

長野県地方精神保健福祉審議会議事録（概要）

日 時 平成20年7月25日（金） 午後2時30分～午後4時40分
場 所 長野県庁 西庁舎111号会議室
出席委員 9名 ※欠席 2名

あいさつ（健康づくり支援課長）

審議事項

1 説明事項（配付資料により説明）

- (1) 長野県の精神障害者の現況等について（健康づくり支援課）
- (2) 平成20年度精神保健対策事業について（健康づくり支援課）
- (3) 精神科救急医療体制について（健康づくり支援課）
- (4) 精神科救急情報センター整備事業について（健康づくり支援課）
- (5) 自殺者数の推移について（健康づくり支援課）
- (6) 平成19年度精神科病院実地指導結果について（健康づくり支援課）
- (7) 精神障害者退院支援事業について（障害者自立支援課）
- (8) 精神保健福祉センター事業について（精神保健福祉センター）

2 質疑等

（天野会長）

只今の説明に対し、質問・意見などを順次発言いただく。なお、事前に委員から質問等が出されているので、このことを順番にやっていきたい。この説明を補足してもらい、事務局とのやりとり、そしてフリートキングという形でやっていく。まず、高橋委員から説明をお願いしたい。

（高橋委員）

医療崩壊という言葉が言われているが、精神科病院においてもこうした現象（医師不足）が起きてきている。救急医療にも関わるが、医師の側からも上手に医療にかかっているということ働きかけることが是非必要。兵庫県の柏原病院の小児科でもあったが、地域のお母さん方が活動し、小児科の崩壊を手当てするということがあった。上手な医者のかかり方、上手な医療機関の利用の仕方、そういうことを提案したい。いくつかお出ししたが、意見等いただき、県からキャンペーンでも張ってもらえたら良いという思いで提案した。

（天野会長）

いわゆる医師不足の問題。医者不足の現状に対して患者さんがどのように医療機関にかかるか、全体の流れでもう少し効率よくできないかということ。

(高橋委員)

一般の救急医療においてもコンビニ受診的な問題が起きているし、救急車の利用についても本当に必要なのは少数。精神科でも同様。本当に救急時に来なければいけないのかと思われる患者もいると思われる。そうならないための普段のかかりつけ医との関わり方、具体的に言えば、薬の管理の仕方一つでも、もう少し指示をもらって或いは協力して薬の管理をどうするかということ、或いは夜間に具合が悪くなった時どうするか主治医と相談して決めておいて、急性発症の状態をどうするかということと結びつけて、救急医療を少なくすることがお互いにいいだろうと思うし、そんなことを考えて欲しい。

(樋掛委員)

医療崩壊、精神科だけでなくよく言われているが住民の理解が基本的に必要。クリニックの先生との連携、かかりつけ医ということだと思われるが、この審議会にも診療所の代表は来っていない。今後、審議会にも診療所の先生の代表も入ってもらいと良い。救急の現場での話、情報センターでの関連でも、相談する方の半分以上はかかりつけ医がある方なので、かかりつけ医と夜間に連絡が取れることが非常に大事だと思う。

(天野会長)

患者さんの立場から、医療にかかる姿勢というのを考えていただきたいということか。確かに切実な中で当直医が勤務している。軽症患者が夜間受診したような例だと医師も消耗する。救急医療において大学病院でも1割位が精神科にかかるが、救急医療において精神科の対応が随分変わってきていて、救急のDrが慣れてきてよっぽどでないと精神科に連絡してこない。以前は何でもかんでも精神科に回ってきて、精神科が参ってしまったが、ここ1~2年はこうした状況になりつつある。それよりは患者さんが救急というよりは、精神科に直接かかってくる。診療所の先生に夜連絡が取れないということで、当直医のいるところへくるという状況でDrが悲鳴を上げている。

(北澤委員)

救急医療に関して、前回の審議会でも渡辺委員が言っていたが、病院勤務医が減少し救急医療体制の維持が非常に困難になっているということ。その点に関して松本市で言うと、勤務医は減ってきているものの、クリニックを開業している先生もかなりいて、精神科医が絶対数で見れば不足しているわけではない。先日小児科の問題についてテレビを見ていたところ、病院の小児科の救急と開業医の先生が救急センターに月何回か来て、地域の救急の維持を図っている。精神科においてもこのような事が検討できないか。今回、精神科救急情報センターができて、いろいろな情報を整理する、ソフト救急とハード救急の仕分けがうまくできるようになれば当直医の負担も減るのではないか。医療体制について開業の先生も含めて救急医療体制ができないか、救急の情報整理、その2点を検討してはどうか。

