

長野県地方精神保健福祉審議会（議事録）

日 時 平成22年 8月25日（水）

午後 2時～ 4時 40分

場 所 県庁本館 特別会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

（ 1 ）説明事項

事務局から「精神保健福祉対策事業について」資料 1～14の説明

（天野会長）

どうもありがとうございました。会議事項の（ 1 ）につきましては、説明は終了いたしました。

ただいまの説明に対しまして、何かご質問、ご意見等を順次、発言いただきたいと思います。いかがでしょうか、非常に広い範囲にわたって、もうこれ現況ですよ。全体にわたっての話が、説明があったと思います。おおむね3時ごろまで、この（ 1 ）について話し合いをして、それで、救急のほうはそのあと、救急のほうも今日ちょっと重い話なので、それをまたじっくり話し合うと、おおまかにそういう予定にいたしております。

さて、いかがでしょうか。この会議事項（ 1 ）について、何かご質問等、あるいはご意見ですね。私のほうに意見、情報ということで、NPO法人のポプラの会から寄せられていますので、最初にこれから話を進めていきたいと思いますが、山本委員さんよろしくをお願いします。

（山本委員）

事前配布のあった資料に載っていないところですが、補足として、若者向け心のバリアフリー事業の中で、養護の先生方についての研修というのが今までなかったように思うんですね。それで、ポプラの会で最初、長野工業でしたか、心のバリアフリー事業を実施したときに、北信圏域の中で養護の先生の集まる機会がありますというようなことで、50～60名でしたか、集まっていたいて、そこでポプラの会で3人出向いて行きまして、本当に、皆さんの心のバリアフリー教室、高校で、私のほうから内容をお話をさせていただきました。

本当に、私はやっぱり教員に対しても、養護の先生に対しても、本当に研修は非常に大切なものだと思うんですね。ましてや小・中学校、心の病に向けてもやっぱり学ぶ機会も設けてほしいし、そういったことで、今まで保健体育の授業であるとか、そんなところでは一切、心の病については触れてきていないと思うんですね。そんなこともおかしいと思うので、この研修を受けることで、教員がホームルームの時間であるとか、そんなところで話をさせたりして、精神、心の病、不登校とか、いろいろな問題があると思うんですが、この不登校であるとか、引きこもりであるとか、そんな問題でも研究しながら、新しい案が出て、早く早期発見ができるのではないかなというような考えを持って

おります。

それから、まだよろしいですか。すみません・・・

(天野会長)

では、そうですね、一つずついったほうがよろしいですね。今、若者向け心のバリアフリーという、それにも関連しているんですが、精神障害についての理解をもっと早い段階でぜひ、例えば小・中学校で心の病、精神疾患について学ぶ機会を設けてほしいと。それでもう一つ、教員に対しても研修を行ってほしいと、そういうご意見でしたね。

いかがでしょうか、何か事務局のほうで、これに対する何か検討等があれば、よろしく願います。

(小林健康長寿課)

それでは、子供たちへの教育ということで、現在、高校生に対して実施しておりますけれども、それをもっと早くというご意見でありまして、こちらについては、また教育委員会と調整して進めていきたいと思えます。

特に教員に対する研修ということでご要望いただいておりますけれども、こちらは、教育委員会に確認をしましたところ、養護教諭の先生方に対して、平成20年度、それから21年度と研修会を、研修会というのは、このテーマについて研修をしたということで伺っております。

また、教員についてですが、精神障害を含めて人権というスタンスから、学校人権教育担当者という方々が各学校にいらっしゃるようでして、この学校人権教育担当者が集まる研修会において、例えば平成19年度は、NPO法人ハートラインまつもとの理事さんにお話をいただいたり、あるいは20年度も同じ方にお話をいただいているということで、実施をしていらっしゃるようです。

年によって、例えば21年度は知的障害あるいは発達障害ということで、精神障害者という、広い意味ではそういうふうに含まれていると思えますけれども、そういった形で教員への研修も実施しているということでもあります。

まだまだ不足しているということであれば、さらに強化をしていきたいというふうに考えております。以上であります。

(山本委員)

ちょっとご質問なんですけど、よろしいでしょうか。

(天野会長)

今のことで、では、山本委員。

(山本委員)

すみません、今、平成20年度、21年度に養護の先生方の研修会を催したということなんですけれども、それは、どのぐらいの人が対象になるのでしょうか。どういう人たちというか。

(小林健康長寿課長)

人数までは資料にありませんけれども。20年度は養護教諭研究協議会という集まりがありまして、

中南信と東北信、2会場に分けて、外部の講師の方々から事例から学ぶものということで、思春期における精神疾患の発症状況等を説明をしたというふうになっております。

また、21年度は新規採用の養護教諭研修会ということで、こちらは外部の講師によりまして、子供の心の理解と精神保健についてというテーマを扱っております。

(天野会長)

小泉委員、どうぞ。

(小泉精神保健福祉センター所長)

補足をさせていただきます。今の精神障害の早期発見、早期介入の問題というのは、ながのかれんの家族会がこのごろ随分力を入れておられまして、先日も長野県教育長、長野県教育委員長にながのかれんの人たちが精神障害の早期介入を学校でぜひやって欲しいという申し入れをされて、学校の教員に対する研修が必要なことを説かれました。昔は保健体育の教科書に、そういう精神障害のこともなんか書いてあったそうです。ところが今はそういう記述がなくなってしまっているものですから、やはり学校教育でも副読本の必要性とか、そういうリーフレットみたいなものが必要だということ、その場でもお話しがあったというふうにお伺いしております。

それから、今度、ながのかれんのニューズペーパーがあります、家族会の。この前、うちのセンターで「思春期精神保健研修会」ということで、東京都精神医学総合研究所の西田先生に「精神障害の早期介入」の講演をしていただきました。西田先生は、東京都立松沢病院院長の岡崎先生と一緒に仕事をされています。先日の西田先生のご講演の内容をまとめてほしいということで、私と竹内さんという心理の方とながのかれんのニューズレターに今度そのことについて書くことになりました。

いわゆるDUPの問題です。要するに臨床的に精神障害が発症して、精神科にかかる前の期間をできるだけ短くしたほうが後々いいということがあって、DUP(精神病未治療期間:Duration of Untreated Psychosis)ですか、そのDUPを短くするために、やはり教育関係の人のご協力が必要だし、いわゆる医療ベースでも必要なんですね。そういう意味では、先々週行った小児科医を対象にした「心の健康対応力向上研修」というのを信大の原田先生に来ていただいたりしてやったんですけども。そういうふうに小児科の先生にも、耳鼻科の先生にもお伝えしないとだめなんだそうです。要するに幻聴で耳鼻科にかかることがあるものですから。

だから、そういう意味で、小児科の先生に対してもこういったDUPというような新しい言葉を紹介させていただいて研修をさせていただきました。山本委員がおっしゃるような、15歳の思春期への啓発が重要です。もともと長野ダルクのメンバーで薬物乱用防止で学校へ回っていて、それをモデルに心のバリアフリー事業でポプラの会のメンバーが学校を回っているというようなことが、全国的に見ても先駆的なお働きだったと思います。

そういう意味で、今、私が申し上げた、精神障害の早期介入のことも、これから学校ベースや医療保健ベースでもどんどん広げてまいりたいと思っております。以上です。

(天野会長)

どうもありがとうございます。そうですね、何かございますか。よろしくお願ひするとか何か。

(戸田委員)

ちょっと補足と言いますか、経過説明だけさせていただきます。「ながのかれん(長野県精神障害者家族会連合会)」としては、毎年、地域との懇談会ということで、各関係の課長さんなんかもお集まりいただいて要望を出させていただいています。

そういう中で、現時点でも、なかなかその進展と言いますか、我々の気持ちが通じていないなという部分が、先生とか、それから子供たちに対する心の病、いわゆる精神障害についてのその理解がなかなか浸透していかないということで非常に、これ何と言いますか、どうしてなんだろうかという疑問を常に持ち続けているんです。

先ほど小泉所長のほうからちょっと話がありましたけれども、たまたま今月の12日に教育委員長、それから教育長、並びに、あと関係の課長さん数人ということで、非公式ではありましたが、情報交換をさせていただいて、とにかく精神障害についての偏見差別ですか、これがやはりまだ根深いと。やはり、それともう一つ、早期発見ということで、一番教育の前線にいらっしゃる先生方、それから特に養護教育の先生に、いろいろ正しい理解をきちんとしてもらおうという機会を常にとってほしいというような要望をさせていただきました。

やはりいろいろ見ていると、どうもいじめからやはりストレスを訴えて、うつ病の症状を起こすとか、それから、統合失調症のほうに移行するケースが多いのではないかとというふうに私どもは考えておまして。早期発見の中でそれを抑えることができれば、発症率も相当落ちてくるのではないかとということがあります。

そういったことで、今後、そういう正しい理解、それと差別偏見の解消に、私どもとしては取り組んでいきたいというふうに思っておりますので、ぜひご協力をお願いいたします。以上です。

(天野会長)

どうぞ、遠藤委員。

(遠藤委員)

私もこれ非常に関心があるところで、非常に重要なところですね。精神、心の病に対する偏見、不理解ですね。この間、たまたまオーストラリアのドクターで、やっぱりオーストラリアで、どうして偏見を減らして理解を深めるかという話を聞いたんですけども、日本の比較もちょっと説明されたんですけども。

一つは、やっぱり小中高の学校で、少なくとも心の病について日本は全然、ほとんど教えていないと、生徒に。それというのは結構有効らしいですね。やっぱり、私が理解している範囲のことはやっぱり教科書に出ていないと、長野県の教育委員会もそう簡単に教えられるかどうかわかりませんが、この問題はぜひ、ちょっとこちらから長野県としては、どこかを突破口を開いてほしいと思いますね。

私もつい最近、本当に来た患者が、高校生なんだけれども、家族も決して偏見を持っているように見えないんですね、精神科の病院で、早く治るものだから専門医を入れても、本人が抵抗があるんです、どうしてなのかなと。何かイメージが、心境なりを含めて、そこにかかわりたくないというか、非常に抵抗があるんです。本人、どこか、ちょっとその部分が理解できないんだけれども、やっぱり早く、でも教育の中にやっぱり入れるべきですね。でも、教えるとなると、養護教諭の人だって一生懸命理解せざるを得ないと思います。だから、私、これぜひ当事者の教育を長野県内でも進めてほしいと思います。以上です。

(天野会長)

