

## 長野県地方精神保健福祉審議会

日 時 平成26年 2月14日（金）

午後 2時～4時

場 所 県庁議会棟405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

(2) 精神保健福祉法の改正について

事務局から資料1～10、別冊資料の説明

(天野会長)

どうもありがとうございました。

さて最初に戻ります。1番と2番、これ一括してご意見、それからご質問を受けていきたいと思いますが、もうフリートキングでよろしいですね、ではよろしくをお願いします。

どうぞ、もうどなたでも、時間もあと30数分で限られた時間です。どうぞ。

(福田委員)

自立支援医療の関係につきまして、皆さんにご努力をいただきまして本当にありがとうございます。

経済的にこういう制度、すぐ使っていかないと経済的に厳しくて、なおかつリハビリも必要だというようなご家族の方も、当事者の方が一番そうなんですけれども、おりますので、またこれにつきましてはお尽力を賜ればと思いますのでよろしくお願ひいたします。

それともう一つ、今、保護者制度の関係で、市町村同意につきましてございますけれども、県としましては、この辺のあたりを市町村のほうにはどのようにご説明していただけるのか、それもあわせてお聞きしたいと思うんですけれども、よろしくお願ひいたします。

(事務局)

先ほど申し忘れましたけれども、市町村の担当者や病院関係の方を対象としまして、3月4日に県庁で説明会を予定しております。またご案内を差し上げたいと思いますけれども、講堂で説明会をさせていただきます。

それから随時、国のほうでQ&Aというようなものを作成する予定ですので、そういった情報につきましても関係する市町村や病院関係者、そちらのほうに配布して周知を図ってまいります。

(福田委員)

ありがとうございました。

(天野会長)

よろしいですか、ほかにいかがですか。

(樋掛委員)

あまり時間がないということなんですけれども、ちょっと発達障害支援のことでちょっとお聞きしたいんですけれども。

25、26ページに書いてあって、サポート・マネージャーを万能選手みたいに書いてあるので、ちょっとイメージがつかめないのが質問しますけれども。

これ職種は心理かどうかということと、これ間接業務をするという組織者みたいな、マネージャーだから間接的にチームをつくるのか何とかおっしゃっていましたが、そういう意味合いなんですか。

(事務局)

サポート・マネージャーのご質問、ありがとうございました。

サポート・マネージャーの職種につきましては人それぞれでして、それまでに高校関係、教育委員会の関係で発達障害がある高校生の支援経歴が長い方ですとか、そういう発達障害者、知的障害者等の支援を行っている福祉施設の施設長を務められた方などさまざまございまして、統一した知識を身につけていただくことを目的として、県の発達障害者支援センターでおおむね2週間の専門の養成研修を受けていただいて、全ての分野の知識を身につけていただいているところでございます。

支援のあり方につきましては、おっしゃられるとおり、直接、当事者の方に出向いていろいろやっていると広くサポート・マネージャーのお仕事ができませぬので、原則としましては、支援関係者の養成に応じて支援関係者への助言ですとか、他の支援機関への取り次ぎとか、間接支援を主に行っていただいております。

(樋掛委員)

4人ということは、それが4圏域に分配されるという理解でいいんですか。

(事務局)

はい。それぞれ専門的な知識を持った方を4圏域、圏域に1人ずつ配置しているところでございます。

(樋掛委員)

対象年齢についてはもう全てのエイジということですか、ライフステージ、何といたしましたか、ライフステージに応じておっしゃったんですが、成人にも対応するということですか。

(事務局)

対象年齢につきましては全ての年代を対象としておりますが、今年度の実績を見ますと約4割が成人の方、ついで小学校、高校生が多くなっております。それで中学生になると若干低めになりまして、乳幼児期につきましては、その他、市町村の乳幼児健診とか他の制度もございますので、支援実績が非常に少なくなっております。

(樋掛委員)

実態はわかったんだけど、どの辺に重点を置くというイメージがあるんですか。

(事務局)

重点を置くイメージとしましては、やはり支援関係者が今、支援困難と感じている、その一般的な障害者総合支援センターとかではちょっと対応し切れないような、例えば1家庭に複数の当事者の方がいらっしゃるだったりですとか、もう完全な大人になっても引きこもり状態になっている方とか、極端な例をいいますと、高齢者になって初めて発達障害がわかった方とか、今まで支援の実績とか前例がないような方を特にサポート・マネージャーの方には深くかかわっていただいております。

(樋掛委員)

わかりました。

(天野会長)

野田先生、いかがですか、もう順番に。

(野田委員)

どうもありがとうございました。全般を通して非常に盛りだくさんで、一回聞いただけでは全然頭に入ってこないんですけども。

全部通して私が考えるのは、精神障害、それから特に自殺対策なんですけれども、健康相談、それから経済、家族問題と3つに分けていますけれども、これ自殺に関してだけでもこれ悪循環なんですよね。うつ病になると職を失う、職を失うとなかなか雇用ができない、雇用ができないところから家族環境が悪くなる、家族環境が悪くなると病気も悪化すると、悪循環しているので、これ個別なことじゃなくて、全体です。

