

## I 日時

平成27年9月3日(木)

午後3時から午後5時まで

## II 場所

愛知県 本庁舎地下1階 第7会議室

## III 出席者

(委員)

稲熊 美樹	中日新聞社生活部記者
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会長
近藤 三男	愛知精神神経科診療所協会会長
佐藤 一志	愛知県議会健康福祉委員会委員長
永井 尚子	名古屋家庭裁判所判事
西山 朗	愛知県医師会理事
丹羽 蒼	愛知県社会福祉協議会理事
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
増子 恵子	愛知県精神障がい者福祉協会会長

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

○保健医療局長あいさつ

### 2 議事内容

○尾崎会長：早速議題に入りたいと存じます。前回3月19日に審議会を開催しておりましたが、検討が不十分であった国の指針について、今回検討したいと考えております。先ほど松本局長からもお話有りましたが、入り口としての救急の問題、昨今非常に大きな問

題になっております精神・身体合併症の問題、そして出口としての地域移行、とこの3つを大きなテーマとしてご審議いただく事になっております。加えて報告として発達障害のネットワークを付け加えていただくようお願いをいたしております。

それでは地域移行の件について、事務局の方からご説明お願い申し上げます。

○事務局（土屋室長）：資料2-1について説明。

○事務局（角田主任主査）：資料2-2について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。それでは御意見等ございましたらお願いします。

○木全委員：資料に私の名前が載っているものですから、少し発言させていただきます。

先日、私どもが家族会として電話相談を県の委託を受けて今年からやっているわけですが、その中でこういう相談がありました。非常に印象的なものでした。

1つは、ある病院の入院患者さんからでした。「アパートに入りたいけど、保証人が居ないから保証人をなんとかしてくれ」という話でした。彼曰く、「家族がおらず、保証人さえ居ればアパートに出られます」という話でした。変な話だなと思いつつ、話を聞いておまして、病院のワーカーに相談してみてもどうかとか色々提案したりしてみました。また、グループホームは空いていないかと思い、自分が知っている近場のグループホームに全部あたってみました。相談者には、「グループホームをあたってみるから、1時間後にまた電話してください」と伝えて一旦電話を切っておりました。それでグループホームの方とはというと、全部満員でした。相談者からまた電話がかかってきて、「(グループホームについては)全部だめです」とお伝えしました。その電話の後、すぐもう1箇所のグループホームを思い出して、電話をしてみました。そうしたら偶然に空いていました。ところがもう電話を切っちゃった後でして、こちらも相談相手の電話番号は控えていませんから、連絡のしようがありませんでした。ただ、その人が「〇〇病院に入院しています」と言っていたものですから、その病院のワーカー室に電話しました。そうするとそのワーカーさん曰く、「多分先生が(退院について)うんと言わないから、まだだめでしょうね」という話でした。そしたらそのワーカーさんが、「実はうちの病院にグループホームの空きさえあれば出られるという人が居るから、木全さんのお話をそちらへもらっても良いですか?」と言われました。私も「良いですよ」と返事しました。

この事例から、2つの教訓が出てきました。1つは、病院でありながら愛知県下のグループホーム等の空き状況を把握できていないということが分かりました。聞いたら、自病院の福祉圏域内の施設については分かっているとのことでした。従って、それを繋ぐ組織が必要なのではないかと思えます。これは精神保健福祉センターが担うのが一番いいのではないかと思えます。

もう1つ。グループホームが空いていなくても、アパートを探せば良いのではないかと

思っても、保証人が居ないという問題が分かりました。これについては、保証人制度についてなんとか改善してほしいと思います。例えば三重県の場合ですと、家族会が保証人を県から委託を受けて行っているようです。3年間で38件の実績だそうです。三重県は愛知県の4分の1の人口ですから、愛知県にすれば3年間で140～150人の件数の退院に繋げることが可能になると言えます。

グループホーム全体に言えることですが、整備を促進すると言っても、県が作るわけではなく、事業者がやってくれないと整備できないわけですから、事業者が事業を営みやすいように、考えなければいけないと思います。例えば東京都の場合ですと、食費等は本人負担ですが、家賃分については都が補助しているようです。おそらく3～4万円程度の補助だと私は思っているのですが、そういう手を打たないとグループホームを作ってもなかなか上手くいかないと思います。また、精神のグループホームについては、身体や知的に比べて経営が難しいという問題があるようです。それはなぜかという、例えばグループホーム入所の方が入院してしまった時に、部屋は空きますが、この間に部屋が空いているからといって次の人を入れるわけにはいきません。退院してきた時にまた戻れるようにする必要がありますので。しかしながら経営の面からすると、この間は収入が無くなってしまうわけです。こういう精神の特殊事情に配慮した、きめ細かい施策を県が打ち出していかないと、掛け声をかけたところで、グループホームの整備は進みませんし、作ったところでなかなか入所者が居ないということが無いようにしなければなりません。

