

令和5年度 第2回

愛知県地方精神保健福祉審議会 会議録

令和5年12月14日（木）

地方精神保健福祉審議会

I 日時

令和5年12月14日(木)

午後3時30分から午後5時まで

II 開催方法

対面及びWEB会議

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
長田 真由美	中日新聞社生活部記者
兼松 洋子	愛知県弁護士会弁護士
木村 哲也	愛知精神神経科診療所協会会長
窪田 信子	特定非営利活動法人草のネット
小浮 正典	愛知県市長会社会文教部会長(豊明市長)
坂 佳恭	名古屋常務局人権擁護部長
下村 美刈	愛知県臨床心理士会
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)
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
山田 法子	特定非営利活動法人愛知県精神障害者家族会連合会副会長
渡邊 久佳	愛知県精神障がい者福祉協会副会長

出席者数16名

(事務局)

保健医療局長ほか

IV 議事内容等

1 あいさつ

○保健医療局長 あいさつ

○事務局（田島主査）

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、名古屋家庭裁判所の鈴木幸男委員、愛知県医師会の船橋克明委員、愛知県医師会の柵木充明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1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。

愛知県市長会社会文教部会長小浮正典様です。

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16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。

また、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が、本日の傍聴はありません。

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、資料2、参考資料1～3、審議会条例及び委員名簿となります。

もし、資料がお手元に届いていないようでしたら、オンラインで参加の方はチャット、会場で参加の方は挙手にてお知らせください。本日は画面での資料共有にて資料を見ていただき、後日郵送などで資料を送付いたします。

次に、本日の会議に関するお願いでございます。

本日は対面及びオンラインでの開催とさせていただきます。

オンラインでの参加の方につきましては、マイクについては原則ミュート、マークが赤色の状態とし、御発言の際には挙手のうえ、会長の指名に従って、ミュートを解除、マークが緑色とし、所属とお名前を述べてから、御発言いただくようお願いいたします。

会場で参加される方につきましても、御発言の際には挙手のうえ、会長の指名に従って、所属とお名前を述べてから、御発言いただくようお願いいたします。

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、よろしく願いいたします。

○池田会長

どうもありがとうございます。名古屋大学の池田ですよろしくお願ひいたします。

はじめに本日の会議録の署名人二名を指名させていただきたいと思ひます。

舟橋利彦委員と渡邊久佳委員にお願ひしたいと存じますがいかがでしょうか。

オンラインでの参加の方は異議なしであればスタンプ機能を使って反応いただければと存じます。スタンプは、画面右下のスマイルマーク等を押していただくとアクションができると思ひます。会場におられる方に見えましては、異議があれば、挙手をお願ひいたします。

ありがとうございます。それではご両名の方よろしくお願ひいたします。

本日は皆様方からの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、進行にご協力いただきますようによろしくお願ひいたします。

それでは次第に従って議事を進めて参ります。

次第2、議題の「第8次愛知県地域保健医療計画精神保健医療対策」について、事務局から説明をお願ひします。

○事務局（安藤室長補佐）

第8次愛知県地域保健医療計画（精神保健医療対策）について、資料1及び資料2に基づき説明。

○池田会長

ただいまの事務局からの説明について、委員の皆様からご意見ご質問があればご発言をお願ひします。

○舟橋委員

基準病床数が11,580床で、年々変わるんですけども、非常に複雑な計算式でやっていますよね。実際、病院稼働率が減ってきてるのでいいと思うんですけど、算定基準は全国共通でやっているのですか。愛知県独自でこういう計算式を持っているのですか。

