

**平成 29 年度第 2 回
愛知県地方精神保健福祉審議会 会議録**

平成 29 年 10 月 25 日（水）

地方精神保健福祉審議会

I 日時

平成 29 年 10 月 25 日（水）

午後 3 時から午後 4 時 30 分まで

II 場所

愛知県自治センター 602・603 会議室

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
木全 義治	愛知県精神障害者家族会連合会理事
鈴木 康仁	愛知県相談支援専門員協会代表理事
出口 有紀	中日新聞生活部記者
西岡 和郎	独立行政法人国立病院機構東尾張病院院長
西山 朗	愛知県医師会理事
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
柵木 光明	愛知県医師会会長
渡辺 久佳	愛知県精神障がい者福祉協会副会長

出席者数 12 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、時間の都合もございますので、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、上杉委員、伊藤委員、神谷委員、藏田委員、下村委員、内藤委員、村岡委員におかれましては、所用のため、御欠席との連絡がございましたので、御報告申し上げます。

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、本日の出席者は12名でございますので、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。

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 議題

愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）の試案について

○尾崎会長

議題の愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）の試案について事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局（鈴木室長）

本日の議題であります、愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）の試案について、お手元の資料1から資料3までにより説明させていただきます。

なお、説明の順序は、机上にお配りしております「本日の説明の流れ」に沿って行いたいと思いますので、御参照ください。

それでは、資料1「地域保健医療計画（精神保健医療対策）試案について」を御覧ください。

まず、「1 地域保健医療計画（精神保健医療対策）試案の概要」でございます。

前回の審議会でお示した計画の素案からの主な変更点や追加した内容等を中心に、試案のポイントを御説明させていただきます。

1つ目のポイントは、（1）医療機能の明確化です。今回の計画では、多様な精神疾患に係る医療機能の明確化を図ることとしており、本年6月に県内の340の精神科医療機関を対象としてアンケート調査を実施し、311の医療機関からの回答に基づき、専門的治療を実施している医療機関の一覧表を作成いたしました。作成した一覧表は、資料2の13ページ以降に別表として掲げておりますので、御覧ください。13ページからの別表1が専門的治療を実施している精神病床のある病院、16ページからの別表2が精神病床はありません

んが、精神科外来のある病院、18 ページからの別表 3 が診療所の一覧表となっております。

資料 1 にお戻りください。

2 つ目のポイントは、(2) 精神医療圏の設定です。現行の医療計画におきましては、精神医療圏の設定に関する記載はございませんので、今回の医療計画で初めて定めることとなりますが、これは、前回の審議会でも御説明しましたとおり、精神病床における基準病床数が都道府県を単位として定められていること等により全県を 1 圏域とすることとしております。

3 つ目のポイントは、(3) 計画の数値目標です。これは、国の医療計画作成指針において、今回の医療計画において定めることとされた項目に関する数値目標を定めるものです。具体的には、資料の左側の下の表にあります「精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量」と、資料の右側の上の表にあります「精神病床における退院率」でございます。試案の本文では、資料 2 の 6 ページから 7 ページにかけて該当部分を記載しております。

それでは、資料 1 の 1 枚目の左側の表を御覧ください。精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量です。

前回の審議会でも御説明いたしましたとおり、入院需要につきましては、入院期間に応じて急性期、回復期、慢性期に分け、慢性期については、さらに 65 歳以上と 65 歳未満に分けて、それぞれ平成 32 年度末及び平成 36 年度末の入院需要を、厚生労働省の示した算定式に基づき、性別及び年齢階級別の推計人口及び入院受療率を用いて算出しております。

続きまして、地域以降に伴う基盤整備量につきましては、65 歳以上と 65 歳未満に分けて、入院需要と同様、平成 32 年度末及び平成 36 年度末の目標値を算出したものであります。

なお、お示した数値の一部は、前回の審議会でお示した値と若干異なっておりますが、端数処理等の関係で合計が合わないところがございますので、本日お示した試案では、調整を行い、合計の数字が合うようにしております。

資料 1 の右側、中ほどに精神病床の入院需要と地域以降に伴う基盤整備量のイメージを図にしたものがございます。地域移行に伴う基盤整備量の増加により慢性期の入院需要が減少していくというイメージでございます。

続きまして、資料 1 の右側の上方にあります表を御覧ください。精神病床における退院率の目標数値でございます。

これは、国の指針におきまして、入院後 3 か月時点の退院率、6 か月時点の退院率及び 1 年時点の退院率について、平成 32 年度末の目標値を、それぞれ 69%以上、84%以上、90%以上として定めることが基本とされているものです。

本県の平成 26 年度の退院率の実績は、表の備考欄にお示したとおりでございます。前回の審議会の資料におきましては、国から示された数値を目標値として掲げておりまし

たが、入院後1年時点の退院率につきましては91%と記載しております。これは、現行の第4期障害福祉計画にて同様の目標値を91%としており、本県における退院率は26年度で89.7%ということですので、今回の医療計画において障害福祉計画の目標値91%を下回る90%という目標値を設定する理由もないと考えられます。したがって、入院後1年時点の退院率については、国の示した目標値よりも1ポイント高い91%を目標値として、第4期障害福祉計画の目標を維持することとしております。

