

山梨県精神保健福祉審議会 会議録

1 日時 令和8年2月10日（火）午後6時30分～8時

2 場所 防災新館409会議室

3 出席者

・委員（五十音順）（14名）

飯室 正明	小川 忍	奥山 智栄	川崎 洋介	功刀 融
柴田 一輝	竹下 茂	千野由貴子	新沼 洋介	平田 卓志
藤井 康男	藤森 一浩	宮田 量治	渡辺 舞	

・オブザーバー

平田 祐二（障害福祉課課長）
志田 博和（精神保健福祉センター所長）

・事務局

福祉保健部 部長 植村 武彦
福祉保健部 健康増進課 課長 知見 圭子 他

・欠席委員（5名）

小澤 政司 小尾 若菜 小林 信保 高村 正一郎 古屋 豊美

4 傍聴者等の数

報道関係者 1名

5 次第

(1) 開会

(2) 挨拶

(3) 議事

《審議事項》

①災害拠点精神科病院の指定について

《協議事項》

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

②入院者訪問支援事業について

《報告事項》

①精神科病院における障害者虐待の状況等について

(4) 閉会

6 概要

議事は藤井委員が議長となって進行した。

=以下、議事=

《審議事項》

①災害拠点精神科病院の指定について

資料1に基づき、事務局から説明。

○ 委員【補足説明】

災害拠点精神科病院は、各都道府県で整備しなければならないことになっており、当院でも、かなり前から「どう整備すべきか」という議論を重ね、イメージを持ちながら準備を進めてきた。

この1年半ほどは特に集中的に取り組み、資機材を保管するための建物を整備したり、非常時に電気を供給できる設備を県で設置していただいたりと、ハード面の環境が基準を満たせるレベルまで整った。地下水を利用しているのも、不足する部分を補う形で基準に到達し、大きな区切りとなった。

しかし、基準を満たすためにはハード面だけでは足りず、実際に災害が起きた際に適切に動けるよう、シミュレーション訓練も実施した。訓練では、たとえば大勢の方が一時的に避難してきた場合には体育館を使い、折り畳み式ベッドを並べ、その一つ一つに段ボールで簡易の仕切りを作って、個別空間を確保する、といった実践的な内容を確認したり、避難してきた方の重症度を評価し、緊急性の高い方と、集団の中で過ごしても大丈夫な方を振り分けるトリアージの訓練も行った。当院には災害対応のトレーニングを受けているスタッフも多く、計画したことは概ね想定通り実行できるだろうという確認ができた。

石川県や東日本大震災の経験と知識で言うと、(県内に)精神科病院は県内に10か所ほどあるが、被災した場合でも原則として患者さんを他院へ移動させないというのが基本ルール。できるだけ自院に留まり、多少の不便があっても耐えて運営を続ける方針。ただし、「ここに留まるのは無理だ」というほどの損傷を受けた場合や、院内のどの場所にも移れないような危険な場合には、やむを得ず他院へ移ることになる。

とはいえ、いきなり静岡県や長野県などでなく県内で受け入れができれば良いが、すぐに決まらないことも考えられる。そのため、当院では「ここには居続けられない」という場合の一時的な滞在場所を提供し、そこから改めて他の病院へ移るための調整を行い、特に、個室での対応が必要な重度の患者さんについては、北病院にそのまま残れる場合もあるかもしれない。しかし、北病院がいきなり50人、30人といたった人数を受け入れる余力は無いため、あくまで「短期間の滞在の後に行き先を決める」という形になる。これはDPATの指揮のもとで行われる。このように、当院は長期間の避難場所というより短期間の受け入れ・調整を担う中継基地、一時的避難所のような位置づけ、長くは使わないけれど必要な機能が災害拠点精神科病院には求められており、そのような準備が必要になる。

また、当院や大学は日本DPATの活動にも関わっており、災害が発生した際には、山梨県外の被災地にもできるだけ早く駆けつけ、災害支援活動を行うという準備を進めることになっている。日頃から訓練を積み重ねているスタッフもおり、こうした災害拠点病院として求められる機能を、今後も責任を持って維持していく計画である。