愛知県の後れた県民性というものもあるのかもしれないですが、経営している側は非常に大変です。これも聞いた話ですが、グループホームを建てたは良いが、満員になるまでに半年もかかったらしいです。またこれは別の話ですが、稲沢に建てた人が、遠く離れた春日井まで営業活動をしていたなんて話も聞きました。なので、県がもう少し具体的に支援をする、これには当然財政的な援助も含まれますが、そういうものをきちんと考えていただきたいと思います。以上です。

○尾崎会長：ありがとうございました。ポイントとしては、グループホームや作業所の情報がどこにアクセスすれば利用可能なのが、不明である。きちんと情報を整理して、例えばネット上でセンターのウェブサイトアクセスすれば、一目瞭然で分かるというようにしてほしい。私も常々思っているところです。もう一つは、実際にグループホームをやるとなれば、色々な経済上の問題があるわけで、そういったものをどのように考えるのか、というこの2点になろうと思います。

まずはこの情報の整理ということに関していかがでしょうか。お答えをいただけませんかでしょうか。

○事務局（藤城精神保健福祉センター所長）：現在センターでは、グループホーム等の情報を集約的に集めているというような状況ではございません。センターに問い合わせただいて、すぐに分かるという状況ではありません。センターの性格として、技術的な中枢機関という事として、地域の問い合わせは、むしろセンターがやるべき業務であるかということについては、少し検討させていただきたいと思います。

○尾崎会長：技術支援が任であるとのことでしたが、では情報収集・集約は例えばどこが任なのでしょう。はい、どうぞ。

○増子委員：全部の情報にはならないかと思うのですが、今木全委員のおっしゃったグループホーム、尾崎会長がおっしゃった就労支援のような福祉サービスを使うのには、利用計画を出すべきことになっておりますけれど、大抵周辺市町は相談支援事業所にて利用計画を一緒に作成して、グループホームなり就労支援のサービスを使うというシステムになっているはず。なので、各相談支援事業所はそういうご相談があれば、大抵近辺の福祉サービスに関する情報は持っていますし、調べる手だても持っているはずなので、今木全委員がおっしゃったようなどこかに一元的に情報を集約するという話とは少し違いますが、各相談支援事業所が役割としてそういった支援をしなければいけないことになっておりますので、そこを利用していただくと良いかと思えます。

○尾崎会長：ちなみに東京都は、『とうきょう福祉ナビゲーション』があります。「東京都、グループホーム、精神」で検索すると、ヒットしました。グループホームで、どこの地域で、どういう障害種別なのかをクリックして、どこのグループホームがあるのかを路線から探すこともできるし、所在地から探すこともできるようです。もちろんどこが空いているかまでは情報が入っていませんが、どこにあるかはすぐさまネット上で検索することができました。愛知県は整備されているのでしょうか？

○事務局（藤城精神保健福祉センター所長）：今、会長がおっしゃったような情報でしたら、すぐインターネットで検索できるという状況ではございませんが、精神保健福祉センターのホームページにあります「福祉ガイドブック」を見ていただくと、検索エンジンはありませんが…。

○尾崎会長：ネットでこうやってアクセスができて、少なくとも自分が住んでいる地域であればどこがあるのか、ネットでできるようにしていただきたい。

○事務局（藤城精神保健福祉センター所長）：PDFファイルの形なので、検索エンジンというものに連動しているわけではございませんけれども…。

○尾崎会長：ぜひそういったこともお考えいただくとありがたいと、当事者やご家族、医療関係者としても思う所でございます。

○舟橋（利）委員：県がG-Pネットをやっていますので、なぜそれを県の方が言ってくれないのかと思います。あまり私がG-Pネットの話をしてしまうと、グループホームの事までは愛精協では絶対できませんし、やるべきではないと思うので、そういうようなことを県から言っていただくと、良いのではないかと思います。『とうきょう福祉ナビゲーション』以上に、相互間で利用できますので、ぜひまたご検討ください。当然予算はかかりますけれど。