なお、入院後3か月時点及び6か月時点の退院率の目標値につきましては、前回お示した数値と同様、国の示した数値でございます。

また、国の指針におきましては、医療計画の数値目標等について、障害福祉計画と整合性を図っていくこととされております。障害福祉計画につきましては、現在、第5期計画の策定作業が進められておりまして、本日は、皆様のお手元に参考資料3として、9月14日現在の素案をお配りしております。精神障害関係分の主な記載は36ページから41ページまでの部分と129ページから130ページにかけての部分となっておりますので御参照いただければと思いますが、内容は9月14日時点での素案であり、本日お示した数値が反映されていない部分がありますことを御了承ください。

続きまして、資料1の1枚目の右側の下、(4)その他でございます。これは、計画のポイントということではなく、国の医療計画作成指針の改正に伴う対応について説明しているものでありますので、後ほど改めて御説明いたします。

それでは、資料を1枚おめくりください。資料1の2枚目、「2 精神病床に係る基準病床数の算出」でございます。

基準病床数とは、1つ目の○(まる)にございますように、病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて病床の地域的偏在を是正し、一定水準以上の医療を確保することを目的とした制度でございます。医療計画においては、一般病床及び療養病床、精神病床、感染症病床並びに結核病床の区分ごとに定めることが医療法で定められております。基準病床数を算定する区域につきましても医療法で定められており、精神病床につきましては、都道府県の区域で算定することとされております。したがって、2つ目の○(まる)にありますとおり、国の定める算定方法に基づき、今回の医療計画における本県の精神病床の基準病床数を算定いたしますと、表のとおり10,780床となります。基準病床数の算定式を簡単に申し上げますと、分子の ΣA_2B_3 から $\Sigma A_2B_6\gamma$ までは、先ほど数値目標のところでお説明した精神病床の入院需要の数値に当たります。これに、 C_3 他県から本県への流入入院患者数を加え、さらに D_3 、本県から他県への流出している入院患者数を差し引いた値を、 E_3 厚生労働大臣が定める病床利用率で割り戻すことで算出されるものでございます。今回の算出に用いた数値を申し上げますと、入院需要については平成32年度末の入院需要である9,846、 C_3 の流入入院患者数は704、 D_3 の流出入院患者数は309、 E_3 の病床利用率は厚生労働省の定めた0.95でございます。

なお、資料の右側上部の表にありますように、現行計画の基準病床数及び平成29年3月31

日現在の既存病床数をお示ししておりますので、参考にしていただければと思います。

それでは、医療計画の試案の本文について御説明いたしますので、資料2と資料3を御用意願います。

資料2は計画の試案の本文、資料3は、前回の審議会後、計画素案に対する各委員の御意見を書面で照会させていただき、回答いただいた御意見の概要とその対応等について、まとめたものでございます。委員の皆様には、多数の御意見をいただきありがとうございます。御意見を踏まえまして、計画の記載を修正、追加させていただいたものについては、資料3も御覧いただきながら御説明をさせていただきます。

なお、いただいた御意見の中には、今回の計画の記載には直接反映できていないものもございりますが、今後の施策や取組を推進する上での参考とさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは資料2の1ページを御覧ください。

まず、「1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」でございます。網掛け部分が修正箇所となります。右側、課題の1つ目の○（まる）の3行目の「地域援助事業者」の次に括弧書きで「一般・特定相談支援事業者、居宅介護支援事業者等」の文言を追加させていただきました。これは、資料3の1番の4つ目になりますが、介護保険の事業者との連携の必要性を明確に示す必要があるとの御意見を踏まえ、地域援助事業者として、居宅介護支援事業者等を明示させていただいたものでございます。

資料2にお戻りいただき、現状の○（まる）の2つ目です。素案では「訪問診療を実施する精神科病院」と記載しておりましたが、これを「往診又は在宅患者訪問診療を実施する精神科病院」と正確に記載するとともに、数値等を改めました。

続きまして、その下の「2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化」でございます。

(1)の統合失調症の左側の○（まる）の2つ目、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を実施している精神科医療機関数を、先ほど御説明したアンケート調査の結果等により、15か所から21か所に修正いたしました。

また、右側の○（まる）の1行目、「mECT」は、素案では綴りが誤っておりましたので、正しく直したものです。

1枚おめくりいただき、(3)の認知症でございます。

先ほど資料1で飛ばしたところを御覧いただきたいと思います。資料1の1枚目右側の下、(4)その他でございます。

先ほども少し触れましたが、国の医療計画作成指針の一部改正がございまして、認知症につきましても、介護保険事業計画等と整合性を図りつつ、地域の医療体制の整備を進める必要があるとされました。なお、国の指針の改正内容は、参考資料1としてお手元に配布させていただいております。今回の改正を踏まえまして、資料1を1枚おめくりいただき、2枚目左側の上に掲げる4項目を記載することとしたものでございます。具体的な記載

につきましては、資料2の2ページを御覧ください。(3)の左側、現状に関する記載として、○(まる)の2つ目にございますとおり、かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数、認知症サポート医養成研修の受講者数、医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数を記載するとともに、その次の○(まる)において、認知症疾患医療センターの指定数に加えて鑑別診断件数を記載いたしました。また、右側に課題といたしまして、認知症に対応できる医師等の人材育成を更に進めていく必要があるとして人材の確保に関する課題を追加いたしました。

次に、(4)児童・思春期精神疾患であります。左側、現状の○(まる)の1つ目の県コロニー中央病院は、病院名の略称を整理したものでございます。○(まる)の2つ目は、あいち小児保健医療総合センターで担ってきた心療科について、平成30年4月に県コロニー中央病院へ移管し、引き続き対応していくことの記載を追加したものです。

