

### I 日時

平成28年3月17日(木)

午後2時から午後3時45分まで

### II 場所

愛知県 自治センター12階 会議室E

### III 出席者

(委員)

明智 龍男	名古屋市立大学大学院医学研究科教授
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
川瀬 雅喜	愛知県町村会行財政部会長(東郷町長)
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
永田 雅子	名古屋大学心の発達支援研究実践センター准教授
西山 朗	愛知県医師会理事
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 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
村岡 恵子	ボランティアグループ「風車の会」代表

出席者数15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。議題1でございますが、「愛知県地域保健医

療計画の進捗状況について」、まず事務局の方からご説明お願い致します。

○事務局（土屋室長）：資料1について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。事務局から御説明いただきましたけれども、この資料1に関連する事柄について、委員の方々から御議論いただければと思いますがいかがでしょうか。

○舟橋（利）委員：愛精協の舟橋でございます。今、土屋室長から色々御説明していただきまして、その中のG-Pネットの事なのですが、このG-Pネットは県の持ち物で、愛精協がその運営を委託されているのですけれども、実際のネットワークの作り方というのは名古屋大学の杉浦先生にお願いしております、今予算を頂戴しているのですが、予算が足りないということで実は愛精協が費用を少し持ち出しをしているという事がありますので、お願いになりますけれども、一つこの予算を、国が税金を多く持っていく状況で心苦しいと思いつつも、是非G-Pネットの予算につきまして、お願いしたいと思っております。

それからG-Pネットの参加につきまして、本日お越しの西山先生始め医師会の先生方のおかげでかなり一般の診療所が増えてはいるのですけれども、これを増やすのはなかなか愛精協では出来ませんので、ぜひ県の方とも協議をしていただきまして、また西山先生にもお願いしたいと思っております。

くれぐれも予算について、お願いいたします。以上です。

○尾崎会長：本件について、事務局から何かありますでしょうか。

○事務局（鈴木室長補佐）：今のG-Pネットの件ですけれども、今は会議等に係る費用を委託させていただいておりますけれども、内容をG-Pネットの運営だけに絞っていけばもうちょっと上手く回っていくのではないかと、予算の担当者と話をしておりますので、その方向で切り替えていくともうちょっと使いやすいお金になるのかなと考えております。28年度は間に合いませんので、29年度からそうしたいと思っております。

○尾崎会長：一方でG-Pネットのことなのですが、先ほど、一般診療所の加盟があまり増えていないというお話がありましたが、一般診療所の方にとってどういうことがニーズなのかが重要かと思っております。例えば、小児科の医師にとって、児童精神科に関するネットワークをもう少し作ってほしいとか、あるいは産婦人科の医師にとって、周産期医療の中でネットワークを構築したりだとか。そういったものについて、西山先生、いかがでしょうか。

○西山委員：このG-Pネットの一般科医は小児科とか産婦人科などの区分がありません。はっきり申し上げますと、「皆さん協力してください」と声をかければ、登録件数は一気に増えると思います。ただそうすることによって、事務が煩雑になって大変になるという事態が必ず起こりますし、現在興味があって登録している医師は、ご自分が実施した診療で精神医療に関して苦勞された人だと思います。なので、号令をかけろと言うことであればやっても良いのですが、どうでしょうか？ものすごく増えますが…。

○尾崎会長：ということのようですが、舟橋（利彦）先生、いかがいたしましょう。

○舟橋（利）委員：ありがとうございます。今ははっきりいってほとんど使われていないので、もし増やしていただけるのならその方が良いとは思いますが、愛精協と県と県医師会とで相談して、増やせるのであれば増やした方が良いのではないかと思います。

○尾崎会長：受け皿である精神科の方は大丈夫という事ですね。

○舟橋（利）委員：愛精協としては大丈夫です。近藤先生いらっしゃっていないので、診療所については分かりませんが。

○尾崎会長：あとはいかがでしょうか。どうぞ、木全委員。

○木全委員：3番の救急体制についてですが、俗にいうセンター方式について大都市圏ではすでに実施されているものですから、これについて前回の審議会で検討するという約束があったように思います。それについて今回資料を見ても記載が無いものですから、どこまで検討しているのかを教えてくださいたいのですが。

