

令和 6 年度

愛知県地方精神保健福祉審議会 会議録

令和 7 年 3 月 28 日（金）

地方精神保健福祉審議会

I 日時

令和7年3月28日（金）

午後3時から午後4時30分まで

II 開催方法

対面

III 出席者

（委員）

池田 匡志	名古屋大学大学院医学研究科教授
伊藤 安奈	愛知県精神保健福祉士協会副会長
兼松 洋子	愛知県弁護士会弁護士
窪田 信子	特定非営利活動法人草のネット
佐橋 大	中日新聞社生活部記者
鈴木 康仁	特定非営利活動法人愛知県相談支援専門員協会代表理事
田中 聡	独立行政法人国立病院機構東尾張病院院長
成瀬 敦	愛知県町村会行財政部会長（幸田町長）
長谷川 宏	特定非営利活動法人愛知県精神障害者家族会連合会 理事
福岡 知晴	愛知県臨床心理士会
前田 由紀子	心理相談室「こころ」カウンセラー
渡邊 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）

保健医療局長ほか

IV 議事内容等

○事務局（桑山主査）

定刻となりましたので、ただ今から「令和6年度愛知県地方精神保健福祉審議会」を開催いたします。

私は、愛知県保健医療局健康医務部医務課こころの健康推進室の桑山と申します。会長に議事を引き継ぐまで進行を務めさせていただきます。

それでは、開会にあたり、長谷川保健医療局長から御挨拶を申し上げます。

○長谷川保健医療局長

保健医療局長の長谷川でございます。委員の皆様方におかれましては、本日は大変お忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

また、本県の精神保健福祉行政につきましては、日頃から格別の御理解と御協力を賜り、この場をお借りして厚くお礼を申し上げます。

さて、この審議会は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律及び愛知県地方精神保健福祉審議会条例に基づき、精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項を審議していただくものであります。

本日の審議会では、「令和6年度における精神保健福祉関連事業の実施状況」を議題とさせていただきます。

令和6年4月に、障害者等がその人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が改正されたところですが、本県においても今年度からそれに基づき新たな事業を実施してまいりましたので、新規事業及び既存事業の取組状況などを御報告させていただき、皆様方の御意見をお伺いしたいと存じます。

本日は、短い時間ではございますが、委員の皆様におかれましては、それぞれのお立場から忌憚のない御意見を賜り、本審議会が実りのあるものとなりますよう、お願い申し上げます。簡単ではございますが、私の御挨拶とさせていただきます。

○事務局（桑山主査）

本日御出席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、お手元の出席者名簿で代えさせていただきます。なお、最新の出席者名簿は机上に配布させていただきましたので、差替えいただきますようよろしくお願いいたします。

愛知県町村会の成瀬敦委員は、若干遅れるとの連絡がありましたので、ご報告申し上げます。また、愛知県精神保健福祉士協会の伊東安奈委員につきましてはウェブでの参加となりましたのでご報告申し上げます。

なお、名古屋市立大学の明智龍男委員、愛知精神神経科診療所協会の木村哲也委員、名古屋法務局の佐久間和美委員、愛知県医師会の船橋克明委員、愛知県精神科病院協会の舟橋利彦委員、愛知県医師会の柵木充明委員、名古屋家庭裁判所の溝口理佳委員、愛知県市長会の山下史守朗委員におかれましては、所用のため、御欠席との御連絡がございましたので、御報告申し上げます。

また、本日御出席の皆様のうち、今回の審議会から新たに委員に御就任いただいた

方が3名みえますので、事務局から所属とお名前を御紹介させていただきます。

中日新聞社生活部記者 佐橋 大 様

愛知県精神障害者家族会連合会理事 長谷川 宏 様

愛知県臨床心理士会福祉領域部会専門委員 福岡 知晴 様

次に、傍聴の報告をさせていただきます。

本審議会は審議会運営要領に基づき公開となっております。

本日の協議会の開催について、3月14日から県のホームページでお知らせをしておりましたが、本日の傍聴を希望される方はありませんでした。

次に、本日の会議の資料の確認をさせていただきます。

資料は、次第、出席者名簿のほか、配付資料一覧のとおり、資料1から資料5、審議会条例及び委員名簿となります。不足がございましたら事務局がまいりますのでお手をお上げ願います。

次に、次第「2 会長選出」のとおり、会長の選出を行います。

審議会条例第4条第1項及び第2項の規定に基づき、審議会は会長を置くこととし、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、名古屋大学の池田委員に会長をお願いしておりますが、池田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るがございます。

事務局といたしましては、引き続き池田委員に会長をお願いしたいと思いますが、皆様いかがでしょうか。

ありがとうございます。それでは、池田委員に本審議会の会長にご就任いただきたいと思っております。

それでは、議事に入りたいと存じます。以降の進行は、池田匡志会長に進行をお願いしたいと思います。

池田会長、よろしくお願いいたします。

○池田会長

会長の池田です。よろしくお願いいたします。

はじめに、本日の会議録の署名人2名を指名させていただきます。田中聡委員と渡邊久佳委員をお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

ありがとうございます。では、両委員さん、よろしくお願いいたします。

本日は皆様方から活発な意見交換をするというふうに思っておりますが、お時間に限りがありますので、ぜひ、進行に御協力いただきますようお願い申し上げます。

それでは次第に沿って、議事を進めてまいります。

次第「3 議題」の「令和6年度における精神保健福祉関連事業の実施状況について」事務局から説明を行ってください。

○事務局（安藤室長補佐）

私から、本議題であります、令和6年度における、精神保健福祉関連事業の実施状況について、(1)精神保健福祉の現状についてから(4)精神科救急医療体制についてまで説明をさせていただきます。それでは着座にて失礼いたします。

それでは、資料1「精神保健福祉の現状について」をご覧ください。

1枚おめくりください。こちらは精神保健福祉関係の統計資料になります。

「1 精神障害者保健福祉手帳交付者数」です。2023年度末時点で、10万2,067人に交付をしております。2018年度末と比較しますと、約1.4倍に増加しております。

次に「2 精神科病院入院患者数及び措置入院患者数」です。2023年度末時点で入院患者数は1万407人で、そのうち措置入院患者数は49人となっております。2018年度末と比較しますと、どちらも減少しております。

次に「3 精神病床における平均在院日数」です。2023年の精神病床における平均在院日数は225.9日で、全国の263.2日と比較して37.3日短くなっております。また、過去6年間と比較しますと、全国ではほぼ横ばいではありますが、愛知県では減少傾向が見て取れます。

次のページ、「4 精神疾患を有する総患者数の推移」で、全国と愛知県の数字を掲載しております。全国、愛知県ともに総患者数が増加しており、総患者数の計は2008年と比較すると、どちらも約1.8倍となっております。

次のページ、「5 精神保健相談件数」は、過去4年間の名古屋市を含む県内の保健所及び精神保健福祉センターにおける相談件数です。相談件数の計としては2021年度に減少が見られますが、ほぼ横ばいとなっている状況です。