○尾崎会長：はい、あとはいかがでしょうか。色々と予算の事が難しいのかもしれませんが。

一方で、さきほど今後の取組みとしていくつか挙げてらっしゃいましたが、この点に関して皆さんの御意見をと思いますがいかがでしょうか。どうぞ、舟橋龍秀先生。

○舟橋（龍）委員：今後の取組みの中で、これは主にニューロングステイを作らないという事で、地域移行を支援するという事ですけど、我々も臨床をやっていると、いったんは退院されるのですが、そこでのサポート体制が十分でなくて、結局割と比較的短期間の間に再入院される方がいらっしゃいます。言い方が悪いですけど、いわゆる回転ドア現象になりがちな患者さんも間々いらっしゃいます。ですからやっぱり退院支援をして、地域移行をした時に、そこで長期間定着できるようなサポート体制というのも力を入れていただきたいと思います。例えば病院の中にもデイケアはありますが、そういうものではなくて地域の中でどのように支えていくかというところです。何度も再入院してしまうと、長期入院ではないにせよ、何度も同じ人がグルグル回って入院しているだけで問題解決にはなりませんので、こういったことについても愛知県として今後の対策を考えていただくと良いのではないかと思います。

○尾崎会長：デイケアの話があったのですが、昨年「愛知県における精神科医療等の状況」というデータをお示しいただきまして、愛知県と他の地方自治体との比較をした時に、愛知県はデイケアが少ないというデータがありました。愛知県は今後どうするつもりかと尋ねた時に、「類似県とは差があまり無い」というような回答をいただいてそのまま終わってしまったことがありました。今日の資料にも、最後の方でデイケア整備のことが記載されていますが、そこら辺について何かお考え等ありますでしょうか。

○事務局（角田主任主査）：会長のおっしゃるとおり、日中活動の場の確保に関して、デイケア整備の事を項目として挙げております。当然社会資源の整備は進めていかなければい

けませんので、今後具体化を図っていかなければならないところだと思います。

それから舟橋（龍秀）先生がおっしゃられた回転ドア現象ではいけないのではないかと  
いう事については、我々も常々自戒しているところとして、今年度の研修のテーマとして  
は、地域移行支援と並ぶ形で地域定着支援ということも掲げておりますので、関係者一同  
学習をしていきたいと考えております。

○尾崎会長：研修が何らかの形で結実するのか、という点を確認されておられるのですね？  
どういった研修をすればどういった成果に繋がるのか。

一般診療医の方々に例えばうつ病について研修をただけではだめだという事が研究で  
分かっております。すなわち、研修を単にレクチャーするだけでなく、その後個別的に  
スーパーバイズを継続的にやらないとそれが例えば自死の減少につながらないことが明確  
化されておりますが、いかがなものでしょうか？研修は単にレクチャーなのか、その後で  
スーパーバイズまで継続的に実施されているのか。そのあたりいかがでしょうか？

○事務局（角田主任主査）：昨年度から取組みを始めております研修については、当然知識  
としての座学というものも含まれますけれども、かなり力をいれているのはグループワー  
クです。各地域、各圏域ごとに関係者がグループを作って、自分たちの地域では実際どの  
ような形で地域移行の取組みを進めればいいのかということ、地域ごとに話し合ってい  
ただくということに力をいれて取り組んでおります。

今年の体系の研修について言いますと、まず10月には、各地域の核になるような、保  
健所あるいは基幹相談支援センターや地域アドバイザーの方を対象とした研修を行いまし  
て、並行して名古屋市さんのほうではモデル事業として、今年は守山区で地域移行のシス  
テムづくりを進めるというような取組みをされています。そういったところで話し合われ  
たことを基に、それを持ち帰って各地域で実践をしてもらうということを考えております。  
そして年度末の2月の研修の際には、そういった実践報告もしていただきながら、成果が  
どれだけ上がったのかということ、皆で学び合っていきたい、というような研修の計画で  
あります。

○尾崎会長：単にレクチャーだけでなく、その後も持続的に、スーパーバイズの体制も  
取っているという理解でよかったですでしょうか？

○事務局（角田主任主査）：そうです。各地域の福祉のスーパーバイザー役として、地域ア  
ドバイザーが各圏域ごとに1名配置されておまして、この方たちとこの地域移行の取組  
みのかみ合わせが今まであまり上手くいってなかったという反省がありますので、そう  
いった方達を今回研修にお招きして、そういった方たちのスーパーバイズを受けながら今  
後の体制づくりを進めていきたいという風に考えております。

○尾崎会長：はい。舟橋（龍秀）先生も良かったでしょうか。

○舟橋（龍）委員：研修において実践的なこともされているとのことでしたけれども、地域の色々なお役目の方がだんだんたくさんとできてきて、逆にあんまりできてくると、『船頭多くして船山に登る』ではないですけど、自分たちが何をやっていいのかがあいまいになってきてしまう恐れはないでしょうか？そういった役割をしっかりと決めていただいたうえで、有機的な連携を構築していくことが大事なのではないかと思います。

それからもう一つ。有機的な連携構築ということで、さきほどの座学ではないが、理念的なことも大事ですけど、それぞれの地区において、今までの調査からその地区ではどういったことが具体的に大事なのか、地区による実情も違うので、その地区における具体的な連携の仕方を模索するように考えていただくと良いかと思います。

