

長野県地方精神保健福祉審議会

日 時 平成23年12月15日（木）
午後2時～4時

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

事務局から「精神保健福祉対策事業について」資料1～16の説明

(2) 今後の精神保健福祉政策について

(天野会長)

2番の会議事項で、今後の精神保健福祉対策についてということが、今日の話し合いとしてよろしいですね。それでは、2番のほうに入ります。

今の事務局の説明に基づいて、一つ一つ順番にというよりも、自分はこの問題を問題にしますということでご提言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

樋掛先生、どうぞ。

(樋掛委員)

入り口の精神科救急について、先ほど小泉先生もちょっと触れられましたけれども、情報センターというのが病院の中に受託していて、そこから現場の声として問題提起的に3点ありますので、ちょっと発言させていただきます。

先ほど説明にあったように、件数が北信が一番多いということなんですけれども。ご存じのように、輪番制は東北信1ブロックということになっているので、北信からの相談に対して、たまたまその日、東信の病院が当番であるというようなときに、やっぱりアクセスできないということで苦慮しているというようなことが1点、ありますね。

それから、やっぱり昼間クリニックに受診されている方が、夜間とか休日に不安定になって電話を架けてこられる。残念ながら、クリニックと情報センターが十分連絡がとれないということで、半分以下しかまだ連絡がとれないので。先ほど翌日電話をして連絡をとってという話が出ましたけれども、何かその辺のソフト救急的な新たな取り組みとか何かないと、それがうまくいかないということ。

あとは、これ情報センターの盲点で、そこから挙げてきた件数からではないけれども、やはり身体合併症の問題をやっぱり今後どこかで取り上げていかなければいけないんじゃないかと。これは身体救急のほうで、2割強の方が実際、自殺未遂とか大量服薬されるという話もありますし、精神科病院のほうにかかっている方が身体的に急変したときに診てもらうのが難しいという両面があるんですけれども、それをどこかでとらえていかなければいけないのかなど。3点、情報センターの現場の声の中で、先ほどの報告に補足して発言しました。

(天野会長)

情報センターへの相談が非常に増えているんだけど、まずは合併症ですが、電話でいくら聞いてもしょうがないですね。

(樋掛委員)

合併症は、むしろ電話では来ない部分だけれども、問題だろうということで3番目に出しましたが、電話は来ないですよ。最初から身体的なことは対応できませんとなっていますから。来ないけれども盲点で、今後取り上げていく必要があるのではないかとということです。

問題はやはり北信からの相談に応えたときに、アクセスが当番病院にできないという問題と、クリニックからの対応、患者さんが夜間急変したときの対応という点で苦慮しているという2つです。

(天野会長)

どうですか、今の樋掛委員の話に関連して何かご意見を。

まず北信のというのは、東北信で一緒にやっていると。南信に電話、そういう電話が架かってきて、それで東北信と一緒にやっているからと言って、北から電話の場合に、東信の当番のときに非常に困ると。

(樋掛委員)

まあ紹介してもアクセスできないわけです。

(天野会長)

アクセスできない、そういう事例が結構あるということですね。

(樋掛委員)

ちょっと困ってしまって、家族は連れて行けないという返事が返ってきたりするんです。

(天野会長)

北信から電話が架かってきて、東信のほうに連れて行きなさいということがうまくいかないということですね。

(樋掛委員)

まあ、簡単に言うと、そういうようなことです。

(天野会長)

それはそうですよね、遠いですね。まあ、東信と北信が一緒にならざるを得ないんだけどね。経過というのは。位置的には、特に中野の方面からの電話ですか、先生。

(樋掛委員)

その北信から、あるいはそういう小諸とかといってもなかなか難しい。そこだけが問題になるわけじゃないですけども。やっぱり、かなりエリアが広いですからね。

(天野会長)

実際の医療にどうやって結びつけるかというのは非常に苦慮する。先生、具体的には、例えば1年間で何件くらい、そういう事例としてはあるのでしょうか。

(樋掛委員)

そこまでは今日持ってきていませんけれども、これは24時間化したからあったということではなくて、最初から問題が引き続いているということです。

(天野会長)

考えようによっては、考えられた事態ですよ、東北信が一緒にならざるを得ないということは。北信のほうで、北信総合病院の医師も、パートでつなぐという、非常に申し訳ないですけど

ども、大変な状況で、常勤医になったといっても、常勤の先生が暫く休んでいるという状況もありましたね。それで苦慮しています。

(遠藤委員)

関連して、6ページのところを見ていただけると、当番日以外で、東北信地区の救急診察件数は多いんですね。当番日は比較的、東北信、くっついている割には少ないんですけども、私の印象ですと、もう東北信が一体となって7年以上になりますけれども、昔ほど飯山の人が、少なくとも上田とか小諸に来る人は減っています。どういうことかわかりませんが、割と北信の病院もそれなりに、当番日以外でもある程度頑張っているのかなというふうに想像はしているんですけども。

ただ、とはいっても、そういう事例がありますから、県の方もそういうふうに理解していると思いますが、北信と東信はもちろん分けて、早く4つのブロックで救急システムを組むほうがいいと思いますので、方向性とすれば、それをやるべくやっぱり努力はしてほしいというか、いかないといけないなと思っています。

(小泉所長)

まず北信病院もずっとああいう状態だったんですかね。まず小諸の指定医がいなくなってしまうので東北信一緒になって、それで長野日赤の問題も起きまして、渡辺先生が前会長のときに、本当に苦労しておやりになったが、どうしても2つ一緒になったままで回ってしまったということで、やはり何とか東信1つ、北信1つということにしたいんですけども、こここのところがやっぱり懸案で、まだやっていないままですね。

(天野会長)

北信といっても、例えば長野日赤は大体4人から、パートを入れて、パートは2、3人です。そうすると、4.5人くらいの体制で今後やっていかれるけれども。そもそも外来とか病院の中の患者さんとか、大変なことですものね。だから、どこまで手を広げて、技術的にも、輪番制も、ほかの病院はどこが、長野日赤はもう既に入っているし、だから多くの病院で東北信を回しているという、そういう感じですね。

(遠藤委員)

実態とすれば、長野日赤は確か月1回ですね。

(天野会長)

千曲荘は、相当やっていますね。

(遠藤委員)

