

長野県精神保健福祉審議会

第2回 保健医療計画策定作業部会（精神疾患対策） 要旨

- 1 日 時 令和5年6月5日（月） 17時30分～19時30分
- 2 方 法 Zoomによるオンライン会議（配信会場：長野県庁 西庁舎109号会議室）

3 出席者

構成員： 関健部会長、遠藤謙二部会員、佐藤みずき部会員、埴原秋児部会員
鷲塚伸介部会員

事務局： 宮島保健・疾病対策課長、嶋田企画幹、高橋課長補佐兼心の健康支援係長、
佐藤主事、田中主事、島田主事、榎尾保健師、医療政策課浅川主任、江上主
事、健康福祉部西垣参事、坂本長野保健福祉事務所長、矢崎精神保健福祉セ
ンター所長

4 要 旨

【会議事項】

(1) 国の医療計画策定指針について

（高橋保健・疾病対策課長補佐、資料1により説明）

医療計画作成指針等の概要について説明いたします。

厚生労働省からは、3月31日付で第8次医療計画の基本方針大臣告示の部分と、医療計画作成指針の局長通知、それと、疾病事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針という地域医療計画課長通知が3月31日付で発出されております。

全体としては、また疾病ごとにも地域の実情に応じて修正は可能で、具体的な数値目標を定めた上で、その達成のために必要な政策を記載するよう指示されております。

今回の8次計画の特徴として、政策の立案や実施後の評価の際にロジックモデルなどのツールの活用が求められています。精神分野に関しては、一番下の課長通知の部分になりますが、この中に具体的に示されています。資料1の4ページ以降をご覧ください。

精神疾患における第8次医療計画について、こちらにまとめられているのでご説明します。

まず、この指針について①の部分にあるんですが、精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムの構築、これがこの1番の図に記されています。こちらは第7次計画に引き続き、精神の医療計画の大きな柱として位置づけられています。これと併せて、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進めることとされております。

具体的な指摘としては、地域における多職種多機関が有機的に連携する体制や、医療、障害福祉、介護、その他のサービスが切れ目なく受けられるようにするということが示されており、これを進めていくために四つの視点が示されております。一つ目、「普及啓発・相談支援」、二つ目、「地域における支援・危機介入」、三つ目、「診療機能」、四つ目、「拠点機能」、この四つの視点が示されております。6ページをご覧くださいと、現状把握ための指標例として示されていますが、ここでもやはりこの四つの視点が示されており、それぞれにストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標という形で指標が分けられています。

なお、この診療機能、拠点機能の部分においては、第7次計画の資料にあったように疾病・領域ごとの具体的な指標が入ることで、疾病ごとの具体的な状況把握や方向性についても計画に盛り込むことができると考えております。

次のページには第7次医療計画の際の疾病・領域ごとの指標例がありますが、第8次計画の通知で示された四つの視点と、第7次から続いている各疾病・領域の指標を合わせて活用するというのが今回策定する計画です。

疾病ごとの表は第7次計画とほとんど同じですが、資料の8ページに精神疾患の現状ということで、各疾患の構成が示されています。ほとんど第7次計画と同じですが、一部変更になっているところがあり、(4)の「児童思春期精神疾患および発達障害」です。第7次するときには、児童思春期は児童思春期、発達障害は発達障害で、それぞれ別になっていたものが一つにまとめられています。これについては、長野県の実情に合わせてという形に変更が可能で、本日の議論の中でもぜひ委員の皆さんのご意見を伺いたいところです。

国が示したとおりにやらなければいけないわけではなく、先ほども申し上げたように長野県の実情に合わせて変更することは可能です。例えば、第7次計画においても、

ギャンブル等依存症、PTSD、高次脳機能障害については、計画の中で個別の記載をしないこととした経緯もございますのでご承知おきください。

資料1の国の指針等に関する説明は以上です。

(関部会長)

ただいまの説明について、質問等がありましたら挙手をしてください。

(鷺塚部会員)

今回の第8次医療計画では、なぜ児童思春期と発達障がいと一緒にしたのか厚労省の意図は県の方でわかりますか。

(高橋補佐)

そちらは、県の方では把握しておりません。申し訳ありません。

(鷺塚部会員)

はい、ありがとうございます。

(関部会長)

これを分けるかどうかということも含めて、今後ご議論いただければと思います。

発達障害については、最近大人の発達障害が注目されており、子どもの問題だけではないということもありますので、またそのときにご検討いただければと思います。

よろしければ、次の会議事項に入りたいと思います。次は会議事項2のロジックモデルについてです。

本日はこれが中心になると思います。「論点」資料が配布されておりますが、本日の議論の中心として、分野アウトカムや中間アウトカムについてご意見をいただきながら、ロジックモデルによる精神医療の計画の骨組みを固めていきたいと思います。

それでは、事務局作成のロジックモデル案について説明をお願いします。

(2) ロジックモデルについて

(高橋保健・疾病対策課長補佐、資料2により説明)

資料2のA3縦長の資料になります。国の医療計画策定指針で、ロジックモデルの活用が指示されており、施策の目標とする成果の達成に至るまでの理論的な関係を図式化したものがこのロジックモデルです。それぞれの評価指標も書き込んでいますが、今回は固めるところまではいきません。ただ、次回以降のためにご意見があれば伺いたいと思っております。

まず、精神疾患の分野において、施策の全体目標とするところが右から2列目の分野アウトカムです。ちなみに、一番右側の最終アウトカムについては医療計画全体で設定するものになり、この部会で議論というよりは策定委員会などで議論いただく形になりますのでご承知おきください。

こちらの部会で精神分野として最終的に目指すところは、この分野アウトカムになります。第1回部会の検討の際に、委員の皆さんからご意見をいくつかいただきました。その中に、「精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステム」により目指す社会が、精神医療においても、障がい福祉においても共通の目標であることから、事務局案としてこのような内容で分野アウトカムに位置付けております。「精神障がいの有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」という「社会の状態」を分野アウトカム、目指す姿として設定したらどうかと考えております。

先ほども申し上げたように、この部分は障がい福祉計画や介護計画とも関係してくる部分になります。ちょうど、障がい福祉計画、介護計画も今年度策定の作業を進めているため、文章の表記や評価指標の部分の整合性をとりながら進めていきたいと思っております。

次に、中間アウトカムです。分野アウトカムの達成のために必要とされる要素が、この中間アウトカムに十分入っているかどうかというところがポイントになります。事務局案として、6つの中間アウトカムを案として記載しています。この中間アウトカムによって分野アウトカムが達成できるかどうかという視点でチェックしていただきたいと思えます。分野アウトカム達成のために、「この6つの中間アウトカムではこの部分が足りないんじゃないか」というようなご意見や、「この部分は余計ではないか」というようなこともありましたらご意見をお願いします。