○ 委員

災害拠点精神科病院が被災した場合、どうするのか決まっていれば教えていただきたい。

○ 事務局

本県の災害拠点精神科病院は北病院が第 1 号となる見込みだが、北病院が被災した場合は、県内で被害がなかった病院に移送をお願いすることになるのではないかと。災害が長期化した場合は、他県の病院も視野に入れた転院移送を考えており、国の DPAT 事務局と県で連携して調整して体制を整えたい。

○ 委員

精神科病院協会でもそういう支援を想定し、どう連携をとっていくか、協力できる形であればしていきたい。

○ 議長

私も東日本大震災の際には現地に行った。水の問題が深刻であると感じ、北病院では地下水を汲み上げる装置を作り、病院で使用する水の約 9 割を地下水で賄うという仕組みを整えた。しかし今回、災害拠点病院として指定されるにあたり、電気が止まった場合にはそもそも地下水を汲み上げられないという問題が改めて浮き彫りになった。病院には非常用発電機があるものの、それを動かすための軽油の備蓄が十分でなければ発電できなくなり、地下水を汲み上げることもできず病院全体の電気も使えなくなる。

今回、軽油の備蓄量を大幅に増やし、おおむね 1 週間は発電を維持できる体制が整ったと事務局から説明を受け、これは非常に大きな前進であると感じている。少なくとも上水道の確保については、かなりしっかりと手配が進んでいると聞き、私自身も安心した。

○ 委員

令和 6 年度から、厚生労働省が日本看護協会に災害支援ナースの養成を依頼し、山梨県の看護協会でも養成を進めている。北病院など精神科領域の中にも災害支援ナースがいるので、災害時の体制では、ぜひ一緒に活動できればいいと思うのでよろしくをお願いしたい。

令和 6 年度から養成を始めているが、これまでは日本看護協会独自の制度として養成し、能登震災の際も活動した。しかし今般、DPAT や DMAT と同じように法的根拠を持った制度として厚生労働省が養成を開始した。災害時だけでなく、コロナのような感染症が蔓延した場合も、災害の一種と位置付け、病院や避難所に入り、必要な支援を行えるようにするため。

そのため、県が専門研修を実施し、研修を修了した看護師を現在養成している。今年度は 119 名を養成しており、今後は県と各病院が協定を結ぶと災害時に派遣できる体制になっている。

○ 議長

県立北病院を災害拠点精神科病院に指定することについてご承認いただいてよろしいか。

(拍手により承認)

本件は原案どおり承認することとする。

《協議事項》

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

資料2に基づき、事務局から説明。

欠席の委員からの意見書を代読。

○ 委員

私は昨年度、山梨県地域包括ケア推進会議に出席させていただきました。その中で地域包括ケアシステムの推進について協議があり、一意見に「とじこもりや精神疾患をお持ちの方にも対応したシステムについて協議したい」という意見がありました。その会議の出席者は本会議の存在を知らないようでした。

いろいろな会議で本テーマについて協議されることはいいことだと思いますが、それらが共有されることなく別々に取り組まれるのはとてももったいないことだと思います。他分野とより一層重なり合いながら体制整備を構築する、ともありますので連携して進められたらいいと考えます。

○ 委員【補足説明】

補足として二、三点お話しする。

1. 精神障害にも対応した重層的な地域包括ケアシステムの協議の場の充実について

地域格差のない支援体制の構築を目指し、研修などに取り組んでいるが、市町村によって取り組み状況はまちまちで、地域格差が全くないというのは難しいというのが実感。実際、コロナ禍で協議の場そのものが停滞してしまった地域もある。こうした地域では精神障害のみならず、さまざまな障害分野で協議の充実が難しいので、今後も継続的な課題と考えている。

2. 重層的な相談支援体制の整備について

高齢、母子、若年層といったあらゆる分野において精神保健に関する支援が必要になるが、生活困窮、外国人、就労など年齢だけでなく分野そのものが多岐にわたっている中で、障害やメンタルヘルスという専門的な分野だけで解決できないことが増えてきている。そのため、重層的な相談支援体制の整備が不可欠。従来のやり方にとらわれず、視野を広げ、連携して「ワンチーム」として取り組む体制が必要になってくる。