○事務局（鈴木室長補佐）：前回の9月の審議会の資料にロードマップを示させていただきました。今回は付けておりませんが、あの中で一つずつ検討していくということにして、救急体制についてはまず緊急措置診察時の立会を省略することで早く措置に繋げるという取り組みを始めます。それと指定医への依頼を早く行える体制を整えるということも始めます。一つずつこなしているところです。

センター化につきましては、ロードマップでも、来年度に本格的に検討して、29年度に向けてというような図になっておりますので、全然検討していないということではございません。

○事務局（松本局長）：休日夜間の精神科救急のセンター化ということだと思いますが、これについては検討していないわけではなく、ずっと前から検討しています。ただ、センター

化の際に一番ネックになるのは、愛知県の場合は比較的面積が広いということで、その中でセンターが1か所だけだとかえって時間がかかってしまうのではないかとか、あるいはセンター化することにより、そのセンターに非常に多くの人員が必要になってくるものですから、人員の面でも難しい問題だと言えます。そのため検討しているのですが、今のところセンター化すれば全て解決するというようには考えていないということで、継続的に検討しているという状況でございます。

○木全委員：センター化するのに人員が要するというのは一般論として通用しないと思います。なぜなら、集中化することによってスケールメリットは出てきますから、センター化の方が余分に人がかかるというのはちょっとおかしいのではないかと思います。そのあたりはきちんと検証していただきたい。

それから、愛知県内に1か所となると三河の人が大変だというのは確かにあるのですが、これも多くの関係者の方にお聞きしますと、一般医療における脳梗塞のように時間を争うというようなことは無いものですから、精神の場合、搬送が大変だということはあるでしょうが、その搬送体制さえしっかりしていれば少々遠くても良いのではないかと思います。それよりもセンター方式のメリットの方が大きいと思いますし、既にやっている所はやっているわけですので、今おっしゃられた理由というのは少し納得いかないものですから、よく検討していただきたいと思います。

○尾崎会長：センターといっても、地方自治体によって随分形式が違うようでして、愛知県がどこの自治体を参考にすべきか、例えば神奈川県が良いのか、東京都が良いのか、埼玉県が良いのかというようなことを検討するため、すでに出来上がっている他の自治体のセンターの特徴だとか様式をこの審議会に出していただくのが良いと思います。

先ほどおっしゃられた面積の問題も、例えば埼玉県だと愛知県よりも小さいですね。ですから神奈川県だとどのような仕組みになっているのかだとか、神奈川の場合、横浜市というのが大きな役割を担っているかと思いますが、愛知県の名古屋市も大きな役割を担っていただく必要がありますので、名古屋市にも方式を考えていただくとか、いくつかこの審議会に例を出していただいて、議論を深めると良いのかなと思います。あるいは、この問題は長い間検討していただいている方向性が十分出せていないということから、この審議会ですべて十分な時間を費やせられないのなら、いっそのことワーキンググループを別途作って、そこには木全委員にも入っていただいたり、愛精協や城山病院からも委員を出していただくなどして、センター方式について検討して案を作り、この審議会に提案するというような方式をとるのも一つの方法かと思います。その点について、事務局はいかがですか。

○事務局（土屋室長）：今、おっしゃって頂いたようにセンター化そのものも各保健所長で

あるとか健康支援課長、職員の方々の認識が全く同じものになっていないということがございますし、会長さんがおっしゃってくださったように、愛知県にとってどのような方式がふさわしくて、適切かといったことも色々と検討したうえでないと決められませんので、今、県庁の関係者で色々と案を練っているところでございます。これは県だけではなく、名古屋市さんとも共同でやっていく必要がございます。今年は他の県を視察させていただきましたけれども、愛知県よりは実態として進んでいるとは思いましたが、どうもセンター化したことによる課題というのもあるようですので、そういったことも低リスクでできるようなやり方を色々と考えていかなければいけないと思っております。

ですから、県と名古屋市との調整で、ある程度の方式が決まれば、それを案として提示して、外部の方の御意見を伺いながら修正していくという形になるかと思っております。まだ県内の統一の見解として、1か所が良いのか、2か所が良いのか、といったところが意思決定されておられませんので、そういったことも決めてまいりたいと考えております。

