

## I 日時

平成29年3月22日(水)

午後1時から午後3時まで

## II 場所

愛知県 本庁舎6階 正庁

## III 出席者

(委員)

池戸 悦子	愛知県精神保健福祉士協会会長
尾崎 紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科教授
川瀬 雅喜	愛知県町村会行財政部会長(東郷町長)
木全 義治	愛知県精神障害者家族会連合会理事
下村 美川	愛知県臨床心理士会常任理事
鈴木 康仁	愛知県相談支援専門員協会代表理事
出口 有紀	中日新聞社生活部記者
永井 尚子	名古屋家庭裁判所判事(部総括)
福田 勝	名古屋法務局人権擁護部長
舟橋 龍秀	独立行政法人国立病院機構東尾張病院院長
舟橋 民江	愛知県弁護士会弁護士
舟橋 利彦	愛知県精神科病院協会会長
前田 由紀子	心理相談室「こころ」カウンセラー
渡辺 久佳	愛知県精神障がい者福祉協会副会長

出席者数14名

(事務局)

健康福祉部保健医療局長ほか

## IV 議事内容等

### 1 開会

### 2 あいさつ

○保健医療局長あいさつ

○事務局（大野主任）：本日の御出席者の皆様につきましては、本来であれば一人一人御紹介すべきところですが、時間の都合もありますので、お手元の委員名簿と配席図で代えさせていただきます。なお、明智委員、加藤委員、内藤委員、西山委員、柵木委員、村岡委員におかれましては、所用のため、ご欠席との連絡がございましたので、ご報告申し上げます。

また、本日御出席のうち、今回の審議会から新たに委員にご就任いただいた方が 6 名おりますので、50 音順に事務局から所属とお名前を御紹介させていただきます。愛知県精神保健福祉士協会会長 池戸悦子様、愛知県臨床心理士会常任理事 下村美刈様、愛知県相談支援専門員協会代表理事 鈴木康仁様、中日新聞社生活部記者 出口有紀様、名古屋法務局人権擁護部長 福田勝様、愛知県精神障がい者福祉協会副会長 渡辺久佳様。

次に、定足数の確認をします。この審議会の現在の委員数は 20 名のところ、現在の出席者は 13 名でございます。過半数以上の出席をいただいておりますので、愛知県精神保健福祉審議会条例第 5 条第 3 項の規定により審議会は有効に成立しております。なお、下村委員については、多少遅れると連絡が入っております。

また、本審議会は審議会運営要領及び傍聴に関する運営要領により公開となっておりますが、本日の傍聴はありません。

### 3 会長の選出

○事務局（大野主任）：愛知県精神保健福祉審議会条例の規定に基づき、この審議会には会長をおくこととし、会長は委員の互選により定めることとされております。

前回の審議会までは、名古屋大学の尾崎委員に会長をお願いしておりますが、尾崎委員につきましては、前回の審議会以降に一旦任期が満了し、改めて委員に就任していただいておりますことから、新たに会長を選出する必要があります。

事務局としては、引き続き尾崎委員に会長をお引きうけたいと思いますが、皆様いかがでしょうか。

○各委員：拍手

○事務局（大野主任）：それでは、尾崎委員に本審議会の会長にご就任していただきたいと思っております。尾崎委員は会長席をお願いいたします。尾崎会長、以降の進行をよろしく願います。

○尾崎会長：会長の尾崎です。よろしく願います。はじめに、会議録の署名人 2 名を指名させていただきます。舟橋（利）委員と渡辺委員にお願いしたいと存じますが、皆様いかがでしょうか。

○各委員：異議なし。

○尾崎会長：それでは、御両名の方、よろしく願いいたします。皆様方の活発な意見交換をいただくとともに、進行につきまして、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

#### 4 議題

(1) 夜間・休日における通報受理・移送体制の整備について

○尾崎会長：議題(1)について事務局から説明してください。

○事務局(鈴木室長)：資料の1をご覧ください。副題として、「精神科救急体制整備検討ワーキンググループの検討結果」となっておりますが、正確に申し上げれば「精神科救急体制整備検討ワーキンググループの検討状況」です。