どうもありがとうございます。小・中学校というか、そういう学生、生徒たちへの教育というのがいかに大事かを、今、遠藤先生からも言われましたが、やっぱり、この間は戸田委員が中心になってやられた会がありましたね。そのときも差別、偏見とかが非常に大きな話題というか、もうそれがテーマだったんです。やはり、いかに皆さんに理解してもらうか、正しい理解を、これは本当に、もう知らないということのほうが、何か病気のことを本当に理解してもらおう。

その教育委員会の壁が、今、言われたように、教科書に活字で載るということはもうとんでもないスケールな大変化だと思いますけれども、統合失調症とか、そういう言葉が載っていないですものね。そういう認知症というか、認知症のほうが先に載るかもしれませんね。そういう意味では、社会の中で。だから、そういう意味で、非常にこういう新しい指摘というか、大事な指摘だと思いますが、よろしく願いいたします。

続いて、山本委員いかがでしょうか、次に進んでよろしいでしょうか、お願いします。

(山本委員)

お願いいたします。福祉医療の対象の拡大についてなんですけれども、今回、2級までということで、通院で、自立支援医療については2級まで拡大されたんですけれども、やっぱり本来、福祉医療の対象になる方、やっぱり精神に病を持った人が、健康について、市民健診であるとか、そんなことでは受けられますけれども、医者が診ても、レントゲンをとるとか、血液検査であるとか、CTであるとか、MRIであるとか、お薬をもらうことに対しては非常にお金がかかるわけなんです。

そんな中でやっぱり、なぜ2級まで、普通の医療に対しても福祉医療が拡大できないかということをお聞きしたいんですけれども、財政的に困難であるというようなお答えがあると思うんですけれども、このちょっと疑問に思う点は、2ページの精神障害者福祉手帳の交付状況の意味というか、増減がちょっと私にはよくわからない、1と2の増減分がちょっとわからないんですが。

21ページのセンターでの審査件数についても、1級、2級、3級と書いてあるんですが、この上限に対してはどうなんですか、増えているのか減っているのか、そこのところをここでちょっと教えていただきたいんですが、私の中ではちょっと読みとれないんですが。もし財政的に困難であるとか、そういう問題であるならば、では増減がどうかなんて、単純にそういうふうに思うわけなんですけれども。この辺に対しては、ちょっとご説明がありますか。

(天野会長)

精神障害に対する福祉医療の対象拡大をしてほしいという趣旨で、それで3障害一元化になったとはいえ、精神障害に対する、そういう資料が遅れているのではないかと。

今、具体的にこういう手帳のことですね。このことも含めて、事務局の方に、何かご検討があればよろしく願いいたします。

(小林健康長寿課長)

福祉医療の関係は私どもが直接担当しているわけではないんですけれども、同じ部の中の健康福祉政策課というところが担当しております。

こういったご要望が以前からあるということは、私ども十分承知はしておりますけれども。山本委

員おっしゃるように、やはり片方で財政的な部分もありますし、特にこれ直接は市町村実施事業ということで、県も補助金という形で対応しておりますけれども、そういった意味では、市町村のまた財政にとっても大きな影響があるということで、市町村と県で協議をしながら、この福祉医療の制度拡大について進めてきているということで、それが今年の4月からは、2級の方に対する対応ということで拡大をさせていただいております。

もちろん、こういった支援制度は手厚いに越したことがございませんけれども、そういった財政状況もありますので、また今回もこの制度の拡大の状況も見据えながら、今後の対応を検討しているというような形で回答をいただいております。

それから、1ページの増減ということでしょうか。2ページの・・・

(山本委員)

2ページの6の(1)と(2)のところと、21ページのところで、どのように変更があるのかということが、自分の中では、これだけでは見えてこないんですが、手帳の数、1級、2級、3級とか、あと年金の問題も含めてなんですけれども、そんなところをご説明いただければありがたいんですが。

(小林健康長寿課長)

すみません、今日の資料では、2ページはこれ22年3月一回限りの数字ですので、今のご要望にお答えできるように、また資料を、経年変化ということで整えてお示ししたいと思います。

(山本委員)

お願いします。それから、1点よろしいですか。今、これ杉田先生のほうからの資料なんですけど、精神保健福祉法詳解ということで示され、等級の程度の比較ということで手元に資料があるんですが、本当に福祉医療の範囲では、精神障害者手帳2級までが妥当であるというようなことが出ていますが、あとでまたこれお渡ししますけれども、こんなこともネットに入れてほしいと思っておりますが、よろしく願いいたします。

(天野会長)

よろしく申し上げます。数字のほうはあまり変わらないんでしょうか、実際、こういう流れになっていると、増えてはいるんですか・・・。

(小泉所長)

上限はないです。きちんとした手帳の申請をしていただいている限り、手帳は速やかに発行されます。

(小林健康長寿課長)

こちらのほうで上限を決めて、これ以上は認めないとか、そういうことはしていませんので、該当の方がいれば、認定しています。

(山本委員)

わかりました。市町村に任せるばかりでなくて、やっぱり県でも推進してほしいという気持ちはあ

ります。

(小林健康長寿課長)

そうですね。そういった意味で、先ほど申し上げた市町村と県がしっかり入ってやっておりますので。

(天野会長)

宮尾委員、どうぞ。

(宮尾委員)

すみません、今、山本委員さんが質問され、課長さんがお答えになった、市町村で2級の方にこの4月から拡大されたところがあるということですか。全部の市町村で2級の人に拡大したんですか。

(小林健康長寿課長)

そうですね。県として、そういう補助制度を増やしたということですね。

(宮尾委員)

それで、それは精神科医療費だけで、例えば身体症状で内科へかかるとか、そういうときは別にないんですね。

(小林健康長寿課長)

ええ、精神科通院医療のみということで、限定はしております。

(宮尾委員)

山本委員さんは、精神科通院医療だけを福祉医療と言われているのか、ほかの障害者は、全科に福祉医療が使えるわけです。そちらへの拡大と言われているのか、どちらでしょうか。

(山本委員)

ほかのものへもやっぱり拡大してほしいということです。

(宮尾委員)

それはきっと課長さんと山本委員さんとかみ合っていないと思うんですね。精神という場合に、市町村で2級に拡大したといっても、それは精神科医療に対してだけで、精神の疾患の方が内科を受診したとか、ほかの科に受診されたときは、福祉医療が全然使えないんです。

だから、そういう点で、私はきっと山本委員さんの気持ちを推し量るのに、その福祉医療を精神科医療だけではなくて、ほかの障害者と同じように、他の医療にも使えるようにしてほしいと、そういうご要望なのではないかと思えますけれども。

(山本委員)

それで、今、千曲市では福祉医療がきいているんです、ほかの医療にも。だから、いつもお隣の千

曲市なんかを聞いていると、千曲市できているのに何で長野市はやらないのかとか、そのことを思ったりして、うらやましいと思うんですね。だから、ある程度格差も出てきていることは事実なので、そんなところで、公平ということも是正してほしいという気持ちがあつての意見なんです。

(小林健康長寿課長)

私も、その2級の方の医療の範囲をもっと広げるべきだということも含めてお答えをしたつもりでありますけれども。

この制度は県が市町村に補助をしているんですけれども、山本委員おっしゃるように、市町村の中には、県の補助は全然使わずに独自の事業ということでプラスアルファをやっているところがあつて、これはほかの障害者の方もそうですけれども、県内で非常にいろいろな差があるというのは事実だと思います。それは県としては、それを統一しなさいというのはなかなか難しいんですけれども、最低限、県内でこういう部分は県としても補助金を出しますということで、4月から、その精神医療に限ってはありますけれども、広がったということで、そこをさらに広げるということは、ご要望としては十分承っておりますので、先ほど申し上げたような考え方に沿って、今後の対応をしていきたいということになります。

(山本委員)

1点だけよろしいですか。市町村と県とのその割合というのは、どのぐらいなんですか。ちょっと無礼講で本当に申しわけないんですが、何も知らないで申しわけないんですけれども、その支援に対する・・・

(小林健康長寿課長)

2分の1を県が補助するということですね。

(山本委員)

2分の1を県が補助すると、半分ですか、ありがとうございました。

(天野会長)

どうも、そうですね、いわゆる、法令でいく解釈ですね、山本委員さんの。いわゆる身体的なことも含めてそういう拡大をと、千曲市は多くやっている。

(山本委員)

千曲市は多くやっています。

(天野会長)

拡大した事業でやっているわけですね。もう唯一、千曲市だけですか、県内では。

(山本委員)

いえ、まだ、ほかにもたくさんあると思うんですけれども。

ただ、大きいところで、長野市であるとか松本とか、そういうところがなればいいんですけれども、

お金があってざあーっと、なかなかその部分がいかないものですから、歯がゆいんですが。

(小林健康長寿課長)

一番いいのは、おそらく県が非常に高いレベルで維持できればいいんですけども。2分の1県が出すということは、逆に2分の1は市町村が、それにある程度出さなければいけませんので、県だけが出すというふうに一方的に決められないという事情もあると思います。

(宮尾委員)

ちょっとそれで、すみません。これは、生活保護をいただいている方は、医療扶助で全科無料で、無料といいますか医療扶助で診療を受けられます。でも、年金を頂いて、生保を止められたときに、精神医療は続けられるのですが、どこか痛いときに、もうお医者さんにかかったら生活していけない。だから、痛くても我慢しなくてはいけない、今そういう状況の人たちも結構いらっしゃるんですね。だから市町村の事業だけれども、やはり県も主体的に、なるべく県もそういう2分の1の補助を出すから、そういう全体の医療に何とかやっていけないかと市町村に働きかけて頂けると嬉しいのですが。

私が精神保健福祉センター勤務時に、一緒に県が長野県の単独事業として多様な社会復帰施策を進めて下さり、各県に比べ随分進んでいたと思います。ですから、やはり市町村ばかりでなくて、県もこういうことをするから市町村の方もというような、やっぱり実際にご本人たちにしたら、それを望んでいる方が一杯いらっしゃると思うので、市町村がやればということではなくて、県がやるから市町村もやらないかという働きかけをやはりお願いしたいなと思います。

(小林健康長寿課長)

また、そのような方向で取り組みを進めます。

(天野会長)

よろしく願いいたします。第3番目ですね、続きまして3件目ですね、よろしく願いします。

(山本委員)