それが一つと、それから精神障害、統合失調症の方にしても働く場所というのがないんです。ほとんど収入の道がなくなっている。ですから、なかなか自立もできないということで、一番は何らかの形で雇用対策を、もしくは収入を得るような対策を、こういう個々の自殺とか、発達障害は、発達障害も雇用も必要なんですけれども、全体を通して何らかの項目、一つの大きな柱として持っていただけないかなと思うんです。特に外来をやっていると、職場がなくなってしまった、どうしようというような相談が結構多いんです。

ですから、これは精神保健福祉士とか、そういうあたりの拡充とか、それから雇用体制への援助とか、

そういうことは何らか予算措置ができないか、もしくは新たな項目として設けていただけないかということを感じました。よろしくお願いします。

(天野会長)

いかがですか。

(障害者支援課)

障害者支援課の藤沢ですが。障害者の方の就労支援ということでございますが、今、先ほども申しましたように、平成30年から精神障害の方も雇用義務の対象になるということで、それに向けて県のほうでは、一つはOJT推進員という、職場実習を短期間で障害がある方たちを職場で体験してもらって、その様子によって本採用にさせていただいたり、トライアル雇用というのが労働のほうでやっているんですが、それは期間が1カ月から3カ月、ちょっと長い期間なんですけど、そこまでの前にもう少し職場体験をしてもらって、障害のある方も、それから職場のほうもお互いに様子を知ったりマッチングをするという、そういう制度を始めていまして、比較的、体験したあと雇用に結びついているという方もいらっしゃるんですけど、それからあと、今年度からチャレンジ雇用でステップアップオフォスという形で、県のほうで今、2人、それから4つの合同庁舎のほうで1人ずつ計6名、3年間の雇用という形で、1年で更新して最長3年まで雇用をして一般就労につなげていくという、そんな取組を今始めているところです。

(野田委員)

ありがとうございます。

(天野会長)

今までもいろいろな項目見ていると、就労支援というのはあるんです。そのいわゆる景気とか、いろいろなことと関連しているから、結構伸縮自在にやらなければいけない内容なんだろうなと思っていましたけれども、ぜひ継続的に、あるいは拡充的に、雇用対策、これはくれぐれもよろしくお願いします。僕のほうからも感じます。どうもありがとうございます。

では順番でよろしいですか。東城委員、よろしくお願いします。

(東城委員)

今の話と関連があるんですけど、やっぱり自立するためには就労というのは非常に大事なことなんですけれども、企業が採用するとなると、一定の収入の割合で採用していかねばいけないと思うんですけど、それも必ずしもその数値が企業側として満足にというか、雇用していないと思うんです。そこら辺の施策の推進の仕方というか、企業側への要請というか、そういうアプローチも少しあっていいのではないかなと思うんです。

それともう一つ、農業就労チャレンジコーディネーターという活動、ここに新たにテーマとしてあるんですけど、これは具体的にどのようなことをやるのか教えてください。

それから、あと1点。2月11日の読売新聞に出たんですけど、精神科の薬を一度に大量に服薬し

た患者の搬送を受けた救急医療機関が非常に増えているという、人数が増えているということなんです  
が、これは具体的にはどういうことなんですか。

(障害者支援課)

では先に雇用の関係のほうからご説明させていただきます。

障害者の雇用に関しては、その障害者雇用制度率制度というものが雇用促進法の中で定められており  
まして、それに沿って障害者の方を雇用すると。雇用した企業のほうには一定のそのメリットがありま  
すし、それから雇用しない企業には、雇用しなかったということで納付金制度みたいなものがありまし  
て、そういうことで、労働のほうでそういった障害者を積極的に雇用しましょうということで、今、進  
めているところでございます。

それから、就労の農業チャレンジの件なんです、農業分野にその障害のある方たちが労働力として  
どんどん入っていきこうということなんです、なかなか、大勢の方にぜひ雇用してくださいといっても、  
なかなか農業側の不安ですとか、実際にやりましょうと手が挙がってくるのが少ないという現状があり  
まして。

これに関しては、今度、農政部と連携をとりまして、例えば農家のほうにもこういう作業ができます  
とか、あるいは支援施設のほうで、こんなことで手が挙がっていますとか、そういった両方の情報を集  
約しまして、そしてそのコーディネーターの方に伝えると、実際にそのコーディネーターの方がその農  
家のほうに出向いて、こんな話がありますがいかがですかという形で個別に対応するという、一般に、  
全般に立ってはなかなか手が挙がらないんですけれども、実際にその農家へ訪問して、こんなことでや  
ってみたいかがでしょうかということ働きかけて仲介をする。そして実際にやってみようという場  
合には、サポーターという、実際に農家を経験した方をサポーターとして派遣して、そこで一緒に障害  
者の方と取り組んでいくという、そういう取り組みを来年度、取り組んでみようということで、今、予  
算のほうを上げているところでございます。以上でございます。

