

令和 8 年度

第 1 回愛知県地方精神保健福祉審議会

会議録

令和 8 年 8 月 19 日（水）

地方精神保健福祉審議会

I 日時

令和8年8月19日（水）
午後2時から午後3時まで

II 開催方法

対面

III 出席者

（委員）

安藤	琢弥	愛知県精神科病院協会 会長
池田	匡志	名古屋大学大学院医学研究科 教授
伊東	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
佐橋	大	中日新聞社編集局編集委員
杉田	当代	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
田中	聡	独立行政法人国立病院機構東尾張病院 院長
永田	純夫	愛知県市長会社会文教部会長（清須市長）
船橋	克明	愛知県医師会 理事
前田	由紀子	心理相談室「こころ」カウンセラー
武藤	徹	特定非営利活動法人 愛知県相談支援専門員協会 理事
吉田	和史	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）

保健医療局長始め 15 名

IV 議事内容等

○事務局（加藤主査）

定刻となりましたので、ただ今から「令和8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加藤と申します。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。

去る8月12日に臨時開催いたしました本会議では、急な開催にもかかわらず、委員の皆様にご出席いただき誠にありがとうございました。この場をお借りしてあらためて御礼申し上げます。

さて、愛知県地方精神保健福祉審議会は、例年、年1回開催しておりますが、本年は、愛知県地域保健医療計画の中間見直しの年であるため、この時期に第1回を開催させていただきます。もう1回、12月ごろに開催させていただきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

それでは、開会にあたり、保健医療局長の長谷川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、「愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）について」と「障害福祉に係る次期計画について」の2つを議題とさせていただきました。

1つ目の「愛知県地域保健医療計画について」でございますが、2024年3月に公示した医療計画の中間見直しを行うものです。

2つ目の「障害福祉に係る次期計画について」でございますが、今年度は「あいち障害者福祉プラン2021-2026」の、計画期間の最終年度に当たることから、新たに次期計画を策定するものです。

本日は、短い時間ではございますが、委員の皆様方の、それぞれのお立場から御意見を賜り、本審議会が実りのあるものとなりますよう、お願い申し上げまして、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（加藤主査）

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、名古屋市立大学の明智龍男委員、愛知県町村会の加藤光彦委員、愛知県臨床心理士会の福岡知晴委員、愛知精神神経科診療所協会の木村哲也委員、名古屋家庭裁判所の溝口理佳委員、名古屋法務局の山田三穂子委員、愛知県医師会の大輪芳裕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。また急遽、窪田信子委員が欠席となりました。

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2名おられますので、事務局から所属とお名前を御紹介させていただきます。愛知県市長会社会文教部会長の永田純夫様、愛知県精神障がい者福祉協会の吉田和史様です。

次に、定足数の確認をさせていただきます。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12名でございまして、過半数以上の出席となっておりますので、審議会条例第5条第3項の規定に基づき、審議会は有効に成立しております。

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。本日の傍聴者は3名でございます。

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

○池田会長

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。伊東安奈委員と吉田和史委員にお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

(委員 異議なし)

それでは、御両名の方、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いただくとともに、お時間に限りがありますことから、進行に御協力をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは、次第に沿って、議事を進めてまいります。次第「2 議題」の「(1) 愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）について」事務局から説明を行ってください。

○事務局（浅井室長補佐）

議題（1）愛知県地域保健医療計画、精神保健医療対策につきまして、事務局から御説明いたします。こころの健康推進室精神保健グループの浅井と申します。着座にて失礼いたします。

資料1を御覧ください。

本県の現在の医療計画は、2024年度から、2029年度までの6年間の計画期間としてありますが、3年ごとに見直しを行うこととされていることから、厚生労働省通知の一部改正の内容を踏まえまして、中間見直しを実施いたします。

2、「中間見直しのポイント」でございます。今回の中間見直しでは、各項目の時点修正、また精神病床の基準病床に係る時点修正を行います。

3、地域保健医療計画における精神保健医療対策の概要でございます。

(1) 医療計画作成指針のポイント、ア「基準病床数の算定式」ですが、令和2年と令和5年の患者数から令和11年の患者数を推計しまして、基準病床を設定いたします。

(2) 精神疾患の医療体制の構築に係る指針のポイントとしまして、アからエまで4点記載しております。

ア、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築ですが、一つ目の点、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を構築