(天野会長)

大きなポイントだと思う。松本地区の精神科医、絶対数として少ないわけではない。今3つに分けると中信地区は恵まれた方。今大変なのは北信、東北信地区。

(遠藤委員)

精神科救急情報センターについては病院協会でも期待している。不要不急患者をトリアージしてもらえ。今のところ午後5時から午後10時までだが、24時間365日体制でやって欲しい。そうすれば相談だけの人、外来だけの人、入院が必要な人と分けられるので、優先的に実現して欲しい。全国的な傾向でもあるが、勤務医が減少し開業医が増えている。私達も開業医と連携がとれるよう詰めているところであるが、国の方でもそういったことを順次整備していくと聞いている。

精神科においてはメンタルヘルスも含めてニーズが広がっている。いろんな相談が増えていて、その割に勤務医や開業医が増えていても、それ以上に外来相談に来たいという人が増えていて、余りにも新規患者が増加し、そのニーズに対応しきれず、ミスマッチが起こっていると感じる。機能分担なり、優先順位が必要なのかと感じる。

(天野会長)

医師の数、医療そのものの体制のことと、それをカバーしていく、或いはそれをトリアージしていくといった情報の問題、それを広げてもらえないかといった意見が出されている。医者の数が不足しているといった問題、医師の質の問題、それらは絶対的なことなので、自分もかなり責任が重い。その辺に関して、厚生労働省は産科・小児科・救急・麻酔・看護・精神科と言っていたが、最近精神科は落とした。まあまあいいだろうということか、外科が出てきた。精神科医になる数は決して減っていない。全国的には、横ばいか少し増えている。どこにいったかという調査がされていない。長野県の場合、毎年数人が大学へ入局するか外から来ているといった状況で、10人以下であるが増えている。決して明るい状況ではない。若い研修医を獲得することが課題。3年目の研修医(専門医)の確保。3とか4とかいう数字でやっている。来年は未定。厚生労働省も研修制度を変えるという通達を着た。絶対数に関しては、県も努力していて、信州大学と連携を取って、いろいろなことをやっているということをご了解いただきたい。

もう一つは情報。24時間体制をという質問。情報センターはこうしたことをディスカッションしてできていくと思うのだが。

(鳥海課長)

情報センターについて、24時間というのは最終目標、ただまだ始まっていない。実際、相談した方を必要に応じて救急医療に結び付けていかなければいけない。とりあえず夜間は10時まで行って、いろんな問題が恐らく出てくるだろうと思われるが、そういった事を解決しながら現実的に質を高めていき、将来的には24時間体制を図っていく。診療所医師との連携も図られつつあると思うが、いろいろとクリアしなければならない課題も多々あるので、難しい面はあるが、地域の診療所医師の活用は大きな柱になっていくことはあるかと思われる。

患者からの視点ということだが、高橋委員から重要な提示があったかと思うが、体調が悪くなった時どうするのかといったことを前もって指示してもらっておくことは必要。渡辺委員からも前回の審議会で、体調が悪くなった時用に前もって紹介状を用意してもらっておきなさいという話があったかと思うが、そういった事を含めて我々としてもどうしたら良いか、服薬の問題も含めて考えておくことが必要と思われる。

(天野会長)

診療所の先生とのコミュニケーション、診療所協会の代表もこうしたところに来ていないし、一方医師会であるとか診療所協会の組織があるが、お互いに多少遠慮しているところもあるように感じて、一つの組織として病院協会のようにかちっとしていないところもある。そうすると協会のみをターゲットとしていくのは難しい。そうすると医者だけの言い合いで良いのか、県とか大学とかが突っ込んでやっていかないとまくいかないと感じる。

(鳥海課長)

会長ご指摘のとおり。

(天野会長)

こうした会で強く要望し、会の中でこうした話が行われたということを広告していくといったことはどうか。何か決議するということは難しいであろうが。

(高橋委員)

診療所協会の組織率は低い。各診療所の先生にこうした話があったということをお知らせしても良いのでは。県で実際にディスカッションされ、何とかご協力をお願いできないかということをしてないよりはした方が良いと思う。

(鳥海課長)

救急医療の会議等もあるので、その中でも今後も参加をお願いしたいといった活動を今後も続けてまいりたい。

(樋掛委員)