○尾崎会長：まとめますと、木全委員からお話をいただいたように、グループホームなどの福祉サービス情報の集約をきちんとしていただく事、東京都は簡単にネットで探せば出てくるという状況ですので参考にさせていただく。今後積極的に取り組まれる研修会という形になり、コーディネイト機能がどういふふうに出来あがるかという事も含めて、きちんとした成果に繋がるような形にもって行っていただくということですね。ぜひデイケアも整備していただくというような事をお願いして、議題を次に移したいと思います。

○事務局（土屋室長）：資料3-1について説明。

○事務局（鈴木室長補佐）：資料3-2について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。

○舟橋（利）委員：今の説明の中で少し訂正ですけど、措置診察依頼が遅い事案があったというところですが、遅かったのも問題ですが、もう一つ、県職員が措置案件についてそれを抹消するとか否定するという事がありまして、非常にそれが問題だったということで、昨年のこの審議会でも申し上げましたし、愛精協でも色々と申し上げました。しかし、それについては改善されたというように思っております。少なくとも「措置だから来てくれ」と言った時に、「それは措置では無いよ」ととんでもないことを言うような職員は居なくなったと思っております。ただ、「措置対応専任職員ではないので緊急的な立会は出来ない場合がある」と記載されておりますが、措置対応だけの精神科医も居ないわけですから、専任職員など居るわけもないので、ちゃんと対応していただきたいと思います。ただ、繰り返しになりますが、この間うちの病院で措置案件があった時も、すぐに衣浦から来てもらえました。

それからG-Pネットについてですが、確かに運用は愛精協に委託されておりますけれ

ど、あまりこころの健康推進室さんからG-Pネットの活用に関するプランニングの提示が一切無いので、さきほどのグループホームの事も含めてもう少し積極的に関わっていたきたいと思っております。我々はあくまで委託業者ですので。

○尾崎会長：ありがとうございました。ご指摘いただいたことなのですが、診察の立会は改善されたとのことですが、一過性のもではなくて持続的に変わらなければいけないこととございます。あるいは舟橋（利彦）先生の近辺では無くなっただけということであればもっと困るので、地域的な偏りも無いようにしていただきたいと思っております。

○事務局（土屋室長）：舟橋（利彦）委員からご指摘いただきましたG-Pネットについて、登録はしていただいているのですが、なかなか活用が進まないという現状がございまして、うつ病の対策ということで始まったのですが、先ほど木全委員からお話がありましたグループホームの空き状況ですとか、その他色々な活用の可能性があると思っております。また、今少し検討を進めておりますのは、精神科病院に認知症の方がいらっしゃることも踏まえまして、介護サービスとの連動というようなことも考えております。応用範囲が広いツールだと思っておりますので、そういったことも含めて今後検討してまいりたいと思っております。今後こころの健康推進室としてもG-Pネットの有効活用について、しっかりと考えていきたいというように思っておりますので、よろしく願いいたします。

また救急についてですが、取扱要領を改正し、今後、保健所職員に対して研修を継続的に行いまして、個人個人の裁量では無くて、組織で対応するようにしていくことを、こころの健康推進室として努めていきたいと思っております。

○尾崎会長：はい、ありがとうございました。いかがでしょうか。どうぞ、舟橋（龍秀）先生。

○舟橋（龍）委員：少し質問というか教えていただきたいのですが、資料3-2の『今後県が取るべき対策案』のところで、「指定病院における緊急措置診察に県職員立会を省略できる対応とする」「職員の行動に合わせて入院院事務処理要領を改定する」とありますが、立会省略の部分のスケジュール案が途中から実線でなくて点線になっていますが、これはどういう意図なのでしょう？

○事務局（鈴木室長補佐）：将来的に、常に立会するような組織ができれば、立会省略をしなくなるということです。するかどうかは分かりませんが、センター化という事ができれば、常に立会をするようになりますので、永久に立会を省略するという意味ではないという意図で点線にさせていただきました。

○舟橋（龍）委員：先日の精神科救急医療システム協議会の時にこの話が出て、なかなか立会することが出来なくて時間が経過してしまうケースがあったり、あるいはいったん医療保護入院にしておいて、その後措置入院に切り替えたりというのが非常に問題になっているということでした。あの時は少なくとも夜間・休日については立会を省略するけれども、平日は立会を省略しないというお話でしたけれど、それは今回の資料ですとどのようになっているのでしょうか？

○事務局（鈴木室長補佐）：表について説明させていただきます。上から２段目の「受診調整及び措置診察の実施」の欄ですが、時間帯が「夜間・休日」と「平日」に分かれておりまして、立会省略については、どちらにもかかっているという形になっております。つまり、平日も立会が必要でなく緊急措置が必要であれば、先生がおっしゃられたように立会を省略できるというようにしていきたいと考えております。