右側は課題ですが、ここで1つお詫びをさせていただきます。

前回の審議会でお示した素案では、課題として「児童・思春期精神疾患に対応できる専門病床を更に確保していく必要があります」との記載がございましたが、これは、左側の現状のところ記載されておりますように、平成30年2月に県精神医療センターに専門病棟22床が整備されるということを踏まえた現行計画の記載が残ってしまったものでございます。従いまして、本日お示ししております試案では時点修正を行い、課題として、専門医療機関の明確化、専門職の養成の必要性ということを記載させていただいているところでございます。

続きまして、(5)発達障害でございます。左側、現状の○(まる)の2つ目に、コロニーの中央病院を中心とした「発達障害医療ネットワーク」での研修や啓発等を通じた人材育成支援等の取組について、記載を追加しております。

続きまして、3ページ、(6)依存症の右側の課題であります。素案では単に「医療機関」としておりましたが、今回の試案では「専門医療機関」と明確化いたしました。

1枚おめくりいただき、4ページを御覧ください。

(10)自殺対策の左側、現状について、素案では平成28年の自殺者数について、「平成25年と比べ減少しています」と記載しておりましたが、今回の試案では「平成26年以降減少しています」として、傾向を表す記載に修正させていただきました。

次の(11)の災害精神医療でございます。左側の現状として、災害派遣精神医療チーム、いわゆるDPATについて、平成29年10月1日現在において県内で編成可能なチーム数が確定したため、明記いたしました。また、右側の課題においては、言い回しを改めたものでございます。

続きまして、同じページの下の方、「今後の方策」でございます。

まず、「1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」でございますが、2つ目の○(まる)は協議会の正式な名称を記載することとしたものでございます。

続きまして、5ページでございます。

「2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化等」でございます。まず、1つ目の○(まる)では、先に御説明いたしました別表の追加について記載したものでございます。

次に、その4つ下の○(まる)でございますが、精神・身体合併症についての記載を追加しました。素案には、今後の方策において身体合併症に関する事項の記載がございましたが、資料3の3ページ、15番及び16番になりますが、身体合併症の課題についての御意見がございましたので、「精神・身体合併症連携事業を引き続き実施し、救急医療機関と精神科病院の連携を進めます。」との記載を追加したものでございます。

次に、その2つ下の○(まる)、自殺対策については、素案の「計画に定めた事業を実施していきます。」から「計画に基づき総合的な対策を推進します。」と表現を改めました。

次に、その2つ下の○(まる)、精神科救急医療体制でございます。これにつきましては、資料3の3ページを御覧ください。17番、18番の御意見をいただきました。内容といたしましては、休日夜間の体制や通報受理体制に加え、通報、申請等に対する事務手続きに関しての御意見をいただきましたので、今後の方策として、資料2に記載のとおり、「精神科救急医療体制については、通報等に対する事務処理の明確化や迅速化を図る」ということを明記いたしました。なお、休日夜間等体制の具体的な内容については、引き続きワーキンググループ等で検討していくこととしております。

資料2を1枚おめくりください。6ページから7ページには、先ほど御説明いたしました目標値について、算出方法も含めて記載しております。

さらに1枚おめくりいただき、8ページを御覧ください。用語の解説でございます。今回の試案では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」始め4つの用語の解説を新たに追加しております。

その右側の9ページは、資料として、認知症疾患医療センターの一覧を追加したものでございます。なお、資料3の2ページ、11番で認知症に関する御意見をいただいております。認知症に対応できる医療機能の明確化を図るため、アンケート調査をとりまとめた一覧や県内の認知症疾患医療センターの一覧を追加記載しております。

資料2の10ページは精神科救急の体系図ですが、素案からの変更はありません。11ページは、郡部の町の表記を整理したもので、内容の変更はありません。1枚おめくりいただき、12ページは余白、13ページ以降は、初めのところで説明いたしました医療機関の一覧表でございます。

以上が資料2の説明でございます。

続きまして、計画に具体的な記載はしておりませんが、委員の皆様からいただいた御意見とその対応等の主なものについて、資料3により説明をさせていただきます。

資料3の1ページ、3番を御覧ください。ピアサポーターの養成とそれを支える人材との連携について御意見をいただいております。対応としましては、養成研修を今年度から

実施するとともに、その活動には支援者との連携が不可欠でございますので、連携が図られるよう取り組みを進めてまいりたいと考えております。

次に2ページ、9番でございますが、アウトリーチについて御意見をいただいております。アウトリーチが進まないのはなぜか、どうしたら増えるのか等について検討をとの御意見をいただいております。これにつきましては、対応等にお示ししましたとおり、ACT等については、24時間対応やそれに伴うマンパワーの問題等制度的な課題があり、進んでいない状況でございます。県としましては、引き続きアウトリーチに対する普及啓発や要件の緩和等が行われるよう国へ働きかけをしてまいりたいと考えております。

1枚おめくりいただき、3ページの14番でございます。周産期医療における精神疾患を合併する妊産婦への支援等の必要性について御意見をいただいております。これにつきましては、対応等にお示ししましたとおり、医療計画においては、周産期医療対策の章を設けて整理をしております。本日は、参考資料2として現時点の案を配付させていただいておりますので、御覧ください。関係部分の記載につきましては、156ページの左側の○（まる）の2つ目に現状と課題を記載しております。また、157ページの「今後の方策」については、4つめの○（まる）に「周産期母子医療センターは、実情に応じて、精神疾患を有する母体に適切に対応する体制の構築を図ります。」と記載しておりますので、周産期医療対策を所管する課や母子保健担当課所管課等と課題を共有しながら検討を進めてまいりたいと考えております。