する。二つ目の点、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することにより、長期入院精神障害者の地域生活への移行が可能になるよう、令和 11 年度末の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を明確にした上で、計画的に基盤整備を進める、とされております。

イ、多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化ですが、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て、医療機関の役割分担・連携を推進し、各医療機関の医療機能を明確化する、とされております。

ウ、精神医療圏の設定ですが、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、とされております。

エ、計画の数値目標ですが、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を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を進める、とされております。

右ページの（３）をご覧ください。今回の中間見直しに向けた対応といたしまして、一つ目の○、基準病床数の算出ですが、厚生労働省の示す基準病床数の算定方法については、時点の更新があったのみで、考え方は変わっておりません。また、令和 11 年における患者数の推計値を踏まえて、厚生労働省から計算結果が示されており、その計算結果の数値として、基準病床数は、10,114 として記載しております。

二つ目の○、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築ですが、今年度策定する第 8 期障害福祉計画と整合性を図り、今後の方策、目標値等を設定します。表におきまして、令和 11 年度末の目標値を記載しておりますが、こちらも厚生労働省から示された数値が基になっております。

なお、この目標項目に関しまして、現行計画から項目自体を変更しているものがございます。ここで、参考資料 3、新旧対照表の 10 ページをご覧ください。表のうち、下の 3 行分となりますが、これまでの計画では、精神病床における入院後 3 か月、6 か月、1 年時点の退院率を目標項目としておりました。こちらにつきましては、第 7 期障害福祉計画において、同様の目標項目が設定されており、その数値についても、障害福祉計画に関する国の通知において示されていたところでございます。しかしながら、後ほど資料 3 において御説明する、第 8 期障害福祉計画においては、退院率から再入院率に目標項目が変更となっており、退院率の数値が示されなくなったことから、地域保健医療計画におきましても、再入院率を新たな目標項目として設定することとし、退院後 90 日時点、180 日時点、365 日時点の再入院率を掲載しております。

それでは、資料 1 に戻りまして、2 ページ目の○、精神医療圏の設定でございます。愛知県におきましては、精神医療圏を全県で 1 県域に設定しているところであり、引き続きこの体制を継続いたします。

次の○、数値目標の設定ですが、国が提示した算定式を用いて入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の数値目標を算出し、その結果を勘案し医療計画における数値目標を設定いたします。なお、入院需要の算定結果の数値も厚生労働省から示されているところであり、その数値を使用し、令和 11 年度における地域移行に伴う基盤整備量を 870 人としております。

（４）地域保健医療計画の精神保健医療対策の素案につきましては、資料 2 のとおりでございます。修正部分の新旧対照表につきましては、先程御参照いただいた参考資料 3 となります。数値データ等の改正を行っておりますが、個々の説明は割愛させ

ていただきますので、詳細につきましては、後ほどご覧いただければと思います。

最後に別紙1をご覧ください。現行の地域保健医療計画の進捗状況でございます。目標値に対する令和7年度までの達成状況ですが、1行目から6行目までの精神病床における入院需要、患者数は、目標値を全て達成しております。その下、精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数につきましては、目標値325.3日以上に対し、令和4年度退院者のデータでは322.6日となっており、2.7日下回っている状況です。なお、本データは、ナショナルデータベース、レセプト情報・特定健診等の情報データベースを参照しており、令和4年度が現時点の最新データでございます。その下の精神病床における退院率につきましては、入院後3か月時点は、目標値68.9%に対し、令和4年度で70.1%と達成しておりますが、入院後6か月時点は、目標値84.5%に対し、令和4年度で83.6%、入院後1年時点は、目標値91.0%に対し、令和4年度で90.5%と僅かに下回っております。説明は以上でございます。

○池田会長

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願います。

今は意見が出ないようなので、次の資料の説明をしていただいた後、伺うことにします。

次第「2 議題」の「(2) 障害福祉に係る次期計画について」事務局から説明を行ってください。

○事務局（浅井室長補佐）

議題（2）障害福祉に係る次期計画について、事務局から御説明いたします。

資料3を御覧ください。

左上の1、障害福祉に係る次期計画の策定についてです。2026年度は、障害のある人が地域で安心して暮らせるための総合的な計画である「あいち障害者福祉プラン2021-2026」の、計画期間の最終年度に当たることから、新たに次期計画を策定いたします。なお、愛知県におきましては、障害者計画と障害福祉計画・障害児福祉計画を一体的に策定しているところであり、次期計画におきましても引き続き一体的に策定を行います。

