

I 日時

平成 29 年 7 月 6 日 (木)

午後 3 時から午後 4 時 30 分まで

II 場所

愛知県図書館 5 階 大会議室

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
藏田 和彦	名古屋法務局人権擁護部長
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
内藤 泰宏	愛知精神神経科診療所協会会長
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
渡辺 久佳	愛知県精神障がい者福祉協会副会長

出席者数 13 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、上杉委員、加藤委員、神谷委員、出口委員、柵木委員、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。

また、本日御出席のうち、今回の審議会から新たに委員に御就任いただいた方が2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。名古屋法務局人権擁護部部長 藏田和彦 様、独立行政法人国立病院機構東尾張病院院長 西岡和郎 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名でございまして、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）の見直しについて

○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）の見直し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）の見直しについて、お手元の資料1及び資料2により御説明させていただきます。

なお、医療計画の見直しを議題とさせていただきました理由は、本年度は医療計画の見直しの時期でありまして、医療計画における精神保健医療対策の部分の見直しを行う必要があることによるものでございます。

また、説明の順序は、資料とは別にA4でお配りしております「地域保健医療計画（精神保健医療対策）について」のとおりですので、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）について」を御覧ください。

まずは、「1 現行地域保健医療計画の概要」でございます。

現行の医療計画の計画期間は、平成25年度から29年度までの5年間とされております。このうち、精神疾患につきましては、医療計画において重点的な取組を推進することとされている5疾病・5事業の1つに位置付けられておりまして、本県の医療計画においても、精神保健医療対策として、予防・アクセスや精神科救急等の7つの項目について現

状と課題、今後の方策及び目標値を定めているものでございます。なお、現行計画の記載内容につきましては、お手元の参考資料1のとおりですので、適宜、御覧ください。

現行計画の進捗状況を簡単に御説明いたします。資料1を2枚おめくりいただき、3ページ目の別紙1を御覧ください。左側の欄は、計画に記載された「今後の方針」、右側の欄は、平成28年度までの進捗状況及び今後の予定を記載したものとなっております。

主なものを簡単に申し上げます。「1 予防・アクセス及びうつ病」につきましては、インターネットを利用した一般かかりつけ医から精神科医への連携システムであるG-Pネットの登録者数を、精神科と一般を合わせて350箇所まで増やすという目標に対し、本年4月1日現在の登録者数は331箇所という状況でございます。

次に、「2 治療・回復・社会復帰」につきましては、1年未満の入院者の平均退院率を76%まで引き上げるとする目標に対し、28年度は、暫定値で76.3%という実績が挙がっております。

「5 専門医療」でございます。児童・思春期病床の整備につきまして、12床から47床増やし、59床を整備するという目標に対し、愛知県精神医療センター及び愛知県心身障害者コロニーにおける施設整備により、平成29年度には達成される見込みであります。

次の「6 認知症」につきましては、認知症疾患医療センターを2次医療圏に1箇所ずつ整備を進めるということで、現在、名古屋市が指定権限を有する名古屋医療圏を除く11医療圏のうち、9医療圏について、県が認知症疾患医療センターを1箇所ずつ指定しております。

現行計画の進捗状況については、以上です。1ページにお戻りください。

左側の「2 次期地域保健医療計画の策定」でございます。

次期計画の策定につきましては、本年3月31日付けで国から「医療計画作成指針」及び「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」の改正が示されており、今回の計画の見直しは、これらの新しい指針を踏まえて行うこととなります。なお、新しい指針のうち「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」については、参考資料2として配布させていただいております。

それでは、資料1の中ほど、「(1)「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」のポイント」について御説明します。大きく2つのポイントがございます。

1つ目は、「①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」であります。これは、今回の指針で新たに示された政策理念であり、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じた支援体制の構築を図ること、長期入院精神障害者の地域移行を、精神病床における入院需要や地域移行に伴う基盤整備量の目標を明確にして推進していくこと、それらが内容とされております。

なお、その下の図は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージとして、国が作成したものを示してございますので、御参考にしていただければよろしいかと存じます。

次に資料の右側を御覧ください。指針のポイントの2つ目、「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。これは、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症など、多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に向け、各医療機関の医療機能を明確化することを求めるものでございます。具体的には、「医療機能の明確化のイメージ」としてお示したような表の形で医療計画に記載することにより、医療機能を明確化していくことを考えております。

以上、2つが国の指針のポイントでございます。

続きまして、「(2) 精神医療圏の設定」について御説明いたします。精神医療圏は、国の指針におきまして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして設定することとされているものでありまして、精神疾患が医療計画における5疾病の1つとして位置づけられた、前回の国の指針で示されたものであります。ただし、本県の現行の医療計画においては、精神医療圏の設定に関する明確な記載はございませんので、今回の策定に合わせ、精神医療圏を明記してまいりたいと考えております。

なお、参考に、全国における精神医療圏の設定状況をその下の表にお示ししております。本県と同様に未設定が14都県、設定済みは33道府県ございまして、そのうち14府県が都道府県全域としており、二次医療圏と同一としているところが16道県、その他が3県といった状況であります。

1枚おめくりください。「(3) 計画の数値目標」でございます。

今回示された国の指針におきましては、医療計画における数値目標について、精神病床における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）等を明確にした上で、障害福祉計画と整合性を図りながら基盤整備を進めることとされております。

資料に掲載しております帯状の図は、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の目標のイメージを示したものでございます。帯状のものが3段ございますが、上段では平成26年の精神病床の入院需要（患者数）を、急性期、回復期、慢性期に分けて示しております。中段及び下段は、それぞれ平成32年度末及び平成37年度末の入院需要と地域移行に伴う基盤整備量を示しております。