資料3にお戻りいただき、4ページを御覧ください。21番でございます。精神障害の啓発についての御意見をいただきました。対応等としましては、右側にありますとおり、障害福祉計画において、市町村や地域家族会等と連携し、精神障害についての基本的な情報の提供や交流等を通じて正しい理解が広まるよう努めることについて記載しており、今後も取組を推進してまいります。

続きまして、24番として保健所の機能強化について御意見をいただいております。これにつきましては、右側に記載しておりますとおり、今後予定されております精神保健福祉法の改正等を踏まえ、保健所の体制整備について検討していくこととしておりますので、計画には具体的な記載はございませんが、御意見を参考に検討してまいりたいと考えております。

以上が、素案に対する御意見と対応についての説明でございます。

それでは、資料1にお戻りください。

資料1の2枚目の右側、「4 今後のスケジュール」を御覧ください。

資料には、医療計画と障害福祉計画の策定に向けた、それぞれの今後のスケジュールをお示ししております。医療計画については、計画全体を医療審議会及びその下に設置された医療体制部会において、検討、審議することとされておりますが、精神保健医療対策の内容につきましては、本日の地方精神保健福祉審議会で御検討をいただき、その後、医療計画全体として、11月の医療体制部会や医療審議会での検討、審議を経まして、パブリッ

クコメント等を行い、3月に策定・公表していくこととしております。また、障害福祉計画につきましては、障害者施策審議会等において、検討、審議いただき、3月の策定に向けて検討を進めてまいりたいと考えております。

資料の説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○尾崎会長

事務局からの説明に対しての御意見、御質問等がありましたら、よろしくお願い申し上げます。

○西岡委員

資料2の4ページ、身体合併症についてです。私どもは県からの御依頼を受け、精神障害の患者様が結核を合併した場合に4病床確保しておりますが、稼働率が良くありません。昨日、今年度初めて、県からの御依頼で京都から当院に入院がございまして、ありがとうございました。県から「ぜひ」と言われて、なかなか埋まらない病床を空けておりますので、計画内のどこかに記載していただければと思います。

○事務局（鈴木室長）

御意見を承りまして、結核を所管する課と相談させていただき、対応を考えさせていただきたいと思います。

○尾崎会長

実際のニーズについて、把握されていますでしょうか。西岡委員、何か情報をお持ちでしょうか。

○西岡委員

昨年度は2人でした。今年度は1人で、愛知県内の方はおられません。

○尾崎会長

私の経験上でも、結核と精神障害を併存する患者さんがいらっしゃったので、そういったケースがないわけではないですが、どの程度維持していくかについては考えていかなければいけないと思います。

○西岡委員

南知多病院も以前は空床確保しておられたのですが、患者様が少ないため閉鎖したと聞いております。我々も4病床をずっと確保していくのは厳しいところであります。

○尾崎会長

もう一度、実状を確認していただき、東尾張病院と御相談の上、御検討いただければと思います。

○舟橋（利）委員

まず、G-P ネットについてでございます。先ほど、資料2の中でG-P ネットがあまり活用されていないので、見直すというお話しがありました。先日、愛精協事務局で県の方から見直しについてのお話をお聞きしました。現在、受け手側の愛精協加盟病院ではiPadを通じて受けておりますが、当然費用がかかります。iPadでの対応は平成32年2月まで、G-P ネットを愛精協でお引き受けしますのは平成33年1月31日までとし、それ以降のことは県へお返しするというお話しをさせていただきました。その後、何か進展があったかどうかお尋ねしたいです。

○事務局（鈴木室長）

G-P ネットにつきましては、舟橋利彦委員のおっしゃったように愛精協様と打ち合わせをさせていただきました。課題という認識はありますが、現時点では打ち合わせの際にお話ししたところまでの検討状況でございます。

○舟橋（利）委員

医療計画について、資料2の13ページからの別表1と別表2に精神科病床のある病院と精神科外来のある病院等のアンケート調査結果があります。現在の救急輪番においてAブロック、Bブロック、Cブロックに分けておりますが、県としての医療計画における精神医療圏はどのようになっているのでしょうか。

○事務局（鈴木室長）

国から精神医療圏を設定することは示されていますが、その具体的な設定方法については示されておりません。医療計画に定める精神医療圏につきましては、基準病床数の算定区域及び精神科医療資源の配置状況等から勘案し、愛知県を1つの医療圏域として設定したいと考えております。

なお、精神科救急につきましては、愛精協様に3ブロックの輪番体制を組んでいただいております。そちらについては、精神科救急のブロックとして現行のまま運用していきたいと考えております。

また、個別の病院や医療機関の情報につきましては、2次医療圏を想定して情報提供をしていきたいと考えております。

○舟橋（利）委員

医療圏の考え方や各医療機関の医療機能を公表した場合に、救急を引き受けないという医療機関が出てくる可能性があります。そうしますと、救急輪番体制が崩壊してしまいかねませんので、御配慮いただきたいと思えます。