まず、本県の現状と課題、及びワーキンググループ設置の経緯についてご説明いたします。今から2年前に開催されました、「平成26年度第2回地方精神保健福祉審議会」において、夜間・休日の精神科救急対応の迅速化を図ることが、本県における大きな課題であるのご指摘をいただきました。資料1の別紙1については、平成26年度のご指摘を受けて、平成27年度に開催された「精神科救急システム協議会」に提出した資料で、その後、平成27年9月に開催された「平成27年度第1回地方精神保健福祉審議会」にも、重ねてお示した課題をまとめた資料です。

ご覧のように、本県の精神科救急対応の迅速化を図る上で、どの点に課題があり、それに対してどのように対応すべきかを整理したもので、審議会でのご審議を経て、今後はこの枠組みに沿って、計画的に検討を進めることとなったものです。

このうち、課題として挙げられた「措置診察依頼が遅い事案がある」点、また「保健所職員の通報受理から立会までの事務処理に時間を要する」点につきましては、県の『入院事務処理要領』を見直し、当事者の状況が極めて切迫している場合は、県職員が立会するのは原則ですが、県職員の立会を省略し、ただちに緊急措置診察を実施する案を提示し、審議会でのご審議を経て、平成28年度から、実際にそのような運用を始めています。

さらに、昨年度の審議会では、「対応の一層の迅速化を図るために、ワーキンググループを設置して、移送体制整備についても検討するように」というご指示をいただきました。これを受けて、今年度設置されたのが、「精神科救急体制整備検討ワーキンググループ」であります。

資料1の別紙2については、平成28年8月に設置された、ワーキンググループの設置要領になります。ワーキンググループでは、移送体制整備の問題に加え、これと密接な関係がある通報受理体制の問題も併せて検討し、さらに体制整備にあたっての名古屋市との協働のあり方についても検討することといたしました。ワーキンググループには、名古屋市

からもご参加をいただき、県からは保健所の現場で通報に対応している職員を中心に人選し、検討を行ってまいりました。

資料1の1枚目にお戻りください。検討経過については、左側の表にあります通り、8月以来4回にわたって、他県の状況等も踏まえながら、現在の体制が抱える課題と、その解決に向けて検討を重ねてまいりました。その中で出された主要な論点と、それに対する対応の方向性をまとめたものが、右側の表になります。

順番に見てまいります。

まず「基本的な方向性について」ですが、ワーキンググループの主要検討テーマである「通報受理体制の整備」と「移送体制の整備」について、両者を別々に整備するか一体的に整備するかどうかという論点がありました。

これらはいずれも職員の常時待機を必要とする業務であること、また人員配置と車両運行の効率性を考えた場合、両者を一体的に整備する、いわゆる「センター化」案が、最も効率的であり、適当であろうとの方向性が示されております。

そして、この新たなセンターについては、県と名古屋市の共同設置とし、愛知県内のどこで発生した事案についても、統一的な運用が行われることを想定しております。

以上の点を踏まえて、資料1の別紙3をご覧ください。この図は、夜間・休日の警察官通報に対する現行の方式と、ワーキンググループにおいて検討したイメージを対照させたものです。現行の方式は、事案の発生地によって、通報受理窓口が細かく分かれており、また中核市の保健所については、直接、措置の権限を持たないことから、その後、県の保健所に対応を引き継ぐ必要があります。休日・夜間の対応は、基本的にすべて自宅オンコール待機の当番職員が担っており、初動に遅れを生じる要因ともなっております。

さらに、通報対象者が緊急措置診察のために病院を受診する際は、警察のご協力により病院までの移動を行っているのが実情であります。

それに対して、ワーキンググループが想定している方式は、県内の警察からの通報を、センターで一元的に受理し、常駐職員がこれに対応するというものです。このように通報経路の簡素化と、即時対応の実現により、対応のスピードアップを図り、また県と名古屋市が車両を確保して、対象者の移送を実施するというのが、その基本的なイメージです。

