

平成24年度第3回千葉県地方精神保健福祉審議会議事録

- 1 日時：平成24年9月12日（水） 午後1時から午後3時まで
- 2 場所：本庁舎5階特別会議室
- 3 出席委員（総数19人中14人出席）
伊豫委員（会長）、木村委員（副会長）、石田委員、石塚委員、岡田委員、黒木委員、
近藤委員、齋藤委員、志津委員、寺尾委員、平田委員、松永委員、横井委員、
渡邊委員
- 4 出席専門委員 細井委員
- 5 オブザーバー 旭俊臣（旭リハビリテーション病院院長）
上野秀樹（海上療養所副院長）
- 6 会議次第
 - (1) 開会
 - (2) 議題
 - ①保健医療計画一部改定（認知症）の骨子（案）について
 - ②保健医療計画一部改定の素案（たたき台）について
 - ③保健医療計画一部改定に係る調査対象と項目について
 - ④その他
 - (3) 閉会
- 7 議事録署名人 志津委員、松永委員
- 8 傍聴者 なし
- 9 配布資料
 - 資料1 千葉県保健医療計画における『精神科疾患（認知症）』の一部改定について
 - 資料1-1 千葉県保健医療計画一部改定『精神疾患』（認知症）本文骨子（案）
 - 資料1-2 改正案の素案（たたき台）
 - 資料1-3 認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）
 - 資料1-4 精神疾患の医療体制の構築に係る指針について
 - 資料1-5 千葉県高齢者保健福祉計画（抜粋）
 - 資料2 千葉県保健医療計画一部改定『精神疾患』本文骨子（案）

- 資料 2-1 千葉県保健医療計画一部改定「精神疾患」改定案の方向性について
(案)
- 資料 2-2 精神疾患（「認知症」を除く）の循環型地域医療連携システムのイ
メージ図（案）
- 資料 2-3 精神疾患の保健医療計画に係る指標について（案）
- 資料 2-4 精神疾患の医療提供体制に関する調査票
- 参考 1 国説明会（平成 24 年 8 月 6 日開催）医療計画（精神疾患）について
- 参考 2 「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」

10 審議結果 別添のとおり

議事録署名人 志津 雄一郎

議事録署名人 松永 宏子

（審議結果概要）

1. 議事結果概要

(1) 保健医療計画一部改定（認知症）の骨子（案）について

事務局より認知症に係る保健医療計画の一部改定骨子（案）と認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）を説明。

- ・かかりつけ医が今後認知症の治療支援を行うとなっているが、かかりつけ医が一般科の場合にどのように指導していくのかを国の動向を注視しながら検討することになった。
- ・新規入院患者を 2 か月以内に退院させる割合を 50%にするという数値目標の達成は、医療機関の努力だけでは困難である。在宅への退院率を数値目標として掲げることを検討することになった。
- ・循環型地域医療連携システムイメージ図に入っている認知症疾患医療センターの役割は、診断・相談・コーディネート機能を担うことであることを確認。
- ・認知症（BPSD+身体疾患）の患者をどこで受け入れるかについて議論した結果、法令（医療法施行規則第 10 条第 3 号）の解釈、精神疾患の治療をメインにする場合と別の身体的なものがメインになった場合、また、身体疾患が重篤で適切な生命維持管理が前提となる場合等、臨機応変に連携することになった。

(2) 保健医療計画一部改定の素案（たたき台）について

事務局より「精神疾患」に係る本文骨子（案）と精神疾患（「認知症」を除く）

の循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）を説明。

- ・循環型地域医療連携パスの導入について、今後医療機関に調査を実施し、その回答結果や国の動向も踏まえ、この審議会で討論することになった。
- ・本文骨子（案）の「精神医療対策の推進」の患者の状態に応じた精神科医療の提供に「治療抵抗性型統合失調症患者の相談窓口の創設」という項目を入れることについて検討することになった。
- ・うつ病のイメージ図①の「精神科無床総合病院」という表現がわかりづらいことから、精神科病院を有床の総合病院と単科の精神病院に分けることになった。
- ・本文骨子（案）の「精神科と身体科、保健医療サービスとの連携」は、地域単位で目指すことを確認した。
- ・本文骨子（案）では、精神疾患の発症予防、受診までの期間の短縮化という記載があるが、イメージ図にも、これに相当する記載を求められたことから、先行する4疾病の「循環型地域医療連携システム」に合わせるとともに、普及・啓発等の文言をイメージ図に加え、検討することになった。

