

平成24年度第4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11月14日（水） 午前10時から12時まで
- 2 場所：千葉県教育会館604会議室
- 3 出席委員（総数19人中11人出席）
伊豫委員（会長）、木村委員（副会長）、岩崎委員、岡田委員、黒木委員、近藤委員、志津委員、寺尾委員、平田委員、松永委員、横井委員
- 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試案（案）「精神疾患」について
 - ②保健医療計画一部改定試案（案）「認知症」について
 - ③その他
 - (3) 閉会
- 7 議事録署名人 岡田委員、平田委員
- 8 傍聴者 なし
- 9 配布資料
 - 資料1 保健医療計画一部改定試案（案）「精神疾患」について
 - 資料2 保健医療計画一部改定試案（案）「認知症」について
 - 資料2-2 認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）
 - 参考1 精神疾患の医療体制について
 - 参考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3 精神疾患の医療体制（イメージ）
 - 参考4 うつ病と地域連携パス
- 10 審議結果 別添のとおり

議事録署名人 岡田 眞一

議事録署名人 平田 豊明

(審議結果概要)

1. 議事結果概要

(1) 保健医療計画一部改定試案(案)「精神疾患」について

事務局より精神疾患(認知症を除く。)に係る保健医療計画の一部改定試案(案)を説明。

「循環型地域医療連携システムの構築」関係

- ・ P303つ目の「かかりつけ医」の定義について、事務局は「精神科のかかりつけ医」を想定していたことから一般内科医(家庭医)と区別する表現にすることとなった。
- ・ P503つ目の「外科的治療」を「身体科治療」に訂正することとなった。
- ・ P7(治療・回復、身体合併症・専門医療)の「急性期治療中心とした医療への転換」に対する数値目標を設定することについては、新規の病床配分に当たり、急性期病床を中心にするという方針を明確に示していることから設定しないこととなった。
- ・ P7の③「就職・復職に向けた支援」の○2つ目は、こころの健康対策のために、各都道府県にある「メンタルヘルス対策支援センター」を事業所が活用するという趣旨であることから、あえて入れるのであれば、「平成16年度の復職の支援の手引き」と21年度の改訂版を載せること、また、リハビリプログラムを実施している医療機関や障害者求職センターを利用することを記載したほうが良いとの意見を受け、再度検討することとなった。
- ・ P10 **評価指標** 「精神科救急基幹病院の整備」の現状については、精神科医療センターは「基幹病院」としての位置づけではないことから、指標に含まれていないため、対象をいわゆるスーパー救急認定医療機関の病院とし、8病院を9病院に訂正し、また、目標値については、安房・市原で増加が見込まれることから10病院を11病院に訂正するべきであるとの意見を受け、訂正することとなった。

- ・指標（プロセス）の最後の「精神障害者が利用できるグループホーム等定員数」の目標については、次期の保健医療計画の見直しで、障害者計画との整合性を図りながら、目標を再設定することとなった。

(2) 保健医療計画一部改定試案（案）「認知症」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試案（案）を説明。

「循環型地域医療連携システム」関係

- ・P303つ目の「サポート医」は、研修の実施だけでなく、2年前の実態調査の結果、どういう活動をしたらよいか迷っている医師もいることが判明したことから、昨年度からフォローアップ研修を実施している。フォローアップ研修の継続の中で、活動実態の調査、活躍方策を検討する。

- ・認知症のパスは、既存の4疾病の共用型のパスに合流するかどうか、現段階では未定である。精神疾患のパスについての検討もこれからであるので、当面認知症のパスは共用型とは別に運用していく予定である。

その際には、がんの連携パスが、拠点病院だけでなく準拠点病院を増やした結果、普及したものの、質が下がり、5年生存率等の実績が悪化した、という委員の意見も踏まえ、安易に数を増やすとか範囲を広げることはしないこととする。

「施策の具体的展開」関係

- ・P6の下段[激しい周辺症状を伴う患者への対応]については、福祉施設と入院の記述はあるが、往診で対応可能な場合もあり、また、一般疾患対応では通院、訪問（リエゾンチームなど）、入院があるので、それを加筆する。

- ・P7の2行目の「精神科急性期治療病棟」の標記を「精神科急性型包括病棟郡（精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟入院料認可施設）等」に訂正する。
- ・イメージ図を含めた本文全体について、「周辺症状」、「行動・心理症状」という文言の使い分けは、分類方法としては、「認知機能障害⇔行動・心理症状」という分類方法がひとつ、「中核症状⇔周辺症状」という分類方法がひとつ。同レベルでは比較できないものである。