再び1枚目の表にお戻りください。

主要論点の②をご覧ください。センターの設置と運営は、県と名古屋市が共同で行うことを想定しておりますが、主要論点の⑥に記載しましたように、センター業務を担う職員は、愛知県の各保健所と名古屋市の兼務という形をとることを想定しております。

続いて主要論点の③であります。これは、現在既に設置済みの「精神科救急情報センター」と、今後設置が望まれる新たなセンターとの機能分担をどうするかという論点です。「精神科救急情報センター」は、現在、県と名古屋市が共同で、その運営を愛知県精神科病院協会に委託しておりますが、精神科救急に関する常設の電話相談窓口という、機能的な類似があることから、その役割を整理しておく必要があると考えられました。この点につ

きましては、既に広く定着している精神科救急情報センターはそのまま維持しながら、新たな通報対応センターとの機能連携を図ることで、利用者の利便性の向上と対応の迅速化を目指すという方向性が示されております。

その設置場所としては、論点の⑤に示しましたように、県の東大手庁舎等、名古屋市内に所在する県有施設を候補として考えております。

また移送用車両の確保については、論点の⑦にありますとおり、移送用車両の確保の仕方は多々ありますが、その運転も含めて外部業者に委託することが現実的と考えております。

次いで、警察業務との関係についてであります。論点の⑧にお示したように、移送体制が構築されたとしても、対象者の状態に照らして移送経路上で危険が予想される場合は、引き続き警察のご協力を得る必要があると考えております。この点については、現在、県警本部と協議中であります。

また、論点の⑨ですが、症状に照らして、対象者をすみやかに受診させることが必要な状況にもかかわらず、移動経路が長大であったり、対象事案が同時に複数発生したりして、即座に対応しがたいような場合もあることを考慮して、現在の措置診察時の職員の立会省略による緊急対応は、引き続き対応のオプションとして存置する必要があると考えております。

最後の論点⑩は、経費に関わる問題です。対応スタッフの人件費と、移送手段の確保に要する経費を合計して、今のところ概算で数千万円程度の予算規模を見込んでおり、これを県と名古屋市で按分することを想定しております。また、別紙1のスケジュール案については、平成27年度審議会の資料であり、「予算を確保した場合実施」となっていますが、必ずしも30年度からの開始にこだわらず、課題は多々あると思いますので、課題を整理しできるだけ早く実現できるよう努めていきたいと考えています。以上、夜間・休日における通報受理・移送体制に関する「精神科救急体制整備検討ワーキンググループ」の、これまでの検討結果について、ご報告をさせていただきました。ご審議よろしくお願いたします。

○尾崎会長：ただいまの事務局からの説明について、委員の皆様から御意見、御質問等があれば御発言をお願いします。

○舟橋（利）委員：2点伺いたいと思います。本年度より措置診察時に本来行政による告知を指定医が行うことが可能となりましたが、件数は何件でしょうか。また、現状の精神科救急情報センターとの機能分担をどのように考えていますか。

○事務局（角田主任主査）：指定医が告知した事例の詳細な数字は手元にありませんが、10件程度と記憶しています。また、現在検討している夜間・休日における通報受理体制につ

いては、警察官からの通報対応について検討していますが、現在保健所では警察官からの通報以外にも家族からの相談による受診支援等もあるため、それらを今後どうしていくかは今後検討の必要があります。

○舟橋（利）委員：10件程度とのことですが、過去・現在の件数の推移を示していただき、どういうふうに変ったかを示してほしいと思います。

○木全委員：話はそれですが、センター化については、前回の審議会の議論時に医療の部分もセンター化するという話だったと私は記憶しているのですが、今回の議題では通報受理・移送のセンター化のみであり、医療も含めたセンター化の方向の第一歩としてなら評価できるものと思います。しかし、医療も含めたセンター化について今後実施しないということであれば、前回の経緯からしてちょっと変だと思います。ちなみに、医療のセンター化について東京都等では、搬送先の病院を一か所等指定し、救急搬送後数日間はその場で対応し、その後は家に帰るなり、他の病院に転院するなりして状況に応じて対応しています。