イメージといたしましては、急性期及び回復期の入院需要はそれぞれ増加、慢性期の入院需要につきましては、地域移行に伴う基盤整備量を考慮しなければ大きく増加することになりますが、地域移行に伴う基盤整備量の増加分が慢性期の入院需要の減少分となり、全体としての入院需要も減少していくというものでございます。

なお、これらの入院需要等の具体的な数値につきましては、国から示された算定方法により算定することとされております。その算定式につきましては、基本的には、急性期、回復期、慢性期の区分ごとに、「性別・年齢階級別入院受療率」と「性別・年齢階級別推計人口」を乗じたものの総和として算出することとされております。ただし、慢性期の入院需要を減少させる要素として、※（こめじるし）のところでございますが、継続的に入院治療を必要とする者の減少の割合を0.8～0.85という幅を示す α とし、治療抵抗性統合失

調症治療薬の効果を勘案した影響値を 0.95~0.96 という幅を示す β 、これまでの認知症施策の実績を勘案した影響値を 0.97~0.98 という幅を示す γ として、国が示したそれぞれの値の範囲内で都道府県が定める値を、国が提示した算定式に当てはめて入院需要を算出することとされております。なお、お手元の参考資料3に、算定式を示した国の告示の内容を記載しておりますので、参考にいただければと存じます。

資料1の2ページの左側の下の表を御覧ください。指針で示された目標項目、目標時期別の数値目標を、国から示された算定式を用いて、入院需要が最大となるような α 、 β 、 γ の値を当てはめて試算したものであります。なお、平成26年の欄に記載した入院需要は、国の指示に基づき、平成26年患者調査に基づいて推計したものでございます。

また、表の下3段は、精神病床における入院後3か月時点、6か月時点及び1年時点における退院率の目標値を示しております。これにつきましても、国の指針において医療計画に定めることとされており、国の示した数値を記載しております。

さらに、これらの数値目標につきましては、表の右側の関連する計画欄に記載しております、障害福祉計画や介護保険事業支援計画との整合性を図ることとされております。

計画の数値目標については、以上でございます。

続きまして、資料の右側を御覧ください。「(4) 基準病床数の算定」でございます。

基準病床数は、地域における病院の新設、病床の増加を抑制する際の基準となるものでございます。精神病床については、国が算定方法を変更することとなりますので、国からデータが示されるのを待って算定することとなります。ただし、本県の精神病床数は、既に基準病床数を上回っており、算定方法が変更されたとしても、基準病床数を下回ることはないと思われまますので、特段の影響はないものと考えております。

続きまして、「3 県地域保健医療計画策定に向けた対応について」御説明いたします。

これは、2で説明したそれぞれの項目につきまして、今回の医療計画の策定において、どのように対応していくかということでございます。

まず、1つ目の○(まる)の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」につきましては、今年度策定いたします、県の第5期障害福祉計画との整合性を図り、今後の方策、目標値等を設定してまいりたいと考えております。

次の「医療機能の明確化」につきましては、現在、県内の340の精神科医療機関にアンケート調査を実施しておりまして、各疾患等の専門的治療を実施している医療機関の一覧表を作成し、計画に掲載してまいりたいと考えております。資料を2枚おめくりいただき、4ページを御覧ください。別紙2といたしまして、「精神疾患に関する愛知県医療機関医療機能アンケート調査」の調査票をお示ししております。問1は、各疾患等の専門的治療等の対応状況、問2は、治療抵抗性統合失調症薬による専門療法等の実施状況、右側にまいりまして、問3は、認知行動療法等の実施状況や身体合併症の患者に対する救命救急センター等との連携等についての質問内容となっております。この調査結果を取りまとめ、計画に反映してまいりたいと考えているところでございます。

それでは、2ページにお戻りください。

3の3つ目の○(まる)の「精神医療圏の設定」でございます。この内容につきましては、後ほど計画素案のところで、改めて御説明させていただきます。

その次の「数値目標の設定」につきましては、先ほど御説明いたしましたように、国の示した推計式を用いて数値目標を設定してまいります。

その次の「基準病床数の算出」につきましては、先ほど説明いたしましたように、今後示される国のデータをまとめて算出してまいりたいと考えております。

その次の「地域保健医療計画(精神保健医療対策)の素案」につきましては、国の指針を踏まえ、現時点での可能な見直しを行い、資料2として、現時点での素案を示させていただきました。この素案につきましては、後ほど御説明させていただきます。

次に「4 今後のスケジュール」でございます。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ております。

医療計画につきましては、計画全体を医療審議会及び医療体制部会において検討、審議いただくこととなっております。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にて御検討をいただき、その後、先ほど御説明いたしました調査結果や国から示されるデータ等、本日の御意見等を踏まえまして、10月には第2回の地方精神保健福祉審議会を開催いたしまして、計画の試案の御検討をいただきたいと考えております。その後、医療計画全体と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、審議いただくこととしておりますので、そうした場での御意見を踏まえ、医療計画と障害福祉計画の整合性を図りつつ、策定を進めてまいりたいと考えております。

以上が、資料1の説明でございます。

続きまして、資料2を御覧ください。「愛知県地域保健医療計画(精神保健医療対策)素案」について御説明いたします。

この素案は、先ほど申し上げましたように、国の指針を踏まえた現時点での事務局案というものでございます。記載の形式につきましては、本県の医療計画の統一的な形式として、現行計画と同様、現状と課題をそれぞれ記載し、今後の方策、目標値等を記載するという構成としております。

それでは、資料2に沿って素案の概要を説明させていただきます。

まず、項目立てでございますが、国の新しい指針を踏まえることといたしまして、現行の計画を全面的に見直した形になっております。資料2の1ページ目、1として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」、2として「多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化」、3として「圏域の設定」といった項目立てといたしました。なお、現行計画の項目等につきましては、参考資料1を御参照ください。