○事務局（丸山技監）：昨年度３月の本会議で、緊急措置の運用が適切でないというご意見をいただきましたので、法の執行を速やかに行うために、緊急措置診察時に立会等を行うことが出来ない状況の時に、やむをえず立会を省略するということですので、立会を禁ずるものではありません。ただ、たとえ平日であっても立会できずに緊急措置が生じる場面が当然ありますので、そういう場合は平日であっても立会を省略させていただくというようにご理解いただければと思います。

○舟橋（利彦）委員：前回の精神科救急医療システム協議会の時は、立会を省略する際のマニュアルというか取り決めを決めるという話ではなかったのでしょうか？

○事務局（丸山技監）：当然そのとおりでございます。その点につきましては、愛精協や指定病院ともよく相談しながら決めたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○舟橋（利彦）委員：来年度からその立会省略を始めるというのであれば、その取り決めは今年度中に決めていかなければまずいですよね？

○事務局（松本局長）：前回の精神科救急医療システム協議会の時から話題になっているこの件についてですが、既に名古屋市さんが先行して実施されておりますので、名古屋市さんの今のやり方を十分教えていただいて、よりよい体制にしていきたいと思っております。

○舟橋（利彦）委員：それに、この変更に関わる予算もあると思いますので、早めに決めていかなければいけないと思います。

○事務局（松本局長）：そのとおりですので、動いていきたいと思います。

○尾崎会長：この話題に関しては法的な枠組みの中で動くものですから、法の専門家の方々もご意見等お寄せいただくとありがたいのですが。

○舟橋（民江）委員：前回の3月の審議会で、法の適正な執行ができない状況にあるとお伺いしまして、そこについての改善を提案させていただいた記憶がございます。今、この資料を拝見させていただきますと、遅くとも来年度には、今の部分については改善していただけるということで、間違いはないでしょうか？そこだけ確認しておきたかったので。

○尾崎会長：かつては悪い意味で、愛知県方式というような言い方をしておりました。措置入院以外の形態で入院された方が、途中から措置入院に切り替わることは平成21年以降無いと資料に記載されておりますが、そんなことが今後決して復活することのないように、全国津々浦々で同じ法の下に色々なことが実施されるように、またそれをきちんと順守できるような予算も配分していただくようお願いしたいと思います。

さきほど事務局の鈴木さんも「まず措置入院を」とおっしゃっていましたが、「まず措置入院」というわけではないですけれども、措置入院とはある意味で透明性が高い制度でございます。少なくとも2人の精神保健指定医が関わっているような枠組みがしっかりとした制度ですので、そういったものがきちんと法に則った形で、実施・施行されるような体制が整わないのはいけませんので、そのあたりよろしくお願い申し上げます。

一歩ずつ進んでいただければと思っています。急に東京都のように何十億もお金が付くとは思っておりませんが、愛知県の年間の精神科救急関連予算が5千万で、同様の地方自治体と比べても、人口は埼玉県と同じくらいなのに、予算が埼玉県の3分の1では、愛知県民は納得いかないのではないかと思います。前回の審議会で木全委員からもお話がありました。ご家族もお困りになっている例がよくあるので、何卒よろしく願いいたします。

それでは身体・合併症のほうに移りたいと思います。議題3「精神身体合併症連携推進事業」について、事務局から説明をお願い申し上げます。

○事務局（土屋室長）：資料4-1について説明。

○事務局（大野主事）：資料4-2、4-3について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。それでは御意見等ありましたらお願い申し上げます。

医療需要の実態がなかなか掴めていないとのことだったのですが、保険点数上精神科の患者さんで、身体合併症を患っている場合は、加算が取れます。その加算が愛知県内でど

ういう状況にあるのか、どの病院でこの加算が取られているのかを調べれば大体の需要の実態がみえてくると思います。その他、摂食障害加算というものもあります。BMIが15以下のような方々ですと、入院の時に加算が取れます。かつては小児の加算を取れるところが非常に少なく、それが少しずつ取れているという状況なのですが、身体合併症に関してもこういった加算をどういった病院が取っているのか実態調査ができると思いますので、検討してみたいかでしょうか。