○事務局（鈴木室長）

補足いたします。救急輪番は、医療圏とは別に体制を組んでいると理解しておりますので、医療圏の考え方や各医療機関の医療機能の明確化によって救急を受けないということにはならないと考えております。

○舟橋（利）委員

その御意見はもつともであります。ただ、万が一、医療機関が「うちはこのような医療機能を持つ病院だから救急はやらない。」となるのは愛精協としても困りますので、よろしく願いいたします。

○事務局（鈴木室長）

承知しました。

○尾崎会長

前回の審議会で多くの御意見をいただき、資料3にその意見と対応が記載してあります。御意見を提出された方々は、対応について御確認していただけるとありがたいです。

○鈴木委員

まず、資料3の1番についてです。地域包括ケアシステムの中で、市町村ごとの地域の体制づくりへの取組に我々も積極的に関わっていかなければいけないと思っておりますので、対応等に記載していただいております、地域移行・地域定着推進協議会の構成員として参画することは、大変喜ばしいことであると思っております。介護分野の関係機関として介護支援専門員協会も構成員となる予定とのことですが、ぜひ参画いただきたいです。可能であれば、協議の場を圏域レベルで設け、高齢かつ精神科病院に入院している方がとても多くいらっしゃるの、そういった方々が地域に戻ってこられるように、介護支援専門員と一緒に考えていただけると良いと思うので、お願いしたいと思えます。

もう1点は、資料3の24番で、保健所の機能強化について具体的な記載なしのことですが、平成30年度の精神保健福祉士採用を期待したいと思っております。県財政も厳しいと聞いておりますが、保健所や児童相談所では、限られた時間の中で連絡調整等していただいておりますので、審議会の場のみでなく、実態を認識していただく機会を設けていただき、体制作りをしていただけたらと思えます。

○事務局（古橋室長補佐）

まず、1つ目の協議の場についてです。鈴木委員がおっしゃったように、県で地域移行・地域定着推進協議会を立ち上げまして、介護支援専門員協会の方にも参画いただき、進めていく予定としております。圏域レベルの協議の場につきましても、来年度以降にお示しできるように、検討してまいりたいと考えております。

2つ目に、保健所の体制についてです。資料の対応欄に記載しておりますとおり、改正が予定されている精神保健福祉法の改正案では、措置入院者の退院後支援等の保健所の役割が追加される予定であり、対応できるような体制を検討していきたいと考えております。

○鈴木委員

そのようにお願いしたいと思います。

地域移行・地域定着推進協議会にお招きいただき、全県的に地域移行・地域定着が進められるようにお願いしたいと思いますが、相談支援専門員協会は、全県の相談員、市町村職員、保健所担当者を含めた研修もございまして、定員50名のところ58名のお申込みをいただいております。ただし、地域差があると認識しておりますので、関係機関と調整を図りながら全県的に進めていただきたいと思います。

圏域レベルの会議ですが、地域アドバイザー等が集まる圏域会議があるため、そうした既存の会議に関係者が参画することも有効ではありますが、これ以上議題を増やすことは難しいだろうと考えられます。介護支援専門員協会等が参画していただけるということであるならば、新たに会議を立ち上げていただくことも良いのではないかと思います。

○木全委員

資料3の2ページ及び4ページにグループホームの整備費や運営費への助成を引き続き行うという表現があります。引き続きということは現状維持であり、力を入れて取り組んでいないように感じられる表現です。数値目標として掲げるべきだと思います。資料2の課題の記載において、文末が全て「必要があります」となっていますが、どうするのかが見えてきません。数値目標が無い計画は考えられないのですが、どのように考えられているのでしょうか。さらに具体的に言えば、グループホームへの助成についても、増額を検討するというのであれば分かりますが、現状維持と捉えられる表現を用いていることについてはどうお考えでしょうか。

○事務局（古橋室長補佐）

グループホームの整備費及び運営費助成についてですが、制度として今後も活用を進めていくということでございます。平成29年度の予算額を申し上げますと、運営費助成については約1億5千万円、施設整備費助成については9か所に合計2億5千万円助成しております。こうした予算を確保しながら取組を進めており、今後も引き続き進めていく

という趣旨でございます。

計画の目標についてでございます。今回、御審議いただいている医療計画は、国の指針に沿った目標値を定めることになっており、それに基づき基盤整備量や入院需要、退院率の数値目標を定めております。

○舟橋（利）委員

愛知県の救急に対する補助金が全国的に見て非常に低いです。東京都や大阪府と比べて3分の1の価格設定になっております。愛知県はそもそもの予算が少ないため、病床も他県の3分の1程度の予算で運営しています。もう少し精神科医療に対する補助金をつけていただけるようお願いしたいと思います。

○尾崎委員

本審議会の資料をいただいた際に、精神病床にかなり地域差があることを確認しました。また、舟橋利彦委員と御一緒した指定医講習会において、愛知県地区は精神病床がある病院で勤務している指定医の人口あたりの数が極めて少なく、全国ワースト3という事実もありました。少ない指定医数、少ない病床数ではありますが、愛知県の精神疾患患者が少ないとは思えません。指定医あるいは精神科専門医の人口あたりの数は、愛知県をはじめ近隣の静岡県や岐阜県も少ない状況です。精神病床については、全国10万対比の病床数は全国ワースト4でございます。それが、地域移行のおかげであるということであれば良いですが、地域移行をするためには、多くの人材資源を投入しなければできませんので、指定医が少ないことが地域移行のおかげであるということはないのです。そういったことも勘案し、さらに精神科救急等の予算が少ないという御意見がありますが、事務局から御説明がありますでしょうか。

