

令和3年度静岡県精神保健福祉審議会 会議録

令和3年11月4日(木)

静岡県男女共同参画センター502会議室

午前9時59分開会

○塚本精神保健福祉班長 皆様おはようございます。本日は、お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。村上委員が、今日出席予定で、まだこちらに見えていませんけれども、定刻になりましたので、ただいまから令和3年度静岡県精神保健福祉審議会を開催いたします。

本日の審議会の司会進行を務めます、静岡県障害福祉課の塚本と申します。よろしくお願いたします。

開催に当たり、事務局を代表しまして、静岡県障害者支援局長の増田からご挨拶を申し上げます。

○増田障害者支援局長 皆さんこんにちは。静岡県障害者支援局長の増田でございます。

本日は、お忙しい中、令和3年度の静岡県精神保健福祉審議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、皆様には、日頃より、それぞれのお立場で本県の精神保健福祉の向上にご尽力いただいておりますことを、この場をお借りいたしまして御礼申し上げます。また、新型コロナウイルス感染症の感染予防につきましても、それぞれのお立場でご協力、ご尽力いただいております。改めて御礼を申し上げます。

実は昨日なんですけれども、オンラインで摂食障害支援拠点病院設置準備研修会といったものが開かれまして、新たに福井県さんのほうでも取組を始められますよということで、全国でまだ4か所しかないんですけれども、静岡県は先進的に取り組んでいるということで、行政的な面、手続的な面からは、うちの森下が出て話をし、さらには医療面等々、運営に関しましては、浜松医科大学の竹林先生、そして聖隷三方原病院の西村先生に、それぞれご説明をいただきました。お休みの中、本当にありがとうございます。

本県でも、この摂食障害につきましても、受け入れていただける病院が少しずつ増えてきているということで、その連携といったものがますます必要になってくるのかなと思います。早期の治療開始、それから治療の継続のためにも、関係の皆様のご協力をお願いいたします。

本審議会でございますが、精神保健福祉法に基づきまして、精神保健及び精神障害者福祉に関する事項を調査・審議する重要な役割をお願いしているところでございます。委員の皆様には、それぞれのお立場から忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。

本年度は、県の全体計画であります次期総合計画、あるいはその分野計画であります個別計画の策定など、今後の県の施策を決める節目の年となっております。本日は、個別計画となります第8次静岡県保健医療計画中間見直しの素案及び第5次静岡県障害者計画の素案について、委員の皆様からのご意見を賜りたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

また、「第2次いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」につきましては、本年度が計画期間の最終年度となっておりますけれども、ご存じのように、コロナ禍の中で自殺者が増えている等々の状況がございますので、そうした状況も踏まえて計画期間を延長したいと考えておりまして、それについてのご報告をさせていただきたいと考えております。

このほか、新型コロナウイルス感染症への対応でありますとか、本年7月に発生いたしました熱海市伊豆山地区における土石流災害における静岡DPATなど、メンタルヘルスケアの活動についても、ご報告をさせていただきたいと考えております。

県では、引き続き、安心できる医療の提供、障害のある方の自立や社会参加の促進に取り組んでまいりますので、委員の皆様には、今後とも、それぞれのお立場からご協力を賜りますようお願い申し上げます。

本日は、限られた時間ではございます。委員の皆様におかれましては、それぞれの視点から忌憚のないご意見をいただきますようお願い申し上げます。ご挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○塚本精神保健福祉班長 本日は委員15人中12人のご出席をいただきました。過半数を超えておりますので、静岡県精神保健福祉審議会条例第5条第2項の規定により本会が成立することをご報告いたします。

なお、本日の審議会は、情報提供の推進に関する要綱に基づきまして、会議録が公表されますことを申し添えます。

まず、本日の出席委員につきましては、お手元にお配りしております出席者名簿をご覧ください。

本年度新たに委員に就任された方がいらっしゃいますので、お名前をご紹介させていただきます。

静岡県保健師会の堤委員。

○堤委員 よろしく申し上げます。

○塚本精神保健福祉班長 静岡労働局の伊藤委員。

○伊藤委員 伊藤でございます。よろしくお願いいたします。

○塚本精神保健福祉班長 公益社団法人静岡県精神保健福祉会連合会の三浦委員。

○三浦委員 三浦です。よろしくお願いいたします。

○塚本精神保健福祉班長 以上になります。よろしくお願いいたします。

また、今回はオンラインを併用しております。渡邊委員、酒井田委員がオンラインの出席となっております。よろしくお願いいたします。

なお、本日は寺田委員、山末委員、杉田委員が所用で欠席となっております。

審議に入る前に資料の確認をさせていただきます。

(資 料 確 認)

○塚本精神保健福祉班長 それでは、これより議事の進行につきましては、石田会長にお願いいたします。

石田会長、よろしくお願いいたします。

○石田会長 皆さんおはようございます。静岡県精神保健福祉審議会会長の石田でございます。本日の議事進行につきまして、よろしくお願いいたします。

それでは、早速ですけれども、本日の審議会の式次第といたしますか、議題が2件、それから報告事項が2件プラス、コロナの関連の報告がございます。次第に従いましてスムーズに議事が進行しますよう、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。皆さんそれぞれのお立場におかれまして、ご意見とかお考えとかをお伺いできれば大変ありがたいと思います。

なお、本日は11時30分までということですので、時間ができるだけスムーズに行くようにご協力いただけるとありがたいと思います。

それでは、まず次第の議題の1番ですね。「第8次静岡県保健医療計画の中間見直しについて」ということで、事務局から説明をお願いいたします。5ページになります。

○森下健康保健福祉室長 皆様、本日はよろしくお願いいたします。県の精神保健福祉室長の森下と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、議題の（１）「第８次静岡県保健医療計画の中間見直し」について、まずはご説明をさせていただきます。

資料の５ページをお開きください。

資料２－１、「第８次静岡県保健医療計画の中間見直し」についてご説明いたします。

本年２月に開催いたしました本審議会におきまして、第８次静岡県保健医療計画の改正骨子案についてご審議をいただきました。今回は素案についてご審議をいただきます。素案で見直した内容を中心にご説明いたしますが、本日、委員の交代もございましたので、前回の審議会でご説明いたしました内容も一部含めてご説明をさせていただきたいと思っております。

まず、１の「概要」についてです。

医療計画は、医療法に規定されました医療提供体制の確保を図るための計画で、2018年３月末に第８次静岡県保健医療計画が策定されました。医療法の規定に基づきまして、計画期間の中間である３年ごとに調査分析及び評価等を行いまして、必要があると認めるときは医療計画を変更することになっております。

中間見直しは、当初、昨年度に実施する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症対策を優先させるため、昨年度中に、今年12月末までの見直し期間の延長が決定しておりました。さらに、各専門会議での見直し案に対する協議時間を十分確保するため、今年度末まで期限を延長し、医療計画の一部を改定することとなっております。

次に、２、「第８次『静岡県保健医療計画』の概要」です。

（１）「計画の位置付け」は、表のとおりとなっております。

（２）「計画の概要」についてご説明いたします。

計画期間は、2018年度、平成30年度から、2023年度、令和５年度までの６年間となっております。２次保健医療圏を県下８圏域としておりまして、基準病床数は、精神病床が県全圏域で5,388床となっております。今回は基準病床数の見直しはございません。

計画の対象となります疾病、事業は、表にあります６疾病５事業及び在宅医療となっております。本審議会では、６疾病の中の「精神疾患」及び５事業の中の「災害時における医療」のうち精神医療に係る部分について対象としておりまして、以降はこの２点の改正素案についてご説明いたします。

６ページをお開きください。

「中間見直しに当たっての精神疾患の留意事項」です。

中間見直しに当たっての精神疾患の留意事項につきましては、骨子案から変更はございません。国が改正した指針等を踏まえた指標及び記載事項の見直しを行います。

また、本県のほかの計画との整合を図るとともに、法律等の社会情勢の反映のほか各項目の時点修正を行います。

基準病床については、国の指針で示される算定方式に変更がないことから見直しは実施いたしません。

4の「主な改正点」です。

中間見直しにおける主な改正点は、表のとおりとなっております。

表にありますとおり、まず精神疾患では、上から2つ目、昨年度の本審議会でご審議いただき昨年度末に策定いたしました、静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画に関する記載を追加しております。