我々家族にとってみては、緊急時の搬送先がどこかわからず、最近は入院期間が短くなっているとはいえ、その時の搬送先の病院で長く入院することも考えられるため、医療のセンター化についても検討していただく必要があると考えています。それを踏まえて、センター化について、今後どこまで対応を進めていくか伺いたいと思います。

また、ワーキンググループについてですが、前回審議会の会議録では尾崎会長より「この審議会で十分な時間を費やせられないのなら、いっそのことワーキンググループを別途作って、そこには木全委員にも入っていただいたり、愛精協や城山病院からも委員を出していただくなどして、センター方式について検討して案を作り、この審議会に提案していくような方法をとるのも一つの方法かと思います。」とのご発言があったと思いますが、今回のワーキンググループのメンバーを見ると行政だけとなっており、その時の議事録と相違があると思われるが、いかがでしょうか。

○尾崎会長：1点目のセンターの役割について、当面の役割と今後の見通しについていかがでしょうか。

○事務局（鈴木室長）：今回は、通報受理・移送体制について検討しました。愛知県では現在各病院の輪番体制によっており、今回の検討では、木全委員からご発言のあった内容まで検討をしたものではありません。

また、今回のワーキンググループのメンバーについては、通報を受理する行政側の問題を整理するため、行政側のメンバーとしました。ただし、実際に運用するには問題も多々あると思いますので、家族会や医療機関にもご協力いただき、今後検討していきたいと考

えています。

○木全委員：今後、医療のセンター化を考えているか、最後に伺いたいと思います。また、ワーキンググループの問題については、これだけの会議に提案するのに県の職員だけで決めたものを提案するのはちょっとおかしいと思いますがいかがでしょうか。

○事務局（鈴木室長）：医療のセンター化については、現状では今後の課題としかお答えできません。ワーキンググループのメンバーについては、今回こうした形でご提案させていただきましたが、調整が足りなかったことについては、今後対応していきたいと考えています。

○尾崎会長：舟橋委員、木全委員や私のように、委員を長くつとめていると「精神科救急体制」は以前から検討されながら、前に進んでいなかったことを知っております。この進みづらい課題が、今回は一歩進んだ点は評価したいと思います。ただし、今回は一歩目であり、今後も継続的にその時点時点で現状を踏まえながら、進めていきたいと考えています。今後も継続案件としていきたいと思いますが、木全委員いかがでしょうか。

○木全委員：今までの経緯から考えると、今回は少し前進したとは思いますが、搬送だけで終わる事なく、今後も継続して検討していただきたいと思います。

○尾崎委員：また名古屋市と県で一体化して検討して頂いたことも、従来にない大きな一歩だと思しますので、今後も継続して進めていきたいと思います。

○鈴木委員：センターの設置想定場所が県東大手庁舎（名古屋市中区）等とのことですが、遠方の場合は現場到着まで時間がかかると思われますので県警との協力は重要だと思います。私自身も現場で仕事をしており、措置入院について関わるなかで、措置の権限のある方がなかなか動いてくれないことに歯痒い思いをしてきました。今回のワーキンググループのメンバーを見ると専門の方たちだと思います。また、先ほど尾崎会長よりこの件については何年も議論している案件であるとのことご発言もありましたので、議論の内容を反映して、今回の一歩を来年度確実に実施していただき、遠方の場合においても県警との協力をしてしっかりやっていただき当事業を実施するようお願いしたいと思います。

○舟橋（龍）委員：木全委員よりご意見のあった医療のセンター化について、現在の愛知県では休日・夜間の救急については精神科病院による輪番制をとっていますが、これを全て県精神医療センターに集約することは現実的にはなかなか困難と思われます。東京都については2か所くらいに集約し、医師も配置して事業を実施しているが、愛知県でももし

医療もセンター化についてやるのであれば、どこまで診るかをしっかり線引きしないと事業としてなりたないと思います。予算要求するとのことですが、別紙 1 について、移送の場合と警察官通報の受理窓口の場合の書きぶりに差異がみられるが、予算確保の目途がある等の違いがあるのでしょうか。