それでは、資料2の1ページ目を御覧ください。「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。

現状といたしましては、○（まる）の1つ目、保健所、地域アドバイザー、基幹相談支援センターから構成されます「コア機関チーム」が核となって、地域移行の推進に向けて取り組みを進めていること、○（まる）の2つ目は、アウトリーチの現状につきまして、県内の訪問診療、訪問看護、ACT等の状況を記載しております。この課題といたしましては、障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉の関係者からなる協議の場を通じて、関係者がより連携し、取組をさらに推進する必要性や、訪問診療等を始めとしたアウトリーチに取り組む医療機関等を増やす必要があるとしております。

次に、「2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化」です。

ここでは、国の指針を参考にいたしまして、疾患等ごとに、国の患者調査等を基に県の状況が記載できるものの患者数や、現在取り組んでいる施策、現行の体制等の現状及び課題につきまして、(1)の統合失調症から(12)医療観察法における対象者への医療まで、12項目にわたって記載しております。各項目について、簡単に御説明します。

まず、(1)統合失調症につきましては、治療効果が認められる治療抵抗性統合失調症薬等の普及のため、精神科医療機関と血液内科等を有する医療機関の連携の推進や治療を行う医療機関の明確化が課題であるとしております。

次の(2)うつ病・躁うつ病、双極性障害につきましては、一般医と精神科医等の連携を図るためのG-Pネットの利用実績が年に数件程度と少なく、その活用方法について検討していく必要があるとしております。

1枚おめくりいただき、(3)認知症につきましては、今後も患者数が増加するとの見込みがある中で、県内の認知症疾患医療センターの整備等について記載しております。

次の(4)児童・思春期精神疾患につきましては、県内の専門病床のさらなる確保や対応できる医療機関の明確化を課題として挙げております。

その次の(5)発達障害につきましては、発達障害者支援センターの相談、研修やかかりつけ医向けの研修等の取組を記載し、引き続き人材育成等を図る必要性を課題としてあげております。

次の(6)依存症につきましては、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症に対応できる医療機関の明確化を課題としております。

次の(7)その他の精神疾患等としましては、てんかん、外傷後ストレス障害、摂食障害、高次脳機能障害について記載しております。

次の(8)精神科救急につきましては、現行の体制や実績を記載するとともに、ブロック単位での対応を超えた、全県的な後方支援体制の円滑な運用や、精神科救急対応の迅速化のため、休日・夜間における通報受理体制及び移送体制の整備を課題として記載しております。

次の(9)身体合併症につきましては、現状の後段にありますとおり、救急医療機関と精神科病院の連携については、モデル事業等を経て、現在9箇所と連携しておりますが、引き続き、こうした連携を推進していく必要があると考えております。

次の(10)自殺対策につきましては、「あいち自殺対策総合計画」に基づく取組の推進により、更なる自殺者数の減少を目指していく必要がございます。

次の(11)災害精神医療につきましては、災害時に被災地等で精神科医療の提供等を行う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の県内の体制整備の状況を記載するとともに、今後の課題としては、DPATの派遣機能等を有する災害拠点精神科病院の指定、災害時の体制整備が必要と考えております。

次の(12)医療観察法における対象者への医療につきましては、現状に指定入院医療機関や指定通院医療機関数を記載し、課題として治療抵抗性統合失調症薬の使用可能な指定医療機関の一層の確保をあげております。

以上が、医療機能の明確化についての概要でございます。

次に「3 圏域の設定」でございます。精神医療圏の設定については、先ほど御説明しましたが、今回の医療計画において明確にする必要がありますので、課題として記載しております。

以上が「現状と課題」の説明でございます。

続きまして、「今後の方策」でございます。ここでは、「現状と課題」において記載したそれぞれの項目の課題を踏まえた今後の方策を記載しておりますので、概要を説明させていただきます。

まず、「1 精神障害者にも対応した地域包括システムの構築」につきましては、○(まる)の1つ目にありますとおり、今後設定する数値目標の達成を目指していくこと、○(まる)の2つ目から5つ目までに記載しておりますとおり、地域移行・地域定着支援に携わる職員の人材育成、研修を実施していくこととしております。

次に、「2 多様な精神疾患に対応できる医療機能の明確化等」につきましては、多様な精神疾患等に対応できる精神科医療機関を明確にするるとともに、各疾患に応じて必要な体制整備等について記載しております。

次に「3 圏域の設定」でございます。1つ目の○(まる)では、精神医療圏の設定について、精神病床における基準病床数が都道府県を1単位としていること、地域ごとの精神科病院の数や精神科病床数等の医療資源の状況等を勘案いたしますと、全県で1圏域とする案を記載しております。なお、次のページ、1行目の○(まる)では、精神科救急医療については、従前からの3ブロック対応を基本として運用していくこと、その次の○(まる)では、保健・医療・福祉の連携や各医療機関の医療機能の明確化については、障害福祉圏域や2次医療圏を考慮して、取組の推進や情報提供を進めていくという考えを記載しております。

今後の方策については以上です。

その次に目標値の欄を設けており、本日の資料にはまだ内容の記載はありませんが、先ほど資料1で説明いたしました精神病床における入院需要等の目標値などを記載することとなります。

1枚おめくりください。6ページ目には、参考資料として用語の解説を設ける予定でございます。7ページ目には、先ほどから申し上げております、医療機能の明確化といたしまして、医療機関へのアンケート結果をまとめたものを掲載したいと考えております。8ページ及び9ページは、資料として、現行計画と同様、精神科救急の体系図及び精神科救急輪番制当番病院のブロック別の一覧表を掲載したいと考えております。