上から4つ目、摂食障害支援拠点病院については、骨子案の段階では「摂食障害治療支援センター」となっておりましたが、国の設置運営事業実施要綱の改正に伴いまして名称が改正されたため、今回修正をしております。

また、災害医療では、昨年度、本県で災害拠点精神科病院を指定しましたので、その記載を追加することが主な変更点となっております。

5、「スケジュール」です。

スケジュールについては表のとおりです。本日の審議会を踏まえまして、12月22日に開催されます第2回医療審議会において計画の素案の審議が行われます。

年が替わりまして1月にパブリックコメントを予定しており、県民の皆様のご意見をいただき、2月頃に本年度第2回目の本審議会を開催いたしまして、最終案の審議をいただく予定となっております。

なお、第2回目の本審議会は、書面開催も含めて検討しております。

その後、3月の第3回医療審議会において計画全体の最終案の審議が行われた後、第8次静岡県保健医療計画が改定される予定です。

次に、資料2-2、精神疾患素案についてご説明いたします。

7ページをご覧ください。

精神疾患の中間見直しの素案になります。

下線部がある箇所が、現計画からの変更箇所となります。また、下線と網かけの両方がある箇所につきましては、前回ご審議いただきました骨子案からの修正箇所になります。

す。

精神疾患に関する数値目標に対する進捗状況については、各項目ともに、目標値を達成または目標値に向けて数値が改善しており、このうち「精神科病院1年以上の長期在院者数」は、直近の統計資料により目標値の達成が確認され、骨子案から修正しております。

次に、「現状と課題」になります。

(1) 「精神疾患の医療」についての修正箇所は時点修正のみであり、骨子案から変更はございません。

9ページをお開きください。

(2) 「本県の状況」になります。

直近の統計資料により、骨子案からの時点修正をしております。

1行目の精神病床を有する県内の病院数が40病院から39病院となっております。これは、休棟となっております旧島田市民病院について、本年の5月2日から病床廃止となりましたことから修正となります。

10ページをお開きください。

下から3つ目の「自殺者の状況」につきましてです。自殺者数は2010年をピークに減少傾向にありますが、2020年は5年ぶりに増加となり、近年減少数が縮小していることを踏まえ、骨子案から修正をしております。

11ページをお開きください。

(3) 「医療提供体制」、イ、「多様な疾患ごとの医療連携体制の構築」についてでございます。

そのうち依存症につきましては、1ページめくっていただきまして、12ページの一番上になります。昨年度の本審議会でご審議いただきましたが、本年3月に静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画が策定され、計画に基づき、ギャンブル等依存症に関する啓発とともに、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にして相談支援を充実する地域連携体制を構築していく旨、記載をしております。

12ページの上から4つ目の「摂食障害」につきましては、先ほどもご説明しましたが、摂食障害の治療や相談、医療機関への支援の拠点となります摂食障害治療支援センターについて、「摂食障害支援拠点病院」と名称が変更されたため修正をしております。

14ページをお開きください。

2、「今後の対策」になります。

(1)「数値目標」の項目、目標値については骨子案から変更はありません。

なお、この指標のうち、第6期障害福祉計画に係る国の基本方針と同じものが4つございます。本年2月に開催しました本審議会におきまして、第6期障害福祉計画の指標の1つであります「精神病床における早期退院率（入院後一年時点）」の目標値につきまして、現状が91.9%から目標が92.0%となっておりまして、「6年で0.1ポイントの上昇というのは適切かどうか」というご指摘をいただいております。

この14ページの数値目標の中の「精神科病院入院後1年時点退院率」が、それと同じ指標となります。本県の入院後1年時点の退院率は、平成29年は91.9%と、目標値の92.0%に非常に近い数値であります。本指標については毎年変動がありまして、例えば平成26年は90.4%であったものが翌年の平成27年は89.6%となるなど必ずしも毎年上昇するものではないこと。また、昨年の審議会の後に他県の障害福祉計画の目標値設定の状況を確認いたしましたけれども、他県におきまして、現状値が既に92%を超えている県を除きまして、国の示す「92%以上」より高く設定している県はなく、また現状値が91%から92%の間の場合は本県同様「92%以上」を目標としていること。また、第6期障害福祉計画は、既に令和3年3月に策定済みとなりまして、第8次保健医療計画の中間見直しの指標は障害福祉計画との整合を図る必要があることから、保健医療計画の目標値も障害福祉計画と同様「92%以上」としたいと思っておりますので、ご理解のほど、よろしく願います。

なお、「92%以上」ですので、あくまでも92%は下限値ということで、より高い退院率を目指していくということになります。

次に、(2)の「施策の方向性」の②、「多様な疾患ごとの医療連携体制の構築」について修正しておりますが、記載内容の趣旨に変更はございません。

15ページをお開きください。

上から2つ目の「依存症」、5つ目の「摂食障害」、6つ目の「てんかん」につきまして、各疾患において、治療や相談、医療機関への支援を行なう拠点機関の記載について修正をしております。

少し飛びまして、18ページをお開きください。

「指標による現状把握」としまして、直近の統計資料に基づいた患者数などを時点修正しております。

以上が精神疾患の素案についての説明となります。

次に、資料2-3、災害時における医療の素案についてご説明いたします。

21ページをお開きください。

精神医療に関する記載につきましては、骨子案から変更はございません。

本年2月に、災害時に、精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化、広域搬送のための一時的避難所などの機能を有します災害拠点精神科病院を指定したことを受けまして、資料22ページ及び28ページに災害拠点精神科病院に関する記載が追加されております。

以上が災害時における医療の素案についての説明となります。

なお、昨年度の本審議会におきまして障害福祉計画の指標についてご議論いただいた際に、関連するデータの提示等についてご意見等がありました。今回、保健医療計画の中間見直し案では障害福祉計画と同じ指標を使っておりますので、幾つかのデータを参考資料として本日配付させていただきました。時間の都合上、簡単に説明をさせていただきますので、「参考資料1」というホッチキス留めの資料をお手元にご用意ください。

まず、参考資料1は、「静岡県の精神障害者の推移」になります。

(1)、手帳所持者数は年々減少しております。

(2)の「自立支援医療（精神通院医療）受給者数」は年々増加しております、令和2年につきましては、それまでの年に比べて伸び率が高くなっております。

次のページに行きまして、(3)の入院患者さんは毎年減少しておりますけれども、令和2年の減少率は、その前の年に比べまして少し低くなっております。

(4)の入院患者の平均在院日数は年々増加をしております。

(5)の「疾患ごとの患者の状況」につきましては、これは最新のものが平成29年になりますが、ほとんどの疾患で年々患者数が増加をしております。

それから、次に「参考資料2」です。

こちらは、平成29年4月から平成30年3月のナショナルデータベースを主なデータソースとしまして各都道府県のアウトカム指標を一覧にまとめた資料になります。

丸を3行つけてありますけれども、一番上の丸のところですね。こちらが、平成29年の退院後12か月時点の再入院率というのは、本県、全国とも同じ36%であります、これを1年未満入院患者と1年以上入院患者で分けると、その下の丸ですね。1年未満の入院患者につきましては、本県が33%、全国が35%と本県のほうが2ポイント低くな

っておりますが、一番下のところで、1年以上の入院患者さんにつきましては、本県が48%、全国が41%と本県のほうが再入院率が7ポイント高くなっておりまして、1年以上の入院患者の退院後の地域定着が課題と考えております。

次に、参考資料3になります。

こちらは、退院後の転帰と在院期間の関係になります。

この表の中で、「1ヶ月未満」から「6ヶ月以上1年未満」。これが1年未満ということになりますけれども、そちらの退院患者数は「在宅」が最も多く74.1%であるのに対しまして、1年以上の患者さんにつきましては、「在宅」よりも「他院の精神病床以外の病床」が最も多くなっておりまして、40.3%となっております。

