

長野県精神保健福祉審議会
第1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3月17日（金） 14時00分～15時50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2階 TV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、轟純一部会員、埴原秋児部会員
南方英夫部会員、鷺塚伸介部会員、鷺塚輝久部会員

事務局： 西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長、高橋課長補佐兼心の健康支援係長、柳澤主査
田中主事、檜尾保健師、社本医療政策課課長補佐、坂本諏訪保健福祉事務所長
矢崎精神保健福祉センター所長

4 要 旨

【会議事項】

部会長の選任について

（高橋課長補佐）

それでは、会議事項に先立ちまして、部会長の選任を報告します。

既に1月に、審議会の皆様へ通知しておりますように、当部会は長野県地方精神保健福祉審議会運営要領に基づいて設置しております。部会長は、審議会会長の指名によることとされておりますが、審議会会長より指名を受けた関委員に部会長を務めていただきます。

関部会長は県の保健医療計画策定委員であり、精神分野の代表というお立場でもあります。

部会の運営に関しましては、審議会運営要領に基づき、関部会長に議長をお願いしたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

（関部会長）

ただいまご報告がありました部会長を務めさせていただきます関でございます。

この会議はそう何回も開かれないので、1回1回の会議が非常に重要な役割を持つと理解しております。

ただ、計画も精神分野については厚労省がいろいろな案を出しており、それについて長野県の実情に合わせた形で策定するということになりますので、県のご協力とそれから委員の皆様方の英知を絞っていい結果ができればよろしいかなと思っております。

それでは早速会議に入らせていただきます。

会議事項 1、第 8 次長野県保健医療計画の策定について事務局からご説明願います。

(1) 第 8 次長野県保健医療計画の策定について

(社本医療政策課長補佐、資料 1 により説明)

(関部会長)

それではただいまの説明について、ご質問のある方はご発言願います。

ご発言の際はミュートを外してお名前をおっしゃってからご質問をお願いします。

(質問等なし)

この資料については既にお目通しということで特にご発言がないようですので、次の会議事項に入りたいと思います。

次に、会議事項 (2) 「国による検討状況について」です。事務局からの説明をお願いいたします。

(2) 国による検討状況について

(高橋保健・疾病対策課長補佐、資料 2 により説明)

(関部会長)

資料 2 は昨年末頃に国の検討会でとりまとめられた意見であり、この内容を踏まえて、今月末を目途に、厚生労働省から指針が示される見通しということです。

ただいまの説明についてご質問等がありましたらお願いいたします。

(質問等なし)

特段ないようですので、次の会議事項に移りたいと思います。

次に、会議事項 (3) 「精神疾患対策の現状と課題について」です。

この議題は本日のメインテーマとなっております。

まず、事務局から説明を受けた後、部会員の皆さまより、それぞれのお立場から現場の実情や課題について、ご発言をお願いしたいと思います。

お聞きになりながら考えをまとめていただいて、後ほど指名しますのでご発言をお願いしたいと思います。それではよろしく申し上げます。

(3) 精神疾患対策の現状と課題について

(高橋保健・疾病対策課長補佐、資料 3、参考資料 1～3 により説明)

(関部会長)

それでは先ほど申しましたように、各委員からご意見を頂戴したいと思います。

私の方から指名いたしますので、3 分くらいを目安にお話いただければと思います。

まず、民間病院のお立場ということで、長野県精神科病院協会の遠藤委員お願いいたします。

(遠藤委員)

はい、遠藤です。

一つは児童の専門医療がどうしても何か滞ってるというか、予約が半年ないし1年かかったり、そういう事案を少し解消できればいいかなと思います。日精協でもできたら精神科単科の病院で、外来レベルではある程度相談できるような医者を育てようとしていますので、長野県もぜひそういう方向で応援していただければいいかなと思います。

もう一つは救急医療ですね。合併症も含めてより充実できるように、また色々な指標等を作っていたらいいかなと思います。先ほどの資料を見ると、措置入院の年間入院患者さんが多いというデータが出まして、特に全国的にも人口10万人だけじゃなくて数が多いということにちょっと驚きましたが、もし救急医療と関係しているとする、資料として時間外の救急診療件数というのはある程度輪番も含めて様々なアクセスの部分で、県でわかる範囲でもう一度整理してその中で入院になったケース、入院の形態について、措置入院も含むという形の数字を出し、全国の平均あるいは似たような県と比較ができるといいかなと思いました。