この研修会は年1回だが、圏域の保健所が主催する構築会議や研修の場でもこういった話題を常に声を大にいただき、行政や地域の方々が重層的な視点を持ち、市民を支えていくという考えで動いていけるといい。

すでに具体的に取り組んでいる市町村もあるが、地域格差があるため、どこに住んでいても困らない体制にはまだ到達しておらず、今後も推進が必要。

3. 入所施設の相談支援専門員の意識改革について

長期入所の利用者の地域移行を進めるため、地域移行等意向確認担当者が配置されているが、配置すればすぐに地域移行が進むわけではない。精神障害分野でも同様だったが、まず入所施設職員が意識を変えていく必要があり、知的障害や身体障害のある方が、施設入所を大前提に生活をするのではなく、地域で暮らすことを当たり前前に想定できるような社会づくりが必要。

この取り組みはスタートしたばかりだが、知的障害者支援協会とも協力し、年1回の研修会を行っている。引き続き推進していきたい。

4. 権利擁護システムについて（成年後見制度）

成年後見制度の利用促進ワーキングでは、今年度もアンケート調査を実施し、現在集計中。来年度の審議会で報告できればと考えている。

これも地域格差と連動しているが、権利擁護機能を推進していくために「中核機関」の設置が求められているが、まだ設置されていない市町村が存在する。残念ながら、今後は県の長寿推進課とも連携し、中核機関の設置を促す働きかけを検討する。

5. 障害者の住まいの確保について

アンケート調査によれば、山梨県では公営・民間賃貸住宅の約3割が空き家であり、比較的余力があるが、必要な方に必要な住宅が提供されていない現状。理由として大きいのは、保証人の問題、支援者不在によるコミュニケーションや病状に伴うトラブルなど。こうした理由で「障害のある方はお断り」という反応を示す大家さんがいると伺っている。

問題解決のため、県の建築住宅課、居住支援協議会とも情報共有し、打開策を一緒に検討しているところ。県からは、居住支援法人と連携して県域ごとの会議を持つという提案もあるが、居住支援法人そのものが少ないため、十分に機能していないという課題もある。

障害のある方がグループホームや施設だけでなく、アパートや住みたい場所や地域で当たり前前に暮らせるようにすることは、権利・人権保障の観点からも重要。私自身、病院のソーシャルワーカーとして、患者さんが地域で暮らしていくのを保障するためには「退院して終わり」ではなく、地域の中で安心して暮らせる地域づくりが必要だと強く感じている。住まいの課題についても、引き続き居住支援協議会等と連携し、課題解決に努めたい。

○ 委員

資料2の4番の「ピアサポートの充実」について、ピアサポーターとピアカウンセリングは全く別物で、よく混同されてしまうため、確認したくて発言した。

この場でいうピアサポーターは、地域移行に関わるピアサポートとして、長期入院されている方を退院支援する役割を担っている。ピアカウンセリングは、障害の有無にかかわらず、情報提供や傾聴を手法とし、問題解決するカウンセリングの機能。ピアサポーターとピアカウンセリングは全く違うもの。ピアカウンセリングには二つあり、障害当事者のみで行う「JIL」という系列のピアカウンセリング、精神

障害関係の「JHC 板橋」のピアカウンセリングがある。

○ 委員

意見というより感想になるが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは県・圏域・市町村で構成されており、私はそのすべての会議に参加している。先ほどあったように、介護分野の地域包括ケアシステムと、にも包括ケアシステムを連動したほうが良いのではないかとのご指摘はまさにその通りだと思うが、障害分野の施策でもあることから、なかなか連携が難しいという現状もある。

とはいえ、地域の協議の場には地域包括担当の方も参加されており、また長期入院の対象者の多くが65歳以上である実情も踏まえ、協議を重ねるうちに、自分ごととして考えていただけるようになり、重層的支援体制整備事業の会議に参加して、連動性を担保する動きもあるので、補足した。

包括ケアの視点では「地域の皆さんにいかに理解してもらうか」が大切。地域移行に取り組むピアサポーターの方が民生委員と話す機会を持ったり、病院に出向いて情報共有を行ったりしている。こうした活動は非常に啓発的な効果があると感じている。