次に、7ページの「参考資料4」です。

退院後の転帰と年齢のクロス集計になっております。

「20歳未満」では90%以上が退院後は「在宅」となっておりますが、年齢が高くなるにつれまして「在宅」の割合が減りまして、「65歳以上75歳未満」では「在宅」は60.2%となり、「他院の精神病床以外の病床」の割合が増えてきます。「75歳以上」では「在宅」は31.9%となり、「他院の精神病床以外の病床」と「介護施設」の割合が増えてきます。

最後に「参考資料5」ですが、こちらはちょっと細かい表になりますが、入院患者の主診断と年齢と在院期間に関するクロス集計です。

在院期間では、全年齢を計算しますと入院患者の39.6%が1年未満となっております。これをそれぞれ年齢別で見ますと、「20歳未満」の場合は94.1%が1年未満ですが、年齢が高くなるにつれまして1年未満の患者の割合が減ります。ただし、「40歳以上65歳未満」「65歳以上75歳未満」より「75歳以上」のほうが1年未満の患者の割合が高くなっております。

また、主診断と年齢との関係では、20歳から74歳までは統合失調症が多いですが、75歳以上は、統合失調症と同程度にアルツハイマー病型認知症が多く、血管性認知症や、それ以外の器質性精神障害を含めると最も多くなっております。

以上、関連しまして参考指標についてご説明いたしました。

第8次静岡県保健医療計画の中間見直しに伴います改正素案の説明は以上となります。ご審議のほど、よろしくお願いいたします。

○石田会長 ありがとうございます。

それでは、皆さんからご質問とかご意見とかございましたら。いかがですか。何でも構いませんので、ご意見がありましたらどうぞ。

入院後1年時点での退院率は92%に据え置くと。これについては、波がいろいろあるのでということでご了解いただけるかなと思うんですけど、よろしいですか。特に数値目標を変えないと。

○村上委員　じゃ、すみません。

○石田会長　村上委員、どうぞ。

○村上委員　ちょっと今のに関連していいですか。

1年以内のが92%というお話の中に、他県のあれをいろいろ見られたということですけど、やはり非常に波があると。それは何となく、数パーセントの変動があるというのは分かるんですけど、92%というそのあたり。90%前後で大体全国は策定されていると思うんですけど、静岡県みたいに、比較的医療そのものが人口比に比べて希薄ですよ。医療提供。でも、逆に関西のほうへ行くと、非常に濃密というか、非常に医療密度が高いと思うんです。そのあたりのところが数値ではならされてしまっているというのには、本当はもう少しいろいろ精査するべきところが僕は残っているような気はするんです。静岡県がいけないと言っているわけではなくて、いつも不思議というか、医者も足りなければスタッフも少ない、病床も少ないのに同じ。ということは、関西とか九州のほうへ行くと、やっぱりそれは——そのあたりのところは、ある程度、どうなんですかね。まあ、何となく分かるような気もするんですけども、例えば「同じ保険でやっていて、同じでやっているのに、なぜこんなに違うんだろう？」っていつも思うんですけど。

○森下精神保健福祉室長　ありがとうございます。

今、関西のほうがという話がありましたけれども、実際今回他県を調べる中で、退院率が全国上位のところというのが、青森県とか山形県とか、あと東京都、福井県、山梨、滋賀と、このあたりが多いので、私の認識の中で、関西圏のほうがというところの比較をしていなかったものですから、今の村上院長からのご質問についてうまく答えられないんですけども、確かにその辺の違いといいますか、実際に、医療資源と、この92%以上の率の関係性というものが、まだそこまで分析ができていないものですから、また今後その辺を少し考えていきたいと思っておりますので、またご教示いただければと思います。

○村上委員　要するに、目標率が90%というところに置かれていて、そこを何となく皆さん意識されて動いているんだろうなとか、そういうふうになっちゃっているんだら

うと思うんだけど、どういう医療を提供しているかということは逆に重要な気もするんですけどね。もちろん医療機関だけで決まるものでは全然ないと思うんですけど。

○森下精神保健福祉室長 ありがとうございます。

その辺ですね、先ほど説明の中でも申し上げたんですが、再入院率についても、静岡県が1年以上の入院の方が全国に比べて高いという数値があったものですから、そういったことも踏まえて、何がほかの県と比べて違うのかとか、そういった分析が必要になってくるかなと思っておりますので、また今後の課題として考えさせていただきます。ありがとうございます。

○石田会長 はい、ありがとうございます。

それでは、退院後の生活日数ですね。あれは結構差がありましたから、もう少し背景を分析していただくということになっておりましたので、それは引き続き、大変難しいかなと思うんですけど、よろしく願います。

ほかにご意見ございますか。

○森下精神保健福祉室長 会長、よろしいですかね。

今の平均生活日数の話なんですけれども、実は大正大学というところが、その後に同じような調査——若干検査方法が違うみたいなんですけど、計算した調査が出ておりました、それでいきますと静岡県は決して低くないような数字も出ていますが、昨年国から示されたものと、どういうところで計算方法が違うのかというところがよく分からない部分があるので、またそういった計算式によって全然違う数値が出てしまうようであると、どこに向かっていくかということもありますので、またその辺の調査のことも含めて、課題として研究していきたいと思っておりますので、よろしく願います。

○石田会長 はい、よろしく願います。

ほかにはご意見ございませんか。

○三浦委員 すみません。家族の者から。

○石田会長 三浦委員、どうぞ。

○三浦委員 40歳から65歳未満になりますと、どうしても在宅に戻れるという率が下がってくると思うんですね。なぜかという、支えるための家族が高齢化してきて、今家族介護もすごく問題になっていまして、共倒れというんですか、そういう形がすごく増えてきています。

私のところも当事者がいるものですから、今45歳、主人が75歳。このままでいくと「5080」に全くぴったり当たってしまうんですけれども、主人がちょっと大きな病気をして、がんの治療で、それをしましたら、周りの方が、支えてくださる方が教えてくださって、グループホームに今ちょっと入り始めましてね。グループホームでこのまま生活できそうな感じにはなっているんですね。そうすると、主人もすごく安心しておりまして、そういうグループホームなんかについての調査ですね。どの程度の数のグループホームがあるのか、入るためにどういうふうな感じなのか。民間とか公的なものを問わず調べていただいて、入りやすい環境をつくっていただくと家族としても非常に安心すると思います。家族のほうがかみまで病んでしまいますと、結局当事者を面倒見ることができなくなるものですから。今私は子供をグループホームに預けることで精神的にすごく落ち着いて、主人の疾患に対応しているものですから、行政の方によりしくお願いしたいと思っています。

○石田会長 ありがとうございます。

社会資源ということだろうと思うんですけど、その辺の情報を出していただきたいということのご意見ですね。

ほかにはいかがですか。どうぞ、宮坂委員。

○宮坂委員 退院率のことで、他府県との比較とかも大事かもしれませんが、年度によって変動するので92%と。そこはそれでスルーしちゃっているけれども、静岡県で、例えば退院率がいい年はどうしてで、低いのはどうしてだったかというところの精査が実はとても大事なのかなというふうに思いますので。もちろんそのときの社会的な状況等もあるかと思うんですけれども、そういうことも含めて精査することによって、少しでも退院率を上げる参考になるのではないかと思います。

○石田会長 ありがとうございます。

○森下精神保健福祉室長 ありがとうございます。

やはり今ご意見いただきましたように、例えば静岡県の場合も年による変動もございまして、あと、今回改めて他県の上位の都道府県も調べますと、かなり年度によって差があるということが分かりましたので、例えば、それが全国的な傾向で、同じときにみんな悪くなったりよくなったりしているのか、それとも県によって大分違うのかというところも、分析をしてみないと分かりませんので、また改めてその辺は確認をしてみたいと思います。ありがとうございます。