もう一つは先ほど課長さんからもお話があったかもしれませんが、滝山病院事件というのは割と私にとってもインパクトが大きくて、透析をしている精神障がいの方を中心に結構たくさん診ていた病院というか、いわゆるなかなか民間の精神科病院では診きれない方を結構受け入れていたということがあって、長野県で先ほど透析ができる医療機関も結構あるように数字を挙げていましたが、その辺のことも少し整理できるといいかなと思います。もし、どこかの病院に過大なしわ寄せがいていて問題が起きているとすれば、それは早めに解消しないといけないなと思いました。

(関部会長)

引き続き、民間病院の立場から県の精神科病院協会の轟委員お願いします。

(轟委員)

轟です。よろしくお願いします。

遠藤先生も先ほどおっしゃっていましたが、児童とか思春期の問題、あと発達障がいの方々なんですが、なかなかうちの病院でもすぐに対応できない状況が続いていまして、その辺をしっかりとやっていきたいなと思っております。

あとアルコールとか薬物依存症ですけども、こちらはうちの病院はほとんどやれてないですね。紹介されてもお断りしてるような状況です。どうしてもということであれば引き受けたり、ケースバイケースでやっていますが、なかなか対応できる医師が少ないっていうのもありますので、その辺も色々と講習など受けてもらって対応していけるようにしたいなとは思っております。

それと東北信の救急の輪番制に関してですが、平日は東信北信に大分分かれて回ってきています。ただ、土日に関しては東北信一緒にやっている状況がまだ続いてまして、その辺も患者さんの利便性とかを考えると分けていきたいなとは思っておりますが、協力できる病院などがなかなか増えてこなくて

まだ一緒にやっている状況です。今後、東北信きっちり分けれるように考えていきたいなどは思っております。以上です。

(関部会長)

それでは引き続き、診療所のお立場から精神科診療所協会の驚塚委員お願いいたします。

(驚塚輝久委員)

東口メンタルクリニックの驚塚です。

病院協会の先生方にいつもお世話になって申し訳ありませんが、診療所としてはまず診療所の医師が高齢化してしまって、ちょっと診療所が減っていく状況です。でも、患者さんの数がどんどん増えてますので、どの診療所もすぐに予約が埋まってしまってなかなか予約が取れないというのが現状です。

診療所協会のメンバーの医師には、できる限り自分のとこの病院の救急は自分のとこで受けるようにという話はしているんですが、それでも多分皆さんにご迷惑かけてることが多いのかなと思っています。何とか重症化しないうちに診療所で対応できることは対応して、入院するにしても予約をとり待てるように、なるべく措置入院にならないようにということを考えて行動していければいいかなと思っています。

また、児童思春期の治療診療に関しましても、なかなか専門にやっているとこはないので、信大でやっている講習をきちんと受けるようにということを診療所協会のメンバーには伝えて、何とかこの4月からの研修会には参加できるといいかなと考えています。

以上です。

(関部会長)

引き続き、公立病院である県立こころの医療センター駒ヶ根の埴原委員お願いします。

(埴原委員)

埴原です。よろしくお願いいたします。

外来患者さんの増加率の高さはかなり目を見張るもので、できれば外来の患者さんにおける増加率の年齢の区分と、あるいは疾患の構成等もわかると今後の外来の対策を立てられるのではないかと思います。

先ほどありましたように、新患待ちでいうと近隣のクリニックよりもうちが一番早いような状況が現在ありまして、一般の医療のアクセスという点でも、この通院患者に関する部分はちょっと注意が必要かなと思っています。

児童思春期等に関しては、当院でも整備していこうということで、それらを専門的な外来医療だけでなく、入院医療も充実させるために今病院の病床転換等を図っていく計画をしているところでして、成人とともに児童思春期、また後で出てきます摂食障害、未成年の摂食障害の入院治療にも対応できるような形をしていきたいと思っています。

認知症医療に関しては精神科だけの問題ではありませんが、認知症疾患医療センターの当院も行っておりますけれども、圏域ごとの活動内容に少し違いがあるような印象を受けます。今後、団塊の世代が