例えば自分の病院のデータしかありませんが軽くお話ししますと、摂食障害の30日以内入院者で言うと、平成23年から平成25年までだと大体800~1,000件ぐらいの件数がありました。平成26年度は1,372件でした。今年度の現時点までの4か月でもすでに400件を超えている状況です。こういったものが他の病院ではどうなのか、といったことが調査すれば簡単に分かると思います。また、30日以上長期入院者になりますと、だいたい今まで400~500件で推移していましたが、平成26年度は663件でした。身体合併症加算で言いますと、元々が100件ぐらいだったのが、26年度は一気に400件まで増えております。私どもは藤田保健衛生大学や愛知医科大学のように、愛知県から補助金はいただいておりますが、こうして診療報酬の加算という形で国からお金をもらわざるを得ないようなほど、たくさんの患者さんが入っていらっしゃるんですが、とても対応しきれないような現状です。こうした現状を、少なくとも4大学病院と、その他の精神科病床を持つ総合病院である、豊川市民病院、名古屋医療センター、稲沢厚生病院くらいだと思いますので、分かる範囲で、この加算を用いて調査していただいて、医療計画等を考えるうえでの参考としていただければと思います。

○舟橋（龍秀）委員：今の話で市内の病院の大変な状況がお分かり頂けたと思います。それで、名古屋医療センターには精神科の閉鎖病棟があります。ただ、同じ国立病院機構ではあっても今までなかなか連携がうまくいっていませんでした。しかし、少しスタッフが変わって、例えばエイズ脳症の方を転院させてもらったりですとか、そういうことが少しできるようになってきております。やはり、名古屋市の中心地にあつて、閉鎖病床が50床あつて、保護室もあつて、総合病院ですから非常に高度なこともできるので、少し県としても名古屋医療センターの活用についても検討されてはいかがでしょうか。連携モデル事業とは別の枠組みとして、何か院長さんとお話になってみると良いかと思います。国立病院機構の中でも、精神科病床を持った総合病院が、精神・身体合併症の患者さんに対してどのように向き合うかというのが、問題になっているところなので、少し提案させていただきました。

○尾崎会長：それに関して若干意見を申し上げます。病床とかをどうこうするのは、県の立場では難しいところもあるかと思いますが。我々のところは、寄付講座ということで人員配置について県に配慮していただいております。この人員配置があるからこそ我々の

ところでも摂食障害の患者さんに対応する大きな力となっております。身長 160 センチで 20kg 無くて、心臓が止まるような方たちが入院してきて、ご本人は病気だと思っていない。そういった方たちに対応しますから、他の診療科の助けもいるということで、かなり人員配置について苦労している状況であるということをご承知おきくださるとありがたいです。

話を戻しますと、合併症については精神科医だけでは当然対応できませんから、他の診療科、例えば当院の場合で言いますと総合診療部がサポートしてくれます。本当に心臓が止まってしまったら循環器科がサポートしてくれますし、小児だったら小児科というような形です。従って他の診療科との連携が出来ていないと、絵に描いた餅になりますが、当院の場合、連携を取れるまでに時間がかかりました。名古屋医療センターの実情は分かりませんが、やるとなってもそう簡単にはいかないだろうというような気がします。

よく話が出るのは、精神疾患の身体合併症のパターンが多いですが、今、当院で問題になっていますのは、例えばウィルソン病という病気です。銅代謝の問題で、そのために肝臓が、次にだんだん脳に障害を受けますので、最初は消化器内科が対応するのですが、精神症状へと発展するというケースがあります。こういう身体に大きな問題を抱えている患者さんは、精神科病院ではなかなか引き受けてもらえないのでどうしたものか、というようなことが起こっております。

○西山委員：先ほど事務局から説明のありました、資料 4-3 について、合併症のうちの精神疾患の内訳は記載されておるのですが、身体疾患の内訳が統計上どのようなものであったのかということと、もう一つは先ほど尾崎会長がおっしゃった、診療報酬上の加算についての統計調査ですが、確かにそれをどんどんやっていくことは良い事かもしれませんが、実は別の要因がありまして、医療事務の人間が加算を申請しても加算されないことが非常に多いということをお聞きします。実は私は別の仕事をしておりまして、生活保護法の受給者に対する医療付与について各病院に行って査定をするということをやっております。その時、例えばてんかんの病名が付いていて、てんかんの管理料を取っているにもかかわらず、てんかんの治療をしていないというケースがありまして、この加算については認められないということで削ったわけです。そういったことを厳しくやればやるほど、医療事務の人間が、逆に加算を取らなかつたり指導料を取らなかつたりしてしまうということをよく聞きますので、もし統計を取っても、もしかしたら暗中模索に陥ってしまうかもしれないということをお感じしました。以上 2 点について発言させていただきました。

○尾崎会長：ありがとうございます。2 点目については、私から答えさせていただきます。例えば摂食障害者加算というのは、多くの加算がそうなのですが、ある一定の要件を満たす必要があります。その要件の中には例えば、「常勤の心理技術者が居る」というような記載があります。非常勤では該当しません。そういった意味では確かにある一定の基準を満