○石田会長 では、よろしくお願いいたします。まだ、手を上げていらっしゃる方がいますね。

○小林委員 県医師会の小林です。

先ほどの家族の方の問題とも絡みますけど、いわゆる障害者って今どんどん増えていて、日本人口の10%近くまで来ていますよね。そして、身体障害、知的障害、精神障害の領域で、今一番問題になっているのは、高齢化しているということです。ここでいうと、75歳以上の方が、いわゆる介護施設に、これは31人ですか。それから精神病床以外の病床、いわゆる病院に32人という形じゃないかなと思われませんが、いわゆる地域医療構想なんかとも絡みますけど、受入先として、いわゆる介護施設に、そういう障害者——精神障害、身体障害、知的障害がどんどんこれから入ってくる状況において、受け皿的に機能しているのか気になります。介護のほうでそういうことがもしできないとなると、その人たちが結局病院に流れていくのか。病院側は今在宅医療を進めるということでベッドを減らし、コロナの問題は別に置いておいて、どちらかという外へ出したいわけです。

そうすると、やっぱり在宅医療、あるいは介護のところで、こういう障害者を見られる機能がそもそもあるのかと。ノウハウとかいろんなことも含めて、現状ってどうなんでしょうか。見込みというのですかね。何かそういう調査とか施策とか。多分その辺がないと、結局病院のほうへ流れてきて、「病床もっと必要だろう？」と。「コロナのベッドも取っておかないといけないよ」という話で、いわゆるベッド政策の問題自体がもう崩れていっちゃうと思うのですが、そこはどうなんですかね。

○石田会長 ありがとうございます。大事なご意見だと思うんですけども。

○上原障害者政策班長 障害者政策課の上原と申します。よろしくお願いいたします。今のご質問に対してご回答させていただきます。

おっしゃるように、障害の方も高齢化をしてきておきまして、なかなか介護のほうに切り替わるときに、実際のところですけど、介護の事業者の方からは、やっぱり普通の高齢者の方と障害のある高齢者の方の支援の方法が分からないということで、やはり「ちょっと抵抗感があるよ」というお話は聞いております。

そういうことがあるものですから、静岡県としましては、「ふじのくに型福祉サービス」という形で、介護と障害と、あと子供ですね。福祉系全般なんですけれども、共通化というか、一緒のところ、介護のところ、障害の方も見るし、介護のところ、子供

も見るとか、そういう形で多職種でやっていけるような取組というのを平成24年ぐらいから進めております。ただ、なかなか現実のところ、それで受入れが進んでいるかという、自分が感じている限りでは、やはりなかなかその抵抗感というのはまだ拭えてないのかなというのが担当としての感想です。

以上です。

○石田会長 ありがとうございます。

○森下精神保健福祉室長 今、小林委員からお話がありました件なんですけれども、今回つけさせていただいた参考資料を分析する中で、今おっしゃったとおり、75歳以上というのは、介護施設に転帰として行かれる方が多いんですけれども、逆に1年未満の方の割合というのも、そのちょっと下の世代よりは75歳以上が高いということを見ますと、昨年もこの審議会で話題になっていましたけれども、介護施設にいらっしゃる方が一時的に精神科病院に移られて、ある程度状態がよくなってまた介護施設に戻るという方たちも、この中の数字には入ってきていますので、例えば、今まで精神科病院に長くいた方が全て介護施設に行ってこういう高い数字になっているというよりも、ちょっと割合は分からないんですが、この中には、一定数は、もともと介護施設にいらしてまた戻っている方というのも入っているかなと思いますので、ちょっと補足でつけさせていただきました。

○石田会長 ありがとうございます。ほかに。どうぞ。

○長坂委員 静岡福祉大学の長坂でございます。

1点だけお教えいただきたいんですが、15ページにありました摂食障害支援拠点病院のことなんですけれども、摂食障害の状況として、これから県がどのように取り組んでいくのかというところと、実際には、すごく家族の問題が複雑になっている状況の中、それからPTSDを抱えながらの背景を持っている人たち。そもそも私たちが関わってきたときの発見が、アルコール依存症の親を持つ娘さんの8割ぐらいが摂食障害を持っていた体験がございましたので、そのあたり、非常に家族との関係があるのではないかなと思います。ちょっとこの現状ですね。それから、県がこれからどのような対策で行かれるのか、ちょっと1点だけお教えいただければと思います。

○森下精神保健福祉室長 ありがとうございます。

摂食障害につきましては、平成27年度より、浜松医科大学さんをお願いをしまして、今年名称が変わりましたが、摂食障害治療支援センターというものをやっております。

ます。

当初は、ほとんど県内で摂食障害の入院ができる病院が少なく、浜松医科大学さんのご協力の下、県内の各精神科単科病院さんにも、そういった入院とか外来の治療ができるようになっていただきたいということで、27年度の発足当初よりも、今現時点のほうが、協力いただける、連携いただける精神科単科病院さんの数も増えてきておりまして、そういったところで、浜松医科大学さんで身体治療のマニュアルをつくっておりまして、要は、浜松医科大学さんに来なくても、同じようなやり方で、単科病院さんとか、ほかの総合病院さんでもできるというような形で、それを広げている状態であります。

実際ですね、家族会とか家族教室、あるいは摂食障害のフォーラムみたいなものを作りまして、ご家族の方、当事者の方にお集まりいただく機会がありますけれども、そういったところで、できるだけ、今までそういった場にも来なかった方も、病院にかかっている方にできるだけ呼びかけるとかして、そういった公で行っています相談というか研修みたいなものにもご参加いただきたいなと思っています。

というのは、摂食障害の協議会があるんですけども、そこで当事者とかご家族の方から、「公が関わっているセミナーとか相談会みたいなものと安心して参加ができるよ」というようなお声もありましたので、その辺をもう少し力を入れて、浜松医科大学さんに協力いただきながら、あと連携していただいている精神科単科病院さんにもご協力いただきながら進めていきたいと思っています。

以上です。

○長坂委員 はい、ありがとうございます。

○石田会長 よろしいですか。はい、どうぞ。高橋委員。

○高橋委員 1点だけ手短かに申し上げます。

新型コロナウイルスで、これだけ社会が大きな影響を受けている中で、冒頭の挨拶でも、たしか自殺の方が増えているということも言及されていたと思いますし、ひきこもりももちろん増えている。鬱の方も恐らく増えているだろうと。そういう中で、この現状と、そして施策の方向性の中で、新型コロナウイルスの、ウィズコロナ、アフターコロナも含めて言及が何もないというのは、県の保健医療計画としてそれでよろしいのかなという素朴な疑問を抱いておりますので、その辺はご検討いただければと思います。

以上です。

○森下精神保健福祉室長 ご意見ありがとうございます。

新型コロナの件につきまして、今、高橋委員からいただいたように、確かに自殺ですとかひきこもり、あるいは依存症の方について影響が出ているということが指摘されておりまして、計画の中でどのような形で書けるかというところもあるんですけども、またコロナのことをどの程度この計画の中に盛り込むかというところは、ほかの疾患とかほかの事業のところの書き方にもそろえていきたいと思いますので、可能であれば、例えば現状のところ新型コロナの影響のことについて少し触れるとか、そういった形で修正ができるようでしたら対応してまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○石田会長 よろしいでしょうか。

それでは、コロナというか、感染症対策も含めて次の政策に盛り込んでいただけると大変ありがたいと思います。

それでは、議題の2番に移らせていただきます。「第5次静岡県障害者計画について」ということで、事務局から説明をお願いいたします。

○上原障害者政策班長 たびたびすみません。静岡県障害者政策課障害者政策班長の上原です。よろしく申し上げます。

まず最初なんですけれども、今回、障害者計画の策定ということで、資料3-1と3-2ですね。35ページから、あと37ページ以降の素案という形で資料をつけさせていただいたんですけれども、このうちの資料3-2の障害者計画素案という形でつけさせていただいたものにつきましては、先ほどの医療計画の素案と違って説明したものとはちょっとレベルが違うというか、実際の計画自体は、ちゃんと本文がいろいろ書いてあって、そういう計画なんですけれども、今回、障害者計画策定に当たって、各障害福祉関係団体さんにご意見を伺うんですけれども、それに当たって、前回までは計画の骨子を基にご意見をお伺いしていたんですけれども、今回、計画の見直しで、この骨子等を大幅に入れ替えたりしたものですから、団体の皆様にご意見を伺うときに、ちょっとイメージをつかみやすいようにというところで、計画の中の県の取組部分の各項目を要約した資料としてこの素案というものを臨時的に作りまして、これを添付しまして各障害者団体さんにご意見を伺ったという資料でございます。なので、計画の本当の案というか、本文案自体は今ちょうど作業中でして、また今月の末に、障害者施策推進協議会に先ほどの医療計画の素案みたいな形でかける予定になっておりますので、ご承知おきください。