先日行われた甲斐市の重層的支援体制の構築会議の中で居住支援のテーマがあり、昨年度10月に開設された居住支援法人（県内で5番目の法人）の方とグループワークで一緒に過ごす機会があった。そこで話題になったのは、行政から居住支援法人へ業務が丸投げされてしまうケースがあったり、居住支援法人が活動する内容を周囲が知らなかったり、住まいを確保したあとに利用できる支援サービスもあつたりすること等、それぞれにできることをお互いに知らなかったりすることが分かった。まずは、顔が見える関係の中で話が出来ることが大事という話をすることができて、非常に有意義な時間だった。

○ 議長

居住支援法人について、活動内容や、今後どのように設置されていくのか、情報をお持ちでしょうか。

○ 委員

居住支援法人の役割は、住まいの確保が困難な方の相談に乗り、場合によっては物件の紹介や入居にあたっての相談に乗っていただけると聞いている。しかし、居住支援法人が全て同じ対応ができるわけではなく、物件紹介まで行う法人もあれば、物件紹介はできないけれど一緒に物件探しはできる法人もあり、法人ごとに異なる。居住支援法人と言っているが、ファイナンシャルプランナーのような仕事をベースにしている法人もあれば、救護施設や老人ホームを運営している社会福祉法人が担っているところもあり、結構カラーが異なると感じる。居住支援法人は県内5法人となっているが、このうちの2法人は県外に拠点を置く法人で、実際には全く活用されておらず県内で動いている法人は3法人しかない。居住支援法人の数は十分とは言えない。もし圏域ごとに居住支援法人をコアにして居住支援協議会を立ち上げていくのであれば、現状では明らかに法人数が不足している。

地域移行の際には必ずアパート探しをしたり、トラブルがあった際や転居が必要

になった場合にはスタッフが同行して住まい探しや引っ越しの支援を行うため、建築住宅課の方からも、障害分野や私たち地域移行支援の担当者に「ノウハウがあるので協力してもらえないか」という相談が実際に来ている。先日、峡東エリアでも居住支援法人の動きも含め、住まいを中心としたテーマで圏域の会議が開かれていた。より新しい情報については、別の委員のほう詳しいと思うのでお任せしたい。

○ 委員

退院される方が地域で暮らす際、まず課題になるのは「グループホームがすでに満床である」という点。グループホームは長く暮らす場ではなく、次のステップとして一人暮らしを目指す必要があるが、必ず問題になるのが住まいの確保。

今回、県の建築住宅課や甲州市の建設課が協議に参加し、公営住宅や団地を借りる際の保証人の問題を少し緩和する対策を検討していただいた。建設課の担当者が、福祉サービスや精神障害のある方の地域生活支援を全く知らなかったという現状もあり、これまで互いに困っていた部分が、今回の協議によってやっと共有できたと感じている。福祉と住宅の担当がつながり、高齢分野とも連携が広がってきたことで、家賃の低い住宅を貸していただけるといった方向も少しずつ見えてきている。

しかし、次に課題となるのが交通手段。バスがほとんど走っていない地域もあり、周囲に店舗もなく、車社会を前提とした地域では、精神障害のある方が車を運転できない場合、住宅が空いていて借りられるが、日中の活動先へ移動することが困難になる、という課題が見えてきました。

さらに、自治会活動や組長などの地域役割が求められる場面では、「本当に対応できるのか」という条件が課題になる。合理的配慮が十分ではない部分も残っている。

こうした状況から、居住支援法人が県からの委託を受け、民間の不動産会社と連携し、「居住支援法人がついているので安心」と示すことで、入居がスムーズになるという取り組みもある。ただし、峡東地域では生活保護の住宅扶助（約3万円）以内で借りられるアパートが0件という現実もある。実際に不動産会社を回っても家賃面の問題が大きく、まだまだ課題が多いと強く感じる。今後も住まいの確保に向けて、関係機関と連携しながら取り組んでいく必要がある。