2、計画の内容についてでございます。

まず、(1) 障害者計画ですが、計画策定にあたっては、2023年3月14日に閣議決定された第5次の障害者基本計画を基本といたします。

この計画におきまして、「保健・医療の推進」に関する基本的な考え方が示されております。精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害者への医療の提供・支援を可能な限り地域において行う。また、入院中の精神障害者の早期退院及び地域移行を推進し、いわゆる社会的入院の解消を進める。また、精神障害者の地域への円滑な移行・定着が進むよう、切れ目のない退院後の支援に関する取組を行う。

障害者が身近な地域で必要な医療やリハビリテーションを受けられるよう、地域医療体制等の充実を図る。

あわせて、保健・医療人材の育成・確保や、難病に関する保健・医療施策、障害の

原因となる疾病等の予防・治療に関する施策を着実に進める。

以上の考え方を踏まえ、今後、本県における障害者計画の内容を検討してまいります。

続きまして、(2) 障害福祉計画・障害児福祉計画でございます。

計画策定にあたっては障害福祉計画基本指針に即して作成いたします。

障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標としまして、基本指針では、表にあります5つの項目を提示しております。1つ目が精神障害のある人の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数、2つ目が精神病床における1年以上長期入院患者数、3つ目が精神病床への30日以上の再入院率、4つ目が心のサポーター数、5つ目が住民のこころの状態となっております。

右側に移りまして、3、第8期障害福祉計画、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ございます。2017年2月にまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」では、「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進するための新たな政策理念として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が打ち出されております。本県におきましても、この理念を踏まえ、精神障害のある人が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、取り組むこととしております。

その下に記載の成果目標についてでございますが、第7期計画では、国の基本指針に基づき、①から③までの3つの目標を設定しておりました。今回の第8期計画では、左側の2のとおり、基本指針の目標は変更、追加を含め5つ挙げられております。議題(1)の地域保健医療計画においても御説明したとおり、精神病床における早期退院率は、この度、精神病床への30日以上の再入院率に変更となっております。また、心のサポーター数、及び住民のこころの状態の2つは、新たに追加されております。

愛知県における第8期計画の目標値につきましては、現在、検討中ではございますが、国の示す5つの目標のうち、4つを提示しております。太枠で囲った部分は、第7期計画から変更又は追加となったものとなります。なお、目標②精神病床における1年以上長期入院患者数の減少のうち、(3)と(4)については、目標値算出方法確認中と記載していますが、昨日、厚生労働省から数値が示され、(3)75歳以上患者数は、1,809人、(4)40歳以上認知症である患者数は、665人が目標値となります。なお、国の基本指針で示している「心のサポーター数」につきましては、目標値として設定する場合、心のサポーター養成に向けた事業の実施が必要となります。現時点では、まだ来年度予算の財政当局との折衝が行われていないため、目標として掲載することができない状況でございます。今後、予算に関して、ある程度事業化の見通しが立った場合には、改めて目標項目として提示させていただきたいと考えております。

説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○池田会長

心のサポーターは予算がついていないので、とりあえずペンディングということだと思いますが、目標としては2033年度末までに100万人ということですが、今現在は順調に増えているのでしょうか。

○事務局（浅井室長補佐）

愛知県としてはまだ養成はしておりませんが、名古屋市など事業を行っている自治体もあり、全国的には少しずつ増加しています。

○池田会長

精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数の目標値は、320 日ぐらいであればいいとあります。こちらは長くなればなるほどいいわけですが、一方でなかなか退院できない患者さんもいるので、そのような患者さんにどのように安心して地域で生活していただけるか、田中先生、何かご意見ありますでしょうか。

○田中委員

今日ご提示いただいたグランドデザインのようなものは、国の施策に則って作成されておりますし、医療戦略、住民の QOL 向上など、基本的な我々の考えとフィットしていて、誰からも反対されるものはありません。ぜひこの方向性でお進めいただきたいと考えます。