隣に宮尾委員さんがおいでになるのであれなんです、年金の支給停止の問題についてなんです。

やはり、今、表面化してからあまり、おそらくまだ会議が開かれていないので結果はわからないんですけども、今はそんなに問題にされてはいないというか、数は拳がってきていないようなふうには感じるんですが。何か問題化したから、この問題が表面化しないというのは何かおかしな話で、やっぱり不支給の過程ももっと明らかにすることがやっぱり大事なのではないかと思うんですが。

それからもう一つは、対象者になった人たちに、やっぱり救済の手を差し伸べてほしいということで、どうしたらまた元に年金を回復できるのかということちょっと支援してほしいなというふうに思っています。

年金不支給になった点については、宮尾先生のほうから何か意見があったらお願いします。

(天野会長)

要するに障害年金の支給が停止だということですね。そういう事態が、実際、では就労してそういう停止になっても、健常者と同じように働けないということもあたりして、それで安心して働ける

ように何とかということですね。それから、不支給の家庭ということをもう明らかに表だって、表に出してほしいと、そういうことでございますね。

宮尾委員、それについて発言という、今、山本委員から要望が来ましたけれども。

(宮尾委員)

はい、その前に、昨年ニュースながのかれんに載せて頂いた後に少しずつ纏めたレポートを持参しました。配布させて頂けるでしょうか。よろしければお願い致します。

また、別に昨年9月9日の信濃毎日新聞に、県障害者自立支援課が就労して年金を貰えなくなった等の指摘を受けて、県内10圏域に設置されている障害者総合相談支援センターを通じて06・07年に障害年金の申請をした方の受給状況を調査したところ、いずれも知的障害者で就労していた方13名中1名のみを受給だったとの記事がありました。100万円以上の収入があって雇用保険に加入している方はすべて非該当でした。その後一部のセンターでは、同様な条件の方から申請の相談を受けても事情をお話して申請をしていないともあります。私ももう少し様子を見てからにしましょうと現在同様にしています。先程の信濃毎日新聞の記事で、社会保険事務局の方はそのようなことはありませんと言われていますが、今年の3月頃まではそのような状況だろうと思います。その後、改善しているか否かは解りません。私は昨年6月、3年間働いたけれど疲れたので6月末で退職するという方の障害年金更新申請の診断書を書きました。6月末で退職するとはっきり書きました。その故か否か非該当にはなりませんでした。

今後1・2年の内に、福祉工場や就労継続A事業所へ就労した方の更新申請が予想されますが、障害者枠で就労した方以上の収入が見込まれますので、どのような結果が出るのか予想できずにあります。

社会保険事務局からは、不支給になった理由として、自動車通勤をしていることも問題とされていました。不支給の理由として、障害年金2級に相当する方は、家庭内の生活がやっとで外出もできない、自分の下着を洗うのがやっと、軽食を作るのがやっとの方で、就労したり自動車に乗れる人は該当しないとありました。先程お配りしたレポートにも書きましたが、身体障害者の障害認定基準を知的・精神障害者にも当てはめているので、この辺をどこかで考えていかなければいけないのではと思います。

障害年金の問題は、私にも難しくよくわかりません。先程、寺沢課長さんが今年に入ってから改善しているのではと言われましたが、社会保険事務局から新しい情報が来ているとしたら、昨年の当審議会でも問題にされていたことなので、年金の申請に関係する機関に情報を流して頂ければと思います。新しい情報を知らないで、相談される私たちの立場で、申請しても今は無理ではないかとセレクトしてしまい当事者の方に申し訳ないことをしてしまいます。現場の私たちが新しい情報を早く入手することは困難なのでよろしくお願いしたいと思います。

(天野会長)

大分、時間も押してしまって、この問題はここで審議しても、ここで相手が相当、はっきりしていることもあって、今、宮尾委員のほうからのご指摘、怒りの力説ということもありましたけれども、いかがでしょうか。この事態、2つの。

(宮尾委員)

県のほうは、何かゆるやかになったという、そういう何か情報を得ているんだったら、やはりこの場で流していただけたら、それはホームページに載っているのだというわけですね。だから、それだけがほしいと。

(寺沢障害者支援課長)

すみません、では私のほうで。国の制度なものですから、どこが担当ということはないんですけれども、私の知る限りのことだけ申し上げます。

今、宮尾委員さんからお話のあった、障害者福祉年金の停止とか不支給、若干長くなるかもしれませんがせんけれども、経過だけご説明しますと。確かに平成18年から20年ぐらいいにかけて、滋賀県とか兵庫県のところで、就労ということが原因かどうかわかりませんが、支給停止というようなことが数多くありまして、それを受けて不服申立をしたりしまして、それで、現実的には、今、各県で行っている社会保険事務局との判定がくつがえる例がかなりあったというようなことがございました。それから、また滋賀県では、基礎年金の支給決定の取り消しが、その不支給になったもので取り消しの訴訟を起こして、地方裁判所で請求が認められて、国は支給すべきだということになりまして、今年の2月だったと思いますけれども、国はもう控訴しないと、負けたということで、年金が受給できるようになったと思います。そんな経過も、今、あるわけでございますが。

昨年、今、宮尾先生のお話があった、9月に新聞に載ったというようなこともあって、私も、前の自立支援課長と社会保険事務局に行って聞いてきました。経過的には、国の基準は変わっていないけれどもということも前段で言っていましたけれども。それからもう1点は、就労によってとかで判断をするものではないと。それは7月の、昨年、多分この全国的な裁判や何かの動きがあって、国からの通知があったものだと思いますけれども、国の年金のほうから、社会保険庁から各都道府県の社会保険事務局長あてに、要するに年金の支給については、就労したことのみではなくて総合的に判断しろ、という文書が7月に出了ました。それは私どもも、先ほど通知していないじゃないかというようなお話もあったんですが、私どもとすれば、障害者の施策推進協議会とか相談支援部会等々の中で、この情報を提供しながら情報提供をしたつもりでおるんですけれども。

国とすれば、一律に就労したことに思って支給停止ということではなく、総合的な柔軟な判断を求めるとというのが7月の17日に、昨年、出たというふうに、私ども直接通知をもらっているわけではなくて、違うところから入手したんですが。その通知を得たあとだと思いますけれども、私どもも総合支援センターしか、私どもも市町村というわけにはいかないものですから、総合支援センターに情報として聞いてみました。聞いてみましたところ、21年7月までと、それ以降ということになるかと思いませんけれども、ちょっと分けて、確かに21年1月から22年1月まで13カ月間かもしれませんが、総合支援センターを通じて申請されたケースが62件ありました。その62件中に、不支給とか停止が5件。具体的には5件とも21年の7月の通知前のもので、7月以降の通知以後のものについては、不支給というものが通知されて、センターを通じた中ではございませんでした。

聞いたところによりますと、細かなところはともかくですが、就労して100万円以上あっても支給されているケースは、それは要するに総合的な判断の中で、いろいろなところで言われていますけれども、その後の状態をいかに診断書で書いていただくかということがやっぱり焦点ではないかというのが、私どもの相談支援センター等の中での情報かなというふうに、そんなふうに思っています。以上です。

(天野会長)

どうもありがとうございました。この点は、ぼく、これ以上ちょっと時間をかけると、相当、違った方向に行ってしまうかもしれないという、非常に大事な問題です。こういう問題提起で、事実関係を明らかにすると。それから、支援をするという、この2点が情報としてあるということで、それを県のほうでも受けとめていただいて、さらに、もう一つ資料が、格差が認められるということで、これは参考資料として、皆さんにこれ見てくださいということでよろしいでしょうか。

まだ大きな課題があつたりしていて、宮尾委員の、いかがでしょうか、もう大変な問題だなと思って聞いていましたけれども、これ、ぜひ重く受けとめて、県のほうも社会保険庁のほう、相手が、国ですよ。その辺、調査をまたしっかりとやりながらサポートをぜひよろしく願いいたしたいと思います。もう一つですね、どうぞ、山本委員。

(山本委員)

障害者も地域公共交通を考えたいということで、長野電鉄さんに要望書を提出いたしました。その件に関しまして、16ページと17ページに、県のほうで「精神障害者保健福祉手帳に基づく交通運賃等の支援策について」ということで、各事業者さんにご通知していただいて、どうもありがとうございました。

これをむだにしたくないということで、今回は、障害者の地域公共交通を考えたいということでしたけれども。今回、長野県レベルでやっていこうという動きで、地域交通網のことを長野電鉄、上田電鉄、松本電鉄、またJR、また高速道路とか船舶とか、そんなところに全般にわたってやるということで、長野県レベルの団体さんにおきまして、仮称長野県障害者地域交通網を考えたいということで、9月22日を第1回目の会合として始めたいと思いますので、これからもご支援、よろしく願いいたします。以上です。

(天野会長)

よろしいですね。ちょっと時間、ぼくもどうしようかなと思っていて、県のほうから、救急体制のことを何かすごく大きな重い話で。最初にそれをやるだけやって、時間の加減を見てまた1番に戻るとい、そういう手順でちょっとやらせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(2) 審議事項

「精神科救急医療体制整備について」

(天野会長)

まず、進行だけは進めていきますので、2番の精神救急医療体制整備について。

まず事務局から説明をいただいて、どんな点をみんなで話し合えばいいかということをお示しいただきたいと思います。よろしく願いします。

(小林健康長寿課長)

それでは、私、小林から説明をさせていただきます。お手元の資料の23ページからが、この資料になります。

なお、事前にお送りした資料のうち、27ページ以降は本日ちょっと差しかえということでさせてい

ただきましたので、27ページ以降は、内容がちょっと変わっておりますので、そこだけご了承いただければと思います。それでは、23ページへお戻りいただければと思います。

23ページは、精神科救急医療整備事業ということでありまして、これは、現状が上の絵になっておりまして、長野県を3つのブロックに分けて、そこにある病院の数、それによって各地域の救急患者さんの受け入れを担当していただいております。

それから、左にあります精神科救急情報センターという、これは現在、県立駒ヶ根病院にこのセンターが設置されておりまして、そこに書かれている夜間休日の時間帯において、患者さんや関係の皆さんから、問い合わせというか電話相談を受けて、そして、精神科の救急医療が必要かどうかといったことも含めて患者さんの相談に応じているという、これが、今、動いている県内の精神科救急医療体制になります。下の絵は、改正後とありますけれども、22年12月、これは県立駒ヶ根病院が現在改築中でありまして、その改築が完成したときをもって、この新しい体制に移行したいということで、22年12月となっております。