○事務局（松本局長）：少し補足ですが、私が先ほど申し上げたセンター化というのは、1か所で搬送なども全て行う場合には人員が多く必要になるという意味でして、では現実的に何ができるかということですが、コールセンターのようなものを作って、そこで夜間・休日の通報については1か所で受けるようにします。基本的には電話を受ける人はいつも同じで、その人がフィルターをかけて、措置診察が必要だと判断した時に各保健所に連絡して、各保健所が動く、といったようなものも現在検討中でございます。このように検討は随時行っておりますが、ただ、今の時点で愛知県としてはこれがベストだということなことをなかなかお示しできないというのが現状です。

○尾崎会長：その他、身体合併症であるとか、社会復帰といった非常に重要な問題があるのですが、ちょうど議題として地域移行支援だとか、身体合併症につきましても後の議題に入っておりますので、これぐらいにして次の地域移行に移ろうかと思いますが、よろしいでしょうか。

救急の問題は木全委員ご指摘のとおり、ずっと議論が続いておりますので、センター化が良いのか、センター化するのであればどのようなものにするのか、次回までには色々な地方自治体を見てこられた結果をこの審議会に出していただいて、その上で場合によってはワーキンググループのようなものを作って、考えていくという形式が良いのかなと思っておりますので、事務局の方、よろしく願いいたします。

それでは次の議題2「地域移行支援の取り組みについて」、御説明をお願いします。

○事務局（角田主任主査）：資料2について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。それでは今の地域移行について、この分野は医療

と福祉の連携が求められる分野ですが、それぞれのお立場からいかがでしょうか。先ほどの資料1の説明の際にも、土屋室長から「1年未満の退院者のパーセンテージを…」というお話がありましたが、退院をしていただいでどういうふうにするのかという事が無いと、パーセンテージだけが独り歩きしてもいけませんので、そういった観点からも御議論いただければと思いますがいかがでしょうか。

どうぞ、舟橋（利彦）委員。

○舟橋（利）委員：今、尾崎先生がおっしゃったように、退院した後のイメージが今一つ湧かなくて、例えばうちの病院はあまり入院期間が長い患者さんがいらっしやらないのですけれども、どうしても長期の入院患者さん達の場合ですと、他の施設に入所するというようにならざるを得ません。ご家庭に戻られる方というのは大体1年未満、3ヵ月ぐらいで戻られます。そうしますとどうしても1年以上の方となりますと、社会的資源、どこか別の施設という事になりますが、それは絶対的に不足しているでしょうし、ご家族に更なる負担をかけるということも難しいと思います。ですから、対象としているのはどういった患者さんなのかを教えて欲しいです。そのイメージを県はどのように描いているのでしょうか。精神症状的に退院がとても難しい患者さんだろうと思われるので、色々な形で社会に戻すというよりも、病院に居て、グループホーム等の施設に行かせるということしか思いつかないのですが。

○尾崎会長：いかがでしょうか。退院後の受け皿についてということですが。

○事務局（角田主任主査）：さきほどご報告いたしました、精神障害者を対象にした福祉ニーズ調査ですが、質問項目の中では、在院期間、診断名、地域移行を行うにあたって課題となる点、時間を要する点についても個別具体的に質問項目として、患者さん一人一人について各病院から挙げていただきましたので、そういった内容を精査して患者さんの状態像に応じて、どういった支援が必要なのか、現在どういった支援が不足しているのかといったことを分析して、今後進めてまいりたいと考えております。

○木全委員：やはり一番大事なのは、退院してからの受け皿の整備だと思います。そのことについて、福祉と医療の連携は当然必要ですが、しかしながら社会的な資源をどのように整備するかという事について、お金をかけずにやろうというのは無理な話なものですから、この審議会の中で一言、予算の増額を図ることが記載されていれば一番良いのですが、なかなかそれは書けないのだらうと思います。

例えば、前にも私は言いましたけれども、グループホームの整備に東京都は補助を出しています。国で全国一律1万円出していますが、都独自に上乗せして出しているわけです。そういう財政的な処置を考えて、今の地域移行をやっている人たちが安心して取り組める

ようにしないと、駄目なのだろうと思います。

また、グループホームというのはサービスが不十分であり、宿泊型自立訓練施設は県内だとまだ2か所しか無いと思いますが、この施設をもっと作れば退院は随分増えるだろうと思いますので、いかにその整備を民間任せにするのではなく、県の責任で整備を図るかという計画をしないと駄目だと思います。

それからもう一点大きな問題として、退院した後については、現在も家族に任されています。家族に期待するというのも無理があると思います。家族に介護する力が無くなったり、家族が死んだりした時には、結局また病院に入ってしまうと。そういうふうにならないようにするためには、やはり社会的に責任を持つという立場にならないとこれは解決しないだろうと思いますので、その辺りよろしくお願いします。