以上が、資料1「精神保健福祉の現状について」の説明になります。

続きまして、資料2「入院者訪問支援事業について」をご覧ください。

1枚おめくりください。6ページ目は事業の概要となっております。タイトルに「(令和6年度以降)」とありますとおり、本事業は令和6年4月に施行された改正精神保健福祉法に新たに定められたものであり、本県においても令和6年度から取組を開始しております。

資料下段左側の枠囲みの中にあります【精神科病院に入院する方々の状況】にあるとおり、精神科病院へ入院中の方の中には、「医療機関外の者との面会交流が途絶えやすく、孤独感や自尊心の低下、日常的な困りごとを誰かに相談することが難しいといった悩みを抱えられ、第三者による支援を必要とされる」方もいらっしゃる。

そうした方に対し、右側の枠囲みの【入院者訪問支援事業のねらい】にあるとおり、本事業は「医療機関外の第三者が、支援対象者と会話を交わし、支援対象者の話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、対象者が自らの力を発揮できるよう、対象者の立場に立って寄り添うこと」を目的としており、その結果として、資料の一番下にあるとおり「精神科病院に入院している方の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待」されているところです。

次のページに移りまして、こちらは県において実施が求められている事業の内容です。二段目の「訪問支援員養成研修の実施」や、三段目の「訪問支援員の派遣」が主な事業内容になりますが、それに伴い四段目の「事業周知」や五段目にある事業実施に係る「会議の運営」等も求められています。

次のページに移りまして、ここからは本県で行う「愛知県入院者訪問支援事業」について御説明させていただきます。まず、目的ですが「精神科病院に入院中の者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、精神保健福祉法に基づき、入院者の話を傾聴し、その立場に寄り添う訪問支援員の派遣を行う。」としております。なお、「本事業は、入院者の孤独感や自尊心の低下等を解消す

ることを目的とし、訪問支援員が各種サービスの利用を調整することやサービスを自ら提供すること」は目的としていません。

実施主体は「愛知県精神保健福祉センター」としますが、事業の一部について、愛知県精神保健福祉士協会への委託により実施します。

事業内容は、先ほども説明させていただいたとおり、①訪問支援員養成研修、②訪問支援員派遣の二つを主な内容としています。

次のページに移りまして、「訪問支援員養成研修」の今年度の実施状況について御説明をさせていただきます。「1 実施形態」ですが、愛知県精神保健福祉士協会への委託により実施しております。「2 実施日等」ですが、2024年9月14日（土）にオンラインによる講義を、翌15日（日）に対面による演習を実施しています。具体的なカリキュラムの内容は、資料の右側に記載のとおりです。「3 受講者」ですが、精神保健福祉士74名の方に受講していただき、「4 登録者数」にあるとおり、66名の方に入院者訪問支援員として御登録をいただきました。

次のページに移りまして、「訪問支援員派遣」の今年度の実施状況について御説明をさせていただきます。「1 実施形態及び内容」ですが、事務局である愛知県精神保健福祉センターにて、訪問支援員の選任、派遣希望の受付を行います。事務局が派遣希望を受付けた後、委託先である愛知県精神保健福祉士協会が訪問支援員や派遣先医療機関との連絡調整を行うこととしております。「2 派遣対象」は、法に定められているとおり、市町村長同意による医療保護入院の方を中心としますが、病状等から事業利用が適当でない方を除き、全ての方に利用していただけることとしております。

「3 派遣開始時期」ですが、2024年11月から希望者への派遣を開始しております。最後に「4 派遣実績」ですが、2月1日現在で10名の方に派遣をしております。

続きまして、資料3「精神科病院虐待防止対策について」をご覧ください。

1ページおめくりいただきまして、13ページをご覧ください。

まず、精神科病院の虐待の防止に関する規定について、概要を説明いたします。

障害者虐待防止法においては、精神科病院における虐待については明記されておりましたが、全国の精神科病院において従事者による虐待が相次いで発生したことを受け、精神保健福祉法に精神科病院の管理者に対する虐待防止措置について規定されました。

14ページをご覧ください。精神科病院における虐待の類型は、身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、放棄・放置（いわゆるネグレクト）、経済的虐待とされています。

15ページをご覧ください。精神保健福祉法では、虐待防止に関して、第40条の2から第40条の8に規定しています。規定の主要な部分としては、40条の2と40条の3で、医療機関における虐待防止措置の義務と虐待発見者の通報義務が規定され、40条の5で精神科病院に対する報告徴収と立入検査、40条の6で精神科病院に対する改善命令が規定されています。

16ページを御覧ください。愛知県の虐待通報受理体制についてです。愛知県では、精神保健福祉センターに「精神科病院虐待通報窓口」を設置しております。名古屋市を除く県内36か所の精神科病院の業務従事者から、虐待について通報を受け付け、調査等を実施しております。専用回線を設け、専属職員1名配置、平日午前8時45分から正午、午後1時から午後5時30分まで対応しております。

資料右側ご覧ください。虐待通報の流れです。虐待を発見した者からの通報、又は虐待被害を受けたとされる当事者からの届出があったものについて、情報を聞き取り、状況整理を行います。虐待の疑いがあるものは、所内検討会議を開催し、緊急性の判断、介入の必要性等を協議します。その結果に基づき、事実確認を行うため、精神科病院への報告徴収を行い、虐待対応ケース会議を開催します。虐待対応ケース会議で虐待の事実が認められた場合には、当該精神科病院管理者に対して、指導を行い、後日、病院から改善報告書を提出していただきその状況を確認します。

フロー図の右側、虐待が行われたと判断されなかったものの、不適切な行為があった場合は、当該病院へ口頭により指導することとしております。また、必要であれば、別途実地指導などを実施します。

17 ページをご覧ください。愛知県精神保健福祉センターでは、虐待防止に向けた取り組みとして、研修も開催しています。今年度はオンライン開催とし、当日は239名に参加していただきました。後日、オンデマンド配信も行い、79か所から申し込みがありました。後日のアンケートでは、「とても役にたつ」「概ね役にたつ」「一部役にたつ」という回答が100パーセントを占め、病院従事者のみなさまの日頃の業務に役立つ研修ができたと考えております。

18 ページを御覧ください。今年度上半期の虐待対応の速報値です。表1のとおり、上半期に受けた通報・届出の件数は、163件でした。その内、9割近くが虐待被害を受けたとお話される当事者、ご本人からの届出でした。163件の内、虐待があったと判断された事例は2件、いずれも心理的虐待でした。

19 ページをご覧ください。表3、業務従事者による障害者虐待があった場合にとった措置です。当該病院に対し、事実確認のための報告徴収を行った結果、虐待の事実が認められたため、下から5列目にあります改善結果報告書の提出を求めました。

表4、虐待を行った業務従事者の職種は、看護師2名、准看護師1名でした。1件の事案に対し、該当職員が複数名いる場合があるため、虐待判断した件数と、虐待を行った業務従事者の人数は異なっております。

精神科病院における虐待通報では、虐待を疑う状況の早期発見と共に、虐待防止に向けた体制作りに取り組んでいくことが重要であると考えております。虐待と判断された事例につきましても、虐待防止に向けて継続的な取り組みに努めて頂くよう、お願いをしております。