○事務局（鈴木室長）：実際に予算要求するには内容をさらに詰める必要があり、状況によっては後に遅れるかもしれません。現状では 30 年度予算に向けて確実に予算要求できる状況ではないと考えています。

○舟橋（龍）委員：どれくらい煮詰まってくれば、予算要求することが可能なのでしょうか。また、それをするには今後どのように進めて行く必要がありますか。

○事務局（鈴木室長）：現状では、通報・移送のみのセンター化を想定していますが、保健所長会からも警察官通報以外についてはどのような対応とするのかといった意見等をいただいています。他にも既存の救急情報センターとの棲み分けや警察との協力体制等詰めていくことはたくさんあります。また、実際にどの程度のスタッフが必要であるか一つずつ詰めていく必要があると認識しています。

○尾崎会長：できるだけ早めに実現されるよう努力いただきたいと思います。

○池戸委員：受診調整ではソーシャルワーカー的な働きが求められますし、実際の移送ではかなり興奮した患者等もいらっしゃると思いますので、いろいろな職種の方が求められると思いますがどういった職種を想定していますか。また、必要に応じて医療職等の配置の検討は行っているのでしょうか。

○事務局（鈴木室長）：職員の職種についてはいろいろ考えられると思います。例えば、警察OBや保健所OB等が考えられますが医療職等も必要であれば検討していきたいと思います。また、一人だけで常駐するわけではないので、多職種による対応を検討していきたいと考えています。

○尾崎会長：本件はだいぶ長い間検討してきており、ようやく一歩進んだとは思いますが、各委員からのご意見どおり、今後の状況を確認しながら進めていきたいと思っています。

## （２）精神障害者の地域移行支援の取り組みについて

○尾崎会長：議題（２）について、事務局から説明してください。



○事務局（角田主任主査）：資料2をご覧ください。

地域移行の基本的な考えとしては、以前より言われてまいりました、「入院医療から地域生活へ」という大きな流れがございます。これを受けて、この間、検討を行ってまいりました。

まず本県の現状を御報告します。図は、昨年度にお示しした資料を時点修正したものです。平成26年から平成27年にかけての1年間の患者動態を、推計値で示しております。それによりますと、平成26年1年間に新規入院された約1万6千人のうち、約1万人の方は、入院3か月未満で退院され、さらに入院1年を経過するまでには、合計で1万4千6百人の方が退院されております。率にしますと、92%の方が1年未満で退院されているという状況です。参考として、平成23年から平成24年にかけての患者動態を示す数字が併記されておりますが、このときには、入院1年未満での退院率は90%となっており、この間に早期退院率が進んでいることがうかがわれます。その一方で、1200人の方が、新たな1年以上の長期入院者、いわゆるニューロングステイになっております。

また、1年以上の長期入院者の総数7千人の中から1年間で約1600人の方が退院されており、結果として、平成24年時点よりも700人程度、長期入院者の総数は減少傾向にあります。全体として、入院中の方の地域移行が進みつつある状況と思われませんが、第4期障害福祉計画における目標値との比較においてみますと、右上の表にありますように、ニューロングステイの予防という点では、目標を達成しつつありますが、長期在院者の総数については、引きつづき減少を目指すことが求められております。

こうした現状を踏まえて、昨年度からの取り組みについてご報告します。資料2の別紙の2をご覧ください。左側に「本県における精神障害者地域移行支援体制整備のイメージ図」が載っております。これは、平成27年度の第2回地方精神保健福祉審議会でお示しした資料に、一部加筆をしたものです。大枠としては、図の右上に位置する市町村を単位とした取り組み、この中には各各地の相談支援事業者が行っている個別的なサービス提供や、市町村が設置する地域自立支援協議会が中心になって進めている、地域の体制整備等が含まれますが、こうした各市町村単位の取り組みを、県としてバックアップするために、いちばん下に描かれております、「コア機関チーム」を、研修等を通じて各圏域に育成しようというのが、基本方針となっております。

このコア機関チームは、それぞれ、地域の体制整備を果たすことが、本来の職責として求められている、保健所、地域アドバイザー、それに市町村が設置する基幹相談支援センターや委託相談支援事業所が、横の連携を組んで、地域の取り組みをバックアップしていこうというものです。