○尾崎会長：財政的な面も含めてという話がありましたが、他にはいかがでしょうか。どうぞ、近藤委員。

○近藤委員：私ども診療所というのは、各種社会的資源のうちの一つに入るのではないかと思います。私たちは主には軽症の患者さんを受け持っているのですけれども、中には統合失調症であったり、重症のうつ病の人のケアをしている診療所もいくつかあります。

そのため、掘り起こせば膨大な資源があると言っても良いかと思います。これを言うと、それではやれるかと問われるのですが、それはなかなか難しいということではありますが、もし何らかの要請があれば、もう少しくらいは受け持てる部分があるだろうかと思います。そういったことも一つ念頭に置いていただけたらと思います。もちろん長期入院者でかなりケアが必要な重症な方は難しいと思いますけれども、軽症な方でしたら引き受けることができると思います。ご考慮いただければと思います。

○前田委員：今、近藤委員がおっしゃられたのは医療的なケアの話だと思うのですけれども、私は退院、退院ということで数を言われるのものすごく違和感があります。病院から出されるという事は医療的なケアだけでなく、生活という部分がかかってくるので、退院した時にどのようにヘルパーを利用するのだとか、どこのアパートを借りるのだとか、自立することができる方をどうするのかだとか、そういった生活面に関して高齢者のケアマネジメントのようなもう少し丁寧なものが必要だと思います。このコア機関チームのようなボンヤリしたものでは出来る気がしないので、医療機関から退院した方の生活をどこでどのように保障するのか、どうやったらその人が社会の中で生活できるのか、なおかつ家族に対する支援も必要かと思っています。

そうした医療的なケアではない、生活の面に関するバックアップというものが、お話の中に無いことに違和感がありました。退院した時にどのように生活するのか、一人では生活できないから入院していた人が病院から出されて誰が相談に乗っていくのか、といった

ことに関してもう少し具体的な生活マネジメントみたいなところをイメージできるようなものが出来てこないといけないと思いました。

意見として言わせていただきました。

○増子委員：私は皆さんがおっしゃる、地域で支援をしている事業所の代表の立場として発言させていただきます。

実は私が居る事業所の地域でも、先日、どれぐらいの方が1年以上の入院を、どこの病院にどのくらい居るのかということ进行调查しました。100%の回答率でいただいたのですが、退院できない、退院を進められないという病状の方が思いのほか多かったです。なので私はこの退院促進の話が出るたびに、退院ができる人が病院の中にいっぱい居るのではないかという、誤解があるのではないかと考えています。

とはいえ1年以上入院されている方の中にも、その理由として病状だけでなく、木全委員がおっしゃったように例えば受け入れの問題などがあってずるずると延びてしまっているというケースも確かにあります。そういった人たちを精査すると、各病院で1名居るか居ないかぐらいです。実際にはそれほど居ないのです。ですから数字だけが独り歩きしているのではないかと考えております。

それから、地域の支援の体制というものが病院から信頼されておられません。どういうふうに信頼されていないかと言いますと、資料の図に各相談支援事業所がありますが、その事業所には相談員が1人居るか居ないかという所が多いです。そうすると事務所で利用計画を作ったり、相談に応じることで手一杯で、外に出かけていって支援をしていくという体制が取れない事業所の方が現実には多いです。そういった点で旧体制の時の支援体制の方が成果が上がったのではないかと考えています。旧体制は旧体制で不評の部分もありましたが、集中的に専門の支援員を設置できたことがあったからこそ、成果が挙げられたと思います。

なので、これは福祉の方の問題だと思いますが、木全委員がいつもおっしゃる「お金だよ」ということは、やはり福祉の現場でもあります。気持ちだけでは動けません。そうした状況で退院率の数を目標にさせていただくのであれば、その目標が達成できない実情が何なのかということも示していただいた方が良いかと思えます。研修を受けていけば促進できると思っているはずですし、地域でやっている者は一生懸命やっています。病院のスタッフさんも患者さんの状態を見ながら一生懸命出そうと個別的にきちんとやっていることが、地域に居ると実感できます。病院の中に退院ができる人がいっぱい居て、病院が出さない、地域も受けない、という事ではないということをお言わせていただきます。