一方で、同時にこのような戦略面のことを動かすためには、疾患群ごと、状態像ごとに、かなりきめ細やかな戦術面での議論が必要だと思います。この場で具体的に詰めていくことは難しいと思うのですが、今日いただいた資料の中で言うと、資料 2、1 ページ 93 ページ、2 の（1）でいえば、統合失調症においては、治療抵抗性がありあらゆる治療にも反応をせず、行動障害が続いているために、地域移行が社会的な理由だけではなく、現実的に難しい方が多数いらっしゃるという現状であるとか、そういった方々に何をしていくのかということ。また（4）児童思春期精神疾患・発達障害ということで、この資料ですと児童期については、発達障害のことが中心に挙げられていますが、例えば被虐待の結果として、心の傷を負ったお子さんたちの処遇について、当院も関わっておりますが、あとは愛知県の精神医療センターもだいぶ多く関わっていらっしゃると思いますが、やはりいろんな困難が未だに存在していて、学習機会の喪失であるとか、ハウジングファーストの理念がなかなか叶えられないこと、そういったことが現実問題として起こっております。

以上、これはあくまで例示ですけれども、おそらく今後、我々が注目していくこと、それから県の方にも取り組んでいただきたいことは、こういう個別的な議論を見つけてさらに精密に、例えば、医療機関であるとか、あるいは当事者会の皆様であるとか、そういったところとコミュニケーションを取りながら進めていただけるとありがたいと考えています。

○池田会長

ありがとうございます。せっかくなので私からも意見させていただきます。田中先生のお話、統合失調症の治療抵抗性の話ですが、私は名古屋大学病院で入院治療に関わっていますが、やっぱり大学病院は総合病院という強みがあって、それに特化した患者さんの治療について、ニーズも高いし、期待されるところであろうと思いつつ診療を担っています。一方で、総合病院の精神科病床はなかなかうまく回っておらず、精神科医がなかなか居つかないし、少人数では回していけないので、すごく大変

です。大学病院のようにある程度スタッフがいて、看護体制等も充実していないと、うまく回っていかないという現状があります。身体合併症、例えば摂食症だとか、あるいは他のがん等を抱えていながら精神疾患になった、という患者さんがおられるわけです。現場ではかなり頑張っていますが、一方で、そこに対して目に見えるサポートがあまりないという実感をしていて、今どんどん疲弊している状態です。ここにいらっしゃる委員の皆さんは、そういう現状にあります。私たちも施設はあるけれども、先ほどのようにスタッフ等を含め施設の病床が限られている中で、資料2、7の精神科救急と関わってきます。もちろん患者さんに対して、ベストな治療を提供したいと思っていますが、その満足度を得られるよう全て受け入れられない状況としては、残念ながら単純に病床を減らしていくということがベストではない一面もあります。もちろんそれが素晴らしいことではあるんですけども、このような状況においては、一方で、拡充していくことも必要ではないかと思いますので、ぜひ今後のより良い精神医療を目指すために、重みづけ、重点化のようなことをすると、より良い精神医療に行き着くのではないかと思いますので、ぜひそのあたりを話していただけるとありがたいと思います。

○武藤委員

質問や要望ではないですが、障害福祉分野で活動している視点から、本日の資料とともに、現状も踏まえて、皆さんと一緒に共有ができればと思っています。

地域包括ケアシステムの構築について、入院医療中心から地域生活中心にというところで、精神障害のある方が地域の住民として自分らしく安心して暮らすことができるように進めていただいているかと思いますが、実際に、入院医療中心から地域生活中心というところで重要になってくるとして、障害福祉計画の方にもつながるかもしれませんが、地域の受け皿的な問題で、グループホーム等の整備だとか、そのグループホームの質の担保みたいところが結構重要になってくると思います。せっかく医療で丁寧に入院治療をしていただいても、地域の生活に移行した後に、十分な支援が提供できなくて、また症状が悪化して入院をせざるを得ないこともあります。知的障害、身体障害のある方に対するグループホームは充足してきたように思いますが、精神障害のある方に特化した支援ができるグループホームはまだまだ少ないと感じています。