(3) 保健医療計画一部改定に係る調査対象と項目について
精神疾患の医療提供体制に関する調査票を中心に説明。

- ・設問の工夫を求められたことから、この設問は「～科」とわかり易くに表記することになった。
- ・調査票3ページの「電気療法(無けいれん電気けいれん療法)」は、無けいれんと電気けいれんに分けることになった。

2. 議事（議長は会長）

- (1) 保健医療計画一部改定（認知症）の骨子（案）について
(資料1～資料1-5、参考1、並びに参考2により説明)
- (2) 保健医療計画一部改定の素案（たたき台）について
(資料2、資料2-1、参考2-2により説明)
- (3) 保健医療計画一部改定に係る調査対象と項目について
(資料2-3、参考2-4により説明)

◎主な発言内容

(委員)

- ・資料1 - 4の指針(案)で、かかりつけ医の役割が大きくなっている。今後認知症の治療支援を行うとなっているかかりつけ医が一般科の医師の場合もある

と思う。具体的な内容は、医師会を通して伝えるのか。

(会長)

- ・かかりつけ医は、一般科の先生が多いが、どのように指導していくか、具体的な方策はあるのか。

(事務局)

- ・かかりつけ医は重要な位置づけである。今現在、厚労省からは具体的にどのような形で動かしていくかということについては示されていない。今後も国の動向を注視しながら検討してまいりたい。

(会長)

- ・かかりつけ医全部を対象とするのではなく、認知症のかかりつけ医として考えていけばよいのではないか。
- ・資料1-3の地域連携のイメージ図で、4つの枠のうち3つに認知症疾患医療センターが入っているが、どのような役割なのか。数値目標に関する事など、認知症疾患医療センターの指定を受けている委員の意見はどうか。

(委員)

- ・認知症疾患医療センターは、BPSDや、身体疾患の治療と、確定診断の3つが大きな柱となっている。
- ・数値目標を具体化できるのかという話になると、(新規入院患者を2か月以内に退院させる割合)50%というのは、医療機関の努力だけでは困難である。
- ・在宅への退院率は低いという現状があり、おおもとは在宅で過ごす方を増やすことが目的だと思うが、ここで期間を区切ろうとすると、初期から向精神薬による鎮静、精神型の療養所に転院を促進するという流れになってしまうのではないか。
- ・在宅への退院率を数値目標として掲げないと、本来の目的とは変わってしまう。在宅への退院率をどうやって取扱っていくか大事である。

(事務局)

- ・検討させていただきたい。

(委員)

- ・資料1-3のイメージ図は、国が示したものを参考にしていると思うが、「BPSDが悪化した場合」と「身体疾患が悪化した場合」を分けて考えるのではなく、

「BPSDと身体疾患を併発している場合」を想定しないといけない。

(会長)

- ・BPSDと身体疾患が両方あった場合、どちらを優先させるかだが、身体疾患を優先的に治療すれば謔妄も収まるのが一般的な考え方である。

(委員)

- ・BPSD+身体疾患は、両方に対応できる病院が県内に5~6ヶ所は必要である。県で早急に整備しなければならない。認知症疾患医療センターがその機能を担うのか。また、今後増やす計画はあるのか。

(会長)

- ・千葉市の場合は、千葉大学病院が認知症疾患医療センターになっているが、入院患者は取らない。あくまでも、診断・相談・コーディネート機能を担うので、認知症（BPSD+身体疾患）の患者を受け入れるわけではない。

(委員)

- ・それでは、どこで受け入れるのか。

(委員)

- ・千葉市には4つの精神科病院があり、千葉大が認知症疾患医療センターになっているが、身体疾患を診れる病院が中心となって身体疾患を診て、我々はリエゾンという形で診る。
- ・身体疾患症状が低下した場合に精神科が診る。この流れをきちんと作らないと無理である。新たに、公的な病院に合併症の患者を受け入れるようにするといっても難しい。