○ 議長

居住の問題にはさまざまな課題があるが、今後、必ず取り上げていかなければならない非常に重要なテーマだと感じている。また、「重層的」という言葉についても、私自身、最初はその意味を十分に理解していなかったが、今日の議論を通じて、この言葉が大切である理由がよく分かった。こうした言葉が出てきたこと自体、進歩だと思う。

○ 委員

住まいの確保はにも包括だけでなく、退院後の公営住宅の確保など、非常に重要な課題だと感じている。住まいがなければ地域生活は始まらないので、もっとも基

本的で大事な部分。

にも包括の議論でも「住まいの確保が大事」という点は繰り返し示されているが、保証人がいない人の方が多いと思う。私自身まだ勉強不足なところがあり、入居できるのに保証人がいない場合に、何か法的に活用できる制度や支援はあるのか、そのあたりを伺いたい。

○ 委員

ご家族がいても「保証人にはなりたくない」と言われる場合も多く、存在はしていても保証人になってもらえないというケースがある。そういった場合には、保証協会に申請し、審査が通れば保証を受けられるという仕組みがあるが、審査に通らない場合もあり、それも課題になっている。

○ 委員

住まいを探すこと自体が難しいのに、見つかっても暮らすための課題が山積している。例えば、車がないと生活できない地域、地域行事への参加など、精神障害のある方には難しい場面が多い。

住まいに関するアンケート調査を行ったのは非常に良いタイミングだったと思う。精神神経学会で、4年間、慢性療養者の治療支援のあり方検討委員会に参加し、まもなく学会としてまとめが出る予定。そのキーワードが、ハウジングファースト、トリートメントファースト。長く精神科に入院している方の中には、病状は安定しているが入院している、治療は今後も必要だがハウジングファーストで対処した方がいいとのまとめがある。ハウジングファーストの意味は、長く入院していると、家はあってもホームレス状態、家に帰ろうとすると家族が反対する、部屋がもうない等、家はあるけど住む場所がないといった、事実上ホームレスになっている人がいる。ハウジングファーストの考え方では、病状が良くなったら家の準備をするのではなく、病状が悪くても、「あなたの家はここです」と先に住まいをあてがったほうが、本人の希望や意欲が高まり、頑張っけて退院しようという気力も出せるので、家があるということは人間が生きていくための人権であり、家がない状態を先に解決するべきだということを議論している。

住居の問題は想像以上に重要で、軽んじてはいけないと痛感している。では具体的に何が必要なのか。居住支援法人が役割を果たせる部分はあるが、もう一つ考えていることがある。それは、「障害のある方を門前払いせず、誠実に対応してくれる不動産会社」を見分けるための県独自のマークを作れないかということ。そのマークがある不動産会社に行けば安心して相談できる、という仕組みを作れば、本人も支援者も非常に助かる。実際、障害者に親身に対応してくれる不動産会社もあれば、逆に、見た目は優しそうでも、実際に話し始めると「障害のある方はちょっと…」という対応をされることもある。県が一定の基準を設け、認定する仕組みができれば非常に有効だと考えるので、協議いただけないか。

にも包括では精神障害の話に焦点が当たりがちだが、実際には外国人、LGBT、生活困窮者なども困っているという話を聞くと、精神障害者にももの「にも」だけでなく、社会的弱者にももの「にも」に拡大しないといけない。これも県に協議いただきたいが、山梨県は精神障害に限定せず、もうひとつ拡大して社会的弱者にも対応し

た地域包括ケアシステムとして考えていく必要があるのではないかと感じている。

○ 議長

委員から非常に重要なご提案を伺ったが、事務局から何かあるか。

○ 事務局

いただいたご意見のうち、まず1つ目の「障害のある方にもやさしい不動産会社が分かる（目印）」について。こちらのご提案は建築住宅課とも共有させていただく。現行の居住支援法人の指定基準は要件が厳しいが、マークのような目印であれば、ハードルは比較的低く設定できる可能性もあるのか、住宅行政を担当する部署と情報を共有し検討したい。