先ほどの国の指針の説明にもありました、国の課長通知により示されている四つの視点を参考にしております。「普及啓発・相談支援」、これはそのままです。

次に、国では「地域における支援・危機介入」が一つの視点になっていますが、事務局案としては、二つに分けています。というのは、危機介入においては、長野県の課題と認識している精神科救急の体制の問題があるのと同時に、災害や自殺対策で救急対応が必要な場合が幾つも考えられるので、これらを「危機介入」として一つの中間アウトカムに特出ししてはどうかというのが事務局の案です。

「診療機能」、「拠点機能」は、国の視点そのままになっていますが、先ほどの指標の話の中にも出てきた各疾患・領域の指標をここにぶら下げるような形に位置付けて、「診療機能」、「拠点機能」の部分に、それぞれの疾患に対する具体的な記載をしていこうと考えております。

ロジックモデルの議論が、目標とする「状態」を議論していることから、前回の部会では、「次期計画が漠然としたものになってしまうのではないかと危惧されたご意見もありましたが、ここの部分に、個別の疾患・領域等について具体的に記載できるものと考えております。

「普及啓発・相談支援」の部分では、中間アウトカムを2つ入れており、「当事者の地域での生活や療養生活において人権が守られている」という記載で1つ独立して中間アウトカムを作ろうと考えております。精神障がい者の現状を考えたときに、やはり偏見や誤解の解消が大きなポイントになると思います。社会全体、医療関係者を含む支援者それぞれの皆さんに対して普及啓発を行い、生活や療養生活において人権が守られているという状態にしたいという意図で、このような中間アウトカムを加える案としております。実際に8次計画の国の指針の指標例の中には、身体拘束や隔離の最小化が挙げられていますし、昨年12月の精神保健福祉法の改正においても、人権に関連する項目として、病院における虐待防止の取組や医療保護入院患者への訪問支援事業の創設等が含まれています。そのような背景も考慮してのご提案です。

また、このロジックモデルがその後どのように計画本文に反映されていくかということもご説明いたします。資料3の2ページ目ですが、右側にこれから作成する計画本文の構成のイメージということで、第1～第4とありますが、まず最終アウトカムは精神の分野アウトカムになると思います。精神の分野の計画本文の「目指す方向性」の部分の1番上に入り、そのあとに続く「施策の展開」や「目指すべき方向性」の部分に中間アウトカムが位置付けられます。

さらに、個別政策については、この計画の本文の構成の中では、「政策の展開」を構成する要素として、各疾病・領域について書き込まれていくイメージになっております。ロジックモデルと計画本文との関係については、このような形を想定しております。

これらも踏まえ、今回はこのロジックモデルの骨格の部分である、分野アウトカムや中間アウトカムについてご意見をいただき、方向性を固めたいと思っておりますのでよろしくお願いします。事務局からは以上です。

(関部会長)

ただいま、事務局からたたき台としてロジックモデルの案が示され、概略を説明いただきました。これから皆さんにご意見を伺いたいと思っておりますが、この分野アウトカムについて、第1回の部会でご発言いただいた委員の方を中心に、さらにご意見をいただければと思います。それではご発言のある方は挙手をお願いします。

遠藤委員、分野アウトカムに対してご意見があればお願いします。

(遠藤委員)

最終目標としては、この文言でいいのではないかと思います。

ただ、指標が精神科病院に関する指標しか出ていないので、もう少し広げておかないと、「精神障がいの有無や程度に関わらず誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」ことが達成できているかわからない。となると、こういった作業ができるかはわかりませんが、当事者、家族会、関係団体、一般市民の方がメンタルヘルスのサービスあるいは知識、それに対する態度を含めて、どの程度の満足度にあるか、浸透しているかを、指標として県で調査できるといいなと思います。以上です。

(関部会長)

埴原委員、いかがでしょうか。

(埴原委員)

少し理解できていない部分があるが、分野アウトカムにおけるいわゆる「にも包括」の実現ということで、この文言は賛同できます。

遠藤委員がおっしゃったこともその通りだと思うんですが、ここに出ている指標のいくつかは、かなり重要な指標であると思います。これだけでここに掲げた分野アウトカム全てを表せているわけではないと思いますが、こういう入院に関する指標は、位置的にはここに出てくるものと思います。

また、「にも包括」の中心は地域での生活なので、何かは今思い当たらないんですが、新規入院あるいは在院日数等ではなく、何か在宅を中心とした指標が必要であると思いました。以上です。

(関部会長)

在宅に関する指標も考えてみましょうというご意見でした。

もう一方、鷺塚委員いかがでしょうか。

(鷺塚委員)

私も理解できているようで理解できていないところがあるんですが、このように記載するしかないのでは、というのが率直な意見です。

退院率などは大事な指標ですが、さらに新たに加えるものとしてどのような指標があるのかなかなか思いつきませんが、必要な支援が行き届いているか、とか、地域生活や療養生活において当事者の人権が守られているかなど、分野アウトカムに指標をどう落とし込んでいけばいいのかは、今の時点での答えは難しいですね。

(関部会長)

佐藤委員はいかがでしょう。

(佐藤委員)

精神科医療に関してはどうしても受診待ちの地域差があります。

中間アウトカムに「住んでいる地域に関わらず必要な医療が受けられる」とありますが、精神科の受診待ちの期間が結構長い地域もあると思うので、精神科の病院数も限られている中ではあるんですが、そういったところで治療が受けやすい診療体制が増えればいいなと思っています。

また、目指すべき姿はそれでいいかと思います。

(関部会長)

私の感想としても、まずベースになるのは事務局が示していただいたものかと思えますのでこれを中心に、次回以降検討していったらよいかと思えます。

最終的にこの指標を全部固めることは本日の目的ではないので、また会議後に気がついたことがあれば事務局までお寄せいただけたらと思えます。

それでは次の会議事項「中間アウトカム」に移りたいと思えます。事務局案では、6つのアウトカムが設定されていますが、先ほどの分野アウトカム「精神障がいの有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができている状態」になるために、必要なことが書き込まれているかどうかということがポイントになるかと思えます。県民・患者の状態、医療サービスの状態として、適切かどうかご意見をいただけたらと思えますがいかがでしょうか。

今、6つの中間アウトカムが挙げられていますが、表現や新たに付け加えるものがあるかどうかについても皆さんからご意見を伺いたいと思えます。

私の方から指名をさせていただきます。佐藤委員いかがでしょうか。

(佐藤委員)