75歳を超えていきますので、鑑別診断やBPSD対応だけでなく、家族相談や診断の支援の形もきっちりセンターに活動していただければというふうに思っております。

依存症に関しては、当院はアルコール、薬物、ギャンブル等依存症治療拠点機関に指定されて活動を行っております。依存症治療においてはやはり三つの要素、入院治療、外来治療、家族支援を同時に揃えなければならないため、そのための研修の負担や人員の確保というのは非常に大変だと思います。しかし、当病院だけでは絶対に足りませんので、少なくとも各診療域に一つ以上のそういった治療が行える医療機関を整備していくような、具体的な数値目標は必要かと考えているところです。

続いて精神科救急ですが、当院は南信地区の常時対応型と輪番型という形でやっております。昨年、常時対応型施設が増えたおかげで圏域内での輪番体制が非常にうまくいっている印象を持っております。ぜひ北信でも独立したような形で運用できるよう、そういう救急システムが現れるようになるとういのではないかと思います。

アセスメントセンターが精神科救急情報センターの役割を担っているとありましたが、その部分とこれらのシステムとの連携は決して十分ではなく、いわゆるハード救急においては精神科の役割を果たしてきておりますが、一般の方のアクセスという意味においては当院の精神科救急システムと情報センターとの関係については強化や検討が必要かと思っております。

災害精神医療のDPAT等に関して当院もDPATを整備していますし、当院はDPAT先遣隊ということで2チーム従事できる状況になっており、一応数値目標としての数値は目標に達しているとは伺っていますが、実際に災害が起きた場合にはこの数ではDPAT活動は続かないと思っておりますので、さらなる整備をお願いしたいと思いますし、災害精神科病院の拠点病院の指定に関しても、どういう病院がどういう役割を果たすべきかということについて、ぜひご検討いただければと思います。特に長野県が被災し精神科病院における初期のレスキュー等を行う場合には、災害拠点精神科病院が非常に大きい役割を果たすと思っておりますので、またそれらの形をどのようにして準備しておくかぜひ検討いただければと思います。

(関部会長)

それでは公立病院であり、大学という県内唯一のお立場でもある鷺塚委員をお願いします。

(鷺塚伸介委員)

信州大学の鷺塚でございます。

それでは私の方からいくつかコメントさせていただきますが、まず精神疾患の医療体制で先ほど基準病床のお話がございます、3947床と現在500床近く上回っているというようなお話がありました。この基準病床の考え方についても、精神医療で統合失調症の方を中心に入院治療を行っていた時代と時代背景が段々異なっておりまして、今圧倒的に足りないのはやっぱり児童発達障害それから摂食障害、私どもの関連で言いますと合併症の方の緊急用と思っておりますが、それらについての対応のベッドはやっぱり足りないんだろうと思っております。

一方で統合失調症の入院患者がどんどん減っていくということであれば、それぞれの病院の役割、疾患に応じてベッドがどのくらい必要なのかっていうことを逆算して考えていかないと、基準病床というのは昔と同じように考えていたら時代に合わなくなっていくんじゃないかなと。ただこの点については

ベッドだけ増やしても医師を養成しないことには始まりませんので、それについては大学の使命だというふうに考えておりますけれども、そういった視点からの見方というか考え方ということがこれから必要になってくるのではないかと思います。

それから、引き続き児童の関連の絡みで申し上げますが、長野県の委託講座ということで、子どものこころの発達医学教室というものをつくっていただき、医師の養成を信州大学で本田教授を中心に進めております。その委託事業として、長野県発達障がい診療医・専門医育成カリキュラムというものを行っており、先ほどご説明にもありましたように、令和4年の3月時点で50名の専門医・診療医が認定されています。申し上げにくいところがありますが、ほとんど小児科の先生です。精神科の先生がなかなかこれを受けていただけないという現状がございまして、これからの子どもの診療体制は手厚くなってきますが、大人になってくると当然移行してまいりますので、それを我々精神科が受けなければいけないんですけども、その受け皿がまだ足りてないという問題がございまして。

先日、大学から各医療機関に流させていただきましたけど、また4月からこのカリキュラムが始まりますので、ぜひ先生方あるいは先生方の病院の若い先生方にこれを受講していただくよう、特にオンラインで講義が受けられるように工夫しておりますので是非そのあたりもお願いしたいと思います。