色々と言いましたが、お金が地域の、特に福祉の現場にお金をつぎ込まないと進んでいけないという事が現実にはあると思います。

○尾崎会長：ありがとうございました。お時間もあまりありませんが、繰り返しになりま



すけれども、今増子委員がおっしゃられましたが、非常に重症度が高い方がいらっしゃる。それはどうして重症化するのかという問題がありますが、明らかなのは急性期との関連です。治療が遅れば遅れるほど、その後の治療経過が悪いことは証明されていますので、急性期の時の入りをきちっとすることが地域移行にも繋がります。そののところがしっかり考えていただくということも必要と言えます。

それから、私どもの病院では「クロザピン」という薬を使っているのですが、確かにものすごく症状が良くなる人がいます。しかし一方で、毎週毎週採血検査に来てもらわないといけません。そのため、家族の助けが必要になってきます。しかしながら毎週毎週付き添える家族というのはごく一部です。

また、地域移行に関してですが、精神障害者の方は就労したいという気持ちが強い方が多いです。ですがそのアシストをするためには、就労現場にPSWの方に行ってもら必要があります。これは研究で明らかにされておりまして、個別対応が必要であるとされています。しかしそれが出来ない現状をまさに今増子委員がおっしゃってくださいました。分かっているけれども出来ないという現状があることもご理解いただきたいと思います。

そうしたことを含めて、この地域移行もだいぶ前から問題になっておりますが、先ほどの議題と一緒に、この審議会では時間が足りなくなってしまうので、何人かの方でワーキンググループに入ってもらって、ある程度の案を固めてもらってこの審議会に出していただくと良いのかなと思います。

ということで次の議題に移りたいと思います。次の身体合併症も課題がたくさんあるかと思っておりますので、3番目の「精神・身体合併症連携推進事業」について、御説明お願いいたします。

○事務局（鈴木室長補佐）：資料3-1、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。ちなみに前回の審議会で、摂食障害加算というのがあって、それを取れている病院が愛知県内にどれほどあるのでしょうかとお聞きしたのですが、結果はどうでしたか？

○事務局（鈴木室長補佐）：摂食障害入院医療管理加算というのがそれにあたるかと思いますが、これにつきましては尾崎会長の名古屋大学と藤田保健衛生大学が届出をしていることが分かっております。藤田保健衛生大学には確認しておりまして、平成26年度実績にはなりますが、30日以内の入院分が83,000点、31～60日以内の入院分で32,800点で、合わせまして115,800点の実績があったことが分かっております。

○尾崎会長：加算を取ることが最終目的ではありませんが、加算が取れる所でしかなかな

か受け入れが進んでいないという現状がありまして、そのほかの加算として精神科リエゾン加算というものがあります。これも総合病院で、身体的な要因で入院されているけれども、精神的な問題を抱えている方にも対応できる精神科リエゾンチームというものを作って対応するという加算です。これもかなり少ない状況だろうと思います。名古屋大学病院の例を言いますと、やっこの4月1日から取れる状況です。こういった加算が取れる病院が今後増えないと、この精神・身体合併症に対応する仕組みも愛知県内でなかなか動いていかないだろうと思います。

リエゾンチーム加算についての状況を事務局は把握していますか？

○事務局（鈴木室長補佐）：すぐには分かりかねます。

○尾崎会長：私の把握している限りでは、刈谷豊田病院が一時取っていた記憶がありますが、なかなか取れている病院は無いと思います。なかなか体制整備が進んでいなくて、リエゾンチームが作れないのが現状だと思います。

そういった現状を把握していただいて、そうした体制を整備するためにどういったことができるのか。先ほどの資料で、小児・思春期の病床はもうすぐ開棟してだいぶ増えますという話はありませんでしたが、身体合併症に関する対応はまだまだ他の自治体に比べて遅れているのではないかと。そういったことを確認するための一つの調査が、摂食障害加算をどれくらい取れているのかといったことや、あるいは精神科リエゾン加算がどれくらい取れているのかということであり、愛知県の現状と他の自治体の状況をもう一度詳細に調査していただいて、それをどうすれば良いのかという話になると思います。

明智先生、そのあたりいかがでしょうか。

○明智委員：ありがとうございます。別のことも含めて話させていただきます。

摂食障害加算については、当病院は取れていないのですけれども、患者さんは実はものすごく多くて、今も最重症の方が3人ほど入院されていて、常に数人入院されているような状態です。もちろん名古屋大学がもっと多いということは存じ上げているのですが、もう少し、一部の病院に偏っているこの現状をなんとかしていただければというふうには思います。