○池田会長

事務局の方お願ひします。

○事務局（安藤室長補佐）

基準病床数につきましては厚生労働省から計算式が示されております。

○池田会長

全国一律と言うことですね

○舟橋会長

わかりました。ありがとうございました。

○池田会長

続きまして対面会場の窪田委員、よろしく申し上げます。

○窪田委員

当事者としてなのですけど、医療機関のアンケート調査、これはあくまでも病院の主観的なアンケート結果であって、あんまりあてにならないと言っていいか分からないのですけど。病院以外の立場、例えば県の調査や市町村の調査を実施して個別に反映させていただくと精神科医療の向上のためになるのかなということ、もっと分かりやすくなるのではないかなということ。もう1点が、うつ病・躁うつ病（双極症）というのが、結局うつ病と躁うつ病と一緒に書いてあるんですけども、実際にうつ病と躁うつ病（双極症）というのは全く違う病気で、診断も治療も全く違いますよね。同じ欄に書いてあるのはいかがなものかなと思います。

これも分かりにくいので、できたらうつ病と躁うつ病（双極症）というのはそれぞれ一つの項目にさせていただけたらわかりやすいと思うので、よろしく申し上げます。

○池田会長

事務局の方から今のコメントに対して、何かございますでしょうか。県からの客観的な専門性というのを判断する根拠があるのかということと、うつ病・躁うつ病（双極症）に対してそれぞれ別でアンケート取ったらいかがでしょうかというご意見だと思いました。

○事務局（船崎室長）

こころの健康推進室の船崎でございます。県として調査を行うということはちょっと困難だと思います。何を根拠として評価するというのは私どもでは難しいと思いますので、やはり医療機関の自己申告とさせていただきたいと考えております。

また、国の方の医療計画の指針はうつ病・躁うつ病（双極症）とセットで記載がされている状況ですので、国の表記に併せてこのようにさせていただきたいと思っております。

○池田会長

ありがとうございます。

今のコメントについていかがでしょうか。
それを踏まえてでもよろしいですし。よろしいですか。

○事務局（船崎室長）

精神保健福祉センターの藤城所長から補足説明させていただきます。

○事務局（藤城所長）

精神保健福祉センターの藤城でございます。

先ほどの窪田委員の指摘でございますけれども、うつ病と躁うつ病（双極症）の併記の問題でございますが、確かに DSM-5-TR におきましても、双極症及び関連症群と抑うつ症群は別個のカテゴリーになっておりまして、医学的には別個の障害だということは承知しておりますけれども、現行の ICD10、それから今後日本語訳が公開されるであろうと思われる ICD11 におきましては、Mood Disorder ですね、気分症群というカテゴリーの中にうつ病と躁うつ病（双極症）が入っております。行政的には ICD の方に基づくということが通例でございますので、このような形で併記しているということで理解をいただければと考えております。

○池田会長

ありがとうございます。その他のご意見、ご質問等ございましたら。

○鈴木委員

愛知県相談支援専門員協会の鈴木です。

事務局におかれましては参考資料 1 にありますように、当方の意見を取り入れていただきまして、ありがとうございます。

それに関連して参考資料 3 に新旧対照表をお示しいただいております。

この方向で、現状としてはよろしいかと思えます。

一つだけ意見を申し上げますと、参考資料 3 の 33 ページの最初に、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という記載がございます。

これは特に、福祉分野相談員や地域の精神障害に関わる福祉事業所などが大変関心を持っている取り組みでありまして、様々な会議でも取り上げられています。

こちらに示されてるように協議の場が県・圏域・市町村というふうに示されておりまして、それぞれ検討しているという記載があります。現にそのような動きもしております。

例えば圏域で言いますと圏域会議というものが行われており、地域アドバイザーを中心に行われております。市町村においては、自立支援協議会という場で、これが行われております。また各保健所の皆さんもですね、それぞれの管轄する地域で地域精神保

健福祉推進協議会でしょうか。保健所も地域の福祉の関係者や精神保健に関わる方々が集まって協議をされているということで、様々なカテゴリーで協議が行われておりますが、特にこの会議においてはですね、保健所関係者の方も事務局なり或いは委員という形で関わっていただいておりますので、ここを変える必要はございませんけれども、保健所の会議の中でも、この地域包括ケアシステムの構築についてご議論いただくということをお願いしておきたいというふうに思います。