それからてんかんのお話がちょっと出たと思います。信州大学で小児科の福山先生を中心にてんかんの専門診療が行えるようになり、それから脳外科的にてんかんの外科的手術も今できるようになってきています。信州大学では脳神経内科、小児科、脳外科と精神科で非常に連携をとりながらいい診療が行われていると思うんですが、長野県全体として見たときにそれができているかというところはまだ大学病院中心に中信圏域だけで留まっているところがあると思います。先生方に釈迦に説法ですけども、てんかんは精神症状を出す方がかなり多く、患者さんのQOLを考えると、てんかんの発作が止まらないことよりも精神症状の方が問題になっているような報告もあるわけです。そうするとやはり精神科がある程度関与しないことには始まりませんので、もちろん大学としては今後も連携して治療を進めてまいります。それをいかに地域に広げていくかということが今後の課題になっていると思いますので、その辺りもぜひご検討いただければと思います。

それからDPATのことは埴原先生からもお話がありましたが、昨年度の訓練のうちからも参加させていただいてわかったことは、やっぱり本部機能や拠点機能を作るということに対して非常に訓練ができていないといえますか、私どもの医者が出たんですけれども結局手も足も出ないというようなことで、このあたりはDMATと非常に格差を感じるころ、DPATはまだ追いついてないところなんだろうと思います。今まではDPATの普及啓発が中心になっていたかと思いますが、今後より実践的な訓練をやっていかないと、やはり大きな災害が起きたときに対応に困るのではないかと思います。特に長野県の場合、交通が遮断される可能性がありますので、こころの医療センター駒ヶ根が動けなくなったときにどうするのかということもやっぱり考えておかなければいけないだろうと思いますので、各圏域から積極的にDPATに参加していただいてチームを増やしていく。さらにより高度なトレーニングを行っていくことも必要なんだろうというふうに考えております。

3分超えてしまいました。お詫びいたします。

(関部会長)

引き続き、専門職種の視点から、精神科看護協会の南方委員をお願いします。

(南方委員)

精神科看護協会の南方でございます。よろしく申し上げます。私は看護師という立場から少し発言をしたいと思います。

先ほどの資料の説明にもございましたとおり、長野県は措置入院が全国でも多い状況です。やはり看護という病棟の中で見てますと、一定数症状が改善して退院されていくわけですが、やはり結果としてまた再入院をしてくるという、いわゆる回転ドアのような現象が多いかなと思います。その辺に対しては国も措置入院者の支援体制ということで、特に相模原の事件以降、一応の制度が設けられたような状況ではあるんですが、実質なかなか措置入院者の退院後支援が進んでいないことが印象としてあります。

その前段で、第8次医療計画に関する意見の取りまとめにも記載されていますが、現在精神科訪問看護を行う訪問看護ステーションがやや増加傾向に県内あるかと思われまます。各圏域にも何ヶ所か整備が進んでいる状況ではありますので、その辺の連携といいますか、どのように必要な体制作りができるかというのは少し考えていかなければいけないところかなと考えております。

看護の立場からは以上でございます。

(関部会長)

それでは、同じく専門職である精神保健福祉士協会の佐藤委員申し上げます。

(佐藤委員)

はい、よろしく申し上げます。

西垣課長や遠藤先生の話にもありましたけれども、患者さんの権利を守る仕組みというものが大切になるかなと思っております。先ほどの措置入院の話でもありましたが、強制力の強い入院形態または医療保護入院もそうなんですけれど、そういったときにしっかりと患者さんをみるという仕組みが必要かなと思ってます。当院でも、措置のガイドラインをしましょうという言葉だけで保健所の方が来てくださるなんてこともあるんですが、医療保護の市町村長同意での入院のときには市町村の方が一度も来られずに書類だけで入院、退院のやり取りをするなんてこともあって、ちょっと危ない状況ではないかと考えております。しっかりと非同意入院の方の権利を守る取り組みが必要かなと思っております。

ここには件数が出ていなかったですけど、非同意入院の方であれば退院請求等されると思うので、その件数などどんなふうになってるかっていうのもわかるとありがたいかなと思います。そういうものでもちゃんと権利を擁護してるかどうかが見られるかなと思ってます。