リエゾン加算についても取れていないのですけれども、スタッフの育成がまだ進んでいないことが理由にはありますが、もう一つ、合併症というと統合失調症の方の身体合併症のイメージが強かったと思うのですが、最近は全く精神科受診歴が無い高齢者の方が激しい自殺企図で救命救急センター経由で入院されるケースがあります。あとでそういった方が、レビー小体型認知症だと判明するケースが散見されるので、高齢者に起きる新しいタイプの合併症が今後は増えてくるのではないかと感じております。そうした現状も、今後の対策に活かしていただければと思います。

○尾崎会長：ありがとうございました。うちの病棟もSLEの精神症状の激しい方が、かなり入院していらっしゃいます。少し前までウィルソン病という銅の代謝に問題があって、肝臓と脳に影響を与える病気があるのですが、一般病床では対応が無理なので、私どもの病床に入院されているという状態です。今も他院から問い合わせがありまして受け入れてもらえないだろうかと言われているケースがあるのですが、この方もウィルソン病とのことです。

そういった方々の受け入れはかなり難渋をしております、明智先生からもお話がありましたように、この様なタイプの身体と精神の合併症をどう受け入れていくのかが大きな問題でして、そういった内容があまりこの審議会では取り上げられていない気がしておりますので、是非その辺りにも目を向けていただければと思います。

それから、最近指定難病に関する法律が変わりまして、去年から難病指定が増えましたが、このケースにあたるような身体と精神の症状を併発しているような方がたくさんいらっしゃいます。こうした方も最近当病院に入院されていましたが、心臓疾患を持っていらっしゃるものですから精神科病院では対応できませんので、そうしたケースも合併症として見ていただく必要があると思います。ある程度大学病院で対応せざるを得ない状況でもありますので、大学への今後の支援も含めてお願いできればと思います。

それでは、資料4と資料5について、御説明をお願いします。

○事務局（鈴木室長補佐）：資料4、資料5について説明。

○尾崎会長：ありがとうございました。それでは今の事に関してや、あるいは今までの事柄で何か御意見ありますでしょうか。

先ほど話に挙がっていました摂食障害入院加算ですとか、リエゾンチーム加算というものについて御存じない方もいらっしゃると思うので、国がどういうことを求めているのかを御説明しますと、例えば摂食障害入院加算を取るには、常勤の心理技術者が必ず居なければなりません。常勤なので週38時間以上勤務でなければなりません。そういった条件が厳しくて加算が取れなかったりするようです。リエゾンチーム加算も同じことで、常勤の心理技術者が必要ですし、何よりも大変だったのは認定看護師が居ないと加算が取れないという条件でした。認定看護師といっても精神科の認定看護師ですから、看護部が配置してくれないと取れないというわけです。そういったリエゾンチームを少なくとも大学4病院は整備できるようにしていく必要があると思います。

○事務局（鈴木室長補佐）：リエゾンチーム加算ですが、藤田保健衛生大学病院は平成24年から取っていることが分かりましたので、御報告します。

○尾崎会長：その他、何か御意見はありませんでしょうか。

繰り返しになりますが、急性期の問題はセンター化のことも含めて、長らくここで御検討いただいていたのですが、そろそろ具体的にどういった形で考えられるかということをおまとめいただいて、この審議会の時間もなかなか十分でないことも分かっておりますので、何人かの委員の方、あるいは委員の御所属から人を出していただいて、集中的に検討いただいて、愛知県はどうすれば良いのかを決めていく必要があるかと思えます。

また、地域移行についてもたくさんの方の問題を抱えていて、急性期とも関係しますし、一方で増子委員からも意見が出ていましたけれども、やらねばいけないことは分かっているのに出来ない現状があったりですか、地域自立支援協議会からも要望が出ているとのことですので、そこらへんと連動するワーキンググループを作るといようなことも含めて、次回までにはその2点については特に、具体的な話を出していただくということをお願いしたいと思います。

それから、身体合併症については、先ほどの話のような現在の実態をもう少し明らかにしていただいて、総合病院の負担をなんとか減らせるような話を出していただきたいと思えます。