アルツハイマー病の場合は、「周辺症状」と「行動・心理症状」は、ほぼ一致するが、レビー小体型認知症の場合、幻視などの行動・心理症状は周辺症状ではなく、脳の特定部分の障害により現れる中核症状である。

認知症の原因疾患によっては、周辺症状という表現だと正しくない場合も出てくる。ここは、専門家の間でも理解が異なる場合がある。

正しくは「行動・心理症状」の方が良いと思われが、プロジェクトチームが作成した「今後の認知症施策の方向性」では「行動・心理症状」で統一したが、キャラバンメイト研修テキストでは「周辺症状」という表現を使用している。今回の保健医療計画での対応は、事務局に一任する。

「イメージ図」（資料2-2）関係

- ・ 周辺症状の激しい患者の入院治療の下に「精神科救急システムの利用」を」追加する。
- ・ ⑤の周辺症状について、入院治療が大きく出過ぎていているが、○数字の書いてある医療機関のリストを掲載する関係で強調してあるもので、誤解を招く部分については、「周辺症状に対応できる病院」というような表現に工夫・修正する。
- ・ BPSDという標記は、家族の拒否反応もあること、及び国の指針でも横文字は修正されて使用しなくなったことから、訂正する。
- ・ 身体症状が悪化した場合は、一般の医療でも十分対応は可能な場合もあり、その点は重なっている部分で身体疾患、周辺症状それぞれの医療機関が対応することとなることを表現したが、見た目の印象で、すべて認知症疾患医療センターが対応するという感じを受けることから、再検討し工夫する。
- ・ 国から示された初期チーム（初期対応）の県の取組については、国においても具体的な取組については検討段階であり、今回の一部改定では記載できる段階ではないことから、次期の保健医療計画策定時に盛り込んでいくこととする。

「評価指標」関係

- ・ 基盤（ストラクチャー）の「認知症疾患医療センターの指定箇所数」の目標については、県が指定する認知症疾患医療センターは、入院対応をする病院を選考している。明確にどの地域にどの医療機関という目処は無いが、今年度は3病院の応募があり、また、アンケート調査で今後の応募予定等を考慮し、平成27年度までに8か所という目標数を掲げた。目標達成に向けて努力したい。
- ・ 過程（プロセス）の「認知症の人を支える連携パス導入率（医療圏域の割合）」の目標50%（4/8）の意味は、千葉市を除く8医療圏のうち、現在パスモデル事業を行っている4地域が含まれる4医療圏においてパスが導入され活用されているようにということで8分の4（50%）ということである。

また、圏域内の全ての医療機関が利用していなければならないというのではなく、4 医療圏域の中で活用されている医療機関等があれば、導入されているという判断をする。

- ・ 結果（アウトカム）の「退院患者平均在院日数（認知症）」については、既に全国平均を上回っていることから、目標を「期間短縮を図る」という表現にしたが、入院の6割は在宅からで、退院先は在宅に戻るといふ人はほとんどなく、また、最近では経済的理由で退院する人も増加傾向なので、放つといふも退院は進むといふ見方もあり、むしろどこに退院するかが問題である、との委員の御指摘は参考にする。

（3）その他

- ・ 5月30日の当審議会での要望「医療審議会の正委員に精神医を登用する」ことについて、医療審議会の事務局に要望し、回答があった。

要望結果

「医療審議会の正委員に精神医を登用することについては、行政改革の関係で困難であるが、医療審議会（地域保健医療部会）で保健医療計画の議論をする場合は、伊豫会長に出席していただく。この12月と来年の1月に地域保健医療部会があるので、御案内をさせていただいた。

なお、木村副会長には、引き続き専門委員として御出席いただくことになった。」

- ・ 次回の日程については、全体の医療計画の改定状況、医療審議会の開催状況を考慮し、開催の有無も含め、改めて連絡させていただく。

2. 議事（議長は会長）

（1）保健医療計画一部改定試案（案）「精神疾患」について

（資料1、参考1～4により説明）

（2）保健医療計画一部改定試案（案）「認知症」について

（資料2、資料2-2により説明）

◎主な発言内容

（委員）

- ・ P303つ目の「かかりつけ医」の定義をどう考えているのか。

（事務局）

- ・ 一般的には内科の先生（家庭医）というイメージだが、県としては精神科のかか

りつけ医を想定していたが、「家庭医」と「精神科のかかりつけ医」の連携もあり得るので、表現について検討する。

(会長)