2つ目の「精神障害者に限らず、より広く社会的弱者にやさしい支援体制をつくるべきではないか」というご意見について、分野ごとに担当部署が異なるため、現状は縦割りで対応している部分があるのは否めない。しかし最終的には、どのような背景を持っている方であっても、すべての県民が等しく、安心して社会生活を送れることが理想であると考えます。そのためにも、福祉保健部全体、さらには県庁全体として、連携を図りながら取り組んで参りたい。

○ 委員

実際にアパートを借りる際には、「借りやすい不動産屋さん」や「理解のある大家さん」が確かにいらっしゃる。それは、地域移行の現場で、支援員が丁寧にサポートを続けてきたからだと思う。地域移行に成功した当事者の姿を見て、「精神障害のある人は怖くないんだ」「トラブルも起こさないんだ」と実感してもらえた結果、「じゃあ隣の空き部屋もいいよ」と次の入居につなげてもらえる、というケースが現実。つまり、「ここは借りやすい不動産屋です」と単純に区別できるわけではなく、不動産屋と支援員との関係があるからこそ貸していただけているという状況がある。

もし県の行政と一緒に取り組めるのであれば、宅建協会や不動産屋、精神障害を理解していない、偏見から貸し渋りをしている大家さんに向けて、福祉サービスの説明などの研修を峡東エリアで来年度開催しようという話も部会の中で出ている。私たち支援者が現場に出向いて説明をして啓発活動を行い、安心安全に貸してもらえる環境を広げていきたい。特に、既に貸してくれている不動産屋さんだけでなく、最初から「障害があるなら無理」とシャットアウトする事業者が来やすい研修会や企画を行政と一緒に進めていただけると大変ありがたい。

○ 委員

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という考え方は、知的障害にも身体障害にも、精神障害も含め、多様な社会資源が必要だという点で非常に重要。

地域の協議の場では、他の障害も含めた「包括ケアシステム」という名称で話し合いが進む場面もあるので、地域の方が話しやすいと思う。

○ 議長

ハウジングファーストについて、今後も重要な考え方として続けていくべきものと感じる。北院でも、1年以上の長期入院患者さんについて、「なんとか退院につなげられないか」という会議を毎月行っている。その中で、ある程度病状が残っていても、まず「退院後に暮らす場所」を設定してみるという取り組みをしている。行き先が明確になると、患者さん自身も「ここに行くんだ」という目標ができ、その気持ちが回復につながることもある。目標を持つことはとても大事だと感じており、この人が退院できたんだというケースもあった。

そうしたことも含め、ハウジングファーストという言葉があるのだろうと理解しており、非常に重要な取り組みだと考える。

②入院者訪問支援事業について

資料3に基づき、事務局から説明。

欠席の委員からの意見書を代読。

○ 委員

令和8年度から訪問支援を行う方々はどのような方々か、とても興味があります。また、どれくらいの需要があるのか、患者さんの反応はどうであったのか、報告を楽しみにしております。

○ 委員

当事者の立場から、入院者訪問支援事業について発言する。

私自身も昨年の12月1日の入院者訪問支援員養成研修を受講し、次年度からは支援員として活動させていただく予定。私と一緒にピアサポーターとして活動されている長期入院の経験をした方からも、閉ざされた入院で、病院での入院生活は孤独感が何より辛かった、外部の人が来て話を聞いてくれるだけで、病院の外の地域と繋がっているのだと感じ安心することができるというお話を伺った。

私自身も、入院した経験があり、過去に自分自身の症状が悪化した原因として、誰にも理解してもらえないという強い孤独感が、その原因となっていた。自分なんていなくていいんだと思い詰め、自傷行為に及んだこともある。誰かに話を聞いてもらえるだけで、自分は1人ではないと安心することが、私自身できる。その安心感こそが、症状の悪化を防ぐために必要だと思っている。

私がこの入院者訪問支援事業に強く期待することは、患者さんの孤独に寄り添い、安心をお届けする役割であるということ。また、この制度のことが、入院中の患者さんに実際どのように伝わり、利用していただけるのかということも、当時強く感じた。

患者さんへの情報は、入院している病院からの情報提供が不可欠だと思うので、この事業を患者さんに利用してもらい、患者さんの安心感に繋がるように、病院の職員さんから患者さんに伝えてもらうなど、お忙しいことは承知しているが、ぜひご協力をいただければと思います、お話をさせていただきました。