週一です。栗田さん、私、鶴賀、滝澤、小諸で週1回ずつやっています。多分、東信は東信だけでできるはずなんですが、やれと言えば。

(天野会長)

東信は東信だけでね。

(遠藤委員)

やれてしまうんですよ。北信が組めないという現実なんです。

(樋掛委員)

長野日赤がもうちょっと出してくれれば可能となりますね。

(遠藤委員)

ただ、言っても、今まで本当に手いっぱいだから、いわゆる総合病院が救急までががんやっ

て、人数が多ければ別ですけれども、みんな疲弊していくというのが歴史的にありますから、同じ轍をやっぱり踏みにくいのかなと思いますけれども。

(樋掛委員)

以前と同様の体制は組めないと思いますよ。

(遠藤委員)

そういうことです。ほとんど長野日赤が頑張ってやっていたでしょうし。

(天野会長)

本当、大きな課題というか、これだけ問題にされて話しているということは、ぜひ東北信、北信のエリアの先生方も、やっぱり困った事例の集積と、それをどう認識していくか、どう対処していくかという問題に尽きると思うんですけれどもね。

(樋掛委員)

ここですぐ解決するというのではなくて、ある意味、情報センターという電話で相談を受けているという形で、ある意味でいろいろな情報が集まるのでご紹介しました。すぐにこうしたいということと言っているわけではなくて、現状認識を共通にしておいたほうがいいと思います。

(天野会長)

望ましい姿は、やっぱり東信と北信が分かれて輪番制の体制をとるという形、あまり広いところでポツンポツンとやっても確かにまずいですよね。そういう意味で、この審議会では決定事項ではないけれども、分かれた形という救急体制を、何とか望ましいという、そういうことは、提言というか、考えてもいいんじゃないかと。

それから、樋掛先生、2番目の話題ですが。

(樋掛委員)

2番目はクリニックの問題で、そういうクリニックの方が夜間、休日に具合が悪くなってという電話が結構あるということと、あとリピーターというか、繰り返し架けてくるということで、情報センターのほうは、一応15分以内ということで、あまり繰り返しの相談は受けないということになっている中で、今後、どんなふうにしていったらいいかという問題提起だと思いますけれども。あまりリピーターが増えてしまうと、肝心の人の電話を受けられなくなってしまいますので。

(天野会長)

リピーターですね、増えつつある訳ですね、現実に。

(樋掛委員)

ちょっと診療所の関係でのリピーターが何人かいると聞いています。

(天野会長)

何人ということですか。大学病院でも、同じ人が何回も電話を架けてくるという事態、これが長いんですね電話が。前は電話の受診料をとっていたけれども、今はそのことはしていませんけれども。

まあ、やっぱり診療所のケースはどうしようもないですね。電話を受けてくれない点もあります。しかしながら次の日に、こういう方から電話があったということは、伝えていくべきことだと思います。

(樋掛委員)

それをこれからやるという・・・

(小泉所長)

今までも、本当にやると言ったんだけど、1回もやっていないんですよ。いよいよ、ちょっと増えてきているし、それで夜間の電話番号も半分ぐらいしか連絡ないですし、連絡ある病院へ電話しても夜間つながらないということがだんだんはっきりしてきて、まあ月に1回や2回の人は問い合わせしなくて、ちょっと1週間に2回だったら、翌日に問い合わせしていこうじゃないかということです。

(天野会長)

1週間に2回とか繰り返す人のように、基本的には、こういう方のこういう相談がありましたという情報を、主治医に還元するというのは大切なことです。

(小泉所長)

主治医の先生は、ひょっとしたら知らないかもしれないんですけども。夜、架けていらっしやるのを。

(天野会長)

そうですね。ほかの人に電話したことを内緒にしてくれという患者さんもいますよね。そういうことを結構、耳にするんですけども。

実はセカンドオピニオンのようなものを要求しているのかなというときに、夜以降ですね。だから主治医に何でもかんでも電話しなくていいのかということのもちょっと気になりますけれどもね。

その辺は、やっぱり本人に了解して、電話しますよ、いいですかという、そういう約束事は大事でしょう。

(小泉所長)

センターに昼間架かってくる、難しいようなケースは本人の了解をとって、主治医に連絡したりしていますね。

(天野会長)

そうですね。やっぱりこれは放っておけないというケース、中にはありますものね。

(小泉所長)

もう精神医療上の問題であるというケースが、お返しするけれどいいかという、その辺、大体いいと言ってくださいますけれども。

(天野会長)

当然ですよ、それはやっていますよ。

だけどリピーター、リピートの電話するという人は、案外、主治医に連絡をしてほしくないということもあるかもしれないですね。それは適宜ですね。情報センターの裁量で主治医との連携をとるとするのはやはりいいんじゃないですか、当然。

診療所の先生というのは、今、松本ではどれくらいありますか。

(樋掛委員)

診療所は、定義が難しいです。

(小泉所長)

難しいし、診療所協会に入った人も100%ではないですし。

(天野会長)

心療内科という標榜しているところもありますか。

皆さんが長野県の診療所協会へ入っている訳ではないですよ。

(宮尾委員)

診療所協会に入っているのは、今、10人位です。

皆さん、医師会にも入っていないしなかったりいろいろで、診療所協会といっても入られる方は非常に少ないです。

(小林健康長寿課長)

精神科を標榜する診療所は94です。標榜ですから。

(樋掛委員)

標榜はたくさんあるんです。

(宮尾委員)

心療内科も含めてですか。

(小林健康長寿課長)

精神科が94、神経科が32、心療内科が47です。

(天野会長)

精神科が94・・・

(樋掛委員)

標榜はね。

(遠藤委員)

病院の外来を除いてですよ。

(小林健康長寿課長)

ええ、診療所です。

(遠藤委員)

ダブっているでしょう、多分、先生。

(小泉所長)

標榜名だから。

(天野会長)

精神科そのものを標榜しているのは94、それで心療内科が47ですか。

(小泉所長)

内科の先生で精神科の先生、両方とも標榜する感じだから、内科の先生も心療内科ということだと思います。

(天野会長)

その中で、トレーニングをきちんと受けた精神科医はどれくらいいるんですか、わからないんですけれどもね。

(遠藤委員)

先生、ご心配されるみたいな、精神科を標榜して初めて通院精神療法がとれるので、みんな大

体そうしないと、経営的にやっていけないので、標榜はするんですよ。

(天野会長)