続きまして、資料4「精神科救急医療体制について」をご覧ください。

1枚おめくりいただきまして、21ページご覧ください。本県及び名古屋市では、一般社団法人愛知県精神科病院協会に、精神科救急患者の夜間休日診療を確保する精神科救急医療施設事業と電話による緊急医療相談等に対応する精神科救急情報センター事業を委託しています。

多くの病院で精神保健指定医の確保が困難を増していることや、医師の働き方改革の進展を踏まえて、令和4年度の当審議会での審議を経て、令和5年度から精神科救急医療体制の強化を図っています。

1 精神科救急医療体制強化のポイント」です。

「(1) 精神科救急医療施設事業」について、精神科救急医療体制参加病院の負担軽減を図りつつ、夜間休日診療を専門化しています。現体制では、県内3ブロックは維持し、原則、自発診療は当番病院で担い、非自発診療は後方支援基幹病院（優先病

院) (以下、優先病院と呼びます) と位置付けた常時対応型病院等で担っています。なお、自発診療とは、右側囲みのとおり、患者本人の受診希望に基づく診療です。非自発診療とは、患者本人の受診希望に基づかない強制入院等を想定した診療です。また、常時対応型病院とは、24 時間 365 日、精神科救急患者を受け入れることができる体制の充実した精神科病院のことです。

(2) 精神科救急情報センター事業について、現体制移行に伴い、夜間休日の電話相談時の円滑な対応を図るとともに、適正受診を推進しています。現体制では、県民からの夜間休日電話相談に対し、問診を実施の上、活発な精神症状等がある場合は、当番病院か優先病院のいずれかを紹介します。さらに紹介病院に対して概要の連絡を行い、緊急受診の円滑化を図っています。

現体制のイメージは、「2 精神科救急医療体制の体系図」の右側のとおりです。

次に、22 ページ「精神科救急医療体制について [概念図]」を御覧ください。実際に事案が発生した場合の流れとなります。事案が発生した場合、①県民等から、②精神科救急情報センターに電話相談します。センターは緊急度に応じた振り分け (トリアージ) を実施します。右上の吹き出しのとおり、かかりつけ医が対応できる場合は、まずかかりつけ医を案内しますが、かかりつけ医が対応できない場合には、a~c により案内します。a 自発診療の対象は、③当番病院を案内します。b 非自発診療の対象は、④優先病院を案内します。c トリアージにより緊急受診の必要がないと判断された場合は、翌日以降の受診等を助言します。以上が大まかなイメージとなります。

23 ページ「精神科救急情報センターの概要 [夜間休日帯]」を御覧ください。夜間休日とありますとおり、土曜日を含む平日日中は、センターでは緊急医療相談は行わず、最寄りの医療機関を案内しています。夜間休日の大まかな流れは、資料左側の相談手順フロー図のとおりです。まず、相談者からの電話対応として、基本的情報、主訴等の確認を行い、適切な医療機関を案内します。その後、当番病院等へ電話連絡して、相談者の情報を当番病院等に提供し、対応を依頼します。それぞれ 10 分程度、所要時間の目安は 20 分程度です。

次に、24 ページ「精神科救急医療体制に関する変更 (令和 6 年 6 月から)」を御覧ください。精神科救急医療体制を円滑に運用していくために、令和 5 年 8 月に行われた「令和 5 年度今後の精神科救急医療体制のあり方検討会」において、県内 3 ブロックのエリア変更等について検討が行われ、令和 6 年 6 月から変更となりました。対応件数、所在病院の不均衡を調整するため、資料右側太字の病院、地域がブロック移動しております。

次に、25 ページ「警察官通報に係る夜間・休日の通報受理体制等業務体制について」を御覧ください。平成 28 年度から、夜間・休日の精神科救急体制の課題を検討するため、ワーキンググループ等で検討を重ね、令和 3 年度、こころの健康推進室に「通報対応グループ」を新設しました。令和 3 年度から右下の図にあるように、各保健所から本庁に業務を集約し、夜間・休日の対応の迅速化を図っています。

26 ページ「2 愛知県における警察官通報に係る措置診察・措置入院の流れ」についてご覧ください。ページ左側、国から示された「措置入院の運用に関するガイドライン」の流れに基づき対応しております。夜間・休日に警察官から通報があった場合、原則として県職員が臨場し、事前調査を行います。調査により措置診察が必要と

なった場合は、精神保健指定医が当直している精神科病院へ移送し、措置診察を実施しています。令和3年度以降の通報対応グループにおける警察官通報の対応状況は、資料右側記載のとおりです。

(1) 精神保健福祉の現状について、から(4) 精神科救急医療体制についてまでの説明は、以上です。

医務課こころの健康推進室 室長補佐の三原です。私からは資料5「災害時精神科医療対策について」説明させていただきます。

初めに、「1 災害拠点精神科病院について」です。災害拠点精神科病院とは、災害時においても、精神科医療を行うための診療機能やDPAT派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所や保護室を有するなど、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う病院です。この災害拠点精神科病院の整備状況ですが、資料下側の表をご覧ください。本県では、名古屋市にある「愛知県精神医療センター」及び豊橋市にある「松崎病院豊橋こころのケアセンター」の2か所を、本審議会での意見聴取などを踏まえ、2020年3月に災害拠点精神科病院として指定しております。

続いて「2 DPAT（災害派遣精神医療チーム）について」ご説明させていただきます。DPATとは、災害時などに被災地域において、精神科医療や精神保健活動の支援を行う専門的なチームでございまして、精神科医師をリーダーに、看護師及び連絡調整・情報収集などを行う業務調整員の3～5名により構成されます。DPAT隊の主な役割ですが、3つございます。1つ目の役割、「病院への支援」でございしますが、こちらは、倒壊の恐れがある精神科病院からの患者の搬送や、診療に必要な物資の搬入などの診療継続のための支援です。2つ目の役割、「地域への支援」でございしますが、こちらは、避難所などにおける精神疾患を有する被災者への対応や、被災者の心のケアなどの役割です。3つ目の役割、「支援者への支援」でございしますが、こちらは、被災地で活動する支援者への心のケア支援などの役割です。

続いて、本年3月時点の愛知DPAT隊の登録状況です。上の○、愛知DPAT隊編成可能隊数は、13機関21隊です。主に本県被災時に県内で活動する隊となります。下の○、愛知DPAT先遣隊編成可能隊数は、2機関5隊です。この先遣隊は発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において活動できる隊となります。なお、令和6年1月1日に発生した能登半島地震の際は、当時派遣可能であった愛知DPAT先遣隊を合計7隊、26人を本県から派遣をしております。続いて、資料下、「愛知DPAT統括者の登録状況について」です。DPAT統括者とは、県によって任命された精神科医師であり、災害時に県内で活動する全てのDPATの指揮・調整等を行っていただく方です。本県では、愛知県精神保健福祉センター所長など、合計7名の方を任命しております。