資料1及び資料2の説明は以上です。よろしくお願いたします。

○尾崎会長

事務局からの説明につきまして、委員の皆様からの御意見、御確認等がございましたらお願いたします。

○舟橋（利）委員

まず、1点目でございますが、資料1の別紙1の右欄③、G-Pネットを活用した措置診察の依頼を各保健所の端末から実施可能な体制を構築ということについて、毎回本審議会で申し上げておりますが、G-Pネットは県の委託を受けて愛精協が実施しておりますが、平成33年3月31日を以て実施不可能になるため、県は平成33年4月以降のことも考えていただきたいと思います。G-Pネットは、措置診察のために精神保健指定医を探すのに非常に便利だと思いますが、愛精協が各病院に月3,000円を41病院で月12.3万円、年間147.6万円を負担しております。県は昨年度までは、G-Pネットを周知徹底するという予算を160万円つけていただいていたのですが、今年度からはついておりません。G-Pネットが公になるのですから、この147.6万円を次回の9月議会で予算とし計上してください。

2点目に、精神医療圏について、全県で1医療圏にするとのことについてです。資料1の1ページ目、精神医療圏の設定に「精神疾患患者の病期及び状態に応じて求められる医療機能を明確にして精神医療圏を設定する」と記載がありますが、医療機能を明確化してしまったら、救急輪番が成り立たないことへの危惧があります。

G-Pネットの予算を確保するという事及び医療機能の明確化について、もう少し明確に御説明いただきたいと思います。

○事務局（古橋室長補佐）

舟橋委員には、過去の審議会においてG-Pネットについて御意見をいただいております。利用実績が少ないことや、予算の問題について御提案をいただいております。県としましても、資料2の1ページに記載したとおり、G-Pネットの利用実績が少ないため、活用方法を検討することが課題として認識しております。9月議会での予算計上に関しては、この場で明言することはできませんが、今後、G-Pネットについて検討していきたいと思っております。

精神医療圏の設定につきまして、資料2の4ページに記載したとおり、県内の医療機能及び精神科病院等の医療資源の状況から考えますと、全県を1圏域とすることが基本的な考え方でございます。ただし、救急につきましては、5ページに記載したとおり、現状の3ブロックごとの輪番制による対応で引き続き運用していきます。一方で、医療機能の明確化ということでは、病院別の医療機能を一覧表という形で医療計画の中でお示ししたいと考えておりますが、そうした医療情報の提供に当たっては、障害保健福祉圏域や2次医療圏を考慮して機能を明示させていくことを考えております。

○舟橋委員

あまりにもしっかり分けてしまうと、「うちは慢性期だから救急はやりません」というようになってしまっても困りますので、現実に即した対応をお願いいたします。

○尾崎会長

G-Pネットについては、厚生労働省が位置づけてきたものであるため、そろそろ愛精協から公的な仕組みに変更したいというお気持ちは理解しております。

医療圏と医療機能の区分については、非常に難しい問題で、国がどうしてこのようなことを提示してきたのかがはっきりしないところもあります。舟橋委員がおっしゃるように、無理やり分けてしまうと非常に複雑な問題が生じます。しかし、専門性という観点では、各医療機関がどのようなことに対応できるかということを一層明らかにしていくことは必要だと思います。もう少し、国の考え方が明確化されないといけないため、情報収集をしながら進めていっていただきたいと思います。

○鈴木委員

資料1の2(1)の①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、イメージ図を見ますと、都道府県ごとに圏域をバックアップし、圏域ごとに協議の場をつくり、市町村をバックアップし、市町村が日常生活圏域ごとの様々な地域包括ケアシステムをバックアップするというかたちになるように検討していくことになっています。

私は、蒲郡市で地域生活支援業務に携わっていますが、市町村ごとの地域包括支援システムは本当に機能しているのか大変疑問なところがあります。介護保険分野が先んじて動きだしているはずですが、明確に動いているとは感じられません。介護保険のサービス利用だけ、あるいはその中で医療的ケアが必要な人だけ支援が入るというようなかたちでの機能はしていますが、イメージ図に示されたように地域全体を巻き込んだ体制ができているとは、言えないと思います。

従いまして、医療計画には、市町村ごと、あるいは日常生活圏域ごとの地域包括ケアシステムが構築できるような明確な目標を検討していただきたいと思います。

○事務局（鈴木室長）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築については、医療計画だけではなく、障害福祉計画にもほぼ同じ内容が盛り込まれることになっております。障害福祉計画は、各市町村も策定するため、医療計画は県の障害福祉計画と整合させると言っており、市町村においては県の障害福祉計画を踏まえて策定する市町村障害福祉計画に、システム構築のための取組を記載していくことになるものと考えております。

○鈴木委員

市町村の現場で動いているため、市町村の計画を策定する立場でもありますので、今のお話しに伝えられるような仕組みを市町村ごとに作っていかねばいけないと改めて感じました。県レベルでは、バックアップするということを医療計画に明確に記載していただきたいと思います。

○尾崎会長

名古屋市と愛知県ですら、同じ基準ではないとも言われているように、県がオーガナイズして全市町村を同じような流れに導いていくというにはいかないのだろうと思いますが、地域によってあまりにもばらつきがあると絵に描いた餅ということになってしまいかねませんので、よろしく願いいたします。

○前田委員

鈴木委員もおっしゃったように、医療と福祉がばらばらになっていると利用者としてはとても使いにくく、対象者を支援する際にとっても困ります。各市町村によっても非常にばらつきがあります。改善するためには、各病院がきちんとケースワークができるような体制が必要で、患者さんが地域に帰る際に、帰る先である市町村の支援制度やグループホームの情報について病院のケースワーカーが把握し、丁寧に病院と地域とをつなぐことが大切です。医療と地域での生活をつないでいかなければ、患者さんたちの生活が成り立たず、病状も良くなれないと思います。医療と生活のつながりをアウトリーチしていくシステムをもう少し丁寧に考えていただきたいです。