標榜だけで、実際に診ているだろうというのと、その数の関係はわかりますか。そんなことをここで、表立っては言えないでしょうけれども。

(樋掛委員)

いや、だからどんどん数が増えたもので、だんだんわからなくなってしまう。昔だったらわかったんだけど、だんだんいろいろな方が開業されているので、診療所のネットワークというのがちゃんとないものだから、わからなくなっちゃっているんですね。都会では、とくにわからないんですよ。

(天野会長)

長野県というのは、医師の処方の内容等含めても、何かオートレギュレーションされているとか、お互いに見あっている。都会だと単独でポンと処方を出して、それで多剤大量という、もうびっくりするような薬の量が出ていて、紹介されてきて。

(樋掛委員)

だんだん長野県も都会に近くなってきて。

(天野会長)

そういう傾向が出てくるのではないのでしょうか、今のこういうことをやっている。

(遠藤委員)

いや、ちょっとびっくりした。40か所だというふうに把握していたんだけど、倍あるんですね、びっくりした。

(天野会長)

標榜する条件というのは、実際、専門医とかではないですからね。精神神経学会の専門医とか、そういうことを条件にしている訳ではないですものね。びっくりしました。これは、医師のほうの問題ですね、医療の問題、医師の問題ですね。

長野県の精神医療というか、そういう意味でオートレギュレーションとか、みんなお互いに横の連絡があるということで、すごく安心していたんです。大事なことなんですね、横の連絡というのは、お互いに医師同士が。それでいろいろな情報を共有して、患者さんの治療法とか、あるいは自分の手に負えないときには、自分が無理だなと思うときに、あの先生はこの方面を得意としているからといって診てもらおうとか、そういう関係というのが非常に重要であって。

だけど、これだけの数が実際に診療しているんですか。調べようがないですね。

(小林健康長寿課長)

自立支援医療の給付を受けているかどうかということであれば、わかります。

(天野会長)

これは深刻な問題だと思います。大事な問題というか、その実態というか、状態の把握というか、どういう治療をされているんだろうなど。94という数字を聞いて、びっくりしてしまいました。

宮尾先生、長野県の診療所協会に入ってやっている先生のメンバーを見たときに、みんなもう本当に中心で精神科医としてしっかりやっていたらいい。そういうところに入らないということも問題なんですね。

いや、そこまで言い切っていいかわかりませんが、自由だという言い方をされてしまう。だけど、やっぱり何で入らないのかなとかね。

(宮尾委員)

診療所協会の研修会にはいらしても入会はされないという先生もいらっしゃいますし。

(天野会長)

それは何人くらいですか、その先生は。

(宮尾委員)

研修会にはいらしても入会されない先生は3、4人ですね。

(天野会長)

だって94という数字は、ちょっとべらぼうですね、標榜しているわけですから。

今、これ以上ここで、話、進みませんけれども。

(宮尾委員)

ただ標榜というのは、別に内科でも外科でも、例えば私が内科で標榜しても、もし外科で標榜してもいいし、そういう意味では、医師免許さえあれば何の標榜をしてもいいという法律ですよ。だから、仕方がないという気がしますけれども。

(天野会長)

ただ、精神科をあえて標榜するというのは、結構、内科を標榜する以上の、何かすごく思い切ったところがあるんだろうなと思ったんですね。

(樋掛委員)

ただ、例えばトピック的に、今、自殺の問題とか認知症とかうつとかで、かかりつけ医の関係とか、専門医との関係といったときに、今のクリニックの先生は、では専門医なのか、かかりつけ医なのかという疑問がわいたりします。

(天野会長)

そうですね。認知症なんか、もう既にはっきりとさせています。かかりつけ医とサポート医とか、それから認知症疾患医療センターできちんと指導する医師とか、これははっきり分けているという感じですから。

(遠藤委員)

いや、ちょうど良かったんじゃないですか。今度、次年度から精神科も県の医療計画を立てますから、当然、クリニックの先生の役割というのは、なんらかの形で明記したり情報として入れていくんですから、ちょうど整理していかないといけないと思いますね。

確かに主に内科を診ているけれども、たまにうつ病を受ける先生もいらっしゃるのかもしれませんが。その辺はもう少し整理をしていく必要があるんでしょうね。

(天野会長)

非常に大事なことですね。

(小泉所長)

指定医療機関の審査があって、一応、私が全部目を通してはいるんですけども。内科の先生でも、てんかんの専門でやっているキャリアの方がいますよね。全部、私、見せていただいて、てんかんに関して自立支援医療はOKということを通してはいますから、個々にいわゆる自立支援医療が認められている先生は、一応は審査されて通っております。でもレセプトは一切見ていませんから、それはわかりません。最初の段階だけですから、自立支援医療を指定するかどうかだけの段階です。

(遠藤委員)

てんかんの医療をするときは、神経内科でも脳外科でもいい。

(小泉所長)

いいですよ。

(遠藤委員)

てんかん指導もとれますよね、精神科ではなくて。

(小泉所長)

ただ、それが発展してしまっていて、うつ病を診ている人が、そのうつ病と違っているということをチェックできなくなる。だから、それまた難しい問題なんです。てんかんだと出させていただければ通しますけれども、その他はわかりません。

(天野会長)

まあ、非常に大きな今後の課題だと思います。

自殺予防で、医師会が今うつ病研修ということで積極的にやっていますが、そこで研修を受けて、精神科を標榜するとか、全くそういうことじゃないですね。

(小泉所長)

でも、うつ病の研修に出てくださる方はなかなか非常に熱心で、それでホームページにも了解を得た方は全部出ていますし。それで今度、GPネットとって、いろいろな医師会でもやっていますけれども、内科と精神科の連携とか、熱心な内科の先生もいっぱいいらっしゃいます。

(天野会長)

この辺のことは、今後非常に大きな課題になっていくかもしれないですね。

(小林健康長寿課長)

来年の医療計画がありますので、実態も含めて把握していきたい。

(天野会長)

把握しないといけないですね。樋掛先生、どうもありがとうございました。非常に貴重なご意見でした。

あと、是非これは伝えておきたいということをやっていきましょう。よろしくお願いします。どうぞ。

(中村委員)

では、3ページのところにあります、若者向け心のバリアフリー事業と、小泉先生が説明された、68ページの資料14の思春期のモデルケースのことで、お聞きしたいんですけども。