(天野会長)

よろしいですか。2点目の件は、そうですね。小泉先生が手を挙げていますね。

(精神保健福祉センター 小泉所長)

その新聞を拝見したんですけれども、これ読売新聞が調査をしたみたいですね。これはもうずっと精  
神科救急学会でものすごく言われていることなんです。精神科で多く薬が出されて内服し倒れた例が多  
いのではないかとということ。

それで眞鍋部長が中心になって、軽井沢フォーラム（精神疾患医療政策フォーラム）というのを2年  
前から始められて、そこでも精神の救急の先生がおいでになって自殺未遂のフォーラムをやったりして、  
救急の段階で、精神科に対する不満を、そういうことが多いんですけれども。これ朝日新聞でも取り上  
げています精神保健研究所の松本俊彦先生、先週の金曜日に当センターにお呼びしたんですけれども、  
やっぱりこの問題、朝日の論説で言われているんです。

だからやはり、いわゆるこれで、この新聞にも書いてあるから言いますけれども、いわゆる診療報酬  
を、中医協で昨日決まったんですけれども、精神科で抗うつ薬だとか抗精神病薬、抗不安薬とか、数種

類以上処方した場合は精神療法の点数を8掛けにするということで、ただ反対があったものですからこれはなくなっただけですけれども。そういうような縛りもかけられるぐらいに、多くの精神科医はそんなに多大な処方していないんですけれども、要するに、患者様が眠れないから睡眠薬をまた増やしてしまったりする処方が漫然とされる。常用量の処方の中でも、なおかつ今度、患者様が薬をためてしまうケースがあるんです。それに対しては、今、僕、長野県薬剤師会と一緒にやって、今度3月の自殺対策強化月間で、「余っている薬があったら薬剤師さんに相談してください」というしおりを、薬局でこの3月、来月ですけれども配る予定なんです。そういう意味で、いろいろな面からアプローチ、未遂者の内の軽い方についてはしたいと思います。

これについては、さっき自殺未遂のことで申し上げたんですけれども、県内の救急医療機関にアンケート調査をしまして、デパスという薬なんかは自殺未遂のケースで一番多いんですよ。だからそういう認識をぜひ直していきたいと考えております。ご質問、ありがとうございました。

そのことについて、遠藤先生が詳しいですから、ちょっとまた追加していただければと思います。処方の問題は。

(遠藤委員)

東城委員さんですね、本当に一般の方というか、患者さんの立場に近いような疑問を持たれたということですね、簡単に言うと。

今、小泉先生が言われたとおりで、私たちも、私、精神科医ですけれども反省して、どうしたらもうちょっと自浄的に適切な処方をして、医師の処方をやっぱり患者さんに守っていただいて、適正にやっぱり効果を、いろいろな害から上回るように、私たちが、やっぱり病気に向かって患者さんと一緒にやっついていけないといけないので、一方的にはできないんです。私たち精神科の立場でいうと苦しみもあります。

私の病院でも、ベゲタミンと呼ばれる薬なんかは特に多く飲むと死んでしまうんです。今認可されていますけれども、今、4錠もらっているから眠れないから5錠くれと、でないところで暴れてしまうという、そんな患者さんもいて、やさしい先生は本当に苦労するんですよ。こんな病院、出さない病院だから違う病院に行くという患者さんも何人もいらっしやって。私たちも反省をしますし、やっぱり社会の中で、この薬の功罪について、もう一回ちょっと周知していく、ちょうどいい時期なのかなと。

新聞はちょっと一方的に書かれているところもあると思うんですが、私から見ると、そういう状況でございます。

(天野会長)

ここに精神科の医者が何人もいますけれども、実際、僕の立場で考えると逆に、医師の薬の使い方の問題、それから患者さんの薬に対する依存度の問題ですね、今、遠藤先生言われているとおり。それでこの2つというのが非常に微妙に絡み合っていて、どうしようもないところに来ているなというのは痛感いたします。

それでやはり、僕、もう一つ、非常に大きな課題があると思うんです。精神科の薬を出しやすい状況がこの世の中にあるという。開業されている先生というのはいろいろなタイプがおられます。非常に薬のことを勉強して親身になってやっている。ところが、僕は非常に、いつも、ここでも話題になってい

るんです、去年。いわゆる開業している先生の中で、いろいろな世間をきちんと見ていなくて処方している開業の先生が結構多いんじゃないかと。これは長野県みたいなのは、こういうところだとお互いに患者さんの情報とかをやりとりしているところで、案外しっかりみんなお互いに見張りあっているみたいな、そういうところはあります。大きな都会へ行くと、医者一人一人が結構孤立的に、患者さんがいっぱい来るものですから、もう薬を出している。それでお互いに規制する機関というのが全くないという、それが一番まずいだろうと。

僕ははっきり言いますが、あまりはっきり言うので、この間ちょっと問題発言になって。一番大きいのはやっぱり都会です。決して、長野県で問題になっていないわけではないんですけども、ものすごい件数は大体都会だったと思います。