ここで資料2の1枚目にお戻りください。ただ今ご説明した基本構想について、地方精神保健福祉審議会でご了承いただき、さらに一層の検討を進めるために、地域移行についてもワーキンググループの設置についてご指示をいただきました。これを受けて、今年度あらたに設置しましたのが、「精神障害者地域移行支援検討ワーキンググループ」でありま

す。その設置要領を、資料2の別紙1にお示しました。

構成員としては、行政関係者に加え、地域移行の実務に携わっておられる関係職能団体からご推薦をいただいた方にご参加いただき、これまで2回開催し、平成29年度も検討を継続する予定であります。

資料の2枚目をご覧ください。これまでの検討経過を表に示してございます。また、そこで行われた検討状況の概略を、その下にお示しております。検討内容の要点は、先ほどご説明しました「コア機関チーム」の役割規定と、その育成方法に関するものです。本県の現状としましては、これまで平成27年度と平成28年度の2ヵ年に渡ってコア機関を対象とした研修を行ってまいりました。その結果として、各圏域で独自の取り組みもすでに始まっております。

この点について、資料2の別紙3をご覧ください。

これは各圏域を担当する地域アドバイザーさんからご報告いただいた、各地域のコア機関チームの取り組み状況をまとめたものです。

なお、表では尾張西部圏域と、知多半島圏域で、取り組みが空白となっておりますが、「コア機関チーム」と明示された活動ではありませんが、たとえば両圏域とも、福祉相談センターが主催する圏域会議で、医療と福祉の関係者の合同で協議し、特に知多圏域では圏域独自の地域移行研修を開催するなど、活発な取り組みが行われておりますので、補足いたします。この表に見られますように、コア機関チームによる活動や、地域アドバイザーさんの関与については、地域差があり、取り組み内容もまちまちであるのが現状です。こうした現状を踏まえ、今後の課題と方向性について、ワーキンググループでの検討した内容を、資料2の2枚目にまとめましたので、ご覧ください。

まず「今後、県内の全圏域にコア機関チームを立ち上げ、地域移行支援体制整備を着実に進めるためには、それぞれの地域事情を踏まえ、それに応じた各機関の役割分担と連絡体制づくりを行なうことが重要である」というのが基本認識となっております。

そのための方策として、まず県内各地の客観的な「地域診断」を実施し、地域課題の抽出及び課題解決に向けた方策の検討を通じて、平成29年度は、実体を備えた「コア機関チーム」を全圏域に立ち上げることを目指すこととしております。

この「地域診断」を実施するための指標は、平成29年度早々に開催を予定しているWGにおいて決定し、この地域診断をテーマとするコア機関対象の研修を、精神保健福祉センターにおいて実施する予定です。これによって、各地域のコア機関が、地域課題を共有するとともに、それぞれの役割分担と連絡体制の明確化を図ることを目指しているところです。以上の流れを、資料2の別紙2の右側に整理しましたので、参考として併せてご覧いただければと思います。

以上、地域移行に向けたワーキンググループの取り組みについてご報告いたしました。ご審議、どうぞよろしくお願いいたします。

○木全委員：地域移行を一生懸命考えていただくことは良いのですが、行政や専門職の方をメンバーとしていますが、当事者や家族がメンバーになっていません。国では「ピア＝仲間」との考えのもと事業を進めています。地域で楽しくやっている人もいるので、入院患者の人に「地域での生活は楽しいよ」と伝えることは大事だと思います。地域移行を論議するにあたり、家族や当事者もメンバーに含めて検討を進めてほしい。精神科病院協会の会長である舟橋委員にもお願いしたいが、ぜひそのような場も作ってほしいと考えます。

○事務局（角田主任主査）：今回の資料には記載していませんが、平成 29 年度事業として新たにピアサポーターの養成研修及び体験を語っていただく場を設けていきます。また、ワーキンググループに当事者・家族等が参加していないのはいかがかなものかのご指摘いただきましたが、平成 29 年度については地域移行に係る連携会議を検討しており、ワーキンググループより範囲を広げて、当事者・家族の方にも御参画いただきたいと考えています。