若者向け心のバリアフリーも高校生に向けていろいろ、早期発見、早期予防みたいな形で普及啓発はしていますよね、生徒に。これはこれで少し重なる部分があるのかなと思うんですね。やっぱり当事者の方の訴える力というのはすごいと思うんです。やはり高校生の感想も、本当に自分の身の回りにいるとか、家族が実はそうだったとかというのがあって、何かこう同じようなことをされていて、予算が少ないなとちょっと思ったんですが。

(小泉所長)

バリアフリー事業を最初から、私、応援して、いついただいているんですけども。また当事者が自らの体験、本当に自分は最初はどうしたらいいのかわからなかったけれども、精神科医療に早くかかって対応してくださることが、非常に偏見とかそういうものもぬぐい去るし、おっ

しゃるとおりで生の体験になるんですね。

それでこちらの事業は、なぜこれを厚生労働省が力を入れてやり始めたかという、やっぱり早期発見の問題はDUP（Duration of Untreated Psychosis;精神病未治療期間）が長くなりま
すし、だから、やっぱり一番は例えば文部科学省の教科書に入れてほしいと、例えば統合失調症
とか、絶対入れてくれない。これで、まず厚生労働省から始めて、今回のパンフレットもセンタ
ーとしてつくってあります。

だから、まず学校の先生とか、養護の先生とか、親御さんに向けて、当事者は言っていたい
て、最終的には目的は同じかもしれないけれども。

（中村委員）

そうすると、やっぱり連携というのはとても必要になってくるなと思うんですよ。やっぱり当
事者の方が発表して、あとは先生が・・・

（小泉所長）

だからこれ使っていただいていた方がいいです。

統合失調症という病名を記載して、特定している普通の病気なんだからとぐらいはやらないと、
ちょっとDUPが長くなってしまって、それからほかの人も前から望んだりしたということで、
だから、今回、パンフレットをつくって。

（樋掛委員）

今、差別禁止法とか、そういう視点から行かないと教科書には入らない。医療の視点だけじゃ
なくて、やっぱり差別禁止法。

（天野会長）

非常に大事な問題ですね。他にどうですか。

（戸田委員）

提言になるかどうかわからないんですけども、一つだけ、先ほど話があった救急医療の問題
ですね。具合が悪いときにクリニックにかかっている場合、なかなか入院のほうへいかない、ク
リニックで止まってしまうんですね、もう少し様子を見ましょうという話になってしまう。そう
いう方からの、たまに相談というのが来ると、私どもは聞いているだけしか聞けないんですね。
ではクリニックの先生と話をしたら、もう少し様子を見ましょう、とりあえずどうかと。そうい
うときに、昼間でしたらセンターのほうでちょっと相談をさせていただいたりとか、総合病院の
知っている先生に話をするんですけども、それはそれで止まってしまうんですね。

ただ、その話をするとき、要はその相談に来た患者さん、当事者の方の状況が見えないんで
す。ですから、我々としてもその状況が見えないので、相手に伝えられない。一昨年でしたか、
オレンジノートの話が出ましたけれども、そういうものがあって、そういうものを見ながら話を
してくれると、家族なり本人が、意外とすんなりと入ってくるんですね。そういった整理も、ひ
とつ、裏では必要になるのかなと。

これが何か救急車で運ばれるときに、そういったものがあれば、すんなりとどこの病院へ連れ
ていくというものはっきりとわかるだろうというふうに思うんですね。そういうのを整理の中
に入れていただければありがたいかなというのが一つです。

もう一つ、発達障害、最近、就学時前の親御さんからの相談が非常に多いんです。というのは、
学校に入学するんだけど、ちょっとうちの子は様子がおかしいと、保育園のときから様子がお
かしいんだけど、このままでいって就学は大丈夫だろうかという相談が、ちょっと民生委
員の立場で来るんですけども。そういうときの話を聞きますと、やはり、どうも発達障害かな
というように見えて、注意欠陥だとか、アスペルガーだとか、いろいろあって、要は、私のほう
は下諏訪のセンターのほうに話を通したり、それから、教育委員会はどういう感じでそういう子
供を受け入れるのかという話をするんですけども、実はここで問題なのは、教育委員会の受け
方ですね。一応、受け入れるけれども、その枠があって、はっきりはしませんけれども、予算が

なくて、そんなに簡単には受け入れられないということで、どうも家族が、親が学校へ相談に行くと、そういう話でとまってしまうというケースが多いんです。この辺ちょっと、この場で解決するという問題ではないんですけれども、そういった学校の対応、それから教育委員会の対応と、その発達障害の病気、たまたまある学校へ行って、その学校の養護の先生ですとか、支援をしている先生と話をするんですね。意外と発達障害というのは知らないんですね。この辺について、県のほうとしてどういう対応をしてもらえるのか、何か対応をきちんとしていただければありがたいかなというふうに思うんですが。ちょっと今、気になっていますので、意見です。

(天野会長)

いかがでしょうか。まずオレンジノート。これは2、3年前です。東京のほうでやっているという事例を出されたんですね。

(小泉所長)

この前の救急の委員会でも話がありまして。松本市も、オレンジポットという話をこの前、紹介されています。一番いいのは本人がそれをフォローして、主治医の先生が書いていただいて、簡単な病歴と薬歴、救急車に乗る時に持っていくと、一つの行動ですね。

それで、情報センターのほうは、今度、逆に問い合わせをしたという、そういうものを今、考えているものですから、ちょっとそのオレンジノート、せめてお薬ノートだけあれば違います。

(天野会長)

確かに薬の問題。病歴の細かい情報というのは、電子カルテの公開で、信州大学では先頭切ってメディカルネットでやっていますけれども。今、はっきり言いますが、精神科は、医局のみんなまで討議してもらったんですけれども、処方内容と画像とかMRIとか、そういうのはオープンに。やはり個人情報になるような病歴とか、医師が書いたものとか、看護師さんが書いたものは、とりあえず、みんな討議で公開を避けようということになってしまいました。

精神科だけは、全部軒並み非公開で、あと産婦人科も似たような傾向を出すんです、大体。

だから、そういう意味で、主治医が書いて持っているものを、その救急で行くというときに、やはり要点を、本当に大事な情報だけでも書いておいてくれればなというふうに考えます。