続きまして、「愛知DPAT研修」についてです。この研修は、愛知県内の精神科医療機関の職員などを対象に、愛知県が組織する「災害派遣精神医療チーム（愛知DPAT）」として活動する人材を養成するための研修でございまして、毎年実施しております。研修実績でございしますが、2023年度は21名、2024年度は68名の方に受講していただきました。特に本年度は、能登半島地震による関心の高さに加え、右側に掲載のチラシを作成・周知した結果、より多くの医療機関の方に受講していただくことができました。

最後に「愛知DPAT訓練」についてです。この訓練は、南海トラフ地震の発生を想定

し、県内の DPAT 活動全般の調整を行う「DPAT 調整本部」を立ち上げた実働・図上訓練で、DMAT など他の医療チームとの合同での訓練を毎年実施しております。今年度は、11 月 14 日に、DPAT 統括者・DPAT 先遣隊・県職員参加のもと、発災後 24 時間後の本部活動などに係る訓練として、精神科病院の被災状況の確認や、被災した精神科病院への支援方法の検討などの訓練を実施しました。

私からのご説明は以上です。

○池田会長

ありがとうございます。では、ただいまの事務局からの説明について、委員の皆様方からご意見、ご質問等があれば発言願います。

○長谷川委員

10 ページ目ですが、入院者訪問支援の派遣対象として市町村長同意による医療保護入院の方、その他本事業の利用が適切であると入院先医療機関が判断した方ということで、対象者はどのくらいになるのでしょうか。この定義の人が対象者になると思いますが、その人数というのはどのくらいを想定しているのでしょうか。

○事務局（安藤室長補佐）

医療保護入院の対象者が 2023 年度の段階で約 4,500 名程度いらっしゃいます。また、医療保護入院の中の市町村長同意の方は推計人数ですが、こちらが約 240 人となっております。市町村長同意の方は内数ですので、おおよそ 4,500 人程度は医療保護入院の方だという風に把握しております。

○長谷川委員

4,500 人。この体制を整備していかないと、対応できないということになりますね。非常に良い支援事業ですから対象者全員が、対象になるようによろしく願います。

○池田会長

続いて窪田委員どうぞ。

○窪田委員

草のネット理事の窪田と申します。草のネットはエビデンスに基づいたメンタルヘルスのリカバリープログラムを提供する当事者運営組織です。おかげさまで今年度 20 周年を迎えることができました。

今回は 2 点お聞きしたいことがあります。

まず 1 点目。

過去の当審議会では、議題に上がっていた地域移行地域定着支援の一環である、ピアサポーターの活用に関連事業についてです。今年度のピアサポーターが活用された実績報告がないのがとても残念です。ちなみに今年度私において、愛知県のピアサポーター活動は 1 回もありませんでした。また今年度からオーディション形式での採用を考えられ当初は画期的と思いましたが、不採用になったとき、実は 2 回不採用にな

ったのですが、とてもショックで、ちょっと体調が壊れそうになりました。できましたら現在の愛知県登録ピアサポーターの登録人数と活動人数の稼働実績を教えてください。愛知県に登録しているピアサポーターは、やる気のある方々も多く、活動の場がないとモチベーションが下がってしまいますので、活動の場をどんどん作って欲しいです。また、その活動の場も、専門職主体の一方的な偏った運営ではなく、両方向の意見として、もっともっとピアサポーターの声を聞いて、事業に生かしていただきたいです。

次に2点目です。

愛知県でも、大阪精神医療人権センターが先行して行ってきた精神病院への訪問活動が全国で事業化され、入院者訪問支援事業として、愛知県でも実施される運びとなり、当事者の私としてもうれしい限りです。ただ、とても残念なのは、愛知県ピアサポーターとして登録している私を含めた多くの知人たちに研修参加の案内が全くなかったことです。愛知県のホームページにも、研修の案内告知は、私たちが調べた中では皆無でした。しかし、知人の愛知県精神保健福祉士協会に加入しているAさんには、研修の案内が直接自宅に来ていたそうです。愛知県精神保健福祉士協会の会員のみしか研修の門戸が開かれていないのはとても残念なことです。精神障害者ピアサポーターにも直接研修の門戸を広げるべきだと考えます。ちなみに奈良県では、私のピアサポーター仲間が、今年度、入院者訪問支援事業の研修に参加しています。地域移行地域定着支援や、にも包括において、やる気を持って活動しようとしている愛知県のピアサポーターを、研修対象外としている理由をお聞かせいただきたいと思えます。また、入院者訪問支援事業は2日間の研修を受けないと、病院には訪問ができないのですが、2日間の研修が当事者には負担があり、無理なのではないかという意見を、精神保健福祉士の方から間接的に聞くことができました。メンタルヘルスのリカバリープログラムというのがあるのですが、その研修は当事者でも5日間連続の研修を、適切な合理的な配慮がある中で、無理なく受講しています。研修実施機関である愛知県精神保健福祉士協会が当事者向けの研修実施に対する工夫や合理的配慮が、全くイメージされていないのではないのでしょうか。専門職主体の一方的な偏った運営ではなく、両方向の意見として、もっともっとピアサポーターや当事者の声を聞いて、ぜひ今後の研修に、生かしていただきたいと思っています。以上2点、ご意見のほどよろしくお願いいたします。

○事務局（山下課長）

ピアサポーターの養成研修については当所のほうでやっております。研修等を行って、それを受けていただいた方にピアサポーターとして名簿登録をしていただいて、ピアサポーターとして活動していただくといった事業を行っております。

今年度は、令和7年1月末現在になりますけれども、新規で登録していただいた方が32名、継続手続きが終了された方が52名、ピアサポーターに名簿登録された方が合計84名ということになります。

また、オーディション形式でということのご説明ありました。今年度から精神保健福祉センターの方でピアの方の活躍の場を増やす目的で、今まで活躍の場が少なかったというご意見等がございましたので、市町村だとか、あと関係機関の方にピアさんの活躍の場、会議とか事業とかに参加していただく機会があればセンターの方に声

をかけていただいて、そういった声を集約して、ピアさんの方にこういったご依頼がありました、いかがでしょうかという発信をしています。その中で反応のあった、やってもいいよと手を挙げてくださった方に参加していただいて、実施機関とも含めた協議の中で、適切な目的にかなうピアさんを選ばせていただくということになりました。ですなるべく、より多くのピアさんの方に活動していただきたいということで、経験のある方もそうでなくても初めての方にも、そのピア活動に参加していただくという方式をとらせていただいています。

○事務局（加藤主査）

実施回数についてですが、精神保健福祉士協会への委託によりピアサポーターさんを病院の方に派遣させていただいて、体験談を語っていただくというプログラムを実施しておりますが、令和5年度の派遣回数は延べ16回、ピアサポーターの方延べ35名の方に従事していただいたところでございます。

○事務局（安藤室長補佐）

先ほどの入院者訪問支援研修の受講者は精神保健福祉士に限定した理由についてご質問があったかと思います。今年度は事業の開始年度であったため、精神障害者の支援に当たり必要な知識と技能を有する団体である精神保健福祉士協会に事業を委託し、当会の会員を対象として研修を行わせていただきました。来年度以降につきましては、事業開始2年目ということもございまして、幅広い方に訪問支援養成研修を受講していただけるようにする予定でございます。