情報センターを担当することになった経緯を若干説明すると、当病院がオープンな形で担当するというにはなっていない。マスタープランの中でも情報センターの議論はない、救急医療についてはスーパー救急を視野に入れるという話はあったが、情報センターについては何の文言もなかったので、かなり急な議論として受け止めている。長野県の現況では会長の話もあったが、地域差が非常にあって、北信地区が遅れているという話、勤務医の負担軽減ということが長野県の特徴。かかりつけ医の話もあったが、救急医療は指定であったり輪番であったり地区によってそちらに繋ごうとする時に異なるシステムで、不要不急についてはかかりつけ医で処理したいわけだが、やる担当者としては対応が難しいというところが正直なところ。あまり評判がよくなるんではないか、他県では相談した人の期待に添えない事もありうると書いてあるホームページもあるのだが、あまり評判の良くないものになるのではとチョット心配もしている。

(高橋委員)

この問題は背景に大きな問題が恐らくあって、一般市民の皆さんは病院に過剰に期待し過ぎた、行政としては期待させ過ぎたというところがあるのではということ現場の医師として痛切に感じる。そこは市民一人ひとりに判ってもらふ場として、情報センターはこういう状況で、

本来は昼間受診していただくということを是非言っていただく。何でもかんでもそうした相談に応じる場ではないんだということをアピールしないと機能しない。本当に必要な時に機能するものということをアピールしないと、できたとしてもいつでも相談できる場ができたという誤解が広まってしまう。

(樋掛委員)

実際の相談としては、精神科医療全般に渡る相談と記載されているが、最初の対応は「あなたの緊急の相談ですか」から始まり、最終的には「期待に添えません」ということも有り得るということをよく認識してもらいたい。その中でも主に医療保護入院に係るものになるのではと思われる。措置入院については保健所経由、身体救急も排除される。中身的には医療保護入院の判断も大変難しいもので、相談員の手には負えなければ、当番病院の先生に間に入ってもらって相談するというので、本当に協力してやらないと相談者だけの手で解決はしないので、その辺はご理解をいただきたい。

(天野会長)

整理すると、医者の方の問題としては、いろんな予測される事態を本人と良く話し合いながら、キチンと将来を見通せる流れをしっかりとつけておく必要がある。もう一つ患者さんの方からしてみれば、評判の悪い情報センターになるという意味、しっかり教育されるという内容も多く出てくるのではなかろうか。そこでも医者或いは情報センターの相談員が患者さん或いは家族と前向きなやり取りをしながら救急医療を効率的なものにしていって欲しい。そうした流れというのは良く判る。診療所の医師にも何らかのインフォメーションをやるべきだと思う。医療の分断がないように。

次に、市川委員からお願いしたい。

(市川委員)

障害者自立支援法の施行に伴う障害者福祉サービス事業について、障害者自立支援法が平成 18 年 10 月より全面施行されて以来、新法に移行できた障害者福祉サービス事業と行政から早期新法移行への促しを受けながら諸状況から施設経営の面で旧法（精神保健福祉法）を併用しているところがある。新法適用による不利益や経営規模の縮小の心配があると思われるが、県下の実態と即移行できない問題点は何か。また、県の対応策について伺いたい。

(寺沢課長)

障害者自立支援法が平成 18 年にスタートして、身体・知的・精神が従来別々のサービスであったものが、同じ事業ということで組み入れられることになった。平成 23 年度末までということで、新事業体系に移る。今年を入れて 4 年弱猶予期間があるが、現実的に今の単価と新事業体系に移った単価を比べると新事業体系の単価が安いということで、なかなか進んでいないというのが実情。この 4 月で身体が 45%、知的が 20%、精神が 10%という状況で、平均で 23 くらいが新事業体系に移行している状況。特に精神の旧援護寮、生活訓練施設、授産施設、県内 22 あるうち新事業体系に行ったのが 1 箇所だけ。従来精神は支

援施設に入っていなかったということで、施設については利用者負担がないということが1点、授産施設とか援護寮については年間いくらということで運営費の補助金が出ているが、精神も新事業体系にいくと日割りということになるわけで、出勤率が60%台という話を聞いているので、なかなか新しい体系にいけないということで躊躇しているのかと思う。私どもも、新事業体系にいくという中で、国の特別対策なども実施しているが、現実的に移ったところでも、援護寮が移った場合にグループホームに移行するが、日中活動をどうするかとか、職員配置も従来より収入が減るということもあり、減らさざる負えなかったと聞いているので、中々、今のところ新事業体系に行けないのが実体かと思っている。私どもも特別対策を実施しているということもあるが、3年後の見直しということで、本年見直し作業を国がしているので、その状況を見ているということと、特に新しい体系では障害程度区分が重ければ報酬単価が高いということがあるが、知的・精神はなかなか障害程度区分が上がってこないという面もあるので、それも来年に向けて見直しの作業を進めている状況を見ているところ。県の対応としては、21年度には報酬単価の見直しも予定されているので、事業者がちゃんと運営できるように、利用者がちゃんとサービスを受けられるような施設体系にして欲しいということで報酬単価の見直しについて要望している状況。