○池田会長

大変貴重なコメントありがとうございます。

保健所においても同じように問題意識を持って、ということだと理解いたしますし、その通りかなと思います。

その他、ご意見、ご質問お願いします。

○山田委員

愛家連の山田です。

資料2のアンケートですけど専門的治療と専門療法と分けられてますよね。専門的治療というところで、高度な精神療法、環境調整・投薬などを行うことが専門的治療ってところがポイントとして出されてますけど、高度な精神療法ってどういうことでしょうか。

あと専門療法ですけど、これが1から4までありますが、統合失調症は治療抵抗性統合失調症薬による治療薬を実施しているところは、丸がついてますので、非常にわかりやすいんですが、クロザリルはやはり入院が必要になりますので、専門的治療の二重丸のところを経由して治療を受けていただいているってことで把握してよろしいでしょうか。

実際はクロザリルを地域ではなかなかドクターが受け入れてくれない状態がありますが、今後やはり専門療法っていうのは、どんどん進んでいく方向でしょうか。

その辺をちょっと把握したいなと思いますので、よろしくお願いします。

○池田会長

2点あったと思うんですけども、専門的治療における高度な精神療法は何かということと、専門療法における統合失調症、特に治療抵抗性統合失調症薬、クロザリルのこと、これを実施することについてですね。前者において高度な精神療法ということは、おそらく様々な精神療法が入るのかなというふうに私自身は思いました。

この後の専門療法、うつ病のところでも認知行動療法っていうのがあるわけですけども、これは精神療法の一つであって、その他個人精神療法なりいろいろ、様々なものがあってそれを提供しているということをご自己申告していると理解しています。

統合失調症薬クロザリルのことに関して、必ずしも入院というわけではなくて最初の導入のところは入院が必要なわけですが、そうじゃないところ、特に維持療法のところでということはあるのかなと思っています。

入院が必ずできるところがクロザリルを投与というわけではないという認識です。かなり専門的なお話だと思います。これを広げていくという意味でも今、精神医学の精神神経学会の方でもクロザリルに対してどのように普及していくのかについて対応を協議しております。そこは私が説明した方がいいと思うんですけども、このクロザリルの適用でよくなる方というのはたくさんみえるわけですが、そのような処方の機会というのを増やしていくべく精神科医の方でも意識を高めている状況にあります。

○山田委員

私どもは家族と当事者ですので、非常に何と言うか、先生の治療方針なりとかに関しては、何も言えないところもあるのですが、やはりデータ的に立証されてある程度の効果があるってことがわかれば、それは推奨できると思います。今現在ですね、やはりちまたではリスパダールで、注射でやってる当事者も大勢いる中で、クロザリルが海外でも、なかなか成果を得てるってことは確かですので、専門家のドクターや愛知県でいろいろ検証されると思いますけども、地域のドクターとも交流されながら、もうちょっと幅広く、いろんな地域で良い治療が計画なされれば、私たちとしてはありがたいなと思っていますので、またよろしくお願いします。

○池田会長

大変貴重なご意見ありがとうございます。

私としましてもクロザリルを広く広めたいというふうに思っております。

ただやはりですね、最初の導入の時期とかに副作用が出るというのがあって、それをどのように克服するのか、うまく副作用出さないようにどうするのかというのが、ハードルとしてあるので、そこでなかなか普通のお薬のように広がっていかないという現状があるということを皆さんにご理解いただいて、その上で私としても、広めていくように啓発をしていきたいと思っています。

○前田委員

私はスクールカウンセラーもやっているんですけども、児童・思春期の記載があり、分かりやすいと思うんですが、これを見てもよく分かるように、発達障害以外の児童・思春期を診ていただける医療機関が本当になかなかありません。今、摂食障害であるとか自殺企図であるとか、実際ちょっと学校でも見ていくんですけども、お薬であるとか入院をしてしばらくちょっと家族と話したりみたいなことをお願いしたいなと思ったときに診てもらえる医療機関が少ないです。特に郡部に行きますと、摂食障害かつ思春

期という、本当になかなか診ていただけるところがありません。あまり遠いとなかなか保護者の方が連れていっていただけないというのがあるので、何とかその辺がもう少し近くのところで、せめて入院じゃなくてもいいので診ていただけるところが増えてきたら、安心して学校とか地域で見たいかなといつも思っておりますので、もし何かそんなことが動くようでしたらお願いしたいと思っております。