○事務局（松本局長）

その点につきましては、従来から言われておりますが、予算の組み方が都道府県によって少しずつ異なりますので、そのあたりもしっかりと精査しまして、もう一度検討させていただきたいと思っております。

○舟橋（利）委員

ぜひ、御検討をお願いしたいと思います。

○池戸委員

啓発についてです。啓発は地域移行にも必要ですが、新たに精神障害者になられた方を治療に繋げていくためには、予防的な啓発も必要であるため、予防という視点も入れていただけると良いと思っております。

○事務局（古橋室長補佐）

普及啓発については、医療計画に記載してございませんが、資料3の21番にお示したとおり障害福祉計画において記載しております。御意見をいただいた予防という視点を盛り込むことについても検討させていただきたいと思います。

○尾崎会長

予防というと「一次予防」「二次予防」「三次予防」があります。「一次予防」は発症しないようにすること、「二次予防」は発症後早期に然るべき対応をすること、「三次予防」は発症した方の再発をしないようにするというものです。ここで言う予防とは、この3つ全てを含んだ意味であるように思います。

○木全委員

資料3にまとめられている意見に書き忘れてしまったのですが、愛家連は県からの委託を受けて電話相談を実施しております。相談を受ける中で医療に繋がらないことが1番困っています。御家族から「本人が医療機関に行こうとしないが、どうしたらよいか」という相談を受けますが、中には診断がついてから長期間受診せず、今さら医療に繋がりが無いという状況もあります。家族が医療機関に行けば本人を連れてきてと言われ、保健所や警察に行けば他害行為があれば措置入院になるが現時点では対応が難しいと言われるとおっしゃります。家族は、当事者を抱え、当事者との関係に悩みながら暮らしているという状況が多くあります。

現在の保健所体制では対応が難しいとは思いますが、ぜひこの問題について考えていただきたく思います。そして、この問題に関する保健所対応等について、計画に記載してもらえないでしょうか。

○事務局（鈴木室長）

医療に繋がらない方を医療に繋げていくことは、大きな課題であります。しかし、保健所が強制的に医療機関へ連れていくこともできません。即効性はありませんが、地道な普及啓発と相談支援の充実を通じて、継続的に取り組んでいくことであると考えております。

○尾崎会長

御本人の同意が取れず、医療保護入院を選択せざるを得ない場合、御家族が「本人の意思に反する決定を下して、無理な入院をさせている」と、かなり苦慮しながら進めざるを得ないことが多くあります。他の都道府県であれば、措置入院になるであろうケースが、愛知県では医療保護入院になることがあるため、御家族が後々まで「本当に良かったのだろうか」と悩むケースや、当事者の方が御家族に遺恨を抱くケースを目にします。措置入院制度は、2人の指定医の合意のもとに実施するものであり、透明性が高い制度でありま

すので、措置入院を人権侵害であるとお考えになることなく、ある程度均てん化された措置入院の運用ができるようにしていただきたいと長年にわたり御要望しております。引き続きではなく、なんとか進展させていただきたいと思っております。

○事務局（鈴木室長）

措置入院制度の運用につきまして、現状では適切に運用していると認識しております。

○木全委員

現状として、愛知県の措置入院は他都道府県に比べて少ないです。措置入院が多いから良いというわけではありませんが、家族が困っているケースもあるわけです。その状態が改善されないということであれば、そのようなケースの電話相談を受けた場合に、「責任はこころの健康推進室にあるから、こころの健康推進室へ電話してください」と御案内したいと思っているぐらいどうしようもない状態です。こういった状況こそ、本審議会の場において検討され、前向きな方針を打ち出していただくべきものかと思えます。ぜひ、皆様にこのような家族の状況に対して御意見をいただきたいと思っています。

○鈴木委員

平成19年から蒲郡市で相談業務に従事していますが、木全委員がおっしゃられたような御相談が毎年ございます。蒲郡市は、人口規模・面積ともにそれほど大きくはないですが、どうしても病院に行かない、近所からも白い目で見られる、地域から孤立しているという相談もあり、今年度も2件、病院に同行させていただきました。御家族が御高齢かつ暴れている御本人が若い方である場合、御家族では病院に連れていくことができませんので、警察や保健所、医療機関等とも連絡調整をし、関係者の協力のもと行いました。知人の県議会議員にこのような厳しい状況を相談したところ、移送という制度があると調べていただきました。精神保健福祉法に規定があっても、愛知県ではほとんど使われていないのはどうしてでしょうか。措置入院の運用についてのお話もありましたが、家族が困難な状況に陥っているケースが現実には起こっているため、県には真剣に考えていただきたいです。

○尾崎会長

名古屋大学医学部附属病院でも同様に、御家族から私に電話が入り、緊急入院に至るケースが2件ありました。その2件は、御家族は御本人の行動に注意を払うため眠れない状態が続き、非常に苦勞して御本人を病院までお連れいただきました。粉川先生から何か御意見はございますでしょうか。

○粉川院長

地域で治療に繋げることが非常に困難なケースが多数あることは重々理解しております。受診させるために使える手段としては、措置入院の移送だけでなく、医療保護入院の移送もあります。ただし、措置入院に関しては基準が行政の担当者によってばらばらであります。例えば、家庭内暴力があっても家庭内の問題として措置にしないケースや、暴力がなく、暴言だけでは措置にしないケースがあります。もう少し措置要件をしっかりと共有し、つめる作業が必要であると思います。