また、平均在院日数が以前よりも長くなっている。国の方の指針にも地域包括という言葉があったので、本当に地域での生活していくことに合わせて地域福祉と在院日数を減らしていくということも密接な関係があると思います。まだまだ精神科領域では地域包括という言葉が定着していないのでそれが定着していくという取り組みができると良いのかなと思ってます。

児童発達障害のところにも関わると思うんですが、ICD-11になるとゲーム障害、ゲーム・ネット依存症、ちょっとどんな言葉になるか私まだわかってないんですけど、世の中にも広まってくると思いますが、そうすると、切り口がゲーム依存症で医療機関を探すとすると、なかなか標榜している医療機関が

ないため迷ってしまうご家族もいると思いますので、そういったことに関する啓発も必要ではないかと考えております。

以上です。

(関部会長)

精神疾患にかかる医療提供体制の現状、そして課題についてそれぞれの委員の皆様からの確なご意見があったように思います。

私自身のことで言えば、てんかん、児童思春期、認知症あるいは依存症ですね。それから医療観察法、いずれも関わっているものですから、ぜひこれが長野県全体の中でどの地域にあってもそういったことが十分行われるような計画ができてきたらよろしいかなと思っております。

それから今回のテーマにあまり直接触れてないんですが、産業精神保健の立場から外来を訪れる適応障害ないしうつ病の患者さんが結構多くなっている印象を持っていますので、そういった方に対する産業精神保健の立場からの計画も必要かなと思います。

また委員の皆様にも、今後のご意見、発言を求めたいと思っています。

以上でこのテーマについては一旦終わりにさせていただき、次に、会議事項(4)「ロジックモデルについて」です。事務局から説明願います。

(4) ロジックモデルについて

(社本医療政策課長補佐、資料4により説明)

(関部会長)

現行の第7次医療計画からの大きな変更点の一つとして、第8次はこのロジックモデルの導入が挙げられると思います。精神の分野は、現行計画では疾病ごとに完結する形で計画がまとめられています。

次期計画では、精神疾患全体をロジックモデルでつなげるという理解でよろしいでしょうか。もし補足があれば、事務局からご説明願います。

(事務局から補足説明)

(関部会長)

この計画、ロジックモデルを使って、アウトカムをしっかりと出していこうということだと思います。

今回はこれのたたき台が出るということですのでございます。そこで残された3回のうちにこのロジックモデルで計画を策定するということになると思います。

今日、初めてロジックモデルというような表現の説明を受けたという方もいらっしゃると思いますが、次回に向けてロジックモデルのアウトカムをどう考えていくか、あるいはアウトカムに盛り込んでいくべき文言やキーワード、そのことについて具体的に踏み込んだご意見を伺いたいと思います。

今度は私の方から指名いたしますが、名簿順とさせていただきたいと思います。

遠藤委員お願いいたします。

(遠藤委員)

最初に質問という形で聞いた上でちょっとコメントしたいと思います。

5疾病5事業、精神疾患というものがまず一つの疾病として、それで一つのアウトカムを目指すというところでいいですか。それとも今まで何か気分障害とか統合失調症とかてんかんとかがあつて、それぞれの疾病についてアウトカムを目指すという方向で、どちらも一応考えておけばいいんでしょうか。

(社本医療政策課長補佐)

このロジックモデルにつきましては先生がおっしゃるとおり、精神だけでしたら精神で一つのロジックモデルという形をとるんですけれども、最終アウトカムにつきましては、一つだけということではございません。資料の7ページの様式のところで示させていただいておりますが、最終アウトカムの設定につきましては、大きな区分ごとに最終アウトカムいくつか設定していただくことができますので、精神疾患の一つのアウトカムを設定するというだけではございません。

(西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長)

すみません、西垣です。

例えばがんの対策で考えますと、がん対策の最終アウトカムはがんで亡くなる人を減らすなどが、がん全体の政策の最終アウトカムになります。その上で、がんには予防、検診、治療、がんとの共生といったような様々な四つの分野がありますので、それぞれに対してもアウトカムを立てていくというようなイメージになっております。

(高橋保健・疾病対策課長補佐)