○池田会長

これまた大変貴重なご意見で、児童・思春期の問題或いは摂食障害の問題は密に絡むことも多いと思います。

名古屋大学の方で大分こういった患者さんをたくさん診させていただいて、それでもやはり診れない状況というのがあります。

これをどのように地域の先生方に診ていただくのかというのはこれまた精神医学、精神医療の中で大変大きな問題で、困っている患者さんがアクセスしやすい状況というのが、近未来でなったらいいなと思いつつながら精神神経学会等としても考えております。

やはり児童精神科の専門医自体の数がものすごく少ないということもあって、この啓発においてもやはり教育なりで、精神科になっていただくように我々としても努力をしていきたいと思っております。

ぜひ、摂食障害といえば田中先生なんですけども、ぜひ何かコメントいただけるとありがたいです。

○田中委員

御紹介いただきました私は東尾張病院の院長田中と申します。

日本摂食障害学会の評議員をさせていただいております。

私自身も名古屋大学で、思春期以降の方が中心ですけれども、たくさんの摂食障害の患者さんを診させていただいております。

ところが、とにかく率直な話、思春期の方かつ摂食障害お持ちの方っていうのは、臨床の現場にとってやはり大きなエネルギーが必要になる部分がございます。当院の現状で言いますと医師の不足が著しい状況で、私個人としては機会があればぜひというふうには考えつつも、病院として今です実質的に外からの新患の方は一切ちょっと受け入れができないような状況です。

これはですね、健康保険制度含めて診療報酬のお金の話まで含めての話になるんですけれども。

現状ではこの地域、精神科医の絶対数が圧倒的に人口比で不足しております。その中でかつ、児童・思春期の領域まで、それから摂食障害の領域まで、それぞれの臨床医が専門性を持って関わっていくというのはかなりいろいろなハードルがございます。

学会としてもいろいろな手だてはとってるんですけども、なかなか病院をお使いになっていただく方々からすると、御不満が生じやすい状況がゆっくりとゆっくりとしか改善していかないというのが現状かと思います。

申し訳ありません、ちょっと言い訳のような説明ですけれどもこのような状況でございます。

○池田会長

ありがとうございます。私も努力していきたいというふうに思います。

その他、コメント、御意見、御質問はございますでしょうか。

それでは、皆様からの御意見、御質問等を踏まえて事務局いかがでしょうか。

○事務局（安藤室長補佐）

皆様、多くの御意見等ありがとうございました。

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、対応を検討させていただきます。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。

○山田委員

すみません。これで会議は終わりでしょうか。質問してもいいですか。

○池田会長

はい、どうぞ。

○山田委員

参考資料3の38ページについて、先ほど事務局の方から新型コロナウイルスの対応の話をされてましたけど、精神科医療機関に34床の精神・身体合併症病床があります。また、これに合わせて、モデル事業に取り組みますとあります。

資料右側に身体一般科医療機関と精神科病院との連携を推進していく必要がありますとありますが、これもあまりにもちょっと具体性がなくてですね、私どもも本当に当事者の高齢化が進んでる中で、やはり精神だけを診ていくクリニックなり病院ではもう収まらない時代が来てると思うんです。

合併症に伴っては、やはり精神を基盤にしたところで診察していただける体制というのは非常に大切だと思いますけど、その辺で、アクションを起こす必要があると思うんですね。

今のところ何とかクリニックや病院で診てくれてますけど、いざ入院となりますとまた変わってきます。この精神の区分とかクリニック以外に、やはり幅広い分野で治療

そのものっていうのを見る段階に来てますけど、全体に広げていくのは難しいと思うんですけど、やはりモデルケースとして、どこかで取り組んでいただいて、地域とクリニックで身体合併症の問題が出たときにどう対応するかっていうことで連携とれるようなモデルがあれば嬉しいなと思ってます。