先ほどの説明の中であった法改正について、市町村長同意の医療保護入院者に対して訪問事業が行われるというところは、一歩進んでよかったと思っております。

入院者に対して外からのアプローチがあるというのはいいかなと思うので、この中間アウトカムの2番「当事者の地域での生活や療養生活において人権が守られている」のところで、病院への訪問事業が市町村長同意だけでなく、もう一歩進んで長野県でできるといいのではないかと思います。指標についてはどのような指標で評価するかというのはわかりません。

(関部会長)

鷲塚委員お願いします。

(鷲塚委員)

僕からするとやはり何か漠然としているように感じます。今日協議する話ではないんでしょうけれども、もう少し具体的な話をしていかないとこちらのイメージとしてなかなか意見が言いにくいところがあります。

先ほど一つ質問させていただいたところで、児童思春期と発達障害が一緒になっていますが、やはり関先生もおっしゃられたように発達障がいの方のケアや社会的な支援が十分にされていないところが一つ大きな問題だと思っております。

あるいは移行医療、トランジションということになりますが、小児科の先生たちが発達障害をたくさん診ている中で精神科ほどの程度移行できているのかという点から考えると、「必要な人に必要な支援がちゃんと届いてるのか」というのは、発達障害の切り口でいえばいくつか指標を作って落とし込んでいくような形にしたらいいのではないかと思います。

(関部会長)

小児科から精神科への移行は他の様々な疾患でも同じような問題があり、18歳になると精神科に行くようにと送られてくる患者さんが大勢います。その辺の視点は全体の議論の中でご検討いただけるとよいかと思います。

埴原委員いかがでしょうか。

(埴原委員)

中間アウトカムにあがっている部分は、にも包括を実現するための状態像として項目建てとしては妥当なものだと思います。

ただ、指標を落とし込むときに、どういう指標がふさわしいのかということ、1つの指標が1つの中間アウトカムの代表ではないこともあり得るので、その部分が漏れないよう、診療機能や危機介入、地域における資源等の内容がうまくここに入り込むのかどうか、指標との対応が心配なところ です。

(関部会長)

そのあたりは、事務局ともすり合わせながら指標を書くことになると思います。

最後に遠藤委員をお願いします。

(遠藤委員)

私もうまく整理できないんですが、一つ気になったのはどう切り分けていくかということです。1～2番の普及啓発相談支援に、おそらく精神障がいを持っていない方

が相談を受ける機能が必要だと思うんですが、その指標はどういうところに出てくるかということです。この文言では届かない気がしました。

3番には「患者さん・ご家族」とあり、地域における支援のところ、明確に障がいあるいは疾患を持っている方という理解なので、どう切り分けたいんでしょうか。最終的に目指す姿が、精神障がいの有無や程度に関わらず、ということなので、いわゆるメンタルヘルス全般が何らかの形で中間アウトカムのところ、切り分けるかあるいは文章として出てくるといいのかなと思いました。

(関部会長)

中間アウトカムについては、実際にこの指標の内容というのは今後書き込んでいくという理解でよいかと思います。疾患ごとの問題はその後ご議論をお願いします。

当初事務局の説明の中にあつた「人権」について、ただいまのご発言の中にご意見がなかったので、事務局はもう少し意図を明確にした上で説明をお願いします。

(高橋補佐)

人権につきましては、元々国の視点の中にははっきりと出てきてはいないんですが、やはり県としては、障がいを持っている方、支援者ともに、全ての立場の方が人権を守る体制ができているという形にしたいという気持ちがあります。

普及啓発相談支援の位置でいいのかどうかということもありますが、医療機関に対しても重要性を普及啓発を続けていくために、普及啓発相談支援の視点の中に2本目のアウトカムとして入れるのはどうかと考えております。

もちろんこれは精神科病院での対応だけではなく、例えば地域で生活する中で、家庭内で虐待が行われてないとか、地域の一般の方へも正しい知識が浸透しており、精神障がい者に対する偏見などが社会からなくなっていくことを目指したいという意味合いで書いております。

医療計画としてここまで書くのが適切かどうかというご意見もあるかもしれないので、そういったことも含め皆さまからご意見をいただけるとありがたいです。

(関部会長)

最近、福祉的就労を含めた精神障がい者の方が働く場に、就労支援の施設を運営する民間事業者が随分増えています。実情を聞くと就労継続支援A型の事業所だとな

りハードな要求をされるなど、直接人権とつながるわけではないのですが、正しい理解という点で労働環境の問題などがあります。また、病院はニュースで話題になるような職員による虐待等が取り上げられています。社会で生きていこうという障がい者の方たちに支援の手は出ているが、少し問題があるというのが私の印象です。

やはり我々としても、治療を行っている患者さんたちの人権が、日常生活の中でも守られているかどうかということも当然関心を持っていくべきことだと思いますので、表現が普及啓発相談支援を超えたものかもしれませんが、ぜひその辺も検討事項に入れていただけたらと思います。

はい、遠藤委員どうぞ。

(遠藤委員)

本日は委員の方が3名お休みなので、またその方々にも意見を言っていただければと思います。

先ほど、長期入院の云々という話も出ましたが、やはり療養中の方や非常に処遇が困難な方に対し虐待的な対応は起こりうるもので、これは十分何らかの形で、指標がいかどうかは別として、入れておいた方がいいと思います。

また、私の経験上身体拘束は、当事者あるいは周囲の方が非常にネガティブに捉えていることが多いので、最小化のための取組について何らかの方向性は出した方がいいと個人的には思っています。これは非常にデリケートな部分があるので、皆さまの意見を聞いていただければと思います。以上です。

(関部会長)

事務局は、本日欠席の委員にも意見を伺うようにお願いします。

それでは本日いただいたご意見を事務局で修正し、次回の会議よりも前に共有してください。事務局よろしいでしょうか。次回の会議の前にもう一度お目通しを依頼する形でお願いします。

(高橋補佐)

はい、承知しました。

ご欠席の委員の方にも本日のご意見などを早めにお伝えし、その方々からのご意見も含め修正したものを提供いたします。

(関部会長)

では、続いて各疾患についてご意見を伺います。

ロジックモデルの中に落とし込む個別施策としては、次回の会議で議論する予定ですが、事務局が案を作り込んでいくために、委員の皆さんがそれぞれの関係している領域について、診療機能や拠点機能などの方向性についてお考えをお聞かせください。

事務局からこれについて何か補足説明があればお願いします。

(高橋補佐)

先ほど驚塚委員からも少しお話が出ているように、国の分類の仕方がいかどうかというところもこの機会にお聞かせいただけたらと思います。

もちろん先ほどの児童思春期発達障害だけでなく、それ以外の部分についてもご意見をいただけるとありがたいです。

(関部会長)