せっかくですから、御発言がまだ無い永田先生いかがですか。

○永田委員：地域移行支援のところで前田委員がおっしゃられたように、病院から帰る際の生活の支援ということがとても大事になってくると思えますし、急性期にどう対応するか、など課題はいくつかあると思えますが、やっぱりデータなどが出てこないとなかなか見えにくいところがあるので、医療の部分と生活の部分との両方が見える形で審議会で検討していただければと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○尾崎会長：永田委員にもぜひワーキンググループに入っていただければと思えます。

御発言の無かった村岡委員、いかがでしょうか。

○村岡委員：ボランティアをしております村岡と申します。私も地域移行の件で、少し御報告させていただきたいことがあります。私は現在事業所のほうでボランティアをしているのですが、退院された後は皆さん、就職ということに対して強いモチベーションを持たれる方が多いです。ですけれども精神症状があられる方の就職と言うのは本当に困難で、法律も変わってきてはおりますが、仮に就職したとしても今度は生活という面で、楽しく生活出来るかといったら、偏見や差別などで家から出にくい状況となってしまいます。

私たちはこころの居場所ということで、フリースペースを現在2ヵ所展開しているのですが、そこに来る方が非常に少なく、どうしてかといいますと、人に見られるのが嫌だと言うのです。その他、地域性もあるようでして、春日井だとか江南だとか常滑では多くの方がいらっしゃっていると、他のボランティアグループから聞いております。

ですから、退院した後の仕事と、楽しく生活できる環境といった、そうした支援を行う

必要があると思います。例えば介護サービスですと、ケアマネージャーさんが一人ひとりに対してしっかりとしたケアプランを作られているので、どうして精神障害の方にはそういったプランが無いのか、ということ常々思っておりますので、一人ひとりに対してきめ細かい支援が出来る体制を整えたいなと思っております。

○尾崎会長：ありがとうございました。それではまだ御発言のなかった永井委員、いかがでしょうか。

○永井委員：家庭裁判所にも、家族の中に精神障害を抱えておられる方がみえる事がありますが、非常に苦勞されている方もいらっしゃいます。私は精神医療審査会のメンバーにも加えさせていただいております、色々と学ばせていただいておりますが、連携をするということが非常に重要だと今日のお話を伺って思いました。今日も始めて聞く言葉も多くて書き留めさせていただいておりますが、こういう機会はとても大事だと思っておりますので、今後も勉強させていただきたいと思っております。

○尾崎会長：ありがとうございます。今日出た話の中で何か分からないことがありましたら、メールくだされば資料をお送りしますので、おっしゃってください。

それでは、佐藤委員どうぞ。

○佐藤委員：県の健康福祉委員会委員長をやらせていただいております佐藤でございます。1年間、色々な会議に出席させていただいて、色々なことを勉強させていただきました。

いつも私は松本保健医療局長さんとよくお話をさせていただくのですが、色々なところで県の職員の方はよくやってくれていると思います。しかし、色々な意味で事務的になるところが非常に多いというようにも受け止めます。今日のお話の中でも出ております自立支援の関係ですが、要するに何のためにやっているのかを考えれば、やっぱり精神障害のある方がしっかり自立できるようにするためにどうすれば良いのかという話になるのだと思っております。ですから、退院後に家族の方にどういった負担がかかるのかですとか、障害者の方自身にどういった負担がかかるのかですとか、その辺のきめの細かさをこれからやっていかなければいけないのではないかなと思っております。

しかしそうなるとうちでもやはりお金の面のお話が出てきますので、県の中の予算で考えれば非常に難しい話にもなります。言い方が悪いですが、皆さん方に半分ボランティアといった形でいただいているのは、本当にありがたいことだと思います。

しかしながら必要なものは必要ですので、健康福祉部の中で色々話しあっていただき、私達も応援させていただく中で、少しでもこういったことが前に進むように頑張りたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○尾崎会長：ありがとうございました。それでは川瀬委員お願いします。

○川瀬委員：東郷町長の川瀬でございます。こういう会議で専門的な立場でない私が居ることが違和感があるかなと思って色々な話を聞かせていただきました。東郷町では現在 274 名の方が精神障害の手帳をお持ちになっておられます。自立支援医療を受けておられる方が 623 名居るわけですが、色々とお話が出ておりましたように、まだ精神障害の方に接する方に偏見が非常に多いという問題がありまして、それが解決できないとなかなかうまくいかないのではないかと思います。