だから、僕はやはり医師の学ぶ姿勢と、それから患者さんの治療に対する姿勢と、それから経営上のしっかりとした姿勢、いろいろなことがピシッと入り込んで行って相当厳しく言っていけないと、これは対処できない。もう昔からこのことは問題になっていました。それこそ小泉先生のところが一番、こういうところをよく知っていると思います。ぜひ、長野県ではこんなことが起きないようにということで、進めていきたいと思います。ご指摘ありがとうございました。

(竹内委員)

私は数字やその研究というところで何か言葉をつくれる、言葉を出せるという立場ではないんですが、デパスという言葉が出てきました。ベグタミンという言葉が出てきました。そういったもので依存して、5年間ぐらい車いすになったり、よだれをたらして腰の抜けた状態を2年ぐらい、東京の病院で続けてきたんですが。今、やっと何とか立てて、小泉所長やいろいろな方々に支えてもらってこの活動をしているわけなんです。

今、医者が悪い、薬をもらう私たちみたいな人間が悪いといういろいろな意見があったんですが、もっと大切な、私もここ20年間で友人を15人ほど亡くしているんですが、全員が精神薬を最後に服用して首をつったという人が多いんです。ダルクという組織の運営をしているんですが、そこでもやっぱりそれと同じことが出ています。ただ、病院の先生方はかなり勉強していますので、簡単には出しませんですし、そのベグタミンも徹底的な管理の中で出してもらっています。

天野先生が言われたように、前回、回覧板が回らないような開業医さんもいるんだというようなお話をしてくださいました。そのとおりだと思います。いろいろな病院の相談の中で聞くんですが、そういった病院が東京にはあふれんばかりにあります。覚せい剤を抜いてくれる、点滴を打ってくれる、錠剤をくれる、自分で注射をなささいといったような病院も私は知っています。ですが、今はそういった全てのものがインターネットで買えるんです。

今、白馬地域に住んでいるんです。今、鹿児島の方に行き行ってインターネットで仕事をしている子がいるんですが、やはり医者になる勉強をしながら、結局はインターネットでデパス中毒になっているというような状況の方、お母さんはセンターです、家族会でつながっていたり、八王子の方の家族会でつながっていたりするんですが、何しろインターネットの普及から何でも買えるとか、女性でも薬でも何でも、本当にインターネットというものが便利であり問題であるということ、末端の本人や家族が、家族のことは言葉だけにしかありませんが、本人が直接来所された、相談に来られた本人から聞く割合は、圧倒的に、8割から全てがそのインターネットから購入しているということが、私の末端での判断

です。

(天野会長)

その薬物が非常に、■■だとか、手を出せないところなんです。ものすごい問題意識を■■、購入できるという、けど、どうしていいかわからないというんです。それを今度、取り締まる流れになるんです。もう本当に非力ですよ。そういう意味では、問題意識が非常に強く、今もああという、これ本当に大きな問題ですね、手に入る。ところが、手に入る方法はなんだかんだとって、やれば出てきまですよ。

そういう意味で、非常に今、貴重な情報というか、そういう意味で、もう本当にどうしたらいいかというところなんです。ぜひこれを大きな声にして、何らかの形でやっていかないといけないです。

今、僕もぎくつとしたんです。東京のことを言っているだけなのに、インターネットで白馬の方がそういう形に陥るといふ、何ということですか、落とし穴ですね。

いや、どうも貴重なご意見ありがとうございます。

(高松委員)

昨年、ちょっと欠席になりまして、今回、初めて参加させていただきました。私、松本で弁護士をやっているんですけども、今日、いろいろと難しいお話、ご説明いただきまして、弁護士としてどんなかわりができるかなと思いつながらお話を伺っていたんですけども。

日常業務で法律相談等を受ける中で、何らかの障害があつて、それが原因でトラブルを起こしてしまつたりする方もいたり、あと、例えば認知症であれば成年後見という形でサポートしたりとか、そういうかわりはあるんですけども、なかなか有機的に結びついていないところがあるというのが弁護士としてちょっと反省したところがありました。

それで、一つ質問をさせていただきたいのは、私が不勉強なので的外れな質問かもしれないんですけども。先ほど産後うつという関係でのお話がございましたが、私も今、4歳と1歳の子どもがおりまして、特に1歳の子どもについてはかなり手を焼いているんですけども。

今、核家族が多い中で、なかなか育児についてサポートが受けられない状態というのがありまして、私もその一人なんですけれども。事件の報道などを見ていると、自分の状況と照らし合わせて本当に紙一重だなというふうに、まあやってしまったことは社会的に問題だとしても、例えばお子さんに手を上げてしまったお母さんの気持ちなんかがとてもよくわかることがあります。

あと、先ほど精神科についても、なかなか本人が精神科を受診する、まず精神科を受診するとか、問題があると思つてもなかなか行けないというような状態があるというお話がありましたし、あと、特に産後うつになりそうな母親というのは、例えば地域の方々心配して見に来てくれても、何か自分から壁をつくってしまう、大丈夫ですと、いい母親を演じようとして、大丈夫ですと、異常じゃないんだというふうに、何というんですか、あえて壁をつくってしまうところがあるので、何か具体的な対策等、今あれば、再度教えていただきたいと思つておりますので、よろしくお願ひします。