資料35ページをご覧ください。

資料3-1ですね。「ふじのくに障害者しあわせプラン 第5次障害者計画の概要(案)」をご覧ください。

1の「計画の概要」にありますとおり、障害者計画は、障害者基本法に基づきまして各自治体が策定するものでございます。その自治体の障害者施策の基本的方向性を示す計画と位置づけられております。

本県におきましては、「障害のある人が分け隔てられない共生社会の実現」を基本目標としまして、3つの施策の柱による計画としております。今年度が、今の第4次計画の最終年度となりますので、令和4年度から令和7年度までの4年間を計画期間とした次期第5次計画について、現在策定作業を進めております。

なお、本県では、この障害者計画と、入所施設や精神科病院からの地域移行等の成果目標や、あと障害福祉サービスの必要見込み量を定めた障害者総合支援法に基づく障害福祉計画、児童福祉法に基づく障害児福祉計画の3つを合わせて「ふじのくに障害者しあわせプラン」として策定をしております。

続きまして、横に行きまして、2の「最重点施策」になります。

今回の計画策定に当たりまして、次の3点を最重点施策として位置づけました。

まず、1つ目の最重点施策になります。

障害者差別解消法が、先日、令和3年5月に改正されまして、これまで努力義務とされてきました民間事業者による合理的配慮の提供が、今回の法改正によりまして義務化されることになりました。そういったことを踏まえまして、改正法が施行される3年間の間に、県条例の改正とともに、障害を理由とする差別解消推進県民会議の参画団体の皆様と連携して、特に民間事業者の皆様に対して、さらなる周知啓発や環境整備促進のための取組が必要と考えております。

次に、2つ目の最重点施策になります。

先ほど三浦委員からお話が出たんですけれども、「8050問題」がまさにこれになるんですけれども、保護者の方と同居している障害のある方について、親御さんの高齢化とともにご本人も高齢化してきていると。やはり親御さんたちの「親亡き後がすごく心配だよ」という声が近年特に高まっております。

この課題に対応するためということで現在進めているのが、24時間の相談体制や緊急受入れ、グループホームの体験利用などの機能を持ちました地域生活支援拠点等という

施策を今進めております。各市町や、あと広域での設置も含めまして、全市町で県内24か所今設置するという目標を立てておりますので、県としても、円滑に整備できるように市町を支援してまいります。

また、もう1つの課題として、国の「施設から地域へ」という施策の方向性によりまして、実際に入所施設を増やすことが今現実的には難しい状況なんですけれども、そうすると、手厚い支援が必要な重度の障害の方の居住の場として、新しく平成30年度に、昼間も——グループホームは基本的には夜の支援なんですけれども、日中ですね。昼間もその場所で支援が可能な日中サービス支援型グループホームという新しい類型が創設されました。県としましては、地域での自立を支える体制の強化として、この日中サービス支援型グループホームの整備を進めていきたいと考えております。

3つ目の最重点施策になります。

新型コロナウイルス感染症の蔓延時に、視覚障害のある方、障害のある方から、「コロナ対策に関する情報が入ってこない」「届かない」といった声がありました。また、コロナ対策の関係で、ほかの人との接触を最大限控えなきゃならないという状況になりまして、これまでのコミュニケーション方法ができない状況になるなど、障害のある方の生活に大きな影響を与えました。これらを踏まえまして、新しい生活様式においても、障害のある方が必要な情報を確実に入手できる環境整備を進めていく必要があると考えております。

また、感染症蔓延時におきましても、障害のある方の日中の生活の場となります障害福祉サービス事業所が継続的に提供できるように、事業所の感染症対策の体制を充実していく必要があると考えております。

今回の計画策定に当たっては、この3点を最重点施策として内容に反映したいと考えております。

次に、3の「計画改定のポイント」になります。

計画の柱立てにつきましては、先ほどの最重点施策等を踏まえまして、一番左側ですね。現行計画で3番目としておりました「地域における自立を支える体制づくり」を2番目に組み替えます。新たに、1の部分なんですけれども、情報保障の推進の項目を立てるなどの見直しを行ないます。

そのほか、先日施行されました医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律——医療的ケア児支援法ですけれども——に関する事項や、今現在課題となっております

す強度行動障害のある方に関する支援などについても、新しく項目立てして盛り込もうと考えております。

36ページをご覧ください。

スケジュールになるんですけれども、8月5日に静岡県障害者施策推進協議会を開催いたしまして、新しい計画の骨子案についてご承認いただきました。その新しい骨子に基づいて、今庁内関係各部署に計画本文の見直し作業を依頼しているところでございます。

あわせて、先ほどちょっと説明したんですけれども、10月に障害福祉関係団体の皆様に、「新しい計画に対してご意見を」という形でアンケート調査をさせていただきました。寄せられた意見につきましては、また庁内関係部署にバックしまして、新しい計画に盛り込めるかどうかという検討を今お願いしているところでございます。

それらを取りまとめた計画案につきまして、今月末ですね。11月25日の推進協議会に諮ってご承認いただいた後、年明けにパブリックコメントを行いまして、パブコメのコメントを踏まえた最終案を最後の3月の推進協議会で承認いただいた後、公表すると。今のところ、こういう予定で作業を進めているところでございます。

精神分野関係の絡みでいきますと、参考でいきますと、素案の3-2の38ページが、差別解消ということで、障害理解の促進というのが特に精神の方は重要な部分があるものですから、まずここが絡むのかなと思います。

続きまして、46ページに、精神障害のある人の地域移行の促進。これも先ほどちょっと話題に出ていましたけれども、精神科病院からの地域移行のところですね。そこも引き続き、こういった形で定めたいと考えております。

最後が、59ページですね。59ページは、「多様な障害に対する」という中の、「精神障害のある人に対する支援の充実」ということで1つ項目を立てて施策を盛り込んでおります。

私からの説明は以上になります。ありがとうございました。

○石田会長 ありがとうございました。

それでは、この議題に関しまして、ご意見、ご質問等ございましたらどうぞ。

○堤委員 静岡県の保健師会の堤と申します。よろしく申し上げます。

○石田会長 はい、どうぞ。

○堤委員 意見ではないんですけれども、46ページの地域移行に関する促進のページに、

(3) 「精神障害のある人の地域移行の促進」の中に、③としてアウトリーチのことがうたわれていると思うんですが、その中の2行目のところの最後の文字は切れているという？「早期退院」というふうに——「④」ではなくて、そこは訂正が必要かと思しますので、よろしく願います。

○石田会長 ③のところですか。

○堤委員 ③のところですか。

○上原障害者政策班長 文章が途中で切れちゃっていますので、すみません。「早期退院」ですね。

○石田会長 どうぞ。

○上原障害者政策班長 すみません。ありがとうございます。

これは、そうですね。「④」ではなくて、③がそのまま続いていまして、「協力体制の強化による早期退院や社会復帰支援体制の整備促進」までが一文になります。すみません。修正させていただきます。

○石田会長 じゃ、修正ですね。④が③から続いて。だから「⑤」のところは「④」になるということでしょうかね。

○上原障害者政策班長 そうですね、はい。

○石田会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

○細田委員 私、医療法人好生会の細田というんですけれども、精神科の単科の病院が2つと、あと福祉サービス事業所を持っていますので、ちょっと委託の相談、機関相談もやらせてもらっているんで、そこからなんですけど、確かに日中サービス支援型のグループホームって非常に今増えている、重度の精神の障害をお持ちの方も、かなり入所がハードルが低くなっていて、非常に入りやすくなっているんですけれども、そこに勤めている職員の質というか、サビ管も非常にころころ代わったりとか、支援員さんも数か月でいなくなるという現状があって、相談員から非常に危惧しているというのを聞きます。