○事務局（安藤室長補佐）

事務局の安藤です。身体合併症につきましては精神科の病院と身体一般科の病院の方で連携が進んでおります。現在のところ精神科は10病院、身体一般科は9病院のペアで連携が行われております。

○山田委員

ありがとうございます。

やはりリスクを抱えてる当事者はいっぱい居ますので、その視点でまた少し検討していただければありがたいです。

○池田会長

これもまた大きな問題で、精神科の方としても取り組みを啓発していきたいというふうに思っております。

その他ございますでしょうか。

今のようなご意見でもよろしいかと思うんですが。

なかなかすべてを多分説明することが難しいので、気づいたところでという形になると思いますし。

○窪田委員

草のネットの窪田です。

今回その地域定着支援に係るピアサポーターの件が出てこなかったんですけども、その件に関してちょっと言いたいことがあるので言わせていただきます。

先日11月1日に愛知県の精神障害者ピア活動支援研修に参加して参りました。

その研修の資料の中に、まさに私の言いたいことが書いてあったので、資料の文章を借りながらお話をさせていただきます。

「ピアサポーターの課題を、基幹型相談支援センター（委託）が中心となって取り組む、或いは市町村協議会で、地域課題として検討する等の具体的な取り組みが求められます。」これは指定一般相談支援事業所（地域相談支援）と精神科病院の職員が共同して、地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書、公益社団法人日本精神保健福祉協会より抜粋されています。

ということで、全国的にもなんですけど、名古屋市は今現在すでに基幹支援センター

が中心となって、病院だけではなく地域での連携もとりやすいので、活動の場が広がっています。名古屋市以外にも、今週の土曜日に、みよし市障害者自立支援協議会の主催で、みよし市初のピアサポート体験会が開催されます。地域に密着できるところが中心となって取り組むことがとても重要なことかと私は思います。

しかし今現在、愛知県においては、大変残念なことに、そういう状況にないため、なかなか活動の場が広がっていきません。県においても1日も早く、基幹相談支援センター、市町村協議会での取り組みが、ピアサポーターでできるようにしていただきたいとします。

○池田会長

これまた大変貴重なご意見だというふうに思います。

それを踏まえて事務局の方から何かコメントがございましたらお願いします。

○事務局（船崎室長）

ピアサポーターにつきましては、障害福祉課の方で研修を実施しておりまして、ピアサポーターとして相談事業所に勤務できるような形の研修を始めているところだと聞いております。また、勤務するまでには至らない、日常生活の中でピアの精神を発揮してというところの研修につきましては、精神保健福祉センターで研修を実施しているなど、県としましてもピアサポーターの重要性は認識しておりまして、いろいろなそういう場を使っていたいただいていると思っております。

今回の医療計画の中におきましても、【今後の方策】の丸の4つ目、5つ目にてピアサポーターについて記載をさせていただいております。

○池田会長

ありがとうございます。本当におっしゃる通り、これは今後の方策として或いはこれを広めていくということも非常に重要なことかというふうに私も思っております。

その他ございますでしょうか。

先ほど、事務局から軽微な修正については私と事務局に一任していただくということ、その提案がありましたが、そのことについてご意見をいただければと思います。

オンラインの参加の方は、異議なしであればスタンプ機能を使って反応をしていただいて、右下にあるスマイル等のアクションを起こしていただければと思います。

会場におられる方は異議があれば、挙手をお願いいたします。

反応をいただいたということでありがとうございます。

事務局につきましては引き続き医療計画の見直しについてぜひよろしく申し上げます。本日のご意見も踏まえてそれを反映させていただければと思います。

それではこれでほぼご意見をいただいたと思いますが、全体を通じて、その他何かご意見がありましたら、この場でお伺いできればというふうに存じます。

今日はこれで他にはご意見がないということですので、これで議事を終了したいと思います。どうも皆さんありがとうございました。進行を事務局に移します。

○事務局（船崎室長）

ありがとうございました。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、2月頃に開催されます医療体制部会に諮らせていただきます。

○事務局（田島主査）

以上を持ちまして、令和5年度第2回愛知県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。