○鈴木委員

愛知県相談支援専門員協会の鈴木です。

資料の10ページにあります訪問支援員派遣の、本県の状況についての報告をいただきましてありがとうございます。入院患者延べ数が10名となっております。2番のところに派遣対象として、市町村長同意による医療保護入院の方と、その他、本事業利用適当であり、入院先医療機関が判断した方と大きく2つに分かれ、分かれていますがこの10名の方は、この2つの条件の方の、どちらに当たる方々なのかということをも、ご質問させていただきたいと思います。

これは私の意見ですが、私も具体的に対象としている障害の方、60名近くいますが今3名の方が入院をされています。3名とも市町村町同意ではない形での、医療保護入院の方ですが、そうしますと相談員が、私が担当として訪問して、面談に伺ってお話を聞きます。やっぱり入院されてらっしゃる方々の、主たる相談内容というのは、病院の中でいろんな不都合があると不満をおっしゃるとか、そういうようなお話もありますが、やはり退院した後どういうふうな支援をしてもらえるのかみたいな話が結構出たりします。私の立場も、相談支援専門員という立場ですからそういうご相談があらうかと思うのですが、ぜひ、こういった訪問支援員さん、当然精神保健福祉士の方々も承知をされていると思いますが、ぜひ地域に移行したときの対応みたいなところもぜひ意識していただくとよろしいのかなというふうに思います。ただ、そう思っていたところ8ページの、目的のところ見ますと、2段目に訪問支援員が医療介護障害福祉サービスの利用を調整することや、サービスをみずから提供することを

目的としないとなっておりますので、どうしてもそこは、訪問支援員さんが当然ですが動けませんので、例えば地域の基幹センターですとか、私のような担当している相談支援専門員などにも情報提供していただくような機会も作っていただくと、よりこの訪問支援事業というものが、有効な内容になるのではないかなというふうに思っています。

○事務局（加藤主査）

まず10名の方はどのような方かという点ですが、入院形態については、まず任意入院の方が3名、医療保護入院の方が7名、そのうち市長同意による医療保護入院の方が3名となっております。

先ほど長谷川委員からご質問いただきました対象者の数についても絡めてご回答させていただきますが、先ほど、医療保護入院者の数が全体としまして4,500名程度いらっしゃるという回答をさせていただきました。そのうち、市町村長同意の推計値が240名であるということでこの240名程度の方を中心としつつ、その他本事業の利用が適当である方を対象としているところになります。先ほど実績でもお答えさせていただきましたとおり、中心となる市長村長同意の医療保護入院の方で実際利用されている方は、3名というところになりますけれども、その他の入院形態であっても、適切であり、かつご本人さんが事業の利用を希望された方には、幅広く利用していただけるように、体制を整えているところになります。

また、地域移行や定着に関しての視点を持ってというご意見いただきましてありがとうございます。鈴木委員もおっしゃっていただいたとおり、この事業自体が何かサービスを提供するということは目的とはしていませんけれども、傾聴等することによってご本人さんの希望であったり、意志決定を支援することによって、地域移行であったり、そういった福祉サービスの利用に関する希望を発信してもらう。そうした際には、情報提供するということが訪問支援事業の役割となっておりますので、必要な福祉サービスの情報提供はして参りたいと考えております。よろしくお願いいたします。

○長谷川委員

21ページの精神科救急医療体制について、旧体制と新体制があり、旧体制の場合は例えば尾張Aブロックですと、当番病院と後方支援基幹病院の2つは各々1床、それから精神医療センターが5床ということでトータル7床になります。ところが、現体制になりますと、各々1床ずつで、トータル3床で、満床になって困るということはないのですか。7床が3床に減るというふうに単純に私は考えておりますが。

○事務局（安藤室長補佐）

精神科救急医療体制の病床の数ですが、ここでは1床と記載しておりますけれども、これはあくまでも確保が義務づけられているといいますか、空床として確保されているものが1床ですけれども、実際には病院の方ではそれ以上の数が受け入れできておりますので、ここに記載されている数が現行体制になって、病床の確保されている数が、実際不足しているという状況ではございません。

○田中委員

東尾張病院の田中と申します。実際に多分この委員の皆様の中でこの救急輪番で実際に当直に入っているのは多分私だけかと思しますので、現状についてお話をさせていただきたいと思います。この制度としては今ご説明があった通り、各1床なのですが、例えば私どもの病院が後方支援基幹病院として入るとき、できる限り4床を作るようにしています。4床を作りたいけれども実際4床つくれなくて2床しかつくれないとかですね、そういう夜もございます。病院側としては、こういうことを申し上げるのはよろしくないかもしれませんが、率直に言えば、ベッドを空けておかねばならないというのは、経営上の負担がかなり大きいのです。空けておいたときにその4床がしっかり入れば、経営としてはありがたいですが、オフアがない日もやっぱりございます。そういうときに無理やり入院させるわけにはいきませんので。そう考えるともう少し行政からのご支援いただけるとありがたいなというふうには感じております。同時にこの救急輪番というのは、私どもの精神科医の業務の中でおそらく一番医師個人にとって負担が大きい業務です。多くの場合は翌日の勤務がある中、徹夜で業務に入るわけですね。若い世代含めて、やはりこういった業務をどんどん医師の働き方改革などの適用も併せてですね、なかなかこういう場で働いてくれる勤務医を確保することが困難になってきていて、どこかの段階でもう一段階いろいろ制度上の底上げ、財政上の底上げ、マンパワーの底上げを図らないと、どこかでこのシステムが実態にちょっとついていけなくなるのではないかと個人的には考えております。

○鈴木委員

次に虐待防止の件に関してご質問させていただきたいと思います。16ページの愛知県の虐待通報受理体制です。障害福祉分野では、平成24年10月に虐待防止法が施行されまして、10年あまり、その体制というのがいろんな形で精査され、充実をしてきたところです。障害福祉の分野ですと、虐待の判断っていうのは大変重要な案件でありますので、虐待の判断をする場合には市町村の担当課の管理職が加わって判断してくださいというような、厚労省からの通知もございます。それに従って各市町村で整備されているはずですね。この愛知県の体制の中で、所内検討会議というものが設けられ、緊急性の有無、或いはそこに介入するかどうかの判断。さらには、虐待対応ケース会議なども、その後専門家も交えて行われるようになっておりますが、可能な範囲でこの所内検討会議や虐待対応ケース会議にどういった方が参加されているのかとか、それで合計5人でやっているとか10人でやっているとかいうようなところ可能な範囲でご紹介をいただけるとありがたいです。またそれに関して、意見を述べさせていただきます。

○事務局（藤城所長）

虐待通報受理体制に関しましては精神保健センターの方でやっておりますので、私の方からお答えさせていただきます。

この所内検討会議というものと、虐待対応ケース会議というのは、それぞれ、性質がございまして、所内検討会議というのは、ここにも書いてあるように、介入の必要性とか或いは緊急性等に関して、検討する場でございます。この統計にも、少し紹介