たさなければならないのですが、逆に言えばある一定基準を満たしていれば、今は国立大学法人もこういう事には非常にセンシティブですので、きちんと加算を取っております。

1点目については、事務局からどうでしょうか？

○事務局（大野主事）：身体疾患についてはこの場ですぐに数字が出ませんが、自傷行為のケースが16事例ということで、そういうケースですとリストカットや大量服薬です。この事業の対象となるのは、救急病院に搬送された方が、精神科病院に繋がるパターンです。しかしその他にも、連携が進んできた副作用と言いますか、元々連携先の精神科病院に通院中の患者さんが救急に搬送されたりですとか、総合病院に慢性疾患をお持ちの方が受診されて、その方が治療を終えて精神科に戻る時にも、この連携パスを利用されているケースがありますので、そういった場合はさまざまな身体疾患があります。申し訳ありませんが詳細につきましては、今ご提示できるものではありません。

○尾崎会長：私どもの経験上のことを申し上げますと、非常に増えていますのは、妊産婦です。元々精神疾患をお持ちで妊娠をされた場合、今は総合病院の精神科が縮小されたこともありまして、次々に当院にみえます。産婦人科医が対応する時に、同時に精神科医も初診という形で対応しておりますので、妊産婦さんはかなり増えているという印象です。

○舟橋（利彦）会長：参考になるか分かりませんが、単科の精神科病院と救急で連携している私どものようなところだと、一番多いのは骨折と肺炎です。それと、連携先であるトヨタ記念病院で受けてもらえない時もありますので、このモデル事業とは別で豊田厚生病院にお願いしたりすることもあります。ですから、必ずしもこのモデル事業がそのまま上手く活用できるかという、そうではなくて日頃のお付き合いというのも大事になってくるかと思えます。

○尾崎会長：ありがとうございました。今言われたとおり、モデル事業を担うには日頃のお付き合いが大事だという話が出ましたが、さっきのG・Pネットでもそうですが、単にレクチャーしただけでなくて、その後どのように普段からお付き合いしていくか、ということだろうと思えます。

例えば、舟橋（利彦）委員の仁大病院とトヨタ記念病院とは、初期研修医の研修先であると思えます。従って初期研修医が仁大病院で精神科の研修を受けて、そのままトヨタ記念病院に戻って、という形を取るのでこういったこともやり易くなると思えます。お互いの実情も分かっていると思えますので、こういった形は初期研修制度が出来てから、進んできているということもあろうかと思えます。

身体合併症のことについては、前にこの場でも言ったと思えますが、統合失調症の奥さんをもった旦那さんから言われたことは、その方は元々首都圏にいらっしやったんですが、

奥さんが飛び降りて骨折した時に、統合失調症だと病院に言うところも受け入れてくれなかった、ということをおっしゃいました。そういうことの無いようにしてほしいと言った覚えがあります。もちろん、我々もそういうことの無いように努力したいと思っておりますが、行政のほうにもよろしくお願ひしたいと思います。

それでは今日の3つの課題のいずれも、今後こういった形で進み、それが例えば救急に関しては長いスパンで考えていかなければいけない問題がありますので、今後も皆さんの御意見をいただければと思います。

次に報告事項ということで、(説明について)お願ひを申し上げます。

○事務局(内田室長):資料5について説明。

○尾崎会長:はい、ありがとうございます。御質問・御意見等ありましたら…はい、どうぞ。

○前田委員:発達障害医療ネットワークの件で、意見というか要望というかなんですが、診断を早くやっただけのはありがたいですし、良いと思います。最近では1歳代前半で診断を受けているお子さんも随分居ると聞いています。ただそのくらいの時ですと、かなりの超早期に療育施設に関わりますと、2次障害、3次障害が引き起こされやすく、ものすごく変化するんですね。そういう実績が上がっている一方で、どんどん診断はされていくんですけども、いわゆる療育の枠組みですとか、お母さんへの相談の枠組みですとか、まだまだ不整備であることを実感しております。超早期に診断を受けてしまって、それで動揺して、逆に2次障害、3次障害を早く引き起こしてしまうという可能性もかなりあるなと実感しておりますので、診断だけではなく、診断をするということはそのあとの手立てと一緒に考えていくシステムというか体制をきちんと整えていただかなければ、むしろ害も大きいかなと思いますので、そのあたり検討していただけるとありがたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○尾崎会長:近藤先生。

○近藤委員:診療所協会の近藤です。私ども診療所には、大人の発達障害、ASD、ADHD等の方が結構多くいらっしゃいまして、どういうふうに診療したら良いか非常に悩むところなんですけれども、吉川先生始め何人かの先生の研修会に私も参加させていただきましたけれども、とても勉強になりました。ありがとうございます。ただこの診断にもものすごく時間がかかりますし、また微妙なところについては私ども自信が無いので専門医にお願ひするのですが、半年待ちとかでなかなか予約が取れない状況です。城山病院の大村先生のところは希望者が多くて、患者さんが電話しても、月に1回の診察を予約するこ

