしていくっていうことが、具体的な施策に繋げていくにはとても大事なことなのではないかなと。

今日の資料の多くの分野においても、こういったところを調べて欲しいというお話がいくつもいくつも出てきたと思いますので、そのあたりのところで、具体化できる調査は進めていただければいいんじゃないかなと思います。

ちょっと話が飛びますが、私自殺対策の方にも関わっているんですが、やっぱり長野県の子どもの自殺者が多いのもずっと続いておまして、なかなか減らないんですよ。これは先ほど鷲塚輝久委員からも話ありましたが、何らかの問題があるのかもしれないんですが、なかなか実情というものが浮かび上がってこない。確かに、個人情報の問題があるのは重々承知はしているんですが、それだけで調査が進まないというのでは具体的な対応策も打てないので、そうすると全国一律の方法でやっていくしかない。それで減らないのであれば、やはりもう1回検証が必要なのではないかなと思いますので、このあたりのことは、今後の課題になるのではないかなと思いました。

それから精神科救急のことですけれども、精神科病院の先生方から、こころの医療センター駒ヶ根の位置づけについての御発言、いろいろあったかと思いますが、8月から中信地区と東信地区に常時対応型の病院ができましたので、その運用を見て、また検討する機会を設けていただければいいのではないかなというふうに思っております。

それからどなたかからのご発言にありましたけれど、やっぱり長野県はかなり広うございますので、北信とか中信とか東信っていうふうにそこだけで地域完結できればいいんでしょうけども、そうでないときにお互いに助けるといったことはもちろんあっていいだろうと思いますので、今回4圏域で精神科救急体制完結させていくという話がありましたけれども、それはそれとして、引き続き、県全体で協力し合うという姿勢は取っていただきたいなと思います。

それから、北信地区の話ということで、大きな人口を抱えた都市を持ちながら、そこがまだ決まらないというのはなかなかつらいところかなと思いますので、この辺りは県の方に、早急に対応をお願いしたいと思っております。

それからこれは発達障がいとも絡むのですが、移行期医療の問題というのがございまして、子供から大人にみんな成長するわけですけども、子供は子供、大人は大人と分けて考えていけば、その一貫した成長発達という観点から言いますと、やっぱりいろいろと問題が起きるんじゃないかと思うんです。

中学まで小児科の先生が発達障がいを診ていて、紹介状1枚で精神科にやってきて、それで、良い医療、良い支援が行えるかといったら、なかなかそれは難しい問題だろうと思います。その移行医療というのは病院とか医療機関だけじゃなくて、それを取り巻く多くの福祉とか行政の方々たちの連携がなくては到底成し遂げられないことだと思いますので、そういった方たちとネットワークを作っていくことも必要かと思えます。また、その中ではどうしても温度差が出てくるわけですが、非常に熱心にやっておられる方と、ちょっとまだおよび腰の方がありますので、その辺のところを平坦化し、ならしていくということを県の方にやっていただくことが必要になってくるんじゃないかと思いました。

それから就労支援の話がいくつか出たと思えます。これも移行医療とも関係するのかもしれませんが、教育現場から社会に出ていくときって、やっぱり精神障害は非常に悪くなりやすいときだと思うんですね。実は非常に手厚いケアが必要になるんだけど、その部分が一番手薄になってしまうというところもやっぱり問題だろうと思っています。就労のことで言いますと、先ほど精神障がいとか発達障がいをお持ちの方を事業所など、仕事の現場がどう扱ってるかという、普通の人と同じように働かせようとするか、あるいは放置するかだというお話があって、確かにそれはその通りかと思うんですが、私どもの信大では、リワークプログラムという就労支援のプログラムをやっていて、それを見ていると、自分の病気とか障がいのことをあまり理解されてない患者さんが非常に多いんじゃないかと思えます。だから自分の弱みのところを何とかしようと思って、頑張っ、疲弊していく方も多いですし、せっかく得意なところがありながら、それを自分でも気がつかないで、苦手なことばかりやっていて潰れていくような患者さんを見ておりますので、保護とか、できるだけこちらの方からいたわってあげるといった視点はもちろん必要なかもしれませんが、やはり一個の人間として見たときに、その方の個性として捉えて、何が得意で何が苦手なのかということをよく話し合っておいて社会に出てくるという視点も大事なんじゃないかなと。これはどういうふうに予算化していったらいいのかという問題はあるかと思うんですが、やはりそういう視点もあっていいんじゃないかなということも思いました。