国の指標では16の領域がありますが、第7次医療計画の際にも議論の上でいくつか落としとした領域があります。

基本はこのロジックモデルに従い、中間アウトカムにぶら下げる形で個別施策として各疾患、領域について計画案を作成していくイメージです。具体的には危機介入、診療機能、拠点機能などを想定しております。

まずは、疾患ごとに2、3人の委員の方のご意見を伺い、その後他の委員の皆さんからのご意見があれば伺うという形で進めていきます。

それでは精神科救急について、県の精神科救急の中心を担っている埴原委員をお願いします。

(埴原委員)

精神科救急に関しては、県の施策の中で医療圏が4医療圏で確定していると思いますが、現在北信圏域には常時対応型施設がありません。各圏域に常時対応型の精神科救急システムがあり、なおかつ輪番制と協調してうまくいくこと、今設置されている

救急情報センターの位置づけが十分でないので、救急情報センターと救急システムが補完されるような形ができればいいかと思います。

また、やはり緊急措置診察入院は少なければ少ないほどいいと思いますので、きちんとした形で24時間の体制が維持できることが精神科救急において必要だと思います。以上です。

(関部会長)

今、常時対応型施設は、南信は県立こころの医療センター駒ヶ根、中信は村井病院、東信は千曲荘病院、そして北信は県として今後の指定を考えているかと思いますが、もちろんそのことも踏まえて書き込んでいくことになるかと思いますが、そこで遠藤委員、長野県精神科病院協会の会長のお立場としてご意見があればお願いします。

(遠藤委員)

私の立場で気になっているのは、やはり一般救急と精神科救急の関係です。

精神疾患患者の救急車平均搬送はいつも時間を要しており、救急隊員にもご迷惑をおかけしているのでこれは大事な指標だと思っています。

「入院件数は件数が多いがこれはいいのか」と赤字で書いてあることは、皆さんどうお考えになるかわかりませんが、

計画としては先ほど埴原委員が言われた論点に尽きるかなと思います。それぞれの診療機関の機能がその都度変わってきますので、必ず4ブロックだけで解決できるとは限らず、実際は柔軟に対応することになると思います。

身体合併症の方は、この第8次医療計画の中で一般救急と精神疾患の合併について、何らかのストラクチャー、プロセス、アウトカムを一つ入れてもらえると嬉しいです。

現実的にはいわゆる一般救急の中のメディカルコントロール会議や、あるいはそれに類する会議に年に1回ぐらいは精神科救急の担当者も入れてもらえるという指標などがあると、より充実してくるかなと思っています。以上です。

(関部会長)

救急で身体合併症にも触れていただいたんですが、身体合併症について鷺塚委員、ご意見がありましたらお願いします。

(鷺塚委員)

基本的に信州大学病院で受けているのは身体合併症の救急例がほとんどだと思うんですが、それはそれで私どもの仕事だと理解しているのでそのような位置づけで結構です。

ただ、身体合併症の身体症状の治療がある程度目途がついたところで、その受け皿といますか、どのような形がいいのかわかりませんが、どこかに記載していただくとありがたいのかなと。最後まで大学病院や総合病院で診ることはあまり現実的ではないかと思うので、その辺の役割や位置づけをどこかに書いていただけるといいのかなと考えております。以上です。

(関部会長)

まさにおっしゃる通りだと思います。その辺をアウトカムに具体的に書き込むような方向で考えてまいりたいと思います。

続いて自殺対策についてご意見を伺いたいんですが、どなたかご発言をお願いします。

実際、積極的な国の施策で自殺者は確実に減ってきています。大災害が起きた際には増加しましたが、現在1万人台にまで下がっています。これは国の施策としてはうまくいってる方だと思います。

地域においては、いわゆる自殺のサインがある人を早期に発見するという意味で、最近あまり聞かれなくなったんですが、GPネットワークで一般科の先生に見つけてもらって早く繋げる。

あるいは、ゲートキーパーですね。確かに効果があったと思いますので、その辺も踏まえて検証しながら書き込んでいくといいかと思います。他にご意見があればお願いします。

(高橋補佐)

事務局ですが補足よろしいでしょうか。

自殺に関しましては、長野県の自殺対策推進計画という計画が別にあり、これは医療計画と計画期間が一致してないものです。

今回医療計画の中で自殺対策が国の方から領域として示されている中で、他の介護福祉の計画は計画期間がうまく合いますが、自殺は合わないという事情があります。

ただ、自殺対策の医療の大きな関わりの部分は必要に応じて入れられないかと考えておりますので、アドバイスいただければありがたいと思います。お願いします。

(関部会長)

前回の第7次医療計画のときも同じような問題があったんですが、基本的に別の計画の状況も踏まえて書き込めばよいと思います。

次の災害医療についてご意見があればお願いします。

私どもが最近経験したのは東日本大震災だったわけですが、これについては県を挙げて精神科病院もチームを派遣し、救護活動やメンタルの問題に対する対応をしてきたところです。

遠藤委員お願いします。

(遠藤委員)

「現状把握のための指標例第8次医療計画」のところに、DPAT先遣隊登録機関数が挙げられています。

私ども民間病院でも先遣隊ではないんですが、自分の病院が被災しておらず、近隣の地域あるいは精神科医療機関が被災した場合は、何らかの応援をしたいと考えております。ブロックごとがいいのかわかりませんが、先遣隊以外に何らかの目標を入れていただけるといいかなと思います。

(関部会長)

病院の成り立ちからして、災害医療の先遣隊は基本的に赤十字病院が担いますが、精神科領域に関してはなかなか赤十字病院だけが出動してどうこうなるわけではないので、我々県内の病院もおそらく順番に対応することが今後必要になってくるかと思えます。

これは東日本大震災のときの対応も踏まえて、そのあたりからヒントを得て、書き込んでいただけるとよいかと思いますがいかがでしょうか。

はい、鷺塚委員お願いします。

(鷺塚委員)

遠藤委員から先遣隊ではないところで協力したいというようなお話がありました
が、信大病院や日赤など総合病院の立場から申し上げますと、関先生がおっしゃった
ように東日本大震災のような場合は、まずDMATが出ると思います。院内で災害派遣の
ための資源はDMATに優先されるので、逆に我々の方がDPAT先遣隊として出ていくこ
とは実際の問題として難しい部分が出てくるので、私としては精神科病院の方にもう
少し積極的に動いていただきたいなという意見がございます。