メディカルネットで今度、精神科の医局の先生方に言おうと思うのですが。あまり非公開ばかりでは問題ですから、私はリーダーになのに自分の膝元は全部非公開では問題と思っています。

つまり要点は必要ですよ、単語でもいいですよ。何かこういつごろ具合悪くなって、症状は何があって、薬は何を飲んでいるという、大事なことです。病名はあった方がいいんでしょうか、やっぱり。

(戸田委員)

ただ、今、一番ネックになっているのは、やっぱり家族だと思うんですね。本人は出してもいいんですよ。と言っても家族がどうしてもやっぱりネックになって、出したくないという。なぜかという、やっぱりそれを出すと逆に差別されるから、偏見を持たれるということが一番強いんですね。

だから、どうしてもその偏見差別をなくす、統合失調症なり、精神障害というのはこういうものだというふうに、いかにその一般の人に知ってもらうか、わかってもらうかというこれをもっと制度的にやっていかないとだめだろうと思います。

(天野会長)

それから、発達障害のこと。

(樋掛委員)

発達障害のことについては、きっと医療と本人、家族と協力して三角関係、いろいろなところにギャップがあるんですね。だから、うちの病院の近くで熱心に就学前の健診をして、発達障害の疑いがあるとわかったら熱心にやるんですが。そうしたときに、教育のほうもそれなりの体

制を組むとかといっても、家族、お母さんはすごく、家族は不安に陥ってしまってパニックになってしまったというようなケースもあるので、教育のほうの体制が整わないなんて言っていましたけれども、家族がびっくりしてしまっていたみたいなケースもあるし、結構、いろいろに支えていかないと難しいということがあるんです。

(戸田委員)

今、2件、ちょっと私、民生委員のほうでかかわりを持っているんですけども。1件は、お母さんが非常に熱心で勉強して、下諏訪のセンターの診断も受けながら、そちらの先生たちといろいろ話をして、これは絶対就学は、支援のほうでやると、支援学級へ入れということを学校のほうにはいろいろ話をしているんですが、学校はNOなんです。それがどうも予算の問題と、それからもう一つは、最初に受けたその教育相談員という方が、初めからどうも障害に対して偏見を持っているんです。この辺のところでネックになってしまって、今、がんじがらめでどうにもならない。一応、支援学級のほうで何とか考えましようということになっているんですね。

それから、もう一つは、今、樋掛先生から話があったように、お母さんがパニックになっているんです。こちらはちょっとまだどうしたらいいのかよくわからなくて、センターと先生と、センターへ一緒に行って紹介をして、今、申請をしていただいている最中なんですけれども、こちらはちょっとわからないんですけども。こんな2件が現に私のところにあるんですけども。

非常に発達障害というのは、私もよくわからないところがたくさんあるんですけども、教育からも難しいなということを感じました。

(小泉所長)

特別支援教育の中で、学級がいいか、あるいは特別支援学校がいいかと、そういう問題が重要で、まず市町村の就学相談でやりますよね。それで、もしもそれでなかなかわからない場合、県も委員会があるんです。僕はたまたま医師会の推薦で委員になっているんですけども、この前もある町で難しいケースが、教育長自ら来られて3人、それで出されて県の委員会でディスカッションして、でも判断は市町村がする。戸田委員のお話は加配をつけるかつかないかという問題ですか。

(戸田委員)

そうですね。

(小泉所長)

それは市町村の決定事項ですものね。

だけど、やっぱりこの前も僕、反論したんですけども、教育長は自ら3人来られて、県の委員会に出されて、全部具体的なケースを出されて、だから、長野県の中でもしっかりやっているところはやっているし、そういうような、ちょっとうまくいかないまずいようなケースもやはりあるし。

(天野会長)

県のほうのスタンスとして、これからも、I先生とかH医師がやっているあの委員会も動き始めているし、それで教育委員会も中に、さっきメンバーで入っていましたよね。だから本当に、ここ2、3年前から動き出したのかなということがあります。しっかりとどンドン動いてくださいとお願いします、是非。

(小林健康長寿課長)

では、説明よろしいですか。29ページに、そういったことはできるだけなくなるようにということで、ある程度、支援の体系図というのが出ておまして、これはまだまだ絵にかいたもちではありますけれども、これを少し具体化をしていきたいと思っております。

今、戸田委員からおっしゃっていただいたような事例は、いろいろ事情があると思うんですけ

れども、例えば医師の診断の問題とか、あとは、学校は多分、学校に全部丸投げされることがなかなか難しく、少し拒否的になっていたり、いろいろな事情があるので、そういったことをみんなでやっていきたいと思いますというような、仕組みが必要なのかなという議論がこの検討会の中でも出ていましたので、中には、この絵が実現できるように、30ページにも少しスケジュール的なものも示していますけれども、来年度の予算でもかなりこれに着手するような要求を、今始めていますので、おっしゃっている課題は十分踏まえて、また庁内でも連携し合っていきたいと思っています。

(天野会長)

動きが始めていると。さっき見ても、その29ページはやっぱり、まだ実感がわかないんですけれどもね。こういう構想もあるということ、よくわかりました。

では、宮尾先生、どうぞ。

(宮尾委員)

41ページ、よい施策がどんどん増えているんですけれども。これを見ると、よくわからないんです。グループホーム入居者に家賃1万円補助、それと敷金、権利金の補助ができました。私どもものところでもいろいろ検討しましたがけれども、私どもは役員の方たちがグループホームを延々とつくり続けるのかというのが、もう最初の時代、グループホームを3戸つくったところから出てきました。

ここで地域移行支援ということで、グループホームがその地域生活の最終のような感じで出てきています。今回のような施策をされますと、私は、やはり本当に一人でアパート暮らしなり何なりして、それで必要な支援を受けて暮らすというのが本来の意味の地域移行だと思うんですね。それで、今回のような急にあの施策が出て、あれが本年度だけなのか、ずっと続くのかわからないんですけれども。グループホームの人に対してだけああいう補助が出てきますと、グループホームから本当の意味での地域移行をしようという人がいなくなると思うんですね。家賃1万円毎月補助が出れば、それではもう、あなたは支援をするので一人で暮らしましょうといっても、1万円の家賃補助がそうするとなくなる。敷金、権利金はまた自分で出さなくてはいけない、別に一人で地域生活へ移行しても、生活費が増えるわけではないんですね。