○事務局（鈴木室長）

前田委員からの御意見に対しては、資料2の4ページを御覧ください。今後の方策にありますとおり、精神障害者の地域移行・地域定着支援に携わる行政や病院、事業所を含めた職員の人材育成、あるいは、医療と福祉の連携を促進する研修の実施、また、当事者の経験を活かして地域移行・地域定着支援に携わるピアサポーターの養成、ピアサポーターが精神科病院を訪問し、地域生活の体験談を語ることにより、入院中の患者が地域生活への希望をもてるような支援をするプログラムの実施等によって地域移行・地域定着支援に取り組んでいきたいと考えております。

○尾崎会長

大学病院や総合病院では、病院管理者に精神保健福祉士の業務や一般の医療ソーシャルワーカーとの差異について十分理解されておらず、精神保健福祉士がごく少数或いはいない病院もあります。精神科医が1人で精神医療を担当せよと言われても困るため、辞めてしまうこともあります。精神科医だけでは地域等と繋げようがないので、そういったことも計画に考慮していただけるとありがたいと思います。

○池戸委員

医療と福祉が協力して患者さんとその家族を支援していくシステムが必要だと思いますが、そのためには、人材育成が非常に大事だと思います。私は、病院のソーシャルワーカーと地域の相談支援専門員にも従事していますが、各地域の相談支援専門員も知的・身体が得意で、精神は得意でないという方もおりますし、精神障害者が65歳になり、介護を利用する方であれば介護保険のケアマネージャーが対応することになります。他の障害が得意な方たちにも精神障害者を受けてもらえるようにするために、県や市町村の研修を徹底していくことが必要だと思います。国は地域包括ケアシステムを大枠で作られますが、現場では細かな障害種別ごとに対応するための準備はできていないと思いますので、県レベルでしっかり進めていっていただきたく思います。

○事務局（鈴木室長）

池戸委員の御意見のとおり、国が描いた地域包括支援システムは、人材育成等の地道な取組がないと実現できないため、現在の取組も含め、引き続き研修等は進めていきたいと思っております。

○尾崎会長

いろんなところで人材育成は必要です。心理技術職が国家資格化すると、その研修制度がどうなるかという人材育成の話になりますので、県はそのあたりも検討していただければと思います。

○鈴木委員

人材育成のところでお話しがありましたように、相談支援専門員としてのスキルアップが必要であるということで、全県的に精神科医療のソーシャルワーカーと相談支援専門員、市町村担当者、県担当者を2日にわたって実施しました。全体の枠組みが分かってきたところで、昨年度から圏域単位で実施し始め、明日も1日、東三河南部圏域で地域移行・地域定着をテーマに研修を実施します。そういった動きが他の圏域でも広がっていくことが必要だと思います。相談支援専門員や病院のソーシャルワーカーの中でも精神障害者の

地域移行に関心のある方が集まってきますが、関心がない方は全く参加されないので、差が広がってしまう状況があります。市町村ごとに精神科病院にアンケート調査を行っても、回答がない病院もあり、やりとりができない医療機関とはつながりが作りにくいと感じております。県はそういった病院へのアプローチをお願いし、圏域での動きが広がっていくと深まっていくと思います。

○尾崎会長

御提案どおり、ぜひ進めていって欲しいと思います。また、トレーニングが必要になるのですが、一方通行のレクチャーのみをしてもなかなか身につかないと思います。即ち、レクチャー後に、実際の症例を即したスーパーバイズを継続的に受けることができるような仕組みが必要であると思いますが、なかなかできていないのだろうと思います。

○木全委員

資料1の2ページで、地域移行に伴う基盤整備量がありますが、これは医療と福祉が一緒になって取り組んでいかなければいけない問題です。地域で治療していくのだと言っても、受け入れる施設等がなければ不可能です。施設については現場の皆様が一番よく分かっていますし、我々家族会も、長期入院の理由についてはよく分かっています。行政は、人事異動で担当者が代わっていきますので、現場の状況をきちんとつかんだ実のある方針が出せるのだろうかと思っております。せめて、家族を含めた現場の状況をよく聞いてほしいと思います医療と福祉が一緒になって地域移行を進めることは国も方針で示していますが、今までできなかったという実績があるため、現場の状況をよく聞きながら進めることを今後はお願いしたいと思っております。

○事務局（鈴木室長）

計画につきましては、関係者の皆様方の意見を聞き、より良いものにしていきたいと考えておりますので、忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。

○尾崎会長

これまでもときどき申し上げておりますが、医療計画の策定について、本審議会だけで話していてもどうしようもない問題もあります。例えば、統合失調症で治療抵抗性の場合の対応や、具体的にはクロザピンや修正型電気けいれん療法が実施可能かという点について、全国の中で愛知県がどのような位置づけにあるのか確認をお願いしていました。クロザピンの使われ方については各都道府県でかなりの地域差がありますが、愛知県は全国平均並となっております。患者さんの中には、クロザピンにより極めて良い治療効果が出る一方で顆粒球の減少や心筋炎生じる可能性があり、非常に使いにくい薬であります。そういった意味では、精神科医療機関と身体疾患の医療機関がネットワークを組まなければい

けません。先ほど、G-Pネットの話も出ていましたが、連携が不可欠な治療方法であり、修正型電気けいれん療法も麻酔科との連携が必須です。

資料のアンケート調査の中には、妊産婦のメンタルヘルスの件が出てきますが、妊産婦の医療につきましては、今回の医療計画の精神保健医療の部分では、少ししか出てきませんが、周産期医療のところでも大きく取り上げられており、母子保健との連携が極めて重要です。先ほど、医療と福祉の一体化が出ておりましたが、医療の分野の間も連携が粗であります。例えば、本審議会と同じような周産期の会議等はあるのでしょうか。