(精神保健福祉センター 小泉所長)

高松委員さんがおっしゃるとおりでして、一般的に言いますと、今、女性が高学歴化して、非常に結

婚年齢が遅くなっていますね。それで妊娠、早くしなければいけないということで、不妊治療にも発展するんですけれども。高齢出産される時代となり、昔みたいに若いころ結婚して、妊娠して、出産するという時代じゃないということです。だから、むしろお産ということは、もう手厚くサポートをしていかなければいけないのが今のお産じゃないかというのが私の認識です。

それで、先の例も出してしまったんですけれども、産褥精神病で、もう生後すぐに、今、新聞で出ている範囲で言いますと医療観察法に申し立てされ、今鑑定入院をある病院でされているんですけれども。そういった産褥精神病の人も救えないかと願っています。

産後うつはいわゆる非常に、だれでも起こり得るわけです。要するに大体1割ぐらい、マタニティブルーはもう多くの人が起こると思っていいんですけれども。そういう状態で、やはり産後うつはだれでも起こると言うことが一つ。それからやっぱりサポートしてもらえるように、おっしゃるとおり、打ち明けたいんです。どうしても自分をよく見せたいもので、困っていると言えないんです。だから今度、困っていると言ってもいいんだというのを産後うつのパンフレットに盛り込んであるんです。

それで、精神科の対応も慎重にやらなければいけないということで、そういう産後うつの対策をしながら、それで厚生労働省も非常に防止に向けてそこで一生懸命やっています、今、県立須坂病院でモデル事業として、エンジンバラスケールというのがあるんです、産後うつの。生後1週間とあと、大体、今の出産例は5日で退院しているんですけども、普通は1週間で退院ですね。そのときに産後うつのスケールをとる。さらに1カ月後健診でとることをやっているんですね。今は須坂病院で出産しているケースは全例にエンジンバラをとるんです。

これ、さらに「こんにちは赤ちゃん事業」というのがあるんです。それは4カ月ぐらい以内には必ず赤ちゃんを訪問してみるということで、そこでも須坂市、高山村、小布施町では全例、エンジンバラを、もちろん嫌だという人はとっていませんけれども、とりながらやっていて産後うつを救うには、できるだけ早期に発見して、逆にそういった調査をすることが、困り感、自分は育児で今おっぱいが出ないだとか、おむつ交換も上手じゃないとか、そういう相談ができるようなことで育児支援というのをやっているということで、今須坂のモデル事業でやっているものですから、それを紹介させていただきました。

(遠藤委員)

半分ぐらいは、せっかくいい意見が出るので、時間配分するとしたら、半分にしていただけますか、皆さんの発表は。皆さん日ごろからいろいろな思いを持っていらっしゃるんで、レクチャーはできたら半分、あとはディスカッション半分というふうにしていただけるとありがたいなど。本当に委員の皆さんからやっぱりいろいろな意見が出てきて、私もとても勉強になりました。多分、行政の方も大変参考になると思います。よろしくお願いします。

もう1点は、これしようがなかったんでしょうね。当事者の方が、残念だけれども今回欠席されてしまったことと、家族の代表の方が欠席されたのは非常に、個人的には非常に残念でした。いろいろな事情があるというので、ぜひ次回は代表の方でも、代表は出られないんですか、参加していただけたらうれしいなと思います。

(小林健康長寿課長)

お二人ともちょっと体調を崩されたということがありまして、わかりました。すみません。

(遠藤委員)

ちょっと細かいことを、幾つか私が聞いたのを質問とかコメントをさせていただければと思います。

2ページ、これはここで聞いていいのかわかりませんが、アクティブに動いている精神科の病院のベットというか、数をさっき30と言われて、これ31ですけれども、どこの病院でしたか、これ一つ動いていないという、今、どうなっているんですか。

(事務局)

阿南病院です。

(遠藤委員)

今後の予定とかは決まったんですか、阿南病院さん。

(事務局)

一応、精神科は廃止ということです。

(遠藤委員)

そうですか、そうすると30ですか、実質的には30になってしまっているんですね。わかりました。

(天野会長)

役割ですもの、多分、まずいというか、何と答えていいのか。

(遠藤委員)

ご存じだと思うんですけども、基準病床が4,861で、現在4,830、うちの病院が間もなく減少しますし、小諸高原病院も減らす予定なので、今後のこれは、ベッドというのはどういうふうに動いていくのか慎重によく見きわめて、適正なベッド配置になるよう、また知恵を出していく必要があるかなと思っています。