なので、数の目標ではなく、やはり同時に質と、あとモニタリングというんですかね。どのように質を上げていくかというところも同時に進めていかなければ、今民間の方々がグループホームを建てていただいて、地域の住民の方が建てていただいて、民間の業者がその運営だけ手伝うという形になっているんです。これは非常に今はうまくいっているんですけれども、もし何か問題があったときに、その業者が手を引いてしまったら、

利用者さん、もしくは大家さんというのが非常に困る形になるのではないかというので非常に心配をしているので、できれば同時にそちらの計画も立てていただければと思っております。

○石田会長 いかがでしょうか。今のご意見につきまして。

○上原障害者政策班長 はい、ありがとうございます。

ご指摘のとおり、日中サービス支援型は今県内ですごく増えているんですけど、大体一緒の法人さんが県内各地に増やしているんですよ。もともと福祉側の法人さんじゃないところなものですから、「職員の資質等はどうなの？」と言われると、なかなか答えにくいところもあるものですからね。ただ、おっしゃるように、それで仮にですけど、法人さんが撤退しちゃったときに、「じゃ、そこ、どうなるんだ？」という話になりますので、質の確保もそうですし、利用者の保護も考えた上で、ちゃんとそのあたり、事業所に対して指導監督するよう、また担当課には伝えるとともに、あとまたこちらのほうに——その「サービス事業所の」というのは、また別のところに項目としては入れてあるものですから、一応そこであつた形にはなるんですけども、ここは改めて伝えておきたいと思います。ありがとうございます。

○石田会長 それでは、質の確保といいますかね。行政側の指導力が問われるところかなと思うんですけど、それは高齢者の施設でもやはり感じるころはありますのでね、我々。「本当にちゃんとやってくれてるのか？」って思いますから。実際行ってみて、そう感じますのでね。ぜひ、その質の確保を計画に入れていただけるとありがたいですね。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。高橋委員ですね。

○高橋委員 ありがとうございます。

今ですね、精神障害のある方や精神疾患をお持ちの方に対する身体拘束というのが1つの大きな社会問題になっていると思うんですね。だから「身体拘束廃止」というものを項目として立てていただいてもよろしいのではないかということで、精神科医療、精神保健福祉サービス、そして在宅においても、その身体拘束をできるだけなくしていこうと。人権の問題にも関わってまいりますので、これについては、項目立てができるようであればお願いをしたいと思います。

以上です。

○石田会長 身体拘束をなくすという。

○村上委員 すみません。

○石田会長 ご意見ございますか。村上委員、どうぞ。

○村上委員 立場上、身体拘束について全廃するのはなかなか難しいと考える立場として代表して言わせていただくと、それを施策として入れるには、ちょっといろんな意味で問題の背景が大き過ぎるのではないかなと思います。

確かにおっしゃるとおり、国際的に問題になったり、身体拘束をやっているのは日本ぐらいなものだということもあるし、実際にそれを、都立松沢病院とか山梨県立北病院のように、非常に少なくしたりゼロだったりの病院にもあるにはあるんですね。そこは目指すんですけど、それを施策としてされてしまうと、ちょっと我々としては、患者さんを受け入れないという形になると思います。これはちょっと居直りかもしれませんが、現実的にはやはり、そうすることによって患者に接近できるというところもなくはないので。

私としては、もしそれが次段としてもし考えることができるとしたら、これは私の私見ですけど、身体拘束をそれだけ厳しいものとするのであれば、やはり外部からのいわゆる指摘なり、そういった仕組みをつくった上で検討していただくというか、そのぐらいの手間をかけないと、なかなかですね、ただ「なくせ」「ゼロにしろ」と言われちゃうと、「これがどのような形で必要で、なぜそれをそうしているのか」ということについて、きちっと吟味する仕組みというんですかね。例えば措置入院とか、あれと同じで。ただ「全廃しろ」と言われても、「じゃ、なぜこの人を拘束しているのか」、また「それがどうして医療上必要と考えたのか」ということと、あるいはそれが、外の医院のほうから「それはやはりそうではないんじゃないか」——審査としての対象とか、そういうことまでやらないと。そこまでやって初めて本当の意味での医療の現場とか介護の現場って出てくるのかなと。

だから、厳しくするというか、それは全廃ということをいきなり言っても、恐らく事態はそのように動かないんじゃないかなというのが私の——だから、やるんだったら、すごく手間と時間をかけてやって、その上できちんと何か方向性を見いだすべきじゃないかなと。そうしないと前へ進めないと僕は考えています。

○石田会長 小林委員、どうぞ。

○小林委員 私は、日本医療機能評価機構というところで、病院機能評価のいろんなテキストとかをつくったりしているのですが、身体拘束の問題は、今一応方向性としては、

「身体拘束の最小化に努める」というプロセスに関して評価をするという状況です。当然人権の問題も大事ですが、なかなか全廃というのは、病院の機能によっていろいろなので。看護の世界から言われてきているのは、やっぱり今は「身体拘束の最小化」という言葉が出てきている状況なので。全廃とか言われちゃうと確かになかなか現実的ではないと考えるので、もし入れるなら、そのようなメッセージのほうがまだいいのかなと。以上です。

○石田会長 ありがとうございます。はい、どうぞ。高橋委員ですね。

○高橋委員 すみません。私、今「全廃」という言葉は一切使っていないくて、ゼロにするということも言ってない、全てなくすということも申し上げてないんですね。「できるだけ減らす」ということを目標としていかないと、高齢者介護の世界でも、やはり「身体拘束を廃止」というテーマを掲げてだんだん減っていったという状況もございますので。やはり目標としては、最小化ですか——という言葉でももちろん結構でございますので、「できるだけ減らしていきましょう」という機運を高めていきたいという趣旨でございますので、ちょっと誤解がないようお願いをいたしますね。

○石田会長 はい、ありがとうございます。

我々のところでも、年度目標に、やっぱりその辺を掲げてあるんですね。「極力減らそう」って。でも、非常に自殺とか、それからけが。特にご老人の方を考えると、ゼロにするというのは本当に難しいと思っています。でも、人として拘束された姿は大変つらいものだと思えるし、拘束される立場で考えると、人権の問題であるとも考えます。今精神科病院でも、皆さんかなり努力されていると思います。むしろ「一般科のほうが簡単に拘束しちゃうね」って私たちは感じる。精神科は、指定医がきちっとチェックする体制は持っているんですね。でも十分ではないとは思いますが。ぜひその部分を上手にうたっていただくと、皆さん努力できるのかなと。やはり人間としては、あの拘束はあまりうれしいものではありませんから。

○宮坂委員 ちょっとよろしいですか。すみません。

○石田会長 宮坂委員、どうぞ。

○宮坂委員 僕としましては、今、隔離拘束に関して、かなり現場、また指定医にその判断を委ねられて、責任も負っているという中で、拘束してもしなくても、何かが起こったら判断したところに責任がということに裁判なんかでは回って来たりするわけで、その中で、ぎりぎりの中で判断を——拘束されていて、隔離されていてつらそうなのを一

番見ているのは指定医とか現場の人間で、その判断を委ねられているわけですがけれども、高齢者施設でも、ごく最近は分からないんですけど、老健も表立っては「やれませんか」ということなんですけど、少し前は、それなりの書類をそろえるなり会議で決定したらできなくはないという中で「やれませんか」ということで、それが必要な人は、さっきちょっとお話もあったように、断わるというふうなことにもなっているのかもしれないんですけども、「どうせだったら、もう国から、『隔離もしくは拘束はやってはいけません』と法律で決めてくれ」と。「そういうふうに決めてくれれば、もうできないことなんだから、それで何かが起こっても、それはできないことだからできないんです」と。今だと、「やってもいいけれども、きちっと判断してね」と。だけれども、何かが起こってしまうことは、それこそ24時間横についていても起こってしまうときは起こってしまうわけですし、その中でのぎりぎりの判断をかなり現場が負わされているので。もう少し、本当だったら国がきちっと責任を持った判断をしてもらいたいなというふうに指定医としては常々思いながら隔離拘束の指示を出しているというところではございます。