しておりますが、届出と通報というのがございまして、届出というのは入院患者さんご本人からのご連絡のことになります。通報というのは、それ以外のこちらの情報窓口に対するご連絡になります。そして届出の方ですね、実は患者さんの、病院に対する苦情や、それから病状によるものとかで、実際に立ち入り調査とか、そこまで必要と判断されないようなものもなど、かなり含まれております。私は精神保健指定医でございまして、私も交えて、所内で検討いたしまして、必要があるもの、例えば、病院さんへの調査の内容など詰める必要があるもの、或いは立ち入り調査まで行う必要があるものを検討する必要があると判断した場合は、所内会議を開いております。

所内会議の構成員、私、所長と、センターの各課の管理職、それから通報窓口の担当者という形になっております。所内会議でございまして、精神保健福祉センターの職員が構成員ということになっております。

そういう所内会議、或いは、所内会議を経ず、直接調査の場合もございまして、調査の結果、虐待の認定をするためには虐待対応ケース会議というのを開く必要がございます。ケースによりましてけれども、例えば、これは看護上の問題が大きいといった場合は、外部の看護職の有識者の方、或いは医療的な問題としての検討が必要というふうに考えられる場合は、外部の精神保健指定医の先生をお呼びして、必要に応じて、本庁こころの健康推進室の職員、或いは保健所の職員等の参加していただいて、虐待、或いは不認定、或いは不適切対応についての認定を行っているところでございます。

○鈴木委員

今のご説明大変よくわかりましたし、認定をするとか、或いは虐待の調査に入っているのは大変病院さんにも負担のあることでありますので、慎重にやられるべきことですし、一方で当然ですが患者さんの人権を守らなきゃいけないというこの両方を両立させなければいけない大変厳しいところがあるかと思います。今お話を聞いていますと、所長さん自ら会議に加わって判断の方をされていらっしゃるということを聞きまして、愛知県では大変十分にやっつけていただいているなと感じました。一方、大変お恥ずかしいことですが、障害福祉の分野の虐待は市町村にお任せをしているということで、市町村も大変限られた職員の中で、判定をしなきゃいけない、或いは場合によっては立入調査もしなきゃいけないということで、私も蒲郡で仕事をしていましたが、本当に限られた中で限られた情報の中でやっていかなきゃいけない厳しさがあります。そういうことを思うと、大変充実してやっつけていただいているなと思いますので引き続き、今おっしゃっていただいたような流れで対応をお願いしたいと思っていますところですので。ありがとうございました。

○長谷川委員

28 ページの災害時精神科医療対策ということで、災害拠点精神科病院とはということで2行目ですね、患者の一時避難に対応できる場所は、保護室等を有すると。各市町村はですね福祉避難所ということで、三障害を含めて避難所を作っているわけですね。特に保護室とか薬の供給とか福祉避難所の中でも、課題が多いと思うのですが、この市町村の福祉避難所等と、ここに書いてある災害時における精神科医療を提供する中心的な役割を担うという病院との関連はどうなのか。

要は、市町村の福祉避難所等に関して、災害時精神科拠点病院が、市町村の福祉避難所に対して指導していただけるのか、どういう位置付けなのですか。

○事務局（三原室長補佐）

今のご質問について回答させていただきます。災害拠点精神科病院というのはここに書いてあるとおりですが、福祉避難所に避難をされる方はおそらく入院患者さんではなくて、地域でお薬を飲みながら、療養されている方になるかなと思います。そのような方々が福祉避難所で、お薬を持って、避難できればそこでお薬飲みながら過ごしていただくということがございます。そういう方々を福祉避難所で見させていただいて、ただ例えばお薬がないとか、災害でとてもストレスがかかって病状が悪化したというような方々はその上にございます DPAT という災害時に精神科医師を中心としたチームが福祉避難所等と連携をとりながらそちらでケアをするということになります。

こちらの災害拠点精神科病院っていうのはどちらかと申しますと、本当に入院治療が必要であるとか、例えば A 病院が崩壊の危機にあるので、患者さんを搬送しなければいけないというようなときに、こちらの災害拠点精神科病院に、入院治療が必要な方々については、ケアを行うというふうに、大まかなイメージしていただければいいかなというふうに思います。

○福岡委員

訪問支援事業に関して、1 点お尋ねをしたいと思います。訪問支援事業を実施して、その結果報告や、結果の公表のあり方等、どのように事業実施した結果を公表するか教えていただきたく存じます。資料の 29 ページにありますように、訪問支援養成研修の内容もこのようにありますけれども、結果によって、今後の研修内容のバージョンアップなどの検討も必要になってくることもあるかなと思いました。傾聴というのがメインになっている内容かと思いますが、傾聴というの、いろんな傾聴のあり方というのがありまして、訪問支援事業に即した傾聴のあり方っていうのも、事業を進めていく上で考えていく必要があるのではないかなと思いましたので、ご質問させていただきました。お願いします。

○事務局（山下課長）

アンケートにつきましては出向いた患者様には事後アンケートをとっております。この事業はどうでしたかとか、満足度はいかがでしょうかという項目、それから簡単な感想を書いていただいております。感想の中では、話を聞いてもらえてよかった、心が明るくなった、情報を漏らさないところがよくて安心して話せたという感想をいただいております。

要望としては、定期的に継続してまた来てほしい、継続してまた同じ方に来て欲しい、PR が足りてないので、もう少し告知や PR を進めて欲しいとかそういった要望がございました。

満足度については、大変満足、満足という声が多く、中には、不満と正直に書かれる方もあり、もう少し時間が欲しいという内容だったかと思います。

○福岡委員

ありがとうございます。でも不満が言えるっていうのがすごく大事なところで、それによってまた改善点等が見いだせるのではないかなと思いました。ありがとうございました。

○前田委員

今の話題と関連してですが、訪問支援事業というと本当に継続というか、1回で終わるっていう感じがとてもしないのですが、継続して聞いていくっていうことで本当にその方が、継続的にお話ができるようになっていくと思いますが、その辺の費用がどのぐらい計上されていて、どういう形でどのぐらい継続的にやっていけるのでしょうか。特に精神保健福祉士が行かれるとなると有償になるのでしょうか。その辺りのプログラムがどのような事業として考えていらっしゃるのか教えていただけたらありがたいと思います。よろしくお願いします。

○事務局（加藤主査）

この事業を患者さんが利用するに当たり何か費用が発生するかという点のご質問と、全体の予算に関するご質問という理解でよろしいですか。

○前田委員

そうですね、患者さんからも払う必要があるのか、それからその訪問された方への報酬があるのかということです。

○事務局（加藤主査）

患者さんに関して、こちらは県が主体となった事業になりますので、自己負担等を求めることはございません。訪問支援員さんに関しましては、今年度に関しましては精神保健福祉士協会の方に委託をさせていただきまして、実際に訪問する方への報償費や調整にかかる費用等を積算させていただいて事業費という形で委託をさせていただいております。

○前田委員

継続希望された方がもし増えた場合に、利用できる限度や事業のサイズ感について、希望したいよって言っても、もうちょっとこれ以上いけませんよっていう限度があるのでしょうか。