(天野会長)

次に大堀委員からお願いしたい。

(大堀委員)

長野県福祉医療費給付に対する要望で、「長野県福祉医療費給付事業」に関して、本年8月より、精神保健福祉手帳1級の所得制限を、特別障害者手当準拠まで拡大することとなった。ただ、他障害と比べてまだ格差があり、給付対象拡大の必要があると考える。市町村が県の施策に準ずることから、県が先駆けて対象拡大を行って頂きたい。対象範囲及び所得制限について、1級保持者から2級保持者までの拡大、所得は、2級保持者は「所得非課税者」までを適応。

(事務局)

担当課所要で欠席のため、代読で回答。県では平成19年度、県の助成基準の見直し検討を行うこととし、市長会、町村会及び県の三者で構成する「長野県福祉医療費給付事業検討会」を設置し協議を行った。検討会の意見は、「精神障害者については対象範囲を1級から2級に拡大し、所得制限は1級を特別障害者手当準拠に、2級は所得税非課税者までとする。また、入院については現行と同様に対象外とする。」とするものであった。この意見を踏まえつつ、県としての対応を検討した結果、1級の方の所得制限を現行の市町村民税非課税世帯者から特別障害者手当準拠に緩和する改正をし、平成20年8月から実施することとした。なお、2級への拡大については、今後の状況などを見ながら更に検討していく。検討会の意見と相違する理由としては、精神障害者手帳の所持状況が精神に障害を持つ方の実態と大きく乖離しており、今後の手帳所持者を見込むことが非常に難しいことなどが挙げられる。

(大堀委員)

手帳保持者の数が見込めないというのは。

(事務局)

今後、手帳所持者の数がどうなっていくかという見込みの把握がなかなか難しいということだと思われる。

(大堀委員)

それは予算上の設定をするのが難しいということか。

(事務局)

現実として増えていく数を見込んで考えていかなければいけないということだと思われる。実際今後どのくらいの方が手帳を取得していくかということを見込めないと、そこから先の事業の見込みを立てるのが難しいということだと思うが。

(北澤委員)

今日配布した「ニュースながのかれん」の7月号に掲載したものだが、福祉医療制度について、とりわけ精神の分野について拡大するという動きが全国的にいくつかある。ここでは名古屋市の例が出ているが、この8月から精神については2級まで、愛知県の制度では精神科への通院・入院のみは無料になる、所得制限についても特別障害者手当準拠というふうに変える。長野県はどうなっているかというと1級で通院のみということで、該当者が少ない状況。全国的には精神の1・2級というところがぼつぼつ出てきている。自立支援法は3障害が一緒という枠組みをうたい文句にしているが、精神障害者からの家族からの熱い要望によって見直しをしている県がいくつか出てきている。そういう意味で長野県においても、検討委員会でやっているということだが、精神障害者の家族とか当事者の代表も加えて現状について理解していただきたい。長野県においてはあくまでも市町村が主体の事業であり、市町村によってもかなり違う。障害者が高齢化して、いろんな医療にかからなければいけない中で、福祉医療制度の拡充を前向きに検討して欲しい。この制度ができると精神障害者の該当者も多いので、県としてもかなりの額になるかと思うが、精神医療福祉についての遅れもあるので、他の障害と格差のないように見据えて改革をお願いしたい。

(高橋委員)

必ずしも賛成できない点がある。入院の給付についての手当については反対。であるならば、地域に手当していただきたいというのが、流れとしては本筋ではないか。

(杉田委員)

大堀委員の主張としては、身体・知的・精神の3障害一緒の中で、精神障害について格差があるので改善をしていただきたいということだと思う。佐久地域の市町村は入院も公費負担している市町村がほとんど。だからと言って入院が伸びているわけではない。格差

があるということで、特に所得のところが大きかったが、他の障害は特別障害者手当準拠ということだったが、精神については改善されたと思うが、そこら辺の格差を是非なくしていただきたい。