それから何人かの方、特に現場で動いていらっしゃる方からですね、予防とか啓発の話があったと思うんですが、やはり今回のこの施策、今までの事業を見ていただいてもおわりの通り、起きてしまったことに対して、どうやって手当てをしていくかという視点が多いただろうと思うんです。でも本当のことを言えば、早く見つけて、それが事例化する前に予防していく、できるだけ本人が本人らしく生きていける形を早期から対応することが必要になってくると思いますので、そのために予防啓発活動にこれからどんな形でシフトしていけるのか、どういう事業を立ち上げていければいいのか、そういった視点というのも、令和5年度以降の計画の中には、盛り込んでいくシステムというのにも必要になってくるんじゃないかなと思いました。

いろんな課題と色々な具体的な提言ございましたので、ぜひぜひ、それらのことをですね、県の施策に盛り込んでいただいて、より良い精神医療になるようお願いをしたいと思います。

それと、私は信州大学という一医療機関に勤めている者なので、最後にちょっと個人的なことを言わせていただくと、やっぱり発達障がいの人材育成の問題というのが、私も間近で見ている、現にそ

こに携わっているわけですが、その医者を1人専門に育てるってすごく大変なんです。それを5年間で答えを出して、それがいいとか悪いとかってというのは、ちょっとなかなかこういう評価は馴染まないんじゃないかと思うんです。これは精神障害、発達障害等に携わる方にとっては皆さん同じような御意見をお持ちなんじゃないかと思うんですけど、これについては県の方に、長期的にぜひ御支援をいただいて、医者を作ればいいというだけではなくて、その医者がまた教育をしていくとかアドバイスをしていくというような、裾野が広がっていくにしたがって地域全体のレベルアップが図られることになってくるかと思しますので、そういった視点も踏まえてぜひ人材育成についてはお願いしたいというのが信州大学の現場にいる人間のお願いでございます。

最後にちょっと個人的なこと言わせていただきましたけれども失礼いたしました。

それではですね、皆さんから貴重な御発言をいただきましたので、審議の方は終了させていただきます。本日限られた時間でもありましたので、発言できなかった御意見がありましたら、事務局の方へメールでお伝えくださいますようお願いいたします。

それから県におかれては、委員の皆様からの御意見等を踏まえ、計画の策定を含め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御協力をお願いいたします。

それでは本日の議事が終了しましたので、進行を事務局の方にお返しいたします。

よろしく申し上げます。

西垣 保健・疾病対策課長

鷺塚会長、議事の進行、また、最後にお取りまとめいただきましてありがとうございました。

委員の皆様、今日はお忙しい中、長時間にわたって御参加いただき、貴重な御意見をいただけたことにまず感謝を申し上げます。

我々としても、精神保健福祉の向上ということに向けて力を尽くしているつもりではありますが、まだまだ至らないというか、不足している点も多くあることを感じさせられました。

当課だけで受け止められるもの、また、庁内で受け止めるもの、その他 国への要望も含めて、引き続き努力をしてまいりたいと思います。

今日、説明させていただいた様々な県の施策というものは、今日の委員の皆様をはじめとする皆様の御協力なしには一歩も進まないものであります。今年度後半から来年度にかけて、保健医療総合計画ということで計画を立ててまいりますけれども、今日いただいた御意見を踏まえてまた考え、来年の審議会等でも御意見を頂戴する場を設けたいと思います。引き続きの御検討、そしてまた、これらの施策を実現していくためのご協力をお願いして、私の方からお礼の言葉とさせていただきます。

今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

ありがとうございました。

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。

委員の皆様、お忙しい中を本当にありがとうございました。

それではご退出ください。

ありがとうございました。