措置入院の件はぜひまた要因分析、また教えていただければと思います。

3ページですが、簡単な用語のことですけれども、左側のほうに救急診察件数、患者地域、診察結果の状況、さっと見ると診察・処方と書いてあるので、ちょっと皆さんの頭もちょっと混乱するのかなと。外来対応と入院とかとしたらいかがでしょうか、非常にわかりやすいかなと。診察は入院のときも必ずするので、非常に細かいことです。

(小林健康長寿課長)

先生、4ページに「診察・処方のみ」とありますので、これと同じ言い方を3ページでもしたほうがいいと。

(遠藤委員)

わかります。全体を見ればわかりますか。表ですのでパッと見たときにわかりやすく。

4ページは中信のところ、輪番病院以外が非常に多くて、安曇総合病院さんと信大病院さんだということで大體理解していたんですが。

ちょっと気になるのが、例えば精神科医がいて、具体的には相澤病院さんなんかの救急対応なんかは精神科医がしている件数もあるかなと思って、相澤病院という具体的な例を出すんですが、ほかにもあるんでしょうか、精神科医がいて救急対応にかかわっているケースは。ここには挙がっていませんか。

(小林健康長寿課長)

これは病床があるところです。

(精神保健福祉センター 小泉所長)

相澤病院は二人常勤でいらっしゃるけれども、今、自殺未遂者のケースで常勤の精神科医がいない救急告知病院でそれをやっているのが安曇野日赤で、常勤の精神科医がいる安曇総合病院が、場合によっては自殺未遂者を受け入れて、大體、アウトリーチで看護師さんが行くんだけど、場合によっては、そういった対応しています。安曇病院の精神科医が説得に行くこともあります。

(遠藤委員)

これも何か県全体のことを考える上では、それも少しずつ把握していかれると、精神科医がいて救急救命センター的なものがある、かかわっていくとかなり似たような、やっぱり診療している可能性があると思うので、それと私たちの連携という問題が非常に・・・

(天野会長)

それは含まれていないんですね。

(小林健康長寿課長)

それは精神科病院のものだけです。

(精神保健福祉センター 小泉所長)

だからそういう機能としては、相澤病院は二人、精神の病床はないんだけど、ドクターいらっしゃるよ、常勤の精神科医が。一方で安曇野日赤は常勤の精神科医はいないけど安曇病院精神科とタイアップしてやっています。

(遠藤委員)

例えば長野赤十字病院さんもベッドは持っているけれども、救急対応だけして診察を、そこにカウントしていて、例えば篠ノ井橋病院さんに入院依頼というケースもあるので、かなり似たような状況なので、ぜひそこまで広げられると将来的にはいいかなと思うので。

(小林健康長寿課長)

そうすると、今度は一般科の病院の協力というか、統計とるためのまたカウントがあるので、ちょっとまた医師会の先生方ともご相談が必要になると思います。

(遠藤委員)

6 ページですが、時間があれば、具体的に25年度の年末年始、非常に精神科病院協会としても気にしていて、この数字が出てきたので、具体的にどこの保健所で、どういう対応で、どううまくいったか、ざっくりでいいですけども教えてください。

(事務局)

松本保健所で3件、それから長野保健所で2件、あと佐久で1件ですね。合計6件という形になっております。

(遠藤委員)

いずれも、では措置判定がなされたと。

(事務局)

1件だけ診察不要ということで対応しましたけれども、あとは診察を行っています。

(遠藤委員)

いわゆる緊急措置でまず鑑定を行ったという理解でいいですか。そのあと、もう一回鑑定をやり直したり、多分。

(事務局)

緊急措置は1件だけですね。

(遠藤委員)

1件だけですか。二人何とか見つけたんですね。

(事務局)

そうですね。

(遠藤委員)

よかったですね。とてもうまくいったんだと安心しました。

(小林健康長寿課長)

この件については、今日、野田先生おいでですけれども、診療所協会の先生方にも大変ご協力いただきましたので、本当に感謝申し上げたいと思います。

(遠藤委員)

もう一ついいですか。32ページですが、「障害」表記のガイドラインが非常に、多分、県の方々が関係者と努力してこういう成果を上げたのかなと思って感謝しています。私もアンチスティグマ関係に非常に興味を持って、用語についても、今も研究している一人なんですが。

この経過とかというのは、関係者に、もし関心がある人たちにアナウンスしていただくと非常にありがたいなど。障害の「害」というのはいろいろな意味があったんですよ。「がい」というのをひらがなにしたらえらい目立ってしまって、何でこれが「がい」なのと、かえって皆さん意識し過ぎていけないという意見も途中経過であったりして。

ややこしい当用漢字にないやつはどうなのと、あれだといいいねという意見もあったりした中で、最終的にこういう結論になったプロセスもぜひ私たちのほうに教えていただけると、僕も聞かれたときに、こういうふう長野県は決めたんだと、アナウンスしやすいですから。

(障害者支援課)

ありがとうございます。では、私のほうから説明させていただきます。

確かに、今、委員がおっしゃったように、変えなくてもいいんじゃないかとか、その表記だけ変えても、あまり本質的に変わらないのではないかというご意見もあったんですが。

県内の障害者の団体のほうにも意見を求める中では、どうしてもひらがなの「がい」はよくないという意見はなかったんです。むしろ変えたほうがいいと。あるいは、表記だけ変えても意味がないんだけど、決してひらがながいけないというような意見ではなかったです。