精神の分野でいくと、国の説明の中にもちょっと出てきましたけれども、にも包括というのがありまして、精神疾患をお持ちの方が地域で自分らしく暮らしていけるというような、そういった形が本当に究極的な目的というか、それが最終アウトカムになるのかなと事務局としてはイメージしています。

ただ、そこに行き着くまでの間に、医療体制や普及啓発とか、そういったものがいくつもあるんですが、多分遠藤先生はその中にも疾病ごと色々あるよねということをおっしゃっていると思うんです。

そこをどう落とし込んでいくかはこれから研究していきたいと思っているんですが、最終的に目指すところはここだよねというのを、こういった検討の機会に共有して同じ方向を見られるようにすると、この計画の意義が出てくるのかなと考えています。

よろしくお願いします。

(遠藤委員)

はい、ありがとうございました。よくわかりました。

私も今までの色々な国の政策の流れとか自分の心情を見ていて、まさに精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムをアウトカムにすればいいと思いますね。

実際の要素、プロセスをどうするかは皆でご議論していけばいいかなと思って、是非そのようなアウトカムを目指せばいいなと思います。

(関部会長)

では、名簿順で引き続き佐藤委員お願いします。

(佐藤委員)

今依存症を担当してるんですが、ご本人さんご家族が調べた中では依存症の相談ができる機関が全然ないと。今日聞いたら結構やってらっしゃる病院があったりするんですけど、精神疾患ってなかなかアクセスが悪いのかなと思うんですね。予防的にも早めに医療にかかれて早めに退院できたりだとか、また入院せずにすんだりだとか、そういった形でアクセスが少しでも良くなるというのではないかなと考えています。

また、福祉もかなり密接な関わりがあると思いますので、福祉施設とも協力してやっていく必要があるかなと思っております。以上です。

(関部会長)

確かに関連する他の計画とのマッチングというか、これも当然必要になってくると思いますので、その辺も、ロジックモデルの中で書き込んでいただければと思います。

それでは引き続き、轟委員お願いします。

(轟委員)

はい、轟ですよろしく申し上げます。

初めて聞いた言葉でよくわからない部分が多いんですが、最終アウトカムのところが、地域で楽しく生活できるというようなところに持っていくわけですね。ということは、中間のアウトカムには退院促進であるとか、自殺予防であるとか、そういうのが入ってくるというような考えでよろしいですか。

今初めて聞いてそんなようなところを考えさせていただきました。よろしく申し上げます。

(関部会長)

はい、県の方から何かこれに対してご説明ありますでしょうか。

(高橋保健・疾病対策課長補佐)

まだ県の立場からお示しするロジックモデルの案は作成途中でして、はっきりとは申し上げられないんですが、作っている立場としての意見をお許しいただけるのであれば、今轟先生がおっしゃったような退院促進の取り組みですとか、今までやってきたこの専門医療の充実とか、佐藤委員がおっしゃったアクセスの良さのために何かできることはないかとか、それを一つずつ、この分野別のアウトカムというかそういったところに立てていきながら、その分野別のアウトカムに辿り着くための政策は何かということで、それを長野県の事業の施策として打ち出していく。

ただ、関係機関の皆さんにロジックモデルを達成するための政策として取り組んでいただくというような位置づけをしていき、皆さんの行動・活動が、何か意味があるんだということに関係者全員が共有できるような、要は計画の地図みたいな感じのものを作りたいというイメージです。

地図にするために旗印になるような、キーワードみたいなものそれぞれ散りばめて置きたいので、先ほどのにも包括の言葉もそうですけれども、専門医療の充実とか退院促進、そういったものをキーワードとして使いながら、次回に向けて作っていききたいなと思います。

答えになっていなくてすみません。

(関部会長)

先ほどより具体的に出てきたので、少し皆さんの理解を得たかと思います。

続いて埴原委員をお願いします。

(埴原委員)

僕もよくわかってないところもあるんですが、結局最終的なアウトカムというのは幸せに暮らすことだと思うので、QOLに関わらず必要な要件だとは思いますが。その中で確かに、にも包括というのが精神障がいを中心にして考えた場合には一番のキーワードになり、その中ではやはり在宅継続率とかそういうもの分絡んでくるのかなと想像はしております。