だから、ああいう制度が何で出てきたのか全くわからないんですけれども、もう少し行政の立場として、また私たち福祉の立場ということからすると、非常に地域移行ということ、行政が単に退院者の促進ということだけに当てて、本当に地域生活をしていきたいという障害者に対して全く考慮されていないのではないかと。そんなことを思いますので、あれは非常に、1万円の補助というのは、本人たちにとっては大きなことで、私どももこれからグループホームから地域に移行してこうと、本当の地域移行をしようというときに、非常に大きなネックになると思います。とにかく本当の意味の地域移行をしたときもそれを継続してあげるといって、本人の所得が増えない限りは、やはり補助が必要なのではないかと、そういうことを真剣に考えていただきたいと思います。

何か急に出てきたんですね、あれは。私たちはつくりたいという、職員はみんなつくりたいと思ったんですけれども、私は反対しました。

(杉田委員)

それに関連して。地域移行の部会にかかわらせていただいている、病院協会の竹内先生、遠藤先生に本当にご協力いただいて、47ページ以降の、これは1年以上入院患者で、主治医が条件を整えば退院可能というふうにお答えしていただいた447名の方のデータです。その48ページに1年以上で退院が可能な人の平均年齢が63歳。非常に高齢化してきているんですね。高齢化してきている人を地域の中で支えなくてはならないという現状は、先生方からいただいたデータに出ていまして、そして何が重要かというのが51ページに出ています。51ページの上のところ、いちばんは高齢者関係施設。それから次に多いのがケアホーム、もうケアホームでないといけないという状況です。その次にグループホームというふうなところ。あと、必要なサービスとして、身の回りのケアというふうなところも出てきています。ですから、この方々が地域の中

で暮らしていくには、かなりなサポートが必要なんだなというふうに思っています。

ですから、私は、基本的には人生の質の視点から、20年、30年、40年入院していても退院できるという方がいらっしゃれば、地域移行を進めていくべきだろうと思います。でも帰る資源が整っていないくて、高齢者施設はなかなか入れない現状ですので、ケアホーム・グループホームをつくっていかなくてははいけない。たまたま、つい最近、私の住んでいる近くの町では、町がケアホームを建ててくれまして、住民説明会も町がやって、運営を民に任せるというのがありました。私たちは、今まで民間で借りて、民間で運営しているというふうにやってきてはいるんですけども。公設民営というやり方もこれから地域移行を進める上ではとても必要なことだというふうには思っています。資源をどう整えていくかということは課題として受けとめております。

それから、宮尾先生が言われました、1万円のグループホームの補助の問題なんですけれども、先生もご存じだと思うんですけども、グループホームで暮らす人は、家賃、それから生活費、共益費、食費を入れて5万円くらいの負担になっているかなと思うんですね。大体が年金暮らしの人が多いものですから、6万5千円くらいで、そこで昼食代を払ってしまうと、本当に残らない。そういう方々が、私がかかわっているグループホームだけでも、今46人、11グループホームあるんですけども、そこの方たちにとっては、やっぱり家賃補助は助かるなというふうに思うのです。現状はそんなふうに住んでいる方が多いと思いますので、それはそれでやっぱり必要なこと。だけど、一番大事なことは、地域移行した方々がそこでどんな思いで暮らしているか。「グループホームでずっと私はここで暮らしたい」「いや、私はアパートに出て一人で暮らしたい」と、そういうような思いを大切に、アパートに出たときも家賃補助をもらえるような仕組みを、県独自としてできないだろうかというふうなことは感じるわけですけども。

(宮尾委員)

みんなアパート生活して、グループホームからまたと思いながら、もうそこへ安住してしまう、もうあきらめて行くという。それで、今、言われた48ページの、平均年齢が63歳の方の入院の患者さんたちがグループホーム・ケアホームの対象者だとしたら、その10年後を考えたら、自立支援、今度、総合福祉法になるのかどうか知りませんが、それを、その方たちを今度、この障害者のグループホーム・ケアホームで見っていくというのは、施設的にも、人手の、世話人さんというかにとっても非常にやり切れない、もうグループホームでただ過ごしている方達は、60歳、70歳になってくると、歩行も危うくなってきます、活動している人はともかく。そうすると、お風呂にしても、段差解消、それから入浴介助、いろいろなものが必要になってきて、障害者自立支援法の場合は、障害者として普通に、まあ指示というか、支援をすれば自分の身の回りのことはできる、それが対象者だと思います。だけど、精神の人も私たちと同じように高齢化していくわけで、もしこの退院促進支援状況調査、こういう結果を踏まえて今度のような対策ができてきたとしたら、ちょっと時代遅れなのかなと。平均年齢63歳、もっと上の人たちがいまさらグループホームに入られても、そこで受け取ったからは介護保険のほうに移っていけないんですね、絶対とりません。そういうときにどうするのか、もう10年先ではないんですね、すぐ目の先にそういうところがあるんです。

早くに障害者を受け入れたところは、20年、30年、30年たったら今既に高齢化の問題に直面しています。

(樋掛委員)

宮尾先生のお話を引き継ぐと、この42ページの(3)の、5年以上かつ65歳以上の退院者数を増やすという、このイメージがさっぱりわからないんですけどもね。

(宮尾委員)

そういう人たちは病院にいてくれても、本当に退院したいという人は受けるにしても、でも、受けるときに、その人の数年後の姿を想像して受けないと、今の法律の中で、私たち福祉関係者は見ていけません。

(杉田委員)

ちょっと宮尾先生の問いにお答えしてよろしいでしょうか。

このアンケートは本当に、アバウトといったら失礼なんですけれども、1年以上入院患者で退院可能な人の中には、実は寝たきりで精神科病院に入院されている方も入っているというふうに、竹内先生おっしゃったんですね。医療的ケアは必要なく、福祉的ケアが必要なんだけれども、入るところがない。例えば特養はいっぱい、ましてや精神科の人は受け入れられない。そんな方々の数も入っているというふうなことをお聞きしました。そのために圏域の地域移行支援部会の方で、例えば上小の部会で、地域移行部会があるんですね。上小は、介護保険とリンクをしていかないとこういう方が地域に帰れないということで、今、どういうことをやっているかと言いますと、介護保険の事業所、老健から始まっているいろいろなサービスを提供する事業所にアンケートをとって、どういうふうな状況であれば、精神の障害を持った方々を受け入れることができるんだというアンケートをとって、今、その返事が返って来ているところなんです。例えば「精神科の方は、どう関わったらいいかわからない」とか、「研修会を開いてほしい」とか、そういうことも踏まえた上で地域移行を考えていかなければいけない。介護保険も視野に入れながら、地域移行を考えていかなければいけないとは思っています。