また、医療保護入院の移送についてはほとんど行っておりません。これは他の都道府県でも同様です。医療保護入院の移送のためには、体制の構築と人権侵害にならないように調査を行う必要があります。しかし、調査のための準備に時間がかかるため、結局タイミングを逃し、何も進展しないこととなります。人員と能力を備えた体制を構築することで早期に調査を行い、人権を守りながら移送が行えるようになる可能性があります。

いま述べたことは、地域にいる方を入院治療に繋ぐためのお話であります。必ずしも入院の必要はない場合も多く、そうした方に対してアウトリーチ、ACTが広まる必要になります。事務局側に座ってはおりますが、行政に対してアウトリーチ、ACTの普及のための取組を進めていただくこと要望させていただきます。

○鈴木委員

先ほどお話した御本人の受診に同行するケースについては、いきなり行うのではなく、何度も家庭訪問をし、家庭環境や病状から難しい状況だと判断した際に、保健所等へ相談し、警察に連絡し、親族の方ともお話をし、連携体制をつくった上で行ってあります。もちろん、病院にも事前に事情をお伝えして、家族相談もしていただき、受診の調整をいただいております。このような準備に時間を要し、御家族にとっても大変ではありますが、治療が受けられるのであればという気持ちで動いていただいております。

我々、基幹相談支援センターは地域移行・地域定着支援も行っておりますので、入院中の方が地域に帰ってくることでありそうだとことになれば、ケース会議にも参加しております。ただ入院だけお願いするのではなく、情報共有をしながら支援しております。そういったこと地域の事情に配慮したかたちでの体制にしていただきたいと思います。

○木全委員

粉川院長もおっしゃったように、移送等については実現可能であると思います。現在は、医療費の範囲内で行おうとするので、医師が診察をしなければ保険点数が付かないということがあります。訪問しても医療に繋がらなければ、医療費では請求できないため、保健所や県立病院が医療費とは別の予算を組んで実施すれば、実現可能であると思います。他都道府県と比較しても、愛知県は非常に困難な状況にあると思いますので、愛知県が先陣をきって危機介入チーム等の取組を実施する意思を示していただきたいと思います。

○尾崎会長

皆様から様々な御意見をいただいております。このことは、十年以上も議論しており、一歩ずつ進んでいるとは思いますが、まだまだ現場は困惑されていることはお伝えしておきたいと思っております。

愛知県の体制ばかり批判しておりますが、他の都道府県が良いわけでもないと思えます。前回、周産期医療について御質問しましたが、東京都の10年間の自死件数にうち4割は地域の保健師等が精神科医に繋げようとしたが断われ、自死に至るケースでありました。東京都の体制でもそういった状況が起こっています。

今年度から名古屋市では、妊産婦のうつ病検診の無料化を始められましたが、検診を受けられた方をトリアージし、適切に医療に繋げる体制がどのように運用されているかについては、今後報告があるのだろうと思えます。また、本人は全く医療にのるつもりはない摂食障害の方々が医療保護入院になる際にも、御家族がかなり難渋して病院に連れてみえます。そういった方々を医療にのせるための取組をしていただきたいと思いますと思っております。

○池戸委員

医療に繋ぐということは非常に大変で、病院には東京方面から移送を行うための業者から案内が来ることもありますし、行政機関からの案内で私どもの医療機関へ相談を案内された際に、移送制度のお話をしたら、御家族がやむにやまれず、偽装の文書を作成し、人材派遣関係の方を招いて行政の対応をさせて、本人を医療機関に連れてきたということもありました。医療機関と保健所等の行政がチームとなってやっていけたらと思えます。先ほど粉川院長もおっしゃっていたように、措置入院の要件等を明確にしながら進展させていけたら良いと思えました。

また、マイナスイメージのことばかりが言われておりますが、精神科訪問看護等に従事していると、再入院率が低いことや任意入院が多いということがあります。医療機関や訪問看護ステーションの職員が当事者との関係性を築きながら看護しているため、再発した場合には速やかな入院ができて印象もありますので、全く進展がないというわけではないと思えます。

また、資料3の13番の依存症への対応等で医療機能の明確化ということが記載されていますが、専門医療機関の指定等を進めるとともに相談機能を高めていくことにも力を注いでいただけたらと思えます。

○尾崎会長

皆様方から様々な御意見を伺いましたが、全体をとおして事務局から御意見ございませんでしょうか。

○松本局長

様々な御意見をいただきありがとうございました。保健所及び県の立場として少し申し上げます。

粉川院長がおっしゃるように、基準の統一はしていかなければいけないだろうと思います。ただ、私も保健所長業務に長く従事しておりまして、措置診察や移送のチームとして立会ったことも何度もありました。その経験上、各現場としては頑張っていると認識しておりますが、基準の不統一ということもあるとは思いますが、より良い体制を考えていきたいと思っております。今後ともよろしく願いいたします。

○西山委員

G-P ネットのことで、前回、尾崎会長から周産期医療対策についてお話があり、産婦人科医会の理事会で取り上げていただきまして、産婦人科医報にも掲載しました。その後、登録されたかどうかは分かりません。私自身がG-P ネットに登録させていただき、現時点ではたまたま利用する事例が無いのですが、無くなると困りますし、G-P ネットが無かった時代に非常に苦労したことも覚えています。今後の運用について、是非検討していただきたいと思えます。