どんなところが違うかということ、3つのブロックの輪番というところは変わっておりませんが、その上にあります駒ヶ根病院を常時対応施設という、常に対応するというので、輪番病院のほうは夜間休日の対応ということでありますけれども、この下の絵の常時対応施設というのは24時間365日の対応ということで、こういった言葉が使われております。それから、左の精神科救急情報センター、この部分は変わりはございませんけれども、時間帯が24時間になるということであります。

以上2点が新しい体制の特徴になっておりまして、この23ページの資料は、私どもが本年度の県の予算を確保するために作成をした説明の絵になっておりまして、実際に、まだこれが決定しているわけではございませんで、この下の絵にできるように、現在、検討をしております。具体的には、この精神科救急医療を話し合っていたく、この審議会とは別な会議がございまして、精神科救急医療連絡調整会議という会議がございまして、8月10日に、これからご説明するようなことも含めてご検討いただいております。今日、お示しするものは、この8月10日の連絡調整会議での検討を踏まえた、現時点の事務局の案になってございます。

それでは、これに先立ちまして、24ページが現在の精神科救急医療対応状況ということで、細かい表になってございますけれども、簡単に申し上げますと、最初の男女計というところに828人というふうに書いてございます。現在、これは21年度ですので、南信は駒ヶ根病院だけとなっておりますけれども、22年度から3病院となっておりますので、そこだけちょっと変更はございますけれども、21年度で800人程度の救急医療体制による患者さんの対応がされております。以下、内訳はまたご参考にご覧いただければと思います。

それから、25ページが関連する資料ですけれども、精神保健福祉法の中に、緊急に対応が必要な患者さんについて、警察官をはじめ、通報等の連絡をいただいて、保健所による法的な、ある程度強制力を伴った診察や入院といった対応をされております。その実績になっておりまして、佐久からずっと10圏域で書かれておりまして、真ん中ほどに合計というところでありまして、一番下に298件、約300件程度の通報等の連絡が県内でされているということであります。

それから26ページは、先ほどご説明した精神科救急情報センターという、電話相談の実施状況になっておりまして、21年度の合計は179件ということであります。特に右の相談結果というところをご覧いただければと思いますけれども、179件のうち、当番医の紹介、この当番医というのは輪番制で対応をしていただいている病院ということでございまして、早急に受診が必要だという、そういった区分になります。また、かかりつけ医の先生に受診を勧める、これも当日ということになっておりますの

で、こちらについても比較的緊急性があるということでもあります。それ以外は、改めて平日の精神科の医療機関を受診してくださいとか、あるいは精神保健福祉センター等に相談をしてくださいといったことも含めて件数が載っております。それで180件の相談のうち、実際に緊急的な対応が必要になるものはそのうちの一部になっているということ、この実績から読みとっていただければと思います。

こうした現状がありますけれども、23ページの下絵になるように、こういった形で仕組みをつくっていくのがいいのかということでありまして、27ページをごらんいただきますと、この27ページは、現在の救急医療体制に関する県要綱ということでありまして、23ページでいうと上の図に相当するものですけれども、こちらは第3にありますように、休日夜間のみへの対応について記載がされております。これを今後、23ページの下絵になるように文章化をするわけですが、それが28ページからになっております。

28ページは、今の1ページの要綱を3ページにわたって広げていくということで、量的にはかなり広がっておりますけれども、いろいろな字句の追加等がどうもありますので、3倍、順次3倍に広がったということではありませんけれども、今まで言い足りなかった部分も含めて、今回、この28ページの要綱の案になってございます。

第1条は目的ということで、救急医療の提供。それから第2条は県が実施する、あるいは、県が委託できると認めるところに委託をしてもよろしいということです。第3条が休日・夜間ということで、これは今と同じですが、夜間と休日の定義をしてございます。

そして第2章、ここが現行ではこのように明記されていませんけれども、改めて精神科救急情報センター、いわゆる相談電話の部分の記載もしております。第4条で、現在と同じ県立駒ヶ根病院にこの電話相談機能を委託するという。それから第5条は、精神障害者の方、ご家族の方を含めて、警察、消防等も含めて緊急的な案件に対しての相談を受けるということになっております。そして第5条の4にありますけれども、その連絡を受けた内容によって緊急の受診等が必要であれば、そういった医療機関と連絡をして速やかな受診を支援するという、そんな書きぶりになってございます。そして第6条が24時間365日ということで、現在の休日夜間を拡大してずっと対応していただく、そんな形になってございます。

29ページの第3章になりますけれども、第3章が今回、一番大きな追加分になっております。まず第9条のところ、精神科救急病院という定義を改めてすることにします。このときに、県としては、県内の病院のご協力をいただいて、トータルとして24時間365日、この救急医療が提供できるような体制を整備する。2番目で、そういったことをするために、県としては精神科救急病院を指定する。精神科救急病院には、これまでの一般病院と、それから新しく常時対応施設という、これを追加して、この2つを合わせて精神科救急病院と呼ぶということでありまして、そして、この救急病院は、先ほど説明申し上げた電話相談、情報センターからご紹介をいただいた案件について対応をしていただくと、そういったことで、医療機関のご負担を軽減するような仕組みとさせていただきます。

第10条が輪番病院ということでありまして、緊急に医療を必要とする患者さんに対して、1行目にありますけれども「休日及び夜間において対応する」ということでありまして。それから、輪番というのは一つの病院ですべてをカバーできないということで、交代で行うということでありまして、輪番制で診察を行うということが一つ。それから2項にあります、空床を1床以上確保する。それから3項にありますけれども、輪番病院で既に空床が利用されている、あるいは、なかなか輪番病院だけでは対応が難しい、例えば重度の患者さん、重症の患者さん、そういった方々を常時対応施設に受け入れをお願いするという、そういった流れが第3項に書かれております。

そして第11条が、これが全く新しい項目になりますけれども、常時対応施設ということでありまして、第1項は第10条と同じになってございます。それから、第2項は第10条の3項と対応する部分です。輪番で対応できない場合に、輪番病院から患者さんを受け入れるということになります。それから第3項は、この常時対応施設は、休日夜間以外にも精神科の医療機関、県内でいろいろな形で診療が行われておりますけれども、そういったところでの対応が難しい場合には、平日昼間であっても、患者さんの受け入れに取り組んでいただくというのが第3項になります。そして第4項は、そのために2床、空床を確保していただく。そして第5項ですけれども、常時対応施設は、簡単に申し上げると、患者さんの受け入れに関する最終的な砦、というふうに言うこともできるかと思っておりますけれども、患者さんを受け入れるだけであればすぐに満床になってしまいますので、患者さんの治療状況、あるいは居住地等を勘案して、転院が可能であれば転院をするということ、ここに明記をすることによって、その常時対応施設の緊急受け入れを担保するという、それがこの5番目の記載となっております。

一番最後、第12条のところは、精神科病院及び精神科診療所ということで、いわゆる一般の、輪番や常時対応施設だけではなくて、精神科を標榜している医療機関の役割が書かれておまして。まず、ちょっとこれは次のページに飛んで恐縮ですけれども、30ページの一番上に、「急変した患者さんは、できればかかりつけの医療機関がまず対応をする」と。先ほど輪番とか常時対応施設ということで受け入れるわけですけれども、それでもかかりつけの医療機関がある場合には、まずはそこが対応するというのを大きな原則としております。それから2番目が、かかりつけの医療機関、特に診療所等でやっていない時間帯もありますので、そういったときに救急病院が対応するわけですけれども、患者さんの状況を、かかりつけの医療機関に問い合わせをするという、そういった必要性があるかと思っておりますけれども、そういったことができるように、かかりつけの先生方は、日ごろからこの精神科救急情報センターに、夜間休日の連絡方法についてお教えいただいて、それで円滑な情報を入手、これをできるようにしていきたいということです。

現時点で県内の救急をしていない医療機関、特に診療所が多いんですけれども、大体50%程度の診療所におかれまして、こういった緊急の連絡先をセンターに教えていただいております。そのご協力には非常に感謝を申し上げたいと思っておりますけれども、50%では、まだまだ十分ではありませんので、ここにこういったことを明記することによって、その後も診療所等のご協力とご理解を進めていきたいと思っております。

それから第3項ですけれども、これは先ほどの第11条の第5項の逆の関係になりまして、精神科救急病院、輪番病院や常時対応施設等での治療の結果、そのほかの医療機関で診療が可能になった場合には、患者さんの受け入れに努力をしていただくということで、緊急対応が済んだ場合には、できるだけ患者さんの近いところとか、そういったところでの対応が可能ないように記載をしております。

第13条は搬送体制ということでありまして、こういった医療機関への受診については、基本的には保護者やご家族に行っていただくということで、ただ、措置診察というのは、これは法律に基づきますので保健所が行うことになってございます。ですので、これについては除外をするという記載になってございます。

第4章は、現在も開催しております調整会議ということで、その規定。それから第15条は、精神科の救急医療体制のブロックの規定でありまして、本来は東信・北信・中信・南信の4ブロックですけれども、現状は東信・北信を1つの医療圏として3医療圏で運用しております。

そのようなことで、ちょっと長くなって恐縮ですけれども、ポイントとしては、28ページにありま

す救急情報センターの役割、それから29ページにあります輪番病院の役割、そして常時対応施設の役割、特に患者さんの受け入れや、それから治療がある程度、進んだところでの転院の部分、そういったところが書かれていますので、そういったところをご確認いただいて、またご意見をいただければありがたいと思います。

31ページは、その救急情報センターという、電話相談に限った要綱となっております、基本的には先ほどご説明したとおりでありますけれども、第2条にあります人員体制、それから、第4条にあります業務内容といったものを少し具体的に記載をしたものであります、これは特段、問題はなからうかというふうに考えてございます。

なお、最後につけ加えますけれども、この精神科の患者さんの受け入れについては、実は体の病気の合併ですね。特に大きなけが、例えば自殺企図によるけがとか、そういった、私どものほうでは身体合併症患者さんというふうに呼んでおりますけれども、そういった身体合併症の精神科の患者さんについては、実はこの精神科医療機関だけでは対応が難しいという状況がございます。大きなやけどであったり、大きなけがであったり、重度の身体疾患があるとか、やはり一般の救急医療機関との連携というのが必要になります。

ですので、今回はその部分の記載はされておられませんけれども、身体合併症の患者さんに対する対応について、これは縦割りで恐縮ですけれども、私どもの課だけでは対応できません。ほかの課とも連携しながら、また速やかに体制が整えられるように、今、検討はしておりますけれども、現時点では先生方にお示しする案ができないということで、これはお詫びと、それから、今後そういうことで努力をしていくということをご理解をいただいて、今回は、その精神科の医療機関における対応ということに少し絞って、しかし、今までのような一重構造ではなくて、二重構造で体制がとれればということで考えてございます。