それからこころの医療センター駒ヶ根は一生懸命やってくれているんですが、南信
に立地しているので、長野県で災害が起きたときにどれだけ動けるかという問題もお
そらく出てくると思います。先遣隊で動ける病院は各ブロックにあった方がいいんじ
ゃないかと考えますので、そういったことを具体的に書き込んでいただくといいかと
思います。総合病院の立場としての意見です。

(埴原委員)

やはり災害時医療の部分において、DPATは先遣隊とローカルDPATがあり、だいぶ数
は増えてきていますが、実際に災害が起きた場合には足りないというのが現状だと思
います。

当院はDPAT先遣隊の登録をしておりそれを維持していますが、一つでいいかとい
うと、確かによくないという問題があると思います。

もう一つ問題になるは災害拠点精神科病院ということで、特に精神科病院が被災し
たときに精神科病院への搬送を担うことが非常に重要だと予想されます。災害拠点精
神科病院のあり方は数や場所の問題、数の問題もあると思いますが、長野県でも指定
されるべき時期は過ぎていると思います。全国的に進んでいない現状もありますが、
長野県でもそのことを指標の中に考えていただければと思います。以上です。

(遠藤委員)

私も勉強不足なので、DPAT先遣隊とローカルDPAT、災害拠点精神科病院など、この
辺の定義といいますか役割を整理しながら指標ができるといいなと思います。

(関部会長)

災害時は当然最初にDMATが出ていって、一般医療についての支援ということで48時間後は病院の団体でつくるDMATが出動します。基本的にDPATがその後から出ることが多くなるのではないかと思います、それは結構長く続く問題もあるので、その辺をどうしていくか現在国で行われてるようなことを参考にしながら、長野県ではどうしたらいいのか書き込んでいただければと思います。

それでは、続いて統合失調症についてご意見いただきたいと思いますが、どなたかご発言があればお願いいたします。

統合失調症の場合は、抗精神病薬のアドヒアランスの問題が相当大きいと思います。最近はいわゆる持効性の注射剤等により、アドヒアランスがかなり改善し、それによって生活がかなり改善してきています。一方で抗精神病薬による副作用の問題も当然あり、今日薬物の進歩とともに、精神科の医療もだいぶ変わってきているところがあると思います。

鷺塚委員からご意見をいただけたらありがたいと思います。いかがでしょうか。

(鷺塚委員)

第7次医療計画には統合失調症の入院や診療をしている精神科病床を持つ病院や、外来診療している病院機関数がストラクチャーに記載されていますが、精神科医療機関を標榜してる限り、統合失調症を診るのは当たり前のことではないかなと思うので、関先生がおっしゃったように、治療抵抗性をどう指標の中に落とし込んでいくか検討し、しっかり書き込んでいけばいいんじゃないかと思います。

(関部会長)

埴原委員何かご意見ありますでしょうか。

(埴原委員)

一般的な指標の中で、やはり治療抵抗性統合失調症のクロザピンの入院および外来の治療10万人当たりの人数や機関数、E-CTのアクセス、これはうつ病、躁うつ病にも共通のものですが、そういう指標は必要ではないかなと思います。

また、統合失調症に限りませんが、精神科病院の1年以内の退院率などもどこかに出てくるのかなと思います。以上です。

(関部会長)

遠藤委員ご意見があったらお願いします。

(遠藤委員)

各医療機関で頑張っているのも特に大丈夫だと思います。埴原委員が電気けいれん療法に少し触れましたが、この指標はうつ病のところだけにだけ入っているので、どう整理整頓するのかと思いました。

埴原委員のところでは、統合失調症の方への治療を結構たくさんやってますよね。うちは修正型がないのでほとんどやってないんですけど。

(埴原委員)

はい、やっています。これからの統合失調症の指標にも入れてもいいものだと思います。

(遠藤委員)

多剤併用の過感受性の人の治療にいいはずなのでまたみんなで議論していいかなと思います。

(関部会長)

次はうつ病あるいは双極性障害について伺いたいと思いますが、どなたかご発言があればお願いします。

(埴原委員)

うつ病のところでは認知行動療法が国の指標に取り上げられています。実際精神科の外来や入院においても認知行動療法そのものは皆さんやられていると思うんですが、これは通院精神療法、入院精神療法で実際はカウントされている現状があり、“認知行動療法を外来で実施した患者数”など、現実的でない指標が入っていることが気になります。

もう一つ、うつ病は特に精神科医だけが関わる訳ではないと思いますので、やはりプライマリ・ケアのGPの先生方を対象にした、うつ病のかかりつけ医研修修了者数なども入れるなど広い視点、外来も含めた指標が必要かと思います。

また、うつ病に限りませんが復職支援に関わるような指標も何かあるといいかなと思います。以上です。

(関部会長)

これに関して鷺塚委員ご意見ありましたらお願いします。

(鷺塚委員)

今の埴原先生のお言葉に尽きるかと思います。関部会長が冒頭でおっしゃられたかと思いますが、やはりリカバリーの視点で社会復帰できているという指標をどこかに入れた方がいいと思うので、復職や子どもであれば復学、復学率が適当かどうかはまた検討が必要かもしれませんが、社会復帰できているということの指標はあってもいいのではないかと思います。以上です。

(関部会長)

それでは、認知症についてご意見を伺いたいと思います。

認知症疾患医療センターを運営しておられる遠藤先生、ご意見がありましたらお願いします。

(遠藤委員)

ここにふさわしいかどうかわからないんですけど、気になっていることがあります。

地元で「にも包括」の立ち上げ準備会を開いたんですが、いわゆる認知症を中心とした高齢者の地域包括ケアシステムが市町村では中心になっているため、認知症と精神障がい、それぞれの地域包括ケアシステムのロジックなどが整理されて記載があると、私達あるいは一般の方にとっても整理ができてわかりやすいと思います。私はこの辺が気になるのですが、他に気になる方はいらっしゃるようでしょうか。

(関部会長)

他の皆さんでご意見がありましたらお願いします。

(埴原委員)

長野県では、認知症疾患医療センターの精神科医療圏と異なるため、認知症の患者さんがより地域で暮らすということで、より大きい数字と多くの人の参画が必要とされるものだと思います。

認知症疾患医療センターの活動として鑑別診断が国の指標として挙がってるんですが、今は鑑別診断の件数よりもその後の支援の方が重要になってきており、センターの役割としてそのセンターが機能してることは重要なことだと思いますので、鑑別診断だけでなく啓発事業や地域とのネットワークや診断の視点がその地域で行われること、できれば認知症疾患医療センターを越えて行われることを望みます。以上です。

(関部会長)