意見の中では、やはりひらがなのほうがやわらかいイメージでいいという意見があったり、あるいはその反対の意見としては、今申しましたように、表記だけ変えてもあまり意識は変わらないのではないかという意見があったり、あるいは別の意見で、こういう漢字のほうがいいんじゃないかとか、さまざまな意見があったんですが。

うちのほうの、県のほうとしては、少なくとも漢字の「害」に悪いイメージを抱いている方がいらっしやると、そういう方の思いに配慮をして、26年度から県が関与できる部分に関してはひらがなに変えていこうということで、こういう方針になった次第でございます。

(遠藤委員)

わかりました。皆さんに説明していただいて。実際にまた統合失調症というような病名に変わったときも、私たちも非常に注視して遠目に見ていたんです。ぜひ、この「がい」という形になって、また注視していきたいと思います。

市町村も横並びでこれでいくんですね、基本的に。

(障害者福祉課)

これ、今回は長野県の出す文書ですとか、県の関係の表記の変更でございます。

市町村のほうは、独自にそれぞれもうひらがなに変えているところも、今、半分ぐらいの市町村のほうで既にひらがな表記でやっているところもありますし、今回、県も関係する、私たちの部ですとか、

機関名ということでございます。

(遠藤委員)

国のほうは何もメッセージとか、これに関して何もない、自由にやってくれとか。

(障害者福祉課)

国のほうも、以前アンケートをとったところ、やはり変えたほうがいい、あるいはこのままでいいと、意見がまとまらなくて、結局、国のほうとしてはこういうふうに変えましょうというふうにはならなかったという経過がございます。

(小林健康長寿課長)

これの今後の周知の予定だけ、こういうのを県民に対して出していく予定はありましたか、それはありませんか。

(障害者福祉課)

そうですね。県のほうの、それぞれの知事部局の機関のほうにはもうこういう形で、表記を変えていきましようということです。

例えばそれを見た県民の方が、何か長野県のほうの文書がひらがなになったとか、あるいは一般の方がこういうふうに変ったんだけどもというような、ちょっと意識を持っていただくような効果も期待しているところでございます。

(遠藤委員)

私もそれは「害」でないほうがいいと思っていますから、ありがとうございます。

41ページ、自殺対策は市町村の医師会、精神科医も非常に興味を持って、市民もスクラムの上で多少、協力してもらうことにとてもいい予算だったと思っています、感謝しております、さっき補正予算が云々ということをしたんですけれども、昨日も医師会で話し合っ、多少は予算があるということなんですけれども、どうなりましたか、26年度。

(事務局)

今のところはかかりつけ医研修、郡市医師会さんのほうでお願いしております研修会費につきましては、補正予算で対応をさせていただきたいというふうに考えます。ちょっとこれ予算2,900万円ということで、この中には実際盛り込めなかったということです。

ですから、スケジュール的には6月補正で、6月県議会で議決をいただくということになっております。これ7月の10日前後です。ですから、事業着手は7月10日以降に事業着手という予定をしております。

こういった形態、このスケジュール、本年度と同様のスケジュールということです。また3月8日ですか、郡市医師会の理事の方の会議に私も出席をしまして、そういう周知を図っていきたいと考えます。

(遠藤委員)

かなり補正はとれそうだという理解でいいんですか、まだわかりませんよね、もちろん、この予算自体も決定しているわけではないから。

(事務局)

例年規模、一応トータルで2,900万円積んでございますが、お金の話はちょっとできないんですが、例年のもので、ちょっと細かいところまで、積算しなければ出ないものですから、今年度、差し支えないような予算はできるかと思えます。

(遠藤委員)

では期待してみんなで頑張りたいと思います。ありがとうございました。

(天野会長)

僕も何点か。一つは自動車の免許証の件、これはもう今、ガンガン動いています。それで認知症はもう完全な絶対的な欠格事項なので、非常にどうしようかと困っていますけれども。あとてんかん、統合失調症、いろいろな形で、病気によってまたいろいろで、今、警察庁との折衝という形でこれからパーツと出てくると思いますので、もうパブリックコメント、オピニオン、もう終わっているので、ちょっとどういう形が出るかなということぜひ注目していかなければいけないと思いますね。勉強しようと思っています。

それから、名称の問題に関しては、もうDSM-I Vというのがもう半年以上前から成功を収めて、これどういうことかという、アメリカの診断学なんですね。それを日本がどうしても踏襲するようになる、そういう傾向があるんですけども。

例えば、病名が結構変わり得るような感じも、認知症に関しては全く、もともとのディメンシア(Dementia)というような言葉はなくなって、コミュニティブ・ディソーダとかいろいろ言っているんですけども、また何かぐしゃぐしゃになっています。