もし、こういった方向でご異論があまりなければ、こういった方向で進めていければと思いますし、もし、また委員の先生方からのご意見によっては、この連絡調整会議の再度の検討、あるいは精神科の医療機関の先生方にもまたいろいろな形でご意見をいただいて、内容的に詰めていければというふうに考えております。私からは以上でございます。

(天野会長)

どうもありがとうございました。今の説明で、大体、皆さんの頭の中に入ったと思うんですけども。実は細かいことで本当にいろいろケース、シミュレーションとか、やっぱり本当に興奮したりとか、自殺企図があって、けがしたとか、いろいろな例があると思うんですけども。

実際、今回一歩突き出たなということだと思いますので、県もこういう全体の中を見ながら、駒ヶ根病院が開設するという事は非常に大きなことだったと思いますが、そのことにちょうど時期一致してというか、便乗という言い方は悪いですけども、本当にいわゆる常時対応という、そういう言葉の意味も、ちょっとぼくの中だと不思議な言葉の意味かなという感じもしないでもないですが。常時という、いつでも困ったらおいでという、本当にふところを大きく活動してもらえると信じておりますけれども、ぜひ、そういう常時対応という言葉の意味が、非常に緊急をいつでも受け入れる。だから、そうすると、やっぱり基本的には夜の問題、それから休日の問題も大きいと思うんですけども。今まで輪番制でやってきているだけけれども、さらにそれをうまく、逆に受けとめるだけの意味というのが一体どこにあるのかということ、十分に理解しながら話を進めていきたいと思っております。

情報センターのこと、輪番制、それから常時対応、それから、今の身体の問題は大きな問題です、

すごく大きな問題で、総合病院でなければできない、はっきり言ってできません。それで、信大病院も、信大病院の役割というのは、逆に身体合併症をどうやって受け入れていくかという、ぼくは不慮のことというのは非常に大事だと思います。不慮というのは、我々が不慮だと、患者さんが不慮というのも変な言い方ですけども。

ただ一つ、薬を飲んで洗浄、胃洗浄をするということにずっと終始してしまうと、もう職員はものすごく消耗します。信大病院でも、もうこれは現に出てきていることで、救急部からの相当激しい批判もあるという、我々全面的に救急は受け入れていますけれども、だから、どうしていくかというのがこれからの問題ですね。信大救急に関しては、少し、ぼくは、今日は置いておいていただきたいと。ただ、やっていかなければいけない問題だろうと本当に思っているんです。

それで、精神科のこの救急に関して、県のほうから説明がございましたけれども、もう今までに何回も意見のやりとりがなされていて、連絡調整会議というんですか、ここでもやられているというのを、ぼくは全部ずっと目を通して読ませていただいたり、いろいろしましたけれども、もう問題点を逆に一つ一つ、これはどうですかという形ではなくて、問題点とか、意見をここで集約して話を進めていくと、そういう形にさせてください。では、どうぞ樋掛委員。

(樋掛委員)

おそらくずっと、駒ヶ根病院の改築ということを機にという、ぼくは大きいと思いますので、改築に向けての駒ヶ根病院の取組状況を説明したり、基本的な考え方を示したりしたいと思います。

マスタープランに従いまして、駒ヶ根病院の規模を、235床から129床に大幅に縮小するというところで、1病棟閉鎖して、80人ぐらいの長期在院者、現在、1年以上の方は28人まで退院支援で、今、してきています。ただ現在の、今日現在の入院患者数は120人ぐらいですので、129床といいましても、その中に児童・思春期、それから医療観察法という全く新しい分野がありますので、これの病床は108床なんです。だから、現在で言いますと、まだ20人以上の方がオーバーしているという状況で、今後、これをどういうふうに入れてコントロールしていくかというのが大きいことと。現在は、救急医療については、急性期治療病棟というのが40床、この病棟を運営していて、南信地区、現在は南信地区の救急指定ということで、それなりに救急も発揮しているわけですけども。

今回、新病棟を機能充実させたり、スタッフをより厚く配置するというので、精神科救急入院料算定の病棟というんですけども、新しい病棟、40床のうち、ここが40床掛ける2で8床しかないと、今度、個室観察室保護室というような機能を個別に対応できるように、それから職員を厚く配置すると、コメディカルの配置、医師の配置ということで強化して、今、院内的には、精神科の救急入院料を算定できる病院という、病棟ということの運営を取り組んでいて、数字的には、現在、それに相当する機能をしているわけなんですけれども、建物的にはさらに強化するということです。

それで、今度は、話に出ましたように、新築だけでなく、県全体の常時対応施設としてもやってほしいという期待があるだろうということで受けとめて、非常に責任が重いというふうに思っています。というのは、先ほど言いましたように、大幅なベッドの縮小ですので、ほとんど後方病棟というのがない。病院の中で担当するということがないという状況なので、現在、入院された方はほとんど2カ月以内で退院されているんですけども、短期治療、救急医療ですから、救急医療というのは何をするんだということをもう一回考えてみると、すぐに診てもらえるということですね、時間的にすぐに診てもらえると。短期治療ということだと思います。それによって、患者家族の方に安心していただくということが、結局、それが使命だというふうに考えています。そういう機能を果たしている

と。

ただ精神疾患自体、精神疾患自体はかなり長い期間包括的に、継続的な医療を提供しなければいけないという特性がありますし、長野県の場合には非常に地域的に広いという地域特性を考慮して、それをずっと最後まで駒ヶ根病院に来た方をみつづけるということではなくて、やはり連携をしていくということをししないと、本来の疾患、本来に対する医療にはならないと、救急医療だけでは全部を満たせないと思います。

そこで、第11条の5のところにありますけれども、入院した患者さんが落ち着いたり、あるいは遠隔地の方であれば、転院することを勧めざるを得ないだろうということで、緊急に対する使命を果たしつつ、その後継続治療、包括的な医療という点では、連携の体制を持っていきたいというふうに思っています。それは、その病院に一応何日くらいとか、あるいは移送をどういうふうにするかという非常に難しい問題を実ははらんでいて、措置入院については措置症状の安定という、はっきりしているんですけども、それ以外の方をどうやって運ぶかとか病院の責任だけで全部できるのかという、非常に難しい点は実はあります。

全部細かく書き込むとますます動きがそのとおりはとれないので、そういう事情をここから読んでいただきたいと思います。以上です。

(天野会長)

ぼくはこの、先ほど言った、これもう前にいただいて読んでいたんですけども、本当に細かく気にし出すともうどうしようもないぐらいで、あのときはどうか、このときはどうかというふうになるんですけども、基本的な核が書かれているというふうに理解していいと思うんです。その中で、ちょっと書き足りない部分、実はこういうときはどうなのかなとか、これ拡大解釈すると、ちょっとまざくなるのではないかという、いろいろなご意見があると思いますけれども。

今、ぼくはまず、駒ヶ根が常時対応施設ということは、もう皆さん、頭の中に入ると思うんですけども。今後、駒ヶ根だけでいいのかなというのもあって、正直いって、あんなこんな広いところで、南信のあの地区だけでとか、やっぱり北信がどうなのとか、東北信がどうなのとか、実は中信がどうなるのかとか、そういう意味で、この言葉の意味を、ぼくはやっぱり増えるべきだろうと思っているんです。実際、将来的に何力所か。だから、そういう意味で常時対応というよりも、みんな、いろいろな病院はもういつも一生懸命やっている、信大もやっているんですけども、ちょっとこれは急遽受けるという意味ですよね。そうした場合に、将来、どうやって出ていくかという、そういう問題はあろうと思うんですね。

(遠藤委員)

先生が話題を振ってくれたので。私は一応、民間病院の立場なので救急をやっているんですけども、輪番病院の院長先生方とは、日ごろからいつも意見交流をしているんですけども。今回の一応、改定で一番の目玉は情報センターだと思うんです。今までは本当に限られた時間で、夜の10時ですか、ほとんど機能する前で、実際、一番大事なのは1時、2時、それが24時間365日と機能するというのは非常に期待されているんです。もちろん最初から慣れている方はおられないので、いろいろな問題が生じるとは思いますが、でも県内にかなり緊急的な事例の情報がすべて情報センターに集まれば、その後の経過も追えますし、情報センターのデータの集積でどういう対応をしたらいいか、見えてくるとは思うんですね。だから非常にこれは期待して、みんなで育ててほしいと思いますね。

私ども民間のほうでも、情報センターの委託運営はどうですかと、話をいただきましたが、簡単に言うと、コストの問題がネックとなり断念した経緯がございます。だから、もうここは本当にいい働きをしていたら、ぜひみんな大きく育ててほしいと思います。

ですから、情報センターに、最初のちょっと23ページの図を見てください。情報センターの下、不要不急患者さん、重篤患者さん、新規患者さん、措置等が大きな矢印になっています。ここに一応、24時間相談体制で集約していただいてトリアージ、ここである程度は、相談、振り分け機能を十分発揮していただければ、非常に私たちも受けやすくなるんです。うれしい、かなり大丈夫だろうと思います。これが1点です。

それでもう1点は、常時対応型施設というのは何度か繰り返し出てきます。国の施策の中でも目玉で24時間、365日受け入れ可能な施設で、県内にも4カ所ぐらいあってもいいと思いますね、それで実際、そろそろ救急病棟をやってみようかなと、救急病棟の正式基準というのは、基本的に常時対応とほとんど同じです、やってみようかなというような民間の病院もあるんです。となると、この文面で常時対応型施設って、これ3つだと、ちょっとそのあと困ってくるじゃないかと。