○事務局（鈴木室長）

周産期医療については、周産期医療機関の集まる協議会がございます。

○尾崎会長

そういった協議会と一緒に議論するといったことをしなければ、妊産婦のメンタルヘルス対策は無理だと思います。本日は、西山先生が県医師会の委員として御出席されております。診療科横断的などところについて、お考えをぜひともいただきたいと思います。ケースワーカーの方々も、当事者の方々の御期待に応えるためには、身体疾患への対応と精神への対応の連携が必要だと思いますがいかがでしょうか。

○事務局（鈴木室長）

周産期医療と精神科医療との連携に係る課題等については、周産期医療の担当に伝えてございます。今回の医療計画の見直しの中では、周産期医療対策の中で検討されていると聞いております。

○尾崎会長

本日は名古屋市の方もいらっしゃいますが、先ほどから県と市町村の関係について出ております。周産期医療に関係して、産後うつ対策は各市町村で動いているようで、連携ができているかよく分かりません。産後うつ検診について、名古屋市等は無料化がされているが、そうでない市町村もあり、横並びで実施しているわけではありません。産婦人科医療機関が産後うつの可能性があるかと判断した場合には、地域の保健所等へ連絡するようになっているようですが、その後、精神科医療機関へ繋ぐという連携ができているのか危惧します。

先ほど、人材育成という話が出ましたが、講演会だけでは不十分と思いますが、今後どうされるのでしょうか。また、クロザピンを進め、顆粒球の減少や心筋炎を起こした場合等への対応方法について、国がこのように位置づけたのであれば考えていかねばならないので、どのようにお考えでしょうか。特に、人材育成や他の診療科との連携について数値目標を達成するための具体策についてお聞かせいただきたいです。

○事務局（鈴木室長）

御指摘いただいた意見について、人材育成等の具体的方策等を今後検討し、足りない部分については補っていきたいと考えております。連携についても、具体的な連携方策について明らかになるように努めてまいりたいと考えております。

産後うつ検診については、第一に母子保健での対応になり、母子保健は第一次的に市町村でスクリーニング等により、リスクの高い方について保健所や精神科医療機関に情報提供等による連携をしていくことになると認識しております。

○尾崎会長

舟橋利彦委員、G-P ネットに産婦人科医師はどのように御参加されていますか。

○舟橋（利）委員

産婦人科医師の参加は全くありません。

○尾崎会長

そのような状況で、連携がうまくいくとはとても思えません。

○前田委員

先ほど、尾崎会長からもお話しいただきましたが、公認心理士も動き始めます。精神疾患については、医療のみで何とかなるものでなく、生活に繋げていくためには、しっかり話を聴くということが必要です。そのために、ピアサポーターの量が重要で、人材育成だけでなく、心理職やケースワーカー等の専門職として話を聴くことができる方の増員も考えていかなければいけません。病院の外に出れば、その人なりの困りごとが出てきてきますので、その困りごとを聞き取って、どう支えていくかを考えていかなければ地域で生活していくことができません。その中で、確実に生活できるようになっていく方は多いと思いますが、支える人がいないことには絶対に地域で暮らしていけるようになっていけませんので、ぜひ考えていただきたいと思います。

○尾崎会長

今の前田委員の御意見に対して、私も病院に何度かお願いして、なんとか0人から2人配置するまでになりました。1人配置することになったときには、愛知県の自殺対策基金で雇用して、絶対に必要であるということを病院長にご理解頂けましたが、愛知県のおかげでもあります。

○鈴木委員

私たち相談支援専門員は聴くということが大変重要なことですが、そういった時間がとれず、大変な状況であります。相談員の中には、相談電話が2時間繋がらばなしということが日々あります。土日や深夜であっても正規職員の携帯電話が繋がるようになっており、電話がかかってくることがあります。スキルアップも必要ですが、人員を増やしていかなければいけないと思いますので、ぜひよろしくをお願いします。

日頃から豊川保健所の方とは、頻繁にやり取りをさせていただいております。蒲郡市担当の相談員1人と副担当の方がいらっしゃいますが、保健所の人員配置状況は大変厳しく、こちらからお願いするにもしにくい状況であります。病院に行かない、行くことができない人たちは、市町村の保健師や相談員、精神保健福祉士等も関わりますが、保健所は住民からの信頼感が高いため相談しやすいという話も聞いたことがあります。また、ギャンブル依存の基本法が国会を通過し、そちらも国と県で積極的に動いていかなければいけなくなるので保健所の仕事は増えます。ぜひ、保健所の相談員の人材を拡充する方法を考えていただきたいと思います。

○尾崎会長

本当にそう思います。妊産婦の例ばかりになりますが、産婦人科医療機関から保健所の地域保健担当に情報提供があったとしても、頑張っていたとしても人員がいないとどうしようもなく、急性期の方は保健所が大変だとよく御存じで、拡充のお願いをずっとしておりますが、なかなか進みません。状況は分かりますが、何とか一歩でも前進していただけるとありがたいです。ぜひお願いします。

○池戸委員

また、同じような意見になってしまいましたが、手元に保健所の数と保健所の精神保健福祉相談員の数の推移の資料があったので御紹介します。全国の保健所の精神保健福祉相談員は、1999年時点の1,799名から2015年時点では1,072名に、保健所数は600か所から490か所に減っており、地域の精神保健の相談窓口が狭められています。障害福祉サービスが入ってきたこともあるかもしれませんが、今後は、措置入院対応の問題や地域での継続的な対応がある中で保健所職員の仕事が増えるため、そういったことも理解した上で増員をしていただきたいと思います。また、名古屋市では障害福祉サービスの窓口が保健所であることもあり、受付業務と相談業務が混在しているから大変だということも聞いております。