○尾崎会長

G-P ネットのことは、舟橋利彦委員とも御相談いただき、引き続き実施をお願いしたいと思えます。

○舟橋（民）委員

一昨年、初めて本審議会に出席させていただきました。その時にも、措置入院の条文、規定についてお話しがあった記憶があります。私は児童や障害者の分野の関わりが多くあります。児童虐待では、市町村の担当者によって対応が違うことをおかしいこととして、だいぶ変わってきたように思います。先ほど移送のお話もありましたが、実施するためのシステムが法には全て記載されていないと思うので、法に対応したシステムが必要であると思えます。財政問題等、理想論ではなかなかうまくいかない、根深い問題が多いのだろうと思いますが、そこを検討していかなければ、法が死文化してしまうことになるので、行政の皆様には可能な限り検討していただき、他職種が連携していかなければいけないと思えます。

児童虐待についても他職種連携が大きく叫ばれ、平成12年に児童虐待防止法が成立しました。精神保健福祉法については、児童虐待防止法よりも以前から現在にわたって同様の状況があるのだろうと思います。踏み込んでいかなければ、良くなっていかないと思えますので、知恵を出し合いながらやっていくしかないと思えました。

○尾崎会長

様々な問題があって大変だとは思いますが、法が死文化しないよう、ぜひともお願いしたいと思います。

○前田委員

地域移行は、医療だけでは絶対に無理であり、どう生活していくかということを相談できる場所がなければできません。御家族と地域で生活する中で、何かあった時には医療にかかることが必要です。医療のケアをしつつも、相談という視点や機能がなければ、精神疾患のある方はとても生活できないと思っており、医療計画だけでは片手落ちだと思います。相談機能をどう組み合わせていくかということをもっと考えていくべきです。相談等については、障害福祉計画に記載があるということであれば良いかもしれませんが、医療計画と障害福祉計画という縦割りではない行政の在り方を考えていかなければ、進展していかないと思います。

○尾崎会長

健康福祉という視点で、医療だけでなく福祉との連携、あるいは他の周産期領域等との連携もぜひお願いしたいと思います。

○柵木委員

私は医師会長であります。産婦人科の現場の医者でもあります。今年から検診の際に、児童虐待や妊産婦の自死に関する問題等をチェックするための診察に行政の補助金も出るようになりました。そういった問題をどう予防し、支援に結びつけるかということのデータはこれから出てくるだろうと思いますが、先ほどから言われておりますように、医療と福祉の間のインターフェースをどのように構築していくかということは、我々医師会にとっても非常に大きな役割であろうと考えております。従来から、医療と福祉、あるいは医療と障害の谷間がございますので、いかにスムーズに連携させていくかということが今後の課題と認識しております。

また、措置入院に関しては知事とお話する機会に、舟橋利彦委員のほうからも何度も直訴し、お答えいただいておりますが、議論が繰り返されているという印象がありますので、今後も根気よく続けていかなければいけないと思います。

○尾崎会長

医療関係者だけ、あるいは御家族だけで議論してもどうしようもないならば、一緒に話に行くしかないかと木全委員ともお話ししておりました。柵木委員もぜひよろしくお願いたします。

○渡辺委員

福祉施設での活動の中で、地域の障害福祉計画の検討会議等にも出席しております。もちろん県の計画に沿って作成しますが、地域の状況に応じて独自の指標を追加することも考えおります。本日の御説明には、国が示している計算式に当てはめた数値やキーワードが多く出てきており、指標としてはよく分かるのですが、なかなか生活というものが見えてこないと感じました。委員の皆様の御意見を基に不足している部分を充実していくということなら分かりますが、計算式だけであると見えてこない部分が多くあると思います。数値やキーワードが出ることよりも、多くの意見を出し合える場のほうがより良い計画できると思いつながら聴いておりました。

○尾崎会長

数値だけが先行しないようにということは、これまでもお願いしていることです。一方で、愛知県の数値があまりにも悪いという場合もあるため、十年来、舟橋利彦委員とともに主張し続けているところであります。

○出口委員

私が記者として新聞を書く際には、読者に分かりやすいことが第一です。計画は新聞とは違いますが、あまり専門知識のない県民の方もいらっしゃると思うので、全ては難しいと思いますが、括弧書きで説明を補足する等、様々な立場の方に伝わるように書いていただけると良いと思いました。

私自身、専門的なことはあまり分かりませんが、高齢者や障害者の方に取材させていただく機会が多くあります。現場にいらっしゃる専門職や御家族の困っていることに手が届くような血の通った計画になれば良いと思います。

○尾崎会長

できるだけ県民の方に分かりやすい計画を策定していただくことをぜひお願いしたいと思います。

本審議会に当たり、事前に資料をいただいておりますので、質問項目も事前に事務局へ提出し、会議ではその質問事項について優先して検討すると限られた時間が有効活用できると思います。ぜひ、次回からの運営について検討していただくようお願いいたします。

○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、誠にありがとうございました。いただきました御意見を踏まえまして、今後の医療体制部会、医療審議会に諮らせていただきたいと思います。また、会議の運営に当たりましては、尾崎会長の御意見を踏まえまして、効率的な運営ができるよう検討してまいりたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

○事務局（大野主任）

以上を持ちまして、平成 29 年度第 2 回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）