(天野会長)

どうぞ、太田委員さん。

(太田委員)

私もその地域移行に関しては関心があったので、この資料を見たときに、私はその56ページの最優先の課題というところで、住居の確保の次に、施設の確保がすごく数的に多いですよ。何でというところでは、高齢者が多いというところの高齢者対応をするその施設が必要なんだというふうには理解したんですけれども。

ただ、私の所属する絆の会でも退院支援をやっておりまして、何かのときに、やっぱり住む場の確保ができなくて、知的の方の入所施設を考えてくという報告があって、病院で退院するチャンスをとつかんで、その行く先が施設なのかというところは、何か高齢ということもあるのかもしれないんですけれども、とてもやっぱり問題を、施設の確保が必要だということには本当に、実態としてはそうなんですけれども、本当にこういう地域でどんな暮らしをするのか、したいのかというところでは、やっぱり慎重に考えたいなということと、それから高齢者に関しては、今年度2月、3月から高齢者向けの一応ピアホームという形で新しくつくりました。そこでは80歳の方とか60代の方が多いですかね。やっぱり一人ではグループホームでも不安だという方やら、ちょっと家族が対応し切れないという方を受け入れているんですね。

そういう中で、本当にこういう自立支援法の中では限界があって、65歳以上になると介護保険の問題もあって、そこは本当に、一人一人の方にとってどうであればいいのかというのを検討しながら、まずはスタートしたばかりなんですけれども。とにかく24時間支援体制で職員を配置してやっていて、本当に運営は厳しくて、ショートステイ機能も併設していて、そのショートステイのお金が入ってくるので、そんなにすごい赤字にはならないみたいな状態なんですけれども。では高齢になった方の地域生活はどうであればいいのかというところの、本当にやむにやまれぬ、会での取り組みなんですけれども、何とかできる範囲のことはやっていきたいというふうに、今、取り組んでいるところなんです。

あと地域移行に関しては、西駒に入っている方の受け入れはどうかというお話もあつたりするんですね。そうすると、ちょっと精神が、軽い知的で精神が絡んでいて、具体的にはその方、ちょっと盗癖があって、なかなかやっぱり対応が難しいというふうなことで、今、若干中断中なんですけれども。本当に一社会福祉法人として必要なものはやっていこうということをやっているんですけれども、なかなかそこでは限界があって、やっぱりそういう、ちょっと癖のある方とか、受け入れとか、対応の難しい方の受け入れとか、それは地域移行だけではなくて、日ごろの地域生活を支えていく上でも、なかなか困難な事例の方にも私たち対応したりするわけで、そういうところでの、高齢者とは別に、またこれ処遇がなかなか難しい人の受け入れについての相談する機関というところでは、精神保健福祉センターにその辺の専門的な役割をもう少し果たしていただけるといいなというふうに考えるこのごろなんですけれども。

ちょっと話がまとまらなくなってしまうんですけども。やっぱり高齢者の問題は本当に大きいかなと。本当に高齢になったら、入院、80歳以上の方はショートステイを利用されたときがあったんです。そのときに、市の担当の方が、80歳になってショートステイなんてしてもらうのかと。だけど一応、面接した職員は、でも、それでも病院以外の生活というのは人によってやっぱり必要なのではないかというか、そういう経験も必要なのではないかということで、ショートステイの経験とか、そういう場として提供した経過もあるんですけども。なかなか、地域移行と一口にいってもいろいろ難しいなと思いつつながら。

(天野会長)

今のお話でも、お金の問題に、宮尾先生から言われたように、あと年齢の問題ですね、高齢者、それでグループホームの利用者もどんどん高齢化してきていると、大変ですね。

これ10年、20年、30年たったら、もうあつという間に変わってしまいますね、確かに。

(宮尾委員)

すみません、まだ法律ができる前に、千葉県のワーナーフォーム、あそこが自費で建てたところを今、建てかえましたよね。昭和60年代、50年代かな、建てて、そこで各地から集まって、有料の、その人たちがもう高齢化して、だから本当に高齢者の施設に、一生涯面倒見ますということを入れてあったので、全国から精神障害の人たちが集まって、もう建てかえてきれいに、本当に高齢者のということをやりましたね。だけど、あれはあれできつと、いわゆる、今の私たちの生活訓練施設とかそういうものとは全く別個の施設、自分たちでやっていることで。

行政で新しい施策を考える時、国の施策を事業化することも大切ですが、県としては県内の状況を把握して一歩進んだ施策づくりをして欲しいと思います。

資料23ページに「障害者社会適応訓練事業」が今年度700万円の予算でしたが、来年度は廃止すると出ています。これは信大の原田教授がこの審議会の会長をしていらした時に、現場で地域活動をしていらした医師、ケースワーカー、保健師等大勢の方を含めた部会を作り、実際に今何が必要なかと議論をし、使いやすい制度を当時の予算で2,000万円つけてつくった事業です。全国で初めての施策でした。今、多様な福祉施策がつくられているので、この事業がなくなるのはよいのですが、それに代わって県独自の施策を打ち出す必要があるのではないのでしょうか。

退院促進、高齢化の問題、本当の地域移行は何か、重症の精神障害者等のひきこもりの問題等いろいろあると思います。長野県として一歩先んじた施策が欲しいと思います。

(天野会長)

時間ですね、あと5分くらい残ったんですが。

医師の立場としてということと、それから精神科病院協会ですか。病院ということで、遠藤先生と渡辺先生、提案を。

(遠藤委員)

時間がないので手短かにというか、当たっていないところもあるかもしれませんが。

一つは、うつ病とかかりつけ医の連携の会というのが非常に有効で、県内各地、今年一生懸命やっているんですけども。ぜひ、次年度もああいうものを継続できるような体制を組んでいただけると、もっとさらにかかりつけ医、専門医との連携がよくなって、きつと自殺対策に寄与するのではないかというふうに期待しております。