○ 委員

病院で行っている PSW が退院後の生活や必要な情報提供は行っているが、先ほどのお話にもあったように、「病院の中で支援すること」と「外部から支援者に来てもらうこと」が大きな違いではないか、両者の役割の棲み分けが必要なのではないかと思う。

現在入院している患者さんの多くは、以前の精神科病院とは違い比較的オープンになってきているので出入りも多く、当院はスマートフォンを使用できるため、外の情報が常に入ってくる状況。そのため、こうした新しい支援事業をどこまで活用すべきなのか、未知ではある。

何でもかんでも新しい支援事業を使えばよいというものではなく、それでは病院側が努力をしなくなってしまう恐れもある。病院としても努力をし、患者さんによっては、院内だけでなく外からの交流を求める方もいる。そうしたニーズを持つ患者さんについては、外部支援を利用し、バランスよく使い分けることが重要だと思う。本日の議論を聞きながら、その点を改めて感じた。

○ 事務局

訪問開始に向けて、年内に数回、実務者会議を開催しており、現在、リーフレットなどの広報資料を作成中。完成後、健康増進課が各病院を訪問し、患者さんと接する機会の多い看護師の皆さんや、精神保健福祉士の方に、事業内容を説明する予定。

まずは医療保護入院の方を対象に事業を開始したいと考えており、「病院外の人と話したいという希望がある患者さんがいらっしゃれば、ぜひリーフレットをお渡しください」と PR に伺う。

《報告事項》

①精神科病院における障害者虐待の状況等について

資料 4 に基づき、事務局から説明。

○ 委員

私自身、入院したのは 15 年ほど前だが、同時期に入院していた特定の患者さんに対して、1 人のスタッフが強い口調で指導したり、叱責していたことを思い出す。療養中のことなので、時に指導されることはあるが、私の感じたこの違和感は何なんだろうと振り返ると、なぜ私や他の患者さんと同じような対応をしないのか、なぜこの患者さんにだけ辛くきつい対応をするのか、今思うと、不適切な対応だったのではないかと感じる。

もしかしたら、こういったことは現在の病棟の中でもあり得ることだと思うので、明らかな暴言や体罰ではないグレーな対応についても直して欲しいと思う。

○ 委員

患者さんに最も身近であり、また人数も多い看護職による虐待事例が多いという結果は、看護職の質の向上に努めている看護協会として大変残念に感じる。

法改正を受け、現在は山梨県看護協会だけでなく、精神科看護協会山梨県支部でも、倫理に関する指導者研修会を開催し、リーダーの養成を進めている。また、病院においてもスタッフの意識づけを図る取り組みが進んでおり、これらの取り組みを継続しながら、ご指摘にあった「グレーな部分」がなくなるような対応ができる体制を整えていく必要があると考える。看護管理者がリーダーシップを発揮し、率先して改善に取り組めるような対応に努める。

○ 事務局

委員から暴言などの対応についてご指摘をいただいたが、県では通報を受けた事案について、有識者を交えたケース会議を実施し、虐待の認定を行っている。虐待とまでは言えない、という判断になった場合でも、通報のあった医療機関には「ぜひご指導をお願いします」という形でフィードバックを行っている。今後も継続することで、職員全体の意識改革につながることを期待する。

また、看護職の研修に関するお話をいただいたが、県でも毎年、虐待防止研修を開催しており、今月20日に研修を実施予定。こうした研修を重ねることで、職員の意識向上につなげていきたい。

○ 委員

虐待通報について、法改正により入院患者さん向けの入院時の説明文書にも、虐待された場合は通報すること、虐待を見かけた場合も通報すること、といった文言が追加された。

いくつか確認したい点がある。まず、全国のデータが示されているが、自治体間で発生率がどの程度異なるのかを把握することが重要だと思うが、この資料は「入院患者数あたりのデータ」と理解しているが、例えば「患者1,000人あたりの虐待発生件数」という形で比較すると、山梨県が多いのか少ないのか位置づけが明確になる。その点について、もし把握されていれば教えていただきたい。