あと地域の中で安心して生活する方法として、グループホームだけでなく、アパート等での一人暮らしを希望する方もいらっしゃいますが、やはり私の市町でも、アパートの大家さんの理解が十分に得られておりません。仲介業者さんに物件の紹介をしてもらうために窓口に行きますが、精神障害のある方だと門前払いを受けてしまいます。そんな雰囲気もある中で、地域の大家さんや仲介業者さんに理解していただく取り組みをしていますが、なかなか充分に進みません。そうすると“患者の意向に基づく生活の実現”はなかなか難しく、結果的に退院後は、支援者の見守りのあるグループホームでの生活が中心になってしまうという現状もありますので、サービスの質の向上も含めて、地域の理解促進とその方の希望する生活の実現に向けた取り組みがすごく重要かと思いますが、まだまだ充分にできていないということが課題と感じていますので、皆さんにも知っておいていただきたいと思います。

○前田委員

学校現場で働いています。2点ありますが、1つ目は、発達障害の子が暴れてしまうので、入院をお願いすることが時々ありますが、その入院を受けてくださるところが限られているということです。家から離れて入院をして、生活を立て直すと、ある程度状態が良くなる場合が多いので、なかなか難しいこととは思いますが、子どもたちの入院も充実していただきたいです。

それから学校現場にスクールソーシャルワーカーがいるので、子どものことはそこで対応できますが、親御さんが鬱であったり、双極性障害であったり、統合失調症であったりすると、子どもが退院してくるのはいいけれども、ヘルパーを入れたい時にヘルパーがいなかったり、ヘルパーを使おうとするときに、病院のケースワーカーと、地域のケースワーカーが上手くいかず、結局スクールソーシャルワーカーが対応せざるを得ないということがあります。子どもの生活を立て直すために親御さんのケースワークのお手伝いをすることもあります。それができるスクールソーシャルワーカーもそんなに多くありません。地域で暮らすということは本当にいいことだと思いますが、そのためには医療から地域へのケースワークをもう少し充実していただけるとよいと思います。感想です。

○池田会長

こういった問題は、予算の問題ではないのですかね。今のケースワーキングの話は各論なので、予算付けのような話ではありませんが、地域移行を考えていくと、先ほど田中先生のお話でもありましたが、結局は各論を詰めていかないと絵に描いた餅になってしまうということが、おそらく現場で働いている先生方、スタッフの皆さんは感じているところかと思いました。だからこそ、細かいところが実は大事なもので、そういうところにも目を配っていただきながら、この計画を立てていただくことが望ましいと感じました。他にいかがでしょうか。

○吉田委員

普段は尾張北部の精神科単科病院で精神保健福祉士をしています。あとは同法人の障害福祉サービス事業所でも勤務しております。

皆さんのご意見を聞きまして、少し思うことがあります。最近私も医療の立場、福祉の立場両方でお仕事をさせていただいて、医療と福祉というのは噛み合わないところが正直たくさんあるように思います。いろいろ原因はあるかと思いますが、一つはスピード感の違いかと思います。医療は決断も早いし、対応も早い。入院が必要となったらすぐ入院ですし、逆に入院治療の必要がなくなったらすぐに退院というのが医療の立場だと思います。実際に福祉サービスを使うにあたっては、申請をして計画案を出して、支給決定が出て、そこからやっと使える。介護保険は区分の「みなし」のようなものがありますが、障害福祉サービスは「みなし」のようなものが無いので、そのような点でスピード感が違うと思います。医療側も福祉のスピード感が理解しにくいところもありますし、逆に福祉側にしてみれば、医療のスピード感が唐突に感じる場合があります。「明後日退院するので、ヘルパー入れてください」というのは福祉からすると難しく、でも医療からするともう入院の必要がなければ退院、という一区切りが生まれてくるので、お互いがそういったスピード感が違うということ

まず理解しなければいけないのかなと思います。

あともう1点、現場として思うことは、医療においても、福祉においても、最近私の地域でも居宅介護等の事業所が次々に潰れています。民間では人手不足倒産とよく聞かれますが、医療や福祉業界においても他人事ではないと思いました。医療機関においても医師、看護師が足りないということはよく聞く話ですし、地域で安心して生活するには、やっぱり地域がある程度安心できる場所でないといけません。また県の自立支援協議会では、支援者の質の低下が大変問題になっているという話題もありましたので、本当に各論といいますか、人の養成というところが、安心した地域の生活につながるのではないかと思いますので、伝えさせていただきます。