あと、今までの指標になっていたような数値目標との整合性がわかりにくいんですが、数値目標的に挙がっていたものは一番左の欄に挙がってくるのかなと考えています。それが何の目的であるのかが今回のロジックモデルでより明らかになるんだろうなと思っております。以上です。

(関部会長)

引き続き南方委員、をお願いします。

(南方委員)

ロジックモデルは自殺対策で取り組みを進めていたということで、少々馴染みがあります。

先生方がおっしゃっておられるように大きなアウトカムを立てる中で、それぞれ医療体制だったり、あるいはその支援、とりわけ地域の中での支援など今まで数値目標がなかったところも、一応アウトカムとして数値が立てられるのは非常に効果的なのかなと思います。

そういった今まで医療体制と例えば地域支援とか必要性は感じていても、それぞれの整合・整備がなかなか取れなかったものが、体系化して可視化されるということは大いに期待するところかなというふうに感じております。以上でございます。

(関部会長)

引き続き、鷺塚委員をお願いします。

(鷺塚伸介委員)

私も、何度かお話は聞いてはきたんですけどもよくわかってないところがあるので。

キーワードを挙げていただいてこれ大事かなという話も出ましたし、ただ皆さんもよくわかっていない話を進めていくと、どうしても抽象的な文言になってしまう可能性があると感じておりますので、できるだけ現実的に話を進めさせていただきたいということと、出てきたものについて、後で検証ができるような形でお示しいただければいいのではないかなと考えております。以上です。

(関部会長)

先ほどもPDCAサイクルのことが出てきましたので、おそらくそんなふうに戻して検証していくのではないかと思います。

では、鷺塚委員先生お願いいたします。

(鷺塚委員)

東口メンタルクリニックの鷺塚です。

もう皆さんおっしゃった通りだと思いますので、にも包括を最終的目標にするんだと思うんですけども、やっぱり問題の肝というか、医療は医療でこうしましょう、福祉は福祉でこうしましょうとやってしまうと、整合性がとれずどっちを優先させるのという話になってしまうと思うので、最初の段階から福祉と医療が共同してお互いにいいところを出し合いながらやっていく体制を作ればいいのかと思っています。

もう一つ、事務局にお願いなんですけど、これすごく大事な話だと思うので、資料を前日とかだと検討する時間がないので少し早めにいただけるとありがたいかなと思います。よろしくお願いします。

(事務局)

その点に関しましては本当に申し訳ございませんでした。

(関部会長)

ありがとうございました。

第8次の計画は、ロジックモデルで作っていくということですが、長野県のテーマに「しあわせ信州」という大きいテーマがあるので、どの計画もそこに結びつくというのが私がいつも発言してるところなんですけど、それがおそらく最終的なアウトカムとして、信州で暮らす人たちが幸せを感じることを計画全体ができたときに達成できることが計画の目標かなと思っておりますので、ぜひそのことに繋がるたたき台を出していただけたらと思います。

多少時間がございますので今ご発言いただいた皆さんから、何か他に質問等がございましたらお願いしたいと思いますが、今度は挙手をして発言を願いたいなと思います。

(埴原委員)

質問なんですけども、他のところでは地域医療構想の話が出ているかと思っています。先ほどもうじき厚労省からある程度たたき台が出るような話も伺ったんですが、精神科のこの部会にはその話ということで直接何かあれば教えていただきたいと思っています。以上です。

(社本医療政策課長補佐)

事務局の方からお答えさせていただきます。

地域構想につきましては、一般病床と療養病床に関しての話になっておりますので、精神病床については対象となっていないということでございますので、直接こちらのワーキングで関係してくるところはないのかなと思ってるところです。以上でございます。

(関部会長)

はい、埴原先生よろしいでしょうか。

(埴原委員)

ありがとうございました。

(関部会長)

それでは、遠藤先生も手を挙げていただいています。

(遠藤委員)

遠藤です。お願いします。

にも包括を目指す上でちょっとややこしいのは、包括支援のエリアとにも包括のエリアが重層的には整備されているんですけど、なかなか実際の現場でみんなで頑張る上でいくつかの難問があるんですね。