だから、私の考えでいうと、今まで、私たちの精神科の病院で診ている流れでは、いわゆる医療観察ですね、法律を犯してしまって責任がとれない方の入院については小諸高原病院、今度、県立もできますけれども、をお願いして、民間病院でも一生懸命やるんだけれども、ちょっと対応が難しいというケースに関しては、もう最後のとりでという意味で、常時対応ではなくて県立駒ヶ根病院をお願いしたいというのは、私たちのずっと願いなんです。そうすると、もう輪番も安心して必ず責任を果たします、というような気持ちでみんないるのです。だから、ぜひ駒ヶ根病院名を入れてほしいのです。常時対応型という名称だと、あと、民間病院が手を挙げたときに非常に混乱してくるのです。常時対応型と県立駒ヶ根病院の役割としてはどうなのかという、非常に混乱が生じるので、県のほうも一緒に考えていただいて、最初に皆さんにお配りした6ページは、駒ヶ根病院という名称になっていますし、非常に悩んだ末に、救急連絡調整会議ですが、何かそのときに常時対応型施設というのが出ていて、皆さんほとんど承認されていたもので、皆さんに最初、これをお配りして、違いますね、何か今日の本来的な名称でお配りしてあるわけで。2回目に、責任者の方から、おれたちも常時対応していると、もちろん受け持ち患者もいて、緊急といっても、診られる人は別に輪番に行く必要がないんです。その病院で診たほうがいいんです。地域で、できたら生活圏の中で診られたほうがいいので。

そういう面で、24時間365日いつもやっているのに、何で常時対応型なのという多分ご意見が出たので、県のほうも少し考えていただいたというふうに理解していますが。この辺は、2つが一緒に、皆さんのほうで、どうか考えていただければありがたいと思います。

(天野会長)

1つ目の情報センターは、これ本当に期待していて、各病院の中の方々の電話がおそらくそちらに回るだろうという期待感がありますよね。

それで、それやっぱり一本化というのは大きいのではないのでしょうか。質を、全部同じような強化して、県全体がどういう状況にあるかということがはっきりとわかってくる。こういう情報は各病院の中に、スタンバイというのが表に出ていなかったというのは事実で、これは本当にぜひ、県で情報をうまく整理されていければというふうなことをすごく感じましたし、実際、そのあとの対処の仕方も非常に大事なことだと思います。合わせて、県の説明がありましたけれども、本当にとりあえずうまくやってください。これはもう、いろいろ今までのいろいろな連絡協議会等で話し合われているこ

とと同時に、うまくそれらが流れていってほしいということが皆さん、本当に思われていますし、ぜひやってください。

それからもう一つのちょっと、ぼく、言葉の問題だけじゃないかなという感じがしてしょうがないんですね、常時対応という。将来、本当に1カ所だけでいいのかなということをしごく、最初にぼくは言いましたけれども。だから、言葉というのは、これ国の施策のほうで「常時対応と輪番」ということでしっかり書いてあるものですから、それを県のほうで受けとめて、こうやって書かれていると思うんですけれども。こういう言葉を残しておいて、実は事実上、常時対応というのは駒ヶ根なんだという、そういう認識で、多分、あとから出てきたのはそういうことだと思いますね。

最初は、先生、これ連絡協議会では駒ヶ根ということになったんですか。

(遠藤委員)

それは、いや、これは常時対応だということで一応、終わったんです。そのあと、ある委員の方が強く常時対応型、うちはやっているんだと、常時対応しているのにこの言葉でどうなのかという、県のほうも考えてくださって、結局、駒ヶ根病院と記載したほうがいいじゃないかということで。

(天野会長)

それで皆さんに配られたやつですね。複雑な何か、だけど、これどうでしょうね。言葉の持つ意味が、常時対応というのは非常にぼくはシンプルだと思うんですね。単純な言葉で使われているんだなと思います。

駒ヶ根病院がポンと一つだけポツンと指定してしまっているのかどうか、いずれまた変えなければいけないという事態が来る可能性もあるし。だから、この救急体制における常時対応ということの、何か特別な意味を持たせた形の文面はうまくできないのかなと。僕はフツと読んでいて気になりましたけれども、これ。常時といっても、うちのところも常時対応しているじゃないかと、つい思ってしまいますよね。

だから、こういうところに駒ヶ根病院という名前でポンと一つ指定してしまっていて、こういう、何といいですか、法律じゃないですね、条例ですか、そういうところに個人名をポンと出してしまっているのかなとぼくも気になっていましたし、これいかがでしょうか、言葉が悪いのではないかと、しごく感じがしますよね。これ去年の5月の国の資料ですよ。それで、ほかの県ではどういう、県で受けとめた段階では、どういう言葉を使っているんですか。

(小林健康長寿課長)

私どもが入手している範囲では、やはり常時対応施設という言葉、県の用語では使っています。

(天野会長)

だから常時対応型という、今、どう考えてもこういう分類をしていけば、駒ヶ根であることは間違いないですし、だけど、もう将来的なところまであまり考えないでこういう条例をつくってしまうのがいいのかどうかというのは、ぼくもちょっと気にはなりますけれども、どうでしょう、この辺に関して。将来、ぼくは増えていくべきだと思うんですね。

(樋掛委員)

どうしても、まだまだ一般救急と同じように、精神科の救急体制の整備はできないわけだけれども、一般でいえば、一次、二次、三次というふうに、ある意味で、ぼくは精神科では一体どういう、入院だったり病状だったりするかなということをもっと決めていかななくてはいけないと思うんです。精神科にあるのは任意とか医療保護とか措置とかという、そういう強制入院に似た形式だけで、あまり病状とか専門医療という観点からは、何が一次、二次、三次みたいに、一般という病状や病気なのかという何もないんです。ないので、対応困難でなくてもいいけれども、そういうことをもう少し今後は追究していかななくてはいけないのではないかなと思うんですね。

先ほど救急についてだけ言いましたけれども、巻き込んで、うちの病院では、専門医療的な、これまでの依存症のほかに児童・思春期というのが入ってきます。そういうのは、では救急的にはどうするんだとかを考え出すとかなりきりがありませんけれども。これで終わりではなくて、病気や病状の中身ということについても、今後、研究していただきたいと思うんです。

(杉田委員)

ちょっと話がそれるかもしれないですけど、私は、まず精神科救急医療整備事業は、仕組みとして長野県の精神科医療にとってとてもいいことだというふうに思います。それで、この23ページの図の中では、私どもの病院はかかりつけ医、この救急情報センターからかかりつけ医としての医療機関にうちはなるだろうと思うのですが、ここが果たしている役割というの、長野県ではかなり大きいというふうに思うんですね。

例えば、私ども35床の運用ベッドの中で、ここ2、3カ月で、措置の患者が4名入院されているんですね。それで、かかりつけの方もいれば、全然、無関係な方も措置として入院している。だから、この12条にうたわれている、かかりつけ医療機関との連携ということですが、輪番にも全然入っていない、それから、県の精神科救急指定病院も受けてはいない。けども、地域のそういう救急医療を担っている医療機関が長野県の中にいくつかあるだろうと思いますので、そういう医療機関との連携が私は非常に大事なというふうに思っています。そこで精神科救急情報センターの役割も、非常に大きいかなと思っています。

それから、精神科救急情報センターについて、遠藤先生から、目玉だというふうにおっしゃってくださいましたけれども、私はここのこの整備事業も第1条の目的のところ、前は「医療及び保護」だったんです。ここでは「相談及び医療の提供」というふうに変わっているんです。「相談」、「医療」について、精神科救急情報センターの実績報告書を見ますと、いわゆる社会的な要請、救急というよりも、本人及び家族からの要請で対応しているという数値が出ているというふうに思われるんですね。例えば救急要件でいちばん多いのは不安・焦燥、それから、躁と抑うつ、あるいは精神疾患以外の相談とか、最初はどうも事例の緊急性から相談が入っているのではないかと。それで、そういうものを受けとめて、受けとめられないところは、疾病の緊急性に変わっていく事例があるのではないかとこのように思うのですが。そういう意味で、情報センターは、そういう緊急に医療を要する事例だけではなく、それ以外の相談もお受けしているんだなということが、ここの中で示されているのではないかとこのように思います。

それで、そうしますと、この精神科救急情報センター事業実施要綱第2条のところ、常時相談員が1名、それから精神科医師は、オンコールというふうになっているんですが、実績報告の相談時間を見ていきますと、電話でお受けしているのが、20分以内が18人、30分以内が17人、60分以内が10人と。精神科医師はオンコールになっていますので、これから24時間365日、この情報センターで、もし

かしたら1人の方でお電話でお受けしている状態だと、私なんか、ちょっとほかの電話が鳴り出してしまうと、とても十分相談に応じられないかなと思います。細かいところなんですけれども、ここは1名でいいんだろうか、どうなんだろうかということを感じました。

それから、相談内容の中身からやはり個人の生活面での不安だとか、事例に基づく相談が、この情報センターに最初、寄せられているのかなというふうに思うんですね。そうすると、私はまず県として、ぜひこういう整備事業を前提として、地域の中にそれぞれの自分が住んでいる地域で相談ができる仕組みを整える、並行して整えていかないといけないのではないかと。そして、いわゆる社会的な要請として緊急に結びつく前に、本人とか個人の家族の相談で対応ができるような相談支援の仕組み、地域の中にそういう相談の仕組みをどう整えていくかということも非常に大事ではないかというふうに思っています。

そこで、精神科クリニックがやっぱりいろいろな意味で積極的な役割を持っていると思います。クリニックがやっぱりクライシスコールを受けとめてもらうとか、あるいは、訪問看護が非常に地域の中での患者さんの状態を知っているものですから、訪問看護の充実支援ですね。それからいちばんは、障害者相談支援専門員をやはり、先ほど寺沢課長さんのほうからの中で、地域生活支援の取組というところの報告があったわけなんですけれども、この地域の中に、いわゆる障害者のケアマネージャーの配置、お年寄りで言えば、ケアマネージャーという居宅介護支援専門員がいるわけなんですけれども、せっかく精神に障害を持つ方、障害者のケアマネージャーという制度があるのにまだ定着していない、そういう相談支援専門員が地域の中でクライシスコールを受けとめていくというふうな仕組みも、この県の事業として並行して整えていく必要があるのではないかと思います。

(天野会長)

いや、本当に建設的な意見をどうもありがとうございます。こういう本当に広い県の中で、電話を受けていく方も、本当にぼくも一人ではつぶれやしないかなとか、ただ、多分、その電話を受けた方は、いろいろ回すと思いますよね。本当に、それにたけているその判断にたけている人でないとやっていけないだろうなと思いますけれども、大変な仕事です、これを期待しています。本当につぶれないようにということと、まずとりあえずしてくださることをぜひお願いしたいと思います。それから・・・

(樋掛委員)

今のことですけれども、いいですか、補足で。だから、うまくいくには、とりあえず太い矢印が3つなければいけない。今、言われたように、かかりつけ医の間と当センターの矢印、50%ぐらいまでが実情なんです。それが一つと。