○安藤委員

愛知県精神科病院協会の安藤です。先ほど武藤委員、吉田委員から意見があったように、医療と福祉と介護保険とは噛み合わない、ということが最近すごく多いと感じています。地域移行のために病院は早期退院促進を進めていますが、気がつくとう当院の病院の周りも、株式会社が建てたグループホームが乱立しています。そこが営業に来て、患者をグループホームに入所させて、外来診察は契約した在宅医療チームがあって、訪問看護もヘルパーもいて、なおかつケアマネさんも全部結託して、それでワンセットで動いているので、まるでその患者さんが連れ去られていくような、そういう実態が最近多くなっています。そこに人材派遣をする会社まで出てきて、そういうところは何を財源にしているかというところ、有料老人ホームなどからバックマージンがもらえるそうです。“地域包括ケアで地域へ”と聞こえはいいですが、そういう実態を愛知県で把握、指導する体制があってもいいのではと感じております。

○杉田委員

家族会の理事をしております杉田と申します。家族としての立場でいろいろ相談を受けております。先ほどから、支援する立場の方からいろいろお話がありますが、当事者が地域の一員として参加できるようにすることは、とても難しいことと実感しています。家族の方たちのお話を聞きますと、本人の問題もあると思いますが、催しものがあっても地域に受け入れていただくことはとても難しいということです。受け入れていただく地域の方が本当に理解してくださっていただければいいんですけども、いまだに偏見もあるので、なかなか難しいです。防災に関しても、名簿を作ってくださいとお願いしたいところですが、本人のことをオープンにして助けてくださいということがなかなか言えません。

また先ほど、グループホームがたくさん出来ていると話がありましたが、豊田のほうではまだまだできておりません。1箇所だけ民間が参入しているところがありますが、いざ入ろうと思うと、なかなか受け入れが難しいのと、スタッフの方たちも専門の方ではない方が多いので、馴染めなくて本人が逃げたしたり、スタッフと喧嘩になってしまったりして、家族の方からも言いたいことがなかなか言えないので困りますということを聞きますし、市の方でも、家族一軒まるごと包括的に支援することも進められていますが、なかなかそれも進んでいません。

アパートの住宅確保の問題については、大家さんたちに集まっていただいて、説明会等色々されてはいるのですが、いまだに理解していただけないことが多いという実

態があります。また先ほど人材育成の話がありましたが、過去に病院で働いていた方や、ケースワーカーさんたち、そういう方たちに呼びかけていただいて人材育成ができると思うのですが、なかなかそうはできない状況があるようです。入院の日数がだんだん短くなってきているので、家族としてはもうちょっと入院させておきたいけれども、早く退院させなければいけない、でも行くところがないというところで、なかなか困難を得ております。そのあたりも考えていただければと思います。

○池田会長

ありがとうございます。大変貴重なご意見とと思います。特に思ったのは基本計画においてです。偏見、スティグマの問題です。それをどのように啓発していくのかということが、ある意味、方法論的なことなのかもしれませんが、それは基本にあって、その具体的なところ、各論は大変重要だと思いますけども、その前提となる理解というところは、以前よりは解消はされてきたと思いますが、もっと理解していただくことが必要ですね。

それでは議題「(3) その他」をお願いします。

○事務局（桑山主査）

資料4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。医療計画における精神保健医療対策の内容については、本日の地方精神保健福祉審議会での御意見等を踏まえ、案を調整し、今後医療体制部会、医療審議会に諮り、原案を決定します。12月ごろに行う2回目のこの審議会においては、市町村や関係団体への意見紹介、パブリックコメントに付ける内容をお示しつつ、案の調整を行う予定でございます。その後、医療体制部会に最終案を図り、医療審議会での答申を経て、3月に策定公表していくこととしております。

また、障害福祉計画については、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を図りつつ、医療計画の策定を進めてまいりたいと考えております。

○池田会長

今の説明踏まえて御意見等ありますか。

○田中委員

質問です。先ほど各論という話をさせていただきましたが、今日の審議は、資料2の具体的な中身も含めて包括的に試案を作成しているということでしょうか。

○事務局（浅井室長補佐）

資料2が医療計画の試案です。本日の審議を経まして、修正等の御意見等ございましたら、それを修正させた上で、今後医療体制部会に諮っていきたいと考えております。もし資料について、具体的に御意見ありましたらお願いいたします。