○木全委員

精神保健分野でいろいろな困難をきたしているのは、行政の責任が非常に大きいだろうと思います。クロザピンについても、使用者によって効果は違っているため、大変使いにくい薬だということだけ言われます。日本は単科病院のみの受診で済ましてしまう経緯

があるため、使いにくいシステムになってしまっていると思います。そのようなことに対して、使えるようにするためにどう変えていくのかを考えていかなければいけません。クロザピンの使用率は全国で25%程度にするということになっています。現在、日本では1、2%のようですが、世界的には平均で25%を超えており大変遅れています。原因はどこにあるのかといえば、現在の体制にあると思います。厚生労働省の役人の方に来ていただいた際にも、丁寧に意見を聞いていただき、真面目に考えていただけるような印象でしたが、本省に帰るとやはり障壁が多く、なかなか進まないことがあると思います。県の職員には、我々の話を聴きとり、国に意見・要望を伝えてもらうことが責任であると思いますので、ぜひお願いします。

○尾崎会長

国にも県から意見を伝えていただければと思います。

なお、統合失調症におけるクロザピンの使用率ですが、日本全国で0.11%です。

○木全委員

25%にするということは間違いないでしょうか。

○尾崎会長

国によってかなり差があり、中国はかなり高いですが、安全性を確保した使い方が徹底されていない等、かなり極端です。ただし、日本が極めて低いことは確かです。日本は全国で0.11%、愛知県で0.09%、全国トップなのは岡山県で0.34%という状況でございます。

○舟橋（利）委員

資料2の4ページの今後の方策で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築についてですが、皆様も御存じのとおり、障害者施設を作ろうとするとすぐ反発があります。そこで、精神科病院に少し補助金等を出して、グループホーム等を作ってはどうかといつも申し上げているのですが、数年間検討するとの回答をいただいています、具体的にどうなっているのか教えていただきたいです。

また、ピアサポーターの話も昨年度出ていましたが、現在どうなっているのかということも併せて教えていただきたいです。

○事務局（鈴木室長）

まず、地域移行に伴う基盤整備の状況についてですが、グループホーム等のハコモノに限らず、福祉サービスの利用によって地域移行が可能な方もいらっしゃると思います。従って、福祉サービスも含めた基盤整備量として考えていただければと思います。グループ

ホームにつきましては、国の補助制度もございますので、そちらも活用して整備をしていただければよろしいかと思います。

また、ピアサポーターの養成につきましては、今年度から事業を開始しまして、研修等を実施していこうと思っております。

○舟橋（利）委員

新しい受け皿ができてきているのか等の進捗状況を教えていただきたいです。

○事務局（鈴木室長）

受け皿といいますのは、グループホームがどれぐらいできているのかということでしたら、現在、資料がありませんので、追って調べさせていただきます。

○舟橋（利）委員

必要なものであるのも、もしそれができないのならば、なぜできないのかということこれから本審議会で御説明していただいたほうが良いと思います。

○尾崎会長

なかなか進まないことについて、もう一度原因を確認して、なんとか解決策を見つけていこうということでもありますので、よろしく願いいたします。

また、木全委員から御指摘のあったクロザピンの使用率について確認をしました。中国はやはり25%で、アメリカ・オランダ・ノルウェー等は大体3、4%程度です。中国はとび抜けて多いため逆に問題があるとも言えます。

○木全委員

私は、家族会の立場であるため、家族としての要望を申し上げます。病床を減らした後、どのようにするのかということについて声が聞こえづらいですが、県や病院協会はどうするのでしょうか。今後8年間で3割病床が減るということですが、その3割をどうしていくかについて議論されていないと思います。国の政策で精神病床を増やしてきたため、どうしていくかということを経営の責任にしておくことは問題であると思います。

私が勤めていた会社は、造船関係の仕事もしてまして、造船所を全国につくりすぎてしまったため、減らすために膨大な国費が各会社へ投入されて廃棄されました。同じように、病床数についても議論しなければならないと思います。

受け皿についても、病院内にグループホームをつくることには賛成ではありませんが、どこで、どのようにして受け皿をつくることについて県の中で議論して、国へ伝えていくことが必要であると思います。

○尾崎会長

精神病床数の人口万対比ですが、全国は26.3、愛知県は17.0で少ないのです。こうした状況の中、国の方針は別にして、愛知県の病床数についての考え方があれば、教えていただきたいと思います。

○事務局（鈴木室長）

今回お示ししましたのは、地域移行に伴う基盤整備によって、入院需要は減少するであろうということを申し上げております。決して、直ちに精神病床を減らすということを行っているわけではないことを御理解いただきたいと思います。国は、計算上の入院需要及び基盤整備量を示しており、それを目標値として取組を進めていこうということであり、このとおりに病床数を減らすことを目標としているわけではございませんので、誤解のないようにしていただきたいと思います。基盤整備について、こういったものがどの程度必要になってくるかということについては、この場で具体的な案があるわけではございませんので、必要に応じて、可能ならば、国にもその点を明確化することについて、照会及び要望をしていきたいと思います。

○尾崎会長

地域移行しなくても良いということではございませんが、病床数について、全国の26.3を3割減らすと18.4ですから、愛知県はクリアしているということになります。

○木全委員

全国水準を3割減らしても愛知県は全国平均のため、地域移行はしなくても良いという議論もあるとは思いますが、しかし、世界標準で見たらどうかという問題もあります。また、一般的に、都会ほど入院患者が少なく、山間部は長期入院者が多いことがあります。そのようなことを踏まえて、皆様に議論していくことができると良いと思います。