- ・「精神科のかかりつけ医」を想定していたのであれば区別できよう検討していただきたい。

(委員)

- ・P5最上段の「精神科リエゾンチームとの連携」だが、看護師の専任要件が厳しいので、実施期間は全国でも50か所程度であったと思うが、県でのリエゾンチームの診療報酬加算をとっている医療機関数がどの程度あるのか。

(事務局)

- ・わからない。

(委員)

- ・P5〇3つ目の「外科的治療」は「身体科治療」と表現するべきだと思う。

(事務局)

- ・御指摘の通り改める。

(委員)

- ・アウトリーチには、行政型（診断・評価）、医療型（医療後のフォロー、将来的にはACT）があるが、前者はP11の過程（プロセス）の指標「精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員」、後者は同「精神科診療所が実施している精神科訪問看護を受けている患者数」を包括するような形で、P6の「予防・アクセス」にアウトリーチを入れるべきではないか。

(会長)

- ・P10の「回復・社会復帰」の②地域生活の継続のための支援に含まれる。

(オブザーバー)

- ・P7（治療・回復、身体合併症・専門医療）の①患者の状態に応じた精神科医療の提供の〇2つ目に「・・・急性期治療中心とした医療への転換を図ります。」とあるが、これに対する数値目標は設定しないのか。

(事務局)

- ・新規の病床配分に当たり、急性期病床を中心にするという方針を明確に示していることから設定しない。

(委員)

- ・児童・生徒に対する自殺予防等を目的とする教育の取組みについて伺いたい。

(事務局)

- ・県教育委員会が実施する「いのちを大切にするキャンペーン」があり、子ども病院に入院していた児童の書いた文章等を読んで意見交換したり、いのちの大切さに関する標語を募集することを通じていのちの大切さ等について考える取組みを県下全部の公立小中学校で実施している。

(委員)

- ・自殺未遂により救急搬送された人に対する対応は把握しているのか。

(事務局)

- ・現在実施している医療提供体制に係る調査の項目に入っていること、並びに救急搬送された自殺未遂者に関する調査は平成23年度に船橋市が実施した調査に含まれており、その内容は、自殺未遂する人の多くがいわゆるボーダー（境界性人格障害）の若年女性であり、自殺企図の方法としては薬剤の過量摂取やリストカットが多い等とあり、県も参考にしている。

(委員)

- ・救急搬送された自殺未遂者を支援するスタッフに対する教育についてはどうか。

(事務局)

- ・救急医療従事者に特化した研修等は実施していないが、看護協会の御協力を得て、一般科の保健師、看護師等に対する精神疾患に関する基礎的な知識や対応方法等に関する研修を行っている。

(オブザーバー)

- ・自殺対策は、東京都葛飾区の取り組みを参考にするなど、いろいろな現場の状況を把握することが重要である。

(会長)

- ・救命救急であれば自殺企図者に対しても精神科医が診察すれば診療報酬の対象と

なることから、実態を把握できると思うが、その前段階である救命（2次救急）までの段階で、精神科医がリエゾンという形で参加することが少ないことは把握しているのか。

（事務局）

- ・ 今回の調査で、一般病院に対しても、「自殺企図の患者対応について」という項目で診療の経験の有無、処置後のケアの内容（心理的ケア、他機関紹介等）を質問していることから、3次救急だけでなく、2次救急の一般病院の対応も把握できる。

（委員）

- ・ P7の③「就職・復職に向けた支援」の○2つ目は、こころの健康対策のために、各都道府県にある「メンタルヘルス対策支援センター」を事業所が活用するという趣旨であることから、あえて入れるのであれば、「平成16年度の復職の支援の手引き」と21年度の改訂版を載せること、また、リハビリプログラムを実施している医療機関や障害者求職センターを利用することを記載したほうが良いのではないかと。

（事務局）

- ・ 委員の御指摘を踏まえ、再度検討する。

（委員）

- ・ 参考1（国が示した「精神疾患の医療体制について」）の④「うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能」として、「発症してから精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること」は、県の骨子及び施策の具体的な展開として、P6②にも入っているが、この10年で患者数は10倍だが受診率は2倍であり、どこの医療機関も予約制が多く、うつ病の患者は早期に医療を受けられない現状の中で、県はどのように対処するのか。