○田中委員

そうしましたら、具体的に施策として盛り込んでいただきたい項目がございます。

例えば統合失調症は、先ほど申し上げたように、治療抵抗性ですね、地域移行が実質的に今の医療では行えないような方々が、やむを得ず長期入院する場合についてです。現在の診療報酬体系というのは、どんどん長期入院すればするほど病院の経営は経常赤字が膨んでいくという構造になっております。でもこのような方々をそう簡単に地域にお返しするわけにいかない、無下に商業ベースのグループホームにお出しするのも御本人のためにならない、危険が生じるというような場合があります。そういったことに対して、国の施策が動く前に検討していただき、何かお手伝いがいただけるとありがたいという風に感じることがございます。

それから児童思春期のことで言いますと、先ほど申し上げた被虐待の児童に対してです。児童相談所が一時保護を行うのですが、一時保護を行う際に児童そのものに精神疾患が生じることが多々あるかと思えます。そういった場合に一時保護委託という形で、私どものような精神科の病院にお子さんが預けられることがございます。こうなると、医療の問題と児童福祉の問題が入ります。すると部局横断的にいろんな問題が発生して、硬着状態になってしまうことが多々ございます。こういったことについて、県の中で部局を超えて調整を行うようなシステム作り、あるいは現場へのご支援がいただける体制があるとありがたいと感じております。

それから 8 番の身体合併症のところですが、2 つ個人的に問題意識を感じていることがございます。1 つは摂食障害、拒食症です。これは極めて生命予後の悪い、大変よく患者さんが亡くなる重い病気ですが、精神科の病院からすると、身体科のことが巻き込まれるので、とてもやりづらい。身体科の先生方からすると、精神科の領域が混じるので、とてもやりづらい、という理由で治療難民になりやすい病です。このことについて身体合併症の項目の中で何等か盛り込んでいただきたい、摂食症ということを実際にキーワードとして挙げていただきたいということが一つございます。

それから表に出てこなかった問題ではありますが、慢性の精神障害を持っている方に、慢性の腎障害が合併して、透析が必要になる方が少なからずいらっしゃいます。これに対応できる医療施設が、実質的に県内に 1 箇所しかありません。短期間の透析であれば大学病院、総合病院、クリニックでもなんとかなる場合がありますが、長期間の透析となると極めて調整困難で、当院でもそのような事例が時々発生しますが、状況によっては他県の病院にまでお願いして、超長距離の移送をやっていただくこともあります。おそらくこのような、その調整に外れた事例については、何らかの形で不幸な転帰を迎えていらっしゃるのではないかと思います。精神障害者の腎臓の血液透析の問題ということについても、すぐに解決できるテーマではないと思いますが、キーワードとして上げていただけるとありがたいと感じております。

○池田会長

事務局から回答ありますか。

○事務局（浅井室長補佐）

御意見ありがとうございます。長期入院すればするほど赤字ということについて、何か県のほうで支援をということについては、診療報酬のあり方の問題でもありますので、支援が可能かどうか、それを計画に盛り込めるかはお答えすることが難しいと思いますが、検討はさせていただきたいと思えます。

児童相談所との連携については、該当部署に連絡いたしまして、検討させていただきたいと思います。

身体合併症や透析の問題については、こちらも具体的に対応ができるものかどうか、なかなか難しいところですが、検討はさせていただきたいと思います。

○田中委員

ありがとうございました。

○池田会長

皆様からの御意見踏まえて、事務局はいかがでしょうか。

○事務局（浅井）

ありがとうございます。今回出た御意見等につきましては事務局において取りまとめ、関係箇所について修正した試案を書面により再度御意見等を伺い、試案の決定とさせていただきたいと思います。なお、軽微な修正については会長及び事務局に一任していただければと思います。

○池田会長

ありがとうございます。今回の事務局からの提案について御賛同いただけますか。それでは事務局は引き続き医療計画の見直し及び障害福祉計画の作成についてよろしく願いいたします。

全体を通じて、その他何か御意見、御質問があればお願いします。

特にないようですのでこれで議事を終了いたします。進行を事務局に戻します。

○事務局（加藤）

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、情報収集や内容の整理をいたしまして、12月頃に開催予定であります、次回の審議会にて計画の案をお示しし、調整をしていきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

以上を持ちまして、令和8年度第1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。