(会長)

- ・原則的な話として、精神疾患に伴う問題行動があったとしても、身体的な疾患を治療するときは、精神科においても患者さんを拘束・隔離せざるを得ない。
- ・それは身体科においても同じことである。精神と身体では、身体の治療が喫緊の問題である。
- ・よって、身体科において拘束・隔離した方が患者さんにとってよい。暴れているから精神科に入院させて治療しようとしても、患者さんのためにならない。
- ・精神科でも身体科でも興奮している患者さんを鎮静しようとする方法は同じであるから、より生命管理が適切にできるところで対応するのが筋である。

- ・以前より看護師を対象にトレーニングを行っているが、精神科の看護師に BPSD に身体疾患のある人の身体疾患の治療方法を学んでもらうのではなく、一般病院の看護師・医師に方法を学んでいただき、精神科医が方針・アドバイス・リエゾン・コンサルテーションをするのが重要である。
- ・診療報酬の改定でも、精神科のリエゾンチーム加算が認められているのは、そういう趣旨である。

(専門委員)

- ・認知症疾患医療センターの委託を受けているが、身体疾患の患者であれば内科の病棟に入院していただいて、自分はコンサルテーションをする。

(オブザーバー)

- ・身体疾患が悪化し、救急搬送され、BPSD が入院時に観られると、入院を受け入れてもらえない。
- ・それより大変なのは、身体疾患で入院当初には BPSD の兆候が観られず、入院後 1～2 週間、急性期疾患を過ぎたところに譫妄状態・BPSD の兆候が観られるという事例が増えている。
- ・県内のある程度大きな総合病院の中には精神科医師が在籍しており精神科があるので、身体合併症の救急に対応できるが、まだまだ、認知症の人が合併症を併発して救急入院する数に比べれば、少ない状況である。
- ・当面は、認知症を専門にしている先生方とのチームでの連携体制を構築していくしかないのではないか。

(オブザーバー)

- ・認知症患者の訪問診療・往診をしているが、認知症に限らず精神疾患が疑われるときに、私が呼ばれて問診をする。
- ・私が行くことで、患者さんも安心感を持ち、また、外科、内科の先生方と一緒に診療することで、一般科の先生が精神疾患のある患者の治療・診療の仕方を学んでいただければ、対応能力が上がる。
- ・精神科の中に身体合併症に対応する施設を造るよりも、身体疾患の治癒が優先するので、私のような精神科医が、対診という形で、精神科のない医療機関に問診・訪問診療する能力を上げた方が有意義である。

(会長)

- ・医療の筋論からいくと、慢性疾患を持っている方がそういう病気になったということなので、その専門であるところで診ていただくというのが、障害の有無

にかかわらず、同じような医療提供を受けるという当たり前の話である。

- ・急性期の場合には、生命危機を考えて生命管理できるところで対応し、その代わり、精神科医又は精神科の看護師等のプロが訪問・往診で対応するのが大事である。

(委員)

- ・今回のプロジェクトチームの報告の中に「身近型認知症疾患医療センター」の話が出ているが、要するに「認知症疾患医療センター」に該当するところ（施設基準を満たすところ）がないわけである。
- ・「認知症疾患医療センター」の基準を下げて、「身近型認知症疾患医療センター」が一般病院に往診・訪問したりする流れを作ろう、というのが厚労省の考えである。その経過も加えて欲しい。

(委員)

- ・総合病院の先生にお聴きした方がよいが、身体疾患は身体科で診るのが基本だが、その場合ネックになるのが医療法施行規則第10条第3号である。これがネックになって、一般病院で精神疾患の合併症の患者の受け入れができていないのではないか。

(委員)

- ・これが弊害になっているのは事実である。

(会長)

- ・考え方が、精神疾患の治療をメインにする場合と別の身体的なものがメインになった場合とでは違う。今回は身体疾患の治療がメインだから、法（規則）を盾にダメとは言えないのではないか。

(委員)

- ・確かにそうであるが、現実問題として、一般病院は精神障害がある場合は受け入れない。しかし、身体疾患が重症である場合は対応する。

(委員)