認知症疾患医療センターの事業については年に何回か会議があり、その際にそれぞれのセンターがどんな役割をしてきたか数字も上がってまいります。そのようなことを踏まえて埴原委員がおっしゃったように、単に件数や診断数だけではなく、実際のサポートについてももう少し具体的に書き込むことができれば、よりよいと思います。これに関して他にご意見ありますでしょうか。佐藤委員、何かご意見あったらお願いします

(佐藤委員)

上伊那なんですが、上伊那で一般科、精神科また介護保険が必要な方を発見した場合の地域との連携ルールっていうものが独自であります。そういったところが早期発見、支援に繋がるということで有効になっているかなと思ってます。今の話は上伊那圏域のことでそのほかの圏域のことは承知していませんが、それぞれの圏域でそういったルールで良いものがあれば、ぜひ全県に広げていけたらと思っております。

(関部会長)

県の方で何か把握してることあればお願いします。

(高橋補佐)

認知症に関しては介護支援課で所管をしているので、医療の部分は会議では参加しているんですけども、それ以外の支援の体制などは把握していない部分がございます。

ただ、計画策定に関しては、障害、介護との連携という話もありますので、介護の方の計画や介護支援課と情報共有をしながら、整合性を取った記載として必要な支援の部分も書き込めるかどうか検討していきたいと思います。

(関部会長)

次の児童思春期発達障害は先ほどの説明にありましたように、国がこれを一緒にしているんですが、長野県はこれを分けた方がいいんじゃないかというご意見がございましたので、それぞれ別々に検討するというところでよろしいでしょうか。

その上で、児童思春期に関して子どものこころ診療部を持っておられる信大の鷺塚委員、駒ヶ根の埴原委員ご意見いただけたらと思います。

(鷺塚委員)

先ほど申し上げたところなんですけども、やはり成人の発達障害の患者さんはもう精神科医療機関として診ないわけにはいかない時代になっているのではないかと思います。拠点病院・連携病院という考え方も必要なんだろうけれども、できるだけ多くの病院で診ていただく観点が必要だと思います。

また、トランジションのことを先ほどお話ししましたが、子どもからどのくらい移行しているかという指標も入れていただいてもいいんじゃないかなと思いますが、これがなかなか進んでおりません。子どもの発達障害だけに限らず、摂食障害やてんかんも移行する段階においてスムーズに動いてない問題があるかと思うので、そこを指標にした方がいいと思います。

(埴原委員)

基本的には精神疾患はみんな若い人で、児童思春期という形で年齢を区切るのがいいのかどうかということもありますが、実際に今、若年者の方で精神科の入院加療を受けなければならない方が大勢いらっしゃいます。

その方たちが療養される環境として、やはり児童思春期加算を取られたような配置のいいところで多職種のスタッフが関わった形での治療が受けられる環境というのが

やはり4精神診療圏域の中にあってほしいですし、現実まだ足りていないということがあると思います。

もう一つ、児童思春期の精神科医療に関してはやはり先ほどもありましたように、治療までの外来における診療待ちが非常に長いところが全国的な問題で、やはり全ての精神医療機関で診られるような体制を作っていくことが必要かと思います。国の中で依存症と児童思春期の方々の医療へのアクセスの悪さは、精神医療の中で大きな問題になっていますのでここはきっちり上げていただけた方がいいかと思います。

また、摂食障害、児童思春期、発達障害に関しても、拠点機能が国で示されているものがないことがかなり多く、摂食障害に関しては支援病院というような形の拠点機能であったり、発達障害に関しても一部の診断に関わるネットワーク事業としての拠点が示されていますが総合的な拠点がどのような役割をして、他の医療機関との間でどういう関係があるのかということも示されているものもあればそうでないものもあるので、その辺も含め整理した形で児童思春期、発達障害、摂食障害等の拠点と支援と外来と入院という部分を明示できるような指標があればと思います。以上です。

(関部会長)

私自身も児童思春期外来を火曜日の夕方にやっており、学校が終わった後に受診できるようにやっていて、基本的には断らないので即診療ができるのですが、患者さんは非常に増えています。増えているが故に、診療待ちに非常に困っている方も多いということです。ですので窓口が増えていくことは非常に重要かと思います。

その辺を踏まえ、この辺の問題は児童思春期そして発達障害それぞれに、鷲塚委員や埴原委員が指摘になったような診療体制についての書き込みができればよろしいかなと思います。それには多少の調査等も必要になると思うので、県の方で検討していただけたらと思います。その中には当然大人の発達障害の方を見ていくことができる、あるいはそういった医療機関もぜひ書き込んでいただきたいと思いますし、その辺をお願いしたいと思います。

続いて依存症これは様々な依存症、特に最近はゲーム依存症やギャンブル依存症など、ゲームに課金するような、子どもが課金するようなものも増えています。その中で一番大きな問題である、アルコール、そして薬物依存それから最近増えてきたギャンブルとかゲーム依存症というような、そういったことについてご意見を伺いたと思います。どなたかこれについてのご発言があればお願いしたいと思います。

(埴原委員)

ゲーム・ネット依存は仕組みがないんですが、当院は県からギャンブル・アルコール・薬物に関しては拠点病院という形で受けております。どこでも治療が受けられるようにということで、この6月にも依存症専門医療機関がだいぶ増え、アルコールは精神科医療圏4地区の中でほぼ複数に近い形で指定がされたと思います。

これで十分なのかどうかということとはまた別ですが、長野県は広域のためやはり同じような形で少なくとも4圏域内でそれぞれの依存症について入院外来ともに受けられるようなものを指標としておいていただければと思います。

認知症は治療の均てん化や情報交換という形で拠点医療機関のネットワークの形がある程度できていますが、依存症に関してもぜひ総合的な形で県の施策の中で専門医療機関の相互の連絡や意見交換あるいは治療の均てん化ができるような機会を指標として設定していただければと思います。以上です。

(関部会長)

県の方はいかがでしょうか。

(高橋補佐)

今、依存症の専門医療機関のことを埴原委員にご指摘いただいたと思います。アルコール健康障害に関しましては6月1日付けで新たに5病院を指定して県内7病院の体制になっております。

今までは病院の数が少なかったもので、確かに病院同士の連携や情報交換の場は作れずにいたんですが、やはりそういったものの必要性認識しておりますので検討していきたいと思っております。

依存症の中ではアルコール健康障害は患者数も多いので、特にできるだけ早くという形で県としては取り組んできているんですが、薬物やギャンブル等依存症に関しては患者さんの数自体は少ないですが、こちらやはり4圏域に医療機関があった方がいいというご意見でしょうか。そこをもう一度確認させていただいてもよろしいでしょうか。

(埴原委員)