(天野会長)

格差ということについて、事務局にも認識していただきたい。
引き続き、大堀委員お願いしたい。

(大堀委員)

福祉サービスの充実についての要望で、障害者手帳に写真が今年中に貼付されるので、他障害より遅れている福祉サービスについての充実を図られたい。身体、知的障害者には次の割引があるが、精神障害者には適応されないので、要望していく際には県も支援して頂きたい。

鉄道運賃（J R 100km 以上）50%割引、タクシー運賃 10%割引、有料道路通行料及び一般自動車道使用料金の割引、航空旅客運賃の割引。

(事務局)

NHK受信料については、精神障害者保健福祉手帳所持者について、本年 10 月から受信料が減免される。また、J R 等公共交通機関や有料道路など全国的な会社に対しては、全国衛生部長会などあらゆる機会をとらえて国に要望しているところ。引き続き県としても手帳サービスの拡充に向けて取り組んでまいりたい。

(天野会長)

事前に提出された意見等は以上だが、その他の意見は。

(杉田委員)

国の精神保健対策の中で、認知症対策が大きな柱となっているが、「認知症疾患医療センター」について先に県の説明会があったが、現在「老人性認知症センター」が県内 7 箇所
で鑑別診断や 1 次予防的な講演会・研修会を開催してきた。平成 18 年度に補助金が終了し、
現在 6 病院で補助金なしでも事業を継続しているが、この 4 月から「認知症疾患医療センター」
事業が開始され新たに補助事業となったが、ここで求められる内容がこれまで以上に
高度なものとなっているが、専従の精神保健福祉士の配置など難しいものとなっている。
また、平成 22 年度までに移行できない病院は老人性認知症センターの名称使用もできなくなると説明があった。専従要件の緩和や移行できない場合の名称使用について何らかの改善策はないか。

(事務局)

先の説明会において疑義のあった事項について、厚生労働省に照会したところ、「専門医療相談が実施できる専門の部署に、常勤専従の精神保健福祉士等が 1 名以上配置されていること」という要件については、認知症疾患医療センターの専門部署ということではなく、医療福祉相

談等を行う部署であっても認知症に係る相談ができる体制になっていれば可。また、常勤専従の精神保健福祉士等常勤専従とは、上記の医療福祉相談等を行う部署の精神保健福祉士でも可。業務に支障のない限り、他の業務に従事しても構わない。なお、精神保健福祉士等の「等」であるが、原則は精神保健福祉士であることという回答であった。各老人性認知症センターに通知する予定。

(天野会長)

精神保健という名前では同じだが、毎年1回、「精神保健シンポジウム」を持ち回りで全国をまわって開催している。精神保健会という全国組織で、今年11月24日の午後1時から4時で松本の文化会館で開催。主催は精神保健会、共催が長野県精神科病院協会、長野県精神保健福祉センター、信州大学精神科教室。タイトルは「これからの精神保健福祉を考える」ということで、3人のシンポジストが講演。日詰正文さんが「児童発達障害について」、小泉精神保健福祉センター長が「退院支援について」、佐久総合病院美里分院の大西先生が「認知症の支援について」ということで講演。司会は渡辺啓一先生と私。今、パンフレット作成中で出来上がり次第配布するので、よろしく願いしたい。

(遠藤委員)

高橋委員から勤務医が疲弊しているという話もあったが、できるだけ事務の方とかPSWの方とかにも手助けいただいているが、書類が精神医療の中でも非常に多い。特に自立支援医療の関係で1年に1回となった。できるだけ書類は簡素化したいので、自立支援医療についても2年に戻してもらえるよう機会があればお願いしたい。

もう一点、第5次医療計画、良く出来ているが、一般の救急システムについては、1次、2次、3次と病院も明記されているが、精神科の病院も救急で頑張っているのも、何らかの形で医療計画の中に入れてもらうのがいいと思うので、また検討いただければ。

(天野会長)

書類の処理が大変になっている。コンピューター処理を行っているところも出て来ているが、書類の処理で渋滞してきてもいる。医療の効率化ということでご検討の程を。

(北澤委員)

今の事で、患者家族の立場からも書類の多さで困っている。自立支援医療についても日割り計算だとか事務処理が増大している。

(天野会長)

長い時間ありがとうございました。これからも委員それぞれの立場で精神障害者の施策の推進に向けて御尽力いただきたい。

閉会あいさつ (衛生部長)