（事務局）

- ・ P5の①の○2つ目にもあるが、保健における相談機能の強化を考えており、保健が現サービスの中で適切な医療機関を紹介できるように機能強化を図りたい。

（委員）

- ・ 富士市の自殺対策に携わったが、医師会と協定を結び、一般の開業医にうつ病の

早期発見をお願いし、うつ病で自殺企図がある患者の受診を優先させた。これを参考に医師会で当番制を決めて、そこにアクセスすれば受診につながるシステムを構築するのが良い。これは、診療所だけでなく病院も含め、急を要する場合は救急システムに乗せて運用する。計画本文の載せることは別にして、このような方法で、一般の開業医の段階でうつ病の自殺企図者の早期受診が可能になると思うので参考にさせていただきたい。

(事務局)

- ・千葉県医師会への委託により一般かかりつけ医に対する精神疾患に関する研修を実施している他、市川地区において、市川市医師会及び市川健康福祉センターの協力により地域における一般かかりつけ医と精神科医の連携体制の構築を内容とするモデル事業を23年度から実施し、現在、より良い連携の在り方を話し合っているところである。

(委員)

- ・P11の基盤(ストラクチャー)の「救急救命センターで精神科を有する施設数」とあるが、自殺企図者を2次救急で対応しているところもあるので、それをどれだけ把握できるのか。

(事務局)

- ・現在実施している調査の中で、2次救急の一般病院に対しても、自殺企図者に対する対応も調査項目に入れてあるので、本文の指標は3次救急だけだが、データとして医療圏ごとの2次救急医療機関は把握できる。

(委員)

- ・「精神科救急基幹病院の整備」の現状については、精神科医療センターは「基幹病院」としての位置づけではないことから、指標に含まれていなかったため、いわゆるスーパー救急認定医療機関である「精神科救急入院料算定許可医療施設数」と表記を変え8病院を9病院と表記し、目標値については、安房・市原で増加が見込まれることから10病院を11病院に訂正するべきである。

(事務局)

- ・全国に先駆けて救急入院医療病棟が全地域で整備されることから、指標として明記する。

(委員)

- ・リエゾン加算と、クロザピンの登録施設数を指標に追加したらどうか。

(事務局)

- ・御指摘の点については、病院調査の項目に挙げてあるので、把握が可能である。

(委員)

- ・精神障害者支援のために保健医療従事者のネットワークづくりを指標に入れたらどうか。

(事務局)

- ・本文で保健・医療との連携を明示していることから指標には入れない。

(委員)

- ・指標（プロセス）の最後の「精神障害者が利用できるグループホーム等定員数」の目標が変わっていないが、退院者の受け皿ということで医療側の数値だと思いが、最近では精神障害者を抱える家族が高齢化しており、親亡き後は、グループホームに入ってもらえるのが良いという傾向であるので目標を見直せないか。

(事務局)

- ・保健医療計画であることから、医療側の数値とならざるを得ず、高齢化に伴う福祉的なニーズについては、障害者計画で対応していることから、次回の保健医療計画の見直しで、両計画の整合性を図りながら、目標を設定してまいりたい。

(委員)

- ・P 8の指標のパスの4／8はどのような考え方に基づくものか。

(事務局)

- ・千葉市を除く8医療圏のうち、現在パスモデル事業を行っている4地域が含まれる4医療圏においてパスが導入され活用されているようにということで8分の4（50%）という目標を設定した。

(委員)

- ・4医療圏の圏域内では100%の医療機関に利用されるという考え方か。

(事務局)

- ・圏域内の全ての医療機関ではなく、4医療圏域の中で活用されている医療機関等があれば、導入されているという判断をする。

(オブザーバー)

- ・イメージ図について、身体症状が悪化した場合には、すべて疾患医療センターが対応するという感じを受ける。一般の医療でも十分対応は可能だと思う。

(事務局)

- ・全て疾患医療センターではなく、重なっている部分があるが、身体疾患、周辺症状それぞれの医療機関で対応することとなる図にしている。見た目の印象で疾患医療センターが全てと思われるようなので、検討し工夫したい。

(オブザーバー)

- ・国から示された初期チーム（初期対応）の県の取組みの記載はしないのか。

(事務局)

- ・具体的な取組みについて国においても検討段階であり、今回の一部改定では記載できる段階ではない。次回の保健医療計画策定時には、盛り込んでいく方向としたい。

(専門委員)

- ・P3に記載されているサポート医は、受講しても機能を果たしていないと思われる。研修後の検証やインセンティブについての検討も必要ではないか。

(事務局)

- ・サポート医については、2年前に実態調査を行い、サポート医としてどういう活動をしたらよいか迷っている医師もいることがわかり、昨年度からフォローアップ研修を実施している。フォローアップ研修の継続の中で、活動の実態を調査したり、活躍していただける方策を検討していきたい。