○舟橋（利）委員：いろいろ地域移行について考えることは良いことだと思いますが、地域移行とは病院から自宅に帰ることを想定しているのでしょうか。地域移行の議論をしても、地域で住むグループホーム等が足りない状況では移行先を見つけることが困難な状況ではないでしょうか。

○事務局（角田主任主査）：地域移行先としては、自宅、アパートを借りる又はグループホーム等が考えられると思いますが、受入先の問題は、グループホームを整備する等独自に進めて行く必要があると思います。

○舟橋（利）委員：グループホームを作るのもお金がかかるが、例えば、精神科病院に補助金をだしてグループホームを作る等考えていかないと地域移行がなかなか進まないと思います。

○事務局（鈴木室長）：精神科病院でのグループホーム整備の話があればお願いしたいと思います。

○木全委員：病院から出て地域で生活するにあたり親の元に帰るということでは地域移行が進みません。親は疲れています。病院に入院する必要なないが、面倒を見られないためやむを得ず病院に入院している方もたくさんいます。東京都ではグループホームに対する補助等があります。家族だけでなく、社会で面倒をみる必要があるとの考えに立ち、いろいろな社会的支援が必要であると思いますので、今後県のほうで検討して行ってほしいと思います。

○尾崎会長：そういった問題等もあるので、ワーキンググループに当事者や家族もメンバーになっていただき検討していただきたいと思います。

○鈴木委員：愛知県はグループホームの数かなり少なく、知事のマニフェストにもグループホームを増やすことが入っていますが、人材確保についてももしっかり取り組んでほしいと思います。県で実施する研修等で人材育成をお願いしたい。グループホームを作る事も大事ですが、人を育てることに焦点を当てて検討を進めてほしいと思います。

○尾崎会長：課題は多々あると思いますが、以前（平成 24 年段階）、愛知県は地域移行に関与する指標、例えばデイケアが全国平均より少ないといったかつていろいろ指標点とされていたものもあると思うので、その数値がどのようになったかをご報告いただきたいと思います。

## 5 報告事項

○尾崎会長：報告事項については、（１）～（５）まで事務局からの説明後に各委員の皆様にご意見をいただきたいと思います。それでは、事務局より説明をお願いします。

### （１）愛知県地域保健医療計画（精神保健医療体制）について

○事務局（鈴木室長補佐）：資料に基づき（１）「愛知県地域保健医療計画（精神保健医療体制）」を説明。

○事務局（鈴木室長）：資料に基づき（２）「これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会報告書について」、（３）「精神保健福祉法の一部改正について」及び（４）「医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」を説明。

### （５）愛知県アルコール健康障害対策推進計画の策定について

○事務局（古橋室長補佐）：資料に基づき（５）「愛知県アルコール健康障害対策推進計画の策定について」を説明。

○尾崎会長：ただいまの報告事項について、委員の皆様から御意見、御質問等あれば御発言願います。

○舟橋（利）委員：資料 3 の G-P ネットについて、今年度何件利用されたかのでしょうか。

○事務局（鈴木室長補佐）：G－P（一般科医と精神科医間の連携）連携については、今年度は2件です。なお、G－Pネット運用開始からのG－P連携は11件となっています。

○舟橋（利）委員：名古屋市が措置診察時に指定医を探す際にはG－Pネットを少し使ってもらっていますが、他の利用が少なく、G－Pネットはあまり機能していないのが現状です。今年度までは、地域の啓蒙や参加機関を増やすための県予算として約160万円の予算がありましたが、29年からは0円となっています。G－Pネットを運営するにはiPadが必要であり、月3,000円かかります。愛精協の会員41病院分で年間1,594,080円かかっていますが、愛精協の負担となっているので、地域の啓蒙のための約160万円の予算をこちらに流用してほしかったですが、それも難しいとお話でした。さきほどのセンター化の予算が数千万とのことでしたが、少しでもこちらにも回していただくことも検討していただきたいと思います。