確かにそのギャンブル、薬物というのは入院に至ることは少ないんですが、外来での相談等を含めて、やはり治療のプログラムや支援者へのアクセスという部分においては不十分だと思いますので、4圏域に必要で、拠点という形の指標がいいのかどうかというのはご検討いただければと思います。以上です。

(関部会長)

薬物依存症に関しては他にダルクなどの組織もあり、これは直接医療ではないんですがやはり医療的な介入も必要になると思うので、その辺も踏まえ県内でのネットワークが書き込まれればよろしいかと思います。

他に何かご意見あったらどうぞお願いします。

(佐藤委員)

アルコール依存症に関しては精神科よりも先に身体科にかかる患者さんが多いと思いますので、その連携や身体科への普及啓発が必要かなと考えております。

また、薬物依存症に関しては若年層の間で処方薬や市販薬の乱用があるので児童思春期とも近い領域でもあると思いますが、薬物依存症専門医療機関がこころの医療センター駒ヶ根と小諸高原病院と遠いので、かかりやすい圏域にあった方がいいのかなと思っております。ギャンブルも同様ですね。

(関部会長)

次の問題に移ります。国の指針ではPTSDが取り上げられてるわけですが、やはりPTSDというよりはこれはもちろん災害医療の場合にも当然関係しますし、もう一つはやはり、精神保健じゃなくて労働災害でのときにしばしばPTSDが上がってまいります。

ただこの場合、過剰診断であることが非常に多く、PTSDではないものもPTSDと理解してる方も多くいるため、そういう意味でむしろ産業精神保健の分野に書き換えてもいいかと思うんですがこの辺について何かご意見があればお願いします。

(遠藤委員)

第7次医療計画のときも議論したんですが、関先生もおっしゃられたように、PTSDというとなかなかデリケートな部分があり、県の計画として県のホームページに上げ

ない方がいいかなと思います。複雑性PTSDという概念が、ICD-11かDSM-5のあたりで入ってきていますが、トラウマについては、私たちはいつも意識しながら診療しているのであえて出さない方がいいと個人的には思います。以上です。

(関部会長)

先ほど申しましたようにPTSDだけを取りあげるのではなく、むしろ中にはないメンタルヘルスの問題あるいは産業精神保健を項目にするといいのではないかと思いますので、それについてももしご意見があればお聞かせ願います。

産業精神保健で圧倒的に多いのが適応障害やうつ病です。PTSDは大災害が起きると非常に大きい問題になってまいります。自殺案件についてもPTSDはそう多くないとのでもう少し問題を広げて産業精神保健というふうに言ってもいいかなということなので、ご意見があればぜひお願いします。

ご発言がないようですので次回までに事務局ともすり合わせながら考えていきたいと思えます。

(遠藤委員)

確認をしておきたいことがあります。前回の医療計画において長野県で削除したものは、PTSD、高次脳機能障害、ギャンブル等依存症でしょうか。事務局で確認して正確に皆さんに伝えてください。

(高橋補佐)

遠藤委員がおっしゃられたように、ギャンブル等依存症は、第7次医療計画の中で依存症としての記載はありますが、ギャンブルとしての項目立てはされていない形です。PTSDは、削除した形でできています。高次脳機能障害も計画の施策の展開のところには入っていない。摂食障害についても現状については書かれておりますが、施策の展開のところには記載はされなかったという状況です。

(関部会長)

摂食障害については当然、20歳を過ぎても発症してくる人もいますがやはり児童思春期の時代に多く問題化するので、これはその中で取り上げていくべきものかと思えます。

高次脳機能障害は脳外傷後やその人の療養生活や一般の生活にも非常に関係するところであり、大きい問題ですが、これを項目として挙げていくことが妥当かどうかという問題もあります。

これについては驚塚委員にご意見あればお願いしたいと思います。

(驚塚委員)

関先生がおっしゃった通りかと思います。私もそのように考えます。

(関部会長)

最後に医療観察法についてご意見を伺いたいと思いますが、埴原委員ご意見ございましたらお願いします。

(埴原委員)

医療観察法の指定通院医療機関数は、圏域でもいいので数値目標があってもいいのかと思います。

また、医療観察法の特に通院の部分において、やはり住居の確保というところが非常に問題となっており、その中で多くの部分でやっぱグループホームが非常に大きい役割を担っています。

グループホームで暮らすことをよしとして全て書く必要はないと思うんですけども、何らかの形で医療観察法の患者さんの通院医療の居住の部分を支援しているようなものが何かあったらいいかなと思います。

もう一つ医療観察法の患者さんはやはりクロザピンの使用率は高いので、外来における医療機関医療観察法の指定数のうち、クロザピンも処方もできることを明確にしていれば、入院医療機関としては非常にありがたいです。以上です。

(関部会長)

入院医療機関の全国何ヶ所かに私は監査に行くのですが、その場合になかなか退院できない理由の一つが今、埴原先生がおっしゃったクロザピンを入院中に使っているけれど、外来通院になったときに継続的に使える病院がない。見つからないという理由で退院が延びているケースも相当あります。

確かにそういう意味ではプロでピンができる通院医療機関を、リストアップということもよろしいんですが、ただそれが医療観察法と紐付けると困ることも出てくるかと思えます。そんなことも踏まえてこの問題は出てくるかと思えます。

それから、記載に際して重要なのはやはり入居ということでこれは社会復帰調整官が非常に苦勞して、いろんなところと交渉するんですが、やはり事件を起こした場所での生活はなかなか難しかったり、それから通院との関係でちょうど適当なところが、苦勞している問題もあります。ただしこれは医療計画の中で全て書き込むことは難しいと思えますので、医療観察法を運営している厚生局や裁判所というところも考えていかなければいけない問題だというふうに思っております。

今までご意見を伺いましたが今日ご欠席の皆様からのご意見もぜひ伺いたいところでもございます。

調査してくれというようなご意見もいくつかありましたのでね、県の方でもできる限りそれに応えられるように今後の会議に向けて準備を進めていただけたらと思えます。事務局の方で今までの内容について何かご意見あればお願いします。

(高橋補佐)

貴重なご意見をたくさんいただきましてありがとうございます。

指標の話は今日そこまで踏み込んだ形でできない状況ではあるんですけども、いろんな指標の案までいただきましてありがとうございます。

やはりこれだけたくさん疾患分野領域がありますので、ある程度レベルを合わせなきゃいけない部分もあり、そこも調整をしながら案を作っていきたいと思っております。

ただ個別の疾患や領域のいろいろな考え方として、すごく重要な視点を教えていただいたと思っております。計画のためだけでなく、施策を進めていく中で、こういう視点で見ればいいのかというようなそういったアドバイス・手助けにもなる、貴重なご意見だったと思えますので、計画と、この後のいろんな政策の推進の上にも生かしていきたい。大変貴重な知識、ご意見をいただけたと思っております。