○事務局（加藤主査）

何分予算の上限はあるところにはなりますが、ご希望された方に関しては、複数回行けるような体制を現在組んでおり、なるべく希望される方にはその希望をかなえるような形で、訪問できればと思っております。また今後希望数は増加していくかと思っておりますのでそれを踏まえて適切に予算を組んでいきたいと考えております。

○前田委員

対象者が4,500人って聞いて、延べまだ10人っていうことだと、随分その差がある

ので、その辺がちょっと気になりましたよろしく願いいたします。

○事務局（加藤主査）

4,500人の医療保護入院者という方は確かにいらっしゃいますので、その方たちに対して適切に実施したいと思っております。

ただ一方で、医療保護入院者の方々には、当然ご家族の方がいらっしゃいますので、そういった方の支援や面会交流等で、必ずしもこの入院者訪問支援事業によらずとも、支援を適切に受けている方が大勢いらっしゃるのかなというふうに感じております。

国の方としましては市町村長同意の方、やはりご家族のいらっしゃらない方を中心にして事業を実施するとしておりまして、その方に関しましては、推計値にはなりますが名古屋市を含めた県内で240名ほどいらっしゃると考えております。そういった方を中心として必要な方に適切に、この事業を利用していただけるよう体制と整えて参りたいと考えております。ご意見ありがとうございます。

○鈴木委員

今の議論を伺ってしまして、大変私は肩身が狭いといいますか責任をすごく感じるところがあるわけです。もし入院を市町村長同意でお願いするときは、市町村にはほぼ基幹相談支援センターという障害者総合支援法の福祉の方の、事業としてしっかりと定着している事業所がございます。蒲郡で私はそこで働いていたわけですが、市町村長同意で入院した場合に、当然福祉側の相談員が関わっている可能性が大変高いわけです。その福祉側の相談員が行けていない、面談ができていない、何だかいろんな事情があってできていないところがあるかと思いますが、そういったところにこの訪問支援員さんが関わっていただく。どちらかがやりなさいというわけじゃなくて、両方がやればいいわけですが、協調してやっていくことで、入院している方の不安だとか、退院後の生活の安定に繋がっていくのではないかなと思いますので、当然訪問支援員の制度を充実させて、200数十名数の方々もぜひやっていただきたいということとともに、これは保健所の現場の方々よくご存じだと思いますが、地元の基幹センターなどにもぜひお声掛けいただいてですね、もっと言えば相談支援専門員を呼んでいただいて、一緒にやってくださいみたいなそんな働きかけをしていただきたいなというふうに思います。

ただ一方で、蒲郡だと今日、成瀬町長来ていただいておりますが、幸田町にある京ヶ峰岡田病院さんや岡崎市にある三河病院さん、豊橋にある松崎病院さんなど周辺の地域であれば、対応できるのですが、遠方だとなかなかそれができない場合がございます。そういうときにはこの訪問支援員さんの訪問は大変有効だろうと思いますが、そこで得られた情報などをもとに、その地域の事業所市町村が把握をしているはずですから、そちらに情報提供いただいて、協調、連携しながら対応していただくと、有効な制度として働くのではないかなと思います。

○窪田委員

その訪問支援事業に関して、支援者の方が2人で行かれるとのことですが、結構ピア同士だと話ができたりするので、ぜひピアサポーターの力も活用していただきたい

と思います。よろしくお願いいたします。

○兼松委員

いろいろ不勉強で知らないことがたくさんあったので、入院者訪問支援事業について私の方からもいくつか教えていただければと思ってご質問いたします。

まず、派遣対象のところで、2番目のポツでその他本事業の利用が適当であると入院先医療機関が判断した方というところですけども、入院先医療機関の判断というのはどの時点でどういうふうに行われるということが想定されているのかというのが、1点です。

あと、先ほどの実績のところでは10名の内訳が任意入院の方3名、医療保護入院の方3名、その内市町村長同意3名の内訳とのことですが、任意入院3名の方も含まれていて、先ほどの利用が増えていったときのことを考えますと、基本的には市町村長同意の方などが優先になるのかなと思っております。告知とか周知の仕方では何か工夫とかされる可能性があるのかというところ。あと弁護士会では精神保健当番弁護士ということで、入院しているけれども退院したいとか、いろいろとちょっと不満があるという方に無料で1回ご相談受けますよという事業があつて、11月から2月で考えると多分10件以上はあるかなと思うと、周知としたまだまだ足りていないのかもしれないなというところ。あと弁護士会から行かなくても、むしろこういった訪問支援事業の方がふさわしいのではないかという方も多いようにも、今までの訪問実績から考えるところもありますので、どのような形で、さらに周知をしていかれるかというところをお聞きできればと思います。

あともう1つ、守秘義務もあるかと思いますが、先ほどの虐待のところとの関係で、虐待認定された方と相談届け出件数が2と163ということで非常に大きく違っています。訪問支援員が訪問したときに、虐待を受けているとか、こういうことで自分としては虐待を受けているって考えているようなときに、訪問支援員に相談を進めるのではなくて、訪問支援員がそこで認知したということで、こちらを虐待として届けるということもあり得るのかというのを、聞ければと思いました。

○事務局（加藤主査）

まず入院者訪問支援事業についてお答えをさせていただきます。資料の10ページの派遣対象で、医療機関が事業の利用が適当であると判断した方となっていますが、いつ判断されるのかというご質問だったかと思います。意味合いとしましては、やはりどうしても入院中の方になりますので、病状の観点から面会がなかなか難しいという方も中にはいらっしゃると思います。

この事業自体は、患者様、医療スタッフの方どなたからでもお申し込みいただける形になっておりまして、申し込みをいただいた上で、医療機関の方に、事務局から派遣することが可能だろうかということをお尋ねする体制となっております。その時点で、医療機関側のご意見を踏まえて、病状に影響が大きく及ぶ場合はなかなか難しいかもしれませんが、そうでない限りはその希望に基づいて派遣をさせていただくという形にさせていただいております。

続きまして入院形態様々の方に派遣をしている中で、市町村長同意の方が中心となると思うが、数が今後増えていった場合に、どのように整理をしていくかというご質

問だったかと思います。現在も、入院形態は特に限定をしておらず幅広い方にご利用いただけるような形にしております。

今後、数が増えていった欲しいと思っておりますけれども、現在のところ、十分な予算規模を確保して、様々な方に派遣できる程度の予算規模になっておりますので、現在のところは、特段何らかの整理が必要という段階ではございません。

また今後、希望する方が増えていった場合は、それを踏まえた適切な体制を構築して参りたいと思っております。

それに加えて、なかなか利用実績が上がっていないなか、どのように周知を行っていくかというところですが、今年度は、事業が始まったばかりというところで、チラシやリーフレットを作成して、各医療機関や、市町村長同意の窓口の方にお配りをして、周知を図らせていただいております。

なかなか、数が上がっていないところではありますが、来年度も引き続きこの事業を継続しますので、より一層、対象者の方々の目に触れるところに、チラシ、リーフレットを置いていただくなどによって、より一層、周知を図っていきたいと考えているところでございます。