○石田会長 ありがとうございます。まあ、本当の気持ちだと思いますね。

○森下精神保健福祉室長 皆さん、いろいろご意見ありがとうございます。

今の身体拘束の話につきましては、「身体拘束」ということで入れるのか、あるいは例えば「精神科病院に入院している方の人権を侵害しない」とか「虐待をしない」とか、そういった方向で少し何か追加で書けることはないかとか、少し検討してみたいと思います。いろいろ現場のご意見等もあると思いますので、また少し検討して、最終的に、先ほどもお話がありましたけれども、またもう1回、2月ぐらいに皆さんに案をお聞きしますので、こちらとして、何かもし記載するとしたらどういう形で記載できるかということを検討したいと思いますので、よろしく願いいたします。

○石田会長 よろしく願いいたします。

それでは、よろしいでしょうか、この障害者計画につきましては。

それでは、報告事項ということで、1番目の「第2次いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画について」ということで、よろしく願いいたします。

○森下精神保健福祉室長 それでは、報告事項の1番になります。資料の61ページをご覧ください。資料4になります。

資料4は、「第2次いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」の概要等についての資料になっております。

2の「計画の概要」にありますとおり、平成30年3月に策定いたしました「第2次のち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」の計画期間は、2017年度から、今年度、2021年度までの5年間となっております。自殺対策基本法におきまして、「県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して県計画を定めるものとする」とされておりますことから、第1次、第2次の県計画は、国の自殺総合対策大綱の見直しに合わせて制定・改正を行い、大綱に準じた柱立てとなっております。

今回、国の次の大綱の改正が、来年、令和4年の夏頃に公表されるということで国から連絡がありましたことから、県といたしましては、次期計画にその改正大綱の内容を反映させるために、現行計画の期間を1年延長し、令和4年度中に、令和5年度を始期とする新たな計画を策定する方向で考えております。

この方針につきまして、第1回静岡県自殺対策連絡協議会を本年8月から9月に書面で開催しまして、委員の皆様からご意見をいただいたところであります。第1回の書面開催結果では、おおむね了解をいただきましたが、一部条件つきでの了解とすることのご意見がございましたことから、今度、11月15日に第2回目の自殺対策連絡協議会を開催しますが、その場で、その条件つきのご意見に対する県の考え方を示し、再度委員の皆様からご意見をいただく予定となっております。

具体的に、その条件というのが、先ほどからお話も出ていますけれども、コロナ禍で自殺者が増えていたりとかという現状がある中で、県として計画は延長するけれども、新たにコロナ禍で出てきた課題に対してどういった取組をしていくとか、そういったことを、例えば県のホームページですとか、そういったところで公表するとか、何かしら県の意思表示といいますか、そういったものが必要なのではないかというご意見がございましたので、それに対しまして、今度の第2回の協議会の中で、県の「このような形で公表したい」というものを出しまして、委員の皆様からご意見をいただくことになっております。

本来でしたら、本日、この延長に係る資料をお示ししたいところですが、そのような状況であるために、本日は、11月15日の自殺対策連絡協議会で延長について了解をいただいた場合の今後の予定等について、口頭でご説明をさせていただきます。

先ほど申し上げましたとおり、まずは11月15日に開催します第2回静岡県自殺対策連絡協議会におきまして、計画期間の延長の了解をいただくようお願いいたします。

来年の夏頃に国の改正大綱が公表される予定で、その前に大綱のパブリックコメント

が予定されておりますため、それらの情報を基に次期計画策定の準備を進めまして、来年の10月から11月に静岡県自殺対策連絡協議会と本審議会を開催いたしまして素案についてご協議いただきまして、その後、パブリックコメントを行います。年明けの令和5年2月から3月に、第2回目の自殺対策連絡協議会及び本審議会を行いまして、令和5年3月に次期計画を策定・公表と予定しております。来年度の本審議会におきまして第3次計画案についてご審議いただくこととなる予定ですので、ご承知おきいただきますようお願いいたします。

なお、本年度第2回の審議会の際に、改めて今後のスケジュールと計画延長に当たっての県の対応等についてご報告をさせていただきます。

以上が報告事項（1）の説明になります。よろしくお願いいたします。

○石田会長 ありがとうございます。

報告ですけれども、どうしてもご意見がという方は、いかがですか。よろしいですか。自殺対策連絡協議会でのご審議をよろしくお願いいたします。

それでは、報告の2番目の演題ですね。「熱海伊豆山地区土石流災害に係るメンタルヘルスケア活動について」ということで報告をお願いします。

○森下精神保健福祉室長 それでは、報告事項（2）につきましてご説明をいたします。

63ページの資料5をご覧ください。

本年7月3日に発生いたしました熱海市伊豆山地区におけます土石流災害につきまして、関係機関のご協力をいただきながら、発災当初より、被災者等に対してメンタルヘルスケア支援を行ってまいりましたので、そのご報告をいたします。

ホテル避難者に対します精神科医療の提供やメンタルヘルスケアに加えまして、消防などの支援者に対するメンタルヘルスケアを行いました。

支援活動については、2にございますとおり、まずは7月4日から静岡DPATの活動を開始し、保健師やDMAT等からの支援ニーズを受け、避難者への精神科医療の提供やメンタルヘルスケアを行いました。県内の被災地における長期にわたる静岡DPATの活動は、今回初めてとなります。静岡DPATの活動は、7月20日までで終了となりました。

また、県と災害時の心のケアについて契約を締結しておりました日本赤十字社静岡県支部の「こころのケア班」に、7月7日から31日まで活動をお願いしました。この契約に基づく活動も、今回初めてとなります。

7月20日からは、公認心理師協会に、県との協定に基づき活動をお願いしました。7

月31日までは毎日、8月は週2回、避難所において活動をしていただきました。

また、精神保健福祉士協会からも、災害発生後すぐに支援の申出があり、事前に協定や契約等の締結はありませんでしたが、8月の週2回、公認心理師協会と共に避難所において活動をしていただきました。

今ご説明しました静岡DPATや各団体の混合チームが、2の表にございますように、少しずつ形を変えながら支援を行ってまいりました。

活動の対応件数は、3の(1)、(2)のとおりです。7月11日からの週と翌週は、行方不明者のご遺体の発見に関わった消防隊員のメンタルヘルスケアについて、支援者支援ということで件数が多くなっております。

次に、64ページをお開きください。

先ほど2で説明しましたとおり、今回の災害では複数の機関の混合チームで活動してまいりましたが、4の「静岡DPAT活動終了後のメンタルヘルスケア」につきましては、まず(1)、(2)にありますとおり、7月と8月は、複数の機関から派遣された方々の混合チームで「こころのケアチーム」として活動していただきました。詳細は資料をご覧くださいと思いますが、役割分担をしながら、協力し合いながら活動を進めてまいりました。

9月以降につきましては、静岡DPATや「こころのケアチーム」に関わった継続ケースにつきましては、熱海市に引継ぎを行うとともに、後方支援として県精神保健福祉センターの連絡先をご案内しております。また、そのほかの被災者につきましては、精神保健福祉センターの「こころの電話相談」をご案内するチラシを作成しまして、避難所や関係者にお配りしたところです。

現在は、熱海市の保健師等が、熱海市社会福祉協議会が運営する「熱海市伊豆山ささえ逢いセンター」などと協働して、自宅や、応急的住宅に移った方々の心のケアを含めた支援を行っており、また静岡県社会福祉協議会が運営する「静岡県熱海地域支え合い支援センター」が市の「ささえ逢いセンター」の後方支援を行っていると聞いております。

今回の災害に当たりまして、活動いただいた皆様、また職員を派遣いただきました所属団体の皆様のご協力なくしては、被災者等への支援はできませんでした。この場をお借りして、改めてお礼を申し上げます。