それを踏まえて、また次回の計画案の作成に着手していきたいと思えますし、指標につきましても、今あるデータでなければいけないわけではなく、必要に応じて、例

えば意識調査的なものも入れなければいけないかなと思っておりますので、それも含めて検討しお示ししたいと思っております。

(遠藤委員)

てんかんですが、てんかんの診療拠点が信州大学になったりとかして、脳外科、神経内科、かかりつけ医、救急絡みややっぱり少し整理整頓が必要かなと。

第7次医療計画にてんかんは分野別で入っていましたか。

(高橋補佐)

第7次医療計画では、てんかんは、現状の把握の中では記載がありましたが、その後のこの施策方向性としての記載には入っていなかったという状況です。

(遠藤委員)

次回でもいいですが、てんかんは「てんかん難民」という言葉が、ある専門医から出ているくらいなので、やっぱり何らかの形で、私達も、メッセージなり指標なりを議論した方がいいかなと思います。以上です。

(関部会長)

てんかんについては信州大学にてんかん診療部門が最近できてきて、そして市中でてんかんの治療を行っている医療機関からの紹介も相当あるわけですが、これもなかなか検査等の依頼も紹介してから、何ヶ月もかかるという問題もあり、例えば静岡県のでんかんセンターや寺泊とかにお願いしてることもあるわけですが、ようやく、信州大学の方で力を入れてきておりますので、その辺もぜひ書き込めたらよろしいかなと。そして県全体のでんかん診療について、患者さんに対する情報提供ができればいいかなと思いますので、その辺も検討していただくということよろしいでしょうか。

(埴原委員)

あと一点。救命救急センターに、いわゆる三次救急をやってらっしゃるセンターにおける自殺者とか精神疾患の患者が非常に多いので、総合医療体制加算を取られてない、取れない病院がまだいっぱい、実際3次救急やってらっしゃるところであって、

僕らが大学を含めて医師がなかなかそこに行かない部分もあるとは思いますが、救命センター側での精神科のアクセスというものを何か指標としてできるような形も、あるいは現状の把握という点でも構いませんがそのような点の視点を入れていただければという意見です。

(関部会長)

確かにおっしゃるように東京消防庁の調査では、救急搬送されてくる患者のうち7割は何らかの精神的な問題あるいは自殺企図であると言われたことあり、確か三次救急に救急車で運ばれる患者さんたちの中に自殺企図を含めた問題があり、その2、3日後の医療はどのように行われているのか非常に危惧しているところもございます。

松本だとほとんど相澤病院に行くのですが、そこから市内のいくつかの精神科病院に后方支援という形で移る患者さんも多いわけです。その辺の県の全体の実態、3次救急における精神疾患あるいは精神症状の問題というものをどうするかということもまた検討していただけたらと思います。

埴原委員そんなことでよろしいでしょうか

(埴原委員)

その通りでございます。よろしく願いいたします。

(遠藤委員)

現状把握ための指標例第8次医療計画というのは、これは次回に少し検討しますか。

(高橋補佐)

具体的に次回こういった指標を入れたいというような形で進めようと考えていますが、そのためのご意見をぜひお願いいたします。

(遠藤委員)

ストラクチャー、プロセスのところ、普及啓発相談支援に、保健所、保健福祉サービス調整推進会議の参加機関、団体数が入っています。にも包括について、実際どのくらい協議の場ができていくか、いつできたかをぜひ指標に入れてほしいです。

ここに書いてある保健所単位はおそらく精神保健福祉サービスの二次医療圏が書き込まれております。この関係についても整理して、実際指標としてほしいです。

ご存知のとおり県内の2次医療機関は10ですが、市町村にしたらいくつありますか。

(高橋補佐)

77です。

(遠藤委員)

77市町村は規模が様々で、どう整理するかぜひ事務局で原案を出してください。このまま出てくると議論が錯綜してしまうと思うのでよろしくお願いします。以上です。

(高橋補佐)

補足させていただきますと、サービス調整推進会議という名称の会議が新しく作られるわけではなく、圏域ごとに開催している既存のものにも包括関係の会議をカウントする意味になるかと思えます。

現状は、会議体そのものは協議の場という名前で一応2次医療圏ごと開催していますが、少し広げた方がいいのではないかというご意見でしょうか。

(遠藤委員)

簡単に言うと、各地域で頑張ってつくってねということで、大体こういう形で長野県はやるといいよなど、方向性は全く示さないんですか。

実際どのように評価するかあるいはどういう方向でみんなできているかなという評価基準を作っておかないと、駄目だと思いますね。そのプロセスの中でどの程度うまくいっているか、どうなのかというところを入れないと最終ゴールに近づかないですよ。

(高橋補佐)

次回までに研究して、説明できるようにしたいと思います。すみません。

(関部会長)

他に何かご意見ございましたら、この場でご発言願います。

それでは、協議事項3の「その他」について事務局から何かございましたらお願いします。

(高橋補佐)

その他につきましては、資料5の今後の医療計画の策定スケジュールをご確認いただきたいと思います。

精神の検討につきましては、第3回目は大体8月以降を予定しております。詳細は日程調整も含め、委員の皆様にご連絡いたしますのでぜひよろしく願います。

(関部会長)

日程調整は非常に苦勞されると思いますが、多くの委員の方が出席できるようにご配慮願います。

委員の方から何かご発言があればお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

それでは本日予定していた議事は全て終了いたします。戸惑いもある中で、皆様から様々なご意見を伺え事務局も満足かと思いますが、ぜひ早めにまとめて我々にフィードバックしていただけると意見も言いやすいと思いますし、本日ご欠席の皆様にもぜひご覧いただき、意見を伺うようにしていただけたらと思います。

それでは、必要なことはまたメール等で事務局の方にご意見をお寄せください。

本日は長時間にわたりご協力いただきありがとうございました。それでは司会を事務局にお返しします。

(高橋補佐)

関部会長、議事の進行をいただきありがとうございました。委員の皆様におかれましても、貴重なご意見をたくさん頂戴しました。

関部会長からも宿題をいただきましたが、まず今回の議事をまとめ、皆様にフィードバックし、今回参加できなかった委員の皆様にもご覧いただいたうえで、ご意見を伺っていききたいと思います。

それでは、次回が8月以降ということで、できるだけ多くの方が出席できるよう早めに日程調整をしていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それではお時間となりますので、これをもちまして保健医療計画策定作業部会を閉会といたします。お疲れさまでした。ありがとうございました。