例えば今申し上げた 274 名の同じ境遇の方々でもなかなか協議会そのものが立ち上げられないという現状がございます。東郷町にも精神連絡協議会というものがあつたわけですが、親御さんの高齢化もあつてついこの間解散いたしました。親御さんの話を聞きますと、「自分が生きているうちは大丈夫だけど、いつまでもつか」ということをおっしゃるわけです。そういったこともありまして、私どものところには和合病院という大きな病院がありまして、そこに『柏葉』という施設がありましてそこで自立支援をしていただきます。その施設に入っているうちは良いのですが、いざ独り立ちをしようと思うと途端に逆戻りしちゃって、病院へ入ってしまうという繰り返しが結構多いというのが現状だと思います。自立しようと思っても自分ひとりではアパートを借りられないというのが現状ですし、働く場もそんなにあるわけではない。そのため、社会全体が受け入れるような環境を整備しないと、医療の部分をどれだけ頑張ってもなかなか解決できない問題が多いのではないかと思います。まずは社会が偏見を無くして、一般人と同じ目線で暮らせるような環境づくりに力を入れていかなければいけないと思っております。

そうしたこともありまして、町では身体障害者、精神障害者、発達障害者の 3 つの障害の団体を束ねるための連絡協議会を 2 年ほど前に作りまして、とにかく当事者の声を大きくしないと、なかなか行政も動きにくいですし、少しでも障害者の皆さんがまず団結していただいて、その後に我々はしっかりと皆さん方と同じ目線で物が言える社会を作るということで取り組んでおります。

自立支援については市町村へどんどん役割が来ますけれど、現場は大変難しいといえます。介護の自立支援でも、生活支援の現場へ行っていただける人が居ないんです。町にはシルバー人材センターがありまして、仕事はいくらでも出せるのですが、仕事をやっていただける人が居ないんですよ。そこらへんも合わせて考えないといくら良い仕組みを作っても現場が動かないということもありますので、暮らしの部分の改善も合わせていかなければいけないなと思っております。

いずれにしても非常に重要な問題だと思いますので、私どももしっかり取り組んでまいりたいと思っております。

○尾崎会長：ありがとうございました。最後になりましたが、稲熊委員どうぞ。

○稲熊委員：私も全く専門性があるわけではありませんが、この会議に参加させていただ

いて、勉強させていただくばかりではあるのですけれど、今日まさにレビー小体型認知症をきっかけに入院されてそのまま亡くなったという方の御遺族の方のお話をちょっと伺う機会がありまして、無念であり心残りだというお話を聞かせていただいていたのですが、その話を聞いていますと誰もが起こりうる状況にあるのだということがよく分かりました。先ほど明智先生や尾崎先生がおっしゃったように、身体合併症の対応病床数が資料に記載されています 32 床と 2 床だけで足りているのかなと疑問に感じています。やっぱり誰もが安心・安全に暮らしていけることを目指すのであれば、このあたりを施策としてもう少し充実することが必要なのかなと思います。

○尾崎会長：ありがとうございました。色々と御意見をいただきましてありがとうございます。

東郷町さんのお話もありましたが、名古屋大学病院には新城からいらっしやっている患者さんもいますが、愛知県の場合ですと、県からの補助をいただきまして、学生の枠が何人かぶんあります。地域枠というものです。どこの大学もあると思います。地域枠で卒業した学生は、しかるべき病院へ行かなければなりません。例えば新城などに行って頑張るとします。しかし、そうした病院の診療科が救急などに限られているのです。精神科だと駄目なようです。新城からいらっしやっている患者さんが「何で新城には精神科医が居ないんですか」とおっしゃっていました。患者さんも若い精神科医が来てくれたら良いなど言っていましたから、そういったことも含めてお考えいただくと良いかなと思います。それだけ最後にお伝えをして終わりたいと思います。

○事務局（土屋室長）：委員の皆様方におかれましては限られた時間ではございましたけれども、貴重な意見を賜りまして本当にありがとうございました。いただきました御意見は今後の愛知県の精神保健福祉行政のために、出来る限り活用させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

また、審議会の委員の皆様方の中には、平成 28 年 3 月 31 日をもって任期が切れる委員が 14 名おみえになります。また改選の際におきましては、再度委嘱をお願いすることがあるかと思しますので、引き続きよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○事務局（鈴木室長補佐）：以上を持ちまして、平成 27 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）