○尾崎会長

諸外国との比較ということですが、国によって病床数のカウント方法が違います。欧米はかなり精神病床が少ないのかというと、療養型に近い病床をカウントしていないという背景があると言われております。日本は全て精神病床に含めているため、比較が出来ないと思います。

せっかくですから、本日まで御発言いただいていない方から一言だけでもおっしゃっていただけるとありがたいです。

○西岡委員

皆様からの御要望については、切実な問題だと思っております。クロザピンは比較的使

っているほうであります、総合病院との関係について苦勞があります。

病床を減らすこと、地域に移行することに関しても、考えていかなければいけないと思っております。

○西山委員

医師会として話をすると、方向性として、県下医療機関等の統一基準、あるいは全県下として対応することが医師会の役目であろうと思います。似たような事例で医師会としてできることがあるかといいますと、1年ほど前に、2、3年かけて子どもの定期接種ワクチンを広域化しました。それまで、市町村別に細かく分け、各市町村内の医療機関のみでしか受けられなかったものを統一化・広域化しました。

県精神科医会と県医師会で関係が密だとありがたいです。先ほど会長から、産後うつ等についてお話しがありましたが、県医師会と県産婦人科医会は協力を密にとらなければ進まないため、一心同体のようなものであります。

舟橋委員からG-Pネットに産婦人科医が誰も入っていないとお話しがあり、一応、私は入っておりますが、一切機能していない状況であります。それを来週に愛知県医師会内で行います、母体保護法の認定審査会で話すことで県下の産婦人科医療機関が入ろうか検討することができます。こういったお手伝いはいくらでもできますが、お金の問題等になりますとなかなか難しいです。

○舟橋（民）委員

私の業務として児童虐待と障害者虐待というウェイトが大きいものですから、日頃から障害福祉に携わる方々にはお世話になっております。人材育成と増員について何度も出てきておりましたが、私たち弁護士も地域や人を選んで繋いでいるという状況もございます。スキルをもった方々が増えていくと助かります。

○尾崎会長

児童相談所についても、極めて人が少ないということはよくお聞きしております。

○渡辺委員

精神障害者の福祉施設で働いております。以前は、精神保健福祉士という立場で、精神科でも働いておりました。本日のお話しは全て納得がいくと思いつながら聞いておりました。その中で、現場で働く身としては、もう少し現場の声を聴いていただきたいという気持ちが強くありました。県の研修に出ることも多いのですが、一施設として、患者や障害者のための働きかけや相談等を受けることがあります。そういった声がなかなか届かない、現場の声も届かないという状態で、こういった議論があると少し寂しく思います。現場の声が聞こえるような人材育成研修・体制になると良いと思いました。

○内藤委員

以前は東尾張病院等におりましたので、瀬戸保健所からよく相談を受けており、いろいろな問題があることを承知しております。また、名古屋家庭裁判所の評議員も経験し、最後は更生療育の精神本部長に従事しておりましたが、当時の院長は非常に理解があり発達障害と全ての連携をするため、かなり踏み込んだことをやっておりました。3人で365日、全ての入院患者や外来患者、その家族の相談を受けて、支援をしていたので疲れてしまいました。高い志をもった人材を育成するにはどうしたらよいかを考えておりました。この場に来ないことには、これだけの委員の皆様が真摯に考えていることを知らないと思います。来週、診療所協会の例会がございますので、持ち帰りまして、患者を地域を含めた複合体として診ている人たちに高い志をもってもらうこと、精神科病院協会や総合病院との連携方法等について模索していかなければいけないと思いました。

○下村委員

皆様からの人員拡充や人材育成についての御要望をお聞きして、公認心理士についてもお願いしたかったのですが、精神保健福祉法や児童福祉法にも公認心理士の名称が入っておらず、人員配置をお願いする場合に法的根拠がないためお願いしづらく、少し躊躇をしてしまいました。しかし、4月1日から一部が法令化されまして、学校教育法の中にスクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーの業務が明文化されましたので、教育現場では職員定数の中に入るため、そちらでは具体的にお願いしました。私は児童虐待や障害者虐待に関わっており、産後うつの母親による乳児虐待事件に関する報告書を見ています。母子保健分野には、精神障害についての知識や実際の臨床経験がある人が介入していかなければ変わらないと思います。行政職員だけでは、先の見通しができないことや急に症状の変化があった際の対応方法に苦渋されています。今後は、そういった場合に専門職の配置が必要です。また、市町村では地域包括ケアシステムの中で専門職の配置を含めた機構改革を進めているところもあるようですので、今後は期待していきたいと思えます。

○藏田委員

本日のお話の部分では、国の人権擁護機関として具体的にお手伝いできる部分はあまりないのだろうと思いますが、法務局では障害者に対する差別や虐待が起きた場合には、関係者や御本人から相談をお受けしておりますので、その点で協力させていただければと思います。

○尾崎会長

本日もいろいろな御意見・御要望をいただきました。県としても、より真摯に考えてい

ただけだと思います。私や舟橋利彦委員、前田委員のように長年、本審議会の携わっている委員もいますが、毎回同じことを議論しているようであり、少しずつ進んできたようでもあります。ぜひ、今後も進めていきたいと考えていますのでよろしく願いいたします。

それでは、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、誠にありがとうございました。いただいた御意見を踏まえまして、いろいろな情報収集や内容の整理をいたしまして、10月頃に開催予定であります、次回の審議会にて計画の試案をお示しし、御意見を賜りたいと思いますのでよろしく願いいたします。

○事務局（大野主任）

以上を持ちまして、平成29年度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）