また、これは以前から県にはお話しており、今回もきちんと記録に残していただきたいですが、G－Pネットの運用について愛精協は平成33年3月31日までは責任をもって運用させていただきますが、それ以降は愛精協での運用は困難です。

○鈴木委員：資料5の精神保健福祉法の一部改正について、措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備とありますが、国の案をみると都道府県・政令市がかなりの仕事をやることになると思いますので、早めに内容を詰めていくことを要望します。

また、資料7の愛知県アルコール健康障害対策推進計画について、進行予防対策として相談支援体制づくりとありますが、相談支援という言葉を使うのであれば、アルコール依存症の本人や家族にアウトリーチできる人材の養成も検討してほしいと思います。

○舟橋（龍）委員：措置入院者のフォローについて、モデルになるのは医療観察法の指定通院制度になると思いますが、この制度は法務省の職員が中心となって、かなり綿密かつお金もかかっており、関係者が定期的に集まりケア会議を開催しています。

今回の措置入院者のフォローでも退院後の治療を担保してくためには、関係者が時々集まって話しているだけでは患者さんを上手くフォローしていくのは難しく、実際に上手くフォローするには、関係者の相当な努力と相当な費用が必要と思いますが、人員や予算的な問題等は考えていますか。

○事務局（鈴木室長）：このとおりのことをやろうと思えば、現在の人員体制でやることは困難であり、国に対し体制強化・事務量の増加に伴う財政支援の要請をしていきたいと思えます。

○池戸委員：アルコールの基本計画の素案ができたとのことですが、薬物依存についても社会的な問題になっています。精神保健福祉センターでは、グループワークを取り入れた実践もしていますが、薬物依存を取扱う医療機関の育成等についても県としての戦略をもって取り組んでほしいと思います。

○下村委員：資料 6 の周産期医療について、昨年県内でも産後うつ病の母親が子どもを殺害する事件がありましたが、精神疾患合併妊婦への対応を総合周産期医療センターにおいて進めるとのことですが、どのように考えているのでしょうか。専門職の設置等かんがえていますか。

○事務局（鈴木室長）：資料 6 については国より示されたもので、これを受けて各都道府県で今後対応を検討するものです。周産期を担当部署とも相談して進めていきたいと考えています。

○尾崎会長：補足ですが、総合周産期母子医療センターは県内では 6 か所ありますが、国から周産期医療の確保に関する通達がでており、心理技術職を設置するよう求められています。

また、去年東京都調査で妊産婦の死因で一番多いのは自死という非常に悲しいニュースがあり、本年度から産後うつ病の予防を企図した産婦健診も開始されます。また平成 30 年度からの地域医療計画で、「精神疾患を合併した妊婦への対応ができる総合周産期母子医療センター」の整備が明記されますが、総合周産期母子医療センターで精神科の病床があるのは名大と名市大のみとなっています。ただし、いきなり精神科医がアプローチしてもお母さんが困惑してしまう場合もあるので、名大病院では、まず心理士がアプローチして必要に応じて次につなげていくようにしています。この問題については、各自治体・各病院で取り組みを進めていますが、今後についても継続的に取り組むことが必要と考えます。

○尾崎会長：今日もいろいろなご意見をいただきました。センター化については、長年の議題ですが、今後も議論を深めつつ一步一步進めて行きたいと考えています。また、地域移行についても議論を深めつつ進めて行きたいと考えています。

精神保健福祉を取り巻く環境については、平成 30 年度に向けて今後大きな変革があり、それに対する愛知県としての取り組みが必要となってきます。これらについては、皆様のお力を借りて進めて行きたいと考えています。他に意見がなければ、これで議事を終了します。進行を事務局に戻します。

○事務局（鈴木室長）：委員の皆様におかれましては、本日は貴重な御意見を賜りましてあ

ありがとうございました。いただいた御意見は今後の精神保健福祉行政に活用させていただきたいと思います。

○事務局（大野主任）：以上を持ちまして、平成 28 年愛知県地方精神保健福祉審議会を終了いたします。ありがとうございました。

（終了）