とも難しい状況ですが、あるADHDの患者さんが友達を動員して、5人ぐらいで電話をかけまくってやっと予約が取れたとか、ある患者さんのお父さんが百何十回と電話をかけてようやく取れたといった状況のようです。

大人ですのでおそらくコロニーとか大府の小児には行けないと思うのですが、もう少し、名古屋市内で対象の方、すごく多いもんですから、城山病院などでももう少し充実していただけると、ありがたいと思っております。以上です。

○尾崎会長：手前味噌ですが私どものところは、子どもから大人まで全ての発達障害の方を受けております。大人の場合、お子さんの時の状態が分からないと、診断がつかないわけなので、極めて難しくなります。ご本人だけでは、お子さんの時の状態は分かりませんので、お母様もお呼びしなければいけないですし、さきほど前田委員のほうから2次障害という話が出ておりましたが、2次的な障害が被っているのが大人の方ですので、表現型が非常に複雑になっております。

定型例では無くなっており、他の精神疾患が被っているということも勘案しなければいけないですし、色んな鑑別もしなければいけないので、外来だけではなかなか難しいです。お母様もお呼びしなければいけないですし、時間も取らなければいけないということになるので、私どもの場合、数日間入院していただいて、他の人との関係を見させていただくというようなことも含めて、検討します。お母様にも来ていただいて、小さい頃の母子手帳とか通信簿とかを全部持ってきていただいて、この前は岡山からお母さんに来てもらわなきゃいけないという事で、外来では難しいだろうということで入院してもらったりしてやっております。

そういう形をどうしても取らざるを得ないので、城山病院がそういうことをやるのかどうかは分かりませんが、そういったものだということを御理解いただいて、大人の場合はご紹介いただければと思います。

○舟橋（龍）委員：うちの宣伝をするわけではありませんけれど、確かに最近の入院の方で、発達障害ではないんですが、入院していただくと、適応障害ですとか、一時的に幻覚・妄想状態になるという方が多いのですが、よく検討してみると、ベースにアスペルガーのような発達障害があるという方が結構多いです。うちの場合は、子どものほうは専門外来という事で予約制になっておりますけれど、大人の方の場合は、自分がADHDじゃないかということで来られる方があって、必ずしも児童の精神科医が対応するわけではありませんが、入院が必要だったりして入院していただくと、専門医と相談しながら診ていくという流れです。自分が不安になっていらっしゃる方は結構多いです、うちの場合ですと診断待ちということもないので、また来ていただければ良いと思います。

○尾崎会長：前田委員からお話が出たように、レッテル貼りだけで終わったのではどうしようもないものですから、当然その方の適性をよく分かった上で、あるいは2次障害がどういうことが起こっているのかというのを含めて、御本人や御両親とかにもご説明をする。場合によっては、職場の方にも「こういったタイプの方ですので」と説明することになるとなかなか時間がかかってしまいますが、きちんと道筋をつけないといけない。誤った方向へ行ってはいけないと思いながら、慎重にやる必要があります。慎重にやろうと思うと、外来だけではなかなか難しいということになっております。

○舟橋（利）会長：このネットワークの対象年齢は何歳から何歳までなのでしょうか。

○尾崎会長：3歳ぐらいに顕在化すると言われておりますが、当然みなさん大人になります。ですので、特段お子さんだけを対象にしたネットワークというわけではありません。これはネットワークと言っても、子どもだけでなく大人も対象にしておりますし、医療だけでなく福祉のこともありますし、教育の事もあるし、という観点からのお話でございます。何歳という問題ではありません。あくまで私の理解ですが。

時間もないのですが、一つお願いです。コロニー中央病院でずっと診てらっしゃった筋肉性疾患の方が、大きくなられて、ある職場に勤務されているのですが、昼間眠くて仕方が無いということでご相談を受けたのですけれど、名古屋市に住んでらっしゃる方なので、コロニー中央病院には年に1回ぐらいしか行けない。無理だと思います。そこで、大府も全部合体するという事なんですけど、通うのには決して適した場所にはないものですから、名古屋市内に住んでいる方はたくさんいらっしゃいますし、通えるところになんとか外来施設を設置していただきたいということを、くれぐれもお願いしたいと思います。

ご発言の無い委員の方で言い残したことはございませんでしょうか？

はい、どうもありがとうございました。

○事務局（土屋室長）：ありがとうございました。本日は委員の皆さんから貴重なご意見を賜りまして、誠にありがとうございました。いただきましたご意見は、今後の精神保健福祉行政のために活用させていただきたいと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

○事務局（鈴木室長補佐）：以上を持ちまして、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）