(専門委員)

- ・退院促進を目標に掲げるのはいいが、どこに退院するかが問題である。入院の6割は在宅からだが、退院先は在宅に戻るといふ人はほとんどいない。また、最近では経済的理由で退院する人も増加傾向なので、放っても退院は進むという見方もある。

(委員)

- ・P7の2行目の病棟の標記を正確にするべきである。「精神科急性期治療病棟

を「精神科急性型包括病棟群（精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟入院料認可施設）等」

また、本文、イメージ図に救急システムも入れるべきではないか。

（事務局）

- ・本文は、委員御指摘のとおり表記する。また、イメージ図については、周辺症状の激しい患者の入院治療の下に（精神科救急システムの利用）と記載する。

（会長）

- ・激しい症状でも往診でも対応可能な場合もある。一般疾患対応では通院、訪問（リエゾンチームなど）、入院がある。入院だけではない。6ページに、福祉施設と入院の記述はあるが、明確にその辺も書いた方がいい。

（オブザーバー）

- ・認知症は通常精神疾患と比較すると医療の必要性は小さい。必ずしも入院が必要でない場合が多い

（専門委員）

- ・疾患医療センターの目標設置の目処はいつか。また、入院対応は必須とする考えなのか。

（事務局）

- ・県が指定する疾患医療センターについては、入院対応をしていただける病院を選考している。明確にどの地域にどの医療機関という目処は無いが、今年度は3病院の応募があり、また、アンケート調査で今後の応募予定等を考慮し、平成27年度までに8か所という目標数を掲げた。目標達成に向けて努力したい。

（委員）

- ・資料2-2のイメージ図について、周辺症状について、入院治療が大きく出過ぎていているが、周辺症状に対応できる病院というような表現が良いのではないか。

（事務局）

- ・このイメージ図において、○数字の書いてある医療機関のリストを掲載する関係で強調してあるが、誤解を招く部分については工夫・修正する。

(オブザーバー)

- ・「周辺症状」「行動・心理症状」という文言の使い分けについては、分類方法としては、「認知機能障害⇔行動・心理症状」という分類方法がひとつ、「中核症状⇔周辺症状」という分類方法がひとつ。同レベルでは比較できないものである。アルツハイマー病の場合は、「周辺症状」と「行動・心理症状」はほぼ一致するが、レビー小体型認知症の場合、幻視などの行動・心理症状は周辺症状ではなく、脳の特定部分の障害により現れる中核症状である。認知症の原因疾患によっては、周辺症状という表現だと正しくない場合も出てくる。

(事務局)

- ・(委員に再確認したところ) 正しくは「行動・心理症状」が良いと思われる。プロジェクトチームが作成した「今後の認知症施策の方向性」では「行動・心理症状」で統一したが、キャラバンメイト研修テキストでは「周辺症状」という表現を使用している。今回の保健医療計画での対応は、事務局に一任する。

(会長)

- ・BPSDという表記は、家族の拒否反応もあるのでやめた方がよい。

(事務局)

- ・国の指針でも横文字は修正されて使用しなくなったので、計画でも使用しない。

(委員)

- ・「行動・心理症状」、「周辺症状」を正しく使用すべきである。また、「激しい周辺症状」とあるが、激しくても激しくなくても対応することが必要。「激しい」程度の定義もないので、この表現もふさわしくない。

(委員)

- ・がんパスなどの中に認知症も入るのか？ がんの場合、拠点病院だけだった時はパスの普及率が悪かったが、準拠点病院を決めて数を増やしたところ、普及が進んだ。希望であるが、認知症についても準認知症疾患医療センターがあると良い。

(事務局)

- ・認知症のパスは、4疾病の共用型のパスに合流するかどうか、現段階では未定である。精神疾患のパスについての検討もこれからであるので、当面認知症のパスは共用型とは別に運用していく予定である。

(会長)

- ・がんについては、準拠点病院と広げた結果、質が下がり、5年生存率等の実績が悪化したので、安易に数を増やすとか範囲を広げることはせず、注意深く対応したい。

(委員)

- ・病院に患者さんが来ればどんな状態でも対応しなければならない。患者さんの状態に応じて、それぞれの医療の必要なところで受けていただけるような連携システムができてうれしい。実際にこれがうまく動いてくれると現場はすごく助かる。また、一般診療科と精神科の相互理解が不十分な中、お互いの機能を理解しあえるような看護職の研修も実施していただいております、この場で感謝申し上げたい。