- ・少なくとも法（規）を盾に取って、断ることはないのではないか。精神科医には、そのような発想・考えは無い。

(委員)

- ・旧総合病院が1100位あるが、そのうち精神科があるのは半分、精神科病床があるのは1/4、だから半分は精神科がない。
- ・全国で精神科の外来を設置しているのは220~230。これも逆転してきている。

(会長)

- ・医療法の解釈の問題もあるが、臨機応変に連携していくことを考えたい。

(委員)

- ・資料2-1の「循環型地域医療連携システム」と言うと「連携パス」とセットになると思うが、県では考えていないのか。

(事務局)

- ・今後医療機関に調査を実施するが、その回答結果や国の動向も踏まえ、この審議会でも討論していただきたい。

(会長)

- ・認知症は「パス」を使っているが、「うつ病」は倫理上の問題（個人情報）があることから、パスの導入については消極的である。
医療体制の構築の上で、パスはツールとしては有効である。

(委員)

- ・かかりつけ医と精神科医が連携を考えるとパスが必要であると思う。

(会長)

- ・資料2-1の3ページ「精神医療対策の推進」の患者の状態に応じた精神科医療の提供に「治療抵抗性型統合失調症患者の相談窓口の創設」という項目を入れたらどうか。
- ・クロザピンは副作用が強く、血液内科がある病院に入院させる必要があることがネックになっている。もうひとつは「頻回採血」（白血球数・血糖値）があるが、これは医療機関で努力すればいい。連携になるとある程度システム化していかないといけない。千葉県だけが実施しているので、この項目を入れられないか。

(事務局)

- ・検討させていただきたい。

(会長)

- ・「うつ病」でも「双極性障害のうつ病」については抗うつ薬を使用しない流れとなっている。「うつ病」をひと括りではなく、双極性障害も念頭に置いて欲しい。昨日まで元気だった人が、いきなり自殺する場合は、ほとんどが双極性障害である。

(委員)

- ・資料2-2のように分ける必要があるのか。
- ・うつ病の方(のイメージ図)だが、うつ病で精神科を受診するのはほとんどがクリニックである。クリニックの記載がないのはなぜか。

(事務局)

- ・イメージ図の①かかりつけ医と④社会復帰(外来診療)が診療所で、地域での医療機関である。

(委員)

- ・資料2-2のうつ病のイメージ図①の「精神科無床総合病院」とあるが、敢えて「無床」としたのはなぜか。

(事務局)

- ・今後の調査と合わせるための表現であり、総合病院で精神科があるということを意図したものである。千葉県では53の精神科病院があるが、それ以外の病院も対象にしたかったためである。

(会長)

- ・有床の精神科病院は「精神科病院」に該当し、「精神科無床総合病院」は外来診療のみを行う精神科病院ということか。精神科病院を有床の総合病院と単科の精神病院に分けた方がよいのではないか。

(事務局)

- ・そのようにしたい。

(委員)

- ・資料2-1の「精神科と身体科、保健医療サービスとの連携」とあるが、これは地域単位で目指しているということによいのか。

(事務局)

- ・そのとおりである。

(委員)

- ・資料2-1の方では、精神疾患の発症予防、受診までの期間の短縮化ということに重きを置いており結構だと思うが、資料2-2のイメージ図については、発症して本人が拒否してなかなか受診しない、つまり、このイメージ図の中に入る前の状態を加味した方がよいのではないか。
- ・両方とも「循環型地域医療連携システム」である。片方に入っていて、もう片方に入らないのはおかしい。

(事務局)

- ・先行する4疾病の「循環型地域医療連携システム」に合わせるとともに、委員の御指摘を踏まえ、普及・啓発等の文言をイメージに加え、検討させていただきたい。

(委員)

- ・身体科の先生は、この設問で回答できるのか。工夫した方がよいではないか。

(事務局)

- ・受託業者と詰めており、病院には事務長を通じて各科に割り振ってもらう必要があるので、この設問は「～科」とわかるように表記する予定である。

(委員)

- ・1、3ページの「電気療法(無けいれん電気けいれん療法)」は、無けいれんと電気けいれんに分ける、8ページの救急関連の問9は診療所のみが対象である。