先ほど言われたように、委員の先生が言われた患者・家族からのアクセス、これはいいです。もう一つは、やっぱりだんだん、もう少しで2年になりますから信頼関係が生まれて、情報センターと輪番病院との医師ともだんだん太くしていくということを、この3つの太い矢印がないとうまくいかなかなというふうに思います。

(天野会長)

そうですね、確かに。かかりつけ医、今、そこから佐久総合がかかりつけ医になるのか、もうそれこそ措置もやっているし、身体合併症もやっているし、患者さんもいっぱい抱えていると思いますけ

れども。それから大学病院みたいな、こういうところもありますし、それからあと診療所、もういろいろな、それなりの質の違いもあると思いますけれども、どうでしょうね。ここに書かれていることは、連携をうまくやっという基本的な流れと、特に文面はおかしいところはないですね。

ぼくは、今、樋掛委員が最初に言われた、入れたはいいけれどもどうしようもないという、ふん詰まりになるような状況、これは絶対に予測できますので、連携で、例えば東信で入れたはいいけれども、ある程度、落ち着いて見通しが立ったということなんでしょうか、そういう段階で、千曲市のほうは遠藤先生のところ、今、本人は千曲市に住んでいるしどうだろうか、それで連携ですね。はいと言って、そのときの移送というのは、これ基本的にその家族云々というのは、それもネットに置かれているんですね。そこまでは・・・

(遠藤委員)

そこまでは、最初に医療機関に到達するまで。

(天野会長)

今、そこまでどうしたらいいかという、そういう問題は確かに今後、県のほうでやってくれるのかという問題というふうに、どうですか。それはまたここで、そうですとか、違いますとかということではないと思います。ただ、先生のところは、すぐポンとやらないととんでもないことが起きるのかなと。ぼくは、東京都のああいう大きい中でしか見てこなかったものですから、もう松沢なんて、もう保護室に入ってあれですけども、墨東なんていうのは、もう寝たまま次の病院に行くという、そういう対応をうまくしているので、そこまで人数的に見ても・・・

(樋掛委員)

ほかの事例をまねしないように、徐々にやっといういけないと思います。

(天野会長)

やっというなければいけないだろうなと。だから、都会はもう本当に寝たままほかの病院に移りますから、そこに働いている医者は、もう完全に消耗いたします。

精神科医はやはりちゃんと患者さんと面と向かってしゃべって、そして本人の意向を聞いて治療方針を決めて、ではどうやろうかと。それが無いというのは、本当に東京の墨東病院の精神科医、すごく憔悴し切ってやるものですから、そういう事態が起きました。それはもう樋掛先生はよくご存じだから、そういうことのないように。

(樋掛委員)

うちの病院だけでできることではないけれども、やはり医師不足というのが非常に大きい問題なので、いろいろな患者さん、ぜひともうちの病院に来た先生も見て育っていくというような、これも今すぐのことではなくて、今後、考えることということですけども。そのためには、やはり駒ヶ根病院がそういう体質で、あといろいろな機能を持っているという対応性がないと、片寄ったりしてしまうという心配もちょっとしています。

(遠藤委員)

皆さんに理解してもらうために、こんな救急の患者さんが増えるわけじゃないですね、常時対応型ができたとして、増えないんですよ。だから今のまま、大きく変わることはないんですよ、と思います、ほくも。ただ、本当に安心して、県立病院があることで、さらに安心して受け入れるんですよ、その違いだけで決して増えないと思います。もちろん、今ベッドが減ったので、いろいろな面に対応策が必要でしょうけれども。

長野県で言われたのは杉田委員さんが言ったとおりで、かかりつけ医機能が結構しっかりしているんです、都会と違って。これ最初の統計をちょっと見ていただいて、2ページですね。これは輪番病院で受けている統計しか挙がっていないんです。だから佐久総合とか長野赤十字とか、たまたま千曲荘病院が、輪番の当番日以外に診た件数は全然入っていませんから、あまりこれは、だからあまり参考にしないほうがいいと思います。実際はかかりつけの患者さんは、かかりつけの担当の病院が診ています。かかりつけの無い方は、その地域の病院が診る方が良い訳です。そう言った意味でも各地域で常時対応の病院があることが望ましいのです。ただ、救急患者さんの中には、普通の民間病院では対応困難な事例が数年に1例くらいでも遭遇することがあるのです。そのための最後の砦としての県立病院の役割を明文化しておく方が良いと思うのです。大多数の救急患者さんは、一般の病院または輪番の病院で今後も従来通り引き受けますので、県立病院の救急患者さんが増加することは無いと予想されます。

ただ、従来200床以上あったベッドが120床台に減るわけですから、他の医療機関と連携していく必要はあると思います。ただ、救急患者さんが大幅に増えることは無いと思います。私の知っている民間病院の救急担当の責任者はみんな意欲的です。短期入院で退院していく現在の精神科治療の流れの中で、空いているベッドを救急治療を必要としている患者さんのニーズに答える形で活用しないと、病院の存在意義が無くなってしまいますので。

(天野会長)

非常に力強い言葉で、精神科病院と会長としてぼくは非常にうれしく、非常に大事な、本当にいい言葉を聞かせていただいたと思いました。本当に、そうですよね。やっぱりこれ長野県の得なというか、ついつい東京の悪い面ばかり見ていて、それが来ちゃいけない、来ちゃいけないという、変な警戒の仕方をしていますけれども。そうじゃないという、各地域で還元していくという、これは一つの大きな意味だと思いますので、大事なことをどうもありがとうございました。

さて、それで言葉のほうの使い方をどうするかという、これどうですか、先生、これ修正案で出てきている赤字でいろいろ書いてあるところ、これはこれでよろしいんですか。その辺はどうなんですか。

(遠藤委員)

個人的には同じで、やっぱり駒ヶ根病院という、分けていただいたほうがいいのでは。常時対応型施設というのは、ほとんどスーパー救急と常時対応病院がさっき言った、救急病棟とほとんど同じ定義になっているんですよ、重なっているんですよ。

だから、例えばある中信地域にいわゆる救急病棟ができたときに、どういうふうにすみ分けしていくのか、文面上、では対応困難な方は、常時対応型施設というときになってしまいますよね、それでいいのかと。県立病院はやっぱり、ここでそういうふうに言っているかわかりませんが、やっぱり民間で本当に困ったときに、少し赤字になってもいいから、民間でわざわざこれ頑張ってくれて

いるようなものを、ぜひそれでは応援するぞというような、一般の人の流れではないかと思うので、全く民間で同じことをやっている、同じ同列ではちょっといかがなものかと、あとあとまで思うんですけれども。

(天野会長)

そういう意見ですね。そういう民間で。

(駒ヶ根病院)というのはいいですが、どこかへ入れて。

(天野会長)

どうなんですか、これ、こういうところに例えば補足で書くという、ぼくは大学病院の、こういう病院の規則というのは、具体的にもうその文面の中に入れていくというのをよしとするかどうかという、これ、ぼくよくわからないんですね、この辺、どうですか。

(小林健康長寿課長)

今のお話は第9条の、29ページの第9条の2号のところに、「県が輪番病院及び常時対応施設を指定する」というふうにありますので、ですから、常時対応施設は駒ヶ根病院ですということは、違うところではっきり明記して絵に書いていきますので。そういう意味では、この要綱には載りませんが、我々がつくる医療体制の中には・・・

(天野会長)

輪番はここで、常時対応施設というような、ぼくはこの言葉の意味が、ぼくは相当、やっぱりぼくが再三言いましたけれども、非常に誤解を招くような言葉の使い方をしているなとすごく思いましたけれども、だけど、どこかに明記されるわけですね。

(小林健康長寿課長)

ええ、それは、先ほど輪番病院が東北信のどこどこありましたけれども、ああいうふうには名前を挙げます。

(遠藤委員)

それが常時対応型施設という名前ではなくて、救急病棟というのは、24時間365日、ほかのところで、重度の患者さんが来たら受け入れなさいという、一応、診療報酬上の病棟なんですね。

(小林健康長寿課長)

ええ、それとこれとは別なので、常時対応施設というのは県が指定しない限りは、その名前は名乗れないです。ただ診療報酬は、病院独自でできますので。

(天野会長)

では、言葉としての使い方ですね。県が出資するというふうに解釈してもらえばいいかなと思います。ぼくは、あまり大きな問題ではないかなと思ったんです。嫌な言葉だなとは思ったんですが、

常時対応しているじゃないかと、もっともで本当にそうですね。だけど、いわゆる救急というああいう指定の、あれとはまたちょっと違うということで、この辺はいかがでしょうか。

(宮尾委員)

先ほど樋掛先生が言われた、救急常時対応施設医療費は、先ほど遠藤先生が言われた救急の医療費と同じなんですか。

(樋掛委員)

いやいや、常時対応施設になるための必要条件と言ってもいいと思いますけれども、それが精神科救急入院料を算定できる病棟を持っているという、つまり、いわゆるスーパー救急が必要条件なんです。

(宮尾委員)

例えば、よくわからないんですけども、栗田病院なんかは救急指定になっていますね。あれは、この救急ではなくて・・・

(遠藤委員)

一般救急です、急性の医病棟と違う。急性医病棟と救急病棟とはまた違うんです。救急のほうがより厚いんです、人が。

(宮尾委員)

今、先生が言われるのは、いわゆる救急病棟をやりたいという病院があるわけですね。

(遠藤委員)

あるんです。手を挙げかかっている病院が、県内で民間でも。

(宮尾委員)

それで、大分、先生がこだわるんですね。

(樋掛委員)

今現在、ご存じのように、急性期治療病棟をやっている病院は、県内に4カ所あるわけです。それがさらに厚く人を配置していくのは、救急入院病という病棟になるので、それが非常に大切な必要条件なんです。

(宮尾委員)

そうすると、また手を挙げたら、本当に挙げたら・・・

(樋掛委員)

理屈とすればそういうことです。

(宮尾委員)

・・・県がそれを指定すれば、ここへ駒ヶ根病院、さらにそこへA病院という、それが出てくるのではないですか。

(遠藤委員)

ただ、そうすると、民間病院と県立病院の役割というのが本当に何もなくなってしまうでしょう。同じ常時対応型が、ではみんな民間でつくるのなら県立は要らないというような・・・

(樋掛委員)

民間病院の要望もよく私もわかっているんですが。この枠組みは、緊急医療の枠組みの議論なんですよね。

(宮尾委員)

だから、救急医療を民間病院もやってしまえば・・・

(天野会長)

そうですね、救急医療ということよりも・・・

(樋掛委員)