また、今回初めてのことが多く、振り返りますと課題も幾つか見えてまいりましたの

で、今後の災害に備え、準備を進めてまいりたいと思います。

報告事項（２）の説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○石田会長 ありがとうございます。

初体験のことも幾つかあったようですけれども、ぜひ、起こってほしくないですけれども、起こることが言われていますので、対策を練っていただければありがたいと思います。

ご意見はいかがでしょうか。特にございませんか。

それでは、最後のところで、コロナウイルスに関しての報告を、これは情報提供ということで、よろしくお願いいたします。

○森下精神保健福祉室長 それでは、新型コロナウイルス感染症への対応ということで、今回ですね、本来でしたら、コロナ対策企画課の後藤参事にこの場に来ていただいて、ご説明をいただこうと思っていたんですが、ちょっと予定が入ってしまいまして、申し訳ないんですが、情報提供だけということになりましたので、私のほうで、いただいた資料を基に簡単にご説明をさせていただきます。

カラー刷りの「静岡県の新型コロナウイルス感染症者発生・入院等の状況（2021年11月3日時点）」の資料をご覧ください。

まず、1枚目の「P2」と書いてあるところですね。2ページ目ですけれども、皆さんご承知のとおり、コロナの感染者につきましては、第5波ということで、8月に最もピークを迎えまして、その8月の公表者数は1万人を超える数字となっております。9月には大分落ち着いてきまして、10月は一月で147人ということで、このピークのときに比べますと、かなり少なくなっている状況であります。

次のページをめくっていただきまして、3ページと4ページにつきましては、コロナの公表の状況ということで、それぞれ見ていただきますと、やはり第5波のときに最もピークになっておりまして、その下のP4のところですね。こちらが静岡県の直近1か月の新型コロナの感染者の状況で、これを見ていただきますと、かなり減少してきているのが分かります。

それから、次のページの5ページですが、こちらが、相談件数とコロナの新規感染者数ということで、やはりピーク時に最も多くなっているのが分かります。

それから、その次の6ページは、これはPCR検査等の件数と陽性率になっております。これもやはりピーク時がかなり高くなっております。

次の7ページ、8ページ、9ページは、県の東部、中部、西部とそれぞれ分けまして、感染者の公表状況と、それから入院状況についてグラフにしたものになります。やはり若干地域によりましてピークの山の形が違うのかなと思いますけれども、やはり第5波のピークのときがどこの地域も多くなっております。

それから10ページは、第5波のときの感染者数と病床占有率ということで、一時期かなり病床占有率が高くなっておりましてけれども、この分析をしたものということでございます。

それから11ページが、コロナの感染者の入院・宿泊等の状況。それからその下の12ページが入院・死亡状況となっております。

次の13ページが、県内のクラスターの種類別の件数と人数ということで、一番上に「病院や診療所」とありますけれども、この中で、精神科病院につきましては、公表されました1件がクラスターの発生となっております。

それから14ページが、第5波の県内感染者の集団（クラスター）の確認日と人数ということで、この「○」とか「□」とか「△」の、それぞれの種別によって書いてあるんですが、緊急事態宣言後は飲食店の発生はほぼなくて、事業所・工場、学校・保育施設、高齢者施設の順に多いということになっておりまして、クラスターについては、9月29日を最後に、その後発生がない状態となっております。

それから15ページは、年齢別の感染者の割合、その下の16ページは、年齢人口当たりの感染者の発生状況ということになっております。

16ページのところですと、10代の後半から30代が多い状況は変わっていないですよということですね。45歳以上につきましては、接種完了者が多いので感染者が少なくなっているということになります。

17ページは、デルタ株の検査状況ということで、デルタ株の占める割合がほぼ100%になったと考えられております。

それから、その下の18ページが、ワクチンの接種済者と接種率ということで、これもだんだん高くなってきておりまして、1回接種済者が75.5%、2回接種済者が68.1%となっております。

最後、19ページのところですけれども、コロナのワクチンの年代別の接種率ということで、65歳以上が最も高くなっておりますけれども、ほかの年代につきましても大分増えてきているのかなというところです。12歳以上の各年代で、1回目の接種については

70%以上を達成しているというところですかね。

あと、ワクチン接種回数別の感染者の発生状況ですが、これを見ますと、やはり未接種者に比べまして、接種をした方のほうが発生率が少ないのかなというところですね。感染者数は、2回接種者が未接種者の73%減となっておりますので、ワクチンの有効率は73%と推計しているということでございます。

なお、精神科病院における対応状況ですが、コロナの感染が始まってから、先ほどちょっとご説明しました、1か所クラスターの発生がございましたが、そのほかに数か所の病院で陽性者が出たのはあるんですが、いずれも入院患者さん、または職員の1～2名の陽性者が出て、そのほかの患者さんとか職員への広がりはなく収束をしております。陽性者が出た場合は、保健所におきまして各病院と話をし、必要に応じ、「ふじのくに感染症専門医協働チーム」、「FICT」と呼んでおりますけれども、そういったチームの派遣ですとかを依頼しまして、院内の感染対策等について助言をいただいております。

県としましては、各精神科病院に対しまして、感染症対策の研修の実施ですとか、あと国から提供されました院内感染対策に係る手引などを配付しまして感染対策を呼びかけておりますけれども、今後も引き続き、そのような感染が広がらないような形で病院のほうを支援してまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○石田会長 ありがとうございます。

この2年近く、皆さん、大変コロナは頭の上の重しのような感じで、生活自体もいろいろ制限を受けてきたと思うんですけれども。この件につきまして、改めて何かご意見とか実情とかで情報を持っていらっしゃる方がいらっしゃいましたら。いかがでしょうか。

医師会さんが、結構ワクチン接種とか主導的になさったかなと思うんですけど。

どうぞ、小林委員。

○小林委員 ワクチンに関して、静岡県は接種がずっと遅れているということでしたけど、一気に巻き返して行って、開業医の先生方に非常に頑張ってもらえたのかなと思います。

それで、今どうしてコロナがこんなに急になくなっちゃったのかというのはよく分かりません。ワクチンは一定程度効果があり、全国的にもかなりの接種率状況にはなっています。この間後藤さんとちょっと話をしていたんですけど、ウイルス自体が自滅した

んじゃないかというという説もあります。修復に関与するような遺伝子が、何回かいくと消えてしまって、もう修復できなくなってしまったという考え方です。三島の遺伝研でも今そういうデータが出ているようです。今イギリスとかほかで流行っているのは、またちょっとタイプが違うみたいなんですが、多分そちらは今のワクチンでも十分いけるだろうと言われているので。ただ、正直分からないので、様子を見るしかないし、忘年会も新年会もやれないなというのが本音です。

○石田会長 はい、ありがとうございます。

まあ、自滅してくれたんだったらうれしいですけどね。そうですか。まあ用心にこしたことはないですけどね。

いかがですか。特にその辺で何かご意見等ありましたら。よろしいですか。引き続き県のほうでもよろしく願いたします。

以上で本日の議題は全て終了いたしました。ご協力ありがとうございました。大変貴重なご意見もいただきましたので、ぜひ次の施策の中に生かしていただけるとありがたいと思います。

それでは事務局にマイクをお返しいたします。よろしく願いたします。

○塚本精神保健福祉班長 石田会長、ありがとうございました。

委員の皆様も、長時間にわたりまして、貴重なご意見をいただきまして、ご審議いただきまして、ありがとうございました。

オンラインで出席いただきました渡邊委員、酒井田委員、ありがとうございました。特に新型コロナウイルスの資料につきましては、当日できた関係もありまして、画面共有という形でのお示しになって、本当に申し訳ありませんでした。

では、次回の開催につきましては、本日審議いただきました第8次保健医療計画の改定案及び第5次障害者計画案の策定スケジュールですね。こちらを踏まえながら、また書面開催を含めて開催について検討してまいりますので、皆様、ご理解とご協力をよろしく願いたします。

これをもちまして、令和3年度静岡県精神保健福祉審議会を閉会いたします。本日は誠にありがとうございました。

午前11時32分閉会