あと認知症、医療センターが3つぐらい認可されているんですけども。今も認知症、65歳以上云々といろいろ出てきましたけれども、精神科病院でも、認知症で入院してきたあと、退院できない人がいくつか出てきて、いろいろな病院ラウンドしていても、統合失調症の人は退院していくんだけれども、そのかわり認知症の人が、もしかすると少しずつ増えている病院もあるやにも見えます。やっぱり認知症疾患医療センターが期待されているところでございますので、もうちょっと圏域で増やしていく方向を検討していけば、入り口のところで、対応がうまくいくのではないかというのが1点です。

あと、戸田委員さんからも出ましたけれども、根っこにあるのは、精神障害に対する偏見の問

題です。発達障害も統合失調症も認知症もそうかもしれません。やっぱり精神障害に対する理解が、いつも深めていく運動は常に必要なもので、県のほうではぜひそれを全県下を挙げて、年に1回ぐらいは大きなアドバルーンを上げるような、施策を打って欲しいと思います。昔、心の健康フェスティバルというのが非常にやっていて各地域で大変だったと思うんですけども、あれはアドバルーン的に、やっぱり精神障害の人たちも、あるいは精神疾患であっても元気でやっているんだなという雰囲気や、運動として、ムーブメントとして起こせるので、あの辺もぜひまたご検討いただければと思います。

もう一つ、宮尾先生が、最後、就労支援の云々で削られてと言っていて寂しがっていたんですけども、いろいろなところでやっていると思うんですけども、国のほうでも、社会事業体ソーシャル・ファームで私は広めようと思っているんですけども、安曇病院でも頑張っています。佐久総合病院の部員でもそれらしき動きが出てきて、やっぱり統合失調症の人を中心として、やっぱり仕事があるほうが、どんなに症状があってもやっぱり元気になるんですよね。だから、いかに仕事の間をとるか、賃金は多少、そんなにちょっと恵まれない部分はあるにしても、自分で仕事をして、何というか、社会の中で役割を果たしているという、活動について応援してくれる方向をぜひ、キーワードとしてはソーシャル・ファームとか社会事業体と、国でもちょっと言い始めていますが、それをさらに、県の施策の中に入れていただけたらうれしいなと思います。以上です。

(天野会長)

渡辺先生いかがですか、よろしいですか。

今の、宮尾委員に対してのことで、こちらのほうで色々話しましたけれども。県のほうはいかがですか、事務局のほうでは。この辺の話題たくさんあったんですけども。

(小林健康長寿課長)

ご意見を承って、また、委員の皆様いろいろな、県の設置している協議会にもお入りいただいておりますので、そういったところも含めて検討していきたいと思います。

(樋掛委員)

5疾病になって、一般のかかりつけ医との関係の中で、精神医療に関する見方が大きく変わっていくのかどうか。自殺とか、うつとか、認知症といっても、それぞれ違うんですけども。どちらかという、我々も専門医だしという意識で、さっきの話、どうか高めるかという話が多いんですけども、一般医療との関係でどうなっていくのかというビジョンというものも必要に、求められていくような気がするんですね、偏見なくしながら。

それぞれちょっと特殊問題で、変な方向へ、認知症なんかちょっとややおかしい方向へ行くような気もしないでもない、早期発見、早期治療的な話が先行しているけれども、実際には（認知症）疾患医療センターにかかっている方も、そんな早期の方はほとんどいないし、圏域は2次医療圏なんですよ。だから、やっぱり国の施策もあるけれども、県としてもしっかりとした考えを持っていかないと、何とか前に、痴呆疾患センターのときと同じような轍を踏むという感じがちょっとするんですけども。独自のものを何か出せたらいいと思うんですけども、ちょっと意見です。

(小泉所長)

今の医療計画のことは非常に大事で、またいろいろな、今度の健康政策会議で、アウトリーチの問題とか、こちら辺をしっかりと入れてほしいということがあって、実際、厚生労働省は、中身を取り入れてではなくて、要求はしているだけけれども。やっぱりほかの科の先生が、その精神科に対してなかなかどうしているのかわからない訳です。

だから、もうちょっと精神科の内容を発信ができるような形にしていくことができることで、とにかく認知症が一番、次にうつ病、統合失調症もやっぱりクリティカルパスができるような医療計画であってほしいなという願望はあるんですけども。今日いろいろなさまざまなことが出てきたんですけども、ちょっとあまりにも精神科が特殊だというようなことではなくて、どこか

で接点をやっぱり持っていったほうがいいような気がして、医療計画を。天野先生、またぜひ力を。

(天野会長)

活動が始まるんですね。相当、重い仕事だと思っています。重いというのを先頭切ってやっていると、これは全国で始まると思うんですね、実際、5大疾病とか。

だから、いろいろなモデルを早く察知して、それで長野県独自の、先頭を切ったものという考え方は基本的に必要なので、情報をオープンにして、情報を獲得するというのは大事で。この会議はすごく大事なんですけども、ここだけでもだめなんで、いろいろなところを引き寄せて、それで策定していかないと、初めて作業ですからね、大変な事業だと思います、これは、本当に。

だから、いろいろな人たちからいろいろな形で意見を吸い上げるという作業をどうするかというのにかかってくると思いますね。がんとかは今までやっていますから、精神は本当に初めてですものね。

(小林健康長寿課長)

実はあとでまたご案内が届くと思うんですけども、1月26日に、この精神科の医療計画の扱いをどうするかという勉強会を県のほうで用意しておりますので、もしお時間があれば出てきていただきたいと思うんですけども。1月26日の午後3時から長野市内の職員センターで開かれます。

(天野会長)

どういう人を集めるんですか。

(小林健康長寿課長)

いろいろ関係者の方々にご案内を出して、国立精神神経科センターの伊藤先生に来ていただいて。

(小泉所長)

伊藤和弘先生、クリニカルパスのご専門の方です。

(小林健康長寿課長)

それも含めて、また我々自身も勉強して、ぜひ先生方にもご指導いただきたいと思います。

(天野会長)

これで、言い足りないことはいっぱいあると思いますが、よろしいですか。何か言い足りない委員の方々には尻切れトンボみたいな印象があって、本当に申しわけないんですけども。

約束の時間を過ぎていきますので、私の司会はこれで終わりたいと思います。

4 閉 会