○事務局（藤城所長）

先ほどの訪問支援員の方が、虐待に関する訴えを患者様から聴取した場合の対応でありますが、資料 15 ページの精神保健福祉法の 40 条の 3 に、虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化ということがございまして、この条文上は、発見した場合は、となっております、患者さんから聞いたというふうなことで、それが発見に該当するのかわという問題があるかと思いますが、我々、そういった通報とか届け出を受けておまして、実際に虐待があることは事実だというような方からの通報ばかりではございませんので、例えばご家族等から、患者さんからこういうことを聞いたけれども、これ虐待に相当するのではないか、というご相談を受けておまして、通報が義務という形にまでちょっと言い切れるかどうかはちょっとわかりませんが、そういったような話を聞いた場合は、我々の相談窓口の方へ、訪問支援員さんからご相談をいただければと考えております。

もちろん、患者さんご自身からの届け出も、もちろんこちらでお受けしておりますので、その話を聞いて、患者さんにそういう相談窓口をご案内いただく対応もあるのかなと思っております。

○佐橋委員

ちょっともう 1 点だけ教えていただきたいのですが、DPAT の訓練は毎年やっておりますと思いますが、今年度は特にやっぱり能登半島の件や、南海トラフに関してもいろんな情報が出たりとかっていうところもありまして、いろいろ考えることって多かったと思います。実際に訓練をしてみて、何かその反省点、改善点、そういったものについて浮かび上がってきたのでしょうか。

○事務局（三原室長補佐）

DPAT の訓練、養成の研修は本当に今年、大勢の方に参加していただき、訓練は本庁における DPAT 調整本部といって DPAT をどういうふうに派遣、調整するかというのを

シミュレーションするという訓練を行っております。他にも DMAT であったりとか DHEAT であったりとか DWAT であったりとか、いろんな課がいろんな D 何とかという災害のチームがございまして、そういう方々との連携とか、そのあたりが同じ庁舎には、そこの本部が入ってはいますけれども、これはどこと連携をどのようにするか、例えば、精神科病院で電気がこない時にはどこにそれを要請したら電気がくるのか、そのあたりの内部の他部門との連携というのが1つの大きな課題で、今後しっかりと検討していく必要があるかなと考えております。

○事務局（藤城所長）

ただいまの三原室長補佐からの説明について、若干補足したいと思います。

私、愛知県の DPAT 統括者という立場でございまして、訓練、始め研修と、或いはこの度の能登半島地震にも派遣されておりまして、愛知県でもその派遣にあたっての調整本部というものを立ち上げ、その調整本部長をやっておりました。

先ほども三原室長補佐の方から説明がございましたように、他の支援チームとの連携ってというのは大きな課題ということになっております。実際にこの DPAT を運営していく上では、例えば様々な判断とか、或いは、情報収集とか様々な課題がある中で、実際に、訓練、年に1回きりでございますし、研修の機会も2回ということで、実際には、例えば、情報収集のシステム、E-MIS というのがございますが、例えばそういう E-MIS というシステムの実際に動かす機会というのは、年間にも非常に限られているような状況にございまして、実際に動かしながら、なおかつ、必要な判断がどんどん迫っていくということで、もちろん連携をしていく中で、基礎的な DPAT としての、技量というのを維持していくということが、それもまた、大きな課題というふうに、私ども考えております。

○渡邊委員

今の災害時の精神科医療の対策について、実際に、私、地域活動支援センターという中で利用者さんの声をたくさん聞くことがあります。その中で、災害時の不安をととても大きく持っていて、今、そういった当事者の方が、自分たちに何ができるのだろうか、うちの地活の方では、市役所に行って聞くといったことをやっているのですが、こういった情報とか、実際に市に行くと、精神科の方は自分たちで頑張ってくださいっていう返事で終わってしまうことも多々あります。市町村など、先ほども DMAT とかいろいろあるというところの中で、連携があまり感じることがないというのか、情報が1つの方にしか向いてない、交差してないっていう感じをととてもよく受けるので、何かそういったことが、取り組みの中でもあると嬉しいなと思いました。少し精神科の当事者の方が何にどういうふうに困っている、不安があるっていうところを聞き取りしていただけると、ここの訓練のときにも取り入れてもらえるのかなというふうに思うので、よろしくお願いします。

○事務局（藤城所長）

貴重なご意見、ありがとうございます。

私の方から少し補足的に DPAT についてのご説明をさせていただきたいと思っておりますが、特にこの訓練で行っておりますのは DPAT には、主に役割が3つあるというお話が

ありました。

1つは、やっぱり精神医療支援っていうのが、発災地方にはございます。例えば、能登地震のときに特に問題になりましたけれども、精神科医療施設が例えば倒壊の恐れがあって、入院中の患者さんは一定の危険があって、というような状況が起こる場合がございます。

そういった場合は、緊急に患者さんを安全な場所に移すというのは、本当に緊急の機能としてございまして、或いは、そういった場合に、精神科の医療機関が診療機能を維持できないといった場合に、その精神科医療機関の診療機能を維持するために、今、医療上のお手伝いをするという機能が1つ大きなものとしてございます。

それから、もう1つは、精神保健、被災地の精神保健の支援の機能でございまして、そちらの方は、先ほどご質問にありましたように、例えば福祉避難所、福祉避難所に限らず、避難所における精神保健的な問題が発生した場合に、避難所における職員、特に我々は保健師と連携することが多いのですが、その保健師と連携しながら避難所、或いは在院中の方のメンタルヘルスの問題に対して対応を行っております。

最後に、少し、今のお話とはちょっとずれますが、支援者支援というのがございます。災害が発生しますと、やっぱり急性期、災害直後っていうのは、やっぱりもう、命を守ることが最優先ということになりますので、精神科病院に対する医療的な支援というのが中心になる。

ただ、今ご指摘がございましたように、地域の精神障害を持った方に対する支援っていうのは、もちろん、緊急性がないという、後回しっていうことでは決していないですけれども、大まかに言うと、災害が発生すると、医療的な支援から、メンタルヘルス、保健的な支援、或いは福祉的な支援というふうにフェーズによって変わってくると今考えられておりまして、その場合は、医療へのニーズに対して、DPATという組織がありますが、そのDPATが、保健の部分担いつつ、地域の例えば精神保健福祉センターが、引き継ぐ形で地域での保健福祉活動というのをやっていくというのが、想定されております。

実はですね、あまりまだ申し上げにくいことではございますが、DPATが今のところ、保健の方に関しては、まだまだ十分体制が整っていないというところもございまして、この保健部とかメンタルヘルス部とか、そういう保健活動に関する移行に関しては、まだまだというところは、ご指摘の通りでございます。

今後、私どもで精神保健福祉センターも含めて、そういったような体制をどのようにしていくかっていうことを検討していく必要があるということは認識しております。以上でございます。

○池田会長

ありがとうございます。活発な御議論ありがとうございます。

時間も予定の時間になりましたので、その他御意見ないようでしたらこれで議事を終了したいと思います。よろしいでしょうか。

では、進行を事務局に戻します。

○事務局（桑山主査）

ありがとうございます。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につきましては、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。

以上をもちまして、令和6年度愛知県地方精神保健福祉審議会を終了いたします。皆様ありがとうございました。