簡単に言うと、上田市は上田市で一生懸命にも包括を保健医療福祉でやろうとしているんだけど、どうも精神障害の場合はもう少し広い二次医療圏で保健所単位でやるのがあって、行政レベルの壁があるので、それをぜひこの計画の中でうまく解消していけるといいなと思っています。

それともう一ついいですか。コロナのことが全然出てきませんでしたけど、5月以降5類になるんですが、やっぱりまだまだ病院としては、この間当院から小諸高原病院に1人お願いした事案もありますけれども、これも新規感染症の絡みの中で、ぜひ皆が困らないように盛り込んでいただけるといいなと思います。以上です。

はい、ありがとうございました。

(関部会長)

最初の意見を伺ってますと、それぞれの委員の皆さん非常に問題意識をしっかりとっておられるので、そのことは計画には必ず盛り込まれていると思います。

次回のたたき台でまたご意見をいただければと思います。

他にご意見よろしいでしょうか。

それでは、次の会議事項に入りたいと思います。その他ということですが、事務局から何かございましたらお願いいたします。

(事務局)

はい、事務局からは特にございません。

(関部会長)

ありがとうございます。

部会の皆さんから何かご発言があれば挙手をしてご発言願いたいと思いますが。

(轟委員)

すみません、轟ですがいいでしょうか。よろしくをお願いします。

今回はWeb会議だったんですが、今後コロナが収まってWeb会議での会議運営していくのでしょうか。そのあたりを教えていただければと思います。

(関部会長)

事務局をお願いします。

(高橋保健・疾病対策課長補佐)

はい、ありがとうございます。

Web会議のいいところ悪いところはやはりあると思うんです。

例えば闊達な意見をいただくという意味で、Webじゃない方がいいという場合もありますし、ただよりの多くの皆さんで集まって欠席なく皆さんが参加できるという意味で、このWeb会議のよさもあります。全てをWebで終わらせるというつもりはないんですけども、Webと集合と組み合わせながらやっていきたなと思っておりませんが、また皆様のご意見もお伺いしながら進めていきたいと思っています。

以上です。

(関部会長)

その中にはハイブリッドもあるんでしょうか。ただ委員が8人なのであまりいい効果があるかどうかわかりませんが、ご検討をお願いしたいと思います。

司会の不手際でだいぶ時間が余っていますので何かございましたらお願いします。

ないようですので、以上の予定しておりました議事の終了になります。

新しい試みのロジックモデルということで、これから事務局はたたき台を作っていただけるということであります。もし今日の会議を終えて、事務局の方にご意見がございましたら、直接メール等でご連絡いただければそれがまた反映されていくと思いますのでよろしくお願いします。

ご協力ありがとうございました。事務局の方に司会等お渡しします。ありがとうございました。

(西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長)

関部会長、議事のご進行ありがとうございました。

今日、事務局側から普段先生方と様々な場でお話をさせていただいているんですけども、改めてこういったテーマでお話をさせていただくことで大変勉強になりました。

例えば、診療所医師の高齢化の一方で外来の患者さんが増加していることや病床の考え方自体をやっぱり深く考えていく必要があるんじゃないかといったご意見がすごく私自身は胸に迫っています。

そういった中で何人かの委員の方からデータの追加が欲しいというような積極的なご発言をいただきました。全てのデータがご希望通りに揃うかどうかわかりませんが、事務局としてもできる限り添えるようにしたいと思います。

やはり長野県広い県土の中で、救急や災害はじめ、精神分野の様々な医療をどのように確保していくかといったところが非常に課題かなと思っています。

今日、ロジックモデル、非常に短時間で初めてお聞きになった委員さんも複数名いらっしゃる中で、とてもよくご理解をいただいた上で適切なキーワード、ご意見いただいたことにも感謝を申し上げます。

今回の資料ギリギリでの送りになったことを本当に申し訳なかったです。

先ほどからの関部会長から「たたき台を」というようなプレッシャーを非常に感じておりますが、事務局一生懸命頑張らせていただきたいと思いますので、委員の皆様方にはぜひご協力をいただけたらと思います。

以上をもちまして、保健医療計画策定作業部会を閉会したいと思います。

2回目の作業部会は5月から6月の間に開催を予定しております。

対面にするかハイブリッドになるかも含め、また委員の先生方にご相談させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それではこれもちまして終了いたします。お疲れさまでございました。