だから非常に、痴呆を認知症という言葉に切りかえるときは、松本大会だったんです。脳内精神学会、それで非常に僕は厳しくなるんですけども、またアメリカのDSM-I Vがいろいろな形で診断基準をいじっていますので、どうしようかといって、今、もうてんやわんやです、我々の中では。

ただ、僕はもう変える、そんなに振り回される必要がないというのが僕の意見なんですけれども、こんな言葉というのは、ある程度そんなに気にしなくても、もうそれを乗り越えるだけの力を絶対持つべきだろうという、基本的な考えを持っていたものですから、もうアメリカに振り回されて変えることはないということです。そんなところでしょうか。

それで、薬のことにしても相当考え方は変わってきていると思います。薬の種類と疾患の関係ですね。これはまた何かいろいろな勉強すべきだと思いますね。薬をいかに減らすために海外では何をやっているとか、いろいろなことをやっていますね。こんなに薬がいっぱい出ている国はないです、確かに。だからそういう意味で、やっぱり勉強不足というのを非常に痛感いたします。

(樋掛委員)

ちょっと一言、強制入院に関してちょっと。

今の保護者制度廃止ということで、家族の方にはちょっといいかなと思いますけれども。うちで救急医療をやっている関係では、医療保護入院の方は実際には非常に多いわけで、現場が混乱するかどうかがとても気になるところです。いっそのこと、県内、そんなことはあり得ないでしょうけれども、家族の同意というものをなくしてもらったほうがすっきりするのではないかと、ふと思ってしまうような法規定です、はっきりいって。とても大変になるなと思います。だから当然、退院請求も増えるんじゃないかと思いますので、また精神保健福祉センターも忙しくなるといいますので、ということで審査会も忙しくなると、それは確実に忙しくなることを予想します。

それでまた退院のことでちょっと思ったんですけれども、措置入院は長野県は多い。長期の措置の関係では、やはり今回、医療保護については退院支援しろというのが出ていていますし、医療観察法になった場合も、社会復帰調整官がつくわけなんですけれども、やはり同席するということなんですけれども、回復期調整をやったり措置入院、県知事の名前で入院させているわけだから、長期になれば病院の責任ではなくて、社会復帰調整を何らかすると、法律にないんですけれども、そういうことも考えないだめなんじゃないかなと思います。それは医療監察法なんかでもしっかりと調整官というのは非常に大きな役割を果たしています。それとは同じにはいかないんですけれども、考えるべきかなと思います。

あと、精神科救急情報センターのほうは、最初はあまり宣伝するとたくさん来て大変みたいな、いろいろあったんですけれども、こういう状況ですから、何らか、どこかのホームページにすぐ接続できるようにとか、PRを、前から言っているけれども、できていないと思いますけれども、よろしく願います。そんなことをちょっと思いました。

それから、当事者の方、今日来ていないということなんです、作業所等増えてきていますけれども、ハードルがその中でも高くなっているんです。年齢制限というの也被るようになっていまして、あるいは待ちがあるということもまだまだありますので改善していただきたいかなと思います。それは当事者の方いないので、かわりに発言します。よろしく願います。

(天野会長)

どうもありがとうございます。そろそろ終わりにさせたいと思いますが。

僕もいつもこの審議会で感じていることは、さっき遠藤先生言われたけれども、フリーディスカッションのほうの方がすごく内容が濃いです。それで一々事務局の方は答えなくてもいいと思うんです。もう、みんなでどうしようかという内容なので、やっていないから悪いわけでもないし、僕、長野県は一生懸命やっていると思っていますので。だからぜひ、こういう意見がどう吸収されたり、どうつぶれていったり、どううまくいく、活用されていくのかなという、そういう話し合いの場だと思うので時間が足りないのかもしれないですね、場合によっては。だから、それはぜひ検討していきましょう。

あと、精神保健福祉法、これ保護者の問題というのはもうガラッと変わりますから、入院の仕方、させ方、したときのあとの問題、いろいろな事例が起きると思うので、ぜひ見届けてというか、我々にいろいろな情報が入るように教えてください。よろしく願います。これ多分いろいろなことが起きる、全然違うパターンで起きると思いますので、ぜひ教えてください。

さて、絶対これだけは言っておきたいというのはありますか、よろしいですか。

また、ここの会だけでは、これ問題じゃないですよ。個別に県のほう、事務局、非常に頑張ってや

っていただいているので、ぜひまた、ここへもいろいろ聞いてください。よろしくお願いします。

(小林健康長寿課長)

こちら事務局の不手際で時間が押してしまってますみませんでした。今日の予定も、1時間ほどはディスカッションの時間を確保しようと思って考えていたんですけども、冗長な設定になってしまって反省したいと思います。次回はぜひ、そういうふうに段取りをしたいと思いますし、場合によっては、2時間ではなくて、2時間半ぐらいの会議時間ということで、もしかしたら予定せざるを得ないかもしれませんので、またその節にはよろしく願い申し上げたいと思います。本日、すみませんでした。

(天野会長)

さて、ではこれで終わります。

#### 4 閉 会