次に、山梨県のデータでは、18件の通報のうち12件を虐待として認定しており、認定率は約67%。一方、全国データを見ると、6,258件中260件が認定で、認定率は約4%となっており、山梨県の認定率は非常に高いことがわかる。先ほどの説明により、退院請求等は除いているという影響があるとは理解しているが、もし他にも明確な要因があれば、ぜひ教えていただきたい。結果的に山梨県が多いのか少ないのか、これだけではわからない。

また、山梨県で認定された12件が、県内全体に満遍なく散らばって発生しているのか、ある特定の医療機関に偏って発生しているのかという点も非常に重要だと考える。もし特定の施設に集中して通報や認定が発生しているのであれば、そこに対して指導や改善の働きかけが必要。せっかく集計したデータなので、その辺りの分析があるとより有効に活用できると感じた。

○ 事務局

入院患者さんに対する虐待通報の件数など、国が公表しているデータは全数で、都道府県別のデータは公表されていない。しかし、法律により各都道府県が個別にデータを公表する義務があり、確認した限りでは、約8割の都道府県がすでにホー

ムページ等で公表している。そのため、各県の公表データを用いれば、おおよその発生率を算出することは可能であり、今後そのような分析にも取り組みたい。

いくつかの都道府県を見たところ、県ごとに傾向がかなり異なる。また、国からは虐待通報に関する具体的なマニュアルや統一指針が示されておらず、関東ブロックの県とは情報交換しているが、初年度ということもあり、対応に差が大きい現状とを感じる。県ごとの特徴がより明確になるのは、2～3年分のデータが蓄積された頃ではないかと考えており、その段階で分析を行いたい。

次に発生率について、全国では本人からの通報が非常に多く、本人以外の通報の約3倍。本人の場合、症状の影響で同じ方が何度も通報されるケースなども含まれるため、認定率は低くなる傾向がある。一方、本人以外からの通報は、目撃や具体的な相談内容に基づく客観的な通報であるため認定につながりやすく、認定率が高くなる傾向がある。全国と山梨県の認定率の違いは、分母となる通報件数の性質が異なることが大きな要因と考えられる。

病院ごとの発生状況について具体的な数字をお示しできないが、昨年度と今年度途中までの状況を見る限り、特定の医療機関に極端に集中しているという事はない。一方で、通報が1件もなかった医療機関もある。

従事者からの通報があるということは、他のスタッフのケアや接し方に違和感を覚えた際にきちんと声を上げられているということであり、倫理観が保たれている健全な状態とも言える。通報件数が多いこと自体が、必ずしも問題のある病院とは言いがたいと考える。

○ 議長

今後このようなデータを積み上げ、色々な対策につながったらよいと思う。

○ 委員

通報が全く出てこない病院が、逆に心配だと感じる。虐待通報に関しては、病院ごとに「どこからを虐待と捉えるか」という基準に差があるのではないと思う。「この程度なら許容範囲」といった、独自の判断基準が院内にあるように感じる。実際には、暴言や無視するといった行為も心理的虐待に該当する。

当院の例では、虐待という形で報告してもらおうと、暴言や無視は虐待ではないという形であまり上がって来ない状況があったため、まず虐待という表現ではなく、不適切ケアとして報告してもらっている。その中から、「これは不適切ケアを超えて虐待に該当する」と判断したものを通報する仕組みにしている。そのため、結果的に当院の通報件数は比較的多くなっていると思う。

しかし、病院によっては「明らかに虐待といえるレベル」だけを通報しているところもあり、そうすると軽度の暴言や心理的虐待は報告されず、通報ゼロという結果になってしまうことも考えられる。

基本的には、虐待の可能性があると思えばすべて通報するというスタンスが必要であり、各病院がその基準をしっかりと理解しておくことが重要。先ほどの説明にあったように、通報が全く上がってこない病院については、本当に問題がないのかもしれないが、逆にその点が少し心配にもなる。

○ 議長

どのような事例を通報すべきか、具体的に示した基準や資料が整えば、統一的な取り組みにつながるのではないか。そのためにも、この点については今後も検討を続けていくべき重要なテーマだと考える。

終了