ここは救急医療の枠組みで、全体の枠組みではないんですが。

(遠藤委員)

救急医療の中にとっても対応が困難なものが来るんです。救急医療の手を挙げたら、いわゆる断れないという構造があると思うんです。断ってはいけないんです。要件を満たせば、回ってきたときに。

(宮尾委員)

さらにそういうときに、駒ヶ根病院が対応するということ。

(天野会長)

それはこの流れの中ででき上がっていますよね。

(樋掛委員)

民間病院、こういう答え、すべてではないんですけども、一部、やはり病院としては、県立病院としてやってきたと思っているんですけども。その難しい患者さんがすべてが救急医療という部分ではないという、やっぱり、だから救急医療の部分について見ていくという、だからさっき言いましたけれども、難しい患者さんというのは、やっぱりどういう状態でどういう場合かということ、さらに項目を整理していくという中で、今回は救急医療の枠組みでつくりますと。でも本当は救急医療ではなければ困るんだというんだったら、では、そういうお話はあるわけです。

一般救急でもそうですけれども、みんな重症患者ではないわけですよ。軽症の人とかそういう人もいたりして、安心させるのが、やっぱり安心していただくのが大事です。

(遠藤委員)

大きな制度変更よりも、柔軟に診る医療なので、できたらその辺、よく医療、皆が納得するような要綱ができるといいなと思っています。

(樋掛委員)

どうですか。

(天野会長)

それを決定する、最終決定するところに持っていった方がいいかどうかと。だけど、基本的にこの流れで行きたいと。それで、流れで対応、この病院としては駒ヶ根であると。今はもう合意する程度ですが、今はそうですね。

それで将来、救急を、手を挙げそうですね。そのときにどういうふうを考えていくかという、それはそのときですよ。しっかり考えていったいいのではないのでしょうか。今は駒ヶ根病院、では、ここで駒ヶ根病院として明記するかどうかという、その問題は、違う意見もあるし。

(樋掛委員)

本当に常時対応施設をつくるというのは、身体合併症というのがあるので、やっぱりすぐ出てくる人の違いもあるんです。

(遠藤委員)

いずれ、できたら合併症のケースの対応について書き込むときにも、もう一回、大きく改定しないといけなくなりますね。

(天野会長)

そうですね、改定しなければいけないですね。あまり、だから、一つの病院に名前だけでという、では県でどこどこを責任持ってやるとする、それが大事なことなんですね。今のお話では、もう本当にこれは大きいけれども、すごく大事なことになるんですね。

だから、今、一番の、ぼくも趣旨がよくわかってきたんですけども、やっぱり県が民間でやっていることを、本当に困ったことを、何を吸い上げていくかという、その辺をはっきりさせて、それがどうも一番の問題となる。

(樋掛委員)

今日は救急の議論ですけども、困っているということも、やはりこれまで依存症の問題も困っていたと思うし、たいへん困っていたので、救急の問題があって、県立病院として取り組むということ、を県からしていただいて。

(天野会長)

今日は、ぼく、もう4時半になってしまって時間が、何か焦ってしまってすみませんでしたけれども。どうですか、今日のこの話し合い。

(小林健康長寿課長)

この救急体制については、連絡調整会議のほうで決めていくという手順を考えていますので、この審議会では、県全体の体制をご議論いただいている審議会ですので、もしこの原案のとおりで先生方が特に問題ないということであれば、このまま行きたいと思いますし・・・

(天野会長)

今、ただし、その県の役割ということですね。今後、法律までは起こらないだろうけれども、しっかりと認識していくという、ぼくは大事なことだと思うんですけども。

(小林健康長寿課長)

県の役割は、もう県立病院機構のあの計画の中に、はっきり駒ヶ根病院の位置づけもありますので、そういうところでこれを決めていただいて、ここは救急について。

(遠藤委員)

みんな、全員一致じゃないと思います。

(小林健康長寿課長)

そうですね。ですから、まだ少し時間もありますので、もし、もっと議論したほうがよろしいというような今日の意見であれば・・・

(天野会長)

この議論は、みんなのというよりも、そんなにここでもう一回やって煮詰まる問題では全然ないと思うんですね。だから、一応この原案は、この方向性はもう認めるということではいかがですか。

(遠藤委員)

それはそれで、会長の裁量の範囲ですから。

(天野会長)

もう基本的には、それで、ただ、まだ話し合う余地はあると。

(小林健康長寿課長)

そうですね。少し時間がありますので、今度、審議会としては、もっと議論を深めたほうがいいですよというふうなことであれば。

(天野委員)

それは議論を深めてくださいということですね。

(小林健康長寿課長)

では、そういうことで、また。

(天野会長)

それでよろしいですね。

(出席者一同)

はい。

(天野会長)

ということで、ぼくは最初、1番のほうで宮尾委員から非常に厳しいご意見を、これちょっとびっくりして、やっぱりこれは大事に受けとめて、調査を視野に入れてぜひやっていていただきたいと思います。

それから、何かほかはないのかなと思って気になっていたんですけども。太田委員さん、何かどうですか、ぜひ意見を言いたいということがあると思うので、よろしくお願いします。時間が延びてしまって申しわけないんですけども、意見、意見ですね。

(太田委員)

実は、今、個人的に経験しているというか、その渦中にあるんですが、認知症の高齢者のことなんです。

私が介護している認知症、要介護1の親が脳梗塞を起こして、それが要介護5になって、もう寝たきり状態なんです。多分、認知症の影響かなと思うんですが、口に入った物を全部吐き出すという状態で、主治医の先生からは、胃瘻(いろう)をつくるようにと。つくるかどうか、家族でよく相談してくださいというふうなことを今、言われていて、この中の資料を見ると、認知症の広い理解と、認知症になっても人らしく暮らしていけるのに、という内容の大切さはわかるんですが、やっぱり終末期の認知症のことというのは、結構、本当に家族にとっては重いんです。

そういうことを相談できるような相談支援体制の充実を考えていただきたいということです。今、母の人生をどう締めくくるか、胃瘻は本当に大きな問題で、これから大きな問題になるかと思しますので、そのことだけ、お話ししたいと。

(天野会長)

認知症の患者さんの本当に終末というか、ぼくの父親も胃瘻をつけて10年でした。つけなかったら死ねと言いました。つけて元気になったのは事実ですけども、そのあとの5年間は大変でした。それだけ、今、大きな問題ですね、これ。

本当にどう判断していいかというのは、つけるか、つけないかという、ちゃんといろいろな考えを持って指導できるような体制というのは難しいんですけども、あってもいいと、そういうことですね。どうもありがとうございます。

それから中村委員さん、どうぞ。

(中村委員)

若者向け心のバリアフリーと支えあい活動支援事業は、せいしれんが委託を受けていますが、県にお願いしたいのは二つの事業を周知していただけると、事業を利用する人が増えるかと思えます。

また、先程の救急情報センターの件ですが、やはり駒ヶ根病院以外の病院も助成があると相談支援が出来るのではないかとの感想を持ちました。そして、杉田さんもお話されていた、地域で相談できる仕組みづくりを考えてみたのですが、私が所属している絆の会では、24時間対応の高齢者のグループホームの開設を準備していますが、コールセンターのようなものをセットにすると、相談支援が可能になり地域で対応する仕組みづくりになるかと思えます。また人件費等も捻出され少しでも運営が楽になるかと思えます。ご検討をよろしくお願いします。

(天野会長)

よろしくお願いいたします。やっぱりお金は大事ですよ。そこを動かすという、組織を動かすには非常に金が、資金が必要です。よろしくお願いいたします。

それから、田下委員さんから、よろしくお願いいたします。

(田下委員)

県と医療、とりとめのない感想になってしまいますけれども、数年前と比べまして弁護士会の相談体制はすごく拡充したと思うんです。無料相談も、たくさん機会を設けましたし、いろいろな管理団体、連携はしていると思うんです。ただ、問題はやっぱり、相談管理というか、昼間、実は日中しか対応していないものですから、なかなか相談しづらいのではないかというふうに思っているんです。ちょっと、私が軽はずみにこうしろというのは言えませんが、そういった、例えば夜間の相談とか、そういったこともこれから検討させていかななくてはならないことだと思えます。

もう一つは、先ほど、一番最初に子供さんの教育だとか、学校の先生の問題というのが挙がったんですけれども。実は、今、子供の学校の学校評議員というのをやっています、その先生のお話を聞きますと、子供さんは家庭で問題があると、一番弱いのは子供さんですから、子供さんに言われる

なんですね。学校は、相手の事情を察知していらっしゃるんです、先生方は。ただ、学校としてどう対応できるかということは、もうはっきり言って対応できないと、非常に難しいとおっしゃるんです。それはなぜかということ、やはり、極めてプライベートな問題にもかかわりますし、学校で特別にその生徒さんだけという対応は、なかなかしづらいとおっしゃっているんです。

やはり私たち弁護士としてもそうなんですけれども、子育てあたりにすごく問題が増えているのがわかるんですけれども、私は何せ素人なものですから、そこでどう対応していいかというのが全然わからないんです。学校でも、早い段階で学校からドロップアウトしてしまうと、なかなかそのあと立ち直れないという仕組みになってしまっていると思うんです。ですから、その辺のところを早目に救ってあげるといふか、実際、その対応の冊子にもゲートキーパーの対応が書いてありますけれども、本当にゲートキーパーになる人が、どう対応していいかわからないという状況があると思えますので、そのことは少し検討していただきたいということを感じました。以上です。

(天野会長)

そうですね、早期対応といふか発見といふか、問題はそういうことですね。

さて、ぼくもちょっと。本当に白熱していたので、延長したことはご容赦願いたいと思えます。本当に時間というのはないんですね、あっという間に過ぎてしまいました。本当、立派ですね、話し合いを本当にやり出すと。今後も、もう1回開いてくれと、この間、この間の、今年、何か年に2回ぐらいやっていくべきだという意見もありましたけれども、また、それ事務局でまた考えながらいろいろ

ろやって、相談しながらやっていきたいと思ひます。

どうも、よろしいでしょうか、まだ言い足りないことがいっぱいあると思ひますけれども、時間が時間ですので、では打ち切りで終わりたいと思ひます。

本当に長い間ご苦勞さまでした。それで、事務局のほうは、この要綱、これをまとめながら、しっかりとしたものをつくり上げていくということでもよろしくお願ひいたします。

では、ぼくは司会をそちらのほうに移したいと思ひますが、よろしくお願ひします。

(3) その他

4 閉 会